

就労継続支援 B 型事業所「信州こころん」における

# 感染症マニュアル

感染症発生初期の対応・感染症対策の基礎知識・感染症各論

全国の社会福祉施設で毎年発生している感染症は、日常生活の中で流行するものがほとんどです。集団発生対応の鍵は日常からの予防対策の実施とともに、感染症発生時に迅速で適切な対応を図ることにあります。

(有)プロス広栄 信州こころん 西村 渉

平成 27 年 1 月作成 平成 30 年 4 月更新

## はじめに

このマニュアルの前半は「感染症発生初期の対応」後半は「感染症対策の基礎知識」で構成されています。

### ひとりひとりが

- ① 社会福祉施設において、日ごろより標準予防策（スタンダードプレコーション）を実施し、利用者の健康を守り、感染症の発生を予防すること
- ② 利用者の中に発症者（疑いも含む）が出た場合には、感染の拡大予防のための行動がとれること
- ③ 集団発生が疑われる時には、施設内での委員会の開催を呼びかけ、早期に保健福祉事務所等に連絡をとり、今後の対応について相談することを目的としています。

## 目次

### はじめに

#### 1 感染症発生初期の対応

(1) 社会福祉施設でみられる感染症の特色	2
(2) 早期発見のために日ごろの観察ポイント	3
(3) どのように行動したらいいの？	
ア 嘔吐・下痢症状の利用者がいたら	4
イ 発熱・咳等の症状の利用者がいたら	6
ウ なかなか治らない湿疹や痒みの激しい利用者がいたら	7
(4) 標準予防策（スタンダードプレコーション）	9
ア 正しい手洗いの方法	10
イ 吐物処理	12

#### 2 感染症対策の基礎知識

(1) 感染症成立の仕組み	13
(2) 感染症対策の実際	14
(3) 感染症経路別予防策（特徴・感染予防・発生時の対応）	16
(4) 感染症各論	19

資料	感染症が発生したら	43
	厚生労働省ホームページ	
	長野県ホームページ	

報告書資料	様式3	44
	感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙	

# 1 感染症発生初期の対応

## (1) 社会福祉施設でみられる感染症の特色

社会福祉施設でよくみられる感染症は、日常生活の中で流行するものがほとんどです。感染症の種類も病院とは異なり、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）など薬剤耐性菌による感染症はあまりみられません。

集団発生対策の鍵は、

- ① 日ごろからの標準予防策（スタンダードプレコーション）の実施と、
- ② 初発患者の早期発見、
- ③ 蔓延予防策の早期実行です。

社会福祉施設で発生のみられる主な感染症等を以下に挙げました。

感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、腸管出血性大腸菌）

インフルエンザ

結核

疥癬（ヒトヒザンダニというダニが皮膚に寄生することによっておこる痒みを伴う皮膚病）

レジオネラ症（人から人へは感染しません）

食中毒（サルモネラ属菌、ノロウイルスなど）

上記の疾患は、初発患者が発見された際に何の対策もとれなかった場合、感染が拡大するか、すでに拡大している可能性があります。免疫力の弱い、主に高齢者に、重症者・死亡者を出さないために、診断がついていない場合でも症状から推測して、迅速な行動を起こす必要があります。

同様な症状が2～3人に出た場合は病院などを受診し、病原体の同定を検討してください。病原体を同定できた場合、わからないまま対処するよりもポイントをおさえて対処しやすくなると同時に、今後の予防する方策もたてやすくなります。

## (2) 早期発見のための日ごろの観察ポイント

- ・いつもと違うことが無いか確認し、記録しましょう。
- ・個人、同一作業、同一フロア、施設全体の健康状態がわかるように記録しましょう。
- ・以下のような異常を発見した場合は、医師の診察を受けましょう。

〈観察ポイント〉

観察点	具体例
便の状態・回数	続く軟便、水様性の下痢、血便
発熱の有無	明らかな発熱 微熱でも発疹・嘔吐・下痢・のどやリンパ腺の腫れをともなう
皮膚の状態	湿疹、発赤、発疹
目の状態	眼脂、結膜の充実、涙目、眼瞼腫脹
耳の状態	耳だれ
口の状態	口内炎
痰の状態	色・量の変化
その他の異常	嘔吐、ひどい咳、食欲がない

**日ごろの十分な観察が、異常の早期発見、  
早期治療、2次感染予防につながります。**

### (3) どのように行動したらいいの？

次に初発患者の発生と同時に、どのように行動したらよいかを具体的に提示します。

なお、このマニュアルは症状から類推した対処法のため、考えうる最悪の感染症を想定して行動し、診断確定後、徐々に対策、隔離レベルを下げていくことを前提にしています。

#### **ア 嘔吐・下痢症状の利用者がいたら……**

有症者が一人でも、接触感染・経口感染・食中毒などを想定して、最初に①～②の感染防御対策を講じることが必要です。

① 嘔吐・下痢患者の自宅待機をします。

できれば施設利用をしないよう、自宅待機となりますが、利用時間中に症状があった場合は、患者、患者周囲の物品とも室内にとどめるようにしてください。

※ここでは、すぐに症状が治まった患者も隔離の対象とします。

② 汚染物（吐物・下痢便など）の処理には使い捨て手袋を着用し、適切な処理を行い感染の拡大を予防します。

（すべての支援において、日ごろから心がけることが大切です。）

※適切な処理：

吐物や下痢便などで汚染された着衣やタオル類は、すべて塩素系消毒剤（次亜塩素酸ナトリウム溶液（0.1%以上））に30分以上つけてから通常の洗濯をします。（まずバケツ等で水洗いし、さらに直接薬液に30分以上つけます。）

※使い捨て手袋を外した時には、必ず手洗いをします。

※1ケア1手洗いが基本です。

③ 信州こころんの提携病院に診察を依頼します。

④ 同時に多くの発症者がでた場合には、伊那保健福祉事務所に報告するかを施設内の感染症予防対策委員会等で検討してください。

⑤ 報告することを決定した時は、直ちに、感染症報告様式3「感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙」を用いて、保健所に電話（0265-78-2111）をし、ファックス（0265-76-7033）により報告してください。

⑥ ⑤で作成した資料、施設パンフレット、施設間取図、水道等の残留塩素測定記録、空調・調理施設の概要等の資料をそろえ、伊那保健福祉事務所職員の調査に備えてください。

⑦ 余裕があれば、棚・テーブル・室内の床・共有スペース・手すり・トイレなど次亜塩素酸ナトリウム溶液（0.02%以上）で清拭くします。（換気を十分に行ってください。）

参 考

消毒液の作り方① 《 次亜塩素酸ナトリウム溶液の濃度調整 》

● 0.02% (200ppm) 次亜塩素酸ナトリウム溶液の作り方

- ① 原液の濃度が1%…………… 50倍に薄める (原液60ml + 水 = 3%)
- ② 原液の濃度が5%…………… 250倍に薄める (原液12ml + 水 = 3%)
- ③ 原液の濃度が6%…………… 300倍に薄める (原液10ml + 水 = 3%)
- ④ 原液の濃度が12%…………… 600倍に薄める (原液 5ml + 水 = 3%)

● 0.1% (1000ppm) 次亜塩素酸ナトリウム溶液の作り方

- ① 原液の濃度が1%…………… 10倍に薄める (原液300ml + 水 = 3%)
- ② 原液の濃度が5%…………… 50倍に薄める (原液 60ml + 水 = 3%)
- ③ 原液の濃度が6%…………… 60倍に薄める (原液 50ml + 水 = 3%)
- ④ 原液の濃度が12%…………… 120倍に薄める (原液 25ml + 水 = 3%)

※原液 + 水 = 3 % (全体で3%) の溶液を作ります。

消毒液の作り方② 《 次亜塩素酸ナトリウム溶液の濃度調整 》

溶液	原液濃度	希釈	方法	使用する場所
0.1% 次亜塩素酸 ナトリウム溶液	1%	10倍	原液10ml+水100ml	嘔吐物や便が直接 ついた衣類など
	5%	50倍	原液10ml+水500ml	
	6%	60倍	原液10ml+水600ml	
0.02% 次亜塩素酸 ナトリウム溶液	1%	50倍	原液10ml+水500ml	調理器具、床、ト イレのドアノブ、 便座など
	5%	250倍	原液10ml+水2.5%	
	6%	300倍	原液10ml+水3%	

ペットボトルキャップ1杯が約5mlに相当します。ペットボトルを利用すると濃度調整が簡単です。誤飲につながりますので、ペットボトルは決して容器として使用しないようにご注意ください。

※ 希釈した消毒液は、時間とともに消毒効果がなくなるので、作り置きはせず、消毒時にその都度作ってください。

市販されている次亜塩素酸ナトリウム製剤

濃度	商品名
1%	ミルトンなど
5%	ハイター、ブリーチなど
6%	ピューラックス、アサヒラックなど

## イ 発熱・咳等の症状の利用者がいたら……

インフルエンザ等の呼吸器感染症の可能性があります。  
まず取り組むことは、感染の拡大予防です。

〔 発生時の対応 〕

- ① 施設利用をしないように、自宅待機とします。  
できれば自宅待機とし、健常者との接触を避けます。
- ② 全職員、利用者、訪問者もマスク（不織布マスク）を着用し、手洗い・うがいを励行します。  
発生期間中の訪問者の人数は最低限にします。

微熱や咳が2週間以上続く時は、結核の可能性があります。  
医師への相談を勧めてください。

- ③ 施設の提携病院または重要事項に記載される掛り付け病院に診察を依頼します。
- ④ 同時に多発した場合は、伊那保健福祉事務所に報告するかを施設内の感染症予防対策委員会等で検討してください。
- ⑤ 報告することを決定した時は、直ちに、感染症報告様式3「感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙」を用いて、保健所に電話（0265-78-2111）をし、ファックス（0265-76-7033）により報告してください。
- ⑥ ⑤で作成した資料、施設パンフレット、施設間取図、水道等の残留塩素測定記録、空調・調理施設の概要等の資料をそろえ、伊那保健福祉事務所職員の調査に備えてください。

**インフルエンザが流行する季節に入ったら、全職員、利用者の健康状態をチェックし、**

**疑いのある職員、利用者は早急に医療機関を受診しましょう。**

**飛沫感染、空気感染を想定して、施設周辺地域の流行疾患を把握しましょう！**

長野県ホームページにて長野県感染症情報があります。

<https://www.pref.nagano.lg.jp/hoken-shippei/kenko/kenko/kansensho/joho/>

## ウ なかなか治らない**湿疹や痒み**の激しい利用者がいたら……

疥癬の可能性も考えなくてはなりません。

〔発生時の対応〕

- ① できる限り、有症者の施設利用は避け、自宅待機させます。
- ② 使い捨て手袋を着用し、ケア後は石けんと流水で手を洗います。患者の皮膚に素手で直接触れることは避けてください。
- ③ 提携病院に診察を依頼します。
- ④ ケアで使用したタオル類等は、落屑が飛び散らないよう丁寧に扱い、そのまま50℃以上の熱湯に約10分間つけてから洗濯します。
- ⑤ 患者自身痒みのために、患部をひっかくことがあります。治療が続くまで施設の利用を控えるようにさせてください。



参 考：報告基準

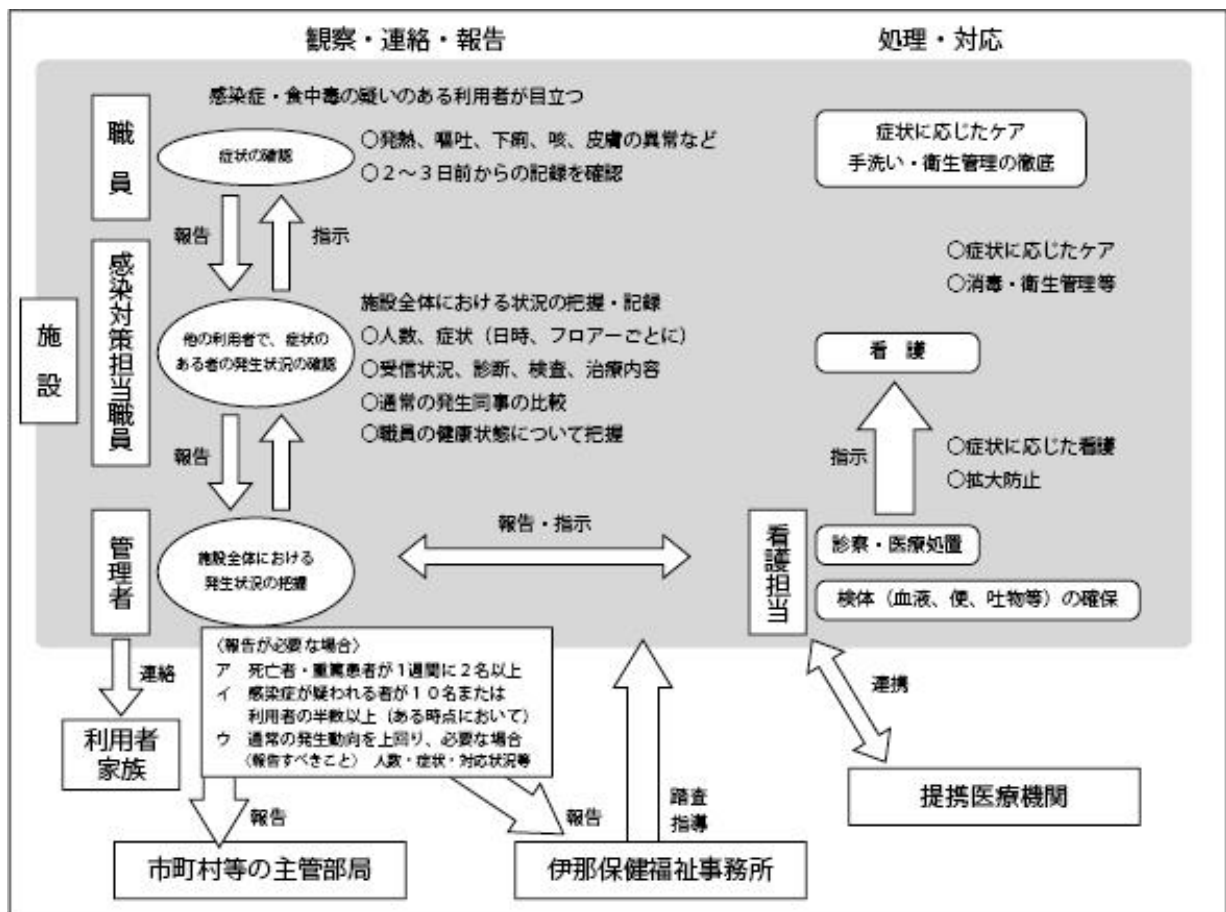
下記の報告基準ア・イ・ウのうちどれかに該当する場合は速やかに伊那保健福祉事務所及び市町村主管課へ報告してください。

「社会福祉施設等における感染症発生時に係る報告について」厚生労働省通知（平成17年2月22日）

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者が1週間以内に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、特に施設管理者が報告を必要と認めた場合

（報告後、伊那保健福祉事務所の指示に従ってください。）

感染症発生時の対応フロー



## (4) 標準予防策（スタンダードプレコーション）

社会福祉施設での感染症対策は施設職員や医療従事者の感染防御対策が重要であり、媒介者にならないように施設職員を守ることは、信州こころんの利用者を守ることに繋がります。

米国疾病対策センターが推奨するスタンダードプレコーション（標準予防策）を実施することにより、二次感染・感染の拡大防止が可能です。集団感染発生時には、日ごろの予防策が施設内において実行されているかどうか問われることになります。

### 基本的な考え方

利用者に関わるすべての職員や医療従事者は、スタンダードプレコーションを実行します。

#### 〈手洗い〉

##### 1. すべての利用者の

- ① 血液
- ② 体液
- ③ 障害のある皮膚（キズ・湿疹）
- ④ 粘液

に接した場合は手袋の有無に関わらず（手袋をしている場合は、手袋をはずして）必ず手を洗う。同一者の他部分の処置等で接した際にも、必ず手を洗う（1 処理 1 手洗いが基本）。

2. 手洗いには石けんを使用する。
3. 集団発生などの特別な場合には抗菌剤入りの消毒液（ポピドンヨードなど）の使用を考慮する。

#### 〈手袋〉

1. ①～④が手に触れる可能性がある場合、使い捨て手袋を着用する。
2. 清潔な物品やほかの患者に触れる前には、手袋をはずし直ちに手を洗う。
3. はずした手袋は汚染源にならないように、密封できる袋に入れ処理する。

#### 〈マスク、ゴーグル、ガウンなど〉

1. 顔面に咳等の飛散が予想される場合はマスク、眼鏡、ゴーグルなど着用する。
2. 体に①～④の接触が予想される場合はガウン（予防衣）、ビニールエプロンを着用する。

## ア 正しい手洗いの方法

〈手洗いにおける注意事項〉

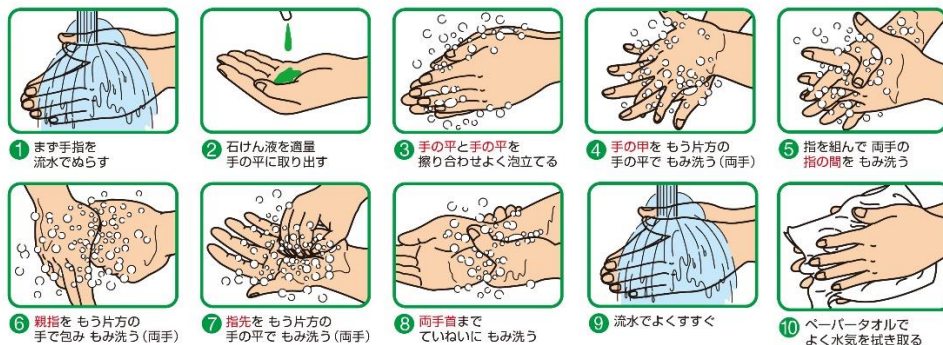
まず、確認！

- 爪は短く切りましょう。
- 時計や指輪は外しましょう。

次に

- 手首の上5cm位まで十分に両手を濡らしましょう。
- 石けんを使用するときは、固形石けんではなく、泡石けん又は液体石けんを使用します。
- 液体石けんを手のひらに取り、十分泡立てましょう。

### 手洗い手順（石けん液）



### 手指消毒手順（アルコール消毒液）

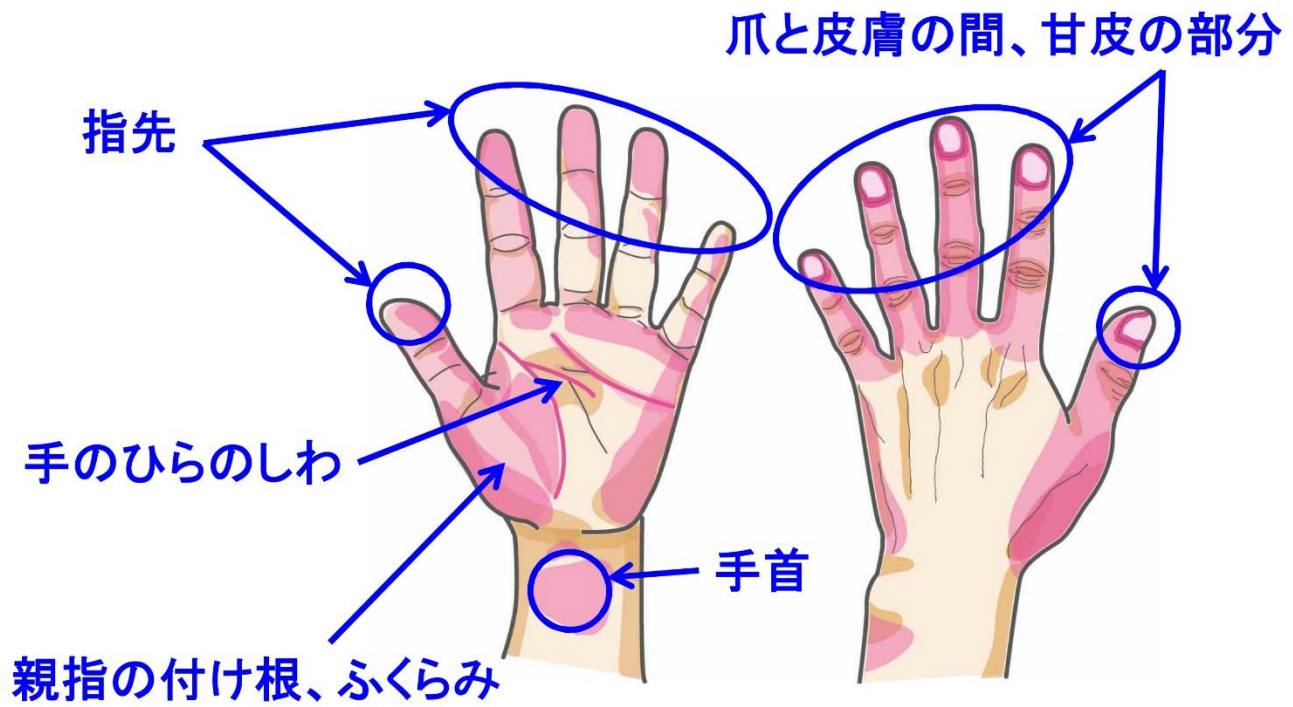


イラスト参照：サラヤ株式会社

洗い終わったら

- ペーパータオルで拭きましょう（共有のタオルは使用しない）。
  - 水道の栓を止めるときは、手首かひじで止めましょう。
  - 出来ないときはペーパータオルを利用して止めます。
- ☆ 洗面器などでの作り置き消毒薬を使用するのはやめましょう。

洗い残しの多い部分



参照：公益社団法人日本食品衛生協会

# イ 吐物処理

手袋は  
二重にはめて  
スタンバイ



## 用意するもの

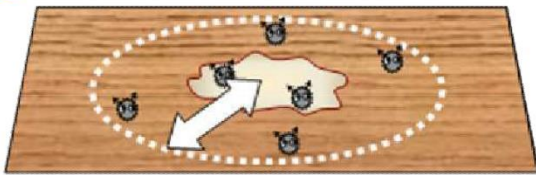
0.1%に希釈しておく  
(500mlのペットボトルで、  
水500ml+5%の原液キャップ2杯)

【装着するもの】使い捨て手袋（2双）、使い捨てマスク、使い捨てエプロン

【物 品】拭き取るためのペーパータオル、バケツ、ビニール袋、次亜塩素酸ナトリウム、新聞紙など

1

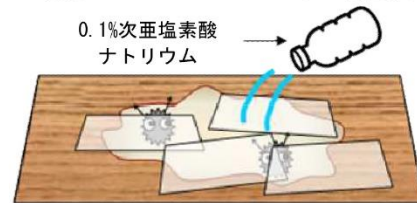
嘔吐物は飛散するので、処理中は、  
汚染区域に他の人が近づかないよう注意



塩ビ製タイルは半径2.3m、カーペットは半径1.8m

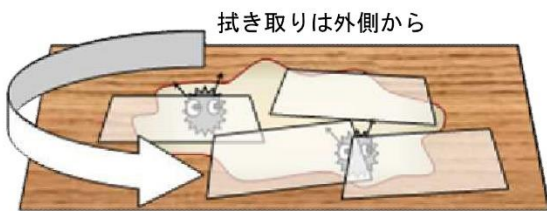
2

嘔吐物に新聞紙などをかぶせ、嘔吐物の量と  
同量の0.1%の次亜塩素酸ナトリウムを静かに  
注ぐ  
※最初はペーパータオルでなく新聞紙でOK



3

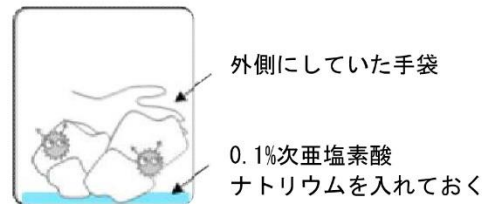
嘔吐物は広がらないようにペーパータオルで  
外側から取り除く  
※同一面でこすると汚染が広がるので注意  
※ここからは、きれいなペーパータオルで！



拭き取りは外側から

4

拭き取ったペーパータオルは0.1%次亜塩素酸  
ナトリウムを入れたビニール袋に入れる  
このとき、外側の手袋だけを外し、拭き取った  
ペーパータオルとともにビニール袋に入れる

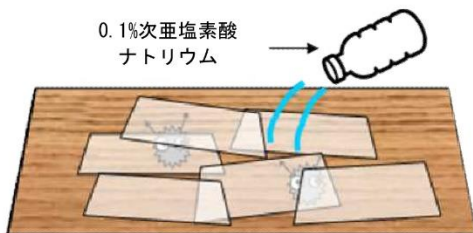


外側にしていた手袋

0.1%次亜塩素酸  
ナトリウムを入れておく

5

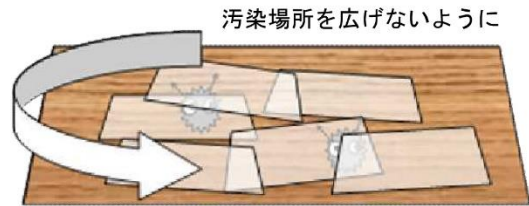
汚れた床の上にペーパータオルを置き、  
その上から0.1%の次亜塩素酸ナトリウムを  
かけて浸し、10分程度おいておく



0.1%次亜塩素酸  
ナトリウム

6

汚染場所を広げないようにペーパータオルで  
拭き取る  
嘔吐物の処理をした人のスリッパの裏側も  
消毒する



汚染場所を広げないように

7

拭き取った後は、水拭きをする



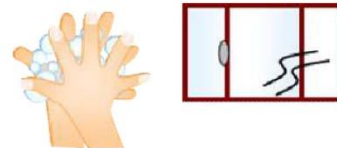
8

使い捨ての手袋、マスク、  
エプロンを注意して外し、  
拭き取ったペーパータオルと  
ともにビニール袋に入れ、  
袋の口をしっかりと閉める  
さらにもう一重ビニール袋に  
入れ、袋の口を閉めてから捨てる



9

処理後はよく手を洗い、換気をする



参照：神奈川県厚木保健福祉事務所 保健予防課

## 2 感染症対策の基礎知識

### (1) 感染症成立の仕組み

感染が成立し、発病するためには次の3条件がそろうことが必要です。

1. 感染源があること
2. 感染源から感染経路を通じて伝播すること
3. 感受性のある人が存在すること

〈感染成立の3要素〉すべての要素が揃ったときに感染が成立します。



感染症に対する対策の柱として、以下の3つが挙げられます。

- (1) 感染源の駆除
- (2) 感染経路の遮断
- (3) 宿主（人間）の抵抗力の向上

感染症には、その感染症に特有な感染経路があり、施設における感染症発生後の1対策としては、感染経路の遮断が主な対策になります。具体的には、「標準予防策（スタンダードプレコーション）」と呼ばれる基本的な措置を徹底することが重要となります。

## (2) 感染症対策の実際

### (ア) 感染源の駆除

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）を含んでいるものを感染源といい、次のものは感染源となる可能性があります。

- ① 排泄物（嘔吐物・便・尿など）
- ② 血液・体液・分泌液（喀痰・膿など）
- ③ 使用した器具・器材（刺入・挿入したもの）
- ④ 上記に触れた手指で取り扱った食品など

※①、②、③は、素手で触らず、必ず手袋を着用して取り扱います。

### (イ) 感染経路の遮断

感染経路には経気道的感染（空気感染・飛沫感染）、接触感染（経口感染を含む）及び針刺し事故などによる血液感染などがあります。感染経路に応じた適切な対策をとります。

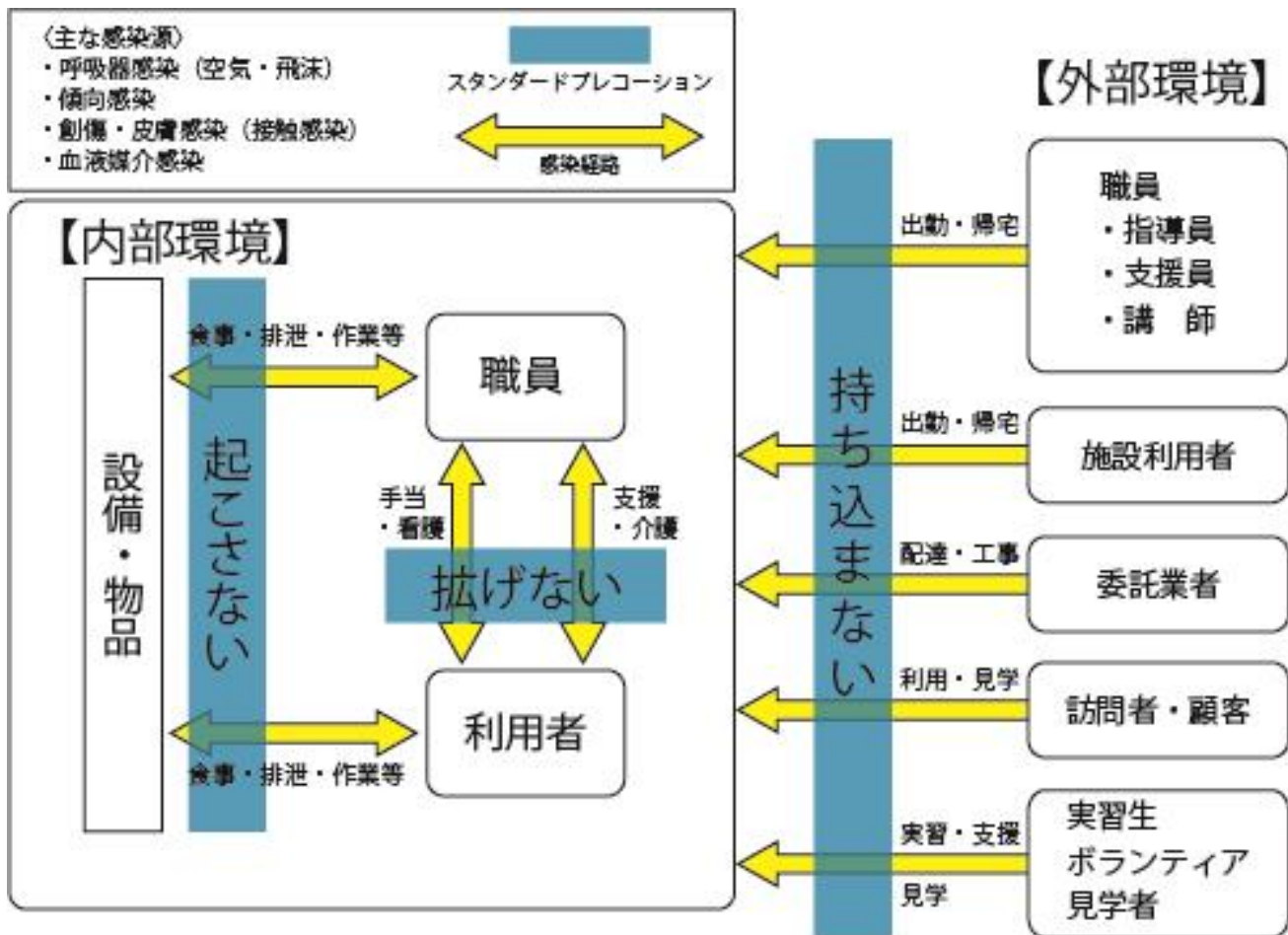
表1 主な感染経路と原因微生物

空気感染	飛沫の水分が蒸発した飛沫（エアロゾル）が、飛沫咳（直径約5 μm以下）となって空中に浮遊し、それを吸い込むことで感染。  結核、麻疹（はしか）、水痘など
飛沫感染	会話やくしゃみ・咳などをしたときのしぶき（直径約5 μm以上）を吸入して感染。飛沫は1m以内の距離を飛んで床に落下する。  かぜ、インフルエンザ、レジオネラ症など
接触感染	皮膚や粘膜にいる病原体が手指や被服などを介して感染。  MRSA、疥癬など
経口感染	病原体に汚染された水や食べ物、手指などが口に入ることで感染。  腸管出血性大腸菌感染症（O-157など）、感染性胃腸炎、A型肝炎、細菌性赤痢など
血液感染	血液の中の病原体が注射や傷口への接触などにより、体内に入ることによって感染。  B型肝炎、C型肝炎、エイズなど

感染経路の遮断とは、

- ① 感染源（病原体）を持ち込まないこと
- ② 感染源（病原体）を拡げないこと
- ③ 感染源（病原体）を持ち出さないこと

です。そのためには、手洗いの励行、環境の清掃が重要となります。また、血液・体液・分泌液・排泄物などを扱うときは、手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、マスクやエプロン、ガウンの着用についても検討しておく必要があります。





### (3) 感染症経路別予防策（特徴・感染予防・発生時の対応）

#### (ア) 空気感染予防策

結核、麻疹などが該当します。咳やくしゃみなどで飛散した飛沫核（ $5\mu\text{m}$ 以下、落下速度 $0.06\sim 1.5\text{cm}/\text{sec}$ ）で伝播し感染します。飛沫核は空中に浮遊し続け、空気の流れにより飛散します。次のような予防策をとります。

##### 【予防対策措置】

- ① 原則として入院による治療が必要です。
- ② 病院に移送するまでの間は、原則として自宅管理とします。
- ③ ケア時は、高性能マスク（N95など）を着用します。
- ④ 免疫のない職員は、患者との接触を避けます。

#### (イ) 飛沫感染予防対策

インフルエンザ、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風疹などが該当します。咳、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫粒子（ $5\mu\text{m}$ 以上、落下速度 $30\sim 80\text{cm}/\text{sec}$ ）で伝播し感染します。飛沫粒子は $1\text{m}$ 以内に床に落下し空中に浮遊し続けることはありません。次のような予防策をとります。

##### 【予防対策措置】

- ① 原則として自宅療養ですが、施設利用中に症状があった場合は自宅又は病院に移送するまでの間、個室隔離する場合があります。
- ② 個室隔離では、特殊な空調は必要なく、ドアを開けたままでかまいません。
- ③ ケア時は、マスク（外科用、紙マスク）を着用します。
- ④ 流行時期には職員、利用者への予防接種を徹底させていきます。

#### (ウ) 触感染予防策

経口感染とその他の接触感染（創傷感染、皮膚感染）に分けられます。経口感染には、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルスによる感染性胃腸炎などがあります。その他の接触感染には、MRSA感染症、緑膿菌感染症、疥癬などがあります。手指・食品・器具を介して起こる最も頻度の高い伝播です。汚染物（排泄物・分泌物など）との接触で環境を汚染し、手指を介して拡がるので注意が必要です。

##### 【予防対策措置】

- ① 原則として自宅療養ですが、施設利用中に症状があった場合は付託又は病院に移送するまでの間、個室管理する場合があります。
- ② 個室管理では、特殊な空調は必要ありません。
- ③ ケア時は手袋を着用します。便や創部、膿など分泌物に触れたら手袋を交換します。
- ④ 手洗いを励行し、適宜手指消毒を行います。
- ⑤ 汚染物との接触が予想されるときは、ガウンを着用します。ガウンを脱いだあとは、衣服が環境表面や物品に触れないように注意しましょう。

## 施設内の衛生管理

感染経路の遮断を考える際、施設内の環境の清潔を保つことが重要です。整理整頓を心がけ、清掃を行いましょう。1日1回湿式清掃し、乾燥させることが重要です。使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄、乾燥しましょう。

床の消毒は必要ありませんが、床に目視しうる血液、分泌液、排泄物などが付着しているときは、手袋を着用し、0.5%の次亜塩素酸ナトリウム溶液で清拭後、湿式清掃し、乾燥させます。

施設内の衛生管理の基本として、手洗い場、うがい場、消毒薬の設置汚物処理室の整備と充実を図ることが重要です。手洗い場では、水道カランの汚染による感染を防ぐため、肘押し式、センサー式、または足踏み式蛇口を設けるとともに、ペーパータオルや温風乾燥機の設置が望まれます。

特に、トイレなど利用者が触れた設備（ドアノブ、取手など）は、消毒用エタノール（感染性胃腸炎が疑われる場合は次亜塩素酸ナトリウム溶液）で清拭し、消毒しましょう。

## 職員・利用者の健康管理

一般に、作業施設の職員、利用者は外部との出入りの多いことから、施設に病原体を持ち込みやすく、媒介者となるおそれがあります。そのため、日ごろからの健康管理が重要になります。

感染症の症状が呈した場合には、症状が改善するまで就業を停止することも検討しましょう。職員、利用者が病原体を施設内に持ち込むリスクは極めて高いため、完治するまで休業させることは、感染伝播を行う上で「感染経路の遮断」のための有効な方法といえます。

定期的な健康診断を必ず受診し、自信の普段の健康管理に注意しましょう。

ワクチンで予防可能な疾患については、できるだけ予防接種を受け、施設内での感染症の媒介者にならないようにしましょう。予防接種未接種者は、一般的な健康管理を強化しておきましょう。

インフルエンザ	毎年、必ず接種しましょう。
B型肝炎ワクチン	採用時に接種しましょう
麻疹ワクチン 風疹ワクチン 水痘ワクチン 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）ワクチン	これまで罹患したことがなく、 予防接種も受けていない場合は、 採用時に接種しましょう。

食品を取り扱う職員・利用者は  
特に次の点に留意しましょう。

- 職員を取り扱うすべての職員・利用者を対象に6ヶ月に1回以上の検便の実施をしましょう。
- 感染症の病気、手指に化膿症の傷があるときは、直接食品を取り扱わないようにしましょう。
- 清潔で洗濯の出来る調理・配膳専用のエプロン、三角巾やマスクを着用しましょう。
- 食品を取り扱うときは、手洗いを励行し、手指の清潔を保つために、爪は短くし、作業中は指輪時計等を外しましょう。
- 体調不良（頭痛、発熱、腹痛、下痢、嘔吐等の有症時）のときは、必要に応じて医師の診断を受けましょう。また、他にも同様の職員・利用者がいないか確認しましょう。
- 下痢や嘔吐の症状があるときには、食品を直接取り扱う作業は避けましょう。
- 生食（特に、鶏肉及びカキなどの二枚貝）はなるべく避け、十分加熱して食べるようにしましょう。

## (4) 感染症各論

### ● 主に経気道的に拡がる感染症

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を除く）

結核	22
麻疹	23
風疹	24
水痘（带状疱疹）	25
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	26

### ● 主に血液を介して拡がる感染症

B型肝炎	28
C型肝炎	29

### ● 主に接触により拡がる感染症

流行性角結膜炎	31
疥癬	32
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症	34

### ● 主に経口的に拡がる感染症

A型肝炎	36
アメーバ赤痢	37
腸管出血性大腸菌感染症	38
感染性胃腸炎（ウイルス性胃腸炎）	39

## 主に経気道的に拡がる感染症

- 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を除く)
- 結核
- 麻疹
- 風疹
- 水痘 (帯状疱疹)
- 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)

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を除く）

疫学的特徴	インフルエンザA型により大流行を起こす。 B型は発散的あるいは局地的な流行を起こすが、A型のような変異は起こさない。 C型による感染は少ない。 12月頃から流行が始まり、1月後半～2月初めにピークを迎え、3月までには流行が終わるのが普通である。（ただしB型は5月連休頃まで散見される。）
病原体	インフルエンザウイルス RNAウイルスでA型・B型・C型の3つの型がある。
感染経路	飛沫・接触感染 (1) 咳・くしゃみ (2) 患者の咽頭分泌物による接触感染
潜伏期間	18～72時間 発症後2～5日間はウイルス排泄を認める。
感染の可能性	流行しているインフルエンザウイルスに対する抗体を持っていないれば感染する。
症 状	発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛、鼻閉、咽頭痛、咳 典型的には突然の発熱で始まり、半日以内に38℃を超える高熱となる。発熱は3日程度続き、完全に回復するのに1～2週間以上かかることも少なくない。
医療機関における 診断のポイント	(1) 典型的な臨床症状 (2) インフルエンザの流行 (3) ウイルス迅速診断陽性
感染症法	五類感染症（定点把握） 週単位で指定届け出期間が保健福祉事務所に届け出
学校保健安全法	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで出席停止。
治 療	早期受診と抗ウイルス薬の投与（発症後48時間以内） 対処療法（安静と休養、十分な水分補給）
留意すべき事項	飛沫感染で拡がるため、同業者等へ容易に感染拡大しやすい。 ワクチンは有効性50～80%とされている。高齢者では重症化、死亡を防ぐ点で効果がある。 また、小児に対しても有効であり、特に発症後1～2日で生じるインフルエンザ脳炎・脳症にはワクチン以外に有効な対策はないと考えられている。
予防・感染防止対策	インフルエンザワクチンの予防接種（症状の重症化防止に有効） 手洗い、咳エチケットの励行、湿度の保持など 個室対応、自宅対応が望ましい。必要時には施設を閉鎖する。

## 結 核

疫学的特徴	主に結核菌を吸入して感染する。 肺結核が最も多いが、全身の臓器に感染をおこしうる、 日本では高齢者ほど結核罹患患者率が高い。高齢者の大部分は結核の既感染者であり、高齢となり免疫能が低下し内因性の再燃を起こす！
病原体	マイコバクテリウム属に属する結核菌群
感染経路	空気感染（飛沫感染） 飛沫咳として漂う結核菌を、気道内に吸引することにより感染する
潜伏期間	数ヶ月～数十年
感染の可能性	胸部X線写真に古い結核の所見がある人、抗がん剤・免疫抑制剤・ステロイド等の治療を続けている人、免疫不全の人、高齢者。 発病率は10～20%で、必ず発病するわけではない。
症 状	〈肺結核〉 2週間以上持続する咳、痰、血痰、微熱、倦怠感、体重減少 〈肺外結核〉 臓器ごとの症状 （リンパ節腫大、意識障害、頭痛、便秘、下痢、血便、腹痛、腰痛など）
医療機関における診断のポイント	（1） 胸部X線撮影、CT撮影 （2） 喀痰、尿、便などの抗酸菌検査（塗抹検査・培養検査・薬剤感受性試験） （3） 結核菌RPC検査 塗抹・培養陽性かつ結核菌と同定されれば診断確定。菌検出がなくとも呼吸器症状やX線写真で所見があり抗結核菌薬の投与で症状が改善すれば臨床的診断は確定する。
感染症法	解熱した後3日を経過するまで出席停止。
学校保健安全法	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで出席停止。
治 療	化学療法（INH・RFP・EB・PZA等）を行う。（最低6ヶ月） 結核の治療の原則は決められた薬剤を決められた期間、確実に内服し続けること。
留意すべき事項	定期検診および接触者検診を行い、感染者の発見に努める。
予防・感染防止対策	〈予防対策〉 BCG接種（乳児）、健康診断（胸部X線写真） 結核に関する研修、環境整備（換気の励行）、換気設備の点検 〈発病時対策〉 感染症調査と接触者検診、結核健康診断 専用微粒子マスク（N92等）の着用（患者本人は不織布マスク）

## 麻 疹

疫学的特徴	感染力が強く、免疫のない人が感染を受けるとほぼ100%発症する。 ウイルスは世界各地に常駐している。
病原体	麻疹ウイルス
感染経路	空気感染・接触感染 病原体は気道分泌物の中に含まれ、これを介して感染する。 カタル症状の始まる1～2日前から発疹後4～5日までウイルス排出の可能性がある。
潜伏期間	約10～12日間
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。
症 状	(1) カタル期 (3～5日) 発熱、咳、鼻水、眼脂、羞明、結膜充血、コプリック斑 (発症2日前) (2) 発疹期 (4～5日) 耳介後部 → 全身 健常皮膚面を残す。癒合経口あり。全身拡大の頃、解熱。 (3) 発疹消退期 色素沈着を起こす。一部粉糖状の皮膚隔離、咳の増悪をしばしば生じる。 発疹は耳の後部や首のあたりから始まる。発疹が出ると4～5日で解熱する。 この間、発熱は5～7日続く。発疹期の終わりに近づくと咳がひどくなる。 解熱後も元気が出るまで1～3日かかる。成人例では重症な経過をとることが多い。
医療機関における診断のポイント	(1) コプリック斑・発疹の性状・色素沈着・血清抗体検査 (2) 流行の状況
感染症法	五類感染症 (全数把握) 診断後、7日以内に保健福祉事務所へ届け出が必要。 (可能な限り24時間以内に届け出)
学校保健安全法	解熱した後3日を経過するまで出席停止
治 療	化学療法 (INH・RFP・EB・PZA等) を行う。(最低6ヶ月) 結核の治療の原則は決められた薬剤を決められた期間、確実に内服し続けること。
留意すべき事項	定期検診および接触者検診を行い、感染者の発見に努める。
予防・感染防止対策	ワクチン接種により予防が可能。 (麻疹患者と接触後3日以内ならワクチンが有効である。) 感染拡大防止には隔離体制をとり、ガウンテクニックが必要。



## 風 疹

疫学的特徴	春から初夏に多い。
病原体	風疹ウイルス
感染経路	空気感染・接触感染 病原体は気道分泌物の中に含まれ、これを介して感染する。 発疹出現の7日前から出現後5日間に感染症がある。
潜伏期間	抗体のないすべての人が感染する。
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。
症 状	(1) 発疹 (淡紅色) 顔 → 体感 → 全身 (2) リンパ節腫脹 頭部・後頭部耳介後部
医療機関における 診断のポイント	(1) 臨床症状 (発疹、発熱、リンパ節腫脹) (2) 血清抗体価の変動
感染症法	五類感染症 (全数把握) 診断後、7日以内に保健福祉事務所へ届け出が必要。
学校保健安全法	発疹が消失するまで出席停止。
治 療	対症療法
留意すべき事項	飛沫感染で拡がるため、周辺者等へ容易に感染拡大しやすい。 免疫のない女性が妊娠初期に感染すると、ウイルスが胎児に感染し、出生児に先天性風疹症候群という障害を引き起こすことがある。
予防・感染防止対策	ワクチン接種により予防が可能。 感染拡大防止には隔離体制をとり、ガウンテクニックが必要。

## 水 痘（带状疱疹）

疫学的特徴	冬からは春に多い。9歳以下に後発する。 (带状疱疹は、高齢者や免疫抑制状態の患者に多い。)
病原体	水痘 - 带状疱疹ウイルス
感染経路	飛沫・飛沫感染・接触感染 気道分泌物、水疱内容物の飛沫、飛沫咳の吸入・接触、その付着した物との接触など。
潜伏期間	2～3週間
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。
症 状	(1) 発疹（体幹 → 全身（毛髪部、口腔にも）） (2) 紅班 → 水疱 → 痂皮 (3) 発熱（小児：軽度、成人：ときに高熱）
医療機関における 診断のポイント	(1) 臨床症状 (2) 血清抗体検査
感染症法	五類感染症（定点把握） 週単位で指定届出機関が保健福祉事務所に届け出。
学校保健安全法	すべての発疹が痂皮化するまで出席停止。
治 療	抗体ウイルス薬投与 対症療法
留意すべき事項	飛沫感染で拡がるため、周辺者等へ容易に感染拡大しやすい。
予防・感染防止対策	ワクチン接種により予防が可能。 感染拡大防止には隔離体制をとり、ガウンテクニックが必要。

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

疫学的特徴	好発年齢は4～5歳以下で85%のものが感染する。 成人でも1発病する場合がある。 ウイルスは世界各地に常在する。
病原体	ムンプスウイルス
感染経路	飛沫・飛沫感染 病原体は唾液に含まれ、これを介して感染する。 唾液からのウイルスの排出は、耳下腺の腫脹9日～腫脹後9日まで。 尿からのウイルスの排出は耳下腺の腫脹後14日まで。
潜伏期間	約2～3週間
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。
症 状	(1) 発熱、倦怠感、頭痛 (2) 耳下腺腫脹、疼痛 発熱、倦怠、頭痛、耳下腺の腫脹が生じ、ものを食べるときにあごに痛みがあると訴えることが多い。
医療機関における 診断のポイント	(1) 耳下腺の腫脹 (2) 患者の周囲での流行の確認
感染症法	五類感染症（定点把握） 週単位で指定届出機関が保健福祉事務所に届け出。
学校保健安全法	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで出席停止。
治 療	対症療法
留意すべき事項	飛沫感染で拡がるため、周辺者等へ容易に感染拡大しやすい。
予防・感染防止対策	感染拡大防止には隔離体制をとり、ガウンテクニックが必要。

## 主に血液を介して拡がる感染症

- B型肝炎
- C型肝炎

## B型肝炎

疫学的特徴	B型急性肝炎は成年男子に多い。 性感染症や注射針を介しての感染が多い。 輸血による感染は、血液センターでのスクリーニングの実施で、近年は激減している。
病原体	B型肝炎ウイルス（HBV）
感染経路	（1）血液 （2）唾液 （3）精液 からの感染（母子感染、性感染、薬物乱用等） 発症の数週間前からHBs抗原陽性の間は感染性がある。 （B型肝炎ウイルスキャリアの血液にも感染性あり。）
潜伏期間	45～180日
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。
症 状	全身倦怠感、食欲不振、悪心、嘔吐 黄疸出現時は尿の濃染（紅茶色）を認める。
医療機関における 診断のポイント	（他覚所見） （1） 発熱がない or 軽度 （2） 黄疸 （3） 肝腫大 （4） 腹水 （5） 意識障害患者 （診 断） （1） 血液生化学検査により、肝障害（+） （2） 肝炎ウイルスマーカー
感染症法	五類感染症（全数把握） 急性B型肝炎と診断した医師は7日以内に保健福祉事務所へ届け出が必要。 急性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。
学校保健安全法	特に規定はない。
治 療	対ウイルス薬の投与
留意すべき事項	慢性化、劇症化することがある。
予防・感染防止対策	感染性のある血液、精液が直接傷ついた皮膚や粘膜にかからないようにする。 医療現場では、血液、唾液、精液などの付着した器具等は感染源にならないようにし処置する。 焼却、破棄しない場合は、十分な水洗後加熱滅菌あるいは薬物消毒する。 濃厚接触者にはワクチンを投与する。

## C型肝炎

疫学的特徴	C型肝炎は季節、年齢、性別を問わず発症する 性感染症や注射針を介しての感染が多い。 輸血による感染は、血液センターでのスクリーニングの実施で、近年は激減している。
病原体	C型肝炎ウイルス（HCV）
感染経路	血液感染 発症前から急性期の間には感染性がある。 （C型肝炎ウイルスキャリアの血液にも感染性あり。）
潜伏期間	14～180日
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	全身倦怠感、食欲不振、悪心、嘔吐 黄疸出現時は尿の濃染（紅茶色）を認める。 B型肝炎に類似しているが、症状は軽度である。（そのため、発症時期が明確でない。）
医療機関における 診断のポイント	（他覚所見） （1） 発熱がない or 軽度 （2） 黄疸 （3） 肝腫大 （4） 腹水 （5） 意識障害患者 （診 断） （1） 血液生化学検査により、肝障害（+） （2） 肝炎ウイルスマーカー
感染症法	五類感染症（全数把握） 急性C型肝炎と診断した医師は7日以内に保健福祉事務所へ届け出が必要。 慢性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。
学校保健安全法	特に規定はない。
治 療	対ウイルス薬の投与
留意すべき事項	慢性化、劇症化することがある。 成人初感染の場合、効率に慢性化する。そのため、肝機能検査値が改善しても1年間の経過観察が必要。 肝硬変、肝がんに進行しやすい。
予防・感染防止対策	感染性のある血液が直接傷ついた皮膚や粘膜にかからないようにする。 医療現場では、血液の付着した器具等は感染源にならないようにし処置する。焼却、破棄しない場合は、十分な水洗後加熱滅菌あるいは薬物消毒する。

## 主に接触により拡がる感染症

- 流行性角結膜炎
- 疥癬
- メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症

## 流行性角結膜炎

疫学的特徴	成人を中心に全年齢層で発症する。季節的には夏に多い。 院内感染で、ときに病棟閉鎖を余儀なくされることがある。
病原体	アデノウイルス
感染経路	接触感染 患者の眼や顔を触った手で触れた物を介して感染する。 ・家族内感染（共有のタオルあるいは患者が触れた物を介して感染） ・学校、プール、職場内感染 ・院内感染（検査器具、点眼薬、医療従事者の手指を介して感染）
潜伏期間	1～2週間
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	(1) 著明な結膜充血、異物感、流涙、眼脂 (2) 角膜障害、点状表層角膜炎（多発性角膜上皮下混濁） 片眼発症後、2～3日で両目に発症、耳前リンパ節腫脹と圧痛を認める。 2～4週間で治癒する。
医療機関における 診断のポイント	(1) 耳前リンパ節腫脹、圧痛を合併した著明な結膜充血、急な発症 (2) 周囲に同様の結膜炎患者の存在 (3) 簡易キットによる抗原検出
感染症法	五類感染症（定点把握） 週単位で指定届出期間が保健福祉事務所に届け出
学校保健安全法	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで出席停止。
治 療	抗菌薬点眼 ＋低濃度副腎皮質ステロイド薬点眼あるいは非ステロイド系抗炎症薬点眼
留意すべき事項	乳幼児や小児、高齢者では偽膜をつくりやすく、偽膜は除去しないと瘢痕を残す。 乳幼児では細菌感染により角膜穿孔を生じることがあり、注意深い観察が必要である。
予防・感染防止対策	アデノウイルスは熱に弱いので高圧蒸気滅菌酸化やエチレン学滅菌は有効である。 煮沸可能な器具やタオルは煮沸消毒が有効（100℃で5秒、あるいは56℃で5分）。 患者の眼や顔を触った手で触れた物を介して感染するので、患者の触れた物は、アルコールで拭く（80%消毒用エタノール）。 身近に患者がいる場合は顔や眼を触る前に石けんを使った流水での手洗いを励行する。 消毒用エタノールで拭けばより安全である。 家族内では、タオルの共有をやめ患者は洗顔の際、洗面器を用いず入浴は最後とする。患者は点眼前後に、石けんを用いて流水で十分手を洗い点眼の際使用したティッシュペーパーはビニール袋に入れて捨てる（点眼用の拭き綿は使用せず、ティッシュペーパーで使い捨てにする）。さらに消毒用エタノールで拭けばより安全である。



疥 癬 ※重傷感染例を角化型疥癬（ノルウェイ疥癬）という。

疫学的特徴	高齢者施設などでの集団発生が多い。
病原体	ヒゼンダニ（疥癬虫）
感染経路	接触感染 直接感染：肌と肌の直接接触で感染するが、雑魚寝でも感染する。 間接感染：シーツなどの寝具、衣類などを介して感染する。 角化型疥癬患者の落屑は多数の生きたヒゼンダニを内含している。これが飛び散り感染が起こる。施設での集団発生のほとんどが角化型疥癬を感染源としたものである。
潜伏期間	約1ヶ月（角化型疥癬からの感染では約1週間）
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	〈普通の疥癬〉 (1) 激しい痒み（特に夜間） (2) 皮疹（腹部・胸部・腋窩（エキカ）・手掌・指間） 〈角化型疥癬〉 (1) 手・指や足・体幹の角質増殖 (2) 時に痒みを欠く 疥癬には、普通の疥癬と角化型疥癬の2病型があり、臨床症状が異なる。普通の疥癬では一人に寄生するダニ数は少なく感染力は弱いですが、角化型では100万～200万匹ないし、それ以上が寄生し、感染力は極めて強く何らかの免疫力の低下に伴い発症する。
医療機関における診断のポイント	(1) ヒゼンダニ虫体、卵、卵の抜け殻、糞などの検出 (2) 疥癬トンネル、陰部の小結節、腹部などの小丘疹の多発 (3) 家族、同居人などに同じ症状を持つものがあるか (4) 角化型疥癬では角質増殖
感染症法	特に規定は無い。ただし、集団感染事例は保健福祉事務所に相談する。
学校保健安全法	特に規定は無い
治 療	早期診断、早期治療が肝心 外用薬：10%クロタミトン（商品名「オイラックス軟膏」）、硫黄剤 (1) 頸部より下半身に薬剤をむらなく塗布する。皮疹部のみ外用しても効果が少ない。幼小児には頭部頸部も含めて全身に塗布する。 (2) 角化型疥癬では飛ぶ、頸部も含め全身に薬剤を塗布する。角質増殖の顕著な部位にはサリチル酸製剤などの角質融解剤を塗り、ブラシで擦り落とすなどの積極的除去も有効である。 内服薬：イベルメクチン（商品名「ストロメクトール」） (1) ヒゼンダニが皮膚より検出され疥癬と確定診断された場合に投薬する。 (2) 体重15kg以下、妊婦、授乳婦、肝障害や髄膜（ズイマク）炎患者には投薬してはいけない。経口投与薬できない場合は外用薬を使う。

留意すべき事項	湿疹などの誤診により、副腎皮質ホルモン剤の外用剤、同内服薬の投与による悪化例が多い。 高齢者では普通の疥癬が誤診され、副腎皮質ホルモン剤の誤用で角化型疥癬となり、それを感染源とする集団発生が多い。
予防・感染防止対策	集団の間では角化型疥癬患者の隔離治療、隔離室の殺虫剤散布、衣類・寝具の熱処理など予防措置を行う。隔離室では予防着、手袋着用で処置を行う。感染の可能性があった者は予防的治療を行ったほうがよい。 ※下記別表参照

【別表】

処置		普通の疥癬	角化型疥癬（ノルウェイ疥癬）
隔離		必要ない (他動・接触を好む人などは、可能であれば隔離する。)	個室に隔離のうえ治療を開始する。 患者はベット・寝具ごと移動する。 各地機関は治療開始後1～2週間とする。
身体介護	手洗い励行	必要	必要
	予防衣・手袋の着用 (使用後の予防衣・手袋は落屑が散らからないようにフタ付バケツやポリ袋に入れる)	手洗いがすぐに出来ない状況では手袋を使用する。	必要 (ただし、隔離期間のみ)
リネン類の管理	シーツ・寝具・衣類の交換	いつもの方法で可	疥癬治療薬を塗布し洗い流した後は必ず交換する。 それ以外の交換はいつものスペースで行う。 (落屑が飛び散らないように注意する)
	洗濯物の運搬 (ビニール袋かフタ付の容器に入れて運ぶ)	必要	必要 (落屑が飛び散らないように注意する)
	洗濯	普通の洗濯でよい	普通洗濯後に乾燥機を使用するか、50℃で10分間の熱処理後に普通洗濯する。
居室・環境整備	患者が居た部屋に殺虫剤散布	必要ない	居室は2週間閉鎖するか、殺虫剤を1回散布する
	掃除	いつもの方法で可	落屑を残さないように掃除機で清掃
	布団の消毒	必要ない	治療開始時に1回だけ乾燥機にかけるか、殺虫剤散布後に掃除機をかける。
	看護用品・トイレ・車椅子・ストレッチャーの患者専用化	必要ない	必要
	患者の立ちまわった場所への殺虫剤散布	必要ない	1回だけ必要
入浴		タオルなどの共有は避ける	入浴の順番は最後とする。浴槽や流しは水で流す。脱衣所に掃除機をかける。タオルのどの共有は避ける。
接触者への予防的治療		雑魚寝状態なら同室者・家族・同棲者には予防的治療を行う。	必要 同室者は、症状の有無問わず予防的治療を行う。 職員は、患者との接触の頻度・密度を配慮して予防的治療を行う。

## メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症

疫学的特徴	大規模病院、老人医療施設、新生児医療施設に多い。
病原体	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）
感染経路	接触感染 患者及び患者至近環境への直接接触により汚染した手指や衣服を介して伝播する。特に気道吸引時には、粘液と混じって飛散し、医療従事者の上半身や顔面を汚染するため注意を要する。
潜伏期間	不定 コロニゼーション（定着）がほとんどで必ずしも感染症への発病には至らない。長期抗菌薬投与や易感染状態の悪化があると発病する。
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 発熱（菌血症）</li> <li>(2) 急所の発赤、腫脹、疼痛（軟部組織の化膿性病変）</li> <li>(3) 毒素性ショック症候群</li> <li>(4) ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群</li> <li>(5) まれに膿性喀痰（肺炎）</li> </ul>
医療機関における診断のポイント	MRSAが培養された場合には、それが感染か定着かを見極める必要がある。 定着（上記の症状を伴わない例）に対する抗菌薬治療は行わない。
感染症法	五類感染症（定点把握） 月単位で指定届出期間が保健福祉事務所に届け出
学校保健安全法	特に規定は無い
治 療	薬剤感受性の検査をして、感受性のある抗菌薬を投与する。 バンコマイシン、テイコプラニン、アルベカシンのいずれかの単独投与が基本である。その際には、血中濃度測定（TDM）を行い、投与計画を立てることが推奨される。 重症感染症には、優れた組織移行性に期待してリネゾリドを投与することが選択肢として考えられる。
留意すべき事項	個室隔離を原則とし、接触感染予防策を徹底する。
予防・感染防止対策	患者との接触後の手指衛生を徹底し、患者や患者周囲の環境に接する際は、ガウン・エプロン・手袋などの个人防护服を着用する。患者及び面会者にも手指衛生を指導する。 患者に使用する器具や物品はできる限り専用とし、専用にはできないものはアルコールで清拭消毒を行う。患者に使用したリネン類は水様性（不透過）ビニールバッグに密閉し、洗濯に出す。ゴミは、通常の感染性廃棄物と同様に取り扱う。病室の清掃は、通常の清掃に加え、高頻度接触面のアルコールによる清拭消毒を行うことが望ましい。

## 主に経口的に拡がる感染症

- A型肝炎
- アメーバ赤痢
- 腸管出血性大腸菌感染症
- 感染性胃腸炎（ウイルス性胃腸炎）

## A型肝炎

疫学的特徴	海外渡航者の感染例、施設などにおける集団発生、家族内感染例などで見られる。
病原体	A型肝炎ウイルス（HAV）
感染経路	経口感染 ウイルスは便に排出されるので、この便に汚染された水、飲食物を介して感染する。生カキは感染源として重要である。また性感染症（糞口感染）としての感染も見られる。
潜伏期間	15～50日（通常28～30日） 潜伏期間の後半から発黄後2～3日は感染性がある。
感染の可能性	抗体のないすべての人が感染する。 高齢者は高率にHAV抗体を保有しているが50歳以下の年齢では抗体保有率が低い。
症 状	発熱、全身倦怠感、食欲不振、悪心、眼体、皮膚黄染（黄疸）、褐色尿 急激に発症する。感冒様症状（呼吸器症状は認めない）で発症した場合にも強い全身倦怠感が特徴である。黄疸が出現してからは、自覚症状は軽くなる。急性肝炎であり慢性化しない。 長期肝内胆汁うっ滞を示す例や急性腎不全合併例がある。また、発黄後も全身倦怠感、食欲不振が警戒しなければ重症になる可能性がある。
医療機関における診断のポイント	（他覚所見） （1） 多くは発熱38℃以上 （2） 黄疸 （3） 肝腫大 （診 断） （1） 血液生化学検査により肝障害（+） （2） 肝炎ウイルスマーカー
感染症法	四類感染症 診断後、直ちに保健福祉事務所に届け出が必要。 ※食中毒が疑われる場合は24時間以内に保健福祉事務所に届け出が必要。 （食品衛生法）
学校保健安全法	特に規定は無い
治 療	対症療法 安静及び高蛋白質食が原則であるが、急性期で食物摂取が十分できない場合、糖質を主体とした食事とする。
留意すべき事項	劇症化することがある。
予防・感染防止対策	生水、加熱処理しない食物の摂取を避ける。便の処理に注意し、必要に応じて次亜塩素酸ナトリウム溶液などによる消毒を行う。 手洗いを励行する（特におむつ交換後、食前） 予防には不活性化ワクチンあるいはヒト免疫グロブリンを投与する。

## アメーバ赤痢

疫学的特徴	国内では、男性同性愛者の中で性感染症として流行している。 他、発展途上国からの帰国者や知的障害者施設入所者間で流行が確認されている。
病原体	赤痢アメーバ原虫
感染経路	経口・性感染 赤痢アメーバシストに汚染された飲食物を介しての経口感染。 肛門性交などによる糞口感染。
潜伏期間	数日～数週～数ヶ月～数年と不定である。 便の中に赤痢アメーバシストを排出している間は、感染する可能性がある。
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	〈腸管アメーバ症〉 (1) 下痢 (2) 粘血便（イチゴゼリー様） (3) 下腹部疼痛 (4) テネスマス ほとんど自覚症状のない例から、急性腹症に該当する重症例まである。典型的な症状として、上記(1)～(4)などがある。イチゴゼリー様の粘血便の場合は、本疾患を強く疑う。(粘血便を伴う症例では必ず本症を想定した検査を行う。) 〈腸管外アメーバ症〉 肝膿瘍の頻度が高い。発熱(38℃以上)、右上腹部痛、肝腫大などを呈する。右胸膜炎や横隔膜挙上を示す症例や、乾性咳嗽(ガイソウ)や右肩甲部痛を訴えることもある。局所症状を呈さない例もあり、不明熱と診断されることもある。腸管外病変の大部分は肝膿瘍であるが、脳、肺、心、皮膚に病変をきたすこともある。
医療機関における診断のポイント	(1) 粘血便を伴う症例では、必ずアメーバ赤痢を考える。 (2) 便検査は繰り返して行う。(最低3回) (3) 原虫は、顕微鏡下での検出の他、PCRによっても同定できる。 (4) 血清赤痢アメーバ抗体が陽性であれば、本症である可能性が高い。 (5) 大腸内視鏡検査(粘膜像、生検組織像)は診断価値が高い。
感染症法	五類感染症(全数把握) 診断後、7日以内に保健福祉事務所に届け出が必要。
学校保健安全法	特に規定は無い
治 療	メトロニダゾールの経口投与
留意すべき事項	回復にも免疫は成立せず、再発がある。
予防・感染防止対策	集団発生が疑われる時には、検便により原虫保有者を発見し治療する。

## 腸管出血性大腸菌感染症

疫学的特徴	6月～10月の高温期に多発。 集団感染と散発例がある。 最近では広域に流通した食材を原因として広域散発型の集団発生も見られる。
病原体	腸管出血性大腸菌 O-157:H7以外にO-26:H11、O-111:H-など多数の菌型がある。 同時に志賀毒素（ベロ毒素）を産生
感染経路	経口感染 牛生肉からの感染が多いが、その他飲料水、生牛乳、野菜からの感染、水泳による感染、保菌者からの感染など種々の感染経路が報告されている。
潜伏期間	2～9日（多くは2～5日） 排菌期間は1週間を過ぎると明らかに減少する。
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。 乳幼児、老人は特に感受性が高く、少量の菌で感染する。
症 状	(1) 頻回の水様便、血便（しばしば鮮血） (2) 腹痛（しばしば激しい）、嘔吐 (3) 乏尿、無尿（溶血性尿毒症症候群（HUS）合併の始まり） (4) 傾眠、幻覚、痙攣（脳症合併の始まり） 水様下痢から粘血便、鮮血に近い便まで見られる。 腹痛は激しく、吐き気、嘔吐も見られる。
医療機関における診断のポイント	検便（病原体の検出、分離菌における毒素産生の確認）
感染症法	三類感染症 診断後、直ちに保健福祉事務所に届け出が必要。 患者または取り扱いの際に飲食物に直接接触する業務への就業を制限する。 ※食中毒が疑われる場合は、24時間以内に保健福祉事務所に届け出が必要。 （食品衛生法）
学校保健安全法	病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで出席停止。
治 療	対症療法、補液、食事療法 強い止痢剤は使用しない。 抗菌薬療法：発症早期にホスホマイシン、ノルフロキサシン、カナマイシンなど
留意すべき事項	溶血性尿毒症症候群、中枢神経合併症（脳症、出血性脳梗塞）の合併に注意する。
予防・感染防止対策	原因食品、感染経路の調査が重要である。 集団感染を防ぐためには、調理関係者の手指、調理器具の清潔、食品の十分な加熱（75℃で1分以上）に留意する。これは乳幼児を持つ一般家庭も同様である。 二次感染防止のためには、患者、保菌者、その保護者が手洗いの励行、消毒、食品の扱いに注意する。抗菌薬の使用も考慮する。

## 感染性胃腸炎（ウイルス性胃腸炎）

疫学的特徴	<p>冬季に好発し、時として食中毒的な集団発生を起こす。</p> <p>ロタウイルス・腸管アデノウイルスによる感染は、乳幼児に好発する。</p> <p>ノロウイルスは、成人でも見られる。</p>
病原体	ノロウイルス、ロタウイルス、腸管アデノウイルスなど
感染経路	<p>経口・接触感染（飛沫による感染も推定されている）</p> <p>いずれのウイルス性胃腸炎でも糞口感染が主要ルートになる。</p> <p>ノロウイルスでは生ガキなどによる食中毒もあるが、糞便や吐物が感染源となり、ヒトからヒトに感染する。</p>
潜伏期間	<p>1～3日程度</p> <p>有症期間中は便からウイルス分離が認められるので、その間は感染する可能性がある。</p>
感染の可能性	すべての人が感染する可能性がある。
症 状	<p>(1) ノロウイルスによる胃腸炎</p> <p>嘔吐、下痢、食欲不振、腹痛、発熱、頭痛</p> <p>小児では嘔吐が、成人では下痢が多い。</p> <p>有症期間は平均24～48時間である。</p> <p>(2) ロタウイルスによる胃腸炎</p> <p>嘔吐、発熱、下痢、脱水症</p> <p>嘔吐、下痢が主症状。乳児では痙攣を起こすことがある。</p> <p>下痢持続期間は平均5～6日で、発熱も見られる。</p> <p>(3) 腸管アデノウイルスによる胃腸炎</p> <p>嘔吐、発熱、下痢</p> <p>発熱が伴うが、下痢が前景にたち、症状持続は9～12日と長い。</p> <p>白色から黄白色水様便が特徴である。</p>
医療機関における診断のポイント	<p>(1) 便の性状</p> <p>水様でサラサラした感じ。白色便となり得る。</p> <p>(2) 治療効果</p> <p>抗菌薬治療に反応しない。</p> <p>(3) 潜伏期間</p> <p>大多数の症例が1～3日程度。</p> <p>(4) 好発年齢・季節</p> <p>ロタウイルスによるものは、乳幼児で冬に集中。</p> <p>(検 査)</p> <p>(1) 迅速診断キットによる糞便中のウイルス抗原検出 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス)</p> <p>※保険適応あり（ノロウイルス検査では3歳未満、65歳以上の場合）</p> <p>(2) 電子顕微鏡による便中ウイルス直接検出</p>



<p>感染症法</p>	<p>五類感染症（定点把握） 週単位で指定届出期間が保健福祉事務所に届出 医療機関、社会福祉施設における集団感染事例は対応について適宜保健福祉事務所に報告する。 ※食中毒が疑われる場合は、24時間以内に保健福祉事務所に届け出が必要。（食品衛生法）</p>
<p>学校保健安全法</p>	<p>特に規定は無い。</p>
<p>治療</p>	<p>対症療法 有効な抗ウイルス薬はない。 脱水に対しての適切な水分投与。それが不可能な時は輸液。</p>
<p>留意すべき事項</p>	<p>急速に脱水に陥る症例がある。経口、非経口的輸液を常に考慮する。</p>
<p>予防・感染防止対策</p>	<p>同様の症状が2～3人の入所者に見られたら医療機関受診の上、病原体の同定を考慮する。ノロウイルスは感染力が強力であるため、発症が疑われた時点で厳密な対応が必要である。感染者は個室隔離または同症状者の部屋に症状消失後72時間まで隔離する。 ※次ページ「ノロウイルスによる感染性胃腸炎発生時の対応」参照</p>

## ノロウイルスによる感染性胃腸炎発生時の対応

### ノロウイルスの特徴

- 酸（胃酸）に強く、少数のウイルス量（10～100個）で感染し、人の腸管内で増殖します。
- 潜伏期間は24～48時間で、感染力は非常に強く、感染者からは症状消失後1～2週間ウイルスが排泄されます。
- 主症状は嘔気・嘔吐・下痢・腹痛です。いきなり嘔吐で始まり、環境を汚染しやすいので、初めの対応が重要です。
- 排泄物や吐物に含まれるウイルスから感染します。接触感染と空気中に飛散したウイルスを吸い込む飛沫感染です。
- 発熱は軽度で、症状は全般に軽症で2～3日で軽快します。老人や幼児・病弱な人では重症化することがあります。
- 脱水をきたしているときは点滴が必要です。また嘔吐物での気道閉塞には十分気をつけます。
- 加熱（85℃1分以上）か、次亜塩素酸ナトリウム溶液（濃度0.1%～0.02%）が有効で、エタノールや逆性石けんに消毒効果はありません。
- 現在このウイルスに有効な抗ウイルス薬はありませんので、手洗いと汚物取り扱いの徹底がもっとも大切です。

### 体調管理

健康状態のチェックと水分補給	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 発熱・下痢・嘔吐の状況を観察・記録します。</li> <li>◆ 下痢・嘔吐に伴う『脱水』がもっとも怖いことです。温かい水分をこまめに補給します。特に食欲がない時は、どれくらい飲めているか記録し引き継ぎます。</li> <li>◆ 温かくして静かに休ませます。</li> </ul>
----------------	--

### 二次感染防止対策（症状終息後、約2週間まで実行します。）

個室隔離	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 72時間は個室隔離とします。排泄も食事も居室対応とします。</li> <li>◆ 支援者は、マスク・ガウン（布）をつけて入室します。（排泄や清拭等の処置は手袋着用）</li> <li>◆ 居室で、ポータブルトイレを使用します。</li> </ul>
下痢便・吐物の扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 使い捨て手袋・マスク・使い捨てのガウンを用い、すべて袋に入れてしっかり密閉し処理します。使用した雑巾もすべて捨てます。</li> <li>◆ 吐物や下痢便は、乾燥すると飛散し感染拡大につながります。</li> <li>◆ 処理したのち、床を十分に次亜塩素酸ナトリウムで清拭し、換気します。</li> </ul>
便座・便器およびトイレの管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 既感染者の便や肛門・陰部に存在するウイルスを拡散させないように十分留意します。</li> <li>◆ 既感染者が使用したトイレの便座（器）は、使用後に次亜塩素酸ナトリウム溶液を浸した布で拭きます。また、トイレ内のすべての便座も1日1回以上、次亜塩素酸ナトリウム溶液を浸した布で拭き、捨てます。既感染者のおむつ処理は、下痢便同様の扱いです。</li> <li>◆ 便や吐物が付着した衣類等は、便や吐物を洗い流し、次亜塩素酸ナトリウム溶液に浸したあと、洗濯します。（下着は便や吐物が付着しなくても消毒します。）</li> <li>◆ 該当利用者、支援者とも、手洗いを十分に行い、紙タオルで拭きます。</li> </ul>

居室・手すり・ ドアノブ・床・配膳車 等の消毒 (居室間の交差感染予防)	◆ 感染者が触れた部分は、0.02%次亜塩素酸ナトリウム溶液に浸したモップ・雑巾で1日2回以上拭きます。金属部分は5分程度おいてから、水拭きします。(腐食防止)
リネン交換・居室等の 環境衛生	◆ 吐物や糞便が付着したリネンの処理の際は、ガウン・マスク・手袋をつけて行います。 (カーテン、カーペットなどからも数週間後にウイルスが検出されることがあります。)
食事・食堂	◆ 未感染者と既感染者は時間差、または時間を分けて食べるようにします。 ◆ 嘔吐した者は食器を消毒します。
体温計	◆ 専用として、ひどく汚染させないように使用し通常通りアルコール綿で拭ってください。
入浴・浴室の清潔	◆ 既感染者は最後にします。シャワー浴とし、最後に床面を0.02%次亜塩素酸ナトリウム溶液で消毒し、換気します。
衣類・リネン・寝具	◆ 色落ちする衣類など塩素系漂白剤が使用できない物の場合は、よく下洗い後に、熱湯やスチームアイロンなどの蒸気(85℃以上で1分間以上)で消毒します。下洗いをした洗面所などにはノロウイルスが残っていますので、そこもきちんと消毒しましょう。
面会・外出	◆ 隔離期間中は控えましょう。

#### 職員を介しての二次感染予防

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 私服と仕事着を分ける</li> <li>● 手洗いを励行</li> <li>● 一支援ごとの手洗い (半日で10回以上となることもある)</li> <li>● 不潔になった手はどこにも触れない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員控え室にウイルスを入れない 入室前に必ず手洗い 机上・ドア・ドアノブ等は定期的に清拭 机上・筆記用具をウイルスが付着した手で触らない</li> <li>● 工作中、不用意に指をなめたり、顔などに触らない</li> </ul>
--	---

#### 職員の健康管理

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 感染性胃腸炎を引き起こしやすい食品の摂取を控えます。 また万一、症状があった際は管理者に報告します。</li> </ul>
--

## 感染症が発生したら・・・

- 感染症法に基づく届出基準／届出様式

厚生労働省ホームページ

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html)

- 長野県感染症情報システム

長野県ホームページ

<https://www.pref.nagano.lg.jp/hoken-shippei/kenko/kenko/kansensho/joho/>

感染症等発生時における保健福祉事務所及び市町村社会福祉施設等主管部局への報告用紙  
(保育所を除く入所・通所施設用)

保健福祉事務所受理日時	年 月 日 時 分	受理者	
-------------	-----------	-----	--

別紙「保育所以外の施設における感染症等発生時の報告基準及び記入上の注意」により記入し、速やかに関係機関に報告してください。(特に、※部分に注意してください。)

報告日: 年 月 日 (第 報)

施設名	報告者職・氏名							
	電話		- -					
施設所在地								
病名(診断名)※1	発生日時※2		年 月 日 時					
主な症状※1	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他( )							
患者等 発生状況※3  (欄が不足する場合には別紙に記載)	区分		月 日 時現在※3		備考※5			
	入通所	階	部屋	利用者数		発症者数※4		入院者数※4
発症者数(a)					新規発症者数(aの内数)	発症者のうち入院者数(b)	新規入院者数(bの内数)	
入所者の状況	入所							
	通所							
小計								
職員の状況	職員 (調理従事者は除く)							
	調理従事者							
	小計							
合計								
喫食の状況	給食 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設(調理施設名: ) ) 残食・検食の有無( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )							
受診状況	医療機関名				担当医師			
備考								