

資料15

感染対策マニュアル

山梨県立育精福祉センター

目次

1. はじめに.....	1
2. 障害児入所施設と感染対策.....	2
1) 注意すべき主な感染症.....	2
2) 感染対策の基礎知識.....	3
(1) 感染源.....	3
(2) 感染経路の遮断.....	3
(3) 知的障害児の健康管理.....	7
(4) 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）.....	8
3. 感染予防における職員の心がまえ.....	9
1) 職員の健康管理.....	9
(1) 感染媒介となりうる職員.....	9
(2) 職員の健康管理.....	9
2) 職業感染対策.....	10
3) 早期発見の方策.....	10
4) 感染対策マニュアルの実践と遵守.....	11
感染症予防チェックリスト.....	12
5) 職員研修への参加.....	14
4. 平常時の衛生管理.....	14
1) 施設内の衛生管理.....	14
(1) 環境の整備.....	14
(2) 清掃について.....	15
(3) 嘔吐物・排泄物の処理.....	17
(4) 血液・体液の処理.....	19
2) 日常の支援と感染対策.....	19
(1) 標準予防措置策.....	19
(2) 職員の手洗い.....	20
(3) 手袋の着用と交換について.....	23
(4) 利用児の手指の清潔.....	23
(5) 食事支援.....	24
(6) 排泄支援（おむつ交換を含む）.....	24
(7) 日常の健康状態の観察と対応.....	24
5. 感染症発生時の対応.....	28
1) 感染症の発生状況の把握.....	30
2) 感染拡大の防止.....	31
3) 行政への報告.....	32
4) 関係機関との連携など.....	32

6. 個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）	33
1) 感染経路別予防措置策	33
(1) 接触感染	33
(2) 飛沫感染	33
(3) 空気感染	34
2) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応	34
(1) 接触感染（経口感染含む）	34
a. ノロウイルス（感染性胃腸炎）	34
b. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）	38
c. 疥癬虫（疥癬）	38
d. 薬剤耐性菌	40
(2) 飛沫感染	41
a. インフルエンザウイルス（インフルエンザ）	41
b. 肺炎マイコプラズマ（マイコプラズマ肺炎）	42
(3) 空気感染	43
結核菌（結核）	43
(4) その他の重要な感染症	44
誤嚥性肺炎	44
＜資料＞	
感染症法における感染症の分類と提出・報告の義務	46
市販の漂白剤を用いた時の調製法	47

平成19年11月16日作成
平成24年 6月15日改訂
平成25年12月25日改訂

1 はじめに

育精福祉センターは、感染症に対する抵抗力が弱い児童や自ら感染症の予防行動をとることが難しい児童が、集団で生活する場です。このため、感染が広がりやすい状況にあります。感染自体を完全になくすことはできませんが、感染症を予防する体制を整備し、平常時から対策を実施するとともに、感染症発生時には迅速で適切な対応を図り、感染の被害を最小限にすることが必要となります。

本マニュアルでは、当所の特徴を踏まえ、「感染症対策の基本」「感染管理体制のあり方」「平常時の衛生管理のあり方」及び「感染症等発生時における対応法」についてとりまとめました。

職員一人一人が常に感染症を意識し、予防や拡大防止への的確な実践ができるよう、本マニュアルを活用していただけたら幸いです。

2 障害児入所施設と感染症対策

1) 注意すべき主な感染症

障害児入所施設において、予め対応策を検討しておくべき主な感染症として、以下のものが挙げられます。

- ① **利用児及び職員にも感染が起こり、媒介者となる感染症**（集団感染を起こす可能性がある）
インフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症等）、腸管出血性大腸菌感染症、痂皮型疥癬、結核 など。
 - ② **健康な人に感染を起こすことは少ないが、感染抵抗性の減弱した人に発生する感染症**（障害児入所施設では集団感染の可能性のある感染症）
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA 感染症）、緑膿菌感染症などの薬剤耐性菌による感染症。
 - ③ **血液、体液を介して感染する感染症**（集団感染に発展する可能性は少ない）
肝炎（B 型、C 型）、HIV感染症 など。
- ①及び②に示した感染症の特徴、平常時の対策、発生時の対応については、6. 個別の感染対策を参照してください。

2) 感染対策の基礎知識

感染症に対する対策の柱として、以下の3つが挙げられます。

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

(1) 感染源

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

- ①嘔吐物・排泄物（便・尿など）
- ②血液・体液・分泌物（喀痰・膿みなど）
- ③使用した器具・器材（注射針・ガーゼなど）
- ④上記に触れた手指で取り扱った食品など

*①、②、③は、素手で触らず、必ず手袋を着用して取り扱います。

*手袋を脱いだ後は、手洗い、手指消毒が必要です。

→ 手洗いや手指の消毒は、感染予防の中でも特に重要です。詳しくはP8 (4) 標準予防措置（スタンダード・プリコーション）を参照。

(2) 感染経路の遮断

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

表1 主な感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染 (経口感染含む)	<ul style="list-style-type: none"> 手指・食品・器具を介して伝播する頻度の高い伝播経路である。 	ノロウイルス 腸管出血性大腸菌 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、緑膿菌など
飛沫感染	<ul style="list-style-type: none"> 咳、くしゃみ、話などで、飛沫粒子(5μm以上)により伝播する。 1m以内に床に落下し、空中を浮遊し続けることはない。 	インフルエンザウイルス ムンプスウイルス 風しんウイルス レジオネラ菌 など
空気感染	<ul style="list-style-type: none"> 咳、くしゃみなどで、飛沫核(5μm以下)として伝播する。 空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する。 	結核菌 麻しんウイルス 水痘ウイルスなど
血液媒介感染	<ul style="list-style-type: none"> 病原体に感染された血液や体液、分泌物が、針刺し事故等により体内に入ることにより感染する。 	B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス ヒト免疫不全ウイルス(HIV) など

【感染経路の遮断とは】

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

【感染経路を遮断するためには】

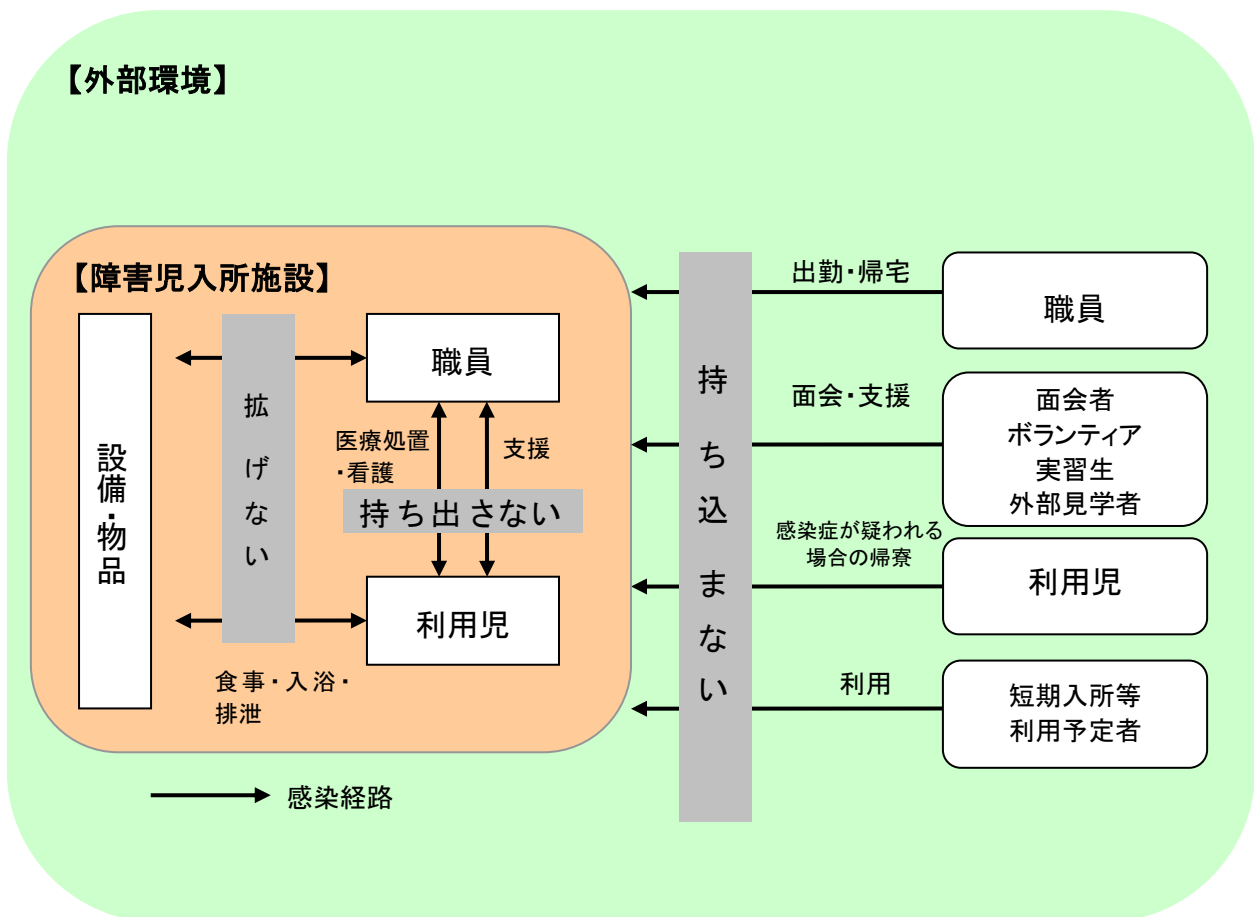
- ① 手洗いの励行、うがいの励行、施設の清掃
- ② 血液・体液・分泌物・排泄物等取り扱い時の手袋着用。これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、マスクやエプロン・ガウンの着用も必要。→P8 (4) 標準予防措置(スタンダード・プリコーション)を参照。
- ③ 施設外部からの病原体の持ち込みを防ぐ。
 障害児入所施設における感染症は、施設内でまったく新規に発生することはまれであり、新規利用児、職員、面会者などが施設外で罹患して施設内に持ち込むことが多い。

よって、「新規の利用児への対策」「職員、面会者、ボランティア、実習生などに対する対策」が重要となる。

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

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

図1 障害児入所施設における感染対策



* 感染源を持ち込まないために、外泊・外出時には保護者に対しても以下のとおり、注意を促しましょう。

- ・ 外から帰ったとき、食事の前など、石けんを使って丁寧に“手洗い”をする。上手に手洗いでできない児童は、保護者が介助し、しっかり汚れを落とす。(指も1本ずつ丁寧に洗う。手首も忘れずに洗う)
- ・ 空気が乾燥している場合は、加湿器などで加湿する。ウイルスが舞い上がるのを抑え感染力を低下させることができる。
- ・ 咳が出る、下痢をしているなど体調の悪い時は、無理して外出しない。感染症流行時は、なるべく人ごみには行かない。
- ・ 家族に体調不良の方がいる場合は無理に外出、外泊をしない。
- ・ 外泊時、咳や頻回の下痢、嘔吐など感染症が疑われる場合は帰寮させない。症状があり、やむを得ず帰寮が必要な場合は、職員に必ず伝えること。

施設は集団生活の場であり一人が感染症にかかると、あっという間にまん延することを保護者の方にも十分認識してもらい、外出・外泊の都度、感染予防への配慮をお願いします。

(3) 知的障害児の健康管理

【入所時の健康状態の把握】

入所の際は、感染症の既往歴や現在治療中または経過観察中の感染症について、必ず確認しましょう。

【日常の健康管理】

①日常の健康チェック

- 利用児の健康状態の観察を行い、早期に体調の悪い人がいないかを把握することが必要です。次のような症状をチェックし、記録します。

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

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

②予防接種・健康診断

児童は感染症等に対する抵抗力が弱いことから、早期の発見と対応が重要です。感染症等が流行する時期には、可能な予防接種や、定期的な健康診断を実施していきます。

(4) 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）

感染対策の基本は、①感染させないこと、②感染しても発症させないこと、すなわち、感染制御であり、適切な予防と治療を行うことが必要です。そのためには、前述のように、①病原体を持ち込まない、②病原体を持ち出さない、③病原体を拡げないことが重要です。その基本となるのは、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）と感染経路別予防策です。

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

1985年に米国CDC（国立疾病予防センター）が病院感染対策のガイドラインとして、ユニバーサル・プリコーション（Universal precautions、一般予防措置策）を提唱しました。これは、患者の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜血液は感染する危険性があるため、その接触をコントロールすることを目的としたものでした。その後、1996年に、これを拡大し整理した予防策が、スタンダード・プリコーション（標準予防措置策）です。「すべての患者の血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜などは、感染する危険性があるものとして取り扱わなければならない」という考え方を基本としています。

障害児入所施設では、特に嘔吐物・排泄物の処理の際に注意が必要になります。

標準予防措置策の具体的な内容としては、手洗い、手袋の着用をはじめとして、マスク・ゴーグルの使用、エプロン・ガウンの着用と取り扱いや、ケアに使用した器具の洗浄・消毒、環境対策、リネンの消毒などがあります。（詳細は19ページを参照してください。）

3 感染予防における職員の心がまえ.

1) 職員の健康管理

(1) 感染媒介となりうる職員

一般的に、施設の職員は、施設に病原体を持ち込む可能性が最も高いことを常に意識しましょう。

また、日々の支援において、利用児と密接に接触する機会が多く、利用児間の病原体の媒介者となるおそれが高いことから、日常からの健康管理が重要となります。

施設の職員が感染症の症状を呈した場合には、症状が改善するまで就業を原則として停止します。感染している場合の就業は、病原体を施設内に持ち込む可能性、リスクが極めて高いため、完治するまで休業することは、感染管理を行う上で感染源対策や感染経路の遮断に有効な方法です。

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

(2) 職員の健康管理

a. 定期的な健康診断

職員は健康診断を受ける義務があり（労働安全衛生法第66条第5項）、健康診断を受けない場合は処分されることもあります。

健康診断を受けることは、職員自身の健康管理の面だけでなく、利用児の安全面からも必要です。

b. ワクチン接種による予防

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

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

2) 職業感染対策

職員が、HIVや肝炎（B型・C型）等に感染している血液や体液などに直接接触する事例が発生した場合には、速やかに医療機関へ受診してください。

3) 早期発見の方策

感染症の早期発見には、日常から利用児の健康状態を観察・把握し、記録しておくことが重要です。日常的に発生しうる割合を超えて、次のような症状が出た場合には、速やかに対応しなければなりません。

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

また、類似施設で発生した事例を分析しておくことも重要です。

4) 感染対策マニュアルの実践と遵守

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

- ・ 職員全員がマニュアルの内容を確実に理解すること。
- ・ 職員を対象とした定期的講習会や研修に参加することなどにより、マニュアルの内容を周知徹底するとともに、必要な訓練を何度も繰り返し実施しておくこと。
- ・ マニュアルは、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。
- ・ 遵守状況を定期的に確認（自己確認、相互確認）すること。
次頁の感染症予防チェックリストを用いてマニュアルの遵守状況を確認する。

<感染症予防チェックリスト>

利用児の健康状態の把握

- 利用児の毎日の健康観察を実施している
- 利用児に咳症状がある場合、マスクの着用等をうながし、周囲への飛散予防を行っている

職員の健康状態の把握

- 職員の健康診断を定期的に受けている
- 職員の体調が悪い場合には、医療機関へ受診している
- 施設内に入出入りするボランティア、保護者、実習生等に感染予防の観点からの健康管理を促している
- 施設内に入出入りするボランティア、保護者、実習生等に咳症状がある場合、マスクの着用等をうながし、周囲への飛散予防を行っている

手洗い

- 手洗いは、石鹼と流水で、15秒～30秒以上行っている
- 職員は1ケアごとに手洗いをしている
- 使い捨ての手袋をはずした後に手洗いをしている
- 手拭は使い捨てのペーパータオルか個人用のタオルを使用している（共用タオルは置いていない）
- 利用児へ手洗いの指導をしている
- 来訪者に手洗いを勧めている

排泄時のケア（おむつ交換を含む）

- 排泄時ケアの必要物品（使い捨て手袋、ガウン、お尻拭きの布、消毒薬、ビニール袋、専用マット、等）が揃えてある
- 排泄時のケアの際に使い捨て手袋を着用し、1回ごとに手袋を交換している
- 使用後のおむつ等はビニール袋等に密閉して移動している
- 排泄時ケアの交換の手技が統一されている

吐物処理

- 吐物処理の物品（使い捨て手袋、マスク、ガウン、拭き取りの布、消毒薬、ビニール袋、専用バケツ等）が備えてある
- 吐物を処理する際に、使い捨て手袋、マスク、ガウンを着用している

- 衣類が汚染した場合は、吐物を取り除いた後、消毒している
- 床が汚染した場合は、吐物を取り除いた後、消毒している
- 吐物処理をしているときに換気をしている
- おう吐があった場合、吐物を処理する職員と、利用児が吐物に触れないように利用児を担当する職員が役割分担されている
- 吐物処理の手技が統一されている

環境整備・ゾーニング（清潔区域と不潔区域の区分け）

- 施設内の清掃を定期的に行っている〔ドアノブ・手すり・利用児が触れる可能性がある場所の清拭、床清掃、水周り（手洗い場、流し台、汚物処理室、浴室等）の清掃〕
- 汚物を触った手で触れたところは消毒液を含ませた布で消毒している
- 清潔区域（調理室、給湯室等）と、汚染区域（トイレ、手洗い場、汚物処理室等）を分けている
- 排泄物の処理は汚染処理専用の場所で行っている
- 汚染されたものは、清潔な区域（食堂、プレイルーム等）と交わらない

研 修

- 感染症の研修を、年一回以上受講している
- 感染症の研修の後に、他の職員にも情報共有できるように報告している

その他

- 施設内感染を疑った際の職員からの報告・連絡方法を理解している（夜間・休日含む）
- 感染対策マニュアルの日常行うべき予防対策、発生時の対応策を把握している
- 半年に1回は感染対策マニュアルに目を通してしている

5) 職員研修への参加

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

そのためにも、職員研修に積極的に参加しましょう。特に新規採用時には必ず職員研修に参加することが重要です。

4 平常時の衛生管理

1) 施設内の衛生管理

(1) 環境の整備

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

施設内の衛生管理の基本として、手洗い場、汚物処理室といった感染対策に必要な施設や設備を利用児や職員が利用しやすい形態で整備することが大切です。手洗い場では、水道カランの汚染による感染を防ぐため、以下のことが望まれます。

- ・ 使用可能な利用児についてはペーパータオルを設置して使用する。
- ・ 汚物処理室のゴミ箱は足踏み式の開閉口にする。

また、トイレ内は空気・湿気がこもると菌の温床となりやすく、感染症を拡大しやすい環境であり注意が必要です。

(2) 清掃について

a. 日常的な清掃頻度

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

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

【汚染が発生しやすい場合】

失禁を伴う下痢の利用児がいる
咳や喀痰の多い利用児がいる
嘔吐している利用児がいる など

b. 日常的な清掃方法

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

c. 特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

【床】

- ・ 清掃は湿式清掃を基本としまし。0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液による清掃を行います。使用したモップ等は、十分に洗浄し、十分な流水で濯いだ後、乾燥させまし。
- ・ 床に血液、分泌物、嘔吐物、排泄物などが付着した場合は、手袋を着用し、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、湿式清掃し、乾燥させまし。
消毒液の用途別の濃度および作り方は資料P47を参照してください。

【トイレ】

- ・ トイレのドアノブ、取手などは、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、消毒を行いましょ。

【浴室】

<ul style="list-style-type: none">・ 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒などをこまめに行い、衛生管理を徹底しましょう。通常時は、家庭の浴室の清掃と同様に、洗剤による浴槽や床、壁等を清掃します。・ 以下の内容を参考に自主点検表（チェックリスト）を作成し、点検、確認しましょう。	
入浴日毎に実施する衛生管理	<ol style="list-style-type: none">1. 脱衣室の清掃2. 浴室内の床、浴槽、腰掛けの清掃3. 浴槽の換水（入浴日毎）

d. 注意事項

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

【ポイント】

- ・ 使用後のモップや拭き布の洗浄、乾燥、管理を徹底しましょう。
- ・ 使用場所ごとにモップや拭き布を区別しましょう。
- ・ 日常的に、消毒薬を散布したり、噴霧することはやめましょう。
- ・ 清掃後は、よく手を洗い、手指衛生の保持を心がけましょう。

(3) 嘔吐物・排泄物の処理

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

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

a. 嘔吐物処理の仕方

【注意事項】

- ・ 嘔吐物の処理を行う際は、必ず窓を開け十分な換気を行いましょう。
- ・ 利用児を他の部屋に移動させ、処理を行う職員以外は立ち寄りならないようにしましょう。
- ・ 迅速かつ正確な処理方法で対応しましょう。
- ・ 処理用キット（☞ 18 ページ）を準備しておき、必要時に、迅速に処理できるよう備えましょう。
- ・ 利用児の服に嘔吐物がかかっている場合、服を脱がせ、別のビニール袋に入れて汚物処理室へ運びます。

【処理の手順】

- ① 手袋（2枚重ね）、ビニールエプロン、マスク、足カバーを着用する。
- ② ゴミ袋 a, b, c を用意し、ゴミ袋 a には0.5%次亜塩素酸ナトリウム液を100cc入れる。
- ③ 嘔吐物を中心に半径2mを新聞紙で覆う。（吐物の落下地点から半径2mは汚染されている可能性がある。）同様に壁、近くの物に飛び散っていないか確認する。覆った新聞紙の上から次亜塩素酸ナトリウム液をかける。
- ④ 新聞紙で外から中へ2度拭きしないように拭き取りゴミ袋 a に捨てる。
- ⑤ ゴミ袋 a の口を根元から縛り、ゴミ袋 b に入れる。
- ⑥ 手袋をゴミ袋 b に捨て新しい手袋に交換する。
- ⑦ 新聞紙を汚染区域に敷き、次亜塩素酸ナトリウムを撒き10分放置する。
- ⑧ この間に、次亜塩素酸ナトリウム液の入ったペットボトル、足カバーをゴミ袋 b に捨てる。
- ⑨ 消毒に使った新聞紙をゴミ袋 b に捨てる。
- ⑩ 消毒した区域をペーパータオルや雑巾で水ぶきし、水を入れていたペットボトルと共にゴミ袋 b に捨てる。
- ⑪ 装備を手袋、エプロン、マスクの順に脱衣してゴミ袋 b に捨て根元から縛る。
さらにゴミ袋 c に捨て、根元から縛り廃棄する。
- ⑫ うがい、手洗いをする。

【汚物で汚染された衣類の処理】

嘔吐物が付着した衣類等はできれば廃棄する。廃棄できない場合は、汚物処理室で0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に10分間つけ込む処理を行い、その後は他の衣類とは別で洗濯する。衣類を洗濯した洗濯機を0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する。

【汚物で汚染されたリネンの処理】

- 可能であれば破棄する。
- <手順1：下洗い>
マスク、手袋、撥水性エプロンを着用し下洗いする。
- <手順2：消毒>
以下のいずれかで消毒を行なう
- 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に10分以上浸す。
 - 85℃以上の温水洗濯を1分以上
 - 熱乾燥（スチームアイロン・布団乾燥機の利用など）
- <手順3：洗濯>
汚染されたリネンの洗濯は他のものと分けて最後に洗う。
- <手順4：消毒>
使用した洗面所を0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する。

b. 処理用キットの用意

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

【処理用キットの内容】

使い捨て手袋×2
使い捨て撥水性エプロン×1
使い捨て足カバー
マスク
ペーパータオル・使い捨て布・新聞紙 等
ビニール袋×3
0.5%次亜塩素酸ナトリウム入り2Lペットボトル
水入りペットボトル
その他必要な物品

(4) 血液・体液の処理

職員への感染を防ぐため、利用児の血液など体液の取り扱いには十分注意します。

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

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

手袋、帽子、ガウン、覆布（ドレープ）などは、可能なかぎり使い捨て製品を使用することが望ましいといえます。これらのものの破棄処理については、化膿した患部に使ったガーゼなどと同様に処理します。

2) 日常の支援と感染対策

(1) 標準予防措置策

感染を予防するためには、「1ケア 1手洗い」の徹底が必要です。感染予防の基本は、「手洗いに始まって手洗いに終わる」といわれるほど、手洗いが重視されています。また、日常のケアにおいて利用児の異常を早期発見するなど、日常の支援場面での感染対策が有効です。

血液、体液、嘔吐物、排泄物などを扱うときは、手袋やマスクの着用が必要になります。また、必要に応じてゴーグル、エプロン、ガウン等を着用します。

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

● 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などに触れるとき

● 傷や創傷皮膚に触れるとき

⇒手袋を着用します。

手袋を外したときには、液体石鹸と流水により手洗いをします。

● 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などに触れてしまったとき
⇒手洗いをし、必ず手指消毒をします。

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

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

⇒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。（ただし、障害児入所施設においては、原則として、日常的にこのような対応は必要ありません。）

● 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などで、衣服が汚れ、他の利用児に感染させる恐れがあるとき

⇒使い捨てのプラスチックエプロン・ガウンを着用します。
一度使用したものは、別の利用児のケアに使ってはいけません。

● 針刺し事故防止のために

⇒注射針のリキャップはやめ、感染性廃棄物専用容器へ廃棄します。

(2) 職員の手洗い

手洗いは感染対策の基本です。正しい方法を身につけ、常に手を抜かずマニュアルに沿って行いましょう。

手洗いは「1ケア 1手洗い」、「ケア前後の手洗い」が基本です。

手洗いには、「液体石けんと流水による手洗い」と「消毒薬による手指消毒」があります。

手洗い：汚れがあるときは、液体石けんと流水で手指を洗います。

手指消毒：感染している利用児や、感染しやすい状態にある利用児のケアをするときは、擦式消毒をしましょう。

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

<手洗いにおける注意事項>

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

<正しい手洗い方法>

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

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

図2 手洗いの順序



図3 手洗いミスの発生箇所



出典：日本環境感染学会監修 病院感染防止マニュアル（2001）

(3) 手袋の着用と交換について

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

a. 基本的な考え方

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

b. してはいけないこと

次のようなことは、絶対にやめましょう。

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

c. 特に注意すべきこと

- ・ 手袋をはずしたときは、必ず液体石けんと流水で手洗いしましょう。
- ・ 手袋をはずすときには、汚れた面が手に触れないようにしましょう。

(4) 利用児の手指の清潔

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

清潔観念や清潔行為に問題がある利用児に対しては、下記の例を参考に柔軟に対応しましょう。

a. 手洗いの支援

利用児の手洗いは、液体石けんと流水による手洗いを行ってください。流

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

b.共用タオル・おしぼり等の使用について

共用のタオルの使用は絶対に避けましょう。手洗い各所に必要に応じてペーパータオルを備え付けます。また、個人用タオルを用意しましょう。

(5) 食事支援

食事支援の前は、職員は必ず手洗いおよび手指消毒を行い、清潔な器具・清潔な食器で提供することが大切です。特に、排泄支援後の食事支援に関しては、食事支援前に十分な手洗いと手指消毒が必要です。職員が食中毒病原体の媒介者とならないように、十分注意を払いましょう。

利用児が水分補給の際に使用するコップや吸飲みは使用毎に洗剤洗浄し清潔にしておきます。

(6) 排泄支援（おむつ交換を含む）

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

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

おむつ交換の際は、利用児一人ごとに手洗いや手指消毒が必要です。

(7) 日常の健康状態の観察と対応

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

a.健康状態の観察と記録

異常の兆候をできるだけ早く発見するために、利用児の健康状態を、常に注意深く観察することが必要です。体の動きや声の調子・大きさ、食欲など

がいつもと違う、と感じたら要注意です。また、熱があるかどうかは、検温するまでもなく、日常的な支援の際、利用児の体に触れたときに判断できる場合もあります。

利用児の健康状態を観察・把握し、以下のような症状認められた場合は、直ちに医務職員に報告し、症状等を記録します。

b.感染症を疑うべき症状

次のような症状がある場合には、注意が必要です。

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

特に、次のような症状がある場合には、感染症の可能性も考慮に入れて対応する必要があります。これらの症状を把握した職員は、ただちに、医務職員に症状を報告します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 発熱（体温） • 嘔吐（吐き気） • 下痢 • 腹痛 • 咳 • 咽頭痛・鼻水 • 発疹 • 摂食不良 • 頭痛 • 顔色、唇の色が悪い |
|---|



①発熱

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

②嘔吐・下痢などの消化器症状



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

③咳・喀痰・咽頭痛などの呼吸器症状



- ・ 発熱を伴う上気道炎症状としては、インフルエンザウイルス、ライノウイルス、コロナウイルス、RSウイルスなどのウイルスによるものが多いとされています。
- ・ 咳は他人への感染源となりますから、咳などの症状のある利用児には可能ならばマスクを着用させます。長引く咳の場合には結核などの感染症も忘れてはいけません。



④発疹などの皮膚症状

- ・ 発疹などの皮膚症状には、アレルギー性のものなどがあり、必ずしも感染症によるものとは限りません。ただし、疥癬が疑われる場合には速やかに皮膚科専門医と連絡を取り合い対応する必要があります。
- ・ 肋骨の下側など神経に沿って痛みを伴う発疹がある場合には、帯状疱疹の場合もあります。帯状疱疹ウイルスの過去の感染に水痘・帯状疱疹ウイルスに対する免疫を得ることができます。成人の場合が過去に感染しているため、新たにはほとんどありませんが、免疫力が利用児やこれまでに水痘に罹患し、面会にくる乳幼児等は感染の可で、注意が必要です。
- ・ 難治性の創傷 などでは、薬剤耐性菌などが関与している場合もあるため、医師との連携が欠かせません。

これは水痘・
よるものです。
痘は終生免疫
は、多くの人
感染すること
低下している
たことのない
能性があるの

⑤その他

上記の症状以外にも、尿路感染症（尿の臭いや混濁などに注意）やリンパ節の腫脹などについても注意を払いましょう。何かおかしいなと感じたら、躊躇せずに早めに医務職員に報告しましょう。

5 感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行いましょう。

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

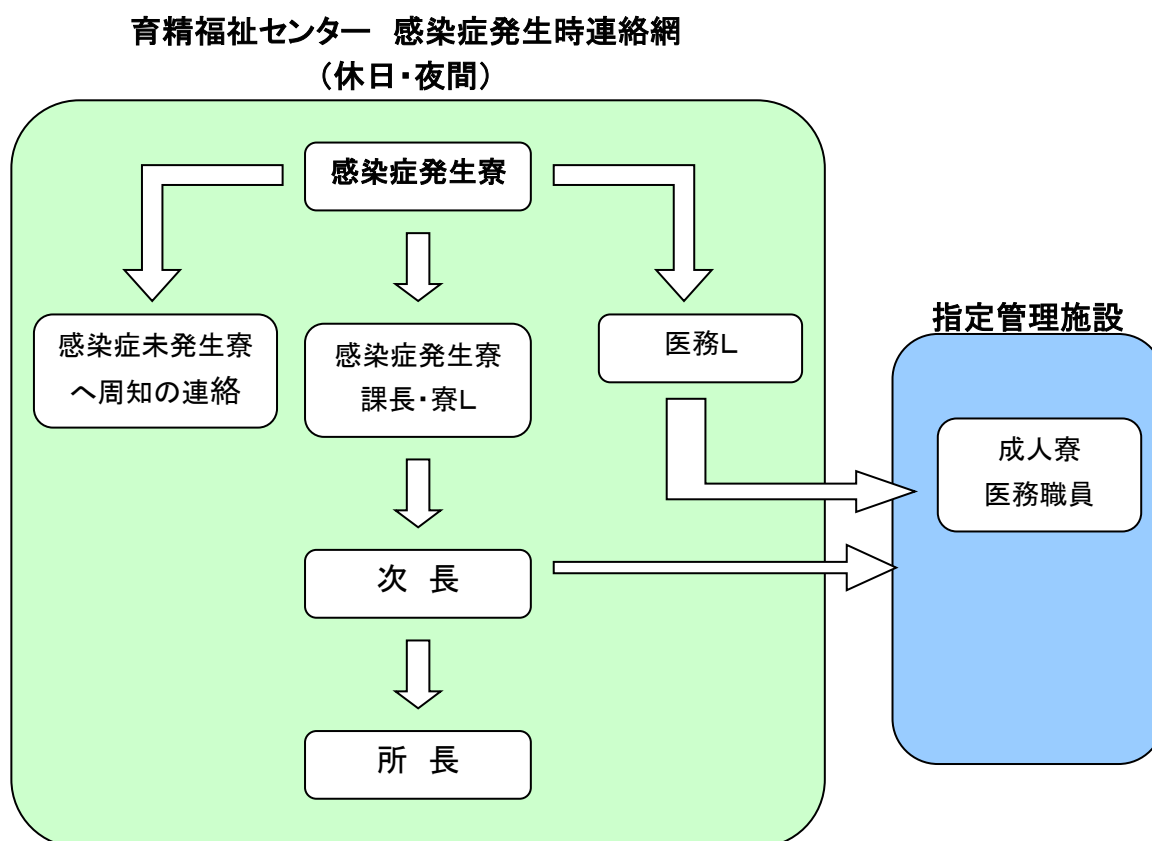
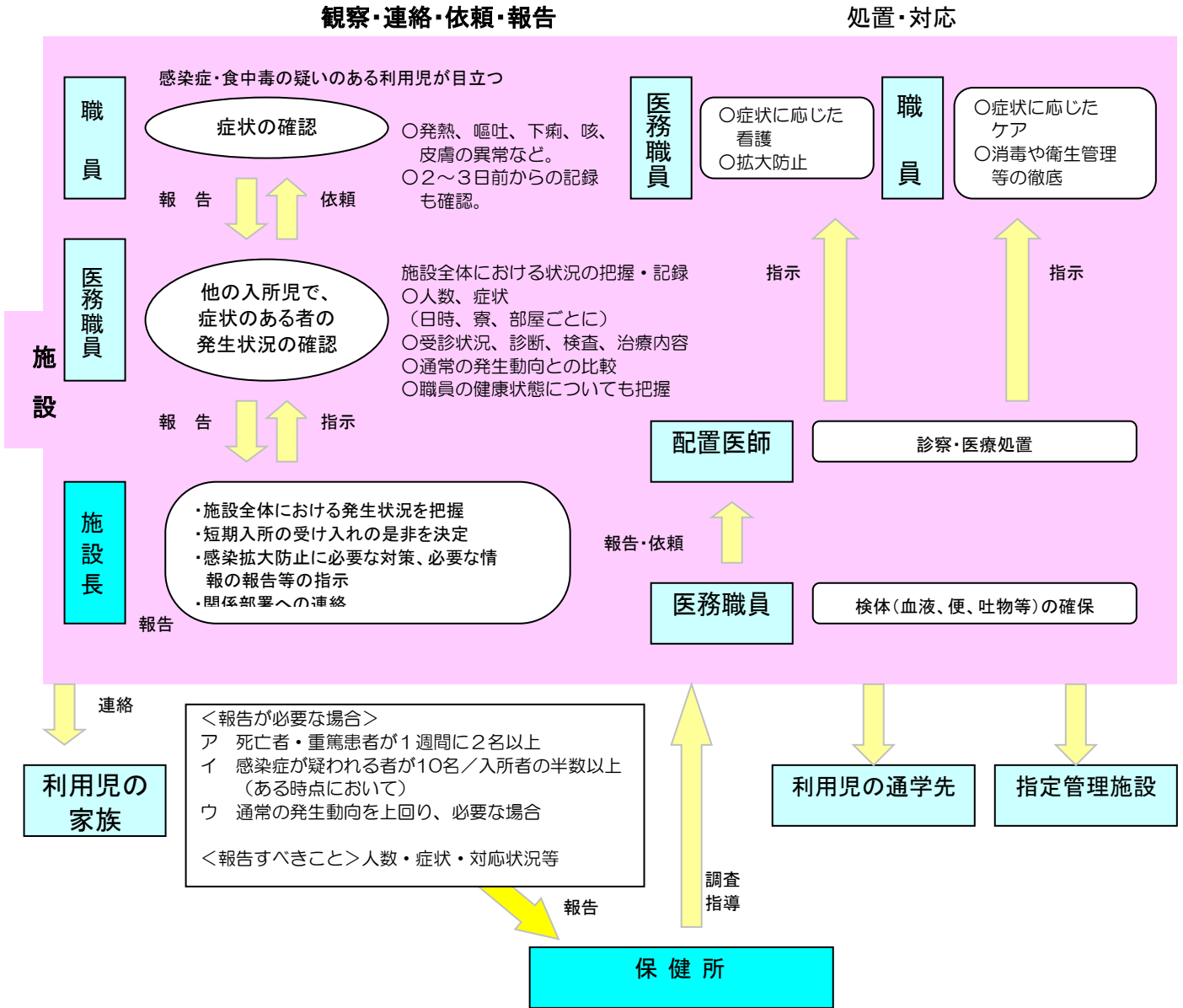


図4 感染症発生時の対応フロー



1) 感染症の発生状況の把握

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

- ◇ 利用児と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時、寮及び居室ごとにまとめます。
- ◇ 受診状況と診断名、検査、治療の内容を記録しておきます。
 - ・ 職員が利用児の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、職員は、医務職員と連携して施設で策定した感染対策マニュアルに従い、速やかに施設長に報告します。このような事態が発生した場合に、速やかに報告できるように、事前に体制を整えておくとともに、日頃から訓練をしておく必要があります。
 - ・ 施設長は、配置医師や医務職員から受けた報告を総合的に判断し、感染拡大の防止に必要な対策やさらに必要な情報の報告等、職員に必要な指示を行います。感染症や食中毒の発生状況が一定の条件を満たした場合は、施設長は行政に報告するとともに〔→3) 行政への報告〕、関係機関と連携をとります〔→4) 関係機関との連携〕。

2) 感染拡大の防止

職員は、感染症若しくは食中毒が発生したとき、又はそれが疑われる状況が生じたときは、拡大を防止するため速やかに対応しましょう。

- ・ 発生時は、手洗いや嘔吐物・排泄物等の適切な処理を徹底しましょう。職員を媒介して、感染を拡大させることのないよう、特に注意を払いましょう。
- ・ 利用児にも手洗いやうがいをするよう促しましょう。
- ・ 自分自身の健康管理を徹底しましょう。健康状態によっては休業することも検討しましょう。
- ・ 医務職員と連携して、必要に応じて施設内の消毒を行いましょう。
- ・ 必要に応じて、感染した利用児の隔離などを行いましょう。感染症若しくは食中毒の発生が疑われる場合は、陰性であることが確認できるまで、念のため隔離をしまししょう。
- ・ 短期入所の対応
 - ①新たな受け入れは原則として行いません。保護者に状況を説明してなおかつ利用が必要な場合は、状況に応じて関係者で協議の上、利用を検討します。
 - ②短期入所中に感染症が発生した場合には、原則として保護者引取りとします。保護者に状況を説明してなおかつ利用が必要な場合は、状況に応じて関係者で協議の上で利用を検討します。
- ・ 詳細な対策については、「6. 個別の感染対策」の関連項目を参照してください。

3) 行政への報告

施設長は、次のような場合、迅速に、保健所に報告し対応を相談します。

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

<報告する内容>

- 感染症又は食中毒が疑われる利用児の人数
- 感染症又は食中毒が疑われる症状
- 上記の利用児への対応や施設における対応状況等

4) 関係機関との連携など

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

- 施設配置医師（嘱託医）
- 保健所
- 職員に発生した場合には産業医へ報告する

そのほか、次のような情報提供も重要です。

- 職員への周知（指定管理施設も含む）
- 家族への情報提供
- わかば支援学校等、利用児の通学先・実習先等

6 個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）

1) 感染経路別予防措置策

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

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

（１）接触感染

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

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

【予防措置策】

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

（２）飛沫感染

インフルエンザ、肺炎球菌感染症、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風しんなどが該当します。咳、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫粒子（5 μ m以上、落下速度30～80cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫粒子は半径1m以内に床に落下し空中に浮遊し続けることはありません。次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

- ① 原則として個室管理ですが、同病者の集団隔離とする場合もあります。
- ② 隔離管理ができないときは、ベッドの間隔を2m以上あけることが必要です。
- ③ 居室に特殊な空調は必要なく、ドアは開けたままでかまいません。
- ④ ケア時はマスク（外科用、紙マスク）を着用します。
- ⑤ 職員はうがいを励行します。
- ⑥ 咳をしている利用児で可能な場合は、呼吸状態を確認の上、マスクを着用させます。

(3) 空気感染

結核（結核菌）や麻疹（麻疹ウイルス）、水痘（帯状疱疹）などが該当します。咳やくしゃみなどで飛散した飛沫核（5 μ m以下、落下速度0.06~1.5cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫核は空中に浮遊し続け、空気の流れにより飛散します。次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

- ① 入院による治療が必要です。
- ② 病院に移送するまでの間は、原則として個室管理とします。
- ③ ケア時は、高性能マスク（N95など）を着用します。
- ④ 免疫のない職員は、患者との接触をさけます。
- ⑤ 咳をしている利用児で可能な場合は、呼吸状態を確認の上、マスクを着用させます。

2) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応

(1) 接触感染（経口感染含む）

a. ノロウイルス（感染性胃腸炎）

ア. 特徴

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

利用児の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品などを介して、二次

感染を起こす場合が多くなっています。特に、おむつや嘔吐物の処理には注意が必要です。

また、施設内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、水道の蛇口、テーブル、取っ手など）は、ノロウイルスに汚染されている可能性があり、二次感染を起こすことがあります。場合によっては、入浴中に排便してしまったときの浴槽水によっても感染が起こることがあります。また、接触感染のみでなく、嘔吐物の処理のときや支援中に嘔吐したとき飛沫により感染することがあります。

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

イ. 平常時の対応

感染防止には、正しい手洗い・消毒を実行することが大切です。職員は支援後・配膳前・食事支援時には必ず手を洗いましょう。手袋を脱いだときも必ず手を洗いましょう。

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

ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」

エ. 感染を疑ったら～対応の方針

<利用児への対応>

- 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児を一つの部屋へ集めます。
- 嘔吐症状がでたら、食事については様子を見ながら判断します。
- 下痢や嘔吐症状が続くと、脱水を起こしやすくなるため、水分補給が必要です。口からの水分の補給がとれない場合は、補液（点滴）が必要となります。医療機関を受診します。
- 突然嘔吐した人の近くにいた、嘔吐物に触れた可能性のある人は、潜伏期48時間を考慮して様子を見ます。
- 連続して2食以上を通常量食べることができ、食後4時間嘔吐がなければ、嘔吐症状は治まったと判断します。
- 嘔吐の際に嘔吐物を気道に詰まらせることがあるため、窒息しないよう

気道確保を行います。窒息した場合には、救急法に沿って対処します。

- ※ 食事時の嘔吐で食器が嘔吐物で汚れた場合には、ビニール袋を準備して、次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%～0.1%）を作り、そこに食器をいれて10分以上放置します。その後、厨房へ下げます。

<施設の体制・連絡など>

- 感染ルートを確認します。
一緒に食事を摂取した人をよく観察します。
感染者や施設外部者との接触があったかどうかを確認します。
また、施設内で他に発症者がいないかどうかを調べます。
- 24時間内に、水様便や嘔吐症状の発症者が2人以上になった場合には、
→ 医務職員はその後の発症者数、症状継続者数の現況を、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。
→ 朝のミーティング等で報告し、職員全体が経過を把握できるようにします。（下痢、嘔気などの症状のある利用児を報告する用紙を使用するとよい。）
- 面会は必要最小限にします。面会者にも情報を示し、理解を求めます。
- 責任者は、感染対策が確実に実施されているかを観察して確認します。消毒薬や嘔吐物処理等に必要な用具が足りているかの確認も必要です。

オ. 発生時の対応

<嘔吐物・排泄物の処理>

- 嘔吐物の処理の手順を徹底します。☞（17ページ）
- おむつははずしたら、すぐにビニール袋に入れ（2重にするとなお安全です）感染性廃棄物として処理します。
- トイレ使用の場合も換気を十分にし、便座や周囲の環境も十分に消毒します。
- 使用した洗面所等はよく洗い、消毒します。
- 処理後は手袋、エプロン、マスクをはずして液体石けんと流水で入念に手を洗います。
- 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をします。

<洗濯>

- シーツなどは周囲を汚染しないように丸めてはずして、ビニール袋に入れます。
- 衣類に便や嘔吐物が付着している場合は、付着しているものを軽く洗い流します。

- 次に次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%～0.1%）につけます（10分程度）。あるいは、85度で1分間以上熱湯消毒します。
- 洗濯機で洗濯して乾燥させます。
- 布団に付着した場合の処理方法についてはP18を参照してください。

<食事>

- 利用児に対しては、水分・栄養補給を行い、体力が消耗しないようにします。
- 水分1日1500ccを心がけます。なまものや牛乳は控えます。

<入浴>

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

<報告>

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

カ. 解除の判断

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

b. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）

ア. 特徴

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

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

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

イ. 平常時の対応

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

- 手洗いの励行（排便後、食事の前など）
- 消毒（ドアノブ、便座などの）
- 食品の洗浄や十分な加熱

などが大切です。

ウ. 発生時の対応

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医療機関を受診し、医師の指示に従うことが重要です。
- 食事の前や便の後の手洗いを徹底することが大切です。
- 腸管出血性大腸菌感染症は、3類感染症であるため診断した医師が、診断後直ちに最寄りの保健所に届け出ることになっています。感染症法による感染症の分類は46ページを参照してください。

c. 疥癬虫（疥癬）

ア. 特徴

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

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

ありません。

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

イ. 平常時の対応

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

ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

疥癬は早期発見が大切です。以下のような皮膚所見を見たら、疥癬を疑います。

入所時や普段のケアのときに皮膚の観察を忘れないようにします。

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

エ. 感染を疑ったら～対応の方針

- できるだけ早く皮膚科を受診します。（特に皮膚が角化している痂皮型疥癬の場合、ダニの数が多く感染力が強く治療が遅れると他に広がるのが早いため、至急、受診します。）
- 素手で皮膚を触らないようにします。また、無防備に患者に接触しないことが重要です。
- 多くの人と接触することが多い場所へ出るのは、皮膚科の診断後にします。
- 責任者に連絡、報告します。

オ. 発生時の対応

痂皮型疥癬の場合は、施設内集団発生することがあり、接触感染隔離が必要です。

- 手袋、使い捨てのガウンを着用します。
 - 布ガウンを使用してはいけません。
- 患者を清潔にすることが大切です。
 - 寝衣は洗濯したものに替えます。

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

カ. 解除の判断

隔離を解除する前に、患者の全身を観察して新しい皮疹がないことを確認します。

d. 薬剤耐性菌

ア. 特徴

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

イ. 平常時の対応

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

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

ウ. 発生時の対応

- ・咳や痰、褥瘡感染、下痢など周囲に耐性菌を広げやすい状態が発生した場合は、接触感染予防措置策を行います。（33ページ参照）

- 感染者は、なるべく個室対応とします。
- 利用児の中に、糖尿病や慢性呼吸器疾患など抵抗性が低下しやすい人がいる場合は、ベッド配置を考慮してなるべく同室になることを避けます。
- 感染者の診断や治療を適切に行うために、感染徴候が認められたら医療機関を早めに受診するようにしましょう。

エ. 解除の判断

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

(2) 飛沫感染

a. インフルエンザウイルス（インフルエンザ）

ア. 特徴

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

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

○インフルエンザ総合対策ホームページ

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

イ. 平常時の対応

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

このためには、施設内感染を想定した十分な検討を行い、

- 日常的に行うべき予防対策
- 実際に発生した際の対策

について、日常的に感染対策マニュアルを熟読し対策について確認しておきましょう。

ウ. 予防について（冬季の注意）

予防措置策としては、利用児と職員にワクチン接種を行うことが有効です。

利用児と保護者に対しては、インフルエンザが流行するシーズンを前に、予防接種の必要性、有効性、副反応について十分説明します。同意が得られた利用児には、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貰う方法が効果的です。利用児や面会者で咳をしている人にはマスクを着用してもらいます。

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

感染対策マニュアルに従って、対応しましょう。

- タミフルなどの抗インフルエンザ薬は発症後48時間以内に治療を開始しないと無効なため、インフルエンザを疑う症状があった場合は、早めに医療機関を受診しましょう。
- インフルエンザを疑う場合（および診断された場合）には、基本的には個室対応とします。
- 複数の利用児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児（および診断された利用児）にケアや処置をする場合には、職員はN95マスクを着用します。
- 罹患した利用児が部屋を出る場合は、原則としてマスクをします。
- 職員が発熱などの症状で感染が疑われる場合は速やかに医療機関を受診しましょう。無理して出勤すると感染拡大の原因になります。
- 感染者と同室にいた特に抵抗力の弱い利用児などについては、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。

b. 肺炎マイコプラズマ（マイコプラズマ肺炎）

ア. 特徴

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

イ. 平常時の対応

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

ウ. 予防について

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

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

- ・ マイコプラズマは飛沫感染で伝播するため、咳をしている人を始め、感染が疑われる利用児にはサージカルマスクをして貰いましょう。
- ・ 感染者は基本的に個室対応とします。

カ. 解除の判断

基本的には咳が続いている間は対策の対象となります。

(3) 空気感染

結核菌（結核）

ア. 特徴

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

イ. 平常時の対応

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

ウ. 発生時の対応

- 上記のような症状がある場合には、喀痰の検査及び胸部X線の検査を行い、医師の診断を待ちます。
- 検査の結果を待つ間は、職員は、N95マスクを着用し、可能であれば検査を待つ利用児は個室を利用することが望まれます。症状のある利用児は直ちに一般利用児から隔離し、マスクを着用させ、医師の指示に従うことが必要です。
- 施設内で結核患者の発生が明らかとなった場合には、保健所からの指示に従った対応をしましょう。
- 接触者（同室者、濃厚接触者：職員、訪問者（家族等））をリストアップして、保健所の対応を待ちましょう。
- 排菌者は結核専門医療機関への入院、治療が原則です。発熱、咳、喀血などのある利用児は、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。
- 結核は2類感染症で、診断した医師が、直ちに最寄りの保健所に届け出ることであります。

(4) その他の重要な感染症

誤嚥性肺炎

ア. 特徴

誤嚥性肺炎は、誤嚥がきっかけになって主に口腔内の細菌が肺に入り込んで起こる肺炎です。

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

イ. 平常時の対応

- 嚥下能力が低い利用児の食事の際には誤嚥の可能性を考慮して十分注意する必要があります。
- 咀嚼せずに飲み込む利用児については、食事をきざみ食に変更するなどの工夫が必要です。

- 普段の状況と比べて摂食状態が低下している場合は、無理に食事をさせることのないように注意しましょう。
 - 咳や痰、発熱などの症状がある場合は、医療機関を早めに受診させましょう。
- ウ. 予防について
- 特に誤嚥を起こしやすい利用児の場合は、普段の口腔ケアが重要です。
- エ. 疑うべき症状と判断のポイント
- 食事の際に起こる誤嚥性肺炎は、食事中にむせたり、食後に咳が続いたりすることが多いため、そのような場合は誤嚥を起こした可能性を考慮しなければいけません。
 - 食事の際に誤嚥しなくても誤嚥性肺炎は起こりうるため、むせるなどの症状がなくとも否定はできません。
- オ. 感染を疑ったら～対応の方針
- 誤嚥性肺炎は他の利用児に伝播する疾患ではありませんので、飛沫感染予防策などの対応は必要ありません。

【感染症法における感染症の分類と届出・報告の義務（2011.2）】

種類	感染症	主な対応・措置
1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
2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（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）	・診断後直ちに届出
3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
4類感染症	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（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）、ボツリヌス症、マラリア、野兔病、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、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、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、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺炎症候群、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、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、ロッキー山紅斑熱	・診断後直ちに届出
5類感染症	●ウイルス性肝炎（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、梅毒、麻しん、アメーバ赤痢、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、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎、先天性風疹症候群、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、風しん	・7日以内に届出（全数）（麻しん、風しんはできるだけ早く届出）
	●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、突発性発しん、百日咳、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）
	●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）
	●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）
	●クラミジア肺炎（オウム病を除く）、細菌性髄膜炎、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）
	●メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メタネクトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感	・翌月初日（基幹定点）

【市販の漂白剤を用いた時の調製法】

漂白剤として市販されている次亜塩素酸ナトリウム液の塩素濃度は約5%です。（家庭用塩素系漂白剤ハイター、ブリーチなど）濃度は必ず確認してください。

例)市販の漂白剤（塩素濃度約5%）の場合：漂白剤のキャップ1杯約20～25ml対象

対 象	濃 度	希 釈 方 法
	希釈倍率	
○便や吐物が付着した床等 ○衣類などの漬け置き	1000ppm (0.1%)	①500mlのペットボトル1本の水に10ml (ペットボトルのキャップ2杯) ②5Lの水に100ml (漂白剤のキャップ5杯)
	50倍	
○食器などの漬け置き ○トイレの便座やドアノブ、手すり、床等	200ppm (0.02%)	①500mlのペットボトル1本の水に2ml (ペットボトルのキャップ半杯) ②5Lの水に20ml (漂白剤のキャップ1杯)
	250倍	