

介護老人保健施設における 感染症診療、抗菌薬使用状況および 感染対策の実態調査 — 一点有病率調査 (Point prevalence survey) —



介護老人保健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 — 一点有病率調査(Point prevalence survey) —

内容

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	4
II. 調査結果	5
調査票A:施設基本情報の結果	5
調査票B:感染症診療および感染管理体制	9
調査票C:任意調査日午前0時点 施設状況	23
調査票D:任意調査日午前0時点 抗菌薬使用者の個票	24
III. 参考文献	33
IV. 謝辞	34
V. 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、薬剤耐性菌による疾病負荷が国際社会で大きな問題となっている^{1,2)}。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、各国で薬剤耐性（antimicrobial resistance : AMR）対策や取り組みが行われている。本邦においても、2016年に「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」が策定された³⁾。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³⁾。

病院では「院内感染対策サーベイランス事業（Japan Nosocomial Infections Surveillance : JANIS）」、「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）」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⁾。

わが国は、65歳以上の人口が総人口に占める割合（高齢化率）が28.9%（2021年10月1日現在）に達し、世界でも高齢化率が高く、今後も総人口が減少する中で高齢化率のさらなる上昇が推計されている⁷⁾。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、介護サービス利用者数と介護給付費額は増加の一途をたどっている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^{8,9)}。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おらず、AMR臨床リファレンスセンターが2019年2-3月に介護老人保健施設、2020年3月に介護老人福祉施設で横断的な疫学調査^{10,11)}を行った。

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¹²⁾である。常勤の管理医師が配置されていることから、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎などに対する治療、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¹³⁾。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する目的で、第2回有病率調査（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

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1,000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（2022年2月1日現在の状況）
- ② 調査票B：感染症診療および感染管理体制（2022年2月1日現在の状況）

- ③ 調査票C：任意調査日午前0時点 施設状況
- ④ 調査票D：任意調査日午前0時点 抗菌薬使用者の個票

(4) 実施時期

2022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100件（回収率10.0%）だった。有効回収数は98件（有効回収率9.8%）で、調査票Cの回答拒否1件、調査票A・B・Cが欠損した1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

参加施設類型は、基本型（加算型を含む）44施設（45.4%）および在宅強化型（超強化型を含む）52施設（53.6%）であった。新型コロナウイルス感染症流行の第6波下であったことが重なり、有効回収率が9.8%と低かったことを考慮して解釈する必要がある。施設整備面では、88施設（89.8%）が多床室と個室の混合であり、個室がない施設が5施設（5.1%）存在していた。新型コロナウイルス感染症のクラスター発生の際に課題となった発症者への対応策について、有症状者の発生状況に応じたゾーニングの設定および変更を理解して実行できることが急務であることが示唆された。

新規入所者（総数 10,597人）の入所元は、医療機関が53.4%を占めた。次いで、居宅（家庭）の40.3%であり、在宅療養支援機能も併せ持つ老健施設の特性¹²⁾が垣間見えた。これから首都圏・大都市圏でも高齢化率の上昇が推定されており⁷⁾、医療機関のみならず、在宅ケアを受けている要介護者においてもリハビリテーションの需要が高まることが伺えた。退所者の退所先は、医療機関が32.7%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。本調査では、加療の理由を尋ねていないが、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、現行のかかりつけ医連携薬剤調整加算はもとより、医療機関および老健施設の双方向性を持った情報共有（治療に用いた抗菌薬、細菌培養検査結果、薬剤感受性試験結果）が、感染対策の観点からも重要であると示唆された。

(2) 調査票B

① 施設内における感染症診療について

約9割の施設で血液検査、尿検査、インフルエンザウイルス迅速キット検査、約7割の施設で細菌培養検査が可能であり、一定の感染症診療に関する検査を実施することが可能であった。重症化の兆候（バイタルサイン、意識状態の変化）や、発熱遷延など、老健施設で診察が困難な者が医療機関へ搬送される傾向にあった。「肺炎」においては、バイタルサインと臨床所見を元に血液一般検査と胸部X線の撮影、「尿路感染症」は、発熱、自覚症状（排尿時痛、残尿感、腰痛）と血液一般検査および尿定性検査、「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血液一般検査を元に診断していることが、それぞれうかがえた。細菌培養検査の提出が不可の理由として、検体の保管場所がないこと、検査コストおよび結果まで時間が要することがあげられた。介護現場にあわせた検査体制の整備が求められる。「肺炎」、「尿路感染症」、「蜂窩織炎」の治療において、主に第3世代セファロスポリン系、フルオロキノロン系といった広域抗菌薬が選択される傾向がみられたが、「肺炎」では、ペニシリン系の選択も挙げられた。入所者の臨床症状および検査所見から初期治療を検討していることがうかがわれ、今後は地域における薬剤耐性菌率を考慮した抗菌薬の選択、細菌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。取り組みの一つとして、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

新型コロナウイルス感染症の第6波下に実施した調査であった。感染対策委員会の実施状況（2021年度末までの開催予定を含む）の中央値は12回（四分位範囲：10 - 12）で、月1回は開催されている様子うかがえた。感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載がない施設は、19施設（22.9%）であった。現在、新型コロナウイルス感染症の新たな変異株流行あるいは施設内クラスター発生に伴い、感染対策用の備品購入、感染対策マニュアルの見直し作業も並

行して進んでいることが予想される。実際に、老健施設で個人携帯用の擦式アルコール性手指消毒剤の採用を始めたのが37施設（38.1%）みられたことは、感染予防対策上、大きな前進であると考え。標準予防策の徹底は、薬剤耐性菌の施設内伝播を防ぐことにもつながる。しかし、薬剤耐性菌の基礎知識、保菌者への対応は、新型コロナウイルスとは大きく異なる。介護施設向けの薬剤耐性菌の基礎知識（特徴、定着しやすい場所、伝播経路）に関する情報公開¹⁴⁻¹⁷は限られていることから、非医療職である介護職員にも理解できるような内容の資材を普及・啓発していくことで、老健施設における感染対策研修・感染対策マニュアル策定に引用される機会が増えていくことも考えられた。

平時から感染予防対策で、外部施設と関わりがあるのは46施設（48.4%）であった。その中で、医療機関における感染対策防止加算の地域連携グループとの関わりが8施設（21.6%）にみられた。地域包括ケアシステムの実現を目指しているなか、その中核施設となりうる老健施設が、前述のような医療機関間の連携グループの中に含まれることは、今後の医療・介護連携の推進の一助になることがうかがえた。一方、薬剤耐性菌による有事で感染症医または感染管理認定看護師等の派遣を受けたのが9施設（9.6%）みられた。問題となった薬剤耐性菌種を尋ねていないため、新型コロナウイルス感染症のクラスター発生と混合している可能性が示唆されたものの、専門家の派遣が必要とされたケース、課題、対応策については、当該施設だけではなく、老健施設で広く共有していくことも必要ではないかと考えられた。

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

① 点有病率調査時の施設状況について

点有病率調査時の90施設における総定員数（短期入所療養介護を除く）は8,448人で、8,291人が在室（使用率98.1%）していた。老健施設は、在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能を持つため、リハビリテーションを必要とする要介護者が利用しているが、そのうちほぼ長期臥床状態（要介護4・5）の入所者が3,105人（43.3%）を占めている。ベッドサイドでの個別リハビリテーションが想定されることから、入所者に関わる全職員が標準予防策の徹底に努めることが大切である。

医療器具ごとの使用人数で最も多いのは、「尿道留置カテーテル」の459人（5.6%）で、次いで「胃ろう」の420人（5.1%）であった。入院治療を終えた状態の要介護者であり、医療器具使用者は医療機関ほど多くはないことがうかがえた。

② 抗菌薬使用者の個票について

抗菌薬使用者は、入所者総数8,291人中、55施設で計110人（1.3%）であり、個票の回収が得られたのは94人だった。米国¹⁸あるいは欧州¹⁹の長期療養施設を対象とした調査と比して、抗菌薬使用率は低かった。抗菌薬使用者の年齢中央値は89.0歳で、男性35人（37.2%）よりも女性59人（62.8%）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、蜂窩織炎であった。抗菌薬適正使用支援は、尿路感染症、肺炎、蜂窩炎/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、对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フルオロキノロン系、経口第3世代セファロsporin系の処方傾向がみられた。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²⁰と類似しており、抗菌薬選択の質の改善が求められる。

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をするツールを展開する必要がある。さらに、ひとたび感染症を発症し加療が始まると、ADL（Activities of Daily Living）が低下しフレイルへの悪循環²¹になる事が知られている。感染症を予防するための栄養管理、口腔ケア、デバイス管理に加え、発症後も出来る限り早期のリハビリテーションを実施することによりADLを保つことは、再燃・再発を予防し、患者予後の改善となる。

5. 総括

●感染症診療において、医師の診察頻度が高く、バイタルサイン、臨床症状、血液一般検査を中心に、臓器特異の一般検査を実施して感染巣を判断されており、抗菌薬の使用率は1.3%程度であった。一方、初期抗菌薬については、広域抗菌薬が選択される傾向にあった。今後は患者の重症度を鑑みた感染症診療のアプローチが必要である。さら

に、感染症に伴うフレイルを回避するために、感染予防への取り組みに加え、栄養管理や早期リハビリテーションの実施なども望まれる。

- 新型コロナウイルス感染症の流行が始まり、個人携帯用の擦式アルコール性手指消毒剤の採用を始めた施設が増えたことは感染対策上、望ましい。今後は、手指消毒剤を正しく使えているか、適切なタイミングで手指衛生が行えているかという視点で評価していくことも必要である。標準予防策を徹底することの重要性は、多くの施設が再認識したことと推察される。いうまでもなく薬剤耐性菌の施設内伝播を防ぐことにもつながるが、薬剤耐性菌の基礎知識（菌の特徴、定着しやすい場所、保菌すること）は新型コロナウイルスとは異なるので、非医療職である介護職員にも理解できるような内容で資材を普及・啓発していくことが大切である。また、老健施設のタイプ（単独型、併設ないし関連医療機関がある）にもよるが、平時から感染予防対策で外部施設との関わりがない施設が49施設（51.6%）も存在した。第三者の助言・指摘が届きにくく、施設内で完結した感染対策に陥る恐れもあることから、どのような窓口が連絡先となりうるか併せて周知していくことも必要と考えられた。

6. 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）アクションプランの実行に関する研究班

「介護老人保健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一点有病率調査（Point prevalence survey）」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 国際感染症対策室
医長 森岡 慎一郎

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 AMR臨床リファレンスセンター
情報・教育支援室長 藤友 結実子

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯学専攻 全人的医療開発学講座
統合臨床感染症学分野 特任研究員 坂口 みきよ

公益社団法人全国老人保健施設協会
会長 東 憲太郎

オブザーバー：

厚生労働省健康局結核感染症課エイズ対策推進室
室長補佐 長江 翔平

II. 調査結果

調査票A：施設基本情報

1. 施設状況について

(1) 入所サービス類型 n=97

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43施設（44.3%）、「在宅強化型」が9施設（9.3%）、「加算型」が26施設（26.8%）、「基本型」が18施設（18.6%）、「その他型」が0施設であった（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「療養型」は1施設（1.0%）であった。

◎表A-1 入所サービス類型 n=97

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	療養型
施設数 (%)	施設数 (%)	施設数 (%)	施設数 (%)	施設数 (%)	施設数 (%)
43 (44.3)	9 (9.3)	26 (26.8)	18 (18.6)	0	1 (1.0)

(2) 居室の種類 n=98

居室の定員が2人以上である「多床室のみ」が5施設（5.1%）、「個室のみ」が5施設（5.1%）、「多床室と個室の混合」が88施設（89.8%）であった（表A-2）。

◎表A-2 居室の種類 n=98

居室の種類	施設数 (%)
多床室と個室の混合	88 (89.8)
多床室のみ	5 (5.1)
個室のみ	5 (5.1)

(3) 入所定員数 n=90

短期入所療養介護を除く入所定員数の中央値は96人（四分位範囲：80, 100）であった。最小定員数は18人、最大定員数は198人の施設だった。

(4) 併設医療機関 n=98

同一・隣接敷地内に併設医療機関があるのは、47施設（48.0%）、ないのは51施設（52.0%）だった（表A-3）。

◎表A-3 併設医療機関 n=98

	施設数 (%)
ある (同一・隣接敷地内)	47 (48.0)
ない	51 (52.0)

① 併設医療機関の類型 n=47

医療法における併設医療機関の類型は、「一般病院」が34施設 (72.3%)、地域医療支援病院が2施設 (4.3%)、精神科病院が3施設 (6.4%)、有床診療所が2施設 (4.3%)、無床診療所が6施設 (12.8%) だった (表A-4)。

◎表A-4 併設医療機関の類型 n=47

類型	施設数 (%)
一般病院	34 (72.3)
地域医療支援病院	2 (4.3)
精神科病院	3 (6.4)
有床診療所	2 (4.3)
無床診療所	6 (12.8)

② 併設医療機関が有する病床等 n=39 [重複回答]

併設医療機関 (無床診療所を除く) が有する病床について、以下に示す (表A-5)。

◎表A-5 併設医療機関が有する病床等 n=39 [重複回答]

病床等の種別	施設数 (%)
一般病床	30 (76.9)
地域包括ケア病棟	23 (59.0)
回復期リハビリテーション病棟	12 (30.8)
医療療養病床	10 (25.6)
精神病床	6 (15.4)
感染症病床	2 (5.1)
緩和ケア病棟	2 (5.1)
障がい者施設等一般病棟	2 (5.1)
老人性認知症疾患療養病棟	1 (2.6)
介護療養型医療施設	1 (2.6)
介護医療院	2 (5.1)

③ 併設医療機関が標榜する診療科 n=47 [重複回答]

併設医療機関が標榜する診療科について、以下に示す (表A-6)。

◎表A-6 併設医療機関が標榜する診療科 n=47 [重複回答]

標榜する診療科	施設数 (%)
内科（神経内科・腎臓内科を除く）	41 (87.2)
整形外科・形成外科	32 (68.1)
外科（脳神経・整形・形成外科を除く）	27 (57.4)
リハビリテーション科	17 (36.2)
眼科	16 (34.0)
神経内科	15 (31.9)
泌尿器科	15 (31.9)
皮膚科	14 (29.8)
放射線科	14 (29.8)
耳鼻咽喉科	13 (27.7)
脳神経外科	12 (25.5)
精神科	12 (25.5)
歯科・口腔外科	12 (25.5)
腎臓内科（人工透析）	11 (23.4)
産科・婦人科	9 (19.1)
総合診療科	5 (10.6)
老年科	2 (4.3)

④ 併設医療機関の救急体制 n=38

併設医療機関の救急体制について、以下に示す（表A-7）。

◎表A-7 併設医療機関の救急体制 n=38

救急体制	施設数 (%)
一次救急	6 (15.8)
二次救急	14 (36.8)
三次救急	1 (2.6)
救急告示病院（救急指定病院を除く）	3 (7.9)
該当なし	14 (36.8)

⑤ 併設医療機関の感染対策チーム n=34

併設医療機関（有床および無床診療所を除く）の感染対策チームについて、以下に示す（表A-8）。

◎表A-8 併設医療機関の感染対策チーム n=34

感染対策チーム	施設数 (%)
ある	31 (91.2)
ない	2 (5.9)
不明	1 (2.9)

2. 入所サービスの職員数について

職種別に100床あたりの職員数（常勤換算）の中央値（四分位範囲）を算出した（表A-9）。

◎表A-9 100床あたりの常勤換算職員数

100床あたりの職員数	施設数	中央値（四分位範囲）
医師	89	1.0 (0.8-1.1)
薬剤師	89	0.3 (0.1-0.6)
看護職員	89	10.3 (6.6-12.6)
介護職員	89	28.5 (18.0-35.7)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	88	4.6 (2.4-6.6)

3. 前年度の入退所状況について

(1) 新規入所者数 n=10,597 (97施設)

2020年4月1日から2021年3月31日までの間に、97施設で計10,597人が新規入所した。新規入所者の主な入所元は、「医療機関」が5,656人（53.4%）、「居宅（家庭）」が4,272人（40.3%）であった（表A-10）。

◎表A-10 新規入所者の入所元 n=10,597 (97施設)

2020年4月1日から2021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	5,656 (53.4)
② 介護療養型医療施設	31 (0.3)
③ 介護医療院	7 (0.07)
④ 他の介護老人保健施設	194 (1.8)
⑤ 介護老人福祉施設	98 (0.9)
⑥ 居宅（家庭）	4,272 (40.3)
⑦ その他	339 (3.2)

備考) その他は②～⑥以外。例えば、認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等を指す

(2) 退所者数 n=10,352 (97施設)

2020年4月1日から2021年3月31日までの間に、97施設で計10,352人が退所した。退所者の主な退所先は、「居宅（家庭）」が3,843人（37.1%）、「医療機関」が3,380人（32.7%）であった（表A-11）。

◎表A-11 退所者の退所先 n=10,352 (97施設)

2020年4月1日から2021年3月31日までの退所者総数

退所先	人数 (%)
① 医療機関	3,380 (32.7)
② 介護療養型医療施設	23 (0.2)
③ 介護医療院	4 (0.04)
④ 他の介護老人保健施設	191 (1.8)
⑤ 介護老人福祉施設	1,141 (11.0)
⑥ 居宅（家庭）	3,843 (37.1)
⑦ その他	810 (7.8)
⑧ 死亡	960 (9.3)

備考) その他は②～⑥以外。例えば、認知症対応型グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等を指す

調査票B：感染症診療および感染管理体制

1. 主たる管理医師について

(1) 専門領域 n=90 [重複回答]

主たる管理医師の専門領域で最も多かったのは「内科」55人（61.1%）、次いで「外科」21人（23.3%）だった。詳細は、以下に示す（表B-1）。

◎表B-1 主たる管理医師の専門領域 n=90 [重複回答]

専門領域	人数 (%)
内科	55 (61.1)
外科	21 (23.3)
老年医学	6 (6.7)
耳鼻咽喉科	4 (4.4)
産婦人科	4 (4.4)
総合診療医学	3 (3.3)
整形外科	3 (3.3)
小児科	2 (2.2)
眼科	2 (2.2)
形成外科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、精神科、老年精神医学、公衆衛生学、産業医学、骨代謝学、病理学	各1 (各1.1)
分類不能（呼吸器）	1 (1.1)

(2) 年齢 n=85

主たる管理医師の年齢中央値は、68.0歳（IQR 62.0, 75.0）だった。最小年齢は36歳で、最長年齢は95歳だった。

(3) キャリア年数 n=85

主たる管理医師のキャリア年齢中央値は、42.0年（IQR 36.0, 50.0）だった。最小キャリア年数は11年で、最長キャリア年数は73年だった。

2. 施設での診療について

(1) 医師の診察頻度 n=85

施設での医師の診察頻度は、1日1回以上が45施設（52.9%）を占めた。詳細は以下に示す（表B-2）。

◎表B-2 医師の診察頻度 n=85

頻度	施設数 (%)
1日複数回	20 (23.5)
1日1回	25 (29.4)
週2-3回	15 (17.6)
週1回	17 (20.2)
月1-2回	7 (8.2)
ほとんどない	1 (1.2)

(2) 入所者に実施可能な検査 n=97 [重複回答]

入所者に実施可能な検査（併設医療機関での実施を含む）について、以下に示す（表B-3）。

◎表B-3 入所者に実施可能な検査 n=97 [重複回答]

内容	施設数 (%)
血液一般検査	92 (94.8)
尿定性検査	87 (89.7)
インフルエンザウイルス迅速キット検査	85 (87.6)
X線検査	60 (61.9)
尿沈査	56 (57.7)
ノロウイルス抗原キット検査	55 (56.7)
喀痰培養検査	54 (55.7)
尿培養検査	53 (54.6)
CT撮影	50 (51.5)
超音波検査	39 (40.2)
抗酸菌塗抹検査	32 (33.0)
血液培養検査	30 (30.9)
内視鏡検査	26 (26.8)
便のCDI抗原検査	24 (24.7)
便のCDI毒素（トキシン）検査	23 (23.7)
グラム染色検査	23 (23.7)
その他培養検査	17 (17.5)

(3) 細菌培養検査の提出 n=93

細菌培養検査の提出が可能なのは67施設（72.0%）、不可なのは26施設（28.0%）だった（表B-4）。

◎表B-4 細菌培養検査の提出 n=93

細菌培養検査	施設数 (%)
可能	67 (72.0)
不可	26 (28.0)

① 細菌培養検査の提出が不可の場合、その理由 n=25

細菌培養検査の提出が不可の理由について、以下に示す（表B-5）。

◎表B-5 細菌培養検査が不可の理由 n=25 [重複回答]

理由	施設数 (%)
採取後の検体を適正に保管できる設備がない	15 (60.0)
検査費用が高い	14 (56.0)
結果が出るまでに時間を要す	11 (44.0)
医療機関ではないので、臨床検査会社と契約ができない	7 (28.0)
検体採取に対応する人員不足	2 (8.0)
その他	1 (4.0)

その他1；起因菌が判明しても治療薬がないので

(4) 発熱時に、医療機関へ転送する判断 n=97 [重複回答]

発熱時に、医療機関へ転送する判断で、最も多かったのは「バイタルサイン（血圧低下、SpO₂等）の大きな異常」だった。詳細は、以下に示す（表B-6）。

◎表B-6 発熱時に、医療機関へ転送する判断 n=97 [重複回答]

判断内容	施設数 (%)
バイタルサイン（血圧低下、SpO ₂ 等）の大きな異常	86 (88.7)
意識状態の変化	81 (83.5)
家族の希望が強い場合	81 (83.5)
数日治療を行っても、解熱しない時	77 (79.4)
施設では出来ない検査が必要	71 (73.2)
ぐったりして具合が悪そうな場合	45 (46.4)
数日様子を見ても、解熱しない時	40 (41.2)
点滴による治療が必要	26 (26.8)
その他	4 (4.1)

その他4；長時間の酸素療法が必要な時1, 苦痛を伴う時1, 呼吸器内科医との相談1, ACPに基づく意向1

3. 施設内における感染症診療

(1) 肺炎が疑われる入所者の診療

① 確認する内容、実施する検査 n=98 [重複回答]

肺炎が疑われる入所者の診療で、確認している内容、実施する検査の上位3つは、「発熱」の確認が全98人、「SpO₂ 90%以下」が94人（95.9%）、「聴診の所見」が93人（94.9%）だった（表B-7）。

◎表B-7 肺炎が疑われる入所者の診療 n=97 [重複回答]

確認内容・実施検査	施設数 (%)
発熱	98 (100)
SpO ₂ 90%以下	94 (95.9)
聴診の所見	93 (94.9)
呼吸数増加	80 (81.6)
血液一般検査	80 (81.6)
喀痰の増加	76 (77.6)
胸部X線撮影	42 (42.9)
胸部CT撮影	28 (28.6)
喀痰培養検査	16 (16.3)
グラム染色検査	2 (2.0)
血液培養検査	1 (1.0)
その他	2 (2.0)

その他2；過去の感染歴1, 食欲1

② 主に使用する抗菌薬 n=96

肺炎が疑われる入所者の診療で、主に使用する抗菌薬が決まっている医師は、67人（69.8%）だった（表B-8）。

◎表B-8 肺炎で主に使用する抗菌薬 n=96

使用する抗菌薬	人数 (%)
決まっている	67 (69.8)
決まっていない	29 (30.2)

主に処方する抗菌薬が決まっている67人で、薬剤系統を1種のみ回答したのは、13人だった（表B-9）。

◎表B-9 肺炎で主に使用する抗菌薬が1種のみ n=13

薬剤系統 (WHOのATC4レベル)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		2	0	2 (15.4)
βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系配合剤		0	1	1 (7.7)
第3世代セファロスポリン系		2	5	7 (53.8)
マクロライド系		1	0	1 (7.7)
フルオロキノロン系		2	0	2 (15.4)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

主に処方する抗菌薬が決まっている67人で、薬剤系統を2種回答したのは、52人だった（表B-10）。なお、3種以上記載した回答は、3種目以降を集計から除外した。2種とも同じ薬剤系統、剤形（注射用ペニシリン合剤）を挙げた者が1人みられた。

◎表B-10 肺炎で主に使用する抗菌薬が2種 n=52 [重複回答]

薬剤系統 (WHOのATC4レベル)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		6	2	0	8 (15.4)
βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系配合剤		4	10	0	14 (26.9)
第1世代セファロスポリン系		2	3	0	5 (9.6)
第2世代セファロスポリン系		0	4	0	4 (7.7)
第3世代セファロスポリン系		13	27	0	40 (76.9)
カルバペネム系		0	3	0	3 (5.8)
マクロライド系		3	0	0	3 (5.8)
リンコサミド系		0	1	0	1 (1.9)
フルオロキノロン系		22	1	1	24 (46.2)
テトラサイクリン系		1	0	1	2 (3.8)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

(2) 尿路感染症が疑われる入所者の診療

① 確認する内容、実施する検査 n=98 [重複回答]

尿路感染症が疑われる入所者の診療で、確認している内容、実施する検査の上位3つは、「発熱」の確認が97人（99.0%）、「自覚症状（排尿時痛、残尿感、下腹部痛、腰痛）」が85人（86.7%）、「尿定性検査」が78人（79.6%）だった（表B-11）。

◎表B-11 尿路感染症が疑われる入所者の診療 n=98 [重複回答]

確認内容・実施検査	人数 (%)
発熱	97 (99.0)
自覚症状 (排尿時痛、残尿感、下腹部痛、腰痛)	85 (86.7)
尿定性検査	78 (79.6)
身体所見 (下腹部圧痛、背部叩打痛)	59 (60.2)
血液一般検査	59 (60.2)
尿沈渣	45 (45.9)
発熱以外の症状なし	39 (39.8)
尿培養検査	22 (22.4)
グラム染色検査	3 (3.1)
血液培養検査	1 (1.0)
その他	5 (5.1)

その他5；尿の性状（混濁または尿臭）3, 尿量1, 飲水量1

② 主に使用する抗菌薬 n=94

尿路感染症が疑われる入所者の診療で、主に使用する抗菌薬が決まっている医師は、63人（67.0%）だった（表B-12）。

◎表B-12 尿路感染症で主に使用する抗菌薬 n=94

使用する抗菌薬	人数 (%)
決まっている	63 (67.0)
決まっていない	29 (33.0)

主に処方する抗菌薬が決まっている63人で、薬剤系統を1種のみ回答したのは、25人だった（表B-13）。

◎表B-13 尿路感染症で主に使用する抗菌薬が1種のみ n=25

薬剤系統 (WHOのATC4レベル)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		3	0	0	3 (12.0)
第3世代セファロスポリン系		6	1	0	7 (28.0)
アミノグリコシド系		0	1	0	1 (4.0)
フルオロキノロン系		10	0	1	11 (44.0)
その他の抗菌薬*		3	0	0	3 (12.0)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

*：その他の抗菌薬には、ホスホマイシンが含まれる

主に処方する抗菌薬が決まっている63人で、薬剤系統を2種回答したのは、38人だった（表B-14）。なお、3種以上記載した回答は、3種目以降を集計から除外した。2種とも同じ薬剤系統、剤形（経口薬キノロン系）を挙げた者が1人みられた。

◎表B-14 尿路感染症で主に使用する抗菌薬が2種 n=38 [重複回答]

薬剤系統 (WHOのATC4レベル)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		4	1	0	5 (13.2)
βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系配合剤		2	2	0	4 (10.5)
第1世代セファロスポリン系		2	0	0	2 (5.3)
第2世代セファロスポリン系		1	1	0	2 (5.3)
第3世代セファロスポリン系		8	18	0	26 (68.4)
セファロスポリン系		0	1	0	1 (2.6)
カルバペネム系		0	2	0	2 (5.3)
フルオロキノロン系		29	1	1	31 (81.6)
テトラサイクリン系		1	0	1	2 (5.3)
その他の抗菌薬*		1	0	0	1 (2.6)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

*: その他の抗菌薬には、ホスホマイシンが含まれる

(3) 蜂窩織炎が疑われる入所者の診療

① 確認する内容、実施する検査 n=96 [重複回答]

蜂窩織炎が疑われる入所者の診療で、確認している内容、実施する検査の上位3つは、「身体所見（浮腫性紅斑、局所熱感、圧痛、潮紅増大等）」が全96人、「発熱」の確認が93人（96.9%）、「血液一般検査」が65人（67.7%）だった（表B-15）。

◎表B-15 蜂窩織炎が疑われる入所者の診療 n=96 [重複回答]

確認内容・実施検査	人数 (%)
身体所見（浮腫性紅斑、局所熱感、圧痛、潮紅増大等）	96 (100)
発熱	93 (96.9)
血液一般検査	65 (67.7)
その他	3 (3.1)

その他3；他科受診2, 既往歴の確認1

② 蜂窩織炎に主に使用する抗菌薬 n=91

蜂窩織炎が疑われる入所者の診療で、主に使用する抗菌薬が決まっている医師は、48人（52.7%）だった（表B-16）。

◎表B-16 蜂窩織炎で主に使用する抗菌薬 n=91

使用する抗菌薬	人数 (%)
決まっている	48 (52.7)
決まっていない	43 (47.3)

主に処方する抗菌薬が決まっている48人で、薬剤系統を1種のみ回答したのは、26人だった（表B-17）。

◎表B-17 蜂窩織炎で主に使用する抗菌薬が1種のみ n=26

薬剤系統 (WHOのATC4レベル)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		5	0	0	5 (19.2)
βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系配合剤		1	0	0	1 (3.8)
第2世代セファロスポリン系		2	0	0	2 (7.7)
第3世代セファロスポリン系		9	4	0	13 (50.0)
フルオロキノロン系		3	0	1	4 (15.4)
テトラサイクリン系		1	0	0	1 (3.8)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

主に処方する抗菌薬が決まっている48人で、薬剤系統を2種回答したのは、22人だった(表B-18)。なお、3種以上記載した回答は、3種目以降を集計から除外した。2種とも同じ薬剤系統、剤形(経口薬キノロン系)を挙げた者が1人みられた。

◎表B-18 蜂窩織炎で主に使用する抗菌薬が2種 n=22 [重複回答]

薬剤系統 (WHOのATC4別)	剤形	経口 (人数)	注射用 (人数)	不明 (人数)	薬剤系統別 合計人数 (%)
ペニシリン系		5	1	0	6 (27.3)
βラクタマーゼ阻害剤を含む ペニシリン系配合剤		2	1	0	3 (13.6)
第1世代セファロスポリン系		1	0	0	1 (4.5)
第2世代セファロスポリン系		1	3	0	4 (18.2)
第3世代セファロスポリン系		7	11	0	18 (81.8)
フルオロキノロン系		8	1	1	10 (45.5)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

(4) 感染症に対する抗菌薬治療

管理医師へ「肺炎」、「尿路感染症」、「蜂窩織炎」に対する抗菌薬治療について尋ねた(表B-19)。

◎表B-19 肺炎・尿路感染症・蜂窩織炎に対する抗菌薬治療

感染症に対する抗菌薬治療	肺炎 n=96 人数 (%)	尿路感染症 n=96 人数 (%)	蜂窩織炎 n=94 人数 (%)
必ず行う	53 (55.2)	50 (52.1)	57 (60.6)
入所者の状況に応じて	42 (43.8)	45 (46.9)	36 (38.3)
しない	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.1)

(5) 感染症診療の参考情報 n=73 [重複回答]

管理医師へ感染症診療の参考情報を尋ねた(表B-20)。

◎表B-20 感染症診療の参考情報 n=73 [重複回答]

感染症診療の参考情報	人数 (%)
老人保健施設管理医師総合診療研修会の講義内容	42 (57.5)
『抗微生物薬適正使用の手引き 第二版』	21 (28.8)
『JAID/JSC感染症治療ガイド2019』	20 (27.4)
いずれも該当せず	24 (32.9)

(6) 過去1カ月（令和4年1月）の感染症発生状況

① 「肺炎」、「尿路感染症」、「蜂窩織炎」の発生状況（疑いも含む）

最も発生者が多かったのは、「尿路感染症」で85施設（90.4%）だった（表B-21）。

◎表B-21 過去1カ月の感染症発生状況（疑いも含む）

疾患名	肺炎 n=96 施設数 (%)	尿路感染症 n=94 施設数 (%)	蜂窩織炎 n=94 施設数 (%)
発生者（疑いを含む）			
いた	75 (78.1)	85 (90.4)	54 (57.4)
いない	21 (21.9)	9 (9.6)	40 (42.6)

② 所定疾患施設療養費（带状疱疹を除く、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎）の算定状況 n=90

所定疾患施設療養費（带状疱疹を除く、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎）の算定状況で、「全対象者」は、49施設（54.4%）、「一部対象者」は、20施設（22.2%）だった。なお、本設問は空欄だが、次の設問で算定内訳の回答があった場合、「全または一部対象者」に算定があったこととして集計した（表B-22）。

◎表B-22 所定疾患施設療養費（带状疱疹を除く、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎）の算定状況 n=90

算定状況	施設数 (%)
全対象者	49 (54.4)
一部対象者	20 (22.2)
全または一部対象者	7 (7.8)
なし	14 (15.6)

所定疾患施設療養費（带状疱疹を除く、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎）の算定があった76施設（84.4%）の内訳を以下に示す（表B-23）。

◎表B-23 所定疾患施設療養費（带状疱疹を除く、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎）の算定の内訳

疾患名	肺炎 n=49 施設数 (%)	尿路感染症 n=71 施設数 (%)	蜂窩織炎 n=42 施設数 (%)
算定の単位			
(I)	16 (32.7)	22 (31.0)	11 (26.2)
(II)	28 (57.1)	41 (57.7)	27 (64.3)
(I) または (II)	5 (10.2)	8 (11.3)	4 (9.5)

備考) 算定 (I)：診断名、診断日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載する。翌年度以降に、状況を公表している。

算定 (II)：診断名および診断に至った根拠、診断日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載する。医師が感染症対策に関する研修を受講している（十分な経験を有する医師は、研修受講済とみなす）。翌年度以降に、状況を公表している。

4. 施設で採用している抗菌薬

(1) 入手方法 n=80

施設で採用している抗菌薬の入手方法を尋ねた（表B-24）。

◎表B-24 採用抗菌薬の入手方法 n=80

	施設数 (%)
卸業者から購入	43 (53.8)
併設医療機関と経費按分	23 (28.7)
保険薬局から購入	8 (10.0)
その他	6 (7.5)

その他6；重複回答5, 併設医療機関で治療1

(2) 経口薬 n=97

施設で採用している経口抗菌薬で、薬剤系統別（WHOのATC4レベル）の上位3つは、フルオロキノロン系が95施設（97.9%）、第3世代セファロスポリン系が71施設（73.2%）、ペニシリン系が56施設（57.7%）、だった（表B-25）。

◎表B-25 薬剤系統別（WHOのATC4レベル） n=97

ATC4レベル	施設数 (%)
ペニシリン系	56 (57.7)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤	33 (34.0)
第1世代セファロスポリン系	12 (12.4)
第2世代セファロスポリン系	16 (16.5)
第3世代セファロスポリン系	71 (73.2)
その他のセファロスポリン、ペネム系	5 (5.2)
マクロライド系	60 (61.9)
リンコサミド系	4 (4.1)
フルオロキノロン系	95 (97.9)
テトラサイクリン系	41 (42.3)
グリコペプチド系	1 (1.0)
その他の抗菌薬*	10 (10.3)
誘導体を含むスルホンアミド系/トリメトプリム配合剤	28 (28.9)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。

*：その他の抗菌薬には、ホスホマイシンが含まれる

(3) 注射薬 n=78

施設で採用している注射用抗菌薬で、薬剤系統別（WHOのATC4レベル）の上位3つは、第3世代セファロスポリン系が58施設（74.4%）、βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤が32施設（41.0%）、第1世代セファロスポリン系が24施設（41.0%）だった（表B-26）。無回答が20施設あった。

◎表B-26 薬剤系統別（WHOのATC4レベル） n=78

ATC4レベル	施設数 (%)
ペニシリン系	16 (20.5)
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤	32 (41.0)
第1世代セファロスポリン系	24 (30.8)
第2世代セファロスポリン系	18 (23.1)
第3世代セファロスポリン系	58 (74.4)
第4世代セファロスポリン系	9 (11.5)
カルバペネム系	20 (25.6)
その他のアミノグリコシド系	10 (12.8)
マクロライド系	3 (3.9)
リンコサミド系	9 (11.5)
フルオロキノロン系	9 (11.5)
テトラサイクリン系	12 (15.4)
グリコペプチド系	8 (10.3)
その他の抗菌薬*	11 (14.1)

備考) 薬剤系統は、WHOが提唱する医薬品のATC分類を用いた。効果をもたらす部位・器官、および作用能・化学的特徴により5つのレベルにグループ分けされる。ATC4レベルは、化学サブグループによるもの。
*：その他の抗菌薬には、ホスホマイシンが含まれる

5. 感染管理体制

(1) 感染対策委員会の実施状況 n=97

2021年4月から2022年3月末日までの開催状況（予定を含む）の中央値は、12回（IQR：10, 12）で、最小実施は1回、最大実施は56回だった。

(2) 感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載 n=83 [重複回答]

感染対策マニュアル内で、薬剤耐性菌に関する記載の上位3つは、「基礎知識」が53施設（63.9%）、「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」が50施設（60.2%）、「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」が48施設（57.8%）だった（表B-27）。

◎表B-27 感染対策マニュアルに薬剤耐性菌に関する記載 n=83 [重複回答]

記載内容	施設数 (%)
基礎知識	53 (63.9)
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	50 (60.2)
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	48 (57.8)
上記3:を解除する判断基準	17 (20.5)
いずれの記載もない	19 (22.9)

(3) 平時における感染予防対策で外部施設との関わり n=95

2021年4月から2022年1月までで、平時に感染予防対策で外部組織と関わりがあったのは、46施設（48.4%）だった（表B-28）。

◎表B-28 平時における感染予防対策で外部施設との関わり n=95

外部組織との関わり	施設数 (%)
ある	46 (48.4)
ない	49 (51.6)

平時に感染予防対策で外部組織と関わりがある46施設の状況を以下に示す（表B-29）。

◎表B-29 外部施設との関わり頻度 n=46

外部組織	n	定期的 施設数 (%)	不定期 施設数 (%)	ない 施設数 (%)
併設医療機関の感染対策チーム	42	17 (40.5)	17 (40.5)	8 (19.0)
医療機関における感染対策防止加算の 地域連携グループ	37	2 (5.4)	6 (16.2)	29 (78.4)
地域の感染対策ネットワーク または感染対策協議会等	40	2 (5.0)	13 (32.5)	25 (62.5)
保健所	41	2 (4.9)	20 (48.8)	19 (46.3)

備考) その他5；関連医療機関（定期的1, 不定期2），感染管理認定看護師会（定期的1），厚生労働省による感染対策のための実地研修（不定期1）

(4) 有時における専門家派遣 n=94

2021年4月から2022年1月までに、薬剤耐性菌による有事で感染症医または感染管理認定看護師等の派遣があったのは、9施設（9.6%）だった（表B-30）。

◎表B-30 有時における専門家派遣 n=94

専門家派遣	施設数 (%)
あった	9 (9.6)
ない	85 (90.4)

(5) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、新規採用した備品 n=97 [重複回答]

国内での新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、新規採用した備品について尋ねた（表B-31）。

◎表B-31 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い新規採用した備品 n=97 [重複回答]

内容	施設数 (%)
使い捨てフェイスシールド	66 (68.0)
ゾーニング用パーテーション	58 (59.8)
擦式アルコール性手指消毒剤（設置型）	41 (42.3)
使い捨てエプロンまたはガウン	40 (41.2)
擦式アルコール性手指消毒剤 （個人携帯用）	37 (38.1)
パルスオキシメーター	25 (25.8)
特になし	5 (5.2)
その他	39 (40.2)

備考) その他39；N95マスク6, サーマルカメラ4, CO₂濃度測定器4, 非接触式体温計4, 簡易陰圧装置4, ゴーグル3, キャップ2, 空気清浄機2, 個人用フェイスシールド1, マウスシールド1, 空気循環装置1, 食堂用パーテーション1, 靴カバー1, ニトリル手袋1, 防塵マスク（DS2）1, 環境整備用クロス（第四級アンモニウム塩）1, 除菌剤（二酸化塩素）1, 体温計（仕様不明）1

6. 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 n=97 [重複回答]

使い捨てマスクの使用推奨について尋ねた（表B-32）。

◎表B-32 使い捨てマスクの使用推奨 n=97 [重複回答]

内容	施設数 (%)
常時使用	85 (87.6)
感染症発症者・疑い者に接する時	16 (16.5)
地域で呼吸器系の感染症が流行している時	16 (16.5)

(2) 使い捨て手袋の使用推奨 n=98 [重複回答]

使い捨て手袋の使用推奨について尋ねた (表B-33)。

◎表B-33 使い捨て手袋の使用推奨 n=98 [重複回答]

内容	施設数 (%)
一処置毎	90 (91.8)
血液・体液・排泄物等に触れる可能性がある時	64 (65.3)
吸引時	63 (64.3)
傷のある皮膚に触れる可能性がある時	61 (62.2)
粘膜に触れる可能性がある時	60 (61.2)
使用後の医療器材・便器等の片づけ、洗浄時	58 (59.2)

(3) 使い捨てエプロンまたはガウンの使用推奨 n=96 [重複回答]

使い捨てエプロンまたはガウンの使用推奨について尋ねた (表B-34)。

◎表B-34 使い捨てエプロンまたはガウンの使用推奨 n=98 [重複回答]

内容	施設数 (%)
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)	82 (83.7)
入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時 (一処置毎に交換)	70 (71.4)
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)	18 (18.4)
入所者が耐性菌を保菌/保菌疑いの時 (再利用して交換)	13 (7.0)
使い捨てエプロンはない	2 (2.0)

7. 主に介護を行う職員の手指衛生

(1) 使い捨て手袋着用の際の手指衛生 n=96

使い捨て手袋着用の際の手指衛生について尋ねた (表B-35)。

◎表B-35 使い捨て手袋着用の際の手指衛生 n=96

内容	施設数 (%)
手袋着用の前後で	69 (71.9)
手袋着用後のみ	22 (22.9)
手袋着用前のみ	1 (1.0)
いずれも該当せず	4 (4.2)

(2) 第一選択としての手指衛生の推奨 n=89

第一選択としての手指衛生の推奨を尋ねた (表B-36)。単一回答だったが、重複回答した施設が8施設あった。

◎表B-36 第一選択としての、手指衛生の推奨 n=89

内容	施設数 (%)
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	58 (65.2)
石けんと流水による手洗い	31 (34.8)

① 擦式アルコール性手指消毒剤の設置場所 n=57 [重複回答]

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（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”を選択した場合に、続けて尋ねた（表B-37）。

◎表B-37 擦式アルコール性手指消毒剤の設置場所 n=57 [重複回答]

設置場所	施設数 (%)
個人携帯	42 (73.7)
特定の居室	29 (50.9)
各居室	13 (22.8)
いずれも該当せず	3 (5.3)

② 擦式アルコール性手指消毒剤の使用量確認 n=56

擦式アルコール性手指消毒剤の使用量確認について尋ねた（表B-38）。

◎表B-38 擦式アルコール性手指消毒剤の使用量確認 n=56

使用量確認	施設数 (%)
使用量は確認していない	26 (46.4)
定期的（毎月～数か月ごと）に、使用量を確認	21 (37.5)
不定期（半年～年単位）に、使用量を確認	9 (16.1)

8. 薬剤耐性菌に関する情報収集または情報提供

(1) 入所時の保菌情報確認 n=96

入所時に薬剤耐性菌の保菌情報を確認（記載があれば確認を含む）しているのは、89施設（92.8%）だった（表B-39）。

◎表B-39 入所時の保菌情報確認 n=96

内容	施設数 (%)
記載があれば確認	54 (56.3)
確認している	35 (36.5)
確認していない	7 (7.3)

① 薬剤耐性菌の種類 n=88 [重複回答]

入所時に薬剤耐性菌の保菌情報を確認（記載があれば確認を含む）している89施設の薬剤耐性菌の種類を以下に示す（表B-40）。

◎表B-40 薬剤耐性菌の種類 n=88 [重複回答]

薬剤耐性菌の種類	施設数 (%)
MRSA：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌	86 (97.7)
PRSP：ペニシリン耐性肺炎球菌	12 (13.6)
ESBL産生菌：基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生菌	52 (59.1)
CRE：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌	13 (14.8)
MDRP：多剤耐性緑膿菌	29 (33.0)
その他	2 (2.3)

備考) その他2；細菌培養検査結果のデータを請求1, 詳細不明1

(2) 退所時に保菌情報の提供 n=93

退所時に退所先へ保菌情報の提供をしているか尋ねた（表B-41）。

◎表B-41 退所時に保菌情報の提供 n=93

内容	施設数 (%)
退所先に伝えている	71 (76.3)
退所先から求められた時のみ	17 (18.3)
退所先には伝えていない	5 (5.4)

調査票C：任意調査日午前0時点 施設状況

1. 任意調査日午前0時点の施設状況について

(1) 入所実人数 n=98

2022年2月1日から3月31日までのうち、任意調査日午前0時点の介護老人保健施設における入所者総数（短期入所療養介護を除く）は8,291人だった。

(2) 要介護度の内訳 n=7,277（85施設）

入所実人数と要介護度人数の内訳が異なる6施設、無回答の7施設を除いて集計した。有効期間内の要介護認定を持つ7,168人（「未定・申請中」の109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3,105人（43.3%）であった（表C-1）。

◎表C-1 要介護度の内訳 n=7,168（85施設）

要介護1 人数 (%)	要介護2 人数 (%)	要介護3 人数 (%)	要介護4 人数 (%)	要介護5 人数 (%)
944 (13.2)	1,405 (19.6)	1,714 (26.9)	1,930 (26.9)	1,175 (16.4)

備考) 要介護認定が「未定 / 申請中」の109人を除く

2. 医療器具を使用している者について n=8,245（97施設） [重複回答]

医療器具ごとの使用者数で上位3つは、「尿道留置カテーテル」が459人（5.6%）、「胃ろう」が420人（5.1%）、「末梢点滴ルート」が92人（1.1%）だった（表C-2）。なお、医療器具を使用していない者は、56施設（57.7%）が無回答であったため、集計から除外した。

◎表C-2 医療器具の使用状況 n=8,245（97施設） [重複回答]

医療器具	人数 (%)
尿道留置カテーテル	459 (5.6)
胃ろう	420 (5.1)
末梢点滴ルート	92 (1.1)
人工肛門	83 (1.0)
経鼻胃管チューブ	56 (0.7)
透析アクセス	18 (0.2)
腎ろう/膀胱ろう	16 (0.2)
気切チューブ	5 (0.1)
自己導尿	4 (0.05)
中心静脈ポート	3 (0.04)
腸ろう	1 (0.01)
中心静脈カテーテル	0
その他	21 (0.3)

再掲) その他21；在宅酸素療法17, 食道ろう3, ウロストミー 1

3. 該当する人数について

(1) 吸痰（常時：1日8回位以上）が必要な者 n=7,814人（92施設）

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、143人（1.8%）だった。

(2) 褥瘡を有する者 n=7,776人（92施設）

褥瘡を有する者は、214人（2.8%）だった。

(3) 抗菌薬を使用中の者 n=8,291

入所者総数8,291人のうち、抗菌薬を使用中の者は、55施設で110人（1.3%）だった。

調査票D：任意調査日午前0時点 抗菌薬使用者の個票

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110人のうち、個票の回収が得られたのは94人だった。

(1) 年齢 n=94

年齢の中央値は89歳（IQR：84, 93）で、最小年齢は62歳、最長年齢は103歳だった。

(2) 性別 n=94

性別の内訳は男性35人（37.2%）、女性59人（62.8%）であった。

(3) 基礎疾患

基礎疾患の上位3つは、「認知症」が58人（64.4%）、「高血圧」が40人（44.4%）、「整形外科疾患」が35人（38.9%）だった（表D-1）。

◎表D-1 抗菌薬使用者の基礎疾患 n=90 [重複回答]

基礎疾患の内訳	人数 (%)
認知症	58 (64.4)
高血圧	40 (44.4)
整形外科疾患	35 (38.9)
脳血管障害	34 (37.8)
心疾患	21 (23.3)
糖尿病	17 (18.9)
呼吸器疾患	11 (12.2)
腎疾患	8 (8.9)
悪性腫瘍（血液腫瘍・固形ガンを含む）	7 (7.8)
脂質異常症	5 (5.6)
膠原病疾患	5 (5.6)
肝疾患	3 (3.3)
その他	30 (33.3)

再掲）その他30；難病9，泌尿器疾患5，内分泌系疾患4，精神疾患3，眼疾患2，肝以外の消化器疾患2，循環器疾患1，小児神経疾患1，脳神経疾患1，術後2

(4) 要介護度 n=91

“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38人（41.8%）、“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21人（23.1%）であった（表D-2）。

◎表D-2 要介護度 n=91

要介護1 人数 (%)	要介護2 人数 (%)	要介護3 人数 (%)	要介護4 人数 (%)	要介護5 人数 (%)
7 (7.7)	9 (9.9)	16 (17.6)	38 (41.8)	21 (23.1)

(5) 使用中の医療器具 n=71 [重複回答]

使用中の医療器具があるのは、35人（49.3%）だった。種別ごとの使用人数で上位3つは、「尿道留置カテーテル」が14人（19.7%）、「末梢点滴ルート」が12人（16.9%）、「胃ろう」が8人（11.3%）だった（表D-3）。なお、今回の感染症治療のために、新たに使用した医療器具は回答に含めていない。

◎表D-3 使用中の医療器具 n=71 [重複回答]

医療器具の内訳	人数 (%)
尿道留置カテーテル	14 (19.7)
末梢点滴ルート	12 (16.9)
胃ろう	8 (11.3)
経鼻胃管チューブ	3 (4.2)
中心静脈ポート	1 (1.4)
中心静脈カテーテル	0
透析アクセス	0
気切チューブ	0
その他	5 (7.0)
医療器具なし	36 (50.7)

再掲) その他5: 脳室-腹腔シャント1, ペースメーカー 1, 皮下点滴ルート1, 食道ろう1, 自己導尿1

(6) 喀痰吸引 n=92

喀痰吸引が必要な者は、25人（27.2%）だった。詳細は、以下に示す（表D-4）。

◎表D-4 喀痰吸引 n=92

喀痰吸引の必要性	人数 (%)
必要（1日8回以上）*1)	7 (7.6)
必要（1日8回未満）*2)	18 (19.6)
不要	67 (72.8)

*1) 医療区分2に該当

*2) 医療区分1に該当

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段階に分類されている。中心静脈栄養、人工呼吸器の使用等は、医療区分3に該当する。

(7) 褥瘡 n=93

褥瘡があるのは5人（5.4%）、なしは88人（94.6%）だった。

(8) 紙オムツ / 尿取りパッドの使用

紙オムツまたは尿取りパッドを使用しているのは、88人（93.6%）だった。詳細は、以下に示す（表D-5）。

◎表D-5 紙オムツまたは尿取りパッドの使用 n=94

使用状況	人数 (%)
常時使用	82 (87.2)
夜間のみ	6 (6.4)
なし	6 (6.4)

(9) 薬剤耐性菌の保菌情報 (過去1年以内) n=88

過去1年以内における薬剤耐性菌の保菌情報で、「保菌あり」は8人 (9.1%)、「保菌なし」は40人 (45.5%)、「不明」は40人 (45.5%) だった (表D-6)。

◎表D-6 薬剤耐性菌の保菌情報 (過去1年以内) n=88

保菌情報	人数 (%)	再掲) 薬剤耐性菌種	人数
保菌あり	8 (9.1)	MRSA ESBL産生菌 MRSAおよびESBL産生菌 その他 (フルオロキノロン耐性大腸菌)	3 3 1 1
保菌なし	40 (45.5)		
不明	40 (45.5)		

(10) 抗菌薬の使用歴 (過去90日以内) n=92

過去90日以内における抗菌薬使用歴が「ある」は、42人 (45.7%)、「ない」は42人 (45.7%)、「不明」は8人 (8.7%) だった (表D-7)。なお、今回の感染症治療薬は回答に含めていない。

◎表D-7 抗菌薬の使用歴 n=92

90日以内の使用歴	人数 (%)
ある	42 (45.7)
ない	42 (45.7)
不明	8 (8.7)

(11) 入院歴 (過去6カ月以内) n=92

過去6カ月以内の入院歴が「ある」のは38人 (41.3%)、「なし」は54人 (58.7%) だった。

2. 使用中の抗菌薬について

(1) 使用目的 n=94

抗菌薬使用の目的が「治療」は91人 (96.8%)、「予防」は3人 (3.2%) だった。

(2) 感染巣 (疑いを含む) n=91 [重複回答]

感染巣 (疑いを含む) の上位3つは、「尿路感染症」が47人 (51.6%)、「肺炎」が14人 (15.4%)、「蜂窩織炎」が7人 (7.7%) だった。詳細は以下に示す (表D-8)。

◎表D-8 感染巣（疑いを含む） n=91 [重複回答]

感染巣（疑いを含む）	人数（%）
尿路感染症	47 (51.6)
肺炎	14 (15.4)
蜂窩織炎	7 (7.7)
上気道炎	4 (4.4)
気管支炎	1 (1.1)
胃腸炎	0
不明	0
その他	18 (19.8)

再掲）その他18；重複感染巣9, 皮膚疾患3, 整形外科疾患2, 歯・口腔粘膜疾患2, 血管外科術後1, ESBL産生菌の感染1

(3) 抗菌薬処方前に確認した内容

① 尿路感染症（疑いを含む） n=47 [重複回答]

尿路感染症（疑いを含む）のため、抗菌薬を処方された入所者は47人だった。抗菌薬処方前に確認した内容について、入所者の状態、自覚症状、身体所見に分けて尋ねた（表D-9）。

◎表D-9 尿路感染症（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した内容 [重複回答]

入所者の状態	n=41 人数（%）	自覚症状	n=14 人数（%）	身体所見	n=13 人数（%）
発熱	39 (95.1)	残尿感 排尿時痛	11 (78.6)	聴診	10 (76.9)
活気のなさ	13 (31.7)	息苦しさ 困難(呼吸困難)	2 (14.3)	下腹部の圧痛 背部叩打痛	6 (46.2)
食欲低下	11 (26.8)	局所の痛み 腫脹等	1 (7.1)	局所の発赤 腫脹等	0
意識状態の低下	3 (4.2)				
喀痰の増加	3 (4.2)				
SpO ₂ の低下	1 (2.4)				
呼吸数の増加	1 (2.4)				
嘔吐	1 (2.4)				
下痢	0				

② 肺炎（疑いを含む） n=13 [重複回答]

肺炎（疑いを含む）のため、抗菌薬を処方された入所者は14人だった。14人のうち1人は、抗菌薬処方前に確認した内容が無回答だった。なお、確認した内容について、入所者の状態、自覚症状、身体所見に分けて尋ねた（表D-10）。

◎表D-10 肺炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した内容 [重複回答]

入所者の状態	n=13 人数 (%)	自覚症状	n=3 人数 (%)	身体所見	n=13 人数 (%)
発熱	12 (92.3)	息苦しさ (呼吸困難)	3 (100)	聴診	13 (100)
喀痰の増加	11 (84.6)	局所の痛み 腫脹等	0	下腹部の圧痛 背部叩打痛	0
SpO ₂ の低下	6 (46.2)	残尿感 排尿時痛	0	局所の発赤 腫脹等	0
活気のなさ	6 (46.2)				
呼吸数の増加	5 (38.5)				
食欲低下	4 (30.8)				
意識状態の低下	2 (15.4)				
嘔吐	1 (7.7)				
下痢	0				

③ 蜂窩織炎（疑いを含む） n=7 [重複回答]

蜂窩織炎（疑いを含む）のため、抗菌薬を処方された入所者は7人だった。確認した内容について、入所者の状態、自覚症状、身体所見に分けて尋ねた（表D-11）。

◎表D-11 蜂窩織炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した内容 [重複回答]

入所者の状態	n=5 人数 (%)	自覚症状	n=7 人数 (%)	身体所見	n=7 人数 (%)
発熱	5 (100)	局所の痛み 腫脹等	7 (100)	局所の発赤 腫脹等	7 (100)
喀痰の増加	0	息苦しさ (呼吸困難)	0	聴診	1 (14.3)
SpO ₂ の低下	0	残尿感 排尿時痛	0	下腹部の圧痛 背部叩打痛	0
活気のなさ	0				
呼吸数の増加	0				
食欲低下	0				
意識状態の低下	0				
嘔吐	0				
下痢	0				

③ 上気道炎または気管支炎（疑いを含む） n=5 [重複回答]

上気道炎または気管支炎（疑いを含む）のため、抗菌薬を処方された入所者は5人だった。確認した内容について、入所者の状態、自覚症状、身体所見に分けて尋ねた（表D-12）。

◎表D-12 上気道炎または気管支炎（疑いを含む）で抗菌薬処方前に確認した内容 [重複回答]

入所者の状態	n=5 人数 (%)	自覚症状	n=2 人数 (%)	身体所見	n=5 人数 (%)
発熱	5 (100)	息苦しさ (呼吸困難)	2 (100)	聴診	7 (100)
活気のなさ	3 (60.0)	局所の痛み 腫脹等	0	局所の発赤 腫脹等	1 (14.3)
喀痰の増加	2 (40.0)	残尿感 排尿時痛	0	下腹部の圧痛 背部叩打痛	0
SpO ₂ の低下	2 (40.0)				
嘔吐	1 (20.0)				
食欲低下	1 (20.0)				
意識状態の低下	0				
呼吸数の増加	0				
下痢	0				

(4) 抗菌薬処方前に実施した検査

① 尿路感染症（疑いを含む） n=46 [重複回答]

尿路感染症（疑いを含む）で、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは、44人だった（表D-13）。検査なしの2人は、“肉眼的血尿の確認”、“医療機関受診”であった。

◎表D-13 尿路感染症（疑いを含む）の抗菌薬処方前に実施した検査 n=44 [重複回答]

検査内容	人数 (%)	再掲) 細菌培養検査の結果	剤形 選択抗菌薬の略語
尿定性検査	32 (72.7)		
血液一般検査	28 (63.6)		
尿沈査	20 (45.5)		
尿培養検査	7 (15.9)	1) ESBL産生菌	1) 経口AMPC
		2) 大腸菌	2) 経口CFPN-PI
		3) 腸球菌、肺炎桿菌	3) 経口CPDX-PR
		4) 大腸菌、緑膿菌	4) 注射用CTRX
		5) 結果待ち	5) 経口CFDN
		6) 検出なし/常在菌	6) 経口LVFX
		7) 検出なし/常在菌	7) 経口AMPC
X線撮影	5 (11.4)		
喀痰培養検査	1 (2.3)	1) 検出なし/常在菌	1) 経口LVFX
超音波検査	1 (2.3)		
その他	5 (11.4)		
グラム染色検査	0		
血液培養検査	0		

再掲) その他5：CT撮影2, 新型コロナウイルス抗原検査1, インフルエンザ迅速検査1, SpO₂測定1

② 肺炎（疑いを含む） n=14 [重複回答]

肺炎（疑いを含む）で、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは、13人だった（表D-14）。

◎表D-14 肺炎（疑いを含む）の抗菌薬処方前に実施した検査 n=13 [重複回答]

検査内容	人数 (%)	再掲) 細菌培養検査の結果	剤形 選択抗菌薬の略語
血液一般検査	12 (92.3)		
尿定性検査	5 (38.5)		
X線撮影	2 (15.4)		
尿沈査	2 (15.4)		
尿培養検査	1 (7.7)	1) 結果待ち	1) 注射用CTR
その他	8 (61.5)		
グラム染色検査	0		
喀痰培養検査	0		
血液培養検査	0		
超音波検査	0		

再掲) その他8 ; CT撮影2, SpO₂測定2, 新型コロナウイルス抗原検査1, インフルエンザ迅速検査1, 心電図1, 過去のCT所見1

③ 蜂窩織炎（疑いを含む） n=7 [重複回答]

蜂窩織炎（疑いを含む）で、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは3人だった（表D-15）。

◎表D-15 蜂窩織炎（疑いを含む）の抗菌薬処方前に実施した検査 n=3 [重複回答]

検査内容	人数 (%)
血液一般検査	3 (100)
尿定性検査	1 (33.3)
その他	1 (33.3)
X線撮影	0
尿沈査	0
尿培養検査	0
グラム染色検査	0
喀痰培養検査	0
血液培養検査	0
超音波検査	0

再掲) その他1 ; SpO₂測定

④ 上気道炎または気管支炎（疑いを含む） n=5 [重複回答]

上気道炎または気管支炎（疑いを含む）で、抗菌薬処方前に実施した検査があるのは、5人だった（表D-16）。

◎表D-16 上気道炎または気管支炎（疑いを含む）の抗菌薬処方前に実施した検査 n=5 [重複回答]

検査内容	人数 (%)
血液一般検査	5 (100)
尿定性検査	2 (40.0)
尿沈査	1 (20.0)
その他	2 (40.0)
X線撮影	0
グラム染色検査	0
尿培養検査	0
喀痰培養検査	0
血液培養検査	0
超音波検査	0

再掲) その他2 ; SpO₂測定1, 新型コロナウイルス抗原検査1

(5) 感染症の治療で使用している抗菌薬

① 尿路感染症（疑いを含む） n=47

尿路感染症（疑いを含む）のみの治療で使用している抗菌薬を以下に示す（表D-17）。

◎表D-17 尿路感染症（疑いを含む）治療の抗菌薬（WHOのATC4レベル） n=47

薬剤系統（WHOのATC4別）	剤形	経口 （人数）	注射用 （人数）	薬剤系統別 合計人数（%）
ペニシリン系		8	1	9（13.2）
βラクタマーゼ阻害剤を含むペニシリン系配合剤		0	3	3（10.5）
第3世代セファロスポリン系		5	5	10（68.4）
その他のセファロスポリン、ベネム系		1	—	1（5.3）
フルオロキノロン系		19	0	19（81.6）
テトラサイクリン系		2	0	2（5.3）
その他の抗菌薬*		1	0	1（2.6）
誘導体を含むスルホンアミド系/トリメトプリム配合剤		2	0	2（5.3）

備考）その他の抗菌薬*には、ホスホマイシンが含まれる

② 肺炎（疑いを含む） n=14

肺炎（疑いを含む）のみの治療で使用している抗菌薬を以下に示す（表D-18）。

◎表D-18 肺炎（疑いを含む）治療の抗菌薬（WHOのATC4レベル） n=14

薬剤系統（WHOのATC4レベル）	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		0	2	2（14.3）
第3世代セファロスポリン系		1	9	10（71.4）
マクロライド系		1	0	1（7.1）
フルオロキノロン系		1	0	1（7.1）

③ 蜂窩織炎（疑いを含む） n=7

蜂窩織炎（疑いを含む）のみの治療で使用している抗菌薬を以下に示す（表D-19）。

◎表D-19 蜂窩織炎（疑いを含む）治療の抗菌薬（WHOのATC4レベル） n=7

薬剤系統（WHOのATC4レベル）	剤形	経口 （人数）	注射用 （人数）	薬剤系統別 合計人数（%）
ペニシリン系		3	0	3（42.9）
第1世代セファロスポリン系		1	0	1（14.3）
フルオロキノロン系		3	0	3（42.9）

⑤ 上気道炎または気管支炎（疑いを含む） n=5

上気道炎または気管支炎（疑いを含む）のみの治療で使用している抗菌薬を以下に示す（表D-20）。

◎表D-20 上気道炎または気管支炎（疑いを含む）治療の抗菌薬（WHOのATC4レベル） n=5

薬剤系統（WHOのATC4レベル）	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		0	1	1（20.0）
第3世代セファロスポリン系		1	2	3（60.0）
マクロライド系		1	0	1（20.0）

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

予防目的で抗菌薬を使用していたものは、3人だった（表D-21）。

◎表D-21 予防目的の抗菌薬（WHOのATC4レベル） n=3

薬剤系統（WHOのATC4レベル）	処方理由	薬剤系統別 人数（%）
マクロライド系	肺炎罹患後	1（33.3）
誘導体を含むスルホンアミド系/ トリメトプリム配合剤	V-Pシャント挿入 ステロイド内服中	2（66.6）

III. 参考文献

- 1) Levy S. The antibiotic paradox: How miracle drugs are destroying the miracle. New York: Plenum Press, 1992.
- 2) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399:629-55
- 3) 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. (2022年11月29日アクセス)
- 4) Bell BG, 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, 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.
- 7) 内閣府. 令和4年版高齢社会白書. 2018. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html (2022年11月25日アクセス)
- 8) Gavazzi G, Krause KH: Ageing and infection. *Lancet Infect Dis*. 2002;2:659-66
- 9) 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;19:56-66
- 10) 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). 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. 2019年11月. http://amr.ncgm.go.jp/pdf/20191125_report.pdf (2022年11月30日アクセス)
- 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). 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.ncgm.go.jp/pdf/20210319_report.pdf (2022年11月30日アクセス)
- 12) 介護保険法. 第八条第28項. 平成九年法律第二百二十三号. 令和四年法律第六十八号による改正. 2022年6月17日. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123> (2022年11月29日アクセス)
- 13) 公益社団法人全国老人保健施設協会編. 『介護老人保健施設 他科受診の手引き 令和4年4月版』. 社会保険研究所. 2022. p.2-7
- 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-c. 平時からの薬剤耐性菌対策. 2018 http://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812_nursinghomes.pdf (2022年12月1日アクセス)
- 15) 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所者介助のための感染対策手順書 (第1版). 2020年9月27日. <http://www.jichi.ac.jp/rinsyokansen/elderly/teaching-materials/> (2022年12月1日アクセス)
- 16) 厚生労働省老健局. 介護現場における感染対策の手引き 第2版. 2021年3月9日. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000814179.pdf> (2022年12月1日アクセス)
- 17) 下間正隆ら. 『イラストみんなの感染対策』. 照林社. 2016
- 18) Nicola D. Thompson, et al. Antimicrobial Use in a Cohort of US Nursing Homes, 2017. *JAMA*. 2021;325 (13) :1286-1295.
- 19) Ricchizzi E. Latour K, et al. Antimicrobial use in European long-term care facilities: results from the third point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Euro Surveill*. 2018;23 (46) :1800394.
- 20) 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.
- 21) Vetrano D. Triolo F, et al. Fostering healthy aging: The interdependency of infections, immunity and frailty. *Aging Research Reviews*. 2021;69:101351.

IV. 謝辞

本調査報告書は、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関係各位、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。

V. 参考資料

介護老人保健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 — 一点有病率調査；Point prevalence survey の実施について（ご協力依頼）

謹啓

余寒の候、皆さまにおかれましては、お忙しい毎日をお過ごしのことと存じます。AMR 臨床リファレンスセンターは、薬剤耐性（AMR）アクションプランに基づく取り組みを推進しています。現在、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が世界的な問題となっています。何も対策を取らなければ、2050年にはガンによる死亡者を超え、1,000万人が死亡すると予測されています。薬剤耐性菌が増えれば、抗菌薬を必要とす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広がることもありますし、人から環境へも広がります。しかし、介護施設での詳しい状況が把握されていません。そこで、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）の一環として「介護老人保健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一点有病率調査；Point prevalence survey」を行うことになりました。

別紙【実施要綱】に詳しく説明がございますので、本調査の趣旨をご一読ください。調査にご協力いただける場合は、**令和4年3月25日（金）まで**に、返信用封筒に回答を封入し、郵便ポストへご投函くださいますようお願い申し上げます。

ご多忙のところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。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、お祈り申し上げます。

謹白

令和3年1月吉日

【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

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

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

電話： 03-6228-0062 《月曜から金曜日の 9:00-17:30 土日祝を除く》

研究責任者：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

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）アクションプランの実行に関する研究班
「介護老人保健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。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）を適切に行わなければ、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。そこで、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、介護老人保健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。

1. 調査の目的

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状況を明らかにし、薬剤耐性（AMR）対策の更なる推進方策を検討する際の基礎資料とすることです。

2. 調査対象施設

公益社団法人全国老人保健施設協会の会員施設です。

3. 送付物について

- (1) 依頼状
- (2) 実施要綱（本紙）
- (3) 調査研究に関するお知らせ（貴施設内で掲示をお願いします）
- (4) 返信用角6封筒
- (5) 調査票（表紙：参加同意書）
- (6) 薬剤耐性菌に関する資料

〈調査票の構成〉

種別	名称	部数	回答にあたって
調査票 A	施設基本情報	1	関連職種（管理医師・看護師・薬剤師・事務担当）の方とご相談下さい。
調査票 B	感染症診療および 感染管理体制		管理医師または看護師にご確認下さい。
調査票 C	任意調査日*午前0時点 施設状況		
調査票 D	任意調査日*午前0時点 抗菌薬使用者の個票	4	※調査票 D は該当者のみです。個票が不足した場合は、コピーをしていただくか、当センターにご連絡下さい。

〈*任意調査日について〉

調査票 C・D は、任意調査日午前0時点の状況をご回答いただきます。令和4年2月1日～3月25日の間に設定ください。詳細は、調査票 C・D の注意書きをご参照ください。

4. 調査票の回答期限と返送方法

回答を終えた調査票は、同封の返信用封筒に入れ、**令和4年3月25日（金）**までに、郵便ポストへご投函くださいますようお願いいたします。

5. その他

- ・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。
- ・本調査により得られた調査結果は、国内外の学術集会で発表、学会誌に投稿することがあります。なお、個人や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。
- ・「調査票表紙：調査への施設参加同意書」において、チェック項目の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、調査への施設参加同意を得たことといたします。

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病院 AMR 臨床リファレンスセンター

担当：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

電話：03-6228-0062 《月曜から金曜日の9:00～17:30 土日祝を除く》

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

調査研究に関するお知らせ

介護老人保健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
一点有病率調査；Point prevalence survey

当施設では、以下にご説明する調査を行います。この調査への参加を希望されない場合は、調査不参加とさせていただきますので、施設長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、ご安心下さい。

■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）アクションプランの実行に関する研究の一環として「介護老人保健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—Point prevalence survey」を行うことになりました。

本研究の目的は、介護老人保健施設の抗菌薬使用状況を明らかにし、今後の施設内感染対策に役立てることです。本研究により、わが国の介護老人保健施設における感染症診療のあり方、施設内感染対策を検討していくための基礎資料を作成することが出来ればと考えております。

〈対象・方法〉

本調査研究は、公益社団法人全国老人保健施設協会の承認を得ました。そこで、会員施設に調査のご協力をお願いしています。

各施設の感染症診療、感染管理体制状況に加え、施設に入所している方の抗菌薬使用状況に関するPoint Prevalence Survey * を行います。各施設に紙面の調査票を郵送し、回答を終えた調査票は郵便で回収いたします。回答にあたり、各施設は入所者様の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配慮しています。

* Point Prevalence Survey：点有病率調査で、ある一時点における状況を調査すること

■研究期間

2021年11月17日から2026年3月31日まで

■研究の対象となる方

任意調査日午前0時点に、介護老人保健施設で全身投与用抗菌薬を使用した入所者

■研究に利用する診療情報

任意調査日に、診療録または介護録に記載された診療情報を、研究利用させていただきます。利用する項目は、年齢、性別、基礎疾患、要介護度、使用している医療器具、薬剤耐性菌の保菌に関する検査情報、全身投与用

抗菌薬処方前に行った検査・確認した所見、全身投与用抗菌薬の情報（使用目的・感染巣・薬剤名・1日の容量・投与予定期間）、予防目的で全身投与用抗菌薬を処方した理由等です。

診療情報の利用に際し、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。

■研究資金源

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）アクションプランの実行に関する研究」

研究代表者：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 AMR 臨床リファレンスセンター センター長 大曲 貴夫

■研究組織

機関名：国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院

○研究責任者

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

○研究分担者

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

AMR 臨床リファレンスセンター 臨床疫学室室長 松永 展明

AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 鈴木 久美子

○研究協力者

国際感染症センター 応用疫学室医長 / AMR 臨床リファレンスセンター 都築 慎也

AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 浅井 雄介

AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 石岡 春彦

AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 坂口 みきよ

AMR 臨床リファレンスセンター 主任研究員 橋本 裕子

■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くだ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いたることができます。ご希望される方は、下記照会先までお申し出下さい。

■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 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

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

電話 03-6228-0062 《月曜から金曜 9:00～17:00 土日祝を除く》

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）アクションプランの実行に関する研究班

介護老人保健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 一点有病率調査（Point prevalence survey）

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4年 月 日

貴施設名：

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4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)入所サービスの類型	1. 超強化型 2. 在宅強化型 3. 加算型 4. 基本型 5. その他型 6. 療養型
(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	短期入所療養介護を除いて 、定員 [] 人
(4)併設医療機関	1. ある(同一・隣接敷地内) 2. ない
(4)で「1. ある」に○がついた場合、併設医療機関についてお伺いします。	
① 医療機関の類型 ※複数回答可	1. 一般病院 2. 地域医療支援病院 3. 精神科病院 4. 結核病院 5. 有床診療所 6. 無床診療所
② 有する病床等 ※複数回答可	1. 病床なし 2. 一般病床 3. 医療療養病床 4. 精神病床 5. 感染症病床 6. 地域包括ケア病棟 7. 回復期リハビリテーション病棟 8. 緩和ケア病棟 9. 障がい者施設等一般病棟 10. 老人性認知症疾患療養病棟 11. 介護療養型医療施設 12. 介護医療院
③ 標榜する診療科 ※複数回答可	1. 内科(神経内科・腎臓内科を除く) 2. 神経内科 3. 腎臓内科(人工透析) 4. 泌尿器科 5. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 6. 脳神経外科 7. 整形外科・形成外科 8. リハビリテーション科 9. 老年科 10. 総合診療科 11. 産科・婦人科 12. 精神科 13. 眼科 14. 耳鼻咽喉科 15. 皮膚科 16. 放射線科 17. 歯科・口腔外科
④ 救急体制	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. 不明 6. 該当なし
⑤ 感染対策チーム	1. ある 2. ない 3. 不明
2. 入所サービスの職員数について、教えてください。	
※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)医師	[.] 人
(2)薬剤師	[.] 人
(3)看護職員	[.] 人
(4)介護職員	[.] 人
(5)理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	[.] 人

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）アクションプランの実行に関する研究班

3. 前年度の入退所状況について、教えてください。 ※ 2020年4月1日から2021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他の介護老人保健施設から	[] 人
⑤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他の介護老人保健施設へ	[] 人
⑤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

調査票 B：感染症診療および感染管理体制 《令和4年2月1日現在》

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

1. 主たる管理医師の方について、教えてください。	
(1)専門領域 ※ 複数回答可	
(2)年齢	[]歳
(3)キャリア年数	医学部卒業後 []年
2. 貴施設での診療について、教えてください。	
(1)医師診察の頻度 ※ 平常時	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
(2)入所者に実施可能な検査 ※ 併設医療機関での実施、夜間実施を含む ※ 複数回答可	1. 血液一般検査 2. X線撮影 3. CT撮影 4. 超音波検査 5. 尿定性検査 6. 尿沈査 7. グラム染色検査 8. 抗酸菌塗抹検査 9. 尿培養検査 10. 喀痰培養検査 11. 血液培養検査 12. その他培養検査 13. 内視鏡検査 14. インフルエンザウイルス迅速キット検査 15. ノロウイルス抗原キット検査 16. 便のクロストリディオイデス・ディフィシル抗原検査 17. 便のクロストリディオイデス・ディフィシル毒素(トキシン)検査
(3)細菌培養検査の提出	1. 可 2. 不可
(3)で、「2. 不可」に ○ がついた場合、お伺いします。	
①不可の理由 ※ 複数回答可	1. 検体採取に対応する人員不足 2. 採取後の検体を適正に保管できる設備がない 3. 検査費用が高い 4. 医療機関ではないので、臨床検査会社と契約ができない 5. 結果が出るまで時間がかかる 6. その他【詳細]
(4)発熱時に、医療機関へ転送する判断 ※ 複数回答可	1. 施設では出来ない検査が必要 2. 点滴による治療が必要 3. ぐったりして具合が悪そうな場合 4. 意識状態の悪化 5. バイタルサイン(血圧低下、SpO ₂ 等)の大きな異常 6. 数日様子を見ても、解熱しない時 7. 数日治療を行っても、解熱しない時 8. 家族の希望が強い場合 9. その他【詳細]

3. 施設内における感染症診療について、教えてください。

(1) 肺炎が疑われる入所者への診療

①確認する内容、 実施する検査 ※ 複数回答可	1. 発熱 4. 聴診の所見 7. 胸部 X 線撮影 10. 喀痰培養検査 12. その他【詳細	2. 呼吸数の増加 5. SpO ₂ 90%以下 8. 胸部 CT 撮影 11. 血液培養検査	3. 喀痰の増加 6. 血液一般検査 9. グラム染色検査 】
②主に使用する抗菌薬	1. 決まっている 2. 決まっていない		
(1)②で、「1. 決まっている」に ○ がついた場合、お伺いします。			
a) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		
b) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		

(2) 尿路感染症が疑われる入所者への診療

①確認する内容、 実施する検査 ※ 複数回答可	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 6. 尿定性検査 7. 尿沈査 8. グラム染色検査 9. 尿培養検査 10. 血液培養検査 11. その他【詳細 】		
②主に使用する抗菌薬	1. 決まっている 2. 決まっていない		
(2)②で、「1. 決まっている」に ○ がついた場合、お伺いします。			
a) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		
b) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		

(3) 蜂窩織炎が疑われる入所者への診療

①確認する内容、 実施する検査 ※ 複数回答可	1. 発熱 2. 身体所見(浮腫性紅斑、局所熱感、圧痛、潮紅増大等) 3. 血液一般検査 4. その他【詳細 】		
②主に使用する抗菌薬	1. 決まっている 2. 決まっていない		
(3)②で、「1. 決まっている」に ○ がついた場合、お伺いします。			
a) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		
b) 薬剤名(剤形)	薬剤名【 剤形 ⇒ 1. 注射用 2. 経口用 】		

(4)感染症に対する抗菌薬治療			
①肺炎	1. 必ず行う	2. 入所者の状況に応じて	3. しない
②尿路感染症	1. 必ず行う	2. 入所者の状況に応じて	3. しない
③蜂窩織炎	1. 必ず行う	2. 入所者の状況に応じて	3. しない
(5)感染症診療の参考情報 ※ 複数回答可	1. 老人保健施設管理医師総合診療研修会の講義内容 2. 『JAID/JSC 感染症治療ガイド 2019』 日本感染症学会・日本化学療法学会 3. 『抗微生物薬適正使用の手引き 第二版』 厚生労働省 4. いずれも該当せず		
(6)過去1か月(令和4年1月)における感染症の発生状況			
①肺炎(疑いも含む)の入所者	1. いた	2. いない	
②尿路感染症(疑いも含む)の入所者	1. いた	2. いない	
③蜂窩織炎(疑いも含む)の入所者	1. いた	2. いない	
④所定疾患施設療養費(带状疱疹を除く)の算定状況	1. 全対象者	2. 一部対象者	3. なし
(6)④で、「1. 全対象者」、「2. 一部対象者」に ○ がついた場合、お伺いします。			
a)肺炎	1. (I)の算定	2. (II)の算定	3. (I)または(II)の算定
b)尿路感染症	1. (I)の算定	2. (II)の算定	3. (I)または(II)の算定
c)蜂窩織炎	1. (I)の算定	2. (II)の算定	3. (I)または(II)の算定

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）アクションプランの実行に関する研究班

4. 施設で採用している抗菌薬(主に使用する抗菌薬)について、教えてください。

(1)入手方法	1. 卸業者から購入	2. 併設医療機関と経費按分	
	3. 保険薬局から購入	4. その他【詳細	】

(2)経口薬 ※ 該当する名称があれば、□の中に、✓をいれてください

<p>ア行</p> <p><input type="checkbox"/> アクロマイシンV[®]</p> <p><input type="checkbox"/> アジスロマイシン</p> <p><input type="checkbox"/> アベロックス[®]</p> <p><input type="checkbox"/> アモキシシリン</p> <p><input type="checkbox"/> アモリン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> エリスロマイシン</p> <p><input type="checkbox"/> L-ケフラル[®]</p> <p style="padding-left: 20px;">※ ケフラルは、カ行</p> <p><input type="checkbox"/> L-ケフレックス[®]</p> <p style="padding-left: 20px;">※ ケフレックスは、カ行</p> <p><input type="checkbox"/> オーグメンチン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> オゼックス[®]</p> <p><input type="checkbox"/> オフロキサシン</p> <p>カ行</p> <p><input type="checkbox"/> クラビット[®]</p> <p><input type="checkbox"/> クラリシッド[®]</p> <p><input type="checkbox"/> クラリス[®]</p> <p><input type="checkbox"/> クラリスロマイシン</p> <p><input type="checkbox"/> グレースビット[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ケフラル[®]</p> <p style="padding-left: 20px;">※ L-ケフラルは、ア行</p> <p><input type="checkbox"/> ケフレックス[®]</p> <p style="padding-left: 20px;">※ L-ケフレックスは、ア行</p>	<p>サ行</p> <p><input type="checkbox"/> サワシリン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ジェニナック[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ジスロマック[®]</p> <p><input type="checkbox"/> シタフロキサシン</p> <p><input type="checkbox"/> シプロキサ[®]</p> <p><input type="checkbox"/> シプロフロキサシン</p> <p><input type="checkbox"/> ジョサマイシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セキスパノン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セファクロル</p> <p><input type="checkbox"/> セファレキシン</p> <p><input type="checkbox"/> セフカペンピボキシル</p> <p><input type="checkbox"/> セフジレンピボキシル</p> <p><input type="checkbox"/> セフジニル[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セフゾン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セフニール[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セフパ[®]</p> <p><input type="checkbox"/> セフポドキシムプロキセチル</p> <p>タ行</p> <p><input type="checkbox"/> ダイフェン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ダラシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> タリビッド[®]</p> <p><input type="checkbox"/> トスキサシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> トスフロキサシントシル</p> <p><input type="checkbox"/> トミロン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ノルフロキサシン</p>	<p>ハ行</p> <p><input type="checkbox"/> バクシダール[®]</p> <p><input type="checkbox"/> バクタ[®]</p> <p><input type="checkbox"/> バクシダール[®]</p> <p><input type="checkbox"/> バクトラミン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> パセトシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> バナン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ビブラマイシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ファロム[®]</p> <p><input type="checkbox"/> フロモックス[®]</p> <p><input type="checkbox"/> ホスミン[®]</p> <p>マ行</p> <p><input type="checkbox"/> ミノサイクリン</p> <p><input type="checkbox"/> ミノマイシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> メイアクト[®]</p> <p>ヤ・ラ・ワ行</p> <p><input type="checkbox"/> ユナシン[®]</p> <p><input type="checkbox"/> レボフロキサシン</p> <p><input type="checkbox"/> ワイドシリン[®]</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">リストにない薬剤は、ご記載ください</p>
--	---	--

(3)注射薬 ※ 該当する名称があれば、□の中に、✓をいれてください		
<p>ア行</p> <input type="checkbox"/> アミカシン <input type="checkbox"/> アミカマイシン® <input type="checkbox"/> アルベカシン <input type="checkbox"/> アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム <input type="checkbox"/> イセパシン® <input type="checkbox"/> イセパマイシン <input type="checkbox"/> イミスタン® <input type="checkbox"/> イミペネム・シラスタチン <input type="checkbox"/> エクサシン® <input type="checkbox"/> オメガシン® <p>カ行</p> <input type="checkbox"/> (硫酸)カナマイシン <input type="checkbox"/> クラフォラン® <input type="checkbox"/> クラビット® <input type="checkbox"/> クリンダマイシン® <input type="checkbox"/> クリンダマイシンリン酸エステル <input type="checkbox"/> ゲンタシン® <input type="checkbox"/> ゲンタマイシン <input type="checkbox"/> クラリスロマイシン <p>サ行</p> <input type="checkbox"/> シオセシン® <input type="checkbox"/> ジスロマック® <input type="checkbox"/> シプロキサ® <input type="checkbox"/> シプロフロキサシン <input type="checkbox"/> (硫酸)ストレプトマイシン <input type="checkbox"/> スルバクシン® <input type="checkbox"/> スルバシリン® <input type="checkbox"/> スルペラゾン®	<p>サ行</p> <input type="checkbox"/> セファゾリン(ナトリウム) <input type="checkbox"/> セファメジン® <input type="checkbox"/> セフェピム <input type="checkbox"/> セフォセフ® <input type="checkbox"/> セフォタックス® <input type="checkbox"/> セフォチアム® <input type="checkbox"/> セフォン® <input type="checkbox"/> セフトジジム <input type="checkbox"/> セフトリアキソン <input type="checkbox"/> セフメタゾール(ナトリウム) <input type="checkbox"/> セフメタゾン® <input type="checkbox"/> セフロニック® <input type="checkbox"/> ゾシン® <p>タ行</p> <input type="checkbox"/> タゾピペ® <input type="checkbox"/> ダラシンS® <input type="checkbox"/> チエペネム® <input type="checkbox"/> チエナム® <p>ハ行</p> <input type="checkbox"/> バクトラミン® <input type="checkbox"/> バクフォーゼ® <input type="checkbox"/> パシル® <input type="checkbox"/> パズクロス® <input type="checkbox"/> ハベカシン® <input type="checkbox"/> バンコマイシン® <input type="checkbox"/> パンスポリン® <input type="checkbox"/> ビクシリン® <input type="checkbox"/> ピシリバクタ®	<p>ハ行</p> <input type="checkbox"/> ピスルシン® <input type="checkbox"/> ピペラシリン® <input type="checkbox"/> ペントシリン® <input type="checkbox"/> ホスホマイシン® <input type="checkbox"/> ホスミンS® <p>マ行</p> <input type="checkbox"/> マキシピーム® <input type="checkbox"/> ミノマイシン® <input type="checkbox"/> ミノサイクリン <input type="checkbox"/> メロペネム <input type="checkbox"/> メロペン® <input type="checkbox"/> モダシン® <p>ヤ・ラ・ワ行</p> <input type="checkbox"/> ユナシン-S® <input type="checkbox"/> ユナスピン® <input type="checkbox"/> ユーシオン-S® <input type="checkbox"/> リアソフィン® <input type="checkbox"/> リンコシン® <input type="checkbox"/> リンコマイシン <input type="checkbox"/> レボフロキサシン <input type="checkbox"/> ロセフィン® <input type="checkbox"/> ワイスタール® <p style="text-align: center;">リストにない薬剤は、ご記載ください</p>

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）アクションプランの実行に関する研究班

5. 感染管理体制について、教えてください。

(1)感染対策委員会の 実施状況	《 感染対策および事故防止検討委員会との一体的なものを含む 》 今年度(2021年4月～2022年3月末日まで)に、 []回開催、あと []回開催予定。		
(2)感染対策マニュアルに 薬剤耐性菌に関する 記載 ※ 記載があるものは、 複数回答可	1. 基礎知識(耐性菌の特徴、定着しやすい部位、拡がり方等) 2. 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 3. 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 4. 上記3. を解除する判断基準 5. いずれの記載もない 6. 感染対策マニュアルがない		
(3)平時における感染予防対策における外部組織との関わり	《 2021年4月～2022年1月まで 》 1. ある 2. ない		
(3)で「1. ある」に○がついた場合、お伺いします。			
①併設医療機関の感染対策チーム	1. 定期的にある	2. 不定期にある	3. ない
②医療機関における感染対策防止 加算の地域連携グループ	1. 定期的にある	2. 不定期にある	3. ない
③地域の感染対策ネットワーク または感染対策協議会等	1. 定期的にある	2. 不定期にある	3. ない
④保健所	1. 定期的にある	2. 不定期にある	3. ない
⑤その他【詳細 】	1. 定期的にある	2. 不定期にある	3. ない
(4)有事による専門家の派遣 ※1 薬剤耐性菌に限る ※2 主に感染症医、感染管理認定看護師を指す	《 2021年4月～2022年1月まで 》 1. あった 2. ない		
(5)新規採用した備品 ※ 複数回答可	《 国内での新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、新規採用したもの 》 1. 特になし 2. 擦式アルコール性手指消毒剤(設置型) 3. 擦式アルコール性手指消毒剤(個人携帯用) 4. 使い捨てエプロンまたはガウン 5. 使い捨てフェイスシールド 6. ゾーニング用パーテーション 7. パルスオキシメーター 8. その他【詳細 】		

6. 平時における个人防护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 ※ 複数回答可	1. 常時着用 2. 感染症発症者・疑い者に接する時 3. 地域で呼吸器系の感染症が流行している時		
(2)使い捨て手袋の 使用推奨 ※ 複数回答可	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 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・便器等の片づけ、洗浄時		
(3)使い捨てエプロン またはガウンの 使用推奨 ※ 複数回答可	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(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		

7. 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)使い捨て手袋着用の際の手指衛生	1. 手袋着用の前後で 3. 手袋着用 <u>後のみ</u> 2. 手袋着用 <u>前のみ</u> 4. いずれも該当せず
(2) <u>第一選択としての</u> 、 手指衛生の推奨	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…(略)…」に○がついた場合、お伺いします。	
①擦式アルコール性手指消毒剤の 設置場所 ※ 複数回答可	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 使用量確認	1. 使用量は確認していない 2. 不定期(半年～年単位)に、使用量を確認 3. 定期的(毎月～数か月毎)に、使用量を確認
8. 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)入所時の保菌情報の確認	1. 確認している 2. 記載があれば確認 3. 確認していない
(1)で「1. 確認している」、「2. 記載があれば確認」に○がついた場合、お伺いします。	
①薬剤耐性菌の種類 ※ 複数回答可	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科細菌 5. MDRP:多剤耐性緑膿菌 6. その他【詳細】
(2)退所時に保菌情報の提供 ※死亡退所を除く	1. 退所先に伝えている 2. 退所先から求められた時のみ 3. 退所先には伝えていない

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）アクションプランの実行に関する研究班

調査票 C : 任意調査日午前 0 時点 施設状況

任意調査日	()月()日午前 0 時点	調査票記入者	
-------	-----------------	--------	--

※任意調査日について 令和 4 年 2 月 1 日～3 月 25 日の間に設定ください。ただし、日・月曜午前 0 時、後述の特定日は除いてください。具体的には、火曜午前 0 時（3/22 を除く）、水曜午前 0 時、木曜午前 0 時（2/24 を除く）、金曜午前 0 時、土曜午前 0 時（2/12 を除く）のいずれか 1 時点を選んでください。

1. 任意調査日午前 0 時点の貴施設状況について、教えてください。

(1)入所実人数	短期入所療養介護を除いて、[] 人
(2)要介護度の内訳	短期入所療養介護を除いて、 ① 要介護1 []人・② 要介護2 []人・ ③ 要介護3 []人・④ 要介護4 []人・ ⑤ 要介護5 []人・⑥ 未定/申請中 []人

2. 医療器具を使用している者(短期入所療養介護を除く)について、教えてください。

(1)医療器具の使用なし	[]人	(2)中心静脈カテーテル	[]人
(3)中心静脈ポート	[]人	(4)末梢点滴ルート	[]人
(5)透析アクセス (シャント・非シャント)	[]人	(6)胃ろう	[]人
(7)経鼻胃管チューブ	[]人	(8)腸ろう	[]人
(9)自己導尿	[]人	(10)尿道留置カテーテル	[]人
(11)腎ろう・膀胱ろう	[]人	(12)人工肛門	[]人
(13)気切チューブ	[]人	(14)その他① 【]	[]人
(15)その他② 【]	[]人	(16)その他③ 【]	[]人

3. 以下に該当する者について、教えてください。

(1)吸痰(1 日 8 回以上)が必要な者	短期入所療養介護を除いて、[]人
(2)褥瘡を有する者	短期入所療養介護を除いて、[]人
(3)抗菌薬を使用中の者 ※ 注射用、経口用のみ	1. いない ⇒ 調査終了です。ご協力ありがとうございました。 2. いる []人 ⇒ 調査票 D へ進んでください。

記入を終えた回答用紙は、令和4年3月25日(金)までに、郵便ポストへご投函ください。

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	()月()日午前 0 時点	調査票記入者	
-------	-----------------	--------	--

※任意調査日について 令和 4 年 2 月 1 日～3 月 25 日の間に設定ください。ただし、日・月曜午前 0 時、後述の特定日は除いてください。具体的には、火曜午前 0 時（2/1, 3/22 を除く）、水曜午前 0 時、木曜午前 0 時（2/24 を除く）、金曜午前 0 時、土曜午前 0 時（2/12 を除く）のいずれか 1 時点を選んでください。

《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 ※ 複数回答可	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心疾患 4. 腎疾患 5. 脳血管疾患 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. 認知症 13. 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)使用中の 医療器具 ※ 複数回答可	《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. 中心静脈カテーテル 3. 中心静脈ポート 4. 透析アクセス(シャント・非シャント) 5. 末梢点滴ルート 6. 経鼻胃管チューブ 7. 胃ろう 8. 尿道留置カテーテル 9. 気切チューブ 10. その他【詳細】
(6)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
(7)褥瘡	1. ある 2. ない
(8)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
(9)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
(9)で、「1. 保菌あり」に○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 ※ 複数回答可	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科細菌 5. MDRP:多剤耐性緑膿菌 6. その他【詳細】
(10)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
(11)入院歴(過去 6 カ月以内)	1. ある 2. ない 3. 不明

V. 参考資料

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）アクションプランの実行に関する研究班

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) ※ 複数回答可
 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)抗菌薬処方前に確認した内容 ※ ①～③は、複数回答可

①入所者の状態	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
②入所者の自覚症状	1. 局所の痛み/腫脹等 2. 残尿感/排尿時痛 3. 息苦しさ(呼吸困難)
③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)抗菌薬処方前に実施した検査 ※ 複数回答可
 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)で、細菌培養検査を実施した場合、お伺いします。

①検査結果 ※ 複数回答可	1. 結果待ち 2. 記録 / 検査結果が見当たらない 3. 検出なし / 常在菌 4. 起因菌a) 【 検体()】 5. 起因菌b) 【 検体()】 6. 起因菌c) 【 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. 非常勤 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
d)剤形(薬の形態)	1. 注射用 2. 経口用(錠剤・顆粒・細粒・散剤・カプセル等)
e)処方医	1. 常勤 2. 非常勤 3. 歯科医 4. その他【 】

