

介護老人福祉施設における 感染症診療および 感染対策の実態調査 一点有病率調査 報告書



介護老人福祉施設における 感染症診療および感染対策の実態調査 一点有病率調査 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	2
4. 結果	2
5. 総括	4
6. 研究組織	4
II. 調査結果	5
調査票A:施設基本調査票の結果	5
1. 施設状況.....	5
2. 職員数および職員体制.....	6
3. 令和4年度の入退所状況	7
調査票B:感染症診療および感染管理体制調査票の結果	8
1. 配置医師.....	8
2. 施設での対応.....	9
3. 施設内の感染症診療.....	9
4. 感染管理体制.....	12
5. 平時における個人防護具の使用推奨について.....	14
6. 主に介護を行う職員の手の保清.....	14
7. 薬剤耐性菌に関する情報収集または情報提供.....	16
調査票C:調査当日施設状況(任意調査日午前0時の状況)	18
1. 任意調査当日の入所実人数.....	18
2. 入所者(短期入所生活介護を除く)の医療器具使用者.....	18
3. 入所者(短期入所生活介護を除く)のうち、以下に該当する人数.....	18
調査票D:調査当日個票(任意調査日午前0時の状況)	19
1. 任意調査日午前0時時点の抗菌薬使用者	19
2. 使用中の抗菌薬.....	21
3. 感染症を予防するために使用している抗菌薬.....	25

III. 結果および考察	26
調査票A:施設基本調査票	26
調査票B:感染症診療および感染管理体制調査票	26
調査票C:調査当日施設状況(認知調査日午前0時の状況)	27
調査票D:調査当日個票(任意調査日午前0時の状況)	28
IV. 参考文献	29
V. 謝辞	30
VI. 参考資料	31

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（2016-2020）」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、2023年4月に策定された第2期となる「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」においても戦略が継続された^{2,3)}。

医療分野では、「院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）」、2019年1月に「感染対策連携共通プラットフォーム（Japan Surveillance for Infection Prevention and Health-care Epidemiology：J-SIPHE）」、2022年10月には「診療所版J-SIPHE 診療所における抗菌薬適正使用支援システム（Online monitoring system for antimicrobial stewardship at clinics：OASCIS）」も稼働し、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った。また、医療機関における抗微生物薬の使用量（Antimicrobial Use：AMU）は、薬剤耐性菌の発生と密接な関係があることから⁴⁾、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⁵⁾。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⁶⁾。

わが国の総人口は、2024年10月1日現在、1億2,380万人となった。65歳以上の人口が総人口に占める割合（高齢化率）は29.3%に達した⁷⁾。少子化の深化とともに総人口が減少するなかで、今後も高齢化率は上昇を続け、2037年には国民の3人に1人が65歳以上（高齢化率33.3%）になると見込まれている⁷⁾。介護保険制度における要介護または要支援の認定者は、2022年度で681.4万人であり、2012年度から135.7万人も増加した⁷⁾。また、2022年における認知症の高齢者数は443.2万人（有病率12.3%）、軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment:MCI）の高齢者数は558.5万人（有病率15.5%）と推計されている⁸⁾。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^{9,10)}。在宅での生活が困難な要介護者のための生活施設である介護老人福祉施設で実施した調査では、総入所者9,044人のうち、94人（1.0%）が経口または注射用抗菌薬を使用していた¹¹⁾。しかし、現時点でも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、匿名医療保険等関連情報データベース（National Database：NDB）や匿名介護保険等関連情報データベース（Japanese Long-term Care Database：介護DB）を用いても十分に把握されていない。

2. 調査の目的

介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条において、介護老人福祉施設とは、老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が三十人以上であるものに限る。）であって、当該特別養護老人ホーム（以下、特養）に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設であると定義されている。入所判定の対象者は、申込者のうち要介護3から要介護5までの要介護者および、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事情があることによる要介護1または2の方の特例的な施設への入所が認められる者である¹²⁾。入所者に対し健康管理および療養上の指導を行うために必要な数の医師が配置され、看護職員とともに入所者の健康保持のために適切な措置がとられている¹²⁾。そこで、このような要介護者の生活施設における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する目的で、第2回点有病率調査（Point Prevalence Survey：PPS）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

2023年11月1日現在、全国老人福祉施設協議会に加盟している10,642施設のうち、特別養護老人ホームを対象とした。対象となった4,784施設から、同協議会総研運営委員会事務局が無作為に1,500施設を抽出した。

(2) 調査実施方法

全国老人福祉施設協議会から、調査対象施設の住所および施設長名が印字されたラベルを受領し、当該ラベルを貼付した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：施設基本情報（2024年2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（2024年2月1日現在の状況）
- ③ 調査票C：任意調査日午前0時時点 施設状況
- ④ 調査票D：任意調査日午前0時時点 抗菌薬使用者の個票

(4) 実施時期

2024年2月1日から3月25日まで

(5) 回収および集計状況

調査票の回収は174件（回収率11.6%）であった。有効回収数は161件（有効回収率10.7%）で、調査票A-Cが欠損していた2施設、調査票Cが欠損していた3施設、任意調査日の設定が間違っていた6施設、全て空欄の1施設、第1回質問紙調査票を返送した1施設の計13件を集計作業から除外した。

4. 結果

(1) 調査票A：施設基本情報

- 本調査への参加施設は、定員30人以上の「介護老人福祉施設」が134施設（85.9%）と最も多かった。
- 施設整備面で、「多床室のみ」の施設が、18施設（11.3%）であった。
- 看護職員の24時間配置は、主に「なし（オンコール体制あり）」が150施設（93.2%）だった。
- 2022年4月1日から2023年3月31日までに、3,508人（155施設）が新規入所した。新規入所者の主な入所経路は、居宅（家庭）からが1,146人（32.7%）、医療機関からは897人（25.6%）であった。
- 2022年4月1日から2023年3月31日までに、3,429人（158施設）が退所した。主な退所経路は、死亡が2,391人（69.7%）、医療機関が837人（24.4%）であった。

(2) 調査票B：感染症診療および感染管理体制

① 主たる配置医師および施設内での感染症診療対応

- 主たる配置医師の所属先は、「病院」が65人（41.4%）、「診療所（有床を含む）」が80人（51.0%）だった。在宅療養支援機能を持つ医療機関に所属している配置医師は、76人（58.5%）であった。専門領域は、「内科」が97人（62.6%）と最も割合が多かった。
- 医師の診察頻度は、「週1回」が82施設（50.9%）、次いで「週2-3回」が43施設（26.9%）だった。
- 発熱者に対して、あらかじめ決められた医療処置として、「抗菌薬（抗生物質）の与薬」が25施設（16.2%）ほどみられた。
- 配置医師向けに、上気道炎、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎に対して、主に処方する抗菌薬が決まっているか尋ねたところ、158～161人（98.1%～100%）から回答が得られた。主に処方する抗菌薬が決まっている配置医

師は、上気道炎が30人（18.9%）、肺炎が35人（21.7%）、尿路感染症が51人（31.7%）、蜂窩織炎が27人（17.1%）だった。なお、上気道炎に「抗菌薬を使用しない」と回答した者は11人（6.9%）であった。上気道炎、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎の診療において、主に処方する抗菌薬の薬剤系統は、フルオロキノロン系、第3世代セファロスポリン系であった。

- 感染症診療の参考情報を尋ねたところ、無回答（配置医師の代理回答で記載出来ないケースを含む）が115人（71.4%）に及んだ。回答が得られた39人のうち、「JAID/JSC感染症治療ガイド2019 または 2023」が19人（48.7%）だった。

② 感染管理体制

- 感染対策のためのマニュアル内に、「薬剤耐性菌に関する知識・情報の記載がある」施設は、65施設（40.9%）だった。そのうち、「保菌者の対応方法に関する記載がある」施設は43施設（67.2%）だった。
- 平時に感染予防対策について、外部組織との関わりがあるのは、「定期的」と「不定期」を併せて107施設（69.0%）にのぼった。
- 感染対策（予防）で困った出来事の内容をカテゴリ化したところ、「新型コロナウイルス感染症の感染対策」、「認知症者への感染対策」、「標準予防策の遵守」が頻出した。
- 感染予防対策で困った経験がある120施設のうち、外部の相談先または人で最も多かったのは、保健所 / 保健センターの職員で76施設（63.3%）であった。
- 介護を行う職員の個人防護具の着用推奨を尋ねた。使い捨て手袋の着用推奨は、94.3%以上の施設が必要な場面（湿性生体物質に直接触れるまたは触れそうな時等）で推奨されていた。使い捨てエプロンまたはガウンの着用推奨は、湿性生体物質等で衣服が汚れそうな時で128施設（84.2%）だったが、再利用して交換という推奨が47施設（30.9%）みられた。一方、使い捨てエプロンを採用していない施設が9施設（5.9%）みられた。使い捨てマスクの着用推奨は、全施設が「勤務中は、ほぼマスクを着用」であった。
- 第一選択としての手指衛生の推奨で「擦式アルコール性手指消毒剤を使用するが、必要に応じて、石けんと流水による手洗い」と回答した94施設のうち、擦式アルコール性手指消毒剤を個人携帯しているのは46施設（48.9%）だった。
- 入所時に薬剤耐性菌の保菌に関する情報を確認しているのは、56施設（37.1%）だった。主な薬剤耐性菌種は、MRSA、ESBL産生菌で、「過去の検査情報があれば確認」という施設も含めると、121施設（80.1%）が入所の際に、薬剤耐性菌の保菌に関する情報を確認していた。
- 薬剤耐性菌保菌者の受入れが可能なのは、136施設（85.0%）で、不可は8施設（5.0%）だった。受入れ不可の理由として、受入れ経験のなさが多く挙げられた。
- 薬剤耐性菌保菌者の平常時の対応について、「どのような対応方法が適切かわからない」と回答した施設は、MRSAが4施設（2.8%）、ESBL産生菌が18施設（13.4%）、CREが38施設（35.5%）であった。

(3) 調査票C：調査当日施設状況（任意調査日午前0時の状況）

- 2024年2月1日から3月25日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における入所者総数は157施設で10,225人であった。
- 有効期間内の要介護認定を持つ8,641人（「未定・申請中」の31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」の介護を要する者が併せて6,288人（72.7%）であった。
- 152施設における入所者総数9,809人のうち、延べ1,093人が医療器具を使用していた。最も多かったのは、「胃ろう」で501人（5.1%）だった。
- 療養病床における医療必要度の評価である“医療区分2”に該当する項目のひとつとして、1日8回以上の吸痰が必要な者を尋ねた。147施設における入所者総数9,656人のうち、122人（1.3%）だった。
- 任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における入所者総数は10,255人で、そのうち抗菌薬使用者は108人（抗菌薬使用率1.1%）だった。

(4) 調査票D：調査当日個票（任意調査日午前0時の状況）

- 2024年2月1日から3月25日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における総入所者数は10,225人（157施設）で、抗菌薬を使用していたのは108人であった。回収できた個票は、103人分だった。
- 抗菌薬使用者の主な基礎疾患は、「認知症」が63人（63.0%）、「高血圧」が51人（51.0%）、「脳血管疾患」が27人（27.0%）、だった。
- 回収できた個票103人のうち、治療目的で抗菌薬を使用している者は88人（85.4%）だった。感染症（疑いを含む）の上位3つは、尿路感染症、肺炎、上気道炎であった。

5. 総括

本調査結果は回収率の低さ、初回調査¹¹⁾における対象施設との重なりが把握できていないため、解釈には注意が必要である。

感染症診療においては、配置医師は限られた情報をもとに意思決定せざるを得ない場面が多いと推察された。入所者は高齢であり、感染症の症状が非特異的、かつ、認知症者が60%以上を占めている。抗微生物薬適正使用に関するガイダンスの周知に加え、施設向けの簡便な診療支援ツールの検討が示唆された。

感染管理体制では、標準予防策の実践における課題、薬剤耐性菌に対する認識不足が垣間見えた。介護職員が中心で利用者の日常生活上の世話をを行っている施設特性から、介護職員にも理解しやすい内容、制約内での工夫例が提示されたガイダンス、施設がすぐに使用できる研修用資材・動画等が望まれることが示唆された。

6. 研究組織

厚生労働行政推進調査事業費補助金（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2023-2027年の実行における課題解決のための研究」

「介護老人福祉施設における感染症診療および感染対策の実態調査一点有病率調査」メンバー

研究代表者：

国立健康危機管理研究機構 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：

国立健康危機管理研究機構 AMR臨床リファレンスセンター 特任研究員 鈴木 久美子

国立健康危機管理研究機構 AMR臨床リファレンスセンター 臨床疫学室長 松永 展明

国立健康危機管理研究機構 国際感染症センター / 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

国立健康危機管理研究機構 国際感染症センター / AMR臨床リファレンスセンター

国際感染症対策室医長 森岡 慎一郎

研究協力者：

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 会長 大山 知子

オブザーバー：

厚生労働省 健康・生活衛生局 感染症対策部 感染症対策課 課長補佐 星野 明子

Ⅱ. 調査結果

調査票A：施設基本調査票の結果

1. 施設状況

(1) 介護報酬上の届出

介護保険法における入所定員が30人以上の介護老人福祉施設が134施設（85.9%）、入所定員が29人以下の地域密着型介護老人福祉施設が22施設（14.1%）だった。介護老人福祉施設のうち、選択肢で重複回答した5施設を集計から外した。最も多かったのは、「介護福祉施設」が112施設（83.6%）だった（表A-1）。

◎表A-1 介護報酬上の届出 n=156

介護保険法の定義	内訳	施設数 (%)
介護老人福祉施設 n=134	介護福祉施設（従来型）備考1)	112 (83.6)
	(経過的) 小規模型 備考2)	0
	ユニット型 備考3)	20 (14.9)
	(経過的) ユニット型小規模型 備考4)	2 (1.5)
地域密着型 介護老人福祉施設 n=22	地域密着型（従来型）備考5)	4 (18.2)
	サテライト型 備考6)	0
	ユニット型地域密着型 備考7)	13 (59.1)
	ユニット型サテライト型地域密着型 備考8)	5 (22.7)

備考1) 個室または多床室を持ち、食堂、機能訓練室等を有する施設

備考2) 離島、過疎地域に所在し、2006年3月31日までに指定を受けた定員30人の小規模な施設

備考3) 在宅に近い居住環境の下でケアを行うため、生活および介護単位を一致させたユニットケアを行う。

居室は個室で、ユニット定員はおおむね10名以下で、入居者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援する施設

備考4) ユニットケアを行う離島、過疎地域に所在し、2006年3月31日までに指定を受けた定員30人の小規模な施設

備考5) 入所定員が29人以下。市町村が提供する生活施設で、利用者が住み慣れた地域で暮らせるよう当該市町村の住民票を持つ要介護者に入所を限定

備考6) 本体施設と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営される地域密着型の施設

備考7) 施設の全部においてユニットケアを行う地域密着型の施設

備考8) ユニット型本体施設と密接な連携を確保しつつ、別の場所で運営されるユニット型の施設

(2) 居室の種類

居室の種類で最も多かったのは、「多床室と個室の混合」が86施設（54.1%）であった（表A-2）。

◎表A-2 居室の種類 n=159

居室の種類	施設数 (%)
多床室のみ	18 (11.3)
個室のみ	55 (34.6)
多床室と個室の混合	86 (54.1)

(3) 短期入所生活介護を除く定員数 n=160

短期入所生活介護を除く定員数の中央値は、60人（IQR：50,80）だった。定員数が最も少ない施設は28人で、最も多い定員数は200人だった。

(4) 協力病院の救急体制

協力病院の救急体制で最も多かったのは、「二次救急」が52施設（39.1%）だった（表A-3）。

◎表A-3 協力病院の救急医療体制 n=133

救急医療体制	施設数 (%)	救急医療体制	施設数 (%)
一次救急	34 (25.6)	救急告示病院 (救急指定病院を除く)	11 (8.3)
二次救急	52 (39.1)	いずれも該当しない	33 (24.8)
三次救急	3 (2.3)		

備考) 重複回答の4施設を除外した

2. 職員数および職員体制

(1) 入所サービスの職員数

直近の届出等から常勤換算方法で記入を求め、入所者100人あたりで算出した (表A-4)。

◎表A-4 職種別の職員数：入所者100人あたり n=125

	職員数 中央値 (IQR)
① 看護職員	6.4 (5.6, 8.0)
② 介護職員	41.3 (35.0, 50.0)

備考) 地域密着型介護老人福祉施設は、施設形態により人員基準が緩和されている可能性があり除外した

(2) 看護職員の24時間配置

看護職員の24時間配置で最も多かったのは、「なし (オンコール体制あり)」の150施設 (93.2%) だった (表A-5)。

◎表A-5 看護職員の24時間配置 n=161

配置体制	施設数 (%)
あり	6 (3.7)
なし (オンコール体制あり)	150 (93.2)
なし (オンコール体制なし)	5 (3.1)

(3) 介護職員で、喀痰吸引等の行為が認められている者

① 介護職員で、喀痰吸引等の行為が認められている者の有無

該当職員が「いる」は140施設 (87.5%) だった (表A-6)。

◎表A-6 介護職員で喀痰吸引等の行為が認められている者 n=160

該当者	施設数 (%)
いる	140 (87.5)
いない	20 (12.5)

② 上記①において、該当職員が「いる」と回答した施設の詳細

該当職員の割合、24時間配置について、以下に示す (表A-7)。

◎表A-7 介護職員で嗜痰吸引等の行為が認められている者の割合、24時間配置

該当職員の割合	n=133	施設数 (%)
60%以上		42 (31.6)
30-59%		45 (33.8)
30%未満		46 (34.6)

該当職員の24時間配置	n=137	施設数 (%)
あり		89 (65.0)
なし		48 (35.0)

備考) 調査票では該当者がいない場合も24時間配置を回答するようになっていたが、誤りのため除外した

3. 令和4年度の入退所状況

(1) 新規入所者

2022年4月1日から2023年3月31日までの間に、155施設で計3,508人が新規入所した。新規入所者の主な入所元は、「居宅（家庭）」が1,146人（32.7%）、「医療機関」が897人（25.6%）、「介護老人保健施設」が689人（19.6%）であった（表A-8）。

◎表A-8 新規入所者の入所元 n=3,508 (155施設)

2022年4月1日から2023年3月31日までの新規入所者総数

入所元	人数 (%)
① 医療機関	897 (25.6)
② 介護療養型医療施設 備考1)	55 (1.6)
③ 介護医療院	23 (0.7)
④ 介護老人保健施設	689 (19.6)
⑤ 他の介護老人福祉施設	133 (3.8)
⑥ 居宅（家庭）	1146 (32.7)
⑦ その他 備考2)	565 (16.1)

備考1) 2024年3月31日で廃止

備考2) 認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護等が含まれる

(2) 退所者の退所先

2022年4月1日から2023年3月31日までの間に、158施設で3,429人が退所した。主な退所先は「死亡」が2,391人（69.7%）、次いで「医療機関」への転入が837人（24.4%）であった（表A-9）。

◎表A-9 退所者の退所先 n=3,429 (158施設)

2022年4月1日から2023年3月31日までの退所者総数

退所先	人数 (%)
① 医療機関	837 (24.4)
② 介護療養型医療施設 備考1)	73 (2.1)
③ 介護医療院	7 (0.2)
④ 介護老人保健施設	13 (0.4)
⑤ 他の介護老人福祉施設	70 (2.0)
⑥ 居宅（家庭）	23 (0.7)
⑦ その他 備考2)	15 (0.4)
⑧ 死亡	2391 (69.7)

備考1) 2024年3月31日で廃止

備考2) 認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護等が含まれる

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. 配置医師

(1) 配置医師の人数 n=150

配置医師の実人数の中央値は1人（IQR：1， 2）だった。配置医師数が最も多い施設は、6人だった。

(2) 主たる配置医師

① 身分について

主たる配置医師の身分で最も多かったのは、「嘱託医（特定の医師）」で142人（89.9%）であった。詳細は以下に示す（表B-1）。

◎表B-1 主たる配置医師の身分 n=158

身分	人数 (%)	身分	人数 (%)
嘱託医（特定の医師）	142 (89.9)	常勤	2 (1.3)
嘱託医（交替制）	10 (6.3)	その他	4 (2.5)

再掲) その他4；協力医療機関の特定医師1， 契約医師1， 分類不能2

② 所属先について

主たる配置医師の所属先で最も多かったのは、「診療所（有床を含む）」が80人（51.0%）だった（表B-2）。

◎表B-2 主たる配置医師の所属先 n=157

所属先	人数 (%)	所属先	人数 (%)
病院	65 (41.4)	その他	12 (7.6)
診療所（有床を含む）	80 (51.0)		

備考) その他の詳細は尋ねていない。

③ 所属先の在宅療養支援機能について

在宅療養支援機能が「あり」は、76施設（58.5%）だった（表B-3）。

◎表B-3 主たる配置医師の所属先における在宅療養支援機能 n=130

在宅療養支援機能	人数 (%)
あり	76 (58.5)
なし	54 (41.5)

④ 専門領域について

専門領域で最も多かったのは、「内科」が97人（62.6%）だった。（表B-4）。

◎表B-4 主たる配置医師の専門領域 n=155

専門領域	人数 (%)	専門領域	人数 (%)
内科	97 (62.6)	その他	40 (25.8)
外科	18 (11.6)		

再掲) その他40；内科および外科、外科およびその他といった重複回答33， 婦人科および小児科1， 婦人科1， 産婦人科1， 麻酔科1， 東洋医学科1， 詳細不明2

⑤ 所属学会について

所属学会について、2つまで記入を求めた。複数所属が22人（71.0%）で、上位3つは「日本内科学会」が12人、「日本循環器学会」が8人、「日本外科学会」が5人だった。単数所属は9人（29.0%）で、最も多いのが「日本内科学会」の4人だった。なお、未記入が128施設みられた（表B-5）。

◎表B-5 主たる配置医師の所属学会 n=31

所属学会	人数 (%)
複数所属	22 (71.0)
単数所属	9 (29.0)

2. 施設での対応

(1) 医師診察の頻度について

施設における医師診察の頻度で最も回答が多かったのは、「週1回」で82施設（51.2%）だった（表B-6）。

◎表B-6 医師の診察頻度 n=160

診察頻度	人数 (%)	診察頻度	人数 (%)
1日1回以上	3 (1.9)	週1回	82 (51.2)
週4-6回	3 (1.9)	月1-3回	29 (18.1)
週2-3回	43 (26.9)		

(2) 発熱時に、あらかじめ決められた医療処置について

発熱時に、あらかじめ決められた医療処置で最も多かったのは、「解熱剤の与薬」が120施設（56.6%）、次いで「抗菌薬（抗生物質）の与薬」が25施設（11.8%）だった（表B-7）。

◎表B-7 発熱に対して、あらかじめ決められた医療処置 n=154 【重複回答】

医療処置の内容	施設数 (%)	医療処置の内容	施設数 (%)
特になし	36 (23.4)	脱水予防の点滴	30 (19.5)
解熱剤の与薬	120 (77.9)	その他	1 (0.6)
抗菌薬（抗生物質）の与薬	25 (16.2)		

再掲) その他1；インフルエンザウイルス検査、コロナウイルス抗原検査、尿検査
備考) その他に自由記載された回答のうち、医師への相談、冷罨法、水分摂取の強化は、本集計から除外した。

3. 施設内の感染症診療

(1) 上気道炎

① 主に使用する抗菌薬について

上気道炎に対して主に使用している抗菌薬が「決まっている」が30人（18.9%）だった（表B-8）。

◎表B-8 上気道炎に対して主に使用している抗菌薬 n=159

上気道炎に使用する抗菌薬	施設数 (%)	上気道炎に使用する抗菌薬	施設数 (%)
決まっている	30 (18.9)	使用しない	11 (6.9)
決まっていない	118 (74.2)		

主に使用する抗菌薬が「決まっている」30人の配置医師のうち、抗菌薬系統が1つの者は24人であった。上位3系統は、「フルオロキノロン系」で10人（41.7%）、「第3世代セファロスポリン系」の8人（33.3%）、「マクロライド系」の3人（12.5%）だった（表B-9）。一方、複数の抗菌薬系統を回答した配置医師は5人で、1人は無回答だった。

◎表B-9 上気道炎に使用する抗菌薬（薬剤系統が1つであった配置医師） n=24

薬剤系統	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
広域ペニシリン系		1			1 (4.2)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤		1			1 (4.2)
第2世代セファロスポリン系				1	1 (4.2)
第3世代セファロスポリン系		5	3		8 (33.3)
マクロライド系		3			3 (12.5)
フルオロキノロン系		9		1	10 (41.7)

(2) 肺炎

① 主に使用する抗菌薬について

肺炎に対して主に使用している抗菌薬が「決まっている」が35人 (21.7%) だった (表B-10)。

◎表B-10 肺炎に対して主に使用している抗菌薬 n=161

肺炎に使用する抗菌薬	施設数 (%)
決まっている	35 (21.7)
決まっていない	126 (78.3)

主に使用する抗菌薬が「決まっている」35人の配置医師のうち、抗菌薬系統が1つの者は17人であった。最も多かったのは「第3世代セファロスポリン系」の10人 (58.8%) だった (表B-11)。一方、複数の抗菌薬系統を回答した配置医師は18人だった。

◎表B-11 肺炎に使用する抗菌薬（薬剤系統が1つであった配置医師） n=17

薬剤系統	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤		1	1	2 (11.8)
第3世代セファロスポリン系		1	9	10 (58.8)
フルオロキノロン系		5		5 (29.4)

(3) 尿路感染症

① 主に使用する抗菌薬について

尿路感染症に対して主に使用している抗菌薬が「決まっている」が51人 (31.7%) だった (表B-12)。

◎表B-12 尿路感染症に対して主に使用している抗菌薬 n=161

尿路感染症に使用する抗菌薬	施設数 (%)
決まっている	51 (31.7)
決まっていない	110 (68.3)

主に使用する抗菌薬が「決まっている」51人の配置医師のうち、抗菌薬系統が1つの者は30人であった。最も多かったのは「フルオロキノロン系」の24人 (80.0%) だった (表B-13)。一方、複数の抗菌薬系統を回答した配置医師は13人だった。

◎表B-13 尿路感染症に使用する抗菌薬（薬剤系統が1つであった配置医師） n=30

薬剤系統	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤		1		1 (3.3)
第3世代セファロスポリン系		4	1	5 (16.7)
フルオロキノロン系		24		24 (80.0)

(4) 蜂窩織炎

① 主に使用する抗菌薬について

蜂窩織炎に対して主に使用している抗菌薬が「決まっている」が27人（17.1%）だった（表B-14）。

◎表B-14 蜂窩織炎に対して主に使用している抗菌薬 n=158

蜂窩織炎に使用する抗菌薬	施設数 (%)
決まっている	27 (17.1)
決まっていない	131 (82.9)

主に使用する抗菌薬が「決まっている」27人の配置医師のうち、抗菌薬系統が1つの者は23人であった。最も多かったのは「第3世代セファロスポリン系」の10人（43.5%）だった（表B-15）。一方、複数の抗菌薬系統を回答した配置医師は4人だった。

◎表B-15 蜂窩織炎に使用する抗菌薬（薬剤系統が1つであった配置医師） n=23

薬剤系統	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
広域ペニシリン系		2			2 (8.7)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤		1			1 (4.3)
第2世代セファロスポリン系		3			3 (13.0)
第3世代セファロスポリン系		5	5		10 (43.5)
フルオロキノロン系		6	—	1	7 (30.4)

(5) 感染症診療の参考情報について

感染症診療の参考情報で最も多かったのは、「JAID/JSC感染症治療ガイド2019 または 2023」で、19人（48.7%）だった。なお、無回答（代理回答で記載出来ないケースを含む）が115人だった（表B-16）。

◎表B-16 感染症診療の参考情報 n=39 【重複回答】

感染症診療の参考情報	施設数 (%)
『JAID/JSC感染症治療ガイド2019 または 2023』日本感染症学会・日本化学療法学会	19 (48.7)
『抗微生物薬適正使用の手引き 第二版または第三版』厚生労働省	15 (38.5)
『成人肺炎診療ガイドライン 2017』日本呼吸器学会	11 (28.2)
書籍	4 (10.3)
その他	5 (12.8)

再掲1) 書籍4；今日の治療薬2，ESBL産生菌 診断・治療・感染対策1，詳細不明1

再掲2) その他5；WEB情報1，厚生労働省の感染対策に関する資料1，特になし2，詳細不明1

4. 感染管理体制

(1) 感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載について

感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載が「ある」のは、65施設（40.9%）だった（表B-17）。

◎表B-17 感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載 n=159

薬剤耐性菌に関する記載	施設数 (%)
ある	65 (40.9)
ない	94 (59.1)

① 薬剤耐性菌に関する記載内容について

感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載内容で最も多かったのは、「基礎知識（耐性菌の特徴、定着しやすい部位、拡がり方等）」の57施設（89.1%）だった（表B-18）。

◎表B-18 薬剤耐性菌に関する記載内容 n=64 [重複回答]

薬剤耐性菌に関する記載内容	施設数 (%)
基礎知識（耐性菌の特徴、定着しやすい部位、拡がり方等）	57 (89.1)
保菌者への平時（咳、下痢、褥瘡からの排膿等の感染徴候がない）の対応	43 (67.2)
保菌者に感染徴候（咳、下痢、褥瘡から排膿等）がある際の対応	39 (60.9)
その他	1 (1.6)

再掲) その他1；疾患別対策対応

(2) 平時に感染予防対策について外部組織との関わり

2023年4月から2024年1月までの平時に、感染予防対策について外部組織と会議、研修会、訓練、訪問指導、相談等といった関わりの有無について尋ねた。「ある（定期的）」は24施設（15.5%）だった（表B-19）。

◎表B-19 平時に感染予防対策について外部組織との関わり n=155

平時に感染予防対策について外部組織との関わり	施設数 (%)
ある（定期的）	24 (15.5)
ある（不定期）	83 (53.5)
ない	48 (31.0)

(3) いままで、感染予防対策で困った出来事の実験について

いままで、感染予防対策で困った出来事の実験が「ある」が120施設（79.5%）だった（表B-20）。

◎表B-20 感染予防対策で、困った出来事の実験 n=151

困った出来事の実験	施設数 (%)
ある	120 (79.5)
ない	31 (20.5)

① 困った出来事の内容

感染対策（予防）に関することで、困った出来事の実験がある120施設のうち、119施設から内容に関する回答が得られた。自由記載回答をアフターコーディングで集計した。詳細は、以下に示す（表B-21）。

◎表B-21 感染対策（予防）に関することで、困った出来事の内容 n=119 [重複回答]

困った出来事の内容
新型コロナウイルス感染症の感染対策
認知症者への感染対策
標準予防策の遵守
インフルエンザまたはノロウイルス感染症の感染対策
薬剤耐性菌保菌者への対応
感染症発生時※1)の感染対策
感染対策マニュアルの作成または活用
感染症対策に関する職員の認識、理解度の差

※1) 感染症全般を指したものとして集計した
備考) 3件未満の内容は未記載

④ 困った出来事を相談した人または機関

困った出来事を相談した人または機関で最も多かったのは、「協力病院」の54施設（45.0%）だった。詳細は以下に示す（表B-22）。

◎表B-22 感染対策（予防）で困った出来事で、外部の相談先または人 n=120 [重複回答]

相談した人または機関の内訳	施設 (%)
保健所 / 保健センターの職員	76 (63.3)
協力病院	54 (45.0)
感染管理認定看護師	37 (30.8)
配置医師の所属先にいる他の職員	29 (24.2)
インターネットまたはウェブ掲示板	23 (19.2)
役所の職員	7 (5.8)
地域の中核、大学病院といった複数の診療科を持ち、高度な医療を提供する病院	6 (5.0)
感染症専門医 / 感染症科の医師	4 (3.3)
訪問看護ステーション	1 (0.8)
在宅医療を支援している病院、診療所など	1 (0.8)
地域包括支援センター	0
その他	5 (4.2)
なし（施設内で解決）	20 (16.7)
相談できる機関や相手がいなかった	4 (3.3)

再掲) その他5：嘱託医/配置医師2，都道府県の感染対策委員会1，同一法人内の高齢者施設1，不明1

(4) 感染予防対策に関することで望むこと

感染予防対策に関する望みで、最も多かったのは「介護職員にもわかりやすい感染対策マニュアルの見本」が116施設（79.5%）、ついで「施設内研修に利用できる資材・動画等」だった（表B-23）。

◎表B-23 感染予防対策に関することで望むこと n=146 [重複回答]

感染予防対策に関することで望むこと	施設 (%)
介護職員にもわかりやすい感染対策マニュアルの見本	116 (79.5)
施設内研修に利用できる資材・動画等	103 (70.5)
介護職員にもわかりやすい薬剤耐性菌対策の知識・対応手引き	85 (58.2)
外部組織の感染管理専門家による定期的な訪問指導	45 (30.8)
その他	4 (2.7)

再掲) その他4：情報交換の場1，相談窓口の増加1，多床室用の資材・動画1，標準予防策遵守に対する加算評価1

5. 平時における個人防護具の使用推奨について

(1) 使い捨てマスクの使用推奨

使い捨てマスクの着用推奨を以下に示す（表B-24）。

◎表B-24 使い捨てマスクの着用推奨 n=160 【重複回答】

推奨内容	施設 (%)
勤務中は、ほぼマスクを着用	160 (100)
利用者の咳、むせ込みによる飛沫（しぶき）が、介護者の鼻や口に飛び散りそうな時	44 (27.5)
介護者の咳により飛沫（しぶき）を拡散させる恐れがある時	38 (23.8)
地域でインフルエンザが流行時（厚生労働省、行政または専門機関が発信した情報に基づく判断）	31 (19.4)
インフルエンザ流行シーズンは着用	26 (16.3)
その他	5 (3.1)

再掲) その他5；利用者の発熱時2，利用者の他科受診時1，感染症発生時にN95併用1，環境整備でほこりが舞いそうな時1
備考) その他に自由記載された回答のうち、「本人が要求する時」は、本集計から除外した。

(2) 使い捨て手袋の使用推奨

使い捨て手袋の着用推奨を以下に示す（表B-25）。

◎表B-25 使い捨て手袋の着用推奨 n=159 【重複回答】

推奨内容	施設 (%)
粘膜・血液・体液・排泄物・正常ではない皮膚に、直接触れる時	155 (97.5)
便や尿失禁により、汚染されているかもしれない皮膚に触れそうな時	152 (95.6)
粘膜・血液・体液・排泄物・正常ではない皮膚に、触れそうな可能性がある時	150 (94.3)
使用済みポータブルトイレ、尿器等の片づけ・洗浄時	149 (93.7)

(3) 使い捨てエプロンまたはガウンの着用推奨

使い捨て手袋の着用推奨を以下に示す（表B-26）。なお、「使い捨てエプロンはない」が9施設（5.9%）みられた。

◎表B-26 使い捨てエプロンまたはガウンの着用推奨 n=152 【重複回答】

推奨内容	施設 (%)
血液・体液・嘔吐物・排泄物等で衣服が汚れそうな時（一処置毎に交換）	128 (84.2)
入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時（一処置毎に交換）	90 (59.2)
血液・体液・排泄物等で衣服が汚れそうな時（再利用して交換）	47 (30.9)
入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時（再利用して交換）	19 (12.5)
使い捨てエプロンはない	9 (5.9)

6. 主に介護を行う職員の手の保清

(1) 使い捨て手袋着用時の手指衛生について

使い捨て手袋着用時の手指衛生で、最も多かったのは「手袋着用前後で」が99施設（64.7%）だった（表B-27）。

◎表B-27 使い捨て手袋着用時の手指衛生 n=153

タイミング推奨	施設数 (%)	タイミング推奨	施設数 (%)
手袋着用の前後で	99 (64.7)	手袋着用後のみ	48 (31.4)
手袋着用前のみ	0	いずれも該当せず	6 (3.9)

(2) 第一選択としての手指衛生の推奨について

第一選択としての手指衛生の推奨で、最も多かったのは「擦式アルコール性手指消毒剤（目に見える汚れがない場

合)を使用するが、必要に応じて、石けんと流水による手洗い]が94施設(63.5%)みられた(表B-28)。

◎表B-28 第一選択としての手指衛生の推奨 n=148

推奨内容	施設 (%)
擦式アルコール性手指消毒剤(目に見える汚れがない場合)を使用するが、必要に応じて、石けんと流水による手洗い	94 (63.5)
石けんと流水による手洗い	53 (35.8)
いずれも該当せず	1 (0.7)

備考) 重複回答の12施設は、本集計から除外した。

① 擦式アルコール性手指消毒剤の設置場所

擦式アルコール性手指消毒剤の設置場所で最も多かったのは、「各居室」の49施設(52.1%)であった(表B-29)。

◎表B-29 擦式アルコール性手指消毒剤の設置場所 n=94 [重複回答]

設置場所	施設数 (%)	設置場所	施設数 (%)
各居室	49 (52.1)	特定の居室	40 (42.6)
個人携帯	46 (48.9)	いずれも該当せず	9 (9.6)

② 擦式アルコール性手指消毒剤の取り扱い

擦式アルコール性手指消毒剤の取り扱いで最も多かったのは、「使用期限が過ぎたら、有効期限のものに交換」の46施設(49.5%)であった(表B-30)。

◎表B-30 擦式アルコール性手指消毒剤の取り扱い n=93 [重複回答]

取り扱い内容	施設 (%)
使用期限が過ぎたら、有効期限のものに交換	46 (49.5)
開封日を記入	43 (46.2)
使用期限にかかわらず、消毒剤を使い切ったら、新しい物に交換	43 (46.2)
使用量は確認していない	23 (24.7)
不定期的に、減った量を確認して記録	11 (11.8)
定期的(毎月~数か月ごと)に、減った量を確認して記録	4 (4.3)

(3) 感染対策の一環で採用している消毒剤製品

手洗い用の石けんを除き、感染対策の一環で採用している消毒剤製品を尋ねたため、手指消毒剤に限定していない。自由記載回答から、各種製品の効能別にカテゴリー化した。なお、擦式手指消毒剤か手洗い用石けんか判別がつかない2施設は集計から除外した。詳細は、以下に示す(表B-31)。

◎表B-31 感染対策の一環で使用している製品(手洗い用石けんを除く) n=147 [重複回答]

効能	施設数 (%)
擦式手指消毒剤	98 (66.7)
次亜塩素酸ナトリウム製剤	27 (18.4)
除菌消臭水(次亜塩素酸水)	18 (12.2)
その他エタノール製剤(外用・環境用)	13 (8.8)
食品添加物アルコール製剤	12 (8.2)
逆性石けん	4 (2.7)
クロルヘキシジン製剤	3 (2.0)
その他	33 (22.4)

再掲) その他33; アルコール含有製剤(記載情報不足)29, 加速化過酸化水素2, 分類不能2

① 感染対策の一環で採用している消毒剤製品の理由

感染対策の一環で採用している消毒剤製品の理由で最も多かったのは、「広がりを防ぎたい病原体に効果があるから」が90施設（70.3%）だった（表B-32）。

◎表B-32 感染対策の一環で採用している消毒剤製品の理由 n=128 [重複回答]

採用理由	施設数 (%)
広がりを防ぎたい病原体に効果があるから	90 (70.3)
安価だから	29 (22.7)
口に入っても、人体への影響が少ないから	8 (6.3)
その他	21 (16.4)

再掲) その他21; 使いやすさ4, 手荒れが少ない3, 長年の使用歴3, 業者のすすめ2, 使用方法の違い2, 他製品も発注するメーカーのため1, 法人指定1, 採用決定者でなく不明1, 特になし3, 詳細不明1

7. 薬剤耐性菌に関する情報収集または情報提供

(1) 入所時に保菌情報の確認について

入所時に保菌情報の確認で「はい」は、56施設（37.1%）だった。詳細は、以下に示す（表B-33）。

◎表B-33 入所時の保菌情報の確認 n=151

情報確認	施設数 (%)
はい（提出書類に記載欄あり）	56 (37.1)
過去の検査情報があれば確認	65 (43.0)
いいえ	30 (19.9)

① 「はい（提出書類に記載欄あり）」、「過去の検査情報があれば確認」の場合、その種類について

入所時に保菌情報の確認で最も多かった薬剤耐性菌の菌種は、「MRSA」の102施設（95.3%）だった。詳細は以下に示す（表B-34）。

◎表B-34 入所時に保菌情報で確認している薬剤耐性菌種 n=107 [重複回答]

菌種	施設数 (%)	菌種	施設数 (%)
MRSA	102 (95.3)	CRE	8 (7.5)
ESBL産生菌	56 (52.3)	その他	3 (2.8)
PRSP	12 (11.2)		

再掲) その他3; VRE1, クロストリディオイデス・ディフィシル菌1, 詳細不明1

(2) 薬剤耐性菌保菌者の受け入れ可否について

薬剤耐性菌保菌者の受け入れ可否について、「可」が136施設（85.0%）、「受け入れ不可」が11施設（8.3%）だった（表B-35）。

◎表B-35 薬剤耐性菌保菌者の受け入れ n=160

受け入れ状況	施設数 (%)
可	136 (85.0)
不可	8 (5.0)
その他	16 (10.0)

再掲) その他16; 個々の状況による5, 相談または協議2, 嘱託医と相談2, 耐性菌保菌を確認していない2, 医師の指示1, これまで受け入れなし1, 未定1, 詳細不明2

① 薬剤耐性菌保菌物の受け入れが「不可」の場合、その理由

薬剤耐性菌保菌者の受け入れが不可な理由で最も多かったのが、「今まで受け入れたことがないため」という6施設(75.0%)だった(表B-36)。

◎表B-36 薬剤耐性菌保菌者の受け入れ不可の理由 n=8 【重複回答】

理由	施設数 (%)
いままで受け入れたことがないため	6 (75.0)
施設内の設備不足	5 (62.5)
人員不足	3 (37.5)
その他	1 (12.5)

再掲) その他1; 感染対策にかかる備品の用意

(3) 薬剤耐性菌保菌者に対する施設内対応

薬剤耐性菌保菌者の受け入れが不可だった8施設を除き、152施設で集計を行った。詳細は以下に示す(表B-37)。

◎表B-37 薬剤耐性菌の保菌者に対する施設内対応 【重複回答】

感染症の症状がみられない時の日常生活での対応方法	MRSA n=145 施設数 (%)	ESBL産生菌 n=134 施設数 (%)	CRE n=107 施設数 (%)
どのような対応方法が適切かわからない	4 (2.8)	18 (13.4)	38 (35.5)
標準予防策が適切に行われていれば、特別な対応は必要ない	122 (84.1)	96 (71.6)	56 (52.3)
共有スペースの利用制限	5 (3.4)	2 (1.5)	3 (2.8)
共有トイレの利用制限	9 (6.2)	15 (11.2)	11 (10.3)
清掃は湿式清拭ではなく、消毒薬を用いて行う	11 (7.6)	9 (6.7)	9 (8.4)
入浴順番の制限	71 (49.0)	71 (53.0)	28 (26.2)
使い捨て食器の利用または食器類の消毒	3 (2.1)	3 (2.2)	4 (3.7)
洗濯物は個別対応または洗濯物を消毒	13 (9.0)	14 (10.4)	9 (8.4)
その他	7 (4.8)	14 (10.4)	10 (9.3)

再掲1) MRSAの「その他」7; 医師の指示に従う1, 医師に確認1, 検出部位で対応が異なる1, 状態による1, 歯ブラシの消毒1, 口腔ケアの場所を変え、備品を別にする1, なし1

再掲2) ESBL産生菌の「その他」14; 受け入れ経験なし4, 排泄介助の順番制限3, 医師の指示または確認2, 尿廃棄時の消毒1, 排泄介助に専用エプロン1, 検出部位で対応が異なる1, 状態による1, 口腔ケアの場所を変え、備品を別にする1

再掲3) CREの「その他」10; 受け入れ経験なし6, 医師の指示または確認2, 詳細不明2

(4) 退所(死亡を除く)先に、薬剤耐性菌保菌に関する情報提供

薬剤耐性菌保菌者の受け入れが不可だった8施設を除き、152施設で集計を行った。退所時に、受け入れ先や次の担当者へ薬剤耐性菌保菌に関する情報を伝えているかという設問で、最も多かったのは「伝えている」の110施設(80.3%)だった(表B-38)。

◎表B-38 退所(死亡を除く)先に、薬剤耐性菌保菌に関する情報提供 n=137

薬剤耐性菌保菌に関する情報提供	施設数 (%)
伝えている	110 (80.3)
求められた時のみ	22 (16.1)
伝えていない	5 (3.6)

調査票C：調査当日施設状況（任意調査日午前0時の状況）

1. 任意調査当日の入所実人数

(1) 入所実人数 n=10,225人（157施設）

2024年2月1日から3月25日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における入所者総数（短期入所生活介護を除く）は、157施設で10,225人だった。

(2) 総入所実人数における要介護度の内訳

入所実人数と要介護度人数の内訳が異なる20施設を除いて集計した。有効期間内の要介護認定を持つ8,641人（「未定・申請中」の31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」、「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」の介護を要する者が合わせて6,288人（72.7%）であった（表C-1）。

◎表C-1 要介護度の内訳 n=8,641（137施設）

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 (%)
64 (0.7)	208 (2.4)	2,081 (24.1)	3,642 (42.1)	2,646 (30.6)

備考) 要介護認定が「未定・申請中」の31人を除く

2. 入所者（短期入所生活介護を除く）の医療器具使用者

152施設の入所者総数9,809人のうち、延べ1,093人（150施設）が医療器具を使用していた。最も多かったのは、「胃ろう」で501人（5.1%）だった。なお、選択肢から「尿道留置カテーテル」が抜けていたため、その他の自由記載欄に回答されたケースが202人であった（表C-2）。

◎表C-2 医療器具の使用状況 入所者総数 9,809人（152施設）【重複回答】

医療器具の内容	人 (%)	医療器具の内容	人 (%)
胃ろう	501 (5.1)	腎ろう	23 (0.2)
経鼻胃管チューブ	123 (1.3)	自己導尿	14 (0.1)
人工肛門	78 (0.8)	腸ろう	3 (0.03)
末梢点滴ルート	55 (0.6)	その他	296 (3.0)

再掲) その他296；尿道留置カテーテル202，在宅酸素療法51，喀痰の吸引11，ペースメーカー7，インスリン注射6，中心静脈ポート3，人工膀胱1，持続陽圧呼吸療法1，詳細不明14

3. 入所者（短期入所生活介護を除く）のうち、以下に該当する人数

(1) 吸痰（1日8回位以上）が必要な者 n=9,656人（147施設）

147施設における入所者総数9,656人のうち、療養病床における医療必要度の評価票で、「医療区分2」に該当する1日8回以上の吸痰が必要な者は、122人（1.3%）だった。

(2) 褥瘡を有する者 n=9,923人（152施設）

152施設における入所者総数9,923人のうち、褥瘡を有する者は、327人（3.3%）だった。

(3) 抗菌薬を使用中の者 n=10,225人（157施設）

157施設における入所者総数10,225人のうち、抗菌薬を使用中の者は、108人（1.1%）だった。

調査票D：調査当日個票（任意調査日午前0時の状況）

1. 任意調査日午前0時時点の抗菌薬使用者

抗菌薬使用者108人のうち、個票の回収が得られたのは、103人だった。

(1) 年齢 n=103

年齢の中央値は、87歳（IQR：84，92）だった。

(2) 性別 n=103

性別の内訳は、男性30人（29.1%）、女性73人（70.9%）であった。

(3) 基礎疾患

基礎疾患の上位3つは、「認知症」が63人（63.0%）、「高血圧」が51人（51.0%）、「脳血管疾患」が27人（27.0%）だった（表D-1）。

◎表D-1 抗菌薬使用者の基礎疾患 n=100 [重複回答]

基礎疾患の内訳	人数 (%)	基礎疾患の内訳	人数 (%)
認知症	63 (63.0)	虚血性心疾患	6 (6.0)
高血圧	51 (51.0)	パーキンソン病・神経難病	6 (6.0)
脳血管障害	27 (27.0)	消化器疾患	3 (3.0)
糖尿病	23 (23.0)	リウマチ・自己免疫疾患	3 (3.0)
整形外科疾患	18 (18.0)	閉塞性動脈硬化症	1 (1.0)
脂質異常症	12 (12.0)	その他	13 (13.0)
悪性新生物	9 (9.0)	特になし	1 (1.0)
呼吸器疾患	8 (8.0)		

再掲) その他13：循環器系の疾患5，腎尿路生殖器系の疾患6，精神および行動の障害2

(4) 要介護度

“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」が44人（44.0%），“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」が38人（38.0%）であった（表D-2）。

◎表D-2 要介護度 n=100

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
0	1 (1.0)	17 (17.0)	44 (44.0)	38 (38.0)

(5) 意思伝達状況

意思伝達が「出来る」および「一部出来る」者を合わせると74人（74.7%）だった。一方、「出来ない」者は25人（25.3%）だった（表D-3）。

◎表D-3 意思伝達状況 n=99

できる	一部出来る	出来ない
人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
23 (23.2)	51 (51.5)	25 (25.3)

(6) 使われている医療器具

回答が得られた78人のうち、使われている医療器具（今回の感染症治療のために新たに使用したものを除く）があるのは27人だった。使われている主な医療器具は、「尿道留置カテーテル」が20人（74.1%）、「胃ろう」が6人（22.2%）だった（表D-4）。

◎表D-4 抗菌薬使用者に使われている医療器具 n=27 【重複回答】

医療器具の内訳	人数 (%)	医療器具の内訳	人数 (%)
尿道留置カテーテル	20 (74.1)	その他	1 (3.7)
胃ろう	6 (22.2)	自己導尿	0
末梢点滴ルート	2 (7.4)	人工肛門	0
経鼻胃管チューブ	1 (3.7)	腎ろう・膀胱ろう	0

再掲) その他1;胆のうドレーン

(7) 喀痰吸引

抗菌薬使用者で喀痰吸引が必要な者は、7人（6.8%）だった。詳細は、以下に示す（表D-5）。

◎表D-5 喀痰吸引の必要性 n=103

喀痰吸引の必要性	人数 (%)
必要（1日8回未満）：医療区分1に該当	2 (1.9)
必要（常時：1日8回以上）：医療区分2に該当	5 (4.9)
不要	96 (93.2)

備考) 医療区分とは、療養病床における医療必要度の評価で、患者の疾患や状態、医療処置等により、3段階に分類される。例えば、1日8回未満の喀痰吸引は“医療区分1”、1日8回以上の喀痰吸引は“医療区分2”、中心静脈栄養や人工呼吸器の使用等は“医療区分3”に該当する。

(8) 褥瘡 n=103

抗菌薬使用者で「褥瘡あり」が9人（8.7%）、「褥瘡なし」が94人（91.3%）だった。

(9) 紙オムツや尿取りパッドの使用

紙オムツや尿取りパッドの使用で最も多かったのは、「常時使用」の98人（97.0%）だった（表D-6）。

◎表D-6 紙オムツや尿取りパッドの使用 n=101

使用状況	人数 (%)	使用状況	人数 (%)	使用状況	人数 (%)
常時使用	98 (97.0)	夜間のみ	2 (2.0)	なし	1 (1.0)

(10) 薬剤耐性菌

薬剤耐性菌の保菌情報（過去1年間）

過去1年間における薬剤耐性菌の保菌情報で、「保菌あり」は5人（4.9%）だった（表D-7）。

◎表D-7 薬剤耐性菌の保菌情報（過去1年間） n=102

保菌情報	人数 (%)
保菌あり	5 (4.9)
保菌なし	59 (57.8)
不明	38 (37.3)

① 上記で「保菌あり」の場合、薬剤耐性菌の種類

保菌ありと回答した5人のうち、最も多かった薬剤耐性菌種は、「ESBL産生菌」の4人（80.0%）だった（表D-8）。

◎表D-8 薬剤耐性菌の菌種 n=5

薬剤耐性菌種	人数 (%)	薬剤耐性菌種	人数 (%)	薬剤耐性菌種	人数 (%)
ESBL産生菌	4 (80.0)	PRSP	0	その他	0
MRSA	1 (20.0)	CRE	0		

(11) 抗菌薬の使用歴（過去90日以内）

過去90日以内に、抗菌薬の使用が「ある」が41人（41.0%）だった（表D-9）。

◎表D-9 抗菌薬の使用歴（過去90日以内） n=100

使用歴	人数 (%)
ある（今回の感染症治療を除く）	41 (41.0)
ない	56 (56.0)
不明	3 (3.0)

(12) 入院歴（過去6カ月以内） n=101

過去6か月以内で、「入院歴がある」が24人（23.8%）、「入院歴がない」が77人（76.2%）だった。

(13) 終末期医療における意思表示のうち、延命治療（症状緩和を含む）の希望

終末期医療における意思表示のうち、延命治療の希望で最も多かったのが、「希望なし」の59人（59.0%）だった。他方で、「未確認」が18施設（18.0%）であった（表D-10）。

◎表D-10 終末期医療における意思表示のうち、延命治療（症状緩和を含む）の希望 n=100

意思表示	人数 (%)	意思表示	人数 (%)
希望なし	59 (59.0)	未確認	18 (18.0)
希望あり	13 (13.0)	不明	10 (10.0)

2. 使用中の抗菌薬

(1) 抗菌薬の使用目的 n=103

抗菌薬使用者で「治療」目的が88人（85.4%）、「予防」目的が15人（14.6%）だった。

(2) 感染症（疑いを含む）

治療目的での感染症（疑いを含む）の上位3つは、「尿路感染症」が42人（48.3%）、「肺炎」が11人（12.6%）、「蜂窩織炎」が4人（4.6%）だった。詳細は以下に示す（表D-11）。

◎表D-11 治療目的で抗菌薬を使用している者の感染症（疑いを含む） n=87

感染症（疑いを含む）	人数 (%)	感染症（疑いを含む）	人数 (%)
尿路感染症	42 (48.3)	気管支炎	3 (3.4)
肺炎	11 (12.6)	不明	5 (5.7)
上気道炎	8 (9.2)	その他	14 (16.1)
蜂窩織炎	4 (4.6)	胃腸炎	0

再掲) その他14；手指および趾の蜂巣炎3，歯肉炎および歯周疾患2，水疱症2，部位不明の表在損傷2，女性骨盤臓器の炎症性疾患1，筋骨格系および結合組織の疾患1，胆道その他の疾患1，全身症状および徴候1，分類不能（採血結果待ち）1

(3) 診療形態および抗菌薬処方前に、確認した症状、施設内または受診先で行った検査

治療目的での感染症（疑いを含む）に対する施設内診療のうち、尿路感染症、肺炎、上気道炎（疑いを含む）に関して集計を行った。

尿路感染症（疑いを含む）

① 抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見

施設内診療は30人（71.4%）、外来受診は12人（28.6%）だった。施設内診療の結果について、以下に示す（表D-12）。

◎表D-12 尿路感染症（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見 【重複回答】

ア) 確認した状態	人数 (%) n=29	イ) 自覚症状	人数 (%) n=26	ウ) 身体所見	人数 (%) n=17
発熱	23 (79.3)	特に確認せず	20 (76.9)	聴診	7 (41.2)
活気のなさ	8 (27.6)	残尿感/排尿時痛	2 (7.7)	下腹部の圧痛/背部叩打痛	2 (11.8)
食欲低下	5 (17.2)	息苦しさ（呼吸困難）	1 (3.8)	局所の発赤/腫脹	1 (5.9)
呼吸数の増加	2 (6.9)	その他	5 (19.2)	その他	10 (58.8)
SpO ₂ の低下	2 (6.9)	局所の痛み/腫脹等	0		
下痢	1 (3.4)				
意識状態の低下	1 (3.4)				
その他	17 (58.6)				
喀痰の増加	0				
嘔吐	0				
ア) 再掲) その他17 ; 尿の性状11, 尿の回数2, 尿検査の結果1, 血液検査の結果1, 脈拍の増加1 分類不能1		イ) 再掲) その他5 ; 認知症で意思疎通不可3, 排尿間隔1, 食欲不振1		ウ) 再掲) その他10 ; 尿の性状変化5, 採血結果の異常1, 持続的導尿中1, 傾眠1, 食欲不振1, 分類不能1	

② 抗菌薬処方前に実施した検査

施設内診療の30人のうち、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは24人で、検査なしが2人、無回答が4人だった。詳細は以下に示す（表D-13）。

◎表D-13 尿路感染症（疑いを含む）で抗菌薬処方前に実施した検査 n=24 【重複回答】

検査内容	人数 (%)	検査内容	人数 (%)
尿定性検査	15 (62.5)	その他	2 (8.3)
血液一般検査	12 (50.0)	グラム染色検査	0
尿沈査	5 (20.8)	喀痰培養検査	0
尿培養検査	2 (8.3)	血液培養検査	0
X線撮影	1 (4.2)	超音波検査	0

再掲) その他2 ; インフルエンザウイルスおよび新型コロナウイルス抗原検査2

肺炎（疑いを含む）

① 抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見

施設内診療は10人（90.9%）、外来受診は1人（9.1%）だった。施設内診療の結果について、以下に示す（表D-14）。

◎表D-14 肺炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見【重複回答】

ア) 確認した状態	人数 (%) n=10	イ) 自覚症状	人数 (%) n=9	ウ) 身体所見	人数 (%) n=9
発熱	9 (90.0)	特に確認せず	6 (66.7)	聴診	8 (88.9)
喀痰の増加	6 (60.0)	息苦しさ（呼吸困難）	2 (22.2)	その他	3 (33.3)
食欲低下	5 (50.0)	その他	1 (11.1)	下腹部の圧痛/背部叩打痛	0
SpO ₂ の低下	4 (40.0)	局所の痛み/腫脹等	0	局所の発赤/腫脹	0
活気のなさ	4 (40.0)	残尿感/排尿時痛	0		
呼吸数の増加	1 (10.0)				
嘔吐	1 (10.0)				
意識状態の低下	1 (10.0)				
その他	1 (10.0)				
下痢	0				
ア) 再掲) その他1; 詳細不明 (入所前) 1		イ) 再掲) その他1; 倦怠感1		ウ) 再掲) その他3; 体熱感2, 咳嗽1	

② 抗菌薬処方前に実施した検査

施設内診療の10人のうち、抗菌薬処方前に実施した検査がある（詳細不明1人を含む）のは6人で、無回答が4人だった。詳細は以下に示す（表D-15）。

◎表D-15 肺炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に実施した検査 n=6【重複回答】

検査内容	人数 (%)	検査内容	人数 (%)
血液一般検査	5 (83.3)	グラム染色検査	0
X線撮影	1 (16.7)	喀痰培養検査	0
その他	1 (16.7)	尿培養検査	0
尿定性検査	0	血液培養検査	0
尿沈査	0	超音波検査	0

再掲) その他1; 詳細不明 (入所前)

上気道炎（疑いを含む）

① 抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見

施設内診療は7人（87.5%）、外来受診は1人（12.5%）だった。施設内診療の結果について、以下に示す（表D-16）。

◎表D-16 上気道炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した状態、自覚症状、身体所見【重複回答】

ア) 確認した状態	人数 (%) n=7	イ) 自覚症状	人数 (%) n=7	ウ) 身体所見	人数 (%) n=5
発熱	6 (85.7)	特に確認せず	4 (57.1)	聴診	5 (100)
活気のなさ	2 (28.6)	息苦しさ（呼吸困難）	2 (28.6)	局所の発赤/腫脹	1 (20.0)
喀痰の増加	1 (14.3)	局所の痛み/腫脹等	1 (14.3)	下腹部の圧痛/背部叩打痛	0
SpO ₂ の低下	1 (14.3)	残尿感/排尿時痛	0	その他	0
食欲低下	1 (14.3)	その他	0		
その他	7 (100)				
呼吸数の増加	0				
下痢	0				
嘔吐	0				
意識状態の低下	0				
ア) 再掲) その他7; 咳嗽3, 嘔声3, 咽頭痛1					

② 抗菌薬処方前に実施した検査 n=1

施設内診療の7人のうち、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは1人で、血液一般検査だった。検査なしが1人、無回答が5人であった。

(4) 細菌培養検査を行った場合、その結果

治療目的で抗菌薬を処方されていた88人のうち、78人から回答が得られた。細菌培養検査を受けていたのは10人だった。「結果待ち」が4人（40.0%）、「外来受診先の医師だけが把握」が4人（40.0%）だった。細菌培養検査の結果が判明していた2人について、以下に示す（表D-17）。

◎表D-17 細菌培養検査の結果が判明していた者 n=2

治療中の感染巣	検出菌	検体
尿路感染症	<i>Escherichia coli</i>	尿
尿路感染症	検出なし/常在菌	尿

(5) 治療目的の抗菌薬

上位3疾患である尿路感染症、肺炎、上気道炎について、以下に示す。

① 尿路感染症（疑いを含む）

単剤処方41人（97.6%）、多剤処方は1人（2.4%）であった。処方された主な抗菌薬は、「経口フルオロキノロン系」が24人（57.1%）、「第3世代セファロスポリン」が9人（21.4%）だった（表D-18）。

◎表D-18 尿路感染症（疑いを含む）の治療者が使用している抗菌薬 n=42 [重複回答]

細菌培養検査 (人数)	薬剤系統 (人数)	略語 (人数)	剤形
なし (1)	広域ペニシリン系 (1)	SBPC (1)	P
なし (1)	βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系 (1)	CVA/AMPC (1)	O
外来受診先の医師のみ把握 (1)	第1世代セファロスポリン系 (1)	CEX (1)	O
なし (2)	第2世代セファロスポリン系 (2)	CCL (2)	O
結果待ち (1) 検出なし/常在菌 (1) 外来受診先の医師のみ把握 (1) なし (5)	第3世代セファロスポリン系 (8)	CFPN-PI (5) CDTR-PI (1) CTR (2)	O O P
外来受診先の医師のみ把握 (1) なし (1)	マクロライド系 (2)	CAM (2)	O
結果待ち (2) 外来受診先の医師のみ把握 (1) なし (21)	フルオロキノロン系 (24)	LVFX (20) CPFX (1) NFLX (3)	O
<i>Escherichia coli</i> (1) なし (1)	テトラサイクリン系 (2)	MINO (2)	O
なし (1)	多剤処方 (1)	CTR・CVA/AMPC	P・O

備考) 剤形 O: Oral, P: Parenteral

② 肺炎（疑いを含む）

単剤処方は11人（100%）であった。処方された主な抗菌薬は、「経口フルオロキノロン系」が5人（45.5%）、「注射用第3世代セファロスポリン」が2人（18.2%）だった（表D-19）。

◎表D-19 肺炎（疑いを含む）の治療者が使用している抗菌薬 n=11

細菌培養検査 (人数)	薬剤系統 (人数)	略語 (人数)	剤形
なし (1)	βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系 (1)	CVA/AMPC (1)	O
なし (2)	第3世代セファロスポリン系 (2)	CTRX (2)	P
なし (1)	マクロライド系 (1)	CAM (1)	O
なし (5)	フルオロキノロン系 (5)	LVFX (3) STFX (2)	O
なし (1)	テトラサイクリン系 (1)	MINO (1)	O
なし (1)	ST合剤 (1)	ST (1)	O

備考) 剤形 O: Oral, P: Parenteral

③ 上気道炎（疑いを含む）

8人中、7人から回答が得られた。単剤処方7人（100%）であった。処方された主な抗菌薬は、「経口第2世代セファロスポリン」が2人（28.6%）、「経口フルオロキノロン系」が2人（28.6%）だった（表D-20）。

◎表D-20 上気道炎（疑いを含む）の治療者が使用している抗菌薬 n=7

薬剤系統 (人数)	略語 (人数)	剤形
広域ペニシリン系 (1)	AMPC (1)	O
第2世代セファロスポリン系 (2)	CCL (2)	O
第3世代セファロスポリン系 (1)	CFPN-PI (1)	O
フルオロキノロン系 (2)	LVFX (1) GRNX (1)	O
テトラサイクリン系 (1)	MINO (1)	O

備考) 剤形 O: Oral

3. 感染症を予防するために使用している抗菌薬

(1) 理由および使用中の抗菌薬

抗菌薬使用者108人のうち、個票が得られたのは103人だった。感染症を予防する目的で抗菌薬を使用中の者は、15人（14.6%）であった。詳細は以下に示す（表D-21）。

◎表D-21 感染症を予防する目的で、抗菌薬を使用中の者 n=15

処方理由	抗菌薬略語 (人数)	投与回数・期間	処方医
1 肺炎の予防	EM (1) CAM (1) ST (1)	1日4回・未定 1日2回・360日 1日1回・不明	嘱託医
2 尿路感染症の予防	ST (3)	1日1-2回・30日/未定	嘱託医
3 蜂窩織炎の予防	CCL (2)	1日2回・無回答	嘱託医
4 微熱の継続	EM (1) ST (1)	1日2回・未定 1日1回・未定	嘱託医
5 気管支に痰貯留があり発熱予防	CAM (1)	1日2回・無回答	嘱託医
6 慢性気管支炎があるため	EM (1)	1日3回・未定	嘱託医
7 インフルエンザ陽性者発生による予防	LVFX (1)	1日1回・7日	常勤医
8 類天疱瘡のため	ST (1)	1日1回・無回答	嘱託医
9 入院時に尿路感染症で担当医から継続指示	CFTM-PI (1)	1日3回・無回答	嘱託医

Ⅲ. 結果および考察

調査票A：施設基本調査票

本調査に参加した施設は、介護保険法第八条による定義の入所定員が30人以上の「介護老人福祉施設」が134施設（85.9%）、入所定員が29人以下の「地域密着型介護老人福祉施設」が22施設（14.1%）であった。介護給付費等実態統計月報¹³⁾における請求事業所数は、介護老人福祉施設が8,463施設（参加率1.6%）、地域密着型介護老人福祉施設が2,519施設（参加率0.9%）であるため、本調査の結果は、留意して見ていく必要がある。施設整備面で、「多床室のみ」の施設が全体の11.3%であった。新型コロナウイルス感染症のクラスター発生を経験した施設においては、感染疑いあるいは感染者が発生した際のゾーニング、標準予防策の徹底、感染性廃棄物の処理方法等について、感染管理専門家の指導下で懸命に対応してきた経験がある。薬剤耐性菌も医療・介護従事者を介して他の入所者へ広がる恐れがあり¹⁴⁻¹⁷⁾、とりわけ薬剤耐性の保菌者、さらに咳嗽あるいは下痢症状等の感染症症状が見られる者に対しては、薬剤耐性菌が水平伝播するリスクの高さを認識することが求められる。また、拡大予防でゾーニングやコーティングも必要になるため、既存の手引き等¹⁴⁻¹⁷⁾に加え、多床室しかないような施設でも工夫できる具体的な対応策¹⁸⁾について情報提供および周知を行い、施設側が正しい情報を得て実践していけるようにする必要がある。

2022年4月1日から2023年3月31日までに、3,508人（155施設）が新規入所した。主な入所経路は、居宅（家庭）からが全体の32.7%、介護老人保健施設からが19.6%、医療機関からが25.6%であった。このことは中重度の要介護者を受け入れ、その日常生活を支える施設¹²⁾であることを示しているように見受けられた。また、前述の同時期に、3,429人（158施設）が退所した。主な退所経路は、死亡が2,391人（69.7%）、医療機関が837人（24.4%）であった。初回調査¹¹⁾の死亡退所1,806人（68.2%）と比べて、微増した。2006年に創設された“看取り介護加算”は、入居者が最期まで尊厳ある生活を送れるよう支援する看取り介護の手厚い体制を評価する加算である^{19,20)}。今後も終末期支援のニーズ増大が見込まれ、特養における死亡退所数の増加傾向が予想された。

調査票B：感染症診療および感染管理体制調査票

(1) 主たる配置医師および施設内での感染症診療対応

- 主たる配置医師の所属先は、病院が65人（41.4%）、「診療所（有床を含む）」が80人（51.0%）だった。在宅療養支援機能を持つ医療機関に所属している配置医師は、76人（58.5%）だった。調査対象施設の重なりは把握できていないため解釈には注意が必要であるが、初回調査¹¹⁾の28人（20.7%）より大幅に増加した。当該医療機関は、24時間往診を提供でき、訪問看護ステーション、緊急入院を受け入れる医療機関、福祉サービス事業所との連携体制を確保、病院の場合は在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している^{21,22)}。入所者の生活を可能な限り地域で支えていくための地域包括ケアシステム構築が進んできていることが垣間見えた。
- 入所者に対し健康管理および療養上の指導を行うために必要な数の医師が配置され、その診察頻度は、「週1回」が82施設（50.9%）に及んだ。発熱者に対して、あらかじめ決められた医療処置として「解熱剤の与薬」が120施設（77.9%）みられる一方、「抗菌薬（抗生物質）の与薬」が25施設（16.2%）と一定数存在しており、配置医師不在時の発熱者に対する対応の現状を丁寧に探る必要があると感じた。
- 配置医師の中で、上気道炎、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎に対して主に処方する抗菌薬が決まっている者は、上気道炎が30人（18.9%）、肺炎が35人（21.7%）、尿路感染症が51人（31.7%）、蜂窩織炎が27人（17.1%）であった。上気道炎に「抗菌薬を使用しない」と回答した者は11人（6.9%）のみであった。また、感染症診療の参考情報に対して、無回答（配置医師の代理回答で記載出来ないケースを含む）が115人（71.4%）に及んだ現状から、配置医師および施設の医療従事者に対して『抗微生物薬適正使用の手引き 第四版 医科・外来編』²³⁾の周知が必要だと考えられた。
- 肺炎、蜂窩織炎の診療において、主に処方する抗菌薬の薬剤系統は、第3世代セファロスポリン系である一方で、

尿路感染症の診療において主に使用する抗菌薬はフルオロキノロン系が80%であった。広域抗菌薬が選択される傾向は、国内における抗菌薬消費状況と同様²⁴⁾で、その傾向が続いている^{2,3,25)}。また配置医師に対しては、キノロン耐性大腸菌の増加が問題となっている現状を周知するとともに、高齢者の感染症診療に対する考え方、高齢者介護施設での抗菌薬適正使用に関する情報提供のニーズがあるのではないかと推察された。

- 本調査の対象施設において、配置医師による感染症診療は限られた情報をもとに意思決定せざるを得ない場面が多く、「抗菌薬による治療開始」よりも「再評価（中止・変更・短縮）」が仕組みとして弱くなりやすい。したがって、抗菌薬を開始する場合、疾患別の条件、代替診断の確認（非感染性、薬剤性、脱水等）、2・3日後時点での再評価と中止基準に関する情報提供、マニュアル化の必要性（施設向けの簡便な診療支援ツール）の検討が示唆された。

(2) 感染管理体制

- 感染対策のためのマニュアル内に、「薬剤耐性菌に関する知識・情報の記載がある」施設は、65施設（40.9%）で初回調査¹¹⁾の56.1%よりも下回ったが、「保菌者の対応方法に関する記載がある」施設は43施設（67.2%）で初回調査¹¹⁾の53.8%よりも増加した。第一選択としての手指衛生の推奨で「擦式アルコール性手指消毒剤を使用するが、必要に応じて、石けんと流水による手洗い」と回答した94施設のうち、擦式アルコール性手指消毒剤を個人携帯しているのは46施設（48.9%）で、初回調査¹¹⁾よりも20%以上増加した。新型コロナウイルス感染症のパンデミックに伴い、高齢者介護施設向けの感染対策手引き^{14-18, 26)}、施設ですぐに使用できる資材^{18, 27)}に加えて、介護施設従事者を対象とした研修内容^{28, 29)}あるいは感染対策手順に関する動画³⁰⁾も国、地方自治体、公益団体から各種公開されている。そして医療機関の感染管理専門家あるいは保健所との地域連携が増えたことにより^{31, 32)}、感染対策全般の改善に向けた動きにつながったのではないかと考えられた。しかし、介護を行う職員の個人防護具の着用推奨においては、とりわけ使い捨てエプロンまたはガウンで、湿性生体物質等で衣服が汚れそうな時でも再利用して交換という推奨が47施設（30.9%）みられている。その他、薬剤耐性菌保菌者の受入れは未経験を理由に不可と回答した8施設（5.0%）も存在した。また、「どのような対応方法が適切かわからない」と回答した施設が、MRSAで4施設（2.8%）、ESBL産生菌で18施設（13.4%）、CREで38施設（35.5%）みられたため、正しい知識の普及は継続して行う必要がある。
- 感染対策（予防）に関することで困った出来事を経験したのは120施設（79.5%）に及んだ。困った出来事の内容をカテゴリ化すると、「新型コロナウイルス感染症の感染対策」が最頻出であった。何度も押し寄せる感染者数増加の波、新たな変異株の流行が続いていることから、主に施設内での初期対応、ゾーニング方法に関連するものが占めた。新型コロナウイルス感染症は、2023年5月8日に感染症法上、「5類感染症」へ引き下げられたことで、面会等の緩和に関する施設サービス提供の在り方、感染予防対策の意識を保ち続けることへの困難さも寄せられた。今後は、感染対策向上加算の枠組みを活用し、地域での感染対策に関する情報共有や連携体制の向上が期待される。

調査票C：調査当日施設状況（認知調査日午前0時の状況）

- 2024年2月1日から3月25日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における総入所者数は10,225人（157施設）であった。有効期間内の要介護認定を持つ8,641人（「未定・申請中」の31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」の介護を要する者があわせて6,288人（72.7%）であった。初回調査¹¹⁾の73.7%からも、中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点が置かれていることが垣間見えた。
- 入所者総数9,809人（152施設）のうち、延べ1,093人が医療器具を使用していた。内訳は「胃ろう」が最も多く501人（5.1%）、次いで「尿道留置カテーテル」が202人（2.0%）であった。当初、施設内における重度要介護者の微増に伴い、医療的ケアの必要性も増加すると予想していたが、本調査からはその詳細な要因を把握することはできず、むしろ使用割合の減少傾向が示されたにとどまった。ただし、「尿道留置カテーテル」に関し

ては、設問の選択肢から漏れており、「その他」に自由記載されたため、過小評価である可能性が高い。

- 療養病床における医療必要度の評価である“医療区分2”に該当する項目のひとつとして、1日8回以上の吸痰が必要な者は、入所者総数9,656人（147施設）のうち、122人（1.3%）だった。初回調査¹¹⁾と近値だった。夜間の看護職員配置はオンコール体制が主流であり、加えて喀痰吸引等が認められている介護職員がいない20施設（12.5%）の存在からも、頻回な吸痰という医療ケアの高い要介護者の受け入れに限界があると考えられた。一方、2018年4月には要介護高齢者の長期療養および生活施設としての機能を併せ持つ介護医療院が創設され、2023年12月末時点で全国に816施設³³⁾へと増加した。特養における入所申込者が減少しているという報告もあり³⁴⁾、要介護者の状態により利用できる施設を選択できる環境が徐々に整いつつあることを示唆しているのか、それ以外の要因かは本調査ではわからなかった。人的資源が不足している施設においては、日頃の感染予防対策はもとより、入所者の呼吸器症状の有無、喀痰の排出状況等を注意深く観察し、異常が認められた際には速やかに看護職員または配置医師へ報告を行い、早期に適切な対応をしていく必要がある。

調査票D：調査当日個票（任意調査日午前0時の状況）

- 2024年2月1日から3月25日までのうち、日祝および月曜日を除く任意調査日午前0時時点の介護老人福祉施設における入所者総数は10,255人（157施設）で、抗菌薬の使用者は108人（1.1%）だった。介護老人福祉施設における初回調査の抗菌薬使用割合1.0%（入所者総数9,044人のうち、94人）¹¹⁾と近似値だった。新規入所者の半数強が居宅ないし居宅系施設からという医療依存度の低さが影響していることが示唆された。実際に入所者の健康管理および療養上の指導として、主に嘱託の医師が配置されており、常勤の医師がいるのは2施設（1.3%）にすぎない。さらに夜間の看護職員配置もオンコール体制という環境である。入所者の発熱時にあらかじめ決められた医療処置がある施設が83%にのぼり、「解熱剤の与薬」が120施設（56.6%）と最も多かったことが関連しているのではないかと考えられた。
- 回収できた個票103人のうち、治療目的で抗菌薬を使用している者は88人（85.4%）だった。感染症（疑いを含む）の上位3つは、尿路感染症、肺炎、上気道炎で、初回調査¹¹⁾と同様であった。一方で、感染症が不明、複数を挙げた回答傾向も同様であり、高齢者の感染症症状が非特異的だった可能性に加え、認知症者が63.0%を占める状況での自覚症状聴取の困難さ、高齢者介護施設において感染症特定のための十分な検査が行えない等の感染症診療の困難さが推察された。しかしながら、感染症不明は初回調査¹¹⁾から減少しており、身体所見から診断を付けた上で治療を行う姿勢が垣間見られた。
- 配置医師による抗菌薬選択では、尿路感染症（疑いを含む）42人に対するフルオロキノロン系（57.1%）、第3世代セファロスポリン系（21.4%）の処方傾向がみられた。本調査では、尿培養で菌名が判明したのは2名のみであり、過去の培養検査についての情報も調査項目には入っていないため、これらの抗菌薬が必要な症例であったのかは判断できない。引き続き、フルオロキノロン耐性大腸菌の増加（診療所検体22.2%）³⁵⁾を注視していくとともに、アンチバイオグラムの確認を推奨していく必要があると考えられた。肺炎（疑いを含む）11人には、フルオロキノロン系（45.5%）の処方傾向がみられた。肺炎に対してのフルオロキノロン系の使用は、基礎疾患から緑膿菌を考慮することや半減期の長さから、日勤帯にしか看護職員がいない施設で対応しやすいことが原因として考えられた。長引く咳嗽の場合には、結核を否定した上での処方が望ましく、また、特に高齢者は副反応として、せん妄や頭痛、めまい等を生じやすいため、看護職員から介護職員への情報共有を行い、服用者の転倒リスクに配慮して十分に注意して処方する必要があると考えられた。一方、上気道炎（疑いを含む）7人は、すべて経口薬で、薬剤系統はペニシリン系、セファロスポリン系、フルオロキノロン系、テトラサイクリン系に分かれた。細菌性でない上気道炎に抗菌薬は不要であるため、外来診療に携わる医師および医療従事者を対象とした『抗微生物薬適正使用の手引き 第四版 医科・外来編』²³⁾の周知が必要と考えられた。
- 感染症を予防する目的で抗菌薬を使用中の者は、15人（14.6%）であった。肺炎の予防としてのマクロライド系の処方は慢性気道感染症に対しての免疫調整作用、STの処方はニューモシスチス肺炎の予防の可能性を考えるが、肺炎以外の尿路感染症や蜂窩織炎に対しては再発性尿路感染症を除いては基本的には抗菌薬の適応はないため、『抗微生物薬適正使用の手引き 第四版 医科・外来編』²³⁾の周知が必要と考えられた。

IV. 参考文献

- 1) Levy S. The antibiotic paradox: How miracle drugs are destroying the miracle. New York: Plenum Press, 1992.
- 2) 内閣感染症危機管理統括庁. 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)”. 2016
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokusai_kansen/pdf/yakuzai_honbun.pdf (2025年7月22日アクセス)
- 3) 内閣感染症危機管理統括庁. 国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議. “薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (2023-2027)”. 2023
https://www.caicm.go.jp/jp/seisaku/infection/activities/pdf/ap_honbun.pdf (2025年7月22日アクセス)
- 4) Bell et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. BMC Infect Dis. 2014; 14: 13.
- 5) 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.
- 6) 西村信弘ら. 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.
- 7) 内閣府. 令和7年版高齢社会白書;第1章 高齢化の状況.第1節 高齢化の状況.1 高齢化の現状と将来像. 2024.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2025年8月4日アクセス)
- 8) 内閣府. 令和7年版高齢社会白書;第1章 高齢化の状況.第2節 高齢期の暮らしの動向.2 健康・福祉. 2024.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf (2025年8月4日アクセス)
- 9) Gavazzi G et al., Ageing and infection. Lancet Infect Dis. 2002; 2 (11):659-66
- 10) Cassini A, Hogberg LD, et al.: Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis.Lancet Infect Dis 2019;56-66
- 11) 大曲貴夫ら. 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」. 介護老人福祉施設における感染症診療および感染対策の実態調査一点有病率調査. 2021年3月.
https://amr.jihs.go.jp/pdf/20210319_report.pdf (2025年8月5日アクセス)
- 12) 鈴木俊一. 『令和3年4月版 介護報酬の解釈②指定基準編』. 社会保険研究所. 2018. p.877-941
- 13) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 介護給付費等実態統計. 令和6年2月審査分
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2024/02.html> (2025年8月6日アクセス)
- 14) 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-b. 介護施設等が抱える薬剤耐性菌の拡大リスク. 2018
https://amr.jihs.go.jp/pdf/201812_nursinghomes.pdf (2025年8月6日アクセス)
- 15) 大毛 宏喜. 高齢者施設における薬剤耐性菌対策ガイド. 2025年3月
https://amr.jihs.go.jp/pdf/20260114_JPMH22HA1002.pdf (2026年1月16日アクセス)
- 16) 笹原鉄平ら. 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (長寿・障害総合研究事業). 入居型高齢者施設における日常的な入居者介助のための感染対策手順書 (第1版); 感染対策手順書 14. 薬剤耐性菌対策 (第1版). 2020年9月27日
<https://www.jichi.ac.jp/rinsyoukansen/wp-kansen/wp-content/uploads/2020/09/84d1dc65725b1f5d860e266071d88b6b.pdf> (2025年8月6日アクセス)
- 17) 厚生労働省老健局. 介護現場における (施設系 通所系 訪問系サービスなど) 感染対策の手引き 第3版;第II章 11. 薬剤耐性菌感染症. 2023年9月
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf> (2025年8月6日アクセス)
- 18) 笹原鉄平. 高齢者施設 & 療養型病院 “誰でもわかる” 感染対策マニュアル. メディカ出版. 2021. 157p
- 19) 公益社団法人全国老人福祉施設協議会. 看取り介護指針・説明支援ツール【平成27年度介護報酬改定対応版】. 2015年3月
<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/304137/mitori-kaigo-shishin.pdf> (2025年8月28日アクセス)
- 20) 池崎澄江. 特別養護老人ホームでの看取り実践. 医療と社会 2023;33 (1):13-24
- 21) 厚生労働省. 「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正等について (通知). 保発第0306012号. 平成18年3月6日
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a01.pdf> (2025年9月5日アクセス)
- 22) 厚生労働省. 厚生労働省告示第六十三号. 特掲診療料の施設基準等 第四 在宅療養. 平成20年3月5日
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1au.pdf> (2025年9月5日アクセス)
- 23) 厚生労働省健康・生活衛生局. 感染症対策部感染症対策課. 抗微生物薬適正使用の手引き 第四版. 医科・外来編 2026年1月16日
001630903.pdf (2026年1月21日アクセス)
- 24) 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
- 25) 厚生労働省. 薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会. 薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2024. 2025年3月14日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001447793.pdf> (2025年8月28日アクセス)
- 26) 東京都保健医療局感染症対策部防疫課. 高齢者施設・障害者向け感染症対策ガイドブック. 2024年2月1日
<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/20240201zentaiver> (2025年8月29日アクセス)
- 27) 厚生労働省老健局. 感染対策普及リーフレット第3版. 2023年12月
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001206496.pdf> (2025年9月2日アクセス)
- 28) 東京都Tokyo Metropolitan Government. (2024年1月30日). 令和5年度感染症研修②「高齢者施設における感染対策～現場の事例から学ぶ」[ビデオ].

- You Tube. <https://www.youtube.com/watch?v=nqoJcENns1Q> (2025年9月2日アクセス)
- 29) 東京都Tokyo Metropolitan Government. (2024年12月11日) .令和6年度感染症研修②「平時から実践する感染症対策の基本」part1 [ビデオ].
You Tube. https://www.youtube.com/watch?v=wlpXVeBB7_U (2025年9月2日アクセス)
- 30) 厚生労働省老健局 (n.d.). 介護職員にもわかりやすい感染対策の動画まとめページ. [オンライン]
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00006.html (2025年9月2日アクセス)
- 31) 松田優子ら. 介護施設職員の感染対策力向上のための「イラストを中心とした動画」の視聴効果に関する基礎的研究. 日本赤十字看護学会誌. 2024;25 (1):69-76
- 32) 白井千香ら. 今後の地域医療体制の再構築に向けて、新型コロナウイルス感染症対応を振り返る. 日本環境感染学会誌. 2024;39 (4):83-87
- 33) 厚生労働省老健局老人保健課. 介護医療院の開設状況について. 2024年10月29日
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001297390.pdf> (2025年9月3日アクセス)
- 34) 厚生労働省老健局高齢者支援課. 令和4年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 特別養護老人ホームの入所申込者の実態把握に関する調査研究報告書. 2023年3月
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2023/04/koukai_230420_16.pdf (2025年9月4日アクセス)
- 35) 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業. 公開情報2023年1月～12月年報(集計対象338施設)院内感染対策サーベイランス検査部門【診療所】. 2024年2月15日
https://janis.mhlw.go.jp/report/open_report/2023/3/1/ken_Open_Report_202300_Clinic.pdf (2025年9月4日アクセス)

V. 謝辞

本調査報告書は、厚生労働行政推進調査事業費補助金（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2023-2027年の実行における課題解決のための研究」（代表：国立健康危機管理研究機構 AMR臨床リファレンスセンター 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福祉施設協議会会長 大山知子先生、総研運営委員会、加盟施設の職員、共著者等の関係各位に、この場を借りて、深い謝意を申し上げます。

VI. 参考資料

全国老施協発第 1894 号
令和 6 年 2 月 吉日

会 員 各 位

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
会 長 大 山 知 子
(公 印 省 略)

「介護老人福祉施設における感染症診療、抗菌薬使用状況および
感染対策の実態調査」へのご協力について（ご依頼）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこの度、「介護老人福祉施設における感染症診療、抗菌薬使用状況および感染対策
の実態調査」において、別紙の通り調査協力の依頼がありました。

本事業は、薬剤耐性菌の発生に関わる抗菌薬の使用状況、感染管理体制等を調査し、介
護老人福祉施設における薬剤耐性（AMR）対策の更なる推進方策を検討するための調査と
なっており、本調査により、介護老人福祉施設における感染症診療、抗菌薬使用状況およ
び感染管理体制を明らかにし、今後の介護老人福祉施設における薬剤耐性（AMR）対策に
役立てられることが期待されています。

つきましては、会員各位におかれましては、ご多用の折誠に恐縮ですが趣旨をご理解賜
り、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

〔担当〕

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

老施協総研（大富・松岡・吉野・鈴木（彩））

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-1 塩崎ビル 7 階

TEL ; 03-5211-7700 / FAX : 03-5211-7705

E-mail : js.s-yoshino@roushikyo.or.jp

厚生労働行政推進調査事業費（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2023-2027年の実行における課題解決のための研究

「介護老人福祉施設における感染症診療、抗菌薬使用状況および感染対策の実態調査」

実施要綱

抗菌薬（抗生物質）に対して抵抗を持った薬剤耐性菌の拡大は、世界規模で取り組む課題の1つです。対策に取り組まなければ、2050年には1,000万人が薬剤耐性菌により死亡すると予測され、がんの死亡者数を上回ります。薬剤耐性菌が増えれば、抗菌薬が必要とされる細菌感染症の治療が難しくなります。**薬剤耐性菌は、看護・介護者の手を介して入所者にも静かに広がる恐れがあります。**そのため、**標準予防策（誰もが何かしらの感染症を持っている可能性があると考えて、ケアの前後で手指衛生を行い、排泄物、痰等に触れる可能性がある時には、使い捨ての個人防護具を使用すること）を適切に行うことがとても大切です。**

AMR 臨床リファレンスセンターは、薬剤耐性菌の発生に関わる抗菌薬の使用状況、感染管理体制等を調査し、介護老人福祉施設における薬剤耐性（AMR）対策の更なる推進方策を検討するために調査を行います。つきましては、本調査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。

なお、本調査の実施は2023年11月22日に、公益社団法人全国老人福祉施設協議会において承認を得ました。

1. 調査の目的

介護老人福祉施設における感染症診療、抗菌薬使用状況および感染管理体制を明らかにし、今後の介護老人福祉施設における薬剤耐性（AMR）対策に役立てることで。

2. 調査対象施設

公益社団法人全国老人福祉施設協議会の加盟施設のうち、特別養護老人ホームが対象です。

3. 送付した調査票類

- 1) 調査実施要綱
- 2) 返信用封筒
- 3) 調査票 ※調査票 A~D までの4種
- 4) 調査に関するお知らせ ※貴施設内に掲示してください

4. 調査票の回答期限および返送方法

2024年3月31日(日)までに当センターに届くよう同封の返信用封筒にてご郵送ください。

5. 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	施設基本情報	関連職種（配置医師・看護師・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	配置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 D	調査当日個票(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、2024年2月1日～3月25日の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。

6. その他

- 1) 調査により得られた結果は、当センターが他の調査を実施する上で、基礎データとして活用させて頂くことも想定しています。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ございません。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。
- 2) 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。
- 3) 「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。

7. 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

主任研究員 鈴木 久美子 E-mail: ksuzuki@hosp.ncgm.go.jp

臨床疫学室室長 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

8. 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病院 国際感染症センター

国際感染症対策室 医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 森岡 慎一郎

調査に関するお知らせ

(介護老人福祉施設における感染症診療および感染対策の実態調査—点有病率調査)

当施設では、以下にご説明する調査研究を行います。この調査研究への不参加を希望されても、いかなる不利益も受けることはありませんので、ご安心ください。参加をご希望されない入所者様は、施設長にお申し出ください。

■研究背景・目的・対象・方法

〈背景・目的〉

抗菌薬(抗生物質)に対して抵抗を持った薬剤耐性菌の拡大は、世界規模で取り組む課題の1つです。対策に取り組まなければ、2050年には1,000万人が薬剤耐性菌により死亡すると予測され、がんによる死亡者数を上回ります。薬剤耐性菌が増えれば、抗菌薬が必要とされる細菌感染症の治療が難しくなります。

その対策として、本邦でもAMR対策アクションプラン(2016年・2023年)が策定されました。要介護状態の高齢者は、複数の病気を抱え、免疫能力が低下した状態であり、感染症にかかる危険性や重症化しやすい特徴があります。そのため、高齢者施設における感染症および抗菌薬の使用状況を把握することが必要な取り組みのひとつとして挙げられています。

しかし、介護老人福祉施設において調査された報告は限られています。そこで、厚生労働行政推進調査事業費(新興・再興感染症およ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2023-2027年の実行における課題解決のための研究」の一環で、この調査を行うことになりました。

本研究の目的は、介護老人福祉施設における医療・介護関連感染症および抗菌薬使用状況を明らかにし、今後の薬剤耐性対策に役立てることです。この調査により、わが国の介護老人福祉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礎資料を作成することができればと考えております。

〈対象・方法〉

調査の実施は、2023年11月に公益社団法人全国老人福祉協議会において、承認を得ました。そこで、加盟施設様に調査のご協力をお願いしています。

貴施設における感染管理体制、感染症診療および抗菌薬使用状況に関する点有病率調査(ある一時点の状況を調査)を行います。

■調査期間

理事長承認日から2024年3月31日まで

■調査研究の対象となる方

調査日に貴施設に入所している満65歳以上の要介護者(ショートステイを除く)です。また、任意調査日時点に、内服または注射用抗菌薬を使用中の方も対象となります。

■ご協力頂く内容

任意調査日に、診療録に記録されている診療情報(年齢・性別・基礎疾患・実施検査・処方されている抗菌薬・感染巣または診断名等)を、調査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厳重に保護し、調査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

調査データの提供は、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

厚生労働行政推進調査事業費(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2023-2027年の実行における課題解決のための研究

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 AMR 臨床リファレンスセンター

センター長 大曲 貴夫

研究責任者

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

国際感染症対策室医長 森岡 慎一郎

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

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 応用疫学研究室/AMR 臨床リファレンスセンター

応用疫学室医長/薬剤疫学室長 都築 慎也

■研究計画書等の閲覧・入手方法、連絡先

あなたのご希望により、この研究の独創性の確保に支障がない範囲で、研究計画書や研究に関する資料の閲覧あるいは文書でお渡しすることができます。ご希望される方は、下記照会先まで、ご連絡ください。

■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 国際感染症センター

AMR臨床リファレンスセンター 松永 展明 E-mail nomatsunaga@hosp.ncgm.go.jp

鈴木 久美子 E-mail ksuzuki@hosp.ncgm.go.jp

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

電話 03-6228-0062 《月曜から金曜 8:30~17:30 土日祝を除く》 FAX 03-6228-0420

介護老人福祉施設における感染症診療および 感染対策の実態調査

一点有病率調査

調査目的である「薬剤耐性菌」ってなに？

病気をもたらす細菌に対して、本来であれば効果がある抗菌薬（抗生物質）が効かなくなる、あるいは効きにくくなることです。

薬剤耐性菌は、不適切な対応による看護・介護職員等の手を介して、利用者さんに静かに広がる恐れがあります。

利用者さんは、ご高齢により病原体に抵抗する力が弱っています。さらに免疫機能が弱った時に、薬剤耐性菌による感染症を発症するリスクも高いです。この時、治療に使える抗菌薬（抗生物質）に限られ、薬が効きにくいことで最悪、命を落とすケースもあります。

そこで、介護老人福祉施設内での感染対策、感染症の治療状況等を伺い、薬剤耐性菌の拡大を防ぐ対策を明らかにすることが大切です。

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、調査への参加に同意いたします

日 付：令和6年 月 日

貴施設名：

施設長名：

なお、記載もれがあった場合に、こちらから連絡することもございます。

電話による問合せを予定していますが、電子メールをご希望の方は、ご記載ください。

ご担当者名（連絡窓口）：

電話番号：

メールアドレス（任意）：

調査票記入者		職種	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他
--------	--	----	--

調査票 A : 施設基本情報 《令和6年2月1日現在》

1. 貴施設状況について、教えてください。	
(1)介護報酬上の届出 ※ 介護老人福祉施設 または 地域密着型介護老人福祉施設 から回答ください。	
介護老人福祉施設	1. 介護福祉施設 2. 小規模 3. ユニット型 4. ユニット型小規模
地域密着型 介護老人福祉施設	1. 地域密着型 2. サテライト型 3. ユニット型地域密着型 4. ユニット型サテライト型地域密着型
(2)居室の種類	1. 多床室のみ 2. 個室のみ 3. 多床室と個室の混合
(3)入所定員数	<u>短期入所介護を除いて</u> 、定員 [] 人
(4)協力病院の救急体制	1. 1次救急 2. 2次救急 3. 3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
2. 職員体制について、教えてください。	
(1)入所サービスの職員数 ※1 直近の届出等をご参照の上、ご記入ください。 ※2 常勤換算方法による人数です。小数点第2位以下を切り捨ててください。	
① 看護職員	[.] 人
② 介護職員	[.] 人
(2)看護職員の 24時間配置	1. あり 2. なし(オンコール体制あり) 3. なし
(3)介護職員で喀痰吸引等の行為が認められている者 ※ 認定特定行為業務従事者、介護福祉士で喀痰吸引等制度における実地研修の修了者を指します	
① 該当者	1. いる 2. いない
(3) ①で、「1. いる」に ○ がついた場合、お伺いします。	
ア)その割合	<u>介護職員の</u> 1. 60%以上 2. 30-59% 3. 30%未満
② 24時間配置	1. あり 2. なし

次ページへ

3. 前年度の入退所状況について、教えてください。
※ 令和4年度(2022年4月1日から2023年3月31日まで)

(1)新規入所者数	
①医療機関から	[] 人 《 有床診療所を含む 》
②介護療養型医療施設から	[] 人
③介護医療院から	[] 人
④介護老人保健施設から	[] 人
⑤ <u>他の</u> 介護老人福祉施設から	[] 人
⑥居宅(家庭)から	[] 人
⑦その他から	《 上記、②～⑥以外。例)認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護等 》 [] 人
(2)退所者数	
①医療機関へ	[] 人 《 有床診療所を含む 》
②介護療養型医療施設へ	[] 人
③介護医療院へ	[] 人
④介護老人保健施設へ	[] 人
⑤ <u>他の</u> 介護老人福祉施設へ	[] 人
⑥居宅(家庭)へ	[] 人
⑦その他へ	《 上記、②～⑥以外。例)認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護等 》 [] 人
⑧死亡	[] 人

次ページ 調査票 B へ

5. 平時における個人防護具の使用推奨について、教えてください。

(1)使い捨てマスクの使用推奨 《 ○はいくつでも 》	1. 勤務中は、ほぼマスクを着用 2. 利用者の咳、むせ込みによる飛沫(しぶき)が、介護者の鼻や口に飛び散りそうな時 3. 介護者の咳により飛沫(しぶき)を拡散させる恐れがある時 4. 地域でインフルエンザが流行時(厚生労働省等が発信した情報に基づく判断) 5. インフルエンザ流行シーズンは着用 6. その他【 】
(2)使い捨て手袋の使用推奨 《 ○はいくつでも 》	1. 粘膜・血液・体液・排泄物・正常ではない皮膚に、 直接触れる時 2. 粘膜・血液・体液・排泄物・正常ではない皮膚に、 触れそうな可能性がある時 3. 便や尿失禁により、汚染されているかもしれない皮膚に触れそうな時 4. 使用済みポータブルトイレ、尿器等の片づけ・洗浄時
(3)使い捨てエプロンまたはガウンの使用推奨 《 ○はいくつでも 》	1. 血液・体液・嘔吐物・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(再利用して交換) 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(再利用して交換) 5. 使い捨てエプロンはない

6. 主に介護を行う職員の手指衛生について、教えてください。

(1)使い捨て手袋着用時の手指衛生	1. 手袋着用の前後で 2. 手袋着用 前のみ 3. 手袋着用 後のみ 4. いずれも該当せず
(2) <u>第一選択</u> としての、手指衛生の推奨 《 ○はひとつ 》	1. 石けんと流水による手洗い 2. 擦式アルコール性手指消毒剤(目に見える汚れがない場合)を使用するが、必要に応じて、石けんと流水による手洗い 3. いずれも該当せず
(2)で「2. 擦式アルコール性手指消毒剤・・・(略)・・・」に○がついた場合、お伺いします。	
①設置場所 《 ○はいくつでも 》	1. 個人携帯 2. 各居室 3. 特定の居室 4. いずれも該当せず
②擦式アルコール性手指消毒剤の取り扱い 《 ○はいくつでも 》	1. 使用量は確認していない 2. 開封日を記入 3. 使用期限が過ぎたら、有効期限のものに交換 4. 使用期限にかかわらず、消毒剤を使い切ったら、新しい物に交換 5. 定期的(毎月～数か月ごと)に、減った量を確認して記録 6. 不定期的に、減った量を確認して記録
(3)感染対策の一環で採用している消毒剤製品	《 手洗い用の石けんは除く。商品名の記載でも構いません 》
(3)を採用した理由をお伺いします。	
①採用理由	1. 広がりを防ぎたい病原体に効果があるから 2. 口に入っても、人体への影響が少ないから 3. 安価だから 4. その他【 】

7. 薬剤耐性菌に関する情報収集または情報提供について、教えてください。

(1)入所時に保菌情報の確認	1. はい(提出書類に記載欄あり) 2. 過去の検査情報があれば確認 3. いいえ
(1)で「1. はい(提出書類に記載欄あり)」、「2. 過去の検査情報があれば確認」に○がついた場合、お伺いします。	
①薬剤耐性菌の種類 《 ○はいくつでも 》	1. MRSA:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 2. PRSP:ペニシリン耐性肺炎球菌 3. ESBL(器質特異性拡張型βラクタマーゼ)産生菌 4. CRE:カルバペネム耐性腸内細菌目細菌 5. その他【詳細】
(2)薬剤耐性菌保菌者の受け入れ可否	1. 可 → (3)に進んでください 2. 不可 3. その他【】
(2)で「2. 不可」に○がついた場合、お伺いします。	
①不可の理由 《 ○はいくつでも 》	1. 今まで受け入れたことがない 2. 施設内の設備不足 3. 人員不足 4. その他【】
(3)薬剤耐性菌保菌者に対する施設内対応 ※ 利用者に感染症の症状(咳、下痢状態等)がみられない時の日常生活	
①MRSA: メチシリン耐性 黄色ブドウ球菌 《 ○はいくつでも 》	1. 適切な対応方法がわからない 2. 標準予防策が適切に行われていれば、特別な対応は不要 3. 共有スペースの利用制限 4. 共有トイレの利用制限 5. 清掃は湿式清掃ではなく、消毒薬を用いる 6. 入浴順番の制限 7. 使い捨て食器の利用、または食器類の消毒 8. 洗濯物は個別対応、または洗濯物を消毒 9. その他【】
②ESBL 産生菌: 基質特異性拡張型 βラクタマーゼ 産生菌 《 ○はいくつでも 》	1. 適切な対応方法がわからない 2. 標準予防策が適切に行われていれば、特別な対応は不要 3. 共有スペースの利用制限 4. 共有トイレの利用制限 5. 清掃は湿式清掃ではなく、消毒薬を用いる 6. 入浴順番の制限 7. 使い捨て食器の利用、または食器類の消毒 8. 洗濯物は個別対応、または洗濯物を消毒 9. その他【】
③CRE:	1. 適切な対応方法がわからない

	<p>カルバペネム耐性 腸内細菌目細菌</p> <p>《 ○はいくつでも 》</p>	<p>2. 標準予防策が適切に行われていれば、特別な対応は不要</p> <p>3. 共有スペースの利用制限</p> <p>4. 共有トイレの利用制限</p> <p>5. 清掃は湿式清掃ではなく、消毒薬を用いる</p> <p>6. 入浴順番の制限</p> <p>7. 使い捨て食器の利用、または食器類の消毒</p> <p>8. 洗濯物は個別対応、または洗濯物を消毒</p> <p>9. その他【 】</p>
<p>(4)退所先に保菌情報の提供 ※ 死亡退所を除く</p>		<p>1. 伝えている</p> <p>2. 求められた時のみ</p> <p>3. 伝えていない</p>

次ページ 調査票 C へ

調査票 D : 任意調査日午前 0 時点 抗菌薬使用者の個票

任意調査日	調査票 C で設定した日と同一 ()月()日午前 0 時点	調査票記入者	
-------	------------------------------------	--------	--

《任意調査日午前 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(注射用・経口用)の使用者について、教えてください。	
(1)年齢	[] 歳
(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)基礎疾患 《 O はいくつでも 》	1. 特になし 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 虚血性心疾患 5. 閉塞性動脈硬化症 6. 脳血管障害 7. 脂質異常症 8. 消化器疾患 9. 呼吸器疾患 10. リウマチ・自己免疫疾患 11. パーキンソン病・神経難病 12. 整形外科疾患 13. 悪性新生物 14. 認知症 15. その他【詳細】
(4)要介護度	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)意思伝達状況	1. できる 2. 一部できる 3. できない
(6)使用中の 医療器具 《 O はいくつでも 》	《今回の感染症治療のために、新たに使用したものは除いてください》 1. 医療器具の使用なし 2. 胃ろう 3. 経鼻胃管チューブ 4. 末梢点滴ルート 5. 自己導尿 6. 尿道留置カテーテル 7. 人工肛門 8. 腎ろう・膀胱ろう 9. その他【詳細】
(7)喀痰吸引	1. 必要(1日8回以上) 2. 必要(1日8回未満) 3. 不要
(8)褥瘡	1. ある 2. ない
(9)紙オムツ/尿取りパッドの使用	1. 常時使用 2. 夜間のみ 3. なし
(10)薬剤耐性菌の保菌情報(過去1年以内)	1. 保菌あり 2. 保菌なし 3. 不明
(10)で、「1. 保菌あり」にOがついた場合、続けて教えてください。	
①薬剤耐性菌 の種類 《 O はいくつでも 》	1. MRSA:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 2. PRSP:ペニシリン耐性肺炎球菌 3. ESBL(器質特異性拡張型βラクタマーゼ)産生菌 4. CRE:カルバペネム耐性腸内細菌目細菌 5. その他【詳細】
(11)抗菌薬の使用歴(過去90日以内)	1. ある(今回の感染症治療を除く) 2. ない 3. 不明
(12)入院歴(過去6カ月以内)	1. ある 2. ない 3. 不明
(13)終末期医療における意思表示のうち、 延命治療(症状緩和を含む)の希望	1. 希望あり 2. 希望なし 3. 不明 4. 未確認

2. 使用中の抗菌薬(注射用・経口薬)の情報について、教えてください。

(1)使用目的	《 ○は1つ 》 1. 治療 2. 予防 ⇒ 設問3. へ
(2)感染巣 (疑いも含む) 《 ○はいくつでも 》	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【詳細】
(3)診療形態	1. 施設内診療 2. 外来受診 ⇒ (4)へ進んでください
(3)で、「1. 施設内診療」の場合、お伺いします。	
①抗菌薬処方前に確認した内容	
ア)状態	1. 発熱 2. 呼吸数の増加 3. 喀痰の増加 4. SpO ₂ の低下 5. 下痢 6. 嘔吐 7. 食欲低下 8. 活気のなさ 9. 意識状態の低下 10. その他【詳細】
イ)自覚症状	1. 特に確認せず 2. 局所の痛み/腫脹等 3. 残尿感/排尿時痛 4. 息苦しさ(呼吸困難) 5. その他【詳細】
ウ)身体所見	1. 聴診 2. 下腹部の圧痛/背部叩打痛 3. 局所の発赤/腫脹 4. その他【詳細】
②抗菌薬処方前に 実施した検査	1. 血液一般検査 2. X線撮影 3. 尿定性検査 4. 尿沈査 5. グラム染色検査 6. 喀痰培養検査 7. 尿培養検査 8. 血液培養検査 9. 超音波検査 10. その他【詳細】
(4)細菌培養検査 の結果	1. 実施なし 2. 結果待ち 3. 検出なし / 常在菌 4. 外来受診先の医師のみ把握 5. 配置医師のみ把握 6. 原因菌a)【 検体()】 7. 原因菌b)【 検体()】
(5)感染症の治療で使用している抗菌薬	
①a)治療薬の名前 (1回量)	治療薬の名前【 1回量 []
b)投与回数	1日 []回
c)投与期間(予定)	[]日間
d)剤形(薬の形態)	1. 注射用 2. 経口用(錠剤・顆粒・細粒・粉末・カプセル等)
e)処方医	1. 常勤 2. 嘱託医 3. 歯科医 4. その他【 】
②a)治療薬の名前 (1回量)	《 (5) ① a) と同時に服用している場合に、記載ください 》 治療薬の名前【 1回量 []
b)投与回数	1日 []回
c)投与期間(予定)	[]日間



国立健康危機管理研究機構 AMR臨床リファレンスセンター
2026年2月