

介護老人保健施設における 医療関連感染症および 抗菌薬使用に関する研究報告書



厚生労働科学研究費補助金
新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
「薬剤耐性 (AMR) アクションプランの実行に関する研究班」
(代表: 国立研究開発法人国立国際医療研究センター 大曲 貴夫)

介護老人保健施設における医療関連感染症および 抗菌薬使用に関する研究報告書

目次

I. 研究要旨	1
1. 調査の背景	1
2. 調査の目的	1
3. 調査の実施方法および回収状況	1
4. 結果および考察	2
5. 総括	3
6. 研究組織	3
II. 調査結果	5
調査票A:施設基本調査票の結果	5
小括 <調査票A:施設基本調査票>	9
調査票B:感染症診療および感染管理体制調査票の結果	9
小括 <調査票B:感染症診療および感染管理体制調査票>	18
調査票C:調査当日施設状況調査票の結果	19
小括 <調査票C:調査当日施設状況調査票>	20
調査票D:調査当日個票の結果	20
小括 <調査票D:調査当日個票>	29
III. 結果および考察	30
IV. 参考文献	33
V. 謝辞	34
VI. 参考資料	35

I. 研究要旨

1. 調査の背景

1980年以降、抗微生物薬の不適切使用を背景とした薬剤耐性菌の増加が、国際社会で大きな問題となっている¹⁾。2015年5月、世界保健機関総会において、薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プランが採択された。それを受けて、2016年に本邦における「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」が策定された²⁾。当該プランの戦略のひとつに、医療および介護分野における薬剤耐性の変化や拡大の予兆を的確に把握する動向調査の強化が挙げられている²⁾。

病院では「院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）」、2019年1月に稼働した「感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE；Japan Surveillance for Infection Prevention and Health-care Epidemiology）」により、薬剤耐性菌の分離状況、医療関連感染症の発生状況を評価するサーベイランス基盤が整いつつある。また、医療機関における抗微生物薬の使用量（AMU；Antimicrobial Use）は、薬剤耐性菌の発生と密接な関係があることから³⁾、抗微生物薬の使用量を減少させることにより、薬剤耐性菌の発生を抑制することが示されている⁴⁾。このため、抗菌薬使用量のサーベイランスは、患者の治療結果の改善、薬剤耐性菌の発生抑制、医療費の削減につながると期待されている⁵⁾。

わが国は2007年に、65歳以上の人口が総人口に占める割合（高齢化率）が21%を超え、世界に先駆けて“超高齢社会”に突入した⁶⁾。2017年の高齢化率は27.7%となり、少子化の深化とともに今後も高齢化率は上昇傾向であることが推計されている⁶⁾。急速な高齢化率に伴い、介護を必要とする高齢者も急増し、介護保険制度による要介護認定者は上昇を続けている⁷⁾。介護保険サービスで利用できる施設の介護老人保健施設、介護老人福祉施設数も増加傾向である⁷⁾。要介護状態の高齢者は、複数の基礎疾患を抱え、かつ加齢に伴い免疫能が低下した状態であることから、感染症を発症するリスクが高く、重症化しやすい特徴がある。しかし、このような要介護者が集まって生活をしている介護施設における感染症の発生状況や薬剤耐性菌の及ぼす影響、抗菌薬使用に関する実態は、ほとんど把握されていない。

2. 調査の目的

介護老人保健施設（以下、老健施設）は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設である。常勤の管理医師が配置されていることから、肺炎あるいは尿路感染症に対する治療、褥そうの処置といった日常的な医療サービスを介護報酬による給付で提供している。そこで、感染症診療および抗菌薬使用状況、感染管理体制を包括的に明らかにし、老健施設における感染症診療およびAMR対策を検討するため、施設基本情報および抗菌薬使用者の点有病率調査（PPS；Point Prevalence Survey）を行った。

3. 調査の実施方法および回収状況

(1) 調査対象および抽出方法

全国老人保健施設協会を通し、加盟会員リストの提供を受けた。当該リストから無作為に1,500施設を抽出し、調査対象とした。

(2) 調査実施方法

調査対象となった老健施設へ調査票一式を送付した。調査の参加同意が得られた施設に、調査票の記入を依頼した。記入を終えた回答用紙は、返信用封筒を用いて郵送あるいはオンラインアンケートシステムにて回収した。

(3) 主な調査項目

調査票はAからDまでの四部構成とした。

① 調査票A：施設の基本情報（2019年2月1日または3月1日現在の状況）

- ② 調査票B：施設の感染症診療および感染管理体制（2019年2月1日または3月1日現在の状況）
- ③ 調査票C：調査当日の施設状況
- ④ 調査票D：調査当日の個票

(4) 実施時期

2019年2月1日から3月31日まで

(5) 回収および集計状況

調査票の回収は134件（回収率8.9%）で、そのうち4件は、オンラインシステムからの回収であった。有効回収数は126件（有効回収率8.4%）で、無回答・途中棄権の各1件、数ページにおよぶ無回答の6件を集計作業から除外した。

4. 結果および考察

(1) 調査票A：老健施設の基本情報について

本調査への参加施設類型は、基本型（加算型を含む）76施設（60.3%）および在宅強化型（超強化型を含む）41施設（32.5%）であった。本調査結果は、有効回収率が8.4%と低かったことを考慮する必要がある。施設整備面では、個室がない施設が1割程度あり、感染症発症者への対応策について、そういった施設でも実施可能な具体例を用いた支援の必要性が示唆された。薬剤師の常勤換算職員数は0.4人であった。退所者の退所先は、医療機関が2,299人（35.8%）であり、入所中に医療機関で加療が必要となる者が、一定数存在することがうかがえた。このような入所者は、老健施設と医療機関の行き来により、双方の環境から影響を受ける。そのため、医療機関および老健施設の双方向性を持った情報共有が、感染対策の観点からも重要であると示唆された。尿、血液、その他の培養検査が自施設あるいは併設医療機関で対応可能な施設は、18施設（14.3%）だった。尿培養検査については、自施設あるいは併設医療機関からの外部委託により対応可能なのが、88施設（71.0%）であった。限られた医療設備内で検体採取・提出を行うことを考慮し、検体搬送および一時保存方法も検討していく必要があると考えられた。

(2) 調査票B

① 施設内における感染症診療

管理医師の感染症診療において「肺炎」は、発熱、聴診の所見といった臨床所見、血液一般検査、胸部X線の異常陰影、「尿路感染症」は、発熱、下腹部圧痛などといった臨床所見または症状、尿検査、「蜂窩織炎」は、発熱、局所の疼痛、発赤、腫脹などといった臨床所見または症状、血液一般検査をもとに診断していることが、それぞれうかがえた。いずれも、痰、尿、創部いずれかの培養検査結果による診断は少なかった。「肺炎」、「尿路感染症」、「蜂窩織炎」の治療において、主に3世代セファロスポリン、キノロンといった広域抗菌薬が選択される傾向がみられた。管理医師は、発熱、聴診の所見、下腹部圧痛、局所の疼痛等といった臨床所見または症状、検査結果を根拠に診断を行っていることがうかがえた。しかし、診断後の抗菌薬選択に関して、培養検査の結果に基づく抗菌薬適正使用を支援する必要性が考えられた。老健施設で使用可能な抗菌薬成分は多彩であり、同一成分の抗菌薬を数種類常備している施設もみられた。施設内で診療可能な感染症に推奨される抗菌薬について整理し、具体的に提示することで、感染症診療における初期対応の改善や標準化に加え、コスト削減への寄与も期待できると考えられた。

② 感染管理体制

ほとんどの施設が感染対策マニュアルを持ち、感染対策チームは91施設（72.2%）に設置されていた。個人用防護具（PPE：Personal Protective Equipment）は、使い捨て手袋の使用推奨に関して、9割の施設が、一処置毎の手袋交換であった。一方、使い捨てエプロンの使用推奨に関して、血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時に一処置毎に交換している施設は、6割程度であった。感染対策に対する意識の高さが示唆されたが、標準予防策をより強化させる必要性が考えられた。また、『介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド』⁸⁾を参考に、感染予防対策に必要な物品等の整備改善も、併せて行うことが示唆された。入所時に、薬剤耐性菌に関する保菌情報を収集している施設は7割であった。なお、本調査では保菌者への対応方法は確認できていない。

(3) 調査票CおよびD：抗菌薬使用者の点有病率調査（PPS；Point Prevalence Survey）

① 点有病率調査時の老健施設状況について

ほぼ長期臥床状態（要介護5）、認知症症状により意思疎通の困難さが頻繁にみられ目が離せないような状態（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）の入所者が、1-2割存在していた。総入所者10,148人のうち、延べ1,501人が医療デバイスを使用していた。

② 抗菌薬使用者の個票について

抗菌薬使用者は、調査当日入所者総数10,148人中、85施設で計172人（1.7%）だった。そのうち、感染症の治療目的（「感染巣の無回答」1人を除く）による抗菌薬使用は、78施設で計152人（1.5%）であった。欧州の長期介護施設を対象とした調査⁹⁻¹¹⁾と比して、抗菌薬使用者の割合は低かった。抗菌薬使用者の年齢中央値は86.0歳で、男性63人（36.6%）よりも女性109人（63.4%）の方が多かった。主な感染巣（疑いも含む）は、尿路感染症、肺炎、上気道炎であった。抗菌薬適正使用支援は、尿路感染症、肺炎、蜂巣炎/蜂窩織炎に対する抗菌薬選択を補助することを基本とし、上気道炎、気管支炎に対しては、対症療法を推奨していく必要があると考えられた。本調査における管理医師の抗菌薬選択状況は、上気道炎および尿路感染症に対する経口キノロン、経口3世代セファロスポリンの処方傾向がみられた。肺炎に対しては、注射用3世代セファロスポリン、経口キノロンの処方傾向がみられた。なお、治療目的（「感染巣の無回答」1人を除く）で抗菌薬を使用していた152人のうち、140人（92.1%）は、抗菌薬の処方前に血液、喀痰、尿、創部いずれかの培養検査が提出されていなかった。本調査における個票からは、適正な初期治療かの評価は出来なかった。一方、広域抗菌薬の使用や上気道炎に対する抗菌薬処方など、抗菌薬の適正使用に至っていない点は、本邦における経口抗菌薬の使用状況と類似していた¹²⁾。薬剤耐性菌の保菌者に対して、広域抗菌薬による治療はほとんど行っておらず、入所時の薬剤耐性菌保菌の状況確認は、主に感染対策の観点で利用されていると考えられた。抗菌薬適正使用支援の観点から、可能な限り、感染症発症時の培養検査に基づく評価を行いつつ、感染症診療のターゲットとなる菌を絞った抗菌薬を選択することが望まれる。さらに、多様な背景を持つ管理医師に対して、薬剤耐性菌の動向を踏まえた抗菌薬適正使用支援に加え、それを継続的に行える仕組みを構築する必要性が示唆された。

以上を踏まえ、感染症診療を行うためのガイダンス作成、培養検査提出にかかる体制支援、『介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド』⁸⁾の周知に加え、感染対策を充実させるための整備改善が必要と考えられた。

5. 総括

- 感染症診療において、細菌培養検査の提出が少なく、広域抗菌薬の使用が多かった。培養検査を考慮した抗菌薬適正使用支援を行うために、管理医師を中心とした医療従事者への啓発支援（ガイダンス作成、研修開催など）および施設体制への支援（検査ガイド作成、所定疾患施設療養費における対象疾患の適用拡大など）が重要である。
- 感染対策への意識の高さがうかがえたが、個人用防護具の使用推奨では、標準予防策への理解が十分ではなかった。薬剤耐性菌の水平伝播は、主に汚染された人の手を介して起こるため、リハビリテーション・医療ケア・生活介護支援に関わる全ての職員に対して、『介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド』⁸⁾の周知と共に、分かりやすい教育資料の提供、感染対策にかかる備品を充実するための支援が望まれる。

6. 研究組織

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」メンバー

研究代表者：

国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター 総合感染症科 / AMR臨床リファレンスセンター

センター長 大曲 貴夫

共同研究者：

国立国際医療研究センター病院	国際感染症センター	AMR臨床リファレンスセンター	主任研究員 鈴木 久美子
国立国際医療研究センター病院	国際感染症センター	AMR臨床リファレンスセンター	臨床疫学室長 松永 展明
国立国際医療研究センター病院	国際感染症センター	総合感染症科 / AMR臨床リファレンスセンター	総合感染症科医長 早川 佳代子
国立国際医療研究センター病院	国際感染症センター	総合感染症科	医療教育部門副部門長 森岡 慎一郎

研究協力者：

国立国際医療研究センター病院	国際感染症センター	AMR臨床リファレンスセンター	情報・教育支援室長 具 芳明
沖縄県立中部病院	感染症内科・地域ケア科		副部長 高山 義浩
自治医科大学附属病院	臨床感染症センター		感染制御部副部長 笹原 鉄平
公益社団法人全国老人保健施設協会			副会長 折茂 賢一郎

オブザーバー：

厚生労働省東京検疫所東京空港検疫所支所	支所長 高倉 俊二
厚生労働省健康局結核感染症課	国際感染症研究推進専門官 嶋田 聡

Ⅱ. 調査結果

調査票A：施設基本調査票の結果

1. 施設状況について

(1) 施設類型 n=126

施設類型は、在宅復帰率、リハビリ専門職の配置割合等10項目で構成される「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の合計点（最高値90点）により、5分類に分かれる。当該指標の高い順に示す。「超強化型」が33施設（26.2%）、「在宅強化型」が8施設（6.3%）、「加算型」が40施設（31.7%）、「基本型」が36施設（28.6%）、「その他型」が5施設（4.0%）であった（表A-1）。前述以外、2006年7月以降に病院や診療所から転換し、医療ニーズが高い要介護者の受入れをしている「介護療養型」は4施設（3.2%）であった。

◎表A-1 施設類型 n=126

超強化型 在宅復帰・在宅療養 支援機能加算Ⅱ	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養 支援機能加算Ⅰ	基本型	その他型	介護療養型
33 (26.2%)	8 (6.3%)	40 (31.7%)	36 (28.6%)	5 (4.0%)	4 (3.2%)

(2) 居室の種類 n=126

居室の定員が2人以上である「多床室のみ」が13施設（10.3%）、「多床室および個室」が99施設（78.6%）、「従来型個室のみ」が6施設（4.8%）、10人程度の入所者で生活単位を構成する「ユニット型個室のみ」が8施設（6.3%）であった。

2. 定員数および入退所状況（短期入所療養介護を除く）について

(1) 入所定員数 n=126

入所定員数の中央値は100人（IQR：80, 100）であった。最小定員数は12人、最大定員数は150人の施設だった。

(2) 2018年4月から9月までの平均在所日数 n=126

平均在所日数*の中央値は、328.7（IQR：206.1, 499.5）だった。そのうち、介護療養型以外の老健（122施設）における平均在所日数の中央値は、321.1（IQR：204.6, 488.6）であった。一方、医療ニーズの高い要介護者を受け入れている介護療養型老健（4施設）における平均在所日数の中央値は、462.9日（IQR：369.3, 536.9）だった。

延べ入所者日数
*平均在所日数： $\frac{\text{延べ入所者日数}}{\text{（新規入所者数＋退所者数）} / 2}$

3. 職員数および職員体制について

(1) 入所担当の職員数

入所担当の常勤換算職員数は、職種別かつ入所者100人あたりで算出した（表A-2）。

◎表A-2 入所者100人あたりの常勤換算職員数

	n	中央値 (IQR)	人員基準 (国が定める基準)
①医師	126	1.1 (1.0, 1.3)	入所者100人に1人以上 うち1名は原則常勤
②薬剤師	126	0.4 (0.0, 0.5)	施設の実情に応じた適当数 (入所者300人に1人以上を標準)
③看護・介護職員			入所者3人に1人以上
看護職員	125	11.7 (10.0, 13.5)	看護・介護職員総数の2/7程度
介護職員	124	30.9 (27.3, 35.5)	看護・介護職員総数の5/7程度
④リハビリ専門職			入所者100人に1人以上
理学療法士	124	2.7 (1.9, 4.0)	
作業療法士	123	2.0 (1.0, 3.0)	
言語聴覚士	122	0.0 (0.0, 1.0)	
⑤管理栄養士 / 栄養士	125	1.1 (1.0, 1.9)	入所定員100人以上に1人以上
⑥支援相談員	124	2.0 (1.8, 3.0)	入所者100人に1人以上
⑦介護支援専門員	122	1.8 (1.1, 2.4)	入所者100人に1人以上

(2) 看護職員の24時間配置 n=126

看護職員の24時間配置については、「あり」が102施設 (81.0%)、「あり (オンコール体制もあり)」が12施設 (9.5%)、「なし (オンコール体制あり)」が7施設 (5.6%)、「なし」が5施設 (4.0%) だった。

(3) 認定特定行為を実施できる介護職員の24時間配置 n=117 ※欠損値9

喀痰吸引行等の認定特定行為を実施できる介護職員の24時間配置については、「あり」が24施設 (20.5%)、「あり (看護職の夜勤配置がない時)」が7施設 (6.0%)、「なし (オンコール体制あり)」が15施設 (12.8%) だった。「認定特定行為を実施できる介護職員がいない」と回答したのが、71施設 (60.7%) であった。

4. 施設等では対応可能な検査について

(1) 自施設あるいは併設医療機関 (同一・隣接敷地内) で対応可能な検査 [重複回答] n=126

自施設あるいは併設医療機関で対応可能な検査の上位5つは、「迅速インフルエンザ検査」が111施設 (88.1%)、「尿検査」が94施設 (74.6%)、「迅速ノロウイルス検査」が74施設 (58.7%)、「血液一般検査」が61施設 (48.4%)、「X線撮影」が52施設 (41.3%) だった。培養検査関連は、「尿培養検査」が17施設 (13.5%)、「血液培養検査」が15施設 (11.9%)、「その他培養検査」が11施設 (8.7%) であった。CDI検査は、15施設 (11.9%) だった (表A-3)。

◎表A-3 自施設あるいは併設医療機関で対応可能な検査 [重複回答] n=126

検査内容	施設 (%)	検査内容	施設 (%)
迅速インフルエンザ検査	111 (88.1%)	尿沈渣検査	39 (31.0%)
尿検査	94 (74.6%)	尿培養検査	17 (13.5%)
迅速ノロウイルス検査	74 (58.7%)	血液培養検査	15 (11.9%)
血液一般検査	61 (48.4%)	CDI検査	15 (11.9%)
X線撮影	52 (41.3%)	その他培養検査	11 (8.7%)
CT撮影	44 (34.9%)	その他	6 (4.8%)
超音波検査	41 (32.5%)	いずれも不可	8 (6.3%)

再掲) その他6: 内視鏡検査1, 心電図1, MRI撮影1, 不明 (無回答) 3

(2) 自施設あるいは併設医療機関から外部委託している検査 [重複回答] n=124 ※欠損値2

自施設あるいは併設医療機関から外部委託している検査の上位3つは、「尿培養検査」が88施設 (71.0%)、「血液一般検査」が83施設 (66.9%)、「その他培養検査」が78施設 (62.9%) だった。CDI検査は、42施設 (33.9%) だった。

た（表A-4）。

◎表A-4 自施設あるいは併設医療機関から外部委託をしている検査 [重複回答] n=124 ※欠損値2

外部委託している検査内容	施設 (%)	外部委託している検査内容	施設 (%)
尿培養検査	88 (71.0%)	CDI検査	42 (33.9%)
血液一般検査	83 (66.9%)	その他	2 (1.6%)
その他培養検査	78 (62.9%)	いずれも不可	15 (12.1%)
血液培養検査	74 (59.7%)		

再掲) その他2: 生体組織診断1, 不明(無回答) 1

5. 併設医療機関（同一・隣接敷地内）について

(1) 併設医療機関の有無 n=126

併設医療機関について、「ある」が57施設（45.2%）、「ない」が69施設（54.8%）だった。

① 併設医療機関の類型 n=57

併設医療機関の類型について、「一般病院」が28施設（49.1%）、「地域医療支援病院」が10施設（17.5%）、「無床診療所」が7施設（12.3%）、「精神科病院」が6施設（10.5%）、「有床診療所」が4施設（7.0%）、「その他」の内容は、不明（無回答）が2施設だった。

② 併設医療機関が有する病床等 [重複回答] n=50 ※無床診療所7を除く

併設医療機関が有する病床等について、「一般病床」が33施設（66.0%）、「医療療養病床」・「地域包括ケア病棟」が各22施設（44.0%）、「回復期リハビリテーション病棟」が12施設（24.0%）、「介護療養型医療施設」が7施設（14.0%）、「精神病床」が6施設（12.0%）だった。「その他」の内容は、「緩和ケア病棟」・「障がい者施設等一般病棟」・「認知症病棟」・「特殊疾患病棟」が各1施設であった。

③ 併設医療機関が標榜する診療科 [重複回答] n=57

併設医療機関が標榜する診療科の上位3つは、「内科」が54施設（94.7%）、「リハビリ科」が32施設（56.1%）、「外科」が31施設（54.4%）だった（表A-5）。

◎表A-5 併設医療機関が標榜する診療科 [重複回答] n=57

診療科	施設 (%)	診療科	施設 (%)	診療科	施設 (%)
内科	54 (94.7%)	皮膚科	18 (31.6%)	耳鼻咽喉科	11 (19.3%)
リハビリ科	32 (56.1%)	泌尿器科	17 (29.8%)	歯科	10 (17.5%)
外科	31 (54.4%)	脳神経外科	17 (29.8%)	産科 / 婦人科	8 (14.0%)
整形 / 形成外科	29 (50.9%)	眼科	17 (29.8%)	老年科	4 (7.0%)
放射線科	19 (33.3%)	精神科	14 (24.6%)	その他	9 (15.8%)
神経内科	18 (31.6%)	腎臓内科	13 (22.8%)		

再掲) その他9: 小児科3, 肛門科1, 麻酔科1, 不明(無回答) 4

④ 併設医療機関の救急医療体制 n=57

併設医療機関の救急医療体制について、「一次救急医療」が4施設（7.0%）、「二次救急医療」が21施設（36.8%）、「三次救急医療」が3施設（5.3%）、「救急告示病院」が8施設（14.0%）、「いずれも該当しない」が21施設（36.8%）だった。

⑤ 併設医療機関の感染対策チーム（ICT）との連携 n=57

併設医療機関のICTとの連携について、「連携あり」が35施設（61.4%）、「連携なし」が6施設（10.5%）であった。「ICTはない」が14施設（24.6%）、「ICTがあるか不明」と回答したのが2施設（3.5%）だった。

6. 2018年4月から9月までの入退所状況（短期入所療養介護を除く）について

(1) 再入所状況

① 自施設から医療機関へ一時入院（約1週間以内）後の再入所者数 n=125（※欠損1施設）

一時入院後の再入所者は、79施設で延べ490人（Min-Max：1-76）だった。

② 上記①のうち、感染症治療後の再入所者数 n=73（※欠損6施設）

感染症治療による一時入院後の再入所者は、17施設で延べ48人（Min-Max：1-7）だった。

(2) 新規入所者（短期入所療養介護を除く・再入所を含む）の入所元 n=120（※欠損6施設）

新規入所者は、主に「病院」3,453人（53.8%）、「自宅」2,309人（35.9%）からの受入れであった（表A-6）。

◎表A-6 新規入所者（短期入所療養介護を除く・再入所を含む）の入所元 n=120（※欠損6施設）

入所元	人数 (%)	入所元	人数 (%)
① 病院	3,453 (53.8%)	④ 介護医療院	5 (0.1%)
ア) 一般病床	2,425 (37.7%)	⑤ 別の介護老人保健施設	115 (1.8%)
イ) 地域包括ケア病棟	341 (5.3%)	⑥ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	38 (0.6%)
ウ) 回復期リハ病棟	386 (6.0%)	⑦ 自宅	2,309 (35.9%)
エ) 医療療養病床	141 (2.2%)	⑧ その他介護施設 (サ高住・グループホーム・ 有料老人ホーム等)	309 (4.8%)
オ) 精神病床	101 (1.6%)	⑨ その他	107 (1.7%)
カ) 上記ア)～オ)以外	59 (0.9%)		
② 有床診療所	51 (0.8%)		
③ 介護療養型医療施設	37 (0.6%)		

再掲) その他107；短期入所（療養または生活介護）83, 小規模多機能型居宅介護3, 眼科1, 不明（無回答）20

(3) 退所者（短期入所療養介護を除く）の退所先 n=118（※欠損8施設）

退所先は、主に「自宅」が2,311人（36.0%）、「病院」が2,285人（35.6%）であった（表A-7）。

◎表A-7 退所者（短期入所療養介護を除く）の退所先 n=118（※欠損8施設）

退所元	人数 (%)	退所元	人数 (%)
① 病院	2,285 (35.6%)	④ 介護医療院	22 (0.3%)
ア) 一般病床	2,008 (31.2%)	⑤ 別の介護老人保健施設	97 (1.5%)
イ) 地域包括ケア病棟	69 (1.1%)	⑥ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	635 (9.9%)
ウ) 回復期リハ病棟	34 (0.5%)	⑦ 自宅	2,311 (36.0%)
エ) 医療療養病床	84 (1.3%)	⑧ その他介護施設 (サ高住・グループホーム・ 有料老人ホーム等)	559 (8.7%)
オ) 精神病床	74 (1.2%)	⑨ 死亡	450 (7.0%)
カ) 上記ア)～オ)以外	16 (0.2%)	⑩ その他	26 (0.4%)
② 有床診療所	14 (0.2%)		
③ 介護療養型医療施設	28 (0.4%)		

再掲) その他26；短期入所（生活介護）16, 小規模多機能型居宅介護1, 眼科1, 不明（無回答）8

小括 <調査票A：施設基本調査票>

- 本調査への参加施設類型は、主に基本型（加算型を含む）76施設（60.3%）、在宅強化型（超強化型を含む）41施設（32.5%）であった。
- 施設整備面で、「多床室のみ」の施設が1割程度であった。
- 薬剤師の人員基準は、施設の実情に応じた適当数（入所者300人に1人以上を標準）とされている。本調査では、薬剤師の常勤換算職員数（入所者100人あたり）は、0.4人（IQR：0.0, 0.5）であった。
- 自施設あるいは併設医療機関で可能な検査は、「迅速インフルエンザ検査」が111施設（88.1%）、「血液一般検査」が61施設（48.4%）、「X線撮影」が52施設（41.3%）で、「血液、尿、その他いずれかの培養検査関連」は18施設（14.3%）であった。尿培養検査については、外部委託により88施設（71.0%）で対応可能であった。
- 約半数の施設が、同一もしくは隣接敷地内に併設医療機関を有していた。併設医療機関の救急医療体制は、「一次救急医療」が4施設（7.0%）、「二次救急医療」・「三次救急医療」が各24施設（42.1%）、「救急告示病院」が8施設（14.0%）であった。
- 入所者の入所経路は、医療機関からが半数を占めた。自宅およびその他介護施設（サ高住・グループホーム・有料老人ホーム等）からの受入れが2,618人（40.7%）であった。
- 退所者の退所先は、自宅が2,311人（36.0%）、医療機関が2,299人（35.8%）と同程度であった。

調査票B：感染症診療および感染管理体制調査票の結果

1. 施設での診療等について

(1) 管理医師の専門領域 [重複回答] n=121 ※欠損値5

管理医師の専門領域について、上位3つは「内科」68人（54.0%）、「外科」25人（19.8%）、「産婦人科」8人（6.3%）であった（表B-1）。

◎表B-1 管理医師の専門領域 [重複回答] n=121 ※欠損値5

専門領域	人数 (%)	専門領域	人数 (%)	専門領域	人数 (%)
内科	68 (56.2%)	老年科	5 (4.1%)	小児科	3 (2.5%)
外科	25 (20.7%)	脳神経外科	3 (2.5%)	神経内科	3 (2.5%)
産婦人科	8 (6.6%)	泌尿器科	3 (2.5%)	耳鼻咽喉科	3 (2.5%)
整形 / 形成外科	5 (4.1%)	皮膚科	3 (2.5%)	その他	17 (14.0%)

再掲) その他17：リハビリ科2, 総合診療科2, 公衆衛生2, 麻酔科2, 感染症科1, 眼科1, 精神科1, 心療内科1, 認知症1, 薬理学1, 臨床検査学1, 温泉療法1, 産業保健1

(2) 管理医師のキャリア n=114 ※欠損値12

管理医師のキャリアについて、医学部卒業後年数を尋ねた。キャリア年数の中央値は46.5年（IQR：37.8, 51.3）だった。以下に、10年階級で示す（表B-2）。

◎表B-2 管理医師のキャリア年数 n=114 ※欠損値12

医学部卒業後年数	人数 (%)	医学部卒業後年数	人数 (%)	医学部卒業後年数	人数 (%)
10-19年	6 (5.3%)	30-39年	19 (16.7%)	50-59年	33 (28.9%)
20-29年	8 (7.0%)	40-49年	40 (35.1%)	60-69年	8 (7.0%)

(3) 平常時の管理医師による診察頻度 n=126

平常時の管理医師による診察頻度は、「1日複数回」が31施設（24.6%）、「1日1回」が32施設（25.4%）、「週2-3回」が22施設（17.5%）、「週1回」が21施設（16.7%）、「月1-2回」が20施設（15.9%）だった。

(4) 平常時の入所者に対する検温 n=126

平常時の入所者に対する検温は、「1日複数回」が20施設（15.9%）、「1日1回」が53施設（42.1%）、「週2-3回」が50施設（39.7%）、「週1回」が1施設（0.8%）、「月1-2回」が2施設（1.6%）だった。

2. 発熱時に医療機関へ転院する判断について [重複回答] n=126

発熱時に医療機関へ転院となる判断の上位3つは、「バイタルサインの大きな異常」が103施設（81.7%）、「数日治療を行っても、解熱しない時」が102施設（81.0%）、「意識状態の悪化」が97施設（77.0%）だった（表B-3）。

◎表B-3 発熱時に医療機関へ転院となる判断 [重複回答] n=126

判断内容	人数 (%)	判断内容	人数 (%)
バイタルサインの大きな異常	103 (81.7%)	数日様子を見ても、解熱しない時	60 (47.6%)
数日治療を行っても、解熱しない時	102 (81.0%)	ぐったりして具合が悪そうな時	46 (36.5%)
意識状態の悪化	97 (77.0%)	点滴が必要な場合	30 (23.8%)
家族の希望が強い時	97 (77.0%)	内服が必要な場合	4 (3.2%)
検査が必要な場合	60 (47.6%)	その他	7 (5.6%)

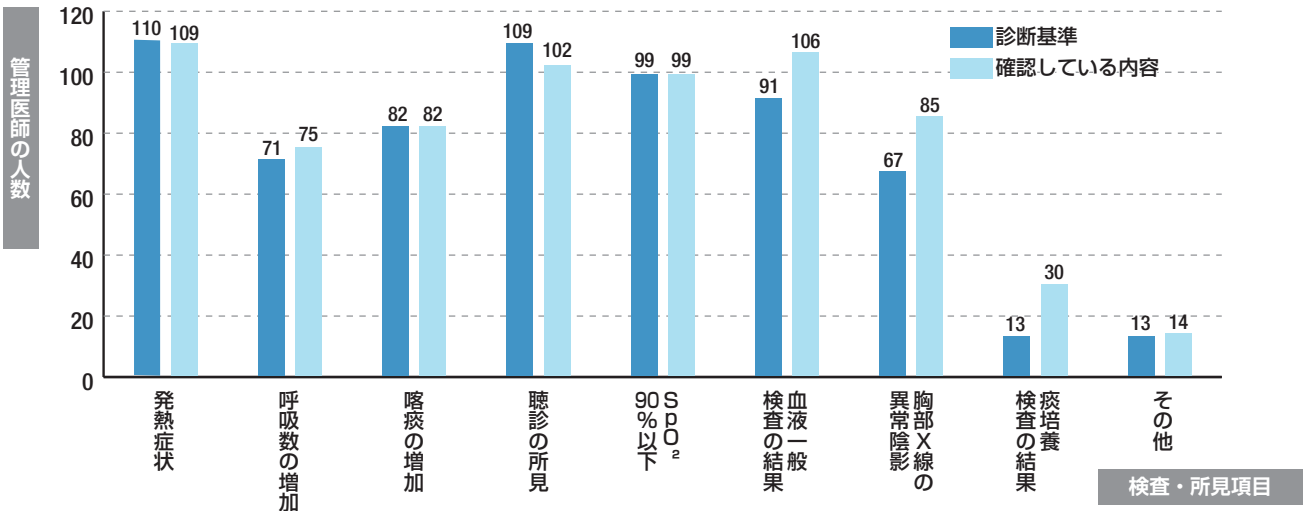
再掲) その他7：管理医師の判断2, まず外来受診2, 要気管内挿管1, 血液一般検査（CPR値）の上昇1, 本人の希望1

3. 施設内における感染症診療およびその対応について

(1-1・2) 管理医師による「肺炎」の診断基準および確認内容 [重複回答] n=126

管理医師が「肺炎」と診断する基準の上位3つは、「発熱症状」が110人（87.3%）、「聴診の所見」が109人（86.5%）、「SpO₂ 90%以下」が99人（78.6%）だった（図B-1）。診断に際し、自施設（併設医療機関を含む）で確認している内容の上位3つは、「発熱症状」が109人（86.5%）、「血液一般検査」が106人（84.1%）、「聴診の所見」が102人（81.0%）であった（図B-1）。

◎図B-1 「肺炎」の診断基準および自施設（併設医療機関を含む）で確認している内容 [重複回答] n=126



再掲1) 診断基準の「その他」13：胸部CT 5, 外来受診3, 身体所見（咳・喘鳴）2, 誤嚥の有無1, 意識状態の悪化1, 教科書またはマニュアル記載内容1,
再掲2) 確認している内容の「その他」14：胸部CT 7, 頻脈1, 意識状態の悪化1, 外来受診（協力医療機関）1, 不明（無回答）4

(1-3) 「肺炎」の診断基準と確認内容が異なる理由 [重複回答] n=55 ※欠損値12

「肺炎」の診断基準と確認内容が異なる理由は、「検査体制がない」が39人（70.9%）、「結果が出るまで時間を要す」が12人（21.8%）、「介護報酬内で対応不可」が9人（16.4%）、「人員不足で対応不可」が2人（3.6%）、「その他」が4人（7.3%）だった。「その他」の内容は、「治療効果の確認で細菌培養検査を実施」・「次回の参考で細菌培養検査を実施」・「施設長判断」・「不明（無回答）」が各1人であった。

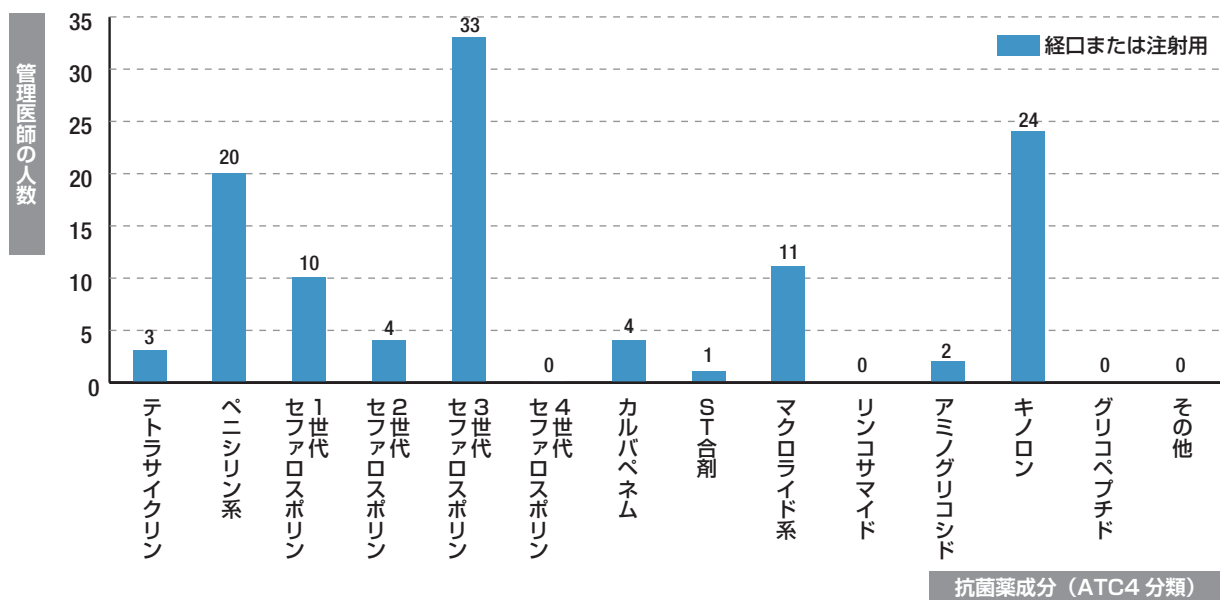
(1-4)「肺炎」に処方する決まった抗菌薬の有無 n=126

「肺炎」に処方する決まった抗菌薬は、「ある」が52人（41.3%）、「なし」が74人（58.7%）だった。

(1-5)「肺炎」に処方する決まった抗菌薬成分（ATC4分類） [重複回答] n=52

「肺炎」に処方する決まった抗菌薬成分の上位3つは、「3世代セファロスポリン」が33人（63.5%）、「キノロン」が24人（46.2%）、「ペニシリン系」が20人（38.5%）だった（図B-2）。本設問において、投与経路は確認していない。

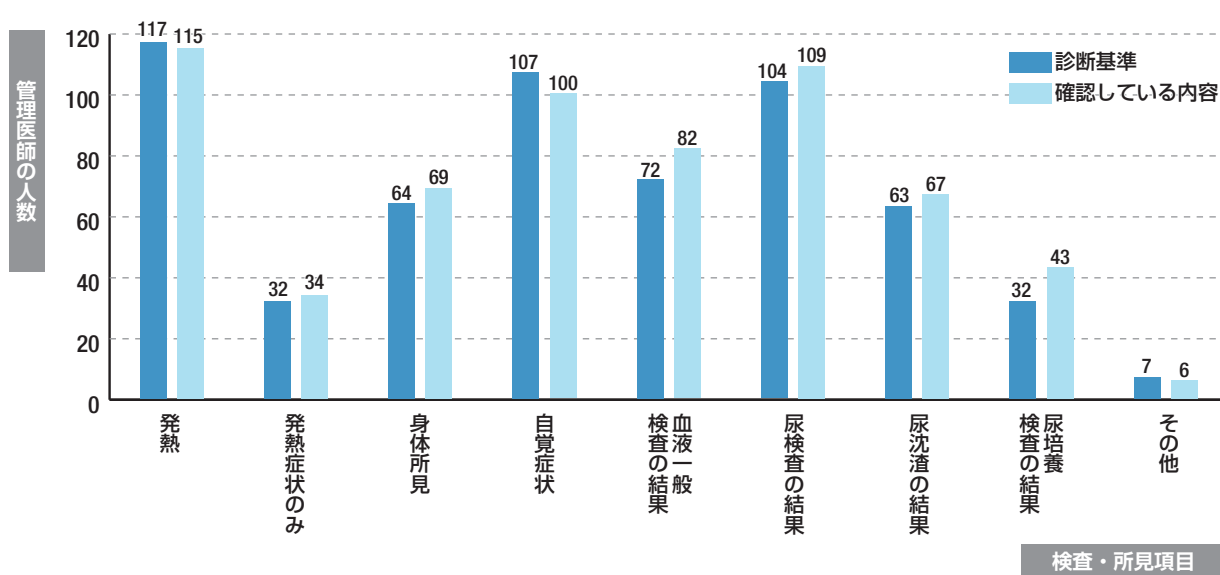
◎図B-2 「肺炎」に処方する決まった抗菌薬成分（ATC4分類） [重複回答] n=52



(2-1-2) 管理医師による「尿路感染症」の診断基準および確認内容 [重複回答] n=126

管理医師が「尿路感染症」と診断する基準の上位3つは、「発熱症状」117人（92.9%）、排尿時痛・残尿感・下腹部痛といった「自覚症状」107人（84.9%）、「尿検査の結果」104人（82.5%）だった（図B-3）。診断に際し、自施設（併設医療機関を含む）で確認している内容の上位3つは、「発熱症状」115人（91.3%）、「尿検査の結果」109人（86.5%）、排尿時痛・残尿感・下腹部痛といった「自覚症状」100人（79.4%）だった（図B-3）。

◎図B-3 「尿路感染症」の診断基準および自施設（併設医療機関を含む）で確認している内容 [重複回答] n=126



再掲1) 診断基準の「その他」7；尿の性状3, 既往歴2, 外来受診1, 不明（無回答）1

再掲2) 確認している内容の「その他」6；尿の性状3, 膀胱留置カテーテルの使用1, 既往歴1, 不明（無回答）1

(2-3)「尿路感染症」の診断基準と確認内容が異なる理由 [重複回答] n=46 ※欠損値11

「尿路感染症」の診断基準と確認内容が異なる理由は、「検査体制がない」29人(63.0%)、「結果が出るまで時間を要す」25人(54.3%)、「介護報酬内で対応不可」6人(13.0%)、「その他」4人(8.7%)だった。「その他」の内容は、「治療効果の確認で細菌培養検査を実施」・「次回の参考で細菌培養検査を実施」・「重症化した場合のみ診察」・「施設長判断」が各1人であった。

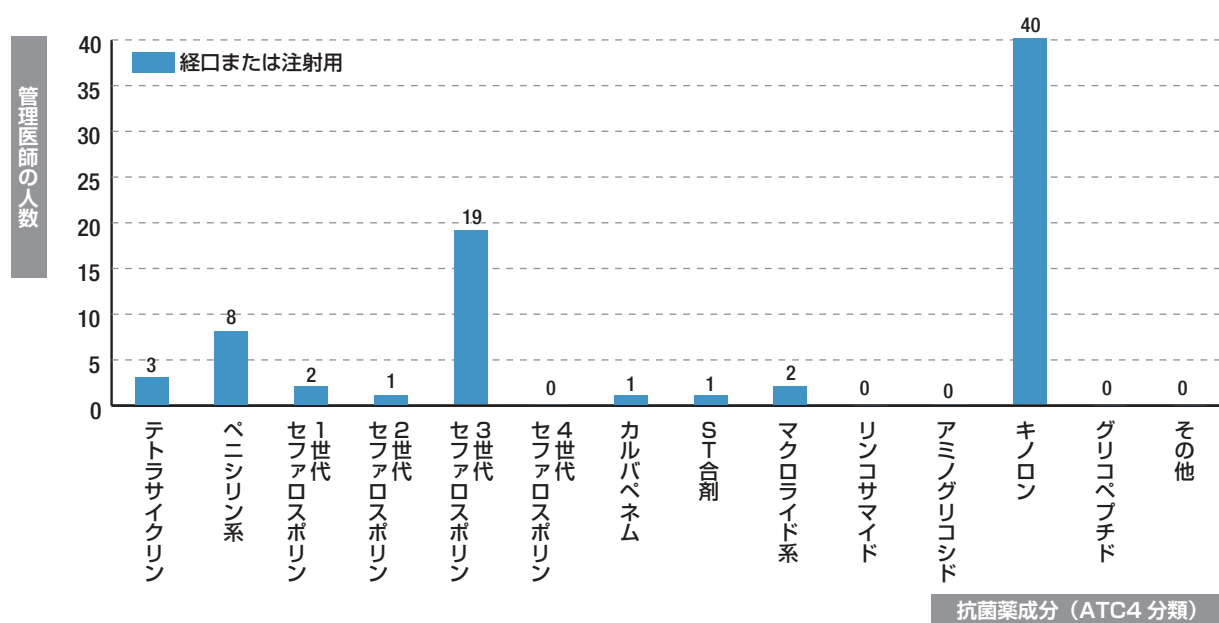
(2-4)「尿路感染症」に処方する決まった抗菌薬の有無 n=126

「尿路感染症」に処方する決まった抗菌薬は、「ある」が59人(46.8%)、「なし」が67人(53.2%)だった。

(2-5)「尿路感染症」に処方する決まった抗菌薬成分(ATC4分類) [重複回答] n=59

「尿路感染症」に処方する決まった抗菌薬成分の上位3つは、「キノロン」が40人(67.8%)、「3世代セファロスポリン」が19人(32.2%)、「ペニシリン系」が8人(13.6%)だった(図B-4)。本設問において、投与経路は確認していない。

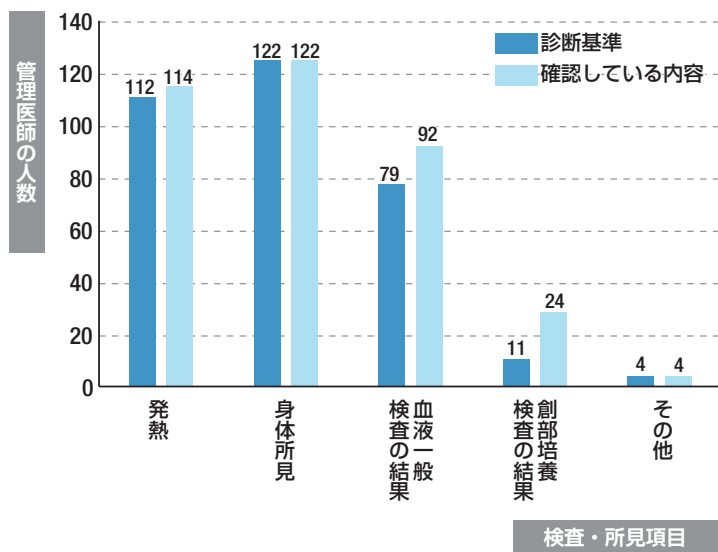
◎図B-4 「尿路感染症」に処方する決まった抗菌薬成分(ATC4分類) [重複回答] n=59



(3-1・2) 管理医師による「蜂巣炎/蜂窩織炎」の診断基準および確認内容 [重複回答] n=126

管理医師が「蜂巣炎/蜂窩織炎」と診断する基準の上位3つは、局所の疼痛・発赤・腫脹などといった「身体所見」122人(96.8%)、「発熱症状」112人(88.9%)、「血液一般検査の結果」79人(62.7%)だった(図B-5)。診断に際し、自施設(併設医療機関を含む)で確認している内容の上位3つは、局所の疼痛・発赤・腫脹などといった「身体所見」122人(96.8%)、「発熱症状」114人(90.5%)、「血液一般検査の結果」92人(73.0%)だった(図B-5)。

◎図B-5 「蜂巣炎/蜂窩織炎」の診断基準および自施設（併設医療機関を含む）で確認している内容 【重複回答】 n=126



再掲1) 診断基準の「その他」4；外来受診4

再掲2) 確認している内容の「その他」4；外来受診（協力または外部医療機関）3, 症状改善1

(3-3)「蜂巣炎/蜂窩織炎」の診断基準と確認内容が異なる理由 【重複回答】 n=31 ※欠損値5

「蜂巣炎/蜂窩織炎」の診断基準と診断のための確認内容が異なる理由は、「検査体制がない」が17人（54.8%）、「結果が出るまで時間を要す」が11人（35.5%）、「介護報酬内で対応不可」が6人（19.4%）、「その他」が2人（6.5%）だった。「その他」の内容は、「重症例に対応不可」・「施設長判断」が各1人であった。

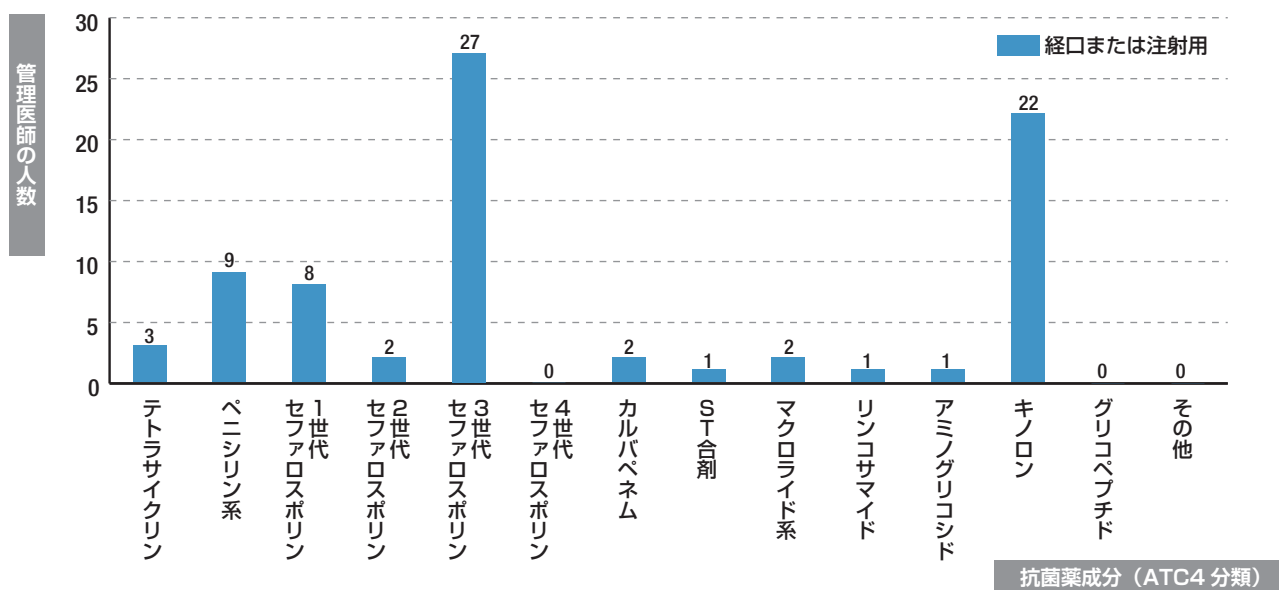
(3-4)「蜂巣炎/蜂窩織炎」に処方する決まった抗菌薬の有無 n=126

「蜂巣炎/蜂窩織炎」に処方する決まった抗菌薬は、「ある」が41人（32.5%）、「なし」が85人（67.5%）だった。

(3-5)「蜂巣炎/蜂窩織炎」に処方する決まった抗菌薬成分（ATC4分類）【重複回答】 n=41

「蜂巣炎/蜂窩織炎」に処方する決まった抗菌薬成分の上位3つは、「3世代セファロスポリン」が27人（65.9%）、「キノロン」が22人（53.7%）、「ペニシリン系」が9人（22.0%）だった（図B-6）。本設問において、投与経路は確認していない。

◎図B-6 「蜂巣炎/蜂窩織炎」に処方する決まった抗菌薬成分 【重複回答】 n=41



(4) 治療にあたり、ガイドラインなどの参照の有無 n=121 ※欠損値5

感染症治療に際し、ガイドライン（日本化学療法学会発行『JAID/JSC 感染症治療ガイド2014』等）を参照することがあるかについて尋ねた。「参照している」が69施設（57.0%）だった。

(5-1) 過去1か月（2019年1月分）における所定疾患施設療養費の算定状況 n=125 ※欠損値1

「肺炎」、「尿路感染症」、「带状疱疹」を発症した入所者に対し、施設内で投薬、処置などの治療管理を行った場合に算定できる所定疾患施設療養費について、2019年1月分の算定状況を探った。所定疾患施設療養費を算定したのは、91施設（72.8%）だった。その内訳は、「（Ⅰ）を算定」したのが35施設（28.0%）、（Ⅰ）の要件に加え、感染症対策に関する研修の受講等が求められる「（Ⅱ）を算定」したのが49施設（39.2%）、「（Ⅰ）・（Ⅱ）」の両方を算定したのが7施設（5.6%）、所定疾患施設療養費を「算定していない」のが34施設（27.2%）であった（表B-7）。

◎表B-7 所定疾患施設療養費の算定状況（2019年1月分） n=125 ※欠損値1

施設数（%）	算定あり			算定なし
	再掲			施設数（%）
	（Ⅰ）のみ 施設数（%）	（Ⅱ）のみ 施設数（%）	（Ⅰ）・（Ⅱ）両方 施設数（%）	
91（72.8%）	35（28.0%）	49（39.2%）	7（5.6%）	34（27.2%）

備考） 所定疾患施設療養費については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービスおよび特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）平成12年3月8日老企第40号を参照のこと

(5-2) 過去1か月（2019年1月分）における所定疾患施設療養費の算定人数

所定疾患施設療養費を算定した91施設に、疾患ごとの算定人数を探った。しかし、実人数と算定延べ人数の回答が混在していると推測されたため、集計は行わなかった。そのため、疾患ごとの算定施設数を以下に示す（表B-8）。

◎表B-8 所定疾患施設療養費を算定した施設における疾患ごとの算定状況（2019年1月分）【重複回答】 n=91

対象疾患	施設数（%）	所定疾患施設療養費の算定あり		
		再掲		
		（Ⅰ）のみ 施設数（%）	（Ⅱ）のみ 施設数（%）	（Ⅰ）・（Ⅱ）両方 施設数（%）
肺炎	66（72.5%）	25（27.5%）	36（39.6%）	5（5.5%）
尿路感染症	80（87.9%）	30（33.0%）	48（52.7%）	2（2.2%）
带状疱疹	13（14.3%）	6（6.6%）	4（4.4%）	3（3.3%）

4. 施設内の感染症治療で用いる抗菌薬について

(1) 施設常備、併設医療機関からの取り寄せで、主に使用する経口抗菌薬【重複回答】 n=126

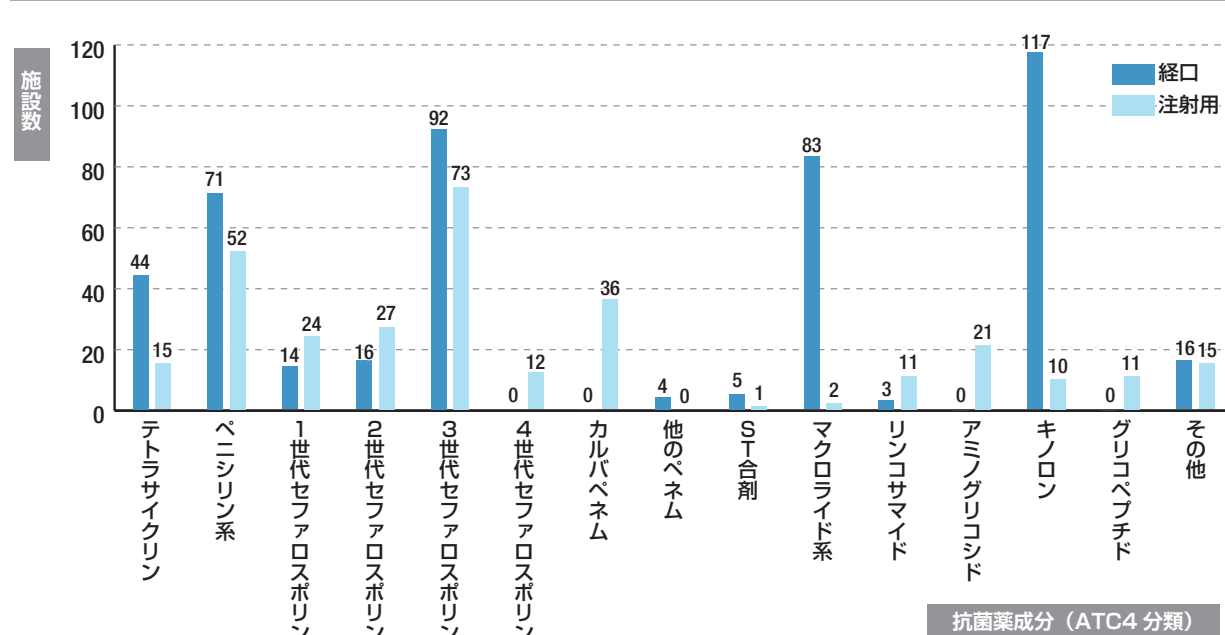
施設常備または併設医療機関からの取り寄せで、主に使用する経口抗菌薬について探った。ATC4分類による抗菌薬成分数の中央値は、4（IQR：3, 5）であった。詳細を以下に示す（図B-8）。

(2) 施設常備、併設医療機関からの取り寄せで主に使用する注射用抗菌薬【重複回答】 n=126

施設常備または併設医療機関からの取り寄せで、主に使用する注射用抗菌薬について探った。ATC4分類による抗菌薬成分数の中央値は、2（IQR：1, 4）であった。詳細を以下に示す（図B-8）。

◎図B-8 施設常備または併設医療機関からの取り寄せで、主に使用する抗菌薬成分（ATC4分類）

〔重複回答〕 経口；n=126 注射用；n=101



(3) 抗菌薬の入手方法 〔重複回答〕 n=126

施設内診療で用いる抗菌薬の入手方法は、「卸業者から購入」が70施設（55.6%）、「医療機関から購入」が55施設（43.7%）、「保険薬局から購入」が18施設（14.3%）、「その他」が2施設（1.6%）だった。「その他」の内容は、「共済組合から購入」・「不明（無回答）」が各1施設だった。

(4) 施設で対応可能な投与経路 〔重複回答〕 n=126

施設で対応可能な抗菌薬の投与経路は、「経口」が126施設（100%）、「経胃管」が104施設（82.5%）、「経静脈」が99施設（78.6%）、「その他」が6施設（4.8%）だった。「その他」の内容は、「経皮」が2施設、「筋肉」・「経腸ろう」・「経鼻管」・「不明（無回答）」が各1施設であった。

5. 施設あるいは職員の感染管理体制について

(1) 感染対策チームの設置 n=126

感染対策チームの設置について、「ある」が91施設（72.2%）だった。なお、本調査において、感染対策委員会または事故防止検討委員会の設置については、尋ねていない。

(2) 感染対策マニュアルの策定

① 感染対策マニュアルの有無 n=125 ※欠損値1

感染対策マニュアルの策定について、「ある」が124施設（99.2%）だった。

② 急性呼吸器症状者の発生時対応マニュアル n=126

インフルエンザ等といった急性呼吸器症状者の発生時対応マニュアルについて、「ある」が122施設（96.8%）、「季節によりある」が3施設（2.4%）、「ない」が1施設（0.8%）だった。

③ 急性胃腸炎症状者の発生時対応マニュアル n=126

ノロウイルス感染症といった急性胃腸炎症状者の発生時対応マニュアルについて、「ある」が123施設（97.6%）、「季節によりある」が3施設（2.4%）だった。

(3) 過去1か月（2019年1月分）の口腔ケアまたは栄養管理に関する加算算定 n=126

口腔ケアに関する加算で、算定にあたり、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、介護職員への毎月1回以上の口腔ケアに係る技術的助言および指導等が求められる「口腔衛生管理体制加算」を算定している施

設が66施設（52.4%）だった。また、算定要件として、前述の「口腔衛生管理体制加算」の算定に加え、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者の口腔ケアを月2回以上行うこと等が求められる「口腔衛生体制加算」を算定している施設が32施設（25.4%）だった。

栄養管理に関する加算算定で、常勤管理栄養士を1名以上配置し、入所者ごとに多職種で栄養ケア計画を作成した場合に算定できる「栄養マネジメント加算」を算定しているのが111施設（88.1%）だった。さらに、「栄養マネジメント加算」を算定している低栄養状態の入所者に対し、多職種で栄養管理会議を行い、低栄養状態を改善するための栄養計画を作成した場合に算定できる「低栄養リスク改善加算」を算定しているのが、38施設（30.2%）だった。

備考）口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算の算定要件については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービスおよび特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）平成12年3月8日老企第40号を参照

(4) 介護を行う職員の個人用防護具（PPE；Personal Protective Equipment）の使用推奨

① 手袋 [重複回答] n=126

手袋の使用推奨について、以下に示す（表B-9）。

◎表B-9 手袋の使用推奨 [重複回答] n=126

使用推奨の内容	人数 (%)	使用推奨の内容	人数 (%)
一処置毎	116 (92.1%)	粘膜に触れる可能性がある時	83 (65.9%)
血液・体液・排泄物等に触れる可能性がある時	92 (73.0%)	吸引時	77 (61.1%)
傷のある皮膚に触れる可能性がある時	85 (67.5%)	使用後の医療器材の片づけ・洗浄時	75 (59.5%)

② 使い捨てエプロンの使用推奨 [重複回答] n=126

使い捨てエプロンの使用推奨について、以下に示す（表B-10）。

◎表B-10 使い捨てエプロンの使用推奨 [重複回答] n=126

使用推奨の内容	人数 (%)
血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時（一処置毎に交換）	80 (63.5%)
血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時（数回使用～1日毎に交換）	39 (31.0%)
入所者が薬剤耐性菌を保菌（疑い）している時（一処置毎に交換）	74 (58.7%)
入所者が薬剤耐性菌を保菌（疑い）している時（数回使用～1日毎に交換）	28 (22.2%)
使い捨てエプロンはない	5 (4.0%)
その他	2 (1.6%)

再掲）その他2；感染性胃腸炎の発生時1, 状況により使用1

③ 洗濯可能なエプロンの使用推奨 [重複回答] n=126

洗濯可能なエプロンの使用推奨について、以下に示す（表B-11）。

◎表B-11 洗濯可能なエプロンの使用推奨 [重複回答] n=126

使用推奨の内容	人数 (%)
血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時（汚染時に交換）	26 (20.6%)
血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時（1日～数日単位で交換）	24 (19.0%)
薬剤耐性菌を保菌（疑い）者の対応専用として使用（汚染時に交換）	12 (9.5%)
薬剤耐性菌を保菌（疑い）者の対応専用として使用（1日～数日単位で交換）	29 (23.0%)
再利用可能なエプロンはない	51 (40.5%)
その他	18 (14.3%)

再掲）その他18；食事介助5, 食事の配膳または下膳3, 調理時2, 排泄介助2, 入浴介助1, 傷の処置1, リネン交換1, 常時1, 勤務時間単位で交換1, 不明（無回答）1

④ 使い捨てマスクの使用推奨 [重複回答] n=126

使い捨てマスクの使用推奨について、以下に示す（表B-12）。

◎表B-12 使い捨てマスクの使用推奨 [重複回答] n=126

使用推奨の内容	人数 (%)
常時	47 (37.3%)
感染症発症（疑い）者に接する時	84 (66.7%)
地域で感染症が流行時	72 (57.1%)
その他	17 (13.5%)

再掲）その他17；インフルエンザ流行シーズン9, 咳エチケット5, 自主性1, 個々に配布1, 不明（無回答）1

(5) 介護を行う職員の手の保清

① 手袋着用時の手洗い推奨 n=109 ※欠損値17

手袋着用時の手洗いをどのように推奨しているか尋ねた。「手袋着用前後」は51施設（46.8%）、「手袋着用後」が23施設（21.1%）、手袋着用時より「ケア前後の手指衛生」を推奨しているのは、35施設（32.1%）であった。本設問は単一回答のため、複数回答の17施設は欠損値扱いとした。

② アルコール性手指消毒剤の設置 [重複回答] n=126

アルコール性手指消毒剤の設置場所について、「スタッフ室など限られた場所」が75施設（59.5%）、「個人携帯」が50施設（39.7%）、「各居室」が42施設（33.3%）であった。「その他」の内容は、「オムツカート」、「処置カート」、「オムツ使用者のベッドサイド」、「感染症疑い者の居室前」、「面会者入口」等だった。一方、アルコール性手指消毒剤を「設置していない」のは、3施設（2.4%）だった。

③ アルコール性手指消毒剤の設置がある場合、その使用量確認について [重複回答] n=123

アルコール性手指消毒剤の使用量について、毎月から数か月単位で「定期的に把握している」が47施設（38.2%）、「年単位で把握している」が6施設（4.9%）、「特に使用量はチェックしていない」が60施設（48.8%）、「手洗いを確認している」のが24施設（19.5%）だった。なお、特に使用量をチェックしていない60施設のうち、「手洗いを確認している」のが4施設（6.7%）であった。

6. 入所時の感染症に関する情報収集について

(1-1) 薬剤耐性菌の保菌に関する情報確認 n=126

入所時の診療情報提供書または提出書類で薬剤耐性菌に関する「保菌情報を確認している」が89施設（70.6%）だった。

(1-2) 情報確認を行う薬剤耐性菌の種類 n=89

保菌情報を確認している薬剤耐性菌の種類について、以下に示す（表B-13）。

◎表B-13 入所時に情報確認をしている薬剤耐性菌の種類 [重複回答] n=89

MRSA	ESBL産生菌	VRE	MDRP	CRE	VRSA	PRSP
87 (97.8%)	39 (43.8%)	24 (27.0%)	22 (24.7%)	14 (15.7%)	14 (15.7%)	10 (11.2%)

(2) 入所者・家族へマスク・エプロン着用の必要性に関する説明 n=125 ※欠損値1

感染対策の一環として、マスクあるいはエプロン着用が必要とされる場合に、「入所者・家族への説明をしている」が112施設（89.6%）だった。

(3) 退所時に、受入れ先へ薬剤耐性菌保菌に関する情報提供 n=126

退所時に、受入れ先へ退所者が薬剤耐性菌の保菌者であることを「伝えている」が105施設（83.3%）、「受け入れ先から情報を求められた時のみ」に伝えているが9施設（7.1%）、「伝えていない」が12施設（9.5%）だった。

小括 ＜調査票B：感染症診療および感染管理体制調査票＞

施設内における感染症診療

- 管理医師の専門領域は、「内科」が68人（54.0%）、「外科」が25人（19.8%）を占めた。キャリア年数の中央値は46.5年であった。85施設（67.5%）において、医師の診察は週2-3回以上行われていた。検温の頻度は、「1日1回」が53施設（42.1%）または「週2-3回」が50施設（39.7%）と回答の大半を占めた。
- 発熱時の医療機関への転院判断は、「バイタルサインの大きな異常」、「意識状態の変化」など患者状態の悪化、「数日様子を見ても、解熱しない時」という発熱の遷延に加え、「家族の強い希望」による場合が、いずれも7割を超えた。
- 管理医師の感染症診療において、「肺炎」は発熱、聴診の所見といった臨床所見、血液一般検査、胸部X線の異常陰影により、診断していることがうかがえた。「尿路感染症」は、発熱、下腹部圧痛などといった臨床所見または症状、尿検査、血液一般検査により診断していることがうかがえた。「蜂窩織炎」は、発熱、局所の疼痛、発赤、腫脹などといった臨床所見または症状、血液一般検査により診断していることがうかがえた。3疾患とも、痰、尿、創部いずれかの培養検査に基づく診断は少なかった。
- 肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎の治療において、主に3世代セファロスポリン、キノロンといった広域抗菌薬が選択される傾向がみられた。
- 施設内診療で使用可能な抗菌薬成分は多彩であり、また同一成分の抗菌薬を数種類常備している施設もみられた。抗菌薬の主な入手方法は、「卸業者から購入」が70施設（55.6%）、「医療機関から購入」が55施設（43.7%）、「保険薬局から購入」が18施設（14.3%）であった。
- 施設内で主に対処可能な抗菌薬の投与経路は、「経口」が126施設（100%）、「経胃管」が104施設（82.5%）、「経静脈」が99施設（78.6%）であった。

感染管理体制

- 感染対策マニュアルの策定は、ほぼ全ての施設でされていた。感染対策チームの設置は91施設（72.2%）であった。
- 「肺炎」、「尿路感染症」、「带状疱疹」を発症した入所者に対し、施設内で投薬、処置等の治療管理を行った場合に算定できる所定疾患施設療養費について、2019年1月分の算定状況を尋ねた。所定疾患施設療養費（Ⅰ）を算定したのが35施設（28.0%）、算定にあたり（Ⅰ）の要件に加え、感染症対策に関する研修の受講等が求められる（Ⅱ）を算定したのが49施設（39.2%）、（Ⅰ）・（Ⅱ）の両方を算定したのが7施設（5.6%）だった。
- 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、介護職員への毎月1回以上の口腔ケアに係る技術的助言および指導等が求められる「口腔衛生管理体制加算」を算定しているのは、66施設（52.4%）だった。また、算定要件として、前述の口腔衛生管理体制加算の算定に加え、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者の口腔ケアを月2回以上行うこと等が求められる「口腔衛生体制加算」を算定しているのは32施設（25.4%）であった。
- 各施設における個人用防護具の使用推奨、手指衛生を推奨する場面や頻度は様々であった。使い捨てエプロンの使用推奨を「数回使用から1日毎に交換する」が39施設（31.0%）みられた。
- アルコール性手指消毒剤の設置があるのが123施設（97.6%）だった。123施設のうち、使用量を定期的（毎月から数か月単位）に把握しているのは、47施設（38.2%）だった。
- 入所時に、薬剤耐性菌に関する保菌情報を収集している施設は89施設（70.6%）だった。89施設のうち、87施設（97.8%）は、MRSAの保菌情報を確認していた。ESBL産生菌は39施設（43.8%）、VREは24施設（27.0%）、MDRPは22施設（24.7%）、CRE・VRSAは各14施設（15.7%）が確認していた。本調査では、保菌者への対応方法を確認できていない。

調査票C：調査当日施設状況調査票の結果

1. 抗菌薬使用者の点有病率調査日（以下、PPS：Point prevalence survey）の入所者について

(1) 入所実人数

2019年2月1日から3月31日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日で午前0時時点の状況を調査した。有効回答126施設の介護老人保健施設における総入所定員数は11,283人、総入所実人数は10,148人であった。

(2) 要介護度の内訳 n=9,645 (121施設) ※欠損値416 (5施設)

有効期間内の要介護認定を持つ9,645人（「未定・申請中」の87人を除く）のうち、“日常生活に完全に支障をきたす行動が頻繁にみられる”「要介護4」および“意思伝達も困難となり、全面的な介護なしでは日常生活を送ることができない”「要介護5」である重度の介護を要する者が、4,308人（44.7%）であった（表C-1）。

調査日午前0時時点の入所実人数と対応する要介護度の内訳数が異なる回答がみられたため、当該5施設の回答を欠損値扱いとした。

◎表C-1 有効期間内の要介護認定を持つ入所者の要介護度内訳 n=9,645 (121施設) ※欠損値416 (5施設)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1,128 (11.7%)	1,911 (19.8%)	2,298 (23.8%)	2,535 (26.3%)	1,773 (18.4%)

備考) 要介護認定が未定 / 申請中の入所者87人を除く

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度 n=9,033 (113施設) ※欠損値1,115 (13施設)

認知症でみられる症状・行動の基準から「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定で、“日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる”「Ⅳ判定」の入所者が943人（10.4%）、“著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な疾患がみられ、専門医療を必要とする”「Ⅴ判定」の入所者は107人（1.2%）だった（表C-2）。

備考1) 判定が5段階（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）あるいは7段階（Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ）の回答に分かれたため、ⅡaおよびⅡbはⅡとして、ⅢaおよびⅢbはⅢとして集計した。

備考2) 調査日午前0時時点の入所実人数と対応する認知症高齢者の日常生活自立度の内訳数が異なる回答、または無回答がみられた。そのため、当該1,115人（13施設）の回答を欠損値扱いとした。

◎表C-2 「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定内訳 n=9,033 (113施設) ※欠損値1,115 (13施設)

判定：判定基準の概要	人数 (%)
自立	204 (2.3%)
Ⅰ：何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立	914 (10.1%)
Ⅱ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さが多少みられる	3,356 (37.2%)
Ⅲ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さがときどきみられる	3,509 (38.8%)
Ⅳ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられる	943 (10.4%)
Ⅴ：専門医療を必要とする	107 (1.2%)

2. 入所者（短期入所療養介護を除く）が使用している医療デバイスについて [重複回答] n=10,148 (126施設)

総入所者10,148人のうち、延べ1,501人が医療デバイスを使用していた。主に使用されている医療デバイスの上位5つは、「胃ろう」が539人（5.3%）、「自己導尿または膀胱留置カテーテル」が478人（4.7%）、「経鼻胃管チューブ」が187人（1.8%）、「末梢点滴ルート」が105人（1.0%）、「人工肛門」が94人（0.9%）だった。詳細は、以下に示す（表C-3）。

◎表C-3 医療デバイスの使用状況 [重複回答] n=10,148 (126施設)

医療デバイスの種類	人数 (%)	医療デバイスの種類	人数 (%)
胃ろう	539 (5.3%)	胃ろう / 膀胱ろう	17 (0.2%)
自己導尿 / 膀胱留置カテーテル	478 (4.7%)	気切チューブ	13 (0.1%)
経鼻胃管チューブ	187 (1.8%)	中心静脈ポート	12 (0.1%)
末梢点滴ルート	105 (1.0%)	その他	1 (0.01%)
人工肛門	94 (0.9%)	中心静脈カテーテル	0
透析カテーテル	55 (0.5%)		

再掲) その他1: 腸ろう

3. 入所者（短期入所療養介護を除く）の医療ケア状況について n=10,148 (126施設)

総入所者10,148人のうち、療養病床における医療必要度の評価票である“医療区分2”に該当する「1日8回以上の吸引処置が必要な者」が166人（1.6%）、「褥瘡を有する者」が213人（2.1%）であった。

小括 ＜調査票C：調査当日施設状況調査票＞

- 2019年2月1日から3月31日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日で午前0時時点の状況を調査した。有効回答126施設の介護老人保健施設における総入所定員数は11,283人、総入所実人数は10,148人であった。
- 老健施設には、ほぼ長期臥床状態（要介護5）、認知症症状により意思疎通の困難さが頻繁にみられ目が離せないような状態（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）の入所者が1-2割存在した。
- 総入所者10,148人のうち、延べ1,501人が医療デバイスを使用していた。

調査票D：調査当日個票の結果

1. 任意調査日午前0時時点の抗菌薬使用者について n=126

2019年2月1日から3月31日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日で午前0時時点の状況を調査した。有効回答126施設の老健施設における入所者総数は10,148人だった。126施設のうち、85施設で計172人（1.7%）が、経口または注射用抗菌薬を使用していた。

(1) 年齢 n=172

抗菌薬使用者の年齢の中央値は86.0歳（IQR：81, 91）だった。そのうち、男性年齢の中央値は84.0歳（IQR：75, 89）で、女性年齢の中央値は87.0歳（IQR：83, 92）だった。

(2) 性別 n=172

性別の内訳は、男性63人（36.6%）、女性109人（63.4%）であった。

(3) 基礎疾患 [重複回答] n=172

基礎疾患の上位5つは、「脳血管疾患」が80人（46.5%）、「高血圧」が79人（45.9%）、「心疾患」が53人（30.8%）、「糖尿病」が31人（18.0%）、「呼吸器疾患」が26人（15.1%）だった。「その他」には「認知症」、「パーキンソン病」、「皮膚疾患」等が挙げられた（表D-1）。

◎表D-1 抗菌薬使用者の基礎疾患 [重複回答] n=172

基礎疾患	人数 (%)	基礎疾患	人数 (%)
脳血管疾患	80 (46.5%)	脂質異常症	11 (6.4%)
高血圧	79 (45.9%)	膠原病疾患	9 (5.2%)
心疾患	53 (30.8%)	悪性腫瘍	9 (5.2%)
整形外科疾患	53 (30.8%)	肝疾患	8 (4.7%)
糖尿病	31 (18.0%)	その他	86 (50.0%)
呼吸器疾患	26 (15.1%)	基礎疾患なし	3 (1.7%)
腎疾患	21 (12.2%)		

再掲) その他86; 認知症36, パーキンソン病6, 消化器疾患6, 便秘症6, 皮膚疾患6, 脳神経疾患5, 泌尿器疾患5, 血液疾患4, 内分泌疾患3, 循環器疾患2, 眼疾患2, 精神疾患2, 血管外科疾患1, 不明(無回答)2

(4) 要介護度 n=170 ※欠損値2

“日常生活に完全に支障をきたす行動が頻繁にみられる”「要介護4」および“意思伝達も困難となり、全面的な介護なしでは日常生活を送ることができない”「要介護5」である重度の介護を要する者が、112人(65.9%)であった(表D-2)。

◎表D-2 要介護認定を受けている患者の要介護度 n=170 ※欠損値2

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
9 (5.3%)	17 (10.0%)	32 (18.8%)	50 (29.4%)	62 (36.5%)

備考) 要介護認定が未定 / 申請中の入所者2人を除く

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度 n=172

認知症で見られる症状・行動の基準から「認知症高齢者の日常生活自立度」の回答があった者は、172人(100%)だった。回答者172人のうち、“日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる”「Ⅳ判定」の者が32人(18.6%)、“著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な疾患がみられ、専門医療を必要とする”「Ⅴ判定」の者は6人(3.5%)だった(表D-3)。

備考) 判定が5段階(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ)あるいは7段階(Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ)の回答に分かれたため、ⅡaおよびⅡbはⅡとして、ⅢaおよびⅢbはⅢとして集計した。

◎表D-3 「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定内訳 n=172

判定：判定基準の概要	人数 (%)
自立	3 (1.7%)
Ⅰ：何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立	11 (6.4%)
Ⅱ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さが多少みられる	47 (27.3%)
Ⅲ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さがときどきみられる	73 (42.4%)
Ⅳ：認知症症状・行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられる	32 (18.6%)
Ⅴ：専門医療を必要とする	6 (3.5%)

(6) 医療デバイスの使用状況 [重複回答] n=170 ※欠損値2

現在、使用している医療デバイスの上位3つは、「末梢点滴ルート」・「自己導尿あるいは膀胱留置カテーテル」が各33人(19.4%)、「胃ろう」が23人(13.5%)だった。「中心静脈カテーテル」および「中心静脈ポート」の利用者はいなかった。一方、「医療デバイスを使用していない」者は、86人(50.6%)であった(表D-4)。

◎表D-4 医療デバイスの使用状況 [重複回答] n=170 ※欠損値2

医療デバイスの種類	人数 (%)	医療デバイスの種類	人数 (%)
末梢点滴ルート	33 (19.4%)	気管切開チューブ	2 (1.2%)
自己導尿 / 膀胱留置カテーテル	33 (19.4%)	人工肛門	2 (1.2%)
胃ろう	23 (13.5%)	腎ろう / 膀胱ろう	1 (0.6%)
経鼻胃管チューブ	12 (7.1%)	その他	3 (1.8%)
透析カテーテル	3 (1.8%)	医療デバイスの使用なし	86 (50.6%)

再掲) その他3; 喀痰吸引チューブ1, 尿管ステント1, 腸ろう1

(7) 喀痰吸引の必要性 n=172

療養病床における医療必要度の評価票である“医療区分2”に該当する「1日8回以上の喀痰吸引処置が必要な者」が12人 (7.0%)、“医療区分1”に該当する「1日8回未満の喀痰吸引処置が必要な者」が33人 (19.2%) だった。喀痰吸引処置が必要な45人のうち、肺炎と診断され、抗菌薬による治療を受けている者が18人だった。

(8) 褥瘡を有する者 n=171 ※欠損値1

褥瘡の有無について、「褥瘡あり」が8人 (4.7%) であった。

(9-1) 薬剤耐性菌の保菌 n=172

抗菌薬使用者で、薬剤耐性菌の「保菌あり」が18人 (10.5%)、「保菌なし」が101人 (58.7%)、「不明」が53人 (30.8%) だった。

(9-2) 上記 (9-1) で、薬剤耐性菌保菌の場合、その種類 n=18

保菌している薬剤耐性菌の種類は、以下に示す。薬剤耐性菌を複数保菌している者は1人だった (表D-5)。

◎表D-5 保菌している薬剤耐性菌の種類 n=18

薬剤耐性菌の種類	人数 (%)	過去6か月以内の入院歴ありの人数
MRSA	8 (44.4%)	3
ESBL産生菌	8 (44.4%)	3
PRSP	1 (5.6%)	0
MRSAおよびESBL産生菌	1 (5.6%)	1

(10) 過去6か月以内の入院歴の有無 n=172

過去6か月以内に、医療機関への「入院歴がある」者が58人 (33.7%) だった。入院歴がある58人のうち、薬剤耐性菌の「保菌あり」は7人で、MRSA・ESBL産生菌が各3人、MRSAおよびESBL産生菌が1人だった。「保菌なし」が37人、「不明」が14人であった (表D-6)。一方、「入院歴がない」者は114人 (66.3%) だった。入院歴がない114人のうち、薬剤耐性菌の「保菌あり」は11人で、MRSA・ESBL産生菌が各5人、PRSPが1人だった。「保菌なし」が64人、「不明」が39人だった (表D-6)。

◎表 D-6 過去6か月以内の入院歴および薬剤耐性菌の保菌状況

	保菌あり人数 (%)	保菌なし人数 (%)	不明人数 (%)
入院歴あり n=58	7 (12.1%)	37 (63.8%)	14 (24.1%)
入院歴なし n=114	11 (9.6%)	64 (56.1%)	39 (34.2%)

(11) 紙オムツ・尿取りパッドの使用 n=171 ※欠損値1

排泄ケアで、紙オムツあるいは尿取りパッドを「常時使用している」が160人 (93.6%)、「夜間のみ使用している」

が6人（3.5%）、「使用なし」が5人（2.9%）であった。

(12) 心肺蘇生を行わない旨の記載 n=168 ※欠損値4

心肺停止時に、心肺蘇生を行わない旨の記載があるか尋ねた。心肺蘇生を行わない「記載がある」のが94人（56.0%）だった。

2. 抗菌薬で治療中の感染症について

(1) 抗菌薬の使用目的 n=171 ※欠損値1

抗菌薬使用者171人のうち、「治療目的」が153人（89.5%）、「予防目的」が18人（10.5%）だった。「治療および予防目的」の重複回答1人は、欠損値扱いとした。

(2) 感染巣（疑いを含む）〔重複回答〕 n=152 ※欠損値1

治療目的の感染巣（疑いを含む）について、上位3つは「尿路感染症」78人（51.3%）、「肺炎」37人（24.3%）、「上気道炎」15人（9.9%）だった。複数の感染巣を持つ者は13人（8.6%）であった。感染巣（疑いを含む）が無回答の1人は、欠損値扱いとした（表D-7）。

◎表D-7 治療中の感染巣（疑いを含む）〔重複回答〕 n=152 ※欠損値1

	全体 n=152	男性 n=56 ※欠損値1	女性 n=96
尿路感染症	78 (51.3%)	29 (51.8%)	49 (51.0%)
肺炎	37 (24.3%)	15 (26.8%)	22 (22.9%)
上気道炎	15 (9.9%)	5 (8.9%)	10 (10.4%)
気管支炎	9 (5.9%)	2 (3.6%)	7 (7.3%)
蜂窩織炎	7 (4.6%)	2 (3.6%)	5 (5.2%)
胃腸炎	2 (1.3%)	1 (1.8%)	1 (1.0%)
不明	7 (4.6%)	3 (5.4%)	4 (4.2%)
その他	11 (7.2%)	5 (8.9%) ※1	6 (6.3%) ※2

備考）感染巣（疑いを含む）の無回答1人を除く

再掲※1）男性「その他」5人：咽頭炎1、右第2・3趾関節部の褥瘡1、残歯根の腫脹1、胆管結石疑い1、掌蹠膿疱疑い1

再掲※2）女性「その他」6人：紛瘤2、足趾炎症2、膈炎1、不明（無回答）1

(3) 感染巣（疑いを含む）の診断に関する情報

治療中の感染巣（疑いを含む）のうち、上位3つであった「尿路感染症」、「肺炎」、「上気道炎」について、管理医師の診断基準、抗菌薬処方前に実施した検査、処方した抗菌薬情報を以下に示す。

① 尿路感染症に対する施設内診療

a. 管理医師の診断基準〔重複回答〕 n=70

治療目的で抗菌薬を使用していた152人（「感染巣の無回答」1人を除く）のうち、「尿路感染症のみ」を治療している入所者は70人（46.1%）だった。診断基準の上位5つは、「尿検査の結果」が60人（85.7%）、「発熱症状」が54人（77.1%）、「尿沈査の結果」が31人（44.3%）、「血液一般検査の結果」28人（40.0%）、排尿時痛あるいは残尿感といった「自覚症状」が14人（20.0%）だった（表D-8）。

◎表D-8 尿路感染症に対する管理医師の診断基準 [重複回答] n=70

診断基準	人数 (%)	診断基準	人数 (%)
尿検査の結果	60 (85.7%)	身体所見	6 (8.6%)
発熱症状	54 (77.1%)	聴診の結果	4 (5.7%)
尿沈査の結果	31 (44.3%)	X線撮影の結果	3 (4.3%)
血液一般検査の結果	28 (40.0%)	下痢症状	2 (2.9%)
自覚症状	14 (20.0%)	喀痰の増加	1 (1.4%)
発熱以外の症状なし	10 (14.3%)	嘔吐	1 (1.4%)
尿培養の結果	8 (11.4%)	その他	3 (4.3%)

再掲) その他3: 尿の性状異常2, インフルエンザ検査陰性1

b. 尿路感染症に対する抗菌薬処方前の検査 [重複回答] n=70

抗菌薬処方前に実施された検査について、上位3つは「尿検査」が53人 (75.7%)、「尿沈査」が30人 (42.9%)、「血液一般検査」が19人 (27.1%) で、「尿の細菌培養検査」が実施されていた者は9人 (12.9%) であった。一方、「いずれの検査も行っていない」が10人 (14.3%) だった (表D-9)。

◎表D-9 尿路感染症に対する抗菌薬投与前に実施した検査 [重複回答] n=70

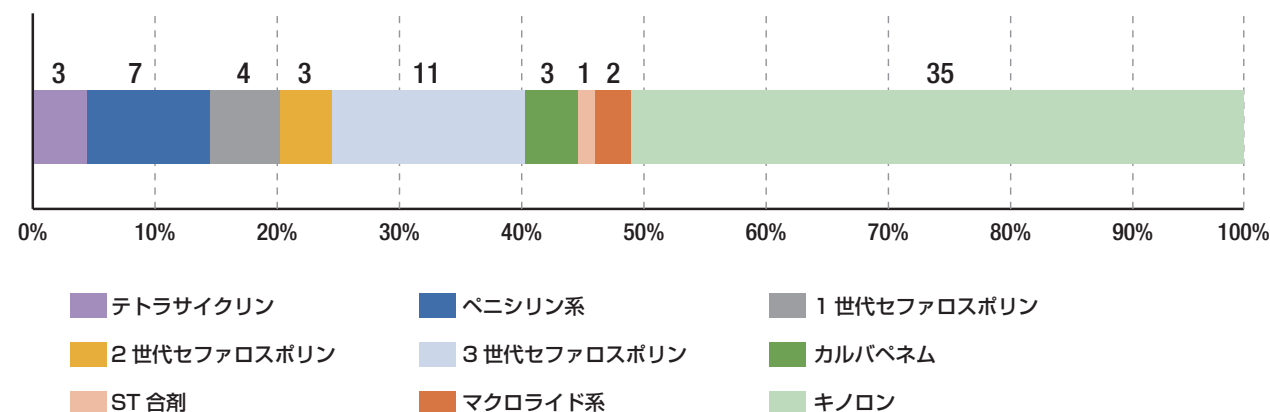
検査内容	人数 (%)	検査内容	人数 (%)
尿検査	53 (75.7%)	血液培養検査	1 (1.4%)
尿沈査	30 (42.9%)	その他	3 (4.3%)
血液一般検査	19 (27.1%)	検査なし	10 (14.3%)
尿培養検査	9 (12.9%)		

再掲) その他3: インフルエンザ検査3

c. 尿路感染症治療で使用されている抗菌薬および薬剤耐性菌保菌、培養検査の状況 [重複回答] n=69 ※欠損値1

尿路感染症のみの治療に使用されている抗菌薬を以下に示す (図D-1)。治療者69人のうち、「注射用抗菌薬」が15人 (21.7%)、「経口抗菌薬」が54人 (78.3%) だった (表D-10・11)。なお、抗真菌薬を処方されていた1人は、集計から除外した。

◎図D-1 尿路感染症のみの治療に使用されている抗菌薬 n=69 ※欠損値1



備考) 抗真菌薬を処方されていた1人を除く

◎表D-10 注射用抗菌薬で尿路感染症を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=15

抗菌薬成分【ATC4分類】	略語（人数）	薬剤耐性菌保菌状況（人数）	培養検査状況（人数）
ペニシリン系	PIPC（4）	なし（1）、不明（3）	—（4）
	SBT/ABPC（1）	なし	—
1世代セファロスポリン	CEZ（1）	なし	—
2世代セファロスポリン	CTM（1）	不明	—
	CMZ（2）	a. なし b. なし	a. Citrobacter b. — ※1)
3世代セファロスポリン	CTRX（2）	a. MRSA（1）	a. —
		b. ESBL産生菌（1）	b. ESBL産生菌 ※2)
カルバペネム	IPM/CS（1）	ESBL産生菌	結果待ち
	MEPM（2）	なし（2）	—（2）
キノロン	LVFX（1）	不明	—

備考1) 複数の抗菌薬記載があった者 投与経路 P；Parenteral O；Oral

※1) CMZ（P）3日間に加え、LVFX（O）7日間の処方もあり

※2) CTRX（P）5日間に加え、MINO（P）5日間の処方もあり

備考2) 複数の抗菌薬記載があった者は、治療薬1に回答した薬剤を集計した

◎表D-11 経口抗菌薬で尿路感染症を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=54

抗菌薬成分【ATC4分類】	抗菌薬略語（人数）	薬剤耐性菌保菌状況（人数）	培養検査状況（人数）
テトラサイクリン	MINO（3）	a. MRSAおよびESBL産生菌	a. —
		b. なし	b. —
		c. 不明	c. —
ペニシリン系	AMPC（1）	なし	—
	CVA/AMPC（1）	なし	<i>Klebsiella pneumoniae</i> ※1)
1世代セファロスポリン	CEX（3）	a. なし（2）	a. —（2）
		b. 不明	b. —
3世代セファロスポリン	CDTR-PI（1）	なし	—
	CFPN-PI（8）	a. なし	a. 結果待ち
		b. なし	b. <i>Enterococcus faecium</i> および <i>Aerococcus urinae</i> ※2)
		c. なし	c. <i>E.coli</i> および <i>Streptococcus species</i>
		d. なし	d. —
		e. 不明	e. <i>E.coli</i> ※3)
		f. 不明（3）	f. —（3）
ST合剤	SMZ/TMP（1）	なし	—
マクロライド系	EM（1）	なし	—
	CAM（1）	不明	—
キノロン	OFLX（3）	a. MRSA	a. —
		b. なし	b. <i>E.coli</i>
		c. なし	c. <i>Aerococcus</i>
	CPFX（6）	a. ESBL産生菌	a. ESBL産生菌
		b. なし（4）	b. —（4）
		c. 不明	c. —
	NFLX（3）	a. なし（2）	a. —（2）
		b. 不明	b. —
	LVFX（22）	a. なし	a. <i>Providencia rettgeri</i> ※4)
		b. なし	b. 結果待ち
		c. なし（13）	c. —（13） ※5)
		d. 不明（7）	d. —（7）

備考1) 複数の抗菌薬記載があった者 投与経路 P；Parenteral O；Oral

※1) CVA/AMPC（O）5日間に加え、AMPC（O）5日間の処方記載もあり

※2) CFPN-PI（O）5-7日間に加え、SBTPC（O）、LVFX（O）各5-7日間の処方記載もあり

※3) CFPN-PI（O）5日間に加え、MINO（O）31日間の処方記載もあり

※4) LVFX（O）7日間に加え、CMZ（P）3日間の処方記載もあり

※5) うち1名は、LVFX（O）4日間に加え、FOM（O）4日間の処方記載もあり

備考2) 複数の抗菌薬記載があった者は、治療薬1に回答した薬剤を集計した

② 肺炎に対する施設内診療

a. 管理医師の診断基準 [重複回答] n=29

治療目的で抗菌薬を使用していた152人（「感染巣の無回答」1人を除く）のうち、「肺炎のみ」を治療している入所者は29人（19.1%）だった。診断基準の上位5つは、「発熱症状」が29人（100%）、「喀痰の増加」が19人（65.5%）、「血液一般検査の結果」18人（62.1%）、「SpO₂の低下」15人（51.7%）、「聴診の所見」14人（48.3%）であった（表D-12）。

◎表D-12 肺炎に対する管理医師の診断基準 [重複回答] n=29

診断基準	人数 (%)	診断基準	人数 (%)	診断基準	人数 (%)
発熱	29 (100%)	聴診の所見	14 (48.3%)	身体所見	2 (6.9%)
喀痰の増加	19 (65.5%)	X線撮影の結果	12 (41.4%)	発熱以外の症状なし	1 (3.4%)
血液一般検査の結果	18 (62.1%)	呼吸数の増加	7 (24.1%)	嘔吐	1 (3.4%)
SpO ₂ の低下	15 (51.7%)	喀痰検査の結果	2 (6.9%)		

b. 肺炎に対する抗菌薬処方前の検査 [重複回答] n=29

抗菌薬処方前に実施された検査について、「血液一般検査」が19人（65.5%）、「X線撮影」が12人（41.4%）、「喀痰の細菌培養検査」が実施されていた者は1人（3.4%）であった。一方、「いずれの検査も行っていない」が7人（24.1%）だった（表D-13）。

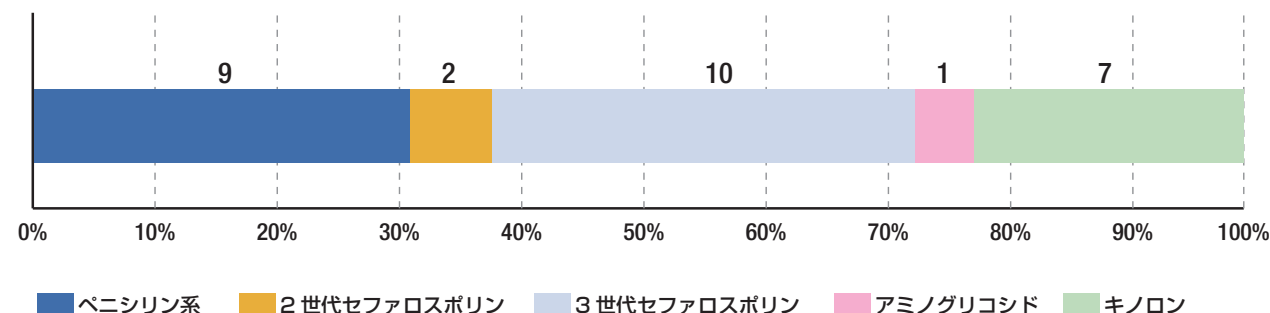
◎表D-13 肺炎に対する抗菌薬投与前に実施した検査 [重複回答] n=29

検査内容	人数 (%)	検査内容	人数 (%)
血液一般検査	19 (65.5%)	喀痰培養検査	1 (3.4%)
X線撮影	12 (41.4%)	検査なし	7 (24.1%)

c. 肺炎治療で使用されている抗菌薬および薬剤耐性菌保菌、培養検査の状況 [重複回答] n=29

肺炎のみの治療に使用されている抗菌薬を以下に示す（図D-2）。治療者29人のうち、「注射用抗菌薬」が15人（51.7%）、「経口抗菌薬」が14人（48.3%）だった（表D-14・15）。

◎図D-2 肺炎のみの治療に使用されている抗菌薬 n=29



◎表D-14 注射用抗菌薬で肺炎を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=15

抗菌薬成分 [ATC4分類]	抗菌薬略語 (人数)	薬剤耐性菌保菌状況 (人数)	培養検査状況 (人数)
ペニシリン系	SBT/ABPC (1)	不明	—
	TAZ/PIPC (3)	a. なし b. 不明 (2)	a. — b. — (2) ※1・2)
2世代セファロスポリン	CTM (1)	不明	—
	CMZ (1)	不明	—
3世代セファロスポリン	CTRX (7)	a. なし	a. 結果待ち
		b. なし	b. —
		c. 不明 (5)	c. — (5)
	SBT/CPZ (1)	MRSA	—
アミノグリコシド	AMK (1)	なし	—

備考1) 複数の抗菌薬記載があった者 投与経路 P ; Parenteral O ; Oral
 ※1) TAZ/PIPC (P) 3日間に加え、CFPN-PI (O) 2日間の処方記載もあり
 ※2) TAZ/PIPC (P) 3日間に加え、CLDM (O) 2日間の処方記載もあり
 備考2) 複数の抗菌薬記載があった者は、治療薬1に回答した薬剤を集計した

◎表D-15 経口抗菌薬で肺炎を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=14

抗菌薬成分 [ATC4分類]	抗菌薬略語 (人数)	薬剤耐性菌保菌状況 (人数)	培養検査状況 (人数)
ペニシリン系	AMPC (2)	a. MRSA	a. —
		b. 不明	b. — ※1)
	SBTPC (1)	MRSA	—
3世代セファロスポリン	CVA/AMPC (2)	a. なし	a. — ※2)
		b. 不明	b. —
	CFDN (1)	不明	— ※3)
キノロン	CFPN-PI (1)	なし	— ※4)
	LVFX (6)	a. ESBL産生菌	a. —
		b. PRSP	b. — ※5)
		c. なし (4)	c. — (4) ※6)
	GRNX (1)	不明	—

備考1) 複数の抗菌薬記載があった者 投与経路 P ; Parenteral O ; Oral
 ※1) AMPC (O) 4日間に加え、CTRX (P) 4日間の処方記載あり
 ※2) LVFX (O) 7日間投与後、現CVA/AMPC (O) へ変更
 ※3) CTRX (P) 7日間後、現CFDN (O) 5日間投与予定
 ※4) CFPN-PI (O) 3日間に加え、LVFX (O) 4日間の処方記載あり
 ※5) CTRX (P) 投与中に末梢ルートが使えず、現LVFX (O) へ変更
 ※6) うち2名は、LVFX (O) 5-7日間に加え、CFDN (O)、SBTPC (O) 各5-7日間の処方記載あり
 備考2) 複数の抗菌薬記載があった者は、治療薬1に回答した薬剤を集計した

③ 上気道炎に対する施設内診療

a. 管理医師の診断基準 [重複回答] n=11

治療目的で抗菌薬を使用していた152人（「感染巣の無回答」1人を除く）のうち、「上気道炎のみ」を治療している患者は11人（7.2%）だった。診断基準の上位3つは「発熱症状」が10人（90.9%）、「発熱以外の症状なし」が5人（45.5%）、「聴診の所見」が3人（27.3%）であった（表D-16）。

◎表D-16 上気道炎に対する管理医師の診断基準 [重複回答] n=11

診断基準	人数 (%)	診断基準	人数 (%)
発熱	10 (90.9%)	血液一般検査の結果	2 (18.2%)
発熱以外の症状なし	5 (45.5%)	喀痰の増加	2 (18.2%)
聴診の所見	3 (27.3%)	身体所見	2 (18.2%)
SpO ₂ の低下	2 (18.2%)	自覚症状	1 (9.1%)

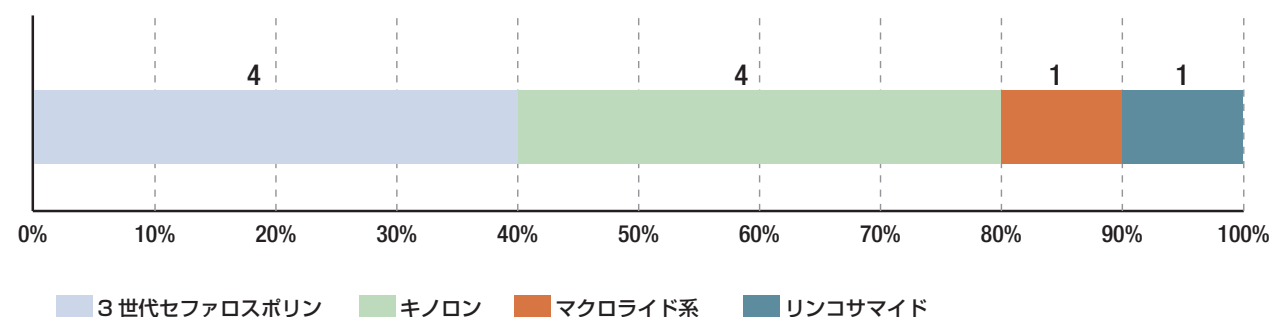
b. 上気道炎に対する抗菌薬処方前の検査 [重複回答] n=11

抗菌薬処方前に実施された検査は、「血液一般検査」が3人 (27.3%)、「尿検査」が2人 (18.2%)、「X線撮影」が1人 (9.1%)、「尿沈渣」が1人 (9.1%) であった。一方、「いずれの検査も行っていない」者は7人 (63.6%) だった。

c. 上気道炎に使用中の抗菌薬および薬剤耐性菌保菌、培養検査の状況 [重複回答] n=10 ※欠損値1

上気道炎のみの治療に使用されている抗菌薬を以下に示す (図D-3)。治療者10人のうち、「注射用抗菌薬」が1人 (10.0%)、「経口抗菌薬」が9人 (90.0%) だった (表D-17・18)。なお、経口抗菌薬名が無回答だった1人は、欠損値扱いとした。

◎図D-3 上気道炎のみの治療に使用されている抗菌薬 n=10 ※欠損値1



◎表D-17 注射用抗菌薬で上気道炎を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=1

抗菌薬成分 [ATC4分類]	抗菌薬略語 (人数)	薬剤耐性菌保菌状況 (人数)	培養検査状況 (人数)
3世代セファロスポリン	CTRX (1)	なし	—

◎表D-18 経口抗菌薬で上気道炎を治療している者の薬剤耐性菌保菌および培養検査状況 n=9 ※欠損値1

抗菌薬成分 [ATC4分類]	抗菌薬略語 (人数)	薬剤耐性菌保菌状況 (人数)	培養検査状況 (人数)
3世代セファロスポリン	CFPN-PI (3)	a. MRSA	a. —
		b. なし (2)	b. — (2)
マクロライド系	CAM (1)	なし	—
リンコサマイド	CLDM (1)	不明	—
キノロン	LVFX (3)	なし (3)	— (3) ※1)
	TFLX (1)	なし	—

備考1) 抗菌薬名の記載が無回答だった1人を除く

備考2) 複数の抗菌薬処方記載があった者 投与経路 O: Oral

※1) うち1人は、LVFX (O) 7日間に加え、CVA/AMPC (O) 7日間の処方記載もあり

備考3) 複数の抗菌薬記載があった者は、治療薬1に回答した薬剤を集計した

3. 感染症を予防するために使用している抗菌薬について

抗菌薬使用者171人のうち、「予防目的」が18人（10.5%）だった。「治療および予防目的」の重複回答1人は、欠損値扱いとした。

(1) 予防投与の理由および使用中の抗菌薬情報 n=18

予防投与の理由および使用中の抗菌薬情報について、理由が同じようなものでカテゴリ化し、該当人数の降順で、以下に示す（表D-19）。予防目的の抗菌薬処方、常勤の管理医師が14人（77.8%）、非常勤の管理医師が1人（5.6%）、入所前の担当医師が1人（5.6%）で、処方医が不明（無回答）だったのが2人（11.1%）であった。

◎表D-19 予防投与の理由、使用中の抗菌薬情報および薬剤耐性菌保菌状況 n=18

予防投与の理由	治療者（人数）	抗菌薬略語（人数）	薬剤耐性菌保菌状況（人数）
慢性気道感染症に対する マクロライド長期投与療法	(7)	EM (4)	a. MRSA (1)
			b. なし (3)
		CAM (3)	a. MRSA (1)
			b. なし (2)
抜歯後	(3)	CFPN-PI (1)	不明
		AMPC (2)	なし (2)
肺炎予防	(3)	SMZ/TMP (2)	なし (2)
		CAM (1)	不明 (1)
創傷の感染予防	(2)	CFPN-PI (2)	不明 (2)
感冒だが基礎疾患に悪性腫瘍があるため	(1)	SBT/CPZ (1)	なし (1)
インフルエンザ陽性に対する約束処方	(1)	LVFX (1)	なし (1)
蜂窩織炎を繰り返すため	(1)	CAM (1)	不明 (1)

小括 ＜調査票D：調査当日個票＞

- 2019年2月1日から3月31日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日で午前0時時点の老健施設状況を調査した。有効回答126施設（入所者総数10,148人）における調査日午前0時時点の抗菌薬使用者は、85施設で計172人（1.7%）であった。年齢の中央値は86.0歳（IQR：81, 91）、性別は、男性63人（36.6%）、女性109人（63.4%）であった。
- 抗菌薬使用者のほとんどが基礎疾患を持っており、「脳血管疾患」が80人（46.5%）、「高血圧」が79人（45.9%）、「心疾患」が53人（30.8%）であった。
- 「要介護5」という重度の介護を要する者（「要介護認定が未定 / 申請中」の2人を除く）が、62人（36.5%）を占めていた。
- 主な医療デバイスの使用は、「末梢点滴ルート」・「自己導尿あるいは膀胱留置カテーテル」が各33人（19.4%）、「胃ろう」が23人（13.5%）だった。
- 有効回答126施設（入所者総数10,148人）のうち、感染症の治療目的（「感染巣の無回答」1人を除く）による抗菌薬使用者は、78施設で計152人（1.5%）であった。感染巣の上位3つは、尿路感染症、肺炎、上気道炎であった。

Ⅲ. 結果および考察

1. 老健施設の基本情報について

- 老健施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設である。常勤の管理医師が配置されていることから、日常的な医療サービスを提供することが可能で、これらは主に介護保険から給付されている。そのような施設で入所者は、医師、看護師、介護職員、リハビリ専門職、ボランティアスタッフ等と関わりながら生活を送っている。本調査への参加施設類型は、基本型（加算型を含む）76施設（60.3%）および在宅強化型（超強化型を含む）41施設（32.5%）であった。

本調査においては、既存の調査と比べて、有効回収率が8.4%と低かったことを考慮する必要がある。また、調査票が四部構成で設問項目が多かったこと、日常業務が多忙で調査協力には対応できなかった影響も考えられた。

- 施設整備面で「多床室のみ」の施設を1割程度認めた。個室がない施設における感染症発症者への対応策について、そのような施設でも実施可能な具体例を用いた支援の必要性が示唆された。
- 薬剤師の人員基準は、施設の実情に応じた適当数（入所者300人に1人以上を標準）とされている。本調査では、薬剤師の常勤換算職員数（入所者100人あたり）は、0.4人（IQR：0.0, 0.5）であった。
- 入所者の入所経路は、医療機関から半数を占めた。自宅およびその他介護施設（サ高住・グループホーム・有料老人ホーム等）からの受入れが2,618人（40.7%）であった。2017年介護保険法改正により、老健施設に在宅療養支援の役割が加わったことから、地域包括ケアシステムが実現するにつれ、自宅あるいはその他介護施設等からの入所受入れも増加していくことがうかがえた。
- 退所者の退所先は、医療機関が2,299人（35.8%）を占めた。入所中に医療機関で加療が必要となる者が一定数存在することがうかがえた。入所者は、医療機関および老健施設双方の環境による影響を受けるため、医療機関および老健施設の双方向性を持った情報共有は、感染対策の観点からも重要であると示唆された。
- 尿、血液、その他の培養検査が対応可能な老健施設（併設医療機関を含む）は、18施設（14.3%）だった。尿培養検査については、外部委託により88施設（71.0%）が対応可能であった。感染症症状がはっきりとしない高齢者の感染症診療において、抗菌薬投与前の培養検査の意義は、より高い。一方、介護報酬による検査費用負担、限られた医療設備内で検体採取・提出を行うことを考慮しなければならない。併設医療機関がある老健施設における検体搬送方法、併設医療機関のない老健施設における採取検体の一時保存方法も併せて検討していく必要があると考えられた。

2. 老健施設における感染症診療体制

- 管理医師の感染症診療において、「肺炎」は発熱、聴診の所見といった臨床所見、血液一般検査、胸部X線の異常陰影を参考に診断していることがうかがえた。「尿路感染症」は、発熱、下腹部圧痛などといった臨床所見または症状、尿検査をもとに診断していることがうかがえた。「蜂窩織炎」は、発熱、局所の疼痛、発赤、腫脹などといった臨床所見または症状、血液一般検査をもとに診断していることがうかがえた。いずれも、痰、尿、創部いずれかの培養検査結果に基づいた診断は少なかった。入所者が罹患している感染症の起因菌が判明することで、それに対して有効な抗菌薬成分、投与経路を選択することが可能となる。老健施設には、薬剤耐性菌の保菌リスクが高いと考えられる入院歴のある者や、在宅ケアを中心に生活を送ってきた要介護者などが混在していることから、特に感染症発症時の培養検査を活用した抗菌薬適正使用支援の必要性が考えられた。また、医療設備の限られた老健施設内で対

応可能な感染症と医療機関で加療が必要な症例を早期に見極めることも、高齢者の感染症診療において重要である。そのため、老健施設における感染症診療指針などを整理する必要性が示唆された。

- 肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎の治療において、主に3世代セファロスポリン、キノロンといった広域抗菌薬が選択される傾向がみられた。経口3世代セファロスポリンは、バイオアベイラビリティが低いだけでなく、CDI関連腸炎のリスクともなり得る。尿路感染症治療として用いられていたキノロンは、キノロン耐性大腸菌の増加が問題となっている。また、抗結核作用があることから、気道症状を呈している入所者に対して、慎重投与が望まれる。老健施設で管理可能（軽症・中等症）な患者に対する狭域抗菌薬の使用に関し、抗菌薬適正使用支援の必要性が示唆された。
- 施設内感染症診療で使用可能な抗菌薬成分は多彩であった。同一成分の抗菌薬を数種類常備している施設もみられた。老健施設内で診療可能な感染症に推奨される抗菌薬について整理し、具体的に提示することで、入所している高齢者が罹患しやすい感染症診療における初期対応の改善や標準化に加え、それによりコスト削減への寄与が期待できると考えられた。

3. 老健施設における感染管理対策

- 感染対策マニュアルがあるのは124施設（99.2%）、感染対策チームの設置は91施設（72.2%）であった。
- 入所時に、薬剤耐性菌に関する保菌情報を収集している施設は7割だった。本調査では、保菌者への対応方法は確認できていない。『介護施設等における薬剤耐性菌ガイド』⁸⁾を参考に、平時からの薬剤耐性菌対策を併せて周知していく必要がある。
- 各老健施設における個人用防護具（PPE；Personal protective equipment）の使用推奨は様々で、使い捨てエプロンの使用推奨に関して、「数回から1日単位で交換する」が39施設（31.0%）みられた。介護職員は、要介護者の食事介助、清潔ケア、排泄ケア、移動介助という多岐にわたる介護ケアをとおして、入所者らの自立支援に向けた日常生活を支えている。一方、薬剤耐性菌の水平伝播は、主に汚染された人の手を介して起こるため、このような集団生活の場では、入所者の医療ケア・介護ケア・リハビリテーション等に関わる全ての職員に対して、標準予防策強化に向け、施設で実行可能な正しい情報を提供していく必要があると考えられる。加えて、施設として感染予防対策に必要な物品等の整備改善を行うことも、入所者の感染症発症および施設内蔓延予防につながると考えられた。

4. 抗菌薬使用者の点有病率調査（PPS；Point Prevalence Survey）

（1）点調査時の老健施設状況について

- 老健施設には、ほぼ長期臥床状態（要介護5）、認知症症状により意思疎通の困難さが頻繁にみられ目が離せないような状態（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ）の入所者が1-2割存在していた。
- 総入所者10,148人のうち、延べ1,501人が医療デバイスを使用していた。このような生活環境における感染対策の要点を整理する必要性があると考えられた。

（2）抗菌薬使用者の個票について

- 有効回答126施設における調査日午前0時時点の入所者総数は10,148人だった。抗菌薬使用者は、85施設で計172人（1.7%）だった。172人のうち、感染症の治療目的（「感染巣の無回答」1人を除く）は、78施設で計152人（1.5%）であった。ECDCによる欧州の長期介護施設を対象とした医療関連感染および抗菌薬使用の点有病率調査 HALT-3プロジェクト2016/2017における、イングランドの536施設、926人（総入所者14,714人の6.3%）⁹⁾、イタリアの418施設、1,022人（総入所者24,132人の4.2%）¹⁰⁾、スウェーデンの153市町村にある施設、703人

(総入所者24,783人の2.9%)¹¹⁾等と比して、抗菌薬使用者の割合は低かった。年齢の中央値は86.0歳で、性別は男性63人(36.6%)よりも女性109人(63.4%)の方が多かった。主な感染巣(疑いを含む)は、尿路感染症、肺炎、上気道炎であった。

- 管理医師の主な抗菌薬選択状況は、上気道炎および尿路感染症に対する経口キノロン、経口3世代セファロスポリンの処方傾向がみられた。肺炎に対しては、注射用3世代セファロスポリン、経口キノロンの処方傾向がみられた。治療目的で抗菌薬を使用している152人(「感染巣の無回答」1人を除く)のうち、140人(92.1%)は抗菌薬が処方される前に培養検査が提出されていなかった。本調査における個票からは、適正な初期治療かの判断および評価は出来なかった。一方、広域抗菌薬の使用や上気道炎に対する抗菌薬処方など、抗菌薬の適正使用に至っていない点は、本邦における経口抗菌薬使用状況と類似していた¹²⁾。
- 薬剤耐性菌の保菌者に対し、広域抗菌薬による治療はほとんど行っておらず、入所時の薬剤耐性菌保菌の情報確認は、主に感染対策の観点で利用されていると考えられた。抗菌薬適正使用支援の観点からは、可能な限り感染症発症時の培養検査に基づく評価を行いつつ、感染症診療のターゲットとなる菌を絞った抗菌薬を選択することが望まれる。
- 2012年より、「肺炎」、「尿路感染症」、「带状疱疹」を発症した入所者に対し、施設内で投薬、処置などの治療管理を行った場合に、所定疾患施設療養費が算定できるようになった。2018年からは、診断に至った根拠の記載、感染対策の研修を受けた医師による治療管理には、より高い報酬が算定されるようになったことから、治療管理の評価について、今後の推移を追う必要がある。また、多様な背景を持つ管理医師に対して、薬剤耐性菌の動向を踏まえた抗菌薬の適正使用を継続的に支援する仕組みを構築する必要性が示唆された。

IV. 参考文献

- 1) Levy S. The antibiotic paradox: How miracle drugs are destroying the miracle. New York: Plenum Press, 1992.
- 2) 首相官邸. 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) 対策アクションプラン (2016-2020)”
首相官邸. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokusai_kansen/pdf/yakuzai_honbun.pdf. (2019年7月15日アクセス)
- 3) Bell et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis*. 2014; 14: 13.
- 4) Dancer SJ et al., Approaching zero: temporal effects of a restrictive antibiotic policy on hospital-acquired *Clostridium difficile*, extended-spectrum β -lactamase-producing coliforms and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Int J Antimicrob Agents*. 2013; 41: 137-42.
- 5) 西村信弘, 富田隆志. 抗菌薬使用量統計の実際. 『抗菌薬耐性対策サーベイランス必読ガイド』. じほう. 2016. p.78-89.
- 6) 内閣府. 平成30年版高齢社会白書; 1 高齢化の現状と将来像. 2018.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2019年7月28日アクセス)
- 7) 内閣府. 平成30年版高齢社会白書; 2 健康・福祉. 2018.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf (2019年7月28日アクセス)
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s2s_02_02.pdf (2019年7月28日アクセス)
- 8) 馬場尚志, 村上啓雄. 介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド; 2-c. 平時からの薬剤耐性菌対策. 2018
http://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812_nursinghomes.pdf (2019年10月10日アクセス)
- 9) Thornley T et al., Antimicrobial use in UK long-term care facilities: results of a point prevalence survey. *J Antimicrob Chemother*. 2019;74(7):2083-2090
- 10) Furmenti MF et al., Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities (HALT3): an overview of the Italian situation. *J Hosp Infect*. 2019;102(4):425-430
- 11) Public Health Agency of Sweden. Svenska HALT i korthet 2017.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fc7841bf1f594cdfad14981c28b7c780/svenska-halt-i-korthet-2017.pdf>
(2019年10月10日アクセス)
- 12) Tsutsui A et al., Trends and patterns of national antimicrobial consumption in Japan from 2004 to 2016. *J Infect Chemother*. 2018;24(6):414-421

V. 謝辞

本調査報告書は、厚生労働科学研究補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究」（代表：国立研究開発法人国立国際医療研究センター 大曲 貴夫）により、作成いたしました。

本調査研究の趣旨にご理解を賜り、多大なるご協力いただいた公益社団法人全国老人保健施設協会、副会長 折茂 賢一郎先生、業務部 高野様、宝田様、加盟施設の皆さま、共著者および協力者の皆さま、その他関係者の皆さまに、この場を借りて、深い謝意を申し上げます。

VI. 参考資料

平成 31 年 1 月吉日

介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する調査 ご協力をお願い

謹啓 厳冬の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたび、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班の一環として「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」を行うことになりました。この研究の主目的は、国内の高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量を明らかにし、今後の対策に役立てることです。

調査についての詳細は、別添え「調査の趣旨」をご一読ください。なお、調査にご協力いただけます場合は、このアンケートをお受け取りになってから指定日に、アンケート調査用紙にご記入下さい。調査票等は、**平成 31 年 3 月 10 日(日)まで**に、同封の返信用封筒にて、ご返送いただけますと幸いです。

ご多忙中とは存じますが、本調査へのご協力のほど、何卒宜しくお願いいたします。末筆ではございますが、時節柄、皆さまにおかれましてはくれぐれもご自愛くださいますようお願い申し上げます。

敬白

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）

薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

研究責任者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター 総合感染症科医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 早川 佳代子

共同研究者

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 臨床疫学室長 松永 展明

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 鈴木 久美子

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 総合感染症科 森岡 慎一郎

研究代表者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター長 / AMR 臨床リファレンスセンター長 大曲 貴夫

本調査に関する照会先

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院

AMR 臨床リファレンスセンター 鈴木 久美子 ・ 松永 展明

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

TEL : 03-6228-0062 FAX : 03-6228-0420

E-mail : ksuzuki@hosp.ncgm.go.jp / nomatsunaga@hosp.ncgm.go.jp

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）

薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」

実施要綱

薬剤耐性微生物が世界的な問題となっており、本邦でも 2016 年に薬剤耐性（AMR）対策アクションプランが策定されました。当該アクションプランでは、高齢者施設における医療関連感染症および抗菌薬使用の実態調査を必要な取り組みとしてあげています。しかし、過去に国内で高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量が調査された報告は限られています。

そこで、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業） 薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班の一環として「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」を行うことになりました。つきましては、本研究の趣旨をご賢察のうえ、調査へのご協力を賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

1.事業の目的

本研究の主目的は、介護老人保健施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量を明らかにし、今後の対策に役立てることです。

2.調査対象施設

公益社団法人全国老人保健施設協会に加盟されている会員施設です。

3.お送りした調査票類、回答期限および返送方法

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| (1) 実施要綱（本紙） | 1 部 |
| (2) 返信用封筒（角 6 サイズ） | 1 部 |
| 〈ご回答いただきたい調査票〉 | |
| (3)調査票表紙 および 調査票 A：調査研究事業に係る施設基本調査票 | 1 部 |
| (4)調査票 B：感染症診療および感染管理体制調査票 | 1 部 |
| (5)調査票 C：調査当日施設状況調査票 | 1 部 |
| (6)調査票 D：調査当日個票調査票 ※ 抗菌薬使用者がいた場合のみ | 3 部 |
| 〈貴施設で掲示していただきたいお知らせ〉 | |
| (7)研究に関するお知らせ | 1 部 |

※調査票類のうち、(6)「調査票 D」あるいは(7)「研究に関するお知らせ」が不足した場合には、大変お手数ですが、貴施設内でコピーをしていただくか、担当者にご連絡ください。

【調査票の回答期限と返送方法】

(3)～(6)の調査票は、**平成 31 年 3 月 10 日(日)**までに、同封の返信用封筒にてご郵送ください。

4.調査について

〈ご回答いただきたい調査票〉

種別	調査票名称	回答にあたって
調査票表紙	研究への施設参加同意書	施設代表者に確認の上、ご記入下さい。
調査票 A	調査研究事業に係る施設基本調査票	必要に応じ、関連職種（管理医師・看護師・薬剤師・事務担当）とご相談下さい。
調査票 B	感染症診療および感染管理体制調査票	管理医師または看護師とご相談下さい。
調査票 C	調査当日施設状況調査票	
調査票 D	調査当日個票調査票（対象者のみ）	

〈調査日について〉

「調査票 C」および「調査票 D」は、任意調査日* を貴施設で設定してご回答ください。

* 任意調査日とは、平成 31 年 2 月 1 日～28 日の間で、火曜から土曜までのいずれか午前 0 時時点を設定し、調査を実施することです。

5.その他

- ・本調査により得られた調査結果は、当センターが他の調査を実施する上での基礎データとして活用させて頂くことも想定しております。基礎データとしての活用とは、分析・解析の際に使用するだけであり、個人や個別の施設が特定できるような情報は一切公表されることはありません。追加で調査を行う場合等については、改めて同意書を取り交わす等の配慮をいたします。
- ・本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。
- ・「調査票表紙：研究への施設参加同意書」のチェック項目に記載漏れがあった場合、回答を終えた「調査票 A,B,C」,状況に応じて「調査票 D」の回収をもって、研究への施設参加同意を得たこととします。

6.本調査に関する照会先

国立研究開発法人国立国際医療研究センター

AMR 臨床リファレンスセンター

鈴木 久美子 E-mail : ksuzuki@hosp.ncgm.go.jp

松永 展明 E-mail : nomatsunaga@hosp.ncgm.go.jp

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 電話：03-6228-0062 FAX：03-6228-0420

7.研究責任者

国立研究開発法人国立国際医療研究センター

国際感染症センター 総合感染症科医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 早川 佳代子

介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する調査

調査の趣旨

【背景・目的】

薬剤耐性微生物（AMR）が世界的な問題となっており、その対策として本邦でも 2016 年に AMR 対策アクションプランが策定されました。当該アクションプランでは、高齢者施設における医療関連感染症および抗菌薬の使用実態調査を必要な取り組みとしてあげています。しかし、過去に国内で高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量が調査された報告は限られています。

そこで、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班の一環として「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」を行うことになりました。

本研究の主目的は、国内の高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量を明らかにし、今後の対策に役立てることです。本研究が基礎資料となり、わが国の高齢者施設における感染症診療のあり方を検討していくための基本資料とすることができればと考えております。

【対象・方法】

本調査は、平成 30 年 5 月 11 日開催の全国老人保健施設協会の常務理事会会議において、承認を得た調査です。そこで、公益社団法人全国老人保健施設協会の加盟施設に、調査のご協力をお願いしています。

医療関連感染症罹患状況および抗菌薬使用状況に関する施設体制および Point Prevalence Survey を行います。各施設に調査票を紙面にて郵送し、回答は紙面またはウェブにて回収いたします。貴施設の情報は匿名化および特定の個人を識別する事が出来ないようにいたします。

* Point Prevalence Survey：ある一点における状況を調査すること

【分析・発表】

介護老人保健施設における医療関連感染症罹患率および抗菌薬使用率を確認し、施設・入所者背景を調整した比較検定・回帰分析を行います。研究結果は、学会発表ののちに、英文雑誌に投稿します。

【試料・情報の保管および破棄の方法】

情報などは研究終了後 5 年間厳重に保管します。その後、印刷資料はクロスカット等のシュレッダーにより適切に廃棄します。

【個人情報の保護、倫理的事項】

本研究は国立国際医療研究センターの倫理審査委員会の承認を受けて実施することになりました。施設名は匿名化し、解析、発表のどの段階でも個人は特定されません。

本研究は、施設内記録を利用した記述研究であり、研究対象者に侵襲や介入はなく、研究対象者個人の負担・リスク・利益はありません。結果により将来的な感染対策の向上が図られ、集団としての利益になる可能性はあります。

研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても、随時これを撤回可能であり、それにより研究対象者等が不利益な取り扱いを受けることはありません。

貴施設のご希望により、この研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の計画書や研究の方法に関する資料をご覧頂くことや文書でお渡しすることができます。ご希望される方は照会先にご連絡ください。

本研究に関する研究全体及び研究者個人として、申告すべき利益相反状態はありません。

【研究組織】

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）

薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

研究責任者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター 総合感染症科医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 早川 佳代子

共同研究者

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 臨床疫学室長 松永 展明

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 鈴木 久美子

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 総合感染症科 森岡 慎一郎

研究代表者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター長 / AMR 臨床リファレンスセンター長 大曲 貴夫

平成31年1月吉日

研究に関するお知らせ

(介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する調査)

当施設では、以下にご説明する研究を行います。

この研究への参加を希望されない場合は、研究不参加とさせていただきますので、下記の照会先にお申し出ください。お申し出になられても、いかなる不利益も受けることはございませんので、ご安心ください。

■ 研究目的・方法

〈背景・目的〉

薬剤耐性微生物が世界的な問題となっており、本邦でも2016年に薬剤耐性（AMR）対策アクションプランが策定されました。アクションプラン内には、高齢者施設における医療関連感染症および抗菌薬の使用実態調査を必要な取り組みとしてあげています。しかし、過去に国内で高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量が調査された報告は限られています。

そこで、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班の一環として「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」を行うことになりました。

本研究の主目的は、国内の高齢者施設の医療関連感染症および抗菌薬使用量を明らかにし、今後の対策に役立てることです。本研究が基礎資料となり、わが国の高齢者施設における感染症診療のあり方を検討していくための基本資料とすることができればと考えております。

〈対象・方法〉

本調査は、平成30年5月11日開催の全国老人保健施設協会の常務理事会会議において、承認を得た調査です。そこで、公益社団法人全国老人保健施設協会の加盟施設に、調査のご協力をお願いしています。

医療関連感染症罹患状況および抗菌薬使用状況に関する施設体制およびPoint Prevalence Survey * を行います。各施設に調査票を紙面にて郵送し、回答は紙面もしくはWeb入力にて回収いたします。施設は匿名化および特定の個人を識別する事が出来ないようにいたします。

* Point Prevalence Survey ： ある一時点における状況を調査すること。

■ 研究期間

理事長承認日から2022年12月31日まで

■研究の対象となる方

平成31年2月1日から2月28日までの任意の1日に、抗菌薬を使用している入所者です。

■ご協力頂く内容

上記の対象期間中に、診療録に記録された診療情報（年齢・性別・実施検査・処方抗菌薬・医療器具関連の感染診断等）を、研究に使用させていただきます。使用に際しては、政府が定めた倫理指針に則って個人情報に厳重に保護し、研究結果の発表に際しても、個人が特定されない形で行います。

■外部への試料・情報の提供

研究データの提供は、特定の関係者以外が閲覧できない状態で行います。

■研究組織

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）

薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

研究責任者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター 総合感染症科医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 早川 佳代子

共同研究者

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 臨床疫学室長 松永 展明

国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 鈴木 久美子

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 総合感染症科 森岡 慎一郎

研究代表者

国立国際医療研究センター

国際感染症センター長 / AMR 臨床リファレンスセンター長 大曲 貴夫

■研究計画書等の入手・閲覧方法・手続き・手続きにかかる手数料等

あなたのご希望により、この研究に参加して下さった方々の個人情報の保護や、この研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の計画書や研究の方法に関する資料をご覧いただくことや文書でお渡しすることができます。ご希望される方は、どうぞ下記照会先までお申し出下さい。

本研究に関する照会先

国立研究開発法人国立国際医療研究センター

AMR 臨床リファレンスセンター 鈴木 久美子 ・ 松永 展明

E-mail : ksuzuki@hosp.ncgm.go.jp / nomatsunaga@hosp.ncgm.go.jp

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

TEL : 03-6228-0062 FAX : 03-6228-0420

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）
薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

「介護老人保健施設における医療関連感染症および抗菌薬使用に関する研究」

調査票表紙

調査へのご参加に同意いただける施設は、下記□に必ずチェックをお願いいたします。

☐

**当施設は、
本研究に参加することに同意します**

平成 31 年 月 日

本調査へのご参加は、webフォームからも可能です。
webフォームからの参加をご希望される場合は、以下URLへアクセスください。

調査票A：調査研究事業に係る施設基本調査票

└─▶ <https://jp.surveymonkey.com/r/rokenA>

調査票B：感染症診療および感染管理体制調査票

└─▶ <https://jp.surveymonkey.com/r/rokenB>

調査票C：調査当日施設状況調査票

└─▶ <https://jp.surveymonkey.com/r/rokenC>

調査票D：調査当日個票調査票

└─▶ <https://jp.surveymonkey.com/r/rokenD1>

調査研究事業に係る施設基本調査票

都道府県		施設名	
最終記録日時		調査票記入者	

《平成31年2月1日現在》

1. 貴施設状況について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 施設類型

1. 超強化型 (在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ算定)	2. 在宅強化型	
3. 加算型 (在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ算定)	4. 基本型	
5. 療養型・療養強化型	6. その他型	

(2) 居室の種類

1. 多床室(個室なし)	2. 多床室(一部個室あり)	3. 従来型個室	
4. ユニット型個室	5. その他【	】	

2. 定員数および入退所者の状況(短期入所療養介護を除く)について、太枠内に数字をお書きください。

(1) 入所定員数

人

(2) **延べ入所者数**（平成30年4月～平成30年9月まで）

人

(3) 新規入所者数(再入所を含む)(平成30年4月～平成30年9月まで)

※ 貴施設から病院等への入院期間が1週間以内の者を除く

--	--

(4) ① 退所者数 (平成30年4月～平成30年9月まで)

※ 貴施設から病院等への入院期間が1週間以内の者を除く

人

人

② ①のうち、死亡退所

3. 職員数および職員体制について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 入所担当の職員数 ※ 常勤換算。直近の届出人数を参考に、該当がない場合は「0人」とお書きください。

① 医師	人	② 薬剤師	人
③ 看護職員	人	④ 介護職員	人
⑤ 支援相談員	人	⑥ 管理栄養士/栄養士	人
⑦ リハビリ専門職	ア) PT 人	イ) OT 人	ウ) ST 人
⑧ 介護支援専門員(ケアマネージャー)	人	人	人

(2) 看護職員の24時間配置について

1. あり	2. あり (オンコール体制もあり)	
3. なし (オンコール体制あり)	4. なし (オンコール体制もなし)	

(3) 認定特定行為を実施できる介護職員の24時間配置について

1. あり (常時)	2. あり (看護職員の夜勤配置がない時)	
3. なし (オンコール体制あり)	4. 認定特定行為を実施できる介護職員がいない	

4. 施設等に対応可能な検査について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 施設あるいは併設医療機関[同一・隣接敷地内]で、対応可能な検査(夜間も含みます)について

1. 血液一般検査	2. X線撮影	3. CT撮影	4. 超音波検査	複数回答可
5. 血液培養	6. 尿培養	7. その他培養	8. 尿検査	
9. 尿沈渣	10. クロストリジオイデス・ディフィシル(CDI)検査	11. 迅速インフルエンザ検査		
12. 迅速ノロウイルス検査	13. いずれも不可			
14. その他【			】	

(2) 施設あるいは併設医療機関から、外部の検査会社に依頼して対応可能な検査について

1. 血液一般検査	2. 血液培養	3. 尿培養	4. その他培養	複数回答可
5. クロストリジオイデス・ディフィシル(CDI)検査	6. いずれもなし			
7. その他【			】	

5. 併設医療機関[同一・隣接敷地内]について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 併設医療機関の有無

1. ある	2. ない	
-------	-------	--

① 併設医療機関がある時、その類型について

→ 6. へ

1. 一般病院	2. 地域医療支援病院	3. 臨床研究中核病院	
4. 精神科病院	5. 結核病院	6. 有床診療所	
7. 無床診療所			
8. その他【		】	

② 併設医療機関がある時、その医療機関が有する病床等について

1. 一般病床	2. 医療療養病床	3. 介護療養型医療施設	複数回答可
4. 地域包括ケア病棟	5. 回復期リハビリテーション病棟	6. 精神病床	
7. 感染症病床	8. その他【	】	

③ 併設医療機関がある時、その医療機関が標榜する診療科について

1. 内科(神経・腎臓内科を除く)	2. 神経内科	3. 腎臓内科(人工透析)	複数回答可
4. 泌尿器科	5. 外科(脳神経・整形外科・形成外科を除く)		
6. 脳神経外科	7. 整形または形成外科	8. リハビリ科	
9. 老年科	10. 皮膚科	11. 耳鼻咽喉科	
12. 眼科	13. 精神科		
14. 産科または婦人科	15. 放射線科	16. 歯科	
17. その他【		】	

④ 併設医療機関がある時、その医療機関の救急体制について

1. 一次救急	2. 二次救急	3. 三次救急	
4. 救急告示病院(救急指定病院を除く)	5. いずれも該当しない		

⑤ 併設医療機関がある時、その医療機関の感染症対策チーム(ICT)について

1. ICTがあり、貴施設とも連携あり	2. ICTはあるが、貴施設と連携なし	
3. ICTはない	4. ICTがあるか不明	

6. 以下半年間の入退所状況(短期入所療養介護を除く)について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(平成30年4月～平成30年9月)

(1) 再入所状況について

① 貴施設から医療機関へ一時入院(約1週間以内)後の再入所者数

人

※ 一時入院を繰り返した方は、それぞれの再入所を数に加えてください

② ①のうち、感染症治療 人

(2) 新規入所者(短期入所療養介護を除く・再入所を含む)の入所元について

※1 ここでは、貴施設から一時入院(1週間以内)後に再入所した者を含みます

※2 平成30年4月～9月に入退所を繰り返した場合、それぞれの入所を数に加えてください

① 病院 ア)～カ)の合計

人
人
人
人
人
人
人
人

ア) 一般病床

イ) 地域包括ケア病棟

ウ) 回復期リハビリ病棟

エ) 医療療養病床

オ) 精神病床

カ) 上記 ア)～ オ) 以外

② 有床診療所

③ 介護療養型医療施設

④ 介護医療院

⑤ 別の介護老人保健施設

⑥ 特別養護老人ホーム

⑦ 自宅

⑧ その他介護施設(サ高住・

グループホーム・有料老人ホーム等)

⑨ その他 ア)

【 】

その他 イ)

【 】

人
人
人
人
人
人
人
人

(3) 退所者(短期入所療養介護を除く)の退所先について

※1 ここでは、貴施設からの一時入院者を含みます

※2 平成30年4月～9月に入退所を繰り返した場合、それぞれの退所を数に加えてください

① 病院 ア)～カ)の合計

人
人
人
人
人
人
人
人

ア) 一般病床

イ) 地域包括ケア病棟

ウ) 回復期リハビリ病棟

エ) 医療療養病床

オ) 精神病床

カ) 上記 ア)～ オ) 以外

② 有床診療所

③ 介護療養型医療施設

④ 介護医療院

⑤ 別の介護老人保健施設

⑥ 特別養護老人ホーム

⑦ 自宅

⑧ その他介護施設(サ高住・

グループホーム・有料老人ホーム等)

⑨ 死亡

⑩ その他 ア)

【 】

その他 イ)

【 】

人
人
人
人
人
人
人
人

続いて「調査票B」へお進みください。

回答用紙は、平成31年3月10日(日)までにポストへ投函ください。

①調査票表紙・調査票A、②調査票B、③調査票C、調査対象者がいた場合 ④調査票D

調査票A_3ページ

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）
薬剤耐性（AMR）アクションプランの実行に関する研究班

調査票B

感染症診療および感染管理体制調査票

都道府県		施設名	
最終記録日時		調査票記入者	

《平成31年2月1日現在》

1. 貴施設での診療等について、教えてください。

(1) 管理医師の専門領域について

複数回答可

(2) 管理医師のキャリアについて

医学部卒業後

年

(3) 平常時の医師診察の頻度

※ 定期的な診察・回診を含む

1. 1日複数回

2. 1日1回

3. 週2-3回

4. 週1回

5. 月1~2回

6. ほとんどない

(4) 平常時の入所者に対する検温

※ 記録の有無にかかわらず

1. 1日複数回

2. 1日1回

3. 週2-3回

4. 週1回

5. 月1~2回

6. ほとんどしていない

2. 発熱時に医療機関へ転院する判断について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

1. 検査が必要な場合

2. 内服が必要な場合

3. 点滴が必要な場合

複数回答可

4. ぐったりして具合が悪そうな場合

5. 意識状態の悪化

6. バイタルサイン(血圧低下、SpO₂：経皮的動脈血酸素飽和度等)の大きな異常

7. 数日様子を見て、解熱しない時

8. 数日治療を行っても、解熱しない時

9. 家族の希望が強い場合

10. その他【

】

3. 施設内における感染症診療およびその対応として、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1-1) 管理医師が「肺炎」と診断する基準を教えてください

1. 発熱

2. 呼吸数の増加

3. 喀痰の増加

4. 聴診の所見

複数回答可

5. SpO₂ 90%以下

6. 血液一般検査の結果

7. 胸部X線の異常陰影

8. 痰培養検査の結果

9. その他【

】

(1-2) 「肺炎」の診断で、貴施設または併設医療機関で確認している内容を教えてください

1. 発熱

2. 呼吸数の増加

3. 喀痰の増加

4. 聴診の所見

複数回答可

5. SpO₂ 90%以下

6. 血液一般検査の結果

7. 胸部X線の異常陰影

8. 痰培養検査の結果

9. その他【

】

(1-3) 「肺炎」の診断基準と確認内容が異なる場合、その理由を教えてください

1. 人員不足で対応不可

2. 検査体制がない

3. 報酬内で対応不可

複数回答可

4. 結果が出るまで時間を要す

5. その他【

】

(1-4) 「肺炎」に処方する抗菌薬は決まっていますか

1. はい

2. いいえ

(1-5) (1-4)で「はい」の場合、
その抗菌薬名をお書きください

[illegible]

1. 発熱	2. 発熱以外の症状なし	3. 身体所見(下腹部圧痛、背部叩打痛)
4. 自覚症状(排尿時痛、残尿感、下腹部痛、腰痛)	5. 血液一般検査の結果	
6. 尿検査の結果	7. 尿沈渣の結果	8. 尿培養検査の結果
9. その他【		】

1. 人員不足で対応不可	2. 検査体制がない	3. 報酬内で対応不可	複数回答可
4. 結果が出るまで時間を要す	5. その他【 】		

(2-5) (2-4)で「はい」の場合、
その抗菌薬名をお書きください

1. 発熱 2. 身体所見(局所の疼痛、発赤、腫脹、熱感) 3. 血液一般検査の結果 4. 創部培養検査の結果 5. その他【 】	複数回答可
--	-------

1. 発熱 2. 身体所見(局所の疼痛、発赤、腫脹、熱感) 3. 血液一般検査の結果 4. 創部培養検査の結果 5. その他【 】			複数回答可
--	--	--	-------

1. 人員不足で対応不可	2. 検査体制がない	3. 報酬内で対応不可	複数回答可
4. 結果が出るまで時間を要す	5. その他【 】		

(3-5) (3-4)で「はい」の場合、
その抗菌薬名をお書きください

1. はい 2. いいえ

1. Iを算定	2. IIを算定	3. I・IIを算定	4. なし	
---------	----------	------------	-------	--

4. ^

1. 肺炎 →

I を算定	人
II を算定	人

 2. 尿路感染症 →

I を算定	人
II を算定	人

 3. 带状疱疹 →

I を算定	人
II を算定	人

4. 施設内の感染症診療で用いる抗菌薬について

(1) 施設内常備、併設医療機関からの取り寄せで**主に使用する経口抗菌薬**に○をつけてください。

経口抗菌薬名		経口抗菌薬名	経口抗菌薬名
ア行	アクロマイシン	シタフロキサシン	トーフキサシン
	アジスロマイシン	シバスタン	トスキサシン
	アセオシリン	シプロキサシン	トスフロキサシン
	アセチルスピラマイシン	シプロフロキサシン	トミロン
	アベロックス	ジョサマイシン	ナ行 ノルフロキサシン
	アモキシシリン	シンクル	ハ行 バイシリンG
	アモリン	シンセパン	バクシダール
	エリスロマイシン	スパラ	バクタ
	塩酸ミノサイクリン	セキシ	バストシリン
	オーグメンチン	セキスパノン	パセトシン
	オゼックス	セファクロル	バナン
	オフロキサシン	セファレキシン	バラシリン
	オラスポア	セフィーナ	パロクール
	オラセフ	セフカベンピボキシル	ビブラマイシン
	オラベネム	セフジトレンピボキシル	ピペミド
カ行	ガチフロ	セフジニル	ピペラマイシン
	クラビット	セフспан	ファロム
	クラリシッド	セフゾン	フルマーク
	クラリス	セフテラムピボキシル	フロモックス
	クラリスロマイシン	セフパ	ペイトン
	グレースビット	セフボドキシムプロキセチル	ホスマイ
	ケフラル	セボキシム	ホスマリン
	ケフレックス	ソマトロン	ホスミシン
サ行	サワシリン	タ行 ダラシン	マ行 ミノマイシン
	ジェニナック	タリビット	メイアクト
	ジスプロチン	タリフロ	ヤ行 ユナシン
	ジスロマック	テラミロン	ラ行 ラセナマイシン
リストにない経口抗菌薬は、ご記入ください			レボフロキサシン
			ワイドシリン

(2) 施設内常備、併設医療機関からの取り寄せで**主に使用する注射抗菌薬**に○をつけてください。

注射抗菌薬名	注射抗菌薬名	注射抗菌薬名
ア行 アミカシン	セファメジン	ピスルシン
アミカマイシン	セフェピム	ピペラシリン
アルベカシン	セフトアックス	ファーストシン
イセパシン	セフォチアム	フィニバックス
イミペネム・シラスタチン	セフォペラジン	フルマリン
エルタシン	セフキソン	ブロアクト
エルパシン	セフトジジム	ベクタシン
オメガシン	セフトリアキソン	ペニシリン G
カ行 カルベニン	セフメタゾン	ペントシリン
クラビット	ゾシン	ホスホマイシン
クラフォラン	タ行 タゾシン	ホスミシン S
クリダマシン	タゾピペ	ホンパスチン
クリンダマイシンリン	ダラシン S	マ行 マキシピーム
ケニセフ	チエナム	ミノサイクリン
ゲンタシン	チエペネム	ミノマイシン
ゲンタマイシン	ナスパルン	メイセリン
サ行 シオセシン	ノイセフ	メロペネム
シオマリン	ハ行 バクトラミン	メロペン
ジスロマック	バクフォーゼ	モダシン
シプロキサ	パシル	ヤ行 ユナシンー S
シプロフロキサシン	パズクロス	ユナスピン
スルタムジン	ハベカシン	ラ行 リアソフィン
スルバクタム・アンピシリン	ハロスポア	硫酸カナマイシン
スルバシリン	バンコマイシン	硫酸ストレプトマイシン
スルペゾール	パンスポリン	リンコシン
スルペラゾン	パンセフォ	リンコマイシン
セパトレン	ビクシリン	ロセフィン
セファゾリンナトリウム	ピシリバクタ	ワ ワイスタール
リストにない注射抗菌薬は、ご記入ください		

(3) 抗菌薬の入手方法について

1. 卸業者から購入	2. 医療機関から購入	3. 保険薬局から購入	複数回答可
4. その他【	】		

(4) 施設で可能な投与経路について

1. 内服 2. 経胃管 3. 経静脈 4. その他【			
--------------------------------------	--	--	--

5. 施設あるいは職員の感染管理対策について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 感染症対策チーム(ICT)の設置 1. ある 2. ない

(2) 感染対策マニュアルの策定について

① 感染対策マニュアル 1. ある 2. ない

② 急性呼吸器症状者(例えば、インフルエンザ等)発症時の対応マニュアル

1. ある 2. ない 3. 季節によりある

③ 急性胃腸炎症状者(例えば、ノロウイルス感染症等)発症時の対応マニュアル

1. ある 2. ない 3. 季節によりある

(3) 過去1か月(平成31年1月分)の加算算定実績について

1. 口腔衛生管理体制加算あり	2. 口腔衛生管理加算あり	複数回答可
3. 栄養マネジメント加算あり	4. 低栄養リスク改善加算あり	
5. いずれもなし		

(4) 主に介護を行う職員に対して、個人用防護具(PPE)の使用をどのように推奨していますか

① 手袋の使用について

1. 一処置毎	2. 血液・体液・排泄物等に触れる可能性がある時	複数回答可
3. 傷のある皮膚に触れる可能性がある時	4. 粘膜に触れる可能性がある時	
5. 吸引時 6. 使用後の医療器材の片づけ・洗浄時		

② 使い捨てエプロンの使用について

1. 血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時(一処置毎に交換)	2. 血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時(数回使用～1日毎に交換)	複数回答可
3. 入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時(一処置毎に交換)	4. 入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時(数回使用～1日毎に交換)	
5. 使い捨てエプロンはない 6. その他【		
】		

③ 洗濯可能なエプロンの使用について

1. 血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時(汚染されたら交換)	2. 血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時(1日～数日単位で交換)	複数回答可
3. 4. 耐性菌保菌・疑い者の対応専用として使用(汚染されたら交換)	5. 耐性菌保菌・疑い者の対応専用として使用(1日～数日単位で交換)	
6. 使用していない 7. その他【		
】		

④ 使い捨てマスクの使用について

1. 常時	2. 感染症発症者・疑い者に接する時	複数回答可
3. 地域で感染症が流行時	4. その他【	

(5) 主に介護を行う職員の手の保清について

① 手袋着用の際、どのような手洗い(アルコール性手指消毒剤使用も含む)を推奨していますか

1. 手袋着用の前後で	2. 手袋着用の前に	
3. 手袋を外した時に	4. 手袋着用ではなく、ケア前後に	

② アルコール性手指消毒剤の設置について

1. 設置なし	2. スタッフ室など限られた場所に設置	3. 各居室に設置	複数回答可
4. 個人携帯	5. その他【	】	

③ 上記②で、設置・個人携帯がある場合、アルコール性手指消毒剤の使用量について

1. 手洗い実施を確認している	2. 定期的に使用量を把握(毎月～数か月)	複数回答可
3. 年単位であれば使用量を把握	4. 特に使用量はチェックしていない	

6. 入所時の感染症に関する情報収集として、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1-1) 薬剤耐性菌を保菌しているか情報を確認していますか。

1. はい(診療情報提供書または提出書類に記載欄あり)	2. 特にしていない	
-----------------------------	------------	--

(1-2) ↓(1-1)で「はい」の時、その種類は何ですか。

1. MRSA (メチリン耐性黄色ブドウ球菌)	2. VRE (バンコマイシン耐性腸球菌)	複数回答可
3. PRSP (ペニシリン耐性肺炎球菌)	4. MDRP (多剤耐性緑膿菌)	
5. CRE (カルバペネム耐性腸内細菌)	6. VRSA (バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌)	
7. ESBL (基質特異性拡張型βラクターゼ)産生菌		

(3) 入所者・ご家族へマスクやエプロン着用の必要性を説明していますか。

1. はい	2. いいえ	
-------	--------	--

(4) 施設から退所する際、受け入れ先へ耐性菌保菌に関する情報を伝えていますか。

1. はい	2. いいえ	3. 受け入れ先から求められた時のみ	
-------	--------	--------------------	--

続いて「調査票C」へお進みください。

回答用紙は、**平成31年3月10日(日)までに**ポストへ投函ください。

①調査票表紙・調査票A、②調査票B、③調査票C、調査対象者がいた場合 ④調査票D

調査当日施設状況調査票（任意調査日 午前0時の状況）

平成31年2月1日(金)～2月28日(木)の間に調査日を設定してください

* 日・月曜午前0時、2月12日(火)午前0時を除く

具体的には、上記期間中の ①火曜午前0時、②水曜午前0時、③木曜午前0時、
④金曜午前0時、⑤土曜午前0時のいずれか一時点です

都道府県		施設名	
任意調査日	2月()日午前0時時点	調査票記入者	

1. 記録当日の入所者数(短期入所療養介護を除く)について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 入所実人数 ※ 任意調査日午前0時時点

人

(2) 要介護度の内訳

未定・申請中	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人	人	人	人	人	人

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	II	II a	II b	III
人	人	人	人	人
	III a	III b	IV	M
	人	人	人	人

2. 入所者(短期入所療養介護を除く)で、医療器具使用者について、あてはまる数字を太枠内にお書きください。

(1) 中心静脈カテーテル	人	(2) 中心静脈ポート	人
(3) 末梢点滴	人	(4) 胃ろう	人
(5) 経鼻胃管チューブ	人	(6) 自己導尿 / 尿道留置カテーテル	人
(7) 透析カテーテル	人	(8) 気切チューブ	人
(9) 人工肛門	人	(10) 腎ろう・膀胱ろう	人
(11) その他①【 】	人	その他②【 】	人

3. 入所者(短期入所療養介護を除く)のうち、以下に該当する人数あるいは数字をお書きください。

(1) 吸痰(1日8回以上)が必要な者	※ 任意調査日午前0時から遡って24時間以内	人
(2) 褥瘡を有する者		人
(3) 抗菌薬を使用中の者	1. いない 2. いる	
※ 任意調査日午前0時から遡って24時間以内		調査票Dへ

調査への回答は、ここで終了です。ご協力頂き、ありがとうございました。

回答用紙は、平成31年3月10日(日)までにポストへ投函ください。

①調査票表紙・調査票A、②調査票B、③調査票C、調査対象者がいた場合 ④調査票D

調査当日個票調査票（任意調査日 午前0時の状況）

平成31年2月1日(金)～2月28日(木)の間に調査日を設定してください
＊日・月曜午前0時、2月12日(火)午前0時を除く
具体的には、上記期間中の ①火曜午前0時、②水曜午前0時、③木曜午前0時、
④金曜午前0時、⑤土曜午前0時のいずれか一時点です

都道府県		施設名	
任意調査日	2月()日午前 0 時時点	調査票記入者	

《調査日午前 0 時から遡って、24時間以内に抗菌薬を使用した者が対象》

1. 抗菌薬の使用者(点滴または内服)について、あてはまる数字をお書きください。

(1) 年齢 歳 → (2) 性別

1. 男	2. 女	
------	------	----------------------

(3) 基礎疾患について

1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 心疾患	4. 腎疾患	5. 脳血管疾患	複数回答可
6. 脂質異常症	7. 肝疾患	8. 呼吸器疾患	9. 膠原病疾患		
10. 整形外科疾患	11. 悪性腫瘍(血液腫瘍、固形ガンを含む)			12. いずれもなし	
13. その他【 】					

(4) 要介護度について

1. 要介護1	2. 要介護2	3. 要介護3	4. 要介護4	5. 要介護5	
6. 未定 / 申請中					

(5) 認知症高齢者の日常生活自立度について

1. I	2. II	3. IIa	4. IIb	5. III	6. IIIa	7. IIIb	
8. IV	9. M						

(6) 現在、使われている医療器具について

1. 中心静脈カテーテル	2. 中心静脈ポート	3. 末梢点滴	4. 胃ろう	複数回答可
5. 経鼻胃管チューブ	6. 自己導尿/膀胱留置カテーテル	7. 透析カテーテル		
8. 気切チューブ	9. 人工肛門	10. 腎ろう・膀胱ろう		
11. 医療処置はなし	12. その他【 】			

(7) 喀痰吸引の必要性について ※ 調査時点から遡って、24時間以内

1. 必要(1日8回以上)	2. 必要(1日8回未満)	3. 不要	
---------------	---------------	-------	----------------------

(8) 褥瘡の有無について

1. あり	2. なし	
-------	-------	----------------------

(9-1) 薬剤耐性菌を保菌していますか

1. はい	2. いいえ	3. 不明	
-------	--------	-------	----------------------

(9-2) (9-1) で「はい」の場合、その種類は

1. MRSA (メチリン耐性黄色ブドウ球菌)	2. VRE (バンコマイシン耐性腸球菌)	複数回答可
3. PRSP (ペニシリン耐性肺炎球菌)	4. MDRP (多剤耐性緑膿菌)	
5. CRE (カルバペネム耐性腸内細菌)	6. VRSA (バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌)	
7. ESBL (基質特異性拡張型βラクタマーゼ)産生菌	8. その他【 】	

(10) 過去6か月以内の入院歴の有無について

1. あり 2. なし

(11) オムツやパッドの使用について

1. 常時使用している 2. 夜間のみ使用している 3. なし

(12) 心肺蘇生を**行わない**旨の記載はありますか。

1. ある 2. ない

2. 現在、抗菌薬で治療中の感染症について、あてはまる数字をお書き下さい

(1) 抗菌薬の使用目的を教えてください。

1. 治療 2. 予防

(2) 感染巣(疑いも含む)を教えてください。

3. へ

1. 上気道炎 2. 気管支炎 3. 肺炎 4. 胃腸炎 5. 尿路感染症
6. 蜂窩織炎 7. 不明 8. その他【 】

(3) 上記(2)の診断基準を教えてください。

1. 発熱 2. 発熱以外の症状なし 3. 血液一般検査の結果 4. 呼吸数増加
5. 喀痰の増加 6. SpO₂の低下 7. X線撮影の結果 8. 尿検査の結果
9. 尿沈渣の結果 10. 血液培養の結果 11. 喀痰培養の結果
12. 尿培養の結果 13. 創部培養の結果 14. 下痢症状 15. 嘔吐
16. 聴診の所見 17. 自覚症状(排尿時痛、残尿感、腰痛、下腹部痛等)
18. 身体所見(下腹部の圧痛、背部叩打痛、局所の疼痛、発赤、腫脹等)
19. その他【 】

複数回答可

(4) 抗菌薬の処方前に行った検査があれば、教えてください。

1. なし 2. 血液一般検査 3. 血液培養 4. X線撮影 5. 喀痰培養
6. 尿検査 7. 尿沈査 8. 尿培養 9. 創部培養
10. その他【 】

複数回答可

(5) 上記(4)で、培養検査を行った場合、その起因菌を教えてください。

1. 結果待ち 2. 起因菌名【 】

(6) 現在、感染症の治療で使用している抗菌薬情報について

	治療の抗菌薬 1	治療の抗菌薬 2	治療の抗菌薬 3
① 抗菌薬名(量) ex アモ△△△△ン(250mg)			
② 投与回数	1日 回	1日 回	1日 回
③ 投与経路 1. 注射 2. 経胃管 3. 経口			
④ 投与時刻 ※注射のみ	1回目 時	時	時
	2回目 時	時	時
	3回目 時	時	時
	4回目 時	時	時
⑤ 投与期間(予定)	日間	日間	日間
⑥ 処方医 1. 常勤 2. 非常勤			

3. 感染症を予防するために使用している抗菌薬について、お答えください。

(1-1) 感染症予防のために抗菌薬を使用していますか。

(1-2) (1-1)で「はい」の場合、その理由を教えてください。

1. はい

2. いいえ

4. へ

(1-3) (1-1)で「はい」の場合、その抗菌薬について教えてください。

	予防の抗菌薬 1	予防の抗菌薬 2	予防の抗菌薬 3
① 予防の抗菌薬名(量) ex アモ△△△△ン(250mg)			
② 投与回数	1日 回	1日 回	1日 回
③ 投与経路 1. 注射 2. 経胃管 3. 経口			
④ 投与時刻 ※注射のみ	1回目 時	時	時
2回目	時	時	時
3回目	時	時	時
4回目	時	時	時
⑤ 投与期間(予定)	日間	日間	日間
⑥ 処方医 1. 常勤 2. 非常勤 3. 入所前から			

4. 現在、**内服している薬**【問2・3の抗菌薬以外】をお書きください。

お薬手帳の貼付も可

全ての抗菌薬使用者について記入が終わりましたら、調査は終了です。

ご協力頂き、ありがとうございました。

回答用紙は、平成31年3月10日(日)までにポストへ投函ください。

①調査票表紙・調査票A、②調査票B、③調査票C、④調査票D：該当人数分



国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター AMR臨床リファレンスセンター
2019年11月