

「感染防止対策加算による医療連携の効果
～加算2の立場から」

平成26年2月25日
西東京中央総合病院
ICD 木屋啓一

西東京中央総合病院 概要

名称 医療法人社団東光会 西東京中央総合病院

東京都二次救急医療機関
東京都CCUネットワーク、
北多摩北部脳卒中ネットワーク加盟

診療科 内科、外科、整形外科、循環器科、心血管外科、
消化器科、小児科等 15標榜診療科

病床数 270床 (一般病床212床、HCU8床、
障害者病床42床、亜急性病床8床)

常勤医 33名

感染防止対策施行上の当院の問題点

① ハード面

- * 病棟の老朽化
手洗い場・トイレが少なく、非機能的。
患者1人あたりの平米数が当時の基準で据え置き。
トイレのない個室もあり、感染性胃腸炎に使用できない。
ともかくスペースが足りない！
- * 外来フロアがともかく狭い
各科受診の様々な患者が長時間、濃厚接触。
休憩スペースがなく、病棟に立ち入る患者も。
感染対策診察室のスペースが狭い。

感染防止対策施行上の当院の問題点

② 組織上の問題

- * ICTは全員専任。専従者なし。
ICD1名。他に認定を受けたスタッフの欠如。
- * 院内に細菌検査室がない。(グループで集約)
埼玉県戸田市まで1日2便搬送
結果はリアルタイムにフィードバックされるが、
院内に専門知識を有する技師は不在。
- * 抗生剤使用指針はあっても、使用状況の動向が
解析されておらず、適正使用の働きかけが不十分。

感染防止対策施行上の当院の問題点 ③当院の入院患者特性

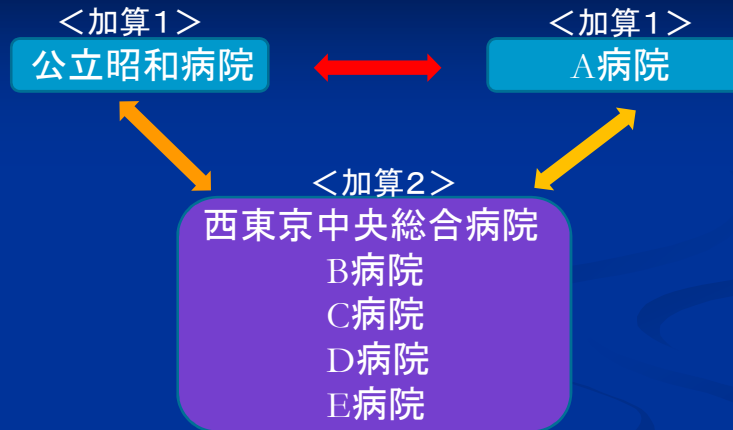
- * 急性期病院でありながら、高齢者の入院率が高い。
65才以上の入院率：約80%
- * 再入院率が高く、介護老人施設からの入院も多い。
施設からの入院率：全入院の10%以上
- * 障害者病棟の存在
出来高算定、殆ど全介助、
平均在院日数 約200日

感染防止対策加算2 100点

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関を標準
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係わる日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上経験を有する専任の常勤医師
 - イ 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
 - ウ 3年以上病院勤務経験を持つ感染防止対策に係わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- ③ 年4回以上、加算1を算定する医療機関の主催するカンファレンスに参加すること。

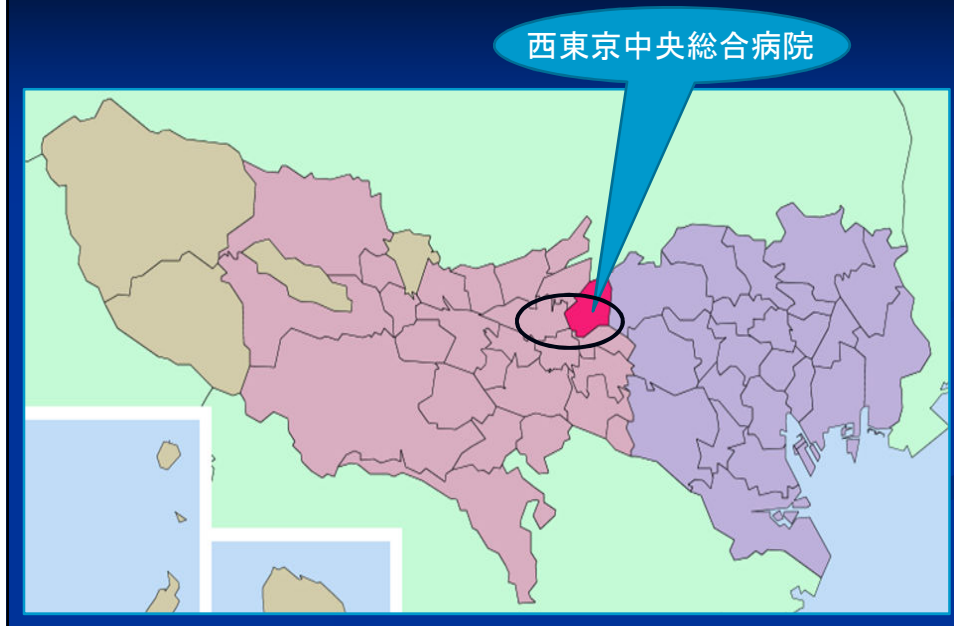
加算1に求められる、専従要件・研修要件が問われない

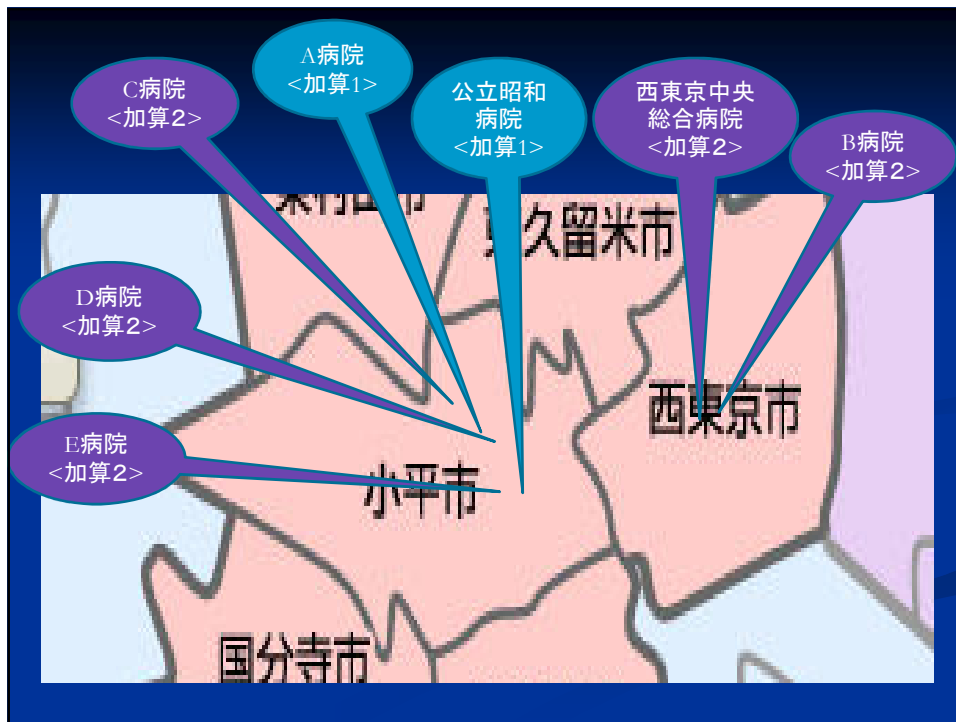
感染対策地域連携の構成



カンファレンス 公立昭和病院主催2回、A病院主催2回、共催2回
計6回/年 当連携においては、全施設が毎回参加

当院と連携病院のロケーション





地域医療連携参加に際して、新規に開始した事項

- 看護部 * アルコール手指消毒剤(期間限定調査実績あり)、
液体石鹼、マスク、ガウンの使用量を病棟毎に継続集計
- 検査科 * 院内・(グループ内)外注細菌検査室スタッフの連携強化
* 地域カンファレンスには、細菌検査室スタッフも同行
- 薬剤科 * 抗菌薬使用密度(AUD)を病棟別・科別に算出・報告
抗MRSA薬、キノロン、カルバペネムから開始
現在は、点滴抗生剤全てについて算出
* 2012年11月より、抗生剤の届け出制を導入
* 2014年1月、当院のアンチバイオグラムを作成

抗生物質適正使用への取り組み経緯

- 2012年4月 感染対策地域連携加算2取得
当院でAUD算出開始
医師へのフィードバック開始
- 2012年5月 第1回地域感染カンファレンス開催
- 2012年11月 抗生剤届け出制導入

医師へのAUD利用の勧奨

現在、当院は感染防止対策加算②を取得しております。
それに伴い、感染委員会に於いて抗生物質の適正使用を推進しております。
現在、委員会では診療科・病棟毎に抗生物質のAUD(※1)を算出し検討しています。
つきましては、部長先生方に毎月紙面を以て報告します。
診療科内の先生方で情報の共有およびご利用をお願い致します。

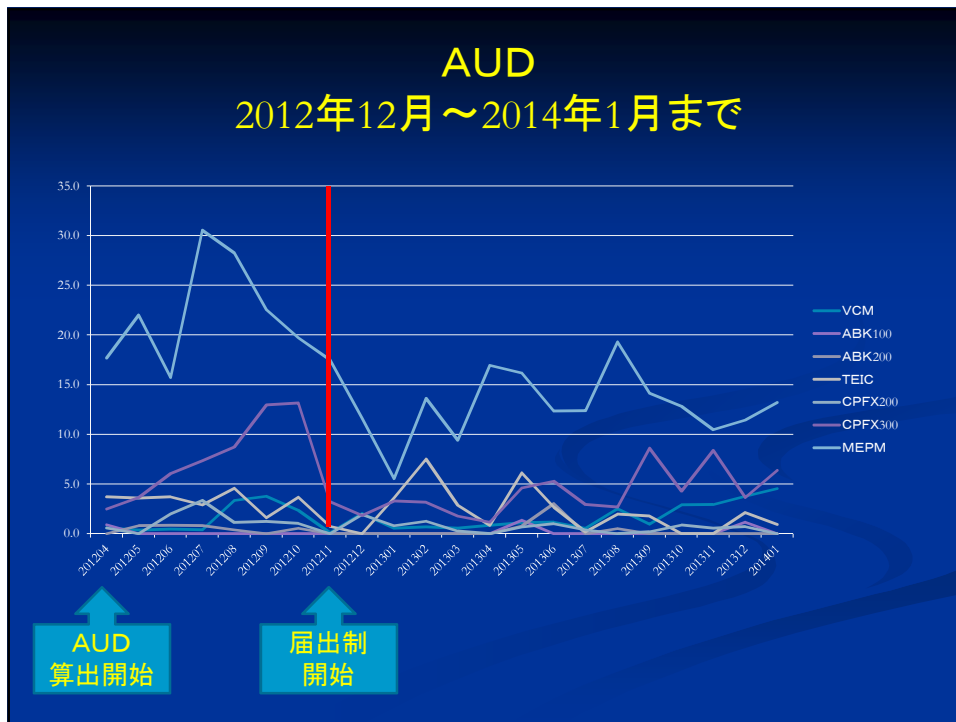
※1 AUD(anti-microbial use density、抗菌薬使用量)

$$AUD = \{ \text{抗菌薬の月間使用量(g)} / (\text{抗菌薬規定1日投与量(g)} \times \text{延べ入院患者数}) \} \times 1000$$

☆ 入院患者1000人あたりの一日に使用する人数と解釈でき、抗菌薬の使用密度を知ることができます。

抗菌薬の使用量を比較する上で、AUDを用いた抗菌薬の使用量のカウントがあります。
これを用いると医療機関内の抗菌薬の使用量の合計ではなく、単位在院日数あたりの抗菌薬使用量がわかります。これにより、薬剤・ベッド数・在院日数による違いを克服し、他施設・他病棟・他科と比較することができます

なお、一般的にAUDが30を超えると適正使用ができていない可能性が強くなると言われています。



公立昭和病院に助言を受けた事項

- * インフルエンザ病棟内アウトブレイク対応
2013年1月、当院循環器科病棟にて複数の病室から次々にA型陽性患者発生。直ちに、病棟閉鎖、集団隔離、フロア全体での予防投薬開始。公立昭和病院感染症科小田先生にコンサルトし、評価を受けた。→全員重症化せず回復。1週間で隔離を解除。
- * 職員の予防接種について
入職時の予防接種(麻疹・風疹・水痘・ムンプス)について、抗体測定法・閾値・コスト等について助言を受けた。→当医療グループ全体の感染部会を立ち上げ、マニュアル作成中。
- * アンチバイオグラムについて
公立昭和病院データ提供・助言を受け、自院での作成を開始。

地域医療連携参加による当院のメリット

- * 連携医療機関とのコミュニケーションの強化・改善
- * 感染関連の問題の早期把握・解決
- * 地域の感染症発生動向、耐性菌検出データの把握
- * 感染対策への業務内容・時間の増加(積極的な参加)
- * AUD算定、抗菌薬届け出制の開始・徹底、→ 処方行動の変化
- * 当院ICT(外部細菌検査室を含む)における問題意識の共有化
- * 他院との各種データ比較から、自院の特徴・弱点が浮き彫りに！
→ 様々な感染予防対策の標準化への意欲の高まり。

感染防止対策に携わる、責任・誇り・アイデンティティの実感

問題点

- * 病院の機能が異なり、各病院のデータの直接比較が困難
→ 自院の感染防止対策レベルの評価が難しい
- * 4職種全ての参加が必須であり、日程業務調整が困難
- * 感染防止対策に係わる人数、ハードの改善は困難

今後の課題

- * 収集している各部門データの活用法？
- * 院内講習会の見直し
- * AUDと耐性菌検出に相関があるか？
- * 作成しているアンチバイオグラムの有効利用
- * 新興感染症の大規模アウトブレイクに備えて
更なる地域における病院協力体制の強化

ありがとうございました

