トピックス

Ⅳ．感染症制圧にむけて

4. 院内感染対策における診療報酬改定のインパクト

櫻本 恭司

要 旨

平成 22 年, 多剤耐性アシネトバクターのアウトブレイク事例が発生し, 院内感染対策は喫緊の課題として社会的に注目された. 平成 24 年度診療報酬改定において, 感染制御チームを設置し, 他の医療機関と連携して院内感染対策に当たった場合の診療報酬上の評価として, 「感染防止対策加算」と「感染防止対策地域連携加算」が新設された. 今回の改定の影響を含め, 院内感染対策の動向を注視し, 更に対策を進めることが重要である.

〔日内会誌 101 : 3192~3200, 2012〕

Key words 院内感染対策, 診療報酬, 感染防止対策加算, 感染防止対策地域連携加算

はじめに

本稿では, 院内感染対策ネットワークの構築に係る指針及び診療報酬上の院内感染対策の評価について, 概説する.

院内感染が医療上の問題として提起され始めたのは 18 世紀ころのこととされ¹⁾, 日本では 1980 年代の後半より, 各地の医療施設でメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) が問題となり始めたが, 当時の分離率は高くても 1 割程度と推定されていた²⁾. しかし, 現在では, 臨床分離される黄色ブドウ球菌の 6 割程度が MRSA と判定される事態に至っている³⁾. 2000 年代に入ってから, バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) ・多

剤耐性緑膿菌 (MDRP) 等, 新たな多剤耐性の微生物による感染症が全国に広がっている. このような背景の中, 2010 年 8 月, WHO (World Health Organization) は, 薬剤耐性菌を減らすため, 各国が多剤耐性菌の拡散を制御できるように病院における感染対策を実施する準備を整えることと, 抗菌薬適正使用についての政策の強化を行うよう提言を行った⁴⁾.

1. 院内感染に係る医療政策上の対応

平成 22 年, 多剤耐性アシネトバクターのアウトブレイク事例が発生し, 院内感染対策は喫緊の課題として社会的に注目された. わが国における院内感染は, 患者の高齢化による易感染者

厚生労働省保険局医療課

Infectious Diseases : Progress in Diagnosis and Treatment. Topics : IV. Towards Containing Infectious Diseases ; 4. Impact of amending medical service fees about countermeasures against hospital infection.

Yasushi Sakuramoto : Medical Economics Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

院内感染対策中央会議提言（抄）（平成22年12月21日）

- 1 はじめに
 （・略・）個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。（以下略）
- 2 通常時の対応
- (1) 医療機関内における対応
 - 1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について
 - 2) 感染制御チームについて
 - (2) 医療機関間の連携について
 （・略・）緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。
 - (3) 行政の関わり
 - 1) 地方自治体の役割
 - 2) 国の役割
- 3 院内感染発生時の対応
- (1) 医療機関内での対応
 - (2) 医療機関間の連携と支援
院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。（以下略）
 - (3) 行政の関わり

図 1

の増加や、多剤耐性菌の拡がりにより、各医療機関における対応が難しくなっている。これらの現状を踏まえ、平成22年12月、厚生労働省の院内感染対策中央会議において、個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築の必要性が提言された⁵⁾ (図1)。

これを受け、厚生労働省は「医療機関等における院内感染対策について」⁶⁾を発出した。ここには、感染制御チームや医療機関間の連携、アウトブレイク時の対応等が含まれ、具体的には下記の内容等が示されている。

1) 感染制御チーム

①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、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド（感染制御チーム

によって医療機関内全体をくまなく、あるいは、必要な部署を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導などを行うことをいう。）を行うこと。

②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こと。

③病棟ラウンドに当たっては、検査室からの報告等を活用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。

④感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行うこと。

⑤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

トピックス

の専門家等に相談できる体制を整備すること。

2) 医療機関間の連携

①緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。

②地域のネットワークの拠点医療機関として、大学病院や国立病院機構傘下の医療機関、公立病院等地域における中核医療機関、あるいは学会指定医療機関等が中心的な役割を担うことが望ましいこと。

3) アウトブレイク時の対応

①同一医療機関内又は同一病棟内で同一菌種（ここでは、原因微生物が多剤耐性菌によるものを想定。以下同じ。）による感染症の集積が見られ、疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、当該医療機関は院内感染対策委員会又は感染制御チームによる会議を開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施すること。

②アウトブレイクを疑う基準としては、一例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例（以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（*Acinetobacter baumannii*））が計3例以上特定された場合、あるいは、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）（上記の4菌種は保菌者を含む）が計3例以上特定された場合を基本とすること。

③アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例（上記の4菌種は保菌者を含む）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防

止に向けた支援を依頼すること。

④医療機関内での院内感染対策を講じた後、同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例（上記の4菌種は保菌者を含む）が多数にのぼる場合（目安として10名以上となった場合）または当該院内感染事案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おいては、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましいこと。

⑤報告を受けた保健所は、当該院内感染発生事案に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施され効果を上げているか、また地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関等の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。

⑥保健所は、医療機関からの報告を受けた後、都道府県や政令市等と緊密に連携をとること。

これらを踏まえ、平成24年度診療報酬改定においては、院内感染対策に関する取組を推進するために、院内における感染防止対策の評価を充実させた（図2、3）。

2. 院内感染に係る診療報酬上の対応

平成24年度診療報酬改定前までは、院内感染対策に係る診療報酬上の評価は、以下の3つに大別されていた。

(1) 入院基本料の要件（院内感染防止対策委員会（1回/月）、感染情報レポート（1回/週）、手洗い励行、各病室に水道又は消毒液を設置等）

(2) 医療安全対策加算の要件（専任の院内感染管理者を配置）

(3) 医療安全対策加算における感染防止対策加算の要件（感染防止対策部門の設置、感染制

平成 24 年度診療報酬改定（感染症対策の推進①）

院内における感染防止対策の評価

▶院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算 1 400 点 (入院初日)

(新) 2 100 点 (入院初日)

注：感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

【施設基準】

感染防止対策加算 1（従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ）

○感染防止対策加算 1 を算定している医療機関を中心に、加算 2 を算定する医療機関と年 4 回以上合同カンファレンスを開催していること。

感染防止対策加算 2

①感染防止対策加算 1 に必要な感染制御チームから、研修要件及び専従要件を緩和したチームを作り、感染防止対策に係る業務を行う（業務内容は感染防止対策加算 1 と同様）。

②加算 2 を算定する医療機関は、加算 1 を算定する医療機関の開催するカンファレンスに年 4 回以上参加すること。（複数の加算 1 算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年 1 回以上参加すること。）

図 2

御チームを組織（医師，看護師，薬剤師，臨床検査技師），地域や全国のサーベイランスへの参加が望ましい）。

（1）入院基本料の要件については、医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項において、病院等の管理者は、「院内感染対策のための体制の確保に係る措置等を講じなければならない」（図 4）とされており、診療報酬上も入院基本料の要件としている。（2）医療安全対策加算については、平成 18 年度診療報酬改定で新設され、医療安全対策の一環として専任の院内感染管理者の配置を施設基準とした。（3）感染防止対策加算については、平成 22 年度診療報酬改定において、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生物質の適

正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価が新設された。

一方、平成 24 年度診療報酬改定においては、平成 23 年 12 月 7 日の中央社会保険医療協議会で「院内感染対策」について議論がなされ、前述の医療政策上の対応や実際に行われている国立大学附属病院等の大規模病院間の医療機関間ネットワーク（サーベイランスやガイドラインの作成、感染対策相互チェック等）の例（図 5）、ネットワークによるサーベイランスや各種講習会の開催により、多剤耐性緑膿菌（MDRP）の検出患者数が経年的に減少したといった報告等を勧案して、院内感染対策の評価に係る検討がなされた⁷⁾。

結果として、院内感染の防止策について、医

トピックス

平成 24 年度診療報酬改定（感染症対策の推進②）

感染防止対策の相互評価について

➤感染防止対策加算 1 を算定する医療機関同士が年 1 回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。
（新）感染防止対策地域連携加算 100 点（入院初日）
[算定要件]
①感染防止対策加算 1 を算定する医療機関同士で連携していること。
②年に 1 回以上、連携しているいずれかの医療機関に赴いて感染防止対策の体制を評価すること。
③また、年に 1 回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する評価を受けること。

図 3

診療報酬上の感染防止対策の評価

医療法第 6 条の 10
病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項
病院等の管理者は（中略）次に掲げる措置を講じなければならない
1 院内感染対策のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
イ 院内感染対策のための指針の策定
□ 院内感染対策のための委員会の開催（ベッドを有する施設に限る）
ハ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施
二 当該病院等における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施

入院基本料

院内感染防止対策委員会（1 回／月）、感染情報レポート（1 回／週）
手洗い励行、各病室に水道又は消毒液を設置

図 4

療安全対策とは分離して評価するよう感染制御チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価

体系に改めた上で（上記（3）医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止）、感染制御チームを

図 5

持つ医療機関と 300 床未満の医療機関が連携して院内感染対策に当たった場合の評価として「感染防止対策加算 1, 2」を新設し、感染制御チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合の評価として「感染防止対策地域連携加算」を新設した。

この改定により、現在、院内感染対策に係る診療報酬上の評価は、以下の 2 つに整理される。

(A) 入院基本料の要件(院内感染防止対策委員会(1 回/月)、感染情報レポート(1 回/週)、手洗い励行、各病室に水道又は消毒液を設置)。

(B)「感染防止対策加算 1, 2」及び「感染防止対策地域連携加算」(感染制御チームの配置と医療機関間ネットワーク)。

以下、(B)「感染防止対策加算 1, 2」及び「感

染防止対策地域連携加算」の具体的内容について概説する。

3. 感染防止対策加算及び感染防止対策地域連携加算の実際の運用について

平成 24 年度診療報酬において新設された「感染防止対策加算」は、院内に医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師からなる感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等の院内感染防止を行うことを評価するものである。感染制御チームは以下の業務を行うことが求められている。

ア 感染制御チームは、1 週間に 1 回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行

トピックス

感染防止対策加算，感染防止対策地域連携加算の要件

感染防止対策加算 1 400 点（入院初日）

- ①専任の院内感染管理者が配置されており，感染防止に係る部門を設置していること。
- ②以下の職種からなる感染制御チームを組織し，感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ・感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - ・5 年以上感染管理に従事した経験を有し，感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ・3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師。
 - ・3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
 （医師又は看護師のうち 1 名は専従であること）
- ③年 4 回以上，感染防止対策加算 2 を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催。
- ④感染防止対策加算 2 を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算 2 100 点（入院初日）

- ①一般病床の病床数が 300 床未満の医療機関であることを標準とする。
- ②専任の院内感染管理者が配置されており，感染防止に係る部門を設置していること。
- ③以下の職種からなる感染制御チームを組織し，感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ・感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - ・5 年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - ・3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - ・3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
 （医師，看護師とも専任で差し支えない）
- ④年に 4 回以上，感染防止対策加算 1 を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加。

感染防止対策地域連携加算 100 点（入院初日）

※感染防止対策加算 1 を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行っている場合の加算

- ①感染防止対策加算 1 を算定していること。
- ②感染防止対策加算 1 を算定している医療機関同士が連携し，年 1 回以上，互いの医療機関に赴いて，相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

図 6

うとともに，院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また，院内感染事例，院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析，評価し，効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回，院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 感染制御チームは微生物学的検査を適宜利用し，抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制等を取り，投与量，投与期間の把握を行い，臨床上一問題となると判断した場合には，投与方法の適正化をはかる。

ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し，職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

また，「感染防止対策地域連携加算」は，感染防止対策加算 1 を算定している医療機関同士が連携し，年 1 回以上，互いの医療機関に赴いて，相互に感染防止対策に係る評価を行っている場合に算定する。それぞれの施設基準は図 6 の通りである（図 6）。

「感染防止対策加算 1」を算定する医療機関は，感染防止対策加算 1 を算定している医療機関を中心に加算 2 を算定する医療機関と年 4 回以上合同カンファレンスを開催していること等が必

要であるが、具体的な運用について、事務連絡で示しており、主な内容は以下の通りである。

①感染防止対策加算2を算定する医療機関が複数ある場合、それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開くのではなく、複数の医療機関と合同で行っても差し支えない。

②特別の関係にある医療機関が連携した場合や医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも、適切に連携することが可能であれば届出可能である。

③300床未満の医療機関であっても感染防止対策加算1を届出可能である。

④感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、原則、感染制御チームを構成する各々の職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)が少なくともそれぞれ1名ずつ参加することが必要である。

⑤感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV会議システムや電話によるものではなく、原則、直接対面で行う必要がある。

⑥感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同でカンファレンスを実施した場合における、施設基準に規定されているカンファレンスの主催及び参加回数の数え方については、原則として、1回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は1カ所に限られる。ただし、市町村、保健所圏域、二次医療圏又は都道府県等の単位で、圏域内の感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同で感染症情報の共有等に関するカンファレンスを実施した場合は、年2回に限り、感染防止対策加算1の届出を行っている医療機関が開催する必要のあるカンファ

レンスを主催したこととして数えることができる。なお、この場合のカンファレンスは、各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況(アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等)、抗菌薬の使用状況等の情報の共有及び意見交換を目的とするものであること。最新の知見を共有することも求められるが、単なる勉強会や講習会は認められない。また、各医療機関において、カンファレンスの内容がわかる文書及び参加した医療機関名及び参加者の一覧を保存しておくことが必要である。

つづいて、「感染防止対策地域連携加算」を算定する医療機関の具体的な運用については、以下の通りである。

①複数の医療機関が1つの医療機関に赴いて感染防止対策に係る評価を行った場合は、評価を行った複数の医療機関について、いずれも施設基準に掲げる感染防止対策に係る評価を行った医療機関とみなされる。

②相互に赴いて行う感染防止対策に関する評価は、感染制御チームを構成する各々の職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)のうち、医師及び看護師を含む2名以上が評価を行うことが必要である。

③相互に赴いて行う感染防止対策に関する評価の際に使用する様式について、この要素はすべて含まないといけない。ただし、チェック項目については、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。

4. 平成24年度診療報酬改定の影響

社会医療診療行為別調査によれば、感染防止対策加算の平成22年6月(5月診療分)の算定回数は15,502回、平成23年6月(5月診療分)の算定回数は39,295回であり⁸⁾、医療安全対策加算の届出医療機関数は平成20年が1,522施設、平

トピックス

成 22 年が 2,639 施設であった⁹⁾。今回の改定の影響であるが、一例として、病床数 300 床、病床利用率 80%、平均在院日数 15 日の医療機関において、感染防止対策加算 1 (入院初日 400 点) 及び感染防止対策地域連携加算 (入院初日 100 点) を算定した場合、1 施設当たり年間約 3,000 万円の収益となる。

ほぼ全ての抗菌薬に耐性を付与する新規遺伝子がある種の細菌で同定されたと報告されており¹⁰⁾、また、多剤耐性菌による院内感染はその性質上、対策をすれば必ず防げるものではなく、従ってアウトブレイクしたとしてもそれ自体が即座に非難されるべき類ではない。ただし、WHO が提言の中⁴⁾で示したように、「多剤耐性菌の制御に成功した事例は多くの国より報告されており、よく知られている既存の感染対策の手法は十分かつ体系的に実施されれば、多剤耐性菌の伝播を減らすのに有効となりうる。多剤耐性菌は新しいものではなく、出現し続けるものであるため、その監視を続けることと、伝播経路やその広まりに関する理解、そして最も有効な感染制御の方法の実施が必要」なのである。今後、今回の改定の影響を含め、院内感染対策の動向

を注視し、更に対策を進めることにより、院内感染のアウトブレイクが可能な限り減少することを切に願う。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) 上田 茂, 他: 衛生行政大要, 改訂第 23 版, 日本公衆衛生協会, 2012, 170-171.
- 2) Tomizawa K, Sato S: An analysis of incidents of *Staphylococcus* in Kashima Rosai Hospital (I). *Jpn J Antibiot* 41: 494-504, 1988.
- 3) 国立感染症研究所: 院内感染対策サーベイランス (JANIS).
- 4) WHO: WHO urges countries to take measures to combat antimicrobial resistance, Be alert to antimicrobial resistance. 2010.
- 5) 厚生労働省: 事務連絡 院内感染対策中央会議提言について (平成 23 年 2 月 8 日).
- 6) 厚生労働省: 厚生労働省医政局指導課長通知医政指発0617 第 1 号 (平成 23 年 6 月 17 日).
- 7) 厚生労働省: 第 211 回中央社会保険医療協議会資料 (平成 23 年 12 月 7 日).
- 8) 厚生労働省: 社会医療診療行為別調査.
- 9) 厚生労働省: 第 198 回中央社会保険医療協議会資料 (平成 23 年 10 月 5 日).
- 10) Kumarasamy KK, et al: Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infect Dis*: 597-602, 2010.