

北海道医療大学認定看護師研修センター 感染管理分野
平成 30 年度リフレッシュスクール
「ここが知りたい! 診療報酬改定と医療再編の動向」 Q & A

<質問 1>

感染対策の介護保険上の基準について

<回答>

介護施設の中でも、一部に「感染対策指導管理（6 単位）」があります。

これは、介護施設の中でも、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設、介護医療院等で算定します。

詳細な運用はこちらをご覧ください。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000204709.pdf>

基本的な介護施設での感染対策については、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」が基本となります。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/dl/130313-01.pdf>

介護保険での基本的な要件として、たとえば、介護医療院については、下記をご覧ください。（22 ページあたりです）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199139.pdf>

介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特養）もほぼ同様の文面になります。

<質問 2>

今後、在宅や訪問看護に向けて、感染的な指導や介入をおこなって加算が取れる可能性はありますか。

<回答>

あり得ると思います。

現在でも、すでに「訪問看護管理療養費」という訪問看護の加算の中では「医療安全」と「褥瘡対策」については、医療機関での入院基本料とほぼ同じ内容が加算の条件となっています。

* 文面の抜粋

イ 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

ウ 日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある利用者及び既に褥瘡を有する利用者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については、参考様式（褥瘡対策に関する看護計画書）を踏まえて記録すること。

<質問 3>

ラウンドの内容は、いつも沢山の項目が必要ですか。例えば、水周り、ゴミ分別、手指衛生の開封日～期間日の記入など。ターゲットを決めてラウンドしたのみではダメでしょうか。何十種類の項目を確認するのが大変です。

<回答>

院内をラウンドする頻度については明確に規定されていますので、リスクごとに規定された頻度でのラウンドは必須ですが、チェックする項目数や所要時間については規定はないので臨機応変で構わないと思います。

<質問 4>

医療安全委員会には、院長の参加は必須なのか？

<回答>

診療報酬の入院基本料の医療安全対策に、「(4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。」と明記されています。確かにこの文面には、病院長、看護部長は書かれていません。

ただ、同じく診療報酬の入院基本料の院内感染防止対策に、「(2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に行われていること。

(3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）と、病院長も看護部長も明記されています。

一般的に、感染対策は医療安全の一つ（いかに言えば医療安全の方が上位概念）なので、医療安全対策委員会には、病院長、看護部長が入ることがもとめられています。

<質問 5>

全体の質問でもありましたが、I C Tラウンドの解釈の部分の具体例をもう少し伺いたかったです。

<回答>

ラウンドの頻度の疑義解釈の文面の意味は、『基本は各病棟を毎回巡回すること！であり、頻度を下げるためには、「病棟ごとのリスク評価を定期的実施している場合」ということが条件』になります。よって毎週巡回しないでもよいことを証明するには、定期的なリスク評価は毎週実施することが必要です。そのためには、入院基本料で規定されている「感染情報レポート」を活用することをお勧めします。

また、ラウンドについては4職種が原則になります。2職種の場合でも、専従になれるのは、「医師」か「看護師」だけです。少なくとも2職種のうちの一人は「医師」か「看護師」の方が良いと思います。

実際のラウンドでは、チャックに徹し、是正や指導は4職種のうちで一番関係する職種が、別途速やかに実施する運用にすることで、ラウンドの時間を短縮できます。

<質問 6>

検査技師が専従となる場合、通常の検査業務は当然できなくなりますか？

<回答>

臨床検査技師の業務は、専従の仕事を通常の業務は密接に関係しているので問題ないと思います。ただし、夜勤等は明らかに一般業務のためとみなされるので避けた方がよいです。

<質問 7>

当院ではA S Tが新設されたばかりで、A S Tのマニュアルができていないような状態ですが、マニュアルの中には「この細菌だったらこの抗菌薬を使用する」といった細かい部分まで盛り込んだほうが良いのでしょうか。

<回答>

理想としては、それが良いと思います。ただ、はじめから完備しなくても、実態を調査・把握しながらマニュアルを更新することで大丈夫だと思います。感染対策のマニュアルについては、最新の知見を入れた定期的な更新がポイントです。

<質問 8>

A S T加算の条件で2名以上のI C Nが（専従）いる施設の場合、I C TとA S Tを「2人で専従」とはならないのか？（必ずどちらか1人1つずつとなるのか）

<回答>

ASTの専従とICTの専従について、2名とも両方の専従として登録するということですよ。文面上は可能です。ただし、「異なることが望ましい」と書いてあるので、そのあたりは、都道府県で運用が異なりそうです。一度、厚生局に問い合わせる価値はあると思います。

<質問 9>

（加算2の施設ですが）職員対象の感染に関する研修会は、全職員出席しないと指導されますか。文面からは、出席者を明示すれば良いとも読み取れますが。

<回答>

（加算1の場合の）ASTの研修であれば、疑義解釈（その1）で出席者を絞ることができます。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000202132.pdf>

一方、感染防止対策加算2の施設基準では、「(3)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。」となっているので、職種の絞り込みはできません。

<質問 10>

A S Tに関する院内研修は2回とも院内職員が行っても問題ないですか。

<回答>

ハイ問題ありません。

<質問 11>

A S T 専従は今後、薬剤師や臨床検査技師が限定されるような動きはありますか。（内容の専門性から）

<回答>

申し訳ありません。現状ではわかりません。

ちなみに、1月26日の中医協の答申の原案段階では、もともと専従は「医師」か「看護師」の2職種に限定されていたのですが、2月7日中医協の答申では、専従が4職種に拡大されました。そのいきさつからしても、薬剤師や臨床検査技師だけに限定されることはないのではないかと想像します。

<質問 12>

A S T の専従ですが、今後の改定で（もしくは次回）薬剤師と検査技師の2職種になっていく可能性は高いですか。

<回答>

前の質問と同じ回答になります。