

複写可能で、記載医師・介護・福祉施設・
利用者の負担が減ります

夷隅地域介護・福祉サービス 共通診断書運用マニュアル



共通診断書にはこんな**メリット**があります

- ☒ 医学的根拠に基に、必要な検査と不必要な検査を選定しました
- ☒ 複写可能で、利用者の費用負担を減らします
- ☒ ダウンロード可能で、施設に診断書を取りに行く手間を減らします
- ☒ 運用マニュアルは、施設職員の感染症対策教材としても使えます

目次

	ページ
「夷隅地域介護・福祉サービス共通診断書」について	1
I 運用上の主な留意事項	2
II 記載上の留意点	3
III 感染経路	7
IV 標準予防策（スタンダード・プリコーション）	8
V 入所時に判定等が必要と考えられる感染症	
(1) 結核	9
(2) 角化型疥癬（ノルウェー疥癬）	11
VI 入所時に判定等が必要ないと考えられている感染症の例	
(1) 梅毒	12
(2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）	13
(3) 細菌性赤痢	14
(4) B型肝炎	15
(5) C型肝炎	17
(6) HIV 感染症・AIDS	18
VII 予防接種	
(1) インフルエンザ	19
(2) 肺炎球菌感染症	20
VIII 資料編（関係通知）	21
参考資料	22

「夷隅地域介護・福祉サービス共通診断書」について



コンセプト すべては利用者のために

1. 診断書を施設毎に用意するのではなく複写可能として、費用負担を減らします。
2. 介護サービス等の利用者が、不必要な検査を行うことを減らします。
3. 診断書をインターネットからダウンロードし、診断書を取りに行く手間を減らします。

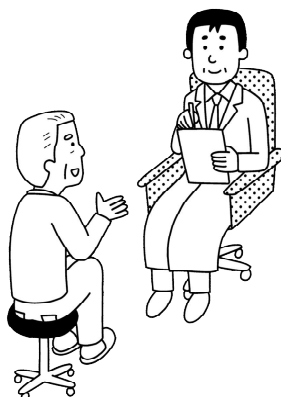
夷隅地域では、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等（以下、施設）を利用する際に、施設から提出を求められる診断書が施設によって記載項目が異なる、施設毎に提出が必要で利用者の費用負担や手間が大きい、サービス利用時に検査が必要ないと思われる項目があるといった問題が多々ありました。

そこで、これらの問題解決のために、夷隅郡市在宅医療・介護推進にかかる会議で、安房地域ですでに始まっている「安房地域共通診断書ワーキンググループ」で作成した、介護・福祉サービス共通診断書をもとに夷隅医師会と協議検討を行いました。

厚生労働省の施設運営基準に係る Q&A（p.22）から、短期入所やデイサービスをはじめとした居宅サービスを利用する際に、診断書は必ず必要とするものではないとの回答に基づき、施設がどうしても求めた時に、この「夷隅地域介護・福祉サービス共通診断書」（以下、共通診断書）を使用します。

利用者の負担軽減のために、一定の条件をつけて複写可とすること、共通診断書の項目として介護サービス提供に当たって必要最小限のものに止めます。共通診断書以外の項目について施設が知りたい場合、かかりつけ医が把握している場合は、診療情報提供書でやりとりしていただく、把握していない場合は新たに検査等を求めない、というコンセプトで作成しました。

施設におかれましては、上記コンセプトをご理解いただき、本マニュアルをご覧くださいの上で、すべては利用者のために、利用者の負担軽減にご協力いただくようお願いいたします。



I 運用上の主な留意事項

1) 診断書を利用する場合

施設が診断書の提出を求めている場合にまでも本診断書を義務づけるものではなく、診断書が必要な場合のみ利用してください。

また、主治医意見書や診療情報提供書等により十分な情報が得られる場合、本診断書は必ずしも必要としません。本来は、サービス担当者会議等による情報交換で十分事足りるものです。

その場合、記載医師は訪問診療等を行っていれば居宅療養管理指導費を算定できます。

2) 記載項目について

- ・ 共通診断書は、施設入所にあたっての判断をすることを前提に、すべての利用者に共通する最低限の項目を選定したため、血清アルブミン値や心電図などの項目は設けておりません。利用者によって必要になる場合は、個別にご対応ください。
- ・ 感染症に関する項目は、胸部エックス線撮影と角化型疥癬の確定診断についてのみ原則必須としました。記載項目以外の記載医師が有用と判断した情報は提供を勧奨し、生活や介護に関する情報は必須としません。
- ・ 原則として、施設で対応しない、対応できない感染症については検査をする必要性が乏しいため、検査をしないこととしました。

3) 運用方法

- (1) 診断書は、記載日から原則1年間有効です。ただし、記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません。また、要介護度の変更が必要となる程度の病状変化をきたした場合には、再発行をお願いします。
- (2) 病状の経過など、より詳細な情報については、診療情報提供書を同時に運用することを考慮しています。
- (3) 原本の管理は、本人及び家族、あるいは介護支援専門員等が行います。
- (4) 本診断書における個人情報の取り扱いには、十分注意してください。
- (5) 診断書の提出がないことを理由に、入所の受け入れを拒否することのないようにお願いします。(p.22 厚生労働省 Q&A 参照)

Ⅱ 診断書記載上の留意点

1. 感染症の記載項目について、胸部エックス線撮影と角化型疥癬の診断のみ原則必須とします。
2. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像の結果などを添付してください。
3. 利用者負担軽減の観点から、日常の保険診療にて判明している検査等のデータや、各種健診または他院での結果をできるだけ活用してご記入ください。

（１）診断名（診断書 No④）

- ・ 診断名はより主病名に近い疾患、介護が必要になっている疾患を上から順にご記入ください。
- ・ 発症年月日は西暦でご記入ください。

（２）処方内容（診断書 No⑤）

- ・ お薬手帳やお薬説明書など、処方内容がわかるものの添付が望ましいです。

（３）結核（診断書 No⑥）（参考：結核診療パーフェクトガイド）

- ・ 高齢者では一般的な結核の臨床像を呈さない症例が多いこと、有症時に入所時の胸部エックス線と比較読影することが可能になるため、原則全員に胸部エックス線撮影を実施してください。
- ・ 既往を「不明」とする場合、本人あるいは家族に既往を聴取することと、過去の病歴を参照して、既往の有無を診ていただいた上でわからない場合のみ「不明」としてください。
- ・ 定期受診者で、病歴や症状から胸部エックス線撮影不要と判断された場合は、その旨を記載してください。主治医がいない方については、胸部エックス線撮影は必須とします。
- ・ 過去の治療歴がある場合は、できるだけ過去の治療内容を確認してください。療養のみや INH と PAS といった治療を受けた場合は、現在の標準療法と比べて再発率が高くなっています。
- ・ 在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無についてコメントをお願いします。
- ・ 改善のみられない肺炎症例、はっきりとした原因が不明な発熱、体重減少、ADL 低下などの全身症状を有する症例などは、結核を鑑別に入れる必要があるため、喀痰や胃液等の抗酸菌塗抹検査が診断の鍵となります。
- ・ 結核の可能性がある場合は、喀痰 3 回の塗抹検査陰性で、現在活動性の結核ではないことを確認してください。

（４）角化型疥癬（診断書 No⑦）

- ・ 角化型疥癬を疑う皮膚所見（角質増殖：体、手足の関節の外側、骨の突出した部分など、圧迫や摩擦が起こりやすいところに多くみられます）、１～２ヵ月以内に疥癬患者との接触歴がある場合や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけてください。

（５）予防接種歴（診断書 No⑧）

- ・ インフルエンザワクチンは、今シーズンのものを接種している場合、ご記入ください。

（６）血液検査（診断書 No⑨）

- ・ 施設側が必要とした場合は血液検査結果を添付してください。

（７）障害高齢者の日常生活自立度判定基準（診断書 No⑬）

1. 判定に際しては、「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を４段階にランク分けすることで評価します。
2. 本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていません。
3. 全く障害等を有しない方については、自立に☑してください。

（参考： <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>）

表：障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

	ランク	
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

参考：（障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準）の活用について」（平成３年 11 月 18 日 老健第 102-2 号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂）

（８）認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（診断書 No⑭）

1. 判定に際しては、意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を5区分にランク分けすることで評価します。評価に当たっては、家族等介護にあたっている方からの情報も参考にしてください。なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではありません。
2. 認知症高齢者に見られる症状や行動は個人により多様であり、例示した症状等がすべての認知症高齢者に見られるわけではありません。また、興奮、徘徊、ものとり妄想等は、例示したランク以外の認知症高齢者にもしばしば見られるものであることにも留意してください。
3. 全く認知症症状を有しない方については、自立に□してください。

（参考： <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>）

表：認知症高齢者の生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
IIa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
IIIa	日中を中心として上記の状態が見られる。着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる	やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記のⅢの状態が見られる	ランクⅢaに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

参考：「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（改正平成 18 年 4 月 3 日 老発第 0403003 号）

Ⅲ 感染経路

ウイルスや細菌は、さまざまな経路から私たちの口や鼻からのど（気道の^{ねんまく}粘膜）に入り込んで体の中に侵入します。主な感染経路は次のとおりです。

接触感染（経口感染含む）

手指・食品・器具を介して接触することで^{でんぱ}伝播します。

→疥癬^{かいせん}、メチシリン^{たいせいおうしよく}耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）、
クロストリジオイデス・ディフィシル（旧クロストリジウム・ディフィシル、^{ぎまくせい}偽膜性腸炎）など



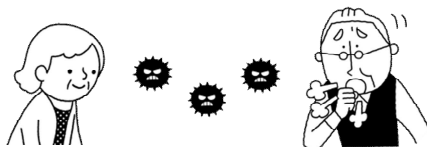
飛沫感染

咳、くしゃみ、会話の際に、だ液などの飛沫（しぶき）が飛び散ります。

その飛沫を直接浴びることで、感染が伝播します。

飛沫は水分を含んでいるためそれなりの重さがあり、体内から放出された後、
1 m以内に地面に落ちるため、空中を浮遊し続けることはありません。

→感冒（いわゆる風邪）の原因ウイルス、インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、
風しんウイルス など



空気感染（飛沫核感染）

咳、くしゃみなどから生成される飛沫核により伝播します。

飛沫核とは飛沫の粒子の水分が蒸発した小さな粒子のことで、水分がない分軽いため、
容易に落下せずに長い時間経っても空気中に浮遊し、空気の流れにより遠くまで飛んでいきます。
そのため、患者から十分な距離をとっていても、感染する場合があります。

→結核菌、麻しん（はしか）ウイルス、水痘（水ぼうそう）ウイルス

なお、結核菌の感染力は麻しんウイルスや水痘ウイルスに比べ、一般的に弱いです。



Ⅳ 標準予防策（スタンダード・プリコーション）

感染予防の基本は、①感染させないこと、②感染しても発症させないこと、すなわち感染制御であり、適切な予防と治療を行うことが必要です。

そのためには、①病原体を持ち込まない、②病原体を持ち出さない、③病原体を拡げないことが重要です。

その基本となるのは、標準予防策（スタンダード・プリコーション）と感染経路別予防策です。

標準予防策（スタンダード・プリコーション standard precautions）とは

「すべての患者の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜などは、感染する危険性があるものとして取り扱わなければならない」という考え方を基本としています。

標準予防策は、病院の患者だけを対象としたものではなく、感染予防一般に適用すべき方策であり、施設においても取り入れる必要があります。施設では、特に嘔吐物・排泄物の処理の際に注意が必要になります。

（参考：高齢者介護施設における感染対策マニュアル 平成 25 年 3 月）

- 利用者の方に触れるときは、1 人 1 人のケアの前後に手指衛生（手洗いやアルコール製剤での手指消毒）をしましょう。



- 血液、その他の体液の曝露がありそうな場合は、手袋、ガウン、ゴーグル、マスクを活用しましょう。当然、1 人 1 人のケアには、手袋やガウン、ゴーグルの交換が必要です。



V 入所時に判定等が必要と考えられる感染症

(1) ^{けっかく}結核

【微生物】

抗酸菌という菌のグループの中の結核菌が原因となります。

【発生状況】（参考：公益財団法人結核予防会 Q&A、結核の常識 2018）

昔は「国民病」「亡国病」と恐れられ、1975 年までわが国の死亡原因の第 1 位でした。医療や生活水準の向上により、薬を飲めば完治できる時代になりましたが、昔の病気と思っていたら大間違いです。患者数は一時期を除いて減少していますが、今の日本でも、1 日に 50 人の新しい患者が発生し、5 人が命を落としている日本の重大な感染症です。

結核患者数の最も大きい割合を占める年齢層は、過去の結核高まん延時代を経験し、当時の感染からの発病が多いと考えられる高齢者です。新たに結核と診断される方のうち、65 歳以上が 7 割近くを占めています。

【感染経路】空気感染（参考：公益財団法人結核予防会 Q&A、結核の常識 2017）

咳やくしゃみをするすると飛沫（しぶき）が発生し、それが空気中で乾燥すると飛沫核ができます。飛沫核に含まれる結核菌は空気中に長時間浮遊します。

それを他の人が吸い込むと、その多くは上気道の線毛^{せんもう}の働きで除去されますが、一部の菌は排除を逃れて肺の奥に到達して「感染」が occurs。したがって、結核菌を吸い込んでも、必ず「感染」するわけではありません。

また、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たまま休眠状態になり、一生発病しません。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。

「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。

感染した人が「発病」する確率は、BCG 接種を受けた人で 5～10%と考えられます。BCG による予防効果は限定的です。感染してから 2 年位の内に発病することが多いとされており、発病者の 60%位の方が 1 年以内に発病しています。

しかし一方で、感染後の数年～数十年後に結核を発症することもあります。免疫力が弱まっている時は休眠状態の結核菌が再び活動を始め、発病しやすい状態と考えられています。

高齢者で抵抗力の弱まっている人は、注意が必要です。

「感染」と「発病」のちがい

「感染」したからといって、すべての人が「発病」するとは限りません。

「発病」とは、感染した後、結核菌が活動を始め、菌が増殖^{ぞうしょく}して体の組織を冒してゆくことです。

症状が進むと、咳や痰と共に菌が空気中に吐き出される（排菌^{はいきん}）ようになります。

ただし、「発病」しても「排菌」していない場合は、他の人に感染させる心配はありません。

【症状】（参考：公益財団法人結核予防会 Q&A）

初期の症状は風邪と似ていますが、咳、痰、発熱（微熱）などの症状が長く続くのが特徴です。また、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、血の混じった痰などが出始め、^{かけつ}喀血（血を吐くこと）や呼吸困難に陥って死に至ることもあります。

（参考：結核診療パーフェクトガイド p165）

「うつる結核」と「うつらない結核」

結核には、「うつる結核」と「うつらない結核」があります。

感染は、咳やくしゃみをして飛沫（しぶき）に含まれる結核菌が空気中で飛沫核となり、それを吸い込むことでおこるため、咳が出ていない人については、周りへの感染の可能性はほとんどありません。

○うつる結核：原則的に、痰の中に多量の^{はいきん}排菌があり、他の人への感染をおこす状態の結核で、具体的には痰の^{とまつ}塗抹検査が陽性となることで定義されます。

○うつらない結核：結核の病変は存在するが、痰の中に塗抹検査では菌が確認できない状態の結核で、他の人にうつす可能性は低いと判断されます。肺結核、^{いんどう}咽頭結核以外の肺外結核も原則的にはうつらない結核です。

【判定が必要な理由】（参考：結核診療パーフェクトガイド、結核院内（施設内）感染対策の手引き平成26年版）

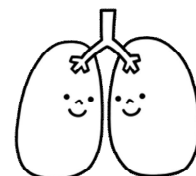
高齢者はわが国で結核がまん延していた時代を経て現在に至るため、すでに多くの人が結核に感染しています。加齢や栄養状態の低下に伴い免疫力が低下し、結核菌が^{さいねん}再燃、休眠状態から活動を始め、発病すると考えられています。

高齢者では発熱や咳や痰などの症状が乏しく気付きにくいいため、胸部エックス線検査で結核の発病の有無を確認することが重要です。

また、ネブライザーや痰の吸引など、咳を誘発したり結核菌を空気中に舞い上がらせる処置は、感染の可能性が高まります。

【入所の受け入れや入所後の対応】（参考：結核院内（施設内）感染対策の手引き平成26年版）

- ・ ^{ちんきゅうせい}陳旧性（結核は治った。ただし、肺に^{こんせき}痕跡が残っている）あるいは治療中であっても感染性が否定されていれば、入所を拒否する理由にはなりません。治療中の場合、きちんと服薬を継続すれば感染性はありません。ただし、再発防止のため、服薬確認はしっかりと行う必要があります。
- ・ 健康診断の結果、感染させるおそれがある結核の場合であっても、多くの場合、比較的短期の治療で感染性を消失させることが可能であることから、菌消失後において入所を受け入れないということにならないよう、ご配慮ください。
- ・ 利用者が2週間以上続く咳や痰がある場合、できるだけ早期に医療機関を受診させてください。特に、結核発病の危険因子（糖尿病、がん、喫煙など）を合併する方にこのような症状がみられた場合は、早期に受診させてください。



(2) ^{かくかがたかいせん}角化型疥癬（ノルウェー疥癬）

【微生物】

ヒゼンダニというダニの仲間が原因となります。

【発生状況】（参考：国立感染症研究所）

近年わが国では、病院、施設などで集団発生の事例が増加しています。

【感染経路】接触感染（参考：和歌山市感染症情報センター）

通常の疥癬に比べ、ダニの数が非常に多く感染力が強いいため、短時間の接触、衣類や寝具を介した間接的な接触などでも感染します。また、はがれ落ちた角質にも多数の生きているダニが含まれていて、それが付着することでも感染します。

角化型疥癬の患者さんから感染する場合、4～5日後に発症することもあります。
なお、角化型疥癬患者から感染した場合でも、まずは、通常の疥癬として発症します。

【症状】（参考：神戸市疥癬リーフレット <http://www.city.kobe.lg.jp/life/health/infection/protection/img/kaisen.pdf>）

疥癬には通常の疥癬と角化型疥癬（ノルウェー疥癬）の2病型があり、症状が異なります。

	通常の疥癬	角化型疥癬（ノルウェー疥癬）
ヒゼンダニの数	数十匹以下	100万～200万匹
人の免疫力	正常	低下している
感染力	弱い	強い
主な症状	赤いブツブツ（丘疹、結節） 指、手のひら、手首などの発疹（疥癬トンネル）	アカ（角質）が増えたような状態 （角質増殖：体、手足の関節の外側、骨の突出した部分など、圧迫や摩擦が起こりやすいところに多くみられる）
かゆみ	激しいかゆみ（特に夜間）	不定。時に、かゆみを欠く
感染経路	・ 直接経路 ・ 間接経路	短い時間の接触、衣類や寝具を介した間接的な接触などでも感染する。 皮膚から剥がれ落ちた角質にも多数のダニが含まれているので、感染の原因になることがある
症状の出る場所	顔・頭を除く全身	全身
潜伏期間	症状の出ない期間が約1～2ヵ月。（角化型疥癬から感染した場合には、通常疥癬から感染した場合よりも早く症状が出始めることがある）	

【判定が必要な理由】（参考：和歌山市感染症情報センター）

角化型疥癬では感染力が非常に強いいため、長時間にわたり集団生活する場で入所者や職員にも感染が起こり、また媒介となりうる感染症です。そのため、時に施設内の集団発生を起こすことがあります。手・指や足・体幹の角質が分厚くなって、かゆみを伴う病変がある場合は、皮膚科医に角化型疥癬の確定診断をしてもらう必要があります。

なお、角化型疥癬でも、免疫力の低下によってアレルギー反応が起きなくなっている場合、かゆみを伴わないことも多くあり、注意が必要です。

Ⅵ 入所時に判定等が必要ないと考えられている感染症の例

感染症にはたくさんの種類がありますが、その中で、これまで安房地域で利用されていた診断書の中にあった6種類の感染症について記載しました。

(1) 梅毒^{ばいどく}

【微生物】

トレポネーマパリダム（梅毒トレポネーマ）という細菌が原因となります。

【発生状況】（参考：厚生労働省 梅毒に関する Q&A）

わが国では1967年以降減少傾向にありましたが、2010年以降増加傾向が続いています。
年齢群別では、男性は20～50代、女性は20～30代での感染が増加しています。

【感染経路】性感染、血液感染、母子感染（参考：厚生労働省 梅毒に関する Q&A）

主な感染経路は、感染部位と粘膜や皮膚の直接の接触です。具体的には、性器と性器、性器と肛門（アナルセックス）、性器と口の接触（オーラルセックス）などが原因となります。

【症状】（参考：千葉県梅毒予防啓発ポスター「御存知でしたか？近年梅毒感染者が増加していることを！」）

股のつけ根が腫れたり発疹^{ほっしん}が出ることがありますが、目立った自覚症状がないまま進行し、脳や心臓に症状が出ることがあります。

妊婦が感染すると、早産や死産など胎児に重篤な異常をきたすことがあります。

【判定の必要がない理由】

何十年も経った梅毒は感染性がなく、他の人に感染することはありません。
梅毒の病変部位に接触しなければうつることはなく、高齢者で病変が出現していることはほぼありません。

(2) メチシリン^{たいせいおうしょく}耐性^{きゅうきん}黄色^{エムアールエスエー}ブドウ球菌 (MRSA)

【微生物】

黄色ブドウ球菌のうち、メチシリンという抗菌薬に耐性をもつものを指します。
抗菌薬耐性がある以外は、通常の黄色ブドウ球菌と性質は変わりません。

【発生状況】(参考：国立感染症研究所)

わが国では 1980 年代の後半から、各地の病院などで MRSA が問題となり始めました。

【感染経路】接触感染(参考：サラヤ福祉ナビ)

MRSA 感染症を起こすのは、多くは病院内にいる患者さんです。具体的には、大手術直後の患者、血管内にカテーテルが挿入されている患者、長期間の^{こうきんやく}抗菌薬使用患者、抗がん剤使用患者、免疫不全患者、未熟児（身体の発育が未熟のまま出生した乳児）などです。

MRSA は、MRSA 患者さんのケアをした医療従事者（医療従事者には抵抗力があるので感染症にかかりません）の手を介して、他の患者さんに^{でんぱ}伝播し、MRSA 肺炎や敗血症などの^{はいけつしやう}MRSA 感染症を起こす院内感染が最も大きな問題になります。

【症状】(参考：サラヤ福祉ナビ)

^{たいせい}耐性遺伝子を持っており、抗生物質（菌を殺す薬）が効きにくくなっています。重症化すると、敗血症、^{ずいまくえん}髄膜炎、^{しんないまくえん}心内膜炎、^{こつずいえん}骨髓炎などに陥って死亡することもあります。

【判定の必要がない理由】

病院では MRSA は医療を介して感染することが多いため問題になりますが、通常、MRSA ^{ほきんしゃ}保菌者が一般社会で危険を及ぼすことはなく、保菌者が病院を退院して施設に入所しても、自宅で生活しても、特別な配慮は必要ありません。

(参考：サラヤ福祉ナビ)

保菌と発症

菌の検出は、必ずしもその菌による感染症とは言えません。MRSA は非常にありふれた菌で、鼻の中に MRSA を付着したまま家庭や施設で過ごされる方もいます。MRSA が付着しているけれども、病気は起こしていない状態を「保菌」としています。

健康な人であれば、自然に消えることもあります。高齢になるとそのまま「保菌」した状態が続くことがあります。

しかし、「保菌」しているからといっても、家庭や施設で過ごせるような人であれば、必ずしも重症化して、実害を及ぼすようなことはありません。つまり MRSA を『保菌』していても心配はなく、周りの人にも害は及ぼさないということです。

一方、MRSA 感染症を『発症』している患者というのは、感染した結果、発熱などの症状が現れて、臨床的に問題となる感染症状を呈している患者のことです。代表的な MRSA 感染症とは、蜂窩織炎などの皮膚軟部組織感染症、敗血症などです。

(3) ^{さいきんせいせきり}細菌性赤痢

【微生物】

赤痢菌という細菌が原因となります。

【発生状況】（参考：国立感染症研究所、FORTH、横浜市衛生研究所）

衛生状態が良くない、熱帯から温帯の地域で流行が多く見られます。

わが国の赤痢患者数は、戦後しばらくは10万人を超えていましたが、1965年半ば頃から激減しています。近年、県内では年間10例以下の報告となっており、主にアジア地域からの輸入例が半数以上を占めています。

【感染経路】経口感染（参考：FORTH）

赤痢菌に汚染された水・氷・食品などを摂取することにより感染しますが、非常に少ない菌量でも感染することから、食器や箸などを介して感染することもあります。

【症状】（参考：FORTH）

1～5日（通常1～3日）の潜伏期間の後、下痢、発熱、腹痛などが起こります。

【判定の必要がない理由】

衛生状態がよい今のわが国で、検査の必要はありません。



(4) ^{がたかんえん} B型肝炎 ^{エイチビーバイ} (HBV)

【微生物】

B型肝炎ウイルス (HBV) というウイルスが原因となります。

【発生状況】 (参考：肝炎.net)

現在日本では、HBV に感染している人が 110～140 万人いるとされ、そのほとんどが HBV キャリア (下記【感染経路】に詳述) という母子感染によるものです。

なお、1986 年に母子感染防止事業が実施された後に生まれた若い世代では、HBV キャリア は非常に少数になっていることがわかっています。

【感染経路】血液または体液からの感染、母子感染、性感染 (参考：肝炎.net、千葉県パンフレット)

- ・ 血液または体液からの感染：医療介護施設においては針刺し (p.21 参照) による感染の危険性があります。
- ・ 母子感染：ワクチンができる以前は、母親が HBV に感染していると、出産のときに赤ちゃんに感染することがありました。赤ちゃんはまだ免疫が完全に出来ていないため、ウイルスが肝臓に住みつき、キャリアとなります。キャリアの人は、免疫力が備わるようになるとウイルスを攻撃し出すため、肝炎を生じます。その結果、ほとんどの人は人生のいずれかの時期に B 型慢性肝炎になります。
- ・ 日常的な接触で感染することはありません。日常的な接触とは、握手、くしゃみ、食事、入浴、トイレ・公衆浴場などであり、ハエや蚊などによって媒介^{ばいかい}されることはありません。

【症状】 (参考：千葉県パンフレット「B 型肝炎ウイルス検査を受診される方へ」)

B 型肝炎には、B 型急性肝炎と B 型慢性肝炎があります。B 型急性肝炎は、成人が初めて HBV に感染して発病したものであり、B 型慢性肝炎は HBV に持続感染している人 (HBV キャリア) が発病したものです。B 型慢性肝炎を放置すると、病気が進行して肝硬変、肝がん^{かんこうへん}へ進展する場合がありますので、注意が必要です。

○急性肝炎：HBV に感染すると、体がだるい、疲れやすい、食欲が出ない、吐き気、嘔吐、白目や皮膚が黄色くなる^{おうだん} (黄疸)、尿がコーラ色になるなどの症状が出る場合があります。通常、一過性感染^{いっかせい}となります。しかし、症状がないまま治ってしまう場合があり、不顕性感染^{ふけんせい}と呼びます。

○慢性肝炎：HBV キャリアでは、上記のような症状が出なくても慢性肝炎が潜んでいて治療が必要な場合があります。

【判定の必要がない理由】

十分に気を付けていても針刺しは起こります。

利用者の HBV を調べたとしても、針刺しの予防効果はありません。



【針刺しによる感染率】 30%

【予防方法】

B型肝炎ワクチンを接種することが最大の予防となります。

4～6 か月の3回の接種を行うことで、B型肝炎と将来の肝がんを予防できるとされています。3回接種をすれば、90%以上の方が感染から身を守ることができます。

また、3回のワクチン接種後、抗体検査（EIA 法）で 10mIU/mL を超えた場合は、抗体を獲得しており、抗体価が下がっても感染防御は可能と考えます。いったん抗体価が十分であることが確認できたら、毎年確認する必要はありません。

針刺しは、看護職だけに起こることではありません。看護職に限らず、血液に触れる可能性がある方は、あらかじめB型肝炎ワクチンを接種して免疫をつけておくことをお勧めします。

日本では、2016 年から生まれた赤ちゃん全員に接種が開始されています。

【B型肝炎ワクチンを接種できる医療機関】

医療機関でワクチンを取り寄せる必要がある場合もありますので、受診前にB型肝炎ワクチンの接種ができるかどうか医療機関にお問合せください。

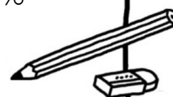
お近くの医療機関を検索する際は、

ちば医療ナビ



針刺しで 感染する確率

HBV	30%
HCV	3%
HIV	0.3%



(5) ^{がたかんえん}C型肝炎 ^{エイチシーブイ}(HCV)

【微生物】

C型肝炎ウイルス（HCV）というウイルスが原因となります。

【発生状況】（参考：c-kan.net C型肝炎の正しい知識）

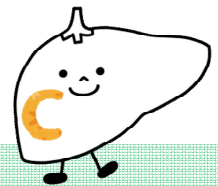
わが国でのC型慢性肝炎の患者数は、症状のないキャリアを含めると150～200万人いると推測されています。年齢は40歳代以上に多く、C型肝炎ウイルス対策が講じられる以前の輸血などの医療行為による感染が背景にあることを示しています。

【感染経路】血液感染、母子感染、性感染

- ・ 血液感染：現在わが国の感染者の多くは、HCVが発見される前の輸血や^{けつえきせいざい}血液製剤、あるいは注射針が使い捨てになる前の注射針の使い回しなどで感染したものと考えられています。現在ではこのような原因で新たに感染することはほとんどありません。現在新たな感染の原因は、ピアスや入れ墨、覚せい剤などの回し打ち、あるいは不衛生な状態での針治療などです。また、医療介護施設においては、針刺し（p.21 参照）による感染の危険性があります。
- ・ 母子感染：全くないとはいえませんが、感染力が弱いため、感染の可能性は少ないと考えられています。母子感染で赤ちゃんに感染しても、3歳までに約3割が自然に治ります。
- ・ 性感染：感染は極めてまれと考えられます。
- ・ 感染力が弱く、日常的な接触でうつることはありません。日常的な接触とは、握手、くしゃみ、食事、入浴、トイレ・公衆浴場などであり、^{ばいかい}ハエや蚊などによる媒介はありません。

【症状】（参考：千葉県パンフレット「きちんと知りたいC型肝炎」）

- ・ 症状が重いといわれる急性肝炎でも自覚症状があるのは2～3割で、体がだるい、疲れやすい、食欲が出ない、吐き気、嘔吐、白目や皮膚が黄色くなる（^{おうだん}黄疸）などの症状が出る場合があります。
- ・ 慢性肝炎の場合は、ほとんど自覚症状はありません。



【判定の必要がない理由】

C型肝炎はワクチンも免疫グロブリンも開発されていないため、針刺しが起こった場合に出来る予防策はありません。そのため、利用者のC型肝炎ウイルスの有無をあらかじめ調べておく必要はありません。

針刺しが起こった場合、利用者の血液を調べてC型肝炎ウイルスに感染していたら、針刺しを起こした人（ご本人）の経過観察を行っていきます。抗体の^{ようてんか}陽転化がみられた場合に、C型肝炎のウイルス量を測って治療を行います。

C型肝炎は近年有効な治療薬が開発されており、多くの場合、治療することができます。

【針刺しによる感染率】3%

(6) ^{エイチアイブイ}H I V 感染症・^{エイズ}AIDS

【微生物】

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）というウイルスが原因となります。

【発生状況】

わが国では、男性同性間性的接触による感染が 90%です。

【感染経路】性感染、血液感染、母子感染（参考：HIV 検査相談マップ）

HIV に感染すると、HIV は血液、^{せいえき}精液、^{ちつぶんびつえき}腔分泌液、母乳などに多く分泌されます。

だ液、涙、尿などの体液では他の人に感染させるだけのウイルス量は分泌されていません。
感染は、粘膜（腸管、腔、口腔内など）および針刺し（p.21 参照）などからであり、傷のない皮膚からは感染しません。

【症状】（参考：北海道 HIV/AIDS 情報）

- (1) 急性期：発熱・のどの痛み・だるさ・下痢など、風邪やインフルエンザに似た症状から、^{ひしん}筋肉痛や^{ひしん}皮疹などが出る場合もあります。いずれも通常は数日から数週間で症状は自然に消えてしまいます。
- (2) ^{むしやうこうせい}無症候性キャリア期：急性期を過ぎると、次に何も症状の出ない時期が数年から 10 年程続きます。
- (3) ^{エイズ}エイズ期：免疫力の低下により、健康な人なら感染しないような病原体による^{ひよりみ}日和見感染症や^{あくせいしゅよう}悪性腫瘍、神経障害などの様々な病気にかかるようになります。

【判定の必要がない理由】

HIV は 1980 年代にアメリカで初めてエイズ患者が発見されました。1980 年代以降に性的活動があった人、特に男性同性愛者における感染の可能性はありますが、今の日本における高齢者の感染者数は極めて少ない状況です。

HIV はほとんどが性感染症で、性的接触をもたなければ感染しません。

また、HIV に感染していたとしても、日常生活では感染しないので、調べる必要はありません。

【針刺しによる感染率】 0.3%

【倫理】

HIV 検査は、人権保護の観点から本人の同意を得て検査を行うこと、HIV は日常生活においては感染しないことから、就学時、就職時の HIV 検査は実施しないこととされています。

（参考）厚生労働省健康局疾病対策課長通知（平成 17 年 10 月 29 日付け健疾感発第 1029004 号）
「HIV 検査の実施について」の改廃について（HIV 抗体検査に係る迅速な検査方法の導入等）

Ⅶ 予防接種

(1) インフルエンザ

【微生物】

インフルエンザというウイルスが原因となります。

【発生状況】（参考：インフルエンザ施設内感染予防の手引き）

例年 11 月上旬頃から散発的に発生し、それ以降、爆発的な患者数の増加を示して 1 月下旬～2 月にピークを迎えた後、急速に患者数の減少を経て、4 月上旬頃までに終息します。

【感染経路】飛沫感染、接触感染

患者さんの咳やくしゃみによってウイルスが飛散し、口や鼻、眼の粘膜から感染します。

また、患者さんの咳やくしゃみ、鼻水などに含まれたウイルスが付着した手で机やドアノブなどに触れた後に、その部位を別の人が触れ、かつその手で自分の眼や口や鼻を触ることで感染します。

【症状】（参考：インフルエンザに関する特定感染症予防指針）

発病は急激で高度の発熱、頭痛、腰痛、筋肉痛、体のだるさなどの全身症状が現れ、これらの症状と同時に、あるいはやや遅れて、鼻水、のどの痛み、咳などの呼吸器症状が現れます。

健康な人がかかった場合は重症化することは少ないですが、高齢者や基礎疾患のある方がかかった場合は肺炎などの重い合併症が現れ、重症化する可能性が高いと考えられています。

【ワクチンの予防効果】（参考：厚生労働省 Q & A）

インフルエンザワクチンは、感染後の発症をある程度抑える効果や、発症した場合の重症化を予防する効果があります。

国内の研究によれば、65 歳以上の高齢者福祉施設に入所している高齢者については 34～55% の発病を阻止し、82% の死亡を阻止する効果があったとされています。

インフルエンザの発病や重症化防止の観点から、流行前の予防接種が有効です。

【予防接種の把握が必要な理由】（参考：インフルエンザに関する特定感染症予防指針）

インフルエンザウイルスは感染力が極めて強いことから、集団生活の場に侵入することにより、大規模な集団感染を起こし、入所者が死亡する事例もあります。

利用者個人の重症化を予防することと、施設内のインフルエンザ感染拡大を可能な限り阻止して被害を最小限に抑えるために、ワクチン接種が重要です。

入所時にワクチン接種の有無を確認し、未接種の人には予防接種の意義、有効性、副反応の可能性などを十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供するとともに、接種を希望する方には円滑に接種がなされるように配慮をお願いします。

（２）肺炎球菌感染症

【微生物】

肺炎球菌という細菌が原因となります。

【発生状況】

わが国の死因の第３位は肺炎で、亡くなる方の約 95%が 65 歳以上となっています。

高齢になると、体調の変化などのちょっとしたことがきっかけで肺炎を起こしやすくなり、急激に症状が進むこともあります。高齢者にとって、肺炎は決して軽視できない疾患です。

【感染経路】

患者さん自身の咽頭に保菌している肺炎球菌が肺に侵入して発症します。ただし、飛沫により人から人に移る場合もあります。

【症状】

発熱、咳、たん、息苦しさ、胸の痛みなどで風邪とよく似ており、症状から見分けるのは困難です。

また、高齢者の肺炎は、症状がわかりづらいという特徴があります。発熱や咳、たんなどの症状があまりみられず、むしろ、何となく元気がない、食欲がない、意識がはっきりしないといった様子で、肺炎と気付かないうちに重症化する危険性もあります。症状が急速に進み、突然呼吸困難に陥ることもあります。

【ワクチンの予防効果】（参考：厚生労働省 Q&A）

肺炎球菌には 93 種類の血清型があり、平成 26 年 10 月からの定期接種で使用される「ニューモバックス NP（23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）」は、そのうちの 23 種類の血清型に効果があります。また、この 23 種類の血清型は成人の重症の肺炎球菌感染症の原因の約 7 割を占めるという研究結果があります。

定期接種にはなっていませんが、新たに「プレベナー13（沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン）」が平成 26 年 6 月 20 日付けで、65 歳以上の者に対する肺炎球菌による感染症の予防の効能・効果について承認されました。

【予防接種の把握が必要な理由】

定期接種の対象年齢は、65 歳以上になる年、70、75、80、85、90、95、100 歳になる年、のように 5 歳おきになっています。これ以外の年齢の場合は任意接種になります。

接種の有無を確認し、定期接種の時期に接種するために予防接種歴を記録しておくことが大切です。

IX 資料編（関係通知）

平成 13 年 3 月 28 日付け事務連絡 厚生労働省老健局振興課

「運営基準等に係る Q & A について」

1 施設系サービス並びに（痴呆）認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護の場合の取り扱いについて

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、（痴呆）認知症対応型共同生活介護、特定入居者（入所者）生活介護には、利用者が相当期間以上集団的な生活を送ることが想定されることから、健康診断書の提出等の方法により利用申込者についての健康状態を把握することは必要と考えられ、主治医からの情報提供等によっても必要な健康状態の把握ができない場合には、別途利用者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用については原則として利用者申込者が負担すべきものと考えられる。また、こうした求めに利用申込者が応じない場合はサービス提供拒否の正当な事由に該当するものと考えられる。

2 1 以外のサービスの場合の取り扱いについて

その他の居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護及び介護老人保健施設における短期入所療養介護）については、通常相当期間以上にわたって集団的な生活を送るサービスではないことから、必ずしも健康診断書の提出等による事前の健康状態の把握が不可欠であるとは言えないが、サービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供等によっても健康状態の把握ができない場合に事業所として利用申込者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用の負担については利用申込者とサービス提供事業者との協議によるものとする。しかし、そうした求めに利用申込者が応じない場合であっても、一般的にはサービス提供拒否の正当な事由に該当するものではないと考えられる。

なお、短期入所生活介護、介護老人保健施設における短期入所療養介護については、集団的なサービス提供が相当期間以上にわたる場合も考えられるが、居宅サービスとして位置づけられ、利用者からの緊急な申し込みにも対応するという役割を担うべきことから、利用申込者からの健康診断書の提出がない場合にもサービス提供を拒否することは適切ではない。

3 現行制度の活用について

事業者が利用申込者に関する健康状態を把握する場合には、利用申込者の負担軽減の観点からも、第一にサービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供といった現行制度の活用を務めることが望ましい。

なお、事業者が安易に健康診断書の提出を求めるといった取扱いとは適切ではない。

また、以上のことは市町村等において健康診断及び健康診断書作成に係る費用の肩代わりや補助を妨げるものではない。

参考資料

一般社団法人京都府医師会

<http://www.kyoto.med.or.jp/member/care/index.shtml>

1. 青島正大, 結核診療パーフェクトガイド, 中外医学社, 2015
2. 障害高齢者の日常生活自立度判定基準
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>
3. 「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成 3 年 11 月 18 日 老健第 102-2 号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知）
4. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>
5. 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（改正平成 18 年 4 月 3 日 老発第 0403003 号）
6. 高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成 25 年 3 月）, 厚生労働省
7. 公益財団法人結核予防会 結核 Q&A
http://www.jatahq.org/about_tb/index3.html
8. 結核の常識 2018, 公益財団法人結核予防会結核研究所
9. 結核院内（施設内）感染対策の手引き 平成 26 年版
10. 国立感染症研究所
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/jjid/392-encyclopedia/380-itch-intro.html>
11. 和歌山市感染症情報センター
<http://www.kansen-wakayama.jp/page/page030.html>
12. 神戸市疥癬リーフレット
<http://www.city.kobe.lg.jp/life/health/infection/protection/img/kaisen.pdf>
13. サラヤ福祉ナビ
<http://pro.saraya.com/fukushi/kansen/shurui-tokucho/mrsa/>
14. 厚生労働省検疫所 FORTH
<http://www.forth.go.jp/useful/infectious/name/name10.html>
15. 横浜市衛生研究所
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/eiken/idsc/disease/shigellosis1.html>
16. 千葉県感染症情報センター
17. 厚生労働省 梅毒に関する Q&A
18. 千葉県梅毒予防啓発ポスター
19. 肝炎. Net
<http://www.kanen-net.info/resource/1509736978000/kanennet/faq/faq.html>
20. 千葉県パンフレット「B 型肝炎ウイルス検査を受診される方へ」
21. c-kan.net C 型肝炎の正しい知識
<http://www.c-kan.net/>
22. 千葉県パンフレット「きちんと知りたい C 型肝炎」
23. HIV 検査相談マップ
<http://www.hivkensa.com/whatis/>
24. 北海道 HIV/AIDS 情報
<http://hok-hiv.com/knowledge/process/>
25. 厚生労働省 インフルエンザ Q&A
26. インフルエンザ施設内感染予防の手引き
27. インフルエンザに関する特定感染症予防指針
28. 厚生労働省 肺炎球菌感染症（高齢者）Q&A
29. 職業感染制御研究会 HP

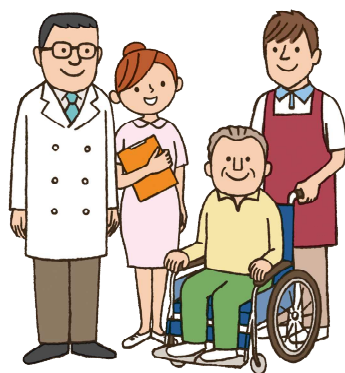
夷隅地域介護・福祉サービス共通診断書運用マニュアル

令和2年4月 発行

著作・制作・引用 安房地域共通診断書ワーキンググループ

著作権は、安房地域共通診断書ワーキンググループに帰属します。

- ・ これらの情報を営利目的で二次使用（利用、転用）することはできません。
- ・ 非営利目的であれば、介護・福祉施設等の教育啓発目的で使用する場合に限り、これらの一部または全部を二次使用できます。内容の改変については自己責任とします。



～すべては利用者のために～

すべての介護・福祉施設に読んでいただきたい1冊です