



[トップページへ](#)

[前のページへ](#)

社会福祉施設職員のための
感染症対策 Q & A
(平成16年1月)

《監修》

東京都老人医療センター感染症科部長 稲松 孝思
東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課



このページは、社会福祉施設において、適切な利用者サービスを提供するために必要な感染症の知識をまとめたものです。感染症にはいろいろなものがありますが、インフルエンザ、レジオネラ症、MRSA、B型肝炎、C型肝炎、疥癬など、社会福祉施設において身近な疾患を重点的に取り扱いました。施設での日常業務に役立てていただければ幸いです。

なお、医師の監修により一般的な感染症対策について記載していますが、すべてを網羅したものではありません。記載内容についてご意見などがございましたら、下記までご連絡下さい。今後の参考とさせていただきます。

福祉保健局指導監査室指導調整課

TEL 03-5320-4051

FAX 03-5388-1415

● 目次 ●

[I 感染症についての基本的な知識](#)

[Q1 感染症とは何でしょうか？](#)

[1 自然界の微生物](#)

[2 ヒトの感染抵抗性](#)

[3 微生物の病原性とは](#)

[4 感染と感染症とは](#)

[5 今日の感染症](#)

[Q2 病原体はどのような経路で感染するのですか？](#)

[Q3 院内（病院）感染はどのようなときに問題となるのですか？](#)

[Q4 福祉施設利用者サービスの上で問題となる感染症は？](#)

[Q 5 福祉施設における感染症対策の基本として大切なことは？](#)

[Q 6 福祉施設職員の健康管理上注意すべき感染症は？](#)

[II 感染症対策の実際](#)

[Q 1 入所時のチェック・入所制限が必要な感染症は？](#)

[Q 2 入所者の感染症の症状で注意すべきものは？](#)

[Q 3 施設内感染症対策で注意すべきポイントは？](#)

[Q 4 施設環境整備上で注意すべき点は？](#)

[Q 5 一般的な清潔動作として大切なことは？](#)

[Q 6 手洗いはなぜ大切なのですか？](#)

[Q 7 利用者の入浴に関して注意すべき点は？](#)

[Q 8 消毒薬の使い方で注意すべき点は？](#)

[Q 9 保菌者に対するサービス上の注意点は？](#)

[Q 10 施設内で感染症の集団発生が疑われる場合などにはどこに連絡すればいいですか？](#)

[III インフルエンザ](#)

[Q 1 インフルエンザとは？](#)

[Q 2 福祉施設におけるインフルエンザ予防対策は？](#)

[Q 3 インフルエンザが発生した場合には？](#)

[IV レジオネラ症](#)

[Q 1 レジオネラ症とは？](#)

[Q 2 感染源及び感染経路は？](#)

[Q 3 福祉施設において気をつけることは？](#)

[Q 4 レジオネラ症と疑われる患者が発生した場合には？](#)

[V MRSAなどの耐性菌感染症](#)

[Q 1 MRSAとは？](#)

[Q 2 福祉施設におけるMRSA対策は？](#)

[Q 3 MRSAの保菌者対策は？](#)

[Q 4 利用者に感染症状がみられたときは？](#)

[Q 5 MRSAは人体から離れてどのくらいの期間、生存していますか？
また、感染力はどれくらい持続しますか？](#)

[VI 血液媒介型感染症](#)

[Q 1 血液媒介型感染症とは？](#)

[Q 2 肝炎にはどのようなものがありますか？](#)

[Q 3 AIDSとは？](#)

[Q 4 梅毒とは？](#)

[Q 5 成人T細胞白血病ウイルス感染症とは？](#)

VII その他の感染症

Q1 SARS対策は？

Q2 疥癬患者への対応は？

Q3 結核菌排菌者への対応は？

Q4 発疹性ウイルス感染症対策は？

Q5 ウイルス性胃腸炎対策は？

Q6 食中毒対策は？

VIII 参考

◇ 関連ホームページ

◇ 参考図書

◇ 保健所一覧

◇ 福祉保健局担当部署・連絡先一覧

●PDFファイルにて一式ご覧になれます。(128KB)

[トップページへ](#)[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

I 感染症についての基本的な知識



Q-1

そもそも感染症とは何でしょうか？



A

感染症は自然界の病原微生物が体内に侵入して起こる病気です。どのような病原体により、どのような病気が起こるかは、病原体の性質と、我々の体(宿主)の性質との相対的な力関係により決まってきます。このことについて少し詳しく説明します。

1 自然界の微生物

我々人類は自然界の様々な動物や植物と共存共栄し、生態系を形成しています。緑を守れ、野鳥を守れ、鯨を守れといいますが、同じ地球上の生物の間である微生物はどうなのでしょう。微生物の生活圏は南極の氷の下や、深海底の熱水にも及び、地球上のあらゆる環境にいます。もちろん、我々人類の周辺や土壌や水の中にもたくさんいます。これらの微生物のあるものを我々は食品として利用しており、また、微生物は生き物の死体を腐敗させて土に返す役割も果たしています。また、我々の腸の中、口の中、皮膚や粘膜の表面には常在菌といわれるたくさんの菌が生活し、周辺環境からの有害菌の侵入を阻止しています。ある意味で我々は、微生物のおかげで生態系のバランスを取りながら生きて行けるともいえます。

2 ヒトの感染抵抗性

ヒトには自然に備わった、微生物に対する感染抵抗性があり、通常はこれらの微生物により病気を起こすことはありません。体は皮膚や粘膜で覆われ、抗菌性の粘液や体液を産生し、白血球などの貧食細胞により体内に侵入した微生物を殺し、免疫細胞が抗体を作るなどの働きで、我々の体は何重にも守られているのです。(生まれたときからこのような感染抵抗性の無い生命は、初めからこの地上で生きていくことはできないのです。)しかし、これらの感染抵抗性のどこかが傷害されると、種々の感染症を起こしやすくなります。

3 微生物の病原性とは

環境にいる微生物のごく一部は、毒素を作ったり、ヒトの組織に侵入する力があり、健康なヒトに病気を起こす能力があります。このような能力を病原性といい、病原性の強い微生物を病原微生物といいます。

病原性が強く、健康なヒトでも感染すると感染症を発症しやすい病原体としては、コレラ菌、チフス菌、赤痢菌などがあります。これらの強毒微生物による感染症は、社会の中で流行しやすく、「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」(以下「感染症法」という。)により類型化され(表1)、その対策が行われています。

ヒトの常在菌の大部分は病原性が弱く、ヒトの感染抵抗性が保たれているときには病気を起こす力がなく、何らかの基礎疾患により感染抵抗性が著しく傷害されているときに初めて病気を起こしてきます。このような病原体をひよみ日和見感染病原体といいます。相手が元気なときには知らん顔をしていて、相手が弱ると、その弱みを突いて暴れ出すのです。今日、普通にみられる感染症の大部分は、このような日和見<ひよみ>感染菌によるものです。環境にもこのような弱毒の微生物が多数みられます。

4 感染と感染症とは

「感染」とは自然界の微生物が、新たにヒトの体内に侵入して増殖する状態をいいます。ヒトと接触した微生物の大部分は、一時的に留まって追い出されるか、ヒトと共存関係(保菌状態)となります。病原微生物の場合はヒトの体の中で増殖すると、ヒトの感染抵抗性が働いて炎症を起こし、熱が出たり、

感染部位が痛んだり、化膿したりします。このように実際に病気を起こした状態が「感染症」です。

5 今日の感染症

社会環境の整備が不十分であった時代には、病原性の強い各種病原体による感染症が、日本の社会にも広くまんえん蔓延し、多くの健康なヒトが感染症のために死亡しました。今日、上下水道の整備など社会環境が改善され、栄養状態が改善され、ワクチン接種による予防が行われ、過去にみられたような形の感染症の流行はまれなものとなりました。一方、抗菌薬の進歩により、過去には治療困難であった各種細菌感染症が容易に治療できるようになりました。抗菌薬が使用できることにより、悪性腫瘍に対する強力な治療、脳や心臓などの大手術、移植手術など感染症を合併しやすい種々の治療が可能になり、人類に大きな福音を与えています。また、昔なら生きながらえることができなかったほど感染抵抗性が低下している患者でも生き続けられるようになりました。病院にはこのような感染抵抗性の低下した患者がたくさん入院しており、健康なヒトには病気を起こさない、病原性の極めて弱い病原体による感染症がみられます。これが、いわゆる「日和見＜ひよりみ＞感染症」です。このような中で、抗菌薬に耐性の各種細菌が病院を中心にはびこるようになっていきます。病院における院内感染により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が広く蔓延し、院内感染の問題が大きな話題となっている背景には、このような事情があるのです。

また、アフリカ、南アジア、東南アジア、中南米などの発展途上国では、今日でも昔からの感染症がみられます。時々、旅行者を介して、このような病原体が国内に持ち込まれることがあります。ジェット機に乗って多くの人が短時間に世界中を行き来できる今日、このような事例が増え、輸入感染症として注目されています。代表的な疾患として赤痢、コレラ、腸チフス、マラリアなどがあります。

さらに結核、マラリア等、過去の感染症として制圧されつつあったものが再び増加してきている「再興感染症」やSARSに代表される「新興感染症」も問題となっています。近年の爆発的人口増加とヒトの移動、大規模な森林開発、地球温暖化によりヒトと動物の生態系のコントロールが大きく乱れつつあります。密林の奥深くに潜んでいた未知の病原体や媒介する動物等に接触する機会が増えたり、古くから存在していた病原体の変異など要因としてあげられます。「新興感染症」としては、SARSのほか、ウエストナイル熱や新型インフルエンザが注目されています。

表1 感染症法に規定される感染症の類型（平成15年11月5日現在）

	性格	感染症	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	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群 （病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。） 痘そう ペスト マーブルグ病 ラッサ熱	・原則入院 ・消毒等の対物措置 ・特定職種への就業制限 ・例外的に建物への措置、制限等の措置も適用対象
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	急性灰白髄膜炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス	・状況に応じて入院 ・消毒等の対物措置 ・特定職種への就業制限
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、特定の職種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	腸管出血性大腸菌感染症	・消毒等の対物措置 ・特定職種への就業制限

四類 感染症	動物等を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれがあるもの	E型肝炎 ウエストナイル熱 A型肝炎 エキノコックス症 黄熱 オウム病 回帰熱 Q熱 狂犬病 高病原性鳥インフルエンザ コクシジオイデス症 サル痘 腎症候性出血熱 炭疽 つつが虫病 デング熱 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 ブルセラ症 発しんチフス ボツリヌス症 マラリア 野兔病 ライム病 リッサウイルス感染症 レジオネラ症 レプトスピラ症	・消毒等の対物措置 ・ねずみ等の駆除
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	アメーバー赤痢 R S ウイルス感染症 咽頭結膜熱 インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く。） ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。） A群溶血性レンサ球菌 咽頭炎 感染性胃腸炎 急性出血性結膜炎 急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く。） クラミジア肺炎（オウム病を除く。） 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 細菌性髄膜炎 ジアルジア症 水痘 髄膜炎菌性髄膜炎 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 先天性風しん症候群 手足口病 伝染性紅斑 突発性発しん 梅毒 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 風しん ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 ヘルパンギーナ マイコプラズマ肺炎 麻しん 無菌性髄膜炎 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 流行性角結膜炎 流行性耳下腺炎 淋菌感染症	・感染症発生状況収集、分析とその結果の公開、提供
指定 感染症	既知の感染症で、一類～三類感染症に準じた対応が必要となったもの		・一類～三類感染症に準じた対応
新 感染症	未知の感染症で、症状が重篤かつ感染力が極めて強いもの		・一類感染症に準じた対応

▼ Q－2

病原体はどのような経路で感染するのですか？



ヒトに病原体がうつる経路にはいくつかの経路があります。大きく分けて、空気感染（飛沫＜ひまつ＞核感染）、飛沫感染、経口感染、接触感染があり、特殊なものとして血液媒介感染があります。感染する場合、病原体がほんの少数であれば、感染することはあっても、感染症を起こすことはありません。しかし、大量に体内に入ったときには病気を起こすことがあります。このことは、感染経路を遮断する上でとても大切なことです。感染経路ごとにその概略をみてみましょう。

1 空気（飛沫核）感染

病原体を含む飛沫が、微小残留物（飛沫核）となり空中に浮遊し、それを吸入することで感染します。粒子が1m以上にわたって飛散して、長時間空中に漂います。結核、麻疹、水痘などがあげられます。

2 飛沫感染

インフルエンザなどの呼吸器ウイルス感染(風邪の大部分)では、患者(排菌者)が咳やくしゃみをしたときに飛び散るしぶき（飛沫）に病原体が混じっており、周辺の人が飛沫を吸い込むことにより感染します。

3 経口感染

汚染された水や食事を介した感染です。赤痢、コレラ、腸チフス、サルモネラ症などの感染症や、食中毒、A型肝炎、ロタウイルス感染(小児白色下痢症)などの事例が代表的なものです。これらの感染症の流行は上下水道の整備、食品管理の進歩などにより減少していますが、集団生活の中で時々流行がみられます。

4 接触感染

皮膚、粘膜の直接の接触による感染です。性行為が関係するものが中心です。淋菌、クラミジア、2型単純性ヘルペスウイルス、梅毒スピロヘーターなど、性器粘膜に定着しやすい一群の病原体があり、感染者との性行為でうつります。また、ケジラミ、疥癬ダニ等の寄生虫も接触により感染します。肛門性交、オーラルセックスなどで、直腸、口腔が冒されることもあります。

次に述べる血液媒介型感染が、乱暴な性行為による性器粘膜の傷から感染することがあります。B型肝炎、HIV感染などでこのような経路による感染が知られていますが、握手などの日常的な接触でうつることはありません。

また、飛沫感染する病原体が手指を介した接触感染を起こすことも知られており、感冒時の手洗いが奨められています。

5 血液媒介型感染（参照VI）

輸血・血液製剤投与、注射針の針刺事故等で血液を介しての感染です。血清肝炎(B型、C型)、梅毒、ヒト免疫不全ウイルス感染症(HIV感染症)、成人型T細胞白血病ウイルス感染症(ATLV感染症)などがあげられます。これらの疾患は、日常の介護活動による接触、食器などにより感染することはありません。

輸血を介した感染が過去に多発しましたが、今日、輸血血液や血液製剤は、これらの病原体が含まれていないことが厳重にチェックされています。また、医師、看護師、検査技師など、患者の血液に直接接触する機会の多い職種では、患者の血液がついてメス、注射針、ガラス片などで自分の手を傷つけて感染する危険性があり、注意が求められています。これらの中でB型肝炎ウイルスは、比較的感染しやすい病原体であり、感染機会の多い医師や看護婦には、予防ワクチンの接種が行われています。出産時（母から子へ）や粘膜を傷つけるような性行為でもこれらの病原体が感染することがあります。

6 その他

日本脳炎、マラリア、ライム病、つつが虫病など、昆虫を介した感染症があります。

上下水道の整備など社会環境が清潔になり、栄養状態がよく感染抵抗性が保たれた今の日本社会では、昔みられたような感染症の流行はまれになっています。しかし今日でも、飛沫感染と経口感染は、集団生活の中で起こりやすく、インフルエンザやロタウイルス感染の集団内発生、集団食中毒はしばしばみられます。保育園、学校、会社、老人ホーム、病院などの集団生活の場では特に注意が必要でしょう。感染経路遮断のため、手洗い、うがい、食品や水の衛生管理、施設環境の整備などの、昔から行われている一般的な感染症対策が必要です。感染力の強い感染症に遭遇する機会が減ったために、このよ

うな基本的なことが段々おろそかにされてきています。

▼ Q-3

院内（病院）感染はどのようなときに問題になるのですか？

▼ A

「院内感染」とは、広い意味では病院において患者や医療従事者が発症した感染症すべてを含み、「病院感染」ともいいます。患者の感染抵抗性の低下とともに、患者がもともと自分の体内に持っていた微生物(常在細菌)が感染症を起こしてくる内因性院内感染症と、病院環境や他の患者、医療・介護職員から病原体を受け取って発症する外因性院内感染症とがあります。内因性院内感染症は、患者の病気そのものなのですが、治療のためいろいろな対策が取られています。外因性院内感染症は、強毒病原体によりすぐに発症する例と、鼻腔、咽頭、腸管などにいったん定着後、患者の感染抵抗性が低下するとともに発症してくるもの（日和見＜ひよりみ＞感染症）があります。

病院は様々な感染症患者が集まって来ると同時に、感染症に罹患＜りかん＞しやすい患者が集まっている場所であり、外科手術のみならず、多くの濃厚な医療処置が行われ、多くの患者に抗菌薬が使用されている場所です。このため、病院環境に種々の耐性菌が定着しやすく、職員の手指、医療器具等を介して患者の間に広がり、外科手術後の患者、重い免疫不全の患者などで発症しやすいのです。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)による院内感染が日本の多くの病院に広まり問題となりましたが、MRSA以外にも緑膿菌、シェードモナスセパシア、セラチアなどの各種耐性菌による院内感染がみられています。この外に、疥癬＜かいせん＞ダニ、結核菌、各種ウイルスなどによる、市中でみられる感染症が集団生活の中に持ち込まれて起こる院内感染症や、病院給食による集団食中毒の可能性もあります。このような外因性の院内感染にしても、感染抵抗性が弱っている患者が発症しやすく、病院として、厳重な感染経路の遮断が求められています。

また、B型肝炎、C型肝炎、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染などは、感染者の血液から医療職員に感染する可能性があります。特に、医師、看護師、血液を取り扱う検査技師、医療廃棄物の処理を行う職種は、注射針、メス、試験管の破片などで手を傷つけ、患者の血液が傷口に触れる機会が多く、このような職種の人を感染症から守る必要があります。このため医療廃棄物の別処理など、様々な対策が現在行われています。

院内感染対策を考える上で、このような院内感染を起こしやすい病原体を、1.薬剤耐性菌感染症、2.血液媒介型感染症、3.市中感染症の三つのグループに分けると理解しやすいでしょう。

▼ Q-4

福祉施設利用者サービスの上で問題となる感染症は？

▼ A

福祉施設は多くの人々が利用する場であり、集団生活を営む場でもあります。集団生活は感染症の流行しやすい場ですが、流行しやすい感染症や、対策の必要な感染症は利用者の状況により異なります。そのあらしを[表-2](#)に示しました。感染症対策の立場から、福祉施設を考えると、次のような特徴があります。1.集団生活の場である。2.利用者に病弱者が多いが、あくまでも生活の場であり、病院のような極端に感染抵抗性が低下した人はいない。また抗菌薬投与を受けている人はごく少数であり、手術などの医療処置はほとんど行われなない。この点は病院とは基本的な条件が異なる。3.介護職員の多くは医学知識を学んでおらず、医師や看護婦中心に運営される病院とは異なり、介護者の安全を守るための基本的な教育が重要である。

このような場所ではMRSAなどの耐性菌による施設内感染の実害はほとんどみられません。施設において時々みられる感染症の流行は、インフルエンザ、感冒、かいせん疥癬などであり、まれに食中毒、結核などの感染症がみられます。乳幼児施設では、水痘、麻疹、風疹、おたふく風邪、ウイルス性腸炎などの流行がみられます。これらの病原体が集団生活に持ち込まれるのをどのように防ぐか、また持ち込まれてしまった時にどうするかという問題になります。また、一部の血液媒介型感染のキャリア(保菌)患者を介護するとき、どうしたら安全に介護出来るかという点も重要な問題です。

▼ Q-5

福祉施設における感染症対策の基本として大切なことは？

▼ A

以上に述べたような集団生活の中での感染症の流行を防止する上でいくつかの点に注意が必要です。ポイントとなるのは以下の点です。

1. 問題となる感染症を中心に、いろいろな感染症に対するバランスの取れた対策でなければならないこと
ー＜総合的感染症対策＞
2. 高齢者施設、児童福祉施設、学校、在宅福祉サービスなど、場所、利用者の状況などにより、問題となる感染症は異なっており、感染症対策にもTPO(時間・場所・状況)をわきまえた対策でなければならないこと。特に、病院とは異なる点に注意が必要です。[\(表2\)](#)
3. 患者に対する感染防止対策は、患者、利用者を守るために行うものであり、不必要な対策により利用者を困らせるものであってはならないこと。

表2

	市中流行病	血液媒介感染症	多剤耐性菌感染症
病院入院患者 (抗生物質治療・手術)	◎	○	◎
福祉施設利用者	◎	△	△
社会人・家庭人	○	△	△
医師・看護婦など (患者の血液に触れる)	○	○	△
介護者	○	△	△

- ◎ 感染症発症の危険があり、対策が必要
○ まれに感染症を発症することがあり、対策が必要
△ 感染症発症がほとんどない

▼ Q-6

福祉施設職員の健康管理上注意すべき感染症は？

▼ A

健康な介護職員にとって危険な感染症は、施設でも社会生活の中でも同じです。インフルエンザ、感冒、疥癬＜かいせん＞などが感染しやすい感染症ですが、時に結核や食中毒などが問題となります。日常生活の中で行うべき清潔行為を、職場でも基本的動作として行うことが必要です。若干特殊な点は、鼻血、痔出血、けがの出血、生理の出血など、利用者の血液と接触する場合です。

また、福祉施設職員が社会から施設内にインフルエンザなどの感染症を持ち込まないよう注意が必要です。

[このページのトップに戻る](#)[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

II 感染症対策の実際

Q-1

入所時のチェック・入所制限が必要な感染症は？

A

感染症法に定められる疾病については、医療機関から保健所への届出により、蔓延＜まんえん＞防止のため必要に応じて対策がとられます。

入所時に疑わしい症状がある場合には速やかに医師の診断を求める必要があります。

結核菌排菌者については入所時にチェックされ、入所は規制されています。

新規入所者が疥癬＜かいせん＞の感染源となる場合があるため、入所時には皮膚所見の観察が必要です。入所時に無症状の潜伏期間の場合もあるので、入所後皮膚のかゆみや発疹がみられた場合は、早期に皮膚科を受診します。通常の疥癬であれば、感染力もさほど強くないので、隔離など特別な対応は必要ありません。また、感染力の強いノルウェー疥癬（角化型疥癬）であっても、個室隔離など適切な対応をとれば感染は防げますので、入所を規制する理由にはなりません。

MRSAなどの薬剤耐性菌による感染症については、抗菌薬の使用頻度の低い施設内での流行はまれです。また、健康な介護者に対して危険はありません。したがって、緑膿菌やMRSAが検出されているからといって、感染症状がない限り、特別扱いする必要はありません。感染症状があれば、病態に応じて適切な治療が必要です。また、現在の細菌検査法では、完全なチェックは困難であり、入所時の画一的なチェックは意味がありません^{注)}。

注) MRSA保菌状態チェックの意義

病院など術前、術後患者や高度免疫不全患者を集中的に扱う施設では、入室者、介護者、医師などのMRSA保菌状態を定期的にチェックする場合がある。このような場所ではMRSAによる重篤な感染症状を出す危険の高い患者が集中的に治療を受けているからである。これ以外の場所では、特殊な研究目的以外には、定期的にチェックする必要はない。もし行ったとしても、鼻腔定着菌が少ない場合や、

MRSAの遺伝子(mec-A)を持っているが通常の検査ではMRSAと判定されない株が検出される場合は、MRSA陰性と判定され、本当にMRSAがいるかいないかの評価は困難である。その結果をもとに利用者サービスをかえることには問題がある。

B型肝炎、C型肝炎、HIV感染、ATLV感染、梅毒については、血液との接触のみに注意を払えば、通常の介護活動により介護者が感染する危険はなく、福祉施設入所時のチェックは必ずしも必要ありません。むしろ、キャリアの入所拒否や、介護時の不必要な差別のないよう適切な対応が必要です。

Q-2

入所者の感染症の症状で注意すべきものは？

A

入所者に原因不明の発熱、下痢などの感染兆候がみられた場合は、医師の診察、検査が必要となります。面会者、職員などにより新たな感染症が持ち込まれる可能性があります。

入所時に活動性結核が否定されていても、高齢者では施設内で何年も過ごす間に、結核が再発し、排菌してくることがあります。咳、痰、発熱などの疑わしい症状が続く場合、排菌している可能性を否定するために、胸部X線撮影や結核菌検査が必要なので医療施設を受診させる必要があります。

疥癬＜かいせん＞については、施設内流行を防ぐ対策が必要であり、利用者にかゆみの強い皮疹があるときには専門医の診断が必要です。

MRSAなどの耐性菌が鼻腔や咽頭に延着している健康保菌者については、特別扱いする必要はありません。褥瘡＜じょくそう＞感染、咳の多い慢性気道感染などの例で、大量にMRSAなどの耐性菌を排菌している場合は、ポビドンヨードによる褥瘡面の消毒、うがいなどを行います。また、入浴を最後にする、MRSAを受け取りやすい長期間抗菌薬投与中の利用者とは別室にするなどの処置を行います。感染症状のある例では治療が必要ですが、必ずしも入院させる必要はなく、医師の判断に従ってください。平素から利用者の健康状態をよく把握し、早めに医師の診察を受けるべきです。

Q-3

施設内感染症対策で注意すべきポイントは？

A

集団生活の中での感染症の蔓延＜まんえん＞を防ぐためには、利用者の健康管理、施設環境の整備(整理整頓、清掃、手洗い設備の充実、汚物処理体制

の整備など)、介護職員の一般的な清潔動作(手洗いやうがい)の励行や、医療器具を扱うときの基本的な注意が必要です。

また、過剰な対応により施設利用者に不必要な不安感を与えることのないよう注意が必要です。

Q-4

施設環境整備上で注意すべき点は？

A

塵、ほこりのあるところ、水がかかり湿った所は、いろいろな病原体の巣になります。特に、洗面所、流しなどは注意が必要です。掃除しやすいように整理整頓に努めることも大切です。

また、おむつ、傷の手当をしたガーゼなどの汚物により環境が汚染されないよう注意が必要です。

Q-5

一般的な清潔動作として大切なことは？

A

勤務につく時、終わった時には、手洗い、うがいをしてください。

発熱、下痢、咳などのひどい人などに接触した場合は、その都度手洗いやうがいを励行してください。また、利用者の血液、体液にはできるだけ素手で触れないでください。特に手に傷があるときはゴム手袋を使用してください。咳のひどい利用者に接するときは、マスクを着用し、斜め前に立って直接しぶきを浴びないようにしてください。このような利用者に接したときはうがいをしてください。

医療器具、薬剤の取扱、消毒操作などは清潔に行ってください。

Q-6

手洗はなぜ大切なのですか？

A

毎日の生活の中で、顔を洗ったり、歯を磨いたり、料理をしたり、トイレでお尻を拭いたり、ドアを開けたり、電車の吊革をつかんだり、エレベーターのボタンを押したり、あらゆるものに手を触れます。介護の場では、手を引いたり、抱きかかえたり、スキンシップが求められます。その手でおむつを替えたり配膳したりしなければならないのです。介護者の手を介した濃厚

感染は、MRSAなどの各種耐性菌のみならず、感冒ウイルスその他の多くの病原体の伝播経路として最も重要です。そのため、手洗いはあらゆる感染症防止対策のかなめとなります。感染症の種類により求められる嚴重さには差がありますが、基本的な事項について述べます。

1. 流水と石鹼による手洗い

水道の水で洗い流すことにより、手の汚染菌は大幅に減少します。石鹼を使えばもっときれいになります。普通の場合はこれのみで充分です。ただし、手洗い後、蛇口の栓を止め、手を拭かなければなりません。洗った手でまた汚れた水道栓に触れ、汚れたタオルで拭けば、意味がありません。多くの職員が頻繁に手洗いする必要がある病院では、センサー式、足踏み式、肘押し式蛇口などの設備面での改善が進められています。手拭きはペーパータオル又は温風乾燥機が望まれます。

2. 手指消毒

手洗いにより菌量を減少させた上で用いれば、60%以上のアルコールでほとんどの病原体は除去できます。アルコールは最も確実で安価な消毒剤ですが、手が荒れるのが難点です。手荒れ防止剤、他の消毒剤を配合した各種消毒薬が市販されています。MRSAなどの細菌は、アルコールを含まない大部分の消毒剤でも有効です。褥瘡くじょくそう＞処置などの感染病巣の処置を行った後や、血液などの体液や汚物などに触れた後などに用います。B型肝炎などのウイルスでは、アルコール含有のものや塩素系の消毒剤が必要な場合があります。

Q－7

利用者の入浴に関して注意すべき点は？

A

巡回入浴車、在宅入浴介助などの場合、一回ごとにお湯を流し、通常の洗剤で浴槽を洗えば特に問題はありません。ショートステイ、デイサービスなどで、共同で浴槽を使用する場合、体を石鹼で洗った後、浴槽を使用するように指導してください。特に褥瘡のある症例では、創面を充分に洗うか、創面を粘着性防水フィルム(オプサイト、パーミエイドなど)で被覆するなどしてから入浴させてください。MRSA保菌者を入浴サービスから排除する根拠はありません。

Q－8

消毒薬の使い方で注意すべき点は？

A

消毒対象物の性質に合わせて消毒法を選びます。手指、粘膜、器械の消毒では、流水で付着している有機物を洗い流すことが第一です。その上で消毒薬の使用を考えます。消毒薬の選択では、消毒対象を傷めないこと(特に皮膚や粘膜)が第一であり、いたずらに強力な消毒薬を乱用しないよう注意が必要です。[表3](#)に消毒薬選択の目安を示しました。使用に当たっては、添付説明書を熟読し、目的に合わせた方法、薬剤濃度で消毒を行うことが重要です。

表3 消毒薬選択のめやす

(東京都衛生局「東京都感染症マニュアル」50頁より引用)

<主な消毒薬の殺菌スペクトル>

効力の 区分	消毒薬	一般 細菌	MRSA	緑膿菌	結核菌	芽胞	真菌	ウイルス			
								エンベロープ		HIV	HBV
								無	有		
高度	グルタ ラール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
中度	次亜塩 素酸ナ トリウ ム	○	○	○	△	△	○	○	○	○	○
	消毒用 エタノ ール	○	○	○	○	×	○	△	○	○	×
	ポピド ンヨー ド	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×
	クレゾ ール石 けん液	○	○	○	○	×	△	×	△	×	×
低度	両性界 面活性 剤	○	△	○*	△	×	△	×	△	×	×
	第四級 アンモ ニウム 塩	○	△	○*	×	×	△	×	△	×	×
	グルコ ン酸ク ロルヘ キシジ ン	○	△	○*	×	×	△	×	△	×	×

○：有効、△：十分な効果が得られないことがある、×：無効、＊：耐性菌がある。

＜主な消毒薬の使用区分＞

効力の区分	消毒薬	環境	器具		手指皮膚	粘膜	排泄物
			金属	非金属			
高度	グルタラール	×	○	○	×	×	△
中度	次亜塩素酸ナトリウム	○	×	○	×	×	○
	消毒用エタノール	○	○	○	○	×	○
	ポピドンヨード	×	×	×	○	○	○
	クレゾール石けん液	△	△	△	△	△	△
低度	両性界面活性剤	○	○	○	○	○	×
	第四級アンモニウム塩	○	○	○	○	○	×
	グルコン酸クロルヘキシジン	○	○	○	○	×	×

○：使用可能、△：注意して使用、×：使用不適

▼ Q－9

保菌者に対するサービス上の注意点は？

▼ A

介護者が感染し危険が生じ得る感染症はかなり限られた特殊なものです。感染経路も限定されています。これまで述べてきた基本的な注意が行われれば、その危険はほとんどありません。生命の危険という意味では交通事故の方がはるかに恐ろしいでしょう。健康保菌者を差別したり、介護等のサービスを低下させたりしないよう注意が必要です。不確かな情報に惑わされて、各種感染症に過剰におびえ、利用者を不必要に苦しめないでください。タクシーの運転手はお客様を安全に目的地に運ぶのが仕事です。そのために交通事故をいかに防ぐかが、職業上の安全対策です。介護者には介護者の安全対策が必要なのです。

▼ Q－10

施設内で感染症の集団発生が疑われる場合などにはどこに連絡すればいいですか？

▼ A

施設内で感染症の集団発生が疑われる場合などには、[所轄の保健所](#)に連絡し、指示に従ってください。あわせて、[東京都福祉保健局の運営所管部課](#)にもご一報ください。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

III インフルエンザ

Q-1

インフルエンザとは？

A

インフルエンザはインフルエンザウイルスにより引き起こされ、かぜ症候群の中でもっとも強い全身症状と呼吸器症状を呈し、ほとんど毎年その流行が繰り返され、高齢者や乳幼児の場合死に至ることもあります。

38度～39度以上の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛など全身の症状が強く、併せて、のどの痛み、鼻汁などの症状もみられます。高齢者が罹患<りかん>すると細菌性肺炎を併発しやすく、また、呼吸器疾患や心疾患、腎不全などの基礎疾患がある場合には急性増悪を引き起こしやすくなります。最近では乳幼児のインフルエンザ脳症の発生も問題となっています。

感染力が非常に強いため、一旦流行が始まると短期間で広がり、爆発的に患者が増加します。

突然の高熱、悪寒などインフルエンザの症状が見られた場合には、単なるかぜだと軽く考えずに、早めに医療機関に受診し、迅速診断キット等により確定診断する必要があります。インフルエンザウイルスの治療薬としてノイラミニダーゼ阻害薬等の抗インフルエンザウイルス薬があります。いわゆる「かぜ薬」といわれるものは、発熱、鼻汁などの症状をやわらげることはできますが、インフルエンザウイルスに直接効くものではありません。

Q-2

福祉施設におけるインフルエンザ予防対策は？

A

インフルエンザウイルスは非常に感染力が強いため、施設内にウイルスを持ち込まないようにすることが最も重要な対策のひとつです。

1.

入所者の健康管理

施設入所者の健康状態を定期的にチェックし、感染症の把握を行うことが必要です。特に、高齢者、呼吸器疾患、心疾患、糖尿病、腎不全等の慢性疾患を有する人がインフルエンザに罹患くりかん>した場合に合併症を併発しやすいので、日常から基礎疾患等の把握を十分しておく必要があります。

また、過去に、外泊から戻った入所者から施設内に感染が拡大した事例もあるので、入所者が外泊から戻った時等には健康状態のチェックを行うことも重要です。

2.

入所者へのワクチン接種

集団内での蔓延を防止するためには、インフルエンザワクチン予防接種が望めます。施設入所者に対して、予防接種の有効性、副反応の可能性等を十分に説明し、積極的に予防接種の機会を提供するなどの配慮が必要です。通常1～2月頃が流行期なので、12月中旬までに接種することが効果的です。

なお、65歳以上の高齢者等については、予防接種法により定期接種の対象者とされ、一部公費負担により受けられます。

注) 予防接種法による定期接種の対象者

○ 65歳以上の者

○ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓やじん臓、呼吸器の機能又は、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害を有する者

3.

面会者・ボランティア等への対応

面会者・ボランティアによってインフルエンザウイルスが施設内に持ち込まれるのを防ぐことも重要です。

インフルエンザの流行期においては、施設の玄関に必要な情報を掲示し、家族等にあらかじめ説明を行うなど面会者等に対して理解を求めることが必要です。

4.

福祉施設職員の健康管理

施設内にウイルスを持ち込む可能性が最も高いのが福祉施設職員です。そして、入所者に最も緊密に接するのも施設職員です。日常からの健康管理が重要で、万が一インフルエンザの症状が出た場合には、出勤を控えるなどして施設内感染の予防に努める必要があります。

また流行期前にワクチンを接種しインフルエンザに対する抵抗性を高めておくことも有効です。職員のワクチン接種は入所

者に対する感染予防策であると同時に、大流行により多くの職員が欠勤し、施設の機能がマヒするのを予防するという意味もあります。

5. 施設内の環境整備

一般的な衛生の確保に加え、インフルエンザウイルスは湿度に弱いので、加湿器などを使って適度な湿度を保ちましょう。

Q-3

インフルエンザが発生した場合には？

A

インフルエンザの疑いがある場合には、早めに受診することが重要です。特に高齢者や呼吸器疾患、心疾患、糖尿病、腎不全等の慢性疾患を有する人などが罹患<りかん>した場合には、急激に症状が悪化する場合があるので、特に注意深い観察が必要です。

多数の入所者が集団生活している施設では、急速に感染が拡大することが考えられます。できれば、インフルエンザに感染していると思われる入所者だけを別の部屋に移すのがよいでしょう。また、必要に応じて、食堂、レクリエーションルームなど多くの人が集まる場所での活動を一時停止することも検討します。

室内は、暖かくし、加湿器などを使って、湿度を高くします。また、空気中のウイルス濃度を下げるために換気をこまめに行いましょう。

施設内で集団発生した場合には、最寄の保健所等に連絡をします。特に施設内では対応できないと判断される場合には速やかに支援を求めることが重要です。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

IV レジオネラ症

▼ Q-1

レジオネラ症とは？

▼ A

レジオネラ属菌が原因の感染症で、肺炎を中心とするレジオネラ肺炎とインフルエンザに似たポンティアック熱とに分けられます。特に問題になるのがレジオネラ肺炎で、 β -ラクタム系抗菌薬（ペニシリン、セフェム、カルバペネム等）が無効で、腎不全や多臓器不全を起こして死亡する場合があります。乳幼児や高齢者、病人など抵抗力の低下している人がかかりやすい傾向にあります。

病院で新生児が加湿器等により感染して死亡した他、最近では、高齢者施設の循環式浴槽（24時間風呂）を感染源として死亡者がでるなど、社会福祉施設においても注意が必要な感染症です。

▼ Q-2

感染源及び感染経路は？

▼ A

レジオネラ属菌は自然環境中では、土壌や淡水に生息しています。冷却塔、循環式浴槽や修景施設などの人口環境水（水温20℃以上）では高率で生息しています。

レジオネラ属菌に汚染された水のしぶきなどエアロゾル（目に見えないような細かい水滴）を吸入したり、浴槽内で溺れて汚染水を呼吸器に吸い込んだ時などに感染・発病が報告されています。例えば循環式浴槽では、循環によって生じるうずや泡立ちなどでお湯からエアロゾルが発生します。

レジオネラ症は、人から人へ感染するものではなく、患者を隔離す

る必要はありません。共通の感染源から複数の人が感染し、発症するという特徴があります。

▼ Q-3

福祉施設において気をつけることは？

▼ A

レジオネラ症を予防するには、感染源となる設備や器具の衛生的な管理を行い、増殖を防止することが重要です。福祉施設では、1.入浴設備、2.空調用冷却塔、3.給湯設備、4.加湿器などについて定期的に清掃、水質検査を行う必要があります。「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年厚生労働省告示第264号）」により、必要な衛生上の措置がしめされています。

1. 入浴設備

循環式浴槽では、消毒や洗浄が十分でないと、微生物が入浴者のアカなどを栄養源として増殖します。これらが、浴槽や管の中で生物膜を形成し、この中でレジオネラ属菌も増殖します。特に24時間風呂にみられる生物浄化方式の循環式浴槽では、ろ材の中に微生物を増殖させて汚れを分解するため、レジオネラ属菌に汚染されるおそれが高くなります。

<維持管理上の注意点>

- 浴槽水のレジオネラ属菌の検査を年1回以上行う。（浴槽水を毎日完全に換えることなく使用している場合には、検査の頻度を高める。）
- 浴槽水は原則毎日、最低でも週一回以上全換水を行う。
- 一週間に一回以上、ろ過器及び浴槽水が循環している配管内の洗浄、消毒等をして生物膜等を除去する。
- ろ過器の前に設置する集毛器は毎日清掃する。
- 回収槽の水をやむを得ず浴用に使用する場合は、回収槽の壁面等の清掃及び消毒を頻繁に行い、回収槽内の水を消毒する。
- 塩素剤による浴槽水の消毒を行い、残留塩素濃度0.2～0.4mg／リットルに保つ。
- 貯湯槽は、湯温を60度以上に保ち、定期的な清掃、消毒により槽内の生物膜の除去を行う。
- 循環している浴槽水をエアロゾルが発生するシャワーや打たせ湯、気泡ジェットなどに使用しない。
- 入浴者に対して、浴槽に入る前に身体を洗うよう注意喚起をする。

2. 空調用冷却塔

冷却塔では、水温が微生物の増殖に適しており、レジオネラ属菌が増えやすくなります。また、冷却水のエアロゾルが空中に飛散するため注意が必要です。指針に基づき、定期的な洗浄、抗レジオネラ剤の使用などの管理を行います。特に丸型の冷却塔はエアロゾルが飛散しやすい構造となっており細心の注意が必要です。また、冷却塔が居室の窓や空調の外気取入口に近い場合には設置場所の変更やフィルターの性能向上などの対策が必要です。

3. 給湯設備

福祉施設においてよく見られる循環式給湯設備は、湯が配管で長く滞留するため、水温が低いとレジオネラ属菌の増殖が起こりやすくなります。給湯栓から出る湯を55℃以上にする、給湯設備内での湯の滞留防止、定期的な清掃などが必要です。

なお、家庭用局所式瞬間給湯設備では、レジオ属菌の増殖の心配はありません。

4. 加湿器

家庭用加湿器で非加熱式のもの（超音波式等）は、加湿水の長時間貯留によりタンクの汚染が起こりやすく、レジオネラ属菌が繁殖しやすくなっています。使用日ごとにタンクの水を取替え、タンクの内部を洗浄して清潔にしておきます。また、使用時期が終了したら、水を抜いて清掃を行うようにしましょう。

Q-4

レジオネラ症と疑われる患者が発生した場合には？

A

レジオネラ肺炎は進行が早く、適切な治療が行われない場合、致死率が非常に高くなります。そのため、医療機関に速やかに受診する必要があります。

また、人から人へ感染することはありませんが、ひとつの感染源から複数の人が感染する特徴があります。レジオネラ症と疑われる患者が発生した場合は、原因と考えられる設備の使用を停止して、その現状を保持したまま、所轄の保健所に連絡してください。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

V MRSAなどの耐性菌感染症

▼ Q-1

MRSAとは？

▼ A

黄色ブドウ球菌は、各種皮膚化膿症、食中毒、肺炎、敗血症などを起こす昔からありふれた病原菌ですが、健康保菌者も多く、約20%の健康者で鼻腔、皮膚などに定着しています。MRSA(methicillin resistant sta-phylococcus aureus)は、この黄色ブドウ球菌の中でペニシリナーゼ抵抗性ペニシリン(methicillinなど)を始めとする多くの抗菌薬に抵抗性をもった耐性株です。近年多くの病院で院内感染菌のひとつになっており、有効な治療薬が少ないことから社会問題化しました。近年は治療方法も段々進歩しています。大手術後の患者や、抗菌薬を長期にわたって投与中の患者では重い感染症状がみられることがあります。なお、MRSAは通常の黄色ブドウ球菌にくらべて病原性は同等かそれ以下で、健康者が接触しても重篤な感染症状を引き起こすことはありません。

緑膿菌は、MRSAが出現するまでは主要な院内感染菌でしたが、治療薬の進歩とともに、あまり問題にされなくなってきました。しかし、MRSA感染と同様の病態を基盤に、多数の感染例がみられており、病原性の点からも、MRSAに優るとも劣らない菌種です。また、病院においては、多剤耐性セラチア、シュードモナスセパシアなどさらに弱毒の耐性菌感染症が問題になることがあります。これらによる福祉施設内感染の流行が起こることはありませんが、基本的な対応は、MRSAと同様です。

▼ Q-2

福祉施設におけるMRSA対策は？

▼ A

1. 日常的な感染予防対策

前述の手洗い、清潔動作の励行、環境汚染対策などの一般的な感染症対策を確実に行うことが基本です。

2. 消毒

MRSAなどの耐性菌は消毒薬に対しては抵抗性が弱いので、ほとんどの場合、一般的消毒方法で充分です([表3](#))。

3. 抗生物質の適正使用

抗菌薬を使用している利用者はMRSAなどの耐性菌が付着しやすいので、抗菌薬の乱用を慎むとともに、他の利用者の耐性菌が付着しないように注意します。病院では重要な点なのですが、福祉施設ではあまり問題にならない点です。

 Q-3

MRSAの保菌者対策は？

 A

1. 症状の無い保菌者(利用者)

既に判明している場合も、隔離やガウンテクニック注)などの特別な処置は不要ですが、健康状態の把握、手洗いなどの清潔動作を指導してください。医療機関受診時は、病院内での適切な対応ができるように、同意を得てMRSA保菌者であることを告げてください。

注) ガウンテクニック

処置や介護を行う人が、感染症患者の病原体を隔離域の外に運びだしたり、易感染性患者に外から病原体を持ち込まないようにするため、清潔なガウン、使い捨て帽子、マスクなどを着用する手技。

2. 症状の無い保菌者(介護職員)

基本的衛生、つまり、鼻をこすった手で利用者に触れたり、そばで咳やくしゃみをしない、手を頻繁に洗うなどを守れば、通常の感染抵抗力を有する利用者への介護は問題ありません。

3. 除菌

通常は、強いて除菌する必要はありません。状況により除菌が必要な場合は、医師の指示に従って下さい。

Q-4

利用者に感染症状がみられたときは？

A

発熱、排膿などの感染症状がある場合は、MRSAの有無にかかわらず治療が必要であり、医師に相談してください。

褥瘡＜じょくそう＞患者、気管切開患者などで排出菌量が多い場合は、全身状態が悪く菌を受け取りやすい利用者とは別室にします。

在宅福祉サービスにおいては、利用者の健康状態の把握、環境整備、一般的清潔動作を行えば特別な対応は必要なく、入浴も支障ありません。

Q-5

MRSAは人体から離れてどれくらいの期間、生存していますか？

また、感染力はどれくらいの持続しますか？

A

ある程度の湿度があればいつまでも生存し、その中に極めてわずかでも栄養源が含まれていると、いくらでも増殖してきます。

ただし、乾燥した条件下におくとかなり早く死滅します。菌そのものを乾燥させると、ほぼ12時間で死滅します。したがって、MRSAに限らず黄色ブドウ球菌の最もよい防御法は、乾燥させることだと考えてください。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

VI 血液媒介型感染症



Q－1

血液媒介型感染症とは？



A

血清肝炎(B型、C型)、梅毒、HIV感染症、ATLV感染症などは、血中にウイルスやスピロヘーターがいる人(感染者)から、血液や精液を介して感染する感染症です。

具体的な感染事例としては、輸血を介した感染が過去に多発しましたが、今日では輸血血液や血液製剤に、これらの病原体が含まれていないことが嚴重にチェックされています。また、医師、看護師、検査技師など、患者の血液に直接接触する機会の多い職種では、患者の血液がついたメス、注射針、ガラス片などで自分の手を傷つけて感染する危険性があり、注意が求められています。この中でB型肝炎ウイルスは、比較的感染しやすい病原体であり、感染機会の多い職種(医師、看護師など)では予防ワクチンの接種が行われています。出産時(母から子へ)や粘膜を傷つけるような性行為でもこれらの病原体が感染することがあります。

福祉施設で利用者の血液に接触する機会は、これら職種に比べてはるかに低率ですが、鼻血、生理の血液、痔出血、外傷、吐血などの介助には注意が必要です。事前にキャリア状態であることが判明していない場合でも、血液との接触には注意が必要です。素手で血液には触れず、触れた場合はすぐに手洗いを励行してください。

なお、日常の介護活動による接触、食器などにより感染することはありません。



Q－2

肝炎にはどのようなものがありますか？



肝炎を起こす病原体はいろいろありますが、頻度の高いものは、A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎です。B型肝炎ウイルスは、出産、性行為、汚染血液の輸血や傷口への接触により感染するウイルスで、ときに急性肝炎を引き起こします。医療・介護の場では、汚染血液との接触をいかに防ぐかが課題となります。日常の介護活動による接触、食器などにより感染することはありません。

C型肝炎ウイルスも同様に肝炎を引き起こすウイルスですが、慢性化しやすく、長い経過で肝臓を併発することがあります。ウイルスキャリアの血液中ウイルス量はB型肝炎ウイルスの場合よりはるかに少なく、汚染された血液製剤の輸血が主な感染経路です^{注)}。したがって、B型肝炎ウイルスに準じた対応で充分です。

A型肝炎は、ウイルスに汚染された生鮮魚介類を介して経口感染するウイルスです。食中毒に準じた注意が必要です。

注) 現在は、血液製剤のB型、C型肝炎ウイルス、H I V等の汚染は厳重にチェックされています。

Q-3

A I D Sとは？



エイズはヒトのリンパ球にヒト免疫不全ウイルス（H I V）が感染して、免疫力を落とし、日和見感染症を起こす病態です。すでに世界的に広まっており、日本においても増加が続いています。性行為や汚染血液の輸血、汚染注射針による麻薬注射などで感染します。感染初期は風邪のような症状がありますが、その後5～10年間ほとんど症状のない時期があり、ついで、免疫能力の低下とともに、体重減少、慢性下痢、リンパ節腫脹などがみられるエイズ関連症候群の時期となります。さらに進行すると日和見病原体による種々の感染症を発症します。

感染経路はB型肝炎、C型肝炎と同様ですが、針刺し事故の場合、罹患率はB型肝炎の100分の1、C型肝炎の10分の1程度です。B型肝炎対策に準じて、血液や精液との接触を避ければ、日常介護活動の中での感染の危険はほとんどありません。

Q－4

梅毒とは？

A

スピロヘーターによる感染症です。性行為を介して感染します。多くの抗生物質が有効で、的確な診断が行われれば治療は容易です。梅毒血清反応が陽性であっても、大部分は既に感染性を失っており、通常の介護で感染することはありません。

Q－5

成人型T細胞白血病ウイルス感染症とは？

A

ヒト免疫不全ウイルス(HIV)と近縁のウイルスによる感染症ですが、母子感染の形、ないしは輸血により感染し、数十年の経過を経て、成人型T細胞白血病や筋肉疾患を起こします。現在、輸血血液のチェックが行われ、通常の介護活動で感染することはありません。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

VII その他の感染症



Q－1

SARS対策は？



A

SARS（重症急性呼吸器症候群）が新たな感染症として平成15年に世界中を震撼させたことは記憶に新しいところです。これまでのところ国内での発症例はありませんが、再び問題化する可能性はあります。

社会福祉施設においては、保健所等の関係機関と連携しつつ正確な情報収集を行い、インフルエンザ、結核対策等と同様に利用者の健康管理に留意して手洗の励行などを徹底することが重要です。利用者や職員に原因不明の発熱例が多発した場合は保健所に連絡し、指示に従います。

SARSだけでなく、新型インフルエンザ、ウエストナイル熱など、新たな感染症が問題となっています。これらについても正確な情報の収集（[VIII 参照](#)）と冷静な対応が望まれます。

いずれにしても手洗い、うがいなどの一般的な感染予防策が基本となります。

<参考> [東京都福祉保健局 重症急性呼吸器症候群（SARS）のページ](#)



Q－2

疥癬＜かいせん＞患者への対応は？



A

1.

疥癬とは

ダニの一種であるヒゼンダニが皮膚の角層内に寄生することによって起こる感染性皮膚病です。感染後約1ヶ月の潜伏期間の後、腹部、

腋下、大腿内側などにパラパラと赤い丘疹ができ、激しいかゆみを伴います。指の間や手関節のところに線状にうねった皮疹(流癬トンネル)をつくることがあります。雌はその中に住んで産卵します。体から離れて、衣類や器具についたダニは、24時間以上放置すれば、虫卵、幼虫とも死滅します。畳や布団で増えたりすることはありません。また、50℃以上の温度で死滅します。病巣から、虫体もしくは虫卵を検出すれば、診断は確定します。

免疫が低下している人が感染すると、ノルウェー疥癬（角化型疥癬）と呼ばれる重症型に移行することがあります。通常の場合は、寄生数が多くても1000匹以下なのに対して、ノルウェー疥癬の場合1人の患者に100万から200万匹寄生します。寄生数の違いから、ノルウェー疥癬は感染力がきわめて強くなります。手や体の骨ばったところの皮膚に厚く増殖して灰色や黄白色の垢がカキの殻のようにつく特徴があります。また、かゆみを伴わない場合もあるので、注意が必要です。

通常の場合はとノルウェー疥癬とは、感染力もその対策も全く異なりますので、違いをはっきり認識することが重要です。

2.

感染経路は

<通常の場合はからの感染>

直接接触による場合と、まれに寝具等を介した感染があります。直接接触でも、通常のオムツ交換、着替えの介助といった程度の介護では感染しません。

<ノルウェー疥癬からの感染>

ヒゼンダニの寄生数がきわめて多いため、短時間の接触でも感染し、衣服や布団を介しても容易に感染します。患者の皮膚から多数のダニを含んだ角質層がはがれ落ち、周囲に飛び散り、まわりの人や介護者の着衣などにつき、次々に感染が拡大します。

3.

対策

利用者や職員に皮膚のかゆみや発疹がみられたら、安易に軟膏をぬったりせず、皮膚科を受診します。特に皮膚に厚く付着している角質層（垢のようなもの）があれば、ノルウェー疥癬の可能性があるので、対策を急ぎます。

施設内での集団発生のおほとんどが、ノルウェー疥癬を感染源としています。集団発生を防ぐためには、ノルウェー疥癬患者の早期発見、早期治療が重要となります。

一方で、通常の場合は、個室隔離の必要はありません。両者を混同して、過剰防衛することがないように注意してください。

<通常の場合は>

オムツ交換、移乗介助等の介護では感染しませんので特別な配慮は

必要ありません。他の感染症予防と同様に手洗いを励行することが有効です。ただし、長時間体をさすったり、長時間手を握るなどした場合は感染する可能性があります。

寝具・衣類などを介した感染は希ですが、寝具やタオルの共用や雑魚寝の環境では、感染する可能性があります。畳敷きの部屋で患者が発生した場合には、同室者も症状の有無にかかわらず治療を開始する必要があります。

シーツ、寝具、下着など患者の肌に直接触れるものは、清潔を保つ目的で毎日交換を心がけます。洗濯や清掃等に特別な配慮は必要ありません。

＜ノルウェー疥癬＞

施設内で集団感染が起こった場合は、施設全体の入所者、全職員の皮膚の診察と問診が必要です。ノルウェー疥癬患者は隔離し、治療を開始します。感染の可能性がある入所者、職員には、症状の有無にかかわらず予防的治療が必要となります。

また寝具・衣類・病室などに対して特別な配慮が必要です。可能であれば、患者が使用していた部屋やベッド、寝具類は約2週間閉鎖します。閉鎖が困難な場合には、壁、床、カーテンなどに殺虫剤を散布、塗布した後に使用します。

患者の衣類、隔離室のリネン類は、熱処理後に洗濯します。

介護者が隔離室に入るときには予防着を着用し、直接接するときには使い捨てのゴム手袋を使用します。患者の入浴は最後にし、入浴介助の際もゴム手袋を使用します。

適切な治療を開始すれば、ヒゼンダニは急速に死滅し、感染力も低下するので、隔離など特別な配慮が必要なのは1～2週間程度です。過剰な隔離により、利用者に不要な負担をかけないように注意が必要です。

。

治療

治療薬としては、ダニを殺すための「殺ダニ剤」（硫黄剤、安息香酸ベンジル、クロタミトン、γ-BHC等）とかゆみを止める薬（抗ヒスタミン剤、抗アレルギー剤）を用います。

殺ダニ剤はかゆみを止めるものではなく、それぞれ毒性があります。治療開始後、ヒゼンダニが死滅した後もかゆみが残る場合がありますが、ヒゼンダニが死滅した時点で殺ダニ剤の使用は中止します。

硫黄剤が沐浴剤として広く使用されていますが、刺激性があるため、使いすぎるとかぶれることがあります。特に皮膚が乾燥しがちな高齢者には注意が必要です。

また、ヒゼンダニが死滅する前にステロイド剤を使用すると、ヒゼンダニに対する免疫力が抑えられてしまい、症状が悪化したり、ノルウェー疥癬へ移行してしまう場合があります。

<注> 欧米では、経口薬による治療も試みられていますが、国内においては保険適用が認められていません。

▼ Q-3

結核菌排菌者への対応は？

▼ A

結核症は結核菌による慢性感染症で、肺が主な病巣ですが、免疫状態の低下した人では粟粒結核などの致死的な全身感染症に陥ります。抗結核剤開発以前には、多くの若者が結核で死亡しましたが、今日では治療は比較的容易になりました。胸部X線で肺に空洞があり、喀痰に塗抹染色で菌が見える場合、周囲の人への感染の危険があります。福祉施設入所時に、排菌していないことが確認されていますが、高齢者では、長期に渡る入所期間中に再燃して発症してくる例があるので注意が必要です。

高齢者では肺結核の再燃・再発例が多くみられますが、主症状が体重減少、食欲不振のみで、定型的な症状（咳・痰・発熱）を示さない場合があるので、胸部X線検査を定期的に行い、過去の写真と比較し、早期発見を心がけることが大切です。排菌者は結核専門病院に入院させた上で治療するのが原則です。発熱、咳、痰、喀血などで発症した排菌患者では、治療、看護面からも隔離を急ぐので、早期に医師の診断を受ける必要があります。

▼ Q-4

発疹性ウイルス感染症対策は？

▼ A

突発性発疹、麻疹、風疹、水痘、手足口病、伝染性紅斑(リンゴ病)などは、小児期にみれるウイルス感染症で、それぞれ特徴的な皮疹がみられます。一度かかると終生免疫ができるため、日本では感染者のほとんどは小児です。麻疹(定期接種)、風疹(定期接種)、水痘(任意接種)は予防ワクチンの接種が行われています。対応が必要なのは、児童福祉施設ですが、小学校と同様の対応で問題ないでしょう(表4)。症状の重い例では専門医の指導を受けてください。

表4 学校伝染病と出席停止期間

(東京都衛生局「東京都感染症マニュアル」72頁より引用)

種別の考え方	疾患名	出席停止期間

第一種	感染症の一類感染症及び二類感染症とする。	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス	治癒するまで
第二種	飛沫感染するもので、児童生徒等のり患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い伝染病とする。	インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核	解熱後2日を経過するまで 特有の咳が消失するまで 解熱後3日を経過するまで 耳下腺の腫脹が消失するまで 発疹が消失するまで 全ての発疹がか皮化するまで 主要症状消退後2日経過まで
			症状により、学校医その他の医師が伝染のおそれがないと認めるまで
			症状により、学校医その他の医師が

第三種	学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある伝染病とする。	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の伝染病	伝染のおそれがないと認めるまで
-----	-------------------------------------	---	-----------------

(注) 第二種の出席停止期間については、病状により学校医その他の医師が伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない。

Q－5

ウイルス性胃腸炎対策は？

A

ロタウイルス、アデノウイルスなどによるものがあります。冬季に多く、保育園で広範な施設内感染がみられ、乳幼児対象の福祉施設で問題になります。対策としては手洗いの励行、対症療法しかありません。

最近、冬場に学校や保育園で発生する集団風邪と思われていたもののうち、S R S V（小型球形ウイルス）が原因である事例が多くみられるようになりました。S R S Vは集団食中毒の原因にもなりますが、人から人へ手指を介して二次感染することもあります。感染者の便や嘔吐物の処理には手袋を着用し、手洗の励行、下痢や風邪に似た症状がある場合には調理に従事しないなどの二次感染予防に配慮が必要です。

Q－6

食中毒対策は？

A

1.

食中毒とは

食中毒菌やその毒素によって汚染された食品を食べて、急性胃腸炎や中毒症状を起こした場合を食中毒といいます。平成8年にO157による食中毒が学校給食施設などで多発し、大きな社会問題となりました。最近では、サルモネラや腸炎ビブリオによる食中毒の急増、冬場を中心として、SRSV（小型球形ウイルス）（注）による食中毒の発生が目立ってきています。その他の原因細菌としては、カンピロバクター、黄色ブドウ球菌、ウェルシュ菌などがあります。また、キノコ毒などの自然毒や化学物質による食中毒もあります。集団生活では、給食の衛生管理が重要ですが、面会者の持ち込む食品の管理にも注意が必要です。

2.

対策

施設内で下痢患者などが多発した場合、医師の指示のもとに検査を行います。食中毒が疑われれば保健所に届け出、以後は保健所の指示に従ってください。

普通は人から人に直接うつることはありませんが、O157、SRSV（小型球形ウイルス）などは感染力が強いため、便などを介して二次感染することがあります。手洗いの励行、排泄物の処理に特に注意が必要です。

＜注＞ SRSV（小型球形ウイルス）は、食品衛生法施行規則の改正(平成15年8月)により、食品衛生法では、名称がノロウイルスに変わりました。

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)



[トップページへ](#)

[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

VIII 参考

◇関連ホームページ

<感染症の情報収集>

- 東京都健康安全研究センター <http://www.tokyo-eiken.go.jp>
- 国立感染症研究所感染症情報センター <http://idsc.nih.go.jp>

<関係機関>

- 東京都福祉保健局 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/>
- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp>

<医療機関案内>

- 東京都保健医療情報センター（ひまわり） <http://www.himawari.metro.tokyo.jp>

◇ 参考図書

1.

「東京都感染症マニュアル改定版」
編集・発行 東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課
監修 東京都新たな感染症対策委員会
2000年3月26日 発行

2.

「地域ケアにおける疥癬対策マニュアル」
編集 東京都多摩立川保健所
発行 東京都生活文化局広報広聴部情報公開課
2001年8月発行

3.

「疥癬はこわくない」
著者 大滝倫子、牧上久仁子、関なおみ
発行 株式会社 医学書院
2002年10月15日発行

[このページのトップに戻る](#)

[次のページへ](#)

[トップページへ](#)[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

◇保健所一覧

特別区保健所		電話
千代田区	千代田保健所	3291-3641
中央区	中央区保健所	3541-5936
港区	みなと保健所（保健サービスセンター）	3455-4701
新宿区	新宿区保健所	3209-1111
文京区	文京保健所	3812-7111
台東区	台東保健所	3847-9401
墨田区	墨田区保健所	5608-1111
江東区	江東区保健所	3647-5855
品川区	品川区保健所	3788-2000
目黒区	目黒区保健所	5722-9501
大田区	大田区保健所（健康推進課）	5744-1262
世田谷区	世田谷保健所	5432-1111
渋谷区	渋谷区保健所	3463-1211
中野区	中野区保健所（保健予防分野）	3382-6661
杉並区	杉並保健所（保健予防課）	3391-1025
豊島区	池袋保健所（健康推進課）	3987-4172
北区	北区保健所（保健予防課）	3919-3101
荒川区	荒川区保健所	3802-3111
板橋区	板橋区保健所（予防対策課）	3579-2318
練馬区	練馬区保健所	3993-1111
足立区	足立保健所（健康推進課）	3880-5892
葛飾区	葛飾保健所（保健予防課）	3691-9635
江戸川区	江戸川保健所（保健予防課）	5661-2464
都保健所（多摩・島しょ地域）		電話
西多摩保健所（青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町）		0428-22-6141
八王子保健所（八王子市）		0426-45-5111
南多摩保健所（日野市、多摩市、稲城市）		042-371-7661
町田保健所（町田市）		042-722-0621

多摩立川保健所（立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市）		042-524-5171
多摩府中保健所（武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市）		042-362-2334
多摩小平保健所（小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市）		0424-50-3111
島しょ保健所（島しょ全域）		03-5320-4342
	大島出張所（大島町、利島村、新島村、神津島村）	04992-2-1436
	新島支所	04992-5-1600
	神津島支所	04992-8-0880
	三宅出張所（東京事務所）（三宅村、御蔵島村）	03-5321-1111 （内）35-891
	三宅出張所（島内事務所）（三宅村、御蔵島村）	04994-2-0181
	八丈出張所（八丈町、青ヶ島村）	04996-2-1291
	小笠原出張所（小笠原村）	04998-2-2951

◇医療機関案内

東京都保健医療情報センター（ひまわり）	03-5272-0303
---------------------	--------------

[このページのトップに戻る](#)[次のページへ](#)

[トップページへ](#)[目次へ](#)

感染症対策 Q & A

◇ 福祉局担当部署・連絡先一覧（施設種別ごと）

施設種別	所管課	電話番号	F A X 番号	
保護施設	生活福祉部保護課	03-5320-4064	03-5388-1403	
宿泊所				
介護老人福祉施設	高齢社会対策部施設支援課	03-5320-4264	03-5388-1391	
介護老人保健施設				
養護老人ホーム				
軽費老人ホーム				
有料老人ホーム				
痴呆性高齢者グループホーム	高齢社会対策部在宅支援課	03-5320-4274	03-5388-1395	
乳児院	少子社会対策部育成支援課	03-5320-4136	03-5388-1406	
母子生活支援施設		03-5320-4125		
婦人保護施設		03-5320-4132		
保育所	少子社会対策部子育て支援課	03-5320-4128		03-5388-1406
児童厚生施設		03-5320-4121		
児童養護施設	少子社会対策部育成支援課	03-5320-4122		
児童自立支援施設				
知的障害者生活寮	障害者施策推進部在宅福祉課	03-5320-4147	03-5388-1408	
身体障害者更生援護施設	障害者施策推進部施設福祉課	03-5320-4159	03-5388-1407	
知的障害者援護施設				
知的障害児施設				
知的障害児通園施設				
盲ろうあ児施設				
授産施設				
指定介護療養型医療施設	高齢社会対策部在宅支援課	03-5320-4274	03-5388-1395	

[このページのトップに戻る](#)