

介護施設における薬剤耐性菌対策についての研究
「介護保険施設における薬剤耐性菌対策に関するアンケート調査報告」

村上啓雄（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター・感染制御学（生体支援センター研究室））

研究要旨

介護保険施設における医療関連感染対策の実態を踏まえた指針の作成を目標に、今年度はまず岐阜県内の介護保険施設における薬剤耐性菌対策についてアンケート調査による実態把握を行った。その結果、感染対策に関する会議・施設内ラウンドやサーベイランスの方法、擦式アルコール手指消毒薬・PPE の適正使用、食器・リネンの取り扱いなどの課題が抽出できた。また病原性微生物保有の有無による施設利用制限等、感染症およびその対策における知識・技術・専門職不足、感染防止対策物品のコスト、連携する周辺医療施設とのネットワーク作りに関する改善点が明らかになった。これらにより、次年度以降に策定を予定している介護施設における薬剤耐性菌感染制御指針策定に参考になる基礎資料を得ることができた。

A. 研究目的

平成 24 年度診療報酬改訂で創設された感染防止対策加算および感染防止対策地域連携加算により、加算 1 および 2 を算定する病院における感染対策の質向上と地域における連携強化が進んでいる。一方、加算算定を行っていない中小病院や診療所に加え、施設内感染が問題となる老人ホーム・介護施設などの高齢者施設の感染対策や、地域の医療施設との連携体制の実態は明らかにされていない。本研究では介護保険施設における医療関連感染対策の実態を踏まえた指針の作成を目標に、今年度は岐阜県内の介護保険施設における薬剤耐性菌対策に関するアンケート調査による実態把握を目的とした。

B. 研究方法

1. アンケート調査対象施設

平成 28 年 4 月 1 日現在、岐阜県健康福祉部高齢福祉課に登録している岐阜県内の介護保険施設は、特別養護老人ホーム(特養)174、介護老人保健施設(老健)79、介護療養型医療施設(療養病床)52 の合計 298 施設であった。また、特養の入所病床数は 10,824、ショートステイ利用可能数は 2,142、同様に老健ではそれぞれ、6,793、2,015、また療養病床の定員は病院 3,266、診療所 228 で、これらを合計すると、岐阜県内介護保険施設利用可能者数は 25,265 名であった。これら特養および老健のうち、併設施設の重複を除いた 232 施設にアンケートを送

付した。アンケート回収は 72(特養 44、老健 26、その他 2)施設から得られ、回収率は 31.0% であった。

2. アンケート内容

実際のアンケート用紙は別添に示す。

3. 倫理面への配慮

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づいて研究計画を策定し、岐阜大学大学院医学系研究科倫理審査委員会で承認を得て実施した(承認番号 28-68)。

C. 研究結果と考察

1. 施設利用者数と利用率

施設利用者数は 8~160(80)名/日(カッコ内は中央値、以下同様)、利用率は 18~100(95)%、通所者数は 0~130(19)名/日であった。利用率が非常に高い施設が多く、利用者、通所者数は規模によりさまざまであった。

2. 職員数【表 1】

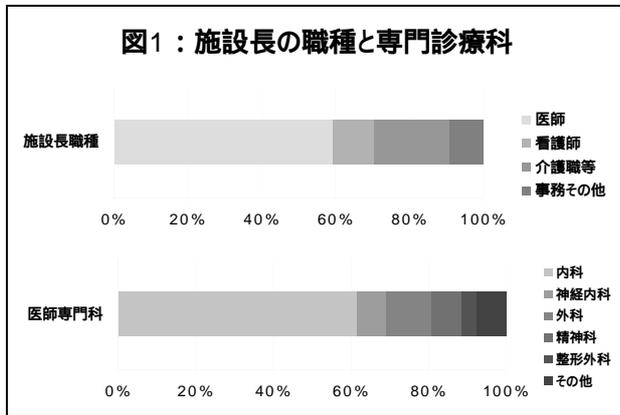
介護職員数が最も多く、次いで看護師であった。医師はほとんどの施設で 1 名体制であった。各職種とも、3 分の 1 程度はパート職員で賄われていた。

表1：職員数

	範囲	中央値
看護師数(常勤)	0~16	5
看護師数(パート)	0~15	2
介護職員数(常勤)	0~80	28
介護職員数(パート)	1~56	10
医師数(常勤)	0~2	1
医師数(パート)	0~6	1
その他(常勤)	0~37	7
その他(パート)	0~40	5

3. 施設長職種と医師の専門診療科【図1】

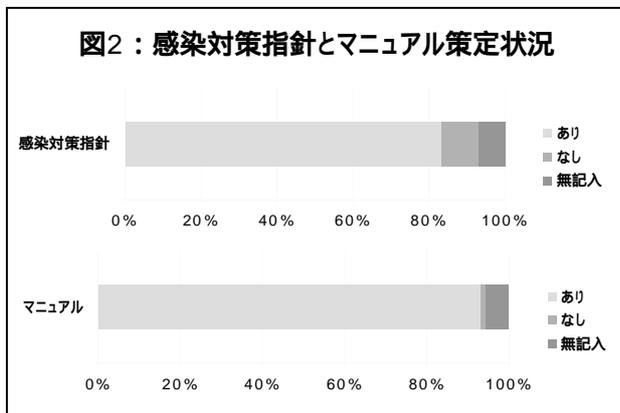
施設長の職種では約60%が医師、介護職員20%、看護師10%であった。医師の専門診療科では内科が3分の2であり、他には外科、精神科、整形外科などであった。感染対策のキーパーソンは79%が看護師、13%は医師が担っていた。



4. 感染対策指針・マニュアル策定状況

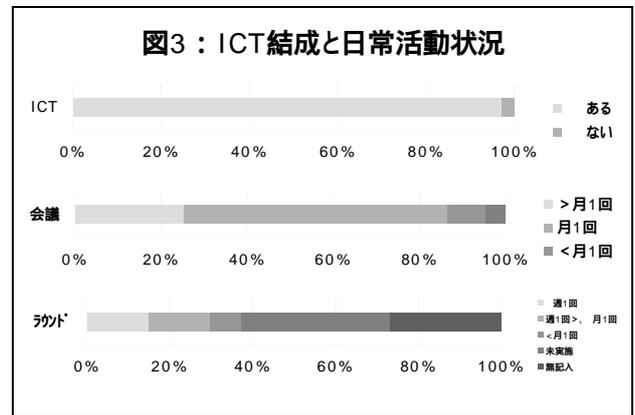
【図2】

83%の施設が感染対策指針を策定していた。また93%で感染対策マニュアルをもっていた。



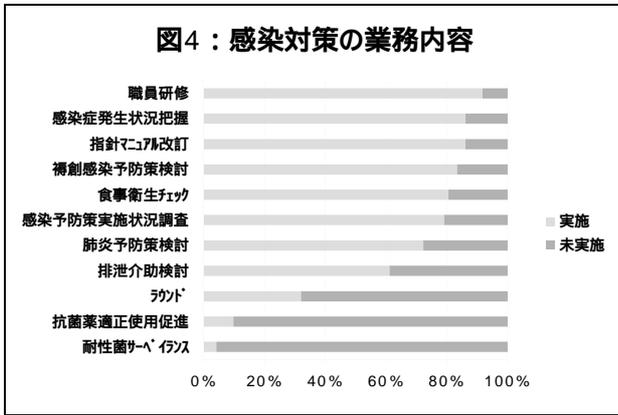
5. ICT 結成と日常活動状況【図3】

97%の施設で ICT を結成して活動していた。ICT のある施設の ICT 活動については、ICT 会議は、月1回以上は25%であったが、毎週行くと回答した施設はなかった。また61%は月1回、年1~数回が9%で、4%は実施していなかった。ICT ラウンドは週1回以上が15%で、そう回答した施設はすべて毎日行っていた。ただし、週1回程度定期的という施設はなく、月1回も同様に15%であった。年に1~数回は7%であり、36%が行っていないと回答していた。ICT は存在するも、急性期病院のような頻度で定期的な活動をしている施設は非常に少ない実態が判明した。



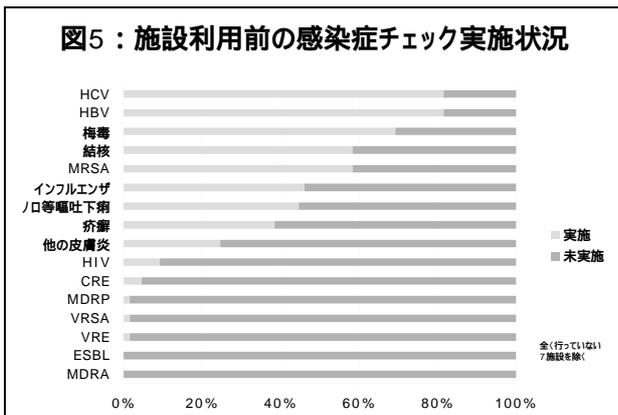
6. 感染対策の業務内容【図4】

感染対策委員会や ICT の有無にかかわらず、施設における感染対策業務内容についての質問では、職員研修は92%に、また感染症発生状況把握、感染対策指針やマニュアルの改訂はそれぞれ86%であり、介護保険施設に特徴的な活動と思われる褥瘡感染予防策検討、食事衛生チェックは80%以上の施設で実施していた。感染予防策実施状況調査は約80%で実施しており、頻度の高い肺炎予防策検討は72%、排泄介助検討は61%であった。ラウンドは32%しか実施できておらず、急性期病院で主要な活動内容である、抗菌薬適正使用促進と薬剤耐性菌サーベイランスはそれぞれ10%、4%しか実施していなかった。抗菌薬の使用量・実態も考慮すれば、この数値は一定の理解はできると考えられた。



7. 施設利用前感染症チェック状況【図5】

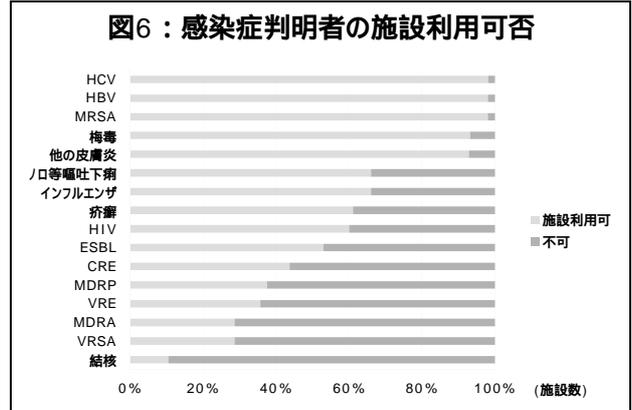
施設利用前の利用希望者の感染症チェックを行っている施設は90%であった。急性期病院の手術前に実施されることが多い、HBV、HCVは80%、梅毒は67%と多く実施医されていた。リスクの高い結核のチェックは57%、インフルエンザは45%、ノロウイルス関連胃腸炎などの嘔吐・下痢症は43%とさほど多くなかった。薬剤耐性菌ではMRSAは57%でチェックしているものの、他の薬剤耐性菌については、ほとんどチェックされていない。HIVをチェックしている施設が9%存在した。全体として、チェック状況は様々である印象であった。



8. 感染症判明者の施設利用可否【図6】

感染症判明者の施設利用不可の施設割合について、結核は約90%、疥癬は39%、インフルエンザおよびノロウイルス関連胃腸炎等嘔吐・下痢症は34%であった。血液媒介感染症ではHBV、HCVは約2%であったが、HIVは40%であった。薬剤耐性菌ではMRSAは2%であったが、一方他の薬剤耐性菌は47~71%と高かった。感染症によっては、利用が不可能なケースもあると思われるが、必ずしも

他利用者に対するリスクが高くない感染症も利用拒否をしていたり、またリスクの高い疾患で利用が不可能ではなかったりと、施設利用に一定の基準がなく、問題点の存在が示唆された。



9. 感染症判明者の入所者数【表2】

H27年度における感染症判明者の入所者数を示す。いずれの感染症もわずかな人数であった。すべての感染症をスクリーニングしているわけではなく、実際はもう少し多い可能性があると思われる。

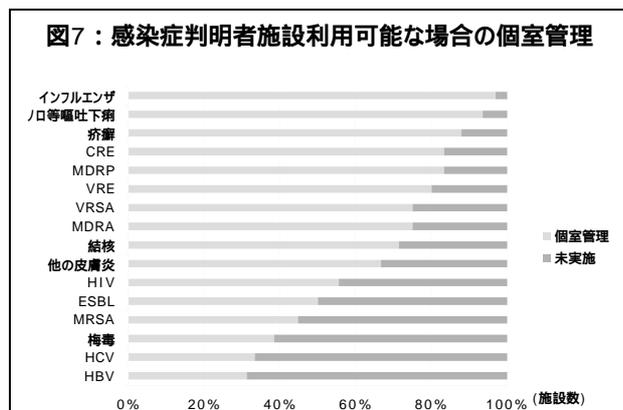
表2：感染症判明者の入所者数(H27年度)

H27年度	入所者数	中央値
MRSA	0~5	1
ESBL	0~7	0
VRE	(0)	0
VRSA	(0)	0
MDRP	(0)	0
MDRA	(0)	0
CRE	0~1	0
疥癬	0~3	0
他の皮膚炎	0~70	1
HBV	0~3	0
HCV	0~10	0
HIV	(0)	0
梅毒	0~4	0
結核	0~2	0
インフルエンザ	0~23	1
嘔吐・下痢(ノロ含む)	0~12	0

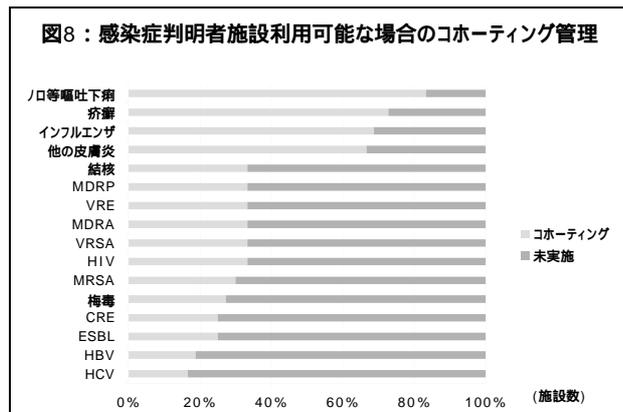
10. 感染症判明者施設利用可能な場合の管理方法

【図7】に個室管理の実施状況を示す。インフルエンザ、ノロウイルス関連胃腸炎等嘔吐・下痢症、疥癬はそれぞれ97%、94%、88%と高かった。薬剤耐性菌についてMRSAは45%であったが、他菌は75~83%と高かった。結核は71%であり、急性期病院でスクリーニングが実施されるHBV、HCV、梅毒も3~4割が個室管理していた。施設利用可否基準と同様に、病室管理基準に一部誤解があると思われる、正しい感染症およびその伝搬様式の知

識に基づく一定の基準を示すべきであると考えられた。



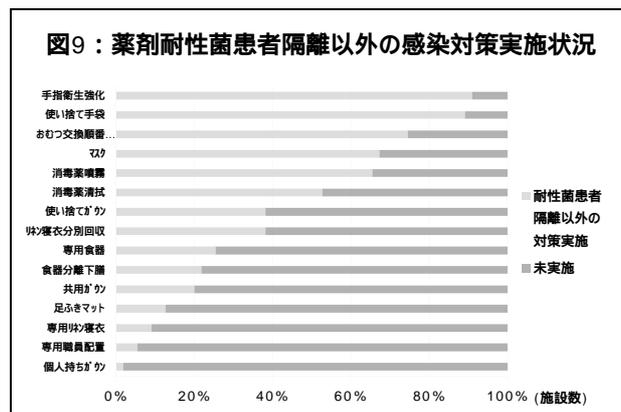
【図8】にコホーティングの実施状況を示す。ノロウイルス関連胃腸炎等嘔吐・下痢症、疥癬、インフルエンザはそれぞれ83%、73%、69%であった。結核、梅毒、HIV および薬剤耐性菌は約30%であり、HBV、HCV も一部コホーティングが実施されていた。これらも個室管理と同様に正しい感染症およびその伝搬様式の知識に基づく一定の基準を示すべきであると考えられた。



11. 薬剤耐性菌患者隔離以外の感染対策実施状況【図9】

手指衛生強化、使い捨て手袋の使用が約90%と高く、おむつ交換順番配慮、マスクの着用は約3分の2の施設で実施していた。消毒薬は清拭が約半数で実施されていたが、噴霧が65%で実施されている状況が確認され、消毒薬適正使用の知識・技術が十分浸透していない状況が示唆された。使い捨てガウンは38%の施設で使用されていたが、それ以外のガウンも20%あまりの施設で使用されていた。ガウンについては、職員自身を守るのみなら

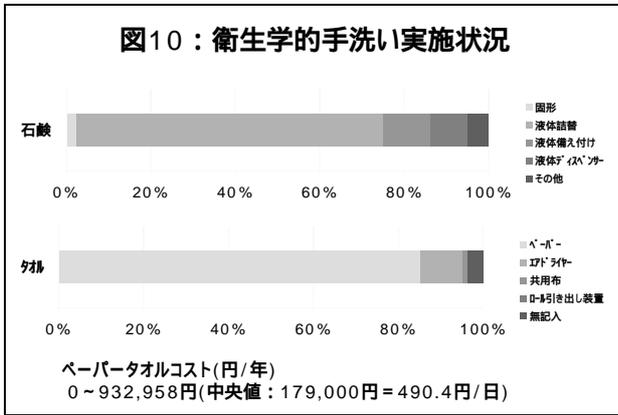
ず、感染対策上の有用性について、適切に理解したうえで選択する必要性を示すことが重要と思われた。また、専用食器の使用や食器の分離下膳は約4分の1の施設で実施されていた。足ふきマットは13%の施設で使用されていた。担当職員専用配置は5%であった。これらも感染対策上は必ずしも必要でないものも含まれ、正しい感染予防策の知識の周知とともに規格を統一すべきであると考えられた。



12. 手指衛生実施状況

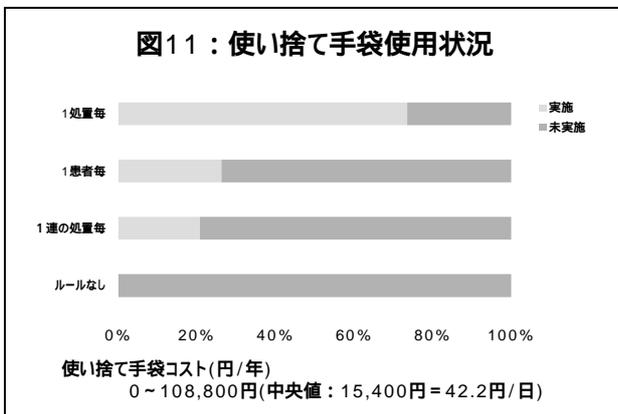
擦式アルコール手指消毒薬の年間総使用量は0~283.5Lで中央値36Lであった。これは1日99mLに相当した。至適使用量の算定は困難ではあるが、施設全体で1日約100mLの使用は、極めて少ない状況であることを指摘せざるを得ない。

衛生的な手洗い実施状況【図10】では、約70%が詰め替え式液体石鹸を使用し、一部備え付けの液体あるいはディスペンサーを用いていた。固形石鹸はわずかであった。また、ペーパータオルは約90%の施設で採用されており、エアドライヤーも一部の施設で使用されていた。なお、わずかであるが共用の布タオルを使用している施設もあり、問題であると思われた。



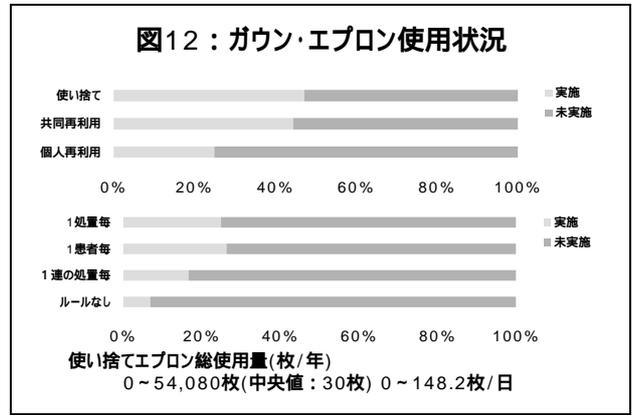
13. PPE 使用状況

一部重複回答があったが、使い捨て手袋は74%が1処置毎、26%が1患者毎、21%が一連の処置毎(複数患者で共用)の交換であった。ルールを設けていない施設はなかった。【図11】



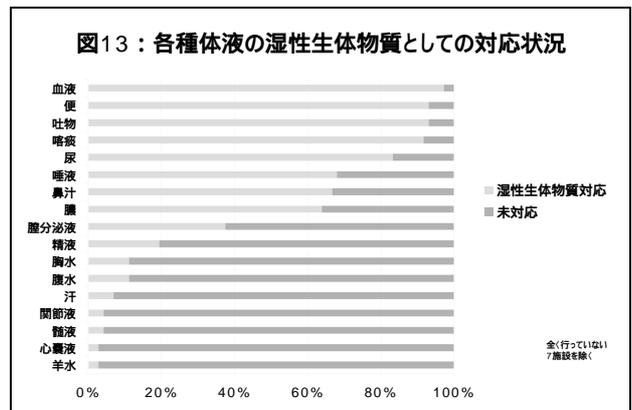
同様に一部重複回答があったが、ガウン・エプロンは47%が使い捨て、44%が共同再利用、25%が個人持ち再利用であった。その交換頻度は25%が1処置毎、26%が1患者毎、17%が一連の処置毎(複数患者で共用)の交換であった。ルールを設けていない施設7%存在した。【図12】

これらの結果から PPE 適正使用の知識・技術の不足が示唆された。



14. 各種体液の感染性湿性生体物質としての対応状況【図13】

各種体液を感染性湿性生体物質としてとらえて対応しているかどうかの回答では、血液、便、吐物、喀痰については90%以上が対応していたが、100%ではなかった。尿唾液、鼻汁、膿などは3分の2以上の施設で対応できていた。一方、それ以外の体液についてはあまり感染性である認識が現場で浸透していないと思われる回答となっていた。

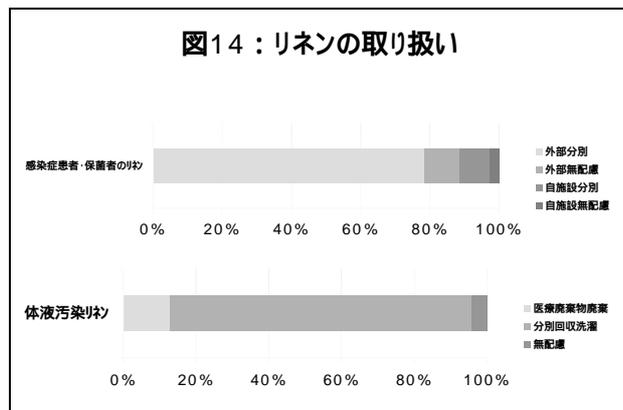


15. 感染リネンの取り扱い【図14】

感染症発症および保菌・ウイルスキャリアなどの利用者のリネンの取り扱いについては、専用のビニール袋に入れるなど、他の利用者とは分別回収・洗濯(外部委託)が79%、外部委託はしているが特別な配慮をしていないが10%、自施設で分別回収・洗濯が9%、自施設で処理するが特別な配慮をしないと回答した施設が3%であった。

明らかに体液で汚染されたリネンについては、医療廃棄物として廃棄が13%、専用のビニール袋に入れるなど、他の利用者とは分別回収・洗濯(外部委託)が83%、特別な配慮をしていないが4%であった。リネンの取り扱い・洗

濯について、統一した一定の基準を示すべきと思われた。

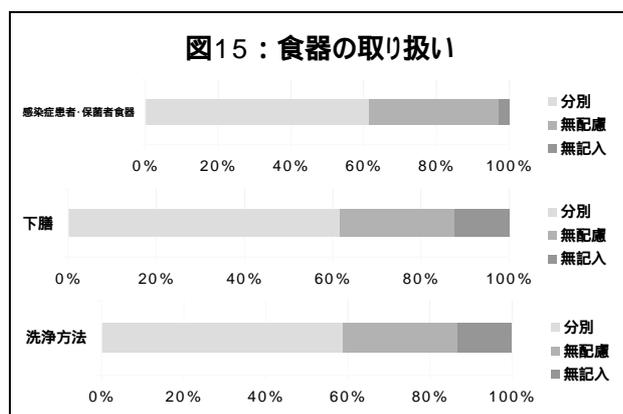


16. 食器の取り扱い【図15】

感染症発症および保菌・ウイルスキャリアなどの利用者の食器の取り扱いについては、分別回収が61%で、うち2施設は使い捨ての食器を使用していた。一方、特別な配慮はしていないと回答した施設は36%であった。

下膳については、分別下膳回収が62%であり、ノロウイルス関連胃腸炎が疑われる利用者の食器は次亜塩素酸ナトリウム消毒を行ってから洗浄工程に回していた。特別な配慮をしていないと回答した施設は26%であった。

洗浄方法では、分別している施設は59%、特別な配慮をしていない施設は28%であった。リネン同様に食器の取り扱い・洗浄などについても、一定の標準的基準を示すべきと思われた。

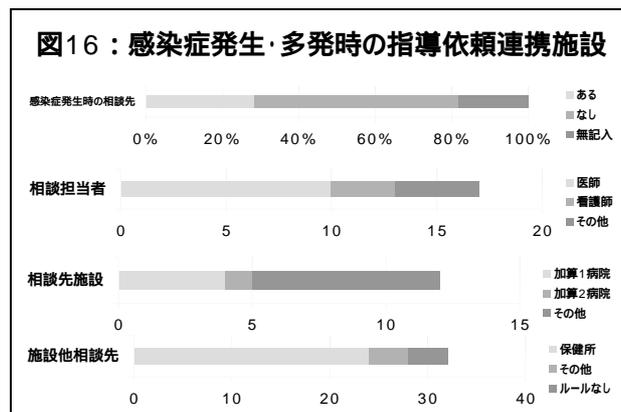


17. 感染症発生・多発時の指導依頼連携施設【図16】

感染症発生・多発時の改善支援を依頼する連携施設を定めている施設は17施設(28%)のみであった。17施設のうち、医師に相談が10

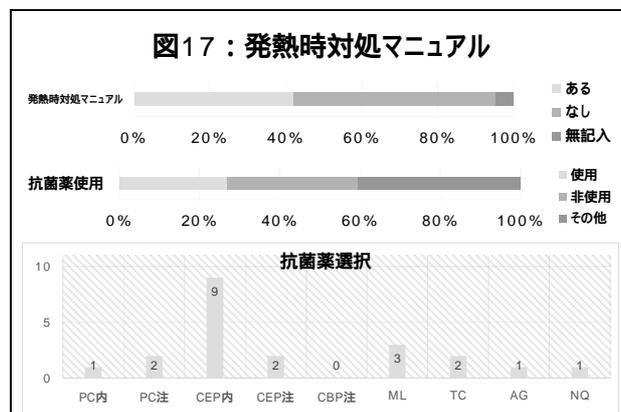
施設、看護師に相談が3施設であった。また連携施設は感染防止対策加算1算定施設が4、加算2が1で、その他は自身の系列の施設などであった。連携施設以外の相談先としては回答のうち75%が保健所と回答した。

地域全体で感染制御力を高めるためには、連携体制およびネットワークを整備することは極めて重要であり、今後どのように体制作りをしていくかが課題であると考えられた。



18. 発熱時対処マニュアル【図17】

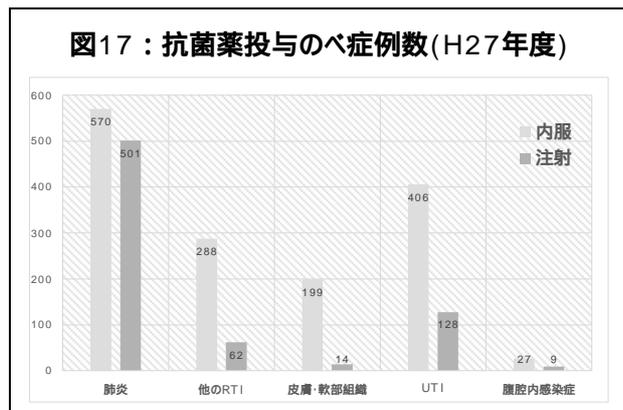
夜間・休日など、医師不在時の発熱利用者への対処方法を尋ねたところ、42%にマニュアルを持っていると回答があった。マニュアルがある施設のうち、27%に抗菌薬投与が明記されており、セフェム系抗菌薬の内服、マクロライド内服などが比較的多かった。医師の人数が確保されていない状況の中で、ある程度の対処マニュアルは必要であり、その中の抗菌薬適正使用も課題と思われた。



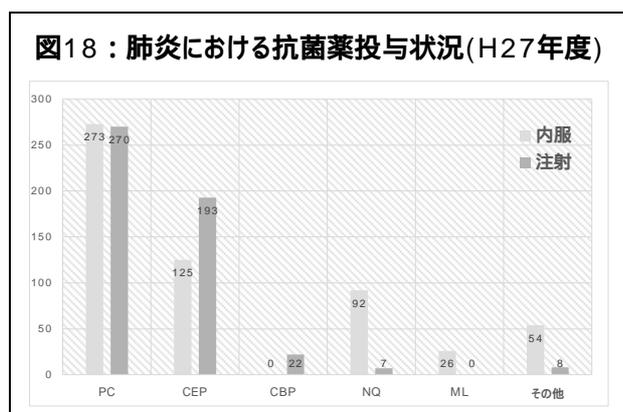
19. 抗菌薬投与症例数

介護保健施設で頻度の高い感染症への抗菌薬投与と述べ症例数を【図17】に示す。肺炎が最も多く内服と注射薬はほぼ同数であった。

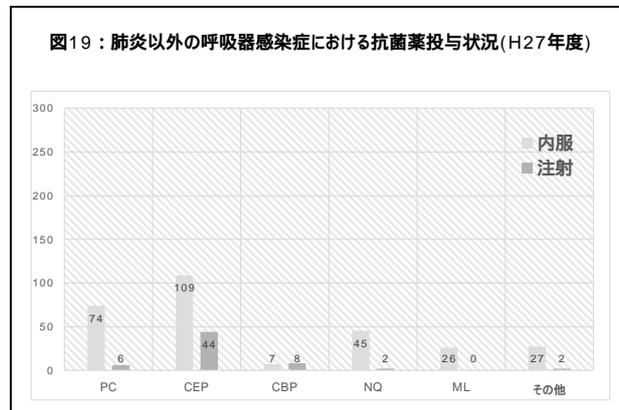
次いで、尿路感染症、肺炎以外の呼吸器感染症、皮膚・軟部組織感染症、腹腔内感染症の順であったが、これらはいずれも内服抗菌薬が主体であった。これらの適正使用が大きな課題であると考えられた。



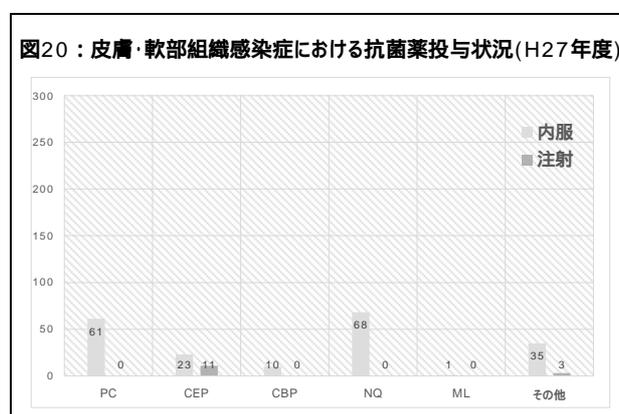
肺炎における抗菌薬投与状況を示す【図18】。ペニシリン系が最も多く、内服も注射もほぼ同数であった。次いで多かったのはセフェム系で、注射薬が比較的多めであった。次いでニューキノロン系で、ほとんど内服であった。



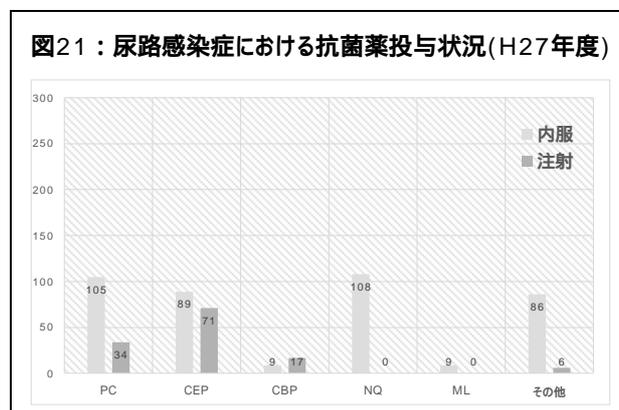
肺炎以外の呼吸器感染症における抗菌薬投与【図19】は、いずれも内服が主体であったが、セフェム系が最も多く、次いでペニシリン系、ニューキノロン系、マクロライドの順で処方されていた。



皮膚・軟部組織感染症における抗菌薬投与【図20】は、ほとんど内服薬で、ニューキノロン系、ペニシリン系、セフェム系の順であった。



尿路感染症における抗菌薬投与【図21】は、ニューキノロン系(すべて内服)、ペニシリン系(4分の3は内服)、セフェム系(約6割は内服)の順に多かった。なお、腹腔内感染症は非常に少なく、ニューキノロン系経口抗菌薬かセフェム系注射薬が投与されていた。



20. 感染対策の課題としての意見【表3~5】

自施設の感染対策の課題の自由記載を示す。感染対策の知識・技術・専門職の不足や、職種多様性からの教育や感染対策の周知徹底の難しさが抽出できた。また、感染防止対策物品など、感染対策を確実に実施するためのコスト不足の訴えが数多く聞かれた。急性期病院と介護保険施設の感染対策の規格の違いをどう考えたらよいかなどの現場での混乱も認められた。

表3：自施設の感染対策の課題(自由記載) 1

- ✓ 多職種であり、周知しているか疑問である。
- ✓ 指針、マニュアルはあっても実際には機能できていないこと。
- ✓ 感染拡大時の対応、毎年マニュアル見直し。
- ✓ DRが意識していない為、すぐに相談が出来ない。
- ✓ エプロン、グローブの着用が確実でない。
- ✓ 感染防止対策に熟知している者がいない。
- ✓ 感染防止対策にはコストがかかる。コストは本人負担にはできない。まったり行えば行こうと施設持ち出しになっくい、感染症の方への対応は手間がかかる。人員不足の負担が大きくなる。
- ✓ 外部評価を受けた。感染対策が適切か。
- ✓ 職員に感染に対する知識不足、日頃の利用者の体液に触れた時の取り扱い方。
- ✓ 全職員が感染対策について理解していない。
- ✓ 確定診断が見つからない場合が多いため、マニュアルどおり対応してもこれでいいか否かは不明です。
- ✓ 介護職の教育。
- ✓ 病院と同じ感染対策が必要か。老健施設として基準がない。
- ✓ 昨年の7月よりアルコールジェルの手指消毒に取り組んでいますが、まだまだ使用量は少ない。個人差がかなり大きい現状にあります。
- ✓ 使い捨てエプロンはコスト面より、胃腸チューブ交換など、ノロウイルス感染等特殊な場合以外使用できない。
- ✓ 多職種施設であり説明しても理解納得がいけない職員もいるので難しい。

表4：自施設の感染対策の課題(自由記載) 2

- ✓ 適切な対応で二次感染の防止、拡大の防止を常に心配している。
- ✓ 職員1人1人にまで伝わらない。
- ✓ 感染元の遮断、完治の判断等対策に明確に記述することが難しい。
- ✓ 擦式アルコール、消毒剤がインフルエンザの季節しか購入してもらえない。環境、消毒シートも同様である。
- ✓ 感染症の診断、治療において介護保険の適用内で行える検査に限りがある。感染性テストなどをしっかり行いたいのがコストがかかる。
- ✓ インフルエンザ、感染性胃腸炎などの際、認知症患者の隔離は困難である。協力が得られない場合も少なくない。
- ✓ 高齢者施設であることから、入退院を繰り返される方も多く受け入れていることから、胃腸での入院が多い。再入院された時点で初めて多剤耐性菌MRSAであることが確認できます(入所時情報ではあまり報告がない)。
- ✓ 最新情報の習得、対応策の確実性。
- ✓ 知識や理解の差。
- ✓ 職員教育、コスト、建物などハード面。
- ✓ 介護職に理解してもらおう事が難しいと感じる。
- ✓ どの職員も同じように対応できていない。
- ✓ 現在の状況での問題点の抽出、その後問題点から課題の明確化。

表5：自施設の感染対策の課題(自由記載) 3

- ✓ 感染対策についての新しい正しい情報が入りにくいので、対応策が正しいのか不安。病院入院後感染症が判明し退院に至る時、病院対応と施設対応の違いや、どこまでやればよいかの分からない。病院に尋ねても丁寧な説明はなく、「こんな感じだ...」と言われたことがある。感染症専門Nsに問い合わせ、現状を話し、調整時間をこちらから御願ひし、やっと対応を対策を立てることができた。
- ✓ 施設内にいると検討し、これまでに感染対策マニュアルなどを作成してきましたが、なかなか新しい情報が入らない適切な対応策がとれているかどうか分からない。また、病院入院時に感染症が判明する場合、病院での対策をどこまで施設で取り入れていけばよいか分からない。病棟側に相談してもなかなか現場に則したアドバイスや指導がいただけない。
- ✓ 昨今の報道及び行政の傾向を勘案するところ、介護保険施設(福祉施設)に対する社会的な要求事項のハードルが上がっていることが予測される。非専門職が多数を含める運用の中で、上記がどこまでできるか不安である。
- ✓ 介護職員の感染予防に対する意識の低さ。
- ✓ マニュアルが不十分な部分があり、検討、作成中(ノロウイルスの吐物処理法等)。
- ✓ インフル、ノロなどは何かと対応している。他の感染が急に発生すると不安あり。
- ✓ 手洗い；1行為1洗が充分でない。うがい；流行時は行うが、普段はやれていない。
- ✓ 認識。
- ✓ 入所時に感染症チェックできると良い。

21. 薬剤耐性菌対策の現場での工夫・疑問・不安【表6】
薬剤耐性菌対策という観点での工夫・疑問・不安

問・不安などの自由記載を示す。こちらも同様に感染防止対策物品やアウトブレイク時に要する費用の施設負担など、感染対策を確実に実施するためのコスト不足の訴えが切実であった。また、連携する急性期病院等と介護保険施設の感染対策における連携不足とその適切なネットワーク作りに不安を抱いている様子がうかがわれた。

表6：薬剤耐性菌対策の工夫・疑問・不安

- ✓ 施設で耐性菌の正しい情報を得ることが難しい。
- ✓ 病院ではないので発症したら病院に搬送の方が多い。軽症者は朝夕の抗生剤の点滴で対応してます。
- ✓ 肺炎や原腸感染症にて入院される方は多いのですが、入院中の抗生剤治療については把握していない。
- ✓ 老人保健施設、特に要介護3以上の特養において利用者入所の判断の上で薬剤耐性菌保有者と明記されていることは現在までになかったように思われる。健康診断書を施設医が判断し入所を決定しているため、問題点があれば入所は不可となる。
- ✓ 保護者の方々に対しても、特別ではなく、薬剤的な感染管理がきちんとできていれば心配は無いことを介護スタッフに説明している。発熱等、体調不良となれば主治医に早期受診し、指示を得て冷静な対応をするように努めている。
- ✓ 対応についての範囲不明確性があること。
- ✓ 病院と施設での対応の違い、どこまでやればよいか？具体的なもの提示があると良い。
- ✓ 当施設は入所者の大部分が高齢者で免疫能力が低下している。弱感染症状態で第3世代のセフェム系抗生剤の経口投与は行っていない。経口投与の場合アレルギーが無い場合はペニシリン系から使用している。また看取り目的の入所者の場合、薬剤師が強い薬剤は使用していない。疑問としては今後高齢者(特にADLが低下している人や認知症の自傷した人に対して価格の高い薬剤を使用し続けることは、医療費の適正使用とは言えないのではないか)かと考えている。
- ✓ 他施設からの転入時には出来るだけ3日間管理は個室管理し、観察後転床するようにしている。
- ✓ 薬剤耐性菌保有者対策は推進すべきだが、自施設での実施は介護保険は「まるめて請求」のため経費上、手が足りない現状である。
- ✓ ノロウイルス集団発生、新型コロナウイルス発生これらに対する対応は全額自己施設負担となる一方、他施設転床については感染拡大を引き起こすこととなるため、施設感染対応として別途請求できるように上層行政機関、国保連などへ、感染症専門研究者より進言してほしい。

D. 結論

1. 岐阜県内介護保険施設等に対して、薬剤耐性菌対策に関するアンケート調査を実施し(232施設 回答 72施設；回収率31.0%)、実態把握と課題の抽出を行った。
2. 感染対策指針・マニュアル、ICTの結成はほとんどの施設で整備されていたが、院内ラウンド、サーベイランスなどの活動内容、また感染防止に用いる擦式アルコール手指消毒薬使用量、各種PPE使用状況、食器・リネンの取り扱い方法などに適切でない部分があることが明らかとなり、課題が抽出できた。
3. 病原性微生物保有の有無によって利用を制限している施設もあり、適切な知識と感染予防策の普及も課題であった。
4. 現場からの意見では、感染症および対策に対する知識・技術・専門職の不足、感染防止対策物品のコスト問題、連携する病院等とのネットワーク作りに関する改善点が指摘された。
5. これらにより、次年度以降に策定を予定している介護施設における薬剤耐性菌感染制御指針策定に参考になる基礎資料を得ることができた。

E. 今後の研究計画

1. 平成 29 年度はまず、拡大調査(他県～全国)実施の必要性の検討を行う。また、H28 年度の調査結果と合わせた現状と課題を踏まえ、介護保険施設における薬剤耐性菌感染対策ガイド策定準備としての資料収集を行う。
2. 平成 30 年度は介護保険施設薬剤耐性菌感染対策ガイドを策定し公表する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

【別添】 アンケート用紙

介護保険施設における薬剤耐性菌対策に関するアンケート調査

回答日：H28年 月 日

以下の質問にお答えください。

(などの番号が振ってある質問は当てはまるものに○をつけてください。)

注意：各感染対策項目等は、すべて現在標準的に推奨されているものではありません。現在実施していないからと言って、当局に報告したり、処分・指導の対象になったりするものではありません。また、感染症名が多く記載してありますが、施設利用の可否に関する標準チェック項目として挙げているわけではありません。今回はあくまで実態調査のための項目であることをご理解いただき、現状を記入してください。

1. 貴施設名を教えてください。(無記名でも構いません。)
()
2. 貴施設の種類を教えてください。
特別養護老人ホーム(特養)
介護老人保健施設(老健)
介護療養型医療施設(療養病床)
その他()
3. 貴施設利用者等(H27年度平均)を教えてください(介護保険施設単独で)
入所者数(名/日):利用率(%)
通所者数(名/日)
4. 貴施設の職員数等を教えてください。
看護師数 (常勤 名:パート勤務 名)
介護職員数 (常勤 名:パート勤務 名)
医師数 (常勤 名:パート勤務 名)
その他の職員 (常勤 名:パート勤務 名)
施設長の専門科 ()
感染対策のキーパーソンの職種名 ()
5. 感染対策委員会あるいは多職種から構成されるICT(感染制御チーム)に相当する組織はありますか?
ある
定期的な会議は行っていますか?
行っている(頻度: 1回/ 年・月・週) ・ 行っていない
定期的な院内ラウンドは行っていますか?
行っている(頻度: 1回/ 年・月・週) ・ 行っていない
ない
6. 感染対策指針・マニュアルの有無について
感染対策指針 (あり ・ なし)

感染対策マニュアル（あり・なし）

7. 感染対策委員会・ICTの有無にかかわらず、貴施設における感染対策の業務内容を教えてください。（複数回答可）

薬剤耐性菌サーベイランス(検出状況チェックと分析)

施設内巡視・ラウンド(頻度: 1回/ 年・月・週)

施設感染対策指針・マニュアルの作成と改訂

感染予防策(手指衛生、手袋・エプロン等の感染个人防护具適正使用)

実施状況調査と遵守促進

施設内感染症発生状況の把握と対応

抗菌薬(抗生物質)適正使用の取組み

食事に関する衛生管理チェック

(厨房、食堂、食事介助における衛生管理)

排泄介助の検討(感染管理の観点から望ましい手順など)

肺炎予防策の検討(食事時の姿勢、口腔ケア等)

褥瘡およびその感染予防策の検討

職員研修

その他()

8. 施設利用前に利用希望者の感染症のチェックを行っていますか？

行っている(自施設検査・他施設検査を問わない。)

チェックする感染症を教えてください(○をつけてください。)

- MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)
- ESBL(基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生菌)
- VRE(バンコマイシン耐性腸球菌)
- VRSA(バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌)
- MDRP(多剤耐性緑膿菌)
- MDRA(多剤耐性アシネトバクター属菌)
- CRE(カルバペネム耐性腸内細菌科細菌)
- 疥癬
- 他の皮膚炎
- HBV(B型肝炎ウイルス)
- HCV(C型肝炎ウイルス)
- HIV(ヒト免疫不全ウイルス)
- 梅毒
- 結核
- インフルエンザ
- ノロウイルス関連胃腸炎などの嘔吐・下痢
- その他()

行っていない。

9. 7.で行っていると回答された施設にお尋ねします。
各感染症が判明した者の施設利用について、下表の当てはまる項目に○をつけてください。

病原体名	施設利用可否	個室管理	コホーティング (集団隔離)	H27年度 入所者数
MRSA	可・否	○・×	○・×	名
ESBL	可・否	○・×	○・×	名
VRE	可・否	○・×	○・×	名
VRSA	可・否	○・×	○・×	名
MDRP	可・否	○・×	○・×	名
MDRA	可・否	○・×	○・×	名
CRE	可・否	○・×	○・×	名
疥癬	可・否	○・×	○・×	名
他の皮膚炎	可・否	○・×	○・×	名
HBV	可・否	○・×	○・×	名
HCV	可・否	○・×	○・×	名
HIV	可・否	○・×	○・×	名
梅毒	可・否	○・×	○・×	名
結核	可・否	○・×	○・×	名
インフルエンザ	可・否	○・×	○・×	名
嘔吐・下痢 ノロウイルス 含	可・否	○・×	○・×	名
その他	可・否	○・×	○・×	名

10. MRSA、ESBL、VRE、MDRP、MDRA、CRE等の薬剤耐性菌保菌患者を受け入れ可能な施設におたずねします。これらの薬剤耐性菌保菌患者の個室管理、コホーティング(集団隔離)以外の対策について、実施しているものを教えてください。

- 足ふきマットの使用
- 消毒薬(アルコール、次亜塩素酸ナトリウム等)の噴霧
- 消毒薬による環境整備の強化(噴霧を除く環境清拭)
- 専用食器使用
- 食器の分別下膳
- 専用リネン・寝衣の使用
- リネン・寝衣の分別回収
- 手指衛生の徹底・強化
- 使い捨て手袋の使用
- マスクの着用
- 共用ガウンの使用
- 個人持ちガウンの使用

- 使い捨てガウンの使用
- オムツ交換への配慮(順番等の配慮)
- 専任職員の配置
- その他()

11. 手指衛生について(薬剤耐性菌保菌者以外も含め、日常の対応)

擦式アルコール手指消毒薬(ABHR)の製品名とメーカーを教えてください。

製品名()

メーカー()

H27年度 ABHR 総使用量を教えてください(払い出し量、または購入量からの推測値でも結構ですが、mL で示してください。)

() mL)

石鹸はどのようなものをお使いですか？(○を付けてください。)

- 固形石鹸
- 液体石鹸(詰め替えボトル)
- 液体石鹸(備え付けボトル)
- 液体石鹸(ディスペンサー:自動吐出装置)
- その他()

流水と石鹸での手指衛生後のタオルについて(を付けてください。)

- 使い捨てペーパータオル
- エアドライヤー
- 共用布タオル
- ロール引き出し式タオル装置

ペーパータオルのコストについて、H27年度の経費を教えてください。

() 円)

12. 使い捨て手袋について(薬剤耐性菌保菌者以外も含め、日常の対応)

使用状況(○をつけてください。)

- 1 処置毎に交換
- 1患者毎に交換
- 一連の処置毎に交換
- 交換のルールを設けていない

H27年度総使用量を教えてください(払い出し量、または購入量からの推測値でも結構ですが、枚数で示してください。)

() 枚) 1名用は2枚と計算してください。

13. ガウン・エプロンについて(薬剤耐性菌保菌者以外も含め、日常の対応)

ガウン・エプロンの種類(○をつけてください。;重複回答可能)

- 共用の再利用エプロン
- 職員個人用の再利用エプロン
- 使い捨てエプロン

使い捨てエプロンの使用状況(○をつけてください。)

- 1処置毎に交換
- 1患者毎に交換
- 一連の処置毎に交換
- 交換のルールを設けていない

使い捨てエプロンの H27 年度総使用量を教えてください(払い出し量、または購入量からの推測値でも結構ですが、枚数で示してください。)

() 枚)

14. 標準予防策の対象となる湿性生体物質と考えて対応されている項目に○を付けてください。

- 血液
- 尿
- 便
- 喀痰
- 鼻汁
- 唾液
- 吐物
- 精液
- 膣分泌液
- 羊水
- 髄液
- 関節液
- 膿
- 胸水
- 腹水
- 心嚢液
- 汗

15. 感染症発症者および保菌者・ウイルスキャリアなどの利用者のリネンの取り扱い

外部委託洗濯について

- 専用のビニール袋に入れるなど、他の利用者とは分別回収・洗濯する
- 特別な配慮はしていない
- 外部委託はせず、自施設で洗濯(分別回収・洗濯)
- 外部委託はせず、自施設で洗濯(特別な配慮なし)

利用者の体液で汚染された場合について

- 医療廃棄物として廃棄

- 専用のビニール袋に入れるなど、他の利用者と別に回収・洗濯する
- 特別な配慮はしていない

16. 感染症発症者および保菌者・ウイルスキャリアなどの利用者の食器の取り扱い
食器の分別

- 他の利用者と分別している
- 特別な配慮はしていない

下膳方法

- 他の利用者と分別下膳回収する
- 特別な配慮はしていない

洗浄法

- 他の利用者と分別洗浄する
- 特別な配慮はしていない

17. 感染症発生時や多発時に対策等の指導を依頼する連携施設はありますか？

ある 連携先との相談のキーパーソン()

- 感染防止対策加算 1 病院
- 感染防止対策加算 2 病院
- その他の連携病院(具体的に)

ない

- 保健所に相談することになっている
- ルールは決めていない
- その他()

18. 発熱時の対処方法のマニュアル(医師の直接の指示を受けなくても当座の対応できる取り決め)について

ある

- 抗菌薬使用が盛り込まれている
その場合、使用頻度が高い抗菌薬の系統 2 つを示してください。
ペニシリン系内服 ・ ペニシリン系注射 ・ セフェム系内服 ・
セフェム系注射 ・ カルバペネム注射 ・ マクロライド系 ・
テトラサイクリン系 ・ アミノグリコシド系 ・ ニューキノロン系 ・
その他()
- 抗菌薬は使用しない
- その他(具体的に)

ない

H27 年度に抗菌薬を投与した症例数について(概数で結構です。)

感染症		PC	CEP	CB	NQ	ML	MRSA	その他	合計
肺炎	経口	例	例	例	例	例	例	例	例
	注射	例	例	例	例	例	例	例	例
他の呼吸器感染症	経口	例	例	例	例	例	例	例	例
	注射	例	例	例	例	例	例	例	例
皮膚・軟部組織感染症(褥瘡含む)	経口	例	例	例	例	例	例	例	例
	注射	例	例	例	例	例	例	例	例
尿路感染症	経口	例	例	例	例	例	例	例	例
	注射	例	例	例	例	例	例	例	例
腹腔内感染症(腸炎、胆嚢炎、胆管炎を含む)	経口	例	例	例	例	例	例	例	例
	注射	例	例	例	例	例	例	例	例

PC:ペニシリン系

CEP:セフェム系

CB:カルバペネム系

NQ:ニューキノロン系

ML:マクロライド系

MRSA:抗 MRSA 薬

その他:テトラサイクリン系、リンコマイシン系、アミノグリコシド系、
フォスフォマイシンなど

19. 自施設の感染対策について

自己評価

- 適切であり、満足している
- 不十分であり不安である
⇒その場合、何が課題ですか？

()

20. 薬剤耐性菌保菌者対策で工夫していることや疑問・不安がありましたら自由に記載してください。

★ご質問は以上です。回答ご協力ありがとうございました。