



一般社団法人 日本環境感染学会 地域セミナー委員会主催

# 令和5年度 東海ブロック研修会

日時： 2024年2月10日（土） 13:00～17:00

場所： 三重県総合文化センター文化会館レセプションルーム

514-0061 三重県津市一身田上津部田 1234



# 令和5年度 東海ブロック研修会 プログラム

日時： 2024年2月10日（土）13:00～17:00

場所： 三重県総合文化センター文化会館レセプションルーム

13:00～

## オリエンテーション 村上 啓雄

(ぎふ総合健診センター／岐阜大学医学部附属地域医療医学センター)

13:10～

### 講演 I

#### 1 感染対策の基本 ----- 1

塚脇 美香子 (三重大学医学部附属病院)

#### 2 環境整備 ----- 13

石川 美菜子 (三重北医療センターいなべ総合病院)

#### 3 高齢者施設において注意すべき感染症 ----- 20

田辺 正樹 (三重大学医学部附属病院)

14:50～

### 講演 II

#### 4 アウトブレイク・クラスターを起こさないために ----- 27

新居 晶恵 (三重県立看護大学地域交流センター)

#### 5 事例から学ぶ高齢者施設の感染対策 ----- 33

根本 保正 (紀南病院)

16:00～

### 質疑応答



# 感染対策の基本

三大学医学部附属病院 感染制御部

塚脇 美香子

## 発表者のCOI開示

塚脇 美香子

演題発表に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはありません

1

## ■ 本日の内容

1. 感染と感染症
2. 感染が成立する3要因
3. 標準予防策とは
4. 標準予防策（手指衛生）
5. 標準予防策（個人防護具）
6. 標準予防策（経路別予防策）

2

## ■ 利用者の特徴

- 高齢者又は基礎疾患がある等、感染への抵抗力が低下している
- 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

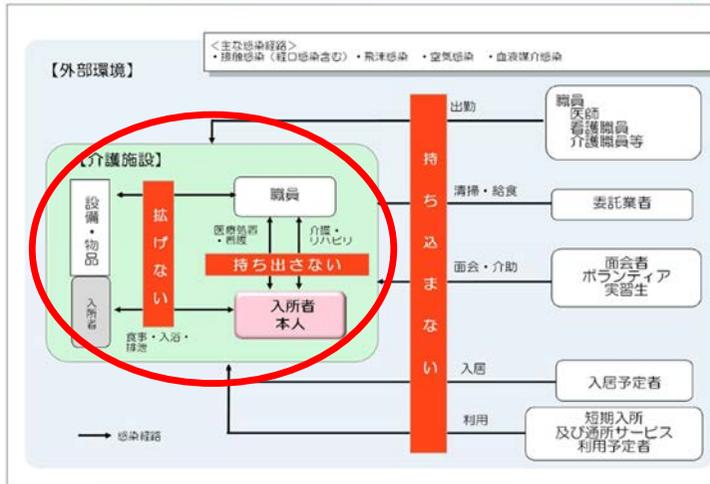
→ **感染を受けやすい**  
**感染が拡がりやすい**

3

1

## ■ 感染対策の目的

- 利用者を感染から守る
- 職員自身を感染から守る
- 感染を広げない



出展：介護現場における感染対策の手引き 第3版

4

## ■ 1.感染と感染症

### <感染>

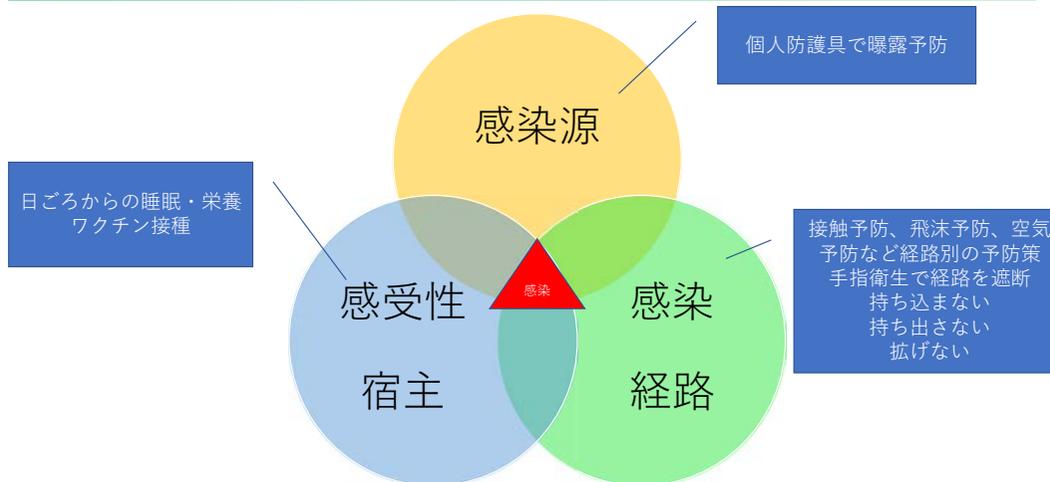
病気の原因となるようなウイルス、細菌、真菌等が、宿主となるヒトや動物の体の中に入り、臓器や組織の中で増殖すること

### <感染症>

感染の結果、熱が出たり、下痢になったり、具合が悪くなるなど症状が出ること

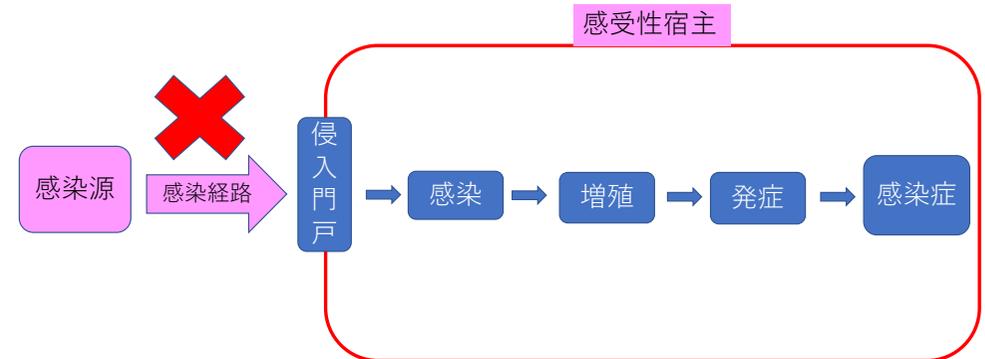
5

## ■ 2.感染が成立する3つの要因



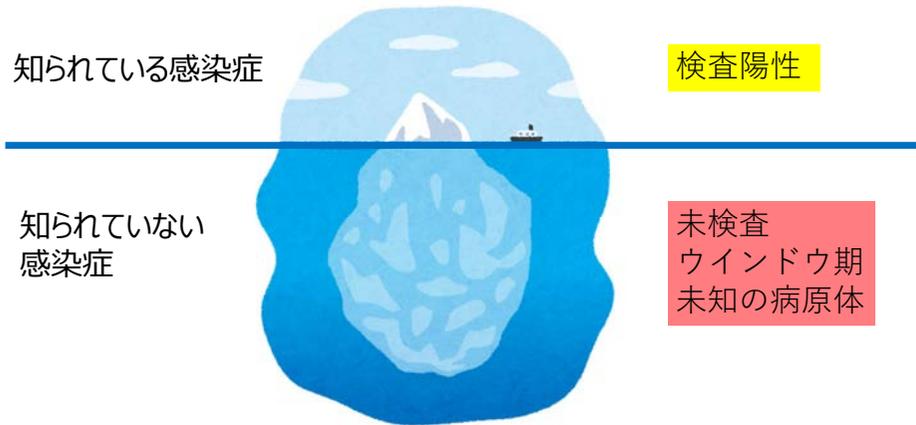
6

## ■ 感染症の成立過程



7

## ■ 知られている感染症は氷山の一角



8

## ■ 3.標準予防策とは

- 標準予防策 (standard precautions)  
すべての患者、利用者に標準的に実施する感染対策
- あらゆるヒトの「血液」「すべての体液」「分泌物」「汗以外の排泄物」  
「創傷のある皮膚」「粘膜」には感染性があると考えて扱う



9

## ■ 標準予防策の目的

- あらゆるヒトの「血液」「すべての体液」「分泌物」「汗以外の排泄物」  
「創傷のある皮膚」「粘膜」や部位を介して伝播する、既知及び未知の菌やウイルスによる感染から職員と利用者を守ること

10

## ■ 標準予防策に含まれる具体策

1. 手指衛生 (手洗い・手指消毒)
2. 個人防護具 (PPE: Personal protective equipment)
3. 呼吸器衛生/咳エチケット
4. 患者の配置
5. 患者ケア用品、器具/器材
6. 環境整備
7. リネンおよび洗濯物
8. 安全な注射手技
9. 腰椎穿刺処置時の感染制御策
10. 労働者の安全管理

CDC隔離予防ガイドライン:医療現場における感染性病原体の感染防止(2007年)

11

## ■ 手指衛生

- 手指衛生は感染対策で最も重要です。
- \* 菌やウイルスは自分では移動しません。  
医療従事者の手を介して移動していきます。

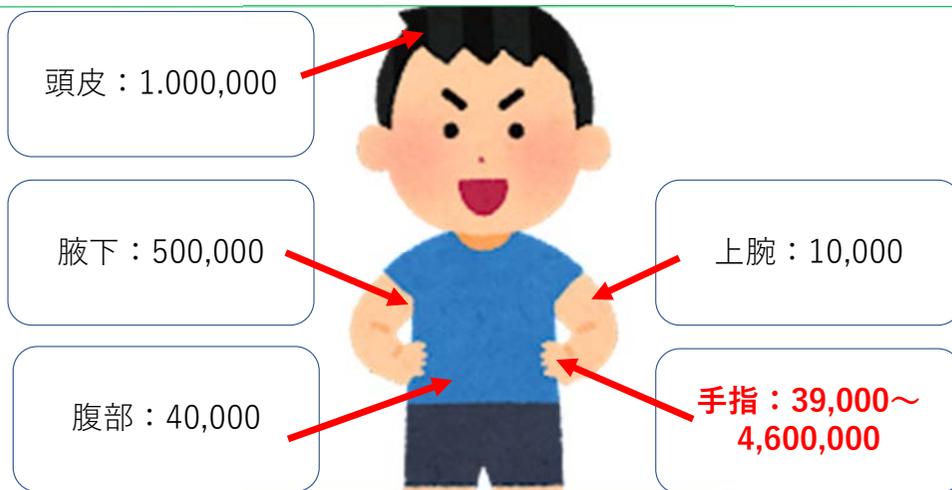
12

## ■ 4.手指衛生

- 手指衛生とは  
手指消毒や石鹸と流水による手洗いを行うことにより、  
手指の微生物数をできる限り減らすこと

13

## ■ 正常な皮膚に存在する細菌数(CFU/cm<sup>2</sup>)



14

## ■ 一過性菌と常在菌

- 一過性菌 (通過菌)  
患者、利用者や環境表面に接触することにより獲得する  
医療機関や高齢者施設での感染の原因となる菌  
手指衛生で除去することが可能
- 常在菌  
もともと人の体に存在し、皮膚の深い層に定着  
通常の手指衛生では除去しにくい  
日常のケアでは感染源になることはあまりない

15

## ■ 手指を介した菌やウイルスの伝播様式

- ①患者（利用者）の健常な皮膚、環境表面に感染を引き起こす菌やウイルスが付着している
- ②患者（利用者）や環境表面に触れた医療従事者、職員の手指が菌やウイルスで汚染
- ③医療従事者、職員の手指に付着した菌やウイルスは、手の皮膚表面で一定時間生存する
- ④不十分な手指衛生により、手指に菌やウイルスが残り、増殖し続ける
- ⑤医療従事者、職員の手指を介して、異なる患者（利用者）間で菌やウイルスの伝播が起こる

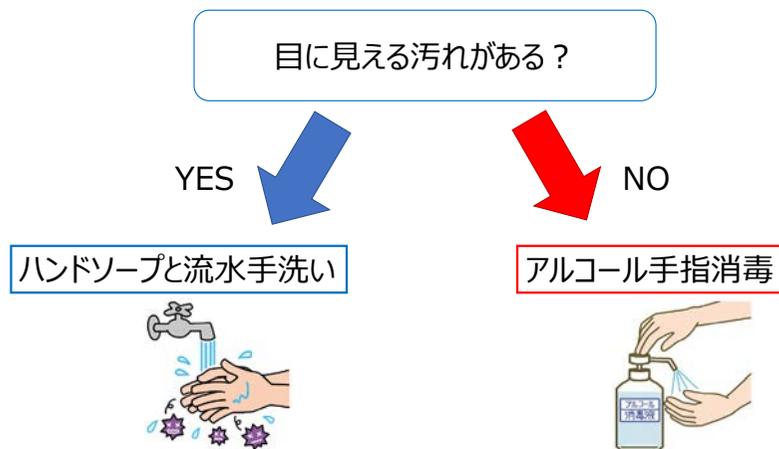
参考：坂本史衣 基礎から学ぶ医療関連感染対策

## ■ 手の皮膚面における菌やウイルスの生存期間

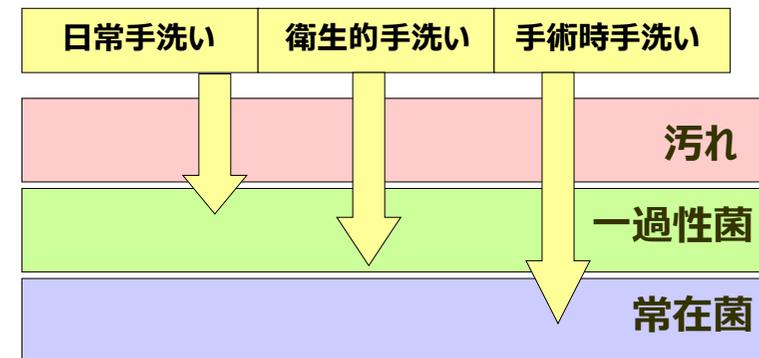
菌・ウイルス	生存期間
黄色ブドウ球菌	150分
腸球菌属	60分
クレブシエラ属	120分
大腸菌	6～90分
緑膿菌	30～180分
アシネトバクター属	150分以上
ロタウイルス	最大260分
インフルエンザウイルス	15分

出展：南江堂 基礎から学ぶ医療関連感染対策

## ■ 手洗い方法の使い分け



## ■ 手洗いと速乾性擦式手指消毒剤の相違



## ■ アルコール手指消毒が効きにくい病原体

- クロストリジディオイデス・デフィシルなど芽胞を形成する菌
- ノロウイルス・ロタウイルスなどエンベロープというウイルスを覆う膜のような物質のないウイルス



### ハンドソープと流水手洗い



20

## ■ 擦式手指消毒剤による手指消毒

手指消毒15秒



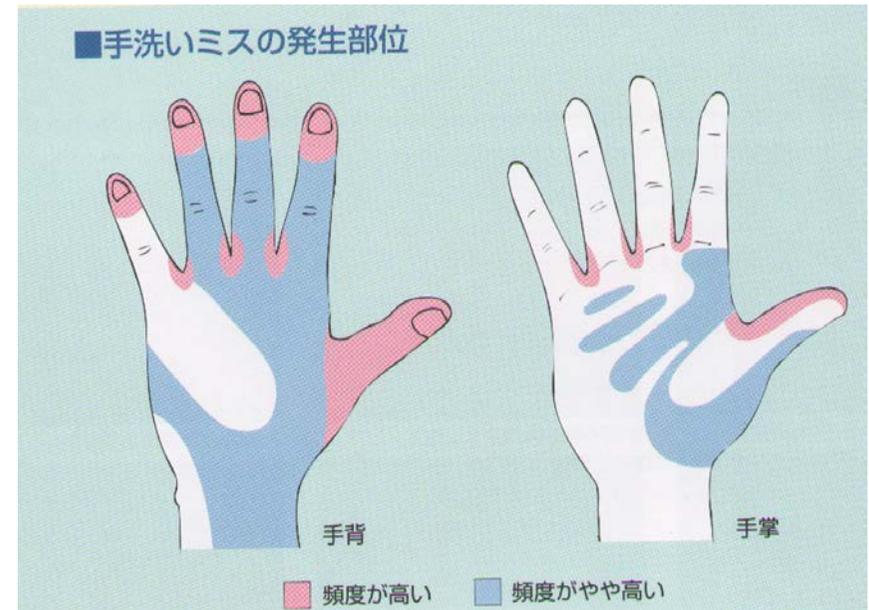
21

## ■ ハンドソープによる手洗い

手洗い30秒



22



## ■ 手荒れの防止対策

お湯で洗わない

手洗いのたびに十分な水でしっかりとすすぎ、石鹼成分を完全に除去する

手をペーパータオルで擦らず、やさしく押さえるようにして水分をとる

完全に水分をふき取る

手洗い毎に、ローションや保湿剤を使用する

手荒れを予防するため、工作中だけでなく、日常生活においても自身の手をケアを  
→ケアしても手荒れがひどくなる場合は早めに皮膚科受診を

24

## ■ 手指衛生のタイミング



出展：「Medical SARAYA（メディカルサラヤ）」

25

## ■ 手指衛生のタイミング

### 1. 患者（利用者）に触れる前

医療エリアの菌やウイルスを患者ゾーンに持ち込まないため

具体的な場面

- ・利用者の手を握る前
- ・利用者の身の回りの世話をする前
- ・血圧測定、聴診をする前

26

## ■ 手指衛生のタイミング

### 2. 清潔・無菌操作の前

医療従事者の手指から利用者へ、また同じ患者の1つの身体部位から別の身体部位に菌やウイルスが伝播するのを防ぐため

具体的な場面

- ・歯磨き、点眼、坐剤の挿入、吸引を行う前
- ・創傷処置の前
- ・鼻カニューレの挿入前

**\* 接触する直前に実施**

27

## ■ 手指衛生のタイミング

### 3. 体液暴露リスクの後

利用者が保有する菌やウイルスによる医療従事者の保菌や感染を予防するため

医療環境の汚染や、環境汚染による菌やウイルスの伝播を予防するため

具体的な場面

- ・創傷処置の後
- ・粘膜との接触の後
- ・ガーゼなどを外した後

**\* 体液曝露リスクが伴う作業が終了したらすぐ実施**

28

## ■ 手指衛生のタイミング

### 4. 患者に触れた後

利用者が保有する菌やウイルスによる医療従事者の保菌や感染を予防するため

医療環境の汚染や、環境汚染による菌やウイルスの伝播を予防するため

具体的な場面

- ・利用者の手を触った後
- ・利用者の身の回りの世話の後
- ・血圧測定、聴診の後

29

## ■ 手指衛生のタイミング

### 5. 患者の周囲環境に触れたあと

利用者周囲の環境表面に存在する菌やウイルスによる医療従事者の保菌や感染を予防するため

医療環境の汚染や、環境汚染による菌やウイルスの伝播を予防するため

具体的な場面

- ・ベッド柵に触った後
- ・モニタリングアラームの解除後
- ・床頭台に触った後

**\* 利用者には触れていないが、利用者周囲環境に触れた後に実施**

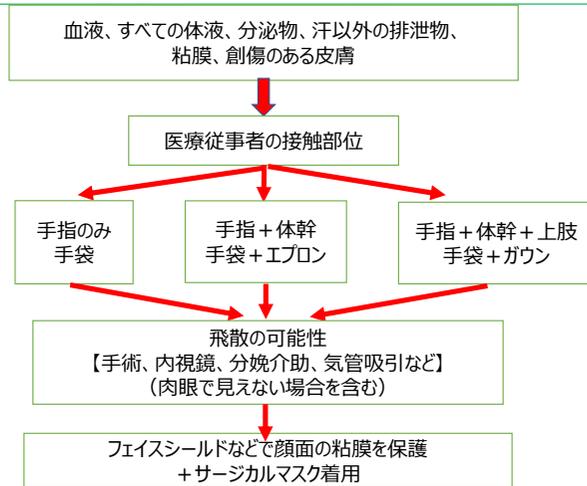
30

## ■ 5. 個人防護具（PPE）

- ・ P : personal（個人）
- ・ P : protective（防護）
- ・ E : equipment（道具）

感染症を引き起こす恐れのある菌やウイルスから医療従事者と利用者を守るために着用する。

## ■ 個人防護具の選択基準



出展：南江堂 基礎から学ぶ医療関連感染対策より一部改変

32

## ■ 手袋

### 【必要な場面】

- ・標準予防策
- ・接触予防策

### 【手袋使用時の注意事項】

- ・着用前に手指衛生
- ・患者ゾーンから出る前に外す
- ・患者との接触後、電子カルテなどに触れる前に外し、手指衛生を行う
- ・患者ごとに交換する
- ・手袋を外した後は手指衛生を行う

## ■ エプロン、ガウン

### 【必要な場面】

- ・標準予防策
- ・接触予防策

### 【使用時の注意事項】

- ・エプロン、ガウンのどちらを選択するかは予測される物質との接触の程度、ケアや処置内容を考慮
- ・患者ゾーンから出る前に外す

## ■ サージカルマスク

### 【必要な場面】

- ・標準予防策
- ・飛沫予防策
- ・無菌的な処置
- ・咳エチケット

### 【使用時の注意事項】

- ・マスクのひだを伸ばし、鼻から顎まで広く覆う
- ・ノーズピースを鼻の高さに合わせ、マスクと鼻の間に隙間ができないようにする
- ・サージカルマスクを外した後は手指衛生をおこなう

## ■ ゴーグル（アイシールド）

### 【必要な場面】

- ・標準予防策

### 【使用時の注意事項】

- ・眼鏡やコンタクトレンズは目の保護に不十分

38

## ■ 6.感染経路別予防策

**標準予防策**（知られている感染症の有無に関わらず、全ての利用者に実施）



接触予防策

飛沫予防策

空気予防策

37

## ■ 接触予防策

- ・手や皮膚による直接接触、環境表面や利用者に使用した物品との間接接触により伝播する

\* 医療関連感染のなかで最も頻度が高い

### ＜利用者配置＞

- ・伝播を促進する状況（便失禁、被覆材から浸出液が頻繁に漏れるなど）では、優先的に個室隔離する
- ・同じ病原体による保菌または感染症の利用者を同室にする（コホーティング）
- ・利用者間はカーテンで仕切り、1m以上の間隔をあける
- ・同室の利用者に接触する前に、PPEをすべて交換し、手指衛生する

38

## ■ 接触予防策

- ・PPE：手袋・ガウン  
患者ゾーンに入る時点でPPEを着用。  
患者ゾーンから出る直前にPPEを外し手指衛生を実施
- ・利用者の搬送  
感染、保菌部位から排泄物や浸出液が漏れないようにしっかりと覆われていることを確認する  
搬送の際は、患者ゾーンの外で新しいPPEを着用する

39

## ■ 接触予防策

- 利用者に使用する器具  
利用者の皮膚に触れる器具はできる限り患者専用またはディスポとする  
他の利用者に使用する場合は、事前に適切な方法で洗浄・消毒する
- 環境  
高頻度接触面の清掃をなるべく頻繁に行う

40

## ■ 飛沫予防策

- 咳やくしゃみの際に飛び出す $5\mu\text{m}$ 以上の大きさの飛沫に含まれる菌や微生物が、2～3m以内にいる人の目や鼻、気道の粘膜と接触することによって起こる

### <利用者の配置>

- 咳や痰の量が多い利用者を優先的に個室隔離する
- 同じ病原体のみによる感染症に罹患している利用者と同室にする（コホーティング）
- 利用者間はカーテンなどで仕切り、1m以上の間隔をあける
- 同室の利用者に接触する前に、PPEをすべて交換し、手指衛生する

41

## ■ 飛沫予防策

- PPE：マスク・アイガード  
患者ゾーンに入る前にサージカルマスク+アイガードを装着する
- 利用者の搬送  
利用者にサージカルマスクを着用してもらう

42

## ■ 空気予防策（結核・水痘・麻疹など）

- 咳やくしゃみ、会話などの際に口から飛び出た飛沫の水分が蒸発してできる $1\sim 2\mu\text{m}$ の飛沫核や小さな粒子に菌やウイルスが付着した状態で空中を浮遊し、これを吸入することにより起こる

### <利用者の配置>

陰圧に空調管理された個室に収容する

43

---

## ■ 空気予防策

---

- PPE : N95
  - \* 職員や家族が入室する場合に着用
- 利用者の搬送
  - \* 必要最小限に
  - 利用者にサージカルマスクを着用してもらう



## 環境整備

三重北医療センターいなべ総合病院  
感染管理認定看護師  
石川 美菜子

## 発表者のCOI開示 石川 美菜子

演題発表に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはありません

1

## 高年齢者・障がい者施設等の特徴（私見）

### ヒト（利用者）

- 介助・介護を要する高齢者
- 入所、通所と様々な形態が混在する
- 認知機能低下等で、感染対策への協力が得にくい
- 手洗いなどの清潔行為が行えない場合もある
- 医療処置がある場合がある

### モノ

- 基本、生活の場である
- 医療現場のようにPPE等の資材が使用できない
- 集団での食事見守りやリハビリなど共有する物品、環境が多い
- 医療行為は比較的少ない
- エビデンスの乏しい？物品

### ヒト（施設側）

- 様々な職種で、医療知識のベースが異なる
- 慢性的な人員不足
- 外国人労働者の参入
- 経営母体が医療関係でない場合もある

### カネ

- 介護報酬は医療の診療報酬より低い

相対的に病原体の伝播が起こりやすく、感染対策を徹底する必要がある

2

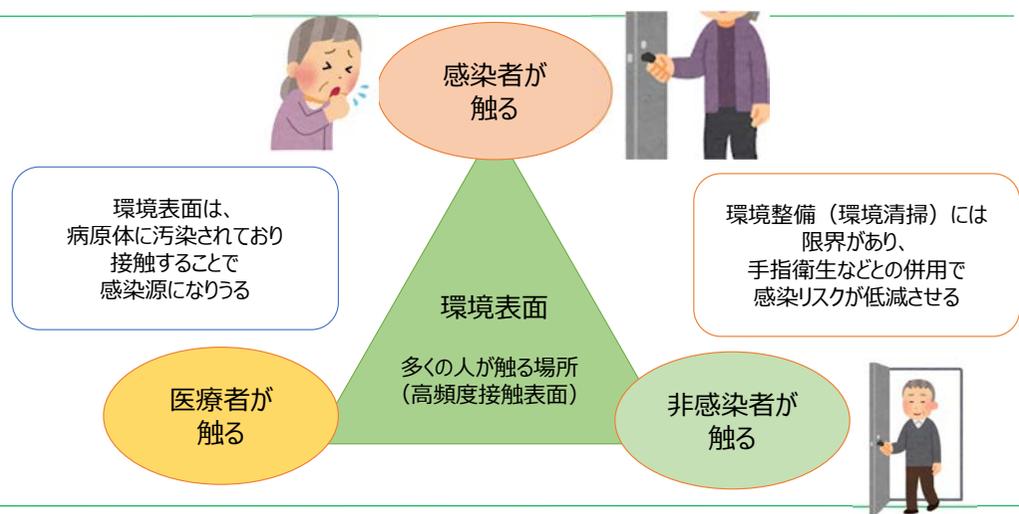
## 環境整備とは

- 安全な環境を整える
  - バリアフリー 居室の扉 手すりの設置
  - ベッド、テーブル等の配置
- 快適で心地よい環境にする
  - 温度設定 陽光 明るさ 騒音対策 匂い対策
  - 整理整頓
- 施設内の衛生管理
  - **環境整備**（狭義）環境表面の清掃 消毒
  - 感染リスクの低減に向けた設備管理



3

## ■ 環境整備が必要な理由



4

## ■ 環境管理の3つの基本

### 1. 環境の病原体を取り除く（減少させる）

- 物理的に取り除く（清掃）
- 消毒、除菌をする

### 2. 環境に病原体をつけない

- 適切な手指衛生（汚れた手で環境に触れない）
- 正しい個人防護具の使用（病原体に触れる時に使用し、その場で外す）

### 3. 環境の病原体を増やさない

- 水場の管理 湿潤環境を避け、乾燥させる

5

## ■ 環境中における微生物の生存期間

病原体	環境中生存期間
MRSA メチシリン耐性黄色ブドウ球菌	7日～12か月以上
VRE バンコマイシン耐性腸球菌	5日～46か月以上
<i>Clostridioides difficile</i> (芽胞) クロストリディオイデリス・ディフィシル	5か月以上
<i>P.aeruginosa</i> 緑膿菌	6時間～16か月
ノロウイルス	8時間～7日

- 薬剤耐性菌等の病原体は乾燥した環境表面に数時間～数か月生存することが知られる
- 湿潤環境等の好条件であれば、菌種によっては分裂を繰り返し、増殖することができる

薬剤耐性菌などに汚染した環境からは、様々経路をたどって微生物が伝播する可能性がある

(参考) グラム陰性薬剤耐性菌制御に関わる環境整備に関する資料集

6

## ■ 介護現場における感染対策の手引き

- 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
- 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

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)

### 4. 介護施設・事業所における感染管理の体制づくり

#### 8) 施設・事業所内の衛生管理



7

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（1）

### （1）環境の整備

- 介護施設・事業所内の環境は清潔に保つことが重要
- 整理整頓を心がけ、清掃を行う
- 日常的には見た目に清潔な状態を保つ
- 目に見える埃や汚れを除去する
- 手洗い場やうがい場、汚物処理室といった設備は、利用者や職員が利用しやすい形態で整備する



（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

8

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（2）

### 【手洗い場の推奨】

- 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
  - 壁掛け式ホルダーを使用し、直置きしない
- 足踏み式開閉口のゴミ箱の使用
  - ゴミ箱を手で開けることで、手が再び汚染してしまう
- トイレの出入り口についてはドアのない形態
  - ドアがある設備であれば、ドアノブをこまめに消毒する

水道カランの汚染による感染を防ぐ

### 【適切な換気】

- 定期的な換気
- 二酸化炭素濃度を参考にする
- 排気口の定期的な清掃

空気、エアロゾル感染を予防する

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

9

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（3）

### （2）施設・事業所内の清掃

#### ① 日常的な清掃

- 原則 1 日 1 回以上、湿式清掃を行った後、換気を行い乾燥させる
- 必要に応じ床の消毒を行う
- 使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し、乾燥させる
- 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、清掃回数を増やす
- 清掃の基本は拭き取りによるほこり等の除去
- 水で湿らせたモップや布で拭き掃除し、乾拭きして乾燥させる

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

10

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（4）

### （2）施設・事業所内の清掃

#### ② 特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

##### （ア）床

- 通常時の清掃は湿式清掃を基本とする。
- 使用したモップは家庭用洗剤で十分に洗浄し、十分な流水ですすいだ後、乾燥させる
- 床に血液等の体液、嘔吐物、排泄物が付着した場合は、次亜塩素酸ナトリウム液等で消毒後、湿式清掃し、乾燥させる



消毒薬は汚れを落としてからでないと効力を発揮しない  
消毒薬は、有機物に触れることで失活する。そのため、血液、体液、嘔吐物、排泄物の処理時には、先に汚物を除去してから、消毒を行う  
汚物（湿性生体物質）を処理する時には、適切な个人防护具を使用する

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

11

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（5）

### （2）施設・事業所内の清掃

#### ②特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

##### （イ）トイレ

- トイレのドアノブ、取手等は、消毒用エタノールを用いて、消毒を行う

##### （ウ）浴室

- 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒等はこまめに行い、衛生管理を徹底する
- 通常は洗剤にて浴槽や床、壁等を清掃する
- レジオネラ感染予防対策を講じるためにも「ぬめり」の除去に努める

##### （エ）加湿器

- 加湿器内の水は汚染されやすい 汚染水のエアロゾルを原因とするレジオネラ症に注意
- 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う
- 機器の取り扱い説明書を確認し、水の交換、機器・フィルターの清掃をこまめに行う

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

12

## ■ 施設・事業所内の衛生管理（6）

### （2）施設・事業所内の清掃

#### ③その他

- 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する
- 清掃は部屋の奥から入口方向に行く
- 清掃ふきとりは一方向に行く
- 目に見える汚染は速やかに確実に拭き取る
- 拭き掃除のモップはよく絞る
- 清掃後の水分残量に注意し、場合によってふきとる
- 使用したモップは家庭用洗剤で洗い、流水下で洗浄し十分乾燥させる
- 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し、汚染度の高いところを最後に清掃する
- 清掃後は、よく手を洗い、衛生の保持を心がける
- 清掃を担当しているボランティア、委託業者にも徹底する

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

13

## ■ 清掃と消毒と除菌

**清掃**：きれいに掃除すること 汚れを取り除くこと≒洗浄

**消毒**：有害な微生物を除去・死滅・無害化すること、対象物に生存する微生物を減少させること

※「消毒」は有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）より承認

**除菌**：細菌やウイルスの数を減らす 明確な決まりはない



14

## ■ 清掃における注意事項

- 掃除の順番の原則は、高い場所から低い場所、奥から入口
- 高頻度接触表面（ドアノブ、手すり、テレビのリモコン、電灯のスイッチ、ベッド周囲など）は1日に1回は環境クロス等で清拭清掃を行う
- 食堂のテーブル等は、食事の都度の清掃が必要
- 水回りなど汚染が強い場所は後にする
- ほこりを立てないように拭き掃除を行う
- 掃除機を使用する場合は、排気に気を付け、換気を十分に行う
- 清拭は、一方向に行く
- 環境クロスは、1か所1枚使用し、乾燥する前に使用する



15

## ■ 消毒における注意点

- 消毒薬は、直射日光を避けて保管する
- 消毒薬の濃度を調整する場合には、決められた濃度を守る
- 消毒薬（次亜塩素酸ナトリウム液等）は作り置きしない
- 消毒薬は、環境や汚物、空間に直接噴霧しない
- アルコール等をユニフォームに噴霧することは効果がない

### （参考）消毒薬が使用可能な対象

消毒薬	使用濃度	消毒対象
次亜塩素酸ナトリウム	0.1%	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
消毒用エタノール	原液（70～95%）	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物	0.1～0.5%	医療用器材 環境（床等）
ベンゼトニウム塩化物	0.1～0.5%	医療用器材 環境（床等）

（参考）介護現場における感染対策の手引き 第3版

16

## ■ 食堂の清掃



- 食前、食後にテーブルの表面を環境クロス等で清掃する
- ふきんで清掃する場合、ふきんはその都度、洗浄・乾燥した物と交換する
- 床、椅子、手すりなどは食事の時以外に清掃する
- 食べこぼしなどは、その都度回収し清掃する

17

## ■ 手洗い、うがい場所



- シンクは使用毎に洗浄する
- 水はねによる物品の汚染を防ぎ、清掃の妨げにならないようになるべく物品は置かない
- 歯ブラシや口腔ケア物品は個人ごとに管理する
- 水はねは拭き取り、乾燥させる

18

## ■ 廊下 ドアノブ 手すり



- 廊下はほこりや汚れがないよう定期的に清掃する
- ドアノブや手すりは、手が触れる場所なので、1日に1回は環境クロス等で清拭する
- 感染症が蔓延している時期は清拭する回数を増やす
- 接触感染症が流行している時期は、環境消毒も考慮する

19

## 洗面所 手洗い



- ペーパータオルを設置する
- 清掃しやすいようになるべく物品は置かない
- 水気をふき取り乾燥させる
- 蛇口は定期的に清掃する
- スポンジは汚染源になりうるため注意が必要



- ゴミ箱は蓋つきが望ましいが、そうでない場合は頻回に回収する

20

## 浴室



- 浴室の使用後は洗浄を行い汚染を除去し、水分をふき取り乾燥させる
- 入浴に使用するチェア、バスマット等、使用の都度洗浄し、使用後は乾燥させる
- 換気口、排水口など見えにくい箇所も汚染がないか確認し清潔に保つ

21

## 居室 車いす



- 利用者の私物などは床置きはしない
- 床にほこりや汚染がないよう日常的に清掃する
- ベッド柵やレールは環境クロス等で清拭清掃する
- 窓枠などは定期的に清掃する

- 車いすは利用者ごとに清拭清掃する
- 特にハンドリムやアームサポートは手が触れるため念入りに行う
- 排泄物等の汚染は洗浄後消毒が必要



22

## トイレ



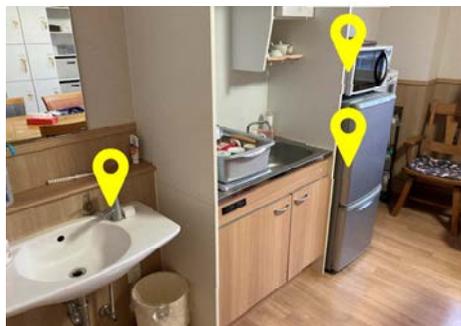
- ドアノブ、手すり、便座、ペーパーホルダーは高頻度接触表面として清拭清掃を行う
- 便器は排泄物で汚染されており、エプロン、手袋、マスクの着用が望ましい
- 床も排泄物の汚染が考えられ、他の箇所のモップと共有しない



- 嘔吐、下痢症状がある利用者が使用した後は、次亜塩素酸ナトリウム等で消毒する
- 感染性胃腸炎流行下では、定期清掃に加え、環境消毒を検討する

23

## 休憩室



- 休憩室入室前の手指衛生を徹底する
- 複数で休憩する場合は、換気や距離にも注意を図る
- 食事をする前にテーブルや、レンジ、冷蔵庫など手が触れる箇所を環境クロス等で清拭清掃行う

24

## ラストメッセージ

- 環境は、感染症のリザーバーとなりうる
- 高齢者介護施設等での環境整備は日常的な清掃が基本
- 共通して触れる箇所を中心に清拭清掃を行う
- 血液、体液、排泄物で汚染した場合には、清掃に加え、消毒を行う
- 感染症流行時には、定期的な環境消毒も考慮する

快適で、清潔な環境を目指す



25

## 引用・参考文献

- 介護現場における感染対策の手引き 第3版  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html) (2024/1/12)
- 高齢者介護施設における感染対策マニュアル  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/ninchi/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html) (2024/1/12)
- グラム陰性薬剤耐性菌制御に関わる環境整備に関する資料集  
[https://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812\\_grams\\_chromosome.pdf](https://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812_grams_chromosome.pdf) (2024/1/12)
- 介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド  
[https://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812\\_nursinghomes.pdf](https://amr.ncgm.go.jp/pdf/201812_nursinghomes.pdf) (2024/1/12)

26



# 高齢者施設において注意すべき感染症

三重大学医学部附属病院 感染制御部

田辺 正樹

## 発表者のCOI開示

田辺 正樹

演題発表に関連し、発表者に開示すべきCOI関係にある企業などはありません

## 介護現場における感染対策の手引き (第3版)



### 感染症各論

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

## 感染症法の対象となる感染症

介護現場における感染対策の手引きに記載の感染症を赤字で表示

感染症類型	規定されている感染症
一類感染症	【法】エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、バスト、マールブルグ病、ラッサ熱
二類感染症	【法】急性灰白髄炎、 <b>結核</b> 、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群 (SARSコロナウイルスに限る。)、中東呼吸器症候群 (MERSコロナウイルスに限る。)、鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザ <b>【政令】</b> H5N1, H7N9)
三類感染症	【法】コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、 <b>腸管出血性大腸菌感染症</b>
四類感染症	【法】E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)、ポツリヌス症、マリア、野兔病 <b>【政令】</b> ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャザル森林病、コクサツオイツェス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群 (病原体がレボウイルス属SFIS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、チクングニア熱、ツツガノ病、デング熱、東部ウマ脳炎、コバウイルス感染症、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、ペネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、 <b>レジオネラ症</b> 、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
五類感染症	【法】 <b>インフルエンザ</b> (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。)、 <b>ウイルス性肝炎</b> (E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、 <b>メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症</b> <b>【省令】</b> アメーバ赤痢、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、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌、 <b>感染性胃腸炎</b> 、急性弛緩性麻痺 (急性灰白髄炎を除く。)、急性出血性結膜炎、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、ペネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、クラミジア肺炎 (オウム病を除く。)、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、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、 <b>新型コロナウイルス感染症</b> 、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、破傷風、パンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、パンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、 <b>薬剤耐性緑膿菌感染症</b> 、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症
新型インフルエンザ等感染症	【法】新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症 → (現在は該当なし)
指定感染症	(現在は該当なし)
新感染症	(現在は該当なし)

(出典) 厚生労働省ウェブサイト、感染症法に基づき医師の届出のお願い

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html)

## 感染症法に基づく主な措置の概要

	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
疑似症患者への適用	○	○	○政令で定める感染症のみ	-	-	-	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定
無症状病原体保有者への適用	○	○	-	-	-	-	
診断・死亡した時の医師による届出	○（直ちに）	○（直ちに）	○（直ちに）	○（直ちに）	○（直ちに）	○（7日以内）	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	○	-	
患者情報等の定点把握	-	-	△一部疑似症のみ	△一部疑似症のみ	△一部疑似症のみ	-	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	○	-	
就業制限	○	○	○	○	○	-	
入院の勧告・措置	○	○	○	-	-	-	
検体の取去・採取等	○	○	○	-	-	-	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	-	
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○	-	
生活用水の使用制限	○	○	○	-	-	-	
建物の立入制限・封鎖・交通の制限	○	○	-	-	-	-	
発生・実施する措置等の公表	○	-	-	-	-	-	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	-	-	-	-	-	
都道府県による経過報告	○	-	-	-	-	-	

（参考）厚生科学審議会感染症部会（第57回）（令和3年12月17日）資料1-1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000868295.pdf>

4

## 一類～五類感染症の届出

全数届出疾患の場合は、感染症法に基づく届出が必要



分類	届出対象	報告時期	疾患数
一類感染症	全数	直ちに	7
二類感染症	全数	直ちに	7
三類感染症	全数	直ちに	5
四類感染症	全数	直ちに	44
五類感染症	全数	7日以内*	24
	小児科定点医療機関（全国3,000か所の小児科医療機関）	週単位（月～日）	10
	インフルエンザ/COVID-19定点医療機関（全国5,000か所の内科・小児科医療機関）	週単位（月～日）	2
	基幹定点医療機関（全国約500か所の病床数300以上の内科・外科医療機関）*	週単位（月～日）	2
	眼科定点医療機関（全国約700か所の眼科医療機関）	週単位（月～日）	2
	性感染症定点医療機関（全国約1,000か所の産婦人科等医療機関）	月単位	4
基幹定点医療機関（全国約500か所の病床数300以上の医療機関）	週単位（月～日）	5	
	月単位	3	

上記の他、疑似症定点医療機関（全国約700か所の集中治療を行う医療機関等）が届出するもの【直ちに届出】がある

（出典）厚生労働省ウェブサイト、感染症法に基づく医師の届出のお願い [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou/kekaku-kansenshou11/01.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou/kekaku-kansenshou11/01.html)

※ 侵襲性髄膜炎菌感染症、麻疹及び風疹は直ちに届出

※ 基幹定点は、インフルエンザ（入院）のみが対象

5

## 新型コロナウイルス感染症（1）臨床像・リスク評価

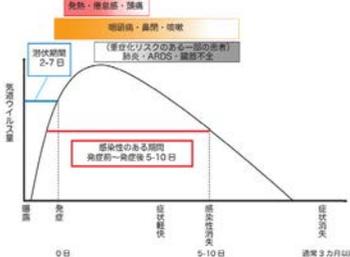
### （1）臨床像

潜伏期間	・2～7日（中央値2～3日）
感染経路	・1～2m以内の距離で、飛沫・エアロソルを吸入することが主な感染経路 ・換気が割う場合は、遠い場所でも感染 ・ウイルスを含む飛沫・環境表面に触れた手指で粘膜を触ることで感染
感染期間	発症前から発症後5～10日間

### （2）代表的な罹患後症状

- 疲労感・倦怠感
- 関節痛
- 筋肉痛
- 筋力低下
- 咳
- 喀痰
- 息切れ
- 胸痛
- 脱毛
- 記憶障害
- 集中力低下
- 頭痛
- 抑うつ
- 睡眠障害
- 嗅覚障害
- 味覚障害
- 動悸
- 下痢
- 腹痛

### （3）臨床経過



### （4）重症化リスク評価

重症化リスク因子	リスク低い	リスク高い
重症化リスク因子（※2.重症化のリスク因子、参照）		
年齢	60歳未満	80歳以上
基礎疾患等	なし	複数あり
基礎疾患等の管理	良好	不良
（重症化リスク因子に加えて考慮する点）		
新型コロナウイルス接種状況	発症の6か月以内に追加接種	未接種
症状	咽頭痛・鼻汁のみ	呼吸困難 高熱の持続 強い倦怠感

（参考）介護現場における感染対策の手引き（第3版） COVID-19診療の手引き（10版） <https://www.mhlw.go.jp/content/001136687.pdf>

6

## 新型コロナウイルス感染症（2）重症度分類

### （5）重症度分類（医療従事者が評価する基準）

呼吸器感染症の場合、SpO2にて重症度を評価



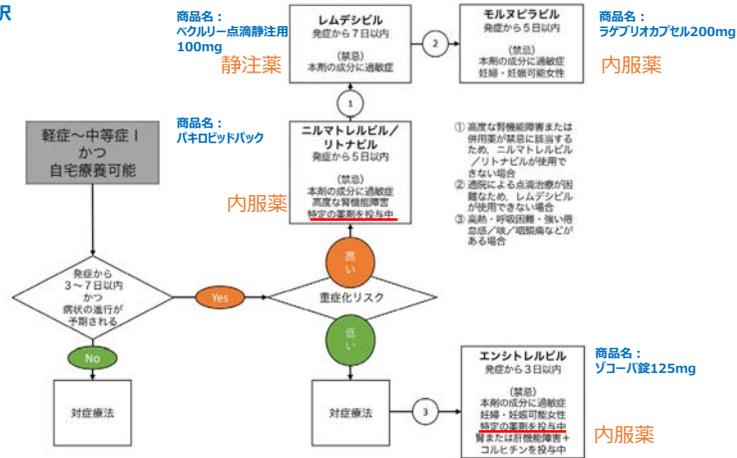
重症度	酸素飽和度	臨床状態	診療のポイント
軽症	SpO <sub>2</sub> ≥ 96%	呼吸器症状なし or 咳のみで呼吸困難なし いずれの場合であっても肺炎所見を認めない	・多くが自然軽快するが、急速に病状が進行することもある ・高齢者では全身状態を評価して入院の適応を判断する
中等症Ⅰ 呼吸不全なし	93% < SpO <sub>2</sub> < 96%	呼吸困難、肺炎所見	・入院を考慮するなど慎重な観察が望ましい ・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある
中等症Ⅱ 呼吸不全あり	SpO <sub>2</sub> ≤ 93%	酸素投与が必要	・呼吸不全の原因を推定 ・高度な医療を行える施設へ転院を検討
重症		ICU入室 or 人工呼吸器が必要	・ウイルス性肺炎とARDSに移行したものがみられる ・個々の患者に応じた治療が重要

（出典）COVID-19診療の手引き（10版） <https://www.mhlw.go.jp/content/001136687.pdf>

7

## 新型コロナウイルス感染症（3）抗ウイルス薬

### （6）抗ウイルス薬の選択（外来診療）



（出典）COVID-19診療の手引き（10版） <https://www.mhlw.go.jp/content/001136687.pdf>

8

## 新型コロナウイルス感染症（4）ワクチン

コロナワクチンは、定期接種に



	現在（令和5年度秋開始接種）	令和6年度から
接種の分類	特例臨時接種	季節性インフルエンザの定期接種と同様 B類疾病の定期接種
法令上の根拠	感染症法等改正法附則第14条第1項の規定により、予防接種法第6条第3項の接種とみなして実施	季節性インフルエンザの定期接種と同様 予防接種法第5条第1項 <small>（B類疾病の位置づけについては、予防接種法施行令第2条の改正で対応予定）</small>
目的	重症化予防のため	季節性インフルエンザの定期接種と同様 重症化予防のため
接種事務の区分	第1号法定受託事務	季節性インフルエンザの定期接種と同様 自治事務
対象者	生後6月以上の者 <small>※ 大疫指示（令和5年11月1日）より</small>	季節性インフルエンザの定期接種と同様 1. 65歳以上の高齢者 2. 60～64歳で重症化リスク <sup>(※)</sup> の高い方 <small>※ 期間は季節性インフルエンザの定期接種と同じ</small>

（出典）厚生労働省ウェブサイト 新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保について 自治体説明会（令和5年12月11日） <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001177070.pdf>

9

## 新型コロナウイルス感染症（4）ワクチン

	現在（令和5年度秋開始接種など）	令和6年度から
接種期間、回数	期間：令和5年9月20日から令和6年3月31日まで 回数：1回 ※ 李明会（第21版）より	季節性インフルエンザの定期接種と同様 年に1回、秋冬を想定
接種動員の有無	あり <small>※ ただし、65歳未満の者（心臓等に慢性機能障害を有する者等を除く）に対しては、なし</small>	季節性インフルエンザの定期接種と同様 なし
対象者の努力義務の有無	あり <small>※ ただし、65歳未満の者（心臓等に慢性機能障害を有する者等を除く）に対しては、なし</small>	季節性インフルエンザの定期接種と同様 なし
接種の場所（住所外での可否）	原則住所地内だが、住所地外での接種も可	季節性インフルエンザの定期接種と同様 原則として住所内 <small>※ 自治体間で相互乗り入れする場合には、都道府県内等の広域で接種可能</small>
実施医療機関との契約	全国知事会と日本医師会での集合契約	季節性インフルエンザの定期接種と同様 ・原則は、市町村と医療機関との個別契約 ・左記集合契約は終了する

（出典）厚生労働省ウェブサイト 新型コロナウイルスワクチンの接種体制確保について 自治体説明会（令和5年12月11日） <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001177070.pdf>

10

## インフルエンザ

- ◆ 冬季に流行する季節性インフルエンザはA 2種類、B 2種類の4種類
- ◆ ヒトのインフルエンザのほか、鳥類で流行している鳥インフルエンザ、10-40年に一度発生する新型インフルエンザがある

### （1）特徴

病原体	インフルエンザA（H3N2, H1N1） インフルエンザB（山形系統、ビクトリア系統）
潜伏期間	平均2日（1～4日）
感染経路	・咳やくしゃみの際に口から発生される飛沫による飛沫感染。 接触感染もある。
感染期間	・発熱1日前から3日目までピークとして7日目まで。
症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 悪寒 ● 頭痛 ● 高熱（39～40℃）で発症</li> <li>頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もある。</li> <li>全身症状：倦怠感、頭痛、腰痛、筋肉痛など。</li> <li>呼吸器症状：咽頭痛、咳、鼻汁、鼻づまり</li> <li>消化器症状：嘔吐、下痢、腹痛</li> <li>脳症を併発した場合は、けいれんや意識障害をきたし、死に至ることも。</li> </ul>

### （2）感染防止について

基本的感染対策	考え方
マスク着用	一定の場合にはマスク着用を推奨
手洗い等の手指衛生換気	新型コロナの特徴を踏まえた基本的感染対策として有効
人と人との距離の確保	流行期において、高齢者等重点化リスクの高い方は、換気の悪い場所や、不特定多数の人がいるような混雑した場所、近接した会話を避けることが感染防止対策として有効

### （3）抗インフルエンザウイルス薬

抗インフル薬は、予防に使えるところがコロナとの違い

#### ノイラミニダーゼ阻害薬

オセルタミビル（タミフル®、オセルタミビル®）内服薬  
ザナミビル（リレンザ®）ラニナミビル（イナビル®）吸入薬  
ペラムビル（ラビアクタ®）静注薬

#### エンドヌクレアーゼ阻害薬

パロキサビル（ゾフルザ®）内服薬

### （4）ワクチン

インフルエンザA型（2種類）  
B型株（2種類）  
を含む4価ワクチン

（参考）介護現場における感染対策の手引き（第3版） 厚生労働省ウェブサイト、令和5年度 今シーズンのインフルエンザ総合対策について <https://www.mhlw.go.jp/stf/index2023.html>

11

# インフル vs コロナ 流行状況

流行性の感染症は、地域の流行状況を確認



2024年3週の患者報告数（定点あたり）

急性呼吸器感染症	71.45人	先週： 53.00
急性呼吸器感染症のうち 新型コロナウイルス感染症	15.49人	先週： 10.15
急性呼吸器感染症のうち インフルエンザ	17.23人	先週： 13.48

上気道炎の  
20%程度が  
インフル  
20%程度が  
コロナ



図1. 疾患別定点あたり患者報告数  
インフルエンザ：急性呼吸器感染症のうちインフルエンザ数、COVID-19：急性呼吸器感染症のうち新型コロナウイルス感染症数

(出典) 三重県急性呼吸器感染症サーベイランス (<https://www.kenkou.pref.mie.jp/ari3.htm>)

# 結核 ~チェックリスト~

**結核早期発見のための施設体制チェックリスト**

結核早期発見のためには、事業場から結核を管理し、入居時の検診、定期検診、健康診断を実施することが必要です。このチェックリストを実施し、施設体制を整備しましょう。

**早期発見体制のチェックリスト**

- 入居者の付入体制
  - 菌陰レントゲン検査の結果を確認している
  - 居住地所長がある者の菌陰レントゲン写真を確保している
  - 菌陰レントゲン検査の結果を管理しない場合は、健康診断を担任する職員にその旨を伝えている
  - 結核の検診状況を把握している (印刷) **⇒ 検診リストチェックリスト**
- 定期検診体制
  - 毎に1回は、菌陰レントゲン検査の結果を確認している
  - 必ずしも菌陰による検診だけでなく、健康として受け取る検診や健康診断の中で定期的な検診を受けている方が多い
  - 健康診断、健康診断センターは、結核早期発見に有効な検診に相当する検診の内容とする
  - 健康診断がある場合は、健康診断に検診票を付している
  - 検診する時に、結核の検診リストを管理しやすくなるように情報を整理している (印刷) **⇒ 検診リストチェックリスト**
- 健康診断
  - 毎日の健康の状況を観察し、把握している
  - 健康診断(検診)に検診票を付している
  - 健康診断の結果を把握し、検診することになっている
  - 健康診断結果が把握しやすくなるように情報を整理している (印刷) **⇒ 検診リストチェックリスト**
- 早期発見体制の体制整備
  - 結核対策について、施設の専任職員が定期的に更新している
  - 結核対策について、施設の専任職員が定期的に更新している
  - 結核対策について、職員に伝えている
  - 結核について、施設内研修で定期的に取り上げている

**発病リスクチェックリスト**

入居者の発病のリスクを把握することが重要です。このチェックリストを実施し、事業場や地域の保健所との連携を図り、早期発見体制を整備しましょう。

氏名	性別	年齢	発病	入居	退居		
1	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
2	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
3	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
4	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
5	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
6	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
7	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
8	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
9	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
10	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
11	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
12	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
13	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
14	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
15	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
16	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
17	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居
18	結核	菌陰性	<input type="checkbox"/>	人間科	その他	発病	退居

[https://www.jata.or.jp/pdf/outline/support/taisaku\\_kaigo\\_handbook.pdf](https://www.jata.or.jp/pdf/outline/support/taisaku_kaigo_handbook.pdf)

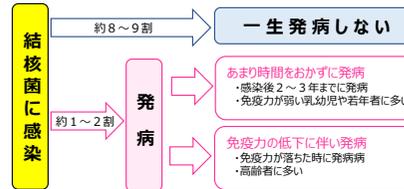
# 結核

- ◆ 感染しても発症しない場合が多いが、高齢者や免疫力低下者は発症しやすい
- ◆ 対応職員は、N95マスクが必要
- ◆ 施設内感染時は、接触者調査が必要



## (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。 <b>免疫力低下</b>
感染経路	・主として感染性の患者からの <b>空気感染</b> 。 ・喀痰の塗抹検査で陽性の間は感染力が高い。
症状	【肺結核】 ・肺病変や肺門リンパ節腫脹がみられる。 ・症状は、咳、痰、微熱、倦怠感、進行すると、発熱、寝汗、血痰、呼吸困難等。 【肺外結核】【粟粒結核】【結核性髄膜炎】【潜在性結核感染症】などあり。



(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版) 高齢者施設・介護職員対象の結核ハンドブック (2016年7月)

# レジオネラ症

- ◆ レジオネラに汚染されたエアロゾルの吸入で感染 (冷却塔水、加湿器、循環式浴槽など)
- ◆ ヒトからヒトへは感染しない
- ◆ 四類感染症

## (1) 特徴

病原体	レジオネラ属の細菌 (好気性ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌) 1属41種に分類されており、 <i>Legionella pneumophila</i> が代表菌種
潜伏期間	レジオネラ肺炎 2~10日
感染経路	・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。 ・その他、循環式浴槽水、加湿器の水、給水・給湯水。
症状	・肺炎を特徴とする。 ・全身倦怠感・筋肉痛・頭痛・高熱・意識障害・腹痛等の症状

## (2) 診断

- ・喀痰細菌検査 (ヒメネス染色、B-CYE選択培地による分離培養)
- ・血清抗体価測定
- ・尿中抗原検出
- ・PCRによる遺伝子診断

## (3) 感染防止について

**日頃の対応 (予防)**

レジオネラの感染源となる入浴設備、空調設備の冷却塔及び給湯設備における衛生上の措置が重要

- ・施設・設備の管理 (点検・清掃・消毒)
- 排水口等のぬめりの清掃
- 毎日湯を入れ替える場合→毎日清掃、1回/月以上消毒

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

## 施設内発生時の対応

- ・共同入浴施設等を利用した後に、肺炎症状を認めた場合、レジオネラ肺炎の可能性を考慮
- ・患者発生時は、施設・設備の現状を保持したまま、速やかに保健所に連絡
- ・浴槽が感染源である可能性が高いため、直ちに使用禁止

(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版) 日本医師会雑誌 <https://www.med.or.jp/kansen/guide/legio.pdf>

# 誤嚥性肺炎

- ◆ 誤嚥がきっかけで、口腔内の細菌が肺に入りこんで起こる肺炎
- ◆ 脳梗塞等で嚥下機能が低下している場合、通常の食事の際にも誤嚥を起こす

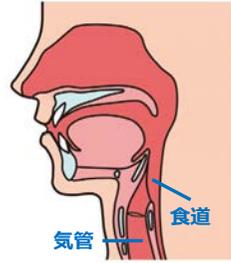
## (1) 誤嚥性肺炎の原因

- ① 嚥下障害
- ② 咳反射の働きの低下
- ③ 口の中が清潔に保たれていない
- ④ 体力や抵抗力の低下

## (2) 誤嚥性肺炎の症状

- ハアハアと呼吸が浅く速い
- 元気がない、体がだるい
- 食欲がない
- せん妄をおこすことも

## (3) 誤嚥性肺炎が起こる仕組み



- ✓ 通常、食べ物や唾液を飲み込むときは、気管にフタがされ、食べ物や唾液などは食道にだけ入る
- ✓ **高齢者や、脳梗塞にマヒがある人は、フタの働きが低下し、飲み込むときに気管がしっかり閉じにくくなり、誤えんが起りやすい。**
- ✓ 誤えんすると、**口腔内の細菌**が食べ物や唾液と一緒に気管から肺に入り、肺炎が起こる。

## (4) 感染防止について

### 日頃の対応（予防）

誤嚥を起こしやすい高齢者は、**口腔ケア**が重要

- 普段より摂食状態が低下している場合は、**無理に食事をさせない**
- 咳や発熱等がある場合、早めに医師の診察を

### 肺炎球菌ワクチン接種

### 発生時の対応

人から人には伝播しないため、**飛沫予防策は不要**

(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

NHKウェブサイト、高齢者に多い肺炎「誤えん性肺炎」原因、症状と日常生活でできる予防術とは [https://www.nhk.or.jp/kenko/atc\\_562.html](https://www.nhk.or.jp/kenko/atc_562.html)

16

# 薬剤耐性菌感染症

- ◆ 薬剤耐性菌対策には、標準予防策が重要（特におむつ交換時など）
- ◆ 薬剤耐性菌が分かっている方には接触予防策が必要な場合がある。

## (1) 薬剤耐性菌の特徴

- ① 抗生物質（抗菌薬）が効かない
- ② 環境中にも存在する
- ③ 接触感染によって伝播し、介護者が広げる可能性もある
- ④ アルコール等通常用いられる消毒薬が有効

## (2) 主な薬剤耐性菌

本来効く抗菌薬が効かなくなったもの

- メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）
- 器質拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生菌
- 多剤耐性緑膿菌（MDRP）
- カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）

## (3) 症状

- 薬剤耐性（抗菌治療しにくい）と病原性（重症度）は異なる
  - 保菌しているだけでは、無症状で健康被害はない
- 耐性菌 ≠ 重症**
- ➔ **他の人への伝播リスクはある**

## (4) 感染防止について

### 日頃の対応（予防）

- ・薬剤耐性菌は主に分泌物や排泄物に含まれていることが多いため、**標準予防策を徹底し**、ケアを行った際には**石けんと流水による手洗いが必要**。
- ・**特におむつの交換等、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。
- ・保菌者であっても、標準予防策に加え、**接触予防策が必要な場合**がある。



(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

AMR臨床リファレンスセンターウェブサイト、<https://amr.ncgm.go.jp/>

17

# 薬剤耐性菌の動向

- ◆ MRSAは減少傾向
- ◆ フルオロキノロン耐性大腸菌、ESBL産生大腸菌が増加傾向



分離率 = 主要菌分離患者数 ÷ 検体提出患者数 × 100

★印：感染症法に基づく判定基準を使用

(出典) 2022年 JANIS説明資料 <https://janis.mhlw.go.jp/material/>

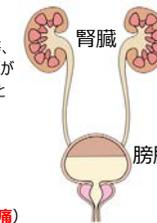
18

# 尿路感染症

- ◆ 排尿に関する症状の際は、尿路感染を疑う
- ◆ 尿道カテーテル留置は、尿路感染の原因となりうる

## (1) 尿路感染の原因

細菌が尿路の出口から侵入し、腎臓、膀胱、尿道等、**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。



## (3) 治療

- ・**抗菌薬が使用**されますが、**原因微生物によって使用する薬剤が異なる場合**がある。**大腸菌が原因**となることが多い。
- ・症状がよくなって途中で薬を止めると細菌が生き残り、再発する可能性があるため、薬の内服期間は医師の指示に従う。

## (2) 尿路感染の症状

### (1) 膀胱炎

- ・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。

### (2) 腎盂腎炎

- ・腎臓の部分の痛み
- ・**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

## (4) 予防

- ・水分をたくさんとる。また、日頃から尿をがまんしないようにする。
- ・尿道カテーテルの長期留置等が原因となることもあるため、**不要な尿道カテーテルを抜去することも予防の一つ**となる。

キノロン系薬剤耐性の大腸菌  
ESBL産生大腸菌が増えている

(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

19

# 偽膜性大腸炎

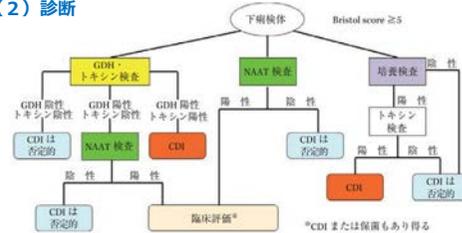
- ◆ 抗菌治療中、治療後の下痢の際は、偽膜性大腸炎を疑う。
- ◆ アルコール消毒が効かないため、流水と石けんによる手洗いが必須



## (1) 特徴

病原体	クロストリディオイデス・デフィシル菌 (Clostridioides difficile) による大腸の炎症
潜伏期間	抗生物質 (抗菌薬) の投与後、数日~2 週間後
感染経路	接触感染
症状	頻回の水様便、粘液便等がみられ、腹痛や発熱等がみられる。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、中毒性巨大結腸症等を引き起こす。

## (2) 診断



(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

## (3) 感染防止について

### 日頃の対応 (予防)

- ・抗生物質 (抗菌薬) 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、吐き気等の症状がみられた場合は、医師等へ相談

### 患者発生時の対応

- ・標準予防策に加え、接触予防策を適用
- ・特に、予防策利用者の排泄物 (便) で汚染を拡げないように徹底する。
- ・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。流水と石けんによる手洗いが必須であり、次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が必要です。
- ・治療確認のためのCDI 検査は不要です。

日本感染症学会. Clostridioides difficile 感染症診療ガイドライン 2022  
[https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/guideline\\_cdi\\_230125.pdf](https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/guideline_cdi_230125.pdf)

日本環境感染学会. Clostridioides difficile 感染対策ガイド  
[http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/CDI\\_guideline.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/CDI_guideline.pdf)

# 腸管出血性大腸菌

- ◆ 大腸菌は、人間の腸内に普通に存在し、ほとんどは無害
- ◆ ペロ毒素と呼ばれる毒素を産生する腸管出血性大腸菌は、下痢を引き起こす
- ◆ 三類感染症 食中毒の原因菌

## (1) 特徴

病原体	腸管出血性大腸菌 (O157, O26, O111など、様々なペロ毒素産生性大腸菌)
潜伏期間	10時間~6日
感染経路	・接触感染、経口 (糞口) 感染。生食等の飲食物から感染。 ・少ない菌量 (100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	・水様性下痢便、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 (HUS) や急性脳症の合併を示唆し、生命の危険もあるため、速やかに医療機関を受診する。

## (3) 感染防止について

### 日頃の対応 (予防)

- 少量の菌量で感染するため、集団生活する場では、二次感染の防止が必要
- ・手洗いの励行 (排便後、食事の前)
- ・消毒 (ドアノブ、便座等の菌の汚染されやすい場所等)
- ・食品の洗浄や十分な加熱

### 施設内発生時の対応

- ・激しい腹痛を伴う頻回の水様便や血便がある場合は、早めに医師の診察を受ける。
- ・食事の前や排便後の石鹸と流水による手洗いを徹底する。

## (2) 診断

糞便から大腸菌を分離し、分離菌のペロ毒素産生性の確認  
 またはペロ毒素遺伝子の検出による

## (4) 医師の届け出

- ・腸管出血性大腸菌感染症の患者が発生した場合、医師は保健所に届出が必要。
- ・保健所は、患者の過去の行動調査 (喫食調査、動物との接触歴等) や、患者の家族の健康調査、利用した施設の調査、関係食品等の試験検査等を行う。

(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

腸管出血性大腸菌 (EHEC) 検査・診断マニュアル 2022年10月改訂  
<https://www.niid.go.jp/niid/images/lab-manual/EHEC20221006.pdf>

# 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ウイルス
- ◆ アルコールの消毒効果が乏しいため、手洗いが重要
- ◆ 施設内2名以上の発症で、集団感染を疑う



## (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。 ノロウイルスは二枚貝等の食品を介しての感染も多い ・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が多量に含まれており、感染源となる。 ・感染力は強く、乾燥してエアロソル化した嘔吐物が感染源となる場合 (塵埃感染) がある。 ・便中にウイルスが3週間以上排泄されることがある。
症状	●嘔吐 ●下痢 が主症状 多くは2~7日で治る 脱水、けいれん、肝機能異常、脳症等を合併し、命に係わることもある

## (3) 治療

補液などの対症療法

## (4) ワクチン

なし



## (2) 感染防止について

### 日頃の対応 (予防)

- 利用者の介助後・配膳前・食事介助時に必ず手洗い
- ノロウイルスはアルコールによる消毒効果が乏しいため、手洗いが重要

### 施設内発生時の対応

#### <初期対応>

- (可能な限り) 個室に移動。難しい場合は、同じ症状の人を1つの部屋に
- 水分が取れないときは、補液 (点滴)
- 突然嘔吐した方の近くの人の症状を観察 (潜伏期 24~48時間)
- 嘔吐物・排泄物の処理に留意 (防護具着用、消毒、洗濯)

#### <調査・連絡>

- 感染ルートの確認
- 2名以上の発症で集団感染の可能性を考慮し、責任者などに連絡
- 面会を必要最小限に

# 感染性胃腸炎 ~発生時の対応~

## ノロウイルスの感染を拡げないために

<b>食器・環境・リネン類などの</b>	<b>消毒</b>
<b>おう吐物などの</b>	<b>処理</b>

- 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。
- 食器類は、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、洗剤を入れた水のなかで静かにもみ洗いし、十分すすぎます。
  - 85℃で1分以上の熱水選択や、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。

- 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、口に入っただけで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、1,000ppmの塩素消毒液に浸します。
  - しぶ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。

(参考) 介護現場における感染対策の手引き (第3版)

# おむつ交換



- ✓ 各施設の状況に応じて、イラストによる手順書を作成
- ✓ 内部監査（チェックリストの運用）
- ✓ マニュアルの見直し

(参考) 感染管理ベストプラクティス（介護現場のベス事例集） <https://www.bespra-ic.net/data/Publication/Publication-01.pdf>

# 疥癬（かいせん）

- ◆ 疥癬は、ダニの一種であるヒゼンダニが皮膚に寄生することで発症する皮膚病
- ◆ 紅斑、丘疹、落屑を生じ、激しいかゆみを伴う
- ◆ 直接接触と衣類・リネン類から間接的に感染する例あり

## (1) 特徴

病原体	ヒゼンダニ。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。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1~2か月。 ・角化型疥癬（ノルウェー疥癬）は、ヒゼンダニ数が多いため、潜伏期も4~5日と短い。
感染経路	・通常疥癬は汚肌と肌の直接接触。 ・角化型疥癬（ノルウェー疥癬）は、寄生するヒゼンダニ数が桁違いに多いため、布団・シーツの共用や、飛散するはがれ落ちた皮膚のかげら（落屑）からも感染する。

## (2) 通常疥癬と角化型疥癬

	通常疥癬	角化型疥癬（痂皮型疥癬）
ヒゼンダニ数	数十匹以上	100万~200万
患者の免疫力	正常	低下している
感染力	弱い	強い
主な症状	赤いブツブツ（丘疹、結節）、疥癬トンネル	厚いあか（垢）が増えたような状態（角質増殖）
かゆみ	強い	不定
症状が出る部位	顔や頭を除いた全身	全身

## (3) 感染防止について

### 日頃の対応（予防）

- ・早期発見に努める。サービス利用時に、**皮膚症状を見逃さない**
- ・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
- ・定期的に布団も日光消毒または乾燥させる
- ・介護職員の感染予防として、石けんと流水による手洗いの励行

熱に弱く、50℃ 10分間で死滅

### 施設内発生時の対応

- 早期発見：皮膚の観察
- 感染を疑ったら：皮膚科専門医への診察依頼  
疥癬疑いの際は、その旨を事前に伝える
- 発生後の対応：標準予防策 + 接触予防策  
- 手袋、使い捨ての長袖ガウン  
布ガウンはダメ、使用後はビニール袋に入れて廃棄  
- 角化型疥癬では、個室管理  
リネン類は、ビニール袋に入れて洗濯に。入浴は最後。  
こまめに掃除機をかける。

(参考) 介護現場における感染対策の手引き（第3版）

国立感染症研究所ウェブサイト、疥癬とは <https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/380-itc-intro.html>

# 带状疱疹

- ◆ 一度、水痘に感染し、潜伏していたウイルスが再活性化して、带状疱疹を発症する。
- ◆ 带状疱疹の予防には、ワクチン接種が有効。

## (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
感染経路	・接触感染が中心であるが、飛沫感染・空気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	・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) 感染防止について

### 日頃の対応（予防）

- ・患部に触れる場合は、手袋を着用する等、**標準予防策を徹底**することが必要。
- ・带状疱疹の予防には、**ワクチン接種が有効**です。業務上ワクチンの接種対象者は**50歳以上の方**等になります。水ぼうそうにかかったことがある人は、すでに水痘・带状疱疹ウイルスに対する免疫を獲得していますが、年齢とともに弱まってしまうため、**改めてワクチン接種を行い、免疫を強化**する。

### 患者発生時の対応

- ・局所的な带状疱疹の場合は、全ての水疱が痂皮化するまで**接触予防策**を適用する。
- ・免疫不全患者の带状疱疹や**播種性带状疱疹**では感染性が高いため、水痘に準じて、**空気予防策と接触予防策**を適用する

(参考) 介護現場における感染対策の手引き（第3版） 日本環境感染学会 [http://www.kankyokansen.org/other/edu\\_pdf/3-3\\_36.pdf](http://www.kankyokansen.org/other/edu_pdf/3-3_36.pdf)

# B型肝炎

- ◆ 血液などから感染する → 標準予防策が重要
- ◆ 医療従事者には、ワクチン接種が推奨される。

## (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・体液・精液からの感染（主に、母子感染、性感染、注射針を用いての感染等）
症状	・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。 ・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。

## (2) 診断

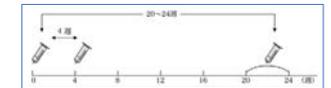
- HBs抗原（+） → HBVに感染している
- HBs抗体（+） → 過去に感染し治癒した。またはHBVワクチンを接種した

## (3) 感染防止について

### 日頃の対応（予防）

- ・血液等の体液に触れる場合は、手袋を着用する等、標準予防策を徹底。
- ・歯ブラシ、カミリリの共有は避ける。
- ・あらかじめ**ワクチン接種により免疫**をつけておく
- ・医療従事者等のワクチン接種

1回0.5ml 4週間隔で2回、さらに1回目の接種から20~24週後に1回皮下または筋肉内接種



### 針刺し等によるHBV汚染事故後の対応

- 流水でよく洗い流す
- B型肝炎ワクチン未接種者（HBs抗体陰性）  
→ HBIG（ヒト免疫グロブリン）投与  
B型肝炎ワクチン接種

※ B型肝炎ワクチン1シリーズ後に陽転したものは、曝露後予防措置は不要

(参考) 介護現場における感染対策の手引き（第3版）

日本ワクチン産業協会ウェブサイト <http://www.wakutin.or.jp/medical/>



# アウトブレイク・クラスター を起こさないために

三重県立看護大学 地域交流センター  
感染管理認定看護師

新居 晶恵

## 発表者のCOI開示 新居 晶恵

演題発表に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはありません

1

### ■ アウトブレイク・クラスターを起こさないためには・・・

日常の感染対策  
+  
状況に合わせた対策

1. 手指衛生
2. 個人防護具の着脱
3. 清掃・衛生管理
4. 換気（空調管理）
5. 入所者の健康管理
6. 職員の健康管理

組織力の強化

7. 感染対策に関する組織の確認
8. 感染対策の徹底（職員教育）
9. 物資の確保

2

### ■ 1. 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本。職員の1人が手指衛生していなければ感染は広がる



流水と石けん



手指消毒剤を使用した手指消毒

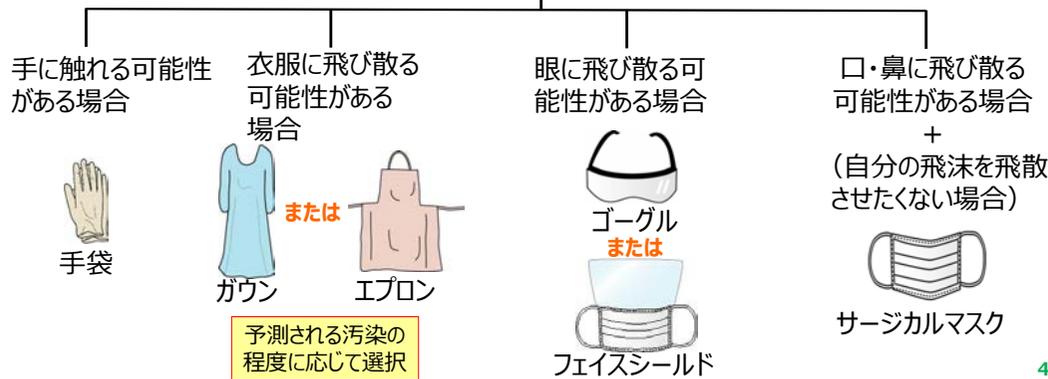
目に見える汚れがある場合、おむつ交換のあと、排泄介助の後は流水と石けん  
それ以外は手指消毒剤による手指消毒が推奨されている

3

## 2. 個人防護具の着脱

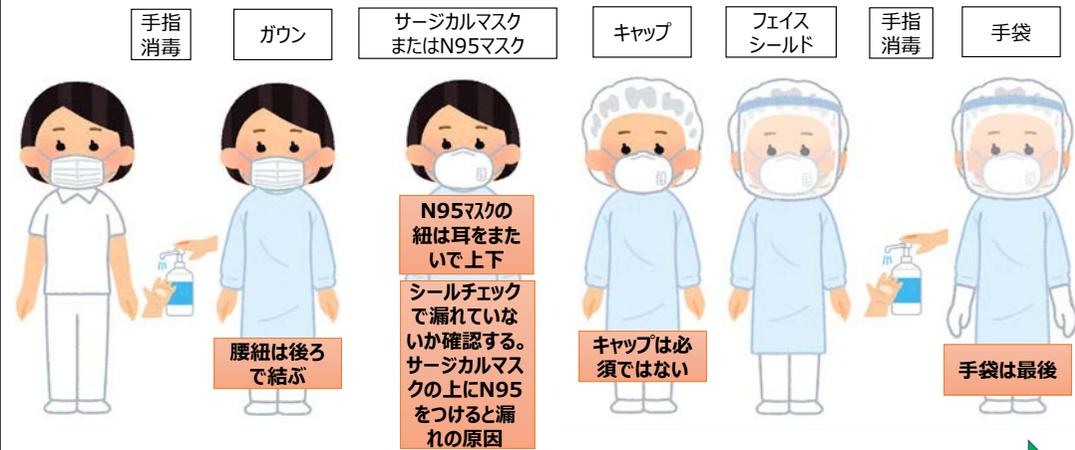
個人防護具は、利用者と職員の間には1枚のバリアを作り感染経路を遮断するため必要な防護具を正しく着脱できるよう日頃からのトレーニングが必要

血液・体液・分泌物・排泄物などが



4

## 2. 個人防護具の着脱（標準＋空気＋飛沫＋接触）



個人防護具を着る順番 目標①清潔な防護具で利用者を守る②自身を微生物から守る

5

## 2. 個人防護具の着脱（標準＋空気＋飛沫＋接触）



個人防護具を脱ぐ順番 目標①微生物を持ち出さない②自身を微生物から守る

6

## 3. 清掃・衛生管理

日ごろから施設内の環境整備や衛生管理をすることでアウトブレイクを予防することができます。

共用部分や、水回り（トイレ、シンク）は感染源になるため丁寧に清掃しましょう。  
※清掃時は、換気を行い、必要な個人防護具を着用しましょう。

【特に丁寧に清掃を行う必要がある場所】



清掃後は、必ず流水と石けんでの手洗いをしましょう

アウトブレイク時には、清掃方法や回数・消毒薬種類・濃度の見直しが必要となります。（雑巾→ワイプ、1回→2回、0.02%→0.1%など）

## 4. 換気（空調設備の基本）

### 冷暖房

#### 温度調節

- 加熱（暖房）：居室に高い温度の空気を供給する
- 冷却（冷房）：居室に適度に低い温度の空気を供給する

#### 湿度調節

- 加湿：居室に適度に高い湿度の空気を供給する
- 除湿：居室に適度に低い湿度の空気を提供する

#### 空気質調節

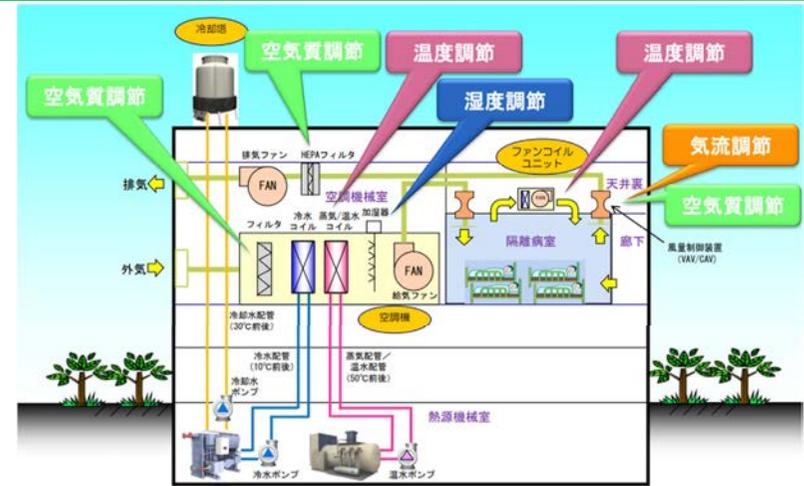
- 空気浄化：適切な換気量（換気回数）を確保し、居室の臭気、塵埃、微生物等を除去する

#### 気流調整

- 気流方向（室圧）維持：清浄領域から汚染領域へ空気を流す。  
（ウイルス、臭気等の封じ込め）

エアコンでは換気はできないと考える

## 機械換気イメージ（空調設備）



第37回日本環境感染学会学術集会 委員会企画12 医療環境委員会換気に関する基礎知識 ～ 換気の方法と評価 ～ 資料より

## 機械換気設備が導入されていない建物等での換気方法

### 【窓の解放による方法】

厚生労働省の推奨する窓の開放による換気方法として

①換気回数を**毎時2回以上**（30分に1回以上、数分間程度窓を全開する）とする。

②空気の流れを作るために**複数の窓がある場合、2方向に壁の窓を開放**する。

換気回数とは、部屋の空気がすべて外気と入れ替わる回数をいう。

→部屋の空気をすべて入れ替えるのに必要な窓の開放回数・開放時間を算出することは難しい。

実際には、空気の流れ（風の抜け）や窓の大きさ、向き、数、風量によって変化するので極力効率良く換気ができる方法に努める。

“可視化”でまるわかり！新型コロナ対策の新常識 |

NHK[https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/special-program\\_0617/](https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/special-program_0617/)

22㎡の部屋で実験し部屋の空気がすべて入れ替わるまでは以下の通り：

・2か所換気 = 7分 ・1か所換気 = 45分 ・1か所換気 + 扇風機 = 21分

・1か所換気 + 扇風機 + サーキュレータ = 12分

第37回日本環境感染学会学術集会 委員会企画12 医療環境委員会換気に関する基礎知識 ～ 換気の方法と評価 ～ 資料より

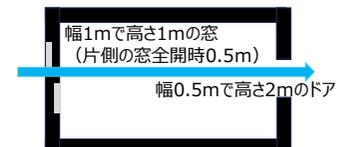
## 窓の開閉による換気時間の目安

窓開放による換気を行う場合には、どのくらいの開放面積で何分間窓を開ければよいのかわかりにくい。窓の位置、窓の数、排気の窓の位置等により風の流れが異なり簡単に算出することは困難である。ここでは、参考値として取り入れた外気量と同じ量だけ排気される部屋の過程で考え方を示す。

風の強さの目安（気象庁風力表より抜粋）

風力	名称	風速 (m/s)	陸上の状況
1	至軽風	0.3~1.5	煙がなびく
2	軽風	1.6~3.3	額に風を感じる、木の葉が揺れる
3	軟風	3.4~5.4	木の葉や細い枝が絶えず動く。旗がはためく
4	和風	5.5~7.9	砂埃が立ち、紙片が舞う。小枝が動く

仮定部屋



床面積：300㎡×2.8m＝840㎡

換気回数2回を達成するには**1680㎡の外気を1時間に取り込む**必要がある

計算上の窓の開放時間

片側全開時：開放面積0.5㎡ 風の強さ：3m/s 換気回数2回が必要のため  
 $1680\text{m}^3 \div (0.5\text{m} \times 3\text{m/s}) = 1120 \text{ (秒)}$  1時間に1120秒＝18.7分窓の開放が必要  
 （実際は室内では障害物による空気の流れが障害されるため最低開放時間とらえる）

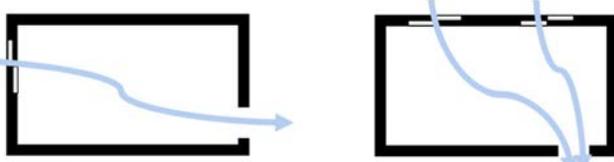
第37回日本環境感染学会学術集会 委員会企画12 医療環境委員会換気に関する基礎知識 ～ 換気の方法と評価 ～ 資料より

## ■ 窓の開閉による換気方法（例）

窓開放による換気を行う場合には、空気の流れを意識する必要がある。  
建物（部屋）の構造によって外気の取り入れる窓と排気（室内の空気の排出）を行う窓、空気の流れを作るためのサーキュレータや扇風機の設置位置を考慮する。  
効果的な換気を行うためには空気の入りと出、空気の流れを意識する必要がある。

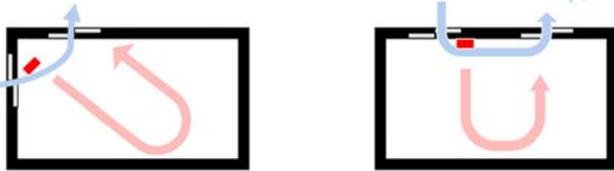
### 良い例

向かい合わせた開口（窓とドア）によって外気の取り入れと排気を一方向とする



### 悪い例

別途サーキュレーター等を使い、部屋全体に空気が廻るよう配慮が必要



サーキュレーターによる風例

サーキュレーターによる風例

第37回日本環境感染学会学術集会 委員会企画12 医療環境委員会換気に関する基礎知識 ～ 換気の方法と評価 ～ 資料より

## ■ 5. 入所者の健康管理（感染症患者発生時）

### □ 体調不良者が出た場合のフローを作っておく

- ・日ごろから利用者さんの健康管理の方法や、症状に変化があった場合等の相談先を含めた連絡・報告の方針を決めておくことが必要となる
- ・特に、ショートステイ中の利用者さんが体調不良になった場合に委託医に診察をしてもらえるか、かかりつけ医への連絡方法などを確認しておく

先生〇〇さんが38.0度の発熱、咳があり  
Spo2：88%です



感染症の患者は、状態が急変する可能性があるため十分留意する

14

## ■ 5. 入所者の健康管理（日常）

日ごろから、感染予防と早期探知を視点に入れて対応を行う  
入所者さん・利用者さんの健康管理を実施することで異常の早期発見・対応が可能となりアウトブレイクの拡大を防ぐことができる

### （1）予防

- ・有症状の入所者を隔離できる体制をつくる
- ・談話室・食堂は密な接触とならないようなレイアウトにする
- ・職員がマスクを外した状態で会話をしない
- ・適切なタイミングで手指衛生を行う

### （2）早期探知

- ・健康観察の結果をしっかりとアセスメントする
- ・必要時に速やかな検査（抗原定性検査等）を実施できるよう準備しておく

13

## ■ 5. 入居者の健康管理（感染症患者発生時）

### □ 体調変化の早期探知・対応

- ・感染症患者との接触がない利用者であっても1日1回以上バイタルサインの測定を行う
- ・発熱や咳などの症状が発現した場合は、速やかに受診・検査を行う
- ・バイタルサインだけでなく、表情・言動などから異変を早期に察知することが求められる

体調不良者に対して、できる範囲の行動制限を実施する。  
食堂やレクリエーション室に外出できないなどの行動制限・環境の変化により認知機能の低下や、筋力低下などが出現する可能性があるため解除期間をしっかりと見極める。  
（行動制限が難しい場合は、他の入居者の感染対策強化、環境整備を実施する）

15

## 6. 職員の健康管理（日常）

高齢者施設クラスターの多くは、職員陽性者が発端となっている  
職員を守る、利用者さんを守るため日々の感染対策・確認の継続が必要

### (1) 予防

- ・有症状の職員が休める勤務体制をつくる
- ・職員休憩室は密な接触とならないようなレイアウトにする
- ・勤務中はマスクを着用する
- ・ハイリスクな行為（口腔ケア等）の際の感染対策は十分に行う（マスク・フェイスシールド）
- ・適切なタイミングで手指衛生を行う

### (2) 早期探知

- ・自己健康観察を行う。
- ・近親者が感染しているとき、人ごみに行った後や、会食後には意識的に観察を強化する
- ・必要時に速やかな検査（抗原定性検査等）を実施できるよう準備しておく

16

## 7. 診療報酬で感染対策措置が必須となりました

令和3年度介護報酬改定において、基準省令に基づき、3年間の経過措置期間を設定した上で、施設類型に関わらず全ての介護サービスで、感染症の予防及びまん延の防止のための措置を実施することとされた

サービス類型別の主な感染対策と衛生管理

該当サービス	施設サービス	通所・居宅系サービス 【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か月に1回）、その結果の周知 ②指針の整備 ③研修の定期的な実施（年2回以上） ④「感染症及び食中毒の発生が疑われる際の対応に関する手順」に沿った対応 ⑤訓練（シミュレーション）の実施	○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6か月に1回）、その結果の周知 ②指針の整備 ③研修の定期的な実施 ※新規採用時には感染対策研修の実施が望ましい ④訓練（シミュレーション）の実施	○感染症の発生、まん延の防止のための以下の措置の実施
衛生管理	○施設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 ●設備等及び飲料水の衛生的な管理	○施設等及び飲用水に衛生上必要な措置の実施	○従業者の清潔保持、健康状態の必要な管理 ●設備等の衛生的な管理

17

## 7. 感染対策に関する組織の確認

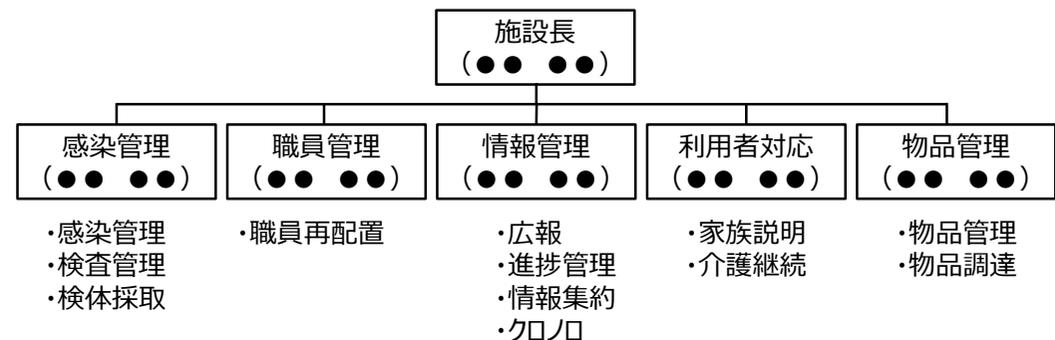
アウトブレイク対応マニュアル等（BCP）が決められているか確認する

- (1) 予防・探知：感染予防、陽性者の早期探知、健康観察の徹底
- (2) 初動対応：本部設置、関係部署・関係機関との連携、陽性者の隔離
- (3) 疫学調査：陽性者の行動・接触歴・家族の状況把握、出入り委託業者等の把握
- (4) 検査体制：検体採取体制、抗原検査の活用、保健所との連携
- (5) 医療調整：健康観察、基礎疾患の把握、治療状況の把握、入院搬送（自施設の車を使用する場合）
- (6) 事業継続：施設内応援、法人内応援、外部支援
- (7) 情報発信：利用者・家族への説明、ホームページ等への掲載
- (8) 事後対応：職員の離職、メンタルヘルスカ、継続的な感染対策

18

## 7. 感染対策に関する組織の確認

陽性者が確認された場合に組織的に対応できるよう、あらかじめ感染対策に関する組織図（役割分担）を決めておくことよ



19

## 職員・家族への情報共有

### 職員への情報共有

感染症の流行は先が見えないため、情報が届かないことに職員の不安・不満が増強するため職員間のコミュニケーションが必要となる

#### 情報共有の方法（例）

- ・貼り紙
- ・回覧板
- ・グループメールやLINE
- ・ミーティング（短時間でよいので毎日実施することを推奨）  
<ミーティング内容>  
業務スケジュール見直し、現場の問題点の共有、必要な物品はないか、困りごとの共有等

### 家族への情報共有

情報が届かないことで施設への不信が生まれる。担当者を決めて定期的に家族への連絡を行う

## 8. 感染対策の徹底（職員教育）

日ごろから感染しない、うつさないよう感染対策について学び知識を得ておくことが必要

#### 【具体例】

- ・感染対策マニュアルの内容を読み合わせる
- ・机上訓練（●号室で新型コロナウイルスが出た場合など事例を作り、どのように動くか話し合う）
- ・手指衛生の方法を視覚的（ブラックライトを用いる）に確認する
- ・個人防護具の着脱の確認をする
- ・地域の感染対策専門家（感染管理認定看護師等）に講義やラウンドを依頼する

#### 職員の学習材料としておススメ

- 介護職員等のための感染対策動画「そうだったのか！感染対策」

厚生労働省you tube MHLWチャンネル  
<https://www.youtube.com/watch?v=gSgft2xPMVc>



- 介護職員にもわかりやすい感染対策の動画まとめページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/douga\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00006.html)



## 9. 物資の確保

感染者が発生すると非常に多くの資材が必要となるため十分な資材在庫があるかの確認が必要

### (1) 衛生資材

- ・個人防護具（手袋、マスク、ガウン、フェイスシールド）
- ・N95マスク（吸痰などエアロゾルが発生する処置を行う施設）
- ・手指消毒用アルコール
- ・環境消毒用アルコールまたは次亜塩素酸ナトリウム

### (2) その他

- ・パルスオキシメーター
- ・使い捨て用食器
- ・可動式ワゴン（患者の部屋前に個人防護具を設置するため）
- ・ゾーニング用カラーテープ（赤・黄・緑）



## 事例から学ぶ高齢者施設の感染対策

紀南病院組合立紀南病院 感染対策室  
感染管理認定看護師

根本 保正

## 発表者のCOI開示 根本 保正

演題発表に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはありません

### はじめに・・・

高齢者施設等で発生した感染事例をいくつか紹介する中で、  
施設内に持ち込ませない・感染しない、人にうつさない・施設内で広げないために  
自施設ならこうする こんな準備もいるな、自分ならこう介入するかなみたいな事を  
考えながら聞いてもらえると幸いです

### 特別養護老人ホームで発生した新型コロナウイルス感染症 ケース1

2023年12月、特別養護老人ホームユニット型の施設  
入所されている方が発熱、検査を行ったところ**新型コロナウイルス感染症**と判明。



- 4ユニット 各ユニットの収容数は10名 全て個室
- 入所者のユニット間の移動なし 浴室は共同
- 看護師はユニット間を移動なし
- 給食のスタッフは食事をユニット内へ届ける
- 地域での流行は見られていない 前週定点1.0

## ■ 予防・探知～初動対応

有症状の報告は速やかに報告する仕組みになっており、当日もユニットの介護職員から看護師へ報告。看護師は居室へ隔離後、配置医師に連絡、検査で新型コロナウイルス感染症が陽性となる。また、同ユニット内に発熱等の症状が出ている人がいないか確認を行っていた。

健康観察～報告や発生時の対応についてもマニュアル化されている  
廊下に個人防護具を設置し、隔離された居室を赤エリア  
※クラスターを数回経験

4

## ■ 疫学調査・検査体制

### ・入所者

ユニット内に尿路感染症として抗菌薬内服中の方に微熱が見られた  
他の方は感冒症状等なし

### ・職員

就業前に健康状態を確認を行なっている。1名インフルエンザ  
他の方は感冒症状等なし

### ・面会

インフルエンザが地域で流行しているため、面会禁止中

### ・検査

抗原定性検査は施設内で対応可能、PCR・抗原定量は外部へ



5

## ■ 医療調整・事業継続・情報発信

施設長、相談員、看護師、介護職リーダー、訪問した配置医師で方針を検討

### ・陽性となった入所者の対応

施設内で対応、酸素化不良等の状態悪化で配置医師または救急要請

### ・入所者・職員の対応

全スタッフ・ユニット入所者は 抗原定性検査+健康監視

→当日は全員陰性 マスクがつけられる方は着用 食事は居室

検査結果と対応について入所者の家族へ連絡

### ・感染対策の確認

ゾーニング・個人防護具について

### ・医療機関への相談

当院、感染対策室へ

6

## ■ 感染対策の実際を確認①

翌日、ICNが訪問 約2時間

施設長・看護師・相談員・介護職リーダーより

マニュアルの確認と聞き取り(P.3-6等)

その後ユニットへ

確認内容

→標準予防策・経路別予防策

換気・環境整備・食事やリネン類の管理の状況



7

## 感染対策の実際を確認②

### ・个人防护具

ユニバーサルマスク 手袋・エプロン・フェイスシールドの配置は問題なし

### ・換気

機械換気あり 窓もしっかり開放されている

### ・環境整備

清掃はチェックリストを作成し実施されている

歯ブラシ・コップがまとめて管理されている

### ・食事・リネンの取り扱い

給食から運ばれてきた食事を食器に配食

回収ボックスに汚染の有無で分けて回収



## 感染対策の実際を確認③

### ・隔離予防策

赤エリアの个人防护具 手袋 マスク(サージカルマスク/N95) フェイスシールド  
入室・退室時の流れ ※N95が正確に装着できていない シールチェック指導  
食事・リネンの取り扱い



以前に配布した个人防护具の手順を居室へ貼付

## 感染対策の実際に対して

### ・看護師と介護スタッフからの相談、質問

#### 何日くらい気をつければ良いか

→入所者の場合 ※職員の場合や接触者の観察期間の事も  
症状が軽快して24時間かつ症状日を0日目として10日間経過するまで

#### 陽性者のリネン取り扱い・換気が寒い

→必ずしもわかる必要はない

熱水80度10分・次亜塩素酸ナトリウムによる消毒

72時間経過後に洗濯 ※運搬や取り扱いで周囲を汚染しないよう注意

換気の状態を一度確認し、窓開放を見直しを検討してもらいましょう

#### 入院させて欲しい

→施設として、今の状態・状況であれば施設で対応するとの事



## その後

同じユニット内で2名の入所者が発熱し、新型コロナウイルス感染症と判明したが、それ以降発生なく、収束となった。

見守りや介助が必要な入所者の食事が居室になると大変

→食堂スペースの利用方法を見直す



## ■ よかった点

何度かのクラスターを経験していく中で、施設としてマニュアル作成・見直し、がなされ現場スタッフもそのマニュアルに沿った行動がとられている。

より良くするためや、ピットホールになる部分をアドバイス



施設によっては、マニュアルの作成が追いついていない場合やマニュアルが現場スタッフへ伝わっていないケースもあるが、その場合は一時的な支援だけでなく継続的な支援が行えるような取り組みを検討すると良い。

## ■ 介護老人保健施設での疥癬集団発生事例

救急受診された入所者、右手だけ肥厚した灰色の角質増殖があり入院後、皮膚科の診察で**角化型疥癬(限局)**と診断される。施設へ連絡した所、手はしばらく前からこのような状態で同じフロア内に皮疹がある入所者が数名いるとの事。



- ・4人部屋に入所していた
- ・フロアは2つ、職員は移動あり 入所者の移動はほぼない
- ・夜勤者の寝具シーツは数日置きに交換
- ・大浴室は共有

## ■ 予防・探知～初動対応

疥癬についてのマニュアルは余り具体的ではなく、今までは常勤医と皮膚科医の指示で対応してた。角化型疥癬と診断された入所者は入院したが、今後どう対応していけば良いかわからない。

手の掻痒感に対し処方されていたステロイド軟膏が数ヶ月塗布されていた。



## ■ 疫学調査・検査体制 当院からのアドバイスあり

### ・入所者

フロア 皮疹・掻痒感等の症状確認

掻痒感を訴えれない人や体が動かせない入所者もいるため注意

### ・職員

全職員に皮疹・掻痒感等の症状確認



### ・診察 検査

対象範囲が広いため、皮膚科医の往診

潜伏期間中や検査感度が高くないため、診察・検査が必要となる場合もある

## 医療調整・事業継続・情報発信

### 施設の感染対策委員で検討（当院皮膚科医+ICNも参加）

- ・入所者は往診と皮膚科への受診で対応 予防薬使用の検討→実施なし
- ・職員は往診時、診察及び予防薬の検討→実施する
- ・新規入所は状況が落ち着くまで別フロアまたは個室
- ・家族への連絡
- ・長期間になる可能性があるが、施設として必要な対応を行う

→入所者・職員がそれぞれ複数名、通常疥癬と診断される 角化型疥癬はなし

## 感染対策

ICNが病院のマニュアル参考に施設用にアレンジして実施可能か調整  
通常疥癬と角化型疥癬によって感染対策が異なる

→職員に向けた研修会を開催

感染経路・潜伏期間・疑うべきポイント・治療

通常疥癬:標準予防策

その中で気をつける点など

角化型疥癬・疑い:標準予防策+接触予防策

徹底した感染対策

対応	通常疥癬	角化型疥癬
施設	不要	必要 患者のベッド・寝台・枕、敷物類の定期的な洗濯・消毒
手洗	必要	必要
手袋	標準予防策	標準予防策
マスク	標準予防策	標準予防策
防護服	必要者にチームごとを要する 施設全体の感染防止を要する	施設稼働中は不要、着用
入所者の管理について	・空室は通常と同じように ・検出されたまま、見当らないまま ・入所者の管理は、検出後速やかに ・施設は通常通り	・空室は通常通り、古い拭いた ・入所者は検出されたままに ・入所者は検出されたままに ・入所者は検出されたままに ・入所者は検出されたままに
患者が検出した施設	不要	アルコールを1回消毒 2週間経過しても可
施設稼働について	通常	通常
施設稼働	通常	通常
家族や、スタッフへの検出	必要	必要
患者がもたらした施設への感染	不要	必要
施設への予防対策	標準予防策	標準予防策+接触予防策
スタッフ	標準	標準
入所者	標準	標準
家族	標準	標準
施設	標準	標準

## 感染対策の実際に対して

### ・看護師と介護スタッフからの相談、質問

#### 家族は大丈夫か

→長時間の肌の接触や布団や衣類などの共有で感染する場合があります  
症状があれば受診を検討する方がよい

#### 首から下に軟膏を塗ると白衣がベタベタになる

→変えの白衣が準備できない場合、必要に応じて長袖エプロン等の使用を検討

#### 処方された量では軟膏が足りない

→必要に応じて軟膏が使用できるよう調整

#### 痒い

→治療が終了しても、死骸や糞のアレルギ-反応でしばらく痒みが残ります  
あまりにも痒みが続く場合、受診を検討しましょう

## その後

肝機能を確認しながら職員への治療薬を選択したが、内服を行った数名が体調不良を訴え受診、2週間程で皮膚科医の往診の必要は無くなったが、新規に皮疹が出る入所者が半年程続き収束した。

疥癬のトンネルを掘る部位

手や指の間、肘、陰部、わきの下、おしりなどがあげられる

→職員、臀部の皮疹が多く見られ暖かい便座による感染対策も追加

## ■ よかった点

長期間となる事が予測される中で、施設として入所者・職員への対応を実施するという方針から、改善が必要なことに対して円滑に対応が見直された

職員の寝具シーツの毎回交換・入所者や職員の受診など



感染が起こった際に、施設としての方針や意思決定が明確になっている方が、支援する側も関わりやすい。場合によっては、方針や意思決定についても相談できることもある

## ■ 短期入所施設で発生したノロウイルス感染症

短期入所療養介護施設(ショートステイ)で入所者が食堂で水状の嘔吐、クリニックを受診し、**ノロウイルス感染症**と判明する。



- 単独型施設 かかりつけ医・協力医療機関
- 1フロア 収容数44名 個室20 2人部屋10 4人部屋1
- 食事は食堂と居室

## ■ 予防・探知～初動対応

感染性胃腸炎の対応として、嘔吐と下痢には気をつけている  
特に水様性の場合、早急に個室へ隔離し、かかりつけ医への受診相談  
嘔吐物の処理も研修を行い速やかに対応している



## ■ 疫学調査・検査体制

### 感染ルート

- 入所者 職員 施設外部者
- 嘔吐や下痢がある・あった人との接触はないか
- 喫食状況
- 施設で提供している食事やおやつ等の確認



### 診察 検査

- かかりつけ医・協力医療機関へ
- 人数が多い場合は往診も検討

## 医療調整・事業継続・情報発信

### 感染対策委員会 施設長・相談員・看護師で検討

- ・誤嚥や窒息に注意し、水分摂取が困難な場合等は早めに受診
- ・数日間は発生状況を確認し、方針を検討していく
  - 他の入所者家族への連絡
  - 新規受け入れ
  - 行政等への連絡



24

## 感染対策の実際を確認

### ICNが訪問して現場を確認

- ・ノロウイルス感染症の対応マニュアル作成されている
  - 感染力が強く、吐物や便よりウイルスが排出される事
  - アルコールによる消毒効果は低く、手洗いや消毒は他の方法等
- ・嘔吐セットが常時準備されている 先日、処理の訓練を行った
  - ※ペットボトルに希釈された次亜塩素酸ナトリウム
  - 希釈した場合の期限を確認
- ・流水手洗いの施行
  - 職員だけでなく入所者も積極的に実施



25

## 感染対策の実際に対して

### ・看護師と介護スタッフからの相談、質問

#### 経過観察はどれくらいすれば良いか

→ノロウイルス感染症の潜伏期間は短く12時間～48時間

#### 吐物周辺の消毒する範囲はどれくらいか

→かなり広範囲となり、半径2メートル程度

#### 職員が罹患した場合や入所者の隔離期間はどれくらいか

→当院では、職員・患者共に症状が改善して2日経過するまで  
数週間、ウイルスの排出があるため、流水での手洗い等は継続  
※調理師は症状改善後、検査で陰性確認まで

26

## その後

吐物を処理した2名の介護職員が罹患、人員不足で勤務調整が必要であったが入所者からは新規発生なし。

感染ルート不明

介護職員のお孫さんが通う保育所で胃腸炎が流行っている。

27

## よかった点

マニュアル作成だけでなく、嘔吐物の処理訓練を行い対応の備えを行なっている。また、嘔吐セットを作成し、迅速に対応ができるように準備がなされている。



施設で発生、流行しやすい感染症に対する準備として、マニュアルの作成や勉強会、訓練を行うことで慌てずに対応できる。自施設だけで行うのが難しい場合は、行政や近隣の医療機関に相談する。

## 最後に

- いくつかの事例を紹介してきましたが、新型コロナウイルス流行下において、高齢者施設等におけるクラスターの発生や医療機関の病床ひっ迫があり、施設内で対応するケースも多くありました。
- 平時からの感染症の予防及びまん延防止のための取り組みや協力医療機関との連携が重要となってきます。
- 施設だけでなく、地域や行政と連携した感染対策に向け一緒に取り組んでいきましょう。