

5) 感染対策の施設間相互チェックの実際抗菌薬管理のチェック事項

1 杏林大学 医学部 附属病院 医療安全管理部 感染対策室

○西 圭史¹

2000年に発足した国立大学附属病院感染対策協議会（以下 国大協）は、かねてより「相互ラウンド」や「改善支援」といった施設間のつながり（横のつながり）を重要視した活動を行ってきた。2010年には私立医科大学病院感染対策協議会（以下 私大協）が発足し、多くの分院を有する私大の特徴を鑑みての相互ラウンドや改善支援を行うことで私大全体のボトムアップ（縦のつながり）を重要視してきた。2011年6月17日付医政指発0617第1号厚生労働省医政局指導課長通知では、1)感染対策チームの設置に関する事項 2)対応困難なアウトブレイク時の医療機関間の連携 3)アウトブレイクを疑う基準や保健所への報告などの対応 が記載され医療機関間のつながりが一層重要視された。さらに、2012年の診療報酬改定においては、感染防止対策加算1と2の算定や、加算1の届出を行うとともに感染防止対策地域連携加算を算定できるようになり、医療機関相互のつながりが保険点数によって評価された。国大協や私大協で実施している相互ラウンドにおける抗菌薬管理チェック事項に関して、国大協では「抗菌薬使用制限」の項目中で、抗MRSA薬・カルバペネム系抗菌薬とそれ以外の抗菌薬の使用についての監視・指導、ラウンドに加え使用制限や許可制を含めた使用状況把握といった計4項目を評価している。私大協では「抗菌薬適正使用」の項目中で、国大協の4項目に加え院内ガイドラインの有無とTDMに関する事項を加えた6項目で評価している。また感染防止対策加算や地域連携加算の算定条件にある相互チェックにおいても国大協や私大協の評価項目を参考にしてチェックリストを作成することが適切であり、加えて東京都福祉保健局作成の院内感染対策マニュアル（チェックリスト方式でダウンロード可能）には、チェックリストに加え何故この項目のチェックが必要なのかの根拠も記載されており自施設でのチェック項目を作成するには大変参考になる。一方で日本医療機能評価機構からはVer.4.0（2003.7～2005.6）の評価項目「院内感染管理」中で、抗菌薬の適正な使用を促すシステムの有無が初めて問われ、Ver.5.0（2005.7～2009.6）では、そのシステムについてカルバペネム系やバンコマイシンなどの許可制または届出制の有無が問われたものの、現行のVer.6.0（2009.7～2013.3）においては、許可制、届出制の使用は避けて抗菌薬の使用状況全般を把握する仕組みの有無についての問いに改定された。許可制と届出制以外の抗菌薬管理法も許容されており、今後は評価機構以外のチェック事項も改定される可能性が伺われる。実際の相互チェックではほとんどの場合、事前の自己評価に基づきインタビューやデータを見ながらの評価となる。自己評価で「実施している」「できている」ということであれば、可視化された根拠を確認し、自己評価が過大か過少かを指摘することもあれば、「実施できていない」ことに対しては、なぜ実施できないのか、どうしたら実施できるのかなどの建設的な助言することも大切な相互チェックの目的である。具体的には、届出（許可）制の評価においては、届出（許可）なければならぬ薬剤や種類や遵守率、届出（許可）がなされなかった場合の対応、届出（許可）制導入前後での使用量や影響を受けるとされる菌種の感受性の変化（評価）、などについて評価に加えてコメントをする。また、使用量の把握についてはAntimicrobial use density（以下 AUD）を用いていけば、医療機関間での比較が可能となる。本講習会では、感染対策の施設間相互チェックについて、実際に私どもが使用しているチェックリストを紹介し、そのポイントや問題点などについて討議したい。