

香川県高齢者介護施設・事業所における感染対策マニュアル
(令和7年12月改訂)

**香川県・高松市
香川県老人福祉施設協議会
香川県老人保健施設協議会**

目次

1. はじめに.....	6
2. 感染対策の基礎知識	8
1) 注意すべき主な感染症.....	8
2) 感染対策の基礎.....	9
(1) 感染成立の3要因.....	9
(2) 標準予防策（スタンダード・プリコーション）	13
(3) 感染経路別予防策.....	14
3. 感染管理体制（運営基準第 26 条・運営基準第 31 条・104 条・118 条・203 条）	16
1) 感染対策委員会の設置.....	16
(1) 目的と役割.....	16
(2) 委員会の構成.....	17
(3) 開催頻度	18
(4) 活動内容	18
(5) 決定事項等の周知.....	19
2) 感染対策のための指針・マニュアル・計画の整備.....	20
(1) 指針・マニュアルを作成する目的.....	20
(2) マニュアルの内容.....	20
(3) マニュアルの実践と遵守.....	22
(4) マニュアルの見直しの必要性.....	22
(5) 業務継続計画（BCP）の策定	23
3) 関連情報の共有と活用.....	23
4) 職員研修の実施.....	23
(1) 研修の目的と意義.....	23
(2) 研修を行う時期	24
(3) 研修の種類と内容	24
5) 介護施設・事業所内の衛生管理.....	26
(1) 環境の整備.....	26
(2) 介護施設・事業所内の清掃.....	26
(3) 嘔吐物、排泄物の処理	28
(4) 血液、体液の処理	30
6) 職員の健康管理.....	31
(1) 入職時の確認.....	31
(2) 日常の健康管理	31
(3) 定期的な健康診断.....	31

(4) ワクチンによる予防.....	32
(5) 職業感染対策.....	32
7) 利用者の健康管理	33
(1) 日常の健康状態の観察と対応.....	33
(2) 健康状態の記録	34
8) 介護・看護ケアと感染対策	37
(1) 職員の手指の清潔.....	37
(2) 利用者の手指の清潔.....	40
(3) 介護・看護ケアにおける標準予防策.....	41
(4) 手袋の着用と交換.....	42
(5) 食事介助	42
(6) 排泄介助（おむつ交換を含む）	43
(7) 送迎.....	43
(8) 医療処置	43
4. 感染症発生時の対応	44
1) 感染症の発生状況の把握と対応.....	46
(1) 介護・看護職員等の対応.....	46
(2) 施設長・管理者の対応	46
(3) 医師の対応.....	46
2) 感染拡大の防止.....	47
(1) 介護職員等の対応.....	47
(2) 医師及び看護職員の対応.....	48
(3) 施設長等の対応	48
3) 行政への報告.....	49
4) 関係機関との連携等.....	50
5. 個別の感染対策	51
(1) 新型コロナウイルス感染症.....	51
(2) インフルエンザ	53
(3) 感染性胃腸炎.....	55
(4) 痢疾.....	58
(5) 腸管出血性大腸菌感染症.....	60
(6) 結核.....	61
(7) レジオネラ症	63
(8) 薬剤耐性菌感染症.....	65
(9) 誤嚥性肺炎.....	68
6. 付録	69

付録 1：関連する法令・通知	69
付録 2：感染症法について	71
付録 3：消毒法について	73
付録 4：新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について	76
付録 5：HIV/AIDS(エイズ)について	85
7. 参考資料	86

※本マニュアルにて「別添_を参照ください」と記載されている下記の資料は、
ホームページに掲載しています。マニュアルには含まれておりませんので、必
要に応じて、ホームページをご参照ください。

- 別添 1：感染対策チェックリスト
- 別添 2：社会福祉施設等の入所施設における感染症発生時の標準的な対応基準
- 別添 3：感染症発生時の報告先一覧
- 別添 4：感染症発生経過報告表
- 別添 5：感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針(例)

本マニュアルについて

「香川県高齢者介護施設等における感染対策マニュアル」は、厚生労働省の「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」を基とし、更に県内の実情等を盛り込んだものとして平成18年に作成し、その後平成19年、平成21年と見直しを行ってきました。

今回、「高齢者介護施設等における感染対策マニュアル(2019年3月)」「介護現場における感染対策の手引き第3版(令和5年9月)」から、国の最新の知見や県の実情等を踏まえ、本マニュアル改訂に至ったところです。

1. はじめに

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

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

このため、日頃から1人1人のスタッフが感染防止のための対策を実施するとともに、介護施設や事業所が感染防止を実践する組織的な体制を整備し、感染症発生時には感染拡大防止のため、適切な対応を実施することが必要です。また感染症は個人の病気でありつつ、個人を超えるものです。誰もが感染しうる可能性があります。そのため感染症が発生した場合であっても、差別的にならないよう、利用者・家族・職員の人権に配慮した対応が必要です。

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

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

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

【感染対策のために必要なこと】

【管理者】

- 高齢者の特性、介護施設・事業所の特性、介護施設・事業所における感染症の特徴の理解
- 感染対策に対する正しい知識（予防、発生時の対応）の習得
- 介護施設・事業所内の危機管理体制の構築（感染対策委員会の設置、業務継続計画（BCP）作成、緊急連絡網作成等）
- 介護施設・事業所内活動の着実な実施（感染対策委員会の開催、指針とマニュアルの策定、職員等を対象とした研修の実施、物品や設備整備等）
- 自治体等の関係機関との連携の推進（情報収集、発生時の行政への届出等）
- 職員の労務管理（職員の健康管理、職員が罹患したときに療養に専念できる人的環境の整備等）
- 委託業者や実習生、ボランティア、面会者等の外部者の管理

【介護施設・事業所の職員】

- 高齢者の特性、介護施設・事業所の特性、介護施設・事業所における感染症の特徴の理解
- 感染症に対する基礎知識（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感染対策の実践
- 自身の健康管理（感染源・媒介者にならないこと等）

2. 感染対策の基礎知識

介護施設・事業所は、加齢に伴い感染に対する抵抗力が低下している利用者や、認知機能が低下していることにより感染対策への協力が難しい利用者等が生活しています。

介護施設・事業所は「生活の場」でもあるという点で、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す。

1) 注意すべき主な感染症

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

① 利用者及び職員に感染が起こり、媒介者となりうる感染症

介護施設・事業所に限らず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、新型コロナウイルス感染症、感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症、腸管出血性大腸菌感染症等）、疥癬、結核等があります。

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

介護施設・事業所では集団感染の可能性がある感染症で、レジオネラ属菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（MRSA 感染症）、緑膿菌感染症等の薬剤耐性菌感染症があります。

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型肝炎、C型肝炎）等があります。

感染症法については付録 2 (71,72 ページ) で説明していますので、適宜参考してください。

2) 感染対策の基礎

(1) 感染成立の3要因

感染は、病原体（感染源）、感染経路及び宿主の3つの要因があって成立します。そのため、感染対策の柱として、以下の3つがあげられます。

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

具体的には、感染症の有無にかかわらず、血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物、傷のある皮膚、そして粘膜が感染する危険性があるという考えに基づき、「標準予防策（スタンダード・プリコーション）」や「感染経路別予防策」と呼ばれる基本的な対応を徹底することが重要となります。

I. 病原体（感染源）の排除

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

- ① 嘔吐物、排泄物（便・尿等）、創傷皮膚、粘膜等
- ② 血液、体液、分泌物（喀痰・膿等）
- ③ 使用した器具・器材（注射針・ガーゼ等）
- ④ 上記に触れた手指

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

II. 感染経路の遮断

感染経路には、接触感染、飛沫感染、空気感染及び血液媒介感染等があります。

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) 疥癬 新型コロナウイルス 等
飛沫感染	● 咳、くしゃみ、会話等で、飛沫粒子(5μm 以上)により伝播する。 ● 1~2m 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※ おたふくかぜウイルス 風しんウイルス 新型コロナウイルス 等
空気感染	● 咳、くしゃみ等で飛沫核(5μm 未満)として伝播し、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 新型コロナウイルス 等
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 等

※インフルエンザウイルスは、接触感染により感染する場合がある

※ノロウイルス、インフルエンザウイルスは、空気感染の可能性が報告されている

介護施設・事業所において感染経路を遮断するためには、

病原体を持ち込まないこと
病原体を持ち出さないこと
病原体を拡げないこと

への配慮が必要です。

まずは、外部から介護サービスの提供場所に病原体を持ち込まないことが重要です。職員や家族から介護施設・事業所に持ち込まれることがあります、病原体を持ち込まなければ、感染が拡がることはありません。

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

さらに、通所系サービスについては、利用者が病原体を持ち出さないこと、訪問系サービスについては、利用者から利用者に職員を介して病原体を持ち運ばないことが必要です。職員は帰宅後に家族にうつさないためにも、介護施設・事業所を離れる際には、手指衛生（手洗い・手指消毒）を行い、ケア時に使用した服を着替える等、感染経路の遮断に留意する必要があります。

また、いずれのサービスも、職員を始め外部からの来訪者（面会者、委託業者、ボランティア、実習生等）からの持ち込みについても考慮する必要があります。

図1 施設系サービスにおける感染対策

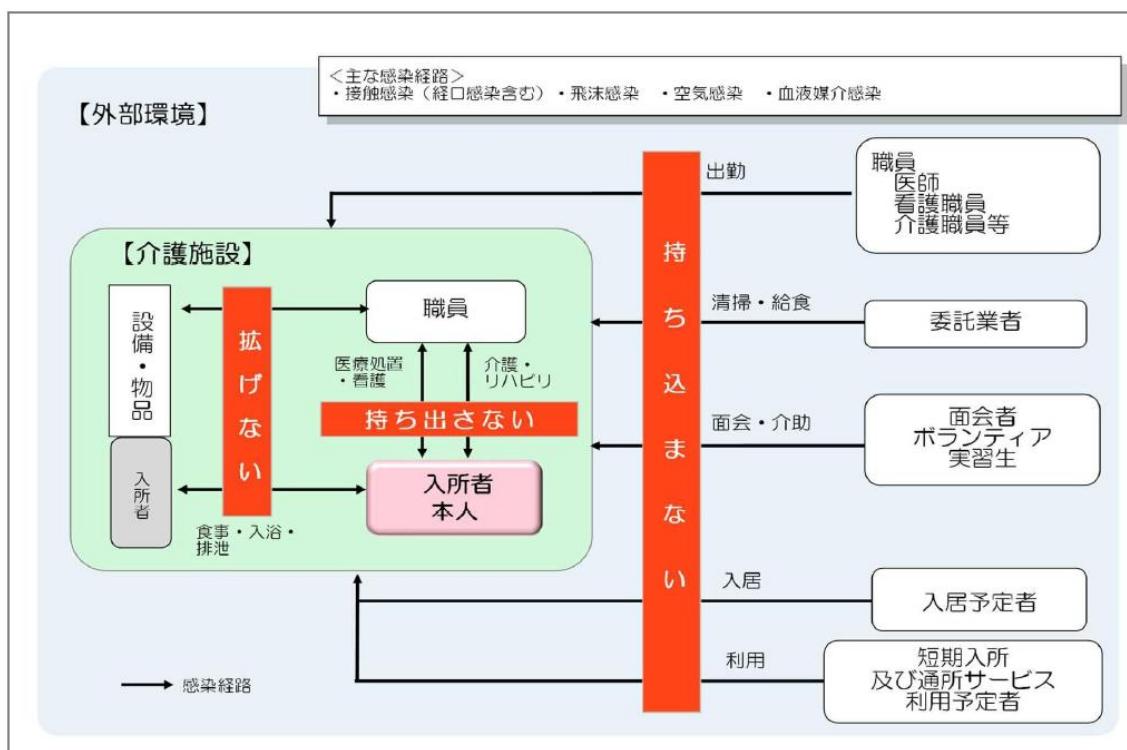


図2 通所系サービスにおける感染対策

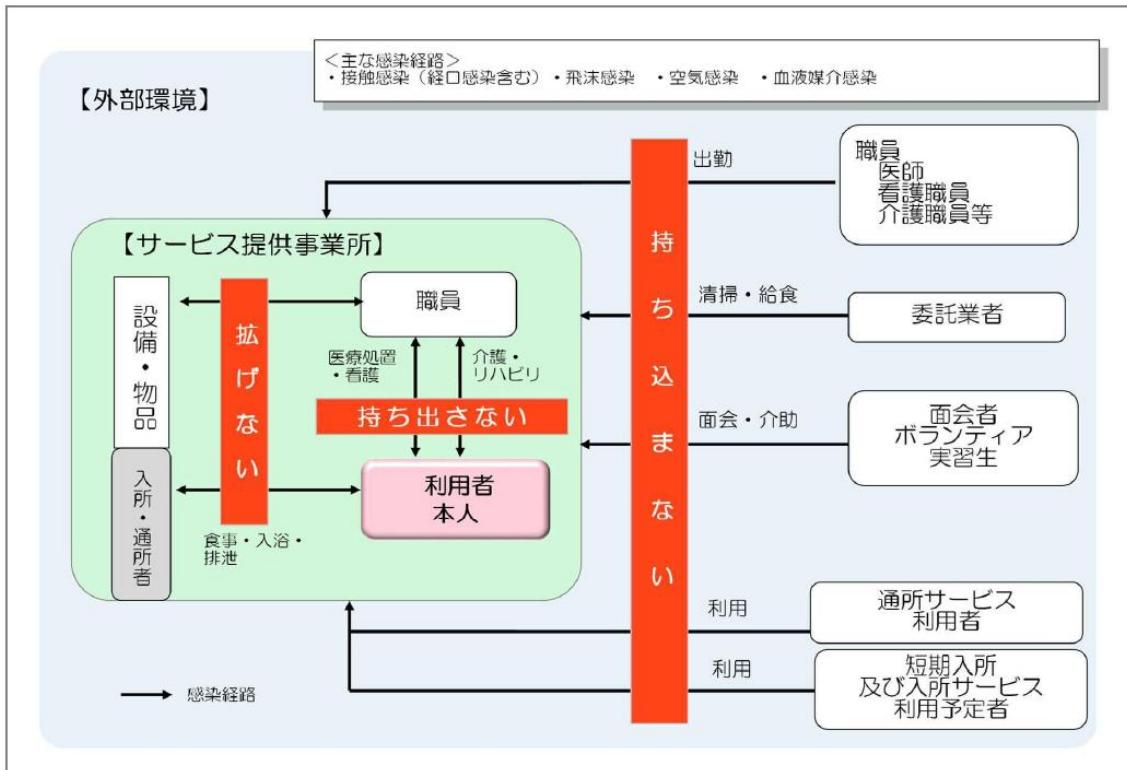
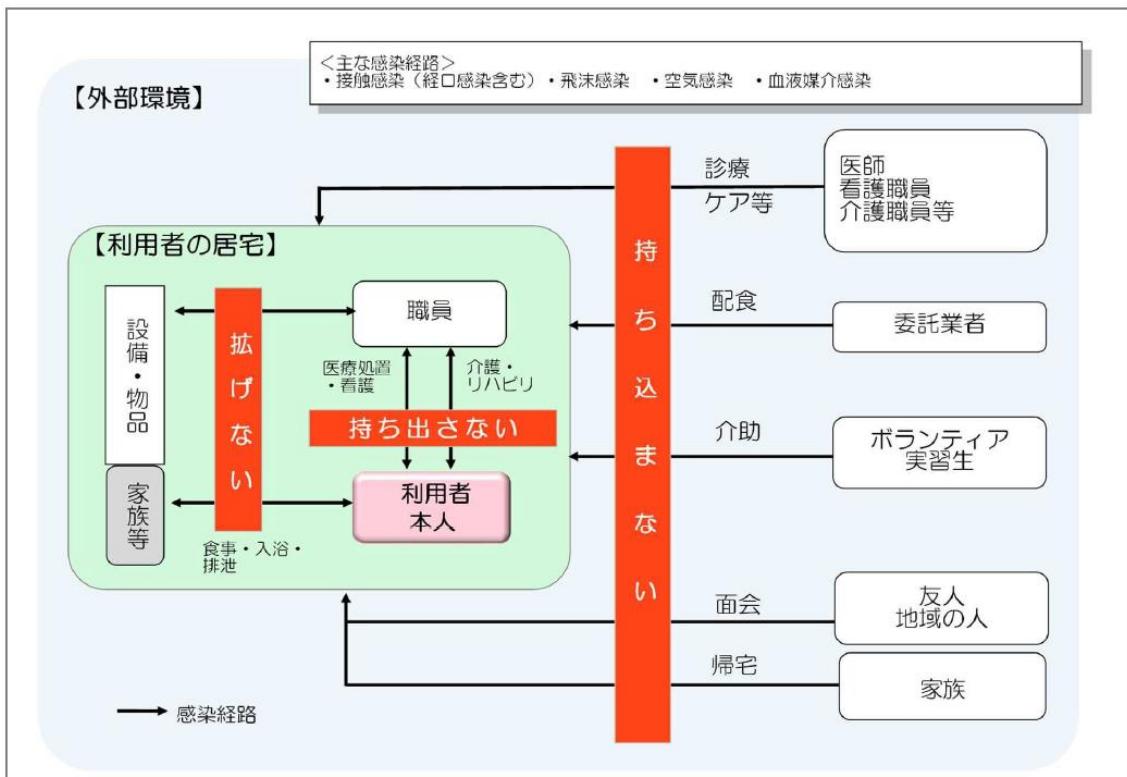


図3 訪問系サービスにおける感染対策



III. 宿主抵抗力の向上

高齢者は免疫が低下している場合があります。感染症に対する抵抗力を向上させるには、日ごろから十分な栄養と睡眠をとるとともに、予防接種によりあらかじめ免疫を得ることも重要です。

予防接種法では、高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌感染症、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹が予防接種を受ける必要性の高い疾病として定められており、接種の機会を逸する事がないよう、本人や家族に接種時期の呼びかけを行いましょう。特に、インフルエンザについては毎年接種状況を確認し、早めに接種するよう促すことは重要です。また施設系サービスにおいては、副反応等も説明し、利用者の同意を得た上で積極的に予防接種の機会を提供しましょう。

利用者だけでなく、職員も入職時に予防接種歴や罹患歴を確認しておくことが考慮されます。

(2) 標準予防策（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。その基本となるのは、**標準予防策（スタンダード・プリコーション）**と感染経路別予防策です。

スタンダード・プリコーション (standard precautions、標準予防策) 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、粘膜等は、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。

標準予防策（スタンダード・プリコーション）は、従来は病院内の感染対策として用いられてきましたが、近年は、介護分野を含め、感染の可能性があるものを取り扱う場合に必要な「基本的な感染予防策」とみなされるようになってきています。特に介護施設・事業所では、嘔吐物、排泄物の処理、発疹や傷のある皮膚に触る際に注意が必要になります。

標準予防策（スタンダード・プリコーション）の具体的な内容としては、手指衛生（手洗い・手指消毒）、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、リネンの消毒等があります。

(3) 感染経路別予防策

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

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

①接触感染予防策

- 職員は手洗いを励行します。手洗いの詳細は「職員の手指の清潔」（37～40 ページ）を参照してください。
- 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。
- 利用者の血液、体液、嘔吐物、排泄物等を扱う場合には、手袋に加え、長袖ガウンを着用。使用後の長袖ガウンは速やかに感染性廃棄物として廃棄します。また長袖ガウンを脱いだ後に、職員の衣類が感染者や感染者の物品に触れないように注意します。
- 接触が多い共有設備（手すり、ドアノブ、パソコンのキーボード等）は 1 日 1 回以上消毒を行います。
- 居室には特殊な空調を設置する必要はありません。
- 周囲に感染を広げてしまう可能性が高い場合は、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飛沫感染予防策

- ケア時に職員はマスクを着用します。（原則、不織布マスク）
- 疑われる症状のある利用者には、呼吸状態により着用が難しい場合を除き、原則としてマスク着用をしてもらいます（新型コロナウィルス感染症では症状がなくとも着用）。
- 施設内療養の場合、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。

- 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、あるいは、ベッド間をパーテーション等で仕切る等します。
- 飛沫感染する病原体では接触感染も起こりうるため、接触が多い手すりやドアノブ等の消毒を 1 日 1 回以上行います。
- 十分な換気を行います。居室に特殊な空調は必要なく、窓は開けたままでもかまいません。

③空気感染予防策

- 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。
- 患者と接触する際は、職員は高性能マスク（N95¹等）を着用します。
- 感染者や疑いのある利用者の個室の廊下側の窓やドアは閉じ、十分な換気を行います。

④血液媒介感染予防策

- 血液等の体液に触れる場合は、手袋を着用する等、標準予防策（スタンダードプリコーション）を徹底します。
- 歯ブラシ、カミソリの共有は避けます。
- 使用済みの針や刃物の廃棄は専用の容器に決められた方法に従って行います。
- 出血を伴う医療行為の介助を行う看護職員は、手袋、ガウン、フェイスシールド、その他防御を考えた準備を整えておきます。

¹ 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。

3. 感染管理体制（運営基準第26条²・運営基準第31条・104条・118条・203条³）

1) 感染対策委員会の設置(全てのサービスにおいて設置が義務化)

介護施設・事業所内の感染症（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、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成されることが望ましく、構成メンバーの責任及び役割分担を明確にし、感染対策担当者を決めておくことが必要です。

なお、感染対策委員会は関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。

感染対策は、利用者の安全管理の視点からきわめて重要であり、利用者の安全確保は介護施設・事業所の責務といえます。

(1) 目的と役割

介護施設・事業所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。

- 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための課題を集約し、感染対策の方針・計画を定め実践を推進する。
- 委員会の決定事項や具体的な対策を介護施設・事業所全体に周知するための窓口となる。
- 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための問題を把握し、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。

※急性呼吸器感染症については、厚生労働省が作成した病原体の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「急性呼吸器感染症（ARI）に関する施設内感染予防の手引」⁴も参考にしてください。

² 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

³ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

⁴ 「急性呼吸器感染症（ARI）に関する施設等内感染予防の手引」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/001595706.pdf>)

(2) 委員会の構成

委員会は、組織の全体をカバーできるよう、幅広い職種により構成します。介護施設・事業所の実態に合わせて、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 管理者	施設・事業所全体の管理責任者
事務長	事務関連、会計関連を担当
医師	医療面・治療面、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、デイサービス等の各併設サービスの代表者1名ずつ等
栄養士	栄養管理、抵抗力や基礎体力維持・向上
生活相談員	利用者からの相談対応、利用者への援助 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

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。

また、介護施設・事業所外の感染管理等の専門家も委員として積極的に活用することが望ましいです。

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、感染管理の取り組みを現場に共有し、推進する役割を担うことから、各部門の代表者が参加することが望ましいと考えられます。

医療面では、医師の参加が望ましいです。また、協力病院や保健所と連携をとって助言を得たり、インフェクションコントロールドクター（ICD⁵）や感染管理認定看護師（CNIC⁶）等、感染対策に詳しい人材に協力を求めたりすることも重要です。

⁵ ICD：感染制御の専門的知識を有する医療従事者（医師、看護師、薬剤師、検査技師）

⁶ CNIC：感染管理認定看護師で日本看護協会が認定

(3) 開催頻度

基本的には定期的(各サービスで決められている最低限の開催回数)開催に加えて、感染症が発生しやすい時期や感染症の疑いのある場合は、必要に応じて隨時開催することが必要です。

また、感染対策委員会はテレビ電話装置等を活用して行う事も可能です。

構成メンバーの負担を考慮して、他の委員会と続けて実施する等、時間をとりやすくなるように工夫します。

(4) 活動内容

感染対策委員会の主な役割としては、「感染症の予防」と「感染症発生時の対応」があります。

- 介護施設・事業所の具体的な感染対策の計画を立てます。
 - 介護施設・事業所の指針・マニュアル等を作成・見直しします。
 - 感染対策に関する職員等への研修を企画、実施します。
 - 感染症発生時を想定した訓練（シミュレーション）を実施します。
 - 新規利用者の感染症の既往等を把握します。適切なケアプランを検討するとともに、必要な配慮事項（むやみに隔離するのではなく、何が危険かを理解して対応することが重要）等があれば現場関係者等に周知します。
 - 利用者、職員等の健康状態の把握に努め、状態に応じた対応・行動等を事前に明確にしておきます。
 - 感染症の発生時には、業務継続計画あるいは感染症に係る指針に沿って、適切な対応を行うとともに、必要な部署や行政等と情報共有します。
 - 介護施設・事業所内で感染症の終息の判断を行います。
 - 各部署での感染対策の実施状況を把握して評価し、改善すべき点等を検討します。
- 別添1「感染対策チェックリスト」をご活用ください。

【感染対策委員会の活動例】

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

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

(5) 決定事項等の周知

委員会での議論の結果や決定事項等は、確実に関係者に周知徹底を図る必要があります。各部門の代表である委員会構成メンバーにより、施設長・管理者（以下、「施設長等」という。）を通じて伝達するほか、緊急性がある場合には、直ちに全職員に伝える必要も発生します。そのため、緊急度や目的に合わせて複数の周知方法を作成しておくことが望ましいです。

また、掲示物等は、目立つところ、全員が必ず見るところに貼る等の工夫をします。また、注意を促すだけでなく、具体的な行動を明記すると実際に行動しやすくなります。

【決定事項の周知における工夫例】

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

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

2) 感染対策のための指針・マニュアル・計画の整備

(1) 指針・マニュアルを作成する目的

指針において、介護施設・事業所としての理念、考え方や方針を明確に示すとともに、マニュアルによって日常のケア場面での具体的な実施手順を示すことが重要です。

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。

- 介護施設・事業所全体の考え方の共通化
- 実際の場面での判断や行動に役立つ情報源

具体的な手順や手引き書は、「マニュアル」、「手順書」と呼ばれています。マニュアル、手順書には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。

各介護施設・事業所において作成する感染対策のためのマニュアルは、科学的根拠に基づいて作成する必要があります。ただし、現場で役に立ち、十分に活用されるマニュアルを作成するためには、医療現場のマニュアルや参考文献等をそのまま持ち込むのではなく、「生活の場」として介護施設・事業所の実態に合わせた内容とすることが重要です。

利用者や家族は、感染症についての専門的知識を有していない場合が多く、かつ、多様な生活スタイルを有していることを念頭に置いて、個々の人格と尊厳を重視したマニュアルとします。

- 別添5「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針(例)」をご参照ください。

(2) マニュアルの内容

介護施設・事業所が感染対策のためのマニュアルを作成する際には、本書を参考に「基本的な考え方」を示した上で、「感染管理体制」、「平常時の対策」及び「感染症発生時の対応」等の体制や手順を規定します。

<マニュアルに記載される内容の例>

感染管理体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護施設・事業所の感染管理に対する基本理念 ● 感染対策委員会の設置 ● 感染対策のための指針・マニュアルの整備 ● 職員研修の実施 ● 訓練（シミュレーション）の実施 ● 職員の健康管理等
平常時の対策	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護施設・事業所内の衛生管理 <ul style="list-style-type: none"> • 環境の整備 • 介護施設・事業所内の清掃 • 嘔吐物、排泄物の処理 • 血液、体液の処理
	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の健康管理 <ul style="list-style-type: none"> • 健康状態の観察と対応 • 健康状態の記録
	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護・看護ケアと感染対策 <ul style="list-style-type: none"> • 手洗い • ケアにおける標準予防策 • 食事介助 • 排泄介助（おむつ交換等） • 医療措置 • 異常の早期発見のための日常観察項目
感染症発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染症の発生状況の把握 ● 感染拡大の防止 ● 行政への報告 ● 関係機関との連携等

【マニュアル作成における工夫例】

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は、以下のような工夫例があります。

- 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、どこに何が書いてあるか、カテゴリ別にインデックスタブを貼付しています。
- 全体の大きな流れを把握できる「全体フロー」と、個別場面での細かな「対応手順」等、階層的に作成するとわかりやすくなります。
- 一般論、抽象論ではなく、「いつ・どんな場合に」「誰が」「何を」「どうするか」等を明記すると、具体的に「動ける」ようになります。

(3) マニュアルの実践と遵守

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

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

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、医師への報告、施設長等への報告、さらに施設長等から行政への報告、保健所への連絡等の「報告・連絡系統」を確認するとともに、施設長等や医師、保健所等の指示に基づく現場での対応方法についても、現場で訓練を行いながら確認することも必要です。

(4) マニュアルの見直しの必要性

マニュアルに記載された内容が「絵に描いた餅」にならないようにするためには介護施設・事業所、利用者の実態にあっていいるか内容を確認し、確実に実践されることが重要です。

- 遵守されにくい箇所については、介護施設・事業所や利用者の実態にあっているか、実行可能な内容となっているか等を確認する。
- 実施状況に照らしあわせて、実態にあわないところは改訂する。

- 誰でも内容の見直しを提案できる仕組みをつくる。

【マニュアルの見直しにおける工夫例】

- 常に具体的な見直しが行えるよう、例えば、マニュアルのページの中に気づいたことを記入できる欄を設けておき、定期的に回収して感染対策委員会で検討する、といった工夫例があります。

(5) 業務継続計画（BCP）の策定

BCP（ビー・シー・ピー）とは Business Continuity Plan の略称で、業務継続計画などと訳されます。新型コロナウイルス等感染症や大地震などの災害が発生すると、通常通りに業務を実施することが困難になります。まず、業務を中断させないように準備するとともに、中断した場合でも優先業務を実施するため、あらかじめ検討した方針、体制、手順等を示した計画のことです。

令和3年度介護報酬改定において、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務づけられています。

3) 関連情報の共有と活用

感染対策において、感染症の発生に備えて、地域の感染症発生動向を把握することも重要です。施設長等をはじめ、職員や特に感染対策担当者等も日々から関連情報を定期的に収集し、リスクを予測しておきます。

4) 職員研修の実施

(1) 研修の目的と意義

感染症の予防や感染拡大を防止するとともに、感染症罹患者に対する差別や偏見を防止する観点から、職員に対して十分な教育・研修を行うことが重要です。職員が、感染症についての正しい知識・予防策を習得する機会がなく、感染のリスクを自覚せずに不適切な行為によって感染を拡げてしまうことは、感染管理上大きな問題となります。すべての職員に感染症予防と代表

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。

また、結核の既往や服薬中であること、薬剤耐性菌の保菌等を理由としてサービス提供を拒否することはできません。感染症の既往等がある人が利用する場合には、ケアを提供する職員に対して、一般的な感染症予防に関する知識に加え、該当する感染症についての正しい知識や対応方法を周知することが必要です。

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

(2) 研修を行う時期

職員研修を組織的に浸透させていくためには、指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修を実施することが重要です。また、新規採用者に対しては、採用後のできるだけ早い時期に、感染対策の研修を実施することも重要です。

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

これらの研修は、一度受講すればよいというものではありません。また、各職員に対しても、これらの研修を一度だけでなく繰り返し受講し、常に最新の知識を習得するとともに、知識の定着を図るように働きかけることが重要です。

(3) 研修の種類と内容

研修の種類と内容は、介護施設・事業所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、各介護施設・事業所の状況に即した効果的な研修を計画し、実施することが重要です。

感染管理に関する研修の種類と内容の例

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

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

【効果的な研修のための工夫例】

- 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（CNIC）等）を招いて研修を実施しています。
- 勉強会という形で、その時期に問題となっていることや対策について介護施設・事業所独自のテーマを設定し、みんなで議論する場を設けています。実践的な対策を導くことができるほか、意識の向上にもつながります。
- 外部研修に参加したら、その内容を介護施設・事業所に持ち帰って伝達します。単に、受講報告書を書くだけではなく、他の職員に自分なりの視点で、介護施設・事業所にとって重要な部分を中心にわかりやすく発表・伝達する場を設定しています。
- 介護施設・事業所内研修を実施したら、受講者に対するアンケートをしたり、日常のケア場面での実践状況を確認したりすることにより、研修の成果を把握し、次の研修計画に役立てています。
- 感染症の流行時期には、実際の発症を想定したシミュレーションを行い、研修内容の定着をはかります。

5) 介護施設・事業所内の衛生管理

(1) 環境の整備

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

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

手洗い場の汚染による感染を防ぐため、以下のことが望されます。

- 自動水栓、肘押し式、センサー式、または足踏み式蛇口の設置
- ペーパータオルの設置
ペーパータオルを清潔（水滴等により汚染しないよう）に取り扱うために壁に取り付ける、等の工夫も重要です。
- 足踏み式の開閉口のゴミ箱

定期的な換気を確保することで、空気感染やエアロゾル感染を予防することができます。具体的には以下のことが推奨されます。

- 排気口の定期的な清掃
- 定期的な換気

(2) 介護施設・事業所内の清掃

a. 日常的な清掃

各所、原則1日1回以上の湿式清掃（洗浄液をモップやクロスに含ませて拭き取る）し、換気を行い乾燥させます。必要に応じ床の消毒を行います。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し、乾燥させます。

汚染がひどい場合や新たな汚染が発生しやすい場合には、清掃回数を増やし、汚染が放置されたままにならないようにします。

b. 特に丁寧に清掃を行う必要のある場所の清掃

共用部分の床やトイレ、浴室等は特に丁寧に清掃を行います。

【床】

- 通常時の清掃は湿式清掃を基本とします。使用したモップ等は、家庭用洗剤で洗浄し、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、排泄物等が付着した場合は、手袋を着用し、次亜塩素酸ナトリウム液等で消毒後、湿式清掃し、乾燥させます。

【トイレ】

- トイレのドアノブ、取手等は、アルコール製剤で清拭し、消毒を行います。

【浴室】

- 浴槽のお湯の交換、浴室の清掃・消毒等をこまめに行い、衛生管理を徹底します。通常時は、家庭の浴室の清掃と同様に、洗剤により浴槽や床、壁等を清掃します。

「香川県特定入浴施設におけるレジオネラ症の発生の防止に関する指導要綱

(<https://www.pref.kagawa.lg.jp/documents/7113/rezionerashidouyoukou.pdf>) をご活用ください。

【加湿器】

- 加湿器は、加湿器内の水が汚染されやすく、汚染水のエアロゾル（目に見えない細かな水滴）を原因とするレジオネラ症等が発生する危険性があります。加湿装置の使用開始時及び使用終了時には、水抜き及び清掃を実施します。
- 加湿器の取扱いについては、付録1③「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」(70ページ)をご活用ください。

毎日実施する衛生管理

- 家庭用加湿器のタンクの水は、毎日完全に換えるとともに、タンク内を清掃します。

定期的に実施する衛生管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 建物内の設備に組み込まれた加湿装置（以下、「加湿装置」という）は、使用期間中は 1 か月に 1 回以上、装置内の汚れの状況を点検し、必要に応じ清掃等を実施します。少なくとも 1 年に 1 回以上、清掃を実施します。
--------------	---

c. その他の注意事項

- 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や次亜塩素酸ナトリウム液等の噴霧は、職員及び入所者の健康被害につながるため、行わないようにします。
- ② カーテンは、汚れや埃、嘔吐物、排泄物の飛沫による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 清掃は部屋の奥から入口方向に行います。
- ④ 清掃拭き取りは一方向で行います。
- ⑤ 目に見える汚染は速やかに確実に拭き取ります。
- 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拭き取ります。
- 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す。
- ⑧ トイレ、洗面所、汚染場所用と居室用のモップは区別して使用、保管し、汚染度の高いところを最後に清掃するようにします。
- ⑨ 清掃後は、よく手を洗い、衛生の保持を心がけます。
- ⑩ 清掃を担当しているボランティアや委託業者にも、上記のことを徹底します。

(3) 嘔吐物、排泄物の処理

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

利用者の嘔吐物、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、0.02%の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、消毒します。処理後は十分な液体石けんと流水による手洗いをします。

なお、感染性廃棄物の取扱いについては、付録 1④「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」（70 ページ）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す。
- 処理を行う職員以外は立ち寄らないようにします。
- 迅速かつ正確な処理方法で対応します。
- 処理用キットを準備しておき、必要時に、迅速に処理できるよう備えます。
- 次亜塩素酸ナトリウムを使用する際は、薬剤の「使用上の注意」を確認してください。

【処理の手順】

- ① 十分な換気が行える環境にします。
- ② 手袋・マスク・使い捨てのエプロンを着用します。
- ③ 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。
- ④ 汚物中のウイルスが飛び散らないように、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静かに拭き取りビニール袋に入れます。この際、ビニール袋に廃棄物が充分に浸る量の次亜塩素酸ナトリウム（0.1%）を入れることが望ましいです。
- ⑤ 拭き取った後は、次亜塩素酸ナトリウム（0.02%）で浸すように床を拭き取り、その後水拭きします。
- ⑥ 床を拭き終わったら手袋を新しいものに替えます。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 利用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 ②～⑦の嘔吐物を処理したペーパーや使い捨ての布等は、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 汚物を取り除いた⑦やリネン類の消毒は 85°C・1 分間以上の熱水洗濯が適しています。ただし、熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、次亜塩素酸ナトリウム液による消毒が有効です。その際も十分すぎ、高温の乾燥機等を使用すると殺菌効果は高まります。

- ⑩ 布団等すぐに洗濯できない場合は、よく乾燥させ、スチームアイロンや布団乾燥機を使うと効果的です。
- ⑪ 汚物処理室は次亜塩素酸ナトリウム液（0.02%）で消毒後、洗剤を使って清掃しましょう。
- ⑫ 処理後は十分な液体石けんと流水による手洗いをします。

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、各フロアや居室に、必要なものを入れた専用の蓋付き容器を用意しておくと、迅速な対応ができます。

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

【処理用キットの用意等の例】

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

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

(4) 血液、体液の処理

職員への感染を防ぐため、利用者の血液等の体液の取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ところは、手袋を着用し、消毒薬を用いて清拭消毒します。

血液、体液、分泌物等が付着したガーゼ等は、他のごみと別のビニール袋に密封して、直接触れることのないように扱い、感染性廃棄物として分別処理が必要です。

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

6) 職員の健康管理

介護施設・事業所の職員は、自分自身が介護施設・事業所に病原体を持ち込む可能性があることを認識する必要があります。

特に、介護職員や看護職員等は、日々の業務において、利用者と密接に接触する機会が多く、利用者間の病原体の媒介者となるおそれが高いことから、健康管理が重要となります。

(1) 入職時の確認

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

(2) 日常の健康管理

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

また、職員の家族が感染症に感染している場合は、職員自身も自己の健康に気を配り、早めに管理者や感染対策担当者等に相談するようにします。

(3) 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す。また、職員は、健康診断を受ける義務があります（労働安全衛生法第66条第5項）。

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

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。

(4) ワクチンによる予防

ワクチンで予防可能な疾患については、職員は可能な限り予防接種を受け、感染症への罹患を予防し、介護施設・事業所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強化することが求められます。

もし介護施設・事業所で予防接種を実施する場合は、職員に対して、予防接種の意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供します。また、接種を希望する職員に、円滑に接種がなされるように配慮します。

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

(5) 職業感染対策

職業感染とは、介護施設・事業所等で働くことによって感染症にかかることを示します。職業感染対策の基本は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底や予防接種です。

管理者は、感染症発生時の緊急報告の体制や医師による適切な処置の指示（感染リスクの評価、曝露部位の洗浄、予防薬の投与の必要性の判断、予防薬の投与、経過観察、治療等）を仰ぐ体制を整備しておくことが重要です。

なお、業務で利用者の血液や体液等に触れたことにより、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染症等に感染した場合、医学上必要な治療や検査、予防薬等の投与については、労災保険の給付対象となる場合があります。

7) 利用者の健康管理

(1) 日常の健康状態の観察と対応

介護施設・事業所では、感染そのものなくすことは大変困難です。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（感染した人の異常に少しでも早く気づくこと）や早期対応（適切かつ迅速な対応）をすることが何よりも大切です。

a. 利用開始時の健康状態の把握

利用開始時点での健康状態を確認することが必要です。その方法として、利用開始時の健康診断を行うほか、サービス担当者会議における情報の共有や主治医（かかりつけ医）から診断書等を提出してもらう等があります。また、感染症に関する既往歴や現在の治療内容（経過観察中のものも含む）等についても確認します。

注意が必要な疾患としては、疥癬、結核等があります。疥癬の感染が認められる場合には、原則として、利用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。排菌のない場合は外来治療が可能です。

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

b. サービス利用中の健康管理

衛生管理の徹底に加え、日常から利用者の抵抗力を高め、感染予防を進める視点が重要です。また、利用者や家族に感染対策への理解を促すことも必要です。

健康状態を把握するためには、栄養状態の把握や食事摂取状況、定期的な体重測定、バイタルサイン（体温、脈拍、血圧等）測定等が有効です。意識レベルの低下や頻脈（または徐脈）、呼吸数の上昇等で感染症の兆候が見られることがあります。ただし、発熱や炎症反応等も弱く、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ます。「普段の反応と違う」、「今日は笑顔がみられない」等の日常の違いをいかに早期に把握するかが大切です。

高齢者は感染に対する抵抗力が弱いことから、早期発見と早期対応が重要です。特に、地域で感染症等が流行している時期には、症状の兆候が見られた場合、早期に医師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、余裕をもって事前に予防接種を実施することも対策の一つです。

(2) 健康状態の記録

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

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

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

記録は、一人ひとりの利用者について作成します。

定期的に開催される感染対策委員会等で状況把握を行い、日常的に発生しうる割合を超えて、上記のような症状が発生した場合には、集団感染の疑いも考慮に入れ、速やかに対応します。

a. 感染症を疑うべき症状

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。37.5°C以上の発熱もしくは平熱より 1°C以上の体温上昇を発熱ととらえます（普段、体温が低めの人ではこの限りではありません）。
- 発熱に加えて、ぐったりしている、意識がはっきりしない、呼吸がおかしいなど全身状態が悪いときや、嘔吐や下痢等の症状が激しいときは特に注意が必要です。
- インフルエンザでは急な高熱が特徴的とされていますが、高齢者においては発熱が顕著でない場合もあります。発熱以外に呼吸器、消化器等の症状がないか確認する必要があります。
- 急な発熱は感染症に伴って起こることが多いですが、悪性腫瘍など他の疾患の時にも起こることがあります。

② 嘔吐・下痢等の消化器症状



- 嘔吐・下痢以外に発熱、発疹や意識がはっきりしない等の症状がみられるときには特に注意が必要です。
- 腹痛を伴い、血液が混じった水様便が繰り返しみられる場合等には腸管出血性大腸菌等の感染症の可能性があり、直ちに病原体の検査が必要です。
- 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。
- 1ヶ月以内に抗菌薬の使用歴がある利用者に下痢や腹痛等の症状がみられた場合には、クロストリジオイデス・ディフィシル感染症等も考慮する必要があります。

③ 咳・喀痰・咽頭痛等の呼吸器症状



- 咳は他人への感染源となります。咳等の症状のある人はマスクを着用します。長引く咳の場合には結核等の感染症も忘れてはいけません。
- 発熱を伴う上気道炎症状の原因としては、インフルエンザウイルス、RSウイルス⁷等のウイルスによるものもあります。
- 高齢者に多い感染性肺炎である肺炎球菌性肺炎の予防には、肺炎球菌ワクチンの定期接種が重要です。ただし、すべての肺炎を防ぐものではありません。
- 高齢者に多い呼吸器疾患には、医療・介護関連肺炎(NHCAP⁸)があり、この中には誤嚥性肺炎等を含みます。誤嚥性肺炎の予防には口腔ケア等が有効です。

④ 発疹等の皮膚症状



- 高齢者における発疹等の皮膚症状には加齢に伴う皮脂欠乏によるものや、アレルギー性のもの等もあり、必ずしも感染症によるものとは限りません。ただし、疥癬が疑われる場合には速やかに皮膚科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。
- 難治性の褥瘡や創傷等では、医師との連携が欠かせません。
- 皮膚が腫れて赤くなり、熱を持った痛みが生じたり、全身が発熱したりする場合には、蜂窩織炎が疑われます。

⑤ その他

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

⁷ 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。

⁸ NHCAP : nursing and healthcare associated pneumonia

b. 感染症の疑いと対応の判断

介護職員が利用者の健康状態の異常を発見したら、医師又は看護職員に相談・報告します。身近に相談できる看護職員がない場合には、利用者本人や家族、介護支援専門員とも相談しつつ、かかりつけ医等に相談することも考えられます。日頃から利用者のかかりつけ医の把握や協力医療機関の連絡先を把握し、相談したいときに速やかに相談できる体制を整えましょう。

看護職員は、介護施設・事業所全体の状況を正確に把握して施設長等に報告します。

別添4「感染症発生経過報告表」のようなシートを利用して、介護施設・事業所全体の感染症の発症状況や経過を管理することも考慮されます。

施設長等は、「4. 感染症発生時の対応」(44ページ)に示した考え方についたがって、外部への連絡・報告と介護施設・事業所内での対応について適切に判断します。

8) 介護・看護ケアと感染対策

(1) 職員の手指の清潔

手洗いは感染対策の基本です。正しい方法を身に付け、きちんと手洗いします。

手洗いは「1 ケア 1 手洗い」、「ケア前後の手洗い」が基本です。

手指衛生には、「消毒薬による手指消毒」と「液体石けんと流水による手洗い」があります。消毒についての詳細は、付録3「消毒法について」(73~75ページ)を参照してください。

通常はアルコール製剤による手指消毒（以下、「手指消毒」とします）を行います。これは標準予防策の一環として行います。

目に見える汚れが付いている場合には、液体石けんと流水による手洗いを行います。

介護職員の手指を介した感染は、感染経路として最も気を付けるべき点です。手指が汚染された場合は、これらの手指消毒や液体石けんと流水による手洗いを適切に実施することにより、感染を防止することができます。

なお、液体石けんと流水による手洗いの際には、次の点に注意します。

- 手を洗うときは、時計や指輪をはずす。
- 爪は短く切っておく。
- まず手を流水で軽く洗う。
- 液体石けんを使用して洗う※。
- 手洗いが難になりやすい部位は、注意して洗う。
- 石けん成分をよく洗い流す。
- 使い捨てのペーパータオルを使用する（共有の布タオルは使用しない）。
- 水道栓は、自動水栓か手首、肘等で簡単に操作できるものが望ましい。
- やむを得ず、水道栓を手で操作する場合は、水道栓は洗った手で止めのではなく、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。
- 手荒れがひどい場合は、皮膚科医等の専門家に相談する。

※液体石けんの継ぎ足し使用はしません。液体石けんの容器を再利用する場合は、残りの液体石けんを廃棄し、容器をブラッシング、流水洗浄し、乾燥させてから新しい液体石けんを詰め替えます。

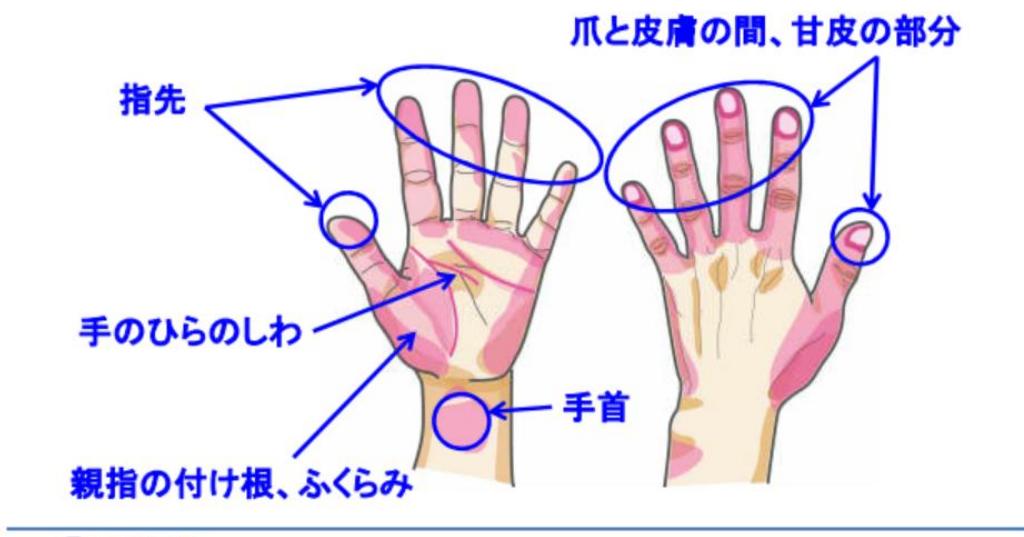
正しい手洗いの方法（スクラブ法）を図4に示します。図5に示した洗い残しが起こりやすい箇所については、特に気をつけます。

図4 手洗いの順序



図5 手洗いにおける洗い残しの発生しやすい箇所

洗い残しの多い部分



公益社団法人
日本食品衛生協会 Copyright(c) JAPAN FOOD HYGIENE ASSOCIATION. All Rights Reserved.

14

(2) 利用者の手指の清潔

利用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、できるかぎり日常的な手洗い習慣が継続できるよう支援します。

a. 手洗いの介助

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

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

b. 共用タオル・おしごり等の使用について

共用タオルの使用は絶対に避け、手洗い場の各所にペーパータオルを備え付けるか、個人のタオルを使用しましょう。

介護施設や通所系サービスで、職員や利用者がおしごりを準備することがありますが、タオルやおしご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。おしごりを使用する場合は、使い捨てのおしごり（ウエットティッシュ）を使用することが勧められます。

(3) 介護・看護ケアにおける標準予防策

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。

液体石けんと流水による手洗いや手指消毒を適切に実施することにより、感染を防止することができます。

また、日常のケアにおいて血液、体液、嘔吐物、排泄物等を扱うときは、手袋やマスクの着用が必要になります。また、必要に応じてゴーグル、エプロン、ガウン等を着用します。

このほか、ケアに使用した器具の取扱いや環境対策、リネンの取扱い、針刺し防止等について、次のような標準予防策が示されています。

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

⇒ 手袋を着用します。

手袋を外したときには手指衛生（手洗い・手指消毒）を行います。点滴や採血の際も同様です。

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

⇒ 手袋と長袖ガウンをしたうえで、不織布マスク、必要に応じてゴーグルやフェイスシールドを着用します。

- 血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物（便）等で衣服が汚染するおそれのあるとき

⇒ 使い捨てエプロン・長袖ガウンを着用します。可能な限り使い捨てのエプロン・長袖ガウンが望ましいです。使用したエプロン・長袖ガウンは、別の利用者のケアをする時に使用してはいけません。

- 血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物（便）等に触れてしまったとき

⇒ 嘔吐物、排泄物等による汚染が考えられる場合には、液体石けんと流水による手洗いを行います。触れた場所の皮膚に損傷がある場合は、流水で十分に洗い流したうえで、直ちに医師・看護師等に相談します。

- 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。万が一針刺しが起きてしまった場合は、流水で十分に洗い流したうえで、直ちに医師・看護師等に相談します。

(4) 手袋の着用と交換

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

a. 基本的な考え方

手袋は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）や接触感染予防策を行う上で、最も一般的で効果的な防護用具です。利用者や職員の感染リスクを減少させるために、血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物等に触れるときには必ず手袋を着用します。また、触れる可能性がある場合にも、確実に着用します。

b. してはいけないこと

次のようなことは、絶対にしてはいけません。

- 汚染した手袋を着用したままで他のケアを続けることや別の利用者へケアをすること
- ケアの際に着用した手袋をすぐに外さずに、施設内のいろいろな場所に触ったり、次のケアを行うときに使用した手袋を再利用したりすること

c. 注意事項

- 手袋を外したときは、手指衛生（手洗い・手指消毒）を行います。
- 手袋の素材によっては、手荒れを悪化させたり、アレルギーを起こしたりする場合もあるので、選ぶときには手袋の材質やパウダーの有無等の確認が必要です。

(5) 食事介助

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

利用者が水分補給の際に使用するコップや吸い飲み（らくのみ）は、飲み終わったら洗剤で洗浄し、清潔にしておきます。

(6) 排泄介助（おむつ交換を含む）

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

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

(7) 送迎

飛沫感染の感染症が流行している際は、利用者、送迎者にマスクを着用してもらい、送迎車の換気を行いましょう。利用者、送迎者共に手指衛生（手洗い・手指消毒）を積極的に行いようにしましょう。車の手すり等を触る乗車前に、利用者にも手指消毒を行ってもらうことが必要です。1人の利用者の乗車（降車）につき、手指消毒を行うなどし、職員自身が接触による感染を拡大しないようにすることが必要です。なお、携帯用の消毒薬を身近に置いておくと便利です。また送迎終了時には車内の清掃及び消毒を行います。

(8) 医療処置

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

- 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。
- 経管栄養については、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す。胃ろうから栄養剤を投与したあとは、チューブ内に栄養剤が残存しないよう十分に洗浄しましょう。経管栄養剤の管理においては、栄養剤の残りを長時間放置しないよう留意します。
- 膀胱留置カテーテルの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す。また、尿パックの高さが膀胱の位置より下になるように留意し、適切な位置に固定をする等、逆流させないようにすることも必要です

4. 感染症発生時の対応

発生時の対応として、次のことを行います。

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

図 6 感染症発生時の対応フロー（施設系サービス）

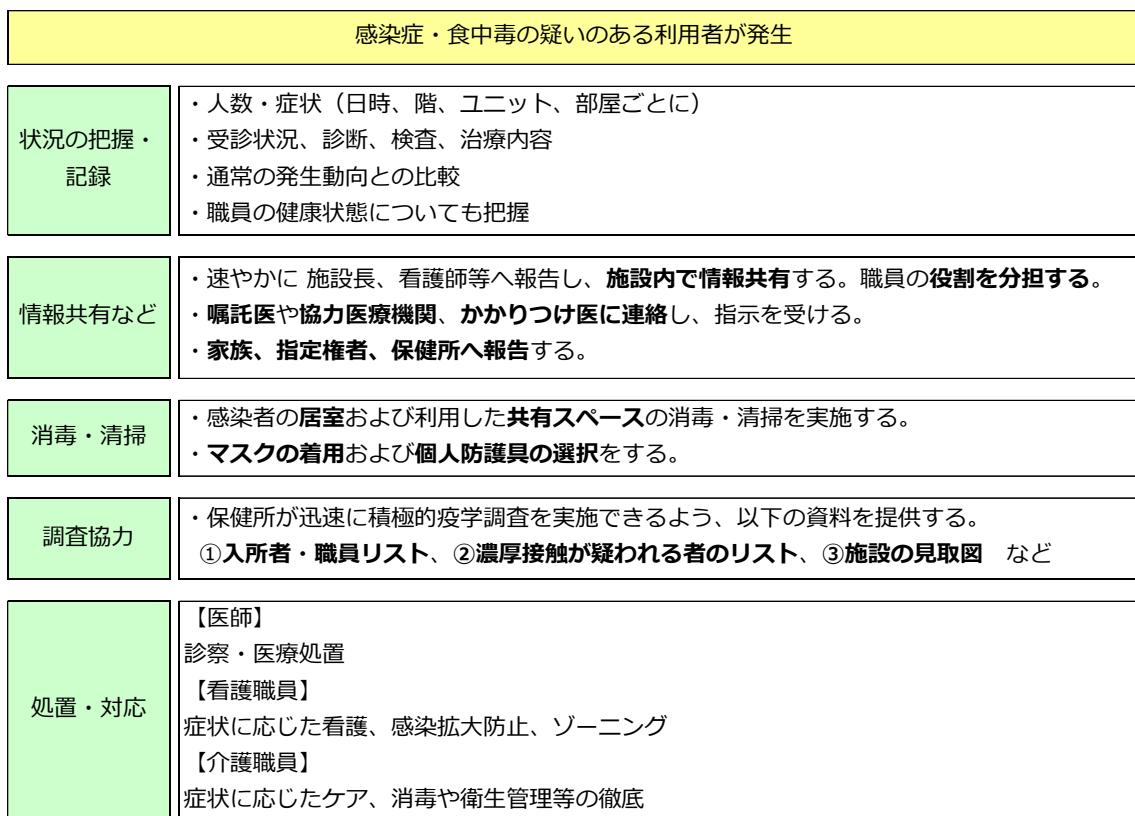


図 7 感染症発生時の対応フロー（通所系サービス）

感染症・食中毒の疑いのある利用者が発生	
状況の把握・記録	<ul style="list-style-type: none"> ・人数・症状（日時、階、ユニット、部屋ごとに） ・受診状況、診断、検査、治療内容 ・通常の発生動向との比較 ・職員の健康状態についても把握
情報共有など	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに 管理者、看護師等へ報告し、施設・事業所内で情報共有する。職員の役割を分担する。 ・かかりつけ医等に連絡し、連携する。 ・居宅介護支援事業所、家族、指定権者、保健所へ報告する。
消毒・清掃	<ul style="list-style-type: none"> ・感染者が利用した共有スペースの消毒・清掃を実施する。 ・マスクの着用および個人防護具の選択をする。
調査協力	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所が迅速に積極的疫学調査を実施できるよう、以下の資料を提供する。 ①利用者・職員リスト、②濃厚接触が疑われる者のリスト、③施設の見取図 など
処置・対応	<p>【かかりつけ医】 診察・医療処置 【看護職員】 症状に応じた看護、感染拡大防止、家族からの相談に応じる 【介護職員】 症状に応じたケア、消毒や衛生管理等の徹底</p>

図 8 感染症発生時の対応フロー（訪問系サービス）

感染症・食中毒の疑いのある利用者が発生	
状況の把握・記録	<p>○利用者の症状の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症等の疑いのある利用者には、かかりつけ医への相談や医療機関の受診を勧める。 ・受診の結果、感染症等と診断された場合は、サービス提供した職員の健康状態を把握。 <p>○職員の健康状態の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内に、当該感染症の症状と似た職員が複数いる場合は、保健所やかかりつけ医等へ相談する。 ・事業所がサービスを提供している他の利用者の健康状態も把握する。
情報共有など	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに 管理者等へ報告し、事業所内で情報共有する。 ・かかりつけ医等に連絡し、連携する。 ・居宅介護支援事業所、家族へ報告する。 ・必要に応じて指定権者、保健所に相談する。
消毒・清掃	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の共有スペースの消毒・清掃を実施する。 ・マスクの着用および個人防護具の選択をする。

1) 感染症の発生状況の把握と対応

感染症または食中毒が発生した場合や、それが疑われる状況が生じた場合には、有症者の状況や講じた措置等を記録しておきます。

- 利用者と職員の健康状態（症状の有無）を、発生した日時や階（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。

(1) 介護・看護職員等の対応

職員が利用者の健康管理上、感染症や食中毒を疑ったときは、介護職員等は、看護職員と連携して策定した感染対策マニュアルに従い、速やかに感染対策担当者に状況を共有するとともに、感染対策担当者は施設長等に情報共有します。このような事態が発生した場合に、速やかに情報共有できるよう、事前に体制を整えておくとともに、日頃から訓練をしておく必要があります。

(2) 施設長・管理者の対応

施設長等は、医師や看護職員等と連携し「4.2) 感染拡大の防止」(47 ページ) のための行動に移ります。この時、施設長等は、感染拡大の防止に必要な対策や必要な情報の報告等、職員に必要な指示を行います。

感染症や食中毒の発生状況が一定の条件を満たした場合は、施設長等は行政に報告するとともに（→「4.3) 行政への報告」(49 ページ)）、関係機関と連携をとります（→「4.4) 関係機関との連携等」(50 ページ)）。

(3) 医師の対応

医師は、感染拡大の防止のための指示や施設長等への状況報告と同時に、感染者の重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、協力医療機関をはじめとする地域の医療機関等との連絡・調整を行います。

2) 感染拡大の防止

(1) 介護職員等の対応

感染症もしくは食中毒が発生したときや、それが疑われる状況が生じたときは、感染拡大を防止するために速やかに対応します。

【感染症流行時のケアの留意点】

標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底に加え、下記に記載しているようなケアを提供する際には、それぞれの留意点に応じて実施することが必要です。

① 食事介助

咳をする利用者の真向かいにならないよう利用者の右や左側に位置して介助を行うように心がけます。

② 排泄介助

糞口感染の恐れがある場合は、感染者専用のトイレ（ポータブルトイレ等）を設け、利用者の使用後には消毒を行います。

③ 入浴介助

感染症にかかっている利用者については、原則、清拭で対応します。感染の疑いがある利用者についても原則、清拭で対応することが望ましいですが、入浴する場合には、他の利用者への二次感染を防ぐため、入浴の順番を最後にすることや他の利用者と接触しないように注意します。対応に悩む場合は医師や看護職員に相談します。

④ 移送・送迎

感染の疑いがある利用者の移送は、原則中止します。医療機関へ受診等、やむを得ない場合は、マスクの着用や車の換気、接触した部位の消毒等、二次感染を起こさない対応を行います。適宜手指消毒ができるように持ち運ぶことができる消毒薬を常備します。対応に悩む場合は医師や看護職員に相談します。

⑤医療処置

喀痰吸引を行う際には飛沫予防策が必要です。経管栄養を行う際は、接触予防策が必要です。感染症にかかっている利用者は、処置の順番を最後にする等、二次感染を防ぐ動線を確保します。

⑥環境整備

環境整備時に利用者を移動させる際は、感染の疑いがある利用者と混在しないように注意します。

※ゾーニング・コホーティング（感染者をまとめ、周囲から区別する）については、「病床ひっ迫時における高齢者施設での施設内感染発生時の留意点等について（<https://www.mhlw.go.jp/content/000720203.pdf>）」をご参照ください。

⑦ケアマネジメント

感染の疑いがある利用者は、通所系サービスの利用について検討し、訪問系サービスで対応可能か等、利用者のADLの低下予防のため柔軟に対応します。自宅等を訪問する際には、適宜、手指消毒ができるように持ち運びができる消毒薬を常備します。

(2) 医師及び看護職員の対応

感染症もしくは食中毒が発生したときや、それが疑われる状況が生じたとき、医師は、感染拡大防止策を看護職員等に指示します。看護職員は症状に応じたケアを実施するとともに、介護職員等に対し、ケアや消毒等の衛生管理について支援・助言を行います。

感染症の病原体で汚染された機械や器具、環境の消毒は、病原体の特徴に応じて迅速に行い、汚染拡散を防止します。

(3) 施設長等の対応

施設長等は、医師や看護職員・介護職員からの報告等の情報により、全体の感染症発生状況を把握します。必要に応じ、協力医療機関や保健所に相談し、技術的な支援や助言をもらいます。

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

- 香川県の感染症発生時の対応基準については別添2「社会福祉施設等の入所施設における感染症発生時の標準的な対応基準」をご参照ください。

3) 行政への報告

施設長等は、次のような場合、迅速に、市町等の介護施設・事業所主管課に報告します。あわせて、保健所にも報告し対応の指示を求めます。

(付録1①「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(69ページ) 参照)

- 香川県内の報告先は、別添3「感染症発生時の報告先一覧」をご参照ください。

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(累積)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利用者・職員の人数
- 感染症又は食中毒が疑われる症状
- 上記の利用者への対応や介護施設・事業所における対応状況 等

c. 報告の書式

市町の介護施設・事業所主管部局への報告については、各市町指定の報告書用紙書式にしたがってください。

- 香川県の報告様式は、別添4「感染症発生経過報告表」をご参照ください。

4) 関係機関との連携等

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

日頃から、保健所や協力医療機関、市町・県主管課等と連携体制を構築しておくことが重要です。

- 医師（嘱託医）、協力医療機関の医師、かかりつけ医（主治医）
- 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(CNIC)
- 感染症看護専門看護師

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
- 居宅介護支援事業所への情報提供

令和6年度の介護報酬改定において、高齢者施設等（※）は入所者の病状の急変時や新興感染症発生時等に備えるため、協力医療機関や第二種協定指定医療機関との連携を行うことが努力義務とされています。

※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護

また、高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）が新設されるなど、協力医療機関等との連携強化に関する見直しが行われています。

5. 個別の感染対策

この章では、介護施設・事業所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個別に対策を記載します。

(1) 新型コロナウイルス感染症

ア. 特徴

発症時の症状は、発熱、呼吸器症状、倦怠感、頭痛、消化器症状、鼻汁、味覚異常、嗅覚異常、関節痛等が挙げられます。高齢、基礎疾患（慢性呼吸器疾患、糖尿病、心血管疾患等）のほか、ワクチン未接種が重症化リスク要因と考えられています。

潜伏期間は2~7日（中央値2~3日）です。

新型コロナウイルス感染症は、感染者の口や鼻から、咳、くしゃみ、会話等のときに排出される、ウイルスを含む飛沫又はエアロゾルと呼ばれる更に小さな水分を含んだ状態の粒子を吸入するか、汚染した手を介して粘膜へ接触することにより感染します。一般的には1m以内の近接した環境において感染しますが、エアロゾルは1mを超えて空気中にどまり得ることから、換気が不十分であったり、混雑したりしている室内では、感染が拡大するリスクがあることが知られています。

新型コロナウイルス感染症では、鼻やのどからのウイルスの排出期間の長さに個人差がありますが、発症前から発症後5~10日間は感染性のウイルスを排出しているといわれています。特に発症後5日間までが他人に感染させるリスクが高いことに注意してください。また、排出されるウイルス量は発熱やせき等の症状が軽快するとともに減少しますが、症状軽快後も一定期間ウイルスを排出するといわれています。

イ. 平常時の対応・予防

換気、手指衛生（手洗い・手指消毒）、マスクの着用を含む咳工チケットを利用者・職員が協力して行います。新型コロナウイルス等の微粒子を室外に排出するためには、機械換気（24時間換気システムや換気扇）等を活用して、換気を行い、部屋の空気を入れ換えることが必要です。室内温度が大きく上がらない又は下がらないよう注意しながら、定期的な換気を行いましょう。窓を使った換気を行う場合、風の流れができるよう、2方向の窓を、数分間程度、全開にする形でできるだけ頻回に実施するようにしましょう。機械換気による常時換気を行う場合、定期的な機械換気

装置の確認やフィルター清掃等を実施する必要があります（なお、通常のエアコンには、換気機能はないことに留意が必要です）。

介護施設・事業所の管理者等は、感染者や感染の疑いがある者が発生した場合等に備え、個室管理や生活空間等の区分けに係るシミュレーションや、人員体制に関する介護施設・事業所内、法人内等の関係者との相談、物資の状況の把握を行っておく必要があります。感染者等が発生した場合の対応方針について、利用者や家族と共有しておくこと等が考えられます。

【参考】

○新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後の対応について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/corona5rui.html>

○新型コロナウイルス感染症について

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

○介護職員にもわかりやすい感染対策の動画まとめページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00006.html

○新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 状況の把握・記録、情報共有等については

図 6～8 「感染症発生時の対応フロー」（44,45 ページ）をご参照ください。

- 消毒、清掃については

付録 4 「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について」（76～84 ページ）をご参照ください。

(2) 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、鼻汁、咽頭痛、咳等の呼吸器症状のほか、頭痛、腰痛、筋肉痛、全身倦怠感等の全身症状も強く、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ることもあります。

感染経路は、咳・くしゃみ等による飛沫感染が主ですが、汚染した手を介して粘膜への接触で感染する場合もあります。潜伏期は、1~4 日、発症の前日から発症後 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。

イ. 平常時の対応・予防

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

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

予防策としては、利用者と職員に予防接種を行うことが有効です⁹。利用者に対しては、インフルエンザが流行するシーズン前に、予防接種の必要性、有効性、副反応について十分説明します。同意が得られ、接種を希望する利用者には、安全に接種が受けられるよう配慮します。

また、咳をしている人には、サージカルマスクをしてもらう方法が効果的です。利用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

⁹ 65 歳以上の健常の高齢者については、約 45% の発病を阻止し、約 80% の死亡を阻止する効果があったと報告されています。「インフルエンザワクチンの効果に関する研究（主任研究者：神谷齊）」(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/1999/000122/199900458A/199900458A0001.pdf>)。

このデータを考慮して、平成 13 年インフルエンザは、予防接種法 B 類疾病とされ、65 歳以上の高齢者及び 60~65 歳で一定の基礎疾患有する人は定期接種の対象となりました。

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

インフルエンザの対策については、国や自治体の公表する情報や発生動向等の情報収集をこころがけることも重要です。

【参考】

○インフルエンザ（総合ページ）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekka-kansenshou/infuienza/index.html

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

介護施設・事業所内の感染対策委員会等において策定された、行動計画（実際に発生した際の具体的な対策）に従って、対応します。

図6～8「感染症発生時の対応フロー」(44,45ページ)をご参照ください。

- インフルエンザを疑う症状があった場合は、早めに医師の診察を受けます。
- インフルエンザを疑う場合（及び診断された場合）には、基本的には個室対応とします。
- 複数の利用者にインフルエンザの疑いがあり、個室が足りない場合には、同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある利用者（及び診断された利用者）にケアや処置をする場合には、職員はサーナカルマスクを着用します。
- 罹患した利用者が部屋を出る場合は、マスクをします。
- 職員が感染した場合の休養期間を介護施設・事業所で決めておきます。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日を経過するまで（解熱した日を含まず、2日経過するまで）をインフルエンザによる出席停止期間としています。
- 感染者と同室にいた利用者等インフルエンザウイルスに曝露された可能性が高い人に対して、抗インフルエンザ薬の予防内服が行われる場合がありますが、医師と相談して慎重に判断する必要があります。

(3) 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（カキ等の二枚貝）や調理済み食品等を、生あるいは十分加熱調理しないで食べた場合に感染します（なお、ノロウイルスは調理の過程において 85°C 以上で 90 秒間以上の加熱を行えば感染性はなくなるとされています。）。ただし現在では、二枚貝よりも感染者を介したヒト→ヒト感染の例が多く報告されています。

潜伏期は 24~48 時間、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。

感染した利用者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品等を介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。特に、おむつや嘔吐物の処理には注意が必要です。また、介護施設・事業所内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、蛇口のレバー、テーブル、取っ手等）は、ノロウイルスに汚染されている可能性があり、二次感染を起こすことがあります。また、接触感染のみでなく、嘔吐物の処理のときや介護中に利用者が嘔吐したときの飛沫により感染することがあります。

イ. 平常時の対応・予防

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

なお、ノロウイルスはアルコールによる消毒効果が弱いため、アルコール製剤による手指消毒の有効性は低くなります。そのため、ノロウイルス対策においては、手指消毒はすぐに液体石けんと流水による手洗いができるないような場合等の手洗いの補助として用いてください。

なお、食品の取扱いにおいては、付録 1②の「大量調理施設衛生管理マニュアル」（70 ページ）を参照してください。

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

<利用者への対応>

- 可能な限り個室に移します。個室がない場合は同じ症状の利用者を一つの部屋へ集めます。居室管理が難しい場合はベッド間をカーテンで仕切る等の対応を行います。
- 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。口から水分補給ができない場合は、補液（点滴）が必要となりますので、早めに医師の診察を受ける必要があります。
- 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 時間までは考慮して様子を見ます。
- 高齢者は、嘔吐の際に嘔吐物を気道に詰まらせることがあるため、窒息しないよう横向きに寝かせます。また、速やかに吸引できるよう、日頃から体制を整えておきます。

※食事中の嘔吐により食器が嘔吐物で汚れた場合には、厨房にウイルスを持ちこまないため、蓋付き容器に次亜塩素酸ナトリウム液(0.02%)を作り、そこに食器をいれ、次の下膳のときに食器を取り出して厨房へ下げます。

<介護施設・事業所の体制・連絡等>

- 感染経路を確認します。一緒に食事をした人をよく観察します。感染者や外部者との接触があったかどうかを確認します。また、介護施設・事業所内で他に発症者がいないかどうかを調べます。
- 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。
- 感染対策が確実に実施されているかを確認します。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。
 - 詳細な手順は、「吐物・排泄物の処理」(29 ページ) をご参照ください。
 -

<解除の判断>

- 嘔吐・下痢・腹痛・発熱等の症状がおさまってからも最大 4 週間程度は排便内に多くのウイルスが見つかることがあります。
- 新しい感染者が 1 週間出なければ、感染対策委員会で検討し、終息と判断してもかまいません。
- 職員の感染者は症状が消失しても、トイレの後の液体石けんと流水による手洗いを入念にする等の対策をします（症状消失後も便にウイルスが残っているため）。

【参考】

- ノロウイルスに関するQ&A

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

- 手洗いの手順リーフレット

https://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/dl/link01-01_leaf02.pdf

- ノロウイルス食中毒予防対策リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/000838754.pdf>

(4) 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す。腹部、胸部、大腿内側等に紅斑、丘疹、鱗屑を生じ、激しいかゆみを伴います。直接的な接触感染の他に、衣類やリネン類等から間接的に感染する例もあります。

疥癬の病型には通常の疥癬と重症型の疥癬（通称「ノルウェー疥癬」）があります。重症型の疥癬の感染力は強く、集団感染を引き起こす可能性があります。

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

イ. 平常時の対応・予防

介護職員等の感染予防としては、手洗いを励行することが大切です。布団等も定期的に日光消毒もしくは乾燥させます。

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 施設長等に連絡、報告します。
- 疥癬が疑われる場合は、直ちに皮膚科医の診察を受けます。特に皮膚が角化している重症型の疥癬の場合、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、受診します。
- 多くの人と接触することが多い場所へ出るのは、皮膚科医の診断後になります。
- 感染者に対応する職員は使い捨ての手袋・長袖ガウンを着用します。布ガウンを使用してはいけません。
- 利用者を清潔にすることが大切です。皮膚の観察と記録を行います。入浴ができる方は、できるだけ毎日入浴し、寝衣は洗濯したものを着替えます。入浴の順番は原則として最後とすることが望ましいです。入浴ができない方に対しては、皮膚の観察を含めて毎日清拭をします。かゆみで皮膚をひっかき、傷を作りやすいので手足の爪はできるだけ短く切って清潔に努めましょう。
- 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策を行います。

- 重症型の疥癬の場合は、特に感染力が強いため個室管理とします。ただし本人等への説明と同意を得て人権に配慮します。
- 感染対策をせずに接触した職員は、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。
- 接触した職員は腹部・胸部・大腿内側等を良く観察をします。皮膚の搔痒感、皮疹がでたら、至急、皮膚科医の診察を受けるとともに施設長等に連絡します。
- 解除の判断は診察した皮膚科医に相談します。

＜外用薬を使用する場合のポイント＞

- 正常なところ（皮疹のないところ）も含め、全身に塗り残しがないようにくまなく塗ります。
※高齢者では顔面や頭部を含めて全身に塗布します。
- 特に指間部、外陰部、臀部などを塗り残さないようにします。
- 薬の使い方や、やめる時期等は主治医の指示を守りましょう。

【参考】

○皮膚科 Q&A

<https://www.dermatol.or.jp/qa/qa6/index.html>

(5) 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等を引き起こすのが、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が最も多いため、O26、O111等の型もあります。

少量の菌量で感染するといわれており、10時間～6日の潜伏期の後、多くの場合、激しい腹痛、水様性の下痢、血便等の症状を呈します。

イ. 平常時の対応・予防

- 食事の前や排泄後の手洗いを徹底することが大切です。
- 食品の洗浄や加熱は十分に行います。

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医師の診察を受け、医師の指示に従うことが重要です。
- 腸管の運動を抑える働きの下痢止め薬や痛み止め薬の中には、ベロ毒素が体外に排出されにくくするものがあります。自分の判断で薬を服用せずに医師の診察を受けましょう。

【参考】

○腸管出血性大腸菌Q&A

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177609.html>

(6) 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、全身の衰弱、食欲不振等の症状が主となり、咳、痰、発熱等の症状を示さない場合もあります。

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。

イ. 平常時の対応・予防

年に一度、胸部エックス検査を行う等、利用者の状態の変化に注意します。なお、感染症法第53条の2の規定により、老人福祉法に基づく養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームの65歳以上の入所者には結核の定期健康診断が毎年義務付けられています。また、前の3施設に加えて介護老人保健施設・介護医療院の業務に従事する者も結核の定期健康診断が毎年義務付けられています。さらに、該当する施設においては、これらの結核健康診断実績報告を保健所に提出する必要があります。

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 疑われるような症状がある場合には、喀痰の検査及び胸部エックス線の検査を行い、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、マスクを着用し、可能であれば検査を待つ利用者は個室を利用することが望まれます。症状のある利用者は直ちに一般利用者から隔離し、使い捨てマスクを着用させ、医師の指示に従うことが必要です。
- 介護施設・事業所内で結核患者の発生が明らかとなった場合に、保健所からの指示に従った対応をします。
- 保健所が行う積極的疫学調査に協力します。
- 排菌者は結核専門医療機関への入院、治療が原則です。
- 一方、仮に感染者であることがわかつても、利用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、それぞれの利用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。

【参考】

○高齢者施設・介護職員対象の結核ハンドブック

https://jata.or.jp/wp-content/themes/jata/pdf/outline/support/taisaku_kaigo_handbook.pdf

○介護職のあなたにこれだけは知ってほしい結核のこと

https://jata.or.jp/dl/pdf/outline/support/Care_worker_color.pdf

(7) レジオネラ症

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壤に生息し、レジオネラによって汚染された空調冷却塔水等により、飛散したエアロゾルを吸入することで感染します。その他、介護施設・事業所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。

レジオネラ属菌による感染症には、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ック熱とがあります。レジオネラ肺炎は、全身倦怠感、頭痛、食欲不振、筋肉痛などの症状に始まり、咳や 38°C以上の高熱、寒気、胸痛、呼吸困難が見られるようになります。ポンティック熱は、突然の発熱、悪寒、筋肉痛などの症状がみられますが、それらは一過性のもので、自然に治癒します。

イ. 平常時の対応・予防

レジオネラ症の感染源となる入浴設備、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。

レジオネラが増殖しないように、施設・設備の管理（点検・清掃・消毒）を徹底することが必要です。介護施設・事業所で利用されている循環式浴槽では、浴槽水をシャワー や打たせ湯等に使用してはいけません。

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

加湿装置の使用開始時及び使用終了時には、水抜き清掃を実施します。

レジオネラ症を予防するための加湿器の管理については、付録 1③「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」(70 ページ) を参照してください。

ウ. 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。

【参考】

○香川県特定入浴施設におけるレジオネラ症の発生の防止に関する指導要綱

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/documents/7113/rezionerashidouyoukou.pdf>

○香川県特定入浴施設におけるレジオネラ症の発生の防止に関する指導要綱概要図

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/documents/259/gaiyouzu.pdf>

○浴槽設備点検記録表、消毒・日常点検記録

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/documents/259/tenkenhyo.pdf>

○レジオネラ対策のページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124204.html>

○レジオネラ症Q & A

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00393.html

○入浴施設の衛生管理の手引き

<https://www.mhlw.go.jp/content/11130500/001401967.pdf>

(8) 薬剤耐性菌感染症

ア. 特徴

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

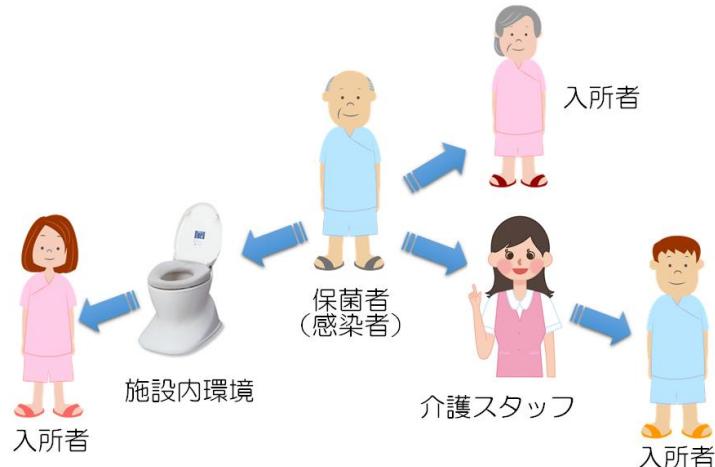
その主な特徴は以下のとおりです。

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

薬剤耐性菌の多くは、黄色ブドウ球菌や大腸菌など誰でも体内に持っているような菌が耐性化したもので、病原性が強くなったわけではないので、保菌しているだけでは無症状であり、健康被害もありません。

しかし、いったん薬剤耐性菌によって感染症を起こすと治療が難しくなることがあります。また、介護施設・事業所内でも図9のように保菌者から他の利用者に薬剤耐性菌が広がる可能性があります。そのため、薬剤耐性菌に対して適切な感染対策が求められています。

図9. 薬剤耐性菌の伝播経路



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

イ. 平常時の対応・予防

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

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

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

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

- 薬剤耐性菌の保菌者が感染症の症状を認めており、咳や痰、膿尿、褥瘡、下痢など周囲に薬剤耐性菌を広げやすい状態が発生している場合は、当該利用者に対する接触感染予防策を行います。具体的には、個室での療養、入浴順序を最後とする等、可能な範囲での実施を検討します。一方で、当該利用者の家族等の面会者に接触感染予防策の対応を求める必要はありませんが、手洗いの励行等は強化することが望ましいです。
- 感染者の診断や治療を適切に行うために、感染徵候が認められたら早めに医師の診察を受け、医師の指示に従うようにします。
- 周囲に薬剤耐性菌を広げやすい状態が消失したことをもって接触感染予防策を解除し、標準予防策を実施します。また、保菌者に対して培養検査によって菌の陰性化を確認する必要はありません。基本的には、保菌していることを前提にケアを行っていくことが妥当です。

【参考】

○介護現場における感染対策の手引き（第3版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>

○厚生労働省（感染症情報）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekakukansenshou/index.html

○香川県感染症情報

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/content/etc/subsite/kansenshoujouhou/index.shtml>

(9) 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等によって中枢神経系の麻痺を有する例では、嚥下機能が低下している場合があり、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、睡眠中等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等の際に嘔吐に伴って誤嚥を起こす場合もあり、その際は胃液に含まれた胃酸によっても肺炎が起こります。

イ. 平常時の対応・予防

特に誤嚥を起こしやすい高齢者の場合は、普段の口腔ケアが重要です。嚥下能力が低い利用者の食事の際には十分注意する必要があります。

- 食事時の姿勢や食事形態（とろみ、キザミ、ゼリー状等）を管理栄養士等と相談し、摂食・嚥下機能に合わせた工夫を行います。
- 普段の状況と比べて摂食・嚥下機能が低下している場合は、無理に食事をさせることのないように注意します。
- 咳や痰、発熱等の症状がある場合は、早めに医師の診察を受けます。

ウ. 感染を疑ったら～対応の方針

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

6. 付 錄

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)
※令和 5 年 4 月 28 日一部改正（主な改正箇所は下線部）

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 週間に内に 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 63 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定期的に行うこと。
9. なお、医師が、感染症法、結核予防法（昭和26年法律第96号）又は食品衛生法の届出基準に該当する患者又はその疑いのある者を診断した場合には、これらの法律に基づき保健所等への届出を行う必要があるので、留意すること。

②大量調理施設衛生管理マニュアル(平成9年3月24日付け衛食第85号別添)
(最終改正：平成29年6月16日付け生食発0616第1号)
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000168026.pdf>)

③レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針

平成15年7月25日厚生労働省告示第264号(平成30年8月3日厚生労働省告示第297号により一部改正)
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/legionella/030725-1.html>)

④廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル

令和7年4月環境省 環境再生・資源循環局

(<https://www.env.go.jp/content/900534354.pdf>)

※17ページ「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」

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に基づき、危険性が高い順に、一類感染症から五類感染症に分類しています。また、一類～五類感染症に分類されていない感染症や新たな感染症等のまん延に迅速に対応できるように新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の区分が設けられています。
- 感染症のまん延を防止するための措置として就業制限や入院等がありますが、感染症法では、これらの措置について、人権に配慮した手続きが規定されています。

○ 感染症法上の類型と主な対応・措置

類型	定義	主な対応・措置	主な感染症
一類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	・入院(都道府県知事が必要と認めるとき) ・消毒等の対物措置 ・交通制限等の措置が可能	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト 他
二類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	・入院(都道府県知事が必要と認めるとき) ・消毒等の対物措置	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア 他
三類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こし得る感染症	・特定職種への就業制限(都道府県知事が認めるとき) ・消毒等の対物措置	腸管出血性大腸菌感染症、細菌性赤痢、コレラ 他
四類感染症	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄等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	A型肝炎、E型肝炎、日本紅斑熱、日本脳炎、レジオネラ症 他
五類感染症	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・拡大を防止すべき感染症	・感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供	後天性免疫不全症候群、梅毒、風しん、麻しん、Covid-19 他

新型インフルエンザ等感染症	インフルエンザ若しくはコロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力をもった病原体によるもの又はかつて世界的規模で流行したインフルエンザ若しくはコロナウイルス感染症のうちその後流行することなく長期間が経過しているものであって、全国的かつ急速な蔓延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの	・入院(都道府県知事が必要と認めるとき) ・消毒等の対物措置 ・政令により交通制限等の措置も可能	新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症 他
指定感染症	既知の感染症で、一類～三類感染症と同等の措置を講じなければ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれのある感染症（政令で指定、延長を含め最大2年間に限定）	・一～三類感染症に準じた入院等の対人措置、消毒等の対物措置	現在該当なし
新感染症	人から人に伝染すると認められる疾病であって、重篤かつ国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症	・都道府県知事が厚生労働大臣の助言を得て個別に応急対応（緊急時は厚生労働大臣が都道府県知事に指示）	現在該当なし

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

付録3：消毒法について

消毒とは生存する微生物の数を減らすことをいいます。

①-1 物品の消毒方法

○主な物理的消毒法

熱水消毒	80°C10分間熱水処理を基本とする方法
煮沸消毒	沸騰水の中に沈めて15分間以上煮沸する方法
蒸気消毒	100°Cの加熱水蒸気の中に30~60分放置する方法
紫外線消毒	紫外線照射装置を使用する方法

○主な化学的消毒法

液体	各種消毒薬による方法
気体	ホルムアルデヒド消毒、オゾン殺菌など

①-2 具体的な消毒例

○熱による消毒例

使用機器	処理条件	消毒法	対象物
ウォッシャーディスインフェクター	80~93°C 3~10分間	熱水	鋼製器材、耐熱性プラスチック器材など
ベッドパンウォッシャー	90°C 1分間	蒸気	便器、尿器、吸引瓶など
熱水洗濯機	80°C 10分間	熱水	耐熱性のリネン
食器洗浄機	70~80°C 10秒~10分間など	熱水	食器

○消毒薬による化学的消毒法

消毒法		注意点
浸漬法	適切な容器に消毒薬を入れ、器具などを完全に浸漬して薬液と接触させる方法	器具が完全に浸漬出来ていない場合や気泡などによる不完全な消毒に注意する
清拭法	ガーゼ、布、モップなどに消毒薬をしみ込ませて、環境の表面などをふき取る方法	消毒薬で対象が十分にぬれるように拭けてないと不完全な消毒になる。一方向に拭く
散布	スプレー式の道具を用いて消毒薬を撒く方法（清拭法では消毒不可能な	作業者はゴーグル、マスク、手袋などの防護具を用いて曝露防止を図

法	隙間などに用いる)	る(環境への散布はしない)
灌流法	チューブ、カテーテル、内視鏡、透析装置など細かい内腔構造を有している器具に消毒薬を灌流する方法	可能なものはまず内腔をブラッシングしておく。内腔に気泡が残らないように注意する

②-1 手指消毒法

消毒法	解説
洗浄法(スクラブ法)	●手指消毒薬(含有洗浄剤)を約2-3ml手にとり、よく泡立てながら洗浄(30秒以上)する。さらに流水で洗い、ペーパータオルで拭きとる。
擦式法(ラビング法)	●手指消毒薬(含有消毒用エタノール)を約3ml手にとりよく擦り込む(30秒以上)乾かす(液剤・ゲル剤)。
清拭法(ワイピング法)	●消毒用エタノールを含ませた布または綿で拭き取る。

(辻 明良:微生物学・感染制御学、メヂカルフレンド社、改変)

②-2 主な手指消毒薬

消毒法	消毒薬	剤型	
スクラブ法	クロルヘキシジングルコン酸(4%) ポビドンヨード(7.5%)	液剤 液剤	
ラビング法	消毒用エタノール(76.9-81.4%) ベンザルコニウム塩化物(0.2%)/消毒用エタノール クロルヘキシジングルコン酸(0.2%)/消毒用エタノール クロルヘキシジングルコン酸(0.5%)/消毒用エタノール クロルヘキシジングルコン酸(1.0%)/消毒用エタノール ポビドンヨード(0.5%)/消毒用エタノール	液剤 液剤 液剤 液剤 液剤 液剤	ゲル剤 ゲル剤 ゲル剤
ワイピング法	消毒用エタノール(76.9-81.4%) イソプロパノール(70%)	液剤	ゲル剤

(辻 明良:微生物学・感染制御学、メヂカルフレンド社、改変)

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す。
手が汚れている場合には、スクラブ法を使用します。

③消毒薬の抗微生物スペクトル¹⁰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）

¹⁰ 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 4：新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について

- 厚生労働省・経済産業省・消費者庁「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html

(以下 HP 抜粋)

(令和 7 年 1 月 7 日の情報であり、最新情報は上記 URL を参照してください)

独立行政法人製品評価技術基盤機構（NITE）が新型コロナウイルスに対する消毒方法の有効性評価をとりまとめたことをうけ、これらの結果も含め、新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について、現在わかっていることをまとめました。

1. ウィルスを減らし感染予防をしましょう

新型コロナウイルスへの感染は、ウィルスを含む飛沫が口、鼻や眼などの粘膜に触れること、または、ウィルスがついた手指で口、鼻や眼の粘膜に触れることで起こります。

このため、飛沫を吸い込まないよう人との距離を確保し、会話時にマスクを着用し、手指のウィルスは洗い流すことが大切です。さらに、身の回りのモノを消毒することで、手指につくウイルスを減らすことが期待できます。

現在、「消毒」や「除菌」の効果をうたう様々な製品が出回っていますが、目的にあった製品を、正しく選び、正しい方法で使用しましょう。

【参考情報 1 「消毒」と「除菌」について】

「消毒」は、菌やウイルスを無毒化することです。「薬機法」（※1）に基づき、厚生労働大臣が品質・有効性・安全性を確認した「医薬品・医薬部外品」の製品に記されています。

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

なお、「医薬品・医薬部外品」の「消毒剤」であっても、それ以外の「除菌剤」であっても、全ての菌やウイルスに効果があるわけではなく、新型コロナウイルスに有効な製品は一部であることに注意が必要です。

また、手指など人体に用いる場合は、品質・有効性・人体への安全性が確認された「医薬品・医薬部外品」（「医薬品」「医薬部外品」との表示のあるもの）を使用してください。

※1 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律

また、どの消毒剤・除菌剤を購入する場合でも、使用方法、有効成分、濃度、

使用期限などを確認し、情報が不十分な場合には使用を控えましょう。

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「新型コロナウイルス感染症対策 消毒や除菌効果を謳う商品は、目的に合ったものを、正しく選びましょう。」

新型コロナウイルス消毒・除菌方法一覧（それぞれ所定の濃度があります）

方法	モノ	手指	現在の市販品の薬機法上の整理
水及び石鹼による洗浄	○	○	-
熱水	○	×	-
アルコール消毒液	○	○	医薬品・医薬部外品（モノへの適用は「雑品」）
次亜塩素酸ナトリウム水溶液 (塩素系漂白剤)	○	×	「雑品」(一部、医薬品)
手指用以外の界面活性剤 (洗剤)	○	- (未評価)	「雑品」(一部、医薬品・医薬部外品)
次亜塩素酸水 (一定条件を満たすもの)	○	- (未評価)	「雑品」(一部、医薬品)
亜塩素酸水	○	- (未評価)	「雑品」(一部、医薬品)

※薬機法上の承認を有する製品が一部あり、そのような製品は手指消毒も可能。

※一部、食品添加物に該当する製品があり、食品衛生法の規制がかかる場合があります。

2. 手や指などのウイルス対策

1. 手洗い

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

手洗いの後、さらに消毒液を使用する必要はありません。

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「新型コロナウイルス対策 身のまわりを清潔にしましょう。」

2. アルコール（濃度 70%以上 95%以下のエタノール）

手洗いがすぐにできない状況では、アルコール消毒液も有効です。

アルコールは、ウイルスの「膜」を壊することで無毒化するものです。

また、手指など人体に用いる場合は、品質・有効性・人体への安全性が確認された「医薬品・医薬部外品」（「医薬品」「医薬部外品」との表示のあるもの）を使用してください。

＜使用方法＞濃度 70%以上 95%以下（※）のエタノールを用いて、よくすりこみます。

（※）60%台のエタノールによる消毒でも一定の有効性があると考えられる報告があり、70%以上のエタノールが入手困難な場合には、60%台のエタノールを使用した消毒も差し支えありません。

該当する高濃度エタノール製品に関する取り扱いはこちら：

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う食品添加物製剤たる高濃度エタノール製品の使用について（令和3年5月31日）

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う高濃度 エタノール製品の使用について（改定（その2））（令和2年4月22日）

新型コロナウイルス感染症の発生に伴う消毒用エタノール関連事務連絡の廃止について（令和5年6月30日）

＜注意事項＞※アルコールに過敏な方は使用を控えてください。

※引火性があります。空間噴霧は絶対にやめてください。

参考：厚生労働省「新型コロナウイルスに関するQ&A」（新型コロナウイルスについて”問8 食品を介して新型コロナウイルス感染症に感染することはありますか。）

3. モノに付着したウイルス対策

1. 熱水

食器や箸などには、熱水でウイルスを死滅させることができます。

＜使用方法＞80°Cの熱水に 10 分間さらします。

＜注意事項＞※やけどに注意してください。

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「新型コロナウイルス対策 身のまわりを清潔にしましょう。」

2. 塩素系漂白剤（次亜塩素酸ナトリウム）

テーブル、ドアノブなどには、市販の塩素系漂白剤の主成分である「次亜塩素酸ナトリウム」が有効です。「次亜塩素酸」の酸化作用などにより、新型コロナウイルスを破壊し、無毒化するものです。

＜使用方法＞市販の家庭用漂白剤を、次亜塩素酸ナトリウムの濃度が 0.05%になるように薄めて拭きます。その後、水拭きしましょう。

＜注意事項＞※塩素に過敏な方は使用を控えてください。

※目に入ったり、皮膚についたりしないよう注意してください。
※飲み込んだり、吸い込んだりしないよう注意してください。
※酸性のものと混ぜると塩素ガスが発生して危険です。
※「次亜塩素酸水」とは違います（参考情報 2 を参照）。「次亜塩素酸ナトリウム」を水で薄めただけでは、「次亜塩素酸水」にはなりません。
※金属製のものに次亜塩素酸ナトリウムを使用すると、腐食する可能性があるので注意してください。

参考：新型コロナウィルス対策ポスター「新型コロナウィルス対策 身のまわりを清潔にしましょう。」

3. 洗剤（界面活性剤）

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

NITE 検証試験結果から有効と判断された界面活性剤（9 種）

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

<使用方法> 有効な界面活性剤が含まれた家庭用洗剤を選びます。

1. 家具用洗剤の場合、製品記載の使用方法に従ってそのまま使用します。
2. 台所用洗剤の場合、薄めて使用します。

（有効な界面活性剤を含む洗剤のリストや、洗剤の使い方を、NITE ウェブサイトで公開しています。）

<注意事項> ※目に入らないよう注意してください。

※原則、手指や皮膚に使用しないでください。（手指用の製品は使用できます。）

※飲み込んだり、吸い込んだりしないよう注意してください。

※NITE ではこれら 9 種類の界面活性剤についてノロウィルスなど、他の病原体への効果は検証していません。

参考：「NITE が行う新型コロナウィルスに対する消毒方法の有効性評価に関する

る情報公開」

参考：ポスター「ご家庭にある洗剤を使って身近な物の消毒をしましょう」

4. 次亜塩素酸水

テーブル、ドアノブなどには、一部の「次亜塩素酸水」も有効です。

「次亜塩素酸水」は、「次亜塩素酸」を主成分とする、酸性の溶液です。酸化作用により、新型コロナウイルスを破壊し、無毒化するものです。いくつかの製法がありますが、一定濃度の「次亜塩素酸水」が新型コロナウイルスの感染力を一定程度減弱させることができます（NITE の検証）。

＜使用方法＞消毒したいモノの汚れをあらかじめ落としておきます。

1. 拭き掃除には、有効塩素濃度 80ppm 以上（ジクロロイソシアヌル酸ナトリウムを水に溶かした製品の場合は 100ppm 以上）の次亜塩素酸水を使い、消毒したいモノに対して十分な量で濡らしてください。濡らした後、きれいな布やペーパーで拭き取ってください。

2. 流水でかけ流す場合には、生成されたばかりの有効塩素濃度 35ppm 以上の次亜塩素酸水を使い、消毒したいモノに対して流水掛け流しを行ってください。掛け流した後、きれいな布やペーパーで拭き取ってください。

＜注意事項＞※塩素に過敏な方は使用を控えてください。

※製品に記載された使用上の注意を正しく守ってください。

※希釈用の製品は正しく希釈して使いましょう。

※酸性の製品やその他の製品と混合・併用しないでください。

※眼や皮膚についたり、飲み込んだりしないよう注意してください。

※使用の際は、酸性度（pH）・有効塩素濃度や使用期限等を確認しましょう。

※紫外線に弱いため、遮光性のボトル等を使用し、冷暗所に保管しましょう。

※「次亜塩素酸ナトリウム」とは違います（参考情報 2 を参照）。「次亜塩素酸ナトリウム」を水で薄めただけでは、「次亜塩素酸水」にはなりません。

※NITE の検証では、20 秒反応させた試験を行い、有効性を確認しています。

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

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「次亜塩素酸水を使ってモノの消毒をする場合の使用方法」

【参考情報 2 「次亜塩素酸ナトリウム」と「次亜塩素酸水」について】

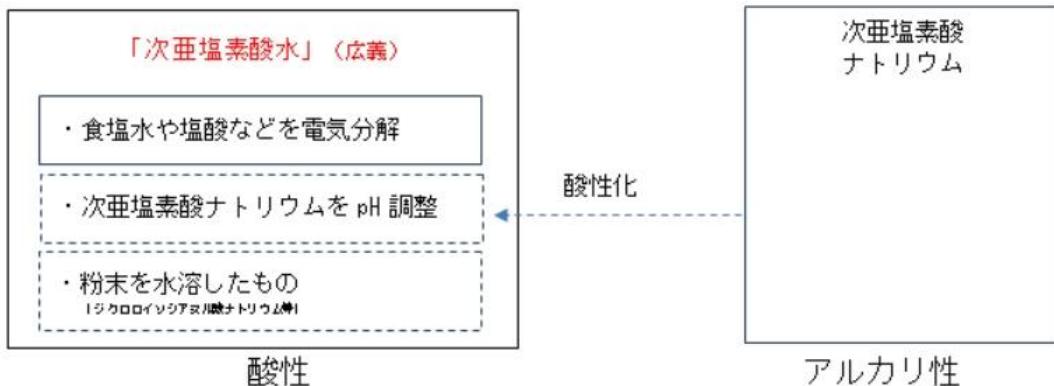
「次亜塩素酸ナトリウム」と「次亜塩素酸水」は、名前が似ていますが、異なる物質ですので、混同しないようにしてください。

「次亜塩素酸ナトリウム」は、アルカリ性で、酸化作用を持ちつつ、原液で長期保存ができるようになっています。ハイターなどの塩素系漂白剤が代表例です。

「次亜塩素酸水」は、酸性で、「次亜塩素酸ナトリウム」と比べて不安定であり、短時間で酸化させる効果がある反面、保存状態次第では時間と共に急速に効果が無くなります。

「次亜塩素酸水」にはいくつかの製法がありますが、このうち、食塩水や塩酸を電気分解して生成した「次亜塩素酸水」には、食品添加物（殺菌料）に指定され、規格が定められたものもあり、食品加工工場における野菜の洗浄などに使われます。

また、次亜塩素酸ナトリウムを原料に、酸を加えたり、イオン交換等をしてことで酸性に調整したものも「次亜塩素酸水」として販売されています。これには規格や基準が無く、成分がはっきりしないものもあります。また、「pHを調整した次亜塩素酸ナトリウム」と称して販売する例があり、アルカリ性の「次亜塩素酸ナトリウム」と酸性の「次亜塩素酸水」の混同の一因になっています。



このほか、「ジクロロイソシアヌル酸ナトリウム」などの粉末で、水に溶かすことで「次亜塩素酸水」を作れる商品も販売されています。

5. アルコール（濃度 70%以上 95%以下のエタノール）【再掲】

＜使用方法＞濃度 70%以上 95%以下（※）のエタノールを用いて拭き取ります。

（※）60%台のエタノールによる消毒でも一定の有効性があると考えられる報告があり、70%以上のエタノールが入手困難な場合には、60%台のエタノールを使用した消毒も差し支えありません

＜注意事項＞※アルコール過敏症の人は使用を控えてください。

※引火性があります。空間噴霧は絶対にやめてください。

6. 塩素酸水

＜使用方法＞

1. 製品の用法・用量に従って必要に応じて希釈します。

2. 清拭する場合、遊離塩素濃度 5ppm (5mg/L) (※キッチン、バス、トイレなどには、遊離塩素濃度 10ppm (10mg/L) 以上の亜塩素酸水をペーパータオル等に染み込ませてから対象物を清拭(拭いた後数分以上置くこと。)してください。その後、水気を拭き取って乾燥させて下さい。
3. 浸漬する場合、対象物を遊離塩素濃度 5ppm (5mg/L) (※キッチン、バス、トイレなどには、遊離塩素濃度 10ppm (10mg/L) 以上の亜塩素酸水に浸漬(数分以上浸すこと。)し、取り出した後に水気を拭き取って乾燥させてください。
4. 排泄物やおう吐物等の汚物がある場合、汚物をペーパータオル等で静かに拭き取った上で、汚物のあった場所にペーパータオル等を敷き、その上に遊離塩素濃度 100ppm (100mg/L) 以上の亜塩素酸水をまきます(数分以上置くこと。)。ペーパータオル等を回収後、残った亜塩素酸水を拭き取って乾燥させてください。

<注意事項>

- ※目に入ったり、皮膚についたりしないよう注意してください。
- ※飲み込んだり、吸い込んだりしないよう注意してください。
- ※酸性の製品やそのほかの製品と混合や併用しないでください。
- ※製品に定められた用法・用量を遵守し、それ以外の使用方法で使用しないでください。
- ※使用の際は必ず換気してください。
- ※直射日光の当たらない湿気の少ない冷暗所に保管してください。
- ※その他製品の注意事項をよく読んでください。

4. 空気中のウイルス対策

○換気

新型コロナウイルス等の微粒子を室外に排出するためには、こまめに換気を行い、部屋の空気を入れ換えることが必要です。

室内温度が大きく上がらない又は下がらないよう注意しながら、定期的な換気を行いましょう。窓を使った換気を行う場合、風の流れができるよう、2方向の窓を、1時間に2回以上、数分間程度、全開にしましょう。

参考：厚生労働省「新型コロナウイルスに関するQ&A」(『緊急事態宣言と政府の方針』問2 新型コロナウイルス感染防止を日常に取り入れた『新しい生活様式』とは何ですか。)

なお、人がいる環境に、消毒や除菌効果を謳う商品を空間噴霧して使用することは、眼、皮膚への付着や吸入による健康影響のおそれがあることから推奨されていません。各製品が健康影響のおそれがあるものかどうかについては、各製品の安全性情報や使用上の注意事項等を確認いただき、消費者に御判断いただくものと考えております。個々の製品の使用に当たり、その安全性情報や使

用上の注意事項等を守って適切に使用することを妨げるものではありません。また、消毒や除菌効果を謳う商品をマスクに噴霧し、薬剤を吸引してしまうような状態でマスクを使用することは、健康被害のおそれがあることから推奨されていません。

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「新型コロナウイルス感染症対策 消毒や除菌効果を謳う商品は、目的に合ったものを、正しく選びましょう。」

5.（補論）空間噴霧について

世界保健機関（WHO）は、新型コロナウイルスに対する消毒に関する見解の中で、「室内空間で日常的に物品等の表面に対する消毒剤の（空間）噴霧や燻蒸をすることは推奨されない」としており、また、「路上や市場と言った屋外においても COVID-19 やその他の病原体を殺菌するために空間噴霧や燻蒸することは推奨せず」「屋外であっても、人の健康に有害となり得る」としています。また、「消毒剤を（トンネル内、小部屋、個室などで）人体に対して空間噴霧することはいかなる状況であっても推奨されない」としています。（5月15日発表）また、米国疾病予防管理センター（CDC）は、医療施設における消毒・滅菌に関するガイドラインの中で、「消毒剤の（空間）噴霧は、空気や環境表面の除染方法としては不十分であり、日常的な患者ケア区域における一般的な感染管理として推奨しない」としています。

参考：WHO「COVID-19 に係る環境表面の洗浄・消毒」（2020年5月15日）

参考：米 CDC「医療施設における消毒と滅菌のための CDC ガイドライン 2008」

これらの国際的な知見に基づき、厚生労働省では、薬機法上の「消毒剤」について、人の眼や皮膚に付着したり、吸い込んだりするおそれのある場所での空間噴霧をおすすめしていません。薬機法上の「消毒剤」としての承認が無く、「除菌」のみをうたっているものであっても、眼や皮膚への付着や吸入による健康影響のおそれがあるものについては、ここに含まれます。健康影響のおそれがあるものかどうかについては、各製品の安全性情報や使用上の注意事項等を確認いただき、消費者に御判断いただくものと考えております。

参考：新型コロナウイルス対策ポスター「新型コロナウイルス感染症対策 消毒や除菌効果を謳う商品は、目的に合ったものを、正しく選びましょう。」

これまで、消毒剤の有効かつ安全な空間噴霧方法について、科学的に確認が行われた例はありません。また、現時点では、薬機法に基づいて品質・有効性・安全性が確認され、「空間噴霧用の消毒剤」として承認が得られた医薬品・医薬部外品も、ありません。

【参考情報3 「次亜塩素酸水」の空間噴霧について】

「次亜塩素酸水」の空間噴霧で、付着ウイルスや空気中の浮遊ウイルスを除去できるかは、メーカー等が工夫を凝らして試験をしていますが、国際的に評価方法は確立されていません。

安全面については、メーカーにおいて一定の動物実験などが行われているようです。ただ、消毒剤や、その他ウイルスの量を減少させる物質を空間噴霧して使用することは、眼や皮膚への付着や吸入による健康影響のおそれがあることから推奨していません。各製品が健康影響のおそれがあるものかどうかについては、各製品の安全性情報や使用上の注意事項等を確認いただき、消費者に御判断いただくものと考えております。個々の製品の使用に当たり、その安全性情報や使用上の注意事項等を守って適切に使用することを妨げるものではありません。

なお、ウイルスを無毒化することを効能・効果として明示とする場合、医薬品・医薬部外品の承認が必要です。現時点では、「空間噴霧用の消毒薬」として承認が得られた次亜塩素酸水はありません。

特に、人がいる空間への次亜塩素酸ナトリウム水溶液の噴霧については、眼や皮膚に付着したり吸入したりすると危険であり、噴霧した空間を浮遊する全てのウイルスの感染力を滅失させる保証もないことから、絶対に行わないでください。

参考：厚生労働省「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）」（令和2年4月7日）

6. 参考資料・本ページの内容のお問い合わせ先

(参考資料)

- NITE 検討会報告書

<https://www.nite.go.jp/information/koronataisaku20200522.html>

(お問い合わせ先)

- ⊖ 一般的な消毒方法について (R6年度相談窓口)
厚生労働省 コールセンター 0120-565-653
受付時間：9時～21時（土日祝日も実施）

(お問い合わせ先)

- 感染症全般について (R7.4.1より電話番号変更)
厚生労働省 感染症・予防接種相談窓口 0120-995-956
受付時間：9時～17時（土日祝を除く）

付録 5：HIV/AIDS(エイズ)について

HIV(ヒト免疫不全ウイルス)はエイズの原因になるウイルスです。HIVに感染したあと、数年間自覚症状のない時期が続き、その間に病原体などから体を守る免疫が徐々に低下します。健康な時には感染しない様々な感染症やがんなどにかかるようになった状態がエイズ（後天性免疫不全症候群）です。

HIVは感染力が弱く、日常生活（握手・入浴・缶などの回し飲みなど）ではうつりません。感染経路は、主に「性的接触による感染」「血液を介しての感染」「母子感染」であるため、正しい知識を持って予防対策をとることで、HIV感染のリスクを減らすことができます。HIVの血液を介しての感染予防策としては、スタンダードプリコーションでの範囲で十分です。

現在、体の中にあるHIVを完全に取り除くことはできませんが、抗HIV薬を服用する抗HIV療法により、体内のHIVの増殖を抑え、免疫力の低下を防ぐことができます。早期に感染を知り、治療を始めることにより、HIVに感染していない人と同じように長く、健康的な社会生活を送ることができるようになりました。

HIV感染症の治療の進歩により患者さんの予後が改善され、療養の長期化に伴い、社会福祉施設への入所を希望される方が増えることが予想されるため、社会福祉施設職員におけるHIV感染症への正しい理解が必要です。

【参考】

- 社会福祉施設で働くみなさんへ HIV/エイズの正しい知識
https://osaka-hiv.jp/pdf/h31_knowledge_hiv_aids.pdf
- エイズ予防ネット API-Net エイズQ&A
<https://api-net.jfap.or.jp/knowledge/index.html>

7. 参考資料

1	国立健康危機管理研究機構 感染情報提供サイト https://id-info.jihs.go.jp/
2	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（案）[更新版] (160201 ver. 6.02) 平成 25 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）
3	介護施設等における薬剤耐性菌対策ガイド（2018 年 12 月） 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 「地域連携に基づいた医療機関等における薬剤耐性菌 の感染制御に関する研究」 平成 30 年度研究成果
4	「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第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」の一部改正について(平成 25 年 9 月 30 日)(健感発 0930 第 1 号)
5	介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン 厚生労働省老健局 令和 6 年 3 月
6	介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン 厚生労働省老健局 令和 5 年 2 月 2 日
7	院内感染対策講習会 過去資料 （厚生労働省） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_42434.html

香川県高齢者介護施設等における感染対策マニュアル

**平成 18 年 2 月 作成
平成 19 年 3 月 一部改正
平成 21 年 5 月 一部改正
令和 7 年 12 月 改訂**

発 行 : 香 川 県

〒 760-8570

香川県高松市番町四丁目 1 番 10 号

香川県健康福祉部長寿社会対策課

施設サービスグループ

在宅サービスグループ

電話 087-832-3268,3274