トピックス

Ⅳ. 感染症制御にむけて

4. 感染対策における地域連携

森兼 啓太

要 旨

全ての医療機関が感染対策に関する十分な知識や経験を持った職員を擁しているわけではない。それをカバーするのが地域連携である。日本では、自然発生的な組織による先進的取り組みに端を発し、厚生労働省事業による都道府県単位のネットワークが形成され、2012年からは診療報酬の後押しもあって全国的に病院間の連携が急速に進展しつつある。

〔日内会誌 103：2754～2760, 2014〕

Key words 資格制度, 院内感染対策地域支援ネットワーク, 感染防止対策加算

はじめに

感染症の診断・治療は主に医師によって行われ、医師個人の努力や診療科における教育によってその質を向上させることができる。一方、感染症の防止は、医師が単独で行う性質のものではなく、本質的に様々な職種による協働によって達成される。

とりわけ、医療機関における感染防止、すなわち院内感染対策は、病院内で働く様々な職種による役割分担と連携が必要である。また、各職種の養成教育課程においては、院内感染対策に関する講義や実習などの機会が限られている。そのため、卒後教育や自己研鑽が必須である。それを実施したり受けたりした人の中から、より充実した卒後教育や自己研鑽の機会を持った

人材を評価するための様々な資格制度が確立されてきた。

1. 院内感染対策：資格制度にみる人材育成

最初に制定された資格制度は、インフェクションコントロールドクター（Infection Control Doctor：ICD）であった。1999年、ICD制度協議会が発足し、その認証する講習会を受講し、一定の実務経験を持つ医療者に対して、2000年よりICDの資格を認定している。現在、数千名の認定者がいる。

ICDは「ドクター」という名称であるが、医師に限定された資格制度ではない。それでも医師の取得が多かったためか、医師以外の職種においては各職能団体などが独自の認定制度を構築

山形大学医学部附属病院検査部・感染制御部

Progress in Diagnostic Technology and Management of Infectious Diseases. Topics: IV. Measures for Infection Control; 4. Local partnership in infection control.

Keita Morikane: Division of Clinical Laboratory and Infection Control, Yamagata University Hospital, Japan.

していった。看護職では、2001年に日本看護協会が感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control：CNIC）の認定制度を発足させ、2014年2月現在1,804名が認定資格を保持している。臨床検査技師では、日本臨床微生物学会が2006年より感染制御認定臨床微生物検査技師（Infection Control Microbiological Technologist：ICMT）の認定制度を実施しており、2013年1月現在445人が認定されている。薬剤師では、日本病院薬剤師会が2006年に感染制御専門薬剤師（Board Certified Infection Control Pharmacy Specialist：BCICPS）の認定制度を発足させ、2013年4月現在242名が認定されている。

これらの資格制度は、資格取得の際に勉学や教育課程の受講、実務経験、そして一部の資格においては学会発表や論文著述などが要求され、感染対策の専門家として十分な知識と経験を持った人材であることを明確にすることに役立っている。資格保持者でなければ感染対策に従事してはならないということはないが、可能な限り資格を取得することが、院内・地域内で認められ、尊敬され、自由に活動するために役立つと言える。

その他、資格制度とは異なるが、日本病院会が実施する感染制御講習会の受講終了者に「インфекション・コントロール・スタッフ」(Infection Control Staff：ICS)の呼称が与えられている。2009年現在、3,100名あまりが講習を修了している。

2. 地域連携の必要性

このように感染対策に関する認定制度が定置し、全て合わせると1万人以上の認定資格保持者が日本の医療機関で働いている。しかし、入院施設を持つ医療機関だけで約10,000施設、クリニックも含めるとその数倍もある日本の医療機関数から見れば、決して十分な数とは言えない。

い。しかも、これらの認定資格保持者は比較的大規模な医療機関に偏っている傾向にある。中小の医療機関ではこれらの認定資格を有する人が1人もいないというところが珍しくないであろう。

そこで、比較的大規模な医療機関に属している資格保持者やその集まりが近隣の中小の医療機関に対して、感染対策上の問題点の相談に乗ったり、実務に関する支援・現場指導を行ったりする動きが自然発生的に出現してきた。これが日本における院内感染対策の地域連携の「芽生え」である。中でも、組織化された動きとして特筆すべき2つの団体は、東北感染制御ネットワーク（現：東北感染症危機管理ネットワーク、<http://www.tohoku-icnet.ac/>）と、北九州地域感染制御チーム（Kitakyushu Regional Infection Control Team：KRICT、<http://www.krict.org/>）である。両者とも、日常的な相談とアウトブレイク事例への支援介入、および定期的な研修会の開催による学習機会の提供を主な活動としている。

3. 行政による地域連携の支援

2つの団体の事例を挙げたが、前者は大学の教室、後者はNPOが主体となって活動している。感染対策に関する実質的・専門的な活動以外にも、事務連絡などの作業を担うためのマンパワーが必要であり、それらに伴う経済的負担も含めると相当大きな負担となっている。これらを負担できる組織はそう多くない。

そこで、厚労省のモデル事業として「院内感染対策地域支援ネットワーク」が開始され、応募した地方自治体のうち、2004年度は10の道県に対して補助金が支給され、事業が開始された（表1）。基本的には都道府県の事業であるが、事務局（相談のための窓口）の設置場所については各道県に委ねられた。その結果、県の保健福

トピックス

表 1. 院内感染対策地域支援ネットワーク 相談事業 採択都道府県一覧

	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
北海道	○					
青森	○	○	○	○	○	
埼玉	○	○	○	○	○	○
千葉			○	○	○	○
富山	○	○	○	○	○	○
岐阜		○				
静岡	○	○	○	○	○	○
愛知					○	○
滋賀	○	○	○	○	○	○
京都				○	○	○
兵庫	○					
岡山	○	○	○			
香川	○	○	○	○		
鹿児島	○	○				
採択都道府県数	10	9	8	8	8	7

社部局、医師会、病院協会、衛生研究所、大学病院など様々なところに事務局が置かれたが、事務局の熱意と地域の感染対策の専門家の存否により、ネットワーク活動の内容に相当大きな差があったように思われる。年に何度も研修会を開催し、地域の感染対策の底上げを図ったところもあれば、相談窓口のみを配置した県もあった。いずれにせよ、このモデル事業がきっかけになり、広域（都道府県単位）のネットワーク形成の動きが加速した。

4. 診療報酬による評価

モデル事業に参加している都道府県数は、全国のそれに比べれば少数であり、あくまで試行という位置付けであった。そして、事業に参加していない都道府県では、このような活動の原動力となる専門家が地域にいないか、金銭的負担が行えないかの理由で、地域連携を行うことが困難であった。

しかし、この事業における各都道府県の取り組みは、国によって高く評価された。その結果、国の院内感染対策の方向性を話し合う「院内感

染対策中央会議」の場で、地域支援のための連携を診療報酬上で評価することが必要であるという流れができ上がってきた。すなわち、院内感染対策に関する自主的な地域連携に対して、診療報酬による加算を行おうという動きが出てきた。

5. 院内感染対策に関する診療報酬による評価の歴史

これに先立つこと 10 年以上前の 1990 年代には、当時増加の一途をたどった MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) 感染症とその伝播 (= 院内感染) を防止するため、対策を行っている施設に対する診療報酬上のプラスの評価 (1 患者 1 入院日あたり 5 点) が設けられた。後に、対策が不十分な施設に対する同額の減算制度に変わった。それ以後、しばらくプラスの評価は行われてこなかった。

2010 年の診療報酬改定では、医療安全対策加算を算定していることを条件に、その上乗せとして感染対策に 1 患者 1 入院あたり 100 点を加

算する、感染防止対策加算が新設された。加算の要件は、感染対策担当の人員配置（専従者の配置）や多職種からなる感染制御チームによる院内での活動などであった。

2012年の診療報酬改定では、本稿の趣旨である地域連携が加算の条件として組み込まれた（詳細は後述）。その一方で加算の額が大幅に増額した。すなわち、2010年の診療報酬改定で感染防止対策加算が算定できている施設であれば、地域連携を行えば新設された感染防止対策加算1を算定でき、その額は一気に4倍（1患者1入院あたり400点）になった。さらに、加算1で要求されている感染対策担当の専従者を配置できない中小規模の医療機関であっても加算が算定できるよう、加算2（同、100点）も設けられた。

6. 感染防止対策加算における地域連携の要件

では、一気に4倍になった加算1と加算2をそれぞれ算定するための地域連携要件とはどのようなものであろうか。

加算1の施設は、1年間に最低4回、加算2の施設との合同カンファレンスを主催し、加算1・加算2の施設の双方が感染対策の現状を示す各種データを提示し、評価や助言を行うことが必要とされている。その他、日常的に加算2の施設からの相談に応じることなどが定められている。

加算2の施設は、およそ3カ月ごとに加算1を算定する施設とカンファレンスを行うことになるが、これによってアウトブレイクを早期探知し対策を講じることができたり、自施設の感染対策のレベルアップを図ることができたりするなどのメリットがある。

この要件の前提として、加算1を算定する施設は感染対策の専従者を配置できる比較的大規模の医療機関と考えられ、加算2の施設は比較

的小規模の医療機関と考えられる。したがって、加算1の施設は感染対策に関するマンパワーや知識が充実しており、加算2の施設を支援し、相談に応じるのが連携の基本である。

表2、3に、加算1と加算2の主な施設基準を示す。

7. もう1つの連携：加算1同士の連携加算

加算2の施設は、加算1と合同カンファレンスを実施し、必要に応じて相談に乗ってもらうことにより、レベルアップしていくことが可能である。一方、加算1はどうだろうか。当該施設内での自己研鑽、すなわち学会や研究会への参加などを通じたレベルアップ、さらにはICDやCNICなどの認定資格保持者を増加させることなどが自施設レベルで可能ではある。しかし、他者による感染対策の評価を受けなければ、加算1の施設といえども十分な感染対策は行えず、独りよがり、時代遅れの感染対策を続け、連携している加算2に対しても悪い影響を与えかねない。

そこで、加算1同士の相互チェックを主体とする連携制度が追加された。厚労省から示されたチェックリストを基本とし、1年間に1回、相互に病院を訪問し合い、相手方の施設の感染対策に関する評価を行う。指摘事項については速やかに改善または対応を行い、翌年の相互チェックの際に再審査を受ける。なお、この相互チェックを行うことで1患者1入院あたりさらに100点が加算され、合計500点の加算となる。

8. 加算1の施設に圧倒的に有利な制度

2012年の改定は、感染対策およびその地域連携に対する高い評価が設定されたという点では画期的なものであり、歓迎すべきものであろう。

トピックス

表 2. 感染防止対策加算 1 の算定要件

- (1) 感染防止に係る部門を設置していること。
- (2) 部門内に以下の構成員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。
 - ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師[#]
 - イ 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[#]
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師[#]アに定める医師、またはイに定める看護師のうち、いずれか 1 名は専従であること
- (3) 感染防止対策の業務指針および院内感染管理者または感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (4) 感染制御チームが、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (5) 感染制御チームが、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。
- (6) 感染制御チームが、感染防止対策加算 2 に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年 4 回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (7) 感染制御チームが、感染防止対策加算 2 を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談などを受けていること。
- (8) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬等）については、届出制または許可制の体制をとること。
- (9) 医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (10) 日本医療機能評価機構等の第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (11) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

表 3. 感染防止対策加算 2 の算定要件

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床以下を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。
- (3) 部門内に以下の構成員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。
 - ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 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
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- (4)～(6) (加算 1 の (3)～(5) と同文)
- (7) 感染制御チームが、少なくとも年 4 回程度、感染防止対策加算 1 に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。
- (8)～(11) (加算 1 と同文)

しかし、様々な問題点も残っている。最大の問題点は加算 1 と加算 2 の算定要件がさほど大きく異ならず、病院間連携という点では 1 と 2 でほぼ平等であるにも関わらず、加算 1 と加算 2 の加算額にあまりにも大きい差が存在することである。

例えば、筆者の勤務する病院 (637 床) では年間入院患者数が 11,000 人程度であるので、加算 1 を算定すると、1～1 連携の分も含めて年間 5,500

万円程度の増収となる。3 分の 1 の 200 床程度であったとしても年間 2,000 万円弱の増収となる。これが加算 2 であれば、その 5 分の 1 にしかない。

そのため、厚労省が加算 1 の算定の目安と想定されていた 300 床に満たない医療機関でも、積極的に加算 1 の要件をクリアし、算定した施設がかなりの数に上った。現在、全国でおよそ 1,000 施設が算定している。なお、加算 2 を算定

する施設数は2,500程度である。

9. 加算1の算定条件に関する問題点

加算1と加算2の算定条件における最も大きな相違は、要件を満たした感染対策担当者の専従者の配置である。多くの施設ではこの専従者を看護師としているが、要件的に看護師の担当者はCNICまたはそれ相当となっている(それ以外の職種には資格要件がない)。前述のようにCNICは現在2,000名弱しかおらず、CNICを確保できるか否かで加算算定の可否が決まってくる面もある。したがって、2012～13年にはCNICの異動が多くみられ、また以前より充実した感染対策を展開してきたにも関わらず、CNICの産休や育休などで要件を満たせなくなり、加算1を算定できなくなった施設もあると聞く。

加算1におけるもう1つの決定的要因として、常勤の臨床検査技師が配置されているかどうかである。近年、検査室を院内外注、すなわち検査は院内で実施しているが、人員や機器を外注してしまっているケースが増えている。この場合、病院に所属する常勤の臨床検査技師がいないため、院内でどれほど迅速に微生物検査を実施し、臨床にフィードバックしていても加算1を算定できない。折しも、団塊の世代の大量退職で臨床検査技師の需給にアンバランスが生じており、当院でも技師確保に苦勞している。検査が外注かどうかよりもその質が重要であるが、この点は反映されていない。

10. 地域連携の実態

診療報酬制度に基づいた地域連携が発足して約2年が経過した。診療報酬制度が規定しているものは、加算1と2の連携、および加算1同士の連携であり、加算1の施設からみると最小単位は2施設(加算2の1施設、加算1の1施設)

との連携に過ぎない。加算2に至っては、加算1と1施設だけ連携すればよいことになる。

多くの加算算定施設はこの要件に基づいた、必要最低限の連携を行っているものと思われる。その一方で、この枠組みを超えた広域連携、あるいは要件を大幅に超えた多施設との連携を行っている加算1算定施設もある。それらの様々な取り組みは随所で紹介されているが、当該地域特有の事情による面が大きいように感じる。

地域において感染対策で核となる医療機関、あるいは圧倒的に規模の大きい施設(人口の多い市や県における市立・県立病院や大学病院)が存在していれば、そこを中心に加算1算定施設が集まり、それらを中心として地域全体のネットワークができ上がるといった動きは容易に起こり得る。逆に加算1を算定し、比較的質の高い感染対策を実施している施設が多数ある場合は、1～2連携を主体とする小さなネットワークがたくさんでき上がる。

その一方で、加算1を算定する要件が厳格ではないため、十分な感染対策を展開できていなくても算定できてしまうケースも少なくないと思われる。2014年1月に多剤耐性緑膿菌の集団発生が明らかになった関西地方のある医療機関では、多剤耐性緑膿菌に対する監視体制と分離患者に対する感染対策が不十分であったことがすでに明らかになっている。この施設は加算1を算定しているが、そのためにかえって他施設に相談することもできず、認知から半年以上経った時点で保健所に報告するなど、対応が後手にまわった印象を拭えない。加算2を算定する医療機関であれば、連携先の加算1の施設に相談できたのではないかとと思われる。

11. 当院の現状と今後の展望

2014年の診療報酬改定では、加算1の算定条件に地域・全国のサーベイランスへの参加要件

トピックス

が追加されたものの、制度自体や加算点数に変更はなく、医療機関では向こう2年間この制度を前提に感染対策を展開できることになった。院内感染担当者としては大変有り難いことである。当院では、年間数千万円の増収をもたらすこの制度のおかげで、感染対策に必要な物品の購入や職員のワクチン接種など、カネのかかる感染対策に対する病院の理解をより得やすくなったと感じる。

加算の要とも言える地域連携については、当院は加算2を取得する2つの施設と連携しているが、同一施設と2年以上連携していると顔の

見える人間関係が構築され、気軽に相談できるようになった。その一方で、合同カンファレンスでの話題に欠くようになり、マンネリ化しているのではないかと感じるときもある。

この加算ができるだけ長く続き、それに基づいた連携によってアウトブレイクを未然に防ぎ、あるいは早期発見・対応でき、日常の感染対策の質が向上することによって、院内感染が少しでも減少することを期待してやまない。

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