〈報告〉

診療報酬改定による医療施設の感染防止対策の変化

前澤佳代子^{1,*}・寺島 朝子^{1,†}・黒田 裕子¹⁾・堀 誠治²⁾・木津 純子¹⁾*Changes in Infection Control in Medical Facilities after the Revision of Medical Fees*Kayoko MAEZAWA^{1,*}, Tomoko TERAJIMA^{1,†}, Yuko KURODA¹⁾, Seiji HORI²⁾ and Junko KIZU¹⁾¹⁾Department of Practical Pharmacy, Keio University Faculty of Pharmacy,²⁾Department of Infectious Diseases and Infection Control, Jikei University School of Medicine,

(*International University of Health and Welfare, School of Pharmaceutical Sciences),

(†Department of Pharmacy, University Hospital, Faculty of Medicine, University of Yamanashi)

(2014年6月2日 受付・2014年9月1日 受理)

要 旨

医療現場での感染防止対策について、感染防止対策加算に関わる診療報酬改定を経てどのように変化したか、アンケートによる実態調査を実施した。2008年5月に第1回調査、2010年4月加算新設後の2011年1月に第2回調査、2012年4月加算改定後の2013年8月に第3回調査を行った。全国有床診療施設より抽出した1000施設に調査を依頼した。ICT設置率は、第1回(回答539施設)78%、第2回(494施設)77%であったが、第3回(574施設)では88%に増加していた。加算の算定率は、第2回調査においては46%であり、その9割が300床以上であった。第3回調査では85%(加算1:60%、加算2:25%)となり、300床未満の施設の算定率が上昇した。算定による変化として、ICTラウンドの頻度の増加が挙げられ、「週一回以上」実施している施設が16%、35%、54%と増加した。さらに、抗菌薬管理を強化した施設も多く、カルバペネム系薬の許可制・届出制を導入している施設は45%、59%、75%に増加した。注射用抗MRSA薬もいずれも同様に増加し、第3回調査では全て70%以上であった。その他、ICT及び専門職種の増員などが行われた。以上より、2012年4月の加算改定により、施設の病床規模によらず、感染対策に対する取り組みや体制作りが一層推進され、各施設の感染防止対策が充実してきていることが確認された。

Key words : 感染防止対策加算, infection control team, 抗菌薬, 許可制・届出制, アンケート調査

はじめに

近年、医療安全対策の一つとして、感染制御に対する医療機関全体での取り組みが推進され、多くの施設で感染制御に対するマネジメントがなされている。我が国において、院内感染防止対策が初めて診療報酬点数として算定の対象となったのは1996年である¹⁾が、2005年以降、日本医療機能機構の病院機能評価 Ver. 5²⁾において、病院感染管理の項目の中で、「病院感染管理のための体制が確立している」、「病院感染に対応し、組織的

に活動している」、「抗菌薬の適正使用を促すシステムがある」などが求められ、管理体制を構築する取り組みが加速されてきた。

2010年4月の診療報酬改定では、医療安全対策推進の中で、感染症対策に対する専門的知識を有するチームによる取り組みが評価されることとなった³⁾。算定要件としては、①「医療安全対策加算1」の届け出を行っていること、②感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6ヵ月以上の研修を修了した看護師(専従1名、専任1名以上)を配置していること、③3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師を配置していること、④感染対策部門の設置、感

¹⁾慶應義塾大学薬学部実務薬学講座、²⁾東京慈恵会医科大学感染制御部、(*現 国際医療福祉大学薬学部)、(†現 山梨大学医学部附属病院薬剤部)

染対策チームが広域抗生剤等の使用を管理していること、などが求められた。

さらに2012年4月には、院内感染対策の防止策について、感染防止対策チームの評価が医療安全対策加算とは別の評価体系に改められた。改定された感染防止対策加算では、「医療安全対策加算1」の届出は必要なく、感染防止対策加算1と加算2が設けられた。加算2では一般病床数300床未満の施設を標準とし、看護師の6ヵ月間の研修修了の要件と、医師または看護師どちらか1名以上の専従の要件が緩和された。加算1を算定している医療機関と加算2を算定している医療機関とが連携して院内感染対策に当たった場合に評価を行うことが基本とされた。さらに、加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の感染防止対策地域連携加算も新設された⁴⁾。

このような感染防止対策を取り巻く環境の変化の中、我々は2008年から院内の感染対策チーム(infection control team: ICT)設置などの管理体制や抗菌薬の届出制・許可制に係る使用管理状況などについて、継続的な調査を行ってきた。今回、2回の診療報酬改定を経て、これらの体制がどのように変化してきたか、実態調査をもとに検討した。

方 法

1. 対象

調査は、2008年5月(第1回)、2011年1月(第2回)、2013年8月(第3回)にわたり実施した。全国有床診療施設から地域別、病床別の層別2段階サンプリング法により抽出した1,000施設を対象とし、薬剤部門長宛てにアンケートを送付し、回答を依頼した。

調査の依頼にあたっては、本調査で得られた情報は、研究目的以外には使用しないこと、また、学術発表の際に個々の施設が特定されることがないように配慮することを明記した。

2. 調査項目

アンケート項目は、施設の概要(経営主体、病床数、主な病床区分)、ICTの設置状況、ICTラウンドの実施状況、各種抗菌薬の使用管理体制(許可制・届出制による管理の有無)とした。抗菌薬は、バンコマイシン注射薬、テイコプラニン注射薬、アルベカシン注射薬、リネゾリド注射薬、リネゾリド内服薬、カルバペネム系注射薬、キノロン系注射薬、第三世代セフェム系注射薬、第四世代セフェム系注射薬を対象とした。

以上の項目に加え、第2回調査では、新設感染防止対策加算の算定状況、未算定施設の算定しない理由、加算算定施設における管理体制の変化について質問した。第3回調査では、改定感染防止対策加算1・2の算定状況、未算定施設の算定しない理由、地域連携加算の算定

状況、加算算定施設における管理体制の変化、抗菌薬の許可制・届出制以外の管理体制の有無について質問した。質問に対する回答は選択肢からの択一または複数選択式で行い、必要に応じ自由記載の欄を設けた。

3. 統計解析

抗菌薬管理の実施状況について、薬剤ごとに、届出制、許可制およびその他の監視体制のいずれかを導入している比率について、第1回調査を対照として χ^2 検定を用い比較し、 $p < 0.05$ を統計的に有意と判断した。

結 果

1. アンケート回答施設の概要

アンケートの回収率は、第1回調査は54%(539/1000施設)、第2回調査は49%(494/1000施設)、第3回調査は57%(574/1000施設)であった。回答に協力の得られた施設の経営主体、病床規模の分布、主な病床区分など回答施設の背景に相違は認められなかった(表1)。

2. ICTの設置状況

ICTの設置率は、第1回調査において、300床未満の施設では52%(112/216施設)、300床以上の施設では95%(306/322施設)であった。第2回調査においては、300床未満は46%(85/186施設)、300床以上は96%(295/307施設)の設置率であった。第3回調査においては、300床未満は72%(152/211施設)、300床以上は98%(355/362施設)であった(表2)。

3. ICTラウンドの実施状況

ICT設置施設の1病棟当たりのラウンド実施状況は、第1回調査では“週1回以上ラウンドを行っている”施設は16%(67/418施設)であったが、第2回調査で35%(134/380施設)、第3回調査では54%(274/507施設)であった(表3)。

4. 2010年度新設感染防止対策加算の算定状況(第2回調査)

感染防止対策加算を算定していると回答した施設(算定施設)は46%(226/493施設)であったが、300床以上では67%(207/307施設)、200~300床未満の施設では15%(10/65施設)、100~200床未満で11%(7/62施設)、100床未満では3%(2/59施設)であった。加算を算定していないと回答した施設(未算定施設)において、300床以上では53%(53/100施設)が“算定に向けて準備中”と回答したが、300床未満では12%(20/161施設)であり、88%は“算定する予定がない”との回答であった(表4)。

未算定施設(261施設)における算定していない理由(複数回答)については、“看護師の条件を充たさない”が54%で、次いで“医療安全対策加算1”の届出をしていない”44%、“医師の条件を充たさない”32%、“薬剤師の条件を充たさない”31%、“臨床検査技師の

条件を充たさない” 23%などであった(図 1-a)。

5. 2012年度改定感染防止対策加算の算定状況(第3回調査)

加算1の算定施設は60%(345/574施設)で、300床以上では89%(323/362施設)、300床未満で10%(22/211施設)であった。加算2の算定施設は25%(145/574施設)で、300床以上で8%(30/362施設)、300床未満

55%(115/211施設)であった。300床以上の施設では、98%の施設が加算1あるいは加算2を算定していた(表4)。また、地域連携加算は加算1算定施設の93%(321/345施設)が算定していた。

未算定施設(83施設)における算定していない理由(複数回答)は、“看護師の条件を充たさない”が48%と最も多く、次いで“臨床検査技師の条件を充たさない”43%、“薬剤師の条件を充たさない”41%、“医師の条件を充たさない”40%であった。さらに“感染対策部門やチームが設置できない”が24%、“共同カンファレンスができない”が21%、“連携できる医療機関がない”が9%の施設から挙げられた(図 1-b)。

6. 加算算定による感染対策管理体制の変化

第2回調査において、感染防止対策加算を始めるにあたり、“感染対策管理体制に何らかの変化があったか”の設問について、62%(140/226施設)が“変化があった”と回答した。140施設の変化の内容(複数回答)については、“ICTラウンドの頻度増加”を63%の施設が挙げ、次いで“抗微生物薬の使用管理体制の強化”を44%、“既存ICTのメンバー増員”を21%、“新規にICTを設置”を10%の施設が挙げていた(図2)。

第3回調査において、2012年4月以降に新たに算定を開始した施設の93%(111/120施設)が“変化があった”と回答した。111施設の変化の内容は、“ICTラウンドの頻度増加”を59%、“抗微生物薬の使用管理の強化”を51%、“既存ICTのメンバー増員”を35%、“新規にICTを設置”を25%の施設が挙げていた(図2)。

表1 回答施設の概要

	第1回調査 (加算新設前)	第2回調査 (加算新設後)	第3回調査 (加算改定後)
総回答施設数	539	494	574
経営主体			
公的病院 ^{a)}	205(38%)	176(36%)	200(35%)
医療法人	164(30%)	123(25%)	161(28%)
大学病院 ^{b)}	68(13%)	69(14%)	74(12%)
その他の法人 ^{c)}	36(7%)	55(11%)	43(7%)
国の病院 ^{d)}	32(6%)	43(9%)	48(8%)
社会保険関係 ^{e)}	14(3%)	20(4%)	26(5%)
個人	18(3%)	6(1%)	3(1%)
その他	2	2	19
病床規模			
100床未満	55(10%)	59(12%)	68(12%)
100~200床未満	94(17%)	62(13%)	79(14%)
200~300床未満	67(13%)	65(13%)	64(11%)
300~500床未満	111(21%)	103(21%)	133(23%)
500床以上	211(41%)	204(39%)	229(40%)
無回答・誤回答	1	1	1
病床区分			
一般病床が主体	467(87%)	421(85%)	490(85%)
療養病床が主体	53(10%)	55(11%)	51(9%)
精神病床が主体	19(4%)	17(3%)	18(3%)
その他	0	1	15

^{a)} 公的病院：地方独立行政法人を含む、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合会など。

^{b)} 大学病院：国・公立大学法人、私立学校法人を含む。

^{c)} その他の法人：財団法人、社団法人、社会福祉法人、宗教法人、医療生協、企業など。^{d)} 国の病院：独立行政法人国立病院機構を含む、厚生労働省、その他の国の機関など。

^{e)} 社会保険関係：全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合など。

表3 ICT設置施設におけるラウンドの実施状況

ラウンド実施状況 (1病棟当たり)	第1回調査 (418施設)	第2回調査 (380施設)	第3回調査 (507施設)
週1回以上	67(16%)	134(35%)	274(54%)
2週に1回程度	46(11%)	48(13%)	34(7%)
1ヵ月に1回程度	121(29%)	119(31%)	71(14%)
1ヵ月以上の間隔 又は不定期	163(39%)	63(17%)	121(24%)
その他	21(5%)	16(4%)	7(1%)

表2 ICTの設置状況(病床規模別)

病床規模	第1回調査(539施設)		第2回調査(493施設)		第3回調査(574施設)	
	ICTあり	ICTなし	ICTあり	ICTなし	ICTあり	ICTなし
100床未満	19(35%)	36(65%)	16(27%)	43(73%)	36(54%)	31(46%)
100~200床未満	50(53%)	44(47%)	29(47%)	33(53%)	64(81%)	15(19%)
200~300床未満	43(63%)	24(35%)	40(62%)	25(38%)	52(81%)	12(19%)
300~500床未満	101(91%)	10(9%)	96(93%)	6(6%)	130(98%)	3(2%)
500床以上	205(97%)	6(3%)	199(98%)	5(2%)	5(98%)	4(2%)
全 体	418(78%)	120(22%)	380(77%)	112(23%)	507(88%)	65(11%)

表4 感染防止対策加算の算定状況

病床規模	第2回調査(加算新設後)					第3回調査(加算改定後)				
	回答施設数	ICT 設置	算定	未算定		回答施設数	ICT 設置	算定	未算定	
				準備中	予定なし					
100床未満	59	16(27%)	2(3%)	56(95%)		68	36(54%)	加算1 加算2	0 32(47%)	30(44%)
				2	54					
100～200床未満	62	29(47%)	7(11%)	53(85%)		79	64(81%)	加算1 加算2	5(6%) 53(67%)	21(27%)
				7	46					
200～300床未満	65	40(62%)	10(15%)	52(80%)		64	52(81%)	加算1 加算2	17(27%) 30(47%)	17(27%)
				11	41					
300～500床未満	103	96(93%)	59(57%)	44(43%)		133	130(98%)	加算1 加算2	104(78%) 23(17%)	5(4%)
				21	23					
500床以上	204	199(98%)	148(73%)	56(27%)		229	225(98%)	加算1 加算2	219(96%) 7(3%)	2(1%)
				32	24					
全 体	493	380(77%)	226(46%)	261(54%)		574	507(88%)	加算1 加算2	345(60%) 145(25%)	83(13%)
				73	188					

a) 第2回調査(加算新設後)

b) 第3回調査(加算改定後)

図1 感染防止対策加算の未算定理由(複数回答)

図2 加算算定による感染防止対策管理体制の変化

図3 第1回・第2回・第3回調査における抗菌薬管理の実施状況

①：第1回調査，②：第2回調査，③：第3回調査。

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n.s: not significant (chi-square test; ① vs. ② or ③)。

7. 抗菌薬管理の実施状況

抗菌薬の届出制・許可制による管理の実施状況は、いずれの調査時もバンコマイシン注射薬の実施率が最も高く、届出制と許可制を合わせて第1回調査で63% (340/539施設)、第2回調査で71% (345/493施設)、第3回調査で82% (471/574施設)であった。アルベカシン注射薬、テイコプラニン注射薬、リネゾリド注射薬の抗MRSA薬はいずれも同様に増加し、第3回調査では70%を超えていた。カルバペネム系注射薬は第1回調査では45%であったが、第3回調査では79%に上昇した。キノロン系注射薬、第四世代セフェム系注射薬は微増したが、第三世代セフェム系注射薬は変化しなかった。リネゾリドでは、いずれの調査においても注射薬、内服薬ともに許可制が約20%を占めていたが、他の抗菌薬においては、各調査とも許可制は0.4～4.7%であり、変化は認められなかった。第3回調査において、届出制・許可制以外の監視体制のみを導入している施設は、抗MRSA薬については3～5% (15～27/574施設)であり、カルバペネム系注射薬、キノロン系注射薬、第三世代セフェム系注射薬は9% (46～50/574施設)、第四世代セフェム系注射薬は10% (55/574施設)であった (図3)。

届出制、許可制、その他の監視体制のいずれかを導入している施設の割合は、第1回調査時に比し、抗

MRSA薬およびカルバペネム系注射薬はいずれも第2回調査、第3回調査において、有意に上昇した。キノロン系注射薬、第三世代セフェム系注射薬、第四世代セフェム系注射薬は、第2回調査においては第1回調査と差は認められなかったが、第3回調査においては有意に上昇した ($p < 0.01$)。

考 察

実態調査より、2010年の診療報酬における感染防止対策加算の新設、2012年の改定が、各医療施設の感染防止対策や抗菌薬の管理体制に変化をもたらしていることが確認できた。

ICTについては、2008年5月の第1回調査時には78%の施設に設置されていたが、第2回調査の2011年1月においても77%と変化は認められなかった。ただし、今回の調査においては、いずれもICT設置の有無に関する設問のみであったため、とくに2008年調査時のICTについては、2010年以降の算定要件としてのICTの基準を満たしていない施設も、院内感染対策委員会の設置をもって“ICT有り”と回答している可能性が含まれている。また、感染防止対策加算を算定していると回答した施設は46%のみであった。500床以上の施設においてもICTが98%設置されているにもかかわらず、算定は73% (148/204施設)にとどまっており、

16% (32/204 施設) が算定に向けて準備中と回答していた。300～500 床未満の施設においても、ICT は 93% に設置されているにもかかわらず、算定は 57% (59/103 施設) で、20% (21/103 施設) が準備中であった。しかしながら、300 床未満の施設においては、ICT の設置は 46% と少なく、算定も 10% (19/186 施設) にとどまり、準備中は 11% (20/186 施設) のみであった(表 4)。2010 年の感染防止対策加算では、「医療安全対策加算 1」を算定した上で感染防止対策加算を申請する必要があった。未算定 267 施設の、算定していない理由としては、“「医療安全対策加算 1」の届出をしていない”を 118 施設(46%) が挙げていたが、その 80% は 300 床未満の施設であった。また、“看護師の条件を充たさない”という理由を 145 施設(54%) が挙げており、6 ヶ月以上の研修を修了するという要件は厳しいものであった(図 1-a)。さらに、“要件を充たすような感染管理の研修を修了している看護師が所属していても、専従や専任での配置ができない”との記述回答も認められた。2010 年に新設された加算においては、既に管理体制を整えていた病床規模の大きな施設が主に加算できたことが確認された。

2013 年 8 月の第 3 回調査では、500 床以上の施設では 96% (219/225 施設) が加算 1 を算定し、3% (7/225 施設) が加算 2 を算定、未算定は 1% (2 施設) のみであった。300～500 床未満では 78% (104/133 施設) が加算 1、17% (23/133 施設) が加算 2 を算定し、未算定は 4% (5 施設) と、300 床以上の施設はほとんど加算を算定していることが確認された(表 4)。第 2 回調査時に算定のための準備中と回答した施設も、加算施設に追加されたと考えられる。また、地域連携加算も加算 1 算定施設の 93% が算定しており、相互評価による、より一層の感染防止対策の取り組みが推進されていることが確認できた。

300 床未満においては、ICT の設置率が 52% から 72% に増加していた。加算 1 の算定が 10% (22/211 施設)、加算 2 が 55% (115/211 施設) と加算施設も大きく増加した(表 4)。これには、今回の改定の「医療安全対策加算 1」の届出施設である必要がなくなったこと、看護師の 6 ヶ月間の研修修了の要件や医師または看護師の専従の要件がなくなったことが大きく寄与していると考えられる。しかしながら、なお看護師、臨床検査技師、薬剤師、医師などの条件を充たさない施設、ICT が設置できない、共同カンファレンスができない、連携施設がない施設も数多く存在している(図 1-b)。医療施設において感染対策は何よりも重要な取り組みの一つであり、チームによる組織的な介入がより有用である⁵⁾。これらの施設においても ICT を設置し、効果的な感染対策を推進していくことが期待される。

加算の算定による変化としては、第 2 回調査においても、第 3 回調査においても“ICT ラウンドの頻度増加”を挙げる施設が 63%、59% と最も多かった(図 2)。ICT のラウンドについては、2008 年には“週 1 回以上”と回答した施設は 16% (67/418 施設) であったが、2013 年には 54% (274/507 施設) に増加し、より活発な方向へ進んでいることが認められた。しかし、“1 ヶ月以上の間隔又は不定期”で実施している施設が依然として 24% (121/507 施設) 存在している(表 3)。必要な患者をきちんと把握し、ICT が介入するシステムが構築されていることが重要であろう。

算定後の変化としては、“抗微生物薬の使用管理の強化”も第 2 回調査で 44% (62/140 施設)、第 3 回調査で 51% (57/111 施設) の施設から挙げられた(図 2)。また、届出制、許可制、その他の監視体制のいずれかを導入している施設の比率が、第 3 回調査において全ての調査対象薬で有意に上昇していることが確認された。2005 年日本病院機能評価 Ver. 5 の評価項目体系において、感染制御に関わる評価項目の中に抗菌薬の適正使用を促すシステムとして、カルバペネム系薬やバンコマイシンなど、「特別な抗菌薬の使用許可制や使用届出制」の文言が盛り込まれ²⁾、2008 年の第 1 回調査でも抗菌薬の適正使用管理に届出制・許可制を多くの施設で取り入れている実状が認められた⁶⁾。2012 年の診療報酬改定においても、感染防止対策加算の施設基準⁷⁾の中に、「院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬等については届出制又は許可制の体制をとること」と明記されていることから、届出制・許可制の実施率は経年的に増加してきたと言えよう。一方で、これら抗菌薬の「許可制・届出制」については、その是非もずっと議論されてきた。届出制、許可制により使用制限することで、使用制限していない薬剤の使用量が増加し、他の耐性菌が増加したとの報告もある⁸⁾。病院機能評価 Ver. 6⁹⁾ では抗菌薬の適正使用を促すシステムの文中に許可制、届出制との文言は使われず、「特別な抗菌薬の使用状況を把握する仕組みがある」との記述に変更されている。さらに、近年、抗菌薬スチュワードシップの考え方^{5,10)} も広がり、届出制・許可制によらない抗菌薬適正使用推進に関する報告¹¹⁾ や電子カルテシステムを利用した薬剤部門による監視体制の構築が報告されている^{12,13)}。第 3 回調査においても、許可制・届出制以外の監視体制を導入している施設が認められたが、抗 MRSA 薬以外の抗菌薬の管理に導入する施設が多い傾向が認められた(図 3) この管理体制を加えると、2013 年には、バンコマイシン注射薬は 87% (505/574 施設) の施設で何らかの管理を行っており、次いでカルバペネム系注射薬が 84% (479/574 施設) と、多くの医療施設

で抗菌薬の管理体制が推進されていることが確認された。

今回の調査より、2010年4月の診療報酬改定による感染防止対策加算の新設を経て、2012年4月の改定後には算定施設が大きく増大し、とくに300床未満の施設において増加していることが認められた。また、ICTの設置率やラウンド数の増加、抗菌薬管理状況など、感染対策に対する取り組みや体制作りがより推進され、各施設の感染防止対策が充実してきていることが確認された。

謝 辞：アンケートにご協力賜り、貴重なデータをご提供いただきました全国医療施設の薬剤部門ならびに感染対策部門の先生方に厚く御礼申し上げます。

利益相反について：利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省保険局医療課：平成8年度社会保険診療報酬改定の概要．<http://www.umin.ac.jp/kaitei.htm>：2014年5月16日現在
- 2) 日本医療機能評価機構：病院機能評価 自己評価調査票（一般病院版 V5.0）．http://jcqhc.or.jp/pdf/works/ver.5.0/V5DATA_G.pdf：2014年5月16日現在
- 3) 厚生労働省保険局長通知．平成22年3月5日保発0305第1号．<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-062.pdf>：2014年5月16日現在
- 4) 厚生労働省保険局長通知．平成24年3月5日保発0305第1号．<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/tuuchi3-1-1.pdf>：2014年5月16日現在
- 5) Dellit TH, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, *et al.*: Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guideline for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis* 2007; 44(2): 159-77.
- 6) 前澤佳代子, 堀 誠治, 木津純子：抗菌薬の許可・届出制の実施に関する実態調査．*日化療会誌* 2009; 27: 147.
- 7) 厚生労働省保険局医療課：平成24年度診療報酬改定関係資料(通知)．平成24年3月．別添2「入院基本料等の施設基準等」．http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_02-07.pdf：2014年5月16日現在
- 8) 三嶋廣繁, 山岸由佳：病院機能評価と医療関連感染対策．*感染症* 2009; 39(6): 201-8.
- 9) 日本医療機能評価機構：病院機能評価 統合版評価項目 V6.0（下位項目付き）．<http://jcqhc.or.jp/pdf/works/v6.pdf>：2014年5月16日現在
- 10) MacDougall C, Polk RE: Antimicrobial stewardship programs in health care systems. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18(4): 638-56.
- 11) 工藤 晋, 丹代恭太, 蒲澤一行：届出・許可制によらないカルバペネム系の de-escalation 推進に向けたモニタリング手順の構築と評価．*日病薬誌* 2012; 48(8): 981-5.
- 12) 丹羽 隆, 篠田康孝, 鈴木昭夫, 大森智史, 太田浩敏, 伊藤善規, 他：Infection control team による全入院患者を対象とした注射用抗菌薬適正使用推進実施体制の確立とアウトカム評価．*医療薬* 2012; 38(5): 273-81.
- 13) 井上博章, 旭満里子, 松永民秀, 加藤祐美子, 山崎善隆, 大森 栄, 他：薬剤部から ICT への情報提供による薬剤サーベイランス連絡体制の構築．*日病薬誌* 2007; 43: 236-9.

〔連絡先：〒105-8512 東京都港区芝公園 1-5-30
慶應義塾大学薬学部実務薬学講座 木津純子
E-mail: kizu-jn@pha.keio.ac.jp〕

Changes in Infection Control in Medical Facilities after the Revision of Medical Fees

Kayoko MAEZAWA^{1,*}, Tomoko TERAJIMA^{1,†}, Yuko KURODA¹, Seiji HORI² and Junko KIZU¹

¹*Department of Practical Pharmacy, Keio University Faculty of Pharmacy,*

²*Department of Infectious Diseases and Infection Control, Jikei University School of Medicine,*

*(*International University of Health and Welfare, School of Pharmaceutical Sciences),*

(†Department of Pharmacy, University Hospital, Faculty of Medicine, University of Yamanashi)

Abstract

To clarify changes in infection control in medical facilities after the revision of medical fees, including those for infection control, questionnaire surveys were conducted in May 2008, January 2011, and August 2013; the second and third surveys were made after the revisions of medical fees in April 2010 and April 2012, respectively. A total of 1,000 facilities were selected from medical facilities with beds throughout Japan, and were asked to cooperate with the study; 539, 494, and 574 facilities participated in the first, second, and third surveys, respectively. The infection control team (ICT) availability rate in each survey was 78% (539 responses), 77% (494), and 88% (574), respectively; a marked increase in the rate was observed in the third survey. The rate of facilities charging additional fees was 46% in the second survey, 90% of which had 300 beds or more, and 85% in the third survey (additional fee category 1: 60%; 2: 25%), with a marked increase in the proportion of facilities with less than 300 beds. These changes in additional fee charges may be explained by the increased frequency of ICT rounds. During the study period, the rates of facilities making 1 or more ICT rounds weekly increased from 16% in the first survey to 35% in the second and 54% in the third surveys. Furthermore, antibacterial drug management was promoted in a large number of facilities, and rates of facilities requiring permission or reporting for carbapenem use increased from 45% in the first survey to 59% in the second and 75% in the third surveys. A similar tendency was also observed in relation to anti-MRSA injections, with the rate was higher than 70% in the third survey. The numbers of ICT members and other specialists had also increased. These findings confirm that infection control approaches and systems have been strengthened in medical facilities, regardless of the number of beds, since the revision of medical fees in April 2012.

Key words : additional fees for infection control, infection control team, antibacterial drugs, use of drugs requiring permission or reporting, questionnaire survey