

## 5. 個別の感染対策

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

### 1) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応

#### (1) インフルエンザ（インフルエンザウイルス）

##### 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わることもあります。

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鼻粘膜への接触で感染する場合があります。潜伏期は、1～3 日（時に 7 日まで）、感染者が他に伝播させる時期は、発症の前日から症状が消失して 2 日後までとされています。

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

##### イ. 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施設内に持ち込まれないようにすることが施設内感染防止の基本とされています。施設内にインフルエンザが発生した場合には、感染の拡大を可能な限り阻止し、被害を最小限に抑えることが、施設内感染防止対策の目的となります。

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

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

について、各々の施設入所者の特性、施設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、入所者と職員にワクチン接種を行うことが有効です<sup>10</sup>。入所者に対しては、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入所者には、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。入所者や面会者で咳をしている人にはマスクを着用してもらいます。

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。

#### 【インフルエンザに関する公表情報】

- インフルエンザ発生動向
  - 厚生労働省 インフルエンザに関する報道発表資料：  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/houdou.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/houdou.html)
  - 国立感染症研究所ホームページ「インフルエンザ」  
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>
- インフルエンザ予防対策
  - 厚生労働省 季節性インフルエンザ  
「平成30年度 今冬のインフルエンザ総合対策について」  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html>
  - 「啓発ツール」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/keihatu.html>
  - 「インフルエンザQ&A」  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekka-ku-kansenshou01/qa.html>

<sup>10</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。

#### ウ. 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。

#### エ. 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。

- 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。
- 複数の入所者にインフルエンザの疑いがあり、個室が足りない場合には、同じ症状の人を同室とします。
- インフルエンザの疑いのある入所者（および診断された入所者）にケアや処置をする場合には、職員はサージカルマスクを着用します。
- 罹患した入所者が部屋を出る場合は、マスクをします。
- 職員が感染した場合の休業期間を施設で決めておきます。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」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入所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。しかし、感染後に重症化しやすい方やアウトブレイク等の特殊な場合を除くと、実際に適応となる場合はまれであり、医師と相談して慎重に判断する必要があります。

## (2) ノロウイルス感染症・感染性胃腸炎（ノロウイルス）

### 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℃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→ヒト感染の例が多く報告されています。

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

高齢者介護施設では、感染した入所者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱う食品等を介して、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、施設内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、水道の蛇口、テーブル、取っ手等）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。

### イ. 平常時の対応

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

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消毒は有効ではありません。

従って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、付録 1②の「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成 9 年 3 月 24 日衛食第 85 号別添）（最終改正：平成 29 年 6 月 16 日付け生食発 0 6 1 6 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。

71 ページ

#### ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」

#### エ. 感染を疑ったら～対応の方針

##### <入所者への対応>

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

※食事時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（0.05%～0.1%）を作り、そこに食器をいれ、次の下膳のときに食器を取り出して厨房へ下げます。

##### <高齢者介護施設の体制・連絡等>

- 感染ルートを確認します。  
一緒に食事を摂取した人をよく観察します。  
感染者や施設外部者との接触があったかどうかを確認します。  
また、施設内で他に発症者がいないかどうかを調べます。
- 24 時間のうちに、水様便や嘔吐症状の発症者が 2 人以上になった場合には以下の対応を行います。  
→ 看護職員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入所者を報告する用紙を使用するとよい。）
- 面会は必要最小限にします。面会者にも情報を示し、理解を求めます。
- 責任者は、感染対策が確実に実施されているかを観察して確認します。消毒薬や嘔吐物処理等に必要な用具が足りているかの確認も必要です。

## オ. 発生時の対応

### <嘔吐物、排泄物の処理>

- 嘔吐物の処理の手順を徹底します。
- マスク、使い捨てガウン、使い捨て手袋を着用します。  
※ノロウイルスは飛沫感染の可能性も指摘されているので、マスクもします。
- 嘔吐があった場合には、周囲 2メートルくらいは汚染していると考えて、まず濡れたペーパータオルや布等を嘔吐物にかぶせて拡散を防ぐことが重要です。
- ペーパータオルや布等で、外側から内側に向けて面を覆うように静かに拭き取ります。
- 最後に次亜塩素酸ナトリウム液(0.1~0.5%)で確実にふき取ります。使用したペーパータオルや布はビニール袋に入れます。  
※嘔吐物処理用品を入れた処理用キットをいつでも使えるように用意しておきます。
- おむつははずしたら、すぐにビニール袋に入れ（2重にするとなお安全です）感染性廃棄物として処理します。
- トイレ使用の場合も換気を十分にし、便座や周囲の環境も十分に消毒します。
- 使用した洗面所等はよく洗い、消毒します。
- 処理後は手袋、エプロン、マスクをはずして液体石けんと流水で入念に手を洗います。
- 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をします。

### <洗濯>

- シーツ等は周囲を汚染しないように丸めてはずして、ビニール袋に入れます。
- 衣類に便や嘔吐物が付着している場合は、付着しているものを軽く洗い流します。

- 次に次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%～0.1%）につけます（10分程度）。あるいは、85℃以上で1分間以上熱湯消毒します。
- 洗濯機で洗濯して乾燥させます。
- 布団に付着した場合の処理方法については、厚生労働省ホームページに掲載されている「ノロウイルスに関する Q&A<sup>11</sup>」の Q20 を参照してください。

#### <食事>

- 入所者に対しては、水分・栄養補給を行い体力が消耗しないようにします。
- 1日を通じた水分摂取を心がけます。

#### <入浴>

- 症状が落ち着き、入浴できる状態であれば、1週間ぐらいは最後に入浴するようにします。症状がおさまってからも最大4週間程度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、しばらくは消毒も実施します。

#### カ. 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。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、一定期間は就業制限したり、食品を扱う部署から外れたり、トイレの後の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）。

---

<sup>11</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>）

### (3) 疥癬（疥癬虫）

#### 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の疥癬（通称「痂皮型疥癬」）があります。痂皮型疥癬の感染力は強く、集団感染を引き起こす可能性があります。

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

#### イ. 平常時の対応

疥癬の予防のためには、早期発見に努め、適切な治療を行うことが必要です。疥癬が疑われる場合は、直ちに高齢者介護施設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。

#### ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

疥癬は早期発見が大切です。以下のような皮膚所見を見たら、疥癬を疑います。

入所時や普段のケアのときに皮膚の観察を忘れないようにします。

- 皮膚の掻痒感があり、特に夜間にかゆみ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平や手指間に認められます。
- 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入所者の方は注意して観察します。

#### エ. 感染を疑ったら～対応の方針

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



- 素手で皮膚を触らないよう手袋を着用します。また、無防備に患者に接触しないことが重要です。
- 多くの人と接触することが多い検査（採血、X-Ray 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。

#### 才. 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、使い捨てのガウンを着用します
  - ・ 布ガウンを使用してはいけません。
- 患者を清潔にすることが大切です
  - ・ 寝衣は洗濯したものに替えます。
  - ・ 皮膚の観察と清潔につとめます。
  - ・ 入浴ができる方は、できるだけ毎日入浴します。
  - ・ 入浴ができない方に対しては、皮膚の観察を含めて毎日清拭をします。
- 使用したリネンはビニール袋に入れて、しっかりと口をしめて洗濯に出します。
- 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。
- 痲痺型疥癬の場合は、特に感染力が強いため隔離対応とします。ただし本人等への説明と同意を得て人権に配慮します。
- 接触した職員
  - ・ 無防備で接触した職員は、当日着た衣服はすぐに洗濯をします。帰宅後、入浴・シャワーをし、下着も全て替え、洗濯をします。
  - ・ 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。

#### 力. 解除の判断

接触感染予防策を解除する前に、患者の全身を観察して新しい皮疹がないことを確認します。

#### (4) 腸管出血性大腸菌感染症（腸管出血性大腸菌）

##### 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 が最も多いですが、O26、O111、O121 等の型もあります<sup>12</sup>。

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

##### イ. 平常時の対応

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


- 手洗いの励行（排便後、食事の前等）
- 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、衛生的な取り扱いが大切です。

##### ウ. 発生時の対応

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医師の診察を受け、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。
- 腸管出血性大腸菌感染症は、3 類感染症<sup>13</sup>であるため診断した医師が、診断後直ちに最寄りの保健所に届け出ることになっています。

<sup>12</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。

<sup>13</sup> 3 類感染症：感染症法による感染症の分類は付録 2 を参照。  78 ページ

## (5) 結核（結核菌）

### ア. 特徴

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

高齢者では過去に感染し無症状で経過していたが免疫力の低下等のため発症したケースや一度治療を行った肺結核の再発例がみられます。高齢者では、全身の衰弱、食欲不振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。

### イ. 平常時の対応


入所時点で結核でないことを、医師の健康調査表等に基づき確認します。年に一度、レントゲン検査を行うなど患者の状態の変化に注意します。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。

### ウ. 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X線の検査を行い、医師の診断を待ちます。
- 検査の結果を待つ間は、看護職員・介護職員は、マスクを着用し、可能であれば検査を待つ入所者は個室を利用することが望まれます。症状のある入所者は直ちに一般入所者から隔離し、マスク（あれば外科用マスク）を着用させ、医師の指示に従うことが必要です。
- 施設内で結核患者の発生が明らかとなった場合に、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、喀血等のある入所者は、隔離し、早期に医師の診断を受ける必要があります。

- 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。
- 結核は 2 類感染症<sup>14</sup>で、診断した医師が、直ちに最寄りの保健所に届け出ることであります。

---

<sup>14</sup> 2 類感染症：感染症法による感染症の分類は付録 2 を参照。  78 ページ

## (6) レジオネラ症（レジオネラ属菌）

### ア. 特徴

レジオネラ症は、レジオネラ属の細菌によっておこる感染症です。レジオネラは自然界の土壌に生息し、レジオネラによって汚染された空調冷却塔水等により、飛散したエアロゾル<sup>15</sup>を吸入することで感染します。その他、施設内における感染源として多いのは、循環式浴槽水、加湿器の水、給水・給湯水等です。

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

### イ. 平常時の対応・予防

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>16</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。高齢者施設で利用されている循環式浴槽では、浴槽水をシャワーや打たせ湯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 カ月に 1 回以上消毒することが必要です。消毒には塩素消毒が良いです。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、付録 3 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。 82 ページ

<sup>15</sup> エアロゾル：気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子。

<sup>16</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>)


ウ. 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。

エ. 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。
- レジオネラ症は、4類感染症<sup>17</sup>で、診断した医師が直ちに届け出ることになっています。

---

<sup>17</sup> 4類感染症：感染症法による感染症の分類は付録2を参照。  78 ページ

## (7) 肺炎（肺炎球菌等）

### ア. 特徴

肺炎球菌は人の鼻腔や咽頭等に常在し、健康成人でも保有している人はまれではありません。肺炎を起こす病原体は、肺炎球菌の他にインフルエンザ菌、モラキセラ・カタラーリス、黄色ブドウ球菌、肺炎桿菌等もありますが、肺炎球菌は肺炎の主要な原因菌とされています。

### イ. 平常時の対応・予防

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

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

慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病等の基礎疾患を有する入所者は、肺炎球菌感染のハイリスク群です。入所者の感染症の重度化予防としては、肺炎球菌ワクチンの接種が重要です。入所者で定期接種の対象となる方はそれを活用して接種を積極的に行います。また、対象外の入所者は13価ワクチンの接種も含めて医師と相談することが望まれます。

また、衛生的な手洗いを徹底することが重要です。

### ウ. 疑うべき症状と判断のポイント

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

### エ. 感染を疑ったら～対応の方針

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

## (8) 誤嚥性肺炎（口腔内細菌等）

### 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。嚥下能力が低い入所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。

### ウ. 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とも否定はできません。

### エ. 感染を疑ったら～対応の方針

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



## (9) 薬剤耐性菌感染症（薬剤耐性菌）

### ア. 特徴

薬剤耐性菌の菌や耐性の種類は様々ですが、高齢者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。

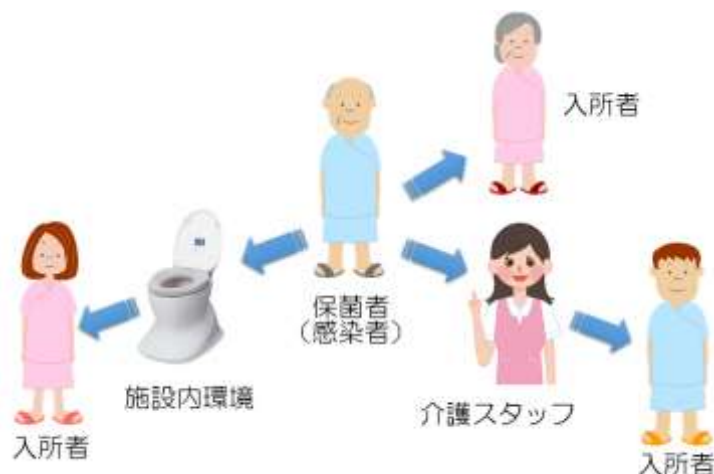
その主な特徴は以下のとおりです。

- 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。

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、施設内でも図 5 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、高齢者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 5. 薬剤耐性菌の伝播経路



### イ. 平常時の対応

表 3 に示す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衛生的な手洗いが必要です。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、ケア後の衛生的手洗い等の徹底も重要です。

表3 主な薬剤耐性菌の特徴と特に感染対策が必要なケア

薬剤耐性菌	菌の種類	主な菌の存在部位	特に感染対策が必要なケア
MRSA	黄色ブドウ球菌	鼻腔、口腔、皮膚	口腔ケア、清拭、気道吸引等
ESBL 産生菌 AmpC 産生菌 CRE	腸内細菌科の菌 (大腸菌等)	腸管 (尿路)	おむつ交換、尿廃棄 (尿道カテーテル留置例) 等
MDRP	緑膿菌	腸管 (気道、尿路)	おむつ交換、気道吸引、尿廃棄 (尿道カテーテル留置例) 等
MDRA	アシネトバクター属	腸管、皮膚	おむつ交換、清拭等
VRE	腸球菌	腸管	おむつ交換

MRSA：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌、ESBL：基質特異性拡張型βラクタマーゼ

AmpC：AmpC型βラクタマーゼ、CRE：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌

MDRP：多剤耐性緑膿菌

MDRA：多剤耐性アシネトバクター、VRE：バンコマイシン耐性腸球菌

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、症状のない入所者について、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. 発生時の対応

- 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、当該入所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、当該入所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、感染徴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。

## エ. 解除の判断

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、高齢者介護施設の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。