

社会福祉施設等における感染症対策マニュアル

(令和6年3月改訂)

奈良県 福祉医療部

福祉医療部 医療・介護保険局

目 次

第1章	はじめに	4
第2章	本マニュアルの目的と基本方針	5
1.	基本方針	5
2.	感染対策責任者と感染対策個別責任者	5
(1)	感染対策責任者	5
(2)	感染対策個別責任者	6
第3章	感染症対策の3つの柱	7
(1)	病原体（感染源）の排除	7
(2)	感染経路の遮断	7
(3)	宿主の抵抗力の向上	7
第4章	介護ケアと感染対策	10
1.	標準予防策と感染経路別予防策	10
(1)	社会福祉施設等で求められる感染対策とは	10
(2)	標準予防策とは（基本となる考え方）	10
2.	感染と保菌、不顕性感染、無症状病原体保有者	11
3.	接触感染の予防	11
(1)	接触感染とは	11
(2)	手指衛生	11
(3)	手袋	13
(4)	エプロン・ガウン	14
(5)	物品や環境表面の洗浄や消毒	14
4.	飛沫感染の予防	16
(1)	（お互いの）マスク	16
(2)	アクリル板やビニールシートで遮断	18
(3)	1～2 m 以上の距離（ソーシャルディスタンス）	19
(4)	ゴーグル、アイシールド、フェイスシールド	19
(5)	キャップ	21
(6)	シューズカバー	21
(7)	咳エチケット/呼吸器衛生	21
5.	空気感染（エアロゾル感染）の予防	21
(1)	換気	21
(2)	N95 マスク	22
6.	ゾーニングの基本的な考え方	23
(1)	ゾーニングの基本的な考え方	23
(2)	個人防護具の着脱場所	23
(3)	物品の管理	23
(4)	施設や感染状況にあわせたゾーニングの設定	24

(5) 【ゾーニングの基本形】一人の患者を個室で管理する場合.....	24
(6) 【ゾーニングの応用形】複数の患者を複数の居室や廊下を含めて管理する場合.....	25
(7) ゾーニングに関するよくある質問.....	26
第5章 様々な感染症の対応策.....	28
1. 新型コロナウイルス感染症.....	30
(1) 予防のための一般的な対策.....	30
(2) 感染防止のための施設における平時の取組チェックリスト.....	40
(3) 新型コロナウイルス感染症の初動時の対応.....	44
(4) 利用者・職員に感染症発生（疑いを含む。）がある場合の保健所等への報告.....	47
2. インフルエンザ.....	49
3. 感染性胃腸炎.....	51
4. 結核.....	54
5. レジオネラ症.....	55
6. 薬剤耐性菌感染症.....	56
7. 疥癬.....	58
8. 肝炎.....	60
第6章 感染症対策のために作成が必要な指針等について.....	61
1. 指針等の位置付け.....	61
2. 感染症の予防及びまん延の防止のための指針.....	62
(1) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針とは.....	62
(2) 「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」の記載内容（目次）の例（施設サービスの場 合）および指針に記載が必要となる項目（表15）.....	62
3. 業務継続計画について.....	63
(1) 業務継続計画とは.....	63
(2) 業務継続計画の記載内容（目次）の例（入所系施設の場合）.....	64
(3) 計画策定の参考資料.....	65
第7章 業務継続計画に基づいた感染症対応に係る訓練.....	66
1. 机上訓練シナリオ例（その1）[厚生労働省].....	66
(1) 訓練想定：高齢者入所施設における新型コロナウイルス感染症感染者の発生.....	66
(2) シナリオの概要.....	66
2. 机上訓練のシナリオ例（その2）[西多摩地域広域行政圏協議会].....	66
(1) 訓練想定：介護老人施設における新型コロナウイルス感染症感染者の発生.....	66
(2) シナリオの概要.....	66
第8章 様式集.....	67
1. 感染症対策に関する事業所の方針.....	68
(1) 換気.....	68
(2) 手指衛生.....	68
(3) 個人防護具（PPE）.....	68

(4) 什器備品の消毒.....	69
(5) 陽性判明時の対応.....	69
2. 職員健康管理票.....	71
3. 利用者健康管理票.....	72
4. 有症状者記録表（利用者）.....	73
5. 有症状者記録表（職員）.....	74
6. 有症状者 集計表.....	75
7. 接触者リスト（職員）.....	76
8. 接触者リスト（利用者・患者）.....	77
9. 健康観察票（感染者・接触者）.....	78
10. 感染症等発生報告書.....	79
11. 新型コロナウイルス感染症（covid-19）様患者集団発生届出票（奈良市内の施設のみ）.....	80
第9章 掲示物.....	81
1. PPE 装着ポスター（自施設の状況にあわせて適宜編集）.....	82
2. PPE 脱衣ポスター（自施設の状況にあわせて適宜編集）.....	83
3. 居室前掲示ポスター.....	84
4. マスク装着の注意喚起ポスター（リンク先）.....	85

第1章 はじめに

- 社会福祉施設等（以下「施設」という）が提供するサービスは、入所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、入所者に対して必要なサービスが継続的に提供されることが重要です。
- 施設において、感染者が発生すると感染が急速に拡大する恐れもあります。
- まず「持ち込まない」、そして「早期発見・拡大防止」対策のため、感染予防策の具体的マニュアルを定め、共有・実践することにより、迅速かつ適切な対応を図ります。
- 本マニュアルでは、介護職員等が、感染症の重症化リスクが高い高齢者や基礎疾患を有する利用者等に対して介護サービスを安全かつ継続的に提供するため、さらには職員自身の健康を守るため、最も厳しい推奨事項となる各施設で行う感染予防策等の目安をお示ししており、全てを満たさないといけないというものではありません。施設の職員及び入所者にとって、過重な負担とならない範囲で、地域や施設内の感染状況、利用者の特性、施設内の設備等を見極めながら、どこまでリスクを受容してどこまで感染対策を行うかお考えいただき、各施設の実情に応じ可能な限り感染防止策を講じていただきますようお願いいたします。
- 今回の改訂では、新型コロナウイルスだけでなく感染症全般について記載しています。また、施設等の職員や利用者の目線のマニュアルとするため、県内高齢者施設と障害者施設・事業所から公募した編集委員の皆様のご協力により改訂しています。
- 本資料を各施設でご覧になり、**最終的には各施設の特性にあわせたマニュアルを作成**していただくことが重要です。
- この資料の特徴の一つは、本資料のために**撮り下ろした動画**を含む、**インターネット上の様々な動画へのリンク**が掲載されていることです。そこで、本資料の使い方として、下記の2通りを推奨します。
 - ①PDF ファイルのまま（パソコンなどで）使用する。
 - ◇ 目次の項目をクリックすると該当項目のページに移動できる。
 - ◇ 青色の http または https ではじまるリンクをクリックしていただくとウェブサイトに移動できます。
 - ②印刷して（紙で）使用します。
 - ◇ 印刷して使用する場合、**QR コードをスマートフォンなどで読み取って**いただくと動画などをご覧いただけます。

第2章 本マニュアルの目的と基本方針

1. 基本方針

■ 「持ち込まない対策」の徹底

外部からの病原体の侵入を防ぐため、入所者、職員及び来訪者等の健康管理・観察を徹底し、感染経路を遮断する。

特に、職員一人ひとりが感染対策を徹底することにより、**無症状や軽症の職員による勤務を通じた施設内感染を防止**する。

■ 「早期発見・拡大防止対策」の徹底

発熱者等の状況を把握し、感染の兆候をいち早く察知し、更なる感染拡大を防ぐ。

2. 感染対策責任者と感染対策個別責任者

(1) 感染対策責任者¹

- 各施設において、本マニュアルの実践責任者として「**感染対策責任者**」を選任してください。感染対策責任者は以下の取組を実践してください。
 - 各施設において、本マニュアルを自施設で運用するにあたり必要な検討を加えた上で、確実に運用してください。
 - ◇ 本マニュアルを確実に運用するため、自施設における具体的な行動基準を検討し、自施設の実態を踏まえて運用
 - ◇ 定期的に施設内研修を実施し、職員に対してマニュアルを周知・徹底
 - 感染流行状況に応じた対応を主導してください。
 - ◇ 感染拡大要因となり得る事柄（集合形式の食事、施設内行事、面会など）の実施方法の変更などを検討・決定
 - 感染者等の発生が疑われる場合、実際に発生した場合の初動対応を主導してください。
 - ◇ 感染者等が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合は、速やかに保健所等に連絡の上、感染拡大防止対策を主導
 - 県の指定基準条例に基づく「感染対策委員会」等を設置する施設においては、当該委員会と連携してください。

¹ 令和4年8月10日第34回奈良県新型コロナウイルス感染症対策本部会議資料「新型コロナ感染対策責任者による感染予防対策」 <https://www.pref.nara.jp/61511.htm#3> クラスター対策

(2) 感染対策個別責任者²

- 各施設において、ユニット（フロア）リーダーの方を、ユニット（フロア）毎の「**感染対策個別責任者**」に選定してください。
- 個別責任者は、担当のユニット（フロア）において、換気の実施、飛沫感染の予防、手指消毒など、感染の持込と広がりを防ぐ方策を上記のとおり自施設で検討を加えた本マニュアルに基づき実践し、また、職員一人ひとりに確実に実践させてください。
- 職員に出勤前に発熱や症状があれば、必ず責任者へ報告して出勤の対応を相談し、施設内への感染源の持ち込みを防止するようにさせてください。
- 職員の休憩所や更衣室などは、密閉、密集になりやすく新型コロナウイルス感染症やインフルエンザなどの飛沫による感染症の感染リスクが高いため、使用方法を決めて周知し、職員どうしの感染を防止するようにしてください。

² 令和4年9月21日(水) 知事定例記者会見資料 P.29 <https://www.pref.nara.jp/secure/283243/040921houdou2.pdf>

第3章 感染症対策の3つの柱

- 感染症は、①病原体、②感染経路、③宿主の3つの要因が重なると発症する（図1）。感染対策には、各々の要因に応じた3つの対策の柱（□部分）が大切である³。

(1) 病原体(感染源)の排除

感染症の原因となる可能性のある病原体（感染源）は、表1のようなところに存在しているため①～③は、素手で触らず、必ず手袋を装着して取り扱う。また、手袋を脱いだ後は、手指衛生（手洗いやアルコール消毒等）が必要である。

表1 病原体（感染源）が存在する可能性がある場所

- | |
|----------------------|
| ① 体液（血液、尿、便、鼻汁、唾液など） |
| ② 粘膜面（目、口腔粘膜、鼻腔粘膜など） |
| ③ 傷や発疹などのある皮膚 |
| ④ ①～③に触れた手指 |

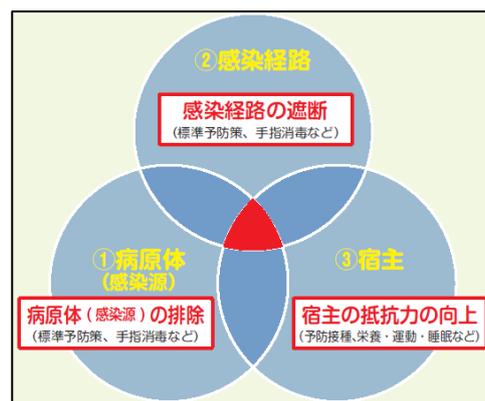
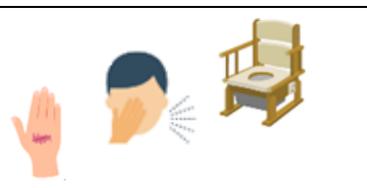


図1 感染症対策の3つの柱

(2) 感染経路の遮断

感染対策の3つの柱のうち、「感染経路の遮断」の対策が最も重要な取組みである。主な感染経路には、①接触感染、②飛沫感染、③空気感染（エアロゾル感染）があり、標準予防策[※]に加え、感染経路に応じた予防策を講じる必要がある。

そのため、感染経路別・利用者の状態別の予防策をP.8～9に示す⁴。

<標準予防策とは（p.10 参照）>

感染症の有無にかかわらず適用される感染対策であり、利用者と介護職員等の双方における感染の危険性を減少させるために標準的に講じる感染対策のこと。

(3) 宿主の抵抗力の向上

高齢者や基礎疾患がある方は、免疫力が低下している場合が少なくないため、感染症に対する抵抗力を向上させるためには、①日頃からの十分な栄養、睡眠と②予防接種が重要である。

³ 令和5年9月 厚生労働省老健局「介護現場における感染対策の手引き第3版」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>

令和3年3月 金沢市保健所「感染対策の基礎知識」

<https://www4.city.kanazawa.lg.jp/material/files/group/55/kansentaisaku.pdf>

⁴ 令和5年6月12日奈良県福祉医療部医療政策局「医療における新型コロナウイルス感染症対応マニュアル」P.9の表に追記

表2 感染経路別・利用者の状態別の予防策

				利用者がマスクを外した状態で対応する業務		
				身体密着あり	身体密着なし	
利用者のマスク装着状態の違いが想定される場面の例				入浴介助 	食事介助  口腔ケア 	
感染経路	主な感染症	予防策	予防策の目的			
各感染経路共通 		感染者の個室管理 最後に入浴または清拭	感染拡大防止			
		フロア・建物全体のゾーニング	施設・事業所内での感染拡大防止		無症状病原体保有者から排出されるウイルス等の感染力が強い感染症※2のみ	
		面会制限	外部の者から利用者への感染防止	-	-	
接触感染  感染者との接触や汚染された物との接触による感染。汚れた手で目、鼻、口、傷口などを触ることで病原体が体内に侵入し感染する。	● ノロウイルスなど ● 薬剤耐性菌 ● 新型コロナウイルス感染症	手指衛生	手指の汚染防止			
		手袋	手指の汚染防止			
		ガウン・エプロン	自身の腕や衣服の汚染防止		※1	
		シューズカバー	自身の靴の汚染防止		床を舐める利用者がいる場合	
		汚染した物品の洗浄・消毒・廃棄	汚染原因の除去	-	-	
		手で触れる部分の消毒	汚染原因の除去	-	-	
		飛沫感染  感染者の咳、くしゃみ、会話により飛散した5µm以上の粒子を吸い込んで感染する。 飛沫は約1mで落下し、空中を浮遊し続けることはない。	● インフルエンザ ● 新型コロナウイルス感染症	マ	サージカルマスク	自身の鼻・口の汚染防止、飛沫拡散防止
ク	N95 マスク			飛沫核の吸入防止	職員：N95 マスク 	
アイシールド				自身の目の汚染防止		
フェイスシールド				自身の顔の汚染防止		
真正面を避けた介助				自身の身体の汚染防止		
1~2mの距離				自身及び相手の汚染防止	-	 利用者同士
パーティションの設置				自身及び相手の汚染防止	-	
黙食				自身及び相手の汚染防止	-	
空気感染  (エアロゾル感染) 感染者の咳、くしゃみ、会話により飛散した飛沫の水分が蒸発した5µm未満の粒子を吸い込んで感染する。	● 肺結核 ● 新型コロナウイルス感染症			マスク（再掲）	自身の鼻・口の汚染防止、飛沫拡散防止	職員：N95 マスク 
		アイシールド（再掲）	自身の目の汚染の防止			
		換気（機械・自然換気、空気清浄）	空気中に浮遊するウイルスの屋内滞留防止			
		個室の陰圧換気システム	空気中に浮遊するウイルスの漏れ出し防止			

※1 腕や胸・腹の汚染がなければガウン等は不要 ※2 新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザ

		利用者がマスクを適切に着用した状態に対応する業務 	利用者との距離（2m以上）が取れる業務 		
		換気良好 （短時間/長時間）	換気不良 （短時間/長時間）	換気良好 （短時間/長時間）	換気不良 （短時間/長時間）
		清拭 排泄介助 面会 	送迎 レクリエーション 機能訓練 	洗濯 ゴミ捨て 室内清掃 	—
感染経路	予防策				
各感染経路共通	感染者の個室管理			—	—
	フロア・建物全体のゾーニング	清潔区域 汚染区域	無症状病原体保有者から排出されるウイルス等の感染力が強い感染症※2のみ		—
	面会制限	 奈良県内での感染者が多く、面会者の感染可能性が高いと見込まれる場合	—	—	—
接触感染	手指衛生				
	手袋		—		—
	ガウン・エプロン	 ※1	—	—	—
	シューズカバー	 床を舐める利用者がある場合		—	—
	汚染した物品の洗浄・消毒・廃棄		—		—
	手で触れる部分の消毒				—
飛沫感染	マスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク
	アイシールド	—		—	—
	フェイスシールド	—		—	—
	真正面を避けた介助			—	—
	1～2mの距離	—	—		
	パーティションの設置	—	—	—	—
	黙食	—		—	—
空気感染	マスク（再掲）	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク	職員：サージ カルマスク 利用者：サージ カルマスク
	アイシールド（再掲）	—	—	—	—
	換気（機械・自然換気、空気清浄）				
	個室の陰圧換気システム				

第4章 介護ケアと感染対策

1. 標準予防策と感染経路別予防策

(1) 社会福祉施設等で求められる感染対策とは

- **医療機関**では**全ての患者**に対して**標準予防策の遵守**が求められ、さらに**特定の感染症**が診断された場合は、その感染症の感染型路に応じた**感染経路別予防策（①接触予防策、②飛沫予防策、③空気予防策）**が**標準予防策に追加**して行われる。
- しかし、**福祉施設は医療機関と異なり、生活の場**としての**要素が強く**、注射や尿道留置カテーテルなどの医療行為を受けている人や重篤な基礎疾患を持つ人が少ないため、**医療機関と同等の感染対策**は求められないとするのが一般的な考え方である。
- しかし**近年は福祉と医療の境界が曖昧**になりつつあり、福祉施設でも基礎疾患を有する人や医療行為を受ける人が増加している。そのため特にこのような利用者については、**医療機関と同等あるいはそれに準じた感染対策が必要**となることがある。また、MRSA や ESBL 産生菌、VRE などの**薬剤耐性菌の保菌者が病院と施設、さらには自宅を行き来**している実態もある。
- こういった背景も踏まえ、ここでは標準予防策について解説する。

 「接触感染の予防」と「接触予防策」の違いとは？

- 厳密に言うと、「接触感染の予防」と「接触予防策」は別物である（同様に「飛沫感染の予防」と「飛沫予防策」、「空気感染の予防」と「空気予防策」もそれぞれ別物である）。
- 「接触感染の予防」は文字通り、接触感染を予防するための様々な方策を指すが、「接触予防策」（あるいは飛沫予防策や空気予防策）とは CDC（アメリカ疾病予防管理センター）が定めた感染管理のガイドラインで示されているそれぞれの予防策のパッケージ（の内容）を指す。

(2) 標準予防策とは(基本となる考え方)

- 誰がどんな病原体（菌やウイルスなど）を持っているか（あるいは持っていないか）は検査を行わないと（あるいは検査を行っても）分からない。
- 従って「**どんな菌やウイルスを持っているか（あるいは持っていないか）は 100% 確実には分からない**」と考えて、全ての患者に対して行う感染対策のことを、標準予防策と呼ぶ。標準予防策の基本的な考え方を表 3 に示す。また標準予防策の 9 つの構成要素を表 4 に示す。
- それぞれの構成要素については、「接触感染の予防」「飛沫感染の予防」「空気感染（エアロゾル感染）の予防」の項で解説する。

表3 標準予防策の基本的な考え方

患者の血液、体液（唾液、胸水、腹水、心嚢液、脳脊髄液など）、分泌物（汗は除く）、排泄物（尿や便など）、傷のある皮膚や粘膜などを、感染の可能性のある物質とみなして対応すること

表4 標準予防策の9つの構成要素

1. 手指衛生
2. 個人防護具の適切な使用
3. 呼吸器衛生・咳エチケット
4. 患者配置
5. 安全な注射手技
6. 環境の維持管理
7. 患者に使用した医療器具の取り扱い
8. リネン、食器類の適切な取り扱い
9. 腰椎穿刺時の感染防止手技



2. 感染と保菌、不顕性感染、無症状病原体保有者

- 一般的に「感染」とは、細菌やウイルスなどの微生物が体内に侵入し、増殖し、免疫反応などによって発熱などの何らかの症状を呈する状態を言う。
- しかし、ウイルスなどでは体内に侵入し、増殖しても、特に症状が出ないこともある。これを不顕性感染と呼んだり、その患者を無症候病原体保有者と呼んだりする。
- また、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）やESBL産生菌、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）などは、表皮や鼻腔、腸管内に「保菌」状態になることがある。これも患者としては特に症状は出ていないが、文字通り「保菌」している状態である。

3. 接触感染の予防

(1) 接触感染とは

接触感染予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/fNNAXEealow>



- 接触「感染」という名前であるが、実際にはMRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）やESBL産生菌、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）などは「接触」によってヒトからヒトへ、ヒトから物品表面へ、物品表面からヒトへ、ヒトの手指などを介して「伝播」する。
- 必ずしも「感染」（ヒトの体内で増殖して何らかの症状を呈する）するわけではない。

(2) 手指衛生

手指衛生	優先1位	 手指消毒
	優先2位	 手洗い（ただし、アルコールが効きにくいノロウイルス等はこちらを優先）

- 流水と石けん(液体)による「手洗い」と速乾性手指消毒薬による「手指消毒」の二通りがあり、この二つをあわせて「手指衛生」と呼ぶ。
- 医療や介護の場面では「手指消毒」を優先する。理由は以下の3つである。
 - ① 手指消毒薬があればいつでもどこでもできる（手洗いはシンクや石けんがないとできない）。
 - ② 手指消毒は手洗いよりも確実な消毒効果が得られる。
 - ③ 手指消毒は手洗いよりも手荒れが少ない（アルコールが体質的にダメな場合を除く）。
- 一方、「手洗い」が必要になる場面としては以下のようなものがある。
 - 手指が目で見えて汚れている場合。例えば排泄物などが手指に付着している場合。
 - アルコールが効きにくい微生物による感染症患者の対応を行う場合。
 - ◇ 例えばノロウイルスやクロストリジオイデス・ディフィシル（抗菌薬が投与されている患者の下痢の原因として有名な偽膜性腸炎の原因菌で一般的にCDと呼ばれる）。
 - アルコールが体質的にダメな場合。
- 職員・入所者に対し、施設内では適宜手指衛生（アルコールによる手指消毒または流水と石けんによる手洗い）を行うよう指導する。
- 適切な手指消毒ができるようにアルコール手指消毒薬を適切な場所に設置する。介助の合間に顔付近等を触りたくなった際に手指消毒できるように、介助業務の際には必ず手元に用意するようにする。（居室内に設置しておき、介助時には手元に持ってくるなど）
- 設置したアルコール手指消毒薬を入所者が誤飲する危険性がある場合は、職員が個別にアルコール手指消毒薬を携帯するなどの工夫を行う。
- 医療においては手指衛生を行うタイミングは「WHOの5つの瞬間」に基づいて行う（図2）。福祉施設でも原則は同じである。
- この「手指衛生5つの瞬間」は病室や居室に限らず、外来（図3）や歩行介助（図4）など様々な場面で応用される。



図2 WHOの手指衛生の5つの瞬間

Your Moments for Hand Hygiene

Paediatric Consultation



図3 外来診療における手指衛生5つの瞬間

Your Moments for Hand Hygiene

Health care in a residential home



図4 福祉施設等における手指衛生5つの瞬間

- 新型コロナでのレッドゾーン内などでエプロンやガウンを装着した状態でアルコール手指消毒薬をポシェットに入れて携帯する場合は、エプロンやガウンの中に手を突っ込まなくて済むように、ポシェットはエプロンやガウンの外に装着し、汚染しているものとして扱う。(グリーンゾーンに持ち込まない。)(図5)。
- アルコールは分量を手にとることが重要である。据え置き型のはワンプッシュしっかりと押し切る(通常2~3 mL)。携帯型の小さいボトルはプッシュ型でないものもあるので各施設で使用する量についてルールを作る。



図5 ガウンの上からポシェットと鍵を装着する

(3) 手袋

- 手指が汚染されることを防ぐ。
- 手袋は原則として一重で良い(病院では外科手術の際などに二重手袋を使用する)。
- 新型コロナウイルスは手指から感染するわけではないため、素手に飛沫が付着しても、その手指で自分の目鼻口に触れなければ感染しない。
- また、手袋を着けていたとしても、飛沫が付着した手袋で自分の目鼻口に触れると感染するし、周辺の物品や環境表面を触ると汚染を広げることになる。
- 施設等において手袋は主に排泄物やゴミなどを扱う時に装着し、それ以外では装着が必須となる機会は少ない。
- **注意** 同じ手袋で(交換せず)次々に物品や環境表面を触ると、手袋に付着した微生物を身のまわりに拡散させることになり、非常に危険である。
- 手袋は適切なタイミングで交換すること。どうしても交換が難しい場合(フロア全体をレッドゾーンにするなど、手袋を着けっぱなしにせざるをえない場合)には、手袋の上から消毒することもありうるが、劣化して穴が開きやすくなるなど、通常は推奨されない。



(参考) 女性がパーティに呼ばれてドアノブを触り、ドーナツを食べて感染する様子を可愛らしい微生物のイラストを用いて表現した動画。仮に女性が手袋を着けていたとしても、物品や環境を次々に汚染させる結果は同じであることが分かる。

(<https://youtu.be/yToii3-p-NI>)。



(4) エプロン・ガウン

- エプロン（袖なし）は体幹の、ガウン（袖付き）は体幹と腕の汚染を防ぐ。
- エプロンやガウンは原則として一重で良い。
- 新型コロナウイルスは体や腕から感染するわけではない。また飛沫が衣服や腕に付着してもそこから感染するわけではない。
- しかし、入所者を抱きかかえるなど密着するような場面、あるいは食事介助などで衣服が汚染する可能性が高い状況では、ガウンを装着すると良い。
- 清掃や環境整備など、入所者に接触（＝腕が汚染する）する可能性がない場合はエプロン（袖なし）を使っても良い。
- エプロンやガウンの装着中や脱ぐ時に、消毒薬を噴霧したりする必要はない。噴霧してもエプロンやガウンがまんべんなく消毒されるわけではない。
- エプロンやガウンを脱ぐ際は、①手袋を消毒して外す。②1行程おこなうごとに手指消毒をおこないながら、表面に触れないように脱ぎ、表面（汚染されている部分）が内側にくるように丸める。③専用の蓋つきゴミ箱へ破棄する。④手指を消毒する。（図参照）
- **エプロンやガウンは原則として使い捨て**である。特に1回脱いだものはかならず捨てる。**吊して使い回すことは絶対にしない。**



(5) 物品や環境表面の洗浄や消毒

- **物品**（体温計や血圧計、SpO₂モニターや食器、洗濯物、筆記用具など）や**環境表面**（ドアノブや手すり、机やトイレの便座など）にウイルスが付着していると、それに**触れた手指で目鼻口を触ることにより感染**する。またその手指で他の物品や環境表面を触ることで、**汚染を広げる**ことになる。

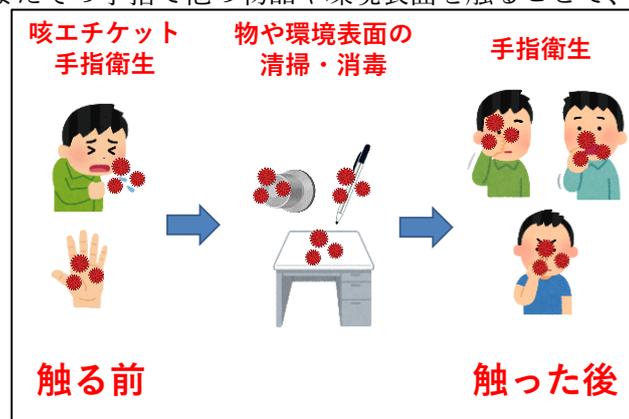


図6 接触感染とその防止

- 図6から分かるように、接触感染を防ぐには、①物品や環境を触る前の手指衛生、②触った物品や環境の洗浄や消毒、③触った後の手指衛生、の3つの方法がある。

- 表5の様な物品や環境は接触の頻度が高いものとして、施設側としてもある程度定期的に洗浄や消毒すると良い。なお「定期的」に決められた時間間隔はない。特に表6のような物品や環境は理想的には使用毎に消毒するのが望ましいが、それが困難な場合は1時間ごと、4時間ごと、8時、12時、16時、など可能な範囲で施設において時間を決めて消毒する。また、逆に誰も触っていないものを頻繁に消毒しても意味がない。

表5 定期的な清掃や消毒が必要な物品や環境

<ul style="list-style-type: none"> ■ タッチパネルを有する電子機器 ■ エレベーターなどのボタン ■ 手すり ■ 筆記台やボールペン
--

表6 使用毎に消毒が必要な物品や環境

<ul style="list-style-type: none"> ■ 電話機 ■ マイク ■ 共用パソコン（キーボードやマウス） ■ アルコールチェッカーの持ち手部分

- アルコール類はヒトの手指などに使用できるが、次亜塩素酸ナトリウムはヒトには使用しない。

表7 アルコールと次亜塩素酸ナトリウムの使用方法と使用時の注意

	アルコール	次亜塩素酸ナトリウム
ヒトへの使用 (手指など)	○	× (人体には使用しない!)
物品・環境への 使用時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通常は70%以上の濃度で使用する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通常は0.02～0.05%の濃度で使用する。 ■ 嘔吐物や便の処理時は0.1%で使用する。
注意点	<ul style="list-style-type: none"> ■ ノロウイルスなどには無効。 ■ プラスチック類（特にアクリルなど）は劣化する可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 希釈後は密封・遮光し、使用期限は24時間とする。 ■ 金属腐食性が高くサビが発生しやすいので金属には用いないか、使用後に水拭きを行う。 ■ 脱色（漂白）作用がある。 ■ 換気を十分に行う。 ■ トイレ用洗剤などの酸性物質と混合すると有毒な塩素ガスが発生するので注意する。 ■ 直射日光で活性が低下する。
共通する注意点	<ul style="list-style-type: none"> ■ 液晶モニターなど使用しない方が良いものがあるので注意。 ■ 目で見て汚れが付着している場合はまず汚れを拭き取って（洗浄・清掃）から消毒する。 ■ 消毒時は手袋（特に次亜塩素酸ナトリウム使用時）を装着すること。 ■ 消毒薬は噴霧ではなく、ペーパータオルやガーゼなどに染みこませて一方向に拭くことによって消毒すること。 ■ 紙や木、布類はアルコールや次亜塩素酸ナトリウムによる消毒は十分にはできない。 	

- 次亜塩素酸ナトリウムと次亜塩素酸水は、異なるものなので注意すること。
- **次亜塩素酸ナトリウムや次亜塩素酸水は、手指消毒には使用してはならない。**また、テーブルやドアノブの消毒には用いて良いが、次の使用方法を厳守すること⁵。

次亜塩素酸水を使って物品のウイルス対策をする場合の使用方法は次のとおりである。

- ① 有効塩素濃度 80 ppm 以上のものを使う。
- ② 汚れをあらかじめ落としておく。
- ③ 拭く対象物に対して十分な量を使用する。
- ④ きれいな布やペーパーで拭き取る（20 秒反応させた試験で有効性を確認）。

- (参考) <https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200626013/20200626013-4.pdf>
- 次亜塩素酸水は不安定な物質（濃度が低下しやすい）のため、冷暗所に保管し、早めに（製品に使用方法、有効成分、酸性度、使用期限の表示があることを確認）使い切る。

- **ウイルス汚染が手指や環境の汚染によって、どのように広がっていくか、見てみよう！**

（どちらの動画も英語であるが、映像だけで内容は分かる。）

- 女性がパーティに呼ばれてドアノブを触り、ドーナツを食べて感染する様子を可愛らしい微生物のイラストを用いて表現した動画

<https://youtu.be/yToii3-p-NI>



- 手指衛生を行わないとどのように微生物が広がっていくかを緑色の絵の具を用いて表現した動画

<https://youtu.be/M8AKTACyiB0>



4. 飛沫感染の予防

(1) (お互いの)マスク

飛沫感染予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/UzQrMvFQ4tA>



- 職員・入所者は、施設内では自分の飲食時などを除き、原則としてマスク（不織布マスク）を装着する。
- マスクは口や鼻からの飛沫の吸入を防ぐだけでなく、自分の口や鼻から飛沫が飛び散るの（自分からの感染）を防ぐ。



メモ マスクを装着していても注意が必要な場面

- 入所者の聴力が低下している場合など、どうしても職員が入所者の耳に顔を近づけて大きな声で話さないといけないことがある。**大声を出すとマスクがずれたり、マスクと顔の間に隙間ができて飛沫が漏れやすくなる。**さらに距離が近いと感染リスクが高まる。このような場合は、職員の顔が入所者の顔と対面にならないよう、飛沫が入所者の顔に飛ばないように、斜め横から話しかけたり、フェイスシールドを併用するなどの工夫があると良い。

- 気管内挿管や気道吸引、激しい咳などでエアロゾルが大量に発生するような場面では、職員が使用するマスクは **N95 マスク** が望ましい。

⁵ 2020 年 6 月 26 日（金）厚生労働省「新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/syoudoku_00001.html

- **N95 マスク** は感染を防ぐために職員側が装着するものである。入所者には N95 マスクを着けない。
- **N95 マスク** については詳しくは**空気感染（エアロゾル感染）の予防の項（P.22）**を参照する。
- 【参考資料】市販マスクの性能（実測値）（図7）⁶のとおり、職員・利用者が共にマスクをしない場合は感染リスクが飛躍的に増加する。
- 【参考資料】マスクを装着することで、漏れ出る飛沫量を1/3程度に抑えると共に、飛散距離を短くすることができる（図8）⁷。

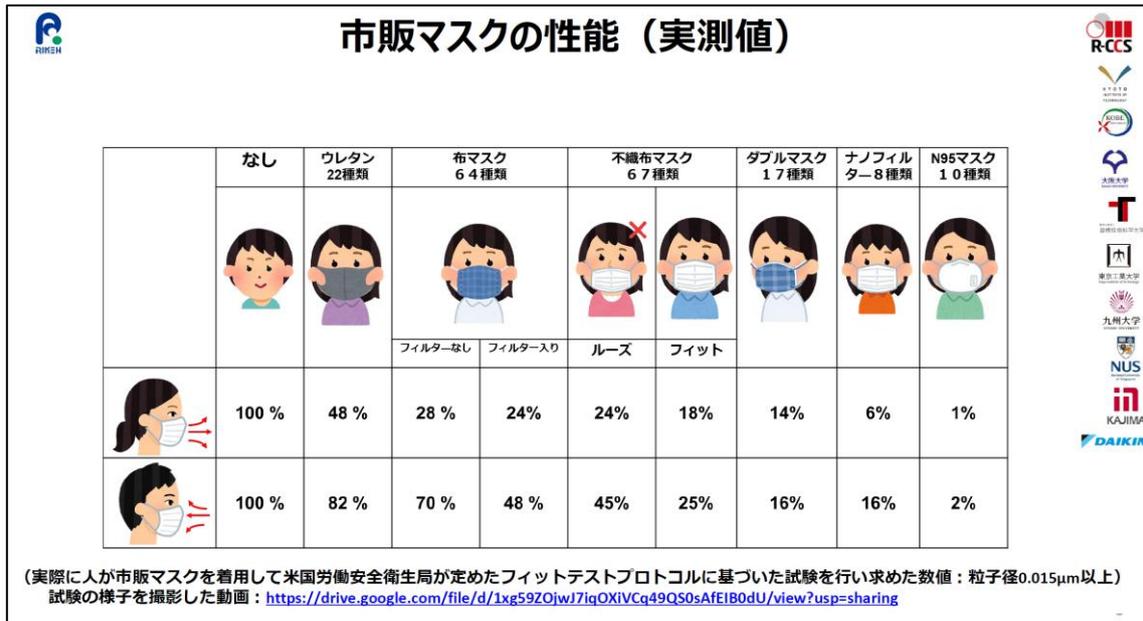


図7 市販マスクの性能（実測値）

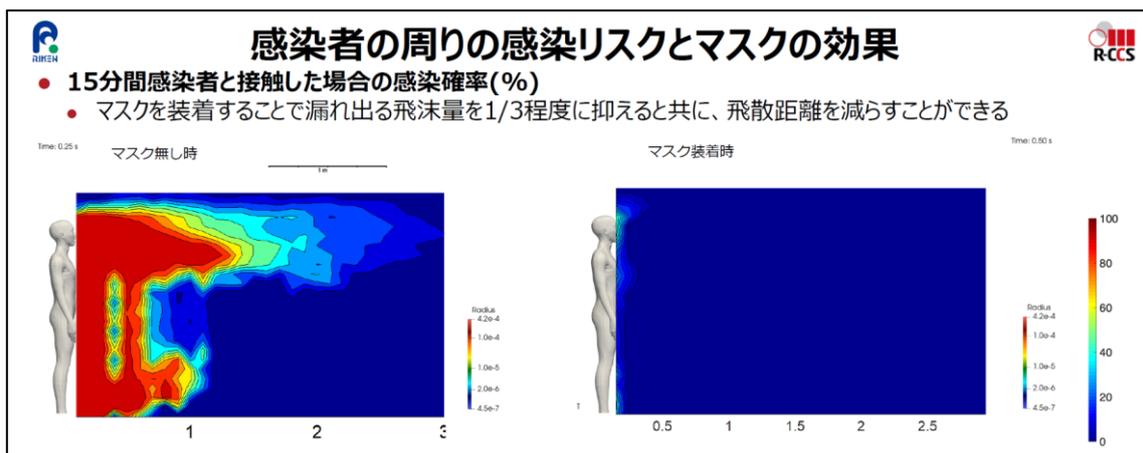


図8 感染者の周りの感染リスクとマスクの効果

⁶ 「室内環境におけるウイルス飛沫感染の予測とその対策（2021年6月23日記者勉強会資料）」P.6（理化学研究所ホームページ）<https://www.r-ccs.riken.jp/wp/wp-content/uploads/2021/06/210623tsubokura.pdf>

⁷ 「第8波に向けた感染拡大抑止のための「富岳」飛沫シミュレーション（2022年12月1日東京都モニタリング会議資料）」P.5 理化学研究所ホームページ <https://www.r-ccs.riken.jp/wp/wp-content/uploads/2022/12/221201tsubokura.pdf>

(2) アクリル板やビニールシートで遮断

- 飛沫の飛散経路を適切に遮断すること（図9⁸、図11⁹）。ただし遮断しすぎて密閉すると換気が悪くなり逆に感染リスクが上昇するので注意が必要。
- ビニールシートやアクリル板を設置した場合、汚れが見られるようであれば適切に洗浄・消毒をおこなう。汚れが見られる場合は中性洗剤などで洗浄を行い、ついで次亜塩素酸ナトリウムまたはアルコールで消毒するが、特にアクリル板はアルコールにより著しく劣化するので注意すること。また洗浄・消毒の際には、前後に手指衛生を行うなどによって自分の汚染に注意すること。
- 食事会場などでアクリル板を設置しない、あるいは撤去する場合、利用者同士の飛沫感染のリスクを下げるためには利用者が対面せず一方向を向いて座ったり、1～2mの距離を開けるなどの工夫が有効である。また対面で近距離で集合で食事する場合は体調不良や変化のある利用者の感染リスクには十分に注意を払うこと。

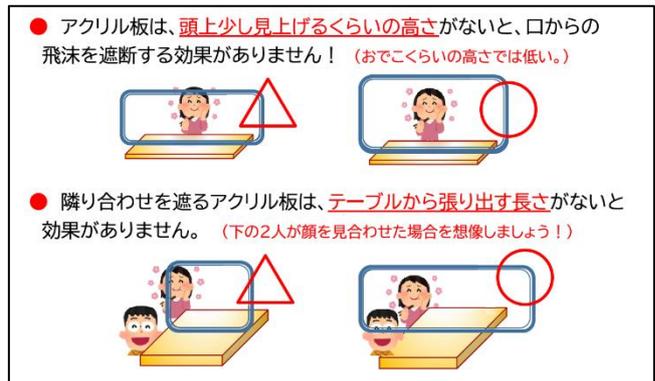


図9 適切なアクリル板の設置方法

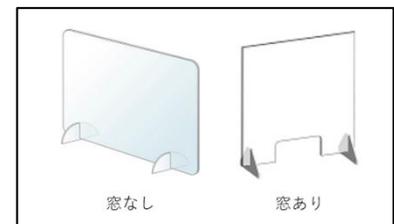


図10 アクリル板の種類

⁸ 令和3年10月28日 奈良県福祉医療部医療・介護保険局介護保険課「第6波に備えるための奈良県の高齢者施設におけるコロナ感染対策の要注意事項集」

⁹ 「室内環境におけるウイルス飛沫感染の予測とその対策（2020年8月24日記者勉強会資料）」P.15 理化学研究所ホームページ <https://www.r-ccs.riken.jp/outreach/formedia/200824Tsubokura/>

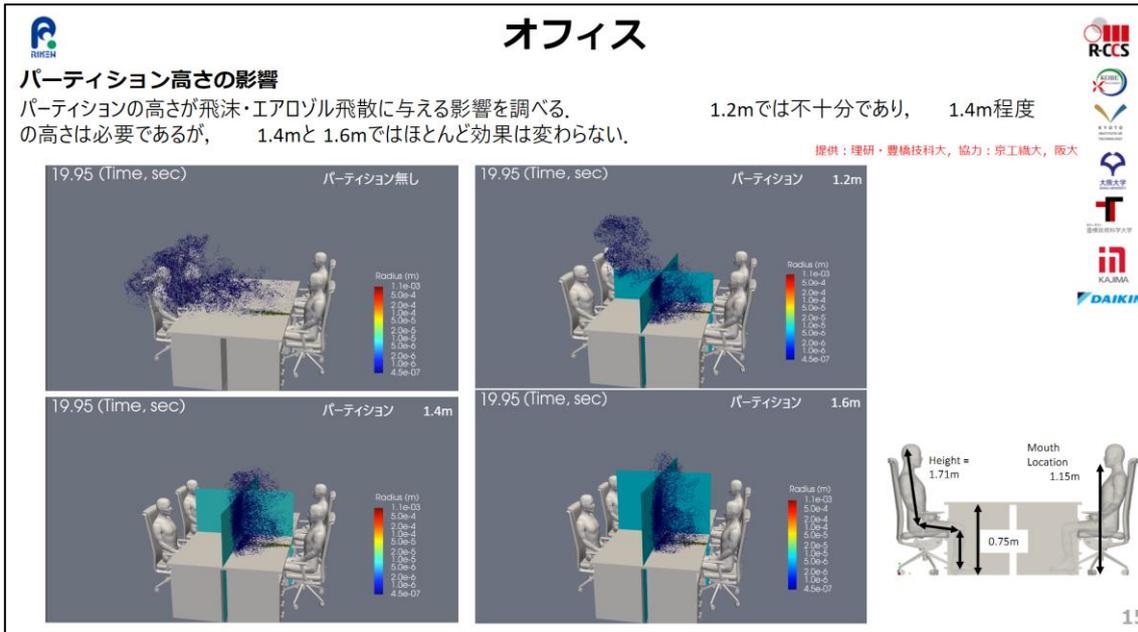


図 11 パーティションの高さとその影響

(3) 1～2 m 以上の距離(ソーシャルディスタンス)

- マスクを外している場合などでは特に、人と人の距離を最低 1～2m 以上あけるように留意する。これは飛沫が届かないための距離である。
- 更衣室、休憩室、食堂、スタッフルームなどで職員同士が、一定の距離を保てるよう、出勤時間、休憩時間をずらし、席数を減らすなどの工夫を行う。特に、飲食中はマスクをはずすので、職員間が近距離で食事をしない、食事中はマスクをはずした状態での会話はできる限り控える等、接触を減らす工夫を行う¹⁰。

(4) ゴーグル、アイシールド、フェイスシールド



- 目（の粘膜）への飛沫の飛散を防ぐ。
- フェイスシールドやアイシールド、ゴーグルなどがある。
- それぞれは眼を覆う面積や顔への密着度が異なり、どれでなければならない、ということはない。入所者につかまれる、取られる、というような場合は密着性の高いゴーグルを利用したり、咳や痰などが激しく顔面への曝露が多い場合はフェイスシールドを使うなど使い分けると良い。見やすさや手軽さではアイシールドがよく使われる。
- お互いがマスクを装着している場合は飛沫が飛び散る危険性は低下するため、フェイスシールドやゴーグルは必須ではない。

¹⁰ 「第 8 波に向けた感染拡大抑止のための「富岳」飛沫シミュレーション（2022 年 12 月 1 日東京都モニタリング会議資料）P.5 理化学研究所ホームページ <https://www.r-ccs.riken.jp/wp/wp-content/uploads/2022/12/221201tsubokura.pdf>

- 入所者がマスクをしておらず、強い咳やくしゃみがあったり、唾を吐くなどの行為が見られる場合、こちら側がフェイスシールドやゴーグルを装着する。具体的な場面としては**食事介助**や**入浴介助時**、**入所者が何らかの理由でマスクが装着できない**ときなどがある。
- フェイスシールドやゴーグルは表面が汚染されている可能性があるため、使い回す場合は表面を消毒する。消毒する場合は、①表面（患者・入所者側）がより高度に汚染されている可能性があるためより丁寧に消毒すること、②消毒の際の自分の手指の汚染に注意すること、③ゴムバンドやスポンジの消毒は十分にできないため、その汚染が想定される場合は廃棄することが望ましい。

メモ ゴーグルおよびフェイスシールドの洗浄及び消毒方法（令和2年4月14日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールド、の例外的取扱いについて」）

- 洗浄及び消毒方法についてはメーカーへ問い合わせ、その推奨方法とすることが基本であるが、方法が不明な場合は、以下の手順を参考とする。
 - ・ 手袋を装着したままの状態、ゴーグルやフェイスシールドの内側、次に外側を丁寧に拭くこと。
 - ・ アルコール又は0.05%の次亜塩素酸を浸透させたペーパータオルやガーゼ等を使用して、ゴーグルやフェイスシールドの外側を拭くこと。
 - ・ 0.05%の次亜塩素酸で消毒した場合、ゴーグルやフェイスシールドの外側を水またはアルコールで拭き、残留物を取り除くこと。
 - ・ 清潔な吸収性タオルを用いて吸水することなどにより、良く乾燥させること。
 - ・ 手袋を外した後は、手指衛生を行うこと。

- 【参考資料】フェイスシールドの効果を咳をした場合で検証¹¹。鼻と口の同時呼吸を想定。色は飛沫のサイズ（赤：100 μ m 青：0.5 μ m）。



図 12 フェイスシールドの効果

¹¹ 「室内環境におけるウイルス飛沫感染の予測とその対策（2020年10月13日記者勉強会資料）」P.10 理化学研究所ホームページ <https://www.r-ccs.riken.jp/outreach/formedia/201013Tsubokura/>



(5) キャップ

- 頭部や毛髪が飛沫で汚染されることを防ぐ。
- 新型コロナウイルスは頭部から感染するわけではない。しかし飛沫による頭部や毛髪の汚染が気になる場合はキャップを装着してもよい。
- 外す際は、表面に触れないように注意する。

(6) シューズカバー

- 靴の裏に付着した飛沫が感染源になることは稀であり、基本的にシューズカバーは不要である。
- ただしグループホームで靴を脱いだり、床を舐めたりする入所者がいるような状況では、シューズカバーや上履きの使用を考慮する。

(7) 咳エチケット/呼吸器衛生

- 入り口など施設内の目立つところにポスターを貼り、咳やくしゃみの時にはティッシュなどで口と鼻を覆い、ティッシュをゴミ箱に捨て、手指衛生を行うように啓発する。
- 必要なティッシュ、足踏み開閉式のゴミ箱、手指衛生環境（手指衛生剤や手洗い場所）を提供する。
- インフルエンザや新型コロナウイルスなどの呼吸器感染症が増加している時期は、咳などの呼吸器症状のある人に入り口などでマスクを提供し、共通の待ち合い区域では他の人々から距離（1m以上）をあけるように勧める。

5. 空気感染(エアロゾル感染)の予防

(1) 換気

- 新型コロナウイルス感染症対策において、室内にいる **1人あたり1時間あたり最低 30m³** の換気量を確保する。
（例）床面積 45 m²・天井までの高さ 3 m の 4 人部屋で、「強」にした際の風量が 20 m³/分の換気装置の場合（換気装置の仕様書等で確認）
⇒（床面積 45 m²× 3 m× 4 人）÷ 20 m³/分 = 1 時間のうち 27 分間の換気が必要
- 部屋の中を**対角線上に空気が抜けるように窓やドアを開けると良い。**
- **サーキュレーターや扇風機は開けた窓やドアに向けて一方向に作動**させる（室内の汚染した空気を室外に出すイメージ）。この時サーキュレーターや扇風機はなるべく窓に近い所に置く。エアコンをまんべんなく効かせるように閉めきった部屋の中で首振り機能を使って作動させるのは感染対策としては誤り。
- 窓やドアを常時開けっぱなしにしておく必要はなく、時間を決めて定期的に 2 方向の窓やドアを開けて換気を行う（例えば業務で入室した際に数分間など）。
- **人が集まる前後ではなく、人が集まっている時に換気**する。
- **二酸化炭素（CO₂）モニター**で室内の二酸化炭素の増減を確認する方法もある。

- 空間除菌商品は一般的には効果が確認されていない。商品や濃度によっては人体に有害である可能性があり注意が必要である。
- 空気清浄機も新型コロナウイルス感染症対策として明確に効果が示されていないが、空間除菌商品と比べて人体への有害性などのデメリットは少ないと考えられる。
- ビニールシートでは目張りが十分にできず、空気感染（エアロゾル感染）の予防としては不十分である。また後述のように、逆に換気を悪くするリスクもあり注意が必要である。

(2) N95 マスク

- N95 マスクの N は not resistant to oil（耐油性なし）を意味する。95 は、塩化ナトリウム（空力額の質量径 0.3 μm）の捕集効率試験で 95%以上捕集することを意味する。つまり N95 マスクは 5 μm 以下の飛沫格に付着した病原体を捕集することができる。
- フィットテスト…どの N95 マスク（種類やサイズ）が自分にフィットするのを確認し、正しい装着方法を習得するためのテスト。定性的（味や匂い）フィットテストと、定量的（実際に機械によって漏れ率を計測する）フィットテストがある。
- ユーザーシールチェック…適切にフィットしているかどうかを毎回の着用時に確認する方法。両手でマスクを覆い、息を吸ったり吐いたりして空気の漏れがないかを確認する。



N95 マスクの再利用について

- 本来 N95 マスクは 1 回ごとの使い捨てが原則であるが、所定の場所に吊す、あるいは紙袋に入れるなどして 1 日 1 回交換とすることもある。
- N95 マスクを再利用する場合は N95 マスクの表面が汚染されないように上からサージカルマスクを装着したり、フェイスシールドを併用するとよい。この場合、サージカルマスクは都度交換、フェイスシールドは交換または消毒すると良い（p.16 を参照）

空気感染（エアロゾル感染）予防の解説動画（奈良県）

<https://youtu.be/2nPdLYRyB1Q?t=152>



感染拡大防止のための効果的な換気について

新型コロナウイルス感染症対策分科会

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/taisakusuisin/bunkakai/dai17/kanki_teigen.pdf



6. ゾーニングの基本的な考え方

(1) ゾーニングの基本的な考え方

- 汚染区域（レッドゾーン）と清潔区域（グリーンゾーン）に分ける。
- イエローゾーン（準清潔区域、または準汚染区域とも呼ばれる）は位置付けがあいまいになりやすいので必ずしも作る必要はない。
- レッドゾーンは可能な限り狭く設定する。
- 職員の詰所や休憩所は可能な限りグリーンゾーンに設定する。
- レッドゾーンとグリーンゾーンの間にビニールシートやパーティションを設置する必要はない。床にビニールテープなどを貼り、どこからグリーンゾーンで、どこからレッドゾーンかを分かるようにするだけで十分である。
- 間にビニールシートやパーティションを置いても構わないが、その場合は定期的に表面を拭いて清潔に保つ。また換気が悪くならないように注意する。
- 患者（確定例）は同室にしても構わないが、疑似症患者は可能な限り個室（個別）に対応する。
- レッドゾーンにはポスター等で明確に入室が禁止されていることを掲示する（p.80）。

(2) 個人防護具の着脱場所

- 個人防護具はグリーンゾーンで装着し、レッドゾーンで脱ぐ。

(3) 物品の管理

- レッドゾーンに職員の私物（スマートフォンなど）や職員の飲食物は持ち込まない。
- レッドゾーンに持ち込んだ物品は、レッドゾーンで廃棄する。
- レッドゾーンに持ち込んだ物品をグリーンゾーンに持ち帰る場合は、レッドゾーン内で消毒してからグリーンゾーンに持ち込む。
- 具体的な事例
 - 【食器】洗淨前の食器と、洗淨・乾燥後の食器の保管場所を分ける。洗淨後の食器を扱う場合は、その前に手袋を消毒する。
 - 【洗濯】洗濯前の衣服と、洗濯・乾燥後の衣服の保管場所を分ける。洗濯後の衣服を扱う場合は、その前に手袋を消毒する。
 - 【口腔ケア物品（入れ歯など）】洗淨前の口腔ケア物品と、洗淨後の口腔ケア物品の保管場所を分ける。入所者の口腔ケア物品は完全には消毒できないので、近接して接触することによる交差汚染を防ぐため、距離をあけて保管する。
 - 【薬】グリーンゾーンで薬を管理し、居室へは内服する分だけを持っていき、薬袋などがあれば、居室などで廃棄し、グリーンゾーンには持ち帰らない。
 - 【SpO₂モニターや血糖測定器など】SpO₂モニターや血糖測定器を複数の患者に使用する時は、入所者ごとにアルコール綿などで消毒する。職員も入所者ごとに手袋を消毒する。

- 職員が肩掛け型のポシェットなどで手指消毒薬を携帯する場合、このポシェットは汚染しているのでグリーンゾーンに持って入らない。個人防護具を脱ぐ場所の近くなど、入所者が触れない場所、あるいは職員の目の届くところに置いてグリーンゾーンに入る。
- PHSはレッドゾーンで使用する専用のものを決めると良い。ただしこの場合でも通話のために耳にあてるなど顔付近に持っていかず、部屋番号の確認のみに用いたり、スピーカー機能があればそれを用いて使用する。どうしてもグリーンゾーンに持ち帰る場合は全体を消毒して持ち帰るか、レッドゾーンではジップロックなどの袋に入れて使用し、袋から出してグリーンゾーンに戻す。この際も汚染した手袋で触れた場合は、触れた所は消毒する。

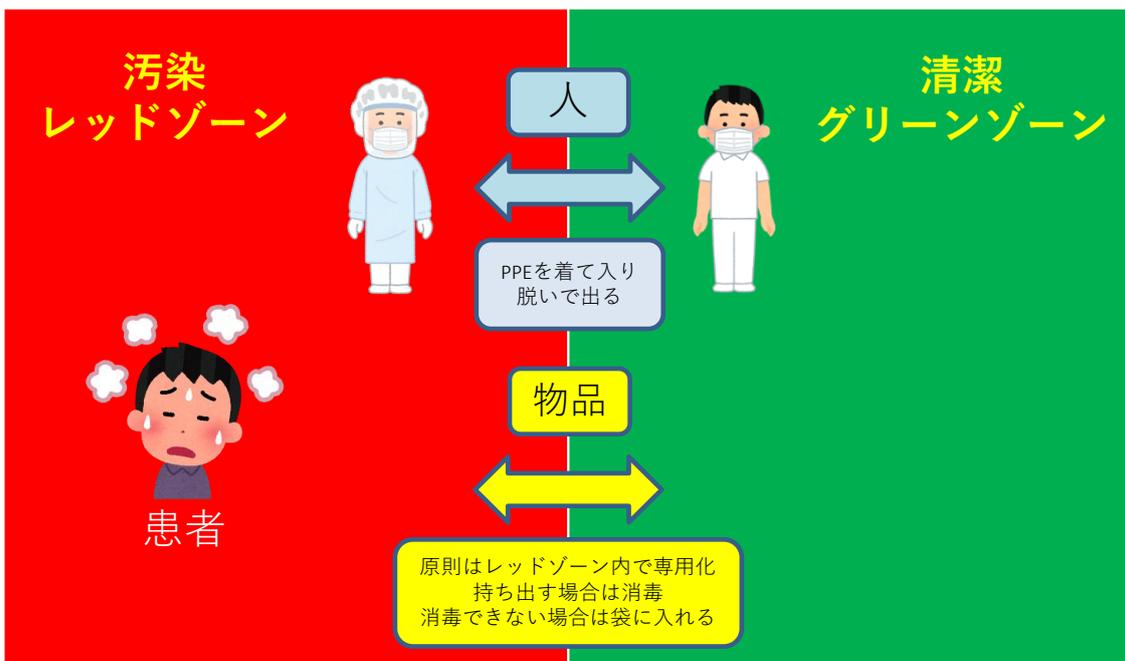
(4) 施設や感染状況にあわせたゾーニングの設定

- 患者（確定例）や疑似症患者、接触者となる入所者が1人または小数で、個室から出てこないように指示を守ってもらえる場合は、レッドゾーンは可能な限り狭く設定するという基本原則に基づき、個室（部屋）ごとにレッドゾーンを設定する（廊下などの共用エリアはグリーンゾーンにする）。
- 一方、患者（確定例）や疑似症患者、接触者となる入所者が多数にのぼる、あるいは個室から出てきてしまうといった場合は、共用エリアも含めて広くレッドゾーンにせざるを得ないことがある。この場合でも

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 職員は入所者から感染しない、あるいは職員同士で感染させない。 (2) 入所者同士の濃厚接触や感染も最小限にする。 |
|---|

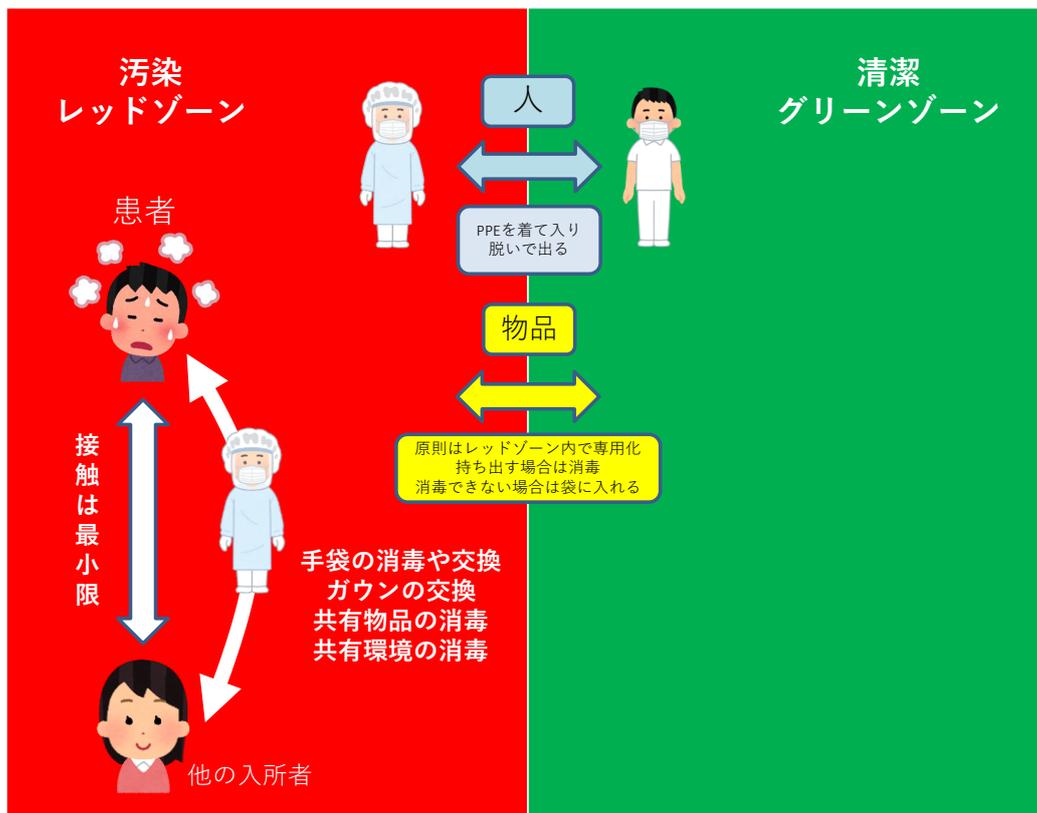
ことを目標にする。

(5) 【ゾーニングの基本形】一人の患者を個室で管理する場合



- ゾーニングの基本形として、レッドゾーンに一人の患者がいる場合は、「レッドゾーンからグリーンゾーンにウイルスを持ち出さない」ことを目的として、以下の3点が原則となる。
 - ① 患者はレッドゾーンから出ない。
 - ② 職員はグリーンゾーンでPPEを着てレッドゾーンに入り、レッドゾーンでPPEを脱いでグリーンゾーンに戻る。
 - ③ 物品をレッドゾーンに持ち込んだ場合、レッドゾーンで患者専用のもので使用するか、消毒して、または袋（可能であれば二重）に入れてグリーンゾーンに持ち出す。

(6) 【ゾーニングの応用形】複数の患者を複数の居室や廊下を含めて管理する場合



- すでに複数の接触者がいて、自室での隔離管理ができない場合、しばしば食堂やトイレ、洗濯場や廊下なども含めてレッドゾーンを拡大して対処せざるをえない場合がある。この場合は、前ページの一つのレッドゾーンに一人の患者がいる場合の原則に加え、「入所者同士の感染をなるべく防ぐ」が必要になる。
- 「【物】目の前の物品は清潔か、不潔か」「【場所】自分がいる場所は清潔か、不潔か」「【人】自分の手や身体は清潔か、不潔か」を常に意識し、不潔（新型コロナウイルスが付着している）である可能性があれば、落ち着いて消毒するよう心がける。
- 具体的には、下記のような取り組みが必要である。
 - 職員の詰所はなるべくグリーンゾーンとする。
 - 入所者にはなるべく自室に滞在するよう指示する。

- 共用場所にいる場合はなるべくマスクを装着してもらおう（無理と決めつけずに可能な人には装着してもらおう）。
- 共用場所の環境表面（机や椅子、手すりなど）は患者使用ごとに消毒する。
- 患者間で使い回す物品は患者使用ごとに消毒する。
- 職員は患者間では原則として手袋は交換する。交換が難しい場合は手袋の上から消毒を行う。このためにレッドゾーン内に手指消毒薬を設置するか、設置できない場合は職員がアルコールを携帯する。ガウンも適宜交換する。

(7) ゾーニングに関するよくある質問

【質問】 物品や環境表面を消毒するか、あるいはそれに触れる手指（手袋）を消毒するか、どちらを優先したら良いのでしょうか？
<p>【回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般的に物品や環境表面を消毒の方が手間がかかる（消毒薬やペーパータオル、ゴミ箱を用意しなければならない）。従って、こまめに物品や環境表面の消毒を行うよりは、汚染した物品や環境表面に「触れた後」に、手指（手袋）消毒を行う方が効率が良いことが多い。
【質問】 レッドゾーンへ行く階段やエレベーターは専用にした方が良いのでしょうか？
<p>【回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 陽性者がきちんとマスクを装着していれば、短時間廊下やエレベーターを使用して、そのすぐ後にそこを通過した人が感染するリスクは極めて低い。従って、レッドゾーンへ行く階段やエレベーターが「専用」でなければならないということはない。 ● ただし、①可能であれば、陽性者が廊下を使用する際や、エレベーターを使用する際は、その時だけは他の人の通行を制限する、②陽性者が手すりやエレベーターのボタンを触ったときは、触ったところは消毒する、といった注意が必要である。
【質問】 フロア全体をレッドゾーンにする場合、おむつカートはグリーンゾーンで管理するのか、それともレッドゾーンで管理するのか？
<p>【回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● レッドゾーン内に持ち込んだものは基本的にはレッドゾーン内で管理するべきであり、もしグリーンゾーンに持ち込むのであればしっかりと消毒してから持ち込む必要がある。フロア全体をレッドゾーンにした上で、おむつカートで巡回していく場合は、おむつカート全体を消毒することは困難であり、基本的にはレッドゾーン内で管理するべきである。 ● おむつカートをどうしてもグリーンゾーンで管理しなければならない場合は、カート自体はグリーンゾーン内に置いておき、必要な物品（おむつやおしぼり、ゴミ袋など）だけをその都度入所者のもとへ持参し、レッドゾーン内で廃棄してください。 ● 同様のことはガーゼや軟膏、薬などを載せた処置台（以下写真）にもいえる。処置台に積載する物品は多種多様であり、基本的には処置台はグリーンゾーン内で管理し、必要な物だけをレッドゾーン内へ持ち込み、そのままレッドゾーン内で管理するか、しっかりと消毒してからグリーンゾーン内に戻し、処置台で管理するようにしましょう。

- 施設では**職員の作業効率を優先**し、様々な物品をまとめて管理することが多く、その場合「清潔（未使用）の物を置く場所」と「不潔（使用済み）の物を置く場所」という観点ではなく、「**物品の種類別**」に**管理**されることが多い（経腸栄養物品、とか軟膏、テープ、文房具など）。また、その場合に「**清潔（未使用）の物**」と、「**不潔（使用済み）の物**」が**混在**していることが多い。これは**感染対策的には非常に危険な状態**である。
- **重要!** レッドゾーンを設定しないとイケない状況では物品の種類別ではなく、「清潔（未使用）」なのか、「汚染（使用済み）」なのか、「共用（文房具、テープ、石鹸、軟膏類など）」による交差汚染はないか」という観点から物品や環境の整理・清掃・消毒を行うことが重要である。



図 13 使用前の物・使用後の物が混載した処置台の例

第5章 様々な感染症の対応策¹²

- 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、1類感染症から5類感染症に分類している。また、1類から5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る。
- 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、レジオネラ症、インフルエンザ等があるが、結核は2類感染症、レジオネラ症は4類感染症、インフルエンザは5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・措置が必要である。
- なお、具体的な対応・措置については、P.30以降を参照してください。なお、新型コロナウイルス感染症は感染性が強く、他の感染症よりも詳しく記載している。

¹²令和5年9月 厚生労働省老健局「介護現場における感染対策の手引き第3版」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>

表 8 感染症法上の対象となる感染症の分類と考え方¹³

分類	規定されている感染症	分類の考え方
1類感染症	ペスト、エボラ出血熱、南米出血熱等	● 感染力及び罹患した場合の重篤性から見た危険性が極めて高い感染症
2類感染症	特定鳥インフルエンザ、結核、MERS等	● 感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が高い感染症
3類感染症	コレラ、腸管出血性大腸菌感染症等	● 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
4類感染症	鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）、ジカウイルス感染症等	● 動物、飲食物等の物件を介して人に感染する感染症
5類感染症	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）、エイズ、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等	● 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国民一般や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症等（COVID-19を除く）	<ul style="list-style-type: none"> ● インフルエンザ又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有することとなったもの ● かつて世界規模で流行したインフルエンザ又はコロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの
指定感染症	政令で指定	● 現在感染症法に位置付けられていない感染症について1～3類、新型インフルエンザ等感染症と同等の危険性があり、措置を講ずる必要があるもの
新感染症		● 人から人に伝染する未知の感染症であって、り患した場合の症状が重篤であり、かつ、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

¹³ 令和4年12月23日厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けに係る考慮要素について」、「令和5年版厚生労働白書資料編」により引用して作成 <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001029786.pdf>

1. 新型コロナウイルス感染症

(1) 予防のための一般的な対策

① 用語の定義と解説¹⁴

患者（確定例）	<p>新型コロナウイルス感染症の臨床的特徴を有し、かつ、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者。</p> <p>一般的にイメージする咳や発熱のある新型コロナウイルス感染症の患者を指す。</p>
無症状病原体保有者	<p>臨床的特徴を呈していないが、検査により新型コロナウイルスを保有していることが確認された者。</p> <p>新型コロナウイルスに感染しているが、咳や発熱などの症状がない患者を指す。大事なポイントは無症状病原体保有者であっても、ウイルスは排泄し、他人へ感染させる可能性がある。</p>
疑似症患者	<p>臨床的特徴等から医師が新型コロナウイルス感染症を疑うが、新型コロナウイルス感染症の確定診断が得られていない者。</p> <p>つまり、症状や病歴から新型コロナウイルス感染症が疑われるが、まだ検査によって診断がついていない（新型コロナウイルス感染症でない可能性もある）患者。</p>
患者（確定例）の感染可能期間	<p>患者（確定例）が他者に新型コロナウイルスを感染させる可能性があると考えられる期間。具体的には発熱及び咳・呼吸困難などの急性の呼吸器症状を含めた 新型コロナウイルス感染症を疑う症状（以下※参照）を呈した 2 日前 から p.31（②イ「外出自粛・高齢者接触自粛期間」）に示すまでの期間とする。</p> <p>※発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐、味覚障害、嗅覚障害など</p>
無症状病原体保有者の感染可能期間	<p>陽性となった検体を採取した日の 2 日前 から p.31（②イ「外出自粛・高齢者接触自粛期間」）に示すまでの期間</p>
接触者	<p>患者（確定例）または無症状病原体保有者の 感染可能期間 において当該患者が入院、宿泊療養又は自宅療養を開始するまでに接触した者のうち、次の範囲に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者（確定例）や無症状病原体保有者と 同居 あるいは 長時間の接触¹⁵（車内、航空機内等を含む）があった者 ● 適切な感染防護なし に患者（確定例）や無症状病原体保有者を 診察、看護 もしくは 介護 していた者 ● 患者（確定例）や無症状病原体保有者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接接触した可能性が高い者 ● 手が触れることのできる距離（目安として1メートル）で、必要な感染予防策なしで患者（確定例）や無症状病原体保有者と 15 分以上の接触があった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を 総合的に判断 する）

¹⁴ 国立感染症研究所感染症疫学センター「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領」令和3年11月29日版 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2559-cfeir/10800-covid19-02.html>

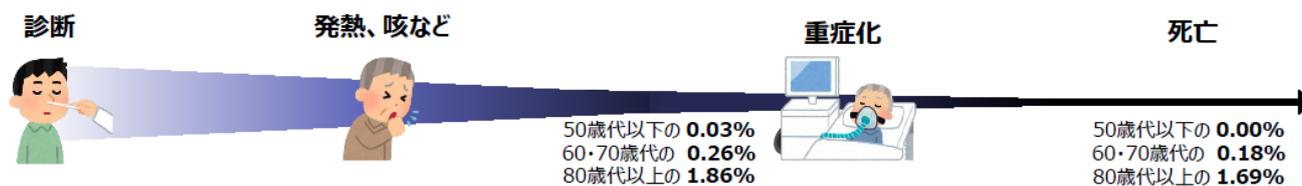
② 新型コロナウイルス感染症の対応策

ア 特徴

潜伏期間	2～7日 ¹⁶ （中央値2～3日 ¹⁷ ）
感染経路	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染者から 1～2m以内の距離で病原体を含んだ飛沫・エアロゾルを吸入することが主要な経路 ・ 換気が悪い部屋では、感染者から遠い場所でも感染 ・ ウイルスを含む飛沫や環境表面に触れた手指で粘膜を触ることで感染
発症期間	発症前（発症の2日間）から発症後5～10日 ¹⁸
症状・予後	当初（2020年～第1波の頃）は、発熱や味覚障害、嗅覚障害、急激な呼吸困難などが特徴とされたが、オミクロン株になり、 味覚障害や嗅覚障害の頻度は少なくなった 。また、特にワクチン接種者では重症化率も低下し、 軽い咽頭痛や鼻汁、咳、痰などや無症状のことも多い 。「発熱や味覚障害、嗅覚障害がないからコロナではない」とは考えてはいけない。

【新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち重症化率・死亡率¹⁹】

- 新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち、重症化した人の割合や死亡した人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高く、若者は低い傾向にあるため、利用者の年齢層が異なる高齢者施設と障害者施設では感染対策は異なってくる。



※「重症化した人の割合」は、新型コロナウイルス感染症と診断された症例（無症状を含む）のうち、集中治療室での治療や人工呼吸器等による治療を行った症例または死亡した症例の割合。

イ 外出自粛・高齢者接触自粛期間(推奨)

	外出自粛期間	高齢者接触自粛期間
有症状者	発症後5日間 かつ症状軽快後24時間以上経過	発症後10日間経過
接触者	—	発症後7日間経過

¹⁶ 令和4年7月27日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-5-②「オミクロン株感染における感染、発病、感染性のある期間等に関する文献資料」P3 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000970030.pdf>

¹⁷ 令和4年1月13日国立感染症研究所「SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統（オミクロン株）の潜伏期間の推定：暫定報告」<https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10903-b11529-period.html>

¹⁸ 令和5年4月19日厚生労働省「感染症法上の位置づけ変更後の療養に関するQ&A①」<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001088931.pdf>

¹⁹ 令和5年4月厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する11の知識」P3 <https://www.mhlw.go.jp/content/000927280.pdf>

- 令和5年4月14日に厚生労働省から通知された療養期間は、有症状者では発症日を0日として、5日間は外出を控えること（ただし、症状軽快後24時間以上経過していること。）とされているが、8日目の時点でも15%の患者からウイルスが培養されたと報告されており、10日間が経過するまでは感染リスクが残存するとされている。
- 接触者の調査を行う時には、上記の「感染期間」を参考に接触者を広くリストアップすることが重要である。
- なお、接触者については、7日目まで感染リスクが残存するとされている。
- 【参考資料】オミクロン系統感染者のRT qPCR 陽性検体における鼻咽頭検体中の感染性ウイルスの定量（図14）²⁰
- 【参考資料】積極的疫学調査のデータを用いた曝露－発症間隔の分布と累積分布、およびHER-SYS データを用いた曝露から経過日数ごとの発症する確率（%）（図15）²¹

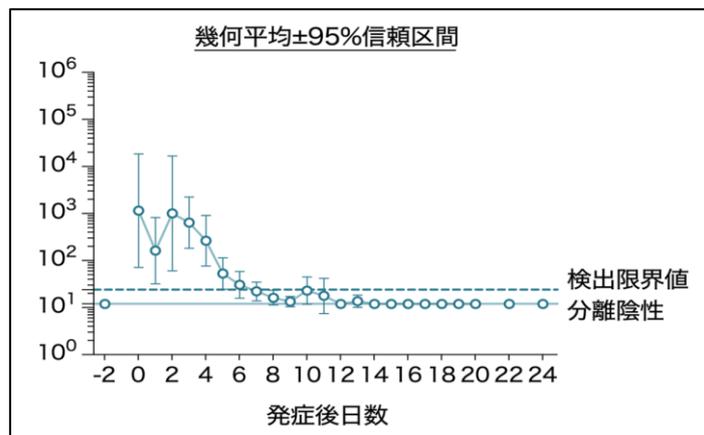


図14 オミクロン系統感染者のRT qPCR 陽性検体における鼻咽頭検体中の感染性ウイルスの定量

²⁰ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部令和5年4月14日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染療法上の位置付け変更後の療養期間の考え方等について」<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001084525.pdf>

²¹ 令和4年7月27日 第92回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料3-5-② オミクロン株感染における感染、発病、感染性のある期間等に関する文献資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000970030.pdf>

オミクロン株感染の潜伏期間

潜伏期間の中央値は2.9日
(4日以上が47%)

図1. 積極的疫学調査のデータを用いた曝露-発症間隔の分布と累積分布 (N=35)

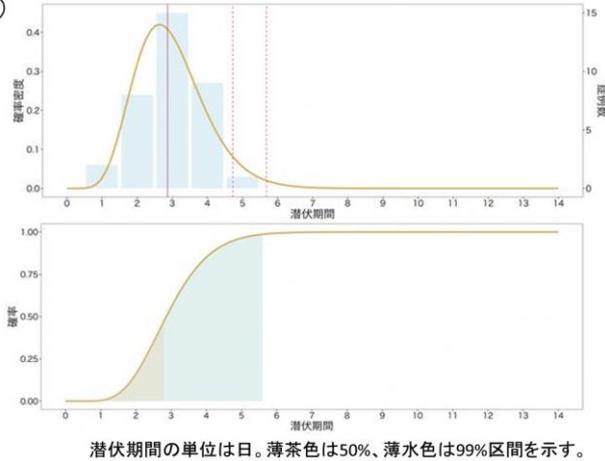


表1. HER-SYSデータを用いた曝露から経過日数ごとの発症する確率(%)

曝露日からの日数	アルファ株症例	オミクロン株症例
1日	6.29	8.55
2日	23.1	30.41
3日	42.42	53.05
4日	59.46	70.69
5日	72.67	82.65
6日	82.16	90.12
7日	88.63	94.53
8日	92.90	97.04
9日	95.63	98.43
10日	97.35	99.18
11日	98.41	99.57
12日	99.05	99.78
13日	99.44	99.89
14日	99.67	99.94

国立感染症研究所. SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統(オミクロン株)の潜伏期間の推定: 暫定報告. 2022.1.13

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/2019-ncov/2551-cepr/10903-b11529-period.html>

3

図15 積極的疫学調査のデータを用いた曝露-発症間隔の分布と累積分布、およびHER-SYSデータを用いた曝露から経過日数ごとの発症する確率(%)

ウ 検査の結果と解釈

- 検査には大きく①PCR検査、②抗原定量検査、③抗原定性検査、の3種類がある。
- 一般的に「抗原検査」と呼ばれるものは、「抗原定性検査」を指すことが多い。
- このうち感度（陽性者に検査を行って陽性と結果が得られる確率）が最も高いのはPCR検査、最も低いのが抗原定性検査である。
- 特に抗原定性検査は「陰性だからといって絶対に陰性」と過信しないことが重要である。
- 無症状病原体保有者に対する抗原定性検査の感度は低く、本来は無症状の者に抗原定性検査は推奨されていない。無症状の者の抗原定性検査が陰性であったからといって、「陰性」と決めつけられないように十分な注意が必要である。特にその者が接触者の可能性がある場合は、安易に感染対策を解除しないようにする。

工 各種検査の特徴²²

検査の対象者		PCR 検査			抗原定量検査			抗原定性検査		
		鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔※1	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液
有症状者（症状 消退者含む）	発症から 9日目以内	○	○	○	○	○	○	○	○	○ ※2
	発症から 10日目以降	○	○	- ※4	○	○	- ※4	△ ※3	△ ※3	- ※4
無症状者		○	○	○	○	- ※5	○	- ※5	- ※5	- ※4

本表では行政検査を実施するにあたって推奨される事項をとりまとめている。

※1 引き続き検討が必要であるものの、有用な検体である。

※2 唾液検体での薬事承認を得た製品に適用される点に留意。

※3 使用可能だが、陰性の場合は臨床像から必要に応じて PCR 検査や抗原定量検査を行うことが推奨される（△）。

※4 推奨されない（-）。

※5 確定診断としての使用は推奨されないが、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において幅広く検査を実施する際にスクリーニングに使用することは可能。ただし、結果が陰性の場合でも感染予防策を継続すること、また、結果が陽性の場合であって医師が必要と認めれば PCR 検査や抗原定量検査により確認すること。感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等以外の有病率が低い場合には、スクリーニングの陽性的中率が低下することに留意が必要である。なお、スクリーニングとは、主に診断目的ではなく感染リスクを下げる目的で実施するものである。

オ 3密を避ける工夫[※]

※「3密」：クラスター（集団）発生のリスクが高い3つの「密」²³

- ① 換気の悪い^密閉空間
- ② 多数が集まる^密集場所
- ③ 間近で会話や発声をする^密接場面

- 3密を避ける工夫としての表9のようなものがあげられる。

表9 3密を避ける工夫の例

- 広く換気の良い部屋を用意する。
- 人数制限を行う。
- 食事場所や休憩場所などを複数用意する（空間的分離）。
- 滞在時間を最小限にする（時間で交代制にする：時間的分離）。
- 電話やオンラインツールを使う。

²² 2022年12月22日国立感染症研究所他「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第6版）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/001029252.pdf>

²³ 2020年4月28日政府広報オンライン「3つの密を避けよう！」
<https://www.gov-online.go.jp/prg/prg20638.html>

カ 自分(職員)が感染しているとしても、他人に感染させない方法

- 自分が新型コロナウイルスに感染している場合、ウイルスは咳やくしゃみ、大声を出す時などに口や鼻から飛沫という形で体外に出る。
- 従って、自分から他人に感染させない方法として最も重要なことは、**自分がマスクで鼻と口をしっかりと覆う**ことである。
- マスクをしていても、すきまから飛沫やエアロゾルが漏れて出ることがある。従って、マスクを装着していても、以下のことに注意する。
 - ① **大声を出さない**（マスクと顔の間にすきまができやすくなる）
 - ② **相手と近距離にならない**（近づくほど感染リスクが高まる）
 - ③ **自分の周りを換気**する、といったことが重要である。
- 自分がしているマスク内側は、特に自分のウイルスを含んだ飛沫で高度に汚染されていることになる。**マスクの内側や、自分の目鼻口を触った手指は、確実に手指衛生を行う**ことが重要である。
- また、マスクの内側が机や物に接触するような置き方はしないこと、自分が手指衛生せずに触った物は、自分で消毒することなども自分から他人への感染リスクを下げるのに有効である。
- 物品消毒は、共有物品と個人物品に分けて考え、消毒方法を各施設で決めることが望ましく、パソコンなどの頻回に消毒が難しいものは、個人物品として使用することも検討する。
- 一方、**手袋を着けっぱなし**にしたり（手袋に付着したウイルスで触った物が次々に汚染していく）、**ゴーグルやフェイスシールド**をしたり（自分の眼からウイルスが飛び出ることはない）することは、「**自分から他人への感染を防ぐ**」点では**意味がない**（手袋の着けっぱなしは、他人から自分への感染を防ぐ目的でもあまり意味がない）。

【自分（職員）が感染しているとしても、他人に感染させないために遵守すること】

- 不織布マスクを使用する（※P.17 参照。図7 市販マスクの性能（実測値））
- マスクで、口と鼻をしっかりと覆う。
- マスク着用下でも、大声を出さない、相手と近距離にならない。
- 自分の周りを換気する。
- マスクの内側や自分の目鼻口を触った手指は、確実に手指衛生を行う。
- マスクの内側を下にして机に置かない。（マスクの内側と共有環境の間で接触しないようにする。）
- 自分が触ったものは汚染されていると考え、使用毎に消毒する。
- 手袋をつけたままにせず、手指衛生を徹底する。

キ 各場面での注意点

(ア) 面会

表 10 面会種類別のメリット・デメリット

種類	推奨条件	メリット	デメリット
直接面会	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者と面会者のマスク装着 ● 利用者と面会者の面会前後の手指衛生 ● 利用者と面会者の面会前の健康確認 ● 1m以上のソーシャルディスタンス ● (状況に応じて)パーティションを設置 ● 居室ではなく面会スペース(室)にて面会 ● 面会スペースの定期的な消毒・清掃 ● 換気 ● 面会中の飲食禁止 ● 事前予約制 	<ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーションがとりやすい。 ● 利用者と面会者共に満足感が高い。 ● 利用者の感染リスクが比較的低い。 ● パーティション設置費用など比較的安価な費用で済む。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の感染リスクが高い。 ● 地域の感染状況※により面会制限が必要。 各地域の感染症発生状況以下のサイトを参照し、面会条件を設定する。 【奈良県感染症情報センター】 https://www.pref.nara.jp/27874.htm 【NHKの新型コロナデータ】 https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/pref/nara.html
ガラス越し面会 (面会者と利用者は空間を完全分離)	<ul style="list-style-type: none"> ● 事前予約制(面会室などを確保する必要があるため) 	<ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーションがとりやすい。 ● 利用者・面会者共に満足感が比較的高い。 ● 利用者の感染リスクが低い。 ● 市中感染状況に関わらず面会制限が不要。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ガラス越し面会を可能とする面会室の設置に高額な費用がかかる。 cf. 建物の大きな窓がある部分を活用し、室内に利用者、屋外に面会者を配置して面会スペースとすることも可能。 ※例) ウッドデッキ、中庭、ガラス張りの玄関 ● 互いの声が聞こえにくい。 cf. 面会時に内線電話やPHSを両者に配置することで対応することも可。
オンライン面会	<ul style="list-style-type: none"> ● 事前予約制(利用者に操作説明をする職員を確保する必要があるため) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の感染リスクが低い。 ● 遠方でも簡単に面会が可能。 ● 市中感染状況にかかわらず面会が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーションが取りにくい。 ● 利用者と面会者共に満足感が低い。 ● 面会者がオンライン面会対応機器を所有している必要がある。

- 感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、近隣地域の発生状況等も踏まえて、施設の管理者が、面会が必要と判断し実施する場合においては、面会時の注意点に留意する。これらを全て行わなければならないということではないが、可能な範囲で参考にして実行する。

表 11 面会時の注意点

<ul style="list-style-type: none"> ■ 新型コロナウイルス感染症に対する一般的な感染対策を遵守すること。 <ul style="list-style-type: none"> □ 面会者・利用者のマスクの装着 □ 面会者・利用者の面会前後の手指衛生 □ ソーシャルディスタンス（人と人の距離を1 m 以上あける） □ ビニールシートやアクリル板の設置（状況に応じて） □ アルコールや次亜塩素酸ナトリウムによる定期的な環境消毒・清掃 □ 換気 □ 面会中は脱水防止のための飲水を除き、飲食を行わないようにする。 ■ 面会は事前予約制とする。 ■ 利用者と面会予定者が面会日からさかのぼって2週間以内に体調不良がある場合は面会を延期する。 ■ 差し入れなどの物品の持ち込みは原則禁止し、やむを得ず最小限の物品を差し入れる場合にあつては、事前に施設側と面会者との間で当該物品について報告・確認ができるよう協力を求める。 ■ 面会と面会の間は15分程度あけることとし、その間に面会場所の換気と消毒（ドアノブ、椅子、机などの備品などの他、利用状況に応じてトイレなども含む）を行う。 ■ 面会は可能な限り屋外または換気の良い屋内で行うこと。屋内で面会を行う場合は、他の利用者のいる共用スペースや居室とは区切られた面会専用の場所を設ける。 ■ 面会場所には面会に必要な最小限の備品（机と椅子）のみを配置し、面会後の消毒が困難となるような物品（雑誌や書類など）は置かないようにする。 ■ 面会者の氏名・来訪日時・連絡先について、感染者が発生した時、連絡が可能となるように記録しておくこと。
--

(イ) 送迎

- 乗車前に利用者の手指消毒を行い、マスクを装着してもらう。
- 利用者のマスクの着用が困難な場合は、上記の換気によりエアロゾル対策としては有効であり、運転者の目の保護は必須ではない。ただし、乗降介助を実施する際には飛沫対策として目の保護を介助者が実施する。
- 送迎中は声を発する機会を減らすことや、車内の3密を避けるために、複数の窓を開けての換気、座席をひとつ空ける等を行う。

- 送迎後は複数の窓やドアを開け換気する。手袋を装着し、消毒用エタノールや次亜塩素酸ナトリウム液などで、ハンドル、座席や手すり、ドアノブ、シートベルトの拭き掃除を行う。
- (図16) 外気導入モード + 同乗者のマスク装着 + 乗車位置における5cm程度の窓開けが基本となる。前後座席間のパーティションを追加することで、さらに飛沫拡散を防止できる。

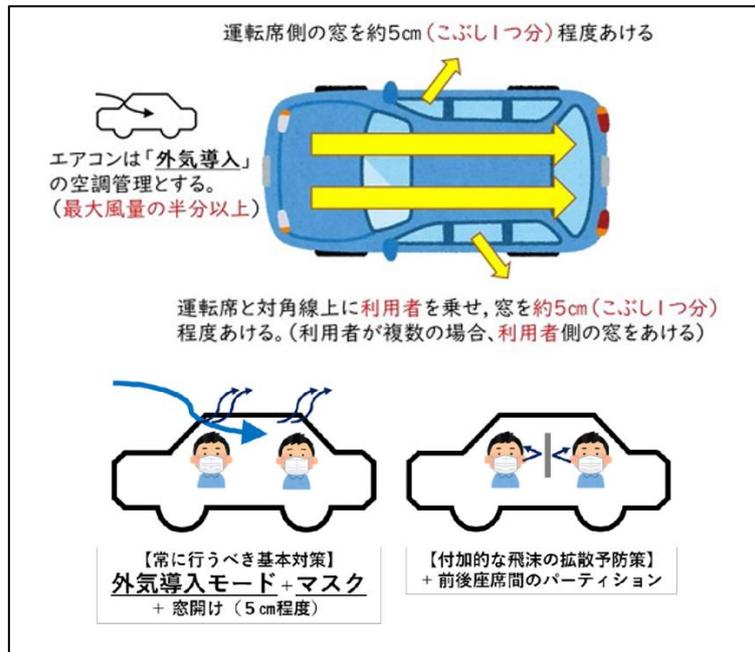


図16 送迎時の注意点

(ウ) 外部からの利用者受け入れについて

(a) 新規入所予定者について

- 新規入所予定者については、入所前の10日間の健康状態を確認すること。入所前の10日間のうちに、体調不良があった者は、**発熱等の症状が完全に消失してから一定期間経過するまでの間は入所を断る。**

※一定期間とは…図14を参考に、施設ごとに基準を設けることを推奨。

例) 医師による鑑別や診断が確定後、1週間後経過。

症状消失後、24時間経過。または48時間経過。

在宅からの場合は1週間の間、体調不良がないことを条件とする。など

(b) 施設に併設する通所・短期入所等の利用者について

- 通所者については、送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温確認や体温計測を行い、発熱等が認められる場合には利用を断ることを検討する。なお、発熱等の症状が改善した場合であっても、引き続き当該利用者の健康状態に留意する。
- 発熱等により利用を断った利用者については、当該利用者を担当する居宅介護支援事業所等に情報提供を行い、必要に応じて居宅介護支援等の利用を検討してもらう。

ク その他

(ア) 委託業者等について

- 委託業者等の物品の受け渡し等は、玄関など施設の限られた場所で行うようにする。
- やむを得ず施設内に立ち入る場合は、体温確認や体温計測を行い、発熱等が認められる場合には入館を断る。
- 感染防止対策（マスク、手洗い、アルコール消毒等）を徹底する。
- 検温の実施に関しては、事前に事業所と協議の上、条件づけで実施することも検討する。
例）利用者と同じ空間に滞在する場合は、検温を実施する等

(イ) 出入業者(リネン、食事、廃棄物等)への感染発生時の対応確認

- 委託業者や物品納入業者については、新型コロナウイルス感染が施設内で発生した場合、通常どおり業務を行えない可能性があるため、予め対応可能か確認しておく。
- 対応困難な場合は、代替業者を確保しておく。
- 物品等の納入については、建物の外で受領するなど、施設内入室管理の方法についても具体的に決め、出入業者に周知する。

(2) 感染防止のための施設における平時の取組チェックリスト

① 取組チェックリスト

<input type="checkbox"/> 感染症予防のための体制（委員会など）や、感染症発生時の指示命令系統は明確か？				
<p>【解説】フローチャートも確認して指示命令系統を明確にしておきましょう。</p> <pre> graph TD Start((感染者 疑似症発生)) --> Step1[施設・事業所 情報収集・接触者洗い出し] Step1 --> Step2[配置医師、嘱託医等に相談] Step2 --> Step3[施設内の有症状者の有無の確認] Step3 --> Step4[有症状者や接触者の検査の実施検討] Step4 --> Step5[接触者の選定] Step5 --> Step6[部屋移動/ゾーニング] Step6 --> Step7[保健所等報告] Step7 --> Step8[感染対策・健康観察等の実施] Step2 --> Step2a[診察] Step4 --> Step4a[検査] Step4a --> Step4b[療養方法決定等] Step7 --> Step7a[保健所 報告受理] Step7a --> Step7b[感染症法に基づく 疫学調査 指導実施] Step7b --> Step8 Step7 --> Step7c[県担当課 介護保険課 障害福祉課] Step7c --> Step7c1[報告受理] Step7c1 --> Step7c2[運営に係る相談対応] Step7 --> Step7d[市町村高齢者 施設等担当課] Step7d --> Step7d1[報告受理] Step7d1 --> Step7d2[運営に係る相談対応] Step7a --> Step7c Step7a --> Step7d Step7b --> Step7c Step7b --> Step7d Step7c --> Step7c1 Step7c --> Step7c2 Step7d --> Step7d1 Step7d --> Step7d2 Step7c1 --> Step7c2 Step7d1 --> Step7d2 Step7c2 --> Step7d2 Step7c2 --> Step7d2 </pre>				
<input type="checkbox"/> 利用者及び職員の健康チェックができていますか？（新規入所予定者や施設に併設する通所・短期入所等の利用者も含む。）				
<p>【解説】発熱やかぜ症状、味覚嗅覚障害、嘔吐や下痢などの症状を最低1日1回は確認し、記録しましょう。</p> <input type="checkbox"/> 職員健康管理票（p.71） <input type="checkbox"/> 利用者健康管理票（p.72）				
<input type="checkbox"/> PCR検査や抗原検査を速やかに行う体制が整っているか？（新型コロナウイルス感染症の場合）				
<p>【解説】利用者や職員が必要な場合にどこでどのようにPCR検査や抗原検査を行うことができるか確認しておきましょう。</p>				
<input type="checkbox"/> 職員の研修やシミュレーションは行っているか？				
<p>【解説】定期的に職員の研修やシミュレーションを行いましょう。集合研修ができなくても、情報源を共有しておきましょう。</p> <input type="checkbox"/> 奈良県高齢者施設における感染対策教材等について (https://www.pref.nara.jp/54673.htm) （新型コロナウイルス感染症の場合） <input type="checkbox"/> 感染対策の基本的知識と対応方法 <input type="checkbox"/> 防護具等の着脱方法の確認 <input type="checkbox"/> 感染者や接触者に対する介助・支援の実践訓練（感染者数等に応じたシミュレーションも行う。） <input type="checkbox"/> 感染者発生時の移送や消毒の訓練（机上訓練等）				

<input type="checkbox"/> 最低限の人数で業務を遂行するシフトに移行するため、平時から施設内職員の対応能力等を評価・分析しておく。
<input type="checkbox"/> 利用者同士、利用者と職員、職員同士が濃厚接触にならない工夫がされているか？
<input type="checkbox"/> 1 m 以内で対面になる場合はお互いがマスクをする。 <input type="checkbox"/> どちらかがマスクができない場合は、マスクに加えてゴーグルなどで目を保護する。 具体的には食事（介助）や入浴（介助）、レクリエーションや作業の場面が多い。 <input type="checkbox"/> 利用者と職員と一緒に食事をしない。 <input type="checkbox"/> 職員の仮眠室は、個別のベッドであっても、カーテン等の仕切りだけでは感染が認められた例があったため、できるだけ個室対応とする。 <input type="checkbox"/> 職員の仮眠室のリネン類は個人用とし、その都度交換する。
<input type="checkbox"/> 併設施設との情報共有は行われているか？
<input type="checkbox"/> 併設のサービス事業所等がある場合には、事業所間で十分且つ確実な情報共有を行い、状況に応じた対応をあらかじめ決め共有しておく。 <input type="checkbox"/> そのため、あらかじめ各事業所の連絡担当者及び連絡方法を決め、訓練を行っておく。
<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 委託業者などの物品の受け渡しは玄関など施設の限られた場所で行う。 <input type="checkbox"/> 委託業者や物品納入業者について、新型コロナウイルス感染が施設内で発生した場合、通常どおり業務を行えない可能性があるため、あらかじめ対応可能か確認しておく。対応困難な場合は代替業者を確保しておく。

② 職員・利用者の健康状態の確認と記録(新型コロナウイルス感染症の場合)

- 職員・利用者に対し、新型コロナウイルス感染症を疑う症状がある場合は速やかに報告するよう指導する。

表 12 新型コロナウイルス感染症を疑う主な症状

■ 発熱
■ かぜ症状（咽頭痛、鼻汁、咳、痰）
■ 味覚障害
■ 嗅覚障害

表 13 出勤自粛の目安

■ 新型コロナウイルス感染症を疑う症状がある場合
■ 上記の症状が完全に消失してから一定期間経過するまでの期間
■ 新型コロナウイルス感染症患者の接触者になり待機期間

- 医療機関を受診し、PCR 検査を受けることとなった場合は、施設職員である旨を申し出るとともに、なるべく早期に結果を出してもらうため、PCR 検査受検時の問診票に施設職員である旨記入する。なお対象者は、利用者に直接サービスを提供する職員だけでなく、事務職や送迎を行う職員等、当該事業所のすべての職員、調理業務や清掃業務等、施設内で業務を行う受託事業者の職員やボランティア等を含む。
- 職場復帰について、新型コロナウイルス感染症については陽性者（有症状者および無症状者）や接触者の療養期間または待機期間に準じて、**p.31 で示す感染リスクが残存する期間も考慮した上で**決定する。

新型コロナウイルス感染症の検査を行っていない場合は、参考までに日本渡航医学会と日本産業衛生学会が作成している「職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド（第6版）²⁴では事業者の責任のもとで「新型コロナウイルス感染者の療養解除（症状がある場合）に準拠したタイミングで職場復帰させる」ことを検討するとある。

さらに新型コロナウイルス検査が陰性の場合、「解熱剤を服用していない」「咳・倦怠感・咽頭痛などの症状が軽快している」ことを確認し、さらに「職場復帰後の数日間はマスク装着をし、ハイリスク行動を控えること」とある。

²⁴ 2022年12月27日日本渡航医学会、日本産業衛生学会「職域のための新型コロナウイルス感染症対策ガイド（第6版）」<https://www.sanei.or.jp/topics/covid19/index.html>

(3) 新型コロナウイルス感染症の初動時の対応

感染者が出た時の初動が最も重要であり、施設内職員がスムーズに初動体制が取れるように、事前から訓練すること、また必要な書類や掲示物をそろえておく。

① 初動時の流れ

初動対応		
(ア)	感染者（確定例）や疑似症感染者の情報収集と接触者の洗い出し	
	感染者に関する情報収集 【情報収集する内容】 ・いつから、どのような症状があるのか ・どのような行動をしているのか 2日前からの情報を収集する。	p.76～77 接触者リスト
	接触者をリストアップ	p.76～77 接触者リスト
	感染者本人の対応に関して配置医師や嘱託医と相談 ・検査、診察の実施 ・療養方法の決定、搬送の要否判断	
	感染者の関係者や家族への連絡	
(イ)	施設内の有症状者（職員、利用者）の有無の確認	
	施設内で有症状をリストアップする。	有症状者リスト
(ウ)	有症状者や接触者の検査の実施検討	
	有症状者リストと接触者リストの結果、検査対象者が誰か整理し、適切な検査方法をとれるよう調整する。	p.34 を参照し、検査の種類を検討する。
	検査結果に応じて、対応方法を決定する ※結果が陰性だったから、特に陽性者との濃厚接触が疑われる場合は、下記(エ)の接触者としての対応を講じる。	※1 を参考に決定する。
(エ)	接触者を選定する	
	接触者の選定と感染の拡大における規模の予測をたて、BCP に準じて業務調整を実施する。 ※注意※ 接触者としての待機期間中は、コロナ検査が陰性であったとしても、感染対策としては感染者（確定例）と同様の対応が必要。	

(オ)	部屋移動／ゾーニング	
	新型コロナ検査陽性者の個室隔離 ※個室対応ができない場合は、陽性者同士を同室にする。 「感染症対策中」「コロナ陽性」等の掲示をする。	
	有症状者（かつコロナ検査陰性者）の個室隔離、また部屋でのゾーニングを実施し感染症対策方法を明確にする。	掲示資料など参考 ※2参照
	接触者の個室隔離または部屋でのゾーニングを実施し、感染症対策方法を明確にする。	
	居室名簿や居室見取り図などを用いて、感染者の部屋の位置を明確にする。	
	感染症発生者一覧を作成し、発症日、隔離期間を明確にする。	
	チェックリストに基づいてケア方法を検討する。	取組チェックリスト (P.40)参照
(カ)	保健所や所管の県（市町村）担当課への相談や報告	
	感染疑い者数又は感染者数が10名以上等報告基準に該当した場合などは、速やかに保健所や所管の県（市町村）担当課へ報告する。	令和5年5月2日付け県介護保険課長等通知「5月8日以降の高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症が発生した場合等（疑いの場合も含む。）の対応について」参照
	感染規模の予測に基づき、地域の関係各所に連絡をする。（ケアマネ、市町村、連携事業所等）	

※1 抗原定性検査の感度は低く、とりわけ無症状病原体保有者の抗原定性検査の感度が低いため、「抗原定性検査の結果が陰性だったから、この人は大丈夫（感染していない）」と過信しないことが重要である。特に陽性者との濃厚接触が疑われる場合は、P.44(エ)の接触者としての対応を講じる。

検査の目的としては、①陽性者が出た際に、感染がどのくらい広がっているか、あるいはその陽性者に感染させた職員や利用者がないかを把握するための初期の幅広の検査と、②その陽性者から感染させた職員や利用者を見つけるための検査に分けられる。

①はなるべく速やかに、②は潜伏期間を考慮して数日後に行うことが多い。

特に、最初の陽性者の感染経路がよく分からない場合は、なるべく幅広に検査を行うことが感染を広げないために有用である。

さらに、初期の幅広な検査の結果が陰性であったとしても、陽性者と濃厚接触があったと考えられる職員や利用者は接触者としてP.44(エ)のとおり扱うことが感染を拡大させないために重要である。

※2 個室隔離の優先度が高いのは、①コロナ検査陽性者、②有症状者（かつコロナ検査陰性者）、③接触者の順である。

個室や移動できる部屋がない場合、有症状者や接触者はもとい部屋に残ってもらい、そこで感染対策を徹底する。部屋繰りの都合によっては、有症状者や接触者を移動させて同室にすることもありえるが、そうすると、本当はコロナに感染していなかった人が新たにコロナに感染したり、インフルエンザなど別の感染症をうつしあう危険性があることは認識しておく。

② 陽性判明者の対応

ア 感染者(確定例)や接触者の日々の健康観察(p.71～72)

- 奈良県では感染者（確定例）について、令和4年4月から、新型コロナの治療、または基礎疾患の治療のための入院が必要でない場合は、元々の居所（施設利用者の場合は施設内）で療養していただいている。入院対象とならない場合は、本マニュアル等を参照し、必要時保健所にも相談の上、施設側で日々の健康観察を行う。

- | |
|--|
| |
| |
- 施設内療養の際でも、ゾーニングや防護具の装着、手指消毒等適切な感染対策で感染拡大を防ぐことができる。
 - 接触者については、一旦検査結果が陰性となっても後に陽性となる可能性があるため、感染者（確定例）と同様に、感染対策を講じた上で日々の健康観察を行う。

イ 部屋の移動やゾーニング

- 上記の部屋の移動のルールに沿って、管理する。陽性者や有症状者、接触者の人数が増えた場合は、部屋ごとのゾーニングからフロア全体をレッドゾーンにするゾーニングへの移行を考える。この時、どこで个人防护具を装着し、どこで脱ぐのか、どこがレッドゾーンでどこがグリーンゾーンなのかなど、出入りする人に確実に周知することが重要である。
- ゾーニングの変更は、感染症の拡大傾向により、日々変更になることがあるので、1回周知して終わりではなく、更新される情報を関係者にリアルタイムで伝達する仕組みを普段から構築しておく。
例) 掲示板の活用、SNSの活用等
- ゾーニングを行う際は、次ページのチェックリストを参考にする。

ゾーニングと個人防護具（PPE）

- イエローゾーンは作らなくてよい（PPE を脱ぐのはレッドゾーン）。
- 職員の詰所や休憩室はなるべくグリーンゾーンにする。
- PPE を着るのはグリーンゾーン、脱ぐのはレッドゾーン
- グリーンゾーンで新しい PPE を装着してスタンバイするのは OK
- レッドゾーン内に替えの PPE を置く場合は汚染を防ぐ工夫が必要
- レッドゾーンに私物（スマホや飲み物など）を持ち込まない。飲食もしない。
- レッドゾーンに持ち込んだ物品は消毒してグリーンゾーンに戻す。
- レッドゾーンを何にも触らず職員が通過するのは OK
- グリーンゾーンを何にも触らず陽性者が通過するのは OK
- PPE は基本的に一重でよい（手袋、長袖エプロン、マスク、フェイスシールド）。
- PPE 着脱場所に①手順の掲示と②鏡を設置
- シューカバーは不要（専用の上履きを用意すればよい。）

ウ 居室名簿や感染者の推移の見える化

- 各居室の感染症発生状況や 1 人 1 人の隔離期間を一目でわかるように、表での提示や居室見取り図を使用する

※参考サイト※

奈良県社会福祉施設向け新型コロナウイルス感染症対策動画集

<https://www.youtube.com/channel/UCgdcLzbF8ntqCwPdIzKY6Cg/videos>

(4) 利用者・職員に感染症発生(疑いを含む。)がある場合の保健所等への報告

社会福祉施設等の施設長は、次のア、イ又はウの場合は、保健所、県担当課及び市町村高齢者施設等担当課（障害者施設の場合は市町村への報告は不要）に報告（P. 79～80 様式を使用）が必要である。

- ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合
- イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
- ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

(参考)奈良県内保健所連絡先一覧

名称	所在地	連絡先	施設所在地
奈良市保健所 保健予防課	〒630-8122 奈良市三条本町 13-1	(TEL)0742-93-8397 (FAX) 0742-34-2486	奈良市
郡山保健所 健康増進課	〒639-1041 大和郡山市満願寺町 60-1 (郡山総合庁舎内)	(TEL)0743-51-0194	大和郡山市・天理市・生駒市 山添村・平群町・三郷町 斑鳩町・安堵町
中和保健所 保健予防課	〒634-8507 橿原市常盤町 605-5 (橿原総合庁舎内)	(TEL)0744-48-3037	橿原市・桜井市・川西町 三宅町・田原本町・高取町 明日香村・宇陀市・曾爾村 御杖村・大和高田市・御所市 香芝市・葛城市・上牧町 王寺町・広陵町・河合町
吉野保健所 地域健康第一係	〒638-0045 吉野郡下市町新住 15-3	(TEL)0747-64-8132	五條市・吉野町・大淀町 下市町・黒滝村・天川村 下北山村・上北山村・川上村 東吉野村・野迫川村・十津川村

(職員等への周知)

- ・ 施設管理者は、施設内で感染症が発生したことを直ちに職員に周知及び対応を徹底する。
- ・ 利用者の家族等への連絡 ※状況を伝える際は、丁寧に説明すること。
- ・ 感染した利用者等が他の通所事業所等を利用していた場合、その事業所にも情報提供すること。

2. インフルエンザ

病原体	インフルエンザウイルス A 型 (H3N2 A 香港型など)、B 型のほか、2009 年に AH1N1 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	飛沫感染、接触感染。
体内侵入口	目、口、鼻
感染期間	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 ・治療	<ul style="list-style-type: none"> ● 悪寒、頭痛、高熱 (39~40°C) で発症。頭痛とともに咳、鼻汁で始まる場合もある。その他に筋肉痛や倦怠感、嘔吐や下痢、腹痛など。 ● 症状だけで新型コロナウイルス感染症と見分けるのは難しい。 ● 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との関連が報告されているので、どの薬を使用したら良いかは医師に相談すること。
診断	<ul style="list-style-type: none"> ● 迅速検査キット (抗原定性検査) が使用可能である。
日頃の対応 (予防法)	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本的には新型コロナウイルス感染症と同様に、飛沫感染を主とする感染症なので、対策は新型コロナウイルス感染症と同様である。 ● 飛沫感染対策 (お互いのマスクや眼の防護)、空気感染対策 (換気)、接触感染対策 (手指衛生や環境表面・物品の消毒。インフルエンザに対してはアルコールが有効) ● 新型コロナウイルス感染症との違い <ul style="list-style-type: none"> ➢ 流行時期がある程度決まっており、その時期にあわせてワクチン接種が可能 ➢ 治療薬がある (タミフル、リレンザ、イナビル、ゾフルーザ、ラピアクタなど)。重症化を防ぐためには発症後 48 時間以内の開始が推奨されるので医師の診断が必要。 ➢ 上記の治療薬の一部は予防投与としても使用できるので医師に判断を仰ぐ。 ➢ 常設の感染対策委員会を設置し、日常的に行う予防対策と実際に感染が発生した際の具体的な対策を記載した行動計画を策定
疑うべき症状と判断のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ● 急な発熱 (38~40°C) 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。咽頭痛や鼻汁などの呼吸器症状、腹痛や嘔吐、下痢などの消化器症状を伴うこともある。 ● インフルエンザ患者との接触歴や周囲の流行状況も確認する。
発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 上記のとおり、感染症対策としては新型コロナウイルス感染症と同様。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 飛沫感染対策としては利用者と職員のサージカルマスク着用。マスクが着用できない利用者と接触する職員はサージカルマスクに加えて眼の防護を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 接触感染対策としては利用者と職員も手指衛生を徹底。環境表面や物品を消毒する場合はアルコールが有効。 ➤ インフルエンザは空気感染すると明確には言われていないが換気も有効。 ● 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 ● インフルエンザを疑う場合及び診断された場合には、基本的には個室対応。 <p style="margin-left: 20px;">〔 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する。 〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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装着 ● 職員が感染した場合の休業期間を施設で決定 (参考) 学校における出席停止期間：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
--	---

3. 感染性胃腸炎

病原体	感染性胃腸炎は微生物が原因となり嘔吐や下痢を呈する疾患全般を指すが、多くの場合はノロウイルスによるものを指す。カンピロバクターやサルモネラなどによる細菌性の腸炎もある。
潜伏期間	ノロウイルスによるものは12～48時間と比較的短い。細菌性腸炎の潜伏期間はウイルス性と比較して長く、1～7日間前後。
感染経路	<ul style="list-style-type: none"> ● ノロウイルス感染症は経口感染である。つまりノロウイルスが口から体内に入り、胃腸で増殖して発症する。 ● ノロウイルスが経口感染する経路として、①ノロウイルスで汚染された食物を摂取する（食中毒）、②ノロウイルスが手指に付着し、その手指を介して口から入る、といったものが考えられる。 ● 特に福祉施設では感染者の吐物や排泄物の処理の際に感染し、しばしば集団発生が起こる。
体内侵入口	主に口。その他に稀に鼻（吸入）。
感染期間	多くは2～3日で治癒する。免疫抑制患者ではウイルス排泄が数週間持続することが報告されているが、それで他人を感染させるかどうかは不明。
症状・予後・治療	<ul style="list-style-type: none"> ● 嘔吐と下痢が主症状。発熱することもある。高齢者や乳幼児では脱水、けいれん、肝機能異常などを合併し、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。 ● ノロウイルスに対しては有効な抗ウイルス薬はない。ワクチンもない。 ● 細菌性腸炎については重症の場合は抗菌薬を使用する。
診断	<ul style="list-style-type: none"> ● ノロウイルスについては迅速検査キット（抗原定性検査）がある。細菌性腸炎については便の細菌培養検査。
日頃の対応（予防法）	<ul style="list-style-type: none"> ● 接触感染対策が主となる。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 利用者の吐物や排泄物を処理する際は適切に手袋を装着し、手袋装着の前には手指衛生を行う。手袋は利用者ごとに交換することが重要である。 ➢ ノロウイルスは（分かっている場合は特に）、アルコールによる消毒効果が弱い。手指衛生は流水と石けんによる手洗いを優先する。また環境表面や物品の消毒は次亜塩素酸ナトリウムが推奨される。
疑うべき症状と判断のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ● 初期症状は嘔吐と下痢。発熱を認める場合もある。
発生時の対応	<p>【感染を疑った場合の対応】</p> <p><利用者への対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 可能な限り個室に移動。個室がない場合は同じ症状の利用者を一つの部屋へ移動（コホーティング） ● 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

- 感染者のトイレは、非感染者のトイレを分ける。分けられない場合はポータブルトイレなどの使用も考慮する（扱う職員は特に感染に注意する）。
- 食事については様子をみながら判断。
- 下痢や嘔吐症状が続く場合は、脱水防止のため水分補給が必要。
- 嘔吐した人の近くにいた人や、嘔吐物に触れた可能性のある人は、潜伏期 12～48 時間を考慮して健康観察
- 嘔吐物で気道に詰まらせることないように利用者を横向きに寝かせる。
- 嘔吐時に速やかに吸引できるよう、日頃から体制を整備

<介護施設・事業所の体制・連絡等>

- 感染経路の確認（一緒に食事をした人、感染者や施設外部者との接触有無等）
- 下痢や嘔吐症状の発症者が 2 人以上になった場合には、集団感染の可能性を疑う。
- 看護職員等が記録し、責任者に報告し、責任者は施設全体に緊急体制を整備。
- 看護職員等はその後の発症者数、症状継続者数の現況について情報共有できる場を設けて、職員全体が経過を把握。
- 面会については p.36～p.37 を参照。
- 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。
消毒薬や嘔吐物処理等に必要な用具が足りているかも確認。

【発生時の対応】

<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（しぶきを吸い込まないように注意）。
- 衣類に便や嘔吐物が付着している場合は、まずは付着しているものを洗い流す
- 下洗いしたリネン類は、85℃・1 分間以上の熱水洗濯。不可能な場合は、次亜塩素酸ナトリウム液により消毒して十分すぎ、高温の乾燥機などを使用する。次亜塩素酸水は十分な消毒効果が期待できないため、使用しない。また、下洗いした場所を次亜塩素酸ナトリウム液（0.02%）や亜塩素酸水で消毒後、洗剤を使って掃除する。

<食事>

- 利用者の水分・栄養補給を行い、体力の消耗を防止
- 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するか、デイスポーズブルの食器を使用しそのまま廃棄する。次亜塩素酸水は十分な消毒効果が期待できないため、使用しない。

<入浴>

- 症状が落ち着き、入浴できる状態であれば、1 週間ぐらいは利用者の最後に入浴
- 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

	<p><消毒></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 吐物・便で汚染のあった箇所は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液、その他環境整備には 0.2%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する。<u>次亜塩素酸水は十分な消毒効果が期待できないため、使用しない。</u> ● 嘔吐物処理時は汚染箇所を中心に半径 3m 程度を消毒する。 <p>【解除の判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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すこと可 ● 保健所と相談の上、感染対策委員会で最終的な判断 ● 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る。
--	---

4. 結核

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	空気感染
体内侵入口	鼻（吸入）。接触感染はしない。
症状・予後	<ul style="list-style-type: none"> ● 肺結核が多いが、肺以外（結核性髄膜炎や結核性椎体炎など）の結核もある。2臓器以上に渡るものを粟粒結核と呼ぶ。 ● 2週間以上咳が続く場合は肺結核を疑う。その他に痰、血痰、微熱、寝汗、体重減少など様々な症状を呈する。 ● 結核に感染しているが、症状はない状態を潜在性結核感染症と呼ぶ。血液検査（クオンティフェロンやT-SPOTなど）やツベルクリン反応で診断する。発症予防に抗結核薬を使用することもある。
診断	<ul style="list-style-type: none"> ● 確定診断には喀痰から結核菌を検出する。胸部エックス線検査や上述の血液検査なども補助的に診断に用いられる。
治療	<ul style="list-style-type: none"> ● イソニアジド、リファンピシン、ピラジナミドなど複数の抗結核薬を数か月間内服する。
日頃の対応（予防法）	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 年に一度、胸部エックス線検査を行うなど患者の状態の変化に注意 ● 従事者及び65歳以上の入所者は、感染症法第53条の2第1項に基づき、毎年度（年1回）結核検診が義務づけられている。特に80歳以上は結核の発症リスクが高いことに注意する。 ● 日頃の体調の変化に注意し、呼吸器症状（特に2週間以上続く咳）や微熱、倦怠感などがみられる場合は結核の可能性も考慮して早めに医師の診察 ● 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装着
発生時の対応	<p>感染を疑った場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 上記のような症状がある場合、喀痰検査および胸部エックス線検査を行う ● 診断結果を待つ間は、看護職員・介護職員はN95マスクを装着。検査を待つ利用者は、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）を装着させ、可能な限り個室を利用。なるべく換気を行う。 ● 接触者をリストアップしておき、保健所から接触者健診について連絡があった際に内容を確認して報告 ● 排菌者は結核専門医療機関への入院、治療が原則。患者が排菌していない場合は必ずしも隔離は必要ではない。それぞれの患者の状況に応じて医師や保健所の指示を受ける ● 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、保健所等からの指示に従い、内服管理を徹底

5. レジオネラ症

病原体	レジオネラ属の細菌（主にレジオネラ・ニューモフィラ <i>Legionella pneumophila</i> ）
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	<ul style="list-style-type: none"> ● レジオネラ属菌は土壌や水中など自然界に広く存在する。 ● レジオネラ属菌に汚染されたエアロゾルを吸入することによって感染する。代表的なエアロゾル感染源としては、循環式浴槽や冷却塔水、加湿器などで、レジオネラ対策としては、これらの適切な管理が非常に重要である。 ● レジオネラ症は、人から人への感染はない。
体内侵入口	鼻（吸入）
症状・予後	<ul style="list-style-type: none"> ● 咳や呼吸困難、意識障害などの重篤な症状を主とするレジオネラ肺炎と、発熱、頭痛、筋肉痛などインフルエンザに似た症状を呈するポンティアック熱の 2 つの病態が知られている。 ● マクロライド系やキノロン系などの抗菌薬で治療する。 ● ポンティアック熱は、予後良好で 2～5 日で自然治癒する。
診断	<ul style="list-style-type: none"> ● 尿を用いる尿中抗原検査が良く用いられている。
日頃の対応 （予防法）	<ul style="list-style-type: none"> ● 浴槽関係 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 浴槽水は少なくとも年 1 回以上水質検査を行い、レジオネラ菌に汚染されていないかを確認する ➢ 循環浴槽ろ過器および配管は定期的に清掃・消毒する ➢ 循環浴槽水は週 1 回以上交換し、浴槽を清掃する ➢ 循環浴槽のヘアキャッチャーは毎日清掃する ➢ 循環浴槽水の遊離残留塩素濃度は 0.2～1.0mg/L で管理している ➢ 貯湯式の給湯設備や循環式の中央給湯設備の場合、貯湯槽内の湯温管理 60 度以上で末端の給湯栓でも 55 度以上供給している ➢ 貯湯槽の清掃を年 1 回以上行っている。 ➢ 循環式浴槽の場合、浴槽水をシャワーや打たせ湯などに使用しない ➢ 毎日完全に湯を入れ替える場合は毎日清掃し、1 ヶ月に 1 回以上消毒 ● 加湿器 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 家庭用加湿器は、毎日水の交換とタンクの清掃を行う。 ➢ 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。少なくとも 1 年に 1 回以上清掃を実施・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
疑うべき症状と判断のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。必要であれば保健所にも相談。 ● 高熱や咳・痰、呼吸困難等の症状
発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染源である可能性が高いので、浴槽は直ちに使用禁止

6. 薬剤耐性菌感染症

病原体	<ul style="list-style-type: none"> ● MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）：皮膚の常在菌である黄色ブドウ球菌（<i>Staphylococcus aureus</i>）がメチシリンをはじめとして多くの抗菌薬に耐性を獲得したもの。黄色ブドウ球菌の20～40%前後がMRSAである。 ● ESBL産生菌：基質拡張型β-ラクタマーゼ（extended spectrum beta lactamase）という抗菌薬を分解する酵素を産生する菌。特に大腸菌や肺炎桿菌など便中に含まれる（腸管内に存在する）ような細菌の20～30%がESBL産生菌である。 ● VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）：ヒトの便中に含まれる腸球菌属のうち、バンコマイシンに耐性を示すもの。日本ではVREの頻度は少ないが近年増加している。 ● これらの薬剤耐性菌は、ヒトの体の中で突然変異によって生じるわけではなく、もともと耐性の株がヒトからヒトに伝播することによって増加している。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。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 ● 一般的な特徴として、①抗生物質（抗菌薬）が効かない、②環境中に存在する場合もある、③接触感染によって伝播し、介護者が広げる可能性もある、④アルコール等通常用いられる消毒薬が有効、などがあげられる。
感染経路	<p>接触感染（実際には「感染」しているというよりも、皮膚や腸管内にいったん「保菌」し、皮膚軟部組織感染症や尿路感染症、肝胆道系感染症の際に「感染」する。）</p>
伝搬リスク	<ul style="list-style-type: none"> ● MRSAは保菌者の皮膚、鼻腔、喀痰などに存在し、ESBL産生菌は保菌者の尿や便中に存在する。これらの耐性菌は利用者や職員の手指はもちろん、汚染された物品や環境表面にも存在し、施設内で拡散し、保菌者が増加していく。 ● 特に下痢の場合や喀痰吸引時などは、通常以上に職員の手や身体、環境が汚染されるリスクが高くなるため特に注意が必要である。 ● 職員数が少ない中、複数の方のケアを限られた時間の中で行わざるを得ない状況であることも要因となる。 ● 施設内活殿の中で入所者同士の触れ合いや環境・物品を共有する機会が多くなることで伝播リスクが高くなる。 ● 認知機能、高次脳機能の低下から衛生的な行動がとれない方がいることも伝播リスクとなる。
日頃の対応（予防法）	<ul style="list-style-type: none"> ● 福祉施設は医療機関と異なり、生活の場としての要素が強く、注射や尿道留置カテーテルなどの医療行為を受けている人が少ないため、医療機関と同等の感染対策は求められない。しかし近年は福祉と医療の境界が曖昧になりつつあり、福祉施設でも基礎疾患を有する人や医療行為を受ける人が増加している。そのため特にこのような利用者については、医療機関と同等の標準予防策や感染経路別予防策（特に接触予防策）が必要となることがある。

	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者が薬剤耐性菌を保菌しているかどうかは、細菌培養検査を行わないと分からない。従って標準予防策においては「全ての利用者が何らかの感染症を持っているかもしれない（何らかの薬剤耐性菌を保菌しているかもしれない）」という考えで、必要十分な手指衛生や個人防護具の着用、物品・環境表面の消毒などを行う。 ● 使用した物品（おむつ、清拭布等）の廃棄までの処理、ケア前後の手指衛生の徹底も重要である。
<p>環境整備 （対応方法）</p>	<p>①居室、共有スペース</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入所者が頻回に触れる環境表面や器具は洗剤、または消毒薬が含まれた掃除シートなどによる清拭清掃を行う、 ● シンクや排水口のような乾燥が不十分な場所での洗浄は、薬剤耐性菌の温床になるので十分乾燥させるか定期的に洗剤又は消毒薬により清掃する。 ● 体液などで環境が汚染された場合はまずは汚れを落とし、ついアルコールや次亜塩素酸ナトリウムで消毒する。 <p>②汚物処理・感染性廃棄物</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 汚染したものを処理するシンクと手洗い用のシンクは可能な限り別にする。 ● 汚染された物品や感染性廃棄物は入所者が触れないように管理する。 <p>③物品および機器</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 部屋に持ち込む物品は必要最小限にする。 ● 聴診器、体温計、血圧計、パルスオキシメーターなどは可能な限り個人専用とする。 ● 専用ができない場合は、使用後に毎回消毒・洗浄を行う。 ● 日常生活品の物品は共有しない（歯ブラシ、コップ、タオル、等） ● 薬剤耐性菌保菌/定着の有無にかかわらず、食器、リネンは適切に洗浄・乾燥されていれば特別な対応は行わない。 <p>④医療関連物品・機器</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 尿器や陰洗ボトルなど尿や便に関連する共有物品は、多剤耐性菌伝搬の温床になるため使用ごとに消毒、洗浄、乾燥する。 ● 膀胱留置カテーテル内の尿廃棄の場合は、マスク、ゴーグル、プラスチックエプロン、手袋を装着し回収の最後に感染者の尿の回収を行う。

7. 疥癬

病原体	ヒゼンダニ（疥癬虫）と呼ばれるダニの一種 患者の免疫状態が低下していると寄生するヒゼンダニが大量となり、重症型で感染性の高いノルウェー疥癬（角化型疥癬）となる。	
病型	通常疥癬	ノルウェー疥癬（角化型疥癬）
感染経路	肌と肌の直接接触	落屑（らくせつ、はがれた皮膚のかげら）に大量のヒゼンダニが含まれ、タオルやシーツの共有によっても感染する
体内侵入口	皮膚表面	
潜伏期間	1～2ヶ月	4～5日（ダニの量が多いので短い）
症状・予後	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し、夜間にかゆみの症状が強い。疥癬トンネルと呼ばれる独特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、おしりに多い。	頭・首を含め全身に角質肥厚（角質の増殖）症状が出る。特に手足、おしり、肘、膝で症状が顕著。 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「限局型角化疥癬」という。爪に限局する「爪疥癬」は爪白癬と誤診されることがある。
日頃の対応（予防法）	居住環境や寝具、身体の清潔の保持 早期発見のため、皮膚の観察を注意して行う。	
接触者への予防治療	寝具を共にしたり、長時間手をつないだりする濃厚接触と考えられる場合	同室者は症状の有無にかかわらず予防治療を検討する。職員は利用者との接触頻度、密度を考慮する。
発生時の対応		
手指衛生	<ul style="list-style-type: none"> ● 流水と石けんによる手洗いが有効である。 ● アルコールによる消毒効果は期待できない。 	
手袋やガウン	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常疥癬の場合、不要と書かれているものもあるが、皮膚と皮膚の直接接触で感染するので、状況によって手袋やガウンを着用する。 	手袋やガウンを着用する。
部屋	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般的に個室隔離は不要 	個室隔離
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常通り（熱水洗濯が望ましい） 	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ● 通常通り洗濯後乾燥機を使用 ● 50℃10分間熱処理後に通常通り洗濯 ● ビニール袋に密閉してピレスロイド系殺虫剤を噴霧してから通常通り洗濯 ●

	通常疥癬	ノルウェー疥癬（角化型疥癬）
清掃	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常通り 	<ul style="list-style-type: none"> ● 粘着シートなどで落屑を回収する。 ● 掃除機（フィルター付きが望ましい）で清掃。 ● 隔離解除時にピレスロイド系殺虫剤を散布。

8. 肝炎

病原体	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
潜伏期間	30日～180日	2週間～6か月
感染経路	血液感染（体液なども含む）・接触感染	
体内侵入口	<p>針刺し、不十分な医療器具の殺菌処理、スクリーニング検査していない血液や血液製剤の輸血</p> <p>傷口などからの血液の侵入</p> <p>性交渉、分娩時の経粘膜感染によるものがある。</p>	<p>針刺し、不十分な医療器具の殺菌処理、スクリーニング検査していない血液や血液製剤の輸血</p> <p>傷口などからの血液の侵入</p>
針刺し感染暴露率	約1～3%	約0.1～0.3%
症状・予後	<p>初期の症状として倦怠感、疲労感、食欲低下が1週間続いた後、典型的な症状として嘔気嘔吐、腹痛、黄疸（体が黄色くなること）が出現し、場合によっては紅斑、関節痛、関節炎などの症状もある。</p>	<p>初期感染の後、感染者のおよそ80%では症状が全く現れない。感染者の急性症状では、発熱、易疲労性、食欲低下、吐き気、嘔吐、腹痛、暗色尿、灰白色便、関節痛、黄疸（皮膚や白目の部分の黄染）がみられることがある。</p>
日頃の対応（予防法）	<p>血液に直接触れないことが大切であり、入所者の便の処理をはじめとして、嘔吐物の処理、痰の処理など様々な排泄物、分泌物の処理、傷の手当などの際は必ず使い捨て手袋を使用して、処理後の処理物は密閉して廃棄する。その後はアルコール消毒剤で手洗いを行う。血液や分泌物、排泄物などが手に付いた場合には、石鹸と流水で手洗いを行う。利用者は歯ブラシ、カミソリなど他人の血液が付いている可能性のあるものを共用しない。</p>	
発生の対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の皮膚や傷に触れる場合 B型肝炎ウイルスキャリアでは汗にもウイルスが含まれる可能性があるため利用者の傷に触れる場合には手袋を必ず着用する。 ● 利用者の皮膚や粘膜に傷のある場合 けが、手荒れ、皮膚病など、皮膚や粘膜に小さな傷がある場合は傷から血液や成分が出され感染の原因になり得るため、傷口を絆創膏などで覆う。 ● 血液が床に落ちた場合 手袋を着用し、不織布やティッシュなどで血液をふき取った後、0.1%の次亜塩素酸ナトリウムで拭き掃除を行う。 ● 洗濯物 血液が付着している洗濯物の場合は0.1%～0.5%次亜塩素酸ナトリウム液に30分浸けてから通常洗濯をする。 	