

長寿医療研究開発費 2025年度 総括研究報告

高齢者医療における多職種連携のあり方に関する検討に関する研究（25－5）

主任研究者 松浦 俊博 国立長寿医療研究センター 病院（院長）

研究要旨

近年の医療技術の急速な進歩とともに様々な疾患を有する高齢患者に対しては、多方面からの医療を提供する必要がある、このためには、多職種連携によるチーム医療を推進することが必須と考えられる。しかしながら、チーム医療推進には課題も多く、有用な検証方法が少ないのが現状である。

本研究では、当センターで行われている多職種連携チーム医療の現状、課題、および臨床アウトカムについて検討する。特に1年目は、各チームの活動実態の把握と評価指標の抽出を中心に実施した。さらに、得られた結果を踏まえ、チーム医療の質向上に向けた改善策の構築を目指す予定とした。

主任研究者

松浦 俊博 国立長寿医療研究センター 病院（院長）

分担研究者

藤崎 浩太郎 国立長寿医療研究センター 医療安全推進部
(感染管理主任看護師)

萩原 淳子 国立長寿医療研究センター 看護部 4W 病棟（認知症専門看護師）

西井 久枝 国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター・泌尿器外科部
(研修開発研究室長)

大西 丈二 国立長寿医療研究センター 老年内科部・医療経済研究部
(老年内科医長・医療経済研究部副部長)

A. 研究目的

チーム医療とは“医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況を的確に対応した医療を提供すること”とされている。近年の医療技術の急速な進歩とともに様々な疾患を有する高齢患者に対しては、多方面からの情報を収集して医療を提供することが求められ、特に多職種連携によるチーム医療を推進する必要がある。

ある。しかしながら、課題も多い。まず、チーム医療の中心的メンバーである医師は、本来の業務の他に兼任していることも多く、医師働き方改革のための時間的制限があり、負担が多くなっている。また、連携チームと主治医間の情報共有が難しく、折角のチーム医療が生かされていない場合がしばしば認められる。転勤による勤務交代などチームメンバーの固定が難しくチーム内でのコミュニケーション不足になりがちなこと、専門職の質向上に向けた人材育成の研修システム構築が未熟であること、診療報酬が反映されていないチーム医療は病院上層部からの関心も薄く、継続的運営が困難となる場合があることが挙げられる。さらに、チーム医療を行なった場合の患者アウトカムや臨床効果に関する評価報告は十分ではないことから、多職種連携チームのメンバー以外の医療スタッフにおいて認識度や関心が低い傾向にある。

本研究では、当センターで行われているチーム医療（特にラウンドしている）としての代表格である感染対策チームと排尿チーム、DST チームの現状と課題、有用性の検証を行う。これを踏まえて、チーム医療のさらなる質向上に向けての課題の検証と特にチーム医療が有効に活用できていない現状に対する改善案の構築（推奨治療を確実に遂行する方策やチームの負担感軽減に AI の利用等）、と新たな多職種連携の立ち上げに関しても検討する。また、チーム医療の終了サマリーをカルテ内に記載できるように試作を試みる。

（１）全体計画

当センターで行われているチーム医療（特にラウンドしている）としての代表格である感染対策チームと排尿チーム、DSTチームの現状と課題、有用性の検証を行う。これを踏まえて、チーム医療のさらなる質向上にむけての課題の検証と改善案の構築と新たな多職種連携の立ち上げに関しても検討する。また、チーム医療の終了サマリーをカルテ内に記載できるように試作を試みる。

（２）年度別計画

1 年目

感染対策チームは抗生剤適正使用の介入と有用性の検証、DST ラウンド、排尿ケアチームは実績と課題の検証を行う。統一的臨床指標（介入経緯、方法、介入結果、介入効果判定、チーム認知度）、チーム毎の個別的臨床指標を設定して、介入患者ごとにモニタリングを行いチームによる介入効果を検証する。

チーム内あるいはチームと主治医／病棟間での情報共有のあり方や学習すべき項目に関するアンケート調査を行って課題を確認する。新たな多職種連携、サマリーの試作案も立案する。

2-3 年目

データ収集を継続するとともに、1 年目に収集したデータをもとに、モニタリング

の解析を行い、全体及び各チームの現状・課題をまとめて、どのチーム医療の評価にも適応可能な、普遍的なチーム医療の有用性の検証法を確立できるように検討する（統一的指標の有用性に関しても）。アンケート調査の結果も踏まえてチーム医療のさらなる質向上にむけての課題の検証と改善案の構築を行い、チーム医療サマリーに関しても試運転を行う。

新たな多職種連携に関しては、政策医療として厚生労働省に申請を行えるように診療報酬に反映できるようなエビデンスを構築する。

（倫理面への配慮）

I. 研究の対象とする個人の権利擁護

個人のプライバシーを尊厳し、個人を特定できないように十分配慮し研究を行う。情報については秘密を厳守し、研究目的以外では使用しない。研究用のコンピューターのネットワーク接続は禁止とし、解析時に使用するデータは個人情報と完全分離し匿名化され、対応表は信用ある第三者が責任を持って管理する。本研究に関する情報は、「国立研究開発法人国立長寿医療研究センターにおける研究に関する資料の保存に関する細則」に従い、最終成果報告後 10 年までは保管する。すべてのデータ保管は研究責任者が責任を持って施設内の研究責任者の研究室で管理し、保管期間が終了したら直ちにデータ保存したディスクは粉碎処理して廃棄する。研究結果は、学会発表、学術雑誌への論文掲載などで公開する予定である。また、プライバシーを守秘し個人が特定可能な情報は削除した形で公表するため、公表された情報では研究対象者個人が特定をされることはない。

II. 研究の対象となる者（本人又は家族）の理解と同意

本研究は後ろ向き研究であり、通常の診療で得られた情報を使用するため、個々の研究対象者に対し口頭や書面による同意は要しないが、研究の概要および実施されることについては、オプトアウトによる研究情報の公開を行う。オプトアウトは本センターのホームページで公開し、研究対象者が拒否できる機会を保障する。また、研究対象者等及びその関係者からの相談に備え、相談窓口を設ける。

III. 研究によって生ずる個人への不利益並びに危険性と医学上の貢献の予測

通常の診療で得られた情報を使用する後ろ向き研究であり、研究対象者への金銭的負担や身体への侵襲的な危険はなく不利益は生じない。研究に同意されなかった場合もいかなる不利益を受けることはない。得られたデータは個人情報と完全分離し匿名化されたものを使用するため、個人情報が漏洩することはない。（2025 年 7 月倫理・利益相反審査委員会承認、No. 1903）

C. 研究結果

1 年目においては各多職種連携チームにおける現状調査及び課題について検討した。

① 感染対策チーム (AST)

2025 年 4 月から 2026 年 3 月までに、AST ラウンドにおいて、血液培養陽性、広域抗菌薬長期投与の 368 名の患者の抗菌薬使用状況の検討を行った。368 名のうち血液培養陽性でコンタミネーションと判断した患者、血液内科疾患の患者、死亡または転院等により抗菌薬投与が中断した患者を除外し、244 名を AST ラウンドの介入の対象とした。対象患者 244 名のうち、抗菌薬投与前に適切な検体採取が実施されていたのは 198 名 (81.1%)、実施されていなかったのは 46 名 (18.9%) であった。AST ラウンドにおいて、抗菌薬の使用について 240 回の提案を行った。240 回の提案の内訳は、血液培養陽性患者について 10 日～14 日の抗菌薬投与を 108 回 (提案実施は 52 回)、抗菌薬の長期投与への注意喚起を 68 回 (提案実施は 52 回)、抗菌薬選択及び終了の判断となる検体採取を 15 回 (提案実施は 9 回)、デ・エスカレーションを 12 回 (提案実施は 7 回)、デ・エスカレーション以外の抗菌薬の変更を 12 回 (提案実施は 10 回)、抗 MRSA 薬の使用の推奨や TDM など投与方法を 10 回 (提案実施は 8 回)、感染性心内膜炎検査の心エコー実施を 5 回 (提案実施は 3 回)、抗菌薬の追加投与及び投与期間の延長を 4 回 (提案実施は 3 回)、血液培養の陰性確認を 2 回 (提案実施は 2 回)、抗菌薬の投与量の変更を 1 回 (提案実施は 1 回)、その他 3 回 (提案実施は 2 回) であった。

② 認知症サポートチーム (DST)

2013 年より、医師・看護師・薬剤師・リハビリスタッフ・精神保健福祉士の多職種で構成される認知症・せん妄サポートチーム (Dementia & Delirium Support Team: 以下、D2ST) を設置し、入院中の認知症患者やせん妄患者に対して、非薬物的介入を中心とした支援を行ってきた。今年度の対象患者は 116 名であり、平均年齢 83.8 歳、性別は男性 59%、女性 41% であった。これらを分析すると、主な依頼内容は、「落ち着きがない」が 68.6%、「せん妄」が 44.9%、「不眠」が 32.2%、「帰宅欲求」が 28.8% であった。助言内容は、「薬物療法」が 18%、「薬物療法と非薬物療法の併用」が 33%、「非薬物療法」が 49% であった。非薬物療法の主な内容は、「関わり方に関する助言」が 33.2%、「身体的要因への対応」が 21.1%、「環境調整」が 18.6%、「他部門との連携」が 10.2% であった。

③ 排尿ケアチーム

2025 年 4 月から 8 月第 2 週までに排尿ケアチームの介入を受けた患者は 209 例であった。平均年齢は 80.0 歳であり、女性 125 例、男性 84 例であった。カテーテル留置理由は術後 139 例、全身管理 68 例であり、留置期間中央値は 2 日であった。

排尿ケアラウンドは期間中 21 回実施され、ゴールデンウィークおよび年末年始を除

き継続的に実施されていた。介入回数は中央値 1 回であった。

排尿自立度における初回評価時から最終評価時において、「移乗・移動」($p < 0.001$)、「トイレ動作」($p < 0.001$)、「パッド・おむつ使用」($p < 0.001$)、「収尿器使用」($p = 0.011$) いずれも有意な改善を認めた。一方、「カテーテル使用」に関しては有意な改善は認められなかった。

排尿関連 FIM においては、「トイレ移乗」($p < 0.001$)、「トイレ動作」($p < 0.001$)、「排尿管管理」($p < 0.001$) すべての項目で有意な改善を認めた。介入前後の比較では、排尿自立度は全体で平均 -0.52 、下部尿路機能スコアは全体で平均 -0.31 と改善傾向を示した。FIM 運動項目は全体で平均 $+0.81$ で改善が認められたが、FIM 認知項目は全体で平均 -0.22 であった。

④ 排便サポートチーム

新たな多職種連携として立ち上げた排便サポートチームは 2023 年よりもの忘れ病棟にてラウンド活動を行っている。消化器内科医師、皮膚・排泄ケア&認知症認定看護師、療法士で構成されている。認知症患者においては、自覚症状を訴えることが困難であったり、医療者が排便状況を確認することができなかつたりするためである。ラウンド時には、診察に加えて腹部超音波検査(US)による直腸観察を行い、便秘の状況を客観的評価も補助診断として用いている。介入経緯はほとんどが病棟看護師による依頼で、方法は実際のラウンドとカルテからの情報入手であった。2025 年 4 月から 2026 年 3 月においては、154 人(1 人あたり、1~6 回)、のべ 414 回の介入を行った。3 回以上ラウンドを行って、解析が終了した 36 名を統一的臨床指標の対象とした。118 人の患者が 1 から 2 回の介入で退院となっていて、これらのうち 1 回目の回診で便秘と判断された患者も 35 人認めた。対象患者の背景は、性別は男性 14 名、女性 21 名、年齢中央値 81.3 歳、MMSE 中央値 11.2 点であった。介入結果として便秘症と判定した患者は 23 名であり、12 名の患者は、その後も US にて便貯留は観察されず、便秘に対する処置の施行を避けることができた。介入効果判定では、23 名のうち、チームが推奨した薬剤投与あるいはリハビリを導入して、最終的に便秘が改善したと判断したものは 17 名で、便秘でないと判定した 12 名を加えて 29 名(80.6%)が有用と考えられた。

⑤ 多職種連携のあり方に関する検討

以下の 4 つの観点から検証を開始した。

1) 高齢者のデータ項目に関する先行研究レビュー

PubMed にて検索結果の要旨を確認し、189 件を抽出した。Systematic review, メタ分析が 6 件あり、それ以外の Clinical study は 21 件該当した。これらを分析すると、高齢入院患者に対する CGA や ACE モデルなどの多職種チーム介入は、メタ分析や RCT において、自宅退院率向上、施設入所率低下、せん妄・転倒予防、機能維持、在院日数短縮などに有効であることが示された。特に、老年医学専門職を含む早期評価や移行期支援を組み合わせた介入で効果が認められた。一方で、死亡率や再入院率など長期アウト

カムの効果は限定的であり、エビデンスの確実性は十分ではなかった。また、単なる多職種配置ではなく、コミュニケーション強化や役割共有など実践的なチーム連携が重要であることが示唆された。

2) 病院における指標に関する研究

データベースとして出力が容易なテンプレートには 706 のデータ項目があり、うち量的なデータは 665 項目 (94.2%) あった。これらの内、Barthel Index の改善率、IADL 評価に基づく生活支援計画策定率、身体機能テスト実施と多職種リハビリ計画の連動率、栄養介入の多職種連携実施率、認知機能評価結果の多職種間情報共有率、認知症行動異常患者への多職種対応計画策定率、抑うつスクリーニング陽性患者への精神科/心理職連携率、意思疎通支援が必要患者の対応状況記載率、誤嚥リスク患者への多職種連携管理率、褥瘡リスク患者への予防ケアチーム実施率、転倒リスク患者への環境調整・訓練連携率、排尿障害患者への専門職連携率、老年症候群複数症状患者への統合的管理率、退院支援の多職種カンファレンス完全実施率、退院後の地域連携継続率、退院後 30 日再入院患者の多職種検証実施率が算出可能で有力な臨床指標となりうると考えられ、検討予定である。

3) 病院における指標に関する研究

2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日の間に退院した連続症例 5,282 名について、多職種チーム介入に関するデータについて、多職種チーム介入有無による要介護認定区分、医療・介護サービスの利用などの項目に関して群間分析予定である。

4) 多職種チーム評価指標と診療報酬制度

令和 8 年度診療報酬改定では、入退院支援加算 1 や検査・画像情報提供加算が新設され、多職種協働や地域連携が診療報酬上で明確に評価されるようになった。さらに、認知機能低下や家族支援など高齢者医療特有の視点も評価項目に組み込まれ、本研究で示した効果指標や評価項目の妥当性・実用性が制度面からも裏付けられた。

D. 考察と結論

本研究の 1 年目では、当センターにおける各多職種連携チームの活動実態と課題を整理するとともに、共通評価指標の可能性について検討した。

感染対策チーム (AST) においては、抗菌薬適正使用に関する提案の多くが臨床現場で実施されており、チーム介入の有用性が示唆された。一方で、血液培養陽性患者に対する抗菌薬投与期間の提案実施率は十分とは言えず、またデ・エスカレーションの提案自体が少ないという課題が明らかとなった。さらに、抗菌薬投与方法の慣習化も認められ、今後はより積極的かつ標準化された介入が必要であると考えられた。

認知症・せん妄サポートチーム (D2ST) では、認知症診断を有しない患者や終末期患者を含む幅広い症例に介入しており、臨床現場における需要の高さが示された。介

入内容は非薬物療法を中心としつつも、約半数で薬物療法に関する助言が含まれていたことから、チームの本来の役割である非薬物的介入のさらなる強化と、薬物療法への依存を低減する支援体制の構築が求められる。

排尿ケアチームでは、排尿自立度およびFIMの改善が有意に認められ、多職種連携によるアウトカム改善を定量的に示すことができた点で、他チームのモデルとなり得る結果であった。一方で、評価項目の多さに伴う業務負担や、介入が退院まで継続されないことによる情報共有の不十分さが課題として抽出された。

排便サポートチームは新規に立ち上げられたチームであるが、腹部超音波検査を用いた客観的評価により、便秘の適切な診断および不要な処置の回避が可能であり、排便管理アウトカムの改善が示唆された。一方で、介入回数が限られる症例も多く、継続的介入体制の構築が必要である。

以上より、多職種連携チームは、それぞれの専門性を活かした介入により一定のアウトカム改善に寄与することが明らかとなった（図）が、その効果はチームごとに評価方法や指標が異なるため、横断的な比較や標準化が困難であるという課題が明確となった。特に、排尿ケアチームのように定量的評価が可能な指標の整備は、他チームにおいても参考となる重要な要素である。

図

	感染	DST	排尿ケア	排便サポート
介入経緯	ICN	病棟看護師	病棟リンクナース	病棟看護師
方法	カルテ情報	カルテ&看護師からの情報	実際のラウンド&カルテ情報	実際のラウンド&カルテ情報
介入結果	提案に対して多くは実施されていた	主な依頼内容、助言内容が明らかとなった。	排尿自立度と下部尿路機能の評価を行った。	便秘症の客観的評価が可能であった。
課題	適切な投与日数の再検討、デ・エスカレーションの提案少ない	薬物療法に依存しない支援のあり方の検討	業務負担の増加、退院時における情報共有のあり方	介入が途中で終わるケースが多い
有用性	有りの可能性	今後評価予定	有り	有りの可能性大

また、多職種連携のあり方に関する検証研究において、先行研究レビューでは、高齢入院患者に対するCGAやACEモデルなどの多職種チーム介入が、機能維持、自宅退院率向上、せん妄・転倒予防、在院日数短縮などに有効であることが示された。本研究でも、病院データベース上でADL、認知機能、栄養、転倒、退院支援など、多職種連携の実施状況やアウトカムを反映し得る定量的指標を多数抽出可能であった。これ

らは、高齢者医療における多職種介入の患者アウトカムおよびケア品質評価指標として活用できる可能性があると考えられた。また、試行的研究として 5,282 例を対象に、多職種チーム介入と要介護認定区分や医療・介護サービス利用との関連を検討予定であり、実臨床データを用いた有用性評価が期待される。一方で、多職種介入の効果は介入内容や実装体制に影響を受けるため、単なる職種配置だけでなく、情報共有や役割分担を含めた実践的連携体制の評価が重要と考えられる。

結論として、本研究により機能維持や在宅復帰支援などの点で多職種連携チーム医療の有用性の可能性が示唆され、その課題も体系的に明らかとなった。今後の多職種連携の質向上に向けては、評価指標の標準化、情報共有の強化、および運用体制の最適化が不可欠であることが示された。

E. 健康危険情報：なし

F. 研究発表

論文発表（主任研究者）：

1. 松浦俊博. 便秘・下痢がある場合の診療の要点、『高齢者フレイル・サルコペニアにおけるマルチモビディティを考える』

論文発表（分担研究者）

1. Nishii H. Editorial Comment on “Association Between Overactive Bladder and Sarcopenia in Older Adults: A Population-Based Cohort Study”. Int J Urol. 2025;32(8):1023-1024.

2. 西井久枝, 杉原嘉一, 野宮正範. 在宅医療においてライフ（生活・生命・人生）を支える下部尿路機能診断・治療・ケア. 西日泌尿. 2025;87:197-198.

3. 西井久枝, 杉原嘉一, 吉田正貴, 野宮正範. アンチエイジングの観点から診るフレイル高齢者・認知機能低下高齢者の下部尿路機能障害. アンチ・エイジング医学. 2025;21(3):006(162)-010(175).

4. 野宮正範, 杉原嘉一, 西井久枝, 吉田正貴. 専攻医がおさえておきたい泌尿器疾患 TOP30 2025「夜間頻尿」. 泌尿器外科. 2025;38:333-344.

5. 野宮正範, 西井久枝, 富岡祐史, 吉田正貴. OAB 発症のメカニズム, フレイルと過活動膀胱—加齢を背景とした共通機序と相互促進の病態. 臨床泌尿器科. 2025;79(13):1130-1135.

6. 西井久枝, 富岡祐史, 吉田正貴, 野宮正範. 高齢女性の排尿ケア“待ったなし”：「夜間頻尿」から見える支援のかたち. WOC Nursing. 2026;14(1):13-20.

学会発表（主任研究者）

1. 松浦俊博 理事会企画 6 排泄管理に関するチーム医療、排泄管理に関するチーム医療の構築について～ 医師の立場から 実践と課題 第 34 回 日本創傷・オストミー失禁管理学会学術集会 2025. 6. 20. 山形
2. 竹内さやか 理事会企画 6 排泄管理に関するチーム医療、排泄管理に関するチーム医療の構築について～実践と課題排便サポートチームの活動について 第 34 回 日本創傷・オストミー失禁管理学会学術集会 2025. 6. 20. 山形
3. 山崎栄晴, 小島由紀子, 生川理恵, 江端夕希奈, 松井孝之, 神谷正樹, 竹内さやか, 小柳礼恵, 加賀谷斉, 松浦俊博：排便アセスメントに基づき薬物療法と運動療法の導入により排便状況が改善した 1 症. 第 5 回慢性便秘エコー研究会. 2025. 10. 25. 東京

学会発表（分担研究者）

1. Nishii H, Nomiya M, et al. Association Between Urinary Incontinence and Frailty in Elderly Hospitalized Patients: A 6-Month Follow-Up Study. The 112th Annual Meeting of the Japanese Urological Association; 2025.
2. Shamoto N, Tomioka M, Nomiya M, et al. Investigation of the current status of interstitial cystitis and bladder pain syndrome in older adults. 第 102 回 日本泌尿器科学会総会; 2025.
3. 富岡貞史, 西井久枝, 杉原嘉一, 上原敬史, 野宮正範. 前立腺癌に対する初回化学療法後に G-CSF 製剤投与を契機として発症した大動脈炎の一例. 日本泌尿器科学会東海地方会; 2025.
4. 西井久枝. 教育セッション これから始まる専門医試験へ向けて：婦人科泌尿器の共通認識. 第 27 回日本女性骨盤底医学会; 2025.
5. 西井久枝. 十人十色の尿道カテーテルフリーの取り組み. 第 38 回日本老年泌尿器科学会 イブニングセミナー; 2025.
6. 正宗美穂, 西井久枝, 西野涼子, 谷口俊平, 小高康之. 前立腺術後尿失禁に対する保存療法としての陰茎圧迫具の使用実態と有用性. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.
7. 柿立知志, 神谷正樹, 西崎成紀, 谷口俊平, 西井久枝, 野宮正範, 加賀谷肇. 胸水貯留により呼吸困難を生じた Centenarian に対しトイレ移乗・動作の介助と呼吸調整の軽減を目指した 1 例. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.
8. 渡邊善士, 西井久枝, 神谷正樹, 尾形洋子, 杉原嘉一, 吉田正貴, 野宮正範. 超高齢者における長期尿道カテーテル留置からの離脱の取り組み. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.
9. 鈴木孝治, 西井久枝, 神谷正樹, 尾形洋子, 杉原嘉一, 吉田正貴, 野宮正範. 長期尿道カテーテル留置患者への個別的自己導尿指導の成果. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.

10. 横山圭志, 杉原嘉一, 新美佳奈, 西井久枝, 吉田正貴, 野宮正範. 高齢入院患者における夜間排尿回数とフレイルの関連性：下部尿路機能障害治療歴がない患者を対象とした検討. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.
11. 力武さゆみ, 日高明子, 高野静葉, 西井久枝, 吉川洋子, 竹中康子. 夜間頻尿に対する行動療法の取り組みについて. 第 38 回日本老年泌尿器科学会; 2025.
12. 西井久枝, 神谷正樹, 西崎成紀, 富岡貞史, 尾形洋子, 吉田正貴, 野宮正範. 長期尿道カテーテル留置患者における合併症の実態と対応負担の多面的評価. 第 32 回日本排尿機能学会; 2025.
13. 野宮正範, 西井久枝, 富岡貞史, 横山圭志, 新美佳奈, 吉田正貴. 高齢入院患者における転倒不安とフレイル・尿失禁・夜間頻尿との関連. 第 32 回日本排尿機能学会; 2025.
14. 西崎成紀, 神谷正樹, 西井久枝, 二田真理子, 尾形洋子, 富岡貞史, 野宮正範, 加賀谷肇. 排尿ケアチームによる複数回介入と関連する因子の検討. 第 32 回日本排尿機能学会; 2025.
15. Nishii H, Tomioka S, Omi T, Nomiya M, et al. Association between Bedridden Status and Catheter-Related Complications in Patients with Long-Term Indwelling Catheters (IDC): A Retrospective Study from a Geriatric Center in Japan. International Neurourology Society; 2026.
16. Tomioka S, Nishii H, Omi T, Nomiya M, et al. Predictors of Spontaneous Voiding and Optimal Duration of Clean Intermittent Catheterization in Cognitive Impaired Elderly Women With Urinary Retention. International Neurourology Society; 2026.
16. 萩原 淳子、天白 宗和、竹内 さやか、植田 郁恵、高見 雅代、南 ひかる、安野 史彦. 当院における認知症・せん妄サポートチーム活動の現状. 第 44 回日本認知症学会学術集会 2025 年 11 月 21 日 新潟

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

抗生剤適正使用に関する検証に関する研究（25－5）

分担研究者 藤崎 浩太郎 国立長寿医療研究センター

医療安全推進部（感染管理主任看護師）

研究要旨

AST（抗菌薬適正使用支援チーム）ラウンドにおいて、血液培養陽性かつ広域抗菌薬を長期投与されている患者に対し、適切な介入が行われたかを評価し、今後のAST活動の質の向上を目的とした。2025年4月から2026年3月までに、244名をASTラウンドの介入の対象とし、抗菌薬の使用状況、ASTからの推奨事項の実施率を後ろ向きに調査した。血液培養陽性時の抗菌薬投与期間については、15日以上が41.7%であり、10日～14日の抗菌薬投与を108回提案し、提案実施は52回だったことから、現状よりも抗菌薬の投与期間を短縮する検討が必要であった。広域抗菌薬から狭域抗菌薬へ変更するデ・エスカレーションが必要な患者114名のうち、ASTからデ・エスカレーションを提案していたのは12回であり、デ・エスカレーションの提案が少なかった。対象期間中の抗菌薬のAUD（抗菌薬使用密度）/DOT（抗菌薬使用日数）は、理想とされる1からかけ離れており、1日の投与回数の見直しが課題である。

A. 研究目的

抗菌薬の不適切な使用や長期間の投与が、薬剤耐性菌を発生あるいは蔓延させる原因となりうる。抗菌薬を適正に使用することで患者の予後の向上や、抗菌薬の耐性菌の発生を抑制することを目的に医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師がASTとして活動している。本研究は、ASTラウンドにおいて、血液培養陽性かつ広域抗菌薬を長期投与されている患者に対し、適切な介入（デ・エスカレーションの推奨や抗菌薬の長期投与への注意喚起など）が行われたかを評価し、今後のAST活動の質の向上を目的とすることである。

B. 研究方法

2025年4月から2026年3月までに、ASTラウンドにおいて、血液培養陽性、広域抗菌薬長期投与の368名の患者の抗菌薬使用状況の検討を行った。368名のうち血液培養陽性でコンタミネーションと判断した患者、血液内科疾患の患者、死亡または転院等により抗菌薬投与が中断した患者を除外し、244名をASTラウンドの介入の対象とした。

研究方法は、244 名に対する抗菌薬の使用状況（血液培養陽性患者、抗 MRSA 薬・広域抗菌薬使用患者の抗菌薬投与日数、検出菌に適した抗菌薬が使用されているか、抗菌薬投与前に適切な検体採取がされているかなど）、AST からの推奨事項（デ・エスカレーション、MRSA 薬の TDM など投与方法、14 日を超える抗菌薬の長期投与への注意喚起など）の実施率を後ろ向きに調査した。

（倫理面への配慮）

研究データは、AST チームの薬剤師と看護師のみがアクセスできるパスワードを設定し、電子カルテの部門別フォルダ内で管理した。

C. 研究結果

AST ラウンドの介入目的の内訳は、血液培養陽性 132 名、抗 MRSA 薬・広域抗菌薬長期投与 88 名、血液培養陽性且つ抗 MRSA 薬・広域抗菌薬長期投与 24 名であった。

血液培養陽性者 156 名の抗菌薬日数は、15 日以上が 65 名（41.7%）、10 日～14 日が 72 名（46.1%）、9 日以下が 19 名（12.2%）であった。抗 MRSA 薬・広域抗菌薬の使用患者 159 名の投与日数は 15 日以上が 30 名（18.9%）、10 日～14 日が 70 名（44.0%）、9 日以下が 59 名（37.1%）であった。

	9 日以下	10～14 日	15 日以上
血液培養陽性者	19 名（12.2%）	72 名（46.1%）	65 名（41.7%）
抗 MRSA 薬・広域抗菌薬の使用患者	59 名（37.1%）	70 名（44.0%）	30 名（18.9%）

対象患者 244 名のうち、抗菌薬投与前に適切な検体採取が実施されていたのは 198 名（81.1%）、実施されていなかったのは 46 名（18.9%）であった。抗 MRSA 薬が必要と判断した患者及び ESBL や AmpC などが検出され広域抗菌薬が必要と判断した患者 130 名を除外し、広域抗菌薬から狭域抗菌薬へ変更するデ・エスカレーションが必要な患者 114 名のうち、実施されていた患者は 46 名（40.3%）、実施されていなかった患者は 68 名（59.7%）であった。

AST ラウンドにおいて、抗菌薬の使用について 240 回の提案を行った。240 回の提案の内訳は、血液培養陽性患者について 10 日～14 日の抗菌薬投与を 108 回（提案実施は 52 回）、抗菌薬の長期投与への注意喚起を 68 回（提案実施は 52 回）、抗菌薬選択及び終了の判断となる検体採取を 15 回（提案実施は 9 回）、デ・エスカレーションを 12 回（提案実施は 7 回）、デ・エスカレーション以外の抗菌薬の変更を 12 回（提案実施は 10 回）、抗 MRSA 薬の使用の推奨や TDM など投与方法を 10 回（提案実施は 8 回）、感染性心内膜炎検査の心エコー実施を 5 回（提案実施は 3 回）、抗菌薬の追加投与及び投与期間の延長を 4 回（提案実施は 3 回）、血液培養の陰性確認を 2 回（提案実施は 2 回）、抗菌薬の投与量の変更を 1 回（提案実施は 1 回）、その他 3 回（提案実施は 2

回)であった。

	実施	未実施	合計	実施率
血培 10～14 日投与	52	56	108	48.1%
長期投与注意	52	16	68	76.5%
検体採取	9	6	15	60.0%
De-escalation	7	5	12	58.3%
De-escalation 以外	10	2	12	83.3%
抗 MRSA 薬の投与方法	8	2	10	80.0%
心エコー	3	2	5	60.0%
追加など投与期間	3	1	4	75.0%
その他	2	1	3	66.7%
血培陰性確認	2	0	2	100.0%
適切な投与投与量	1	0	1	100.0%
合計	149	91	240	62.1%

対象期間中の抗菌薬の①AUD、②DOT、③AUD/DOT は、カルバペネム系①1.00②1.94③0.51、ピペラシリン/タゾバクタム①1.51②2.00③0.75、セフェピム①0.36②0.50③0.72、アンピシリン/スルバクタム①2.00②3.22③0.62、セフトアジジム①0.32②0.65③0.49、セフトリアキソン①2.08②2.16③0.97 であった。

	AUD	DOT	AUD/DOT
カルバペネム	1.00	1.94	0.51
ピペラシリン/タゾバクタム	1.51	2.00	0.75
セフェピム	0.36	0.50	0.72
アンピシリン/スルバクタム	2.00	3.22	0.62
セフトアジジム	0.32	0.65	0.49
セフトリアキソン	2.08	2.16	0.97

D. 考察と結論

血液培養陽性時の抗菌薬投与期間については、明確な基準が示されておらず通常 10～14 日間とされているが、7 日間の投与でも 14 日間と同等の安全性がある報告がされている。血液培養陽性者 156 名の抗菌薬日数は、15 日以上が 65 名 (41.7%)、10 日～14 日が 72 名 (46.1%)、9 日以下が 19 名 (12.2%) であったこと、血液培養陽性患者について 10 日～14 日の抗菌薬投与を 108 回提案し、提案実施は 52 回だったことから、現状よりも抗菌薬の投与期間を短縮する検討が必要である。

広域抗菌薬から狭域抗菌薬へ変更するデ・エスカレーションが必要な患者 114 名の

うち、AST からデ・エスカレーションを提案していたのは 12 回であり、デ・エスカレーションを実施されていた患者は 46 名 (40.3%)、実施されていなかった患者は 68 名 (59.7%) であったことから、デ・エスカレーションの提案が少なかった。

対象期間中の抗菌薬の AUD/DOT は、カルバペネム系 0.51、ピペラシリン/タゾバクタム 0.75、セフェピム 0.72、アンピシリン/スルバクタム 0.62、セフトジジム 0.49 であった。当センターでは多くの患者に抗菌薬が 1 日 2 回の投与が慣習化されていることから、1 日の投与回数の見直しが課題である。

E. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

F. 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