

4. 平常時の対策

1) 高齢者介護施設内の衛生管理

(1) 環境の整備

施設内の環境の清潔を保つことが重要です。整理整頓を心がけ、清掃を行いましょ。日常的には、見た目に清潔な状態を保てるように清掃を行います。消毒薬による消毒よりも目に見える埃や汚れを除去し、居心地の良い、住みやすい環境づくりを優先します。

施設内の衛生管理の基本として、手洗い場やうがい場、汚物処理室といった感染対策に必要な施設や設備を入所者や職員が利用しやすい形態で整備することが大切です。

手洗い場では、水道カランの汚染による感染を防ぐため、以下のことが望まれます。

- 自動水栓、肘押し式、センサー式、または足踏み式蛇口の設置
- ペーパータオルの設置 →ペーパータオルを清潔（水滴等により汚染しないよう）に取り扱うために壁に取り付ける、などの工夫も重要です。
- ゴミ箱は足踏み式の開閉口にします
- 手洗い後にドアに触れることを避けるためにも、トイレの出入口はドアのない形態にするなどの工夫をします

また、トイレ内は空気・湿気がこもると菌の温床となりやすく、感染症を拡大しやすい環境ともいえます。

(2) 清掃について

a. 日常的な清掃頻度

各所、原則1日1回以上の湿式清掃し、換気（空気の入れ換え）を行い乾燥させます。必要に応じ床の消毒を行いましょ。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し、乾燥しましょ。

汚染がひどい場合や新たな汚染が発生しやすい場合には、入所者や職員との接触が多い部分は回数を増やし、見た目の汚染が放置されたままにならないようにしましょ。

【汚染が発生しやすい場合】

失禁を伴う下痢の入所者
咳や喀痰の多い入所者
嘔吐のある入所者など

b. 日常的な清掃方法

清掃の基本はふき取りによる埃の除去です。水で湿らせたモップや布による拭き掃除を行、その後は乾拭きをして乾燥させましょ。

c. 特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

【床】

- 通常時の清掃は湿式清掃を基本としましょ。消毒薬による清掃は必要ありません。使用したモップ等は、家庭用洗剤で十分に洗浄し、十分な流水で濯いだ後、乾燥させましょ。
- 床に血液、分泌物、嘔吐物、排泄物などが付着した場合は、手袋を着用し、次亜塩素酸ナトリウム液⁹等で清拭後、湿式清掃し、乾燥させましょ。消毒液の用途別の濃度および作り方は、付録4を参照してください。  95 ページ

【トイレ】

- トイレのドアノブ、取手などは、消毒用エタノールで清拭し、消毒を行いましょ。

⁹ 次亜塩素酸ナトリウム液以外にも、消毒効果が同等である次亜塩素酸塩などでも代用可能。

【浴室】

<ul style="list-style-type: none"> ● 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒などをこまめに行い、衛生管理を徹底しましょう。浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒などをこまめに行い、衛生管理を徹底しましょう。通常時は、家庭の浴室の清掃と同様に、洗剤による浴槽や床、壁等を清掃します。 ● 特に施設内での入浴におけるレジオネラ感染予防対策を講じるためにも、衛生管理を実施し安全、安心な入浴を行いましょう。 ● 以下の内容を参考に自主点検表（チェックリスト）を作成し、点検、確認しましょう。 	
毎日実施する衛生管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 脱衣室の清掃 2. 浴室内の床、浴槽、腰掛けの清掃 3. 浴槽の換水（非循環型は毎日、循環型は1週間に1回以上） 4. 残留塩素濃度（基準 0.2～0.4 mg/L）の測定。時間を決め残留塩素測定器で測定。結果は記録し3年間保管します。
定期的な実施する衛生管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 循環型浴槽は、1週間に1回以上、ろ過器を逆洗し消毒します 2. 自主点検を実施します。（重要） ※業者への委託も可能です。 3. 少なくとも年1回以上、浴槽水のレジオネラ属菌等の検査を行います。 4. 浴槽、循環ろ過器及び循環配管設備等の点検（洗浄、消毒）も1年に1回は行います。 検査結果は3年間保管します。 5. 貯湯タンクの点検と洗浄も1年に1回は行います。

d. 注意事項

- ① 広範囲の拭き掃除へのアルコール製剤の使用や、室内環境でのアルコールなどの噴霧はやめましょう。
- ② カーテンは、汚れや埃、または嘔吐物、排泄物の汚染が予測される場合は直ちに交換し、感染予防に努めます。
- ③ 部屋の奥から出口に向かって清掃しましょう。
- ④ 清掃ふき取りは一方方向で行います。
- ⑤ 目に見える汚染は素早く確実にふき取ります。
- ⑥ 拭き掃除の際はモップや拭き布を良く絞ります。清掃後の水分の残量に注意し、場合によっては、拭き掃除後、乾燥した布で水分をふき取りましょう。
- ⑦ 清掃に使用するモップは、使用后、家庭用洗剤で洗い、流水下できれいに洗浄し、次の使用までに十分に乾かしましょう。
- ⑧ トイレ、洗面所、汚染場所用と一般病室用のモップは区別して使用、保管し、汚染度の高いところを最後に清掃するようにします。
- ⑨ 拭き掃除の際はモップや拭き布を良く絞ります。清掃後の水分の残量に注意し、場合によっては、拭き掃除後、乾燥した布で水分をふき取りましょう。

【ポイント】

- 使用後のモップや拭き布の洗浄、乾燥、管理を徹底しましょう。
- 使用場所ごとにモップや拭き布を区別しましょう。
- 日常的に、消毒薬を散布したり、噴霧することはやめましょう。
- 清掃後は、よく手を洗い、手指衛生の保持を心がけましょう。
- 清掃を担当しているボランティアや委託業者にも、上記のことを徹底しましょう。

(3) 嘔吐物・排泄物の処理

嘔吐物・排泄物は感染源となります。不適切な処理によって感染を拡大させないために、十分な配慮が必要です。

入所者の嘔吐物・排泄物を処理する際には、手袋やマスク、ビニールエプロン等を着用し、汚染場所及びその周囲を、0.5%の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、消毒します。処理後は十分な手洗いや手指の消毒を行いましょ

う。
なお、感染性廃棄物の取り扱いにおいては、付録5の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物マニュアル」（平成24年5月改訂）抜粋を参照してください。

a. 嘔吐物処理の仕方

【注意事項】

- 嘔吐物の処理を行う際は、必ず窓を開け十分な換気を行いましょ
- 処理を行う職員以外は立ち寄りならないようにしましょ
- 迅速かつ正確な処理方法で対応しましょ。
- 処理用キット（ 30 ページ）を準備しておき、必要時に、迅速に処理できるよう備えましょ。

【処理の手順】

- ① まず、手袋・ビニールエプロンを着用します。
- ② 嘔吐物をぬらしたペーパータオルや使い捨ての布で覆います。
- ③ 使用する消毒液（0.5%）次亜塩素酸ナトリウムを作ります。
消毒液の作り方は、付録4を参照してください。  95 ページ
- ④ ペーパータオルを外側からおさえて、嘔吐物を中央に集めるようにしてビニール袋に入れます。さらにもう一度、ぬれたペーパータオルで拭きます。
※ペーパータオルで覆った後、次亜塩素酸ナトリウム液（0.5%）を上からかけて、嘔吐物を周囲から集めてふき取る方法もあります。
- ⑤ 消毒液でゆるく絞った使い捨ての布で床を広めに拭きます。これを2回行います。拭いた布はビニール袋に入れます。

⑥ 床を拭き終わったら手袋を新しいものに変えます。その時、使用していた側が内側になるようにはずし、服や身体に触れないように注意しながら、すばやくビニール袋にいれます。

※ 清拭処理後はしばらく窓を開け十分な換気をおこないます。

⑦ 入所者の服に嘔吐物がかかっている場合、服を脱がせ、別のビニール袋に入れて汚物処理室へ運びます。

⑧ ①～⑥の嘔吐物を処理したペーパーや使い捨ての布は、ビニール袋に入れ密封し汚物処理室へ運び感染性廃棄物として処理します。

⑨ ⑦の嘔吐物が付着した衣類等は汚物処理室で 熱湯消毒（85℃以上の熱湯に10分間つけ込む）を行い、その後は通常の方法で洗濯します。

→または、次のような洗濯方法でもかまいません。

- 通常の洗濯で塩素系消毒剤を使う
- 85℃以上の温水洗濯
- 熱乾燥（スチームアイロン・布団乾燥機の利用などもあります）

b. 処理用キットの用意

いざというときにすぐに使えるように、必要なものを入れた専用の蓋付き容器を用意しておくとい良いでしょう。

【処理用キットの内容】

- 使い捨て手袋
- ビニールエプロン
- マスク
- ペーパータオル
- 使い捨て布
- ビニール袋
- 次亜塩素酸ナトリウム
- その他必要な物品

(4) 血液・体液の処理

職員への感染を防ぐため、入所者の血液などの体液の取り扱いには十分注意します。

血液等の汚染物が付着している場合は、手袋を着用してまず清拭除去した上で、適切な消毒薬を用いて清拭消毒します。清拭消毒前に、汚染病原体量を極力減少させておくことが清拭消毒の効果を高めることとなります。

化膿した患部に使ったガーゼなどは、他のごみと別のビニール袋に密封して、直接触れることのないように扱い、感染性廃棄物として分別処理することが必要です。

手袋や帽子、ガウン、覆布（ドレープ）などは、可能なかぎり使い捨て製品を使用することが望ましいといえます。使用後は、汚物処理室で専用のビニール袋や感染性廃棄物用容器に密閉し、専用の業者に処理を依頼します。

（参考：感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて【厚生労働省通知（健感発第0130001号）平成16年1月30日】）

2) 介護・看護ケアと感染対策

(1) 標準予防措置策

感染を予防するためには、「1 ケア 1 手洗い」の徹底が必要です。また、日常のケアにおいて入所者の異常を早期発見するなど、日常の介護場面での感染対策が有効です。

感染予防の基本は、「手洗いに始まって手洗いに終わる」といわれるほど、手洗いが重視されています。血液や体液、嘔吐物、排泄物などを扱うときは、手袋やマスクの着用が必要になります。また、必要に応じてゴーグル、エプロン、ガウン等を着用します。

このほか、ケアに使用した器具の取り扱いや環境対策、リネンの取り扱い、針刺し防止などについて、次のような標準予防措置策が示されています。

- 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などに触れるとき
- 傷や創傷皮膚に触れるとき

⇒手袋を着用します。

手袋を外したときには液体石けんと流水により手洗いをします

- 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などに触れてしまったとき

⇒手洗いをし、必ず手指消毒をします。

触れた場所の皮膚に損傷がないかを確認し、皮膚に損傷が認められる場合は、直ちに配置医師に相談します。

- 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などが飛び散り、目、鼻、口を汚染するおそれのあるとき

⇒マスク、必要に応じてゴーグルやフェイスマスクを着用します。

- 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などで衣服が汚れ、他の入所者に感染させるおそれがあるとき

⇒プラスチック（使い捨て）エプロン・ガウンを着用します。可能な限り使い捨てのエプロン・ガウンが好ましいでしょう。

使用したエプロン・ガウンは、別の入所者のケアをする時に使用してはいけません。

- 針刺し防止のために

⇒注射針のリキャップはやめ、感染性廃棄物専用容器へ廃棄します。

(2) 職員の手洗い

手洗いは感染対策の基本です。正しい方法を身に付け、きちんと手洗いしましょう。

手洗いは「1ケア1手洗い」、「ケア前後の手洗い」が基本です。

手洗いには、「液体石けんと流水による手洗い」と「消毒薬による手指消毒」があります。消毒についての詳細は、付録4を参照してください。

手洗い：汚れがあるときは、液体石けんと流水で手指を洗います
手指消毒：感染している入所者や、感染しやすい状態にある入所者のケアをするときは、洗浄消毒薬あるいは擦式消毒薬を使用しましょう

嘔吐物・排泄物等の汚染が考えられる場合には、流水による手洗いを行います。介護職員の手指を介した感染は、感染経路として最も気を付けるべき点です。万が一汚染された場合にも、直ちに流水下で洗浄することにより、感染を防止することができます。

また、手洗いの際には、次の点に注意しましょう。

- 手を洗うときは、時計や指輪をはずす。
- 爪は短く切っておく。
- まず手を流水で軽く洗う。
- 石けんを使用するときは、固形石けんではなく、必ず液体石けんを使用する※。
- 手洗いが雑になりやすい部位は、注意して洗う。
- 石けん成分をよく洗い流す
- 使い捨てのペーパータオルを使用する(布タオルの共用は絶対にしない)。
- 水道栓は、自動水栓か手首、肘などで簡単に操作できるものが望ましい。
- やむを得ず、水道栓を手で操作する場合は、水道栓は洗った手で止めるのではなく、手を拭いたペーパータオルを用いて止める。
- 手を完全に乾燥させる。
- 日頃からの手のスキンケアを行う (共有のハンドクリームは使用しない)。
- なお手荒れがひどい場合は、皮膚科医師などの専門家に相談する。

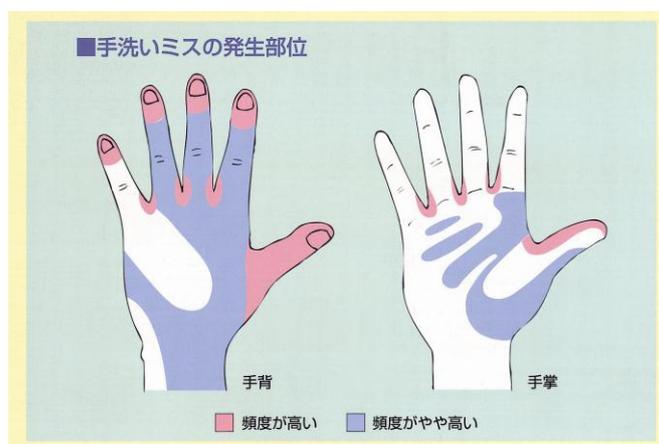
※液体石けんの継ぎ足し使用はやめましょう。液体石けんの容器を再利用する場合は、残りの石けん液を廃棄し、容器をブラッシング、流水洗浄し、乾燥させてから新しい石けん液を詰め替えます。

正しい手洗いの方法（スクラブ法）を図2に示します。図3に示した手洗いミスが起こりやすい箇所については、特に気をつけます。

図2 手洗いの順序



図3 手洗いミスの発生箇所



出典：辻 明良（日本環境感染学会監修）病院感染防止マニュアル（2001）

(3) 手袋の着用と交換について

血液等の体液や嘔吐物、排泄物などに触れる可能性がある場合に、手袋を着用してケアを行うことは、入所者や職員の安全を守るために必要不可欠なことです。

a. 基本的な考え方

手袋は、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）や接触感染対策をする上で、最も一般的で効果的な防護用具です。入所者や職員の感染リスクを減少させるために、すべての人の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物などに触れるときには必ず手袋を着用します。また、触れる可能性がある場合にも、確実に着用しましょう。

b. してはいけないこと

次のようなことは、絶対にやめましょう。

- 汚染した手袋を着用したままで他のケアを続けることや別の入所者へケアをすること
- 排泄処理やその他の日常的なケアの際に着用した手袋をしたままで食事介助すること
- 使用した手袋を再利用すること(ポケットにしまったりしていませんか・・・)
- 手袋を着用したからという理由で、手洗いを省略したり簡略にすませたりすること

c. 特に注意すべきこと

- 手袋をはずしたときは、必ず液体石けんと流水で手洗いしましょう。
- 手袋の素材によっては、手荒れを悪化させたり、アレルギーを起こしたりする場合もあるので、選ぶときには手袋の材質やパウダーの有無等の確認が必要です。

(4) 入所者の手指の清潔

入所者の間で感染が広がることを防ぐため、食事の前後、排泄行為の後を中心に、できるかぎり液体石けんと流水による日常的な手洗い習慣が継続できるように支援します。

認知症などにより、清潔観念や清潔行為に問題がある人に対しては、下記の例を参考に柔軟に対応しましょう。

a. 手洗いの介助

入所者の手洗いは、液体石けんと流水による手洗いを行うことが望ましいでしょう。手洗い場まで移動可能な入所者は、できるだけ職員の介助により手洗いを行いましょう。

流水と液体石けんによる手洗いができない場合には、ウェットティッシュ（消毒効果のあるもの）などで目に見える汚れをふき取ります。

b. 共用タオル・おしぼり等の使用について

共用のタオルの使用は絶対に避けましょう。手洗い各所にペーパータオルを備え付けます。また、可能な限り個人用タオルなどを用意してもらうなどの工夫をしましょう。

(5) 食事介助

食事介助の前は、介護職員等は必ず手洗いおよび手指消毒を行い、清潔な器具・清潔な食器で提供することが大切です。特に、介護職員が入所者の排泄介助後に食事介助を行う場合は、十分な手洗いと手指消毒が必要です。介護職員等が食中毒病原体の媒介者とならないように、十分に注意を払いましょう。

高齢者介護施設では、職員や入所者がおしぼりを準備することがありますが、タオルおしぼりを保温器に入れておくと、細菌が増殖・拡大するおそれがあります。おしぼりを使用する場合は、使い捨てのおしぼり（ウェットティッシュ）を使用することが望ましいといえます。

入所者が水分補給の際に使用するコップや吸い飲み（らくのみ）は、使用毎に洗剤洗浄し清潔にしておきます。

(6) 排泄介助（おむつ交換を含む）

便には多くの細菌が混入しているため、介護職員や看護職員等が病原体の媒介者となるのを避けるためにも、取り扱いには特に注意が必要です。

おむつ交換は、必ず使い捨て手袋を着用して行うことが基本です。その場合は、一ケアごとに取り替えることが不可欠です。また、手袋を外した際には手洗いを実施しましょう。

おむつ交換の際は、入所者一人ごとに手洗いと手指消毒をすることが必要です。

おむつの一斉交換は感染拡大の危険が高くなります。

- おむつ交換車の使用は感染拡大の危険が高いためできるだけやめましょう。入所者一人ごとに手洗いや手指消毒をすることを徹底し、手袋を使用する場合には一ケアごとに必ず取り替えるなど、特に注意しましょう。
- 個々の利用者の排泄パターンに対応した個別ケアを行うように心がけましょう。

(7) 医療処置

医療処置は、介護職員や看護職員が日常的に行うケアの中でも、特に感染に気をつけなければならない行為です。医療処置を行う場合は、原則として使い捨て手袋を使用して実施するとともに、ケアを終えるごとに手袋を交換します。

喀痰吸引の際には、喀痰等の飛沫や接触による感染に注意します。使い捨て手袋を使用して、チューブを取り扱います。

チューブ類は、感染のリスクが高いことに留意しましょう。経管栄養の挿入や、胃ろうからの注入の際には、チューブからの感染に留意しましょう。

膀胱留置カテーテルを使用している場合、尿を廃棄するときには使い捨て手袋を使用してカテーテルや尿パックを取り扱しましょう。また、尿パックの高さに留意し、適切な位置にクリッピングをするなど、逆流させないようにすることも必要です。

点滴や採血の際には、素手での実施は避け、使い捨て手袋を着用して実施します。また、採血後は、注射針のリキャップはせず、そのまま針捨てボックスに入れます。そのため、点滴等の実施前に、針捨てボックスあるいは注射器捨てボックスを準備します。

(8) 日常の健康状態の観察と対応

高齢者介護施設では、感染そのものをなくすことはたいへん困難です。そのため、感染症が発生した場合においては、拡大を防止することが重要になります。感染の拡大を防止するためには、早期発見（少しでも早く感染した人の異常に気づくこと）や早期対応（適切かつ迅速な対応）をすることが何よりも大切です。

a. 健康状態の観察と記録

異常の兆候をできるだけ早く発見するために、入所者の健康状態を、常に注意深く観察することが必要です。体の動きや声の調子・大きさ、食欲などがいつものその人らしくない、と感じたら要注意です。また、熱があるかどうかは、検温するまでもなく、日常的なトイレ誘導やおむつ交換などのケアの際に、入所者の体に触れたときに判断できる場合もあります。

入所者の健康状態を観察・把握し、以下のような症状認められた場合は、直ちに看護職員か配置医師に報告し、症状等を記録します。

- 発熱（体温）
- 嘔吐（吐き気）
- 下痢
- 腹痛
- 咳
- 咽頭痛・鼻水
- 発疹
- 摂食不良
- 頭痛
- 顔色、唇の色が悪い

記録は、一人ひとりの入所者について作成します。付録3の書式例（1）を参考にしてください。

さらに、施設全体での状況や傾向を把握するためには、書式例（2）のようなシートを活用するとよいでしょう。定期的に行われる感染対策委員会などで状況把握を行い、日常的に発生しうる割合を超えて、上記のような症状が発生した場合には、集団感染の疑いも考慮に入れ、速やかに対応しましょう。

b. 感染症を疑うべき症状

次のような症状がある場合には、注意が必要です。

主な症状	要注意のサイン
発熱	<ul style="list-style-type: none">● ぐったりしている、意識がはっきりしない、呼吸がおかしいなど全身状態が悪い。● 発熱以外に、嘔吐や下痢などの症状が激しい。
嘔吐	<ul style="list-style-type: none">● 発熱、腹痛、下痢もあり、便に血が混じることもある。● 発熱し、体に赤い発疹も出ている。● 発熱し、意識がはっきりしていない。
下痢	<ul style="list-style-type: none">● 便に血が混じっている。● 尿が少ない、口が渇いている。
咳、咽頭痛・鼻水	<ul style="list-style-type: none">● 熱があり、痰のからんだ咳がひどい。
発疹（皮膚の異常）	<ul style="list-style-type: none">● 牡蠣殻状の厚い鱗屑が、体幹、四肢の関節の外側、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見られる。● 非常に強いかゆみがある場合も、まったくかゆみを伴わない場合もある。

特に、次のような症状がある場合には、感染症の可能性も考慮に入れて対応する必要があります。これらの症状を把握した介護職員等は、ただちに、看護職員または配置医師に症状を報告します。

①発熱



- 体温については個人差がありますが、おおむね37.5℃以上を発熱ととらえます（普段、体温が低めの人ではこの限りではありません）。
- 急な発熱の多くは感染症に伴うことが多いのですが悪性腫瘍など他の疾患の時にも起こることがあります。
- インフルエンザでは急な高熱が特徴的とされていますが、高齢者においては発熱が顕著でない場合もあります。発熱以外に呼吸器、消化器などの症状がないか確認する必要があります。

②嘔吐・下痢などの消化器症状



- 嘔吐や下痢については、特に夏場は細菌性の食中毒の多い時期であり、注意が必要です。
- 冬季に嘔吐や下痢が認められる場合には、ノロウイルス感染症も疑われます。
- 血便がある場合などには腸管出血性大腸菌などの感染症の可能性もあり、直ちに病原体の検査が必要です。

③咳・喀痰・咽頭痛などの呼吸器症状



- 高齢者においては、発熱を伴う上気道炎症状としては、インフルエンザウイルス、ライノウイルス、コロナウイルス、RSウイルス¹⁰などのウイルスによるものが多いとされています。
- 咳は他人への感染源となりますから、咳などの症状のある人にはマスクを着用します。長引く咳の場合には結核などの感染症も忘れてはいけません。
- 高齢者に多い呼吸器の疾患としては、嚥下性（誤嚥性）肺炎があります。この場合は、他人に感染を広げる危険性はまずありませんが、重篤になる場合もあり注意が必要です。嚥下性肺炎の予防のためには口腔ケアなどの有効性が示されています。

¹⁰ ライノウイルス：一般的な風邪の原因となる代表的なウイルス。上気道感染を起こす。

コロナウイルス：一般的な風邪の原因となるウイルス。上気道感染を起こす。

RSウイルス：一般的な風邪の原因となるウイルス。特に冬季にかけて流行する。小児の感染が多いが、高齢者等免疫力が弱くなっている人も罹患する。

④発疹などの皮膚症状



- 高齢者における発疹などの皮膚症状には加齢に伴う皮脂欠乏によるものや、アレルギー性のものなどもあり、必ずしも感染症によるものとは限りません。ただし、疥癬が疑われる場合には速やかに皮膚科専門医と連絡を取り合い対応する必要があります。
- 肋骨の下側など神経に沿って痛みを伴う発疹がある場合には、帯状疱疹の場合もあります。これは水痘・帯状疱疹ウイルスの過去の感染によるものです。水痘・帯状疱疹ウイルスに対する免疫は終生免疫を得ることができます。成人の場合は、多くの人が過去に感染しているので、新たに感染することはほとんどありませんが、高齢者等の免疫力が低下している人やこれまでに水痘に罹患したことのない人、お見舞い等にくる乳幼児等は感染の可能性があるため、注意が必要です。
- 難治性の褥瘡や創傷などでは、薬剤耐性菌などが関与している場合もあるため、医師との連携が欠かせません。

⑤その他

上記の症状以外にも、尿路感染症（尿の臭いや混濁などに注意）やリンパ節の腫脹などについても注意を払いましょう。何かおかしいなと感じたら、躊躇せずに早めに感染症に詳しい看護職員または配置医師に相談しましょう。

c. 感染症の疑いと対応の判断

介護職員が入所者の健康状態の異常を発見したら、すぐに看護職員または配置医師に報告しましょう。報告を受けた看護職員または配置医師は、報告のあった症状のほかに、栄養摂取や服薬、排泄状況なども含めて全体的なアセスメントをした上で、病気の状態を把握し、状況に応じた適切な対応をとりましょう。

看護職員は、施設全体の状況を正確に把握して施設長に報告します。付録3の書式例のようなシートを利用して、施設全体の感染症の発症状況や経過を管理するとよいでしょう。

施設長は、「5. 感染症発生時の対応」に示した考え方にしたがって、外部への連絡・報告と施設内での対応について適切に判断しましょう。

 49 ページ

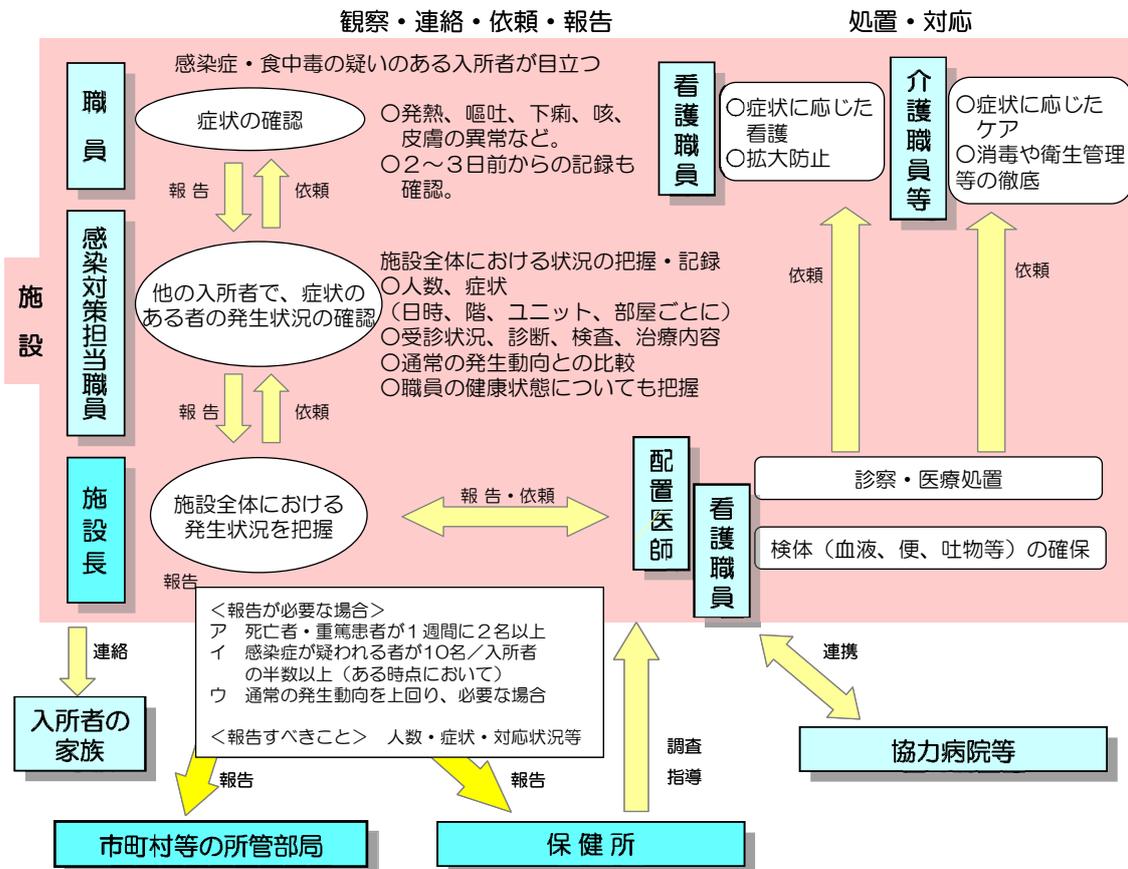
5. 感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行いましょう。

- ①「発生状況の把握」
- ②「感染拡大の防止」
- ③「医療処置」
- ④「行政への報告」
- ⑤「関係機関との連携」

発生時の対応については、付録1①の「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」（「社会福祉施設における感染症等発生時に係る報告について」（平成17年2月22日健発第0222002号、薬食発第0222001号、雇児発第0222001号、社援発第0222002号、老発第0222001号厚生労働省健康局長、医薬食品局長、雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長通知）を参照してください。

図4 感染症発生時の対応フロー



1) 感染症の発生状況の把握

感染症や食中毒が発生した場合や、それが疑われる状況が生じた場合には、有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録しておきます。

- 入所者と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時や階（あるいはユニット）及び居室ごとにまとめます。
- 受診状況と診断名、検査、治療の内容を記録しておきます。

(1) 介護職員等は

職員が入所者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、介護職員等は、看護職員と連携して施設で策定した感染対策マニュアルに従い、速やかに感染対策担当者に報告するとともに、感染対策担当者は施設長に報告します。このような事態が発生した場合に、速やかに報告できるように、事前に体制を整えておくとともに、日頃から訓練をしておく必要があります。

(2) 施設長は

施設長は、配置医師に対して診断に必要な検査や治療等を実施するよう依頼するとともに、配置医師や感染対策担当者から受けた報告を総合的に判断し、感染拡大の防止に必要な対策やさらに必要な情報の報告等、職員に必要な指示を行います。感染症や食中毒の発生状況が一定の条件を満たした場合は、施設長は行政に報告するとともに（→「4）行政への報告」）、関係機関と連携をとります（→「5）関係機関との連携」）。配置医師への報告用紙書式については、付録3③の書式の例も参考にしてください。

【参考情報】

2.5.3.1 自院の医療関連感染に関する情報を把握・分析・評価し活用している

- ① 主要な医療関連感染の発生状況を把握している
- ② 医療関連感染の発生状況の評価に基づき、改善策を検討・実施している

2.5.3.2 院内におけるアウトブレイクへの対応手順が適切に整備されている

- ① 医療関連感染アウトブレイクの監視・調査の体制が整備されている
- ② 迅速な制圧対策のための手順がある

2.5.3.3 医療関連感染に必要な院外からの情報が活用されている

- ① 院外から収集した情報が感染管理に活用されている

（参考：医療機能評価機構評価体系（Ver.6.0）一第2領域 患者の権利と医療の質および安全の確保【公益財団法人 日本医療機能評価機構】）

感染症の発生に関する情報の収集（インフルエンザの例）

1) 地域での流行状況

下記の情報を参考に、全国での発生状況、都道府県内での発生状況、2次医療圏内での発生状況等を把握する。一定の流行が観測された場合には、職員や入所者等に注意を呼びかける。

- ① 感染症発生動向調査 : 全国約5,000か所のインフルエンザ指定届出機関（定点）における1週間に診断したインフルエンザ患者数や全国約500か所の基幹定点医療機関における1週間に入院したインフルエンザ患者数を把握する調査
- ② インフルエンザ様疾患発生動向調査 : 全国の幼稚園・小学校・中学校などを対象としてインフルエンザ様疾患により学級・学年・学校閉鎖が実施された場合に、その施設数とその時点での患者数を毎週把握する調査
- ③ インフルエンザ関連死亡迅速把握システム : インフルエンザの流行が死亡者数に与える影響について監視を行うため、20指定都市からの協力を得て、インフルエンザ関連死亡の把握を行うための調査
- ④ 都道府県等の地域における流行状況は、都道府県等のホームページや衛生担当部局、保健所等で確認する。

【インフルエンザ流行情報の入手先】

- ・インフルエンザ総合対策ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html>
- ・国立感染症研究所感染症情報センター
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>
- ・厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/>

2) 施設内の状況

- ① 施設内での流行を察知するために、日頃から入所者における感染症の発生動向を把握しておく。
 - ・インフルエンザのシーズンに入り、38℃を超える発熱患者が発生した場合には、施設内感染対策委員会に報告を求めるなど施設内の発生動向調査体制を決めておくことが重要である。

（参考：インフルエンザ施設内感染予防の手引き平成24年11月改訂
【厚生労働省健康局結核感染症課、日本医師会感染症危機管理対策室】）

2) 感染拡大の防止

(1) 介護職員は

感染症（食中毒を含む）が発生したとき、又はそれが疑われる状況が生じたときは、感染拡大を防止するため速やかに対応しましょう。

- 発生時は、手洗いや嘔吐物・排泄物等の適切な処理を徹底しましょう。職員を媒介して、感染を拡大させることのないよう、特に注意を払いましょう。
- 入所者にも手洗いやうがいをするよう促しましょう。
- 自分自身の健康管理を徹底しましょう。健康状態によっては休業することも検討しましょう。
- 配置医師や看護職員の指示を仰ぎ、必要に応じて施設内の消毒を行いましょう。
- 配置医師等の指示により、必要に応じて、感染した入所者の隔離などを行いましょう。
- 詳細な対策については、「6. 個別の感染対策」の関連項目を参照してください。

(2) 配置医師及び看護職員は

感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそれが疑われる状況が生じたときは、配置医師は、診察の結果、感染症又は食中毒の特徴に応じた感染拡大防止策を看護職員等に指示します。指示を受けた看護職員は症状に応じたケアを実施するとともに、介護職員等に対し、ケアや消毒等の衛生管理について指示をします。

感染症の病原体で汚染された機械や器具、環境の消毒は、病原体の特徴に応じて適切かつ迅速に行い、汚染拡散を防止しましょう。消毒薬は、対象病原体を考慮した適切な消毒薬を選択する必要があります。

配置医師は、感染症のまん延防止の観点から、来訪者に対して入所者との接触を制限する必要性を判断し、制限する必要があると判断した場合は、施設長に状況を報告します。

施設長の指示により、来訪者に対して入所者との接触を制限する場合は、看護職員等は来訪者及び介護職員等に状況を説明するとともに、必要に応じて、介護職員等や入所者に対して手洗いやうがいの励行についての衛生教育を行います。

(3) 施設長は

施設長は、配置医師の診断結果や看護職員・介護職員からの報告による情報等により、施設全体の感染症発生状況を把握します。感染症の特徴に応じて、協力病院や保健所に相談し、技術的な応援を頼んだり、助言をもらいましょう。

また、職員等に対し、自己の健康管理を徹底するよう指示するとともに、職員や来訪者等の健康状態によっては、入所者との接触を制限する等、必要な指示をします。

3) 医療処置

配置医師は、感染拡大の防止のための指示や施設長への状況報告と同時に、感染者の重篤化を防ぐために必要な医療処置を行います。施設内での対応が困難な場合は、協力病院をはじめとする地域の医療機関等へ感染者を移送します。

4) 行政への報告

(1) 施設長は

施設長は、次のような場合、迅速に、市町村等の高齢者施設主管部局に、報告します。あわせて、保健所にも報告し対応の指示を求めます。

(付録1 「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」
第4項 参照)

a. 報告が必要な場合

- ア 同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者や重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- イ 同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合*
- ウ 上記以外の場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

b. 報告する内容

- 感染症又は食中毒が疑われる入所者の人数
- 感染症又は食中毒が疑われる症状
- 上記の入所者への対応や施設における対応状況 等

c. 報告の書式

市町村等の高齢者施設主管部局への報告用紙書式については、付録3④の書式例を参考にしてください。

(2) 医師は

医師は、感染症法又は食品衛生法の届出基準に該当する患者又はその疑いのある者を診断した場合には、これらの法律に基づき保健所等への届出を行う必要があります。

これらの感染症を診断した場合は、市町村等の高齢者施設主管部局への報告とは別に、保健所等へ届出を行う必要があります。

(付録1 「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」
第9項 参照)

5) 関係機関との連携など

状況に応じて、次のような関係機関に報告し、対応を相談し、指示を仰ぐなど、緊密に連携をとりましょう。

- 配置医師（嘱託医）、協力医療機関の医師
- 保健所
- 地域の中核病院のインфекションコントロールドクター(ICD)
- 感染管理認定看護師(ICN)

そのほか、次のような情報提供も重要です。

- 職員への周知
- 家族への情報提供

※ このような一連の対応を迅速かつ的確に行うためには、平常時から発生を想定した一定の訓練を行っておくことが必要です。

※ 特に、関係機関との連携が重要であることから、日頃から保健所や協力医療機関、都道府県担当部局等と連携体制を構築しておくことが重要です。

6. 個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）

この章では、高齢者介護施設において特に集団感染が発生するおそれの高い感染症について記載します。

1) 感染経路別予防措置策

感染経路には、(1) 接触感染、(2) 飛沫感染、(3) 空気感染、(4) 血液媒介感染などがあります。それぞれに対する予防策を、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）に追加して行いましょう。

疑われる症状がある場合には、診断される前であっても、すみやかに予防措置をとることが必要です。

(1) 接触感染

接触感染には、感染性胃腸炎（ノロウイルス）、腸管出血性大腸菌感染症、疥癬などがあります。また、多剤耐性菌感染症であるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症、緑膿菌感染症などがあります。

手指や器具を介して起こる頻度の高い伝播です。汚染物（嘔吐物、排泄物、分泌物など）との接触で環境を汚染し、手指を介して拡がるので注意が必要です。

【予防措置策】

- ① 原則としては個室管理ですが、同病者の集団隔離とする場合もあります。
- ② 居室には特殊な空調を設置する必要はありません。
- ③ ケア時は、手袋を着用します。同じ人のケアでも、便や創部排膿に触れた場合は手袋を交換します。
- ④ 職員には手洗いを励行し、適宜手指消毒を行います。
- ⑤ 可能な限り個人専用の医療器具を使用します。
- ⑥ 汚染物との接触が予想されるときは、ガウンを着用します。ガウンを脱いだあとは、衣服が環境表面や物品に触れないように注意しましょう。

(2) 飛沫感染

インフルエンザ、肺炎球菌感染症、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風しんなどが該当します。

咳、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫粒子（5 μ m以上、落下速度30～80cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫粒子は半径1m以内に床に落下し、空中に浮遊し続けることはありません。次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

- ① 原則として個室管理ですが、同病者の集団隔離とする場合もあります。
- ② 隔離管理ができないときは、ベッドの間隔を2m以上あけることが必要です。
- ③ 居室に特殊な空調は必要なく、ドアは開けたままでもかまいません。
- ④ ケア時に職員はマスク（外科用、紙マスク）を着用します。
- ⑤ 職員はうがいを励行します。
- ⑥ 咳をしている入所者には、呼吸状態を確認の上で、マスク着用をさせることも検討します。

(3) 空気感染

結核（結核菌）や麻疹（麻疹ウイルス）、水痘（带状疱疹）などが該当します。

咳やくしゃみなどで飛散した飛沫核（5 μ m以下、落下速度0.06～1.5cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫核は空中に浮遊し続け、空気の流れにより飛散します。

次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

- ① 入院による治療が必要です。
- ② 病院に移送するまでの間は、原則として個室管理とします。
- ③ 特殊な空調が要求されます。部屋の空調は、陰圧とします。
- ④ ケア時は、職員は高性能マスク（N95¹¹など）を着用します。
- ⑤ 免疫のない職員は、患者との接触を避けます。
- ⑥ 咳をしている入所者には、呼吸状態を確認の上で、マスク着用をさせることも検討します。

¹¹ N95 マスク：正式名称は、N95 微粒子マスク。米国NIOSH（国立労働安全衛生研究所）が定めた規格を満たし、認可された微粒子用のマスク。

2) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応

(1) 接触感染（経口感染含む）

a. ノロウイルス（感染性胃腸炎）

ア. 特徴

ノロウイルスは、冬季の感染性胃腸炎の主要な原因となるウイルスです。感染力が強く、少量のウイルス（100個以下）でも感染し、集団感染を起こすことがあります。ノロウイルスは汚染された貝類（カキなどの二枚貝）を、生あるいは十分加熱調理しないで食べた場合に感染します。（なお、ノロウイルスは調理の過程で85℃以上1分間の加熱を行えば感染性はなくなるとされています。）。ただし現在では、二枚貝よりも感染者を介したヒト→ヒト感染の例が多く報告されています。

高齢者介護施設においては、入所者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品などを介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。特に、おむつや嘔吐物の処理には注意が必要です。

潜伏期は1～2日、主症状は、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢で、通常は1～2日続いた後、治癒します。

高齢者介護施設では、感染した入所者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品などを介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。また、施設内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、水道の蛇口、テーブル、取っ手など）は、ノロウイルスに汚染されている可能性があり、二次感染を起こすことがあります。場合によっては、井戸水、入浴中に排便してしまったときの浴槽水によっても感染が起こることがあります。また、接触感染のみでなく、嘔吐物の処理のときや介護中に嘔吐したとき飛沫により感染することがあります。

イ. 平常時の対応

感染防止には、正しい手洗い・消毒を実行することが大切です。介護職員・看護職員は介助後・配膳前・食事介助時には必ず手を洗いましょう。手袋を脱いだときも必ず手を洗いましょう。

ノロウイルスはアルコールによる消毒効果が弱いため、アルコールのみの擦式消毒薬による手指衛生は有効ではありません。むしろ液体石けんによる手洗いが重要です。ただし固形石けんはウイルスを媒介する可能性があるため、液体型の石けんの使用を推奨します。

なお、食品の取り扱いにおいては、付録1の「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成9年3月24日衛食第85号）（最終改正：平成24年5月18日食安発0518第1号）別添、「中小規模調理施設に

おける衛生管理の徹底について」(平成9年6月30日衛食第201号厚生省生活衛生局食品保健課長通知)を参照してください。

ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

初期症状は嘔吐と下痢です。とくに、次のような症状があった場合には、必ず看護職員に報告します。

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」

エ. 感染を疑ったら～対応の方針

<入所者への対応>

- 可能な限り個室に移します。個室がない場合は同じ症状の入所者を一つの部屋へ集めます。
- 嘔吐症状がでたら、本人に予想される経過を説明し、食事については様子をみながら判断します。
- 下痢や嘔吐症状が続くと、脱水を起こしやすくなるため、水分補給が必要です。口からの水分の補給がとれない場合は、補液(点滴)が必要となります。医療機関を受診します。
- 突然嘔吐した人の近くにいた、嘔吐物に触れた可能性のある人は、潜伏期48時間を考慮して様子を見ます。
- 連続して2食以上を通常量食べることができ、食後4時間嘔吐がなければ、嘔吐症状は治まったと判断します。
- 高齢者は、嘔吐の際に嘔吐物を気道に詰まらせることがあるため、窒息しないよう気道確保を行います。また、速やかに吸引できるように、日頃から体制を整えておきます。

※ 食事中の嘔吐で食器が嘔吐物で汚れた場合には、厨房にウイルスを持ちこまないため、パントリーの蓋付き容器に次亜塩素酸ナトリウム液(0.05%~0.1%)を作り、そこに食器をいれ、次の下膳のときに食器を取り出して厨房へ下げます。

<高齢者介護施設の体制・連絡など>

- 感染ルートを確認します。
一緒に食事を摂取した人をよく観察します。
感染者や施設外部者との接触があったかどうかを確認します。
また、施設内で他に発症者がいないかどうかを調べます。

- 24時間のうちに、水様便や嘔吐症状の発症者が2人以上になった場合には
 - 看護職員が看護記録に記録するとともに、責任者に口頭で伝えます。
 - 責任者は、施設全体に緊急体制を敷きます。
 - 看護職員はその後の発症者数、症状継続者数の現況を、朝のミーティングで報告し、職員全体が経過を把握できるようにします。(下痢、嘔気などの症状のある入所者を報告する用紙を使用するとよい。)
- 面会は必要最小限にします。面会者にも情報を示し、理解を求めます。
- 責任者は、感染対策が確実に実施されているかを観察して確認します。消毒薬や嘔吐物処理等に必要な用具が足りているかの確認も必要です。

オ. 発生時の対応

<嘔吐物・排泄物の処理>

- 嘔吐物の処理の手順を徹底します。 👉 29 ページ
 - 使い捨て手袋を着用します。
 - ノロウイルスは飛沫感染の可能性も指摘されているので、マスクもしましょう。
 - 嘔吐があった場合には、周囲2メートルくらいは汚染していると考えて、まず濡れたペーパータオルや布などを嘔吐物にかぶせて拡散を防ぐことが重要です。
 - 最後に次亜塩素酸ナトリウム液（0.1%）で確実にふき取ります。使用したペーパータオルや布はビニール袋に入れます。
- ※嘔吐物処理用品を入れた処理用キットをいつでも使えるように用意しておきます。
- おむつははずしたら、すぐにビニール袋に入れ（2重にするとなお安全です）感染性廃棄物として処理します。
 - トイレ使用の場合も換気を十分にし、便座や周囲の環境も十分に消毒します。
 - 使用した洗面所等はよく洗い、消毒します。
 - 処理後は手袋、エプロン、マスクをはずして液体石けんと流水で入念に手を洗います。
 - 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をします。

<洗濯>

- シーツなどは周囲を汚染しないように丸めてはずして、ビニール袋に入れます。

- 衣類に便や嘔吐物が付着している場合は、付着しているものを軽く洗い流します。
- 次に次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%～0.1%）につけます（10分程度）。あるいは、85℃で1分間以上熱湯消毒します。
- 洗濯機で洗濯して乾燥させます。
- 布団に付着した場合の処理方法については、厚生労働省ホームページに掲載されている「ノロウイルスに関するQ&A」¹²のQ20を参照してください。

<食事>

- 入所者に対しては、水分・栄養補給を行い体力が消耗しないようにします。
- 水分1日1500cc（配置医師の指示の確認）を心がけます。なまものや牛乳は控えます。

<入浴>

- 症状が落ち着き、入浴できる状態であれば、1週間ぐらいは最後に入浴するようにします。
- 入浴後の洗い場やタオル等の洗浄に加え、しばらくは消毒も実施します。

<報告>

- 「感染症発生時の対応」の「行政への報告」の項【5章 4）】を参照してください。

カ. 解除の判断

- 嘔吐・下痢・腹痛・発熱などの症状がおさまってからも2～3週間は排便内にウイルスが見つかることがあります。
- 施設全体としては新しい患者が1週間出なければ、終息とみなしてよいでしょう。感染対策委員会で最終的な判断をします。
- 職員の感染者は症状が消失しても、3～5日は就業制限したり、食品を扱う部署から外れたり、トイレの後の手洗いを入念にするなどの対策をした方がよいでしょう。（症状消失後も便にウイルスが残っているため）

¹² ノロウイルスに関するQ&A（作成：平成16年2月4日 厚生労働省）（最終改定：平成24年4月18日）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html>

b. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）

ア. 特徴

大腸菌自体は、人間の腸内に普通に存在し、ほとんどは無害ですが、中には下痢を起こす原因となる大腸菌があります。これを病原性大腸菌といいます。このうち、特に出血を伴う腸炎などを引き起こすのが、腸管出血性大腸菌です。O157 は、腸管出血性大腸菌の一種です。

腸管出血性大腸菌は、人の腸内に存在している大腸菌と性状は同じですが、ベロ毒素を産生するのが特徴です。ベロ毒素産生菌は、O157 が最も多いですが、O26、O104、O111 などの型もあります。¹³

少量の菌量で感染するといわれており、平均 3～5 日の潜伏期で発症し、水様性便が続いたあと、激しい腹痛と血便となります。

イ. 平常時の対応

少量の菌量で感染するため、高齢者が集団生活する場では二次感染を防ぐ必要があります。感染予防のために、

- 手洗いの励行（排便後、食事の前など）
- 消毒（ドアノブ、便座などのアルコール含浸綿の清拭）
- 食品の洗浄や十分な加熱

など、衛生的な取り扱いが大切です。

ウ. 発生時の対応

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医療機関を受診し、医師の指示に従うことが重要です。
- 食事の前や便の後の手洗いを徹底することが大切です。
- 腸管出血性大腸菌感染症は、3類感染症¹⁴であるため診断した医師が、診断後直ちに最寄りの保健所に届け出ることになっています。

¹³ http://www1.mhlw.go.jp/o-157/o157q_a/ Q1 及びQ3を参照。

¹⁴ 感染症法による感染症の分類は付録2（84 ページから 86 ページ）を参照。

c. 疥癬虫（疥癬）

ア. 特徴

疥癬は、ダニの一種であるヒゼンダニ（*Sarcoptes scabiei*）が皮膚に寄生することで発生する皮膚病で、腹部、胸部、大腿内側などに激しいかゆみを伴う感染症です。直接的な接触感染の他に、衣類やリネン類などから間接的に感染する例もあります。また、性感染症の1つにも入られています。

疥癬の病型には通常の疥癬と重症の疥癬（通称「痂皮型疥癬」）があります。痂皮型疥癬の感染力は強く、集団感染を引き起こす可能性があります。通常の疥癬は、本人に適切な治療がなされれば、過剰な対応は必要ありません

疥癬虫は皮膚から離れると比較的短時間で死滅します。また、熱に弱く、50℃、10分間で死滅します。

イ. 平常時の対応

疥癬の予防のためには、早期発見に努め、適切な治療を行うことが必要です。疥癬が疑われる場合は、直ちに皮膚科専門医の診察を受けましょう。衣類やリネン類は熱水での洗濯が必要です。ダニを駆除するため、布団なども定期的に日光消毒もしくは乾燥させます。介護職員の感染予防としては、手洗いを励行することが大切です。

ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

疥癬は早期発見が大切です。以下のような皮膚所見を見たら、疥癬を疑います。

入所時や普段のケアのときに皮膚の観察を忘れないようにします。

- 皮膚の掻痒感があり、皮膚を観察すると赤い乾燥した皮膚の盛り上がりがある。時に、疥癬トンネルと呼ばれる線状の皮疹が認められる。
- 特に、他の施設などから移ってこられる入所者の方には注意して観察します。
- 時に、免疫不全患者（糖尿病、ステロイド投与、腎不全など）で発症する場合があります。

エ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 皮膚科へできるだけ早く依頼を出します。（特に皮膚が角化している痂皮型疥癬の場合、ダニの数が多く感染力が強く治療が遅れると他に広がるのが早いため、至急、依頼をします）

- 素手で皮膚を触らないようにします。また、無防備に患者に接触しないことが重要です。
- 多くの人と接触することが多い検査(X-Ray など)へ出るのは、皮膚科の診断後にします。
- 責任者に連絡、報告します。

才. 発生時の対応

痂皮型疥癬の場合は、施設内集団発生することがあり、接触感染隔離が必要です。

- 手袋、使い捨てのガウンを着用します
 - 布ガウンを使用してはいけません。
- 患者を清潔にすることが大切です
 - 寝衣は洗濯したものに替えます。
 - 皮膚の観察と清潔につとめます。
 - 入浴ができる方は、できるだけ毎日入浴します。
 - 入浴ができない方に対しては、皮膚の観察を含めて毎日清拭をします。
- 使用したリネンはビニール袋に入れて、しっかりと口をしめて2・3日放置した後に洗濯に出します。
- 疥癬虫は皮膚から離れると比較的短時間で死滅するため、通常の清掃を行ってかまいません。ただし、清掃する際も接触感染予防を行いません。
- 接触した職員
 - 無防備で接触した職員は、当日着た衣服はすぐに洗濯をします。帰宅後、入浴・シャワーをし、下着も全て替え、洗濯をします。
 - 前腕、腹部に兆候が現れることが多いと言われます。接触した職員は良く観察をしましょう。皮膚の掻痒感、皮疹がでたら、至急に皮膚科を受診すると同時に責任者に連絡します。

力. 解除の判断

隔離を解除する前に、患者の全身を観察して新しい皮疹がないことを確認します。

d. 薬剤耐性菌

ア. 特徴

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）や緑膿菌などに代表される各種の薬剤耐性菌は、主に院内感染の原因菌として問題となっています（表3）。これらの耐性菌は、抵抗力が保たれている人に対しては病原性を示さないため、保菌しているだけでは健康被害をもたらすことはありません。ただし感染抵抗性が低下した人が耐性菌によって感染を起こした場合は有効な抗菌薬が限られてくるため、治療が難しくなることがあります。

一方、耐性菌は市中においても分離されており、健康な人から分離されることもあります。最近の傾向としては基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBL）と呼ばれる酵素を産生する菌が国内でも増加傾向にあり、入院歴のない一般の人からも分離されるようになってきました。

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）はまだ国内ではそれほど分離頻度は高くありませんが、医療施設だけでなく介護施設においてもアウトブレイク¹⁵が起りやすい菌です。特にオムツの交換など排泄物を扱う作業が菌を伝播するきっかけとなりやすいため、スタッフはそれらの作業の際には十分注意が必要です。

高齢者介護施設においては、これらの耐性菌を保菌している人が入所している可能性があります。通常の入所生活においては保菌者に対して制限を設けたり、特別扱いをする必要はありません。むしろ保菌者に対して過剰の対応をすることで、差別に繋がらないよう注意する必要があります。

イ. 平常時の対応

耐性菌は接触感染で伝播するため、感染を防止するために、日常的な手洗いが重要です。使用した物品（汚染されたおむつ、ティッシュペーパー、清拭布など）を取り扱った後は、手洗いと手指消毒の徹底が必要です。

咳や痰などの症状がなく、咽頭に保菌しているだけの状態では、周囲に耐性菌を広げる可能性は低いため、個室で管理する必要はありません。一般的な標準予防措置の実施で十分対応可能です。

¹⁵ 特定の病原体による感染（感染症）が、通常起り得る状態を超えて、短期間に多数発生すること。一般的には医療機関などの施設内で感染症の流行が起こった場合を指しますが、地域や国などの広範囲で流行がみられた場合を指すこともあります。さらに非常に稀な感染症が発症した場合も、広い意味でアウトブレイクと呼ぶことがあります。

ウ. 発生時の対応

- 咳や痰、褥瘡感染、下痢など周囲に耐性菌を広げやすい状態が発生した場合は、接触感染予防措置策を行います。(51 ページ参照)
- 感染者は、なるべく個室対応とします。
- 入所者の中に、糖尿病や慢性呼吸器疾患など抵抗性が低下しやすい人がいる場合は、ベッド配置を考慮してなるべく同室になることを避けます。
- 感染者の診断や治療を適切に行うために、感染徴候が認められたら医療機関を早めに受診するようにしましょう。

エ. 解除の判断

培養検査によって菌の陰性化が確認されたら、接触感染予防策の解除を行います。解除後は標準予防措置策を実施し、再び感染徴候が認められないかどうか注意深く観察していく必要があります。

表3 代表的な薬剤耐性菌

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 主に院内感染を起こす菌<ul style="list-style-type: none">• メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) (院内感染型)• 緑膿菌 (多剤耐性緑膿菌: MDRP を含む)• バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)• 各種 β-ラクタマーゼ産生菌 (ESBL 産生菌、AmpC 産生菌、メタロ β-ラクタマーゼ産生菌を含む)• 多剤耐性アシネトバクター2. 主に市中感染を起こす菌<ul style="list-style-type: none">• ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)• アンピシリン耐性インフルエンザ菌 (BLNAR 他)• 市中感染型メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (CA-MRSA) |
|---|

(2) 飛沫感染

a. インフルエンザウイルス（インフルエンザ）

ア. 特徴

日本では主に冬季に流行します。インフルエンザは、急に 38℃から 40℃の高熱が出るのが特徴で、倦怠感、筋肉痛、関節痛などの全身症状も強く、これらの激しい症状は 5 日ほど続きます。気管支炎や肺炎を併発しやすく、重症化すると心不全を起こすこともあるため、体力のない高齢者にとっては命にかかわることもあります。

感染経路は、咳・くしゃみなどによる飛沫感染が主ですが、汚染した手を介して鼻粘膜への接触で感染する場合があります。潜伏期は、1～2 日（時に 7 日まで）、感染者が他に伝播させる時期は、発症の前日から症状が消失して 2 日後までとされています。

インフルエンザについては、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」に基づいて作成された「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」において、「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」の策定が定められており、高齢者等の入所施設におけるインフルエンザ感染防止に対する対策がまとめられています。

○ インフルエンザ総合対策ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html>

イ. 平常時の対応

インフルエンザウイルスは感染力が非常に強いことから、できるだけウイルスが施設内に持ち込まれないようにすることが施設内感染防止の基本とされています。施設内にインフルエンザが発生した場合には、感染の拡大を可能な限り阻止し、被害を最小限に抑えることが、施設内感染防止対策の目的となります。

このためには、まず、施設ごとに常設の感染対策委員会を設置し、施設内感染を想定した十分な検討を行い、

- 日常的に行うべき対策（予防対策）
- 実際に発生した際の対策（行動計画）

について、日常的に、各々の施設入所者の特性、施設の特性に応じた対策及び手引きを策定しておくことが重要です。

ウ. 予防について（冬季の注意）

予防措置策としては、入所者と職員にワクチン接種を行うことが有効です¹⁶。入所者に対しては、インフルエンザが流行するシーズンを前に、予防接種の必要性、有効性、副反応について十分説明します。同意が得られ接種を希望する入所者には、安全に接種が受けられるよう配慮します。定期的に活動しているボランティアや面会に来られる家族にも、同様の対応が望ましいと考えられます。

また、咳をしている人には、サージカルマスクをして貰う方法が効果的です。入所者や面会者で咳をしている人にはマスクを着用してもらいます。（「咳エチケット」呼ばれる方法です。「咳エチケット」を知ってもらうために、次ページのようなポスターを活用するとよいでしょう。）

¹⁶ 65歳以上の健常の高齢者については、約45%の発病を阻止し、約80%の死亡を阻止する効果があったと報告されています（「インフルエンザワクチンの効果に関する研究（主任研究者：神谷齊）」）。このデータを考慮して、平成13年インフルエンザは、予防接種法2類疾病とされ、65歳以上の高齢者および60～65歳で一定の基礎疾患を有する人は定期接種の対象となりました。



「咳エチケット」のポスター（例）

インフルエンザ流行時期の前（10月～11月）に、職員も入所者もワクチンを接種しましょう。

👉 19 ページ

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

- 急な発熱（38～40℃）と全身症状（頭痛、腰痛、筋肉痛、全身倦怠感など）（ただし、高齢者では発熱が顕著でない場合があるので注意が必要です。）
- これらの症状と同時に、あるいはやや遅れて、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、咳、痰などの気道炎症状
- 腹痛、嘔吐、下痢などの消化器症状を伴う場合もあります。

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

施設内の感染対策委員会において策定された、行動計画（実際に発生した際の具体的な対策）に従って、対応しましょう。

- タミフルなどの抗インフルエンザ薬は発症後48時間以内に治療を開始しないと無効なため、インフルエンザを疑う症状があった場合は、早めに医療機関を受診しましょう。
- インフルエンザを疑う場合（および診断された場合）には、基本的には個室対応とします。
- 複数の入所者にインフルエンザの疑いがあり、個室が足りない場合には、同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある入所者（および診断された入所者）にケアや処置をする場合には、職員はサージカルマスクを着用します。
- 罹患した入所者が部屋を出る場合は、マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。通常、発症後1週間、解熱後3日などとしている施設が多いようです。
- 感染者と同室にいた入所者などインフルエンザウイルスに曝露された可能性が高い人に対して、抗インフルエンザ薬の予防内服が行われる場合があります。しかし感染後に重症化しやすい方やアウトブレイクなどの特殊な場合を除くと、実際に適応となる場合はまれであり、医師と相談して慎重に判断する必要があります。

b. 肺炎マイコプラズマ（マイコプラズマ肺炎）

ア. 特徴

肺炎マイコプラズマは市中肺炎の主要な病原体のひとつです。細菌性の肺炎と異なり、痰を伴わない乾性咳嗽がしつこく続き、非定型肺炎と呼ばれています。主に小児や若年者などに多く発症していますが、高齢者でも増加傾向が認められています。

イ. 平常時の対応

肺炎マイコプラズマは外部からの持ち込みに注意する必要があります。咳をする人の面会は避けてもらうか、サージカルマスクの着用を依頼します。スタッフが感染する場合もあるため、咳が続く職員は医療機関を早く受診するとともに、勤務時はマスクを着用します。

ウ. 予防について

肺炎マイコプラズマにはワクチンはありません。基本的に咳エチケットによる伝播予防が重要です。

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

- 頑固に続く咳が特徴的で、咳のために睡眠が妨げられる場合もあります。
- 発熱もみられますが高熱の場合はまれで、痰もほとんどみられません。

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

- マイコプラズマは飛沫感染で伝播するため、咳をしている人を始め、感染が疑われる入所者にはサージカルマスクをして貰いましょう。
- 感染者は基本的に個室対応とします。
- マイコプラズマ肺炎は迅速診断も可能ですが、一般的には臨床症状などをもとに診断され、多くの患者は推定のまま治療が行われています。
- マイコプラズマ肺炎と診断された場合は基本的に入院による治療が行われますが、軽症例では外来治療になる場合もあります。

カ. 解除の判断

基本的には咳が続いている間は対策の対象となります。

(3) 空気感染

a.結核菌（結核）

ア. 特徴

結核は結核菌による慢性感染症です。多くの人が感染しても発症せずに終わりますが、高齢者や免疫低下状態の人は発症しやすいと考えられています。肺が主な病巣ですが、免疫の低下した人では全身感染症となります。結核の症状は、呼吸器症状（痰と咳、時に血痰・喀血）と全身症状（発熱、寝汗、倦怠感、体重減少）がみられます。咳が2週間以上続く場合は要注意です。

高齢者では過去に感染し無症状で経過していたが免疫力の低下等のため発症したケースや一度治療を行った肺結核の再発例がみられます。高齢者では、全身の衰弱、食欲不振などの症状が主となり、咳、痰、発熱などの症状を示さない場合もあります。

イ. 平常時の対応

入所時点で結核でないことを、医師の健康調査表などにに基づき確認しましょう。年に一度、レントゲン検査を行うなど患者の状態の変化に注意しましょう。日頃の体調の変化に注意し、呼吸器症状や全身症状がみられる場合は結核発症の可能性も考慮し早めに受診する必要があります。

ウ. 発生時の対応

- 上記のような症状がある場合には、喀痰の検査及び胸部 X 線の検査を行い、医師の診断を待ちます。
- 検査の結果を待つ間は、看護職員・介護職員は、N95 マスク¹⁷を着用し、可能であれば検査を待つ入所者は個室を利用することが望まれます。症状のある入所者は直ちに一般入所者から隔離し、マスク（あれば外科用マスク）を着用させ、医師の指示に従うことが必要です。
- 施設内で結核患者の発生が明らかとなった場合には、保健所からの指示に従った対応をしましょう。
- 接触者（同室者、濃厚接触者：職員、訪問者（家族等））をリストアップして、保健所の対応を待ちましょう。
- 排菌者は結核専門医療機関への入院、治療が原則です。発熱、咳、喀血などのある入所者は、隔離し、早期に医師の診断を受ける必要があります。

¹⁷ 52ページ、脚注11を参照。

- 一方、仮に感染者であることがわかって、患者が排菌していない場合は必ずしも隔離は必要ではありません。検査で排菌していないことが確認されたケースや専門施設での入院治療終了後に排菌していないことが確認された場合は、それぞれの患者の状況に応じて医師や保健所の指示に従った対応が求められます。
- 結核は2類感染症で、診断した医師が、直ちに最寄りの保健所に届け出ることであります。

(4) その他の重要な感染症

高齢者介護施設において起こり得る感染症は、必ずしも全ての病原体が人から人に伝播して起こるとは限りません。発症した本人が自ら保菌していた菌が原因となったり、環境から感染を起こす場合があります。以下の感染症は施設内で遭遇する頻度が高いため十分注意が必要な疾患です。

a. 肺炎球菌（肺炎など）

ア. 特徴

肺炎球菌は人の鼻腔や咽頭などに常在し、健康成人でも保有している人はまれではありません。肺炎球菌が引き起こす主な病気としては、肺炎、気管支炎などの呼吸器感染症や副鼻腔炎、中耳炎、髄膜炎などがあります。

イ. 平常時の対応

肺炎球菌は飛沫感染による伝播が主ですが、本来常在している場合も多く、隔離等の対象にはなりません。

高齢者施設などでは、インフルエンザや上気道感染後に、二次感染として発症する頻度が高くなっています。

ウ. 予防について

- 慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの基礎疾患を有する入所者は、肺炎球菌感染のハイリスク群です。ハイリスク群である入所者には、重症感染予防として肺炎球菌ワクチンの接種が有効です。
- 手洗い・手指消毒の徹底やうがいの励行が必要です。

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

- 肺炎の典型的な症状である咳、痰、悪寒、発熱（高熱）、呼吸困難、胸痛などの症状が現れます。
- 痰は鉄さび色の痰が出ることもあります。

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 基本的に標準予防措置策で対応します。
- ペニシリン耐性肺炎球菌感染症は、5類感染症であり、基幹定点医療機関から保健所へ月単位で届け出をすることになっています。

b. レジオネラ（肺炎）

ア. 特徴

レジオネラ症は、レジオネラ属の細菌によっておこる感染症です。レジオネラは自然界の土壌に生息し、レジオネラによって汚染された空調冷却塔水などにより、飛散したエアロゾル¹⁸を吸入することで感染します。その他、施設内における感染源として多いのは、循環式浴槽水、加湿器の水、給水・給湯水等です。

レジオネラによる感染症には、急激に重症となって死亡する場合もあるレジオネラ肺炎と、数日で自然治癒するポンティアック熱とがあります。

イ. 平常時の対応

レジオネラが増殖しないように、施設・設備の管理（点検・清掃・消毒）を徹底することが必要です。高齢者施設で利用されている循環式浴槽では、浴槽水をシャワーや打たせ湯などに使用してはいけません。毎日完全に湯を入れ換える場合は毎日清掃し、1カ月に1回以上消毒することが必要です。消毒には塩素消毒が良いでしょう。長期間消毒されていない循環水を用いることは避けます。

ウ. 予防について

- レジオネラ症の感染源となる設備である、入浴設備、空気調和設備の冷却塔及び給湯設備における衛生上の措置を行うことが重要となります。¹⁹

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

- 高齢者が共同入浴施設などを利用した後に、肺炎の症状を呈した場合はレジオネラ肺炎を疑います。
- 高熱や咳・痰、呼吸困難などの症状が現れます。

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 患者が発生したときは、施設・設備の現状を保持したまま、速やかに保健所に連絡します。
- 浴槽が感染源とは限りませんが、感染源である可能性が高いので、浴槽は直ちに使用禁止とすることが必要です。
- レジオネラ症は、人から人への感染はありません。

¹⁸ エアロゾル：気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子。

¹⁹ レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針。

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/legionella/O30725-1.html>)

- レジオネラ症は、4類感染症で、診断した医師が直ちに届け出る
ことになっています。

c. 誤嚥性肺炎

ア. 特徴

誤嚥性肺炎は、誤嚥がきっかけになって主に口腔内の細菌が肺に入り込んで起こる肺炎です。高齢者の中でも脳梗塞などによって中枢神経系の麻痺を有する例では、嚥下機能が低下している場合があり、通常の食事の際にも誤嚥を起こす可能性が高くなります。さらに高齢者の場合は一般的に咳反射が低下しており、睡眠中などでも口腔内の唾液が肺に流れ込むことがあります。

またノロウイルス感染症などの際に嘔吐に伴って誤嚥を起こす場合もあり、その際は胃液に含まれた胃酸によっても肺炎が起こります。

イ. 平常時の対応

- 嚥下能力が低い入所者の食事の際には誤嚥の可能性を考慮して十分注意する必要があります。
- 普段の状況と比べて摂食状態が低下している場合は、無理に食事をさせることのないように注意しましょう。
- 咳や痰、発熱などの症状がある場合は、医療機関を早めに受診させましょう。

ウ. 予防について

- 特に誤嚥を起こしやすい高齢者の場合は、普段の口腔ケアが重要です。

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

- 食事の際に起こる誤嚥性肺炎は、食事中にむせたり、食後に咳が続いたりすることが多いため、そのような場合は誤嚥を起こした可能性を考慮しなければいけません。
- 食事の際に誤嚥しなくても誤嚥性肺炎は起こりうるため、むせるなどの症状がなくとも否定はできません。

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 誤嚥性肺炎は他の入所者に伝播する疾患ではありませんので、飛沫感染予防策などの対応は必要はありません。
- 誤嚥性肺炎と診断された場合は基本的に入院による治療が行われます。（介護老人福祉施設等施設内で治療することが困難な場合）