

対象となる耐性菌は、MRSA 197 施設、ESBL 160 施設、MDRP 159 施設、多剤耐性アシネトバクター 117 施設、メタロβラクタマーゼ産生菌 113 施設、その他 19 施設となった（表 6）。

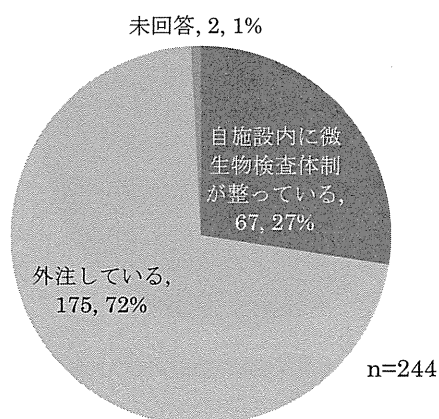


図 34 細菌検査業務

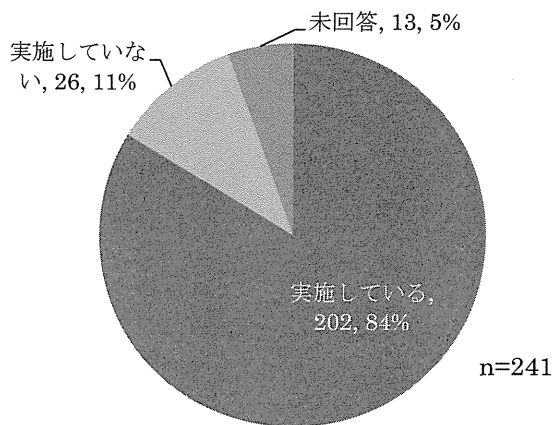


図 35 耐性菌情報を把握するための検査

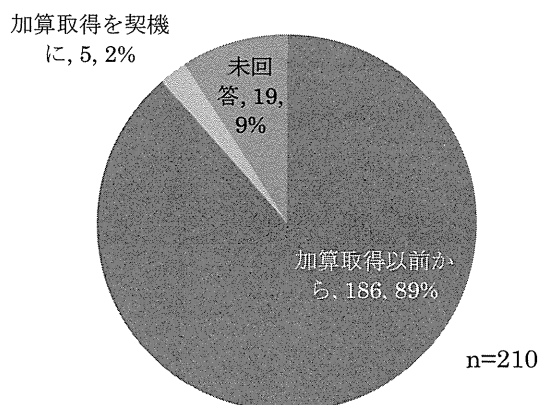


図 36 耐性菌情報を把握するための検査の導入時期

表 6 対象となる耐性菌 (施設)

耐性菌	施設数
MRSA	197
MDRP	159
ESBL	160
メタロβラクタマーゼ産生菌	113
多剤耐性アシネトバクター属	117
その他	19
未回答	9

#### ⑧ 感染対策を目的とした職員研修

平成 25 年度（加算取得後）に感染対策を目的とした職員研修は、平均 3.4 回実施された（最小値 1、最大値 18、中央値 2、SD 2.5）。参加者は延べ人数で平均 291.8 名であった（最小値 30、最大値 1,700、中央値 215、SD 249.8）。研修の対象となる職員数は、平均 305.9 名であった（最小値 2、最大値 1,690、中央値 240、SD 232.2）。研修会で取り上げたテーマは、標準予防策・感染経路別対策 177 施設、手指衛生 173 施設、ノロウイルス・感染性胃腸炎 144 施設、インフルエンザ 130 施設となった（表 7）。

平成23年度（加算取得前）に感染対策を目的とした職員研修は、平均2.7回実施された（最小値1、最大値13、中央値2、SD1.6）。参加者は延べ人数で平均231.4名であった（最小値30、最大値1,902、中央値152.5、SD223.3）。研修の対象となる職員数は、平均291.7名であった（最小値2、最大値1,720、中央値220、SD229.3）。研修会で取り上げたテーマは、標準予防策・感染経路別対策163施設、手指衛生141施設、ノロウイルス・感染性胃腸炎91施設、インフルエンザ91施設となった（表7）。

外部委託業者が対象の感染対策を目的とした研修を実施しているのは122施設（51%）であり、実施していないのは108施設（45%）、未回答11施設であった（図37）。研修を始めた時期は、加算取得以前が79施設（64%）、加算取得を契機としたのが35施設（29%）であった（図38）。

表7 研修会で取り上げたテーマ

項目	(施設)	
	平成25年度 (加算取得後)	平成23年度 (加算取得前)
標準予防策・感染経路別対策	177	163
手指衛生	173	141
ノロウイルス、感染性胃腸炎	144	91
インフルエンザ	130	91
職業感染防止	79	54
環境整備	73	52
洗浄・消毒・滅菌	42	34
感染性廃棄物	38	26
多剤耐性菌	35	33
抗菌薬適正使用	34	30
結核、非結核性抗酸菌、QFT	20	13
手術と感染防止	12	7
風疹、麻疹	8	0
疥癬	7	1
食中毒	5	2
HIV	4	2
ワクチン	4	2
その他	26	35
未回答	4	20

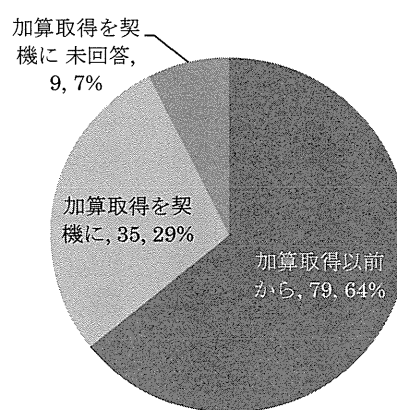
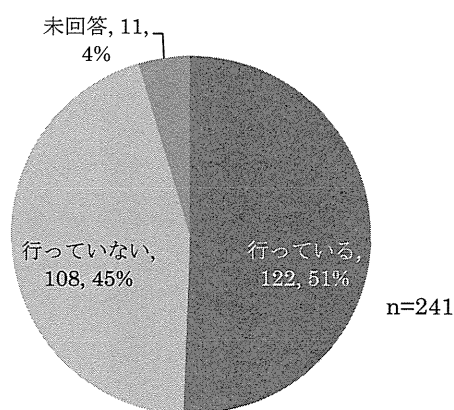


図37 外部委託業者が対象の感染対策を目的とした研修

図38 外部委託業者に対して感染対策を目的とした研修を始めた時期

### ⑨ 感染対策マニュアルの整備状況

感染対策マニュアルが整備されているのは237施設（98%）であり、整備されていないのは1施設、未回答3施設であった（図39）。整備された時期は、加算取得以前が222施設（93%）であり、加算取得を契機としたのが9施設（4%）であった（図40）。

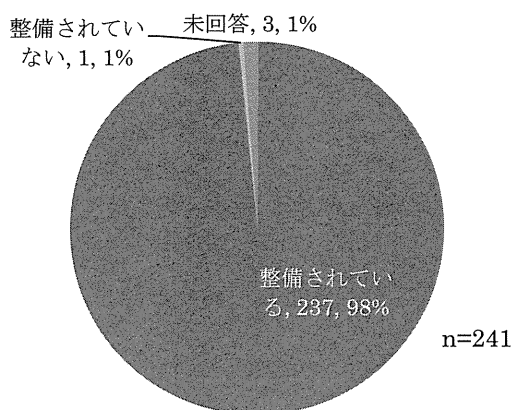


図 39 感染対策マニュアルの整備状況

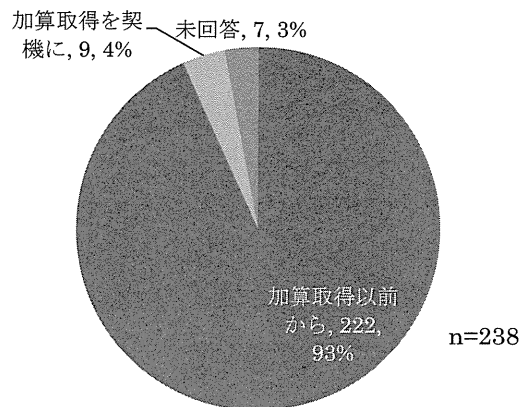


図 40 感染対策マニュアルが整備された時期

### 3) 連携

#### ① 加算 1 施設との連携

連携している加算 1 施設は、平均で 1.38 施設（最小値 1、最大値 6、中央値 1、SD 0.7）であった（図 41）。連携に至った理由として挙げられたのは、同じ医療圏、距離的に近いというのが 156 施設（46%）と最も多く、続いて地域連携支援ネットワーク事業からの連携がある 64 施設（19%）、同じ系列病院・経営母体が同じ 39 施設（12%）、話し合いで決めた 37 施設（11%）、当院が後方支援病院だから 17 施設（5%）、その他 18 施設（5%）、未回答 5 施設となった（図 42）。

加算 1 施設が行う具体的な支援内容は、メールや電話などで相談体制を整える 195 施設、ICT 活動への助言 163 施設、職員教育への助言 105 施設、感染対策マニュアルへの助言 97 施設、アウトブレイク対応 86 施設、訪問による感染対策ラウンド 84 施設、抗菌薬適正使用のための助言 82 施設、自施設内定期的ラウンドの支援 58 施設、その他 12 施設となった（表 8）。

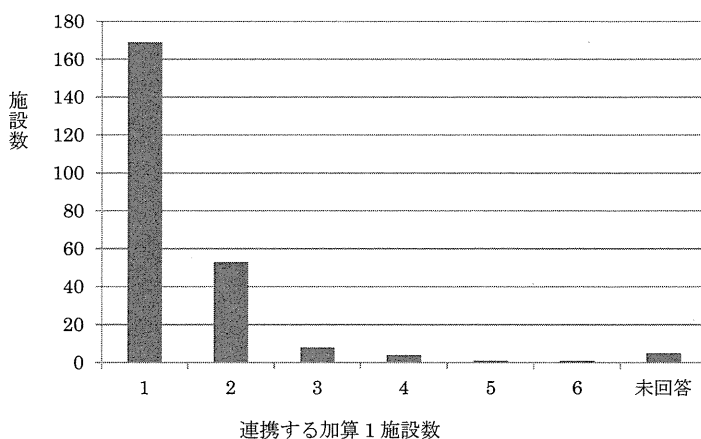


図 41 回答施設が連携する、加算 1 の施設数

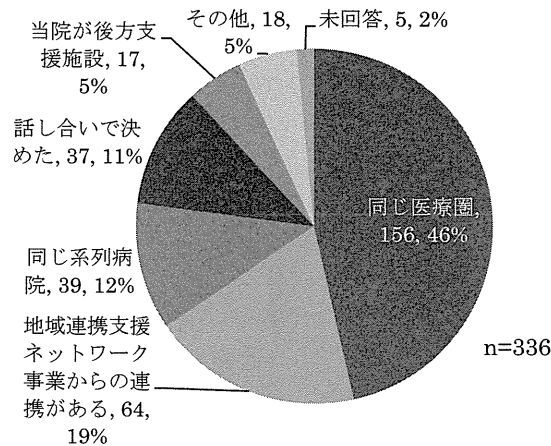


図 42 加算 1 施設との連携に至った理由

表 8 加算 1 施設の具体的な支援内容 (施設)

相談体制 (メール、電話など)	195
ICT の活動への助言	163
職員教育への助言	105
感染対策マニュアルへの助言	97
アウトブレイク対応	86
訪問による感染対策ラウンド	84
抗菌薬適正使用のための助言	82
自施設内定期的ラウンドの支援	58
その他	12
未回答	3
<b>合計</b>	<b>885</b>

## ② 合同カンファレンス

合同カンファレンスは、1 回目はおおむね 5 月～6 月、2 回目は 9 月、3 回目は 11 月、4 回目は 2 月をピークとして、年 4 回開催された (図 43)。中には 5 回目の合同カンファレンスについての記載もあった。1 回の合同カンファレンス時間は、128～131 施設 (53～54%) が 60～90 分以内で最も多かった (図 44)。また、最小値 30 分、最大値 240 分であった。

合同カンファレンスで話し合われるテーマは、抗菌薬使用状況が 365 施設と最も多く、続いて薬剤耐性菌の検出状況 362 施設、感染対策の実際 278 施設、感染症患者の発生状況 197 施設、ICT ラウンド 183 施設、手指衛生 145 施設、インフルエンザ対策 139 施設、ICT 活動 126 施設、コンサルテーション 99 施設、ノロウイルス対策 96 施設、MRSA 対策 70 施設、結核対策 55 施設、その他 329 施設となった (表 9)。

自施設から合同カンファレンス会場までの経過時間は、回答のあった 236 施設の平均 30.5 分 (最小値 3、最大値 120、中央値 30、SD 20.3) であった (図 45)。合同カンファレンスが時間外に開催されたときの時間外手当は、あり 78 施設 (32%)、なし 145 施設 (60%)、未回答 18 施設 (8%) であった (図 46)。

合同カンファレンスは感染対策に大変有効である 114 施設 (47%)、まあまあ有効である 118 施設 (49%) であり、有効であると回答した施設を合わせると 96% になった (図 47)。一方で、あまり有効ではない 6 施設 (3%)、有効ではない 1 施設、未回答 2 施設であった。

合同カンファレンスは医療従事者の連携を深めるために 大変有効である 136 施設 (56%)、まあまあ有効である 100 施設 (42%) であり、有効であると回答した施設を足すと 98% となった (図 48)。一方で、あまり有効でない 4 施設 (2%)、未回答 1 施設であった。

これまでの合同カンファレンスで生じた問題点は、日程調整が難しい 83 施設、どの程度の内容を求められてい

るのか、達成すればよいのかわからない 47 施設、連携施設に共通する議題を決めることが難しい 44 施設、合同カンファレンスの進め方 15 施設、リーダーシップをとる人がいない 3 施設、議事録の作成 2 施設、その他 17 施設となった（表 10）。一方で、特に問題点はない施設も 70 施設であった。

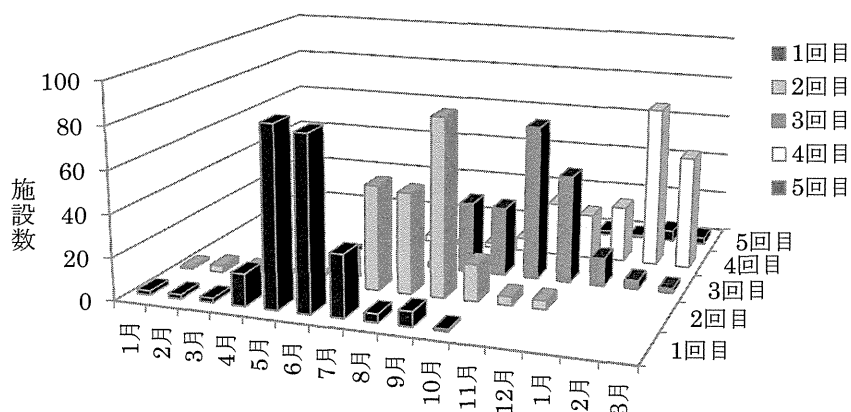


図 43 合同カンファレンスの時期

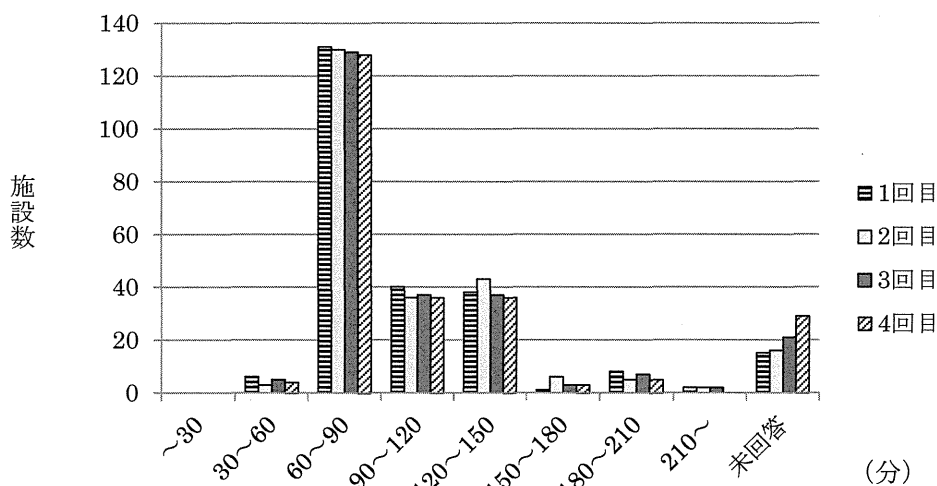


図 44 合同カンファレンスにかかった時間

表 9 合同カンファレンスでのテーマ (施設)

抗菌薬使用状況	365
薬剤耐性菌の検出状況	362
感染対策の実際	278
感染症患者の発生状況	197
IGT ラウンド	183
手指衛生	145
インフルエンザ対策	139
IGT 活動	126
コンサルテーション	99
ノロウイルス対策	96
MRSA 対策	70
結核対策	55
その他	329

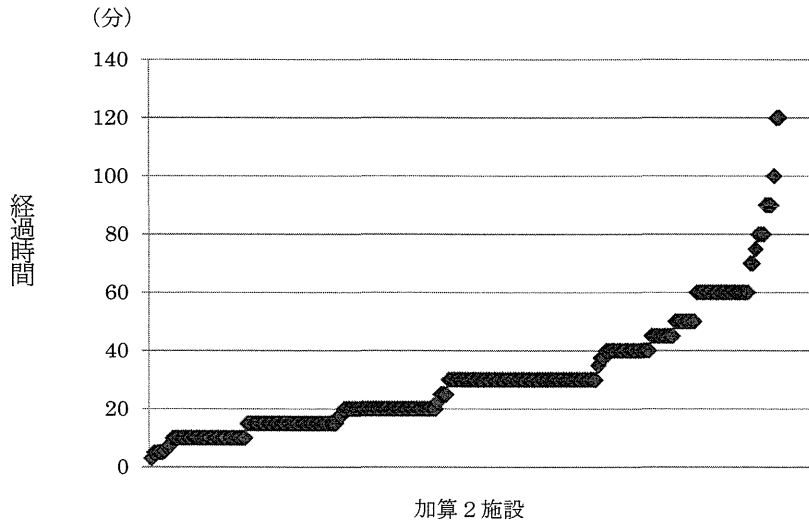


図 45 自施設から合同カンファレンス会場まで経過時間

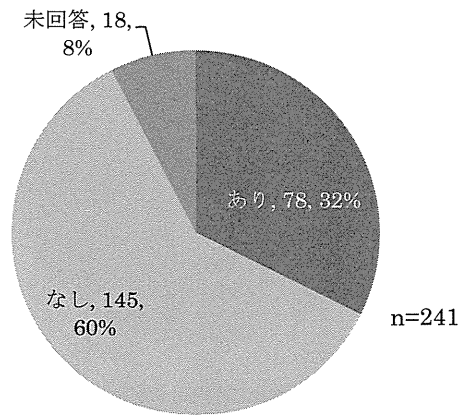


図 46 合同カンファレンスが時間外に開催されたときの時間外手当の有無

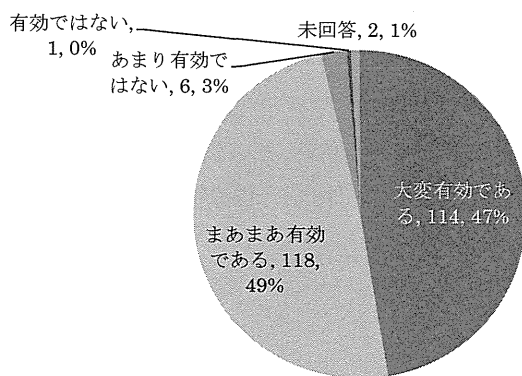


図 47 合同カンファレンスは感染対策に有効か

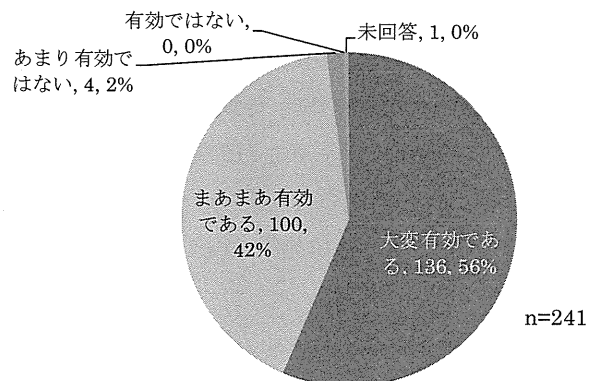


図 48 合同カンファレンスは医療従事者の連携を深めるために有効か

表10 これまでの合同カンファレンスで生じた問題点 (施設)

日程調整が難しい	83
特に問題点はない	70
どの程度の内容を求められているのか達成すればよいかわからない	47
連携施設に共通する議題を決めることが難しい	44
合同カンファレンスをどう進めていかわからない	15
リーダーシップをとる人がいない	3
議事録の作り方がわからない	2
その他	17
未回答	9

③ 加算2施設との連携

加算2施設と連携があるのは36施設(15%)であり、連携がないのは198施設(82%)、未回答7施設であった(図49)。

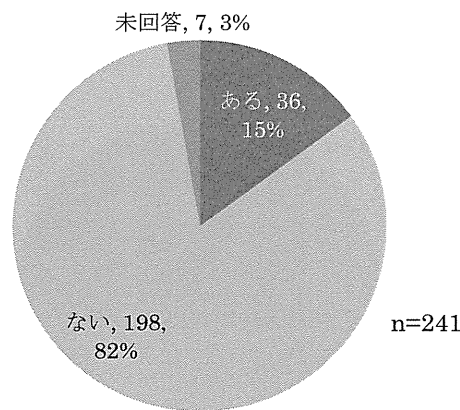


図49 加算2施設同士の連携の有無

4) 保健所、行政機関との連携

保健所に相談したケースがあるのは98施設(41%)であり、相談したケースはないのは139施設(58%)、未回答4施設(1%)であった(図50)。相談した内容は、ノロウイルス・感染性胃腸炎が38施設(33%)、インフルエンザが33施設(29%)、結核22施設(19%)で合わせて81%を占めた(図51)。

地域の医療機関ネットワークに、行政機関が参加しているのは100施設(42%)、参加していないのは124施設(51%)、未回答17施設(7%)であった(図52)。具体的には、管内の保健所が85施設(76%)、保健所上部の地域行政機関が14施設(12%)、その他10施設(9%)、未回答3施設であった(図53)。

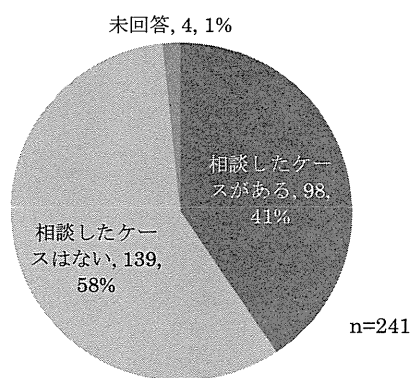


図50 保健所に相談したケースの有無

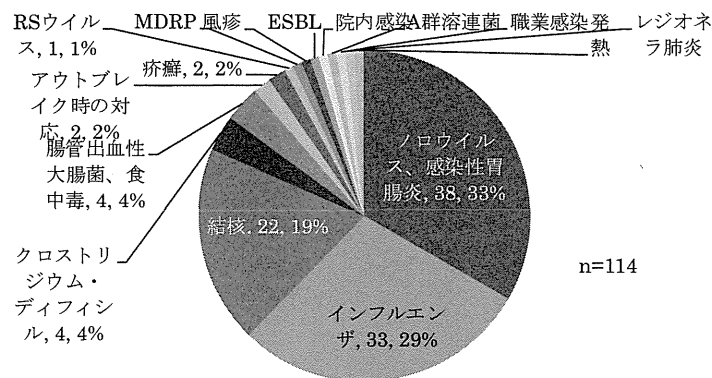


図51 保健所に相談した内容

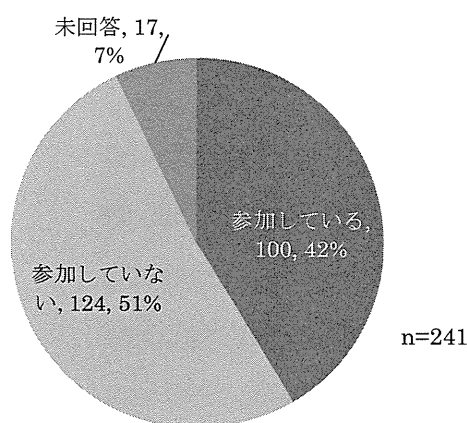


図52 地域の医療機関間ネットワークへの行政の参加の有無

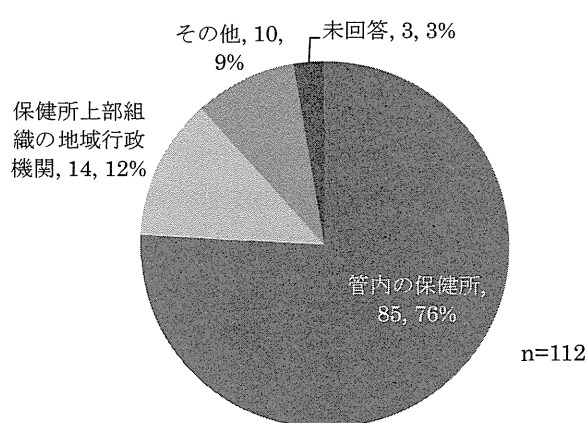


図53 具体的な参加行政機関

## 5) 加算全般について

### ① 加算取得とその効果

加算取得を先導したものについては、事務が101施設(34%)で最も多く、病院長69施設(22%)、ICT40施設(13%)、看護師30施設(10%)、医師24施設(8%)、臨床検査技師16施設(5%)、薬剤師7施設(2%)、その他11施設(4%)、未回答5施設であった(図54)。

加算による取組が役立っているかについては、最も役に立っているという回答が多かったのがICTのモチベーションや存在感の向上で182施設(75.5%)、続いて病院経営者に感染対策の重要性を理解してもらうための179施設(74.3%)、職員の感染対策のモチベーションや意識向上が161施設(66.8%)、感染対策の物品充実が151施設(62.7%)、経営のための144施設(59.8%)であった(図54)。唯一、感染対策のための人件費、組織強化は79施設(32.8%)と過半数に満たず、変わらない128施設(53.1%)、あるいは役立っていない28施設(11.6%)が多い結果となった(図55)。



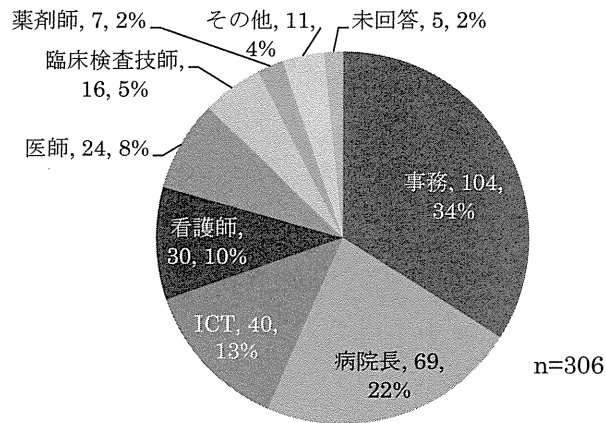


図54 加算取得を先導した者

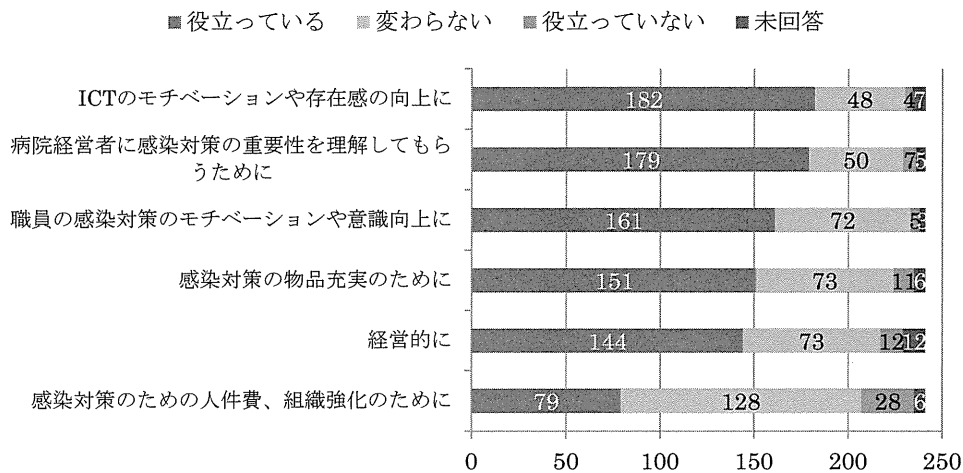


図55 加算による取組が役立っているか

## ② 収益

加算による収益を感染対策に反映できた施設は、平成24年度は57施設(24%)であったが、平成25年度は77施設(32%)に増加し、反映できない施設は145施設(60%)から126施設(52%)に減少した(図56、57)。

平成24年度の感染対策費に反映できた金額は、回答の得られた59施設で平均1,316,582.8円(最小値20,000、最大値12,000,000、中央値871,200、SD1,808,389.6)であった(図58)。その用途は、消耗品の拡充、購入に12施設、手指衛生関連に8施設、詳細は不明であるが感染対策物品に7施設、機器類や備品の設置および単回使用へ製品のディスプレイ化に6施設、研修費、学会参加費、出張費に5施設、針刺し事故防止対策に4施設、環境整備や清掃に3施設、手袋などの製品の変更に2施設、職員の抗体検査および病院運営に1施設、不明3施設、なし3施設であった。(図59)。

平成25年度では、感染対策費に反映できた金額は、回答の得られた65施設で平均2,097,493.1円(最小値50,000、最大値53,000,000、中央値947,105、SD6,797,556.2)であった(図60)。その用途は、消耗品の拡充、購入に33施設、手指衛生関連、機器類や備品の設置および抗体検査やワクチン接種に11施設、研修費、学会参加費・旅費に9施設、詳細は不明であるが感染対策物品に6施設、グローブなどの製品の変更に5施設、針刺し事故防止対策および環境整備、清掃に4施設、医療廃棄物関連の物品購入に3施設、サクシオンチューブの単回使用へディスプレイ導入、尿路感染対策のため閉鎖式導尿システムの導入および病院経営に1施設、不明3施設、なし3施設であ

った。(図61)。

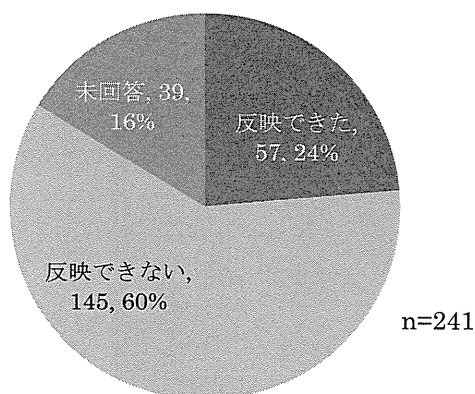


図56 加算による収益が感染対策に反映できたか (平成24年度)

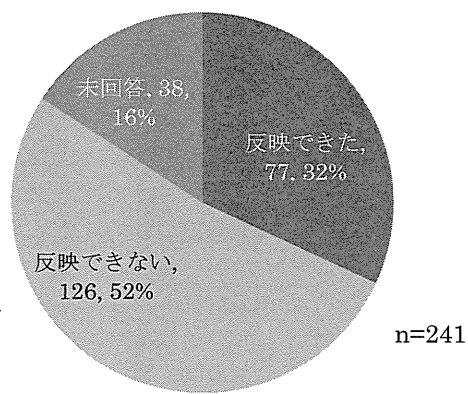


図57 加算による収益が感染対策に反映できたか (平成25年度)

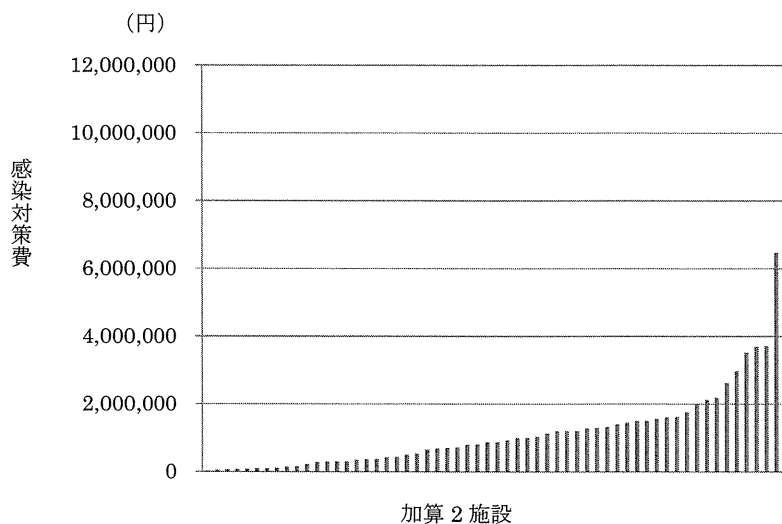


図58 感染対策費に反映できた金額 (平成24年度)

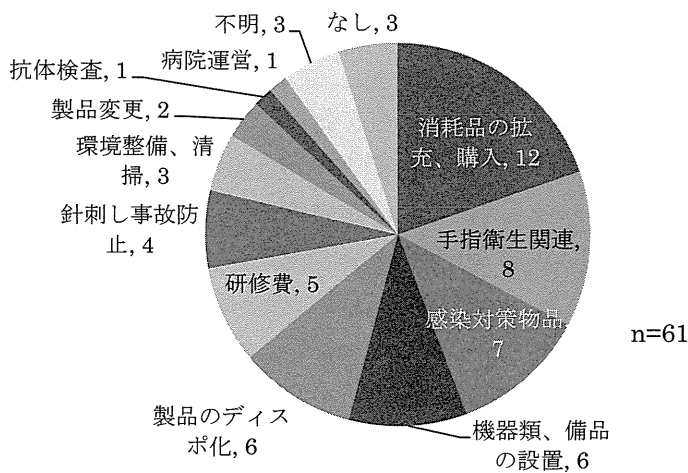


図59 用途 (平成24年度)

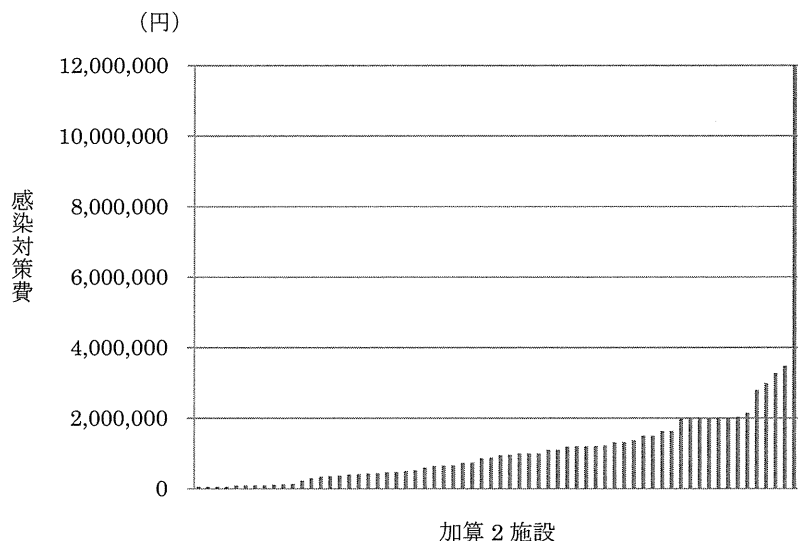


図60 感染対策費に反映できた金額（平成25年度）

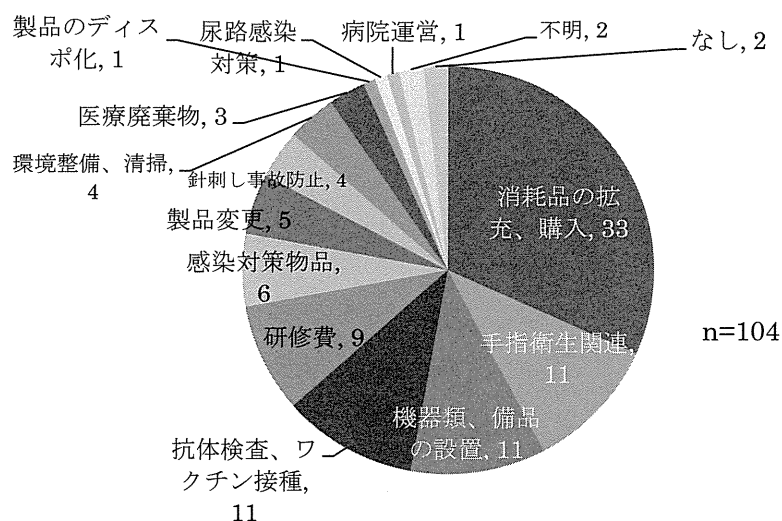


図61 用途（平成25年度）

### ③ アウトブレイクの早期発見

感染防止対策加算取得後の取組によりアウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは46施設（19%）、なかったのは175施設（73%）、未回答20施設（8%）であった（図62）。アウトブレイクの原因微生物として挙げられたのはインフルエンザウイルスとノロウイルスが16施設で最も多く、続いてクロストリジウム・ディフィシル5施設、ESBL4施設、疥癬3施設、MRSA、感染性胃腸炎、緑膿菌がそれぞれ2施設、メタロβラクタマーゼ産生菌、RSウイルス、インフルエンザ菌、*A. baumannii*、結核がそれぞれ1施設となった（図63）。アウトブレイクの同一菌株の症例数は、1症例（1施設）から51症例（1施設）であった（図64）。加算取得がアウトブレイクの早期発見に有効だった点は、ICTの日頃の活動9施設、加算1施設に相談5施設、感染制御部の組織化や病院全体での取り組み5施設、合同カンファレンスの内容、そこでの情報交換4施設、職員への周知や職員の意識4施設、ICTに情報が一元化して迅速な対応ができた3施設、感染管理認定看護師の活動3施設、保健所と密に連絡を取る1施設、オセルタミビル投与1施設であった（図65）。

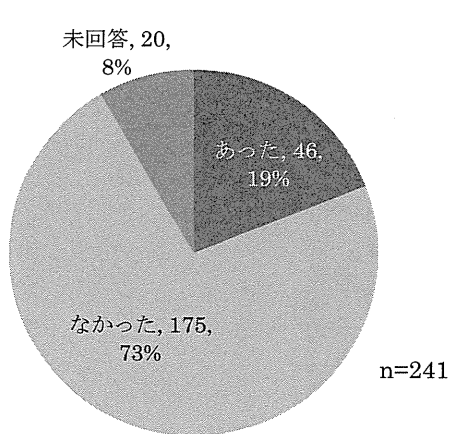


図 62 加算取得後の取組によりアウトブレイクを早期に特定できた事例の有無

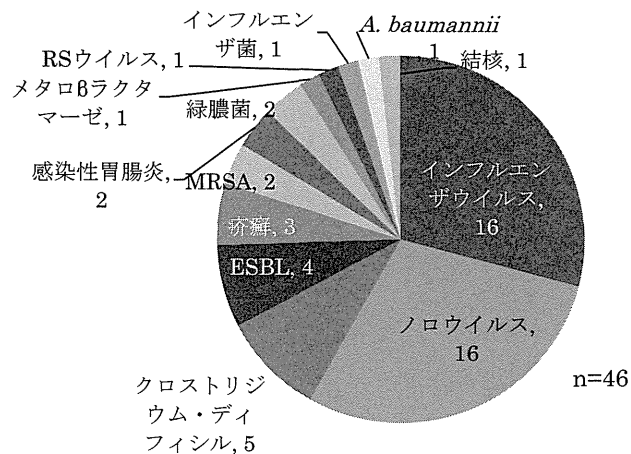


図 63 アウトブレイクの原因微生物

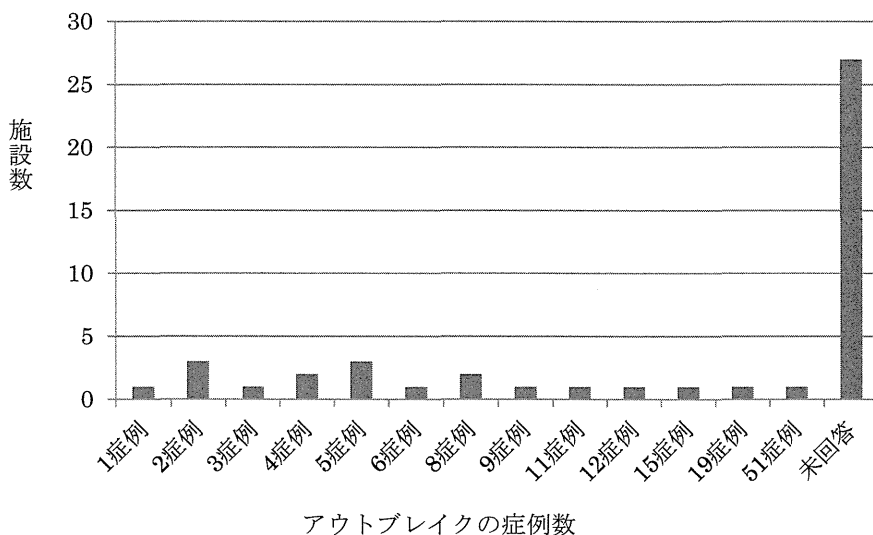


図 64 アウトブレイク同一菌株の症例数

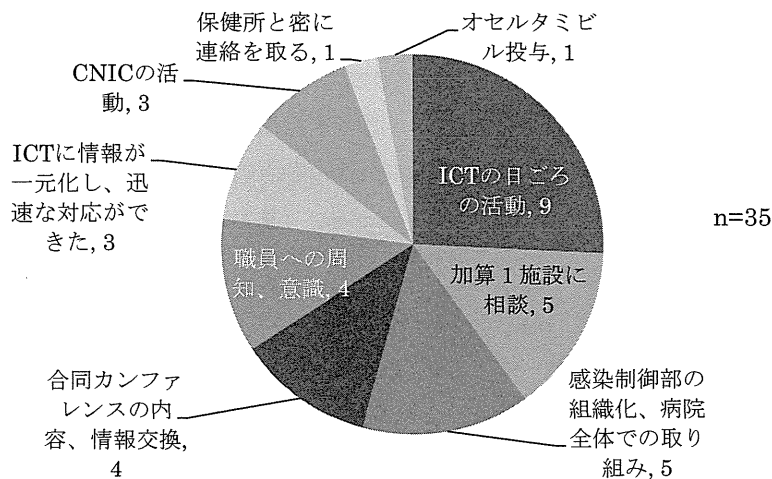


図 65 加算取得がアウトブレイクの早期発見に有効だった点

④ 不利益

加算取得による不利益として、なしが最も多く 36 施設であった (表 11)。挙げられた意見としては、業務増加 9

施設、時間が取られる 7 施設、マンパワー不足、負担が大きい、収益が割に合わないがそれぞれ 4 施設、合同カンファレンスの日程調整、ICT ラウンドが負担 がそれぞれ 3 施設、共倒れの恐怖、自施設のための感染対策が出来ない、サーベイランスのためにパソコンを個人購入、勤務のやりくり、医師参加のための外来患者の予約調整、ICT に集中できないといった意見も挙げられた。

表 11 加算取得による不利益

	(施設)
業務増加	9
時間が取られる	7
マンパワー不足	4
負担が大きい	4
収益が割に合わない	4
カンファレンスの日程調整	3
ICT ラウンドが負担	3
共倒れの恐怖	1
自施設のための感染対策ができない	1
サーベイランスのために PC を個人購入	1
勤務のやりくり	1
医師参加のための外来患者の予約調整	1
ICT に集中できない	1
なし	36
未回答	166

⑤ 今後の予定、意見

今後加算 1 を取得する予定は 28 施設 (12%)、予定はない 149 施設 (62%)、わからない 49 施設 (20%)、未回答 15 施設 (6%) であった (図 66)。加算 1 を取得予定の理由として、感染管理認定看護師の育成の見通し 13 施設 (46%)、看護師の専従が可能 2 施設 (7%)、薬剤師の増員 1 施設 (3%) といった人員確保が多く挙げられ、感染管理の充実、病院機能評価で指摘、条件が整備といった理由も挙げられた (図 67)。一方で、加算 1 を取得予定がない理由として、感染管理認定看護師の確保 34 施設 (32%)、専従者の人員確保 32 施設 (30%)、ICD の確保 8 施設 (8%) というように、同じく人員確保が多く挙げられた (図 68)。

感染防止対策加算に対する意見としては、要件の緩和 12 施設 (22%)、点数の引き上げ 12 施設 (22%)、今後の加算継続希望 7 施設 (13%)、加算 1 にしたいが要件が厳しい 4 施設 (7%)、連携のありかた 1 施設 (2%) という加算制度に対する意見が多くを占めた (図 69)。相談できる場や相手があった 5 施設 (9%)、院内で意見が言える 2 施設 (4%) など加算取得による利点や、増収分は感染対策費として使えない 5 施設 (9%)、医師の参加が少ない 2 施設 (4%)、加算 1 からの耐性菌持ち込みが多い 1 施設 (2%) といった問題点も挙げられた。

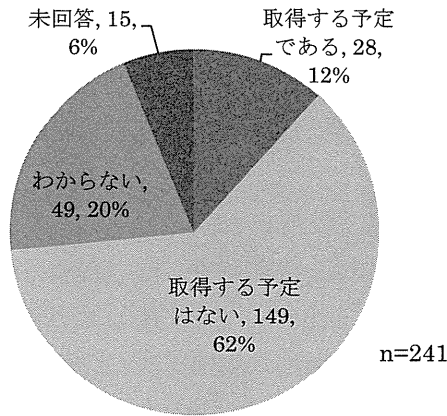


図 66 今後加算1を取得する予定の有無

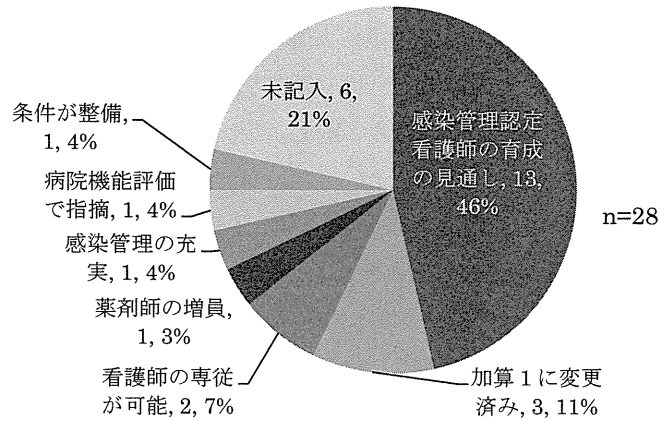


図 67 加算1取得予定の理由

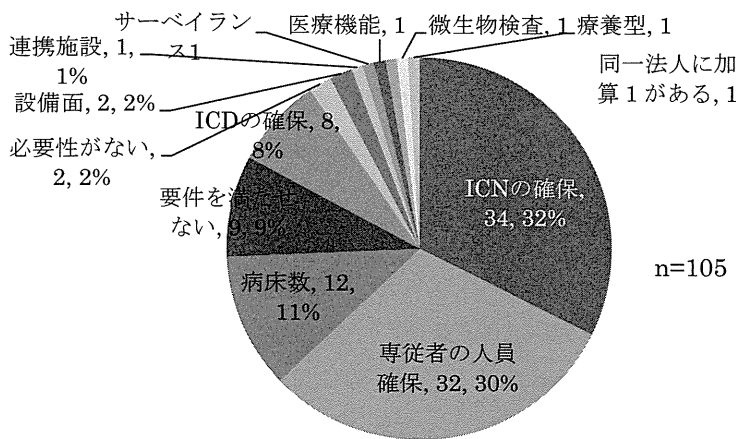


図 68 加算1取得予定がない理由

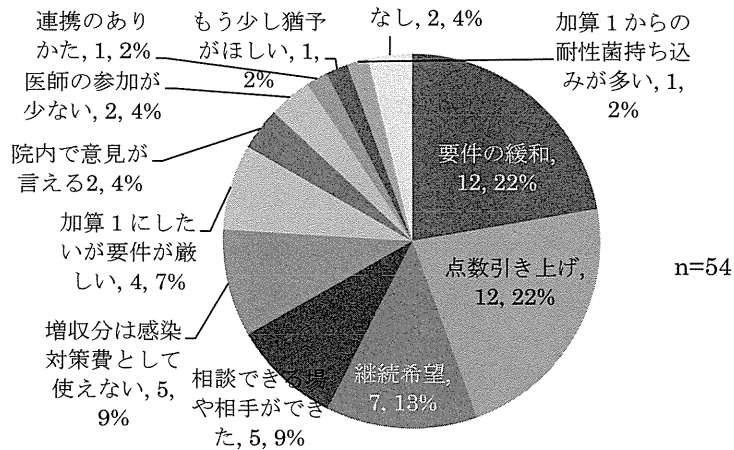


図 69 感染防止対策加算に対する意見

### 3. 考 察

平成 24 年度診療報酬改定により新設された感染防止対策加算では、加算 1 施設と加算 2 施設に分けて算定し、施設基準の規定によると、300 床未満を基準とした加算 2 施設は、感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務をおこなうことや、加算 1 施設と連携し、年 4 回以上共同カンファレンスを開催することになった<sup>1)</sup>。

昨年度われわれは、加算 1 施設を対象にして、感染防止対策加算を算定した最初の 1 年間での、連携によるネットワーク整備状況や感染対策の推進状況について全国調査を実施した<sup>2)</sup>。そこでは、専従者増加や相談体制の強化が図

られ、アウトブレイクの早期特定も認められ、感染対策が推進されていることが示唆された。今年度は、平成 24 年から 2 年間の取組の成果と課題を、加算 2 施設の視点から明らかにするため全国 1,006 施設にアンケートを実施した。

回答の得られた 241 施設のうち、現在も加算 2 を継続しているのは 217 施設 (90%) であり、加算 1 に変更した 19 施設 (8%) のデータも含めて解析しているため、加算による収益を感染対策費に反映できた金額など一部の質問事項にはその影響が認められた。

回答の得られた施設の病床数は、平均 155 床であり、300 床未満は 203 施設 (84.2%) であったことから、加算 1 と加算 2 の違いとして病床数を掲げた施設基準はおおむね守られていた。在院日数は精神科を除いた一般病棟の平均で 46.6 日であり、平成 23 年の平均在院日数 病院 34.3 日、一般診療所 17.5 日<sup>3)</sup> と比べると非常に長い。この理由として、療養型病棟、回復期リハビリテーション病棟や障害者施設等一般病棟など慢性期の患者が入院する施設が、加算 2 を取得していることが考えられる。そうすると、入院初日の点数加算が妥当であるのか、検討の必要があるだろう。

院内感染対策委員会は、加算取得前から 238 施設 (99%) と大部分が設置されていたが、感染制御チーム ICT は、加算取得前から設置されていたのは 157 施設 (65%)、加算取得を契機に設置されたのは 71 施設 (29%) であり、加算取得を契機として組織が整備されていった状況が明らかである。また、ICT による病棟ラウンドを、加算取得以前より実施していたのは 138 施設 (57%) であるが加算取得を契機に実施したのが 97 施設 (40%) であることや、病棟ラウンドの頻度が増えたのは 128 施設 (53%) ということから、加算算定により ICT が日常業務を実践することにより、感染制御が推進されたことが示唆された。これは、アウトブレイクの早期発見に最も有効だった点として、ICT の日頃の活動 (9 施設) が挙げられたことから裏付けることができる。

ICT の主要な構成員は、医師 1.7 名、看護師 4.6 名、薬剤師 1.1 名、臨床検査技師 1.2 名であるが、そのほかにも事務のほか医療・福祉のさまざまな職種が関わっていた。医療従事者に偏らず幅広い職種で感染制御に関わるのが加算 2 施設の特徴であり、感染や微生物の専門知識の普及も含め、加算 1 施設とは異なる、組織化における問題点が存在するのではないかと推察する。

感染対策を目的とした職員研修は、平成 23 年度と平成 25 年度の加算取得前後で比較すると、回数は平均 2.7 回から 3.4 回へ、参加者は延べ 231.4 人から 291.8 人へ、研修の対象となる職員数より研修参加率を計算すると 79.3% から 95.4% へ、回数も参加人数も併せて増加したことが明らかとなった。これもまた、感染制御を推進させる要因のひとつとして挙げられる。

合同カンファレンスは年 4 回以上開催された。それが感染対策に「大変有効である」と「まあまあ有効である」を合わせると 96% であり、また、合同カンファレンスは医療従事者の連携を深めるために「大変有効である」と「まあまあ有効である」を合わせると 98% となった。感染対策で困ったことがあるときの相談相手として連携施設を 74% が挙げており、アウトブレイクの早期発見でも合同カンファレンスの情報は有効に活用された。連携を推進するための合同カンファレンスは、感染制御に大変有効であることが示唆された。

加算による収益を感染対策に反映できた施設は、初年度の平成 24 年度は 57 施設 (24%) から平成 25 年度は 77 施設 (32%) に増加したが、まだ一部の施設に限られている。収益の使われ方としては、消耗品や備品など感染対策に関する物品の購入、抗体価検査やワクチン接種、オセルタミビル予防投与、研修費・出張費といった、これまでは施設や個人の持ち出しであった感染制御に必要なものに充てられていることが明らかとなった。したがって、点数引き上げや加算の継続を望む声も 35% と多くなっている。

アウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは 46 施設 (19%) であり、その原因微生物として挙げられたのはインフルエンザウイルスとノロウイルス、疥癬など感染力の強い微生物や、クロストリジウム・ディフィシル や MRSA、緑膿菌といった環境にも存在する微生物であった。加算取得がアウトブレイクの早期発見に有効だった点として、ICT を組織しての日頃の活動、加算 1 施設に相談、合同カンファレンスの内容や情報交換、職員への周知や意

識といったことが挙げられており、感染防止対策加算による取組の成果は、アウトブレイクの早期発見に活かされていることが示唆された。

CLA-BSI、CA-UTI、VAP、SSIといったサーベイランスを実施している施設は少なかったが、入院患者背景からすると必要性が低いことに関係していると思われる。一方で、耐性菌の検出状況などはアウトブレイクの早期発見にもつながるため、感染防止に係る日常業務の具体的な内容を提示することも、今後は検討する必要があるだろう。

加算1施設との連携は平均で1.38施設であるが、最大6施設とも連携していると回答した施設もあった。この背景について調査は行っていないが、加算2施設が存在しなければ加算1施設も成り立たない。合同カンファレンスの会場までは60分以内が94.9%、平均30分であるが、中には120分かかかる相手と連携している例もあり、連携の枠組みの問題点も検討する必要があるだろう。

#### 4. まとめ

感染防止対策加算取得によりICTが組織化され、病棟ラウンドなどの取組を行い、耐性菌の検出状況の報告体制が整った。また、加算1施設との合同カンファレンスを年4回以上持つことで情報交換や相談の体制が整い、連携が図りやすくなった。これらのことがアウトブレイク時の迅速な対応につながり、感染対策に有効であったことが示唆された。このように、前回報告した加算1と共に、2012年4月の感染防止対策入院時加算は、日本の感染制御の水準、特に中小医療施設のそれを、大きく前進させた他に類をみない施策として、国際的にも非常に評価の高いものと確信する。

謝辞：本調査を行うにあたり、御多忙な時期に御協力いただきました加算2施設の感染制御担当者の皆様に、この場を借りて深く感謝いたします。

#### 参考文献

- 1) 大久保憲 厚生労働省通知「医療機関等における病院感染対策について」—わが国の感染制御の変遷を踏まえて—、*感染と消毒* 2012；19（1）：3-8.
- 2) 小林寛伊、鈴木明子、菅原えりさ、吉田理香. 全国における感染対策地域支援ネットワークの整備状況—感染防止対策加算1施設の実態調査—. *厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 中小医療施設における感染制御策の質向上を目指す支援体制についての研究 平成24年度 総括研究報告書* 2013；73-92.
- 3) 厚生労働統計協会. 受療状況. *国民衛生の動向* 2013；60（9）：83-87.



## I-2. 総務省行政評価局の勧告に基づく現場改善策

小林寛伊、大久保憲、菅原えりさ、吉田理香  
東京医療保健大学大学院医療保健学研究科

### 1. はじめに

総務省行政評価局厚生労働等担当評価監視官室は、平成25年8月30日に厚生労働省に対して「医療安全対策に関する行政評価・監視「結果に基づく勧告」を発表した。その中で、厚生労働省医政局指導課に対する院内感染防止対策に係る評価に基づき、医療現場改善のための13項目にわたる具体的対応方針作成が勧告された。

本報告書は、勧告の一部（勧告項目1,3,7）についての具体的な対応についてまとめたものである。

### 2. (勧告項目1) 院内感染対策研修について、有床診療所においても無床診療所と同様、当該診療所以外での研修を受講することでも代用できることとすること。

#### 2-1. 対応

平成18年6月21日付けで公布された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号。以下「改正法」という。）により、医療法（昭和23年法律第205号）の一部が改正された。これまで概念的であった院内感染対策が医療法の中に明確に位置付けられ、医療機関にとって院内感染対策は法的順守事項になった。

これに伴い、医療法施行令等の一部を改正する政令（平成19年政令第9号、以下「改正政令」という）が平成19年1月19日付けで示された。この法律を受けて厚生労働省医政局長通知が平成19年3月30日付（医政発第0330010号）にて発せられている。

この中で、③ 従業者に対する院内感染対策のための研修として以下の項目が示されている。

新省令第1条の11第2項第1号ハに規定する従業者に対する院内感染対策のための研修は、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、

- 1) 当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るものであること。
- 2) 当該病院等の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- 3) 本研修は、病院等全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度定期的で開催するほか、必要に応じて開催すること。
- 4) 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。ただし、研修については、患者を入所させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有しない助産所については、当該病院等以外での研修を受講することでも代用できるものとし、年2回程度の受講のほか、必要に応じて受講することとする。

以上の事項が示されている。

有床診療所の職員が他の病院にて院内感染対策の研修を受講することでも代用できることとするためには、上記の4)の項目を以下の下線のごとく改正する必要がある。

「研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。ただし、研修については、有床診療所及び有床助産所、無床診療所及び無床助産所については、当該施設等以外の病院での研修を受講することでも代用できるものとし、年 2 回程度の受講のほか、必要に応じて受講することとする。」

（医政発第0330010号 平成19年3月30日 厚生労働省医政局長 を参照）

3.（勧告項目 3）医療機関における病棟ラウンドの効率的な取り組み事例を収集し、医療機関に提供するなど、都道府県等を通じて、医療機関において ICT 等による病棟ラウンドが的確に実施されるように支援すること。

### 3-1. 対 応

感染制御活動は、実際的な活動ができる専門家で構成される感染制御実践チーム（infection control team: ICT）を組織して実施することが効果的かつ効率的である。

#### 3-1-1. 構成メンバー

ICTメンバーは理想的には下記の認定を受けたスタッフが求められる。

- 1) インфекションコントロールドクター（Infection Control Doctor: ICD）
- 2) 感染管理認定看護師（Certified Nurse for Infection Control: CNIC）もしくは感染制御実践看護師（Certified Professional Nurse for Infection Prevention and Control: CPNIPC）、感染症看護専門看護師（Certified Nurse Specialist - Infection Control Nursing: CNS-ICN）
- 3) 感染制御専門薬剤師（Board Certified Infection Control Pharmacy Specialist: BCICPS）もしくは 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
- 4) 感染制御認定臨床微生物検査技師（Infection Control Microbiological Technologist: ICMT）もしくは 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- 5) その他のメンバーとして、感染症専門医、滅菌技師（CSS）/士（CSST）、感染制御認定薬剤師（BCPIC）、認定臨床微生物検査技師、抗菌化学療法認定医/指導医、抗菌化学療法認定薬剤師、事務職員、管理栄養士、日本病院会感染制御講習会を修了したインフェクションコントロールスタッフ（ICS）、ファシリティマネージャーなどが加わると良い。

一方、各病棟や外来には、現場とICTの橋渡し役としてリンクナースやリンクドクターを配置している施設もある。

### 3-2. 組 織

院内の組織図では、ICTは院内感染対策委員会の下部組織（ライン）ではなく、病院長直属の組織として独自に権限と責任を持って活動できることが望ましい。

### 3-3. 活 動

厚生労働省院内感染対策中央会議（座長：小林寛伊）等の各種提言をもとに、ICTが実施すべき病棟ラウンドに付き下記のごとくまとめてみた。

#### 3-3-1. ICT病棟ラウンドの概念

病床規模の大きい医療機関（目安として病床が 300床以上）においては、ICTを設置し、定期的に病棟ラウンドを

行うこと。病棟ラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備することが望まれる。

ラウンドの種類（視点）には主に微生物検出情報を元に特定の感染患者の状況や隔離対策を把握、確認、指導を目的としたラウンドと、療養環境の整備や衛生管理を目的としたラウンドがある。後者には手術室や中央滅菌材料室など患者が常時いない部署の整備管理状況も含まれる。

これらのラウンドを同時に実施するか、別々に実施するかは施設状況によって異なると考えられるが、週に1回程度のラウンドとその記録を残すことに変わりはない。

### 3-3-2. 適正病棟ラウンドの事例（活動全般において）

1. 少なくとも週1回以上、施設内の全域をラウンド（liaison）する。
2. 感染症対策（infection control）、および、感染症を惹起する可能性のある医療従事者の行為等（手指衛生、無菌操作の破たん、その他）、現場環境（ナーステーション等における清潔作業部位と流し等汚染源との隔離、廃棄物適正処理、その他）、鋭利物適正処理等職業防止対策への介入（infection prevention）をおこなう。
3. 感染症対策に関しては、細菌検査情報を参照して、事前に問題症例をチェックして置く。常在菌、検体汚染contaminationの事例も含めて報告を受け（微生物検査室で感染症を選択して報告する施設が少なくない）、事前検討をおこなう。
4. 抗菌薬の適正使用に関する介入。感染制御専門薬剤師（Bard Certified Infection Control Pharmacy Specialist: BCICPS）の参加が望ましい。
5. 交差汚染対策、職業感染対策等に関しては、予め介入項目をまとめて置き、それに従って行う。
6. 上記全項目を1回のラウンドでチェックすることは、相当の知識を有した経験者でないと難しい。従って、常に経験を重ねつつ、知識を吸収して、能力を高める努力を行うことが肝要である。
7. 大規模病院では、約300床程度を1回のラウンド対象とし、日を替えて行うか、チームを分けて行うかして、冗長なラウンドに成らないよう企画する。
8. 週あるいは月により、集中的介入項目を絞って、その項目に焦点を当てて、ラウンドをおこなうことも有効な方法である。また、問題が生じている場合は、そこに焦点を当てたラウンドも必要となる。
9. 300床未満の中小施設で、専従者もおらず、専任（兼任）のメンバーで構成されたInfection control team(ICT)でラウンドをおこなう場合には、例えば、昼休み時間の30分間でおこなえるような内容の介入計画を立てて、実行することも有効な手段である。
10. 中小施設等で、初めてラウンドを開始する際には、問題を有している病棟に関して、限定的に範囲を絞って取り組むことも考える。
11. 感染症サーベイランスは、不可欠であり、臨床分離菌情報に基づいて現場で担当医師/看護師と共に医療関連感染症の特定をおこない、全国的ベンチマークとの比較、介入のアウトカムとしての感染率低減効果、など、アウトカム評価をおこない、その情報を現場にフィードバックして、更に次のステップのラウンド時介入を考慮実行し、また、アウトカム評価をおこなうというサイクルを継続する。
12. 感染症サーベイランスは、常時全感染症を対象にはおこないにくい条件が存在する場合は、問題と思われる医療関連感染症を選び、一定期間おこなう方法も考える。

3-3-3. 微生物検出情報をもとにしたアウトブレイクを早期に発見するための病棟ラウンド（平成23年6月17日 医療機関等における院内感染対策に関する留意事項。医政指発0617第1号（別記）より）

臨床微生物検査室から週 1 回出される患者別情報による検出菌情報について、週 1 回の ICT 会議にて議論して、特異的な感染症患者、隔離を必要とする患者、結核などの空気感染性微生物による感染患者などをターゲットとして、病棟ラウンドを実施する。患者の受持ち医師や病棟看護師長などに対して、留意事項を説明する。

アウトブレイクを察知することも必要である。アウトブレイクを疑う基準は、1 例目の発見から 4 週間以内に、新規に同一菌種による感染症が 3 例以上特定された場合である。ただし、vancomycin resistant *Staphylococcus aureus* (VRSA)、multiple drug resistant *Pseudomonas aeruginosa* (MDRP)、vancomycin resistant enterococci (VRE)、multiple drug resistant *Acinetobacter baumannii* (MDRab) の場合には保菌状態でも 1 例として数える。そして、察知した時点から 1 週間以内に感染対策を策定して実施する。

対策を実施したにもかかわらず、さらに新たな患者が発生した場合には、速やかに地域のネットワークの専門家に支援を依頼できる体制を整えておかなければならない。

一つの目安として、感染症が 10 例に達した場合、または院内感染との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合には、管轄する保健所に速やかに報告しなければならない。

### 3-3-4. 療養環境の整備・衛生管理を目的とした環境ラウンド

療養環境の整備状況の把握のために実施すべきポイントに関する提案

- 1) スタッフステーション
  - 清掃及び整理整頓状況
  - 診療に使用する機器、器材の保管状況
  - 清潔区域に汚物が置いてないか
- 2) 注射薬混注作業台
  - 水周りから十分距離があるか
  - 混注作業以外の余分なものが置いてないか
  - 作業台表面の整理と清潔保持
  - 鋭利な廃棄物専用容器の設置
  - クリーンベンチの過剰な清潔管理（アルコール噴霧など）
- 3) 手指衛生設備
  - シンク周囲の水の飛び跳ね状況
  - シンク周辺の湿潤度
  - シンク周囲の整理整頓とカビの存在
  - 蛇口、活栓、シンクの形状、ペーパータオル、ごみ箱が適切か
  - 固形石鹼の使用状況と石けん液の継ぎ足し
  - 蛇口とシンクの底との距離が適切か（手が洗いやすいか）
  - 手洗い推進のためのポスターの掲示
  - スキンケア製品の設置
- 4) 薬品保管庫
  - 保管状況の適切さ
  - 薬品類の有効期限
  - 保存温度が適正か
  - マルチドースバイアル（複数回使用バイアル）の開封日の記載
  - 保冷库内温度のチェックと記録