

医療安全とリスクマネジメント③ ～医療安全と感染対策～



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

目次



- パート 1
 - 医療安全対策地域連携加算
- パート 2
 - 感染防止向上加算

パート1

医療安全対策地域連携加算



2018年改定で導入 施設間ラウンドで相互チェック

これまでの医療安全対策 の 振り返り



1999年頃に起こった主な医療過誤

- ◆ 1999年(平成11年)1月 :横浜市立大学附属病院
心臓手術予定患者と肺手術予定患者を間違えて手術室へ移送し、
本来の部位と異なる部位の手術が施行された。
- ◆ 1999年(平成11年)2月 :都立広尾病院
術後の患者血管内に血液凝固阻止剤と消毒薬を間違えて点滴し、
患者が死亡した。
- ◆ 2000年(平成12年)2月 :京大病院
人工呼吸器の加湿器に蒸留水とエタノールを間違えて注入し、
長時間にわたるエタノール吸入により患者が中毒死した。
- ◆ 2000年(平成12年) 4月:東海大学付属病院
内服薬を誤って血管内に点滴し、患児が死亡した。



これまでの厚労省における医療安全施策

- 2001年 4月 厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催
- 2002年 4月 医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定
10月 病院及び有床診療所に、医療安全管理のための整備確保義務（省令改正）
- 2003年 4月 特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務（省令改正）
12月 「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」：医療安全を医療政策の最重要課題のひとつ
- 2004年 10月 特定機能病院等に、医療事故情報等の報告義務（省令改正）
- 2005年 6月 「医療安全対策検討会議」報告書（医療事故未然防止対策等）
- 2006年 6月 第5次改正医療法公布（法改正）
- 2007年 4月 第5次改正医療法施行（法改正）
病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備、及び、都道府県に、医療安全支援センター設置義務 等
- 2014年 6月 第6次改正医療法公布（法改正）
- 2015年 10月 医療事故調査制度施行（法改正）

2012年 医療安全対策の推進について①

(平成24年度診療報酬改定)

医療安全対策の充実

○医療安全対策の評価

- ・ 医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点
- ・ 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

○感染防止対策評価の充実による院内感染対策の取組を推進

- ・ 感染防止対策加算 100点

⇒ (新) 感染防止対策加算1 400点
(新) 感染防止対策加算2 100点

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点

感染防止対策加算は医療安全の一環として導入

2012年 医療安全対策の推進について②

(平成24年度診療報酬改定)

医療機器安全管理の充実

○医療機器安全管理の評価

・医療機器安全管理料1	100点
・医療機器安全管理料2	1100点

患者サポート体制の充実

○患者等からの相談に対応できる体制を評価

(新)患者サポート体制充実加算	70点
-----------------	-----

2012年診療報酬改定 医療安全対策加算

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 35点

● 算定要件の概要

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定。

● 施設基準の概要

<医療安全対策加算1 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること

<医療安全対策加算2 >

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

○ 医療安全対策加算1 のロ及びハ

<医療安全対策に係る研修>

次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。

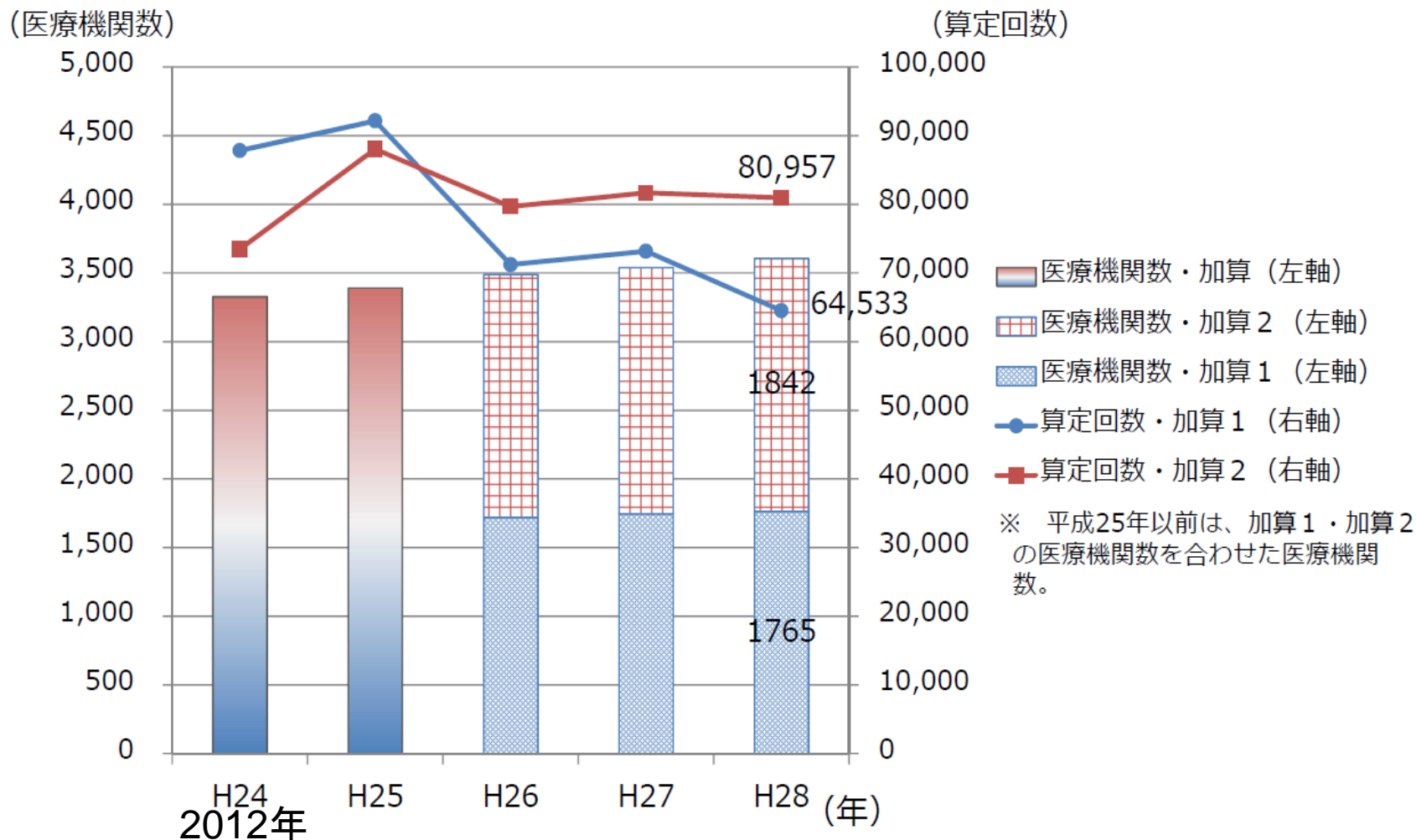
(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

医療安全対策加算

- (1) 医療安全対策加算は、**組織的な医療安全対策を実施**している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 組織的な医療安全対策とは、**医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していること**をいう。
- (3) 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

医療安全対策加算

○ 医療安全対策加算の届出医療機関数は増加傾向。



出典：届出医療機関数：保険局医療課調べ(平成27年7月)
算定回数：社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

2018年医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

➤ 医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算

(新) 医療安全対策地域連携加算

イ 医療安全対策地域連携加算1 50点(入院初日)

ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点(入院初日)

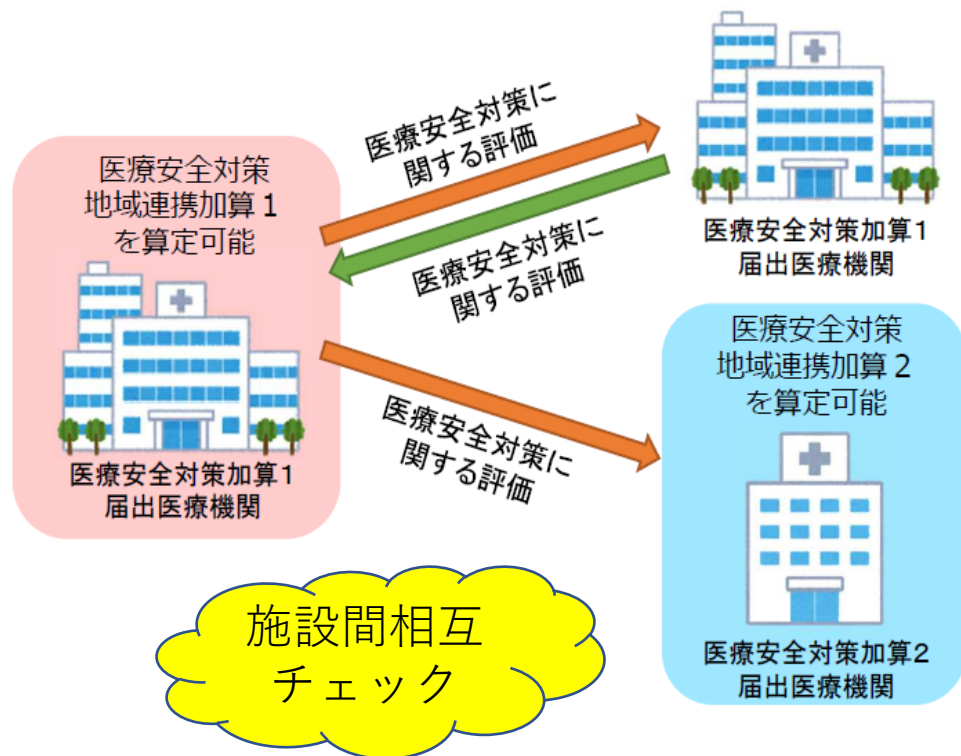
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する**専任の医師**又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した**専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。**
- (4) 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点



改定後


1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

医療安全対策地域連携加算 1

[施設基準]

医療安全対策地域連携加算 1 50 点

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- (3) ・医療安全対策に3年以上の経験を有する専任医師 又は
・医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任医師 を医療安全管理部門に配置



施設間の
相互チェック

(4) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。 また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けている。 なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

医療安全対策地域連携加算 2

医療安全対策地域連携加算 2 20 点

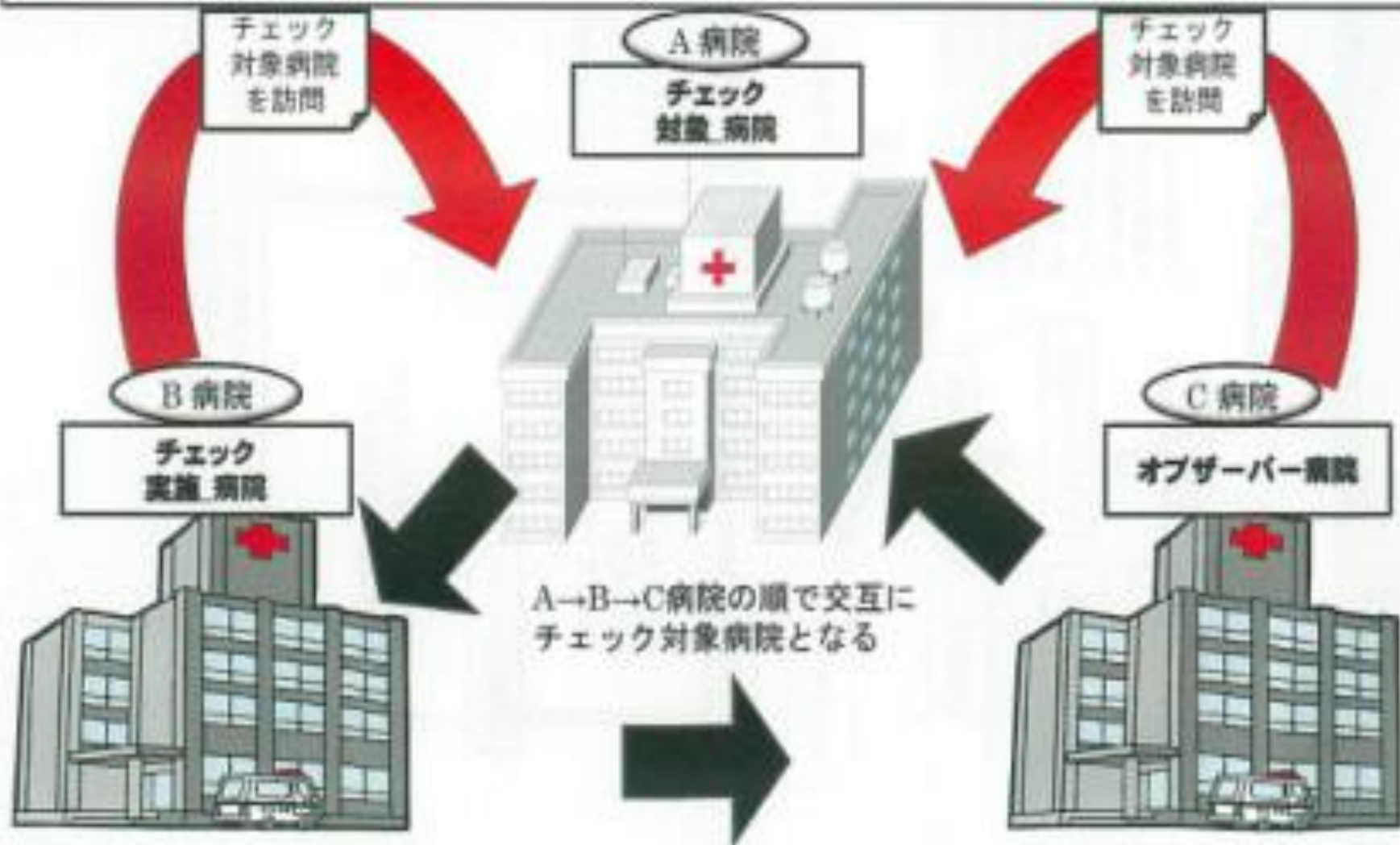
1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(2) 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。

(3) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

国立病院機構における「医療安全相互チェック」の 実施イメージ

「チェックを受ける病院」を「チェックを実施する病院」と「オブザーバーの病院」が訪問し、医療安全の取組を院内視察形式により双方向で評価することにより、チェックを「受ける病院」、「実施する病院」の相互に学び合うことによる相乗効果を期待するもの。



青森地域医療安全研究会 施設間ラウンド



入院中の排泄に注意！



排泄時、バランスを崩して転びました。
めまいがして、気付いたら転んでいました。

入院中は筋力・体力が落ちています。
遠慮せずナースコールをしてください。



入院中のお薬に注意！



お薬によっては
転倒しやすくなります。

お薬を飲んだ後は
十分注意しましょう。



小児の転落に注意！



ベビーカーを使用した際、
安全ベルトを十分に締めな
かったため、滑り落ちました。

ベビーカーを使用する際は、
カチッと音がするまで
しっかりベルトを
締めましょう。



小児の転落に注意！



付き添いの方がベッド柵
をせずにそばを離れ、
小児がベッドから転落し
ました。

病院の床は、自宅と異なり固くできています。
そばを離れる時はベッド柵を使用しましょう。



段差に注意！



正面玄関風除室内の
マットにつまずき転倒し、
顔面を強打しました。

特に高齢の方は、
視力・筋力の低下により、
5mm以下の段差にも
つまずいてしまいます。



エスカレーターに注意！



エスカレーターに乗った際、バ
ランスを崩し、転倒しました。

杖歩行・歩行器使用の際や
重いものを持っている際は、
エレベーターを
使用しましょう。



対策も協
議する

外来患者さんへ

外来用

冬は **おっける
のめくる
とっけらがる**

「転倒」「つまずく」
という意味です

ので、ご注意ください

床が滑りやすくなっています

来院の際は、
靴や靴についた雪を払いましょう。
入口の玄関マットやほうきを
ご利用ください。



たくさん**着込んで**いる時は…

厚着になるとバランスが取りづらくなります。
階段、エスカレーターの乗降は特にご注意ください。

ポケットに手を入れていませんか？

急な動きに対応できなくなり、
密わぬ転倒や、けがをする原因になります。



平成29年12月 高松市立中央病院 転倒・転落予防課

入院患者さんへ

入院用

冬の転倒・転落に

ご注意ください

病棟を離れる時は 足元に気を付けて



雪により床がめれている場合があります。
棟西や外業へ行く時は十分注意しましょう。
履きなれた、かかとのあるはきものを用意しま
しょう。
1階売店では、かかとのあるはきものを販売して
おります。

寒い夜のトイレでは…

冬のトイレは特に注意が必要です。
パジャマの上にくっつき着込んでいると、
思うように動かせません。
トイレについては、看護部にご相談ください。

消灯後の病棟廊下は真っ暗です。



お薬を飲んだ後も

寒くて震れずに降剤薬を飲んだ後は、
いつもと同じように歩けません。
一人で無理せずに、ナースコールで
呼んでください。

平成29年12月 高松市立中央病院 転倒・転落予防課

転倒・転落予防ポスター

九州労災病院の相互チェック



書類確認



院内ラウンド



院内ラウンド



結果講評

時 間 配 分		実 施 内 容
開始時間前		※事前打ち合わせ、確認
13：30～13：40	10分	司会者から開催の挨拶、出席者の自己紹介
13：40～15：00	80分	評価を実施する施設による評価実施 (資料確認、質問による詳細の確認)
15：10～15：20	10分	休 憩
15：20～15：50	30分	院内巡回実施による評価実施 (質問・見学による詳細の確認)
15：50～16：05	15分	評価を実施する施設の出席者で、講評についての打合せ (※評価を受ける施設の出席者は席を外す)
16：05～16：20	15分	評価を実施する施設からの講評 (評価を受けた施設からの質疑応答を含む) ※詳細は、後日「報告書」に記載し、期限までに提出する。
16：20～16：25	5分	※オブザーバー施設からの感想 (「評価を受けるのみで、評価を実施しない施設」が参加する場合)
16：25～16：30	5分	司会者からのまとめ

医療安全相互チェックシート

受審病院 : (阿蘇立野病院)
 チェック病院 : (阿蘇医療センター)

評価基準	A: 適切に行われている、あるいは十分である B: 適切に行われているが改善が必要、あるいは十分でない C: 不適切である、あるいは行われていない X: 判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)		
	平成 31年 3月 13日	受信日 (平成 31年 3月 26日)	
I 医療安全管理体制の整備	チェック項目	自己評価	コメント
チェックの視点: 患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされている事。また、必要など経験や知識を有する職員が配置されている事など、相談支援体制が確立していること。職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなどを評価する。			
1	医療安全管理規定について、患者及び家族等に対して閲覧できるよう工夫されている。	A	医療安全管理規定に沿って対応している - 院内掲示 - HP掲載
2	医療安全に関する通知や情報提供などがあった場合、職員に周知している。	A	安全管理委員会・業務改善協議会・運営協議会及び各局協議会を通し伝達 急を要する事項については、病院連絡網により伝達
3	患者相談窓口を設置し、医療安全に関する相談もできることが、患者及び家族に周知され、プライバシーに配慮された環境で担当者が相談に対応する体制が整っている。	A	当院相談室にて、社会福祉士が対応 内容により、医療安全管理者も対応
4	苦情や相談で医療安全にかかわるものについては、医療安全管理室(対策室)に報告し、当該病院の安全対策の見直しなどに活用している。	A	医療安全管理委員会にて報告 安全カンファレンスにて報告・対策検討
II 医療安全管理のための具体的方策の推進	チェックの視点: 院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価。また、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなどを評価する。		
1 ヒヤリハット事例の報告及び評価分析について			
5	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告が適切に行われている。	B	年間300件近い報告が行われているが、職種によるバラツキが大きい
6	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告などから、当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー・発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室(対策室)に提出している。	A	報告書を用いて、各部署での検討・対策立案後、医療安全管理委員会にて報告 重要(緊急)事例のみ直接医療安全管理者へ報告
7	警鐘事例については組織された分析チームなどで検討され、職員に分析結果や対策がフィードバックされている。	B	RCA検討会にて対策立案後、必要部署には直接、全職員には職員連絡網を用いてフィードバックしている
2 医療事故情報収集事業などに係る報告について			
8	(財)医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業」に報告している。	A	「ヒヤリハット事例分析収集・分析・提供事業」に参加している。
3 医薬品・医療機器等安全性情報報制度に関する報告について			
9	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報(症例)は、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)に報告している。	A	必要に応じて「医薬品」「医療機器」いずれもPMDAへの情報提供体制はできている
III 医療事故発生時の具体的な対応	チェックの視点: 医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなどを評価する。		
1 医療事故の報告について			
10	報告を要する事例は、委員会などで検証作業を行ったうえで報告されている。	B	マニュアルに従い報告体制は確保されている 公表事例はないが、患者・家族に対する対応事例あり
11	事故発生後速やかに報告できる体制が整備されて、報告した事例がある。	B	同上
12	医療事故報告書については、医療安全管理室において保管している。	A	医療安全管理室保管となっている
2 患者・家族への対応について			
13	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、当事者の医師の他、必要に応じて部門の責任者や医療安全管理者が立ち会っている。	A	
14	患者の回復に向け、当該診療科と関連診療科でチームを組み最善の治療を提供している。	A	
3 事実経過の記録について			
15	医師・看護師等は患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容などを、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記録している。	A	
16	事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載を行っている。	A	
17	想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的に正確に記載している。	B	
4 警察への届け出について			
18	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産を検査して異状があると認められた時は、24時間以内に管轄警察署に届け出を行っている。	A	
5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について			
19	重大な医療事故などが発生し場合には、医療安全管理のための指針に基づき適切に対応している。	A	

【相互評価の展開】

(図) 医療安全地域連携における相互評価の展開



相互チェックを行ってみて・・・

- 第三者による評価・確認解いて、本音で対応でき、改善策も実現可能性をふまえた指摘を受けてよかった。
- 「医療監視」ではないので、おたがい前向きな気持ちでコミュニケーションがとれた。
- 病院間で「困っていること」や「うまくいっていること」を率直に話しあえてよかった。
- お互いに連携して、改善・成長しようという前向きな気持ちになれた。

福岡県看護協会の医療安全講習会 ～地域連携とネットワークと地域コミュニケーション～

1部: 医療安全管理者のネットワークについて

朝倉先生ご自身の医療安全活動の取り組みやネットワークづくりの経験を通しての講義で、沢山の情報を得、学ぶことができた

2部: 地域連携

「医療安全地域連携加算」とは、概要の説明から始まり、加算要件のひとつである相互巡回を通して医療安全地域連携の仕掛けについて、評価用のチェックシートの作成と活用方法など多岐に渡る内容で講義頂きました。

<意見交換会>

意見交換会は、地域の医療安全管理者のネットワーク作りとコミュニケーションの場となった



講義

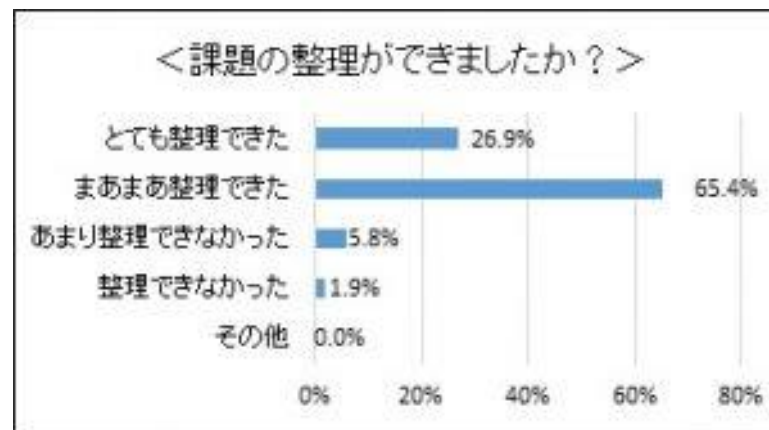
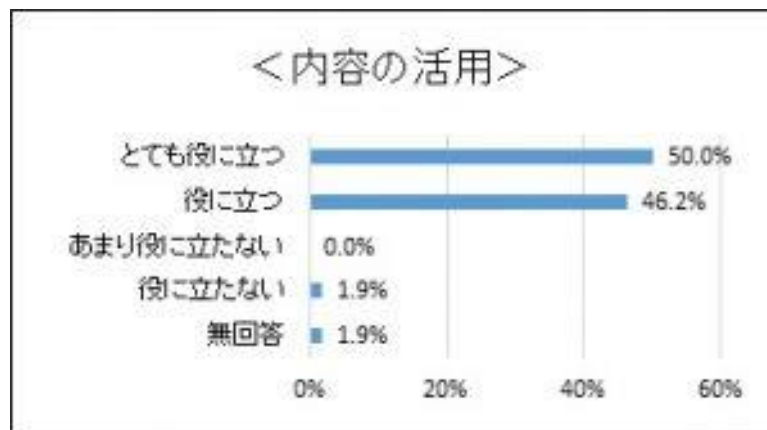
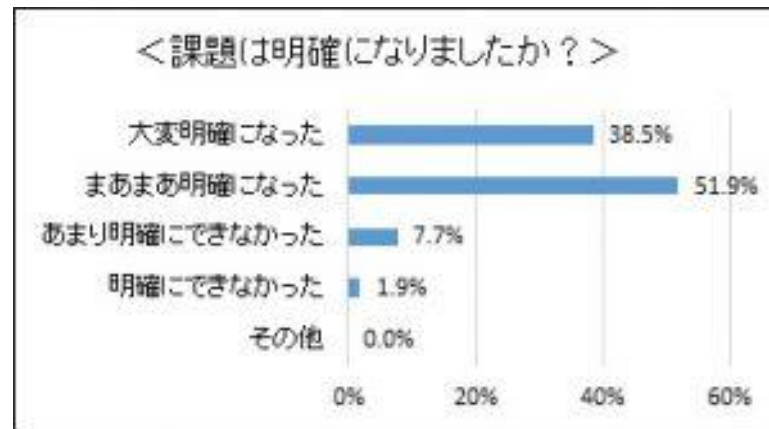
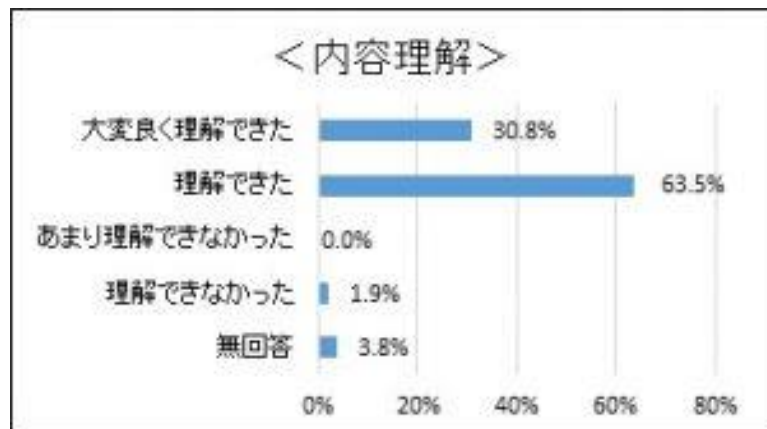


グループワーク



名刺交換

医療安全講習会アンケート結果



パート2

感染対策向上加算



宮城県から始まった 地域感染対策



それは**1999**年、宮城県から始まった

宮城県東北地域感染対策 ネットワーク

- 宮城県東北地域感染対策ネットワーク
- 1999年から当時の東北大学大学院医学系研究科感染制御・検査診断学分野教授だった賀来（かく）満夫先生（現在、東北医科薬科大学 特任教授）が始めた。
- きっかけは仙台市内のある医療機関でMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）保菌者の追跡調査をしたところ、ほとんどが他施設からの持ち込み例であることが分かった。
- 感染症対策は地域ぐるみで行うことの必要性に気付いた。



賀来満夫先生 1999年当時
東北大学大学院 感染制御・検査診断学

地域に広がる感染症

- 感染症は地域に広がっている！
- このため地域内のあらゆる診療所、病院、高齢者施設などが連携し、情報を共有しながら伝播状況を可視化して対策を立てていかなければならない。
- こうした事例をきっかけに、賀来先生たちは「まずは、地域全体の医療関連施設を結び、総合的な危機管理システムを構築することが大切」という思いにいたった
- **1999年8月に、宮城県の18の拠点病院の各病院長が集まって「宮城感染コントロール研究会」を発足した。**

東北地域感染危機管理ネットワーク

- 2001年、病院という枠を超えたインフェクション・コントロール・ラウンドを開始し、臨床現場でかかえている問題点や課題を、地域全体で共有して一緒に考えて行く仕組みを構築した。
- 2003年、中国広東省から発生したコロナウイルス感染によるSARS（重症急性呼吸器症候群）流行が起きる。この時もネットワークがSARSに関する様々な情報提供を行った。
- 2005年、ネットワークは東北全域6県500施設が参加する東北感染制御ネットワーク事業（現在の東北地域感染危機管理ネットワーク）へと発展した
- 2008年、毎年900人が参加する東北感染制御ネットワークフォーラムの開催も行われるようになった。

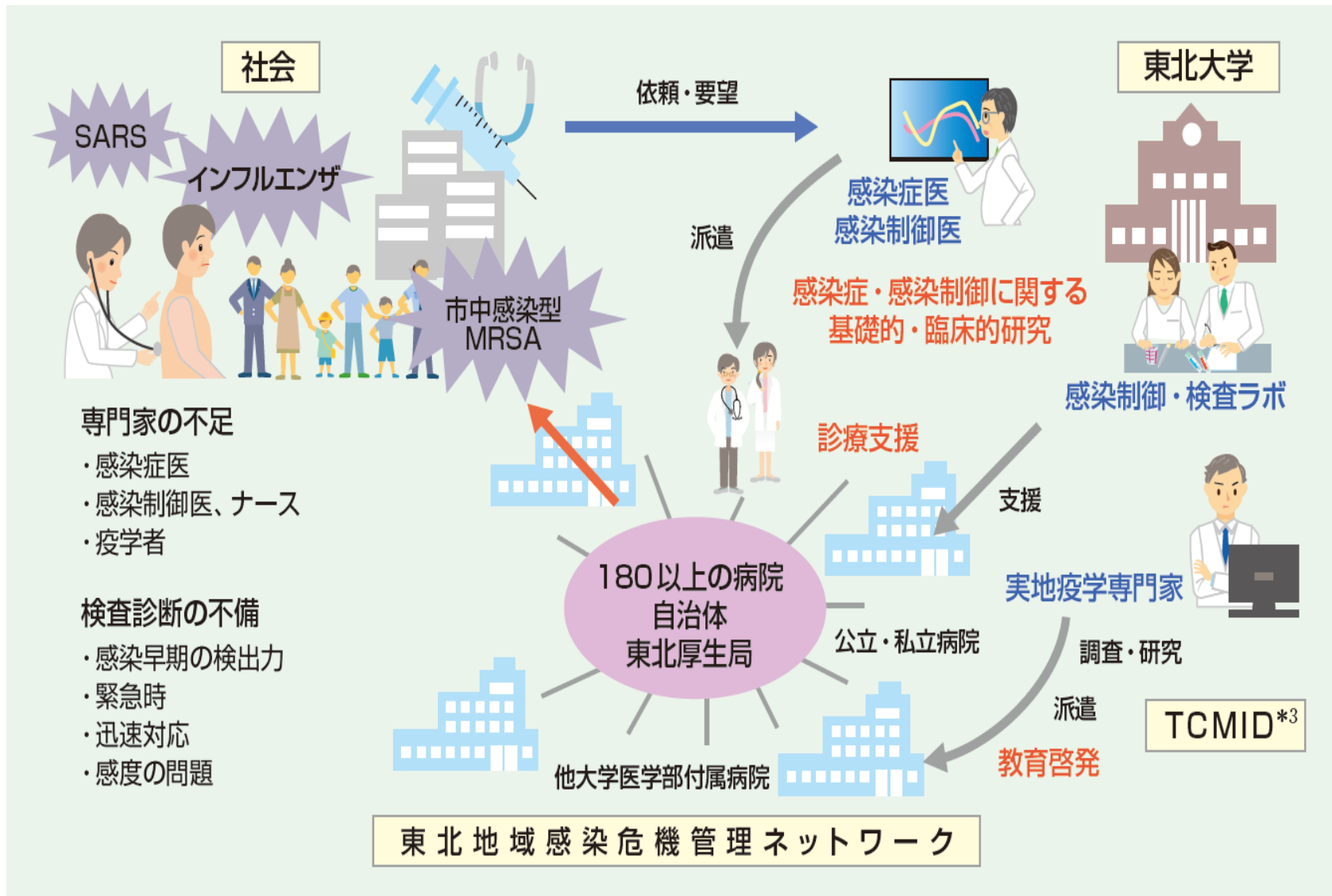


図3 感染症危機管理システムおよび地域ネットワークの構築

地域ネットワーク構築の要点

1. 明確なミッションプラン(活動指針)

- ・感染対策情報の共有化
- ・感染対策の協力・連携
- ・感染対策の支援
- ・人材育成支援

2. 全施設員参加・成果物の共有化

3. 行政・メディア・地域住民とも連携

東北地域：感染対策ネットワークの実例-1

① 感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期的開催 フォーラムの共同開催

地域における情報共有の場 **2008年より年1回実施**：毎回 約1,000名が参加



【フォーラム内容】

- ・新型インフルエンザシンポジウム
- ・感染制御ベーシックレクチャー
- ・アウトブレイク対応セミナー
- ・薬剤耐性菌制御ワークショップ
- ・ベストプラクティスシンポジウム
- ・微生物観察コーナー・手洗い体験実践コーナー(市民参加)

- ・Website・ホームページの活用 <http://www.tohoku-icnet.ac>

【各種感染対策情報の共有】

- ・パワーポイント資料
- ・DVD形式(新型インフルエンザ・アウトブレイク対応)
- ・各種マニュアル・ガイドライン
- ・各種講演会、フォーラムのお知らせ



東北地域：感染対策ネットワークの実例-2

② 感染対策の協力・連携

・ガイドライン・マニュアルの策定と共通利用

抗菌薬ガイドライン、消毒薬のガイドライン、介護・高齢者施設の感染防止マニュアル、ベストプラクティスマニュアル等



抗菌薬使用ガイドライン

- ・地域の専門家グループで作成
- ・感染症系統別に分かりやすく記載
- ・地域の薬剤感受性成績なども呈示
- ・東北全域の医療関連施設に配布

・共通ポスターの作成と配布

手洗い関連・咳エチケットポスター

- ・東北厚生局と共同制作
- ・東北全域の医療関連施設に配布
- ・施設玄関や外来、病棟などに掲示



東北地域：感染対策ネットワークの実例-3

② 感染対策の協力・連携

・共同サーベイランスの実施

病原体サーベイ・アンチバイオグラムの比較データ等

* 施設ごとの感受性サーベイランスデータの作成と情報交換

	PIPC	CAZ	CFPM	IPM/CS	MEPM	AZT	GM	AMK	MINO	LVFX	CPFX
A病院	83	70	76	67	73	45	80	84	1	73	
B病院	81	87	78	78	89	78	87	89	19	70	81
C病院	91	88	84	64	71	54	71	83	0	68	68

・啓発・教育セミナー

市民向け感染セミナー、Mediaとのワークショップ



- ・市民向けセミナーの積極的開催
グラム染色による微生物の観察
(自らの鼻や口の菌を観察)
手洗いやマスク着用のしかた等の指導
- ・メディアとの情報交換の場を設定
- * 積極的なリスクコミュニケーション

東北地域：感染対策ネットワークの実例-4

③ 感染対策の支援

- ・感染症相談窓口の開設(電話、FAX、インターネットによる相談受付)



- ・感染症の予防・治療・診断等に関する相談
- ・アウトブレイク発生時の対応
- ・さまざまな最新情報の提供

- ・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施・現場支援

院内感染対策・アウトブレイク支援(多剤耐性菌・新型インフルエンザ対応)

* 外部・第三者による客観的な視点でチェック



- ・大学のスタッフが各施設や行政機関からの要望に応じて訪問
- ・アウトブレイク発生時の感染拡大防止策、原因究明の調査を支援
- ・各施設の病棟・外来・ICU・救急部などをラウンド、改善点の指摘

東北地域：感染対策ネットワークの実例-5

③ 感染対策の支援

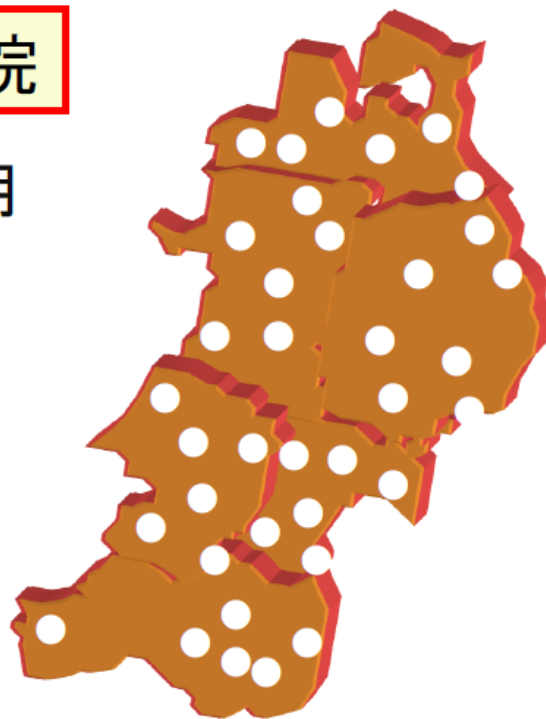
・地域厚生局との院内感染研修会の共同開催

東北地域では平成17年より毎年実施、東北6県の拠点病院を研修場所とし、保健担当者、近隣の医療施設の医療従事者も参加、午前中講義・午後ラウンド形式の実践的スタイル

2010年

平成22年までに地域36拠点病院

- * 地域全体でのレベルアップに有用
- * 行政指導機関と病院との相互理解に有用
- * 講義資料の共同利用
- * 行政機関側のネットワーク
(県を超えたネットワーク)



東北地域：感染対策ネットワークの実例-6

④ 人材育成支援

・感染症危機管理人材育成システム（専門コースの開催）

人材育成プログラムを地域で実践



・初期導入コースによる研修

- ・感染制御学、感染症学、化学療法学、臨床微生物学、
- ・サーベイランス、疫学解析、統計処理
- ・情報収集、リスクコミュニケーション
- ・施設等研修

・事例検討を通じて研修（地域での施設の実例）

- ・アウトブレイク ケーススタディ ・実地疫学調査

・感染症診療地域連携寄附講座の開設

- ・宮城県からの寄附講座として2010年4月1日 “東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携寄附講座 ”開設
- ・3名の感染症・感染制御専門家の専任教員による講習会・セミナー開催、研修医・医師卒後教育指導、人材育成支援
- ・地域医療関連施設における実際的な感染症対策・感染症診療の支援

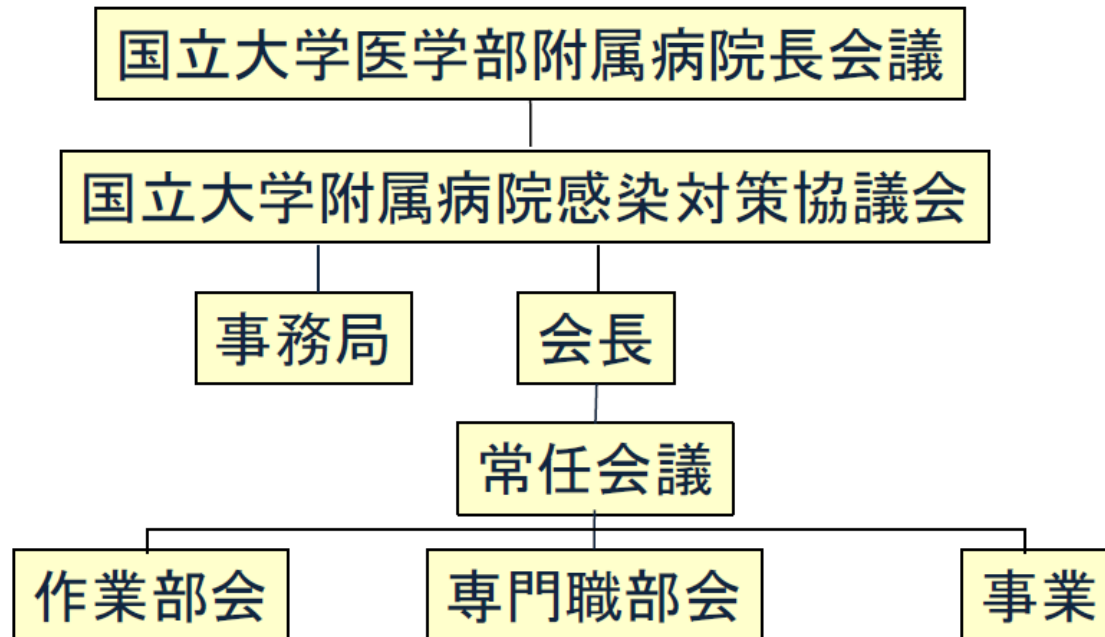
大学病院のアウトブレイクから始まったサーベイランス



2000年代に相次ぐ大学病院における 院内感染アウトブレイク

年度	大学	事例
2004年	秋田大学	心臓血管外科におけるMRSA及びVREアウトブレイク
2004年	新潟大学	耳鼻咽喉科・産婦人科でのセパシア・セラチア集団発生
2004年	大阪大学	心臓血管外科・小児外科術後患者での多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2004年	京都大学	血液内科における多剤耐性緑膿菌感染アウトブレイク
2005年	鳥取大学	VRE院内感染事例
2005年	金沢大学	術後輸血後HBs抗原陽転事例
2005年	長崎大学	多剤耐性緑膿菌感染症複数発生事例
2006年	高知大学	多剤耐性緑膿菌の院内感染事例
2006年	自治医科大学	<i>Bacillus cereus</i> 血流感染症アウトブレイク
2006年	神戸大学	心臓血管外科におけるMRSAアウトブレイク
2007年	大阪大学	気管支鏡を介した多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2008年	札幌医科大	高度救命救急センターにおける多剤耐性緑膿菌感染多発事例
2008年	山梨大学	多剤耐性緑膿菌多発検出事例
2009年	岐阜大学	心臓血管外科手術後縦隔炎多発事例
2009年	山口大学	心臓外科における術後縦隔洞炎多発事例
2010年	藤田保健衛生大学	多剤耐性 <i>Acinetobacter baumannii</i> 複数検出事例

国立大学附属病院感染対策協議会

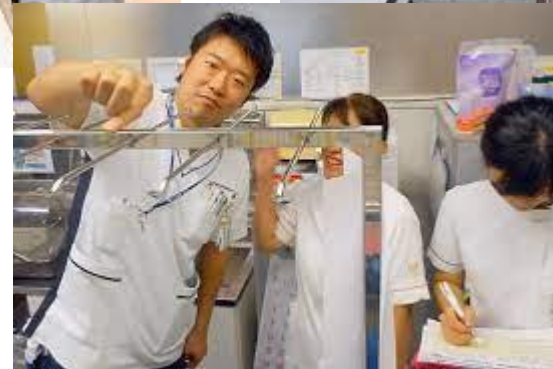
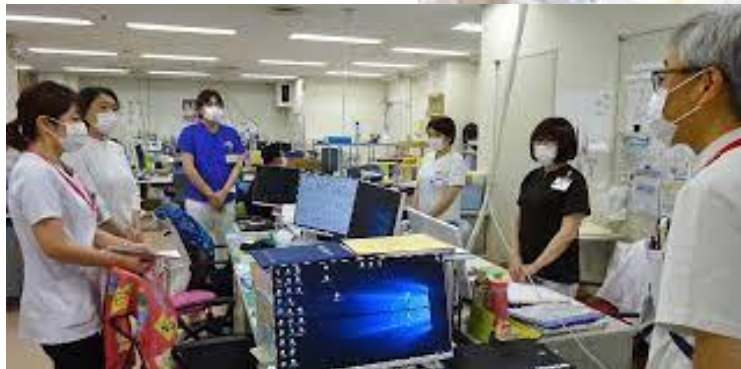


- ・サーベイランス
- ・ガイドライン
- ・教育
- ・職業感染対策

- ・医師 ・ 歯科医療
- ・看護師 ・ 薬剤師
- ・臨床検査技師

- ・改善支援
- ・感染対策相互チェック

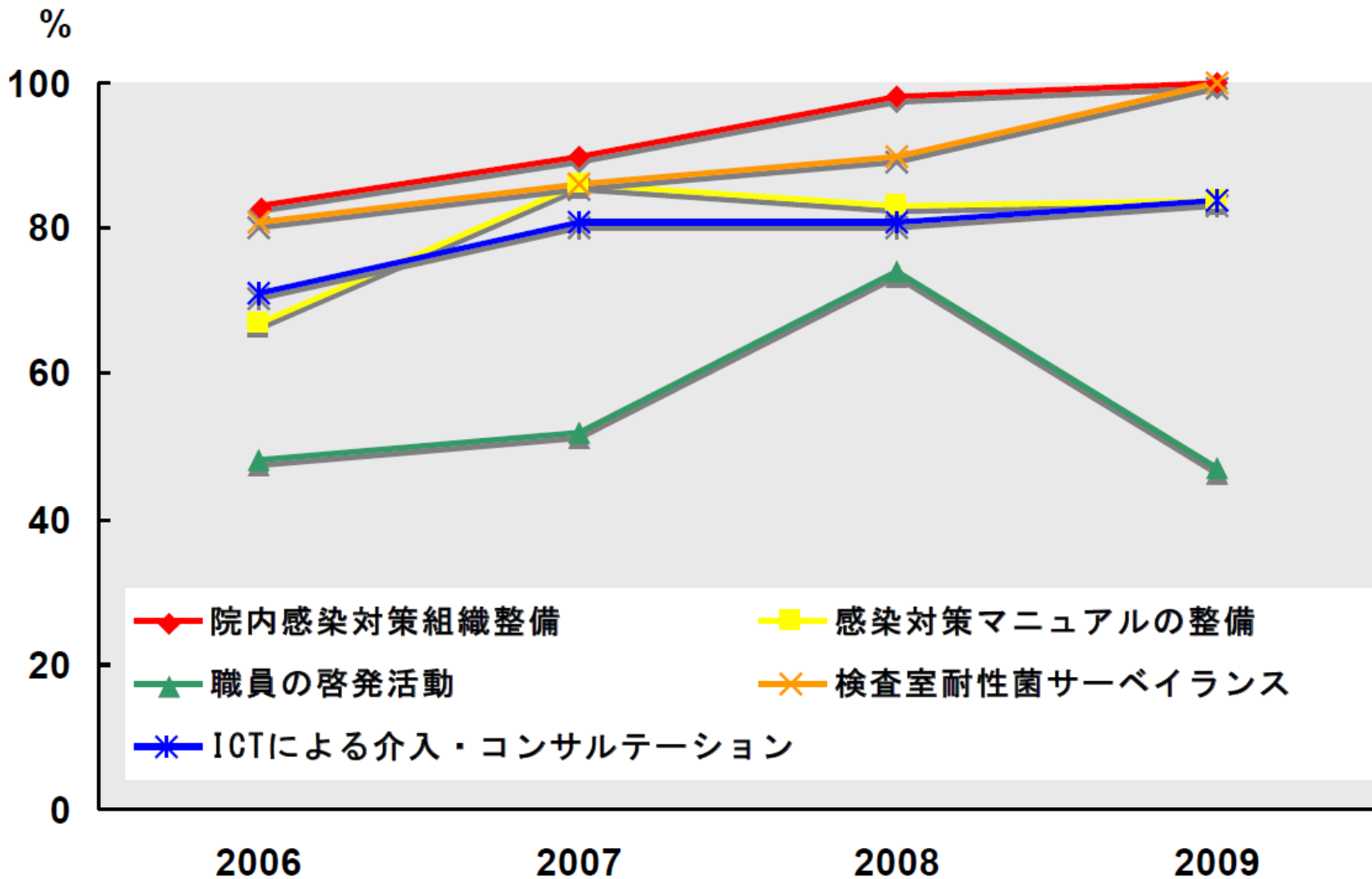
大学病院間の相互チェックと サベールランス



サーベイランス事業

- 病院感染の発生状況を把握するシステムの確立
- 自施設の値を全体の中で比較し対策を検討・是正する参考とする
- 各科共通の病院感染を対象, サーベイランス方法はNNISに準拠
National Nosocomial Infections Surveillance
- 対象期間を2~3ヶ月に定め, 全国の国立大学病院が同時に実施
 - 第1期：中心静脈カテーテル関連血流感染 CRBSI (2001~2003年)
 - 第2期：尿道留置カテーテル関連尿路感染 CA-UTI (2004~2005年)
 - 第3期：人工呼吸器関連肺炎 VAP (2006~2008年)
 - 第4期：手術部位感染 SSI 着手+CRBSI, CA-UTI, VAPサーベイ継続 (2009年~)
- 集計・解析結果を国立大学病院感染対策協議会（総会）にて報告

感染対策相互チェックの成果



2022年診療報酬改定 感染防止対策加算



感染対策向上加算に組み替え

現行	改定案
感染防止対策加算	感染対策向上加算
感染防止対策加算 1 390 ^療 点	感染対策向上加算 1 710点(重点医療機関)
感染防止対策加算 2 90点	感染対策向上加算 2 175点(協力医療機関)
加算 1 を充実して、加算 2 を 2, 3 に広げた 加算 3 は専任の常勤医師と看護師 から成る感染制御チームの設置で 要件を緩和した	感染対策向上加算 3 75点 (診療検査医療機関)
	外来感染対策向上加算 (診療所) 6点

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

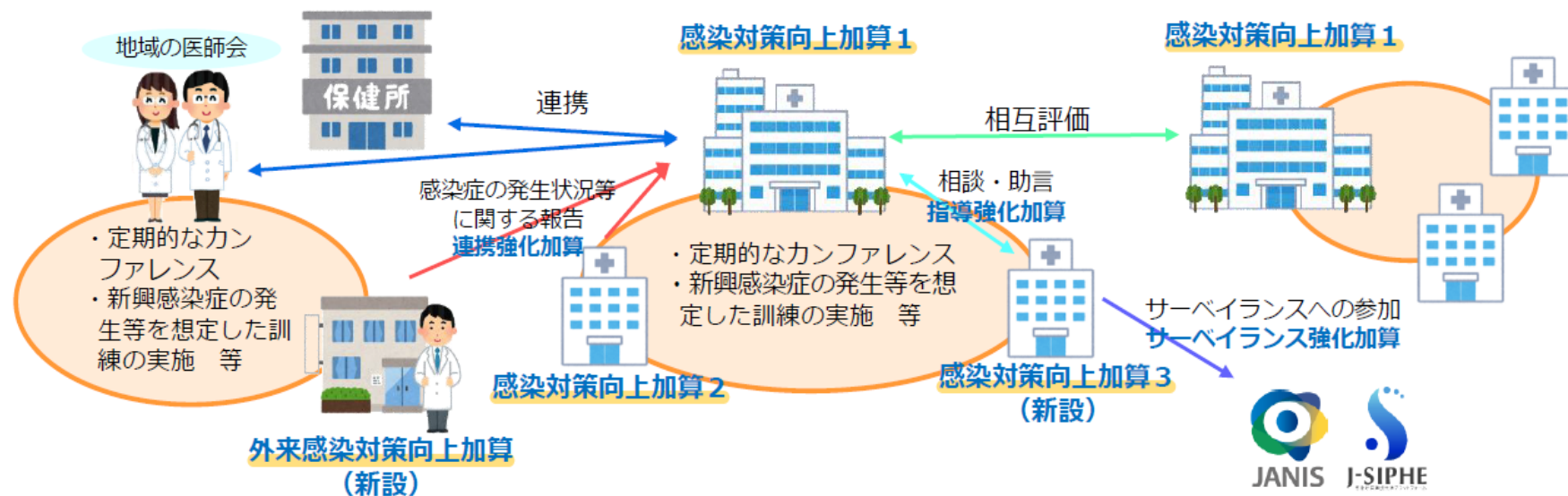
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】	(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2	感染対策向上加算 2
(新設)	感染対策向上加算 3
390点	710点 (入院初日)
90点	175点 (入院初日)
	75点 (入院初日、90日毎)

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



加算の加算でさらに評価

加算の加算	対象	内容
指導強化加算	加算1取得医療機関	加算2・3取得医療機関に対し「院内感染対策にかかる助言を行う」体制を敷いている（年4回以上の助言実績が必要）ことを評価する
連携強化加算	加算2・3取得医療機関	加算1取得医療機関との連携体制（年4回以上の感染症発生・抗菌剤使用状況を報告）を評価する
サーベイランス強化加算	加算2・3取得医療機関	地域における感染防止対策に資する情報提供体制（院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）など地域・全国のサーベイランスに参加）を評価する

院内感染対策サーベイランス（JANIS）について

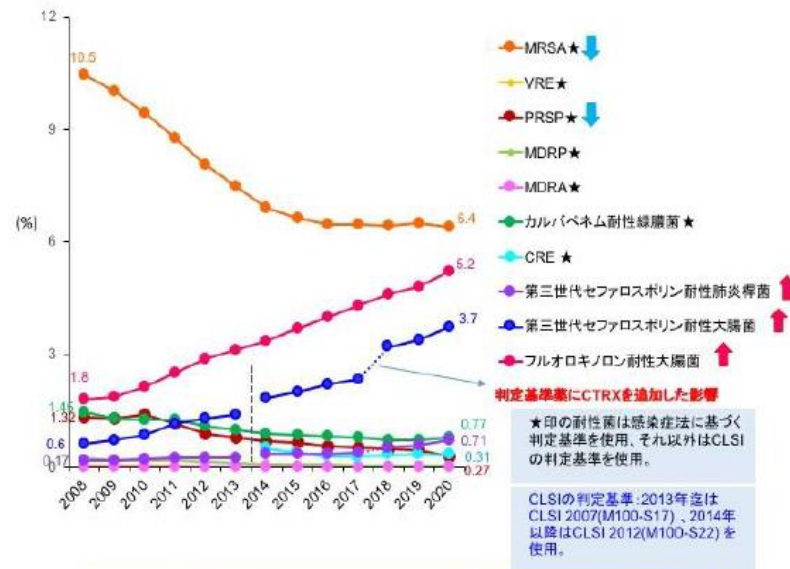
健康局結核感染症課提供資料

- 感染防止対策加算1は、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」を要件としている。
- 院内感染対策サーベランス（Japan Nosocomial Infections Surveillance）は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的としている。

【検査部門参加施設数の推移】



【特定の耐性菌分離率の推移】



$$\text{分離率} = \text{特定の耐性菌分離患者数} \div \text{検体提出患者数} \times 100$$

出典：国立感染研究所より

感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）について

健康局結核感染症課提供資料

- 2019年1月に、医療機関でのAMR対策に活用できるシステムであるJ-SIPHE（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology：感染対策連携共通プラットフォーム）が開始し、2021年10月時点で、790医療機関が参加している。
- J-SIPHEでは、全国の医療機関における感染症診療状況、感染対策への取り組みや構造、医療関連感染の発生状況、主要な細菌や薬剤耐性菌の発生状況及びそれらによる血流感染の発生状況、抗菌薬の使用状況等に関する情報を集約している。

J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム



データの二次利用*で労力の軽減、各医療機関の感染症診療・対策に役立つ指標、様々なベンチマークと比較



- ・ 各医療機関がウェブブラウザ上で登録したデータを自動計算してグラフ化
- ・ グループ機能により、自施設だけでなく地域連携の複数病院のデータを共有

*データの二次利用例

- ・ 抗菌薬使用状況：医科レセプトファイル（入院EF統合ファイル）からアプリケーションを用いて自動集計
- ・ 微生物・耐性菌検出状況：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）の検査部門還元ファイルと連携して自動集計
- ・ その他：各種テンプレートファイルを用いた入力の補助

(5) 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向けた評価等 について(その1)

【附帯意見(抜粋)】

15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

【関係する改定内容】

- ①感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の新設
- ②感染症対応も踏まえた評価の新設等

【調査内容案】

調査対象: 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算、急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出を行っている医療機関等

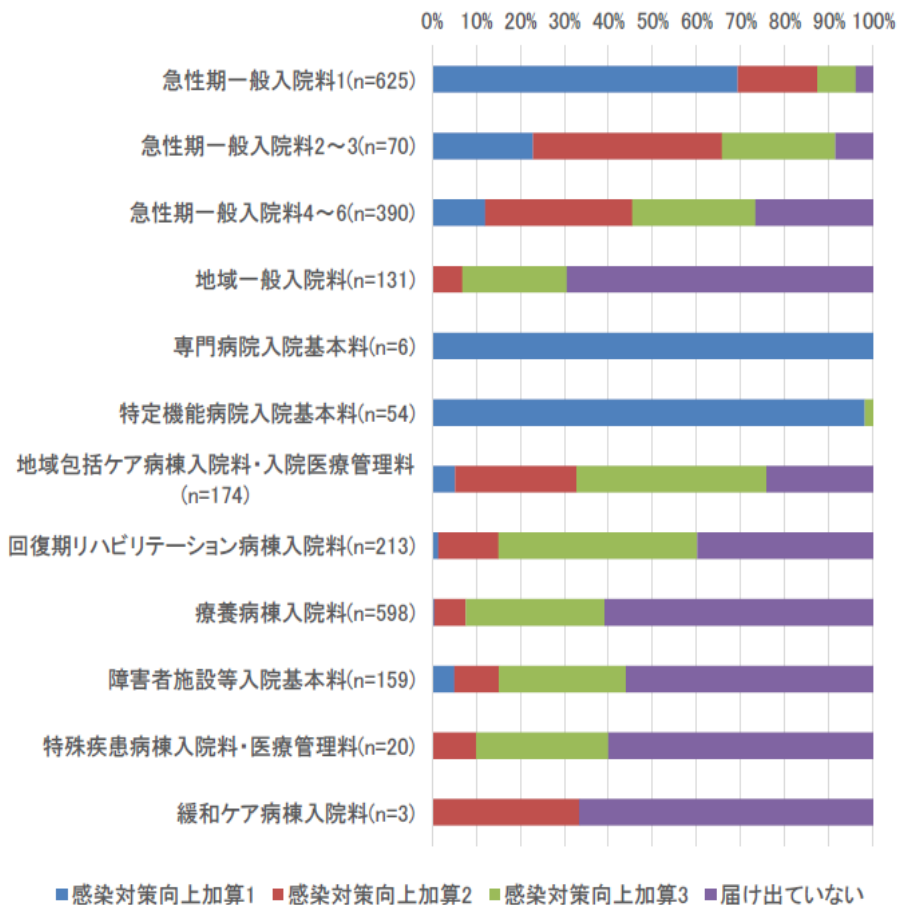
調査内容: (1) 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の届出状況、他の保険医療機関等との連携状況
(2) 急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算の届出状況

等

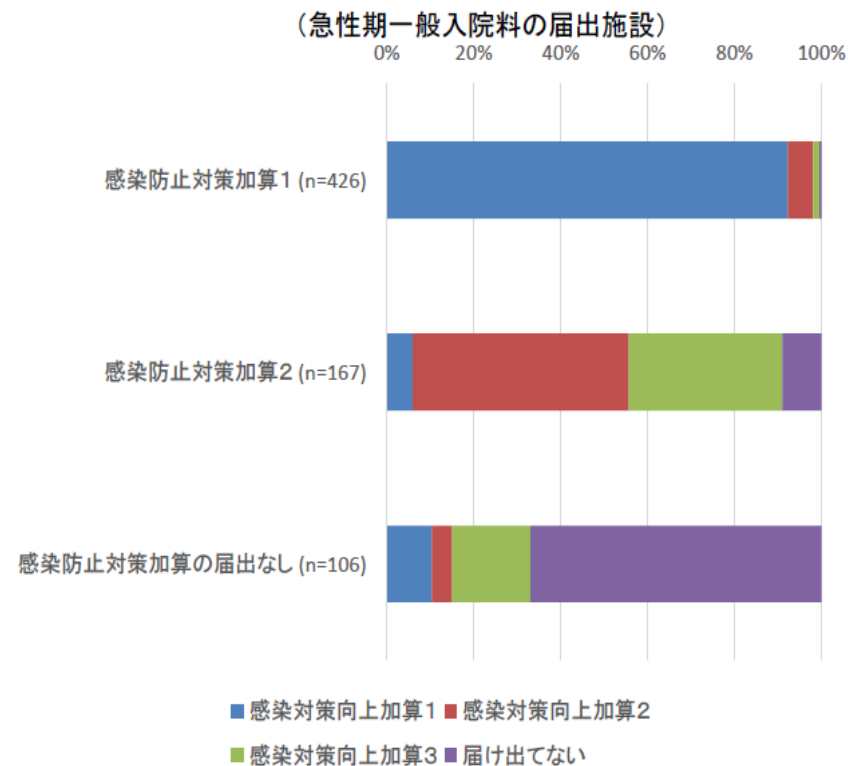
入院料ごとの感染対策向上加算の届出状況等

○ 感染対策向上加算等の届出の状況は以下のとおり。

感染対策向上加算の届出有無
(令和4年11月1日時点)



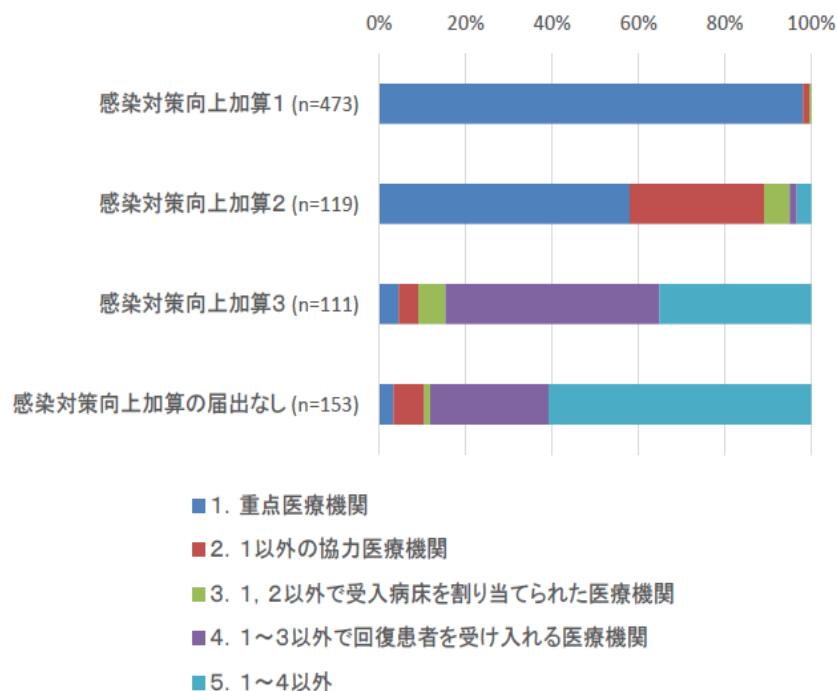
急性期病院における感染防止対策加算の届出状況(改定前※)ごとの感染対策向上加算の届出状況
※令和4年3月31日時点



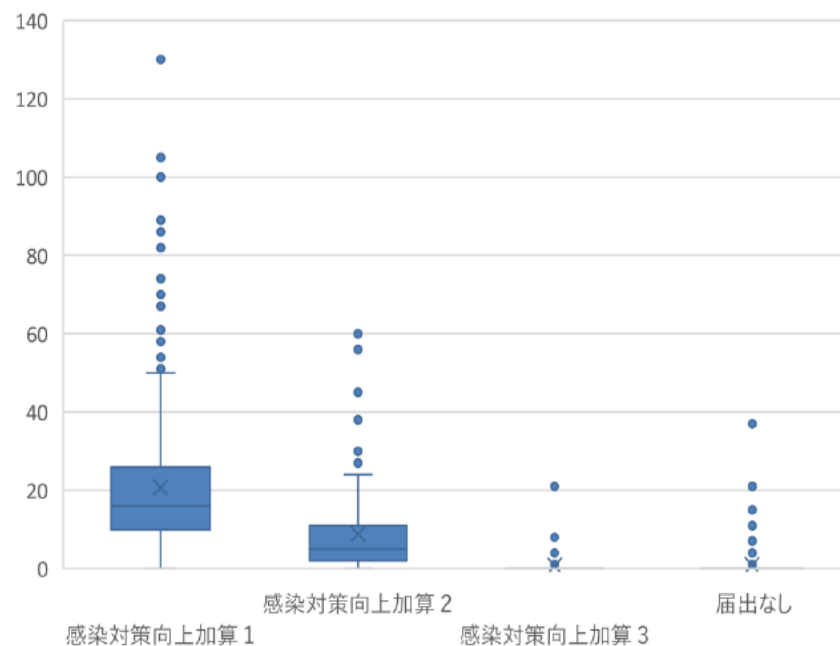
感染対策向上加算を届け出ている医療機関等における新型コロナ患者の受入状況

- 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況
(令和4年11月1日時点)



感染対策向上加算の届出状況ごとの新型コロナウイルス感染症患者受入可能病床数
(令和4年11月1日時点)

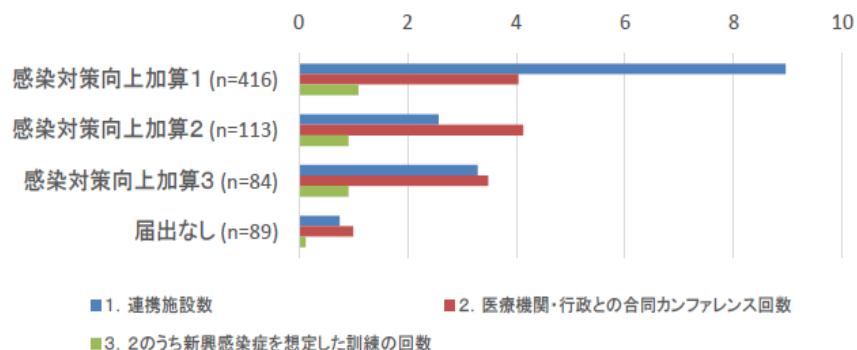


急性期病院における感染対策向上加算の届出及び連携等の状況

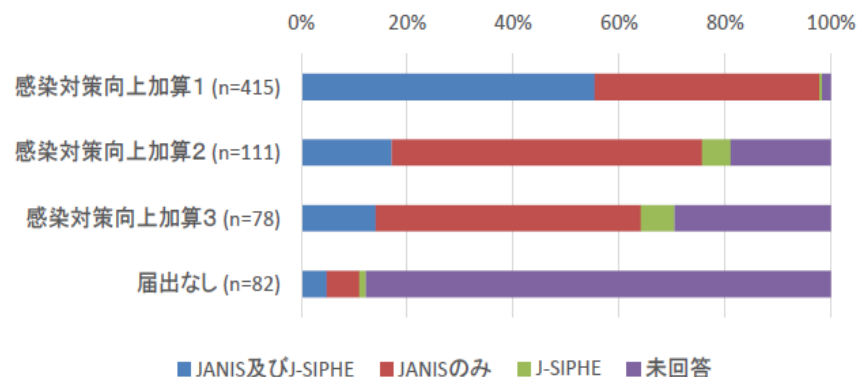
○ 急性期一般入院料及び感染対策向上加算を届け出ている施設においては、2～8程度の施設と連携を取っていた。また、これらの施設のうち多くが指導強化加算及び連携強化加算の届出を行っていた。

感染対策について連携している医療機関等の数

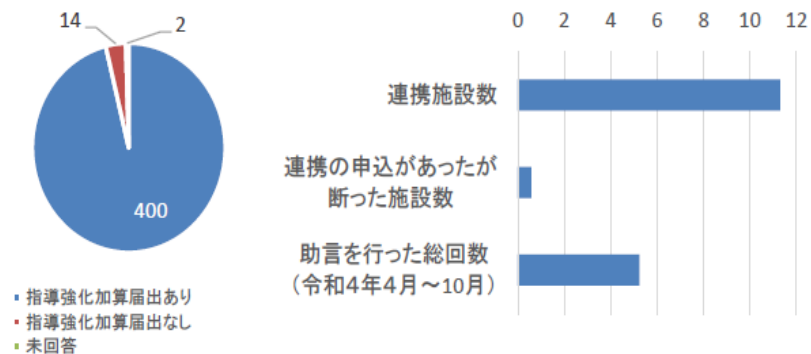
※カンファレンス回数は、加算1の場合開催、それ以外の場合参加回数



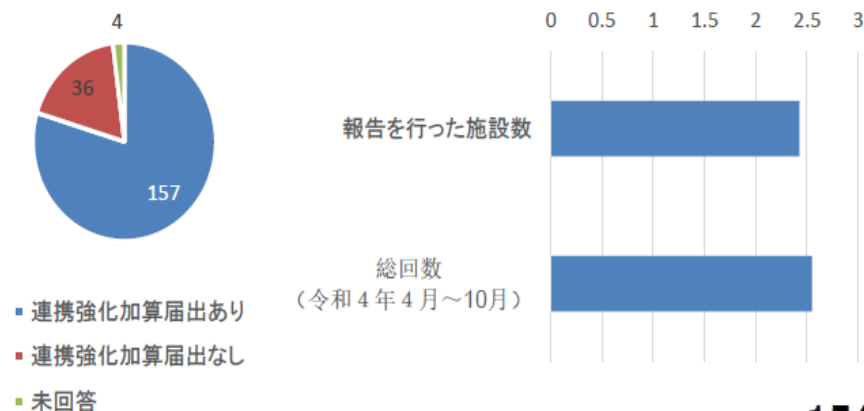
院内感染対策サーベイランス (JANIS) 及び
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) への参加状況



加算1の施設のうち指導強化加算の届出有無及び
指導強化加算届出施設における連携施設数等



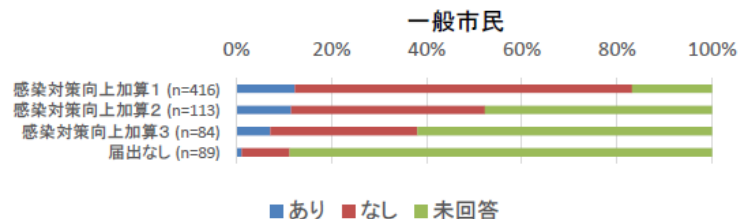
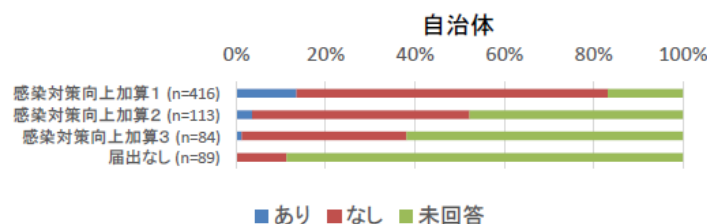
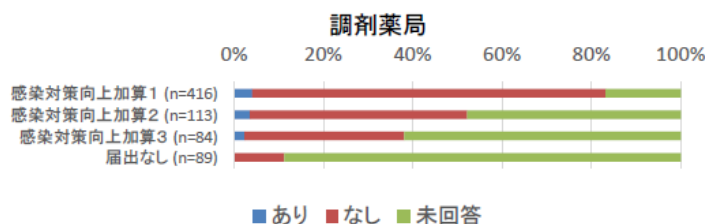
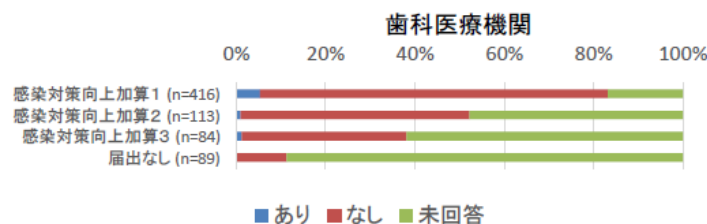
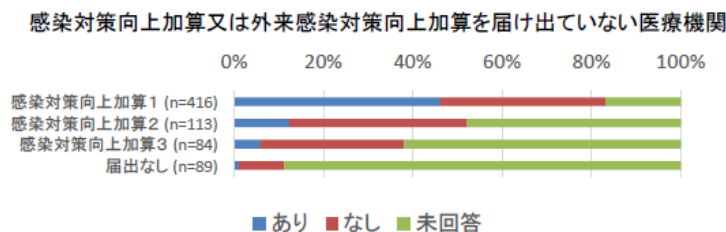
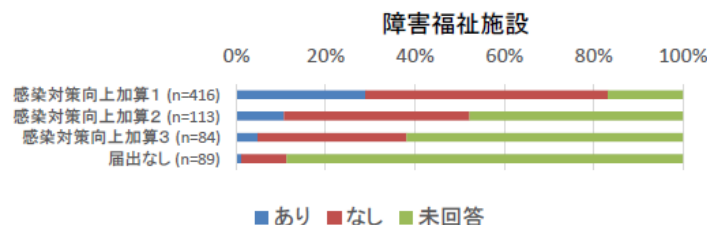
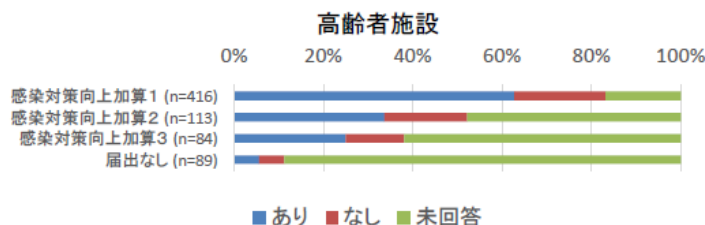
加算2又は3の施設のうち連携強化加算の届出有無及び
抗菌薬の使用状況等について報告を行った施設数等



急性期病院における院内感染等に関する助言先の状況

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策向上加算1又は2の届出医療機関では、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っていた。

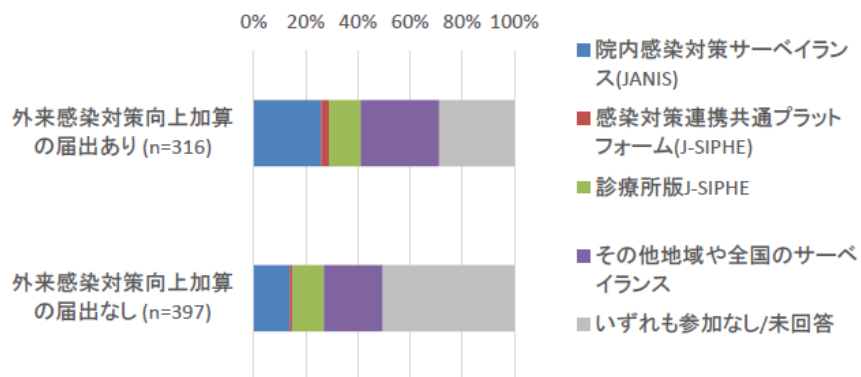
急性期一般入院料1-6を届け出ている医療機関における対象機関ごとの院内感染等に関する助言の有無



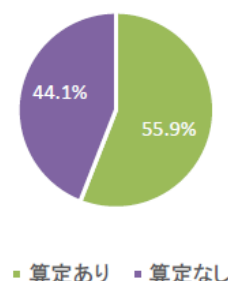
外来感染対策向上加算の届出状況等

- 外来感染対策向上加算及び連携強化加算を届け出ている医療機関においては、医療機関及び医師会のカンファレンスに年平均3回程度参加していた。
- 外来感染対策向上加算の届出が困難な理由としては、「院内感染管理者の配置が困難」、「新興感染症の発生時等に発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難」等が多かった。

診療所におけるサーベイランスの参加状況



外来感染対策向上加算を届け出ている医療機関における連携強化加算の算定状況



連携強化加算を算定している医療機関における令和4年度の平均カンファレンス参加回数(予定を含む。)

感染対策向上加算1の医療機関が主催するカンファレンス	1.7回
地域の医師会が主催するカンファレンス	1.1回
計	2.8回

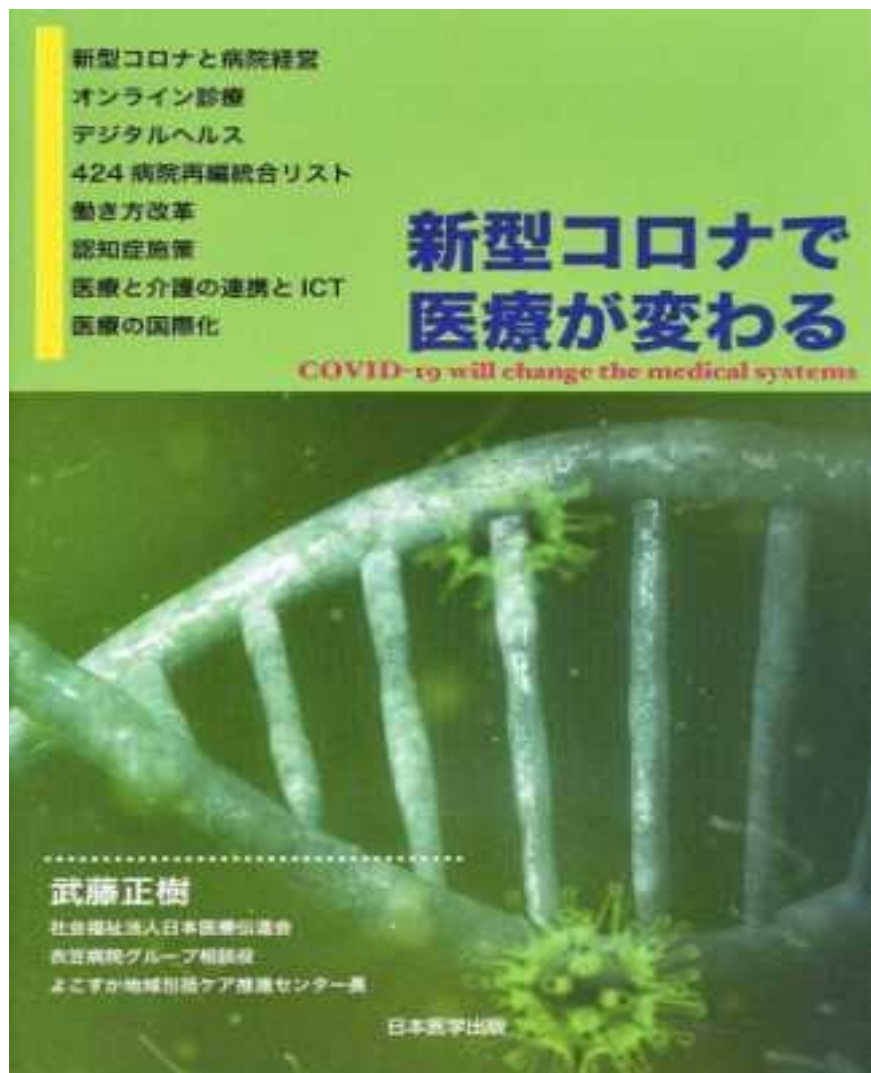
外来感染対策向上加算を届け出していない診療所における届出が困難な理由

理由	全体 (n=397)	主たる標榜診療科	
		内科・呼吸器内科・小児科・耳鼻咽喉科 (n=216)	その他の診療科・無回答 (n=181)
専任の院内感染管理者(医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者)を配置することが困難であるため	53%	55%	52%
職員を対象として、年2回程度、院内感染対策に関する研修を行うことが困難であるため	30%	31%	29%
年2回以上、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須)することが困難であるため	42%	44%	39%
抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けることができないため	16%	16%	15%
細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿って対応できないため	27%	26%	28%
新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有することが困難であるため	50%	49%	51%
都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施する体制を有しているが、自治体ホームページで公開されないため	7%	6%	9%
新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制もしくは汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を有することができないため	45%	38%	54%
新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議することが困難であるため	33%	34%	31%

	コロナ禍中	コロナ5類移行後
感染対策向上加算 1	コロナ重点医療機関	2023年1月以降に重点医療機関の指定を受けていた医療機関のうち、 <u>過去6か月以内にコロナ患者に対する入院医療提供体制の実績のある医療機関</u> （クラスター発生は除く）
感染対策向上加算 2	コロナ協力医療機関	<u>過去6か月以内にコロナ患者に対する入院医療提供の実績なる医療機関</u> （クラスター発生は除く）
感染対策向上加算 3	コロナ診療・検査医療機関（発熱外来）	発熱外来対応をしている医療機関で、 <u>受け入れ医患者を限定しない医療機関</u>
外来感染対策向上加算	コロナ診療・検査医療機関（発熱外来）	発熱外来対応をしている医療機関で、 <u>受け入れ医患者を限定しない医療機関</u>

感染対策向上加算の
取得状況は日ごろの
地域連携に関連している

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
2020年8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

グループワーク

- 以下の質問にグループで考えて答えよう
- 問1 医療安全や感染対策で施設間の相互チェックが必要な理由を考えてみよう。
- 問2 各自の医療事故やヒヤリハットの経験を振り返り述べよ。
- 問3 それぞれの施設でコロナ体験を振り返り、述べよ。