

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

目次

1. はじめに.....	1
2. 高齢者介護施設と感染対策.....	2
1) 注意すべき主な感染症.....	2
2) 感染対策の基礎知識.....	3
(1) 感染源.....	3
(2) 感染経路の遮断.....	3
(3) 高齢者の健康管理.....	6
(4) 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）.....	8
3. 高齢者介護施設における感染管理体制.....	9
1) 感染対策委員会の設置.....	9
(1) 目的と役割.....	9
(2) 委員会の構成.....	10
(3) 開催頻度.....	11
(4) 活動内容.....	11
(5) 決定事項等の周知.....	12
2) 感染対策のための指針・マニュアルの整備.....	13
(1) 指針・マニュアルを作成する目的.....	13
(2) マニュアルの内容.....	15
(3) マニュアルの実践と遵守.....	16
(4) マニュアルの見直しの必要性.....	17
3) 職員の健康管理.....	18
(1) 感染媒介となりうる職員.....	18
(2) 職員の健康管理.....	18
4) 早期発見の方策.....	20
5) 職員研修の実施.....	21
(1) 研修の目的.....	21
(2) 研修を行う時期.....	21
(3) 研修のカリキュラム.....	22
4. 平常時の対策.....	25
1) 高齢者介護施設内の衛生管理.....	25
(1) 環境の整備.....	25
(2) 清掃について.....	26
(3) 嘔吐物・排泄物の処理.....	29
(4) 血液・体液の処理.....	31

2) 介護・看護ケアと感染対策	32
(1) 標準予防措置策	32
(2) 職員の手洗い	33
(3) 手袋の着用と交換について	35
(4) 入所者の手指の清潔	36
(5) 食事介助	36
(6) 排泄介助（おむつ交換を含む）	37
(7) 医療処置	38
(8) 日常の健康状態の観察と対応	39
5. 感染症発生時の対応	44
1) 感染症の発生状況の把握	45
2) 感染拡大の防止	47
3) 医療処置	48
4) 行政への報告	49
5) 関係機関との連携など	50
6. 個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）	51
1) 感染経路別予防措置策	51
(1) 接触感染	51
(2) 飛沫感染	51
(3) 空気感染	52
2) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応	53
(1) 接触感染（経口感染含む）	53
(2) 飛沫感染	62
(3) 空気感染	67
(4) その他の重要な感染症	69
付 録	73
付録1：関連する法令・通知	73
付録2：感染症法について	84
付録3：入所者の健康状態の記録	88
付録4：消毒法について	92
付録5：感染性廃棄物の処理について	96

このマニュアルは、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成 17 年 3 月）」をもとに、「特別養護老人ホームにおける感染対策ガイドライン（平成 19 年 3 月）」の内容を統合し、近年の施設における感染症の動向や新たな知見を踏まえて、平成 25 年 3 月に改訂したものです。

1. はじめに

高齢者介護施設¹は、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者が、集団で生活する場です。このため、高齢者介護施設は感染が広がりやすい状況にあることを認識しなければなりません。また、感染自体を完全になくすことはできないことを踏まえ、感染の被害を最小限にすることが求められます。

このような前提に立って、高齢者介護施設では、感染症を予防する体制を整備し、平常時から対策を実施するとともに、感染症発生時には感染の拡大防止のため迅速で適切な対応を図ることが必要となります。

本マニュアルでは、上記のような特徴を持った高齢者介護施設における「感染症対策の基本」「感染管理体制のあり方」「平常時の衛生管理のあり方」及び「感染症等発生時における対応法」についてとりまとめました。

本マニュアルは、高齢者介護施設における感染のリスクとその対策に関する基本的な知識や、押さえるべきポイントを示したものです。

感染対策を効果的に実施するためには、職員一人一人が自ら考え実践することが重要となります。本マニュアルを参考として、各施設での実情を踏まえ、独自の指針とマニュアルを作成してください。

【感染対策のために必要なこと】

施設長（管理者）は・・・

- 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解
- 感染症対策に対する正しい知識（予防、発生時の対応）の習得
- 施設内活動の着実な実施（感染対策委員会の設置、指針とマニュアルの策定、職員等を対象とした研修の実施、設備整備など）
- 関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政への届出など）
- 職員の労務管理（職員の健康管理、職員が罹患したときに療養に専念できる人的環境の整備など）

職員は・・・

- 高齢者の特性、高齢者介護施設の特性、施設における感染症の特徴の理解
- 感染症に対する基本的な知識（予防、発生時の対応、高齢者が罹患しやすい代表的な感染症についての正しい知識）の習得と日常業務における実践
- 自身の健康管理（感染源・媒介者にならないこと、など）

¹ 本マニュアルは、主として、介護老人福祉施設、介護老人保健施設での活用を想定して作成していますが、その他の高齢者に関わる社会福祉施設や居住系サービス事業所、通所サービス事業所などにおいてもご活用いただけます。

2. 高齢者介護施設と感染対策

1) 注意すべき主な感染症

高齢者は加齢に伴い抵抗力が低下してくるため感染しやすい状態にありますが、入院している患者の感染のしやすさと同じではありません。

また、高齢者介護施設は「生活の場」でもあるという点でも、病院とは異なっています。したがって、高齢者介護施設で問題となる感染症や感染対策のあり方は、急性期医療を担う病院とは異なります。

しかし、感染対策に関する基本事項は同じであるといえます。

高齢者介護施設において、予め対応策を検討しておくべき主な感染症として、以下のものが挙げられます。

① 入所者及び職員にも感染が起こり、媒介者となりうる感染症

集団感染を起こす可能性がある感染症で、インフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症等）、腸管出血性大腸菌感染症、痂皮型疥癬、結核などがあります。

② 健康な人に感染を起こすことは少ないが、感染抵抗性の低下した人に発生する感染症

高齢者介護施設では集団感染の可能性がある感染症で、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA 感染症）、緑膿菌感染症などの薬剤耐性菌による感染症があります。

③ 血液、体液を介して感染する感染症

基本的には、集団感染に発展する可能性が少ない感染症で、肝炎（B 型、C 型）、HIV 感染症²などがあります。

①及び②に示した感染症の特徴、平常時の対策、発生時の対応については、6. 個別の感染対策を参照してください。

また、参考として、付録2で、感染症法について説明していますので、適宜参照してください。

² HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染した状態です。HIV に感染すると、抵抗力が徐々に低下し、健康な人では感染症を起こさないような病原体による感染症（日和見感染症）などを発症するようになります。抵抗力が落ちることで発症する疾患のうち、代表的な 23 の指標となる疾患が決められており、これらを発症した時点でエイズ発症と診断されます。現在はさまざまな治療薬が出ており、きちんと服薬することでエイズ発症を予防することが可能になっています。

2) 感染対策の基礎知識

感染症に対する対策の柱として、以下の3つが挙げられます。

- ① 感染源の排除
- ② 感染経路の遮断
- ③ 宿主（ヒト）の抵抗力の向上

具体的には、「標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）」と呼ばれる感染管理のための基本的な措置を徹底することが重要となります。

(1) 感染源

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）を含んでいるものを感染源といい、次のものは感染源となる可能性があります。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 嘔吐物・排泄物（便・尿など）② 血液・体液・分泌物（喀痰・膿みなど）③ 使用した器具・器材（注射針、ガーゼなど）④ 上記に触れた手指で取り扱った食品など |
|---|

①、②、③は、素手で触らず、必ず手袋を着用して取り扱います。また、手袋を脱いだ後は、手洗い、手指消毒が必要です。

→手洗いや手指の消毒は、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）の中でも特に重要です。 詳しくは(4)を参照してください。

(2) 感染経路の遮断

感染経路には、①接触感染、②飛沫感染、③空気感染、及び④針刺しなどによる血液媒介感染などがあります。感染経路に応じた適切な対策をとりましょう。³

³ それぞれの特徴を踏まえた具体的な方法は、51 ページを参照してください。

表1 主な感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染 (経口感染含む)	● 手指・食品・器具を介して伝播する頻度の高い伝播経路である。	ノロウイルス 腸管出血性大腸菌 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)、緑膿菌など
飛沫感染	● 咳、くしゃみ、会話などで、飛沫粒子 (5μm 以上) により伝播する。 ● 1 m 以内に床に落下し、空中を浮遊し続けることはない。	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 レジオネラ属菌 など
空気感染	● 咳、くしゃみなどで、飛沫核 (5μm 以下) として伝播する。 ● 空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する。	結核菌 麻しんウイルス 水痘ウイルスなど
血液媒介感染	● 病原体に汚染された血液や体液、分泌物が、針刺し事故等により体内に入ることにより感染する。	B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス ヒト免疫不全ウイルス (HIV) など

感染経路の遮断とは、

- ① 感染源（病原体）を持ち込まないこと
- ② 感染源（病原体）を持ち出さないこと
- ③ 感染源（病原体）を拡げないこと

です。そのためには、手洗いの励行、うがいの励行、環境の清掃が重要となります。また、血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物などを扱うときは、手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、マスクやエプロン・ガウンの着用についても検討しておく必要があります。

☞ 8 ページ(4)標準予防措置策 (スタンダード・プリコーション)

インフルエンザやノロウイルス感染症のように高齢者介護施設において流行を起こしやすい感染症は、施設内でまったく新規に発生することはまれであると考えられます。つまり、新規入所者等（高齢者介護施設

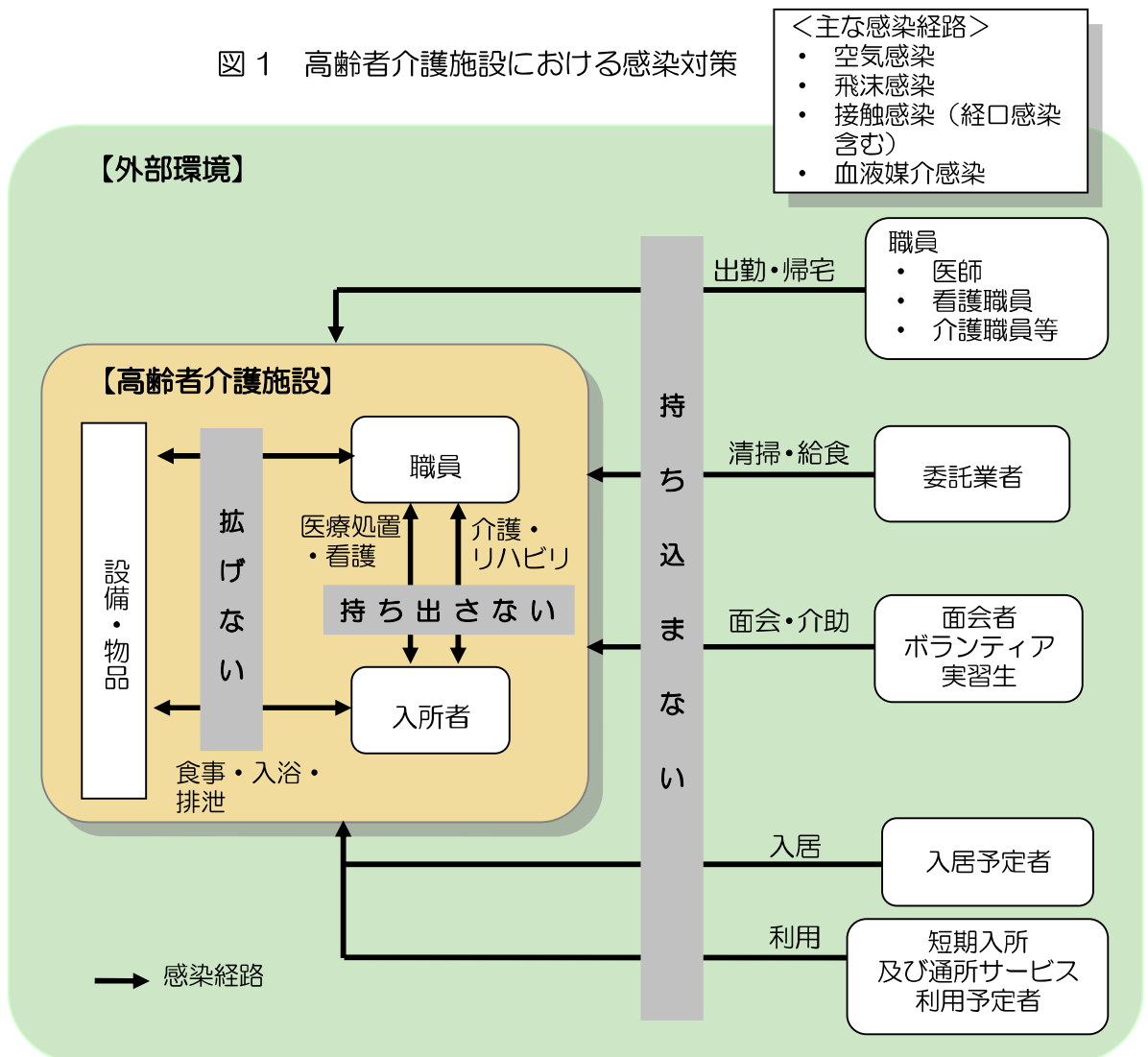
に併設の短期入所サービス、通所サービス利用者も含む)、職員、面会者などが施設外で感染して施設内に持ち込むことが多いのです。したがって、高齢者介護施設における感染対策では、これらの感染症の病原体を施設の外部から持ち込まないようにすることが重要です。このことは、慢性感染症罹患者の入所を妨げるものではありません。

具体的には、「新規の入所者等への対策」と「職員、委託業者、面会者、ボランティア、実習生」などに対する対策が重要となります。

中でも職員は、入所者と日常的に長時間接するため、特に注意が必要です。日常から健康管理を心がけるとともに、感染症に罹患した際には休むことができる職場環境づくりも必要です。

また、定期的に活動するボランティアや、面会に来られる家族にも、同様の注意が必要です。

図 1 高齢者介護施設における感染対策



(3) 高齢者の健康管理

a. 入所時の健康状態の把握

入所時点での健康状態を確認することが必要です。入所時の健康診断を行うほか、入所前の主治医（かかりつけ医）から診断書などを提出してもらうなどの方法もあります。また、感染症に関する既往歴や現在治療中の感染症（経過観察中のものも含む）などについても確認します。

注意が必要な疾患としては、痂皮型疥癬、結核などがあります。痂皮型疥癬の感染が認められる場合には、原則として、入所前に治療を済ませてもらうようにします。結核の場合は、排菌が認められず、適切な治療が継続できる状態になるまで、医療機関で治療をする必要があります。

感染症に関する既往歴や現在治療中の感染症の確認、及び入所時の胸部エックス線検査所見等のデータは、入所後の健康管理に活用するためのものです。感染症の既往があることや慢性感染症に罹患していることは、サービス提供を拒否する理由とすることはできません。（入院加療が必要であると医師が判断する病状の場合を除きます。）（[基準省令第4条の2⁴](#)）

また、医学的な理由によりサービス提供を拒否する場合は、適切な病院を照会するなどの適切な措置を速やかに講ずることが求められます。（[基準省令第4条の3⁴](#)）

なお、入所時の健康状態の把握においては、入所者の基本的人権を尊重して実施することが望めます。

b. 入所後の健康管理

衛生管理の徹底に加え、日常から入所者の抵抗力を高め、感染予防を進める視点が重要です。尿道カテーテル等のチューブはすず、おむつをはすすなど、入所者の健康状態の維持・向上に寄与する取り組みを行うことが必要です。

健康状態を把握するためには、栄養状態の把握（総蛋白質、アルブミンの値などを指標とする）、食事摂取状況や、定期的なバイタルサイン測定などが有効です。高齢者の場合、痰の排出（喀出）能力も低下していること

⁴ 本マニュアルでは、「基準省令」とは「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第39号）のことを指しています。なお、「介護老人保健施設の運営基準」（平成11年3月31日厚生省令第40号）にも同じ内容の規定があります。

もあります。また、発熱や炎症反応なども弱く、見た目には軽症にみえても重篤な病態に進行していることもあり、「普段の反応と違う」、「今日は笑顔がみられない」などの日常の違いをいかに早期に把握するかが大切です。

また、入所者の健康状態を記録し、体調の悪い人がいないかを早期に把握することが必要です。次のような症状をチェックし記録しましょう。

- 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

感染症の発生の状況を定期的に分析することにより、新たな感染症の発生を発見しやすくなります。「日常的な発生状況」を把握し、「現時点での発生状況」との比較を行いましょう。  39 ページ

高齢者は感染症等に対する抵抗力が弱いことから、早期の発見と早期の対応が重要です。施設外で感染症等が流行している時期には、予防接種や、必要時に医師の診察を行うことが重要となります。また、インフルエンザのように流行時期が予測可能な感染症については、流行期に入る前に予防接種を実施することも対策の一つです。

(4) 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）

感染対策の基本は、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、前述のように、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、**標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）**と感染経路別予防策⁵です。

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

1985年に米国CDC（国立疾病予防センター）が病院感染対策のガイドラインとして、ユニバーサル・プリコーション（Universal precautions、一般予防措置策）を提唱しました。これは、患者の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜血液は感染する危険性があるため、その接触をコントロールすることを目的としたものでした。その後、1996年に、これを拡大し整理した予防策が、スタンダード・プリコーション（標準予防措置策）です。「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。

標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）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、高齢者介護施設においても取り入れる必要があります。上記のように「血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜など」の取り扱いを対象としたものですが、高齢者介護施設では、特に嘔吐物・排泄物の処理の際に注意が必要になります。

標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）の具体的な内容としては、手洗い、手袋の着用をはじめとして、マスク・ゴーグルの使用、エプロン・ガウンの着用と取り扱いや、ケアに使用した器具の洗浄・消毒、環境対策、リネンの消毒などがあります。（詳細は32ページを参照してください）。

⁵ 感染経路別の予防措置策については、「6. 個別の感染症対策」で詳述します。

3. 高齢者介護施設における感染管理体制

1) 感染対策委員会の設置

施設内の感染症（食中毒を含む）の発生や発生時の感染拡大を防止するために、感染対策委員会を設置する必要があります。感染対策委員会は、運営委員会等の施設内の他の委員会と独立して設置・運営することが必要です。ただし、事故防止検討委員会は関係職種と取り扱い事項に関係性があるため、一体的に設置・運営することは差し支えありません。（基準省令第27条）

感染対策は、入所者の安全管理の視点からきわめて重要であり、入所者の安全確保は施設の責務といえます。

(1) 目的と役割

施設における感染管理活動の基本となる組織として、以下のような役割を担っています。

- 施設の課題を集約し、感染対策の方針・計画を定め実践を推進する。
- 決定事項や具体的対策を施設全体に周知するための窓口となる。
- 施設における問題を把握し、問題意識を共有・解決する場となる。
- 感染症が発生した場合、指揮の役割を担う。

※感染力が強い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」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」に従い、「施設内感染対策委員会」等を設置し、各施設の特性を踏まえた施設内感染対策の指針を事前に策定しておくことが求められます⁶。

⁶ 各施設で指針を策定するにあたっては、「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」に基づき国が策定した「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」

（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/>）を参考にしてください。

同手引きによると「インフルエンザ以外の感染症を取り扱う施設内感染対策委員会が同時にインフルエンザを取り扱う場合は、インフルエンザ対策の責任者を決めるとともに、施設内に感染症に詳しい医師、看護師などがいない場合は、外部からの助言を得るなど、正確な情報に基づき対策を立てることが重要である。」とされています。

(2) 委員会の構成

委員会は、組織の全体をカバーできるよう、以下のような幅広い職種により構成します。施設の実態に合わせて、メンバーの構成を検討します。

表2 委員会のメンバー構成の例

施設長	施設全体の管理責任者
事務長	事務関連、会計関連を担当
配置医師・ICD	医療面・治療面、専門的知識の提供を担当
生活相談員	入所者からの相談対応、入所者への援助 利用者の生活支援全般にわたる専門的知識の提供を担当
看護職員	医療面・看護面、専門的知識の提供と同時に生活場面への展開を担当。可能であれば複数名で構成
介護職員	介護場面における専門的知識の提供を担当。 各フロアやユニットから1名、デイサービスなど各併設サービスの代表者1名ずつ、など
栄養士	栄養管理、抵抗力や基礎体力維持・向上

委員会では、構成メンバーの役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要です。多くの施設では看護職員が責任者となり、委員会を運営しています。

（施設長を補佐する生活相談員がとりまとめを行う施設もあります）

構成メンバーは、各部門のリーダーである必要はありません。ただし、感染管理の取組みを現場に伝え、推進していく役割を担っていることを考えて、現場の各部門から代表者が参加することが望ましいと考えられます。

医療面では、配置医師の参加が望ましいでしょう。施設内に感染症に詳しい配置医師がいない場合は、協力病院や保健所と連携をとって助言を得たり、インфекションコントロールドクター（ICD）⁷や感染管理認定看護師（ICN）⁸等、感染対策に詳しい人材に協力を求めることも重要です。

⁷ 感染対策に関係する多くの職種の役割を理解すると共に、感染制御に関する専門的知識を基にそれらを統合し、効果的対策を実践する専門家のこと。医師または感染症関連分野の PhD の学位を有する者で職種は問わない。ICD 制度協議会（<http://www.icdjc.jp/index.html>）が認定している。

⁸ 感染管理において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図る看護師のこと。日本では日本看護協会が認定する感染症看護専門看護師、感染管理認定看護師が該当する。
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/touroku.html>（日本看護協会ホームページ）

(3) 開催頻度

基本的には定期的な開催に加えて、冬季など感染症が発生しやすい時期や感染症の疑いのある場合は、必要に応じて随時開催することが必要です。(基準省令第27条)

構成メンバーの負担を考慮して、他の委員会と続けて実施するなど、時間をとりやすくなるように工夫をしている施設もあります。

(4) 活動内容

感染対策委員会の主な役割としては、「感染症の予防」と「感染症発生時の対応」があります。特に予防に重点を置いた活動が重要です。

- 施設内の具体的な感染対策の計画を立てます。
- 施設の指針・マニュアル等を作成・手直しをします。  13 ページ
- 施設内感染対策に関する職員等への研修を企画、実施します。  21 ページ
- 新規入所者の感染症の既往等を把握します。適切なケアプランを検討するとともに、必要な配慮事項（いたずらに隔離する必要はなく、何が危険かを理解して対応することが重要）などがあれば現場関係者等に周知します。
- 入所者・職員等の健康状態の把握に努め、また状態に応じた対応・行動等を事前に明確にしておきます。
- 感染症の発生時には、予め作成したルールや職場で定めた連絡系統図に沿って、適切な対応を行うとともに、必要な部署や行政等への報告をします。連絡系統図は、常に職員が目にしやすい場所に掲示しておきます。また、委員会は施設内での感染症の終息の判断を行います。
- 各部署での感染対策の実施状況を把握して評価し、改善すべき点などを検討します。

【活動例】

ある施設では感染対策を職員に浸透させるため、委員会のメンバーを2～3名ずつの班に分け、次のように担当テーマを決めて活動しています。

- 教育・啓発（研修の計画・運営、感染に関する職員の意識調査など）
- 手順書の見直し（現在の手順書の問題点の検討と見直し）
- 食事に関する衛生管理（厨房、食堂、食事介助における衛生管理）
- 排泄介助の検討（感染管理の観点から望ましい排泄介助手順の検討など）

(5) 決定事項等の周知

委員会での議論の結果や決定事項等は、確実に関係者に周知徹底を図る必要があります。各部門の代表である委員会構成メンバーにより、職制を通じて伝達するほか、緊急性がある場合には、直ちに全職員に伝える必要も発生します。そのため、緊急度や目的に合わせて複数の周知方法を作成しておくことが望ましいでしょう。（例：入浴に関する留意事項については浴室に掲示をする、など。）

また、掲示物などは、目立つところ、全員が必ず見るところに貼るなどの工夫をします。また、注意を促すだけでなく、具体的な行動を明記すると実際に行動しやすくなります。例えば「一処置一手洗い」を「排泄介助後は必ず手洗い」などとします。

2) 感染対策のための指針・マニュアルの整備

(1) 指針・マニュアルを作成する目的

指針において高齢者介護施設としての理念、考え方や方針を明確に示すとともに、マニュアルによって日常のケア場面での具体的な実施手順を示します。

一般に、理念や考え方を示したものを「指針」、「ガイドライン」といいます。指針、ガイドラインには次のような役割があります。

- 施設全体の考え方の共通化
- 実際の場面での判断や行動に役立つ情報源

これに対し、具体的な手順や手引き書は、「マニュアル」「手順書」と呼ばれています。マニュアル、手順書には次のような役割があります。

- 基本的な考え方に基づき、実際の場面で適切に判断・実行するための具体的な方法、手順を明確に示し、共有する

したがって、現場で役に立ち、十分に活用されるマニュアルを整備するためには、既存の手順書やテキスト等をそのまま転用するのではなく、自施設の実態に合わせて独自に作成し、「誰が」「何を」するのかを明記しておき、常に見直しをすることが大切です。

感染対策のマニュアルは、科学的根拠に基づいて作成する必要があります。ただし、医療現場のものをそのまま持ち込もうとするのではなく、生活の場としての自施設の実態に合わせた内容とすることが重要です。入所者やその家族は、感染症についての専門的知識を有していない場合が多く、かつ、多様な生活スタイルを有していることを念頭に置いて、個々の人格と尊厳を重視したマニュアルとします。

コラム

インフルエンザは最も身近な感染症の1つです。普通の風邪と混同されることが多い状況にありますが、インフルエンザは、発病した場合に症状が重篤になる場合があることや肺炎等の合併症を起こす可能性があること、数十年に一度、大きな流行が発生し、世界中で健康被害と社会活動への影響を引き起こすことなどの特徴があります。このため、厚生労働省は、感染症法に基づき、「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」（以下「指針」とします。）を策定し、関係者が取り組むべき対策の方向性を示しています。

指針では、施設内感染の防止について、次の点を指摘しています。

- 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、集団生活の場に入ることにより、大規模な集団感染を起こすことがある。
- 施設は、日常の健康管理や居住環境の向上に努めるとともに、施設内にインフルエンザウイルスが持ち込まれないようにすることが重要である。
- 施設は、施設内感染対策委員会等を設置し、国が示す手引きを参考に、施設の特性に応じた独自の施設内感染対策の指針を事前に策定しておくべきである。

また、指針では、国が高齢者等の入所施設でのインフルエンザ感染防止に関する標準的な施設内感染防止の手引きを策定することとしており、「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」（以下「手引き」とします。）が作成されました。

手引きでは、施設内感染対策に盛り込むべきポイントとして、次の点をあげています。

- 地域におけるインフルエンザ流行の把握
- インフルエンザを疑う場合の症状等
- インフルエンザと診断された者又は疑いのある者への施設内での対応方法
- インフルエンザ患者又は疑い患者の症状が重症化した場合及び重症化が予想される場合の医療機関への入院の手引き
- 協力医療機関の確保と連携

(2) マニュアルの内容

施設において、感染防止対策のためのマニュアルを作成する際には、「基本的な考え方」を示した上で、「平常時の対策」及び「発生時の対応」の2つの対応体制や手順を規定します。

＜マニュアルに記載される内容の例＞

感染管理の 考え方と体制	施設の感染管理に対する基本理念・考え方 委員会メンバー等の組織体制 など	
平常時の対策 (4章を参照)	施設内の衛生管理	環境の整備 嘔吐物・排泄物の処理 血液・体液・分泌物の処理
	看護や介護の提供 と感染対策	標準予防措置策 手洗いの基本 食事介助 排泄介助 (おむつ交換やポータブルトイレの 処理など) 医療処置 異常の早期発見のための日常観察項目
感染症発生時の 対応 (5章を参照)	感染症の発生状況の把握 発生時の感染拡大の防止 発生時の医療 発生時の行政への報告 発生時の関係機関との連携など	

(3) マニュアルの実践と遵守

作成したマニュアルは、日常の業務の中で、遵守、徹底されなければ意味がありません。そのためには、次の点に配慮しましょう。

- 職員全員がマニュアルの内容を確実に理解すること。業務を委託している場合は、委託先の従業者にも内容を周知すること。
- そのためには、職員（業務を委託している場合は委託先の従業員も含む）を対象とした定期的講習会や研修を開催することなどにより、周知徹底するとともに、必要な訓練を何度も繰り返し実施しておくこと。
- 関係各所の職員全員に提示されていること。
- 日常業務の際、必要な時に参照できるように、いつも手に取りやすい場所に置くこと。
- 読みやすく、記載内容がわかりやすく、現場で使いやすくすること。※
- 遵守状況を定期的に確認（自己確認、相互確認）すること。
- 記載内容が現実実践できることであるかを確認する。また、実施状況を踏まえ、適宜内容を見直すこと。  17 ページ

※読みやすく、わかりやすく、使いやすいマニュアルとするために

- ✓ どこに何が書いてあるか、カテゴリ別にインデックスタブを貼付する等、いざというときにどこを見ればよいか一目でわかるようにします。
- ✓ 全体の大きな流れを把握できる「全体フロー」と、個別場面での詳細な「対応手順」など、階層的に作成するとわかりやすくなります。
- ✓ 一般論、抽象論ではなく、具体的に「動ける」ような表現にします。
- ✓ 「いつ・どんな場合に」「誰が」「何を」「どうするか」を明確にします。

平常時から、感染症発生時の関係者の連絡網を整備するとともに、関係者が参加して発生を想定した訓練を行い、一連の手順を確認しておきます。例えば、介護職員による異常の発見から看護職員、配置医師への報告、施設長への報告、さらに施設長から行政への報告、保健所への連絡などの「報告・連絡系統」を確認するとともに、施設長や配置医師、保健所などの指示に基

づく現場での対応方法についても、現場で訓練を行いながら確認するとよいでしょう。

(4) マニュアルの見直しの必要性

マニュアルに記載された内容が「絵に描いた餅」にならず、確実に実践されるためには、施設や入所者の実態に合っているかを確認し、必要に応じて見直すことが必要です。

- 記載内容がきちんと遵守されているかどうかを、毎日の業務の中でチェックする。また、定期的な機会を設けて確認（自己確認、相互確認）する。
- 遵守されにくい箇所については、施設や入所者の実態にあっているか、実行可能な内容となっているか等を確認する。
- 実施状況に照らし合わせて、実態にあわないところは改定する。
- いつでも、誰からでも内容の見直しを提案できる仕組みをつくる。

⇒例えば、マニュアルのページの中に気づいたことを記入できる欄を設けておき、定期的に回収して感染対策委員会で検討する、など。

3) 職員の健康管理

(1) 感染媒介となりうる職員

高齢者介護施設の職員は、施設の外部との接触の機会が多いことから、施設に病原体を持ち込む可能性が高いことを認識する必要があります。特に、介護職員や看護職員等は、日々の業務において、入所者と密接に接触する機会が多く、入所者間の病原体の媒介者となるおそれが高いことから、日常からの健康管理が重要となります。

施設の職員が感染症の症状を呈した場合には、施設の実情を踏まえた上で、症状が改善するまで就業を停止することを検討する必要があります。感染している場合の就業は、病原体を施設内に持ち込む可能性、リスクが極めて高いため、完治するまで休業させることは、感染管理を行う上で感染源対策や感染経路の遮断に有効な方法といえます。就業の停止は就業規則との整合をはかるように留意する必要があります。

また、職員の家族が感染症に感染している場合は、職員自身も自己の健康に気を配り、症状が出たら早めに上長に相談するようにしましょう。

(2) 職員の健康管理

a. 入職時の確認

職員の入職時に、感染症（水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、およびB型肝炎）の既往や予防接種の状況、抗体価の状況を確認しておきましょう。

b. 定期的な健康診断

事業者は、職員に対し、定期の健康診断を行う義務があります。（労働安全衛生法第66条第1項）

すべての職員に、定期的な健康診断を受診するよう強く勧奨しましょう。また、職員は、健康診断を受ける義務があります。（労働安全衛生法第66条第5項）

健康診断を受けない場合、職員は事業者から処分される場合もあります。健康診断を受診することは、職員自身の健康管理の面だけではなく、入所者の安全面からも必要なことです。

研修等を通して、職員自身が日頃から自分の健康管理に注意を払うよう、啓発をする必要があります（労働安全衛生法第4条）。

c. ワクチンによる予防

ワクチンで予防可能な疾患については、職員は可能な限り予防接種を受け、感染症への罹患を予防し、施設内での感染症の媒介者にならないようにすることが重要です。予防接種を受けることができない者には、一般的な健康管理を充実強化することが求められます。

インフルエンザワクチン	毎年、必ず接種しましょう。
B型肝炎ワクチン	採用時に接種しましょう。
麻しんワクチン 風しんワクチン 水痘ワクチン 流行性耳下腺炎ワクチン	これまで罹患したことがなく、予防接種も受けていない場合は、採用時に接種しましょう。 また、感染歴やワクチン接種歴があっても、抗体検査で抗体価の状況を確認しておくといよいでしょう。

予防接種の実施に当たっては、職員に対して、予防接種の意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明して、同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供しましょう。また、接種を希望する職員に、円滑に接種がなされるように配慮しましょう。

なお、委託職員であっても入所者と接する機会が多い場合は、なるべくワクチンを接種することが望まれます。

d. 職業感染対策

職業感染対策の基本は、スタンダード・プリコーションの徹底やワクチンの接種ですが、ワクチンのない疾患やワクチンがあっても接種することができない場合もあることから、職員が入所者の血液や体液等に直接触れる事例が発生した場合に備えた職業感染対策も必要です。

施設長は、事例発生時の緊急報告の体制や緊急処置（感染リスクの評価、曝露部位の洗浄、予防薬の投与の必要性の判断、予防薬の投与、経過観察、治療等）についての体制を整備しておくことが重要です。

予防薬等の投与が考えられる疾患（HBV、HIV など）については、あらかじめ、必要な対応について、協力病院等に相談しておくことと安心です。

なお、業務上入所者の血液や体液等に触れたことにより、HBV、HCV、HIV などに感染した事例の医学上必要な治療や検査、予防薬等の投与については、労災保険の保険給付の対象となる場合があります。

4) 早期発見の方策

感染症の早期発見には、日常から入所者の健康状態を観察・把握し、記録しておくことが重要です。

日常的に発生しうる割合を超えて、次のような症状が出た場合には、速やかに対応しなければなりません。

留意すべき症状：

- 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

さらに、類似施設で発生した過去の事例を分析しておくことも、感染症発生時の対応のために重要です。

【参考情報】

米国の長期ケア施設におけるサーベイランスの考え方

- ・データの収集は、最低限週に1回の頻度で行う。
- ・分析は、1ヶ月、四半期、年次で行う。
- ・単位は1000人・日とする。

*感染率＝新たな院内感染者数／入所者数*1ヶ月の日数

- ・サーベイランスを実施すべきデータはスタッフと検討して決める。
- ・他施設と比較する場合には頻度ではなく、割合で見ないとミスリードになる。

（“Infection Prevention and control in the long-term-care facility” Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.より）

5) 職員研修の実施

(1) 研修の目的

感染症の予防や感染の拡大を防止する観点と感染症罹患者に対する差別や偏見を防止する観点とから、職員に対する十分な教育・研修が必要です。感染症予防と代表的な感染症についての正しい知識を普及・啓発するとともに、衛生管理の徹底と衛生的な行動の励行を推進します。

職員が、感染症予防についての正しい知識を習得する機会がなく、感染のリスクを自覚せずに不適切な行為によって感染を拡げてしまうことは、感染管理上大きな問題です。感染管理を徹底するためには、すべての職員が感染のリスクを理解し、適切な処理や措置の方法を知ることが基本となります。職員研修は、そのためになくてはならないものです。

また、感染症の既往があることや慢性感染症に罹患していることは、一定の場合を除き、それらを理由としてサービス提供を拒否することはできません。感染症の既往等がある人が入所する場合には、介護職員等の直接ケアを提供する機会が多い職員に対して、一般的な感染症予防に関する知識に加え、該当する感染症についての基礎的な知識や対応方法を研修等により周知することが必要です。

なお、施設内の業務の一部を委託している場合は、委託先の従業員にも施設の感染対策指針や感染対策マニュアルの内容を確実に伝え、衛生管理の徹底と衛生的な行動の励行を推進します。

委託先の従業者も含め、施設内で勤務するすべての職員が、施設で策定した指針やマニュアルに記載された感染対策の知識を共有することにより、施設が一体となって感染症予防の対策をとることが大切です。

(2) 研修を行う時期

職員研修を組織的に浸透させていくためには、年2回以上の定期的な研修を実施します。また、新規採用者に対しては、採用時の早い時期に、感染対策の研修を必ず実施します。

定期的な研修に加え、感染症が流行する時期や感染対策委員会の開催時期等を勘案して、必要に応じて随時開催することも望めます。

これらの研修は、一度受講すればよいというものではありません。感染症が流行する時期の前に、毎年繰り返し開催し、常に最新の知識を習得できるようにし、知識の定着を図ります。

(3) 研修のカリキュラム

研修のカリキュラムは、施設で策定した感染対策のための指針やマニュアルに基づき、感染対策委員会が検討し、年度の初めに研修計画を立てます。研修の種類には、例えば次のようなものがあります。それぞれの研修の目的や位置づけを明確にし、施設の状況に即した効果的な研修を計画し、実施しましょう。

感染管理に関する研修の種類と内容の例

	対象者	実施時期	内容	形式	講師
新人研修	新規採用者	入職前後	感染症および感染対策の基礎知識	座学形式 実習 (手洗い等)	感染管理責任者など
定期研修	全職員	5～6月	食中毒の予防と対策	座学 グループワーク	外部講師を招いてもよい
		秋季	インフルエンザの予防と対策		
外部研修	希望者 適任者	随時	国や自治体、学会・協会等が主催し、対象職種に求められる最新の知識を伝達するなど	(いろいろな形式がある)	外部専門家
勉強会	希望者	随時	テーマを設定し担当者が発表するなど	事例検討 グループワークなど	感染管理責任者など
OJT*	全職員	通年	日常の業務の中で、具体的なノウハウやスキルを身につける	実務	看護職員、リーダーが随時指導

* OJT：On the Job Training（具体的な業務を通じて、業務に必要な知識・技術などを計画的・継続的に指導し、修得させる訓練手法）

効果的な研修とするために（高齢者介護施設における取り組み例より）

- 新規採用者の入職が決定した時点で、感染管理に関する研修を実施して基礎知識を習得させるとともに、感染管理の重要性を意識づけています。
- テーマに応じて、適切な外部講師（インфекションコントロールドクター(ICD)や感染管理認定看護師(ICN)など)を招いて研修を実施しています。
- 勉強会という形で、その時期に問題となっていることや対策について施設独自のテーマを設定し、みんなで議論する場を持つとよいでしょう。実践的な対策を導くことができるほか、意識の向上にもつながります。
- 外部研修に参加したら、その内容を施設に持ち帰って伝達しましょう。単に、受講報告書を書くだけではなく、可能であれば、直接、他の職員に発表・伝達する場を設定するとよいでしょう。学んだことをそのまま伝えるだけではなく、自分なりの視点で、施設にとって重要な部分を中心にわかりやすく伝えます。
- 施設内研修を実施したら、受講者に対するアンケートをしたり、日常のケア場面での実践状況を確認したりすることにより、研修の成果を把握し、次の研修計画に役立てましょう。

コラム

職員を対象とした感染症対策の研修では、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）をはじめとした感染症予防対策の基本的な知識や、インフルエンザやノロウイルス感染症等の高齢者施設で特に注意を必要とする感染症についての正しい知識を研修内容としている施設が多いと思います。これらの研修内容は、主として、感染症の予防や感染の拡大を防止するために必要不可欠なものです。

感染症の予防や感染の拡大を防止することは、入所者や職員の安全対策上大切なことですが、感染症対策としてはそれだけでは十分とはいえません。医学的に不正確な知識や思い込み等により、過度の危機意識を持って行動してしまうことは、感染症罹患患者やその家族等に対する偏見や差別につながり、人権上大きな問題となります。

感染症罹患患者等に対する偏見や差別をなくすためには、一人ひとりの職員が感染症に対する正しい知識を持つことが必要です。感染症の特徴や感染経路について医学的に正しい知識を習得していれば、その知識に基づいて通常の日常生活を送る限りでは、過度に感染をおそれる必要はありません。

これまでに感染症罹患患者や感染者等に対するいわれのない差別や偏見が存在した代表的な感染症として、ウイルス性肝炎（B型肝炎、C型肝炎）や後天性免疫不全症候群（HIV 感染症、AIDS）等があります。感染症対策の研修では、これらの感染症に対する正しい知識を学習する内容が含まれるように留意しましょう。これらの感染症を学習する際には、下記の資料等も参考にするとよいでしょう。

【ウイルス性肝炎】

- 肝炎情報センターホームページ（独立行政法人国立国際医療研究センター）
<http://www.kanen.ncgm.go.jp/index.html>

【HIV 感染症、エイズ（後天性免疫不全症候群、AIDS）】

- エイズ予防情報ネット（API-Net）ホームページ（エイズ予防財団）
<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>

「社会福祉施設で働くみなさんへ

HIV／エイズの正しい知識 ～知ることから始めよう～

（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」研究班作成）

<http://api-net.jfap.or.jp/library/guideLine/images/everyone.pdf>

「在宅医療を支えるみんなに知ってほしいこと」

（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」研究班作成）

<http://www.onh.go.jp/khac/data/kanja-panfu12.pdf>

- エイズ治療研究・開発センター（ACC）ホームページ（独立行政法人国立国際医療研究センター）
<http://www.acc.go.jp/accmenu.htm>

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、清掃を行いましょう。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う。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し、乾燥しましょう。

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す。

【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い、その後は乾拭きをして乾燥させましょう。

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す。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、乾燥させます。
- 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、乾燥させます。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、消毒を行いましょう。

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】

● 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	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。
定期的実施する衛生管理	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、使用後、家庭用洗浄剤で洗い、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う
- 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う
- 迅速かつ正確な処理方法で対応しましょう。
- 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う。

【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入れます。

※ 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】

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 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になります。

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注意しましょう。

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いましょう。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	● 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	● 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	● 便に血が混じっている。 ● 尿が少ない、口が渴いている。
咳、咽頭痛・鼻水	● 熱があり、痰のからんだ咳がひどい。
発疹（皮膚の異常）	● 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、带状疱疹の場合もあります。これは水痘・带状疱疹ウイルスの過去の感染によるものです。水痘・带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しましょう。

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