

日本医療政策機構 AMR アライアンス・ジャパン 論点整理

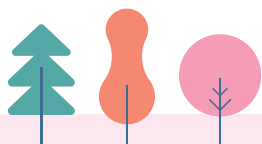


健康長寿時代に求められる AMR 対策 —超高齢社会における高齢者の安心と安全な暮らしを目指して—



目次

はじめに	1
1：高齢者施設における AMR 対策の実態	3
1-1：高齢者施設における感染症対策の位置付け	3
1-2：高齢者施設における AMR 対策の位置付け	4
2：高齢者施設における AMR 対策の論点	5
2-1：高齢者施設における AMR 対策の水準	5
2-2：高齢者施設における検査	6
2-3：高齢者施設における抗菌薬治療	7
2-4：高齢者施設における人材育成と多職種連携	8
2-5：高齢者施設における抗菌薬使用状況の実態把握	10
2-6：高齢者施設を対象とした情報基盤とサーベイランス	12
2-7：高齢者施設を支える行政基盤	13
3：高齢者施設における AMR 対策の推進に向けて 持つべき視点	16
3-1：集団生活の場と生活の場の両立	16
3-2：本人の意思の尊重	16
3-3：当事者参画による合意形成	17
3-4：偏見や差別の防止	17
おわりに	18



はじめに

日本は世界に先駆けて超高齢社会を迎え、2040年には高齢化率が35%に達すると予測されている。一般的に、加齢に伴い免疫力は低下するため、高齢者は感染症にかかりやすい。また、複数の疾患を抱えながら生活する高齢者も多い。高齢化が進むなかで、感染症に対する社会全体の脆弱性が高まっている。

そのなかでも薬剤耐性（AMR: Antimicrobial Resistance）は国内外で重要な課題の一つとして位置付けられており、高齢者を含めた国民の健康への大きな脅威となっている。感染症を発症すれば抗菌薬が投与される機会も多くなり、抗菌薬が使われれば使われるほど、耐性菌は発生あるいは拡大しやすい。既に、国内では薬剤耐性菌による新規感染症患者の約70%を70歳以上の高齢者が占めている。

こうしたなかで、特に注目すべきなのが高齢者施設におけるAMR対策である。日本では、AMR対策アクションプラン（NAP: National Action Plan）でも既にその必要性が指摘されており、2016年にNAPがはじめて策定されてから高齢者施設における取り組みは段階的に進んできた。例えば、2019年からは介護老人保健施設における抗菌薬使用の定期的な点有病率調査（PPS: Point Prevalence Survey）が実施され、アメリカ疾病予防管理センターが発行した「介護施設における抗菌薬適正使用支援のコア・エレメント」の日本語訳が2020年にAMR臨床リファレンスセンターによって作成されている。さらに、2024年には介護報酬改定で高齢者施設等感染対策向上加算が新設され、2025年には厚生労働省研究班により高齢者施設における薬剤耐性菌対策ガイドが発行された。この流れと呼応するように、2026年には診療報酬で感染対策向上加算等の見直しが進み、介護保険施設等からの求めに応じて医療機関がより柔軟に助言できる環境が整えられた。

一方で、高齢者施設におけるAMR対策の実効性を高めるためには、社会における施設の位置付けや施設の特性を踏まえる必要がある。現在、地域医療構想や地域包括ケアシステムのもと、住み慣れた地域で最期まで暮らせる体制づくりが進められている。高齢化や医療の高度化に伴い疾病構造が変化し、医療ニーズも変化したことなどを背景に、医療の場は病院から高齢者施設や在宅へと広がり、高齢者施設も地域における医療や介護の重要な担い手となっている。さらに、高齢者施設には多様な形態があり¹、施設によっては常勤の医師はいないことが多く、施設内で対応できる医療は限られている。このような環境のなかでも、看護職や介護職をはじめとする職員が日常のケアを通じて入所者の健康と生活を支え、感染症の発症予防に取り組むことで、AMR対策にも大きく貢献している。

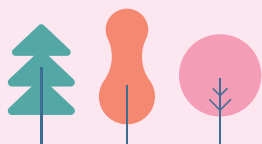
1 具体的には、介護保険施設である特別養護老人ホーム（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護医療院のほか、老人福祉施設である養護老人ホームや軽費老人ホーム、さらに、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）などがある。



そこで、日本医療政策機構では、高齢社会における AMR 対策への社会的関心を高めるとともに、健康長寿社会の実現にむけて一段と効果的かつ有機的に対策を進めることを目指し、高齢者施設をとりまく AMR 対策について中長期的に検討すべき論点を整理した。AMR 対策は、感染症の発症そのものを減らすこと、感染症を予防することが極めて重要であり、そのためには高齢者一人ひとりに対する日々のケアを適切に積み重ねていくことが欠かせない。今回は、こうした実践を施設や職員の努力だけに頼るのではなく、社会として持続可能な仕組みを整え、さらに充実させていくための一歩として、個別のケアや手技、臨床の具体的な活動ではなく、それらを支える制度や体制の在り方に注目した。

取りまとめに際しては、机上調査に加え、高齢者施設の関係者をはじめとして、産官学民の多様な関係者への聞き取りを実施した。聞き取りでは、高齢者施設のなかでも介護老人保健施設（老健）と特別養護老人ホーム（特養）を中心に、運営形態や立地条件の異なる施設を選定している。そのうえで、施設で働く様々な立場の職員に加え、地方自治体や研究機関など、幅広い立場の関係者から意見を聴取した。

第 1 章では、主に聞き取りに基づいて、高齢者施設における AMR 対策の実態や位置付けを独自にとりまとめた。続く第 2 章では、高齢者施設における AMR 対策の推進に向けて検討すべき七つの論点を整理した。AMR 対策に特徴的なテーマを中心としつつ、感染症の発症そのものを減らすことが AMR 対策の基盤になるという認識を踏まえ、感染症対策全体と重なる論点も含めて扱っている。特に、人材育成や多職種連携（2-4）、行政基盤（2-7）は感染症対策全体にも共通するテーマとして整理した。第 3 章では、これらの論点を検討するにあたり、施設の種類や職種、立場の違いを越えて共通して持つべき視点を示す。



1：高齢者施設における AMR 対策の実態

高齢者施設における AMR 対策の実態を把握するため、実際に高齢者施設で勤務する職員を中心に個別の聞き取りを行い、その声をとりとめた。聞き取りからは、高齢者施設が様々な理由から感染症対策に高い関心を持っていること、また、感染症対策の優先度を判断する際の基準が浮かび上がった。同時に、AMR 対策はこの判断基準に当てはまりにくく、施設のなかで対策の優先度が下がりやすいことが示唆された。

1-1：高齢者施設における感染症対策の位置付け

高齢者施設では感染症対策は関心の高い領域の一つであり、入所者と職員双方の安全を守るうえで欠かせない取り組みである。特に新型コロナウイルス感染症の経験を経て職員の意識は大きく高まり、多くの施設が感染対策を運営上のみならず、経営上も重要な課題として位置付けるようになった。

しかし、多くの施設では常勤の医師がおらず、看護職の人数も限られているため、医療機関を基準とした厳格な対応を行うことは現実的に難しい。今回の聞き取りを通じて、高齢者施設では標準予防策（スタンダードプリコーション）の徹底を基本としながら、主に下記の三つの視点から感染症対策の優先度を判断し、重点的に対応していることが示唆された。

● 発症後の重症化・死亡リスクの高さ

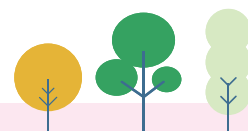
- ▶ 一人ひとりの高齢者が感染症に罹患した際の重症化・死亡リスクの高さは、高齢者の免疫力、かかっている疾患、治療薬に加え、集団生活特有の感染の広がりやすさも踏まえて総合的に判断されている。加齢により免疫力が低下し、複数の疾患を持つ入所者が多い高齢者施設では、施設内で新たに罹患した感染症がそのまま重症化・死亡に結びつきやすい。

● 職員の感染リスクと施設運営への影響

- ▶ 職員の施設内における感染は、本人の健康を損なうだけでなく、欠勤につながる。欠勤が重なることで人員不足を招き、施設運営が難しくなる。

● 予防・検査・治療・感染制御の手段の有無

- ▶ 検査によってその場で感染症を確かめられ、治療、接触者に対する予防といった対処の手段が確立している感染症は、日常的なケアに組み込みやすい。嘔吐物処理や个人防护具（PPE: Personal Protective Equipment）の着脱手技のように具体的な手順を示すことができる対処法が確立していることも、対策の定着を後押しする。
- ▶ 予防・治療の手段が確立されていない感染症であっても、重症化・死亡リスクが高い場合は対応の優先度が高くなりやすい。例えば、ノロウイルスはワクチンや抗ウイルス薬が存在しないが、嘔吐による窒息や誤嚥性肺炎により死亡に至る場合がある。また、集団生活の場で感染が拡大した際の影響も大きいことから、施設内で感染拡大を防ぐべき重要な感染症として認識されている。



1-2：高齢者施設における AMR 対策の位置付け

高齢者施設内で行うことができる医療の範囲は限られている。そのため、入所者が新たに疾患に罹患するなど、大きく体調を崩した場合、施設内で治療しきれなければ医療機関を受診し、入院に至ることもある。状態が落ち着けば再び施設に戻るため、入所者が医療機関と施設を行き来することも多い。そのなかで、入所者が、入院中に新たな耐性菌の保菌者となって施設に戻ることもあれば、施設入所者が保菌している耐性菌が入院を通じて医療機関に持ち込まれることもある。さらに近年は、経管栄養や痰の吸引、尿カテーテルの処置など医療的ケアを必要とする高齢者も増えており、耐性菌が定着し、拡大するリスクは一段と高まっている。

さらに、高齢者施設は、集団でのレクリエーション、食事介助、リハビリテーション、身体介助など、入所者と職員が接触する機会が多く、耐性菌が施設内に広まりやすい環境にある。

こうした状況にありながらも、耐性菌を保菌しているだけでは以下のように対策が難しいため、AMR は感染症対策の優先度を判断する三つの視点には当てはまりづらい。そのため、施設内では対策が後回しになりやすい。

● 発症後の重症化・死亡リスクの高さ

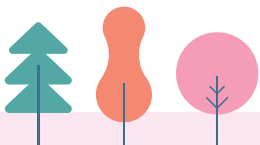
- ▶ 耐性菌を保菌していても、感染症を発症せず、無症状のまま経過する入所者は多い。そのため、施設内で耐性菌が広がっていても、差し迫ったリスクとして意識されにくい。一方で、薬剤耐性菌が、高齢者施設で多くみられる誤嚥性肺炎や尿路感染症などの感染症を引き起こした場合には、有効な抗菌薬が限られるため、治療が難しくなり、重症化する恐れがある。

● 職員の感染リスクと施設運営への影響

- ▶ 健康な職員であれば、耐性菌を保菌していても、感染症を発症せず、重症化しづらい。そのため、施設にとっても職員にとっても、耐性菌を身近な脅威として、切迫感を持って受け止めることが難しい。また、主要な耐性菌は接触感染によって広がることが多い。そのため、飛沫感染や空気感染で広がるインフルエンザや新型コロナウイルス感染症と異なり、施設内において職員を通して他の入所者に耐性菌の感染が広がるには時間がかかる。職員自身が耐性菌による感染症を発症することは入所者以上に少ないこともあり、人員不足によって施設運営が難しくなる状況も想定しにくい。

● 予防・検査・治療・感染制御の手段の有無

- ▶ 一般的に高齢者施設は微生物検査の設備を持たず、耐性菌に関する検査は外部への委託が前提となる。結果が出るまで数日を要するため、入所者が耐性菌を持っているかどうかを、その場で把握することは難しい。
- ▶ 耐性菌への対策として、標準予防策の徹底や抗菌薬の適正使用が重要である。しかし、目の前の感染者が大きく減少するなど、わかりやすい成果に結びつきづらく、対策の重要性が実感されにくい。そのため、社会全体への影響や将来的なリスクが大きくても、人員に制約があるなかでは AMR 対策は優先度が低くなりやすい。



2：高齢者施設における AMR 対策の論点

高齢者施設では、三つの視点から感染症対策の優先度が判断されるなかで、AMR 対策はその必要性や効果が見えにくく、優先度が低くなりやすい。そこで本章では、高齢者施設における AMR 対策を進めるうえで、今後さらに制度や体制の面から検討が必要となる七つの論点を取りまとめる。

2-1：高齢者施設における AMR 対策の水準

ポイント

高齢者施設で求められる AMR 対策の在り方を整理するには、どのような対応が有効かを明らかにすることが前提となる。しかし、高齢者施設を対象とした AMR 対策のエビデンスはまだ限られている。また、高齢者施設には多様な形態があり、施設の特性によって担う役割も異なる。さらに、同じ形態の施設であっても、地域の医療提供体制によって期待される役割が異なる場合もあるため、一律の水準を示すことは容易ではない。こうした現状を踏まえ、高齢者施設に共通して求められる AMR 対策の考え方と、施設や地域の状況に応じて対応する部分を整理していく必要がある。

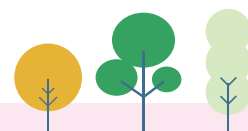
詳細

● 高齢者施設における AMR 対策に関するエビデンスの創出

- ▶ 医療機関では AMR 対策をはじめとした感染症対策の効果が検証され、その結果が病院機能の評価にも反映されてきた。一方、高齢者施設で耐性菌の発生や拡大を防ぐためにどのような対策が有効を示すエビデンスはまだ十分に蓄積されていない。高齢者施設に求める感染対策の在り方を検討するためにも、生活の場である施設の特性を踏まえた調査・研究を進める必要がある。
- ▶ しかし、高齢者施設は限られた職員で日々の業務を担っており、エビデンスの創出に向けた調査・研究への協力は負担となる場合もある。また、入所者から直接同意を取得することが困難なため、家族への同意取得が必要となることも多い。施設の負担に配慮しながら、既存のデータや調査も活用して、AMR 対策の効果を継続的に把握し、評価できる方法を検討することが求められる。

● 地域の医療提供体制を踏まえた役割分担の整理

- ▶ 高齢者施設が行う AMR 対策の範囲は、施設内の人員配置だけではなく、地域の医療提供体制や医療機関との連携体制によっても異なる。例えば、在宅医療が充実している地域では、医師が訪問診療などを通じて入所者に継続的に関わる。そのため、施設内で検査や抗菌薬治療まで行われることがある。また、医療機関が積極的に救急搬送を受け入れるなど、受診や入院につなげやすい地域では、施設が担うのは体調の変化に気づき、受診の要否を判断するところまでとなる。
- ▶ このように地域によって、高齢者施設と医療機関の役割は多様である。それぞれの特性を整理したうえで、高齢者施設に共通して求められる AMR 対策の範囲や考え方と、施設や地域の状況に応じて対応すべき部分を明確にしていくことが期待される。



2-2：高齢者施設における検査

ポイント

高齢者施設では、感染症の原因となる菌や、どの抗菌薬が有効かを調べる検査が十分に行われているとは言えない。検査が行われなければ、施設内の耐性菌の実態を把握できないだけでなく、検査結果に基づいた抗菌薬の選択や見直しも難しくなる。一方で、検査は実施すればよいわけではなく、検査の目的や入所者の状態を踏まえて、適切な場面で行うことが重要である。施設の特性を踏まえ、どのような場合に、何を目的としてどこまで検査を行うのか、その基本的な考え方を整理するとともに、費用負担、人材、実施体制、医療機関等との連携を含め、適切な検査を支える仕組みを検討することが求められる。

詳細

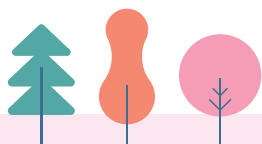
● 高齢者施設における検査の基本的な考え方の明確化

- ▶ 全国老人保健施設協会の調査によると、抗菌薬を使用した事例の93.5%で検査が実施されていなかった²。発熱などの症状をきっかけに、検査を行わないまま経験的に抗菌薬が処方されていることがうかがえる。
- ▶ 抗菌薬を適切に処方するためには、感染症の原因となる菌を特定し、その菌に有効な抗菌薬を確認することが重要である。そのためには、適切な検体採取に加え、培養検査や薬剤感受性検査が求められる。しかし、高齢者施設の多くは施設内に微生物検査の設備を持たず、検査を外部機関に委託している。そのため、感染症の原因となる菌や有効な抗菌薬を施設内ですぐに確認することは難しい。さらに、検査結果が出るまで数日を要することもあり、常勤の医師がいない施設では、結果を踏まえて速やかに治療方針や抗菌薬の処方を見直すことも容易ではない。
- ▶ 検査を増やせば抗菌薬の適正使用につながるとは限らない。例えば、喀痰の培養検査では口腔内の常在菌が混入しやすく、検出された菌が感染の原因とは限らない。褥瘡などの創部からも、感染していなくても菌が検出されることがある。また、高齢者、特に尿道カテーテルを長期に留置している入所者では、症状がなくても尿から菌が検出されることが多い。このように、検査の目的や実施する場面を適切に判断せずに検査を行うと、検出された菌を感染症の原因と誤って判断するなどして、不要な抗菌薬の投与を招く可能性がある。

● 高齢者施設の特性を踏まえた検査実施費用の負担の再設計

- ▶ 老健では、日常的な検査・投薬・処置が介護報酬上の施設サービス費に包括され、診療報酬で算定可能な医療行為が限られている。所定疾患施設療養費として介護報酬で評価される場合などを除き、感染症の治療に先立って行われる培養検査や薬剤感受性検査についても、施設の負担となる。そのため、検査を実施する体制が整っていたとしても、費用負担が検査実施の制約となる可能性がある。
- ▶ 特養では、発熱などの症状があり、感染症の治療の一環として行う検査や投薬は診療報酬で算定できる。一方、耐性菌の保有状況を把握するためのスクリーニング検査など、無症状の入所者に対して感染拡大の予防を目的に行う検査は、医療保険では算定できず、施設または入所者の負担となる。

2 全国老人保健施設協会（2017）介護施設における多剤耐性菌を含む感染症への適切な対応のあり方に関する調査研究事業報告書。 https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H28_kansensyo_report.pdf



- ▶ このように、検査にかかる費用負担の仕組みは、施設の類型によって異なる。高齢者施設でAMR対策を適切に行うためには、高齢者施設における検査の基本的な考え方を定め、施設の役割や医療提供体制の違いを踏まえ、必要な検査にかかる費用負担や制度上の支援の在り方を整理し、再設計することが求められる。

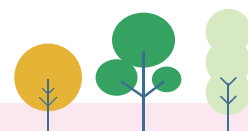
● 検査を支える人材や連携体制の整備

- ▶ 高齢者施設では医師や看護職の配置が限られており、検体の採取から検査結果の確認、治療方針への反映までを施設内だけで担うことには限界がある。一部の施設では、医師や診療看護師（NP: Nurse Practitioner）、特定看護師（特定行為研修を修了した看護師）が施設で勤務する限られた機会に合わせて検査を行っているが、医療機関や検査機関など外部の専門職との連携を図り、必要なときに適切な場所で検査を実施し、その結果を診療に反映できる体制を整えることが重要である。
- ▶ なかでも、正確な検査には適切な検体採取が欠かせない。しかし、高齢者施設では、検体採取の手技に慣れた職員が限られている。そのため、検査が必要と判断されても、必要な検体をその場で適切に採取できるとは限らない。質の低い検体は、感染症の原因となる菌を正しく反映せず、不要な抗菌薬の投与につながる恐れもある。
- ▶ 検査結果の解釈にも難しさがある。検出された菌が感染症の原因となる菌なのか、常在菌として存在している菌なのかを判断するには、検査結果だけでなく、入所者の症状や経過を踏まえて感染症の有無を見極める専門的な知識が必要となる。あわせて、過去の感染症の経過や抗菌薬の使用歴、これまでに検出された菌の情報も判断の材料となる。しかし、高齢者施設では、こうした判断を担える職員が限られているうえ、医療機関で得られた情報が施設に適時的に共有されているとは限らない。医療機関と高齢者施設の連携の仕組みを土台として、検査結果の解釈について医療機関から専門的な知見を得ることも考えられる。
- ▶ 施設の体制上の制約を補う手段として、迅速な検査の活用も考えられる。インフルエンザや新型コロナウイルス感染症では、施設内でも迅速検査が広く利用されている。耐性菌についても、遺伝子検査など迅速な検査・診断の技術は既に存在するが、機器の価格や操作に必要な技術、人員の確保などが課題となり、高齢者施設で日常的に利用できるまでには至っていない。高齢者施設でも導入しやすい迅速な検査手段の開発と普及も期待される。

2-3：高齢者施設における抗菌薬治療

ポイント

高齢者施設における抗菌薬治療は、生活の場という特性や、施設で提供できる医療に一定の制約があることを踏まえて行う必要がある。老健では、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎などの治療が介護報酬上評価されている一方、施設で実際に対応する感染症は多様である。また、医療機関での治療が必要な場合でも、医療機関へのアクセスや本人の意向、受診や入院に伴う身体的負担などから、受診や入院が容易ではないこともある。高齢者施設の実情を踏まえたうえで、抗菌薬治療の基本的な考え方を整理するとともに、施設内で治療する場合と医療機関につなぐ場合の判断の目安を明確にしていく必要がある。



詳細

● 高齢者施設における抗菌薬治療の基本的な考え方の明確化

- ▶ 高齢者施設における抗菌薬治療では、医療機関で用いられている診療ガイドラインなどを参考にしている。しかし、医療機関で用いられている診療ガイドラインの多くは、特定の疾患ごとに標準的な治療方法を示したものであり、入所者の生活や本人の意向を踏まえた治療の進め方までは十分に示されていない。また、注射による治療は、医師がいない環境では行うことが困難である。そのため、本人が注射による治療を望まない場合や、認知症などにより継続的な医療管理が難しい場合には、本人の意向や生活背景を考慮して経口薬を選ぶなど、施設や医師が個々の状況に応じて柔軟に対応している。
- ▶ また、老健では、日常的な検査・投薬・処置が介護報酬上の施設サービス費に包括されており、抗菌薬の費用も定められた報酬の範囲内で賄う必要がある。そのため、事実上、施設内で使用できる抗菌薬には一定の制約がある。実際に、費用や投与回数、入所者や職員の負担などを考慮し、静脈注射で使用する抗菌薬は1日1回の投与で済む1種類に限っている施設もみられる。
- ▶ 介護報酬上、施設内での治療が個別に評価される所定疾患施設療養費の対象となる感染症は、肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎である。一方、高齢者はこれら以外の感染症に罹患することもあり、施設で抗菌薬を用いて治療する範囲を一律に定めることは難しい。
- ▶ 医療機関での治療が必要な感染症であっても、地域によっては搬送に時間がかかるほか、本人が入院を望まないことや、搬送が身体的な負担になることもある。高齢者施設での抗菌薬治療の基本的な考え方を明確にし、入所者一人ひとりの希望や施設の状況を踏まえた治療が行える環境を整える必要がある。

2-4：高齢者施設における人材育成と多職種連携

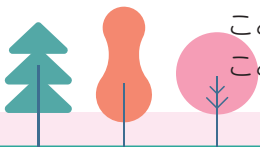
ポイント

高齢者施設における感染症対策は、医師や看護職だけでなく、日常のケアを担う介護職や、施設運営を担う管理者など、多様な職種がそれぞれの役割を果たすことで成り立っている。一方、職種によって感染症に関する教育や経験には違いがあり、施設内だけでは専門的な対応が難しい場合もある。また、人員も限られている。そのため、それぞれの職種が役割に応じて必要な知識や技術を身につけられる研修機会を整えとともに、医療機関など地域の専門職とも連携し、実現可能かつ持続可能な形で、施設全体で感染症対策に取り組める体制を整える必要がある。

詳細

● 医師への最新情報の共有

- ▶ 高齢者施設では、医師が常時勤務しているとは限らず、感染症やAMRを専門とする医師も限られている。また、施設で診療する医師が、感染症やAMRに関する新しい知見を継続的に得る機会も限られている。医療機関では院内研修や症例検討などを通じて知識を共有する機会がある一方、高齢者施設ではそのような機会を設けることが難しい。
- ▶ 感染症やAMRに関する最新の知見が高齢者施設で診療にあたる医師にも継続的に届く仕組みが必要である。厚生労働省の抗微生物薬適正使用の手引きは2026年に第四版が示されたが、外来編、入院編、歯科編、薬剤耐性菌感染症編で構成されており、高齢者施設での診療は十分に想定されていない。手引きや関連するガイドラインに、高齢者施設での診療に関する内容を盛り込むことが考えられる。また、短い診療時間でも確認しやすく、携帯しやすい要約版などを用意することも有効と考えられる。



● 看護職への専門的支援の整備

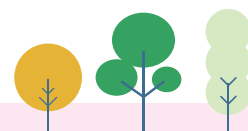
- ▶ 医療機関では、AMR 対策を医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師などがそれぞれの専門性を生かして分担しているが、高齢者施設では看護職が中心である。限られた人数で医薬品の管理、有事の初期対応、行政や医療機関との連絡調整などの幅広い業務を担っている。
- ▶ 看護職のなかでも、感染症や薬剤耐性菌への対応経験には差がある。インフルエンザや新型コロナウイルス感染症など、施設で日常的に対応する感染症については経験を積む機会がある一方、薬剤耐性菌への対応や抗菌薬の選択など、専門的な判断を求められる場面は限られている。そのため、急性期病院で感染症対策に関わった経験がない看護職にとっては、施設内で AMR 対策に取り組む際に難しさを感じるという声も聞かれる。
- ▶ より効果的な対応のためには、看護職のなかでも、それぞれの経験や専門性を生かして役割を分担することが考えられる。例えば、NP が発熱時の初期対応や感染症検査を担うなど、看護職の専門性を生かして感染症対応を支える事例もある。また、地域で研修会を開き、高齢者施設の看護職と医療機関の看護師が顔の見える関係を築く取り組みもみられる。
- ▶ 地域で高齢者施設を専門的に支える取り組みも始まっている。自治体が高齢者施設からの相談を受け付ける窓口を設けたり、地域の医療機関が感染制御チームを施設に派遣し、感染対策について評価や助言を行ったりする取り組みがみられる。特に、感染対策向上加算 1 を取得するなど、感染対策に関する専門性を持つ医療機関には、地域の高齢者施設を支える役割が期待される。
- ▶ 一方、こうした専門的な支援は、施設から相談や依頼を受けて行うことが基本となっている。そのため、医療機関が高齢者施設への支援体制を整えていても、施設から相談がなければ、必要な支援が届かないことがある。施設も関係機関への相談をためらう場合があり、より連携しやすい関係づくりが望まれる。

● 介護職への感染症教育の機会確保

- ▶ 高齢者施設で感染症の発症予防に関わる日常のケアを担うのは介護職である。口腔ケアや嚥下への支援、食事姿勢の調整、不要な尿道カテーテルの回避、排泄や水分摂取への配慮、スキンケアや褥瘡の管理、栄養状態の維持など、日々のケアの多くは感染症の発症予防につながっている。ワクチン接種の勧奨も含め、こうした実践の積み重ねが、抗菌薬を必要とする場面を減らし、高齢者施設における AMR 対策を支えている。
- ▶ 一方、介護福祉士養成課程では、感染症に関する基礎的な知識を学ぶ機会が限られている。中長期的には、日常のケアを支える介護職が感染症対策をより体系的に学べるように、介護福祉士養成課程の教育内容・カリキュラムで、感染症に関する内容を充実させることも一案である。
- ▶ 介護職を対象とした研修では、標準予防策を中心とした内容が一般的であり、耐性菌を主題として扱う機会は少ない。AMR 対策を扱う際には、耐性菌に関する知識だけでなく、感染症の発症予防や抗菌薬の適正使用につながる日常のケアとの関係も含めて学べる内容とすることが効果的である。

● 施設長や事務長などの管理者による組織的な感染症対策の推進

- ▶ 高齢者施設の感染症対策では、施設運営全体を見渡した管理者の判断が求められる場面がある。例えば、感染拡大を防ぐための居室の調整は、入所者や家族の心理的な負担につながることもある。また、居室の移動に伴う費用も発生するため、その調整や説明を管理者が担うことが多い。
- ▶ 管理者の関与の度合いは、感染症対策を施設全体で進められるかどうかにも影響する。管理者が感染対策を経営あるいは施設運営上の重要な課題と位置付けている施設では、対策を施設全体の取り組みとして進めやすい。一方、管理者の関与が限られている場合には、判断が現場に委ねられ、対策の水準が個々の職員の力量や熱意に左右されやすくなる。



- ▶ 管理者には、行政から届く研修の案内を職員に伝え、職員が研修に参加しやすい環境を整えることも求められる。また、職員が研修で得た知識を施設の手順や日々のケアに反映できるよう後押しすることも重要な役割の一つである。

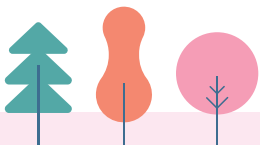
● 職種や施設の特性に応じた持続可能な研修環境の整備

- ▶ 感染症対策の水準は施設によって異なり、いわゆるローカルルールに基づく対応が残っている場合もある。施設ごとの差を小さくするためにも、独自の経験や慣行に頼るだけでなく、職種や施設の種別を問わず共有すべき基本的な考え方や手順を整理することが重要である。
- ▶ こうしたなか、職種を問わず感染症対策を学べる仕組みも整えられつつある。日本環境感染学会は、職種を問わず受験できる感染対策の認定制度（CIP: Certified Infection Preventionist）を 2026 年に新設した。これまで感染管理の資格は、感染症専門医や感染管理認定看護師など、特定の職種を対象としたものが中心だった。CIP では、基礎から専門的な内容までを段階的に学べる仕組みが整えられ、介護職や事務職、行政の担当者なども感染症対策を学ぶことができる。
- ▶ 都道府県でも、施設の実務に合わせた研修が進んでいる。施設内で日常的に行われているケアの手順を職員自身が図示し、感染対策の観点から見直す実践型の研修や、施設が自ら感染症対策の研修や集団感染の訓練を行えるよう資料やアクションカードを県ホームページに公開する取り組みなどがある。おむつ交換や入浴介助といった介護場面ごとの感染対策動画を県ホームページに公開する例もある。こうした先行事例も踏まえ、職種や施設の特性に依拠して研修内容や提供方法を工夫していくことが望まれる。
- ▶ 同時に、職員が継続して研修に参加しやすい環境を整えることも期待される。例えば、外部研修は、職員が出張として参加できるため、施設内研修よりも勤務上の位置付けを明確にしやすく、参加を促しやすいという声も聞かれる。一方で、研修参加に伴う手当が支給されるとは限らないうえに、職員が出張や研修に参加している間の代替要員を確保することが難しい場合も少なくない。研修の機会を増やすだけでは、参加できる職員が限られ、施設間や職員間の差が広がる恐れもある。そのため、研修の機会を活用できる環境づくりとして、講師が施設に赴く施設内研修の併用や、勤務時間内に研修を受講できる環境の整備、代替要員の確保、それらを支える組織文化の醸成なども求められる。さらに、関係機関にオンラインで相談できる体制や、実際の事例に基づく関係機関からの継続的なフィードバックなど、日常業務のなかで学びを継続できる仕組みも積極的に検討すべきである。

2-5：高齢者施設における抗菌薬使用状況の実態把握

ポイント

高齢者施設で AMR 対策を進めるためには、施設内でどのような感染症が発生し、どの抗菌薬がどの程度使用されているのかを把握する必要がある。しかし、高齢者施設では医療保険と介護保険が組み合わさって医療や介護が提供されているため、既存のレセプトデータだけでは抗菌薬の使用実態を網羅的に把握することが難しい。一方、施設の診療録には、使用した抗菌薬などの情報が一定程度記録されている。こうした既存の情報を活用しながら、研究や調査、関連事業なども組み合わせ、高齢者施設における抗菌薬の使用実態を把握できる方法を検討する必要がある。



● 介護給付費明細書（介護レセプト）における記録範囲の整理

- ▶ 医療保険では、診療行為や投薬などを項目ごとに評価する仕組みが基本であり、診療報酬明細書（医療レセプト）には、使用した医薬品の種類や数量、投与期間などが詳細に記録される。そのため、全国の抗菌薬の使用量は、医療レセプトを集約したレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB: National Database）で把握されている。
- ▶ しかし、高齢者施設内で使用された抗菌薬は、NDBからは把握しにくい。介護保険では、日常生活を支える身体介助や生活支援を包括的に評価する仕組みが基本である。そのため、介護給付費明細書（介護レセプト）には、入浴介助やリハビリテーションなどのサービスの実施回数は記録されるが、日常的な検査・投薬・処置などの詳細は記録されない。
 - ◆ 例えば、老健では常勤の医師が日常的な医療を提供するものの、それは介護保険による給付であり、介護保険施設サービス費に包括される。そのため、介護レセプトは作成されるが、実施した診療行為や医薬品の処方が記録されない。
 - ◆ 介護医療院も同様である。常勤の医師が日常的な医療を提供するものの、それは介護保険による給付であり、介護医療院サービス費に包括される。そのため、介護レセプトは作成されるが、実施した診療行為や医薬品の処方が記録されない。
 - ◆ 一方、特養は医療提供施設ではなく、日常的な医療の提供は施設サービスに含まれない。そのため、医師³が日常的な医療を提供する場合は、医療保険の給付となり、医科外来レセプト、調剤レセプトなどの医療レセプトが作成され、使用した医薬品の種類や数量、投与期間などが詳細に記録される⁴。
- ▶ なお、老健では、肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の五つの疾患について、施設内で治療を行った場合に、包括外で、所定疾患施設療養費を算定できる。しかし、その場合でも介護レセプトに記録されるのは、傷病名、療養開始年月日、単位数、日数であり、使用した抗菌薬の品目や数量までは記録されない。

● 医療保険と介護保険の給付調整を踏まえた抗菌薬使用状況の把握

- ▶ 医療保険と介護保険の給付調整にも留意が必要である。同一の疾病・傷害について介護保険から給付を受けられる場合は、医療保険からの給付を行わず、介護保険を優先することが健康保険法などで定められている。その在り方については継続的な見直しが求められるが、給付調整は、医療保険と介護保険による重複した給付を避けるために設けられた合理的な仕組みである。
- ▶ 一方で、その結果、介護保険の給付によって医療が提供される場合は、高齢者施設内で使用された抗菌薬の情報が医療レセプトに記録されない。データやエビデンスに基づく政策形成が求められているなかで、制度や施設ごとの特性、介護レセプトと医療レセプトのそれぞれで把握できる情報などを整理し、施設における抗菌薬使用の実態把握を進めることが期待される。

● 所定疾患施設療養費における診療録情報の活用

- ▶ 老健では、肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の五つの疾患について、施設内で治療を行った場合に、所定疾患施設療養費を算定できる。算定にあたっては、診断名や診断日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容などを診療録（カルテ）に記載することが求められている。そのため、施設内には、使用した抗菌薬に関する詳細な情報が一定程度蓄積されており、さらなる活用が期待される。

3 特養は常勤の医師を配置する義務がない。医師はいわゆる配置医師として、非常勤や嘱託などの形で関わるのが一般的であり、介護保険の給付のもとで、主に入所者の日常的な健康管理・療養上の指導を行うことが想定されている。

4 ただし、配置医師の場合は初診料、再診料、往診料などは算定できない。



- ▶ 一方、診療録は施設内で管理されているため、施設をまたいで抗菌薬の使用状況を把握することは難しい。施設横断的に実態を把握するには、レセプトなど既存のデータと組み合わせた検討も一案である。
- ▶ なお、所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定要件には、抗菌薬の使用にあたって耐性菌に配慮し、ガイドラインなどを参考にすることや、医師が耐性菌を含む感染症対策の研修を受講していることが含まれており、制度上、既に耐性菌対策への配慮が求められている。

2-6：高齢者施設を対象とした情報基盤とサーベイランス

ポイント

高齢者施設における AMR 対策の実態を把握するためには、レセプトや診療録だけでなく、介護分野で整備が進む情報システムやサーベイランスも活用することが考えられる。しかし、既存の公的な情報システムでは、高齢者施設における抗菌薬の日常的な使用状況は十分に把握できていない。また、AMR に関する既存のサーベイランスは主に医療機関を対象としているため、高齢者施設における菌種や薬剤耐性の傾向を継続的に把握することも難しい。既存の仕組みを高齢者施設に広げるのか、施設の実情に応じた別の仕組みを設けるのかを含め、実態把握を支える情報基盤の在り方を整理する必要がある。あわせて、入所者が医療機関で受けた検査結果や抗菌薬の使用歴などを高齢者施設でも確認できるよう、高齢者施設と医療機関との情報共有を支える仕組みについても検討が求められる。

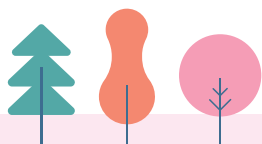
詳細

● 科学的介護情報システム（LIFE）を通じた抗菌薬使用状況の把握

- ▶ 近年、介護サービスの質の向上を目的として、科学的介護情報システム（LIFE: Long-term care Information system For Evidence）が新たに整備された。老健や特養などの施設でも LIFE へのデータ提出の取り組みが広がっている。慢性期の介護サービスの質の評価を目指しているため、提出するデータは、ADL（Activities of Daily Living）、認知機能、褥瘡、排せつ、栄養状態などのケアに関する項目が中心である。また、LIFE へのデータ提出はすべての施設に義務付けられているわけではなく、科学的介護推進体制加算などの特定の介護報酬を取得するための算定要件となっている。
- ▶ LIFE には医薬品の情報を入力する欄もあるが、継続的に使用する医薬品の把握やポリファーマシー（多剤併用）対策を主な目的としている。さらに、慢性期の介護サービスの質を評価する観点から、データの提出頻度は 3 か月に 1 回程度となっている。抗菌薬は、適正使用の観点からも、数日から 10 日前後の短期間で使用されることが多い。そのため、LIFE へのデータ提出の頻度では、短期間の抗菌薬使用の動向を継続的に把握することは難しい。

● 高齢者施設に適したサーベイランスシステムの構築

- ▶ 医療機関における抗菌薬の使用量は医療レセプトのデータベース（NDB）で、耐性菌の検出割合は院内感染対策サーベイランス（JANIS: Japan Nosocomial Infections Surveillance）で把握されている。また、地域内でサーベイランスデータを共有・比較する感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE: Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology）は、対象が大規模病院から診療所へと拡大しており、医療機関のサーベイランスは拡充している。



- ▶ JANIS や J-SIPHE は、微生物検査の結果を継続的に収集し、活用することを前提とした仕組みである。一方、高齢者施設では、日常的に微生物検査を実施する機会が限られている。また、検査を実施した場合も、結果は外部の検査機関や連携する医療機関から個別に返却されることが多く、施設内で継続的に集約・分析することが難しい。そのため、高齢者施設を既存のサーベイランスにどのように組み入れるか、あるいは施設の実情に応じた別の仕組みを構築するかを検討することも考えられる。
- ▶ 高齢者施設を対象としたサーベイランスの空白を補う取り組みも進められている。2019 年以降、厚生労働科学研究費による研究班などが、介護老人保健施設などを対象とした PPS をおおむね 3 年に 1 回実施している。PPS とは、任意の一時点に何人が抗菌薬を使用しているかを数える調査であり、施設における抗菌薬使用の全体像を把握するのに有効である。継続的かつ網羅的なデータ収集を必要とせず、限られた資源のもとで抗菌薬の使用傾向を捉える手法として活用されている。
- ▶ しかし、現在の PPS は、指定された日の抗菌薬の使用状況を施設職員が紙の調査票に記入するなど、手作業による対応が中心となっている。多忙な施設にとっては調査への参加が負担となり、参加施設も一部にとどまっている⁵。また、PPS は研究班による調査として実施されているため、継続的に実施できる仕組みが制度として整っていないわけではない。これまで蓄積されてきた PPS の成果を活用しつつ、施設側の負担を抑えながら継続的に実施できる、高齢者施設の実情に応じたサーベイランスの仕組みが求められている。

● 高齢者施設と医療機関間での検査結果等の共有

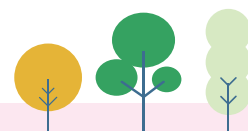
- ▶ 高齢者施設では、施設内で実施できる検査が限られているため、入所者が医療機関で受けた検査の結果や治療に関する情報を、施設側が十分に把握できない場合がある。耐性菌に関する検査の多くは医療機関で実施されているが、入院や受診を経て施設を利用する場合でも、その検査結果が施設に伝わるとは限らない。そのため、過去に特定の抗菌薬に耐性を示す菌が検出されていても、その情報が施設に伝わらず、過去の検査結果が抗菌薬の選択に反映されないことがある。
- ▶ 医療機関で過去に実施した検査結果や抗菌薬の使用歴などを高齢者施設でも確認できると、検査の重複を避けつつ、過去の検査結果を踏まえて、抗菌薬を処方することができる。高齢者施設での検査には、検査を実施できる人材や設備などの制約もあることから、施設と医療機関の間で必要な医療情報を円滑に共有できるよう、電子カルテ等の情報を施設でも確認できる仕組みを含め、情報共有の方法について検討が求められる。

2-7：高齢者施設を支える行政基盤

ポイント

高齢者施設における AMR 対策は、医療法、介護保険法、健康保険法、感染症法など、複数の法制度にまたがる課題である。くわえて、高齢者施設は種類や規模、提供できる医療の範囲などが多様であり、地域によって所管や支援体制も異なる。そのため、AMR 対策を含む感染症対策について、高齢者施設に何をどこまで求めるのか、その取り組みを誰がどのように支えるのかを、平時と有事の双方を見据えて整理する必要がある。また、必要な対策を継続的に実施するためには、費用をどの制度で、誰がどこまで負担するのかについても、あわせて検討する必要がある。こうした点を踏まえ、地域の実情に応じて高齢者施設の感染症対策を支える行政基盤を整備していくことが求められる。

5 全国老人保健施設協会（2023）. 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 - 点有病率調査 (Point prevalence survey) -. https://amr.jihs.go.jp/pdf/20230706_report.pdf



● 省庁および部局を横断した検討体制の構築

- ▶ 高齢者施設における AMR 対策は、複数の制度を横断する課題である。具体的には、医療法に基づく医療提供施設への対応や院内感染対策、感染症法に基づく地域の感染症対策、介護保険制度に基づく施設運営などが挙げられる。そのため、厚生労働省内でも医政局、健康・生活衛生局感染症対策部、老健局のほか、サービス付き高齢者向け住宅など高齢者の住まいに関する施策を所管する国土交通省など、複数の省庁および部局が関わっている。
- ▶ 高齢者施設は生活の場である一方、施設によって対応できる医療の範囲や体制が異なる。また、地域によって施設の特性や期待される役割も多様である。そのため、高齢者施設における AMR 対策について、医療機関で行われている対策をどこまで適用するのか、生活の場としての特性を踏まえてどのような対策が必要なのかを、制度を越えて整理する必要がある。今後は、省庁・部局が連携し、高齢者施設における感染症対策と AMR 対策の方向性や役割分担について継続的に検討を進める体制を築くことが期待される。

● 都道府県と市町村にまたがる役割分担の整理と相談窓口の明確化

- ▶ 自治体では、感染症対応を担う主体、高齢者施設の施設運営・指導監督を担う主体、介護保険を運営管理する主体が異なる。具体的には、AMR 対策をはじめとした感染症対応は、保健所が設置されている自治体⁶であれば当該自治体が自ら担い、保健所を持たない市町村では都道府県の保健所が行う。また、高齢者施設の開設許可や指導監督は、施設類型や規模に応じて都道府県と市町村に分かれている^{7 8}。ただし、介護保険は市町村が保険者として運営管理を担っている。このように行政上の役割が複雑に分かれているため、緊急時に施設が困りごとを相談しづらい。AMR 対策をはじめとした感染症対応について高齢者施設が相談できる窓口を明確化し、必要な支援につなげやすい環境の整備が急がれる。

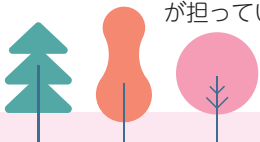
● 地域内の相互支援体制の整備

- ▶ 高齢者施設では、感染症が施設内で拡大した際に、施設単独での対応が難しくなることもある。そのため、行政、地域の医療機関や他的高齢者施設から必要な支援を受けられる相互支援の体制を、平時から整えておくことが重要である。
- ▶ こうした支援を実際に機能させるには、自治体内の調整や支援職員の派遣について、あらかじめ整理しておくことが前提となる。自治体では、感染症対応を担う保健部門と、施設を所管し人員確保を担う福祉部門が分かれている場合があり、感染症発生時に高齢者施設を総合的に支援するためには、部門間の連携と調整が必要となる。また、支援職員の派遣にあたっては、職員の身分や給与・手当の取り扱いなどについても、平時から整理しておく必要がある。一部の自治体では、県と医療機関が協定を結び、派遣に伴う交通費や保険料を公費で負担するなどの取り組みが行われている。こうした先行事例も参考にしながら、支援に対する報酬や派遣職員の処遇を含め、緊急時に円滑に職員を派遣・受け入れられる仕組みを整えていくことが重要である。

6 政令指定都市、中核市、保健所設置市、特別区

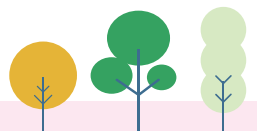
7 定員 30 名以上を広域型の特別養護老人ホーム、定員 29 名以下を地域密着型の特別養護老人ホームという。

8 具体的には、介護老人保健施設と広域型の特別養護老人ホームは都道府県、地域密着型の特別養護老人ホームは市町村が担っている。



● 感染症対策を支える財源の在り方の整理

- ▶ 高齢者施設に一定の感染対策を求めるのであれば、費用をどの制度で支えるのかについても、あわせて整理する必要がある。介護報酬では、高齢者施設等感染対策向上加算の新設や、感染症に係る業務継続計画（BCP: Business Continuity Plan）の策定・研修・訓練の義務化など、感染症対策を支える制度整備が進みつつある。一方で、日常的な検査や PPE、有事の応援派遣などに要する費用負担の在り方については、今なお議論の余地がある。実際に、高齢者施設における薬剤耐性菌対策ガイドでも、PPE は使い捨てを原則としつつ、再利用時の消毒方法も併記されている。望ましい感染対策の水準と、施設が継続的に実施できる対策とのバランスをどのように考えるかについて丁寧に整理しながら、社会的な合意形成を図る必要がある。
- ▶ また、感染対策に要する費用を介護保険のみで支えるのではなく、医療保険や公費を含め、それぞれの制度がどの範囲を担うのかを整理することも重要である。施設に求める感染対策の水準を明確にしたうえで、医療保険、介護保険、その他の公費の役割を整理し、持続可能な財源の在り方を検討することも求められる。



3：高齢者施設における AMR 対策の推進に向けて持つべき視点

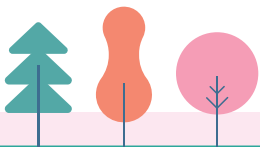
今回、高齢者施設における AMR 対策に注目して聞き取りを重ねるなかで、七つの論点に加えて、入所者の生活や意思、尊厳を重視する姿勢を土台として進めることの重要性についても意見が聞かれた。今後、七つの論点をさらに検討し、具体的な政策の選択肢を提示し、実装していく際には、制度や仕組みとしての実現可能性や持続可能性だけではなく、高齢者施設で暮らす入所者一人ひとりの安心や安全にも十分に目を向ける必要がある。そこで最後に、高齢者施設における AMR 対策を推進するうえで、施設の種類や職種、立場の違いを越えて共通して持つべき視点を整理する。

3-1：集団生活の場と生活の場の両立

- 高齢者施設は、感染症が広がりやすい集団生活の場であるが、同時に入所者一人ひとりにとっての生活の場でもある。そのため、感染の広がりを抑えることを重視するリスクベースド・アプローチ (Risk-Based Approach) と、入所者の権利や尊厳を重視するライツベースド・アプローチ (Rights-Based Approach) の両方を考慮する必要がある。感染の拡大を防ぎながら、生活の質 (QOL: Quality of Life) を保つ視点が重要である。
- 高齢者施設には、認知機能が低下した入所者も少なくない。そのため、感染対策は一人ひとりに合わせた工夫が求められる。マスクの着用や手指衛生を続けることが難しい場合があるほか、徘徊への対応や施設の構造上の制約から、感染者の隔離やゾーニングにも制限が生じる可能性がある。隔離や行動の制限については、認知症の行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) やせん妄への影響も踏まえて判断することが望ましい。
- 一方で、生活の自由を重視するあまり、必要な感染管理が行き届かなければ、施設内で感染が広がるおそれがある。感染が拡大すれば、リハビリテーションや日常の活動が止まり、入所者の ADL が低下しやすくなるだけでなく、施設の運営にも影響を及ぼす。適切な感染管理は、入所者の暮らしを守るとともに、職員が安全に働き続けられる環境を支えることにもつながる。本人や家族に十分な説明を行いながら、ワクチンなど、個人の行動を制限せずに感染のリスクを下げられる選択肢を優先的に検討することも考えられる。

3-2：本人の意思の尊重

- 感染症の治療やケアでも、医学的な判断だけでなく、本人がどのように過ごしたいのかを踏まえて方針を考えることが重要である。高齢者施設では、抗菌薬による治療を行うか、医療機関での治療や入院につなぐかなど、さまざまな場面で本人の意思を踏まえた判断が求められる。
- 日本呼吸器学会の成人肺炎診療ガイドラインでも、高齢者施設の入所者に多い医療・介護関連肺炎 (NHAP: Nursing and Healthcare-Associated Pneumonia) について、本人の状態や生活を踏まえて治療方針を考えることが示されている。誤嚥性肺炎を繰り返す場合や、病気が進行している場合、老衰が進んでいる場合には、本人の意思や QOL を踏まえて治療・ケアを検討する。抗菌薬についても、広域抗菌薬による治療を行うだけでなく、治療による負担を考慮し、症状の緩和を優先する選択肢も示されている。



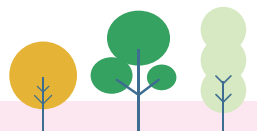
- こうした判断につなげるためにも、本人の意思を日頃から確認し、家族や医療・ケアに関わる職種と共有しておくことが重要である。アドバンス・ケア・プランニング（ACP: Advance Care Planning）などを通じて、本人の考えや価値観を共有し、本人が意思を示すことが難しくなった場合にも、その意向を治療やケアに反映できるような事前の準備が求められる。

3-3：当事者参画による合意形成

- 感染症対策は、施設の職員が一方的に決めるのではなく、そこで暮らす入所者本人も意思決定に関わることが重要であり、この考え方を施設全体で共有することが求められる。入所者の認知機能が低下していたとしても、まずは本人に説明し、意向を確かめようとする自体に意味があり、本人の尊厳を守ることにつながる。
- そのためには、医師や看護職だけではなく、介護職など日常的に入所者と接する職員が感染症対策の必要性や選択肢を理解し、入所者に直接、分かりやすく説明できることが必要である。

3-4：偏見や差別の防止

- 新型コロナウイルス感染症の経験からも示されているように、感染症は個人への偏見や差別につながりやすい。薬剤耐性菌についても、保菌や感染が分かったことが、その人の生活や施設への受け入れに影響する可能性がある。実際に、入所時のスクリーニング検査をきっかけに、薬剤耐性菌の保菌者の入所を断る例もみられる。施設によっては、他の入所者への感染や職員の負担、風評被害などを考え、受け入れに慎重にならざるを得ない場合もある。特に過疎地域では、受け入れ先の選択肢が限られているため、受け入れが難しくなると、その後の生活に大きな影響を及ぼす可能性がある。
- 偏見や差別を防ぐためには、薬剤耐性菌について正しい知識を社会で共有することが重要である。保菌していることと感染症を発症していることは異なり、本人の自己責任でもないことを含め、正しい理解を広げていくことが求められる。
- また、個人の保菌状況ではなく、施設や地域全体の状況を把握する方法も考えられる。例えば、施設の排水に含まれる耐性遺伝子を調べることで、個人を特定せずに薬剤耐性菌の広がりを把握することができる。



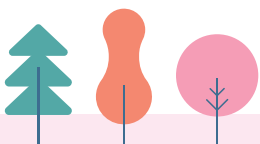
おわりに

高齢化と AMR 対策は国際社会が共通して直面する課題である。2050 年までに高齢者層の AMR 関連死亡は世界で約 146% 増加すると推計されており、2026 年 5 月に 11 年振りに更新された世界保健機関（WHO: World Health Organization）などによる AMR 対策グローバルアクションプランでも、医療機関だけではなく、高齢者施設などの長期ケア施設に至るまで、全ての医療・介護の現場で感染症対策を推進すべきという方向性が新たに提示されている。また、予防を重視する方針も明確に示されている。同グローバルアクションプランを基盤として、国内では 2028 年から新たな AMR 対策アクションプランが開始することが見込まれており、改定に向けた議論もはじまりつつある。

高齢者施設における AMR 対策を効果的に進めるためには、介護保険施設や老人福祉施設だけではなく、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、グループホームなど、高齢者が暮らす多様な生活の場を含めて包括的に対策を考えることが重要である。また、人口減少や国際化が進むなかでは、高齢者の背景や価値観、ケアを担う人材の構成も、これまで以上に多様になることが考えられる。こうした多様性を踏まえ、患者・当事者や市民一人ひとりの経験や生活背景を反映しながら、AMR 政策の方向性を議論し、ともに対策を考え、実行していくことがますます重要となる。

本論点整理では、入所者本人やその家族、日々のケアにあたる介護職の視点を直接反映するには至らなかった。AMR 対策アクションプランの改定をはじめ、今後の国内の AMR 対策、特に高齢者施設における AMR 対策の議論では、アンケートや観察など、聞き取り以外の多様な手法も活用しながら意見を集約し、患者・当事者や市民、施設の職員とともに具体的な検討を進めていくことが望ましい。

世界に先駆けて超高齢社会を経験する日本の AMR 対策が高齢者の安心・安全な暮らしを支える取り組みとして発展し、これから高齢化を迎えるアジア太平洋諸国をはじめ、国際社会における議論でも広く参照されることが期待される。



謝辞

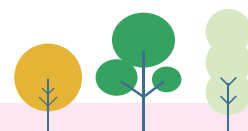
本論点整理の作成にあたり、AMR アライアンス・ジャパンにご所属の皆様、ヒアリングにご協力いただきました皆様、様々な形でご助言をくださいました関係者の皆様に深く御礼申し上げます。

ヒアリングにご協力いただいた皆様（敬称略、五十音順）※所属はヒアリング時点のもの

大毛 宏喜	（広島大学病院 感染症科 教授）
倉井 華子	（静岡県立静岡がんセンター 感染症内科 部長）
後藤 幹生	（静岡県 健康福祉部 感染症管理センター長／富士健康福祉センター 医監 兼 富士保健所長）
紺野 裕美	（JA 福島厚生連 鹿島厚生病院併設 介護老人保健施設 厚寿苑 看護師長）
鈴木 久美子	（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター AMR 臨床リファレンスセンター 特任研究員）
鈴木 慶介	（台東区立台東病院・老人保健施設千束 薬剤室 室長／公益社団法人 地域医療振興協会 薬剤部会代表）
高山 義浩	（沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長）
田辺 正樹	（三重大学大学院 医学系研究科 感染制御・感染症危機管理学 教授）
林 晃	（JA 福島厚生連 鹿島厚生病院 副院長／介護老人保健施設 厚寿苑 施設医）
松永 展明	（国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター AMR 臨床リファレンスセンター 副センター長、臨床疫学室長）
森林 貢也	（公益社団法人 地域医療振興協会 揖斐郡北西部地域医療センター やまびこの郷 診療看護師）

執筆者

河野 結	（日本医療政策機構 マネージャー）
塚本 正太郎	（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
滋野 界	（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
ケイヒル エリ	（日本医療政策機構 アソシエイト）
コ ゲール	（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）



論点整理の独立性について

本論点整理は、各会合での議論やヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、関係者および関係者が所属する団体等の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動をしていきます。

AMR アライアンス・ジャパンについて

2018年11月に設立した、AMR対策をマルチステークホルダーで議論する独立したプラットフォームです。2026年9月現在の構成メンバーは、グラクソ・スミスクライン株式会社、「子どもと医療」プロジェクト、塩野義製薬株式会社、動物用抗菌剤研究会、日本医師会、日本医真菌学会、日本医療薬学会、日本化学療法学会、日本環境感染学会、日本感染症学会、日本小児感染症学会、日本製薬工業協会、日本TDM学会、日本病院薬剤師会、日本薬学会、日本薬剤師会、日本臨床衛生検査技師会、日本臨床微生物学会、バイオメリュー・ジャパン株式会社、姫路市、Meiji Seika ファルマ株式会社、Merck & Co., Inc.、日本医療政策機構（事務局）です。

著作権・引用について



本論点整理は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・ 表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・ 非営利：営利目的での使用はできません
- ・ 継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。



特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木 5-11-16 国際文化会館内

Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291

E-mail: info@hgpi.org