

「院内感染対策の医療機関連携状況等に関するアンケート調査」結果

全国保健所長会地域保健総合推進事業

新興再興感染症危機管理支援事業 「院内感染対策連携研究班」

分担研究者 佐賀県唐津保健所 中里栄介

研究協力者 博多保健所 永野美紀

I 目的

院内感染対策における医療機関の連携状況，および連携への保健所の関与，平成 26 年 12 月の院内感染対策通知で示された新しいアウトブレイク基準への対応，カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症等（以下，CRE 感染症等）の全数報告開始への保健所の対応等を把握するために、「院内感染対策の医療機関連携状況等に関するアンケート調査」を実施した。

II 研究方法

1. 調査方法

調査は，全国保健所長会理事会において承認を得た後，全国 486 か所の保健所を対象に自記式調査票を電子メールにて送付し，電子メールにて調査票を回収した。調査期間は平成 27 年 10 月 1 日～16 日までとし，10 月 21 日に締め切りを 10 月 30 日（金）まで延長した。締め切りまで 301 件の調査票を回収したが，締め切り後に寄せられた 6 件の調査票も含めて 307 件で分析した。

2. 調査内容

調査内容は，管内の院内感染対策連携状況（診療報酬上の感染防止対策加算（以下，加算），加算算定外の病院のネットワーク）およびそれらへの保健所の関与，社会福祉施設等の施設内感染対策への保健所の関与，新しい院内感染対策通知（「医療機関における院内感染対策について」平成 26 年 12 月 19 日医政地発 1219 第 1 号）（以下**新通知**）への対応，平成 26 年 9 月に 5 類感染症全数把握疾患に CRE 感染症等が追加されたことへの対応等である。アンケートには，院内感染対策に関する最近の動向を記載し，調査票を送付した。

なお保健所設置主体として，都道府県設置を県型，指定都市・中核市・政令市・特別区設置を市型とした。地域は，北海道，東北，関東甲信越静，東京，東海北陸，近畿，中国・四国，九州の 8 ブロックに分けた。

III 調査結果および考察

（調査票，および結果の詳細は別添【資料集】を参照）

1. 回収率

全国 486 保健所のうち 307 の回答が寄せられ，回収率は 63.2%であった。平成 24 年度，25 年度に本研究班が実施した同様の調査では，それぞれ 57.1%，53.3%であり，前 2 回より上昇した。前 2 回は加算開始から日も浅く，またネットワークでの対策という概念の浸透も浅かったが，3 年経過し，保健所にも両者の周知が進み回答しやすくなったと考える。

ブロック別では近畿が最も高く北海道が最も低かった。設置主体別では，県型，市型の差がなかったが，市型内訳では，指定都市型 53.2%，中核市型 80.0%，政令市型 71.4%，特別区型 56.5%で，指定都市型と特別区型が低かった。特別区からの回答に，「加算の把握に関しては，都が一括している」とあったが，保健所によっては病院立入検査を担っていない所もあり，担当業務の違いで回答しづらい設問があったと考えられ，回収率が低下の原因となっている可能性がある。

2. 質問内容と回答

1) 加算算定病院数および算定病院が管内病院に占める割合（質問①, ②）

保健所管内の病院数に占める加算1, 加算2算定病院割合（以下, 加算1割合, 加算2割合）は全体で加算1割合が14.4%, 加算2割合が30.3%であった。加算1割合は, 関東甲信越静が19.0%と最も高く, 九州が最も低く9.2%で, 約2倍の開きがあった。加算2割合は, 近畿が34.8%と最も高く, 九州が25.6%と最も低く, 約1.4倍の開きがあった。設置主体別では加算1, 2割合に県型, 市型の差は見られないが, 市型は県型の2.5倍の病院数があり, 加算施設数としては市型が多い。

なお, 加算算定病院数を把握していない保健所もあるため, 把握している保健所で割合を算出した。また, 加算を算定している診療所が数に入っている可能性があるが, 今回の調査では判別できないため, すべて病院として扱った。

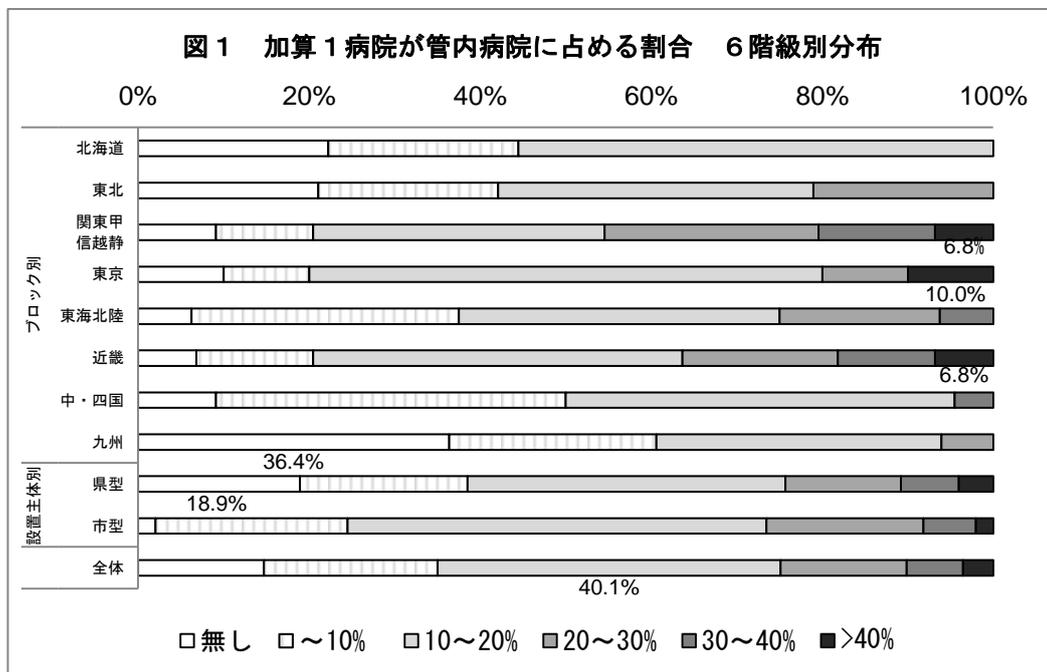
2) 加算1病院が管内病院に占める割合の分布（質問②）

加算1割合を6階級（無し, 0~10%以下, 10~20%以下, 20~30%以下, 30~40%以下, >40%）に分け, 保健所の分布をみた。

加算1割合が10~20%の保健所が最も多く全体の40.1%を占めていた。ブロック別では, 九州で加算1無しの保健所が36.4%と最も多かった。逆に, 関東甲信越静, 東京, 近畿には加算1割合が40%以上の保健所が存在していた。

設置主体別では, 県型で加算1無しが18.9%あり, 市型の2.0%と比較して多かった。市型では大学病院等の中核病院が存在することを反映していると思われる。

院内感染対策の中核となる加算1の割合が低いと, 地域に専門家が少ない可能性があり, アウトブレイク時に支援を求め難い可能性がある。



3) 加算2病院が管内病院に占める割合の分布（質問②）

加算2割合を8階級（無し, 0~10%以下, 10~20%以下, 20~30%以下, 30~40%以下, 40~50%以下, 50~60%以下, >60%）に分け, 保健所の分布をみた。

加算2割合が30~40%の保健所が最も多く29.2%を占めていた。ブロック別では,

北海道、東京で加算 2 無しの保健所が 22.2%あった。設置主体別では、県型で加算 2 無しが 6.1%と、市型の 2.2%と比較して多かった。

4) 保健所による加算算定病院数の把握の状況（調査票：質問②の回答数）

加算算定病院数を把握していた保健所の割合（把握率）は、全体で加算 1 が 64.2%、加算 2 が 62.5%であった。平成 24 年度調査では把握率 58%、平成 25 年度 56.6%であり、前 2 回の調査より把握率は上昇した。

ブロック別では、近畿が把握率 84.6%と最も高かった。近畿は回収率も、加算算定全体割合も高く、後述する加算外ネットの把握状況と保健所関与も合わせ見ると、近畿は医療機関ネットワークが進み、かつ保健所が把握していると考えられる。

設置主体別では把握率に大きな違いはみられなかった。

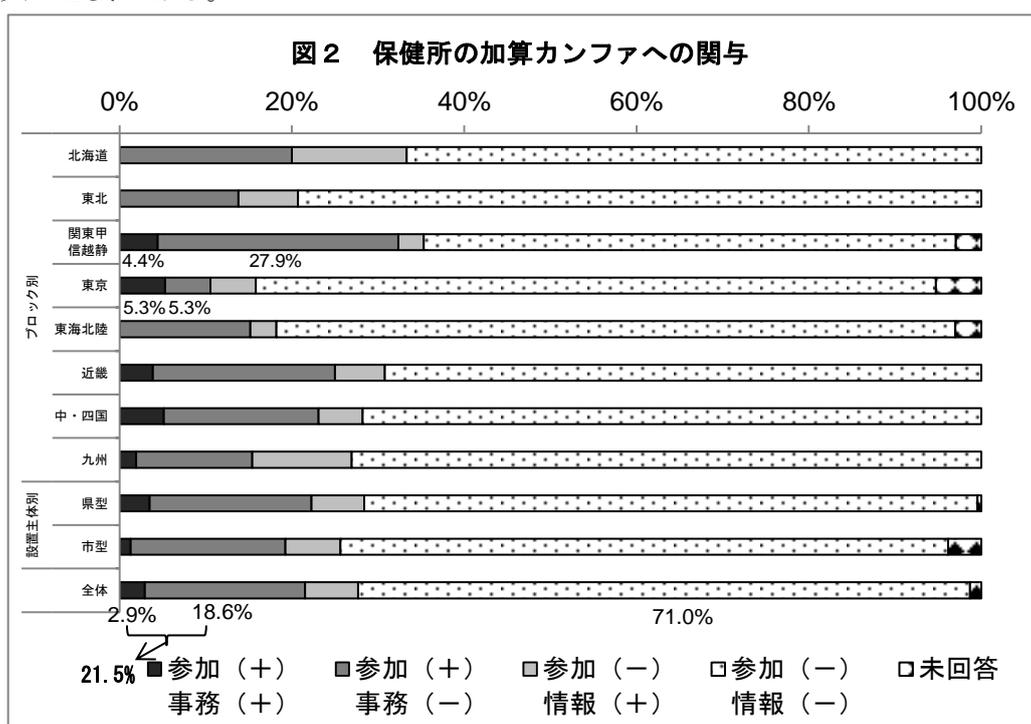
5) 感染防止対策加算のカンファランス（以下 加算カンファ）への保健所の参加や関与（質問③）

- ① 参加（+）事務（-）、② 参加（+）事務（-）、
③ 参加（-）情報（-）、④ 参加（-）情報（-）

加算カンファに最も強く関与している上記①は全体で 9 か所 2.9%と少なかった。何らかの形で加算カンファに参加可能な上記①+②は全体で 66 か所、21.5%で、関東甲信越静で 32.3%と高く、東京は 10.6%と低かった。この地域差には保健所が担う役割の違いも影響していると考えられる。設置主体別では大きな違いはなかった。

全体では 71.0%の保健所が、上記④のほとんど関与が無い状況であった。

平成 25 年度調査では、関与なし 76.6%であり、関与が徐々に進んではいるが、まだ関心が薄い状況である。保健所が加算カンファへ関与することは、院内感染対策を地域の医療連携を活用して行うための有効な手段であり、保健所が関心を持つ仕組みの工夫が必要である。



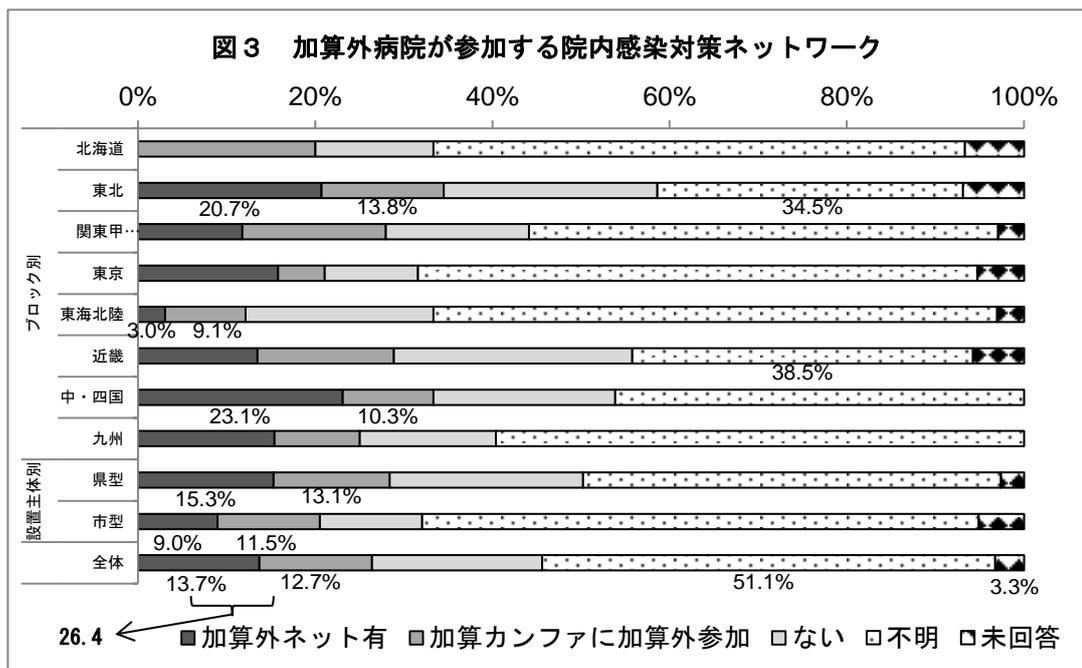
6) 感染防止対策加算を算定していない管内医療機関が参加する院内感染対策に関するネットワーク（以下 加算外ネット）の存在（調査票：質問④）

①加算外ネット有，②加算カンファに加算外参加，③ない，④不明

加算外ネットが有る①は 42 カ所 13.7%，加算カンファに加算外が参加できる②は 39 カ所 12.7%であった。何らかの形で加算外病院が参加可能なネットワークがある①+②は 81 カ所 26.4%であった。平成 25 年度調査では，それぞれ①11.7%，②8.3%であり，どちらも今回増加した。

ブロック別では①は中四国で 23.1%と最も高く，北海道が 0%，東海北陸が 3.0%と低かった。①+②は東北で 34.5%と最も高く，次いで中四国で 33.4%であった。東海北陸では 12.1%と最も低かった。設置主体別では，①，②とも県型が市型より高かった。

④不明と未回答を合わせて 54.4%で加算外ネットの把握ができていなかった。不明割合は東北，近畿で低く，東海北陸，東京で高かった。設置主体別では市型に不明が高かった。平成 25 年度調査では 58.1%が不明，未回答であり，若干ではあるが把握が進んでいる。

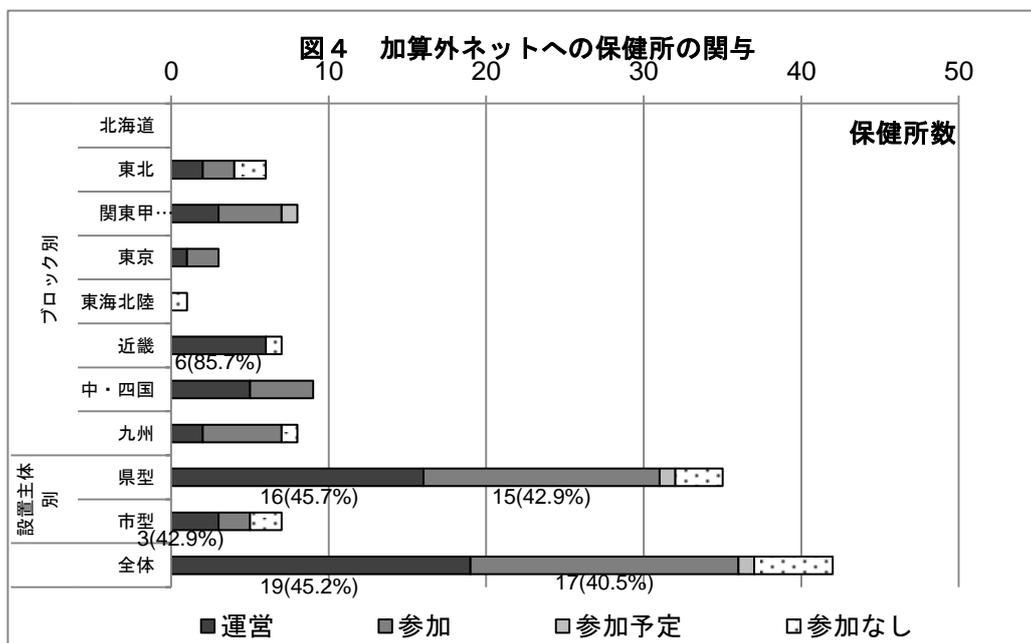


7) 感染防止対策加算以外の院内感染対策ネットワークへの保健所の関与（参加や運営）（調査票：質問⑤）

①運営，②参加，③参加予定，④参加なし

質問⑤は加算外ネット有の 42 保健所で集計した。加算外ネットを保健所が運営している①が 19 か所 45.2%，参加している②が 17 か所 40.5%で，合わせて 85.7%と高率に何らかの関与をしていた。これは，関与が強い保健所が加算外ネットの存在を把握していることを反映しているのではないかと考える。

ブロック別では、近畿が①が6か所85.7%と、関与が強かった。設置主体別では①+②が県型88.6%、市型71.5%と県型の関与が若干高かった。



8) 社会福祉施設等の医療機関以外の施設内感染に対する保健所の対応 (調査票: 質問⑥)

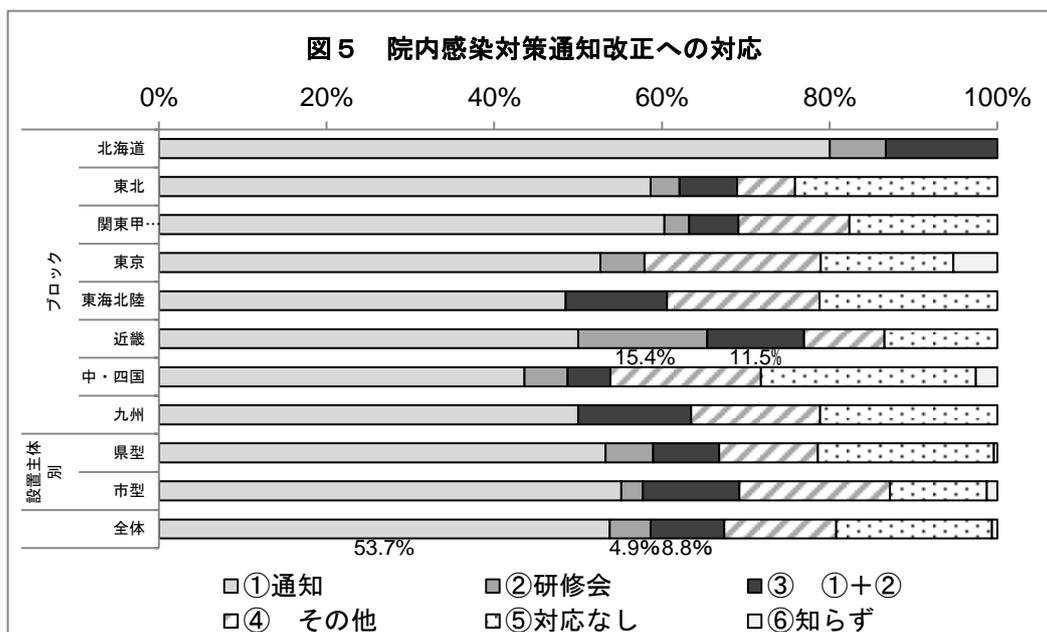
- ① 相談時対応, ② 研修会, ③ ①+②, ④ その他, ⑤ 関与なし

社会福祉施設の感染対策としては、相談時対応と研修会の両者を行っている③が237か所77.2%であった。関与なしはほとんどなかった。また、その他としては定期的な巡回指導や、医療機関とのネットワークで感染管理認定看護師による施設内ラウンドを実施していた。医療関連感染対策としての取り組みが始まっていると考えられる。ブロックや設置主体による大きな違いはなかった。

9) 平成26年12月19日(医政地発1219第1号)の通知「医療機関における院内感染対策について」でアウトブレイクへの対応が変更されたが、この変更点に対する保健所の対応。(調査票: 質問⑦)

- ①通知送付, ②研修会, ③ ①+②, ④その他, ⑤対応なし, ⑥知らず

新通知へは80.7% (⑤, ⑥以外)の保健所が何らかの対応をしていたが、半数以上が通知送付のみであった。研修会実施は②+③で13.7%だが、近畿では26.9%と高かった。設置主体別では県型が対応なしが高かった。また、④その他は病院立入検査時の指導等であった。新通知では、薬剤耐性遺伝子を持つ細菌によるアウトブレイクなど、高度な対応が求められており、指導の困難さが半数の保健所で通知送付だけの対応になった原因と思われる。



10) 平成26年9月より、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症および薬剤耐性アシネトバクター感染症が、感染症法上の5類全数報告となった。これらの疾患の届出後の保健所での対応（調査票：質問⑧）

①院内感染対策，②その他，③受理のみ，④発生なし

CRE感染症、薬剤耐性アシネトバクター感染症は、全数報告になって120か所39.1%で患者発生がまだない状況である。発生なしは九州が53.8%と他のブロックと比較して高く、また県型が発生無し49.3%で市型の9.0%より高い。これは、単に地域の罹患率の反映だけでなく、CRE感染症等の診断が困難さや、加算算定割合等も影響していると考えられる。

患者の発生があった187保健所にて、院内感染対策を念頭に対応している①は61.0%で、特に東京では87.5%と高値であった。届出受理のみの③は29.9%であった。これは、CRE対応の困難さが影響していると思われる。②その他の主なものは、地方衛生研究所や国立感染症研究所と協力して対応を行うというもので、地衛研によるカルバペネマーゼ遺伝子検査を実施する保健所もあった。現在、カルバペネマーゼ遺伝子検査の適応等、明確な基準がない状況だが、現在、国立感染症研究所でCRE感染症対応のガイダンス作成中であり、今後は各保健所や医療機関でガイダンスを活用して対策をとることが求められる。

11) 保健所対応支援専門家紹介システムの認知度、利用状況（質問⑨）

①利用あり，②知っている，③知らない

専門家紹介システムを利用した①は12か所で全体の3.9%と少なく、約4割(5/12)が関東甲信越静と地域的な偏りが見られた。①+②は86.6%で、高い認知度であった。加算算定病院の管内病院に占める割合には地域差があり、保健所が相談

できる専門家が管内にない場合もあると思われ、今後このシステムを各地域で使いやすくすることが必要である。

12) その他の自由記述(質問 ⑩)

保健所中心で、病院の環境ラウンド専門家チームを作っている例や、地方衛生研究所や大学病院と多剤耐性菌に関する研究を行っている例も見られた。

課題は、保健所側で、院内感染担当と感染症担当の連携、本庁と保健所の役割分担、人材不足、専門性の低さ、研修の機会不足などが挙げられた。医療機関側として、加算病院が少ない、加算施設でも実力がない場合がある、加算の連携が地域性を考慮していない、精神科や長期療養病床の課題、経費不足(管理者の理解不足、包括支払)、医療介護関連の課題(多剤耐性菌が療養型病床に集積)、歯科医療機関にて感染対策が遅れている事などが挙げられた。

そのほか、抗生剤の適正使用などに関しては、WHOも指摘しているように一般市民啓発が重要との意見も見られた。

IVまとめ

今回、当研究班による3回目の院内感染対策における医療機関連携状況および保健所関与の調査を行った。徐々に保健所による院内感染医療機関連携の把握、関与が進みつつあるとはいえ、関与が薄い保健所が未だ多いのが現状である。新院内感染対策通知だけをとっていても、院内感染対策はますます高度化している。その中で加算算定病院は連携によりレベルアップを図っていくが、加算算定外病院は対応できなくなる可能性がある。加算による連携と、それ以外の病院を繋ぐ役割を、保健所は求められている。

医療法に基づく病院立入検査を担当していない保健所では、院内感染対策に入り込むことは難しいかもしれない。しかし、CRE感染症等が全数報告になり感染症法上も院内感染対策を念頭に対応することが重要となったこと、社会福祉施設等での感染症対策でも従来のインフルエンザ、ノロウイルス感染症だけでなくCRE感染症の課題も出てきたこと等、すべての保健所にとって院内感染対策への関与は避けては通れない課題と考える。加算算定病院は地域における院内感染対策専門家資源であり、保健所はそれぞれの地域の状況にあわせて、その資源を医療機関、社会福祉施設を含めた地域全体の医療関連感染対策に活用していく必要があると考える。