

施設内感染対策のための指針

社会福祉法人 容雅会
特別養護老人ホーム サニーポート小名浜

平成27年4月1日

施設内感染対策のための指針

① 施設内感染対策に関する基本的考え方

【施設内感染の定義】

- ・ 施設において患者が原疾患とは別に、新たに罹患した感染症である。
- ・ 施設従事者が施設において感染した感染症である。

② 感染対策のための委員会

【目的】

施設内感染を施設全体の問題として捉え、施設各部署との密接な関連を持ち施設内感染の現状を的確に把握するとともに、実地的な感染対策や予防業務を具体的に立案、提言、実行、評価を行う。
また、正しい知識と理解を全職員に教育し、感染予防に努める。

【委員メンバー】

看護	1 名
介護	6 名
ケアマネ	1 名
栄養	1 名
託児	1 名
事務	1 名
用務	1 名
計	12 名

【委員会の開催】

定期的に月1回開催する。(第4水曜日予定)
重大な問題が発生した場合は、適宜開催する。

【職員に対する研修】

- ・ 施設内での定期的な研修会を半年に1回以上開催する。
- ・ 年間予定と担当者(委員)を4月に決定する。
- ・ 施設外研修会 : 参加後、伝達講習会を開催する。

【感染症の発生状況の報告】

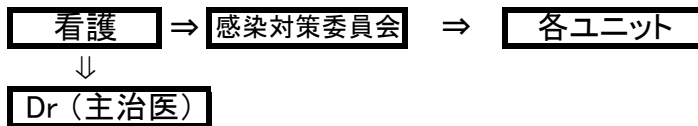
- ・ 感染症報告を含め、感染対策委員会での報告事項や協議事項は責任者会議(週1回開催)の席で報告し、施設全体の意思統一をはかる。
- ・ 月別感染報告書
感染症発生年月日、感染症名、転帰日時を記載し、毎月各部署ごとに感染対策委員会へ提出する。

- ・ 週別感染報告書

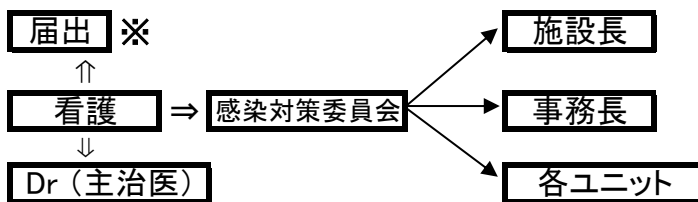
感染症発生年月日、感染症名、転帰日時を記載し、
毎週各部署ごとに感染対策委員会へ提出する。

【感染発生時の対応】

◎ 届出義務なしの感染症発生時



◎ 届出義務ありの感染症発生時



【その他】

- ・ 他委員会との連携を図り活動する。
- ・ 月1回、感染対策委員会にて施設全体をラウンドする。
- ・ 問題点はその場で指導、改善し、協議が必要な場合は委員会の中で議題として設け、対策を立てる。

標準的な感染予防策

感染症の有無に関わらず、血液・体液・分泌物・排泄物・創傷のある皮膚・粘膜を介する、微生物の伝播リスクを減らすために、すべての患者に対して行う。

(1) 手指衛生(手洗い、手指消毒)

患者ケアの直前、直後に行う。

① 手洗い

液体せっけんを使用し、30秒～60秒程度もみ洗いする。

①手のひらを洗う。



②手の甲を洗う。



③指先、爪を洗う。



④指の間を洗う。



⑤親指を洗う。



⑥手首を洗う。



ペーパータオルで水気を拭き取る。

② 手指消毒

手指消毒剤を手指全体にいきわたるようすり込む。

①ワンプッシュ手のひらにとる。



②両手の指先を消毒する。



③手のひらを消毒する。



④手の甲を消毒する。



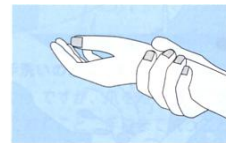
⑤指の間を消毒する。



⑥親指を消毒する。



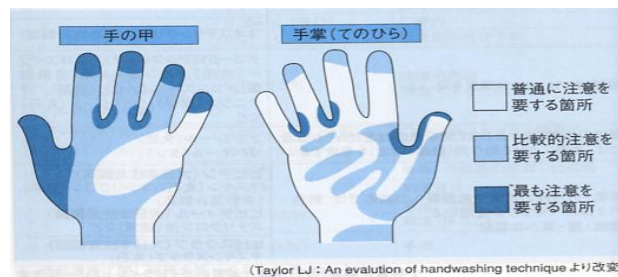
⑦手首を消毒する。



※注意点

- ・ 手指消毒剤は、ワンプッシュ最後まで押し切った量を1回量とする。
- ・ 手袋使用の有無に関わらず、ケアの前後は手指衛生を行う。
- ・ 目に見えて汚れている時 ⇒ 流水手洗い＋手指消毒剤
- ・ 目に見える汚れがない時 ⇒ 手指消毒剤
- ・ 患者ケアと患者ケアの間には、必ず手指衛生を行う。
- ・ 同じ患者であっても異なる処置を行う場合は、交差感染を防ぐため手指衛生を行う。

(手洗いミス発生の分布と頻度)



(2)手袋

血液・体液・分泌物・排泄物・粘膜・傷のある皮膚に接触する可能性がある時
また、血液・体液で汚染された器具等に接触する時は、手袋を使用する。

※注意点

- ・ 手袋をはずす時は、外側に触れないようにする。

- ①手袋の外側をつまんで外す。 ②手袋をはずした手に ③手袋からはずした手の指を
はずした手袋を持ったまま 手首の部分の下からはずす。



- ・ 手袋着用は、手指衛生省略の手段ではない。
- ・ 医療従事者の手に切り傷、病変、皮膚炎がある時も、手袋を使用する。
- ・ 患者間の共有は避ける。
- ・ 同じ患者であっても異なる処置を行う場合は、清潔な手袋に交換する。

(3) ガウン

- ・ 血液・体液の飛散しやすい患者のケアはガウンを使用し、皮膚の保護と白衣の汚染を予防する。
- ・ 着用していたガウンは、使用後直ちにはずしハイター等で消毒、洗濯する。

(4) マスク

- ・ 血液・体液の飛散しやすい患者のケアはマスクを使用する。
- ・ 冬季などインフルエンザ等流行時、咳をしている患者のケアをする際、または職員が咳をしている場合もマスクを使用する。

(5) 呼吸器衛生(咳エチケット)

- ・ 咳、またはくしゃみをする時は、ティッシュ、ハンカチなどで鼻と口を覆う。
- ・ 鼻をかむ、痰を出す場合、これらの呼吸器分泌物はティッシュでぬぐい、ゴミ箱に破棄する。
- ・ 鼻をかんだ後、痰を出した後は手を洗う。
- ・ 冬季時、外来患者、面会の方で咳をしている方、感染症流行時には受付でマスクを無料で配布する。
- ・ 冬季時、掲示板等にポスターを貼るなどして、咳エチケットの呼びかけをする。

感染経路別予防策

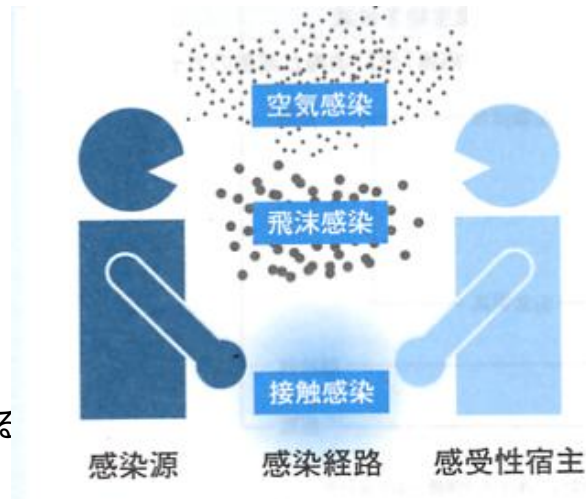
施設内感染を防止するために、標準予防策に付加して行う対策で、

①空気感染対策 ・ ②飛沫感染対策 ・ ③接触感染対策

の3つに分類される。

① 空気感染

直径 $5\mu\text{m}$ 以下の微小粒子で長時間空中を浮遊し、空気の流れによって広範囲に伝播する



② 飛沫感染

直径 $5\mu\text{m}$ より大の大飛沫粒子で空中を浮遊せず、飛散する距離は1m以内で、落下するとともに感染性はなくなる。

③ 接触感染

手や皮膚の接触による直接接触感染と汚染された媒介物の接触による間接触感染により伝播する。

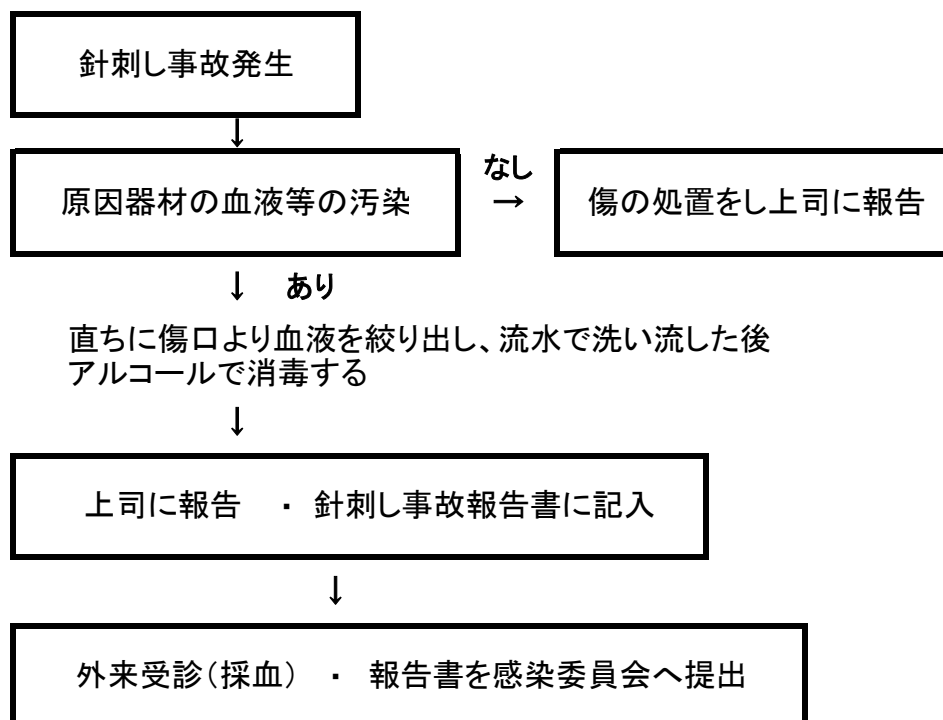
職業感染対策

【針刺し・血液・体液事故防止】

～針刺し・血液・体液の直接的曝露を避ける～

- ・ リキャップをしない。
- ・ 注射針や鋭利な器材等で、血液・体液が付着しているものを手渡ししない。
- ・ 使用後の注射針等は、放置せず使用者が責任持ってすぐに破棄する。
- ・ 注射針等を持ったままの状態、他の動作をしない。

【針刺し事故後マニュアル】



※ 勤務中の事故は労災適用になります。
検査費用は施設負担となり、その後事務で労災の手続きをしてもらう。

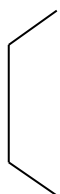
針刺し事故報告書①

名前 : _____ 職種 : _____

発生年月日 : 年 月 日 曜日 時 分

事故発生の状況 : ☐採血時 ・ ☐注射(点滴)時 ・ ☐その他()

詳細(出来るだけ詳しく)



傷の深さ : ☐出血なし

☐表在性 (少量の出血)

☐中程度 (皮膚の針刺し・切創・中程度の出血)

☐重症 (深い針刺し・切創・著しい出血)

原因器材 : ☐翼状針 ・ ☐注射針 ・ ☐静脈留置針

☐その他()

原因となった器材は、患者の特定ができますか？

☐はい ⇒ 針刺し事故報告書②へ

☐いいえ ⇒ 針刺し事故後マニュアル①へ

針刺し事故報告書 ②

【患者の特定ができる場合】

患者の名称： _____

感染症の有無

- | | | |
|-----------------------------------|---|---------------|
| ☐ HBs抗原(＋) | ⇒ | 針刺し事故後マニュアル②へ |
| ☐ HCV抗体(＋) | ⇒ | 針刺し事故後マニュアル③へ |
| ☐ 梅毒(＋) | ⇒ | 針刺し事故後マニュアル④へ |
| ☐ いずれも(－) | ⇒ | 針刺し事故後マニュアル①へ |
| ☐ 不明 | | |
| ☐ HIV抗体(＋) | ⇒ | 針刺し事故後マニュアル⑤へ |

※1年以内の検査結果は有効とする。

針刺し事故後マニュアル ①

【患者の特定ができない・感染症（一）・不明の場合】

◎ 事故後採血検査項目

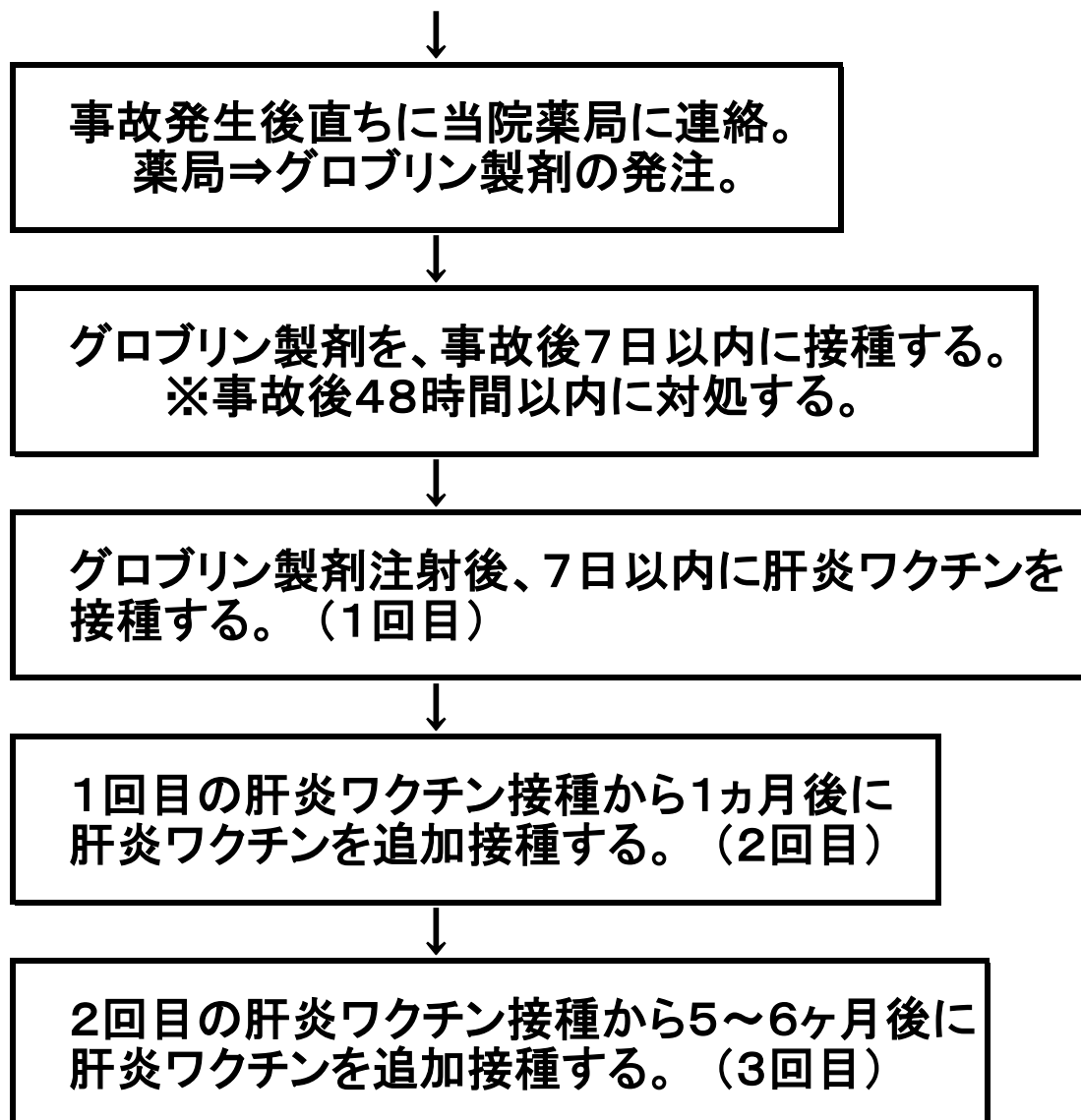
HBs抗原 ・ HBs抗体 ・ HCV抗体 ・ RPR ・ TPHA GOT ・ GPT ・ LDH ・ ALP ・ γ -GTP ・ T-Bill
--

◎ 2ヶ月後に同項目を検査する （潜伏期を考慮し、確認のための検査）

針刺し事故後マニュアル ② - I

【患者がHBs抗原(+)の場合】

- ・ 職員がHBs抗原(+)、もしくはHBs抗体(+)(16倍以上)の場合
⇒ 新たなB型肝炎の感染の可能性はない。
- ・ 職員がHBs抗原(-)、かつHBs抗体(-)の場合
⇒ B型肝炎の感染の可能性はある。



※グロブリン製剤を接種しなかった場合の感染率は30%といわれている。

針刺し事故後マニュアル ② - II

【患者がHBs抗原(+)の場合】

◎ 事故後採血検査項目

HBs抗原 ・ HBs抗体 ・ GOT ・ GPT ・ LDH γ-GTP ・ T-Bill

◎ 1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に同項目を検査する

針刺し事故後マニュアル ③

【患者がHCV(+)の場合】

・ 職員がHCV(+)の場合

⇒ 新たなC型肝炎の感染の可能性はない。

・ 職員がHCV(-)の場合

⇒ C型肝炎の感染の可能性はある。



C型肝炎の予防策はない。

※感染が判明した時点で、インターフェロン等の治療を行う。

◎ 事故後採血検査項目

HCV抗体 ・ GOT ・ GPT ・ LDH ・ ALP γ-GTP ・ T-Bill

◎ 1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後に同項目を検査する。

針刺し事故後マニュアル ④

【患者が梅毒(+)の場合】

- ・ 職員が梅毒(RPR・TPHA)(+)の場合
⇒ 新たな梅毒の感染の可能性はない。
- ・ 職員が梅毒(RPR・TPHA)(-)の場合
⇒ 梅毒の感染の可能性はあるが、
感染の事例は今のところ確認されていない。

※感染が判明した時点で、ペニシリン剤等で治療を行う。

◎ 事故後採血検査項目

RPR ・ TPHA ・ GOT ・ GPT ・ LDH ・ ALP γ-GTP ・ T-Bill
--

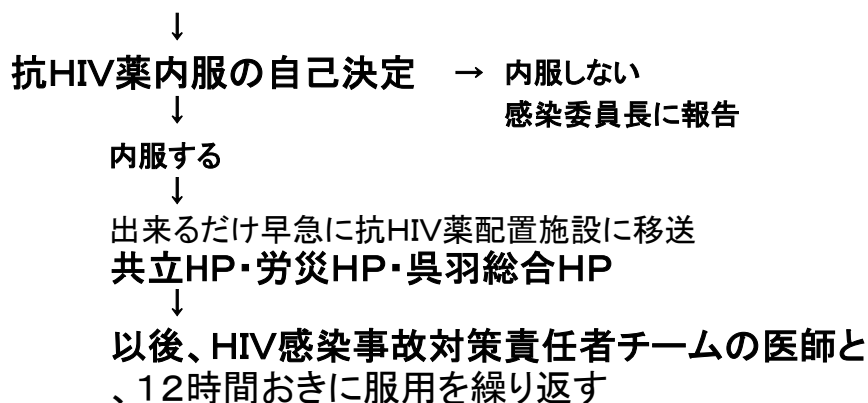
◎ 2ヶ月後に同項目を検査する。

針刺し事故後マニュアル ⑤

【患者がHIV(+)の場合】

・ 職員がHIV(+)の場合
⇒ 新たなHIVの感染の可能性はない

・ 職員がHIV(-)の場合
⇒ HIV感染の可能性はある



◎ 事故後採血検査項目

HBs抗原・抗体化・HCV抗体・AST・ALT・HIV

職員の血液検査(消化器科受診)

HIV抗体・肝機能検査(1、3、6か月後)

※ キャリア化が確認されたら専門医に相談

病棟環境の整備・衛生管理

【リネン】

- ・ 周囲への飛散による汚染に注意しながら、専用袋や容器に収容して委託先に提出する。
- ・ 使用前のリネンと使用後のリネンは区別して保管する。
- ・ 目に見える汚染がある場合は直ちに交換する。
- ・ 血液、体液、排泄物などに汚染されたリネン等は、次亜塩素酸ナトリウム0.1%（ハイター希釈液）で10分以上消毒する。
- ・ リネン類は80℃で10分浸漬し、その後洗濯でも可能である。
- ・ 汚れの少ないものから洗う。

【医療廃棄物】

◎ 注射針 ⇒ 所定の容器に入れ廃棄する。（貫通しないもの）
※ 他の廃棄物と混ぜない。

◎ 感染性廃棄物 ⇒ 感染性廃棄物専用の容器に廃棄する。

◎ 非感染性廃棄物 ⇒ 可燃物、不燃物を区別し廃棄する。

- ・ 血液、体液が付着したものは、感染性廃棄物として処理する。
- ・ 一旦容器に入れた廃棄物は、素手で触れたり取り出さない。

器材の洗浄・消毒・滅菌

【洗浄】 ～ 有機物や汚れを物理的に除去することを目的とし、通常洗剤および水を使って実施する。 ～

- ・ 再利用可能な器材は、消毒・滅菌の前に、有機物の汚染を除去するために行う。

【消毒】 ～ 生存する微生物の数を減らすこと。 ～

- ・ 滅菌出来ないもの(ゴム製のもの等)は、次亜水を使用して消毒し清潔、不潔を区別して保管する。

《消毒薬の使用期限》

未開封	3年
濃度の高い消毒薬 5%クロルヘキシジン 10%ポピドンヨード 10%塩化ベンザルコニウムなど	開封後3ヶ月程度
濃度の低い消毒薬 0.05%クロルヘキシジン 0.025%塩化ベンザルコニウムなど	開封後3週間程度
水道水などで用事調製希釈消毒薬	調製後1日

【滅菌】 ～ すべての微生物を殺滅または除去し、無菌にすること。～

- ・ 医務室にて高圧蒸気滅菌(オートクレーブ)、ガス滅菌をする。

膀胱留置カテーテル関連尿路感染対策

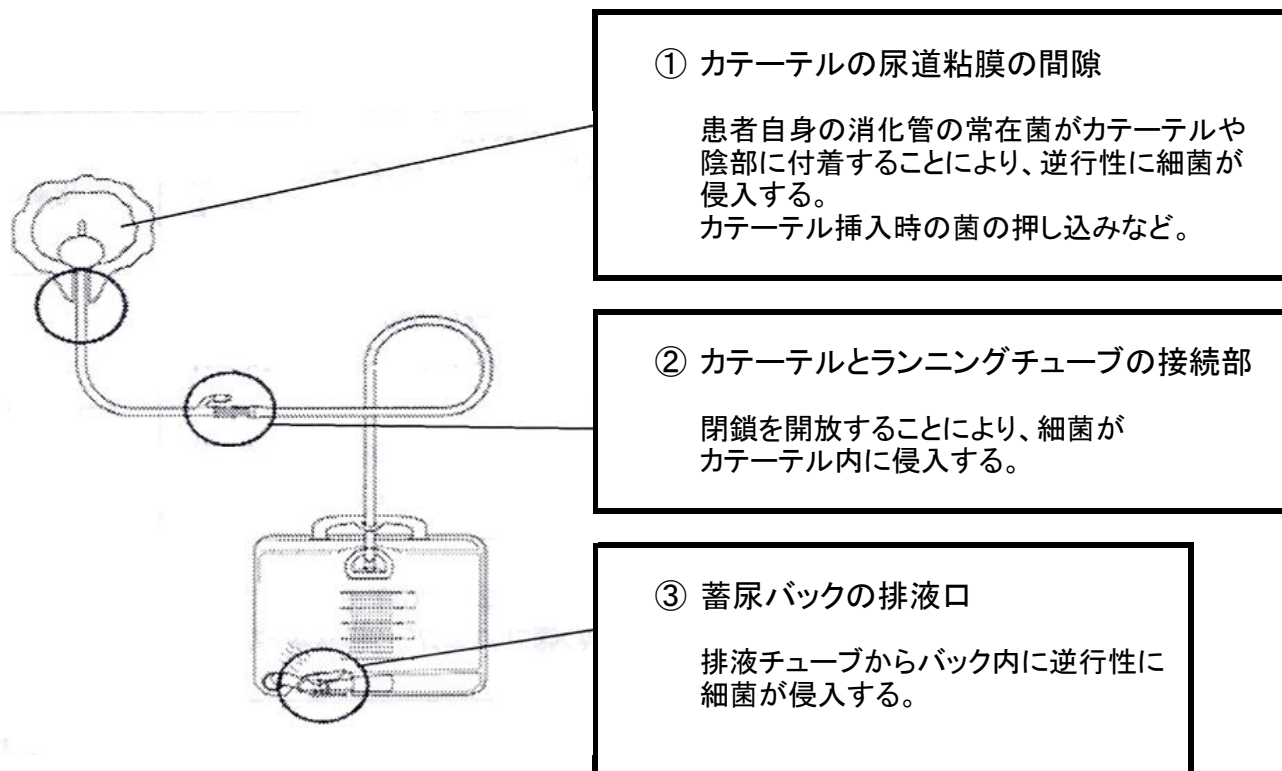
【膀胱留置カテーテル関連尿路感染とは】

膀胱留置カテーテルに関連して発生する尿路感染で、施設感染の約40%を占めており、そのうち約80%は膀胱留置カテーテルなどの器具が原因となっている。

【膀胱留置カテーテルの適応】

- ・ 尿路の閉塞がある場合
- ・ 神経因性の尿閉がある場合
- ・ 重症者で尿量を正確に把握する必要がある場合

【膀胱カテーテル留置時の微生物侵入経路】



【カテーテル留置中の観察】

（膀胱留置カテーテル使用時には、尿路感染兆候に注意し観察する。）

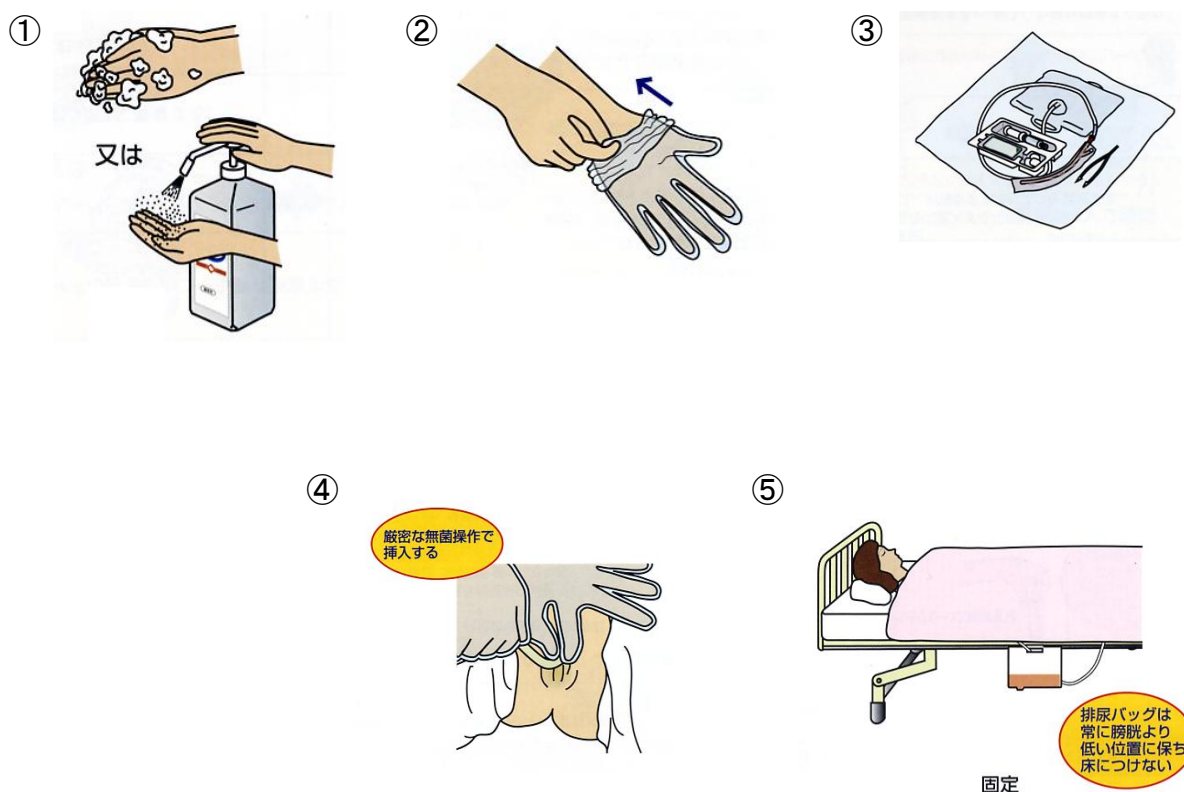
- ・ 発熱
- ・ 細菌尿
- ・ 尿症状の変化
- ・ WBC、CRPの高値
- ・ 尿道口からの排膿、発赤、腫脹、熱感など

【膀胱留置カテーテルの取り扱い】

- ・ 膀胱留置カテーテルの無菌的な挿入と維持に関する知識と技術を持った医療従事者が、膀胱留置カテーテルを取り扱う。
- ・ 膀胱留置カテーテルは必要時にのみ留置し、医療従事者の便宜のために使用しない。
- ・ 膀胱留置カテーテルを操作する前に手洗い、手指消毒をし、清潔な手袋を着用する。
- ・ 操作後手袋をはずし手洗い、手指消毒を行う。
- ・ 膀胱留置カテーテルは清潔器具を用いて、無菌的操作で挿入する。
- ・ 目に見える汚れがある場合には、膀胱留置カテーテル挿入前に陰部洗浄を行う。
- ・ 膀胱留置カテーテル挿入には、滅菌済みの粘滑剤（キシロカインゼリー）を使用する。
- ・ 膀胱留置カテーテル挿入後は、カテーテルの移動と尿道の牽引を避けるため、カテーテルは下腹部、または大腿部に固定する。
- ・ 尿道損傷を最小限にするため、太いカテーテルは用いない。
- ・ 膀胱留置カテーテルの交換は、4Wに一度交換する。
（状況によるが患者の尿が混濁していても熱がなければ、4Wに一度の交換でも良い。）
- ・ ベストプラティクス研修会参加時図参照

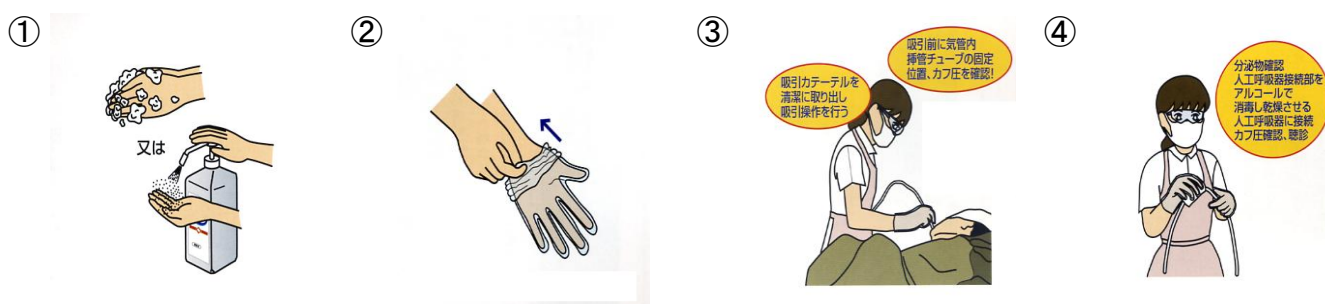
【採尿システムの取り扱い】

- ・ カテーテルと採尿システムは屈曲しないようにする。
- ・ 採尿バックは一杯になってからではなく、定期的に空にする。
(6時と15時に交換)
- ・ 尿の回収時に、排液口を回収容器に接触させないようにする。
(回収容器は個人とし、また採尿した際は酒精綿にてふき取り所定の場所に戻す)
- ・ 閉塞したカテーテルは入れ替える。
- ・ 採尿バックは常に膀胱より下の位置に置く。
- ・ 採尿バックは床に直接接触させない。
- ・ 尿の検体採取のため少量の新鮮尿を必要とする場合には、
サンプリングポートを消毒した後採取する。
- ・ ベストプラクティス研修会図参照



【吸引操作、気管内吸引カテーテルの管理】

- ・ 気管内吸引前後には手洗い、手指消毒を行い、手袋を使用する。(未滅菌でよい)
- ・ 開放式気管内吸引操作は、清潔操作とする。
- ・ 気管内吸引操作は、必要最小限にする。
- ・ 吸引チューブの洗浄には滅菌水を使用する。
- ・ 吸引回路及び吸引瓶は患者ごとに専用とする。
- ・ 蘇生用バッグやジャクソンリソースは、汚染がなくても患者ごとに交換する。



【その他】

- ・ 経管栄養を行う患者では、上体を30～45° 挙上した体位で栄養管理を行う。
- ・ 口腔内清拭は随時実施する。

【末梢静脈カテーテルの衛生管理】

- ・ 静脈炎のリスクを減らすため、カテーテルは168時間以内(7日)以上留置しない。
- ・ 輸液ラインはカテーテル入れ換え時に交換する。(24時間キープの場合)
- ・ カテーテル挿入部は、滅菌のドレッシングで被覆し、カテーテル入れ換え時に交換する。



経腸栄養法に関する感染対策

【経腸栄養チューブ留置に関連した感染対策】

◎ 経鼻チューブ留置時の副鼻腔炎や中耳炎の予防

◎ 経鼻チューブ挿入時の気管内誤挿入の予防

- ・ 経鼻チューブ挿入後は、先端位置をX線撮影で確認する。
- ・ 夜勤帯でM-Tを抜去された時には挿入せず、医師に報告し状態を把握する。
また再挿入した場合は一人で確認するのではなく、気泡音・胃液の逆流を確認を二人で行う

【細菌性腸炎予防対策】

◎ 経腸栄養剤調整時の注意点

- ・ 経腸栄養剤の調整は、投与直前に行う。
- ・ 経腸栄養剤を調整後、投与までに時間がある場合は、冷蔵庫内に保存する方がよい。
- ・ 開封後、冷蔵していない状態で8時間以上経過したものは破棄する。

◎ 経腸栄養剤投与時の注意点

- ・ 経腸栄養投与ラインは、使用ごとに熱水消毒を行う。
- ・ 誤嚥性肺炎防止のため、上半身を拳上する方がよい。

病原体別感染拡大防止対策

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌：MRSA

【MRSAとは】

MRSA(Methicillin-resistant Staphylococcus aureus)とは、メチシリンに耐性を示す黄色ブドウ球菌である。MRSAは通常、メチシリンのみならず、多くの抗菌薬に耐性を示す。

MRSAは皮膚・鼻腔粘膜に常在し、健常者の場合はこれらの部位で明瞭な病変を形成しない。しかし、一旦皮膚の損傷が生じると容易にMRSAによる感染が成立する。

MRSAは乾燥に強く、環境に長時間生存することができる。

培養でMRSAが検出されても、MRSA感染症とは限らない。

【感染対策】（標準予防策 ＋ 接触感染予防策）

- ・ 手指衛生、手袋の着用の徹底。
- ・ 通常マスクの着用の必要はないが、咳のある患者の1m以内でケアを行う場合は着用する。
- ・ 医療器具は専用とし、他の患者と共有しない。
（血圧計、聴診器、点滴スタンド、車椅子、ネブライザーなど）
- ・ 専用化できない医療器具は、消毒用エタノールで清拭消毒する。
- ・ 環境面（床、壁以外）は少なくとも1日1回消毒用エタノールで清拭消毒する。
- ・ リネン交換は、他の入院患者の最後に行い、濃厚な汚染がない限り通常の洗濯でよい。
- ・ 濃厚な汚染が見られるリネン等は、0.1%塩化ベンザルコニウム溶液に30分浸漬する。
- ・ シャワー、入浴はその日の最後に行う。

【感染報告書】

- ・ 感染が判明したら、各部署責任者は感染委員会にMRSA感染報告書を提出する。
- ・ 週ごとに検査を行い(同材料での検査)、陰性が2回続くまで経過を追う。
(MRSA経過報告書の作成。医務で保管。)
- ・ 検査結果で陰性が2回(転帰とする)、退院、死亡した時点でMRSA経過報告書を感染委員会に提出する。

【MRSA拡散リスク】

MRSA 検出条件 拡散リスク	大	中	小
分離菌量	(3+) (2+)	(1+)	少量
皮膚	・広範な熱傷 ・広範な皮膚欠損 ・広範な皮膚のびらん、水泡 ・大量の落屑 ・褥瘡		・被覆できる熱傷 ・被覆できる皮膚欠損 ・被覆できる皮膚のびらん、水泡 ・被覆できる褥瘡
痰 気管分泌物	・激しい頻繁な咳 ・気管挿管(開放式)	・気管挿管(閉鎖式)	・咳がない
創	・開放創 ・大量の排膿、浸出液 ・創洗浄処置の実施 ・開放式ドレナージ	・少量の浸出液 ・閉鎖式ドレナージ	・完全に上皮化した創 ・完全に被覆できる創
尿・便	・大量の下痢便 ・ストーマあり ・床上排泄	・少量の下痢便、軟便 ・自力でトイレを使用し排泄可能だが手洗いが困難 ・尿路カテーテル挿入	・固形便 ・自力でトイレを使用し排泄可能で手洗いが可能
鼻腔・咽頭 口腔	・激しい咳 ・激しいくしゃみ	・咳、くしゃみ、鼻汁が少量	・咳、くしゃみ、鼻汁がない
血液			・血液からのみ検出の場合 拡散リスクは低い
居室	・個室収容	・可能なら個室収容 またはコホート	・可能なら個室収容 またはコホート

疥癬

【疥癬とは】

ヒト疥癬虫(ヒトヒゼンダニ)がヒトの表皮各層に寄生し、痒みを伴う感染性皮膚疾患である。

主に指間や外陰部などに丘疹の見られる一般疥癬と、全身の皮膚が紅皮症様となり厚いカキ殻状の角質増殖で被われたノルウェー疥癬がある。

ノルウェー疥癬は免疫力が低下した患者に多くみられ、感染力が強く集団感染の原因となり得る。

【疥癬虫の生態】

体長 → 雄 : 0.2×0.15mm < 雌 : 0.3×0.4mm

生息場所 → 耳介後部から四肢末端に至る広範囲に生息する。

生活史 → ヒトの皮膚表面で交尾。交尾後雌が約1時間以内に皮膚の角質にトンネルを掘り始め、1日0.5～5mmの速度で2～4個の卵を4～6週間にわたって産卵する。

【疥癬虫の感染力 ・ 感染経路】

ヒトに寄生して生きるのも、乾燥に弱くヒトから離れると短時間で死滅する。(2・3時間～最大3日)

50℃以上、10分間の加熱で完全に死滅する。

ヒトからヒトへの密接な直接接触で感染するが、タオルや寝具、衣類の共有でも感染することがある。

潜伏期間は1ヶ月で、ノルウェー疥癬は一般疥癬より感染力が強い。

【感染対策】 (標準予防策 + 接触感染対策)

	一般疥癬	ノルウェー疥癬(角化型疥癬)
寄生数	1000個以下	100万～200万
免疫力	正常	老衰 重症感染症 ステロイド 免疫抑制剤服用者
感染力	弱い	強い
主な症状	丘疹 結節	角質肥厚 黄白色～白色の牡蠣
かゆみ	強い	強いまたは不定
場所	頭頸部を除く全身	全身
居室	個室隔離は不要 居室移動時はベッドごと 行う	個室隔離が必要 隔離期間：治療後2週間 居室移動時はベッドごと行う
手洗い	標準予防策に準じる	標準予防策に準じる
手袋	患者に接触時着用	居室入室前に着用
洗濯	バケツ等に50℃以上のお湯を入れ衣類などを10分以上浸し絞ってから洗濯する	バケツ等に50℃以上のお湯を入れ衣類などを10分以上浸してから洗濯する 熱処理が不可能な場合、袋詰めし10日間放置後洗濯する
清掃	掃除機で吸引清掃を行う その後通常清掃を行う	掃除機で吸引清掃を行う その後通常清掃を行う モップ等は専用とし、50℃以上の熱水洗浄を行う
環境・器具の専用化	血圧計のマンシェット 体温計・聴診器 (その都度アルコール清拭) 使用後の便座はアルコールで清拭する	血圧計のマンシェット 体温計・聴診器 (その都度アルコール清拭) トイレの専用化 車椅子の専用化
入浴	入浴順番は最後とする	入浴順番は最後とする 脱衣所に掃除機をかける
食器	通常の扱いでよい	50℃以上のお湯に10分以上浸漬してから、下膳する

ノロウイルス

【ノロウイルスとは】

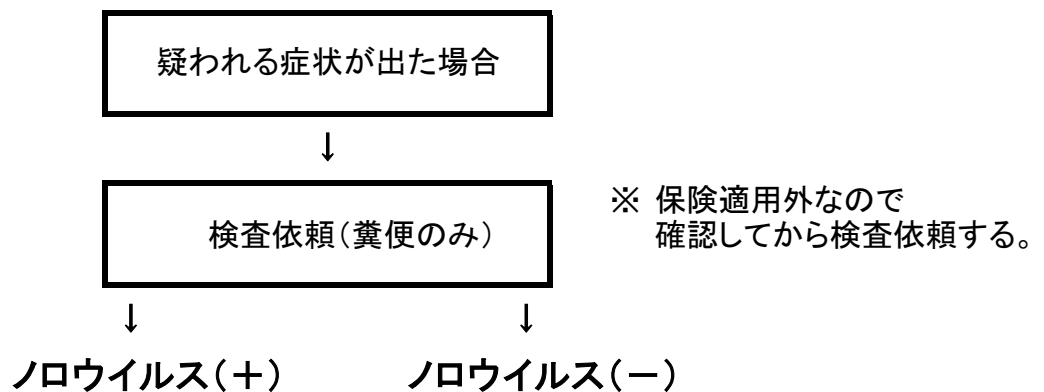
冬季に感染性下痢嘔吐症を起こす原因ウイルスである。

ヒトの小腸上部で感染・増殖し糞便に大量にウイルスを排出する。

感染力が強く、患者・職員の両方に集団感染を起こす。

潜伏期間は24～48時間で、嘔吐、下痢、発熱などが突然始まることが多い。

1～3日で回復するが、回復後も2週間程度は便にウイルスが排出される。



【感染対策】（標準予防策 ＋ 接触感染予防策）

《患者配置》

- ・ 個室収容。集団発生時はコホートする。
- ・ ノロウイルス患者（疑い含む）で、自立している方のトイレは専用（ポータブルトイレ）とし、排泄毎に消毒する。

《手洗い》

- ・ 流水と液体せっけんを使用。（アルコール速乾性手指消毒剤は無効）
- ・ 手袋をはずした後は、肘まで流水下の手洗いを行う。

《防護具》

- ・ ノロウイルス患者（疑い含む）の居室入室前に手袋・マスクを着用し、ガウンも着用する。（嘔吐物、排泄物进行处理の際、乾燥すると空気中に浮遊する可能性があるため。）

《嘔吐物・排泄物の処理》

- ↓
嘔吐物、排泄物が飛散しないように、次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）に浸したペーパータオルで嘔吐物、排泄物の上面を覆う。
- ↓
・嘔吐物、排泄物を周囲から中心へ向けて静かにかき集め、拭き取る。
- ↓
・嘔吐物、排泄物を拭き取ったペーパータオルは速やかにビニール袋へ入れ、ハイター希釈液に浸して密封し、感染性廃棄物として破棄する。
- ↓
・その後手袋を交換し、次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）で、再度清拭する。
- ↓
・手袋を外し、肘までの流水下手洗いをを行う。
- ↓
・使用済み手袋は、次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）に浸して回収し、密閉した上で医療廃棄物に破棄する。

※ 次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）の作り方
（500ml作る場合）

水 490mlに対し、ハイター等 10ml（キャップ1杯）

3ℓのバケツの場合、ハイターはキャップ6杯程度

《環境対策》

- ・次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）で全館清拭する。
（金属部分については、さびの原因となるため、後で水拭きする。）
（感染委員会より、終息（解除）宣言が出るまで継続する。）
- ・ノロウイルス患者（疑い含む）を収容している居室は、別モップ・別バケツで清拭する。
- ・ハイター希釈液は作り置きせず、1日分の使用量を予測して、その都度作る。

《入浴》

- ・嘔吐、下痢症状がある場合、入浴は避ける。
- ・回復後も2週間は最後に入浴する。

《リネン》

- ・汚染物等は除去し、次亜塩素酸ナトリウム（ハイター希釈液）に30分以上浸漬し、その後、十分に洗浄、乾燥させる。
- ・ノロウイルス患者（疑い含む）が使用した衣類・タオルなども同様に行う。
- ・排泄物等が付着した物は、破棄出来る物は破棄し、消毒出来る物は直ちに消毒する。

《食器》

- ・ 残飯はビニール袋に入れ、ハイター希釈液に浸漬して密封し、医療廃棄物として破棄する。
- ・ お膳ごとビニール袋に入れ、ハイター希釈液に浸漬して密封し、「ノロ」と明記し下膳する。

《面会》

- ・ 面会は原則禁止とする。
- ・ 面会が必要な場合は、流水下手洗いの方法を説明し、手袋・マスク・ガウン着用の指導をする。

《その他》

- ・ 症状が治まっても、結果から2週間は(+)として扱う。
- ・ 終息(解除)宣言が出されるまでは、感染対策を継続する。

インフルエンザ

【インフルエンザとは】

呼吸器感染症で、ウイルスの違いから、A型とB型、C型に大きく分類される。

ヒトの世界で広く流行するのはA型とB型ウイルスである。

潜伏期は1～4日（平均2日）。

突然の急激な発熱（40℃近い）で始まり咽頭痛、筋肉痛や倦怠感などの全身症状を呈する。

感染者の鼻咽腔より排出され、排出期間は症状出現前日から、発症後7日程度。

最も感染力が強い時期は、発症初期の3日間。

咳、くしゃみ、つばなどの飛沫と共に放出されたウイルスを、鼻腔や気管などの気道に吸入することによって感染する。

【感染対策】（標準予防策 ＋ 飛沫感染対策）

- ・ 入居者 → 個室収容、またはコホートする期間は感染後7日間、少なくとも解熱した後2日を経過するまで。

咳が出る患者には、ティッシュなどで口や鼻を覆い、飛沫を最小限にするよう指導する。
- ・ 職員 → 原則として、全ての職員は流行前にインフルエンザワクチンの接種を受ける。

職員が感染してしまった場合の欠勤期間は学校保健法に順じ解熱後2日を目安とする。

腸管出血性大腸菌(ベロ毒素産生菌)

【腸管出血性大腸菌とは】

腸管出血性大腸菌はウシ、ヒツジ、シカなどの大腸に生息し、それらの腸内容物で汚染された食品(生肉、土の付いた野菜)や水を介してヒトに経口感染し、患者や保菌者の便からの二次感染もしばしば起こる。

経口感染を起こし、50～100個程度の少量菌数で発症しうる。

症状は、水溶性下痢と腹痛、翌日にはほとんどに血便がみられる。その他発熱、吐き気、嘔吐を伴うこともあり、重症例では鮮血を頻回に排出する(出血性大腸菌)。発症後1週間頃、患者の約10%に溶血性尿毒症症候群(HUS)が続発する。意識障害を随伴することも多く、HUSの3%は死亡する。

潜伏期は2～14日(平均3～5日)

ベロ毒素(VT)を産生する大腸菌は、8割がO-157血清型に属し、次いでO-26、O-111が多い。

ベロ毒素は蛋白毒素で血管内皮細胞や腎尿細管、脳などに強い毒性を示す。

【感染対策】 (標準予防策 + 接触感染予防策)

《医療器具》

- ・ 聴診器や血圧計は患者専用とし、使用の都度消毒用エタノールで清拭消毒する。

《排泄物の処理》

- ・ 便の処理は、トイレで排泄する場合はそのまま水洗で流す。
- ・ オムツ使用は、防水シートを敷くなど、器具や環境の汚染を最小限にする。

バンコマイシン耐性腸球菌 : VRE

【VREとは】

Enterococcus(腸球菌)は健常人の腸管に常在し、数種類の菌種が存在する。

VREはバンコマイシン耐性であり、多くは保菌状態にとどまり無症状の場合が多いが、日和見感染を起こすと重症感染症に発展しやすい。

【感染対策】 (標準予防策 + 接触感染予防策)

- ・ VREは便に検出される場合が多いので、おむつ交換時など、手袋着用、手指消毒の徹底。
- ・ 患者専用のポータブルトイレを用意する。
- ・ MRSA患者とVRE患者を、同一の職員が同時に担当しないようにする。

クロストリジウム デイフィシル : CD

【CDとは】

大腸の常在菌の一種で、ToxinA・ToxinBの2種類の外毒素を産生し、抗生剤投与による菌交代現象により偽膜性腸炎を起こす。

症状は、激しい下痢、腹痛、発熱など。

【感染対策】 (標準予防策 + 接触感染予防策)

- ・ 手袋着用、手指消毒の徹底。
- ・ 軟便、水様便である場合は個室収容が望ましい。
- ・ 芽胞を形成するため、アルコールなどの消毒剤に耐性であるため、汚れは物理的に洗浄することを基本とし、高度汚染表面は次亜塩素酸ナトリウム(ハイター)を使用する。

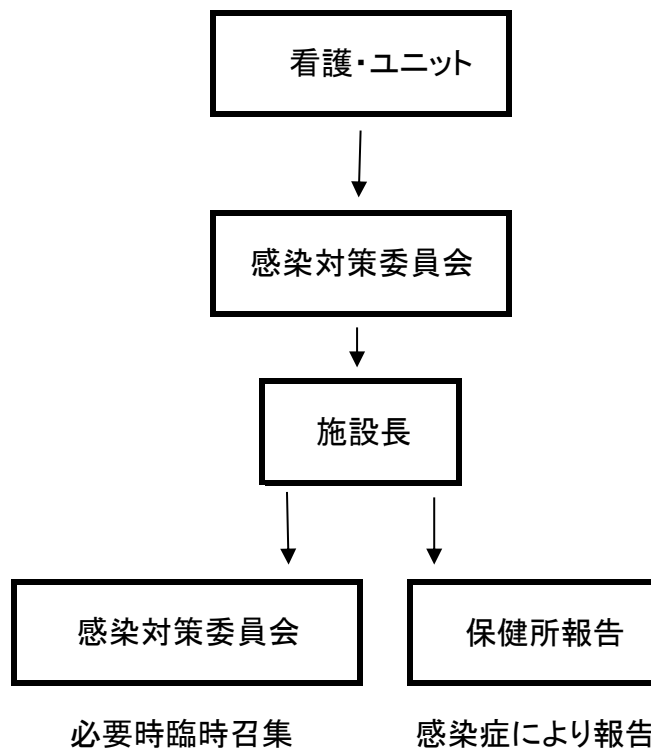
アウトブレイク対応策

アウトブレイク(集団発生)の防止は、入居者への健康被害を最小限にとどめ、施設を社会的信用の失墜から守る重要な事項である。

アウトブレイクを疑うケース

- ① 同一の感染症状を呈する入居者の多発
(同フロアーに3名以上)
- ② 感染管理上重要な、特定の感染症の多発
(同フロアーに3名以上)

(アウトブレイク発生時の対応)



食中毒防止と発生時の対応

【感染性胃腸炎】

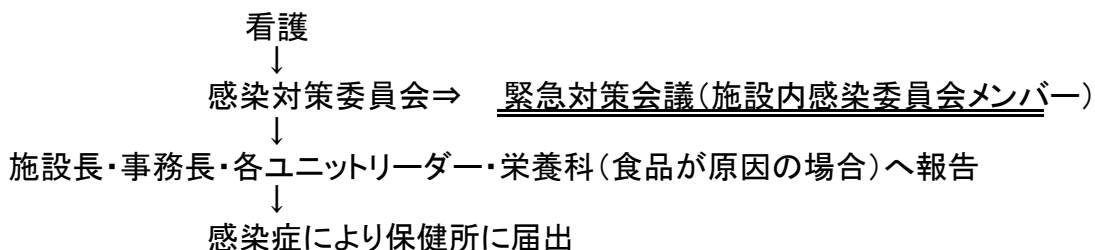
ウイルスや細菌が原因で起こり、吐き気、嘔吐、下痢、発熱などを主な症状とし、ヒトからヒトへ感染する場合と食品から感染する場合がある。

ウイルスが原因 ⇒ ノロウイルス ・ ロタウイルス
(冬場に多い)

細菌が原因 ⇒ 大腸菌 ・ サルモネラ ・ 腸炎ビブリオ ・ エルシニア
(夏場に多い) カンピロバクター ・ セレウス菌 ・ ボツリヌス菌
ウェルシュ菌

【発生時の対応】

- ・ 同一の感染症、もしくは食中毒による(疑われる)死亡者、または重篤な患者が1週間に2名以上発生した場合
- ・ 同一の有症者が10名以上、または全患者の半数以上発生した場合
- ・ 通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われる場合



【食中毒防止のための対策】

- ・ 配膳された食事は速やかに喫食する。
- ・ 検査などで食事時間が遅くなる場合は、栄養科へ連絡の上取り置きをする。
- ・ 配膳後2時間を経過した食事は喫食しない。

空気感染予防策

◎ 空気感染予防策の概要

感染媒体	・直径$5\mu\text{m}$以下の飛沫核粒子($1\mu\text{m}=1/1000\text{mm}$) ・長時間空中に浮遊し、空気の流れにより伝播
主な疾患	① 結核 ② 麻疹 ③ 水痘
マスク	居室に入る時は、N95マスクを着用する。
手洗い	標準予防策に準ずる
手袋	標準予防策に準ずる
ガウン	標準予防策に準ずる
リネン類	通常通りでよい
器具・機械	通常通りでよい
血圧計・聴診器	専用にする必要はない
患者配置	・個室隔離 ・居室の扉を閉めておく ・1時間に12回以上の換気 ・ドアに「面会制限」の表示をする
環境整備・清掃	・消毒は不要である
処置・ケア	・担当をその日ごとに決定し、多数の職員が出入りしないようにする ・麻疹、水痘は抗体を有する職員が優先して行う

① 結核

- ・ 感染様式

肺結核患者の咳に伴う飛沫が乾燥して飛沫核となる。
結核菌を含んだ飛沫核は長時間空に浮遊し、これを吸い込むと感染が成立する。

吸い込んだ人の8～9割は免疫が働き発病しないが、免疫力が低下した時に発病しやすくなる。
このように感染を受けてから何年後、長い場合には何十年後に発病する場合がある。

② 麻疹

- ・ 感染様式

麻疹ウイルスが上気道より侵入し、鼻咽頭粘膜細胞に吸着して感染が成立する。

潜伏期間は7～14日間。

感染力はきわめて強く、感染後の発症率は90%以上。

③ 水痘

- ・ 感染様式

水痘ウイルスが気道粘膜から侵入し、ウイルス血症を起こして皮膚に水疱を形成する。

潜伏期間は10～21日間。

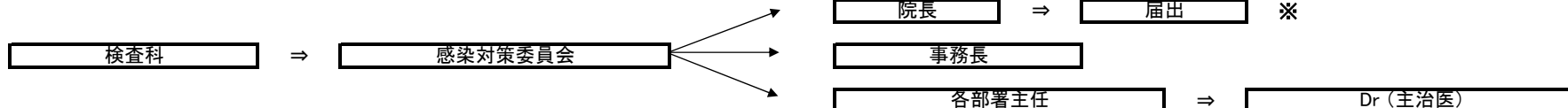
感染力は麻疹よりは弱い、流行性耳下腺炎や風疹よりは強いとされている。

【院内感染発生時の対応】

◎ 届出義務なしの感染症発生時



◎ 届出義務ありの感染症発生時



※届出

「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」に則り、
以下の患者、疑似症患者、無症状病原体保有者等を診断した時には
管轄の保健所に届出を行う。
全ての医療機関において、感染症の患者を診断(死亡検案事例も含む)
した時の届出

- [1] 一類感染症患者(疑似症患者、無症状病原体保有者を含む) ⇒ 直ちに届ける
- [2] 二類感染症患者、無症状病原体保有者 ⇒ 直ちに届ける
- [3] 三類感染症患者、無症状病原体保有者 ⇒ 直ちに届ける
- [4] 四類感染症患者、無症状病原体保有者 ⇒ 直ちに届ける
- [5] 五類感染症患者(全数把握)(後天性免疫不全症候群、梅毒は無症状病原体保有者を含む) ⇒ 7日以内に届ける
- [6] 新感染症にかかっていると疑われる者 ⇒ 直ちに届ける
- [7] 指定感染症患者 ⇒ 指定時に定める期限までに届ける