抗微生物薬適正使用の手引き
第一版
ダイジェスト版

対象：基礎疾患のない学童期以降の小児と成人

Ⅰ. 急性気道感染症

Ⅰ-1 感冒

Ⅰ-2 急性鼻副鼻腔炎

Ⅰ-3 急性咽頭炎

Ⅰ-4 急性気管支炎

Ⅱ. 急性下痢症

Ⅲ. 患者・家族への説明

厚生労働省
健康局　結核感染症課

Ⅰ. 急性気道感染症とは

急性気道感染症は、急性上気道感染症（急性上気道炎）と急性下気道感染症（急性気管支炎）を含む概念であり、一般的には「風邪」、「風邪症候群」、「感冒」などの言葉が用いられている。

「風邪」は、狭義の「急性上気道感染症」という意味から、「上気道から下気道感染症」を含めた広義の意味まで、様々な意味で用いられることがあり、気道症状だけでなく、急性（あるいは時に亜急性）の発熱や倦怠感、種々の体調不良を「風邪」と認識する患者が少なくないことが報告されている。患者が「風邪をひいた」といって受診する場合、その病態が急性気道感染症を指しているのかを区別することが鑑別診断のためには重要である。

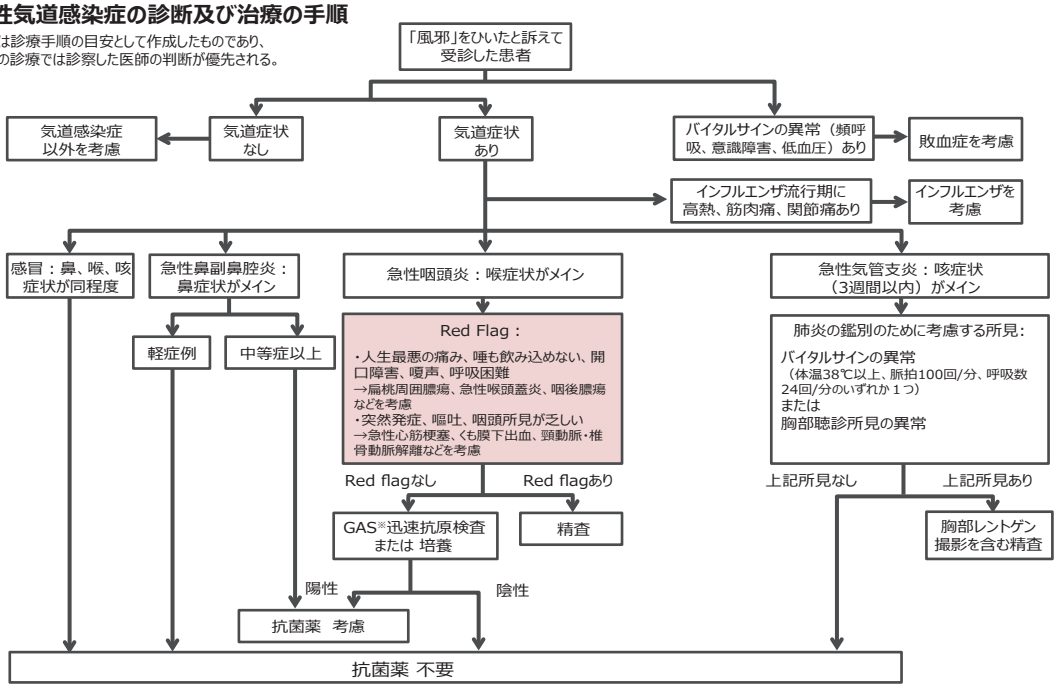
急性気道感染症の病型分類

病型	鼻汁・鼻閉	咽頭痛	咳・痰
感冒	△	△	△
急性鼻副鼻腔炎	◎	×	×
急性咽頭炎	×	◎	×
急性気管支炎	×	×	◎

◎：主要症状　△：際立っていない程度で他症状と併存　×：症状なし～軽度

急性気道感染症の診断及び治療の手順

本図は診療手順の目安として作成したものであり、実際の診療では診察した医師の判断が優先される。



※GAS：A群β溶血性連鎖球菌

Ⅰ-1 感冒

発熱の有無は問わず、鼻症状（鼻汁、鼻閉）、咽頭症状（咽頭痛）、下気道症状（咳、痰）の3系統の症状が「同時に」、「同程度」存在する病態

感冒に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

Ⅰ-2 急性鼻副鼻腔炎

発熱の有無を問わず、くしゃみ、鼻汁、鼻閉を主症状とする病態を有する急性気道感染症

- 成人では、軽症※1の急性鼻副鼻腔炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。
- 成人では、中等症又は重症※1の急性鼻副鼻腔炎に対してのみ、以下の抗菌薬投与を検討することを推奨する。

［成人に投与する場合の基本］
アモキシシリン水和物内服5～7日間
- 学童期以降の小児では、急性鼻副鼻腔炎に対しては、遷延性又は重症の場合※2を除き、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。
- 学童期以降の小児の急性鼻副鼻腔炎に対して、遷延性又は重症の場合※2には、抗菌薬投与を検討することを推奨する。

［小児に投与する場合の基本］
アモキシシリン水和物内服7～10日間

※1 急性鼻副鼻腔炎の重症度分類

		なし	軽度/少量	中等以上
臨床症状	鼻漏	0	1	2
	顔面痛・前頭部痛	0	1	2
鼻腔所見	鼻汁・後鼻漏	0（漿液性）	2（粘膿性少量）	4（粘液性中等量以上）

軽症：1～3点　中等症：4～6点　重症：7～8点

※2 小児の急性鼻副鼻腔炎に係る判定基準
以下のいずれかに当てはまる場合、遷延性又は重症と判定する。
1. 10日間以上続く鼻汁・後鼻漏や日中の咳を認めるもの。
2. 39℃以上の発熱と膿性鼻汁が少なくとも3日以上続き重症感のあるもの。
3. 感冒に引き続き、1週間後に再度の発熱や日中の鼻汁・咳の増悪が見られるもの。

Ⅰ-3 急性咽頭炎

喉の痛みを主症状とする病態を有する急性気道感染症

- 迅速抗原検査又は培養検査でA群β溶血性連鎖球菌（GAS）が検出されていない急性咽頭炎に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。
- 迅速抗原検査又は培養検査でGASが検出された急性咽頭炎に対して抗菌薬を投与する場合には、以下の抗菌薬投与を検討することを推奨する。

［成人・小児における基本］
アモキシシリン水和物内服10日間

【Red Flag】
- 人生最悪の痛み、唾も飲み込めない、開口障害、嗄声、呼吸困難
  →扁桃周囲膿瘍、急性喉頭蓋炎、咽後膿瘍などを考慮
- 突然発症、嘔吐、咽頭所見が乏しい
  →急性心筋梗塞、くも膜下出血、頸動脈・椎骨動脈解離などを考慮

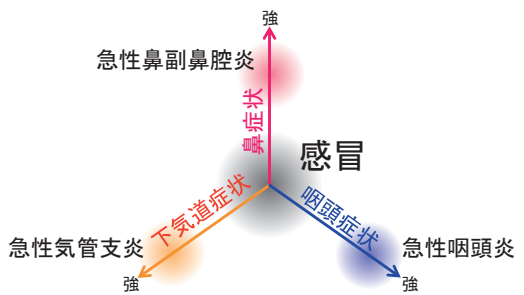
Ⅰ-4 急性気管支炎

発熱や痰の有無は問わず、咳を主症状とする病態を有する急性気道感染症

成人の急性気管支炎（百日咳を除く）に対しては、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

【肺炎の鑑別のために考慮する所見】
バイタルサインの異常（体温38℃以上、脈拍100回/分、呼吸数24回/分のいずれか１つ）または胸部聴診所見の異常

急性気道感染症の病型分類のイメージ



Ⅱ. 急性下痢症とは

急性発症（発症から14日間以内）で、普段の排便回数よりも軟便または水様便が1日3回以上増加している状態。「胃腸炎」や「腸炎」などとも呼ばれることがあり、中には嘔吐症状が際立ち、下痢の症状が目立たない場合もある。

治療方法

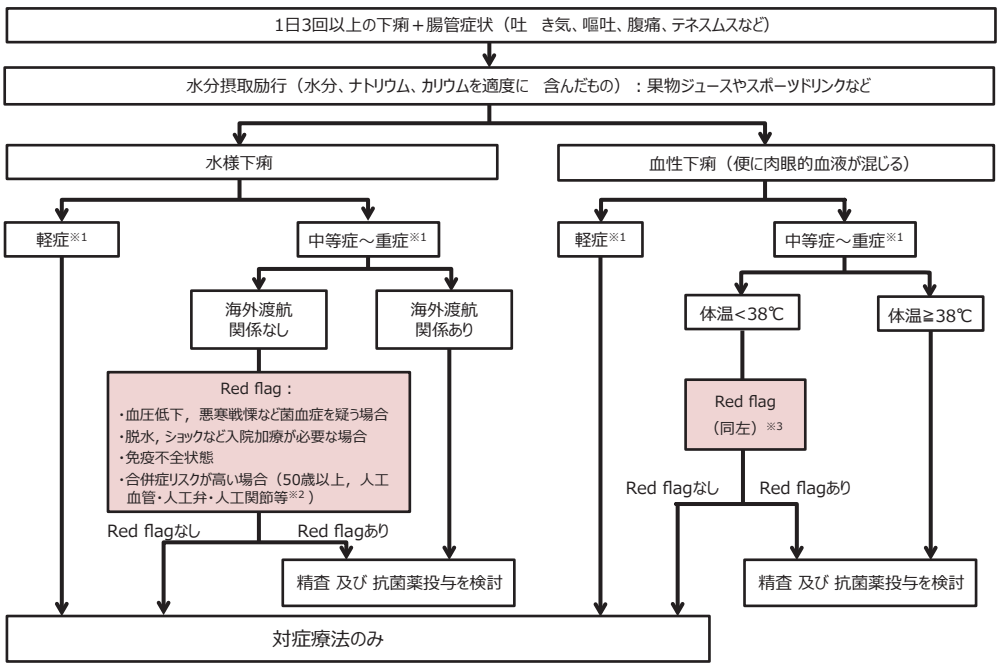
急性下痢症に対しては、まずは水分摂取を励行した上で、基本的には対症療法のみ行うことを推奨する。

日本感染症学会／日本化学療法学会 の指針による抗菌薬投与を考慮する場合
- 血圧の低下、悪寒戦慄など菌血症が疑われる
- 重度の下痢による脱水やショック状態などで入院加療が必要
- 菌血症のリスクが高い場合（CD4 陽性リンパ球数が低値のHIV 感染症、ステロイド・免疫抑制剤投与中など細胞性免疫不全者等）
- 合併症のリスクが高い（50 歳以上、人工血管・人工弁・人工関節等）
- 渡航者下痢症

小児における急性下痢症の治療でも、抗菌薬を使用せず、脱水への対応を行うことが重要とされている。

急性下痢症の診断及び治療の手順

対象：学童期以上の小児～成人，本図は診療手順の目安として作成したものであり、実際の診療では診察し　た医師の判断が優先される。



※1 下痢の重症度：軽症は日常生活に支障のないもの、中等症は動くことはできるが日常生活に制限があるもの、重症は日常生活に大きな支障のあるもの。

※2 他の合併症リスクには炎症性腸疾患、血液透析患者、腹部大動脈瘤などがある。

※3 EHEC（Enterohemorrhagic *E. coli*, 腸管出血性大腸菌）による腸炎に注意し、便検査を考慮する。

サルモネラ腸炎・カンピロバクター腸炎

健常者における軽症※のサルモネラ腸炎・カンピロバクター腸炎に対しては、抗菌薬を投与しないことを推奨する。

※軽症とは、日常生活に支障のない状態を指す。

サルモネラ腸炎において重症化の可能性が高く、抗菌薬投与を考慮すべき症例

- 3カ月未満の小児又は65歳以上の高齢者
- ステロイド及び免疫抑制剤投与中の患者
- 炎症性腸疾患患者
- 血液透析患者
- ヘモグロビン異常症（鎌状赤血球症など）
- 腹部大動脈瘤がある患者
- 心臓人工弁置換術後患者

Ⅲ. 患者・家族への説明

肯定的な説明を行うことが患者の満足度を損なわずに抗菌薬処方を減らし、良好な医師－患者関係の維持・確立にもつながる。

【患者への説明で重要な要素】

1）情報の収集

- 患者の心配事や期待することを引き出す。
- 抗菌薬についての意見を積極的に尋ねる。

2）適切な情報の提供

- 重要な情報を提供する。
  －急性気管支炎の場合咳は４週間程度、下痢は１週間程度続くことがある。
  －急性気道感染症、急性下痢症の大部分は自然軽快する。
  －身体が病原体に対して戦うが、良くなるまでには時間がかかる。
- 抗菌薬に関する正しい情報を提供する。
- 十分な栄養、水分をとり、ゆっくり休むことが大切である。

例 「ウイルス性の場合は対症療法が中心であり、完治までに時間がかかる。」
「抗菌薬は効果なし。休養が重要。」
「抗菌薬の使用は腸内の善玉菌を殺す可能性あり。」
「糖分、塩分の入った水分補給が重要。」
「感染防止拡大のため手洗いを徹底し、家族とタオルを共有しない。」 など

3）まとめ

- これまでのやりとりをまとめて、情報の理解を確認する。
- 注意するべき症状や、どのような時に再受診するべきかについての具体的な指示を行う。

例 「3 日以上経過しても改善しない場合は再受診。」
「日常生活に支障が出るほど悪化した場合や血性下痢になった場合は再受診。」 など

抗微生物薬
適正使用の手引き（PDF）