

### 3. 新型コロナウイルス感染症の発生時に向けた備え

#### 介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応<sup>56</sup>

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

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

#### (1) 感染者発生時の入院等に備えた対応

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

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

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

#### (2) 介護施設・事業所における感染者発生に備えた日頃からの感染対策

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

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

- ・保健所と相談し、施設の構造、入所者の特性を考慮して対応します

<sup>56</sup> 「高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について（令和2年6月30日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡）」を元に作成  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000645252.pdf>

- ・感染している入所者（以下「感染者」という。）、濃厚接触者及びその他の入所者の食事場所や生活空間、トイレなどを分けます
- ・感染者及び濃厚接触者やその居室が判別できるように工夫します
- ・居室からの出入りの際に、感染者と感染していない入所者（濃厚接触者とその他の入所者が接することがないようにします（71ページ 6. 感染症発生時の対応 2）感染拡大の防止（1）介護職員の対応 ゾーニングを参照）
- ・職員が滞在する場所と感染者の滞在する場所、入口などの動線も分かれるようにします
- ・感染者に直接接触する場合や感染者の排出物（排泄物や嘔吐物等）を処理する場合等は、サージカルマスク、フェイスガードやゴーグル等、長袖ガウン、手袋を着用します
- ・感染者、濃厚接触者及びその他の入所者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けて対応を行います。夜勤など、分けることが困難な場合は、防護具の着用を徹底する等、特段の注意を払います

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

#### ○ 日頃からの介護職員や介護施設・事業所の感染症対応力を向上させる取組

##### <感染対策の基本的な考え方や手技の向上>

- ・感染対策に関する研修会や勉強会の実施
- ・感染者が発生した場合の訓練（シミュレーション）<sup>57</sup>
- ・個人用の感染防護具（PPE）の着脱練習
- ・個人で見ることができる動画の活用
- ・専門家による実地指導 など

##### <物資の確保>

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


<sup>57</sup> 「高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検について（その2）」（令和2年9月30日付厚生労働省老健局高齢者支援課他）別添 新型コロナウイルス感染症感染者発生シミュレーション  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000678401.pdf>

(参考) 感染(疑い) 例発生時の対応【ゾーニング】

### ③ ゾーニング

- ・感染(疑い)者とその他の入所者を1階と2階で分けるなど、動線が交わらないようにしましょう。
- ・感染(疑い)者は原則個室に移動してもらいます。
- ・個室が足りない場合は、4人部屋を1人で使用する、感染者同士を同室にし、濃厚接触者はできるだけ個室を用意するようにし、できない場合は濃厚接触者同士を同室にするなどして対応しましょう。ただし、感染者と濃厚接触者を同室にすることは避けましょう。
- ・個室はトイレを備えている部屋が望ましいです。個室にトイレがない場合は、ポータブルトイレを使用しましょう。
- ・トイレが共用となる場合は、他の入所者と重複して使用しないように配慮しましょう。または、使用後に速やかに清拭・消毒し、可能であれば換気しましょう。
- ・感染(疑い)者を担当する職員と、その他の入所者を担当する職員を可能な限り分けるようにしましょう。
- ・ゾーニングを行う場合には、入所者はもちろん他施設からの応援職員など誰が見ても分かるようレッドゾーン(汚染区域)とグリーンゾーン(清潔区域)の区域の境を明確に示す必要があります。また、着用する防護具や持ち込める物品のルールを決めるなど、感染を拡げないような注意が大切です。

・感染者の居室はレッドゾーン(病原体に汚染されている区域)とします。

  
注意

濃厚接触者等が複数いる場合で、個室が用意できない場合は、同じ居室で対応する場合がありますが、个人防护具は入所者ごとに取り替えるようにして、使いまわすことのないようにしましょう。

また同室となる場合は、入所者同士で2m以上の間隔をあけ、ベッド周囲のカーテンを閉める、つい立を置く、入所者にマスクを着用してもらう、部屋のドアは閉めて定期的に窓を開ける等の対策をしましょう。

(出典：障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル(入所系)(厚生労働省障害保健福祉部(令和2年12月))

また、都道府県においては、介護施設・事業所における感染抑止や感染発生時の早期収束のために、感染制御及び業務継続の両面に係る支援が可能な専門の支援チームを形成し、感染が一例でも確認された場合に、早期に電話等による相談を行い、必要に応じて専門家等の派遣等を行うことが有効です。<sup>58</sup>

<sup>58</sup> 「高齢者施設等における感染制御及び業務継続の支援のための都道府県における体制整備や人材確保等に係る支援について」(令和3年2月10日付厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000737597.pdf>

### (3) 感染者等の退院患者の施設での受入

施設系サービス事業所において、退院基準<sup>59</sup>を満たし退院をした者について、新型コロナウイルス感染症の疑いがあるとして入所を断ることは、受入を拒否する正当な理由には該当しません。なお、当該退院者の病状等その他の理由により適切なサービスを提供することが困難な場合は、個別に調整を行います。

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

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

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

通所系、訪問系も同様です<sup>60</sup>。

#### 感染者等の退院患者の施設での受入の重要事項

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

(参考)「退院患者の介護施設における適切な受入等について(一部改正)」(令和3年3月5日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡)<sup>61</sup>

<sup>59</sup> 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和3年2月25日付け健感発0225第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <https://www.mhlw.go.jp/content/000745527.pdf>

<sup>60</sup> 「新型コロナウイルス感染症に係る在宅の要介護(支援)者に対する介護サービス事業所のサービス継続について」(令和3年2月8日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか事務連絡) <https://www.mhlw.go.jp/content/000737979.pdf>

<sup>61</sup> 「退院患者の介護施設における適切な受入等について(一部改正)」(令和3年3月5日付厚生労働省健康局結核感染症課ほか事務連絡) <https://www.mhlw.go.jp/content/000749806.pdf>

#### ＜新型コロナウイルス感染症患者の退院に関する基準＞<sup>62</sup>

新型コロナウイルス感染症の患者について、感染症法第 26 条第 2 項において準用する法第 22 条の「病原体を保有していないこと」とは、原則として次の①又は③に該当する場合とする。ただし、次の②又は④に該当する場合も差し支えないこととする。

##### 【有症状者の場合】

##### (1) 人工呼吸器等による治療を行わなかった場合

- ①発症日から 10 日間経過し、かつ、症状軽快後 72 時間経過した場合
- ②発症日から 10 日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後 24 時間経過した後、核酸増幅法または抗原定量検査の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 24 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

##### (2) 人工呼吸器等による治療を行った場合

- ③発症日から 15 日間経過し、かつ、症状軽快後 72 時間経過した場合
- ④発症日から 20 日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後 24 時間経過した後、核酸増幅法または抗原定量検査の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 24 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

※ただし、③の場合は、発症日から 20 日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じるものとする

##### 【無症状病原体保有者の場合】

新型コロナウイルス感染症の無症状病原体保有者については、原則として次の⑤に該当する場合に、退院の基準を満たすものとする。ただし、次の⑥に該当する場合も退院の基準を満たすものとして差し支えないこととする。

- ⑤発症日から 10 日間経過した場合
- ⑥発症日から 6 日間経過した後に核酸増幅法または抗原定量検査の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した 24 時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

#### (4) 感染リスクを懸念した必要以上のサービス等の利用控え

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅において、入居者が希望する医療・介護サービス等（特に当該有料老人ホーム等の運営主体以外が提供するサービス）の利用について、新型コロナウイルス感染の懸念を理由に、禁止する又は控えさせるといったことは適切ではありません。入居者が希望する、もしくは入居者に必要である各種訪問系サービス、通所系サービス、訪問診療、計画的な医学管理の下で提供されるサービス等について、不当に制限することがないように、注意が必要です<sup>63</sup>。

<sup>62</sup> 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 3 年 2 月 25 日付け健感発 0225 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）<https://www.mhlw.go.jp/content/000745527.pdf>

<sup>63</sup> 「介護保険施設等における入所（居）者の医療・介護サービス等の利用について（令和 2 年 9 月 18 日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡）」

また、感染が拡大している地域の家族等との接触があり新型コロナウイルス感染の懸念があることのみを理由に通所系・訪問系サービスの提供を拒むことは、サービスを拒否する正当な理由には該当しません。<sup>64</sup>

## (5) 新型コロナウイルス感染症に係る予防接種

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止し、国民の生命及び健康を守り、社会経済活動を図って行くため、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）について、現在、日本を含め世界各国で開発が進められています。「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について（中間とりまとめ）」（令和2年9月25日新型コロナウイルス感染症対策分科会）においては、接種の優先順位の考え方と具体的な範囲についての案が示されました。これによると、接種順位の大きなイメージとして、「重症化リスクの大きさ等を踏まえ、まずは医療従事者等への接種、次に高齢者、その次に高齢者以外で基礎疾患を有する者、高齢者施設等の従事者への接種をできるようにする。（以下略）」となっています。

新型コロナウイルスワクチンの接種<sup>65</sup>については、予防接種法（昭和23年法律第68号）の臨時接種に関する特例を設け、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施するものです。そのため、具体的な予防接種の受け方等については、住民票所在地の市町村へ確認する必要があります。

また、高齢者施設の入所者及び従事者の具体的な接種の手順についても、施設所在地の市町村への確認が必要です。

なお、予防接種については、高齢者や従事者一人ひとりが接種を受けるかどうかを決定するという考え方に基づくということに留意が必要です<sup>66</sup>。

<sup>64</sup> 「新型コロナウイルス感染症に係る在宅の要介護（支援）者に対する介護サービス事業所のサービス継続について（令和3年2月8日付厚生労働省老健局高齢者支援課ほか連名事務連絡）」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000737979.pdf>

<sup>65</sup> 新型コロナワクチンについて

（厚生労働省ホームページ [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_00184.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_00184.html)）

<sup>66</sup> 新型コロナワクチンの有効性・安全性について

（厚生労働省ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_yuukousei\\_anzensei.html#h2\\_free1](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yuukousei_anzensei.html#h2_free1)）

**❖ 個人情報の保護と共有の整理**

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

**❖ 発生時も見据えた医療介護連携の推進**

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

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

**❖ 日頃の感染症対策の重要を再認識！**

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

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

介護現場・自治体の声より

## 第Ⅲ章 感染症各論

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



## 1. 感染症法の概要

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

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

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

図 31 感染症法上の類型と主な対応・措置

類型	定義	主な対応・措置
一類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院（都道府県知事が必要と認めるとき）</li> <li>・消毒等の対物措置</li> <li>・交通制限等の措置が可能</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院（都道府県知事が必要と認めるとき）</li> <li>・消毒等の対物措置</li> </ul>
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し得る感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定職種への就業制限（都道府県知事が認めるとき）</li> <li>・消毒等の対物措置</li> </ul>
四類感染症	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄などの措置が必要となる感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・動物の措置を含む消毒等の対物措置</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院（都道府県知事が必要と認めるとき）</li> <li>・消毒等の対物措置</li> <li>・政令により交通制限等の措置も</li> </ul>

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

図 32 感染症法に基づく対象疾病と届出

(2021年3月時点)

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

種類	感染症	届出基準
	RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎※、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎	・ 次の月曜日 (小児科定点医療機関が届出) ※は小児科定点及び基幹定点医療機関が届出
	インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	・ 次の月曜日 (インフルエンザ定点医療機関、及び基幹定点医療機関が届出)
	急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎	・ 次の月曜日 (眼科定点医療機関が届出)
	感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る)、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、細菌性髄膜炎(侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症及び侵襲性肺炎球菌感染症を除く)、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎	・ 次の月曜日 (基幹定点医療機関が届出)
	性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症	・ 翌月初日 (性感染症定点医療機関が届出)
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症	・ 翌月初日 (基幹定点医療機関が届出)
指定感染症	該当なし	・ 診断後直ちに届出 (全数)
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症	・ 診断後直ちに届出 (全数)

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

## 2. インフルエンザ

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

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

### (1) 特徴

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

### (2) 日頃の対応（予防法）

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

このためには、介護施設では常設の感染対策委員会を設置し、感染を想定した十分な検討を行い、

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

について、各々の利用者の特性、介護施設・事業所の特性に応じた対策および手引きを策定しておくことが重要です。

予防策としては、利用者と職員にワクチンの接種を行うことが有効です<sup>67</sup>。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<sup>68</sup>によれば、65歳以上の高齢者福祉施設に入所している高齢者については、34～55%の発病を阻止し、82%の死亡を阻止する効果があったとされています。

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

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

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

### (3) 発生時の対応

#### 疑うべき症状と判断のポイント

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

#### 感染を疑ったら～対応の方針

施設内の感染対策委員会において策定された、行動計画（実際に発生した際の具体的な対策）に従って、対応します。なお、利用者も職員も手指衛生を徹底します。インフルエンザに対しては治療薬がありますので、早く気付いて、重症化する前に治療につなげることが重要です。

- インフルエンザを疑う症状があった場合は、早めに医師の診察を受けます。
- インフルエンザを疑う場合（および診断された場合）には、基本的には個室対応とします。
- 複数の利用者にインフルエンザの疑いがあり、個室が足りない場合には、同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある利用者（および診断された利用者）にケアや処置をする場合には、職員はサージカルマスクを着用します。
- インフルエンザにかかった利用者が出た場合は、マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。なお、参考として、学校においては学校保健安全法（昭和33年法律第56号）に基づき、「発症した後5日

<sup>67</sup> 65歳以上の健常の高齢者については、約45%の発病を阻止し、約80%の死亡を阻止する効果があったと報告されています。（「インフルエンザワクチンの効果に関する研究（主任研究者：神谷齊）」（<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=199900458A>）。このデータを考慮して、平成13年インフルエンザは、予防接種法B類疾病とされ、65歳以上の高齢者及び60～65歳で一定の基礎疾患を有する人は定期接種の対象となりました。

<sup>68</sup> 平成11年度厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症研究事業「インフルエンザワクチンの効果に関する研究（主任研究者：神谷齊（国立療養所三重病院）」

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

- 感染者と同室にいた利用者等インフルエンザウイルスに曝露された可能性が高い人に対して、抗インフルエンザ薬の予防内服が行われる場合がありますが、その対象となるかどうかは、医師と相談して慎重に判断する必要があります。

## ワンポイントアドバイス

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

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

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

### 3. 感染性胃腸炎

ノロウイルスは、冬季の感染性胃腸炎の主要な原因となるウイルスです。感染力が強く、少量のウイルス（100 個以下）でも感染<sup>69</sup>し、集団感染を起こすことがあります。ノロウイルスは汚染された貝類（カキ等の二枚貝）や調理済み食品等を、生あるいは十分加熱調理しないで食べた場合に感染します（なお、ノロウイルスは調理の過程において 85℃以上で 1 分間以上の加熱を行えば感染性はなくなるとされています。）。ただし現在では、二枚貝よりも感染者を介したヒトからヒトへの感染の例が多く報告されています。

介護施設等では、感染した利用者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品等を介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。特に、おむつや嘔吐物の処理には注意が必要です。また、介護施設・事業所内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、水道の蛇口、テーブル、取っ手等）は、ノロウイルスに汚染されている可能性があり、二次感染を起こすことがあります。また、接触感染のみでなく、嘔吐物の処理のときや介護中に嘔吐したとき飛沫により感染することがあります。嘔吐物が乾燥すると空気感染の経路を取りうるので、速やかに清掃する必要があります。

#### （1）特徴

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

#### （2）日頃の対応（予防法）

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

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

なお、食品の取り扱いにおいては、第 IV 章の「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成

<sup>69</sup> ノロウイルスに感染した急性期の患者の糞便 1g 中に 1 億個以上、嘔吐物 1g の中に 100 万個以上という大量のウイルスが存在するため、嘔吐物や排泄物の処理には注意が必要です。

9年3月24日衛食第85号別添) (最終改正:平成29年6月16日付け生食発0616第1号)、「中小規模調理施設における衛生管理の徹底について」(平成9年6月30日衛食第201号厚生省生活衛生局食品保健課長通知)を参照してください。155ページ

### (3) 発生時の対応

#### 疑うべき症状と判断のポイント

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

- 激しい嘔吐
- 下痢、特に「水様便」

#### 感染を疑ったら～対応の方針

##### <利用者への対応>

- 可能な限り個室に移します。個室がない場合は同じ症状の利用者を一つの部屋へ集めます。居室隔離が難しい場合はベッド間をカーテンで仕切る等の対応を行います。個室にトイレがなく、施設内の共用のトイレを使用する場合には、感染症にかかっている利用者とそれ以外の利用者・職員とは必ずトイレをわけましょう。
- 嘔吐症状がでたら、利用者本人に予想される経過を説明し、食事については様子をみながら判断します。
- 下痢や嘔吐症状が続くと、脱水を起こしやすくなるため、水分補給が必要です。口からの水分の補給がとれない場合は、補液(点滴)が必要となりますので、早めに医師の診察を受けます。
- 突然嘔吐した人の近くにいた、嘔吐物に触れた可能性のある人は、潜伏期24~48時間を考慮して様子を見ます。
- 高齢者は、嘔吐の際に嘔吐物を気道に詰まらせることがあるため、窒息しないよう横向きに寝かせます。また、速やかに吸引できるよう、日頃から体制を整えておきます。

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

##### <介護施設・事業所の体制・連絡等>

- 感染ルートを確認します。  
一緒に食事をした人をよく観察します。  
感染者や施設外部者との接触があったかどうかを確認します。  
また、施設内で他に発症者がいないかどうかを調べます。
- 水様便や嘔吐症状の発症者が2人以上になった場合には、集団感染の可能性のある可能性を踏まえて以下の対応を行います。  
→ 看護職員等が記録するとともに、責任者に口頭で伝えます。  
→ 責任者は、施設全体に緊急体制を敷きます。



→ 看護職員等はその後の発症者数、症状継続者数の現況を、情報共有できる場を設けて、職員全体が経過を把握できるようにします。(下痢、嘔気等の症状のある利用者を報告する用紙を使用し、時系列に経過がみれるとよい。「第IV章参考」参照)

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

#### 発生時の対応

##### <嘔吐物・排泄物の処理>

詳細な手順は、第I章 総論「2. 感染対策の重要性」(16ページ)を参照。

##### <洗濯>

- シーツ等は、付着した汚物中のウイルスが飛び散らないように処理した後、静かにもみ洗いします。その際には、しぶきを吸い込まないように注意しましょう。
- 衣類に便や嘔吐物が付着している場合は、付着しているものを洗い流します。
- 下洗したリネン類の消毒は、85℃・1分間以上の熱水洗濯が適しています。ただし、熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、次亜塩素酸ナトリウム液による消毒が有効です。その際も、十分すすぎ、高温の乾燥機などを使用すると殺菌効果は高まります。布団などすぐに洗濯できない場合は、よく乾燥させ、スチームアイロンや布団乾燥機を使うと効果的です。
- 下洗した場所を次亜塩素酸ナトリウム液(0.02%)で消毒後、洗剤を使って清掃しましょう。
- 布団に付着した場合の処理方法については、厚生労働省ホームページに掲載されている「ノロウイルスに関するQ&A<sup>70</sup>」のQ20を参照してください。

##### <食事>

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

##### <入浴>

<sup>70</sup> 「ノロウイルスに関するQ&A」(作成：平成16年2月4日)(最終改定：平成30年5月31日)  
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html>)

- 症状が落ち着き、入浴できる状態であれば、1週間ぐらいは最後に入浴するようにします。症状がおさまってから3週間以上ウイルスが便から排出されると言われています。
- 入浴後の洗い場やタオル等の洗浄に加え、しばらくはドアノブなどよく触れる場所の消毒も実施します。

#### 解除の判断

- 嘔吐・下痢・腹痛・発熱等の症状がおさまってから最大4週間程度は排便内に多くのウイルスが見つかることがあります。
- 施設全体としては新しい患者が1週間出なければ、終息とみなしてもかまいません。保健所と相談の上、感染対策委員会で最終的な判断をします。
- 職員の感染者は症状が消失しても、一定期間（保健所やかかりつけ医と相談）は食品を扱う部署から外れたり、トイレの後の液体石けんと流水による手洗いを入念にする等の対策をします（症状消失後も便にウイルスが残っているため）。

## ノロウイルスの感染を広げないために

### 食器・環境・ リネン類などの

### 消毒

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

### おう吐物などの

### 処理

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

## ノロウイルスによる食中毒予防のポイント

### 調理する人の

### 健康管理

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

### 作業前などの

### 手洗い

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

### 調理器具の

### 消毒

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

詳しい情報は、厚生労働省ホームページ「ノロウイルスに関するQ&A」をご覧ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html)

ノロウイルスQ&A

検索



厚生労働省

## 4. 結核

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

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

結核は昔の病気と思われがちですが、今でも1日約40人の新しい患者が発生し、6人が命を落としている日本の重大な感染症<sup>71</sup>です。そのため、日本は、世界の中ではまだ「中まん延国」です。なお、(フィリピンやインドネシアをはじめとする)アジアやアフリカ諸国では、結核は今もまん延状態にあることから、これらの国の出身者は若年であっても、適切な健康管理をする必要があります。

### (1) 特徴

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

<sup>71</sup> 結核の常識 2020（公益財団法人結核予防会）より引用

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

## (2) 日頃の対応 (予防法)

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

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

高齢者は、利用時点で症状がなくても、既感染の場合に、長い年月を経て体力の低下とともに結核を発症する場合があります。そのため、日頃の体調の変化に注意し、呼吸器症状や全身症状がみられる場合は結核発症の可能性も考慮し、早めに医師の診察を受ける必要があります。特に、2 週間以上、咳が続く場合は速やかに医療機関を受診します。なお、利用者に咳がある場合は、利用者本人とともに職員もサージカルマスクを着用します。

## (3) 発生時の対応

### 感染を疑ったら～対応の方針

- 上記のような症状がある場合には、喀痰の検査および胸部エックス検査を行い、医師の診断を待ちます。
- 検査の結果を待つ間は、看護職員・介護職員は、マスク (N95 マスク) を着用し、検査を待つ利用者は可能な限り個室を利用することが望まれます。症状のある利用者は直ちに一般入所者から隔離し、マスク (あればサージカルマスク) を着用させ、医師の指示に従うことが必要です。
- 施設内で結核患者の発生が明らかとなった場合に、保健所からの指示に従った対応をします。
- 接触者 (同室者、濃厚接触者：職員、訪問者 (家族等)) をリストアップして、保健所の対応を待ちます。
- 排菌者は結核専門医療機関への入院、治療が原則です。発熱、咳、喀血等のある利用者は、隔離し、早期に医師の診断を受ける必要があります。
- 一方、仮に感染者であることがわかって、患者が排菌していない場合は必ずしも隔離は必要ではありません。検査で排菌していないことが確認されたケースや専門施設

での入院治療終了後に排菌していないことが確認された場合は、それぞれの患者の状況に応じて医師や保健所の指示に従った対応が求められます。

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

#### **(参考) 結核治療における服薬の重要性 (DOTS による取組)**

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

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

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

#### **(参考) 感染性のある結核患者と接触した場合**

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

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

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

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

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

## 5. 腸管出血性大腸菌

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

### (1) 特徴

病原体	腸管出血性大腸菌（O157、O26、O111など様々なベロ毒素産生性大腸菌） <sup>72</sup> 。熱に弱いですが、低温条件には強く水の中では長期間生存する。少量の菌の感染でも腸管内で増殖し、その毒素によって発病する。
潜伏期間	10時間～6日
感染経路	接触感染、経口（糞口）感染。生肉などの飲食物から感染。少ない菌量（100個程度）でも感染する。 便中に菌が排出されている間は感染力がある。
症状・予後	水様下痢便、腹痛、血便。尿量減少や出血傾向、意識障害は、溶血性尿毒症症候群や急性脳症の合併を示唆する症状であり、生命の危険もあるので、このような場合は特に速やかに医療機関を受診する。 治療は、下痢、腹痛、脱水に対しては水分補給、補液など。また下痢止め剤の使用は、毒素排出を阻害する可能性があるため使用しない。抗菌薬は時に症状を悪化させることもあり、慎重に使うなどの方針が決められている。

### (2) 日頃の対応（予防法）

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

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

等、衛生的な取扱いが大切です。

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

<sup>72</sup> 腸管出血性大腸菌：[https://www.mhlw.go.jp/www1/o-157/o157q\\_a/](https://www.mhlw.go.jp/www1/o-157/o157q_a/)を参照。





## 6. レジオネラ症

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

### (1) 特徴

病原体	レジオネラ属の細菌
潜伏期間	レジオネラ肺炎 2～10日、ポンティアック熱 1～2日
感染経路	レジオネラは自然界の土壌に生息し、レジオネラによって汚染された空調冷却塔水等により、飛散したエアロゾルを吸入することで感染する。 その他、施設内等における感染源として多いのは、循環式浴槽水、加湿器の水、給水・給湯水等である。
症状・予後	レジオネラ肺炎は、レジオネラ症の大半を占め、肺炎を特徴とする。全身倦怠感・筋肉痛・頭痛・高熱・意識障害・腹痛などの症状が、ポンティアック熱は、発熱・悪寒・頭痛などのインフルエンザ様症状があり、このような場合は速やかに医療機関を受診する。 治療は、レジオネラ肺炎は有効な抗菌薬の治療が必要であり、ポンティアック熱は、予後良好で2～5日で自然治癒する。

### (2) 日頃の対応（予防法）

レジオネラ症の感染源となる設備である、入浴設備、空気調和設備の冷却塔および給湯設備における衛生上の措置を行うことが重要となります<sup>73</sup>。

レジオネラが増殖しないように、施設・設備の管理（点検・清掃・消毒）を徹底することが必要です。介護施設で利用されている循環式浴槽では、浴槽水をシャワーや打たせ湯等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か月に1回以上消毒することが必要です。消毒には塩素消毒が推奨されます。長期間消毒されていない循環水を用いることは避けます。

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

加湿装置の使用開始時および使用終了時には、水抜きおよび清掃を実施します。

レジオネラ症を予防するための加湿器の管理については、第IV章の「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」抜粋を参照してください。 160 ページ

<sup>73</sup> 「レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針」（平成15年7月25日厚生労働省告示第264号）(<https://www.mhlw.go.jp/content/11130500/rezionerashishin.pdf>)

### (3) 発生時の対応

#### 疑うべき症状と判断のポイント

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

#### 感染を疑ったら～対応の方針

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

## 7. 疥癬（かいせん）

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

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

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

### （1）特徴

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



(出典：疥癬対応マニュアル (東京都多摩立川保健所))

## (2) 日頃の対応 (予防法)

疥癬の予防のためには、早期発見に努め、適切な治療を行うことが必要です。特に、皮膚症状をサービス利用時等に見逃さないことが重要です。

疥癬が疑われる場合は、直ちに介護施設等の感染対策に知見を有する皮膚科専門医の診察を受けます。衣類やリネン類は熱水での洗濯あるいは乾燥機による乾燥を推奨します。ダニを駆除するため、布団等も定期的に日光消毒もしくは乾燥させます。介護職員の感染予防としては、衛生的な手洗いを励行することが大切です。

## (3) 発生時の対応

### 疑うべき症状と判断のポイント

疥癬は早期発見が大切です。以下のような皮膚所見を見たら、疥癬を疑います。

入所時や普段のケアのときに皮膚の観察を忘れないようにします。

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

### 感染を疑ったら～対応の方針

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

### 発生時の対応

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

以下の対応を推奨します。

- 手袋、使い捨ての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。
  - ・ 使用後はビニール袋に入れて、密閉して捨てましょう。
- 利用者を清潔にすることが大切です
  - ・ 寝衣は洗濯したものに替えます。
  - ・ 皮膚の観察と清潔に努めます。
  - ・ 入浴ができる方は、できるだけ毎日入浴します。
  - ・ 入浴ができない方に対しては、皮膚の観察を含めて毎日清拭をします。
  - ・ かゆみで皮膚をひっかき、傷を作りやすいので手足の爪はできるだけ短く切って清潔に努めましょう。
- ヒゼンダニは皮膚から離れると比較的短時間で死滅するため、通常の清掃を行ってかまいません。ただし、清掃する際も接触感染予防策を行います。
- 外用薬を使用する場合のポイントは、以下のとおりです。

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

#### 通常疥癬の場合

首から下の全身に塗る



注意：①乳幼児や高齢者が疥癬になった場合、  
②角化型疥癬の場合は、顔や頭も含めた全身に外用薬を塗布します。



（出典：疥癬対応マニュアル（東京都多摩立川保健所））