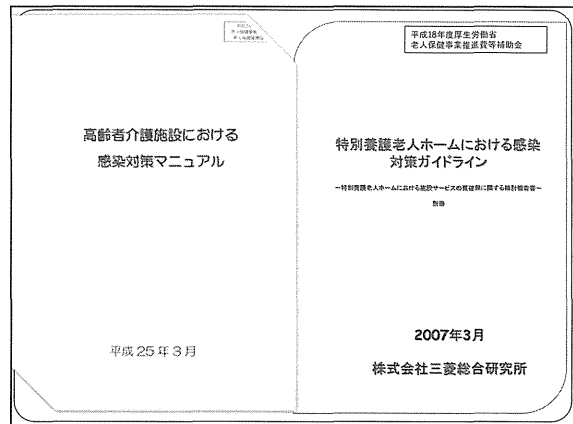
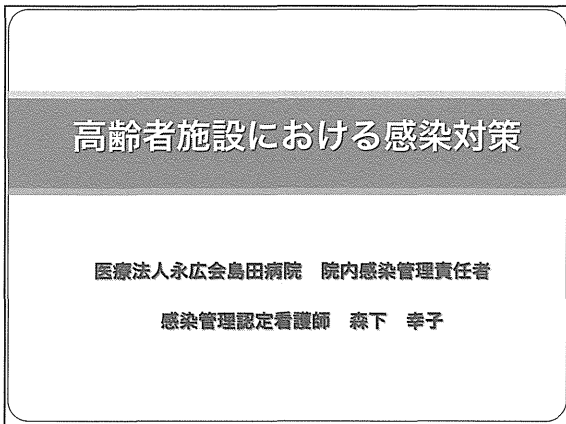
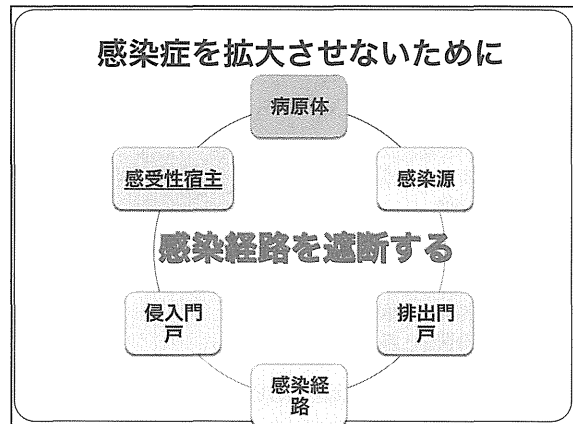


資料3



感染対策のために必要なこと

- 施設の管理者**
 高齢者の特性、施設の特性、感染症の特徴を理解する
 感染に対する知識を修得する
 委員会や指針、研修、設備などの推進
 発生時行政への届け出
 職員の労務管理
- 職員**
 感染に対する知識の習得と実践自身の健康管理
高齢者介護施設における感染対策マニュアルより
(厚生労働科学特別研究事業)



感染対策の視点から考える施設と医療機関との違い

- 施設**
 医療行為つまり侵襲的処置は行われない
 施設で行われる医療行為：尿路カテーテル挿入、短期間の輸液、創処置、口腔内吸引
急性期病院と違うのは、侵入門戸が少ない
極度の易感染宿主や頻繁に抗菌薬投与を受けている患者はいない

高齢者施設だからこそのリスク

- 内因性感染症**
 高齢や原疾患による機能障害から発生する誤嚥性肺炎・膀胱炎や尿路感染・褥瘡など
- 外因性感染症**
 流行時に施設へ持ち込まれる、共用トイレや集団生活により拡大する
 インフルエンザ・ノロウイルスによる胃腸炎・疥癬や結核など

感染予防策の実際

- 感染源の排除
排泄物、血液・体液・分泌物、手指や汚染された食品、使用した器具や環境
スタンダードプリコーション
- 感染経路の遮断
感染経路別予防策、持ち込み防止
- 高齢者の抵抗力の向上
水分補給、気温の調整、排泄の支援
口腔ケア、栄養マネジメントなど

高齢者介護施設における感染対策マニュアルより2005.3
(厚生労働科学特別研究事業)

標準予防策（平常時の感染対策）

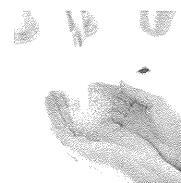
- 感染症の有無に関わらず、全ての患者の血液、体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚や粘膜を感染する危険性のあるものとして取り扱うこと
- 尿、創傷部を覆っているドレッシング剤やガーゼ、湿疹がある皮膚、目に見えて汚れていない使用済みのオムツ等も注意
- 素手で触れ、その汚れた手で周囲に触れる
他の人が同じように触れ患者のケアをし拡大させる
私たちの手は汚れており病原菌が付着しているの
に弱った皮膚（湿疹）に触れると病原菌を侵入させてしまう

標準予防策の内容

- 手指衛生
- 個人防護用具の着用
- 適切な患者配置
- 汚染器材の管理
- 環境整備
- リネンの管理
- 鋭利器材の取り扱い
- 廃棄物の取り扱い
- 血液媒介病原体対策
- 呼吸器衛生・咳エチケット
- 安全な注射の手技
- 特別な腰椎穿刺処置のための感染予防策

手指衛生

- ケアを行う前後
- 手袋を装着する前後
- 食事介助の前
- 血液や体液、排泄物に触れた時
- 目に見えて手が汚れたとき



目に見えて汚れていなければ手指消毒剤でOK
乾燥するまで、擦り込む
侵襲的処置を行う前は手指消毒剤を使用する

個人防護用具を使うこと

- 血液や体液に
自分自身が曝露しないように使用します。
- 自分自身に病原体がついたまま、他の利用者や環境、職員へ拡げないように使用します。
- いつも身につけるのではなく、必要な時に必要な防護用具を身につけ、必要でなくなれば直ぐに安全に外します。
- 患者毎に交換 同じ患者でも部位が変われば交換



呼吸器衛生/咳エチケットを遵守する

- くしゃみや咳をするときは、ティッシュ等で口や鼻を覆う
- 症状があれば、サージカルマスクを着用する
- 痰やくしゃみなどが手に付着したら手洗いをを行う
- 全ての職員と利用者、面会者が対象です

サージカルマスクの正しい装着法

- 一度外したマスクは捨てる
- 鼻と口を覆い、顎までしっかり装着させる
- マスクを外せば手指衛生を行う
- ポケットに入れたりしない

汚染器材は、リスクに分けて処理

分類	対象器材	方法
クリティカル器具 無菌の組織や血管に挿入するもの	手術器具・針・刃・針	滅菌
セミクリティカル器具 粘膜または健康でない皮膚に接触するもの	呼吸器に関する器具・麻酔器具・軟性内視鏡 体温計・水治療タンク	高いレベル消毒 2%グルテール・熱水 0.1%以上の次亜塩素Na 中レベル消毒 0.01%次亜塩素Na 70-90%アルコール
ノンクリティカル器具 健康な皮膚と接触する	リフ・ベッド 柵・聴診器・食器テーブル・便器・ガーグル・マスク	中～低レベル消毒 0.1%第四級アンモニウム塩 0.1-0.5%両性界面活性剤

リネン類の取り扱い

- 洗濯物を振り回すなど、感染因子がエアロゾル化するおそれのある扱い方をしないこと
- 汚れた洗濯物を取り扱う際に人体や衣服に接触しないようにすること
- 汚れた洗濯物をランドリーバッグや専用の容器に封じ込めること

環境整備

- 高頻度接触面を念入りに洗剤で清掃する
ベッドの横板、ベッドサイドテーブル、室内便器、ドアノブ、洗面台、患者の近傍にある表面および備品
- 血液や体液、便や尿で汚れた場所を清掃するには次亜塩素ナトリウムを使用する
- 床を消毒する意味はない
(シーツの上はコロコロ)

感染症の持ち込みを防止する

全職員・入所者や家族へのインフルエンザワクチンの推奨

玄関等に持ち込み防止ポスター掲示

発熱者の就業制限

感冒症状や消化器症状がある家族、孫の面会制限

感冒症状の職員への外科用マスク装着 (または就業制限)

Information

風邪症状のある方のご面会はご遠慮いたします

インフルエンザは自分の手動によっておのれ自身の拡大を助長するため、ご来所のみならずご来所を妨げますが、ご理解、ご協力をお願いいたします。

マスクの着用

咳やくしゃみの際は、他の人にうつさないためにマスクを御用ください。マスクを持っていない場合は、ハンカチやティッシュなどを用いて口を覆い、他の人から顔をせむけ1m以上離れましょう。その後、手を洗いましょう。

手洗いの実施

①手を洗った後は、「うがいや手洗いはしません」

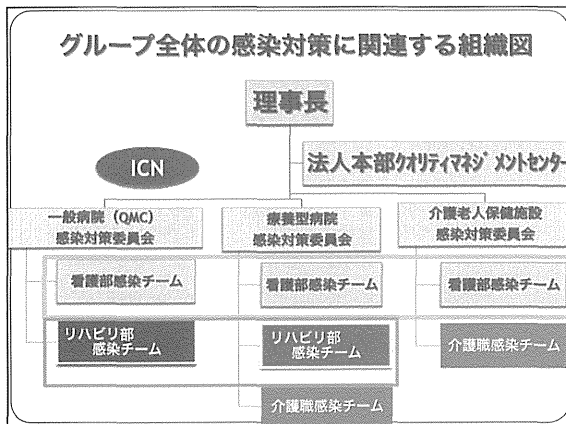
②公共施設中ではできるだけ人混みを避けましょう。

③お帰りの際は消毒剤や除菌剤をとりましょう。

その他、ご不安な点がございましたら、当施設の管理担当までお問い合わせいただけますので、お申し出ください。

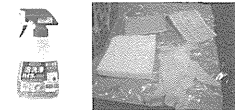
日常的に行う就業制限の指導

- 咳がある、感冒症状のある職員には外科用マスクを装着させ、マスクを装着している人には必ず声をかける
- 長期の咳は結核や百日咳、マイコプラズマなどに注意しなければならない感染症があるので、診察を受けるように指導する。
- 発熱者は就業しない
- 解熱後2～3日間は就業しない
- 下痢や嘔吐があれば就業しない
- 下痢や嘔吐が治まれば出勤してもよいが、排泄後の手洗いは充分に行う事を指導する



経路対策「ノロウイルス」?と思ったら

- 下痢や嘔吐があれば、トイレを個別にする
- 便や吐物で汚染した場所は、速やかに処理をする
- 便や吐物を処理する場合は、手袋とマスクとエプロンを装着する
- 石鹸と流水で手をしっかり洗う
- 冬になれば、吐物処理のセットを準備し設置する



経路対策

「インフルエンザ」?と思ったら

- インフルエンザは、飛沫感染で拡大する
- 発熱者は、他の患者から2m離す (食事やレクリエーションの検討)
- 患者にマスクを装着させる事ができないのでインフルエンザ患者のケア時は、私たちが外科用マスクを装着する
- 可能であれば個室も検討する
- 同室者から複数人発生した場合は、グループで隔離する
- 医師と相談して、高齢者やワクチン未接種利用者へは、予防投与を検討する

資料4

結核と高齢者施設内感染対策について

日頃は、地域医療の推進と保健所業務にご協力いただきお礼申し上げます。

本日の資料は、結核予防会や結核研究所などのホームページを一部引用又は参考にさせていただきました。

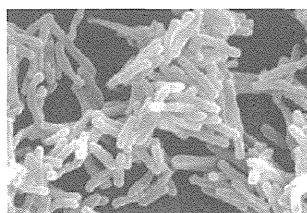
結核の常識
2011

沖田 総司
正岡 子規
シヨパン
も結核でした

9/24・9/30は、
結核予防週間です。

結核

結核菌という細菌(長さ2~4ミクロン)が肺の中に入ることによって起こる病気です。



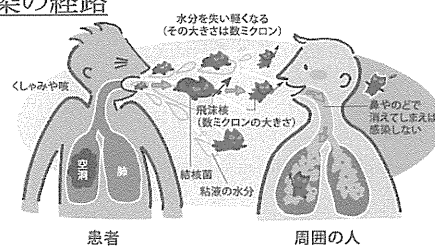
結核菌の電子顕微鏡像

- 結核菌は、人の体の中でしか生きることができません。
- 患者さんの居た場所や触れたものの消毒は不要です。

結核でどこが悪くなるの？

- 主に肺です(肺結核)。結核菌が肺の内部で増えて、肺が腫れてしまいます。続いて肺が壊れていき、呼吸する力が低下します。
- 肺以外の臓器が冒されることもあり、腎臓、リンパ節、骨、脳など体のあらゆる部分に影響が及ぶことがあります(肺外結核)。

感染の経路



結核予防会：結核の常識2007, 2, 2007

結核菌は、人が「咳」をすることで空気中に撒き散らされ、空中でふわふわ浮いているのを他の人が吸い込むことによって感染します。手を握る、同じ食器を使う、などで感染することはありません。

結核の症状

- 初期の症状はカゼと似ています。
- せき、痰(たん)、発熱(微熱)などの症状が長く続く(2週間以上)のが特徴です。
- 体重が減る、食欲がない、寝汗をかく、などの症状もあります。

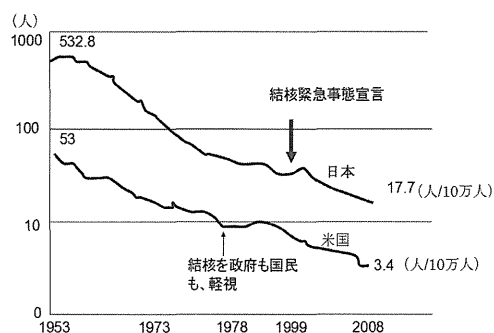
さらにひどくなると、だるさや息切れ、血の混じった痰(たん)などが出始めることもあります。

ここまでのまとめ

- 結核の初期症状
⇒ せき、痰(たん)、発熱(微熱)などの症状が2週間以上長く続く場合は、結核を考慮する。

結核の疫学

結核罹患者数の推移

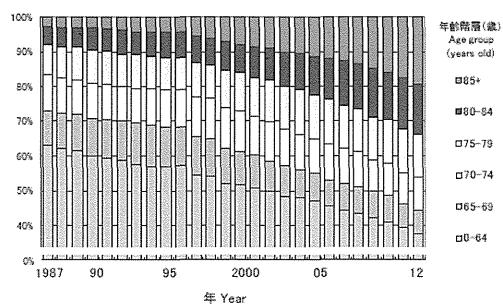


地域別結核罹患数

	全国平均	大阪市	大阪府	東京都	京都府	長野県
2000年	31.0	95.0	61.5	37.7	30.5	13.0
2010年	18.2	47.4	29.9	23.1	19.0	9.1

人口10万人あたり

新登録結核患者内の高齢結核患者が占める割合の年齢階層別年次推移、1987-2012年



ここまでのまとめ

○ 結核の高齢者への偏在

⇒2011年新登録結核患者の半数が70歳以上。

○ 結核発病の医学ハイリスク者への偏在

⇒糖尿病・胃切除歴・胃潰瘍

免疫抑制剤服用(抗がん剤・抗TNF α 剤などの生物製剤・副腎皮質ホルモンステロイド など)

○ 大都市への偏在

14

結核の診断

痰、微熱、倦怠感、体重減少などを主訴に受診

○ 胸部X線写真⇒空洞を伴う結節影や粒状影

○ 喀痰検査(抗酸菌塗抹+培養)を3回とPCRを1回をオーダー。

①塗抹陽性の結果、胸部X線写真などから「結核疑い」と診断すれば、届け出し、治療開始。

②PCRにて、Tb陽性の結果。遅くともこの時点で治療を開始

1週間程度経過し、液体培地で培養陽性。小川培地に植え替え、培養継続し、菌種の同定や薬剤感受性検査。

15

結核症の「感染」と「発病」の違い

15

○ 結核菌を吸い込んでも必ず「感染」「発病」するわけではありません。

○ 多くの場合は体の抵抗力により追い出されます。

16

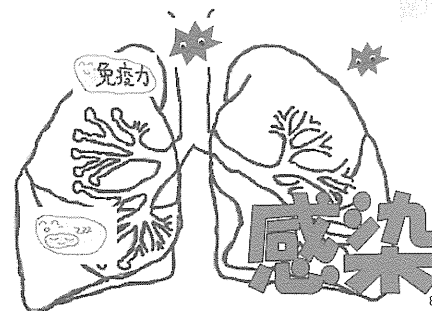
しぶとく菌が体内に残ることがあります。

○ 結核菌が体内に残っていても、ほとんどの場合、免疫によって封じ込められます。こうして菌が体内に潜伏し、封じ込められたまま活動していない状態のことを「**感染**」といいます。

○ 「**発病**」とは感染した後、結核菌が活動を始め、菌が増殖して体の組織を冒してゆくことです。

17

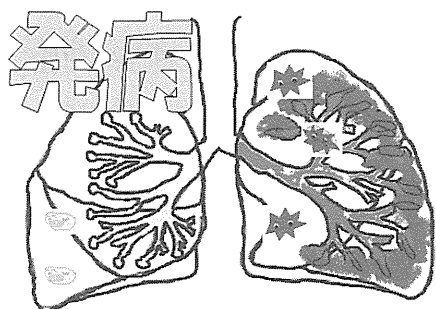
結核菌の進入から感染



「感染した」だけの状態なら、周囲の人にうつす(感染させる)心配はありません。

18

結核はこうして発病する



9

「感染」したからといって、全ての人が「発病」するとは限りません。

- 感染した人が発病する確率は、約10%といわれています。
- 初感染発病: 感染してから2年くらいの内に、約5%の方が発病するとされています。大量の菌を吸い込んだ時や感染した人の抵抗力が弱い時に起こります
- 既感染発病: 昔感染し結核菌が肺のどこかでじっと眠っていて、何十年もして、体の力が衰えた時その結核が目覚まして再び活動を始めるもので、高齢者に多く見られます。感染者の約5%です。

痰の中に結核菌が出るほど症状が進むと、誰かからうつったと同様、誰かにうつしている可能性があります。

- 結核の薬を2週間程度服用すると、咳の減少とともに痰の中の結核菌の量も少なくなります。
 - 結核をほとんど人にうつすことはなくなります。
- ↓
- 人にうつす可能性が高いのは結核と診断される前、薬をのむ前です。
- ↓
- この期間に接触のあった人の、健康診断が必要であり重要となります。

接触者健診

感染していないか、まず検査します。

- 「感染」については、ツベルクリン反応検査、クオンティフェロン®TB-G (QFT) 検査などにより診断できます。
- **QFT検査**
血液検査によって結核の感染を調べることができます。QFT検査なら試験管内で検査できます。BCGワクチンの影響を受けない為、ツベルクリンに代わって行われることが多くなっています。

QFT検査で感染と診断されたら、

- ・ **X線撮影検査** を施行させていただきます。

QFT検査で感染ありと診断されたら、「発病」していないか、**胸部レントゲン**で診断できます。



「感染」や「発病」と診断されたら
結核専門医療機関を受診していただきます。

血液検査(QFT)にはウインドウ期があります。

○ 感染してから、血液検査(QFT検査)で陽性と判明するまで、約2〜3か月の期間があります。

25

健診の予定

直後: 問診と血液検査(QFT検査) or/and レントゲン検査

↓

陰性: 感染なし 陽性: 感染あり → 医療機関受診

↓

2〜3か月後: 血液検査(QFT検査) or/and レントゲン検査

↓

陰性: 感染なし 陽性: 感染あり → 医療機関受診

↓

終了

26

ここまでのまとめ

- 健診は、初発患者との接触程度が濃厚であると判断した方を対象者します。
- 結核の診断は、QFT検査(血液検査)とレントゲン検査で行います。
- 人にうつす可能性が高いのは結核と診断される前、薬をのむ前です。

27

結核の治療

28

結核治療

- 今は薬が開発され、きちんと薬を飲めば治ります。
- ただし、治療途中で薬を飲むのをやめてしまったり、指示された通りに薬を飲まなかったりすると、結核菌が薬に対して抵抗力(耐性)を持ってしまい、薬の効かない結核菌(耐性菌)になってしまう可能性があります。
- 結核と診断されたなら、医師の指示を守って、治療終了まできちんと薬を飲み続けることが最も重要です。

29

感染の治療

- 6ヶ月間、isoniazidという薬をのむことで結核の発病を予防することができます。予防のための薬ですので、生活やその他の制約はありません。

30

発病の治療

- 基本的に薬で治します。**3～4種類**の薬剤を服用します。

服用期間は、基本的に**6カ月**ですが、個人の病状や経過によって長くなることがあります。

31

結核の治療継続

- 2週間服薬すると、咳は1/10に、排菌は平均1/1000(1/100～1/100万)にもなると言われている。

- 標準治療を完遂できた症例では、ほぼ再発はないと言われている。⇒開始した標準治療を決められた期間内にきちっと遂行し終了することが大切。



- DOTS (directly observed treatment with short course 直接監視下短期化学療法)
⇒保健師が患者が確実に服用できるように支援。

32

治療終了後

最低、2年間は、次のことがらに注意してください

- 健康診断をきちんと受ける、2週間以上せきが続く場合はすぐに病院にかかる、などを個人が徹底することが重要です。

33

ここまでのまとめ

- 結核は、治る病気である。標準治療を完遂できた症例では、ほぼ再発はないと言われている。
- 治療終了後、健康診断をきちんと受ける、2週間以上せきが続く場合はすぐに病院にかかる。
- 人権に配慮した対応をお願いします。

34

高齢者施設での結核対策

(高齢者施設の特徴)

- 既感染者が多いために罹患率が比較的高い。
- 体力の低下や免疫が低下している。
- 集団生活を営んでいる。

35

結核患者の早期発見

- 入所にあたっては、活動性結核の有無に関する健康診断を行う。
- 入所時と年1回の定期健康診断を行う。
(感染症法施行令第11条)
⇒活動性結核疑いの場合は、精密検査を施行する
- 2週間以上続く咳や痰、微熱を訴える場合は、医療機関を受診させる。

36

定期健康診断について (感染症法施行令11条)

- 社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設
65歳に達する年度以降の、上記の入所者に対し入所時および年1回
- 学校、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設および社会福祉施設の従事者に対し毎年1回



職員の健康管理と組織的取り組み

- 結核予防対策は施設全体として体系的に行う。
- 結核健康診断は、職員全体が受診するように組織として配慮する。
- 結核感染の予防法や発病時の対策などについて、職員に教育をする。
- N95型マスクを備える。



保健所との連携

- 入所者または職員が結核と診断された場合は、直ちに保健所と協議を行い、連携のもとに接触者健診など適切な処置を行う。



通所施設での対応

- 高齢者や障害者の関連施設では、利用者が結核を発病することが決してまれでない。
 - 施設では、日頃から利用者の健康状態に関する情報を把握するように努める。
- 例えば、
通所開始時、または年1回健康診断の結果を求めするなど、が考えられる。



汚染された可能性のある器物の消毒

- 結核菌であるために特別な消毒法が必要なわけではない。
- 入所者の健全な皮膚に触れるだけの器物(リネン、電話など)や部屋の壁などについては、通常の洗浄・清拭のみでよい。
- 結核患者が用いた食器に関しても、通常の洗浄・清拭のみでよい。



ご清聴ありがとうございます。



資料5

相互訪問を活用した施設の改善

大阪大学医学部附属病院
感染制御部 副部長 看護師長
感染管理認定看護師
鍋谷佳子



評価.....

》 評価

- × 物の善悪・美醜などを考え、価値定めること
- × 品物の値段を定めること
- × 物の値打ちを認めてほめること
(大辞林第三版)



評価項目

- 》 感染対策の組織
- 》 感染経路別予防策
- 》 ICT活動
- 》 術後創感染予防
- 》 外来
- 》 医療器材の管理
- 》 病棟
- 》 洗浄・消毒・滅菌
- 》 ICU
- 》 医療廃棄物
- 》 標準予防策
- 》 微生物検査室



チェック表による評価

- 》 自己評価と他者評価
- 》 訪問を受ける前に自己評価を行う
- 》 訪問を受けた際に他者評価
 - × 全ての確認は不可能
 - × 自己評価の低い部分を確認



訪問の流れ

- 》 書類確認
 - × 組織、マニュアル、サーベイランスなど
- 》 現場確認
 - × 主な部署をラウンド
- 》 講評
 - × 病院管理者を含め、評価結果を報告
- 》 報告書
 - × 後日正式な報告書が届く



外部評価

- 》 施設内では当たり前
 - 世間では当たり前ではないかも？
- 》 施設の感染担当者の意見を代弁
- 》 外圧として活用
 - 施設内で訴えても聞いてもらえない
- 》 訪問者も参考にできる



資料6

第6回感染症制御ネットワーク研究会
高齢者におけるワクチンによる感染対策

名古屋市立大学看護学部
鈴木 幹三

1. ワクチンの効果

ワクチンで予防できる病気
(Vaccine Preventable Diseases: VPD)

- 1. 小児領域
- 2. 成人領域

定期予防接種のしくみ

• 平成26年10月 改正予防接種法

A類疾病

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、Hib感染症、肺炎球菌感染症(小児)、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘

B類疾病

インフルエンザ、肺炎球菌(高齢者)

• 平成26年4月

A類疾病候補

B型肝炎、おたふくかぜ、ロタウイルス

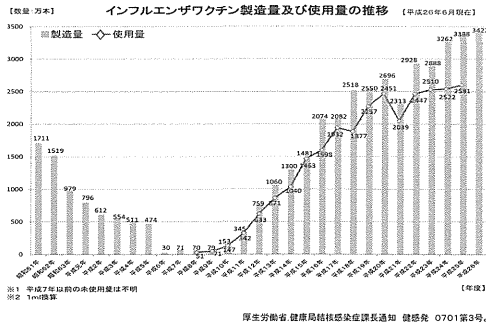
開発優先度の高いワクチン

- 1. 近い将来実現可能
 - MRワクチンを含む混合ワクチン
 - DPT-IPVワクチンを含む混合ワクチン
 - 経鼻投与インフルエンザワクチン
- 2. 中長期的に開発
 - RSVワクチン
 - ノロウイルスワクチン
 - 帯状疱疹ワクチン

第6回予防接種基本方針部会

2. 季節性インフルエンザ対策

インフルエンザワクチン需給推移



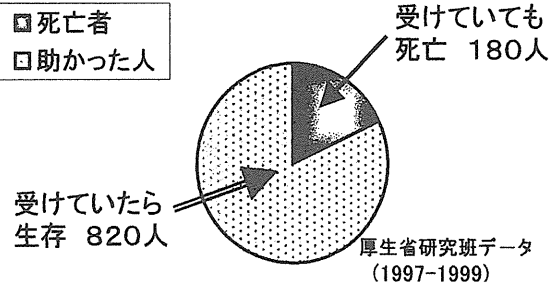
高齢者におけるインフルエンザワクチンの効果

結果指標	相対危険(95%信頼区間)	有効率	
発病	38℃以上	0.66 (0.57 - 0.77)	34%
	39℃以上	0.45 (0.34 - 0.60)	55%
死亡	0.18 (0.08 - 0.38)	82%	

厚生科学研究：前向きコホート研究：接種者1198名、非接種者1044名
1998/99シーズン(神谷 齊、鈴木幹三、鈴木 宏、廣田良夫、田代真人)
* 1回接種法

65歳以上の高齢者(国内)

予防接種を受けないで、死亡1000人の時



疫学研究において非インフルエンザによる誤分類を避けるための重要事項

- ① 観察期間を最流行期に限定する
- ② 厳しい疾病定義(strict criteria)を適用する
- ③ 流行規模がある程度大きいシーズンに調査する

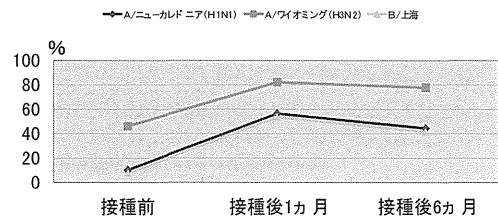
大阪市大 公衆衛生学 廣田良夫

高齢者におけるインフルエンザワクチンの効果

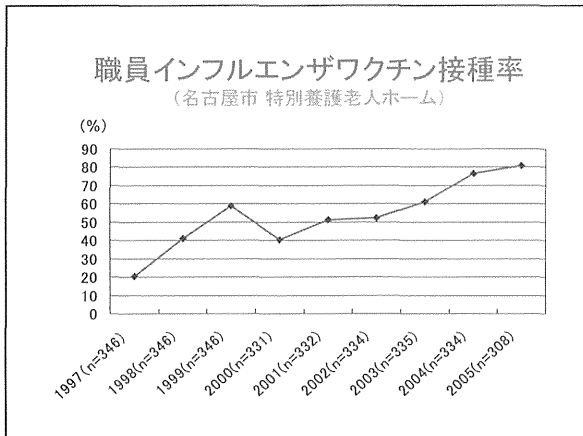
症状・転帰	接種者* (n=226)	非接種者 (n=214)	p値
38.0℃以上	39(17.3%)	60(28.0%)	0.005
肺炎	2 (0.9%)	13 (6.0%)	0.002
筋炎	3 (1.3%)	10 (4.7%)	0.035
入院	15 (6.6%)	20 (9.3%)	0.191
死亡	1 (0.4%)	5 (2.3%)	0.095

厚生科学研究：前向きコホート研究 名古屋市厚生院 1999年1~7週
* 1回接種法

2004/2005シーズンの40倍以上の抗体保有率(経管栄養接種者39人)



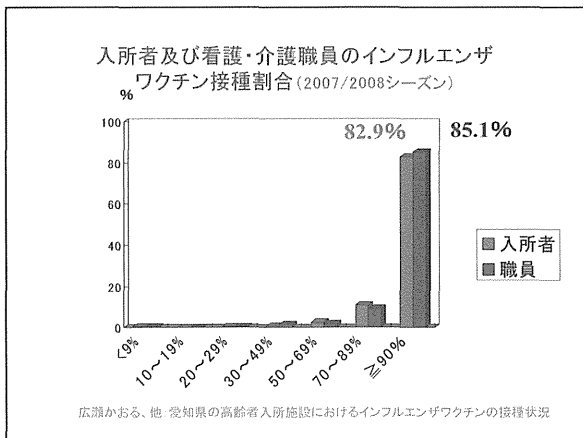
名古屋市厚生院 林 嘉光



インフルエンザの肺炎合併率(高齢者)

流行年	型	地区	肺炎合併率
1986	A(H3N2)	福岡*	32/133 (24%)
1992	A(H3N2)	福岡**	10/39 (26)
1995	A(H3N2)	名古屋	2/23 (9)
1997	A(H3N2)	名古屋	16/102 (16)
1998	A(H3N2)	名古屋	6/21 (29)
1999	A(H3N2)	名古屋	15/93 (16)
2004	B	名古屋	4/27 (15)

* 柏木ら、** 鍋島ら



- ### インフルエンザの予防
1. 流行前のワクチン接種
 2. 飛沫感染対策としての咳エチケット
 3. 外出後の手洗い等(アルコール製剤による手指衛生)
 4. 適度な湿度の保持
 5. 十分な休養とバランスのとれた栄養摂取
 6. 人混みや繁華街への外出を控える
- * やむを得ず外出する場合は、ある程度の飛沫等を防ぐことができるマスクを着用することはひとつの防御策
- 平成25年度インフルエンザQ&A:厚生労働省、感染症疫学センター、日本医師会

2014/2015シーズン インフルエンザHAワクチン製造株

- A/カリフォルニア/7/2009 (H1N1) pdm09
- A/ニューヨーク/39/2012 (H3N2)
- B/マサチューセッツ/2/2012 (山形系統)

平成26年5月14日 健発0514第2号(厚生労働健康局長)

2013/2014シーズン国内製造株(参考)
 A/カリフォルニア/7/2009 pdm09 (H1N1)
 A/テキサス/50/2012 (H3N2)
 B/マサチューセッツ/2/2012 (山形系統)

- ### 日本感染症学会提言 2012 ～インフルエンザ病院内感染対策の考え方について～ (高齢者施設を含めて)
- ワクチン接種
 - 院内・施設内感染対策
 - 抗インフルエンザ薬の暴露後予防投与 (post-exposure prophylaxis) を早期から積極的に行って被害を最小にする
- * タミフル、リレンザ 1日1回 7～10日間

抗ウイルス薬の予防投与(入所者)

- 施設内で72時間以内に2名以上の患者が発生した場合
- 1名のインフルエンザ診断確定患者が発生した場合
- 患者の同室者や同フロアの入所者(ワクチン接種の有無にかかわらず)を優先に、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を開始すべきである
- 抗ウイルス薬による化学予防は、最低2週間、最後の患者が発生してから7~10日間継続する

CDC: Interim guidance for influenza outbreak management in long-

3. 高齢者肺炎の予防

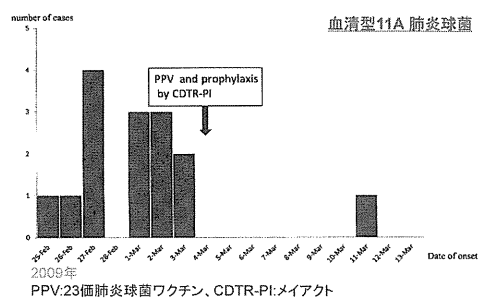
罹患場所による分類

- 市中肺炎(CAP)
- 医療・介護関連肺炎(NHCAP*)
- 院内肺炎(HAP)

(旧)名古屋市厚生院

* NHCAP: nursing and healthcare-associated pneumonia
日本呼吸器学会: 医療・介護関連肺炎(NHCAP)診療ガイドライン, 2011

高齢者介護施設: 肺炎球菌性肺炎の集団発生



2009年
PPV:23価肺炎球菌ワクチン、CDTR-PI:メイアクト

菊池隆秀ほか: 感染症誌 88:149-154, 2014

高齢者肺炎の予防

- 基礎疾患のコントロール
- 栄養の保持
- ワクチン接種
 - 1) インフルエンザワクチン
 - 2) 肺炎球菌ワクチン
- 口腔・上下気道クリーニング
- 嚥下障害・誤嚥の予防
- 環境

成人市中肺炎診療ガイドライン, 2007年

インフルエンザ肺炎の分類

- インフルエンザウイルス肺炎
 - 急激に進行し、予後不良
 - インフルエンザAウイルス
- インフルエンザ同時細菌性市中肺炎
 - インフルエンザA、Bウイルス
 - 肺炎球菌、インフルエンザ菌、黄色ブドウ球菌 など
- インフルエンザ後細菌性市中肺炎
 - インフルエンザ軽快後数日~3週後に発症
 - 肺炎球菌、インフルエンザ菌、黄色ブドウ球菌 など

Cunha, B.A. Infecti Dis Clin N Am 13(2004):147. Clinical features of influenza pneumonia