

三重県感染対策支援ネットワーク研修会

2025.1.21

感染対策向上加算・外来感染対策向上加算を

通じた地域連携

～岐阜県・岐阜市における取り組み～



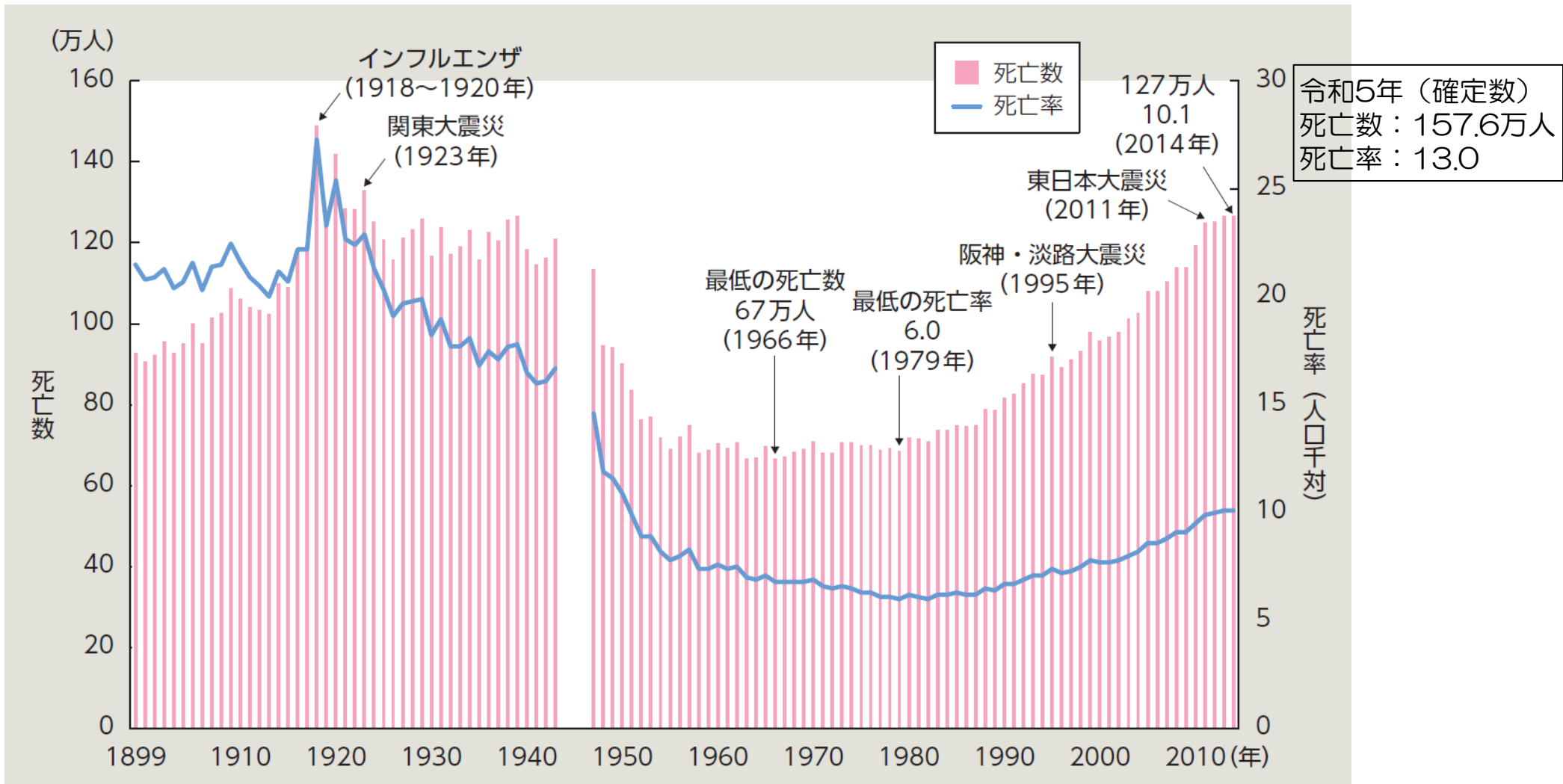
岐阜大学医学部附属病院
感染制御室 / 生体支援センター
馬場 尚志

COI開示

講演者：馬場 尚志

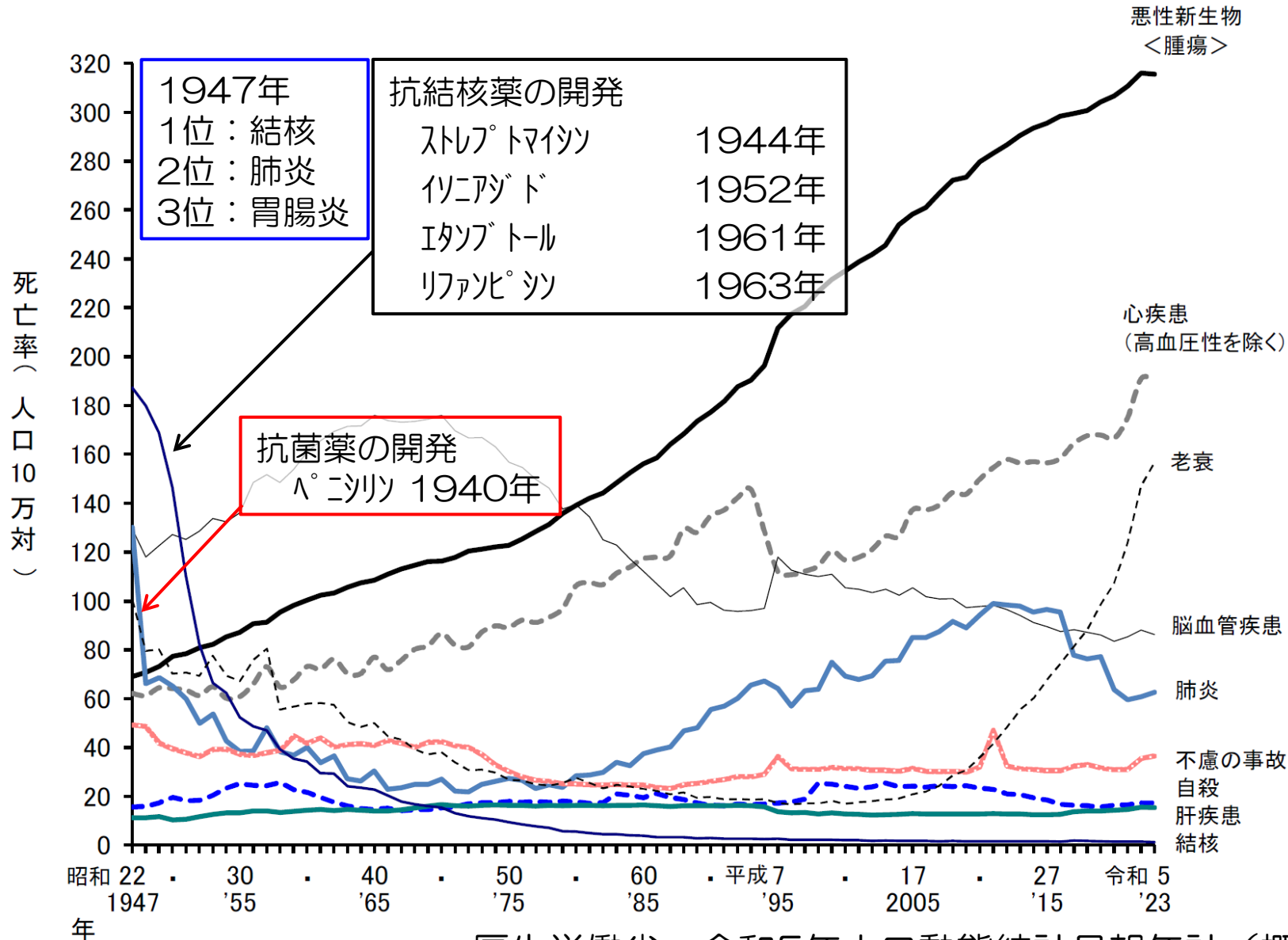
本講演に関連し、開示すべきCOI関係にある企業
などはありません

わが国の死亡数・死亡率の推移



厚生労働省 平成27年度版 厚生労働白書より

わが国の主な死因別死亡率の推移

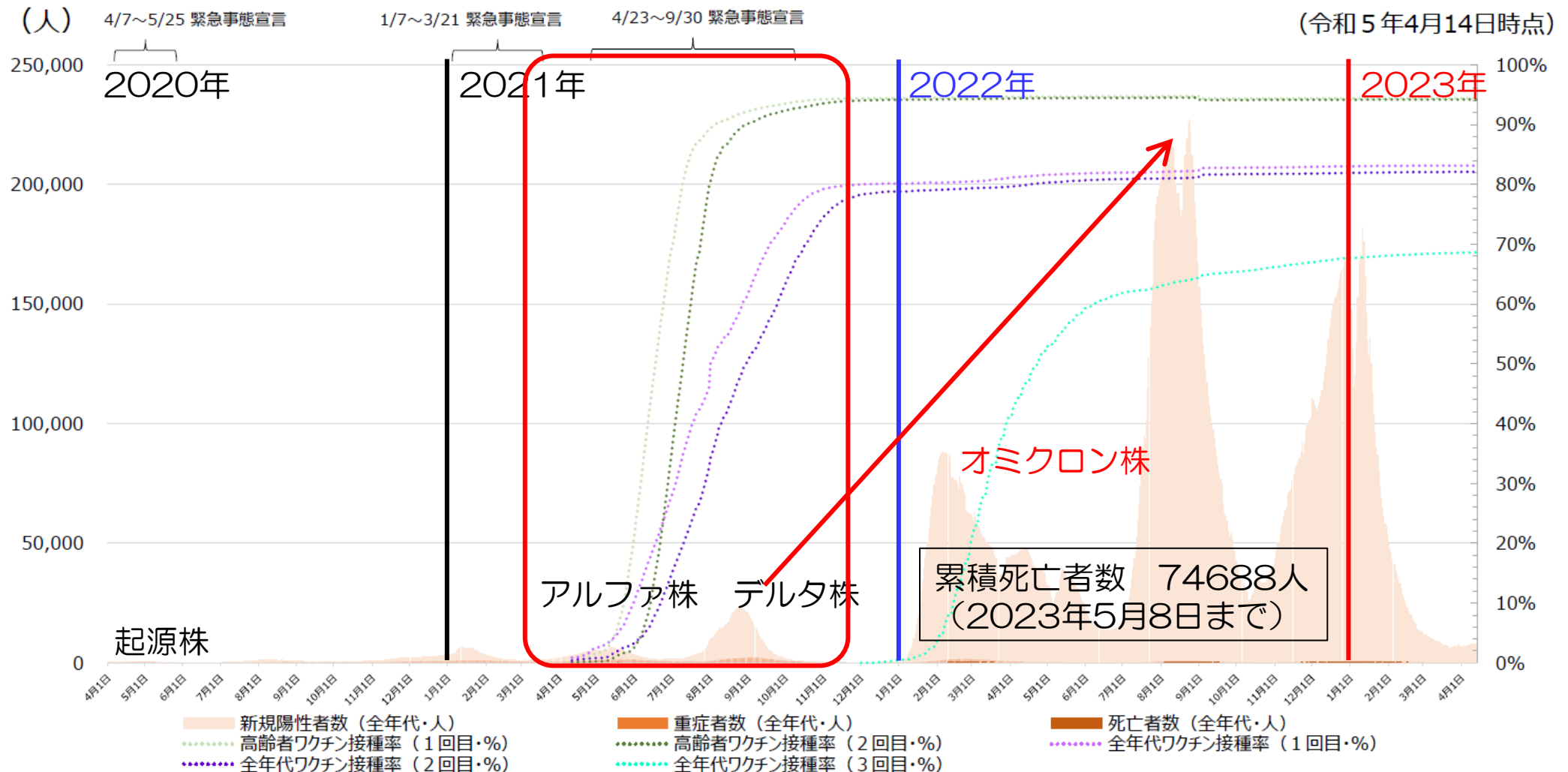


わが国におけるワクチンの導入効果

疾患	年平均死亡数	
	1950年前後	最近数年
百日咳	10000~17000人	⇒ 0~1人
ジフテリア	2000~3800人	⇒ 0人
破傷風	2000人	⇒ 0~5人
ポリオ	数百~1000人	⇒ 0人
麻疹	数千~20000人	⇒ 0人
日本脳炎	2000人前後	⇒ 0~1人

2020年からのCOVID-19を振り返ると

全国の新規陽性者数等及びワクチン接種率

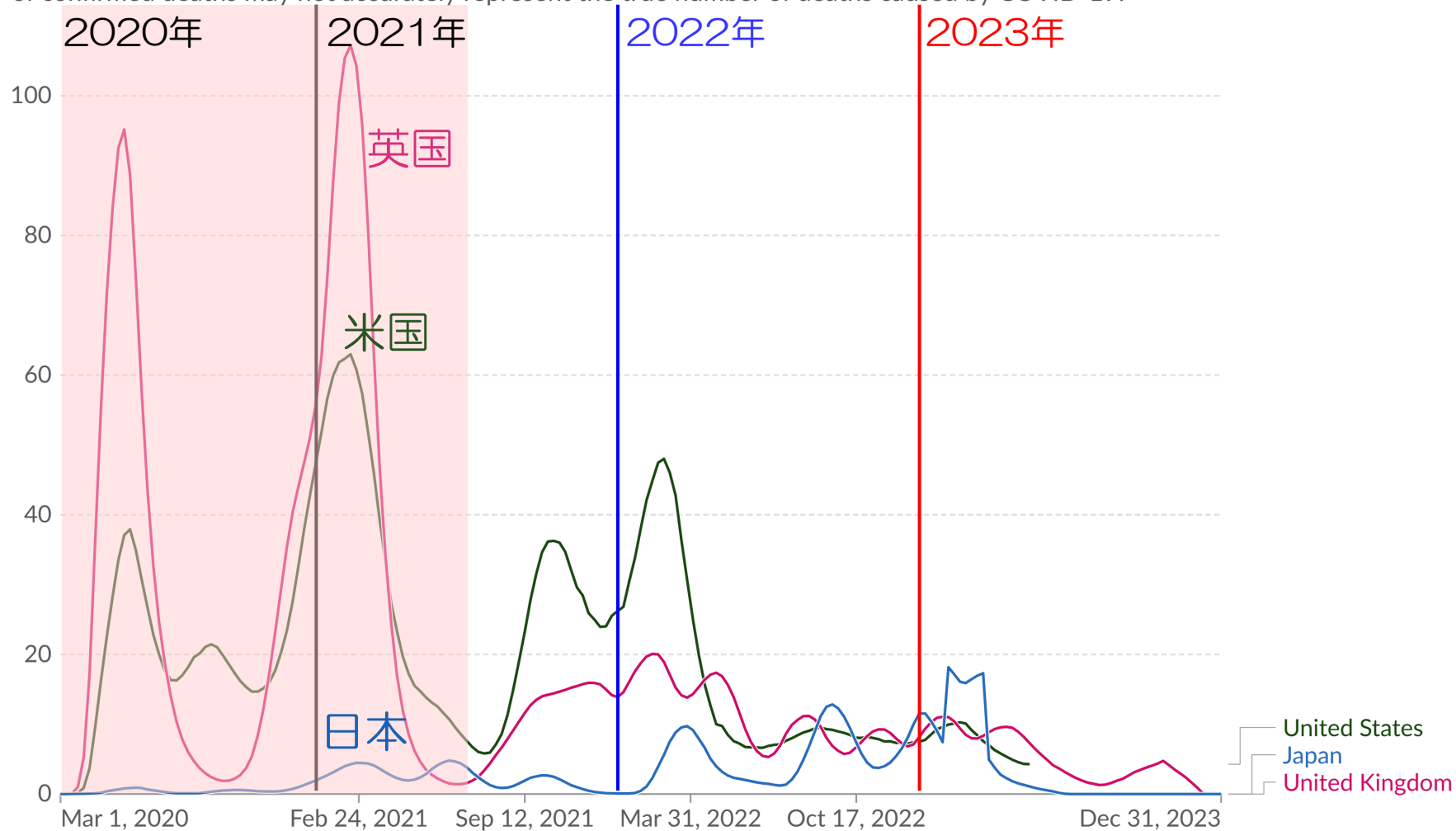


米国・英国・日本のCOVID-19死亡数の比較

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Our World
in Data

7-day rolling average. Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.



Data source: WHO COVID-19 Dashboard

Our World in Data (<https://ourworldindata.org/coronavirus>) より

主な感染症による死亡数・死亡率

	2023年 死亡数	死亡率 (人口10万対)
敗血症	11616	9.6
インフルエンザ	1382	1.1
C型肝炎	1104	0.9
結核	1587	1.3
髄膜炎	298	0.2

(参考) 5大死因

悪性新生物	382492	315.6
心疾患	231056	190.7
老衰	189912	156.7
脳血管疾患	104518	86.2
肺炎	75749	62.5
誤嚥性肺炎	60186	49.7

厚生労働省 人口動態統計より



日本版 敗血症診療ガイドライン 2024

初期治療とケアバンドル (J-SSCG2024バンドル)

もし、感染と臓器障害を疑ったら**迅速評価**と**初期治療バンドル**を行う。

バイタルサイン の評価 (迅速評価)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 意識 (GCS<15) | <input type="checkbox"/> 呼吸数 (≥22/min) |
| <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 (≤100mmHg) | <input type="checkbox"/> 体温 (<36℃ or >38℃) |
| <input type="checkbox"/> 心拍数 (>90/min) | 敗血症/敗血症性ショックの診断のために、SOFAスコアを算出し、乳酸値を測定する |

初期治療バンドル

敗血症を疑った際には、直ちに開始する

直ちに 微生物検査

- 血液培養 (2セット)
- 感染巣 (疑い) から検体採取

直ちに 抗菌薬

- 適切な経験的抗菌薬投与

直ちに 初期蘇生

- 初期輸液 (調整晶質液) *
- ノルアドレナリン (低血圧を伴う場合に初期輸液と並行して早期に)
- 乳酸値測定 (繰り返す)
- 心エコー (繰り返す)

* ショックが初期輸液で改善しない場合

- 患者を集中治療室など集中治療が安全に遂行できる場所に移すことを考慮する

可及的速やかに 感染巣対策

- 感染巣の探索
- 感染巣のコントロール

ショックに対する追加投与薬剤

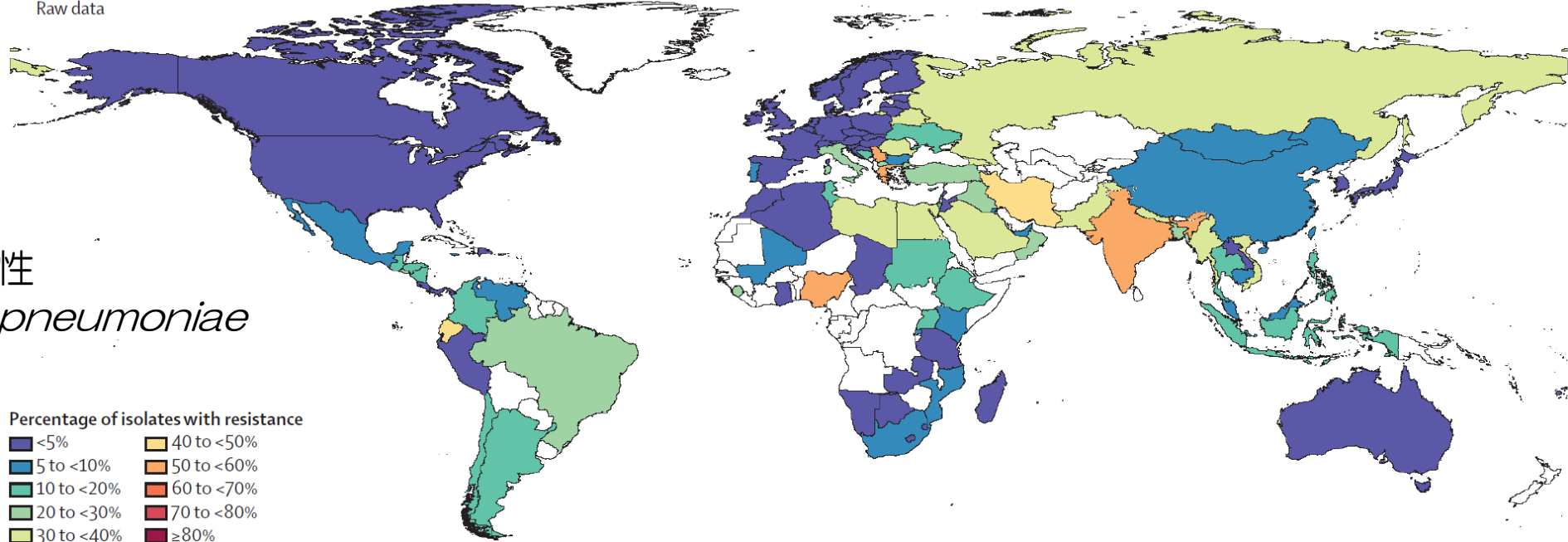
- バソプレシン
- ヒドロコルチゾン

日本集中治療医学会websiteより

新型コロナウイルス感染症による死亡者数 **74688人** (2023年5月8日まで)

F Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*

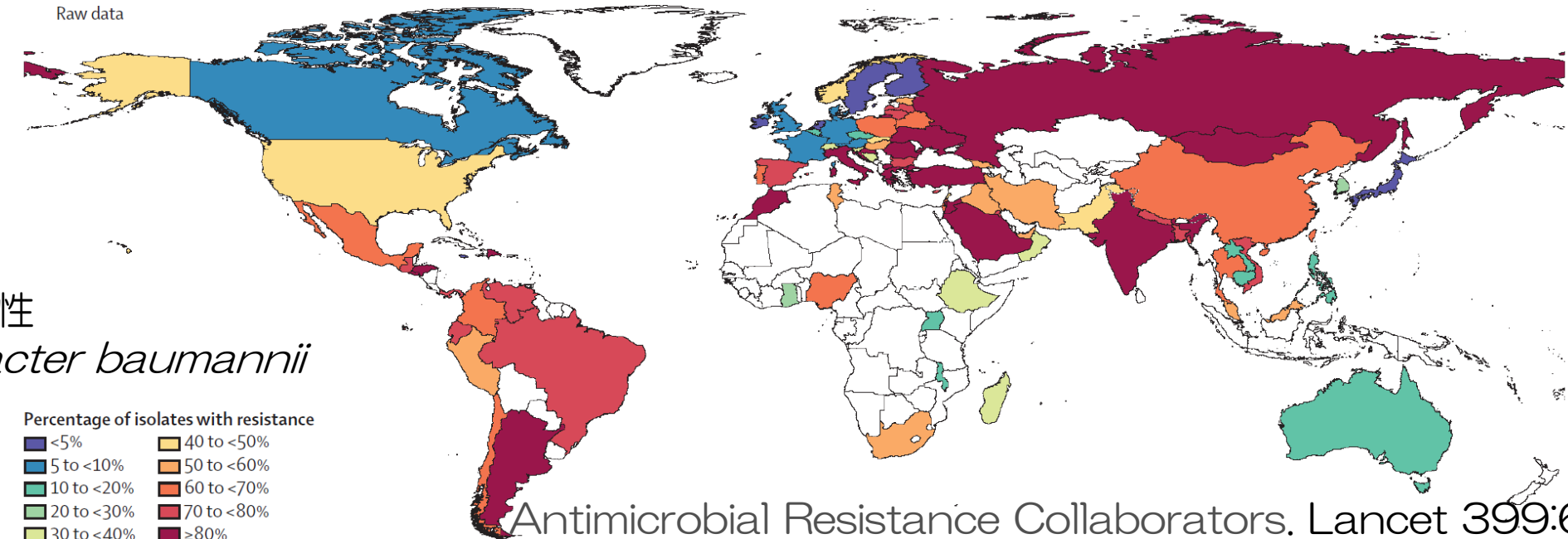
Raw data



カルバペム耐性
Klebsiella pneumoniae

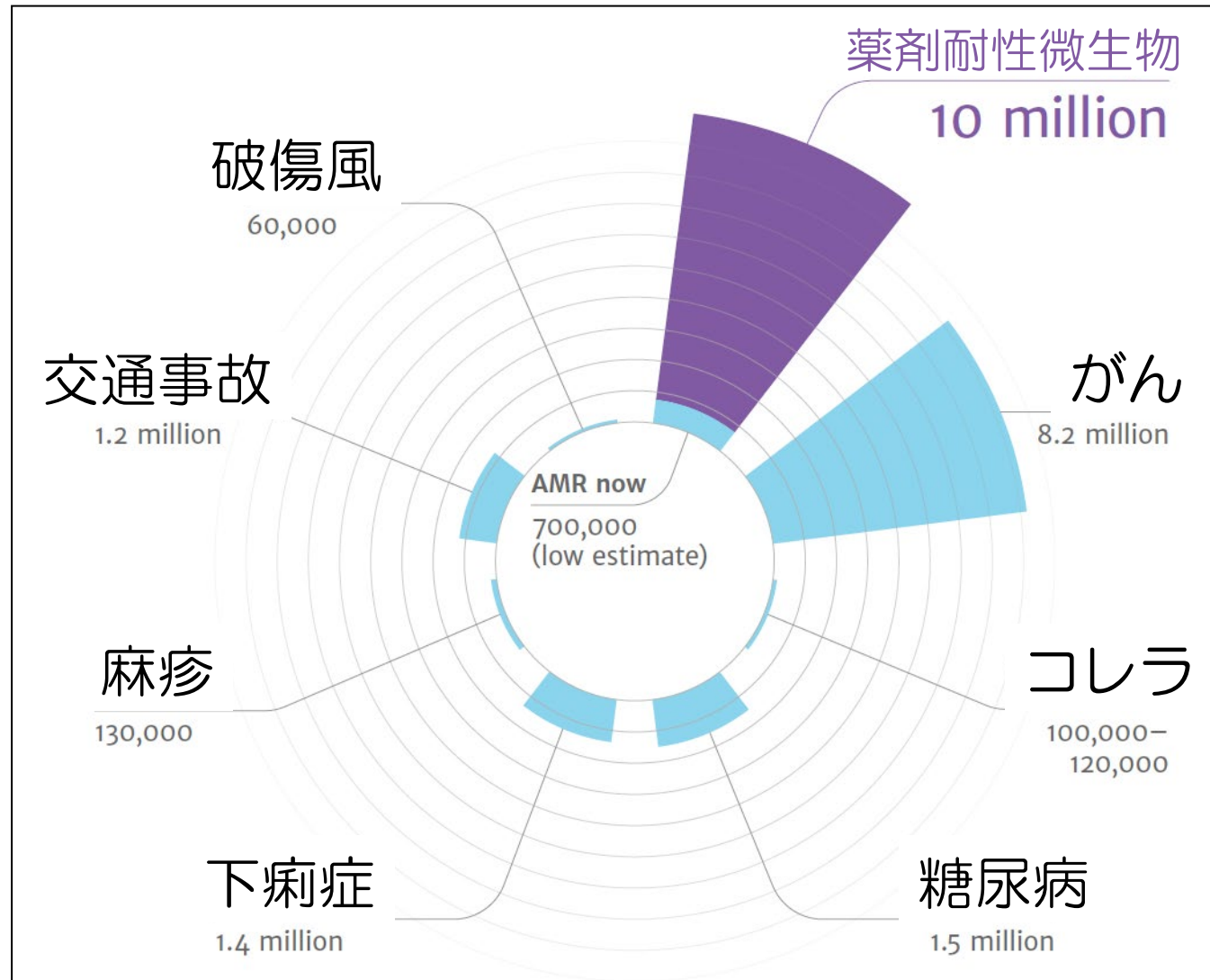
D Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*

Raw data



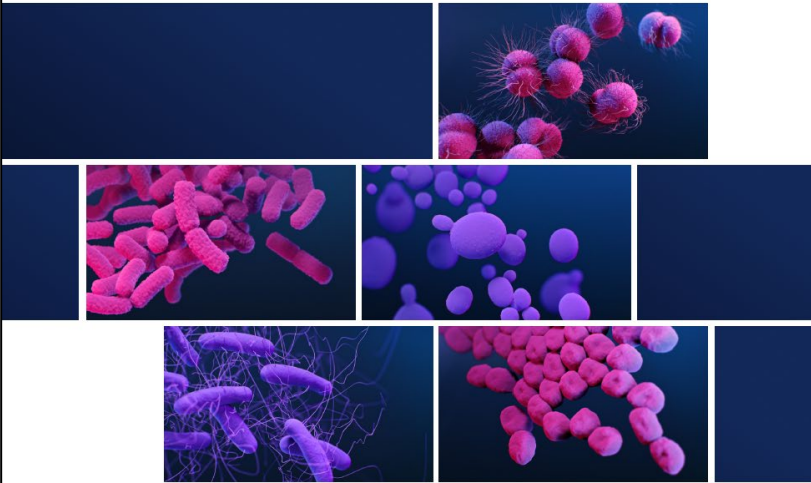
カルバペム耐性
Acinetobacter baumannii

薬剤耐性微生物に起因する推定年間死亡数



薬剤耐性微生物 (AMR)
現在70万人
↓
2050年：1000万人

ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS IN THE UNITED STATES 2019



The Threat of Antibiotic Resistance in the United States

Antibiotic resistance—when germs (bacteria, fungi) develop the ability to defeat the antibiotics designed to kill them—is one of the greatest global health challenges of modern time.

New National Estimate*

Each year, antibiotic-resistant bacteria and fungi cause at least an estimated:

2,868,700 infections

35,900 deaths



*Clostridioides difficile*** is related to antibiotic use and antibiotic resistance:

223,900 cases

12,800 deaths

New Antibiotic Resistance Threats List

Updated urgent, serious, and concerning threats—totaling 18

5 urgent threats

2 new threats

NEW: Watch List with **3** threats



Antibiotic resistance remains a significant One Health problem, affecting humans, animals, and the environment. Data show infection prevention and control is saving lives—especially in hospitals—but threats may undermine this progress without continued aggressive action now.

Learn more: www.cdc.gov/DrugResistance/Biggest-Threats.html

*National burden reflects de-duplicated infection and death estimates.
** *Clostridioides difficile* cases from hospitalized patients in 2017
Revised Dec. 2019

Stopping Spread of Antibiotic Resistance Saves Lives

Addressing this threat requires continued aggressive action:

- Preventing infections in the first place
- Slowing the development of resistance through improved antibiotic use
- Stopping the spread of resistance when it does develop

Without action, these germs can spread like wildfire—infecting and killing more people every year.

Antibiotic-resistant germs can spread between people with and without symptoms of infection. Depending on the germ, germs can spread to people in many ways:

- Close contact** (direct or indirect) with a person carrying a resistant germ—for example, this can happen when healthcare providers move from one patient to the next without washing their hands

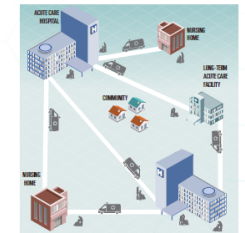
- In the air**—for example, TB bacteria can enter the air when a person with TB disease of the lungs or throat coughs, speaks, or sings
- Contaminated water**, which may include sewage systems, hospital plumbing, or recreational water
- Contact with contaminated surfaces**, such as hospital bedrails, kitchen counters, shared equipment (e.g., ultrasound machines), or personal items (e.g., towels)
- Animals**—for example, eating contaminated food or touching animals carrying resistant germs
- Sexual contact** with a person carrying a resistant germ (e.g., *N. gonorrhoeae* or *Shigella*)

Resistance Threats are Amplified in Health Care

Antibiotic resistance disproportionately impacts the most vulnerable—the young, elderly, and sick—who often receive medical care. Often, the most deadly, resistant healthcare-associated germs spread from patient to patient and across healthcare facilities through patient transfer. When not stopped, these resistant healthcare-associated germs can spill over into communities, becoming much harder to control.

CDC recognizes that hospital prevention programs have already seen successes. From 2012 to 2017, the number of antibiotic-resistant infections seen in hospitals dropped 27 percent and the number of deaths from antibiotic-resistant infections fell nearly 30 percent. Nonetheless, without continued action and vigilance these gains will only be temporary.

CDC's expertise and resources have supported the implementation of vital healthcare prevention programs that incorporate actions to prevent infections and control their spread. When launched at the first sign of a problem, CDC's Containment Strategy—aggressive detection and response activities—keeps new or rare forms of antibiotic resistance from spreading. For the "nightmare bacteria" CRE alone, aggressive containment responses could prevent 1,600 cases in just one state over three years.¹



薬剤耐性菌対策としての地域連携の意義

Facilities work together to protect patients.

Common Approach (Not enough)

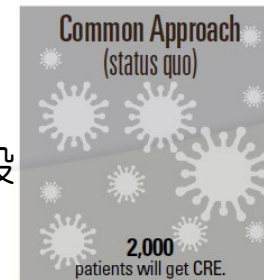
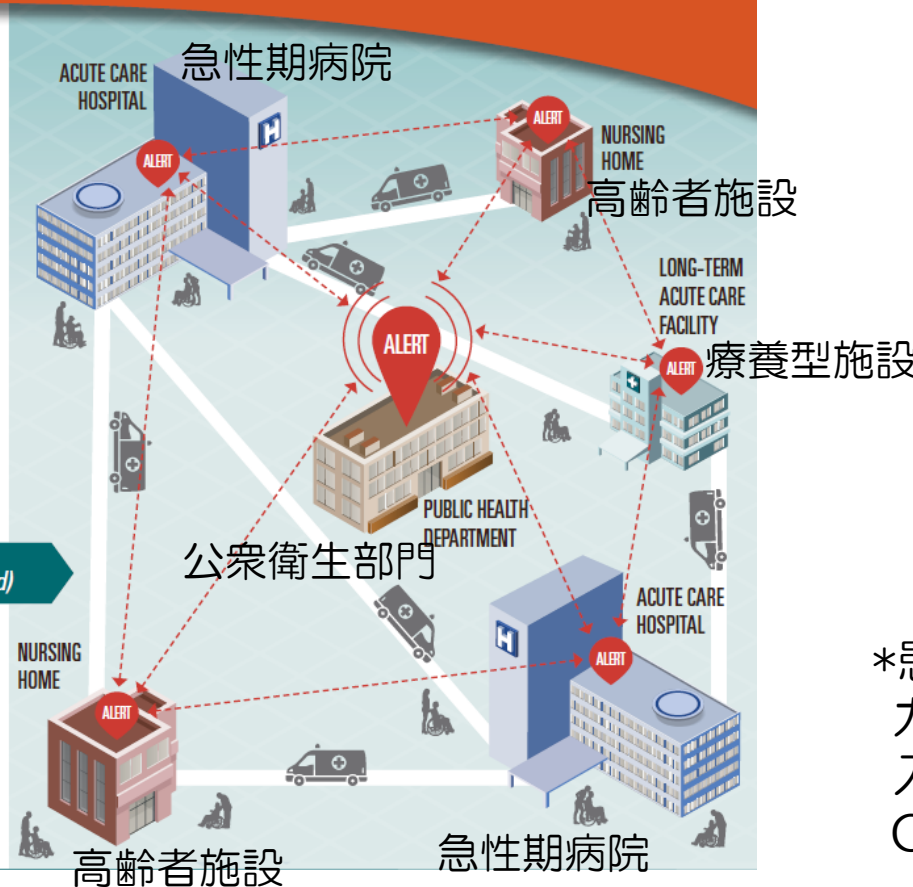
- Patients can be transferred back and forth from facilities for treatment without all the communication and necessary infection control actions in place.

Independent Efforts (Still not enough)

- Some facilities work independently to enhance infection control but are not often alerted to antibiotic-resistant or *C. difficile* germs coming from other facilities or outbreaks in the area.
- Lack of shared information from other facilities means that necessary infection control actions are not always taken and germs are spread to other patients.

Coordinated Approach (Needed)

- Public health departments track and **alert** health care facilities to antibiotic-resistant or *C. difficile* germs coming from other facilities and outbreaks in the area.
- Facilities and public health authorities share information and implement shared infection control actions to stop spread of germs from facility to facility.



CRE will impact 12% of patients.

12%



CRE will impact 8% of patients.

8%



CRE will impact 2% of patients.

2%

- 個別の感染対策強化
- 耐性菌の情報共有なし
- 行政の耐性菌追跡・警告
- 医療施設間・行政による情報共有

*患者が行き来する地域において、10施設にカルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (CRE) が入り込んだと想定し、5年後に予想されるCREの拡がり

CDC. Vital Signs, August 2015

(<http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2015-08-vitalsigns.pdf>)

本日の内容

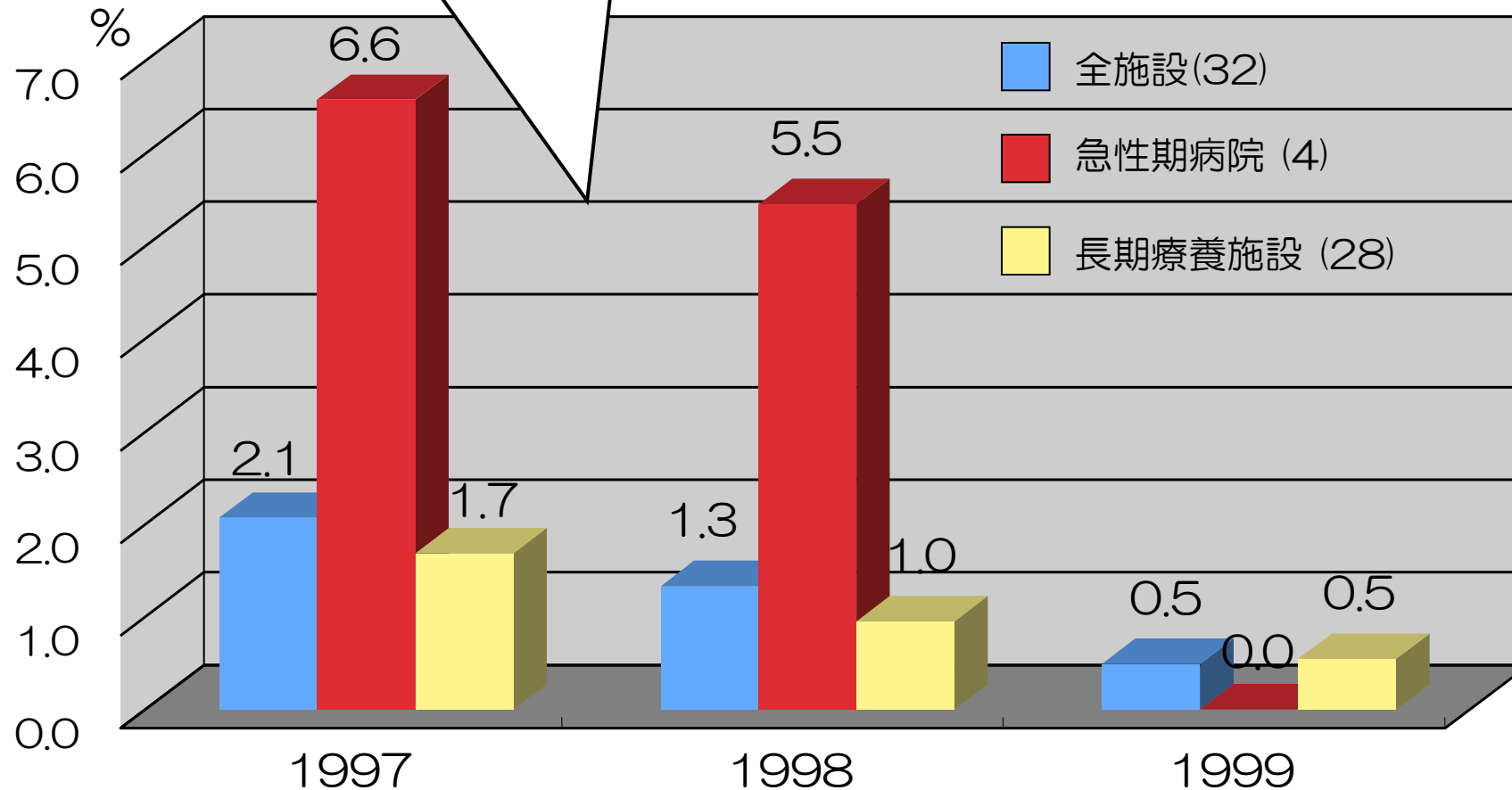
- 地域連携の重要性
 - 背景
 - 感染対策地域ネットワーク
 - 感染対策向上加算（←感染防止対策加算）
- 岐阜県・岐阜市における取り組み
 - J-SIPHEを活用したサーベイランス
 - 地域連携カンファレンス

米国Siouxland地域におけるVRE対策

VRE: バンコマイシン耐性腸球菌

アイオワ州 Siouxland地域
人口 = 135,000 人

積極的監視培養 + 感染管理徹底
+ 教育 + 施設間連携



感染対策における地域ネットワークの流れ

2002年～2003年

- 厚生労働省 院内感染対策有識者会議
- 報告書（2003年9月）

2004年

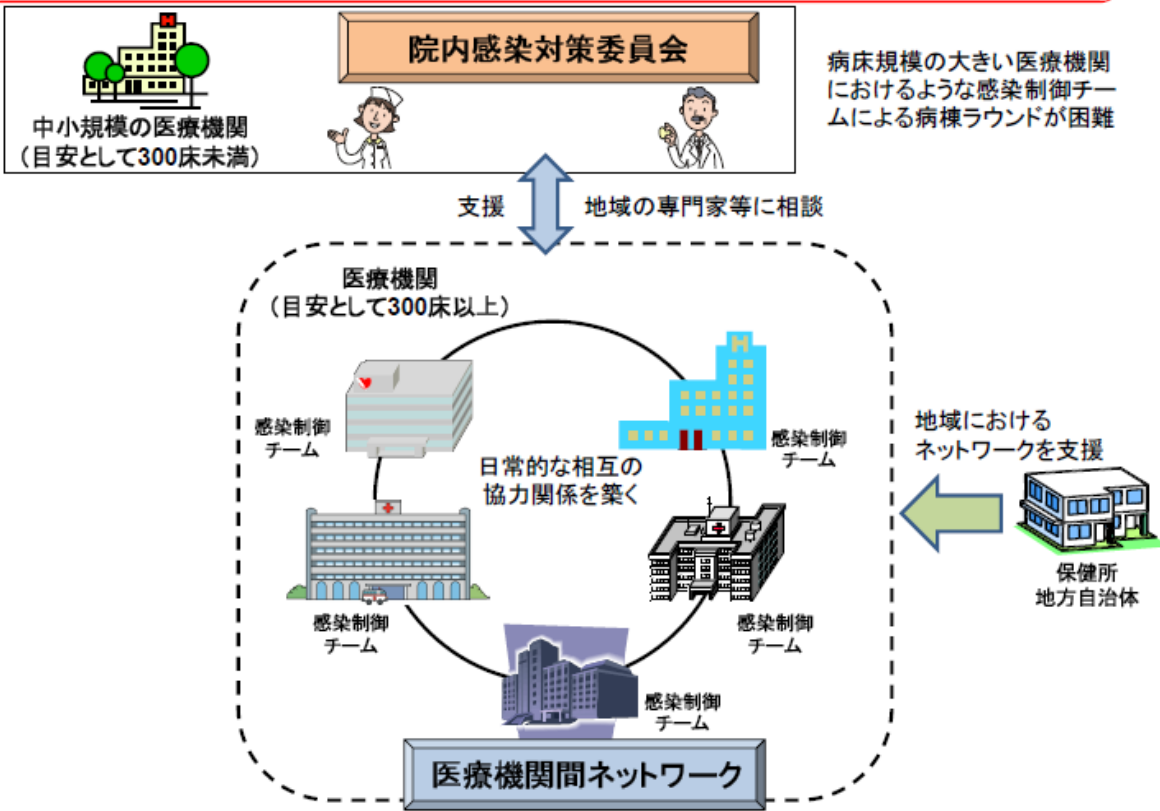
- 厚生労働省 院内感染対策地域支援ネットワーク事業
 - ・ モデル事業として全国8県（青森、埼玉、静岡、富山、滋賀、岡山、香川、鹿児島）で開始

2005年～2010年

- 厚生労働省 院内感染対策中央会議
- 提言（2011年2月8日）

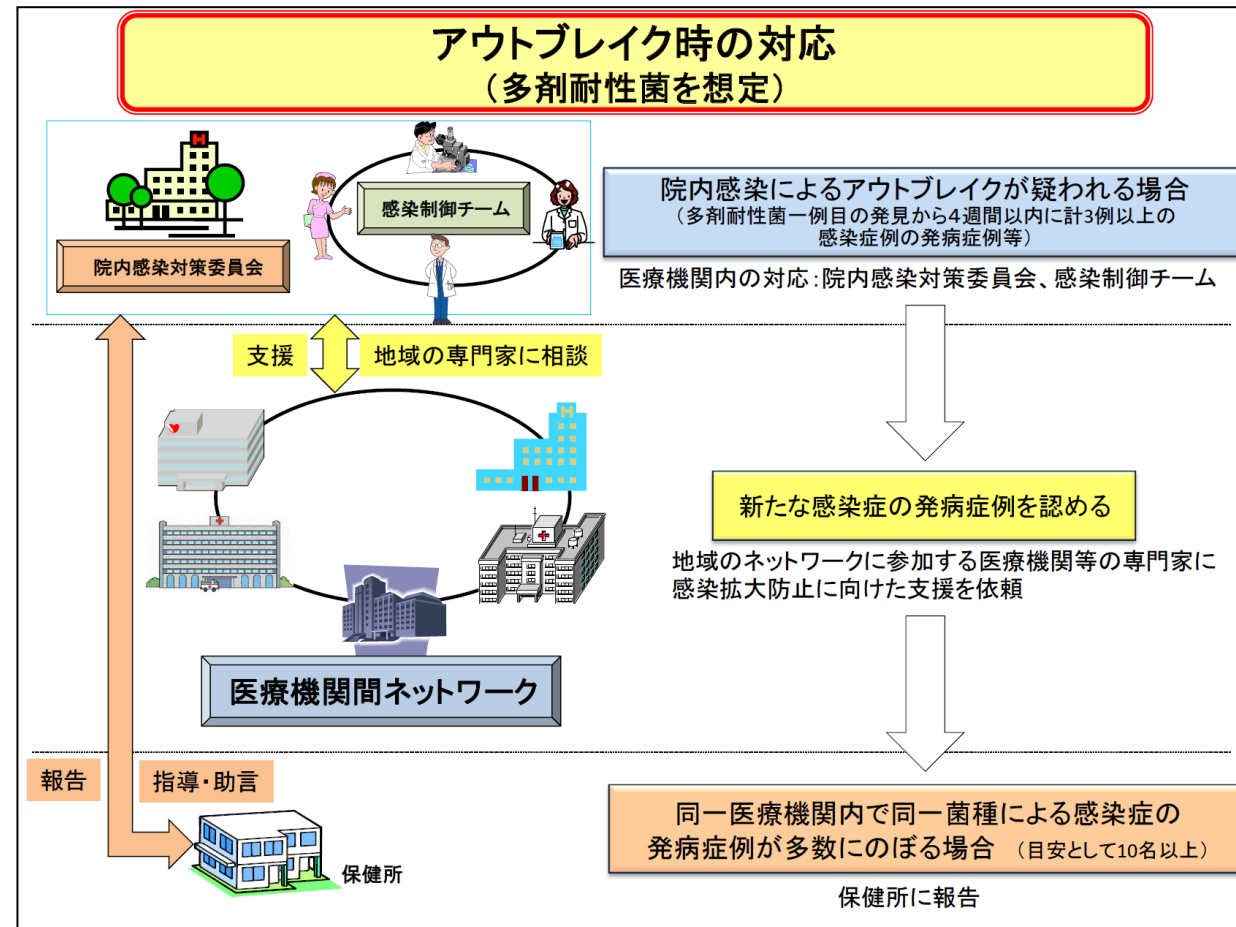
感染対策における地域ネットワーク

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



厚生労働省 医政局指導課長通知
 「医療機関等における院内感染対策について」
 (2011年6月17日) より

アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



感染防止対策加算・地域連携加算

院内における感染防止対策の評価

院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

- (新) **感染防止対策加算1** 400点(入院初日)
- (新) **2** 100点(入院初日)

注: 感染防止対策加算の新設に伴い、医療安全対策加算における感染防止対策加算は廃止する。

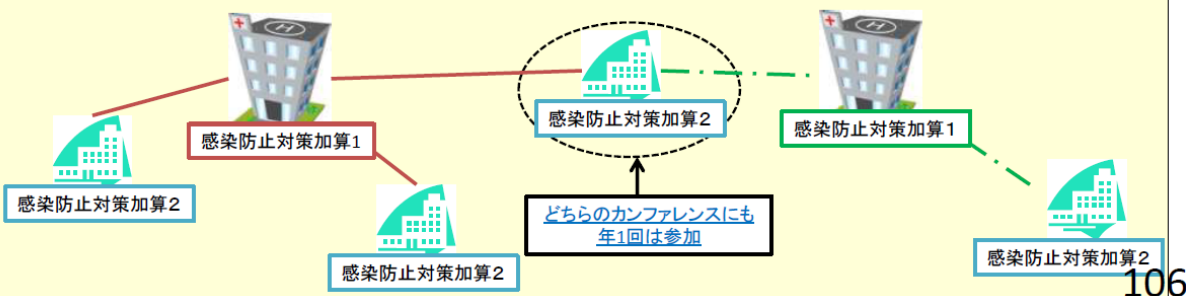
[施設基準]

感染防止対策加算1(従前の医療安全対策加算における感染防止対策加算からの変更点のみ)

○ 感染防止対策加算1を算定している医療機関を中心に、加算2を算定する医療機関と**年4回以上合同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

- ① 感染防止対策加算1に必要な感染制御チームから、**研修要件及び専従要件を緩和したチーム**を作り、感染防止対策に係る業務を行う(業務内容は感染防止対策加算1と同様)。
- ② 加算2を算定する医療機関は、加算1を算定する医療機関の開催する**カンファレンスに年4回以上参加**すること。(複数の加算1算定医療機関と連携している場合は、それぞれに少なくとも年1回以上参加すること。)



106

カンファレンスの内容について、疑義解釈では“例えば”

- **薬剤耐性菌等**の検出状況
- 感染症**患者の発生**状況
- 院内**感染対策の実施**状況(手指消毒剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等)
- **抗菌薬の使用**状況等 情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有するとしている

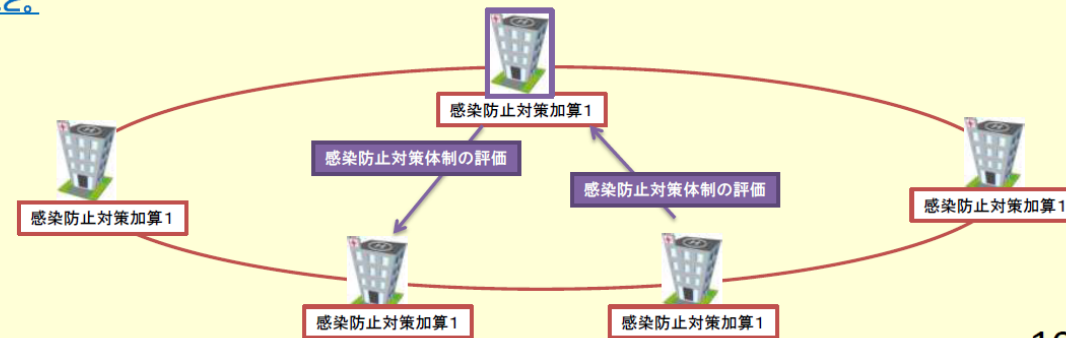
感染防止対策の相互評価について

感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) **感染防止対策地域連携加算** 100点(入院初日)

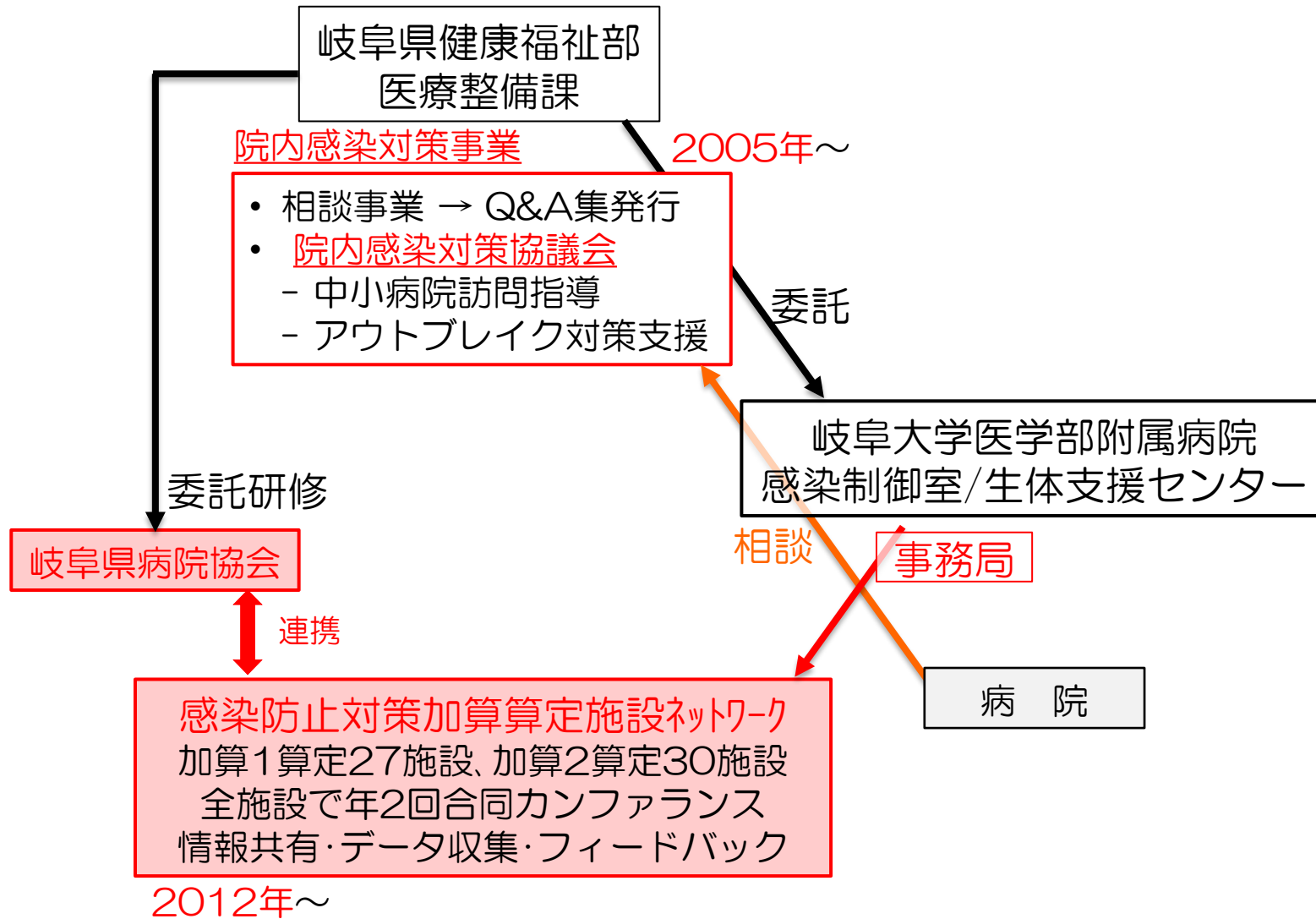
[算定要件]

- ① 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士で連携していること。
- ② 年に1回以上、連携しているいずれかの医療機関に**赴いて感染防止対策の体制を評価**すること。
- ③ また、年に1回以上連携しているいずれかの医療機関から直接、感染防止対策の体制に関する**評価を受ける**こと。

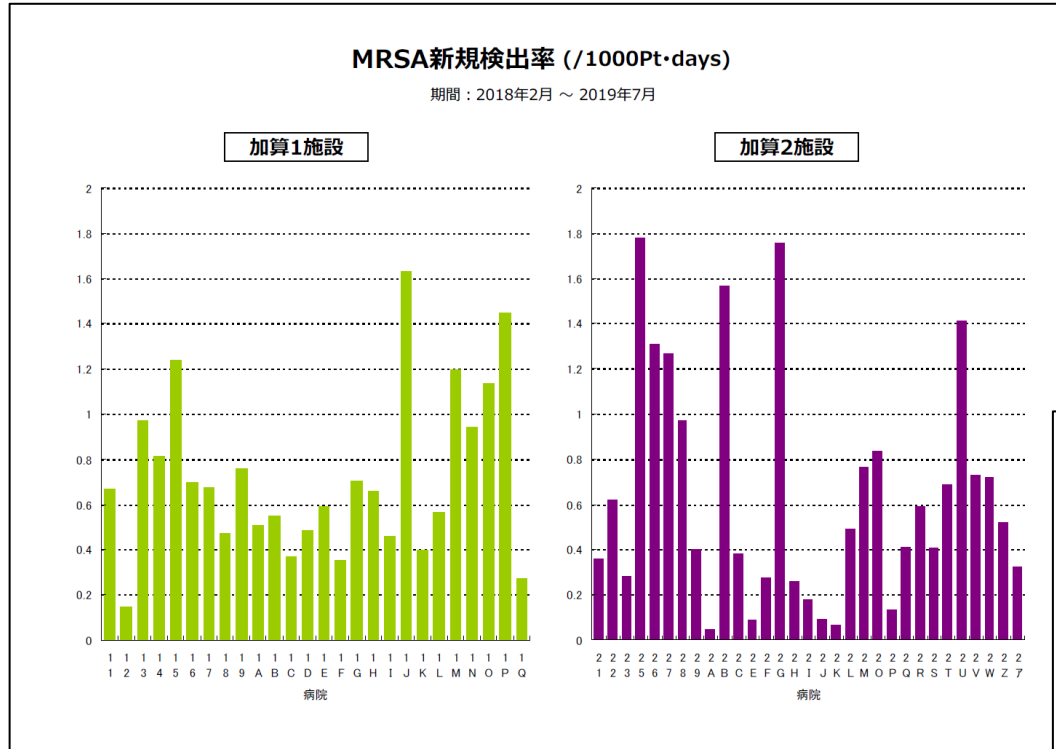


107

岐阜県の感染対策における地域連携



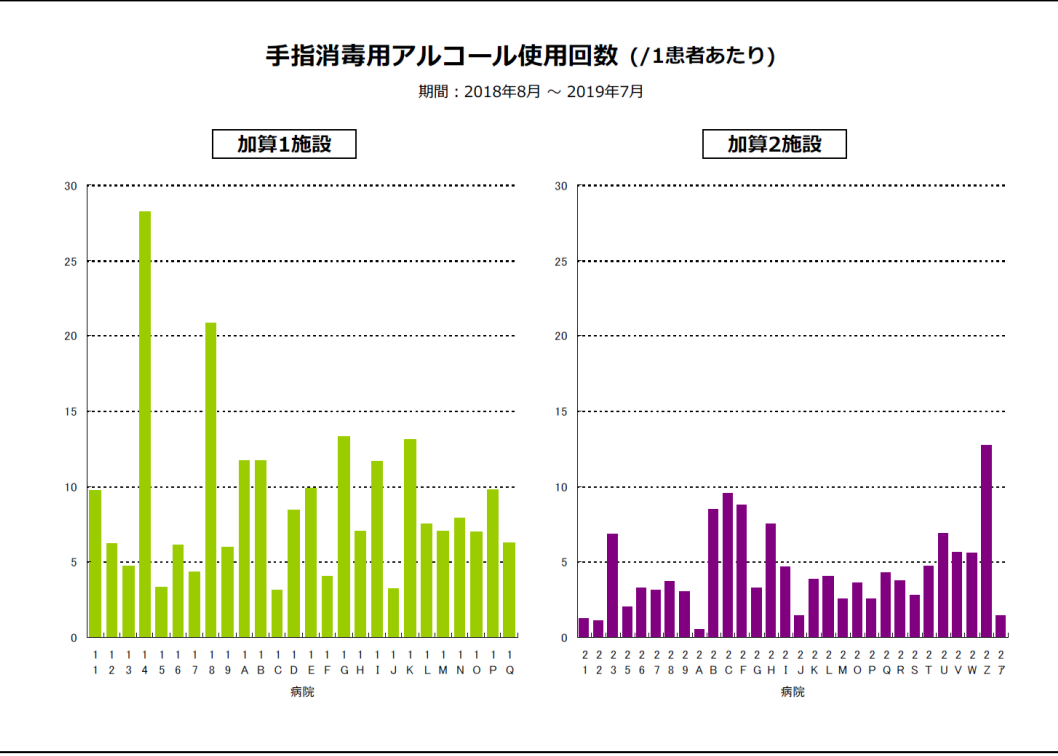
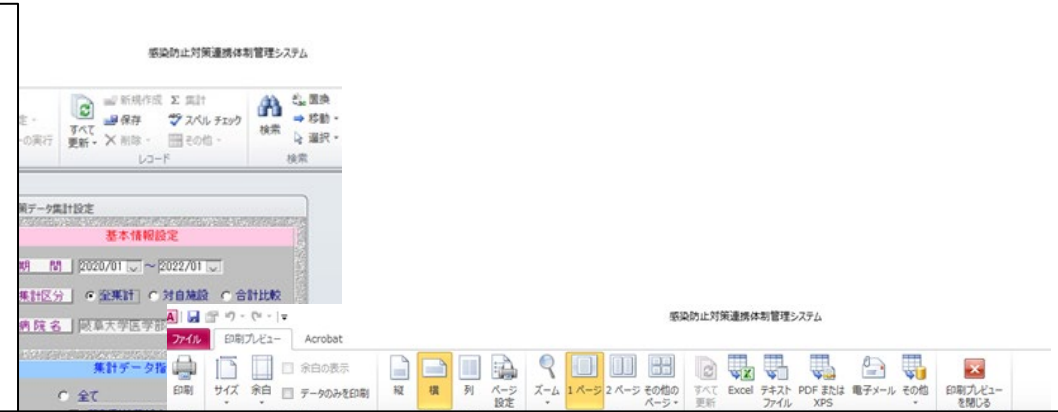
データの収集・解析 (サーベイランス)



72	血液	0	0	0	0	73
73	血液					0
77	採材料					0
78	採材料					0

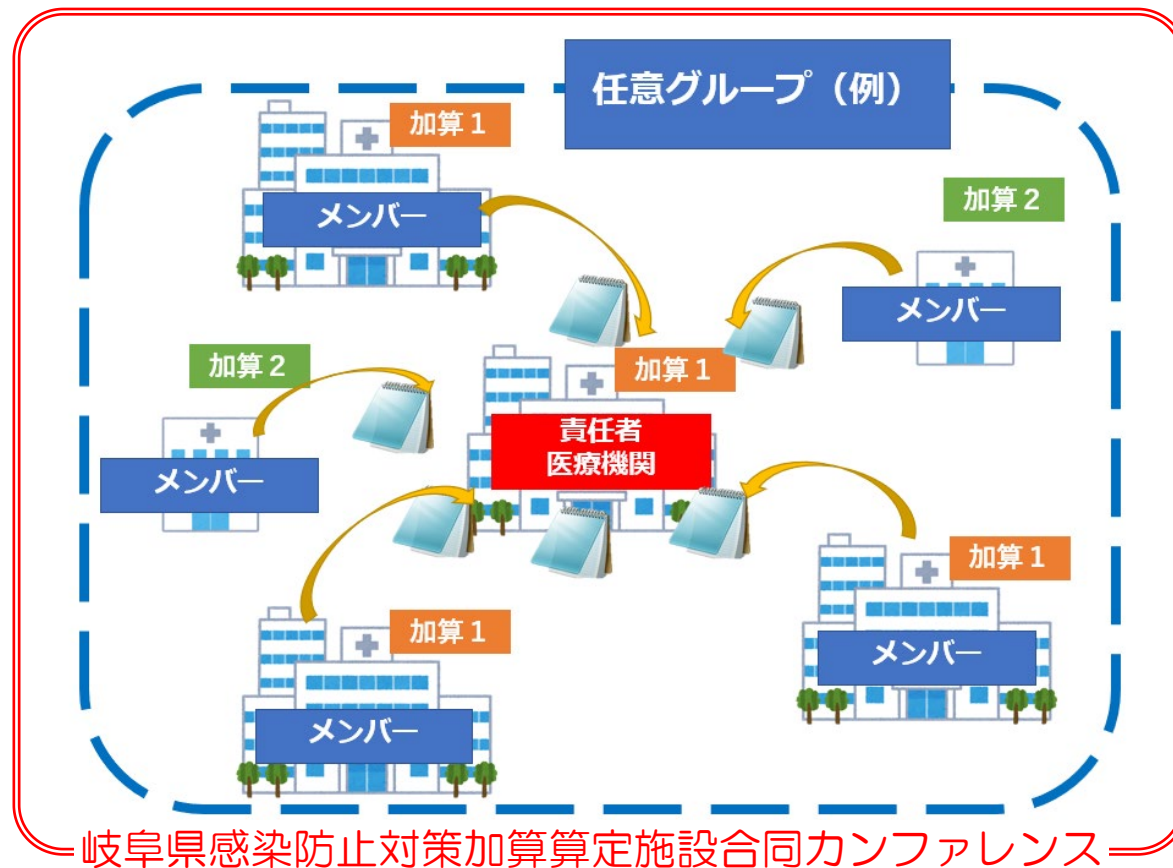
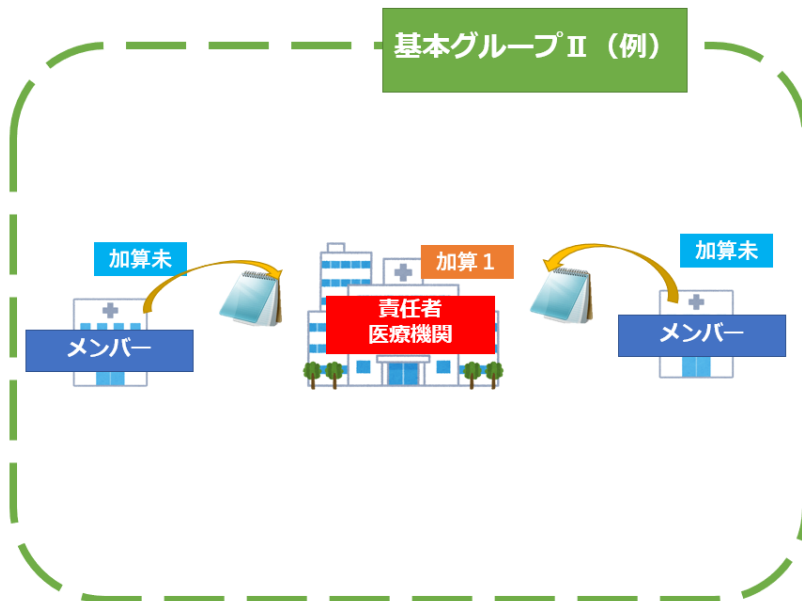
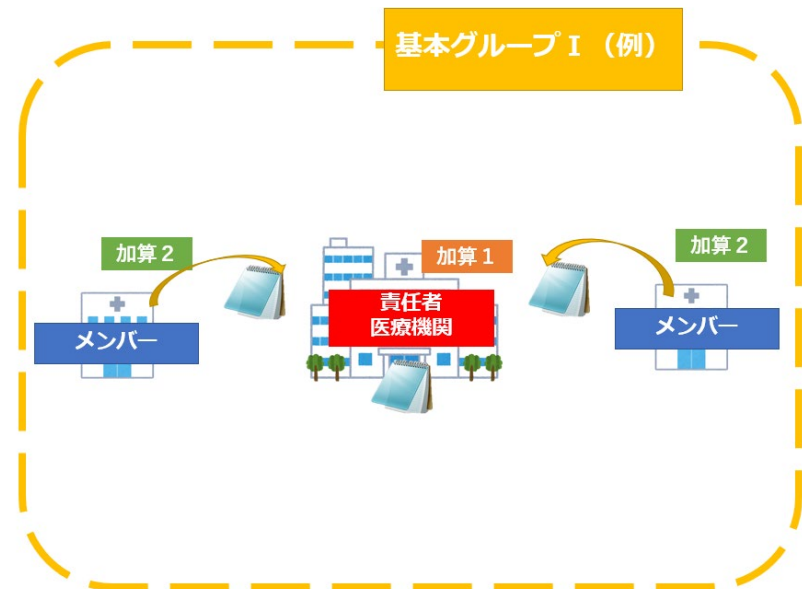
76	③	77
76	③	77
77	③	77
78	③	77

88	④ 抗生薬の使用状況		89
88	④ 抗生薬の使用状況		89
89	系統	薬品	90
90	ペニシリン	ベンジリン	91
91		アンピ	92
92		ピペラ	93
93		アンピシリン	94
94		ピペラシリン	95
95	1世代セファロスポリン	セファ	96
96		セファゾリン	97
97	2世代セファロスポリン	セフトリアキソン	98
98		セフトロキサム	99
99		セフトロキサム	00
00		セフトロキサム	01
01		セフトロキサム	02
02		セフトロキサム	03
03		セフトロキサム	04
04		セフトロキサム	05
05		セフトロキサム	06
06		セフトロキサム	07
07		セフトロキサム	08
08		セフトロキサム	09
09		セフトロキサム	10
10		セフトロキサム	11
11		セフトロキサム	12
12		セフトロキサム	13
13		セフトロキサム	14
14		セフトロキサム	15
15		セフトロキサム	16
16		セフトロキサム	17



データ収集をJ-SIPHEに移行

2021年度第2回合同カンファレンス
(2021年11月) から移行



岐阜県感染防止対策加算算定施設合同カンファレンス

感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「J-SIPHEの概要」より

以前のJ-SIPHEの還元情報 (カルバペネム系薬 AUD)

AUD・DOT・AUD/DOT：グループ用

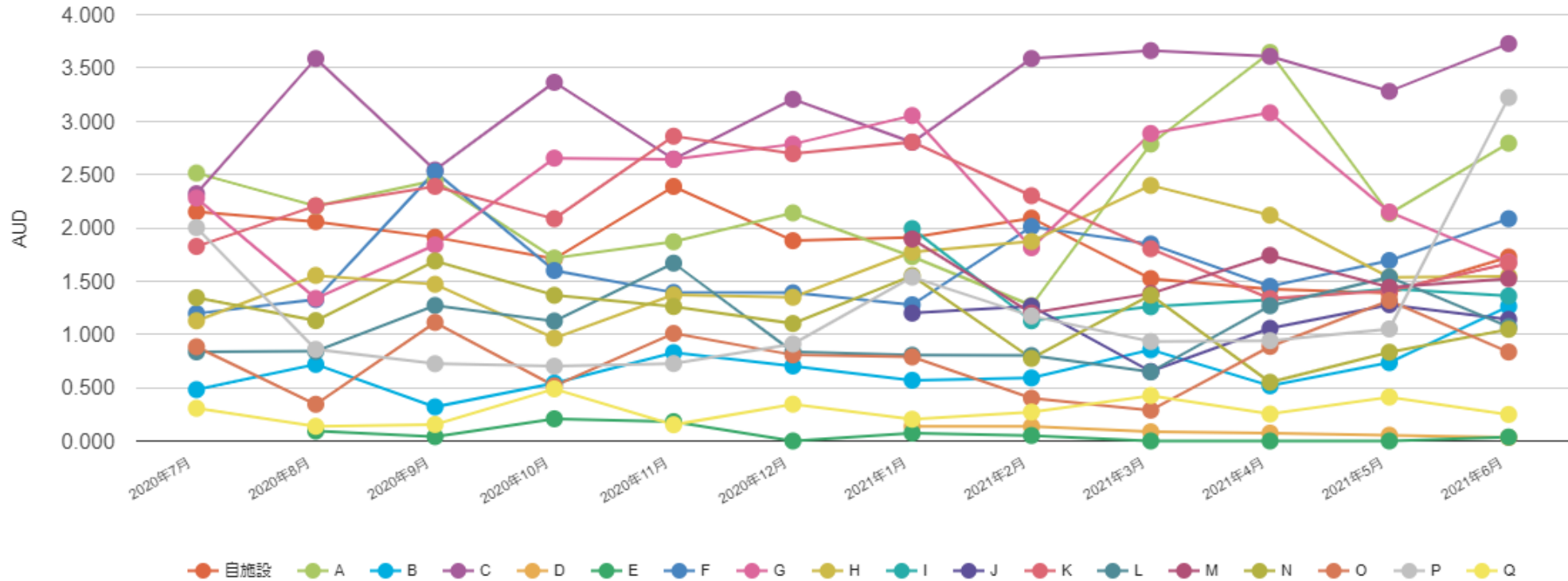
【期間：2020年07月～2021年06月】

表示対象：岐阜県感染防止対策加算合同カンファレンス 比較対象：無し

表示単位：AUD 病棟区分：病院全体

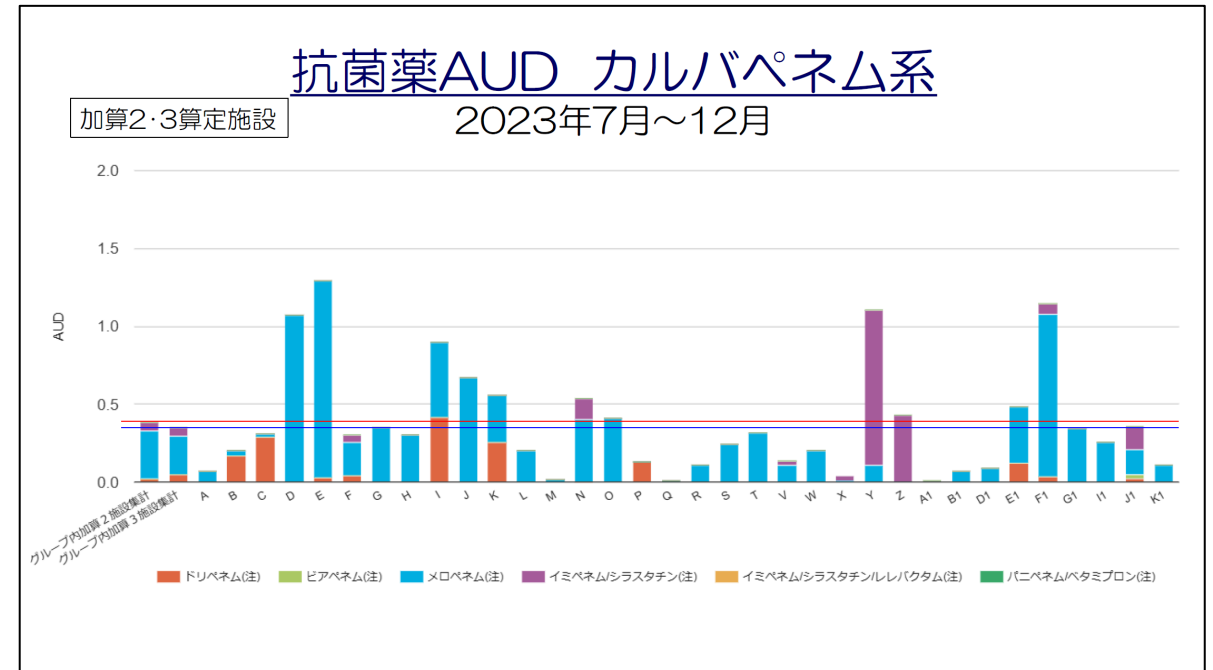
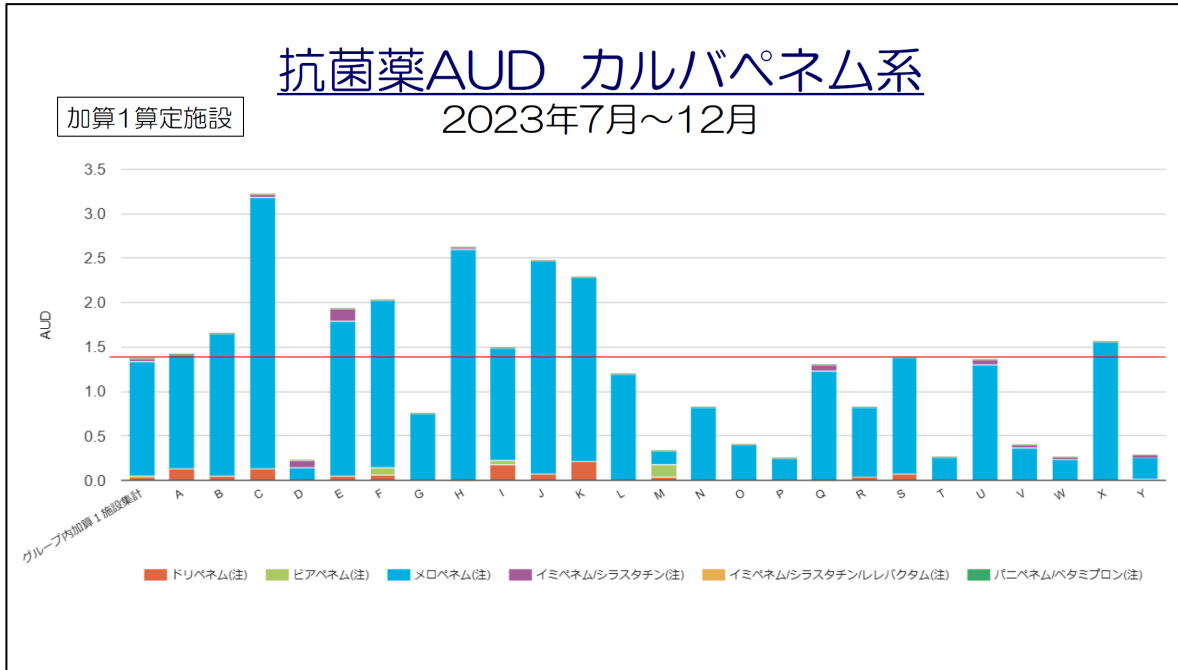
薬剤種別：注射 薬剤グループ：カルバペネム系・薬剤系統/抗菌薬 (5)】

AUD：抗菌薬使用量=DDD÷在院患者延数×100



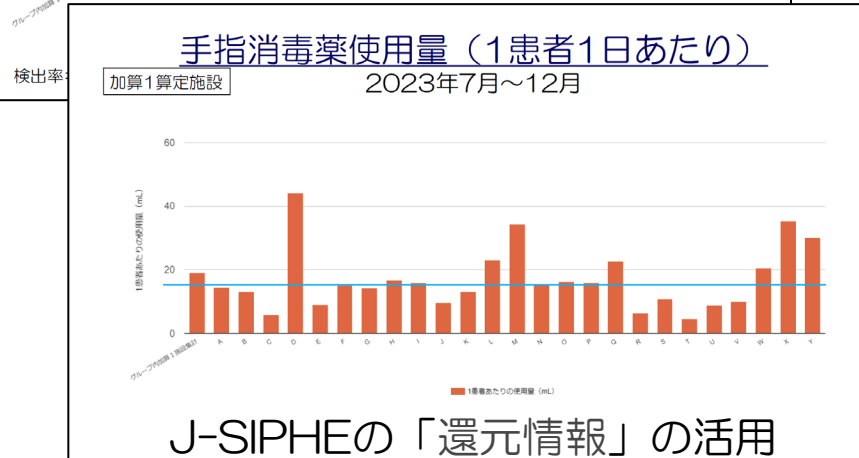
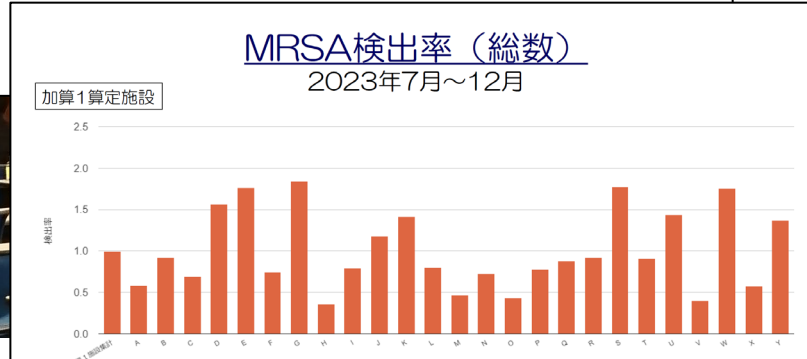
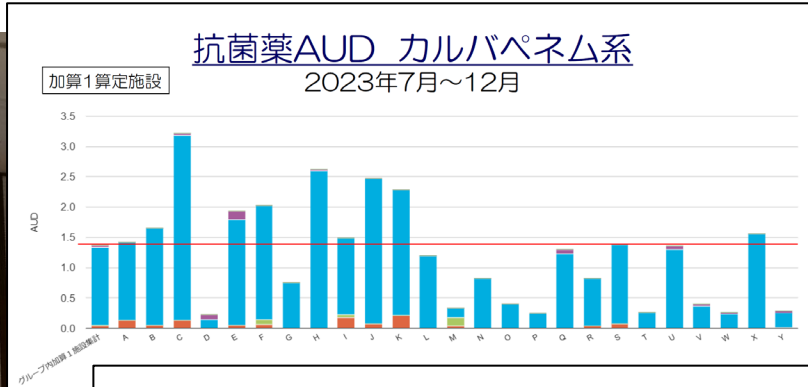
感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「還元情報」より (2022年1月作図)

システムアップデートにより現在は



感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) website
「還元情報」より (2024年6月作図)

合同カンファレンスの様子



「還元情報」の「お気に入り」に登録

還元情報お気に入り・レポート出力管理

文字サイズ 小 中 大 サイト内検索

お気に入り一覧 ?

共有	お気に入りセット名	内容	作成者医療機関名	グラフ名	ユーザー登録グラフ名
<input type="checkbox"/>	有り	合同カンファレンス共有用 共有グループ ・岐阜県感染防止対策加算合同カンファレンス	還元情報で利用	岐阜大学医学部附属病院	①CDI発生率 ②MRSA検出率（総数） ③第3世代セファロスポリン耐性E.coli ④第3世代セファロスポリン耐性K.p ⑤抗菌薬AUD 第4世代セファロ ⑥抗菌薬AUD カルバペネム系 ⑦抗菌薬AUD キノロン系 ⑧抗菌薬AUD 抗MRSA薬 ⑨抗菌薬AUD TAZ PIPC ⑩手指消毒薬使用量（1患者1日あた メトロニダゾールAUD 内服+注射 メトロニダゾールAUD 内服 パンコマイシンAUD 内服 フィダキソマイシンAUD 内服 キノロン系AUD 内服+注射 第三世代セファロスポリンAUD 経 抗MRSA薬AUD 経口 CDI提出率 CDI検査提出率・発生率の施設間比較 培養検体提出率の比較

戻る 削除 新規登録（自施設） 新

還元情報一覧

文字サイズ 小 中 大 サイト内検索 検索

合同カンファレンス共有用

①CDI発生率
No. 7-02
(説明)
1000患者日あたりのCDI検査提出数や発生数を施設間で比較するグラフです。

②MRSA検出率（総数）
No. 7-05
(説明)
1000患者日あたりの主要菌および耐性菌の検出数や血液検体に限った発生数を施設間で比較するグラフです。

③第3世代セファロスポリン耐性E.coli
No. 7-05
(説明)
1000患者日あたりの主要菌および耐性菌の検出数や血液検体に限った発生数を施設間で比較するグラフです。

④第3世代セファロスポリン耐性K.pn...
No. 7-05
(説明)
1000患者日あたりの主要菌および耐性菌の検出数や血液検体に限った発生数を施設間で比較するグラフです。

⑤抗菌薬AUD 第4世代セファロスポ...
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

⑥抗菌薬AUD カルバペネム系
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

⑦抗菌薬AUD キノロン系
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

⑧抗菌薬AUD 抗MRSA薬
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

⑨抗菌薬AUD TAZ PIPC
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

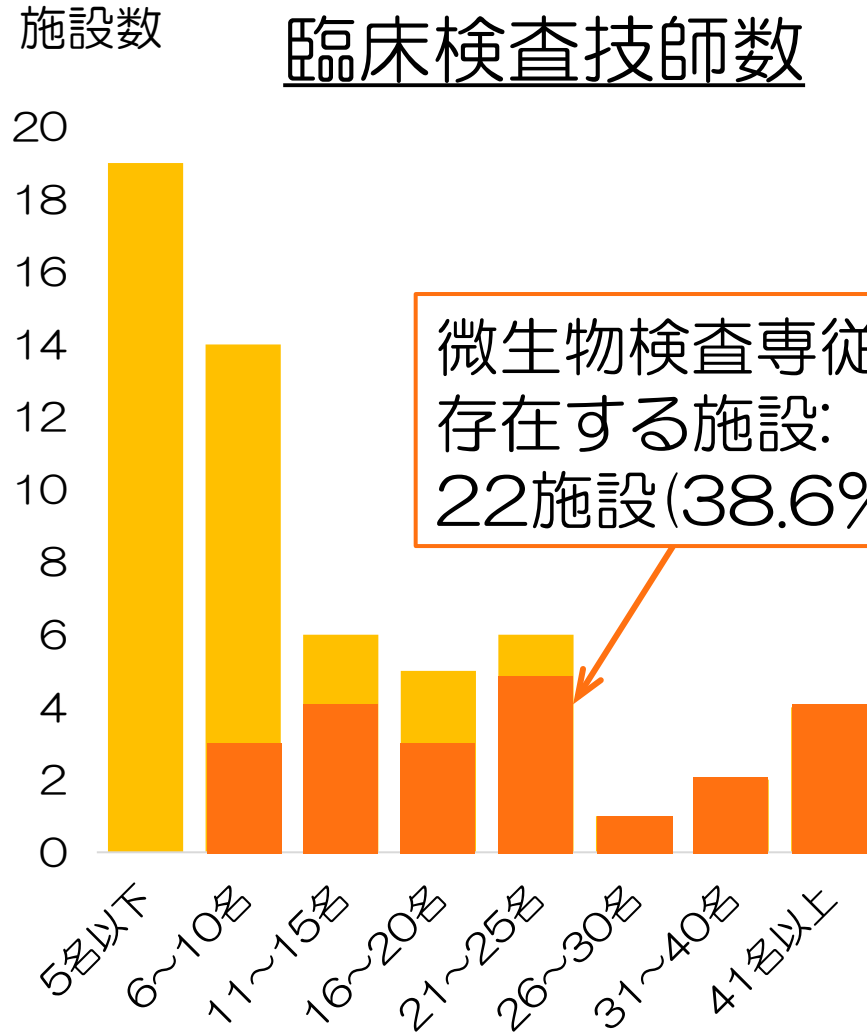
⑩手指消毒薬使用量（1患者1日あた...
No. 3-04
(説明)
1患者日あたりの手指消毒薬使用量を施設間で比較するグラフです。病棟区別で表示できます。

メトロニダゾールAUD 内服+注射
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

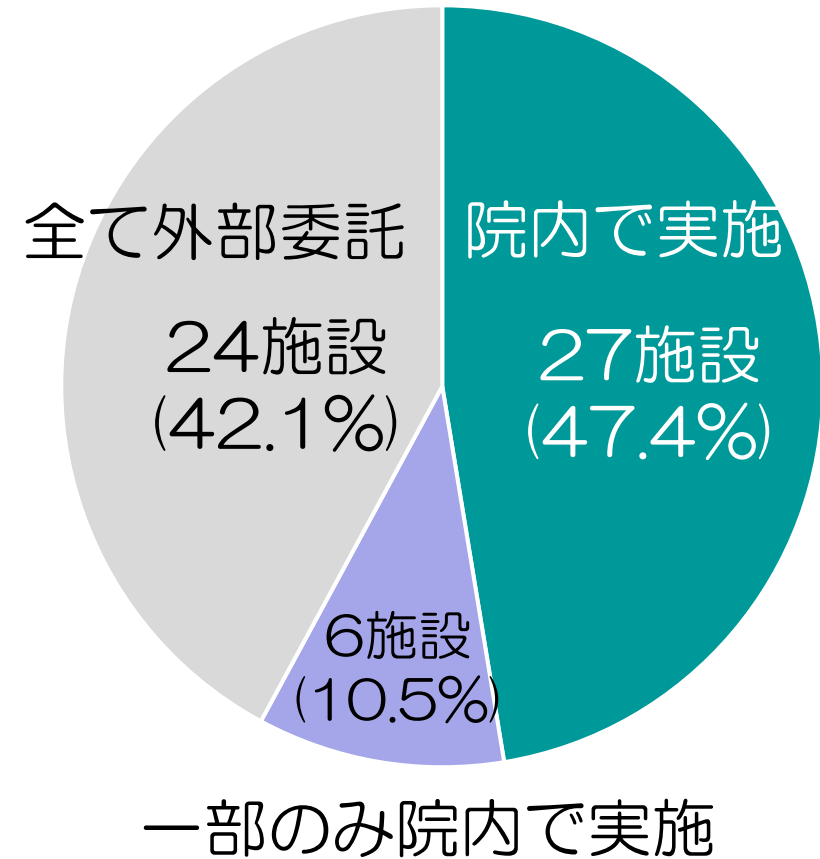
メトロニダゾールAUD 内服
No. 2-09
(説明)
薬剤系統や抗菌薬ごとのAUD、DOT、AUD/DOTを施設間で比較するグラフです。

加算算定施設における微生物検査体制

2021年12月時点の感染防止対策加算算定施設 57施設



一般細菌検査体制



微生物検査に関するアンケート調査

質問票A. 微生物検査を院内で実施している施設（一部外部委託を含む）

<休休日・時間外の対応について>

Q8. 休休日の微生物検査の対応について教えてください

- 休休日も受付および検査を実施している
- 緊急検査（血液培養、髄液検査・培養、抗酸菌塗抹など）のみ対応している
- 検体の受付のみ
- 受付なし（翌平日まで病棟や外来で検体を保管）

<具体的な対応について記載ください>

Q9. 夜間（時間外）の微生物検査の対応について教えてください

- 夜間（時間外）も受付および検査を実施している
- 緊急検査（血液培養、髄液検査・培養、抗酸菌塗抹など）のみ対応している
- 検体の受付のみ
- 受付なし（病棟や外来で検体を保管）

<具体的な対応について記載ください>

Q10. 血液培養が休休日や時間外に陽性となった際の対応について教えてください

- 当直者（微生物検査以外の担当者を含む）が対応する →Q10-1も回答ください
- 微生物検査担当者が休休日も出勤し対応
- 微生物検査担当者がオンコール（呼び出し）で対応
- その他（ ）

※当直者が対応すると回答された施設にお伺いします

Q10-1. 当直者による対応の内容を教えてください ※複数選択可

- 塗抹鏡検（グラム染色）を実施し、結果を担当医に報告
- サブカルチャー（陽性検体を平板培地に塗布）を実施
- 塗抹標本の作成のみ
- 血液培養が陽性となったことのみ担当医に報告
- その他（ ）

質問票B. 微生物検査を“すべて”外部委託している施設

<休休日・時間外の対応について>

Q25. 休休日の微生物検査の対応について教えてください

- 休休日も受付し、検体を外部委託先に提出している
- 緊急検査（血液培養、髄液検査・培養、抗酸菌塗抹など）のみ受
- 検体の受付のみ（翌営業日に委託業者に提出）
- 受付なし（翌平日まで病棟や外来で検体を保管）

<具体的な対応について記載ください>

Q26. 夜間（時間外）の微生物検査の対応について教えてください

- 夜間（時間外）も受付し、検体を外部委託先に提出している
- 緊急検査（血液培養、髄液検査・培養、抗酸菌塗抹など）のみ受
- 検体の受付のみ
- 受付なし（病棟や外来で検体を保管）

<具体的な対応について記載ください>

Q27. 血液培養が休休日や時間外に陽性となった際の外部委託業者の

- 陽性時、速やかに外部委託先から報告される（連絡方法：
- 翌営業日にまとめて報告される
- 最終報告まで報告されない
- その他（ ）

※陽性時、速やかに外部委託先から報告されると回答された施設にお

Q27-1. 当直者による対応の内容を教えてください ※複数選択可

- 外部委託先から直接担当医や病棟・外来に報告される
- 速やかに検査当直者が担当医に報告
- 翌平日に担当医に報告
- 検査結果としてカルテに報告するのみ
- その他（ ）

Q1: 院内において微生物関連遺伝子検査を実施していますか？

		どちらかに○	
1)	はい	<input type="checkbox"/>	→Q2-1, 2へ
2)	いいえ	<input type="checkbox"/>	→Q3へ

※Q1で“はい”と答えた方にお聞きします。

Q2-1: 使用している機器は何ですか？○か×を選択してください。（複数回答可）

	機器名	○ or ×
1)	GeneXpert	<input type="checkbox"/>
2)	ID NOW	<input type="checkbox"/>
3)	TRC Ready	<input type="checkbox"/>
4)	FilmArray	<input type="checkbox"/>
5)	Auto Amp	<input type="checkbox"/>
6)	BDマックス	<input type="checkbox"/>
7)	LoopampEXIA	<input type="checkbox"/>
8)	GENECUBE	<input type="checkbox"/>
9)	Verigene	<input type="checkbox"/>
10)	その他	<input type="checkbox"/>

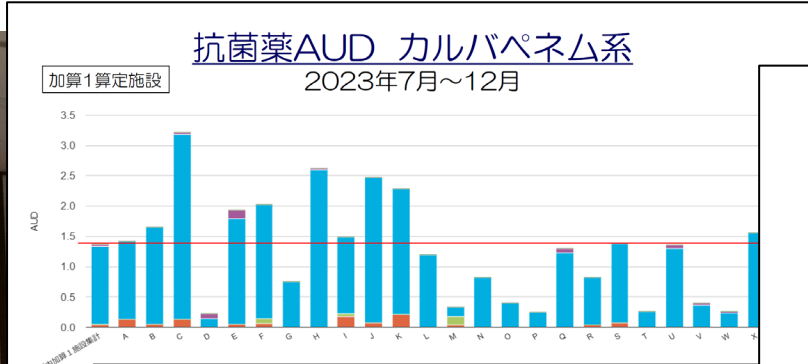
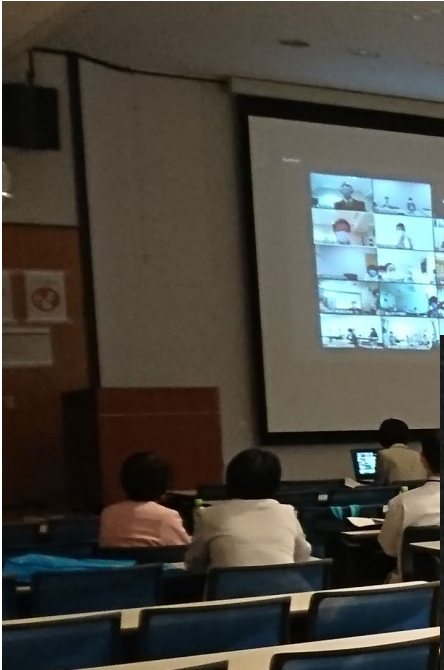
（記入してください）

Q2-2: 何を検査対象としていますか？○か×を選択してください。（複数回答可）

	項目名	○ or ×
1)	結核菌	<input type="checkbox"/>
2)	百日咳菌	<input type="checkbox"/>
3)	マイコプラズマ	<input type="checkbox"/>
4)	レジオネラ	<input type="checkbox"/>
5)	C. difficile 毒素	<input type="checkbox"/>
6)	SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/>
7)	インフルエンザウイルス	<input type="checkbox"/>
8)	RSウイルス	<input type="checkbox"/>
9)	呼吸器関連病原体	<input type="checkbox"/>
10)	髄膜炎・脳炎病原体	<input type="checkbox"/>
11)	血液培養陽性検体	<input type="checkbox"/>
12)	MRSA (mecA)	<input type="checkbox"/>
13)	カルバペネマーゼ	<input type="checkbox"/>
14)	ESBL	<input type="checkbox"/>
15)	その他	<input type="checkbox"/>

（項目名を記入してください）

合同カンファレンスの様子



事前アンケートで挙げられた
質問・検討課題

投票

質問 5

1. J-SIPHEの活用について (単一選択) *

- ①基本グループ (加算1・加算2・3施設) で活用している
- ②自施設内で活用している (病棟間比較、会議資料など)
- ③ ①と②両方で活用している
- ④本カンファレンスのデータ収集以外に活用していない

0/1が回答しました

送信

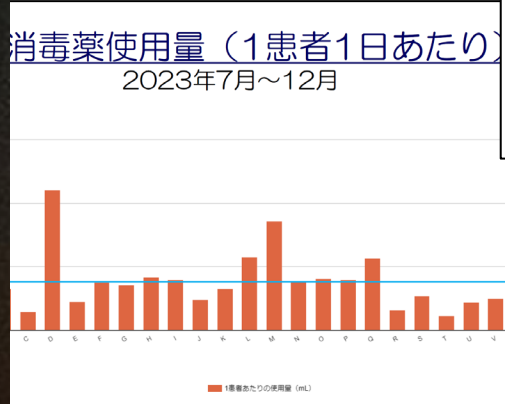
回答は誰に表示されますか?



薬剤耐性菌の検出歴がある患者の対応について

- ・2剤耐性緑膿菌の検出歴がある患者について、再入院するたびに、個室管理とし、接触予防策で対応しています。この対応を解除するタイミングや基準はあるでしょうか？

- ### その他
- ・手指衛生遵守の向上策について
 - 目標設定 (⇔ 評価方法/指標)
 - 具体的な取り組み・介入方法
 - ・地域連携
 - 各地域でのカンファレンス・訓練の内容
 - データ収集・共有 (OASCIS, JANIS, ...)
 - 指導強化加算に関する訪問指導の内容



抗菌薬使用状況・動向のフィードバックについて

- ・抗菌薬使用動向については、感染対策委員会など院内で報告していると思いますが、それ以外にどのようなフィードバックをしていますか？
(例えば、医局会やカンファレンス時に出すなど、特に医師に対する工夫)

PHEの「還元情報」の活用
るフィードバック

感染対策向上加算/外来感染対策向上加算

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

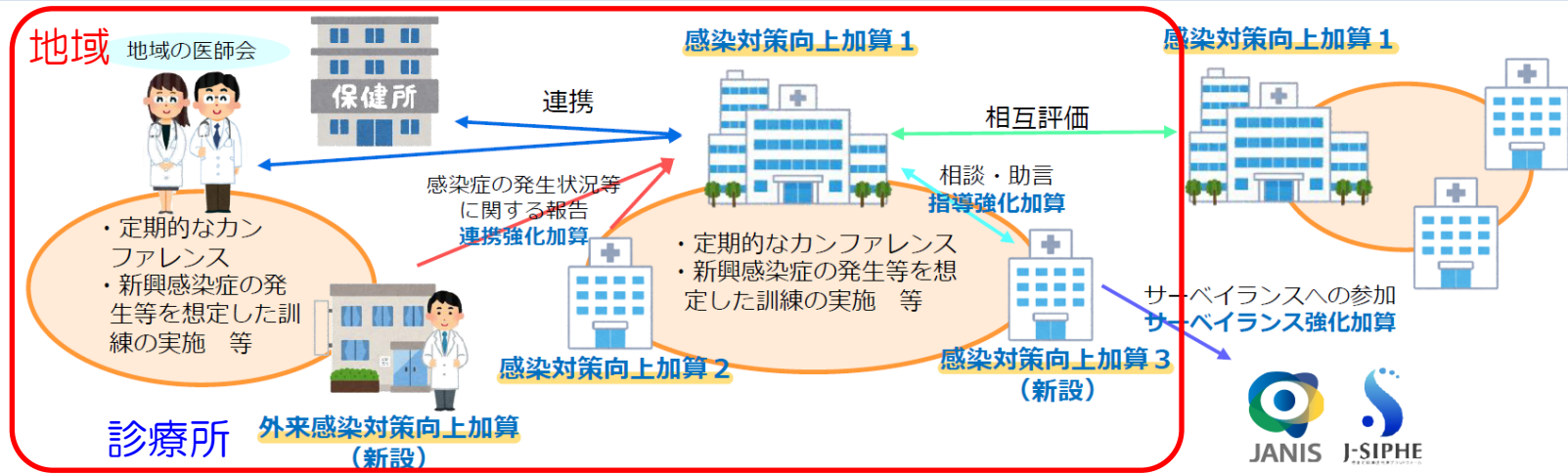
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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

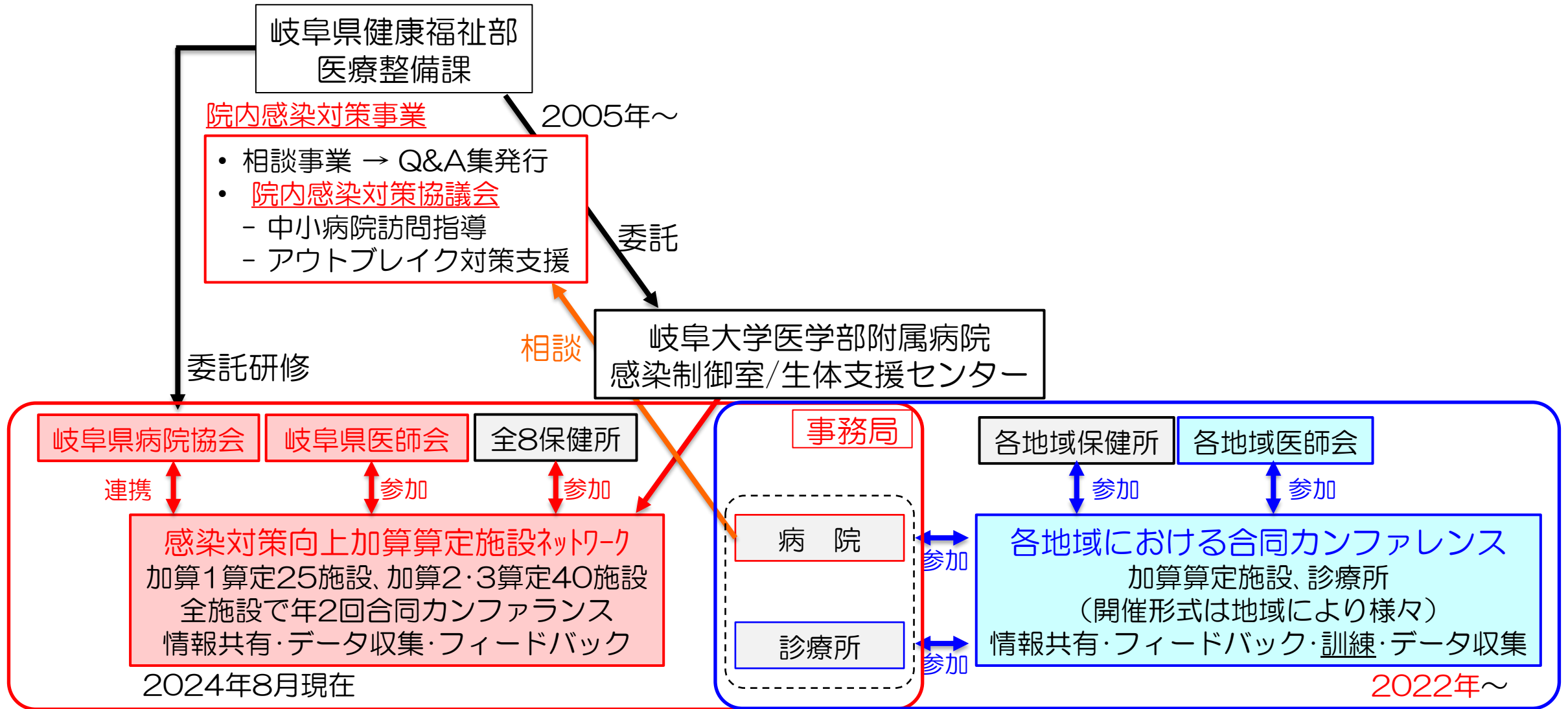
- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

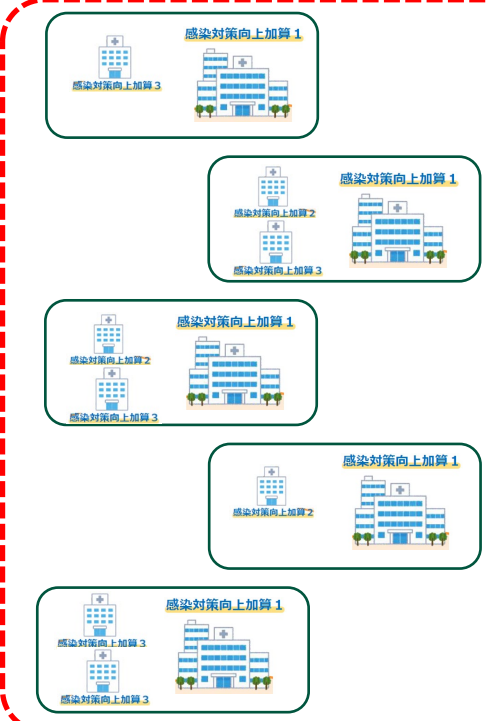
(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(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)



岐阜県の感染対策における地域連携

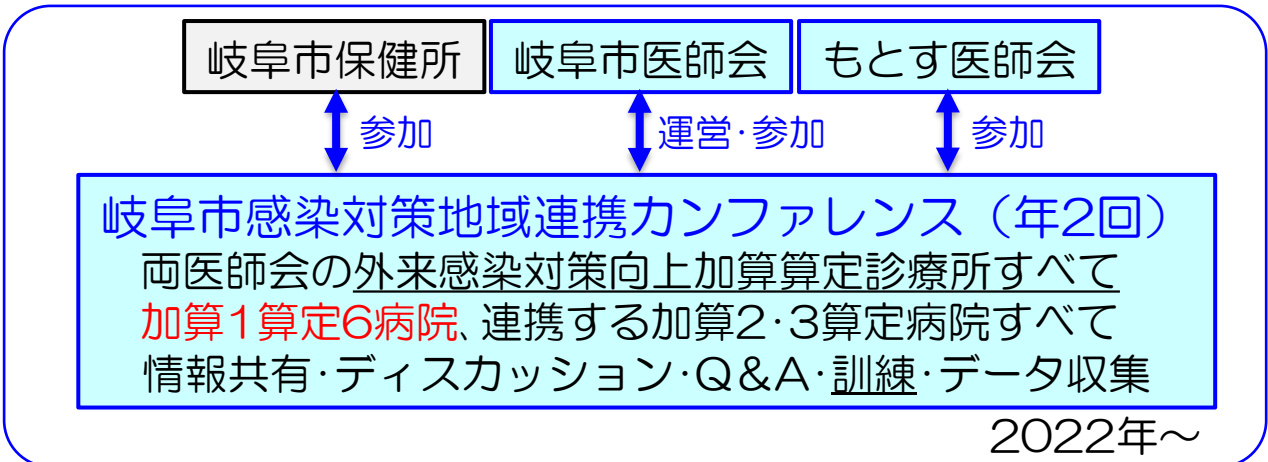
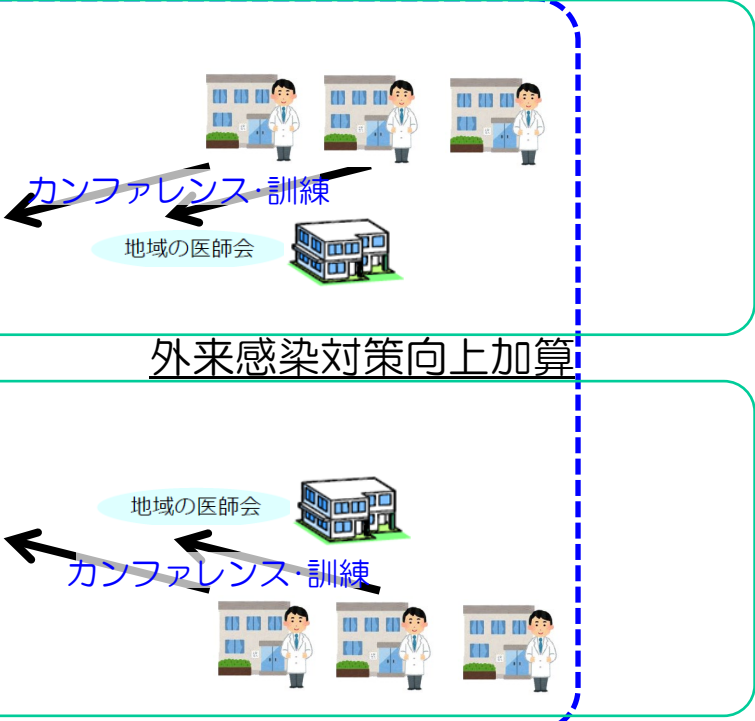




岐阜県全体



岐阜市全体+α



岐阜市感染対策地域連携カンファレンス

- 岐阜市医師会から情報提供
 - カンファレンスにおける課題やデータ提示、など
- 岐阜市保健所からの情報提供
 - 感染症法・届出、ワクチン、結核行政、など
- 加算1算定施設からの情報提供・ミニレクチャー
 - 外来感染対策向上加算・感染対策向上加算の背景、求められる整備について
 - 抗菌薬適正使用について
 - 結核について
 - 若年者の発熱性疾患とみかた
- Q&A（事前アンケートに対する回答）
 - 加算1算定6病院すべてが分担
- 訓練
 - 個人防護具の着脱
 - 診療場面での標準予防策・個人防護具・手指衛生
 - N95マスクの装着訓練
 - 外来診察時の感染対策



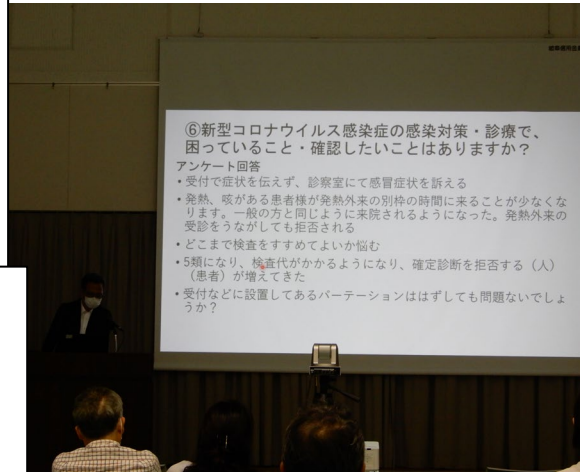
訓練



岐阜市感染対策地域連携カンファレンス

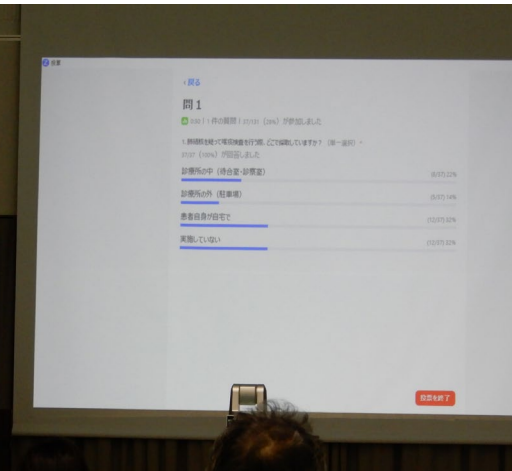
サル痘疑い患者の対応について

- ・サル痘疑い患者の診療の際、隔離の必要性や、体液付着等をどこまで防止すべきでしょうか？



環境・物品への対応について

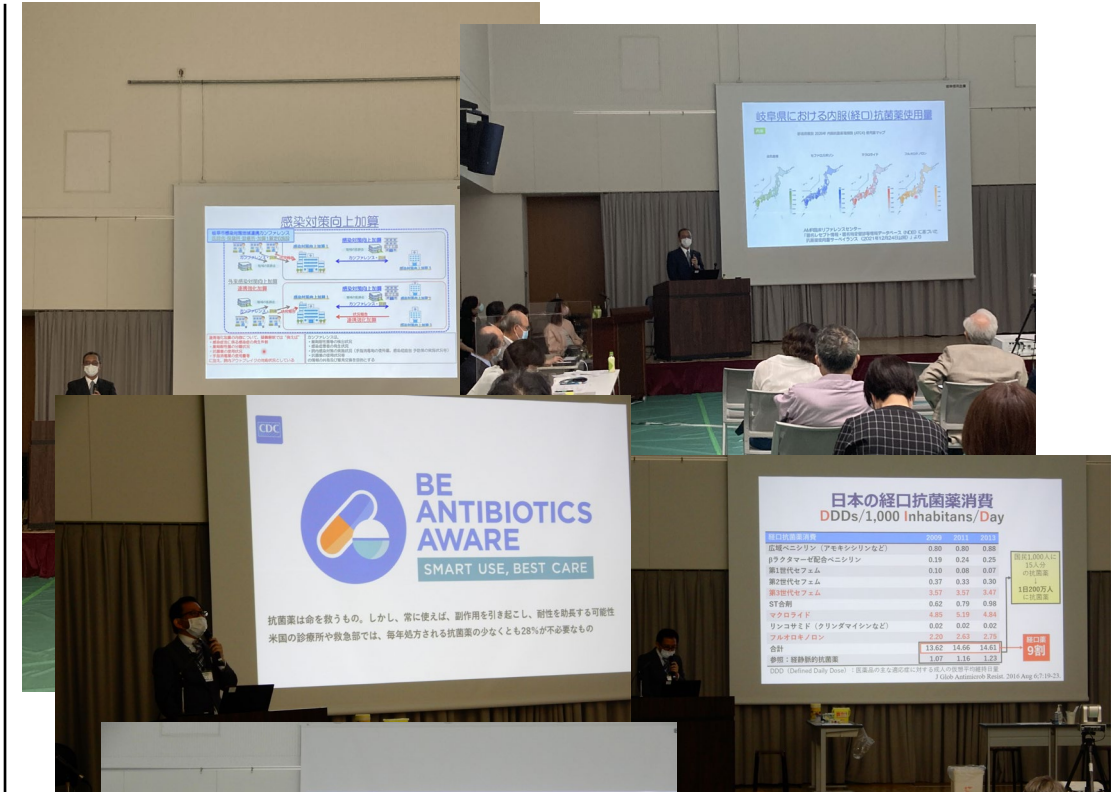
- ・COVID-19感染症対策として、クリニック内の机、待合室の椅子のアルコール消毒は感染予防に必要でしょうか？
- ・新型コロナウイルスの紙やプラスチックなど材質の違いによる生存期間は、それぞれどのくらいですか？



換気について

- ・換気について、サーキュレーターは、室内の空気を窓から戸外に出すよう使用するのが良いのでしょうか？単純に室内の空気を攪拌すればよいのでしょうか？
- ・窓開けのタイミング、回数（常時開放か、定期的な開放か）とサーキュレーターの活用方法、天井に設置されている換気扇の活用法について教えてください。
- ・空気清浄機の意義・効果、求められる性能はいかがでしょうか？

Q&A



ミニレクチャー



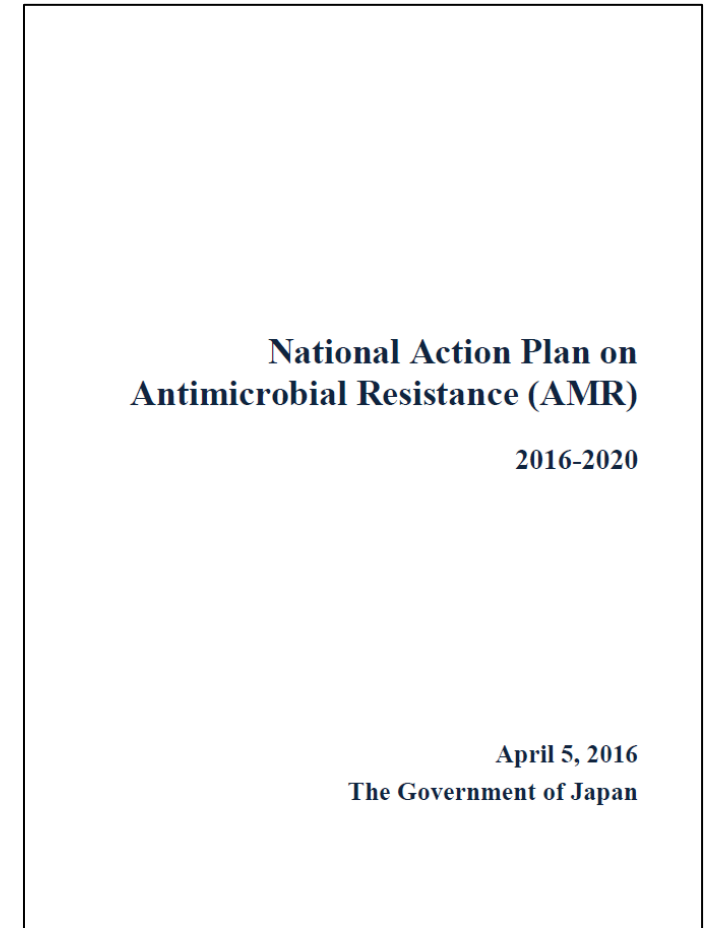
薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン



WHO Action Plan
(2015年5月)



わが国のAMR対策アクションプラン
(2016年4月)



薬剤耐性(A M R)対策アクションプラン(2023-2027) 成果指標

微生物の薬剤耐性率

	指標	2020年	2027年(目標値)
ヒト に 関 し て	バンコマイシン耐性腸球菌感染症の罹患数 新	135人	80人以下 (2019年時点に維持)
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	50%	20%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	35%	30%以下 (維持)
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	11%	3%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下 (維持)

※2027年のヒトにおける目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率とする。

抗微生物剤の使用量

	指標	2020年	2027年 (目標値) (対2020年比)
ヒト に 関 し て	人口千人当たり一日抗菌薬使用量	10.4	15%減
	経口第3世代セファロスポリン系薬の人口千人当たり一日使用量	1.93	40%減
	経口フルオロキノロン系薬の人口千人当たり一日使用量	1.76	30%減
	経口マクロライド系薬の人口千人当たり一日使用量	3.30	25%減
	カルバペネム系の静注抗菌薬の人口千人当たり一日使用量 新	0.058	20%減

国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議。

「薬剤耐性 (AMR) アクションプラン 2023-2027 (概要)」

(https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/ap_gaiyou.pdf) より

抗微生物薬適正使用の手引き

抗微生物薬適正使用の手引き 第三版

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部 感染症対策課

目次

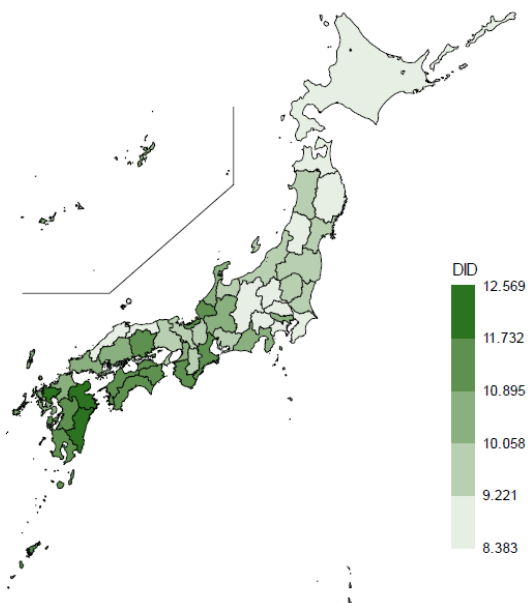
用語集	4
1. はじめに	10
(1) 策定の経緯	10
(2) 策定の目的	11
(3) 手引きの対象	11
(4) 想定する患者群	12
(5) 科学的根拠の採用方針	13
2. 総論	15
(1) 抗微生物薬適正使用とは	15
(2) 抗微生物薬使用の適応病態	15
(3) 抗微生物薬の不適正使用とは	16
(4) その他	16
3. 引用文献	18
一般外来における成人・学童期以降の小児編	20
4. 急性気道感染症	20
(1) 急性気道感染症とは	20
(2) 急性気道感染症の疫学	20
(3) 急性気道感染症の診断方法及び鑑別疾患	21
(4) 治療方法	26
(5) 患者・家族への説明	32
5. 急性下痢症	35
(1) 急性下痢症とは	35
(2) 急性下痢症の疫学	35
(3) 急性下痢症の診断方法及び鑑別疾患	35
(4) 治療方法	38
(5) 患者・家族への説明	42
6. 参考資料	44
(1) 抗微生物薬適正使用を皆さんに理解していただくために	44
(2) 抗菌薬の延期処方とは	49
7. 引用文献	52

都道府県別内服(経口)抗菌薬使用量

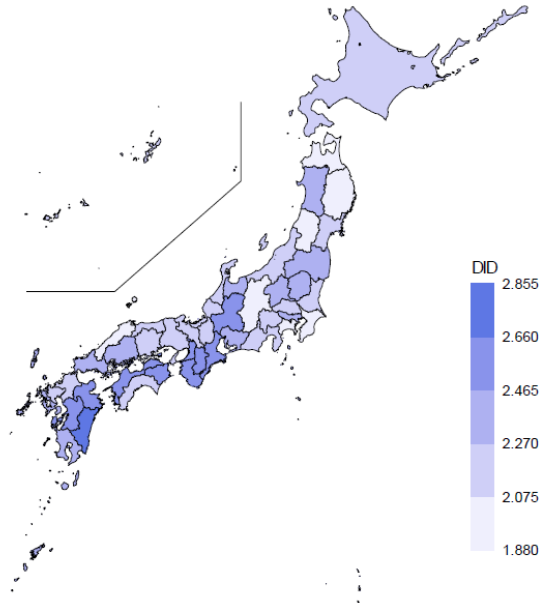
内服

都道府県別 2020年 内服抗菌薬種類別 (ATC4) 使用量マップ

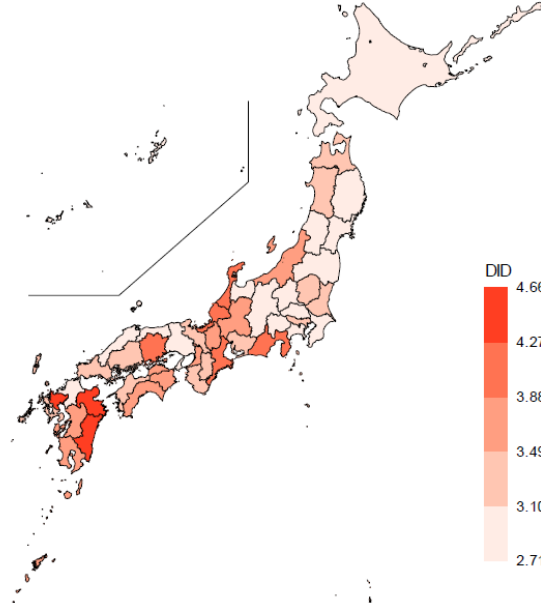
全抗菌薬



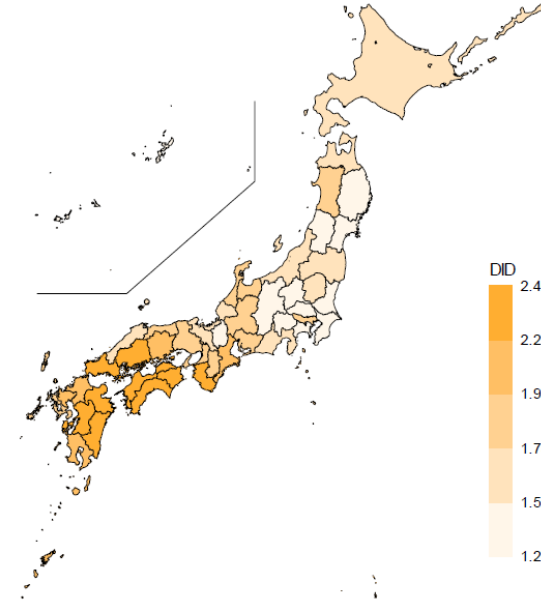
セファロスポリン



マクロライド



フルオロキノロン

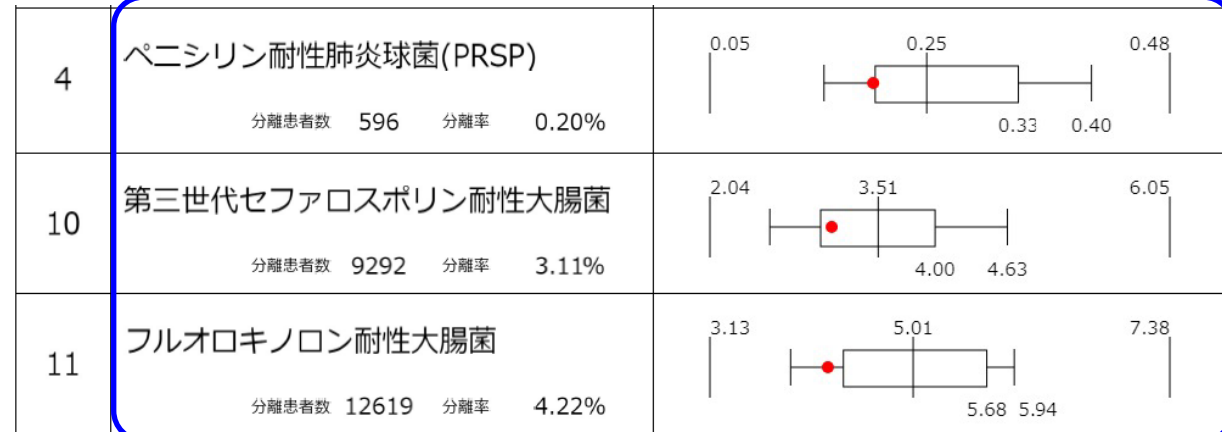
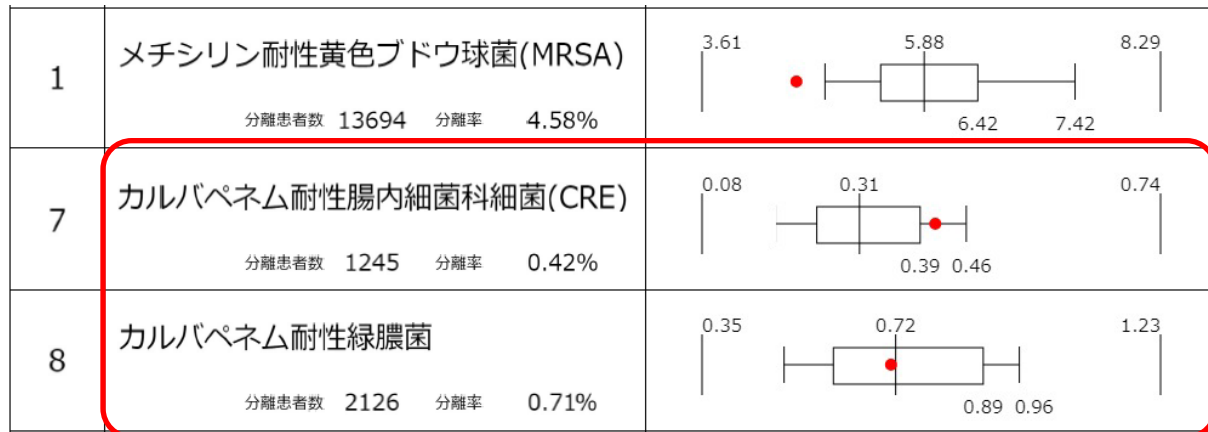


AMR臨床リファレンスセンター

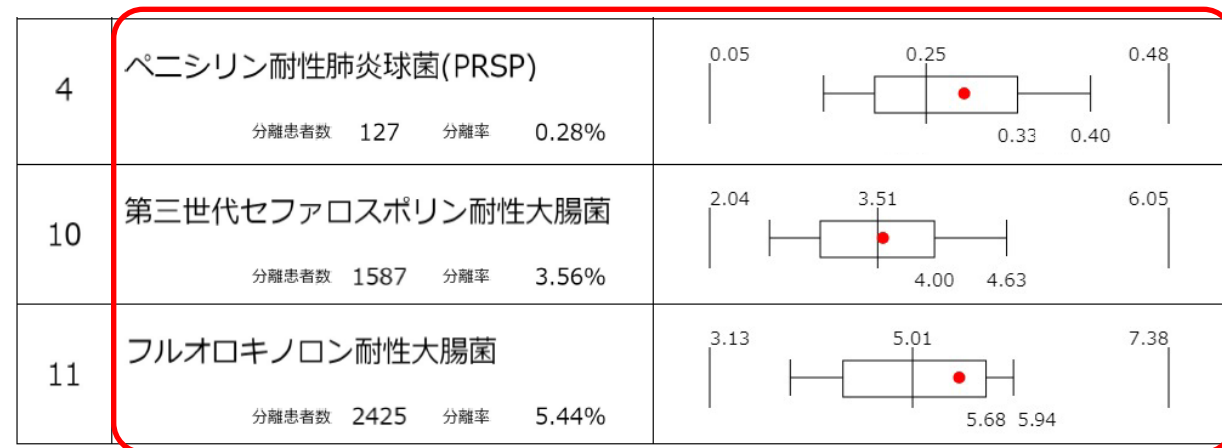
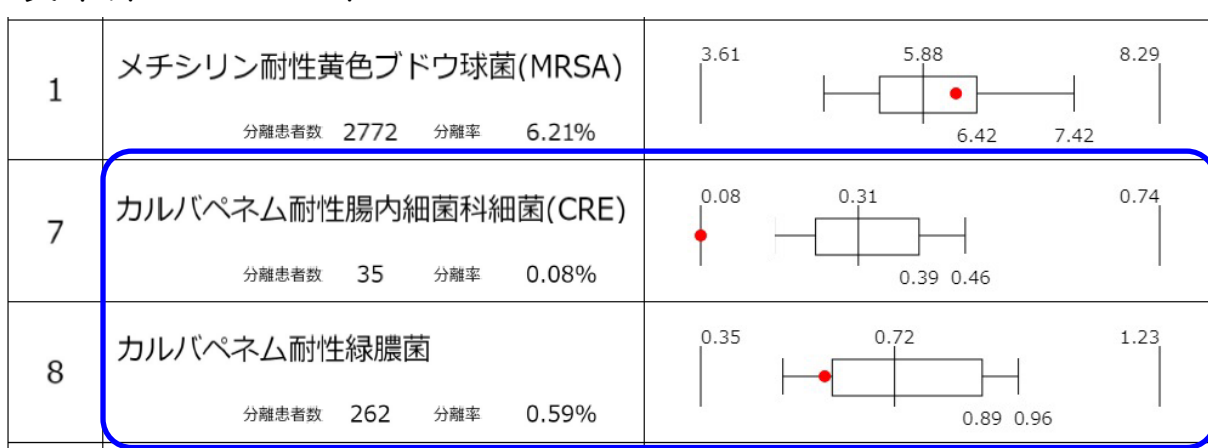
「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいた
抗菌薬使用量サーベイランス (2021年12月24日公開)」より

各種薬剤耐性菌分離率の比較

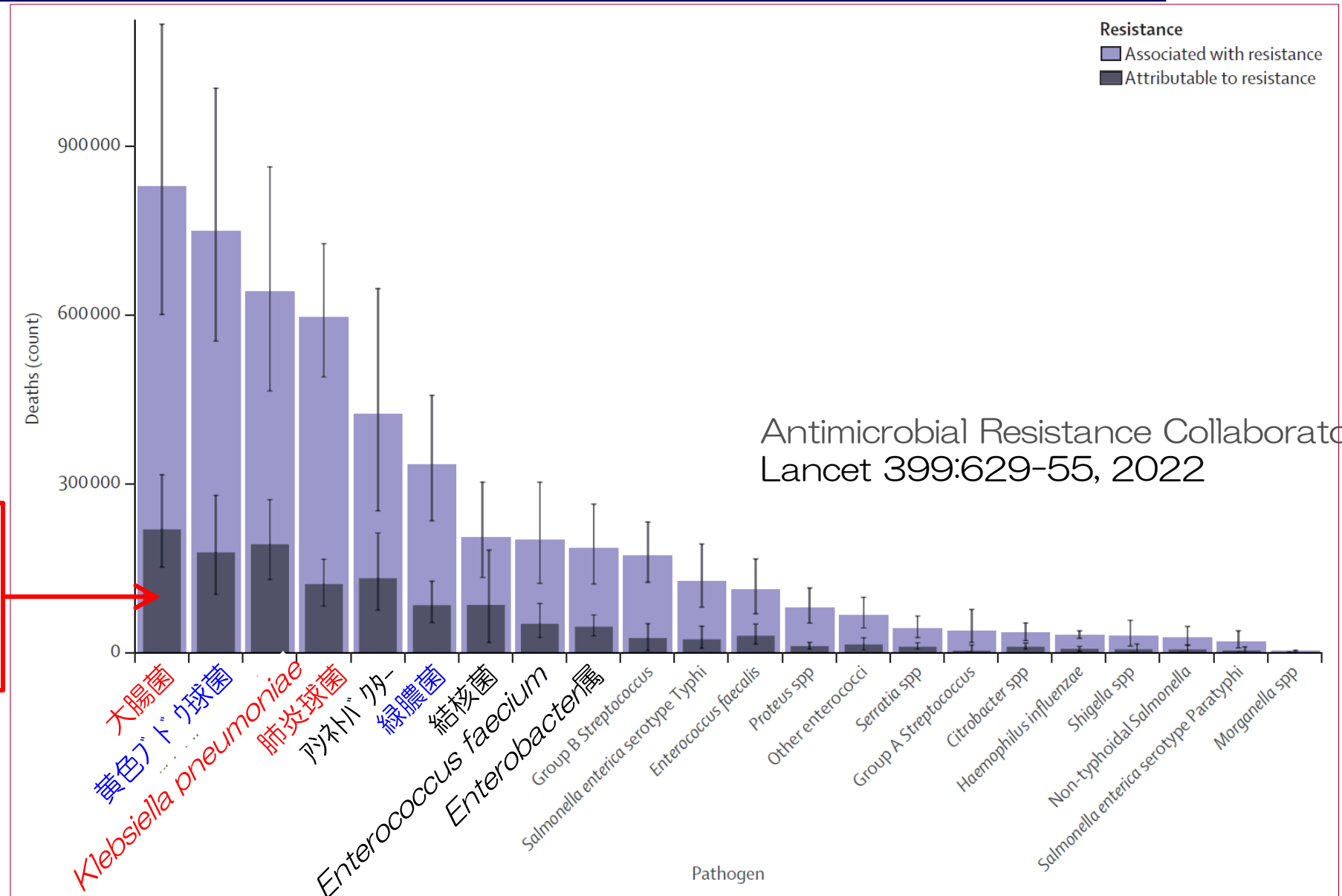
東京都-2022年



岐阜県-2022年



菌種別の薬剤耐性菌による死亡数



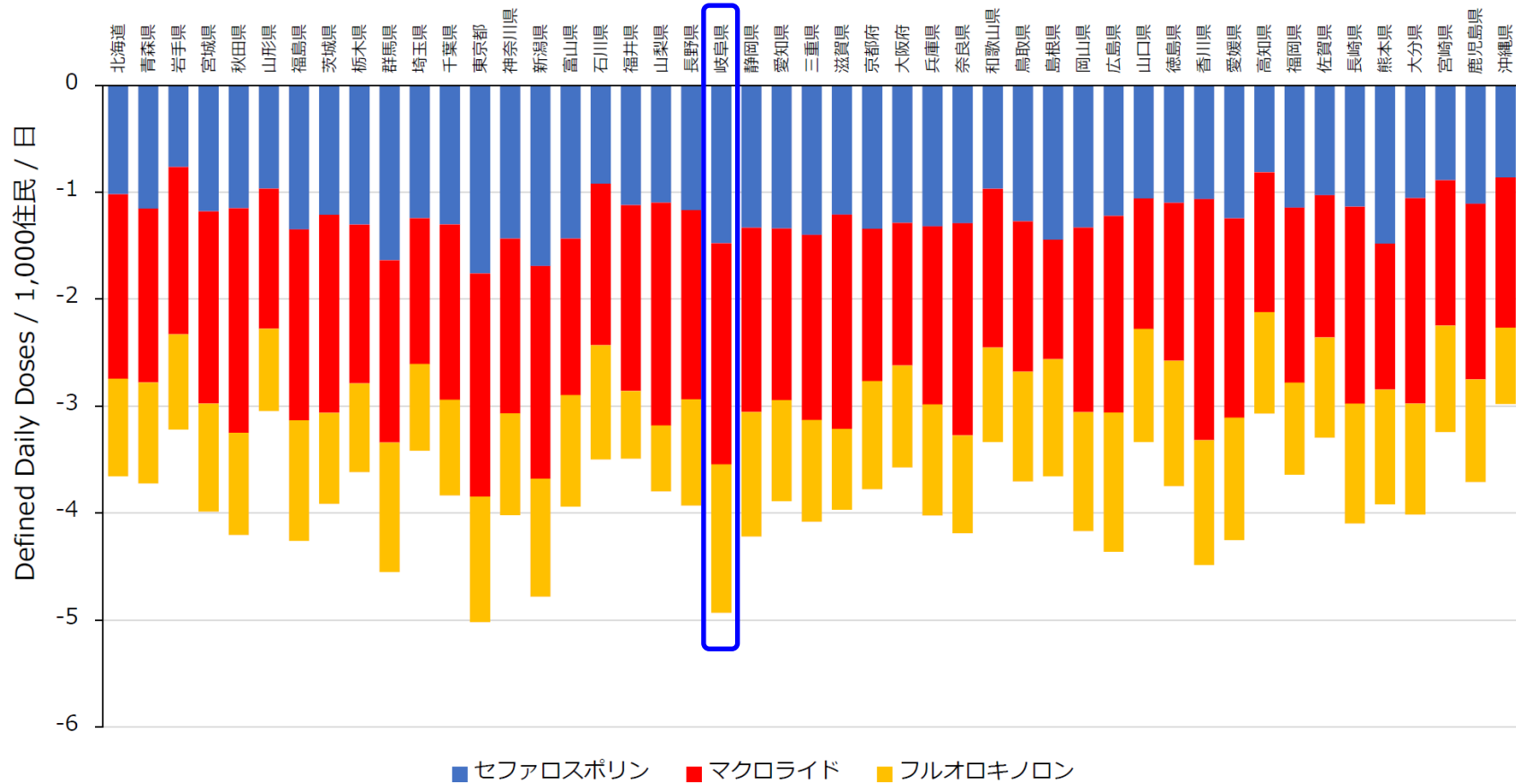
この大腸菌によるものの半数以上が
第3世代セファロスポリン耐性
フルオキノロン耐性 に起因

Figure 4: Global deaths (counts) attributable to and associated with bacterial antimicrobial resistance by pathogen, 2019

都道府県別内服(経口)抗菌薬削減量

内服

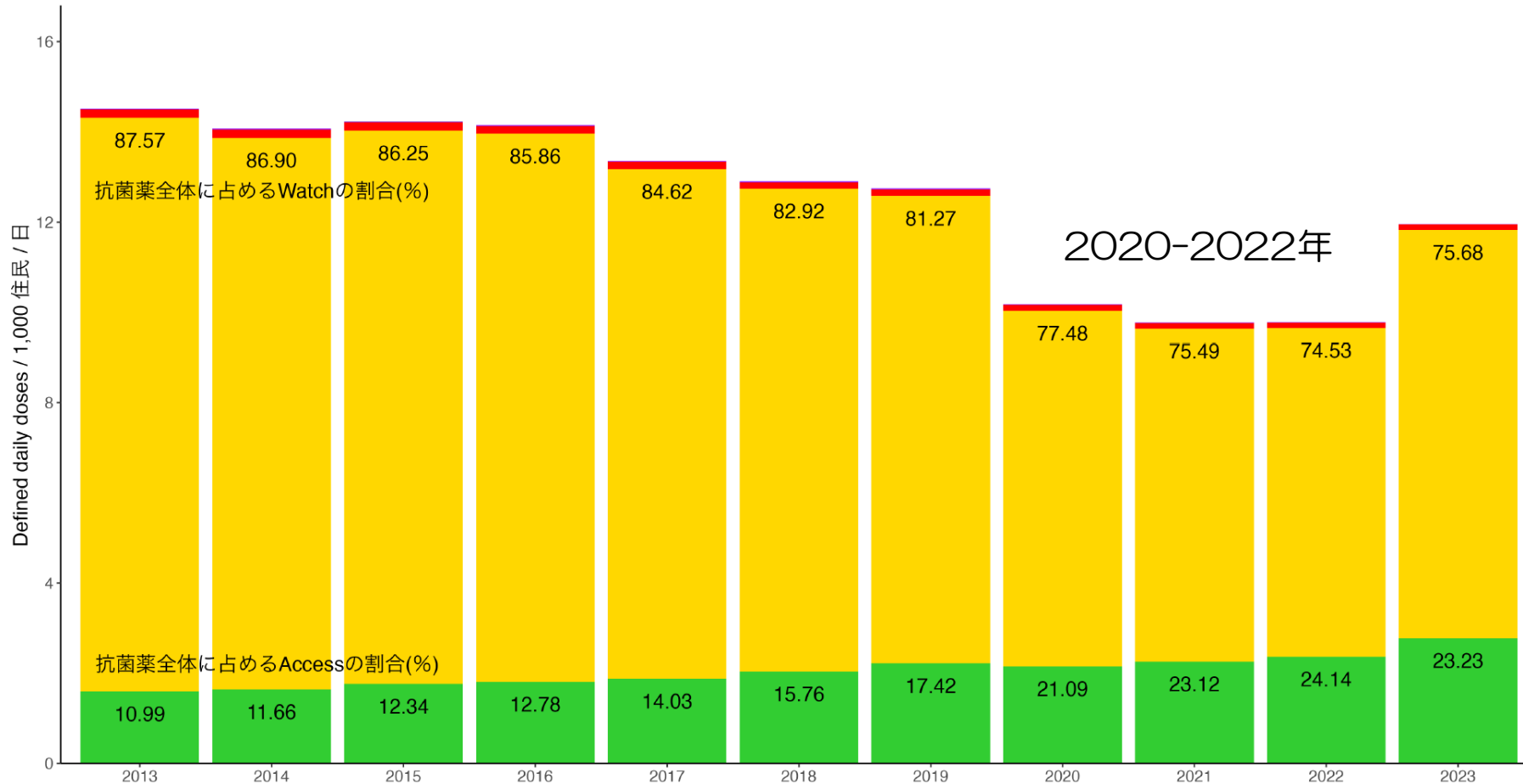
2013-2020年 内服セファロスポリン・マクロライド・フルオロキノロン系抗菌薬 削減量



AMR臨床リファレンスセンター

「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいた
抗菌薬使用量サーベイランス (2021年12月24日公開)」より

全国抗菌薬販売量推移 2013-2023 (抗菌薬種類: AWaRe分類別に分類)



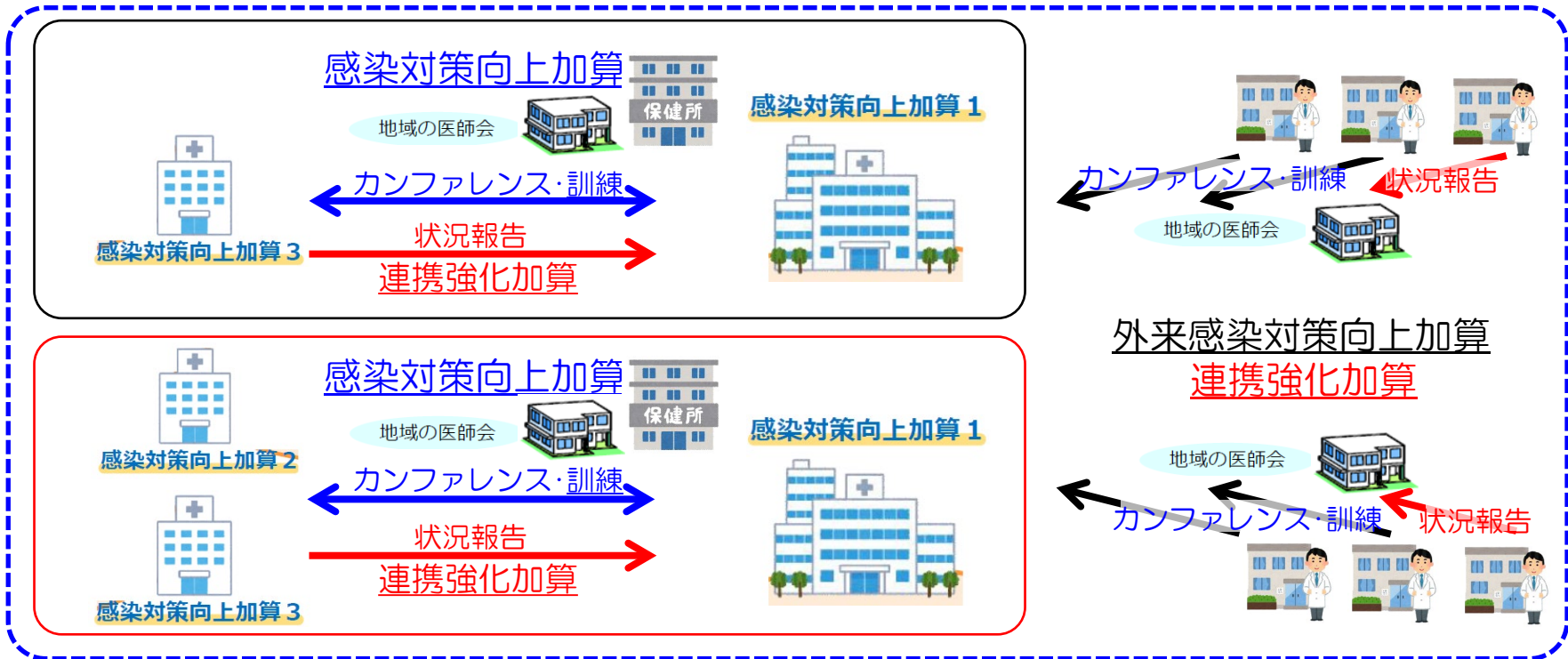
2020-2022年

- Watch
第2・3世代セファロスポリン
マクロライド
キノロン、 etc.
- Access
アモキシシリン±CVA
セファレキシン
ST合剤
クリンダマイシン
メトロニダゾール、 etc.

AWaRe分類 ■ 未分類 ■ Not_Recommended ■ Reserve ■ Watch ■ Access

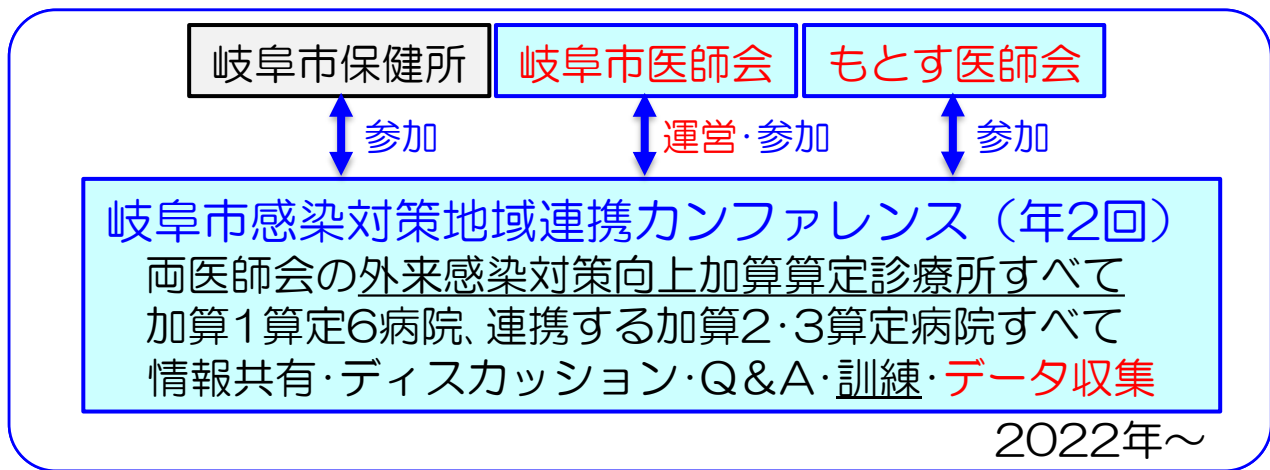
- Access 一般的な感染症の第一選択薬、または第二選択薬として用いられる抗菌薬です。
耐性化の懸念が少なく、すべての国が高品質かつ手頃な価格で、広く利用できるようにすべき抗菌薬です。
- Watch 耐性化が懸念されるため、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬です。
- Reserve 他の手段が使用できなくなった時に最後の手段として使用すべき抗菌薬です。

岐阜市周辺での感染対策向上加算関連地域連携



サーベイランス強化加算

岐阜市全体+α



診療所版J-SIPHE “OASCIS”

AMR臨床リファレンスセンター

文字サイズ



グループ機能 | データ登録状況

[ホーム](#) | [OASCIS とは](#) | [統計ダッシュボード](#) | [使い方](#) | [お問い合わせ](#)

統計ダッシュボード



AMR臨床リファレンスセンター
「OASCIS」 website より

OASCIS

(Online monitoring system for antimicrobial stewardship at clinics : 診療所における抗菌薬適正使用支援システム)

ダッシュボード一覧へ戻る

統計データとの比較 / 抗菌薬処方率 (統計データとの比較・推移)

療科

	2022年								2023年				表示最新年月
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	2023年4月
抗菌薬処方率	19.1%	15.2%	10.8%	8.8%	15.7%	18.9%	14.7%	5.9%	6.7%	6.0%	6.0%	3.6%	<input type="button" value="適用"/>
他施設の抗菌薬処方率(中央値)	5.9%	5.5%	4.2%	4.5%	5.4%	6.1%	5.7%	4.6%	4.9%	5.6%	6.1%	7.4%	<input type="button" value="傷病名グループ"/>
割合差	13.2%	9.7%	6.6%	4.4%	10.3%	12.8%	9.0%	1.3%	1.8%	0.4%	-0.1%	-3.8%	<input type="button" value="全傷病名"/>

抗菌薬処方率 (分布)

	2022年	2023年
100.0%		
80.0%		

最大値
中央値
最小値

抗菌薬適正使用体制加算

令和6年度診療報酬改定 II-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組-②

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

- ▶ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行

【外来感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】
（新設）

改定後

【外来感染対策向上加算】
【施設基準（抜粋）】

- ・ 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- ・ 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。



- ▶ 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新） 発熱患者等対応加算

20点

【算定要件】

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- ▶ 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新） 抗菌薬適正使用体制加算

5点

【施設基準】

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

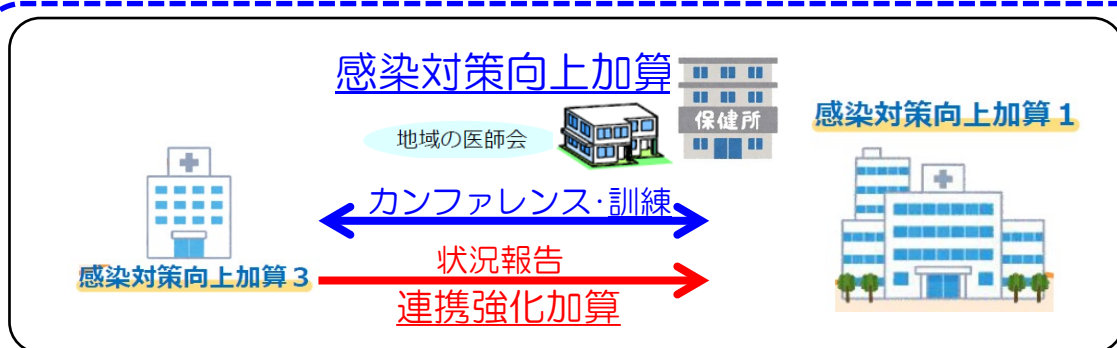
厚生労働省

「令和年度診療報酬改定の概要」

(2024年3月) より

岐阜市周辺での感染対策向上加算関連地域連携

岐阜市全体+ α



外来感染対策向上加算
連携強化加算



サーベイランス強化加算
抗菌薬適正使用体制加算

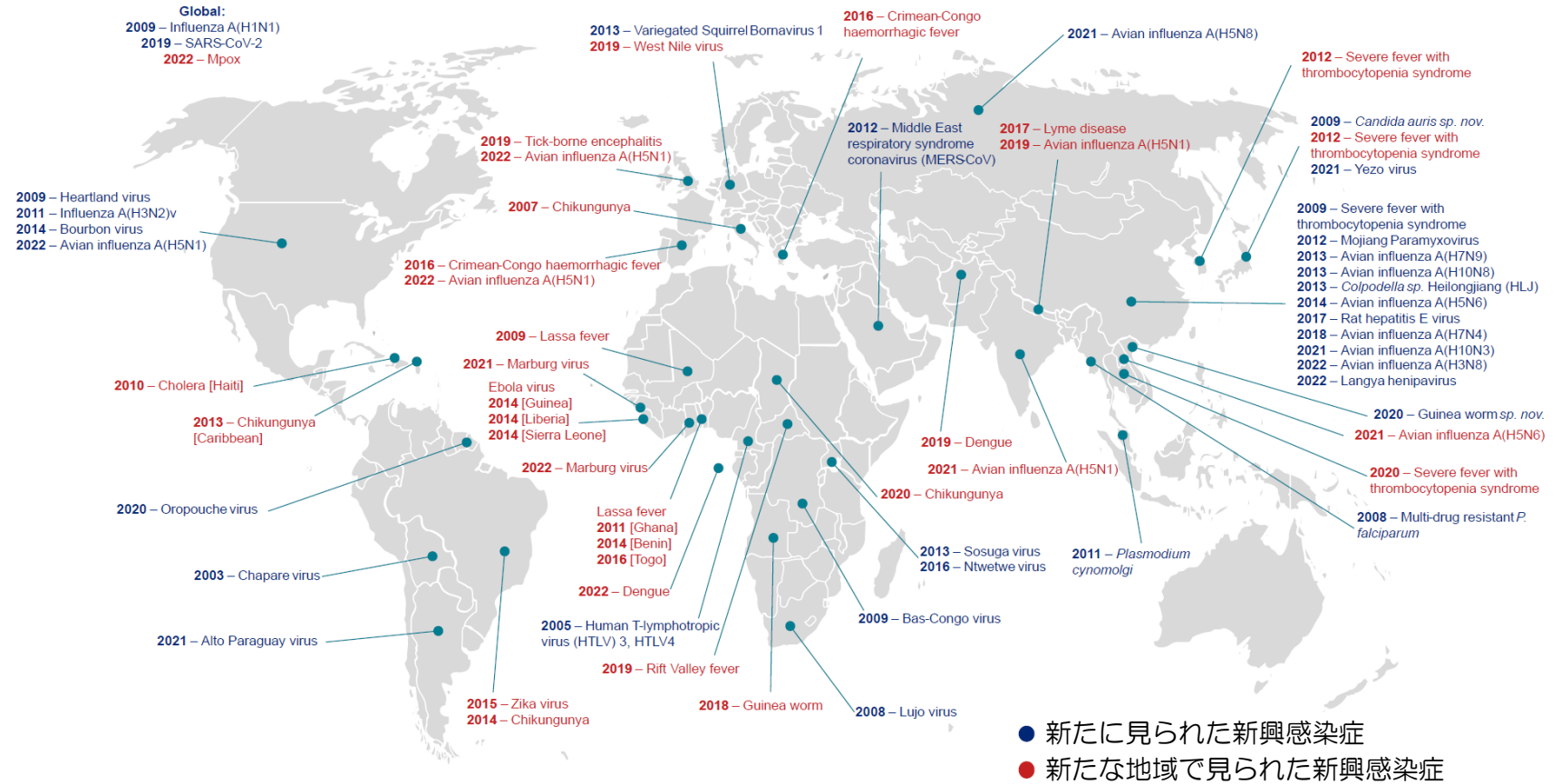


サーベイランス強化加算
抗菌薬適正使用体制加算

新興感染症

- 2002年(日本2003年) SARS
- 2009年 新型インフルエンザ
- 2012年(韓国2015年) MERS
- 2014年、2018年 全球流行病
- 2019年(日本2020年) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

2003年から2022年に見られた新興感染症



感染対策における地域連携

- 情報共有

- 平時における良好かつ双方向のコミュニケーション
- 継続的なサーベイランス、状況把握

- 課題検討→解決/支援

⇒緊急時の迅速かつ適切な対応、協力(分担)

それぞれの施設の特性・役割・持っている情報の違い
→地域社会(地域医療)に向け協働するために

本日の内容

- 地域連携の重要性
 - 背景
 - 感染対策地域ネットワーク
 - 感染対策向上加算（←感染防止対策加算）
- 岐阜県・岐阜市における取り組み
 - J-SIPHEを活用したサーベイランス
 - 地域連携カンファレンス