事　務　連　絡
平成 31 年 1 月 22 日

都道府県
各　指定都市　介護保険担当課（室）　御中
中 核 市

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
高 齢 者 支 援 課
振　　興　　課
老 人 保 健 課

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」等の再周知について

日頃より、介護保険行政の推進にご尽力いただきまして厚く御礼申し上げます。

社会福祉施設入所者等のインフルエンザに関する対策については、「社会福祉施設等における今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」（平成 30 年 11 月 27 日付け厚生労働省子ども家庭局総務課、社会・援護局福祉基盤課、社会・援護局障害保健福祉部企画課、老健局総務課事務連絡）（別添１）を発出し、インフルエンザの予防に向けた普及啓発活動や施設内感染防止対策等の推進を求めたところです。

また、介護保険施設等における感染症、食中毒の予防やまん延の防止及び発生時の対応については、平成 25 年３月にとりまとめた「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」（別添２）を参考に取り組んでいただいています。

今冬、高齢者施設におけるインフルエンザ集団感染が相次いで報告されていることから、管内市区町村及び介護保険施設等に対して本マニュアルの活用を再周知していただくとともに、本マニュアルに従って、インフルエンザの予防及び感染拡大の防止等の適切な対応について御指導いただきますよう、お願い申し上げます。

【高齢者介護施設における感染対策マニュアル掲載場所】
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/

（別添１）「社会福祉施設等における今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」（平成 30 年 11 月 27 日付け厚生労働省子ども家庭局総務課、社会・援護局福祉基盤課、社会・援護局障害保健福祉部企画課、老健局総務課事務連絡）
（別添２）「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」（平成 25 年３月）

別添1

事　務　連　絡
平成 30 年 11 月 27 日

各（都道府県／指定都市／中 核 市）　民生主管課　御中

厚 生 労 働 省 子 ど も 家 庭 局 総 務 課
厚 生 労 働 省 社 会 ・ 援 護 局 福 祉 基 盤 課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課
厚 生 労 働 省 老 健 局 総 務 課

社会福祉施設等における今冬のインフルエンザ総合対策の推進について

社会福祉施設入所者等のインフルエンザに関する対策について、今般、別添「今冬のインフルエンザ総合対策の推進について」（平成 30 年 11 月 8 日付け健感発 1108 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「通知」という。）が発出され、インフルエンザの予防に向けて、普及啓発活動や施設内感染防止対策等を引き続き推進していくこととしております。

インフルエンザは毎年冬季に流行を繰り返し、また、近年においては、高齢者施設における集団感染等の問題が指摘されていることから、社会福祉施設等においても十分な注意が必要とされています。

ついては、通知別添「平成 30 年度今冬のインフルエンザ総合対策について」等を参考として、衛生主管部局等関係機関と連携を図り、社会福祉施設等及び市町村に対し、入所者等の基礎体力の維持を図るための常日頃からの栄養状況への十分な配慮も含め、インフルエンザの予防等対策について周知徹底するよう御指導願います。

なお、インフルエンザの予防接種は入所者等の意思に基づきその責任において行われるものであり、意思確認を行わずに一律に接種を行うものであってはならないことに留意するとともに、接種にあたっては、嘱託医等とよく相談の

上、その意義、有効性、副反応の可能性等を十分に入所者等に説明した上で接種を行うものとし、意思確認が困難な場合には、家族、嘱託医等の協力を得ながら、可能な限りその意思確認に努め、接種希望であることが確認できた場合に接種を行うよう、御指導願います。

また、インフルエンザの予防接種に要する費用（公費により負担される者については、一部実費徴収される費用）については、原則として本人等の負担となりますが、従来の扱いのとおり施設の判断により措置費（運営費）から支出して差し支えありません。

ただし、児童入所施設入所者（母子生活支援施設入所者及び契約により障害児入所施設に入所している者を除く。）については、原則として本人等の負担とせず、施設において措置費（運営費）のうち、事務費として支出することとします。

併せて職員の任意接種についても必要に応じ受けられるよう御配慮願います。

別添

健感発１１０８第１号
平成３０年１１月８日

各 ［都道府県／保健所設置市／特別区］ 衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（公　印　省　略）

今冬のインフルエンザ総合対策の推進について

インフルエンザは、毎年冬季に流行を繰り返し、国民の健康に対して大きな影響を与えている我が国最大の感染症の一つです。

また、近年、学校や高齢者施設における集団感染、高齢者の死亡等の問題が指摘され、その発生の予防とまん延の防止が重要な課題となっています。

そこで、厚生労働省においては、今般、別添のとおり「平成３０年度今冬のインフルエンザ総合対策について」を取りまとめ、本総合対策に基づいて各般の施策を実施していくこととし、併せて「平成３０年度インフルエンザＱ＆Ａ」を作成しました。貴管内区市町村、関係機関及び関係団体に対する周知及びインフルエンザ予防対策の徹底方、よろしくお取り計らい願います。

さらに、インフルエンザ対策は、衛生主管部局のみならず、民生主管部局、教育主管部局等を含めた総合的な取組や、医師会等の関係団体との密接な連携が重要であり、積極的な情報提供等に御協力ください。

平成 30 年度

今冬のインフルエンザ総合対策について

平成 30 年度(2018-2019)について

１．はじめに
２．感染防止について
（１）「咳エチケット」について
（２）予防接種について
（３）高齢者の入所施設等における感染防止対策の推進
３．情報提供
（１）流行状況
（２）ワクチン・治療薬等の確保の状況
４．予防・啓発の取組
（１）専用ホームページ「今冬のインフルエンザ総合対策」を開設
（２）インフルエンザ予防の啓発ツールを作成し、電子媒体形式で提供
（３）インフルエンザＱ＆Ａの作成・公表等
（４）相談窓口の設置

１．はじめに

この冬のインフルエンザの流行に備え、「今冬のインフルエンザ総合対策」を取りまとめ、国や地方自治体がインフルエンザ対策に取り組むとともに、広く国民の皆様にインフルエンザに関する情報を提供し、適切な対応を呼びかけることといたしました。

季節性インフルエンザのウイルスには、A（H1N1）亜型（平成 21 年に流行した新型インフルエンザと同じ亜型)、A（H3N2）亜型（いわゆる香港型と同じ亜型)、２系統の B 型の４つの種類があり、いずれも流行の可能性があります。流行しやすい年齢層はウイルスの型によって多少異なりますが、今年も、全ての年齢の方がインフルエンザに注意する必要があります。

国民の皆様におかれましては、以下を参考にして、御家庭や職場などにおいて、適切に対応していただくようお願いいたします。

２．感染防止について

（１）「咳エチケット」について

厚生労働省は、他の人への感染を防ぐため、「咳エチケット」をキーワードとした普及啓発活動を行い、マスクの着用や人混みにおいて咳をする際の注意点について呼びかけることとします。

○　咳・くしゃみが出る時は、他の人にうつさないためにマスクを着用しましょう。マスクを持っていない場合は、ティッシュや腕の内側などで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけて1m以上離れましょう。

○　鼻汁・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨て、 手のひらで咳やくしゃみを受け止めた時はすぐに手を洗いましょう。

○　咳をしている人にマスクの着用をお願いしましょう。

※咳エチケット用のマスクは、薬局やコンビニエンスストア等で市販されている不織布（ふしょくふ）製マスクの使用が推奨されます。

※マスクの装着は説明書をよく読んで、正しく着用しましょう。

※咳エチケットを心掛けることは、周囲にウイルスをまき散らさない効果があるだけでなく、周りの人を不快にさせないためのマナーにもなります。

（２）予防接種について

インフルエンザワクチンの予防接種には、発症をある程度抑える効果や、重症化を予防する効果があり、特に高齢者や基礎疾患のある方など、罹患すると重症化する可能性が高い方には効果が高いと考えられます。

予防接種の接種回数については、13 歳以上の方は、１回接種を原則としています。ワクチンの添付文書には「13 歳以上のものは１回または２回注射」と記載されていますが、健康な成人の方や基礎疾患（慢性疾患）のある方を対象に行われた研究から、インフルエンザワクチン 0.5mL の１回接種で、２回接種と同等の抗体価の上昇が得られるとの報告があります。ただし、医学的な理由により、医師が２回接種を必要と判断した場合は、その限りではありません。なお、定期の予防接種は１回接種としています。

なお、定期の予防接種の対象となる方は以下の通りです。

1. 65 歳以上の方
2. 60～64 歳で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

これらの方は、定期の予防接種として、１回のインフルエンザワクチン接種を受けることが可能です。

（３）高齢者の入所施設等における感染防止対策の推進

高齢者等のインフルエンザに罹患した場合の高危険群の方が多く入所・入居している高齢者の入所施設等においては、まずは、施設内にインフルエンザウイルスが持ち込まれないようにすることが重要です。したがって、厚生労働省は日本医師会感染症危機管理対策室とともに、インフルエンザウイルスの高齢者の入所施設等への侵入の阻止と、侵入した場合のまん延防止を目的とした標準的な手引書「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」を各施設に普及していきます。

なお、インフルエンザに対する高危険群に属する方が多く入所・入居している高齢者の入所施設等においてインフルエンザの流行が発生した場合には、都道府県等は、当該施設等の協力を得て調査を実施し、感染拡大の経路、感染拡大の原因の特定などを行うことにより、今後の施設内感染の再発防止に役立てることが重要であり、厚生労働省は、都道府県等から調査の実施に当たって協力要請があった場合には、積極的に対応します。

また、厚生労働省は、医療機関に対しても、以下の手引き等を参考に、インフルエンザについての院内感染防止に関する指導をいっそう徹底するよう努めることとします。

［インフルエンザ施設内感染予防の手引き］
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/tebiki25.pdf
［医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き 等］
https://janis.mhlw.go.jp/material/material/Ver_6.02 本文 170529.pdf

３．情報提供

（１）流行状況

厚生労働省は、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページにインフルエンザ発生状況等（発生動向情報、インフルエンザ様疾患発生報告情報など）を逐次掲載し、更新します。流行状況を踏まえた対策の実施にお役立てください。

① 厚生労働省からの毎週の報道発表

以下の情報について、毎週、原則として金曜日に報道発表します。

［インフルエンザに関する報道発表資料］
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/houdou.html

（ア）インフルエンザ定点報告情報

各都道府県が選定した全国約 5,000 か所のインフルエンザ定点医療機関から報告されるインフルエンザの発生状況について、情報収集を行うとともに、集められた情報を分析し、提供・公開します。

（イ）インフルエンザ様疾患発生報告（学校休校情報）

全国の保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校等においてインフルエンザ様疾患による学級・学年・学校閉鎖が実施された場合に、その施設数及びその時点において

インフルエンザ様疾患で休んでいる学童等の数を、各学校等及び各都道府県教育担当部局の協力に基づき収集し、提供・公開します。

（ウ）インフルエンザ入院患者情報

各都道府県が選定した全国約 500 か所の基幹定点医療機関から報告されるインフルエンザの入院患者の状況について、情報収集を行うとともに、集められた情報を分析し、提供・公開します。

② その他の関連情報提供

（ア）インフルエンザ流行レベルマップ

インフルエンザ流行状況の注意報・警報を地図上に表示し、注意喚起を行います。

［インフルエンザ流行レベルマップ］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/flu-map.html

（イ）流行状況の過去 10 年間との比較グラフ

過去 10 年間と今年のインフルエンザの流行状況を比較してグラフに表示し公開します。

［インフルエンザ過去 10 年間との比較グラフ］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/flu-m/813-idsc/map/130-flu-10year.html

（ウ）感染症発生動向調査週報（IDWR）

感染症の発生状況の情報を、分析し、提供・公開します。

［感染症発生動向調査週報ダウンロード］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/idwr-dl.html

（エ）インフルエンザ関連死亡迅速把握（関連死亡情報）

インフルエンザの流行が死亡者数に与える影響について監視を行うため、21 指定都市及び特別区からの協力を得て、インフルエンザ関連死亡の把握を行うための調査を行います。

［インフルエンザ関連死亡迅速把握システム］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/component/content/article/590-infectious-diseases/disease-based/a/flu/idsc/131-flu-jinsoku.html

（オ）各シーズンのインフルエンザに関するまとめ

シーズンの流行状況に関する迅速なまとめを各シーズン終了時期に公表しています。

「今冬のインフルエンザについて（2017/18 シーズン）」

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/fludoco1718.pdf

「今冬のインフルエンザについて（2016/17 シーズン）」

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-

kansenshou01/dl/fludoco1617.pdf
「今冬のインフルエンザについて（2015/16 シーズン）」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/fludoco1516.pdf

（２）ワクチン・治療薬等の確保の状況

ワクチン・治療薬等の今シーズンの供給予定量は、以下のとおりです。
※2016/17 シーズンの推計受診者数は 1,701 万人でした。

① インフルエンザワクチン

今シーズンの供給予定量（平成30年８月末現在）は、約5,300万回分（約2,650万本）となります。昨年度の推計使用量は約2,491万本でした。なお、ワクチンの効率的な使用と安定供給を推進するため、今後の対応として、

① 13 歳以上の者が接種を受ける場合には医師が特に必要と認める場合を除き「１回注射」であることを周知徹底する
② 必要量に見合う量のワクチンを購入すること等を徹底する

こととしています。
※1 回分は、健康成人 1 人分の接種量に相当します。

② 抗インフルエンザウイルス薬

今シーズンの供給予定量（平成 30 年 9 月末日現在）は約 2,712 万人分で、それぞれについては以下のとおりです。昨シーズン（2017 年 10 月～2018 年 3 月）の消費量は約 1,397 万人分でした。

ア タミフル（一般名：オセルタミビルリン酸塩　中外製薬）
約 420 万人分
※タミフルカプセル７５及びタミフルドライシロップ３%の合計
イ リレンザ（一般名：ザナミビル水和物　グラクソ・スミスクライン）
約 212 万人分
ウ ラピアクタ（一般名：ペラミビル水和物　塩野義製薬）
約 58 万人分
エ イナビル（一般名：ラニナミビルオクタン酸エステル水和物　第一三共）
約 910 万人分
オ ゾフルーザ（一般名：バロキサビル　マルボキシル　塩野義製薬）
約 798 万人分

カ　オセルタミビル（一般名：オセルタミビルリン酸塩　沢井製薬）
約 314 万人分

③ インフルエンザ抗原検出キット（迅速タイプ）
今シーズンの供給予定量　約 5,484 万回分で、昨年度と比較して約 1,895 万回分増となっています。

４．予防・啓発の取組

（１）専用ホームページ「今冬のインフルエンザ総合対策」を開設
厚生労働省のホームページに、インフルエンザに関する情報等を掲載した専用のページ「今冬のインフルエンザ総合対策」を開設します。
［インフルエンザ（総合ページ）］
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/infulenza/index.html
※参考　［国立感染症研究所 感染症疫学センター：インフルエンザとは］
http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html

（２）インフルエンザ予防の啓発ツールを作成し、電子媒体形式で提供
厚生労働省は、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページにインフルエンザ予防のための啓発ツールを作成し、電子媒体形式（PDF ファイル）で掲載・提供します。
啓発ポスターは、厚生労働省 公式版と、コラボレーション版を作成し、ホームページに掲載し、インフルエンザについて関心を持っていただき、正しい理解と啓発に努めます。

都道府県、医療機関、学校、職場等におかれましても、適宜ダウンロードしてご活用いただき、インフルエンザ予防啓発の呼びかけにご協力をお願いいたします。
※今年度は新規にポスター作成は行いません。平成 29 年度のポスターをご活用ください。

［インフルエンザ 啓発ツール］
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/keihatu.html

（３）インフルエンザ Q&A の作成・公表等
厚生労働省と国立感染症研究所感染症疫学センター、日本医師会感染症危機管理対策室は、毎年インフルエンザの流行シーズンに寄せられる質問項目の中で、頻度の高いものを整理し、これらを Q&A にまとめ、「今冬のインフルエンザ総合対策」ページで公表しています。
また、パンフレット等を活用し、インフルエンザ感染対策を推進していきます。

［インフルエンザ Q&A（平成 30 年度)］
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html

（４）相談窓口の設置

厚生労働省は、インフルエンザを始めとした感染症の一般的予防方法、流行状況や予防接種の意義、有効性、副反応等に関する国民の皆様の疑問に的確に対応するため、「感染症・予防接種相談窓口」を開設します。具体的な対応は以下のとおりです。

〇感染症・予防接種相談窓口

電話番号：03-5276-9337（午前 9 時～午後 5 時　※土日祝日、年末年始を除く）

※行政に関する御意見・御質問は受け付けておりません。

※本相談窓口は、厚生労働省が業務委託している外部の民間会社により運営されています。

平成30年度インフルエンザQ&A

【インフルエンザ総論】

Q1　インフルエンザと普通の風邪はどう違うのですか？

一般的に、風邪は様々なウイルスによって起こりますが、普通の風邪の多くは、のどの痛み、鼻汁、くしゃみや咳等の症状が中心で、全身症状はあまり見られません。発熱もインフルエンザほど高くなく、重症化することはあまりありません。

一方、インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れるのが特徴です。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻汁、咳等の症状も見られます。お子様ではまれに急性脳症を、御高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴う等、重症になることがあります。

Q2　インフルエンザはいつ流行するのですか？

季節性インフルエンザは流行性があり、いったん流行が始まると、短期間に多くの人へ感染が拡がります。日本では、例年12月～3月が流行シーズンです。

Q3　季節性インフルエンザと新型インフルエンザはどう違うのですか？

A型のインフルエンザはその原因となるインフルエンザウイルスの抗原性が小さく変化しながら毎年世界中のヒトの間で流行しています。これが季節性インフルエンザです。

一方、新型インフルエンザは、時としてこの抗原性が大きく異なるインフルエンザウイルスが現れ、多くの国民が免疫を獲得していないことから、全国的に急速にまん延することによって起こります。新型インフルエンザは、いつどこで発生するのかは、誰にも予測することは困難です。しかし、ひとたび発生すれば、国民の生命及び健康、医療体制、国民生活や経済全体に大きな影響を与えかねません。

過去に流行した新型インフルエンザは、大正7-8（1918-1919）年（スペインインフルエンザ）、昭和32-33（1957-1958）年（アジアインフルエンザ）、昭和43-44（1968-1969）年（香港インフルエンザ）、平成21-22（2009-2010）年（新型インフルエンザA（H1N1）pdm2009）に発生しました(pdm:パンデミック)。しかし、世界に流行が拡がり、多くの国民が新型インフルエンザに対して免疫を獲得するにつれ、このような新型インフルエンザも、季節的な流行を繰り返すようになってきました。新型インフルエンザA（H1N1）pdm2009についても、平成23（2011）年4月からは、季節性インフルエンザとして取り扱われることになりました。

Q4　平成25（2013）年春に中国で発生した、鳥インフルエンザA（H7N9）の現況を教えてください。

鳥インフルエンザA(H7N9)は、平成25（2013)年4月から夏にかけて、また11月から平成26（2014)年5月にかけて中国で多数の感染者が報告されました。それ以降、冬季に感染者が報告されていま

すが、平成 29（2017）年から平成 30（2018）年の感染者数は大幅に減少しています。世界保健機関（WHO）は、平成 30(2018)年 3 月 2 日現在、1,567 人の感染者が確認されていると報告しています。内訳では、中国（香港及びマカオを含む）からの報告が 1,564 症例です。また、中国からの輸入症例として、マレーシアで 1 症例及びカナダで 2 症例の報告がありました。感染症例の詳細は、WHO のウェブページで知ることができます。

［世界保健機関（WHO）： Avian influenza A(H7N9) virus（鳥インフルエンザ(H7N9)ウイルス）］

http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/en/

現在まで、持続的なヒトからヒトへの感染は確認されていませんが、限定的なヒトからヒトへの感染が疑われたことは指摘されており、今後も引き続き注意が必要です。詳しい情報や最新のリスクアセスメントについては、国立感染症研究所ウェブページを御覧ください。

［国立感染症研究所：インフルエンザ A（H7N9)］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flua-h7n9.html

Q5　平成 21（2009）年に流行した、新型インフルエンザの状況を教えてください。

平成 21(2009)年 4 月に新型インフルエンザ A（H1N1）pdm2009 ウイルスがメキシコで確認され、世界的大流行となり、我が国でも多くの人々が免疫を持っていなかったため、同年秋季を中心に大規模な流行となりました。発生後、一年余で約 2 千万人が罹患したと推計されましたが、入院患者数は約 1.8 万人、死亡者は 203 人であり、死亡率は 0.16(人口 10 万対)と、諸外国と比較して低い水準にとどまりました。翌年には、新型インフルエンザ A（H1N1）pdm2009 ウイルスに加え、A 香港型や B 型のインフルエンザウイルスも流行しており、季節性インフルエンザとは異なる時期に大きな流行が発生する等の特別な状況は確認されませんでした。

このような状況を踏まえ、厚生労働省は、平成 23（2011）年 3 月 31 日の時点において「新型インフルエンザ」と呼ばれていたインフルエンザ A（H1N1）pdm2009 ウイルスについて、季節性インフルエンザとして取り扱うこととし、対応も季節性インフルエンザの対策に移行しました。

Q6　現在国内で流行しているインフルエンザはどのような種類ですか？

インフルエンザの原因となるインフルエンザウイルスは、A 型、B 型、C 型に大きく分類されます。このうち大きな流行の原因となるのは A 型と B 型です。

近年、国内で流行しているインフルエンザウイルスは、A（H1N1）亜型、A（H3N2）亜型（香港型）と B 型の 3 種類です。このうち、A（H1N1）亜型のウイルスは、ほとんどが平成 21(2009)年に発生した H1N1pdm ウイルスです。A（H1N1）亜型のウイルスの中でも、平成 21(2009)年より前に季節性として流行していたもの（A ソ連型）は、平成 21(2009)年のインフルエンザ（H1N1）pdm2009 ウイルス発生後はほとんど姿を消しました。

これらの 3 種類のインフルエンザウイルスは、毎年世界中で流行を繰り返していますが、流行するウイルス型や亜型の割合は、国や地域で、また、その年ごとにも異なっています。日本国内における流行状況の詳細は、国立感染症研究所感染症疫学センターのウェブページを御覧ください。

［国立感染症研究所　感染症疫学センター：インフルエンザとは］
http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html

Q7　世界でのインフルエンザの流行状況を教えてください。

インフルエンザは、地域によって時期は異なりますが、世界中で流行が見られます。一般的には、温帯地方では冬季（南半球では 6～9 月）に流行が見られます。熱帯・亜熱帯地方では国や地域により様々で、年間を通じて低レベルの発生が見られる地域や、複数回流行する地域もあります。流行するウイルスの種類は地域によって差はありますが、大きく違いません。世界における流行状況は、WHO のウェブページ等で知ることができます。

［世界保健機関（WHO）：Influenza updates（インフルエンザ最新情報）］
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/

Q8　インフルエンザの世界的大流行（パンデミック）の歴史について教えてください。

インフルエンザの流行は歴史的にも古くから記載されていますが、科学的に確認されているのは 1900 年頃からで、毎年の流行に加えて数回の世界的大流行が知られています。

中でも、大正 7（1918）年から流行した「スペインインフルエンザ（原因ウイルス：A（H1N1）亜型）」による死亡者数は全世界で 2,000 万人とも 4,000 万人ともいわれ、日本でも約 40 万人の犠牲者が出たと推定されています。

その後、昭和 32（1957）年には「アジアインフルエンザ（A（H2N2）亜型）」が、昭和 43（1968）年には「香港インフルエンザ（A（H3N2）亜型）」が、そして最近では平成 21（2009）年に「インフルエンザ（H1N1）2009」が世界的な大流行を起こしています。

【インフルエンザの予防・治療について】

Q9　インフルエンザにかからないためにはどうすればよいですか？

インフルエンザを予防する有効な方法としては、以下が挙げられます。

1）　流行前のワクチン接種

インフルエンザワクチンは、感染後に発症する可能性を低減させる効果と、発症した場合の重症化防止に有効と報告されており、日本でもワクチン接種をする方が増加する傾向にあります。

［【インフルエンザワクチンの接種について】］を参照

2）　外出後の手洗い等

流水・石鹸による手洗いは手指など体についたインフルエンザウイルスを物理的に除去するために有効な方法であり、インフルエンザに限らず接触や飛沫感染などを感染経路とする感染症の対策の基本です。インフルエンザウイルスにはアルコール製剤による手指衛生も効果があります。

3)　適度な湿度の保持

　空気が乾燥すると、気道粘膜の防御機能が低下し、インフルエンザにかかりやすくなります。特に乾燥しやすい室内では、加湿器などを使って適切な湿度（50～60%）を保つことも効果的です。

4)　十分な休養とバランスのとれた栄養摂取

　体の抵抗力を高めるために、十分な休養とバランスのとれた栄養摂取を日ごろから心がけましょう。

5)　人混みや繁華街への外出を控える

　インフルエンザが流行してきたら、特に御高齢の方や基礎疾患のある方、妊婦、体調の悪い方、睡眠不足の方は、人混みや繁華街への外出を控えましょう。やむを得ず外出して人混みに入る可能性がある場合には、ある程度、飛沫感染等を防ぐことができる不織布（ふしょくふ）製マスクを着用することは一つの防御策と考えられます。

Q10　インフルエンザにかかったかもしれないのですが、どうすればよいのですか？

① 人混みや繁華街への外出を控え、無理をして学校や職場等に行かないようにしましょう。

② 咳やくしゃみ等の症状のある時は、家族や周りの方へうつさないように、飛沫感染対策としての咳エチケットを徹底しましょう。

　インフルエンザの主な感染経路は咳やくしゃみの際に口から発生される小さな水滴（飛沫）による飛沫感染です。

　たとえ感染者であっても、全く症状のない（不顕性感染）例や、感冒様症状のみでインフルエンザウイルスに感染していることを本人も周囲も気が付かない軽症の例も少なくありません。したがって、周囲の人にうつさないよう、インフルエンザの飛沫感染対策としては、

1. 普段から皆が咳エチケットを心がけ、咳やくしゃみを他の人に向けて発しないこと
2. 咳やくしゃみが出るときはできるだけ不織布製マスクをすること。とっさの咳やくしゃみの際にマスクがない場合は、ティッシュや腕の内側などで口と鼻を覆い、顔を他の人に向けないこと
3. 鼻汁・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨て、手のひらで咳やくしゃみを受け止めた時はすぐに手を洗うこと

などを守ることを心がけてください。

③ 安静にして、休養をとりましょう。特に、睡眠を十分にとることが大切です。

④ 水分を十分に補給しましょう。お茶でもスープでも飲みたいもので結構です。

⑤ 高熱が出る、呼吸が苦しいなど具合が悪ければ早めに医療機関を受診しましょう。

また、小児、未成年者では、インフルエンザの罹患により、急に走り出す、部屋から飛び出そうとする、ウロウロと歩き回る等の異常行動を起こすおそれがあります。自宅で療養する場合、インフルエンザと診断され治療が開始された後、少なくとも２日間は、小児・未成年者が一人にならないなどの配慮が必要です（Q15 を参照）。

※不織布製マスクとは

不織布とは「織っていない布」という意味です。繊維あるいは糸等を織ったりせず、熱や化学的な作用によって接着させて布にしたもので、これを用いたマスクを不織布製マスクと言います。

Q11　インフルエンザの治療薬にはどのようなものがありますか？

インフルエンザに対する治療薬としては、下記の抗インフルエンザウイルス薬があります。

・オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル等）
・ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）
・ペラミビル水和物（商品名：ラピアクタ）
・ラニナミビルオクタン酸エステル水和物（商品名：イナビル）
・アマンタジン塩酸塩（商品名：シンメトレル等）（A 型にのみ有効）
・バロキサビル　マルボキシル(商品名：ゾフルーザ)

ただし、その効果はインフルエンザの症状が出始めてからの時間や病状により異なりますので、使用する・しないは医師の判断になります。また、アマンタジンは、ほとんどのインフルエンザウイルスが耐性を獲得しており、使用の機会は少なくなっています。

抗インフルエンザウイルス薬の服用を適切な時期（発症から 48 時間以内）に開始すると、発熱期間は通常 1～2 日間短縮され、鼻やのどからのウイルス排出量も減少します。なお、症状が出てから 2 日（48 時間）以降に服用を開始した場合、十分な効果は期待できません。効果的な使用のためには用法、用量、期間（服用する日数）を守ることが重要です。

Q12　薬剤耐性インフルエンザウイルスとはどのようなものですか？

薬剤耐性インフルエンザウイルスとは、本来有効である抗インフルエンザウイルス薬が効かない、あるいは効きにくくなったウイルスのことです。この薬剤耐性ウイルスは、インフルエンザウイルスが増殖する過程において特定の遺伝子に変異が起こることにより生じると考えられています。

薬剤耐性インフルエンザウイルスは、本来有効である治療薬に対し抵抗性を示しますが、他のインフルエンザウイルスと比較して病原性や感染性が強いものは今のところ確認されていません。また、薬剤耐性ウイルスに対してワクチンが効きにくくなることもありません。

日本では、国立感染症研究所において、WHO と協力して薬剤耐性株のサーベイランスを行っています。現時点では、平成 21(2009)年に大流行したインフルエンザ（H1N1）pdm2009 でのオセルタミビル耐性株の発生頻度は低く、また、分離されている耐性株のほとんどはザナミビルやラニナミビル

による治療が有効であることが確認されていますが（国立感染症研究所ウェブページ https://www.niid.go.jp/niid/ja/influ-resist.html を参照）、引き続き薬剤耐性株サーベイランスを行い、発生動向を注視することとしています。

Q13　抗インフルエンザウイルス薬に耐性化したウイルスは国内で流行していますか？

毎年、日本では、国立感染症研究所と全国の地方衛生研究所が中心となってタミフルやリレンザなどの抗インフルエンザウイルス薬に耐性をもつウイルスの調査を行っています。詳しくは国立感染症研究所のウェブページを御覧下さい。

［国立感染症研究所　抗インフルエンザ薬剤耐性株サーベイランス］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/influ-resist.html

抗インフルエンザウイルス薬に耐性化したウイルスが検出される割合は、1～4%程度です。これらのウイルスのほとんどは、抗インフルエンザウイルス薬にて治療を行った後、採取されたウイルスです。

2013/2014 年インフルエンザ流行シーズン当初、札幌で相次いで確認されたタミフルに耐性を持つウイルスは、タミフルでの治療を行っていない患者から検出されました。患者間での接触はなかったと判断されていますが、ウイルスの遺伝子が非常に似ているため、タミフルに耐性を持つウイルスが札幌市内で同時期に流行していた可能性が高いと考えられています。

一般的に抗インフルエンザウイルス薬に耐性を持ったウイルスは、伝播するスピードが遅いため広く流行することなく、自然に消失します（詳しくは国立感染症研究所にて掲載しています）。

［国立感染症研究所：IASR＜速報＞2013/14 シーズンに札幌市で検出された抗インフルエンザ薬耐性 A(H1N1)pdm09 ウイルス］

http://www.nih.go.jp/niid/ja/flu-m/flu-iasrs/4232-pr4081.html

しかし、2007/2008 年インフルエンザ流行シーズンにヨーロッパで出現した、タミフルに耐性化したソ連型 A(H1N1)ウイルスが、2008/2009 年インフルエンザ流行シーズンに世界的に流行したことから、今後も注意が必要です。

Q14　抗インフルエンザウイルス薬の服用後に、転落死を含む異常行動が報告されていると聞きましたが、薬が原因なのでしょうか？

抗インフルエンザウイルス薬の服用後に異常行動（例：急に走り出す、部屋から飛び出そうとする、ウロウロするなど）が報告されています。また、これらの異常行動の結果、極めてまれですが、転落等による死亡事例も報告されています。

※2009 年４月から９件（2018 年８月末現在）

抗インフルエンザウイルス薬の服用と異常行動との因果関係は不明ですが、これまでの調査結果などからは、

- インフルエンザにかかった時には、抗インフルエンザウイルス薬を服用していない場合でも、同様の異常行動が現れること、
- 服用した抗インフルエンザウイルス薬の種類に関係なく、異常行動が現れること、

が報告されています。

以上のことから、インフルエンザにかかった際は、抗インフルエンザウイルス薬の服用の有無や種類にかかわらず、異常行動に対して注意が必要です（具体的注意は Q15 を参照）。

Q15　異常行動による転落等の事故を予防するため、どのようなことに注意が必要でしょうか？

インフルエンザにかかった際は、抗インフルエンザウイルス薬の服用の有無や種類にかかわらず、異常行動が報告されています（Q14 を参照）。

インフルエンザにかかり、自宅で療養する場合は、抗インフルエンザウイルス薬の服用の有無や種類によらず、少なくとも発熱から２日間は、保護者等は転落等の事故に対する防止対策を講じて下さい。

なお、転落等の事故に至るおそれのある重度の異常行動については、就学以降の小児・未成年者の男性で報告が多いこと、発熱から２日間以内に発現することが多いことが知られています。

＜転落等の事故に対する防止対策の例＞

（１）高層階の住居の場合

- 玄関や全ての部屋の窓の施錠を確実に行う（内鍵、補助錠がある場合はその活用を含む）
- ベランダに面していない部屋で寝かせる
- 窓に格子のある部屋で寝かせる（窓に格子がある部屋がある場合）

（２）一戸建ての場合

- （１）に加え、できる限り１階で寝かせる

＜異常行動の例＞

- 突然立ち上がって部屋から出ようとする
- 興奮状態となり、手を広げて部屋を駆け回り、意味のわからないことを言う
- 興奮して窓を開けてベランダに出ようとする
- 自宅から出て外を歩いていて、話しかけても反応しない
- 人に襲われる感覚を覚え、外に飛び出す
- 変なことを言い出し、泣きながら部屋の中を動き回る
- 突然笑い出し、階段を駆け上がろうとする

Q16　抗菌薬はインフルエンザに効果がありますか？

インフルエンザウイルスに抗菌薬は効きませんが、特に御高齢の方や体の弱っている方は、インフルエンザにかかることにより肺炎球菌などの細菌にも感染しやすくなっています。このため、細菌にもウイルスにも感染すること（混合感染）によって起こる気管支炎、肺炎等の合併症に対する治療として、抗菌薬等が使用されることはあります。

Q17　インフルエンザにかかったら、どのくらいの期間外出を控えればよいのでしょうか？

一般的に、インフルエンザ発症前日から発症後 3～7 日間は鼻やのどからウイルスを排出するといわれています。そのためにウイルスを排出している間は、外出を控える必要があります。

排出されるウイルス量は解熱とともに減少しますが、解熱後もウイルスを排出するといわれています。排出期間の長さには個人差がありますが、咳やくしゃみ等の症状が続いている場合には、不織布製マスクを着用する等、周りの方へうつさないよう配慮しましょう。

現在、学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）では「発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあっては、3 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（ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りではありません）。

Q18　インフルエンザにり患した従業員が復帰する際に、職場には治癒証明書や陰性証明書を提出させる必要がありますか？

診断や治癒の判断は、診察に当たった医師が身体症状や検査結果等を総合して医学的知見に基づいて行うものです。インフルエンザの陰性を証明することが一般的に困難であることや、患者の治療にあたる医療機関に過剰な負担をかける可能性があることから、職場が従業員に対して、治癒証明書や陰性証明書の提出を求めることは望ましくありません。

Q19　児童のインフルエンザが治ったら、学校には治癒証明書を提出させる必要がありますか？

「学校において予防すべき感染症の解説〈平成 30（2018）年３月発行〉」によると、「診断は、診察に当たった医師が身体症状及び検査結果等を総合して、医学的知見に基づいて行うものであり、学校から特定の検査等の実施を全てに一律に求める必要はない。治癒の判断（治癒証明書）も同様である。」とされています。

なお、「保育所における感染症対策ガイドライン（2018 年改訂版）」によると、「子どもの症状が回復し、集団生活に支障がないという診断は、身体症状、その他の検査結果等を総合的に勘案し、診察に当たった医師が医学的知見に基づいて行うものです。罹患した子どもが登園を再開する際の取扱いについては、個々の保育所で決めるのではなく、子どもの負担や医療機関の状況も考慮して、市区町村の支援の下、地域の医療機関、地区医師会・都道府県医師会、学校等と協議して決めることが大切になります。この協議の結果、疾患の種類に応じて「意見書（医師が記入）」又は「登園届（保護者が記入）」を保護者から保育所に提出するという取扱いをすることが考えられます。」とされています。

参考：「学校において予防すべき感染症の解説〈平成 30（2018）年３月発行〉」
https://www.gakkohoken.jp/books/archives/211
「保育所における感染症対策ガイドライン（2018 年改訂版）」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000201596.pdf

【インフルエンザワクチンの接種について】

Q20　ワクチンは１回接種でよいでしょうか？

① **13 歳以上の方**は、１回接種を原則としています（注１）。ワクチンの添付文書には「13 歳以上のものは１回または２回注射」と記載されていますが、健康な成人の方や基礎疾患（慢性疾患）のある方を対象に行われた研究から、インフルエンザワクチン 0.5mL の１回接種で、２回接種と同等の抗体価（注２）の上昇が得られるとの報告があります※1、2。ただし、医学的な理由により（注１）、医師が２回接種を必要と判断した場合は、その限りではありません。なお、定期の予防接種（注３）は１回接種としています。

② **13 歳未満の方**は、２回接種です。１回接種後よりも２回接種後の方がより高い抗体価の上昇が得られることから、日本ではインフルエンザワクチンの接種量及び接種回数は次のとおりとなっています。なお、１回目の接種時に 12 歳で２回目の接種時に 13 歳になっていた場合でも、12 歳として考えて２回目の接種を行っていただいて差し支えありません。

（１）６カ月以上３歳未満の方　１回 0.25mL　　２回接種（注４）
（２）３歳以上 13 歳未満の方　１回 0.5mL　　２回接種

③ 諸外国の状況について、世界保健機関(WHO)においては、ワクチン（不活化ワクチンに限る。）の用法において、９歳以上の小児及び健康成人に対しては「１回注射」が適切である旨、見解を示しています。また、米国予防接種諮問委員会（US-ACIP）も、９歳以上（「月齢６ヶ月から８歳の小児」以外）の者は「１回注射」とする旨を示しています。

（注１）13 歳以上の基礎疾患（慢性疾患）のある方で、著しく免疫が抑制されている状態にあると考えられる方等は、医師の判断で２回接種となる場合があります。
（注２）抗体価とは、抗原と反応できる抗体の量であり、ウイルス感染やワクチン接種により体内で産生された抗体の量を測定することで得られる値のことです。
（注３）インフルエンザワクチンの定期接種の対象者については、Q28 をご参照下さい。
（注４）②（１）について、一部のワクチンは、「１歳以上３歳未満の方　１回 0.25mL ２回接種」となります。

※１ 平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金 新興インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「予防接種に関するワクチンの有効性・安全性等についての分析疫学研究（研究代表者：廣田良夫（大阪市立大学））」

※２ 平成 28 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「ワクチンの有効性・安全性評価と VPD（vaccine preventable diseases）対策への適用に関する分析疫学研究（研究代表者：廣田良夫（保健医療経営大学））」

Q21　ワクチンの効果、有効性について教えてください。

インフルエンザにかかる時は、インフルエンザウイルスが口や鼻あるいは眼の粘膜から体の中に入ってくることから始まります。体の中に入ったウイルスは次に細胞に侵入して増殖します。この状態を「感染」といいますが、ワクチンはこれを完全に抑える働きはありません。

ウイルスが増えると、数日の潜伏期間を経て、発熱やのどの痛み等のインフルエンザの症状が出現します。この状態を「発病」といいます。インフルエンザワクチンには、この「発病」を抑える効果が一定程度認められていますが、麻しんや風しんワクチンで認められているような高い発病予防効果を期待することはできません。発病後、多くの方は１週間程度で回復しますが、中には肺炎や脳症等の重い合併症が現れ、入院治療を必要とする方や死亡される方もいます。これをインフルエンザの「重症化」といいます。特に基礎疾患のある方や高齢の方では重症化する可能性が高いと考えられています。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※1。

「インフルエンザワクチンの有効性」は、ヒトを対象とした研究において、「ワクチンを接種しなかった人が病気にかかるリスクを基準とした場合、接種した人が病気にかかるリスクが、『相対的に』どれだけ減少したか」という指標で示されます。６歳未満の小児を対象とした 2015/16 シーズンの研究では、発病防止に対するインフルエンザワクチンの有効率は 60%と報告されています※2。「インフルエンザ発病防止に対するワクチン有効率が 60%」とは、下記の状況が相当します。

・ワクチンを接種しなかった方１００人のうち３０人がインフルエンザを発病（発病率３０%）
・ワクチンを接種した方２００人のうち２４人がインフルエンザを発病（発病率１２%）
→ ワクチン有効率＝｛（３０－１２）／３０｝×１００＝（１－０.４）×１００＝６０%

ワクチンを接種しなかった人の発病率（リスク）を基準とした場合、接種した人の発病率（リスク）が、「相対的に」60%減少しています。すなわち、ワクチンを接種せず発病した方のうち 60%（上記の例では 30 人のうち 18 人）は、ワクチンを接種していれば発病を防ぐことができた、ということになります。

現行のインフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからない、というものではありません。しかし、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

※１　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））」

※２ 平成 28 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「ワクチンの有効性・安全性評価と VPD（vaccine preventable diseases）対策への適用に関する分析疫学研究（研究代表者：廣田良夫（保健医療経営大学））」

Q22　昨年ワクチンの接種を受けましたが今年も受けた方がよいでしょうか？

インフルエンザワクチンは、そ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製造されています。このため、昨年インフルエンザワクチンの接種を受けた方であっても、今年のインフルエンザワクチンの接種を検討して頂く方が良い、と考えられます。

Q23　乳幼児におけるインフルエンザワクチンの有効性について教えて下さい。

現在国内で用いられている不活化のインフルエンザワクチンは、感染を完全に阻止する効果はありませんが、インフルエンザの発病を一定程度予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

乳幼児のインフエルエンザワクチンの有効性に関しては、報告によって多少幅がありますが、概ね 20～60%の発病防止効果があったと報告されています※1、2。また、乳幼児の重症化予防に関する有効性を示唆する報告も散見されます。(参考:Katayose et al. Vaccine. 2011 Feb 17;29(9):1844-9)

しかし、乳幼児をインフルエンザウイルスの感染から守るためには、ワクチン接種に加え、御家族や周囲の大人たちが手洗いや咳エチケットを徹底することや、流行時期は人が多く集まる場所に行かないようにすることなどで、乳幼児がインフルエンザウイルスへ曝露される機会を出来るだけ減らす工夫も大切です。

※１　平成 14 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「乳幼児に対するインフルエンザワクチンの効果に関する研究（研究代表者：神谷　齊（国立病院機構三重病院）・加地正郎（久留米大学））」

※２　平成 28 年度 厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「ワクチンの有効性･安全性評価と VPD （vaccine preventable diseases)対策への適用に関する分析疫学研究（研究代表者：廣田良夫（保健医療経営大学））

Q24　インフルエンザワクチンの有効性が、製造の過程で低下することはあるのでしょうか？

インフルエンザワクチンは発育鶏卵を用いて製造されますが、ウイルスを発育鶏卵の中で増えやすくするためには馴化(じゅんか)させなければなりません。馴化とは、ウイルスを発育鶏卵で複数回増やし、発育鶏卵での増殖に適応させることです。このような馴化の過程で、ウイルスの遺伝子に変異が起きる場合があります。

遺伝子に変異が起きた場合、実際に流行しているインフルエンザウイルス（流行株）と、ワクチン

のもとになっているインフルエンザウイルス（ワクチン株）とで、免疫への作用の程度に違い（抗原性の乖離）が認められる場合があります。しかしながら、そのような場合であっても、ヒトでは一定程度の有効性が保たれることが、疫学的な研究により明らかとなっています。この理由として、ヒトは、インフルエンザウイルスの抗原性の乖離の程度を調べるために用いられている実験動物とは異なり、毎年の流行に曝露されることで一定の交差反応性のある抗体を有しているためと考えられています。

Q25　「4価ワクチン」とはどのようなものですか？

現在国内で広く用いられているインフルエンザワクチンは、インフルエンザウイルスA型株(H1N1株とH3N2株の２種類）及びB型株（山形系統株とビクトリア系統株の２種類）のそれぞれを培養して製造されているため、「４価ワクチン」と呼ばれています。

Q26　インフルエンザワクチンの接種はいつ頃受けるのがよいですか？

日本では、インフルエンザは例年12月～４月頃に流行し、例年１月末～３月上旬に流行のピークを迎えますので、12月中旬までにワクチン接種を終えることが望ましいと考えられます。

Q27　ワクチンの供給量は確保されていますか？

今冬のインフルエンザシーズンのワクチンの製造予定量（注１）は、10月当初の供給可能量（例年並みの約１千万本）、近年の使用量等から、ワクチンを適切に使用すれば、不足は生じない状況と考えられます。

なお、ワクチンの効率的な使用と安定供給を推進するため、今後の対応として、

・ 13歳以上の者が接種を受ける場合には医師が特に必要と認める場合を除き（注２）「１回接種」であることを周知徹底する（注３）

・ 必要量に見合う量のワクチンを購入すること等を徹底する（必要以上に早期の、又は多量の納入を求める注文を行わない等）

こととしています。

（注１）今シーズンの供給予定量（平成30年８月現在）は、約5,300万回分（約2,650万本）となります。昨年度の推計使用量は約2,491万本でした。なお、１回分は、健康成人の１人分の接種量に相当します。

（注２）13歳以上の基礎疾患（慢性疾患）のある方で、著しく免疫が抑制されている状態にあると考えられる方等は、医師の判断で２回接種となる場合があります。

（注３）　Q18もご参照ください。

Q28　同一バイアルから複数回の使用が可能な製品は、いつまで使用できますか？

インフルエンザワクチンは、製品によっては、同一バイアルで複数回投与できるようにバイアル内に十分な薬液量が充填されており、複数回の使用が可能とされています。このような製品に関しては、バイアルに一度針を刺したものは、当日中に使用するよう添付文書に記載されており、製品の使用期限やワクチン取り扱い上の注意等に留意した上で、最初の吸引日時から24時間以内には使

用するようにしてください。

Q29　インフルエンザワクチンを接種するにはいくらかかりますか？

インフルエンザワクチンの接種は病気に対する治療ではないため、健康保険が適用されません。原則的に全額自己負担となり、費用は医療機関によって異なります。

しかし、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく定期接種の対象者等については、接種費用が市区町村によって公費負担されているところもありますので、お住まいの市区町村（保健所・保健センター）、医師会、医療機関、かかりつけ医等に問い合わせていただくようお願いします（定期接種の対象でない方であっても、市区町村によっては、独自の助成事業を行っている場合があります）。

【定期接種について】

Q30　予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種の対象はどのような人ですか？

以下の方々は、インフルエンザにかかると重症化しやすく、インフルエンザワクチン接種による重症化の予防効果による便益が大きいと考えられるため、定期の予防接種の対象となっています。予防接種を希望する方は、かかりつけの医師とよく相談の上、接種を受けるか否か判断してください。

（１）	65 歳以上の方
（２）	60～64 歳で、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方（概ね、身体障害者障害程度等級１級に相当します）
（３）	60～64 歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方（概ね、身体障害者障害程度等級１級に相当します）

Q31　予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種は、どこでうけられますか？いくらかかりますか？

地域の医療機関、かかりつけ医等でインフルエンザワクチンの接種を受けることができますが、自治体によって実施期間や費用は異なります。インフルエンザワクチン接種可能な医療機関や地域での取組については、お住まいの市町村（保健所・保健センター）、医師会、医療機関、かかりつけ医等に問い合わせていただくようお願いします。

Q32　予防接種法に基づく定期のインフルエンザ予防接種は、対象者が希望すれば必ず受けられますか？

定期のインフルエンザ予防接種であっても、希望すれば必ず受けられるわけではありません。以下に該当する方は予防接種を受けることが適当でない又は予防接種を行うに際して注意を要するとされています。

予防接種を受けることが適当でない者（予防接種実施規則；昭和 33 年 9 月 17 日厚生省令第 27 号（最終改正：平成 28 年 6 月 22 日厚生労働省令第 115 号））

・明らかな発熱を呈している者

・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者

・インフルエンザ予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者

・インフルエンザの定期接種で接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者

・そのほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（定期接種実施要領；「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について（平成 29 年 3 月 31 日健発 0331 第７号厚生労働省健康局長通知）の別紙）

（ア） 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者

（イ） 過去にけいれんの既往のある者

（ウ） 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者

（エ） 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

【副反応等について】

Q33　インフルエンザワクチンの接種によって引き起こされる症状（副反応）には、どのようなものがありますか？

免疫をつけるためにワクチンを接種したとき、免疫がつく以外の反応がみられることがあります。これを副反応といいます。季節性インフルエンザで比較的多くみられる副反応には、接種した場所（局所）の赤み（発赤）、はれ（腫脹）、痛み（疼痛）等が挙げられます。接種を受けられた方の 10～20%に起こりますが、通常 2～3 日でなくなります。

全身性の反応としては、発熱、頭痛、寒気（悪寒）、だるさ（倦怠感）などが見られます。接種を受けられた方の 5～10%に起こり、こちらも通常 2～3 日でなくなります。

また、まれではありますが、ショック、アナフィラキシー様症状（発疹、じんましん、赤み（発赤）、掻痒感（かゆみ）、呼吸困難等）が見られることもあります。ショック、アナフィラキシー様症状は、ワクチンに対するアレルギー反応で接種後、比較的すぐに起こることが多いことから、接種後 30 分間は接種した医療機関内で安静にしてください。また、帰宅後に異常が認められた場合には、速やかに医師に連絡してください。

そのほか、重い副反応[注１]の報告がまれにあります。ただし、報告された副反応の原因がワクチン接種かどうかは、必ずしも明らかではありません。インフルエンザワクチンの接種後に報告された副反応が疑われる症状等については、順次評価を行い、公表していきます。

表　インフルエンザワクチン接種後の副反応疑い報告として医師に報告が義務付けられている症状と接種から症状発生までの期間

インフルエンザ	1.　アナフィラキシー	４時間
	2.　急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	２８日
	3.　脳炎・脳症	２８日
	4.　けいれん	７日
	5.　脊髄炎	２８日
	6.　ギラン・バレ症候群	２８日
	7.　視神経炎	２８日
	8.　血小板減少性紫斑病	２８日
	9.　血管炎	２８日
	10. 肝機能障害	２８日
	11. ネフローゼ症候群	２８日
	12. 喘息発作	２４時間
	13. 間質性肺炎	２８日
	14. 皮膚粘膜眼症候群	２８日
	15. その他の反応	―

（予防接種後副反応疑い報告書より抜粋）

（注１）重い副反応として、ギラン・バレ症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、血小板減少性紫斑病等が報告されています。

Q34　インフルエンザワクチンの接種後の死亡例はありますか？

インフルエンザワクチンの接種後の副反応疑い報告において、報告医師から予防接種を受けたことによるものと疑われるとして報告された死亡例は以下のとおりです。

種別	期間	症例
新型	平成 21(2009)年 10 月～平成 22(2010)年 9 月	3 例
	平成 22(2010)年 10 月～平成 23(2011)年 3 月	4 例
季節性	平成 23(2011)年 10 月～平成 24(2012)年 5 月 21 日	0 例
	平成 24(2012)年 10 月～平成 25(2013)年 5 月 14 日	1 例

	平成 25(2013)年 10 月～平成 26(2014)年 7 月まで	1 例
	平成 26(2014)年 10 月～平成 27 (2015)年 6 月まで	3 例
	平成 27(2015)年 10 月～平成 28(2016)年 4 月まで	1 例
	平成 28(2016)年 10 月～平成 29(2017)年 4 月まで	2 例
	平成 29(2017)年 10 月～平成 30(2018)年 4 月まで	3 例

これらの副反応疑い報告について、副反応検討部会において専門家による評価を行ったところ、死亡とワクチン接種の直接の明確な因果関係があるとされた症例は認められませんでした。また、死亡例のほとんどが、基礎疾患等がある御高齢の方でした。

資料は、厚生労働省のウェブページの下記アドレスに掲載しています。

〇平成 21 年 10 月～平成 22 年 9 月分報告事例

［平成 22 年度第 2 回新型インフルエンザ予防接種後副反応検討会（平成 22 年 12 月 6 日）］

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yt0k.html

〇平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月分報告事例

［平成 23 年度第 1 回新型インフルエンザ予防接種後副反応検討会（平成 23 年 7 月 13 日）］

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001jqmw.html

〇平成 23 年 10 月～平成 24 年 3 月分報告事例

［平成 24 年度第 1 回インフルエンザ予防接種後副反応検討会（平成 24 年 5 月 25 日）］

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002c06s.html

〇平成 24 年 10 月～平成 25 年 3 月分報告事例

［平成 25 年度第 2 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（平成 25 年 6 月 14 日）］

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034lcq.html

〇平成 25 年 10 月～平成 26 年 7 月分報告事例

第 11 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会(平成 26 年 10 月 29 日)

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000063483.html

〇平成 26 年 10 月～平成 27 年 6 月分報告事例

第 16 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会(平成 27 年 11 月 27 日)

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000105632.html

〇平成 27 年 10 月～平成 28 年 4 月分報告事例
第 20 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（平成 28 年 7 月 8 日）
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000129775.html
〇平成 28 年 10 月～平成 29 年 4 月分報告事例
第 29 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（平成 29 年 8 月 28 日）
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000175581.html
〇平成 29 年 10 月～平成 30 年 4 月分報告事例
第 36 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（平成 30 年 7 月 23 日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208910_00002.html

基礎疾患がある方は、いろいろな外的要因により、病気の状態が悪化する可能性もありますので、必要に応じて、主治医及び専門性の高い医療機関の医師に対し、接種の適否について意見を求め、接種の適否を慎重に判断してください。

Q35　インフルエンザワクチンの接種によって、インフルエンザを発症することはありますか？

ありません。インフルエンザワクチンは不活化ワクチンです。不活化ワクチンは、インフルエンザウイルスの感染性を失わせ、免疫をつくるのに必要な成分を取り出して作ったものです。

したがって、ウイルスとしての働きはないので、ワクチン接種によってインフルエンザを発症することはありません。

Q37　インフルエンザワクチンの接種によって、著しい健康被害が発生した場合は、どのような対応がなされるのですか？

Q28 の回答で示した対象者の方への接種については、予防接種法に基づく定期の予防接種を受けたことによる健康被害であると厚生労働大臣が認定した場合に、予防接種法に基づく健康被害救済制度の対象となります。

救済制度の内容については、下記アドレスを御参照ください。
［予防接種健康被害救済制度］
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/kenkouhigai_kyusai/

また、予防接種法の定期接種によらない任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず発生した副反応により、健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）による医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となります。

救済制度の内容については、下記を参照するか、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（TEL：0120-149-931）に御照会ください。
［医薬品副作用被害救済制度］
https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0001.html

［生物由来製品感染等被害救済制度］

https://www.pmda.go.jp/relief-services/infections/0001.html

厚生労働省では、インフルエンザをはじめとした感染症の一般的予防方法、流行状況や予防接種の意義、有効性、副反応等に関する国民の皆様の疑問に的確に対応するため、「感染症・予防接種相談窓口」を開設しています。

【感染症・予防接種相談窓口】

電話番号：03-5276-9337（午前 9 時～午後 5 時　※土日祝日、年末年始を除く）

※行政に関する御意見・御質問は受け付けておりません。

※本相談窓口は、厚生労働省が業務委託している外部の民間会社により運営されています。

平成24年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

別添2

高齢者介護施設における
感染対策マニュアル

平成 25 年３月

目次

１．はじめに……1
２．高齢者介護施設と感染対策……2
　１）注意すべき主な感染症……2
　２）感染対策の基礎知識……3
　　⑴ 感染源……3
　　⑵ 感染経路の遮断……3
　　⑶ 高齢者の健康管理……6
　　⑷ 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）……8
３．高齢者介護施設における感染管理体制……9
　１）感染対策委員会の設置……9
　　⑴ 目的と役割……9
　　⑵ 委員会の構成……10
　　⑶ 開催頻度……11
　　⑷ 活動内容……11
　　⑸ 決定事項等の周知……12
　２）感染対策のための指針・マニュアルの整備……13
　　⑴ 指針・マニュアルを作成する目的……13
　　⑵ マニュアルの内容……15
　　⑶ マニュアルの実践と遵守……16
　　⑷ マニュアルの見直しの必要性……17
　３）職員の健康管理……18
　　⑴ 感染媒介となりうる職員……18
　　⑵ 職員の健康管理……18
　４）早期発見の方策……20
　５）職員研修の実施……21
　　⑴ 研修の目的……21
　　⑵ 研修を行う時期……21
　　⑶ 研修のカリキュラム……22
４．平常時の対策……25
　１）高齢者介護施設内の衛生管理……25
　　⑴ 環境の整備……25
　　⑵ 清掃について……26
　　⑶ 嘔吐物・排泄物の処理……29
　　⑷ 血液・体液の処理……31

２）介護・看護ケアと感染対策 32
⑴ 標準予防措置策 32
⑵ 職員の手洗い 33
⑶ 手袋の着用と交換について 35
⑷ 入所者の手指の清潔 36
⑸ 食事介助 36
⑹ 排泄介助（おむつ交換を含む） 37
⑺ 医療処置 38
⑻ 日常の健康状態の観察と対応 39
５．感染症発生時の対応 44
１）感染症の発生状況の把握 45
２）感染拡大の防止 47
３）医療処置 48
４）行政への報告 49
５）関係機関との連携など 50
６．個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応） 51
１）感染経路別予防措置策 51
⑴ 接触感染 51
⑵ 飛沫感染 51
⑶ 空気感染 52
２）個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応 53
⑴ 接触感染（経口感染含む） 53
⑵ 飛沫感染 62
⑶ 空気感染 67
⑷ その他の重要な感染症 69
付　録 73
付録１：関連する法令・通知 73
付録２：感染症法について 84
付録３：入所者の健康状態の記録 88
付録４：消毒法について 92
付録５：感染性廃棄物の処理について 96

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

１．はじめに

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

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

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

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

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

【感染対策のために必要なこと】

施設長（管理者）は・・・

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

職員は・・・

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

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

２．高齢者介護施設と感染対策

１）注意すべき主な感染症

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

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

しかし、感染対策に関する基本事項は同じであるといえます。

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

① 入所者及び職員にも感染が起こり、媒介者となりうる感染症

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

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

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

③ 血液、体液を介して感染する感染症

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

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

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

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

２）感染対策の基礎知識

感染症に対する対策の柱として、以下の３つが挙げられます。

① 感染源の排除
② 感染経路の遮断
③ 宿主（ヒト）の抵抗力の向上

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

⑴ 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。また、手袋を脱いだ後は、手洗い、手指消毒が必要です。

→手洗いや手指の消毒は、標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）の中でも特に重要です。
詳しくは⑷を参照してください。

⑵ 感染経路の遮断

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

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

表1　主な感染経路と原因微生物

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

感染経路の遮断とは、

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

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

☞ 8ページ(4)標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）

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

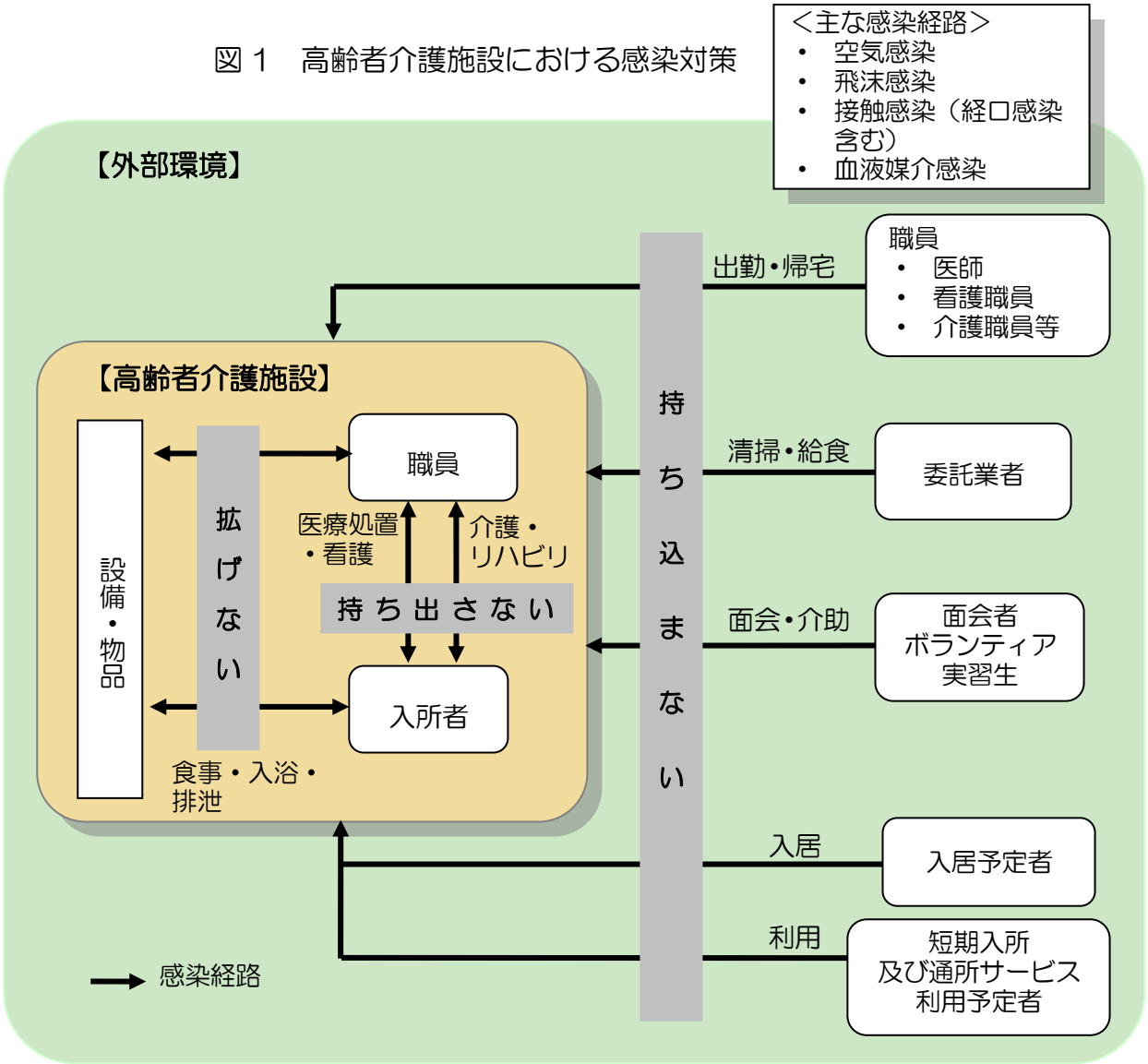
に併設の短期入所サービス、通所サービス利用者も含む)、職員、面会者などが施設外で感染して施設内に持ち込むことが多いのです。したがって、高齢者介護施設における感染対策では、これらの感染症の病原体を施設の外部から持ち込まないようにすることが重要です。このことは、慢性感染症罹患者の入所を妨げるものではありません。

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

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

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

図１　高齢者介護施設における感染対策



⑶ 高齢者の健康管理

a. 入所時の健康状態の把握

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

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

感染症に関する既往歴や現在治療中の感染症の確認、及び入所時の胸部エックス線検査所見等のデータは、入所後の健康管理に活用するためのものです。感染症の既往があることや慢性感染症に罹患していることは、サービス提供を拒否する理由とすることはできません。（入院加療が必要であると医師が判断する病状の場合を除きます。）（基準省令第４条の２[4]）

また、医学的な理由によりサービス提供を拒否する場合は、適切な病院を照会するなどの適切な措置を速やかに講ずることが求められます。（基準省令第４条の３[4]）

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

b. 入所後の健康管理

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

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

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

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

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

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

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

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

⑷ 標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）

感染対策の基本は、①感染させないこと、②感染しても発症させないこと、すなわち、感染制御であり、適切な予防と治療を行うことが必要です。そのためには、前述のように、①病原体を持ち込まない、②病原体を持ち出さない、③病原体を拡げないことが重要です。その基本となるのは、**標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）**と感染経路別予防策[5]です。

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

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

標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）は、病院の患者だけを対象としたものではなく、感染予防一般に適用すべき方策であり、高齢者介護施設においても取り入れる必要があります。上記のように「血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜など」の取り扱いを対象としたものですが、高齢者介護施設では、特に嘔吐物・排泄物の処理の際に注意が必要になります。

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

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

３．高齢者介護施設における感染管理体制

１）感染対策委員会の設置

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

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

(1) 目的と役割

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

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

※感染力が強いインフルエンザについては、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づいて作成された「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」に従い、「施設内感染対策委員会」等を設置し、各施設の特性を踏まえた施設内感染対策の指針を事前に策定しておくことが求められます[6]。

---

[6] 各施設で指針を策定するにあたっては、「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」に基づき国が策定した「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/）を参考にしてください。
同手引きによると「インフルエンザ以外の感染症を取り扱う施設内感染対策委員会が同時にインフルエンザを取り扱う場合は、インフルエンザ対策の責任者を決めるとともに、施設内に感染症に詳しい医師、看護師などがいない場合は、外部からの助言を得るなど、正確な情報に基づき対策を立てることが重要である。」とされています。

⑵ 委員会の構成

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

表2　委員会のメンバー構成の例

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

委員会では、構成メンバーの役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要です。多くの施設では看護職員が責任者となり、委員会を運営しています。
（施設長を補佐する生活相談員がとりまとめを行う施設もあります）

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

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

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

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

⑶ 開催頻度

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

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

⑷ 活動内容

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

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

【活動例】

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

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

⑸ 決定事項等の周知

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

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

2）感染対策のための指針・マニュアルの整備

(1) 指針・マニュアルを作成する目的

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

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

- 施設全体の考え方の共通化
- 実際の場面での判断や行動に役立つ情報源

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

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

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

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

コラム

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

指針では、施設内感染の防止について、次の点を指摘しています。

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

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

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

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

⑵ マニュアルの内容

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

＜マニュアルに記載される内容の例＞

<table>
<tr><td>感染管理の
考え方と体制</td><td colspan="2">施設の感染管理に対する基本理念・考え方
委員会メンバー等の組織体制　　など</td></tr>
<tr><td rowspan="2">平常時の対策
（4 章を参照）</td><td>施設内の衛生管理</td><td>環境の整備
嘔吐物・排泄物の処理
血液・体液・分泌物の処理</td></tr>
<tr><td>看護や介護の提供と感染対策</td><td>標準予防措置策
手洗いの基本
食事介助
排泄介助
（おむつ交換やポータブルトイレの処理など）
医療処置
異常の早期発見のための日常観察項目</td></tr>
<tr><td>感染症発生時の対応
（5 章を参照）</td><td colspan="2">感染症の発生状況の把握
発生時の感染拡大の防止
発生時の医療
発生時の行政への報告
発生時の関係機関との連携など</td></tr>
</table>

⑶ マニュアルの実践と遵守

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

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

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

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

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

⑷ マニュアルの見直しの必要性

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

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

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

３）職員の健康管理

⑴ 感染媒介となりうる職員

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

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

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

⑵ 職員の健康管理

a. 入職時の確認

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

b. 定期的な健康診断

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

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

健康診断を受けない場合、職員は事業者から処分される場合もあります。

健康診断を受診することは、職員自身の健康管理の面だけではなく、入所者の安全面からも必要なことです。

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

c. ワクチンによる予防

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

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

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

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

d. 職業感染対策

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

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

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

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

４）早期発見の方策

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

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

留意すべき症状：

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

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

【参考情報】

米国の長期ケア施設におけるサーベイランスの考え方

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

*感染率＝新たな院内感染者数／入所者数*1ヶ月の日数

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

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

５）職員研修の実施

⑴ 研修の目的

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

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

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

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

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

⑵ 研修を行う時期

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

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

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。感染症が流行する時期の前に、毎年繰り返し開催し、常に最新の知識を習得できるようにし、知識の定着を図ります。

⑶ 研修のカリキュラム

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

感染管理に関する研修の種類と内容の例

	対象者	実施時期	内容	形式	講師
新人研修	新規採用者	入職前後	感染症および感染対策の基礎知識	座学形式 実習 （手洗い等）	感染管理責任者など
定期研修	全職員	5～6月	食中毒の予防と対策	座学 グループワーク	外部講師を招いてもよい
		秋季	インフルエンザの予防と対策		
外部研修	希望者 適任者	随時	国や自治体、学会・協会等が主催し、対象職種に求められる最新の知識を伝達するなど	⑴いろいろな形式がある⑴	外部専門家
勉強会	希望者	随時	テーマを設定し担当者が発表するなど	事例検討 グループワークなど	感染管理責任者など
OJT*	全職員	通年	日常の業務の中で、具体的なノウハウやスキルを身につける	実務	看護職員、リーダーが随時指導

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

効果的な研修とするために（高齢者介護施設における取り組み例より）

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

コラム

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

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

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

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

【ウイルス性肝炎】

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

【HIV 感染症、エイズ（後天性免疫不全症候群、AIDS）】

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

「社会福祉施設で働くみなさんへ
ＨＩＶ／エイズの正しい知識　～知ることから始めよう～」
（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
「ＨＩＶ感染症及びその合併症の課題を克服する研究」研究班作成）
http://api-net.jfap.or.jp/library/guideLine/images/everyone.pdf

「在宅医療を支えるみんなに知ってほしいこと」
（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
「ＨＩＶ感染症及びその合併症の課題を克服する研究」研究班作成）
http://www.onh.go.jp/khac/data/kanja-panfu12.pdf

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

４．平常時の対策

１）高齢者介護施設内の衛生管理

⑴ 環境の整備

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

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

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

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

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

⑵ 清掃について

a. 日常的な清掃頻度

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

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

【汚染が発生しやすい場合】
失禁を伴う下痢の入所者
咳や喀痰の多い入所者
嘔吐のある入所者など

b. 日常的な清掃方法

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

c. 特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

【床】

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

【トイレ】

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

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

【浴室】

● 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒などをこまめに行い、衛生管理を徹底しましょう。浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒などをこまめに行い、衛生管理を徹底しましょう。通常時は、家庭の浴室の清掃と同様に、洗剤による浴槽や床、壁等を清掃します。 ● 特に施設内での入浴におけるレジオネラ感染予防対策を講じるためにも、衛生管理を実施し安全、安心な入浴を行いましょう。 ● 以下の内容を参考に自主点検表（チェックリスト）を作成し、点検、確認しましょう。	
毎日実施する衛生管理	１．脱衣室の清掃 ２．浴室内の床、浴槽、腰掛けの清掃 ３．浴槽の換水（非循環型は毎日、循環型は１週間に１回以上） ４．残留塩素濃度（基準 0.2～0.4 ㎎/Ｌ）の測定。 時間を決め残留塩素測定器で測定。 結果は記録し３年間保管します。
定期的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、循環ろ過器及び循環配管設備等の点検（洗浄、消毒）も１年に１回は行います。 検査結果は３年間保管します。 ５．貯湯タンクの点検と洗浄も１年に１回は行います。

d. 注意事項

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

【ポイント】

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

⑶ 嘔吐物・排泄物の処理

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

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

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

a. 嘔吐物処理の仕方

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

【処理の手順】

① まず、手袋・ビニールエプロンを着用します。

② 嘔吐物をぬらしたペーパータオルや使い捨ての布で覆います。

③ 使用する消毒液（0.5%）次亜塩素酸ナトリウムを作ります。
消毒液の作り方は、付録４を参照してください。 ☞ 95 ページ

④ ペーパータオルを外側からおさえて、嘔吐物を中央に集めるようにしてビニール袋に入れます。さらにもう一度、ぬれたペーパータオルで拭きます。

※ペーパータオルで覆った後、次亜塩素酸ナトリウム液（0.5%）を上からかけて、嘔吐物を周囲から集めてふき取る方法もあります。

⑤ 消毒液でゆるく絞った使い捨ての布で床を広めに拭きます。これを２回行います。拭いた布はビニール袋に入れます。

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

※　清拭処理後はしばらく窓を開け十分な換気をおこないます。

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

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

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

→または、次のような洗濯方法でもかまいません。

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

b. 処理用キットの用意

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

【処理用キットの内容】

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

⑷ 血液・体液の処理

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

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

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

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

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

2）介護・看護ケアと感染対策

⑴ 標準予防措置策

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

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

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

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

⇒手袋を着用します。
手袋を外したときには液体石けんと流水により手洗いをします

- 血液・体液・分泌物・嘔吐物・排泄物（便）などに触れてしまったとき

⇒手洗いをし、必ず手指消毒をします。
触れた場所の皮膚に損傷がないかを確認し、皮膚に損傷が認められる場合は、直ちに配置医師に相談します。

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

⇒マスク、必要に応じてゴーグルやフェイスマスクを着用します。

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

⇒プラスチック（使い捨て）エプロン・ガウンを着用します。可能な限り使い捨てのエプロン・ガウンが好ましいでしょう。
使用したエプロン・ガウンは、別の入所者のケアをする時に使用してはいけません。

- 針刺し防止のために

⇒注射針のリキャップはやめ、感染性廃棄物専用容器へ廃棄します。

⑵ 職員の手洗い

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

手洗いは「１ケア１手洗い」、「ケア前後の手洗い」が基本です。

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

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

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

また、手洗いの際には、次の点に注意しましょう。

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

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

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

図２　手洗いの順序

図３　手洗いミスの発生箇所

出典：辻　明良（日本環境感染学会監修）病院感染防止マニュアル（2001）

⑶ 手袋の着用と交換について

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

a. 基本的な考え方

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

b. してはいけないこと

次のようなことは、絶対にやめましょう。

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

c. 特に注意すべきこと

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

⑷ 入所者の手指の清潔

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

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

a. 手洗いの介助

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

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

b. 共用タオル・おしぼり等の使用について

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

⑸ 食事介助

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

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

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

⑹ 排泄介助（おむつ交換を含む）

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

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

おむつ交換の際は、入所者一人ごとに手洗いと手指消毒をすることが必要です。

おむつの一斉交換は感染拡大の危険が高くなります。

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

⑺ 医療処置

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

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

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

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

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

⑻ 日常の健康状態の観察と対応

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

a. 健康状態の観察と記録

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

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

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

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

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

b. 感染症を疑うべき症状

次のような症状がある場合には、注意が必要です。

主な症状	要注意のサイン
発熱	● ぐったりしている、意識がはっきりしない、呼吸がおかしいなど全身状態が悪い。 ● 発熱以外に、嘔吐や下痢などの症状が激しい。
嘔吐	● 発熱、腹痛、下痢もあり、便に血が混じることもある。 ● 発熱し、体に赤い発疹も出ている。 ● 発熱し、意識がはっきりしていない。
下痢	● 便に血が混じっている。 ● 尿が少ない、口が渇いている。
咳、咽頭痛・鼻水	● 熱があり、痰のからんだ咳がひどい。
発疹（皮膚の異常）	● 牡蠣殻状の厚い鱗屑が、体幹、四肢の関節の外側、骨の突出した部分など、圧迫や摩擦が起こりやすいところに多く見られる。 ● 非常に強いかゆみがある場合も、まったくかゆみを伴わない場合もある。

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

①発熱

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

②嘔吐・下痢などの消化器症状

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

③咳・喀痰・咽頭痛などの呼吸器症状

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

---

[10] ライノウイルス：一般的な風邪の原因となる代表的なウイルス。上気道感染を起こす。
コロナウイルス：一般的な風邪の原因となるウイルス。上気道感染を起こす。
RS ウイルス：一般的な風邪の原因となるウイルス。特に冬季にかけて流行する。小児の感染が多いが、高齢者等免疫力が弱くなっている人も罹患する。

④発疹などの皮膚症状

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

⑤その他

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

c. 感染症の疑いと対応の判断

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

看護職員は、施設全体の状況を正確に把握して施設長に報告します。

付録３の書式例のようなシートを利用して、施設全体の感染症の発症状況や経過を管理するとよいでしょう。

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

☞ 49 ページ

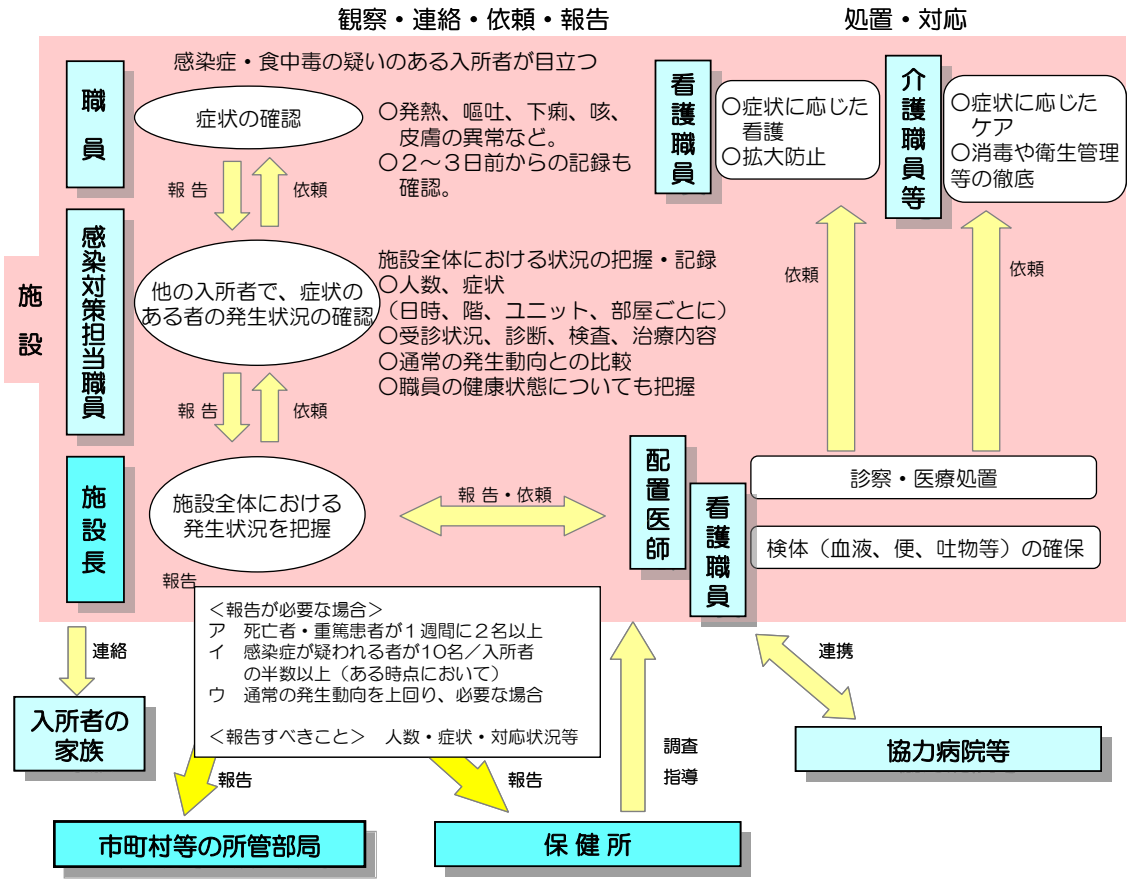
５．感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行いましょう。

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

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

図４　感染症発生時の対応フロー



１）感染症の発生状況の把握

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

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

⑴介護職員等は

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

⑵施設長は

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

【参考情報】

2.5.3.1　自院の医療関連感染に関す情報を把握・分析・評価し活用している
① 主要な医療関連感染の発生状況を把握している
② 医療関連感染の発生状況の評価に基づき、改善策を検討・実施している

2.5.3.2　院内におけるアウトブレイクへの対応手順が適切に整備されている
① 医療関連感染アウトブレイクの監視・調査の体制が整備されている
② 迅速な制圧対策のための手順がある

2.5.3.3　医療関連感染に必要な院外からの情報が活用されている
① 院外から収集した情報が感染管理に活用されている

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

感染症の発生に関する情報の収集 （インフルエンザの例）

１）地域での流行状況

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

① 感染症発生動向調査 ： 全国約5,000か所のインフルエンザ指定届出機関（定点）における１週間に診断したインフルエンザ患者数や全国約５００か所の基幹定点医療機関における１週間に入院したインフルエンザ患者数を把握する調査

② インフルエンザ様疾患発生動向調査 ： 全国の幼稚園・小学校・中学校などを対象としてインフルエンザ様疾患により学級・学年・学校閉鎖が実施された場合に、その施設数とその時点での患者数を毎週把握する調査

③ インフルエンザ関連死亡迅速把握システム ： インフルエンザの流行が死亡者数に与える影響について監視を行うため、２０指定都市からの協力を得て、インフルエンザ関連死亡の把握を行うための調査

④ 都道府県等の地域における流行状況は、都道府県等のホームページや衛生担当部局、保健所等で確認する。

【インフルエンザ流行情報の入手先】

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

２）施設内の状況

①施設内での流行を察知するために、日頃から入所者における感染症の発生動向を把握しておく。

・インフルエンザのシーズンに入り、３８℃を超える発熱患者が発生した場合には、施設内感染対策委員会に報告を求めるなど施設内の発生動向調査体制を決めておくことが重要である。

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

２）感染拡大の防止

⑴介護職員は

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

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

⑵ 配置医師及び看護職員は

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

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

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

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

⑶ 施設長は

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

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

3）医療処置

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

４）行政への報告

(1)施設長は

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

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

a. 報告が必要な場合

ア　同一の感染症や食中毒による、またはそれらが疑われる死亡者や重篤患者が１週間以内に２名以上発生した場合

イ　同一の感染症や食中毒の患者、またはそれらが疑われる者が１０名以上又は全利用者の半数以上発生した場合*

ウ　上記以外の場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

b. 報告する内容

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

c. 報告の書式

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

（2）医師は

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

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

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

5）関係機関との連携など

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

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

そのほか、次のような情報提供も重要です。

- 職員への周知
- 家族への情報提供

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

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

６．個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）

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

１）感染経路別予防措置策

感染経路には、⑴ 接触感染、⑵飛沫感染、⑶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。

⑴ 接触感染

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

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

【予防措置策】

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

⑵ 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（5μm 以上、落下速度 30～80cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫粒子は半径１m 以内に床に落下し、空中に浮遊し続けることはありません。次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

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

⑶ 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（5μm 以下、落下速度 0.06～1.5cm/sec）で伝播し、感染します。飛沫核は空中に浮遊し続け、空気の流れにより飛散します。

次のような予防措置策をとります。

【予防措置策】

① 入院による治療が必要です。
② 病院に移送するまでの間は、原則として個室管理とします。
③ 特殊な空調が要求されます。部屋の空調は、陰圧とします。
④ ケア時は、職員は高性能マスク（N95[11]など）を着用します。
⑤ 免疫のない職員は、患者との接触を避けます。
⑥ 咳をしている入所者には、呼吸状態を確認の上で、マスク着用をさせることも検討します。

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

２）個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応

(1) 接触感染（経口感染含む）

a. ノロウイルス（感染性胃腸炎）

ア．特徴

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

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

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

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

イ．平常時の対応

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

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

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

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

ウ．疑うべき症状と判断のポイント

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

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」

エ．感染を疑ったら～対応の方針

＜入所者への対応＞

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

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

＜高齢者介護施設の体制・連絡など＞

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

- 24 時間のうちに、水様便や嘔吐症状の発症者が２人以上になった場合には

→ 看護職員が看護記録に記録するとともに、責任者に口頭で伝えます。
→ 責任者は、施設全体に緊急体制を敷きます。
→ 看護職員はその後の発症者数、症状継続者数の現況を、朝のミーティングで報告し、職員全体が経過を把握できるようにします。（下痢、嘔気などの症状のある入所者を報告する用紙を使用するとよい。）

- 面会は必要最小限にします。面会者にも情報を示し、理解を求めます。
- 責任者は、感染対策が確実に実施されているかを観察して確認します。消毒薬や嘔吐物処理等に必要な用具が足りているかの確認も必要です。

オ．発生時の対応

＜嘔吐物・排泄物の処理＞

- 嘔吐物の処理の手順を徹底します。 ☞ 29 ページ
- 使い捨て手袋を着用します。
- ノロウイルスは飛沫感染の可能性も指摘されているので、マスクもしましょう。
- 嘔吐があった場合には、周囲２メートルくらいは汚染していると考えて、まず濡れたペーパータオルや布などを嘔吐物にかぶせて拡散を防ぐことが重要です。
- 最後に次亜塩素酸ナトリウム液（0.1％）で確実にふき取ります。使用したペーパータオルや布はビニール袋に入れます。

  ※嘔吐物処理用品を入れた処理用キットをいつでも使えるように用意しておきます。
- おむつははずしたら、すぐにビニール袋に入れ（２重にするとなお安全です）感染性廃棄物として処理します。
- トイレ使用の場合も換気を十分にし、便座や周囲の環境も十分に消毒します。
- 使用した洗面所等はよく洗い、消毒します。
- 処理後は手袋、エプロン、マスクをはずして液体石けんと流水で入念に手を洗います。
- 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をします。

＜洗濯＞

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

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

＜食事＞

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

＜入浴＞

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

＜報告＞

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

カ. 解除の判断

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

---

[12] ノロウイルスに関するＱ＆Ａ（作成：平成 16 年２月４日　厚生労働省）（最終改定：平成２４年４月１８日）
http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html

b. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症）

ア．特徴

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

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

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

イ．平常時の対応

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

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

など、衛生的な取り扱いが大切です。

ウ．発生時の対応

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

[13] http://www1.mhlw.go.jp/o-157/o157q_a/　Q１及びQ３を参照。
[14] 感染症法による感染症の分類は付録２（84 ページから 86 ページ）を参照。

c. 疥癬虫（疥癬）

ア．特徴

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

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

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

イ．平常時の対応

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

ウ．疑うべき症状と判断のポイント

疥癬は早期発見が大切です。以下のような皮膚所見を見たら、疥癬を疑います。

入所時や普段のケアのときに皮膚の観察を忘れないようにします。

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

エ．感染を疑ったら～対応の方針

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

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

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着替えます。
  - 皮膚の観察と清潔につとめます。
  - 入浴ができる方は、できるだけ毎日入浴します。
  - 入浴ができない方に対しては、皮膚の観察を含めて毎日清拭をします。
- 使用したリネンはビニール袋に入れて、しっかりと口をしめて２・３日放置した後に洗濯に出します。
- 疥癬虫は皮膚から離れると比較的短時間で死滅するため、通常の清掃を行ってかまいません。ただし、清掃する際も接触感染予防を行ないます。
- 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（表３）。これらの耐性菌は、抵抗力が保たれている人に対しては病原性を示さないため、保菌しているだけでは健康被害をもたらすことはありません。ただし感染抵抗性が低下した人が耐性菌によって感染を起こした場合は有効な抗菌薬が限られてくるため、治療が難しくなることがあります。

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

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

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

イ．平常時の対応

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

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

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

ウ．発生時の対応

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

エ．解除の判断

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

表3　代表的な薬剤耐性菌

1．主に院内感染を起こす菌

・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）（院内感染型）
・緑膿菌（多剤耐性緑膿菌：MDRP を含む）
・バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
・各種β-ラクタマーゼ産生菌（ESBL 産生菌、AmpC 産生菌、メタロβ-ラクタマーゼ産生菌を含む）
・多剤耐性アシネトバクター

2．主に市中感染を起こす菌

・ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）
・アンピシリン耐性インフルエンザ菌（BLNAR 他）
・市中感染型メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（CA-MRSA）

⑵ 飛沫感染

a. インフルエンザウイルス（インフルエンザ）

ア．特徴

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

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

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

○　インフルエンザ総合対策ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html

イ．平常時の対応

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

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

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

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

ウ．予防について（冬季の注意）

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

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

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

「咳エチケット」のポスター（例）

インフルエンザ流行時期の前（10 月～11 月）に、職員も入所者もワクチンを接種しましょう。 ☞ 19 ページ

エ．疑うべき症状と判断のポイント

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

オ．感染を疑ったら～対応の方針

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

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

b. 肺炎マイコプラズマ（マイコプラズマ肺炎）

ア．特徴

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

イ．平常時の対応

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

ウ．予防について

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

エ．疑うべき症状と判断のポイント

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

オ．感染を疑ったら～対応の方針

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

カ．解除の判断

基本的には咳が続いている間は対策の対象となります。

⑶ 空気感染

a.結核菌（結核）

ア．特徴

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

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

イ．平常時の対応

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

ウ．発生時の対応

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

[17] ５２ページ、脚注１１を参照。

- 一方、仮に感染者であることがわかっても、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になっています。

⑷ その他の重要な感染症

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

a. 肺炎球菌（肺炎など）

ア. 特徴

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

イ. 平常時の対応

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

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

ウ. 予防について

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

エ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

オ. 感染を疑ったら～対応の方針

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

b. レジオネラ（肺炎）

ア．特徴

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

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

イ．平常時の対応

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

ウ．予防について

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

エ．疑うべき症状と判断のポイント

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

オ．感染を疑ったら～対応の方針

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

---

[18] エアロゾル：気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子。

[19] レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針。
(http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/legionella/030725-1.html)

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

c. 誤嚥性肺炎

ア．特徴

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

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

イ．平常時の対応

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

ウ．予防について

- 特に誤嚥を起こしやすい高齢者の場合は、普段の口腔ケアが重要です。

エ．疑うべき症状と判断のポイント

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

オ．感染を疑ったら～対応の方針

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

付　録

付録１：関連する法令・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）

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「大規模食中毒対策等について」（平成９年３月24日衛食第85号厚生労働省生活衛生局長通知（最終改正：平成24年５月18日食安発0518第１号厚生労働省医薬食品局食品安全部長通知））
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/gyousei/dl/120518_01.pdf

食中毒予防対策については、日頃より格別の御尽力を頂いているところであるが、近年の食中毒事件の大規模化傾向、昨年の腸管出血性大腸菌O157による食中毒事件の続発等に対応し、大規模食中毒の発生を未然に防止するとともに、食中毒事件発生時の食中毒処理の一層の迅速化・効率化を図るため、今般、食品衛生調査会の意見具申を踏まえ、別添のとおり、大量調理施設衛生管理マニュアル及び食中毒調査マニュアルを作成するとともに、左記のとおり、食中毒処理要領の一部を改正したので通知する。

貴職におかれては、大規模食中毒の発生を未然に防止するため、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき、貴管下の集団給食施設、弁当屋・仕出し屋等営業施設等の監視指導の徹底を図るとともに、食中毒処理要領及び食中毒調査マニュアルに基づき、食中毒発生時の原因究明に万全を期するようお願いする。

なお、「学校給食施設における衛生管理について」(平成８年８月16日衛食第219号生活衛生局長通知)は廃止する。また、今後、「病原性大腸菌O-157」は「腸管出血性大腸菌O-157」と統一して表記することとしたので御了知願いたい。

記

「食中毒処理要領の改正について」(昭和39年７月13日環発第214号厚生省環境衛生局長通知)の一部を次のように改正する。

次のよう　略

（別添）大量調理施設衛生管理マニュアル

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/gyousei/dl/120518_01.pdf

（別添 1）原材料、製品等の保存温度　　（略）

（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）

上記ＵＲＬを参照のこと

（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。（タオル等の共有はしないこと。）

5　消毒用のアルコールをかけて手指によくすりこむ。

（1から3までの手順は2回以上実施する。）

(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　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。

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　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。

⑤　部品は 80℃で５分間以上又はこれと同等の効果を有する方法で殺菌を行う。

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　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。

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　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。

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　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　80℃で５分間以上又はこれと同等の効果を有する方法で殺菌を行う。

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　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　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。
④　100℃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。

(原材料等の保管管理マニュアル)

1．野菜・果物
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℃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℃前後で保存する(冷凍野菜は－15℃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
⑦　必要に応じて、次亜塩素酸ナトリウム等[注2]で殺菌した後、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℃以下で冷蔵保存する。

注１：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たっては、③から⑧までを省略して差し支えない。
注２：次亜塩素酸ナトリウム溶液（200 ㎎/ℓで５分間又は 100 ㎎/ℓで 10 分間）又はこれと同等の効果を有する亜塩素酸ナトリウム溶液（生食用野菜に限る。）、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

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℃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℃以下、魚介類については５℃以下で保存する(冷凍で保存するものは－15℃以下)。
④　専用のまな板、包丁でカットする。
⑤　速やかに調理へ移行させる。

(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℃（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℃）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。

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℃（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℃）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。

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℃（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℃）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。

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。

（別紙）

調理施設の点検表

平成　年　月　日

責任者	衛生管理者

1．毎日点検

	点　検　項　目	点検結果
1	施設へのねずみやこん虫の侵入を防止するための設備に不備はありませんか。	
2	施設の清掃は、全ての食品が調理場内から完全に搬出された後、適切に実施されましたか。（床面、内壁のうち床面から1ｍ以内の部分）	
3	施設に部外者が入ったり、調理作業に不必要な物品が置かれていたりしませんか。	
4	施設は十分な換気が行われ、高温多湿が避けられていますか。	
5	手洗い設備の石けん、爪ブラシ、ペーパータオル、殺菌液は適切ですか。	

2．1カ月ごとの点検

1	巡回点検の結果、ねずみやこん虫の発生はありませんか。	
2	ねずみやこん虫の駆除は半年以内に実施され、その記録が1年以上保存されていますか。	
3	汚染作業区域と非汚染作業区域が明確に区別されていますか。	
4	各作業区域の入り口手前に手洗い設備、履き物の消毒設備（履き物の交換が困難な場合に限る。）が設置されていますか。	
5	シンクは用途別に相互汚染しないように設置されていますか。	
	加熱調理用食材、非加熱調理用食材、器具の洗浄等を行うシンクは別に設置されていますか。	
6	シンク等の排水口は排水が飛散しない構造になっていますか。	
7	全ての移動性の器具、容器等を衛生的に保管するための設備が設けられていますか。	
8	便所には、専用の手洗い設備、専用の履き物が備えられていますか。	
9	施設の清掃は、全ての食品が調理場内から完全に排出された後、適切に実施されましたか。（天井、内壁のうち床面から1ｍ以上の部分）	

3．3ヵ月ごとの点検

1	施設は隔壁等により、不潔な場所から完全に区別されていますか。	
2	施設の床面は排水が容易に行える構造になっていますか。	
3	便所、休憩室及び更衣室は、隔壁により食品を取り扱う場所と区分されていますか。	

〈改善を行った点〉
〈計画的に改善すべき点〉

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）

食中毒予防対策の推進には日頃から格別のご尽力を頂いているところであるが、食中毒予防の更なる徹底を図るため、中小規模調理施設(同一メニューを300 食以上又は１日 750 食以上提供する調理施設以外の施設)においても「大量調理施設衛生管理マニュアル」(平成９年３月 31 日衛食第 85 号)の趣旨を踏まえた衛生管理の徹底を図るよう関係者に対する指導方お願いする。

この場合、別添の「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)の参考資料Ⅰを参照し、中小規模施設の人員、施設設備に応じた工夫を行うよう指導すること。

なお、本年６月 25 日岡山市において有症者累計 138 名(6 月 30 日 16 時現在)に及ぶ腸管出血性大腸菌 O157 の集団食中毒発生がみられたところであり、今後、夏期に向けて食中毒が多発する時期を迎えることから、引き続き、食中毒の発生予防、原因究明対策に万全を期するよう重ねてお願いする。

〔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

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。

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。

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。

ビニールプール等を使用して水遊びをする際には、水に入る前に腰等を中心に体をよく洗うとともに、こまめに水の入れ替えを行うなど水の汚染防止に努めること。特に、下痢気味の児童等については、水に入れないよう十分注意すること。また、風呂で入浴する場合も、同様の扱いとすること。

保育所等においては、児童の健康状態等について日頃から家族と緊密な情報交換を行い、入所施設においても帰宅訓練時等に家族との情報交換に努めるとともに、嘱託医・保健所等との連携を図り、児童の健康管理に努めること。

また、一人ひとりの児童の健康を守るためには、家庭における健康管理が重要であることから、別添参考資料Ⅱを参照して保護者に対する食中毒予防等の注意喚起を行うこと。

(参考資料Ⅰ)

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。

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。

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。

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。

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）
(1) 野菜・果物
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、マイナス 20℃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℃前後で保存する。（冷凍野菜はマイナス 15℃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で殺菌した後、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℃以下で冷蔵保存する。

(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、マイナス 20℃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℃以下、魚介類については 5℃以下で保存する。（冷凍で保存するものはマイナス 15℃以下）。
④　専用のまな板、包丁でカットする。
⑤　速やかに調理へ移行させる。

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

付録２：感染症法について

○　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）等の新たな感染症の発生動向等を踏まえ、2003 年と 2007 年に改正されています。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を基づき、危険性が高い順に、１類感染症から５類感染症に分類しています。また、１類～５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用意されています。

○　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。

○　2007 年６月、入院・検疫等の措置の対象となる感染症分類が見直され、結核が２類感染症に取りこまれ、結核予防法は廃止されました。また、検疫法の一部が改正され、コレラおよび黄熱が検疫感染症から除外されています。

○　2008 年５月、鳥インフルエンザがアジア、欧州、アフリカまで拡大し、東南アジアではトリからヒトに感染する事例が発生しました。そのため、鳥インフルエンザ（H5N1）が２類感染症に追加され、新たに「新型インフルエンザ等感染症」という類型が創設されました。

○　2011 年２月、チクングニア熱が４類感染症に、薬剤耐性アシネトバクター感染症が５類感染症に追加されました。

○　高齢者介護施設で、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、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、腸管出血性大腸菌感染症は３類感染症に、レジオネラ症は４類感染症、インフルエンザ、ノロウイルス感染症（感染性胃腸炎）、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA 感染症）、薬剤耐性緑膿菌感染症などは５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。

○　感染症法の対象疾患と報告の義務を表Ａ１に、感染症の性格と対応・措置を表Ａ２に示します。

表Ａ１　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、野兎病、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、メ薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症	・翌月初日（基幹定点）

下記のホームページをもとに作成

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01.html

表Ａ２　感染症法における感染症の性格と主な対応・措置　（2012.3）

種類	性格	主な対応・措置
１類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性など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	・原則入院 ・建物の立ち入り制限・封鎖 ・交通制限、就業制限 ・消毒などの対物措置
２類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性などに基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	・状況に応じて入院 ・就業制限 ・消毒などの対物措置
３類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性など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	・就業制限 ・消毒などの対物措置
４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
５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・拡大を阻止すべき感染症	・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	○　新型インフルエンザ（新たに人から人に伝染する能力をゆうすることとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、全国的かつ急速なまん延により国民の生命や健康に重大な影響を与えるおそれのあるもの） ○　再興型インフルエンザ（かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、全国的かつ急速なまん延により国民の生命や健康に重大な影響を与えるおそれのあるもの）	〔必要が認められる場合〕 ・健康状態の把握 ・外出の自粛要請 〔特に必要が認められる場合〕 ・一類感染症に準じた措置
指定感染症	既知の感染症（一類～三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く）であって、一類～三類感染症等に準じた対応をしなければ、国民の生命や健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして政令で定める感染症（政令で指定、１年限定）	・一類～三類感染症に準じた措置
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、既知の感染症と症状等が明らかに異なるもので、罹患した場合の症状が重篤度で、かつ国民の生命や健康に重大な影響を与え	［当初］ 都道府県知事が、厚生労働大臣の技術的指導・助言を

	るおそれがあると認められる感染症	得て個別に応急対応 （緊急の場合は、厚生労働大臣が都道府県知事に指示） ［政令指定後］　政令で症状等の要件を指定した後に一類感染症に準じた対応を行う

付録３：入所者の健康状態の記録

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	備考（確認印）

●発熱：通常 37℃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

*2007*年　*3*月分
入所者数：　*70*人

症状	第1週 新たな発症者数（人）	第2週 新たな発症者数（人）	第3週 新たな発症者数（人）	第4週 新たな発症者数（人）	月合計（人）
発熱	*3*	*2*	*4*	*1*	*10*
吐き気・嘔吐	*2*	*0*	*1*	*1*	*4*
下痢	*4*	*3*	*3*	*4*	*14*
・・・・・					

③配置医師への報告用紙　書式の例

　月　日頃から、嘔吐や下痢の症状がある入所者が合計　　人発生しており、受診している者は　　人で医療機関では　　と診断されています。

＜発症状況＞

	月　日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	合　計
	定員数													
入所者														
階　　号室														
階　　号室														
階　　号室														
階　　号室														
階　　号室														
階　　号室														
階　　号室														
入所者計														
併設ｻｰﾋﾞｽ利用者														
デイサービス														
ショートステイ														
訪問介護														
訪問入浴														
併設ｻｰﾋﾞｽ利用者計														
職員														
調理従事者														
合　計														

東京都福祉保健局「社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル第３版をもとに作成

④施設所管課への報告用紙　書式の例

連絡者氏名		連　絡　日	年　月　日　時
施　設　名		電　話	－　－
		FAX	－　－
施設住所			

発生日時	年　月　日　時

主な症状	□嘔吐 □嘔気 □下痢 □腹痛 □発熱				
発症状況		入所者数等	発症者数	重傷者数	入院者数
	合　計				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階職員				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階職員				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階　号室				
	階職員				
	調理従事者				
受診状況	受診人数	人	医療機関名		
	検査結果				
喫食状況	□給食 ⇒□施設内調理 □施設外・関連施設		行動状況	□誕生会　月　日	
	□残食有			□運動会　月　日	
	□検食有			□入浴　月　日	
				□その他（　）	

概　要

出典：東京都福祉保健局「社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル第１版」

付録４：消毒法について

消毒とは、微生物の感染性をなくすか、微生物の数を減少させることをいいます。その方法には、熱で処理する方法（煮沸、熱水）と消毒薬による方法があります。消毒法の種類と作用時間は次のとおりです。

①消毒法の種類と作用時間

種類	消毒法	作用時間
煮沸消毒	シンメルブッシュ煮沸消毒器	100℃　15 分間
熱水消毒	ウオッシャーディスインフェクター 熱水洗濯機 食器洗浄器	80～90℃　3～10 分間 80℃　10 分間 洗浄＋80℃リンス
消毒薬	洗浄法（スクラブ法） 擦式法（ラビング法） 清拭法（ワイピング法） 浸漬法	30 秒間 30 秒間 アルコール含浸綿 30 分間

手指の消毒には、洗浄法（スクラブ法）、擦式法（ラビング法）、清拭法（ワイピング法）があります。それぞれの方法は次のとおりです。

②手指の消毒法

消毒法	方法
洗浄法（スクラブ法）	消毒薬を約３ｍｌ手に取りよく泡立てながら洗浄する（３０秒以上）。さらに流水で洗い、ペーパータオルでふき取る。
擦式法（ラビング法）	エタノール含有消毒薬を約３ｍｌ、手に取りよく擦り込み、（３０秒以上）乾かす。
擦式法（ラビング法） ゲル・ジェルによるもの	エタノール含有のゲル・ジェル消毒薬を、約２ｍｌ手に取り、よく擦り込み（３０秒以上）、乾かします。
清拭法（ワイピング法）	エタノール含浸綿で拭き取る。

ラビング法は、手が汚れているときには無効であることに注意しましょう。手が汚れている場合には、液体石けんと流水で洗ったあとに行います。

③消毒薬の抗微生物スペクトル20と適用対象

消毒薬	抗微生物スペクトル					対象	
	細菌	結核菌	芽胞	真菌	ウイルス	手指	環境
消毒用エタノール	◎	◎	×	◎	◎※	◎	○
ポビドンヨード	◎	○	×	◎	◎	◎	×
グルコン酸クロルヘキシジン	◎	×	×	○	×	◎	○
塩化ベンゼトニウム	◎	×	×	○	×	×	○
塩化ベンザルコニウム	◎	×	×	○	×	◎	○
塩酸アルキルジアルキルエチルグリシン	◎	○	×	○	×	×	○
次亜塩素酸ナトリウム	◎	○	◎	○	◎	×	○
グルタラール	◎	◎	○	◎	◎	×	×
フタラール	◎	◎	×	◎	◎	×	×
過酢酸	◎	◎	◎	◎	◎	×	×

◎：有効（使用可）　○：効果弱い　×：無効（使用不可）

注※）ノロウイルスなどについては、あまり効果がない。

（辻　明良：感染制御のための消毒の基礎知識、ヴァンメディカル、2009）

④対象物による消毒方法

対象	消毒方法
手指	・アルコール含有消毒薬：ラビング法（30 秒間の擦式） ワイピング法（拭き取り法） ・スクラブ剤による洗浄（消毒薬による 30 秒間の洗浄と流水）
嘔吐物、排泄物	・嘔吐物や排泄物や吐物で汚染された床は、手袋をして 0.5%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。

[20] 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

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。
ドアノブ、便座	・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。 ・体液などが付着したときは、次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。

⑤消毒液の希釈方法

（６％次亜塩素酸ナトリウムの希釈液の調製方法）

有効塩素濃度	6%製剤の希釈倍数	希釈方法					
		総量として1000ｍｌの消毒液をつくるとき		1000ｍｌの蒸留水を使用するとき		10ｍｌの原液を使用するとき	
6％（6000ppm）	1倍	原液：	100ｍｌ	原液：	そのまま	原液：	10ml
		蒸留水：	0ｍｌ	蒸留水：	0ｍｌ	蒸留水：	0ml
1％（10000ppm）	6倍	原液：	166.7m	原液：	200ml	原液：	10ml
		蒸留水：	833.3ml	蒸留水：	1000ml	蒸留水：	50ml
0.5％（5000ppm）	12倍	原液：	83.3ml	原液：	90.9ml	原液：	10ml
		蒸留水：	916.7ml	蒸留水：	1000ml	蒸留水：	110ml
0.1％（1000ppm）	60倍	原液：	16.7ml	原液：	16.9ml	原液：	10ml
		蒸留水：	983.3ml	蒸留水：	1000ml	蒸留水：	590ml
0.05％（500ppm）	120倍	原液：	8.3ml	原液：	8.4ml	原液：	10ml
		蒸留水：	991.7ml	蒸留水：	1000ml	蒸留水：	1190ml
0.01％（100ppm）	600倍	原液：	1.7ml	原液：	1.7ml	原液：	10ml
		蒸留水：	998.3ml	蒸留水：	1000ml	蒸留水：	5990ml

⑥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	濃　度 希釈倍率	希　釈　方　法
○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	

希釈する際は、直接塩素剤が手に付かないよう手袋をしましょう。

※　厚生労働省「社会福祉施設、介護老人保健施設におけるノロウイルスによる感染性胃腸炎の発生・まん延防止策の一層の徹底について」より転載

手指、嘔吐物、排泄物、使用した用具・リネン、環境など、消毒する対象物の種類に応じて、もっとも適切な消毒法を選びましょう。また、微生物の種類によって、効果のある消毒薬が異なります。表【消毒薬の抗微生物スペクトル[21]と適用対象】も参考にしてください。

[21] 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

付録５：感染性廃棄物の処理について

「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 ２４年５月
環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部
より第 ４ 章部分抜粋

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

感染性廃棄物は他の廃棄物と分別して排出するものとする。

４．２　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、移動の途中で内容物が飛散・流出するおそれのない容器で行うものとする。

４．３　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

４．４　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

４．５　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。

感染性廃棄物の表示

橙色：固形状のもの
（血液等が付着したガーゼ等）

赤色：液状又は泥状のもの
（血液等）

黄色 ： 鋭利なもの
（注射針等）

４．６ 施設内処理

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）

このマニュアルは、

平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査研究事業

において、下記の検討委員会により作成されたものです。

検討委員会 名 簿

（平成 25 年３月現在・五十音順・敬称略）

＜委員長＞

辻　明良　　東邦大学　名誉教授

東邦大学医療センター佐倉病院　客員教授

＜委員＞

田中 涼子　高齢者福祉総合施設ももやま　園長

福島 智子　公益社団法人全国老人福祉施設協議会　老施協総研幹事

特別養護老人ホームもみじ苑　施設長

松井 ひろみ 群馬県中央児童相談所　保健師

松本 哲哉　東京医科大学　感染制御部部長・微生物学教室教授

村岡 裕　　社会福祉法人依田窪福祉会　常務理事

＜オブザーバー＞

右田　周平　厚生労働省老健局高齢者支援課　老人介護専門官

＜事 務 局＞

株式会社　三菱総合研究所 人間・生活研究本部

平成２４年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業

高齢者介護施設における感染対策マニュアル

平成２５年３月

編集・印刷
株式会社　三菱総合研究所　人間・生活研究本部
〒100－8141　東京都千代田区永田町 2-10-3
電話　03-6705-6024　　ＦＡＸ　03-5157-2143