

## 介護施設での感染症診療

本康医院 本康宗信

**感染症診療の原則**の第一は患者背景の把握にあります。高齢者、介護施設という背景で診療前から、免疫低下、耐性菌の可能性が高いと考えてしまいがちですが、全例に広域抗菌薬を選択して良いのでしょうか。

介護施設での感染症診療と言っても、在宅でデイサービスやショートステイを利用される方とケアハウス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等で居住されている方とは、違いがあります。介護施設を利用されていても、在宅ケアの方は、施設で抗菌剤に曝露されることは少ないと言えます。介護老人保健施設は在宅復帰を目的としているため、医療ケアやリハビリを受けることがあり、要介護度の高い人を受け入れる特別養護老人ホームは、日常生活の介護をサービスの基本としていますが、施設内で抗菌剤投与を受けることがあります。

医療・介護関連肺炎(Nursing and Healthcare-associated pneumonia: NHCAP)の疫学研究において、分離菌判明例の中では、肺炎球菌が最も多く、緑膿菌、MRSA、ESBL 産生腸内細菌などが 20%に分離されています。こうした耐性菌のリスク因子には“過去 90 日以内の 2 日以上抗菌薬使用歴”、“経管栄養”が考えられています。ただ施設間のばらつきがあり、どの施設でも広域抗菌薬を第一選択にしているわけではありません。

感染症の罹患が少ない施設から、カテーテル留置や誤嚥のリスクの高い方の多い施設まで様々ですので、一概に介護施設での感染症診療について述べることはできません。また、介護施設を中心とした大規模な感染症研究もなく、個々の施設で嘱託医の先生とスタッフが感染管理、診断、治療にあたっているのが現状と思います。

平成 29 年 3 月に発行された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在り方に関する調査研究の結果から、高齢者介護施設での感染症治療の現況の一部を知ることができますのでご参照ください。

[http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H28\\_kansensyo\\_report.pdf](http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H28_kansensyo_report.pdf)

高齢者は免疫力が低下しているため感染しやすい状態にあります。口腔内不衛生もしばしばあり、肺炎をおこしやすくなります。神経因性膀胱や前立腺疾患などの排尿障害を有する症例では尿路感染症のリスクが高く、胆道結石症や胆泥の頻度も多いために胆道感染症のリスクも高くなります。また、栄養状態の低下している方では、褥瘡を容易に形成し、感染もおこしやすくなります。高齢者介護施設から病院へ紹介された患者における頻度の多い感染症については、最も多いのが下気道感染症、ついで尿路感染症、胆道感染症、皮膚軟部組織感染症と続きます。また、介護施設から、病院に入院した際、死亡率が

高くなる予測因子として、下気道感染症、大腿骨骨折既往、収縮期血圧 100 mmHg 未満、血清クレアチニン 1.5mg/dl<と報告されています。

<https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/13340>

一般診療所医で介護施設の嘱託医をされている先生も多いと思います。通常の外来診療と同様の検査や治療を行うことは難しいことが多いのが現実です。また、病院と異なり施設内の耐性菌の状況は、わからないことがほとんどです。誤嚥性肺炎については必ずしも嫌気性菌をカバーする必要はないとも言われており、アンピシリンの投与も可能なところですが、ただどうしても投与回数の少なさからセフトリアキソンやレボフロキサシンが多用されています。

2013～2018年に当院で診療した65歳以上の尿路感染症の内、大腸菌を起病菌とする症例について、介護施設利用者としていない方での特徴を調べてみました。

|        | 介護施設利用者  | 非利用者     |
|--------|----------|----------|
| 患者数    | 18       | 76       |
| 年齢(歳)  | 76.9±3.4 | 74.3±5.2 |
| 耐性菌検出  |          |          |
| ESBL   | 1 (5.6%) | 7 (9.5%) |
| CEZ耐性  | 3 (17%)  | 10 (13%) |
| キノロン耐性 | 4 (22%)  | 14 (18%) |
| ST合剤耐性 | 2 (11%)  | 13 (17%) |

介護施設利用者のほとんどは、外来通院ができる方ですので、施設内にずっとおられる方とは、背景が異なります。耐性菌の検出率をみると、施設利用者も通院可能な ADL の方では、市中感染として対処可能と思われます。

体力低下、免疫能低下の高齢者が多い介護施設では、感染症治療の際、耐性菌の関与を念頭に抗菌薬を選択することは、必要と思います。ただ抗菌剤が必要な病態かどうかを考える必要があります。感染した臓器を特定し、起病菌を予測したうえで治療を開始し、感受性を確認することが大切です。広域抗菌薬であっても、感受性のない細菌もあります。施設内で、検体をとリグラム染色や培養を提出することは、手間がかかることです。全例に検査をすることは難しいですが、施設内のローカルファクターをある程度知るためには、可能な限り検体をとる努力はしてもよいと思います。

介護施設に携わる医師、看護師、薬剤師ほか多くのスタッフの方には、日々大変なご苦労をされていると思います。薬剤耐性菌の院内感染のニュースが流れるたびに、ご心配されることもあると思いますが、施設内で起こる感染症の相手を知るために、起病菌の検索、感受性検査をすることは大切です。年間に施設内で使用する抗菌薬は多くはないと思いますが、各施設でのデータを持ち寄り、地域でのローカルファクターを知ることも、今後、検討しなければいけない AMR 対策と考えています。