

第三章 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. 帯状疱疹
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"> 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
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"> 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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
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"> 動物の措置を含む消毒等の対物措置
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"> 感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供
新型インフルエンザ等感染症	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"> 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

	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、回帰熱、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 ウィ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、野兔病、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、ロッキー山紅斑熱	・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/kekaku-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⁶⁷。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⁶⁸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部屋を出る場合は、マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。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

⁶⁷ 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。

⁶⁸ 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⁶⁹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

⁶⁹ 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見ながら判断します。
- 下痢や嘔吐症状が続くと、脱水を起こしやすくなるため、水分補給が必要です。口からの水分の補給がとれない場合は、補液（点滴）が必要となりますので、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。
- 下洗いたりリネン類の消毒は、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。
- 下洗いた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&A⁷⁰」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つ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>

⁷⁰ 「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も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。
- 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）。

図 33 ノロウイルスの感染を広げないために

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、食品を直接取扱う作業をしない。
- 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_iryou/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html

ノロウイルスQ&A

検索

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⁷¹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>

⁷¹ 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γ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（コック）、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） ⁷² 。熱に弱い、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。

⁷² 腸管出血性大腸菌：https://www.mhlw.go.jp/www1/o-157/o157q_a/を参照。

なお、ワクチンはありません。

(3) 発生時の対応

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医師の診察を受け、医師の指示に従うことが重要です。
- 食事の前や排泄後の衛生的な手洗いを徹底することが大切です。

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⁷³。

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](#)

⁷³ 「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「ノルウエー疥癬」）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（ノルウエー疥癬）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	通常疥癬 は、肌と肌の接触感染 角化型疥癬（ノルウエー疥癬） は、寄生するヒゼンダニの数が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げら（いわゆる「落屑」）からの感染も特徴的である。
症状・予後	通常疥癬 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。 角化型疥癬（ノルウエー疥癬） 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拡がるのが早いため、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。

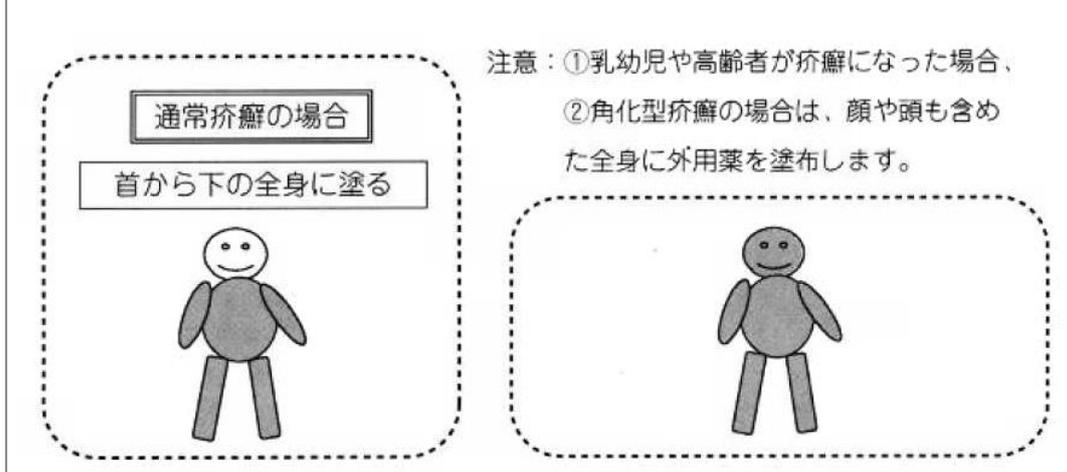
発生時の対応

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。
- 皮疹ひしんのないところも塗ります。（ヒゼンダニは皮疹ひしん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。



(出典：疥癬対応マニュアル（東京都多摩立川保健所）)

★通常疥癬の利用者への対応

- ・治療を開始すれば感染性はほとんどなくなりますが、他の利用者と寝具やタオル等の共用は避けましょう。
- ・衣類やシーツ等は通常どおりの洗濯を行います（熱水消毒が望ましい）。
- ・清掃も通常通りです。

★角化型疥癬（ノルウェー疥癬）の利用者への対応

- ・特に感染力が強い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。
- ・使用後の部屋は2週間は使用不可とします
- ・使用したリネン等は、落屑が飛び散らないように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。
- ・入浴自体で感染の機会になることは少ないが、多数のヒゼンダニ及び卵を含む落屑が更衣室などで飛び散り、後から入浴する利用者へ感染する可能性があるため、角化型疥癬（ノルウェー疥癬）にかかった利用者は最後の入浴にしましょう。
- ・大量のヒゼンダニを含んだ落屑が、感染拡大の機会となるため、こまめに掃除機をかけましょう。

★職員の注意点

当日着た衣服は、介護施設・事業所で洗濯をします。自宅への持ち帰りはやめましょう。前腕、腹部に兆候が現れることが多いため、接触した職員は良く観察をします。皮膚の掻痒感、皮疹がでたら、至急に皮膚科に受診をすると同時に責任者に連絡します。

接触感染予防策の解除の判断

患者の全身を観察して新しい皮疹がないことを確認し、接触感染予防策の解除は診察した医師に相談します。

8. 誤嚥性肺炎

(1) 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ます、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、むせる症状もなく、睡眠中等でも口腔内の唾液が肺に流れ込んで起きる「不顕性誤嚥（ふけんせいごえん）」もあります。

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。

(2) 日頃の対応（予防法）

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。

- 普段の状況と比べて摂食状態が低下している場合は、無理に食事をさせることのないように注意します。
- 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。

(3) 発生時の対応

疑うべき症状と判断のポイント

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

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。

ワンポイントアドバイス

肺炎は死亡原因の第5位となっています。日常的に生じる成人の肺炎うち、1/4～1/3は肺炎球菌が原因と考えられています。肺炎球菌は主に気道の分泌物に含まれる細菌で、唾液などに通じて飛沫感染し、気管支炎や肺炎、敗血症などの重い合併症を引き起こすことがあります。

主に65歳以上の方は予防接種法に基づく定期接種⁷⁴に該当する場合がありますので、市町村へ確認してみましょう。

⁷⁴ 高齢者を対象にした肺炎球菌ワクチンの定期接種
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/haienkyukin/index_1.html)

9. ウイルス性肝炎

(1) 特徴

病原体	B型肝炎ウイルス(HBV)
潜伏期間	平均 90 日 (45~160 日)
感染経路	血液・だ液・精液からの感染 (主に、母子感染、性感染、注射針を介しての感染など)
症状・予後	全身倦怠感、食欲不振、悪心が特徴。黄疸出現時は尿の濃染 (紅茶色) を認める。成人初感染の場合、国内の B 型肝炎では自然治癒する症例も多い一方で、再活性化して重症化する場合もあるため注意が必要である。また、慢性化しないとされていたが、近年慢性化をきたしやすい B 型肝炎 (遺伝子型 A) が流行している。また、劇症化をきたすこともある。 急性肝炎の多くは治癒するが、一部はキャリアとなり、またやがて 10~15% は慢性肝炎、肝硬変、肝がんへ進行する。治療は、急性肝炎の場合は対症療法が多く、慢性肝炎の場合は抗ウイルス薬のインターフェロン療法などがある。

(2) 日頃の対応 (予防法)

血液などの体液に触れる場合は、手袋を着用するなど、標準予防策 (スタンダード・プリコーション) を徹底します。なお、歯ブラシ、カミソリの共有は避けます。

利用者の特性として、例えば、非常に攻撃的でよくかみつく、全身性の皮膚炎がある、出血性疾患がある等、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い者が HBV キャリアである場合は、主治医、施設責任者等が個別にそのリスクを評価して対応する必要があります。

また、あらかじめワクチンの接種により免疫をつけることもできます (個人差もありますが、B型肝炎ワクチンは約 90%以上の方が免疫を獲得)。

10. 薬剤耐性菌感染症

(1) 特徴

薬剤耐性菌の菌や耐性の種類は様々ですが、介護施設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。

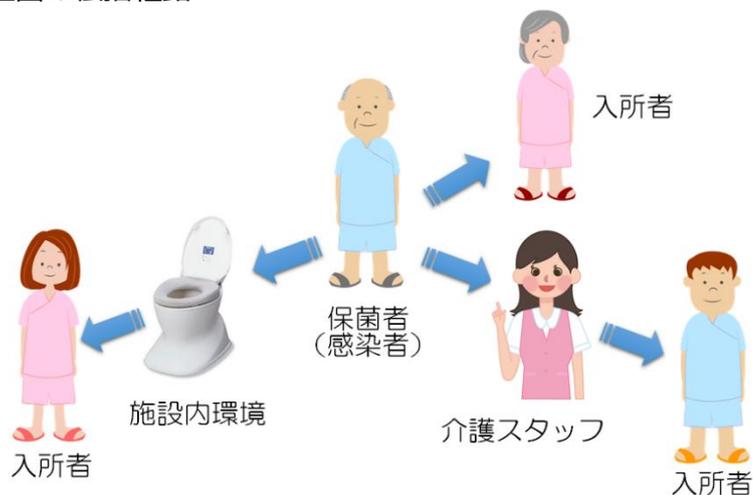
その主な特徴は以下のとおりです。

- 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（薬が効かなくなること）したものです。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。代表的な薬剤耐性菌として、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）やMDRP（多剤耐性緑膿菌）などがあります。

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、介護施設内でも図 34 のように保菌者から他の入所者に薬剤耐性菌が広がる可能性があります。そのため、介護施設でも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 34 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)

(2) 日頃の対応（予防法）

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、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底し、ケアを行った際には衛生学的手洗いが必要です。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、ケア後の衛生学的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、通常の入所生活においては保菌者に対して制限を設けたり、特別扱いを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。

11. 带状疱疹

免疫状態が低下したときや、加齢に伴って、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節等に潜伏していた水痘・带状疱疹ウイルスが再活性化することで発症します。

(1) 特徴

病原体	水痘・带状疱疹ウイルス
潜伏期間	水痘・带状疱疹ウイルスに初感染した後に、三叉神経節を含む脳神経節や脊髄後根神経節に潜伏していたウイルスが再活性化することで発症するため、期間は特定できない。
感染経路 感染期間	接触感染が中心であるが、飛沫感染する場合もある。水疱中には多量のウイルスが含まれているため、すべての水疱がかさぶたになるまで感染力がある。
症状・予後	潜伏していた神経に一致した領域に、頭・顔・体の片側に、丘しん、小水疱が帯状に群がって出現する。神経痛、刺激感を訴える。成人や高齢者では痛みが強く、さらに皮疹がおさまった後も痛みが残ることがある（带状疱疹後神経痛）。治療は抗ウイルス薬。

(2) 日頃の対応（予防法）

患部に触れる場合は、手袋を着用するなど、標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底することが必要です。また、水痘・带状疱疹ウイルスに感染したことがない場合は、ワクチンの接種による感染予防も可能です。

12. アタマジラミ

頭皮に寄生し、頭皮に皮膚炎を起こす疾患です。誤解されることが多いですが、衛生不良の指標ではありません。

(1) 特徴

病原体	アタマジラミ。ケジラミ（主に性交渉で感染し陰部に寄生）やコロモジラミ（衣類に付着し発しんチフスを媒介する）とは異なる。
潜伏期間	産卵からふ化まで10～14日、成虫までは2週間。
感染経路	接触感染。家族内や集団の場での直接接触、あるいはタオル、くし、帽子を介しての間接接触による感染。
症状・予後	一般に無症状であるが、吸血部位にかゆみを訴えることがある。治療としてはシラミ駆除剤が有効。

(2) 日頃の対応（予防法）

頭髪を丁寧に観察し、早期に虫卵を発見することが大切です。

(3) 発生時の対応

発見したら一斉に駆除します。タオル、くしや帽子の共用を避けます。着衣、シーツ、枕カバー、帽子などは洗うか、熱処理（熱湯、アイロン、ドライクリーニング）をします。ワクチンはありません。

13. 偽膜性大腸炎

健康な人の大腸内には、様々な細菌がバランスを保って生息していて健康維持に役立っています。抗生物質の服用により、正常な腸内細菌のバランスがくずれてある種の菌が異常に増え（菌交代現象）、大腸に炎症を起こすことがあります。

偽膜性大腸炎とは、内視鏡検査で大腸の壁に小さい円形の膜（偽膜）が見られる病態で、クロストリジウム・ディフィシル菌（*Clostridium difficile*）によることが多いです。この菌の産生する毒素により、大腸粘膜が傷害されて起こります。この菌の芽胞は胃酸にも強く、口から容易に腸まで到達することが知られています。

（1）特徴

病原体	クロストリジウム・ディフィシル菌（ <i>Clostridium difficile</i> ）による大腸の炎症
潜伏期間	抗生物質の投与後、数日～2週間後
感染経路	接触感染
症状・予後	頻回の水様便、粘液便などがみられ、腹痛や発熱などがみられる。重症例では血便になったり、低蛋白血症、電解質異常、麻痺性腸閉塞、中毒性巨大結腸症などを引き起こす。

（2）日頃の対応（予防法）

抗生物質の服用中や飲み終わった後に、頻繁な下痢やお腹が張る、腹痛、発熱、吐き気などの症状がみられた場合は、医師等へ相談するようにしましょう。

（3）発生時の対応

利用者の排泄物（便）で汚染を拡げないように標準予防策（スタンダード・プリコーション）を徹底することが必要です。洗濯も通常の洗濯で問題ありません。入浴については、症状が軽快するまではシャワーにした方がよいですが、下痢症状がなければ入浴も制限する必要はありません。

アルコール消毒は効果がありません。流水石けんが必須であり、次亜塩素酸ナトリウムによる消毒が必要です。

なお、介護施設へ戻る際に、CD トキシンの陰性化の確認を求められることもありますが、意味がありませんので、治癒確認のための CDI 検査は不要です。

14. 蜂窩織炎（ほうかしきえん）

蜂窩織炎とは、皮膚とそのすぐ下の組織に生じる、広がりやすい細菌感染症です。皮膚の病気などによって皮膚にできた小さな傷口から細菌が侵入していきます。足からふくらはぎにかけての部位に最もよく生じますが、体のどの部分にも発生します。

皮膚の腫れ、発熱や痛みの症状があり、急速に広がります。悪寒や倦怠などを伴うことも多くあります。ほとんどは抗菌薬で速やかに回復しますが、時に膿瘍が生じる場合もあります。

15. 尿路感染症

尿路感染症とは、細菌が尿路の出口から侵入し、腎臓、膀胱、尿道など尿の通り道に細菌が住み着き、増殖して炎症が起きる感染症です。感染する場所によって、膀胱炎と腎盂腎炎に分けられます。

膀胱炎では、尿をするときに尿道や膀胱に痛みを感じる（排尿痛）、尿をした後も尿が膀胱に残っている感じがする（残尿感）、尿が近い（頻尿）、尿が濁るといった症状がありますが、発熱はありません。炎症が非常に強い場合には、尿に血が混じることもあります。腎盂腎炎では、腎臓の部分の痛みと発熱があります。炎症が強いと尿に血が混じることもあります。

治療は、細菌を殺す抗菌薬が使用されますが、原因によって異なる場合もあります。なお、症状がよくなって途中で薬を止めてしまうと細菌が生き残ってしまい、再発してしまう可能性があるため、薬の内服期間は医師の指示に従いましょう。

住み着いた細菌を尿で流し出すことを目的として水分をたくさんとりましょう。また、日頃から尿をがまんしないようにしましょう。