



2012年5月16日放送

「平成24年度保険診療点数改定のポイント(感染症関連領域)」

虎の門病院 中央検査部・臨床感染症科部長
米山 彰子

はじめに

平成24年度診療報酬改定が行われ、今後2年間の診療報酬体系が決まりました。今回は診療報酬全体でプラス0.004%とほとんど据え置きといえる改定でしたが、感染症関連領域では、感染防止対策加算の充実、微生物学的検査実施料の引き上げと、プラスの評価が得られました。今日は、改定のポイントとその背景をご紹介します。

感染防止対策加算

感染症関連領域で最も注目されたのは感染防止対策加算です。医療安全対策加算とは別の評価体系に改められ、高い点数が付きました。

感染防止対策加算には1と2があり、それぞれ400点、100点が入院初日に算定されます。

加算1の算定要件として、まず、専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止にかかわる部門を設置していること、感染防止対策チームを組織し、日常業務を行うことが挙げられています。感染制御チームの構成員として、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専任の薬剤師および臨床検査技師が挙げられています。医師又は看護師のうち1名は専従とされていますので、勤務の8割以上を感染管理にあてる必要があります。専任とはおおよそ5割程度をその業務にあてることと理解されています。さらに、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していること、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が要件となっています。また、感染防止対策の業務指針や感染対策マニュアルの整備、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、院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制、特に、広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等の届出制又は許可制、院内感染防止対策に関する取組事項の院内掲示が求められています。また、日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていること、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とされています。

加算2は主に300床未満の医療機関で、加算1と異なるのは、医師および看護師はいずれも専従でなく専任でよいとされている点です。年に4回以上、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することが求められています。

今回新設されたもう一つの加算は、感染防止対策地域連携加算です。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ついての評価を行っている場合、入院初日に100点が加算されます。

これらの加算はDPCの病院では、機能評価係数 I で算定されます。感染防止対策加算1が0.0125、感染防止対策加算2が0.0031、感染防止対策地域連携加算が0.0031となりました。加算の点数としても、機能評価係数 I としても、高いもので、病院経営に大きく貢献することが予想されます。感染防止対策の重要性が診療報酬上、手厚く評価されたといえます。このような加算を通じて感染管理にかかわる病院の体制や各職種の配置が充実し、病院同士の連携で感染管理がレベルアップすることを目指していると思われませんが、病院の多い大都市では連携先の病院を決めるのが大変でした。また、カンファレンスには感染制御チームを構成する職種、すなわち、医師、看護師、薬剤師、検査技師が少なくともそれぞれ1名ずつ参加することとされました。連携する病院の間で、どのようなカンファレンスを行うか、模索しているところと思われます。

感染症関連検査の診療報酬

2番目のポイントは、感染症関連検査の診療報酬です。

まず、微生物学的検査の実施料が引き上げられたことが目立ちました。

近年の診療報酬改定では、その基本方針の中で、「検査実施料について衛生検査所検査料調査による実勢価格に基づき見直しを実施する」とされ、検査センターの受託価格を参考に検査実施料を引き下げようとする流れが続いてきました。実際、今回の改定でも検査実施料の増点された検体検査項目が35項目、減点が112項目と、減点の方が多いのですが、微生物学的検査では、顕微鏡検査、培養同定検査、薬剤感受性検査でその多くが増点されたことが注目されます。特に増点率の高い項目は、グラム染色が40点から50点(+25%)、細菌培養同定検査の中で血液又は穿刺液が150点から190点(+26.7%)、嫌気性培養が80点から120点(+50%)、細菌薬剤感受性検査 1 薬剤が140点から170点(21.4%)、抗酸菌同定が290点から370点(+27.6%)、抗酸菌薬剤感受性検査が300点から380点(+26.7%)などです。近年、検査実施料の引き下げが続く中で、微生物学的

検査は平成20年および22年の改定でわずかずつながら増点されてきましたが、今回はさらに大きな増点になりました。平成14年以降の変化をみますと、平成18年の改定までは引き下げが続き、その後増点されて、今回の点数は、項目によって平成14年と同程度、あるいは大きく上回るレベルになりました。たとえば、グラム染色は平成14年に27点であったものが、平成18年には17点まで下がり、今回の改定では50点になりました。呼吸器検体の細菌培養同定検査は平成14年に160点であったものが、平成18年には120点まで下がり、今回の改定で160点に戻りました。このように点数が上がったことは、微生物学的検査の重要性や検査技術の専門性が、診療報酬上で評価されたといえるものです。これには、検査関連学会や団体の要望が後押しになりました。具体的には、日本臨床検査医学会から内保連（内科系学会社会保険連合）を通じて提案書を提出したこと、臨床検査振興協議会が関連学会の協力を得て、検査のコストや臨床的有用性を調査し、それに基づいた提言書を厚生労働省に提出したことです。しかしながら、検査のコストからみますと、新しい点数もまだ十分ではなく、今後さらに改善されることが望まれます。

微生物学的検査以外の感染症関連検査項目については、微生物核酸同定・定量検査では据え置きのものであったなかで、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出が550点から850点と大きく増点されたことが目立ちました。一方、感染症免疫学的検査では1-2%減点された項目がありました。

今回の改定で新設された検査項目は、ノロウイルス抗原（150点）、インフルエンザ抗原検出（410点）です。いずれも対象患者に条件があり、ノロウイルス抗原については「3歳未満あるいは65歳以上の患者、悪性腫瘍が確定している患者、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者」、インフルエンザ抗原検出については「インフルエンザの感染が疑われる重症患者」とされました。ノロウイルス抗原は、感染対策上、実施が望まれる場合も多いのですが、診療報酬では、患者自身の重症化を考慮して、対象を限定しています。

改定の影響、今後の展望

最後に、今回の改定の影響、今後の展望について触れたいと思います。

病院によっては、今回の感染防止対策加算をきっかけに、専従の感染管理担当看護師の配置など、感染対策が充実する可能性があります。感染防止対策は病院にとって重要な課題であり、費用もかかりますので、この加算が継続することが望まれます。ただ、今後は加算2の病院が看護師を専従にするなどして加算1を算定するようになり、加算2の病院が減ることが予想されます。そうなりますと算定要件を満たすよう連携先を維持するのに苦勞する恐れがあり、病院同士の連携の要件についてはより連携の実が上がるような改善を期待したいと思います。

一方、感染症関連検査についての診療報酬は、この2回の改定である程度改善されましたが、まだ不十分であるものが多いと思われます。また、感染症領域では各種の抗

原検査、迅速検査をはじめ新たな検査の開発が進んでいます。これらが今後の診療報酬改定に反映され、感染症検査の現状や進歩にみあったものになることが期待されます。

微生物学的検査の診療報酬の推移

検査項目名	平成 14 年改定	平成 16 年改定	平成 18 年改定	平成 20 年改定	平成 22 年改定	平成 24 年改定
排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査						
蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	38	34	29	32	42	50
その他のもの	27	19	17	25	40	50
細菌培養同定検査						
口腔、気道又は呼吸器からの検体	160	140	120	130	140	160
消化管からの検体	150	130	120	130	140	160
血液又は穿刺液	150	130	120	130	150	190
泌尿器又は生殖器からの検体	130	120	110	120	130	150
その他の部位からの検体	120	110	95	110	120	140
嫌気性培養(1 から 6 の細菌培養同定検査の加算点)	85	75	65	70	80	120
細菌薬剤感受性検査						
1 菌種	140	120	110	130	140	170
2 菌種	200	170	150	170	180	220
3 菌種以上	270	230	200	220	230	280
酵母様真菌薬剤感受性検査	140	120	110	120	130	150
抗酸菌分離培養検査						
抗酸菌分離培養(液体培地法)	160	140	130	150	200	230
抗酸菌分離培養(それ以外のもの)	150	130	120	140	180	210
抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)	280	250	240	280	290	370
抗酸菌薬剤感受性検査(4 薬剤以上)	270	230	210	230	300	380

感染防止対策加算の算定要件（概略）

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 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（医師又は看護師のうち1名は専従）、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からなる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行うこと。
- 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していること。
- 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 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（医師、看護師とも専任で差し支えない）、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からなる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行うこと。
- 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していること。

感染防止対策地域連携加算 100点（入院初日）

- 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。

感染防止対策加算1の施設基準

- (1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1（1）イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) (1) に掲げる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（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - 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もつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師ア に定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。
当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (3) (2) のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 感染予防・管理システム
 - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
 - (ハ) 感染防止技術
 - (ニ) 職業感染管理
 - (ホ) 感染管理指導
 - (ヘ) 感染管理相談
 - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又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。
- (5) (2) に掲げるチームにより、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。
- (6) (2) に掲げるチームにより、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。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (2) に掲げるチームにより、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。
- (8) (2) に掲げるチームにより、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等を受けていること。
- (9) 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、届出制又は許可制の体制をとること。
- (10) 当該保険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。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (12) 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。