



介護現場における (施設系 通所系 訪問系サービスなど) 感染対策の手引き

第1版

厚生労働省老健局
令和2年10月

目 次

第Ⅰ章 総論.....	2
1. はじめに.....	3
2. 感染対策の重要性	6
1) 基本的理解	6
2) 感染対策の基礎知識.....	7
3) 介護・看護ケアと感染対策	28
4) 利用者の健康管理.....	33
3. 介護サービス提供における関係法令.....	40
1) 感染症法	40
2) 介護保険法	40
4. 介護施設・事業所における感染管理の体制づくり	41
1) 管理者の役割	41
2) 職員の役割	42
3) 市町村の役割	43
4) 保健所の役割と連携.....	43
5) 都道府県の役割	43
6) 感染対策のための指針・マニュアルの整備.....	44
7) 職員研修の実施	47
8) 施設・事業所内の衛生管理	49
(参考) 介護施設における感染管理体制（感染対策委員会）	54
1) 感染対策委員会の設置	54
5. 職員の健康管理	58
1) 日頃の健康管理	58
2) 感染症流行時	61
6. 感染症発生時の対応.....	64
1) 介護施設・事業所における感染症の発生状況の把握と対応.....	66
2) 感染拡大の防止	68
3) 行政への報告	72
4) 関係機関との連携等.....	74
第Ⅱ章 新型コロナウイルス感染症	76
1. 新型コロナウイルス感染症とは	77

2. 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策	88
3. 新型コロナウイルス感染症の発生時に向けた備え	106
第Ⅲ章 感染症各論	111
1. 感染症法の概要	112
2. インフルエンザ	115
3. 感染性胃腸炎	118
4. 結核	123
5. 腸管出血性大腸菌	126
6. レジオネラ症	128
7. 疥癬（かいせん）	130
8. 誤嚥性肺炎	134
9. ウイルス性肝炎	135
10. 薬剤耐性菌感染症	136
11. 帯状疱疹	138
12. アタマジラミ	139
13. 偽膜性大腸炎	140
14. 蜂窩織炎（ほうかしきえん）	141
15. 尿路感染症	141
第Ⅳ章 参考	142
1. 関係法令・通知	143
2. 入所者の健康状態の記録（書式例）	156
3. 参考資料	158
4. 参考ウェブサイト	166

この手引きは、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成 31 年 3 月改訂）」や今般の新型コロナウイルス感染症における「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点」等を踏まえて、介護現場向けに作成したものです。

【コラムの掲載場所】

❖ 【感染管理体制】外部委託業者が引取拒否!?（新型コロナウイルス感染症を経験して）	24
❖ 【認知症の利用者への対応】突然の夜間対応で「あたふた」しないための準備	39
❖ 【認知症の利用者への対応】消毒の徹底と誤飲防止の作戦	39
❖ 【ケア時の感染対策】職員の感染対策の徹底「一個のバケツから」	53
❖ 【職員の健康管理】感染症流行時の職員のメンタルヘルス	60
❖ 【介護職員の不足】感染症流行時の職員の応援体制～突然の「集団辞職」に備えて～	61
❖ 【感染症の流行時】命をも左右する「ゾーニング」のポイント	71
❖ 【保健所や市町村とのコミュニケーション】人権侵害や風評被害の発生防止のための覚書（新型コロナウイルス感染症を経験して）	74
❖ 【保健所や市町村とのコミュニケーション】自治体との連携	75
❖ 【新型コロナウイルス感染症を経験して】個人情報の保護と共有の整理	110
❖ 【新型コロナウイルス感染症を経験して】発生時も見据えた医療介護連携の推進	110
❖ 【新型コロナウイルス感染症を経験して】日頃の感染症対策の重要性を再認識！	110

- 本手引きの適用範囲について

本手引きは、介護現場で必要な感染症の知識や対応方法など、介護現場における感染対策力の向上を目的として作成されました。

介護職員の方においては、日常のケアを行う上で必要な感染対策の知識や手技の習得のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用いただくことを想定しています。

さらに、医師や看護職員の方々においても、本手引きの内容についてご了知いただき、介護現場での感染対策推進のためにご活用ください。

- 用語の定義について

本手引きでは、一貫した解釈のもと閲覧できるよう以下のとおり、用語の定義を行い概説しています。

- 施設系サービス：介護老人保健施設、（地域密着型）介護老人福祉施設、介護医療院、（地域密着型）特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
その他居住の機能を有する施設・事業所
 - 通所系サービス：（地域密着型）通所介護、認知症対応型通所介護
通所リハビリテーション
短期入所生活介護、短期入所療養介護
（看護）小規模多機能型居宅介護、
その他通所・短期入所の機能を有する施設・事業所
※ 短期入所生活介護・短期入所療養介護については、必要に応じて施設系サービスの取扱いを準用することとします。
 - 訪問系サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護、居宅介護支援
その他訪問の機能を有する施設・事業所
- 上記サービスにおける介護予防サービスも同様の取扱いです。
 - 上記の施設系・通所系・訪問系サービスを総称して、「介護施設・事業所」といいます。

第Ⅰ章 総論

1. はじめに
2. 感染対策の重要性
3. 介護サービス提供における関係法令
4. 介護施設・事業所における感染管理の体制づくり
(参考) 介護施設における感染管理体制 (感染対策委員会)
5. 職員の健康管理
6. 感染症発生時の対応

1. はじめに

介護保険サービスの利用者は、65 歳以上の高齢者及び 40 歳以上の特定疾病のある方です。一般に、これらの方々は感染症に対する抵抗力が弱く、また介護施設や事業所で感染症が一旦発生すると集団発生となることも多いため、介護現場の職員は適切な感染予防対策を着実に行う必要があります。さらに、サービス類型毎の特性、例えば、施設系サービスにおいては利用者が集団で生活する場となっていること、通所系サービスにおいては送迎があること、訪問系サービスでは利用者宅を訪問することなどを踏まえ、その特性を踏まえた対応が重要であり、またいずれの場合においても職員が感染症を媒介するリスクがあることについても理解する必要があります。

感染対策を徹底し、感染症の発生をなくすることが目標ではありますが、仮に感染症が発生した場合には、感染拡大を防止することが求められます。2020 年の新型コロナウイルス感染症の流行により、感染対策の重要性が再認識されたと同時に、無症状病原体保有者からも感染が起ることが明らかとなり、完全に感染症を予防することが必ずしも容易ではないことが分かりました。

このため、日頃から 1 人 1 人のスタッフが感染防止のための対策を実施するとともに、介護施設や事業所が、感染防止を実践する組織的な体制を整備し、感染症発生時には感染拡大防止のため、適切な対応を実施することが必要です。また、感染症が発生した場合であっても、差別的にならないよう、利用者・家族・職員の人権に配慮した対応が重要です。

本手引きでは、介護職員等が、感染症の重症化リスクが高い高齢者等に対して介護保険サービスを安全かつ継続的に提供するため、さらには職員自身の健康を守るため、感染対策の知識を習得し、それを実践できるよう、以下のような構成としています。

- 介護サービス提供の担い手である介護職員が、着実な感染対策を実践できるよう基礎的な情報から、感染症発生時におけるサービス提供時の注意点等を掲載
- 介護施設や事業所の管理者等が、感染管理体制を整備するために必要な基礎的な情報から、感染管理体制の在り方および感染症発生時の対応等について掲載

感染対策を効果的に実施するためには、介護職員 1 人 1 人が必要な事項をよく理解し実践することが重要であり、本手引きを活用いただき知識等の習得に役立てていただくとともに、独自の指針やマニュアル等を作成する際にも参考としてください。

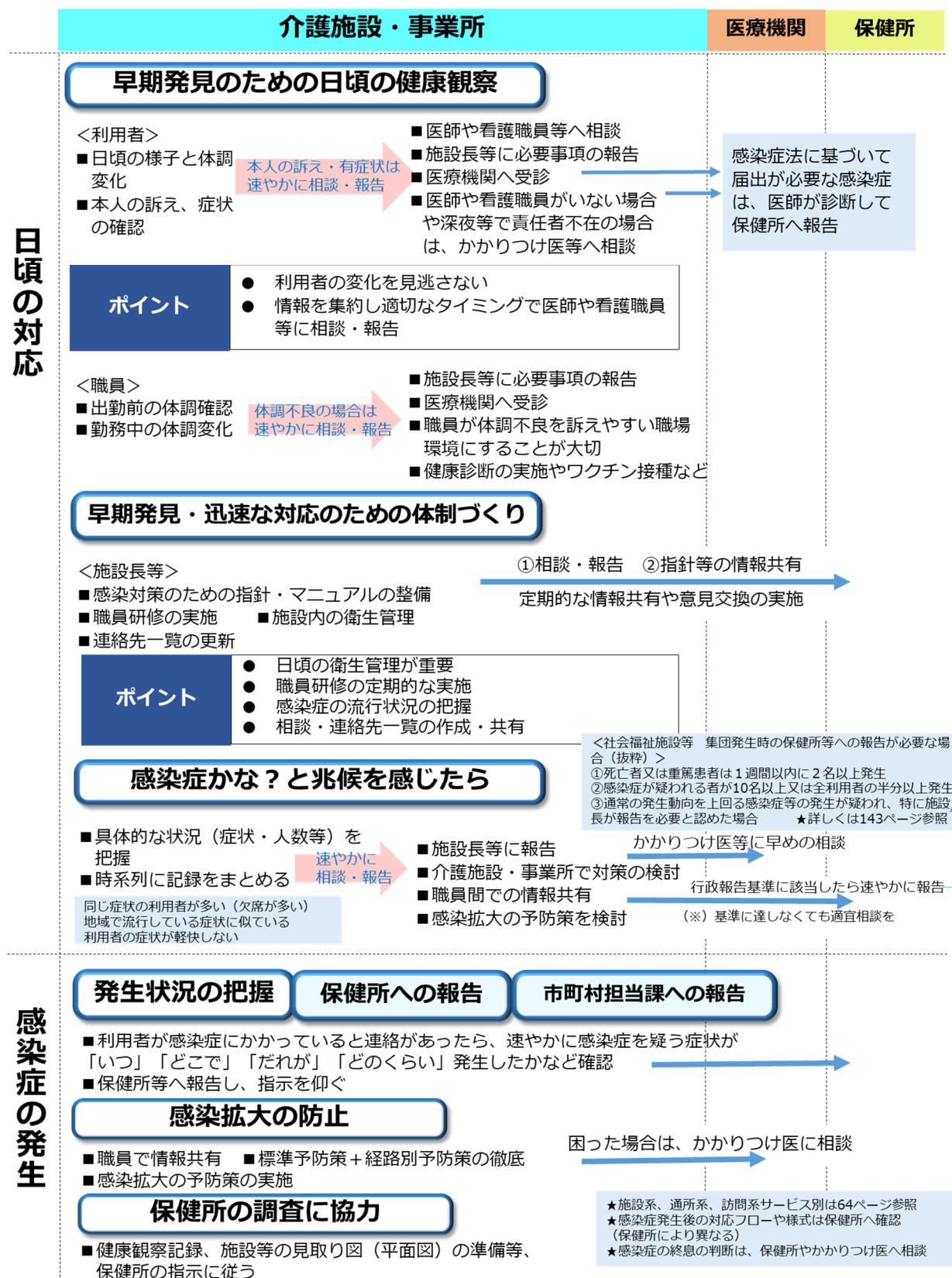
注)

本手引きは、基本的な感染対策の知識・技術に加え、新型コロナウイルス感染症への対策について記載しているため、感染対策、検査や治療等の変化に応じて見直しが必要です。このため、「第 1 版」として令和 2 年 10 月 1 日時点での感染対策について記載しており、今後、随時更新・修正されるものであることにご留意ください。

～ 感染対策のために必要なこと ～

- | | |
|------|--|
| 利用者 | <ul style="list-style-type: none">● 普段の体調と比べて変化がある場合は、かかりつけ医やケアマネジャー等への早期の連絡・相談● 必要に応じてサービス利用の見合わせ |
| 介護職員 | <ul style="list-style-type: none">● 高齢者の特性、サービスの特性と形態に応じた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、高齢者がかかり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感染対策の実践● 自身の健康管理（感染源や媒介者にならないこと等） |
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none">● 高齢者の特性、サービスの特性と形態に応じた感染症の特徴の理解● 感染対策に対する正しい知識（予防、発生時の対応）の習得● 介護施設・事業所内の危機管理体制の構築（感染対策委員会の設置、事業継続計画（BCP）作成、緊急時連絡網作成等）● 介護施設・事業所内での感染対策の実践（感染対策委員会の開催、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、物品や設備整備等）● 自治体等の関係機関との連携体制の構築（情報共有、発生時の行政への届出等）● 職員の労務管理（職員の健康管理、職員が感染症にかかったときに療養に専念できる人的環境の整備等）● 委託業者や実習生、ボランティア、面会者等の外部者の管理 |

(参考) 日頃から感染症発生時の対応までの流れ



2. 感染対策の重要性

1) 基本的理解

(1) 感染症とは

環境の中には様々な微生物がいます。そのうち、病気の原因となるようなウイルス、細菌、真菌などが、宿主¹となるヒトや動物の体の中に入り、臓器や組織の中で増殖することを「感染」と呼びます。その結果として、熱が出たり、下痢になったり、具合が悪くなるのが「感染症」です。

介護保険のサービスを使っている方（以下「利用者」という。）は、

- ・ 認知機能が低下していることにより感染対策への協力が難しいなどの特徴を持つ方が多いので、介護現場における感染症対策は非常に重要です。

また、介護サービスは、介護施設や事業所、利用者の自宅などを組み合わせて提供されますが、施設や通所、訪問といったサービスの特性も理解する必要があります。一人の職員が複数の利用者を担当することが常であり、職員を介して感染症が広がること（媒介）もあります。一旦、感染症が介護現場に持ち込まれると、集団発生となり得るので、まずは予防すること、そして発生した場合には、最小限に食い止めることが必要です。

介護サービスは、人々の生活の場に密着したサービスであり、利用者や職員の健康を守ること、地域の暮らしを守ることにともなわれます。感染症の基本的な事項を理解し、日々の現場で実践できるよう、関係者とも協力しながら取り組みましょう。

(2) 予防法・検査法・治療法

感染症の予防手段としては、あらかじめ病原体²に対する免疫をつけるための予防接種（ワクチン）があります。予防接種は、感染症にかかったときに重症化するリスクを減らし、人から人への感染を防ぐことで、社会に病気がまん延するのを防ぐことができます。

しかし、全ての感染症に対してワクチンがあるわけではありません。そこで、まずは感染症にかからないための対策と、万が一、感染症にかかってしまった時の対処法を知ることが重要です。

また、感染症にかかっているかどうかの判断は、検査や医師の診断が必要になります。検査は疑う感染症の種類により異なりますが、例えば、血液や痰、糞便等の検体を採取し、遺伝子検査法（PCR 検査）、培養検査法や薬剤感受性検査などを行って、感染症を特定します。

¹ 宿主：ウイルス、細菌、真菌などが寄生する相手の生物のこと

² 病原体：ウイルス、細菌、真菌などの病原性をもつ微生物等のこと

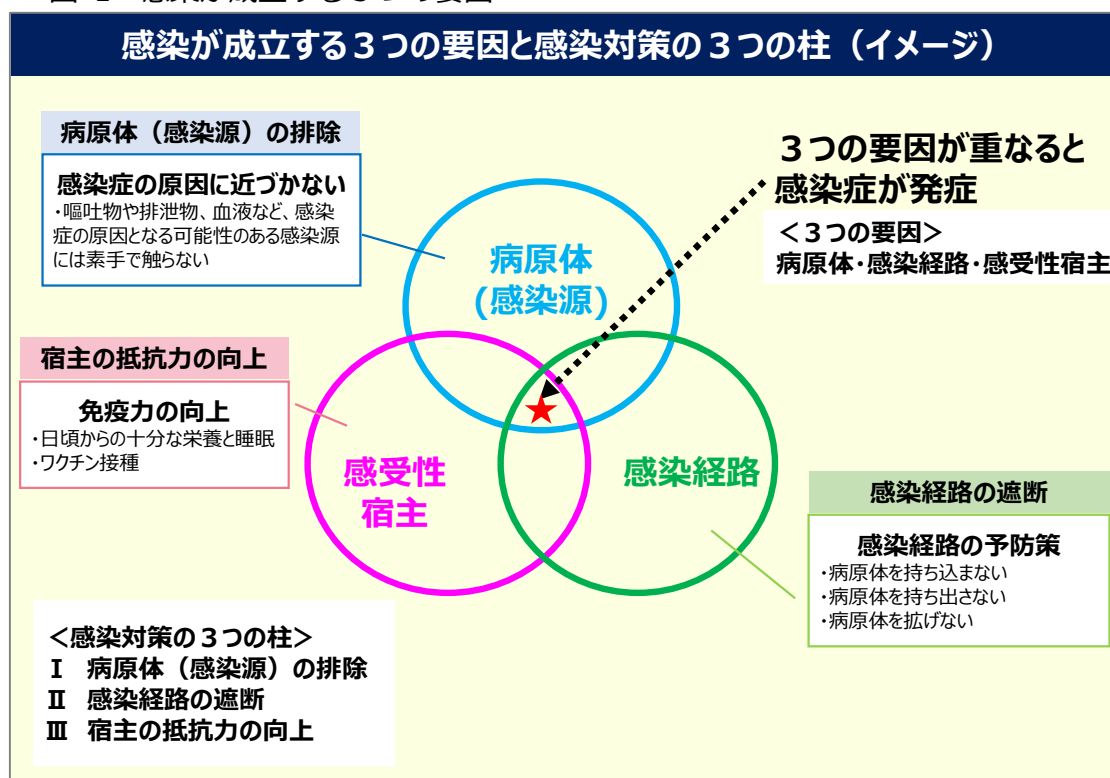
2) 感染対策の基礎知識

(1) 感染が成立する3つの要因

感染症が発生（感染が成立）するには、その原因となる病原体の存在、病原体が宿主に入り込むための感染経路、そして病原体が入り込んだ宿主に感受性があることが必要となります（例えば、「猫エイズ」はネコ免疫不全ウイルスによって引き起こされる感染症で、猫では病気を引き起こしますが、ヒトは猫免疫不全ウイルスへの感受性がないので、猫からヒトには感染しません）。

病原体、感染経路、感受性宿主の3つを、感染成立のための3大要因といいます。

図 1 感染が成立する3つの要因



感染の予防対策として、

- ・ 消毒や殺菌等により病原体（感染源）をなくすこと
- ・ 感染症患者を早期に発見すること
- ・ 手洗いや食品の衛生管理など周囲の環境を衛生的に保つとともに、外的環境からの病原体の侵入を防ぐこと
- ・ 栄養バランスがとれた食事、規則正しい生活習慣、適度な運動、予防接種などにより身体の抵抗力を高めること

が、とても重要となります。

<感染対策の3つの柱>

I 病原体（感染源）の排除 II 感染経路の遮断 III 宿主の抵抗力の向上

I からⅢの感染対策の柱を実行していくためには、「標準予防策（スタンダード・プリコーション）」や「感染経路別予防策」と呼ばれる基本的な対応を徹底することが必要です。

具体的には、

1. 感染しているかどうかにかかわらず、血液などの体液（汗を除く）は、すべて感染性があるものとみなし、素手で扱わない
2. 粘膜面も素手で扱わない
3. 正常でない皮膚（発疹や傷など）には素手で触らない

の3つのポイントを守り、こまめに手洗いをするのが非常に大切です。

I 病原体（感染源）の排除

感染症の原因となる可能性のある病原体（感染源）は、次のようなところに存在しています。

- ① 血液などの体液³（汗を除く）
- ② 粘膜⁴面
- ③ 正常でない皮膚⁵
- ④ 上記に触れた手指

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、手指衛生（手洗いやアルコール消毒等）が必要です。

³ 体液とは、血液・尿・便・涙・乳汁などをいう

⁴ 粘膜とは、目・口腔粘膜・鼻腔粘膜などをいう

⁵ 正常でない皮膚とは、傷がある皮膚・発疹のある皮膚・発赤のある皮膚・やけどのある皮膚などをいう

Ⅱ 感染経路の遮断

感染対策の3つの柱のうち、「Ⅱ 感染経路の遮断」の対策が最も重要な取組です。

主な感染経路には、①空気感染（飛沫核（ひまつかく）⁶感染）、②飛沫（ひまつ）感染、③接触感染があります。

サービス利用者への感染経路を遮断するためには、以下の3つへの配慮が必要です。

- 病原体を持ち込まないこと
- 病原体を持ち出さないこと
- 病原体を拡げないこと

まずは、外部から介護サービスの提供場所に病原体を持ち込まないことが重要です。

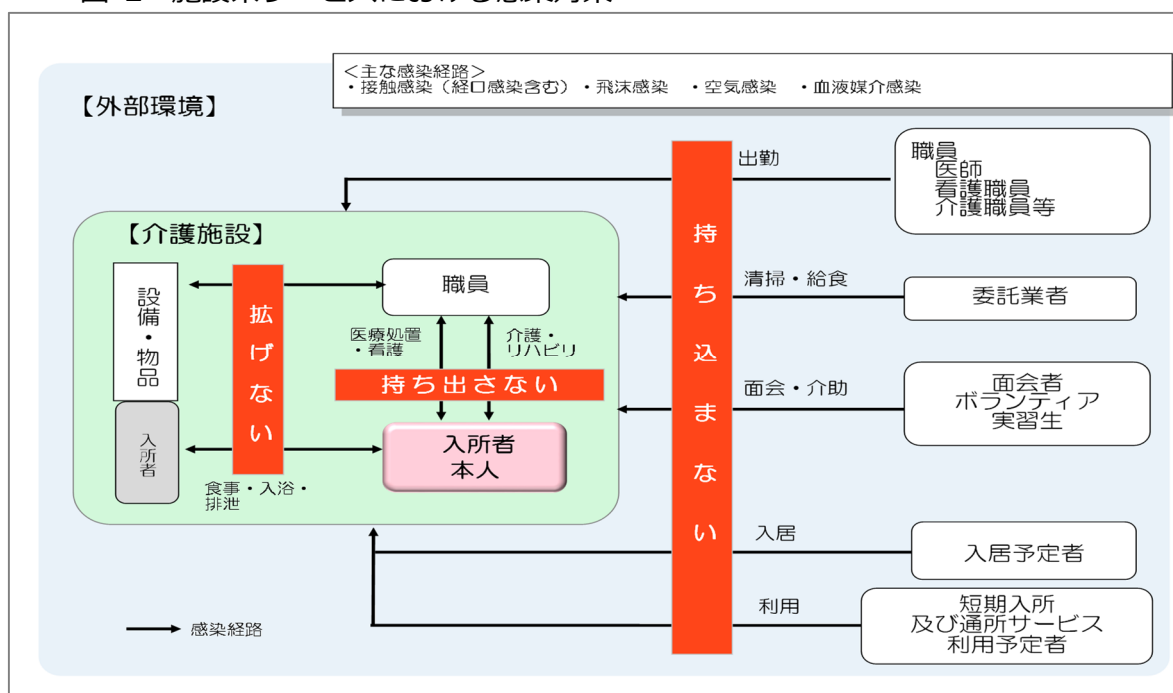
介護施設・事業所には、施設系・通所系・訪問系サービスがありますが、いずれも病原体を持ち込まなければ、感染が拡がることはありません。

次に、介護施設・事業所内で感染症の患者が発生した場合には、病原体をその他の人に拡げないことが必要です。

さらに、通所系サービスについては、利用者が病原体を持ち出さないように、訪問系サービスについては、職員が介護施設・事業所へ病原体を持ち帰らないようにすることが必要です。職員は帰宅後に家族にうつさないためにも、介護施設・事業所を離れる際には、手指衛生を行い、ケア時に使用した服を着替えるなど、感染経路の遮断に留意する必要があります。

また、いずれのサービスも、職員を始め外部からの来訪者（面会者、委託業者、ボランティア、実習生）からの持ち込みについても考慮する必要があり、感染症の流行状況によっては、外部からの来訪者の制限も必要となることがあります。

図 2 施設系サービスにおける感染対策



⁶ 飛沫核：5μm 未満の微粒子；落下速度 0.06～1.5cm/秒（参考：飛沫は飛沫核を含み、直径 5μm 以上、落下速度 30～80cm/秒）

図 3 通所系サービスにおける感染対策

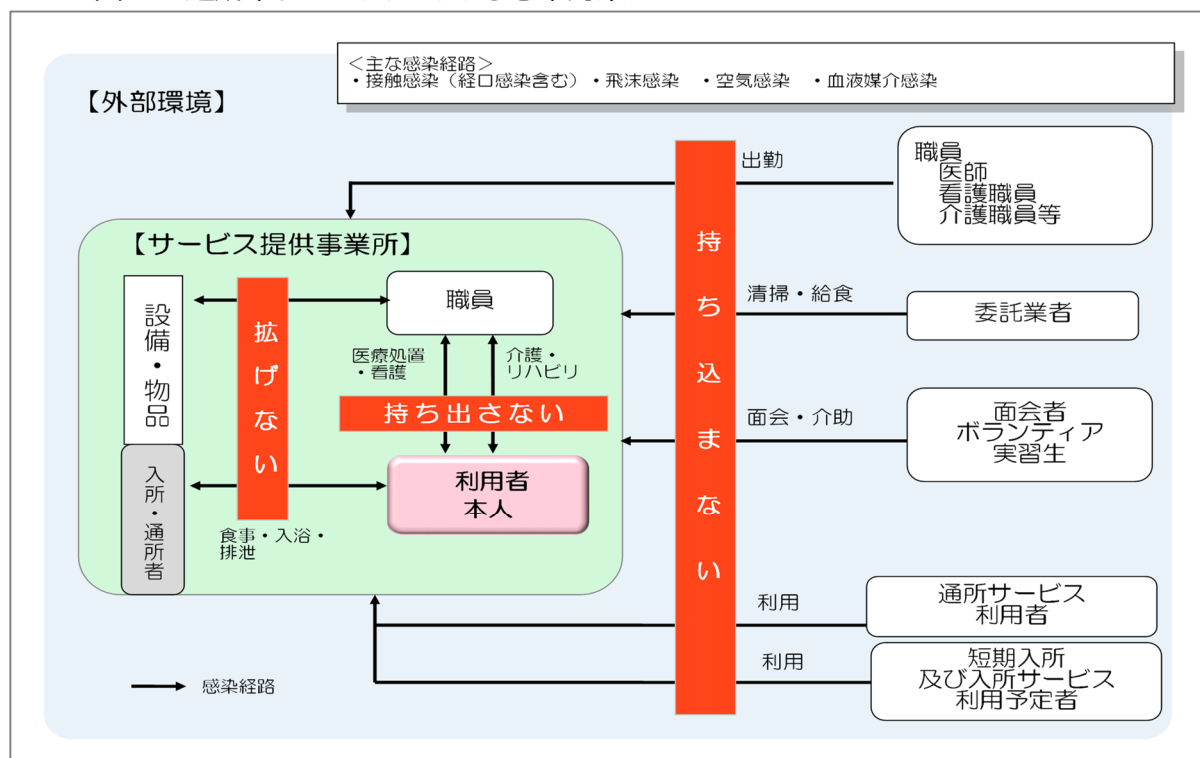
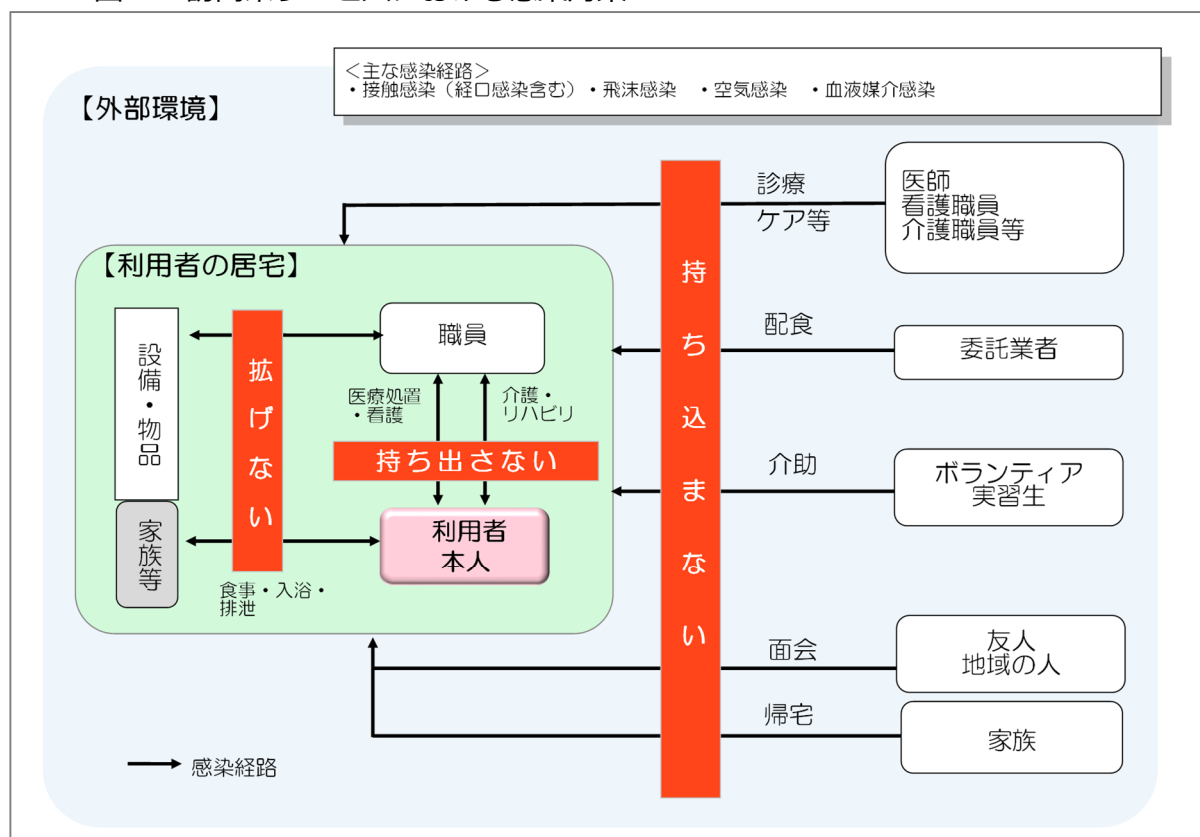


図 4 訪問系サービスにおける感染対策



（図 2～図 4 出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版（2019 年 3 月）」一部改変）

感染経路の遮断の基本となるのは、『標準予防策（スタンダード・プリコーション）』と『感染経路別の予防策』です。

職員は、サービス提供の過程で、利用者と密接に関わり、特に施設系のサービスにおいては入所者と日常的に長時間接するため、一層注意が必要です。

さらに、職員自身が、病原体を職員自身が拡げないように日頃から健康管理に心がけるとともに、仮に感染症にかかった場合や、咳・発熱等の症状が出た場合は、その職員が安心して休めるような職場環境づくりも必要です。

特に、介護施設・事業所において流行を起こしやすい感染症は、多くの場合、主に介護施設・事業所の外で感染が起こり、介護施設・事業所内に持ち込まれています。

職員だけでなく、新規利用者等（介護施設に併設の通所系サービス利用者も含む）、面会者、ボランティア、実習生等が、感染症の病原体を外部から持ち込まないように留意することが重要です。

なお、過去に感染症にかかったけれども既に治っている、または現在は治療中である場合には、その感染症はコントロールされているということになりますので、入所予定者に対して、結核の既往や服薬中であること、薬剤耐性菌⁷の保菌⁸や新型コロナウイルス感染症の既往があること等を理由として、入所を断ってはいけません（通所系・訪問系についても同様）。

Ⅲ 宿主の抵抗力の向上

高齢者や基礎疾患のある方は、免疫力が低下している場合が少なくありません。感染症に対する抵抗力を向上させるには、日ごろから十分な栄養や睡眠をとるとともに、予防接種によりあらかじめ免疫を得ることも重要です。

予防接種法では、高齢者のインフルエンザおよび肺炎球菌感染症が、予防接種を受ける必要性の高い感染症として定められており、本人や家族に積極的なワクチンの接種を促しましょう。特に、インフルエンザについては毎年接種状況を確認し、早めに接種するよう促すことは重要です。また、施設系サービスにおいては、副作用等も説明し、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。

利用者だけでなく、職員も入職時に予防接種歴や罹患歴を確認しておくことが考慮されます。予防接種の啓発等については、医師や看護職員、保健所等に相談すると良いでしょう。

なお、自己免疫疾患や末期がんの方は、疾患そのものや治療薬により抵抗力が低下しているので、特に留意が必要です。

⁷ MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)などがあり、薬剤耐性菌の多くは、黄色ブドウ球菌や大腸菌など誰でも体内に持っているような菌が耐性化したもの。保菌しているだけでは、無症状であり、健康被害もない。ただし、一旦、薬剤耐性菌によって感染症を起こすと治療が難しくなることがある。

⁸ 保菌とは、体内に病原体を有するものの、症状が現れていない状態をいう。ただし、病原体の種類によっては症状が現れる前に、まわりの人に感染させる「感染力」が既にある場合もある。

（２）標準予防策（スタンダード・プリコーション）

血液などの体液・嘔吐物・糞便等には感染性の病原体が含まれていることが多く、これらに接する際は、素手で扱うことを避け手袋をすること、必要に応じてマスクやゴーグルをつけること、その際に出たごみも感染性があるものとして注意して扱うこと、手袋を外した後は手洗いを丁寧に行うことなどが、感染症予防の基本です。接する利用者の感染症の有無に関わらず、分泌物、排泄物、傷のある皮膚や粘膜はすべて感染源とみなして予防策をとることを標準予防策（standard precautions:スタンダード・プリコーション）⁹といい、従来は病院内の感染予防策として用いられてきましたが、近年は、介護分野を含め、感染の可能性があるものを取り扱う場合に必要な『基本的な感染予防策』とみなされるようになってきています。

介護分野では、特に嘔吐物、排泄物の処理や発疹や傷のある皮膚に触る際に注意が必要になります。

< 3つのポイント（再掲） >

1. 感染の有無にかかわらず、血液などの体液（汗を除く）は、感染性があるものとして素手で扱わない
2. 粘膜面も素手で扱わない
3. 正常でない皮膚には素手で触らない



（３）感染経路別の予防策

感染経路別の予防策は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）に加え、①空気感染（飛沫核感染）、②飛沫感染、③接触感染毎の予防策を行います¹⁰。

対象者の感染の有無に関わらず、疑われる症状（発熱、咳、下痢など）がある場合には、医師の診断前であっても、すみやかに予防措置をとることが必要です。

なお、感染経路は一つだけとは限らず、例えばインフルエンザウイルスは、くしゃみのしぶき（飛沫）でも感染しますが、汚染されたドアノブに触った手で目をこすったりすることでも感染します（接触感染）。ノロウイルスは、主に接触感染ですが、嘔吐物などが乾くと、そこからウイルスが舞い上がり空気感染の経路をとることもあります（塵埃（じんあい）感染）。このため、嘔吐物などは速やかに片付けることが重要です。

⁹ スタンダード・プリコーション：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:一般予防策）を提唱。1996年に、拡大整理した予防策が、スタンダード・プリコーション（標準予防策）である。

¹⁰ 空気感染・飛沫感染・接触感染のほかに、針刺し切創や傷のある皮膚又は粘膜に、血液などの体液が触れることで、病原体が体内に侵入する「血液媒介感染」、昆虫やダニが病原体を媒介して人におこる「節足動物媒介感染」などがある。

空気感染（飛沫核感染）

特徴	・ 空気中の塵や飛沫核を介する感染 ・ 感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口や鼻から飛散した病原体がエアロゾル¹¹化し、感染性を保ったまま空気の流れによって拡散し、同じ空間にいる人もそれを吸い込んで感染
主な病原体	結核菌、麻しんウイルス、水痘ウイルス 等
予防策	<個人防護> ・ 利用者に感染が疑われる症状（発熱など）がある場合には、原則としてサービス利用を見合わせる（施設系を除く）。職員に感染が疑われる場合には、原則として出勤しない。 ・ 結核で排菌（またはその疑いのある）患者と接触する際は、職員は高性能マスク（N95¹²等）を着用 ・ 利用者はサージカルマスクを着用 <環境面> ・ 十分な換気を行う ・ 飛沫感染する病原体では接触感染も起こりうるため、接触が多い共用設備（手すり、ドアノブ、パソコンのキーボードなど）の消毒を行う。 ・ 医療機関では、陰圧換気できる部屋で管理されうる。
備考	・ 高齢者においては、入院による治療が必要となることも少なくない。なお、感染判明後、病院へ移送するまでの間は、原則として個室管理 ・ 一般に市販されているマスク（不織布（ふしょくふ）製またはガーゼのマスク）では、飛沫核は通過するため、空気感染する感染症の予防策としては不十分であることに注意

飛沫感染

特徴	・ 5μm 以上の粒子（くしゃみのしぶきなど）を介する感染 ・ 飛沫は 1m 程度で落下し空中を浮遊し続けることはない ・ 飛沫は 1m 程度で落下するので、1-2m 以上離れていれば感染の可能性は低くなる ・ 感染している人が咳やくしゃみ、会話をした際に、口や鼻から病原体が多く含まれた小さな水滴が放出され、それを近くにいる人が吸い込むことで感染
主な病原体	インフルエンザウイルス、風しんウイルス、ムンプスウイルス（おたふくかぜの原因ウイルス）、新型コロナウイルス 等

¹¹ 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。

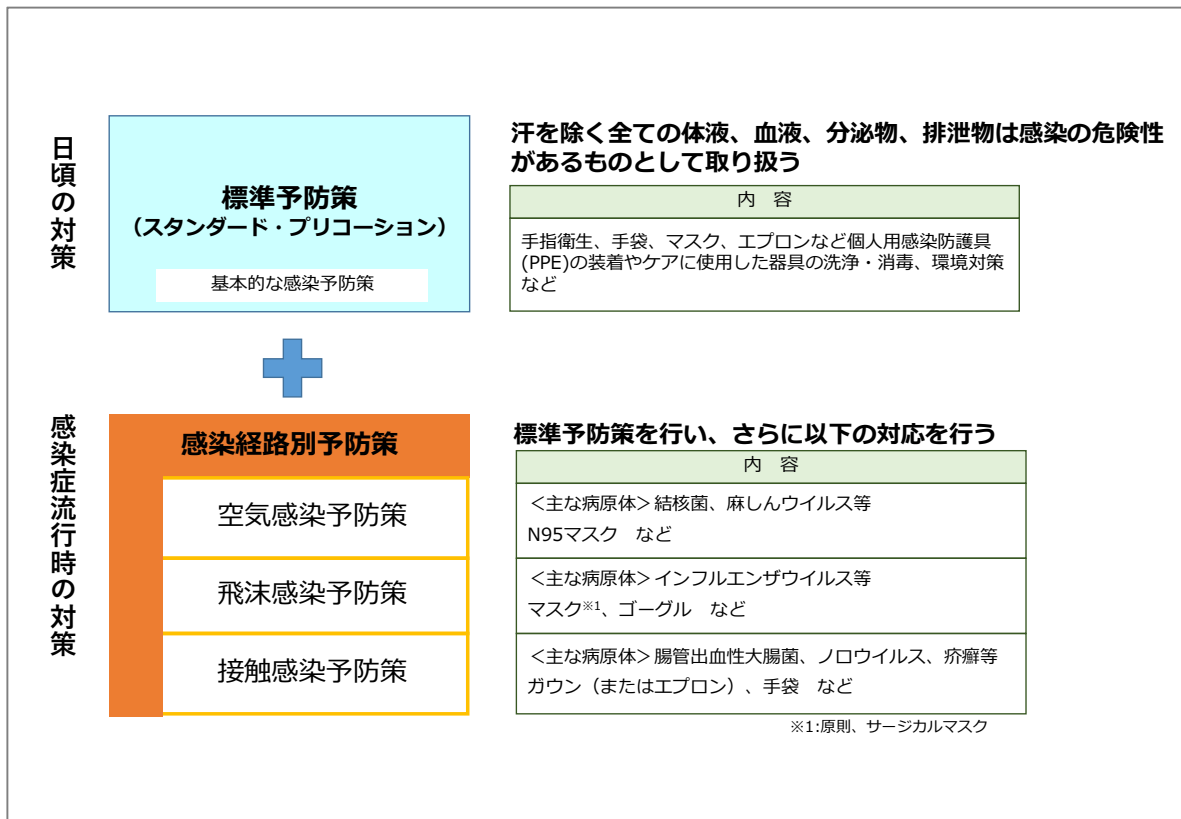
¹² N95 マスク：正式名称は、N95 微粒子マスク。米国 NIOSH（国立労働安全衛生研究所）が定めた規格を満たし、認可された微粒子用のマスク。

予防策	<個人防護> ・利用者に感染が疑われる症状（発熱など）がある場合には、原則としてサービス利用を見合わせる（施設系を除く）。職員に感染が疑われる場合には、原則として出勤しない。 ・ケアの際には、職員はマスクを着用する（原則としてサージカルマスク）。 ・疑われる症状のある利用者には、呼吸状態により着用が難しい場合などを除き、マスクを着用。（※新型コロナウイルス感染症では症状がなくとも着用。【参考】新型コロナウイルス感染症における医療施設での個人用感染防護具の使用例 160 ページ） ・マスクを着用せずに、咳やくしゃみをする場合¹³は、口・鼻をティッシュなどで覆い、使用後は捨てる。ハンカチやタオルなどを使用した場合、そのハンカチやタオルは共用しない。唾液や鼻水が手についた場合は流水下で石けんを用いて洗う。 <環境面> ・十分な換気を行う ・飛沫感染する病原体では接触感染も起こりうるため、接触が多い共用設備（手すり、ドアノブ、パソコンのキーボードなど）の消毒を行う。 <介護施設> ・原則、個室管理（やむを得ない場合は、同病者の集団隔離の判断もあり） ・患者とその他の利用者を隔離できない場合は、ベッドの間隔を 2m 以上あける、あるいは、ベッドの間をカーテン・パーテーション等で仕切るなどの工夫を行う。 ・居室に特殊な空調は必要なく、窓は開けたままでも可
------------	--

接触感染	
特徴	・感染している人との接触や汚染された物との接触による感染。 ・接触感染の多くは、汚れた手で眼、鼻、口、傷口などを触ることで病原体が体内に侵入して感染が成立する。 ・感染しているヒトに直接接触れること（握手など）で伝播がおこる直接接触感染と、汚染された物（ドアノブ、手すり、食器、器具など）を介して伝播がおこる間接触感染がある。
主な病原体	ノロウイルス、疥癬（かいせん）、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、新型コロナウイルス 等
予防策	<個人防護> ・こまめに手洗いや手指消毒を行う。 ・ケア時は、手袋を着用する。使用後の手袋は速やかに捨て、汚れた手袋で周辺を触ることがないように注意する。手袋を脱いだ後は手指衛生を行う。 ・利用者の膿、血液、嘔吐物、排泄物などを扱う場合には、ガウンを着用。使用後のガウンは速やかに捨てること。またガウンを脱いだ後に、職員の衣類が利用者や利用者の物品に触れないように注意する。 <環境面> ・サービス提供場所には特殊な空調を設置する必要はない。 ・共用タオルは使用せず、ペーパータオルの使用が望ましい。

¹³ 咳エチケット：咳やくしゃみをする場合は、ハンカチ、タオル、ティッシュ等で口を覆い、飛沫を周りの人に浴びせないようにする。ハンカチやティッシュがない場合は、手のひらではなく、肘の内側で口を覆う
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html>

図 5 日頃と感染症流行時の予防策



(参考) マスクの種類

マスクは、花粉やホコリ、病原体などの粒子が体内に侵入することを減らすとともに、咳やくしゃみによるしぶき（飛沫）が飛ぶのを防ぐ目的で使用されます。

マスクには、日常よく目にするガーゼマスクや不織布マスクの他、医療用サージカルマスクや、感染者の隔離病棟で利用される感染予防用マスク（N95 マスクなど）、さらに生物化学兵器を想定した防毒（防護）マスクと目的に合った色々な種類があります。

「N95 マスク」は医療現場で使用されるマスクで、病原体を含む外気から、マスクを装着するヒトを守るために使用されるため、感染源が顔面とマスクの隙間から侵入しないよう、顔面に密着するよう設計されています。事前にフィットテスト¹⁴を行い、マスクの隙間から病原体が侵入しないような対応が必要です。

「サージカルマスク」は、逆にマスクを装着したヒトから排出される微生物を含む粒子が大気中に拡がるのを防ぐ目的で使用されます。また、耐水加工のあるサージカルマスクは、医療従事者等の着用者が、血液など体液由来の病原体に暴露されるリスクを軽減するという目的も兼ね備えています。医療用サージカルマスクは一般の店舗で広く市販されているものではなく、入手困難であれば一般に市販されている不織布マスク、布マスク等で代用することが考えられます。

マスクの基本性能は、「フィルター部の捕集（ろ過）効率¹⁵」と「形状¹⁶」で決まりますの

¹⁴ どの呼吸器防護具が使用者に十分フィットするかを決定し、どのような場合に呼吸器防護具が正しくフィットするか使用者の知識を確実なものにするために行うこと

¹⁵ 花粉、風邪・ウイルス対策、PM2.5 対策など目的に合った大きさの粒子をろ過する機能

¹⁶ 顔に密着させ、フィルター部以外からの侵入を防ぐか（隙間を無くすか）

で、マスクを着用する用途や、感染症・感染経路別に適したマスクを選択しましょう。鼻の両脇やあご、頬のラインに隙間のできないような、自分の顔に合った形状、サイズをあらかじめ探しておくことも大切です。

（４）清掃・消毒・滅菌等

① 普段の清掃のポイント

床、壁、ドアなどは水拭きしますが、多くの人の手が触れるドアノブ、手すり、ボタン、スイッチなどは、状況や場所に応じての消毒（消毒用エタノール等でよい）が望ましいです。なお、ノロウイルス感染症発生時は 0.02%(200ppm)次亜塩素酸ナトリウム液を使用し、消毒後の腐食を回避するため水拭きするなど、流行している感染症によっては、その病原体に応じた清掃や消毒を行う必要があります。

② 嘔吐物・排泄物の処理

嘔吐物・排泄物の処理については、感染性胃腸炎（ノロウイルス等）も想定して、速やかにかつ入念に清掃をすることが重要です。

まず、近くにいる人を別室などに移動させ、換気をした上で、嘔吐物・排泄物は、マスク、使い捨てエプロン（ガウン）、使い捨て手袋を着用（できればゴーグル、靴カバーも着用）して、ペーパータオルや使い捨ての雑巾で拭きとります。

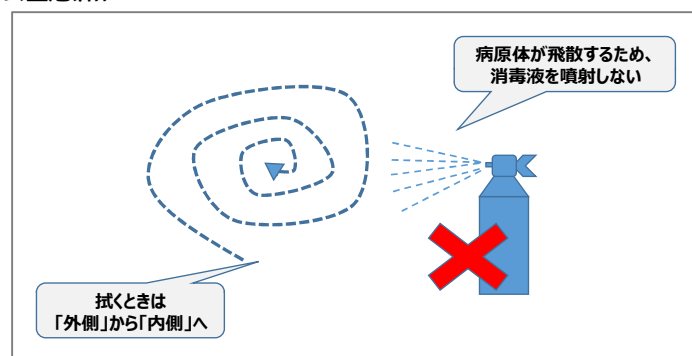
処理手順については、以下を参照しましょう。特に、嘔吐物は広範囲に飛散するため、拭き残しのないように注意しましょう。なお、嘔吐物が付着した洗濯や食事（食器）については、第三章 感染症各論「3. 感染性胃腸炎」（118 ページ）を参照しましょう。

<処理手順>

- 窓を開けて換気を行います。
- 近くにいる利用者を移動させ、処理を行う職員以外は立ち寄らないようにします。
- 嘔吐物・排泄物の処理の手順を徹底し、速やかに処理します。
- マスク、使い捨てエプロン（ガウン）、使い捨て手袋を着用します。
※ノロウイルスは飛沫感染や空気感染（塵埃感染）も指摘されているので、マスクを必ず着用します。
- 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等を嘔吐物にかぶせて拡散を防ぎます。
- ペーパータオルや布等で、外側から内側に向けて静かに拭き取ります。汚染を拡げないために、一度拭き取ったペーパータオルは捨てます。
- 最後に次亜塩素酸ナトリウム液（0.02%）で浸すように拭き取り、その後に水拭きします。
※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くことが推奨されます。（次亜塩素酸ナトリウム液の使用期限が切れていないか、要確認）
※消毒液をスプレーで吹きかけると、逆に病原体が舞い上がり、感染の機会を増やしてしまうため、噴霧はしないようにします。

- 使用したペーパータオル等は、ビニール袋に密閉して廃棄します。この際、ビニール袋に廃棄物が十分に浸る量の次亜塩素酸ナトリウム液（0.1%）を入れることが望ましいです。
- おむつ等は速やかに閉じて排泄物等を包み込み、ビニール袋に密閉して廃棄します。
- 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。

図 6 消毒の注意点



③血液など体液の処理

他の利用者や職員の感染を防ぐためにも、血液等の体液の取扱いには十分注意が必要です。

血液等の汚染物が付着しているところは、手袋を着用し、消毒薬を用いて清拭消毒します。化膿した患部に使用したガーゼ等は、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、ガウン、覆布（ドレープ）などは、可能な限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、汚染処理室で専用のビニール袋や感染性廃棄物容器に密閉し、専用の業者に処理を依頼します。

④消毒・滅菌

（ア）消毒とは

消毒は、病原微生物の数を減らすために用いられる処置法で、感染症を引き起こさない水準にまで病原微生物を殺して数を減少させます。皮膚や器具等に対して行われます。

消毒には、煮沸消毒や熱水消毒などの熱や紫外線を用いる物理的消毒法と、消毒薬を用いる化学的消毒法があります。人体に害のない煮沸消毒や熱水消毒を優先し、それができない場合には、消毒薬を使用します。各消毒薬の特性や、病原微生物の消毒抵抗性にも違いがあるため、消毒薬と病原微生物の組み合わせによっては効果が期待できない場合もあります。例えば、消毒抵抗性が強いノロウイルスに対しては、アルコール消毒では十分な効果が得られないため、次亜塩素酸ナトリウム等を用いる必要があります。また、器具等を消毒薬に浸け置きした後にすすぐ場合、消毒薬が残存しないよう十分にすすぎます。

ワンポイントアドバイス

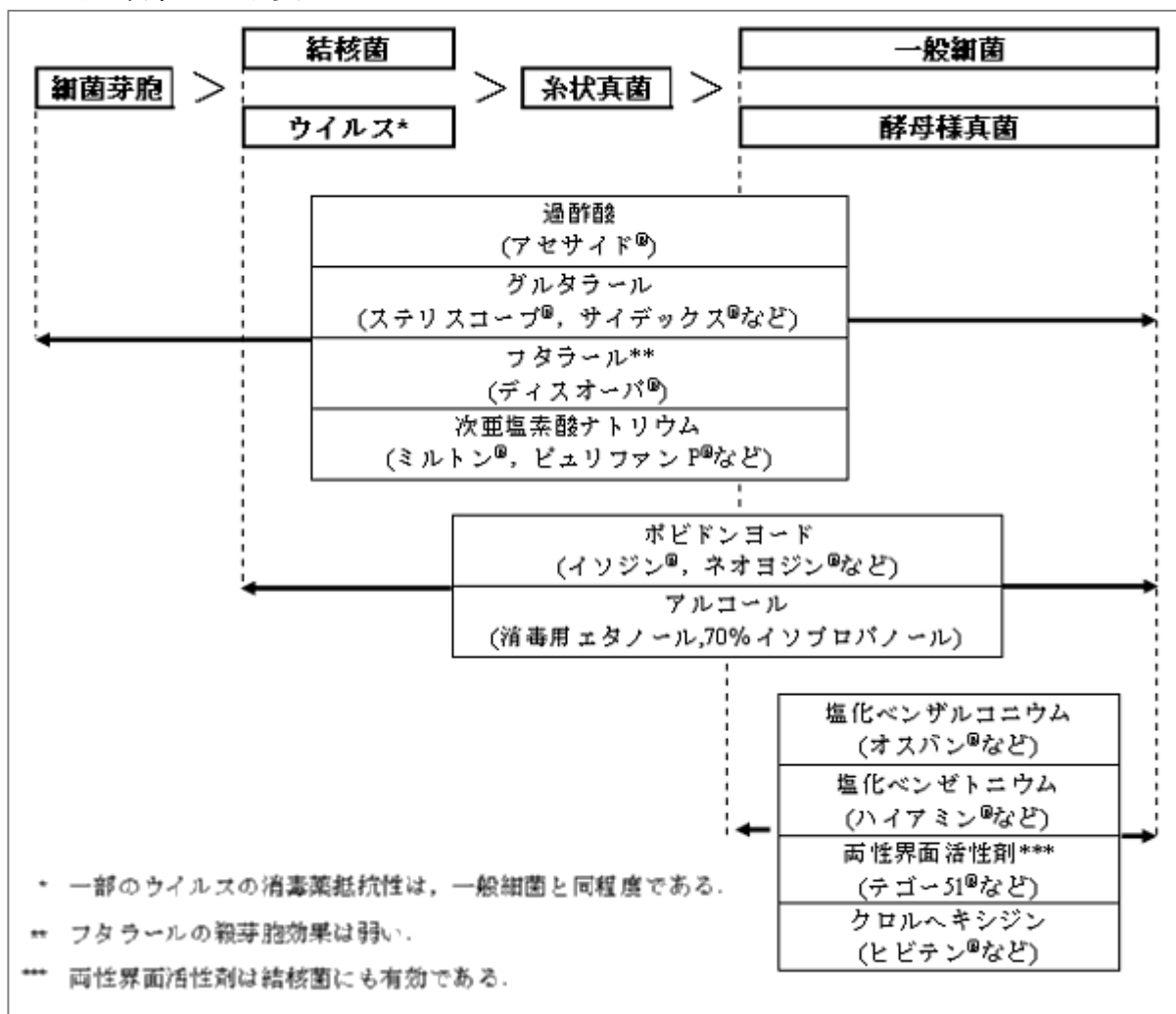
炎天下の車内にアルコール容器を放置すると破裂や火災事故の危険性がありますので、利用者宅等へ訪問中、手指用に準備した消毒用のアルコールを車内に置き忘れないないようにしましょう。

(イ) 滅菌とは

滅菌は、全ての微生物を殺滅または除去する方法で、主に医療器具等に対して行われます。高圧蒸気滅菌（オートクレーブ）、乾熱滅菌、エチレンオキシドガス滅菌などがあります。いずれも滅菌するための温度や時間等の条件を守ることが重要です。ただし、芽胞（孢子）を作る一部の病原体は、乾熱滅菌では十分に滅菌できないことがあります。

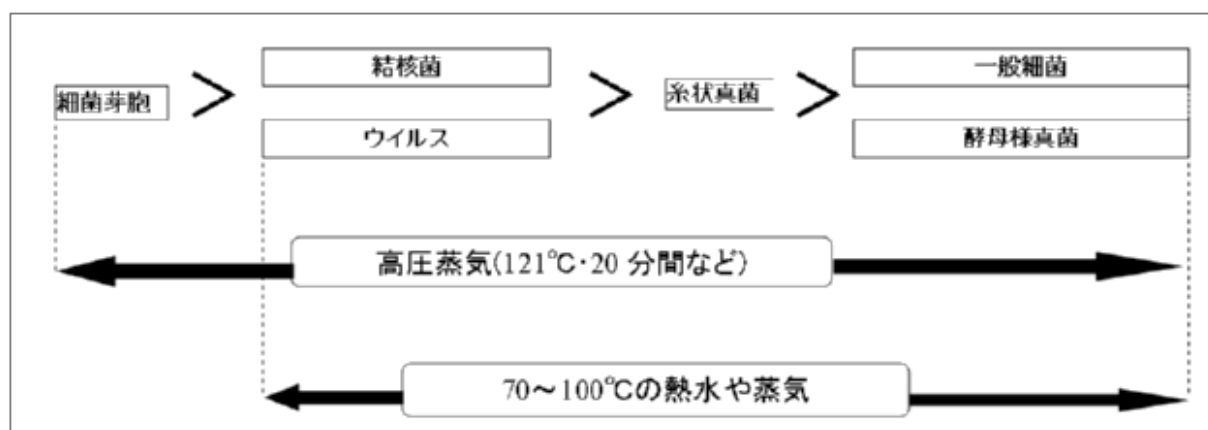
(参考) 微生物の消毒薬抵抗性の強さ、および消毒薬の抗菌スペクトル

微生物を消毒薬抵抗性の強い順にならべるとともに、消毒薬の抗菌スペクトル（範囲）については以下のとおり。



(出典：バイオテロ対応ホームページ（厚生労働省研究班）)

(参考) 微生物の熱抵抗性の強さ、および熱の抗菌スペクトル



※70～100℃の熱水や蒸気は、芽胞以外の微生物に有効

(出典：バイオテロ対応ホームページ（厚生労働省研究班）)

(参考) 消毒薬が適用可能な対象

消毒薬	使用濃度	消毒対象
次亜塩素酸ナトリウム	0.02%	食器、まな板、リネン
	0.1%	ウイルス汚染環境（目に見える血液付着のない場合）
	1%	床上のウイルス汚染血液
ポビドンヨード	原液（7.5%） （洗浄剤含有）	<u>手指・皮膚</u>
	ガーグル（7%） 15～30 倍希釈	口腔内、咽頭炎、扁桃炎、口内炎、抜歯創を含む口腔創傷の感染予防
消毒用エタノール	原液	<u>手指、皮膚</u> ドアノブ、カート、洋式トイレの便座等
ベンザルコニウム塩化剤	逆性石ケン液 （0.1%）	<u>手指</u>
	0.1～0.5%	医療用器材、環境（床など）
ベンゼトニウム塩化物	0.1%	手指
	0.1～0.5%	医療用器材、環境（床など）
アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.1～0.5%	医療用器材、環境（床など）
クロルヘキシジングルコン酸塩	0.05%	創傷部位、環境（床など）
	0.1～0.5%	皮膚、医療用器材
	原液（4%）	手指

※生体に使用可能な場合に下線

（平成 27 年 3 月 31 日時点）

（出典：J 感染制御ネットワーク 消毒薬使用ガイドライン 2015、J 感染制御ネットワーク、2015 に基づき作成）

(参考) 対象物による消毒方法

対象	消毒方法
嘔吐物、排泄物	・嘔吐物や排泄物で汚染された床は、手袋をして 0.1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。
差し込み便器 (ベッドパン)	・熱水消毒器 (ベッドパンウォッシャー) で処理 (90℃1 分間)。 ・洗浄後、0.1%次亜塩素酸ナトリウムで処理 (5 分間)。
リネン・衣類	・熱水洗濯機 (80℃10 分間) で処理し、洗浄後乾燥させる。 ・次亜塩素酸ナトリウム (0.05～0.1%) 浸漬後、洗濯、乾燥させる。
食器	・自動食器洗浄器 (80℃10 分間) ・洗剤による洗浄と熱水処理で十分である。
まな板、ふきん	・洗剤で十分洗い、熱水消毒する。 ・次亜塩素酸ナトリウム (0.05～0.1%) に浸漬後、洗浄する。
手すり、ドアノブ、 食卓用テーブル、 職員ロッカー パソコン、電話機器	・消毒用エタノールで清拭する。
浴槽	・手袋を着用し、洗剤で洗い、温水 (熱水) で流し、乾燥させる。
カーテン	・一般に感染の危険性は低い。洗濯する。 ・体液等が付着したときは、次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。
送迎車	・手すり、ドアノブ、食卓用テーブルの消毒に準ずる

(出典: 株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版 (2019 年 3 月)」一部改変)

⑤薬品の解説

(ア) 消毒用エタノール

消毒用エタノールは、約 80%に調製されており、環境、器具などのほか、皮膚にも使用できますが、粘膜や傷口には使用できません。また、引火性があるので火気厳禁です。エタノールに対する過敏症 (アレルギー) にも留意が必要です。

(イ) 次亜塩素酸ナトリウム

次亜塩素酸ナトリウムは、強力な消毒薬で、環境、器具などに使用できますが、皮膚には使用できません。このため、手指消毒には用いられないことに注意します。なお、金属に用いる場合は、腐食性があることに留意し、次亜塩素酸ナトリウム液で消毒後は、水拭きして乾燥させるようにしましょう。有機物の汚染物に接触すると消毒効果が低下するので、汚れを除去してからの消毒が効果的です。ペーパータオルを使って消毒する場合は、有機物であるペーパータオルにより消毒効果が低下するため、濃度を上げる必要があります。光などにより分解しやすいので、希釈して作成した消毒液は可能な限りその日のうちに使用します。

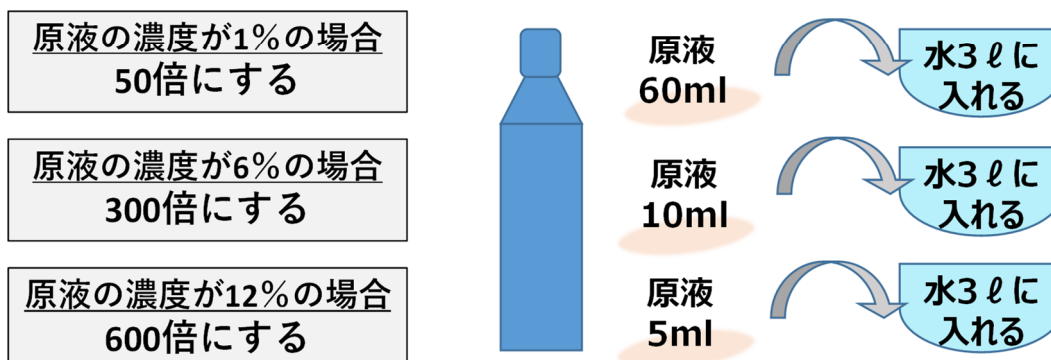
なお、0.02% (200ppm) 次亜塩素酸ナトリウム消毒液の目安は、2ℓ のペットボトル水 1 本に、塩素系消毒液 (原液濃度 6 % の場合) 8 ml (ペットボトルのキャップ 2 杯) 程度、0.1% (1,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウム消毒液の目安は、2ℓ のペットボトル水 1 本に塩素系消毒液 40 ml です。塩素系消毒剤については、添付文書を熟読の上、正しく取り扱うことが重要です。酸と混ぜると危険ですので、注意して取り扱しましょう。

図 7 消毒液の作り方（例）

消毒液（次亜塩素酸ナトリウム希釈液）の作り方（例）

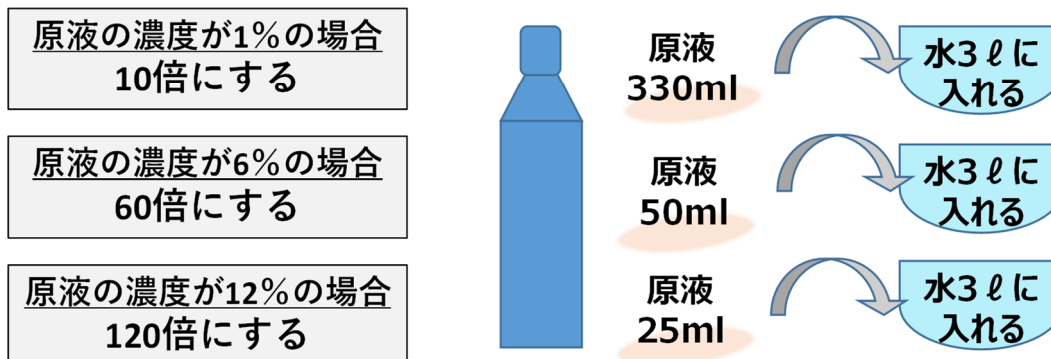
一般的な消毒（ドアノブ、トイレ、リネン類、調理器具等）

<0.02%次亜塩素酸ナトリウムの作り方>



排泄物、嘔吐物の消毒

<0.1%次亜塩素酸ナトリウムの作り方>



- ❖ 説明書をよく読んで使用しましょう。
- ❖ 消毒液は、定期的に使用期限を確認し、期限切れに注意しましょう。
- ❖ 消毒を実施する際は、窓を開けるなど換気を十分に行い、消毒液が直接皮膚に触れないように手袋等を使用しましょう。
- ❖ 作った消毒液は、時間がたつにつれて効果が落ちていきます。作り置きは1日分としましょう（冷暗所に保管し、早めに使用）。
- ❖ （目安）ペットボトルのキャップ2杯＝10ml

⑥洗濯

利用者等に、清潔で衛生的なタオル等を常に提供することが必要です。特に、便や血液が付着した物の消毒などの衛生管理は、感染症のまん延防止の上で重要です。

おむつ・パンツや感染症の利用者が使用したものなどの洗濯・消毒方法は、次の方法を参考にしましょう。

なお、既に感染症にかかっていると診断された利用者が使用したタオルやシーツ等のリネン類を取り扱うときは、取り扱った人の手に病原体が付着して感染を拡大させてしまう可能性があるため、二次感染を防ぐための適切な処理が必要です。

(参考) 洗濯物の消毒方法

区分		消毒方法
指定洗濯物の一般的な消毒方法	熱湯による消毒	80℃以上の熱湯に 10 分間以上浸すこと。(温度計により温度の確認をすること。) (注)熱湯に大量の洗濯物を浸す場合は、湯の温度が低下することがある。
	塩素剤による消毒	さらし粉、次亜塩素酸ナトリウム等を使用し、その遊離塩素 250ppm 以上の水溶液中に 30℃以上で 5 分間以上浸すこと。(この場合終末遊離塩素が 100ppm を下らないこと。) (注)汚れの程度の著しい洗濯物の場合には、終末遊離塩素濃度が極端に低下することがある。
	界面活性剤による消毒	逆性石けん液、両性界面活性剤等の殺菌効果のある界面活性剤を使用し、その適正希釈水溶液中に 30℃以上で 30 分間以上浸すこと。 (注)洗濯したものを消毒する場合は、十分すすぎを行ってからでないと消毒効果がないことがある。
	蒸気による消毒	蒸気がま等を使用し、100℃以上の湿熱に 10 分間以上触れさせること。(温度計により器内の温度を確認すること。) (注) 1 大量の洗濯物を同時に消毒する場合は、すべての洗濯物が湿熱に十分触れないことがある。 2 器内底の水量を適量に維持する必要がある。
消毒効果を有する洗濯方法	熱湯による消毒	洗濯物を 80℃以上の熱湯で 10 分間以上処理する工程を含むもの。
	塩素剤による消毒	さらし粉、次亜塩素酸ナトリウム等を使用し、その遊離塩素が 250ppm 以上の液に 30℃以上で 5 分間以上浸し、終末遊離塩素 100ppm 以上になるような方法で漂白する工程を含むもの。

※指定洗濯物： おむつ・パンツ、タオル、感染症の患者が使用したもの、病原体による汚染の恐れがあるもの等
(出典：クリーニング所における衛生管理要領について（昭和 57 年 3 月 31 日環指第 48 号厚生省環境衛生局長通知抜粋（平成 22 年 11 月 12 日最終改訂））)

(参考) おむつの洗濯方法

区分		洗濯方法
バッチ式による洗濯	洗濯工程中に消毒効果のある塩素剤を使用する方法	① 洗濯は、適量の洗剤を使用して、60℃以上の温湯中で10分間以上本洗を行い、換水後、更に同様の本洗を行った後、すすぎ及び塩素剤添加による消毒を行うこと。 ② すすぎは、清浄な水（水道法に基づく水質基準に適合する水であることが望ましいこと。以下同じ。）により4回以上（各回3分間以上）行い、各回ごとに換水すること。 ③ 塩素剤添加による消毒は、次亜塩素酸ナトリウム、さらし粉等を使用し、すすぎの2回目以降に遊離残留塩素が250mg/L以上となるように添加して行うこと。
	熱湯又は蒸気による消毒後洗濯する方法	① 消毒は、80℃以上の熱湯に10分間以上浸すか、又は100℃以上の蒸気に10分間以上触れさせて行い、その後洗濯を行うこと。 ② 洗濯は、適量の洗剤を使用して、60℃以上の温湯中で10分間以上本洗を行い、換水後、更に同様の本洗を行った後、すすぎは清浄な水により4回以上（各回3分間以上）行い、各回ごとに換水すること。なお、80℃以上の熱湯を用いて本洗を行う場合は、①の消毒工程を省略することができる。
連続式洗濯機による洗濯	洗濯工程中に消毒効果のある塩素剤を使用する方法	① 予洗は、適量の清浄な水又はすすぎ水を使用して4分間以上本洗を行うこと。 ② 洗濯は、適量の洗剤を利用して、60℃以上の適量の温湯中で10分間以上本洗を行うこと。 ③ すすぎは、適量の清浄な水を使用して、8分間以上（原則として4槽以上）を行うこと。 ④ 塩素剤添加による消毒は、次亜塩素酸ナトリウム、さらし粉等を使用し、すすぎの前半又は洗濯の後半の工程において、遊離残留塩素が250mg/L以上となるように添加して行うこと。
	熱湯を使用する方法	① 消毒及び洗濯は、適量の洗剤を使用して、80℃以上の適量の温湯中で10分間以上行うこと。 ② 予洗及びすすぎは、それぞれ上記の①及び③により行うこと。

※バッチ式：洗い、すすぎ等をそれぞれ単独の槽で洗う方式

連続式：洗い・すすぎ・脱水・乾燥等を連続して行う方式

（出典：貸おむつの衛生的処理に関するガイドライン（平成5年11月25日衛指第224号厚生省生活衛生局指導課長通知抜粋））

⑦感染性廃棄物処理

感染性廃棄物とは、人に感染する、もしくは感染するおそれのある病原体が含まれ、もしくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物をいいます。具体的には、血液などの体液・排泄物などを指し、これらが付着した廃棄物または付着した可能性がある廃棄物は感染性廃棄物として取扱います。感染性のあるゴミを他のゴミと同じように取り扱っていると、そこから感染が広がる可能性もあり、特に注意する必要があるため、感染性廃棄物は、介護施設等で活動により排出される非感染性廃棄物とは区別して保管し、廃棄することが必要です。

なお、感染性廃棄物の介護施設内における移動は、感染性廃棄物が入った容器を密閉して、移動途中で内容物が飛散・流出するおそれのないように行わなければなりません。

【参考】新型コロナウイルス感染症に関する廃棄物処理

👉152 ページ

コラム 感染管理体制

❖ 外部委託業者が引取拒否！？（新型コロナウイルス感染症を経験して）

新型コロナウイルス感染症がまん延する中、B施設でも患者が発生。患者は専門病院に入院したため、施設では濃厚接触者などの対応とともに、使用したリネン類などの処理に追われていた。そんな中、いつも契約している清掃業者やクリーニング業者から業務のお断りがあり、職員自身が清掃やリネン類の手洗いをするようになった。

介護現場の声より

＜振り返ってみると・・・＞

新型コロナウイルス感染症に限らず、各種感染症の流行時には外部委託業者との調整が困難になる事例があります。新型コロナウイルス感染症に関連した上記の事例では、医療機関へ出入りしている業者にお願いしたところ、問題が解決した事例もあります。

また、感染管理体制として、外からの感染症の持込にも留意する必要があります。インフルエンザ等、感染症の流行期の業者の出入りの仕方（マスク着用など）は、契約時に確認しておくとういでしょう。また、特殊な事情による場合には、保健所や各種サービス団体などに相談してみるとよいでしょう。

（５）感染防護具の着脱

利用者や職員を感染や汚染から守るためには、血液などの体液・排泄物などをすべて感染源とみなして、感染症の有無にかかわらず、個人用の感染防護具（PPE; personal protective equipment）を適切なタイミングで着用し、さらに、個人用感染防護具を脱ぐ（外す）際には、正しい方法で行うことが、自身や他者を守り、さらなる感染を防ぐために必要です。そのためには、個人用感染防護具の脱着に関する正しい知識と動作を習得することが重要です。

個人用の感染防護具には、マスク、手袋、エプロン、ゴーグル、フェイスシールドなどがあり、これらを状況に応じて、適切に選択し、組み合わせて使用します。

【参考】新型コロナウイルス感染症における医療施設での個人用感染防護具の使用例

👉 160 ページ

図 8 介護・看護ケアにおける感染予防策（例）

● 血液などの体液、嘔吐物、排泄物（便）等に触れるとき ● 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手指衛生（目に見える汚れが付いている場合は、アルコール消毒等だけではなく液体石けんと流水による手洗いで汚れを落とします）を行います。 点滴や採血の際も同様です。
● 血液などの体液、嘔吐物、排泄物（便）等に触れてしまったとき	嘔吐物、排泄物等による汚染が考えられる場合には、液体石けんと流水による手洗いをを行います。触れた場所の皮膚に損傷がある場合は、流水で十分に洗い流したうえで、直ちに医師に相談します。
● 血液などの体液、嘔吐物、排泄物（便）等が飛び散り、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。
● 血液などの体液、嘔吐物、排泄物（便）等で衣服が汚れ、他の利用者に感染させるおそれがあるとき	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・ガウンが望ましいです。使用したエプロン・ガウンは、別の利用者のケアをする時に使用してはいけません。

原則、個人用感染防護具はディスポーザブル（使い捨て）です。ただし、先般の新型コロナウイルス感染症の流行時には、需要と供給のバランスが崩れてしまい、個人用感染防護具を手作りしたりするなど、緊急的な措置が行われました。このような緊急的な場合を除き、日頃の介護・看護ケアには、ディスポーザブルを使用し、利用者 1 人ごとやケアごとに個人用感染防護具を交換し、個人用感染防護具の使用後は感染性廃棄物として処理します。

なお、個人用感染防護具の着用中は、個人用感染防護具に付着した汚染物の拡散を防ぐため、広範囲に歩き回することは避け、さらに、使用した個人用感染防護具は持ち歩かずに速やかに感染性廃棄物処理の箱に捨てることが重要です。

(参考) 個人用感染防護具の脱着 (動画で学ぶ)

○ 手袋・エプロンなどの着脱

「介護職員のためのそうだったのか！感染対策！」

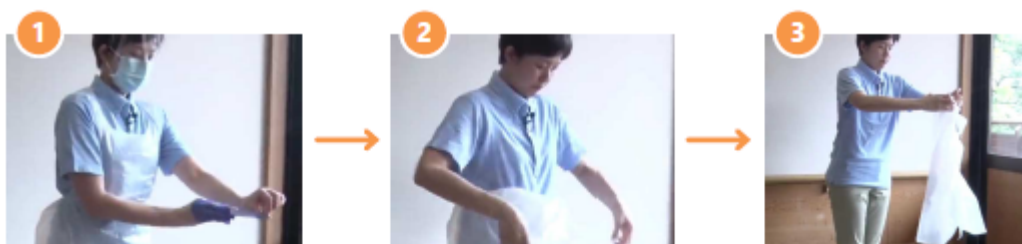
URL:https://www.youtube.com/watch?v=gSgft2xPMVc&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=19



■エプロンのはずし方

使い捨てエプロン

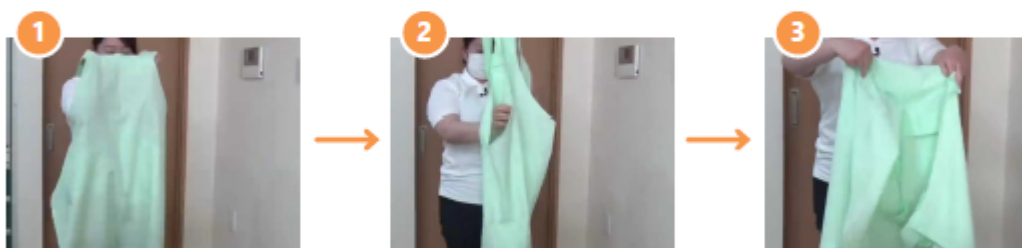
外側の面が内側になるようにしてたたんで捨てます。



布エプロン

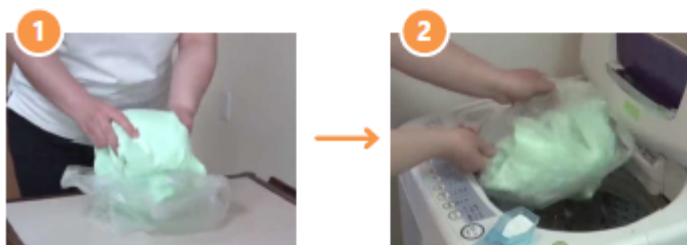
外側が自分に触れないように脱ぎましょう。

上手に脱げたら、体から離して持ち、エプロンの外側が中になるようにたたんでいきます。



エプロンを脱いだ後

手洗いか手指消毒をしましょう。エプロンにはウイルスがついている可能性があるため、エプロンに直接触れないように注意しながら、速やかに洗濯機に入れましょう。



(参考) 個人用感染防護具が不足した場合の対応

新型コロナウイルス感染症の流行時には、個人用感染防護具の需要が供給量を上回り、感染対策に必要な物資が手に入りにくい状態となりました。本来であれば、適切な工程で作成された個人用感染防護具を使用することが望めますが、感染症の流行期において、市場で品薄となった場合には、急遽、身近な物品で代用品を作成し、感染を防ぐ工夫が必要となる場合があります。

ただし、あくまで、臨時的な対応であることに留意し、市場に物資が供給されている場合は、適切な個人用感染防護具を使用しましょう。

【参考】「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて(令和2年4月15日付厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課ほか連名事務連絡)」

 162 ページ

3) 介護・看護ケアと感染対策

介護・看護ケアで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。

エタノール含有消毒薬による手指衛生や液体石けんと流水による手洗い（以下、「衛生的な手洗い」とします）を適切に実施することにより、感染を防止することができます。

また、日常のケアにおいて血液などの体液、嘔吐物、排泄物等を扱うときは、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。

（1）職員の手洗い・手指衛生

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す。

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、「消毒薬による手指衛生」と「液体石けんと流水による手洗い」があります。

アルコールへのアレルギーなどがなければ、通常はエタノール含有消毒薬を用います。目に見える汚れが付いている場合には、特に液体石けんと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。手指が汚染された場合は、これらの手指衛生や液体石けんによる流水手洗いを適切に実施することにより、感染を防止することができます。

なお、液体石けんと流水による手洗いの際には、次の点に注意します。

＜注意点＞

- 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
- 液体石けんを使用して洗う※
- 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（共有の布タオルは使用しない）
- 水道栓は、自動水栓か手首、肘等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（個人のハンドクリームを使用）
- 手荒れがひどい場合は、皮膚科医等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す。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。

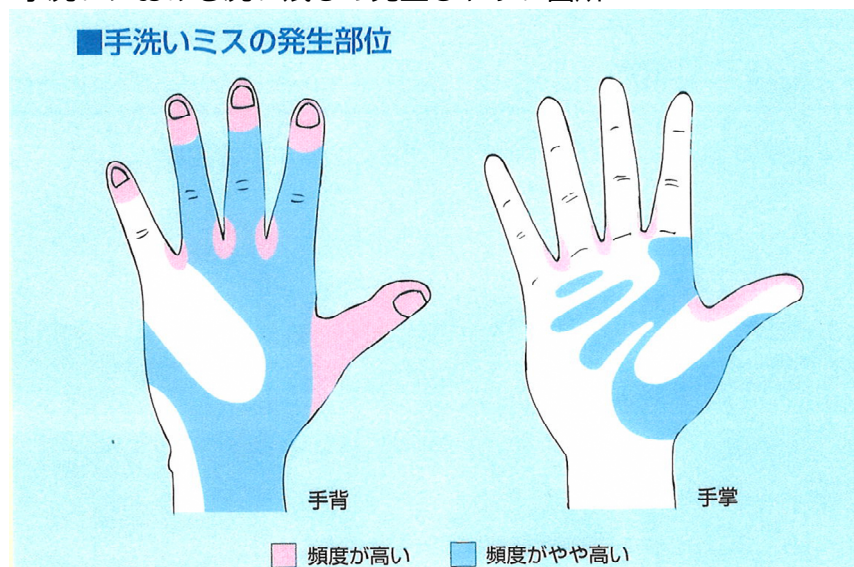
正しい手洗いの方法（スクラブ法）を図 9 に示します。図 10 に示した手洗いミスが起こりやすい箇所については、特に気をつけます。

図 9 手洗いの順序



(出典：2001 辻 明良：病院感染防止マニュアル 日本環境感染学会監修)

図 10 手洗いにおける洗い残しの発生しやすい箇所



(出典：2001 辻 明良：病院感染防止マニュアル 日本環境感染学会監修)

（２）利用者の手指の清潔

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。

認知症等により、清潔観念の理解や清潔行為の実施が難しい場合は、下記の例を参考に柔軟に対応します。

①手洗いの介助

利用者の手洗いは、液体石けんと流水による手洗いを行うよう促します。手洗い場まで移動可能な利用者は、できるだけ職員の介助により手洗いを行います。

液体石けんと流水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）等で目に見える汚れをふき取ります。

②共用タオル・おしぼり等の使用

共用タオルの使用は絶対に避けます。手洗い場の各所にペーパータオルを備え付けます。

介護施設や通所系サービスでは、職員や利用者がおしぼりを準備することがありますが、タオルや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、感染症対策の観点からは使い捨てのおしぼり（ウェットティッシュ）を使用することが薦められます。

（３）手袋の着用と交換

血液等の体液や嘔吐物、排泄物等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、利用者や職員の安全を守るために必要不可欠なことです。

①基本的な考え方

手袋は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）や接触感染予防策を行う上で、最も一般的で効果的な防護具です。利用者や職員の感染リスクを減少させるために、感染症の有無に関わらず、すべての人の血液などの体液、嘔吐物、排泄物等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、確実に着用します。

②してはいけないこと

次のようなことは、絶対にしてはいけません。

- 汚染した手袋を着用したままでは他のケアを続けることや別の利用者へケアをすること
- ケアの際に着用した手袋をすぐに外さずに、施設内のいろいろな場所に触ったり、次のケアを行うときに使用した手袋を再利用すること
- 手袋を着用したからという理由で、衛生的な手洗いを省略したり簡略にすませたりすること

③注意事項

- 手袋を外したときは、原則、液体石けんと流水による手洗いを行います。
- 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。

ワンポイントアドバイス

テーブル等の清掃をしている時に、利用者からの呼び出しがあり、トイレの付き添いを行う場面などがあります。手袋を着けているため「清潔」だと思ってしまうますが、手指が汚染されないよう装着していた手袋の表面は、汚れたテーブルや手摺り等を触っており、汚染されています。このような場合でも、必ず手袋を外し、手指衛生を行ってから、利用者のケアに移ることが大切です。

（４）食事介助

食事介助の前は、介護職員等は必ず衛生的な手洗いをを行い、清潔な器具・清潔な食器で食事を提供することが大切です。特に、介護職員が利用者の排泄介助後に食事介助を行う場合は、液体石けんと流水による手洗いの徹底が必要です。介護職員等が食中毒病原体の媒介者とならないよう、十分に注意を払います。

利用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、飲み終わったら洗剤で洗浄し、清潔にしておきます。

（５）排泄介助（おむつ交換含む）

便などの排泄物には病原体が混入している可能性を考慮し、介護職員や看護職員等が病原体の媒介者とならないよう、特に、注意が必要です。

おむつ交換は、排泄物に直接触れなくても必ず使い捨て手袋とエプロン（またはガウン）を着用して行うことが基本です。また、手袋やエプロンは１ケアごとに取り替えるとともに、手袋を外した際には手指衛生を実施します。

おむつ交換車の使用は、感染拡大の危険性が高くなります。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す。

なお、訪問系サービスの場合、利用者が着用していたおむつを新しいおむつに交換する際には、着用していたおむつを利用者から外したあとは速やかにビニール袋などに入れるなど、まわりの物品等が汚染されないような行動をしましょう。

（６）入浴介助

感染症にかかっている利用者で、正常でない皮膚などから浸出液が出ている場合など、浴室の利用が適切ではないと考えられる場合は、清拭にするなど、浴場で感染を拡げない工夫が必要です。もし、まだ感染力がある期間に入浴することになった場合には、個室の浴室を

利用するなど他の利用者と接触がないようにしましょう。浴室を使用後は、十分な換気を行いましょう。また、病原体に応じて適切な消毒が必要です。

介助が必要な利用者については、他の利用者が全て終わった後にするなど、入浴の順番に注意しましょう。介助をする際も、マスクや厚手の手袋を装着し、利用者の入浴が終了後に、そのまま消毒を踏まえた清掃を行い、個人用感染防護具を廃棄します。

（７）送迎

飛沫感染の感染症が流行している際には、必要に応じて利用者、送迎者にマスクを着用してもらい、送迎車の窓を開けて換気を行いましょう。また、利用者が多く触れる場所は汚染されやすいため、マスクと手袋を着用し、手すりやシートなど素材に応じた消毒を行います。1人の利用者の乗車（降車）につき、手指衛生を行い、職員自身が接触による感染を拡大しないようにすることが必要です。なお、携帯用の消毒薬を身近に置いておくとう便利です。接触感染の感染症の流行時には、車の手すりなどを触る乗車前に、利用者にも手指衛生を行ってもらうことが必要です。

（８）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。医療処置を行う前には、必ず手指衛生を行い、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。

チューブ類は、感染のリスクが高いことに留意します。

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。

看護職員が行う経管栄養については、胃ろうからの注入の際など、チューブからの感染に注意します。胃ろうから栄養剤を投与したあとは、チューブ内に栄養剤が残存しないよう十分に洗浄してください。また、チューブを再利用する場合は、洗剤等により洗浄します。経管栄養剤の管理においては、栄養剤の残りを長時間放置しないよう留意します。これらについては、特定行為従事者が一部行う可能性のある医療処置でもあるため、注意しましょう。

また、膀胱留置カテーテルを使用している場合、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等、逆流させないようにすることも必要です。介護職員が操作することはありませんが、ケアの際のパックの位置に気をつけましょう。

4) 利用者の健康管理

(1) 日常の健康状態の観察と対応

どれほど気を付けていても、感染症にかかってしまうことがあります。感染そのものをなくすことは大変困難であるため、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（感染した人の異常に少しでも早く気づくこと）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。

通所系サービス等では、利用者が居宅から出る送迎時点で普段と健康状態に変わりがないか（利用者に確認することが難しい場合は家族など）、施設到着時・活動中に健康状態の変化がないかなどを確認し、日常との違いを把握し、必要に応じてサービス利用の中止や看護職員・医師へ相談することが必要です。

なお、健康状態を把握するためには、栄養状態の把握や食事摂取状況、定期的な体重測定及び前回との比較、バイタルサイン（体温、脈拍、血圧等）測定等が有効です。高齢者の場合、痰の排出（喀出）能力が低下していることもあります。ほかにも、意識レベルの低下や頻脈（または徐脈）、呼吸数の上昇等で感染症の兆候が見られることもあります。ただし、高齢者では目立った症状が出にくいことがあり、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ます。「普段の反応と違う」、「今日は笑顔がみられない」、「なんだか元気がない」等の日常の中の変化を早期に把握することが大切です。

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。さらに介護施設では、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に向けた取組として有効です。

高齢者や基礎疾患のある方は感染に対する抵抗力が弱いことから、早期発見と早期対応が大切です。特に、感染症等が流行している時期には、症状の兆候が見られた場合、早期に医師に診察してもらうことが重要です。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や重症化につながる肺炎球菌感染症については、余裕をもって事前に予防接種を実施することも対策の一つです。

介護施設・事業所における健康管理

加齢による状態の変化から、高齢者は感染症にかかっても典型的な症状を呈さない場合があります。再三になりますが、利用者の普段の様子を把握し、生活の中での変化を見逃さないようにすることが大切です。日頃から利用者の生活を見守っている介護職員の方々だからこそ気づけることです。特に、施設系サービスは、感染症に対する抵抗力が弱い高齢者等が、集団で生活する場です。このため、施設系サービスは感染が広がりやすい状況にあることを認識することが必要です。感染そのものをなくすことはできないものの、集団生活における感染の被害を最小限にすることが求められます。

①利用開始時の健康状態の把握

利用開始時の健康状態を把握する方法として、サービス担当者会議における情報共有や介護施設に入所する際に健康診断を行う等のほか、主治医（かかりつけ医）から診断書等を確認する（提供してもらう）等もあります。また、感染症に関する既往歴や現在の治療内容（経過観察中のものも含む）等についても確認します。医師や看護職員の配置が求められていない訪問介護事業所等においては、併用されている医療系サービス事業所等と情報共有するなどが考えられます。

また、注意が必要な疾患としては、疥癬（かいせん）、結核などがあります。疥癬（かいせん）の感染が認められ介護施設に入所する場合には、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。結核で排菌がある場合（他人に感染させうる状態）は、排菌が認められなくなるまで、医療機関で入院治療をする必要があります。排菌のない場合は外来治療が可能です。通所サービスを利用する方では、市町村が実施する結核検診を受診する方法もあります。

結核の既往や服薬中であること、薬剤耐性菌の保菌等を理由に、サービス提供を拒否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（各介護保険サービスの運営に関する基準省令¹⁷に「提供拒否の禁止」が規定されています）。）

また、事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合や医学的な理由により適切なサービス提供が困難であると判断した場合等は、適切な他の事業所、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講ずることが求められます。（運営に関する基準省令「サービス提供困難時の対応」に規定されています）

なお、利用開始時の健康状態の把握においては、利用者の基本的人権を尊重して実施することが重要です。

②サービス利用中の健康管理

衛生管理の徹底に加え、日常から利用者の抵抗力を高め、感染予防を進める視点が重要です。看護職員や医師にも相談しながら、状態に応じて感染経路となる尿道カテーテル等のチューブをはずす、おむつをはずす等、利用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大切です。また、利用者や家族に感染対策への理解を促すことも重要です。

（２）健康状態の記録

異常の兆候をできるだけ早く発見するために、利用者の健康状態を、常に注意深く観察することが必要です。日常的なトイレ誘導やおむつ交換、入浴介助等のケアの際に、身体の様子等から判断できる場合もあります。

利用者の健康状態を観察・把握し、以下のような症状が認められた場合は、直ちに看護職員や医師に報告し、症状等を記録します。看護職員や医師がいない場合には、あらかじめ報告する人を決めておきましょう。

¹⁷ 本手引きにおいて、「基準省令」とは介護保険法に規定されるサービス施設・事業所の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を指しています。

- | | |
|----------------|------------------|
| ● 意識レベルの低下 | ● 咳、喀痰の増加 |
| ● 頻脈（または徐脈） | ● 咽頭痛・鼻水 |
| ● 呼吸数の増加 | ● 寝汗 |
| ● 発熱 | ● 皮膚の発疹、発赤、腫脹、熱感 |
| ● 発汗 | ● 摂食不良 |
| ● 嘔吐（吐き気） | ● 体重減少 |
| ● 下痢 | ● 頭痛 |
| ● 腹痛 | ● 顔色、唇の色が悪い |
| ● いつもと比べて活気がない | |

記録は、一人ひとりの利用者について作成します。第Ⅳ章の書式例①を参考にしてください。 156 ページ

さらに、介護施設全体での状況や傾向を把握するためには、第Ⅳ章の書式例②のようなシートを活用することも考慮されます。定期的に行われる感染対策委員会等で状況把握を行い、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し、速やかに対応します。

①感染症を疑うべき症状

次のような症状がある場合には、感染症の可能性も考慮し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、看護職員または医師に症状を報告します。

発 熱



- 体温については個人差がありますが、おおむね 38℃以上の発熱もしくは平熱より 1℃以上の体温上昇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）。
- 発熱に加えて、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ときや、嘔吐や下痢等の症状が激しいときは特に注意が必要です。
- 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明らかではない場合もあります。発熱以外に呼吸器、消化器等の症状がないか確認する必要があります。
- 結核では微熱が持続したり、繰り返すこともあります。
- 急な発熱は感染症に伴って起こることが多いですが、悪性腫瘍など他の疾患や薬のアレルギー反応の際にも起こることがあります。

嘔吐・下痢等の消化器症状



- 嘔吐・下痢に加えて、発熱、発疹や意識がはっきりしない等の症状がみられるときには特に注意が必要です。
- 腹痛を伴い、血液が混じった水様便が繰り返される場合等には腸管出血性大腸菌等の感染症の可能性があり、直ちに病原体の検査が必要です。
- 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。
- 夏場は細菌性の食中毒の多い時期であり、チューブ類や経管栄養剤の管理には特に注意が必要です。
- 1か月以内に抗菌薬の使用歴がある入所者に下痢や腹痛等の症状がみられた場合には、偽膜性大腸炎も考慮する必要があります。

咳・痰・のどの痛み等の呼吸器症状



- 高齢者に多い呼吸器疾患には、医療・介護関連肺炎（NHCAP¹⁸）があり、この中には誤嚥性肺炎等も含まれます。誤嚥性肺炎の予防には口腔ケア等が有効です。
- 高齢者に多い感染性肺炎である肺炎球菌性肺炎の予防には、肺炎球菌ワクチンの定期接種が重要です。ただし、すべての肺炎を防ぐものではありません。
- 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、RSウイルス¹⁹等のウイルスによるものもあります。
- 咳は他人への感染源となります。咳等の症状のある人はマスクを着用します。長引く咳の場合には結核等の感染症の可能性もあることも忘れてはいけません。

発疹等の皮膚症状



- 高齢者における発疹等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等もあり、必ずしも感染症によるものとは限りません。
- 疥癬（かいせん）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。これは過去に感染した水痘・帯状疱疹ウイルスによるものです。
- 難治性の褥瘡（床ずれ）等では、医師との連携が欠かせません。

¹⁸ NHCAP : nursing and healthcare associated pneumonia

¹⁹ 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。

- 皮膚が腫れて赤くなり、熱を持った痛みが生じたり、全身が発熱したりする場合には、蜂窩織炎（ほうかしきえん）が疑われます。

その他

上記の症状以外にも、尿路感染症（尿の臭いや混濁等に注意）等についても注意を払います。何かおかしいなと感じたら、躊躇せずに早めに医師や看護職員に相談します。

高齢者の結核では呼吸器症状を伴わないことがあります。繰り返す発熱（微熱）、体重減少、食欲低下、ADLの低下等にも注意が必要です。

図 11 感染症の兆候となる症状と疑われる疾患例

感染症の兆候となる症状（観察ポイント例）		疑われる疾患例
熱	いつもより高くないか、低くないか	【発熱】 インフルエンザ、結核など
食欲	食欲や水分摂取の増減はどうか 吐き気や嘔吐はないか	
顔	目の充血・涙や目やにはないか 鼻水・鼻づまりはないか 耳だれはないか、耳下腺がふくれていないか 唇が黒ずんだり乾いたりしていないか	【嘔吐・下痢等の消化器症状】 腸管出血性大腸菌、感染性胃腸炎、偽膜性腸炎など
のど	赤くなっていないか、咳・痰はないか	【咳・痰・のどの痛み等の呼吸器症状】 誤嚥性肺炎、肺炎球菌性肺炎、結核など
皮膚	痒み・発疹・むくみ・腫れはないか	【発疹等の皮膚症状】 疥癬、带状疱疹など
痛み	どこが・どんなとき・どの程度痛むのか	
尿・便	血液・粘液が混じっていないか 下痢・便秘はないか	※薬剤の副作用の場合もあるので注意
全体	ぐったりしていないか、意識をはっきりしているか、呼びかけの反応はいつと変わらないか	
(注)高齢者は典型的な症状が現れにくいこともあるので、日頃の変化や反応に注意することが重要		

②感染症の疑いと対応の判断

介護職員が利用者の健康状態の異常を発見したら、医師または看護職員に相談・報告します。身近に相談できる看護職員がいない場合には、利用者本人や家族、ケアマネジャーとも相談しつつ、かかりつけ医等に相談することも考えられます。

看護職員は、介護施設や事業所全体の状況を正確に把握して管理者（責任者）に報告します。

第Ⅳ章の書式例のようなシートを利用して、介護施設・事業所全体の感染症の発症状況や経過を管理することも考慮されます。あくまで参考例ですので、管轄保健所の所定様式を活用したり、介護施設・事業所の実態に応じた様式を新たに作成することもよいでしょう。

157

ページ

管理者（責任者）は、「６．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判断します。

（３）感染症流行時の対応

地域の感染症の流行状況を把握し、手洗いを徹底するとともに、必要に応じて介護職員や利用者の体温測定やマスクの着用を行います。

出入りをする委託業者や実習生、ボランティアについても同様です。

（４）各種制限と再開

地域の感染症の流行時や介護施設内で感染者がいる場合には、必要に応じて面会や出入りする業者の制限を設けるなど、感染症を「拡げない」「持ち出さない」等の対応を検討します。判断に苦慮する場合は、医師や保健所等に相談しましょう。

また、面会者や出入りする業者の入出記録を取ることやオンライン面会等の活用も薦められます。

❖ 突然の夜間対応で「あたふた」しないための準備

夜間に入所者の容態が急変、高齢者介護施設での夜間勤務は、昼間に比べて職員が限られている。そんなある日の夜、認知症のある入所者のAさんの容態が急変した。「今までなんともなかったのに」「誰に連絡したら良いかわからない」「この冬の季節、何かの感染症だろうか」と職員は逡巡し、結果的に、救急車を読んでAさんを最寄りの病院へ入院させた。後日、入院中のAさんが突然暴れ出したことや、インフルエンザにかかっている重篤な肺炎も合併していたこと、また、当時、Aさんと同じ部屋にインフルエンザと診断されたBさんがいて、Aさんも朝の検温で微熱が出ていたことを知った。

介護職員の声より

<振り返ってみると・・・>

夜間の職員を増員することよりも、リスクをあらかじめ想定し、対応を検討しておくことが重要です。

- ・入所者の容態が急変した時の連絡先（協力医、看護職員、施設長など）
- ・施設内や地域での感染症の発生や流行状況の把握
- ・高齢者が典型的な症状を呈するとは限らないので、日々の変化に注視し、申し送りの徹底

感染症の診断を受けた入所者とは、別室にするなど日々の感染管理体制を見直し、また、施設内の感染症の発生や流行状況を把握し、救急隊員や入院先に伝えることで、2次感染を防ぐことができます。さらに、認知症の方であることを入院先に伝えることで、適切な対応をとることができます。

❖ 消毒の徹底と誤飲防止の作戦

「手洗い」「うがい」を徹底したくても、認知症の利用者が多いと、職員が目を見失った隙に、誤飲したり、収集癖のある利用者に持ち去られてしまい、アルコールなどの消毒薬を施設内に設置することができない。そのため、おしぼりを準備して、日々、手をふける環境を整えていた。

ある日、利用者の一人が感染性胃腸炎と診断された。下痢・嘔吐を繰り返し、利用者のケアと処理に追われた。そして、また一人と感染性胃腸炎の利用者が増え、さらに対応した職員まで体調不良で休暇となり、対応に追われる中、施設職員の人員不足にも対応せざるを得なくなった。

介護職員の声より

<振り返ってみると・・・>

認知症の利用者の行動の特徴を考えると、消毒薬の常設は難しい場合もあります。そのため、例えば職員一人一人がポシェットに消毒薬を入れて、随時、利用者の手を清潔にする方法もあります。また、共用のおしぼりは細菌を増殖させるため使用を中止し、ペーパータオルや使い捨てのおしぼり（ウェットティッシュ）を使用します。

感染症が発生した場合には、管轄の保健所へ連絡し、助言を仰ぐことや、嘔吐物（排泄物）の処理は適切な手順で行うことが重要です。ウイルス等が残っていると、ヒトやモノを介して広がっていきます。特に、徘徊のある認知症の方がいる場合や職員が階をまたいで介護をする場合など、施設全体にまん延する可能性もありますので、施設職員は感染症発生時の初動・適切な感染症への対応が必要です。

3. 介護サービス提供における関係法令

介護施設・事業所が提供する各種サービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものです。そのため、十分な感染対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要です。

介護施設・事業所における感染症の対策については、法律や政令などによって規定されている場合や通知による技術的助言などで示されています。

このため、感染症の基本的な理解とともに、サービス提供側の管理体制も整えておく必要があります。

地域における感染症の流行状況を把握するとともに、介護職員 1 人 1 人が日頃から感染対策を意識し、感染防止に向けた取組をすることが重要です。

1) 感染症法

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（以下「感染症法」という。）に基づき、保健所は医師から感染症発生の届出を受けると、集団感染が疑われる場合等に、必要に応じて、感染源、感染経路の特定や感染を受けた可能性がある接触者の把握のための積極的疫学調査を行い、感染症のまん延防止対策を実施します。そのため、介護施設等においては、保健所が行う積極的疫学調査に協力し、感染症の拡大防止に努めます。

また、感染症のまん延を防止するための措置として就業制限や入院等が行われますが、感染症法では、これらの措置について、人権に配慮した手続きが規定されています。

なお、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホームの入所者については、感染症法の規定により、毎年度、結核に係る定期の健康診断の実施²⁰が明記されています。

2) 介護保険法

介護保険法で規定する施設等に対しては、基準省令において各種規定があります（41 ページ参照）。また、新型コロナウイルス感染症の流行という経験から、日頃の介護現場における感染対策の強化、感染症流行時の介護・看護のケアや職員の健康管理などの対応が求められるようになってきています。

²⁰ 「結核に関する特定感染症予防指針」の第二「発生の予防及びまん延の防止」の二「法第五十三条の二の規定に基づく定期の健康診断」の3には、「また、精神科病院を始めとする病院、老人保健施設等（以下「病院等」という。）の医学的管理下にある施設に収容されている者に対しても、施設の管理者は必要に応じた健康診断を実施することが適当である。」と記載されています。

4. 介護施設・事業所における感染管理の体制づくり

基準省令の規定では、施設系、通所系、訪問系においては、感染症又は食中毒の発生、まん延の防止のための措置を実施することとされています。

主な措置としては、以下のようにまとめられます。

図 12 サービス毎の感染対策と衛生管理

該当サービス		施設サービス	通所系・居住系サービス 【主なサービス：通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護 等】	訪問系サービス 【主なサービス：訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 等】
○義務 ●努力義務	感染症対策	○感染症又は食中毒の発生、まん延の防止のための以下の措置の実施 ①委員会の開催（概ね3月に1回以上）、その結果の周知 ②指針の整備 ③研修の定期的な実施 ④「感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対応等に関する手順」に沿った対応	●感染症の発生又はまん延の防止	-
	衛生管理	○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施 ○医薬品及び医療機器の適正な管理	○設備等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施	○従業者の清潔の保持、健康状態の必要な管理
		●設備等及び飲用水の衛生的な管理		●設備等の衛生的な管理

※上記のほか、通所リハビリテーション、療養通所介護には、医薬品・医療機器の適正な管理の義務があります。

※福祉用具貸与には、回収した福祉用具の適切な消毒及び保管の義務等があります。

※居宅介護支援・介護予防支援は、上記に係る基準は規定されていません。

施設サービスにおいては、集団感染のリスクが高いことから、感染対策として委員会の設置・開催、指針の整備、研修の定期的な実施等が求められています。一方で、基準省令上では対応は求められていないものの、通所系サービスにおいても、集合形式でサービスが提供され、食事の提供が行われる場合もあることから、施設系サービスにおける感染対策を踏まえた対策が必要です。また、訪問系サービスにおいては、複数の利用者の自宅を順次訪問することから、持ち込まない・持ち出さないことが重要であり、サービス提供者自身の衛生管理に加え、感染症発生時にどのように対応するかといった対策も必要となります。

各サービス類型に応じて、必要な感染管理体制が構築できるよう、関係者の役割や体制構築のポイントについて、説明していきます。

1) 管理者の役割

介護施設・事業所の管理者は、サービス提供体制の安定的な継続のため、日頃から感染対策への意識や取組が必要です。特に、施設系の一部のサービスについては、基準省令に規定されている感染対策委員会の設置等が求められます。それ以外のサービスにおいても、感染

対策が徹底できるよう指針やマニュアルの整備を行うことが望ましいでしょう。

感染防止に向けた取組を徹底する観点からは、日頃から以下のような感染防止に向けた取組を行うことが重要です。

- 地域の感染症の発生状況を把握します。
例) 都道府県の感染症情報センターの情報を定期的にチェックする。
- 日頃から、医師や保健所等との連携体制を構築しておきます（連絡先の一覧の作成を含む）。
例) 64 ページ「感染症発生時の対応」にある関係機関等の連絡先一覧や担当の部署、定型的に報告する内容について整理しておく。
- 感染症を疑う利用者がいる場合には、速やかに受診を勧奨します。
例) 勤務医や配置医、看護職員が従事している場合には、職場の医師または看護職員に受診するべきか相談する。医師や看護職員がいない場合には、訪問診療を担当する医師や連携することが多い事業所の看護職員に相談するよう、相談の流れについて決めておく。
- 地域の流行状況を把握するとともに、近隣事業所との情報交換を密に行い、地域レベルで効果的な対応ができるようにします。
例) 他の介護施設・事業所で感染症が発生している等の情報を日頃から共有できるよう、情報連携の体制について相談しておく。
- 職員の健康管理にも留意し、感染症が疑われる症状があるときは、速やかに医療機関の受診を勧めるなどの助言を行いましょう。
例) 職員が体調不良であることを訴えやすく、体調不良者への周囲の対応が差別的とならぬよう、日頃より連絡・相談がしやすい雰囲気づくりに努める。
- 感染症の予防又は発生の際には、保健所や専門機関の指導を受けながら、感染拡大防止の措置を講ずるようにしましょう。また、必要に応じて利用者の家族等に対して、感染症に関する正しい情報を提供し、無用な不安や患者に対する差別・偏見が生じないように配慮しましょう。
例) 保健所や専門機関が提示しているパンフレット等を用いて、正しい情報を伝えるようにする。

なお、労働者を休ませる場合の措置（休業手当等）については、新型コロナウイルス感染症のQ & A²¹をご参考ください。

2) 職員の役割

感染症の予防、拡大防止のための対応は、職員全員で取り組むことが必要です。感染症の発生をゼロにすることは難しいですが、そのような中でも最大限の対応を行うため、「2. 感染対策の重要性」・「4. 介護施設・事業所における感染管理の体制づくり」・「5. 職員の健康管理」・「6. 感染症発生時の対応」に記載されている事項について理解し、1人1人が実践することが重要です。このため、統一した対応ができるよう感染管理体制の構築には、

²¹ 新型コロナウイルスに関する Q & A（企業の向け）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00007.html

職員 1 人 1 人の参画が不可欠です。

- 感染対策の基本的な考え方、個人用感染防護具の装着方法等を習得し、介護施設・事業所内や法人内における感染対策の研修や、企画・運営等にも積極的に参加するようにしましょう。
- 感染症発生時の対応がまとめてある書類の場所を把握しておきましょう。
- 職員同士で声をかけあい、感染対策を徹底するようにしましょう。
- ケアマネジメントのために利用者宅等を訪問するケアマネジャーも、手指衛生や必要な個人用感染防護具の着脱方法を同じように知っておくことが大切です。また、発熱した利用者等、体調に心配な点がある場合には、かかりつけ医等と連携し、適切な対応につなげられるようにしましょう。

3) 市町村の役割

保健所を設置していない市町村は、都道府県が設置する保健所と連携しながら、日頃から広報やインターネット等を利用した感染症に関する情報提供、普及啓発等を行うとともに、インフルエンザや肺炎球菌などの予防接種法に基づく定期予防接種の実施を行っています。

また、感染症の発生時には、保健所長の助言により感染症のまん延防止に努めます。また、感染症の全国的かつ急速なまん延により、国民生活や国民経済に甚大な影響を及ぼす場合に、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、国（内閣総理大臣）が緊急事態宣言を発令し、都道府県知事や市町村が措置を行う場合があります。

4) 保健所の役割と連携

保健所は地域における感染症対策の中核的機関であり、感染症の技術的かつ専門的な機関として位置付けられています。

感染症法に基づき、医師から感染症発生の届出を受けると、保健所は集団感染が疑われる場合等に、必要に応じて感染源、感染経路の特定や感染を受けた可能性がある接触者の把握のため、積極的疫学調査を行い、感染症のまん延防止対策を実施します。

介護施設等で新型コロナウイルス感染症や結核の患者が発生した場合などは、集団感染に発展する危険性が高いため、管理者は保健所と連携し、感染症法に基づいて保健所が行う積極的疫学調査やまん延防止対策に協力することが必要です。

また、保健所は、地域の医療機関の協力を得て感染症発生動向調査を実施しており、感染症流行状況をホームページ等で情報提供しています。

5) 都道府県の役割

都道府県は、平時から感染症に関する正しい知識を普及し、情報の収集・分析・公表、検査体制の整備等を行っています。さらに、都道府県内の医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な基盤を整備すると共に、国と連携して、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、感染症対策を総合的かつ計画的に推進します。

なお、飲食に起因する感染症の発生予防については、都道府県の食品保健部門が主体です

が、二次感染によるまん延の防止等の情報の公表や指導については、感染症対策部門が主体となる場合もあります。そのため、都道府県においては、感染症対策部門と食品保健部門の効果的な役割分担と連携が行われています。

6) 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、介護施設・事業所としての理念、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すことが重要です。

こうした内容を示したものを「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

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、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、共有する役割があります。

各介護施設・事業所において作成する感染対策のためのマニュアルは、本手引きを踏まえるなど、科学的根拠に基づいて作成する必要があります。ただし、現場で役に立ち、十分に活用されるマニュアルを作成するためには、「生活の場」として実態に合わせた内容とすることが重要です。

利用者や家族は、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、尊厳を重視したマニュアルとします。

(2) マニュアルの内容

感染対策のためのマニュアルを作成する際には、本書を参考に「基本的な考え方」を示した上で、「感染管理体制」、「日頃の対策」および「感染発生時の対応」等の体制や手順を規定します。また、新型コロナウイルス感染者が発生した場合の対応等については、第Ⅱ章を参考に、別途作成しておくことが望ましいです。

＜マニュアルに記載される内容の例＞

感染管理体制 (54 ページ～参照)	● 感染管理に対する基本理念 ● 感染対策委員会の設置（介護施設では必須） ● 感染対策のための指針・マニュアルの整備 ● 職員研修の実施 ● 職員の健康管理等	
日頃の対策	● 施設・事業所内の衛生管理（49 ページ参照）	・ 環境の整備 ・ 施設・事業所内の清掃 ・ 嘔吐物、排泄物の処理方法 ・ 血液などの体液の処理方法
	● 利用者の健康管理（33 ページ参照）	・ 健康状態の観察と対応の記録 ・ 感染症を疑うべき症状と注意点
	● 介護・看護ケアと感染対策（28 ページ参照）	・ 手洗い ・ ケアにおける標準予防策 ・ 食事介助 ・ 排泄介助（おむつ交換等） ・ 医療処置
感染症発生時の対応 (64 ページ～参照)	● 感染症の発生状況の把握 ● 感染拡大の防止 ● 行政等への報告 ● 関係機関との連携等	

※上記に加え、第Ⅱ章を参考に新型コロナウイルス感染症への対策についても準備しておくことが望ましいです。

（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019 年 3 月）」一部改変）

マニュアル作成における工夫

例

見やすく、分かりやすく、使いやすいマニュアルとするためには、以下のような工夫例があります。

- いざという時にどこを見ればよいか一目で分かるように、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しています。
- 全体の大きな流れを把握できる「全体フロー」と、個別場面での細かな「対応手順」等、階層的に作成すると分かりやすくなります。
- 一般論、抽象論ではなく、「いつ・どんな場合に」「誰が」「何を」「どうするか」等を明記すると、具体的に「動ける」ようになります。

(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、次の点に配慮します。

- 職員全員がマニュアルの内容を確実に理解できるようにすること。業務を委託している場合は、委託先の従業員にも内容を周知すること。
- 周知のため、職員（委託先の従業員も含む）を対象とした定期の講習会や研修を開催すること等により徹底すること。
- 関係各所の職員全員に提示すること。
- 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。
- 記載内容は、読みやすく、わかりやすいよう工夫し、現場で使いやすくすること。
- 実践をイメージした訓練の実施や会議等を通して、記載内容が現実実践できることであるかを確認すること。
- 遵守状況を定期的に確認（自己確認、相互確認）すること。

日頃から、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、医師への報告、施設長や管理者への報告、さらに行政への報告、保健所への連絡等の「報告・連絡系統」を確認するとともに、施設長や管理者、医師、保健所等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ことが必要です。

(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」にならないようにするためには介護施設や事業所、利用者の実態に合っているか内容を確認し、確実に実践されるようにすることが重要です。

- 遵守されにくい箇所については、施設や事業所、利用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します。
- 実施状況に照らし、実態にあわないところは定期的に見直します。
- 誰でも内容の見直しを提案できる仕組みをつくります。

例

マニュアルの見直しにおける工夫

常に具体的な見直しが行えるよう、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等で検討する、といった工夫例があります。

7) 職員研修の実施

(1) 研修の目的と意義

感染症の予防や感染拡大を防止するとともに、感染者に対する差別や偏見を防止する観点から、職員に対して十分な教育・研修を行うことが重要です。職員が、感染症についての正しい知識・予防策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、介護施設・事業所全体に影響があります。職員自身の健康を守る観点からも、すべての職員が感染症予防と代表的な感染症についての正しい知識を習得できるようにするとともに、衛生管理の徹底と衛生的な行動の励行を推進します。

また、結核の既往や服薬中であること、薬剤耐性菌の保菌等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、ケアを提供する職員に対して、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正しい知識や対応方法を周知することが必要です。

委託先の職員も含め、勤務するすべての職員が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、介護施設・事業所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

職員全体に感染症の知識を習得できるようにするためには、指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上の定期的な研修を実施することが重要です。また、新規採用者に対しては、採用後のできるだけ早い時期に、感染対策の研修を実施することも重要です。

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まれます。

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。また、各職員に対して、これらの研修を一度だけでなく繰り返し受講し、常に最新の知識の習得を図ることや、知識の定着を図るよう働きかけることが重要です。

(3) 研修のカリキュラム

研修のカリキュラムは、策定した感染対策のための指針やマニュアルに基づき、感染対策委員会や感染管理責任者等が検討し、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、各介護施設・事業所の状況に応じた効果的な研修を計画し、実施することは重要です。

＜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）	感染管理責任者等
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等	(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、担当者による発表等	事例検討 グループワーク等	感染管理責任者等
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習得	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・技術等を計画的・継続的に指導し、修得させる訓練手法）

（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」一部改変）

例

効果的な研修のための工夫

- 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)等）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独自のテーマを設定し、みんなで議論する場を設けています。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、その内容を職場に持ち帰って伝達します。単に、受講報告書を書くだけではなく、他の職員に自分なりの視点で、所属する施設・事業所にとって重要な部分を中心にわかりやすく発表・伝達する場を設定しています。
- 職場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ています。
- 感染症の流行時期には、実際の発症を想定したシミュレーション（演習）を行い、研修内容の実効性の担保と定着をはかります。

こんなとき どうしていますか！？

Q：疾患の理解や経管栄養の注入などに不安があります。医療知識のある方に講師をになっていただくための制度等がありますか。

A：介護保険法に基づく地域支援事業のうち、在宅医療と介護の連携を推進するための「在宅医療・介護連携推進事業」があります。この中で、地域の医療・介護関係者に関する研修や同行訪問が活用可能ですので、市町村担当課へ確認してみましょう。

8) 施設・事業所内の衛生管理

(1) 環境の整備

介護施設・事業所内の環境を清潔に保つことが重要です。整理整頓を心がけ、清掃を行います。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。消毒薬による消毒も大事ですが、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。

介護施設・事業所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設備を利用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、以下のことが推奨されます。

- 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等の工夫も重要です。
- 足踏み式の開閉口のゴミ箱の使用
- トイレの出入口についてはドアのない形態
→手洗い後にドアに触れることを避けるためにドアのない形態が理想です。もしくは、こまめにドアノブなどを消毒しましょう。

(2) 施設・事業所内の清掃

① 日常的な清掃

各所、原則1日1回以上、湿式清掃後、換気（空気の入れ換え）を行い乾燥させます。汚染がある場合は、必要に応じ床の消毒を行います。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し、乾燥させます。

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、清掃回数を増やし、汚染が放置されたままにならないようにします。

清掃の基本は拭き取りによるほこり等の除去です。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す。

②特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

共用部分の床やトイレ、浴室等は特に丁寧に清掃を行います。

(ア) 床

通常時の清掃は湿式清掃を基本とし、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、十分な流水ですすいだ後、乾燥させます。

床に血液などの体液、嘔吐物、排泄物等が付着した場合は、手袋を着用して清拭を行い、次亜塩素酸ナトリウム液等²²で消毒後、湿式清掃し、乾燥させます。

²² 次亜塩素酸ナトリウム液等：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等でも代用可能。

(イ) トイレ

トイレのドアノブ、取手等は、消毒用エタノールで清拭し、消毒を行います。

(ウ) 浴室（通所系サービスで浴室を設置してある場合には、必ず行う必要があります）

- 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒等をこまめに行い、衛生管理を徹底します。通常時は、家庭の浴室の清掃と同様に、洗剤により浴槽や床、壁等を清掃します。
- 特に施設・事業所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、「生物膜（ぬめり）」部分にはレジオネラ菌が存在している可能性があり、「ぬめり」の除去も含めた衛生管理を実施し安全、安心な入浴を行います。
- 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、確認します。

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 結果を記録し3年間保管します。
定期的に実施する衛生管理	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、循環ろ過器およ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。

例

浴槽の換水における取組

循環型の浴槽において、浴槽を多くの利用者が利用するため、週に1回の換水ではろ過機能が十分でない場合があります。ある施設では、利用状況に応じて1日1回換水する等、こまめな換水をこころがけています。

(工) 加湿器

加湿器は、加湿器内の水が汚染されやすく、汚染水のエアロゾル²³（目に見えない細かな水滴）を原因とするレジオネラ症が発生する危険性があります。レジオネラ症の予防のため、タンク内の水の継続利用は避け、こまめに水の交換・タンクの清掃および乾燥を行います。

加湿器には「気化式（ヒーターレス）」「加熱気化式（ハイブリッド式）」「蒸気式（スチーム）」「超音波式」等の種類がありますが、機器の取扱い説明書を確認のうえ、水の交換や機器・フィルターの清掃をこまめに行うようにします。加湿器の取り扱いについては、第Ⅳ章を参照してください。👉149 ページ

● 加湿装置の使用開始時および使用終了時には、水抜きおよび清掃を実施	
毎日実施する衛生管理	家庭用加湿器のタンクの水は、毎日完全に換えるとともに、タンク内を清掃します。
定期的に実施する衛生管理	建物内の設備に組み込まれた加湿装置（以下、「加湿装置」という）は、使用期間中は1か月に1回以上、装置内の汚れの状況を点検し、必要に応じ清掃等を実施します。少なくとも1年に1回以上、清掃を実施します。

③その他の注意事項

- 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や次亜塩素酸ナトリウム液等の噴霧は、職員および利用者の健康被害につながるため、行わないようにします。
- カーテンは、汚れやほこり、または嘔吐物、排泄物による汚染があると考えられる場合は直ちに交換し、感染予防に努めます。
- 清掃は部屋の奥から入口方向に行います。
- 清掃ふき取りは一方向で行います。
- 目に見える汚染は速やかに確実にふき取ります。
- 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す。
- 清掃に使用するモップは、使用后、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す。
- トイレ、洗面所、汚染場所用と居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。
- 清掃後は、よく手を洗い、衛生の保持を心がけます。
- 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す。

²³ エアロゾルが発生する医療処置として、痰を出しやすくする等に使用されるネブライザーがあります。ジェット式・超音波式・メッシュ式があり、超音波式は貯水槽に水を入れるため清潔に取り扱う必要があります。
(<https://www.erca.go.jp/yobou/zensoku/basic/adult/control/inhalers/feature03.html>)

(3) 嘔吐物・排泄物の処理

嘔吐物・排泄物は感染源となり得ます。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。

利用者の嘔吐物・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、汚染場所およびその周囲を、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、消毒します。処理後は十分な液体石けんと流水による手洗いをします。

なお、感染性廃棄物の取り扱いについては、第Ⅳ章の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」（平成 30 年 3 月）抜粋を参照してください。👉150 ページ

①嘔吐物・排泄物処理の仕方

<注意事項>

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

<処理の手順>

詳細な手順は、第Ⅰ章 総論「2. 感染対策の重要性」（16 ページ）を参照。

②処理用キットの用意

いざという時にすぐに使えるよう、各フロアや居室に、必要なものを入れた専用の蓋付き容器を用意しておくこともひとつです。

処理用キットの中身を一覧にしておくことで、使用後の補充も速やかにできます。また、次亜塩素酸ナトリウムについては、有効期限を定期的に確認することが必要です。

例

処理用キットの用意等

- ある施設では、嘔吐物・排泄物を速やかに処理できるよう、以下のような必要物品をひとまとめにしています。

・使い捨て手袋	・次亜塩素酸ナトリウム
・ビニールエプロン	・ペーパータオル
・マスク	・使い捨て布
・ビニール袋	・その他必要な物品（新聞紙等）
- また、職員一人が処理を行い、別の職員が利用者の対応をする等、役割分担を決めている施設もあります。

❖ 職員の感染対策の徹底「一個のバケツから」

ある施設では、A職員の指導の下、1ケア・1手洗いを励行。標準予防策も徹底し、施設全体で感染予防に取り組んできた。そんな中、冬にさしかかった頃、利用者のBさんが嘔吐し、その処理を1か月前に就職したC職員が担当し、何事もなかったかのようにきれいに清掃されていた。しかし、翌日にはDさんEさんも、嘔吐と下痢を繰り返すようになってしまい、瞬く間に「見えない感染症」が広がっていった。

地域では小児を中心に嘔吐と下痢を繰り返す感染性胃腸炎が流行していた。

介護現場の声より

<振り返ってみると・・・>

地域の感染症の動向を把握することと、嘔吐物（排泄物）の処理の仕方を徹底する必要があります。一見、きれいに清掃してあったとしても、その手順や処理方法は適切であったでしょうか。いざ、現場に遭遇すると気が動転してしまう場合があります。日頃からの研修や技術の習得は重要ですが、「いざ」となったときに処理道具をかき集めるのではなく、例えばバケツの中に、ポケットサイズの処理手順書や新聞紙・ビニール袋・手袋・マスクなどあらかじめ、速やかに出せるようにあつめておくといでしょう。また、消毒液はあらかじめ準備すると濃度が変化してしまうため、その場で適切な濃度が作れるように、例えば空のペットボトルにメモリをつけておくなど、誰が見ても対応できるようにしておくといでしょう。なお、拭き残しが合った場合、そのウイルスが浮遊して新たな二次感染を引き起こす場合もありますので、消毒や換気は念入りに行いましょう。さらに、一人で処理をしていると、実は周りに飛び散った嘔吐物に目がいけないときがあります。それが人から人へと媒介し、二次感染につながる恐れがありますので、周囲の清掃や職員ワンプラスでの確認をしましょう。どんな時にも、1ケア・1手洗い、です。感染が拡大するようであれば、医師や保健所へ相談しましょう。

なお、面会等で外から持ち込まれる感染症もあります。小児の病気と捉えずに、高齢者に感染するリスクも含めて、考えるようにしましょう。

（４）血液などの体液の処理

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

血液などの汚染物が付着しているところは、手袋を着用し、消毒薬を用いて清拭消毒します。

化膿した患部に使ったガーゼ等は、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）等は、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。第IV章を参照してください。

👉 150 ページ

（参考）介護施設における感染管理体制（感染対策委員会）

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、関係職種や取り扱い事項が類似しているため、感染対策委員会と一体的に設置・運営することは差し支えありません。

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。

※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」に基づき、「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。各施設で指針を作成する際は、国が策定した「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」²⁴を参考にしてください。

²⁴ 「インフルエンザ施設内感染予防の手引き（平成 25 年 11 月改訂）」
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/tebiki25.pdf>)

（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 1 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
医師	検査・診断・治療等、専門的知識の提供を担当
看護職員	看護ケア等、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、デイサービス等の各併設サービスの代表者 1 名ずつ等
栄養士	栄養管理、抵抗力や基礎体力維持・向上
生活相談員	入所者からの相談対応、入所者への援助 入所者の生活支援全般にわたる専門的知識の提供を担当

（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019 年 3 月）」一部改変）

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。

感染対策担当者は看護師とすることが薦められます。また、施設外の感染管理等の専門家も委員として積極的に活用することが望ましいでしょう。

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、感染管理の取り組みを現場に共有し、推進する役割を担うことから、各部門の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、医師の参加が望ましく、また、協力病院や保健所と連携をとって助言を得たり、インフェクションコントロールドクター（ICD²⁵）や感染管理認定看護師（ICN²⁶）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。

（３）開催頻度

基本的には定期的な開催に加えて、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。

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等、時間をとりやすくなるように工夫します。

²⁵ ICD：医師または感染症関連分野の PhD の学位を有する者で ICD 制度協議会が認定

²⁶ ICN：感染管理認定看護師で日本看護協会が認定

(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。

- 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・見直しをします。
- 感染対策に関する職員等への研修を企画、実施します。
- 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（むやみに隔離するのではなく、何がリスクであるかを理解して対応することが重要）等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、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、あらかじ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と情報共有をします。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、改善すべき点等を検討します。

例

感染対策委員会の活動

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る施設もあります。

- 教育・啓発（研修の計画・運営、感染に関する職員の意識調査等）
- マニュアルの見直し（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）
- 口腔ケアの検討 ※歯科医が口腔ケアを行うことで発熱がなくなった事例あり
- 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等）

（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す。

また、掲示物等は、目立つところ、全員が必ず見るところに貼る等の工夫をします。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 決定事項の周知における工夫

感染対策委員会での決定事項を職員全体に周知するために、掲示等は以下のような工夫例があります。

- 入浴に関する留意事項について浴室に掲示をする
- 「排泄介助後は、必ず手洗い」のように具体的な行動を明記する
- 家族や面会者が見えるよう玄関に掲示する

5. 職員の健康管理

介護職員は、自分自身が介護施設・事業所に病原体を持ち込む可能性がある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、利用者と密接に接触する機会が多く、利用者間の病原体の媒介者となるおそれが高いことから、健康管理が重要となります。職員自身も日頃の体調と変化がある場合は、無理をして出勤せず、また、管理者や周りの職員も休暇が取りやすい環境を整えることが必要です。感染対策を適切に行うことは、利用者のみならず、職員自身の健康を守る上でも重要です。

なお、施設等へ入る実習生の健康管理については、学校側と十分話し合うことが重要です。

1) 日頃の健康管理

(1) 入職時の確認

職員の入職時に、感染症（麻しん、風しん、B型肝炎等）の既往や予防接種の状況、抗体価の状況を確認しておく、と、感染症流行時に役立つことがあります。外国人職員については、国によってワクチン定期接種の制度や接種状況が異なることに留意します。予防可能な疾患のワクチンについては接種を勧奨します。また、常勤雇用される方については、雇入時の健康診断として胸部エックス線検査を実施することになっています（労働安全衛生規則第43条）。

(2) 日常の健康管理

普段から、職員には咳エチケットを励行するよう徹底します。また、体調がすぐれないときに躊躇なく相談や休養ができる体制にしておくことも重要です。

介護施設・事業所の職員が感染症を疑う症状を呈した場合には、施設等の実情を踏まえた上で、感染力がなくなるまで就業停止の検討をする必要があります。感染した状態での就業は、病原体を利用者や他の職員にも広げるリスクが極めて高いため、完治するまで休養させることは、本人の健康回復と、感染対策や感染経路の遮断に有効な方法といえます。なお、就業の停止は就業規則との整合をはかるよう留意する必要があります。

また、職員の家族等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、早めに管理者（責任者）や感染対策担当者等に相談するようにします。既に症状がある場合は、速やかに医療機関へ受診します。症状がなくても、感染症の潜伏期があるため、一定期間は体温測定やマスク着用など、自身の健康管理を徹底するとともに、必要に応じて休暇の取得や利用者と接触がない部署への一時的な配置換えなど、管理者（責任者）や感染対策担当者等と調整することも必要です。

（３）定期的な健康診断

事業者は、常勤職員に対し、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）。非常勤職員や派遣職員を含めたすべての職員に、定期的な健康診断を受診するよう強く勧奨します。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。ボランティア等、施設内の事業に関わる人には、市町村が実施する健康診断を受けてもらう方法もあります。

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、利用者の安全面から必要なことです。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）。

ワンポイントアドバイス

定期健康診断について、精密検査が必要であったにも関わらず、本人の判断で受診をせずに、結核が進行し接触者集団検診を実施せざるを得なくなった事例もあります。「大丈夫だろう」と自分で判断せずに、要精密検査となった場合には、医療機関に相談しましょう。

（４）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。ワクチンに対するアレルギーがある場合は接種ができなかったり、中にはワクチンを打っても免疫がつかない方もいます。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	毎年接種することが推奨されます。
B 型肝炎ワクチン	医療処置をする者の場合は、採用時まで接種することが推奨されます。
麻しんワクチン 風しんワクチン	これまでかかったことがなく、予防接種も受けていない場合は、入職時まで接種することが推奨されます。 また、感染歴やワクチンの接種歴が明確でない場合は、抗体検査を行って免疫の有無を確認しておくことが望まれます。

もし施設・事業所で予防接種を実施する場合は、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す。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す。

なお、委託職員であっても利用者と接する機会が多い場合は、ワクチンを接種することが望まれます。

（５）職業感染対策

職業感染対策の基本は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）（12 ページ参照）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、職員が利用者の血液などの体液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。具体的には、利用者に職員が噛まれてけがをした場合、利用者の血液などの体液が職員の目に入った場合、医療処置の際に針刺し事故があった場合などが考えられます。

管理者（責任者）は、感染症発生時の緊急報告の体制や医師による適切な処置（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）を仰ぐ体制を整備しておくことが重要です。特に、緊急時の初動の体制は、その後の流れに大きく影響しますので、日頃から体制を整え、「いつでも・誰でも」動ける準備が必要です。

なお、業務で利用者の血液などの体液に触れたことにより、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）感染症等に感染した場合、医学上必要な治療や検査、予防薬等の投与については、労災保険の給付対象となる場合があります。

コラム

職員の健康管理

❖ 感染症流行時の職員のメンタルヘルス

感染症の流行時には、日頃以上に感染症対策が求められ、目に見えないウイルスとの戦いの中、職員も疲弊。周りの職員も必死に業務をこなし、心の余裕もなくなってきたところ、突然、中堅の職員が欠勤、そのまま退職になってしまった。

また、施設の感染症の情報が外部に漏れだし、施設の風評被害や利用者家族からの問合せの対応に追われ、言葉の暴力や実際に施設に物を投げ込まれるなど、見える被害・見えない被害が拡大していった。職員は自身の家族への二次感染を防ぐために苦慮し、これに追い打ちをかけるように施設職員への風当たりも強くなってきて、職員が心身ともに疲弊していった。

管理者の声より

<振り返ってみると・・・>

人のココロは、なかなか外は推し量れないものがあります。また、職員一丸となって、事態に対応しているなかに、言葉の暴力を含め、対応に追われることは誰も心が折れるものです。

まず、非日常であることを認識し、施設長は職員の健康管理に注意することが必要です。自身の施設の中だけで解決するのではなく、保健所や自治体にある精神保健センターなど外部の専門職にも相談できる体制を整えておくことが重要です。人に話をするのは、困ったことを解決するだけではなく、人に話すことで「ただ聞いて欲しかった」という思いや不安も一緒に吐き出すことができます。また、職員家族への影響等によるストレスも抱えている場合もあります。「誰かに話す」ことで少しでも気持ちが楽になると良いと思います。

非日常では、職員同士のコミュニケーションの量が減っていきます。そんな中、同じ思いや不安を抱えていても、「自分だけが悩んでいる」と思いがちです。心のケア等のポスターを、さりげなく目につく場所（トイレの個室等）に掲示し、「必要であれば面談できます」と書いておくと、安心感がわくのではないのでしょうか。

さらに、施設長に至っては一番ストレスを抱えがちです。職員の健康管理のみならず、自身の健康管理も特に注意しましょう。例えば、同じ状況にある施設と意見交換や情報共有をしてみると案外、同じ悩みを抱えているかもしれません。

2) 感染症流行時

感染症の流行時は、利用者の健康状態に留意するとともに、職員の健康管理にも配慮する必要があります。流行する感染症の特徴を見極め、マスクの着用や手洗いの励行、日常生活におけるリスク行動の回避等に努めることが重要です。

また、体調の悪い職員を勤務させることは、介護施設・事業所内の感染拡大と生産性の低下につながるおそれがあるため、出勤を見合わせることや医療機関への受診を勧奨するなど、適切な対応が求められます。この場合、休暇を取得しやすい環境等、労務管理上の対応が必要です。

なお、検査などで「陰性」と結果が出ても、感度が低い検査である場合や検査検体がきちんと取られなかった場合、検査をするタイミングが不適切であった場合には、「偽陰性（本当は陽性であるのに、検査上は陰性になること）」となることもあります。無症状でもウイルスを保有している職員が、施設にウイルスを持ち込んでしまう可能性もあり、可能な限りの対策を行った上で、もし体調が悪い時には速やかに相談できる環境を整えていくことが重要です。

なお、管理者においては、業務継続の観点から、職員の勤務形態の見直しや過重労働にならないような配慮に努める必要があります。職員が感染症にかかり、業務の継続の見通しが立たなくなる前に、日頃から他施設等からの職員の応援体制を整えておくことが重要です。

コラム 介護職員の不足

❖ 感染症流行時の職員の応援体制～突然の「集団辞職」に備えて～

新型コロナウイルス感染症がまん延する中、職員の一人が濃厚接触者となり自宅待機となった。そのため、勤務のシフトを組み直し、最低限の職員で施設の運営を行っていた。そんな中、風評被害を恐れて出勤を拒否する職員も出始め、職員が大量に辞めていく事態となった。施設では職員が不足し、サービスを継続していくために、同一法人の施設から職員の応援をもらったが、業務内容を引継ぎできる職員も不在となってしまうため、うまく機動しなかった。

管理者の声より

<振り返ってみると・・・>

感染症流行時には、職員自身が病気にかかることや濃厚接触者になることも想定しておく必要があります。日頃から、リスク管理を行い、有事の際の応援体制を見える化しておくことが必要です。また、応援職員は、当該施設のことを十分に把握しておりません。機動力が一旦落ちることも想定しておくことや、応援職員には「何をしてほしいのか」、「何を説明すれば直ぐに動くことができるのか」を、あらかじめ決めておくとういでしょう。

また、今般の新型コロナウイルス感染症では、職員不足の解消としての施策が講じられています。国から自治体や事業所へ通知が発出されていますので、困ったときには都道府県等へ相談するなどしましょう。

なお、自宅療養から復帰する職員に対しても、ケアが必要であることは言うまでもありません。

（参考）若年職員間で流行しやすい感染症

近年報告される風しん患者の大半は成人で、特に風しん含有ワクチンの接種の機会がなかった 30～50 代の男性に多くみられます。2012 年から 2013 年に発生した全国流行では、約 9 割が成人で、男性患者数は女性患者数の約 3 倍でした。この流行後も、30 代後半から 50 代の男性には風しんに対する免疫をもたない人が多数残っており、これらの人々が風しんに対する免疫を獲得しなければ、過去と同様の流行が発生することが危惧されます。また、風しんに対する免疫を持たない妊婦が風しんウイルスに感染すると胎児にも感染し、出生時の眼、耳、心臓に先天異常を認める先天性風しん症候群を発症する可能性があるため、男女ともに、風しんにかかったことがなく、かつワクチンの接種を受けていない場合は、任意接種としてワクチンの接種を受けることが推奨されます。

なお、今般の予防接種制度では、風しん含有ワクチンは 2 回接種することとされています。また、空気感染による麻しんの感染症についても、未だ患者が発生しています。感染力が強く、脳炎や肺炎等を合併すると命の危険や後遺症を残すおそれがあるため、麻しんの予防も含め、麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）の接種が推奨されます。

（1）麻しん

発熱、咳や鼻水などの呼吸器症状と眼球結膜の充血、目やに、特有な発しんの出る感染力の強い疾患である。肺炎、中耳炎、喉頭炎（クループ）、脳炎などを合併することもあるではない。ごくまれに、り患から数年後に発症する亜急性硬化性全脳炎（SSPE）といわれる致死的な脳炎の原因になることがある。免疫がなければ、年長児や成人でもかかる危険性がある。WHO は世界からの麻しん排除を目指しており、日本は 2015 年 3 月に麻しん排除が認定された。その後は海外からの輸入例を発端に、地域的な集団発生が時折みられている。	
病原体	麻しんウイルス
潜伏期間	主に 8～12 日（7～18 日）
感染経路・感染期間	空気感染、飛沫感染、接触感染。 感染期間は発熱出現 1～2 日前から解熱後 3 日を経過するまで。感染力が最も強いのは、発しん出現前の数日間（咳や鼻水、眼球結膜の充血等が見られるカタル期）。
症状・予後	典型例では、臨床的に、カタル期、発しん期、回復期に分けられる。カタル期には眼が充血し、涙や目やにが多くなる、咳、鼻水などの症状と発熱がみられ、口内の頬粘膜にコプリック斑という特徴的な白い斑点が見られるのが診断のポイントである。熱が一旦下がりがけ、再び高熱が出てきたときに赤い発しんが生じて発しん期になる。発しんは耳の後ろから顔面にかけて出始め、身体全体に広がる。赤い発しんが消えた後に褐色の色素沈着が残るのが特徴である。発熱は発しん出現後 3～4 日持続し、通常 7～9 日の経過で回復するが、重症な経過をとることもあり、急性脳炎は発症 1,000 人に 1～2 人の頻度で生じ、脳炎や肺炎を合併すると生命の危険や後遺症のおそれもある。また近年では、非典型的で軽症の経過を示す修飾麻しん症例が多い。
治療	一般的には有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。

予防法・ワクチン	空気感染もするため、集団の場合は、1 名が発症した場合、速やかに発症者周辺の職員等の予防接種歴・罹患歴を確認し、迅速に感染拡大防止策をとる。未接種あるいは1 回接種、接種歴不明の場合、患者との接触後、72 時間以内であればワクチンにて発症の阻止、あるいは症状の軽減が期待できる。72 時間以上過ぎていた場合であっても、感染を免れている可能性が否定できない場合は、緊急のワクチンの接種を考慮する。ワクチンの接種不适当者の場合は、6 日以内であれば免疫グロブリン製剤の投与にて症状の軽減が期待できるが、血液製剤であることに考慮する必要がある。
----------	---

(2) 風しん

淡紅色の発しん、発熱、耳後部～頸部のリンパ節の腫脹と圧痛を訴える疾患である。脳炎、血小板減少性紫斑病、関節炎などの合併症がみられることがあり、妊娠 20 週頃まで（特に妊娠早期）の妊婦が風しんウイルスに感染すると胎児にも感染し、出生児の眼、耳、心臓に先天異常を認める先天性風しん症候群を発症する可能性がある。春から夏にかけての流行が多いが、秋から冬にかけてみられることもある。2012～2013 年にかけて風しんの全国流行が発生し、ワクチン未接種の成人男性を中心として 1 万 6 千人以上が発症した。流行期間中に妊婦の感染も報告されており、その結果として先天性風しん症候群の発生が 45 人報告された。	
病原体	風しんウイルス
潜伏期間	主に 16～18 日（14～23 日）
感染経路・感染期間	飛沫感染、接触感染。 ウイルスの排出は、発しん出現 7 日前から出現後 7 日目頃まで認められるが、臨床症状が軽快した後ウイルス排出量は著減する。
症状・予後	発熱と同時に発しんに気付く疾患。発熱は麻疹ほど顕著ではないが、淡紅色の発しんが全身に出現する。3～5 日で消えて治ることが多い。発しんが消えた後は麻疹のような色素沈着は残さない。リンパ節の腫れは頸部、耳の後ろの部分にみられ、圧痛を伴う。発熱は一般に軽度で、気付かないこともある。3,000 人に 1 人の頻度で血小板減少性紫斑病を、6,000 人に 1 人の頻度で急性脳炎を合併する。妊娠 20 週頃まで（特に、妊娠早期）の妊婦の感染により、胎児にも感染し、出生児が脳、耳、眼、心臓の異常や精神運動発達遅滞を有する先天性風しん症候群を発症することがある。
治療	有効な治療薬はなく、対症療法が行われる。
予防法・ワクチン	未接種あるいは 1 回接種、接種歴不明の場合はワクチンの接種を勧奨。飛沫感染、接触感染として一般の予防方法を励行する。

麻疹、風しんのほか、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）や水痘の感染もあります。子どもからの家族内感染もありますので、高齢者に多い感染症に限らず、地域の感染症の流行状況を把握しておくことが必要です。

6. 感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行います。

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

特に、食事を提供する等の介護施設・事業所においては、発生時の対応について、第Ⅳ章「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」を参照してください。

143 ページ

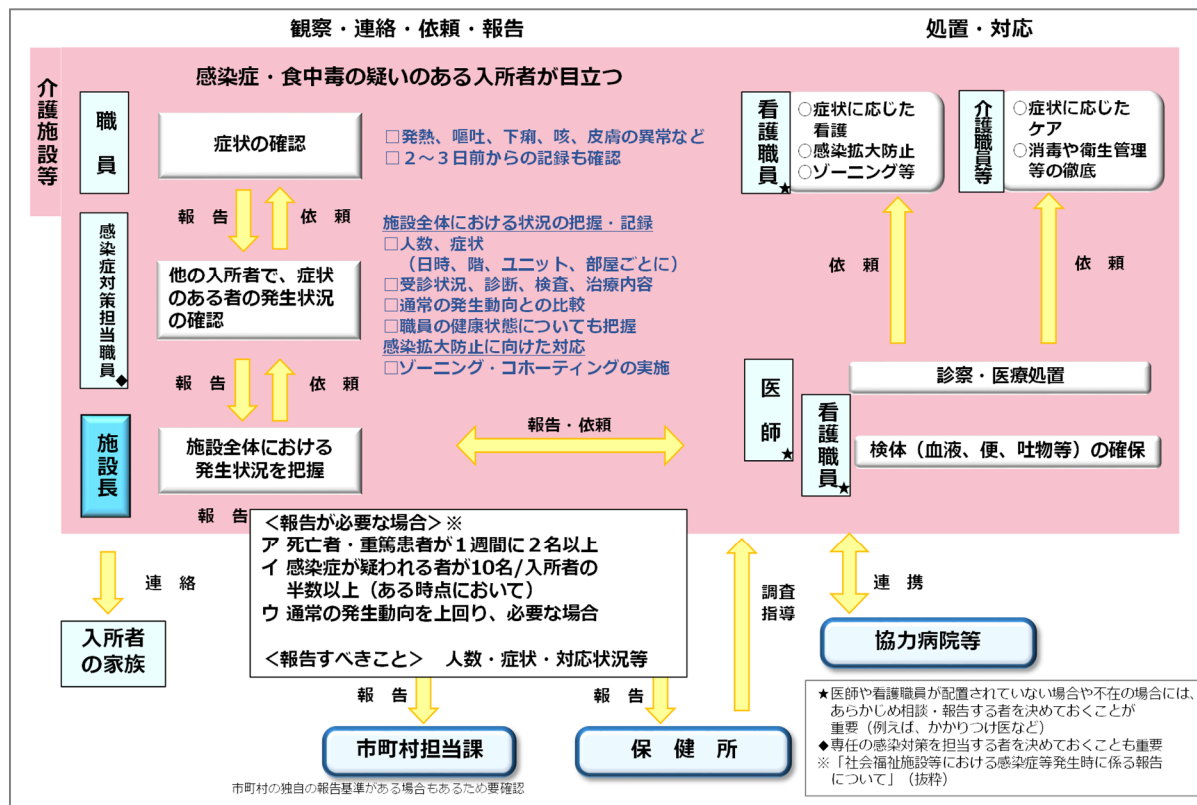
ここでは、感染症法に基づく対象となる感染症が発生した際の対応を概説します。感染症法で定められている感染症については第Ⅲ章感染症各論を参照してください。

111 ページ

また、新型コロナウイルスに感染した者が発生した際の対応については、第Ⅱ章を参照とし、施設系サービス、通所系サービス、訪問系サービスの各対応を別にまとめています。

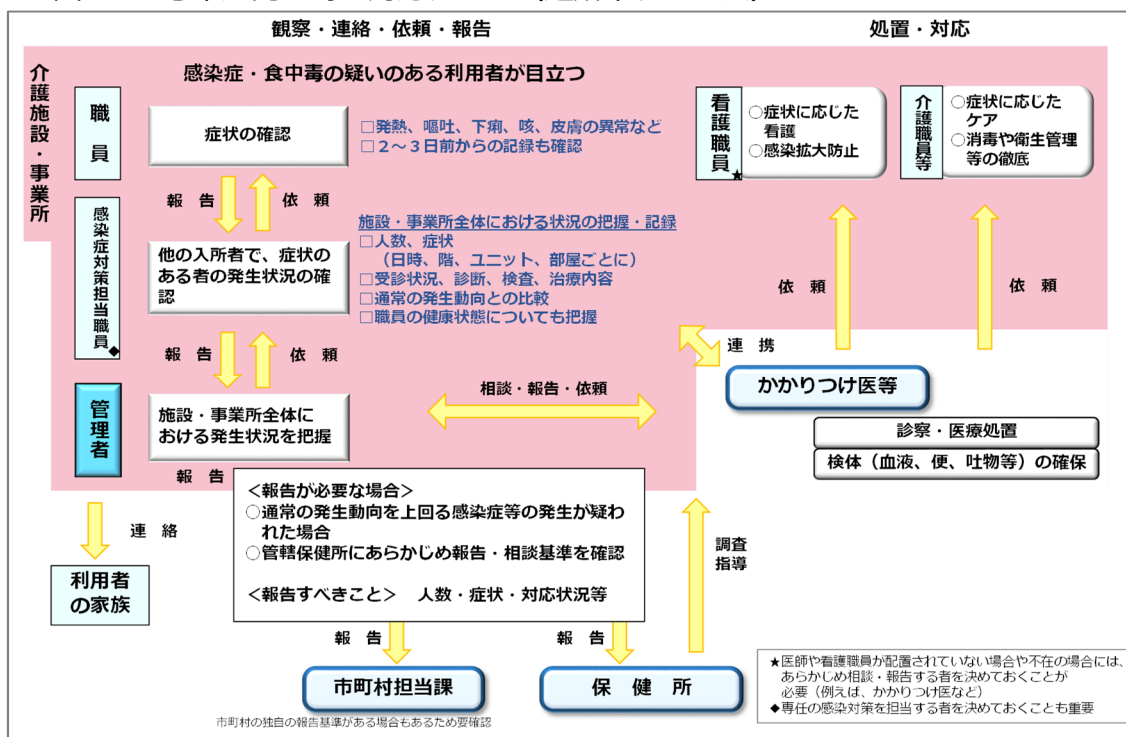
101 ページ

図 13 感染症発生時の対応フロー（施設系サービス）



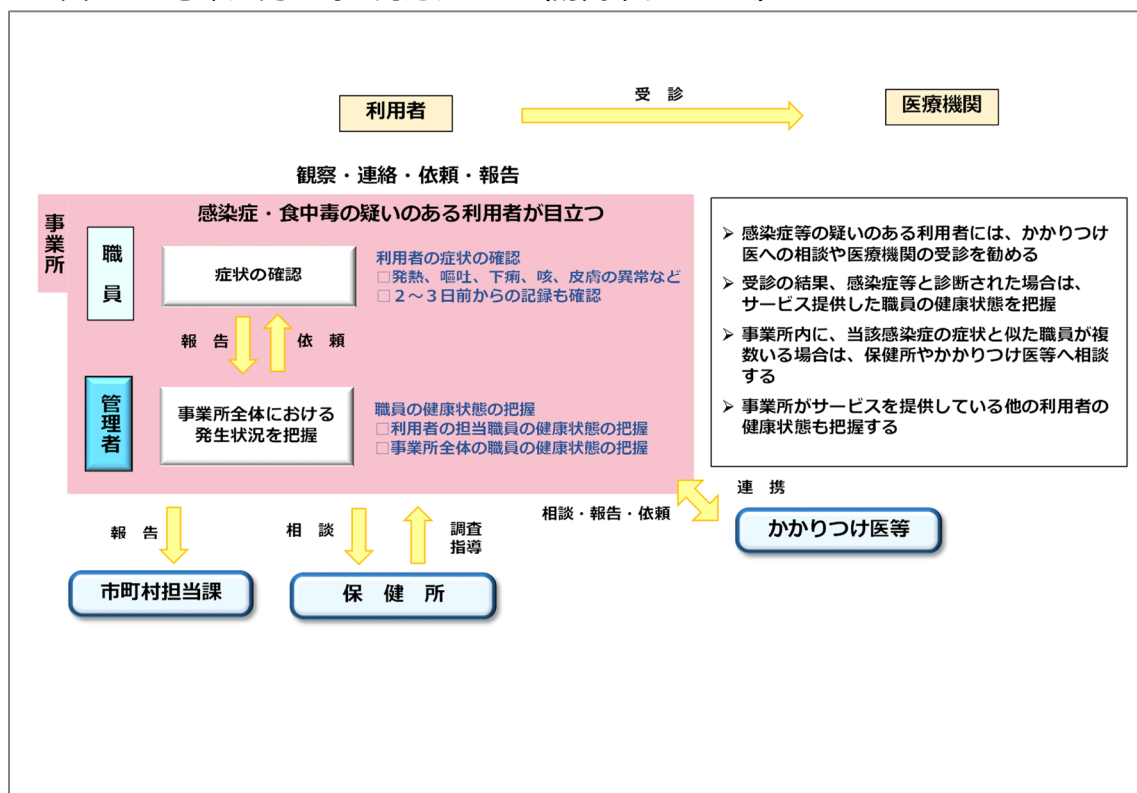
（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」一部改変）

図 14 感染症発生時の対応フロー（通所系サービス）



（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」一部改変）

図 15 感染症発生時の対応フロー（訪問系サービス）



（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」一部改変）

1) 介護施設・事業所における感染症の発生状況の把握と対応

感染症または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、症状のある利用者と職員の状況やそれぞれに講じた措置等を記録しておきます。

- 利用者と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時や利用者の居場所（施設であれば階あるいはユニットおよび居室）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）介護職員等の対応

職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、医師や看護職員と連携し管理者に情報共有します。また、介護施設では、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状況を共有するとともに、感染対策担当者は施設長に情報共有します。

このような事態が発生した場合に、速やかに情報共有や対応ができるよう、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・管理者の対応

介護施設等に医師が配置されていない場合の施設長や管理者（以下、「施設長等」という。）は、感染症を発症した患者の診療にあたる医師と連携し対応について検討するとともに、看護職員等と連携し「6.2）感染拡大の防止」のための行動に移ります。この時、施設長等は、感染拡大の防止に必要な対策や必要な情報の報告等、職員に必要な指示を行います。

介護施設等に医師が配置されている場合には、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、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、施設長等は行政に報告するとともに（→「6.3）行政への報告」）、関係機関と連携をとります（→「6.4）関係機関との連携等」）。医師への報告用紙書式については、第Ⅳ章の書式の例も参考にしてください。なお、通所系においても活用可能です。  157 ページ

(3) 医師の対応

介護施設等に配置されている医師は、感染拡大の防止のための指示や施設長等への状況報告と同時に、感染者の重症化を防ぐために必要な医療処置を行います。感染症法で定められた感染症（一類から四類及び五類の一部）を診断した医師は、直ちに保健所へ報告する義務があります（感染症法第12条）。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。

上記以外の医師は、必要に応じて介護職員等及び看護職員等と連携し「6.2）感染拡大の防止」のための対応について指示・助言を行います。

(4) 看護職員の対応

介護施設・事業所に看護職員の配置基準がある場合は、利用者の健康状態の確認や医師への報告、感染拡大防止のための対策に関する助言・支援を行います。

こんなとき どうしていますか！？

Q：介護施設では、感染対策委員会をおおむね3月に1回以上開催することとされているが、いざ、感染症が流行した場合に臨時会議を開催するが、うまく現場が動かない。管理者と介護職員との意識のズレが生じているのだろうか。

A：例えば、介護施設内に新型コロナウイルス感染症の患者が発生した場合、保健所の積極的疫学調査への協力や職員・利用者の遺伝子検査(PCR 検査)の調整などが優先されてしまい、他機関の調整に時間を要して、職員間の連携が手薄になってしまう傾向にあります。そのため、一元的に情報を管理する者を置き、職員間の「報連相」を徹底し、感染拡大の意識を統一することが重要です。

2) 感染拡大の防止

(1) 介護職員の対応

感染症もしくは食中毒が発生したとき、または発生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す。

<対応のポイント>

- 発生時は、衛生学的手洗いや嘔吐物、排泄物等の適切な処理を徹底します。職員を媒介して、感染を拡大させることのないよう、特に注意を払います。
- 利用者にも手洗いを促します。
- 自分自身の健康管理を徹底します。症状があったり感染が疑われる場合には、上司に報告し、対応について相談します。
- 医師や看護職員の指示を仰ぎ、必要に応じて介護施設等の消毒を行います。
- 医師等の指示により、必要に応じて、
 - ・施設系のサービスでは感染した利用者の個室隔離等を行います。
 - ・通所系のサービスでは、治癒するまで利用を控えてもらう等の対応をします。
- 詳細な対策については、第Ⅰ章 2. 感染対策の重要性「3) 介護・看護ケアと感染対策」の関連項目を参照してください。
- 感染が疑われる利用者だけではなく、今は症状がなくても、今後、体調が急変する場合がありますので、全ての利用者の健康管理に注意を払います。

感染流行時のケアの留意点

主には第Ⅰ章 2. 感染対策の重要性「3) 介護・看護ケアと感染対策」の(1) 職員の手洗い・手指衛生～(8) 医療処置にあるとおり、標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底と日頃からの取組が基本となります。  28 ページ

そして、流行している感染症、例えば、感染経路が飛沫感染であるインフルエンザウイルス感染症や経口感染であるノロウイルス感染症などにより、感染経路別の対策を行います。なお、標準予防策の他に、利用者の手洗いやケア提供時の十分な換気を行うほか、特に各ケア提供時におけるポイントをまとめました。ただし、いずれも介護施設・事業所の間取りや利用者の健康状態によるところもありますので、状況に応じて対応することが必要です。

食事介助	・むせ込んで咳をする利用者の真向かいにならないよう利用者の右や左側に位置して介助を行うよう心がけます
排泄介助	・糞口感染のおそれがある場合は、専用のトイレ(ポータブルトイレ)を設け、利用者の使用後には消毒を行います

入浴介助	・感染症にかかっている利用者については、原則、清拭で対応します ・感染の疑いがある利用者についても、原則、清拭で対応することが望ましいが、入浴する場合には、他の利用者への二次感染を防ぐため、入浴の順番を最後にすることや、他の利用者と接触しないように注意します ・対応に悩む場合は、医師や看護職員等に相談します
移送・送迎	・感染の疑いがある利用者の移送は、原則中止します。医療機関へ受診等など、やむを得ない場合は、マスクの着用や車の窓の開放による換気、接触した部位の消毒など、二次感染を起こさない対応を行います ・適宜、手指衛生ができるように持ち運びができる消毒薬を常備します ・対応に悩む場合は、医師や看護職員等に相談します
医療処置	・喀痰吸引を行う際には、飛沫感染予防策が必要です ・経管栄養を行う際は、接触感染予防策が必要です ・感染症にかかっている利用者は、処置の順番を最後にするなど、二次感染を防ぐ動線を確認します
環境整備	・環境整備時に利用者を移動させる際は、感染の疑いのある利用者と混在しないように注意します
ケアマネジメント	・感染の疑いがある利用者は、通所系のサービスの利用について検討し、訪問系のサービスで対応可能かなど、利用者の ADL の低下予防のため柔軟に対応します ・自宅などを訪問する際には、適宜、手指衛生ができるように持ち運びができる消毒薬を常備します ・対応に悩む場合は、医師や看護職員に相談します
死後の処置 ²⁷	・医師や看護職員が指示する内容に沿って対応します ・必要に応じて個人用感染防護具を装着し、血液などの体液（汗を除く）・排泄物等に触れる場合には、手袋を着用します

※嘔吐物・排泄物の処理は、16 ページ参照。

このほか、感染症流行時に特に必要な「ゾーニング」と「コホーティング」は以下のとおりです。

●ゾーニング²⁸（区域をわける）

＜介護職員の対応＞

- ・感染症にかかった利用者があるエリアと、そうでないエリアに分けて、感染が拡大しないようにします
- ・その際、各エリアを職員が行き来するのではなく、各エリアの受け持ちを決めます
- ・感染症にかかった利用者が入るエリアの中でも、動線が交差しないように人の動きに

²⁷ 新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方については、「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン（令和2年7月29日（第1版））」を参照ください。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000653472.pdf>

²⁸ 清潔と不潔のエリアを明確にして区切ることで、不潔な区域から病原体を持ち出さないようすること。人や物の出入りを制限し、誰がみても「エリアが分かれている」ことがわかるようにすることが重要。

注意します

- ・感染症にかかった利用者が使用した物品等は、そのエリア内で廃棄や消毒ができるようにします
- ・可能であれば、職員更衣室での接触を避けるため、各エリアに更衣室を設定することが推奨されます
- ・エリアを越えた利用者の移動は行わないようにします

＜利用者の対応＞

- ・感染症にかかった利用者がエリアの外にでないようにします
- ・専用のトイレ（ポータブルトイレ）を設け、利用者の使用後には消毒を行います
- ・原則、家族等の面会も断ります

●コホーティング²⁹（隔離）

＜介護職員の対応＞

- ・感染症にかかった利用者を個室管理にします。また、1か所の部屋に集めるなど、他の利用者へ感染が拡大しないようにします
- ・感染症にかかった利用者の部屋には、手袋やエプロンなど、標準予防策（スタンダード・プリコーション）が速やかに行えるように設置します
- ・入退室時には、手袋の着用の有無にかかわらず、手指衛生を行います
- ・退室する前に、手袋やエプロンを外し、感染性廃棄物に廃棄します

＜利用者の対応＞

- ・部屋の外に出ないようにします
- ・原則、家族等の面会も断ります

²⁹ コホーティングとは、感染患者をグループとしてまとめ、同じスタッフがケアにあたることで、施設内で周囲から区別・隔離すること。

❖ 命をも左右する「ゾーニング」のポイント

新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等、感染症の流行時には施設内に感染症を持ち込まないこと、利用者が感染症と診断されても、感染症を拡大させないことをモットーに、常に施設の感染管理体制に力を入れてきた。しかしながら、職員も不足し、施設のフロアをまたいだ勤務をせざるを得なくなったところ、瞬く間に感染症が施設内にまん延した。また、ガウンや防護服など着脱に慣れていないため、いろんな人が手伝って、スタッフルームで着脱していたため、二次感染が起こった。

介護現場の声より

＜振り返ってみると・・・＞

ゾーニングによる清潔区域と汚染区域のエリア分けは、とても重要です。患者間の感染をふせぐために個室管理することや決められた人が患者のケアをすることで、利用者への二次感染を防ぐことも重要ですが、職員自身が感染源となつては本末転倒です。職員が不足すると、様々な仕事を掛け持ちすることもあります。ゾーニングのエリアを明確にして、職員が守らなければ施設内に感染症がまん延します。

また、ガウンなど汚染された物品の着脱や廃棄は、決められたエリアで行い、感染性廃棄物のゴミ箱を設置して、速やかに廃棄 Box に入れてふたをすることが必要です。

ガウンや防護服の着脱やゾーニングに不安がある場合には、保健所等に相談しましょう。

こんなとき どうしていますか！？

Q：利用者の中には、大きな声で接することが必要な人もいます。飛沫感染が心配ですが、感染を防ぐための工夫はありますか。

A：一般的な対応ですが、

- ・ 対面での会話は避けて、利用者の横に立って会話をする。
- ・ 職員も利用者もマスクをして、直接、顔と顔の密着は避ける。
- ・ 換気が良いところで会話をする。

などの取組をしている施設もあります。

こんなとき どうしていますか！？

Q：認知症の利症者でマスクを嫌がったり、感染症の流行時であることの理解ができない利用者が多く、マスクを着用してもらえない。こんな時は、どうしたらよいのでしょうか。

A：マスク着用の声かけは続けましょう。その上で、検温など利用者の健康管理を徹底し、机や手すりなどこまめな消毒をしましょう。

（２）医師および看護職員の対応

感染症もしくは食中毒が発生したときや、それが疑われる状況が生じたとき、医師は、診察の結果、感染症や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支援・助言を行います。

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す。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。

面会など外から家族等が来訪する介護施設等においては、医師は、感染症のまん延防止の観点から、来訪者に対して利用者との接触を制限する必要性について判断し、制限する必要があると判断した場合は、施設長等に状況を報告します。

施設長等の指示により、来訪者と利用者の接触を制限する場合は、介護職員や来訪者等に状況を説明（看護職員がいる場合には業務を委譲）するとともに、必要に応じて、介護職員や利用者等に手洗いの励行やマスク着用等の研修を行います。

（３）施設長等の対応

施設長等は、医師の診断結果や看護職員・介護職員からの報告等の情報により、全体の感染症発生状況を把握します。必要に応じ、協力医療機関や身近な医師、看護職員、保健所に相談し、技術的な応援を頼んだり、助言をもらい対応しましょう。

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、利用者との接触を制限する等、必要な指示をします。

3）行政への報告

（１）施設長等の対応

施設長等は、次のような場合、迅速に、市町村等の介護保険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。

（第Ⅳ章「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³⁰」 第４項 参照

143 ページ)

①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

³⁰ 本通知に定められている介護・老人福祉関係の対象施設は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人デイサービス事業を行う事業所、老人デイサービスセンター、老人短期入所事業を行う事業所、老人短期入所施設、老人福祉センター、認知症グループホーム、生活支援ハウス、優良老人ホーム、介護老人保健施設であるが、この他の介護施設・事業所であっても参考とされたい。

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

②報告する内容

- ・ 感染症又は食中毒が疑われる利用者の人数
- ・ 感染症又は食中毒が疑われる症状
- ・ 上記の利用者への対応や施設における対応状況 等

③報告の書式

市町村等の介護保険主管部局への報告については、各市町村指定の報告書用紙書式にしたがってください。

ワンポイントアドバイス

いざ感染症が発生すると、混乱の中で、どこに、何を、連絡してよいかわからなくなる場合があります。そのため、あらかじめ連絡先一覧を作成しておくことや、日頃から保健所と情報交換を行うことが重要です。特に、感染症は「おかしいな？」と思ってから、次の日には似たような症状の利用者が増加する場合がありますので、報告基準に達していなくても、保健所に相談しながら「もしもの場合の備え」の予防策を行い、万が一、感染拡大になった場合にも冷静に、保健所と相談しながら対応していきましょう。感染症がまん延してからの突然の相談は、保健所にとっても介護施設・事業所にとっても聞き取り・説明に時間がかかり、感染源を特定するまでに時間がかかるので、日頃からの報連相が大切です。

（２）医師の対応

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、市町村等の介護保険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。

（第Ⅳ章「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

👉143 ページ👈)

4) 関係機関との連携等

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、指示を仰ぐ等、緊密に連携をとります。

日頃から、保健所や協力医療機関、市町村・都道府県担当局等の報告を行う機関のほかに、気軽に感染対策について相談できる事業所間での連携体制を構築しておくことが重要です。

- 医師（嘱託医）、協力医療機関の医師
- 介護施設等の看護職員
- 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

コラム 保健所や市町村とのコミュニケーション

❖ 人権侵害や風評被害の発生防止のための覚書 (新型コロナウイルス感染症を経験して)

新型コロナウイルス感染症のまん延防止のため、都道府県の保健所と連絡を密にして感染対策を行っていた。しかし、実際の指定権者は市町村であり、多くの地域住民が入所し、さらに職員も働いているにもかかわらず、市町村とのコミュニケーションがなかった。その後、利用者・職員で濃厚接触者が続出し、地域に住んでいるにもかかわらず、地域の保健センター等へ相談できずに困ってしまった。

管理者の声より

<振り返ってみると・・・>

感染症法に基づく事務は、都道府県（保健所）の事務とされていて、市町村のかかわりは法律上特に規定されていません。しかし、市町村のかかわりは、事業所や住民にとっても重要です。そのため、濃厚接触者となった利用者本人からケアマネジャー、市町村に相談するような流れ、そして地域住民への情報発信は市町村が行うことで、地域密着・まちぐるみでの感染症対策を行うことができます。

また、都道府県・市町村と連携し人権侵害や風評被害の発生を抑え、地域の秩序を維持することを目的として、覚書の締結を行った事例もあります。情報共有を前提とし、大規模クラスター発生時の濃厚接触者の健康観察などへの市町村保健師派遣（協力）依頼等について、平時からの検討を進めていく方向性をつけることが必要です。

❖ 自治体との連携

日頃から、A施設はB市保健所と協力して、人材の確保や事業の円滑な実施を行ってきた。A施設でトラブルがあった際も、B市介護保険の担当課長を始め、丁寧に対応いただいて心強く感じていた。

ある日、施設内でインフルエンザがまん延し、利用者の症状が重篤化、入院する事態が起きた。そのため、介護保険の担当課へ報告し、指示を仰いで対応していたところ、B市感染症予防の担当課から「報告が上がっていない」とお叱りの連絡があった。さらに、感染のまん延状況が悪化し、報道機関へ情報提供しようとしたところ、施設にB市の介護保険と感染症予防の担当課からそれぞれ連絡があり、果ては都道府県からも問合せがあつて、施設内の感染対策のみならず、外部との調整に疲弊してしまった。

管理者の声より

<振り返ってみると・・・>

日頃からの保健所や市町村との報告・連絡・連絡はとても重要です。しかしながら、保健所や市町村の内部では、より専門性が発揮できるように業務によって所管課が異なる場合があります。「この部署には連絡したのに・・・」と思うこともあるかもしれません。そんなときは、窓口を一本化してもらうなど、有事の際に機動力があつて、効率的な動きがとれるような体制づくりを、あらかじめ相談をしておきましょう。A施設で相談が難しければ、地域として（サービス協会等団体として）申し出ることも必要かもしれません。

また、施設でも「何の時に」「どこの部署に」連絡をすればよいか一覧表にしておくといよいでしょう。

特にマスコミの対応がある際は、どこで情報を集約するか、誰が問合せに対応するかなど、施設内だけではなく、保健所や市町村とも調整しておくといよいでしょう。対応者の一元化が大切です。

例

関係機関との連携における工夫

- 地域の医療機関に協力を依頼する際には、施設長等が窓口となつて行くと協力関係が築きやすい場合もあります。
- 医師との連携は、電話や対面での相談に加えて、場合によってはメールで感染症の発生状況について情報共有を行うことも有用です。
- 日頃から連携する看護職員等と感染対策マニュアル等についての相談することも可能です。
- 関係機関は、組織編成や事業所移転などにより連絡先が変更となる場合もありますので、最低でも年1回は関係機関の連絡先（名称（担当部署）、住所、電話番号等）を確認し、連絡先一覧表を更新しましょう。

第Ⅱ章 新型コロナウイルス感染症

1. 新型コロナウイルス感染症とは
2. 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策
3. 新型コロナウイルス感染症の発生時に向けた備え

本章は、令和2年10月1日時点での新型コロナウイルス感染症に関する情報として記載されています。このため、今後の対応等の変化に応じて、更新がされることにご留意ください。

1. 新型コロナウイルス感染症とは

令和2年2月、新型コロナウイルスは、感染症法上の規定の全部又は一部を準用しなければ、新型コロナウイルスのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして、感染症法に基づく指定感染症に指定されました。

これにより、患者に対する入院措置や公費による適切な医療の提供、医師による迅速な届出による患者の把握、患者発生時の積極的疫学調査（接触者調査）などが可能となりました。

その後も、国において、感染症のまん延を防止するため、生活用水の使用制限や建物に係る措置、交通制限（遮断）、感染を防止するための協力要請（健康状態の報告、外出自粛等の要請）など、様々な措置が行われました。

その渦中において、介護施設・事業所等での利用者や職員の相次ぐ感染、また、クラスターが発生するなど、日々、介護現場でも感染症への対応が強く求められ、利用者・家族への配慮のみならず、職員の人員不足など組織運営にも多大な影響が出たところで³¹。

新型コロナウイルス感染症については、国や各専門の学会等がウイルスの特性や感染対策などについて情報を発信しています。それらの情報について、次項にまとめましたので、ご参照ください。なお、本手引きに記載している情報については、病態の理解、診断や治療の分野での進歩に応じて、古い情報となることが予想されるため、随時最新の情報を更新している厚生労働省ホームページ「新型コロナウイルス感染症について」もあわせて確認いただくことを推奨します。

【参考】

厚生労働省：新型コロナウイルス感染症について

(URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html)

厚生労働省：介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について

(URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html)

³¹ 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（以下「有料老人ホーム等」という。）において、入居者が希望する医療・介護サービス等（特に当該有料老人ホーム等の運営主体以外が提供するサービス）の利用について、新型コロナウイルス感染の懸念を理由に、禁止する又は控えさせるといった事案が発生しました。医療・介護サービス事業所において、適切な感染防止対策が実施されているにもかかわらず、新型コロナウイルス感染の懸念を理由に当該サービスの利用を制限することは不適切であり、入居者が希望する、もしくは入居者に必要である各種訪問系サービス、通所系サービス、訪問診療、計画的な医学管理の下で提供されるサービス等について、不当に制限することがないよう、注意が必要です。

「介護保険施設等における入所（居）者の医療・介護サービス等の利用について（令和2年9月18日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡）」

新型コロナウイルス感染症について

(1) 特徴

多くの症例で発熱、呼吸器症状（咳、咽頭痛、鼻汁、鼻閉など）、頭痛、倦怠感など、インフルエンザや感冒に初期症状が類似している。また、嗅覚症状・味覚症状を訴える患者も多い。高齢者、基礎疾患（慢性呼吸器疾患、糖尿病、心血管疾患など）がハイリスク要因と考えられている。（図 16）

環境中のウイルスの残存時間はエアロゾルでは 3 時間程度、プラスチックやステンレスの表面では 72 時間程度、段ボールの表面では 24 時間程度、銅の表面では 4 時間程度とされる。クルーズ船の調査では、患者の枕、電話受話器、TV リモコン、椅子の取っ手、トイレ周辺環境でウイルスが多く付着していた。

インフルエンザの残存時間に比べると、新型コロナウイルスの方が長く環境に留まるため、消毒をしっかりと行うことが重要である。手洗いが重要だが、エアジェット式手指乾燥機は使用しないことが望ましいとされる。

病原体	新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）
潜伏期間	主に約 5 日程度（1～14 日）
感染経路・感染期間	新型コロナウイルスへの感染は、ウイルスを含む飛沫が口、鼻や眼などの粘膜に触れることによって感染が起こる飛沫感染が主体と考えられるが、ウイルスがついた手指で口、鼻や眼の粘膜に触れることで起こる接触感染もあるとされる。また換気の悪い環境では、咳やくしゃみなどがなくても感染すると考えられている。このため、3密を避けることが重要となる。 有症者が感染伝播の主体であるが、発症前や、無症状病原体保有者³²からの感染リスクもあり、発症前後の時期に最も感染力が高いとの報告がされている。また、約半数は無症状病原体保有者から感染するとの報告もあり、注意が必要である。 なお、血液、尿、便から感染性のある新型コロナウイルスを検出することはまれとされる。
エアロゾル感染	エアロゾル感染は厳密な定義がない状況にあるが、新型コロナウイルスは密閉された空間において、短距離でのエアロゾル感染を示唆する報告がある。エアロゾル感染の流行への影響は明らかではない。患者病室などの空間から培養可能なウイルスが検出された報告がある一方、空気予防策なしに診療を行った医療従事者への二次感染がなかったとする報告もある。 また、基本再生産数³³が 2.5 程度と、麻疹など他のエアロゾル感染する疾患と比較して低いことなどから、現在の流行における主な感染経路であるとは評価されていない。医療機関では、少なくともエアロゾルを発生する処置が行われる場合には、空気予防策が推奨される。
症状・予後	初期症状はインフルエンザや感冒に似ており、多くの症例で発熱、呼吸器症

³² 今般の新型コロナウイルス感染症では、症状がなくてもウイルスが検出される「無症状病原体保有者」の存在が明らかとなり、「無症状病原体保有者」からの感染の拡がりも指摘されました。

³³ 基本再生産数とは、すべての者が感受性を有する集団において 1 人の感染者が生み出した二次感染者数の平均値をいう。

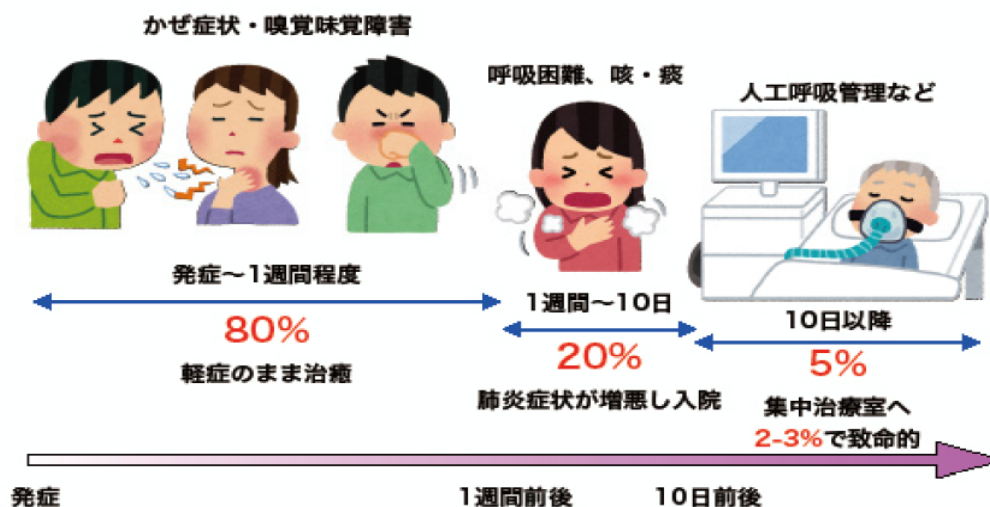
	状（咳、咽頭痛、鼻汁、鼻閉など）、頭痛、倦怠感などがみられる。また、嗅覚症状・味覚症状を訴える患者が多い。 重症化する場合、1週間以上、発熱や呼吸器症状が続き、息切れなど肺炎に関連した症状を認め、その後、呼吸不全が進行し、急性呼吸窮迫症候群（ARDS）、敗血症などを併発する例が見られる。重症化する例では、肺炎後の進行が早く、急激に状態が悪化する例が多いため、注意深い観察と迅速な対応が必要になる³⁴。（図 17）
治療	現時点の治療の基本は対症療法である。レムデシビル（エボラ出血熱の治療薬として開発。国内で初めて新型コロナウイルス感染症に対する治療薬として承認された）、重症例ではデキサメタゾン。抗血栓薬、抗凝固薬の効果も示唆されている。
予防法・ワクチン	開発中（治験が開始されている）

図 16 重症化のリスク因子

重症化のリスク因子	重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患等
・ 65 歳以上の高齢者 ・ 慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・ 慢性腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心血管疾患 ・ 肥満（BMI 30 以上）	・ 生物学的製剤の使用 ・ 臓器移植後やその他の免疫不全 ・ HIV 感染症（特に CD4 <200 /L） ・ 喫煙歴 ・ 妊婦 ・ 悪性腫瘍

³⁴ 病原体診断については、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第3版（加藤康幸ら：2020年9月4日）を参照ください。なお、当該診療の手引きについては、更新されていることがあるため、厚生労働省ホームページ：新型コロナウイルス感染症について＞医療機関向け情報（治療ガイドライン、臨床研究など）を適宜ご確認ください。

図 17 新型コロナウイルス感染症の経過



（出典：加藤康幸ら：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第3版、2020年9月4日
令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
一類感染症等の患者発生時に備えた臨床的対応に関する研究）

（2）予防のために必要なこと

新型コロナウイルスの感染予防のためには、感染対策の3つの柱のとおり、

7 ページ

- 病原体（感染源）の排除
- 感染経路の遮断
- 宿主の抵抗力の向上

が、重要です。このため、飛沫を吸い込まないように人との距離を確保し、会話時にはマスクを着用し、手指のウイルスは洗い流すことが大切です。そして、ワクチンは開発中ではありますが、職員自身・利用者の健康、体調管理をしっかりと行い、利用者・家族が安心してサービスを受けられるよう、また職員も安心してサービス提供できるよう正しい知識を身につけることが必要です。

① 新型コロナウイルス感染予防のために利用者・職員が協力して行うこと

- 咳エチケットと手洗いの励行
- 3つの密の回避
- 新しい生活様式の実践

28 ページ

利用者、家族、そしてサービス提供を行う職員が協力して実践することが重要です。人は、無意識に顔を触っています。特に、利用者に密接に関わる介護職員はケアの前後で無意識に触れてしまうことに注意が必要です（図 18 参照）。マスクの選択や着用、手洗いの方法については、第1章で説明しています。15・28 ページ

また、3つの密の回避のポイント、新しい生活様式の実践例については、それぞれ、図 19・図 20 のとおりまとめられています。新しい生活様式を実践していく中でも、

知らない間に新型コロナウイルス感染症にかかった人と接している可能性もあります。前述のとおり、無症状の方からの感染も多いことから、接触確認アプリ「COCOA³⁵」（新型コロナウイルス感染症にかかった人と接触した可能性について通知を受け取ることができるスマートフォンのアプリ）が厚生労働省より提供されています。日常の健康管理の一環として有用ですので、活用が推奨されます。

サービス提供に応じた注意点等については、後述する「2. 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策」において、説明していきます。

図 18 新型コロナウイルス感染予防のために 接触感染にご注意を！



³⁵ COVID-19 Contact Confirming Application = COCOA。厚生労働省が開発した新型コロナウイルス接触確認アプリで、スマートフォンの近接通信機能（ブルートゥース）を利用して、お互いに分からないようプライバシーを確保し、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性について、通知を受けることができます。詳細は、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/cocoa_00138.html をご参照ください。

アプリのインストール方法

・App StoreまたはGoogle Playで「接触確認アプリ」で検索してインストールしてください。

Google Play

<https://play.google.com/store/apps/details?id=jp.go.mhlw.covid19radar>



App Store

<https://apps.apple.com/jp/app/id1516764458>



ワンポイントアドバイス

現在、新型コロナウイルス感染を調べるための検査には、ウイルスの存在自体を調べる「遺伝子検査（PCR 検査）」、「抗原検査」、そして、ヒト側が過去に新型コロナウイルスに感染したかどうかを調べる「抗体検査」があります。

新型コロナウイルスは、鼻汁、唾液、痰の中などに多く存在するので、PCR 検査や抗原検査では、これら採取して検査を行います。PCR 検査は、機械の中でウイルスの遺伝子を増幅させる反応を行い、もしウイルスがいれば、検査結果は陽性となります。抗原検査は、細かく分析できる定量検査と、細かい分析はできないながらも簡便に検査できる簡易検査に分かれます。PCR 検査も抗原検査も、検査の精度は 100%ではないので、きちんと検体が採取できても、例えば本来は陽性なのに誤って陰性として出たり(偽陰性)、反対に本来は陰性なのに誤って陽性として出たり(偽陽性)もあります。また、ウイルスがいる検体が適切に採取出来ていないと、それも本来は陽性なのに誤って陰性となる原因になります。さらに、発症前の段階のウイルス量がまだ多くない時期に検査をすると陰性だったのに、後からウイルス量が増えたタイミングで検査をすると陽性になるということもあります。このため、検査結果は絶対的なものではなく、一度検査で陰性であったとしても、もし感染が疑われることがあれば、再度相談するようにしましょう。

※抗体は、体内に入った病原体等に対してヒトの体が反応して作る物質で、その病原体等から体を防御するのに役立ちます。たとえば麻しん(はしか)にかかって免疫がつく、麻しんワクチンで免疫がつく、というのは、麻しんウイルスに対する抗体が体内に出来ることを意味します。反対に、ある病原体に対する抗体を持っているかどうかを見ることで、そのヒトが過去にその感染症にかかったかどうかを知ることができます。

図 19 新型コロナウイルス感染予防のために 三密を避けましょう

新型コロナウイルスの感染拡大防止にご協力をお願いします

.....

「密閉」「密集」「密接」しない!

●「ゼロ密」を目指しましょう。屋外でも、密集・密接には、要注意!

他の人と
十分な距離を取る!

2メートル

窓やドアを開け
こまめに換気を!

屋外でも密集するような
運動は避けましょう!

少人数の散歩や
ジョギングなどは大丈夫

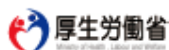
飲食店でも距離を取りましょう!

- ・多人数での会食は避ける
- ・隣と一つ飛ばしに座る
- ・互い違いに座る

会話をするときは
マスクをつけましょう!

5分間の会話は
1回の咳と同じ

電車やエレベーターでは
会話を慎みましょう!



厚生労働省フリーダイヤル

厚労省 コロナ

検索

0120-565653



(出典：厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000623146.pdf>)

図 20 新型コロナウイルス感染予防のために 新しい生活様式を実践しましょう

「新しい生活様式」の実践例

(1) 一人ひとりの基本的感染対策

感染防止の3つの基本：①身体的距離の確保、②マスクの着用、③手洗い

- ☐ 人との間隔は、できるだけ2m（最低1m）空ける。
- ☐ 会話をしている際は、可能な限り真正面を避ける。
- ☐ 外出時や屋内でも会話をすると、人との間隔が十分とれない場合は、症状がなくてもマスクを着用する。ただし、夏場は、熱中症に十分注意する。
- ☐ 家に帰ったらまず手や顔を洗う。
人混みの多い場所に行った後は、できるだけすぐに着替える、シャワーを浴びる。
- ☐ 手洗いは30秒程度かけて水と石けんで丁寧に洗う（手指消毒薬の使用も可）。

※ 高齢者や持病のあるような重症化リスクの高い人と会う際には、体調管理をより厳重にする。

移動に関する感染対策

- ☐ 感染が流行している地域からの移動、感染が流行している地域への移動は控える。
- ☐ 発症したときのため、誰とどこで会ったかをメモにする。接触確認アプリの活用も。
- ☐ 地域の感染状況に注意する。

(2) 日常生活を営む上での基本的な生活様式

- ☐ まめに手洗い・手指消毒 ☐ 咳エチケットの徹底
- ☐ こまめに換気（エアコン併用で室温を28℃以下に） ☐ 身体的距離の確保
- ☐ 「3密」の回避（密集、密接、密閉）
- ☐ 一人ひとりの健康状態に応じた運動や食事、禁煙等、適切な生活習慣の理解・実行
- ☐ 毎朝の体温測定、健康チェック。発熱又は風邪の症状がある場合はムリせず自宅で療養



(3) 日常生活の各場面別の生活様式

買い物

- ☐ 通販も利用
- ☐ 1人または少人数ですいた時間に
- ☐ 電子決済の利用
- ☐ 計画をたてて素早く済ます
- ☐ サンプルなど展示品への接触は控えめに
- ☐ レジに並ぶときは、前後にスペース

娯楽、スポーツ等

- ☐ 公園はすいた時間、場所を選ぶ
- ☐ 筋トレやヨガは、十分に人との間隔をもしくは自宅で動画を活用
- ☐ ジョギングは少人数で
- ☐ すれ違うときは距離をとるマナー
- ☐ 予約制を利用してゆったりと
- ☐ 狭い部屋での長居は無用
- ☐ 歌や応援は、十分な距離がオンライン

公共交通機関の利用

- ☐ 会話は控えめに
- ☐ 混んでいる時間帯は避けて
- ☐ 徒歩や自転車利用も併用する

食事

- ☐ 持ち帰りや出前、デリバリーも
- ☐ 屋外空間で気持ちよく
- ☐ 大皿は避けて、料理は個々に
- ☐ 対面ではなく横並びで座ろう
- ☐ 料理に集中、おしゃべりは控えめに
- ☐ お酌、グラスやお猪口の回し飲みは避けて

イベント等への参加

- ☐ 接触確認アプリの活用を
- ☐ 発熱や風邪の症状がある場合は参加しない

(4) 働き方の新しいスタイル

- ☐ テレワークやローテーション勤務 ☐ 時差通勤でゆったりと ☐ オフィスはひろびろと
- ☐ 会議はオンライン ☐ 対面での打合せは換気とマスク

※ 業種ごとの感染拡大予防ガイドラインは、関係団体が別途作成

(出典：厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000641743.pdf>)

② 新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について

①のとおり、感染予防のために「咳エチケットと手洗いの励行」・「3つの密の回避」・「新しい生活様式の実践」が重要ですが、ウイルスを減らすための手洗いや消毒の適切な方法の把握も必要です。

現在、「消毒³⁶」や「除菌³⁷」の効果をうたう様々な製品が出回っていますが、目的にあった製品を、正しく選び、正しい方法で使用しましょう。また、どの消毒剤・除菌剤でも、使用方法、有効成分、濃度、使用期限などを確認し、情報が不十分な場合には使用を控えましょう。

図 21 新型コロナウイルス消毒・除菌方法一覧³⁸

方法	モノ	手指	現在の市販品の薬機法上の整理
水及び石鹼による洗浄	○	○	—
熱水	○	×	—
アルコール消毒液	○	○	医薬品・医薬部外品（モノへの適用は「雑品」）
次亜塩素酸ナトリウム水溶液（塩素系漂白剤）	○	×	「雑品」（一部、医薬品）
手指用以外の界面活性剤（洗剤）	○	— （未評価）	「雑品」（一部、医薬品・医薬部外品）

※薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）上の承認を有する製品が一部あり、そのような製品は手指消毒も可能。

● 手や指などのウイルス対策

手洗い

手や指についたウイルスの対策は、洗い流すことが最も重要です。手や指に付着しているウイルスの数は、流水による15秒の手洗いだけで1/100に、石けんやハンドソープで10秒もみ洗いし、流水で15秒すすぐと1万分の1に減らせます。

手洗いの後、さらに消毒液を使用する必要はありません。

³⁶ 「消毒」は、菌やウイルスを無毒化することです。「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、「薬機法」という。）」に基づき、厚生労働大臣が品質・有効性・安全性を確認した「医薬品・医薬部外品」の製品に記されています。

³⁷ 「除菌」は、菌やウイルスの数を減らすことです。「医薬品・医薬部外品」以外の製品に記されることが多いようです。「消毒」の語は使いませんが、実際には細菌やウイルスを無毒化できる製品もあります（一部の洗剤や漂白剤など）。

³⁸ 新型コロナウイルスの消毒、除菌方法として、次亜塩素酸水を用いた消毒方法があります。「次亜塩素酸ナトリウム」と「次亜塩素酸水」は、名前が似ていますが、異なる物質ですので、混同しないようにしてください。使用方法については、「次亜塩素酸水」を使ってモノのウイルス対策をする場合の注意事項」<https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200626013/20200626013-4.pdf> を参照してください。

アルコール（濃度 70%以上 83%のエタノール）

手指に目に見える汚れがない状況では、アルコール消毒液による手指衛生を行います。アルコールは、ウイルスの「膜」を壊すことで無毒化します。  28 ページ

● 設備や物品に付着したウイルスへの対策

熱水

食器や箸などは、80℃の熱水に 10 分間さらすことでウイルスを死滅させることができます。

塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム）

テーブル、ドアノブなどには、市販の塩素系漂白剤の主成分である「次亜塩素酸ナトリウム（0.05%以上）」が有効です。「次亜塩素酸」の酸化作用などにより、新型コロナウイルスを破壊し、無毒化します。消毒液の作り方  21 ページ

洗剤（界面活性剤）

テーブル、ドアノブなどには、市販の家庭用洗剤の主成分である「界面活性剤」も一部有効です。界面活性剤は、ウイルスの「膜」を壊すことで無毒化するものです。以下のとおり、9 種類の界面活性剤が新型コロナウイルスに有効であることが確認されています。

図 22 N I T E 39 検証試験結果から有効と判断された界面活性剤（9 種）

- ・直鎖アルキルベンゼンスルホン酸ナトリウム（0.1%以上）
- ・アルキルグリコシド（0.1%以上）
- ・アルキルアミノオキシド（0.05%以上）
- ・塩化ベンザルコニウム（0.05%以上）
- ・塩化ベンゼトニウム（0.05%以上）
- ・塩化ジアルキルジメチルアンモニウム（0.01%以上）
- ・ポリオキシエチレンアルキルエーテル（0.2%以上）
- ・純石けん分（脂肪酸カリウム）（0.24%以上）
- ・純石けん分（脂肪酸ナトリウム）（0.22%以上）

（NITE が行う新型コロナウイルスに対する消毒方法の有効性評価に関する情報公開：

<https://www.nite.go.jp/data/000111300.pdf>）

アルコール（濃度 70%以上 83%のエタノール）

目に見える汚れがない状況では、アルコール消毒液による消毒を行います。物品の性質によっては使用できないものもあるので注意します。アルコールは、ウイルスの「膜」を壊すことで無毒化します。  20 ページ

³⁹ 独立行政法人製品評価技術基盤機構（NITE（ナイト））：独立行政法人製品評価技術基盤機構法に基づき、経済産業省のもとに設置されている行政執行法人。製品安全分野、化学物質管理分野、バイオテクノロジー分野、適合性認定分野、国際評価技術分野の 5 つの分野において、経済産業省など関係省庁と密接な連携のもと、各種法令や政策における技術的な評価や審査などを実施。

● 空気中のウイルス対策

換気

新型コロナウイルス等の微粒子を室外に排出するためには、こまめに換気を行い、部屋の空気を入れ換えることが必要です。室内温度が大きく上がらない又は下がらないよう注意しながら、定期的な換気を行いましょう。窓を使った換気を行う場合、風の流れることができるよう、2方向の窓を定期的に数分間程度、全開にします。

なお、人がいる環境に、消毒や除菌効果をうたう商品を空間に噴霧して使用することは、眼、皮膚への付着や吸入による健康影響のおそれがあることから推奨されていません。また、消毒や除菌効果をうたう商品をマスクに噴霧し、薬剤を吸引してしまうような状態でマスクを使用することは、健康被害のおそれがあることから推奨されていません。

図 23 新型コロナウイルス対策ポスター

「新型コロナウイルス対策 身のまわりを清潔にしましょう。」

**新型コロナウイルス対策
身のまわりを清潔にしましょう。**

石けんやハンドソープを使った丁寧な手洗いを行ってください。



手洗いを丁寧に行うことで、十分にウイルスを除去できます。さらにアルコール消毒液を使用する必要はありません。

手洗い		残存ウイルス
手洗いなし		約 100万個
石けんやハンドソープで10秒もみ洗い後流水で15秒すすぐ	1回	約 0.01% (数百個)
	2回繰り返す	約 0.0001% (数個)

【参考】厚生労働省、80℃/10分、2006年4月作成

食器・手すり・ドアノブなど身近な物の消毒には、アルコールよりも、熱水や塩素系漂白剤、及び一部の洗剤が有効です。



熱水

80℃/10分

食器や箸などは、80℃の熱水に10分間さらすと消毒ができます。火傷に注意してください。



塩素系漂白剤
(次亜塩素酸ナトリウム)

0.05%

濃度 0.05% に薄めた上で、拭くと消毒ができます。ハイター、ブリーチなど、裏面に作り方を記載しています。

※目や鼻への影響があり、取り扱いは十分注意が必要です。
※必ず製品の注意事項もご確認ください。
※金属は腐食することがあります。



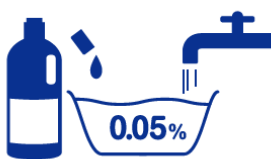
洗剤

有効な界面活性剤が含まれる「家庭用洗剤」を使って消毒ができます。NITE ウェブサイトで製品リストを公開しています。

[NITE 洗剤リスト](#) [こちらをクリック](#)

参考

0.05% 以上の次亜塩素酸ナトリウム液の作り方



【使用時の注意】
・換気をしてください。
・作業用手袋を着用してください。
・他の製品と混ぜないでください。
・商品パッケージやHPの説明を必ずご確認ください。

以下は、次亜塩素酸ナトリウムを主成分とする製品の例です。商品によって濃度が異なりますので、以下を参考に薄めてください。

メーカー (五十音順)	商品名	作り方の例
花王	ハイター キッチンハイター	水 1L に本商品 25mL (商品付属のキャップ 1 杯) ※次亜塩素酸ナトリウムは、一般的にゆっくりと分解し、濃度が低下していきます。購入から3ヶ月以内の場合は、水 1L に本商品 10mL (商品付属のキャップ 1/2 杯) が目安です。
カネヨ石鹸	カネヨブリーチ カネヨキッチンブリーチ	水 1L に本商品 10mL (商品付属のキャップ 1/2 杯)
ミツエイ	ブリーチ キッチンブリーチ	水 1L に本商品 10mL (商品付属のキャップ 1/2 杯)

(プライベートブランド)

ブランド名 (五十音順)	商品名	作り方の例
イオングループ (トップバリュ)	キッチン用漂白剤	水 1L に本商品 10mL (商品付属のキャップ 1/2 杯)
西友 / サニー / リヴィン (きほんのき)	台所用漂白剤	水 1L に本商品 12mL (商品付属のキャップ 1/2 杯)
セブン&アイ・ホールディングス (セブンプレミアム ライフスタイル)	キッチンブリーチ	水 1L に本商品 10mL (商品付属のキャップ 1/2 杯)

※上記のほかにも、次亜塩素酸ナトリウムを成分とする商品は多数あります。裏に無い場合、商品パッケージやHPの説明に当たってご使用ください。

洗剤の使い方はこちら▶▶▶ [こちらをクリック](#)

(出典：厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000645359.pdf>)

2. 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策

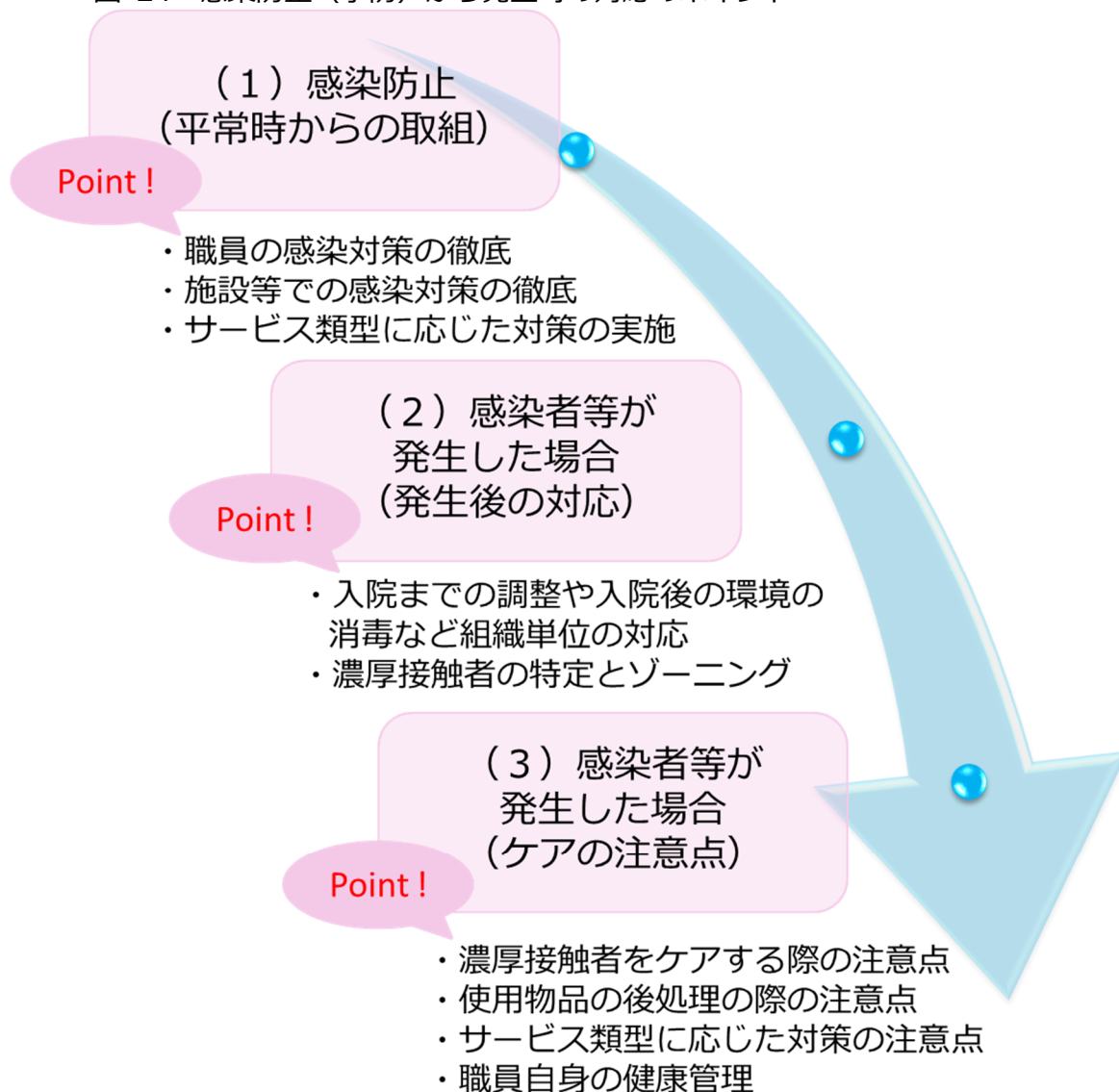
新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための対応

新型コロナウイルスの感染予防のために必要なことは、「1. 新型コロナウイルス感染症とは」で説明しましたが、流行時には、基本的な対応に加え、感染防止（予防）から感染者が発生した際の対応まで実践ができるよう把握しておくことが必要です。

新型コロナウイルスの感染経路は飛沫感染、接触感染となり、標準予防策（スタンダード・プリコーション）に加えて必要に応じて飛沫感染・接触感染予防を行うことが重要です。

また、施設系、通所系、訪問系の各サービス類型において、サービス特性を踏まえた対応も求められます。本項では、感染防止（予防）から発生時の対応までを時系列（図 24）で説明していきます。

図 24 感染防止（予防）から発生時の対応のポイント



(1) 感染防止（予防）に向けた日頃からの取組

【標記の説明】

全てのサービスにおいて該当する内容：全サービス

サービス類型に応じた対応が求められる内容：施設系 通所系 訪問系

● 職員・利用者ともに感染対策を徹底 全サービス

ウイルスはどこにいるかわかりません。介護職員は利用者の心身の介護をするため、密接に利用者に関わります。このため、介護における以下の標準予防策（スタンダード・プリコーション）について、職員・利用者ともに徹底することが重要です。

- ・ マスクの着用を含む咳エチケット
- ・ ケア提供前後や何かに触れた際の手指衛生
- ・ 清掃を徹底し、共有物（手すり等）については必要に応じて消毒
- ・ 発熱が認められる利用者にケアを行う場合（通所系では利用を控えてもらいます）には、エプロンを着用の上、必要時には手袋を着用し実施

手袋やエプロンの着用は利用者にまで求めるものではありませんが、手指衛生やマスクの着用は、飛沫・接触感染予防の観点から、利用者にも行ってもらう必要があります。また、職員は1人の利用者に触れたり、ケアを提供したりする前後の「1ケア1手洗い」が重要です。咳込みの多い利用者等のケアを行う時は、職員がフェイスガードやゴーグルを装着することも考慮されます。

施設系・通所系の留意点（面会及び施設への立ち入り）

- ・ 面会は、緊急やむを得ない場合を除き、制限します。面会の代替方法として、テレビ電話等を活用したオンライン面会も検討します。
- ・ 委託業者等についても、物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断ります。
- ・ 面会者や業者等、施設内に出入りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録をしておきます。

訪問系の留意点（発熱者の対応）

- ・ 発熱者に対応する場合、保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続します。

- ・ サービスを提供する職員のうち、基礎疾患を有する職員・妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行います。
- ・ サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットの徹底を行うと同時に、事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫を行います。
- ・ 可能な限り担当職員を分ける、最後に訪問する等の対応を行います。

● 職員・利用者の健康管理を徹底 全サービス

感染の疑いについて、より早期に把握ができるよう努めることが重要です。サービス提供に際し、日頃からの利用者の検温等による健康状態の確認に加え、「いつもよりぐったりしている」、「何か様子が変わる」等、状態の変化に注意することも重要です。どのような症状が出るのかなどは、78 ページ「症状・予後」を参照するとともに、「入所者ごとの症状の記録（156 ページ）」を活用し、感染防止に向けた情報共有を職員間で密に行えるようにすることが大切です。

<職員の健康管理>

- ・ 職員は出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないようにします
- ・ 職場の休憩所や職場外でも、換気が悪い空間に集団で集まることを避けましょう。食事を摂る等の際には、できるだけ2 m以上離れて座る、向かい合わせにならないように1 つずつ席をずらして座る等の工夫を徹底しましょう。（図 25 職員の健康管理や感染対策のポイントを参照）

<利用者の健康管理>

通所系の留意点（送迎時等の対応）

- ・ 送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、利用を断ります。
- ・ 送迎時には、窓を開ける等換気に留意し、送迎後に利用者の接触頻度が高い場所（手すり等）を消毒します。（16 ページ（4）清掃・消毒・滅菌等①普段の清掃のポイント、図 26 送迎時の感染対策のポイントを参照）
- ・ 発熱により利用を断った利用者については、ケアマネジャーに情報提供の上、訪問介護等の提供が必要かを検討します。

訪問系の留意点

- ・ 訪問し、サービス提供前に本人の体温を計測します。発熱が認められる場合には、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえた相談及び受診を行うよう利用者へと説明を行い、促します。発熱者の対応は、89 ページを参照してください。

【相談・受診の目安】

少なくとも以下のいずれかに該当する場合は対象となります。これらに該当しない場合の相談も可能です。

- 息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある場合
- 重症化しやすい方（ 79 ページ 図 16）で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある場合
- 上記以外の方で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く場合
（症状が4日以上続く場合は必ず相談しましょう。症状には個人差がありますので、強い症状と思う場合にはすぐに相談してください。解熱剤などを飲み続けなければならない方も同様です。）

（出典：厚生労働省ホームページ 「国民の皆さまへ（新型コロナウイルス感染症）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00094.html

図 25 職員の健康管理や感染対策のポイント

① 家を出るまで



- (ポイント)
- ・十分な睡眠、しっかりした食事
 - ・精神的に追い詰められているときは相談
 - ・出勤前に体温測定など、体調チェックを行い、症状があるときは出勤しない

② 通勤するとき



- (ポイント)
- ・通勤と職場の服は分ける
 - ・マスクを着けて、他の人と距離を取る
 - ・つり革や手すりを触ったら自分の顔を触らない

③ 職場に着いたとき



- (ポイント)
- ・はじめに手指衛生をする

④ 休憩時



- (ポイント)
- ・2 m以上の距離を取る
 - ・複数箇所を開けて部屋の換気
 - ・おしゃべりを控える

⑤ 職員共用設備を使うとき



- (ポイント)
- ・みんなが触れる水道の蛇口やドアノブ、電気のスイッチなどに触った手で、目や鼻、口を触らない

⑥ 仕事が終わったら



- (ポイント)
- ・3密を避けて楽しむ
 - ・アルコールが入った場合には特に気をつける

(出典：厚生労働省「介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策（①外からウイルスをもちこまないために）」

https://www.youtube.com/watch?v=iobl4wSaxnA&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=10)

図 26 送迎時の感染対策のポイント

① 送迎時



- (ポイント)
- ・車内に3密の状態を作らない（例：座席をひとつ空ける、2回に分けた送迎等）
 - ・乗車前に、利用者の手指消毒を行い、マスクを着用（マスクが困難な場合は、座席の間にシートをつける、フェイスシールドをつけてもらう）
 - ・車内では声を発する機会を減らす
 - ・複数の窓をあけ換気

② 利用者宅に戻った時



- (ポイント)
- ・入口で、車いすのグリップやブレーキレバーの消毒
 - ・利用者の手の消毒

③ 送迎終了後



- (ポイント)
- ・複数の窓やドアをあけ換気
 - ・手袋を着用し、消毒用エタノールや次亜塩素酸ナトリウム液などで、ハンドル、座席や手すり、ドアノブ、シートベルトの拭き掃除（拭き掃除の前後に、手洗いや手指消毒を実施）
 - ・車外のドアノブは消毒できない場合があるので、触った後は手指消毒

(出典：厚生労働省「送迎の時のそうだったのか！感染対策」

https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc)

●レクリエーションやリハビリテーション等集団で実施する際に「3つの密」を回避

施設系 通所系

レクリエーションやリハビリテーションは、利用者のADL（日常生活動作）維持等の観点から重要です。一方、感染拡大防止のため、「3つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」、「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要があります。このため、サービスの提供を維持するため、以下の対応をおこないます。

- ・可能な限り同じ時間帯、同じ場所での実施人数を減らします
- ・定期的に換気を行います
- ・互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離を保ちます
- ・声を出す機会を少なくする内容を検討します
- ・声を出す機会が多い場合には咳エチケットに準じてマスクの着用を徹底します
- ・環境の清掃、共有物の消毒を徹底します（消毒方法については [20 ページ](#)）
- ・職員、利用者ともに手指衛生の励行を徹底します
（図 27 に事業所内でのポイントをまとめています。）

図 27 レクリエーション等のポイント



（ポイント）

- ・利用者同士でも距離を取れるよう、対面にならないよう、椅子を配置する等の工夫を行う
- ・複数箇所を開けて定期的に換気を行う
- ・レクリエーションで作った作品を自宅に持ち帰ってもらうか迷う場合には、日頃から利用者のご家族と事前に話し決めておく
- ・レクリエーションで作った作品を自宅に持ち帰った場合は、作品に触れた後に手指衛生をする

（出典：厚生労働省「送迎の時のそうだったのか！感染対策」

https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc)

● 積極的疫学調査への協力体制 全サービス

積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、

- ・症状出現後の接触者リスト
- ・ケア記録
- ・勤務表
- ・施設内に出入りした者の記録

等の準備をしておきます。

(2) 感染者等が発生した場合の対応（発生時の対応）（対応フロー図 101 ページ）

感染者や濃厚接触者が発生した場合には、保健所の指示に従うとともに、施設長や管理者は、介護施設・事業所として以下の対応を行う必要があります。濃厚接触者の定義は以下のとおりとなっています。

【濃厚接触者の定義】

「患者（確定例）」の感染可能期間（発症 2 日前～）に接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。

- ☆ 患者（確定例）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった者
- ☆ 適切な感染防護なしに患者（確定例）を診察、看護もしくは介護していた者
- ☆ 患者（確定例）の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
- ☆ その他：手で触れることのできる距離（目安として 1m）で、必要な感染予防策なしで、「患者（確定例）」と 15 分以上の接触があった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する）

（出典：国立感染症研究所 感染症疫学センター 「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」 <https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-02-200420.pdf> ）

● 感染が疑われる者が発生した場合 全サービス

- ① 情報共有、報告
 - a 利用者等が発生した場合は、かかりつけ医など最寄りの診療所に電話相談、受診予約をします
 - b 土日や夜間、受診先を迷った場合には、受診・相談センターに相談します
 - c 速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有します
 - d 指定権者、家族等に報告します
 - d 居宅介護支援事業所に報告します（通所系・訪問系のみ）
- ② 消毒、清掃
 - a 居室及び利用した共用スペースでは手袋を着用して、消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で清拭などにより消毒・清掃を行います
 - b 保健所の指示がある場合は指示に従います
- ③ 積極的疫学調査への協力
 - a 利用者等が発生した場合は、その施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者を特定します
 - b 特定した利用者について居宅介護支援事業所に報告（通所系のみ）

● **感染者が発生した場合** 全サービス

- ① 情報共有、報告
 - a 利用者等の中に感染者が発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有を行います
 - b 指定権者、家族等にも報告します
 - c 主治医及び居宅介護支援事業所に報告します（通所系・訪問系のみ）
- ② 消毒、清掃
 - a 手袋を着用し、居室及び利用した共用スペースについては、消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液での消毒・清掃を行います
 - b 保健所の指示がある場合は指示に従います
- ③ 積極的疫学調査への協力
 - a 利用者等に発生した場合は、保健所の指示に従い濃厚接触者の特定に協力します
 - b 可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報を提供します

(3) 感染者等が発生した場合の対応（ケア時の留意点）

● 感染者への対応 全サービス

感染者が発生した場合は、職員・利用者ともに原則入院です。ただし、職員については、症状等によっては自治体の判断に従います。

● 濃厚接触者に対するケア時の留意点 施設系 訪問系

施設系・訪問系サービスでは、以下に留意が必要です。

なお、通所系サービスを利用する者が、濃厚接触者となった場合は、原則自宅等での健康管理を行う必要がありますので、通所系サービスの利用は控え、訪問による代替サービスを提供する等の対応が必要になります。

施設系の留意点 (図 28 参照)

① 食事の介助

- a 食事介助は、原則個室で行います
- b 食事の前には利用者に（液体）石けんと流水による手洗い等を実施してもらいます
- c 食器の後処理については、予め使い捨ての容器を使用するか、または、濃厚接触者のものを分けた上で、熱水洗浄が可能な自動食器洗浄機（熱水消毒）により洗います
- d まな板、ふきんは、洗剤で十分洗い、熱水消毒をするか、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬後に洗浄します
- e 食事介助を行う際には、利用者のムセ込みや咳払いに備えて左右に位置して介助を行います。また、座位や姿勢を直す際に密着することもあるため、手袋に加え、マスク、フェイスシールドやゴーグル、使い捨てエプロンを着用します（14 ページ（3）感染経路別の予防策「接触感染」予防策を参照）

図 28 食事介助のポイント

① 食事の介助をするとき



(ポイント)

- ・食事の前は必ず手指衛生
- ・介助は1名ずつ、ななめ後ろから飲み込みの様子を観察しながら行う
- ・むせやすい方の場合、あらかじめフェイスタオルを用意し、むせた場合にそっと口を覆う
- ・介護職員は上体を後ろに引き、唾液等を浴びないようにする
- ・他の利用者の介助が必要になった際には、あらかじめ手袋を2重に用意し、1枚はずして対応する、または他の介護職員に介助を依頼するなど工夫する

(出典：厚生労働省「介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策②（施設の中でウイルスを広めないために2）」

https://www.youtube.com/watch?v=kxSRp7UzAWs&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=12)

② 排泄の介助

- a 使用するトイレの空間は分けます
- b おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、マスク、使い捨てエプロンを着用します（14 ページ（3）感染経路別の予防策「接触感染」予防策を参照）
- c おむつは感染性廃棄物として処理します
- d ポータブルトイレを利用する場合の介助も同様に行います（使用後ポータブルトイレは洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム液やベッドパンウォッシャー等で処理）

③ 清潔・入浴の介助

- a 介助が必要な場合は、原則として清拭で対応します
- b 清拭で使用したタオル等は熱水洗濯機（80℃10 分間）で洗浄後、乾燥を行うか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥します
- c 個人専用の浴室で介助なく入浴ができる場合は、入浴を行ってもらいます。その際も、必要な清掃等を実施します

④ リネン、衣類の洗濯

- a 濃厚接触者が使用したリネンや衣類については、その他の利用者と必ずしも分ける必要はありません
- b 熱水洗濯機（80℃10 分間）で処理し、洗浄後乾燥させるか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥します
- c 鼻をかんだティッシュ等のゴミの処理は、ビニール袋に入れて感染性廃棄物として処理します

訪問系の留意点（図 29・図 30 参照）

① 対応する職員と訪問時の注意点

- a 訪問者がウイルスの媒介者になるリスクがあるため、濃厚接触者とその他の利用者の介護等は、可能な限り担当職員を分けての対応や最後に訪問する等の対応を行います
- b 訪問時間を可能な限り短くできるよう工夫します。やむを得ず長時間の見守り等を行う場合は、可能な範囲で利用者との距離を保つように工夫します
- c 訪問時には、複数の窓やドアを開けて、換気を徹底します
- d ケアに当たっては、職員は使い捨て手袋とマスクを着用します。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況（食事介助や口腔ケア等）では、必要に応じてゴーグル、使い捨てエプロン、ガウン等の着用を検討します
- e サービス提供前の体温測定のために持参した体温計等の器具については、使用後に消毒用エタノールで拭きます
- f サービス提供開始時と終了時には、必ず（液体）石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノールによる手指衛生を実施します。手洗い、手指衛生の前に顔（目・鼻・口）を触らないように注意します

② 食事の介助

- a 食事前には利用者に対し、(液体)石けんと流水による手洗いや手指衛生を実施します
- b 食事は使い捨て容器を使用するか、それ以外の食器を使用した場合は、自動食器洗浄器または洗剤での洗浄を実施します
- c 食事の準備等を短時間で実施できるよう工夫します

③ 排泄の介助

- a おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、マスク・使い捨てエプロンを原則着用します
- b 使い捨てでないエプロンを使用した場合には、使用後にビニール袋に入れ、手袋とマスクを着用し、一般の家庭用洗剤で洗濯し、完全に乾燥させます

④ 清潔・入浴の介助

- a 介助が必要な方（訪問入浴介護を利用する方を含む）については、原則清拭で対応します
- b 清拭で使用したタオル等は、手袋とマスクを着用し、一般の家庭用洗剤で洗濯し、完全に乾燥させます

⑤ 環境整備

- a 部屋の清掃を行う場合は、手袋を着用し、消毒用エタノールで清拭します。または、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、水で濡らしたタオルやクロス等で湿式清掃し、乾燥します
- b 次亜塩素酸ナトリウム液を含む消毒薬の噴霧については、吸引すると有害であり、効果が不確実であることから行わないよう注意します
- c トイレのドアノブや取手等は、消毒用エタノールで清拭、または、次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%）で清拭後、水拭きし、乾燥します
- d 保健所の指示がある場合は、その指示に従います

図 29 各ケアのポイント

① 食事の準備をする場合



- (ポイント)
- ・マスク、エプロン、ゴーグル、フェイスシールド、使い捨て手袋をつける
 - ・アルコール入りウェットティッシュで食卓をふく(ない場合は、次亜塩素酸ナトリウム液を希釈して利用)
 - ・最初に、利用者の手を洗う
 - ・頭が後ろにならず、顎を手前に引いた姿勢
 - ・前掛けをつける

② 食事介助の場合



- (ポイント)
- ・利用者の斜め後ろに座り、呑み込みの様子を観察しながら介助
 - ・利用者に近寄りすぎないように注意
 - ・言葉による会話をできるだけ避ける
 - ・うなずきサインなどでコミュニケーションを行う
 - ・食事中にむせたときは、前掛けで利用者の口元をそっと覆い、介護職員は後ろに引いて、唾液等を浴びないように注意

③ 口腔ケアの場合



- (ポイント)
- ・むせないように注意しながらうがいをする
 - ・顔や口の周りをふき取り、ティッシュをビニール袋に捨てる
 - ・ビニール袋のふちに触れないように口をしめる

④ 排泄介助の場合



- (ポイント)
- ・最初から後始末の終了まで、手袋、マスク、エプロン(使い捨て)を着用
 - ・トイレの水は蓋をしてから流す
 - ・使用後のポータブルトイレのバケツは消毒

(出典：厚生労働省「訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策①～③」)

① あなたが利用者宅にウイルスをもちこまないために

https://www.youtube.com/watch?v=OQp6VryoYL4&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=1

② 利用者となんたの間でウイルスのやりとりをしないために

https://www.youtube.com/watch?v=RZN_aN6dcs4&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=2

③ あなたがウイルスをもちださないために

https://www.youtube.com/watch?v=6PKNJj7hQc&list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc&index=3

図 30 訪問時の感染対策のポイント

① 玄関に入る



- (ポイント)
- ・上着等ケアに不要なものではできるだけ持ち込まず、玄関に置く
 - ・インターフォンや玄関ドア、エレベーターのボタン等、ウイルスが付着している可能性が高い場所を意識する

② 手洗いをする



- (ポイント)
- ・タオルは利用者 1 名あたり 1 枚を用意、またはペーパータオルを持参
 - ・マスクは口や鼻が出ないよう、正しく装着
 - ・手を洗うときには、爪、親指、指の間、手首をせっけんでしっかりもみ洗いし、流水で流す
 - ・液状せっけんを持参することも検討
 - ・固形せっけんは表面を十分に洗い流してから、しっかり泡立たせて利用
 - ・水を止めるときは手首か肘で止める
 - ・蛇口の形状によっては、ペーパータオルをかぶせて栓を締めるのも有効
 - ・布製エプロンの使い回しはせず、1 訪問ごとに交換
 - ・手洗い後は、マスクや、自分の顔、髪をさわらないように注意

③ 挨拶をする



- (ポイント)
- ・マスクをつけたまま、挨拶する

④ 部屋の換気をする



- (ポイント)
- ・複数の窓などを開け定期的に換気を行う
 - ・ケアを行う前には手指衛生を行う
 - ・手指消毒剤は手洗いと同じようにしてすり込む

⑤ 体温測定をする



- (ポイント)
- ・毎日、体温測定をするよう促す
 - ・咳、だるさ等、普段の違いにも気を付ける
 - ・突然の咳等に備え、顔同士が向き合わないようにする

⑥ 記録をする



- (ポイント)
- ・手を消毒してから、バッグの中から物を取り出す
 - ・物をしまう前にはアルコールが含まれているシートや台所洗剤を水で薄めたものできれいにする
 - ・なるべくバッグを開ける機会を減らす
 - ・利用者宅の物を使う場合は、使用前、使った後に手指消毒
 - ・記録は最後にまとめて行う

⑦ エプロンを脱ぐ



- (ポイント)
- ・エプロンの外側が自分の顔や髪、服に触れないようにゆっくり脱ぐ
 - ・脱いだ後はエプロンを自分から離れたところで持ち、外側が中になるように置く
 - ・畳んだエプロンをビニール袋に入れ、しっかり閉じる
 - ・エプロンを入れるビニール袋は、ケアの前に広げておく
 - ・エプロンを片付けた後は、必ず手を洗う
 - ・持ち帰ったエプロンは直接触れないように注意し、速やかに選択する

⑧ 帰る前



- (ポイント)
- ・後片付けが終わった後、帰る前に手指衛生を行う

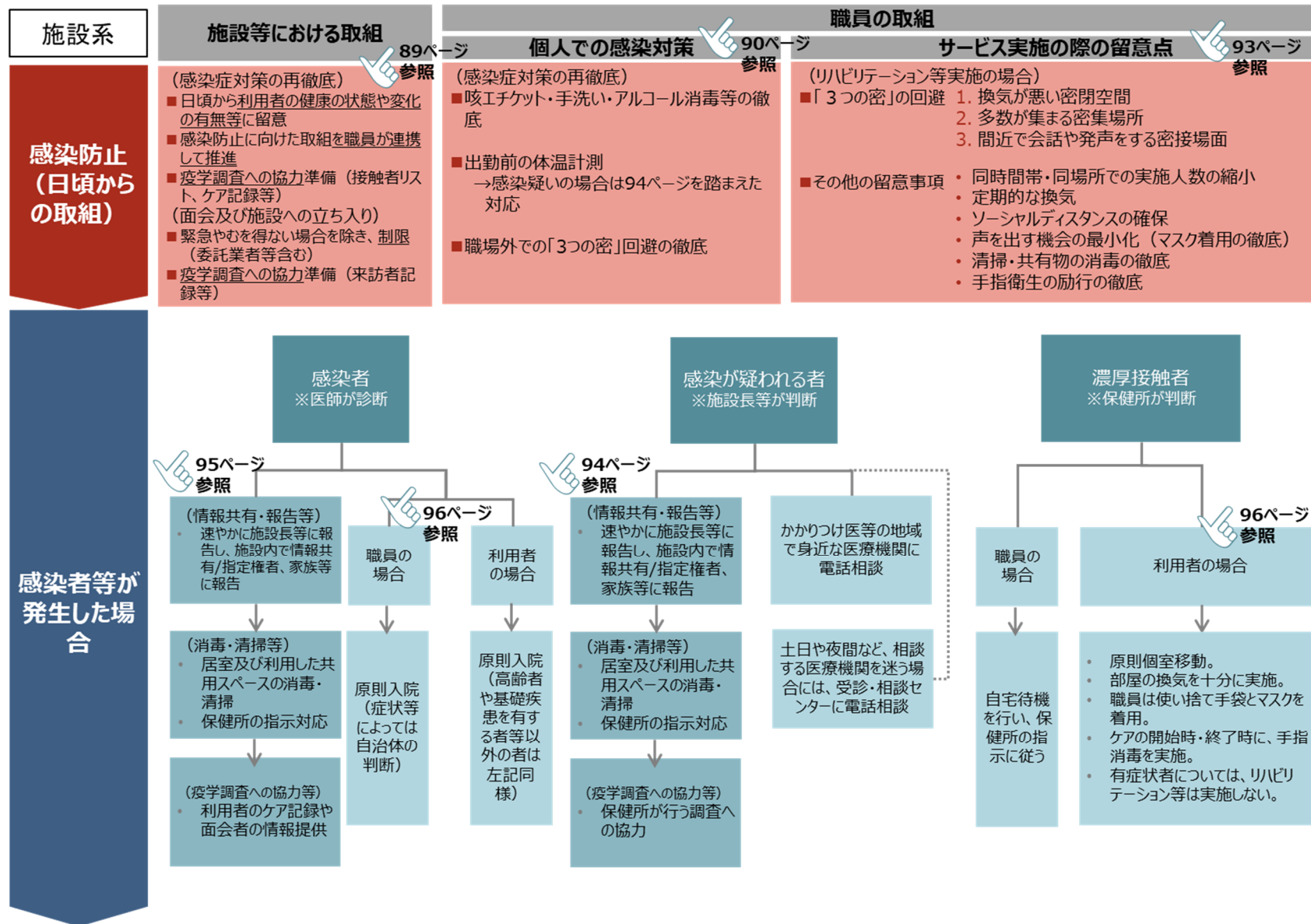
⑨ 上着を着る

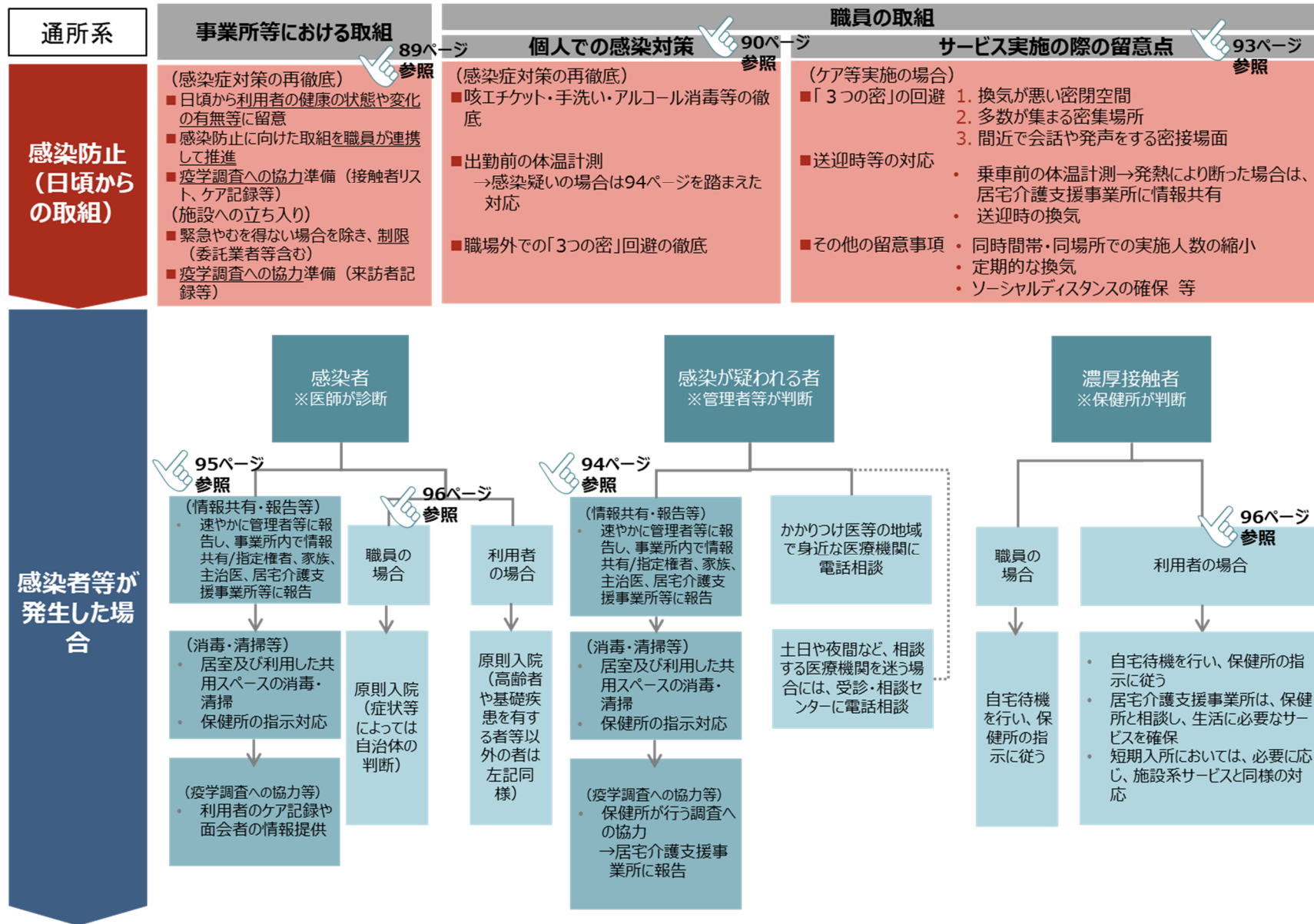


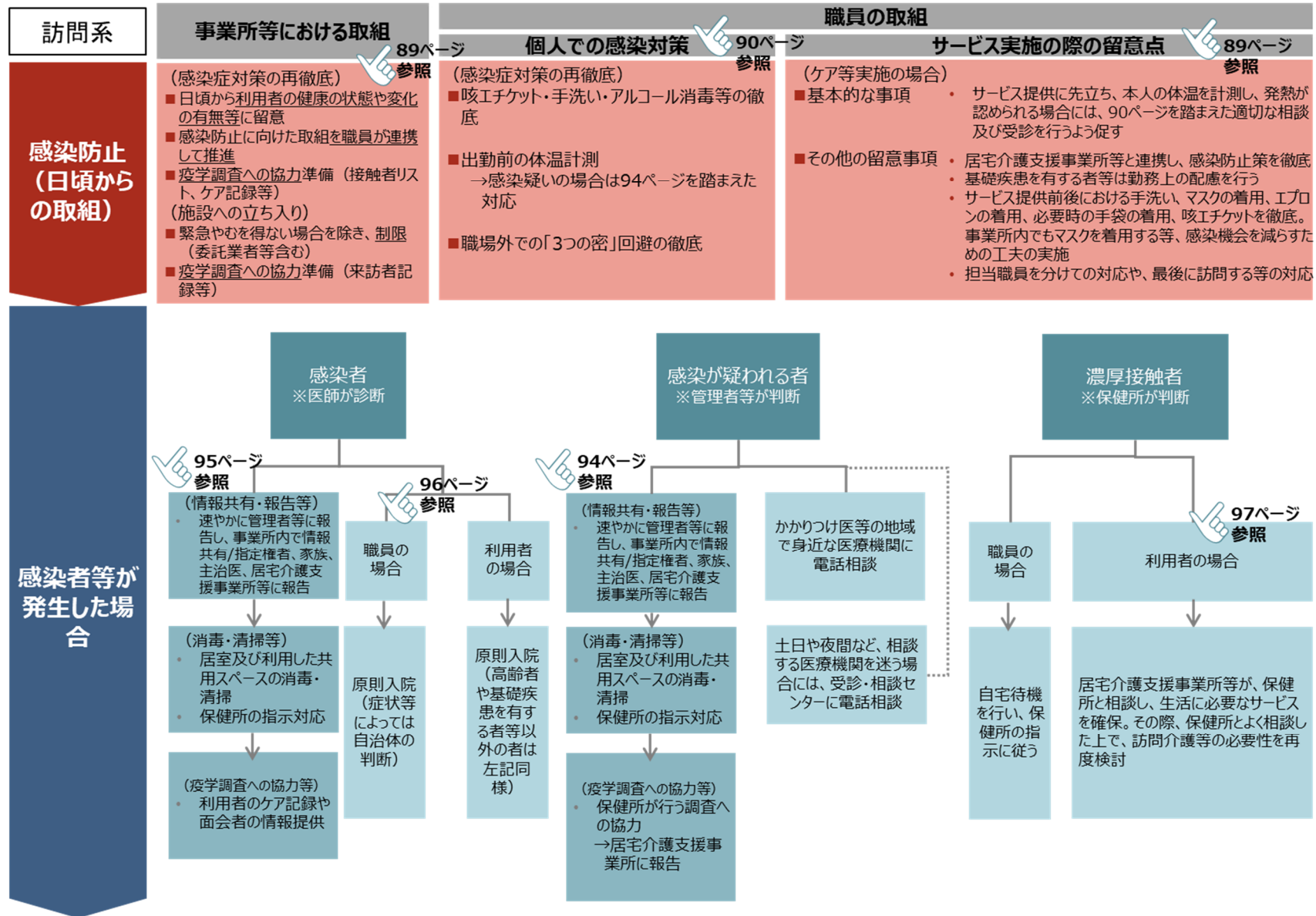
- (ポイント)
- ・手指衛生した手で物に触らないようにする
 - ・上着は、玄関を出る直前か、玄関を出てから着る

(出典：厚生労働省「訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策①～③」 図 29 に同じ)

サービス類型別の日頃～感染者等が発生した場合のフロー







サービス類型別の感染者等が発生した場合のケアの留意点

※濃厚接触者のうち、通所系を除くサービスを記載

【施設系】

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施に当たっては以下の点に留意する。

(i)食事の介助等

- ・ 食事介助は、原則として個室で行う
- ・ 食事前に利用者に対し、(液体)石けんと流水による手洗い等を実施
- ・ 食器は使い捨て容器を使用するか、または、濃厚接触者のものを分けた上で、熱水洗浄が可能な自動食器洗浄機を使用
- ・ まな板、ふきん等は、洗剤で十分洗い、熱水消毒するか、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬後、洗浄

(ii)排泄の介助等

- ・ 使用するトイレの空間は分ける
 - ・ おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、マスク、使い捨てエプロンを着用
 - ・ おむつは感染性廃棄物として処理
- ※ ポータブルトイレを利用する場合の介助も同様とする（使用後ポータブルトイレは洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム液等で処理）

(iii)清潔・入浴の介助等

- ・ 介助が必要な場合は、原則として清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は熱水洗濯機（80℃10 分間）で洗浄後、乾燥を行うか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・ 個人専用の浴室で介助なく入浴ができる場合は、入浴を行ってもよい。その際も、必要な清掃等を実施

(iv)リネン・衣類の洗濯等

- ・ 当該利用者のリネンや衣類については、その他の利用者と必ずしも分ける必要はないが、熱水洗濯機（80℃10 分間）で処理し、洗浄後乾燥させるか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥
- ・ 当該利用者が鼻をかんだティッシュ等のゴミの処理は、ビニール袋に入れて感染性廃棄物として処理

【訪問系】

サービス提供にあたっては以下の点に留意する。

- ・ 自身の健康管理に留意し、出勤前に各自で体温を計測して、発熱や風邪症状等がある場合は出勤しない
- ・ 濃厚接触者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応
- ・ 訪問時間を可能な限り短くできるよう工夫。やむを得ず長時間の見守り等を行う場合は、可能な範囲で当該利用者との距離を保つように工夫
- ・ 訪問時には、換気を徹底
- ・ ケアに当たっては、職員は使い捨て手袋とマスクを着用。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル、使い捨てエプロン、ガウン等を着用
- ・ 体温計等の器具については、消毒用体温計等の器具については、消毒用エタノールで清拭
- ・ サービス提供開始時と終了時に、（液体）石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノールによる手指消毒を実施。手指消毒の前に顔（目・鼻・口）を触らないように注意。「1 ケア 1 手洗い」、「ケア前後の手洗い」を基本とする

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施に当たっては以下の点に留意する。

(i)食事の介助等

- ・ 食事前に利用者に対し、（液体）石けんと流水による手洗い等を実施
- ・ 食事は使い捨て容器を使用するか、自動食器洗浄器の使用、または、洗剤での洗浄を実施
- ・ 食事の準備等を短時間で実施できるよう工夫

(ii)排泄の介助等

- ・ おむつ交換の際は、排泄物に直接触れない場合であっても、手袋に加え、マスク使い捨てエプロンを着用

(iii)清潔・入浴の介助等

- ・ 介助が必要な者（訪問入浴介護を利用する者を含む）については、原則清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は、手袋とマスクを着用し、一般定な家庭用洗剤で洗濯し、完全に乾燥させる

(iv)環境整備

- ・ 部屋の清掃を行う場合は、手袋を着用し、消毒用エタノールで清拭。または、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、湿式清掃し、乾燥。なお、次亜塩素酸ナトリウム液を含む消毒薬の噴霧については、吸引すると有害であり、効果が不確実であることから行わないこと。トイレのドアノブや取手等は、消毒用エタノールで清拭、または、次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%）で清拭後、水拭きし、乾燥

3. 新型コロナウイルス感染症の発生時に向けた備え

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応⁴⁰

介護施設・事業所が提供するサービスは、利用者の方々やその家族の生活を継続する上で欠かせないものであり、十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要です。

新型コロナウイルス感染症のまん延時においては、介護施設・事業所においても感染症発生事例があり、感染対策もさることながら、業務継続のための職員の確保も課題となりました。そのため、介護施設・事業所において感染者等が発生した場合に備え、感染者発生時の対応等に係る主な留意事項を以下のとおり整理しました。

（１）感染者発生時の入院等に備えた対応

利用者の方々は、高齢で基礎疾患を有する方も多く、このため重症化するリスクが高い特性があることから、新型コロナウイルス感染症が疑われる状況においては、特に健康の状態や変化の有無等に留意が必要です。感染した場合は、パルスオキシメータ等も使用した呼吸状態及び症状の変化の確認、状況に応じ必要な検査実施が必要であり、状態が急変する可能性もあります。

上記を踏まえ、介護施設・事業所で新型コロナウイルスの感染が判明した場合は、高齢者は原則入院することとなりますが、介護老人保健施設又は介護医療院等（以下「介護老人保健施設 等」という。）においては、地域の発生及び病床等の状況によっては、入院調整までの一時的な期間について、都道府県の指示により入所継続を行う場合があります。

介護施設から医療機関への搬送時には、施設側は、当該医療機関に対し、新型コロナウイルス感染状況（感染者であるか、濃厚接触者であるか）も含めた当該入所者の状況・症状等を可能な限り詳細に情報提供を行うことが必要です。

（２）介護施設・事業所における感染者発生に備えた日頃からの感染対策

介護施設・事業所の管理者等は、感染者や濃厚接触者が発生した場合等に備え、個室管理や生活空間等の区分けに係るシミュレーションや、人員体制に関する施設・事業所内、法人内等の関係者との相談、物資の状況の把握を行うとともに、感染者等が発生した場合の対応方針について、利用者や家族と共有をしておくこと等が考えられます。

特に介護老人保健施設等においては、実際に感染者が発生し、一時的に入所継続を行う場合には、生活空間等の区分け（いわゆるゾーニング）等について、以下の点に留意が必要です。

- ・ 保健所と相談し、施設の構造、入所者の特性を考慮して対応します

⁴⁰ 「高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について（令和２年６月３０日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡）」を元に作成
<https://www.mhlw.go.jp/content/000645252.pdf>

- ・感染している入所者（以下「感染者」という。）、濃厚接触者及びその他の入所者の食事場所や生活空間、トイレなどを分けます
- ・感染者及び濃厚接触者やその居室が判別できるように工夫します
- ・居室からの出入りの際に、感染者と感染していない入所者（濃厚接触者とその他の入所者が接することがないようにします（69ページ 6. 感染症発生時の対応 2）感染拡大の防止（1）介護職員の対応 ゾーニングを参照）
- ・職員が滞在する場所と感染者の滞在する場所、入口などの動線も分かれるようにします
- ・感染者に直接接触する場合や感染者の排出物（排泄物や嘔吐物等）を処理する場合等は、サージカルマスク、フェイスガードやゴーグル等、長袖のガウン、手袋を着用します
- ・感染者、濃厚接触者及びその他の入所者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けて対応を行います。夜勤など、分けることが困難な場合は、防護具の着用を徹底する等、特段の注意を払います

これらのことを感染者が発生した際、円滑に対応ができるよう、「2. 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策」にある感染対策を介護職員等が実施できるようにするとともに、（1）感染者発生時の入院等に備えた対応が重要です。また、介護施設に限らず、事業所においても、利用者へのサービスの継続、職員の安全を確保するため、人材確保も含めて、備えをしておく必要があります。

○ 日頃からの介護職員や介護施設・事業所の感染症対応力を向上させる取組

<感染対策の基本的な考え方や手技の向上>

- ・感染対策に関する研修会や勉強会の実施
- ・感染者が発生した場合のシミュレーション
- ・個人で見ることができる動画の活用
- ・専門家による実地指導 など

<物資の確保>

- ・在庫量、使用量、必要量を整理
- ・不足に備えた在庫量の管理
- ・不足した場合には必要量を速やかに都道府県等に要望できるよう体制を整備 など

（３）感染者等の退院患者の施設での受入

施設系サービス事業所において、退院基準⁴¹を満たし退院をした者について、新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を断ることは、受入を拒否する正当な理由には該当しません。なお、当該退院者の病状等その他の理由により適切なサービスを提供することが困難な場合は、個別に調整を行います。

また、同様に、新型コロナウイルス感染症に感染していない患者が退院した場合に、施設系サービス事業所において、新型コロナウイルス感染症の疑いがあるという理由で入所を断ることも、受入を拒否する正当な理由には該当しません。当該退院者の病状等その他の理由により適切なサービスを提供することが困難な場合は、個別に調整を行います。

なお、新型コロナウイルス感染症患者については、医療保健関係者による健康状態の確認を経て、退院しますが、医療機関側は、施設側に、当該退院者は退院基準を満たしていること又は新型コロナウイルス感染症の疑いがないことを丁寧に説明することが望ましく、施設側は各種証明の請求は控えます。

退院者に対しては、他の入所者と同様に、毎日の検温の実施、食事等の際における体調の確認を行うこと等により、日頃から入所者の健康の状態や変化の有無等に留意します。

通所系、訪問系も同様です。

感染者等の退院患者の施設での受入の重要事項

- 退院基準を満たし退院した方について、新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を断ることはしてはいけません
- 新型コロナウイルス感染症に感染していない方が退院した場合に、新型コロナウイルス感染症の疑いがあるという理由で入所を断ることはしてはいけません

⁴¹ 新型コロナウイルス感染症患者の退院に関する基準については、現時点で得られている国内外の知見に基づき、「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おける新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いにつて（一部改正）」（令和 2 年 6 月 25 日付厚生労働省 健康局結核感染症課長通知）（別紙 2）で示されている。本退院基準については、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和 2 年第 11 号）第 3 条において準用する 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療関係法律（平成 10 年法律第 114 号）第 22 条の「病原体を保有していなことが確認されたときは、当該入院している患者を退院させなければならない」ことに関する基準である

（４）感染リスクを懸念した必要以上のサービス等の利用控え

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅において、入居者が希望する医療・介護サービス等（特に当該有料老人ホーム等の運営主体以外が提供するサービス）の利用について、新型コロナウイルス感染の懸念を理由に、禁止する又は控えさせるといったことは適切ではありません。入居者が希望する、もしくは入居者に必要である各種訪問系サービス、通所系サービス、訪問診療、計画的な医学管理の下で提供されるサービス等について、不当に制限することがないように、注意が必要です⁴²。

⁴² 「介護保険施設等における入所（居）者の医療・介護サービス等の利用について（令和２年９月１８日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡）」

❖ 個人情報の保護と共有の整理

公衆衛生や感染拡大を予防する観点からは、施設をまたぐ職員や利用者の情報を把握し、濃厚接触の可能性のある者の情報について保健所に連絡する必要がある。しかし一方で、施設管理者や医療・介護従事者には、個人情報保護に対する義務があるため、感染拡大防止のための情報共有と個人情報の保護について、整理する必要がある。情報共有に関しては、施設内での情報共有だけでなく、地域全体として、患者発生状況の情報共有を進める必要もあると感じた。

❖ 発生時も見据えた医療介護連携の推進

これまでも在宅医療分野を中心に医療と介護の連携が推進されてきたが、感染症対策においても、より一層進める必要があると感じる。

例えば、施設内で夜間に感染症を疑う有症状者が発生した場合には、速やかに個室管理や個人防護具の利用などの感染対策を行い、翌日以降に確実に医療機関につなぐ必要がある。このような対応について、地域の医療機関と介護施設があらかじめ話し合いを進めておくことも重要であると感じた。

❖ 日頃の感染症対策の重要を再認識！

日頃の資材の確認が不足しており、いざ、衛生物品や個人防護具などを購入しようと思っても、すでに品薄となっていて困ってしまった。そんな中で、施設で感染者が発生し、どうしたらよいかわからなく、パニックになってしまった。

季節毎に流行する感染症は、ある程度予測がつくため、「事前」の対応が可能であったが、今回の新型コロナウイルス感染症では、日頃からの、初動体制の確立と定期的な実地研修、資材の備蓄、保健所や自治体との情報交換の重要性を学んだ。

介護現場・自治体の声より

第Ⅲ章 感染症各論

1. 感染症法の概要
2. インフルエンザ
3. 感染性胃腸炎
4. 結核
5. 腸管出血性大腸菌
6. レジオネラ症
7. 疥癬（かいせん）
8. 誤嚥性肺炎
9. ウイルス性肝炎
10. 薬剤耐性菌感染症
11. 帯状疱疹
12. アタマジラミ
13. 偽膜性大腸炎
14. 蜂窩織炎（ほうかしきえん）
15. 尿路感染症

1. 感染症法の概要

これまで知られていなかった感染症への対応や医学の進歩等を踏まえ、1999 年 4 月に、それまでの伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律にかわり、「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)が施行されました。その後、重症急性呼吸器症候群（SARS）や鳥インフルエンザ（H5N1）等の新たに生じた感染症の発生動向等を踏まえて改正が行われ、2007 年の改正では結核予防法が廃止され感染症法に統合されました。感染症法では、対象とする感染症を感染力や罹患した場合の重篤性等に基づき、危険性が高い順に、一類感染症から五類感染症に分類しています。また、一類から五類感染症に分類されていない感染症や新たな感染症等のまん延に迅速に対応できるように新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の区分が設けられています。

感染症のまん延を防止するための措置として就業制限や入院等がありますが、感染症法では、これらの措置について、人権に配慮した手続きが規定されています。

介護施設で、しばしば集団感染や重篤化等の問題となる感染症として、結核、腸管出血性大腸菌感染症やレジオネラ症、インフルエンザ等がありますが、結核は二類感染症、腸管出血性大腸菌感染症は三類感染症に、レジオネラ症は四類感染症、インフルエンザ、感染性胃腸炎は五類感染症に指定されており、法令に基づき、それぞれの区分に応じた対応・措置が必要です。

図 31 感染症法上の類型と主な対応・措置

類型	定義	主な対応・措置
一類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	・入院（都道府県知事が必要と認めるとき） ・消毒等の対物措置 ・交通制限等の措置が可能
二類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	・入院（都道府県知事が必要と認めるとき） ・消毒等の対物措置
三類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こし得る感染症	・特定職種への就業制限（都道府県知事が認めるとき） ・消毒等の対物措置
四類感染症	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄などの措置が必要となる感染症	・動物の措置を含む消毒等の対物措置
五類感染症	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・拡大を防止すべき感染症	・感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供
新型インフルエンザ等感染症	インフルエンザのうち新たに人から人に伝染する能力をもった病原体によるもので、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの、もしくは再興型インフルエンザ	・入院（都道府県知事が必要と認めるとき） ・消毒等の対物措置 ・交通制限等の措置が可能

指定感染症	既知の感染症で、一類～三類感染症と同等の措置を講じなければ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれのある感染症（政令で指定、延長を含め最大2年間に限定）	・一～三類感染症に準じた入院等の対人措置、消毒等の対物措置
新感染症	人から人に伝染すると認められる疾病であって、重篤かつ国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症	・都道府県知事が厚生労働大臣の助言を得て個別に応急対応（緊急時は厚生労働大臣が都道府県知事に指示）

図 32 感染症法に基づく対象疾病と届出

(2020年9月時点)

種類	感染症	届出基準
一類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	・診断後直ちに届出 (全数)
二類感染症	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9）	・診断後直ちに届出 (全数)
三類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	・診断後直ちに届出 (全数)
四類感染症	E型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）、A型肝炎、エキノкокクス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回歸熱、キャサヌル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 SFTS ウイルスであるものに限る）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く）、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキーマウンテン紅斑熱	・診断後直ちに届出 (全数)
五類感染症	侵襲性髄膜炎菌感染症、風しん、麻しん	・診断後直ちに届出 (全数)
	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（入院例に限る）、先天性風しん症候群、梅毒、播種性クリプトкокクス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、薬剤耐性アシネトバクター感染症	・7日以内に届出 (全数)
	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎※、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎	・次の月曜日 (小児科定点医療機関が届出)

種類	感染症	届出基準
		※は小児科定点及び 基幹定点医療機関 が届出
	インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）	・ 次の月曜日 （インフルエンザ定 点医療機関、及び基幹 定点医療機関が届出）
	急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎	・ 次の月曜日 （眼科定点医療機関 が届出）
	感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、細菌性髄膜炎（侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症及び侵襲性肺炎球菌感染症を除く）、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎	・ 次の月曜日 （基幹定点医療機関 が届出）
	性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、 尖圭コンジローマ、淋菌感染症	・ 翌月初日 （性感染症定点医療 機関が届出）
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、 薬剤耐性緑膿菌感染症	・ 翌月初日 （基幹定点医療機関 が届出）
指定感染症	新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る）（2020年2月1日に指定）	・ 診断後直ちに届出 （全数）
新型インフルエンザ等 感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	・ 診断後直ちに届出 （全数）

厚生労働省「感染症法に基づく医師の届出のお願い」（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01.html>）をもとに作成

2. インフルエンザ

急激に発症し、流行は爆発的で短期間に広がる感染症です。規模はさまざまですが、毎年流行しています。しばしば変異（型変わり）を繰り返してきた歴史があり、今後とも注意を要します。合併症として、肺炎、脳症、中耳炎、心筋炎、筋炎などがあります。特に幼児、高齢者などが重症になりやすいといった特徴があります。

毎年 12 月頃から翌年 3 月頃にかけて流行します。A 型も B 型も大規模な全国流行を起こすことがあります。流行期間は比較的短く、一つの地域内では発生から 3 週間以内にピークに達し、ピーク後 3～4 週間で終息することが多いです。

（１）特徴

病原体	インフルエンザウイルス A (H3N2) : A 香港型、B 型のほか、2009 年に A (H1N1) pdm2009 による世界的流行（パンデミック）が生じた。
潜伏期間	平均 2 日（1～4 日）
感染経路 感染期間	飛沫感染。接触感染もある。 感染期間は発熱 1 日前から 3 日目をピークとし 7 日目頃まで。
症状・予後	悪寒、頭痛、高熱（39～40℃）で発症。頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もある。全身症状は、倦怠感、頭痛、腰痛、筋肉痛など。呼吸器症状は咽頭痛、咳、鼻汁、鼻づまり。消化器症状が出現することもあり、嘔吐、下痢、腹痛がみられる。脳症を併発した場合は、けいれんや意識障害を来し、死に至ることや、後遺症を残すこともある。また、異常行動や異常言動が見られることもある。 解熱剤によっては脳症を起こすことがあるので、どの薬を使用したら良いかは医師に相談すること。

（２）日頃の対応（予防法）

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介護施設・事業所内に持ち込まれないようにすることが感染防止の基本とされています。介護施設・事業所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、介護施設・事業所内の感染防止対策の目的となります。

このためには、介護施設では常設の感染対策委員会を設置し、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、各々の利用者の特性、介護施設・事業所の特性に応じた対策および手引きを策定しておくことが重要です。

予防策としては、利用者と職員にワクチンの接種を行うことが有効です⁴³。インフルエンザワクチンの最も大きな効果は「重症化」を予防することです。国内の研究⁴⁴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。

利用者に対しては、インフルエンザが流行するシーズン前に、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、接種を希望する利用者には、安全に接種が受けられるよう配慮します。

また、咳をしている人には、サージカルマスクをしてもらう方法が効果的です。また、面会者で咳をしている人は、面会を断ります。

さらに、日頃からこまめに換気を行うことも重要です。寒冷等に配慮しながら行います。

(3) 発生時の対応

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、全身倦怠感等）（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、痰等の気道炎症症状
- 腹痛、嘔吐、下痢等の消化器症状を伴う場合もあります。

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、対応します。なお、利用者も職員も手指衛生を徹底します。インフルエンザに対しては治療薬がありますので、早く気付いて、重症化する前に治療につなげることが重要です。

- インフルエンザを疑う症状があった場合は、早めに医師の診察を受けます。
- 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。
- 複数の利用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利用者（および診断された利用者）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。
- インフルエンザにかかった利用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。なお、参考として、学校においては学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）に基づき、「発症した後 5 日

⁴³ 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）」（<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=199900458A>）。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 B 類疾病とされ、65 歳以上の高齢者及び 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。

⁴⁴ 平成 11 年度 厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「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（国立療養所三重病院）」

を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としています。

- 感染者と同室にいた利用者等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が、その対象となるかどうかは、医師と相談して慎重に判断する必要があります。

ワンポイントアドバイス

新型インフルエンザとは、季節性インフルエンザと抗原性が大きく異なるインフルエンザであり、一般に国民が免疫を獲得していないことから、全国的大流行により国民の生命及び健康に重大な影響を与える恐れがあるものとされています。

2009 年、メキシコや米国等で確認された新しいインフルエンザ（H1N1）を感染症法第 6 条第 7 号に規定する新型インフルエンザ等感染症に位置付け、感染の拡大を防止する様々な対応が国際的な連携のもとに行われました。

その後、季節性のインフルエンザワクチンに、当時流行した新型インフルエンザ（A/H1N1）の型が入るようになりました。現在は、その年のシーズンに流行することが予測されると判断されたウイルスを用いて、季節性インフルエンザワクチンが製造されています。

3. 感染性胃腸炎

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⁴⁵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（カキ等の二枚貝）や調理済み食品等を、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において 85℃以上で 1 分間以上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からヒトへの感染の例が多く報告されています。

介護施設等では、感染した利用者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品等を介して、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。また、介護施設・事業所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、取っ手等）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。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。嘔吐物が乾燥すると空気感染の経路を取りうるので、速やかに清掃する必要があります。

（1）特徴

病原体	主としてノロウイルス
潜伏期間	ノロウイルスは 12～48 時間
感染経路	飛沫感染、接触感染、経口（糞口）感染。ノロウイルスは貝などの食品を介しての感染もある。 便中に多量のウイルスが排出されており、感染源となる。嘔吐物にもウイルスは多量に含まれており、感染源となる。感染力も強い。乾燥してエアロゾル化した嘔吐物が感染源となる空気感染（塵埃感染）もある。感染力は急性期が最も強く、便中にウイルスが 3 週間以上排出されることもある。
症状・予後	嘔吐と下痢が主症状。多くは 2～7 日で治るが、脱水、けいれん、肝機能異常、脳症などを合併し、命に関わることもある。脱水に対する予防や治療が最も大切である。

（2）日頃の対応（予防法）

感染防止には、衛生的な手洗いを正しく行うことが大切です。利用者の介助後・配膳前・食事介助時には必ず衛生的な手洗いを行います。

しかし、ノロウイルスはアルコールによる消毒効果が弱いため、エタノール含有擦式消毒薬による手指衛生は有効ではありません。そのため、ノロウイルス対策においては、手指衛生はすぐに液体石けんと流水による手洗いが出来ないような場合等の手洗いの補助として用いください。

なお、食品の取り扱いにおいては、第Ⅳ章の「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 号別添）（最終改正：平成 29 年 6 月 16 日付け生食発 0 6 1 6

⁴⁵ ノロウイルスに感染した急性期の患者の糞便 1g 中に 1 億個以上、嘔吐物 1g の中に 100 万個以上という大量のウイルスが存在するため、嘔吐物や排泄物の処理には注意が必要です。

第 1 号)、「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。[👉 144 ページ](#)

(3) 発生時の対応

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。特に、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。

- 激しい嘔吐
- 下痢、特に「水様便」

感染を疑ったら～対応の方針

<利用者への対応>

- 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利用者を一つの部屋へ集めます。居室隔離が難しい場合はベッド間をカーテンで仕切る等の対応を行います。個室にトイレがなく、施設内の共用のトイレを使用する場合には、感染症にかかっている利用者とそれ以外の利用者・職員とは必ずトイレをわけましょう。
- 嘔吐症状がでたら、利用者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)が必要となりますので、早めに医師の診察を受けます。
- 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 24～48 時間を考慮して様子を見ます。
- 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、窒息しないよう横向きに寝かせます。また、速やかに吸引できるよう、日頃から体制を整えておきます。

※食事中の嘔吐により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、蓋付き容器に次亜塩素酸ナトリウム液(0.02%)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。

<介護施設・事業所の体制・連絡等>

- 感染ルートを確認します。
一緒に食事を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。
- 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、集団感染の可能性がある可能性を踏まえて以下の対応を行います。
 - 看護職員等が記録するとともに、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。
 - 看護職員等はその後の発症者数、症状継続者数の現況を、情報共有できる場を設けて、職員全体が経過を把握できるようにします。(下痢、嘔気等の症状のあ

る利用者を報告する用紙を使用し、時系列に経過がみれるとよい。「第Ⅳ章参考」参照)

- 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。

発生時の対応

<嘔吐物・排泄物の処理>

詳細な手順は、第Ⅰ章 総論「2. 感染対策の重要性」(16 ページ) を参照。

<洗濯>

- シーツ等は、付着した汚物中のウイルスが飛び散らないように処理した後、静かにもみ洗いします。その際には、しぶきを吸い込まないように注意しましょう。
- 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洗い流します。
- 下洗いしたリネン類の消毒は、85℃・1 分間以上の熱水洗濯が適しています。ただし、熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、次亜塩素酸ナトリウム液による消毒が有効です。その際も、十分すすぎ、高温の乾燥機などを使用すると殺菌効果は高まります。布団などすぐに洗濯できない場合は、よく乾燥させ、スチームアイロンや布団乾燥機を使うと効果的です。
- 下洗いした場所を次亜塩素酸ナトリウム液(0.02%)で消毒後、洗剤を使って清掃しましょう。
- 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&A⁴⁶」の Q20 を参照してください。

<食事>

- 利用者に対しては、脱水や電解質バランスの崩れを防ぐため、水分・栄養補給を行い体力が消耗しないようにします。
- 1 日を通じた水分摂取を心がけます。
- 施設の厨房等多人数の食事の調理、配食等をする部署へ、感染している利用者が使用した食器類や嘔吐物が付着した食器類を下膳する場合には、可能であれば、食器等は厨房に戻す前に、食後すぐに次亜塩素酸ナトリウム液に十分浸し、消毒します。また、食器等の下洗いや嘔吐後にうがいをした場所等も次亜塩素酸ナトリウム液(0.02%)で消毒後、洗剤を使って清掃をするようにしましょう。

<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。症状がおさまってからも 3 週間以上ウイルスが便から排出されると言われています。

⁴⁶ 「ノロウイルスに関する Q & A」(作成：平成 16 年 2 月 4 日)(最終改定：平成 30 年 5 月 31 日)
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html>)

- 入浴後の洗い場やタオル等の洗浄に加え、しばらくはドアノブなどよく触れる場所の消毒も実施します。

解除の判断

- 嘔吐・下痢・腹痛・発熱等の症状がおさまってからも最大 4 週間程度は排便内に多くの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、終息とみなしてもかまいません。保健所と相談の上、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、一定期間（保健所やかかりつけ医と相談）は食品を扱う部署から外れたり、トイレの後の液体石けんと流水による手洗いを入念にする等の対策をします（症状消失後も便にウイルスが残っているため）。

図 33 ノロウイルスの感染を広げないために

ノロウイルスの感染を広げないために

食器・環境・ リネン類などの

消毒

- 感染者が使ったり、おう吐物が付いたものは、他のものと分けて洗浄・消毒します。
- 食器等は、食後すぐ、厨房に戻す前に塩素消毒液に十分浸し、消毒します。
- カーテン、衣類、ドアノブなども塩素消毒液などで消毒します。
 - 次亜塩素酸ナトリウムは金属腐食性があります。金属部（ドアノブなど）消毒後は十分に薬剤を拭き取りましょう。
- 洗濯するときは、洗剤を入れた水の中で静かにもみ洗いし、十分すすぎます。
 - 85℃で1分間以上の熱水洗濯や、塩素消毒液による消毒が有効です。
 - 高温の乾燥機などを使用すると、殺菌効果は高まります。

おう吐物などの

処理

- 患者のおう吐物やおむつなどは、次のような方法で、すみやかに処理し、二次感染を防止しましょう。ノロウイルスは、乾燥すると空中に漂い、口に入って感染することがあります。
 - 使い捨てのマスクやガウン、手袋などを着用します。
 - ペーパータオル等（市販される凝固剤等を使用することも可能）で静かに拭き取り、塩素消毒後、水拭きをします。
 - 拭き取ったおう吐物や手袋等は、ビニール袋に密閉して廃棄します。その際、できればビニール袋の中で1000ppmの塩素消毒液に浸します。
 - しびきなどを吸い込まないようにします。
 - 終わったら、ていねいに手を洗います。

ノロウイルスによる食中毒予防のポイント

調理する人の

健康管理

- 普段から感染しないように食べものや家族の健康状態に注意する。
- 症状があるときは、食品を直接取扱う作業をしない。
- 毎日作業開始前に調理従事者の健康状態を確認し、責任者に報告する仕組みをつくる。

作業前などの

手洗い

- 洗うタイミングは、
 - ◎ トイレに行ったあと
 - ◎ 調理施設に入る前
 - ◎ 料理の盛付けの前
 - ◎ 次の調理作業に入る前
 - ◎ 手袋を着用する前
- 汚れの残りやすいところをていねいに
 - ◎ 指先、指の間、爪の間
 - ◎ 親指の周り
 - ◎ 手首、手の甲

調理器具の

消毒

- 洗剤などで十分に洗浄し、熱湯で加熱する方法又はこれと同等の効果を有する方法で消毒する。

ノロウイルスQ&A

検索

詳しい情報は、厚生労働省ホームページ「ノロウイルスに関するQ&A」をご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html



厚生労働省

4. 結核

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、高齢者や免疫力が低下した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、免疫力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、食欲不振等の症状が主となり、咳、痰等の症状を示さない場合もあります。

結核は昔の病気と思われがちですが、今でも1日約40人の新しい患者が発生し、6人が命を落としている日本の重大な感染症⁴⁷です。そのため、日本は、世界の中ではまだ「中まん延国」です。なお、（フィリピンやインドネシアをはじめとする）アジアやアフリカ諸国では、結核は今もまん延状態にあることから、これらの国の出身者は若年であっても、適切な健康管理をする必要があります。

（1）特徴

病原体	結核菌
潜伏期間	2年以内、特に6か月以内に多い。感染後、数十年後に発病することもある。
感染経路	主として感染性の患者からの空気感染（飛沫核感染）。喀痰の塗抹検査で陽性の間は感染力が高い。
症状・予後	結核菌が気道から肺に入って、肺に小さな初感染病巣ができれば初感染が成立したとされるが、発病に至らない場合も多い。 【肺結核】 初感染に引き続き、肺病変や肺門リンパ節腫脹がみられる。初感染病巣から気管・気管支を通して他の肺の部分に広がり、病巣が形成される。症状は咳、痰、微熱、倦怠感、進行すると、発熱、寝汗、血痰、呼吸困難など。 【肺外結核】結核菌がリンパ行性、血行性に転移することによって、胸膜、頸部リンパ節、咽頭・喉頭、腸、尿路、骨・関節、皮膚、生殖器、中耳、眼など体内のあらゆる臓器に病変を形成することがあり、病変が形成された部位に応じた症状が発現する。典型的なものとして以下の粟粒結核、結核性髄膜炎がある。 【粟粒結核】 リンパ節などの病変が進行して菌が血液を介して散布されると、感染は全身に及び、肺では粟粒様の多数の小病変が生じる。症状は発熱、咳、呼吸困難、チアノーゼなど。乳幼児や免疫が低下した場合に多くみられる重症型。 【結核性髄膜炎】 結核菌が血行性に脳・脊髄を覆う髄膜に到達して発病する重症型。高熱、頭痛、嘔吐、意識障害、痙攣等の症状があり、後遺症のおそれや死亡例もある。

⁴⁷ 結核の常識 2020（公益財団法人結核予防会）より引用

	【潜在性結核感染症】 胸部エックス検査や結核菌検査で異常所見はなく、結核による症状もないが、結核に感染しており、発病を予防するための治療が必要な状態。
診断	感染の診断には、ツベルクリン反応やインターフェロン γ 産生能試験（Interferon Gamma Release Assay; IGRA）を実施する。活動性結核の診断には胸部エックス検査や菌検査（塗抹検査、培養検査、核酸増幅法検査）を行う。
治療	抗結核薬

（２）日頃の対応（予防法）

サービス利用開始時点で結核でないことを、医師の健康調査表等に基づき確認します。年に一度、エックス検査を行うなど患者の状態の変化に注意します。

なお、感染症法第 53 条の 2 の規定により、老人福祉法に基づく養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームの 65 歳以上の入所者には結核の定期健康診断が毎年義務付けられています。また、前の 3 施設に加えて介護老人保健施設の業務に従事する者も結核の定期健康診断が毎年義務付けられています。さらに、該当する施設においては、これらの結核健康診断実績報告を保健所に提出する必要があります。

高齢者は、利用時点で症状がなくても、既感染の場合に、長い年月を経て体力の低下とともに結核を発症する場合があります。そのため、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、早めに医師の診察を受ける必要があります。特に、2 週間以上、咳が続く場合は速やかに医療機関を受診します。なお、利用者に咳がある場合は、利用者本人とともに職員もサージカルマスクを着用します。

（３）発生時の対応

感染を疑ったら～対応の方針

- 上記のような症状がある場合には、喀痰の検査および胸部エックス検査を行い、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、マスク（N95 マスク）を着用し、検査を待つ利用者は可能な限り個室を利用することが望まれます。症状のある利用者は直ちに一般入所者から隔離し、マスク（あればサージカルマスク）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、保健所からの指示に従った対応をします。
- 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す。
- 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、喀血等のある利用者者は、隔離し、早期に医師の診断を受ける必要があります。
- 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。

- 結核あるいは潜在性結核感染症の治療薬は医師の指示のもと、一定期間、確実に内服することが必要です。保健所等からの指示に従い、内服管理を徹底しましょう。

(参考) 結核治療における服薬の重要性 (DOTS による取組)

結核治療においては、服薬を続けることが必要です。服薬を途中で止めてしまうと、薬の効かない菌 (耐性菌) ができてしまうので、保健所では結核にかかった者の服薬支援を行っています。この服薬支援のための取組を DOTS (Directly observed treatment, short-course) (※) といい、2014 年の感染症法改正をふまえ、2015 年から保健所は施設等に DOTS を依頼できることになりました。

保健所が個々の患者に対して服薬支援計画 (例: 直接目の前で服薬してもらう、残薬が減っていることを確認する、服薬したら連絡をもらう等) を立てるので、もし保健所から施設等に依頼があった場合には、施設等は保健所の服薬支援計画に従って、利用者等の服薬支援を行います。

(※) DOTS は「必要に応じて服薬を直接監視することを含め、様々な支援方法を取り入れた包括的な服薬支援システム」とされています。

(参考) 感染性のある結核患者と接触した場合

感染性のある結核患者が発生した施設等は、保健所が行う積極的疫学調査に協力します。その調査結果を踏まえ、保健所は感染性のある結核患者と接触した利用者・職員に対して、接触者健診を行います。施設等は、保健所で実施する健康診断等が円滑に進められるよう協力することが重要です。

感染症法に基づく接触者健診は、胸部エックス線検査のほか、血液検査による IGRA (※)、ツベルクリン反応検査などがありますが、結核患者との接触頻度等により健診の対象者の範囲や検査内容が異なりますので、保健所の指示に従いましょう。

なお、空気感染する感染症ではありますが、麻しんとは異なり、結核では患者の病状 (感染性) 等に応じた対応を行いますので、他の利用者等への情報提供については、関係者間でその範囲や内容の必要性を慎重に検討する必要があります。

(※) インターフェロングamma 産生能試験 (Interferon Gamma Release Assay; IGRA)

IGRA の感度は 90% 程度で、高齢者は低くなると考えられています。そのため、陰性でも結核を完全に否定はできませんし、陽性であっても過去の感染の可能性もありますので、結果の取扱いには十分な注意が必要です。必ず、医師及び保健所の指示を確認しましょう。

5. 腸管出血性大腸菌

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。これがベロ毒素と呼ばれる毒素を産生する腸管出血性大腸菌による感染症です。全く症状のない人から、腹痛や血便を呈す人まで様々で、合併症として溶血性尿毒症症候群や脳症を併発することがあり、時には死に至ることもあります。日本では、2011年に生肉（ユッケ）、2012年に漬物を原因食とする、死亡例を伴う大規模な集団感染がみられており、毎年3,000～4,000例前後の発生が続いています。夏期に多発します。患者の約80%が15歳以下で発症しますが、小児と高齢者は重症化しやすいことが特徴です。

（１）特徴

病原体	腸管出血性大腸菌（O157、O26、O111 など様々なベロ毒素産生性大腸菌） ⁴⁸ 。熱に弱い、低温条件には強く水の中では長期間生存する。少量の菌の感染でも腸管内で増殖し、その毒素によって発病する。
潜伏期間	10 時間～6 日
感染経路	接触感染、経口（糞口）感染。生肉などの飲食物から感染。少ない菌量（100 個程度）でも感染する。 便中に菌が排出されている間は感染力がある。
症状・予後	水様下痢、腹痛、血便。尿量減少や出血傾向、意識障害は、溶血性尿毒症症候群や急性脳症の合併を示唆する症状であり、生命の危険もあるので、このような場合は特に速やかに医療機関を受診する。 治療は、下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液など。また下痢止め剤の使用は、毒素排出を阻害する可能性があるため使用しない。抗菌薬は時に症状を悪化させることもあり、慎重に使うなどの方針が決められている。

（２）日頃の対応（予防法）

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、食事の前等）
- 消毒（ドアノブ、便座等のアルコール含浸綿による清拭）
- 食品の洗浄や十分な加熱

等、衛生的な取扱が大切です。

なお、特に高齢者では、発症した場合に重症化につながりやすいので、牛に限らず、豚・鳥及びその他鳥獣の肉やレバー類の生食は避ける必要があります。肉などを食べさせる場合は、中まで火が通り肉汁が透き通るまで調理すること、加熱前の生肉などを調理したあとは、必ず手をよく洗うこと、生肉などの調理に使用したまな板や包丁は、そのまま生で食べる食材（野菜など）の調理に使用しないようにしましょう。調理に使用した箸は、そのまま食べるときに使用してはいけません。

⁴⁸ 腸管出血性大腸菌：https://www.mhlw.go.jp/www1/o-157/o157q_a/を参照。

なお、ワクチンはありません。

(3) 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、できるだけ早く医師の診察を受け、医師の指示に従うことが重要です。
- 食事の前や排泄後の衛生学的手洗いを徹底することが大切です。

6. レジオネラ症

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。

(1) 特徴

病原体	レジオネラ属の細菌
潜伏期間	レジオネラ肺炎 2～10 日、ポンティアック熱 1～2 日
感染経路	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等により、飛散したエアロゾルを吸入することで感染する。 その他、施設内等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・給湯水等である。
症状・予後	レジオネラ肺炎は、レジオネラ症の大半を占め、肺炎を特徴とする。全身倦怠感・筋肉痛・頭痛・高熱・意識障害・腹痛などの症状が、ポンティアック熱は、発熱・悪寒・頭痛などのインフルエンザ様症状があり、このような場合は速やかに医療機関を受診する。 治療は、レジオネラ肺炎は有効な抗菌薬の治療が必要であり、ポンティアック熱は、予後良好で 2～5 日で自然治癒する。

(2) 日頃の対応（予防法）

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およ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⁴⁹。

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。介護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等を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 か月に 1 回以上消毒することが必要です。消毒には塩素消毒が推奨されます。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。

家庭用加湿器は、毎日水の交換とタンクの清掃を行います。建物内の設備に組み込まれた加湿装置は、使用期間中は 1 か月に 1 回以上装置内の汚れの状況を点検し、必要に応じ清掃等を実施します。少なくとも 1 年に 1 回以上、清掃を実施します。

加湿装置の使用開始時および使用終了時には、水抜きおよび清掃を実施します。

レジオネラ症を予防するための加湿器の管理については、第 IV 章の「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」抜粋を参照してください。  149 ページ

⁴⁹ 「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」（平成 15 年 7 月 25 日厚生労働省告示第 264 号）(<https://www.mhlw.go.jp/content/11130500/rezionerashishin.pdf>)

(3) 発生時の対応

疑うべき症状と判断のポイント

- 高齢者が共同入浴施設等を利用した後に、肺炎の症状を呈した場合は、レジオネラ肺炎の可能性も考慮して医師にその事実を説明しておく必要があります。
- 高熱や咳・痰、呼吸困難等の症状が現れます。

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。

7. 疥癬（かいせん）

疥癬は、ダニの一種であるヒゼンダニ（疥癬虫）が皮膚に寄生することで発生する皮膚病です。腹部、胸部、大腿内側等に紅斑、丘疹、鱗屑を生じ、激しいかゆみを伴います。直接的な接触感染の他に、衣類やリネン類等から間接的に感染する例もあります。

疥癬の病型には通常の疥癬と、その重症型の角化型疥癬（通称「ノルウェー疥癬」）があります。角化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。

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。

（1）特徴

病原体	ヒゼンダニ (<i>Sarcoptes scabiei</i>)。雌成虫は約 400μm、雄は雌の 60% くらい大きさ。卵は 3～5 日でふ化し、脱皮しつつ幼虫から 2 週間程度で成虫になる。生活環は 10～14 日である。雌成虫が表皮角層にトンネルを掘り進み、4～6 週間に 1 日 2～4 個産卵する。
潜伏期間	通常の疥癬は、感染して約 1～2 か月。 角化型疥癬（ノルウェー疥癬）は、ヒゼンダニの数が多いため、潜伏期も 4～5 日と非常に短い。
感染経路	通常疥癬 は、肌と肌の接触感染 角化型疥癬（ノルウェー疥癬） は、寄生するヒゼンダニの数通常疥癬に比べて桁違いに多いため感染力は極めて強く、直接肌と肌が触れなくても、感染者が使用してから、あまり時間が経過していない、まだ人肌の温度が残っている布団やシーツを共用することにより感染する。さらに、角化型疥癬から飛散するはがれ落ちた皮膚のかげら（いわゆる「落屑」）からの感染も特徴的である。
症状・予後	通常疥癬 では、頭・首を除く全身に、かゆみ・赤い湿疹・小豆大のしこりが出現。激烈なかゆみを訴え、特に夜間に症状が強い。「疥癬トンネル」と呼ばれる特有の皮疹が特徴的であり、手首から先、手のひらや指の間が多く、次いで肘、陰部、わきの下、おしりなどに多い。 角化型疥癬（ノルウェー疥癬） では、頭・首を含めてほぼ全身に角質肥厚（角質の増殖）の症状が出るのが特徴。特に手足、おしり、肘、膝で症状が顕著である。最近では、頭の一部、耳、手、指、足、おしりや爪など体の一部分にのみ角質の増殖がみられる場合があり、これを「限局型角化型疥癬」という。なかでも、爪に限局する「爪疥癬」は、爪白癬（みずむし）と誤診されることもあり、注意が必要である。 診断は、顕微鏡検査によるダニの存在の証明。 治療は、入浴により清潔を保ち、イオウ外用薬や必要時は内服薬も用いる。



(出典：疥癬対応マニュアル（東京都多摩立川保健所）)

(2) 日頃の対応（予防法）

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。特に、皮膚症状をサービス利用時等に見逃さないことが重要です。

疥癬が疑われる場合は、直ちに介護施設等の感染対策に知見を有する皮膚科専門医の診察を受けます。衣類やリネン類は熱水での洗濯あるいは乾燥機による乾燥を推奨します。ダニを駆除するため、布団等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、衛生的な手洗いを励行することが大切です。

(3) 発生時の対応

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、特に夜間にかゆみの症状が強くなる傾向があります。皮膚を観察すると赤い乾燥した皮膚の盛り上がりがあります。時に、疥癬トンネルと呼ばれる線状の皮疹が手のひらや指の間に認められます。
- 男性の場合、しばしば臀部や陰のう部に強いしこりが認められます。
- 特に、他の施設等から移ってこられる利用者の方は注意して観察します。

感染を疑ったら～対応の方針

- 皮膚科へできるだけ早く診察の依頼を出します（特に皮膚が角化している角化型疥癬（ノルウェー疥癬）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拡がるのが早いため、至急、依頼をします）。
- もし検査を受ける場合には、疥癬の疑いがあることを伝え、多くの人と接触することが多い検査（採血、エックス線検査等）へ出るのは、皮膚科医の診断後にします。
- 責任者に連絡、報告します。

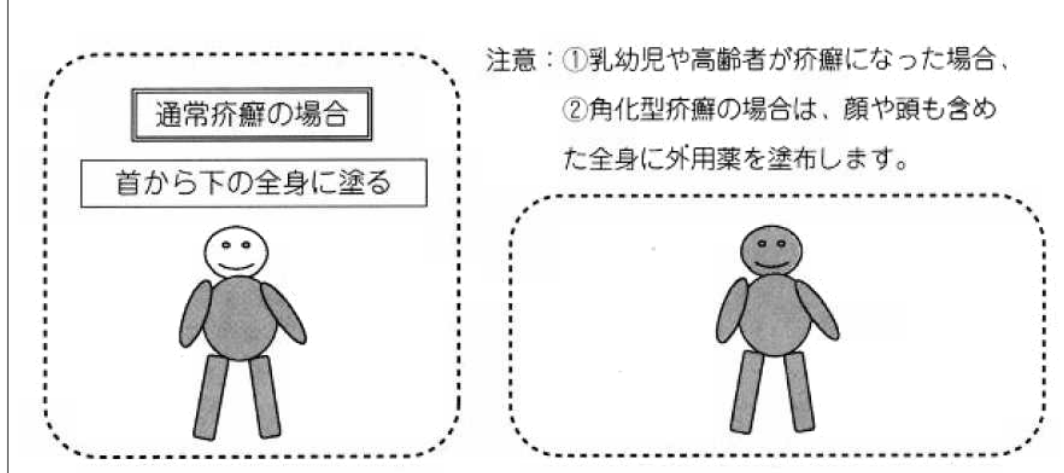
発生時の対応

疥癬の場合は、施設内集団発生することがあり、接触感染予防策が必要です。早期の治療を開始するとともに、接触する職員への感染に注意します。

以下の対応を推奨します。

- 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。
 - ・使用後はビニール袋に入れて、密閉して捨てましょう。
- 利用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。
 - ・かゆみで皮膚をひっかき、傷を作りやすいので手足の爪はできるだけ短く切って清潔に努めましょう。
- ヒゼンダニ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策を行います。
- 外用薬を使用する場合のポイントは、以下のとおりです。

- 塗り残しがないことが大切です。
- 皮疹のないところも塗ります。（ヒゼンダニは皮膚^{ひしん}のないところにいることが多い。）
- 特に指の間・足・陰部・おしりは塗り残しやすいので注意しましょう。
- 薬を塗る範囲について、主治医の指示を確認しましょう。



（出典：疥癬対応マニュアル（東京都多摩立川保健所））

★通常疥癬の利用者への対応

- ・治療を開始すれば感染性はほとんどなくなりますが、他の利用者と寝具やタオル等の共用は避けましょう。
- ・衣類やシーツ等は通常どおりの洗濯を行います（熱水消毒が望ましい）。
- ・清掃も通常通りです。

★角化型疥癬（ノルウェー疥癬）の利用者への対応

- ・特に感染力が強いため個室管理とします。ただし本人等への説明と同意を得て人権に配慮します。
- ・使用後の部屋は2週間は使用不可とします
- ・使用したリネン等は、落屑が飛び散らないようにビニール袋に入れて、しっかりと口をしめて洗濯に出します。
- ・入浴自体で感染の機会になることは少ないが、多数のヒゼンダニ及び卵を含む落屑が更衣室などで飛び散り、後から入浴する利用者へ感染する可能性があるため、角化型疥癬（ノルウェー疥癬）にかかった利用者は最後の入浴にしましょう。
- ・大量のヒゼンダニを含んだ落屑が、感染拡大の機会となるため、こまめに掃除機をかけましょう。

★職員の注意点

当日着た衣服は、介護施設・事業所で洗濯をします。自宅への持ち帰りはやめましょう。
前腕、腹部に兆候が現れることが多いため、接触した職員は良く観察をします。皮膚の掻痒感、皮疹がでたら、至急に皮膚科に受診をすると同時に責任者に連絡します。

接触感染予防策の解除の判断

患者の全身を観察して新しい皮疹がないことを確認し、接触感染予防策の解除は診察した医師に相談します。

8. 誤嚥性肺炎

(1) 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等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ます。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、むせる症状もなく、睡眠中等でも口腔内の唾液が肺に流れ込んで起きる「不顕性誤嚥（ふけんせいごえん）」もあります。

またノロウイルス感染症等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。

(2) 日頃の対応（予防法）

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。嚥下能力が低い利用者の食事の際には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す。
- 咳や痰、発熱等の症状がある場合は、早めに医師の診察を受けます。

(3) 発生時の対応

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、むせる等の症状がなくても否定はできません。

感染を疑ったら～対応の方針

誤嚥性肺炎は他の利用者に伝播する疾患ではありませんので、飛沫感染予防策等の対応は必要ありません。

ワンポイントアドバイス

肺炎は死亡原因の第5位となっています。日常的に生じる成人の肺炎うち、1/4～1/3は肺炎球菌が原因と考えられています。肺炎球菌は主に気道の分泌物に含まれる細菌で、唾液などに通じて飛沫感染し、気管支炎や肺炎、敗血症などの重い合併症を引き起こすことがあります。

主に65歳以上の方は予防接種法に基づく定期接種⁵⁰に該当する場合がありますので、市町村へ確認してみましょう。

⁵⁰ 高齢者を対象にした肺炎球菌ワクチンの定期接種 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000618700.pdf>)

9. ウイルス性肝炎

(1) 特徴

病原体	B型肝炎ウイルス(HBV)
潜伏期間	平均 90 日 (45～160 日)
感染経路	血液・だ液・精液からの感染（主に、母子感染、性感染、注射針を介しての感染など）
症状・予後	全身倦怠感、食欲不振、悪心が特徴。黄疸出現時は尿の濃染（紅茶色）を認める。成人初感染の場合、国内の B 型肝炎では自然治癒する症例も多い一方で、再活性化して重症化する場合もあるため注意が必要である。また、慢性化しないといわれていたが、近年慢性化をきたしやすい B 型肝炎（遺伝子型 A）が流行している。また、劇症化をきたすこともある。 急性肝炎の多くは治癒するが、一部はキャリアとなり、またやがて 10～15% は慢性肝炎、肝硬変、肝がんへ進行する。治療は、急性肝炎の場合は対症療法が多く、慢性肝炎の場合は抗ウイルス薬のインターフェロン療法などがある。

(2) 日頃の対応（予防法）

血液などの体液に触れる場合は、手袋を着用するなど、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底します。なお、歯ブラシ、カミソリの共有は避けます。

利用者の特性として、例えば、非常に攻撃的でよくかみつく、全身性の皮膚炎がある、出血性疾患がある等、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い者が HBV キャリアである場合は、主治医、施設責任者等が個別にそのリスクを評価して対応する必要があります。

また、あらかじめワクチンの接種により免疫をつけることもできます（個人差もありますが、B型肝炎ワクチンは約 90%以上の人が免疫を獲得）。

10. 薬剤耐性菌感染症

(1) 特徴

薬剤耐性菌の菌や耐性の種類は様々ですが、介護施設で特に注意が必要な菌は、主に接触感染する薬剤耐性菌です。

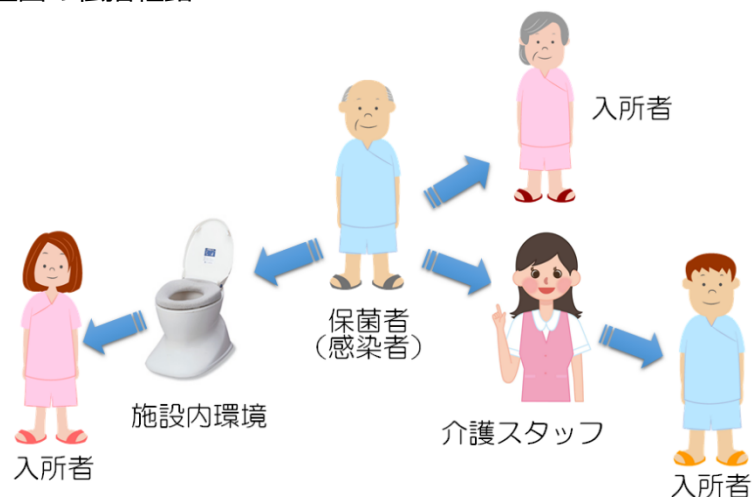
その主な特徴は以下のとおりです。

- 抗生物質（抗菌薬）が効かない
- 環境中に存在する場合もある
- 接触感染によって伝播し、介護者が広げる可能性もある
- アルコール等通常用いられる消毒薬が有効である

薬剤耐性菌の多くは、黄色ブドウ球菌や大腸菌など誰でも体内に持っているような菌が耐性化（薬が効かなくなること）したものです。病原性が強くなったわけではないので、保菌しているだけでは無症状であり、健康被害もありません。代表的な薬剤耐性菌として、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）やMDRP（多剤耐性緑膿菌）などがあります。

しかし、いったん薬剤耐性菌によって感染症を起こすと治療が難しくなることがあります。また、介護施設内でも図 34 のように保菌者から他の入所者に薬剤耐性菌が広がる可能性があります。そのため、介護施設でも薬剤耐性菌に対して適切な感染対策が求められています。

図 34 薬剤耐性菌の伝播経路



（出典：株式会社三菱総合研究所「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）」一部改変）

（２）日頃の対応（予防法）

薬剤耐性菌は主に分泌物や排泄物等に含まれていることが多いため、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底し、ケアを行った際には衛生学的手洗いが必要です。特におむつの交換など排泄物を扱う作業は菌を伝播するきっかけとなりやすいため、手袋やエプロン等の装着が必要です。また、使用した物品（おむつ、清拭布等）の廃棄までの処理、ケア後の衛生学的手洗い等の徹底も重要です。

薬剤耐性菌は培養検査をしなければ誰が保菌しているかはわかりませんので、基本的には誰が保菌していても広がりを防げるような対応が重要です。そのため、通常は標準予防策（スタンダード・プリコーション）の考え方に基づいた対応が求められます。

標準予防策（スタンダード・プリコーション）が徹底されていれば、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、特別扱いをしたりする必要はありません。通常は除菌目的での抗菌薬の投与も行うべきではありません。また、症状のない利用者について、薬剤耐性菌の保菌の有無を調べる必要もありません。むしろ保菌者に対して過剰な対応をせず、差別に繋がらないよう注意する必要があります。

11. 带状疱疹

免疫状態が低下したときや、加齢に伴って、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節等に潜伏していた水痘・带状疱疹ウイルスが再活性化することで発症します。

（１）特徴

病原体	水痘・带状疱疹ウイルス
潜伏期間	水痘・带状疱疹ウイルスに初感染した後に、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節に潜伏していたウイルスが再活性化することで発症するため、期間は特定できない。
感染経路 感染期間	接触感染が中心であるが、飛沫感染する場合もある。水疱中には多量のウイルスが含まれているため、すべての水疱がかさぶたになるまで感染力がある。
症状・予後	潜伏していた神経に一致した領域に、頭・顔・体の片側に、丘しん、小水疱が帯状に群がって出現する。神経痛、刺激感を訴える。成人や高齢者では痛みが強く、さらに皮疹がおさまった後も痛みが残ることがある（带状疱疹後神経痛）。治療は抗ウイルス薬。

（２）日頃の対応（予防法）

患部に触れる場合は、手袋を着用するなど、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底することが必要です。また、水痘・带状疱疹ウイルスに感染したことがない場合は、ワクチンの接種による感染予防も可能です。

12. アタマジラミ

頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患です。誤解されることが多いですが、衛生不良の指標ではありません。

（１）特徴

病原体	アタマジラミ。ケジラミ（主に性交渉で感染し陰部に寄生）やコロモジラミ（衣類に付着し発しんチフスを媒介する）とは異なる。
潜伏期間	産卵からふ化まで 10～14 日、成虫までは 2 週間。
感染経路	接触感染。家族内や集団の場での直接接触、あるいはタオル、くし、帽子を介しての間接接触による感染。
症状・予後	一般に無症状であるが、吸血部位にかゆみを訴えることがある。治療としてはシラミ駆除剤が有効。

（２）日頃の対応（予防法）

頭髪を丁寧に観察し、早期に虫卵を発見することが大切です。

（３）発生時の対応

発見したら一斉に駆除します。タオル、くしや帽子の共用を避けます。着衣、シーツ、枕カバー、帽子などは洗うか、熱処理（熱湯、アイロン、ドライクリーニング）をします。ワクチンはありません。

13. 偽膜性大腸炎

健康な人の大腸内には、様々な細菌がバランスを保って生息していて健康維持に役立っていますが、抗生物質の服用により、正常な腸内細菌のバランスがくずれてある種の菌が異常に増え（菌交代現象）、大腸に炎症を起こすことがあります。

偽膜性大腸炎とは、内視鏡検査で大腸の壁に小さい円形の膜（偽膜）が見られる病態で、クロストリジウム・ディフィシル菌（*Clostridium difficile*）によることが多いです。この菌の産生する毒素により、大腸粘膜が傷害されて起こります。この菌の芽胞は胃酸にも強く、口から容易に腸まで到達することが知られています。

（１）特徴

病原体	クロストリジウム・ディフィシル菌（ <i>Clostridium difficile</i> ）による大腸の炎症
潜伏期間	抗生物質の投与後、数日～2週間後
感染経路	接触感染
症状・予後	頻回の水様便、粘液便などがみられ、腹痛や発熱などがみられる。重症例では血便になったり、低蛋白血症、電解質異常、麻痺性腸閉塞、中毒性巨大結腸症などを引き起こす。

（２）日頃の対応（予防法）

抗生物質の服用中や飲み終わった後に、頻繁な下痢やお腹が張る、腹痛、発熱、吐き気などの症状がみられた場合は、医師等へ相談するようにしましょう。

（３）発生時の対応

利用者の排泄物（便）で汚染を拡げないように標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底することが必要です。洗濯も通常の洗濯で問題ありません。入浴については、症状が軽快するまではシャワーにした方がよいですが、下痢症状がなければ入浴も制限する必要はありません。

アルコール消毒は効果がありません。流水石けんが必須であり、次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が必要です。

なお、介護施設へ戻る際に、CD トキシンの陰性化の確認を求められることもありますが、意味がありませんので、治癒確認のための CDI 検査は不要です。

14. 蜂窩織炎（ほうかしきえん）

蜂窩織炎とは、皮膚とそのすぐ下の組織に生じる、広がりやすい細菌感染症です。皮膚の病気などによって皮膚にできた小さな傷口から細菌が侵入していきます。足からふくらはぎにかけての部位に最もよく生じますが、体のどの部分にも発生します。

皮膚の腫れ、発熱や痛みの症状があり、急速に広がります。悪寒や倦怠感を伴うことも多くあります。ほとんどは抗菌薬で速やかに回復しますが、時に膿瘍が生じる場合もあります。

15. 尿路感染症

尿路感染症とは、細菌が尿路の出口から侵入し、腎臓、膀胱、尿道など尿の通り道に細菌が住み着き、増殖して炎症が起きる感染症です。感染する場所によって、膀胱炎と腎盂腎炎に分けられます。

膀胱炎では、尿をするときに尿道や膀胱に痛みを感じる（排尿痛）、尿をした後も尿が膀胱に残っている感じがする（残尿感）、尿が近い（頻尿）、尿が濁るといった症状がありますが、発熱はありません。炎症が非常に強い場合には、尿に血が混じることもあります。腎盂腎炎では、腎臓の部分の痛みと発熱があります。炎症が強いと尿に血が混じることもあります。

治療は、細菌を殺す抗菌薬が使用されますが、原因によって異なる場合もあります。なお、症状がよくなって途中で薬を止めてしまうと細菌が生き残ってしまい、再発してしまう可能性があるため、薬の内服期間は医師の指示に従いましょう。

住み着いた細菌を尿で流し出すことを目的として水分をたくさんとりましょう。また、日頃から尿をがまんしないようにしましょう。

第Ⅳ章 参考

1. 関係法令・通知
2. 入所者の健康状態の記録（書式例）
3. 参考資料
4. 参考ウェブサイト

1. 関係法令・通知

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」（抜粋）

（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、老健局長連名通知）（<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/norovirus/dl/h170222.pdf>）

1. 社会福祉施設等においては、職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、速やかに施設長に報告する体制を整えるとともに、施設長は必要な指示を行うこと。
2. 社会福祉施設等の医師及び看護職員は、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときは、施設内において速やかな対応を行わなければならないこと。
また、社会福祉施設等の医師、看護職員その他の職員は、有症者の状態に応じ、協力病院を始めとする地域の医療機関等との連携を図るなど適切な措置を講ずること。
3. 社会福祉施設等においては、感染症若しくは食中毒の発生又はそれが疑われる状況が生じたときの有症者の状況やそれぞれに講じた措置等を記録すること。
4. 社会福祉施設等の施設長は、次のア、イ又はウの場合は、市町村等の社会福祉施設等主管部局に迅速に、感染症又は食中毒が疑われる者等の人数、症状、対応状況等を報告するとともに、併せて保健所に報告し、指示を求めるなどの措置を講ずること。
ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合
イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又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 ア及びイに該当しない場合であっても、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
5. 4 の報告を行った社会福祉施設等においては、その原因の究明に資するため、当該患者の診察医等と連携の上、血液、便、吐物等の検体を確保するよう努めること。
6. 4 の報告を受けた保健所においては、必要に応じて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（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）第 15 条に基づく積極的疫学調査又は食品衛生法（昭和 22 年法律第 233 号）第 58 条に基づく調査若しくは感染症若しくは食中毒のまん延を防止するために必要な衛生上の指導を行うとともに、都道府県等を通じて、その結果を厚生労働省に報告すること。
7. 4 の報告を受けた市町村等の社会福祉施設等主管部局と保健所は、当該社会福祉施設等に関する情報交換を行うこと。
8. 社会福祉施設等においては、日頃から、感染症又は食中毒の発生又はまん延を防止する観点から、職員の健康管理を徹底し、職員や来訪者の健康状態によっては利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、職員及び利用者に対して手洗いやうがいを励行するなど衛生教育の徹底を図ること。また、年 1 回以上、職員を対象として衛生管理に関する研修を行うこと。
9. なお、医師が、感染症法、結核予防法（昭和 26 年法律第 96 号）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るので、留意すること。

②大量調理施設衛生管理マニュアル（平成 9 年 3 月 2 4 日付け衛食第 8 5 号別添）

（最終改正：平成 29 年 6 月 1 6 日付け生食発 0 6 1 6 第 1 号）（抜粋）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinzenbu/0000168026.pdf>

〔別添〕大量調理施設衛生管理マニュアル

（別添 1）原材料、製品等の保存温度（略）

（別添 2）標準作業書

（手洗いマニュアル）

1. 水で手をぬらし石けんをつける。
2. 指、腕を洗う。特に、指の間、指先をよく洗う。（30 秒程度）
3. 石けんをよく洗い流す。（20 秒程度）
4. 使い捨てペーパータオル等でふく。（タオル等の共用はしないこと。）
5. 消毒用のアルコールをかけて手指によくすりこむ。
（本文のⅡ3（1）で定める場合には、1 から 3 までの手順を 2 回実施する。）

（器具等の洗浄・殺菌マニュアル）

1. 調理機械
 - ① 機械本体・部品を分解する。なお、分解した部品は床にじか置きしないようにする。
 - ② 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）で 3 回水洗いする。
 - ③ スポンジタワシに中性洗剤又は弱アルカリ性洗剤をつけてよく洗浄する。
 - ④ 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）でよく洗剤を洗い流す。
 - ⑤ 部品は 80℃で 5 分間以上の加熱又はこれと同等の効果を有する方法^{注 1}で殺菌を行う。
 - ⑥ よく乾燥させる。
 - ⑦ 機械本体・部品を組み立てる。
 - ⑧ 作業開始前に 70%アルコール噴霧又はこれと同等の効果を有する方法で殺菌を行う。
2. 調理台
 - ① 調理台周辺の片づけを行う。
 - ② 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）で 3 回水洗いする。
 - ③ スポンジタワシに中性洗剤又は弱アルカリ性洗剤をつけてよく洗浄する。
 - ④ 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）でよく洗剤を洗い流す。
 - ⑤ よく乾燥させる。
 - ⑥ 70%アルコール噴霧又はこれと同等の効果を有する方法^{注 1}で殺菌を行う。
 - ⑦ 作業開始前に⑥と同様の方法で殺菌を行う。
3. まな板、包丁、へら等
 - ① 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）で 3 回水洗いする。
 - ② スポンジタワシに中性洗剤又は弱アルカリ性洗剤をつけてよく洗浄する。
 - ③ 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）でよく洗剤を洗い流す。
 - ④ 80℃で 5 分間以上の加熱又はこれと同等の効果を有する方法^{注 2}で殺菌を行う。
 - ⑤ よく乾燥させる。
 - ⑥ 清潔な保管庫にて保管する。
4. ふきん、タオル等
 - ① 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）で 3 回水洗いする。
 - ② 中性洗剤又は弱アルカリ性洗剤をつけてよく洗浄する。
 - ③ 食品製造用水（40℃程度の微温水が望ましい。）でよく洗剤を洗い流す。
 - ④ 100℃で 5 分間以上煮沸殺菌を行う。
 - ⑤ 清潔な場所で乾燥、保管する。

注 1：塩素系消毒剤（次亜塩素酸ナトリウム、亜塩素酸水、次亜塩素酸水等）やエタノール系消

毒剤には、ノロウイルスに対する不活化効果を期待できるものがある。使用する場合、濃度・方法等、製品の指示を守って使用すること。浸漬により使用することが望ましいが、浸漬が困難な場合にあつては、不織布等に十分浸み込ませて清拭すること。

(参考文献)「平成 27 年度ノロウイルスの不活化条件に関する調査報告書」

(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzendu/0000125854.pdf>)

注 2 : 大型のまな板やざる等、十分な洗浄が困難な器具については、亜塩素酸水又は次亜塩素酸ナトリウム等の塩素系消毒剤に浸漬するなどして消毒を行うこと。

(原材料等の保管管理マニュアル)

1. 野菜・果物^{注 3}

- ① 衛生害虫、異物混入、腐敗・異臭等がないか点検する。異常品は返品又は使用禁止とする。
- ② 各材料ごとに、50g 程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に密封して入れ、 -20°C 以下で 2 週間以上保存する。（検食用）
- ③ 専用の清潔な容器に入れ替えるなどして、 10°C 前後で保存する。（冷凍野菜は -15°C 以下）
- ④ 流水で 3 回以上水洗いする。
- ⑤ 中性洗剤で洗う。
- ⑥ 流水で十分すすぎ洗いする。
- ⑦ 必要に応じて、次亜塩素酸ナトリウム等^{注 4}で殺菌^{注 5}した後、流水で十分すすぎ洗いする。
- ⑧ 水切りする。
- ⑨ 専用のまな板、包丁でカットする。
- ⑩ 清潔な容器に入れる。
- ⑪ 清潔なシートで覆い（容器がふた付きの場合を除く）、調理まで 30 分以上を要する場合には、 10°C 以下で冷蔵保存する。

注 3 : 表面の汚れが除去され、分割・細切されずに皮付きで提供されるみかん等の果物にあつては、③から⑧までを省略して差し支えない。

注 4 : 次亜塩素酸ナトリウム溶液（ $200\text{ mg/}\ell$ で 5 分間又は $100\text{ mg/}\ell$ で 10 分間）又はこれと同等の効果を有する亜塩素酸水（きのこ類を除く。）、亜塩素酸ナトリウム溶液（生食用野菜に限る。）、過酢酸製剤、次亜塩素酸水並びに食品添加物として使用できる有機酸溶液。これらを使用する場合、食品衛生法で規定する「食品、添加物等の規格基準」を遵守すること。

注 5 : 高齢者、若齢者及び抵抗力の弱い者を対象とした食事を提供する施設で、加熱せずに供する場合（表皮を除去する場合を除く。）には、殺菌を行うこと。

2. 魚介類、食肉類

- ① 衛生害虫、異物混入、腐敗・異臭等がないか点検する。異常品は返品又は使用禁止とする。
- ② 各材料ごとに、50g 程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に密封して入れ、 -20°C 以下で 2 週間以上保存する。（検食用）
- ③ 専用の清潔な容器に入れ替えるなどして、食肉類については 10°C 以下、魚介類については 5°C 以下で保存する（冷凍で保存するものは -15°C 以下）。
- ④ 必要に応じて、次亜塩素酸ナトリウム等注 6 で殺菌した後、流水で十分すすぎ洗いする。
- ⑤ 専用のまな板、包丁でカットする。
- ⑥ 速やかに調理へ移行させる。

注 6 : 次亜塩素酸ナトリウム溶液（ $200\text{ mg/}\ell$ で 5 分間又は $100\text{ mg/}\ell$ で 10 分間）又はこれと同等の効果を有する亜塩素酸水、亜塩素酸ナトリウム溶液（魚介類を除く。）、過酢酸製剤（魚介類を除く。）、次亜塩素酸水、次亜臭素酸水（魚介類を除く。）並びに食品添加物として使用できる有機酸溶液。これらを使用する場合、食品衛生法で規定する「食品、添加物等の規格基準」を遵守すること。

(加熱調理食品の中心温度及び加熱時間の記録マニュアル)

1. 揚げ物

- ① 油温が設定した温度以上になったことを確認する。
- ② 調理を開始した時間を記録する。
- ③ 調理の途中で適当な時間を見はからって食品の中心温度を校正された温度計で 3 点以上測定し、全ての点において 75℃以上に達していた場合には、それぞれの中心温度を記録するとともに、その時点からさらに 1 分以上加熱を続ける（二枚貝等ノロウイルス汚染のおそれのある食品の場合は 85～90℃で 90 秒間以上）。
- ④ 最終的な加熱処理時間を記録する。
- ⑤ なお、複数回同一の作業を繰り返す場合には、油温が設定した温度以上であることを確認・記録し、①～④で設定した条件に基づき、加熱処理を行う。油温が設定した温度以上に達していない場合には、油温を上昇させるため必要な措置を講ずる。

2. 焼き物及び蒸し物

- ① 調理を開始した時間を記録する。
- ② 調理の途中で適当な時間を見はからって食品の中心温度を校正された温度計で 3 点以上測定し、全ての点において 75℃以上に達していた場合には、それぞれの中心温度を記録するとともに、その時点からさらに 1 分以上加熱を続ける（二枚貝等ノロウイルス汚染のおそれのある食品の場合は 85～90℃で 90 秒間以上）。
- ③ 最終的な加熱処理時間を記録する。
- ④ なお、複数回同一の作業を繰り返す場合には、①～③で設定した条件に基づき、加熱処理を行う。この場合、中心温度の測定は、最も熱が通りにくいと考えられる場所の一点のみでもよい。

3. 煮物及び炒め物

調理の順序は食肉類の加熱を優先すること。食肉類、魚介類、野菜類の冷凍品を使用する場合には、十分解凍してから調理を行うこと。

- ① 調理の途中で適当な時間を見はからって、最も熱が通りにくい具材を選び、食品の中心温度を校正された温度計で 3 点以上（煮物の場合は 1 点以上）測定し、全ての点において 75℃以上に達していた場合には、それぞれの中心温度を記録するとともに、その時点からさらに 1 分以上加熱を続ける（二枚貝等ノロウイルス汚染のおそれのある食品の場合は 85～90℃で 90 秒間以上）。
なお、中心温度を測定できるような具材がない場合には、調理釜の中心付近の温度を 3 点以上（煮物の場合は 1 点以上）測定する。
- ② 複数回同一の作業を繰り返す場合にも、同様に点検・記録を行う。

(別添 3) 調理後の食品の温度管理に係る記録の取り方について (略)

③「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) (抜粋)

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta5920&dataType=1&pageNo=1)

〔別添〕

児童福祉施設等における衛生管理の改善充実及び食中毒発生の予防について(平成 9 年 6 月 30 日児企第 16 号)

(各都道府県・各指定都市・各中核市児童福祉主管部(局)長あて厚生省児童家庭局企画課長通知) 児童福祉施設等(認可外保育施設を含む。)における衛生管理については、かねてから適正な指導をお願いしているところである。

しかしながら、本年の食中毒の発生をみると、昨年と同様に腸管出血性大腸菌(O157)による食中毒が多発しているところである。特に乳幼児は、腸管出血性大腸菌(O157)等に感染しやすく、また、重症化しやすいことから、児童福祉施設等においては、調理従事者だけでなくすべての職員が連携を図りつつ、左記の点に留意し、感染の予防に努めることが重要である。

また、社会福祉施設における衛生管理については、平成 9 年 3 月 31 日社援施第 65 号により同一メニューを一回 300 食以上又は 1 日 750 食以上を提供する調理施設以外の施設においても可能な限り大量調理施設衛生管理マニュアルに基づく衛生管理に努められるよう周知したところであるが、児童福祉施設等については、感染予防の実効を期するため、大量調理施設衛生管理マニュアルを参考にするとともに、当面別添参考資料Ⅰを参照するなどにより、管下の児童福祉施設等に対し、衛生管理を徹底するよう指導されたい。

記

1. 感染症予防のためには、手洗いの励行が重要かつ有効であり、児童、職員ともに手洗いの徹底を図ること。食事の直前及び排便又は排便の世話をした直後には、石けんを使って流水で十分に手指を洗うこと。
2. 特に、下痢便の排泄後又は下痢便の排泄の世話をした後は、直ちに石けんを使って流水で十分に手指を洗った上で、消毒液で手指を消毒すること。
3. 使用するタオルは、他人と共用しないこと。なお、タオルの個人専用化が難しい場合には、使い捨てペーパータオル等の利用も有効であること。
4. 略
5. 略

(参考資料Ⅰ)

1. 調理室等の汚染防止について

大量調理施設衛生管理マニュアル(以下「マニュアル」という。)Ⅱ―3―(3)のとおり汚染作業区域(検収場、原材料の保管場、下処理場)と非汚染作業区域(さらに準清潔作業区域(調理場)と清潔作業区域(放冷・調製場、製品の保管場)に区分される。)を明確に区分することがどうしても難しい場合には、下処理済のもの(例えば野菜に付いている土を洗い落としたもの)を購入するなどにより、食材を通して調理室内が汚染される危険性の高い作業の減少を図り、調理室等の非汚染作業区域の汚染を防止するよう工夫すること。

2. シンクの清潔確保について

マニュアルⅡ―3―(8)のとおりシンクを用途別に各々設けることがどうしても難しい場合には、調理工程を汚染作業(食材の検収・保管・下処理)と非汚染作業(調理・盛り付け等)とに分け、汚染作業から非汚染作業に移るときは、左記の作業手順によりシンクを洗浄消毒すること。また、加熱調理用食材の洗浄作業から非加熱調理用食材の洗浄作業へ移るときも、同様の方法でシンクを必ず洗浄消毒し、シンクを通じて食材が汚染されないように十分注意するとともに、洗浄水等がシンク以外に飛散しないように留意すること。

(シンクの洗浄消毒作業手順)

- ① 飲用適の水(40℃程度の微温水が望ましい。)で3回水洗いする。
- ② スポンジタワシに中性洗剤又は弱アルカリ性洗剤をつけてよく洗浄する。
- ③ 飲用適の水(40℃程度の微温水が望ましい。)でよく洗剤を洗い流す。
- ④ 水分をペーパータオル等で十分拭き取る。
- ⑤ 70%アルコール噴霧又はこれと同等の効果を有する方法で殺菌を行う。

3. 汚染作業区域と非汚染作業区域の区別等について

マニュアルⅡ—5—(1)—③④によれば調理室内において汚染作業区域と非汚染作業区域を明確に区別し、手洗い施設、履き物の消毒施設を各区域の入口手前に設けることとあるが、これがどうしても難しい場合には、調理工程の見直しを図り、汚染作業と非汚染作業を明確に区分し、食材の相互汚染を防止すること。なお、洗浄消毒作業を行う際には、洗浄水等が飛散しないように留意すること。

また、調理済食品が汚染されないように清潔作業区域を確保し、盛り付け・配膳後の食品等にハエ等が触れることのないよう十分注意すること。

4. 調理器具・食器等の衛生的な保管について

マニュアルⅡ—5—(1)—⑧のとおり外部から汚染されない構造の保管設備を設けることにより清潔な環境の保持及び作業の軽減が図られるところであるが、食器消毒保管庫等を直ちに設置することがどうしても難しい場合には、調理器具・食器等の消毒を行い、乾燥させた上で清潔な場所に保管すること。なお、ネズミ・ゴキブリ・ハエ等が調理器具・食器等に触れることのないよう十分注意すること。

5. 原材料等の保管管理の徹底について

原材料等の保管管理については、左記の原材料等の保管管理手順に沿って行い、温度の記録については、少なくとも①原材料の保管温度は適切であったか②調理が終了した食品を速やかに提供したか③調理終了後30分を超えて提供される食品の保存温度が適切であったかを実施献立表等に点検項目を設け、その適否を記録しておくこと。

(原材料等の保管管理手順) 略

6. 加熱調理食品の加熱加工の徹底について

加熱調理食品の加熱加工については、中心部温度計を用いるなどして、中心部が75℃以上の温度で1分以上又はこれと同等以上まで加熱したかを確認し、実施献立表等に点検項目を設け、その適否を記録しておくこと。

(参考資料Ⅱ) 略

④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（加湿器の取扱いの抜粋）

平成 15 年 7 月 25 日厚生労働省告示第 264 号（平成 30 年 8 月 3 日厚生労働省告示第 297 号により一部改正） より第五 部分 抜粋

(<https://www.mhlw.go.jp/content/11130500/rezionerashishin.pdf>)

第五 加湿器における衛生上の措置

一 加湿器における衛生上の措置に関する基本的考え方

加湿器を発生源とするレジオネラ症は、国内では報告例は少ないが、新生児室、高齢者施設等における感染例が報告され、海外でも同様の事例が報告されており、感染源として留意することが必要である。

加湿器の種類には、主に建築物の空気調和設備に組み込まれているもの（以下「加湿装置」という。）及び家庭等で使用される卓上用又は床置き式のもの（以下「家庭用加湿器」という。）がある。

加湿器では、タンク内等において生物膜が生成されることによって、レジオネラ属菌をはじめとする微生物が繁殖しやすくなる。そのため、加湿器のタンク内等に付着する生物膜の生成を抑制し、その除去を行うことが必要である。

二 構造設備上の措置

構造設備上の措置として、次に掲げる措置を講ずることが必要である。

- 1 加湿装置には、加湿方式に応じた水処理装置を設置し、点検及び清掃を容易に行うことができる構造とすること。
- 2 家庭用加湿器は、部品の分解及び清掃を容易に行うことができる構造とすること。

三 維持管理上の措置

維持管理上の措置として、次に掲げる措置を講ずることが必要である。

- 1 加湿装置に供給する水を水道法第四条に規定する水質基準に適合させるため必要な措置を講ずること。
- 2 加湿装置の使用開始時及び使用期間中は一か月に一回以上、加湿装置の汚れの状況を点検し、必要に応じ加湿装置の清掃等を実施するとともに、一年に一回以上、清掃を実施すること。
- 3 加湿装置の使用開始時及び使用終了時に、水抜き及び清掃を実施すること。
- 4 家庭用加湿器のタンクの水は、毎日完全に換えるとともに、タンク内を清掃すること。

⑤廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル（感染性廃棄物の処理）

平成 30 年 3 月環境省 環境再生・資源循環局より第 4 章部分抜粋

(<http://www.env.go.jp/recycle/misc/kansen-manual1.pdf>)

第 4 章 医療関係機関等の施設内における感染性廃棄物の処理

4.1 分別

感染性廃棄物は、発生時点において、他の廃棄物と分別して排出するものとする。

4.2 梱包

感染性廃棄物の収集運搬を行う場合は、必ず容器に収納して収集運搬することになっているため、収集運搬に先立ち、あらかじめ、次のような容器に入れて、密閉しなければならない。

- (1) 密閉できること。
- (2) 収納しやすいこと。
- (3) 損傷しにくいこと。

（参照）令第 6 条の 5 第 1 項第 1 号、規則第 1 条の 11 の 2

4.3 施設内における移動

感染性廃棄物の施設内における移動は、感染性廃棄物が入った容器を密閉して、移動の途中で内容物が飛散・流出するおそれのないように行うものとする。

4.4 施設内における保管

- 1 感染性廃棄物が運搬されるまでの保管は極力短期間とする。
- 2 感染性廃棄物の保管場所は、関係者以外立ち入れないように配慮し、感染性廃棄物は他の廃棄物と区別して保管しなければならない。
- 3 感染性廃棄物の保管場所には、関係者の見やすい箇所に感染性廃棄物の存在を表示するとともに、取扱いの注意事項等を記載しなければならない。

（参照）法第 12 条の 2 第 2 項、規則第 8 条の 13

4.5 表示

感染性廃棄物を収納した容器には、感染性廃棄物である旨及び取り扱う際に注意すべき事項を表示するものとする。

（参照）令第 6 条の 5 第 1 項第 1 号、規則第 1 条の 10

非感染性廃棄物を収納した容器には、必要に応じて非感染性廃棄物であることの表示を行うことを推奨する。

【バイオハザードマークの解説】

- 1 関係者が感染性廃棄物であることを識別できるよう、容器にはマーク等を付けるものとする。マークは全国共通のものが望ましいため、右記のバイオハザードマークを推奨する。マークを付けない場合には、「感染性廃棄物」（感染性一般廃棄物又は感染性産業廃棄物のみが収納されている場合は、各々の名称）と明記すること。
- 2 廃棄物の取扱者に廃棄物の種類が判別できるようにするため、性状に応じてマークの色を分けることが望ましい。
 - (1) 液状又は泥状のもの（血液等） 赤色
 - (2) 固形状のもの（血液等が付着したガーゼ等） 橙色
 - (3) 鋭利なもの（注射針等） 黄色
 - (4) 分別排出が困難なもの 黄色

このような色のバイオハザードマークを用いない場合には、「液状又は泥状」、「固形状」、「鋭利なもの」のように、廃棄物の取扱者が取り扱う際に注意すべき事項を表示すること。

- 3 非感染性廃棄物であっても、外見上感染性廃棄物との区別がつかないことから、感染性廃棄物としてみなされることがある。

その場合、医療関係機関等と処理業者との間の信頼関係を構築し、医療関係機関等が責任を持って非感染性廃棄物であることを明確にするために、非感染性廃棄物（感染性廃棄物を消毒処理したものや、判断基準に基づき非感染性と判断されたもの。）の容器に非感染性廃棄物であることを明記したラベル（以下非感染性廃棄物ラベルの例「非感染性廃棄物ラベル」という。）を付けることを推奨する。非感染性廃棄物ラベルの導入により、意識して感染性、非感染性廃棄物の分別が進むことも期待される。

非感染性廃棄物ラベルの導入に当たっては、関係者間で事前に十分に調整し、導入の方法（対象とする廃棄物等）等を決めておくことが必要である。

4 非感染性廃棄物ラベルの仕様は、関係者間で合意したものを使用することが望ましく、ラベルの大きさ、文字は見やすいものとする。たとえば、特別区（東京二十三区）では、大きさは縦 55mm、横 70mm、字体はゴシック体のものが使われており、参考となる。

感染性廃棄物の表示



4.6 施設内における中間処理

感染性廃棄物は、原則として、医療関係機関等の施設内の焼却設備で焼却、溶融設備で溶融、滅菌装置で滅菌又は肝炎ウイルスに有効な薬剤又は加熱による方法で消毒（感染症法その他の法律に規定されている疾患に係る感染性廃棄物にあっては、当該法律に基づく消毒）するものとする。

（参照）特別管理一般廃棄物及び特別管理産業廃棄物の処分又は再生の方法として環境大臣が定める方法（平成 4 年厚生省告示第 194 号）

【新型コロナウイルス感染症に関する廃棄物処理】

「「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（令和 2 年 3 月 6 日付事務連絡）」及び「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その 2）（令和 2 年 4 月 7 日付事務連絡）」に関する Q & A について」

令和 2 年 4 月 9 日付事務連絡 厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名より抜粋

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000620724.pdf>)

問 1 3 月 6 日事務連絡「社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。）において新型コロナウイルス感染が疑われる者が発生した場合の対応について」2④(ii)におけるおむつ及び(iv)におけるティッシュ等並びに4月7日事務連絡別紙「社会福祉施設等（入所施設・居住系サービス）における感染防止に向けた対応について」2(5)②(ii)におけるおむつ及び(iv)におけるティッシュ等について、「感染性廃棄物として処理を行う」とされているが、全ての社会福祉施設において本取扱いを行う必要があるか。

(答)

社会福祉施設等のうち介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、助産施設等廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行令（昭和 46 年政令第 300 号）別表第 1 の 4 の項の中欄に掲げる施設に該当する施設において生じたおむつ及びティッシュ等については感染性廃棄物として処理を行うこと。

それ以外の施設において生じた廃棄物は、感染性廃棄物には当たらないが、当該施設内や廃棄物処理業者の従業員への感染防止の観点から、ごみに直接触れない、ごみ袋等に入れて封をして排出する、捨てた後は手を洗う等の感染防止策を実施するなどして適切な処理を行うこと。

詳細は、「新型コロナウイルス感染症にかかる廃棄物の適正処理等について（通知）¹」（令和 2 年 3 月 4 日付環循適発第 2003044 号・環循規発第 2003043 号環境省環境再生・資源循環局長通知）並びに「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル²」（平成 30 年 3 月）及び「廃棄物処理における新型インフルエンザ対策ガイドライン³」（平成 21 年 3 月）を参照のこと。

¹ http://www.env.go.jp/saigai/novel_coronavirus_2020/er_2003044_local_gov.pdf

² <http://www.env.go.jp/recycle/misc/kansen-manual1.pdf>

³ <http://www.env.go.jp/recycle/misc/new-flu/>

(参考)「廃棄物に関する新型コロナウイルス感染症対策ガイドライン」9 ページ 表 2

(令和 2 年 9 月 環境省 環境再生・資源循環局)

(https://www.env.go.jp/recycle/waste/sp_contr/infection/202009corona_guideline.pdf)

⑥感染症法に基づく消毒・滅菌の手引き

平成 30 年 12 月 27 日健感発 1227 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知より抜粋
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000548441.pdf>)

感染症の病原体で汚染された機器・器具・環境の消毒・滅菌は、適切かつ迅速に行って、汚染拡散を防止しなければならない。

手袋、帽子、ガウン、覆布（ドレープ）、機器や患者環境の被覆材などには、可能なかぎり使い捨て製品を使用する。使用後は、専用の感染性廃棄物用容器に密閉するか、あるいはプラスチック袋に二重に密閉したうえで、外袋表面を清拭消毒して患者環境（病室など）より持ち出し、焼却処理する。

汚染した再使用器具は、ウォッシャーディスインフェクター、フラッシュイングディスインフェクター、またはその他の適切な熱水洗浄消毒器で処理するか、あるいは消毒薬に浸漬処理（付着汚染物が洗浄除去しにくくなることが多い）したうえで、用手洗浄を行う。そのうえで、滅菌などの必要な処理を行った後、再使用に供する。汚染した食器、リネン類は、熱水洗浄消毒または消毒薬浸漬後、洗浄を行う。

汚染した患者環境、大型機器表面などは、血液等目に見える大きな汚染物が付着している場合は、まずこれを清拭除去したうえで（消毒薬による清拭でもよい）、適切な消毒薬を用いて清拭消毒する。清拭消毒前に、汚染微生物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る。

消毒薬処理は、滅菌処理と異なり、対象とする微生物の範囲が限られており、その抗菌スペクトルからはみ出る微生物が必ず存在し、条件が揃えば消毒薬溶液中で生存増殖する微生物もある。したがって、対象微生物を考慮した適切な消毒薬の選択が必要である。

各論に入る前に、次ページにその概要を一覧表にして示しておく。

一類、二類感染症の消毒法概要

一類感染症		
	消毒のポイント	消毒法
エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 南米出血熱 マールブルグ病 ラッサ熱	嚴重な消毒が必要である。患者の血液・分泌物・排泄物、およびこれらが付着した可能性のある箇所を消毒する	●80℃・10 分間の熱水 ●抗ウイルス作用の強い消毒薬 0.05～0.5% (500～5,000 ppm) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭* - または 30 分間浸漬 - アルコール(消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール)で清拭、または 30 分間浸漬 2～3.5%グルタラルに 30 分間浸漬**
ペスト	肺ペストは飛沫感染であるが、患者に用いた機器や患者環境の消毒を行う	●80℃・10 分間の熱水 ●消毒薬 0.1w/v%第四級アンモニウム塩または両性界面活性剤に 30 分間浸漬 0.2w/v%第四級アンモニウム塩または両性界面活性剤で清拭 0.01～0.1% (100～1,000 ppm) 次亜塩素酸ナトリウムに 30～60 分間浸漬 - アルコールで清拭
痘そう(天然痘)	患者環境などの消毒を行う	エボラ出血熱と同様
二類感染症		
	消毒のポイント	消毒法
急性灰白髄炎(ポリオ)	患者、感染者の糞便・咽頭拭い液で汚染された可能性のある箇所を消毒する	エボラウイルスよりも消毒薬に対する耐性が高い
重症急性呼吸器症候群(SARS)	患者からの飛沫物、排泄物、血液、およびこれらが付着した可能性のある箇所を消毒する	エボラ出血熱と同様
中東呼吸器症候群(MERS)	患者からの飛沫物、排泄物、血液、およびこれらが付着した可能性のある箇所を消毒する	エボラ出血熱と同様
鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)	患者の飛沫物で汚染された可能性のある箇所を消毒する	●80℃・10 分間の熱水 ●消毒薬*** 0.02～0.1% (200～1,000 ppm)次亜塩素酸ナトリウムで清拭 - アルコール(消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール)で清拭

結核	結核菌は飛沫あるいは空気感染であり、高濃度の結核菌に汚染されていない限り、原則として器物や環境の消毒は必要ない 活動性結核患者に使用した機器は消毒を行う。実験室等全体が汚染されている場合、燻蒸を行う	●95℃・10 分間以上の熱水 ●消毒薬 （アルコール（消毒用エタノール、70-80v/v%イソプロパノール）で清拭、または 30 分間浸漬 5%フェノールで清拭・噴霧 0.5%両性界面活性剤で清拭 - グルタラルあるいはフタラルに 30 分間浸漬 0.3%過酢酸に 10 分以上浸漬 ●ホルマリン燻蒸（1～3 時間）
ジフテリア	皮膚ジフテリアなどを除き飛沫感染であるが、患者に用いた機器や患者環境を消毒する	ペストと同様

*血液などの汚染に対しては 0.5% (5,000ppm)、また明らかな血液汚染がない場合には 0.05% (500 ppm) を用いる。なお、血液などの汚染に対しては、ジクロロイソシアヌール酸ナトリウム顆粒も有効である。

**グルタラルに代わる方法として、0.55%フタラルへ 30 分間浸漬や、0.3%過酢酸へ 10 分間浸漬があげられる。

***「新型インフルエンザ等対策ガイドライン（参考）新型インフルエンザ等の基礎知識」も参照すること。

（2）消毒薬

ジフテリア菌に対しては、多くの消毒薬が有効である。第四級アンモニウム塩（オスバン®、オロナイン-K®、チアミトール®、ハイアミン®など）、両性界面活性剤（テゴール 51®、エルエイジー®など）、次亜塩素酸ナトリウム（ミルトン®、ピューラックス®、テキサント®、ハイポライト®など）およびアルコール（消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール）などを用いる。

また、80℃・10 分間の加熱も有効である。

2. 入所者の健康状態の記録（書式例）

①入所者ごとの症状の記録 書式の例

健康調査日報

年 月 日

記入者：

部屋	氏名	発熱 (体温)	嘔吐 (吐き気)	下痢・ 腹痛	咳	咽頭痛 鼻水	発疹	その他	備考 (確認印)

●発熱: 通常 37.5℃以上をいう。38℃未満の熱は微熱。日本人の腋窩温の平均値は 36.89℃である。

●嘔吐・下痢・腹痛: 感染性食中毒や消化管感染症で認める。

②施設全体での傾向把握 書式の例

年 月 第 週								入所者数： 人
症状	／	／	／	／	／	／	／	合計(人)
	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	新たな 発症者数 (人)	
発熱	3	3	4	2	1	0	0	13
吐き気・嘔吐	2	0	1	1	0	0	0	4
下痢	1	2	3	4	1	1	0	12
・・・								

③医師への報告用紙 書式の例

<発症者状況一覧表>

所 属	氏名	／	／	／	／	／	／	受診・ 診断日	備考 (診断結 果など)
階 号室									
階 号室									
階 号室									
階 号室									
階 号室									
階 号室									
階 号室									
ショートステイ									
ショートステイ									
介護職員									
調理従事者									

【記号の例】●：発熱 □：嘔吐 △：下痢 ◎：嘔吐・下痢

<新規発症者 集計表>

	／	／	／	／	／	／	合計
1 階	人	人	人	人	人	人	人
2 階	人	人	人	人	人	人	人
3 階	人	人	人	人	人	人	人
併設サービス	人	人	人	人	人	人	人
職員	人	人	人	人	人	人	人

3. 参考資料

(参考) 消毒薬の抗微生物⁵¹スペクトルと適用対象

消毒薬	適用微生物						対象	
	一般細菌	結核菌	真菌	細菌芽胞	ウイルス		手指	環境
					脂質を含む ^{※1}	脂質を含まない ^{※2}		
次亜塩素酸ナトリウム	○	△	○	△	○	○	× ^{※3}	○
ポビドンヨード	○	○	○	△	○	○	○	×
消毒用エタノール	○	○	○	×	○	△	○	○
ベンザルコニウム塩化剤	○	×	△	×	△	×	○	○
ベンゼトニウム塩化物	○	×	△	×	△	×	○	○
アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	○	○	△	×	△	×	△ ^{※4}	○
クロルヘキシジングルコン酸塩	○	×	△	×	△	×	○	○

凡例

<適用微生物>

○：有効、使用可 △：十分な効果が得られないことがある、使用注意 ×：無効、使用不可

<対象>

○：使用可能 △：注意して使用 ×：一般的には使用しない

(平成 27 年 3 月 31 日現在)

※1：脂質を含むウイルス：インフルエンザウイルス、ヘルペスウイルス、麻疹ウイルス、風疹ウイルス等

※2：脂質を含まないウイルス：アデノウイルス、ノロウイルス、ロタウイルス、コクサッキーウイルス等

※3：一般的には生体への適用外

※4：強い脱脂作用があり生体使用には適さないため、他の消毒薬が使用できない場合にのみ選択

(出典:J 感染制御ネットワーク 消毒薬使用ガイドライン 2015、J 感染制御ネットワーク、2015)

⁵¹ 抗微生物スペクトル：消毒薬の効果（影響）のある微生物の種類

(参考) 次亜塩素酸ナトリウムの希釈例

調整する濃度	用いる製品	希釈法
0.01% (100ppm)	ミルトン	水 1L に対して 10mL
	ミルクボン	
	ピュリファン P	
	ヤクラックス D	
	ピューラックス	水 1L に対して 2mL
	次亜塩 6%「ヨシダ」*	
	テキサント*	
	ハイター**	
	ピューラックス 10	水 1L に対して 1mL
	ハイポライト 10*	
0.1% (1,000ppm)	ミルトン	水 1L に対して 100mL
	ミルクボン	
	ピュリファン P	
	ヤクラックス D	
	ピューラックス	水 1L に対して 20mL
	次亜塩 6%「ヨシダ」*	
	テキサント*	
	ハイター**	
	ピューラックス 10	水 1L に対して 10mL
	ハイポライト 10*	
1% (10,000ppm)	ミルトン	原液のまま使用
	ミルクボン	
	ピュリファン P	
	ヤクラックス D	
	ピューラックス	5 倍に希釈して使用
	次亜塩 6%「ヨシダ」*	
	テキサント*	
	ハイター**	
	ピューラックス 10	10 倍に希釈して使用
	ハイポライト 10*	

*冷所保存が必要な製品

**ハイターは医薬品ではないので、濃度は確実なものではない

(出典：バイオテロ対応ホームページ（厚生労働省研究班）)

(参考) 新型コロナウイルス感染症における医療施設での個人用感染防護具の使用例

(出典：国立感染症研究所 (<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-01-200602tbl.pdf>))

状況	職種	活動内容	PPE の使用例
医療施設			
スクリーニング トリアージ 待合室 症状を持つ患者と離れた場所で、重症度評価を行う。	医療従事者	患者に直接接触しない、 初期スクリーニング	・サージカルマスク ・医療従事者と患者間にバリアを作るため、ガラスやプラスチックを置く。 ・バリアがない場合には、眼の防護具（ゴーグル、フェイスシールド等）をつける。
	COVID-19 患者及び疑い患者	常時	・サージカルマスク ・すぐに患者を隔離部屋か他の人と分離された場所に移動させる。不可能な場合は、他の患者と可能な限り離す。
	COVID-19 を疑う症状がない患者	常時	・マスク（サージカルマスク、布マスク等）をつける。
病室、外来診察室	医療従事者 (COVID-19 患者及び疑い患者)	エアロゾルを生み出す処置 ^{注1)} 以外	・サージカルマスク ・長袖ガウン

	い患者を診察する場合)		・手袋 ・眼の防護具（ゴーグル、フェイスシールド等）
		エアロゾルを生み出す処置 ¹⁾	・N95 マスクまたはそれと同等のマスク ・長袖ガウン ・手袋 ・眼の防護具（ゴーグル、フェイスシールド等）
	COVID-19 患者及び疑い患者	常時	・サージカルマスク
	COVID-19 を疑う症状がない患者	常時	・マスク（サージカルマスク、布マスク等）をつける。
	COVID-19 患者及び疑い患者の病室、外来診察室の清掃係	清掃	・サージカルマスク ・長袖ガウン ・頑丈な手袋（炊事用手袋等） ・眼の防護具（ゴーグル、フェイスシールド等、飛沫がくることが予想される場合）
	COVID-19 患者及び疑い患者への面会者（※原則、面会は推奨しない）	面会（患者の室内に入ることが、直接触しない場合を想定）	・サージカルマスク ・長袖ガウン ・手袋
患者が立入らないエリア	全ての職員	患者と接触しないすべての活動	・マスク（サージカルマスク、布マスク等）をつける。
検査室	検査技師	血液検査や血液ガス検査のような追加検査をCOVID-19 確定患者から採取された検体を用いて行う場合 ²⁾	・サージカルマスク ・眼の防護具（ゴーグル、フェイスシールド等） ・長袖ガウン ・手袋
受付	全ての職員	常時	・サージカルマスク

1) エアロゾルを生み出す処置: 気管挿管、非侵襲的換気、気管切開、心肺蘇生、挿管前の徒手換気、気管支鏡

2) 呼吸器検体を扱うのは BSL-2 かそれと同等の施設を必要とする。

参考：WHO Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages

CDC Decontamination and Reuse of Filtering Facepiece Respirators

(参考) サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて

(出典：「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて（令和2年4月15日付厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課ほか連名事務連絡）」)

別添事務連絡

事務連絡

令和2年4月14日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールド、
の例外的取扱いについて

今般、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの需要が高まっております。こうしたことを受け、国としてもこれらの確保に努めているところであり、

- ・ サージカルマスクについては、合計4,500万枚を全国の医療機関に配布してきたことに加え、現在緊急事態宣言の対象となっている7都府県（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県）の医療機関等向けに今週中に追加で1,000万枚を配布、
- ・ 長袖ガウン及びフェイスシールドについては、それぞれ7都府県に速やかに100万枚を配布するとともに、それ以外の地域についても配布を開始

できるよう準備を進めてまいります。

一方で、使い捨てとされているサージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドについては、再利用するなど个人防护具の例外的取扱いにより効率的に使用することが可能であるため、その際の留意点等について、別添のとおり取りまとめました。

これまでも各医療機関等におかれても様々な工夫をされていることと存じますが、参考としていただくよう、貴管内の医療機関等の関係者に周知いただきますようお願いいたします。

なお、N95マスクの例外的取扱いについては4月10日に事務連絡を発出しておりますのでご参考下さい。

(参考) N95マスクの例外的取扱いについて（4月10日事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000621007.pdf>

サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱い

① サージカルマスクについて

- 使用機会に優先順位を設けること（サージカルマスクが必要不可欠な処置や手術を行う場合や感染の可能性のある患者との密接な接触が避けられない場合など）。
- 複数の患者を診察・検査等する場合においても、同一のサージカルマスクを継続して使用すること（※1「サージカルマスクの継続使用に係る注意点」参照）。

※1 サージカルマスクの継続使用に係る注意点

- ・目に見えて汚れた場合や損傷した場合は、廃棄すること。
- ・サージカルマスクを外す必要がある場合は、患者のケアエリアから離れること。
- ・サージカルマスクを外す際には、マスクの外面を内側にして折りたたみ、接触感染を避けること。

② 長袖ガウン（アイソレーションガウン・長袖のプラスチックガウン等）について

- 以下の場合に優先して使用するなど、使用機会に優先順位を設けること。
 - ・血液など体液に触れる可能性のある手技。
 - ・エアロゾルが発生するような手技（気道吸引、気管内挿管、下気道検体採取等）
 - ・上気道検体の採取（長袖ガウン不足時は袖のないエプロン可）
 - ・患者の体位交換や車いす移乗など、前腕や上腕が患者に触れるケアを行う時（長袖ガウン不足時は袖のないエプロン可）
- （※袖のないエプロン使用時であっても、手指・前腕の適切な洗浄・消毒を行うことで感染予防が可能である）
- コホーティングされた複数の患者を診察・検査等する場合には、同一の長袖ガウンの継続使用を検討すること。なお、長袖ガウン（袖のないエプロンを含む。）は、コホーティングされた場所を離れる際に脱ぐこと。

※ いわゆるサージカルガウンについては、手術等の清潔操作時に用いる防護具であり、個人防護具の効率的な使用の観点から、アイソレーションガウンの代替として用いることは望ましくない。

③ ゴーグル及びフェイスシールドについて

- 複数の患者を診察する場合には、同一のゴーグルやフェイスシールドを継続して使用すること（※2「ゴーグル及びフェイスシールドの継続使用に係る注意点」参照）。

※2 ゴーグル及びフェイスシールドの継続使用に係る注意点

- ・目に見えて汚れた場合は、洗浄及び消毒を行うこと。
- ・一度外した場合には、再度装着する前に洗浄及び消毒を行うこと。
- ・ゴーグルやフェイスシールドが損傷した場合（ゴーグルやフェイスシールドがしっかりと固定できなくなった場合、視界が妨げられ改善できない場合など）は廃棄すること。
- ・ゴーグルやフェイスシールドを外す必要がある場合は、患者のケアエリアから離れること。

- 使い捨てのゴーグルやフェイスシールドについても再利用すること。再利用の際には、適切な洗浄及び消毒を確実に行うこと（※3「ゴーグル及びフェイスシールドの洗浄及び消毒方法」参照）。

※3 ゴーグル及びフェイスシールドの洗浄及び消毒方法

洗浄及び消毒方法についてはメーカーへ問い合わせ、その推奨方法とすることが基本であるが、方法が不明な場合は、以下の手順を参考とすること。

- （1）手袋を装着したままの状態、ゴーグルやフェイスシールドの内側、次に外側を丁寧に拭くこと。
- （2）アルコール又は0.05%の次亜塩素酸を浸透させたペーパータオルやガーゼ等を使用して、ゴーグルやフェイスシールドの外側を拭くこと。
- （3）0.05%の次亜塩素酸で消毒した場合、ゴーグルやフェイスシールドの外側を水又はアルコールで拭き、残留物を取り除くこと。
- （4）清潔な吸収性タオルを用いて吸水することなどにより、良く乾燥させること
- （5）手袋を外した後は、手指の衛生を行うこと。

④ 防護具がなくなったときの代替品について

- 長袖ガウン
 - ・体を覆うことができ、破棄できるもので代替可（カッパなど）。撥水性があることが望ましい。
- ゴーグル及びフェイスシールド
 - ・目を覆うことができるもので代替可（シェノーケリングマスクなど）

(参考)

米国CDCの関連ホームページ

Strategies to Optimize the Supply of PPE and Equipment

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/index.html>

Strategies for Optimizing the Supply of Eye Protection

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/eye-protection.html>

Strategies for Optimizing the Supply of Facemasks

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/face-masks.html>

Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>

Decontamination and Reuse of Filtering Facepiece Respirators

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>

4. 参考ウェブサイト

【感染症の発生に関する情報の収集】

感染対策においては、国や自治体等が公表する感染症発生動向等の情報も参考になります。

- 感染症全般
 - ・ 厚生労働省（感染症情報）：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekka-ku-kansenshou/index.html
 - ・ 国立感染症研究所：
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/>
- 感染症発生動向
 - ・ 厚生労働省「感染症発生動向調査について」：
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115283.html>
 - ・ 国立感染症研究所「感染症発生動向調査 週報（IDWR）」：
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html>
- 感染症に関するQ & A
 - ・ インフルエンザウイルス
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/qa.html>
 - ・ ノロウイルス感染症（ノロウイルス）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html>
 - ・ 腸管出血性大腸菌感染症
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177609.html>
 - ・ レジオネラ症
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00393.html

【手引き・啓発資料・リーフレット】

- ・ 厚生労働省「咳エチケット」：
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187997.html>
- ・ 厚生労働省「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」：
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/dl/tebiki25.pdf>

【新型コロナウイルス感染症に関する情報】

- ・厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html
- ・厚生労働省「介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について」：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html
- ・厚生労働省・経済産業省「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000653472.pdf>
- ・厚生労働省「三密」：
https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/qa-jichitai-iryoukikan-fukushishisetsu.html#h2_4
- ・厚生労働省「「新しい生活様式」の実践例」：
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000641743.pdf>
- ・厚生労働省「送迎の時のそうだったのか！感染対策」
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc
- ・厚生労働省「介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策①（外からウイルスをもちこまないために）」
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc
- ・厚生労働省「介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策②（施設の中でウイルスを広めないために 2）」
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc
- ・厚生労働省「訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策①～③」
①あなたが利用者宅にウイルスをもちこまないために②利用者とあなたの間でウイルスのやりとりをしないために
③あなたがウイルスをもちださないために
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWj_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc

厚生労働省「介護施設及び介護事業所における感染症対策力向上支援業務」

介護現場における感染症対策の手引き 検討委員会

委員名簿

<委員> (敬称略・五十音順、◎：委員長)

荒井秀典	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長
池田学	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 教授
江澤和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
遠藤史郎	東北医科薬科大学医学部 感染症学教室 准教授
大木元繁	徳島県三好保健所兼美馬保健所 所長
大曲貴夫	国立国際医療研究センター国際感染症センター長 理事長特任補佐
岡島さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
小川勝	公益社団法人全国老人保健施設協会 理事
小坂健	東北大学スマートエイジング学際重点研究センター 教授
◎賀来満夫	東北医科薬科大学 特任教授
加藤誠也	公益財団法人結核予防会結核研究所 所長
木村哲之	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 副会長
小出純子	社会医療法人慈薫会 河崎病院 医師
坂本史衣	学校法人聖路加国際大学 聖路加国際病院 QI センター感染管理室 マネジャー
田尻久美子	一般社団法人全国介護事業者協議会 関東甲信越地区担当理事
坪根雅子	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
中澤俊勝	公益社団法人全国有料老人ホーム協会 理事長
中沢豊	松戸市 福祉長寿部 参事監
早見浩太郎	一般社団法人日本在宅介護協会（株式会社ツクイ） 介護保険制度委員会 委員
深堀浩樹	慶應義塾大学 看護医療学部 老年看護学分野 教授
松本哲哉	国際医療福祉大学医学部感染症学講座 主任教授
山岸拓也	国立感染症研究所感染症疫学センター 第四室 室長 同所感染症疫学センター 併任