

感染対策向上加算において臨床検査技師に求められる役割

◎飯沼 由嗣¹⁾

金沢医科大学 臨床感染症学¹⁾

感染対策向上加算は、令和4年度より導入された、院内感染対策に関する診療報酬の加算であり、加算1、2、3施設および外来感染対策向上加算施設から構成される施設連携にもとづく感染対策実施に関する診療報酬上の加算である。加算1施設は、地域での中核的医療機関であり、加算2、3および外来加算施設との連携が必要である。それぞれに施設基準は異なるが、加算1施設の基準が最も厳しい。感染制御チーム（ICT）として、加算1および2施設は主要4職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が専従または専任となる必要があるが、加算3では専任の医師および看護師のみが必要とされる。加算1及び2施設における臨床検査技師の資格経験としては、病院勤務経験3年以上あるいは適切な研修を修了となっている（加算2）ものの、専任の臨床検査技師として活動を行う場合には、各施設で微生物担当検査技師として勤務するほかに、日本臨床微生物学会による感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT）の認定の取得が望ましいと考える。

加算1及び2施設における感染対策担当の臨床検査技師の役割は、コロナ禍を経て拡大していると考えられる。加算1および2施設では、新興感染症（新型コロナウイルスを想定）の受け入れ施設である必要があるからである。新型コロナウイルスは、市中感染のみならず院内感染でも重要な病原体であり、微生物検査技師がPCR検査や抗原検査など担当しているケースも多いと考える。コロナ禍以前も以後も、薬剤耐性菌やC. difficileなどの接触予防策が必要な病原体の院内感染対策は重要である。施設基準の中で、週報での報告や対応も求められている。薬剤耐性菌については、持ち込みや院内発生の両ケースが考えられるが、どちらの場合も迅速に臨床側に報告し、適切な感染対策が病棟内で実施されなければならない。そのための、連絡ルートについても、担当の検査技師が主体となり、対応することが望ましい。薬剤耐性菌の種類は多様化しており、学会や研修会の参加などによる情報のアップデートは必須である。金沢医科大学病院では、微生物検査システムと感染管理支援システムの一体化運用を行い、耐性菌検出時の迅速な報告や対応のシステムを構築している。また、MRSAでは、持ち込み、院内発生の区別も含め、感染制御室と密に連携し、早期対応を可能としている。

また薬剤耐性（AMR）アクションプランにおいて、抗菌薬適正使用（AMS）の実施が求められ、加算1および2施設では抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の活動も必要となる。AST活動において、検体採取～検査結果の解釈にいたる、検査の適正使用（Diagnostic Stewardship, DS）の指導・啓発を行っていく必要があり、臨床検査技師にはこの分野におけるエキスパートとしての役割が期待される。先進的な施設で行われている、治療に必要な抗菌薬のみ選択的に感受性検査を報告するSR(selective reporting)の導入も検討する必要がある。これらの業務を効率的に行うためにも、特に加算1においては、電子カルテと連動した、感染制御システムの導入が必要であると考えられる。

加算3施設では、専任の微生物検査技師は多くは不在であり、微生物検査も外部委託されているケースが多い。感染制御システムなどの導入コストも承認されにくく、加算1施設の検査技師による、加算3施設での耐性菌検出のモニタリングや注意すべき耐性菌検出時の対応など指導・啓発が必要である。特に加算3施設においては、薬剤耐性菌のモニタリングとして、連携する加算1施設と相談して、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIGHE）の導入も検討する。J-SIPHEでは、様々な感染制御に関するデータの解析や比較を行うことができ、微生物検査についてはJANISデータを用いて各施設のデータ解析を行うこともできる。

今年春の診療報酬改定の内容は抄録作成時点では不明であるが、現行制度が継続される中で、さらなる施設基準の条件の追加も予想される。薬剤耐性菌に加えて、新興感染症への対応についても求められる可能性があり、特に加算1および2施設での臨床検査技師の役割はますます重要となるものと考えられる。