

加算新設を機にカンファレンス事業を新たに開始 地域全体の感染対策の底上げに取り組む

NPO 法人 KRICT
(北九州地域感染制御チーム)

2012年度の診療報酬改定において新設された「感染防止対策加算」は、「加算1」の高い点数設定が目ざされると同時に、「加算2」算定施設との合同カンファレンスが要件とされたため、各地で病院同士のマッチングが盛んになるなどの動きも見られたようです。

こうした状況に対して、「加算のための連携だけでは、地域感染対策にとってマイナスになる可能性もある」と懸念するのが、NPO法人KRICT理事で、北九州市立八幡病院副院長の伊藤重彦先生です。KRICTのこれまでの活動や合同カンファレンスの進め方、「加算1、2施設の連携の在り方」について伊藤先生にお聞きするとともに、同会員で加算2を算定している芦屋中央病院にも、感染対策への取り組みについて伺いました。

地域の感染対策を評価した加算新設 その意義と今後への懸念

感染対策においては伝播防止が非常に重要であり、院内だけではなく地域全体における対策が不可欠です。しかし、大半の地域基幹病院でICT（感染制御チーム）の配置等の院内感染対策の体制整備が進んでいる一方で、中小病院や介護施設においては、感染対策に十分な人員やコストが投じられていないという現状があります。こうした問題の改善が必要だということから、北九州地域で立ち上がったのが、KRICT（北九州地域感染制御チーム）です。感染症専門の医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等、約40名が、感染防止についての啓発事業のほか、アウトブレイクが発生した施設へのラウンドや指導介入、研修会等を2002年から開始しました。当初はボランティアとして活動していましたが、2003年にNPO法人として認証を受けて以来、さらに精力的な活動を続けています。

伊藤先生は「これまで取り組んできた地域全体の感染対策の重要性がようやく評価されたと感じる」と、「感染防止対策加算」について評価しており、その主旨についても「感染対策のノウハウやスタッフを有する施設が、



NPO 法人 KRICT 理事
北九州市立八幡病院
副院長・救命救急センター長 伊藤 重彦 先生

これから対策を強化しようとする施設を指導することで、地域の底上げをしていくという狙いは、確かに重要」だと賛同します。しかし一方で、地域ではなく2つの施設の連携だけでも評価される点など、いくつかの問題点があると指摘します。

同加算には(1)と(2)があり(表1)、ICN(感染管理認定看護師)等がいて、看護師または医師が専従であるなどの要件をクリアすれば「加算1」を届け出ることができ、加算1施設は加算2施設との合同カンファレンスを

年4回行い、院内感染に関する相談に応じることも要件です。つまり、病病連携のように患者さんを介した病院同士の連携ではなく、感染管理のレベルアップのための指導等の取り組みを評価するもので、これまでの診療報酬にはなかった点数設定だと言えます。また、「加算1」は、入院初日に400点という高い評価がされており、病床数が多く、回転の早い急性期病院では年間何千万円もの収益増につながります。そのため、一部の地域では加算2施設の争奪戦のような動きも見られたようです。

「地域全体の感染対策に対しては、意見交換会などの活動が、数年前から全国各地で芽生え始めていたようです。そうした動きが診療報酬上の評価につながったのは喜ばしいことではあるのですが、要件が規定されると、それを満たすことが優先されてしまい、それぞれの地域の実状に応じた工夫等が軽視されていく可能性は大です。また、それまでに連携関係がなく、互いの施設状況さえ知らない初対面の施設間では、初めから適切な指導は難し

表1 感染防止対策加算の主な施設基準

(1) 感染防止対策加算1 (入院初日)	400点
(2) 感染防止対策加算2 (入院初日)	100点
<ul style="list-style-type: none"> ● 感染防止対策部門の設置 ● 感染制御チーム (ICT) の組織 <ul style="list-style-type: none"> ① 専任常勤医師 (感染症対策経験3年以上) ② 専任看護師 (同上5年以上) ③ 専任薬剤師 (病院勤務3年以上) ④ 専任臨床検査技師 (病院勤務3年以上) ※ (1)は①か②が専従、②は感染管理に係る研修を修了していること。 ● ICTにより、年2回程度、定期的に職員対象の院内感染対策の研修を実施。 ● (1)届出施設と(2)届出施設が、合同で少なくとも年4回程度、院内感染対策に関するカンファレンスを実施。 ● (1)届出施設は(2)届出施設からの院内感染対策に関する相談に対応。 ● (2)届出施設は、一般病床300床以下を標準とする。 	
<p>《疑義解釈》</p> <ul style="list-style-type: none"> * (1)届出施設に対して(2)届出施設が複数ある場合は、カンファレンスの開催は各施設と個別ではなく合同でよい。 * カンファレンスは、インターネットやTV会議システム、電話によるものではなく、原則、直接対面で行う。 * 合同カンファレンスには、感染制御チームを構成する職種(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名ずつが参加すること 	
感染防止対策地域連携加算	100点
<ul style="list-style-type: none"> ● 感染防止対策加算1の届出 ● 同加算1の届出施設と連携し、少なくとも年1回、いずれかの施設に相互に赴いて、感染防止対策に関する評価を行い、報告する。 	

いとも思います」と伊藤先生。KRICTとして、これまで数多くの施設をラウンドした経験から、「加算2の届出施設には、感染対策を始めて間もないところも少なくないはず。中には、使い捨ての手袋やエプロン等が揃っていないところがあるなど、感染対策のガイドラインや加算1施設との状況とは大きな違いもあります。そうした施設からの相談にきめ細かく応じ、レベルアップを目指すには、指導する側にも力量が必要です」と言います。

しかし、他院への指導経験が十分ではない加算1施設にとっては、カンファレンスのテーマ設定も容易ではなく、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の4職種の参加義務も含めて実施が重荷になることが想定できます。そして、やがてはカンファレンスだけでなく感染対策も形骸化してしまう可能性もあります。「その場合には、次回以降の改定時に加算がなくなることも考えられる」と伊藤先生は懸念しています。

複数施設との合同カンファレンスで 加算2施設からの相談を討議

KRICTでも、この加算新設にあたってKRICTカンファレンス事業を開始、会員も新たに募りました。現在、会員施設は65施設、うち11施設が加算1を、54施設が加算2を届け出ています。会員は、連携する加算1施設の所在地で東部と西部の2地区に分類され、それぞれの地区会員が一堂に会する合同カンファレンスに参加します。

加算1施設は、年4回カンファレンスを主催する必要がありますが、うち2回は、複数の加算1施設による合同開催が認められています。ほか2回のカンファレンスは、加算1施設が単独で実施する必要がありますが、指導対象の加算2施設が複数でも算定要件は満たせません。KRICTでは、この場合にも、まずは合同で集まって講義を受け、その後、加算1施設ごとに別室に分かれてカンファレンスを行っていますが、「どの加算1施設の指導を受けたいか」という加算2施設の希望に応じるルールになっています。

このような仕組みにしたのは、感染対策のノウハウや自院の問題点を地域全体で共有するためです。院内の体制整備を目指すだけでなく、さまざまな施設の状況を把握し、地域としてどう改善していくのかを協議する

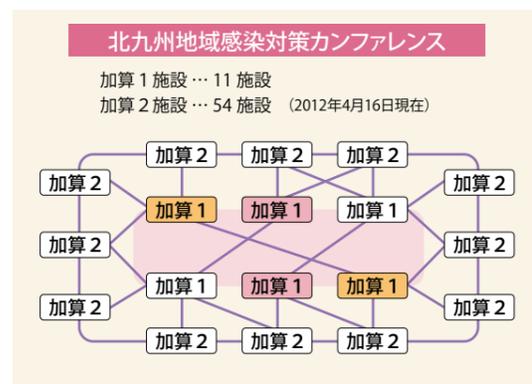
ことが、地域の感染対策には不可欠だという考えに基づいています。

2012年10月16日には、西部地区の第3回カンファレンスが開かれ、加算1算定の4施設、加算2算定の27施設が参加しました。冒頭で伊藤先生が「ICT活動について」講義し、地域の感染対策には、病院のほか、診療所や療養型施設、介護施設等、感染対策のレベルや耐性菌の種類が多様な複数の施設が含まれることを説明しました。そして、これらの施設が共に感染制御に努めていく活動を目指すというKRICTの活動目標を伝えました。

その後、「オムツ交換のポイント」「院内感染対策における薬剤師の関わり」と題した講義があり、Q&Aのコーナーに続きました。これは、事前に事務局に寄せられた加算2施設からの質問を、加算1施設にアンケートとして投げ、その回答結果を踏まえて解説するものです。今回は、「吸入器の蛇腹管を洗浄後、内腔をどう乾燥させているか」「超音波ネブライザーの数が十分ではないため、個人専用ができないが、どうすべきか」などの質問について、KRICT監事であるICNが、加算1施設の回答を紹介しながら、KRICTとしての推奨策を説明しました。

「こうした日常業務に関わる具体的な項目について、さまざまな手法を話し合う方が、『薬剤耐性菌の検出状況』というような大きくて漠然としたテーマで協議するよりも、実務に直結して分かりやすい」と伊藤先生。「従来は、会員施設ごとにKRICTの事務局が相談に応じたり、ラウンドを行ったりしてきましたが、これからは地域全体に自院の状況や課題等をオープンにすることになります。加算2施設と言っても、その規模や感染制御活動のレベルは様々ではないので、施設ごとのさまざまな方法があることも理解できると思います。ただし、レベルの異なる複数施設が、質問や相談に対する回答を『KRICTのルール』として共有することになりますから、どこを基準とするかを私たち事務局が見極めて、調整したうえで回答を提示しています」。

他施設の取り組み状況を知るという点で、伊藤先生は同時に新設された「感染防止対策地域連携加算」は有意義だと考えています。加算1施設同士が互いの施設に向き、それぞれの取り組みを評価するものですが、ICTの4職種が共に他院に行くという、これまでになかった機会



【合同カンファレンスの組合せ】

加算1、2施設の組合せを1つに固定しないのがKRICTの方式。合同カンファレンスでは、加算2の質問に対して、会員である加算1施設の共通見解で対応する。個別カンファレンスでは、全加算2施設が同席するため、互いの情報も共有できる。また、「感染防止対策地域連携加算」は、加算1施設同士の相互評価を対象とした点数だが、この組合せも年度ごとに変えていく予定。地域の感染対策は、会員施設がすべてつながってこそ意味があるという考えに基づいている。

を創出します。また、ある程度の水準に達している加算1施設が、他院の状況を見ることで自院の取り組みを再確認することにもつながるため、KRICTでは、さまざまな施設を見学できるように、加算1同士の組合せを毎年変えていく予定だそうです。

非会員の施設への指導にも現場主義を提案

こうしたKRICTの活動実績を頼って、合同カンファレンスの実施方法についての相談や指導依頼が、他地域の非会員施設から寄せられており、伊藤先生や他の理事が合同カンファレンスに出向くこともあるそうです。その際には、KRICTの合同カンファレンスと同じように、冒頭で地域ぐるみでの取り組みの必要性を説明します。

その後、加算2施設からの相談に対して、加算1施設が自院の取り組み方を紹介しながら解決策を提示するなど、KRICTと同じ運営を提案しています。手洗いの実施状況等、「他院に公表するのは恥ずかしい」と思われるようなことも必ずオープンにすること、「ベストではなくベターを提案し、感染対策のガイドラインではこうだからという標準化された手順の強要は禁止とする」など、KRICTのルールも紹介します。

「基本原則の遵守は確かに理想ですが、守るべき項目



10月に八幡市医師会館で行われた第3回目の西部地区合同カンファレンスの様子。会場前方の席に加算1届出の4施設、後方席には加算2届出施設が着き、加算2施設からの質問内容に応じて加算1施設の専門職が回答する。個別カンファレンスを実施する場合には、全体講義のあとに別室に分かれて行う。東西2地区が、互いの情報を共有できるように、カンファレンスでの質疑応答等の情報はすべてKRICTのサイトにアップしている。

が10あった場合、すべてを実行するのは難しい。特に、感染対策に取り組んでも間もない施設では、実行できるのは2、3割ですから、どうしても外せないポイント、比較的取り組みやすい改善点等を、例えば3つに絞り、これだけは必ず実践するようにと提案する方が有益です。ただし、手洗いは完璧でなければなりません。ウイルスであれ、耐性菌であれ、感染対策のベースは正しい手洗い。施設的全職員が手洗いに関して100点満点をとれるようであれば、感染対策の9割は達成していると私は考えています。手洗いの徹底を含め、『がんばってください』というような言葉で終わるのではなく、そのための方法を相談し、結論として具体策を示すことも鉄則です」。

こうした現場主義とオーダーメイドの考えを、KRICTの施設ラウンドでは方針としてきました。ガイドライン通りでないというだけでノーとはせず、「こういう方法ならできますか」と代替策を提案することで、相手施設のモチベーションを維持し、着実に改善に導くという地道な取り組みを続けてきました。そうした経験が、現場での瞬時の判断や適切な指導に役立っているという実感から、伊藤先生は「加算の要件ではないけれども、加算1施設は施設ラウンドにぜひ行ってほしい」と勧めます。

加算に関係なく取り組むべきは介護施設等への指導、介入

「加算要件以外にぜひ取り組むべきことのもう一点」として、伊藤先生が主張するのが、介護施設を視野に入れた活動です。

「こうした施設では感染対策が十分ではなく、入所している高齢者が耐性菌を保持している確率は非常に高いという実態があります。そして、発熱や肺炎を起こした場合には自施設で対応することはほとんどなく、大半は病院に救急搬送されますから、その際に耐性菌が持ち込まれる可能性は非常に大きいのです」。

介護系施設の大半に感染症の検査室はなく、職員の意識も急性期病院とは全く異なります。手洗いやオムツ交換が適切ではない施設も少なくないため、尿路感染症等多発しています。KRICTの活動開始も、こうした施設での感染対策なくしては、地域で感染症の発生を防ぐことはできないという声が発端でした。

「地域の基幹病院として、こうした施設からの救急搬送を受ける以上、自院のためにも感染対策の指導は不可欠です」と伊藤先生。KRICTでは、耐性菌でアウトブレイクが発生した病院に介入した際には、患者さんの搬送元施設をリストアップしてもらいます。そして、件数の多い上位施設の状況を病院スタッフが把握していない場合には、手洗い指導等に出向くように指示しているそうです。「やがては、介護施設との連携が評価対象になる可能性もある」と言う伊藤先生。「いずれにしても、机上の空論では感染対策は進みません。地域に向き、施設をラウンドし、なんでも相談し合える関係をつくっていくことで、いざ感染症が発生した場合にも、地域で協力しあえる体制ができるでしょう。感染防止対策加算を機に、そんな活動が始まれば、加算新設の意味はあるでしょう」とこれから期待を込めて語りました。

「感染防止対策加算2」届出施設の取り組み

町立芦屋中央病院(福岡県遠賀郡)

町立芦屋中央病院では、感染委員会を組織し、院内の巡視や看護師への教育指導を行うなど、地道な活動を以前から続けていました。2007年にKRICT会員となつてからは、指導や施設ラウンドを受けたことで、院内の感染対策はさらに大きく進展したようです。その変化や今後の課題、新設加算の要件である合同カンファレンスについて、副院長の井下俊一先生、総看護師長の西裕美氏、看護師長の竹井安子氏にお聞きしました。



副院長 井下 俊一 先生

KRICTの施設ラウンドで痛感した 院外からの指摘の必要性

井下(敬称略、以下同) KRICTの研修を受けたり、施設ラウンドに来て頂いて実感したのは、外部から適切な指示、指摘を受けることの重要性でした。

竹井 確かに、ラウンド時の数々の指摘には、まさに目から鱗、という思いでした。感染対策の必要性は理解していたつもりで、ガイドブックやマニュアルで学習しながら、オムツ交換などにも細心の注意を払っていました。ですから、「それは適切な手技ではない」という指摘を予想以上に多く受けて、こんなにも改善点があるんだと非常に驚きました。

当時、手袋以外のエプロンなどがディスプレイでなかったのが、それも改善すべきと言われ、ラウンド後のICT会議で報告し、すぐに院長出席の会議にあげてもらって導入に至ったのも、ラウンドの効果です。

井下 初回ラウンドで指摘された点が、いかに改善できているかを、2回目のラウンドで確認するなど、形式的ではなく、確実な効果を上げる活動、当院が実践しやすい方法を一緒に考えていくという指導は、なるほどと感心します。

西 自分たちが指導を受けた後、患者さんを受け入れることの多い特別養護老人ホームや介護老人保健施設等、関連施設に指導に行けるようになったのも大きなことでした。こうした施設とは、患者さんを介した行き来が

年々増えていますから、向こうでの対策もしっかりして頂く必要は大です。院内だけで感染対策をしても、菌を持ち込まれたら元の木阿弥だということで、看護科からスタッフが出向き、看護師や介護スタッフなど、オムツ交換に携わる職員に対して、手洗いやオムツ交換の手技を指導しています。私たちがしっかり指導を受けて、正しい手技を身につけたからこそ可能になったことです。

竹井 当初は、かつて指導されたことを思い出しつつでしたが、教えることで自分の手技の再確認にもなっています。

井下 一昨年までは、施設から入院してくる患者さんにVREの保菌者が多くて、入院時には全員に検査をしてきたのですが、この数ヶ月はほぼゼロになっています。他の要因もあるかもしれませんが、指導が奏功した部分も大きいのではないかと考えています。やはり、手洗いや正しいオムツ交換は、感染対策の基本。高齢者は施設や病院を転々とされるので、こうした取り組みは今後も力を入れていくべき部分でしょう。

複数施設参加の合同カンファレンスは 他院の取り組みに学ぶチャンス

井下 今回新設された「感染防止対策加算」は、「2」を届け出ており、合同カンファレンスにも参加しています。決められた開催日に、4職種全員が参加するための日程調整がやや難しいかと思いますが、これまで感染対策へ

の関わりが余りなかった薬剤師が、これを機に参画するのは有意義なこと。理論的なことよりも、現場発の疑問や相談に対応してくれている点もありがたいです。

竹井 加算1施設に対して、複数の加算2施設が面談するのも、いい方法だと思います。一つのテーマや相談に対して、「貴院ではどうしていますか」と加算2の全施設が問われるので、さまざまな回答に、そういうやり方もあるのか…と学ぶことができます。これまでは、KRICTの事務局から指導を受けるだけでしたが、加算2同士は感染対策についてはほぼ同レベルだと思うので、参考になる部分が多いですし、「あそこができていたら、ウチもがんばらねば」と励みにもなります。

西 日常業務で、こういう場合にはどうすべきだろうと迷うことは、専門書には書かれていないことが多いものです。他の病院での方法を気軽に相談でき、正しい方向性を指示してもらえるという体制は、とても重要だと実感しています。



総看護師長 西 裕美 氏

こうした指導を基に、自院の感染委員会が中心となって、実践方法を工夫していくことが重要なのではないかと考えています。少し前に、全職員の手洗い手技をチェッカーで確認するという取り組みも行いましたが、あした意識づけを継続していくような地道な活動は不可欠だと言えるでしょう。



看護師長 竹井 安子 氏

竹井 今後の課題としては、出入りの清掃業者に対する教育や指導を考えています。伊藤先生から「清掃の仕方によっては、環境汚染が拡大する可能性は大きい」と言われていますし、「掃除中に手袋をしているのはいいけれど、そのままエレベーターのボタンを押していませんか」

という指摘等、言われるまでは気づかないけれど、重要なポイントはたくさんあると思います。今は、清掃員の方の後を感染委員が付いてまわり、患者さんが接触する場所の掃除方法や手袋の装着状況等をチェックしている段階ですが、私たち病院職員が懸命に取り組んでも、外部の人の不注意で感染が拡大するなどということがないように、少しずつでも改善させていきたいと考えています。

井下 外部業者さんへの指導は、ある意味で院内の職員に対するより難しい部分はあるでしょうが、KRICTでしばしば言われるように「ベストではなくベターをめざして、できることから」という精神が大事ですね。

施設DATA

町立芦屋中央病院

所在地/福岡県遠賀郡芦屋町幸町8-30
TEL/093-222-2931
開院/1976年
院長/櫻井俊弘
病床数/137床(一般97床、療養40床)

NPO法人KRICT

Kitakyushu Regional Infection Control Team
(北九州地域感染制御チーム)

●役員

理事長/松本哲朗(産業医科大学病院)
副理事長/谷口初美(産業医科大学医学部)
理事/伊藤重彦(北九州市立八幡病院)
朔晴久(小倉到津病院)
高橋康一(福岡新水巻病院)
宮崎博章(小倉記念病院)
宮本比呂志(佐賀大学医学部)
元石和世(前北九州市立医療センター)
山口征啓(健和会大手町病院)
山中直子(新日鐵八幡記念病院)
事務局長/池野貴子(産業医科大学医学部)
監事/崎田幾子(北九州市立八幡病院)
廣瀬宣之(北九州市立門司病院)

その他/幹事10名

●事務局/福岡県北九州市若松区花野路3丁目8番1号