

個別の感染対策

(総則)

第1条 介護老人保健施設せんけい苑（以下「当施設」という）は、高齢者施設において特に集団感染が発生する恐れの高い感染症に関して、感染症及び食中毒の予防とは別に対策を記載する。緊急対応フローチャートに基づき、施設医及び洲本伊月病院の指示を迅速に受けられるよう、基本的な予防対策措置、感染症各論の周知を徹底するものとする。

(感染経路別予防策)

第2条 感染経路には広義に解釈すると①空気感染 ②飛沫感染 ③接触感染があるとされている。

それぞれに対する予防策を別記スタンダードプリコーションに追加して行うものとする。

疑われる症状がある場合には、例え診断される前であったとしても、速やかに予防対策措置をとる必要がある。

ア 空気感染予防策

空気感染とは微生物を含む直径飛沫核 $5\mu\text{m}$ 以下、落下速度 $0.06\sim 1.5\text{cm/sec}$ の微小飛沫核が長時間空中を浮遊し、空気の流れによって広範囲に伝播される感染様式をいう。

空気予防策とは、空気感染を起こす微生物に対して行う感染対策を指す。

1) 対象

下記の病原体による感染、あるいは検出された感染者に対して実施する。

- 結核
- 水痘
- 播種性帯状疱疹
- 麻疹

2) 感染対策

(1) 居室配置・移送

- トイレが設置されている個室に隔離する。
- 病室のドアは常時閉め出入りは最小限とする。
- 感染者が入院又は回復等により居室の再配置を行う場合は、各居室に備え付けられているオゾン発生装置の使用により除菌・殺菌を行なった上で、十分な換気をし、通常の清掃を行う。
- 感染症を有する時期は室外に出ることは原則出来ない。特に結核感染者で塗抹陽性の排菌期間中は厳重に対策を遵守する。
- 検査等で病院へ移送する場合は飛沫の拡散を防ぐ為、感染者にサージカルマスクを着用させる。感染者に N95 マスクは使用しないこと。また、移送先の部署には事前に感染対策に関連する感染者情報の連絡をする。

(2) 感染者指導

- 咳をする時はタオル等を口に当て、飛沫を発生させないよう感染者に協力を依頼する。
- 小児など抵抗力の弱い面会者の面会は基本的に制限をする。面会者が居室に入室する際も N95 マスクを着用するよう依頼し、装着方法を実技指導する。

(3) 感染者接触時の N95 マスクの着用

- 水痘、麻疹感染者には免疫を有する職員が優先して対応する（N95 マスクは必要ない）。やむを得ず免疫を持たない職員が対応する場合は N95 マスクを着用する。
- 結核感染者に対応する場合は、全ての職員が N95 マスクを着用する。
- 医療・介護従事者は居室前で N95 マスクを着用し、フィットチェックを行い入室し、居室を出てか N95 マスクを外す。
- N95 マスクは形状、サイズにより数種類あるため、自分の顔面に合うものを選ぶ。
- 折りたたみ式 N95 マスクはその都度使い捨てる。
- カップ型 N95 マスクはその都度使い捨てる必要はないが、水にぬれた場合や明らかな湿性生体物質の汚染が見られた場合は交換する。1 勤務帯（約 8 時間）を目安に廃棄する。1 勤務 1 個の使用とし、ビニール袋に入れて保管する。
- 結核感染者を受け入れた療養階に係る部署は、予めフィットテストを行い自分の顔面にフィットする N95 マスクを選んでおく。

(4) 清掃、廃棄物の取り扱い

- 病室は通常清掃を行う。清掃に従事する者は N95 マスクを着用し入室し、清掃する。
- 廃棄物の取扱いにおいては感染性廃棄物管理規程に基づき、感染性廃棄物として取り扱う。

(5) その他の対策

- 聴診器や血圧計等を感染者専用にする必要はない。
- 食器や残飯、リネン、衣料品等の洗濯など特別な消毒は不要。

イ 飛沫感染予防策

飛沫感染とは咳、くしゃみ、会話、気管吸引および気管支鏡検査に伴って発生する飛沫が経気道的に粘膜に付着し、これに含まれる病原体により経気道感染を起こす感染様式を指す。飛沫直径は 5 μ m より大きい為、飛散する範囲は 1m 以内であり、床面に落下するとともに感染性はなくなる。

病原性が高く、感染管理上重要な飛沫感染を起こす微生物に対して行う感染対策を飛沫予防策という。

1) 対象

下記の病原体による感染者（あるいは検出者）に対して実施する。

- インフルエンザ
- マイコプラズマ
- 溶血性連鎖球菌
- インフルエンザ菌や髄膜炎菌による髄膜炎
- 流行性耳下腺炎
- 風疹等

2) 感染対策

(1) 居室配置・移送

- 基本的には個室隔離が望ましい。
- 個室隔離ができない場合は、同じ微生物による感染症患者を 1 つの病室に集めて収容する。（コホーティング）
- コホーティングも不可能であれば大部屋収容とし、患者ベッド間隔を 2m 以上保つ。あるいは、患者間にパ

ーションやカーテンによる仕切りを設ける。

- 特殊な空調や換気システムは不要。
- 感染性を有する時期は室外に出ることを可能限り控える。やむを得ず室外に出るときは、サージカルマスクを着用してもらう。

(2) 感染者指導

- 咳をする時はタオル等を口に当て、飛沫を発生させないよう感染者に協力を依頼する。

(3) 感染者接触時のサージカルマスクの着用

- 医療・介護従事者は感染者から 1m 以内での医療行為又は介護を行う際にはサージカルマスクを着用し、その都度使い捨てる。居室入室時のルーティンとしてサージカルマスクを装着する必要はない。

(4) その他の対策

- 手袋、ガウンあるいは、ゴーグル着用の必要は通常はない。
- 聴診器や血圧計等を感染者専用にする必要はない。
- 食器や残飯、ゴミ、タオル、リネン類やカーテン類の洗濯は、通常通りでよい。
- 居室清掃は、日常清掃、退所時清掃とも通常の清掃でよい。
- 飛沫や病原体が濃厚に付着しているものは感染性廃棄物として廃棄する。

ウ 接触感染予防策

接触感染とは、ヒト-ヒトの直接接触や感染者使用物品・環境表面との間接接触等により伝播する感染様式を指す。病原性が高く、感染管理上重要な接触感染を起こす微生物が適応となる。

1) 対象

下記の病原体による感染者(あるいは検出者)に対して実施する。

- MRSA や多剤耐性緑膿菌等の耐性菌
- 腸管出血性大腸菌
- ノロウイルス
- クロストリジウムディフィシル(下痢症の場合)等

2) 感染対策

(1) 居室配置・移送

- 基本的には個室隔離が望ましい。
- 個室隔離ができない場合は、同じ微生物による感染症患者を1つの病室に集めて収容する。
- コホーティングも不可能であれば、病原体の毒性や拡散リスク、同室利用者の感染リスクなどを考慮し、総室収容が可能かどうか検討する。
- 個室隔離もコホーティングも不可能で判断に困った場合は、洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。
- 拡散リスクの高い感染者の移送・居室外への出入りは最小限にする。室外へ出るときは、十分な手洗いが行われるように指導し、排菌部位の被覆に努める。

(2) 防護具の使用

- 感染者の居室に入室する際は手洗い又は手指消毒をし、手袋を着用する。

- 排菌感染者に直接接触する場合または居室環境に触れる場合はガウンやエプロンを着用する。
- 感染者の居室から退出する際は全ての防護具を脱ぎ、廃棄する。

(3) 医療器具の専用化

- 聴診器や血圧計などは感染者専用にする。また使用後は病原体に有効な消毒剤で十分に清拭消毒する。
- ワゴンやカルテなど共有物を居室に持ち込まない。
- 下痢便で便座周囲に便が付着する可能性がある時は、トイレを専用化し、便座を毎回消毒する。

(4) 高頻度接触表面の消毒・清掃

- 患者の手が高頻度に触れる部位(ベッド柵・床頭台・オーバーベッドテーブル・ドアノブ等)は、1日1回以上、清拭消毒する。
- 消毒剤は、検出されている病原体に有効な消毒剤を選択する。
- 感染者が入院又は回復等により居室の再配置を行う場合は、各居室に備え付けられているオゾン発生装置の使用により除菌・殺菌を行い、十分な換気をした上で、高頻度接触表面の清拭消毒を行う。
- 基本的には、カーテン類は通常の取り扱いでよい。

(5) その他の対策

- 食器や残飯は通常の処理でよい。
- 感染者が使用したタオルやリネン類は、運搬の途中の環境汚染を防ぐ為、居室内でビニール袋に密閉して室外へ運搬する。
- 湿性生体物質の付着しているゴミは、居室内に感染性廃棄物容器を設置し、居室内で密閉して運搬する。
- 湿性生体物質の付着していない患者周辺のゴミ(ペットボトルや紙くず等)は、通常のゴミとして処理する。

(6) 感染者指導

- 居室入退室時に手指消毒を行うよう依頼し、消毒方法を指導する。
- 湿性生体物質に手が汚染した場合には、消毒剤入り的手指洗浄剤で流水下の手洗いを行うよう依頼し、方法を指導する。

(感染症各論)

第3条 当施設では高齢者施設における感染症として特別に記載が必要な以下の感染症に対し、指針となる各論を記載する。従事者は周知の徹底と情報の更新を怠ることがないよう努めること。

I. 結核の感染について

1) 結核の罹患者数と病院感染

結核は日本では、毎年2万人を超える患者が新規に発生しており、このうちおよそ9000人は他人に結核を感染させる恐れのある、塗沫陽性の患者である。

これらの患者の80%以上は、医療機関で発見されている。特に60歳以上の高齢者で高率である。結核の病院集団感染(1人の患者が20人以上に感染させた場合)は全国で、毎年10件程度報告されており、小規模感染はさらにこの数倍に上ると言われている。

2) 感染経路

肺結核の感染経路は空気感染であり、排菌患者の咳などで飛散した、結核菌を含む飛沫核を吸入することによ

って起こる。

吸入した結核菌が肺胞に到達し、そこで増殖し感染が成立する。吸入した人の 80~90%は免疫が働き発病しないが、栄養状態が悪く、抵抗力が落ちている場合に発病しやすい。また、喀痰中の排菌量が多いほど、咳の持続期間が長いほど感染性が高くなる。

ア 結核の症状と発症の高リスク感染者

長引く咳や痰、微熱、寝汗、倦怠感などが初期症状。胸痛や血痰そして喀血症状が出現する場合もある。進行すれば呼吸困難、体重減少などもみられる。

【結核発病のリスクが高い感染者】

糖尿病、抗癌剤・免疫抑制剤または副腎皮質ホルモンによる治療、悪性腫瘍、塵肺(珪肺等)、胃切除や空腸回腸バイパス手術後、慢性腎不全(人工透析)免疫不全に関連した病気、極端な低栄養状態、大量飲酒者

イ 結核の検査

1) ツベルクリン反応(以下ツ反)

- 結核菌感染の有無を診断する方法である。
- BCG を受けていない人では結核菌による感染の既往(免疫的な記憶)を示し、過去に有効な治療や化学予防を受けていなければ生きてきた結核菌が体内に潜んでいることを意味する。
- BCG を受けている人は、結核菌による感染を示すのか、BCG 接種の影響を示すのかは分からない。また、免疫の記憶はしばらく抗原に曝露されてなければ眠っていることがある為、BCG 接種者はツ反接種後 1~ 3 週間後に再接種(二段階法)したときの反応が正しいツ反の値である。

【ツベルクリン反応成績の記載様式結核予防法施行規則第 2 条】

判定	略符号	ツベルクリン反応の判定基準
陰性	—	発赤長径 9mm 以下の者
弱陽性	+	発赤の長径の 10mm 以上で硬結を触れず二重発赤のない者
中重度陽性	++	発赤の長径の 10mm 以上で硬結を触れ、あるいは計測できる者
強陽性	+++	発赤の長径の 10mm 以上で硬結を触れるほか、二重発赤あるいは壊死などを伴う者 発赤長径 30mm 以上 (洲本伊月病院の採用時の基準)

2) インターフェロン- γ 遊離試験: IGRA (QFT 検査、T-SPOT 検査)

日本では大部分の人が BCG を接種している為、結核菌に感染していなくてもツ反では陽性(疑陽性)と判定されることがある。そこでツ反に代わる結核菌感染の有無を調べる検査法としてインターフェロン- γ 遊離試験(以下 IGRA)が開発され、行われるようになった。

結核菌感染に対する免疫応答は主に T 細胞の活性化を介して行われる。結核菌抗原に感作されたエフェクター T 細胞は結核菌特異抗原と共に反応させた際に IFN- γ を遊離する。IGRA (Interferon - Gamma Release Assays) とは結核菌特異抗原 ESAT - 6、CFP - 10 により、リンパ球を刺激後、産生した IFN - γ 産生量測定し結核感染を診断する。

IGRA の利点として、①BCG 接種の影響を受けない②ブースター現象を起こさない為、繰り返して検査が可能③非結核性抗酸菌症(特に Mycobacterium avium complex、Mycobacterium intracellulare)には反応しない④診断効率が良い(T-SPOT の場合、感度 97.5%、特異度 99.1%)が挙げられる。

一方、IGRA を行う上で注意すべきことは①検査のウィンドウ期を考慮して、結核患者との接触から 8~ 12 週で検査すること②5 歳以下の幼児や免疫力が低下した患者などでは偽陰性となる可能性があること③最近の感染なのか過去に感染したものなのかを区別することは困難であることが挙げられる。

ウ 感染防止対策

結核の成立には、感染源患者の排菌量、空気中の結核菌密度、感受性宿主が吸い込む結核菌の量が影響する。結核の病院感染を防止するために、以下の対策を組み合わせ総合的に実施する。

- 感染者の早期発見、他の利用者との分離、早期治療
- 空気感染予防策
- 第2条ア「感染経路別予防策:空気感染予防策」の項を参照
- 化学予防投与、定期健診、有症時の受診

職員の感染予防として喀痰抗酸菌塗抹検査 3 回の陰性が確定するまで、ハイリスクの処置をする際はサージカルマスク、呼吸器症状がある方へは N95 マスクで対応する。

1) 感染者の早期発見、他の感染者との分離、早期治療

(1) 入所時喀痰塗抹検査、胸部 X 線検査のルーティンな実施

- 結核のハイリスク利用者に対し、入所時または入所予定利用者に対し、下記の検査を実施し、塗抹陽性患者を早期に発見し他の利用者とは分離する。

ルーティン検査項目:胸部 X 線撮影、喀痰抗酸菌塗抹検査原則 3 回 *1

検査対象者 :①2 週間以上続く咳、痰などの呼吸器症状を有する者

②血痰、胸痛

③発熱、寝汗、食欲不振、倦怠感などの全身症状を有する者

④結核既往が有り、体重減少がある者

⑤悪性腫瘍、抗癌剤・免疫抑制剤または副腎皮質ホルモンによる治療を行っている結核既往のある者

※1 胸部 X 線検査で異常陰影を認め、結核感染および発症が著しく疑わしい場合には、3 回の喀痰抗酸菌塗抹検査を確実にを行う。喀痰採取が困難な場合、可能な限り誘発して採取する。誘発方法については、呼吸器科に相談する。

(2) 結核発症の監視が必要な感染者

- 以下の感染者に対して結核の症状を監視、異常時は胸部 X 線検査、喀痰塗抹検査を行う。

塵肺(珪肺など)、胃切除や空腸・回腸バイパス手術後、慢性腎不全(人工透析)、免疫不全に関連した病気、極端な低栄養状態、大量飲酒者

エ 感染の疑いがある利用者が発覚した時の対応

①サージカルマスクの着用

- 診察にて結核が疑われた場合には、医師が N95 マスクの装着を職員に指示する。従事者は N95 マスクを装着し対応する。
- 結核の既往や接触歴等に関わらず、咳・痰の症状があり、結核の恐れがあると判断した場合は洲本伊月病院・感染対策委員会に速やかに知らせる。また、咳症状のある患者にはサージカルマスクを提供し飛沫の拡散を防ぐよう指導する。

②喀痰塗抹陽性、PCR 陽性であった場合

- 洲本伊月病院から喀痰塗抹陽性、PCR 陽性となった感染者は原則として結核病床を有する病院へ紹介される。
- 移動時はサージカルマスク装着と咳エチケットを指導する。
- 退去後の居室は 2 時間密閉放置し、オゾン発生装置にて除菌・殺菌の後に換気を行うまで使用しない。
- 清掃は通常の方法でよいが、湿性生体物質が付着した環境は消毒用エタノールで清拭する。
- 受診及び入院手続きが済むまでは緊急対応フローチャートに沿って対応する。

③喀痰塗抹陽性・PCR 陰性

- 非結核性抗酸菌 (non-tuberculous mycobacteria : NTM) の可能性が高く、対策は不要。

④喀痰塗抹陰性・PCR 陽性、または PCR 陰性で高感度の液体培養だけが陽性

- 微量排菌の可能性がある為、咳・痰等の臨床症状があれば、個室に隔離。

オ 職員が結核を発病した場合の対応

1) 感染者のスクリーニングとフォロー

- 職員が結核を発病した場合は、その感染性を迅速に判断する。
- 感染性の否定ができない間は医療・介護共に従事しない。潜在性結核感染症、非感染症の肺結核と診断された場合は、治療を受けながらの勤務は可能である。

2) 職場復帰について

- 非感染症が証明されるまで職場復帰はできない。

II. MRSA

(1) 疾患の概要

- MRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) とはメチシリンに耐性を示す黄色ブドウ球菌を指す。MRSA は通常、メチシリンのみならず、多くの抗菌薬に耐性を示す。
- MRSA の微生物学的特徴は、黄色ブドウ球菌の特徴そのものである。つまり、皮膚・鼻腔粘膜に常在し、少なくとも健常者の場合はこれらの部位で明瞭な病変を形成しない。しかし、一旦皮膚の損傷が生じると容易に MRSA による感染が成立する。
- MRSA は乾燥に強く、環境に長期間生存することができる。
- 培養で MRSA が検出されても、MRSA 感染症とは限らない。

【MRSA 検出材料でみる MRSA 保菌・感染の判別の目安】

検体	保菌・感染	備考
血液	感染	血液は本来無菌の検体であり、血液からの菌検出は感染と考える。検体採取時のコンタミネーションによる培養陽性に注意が必要。
膿	多くは感染	開放創の場合は、MRSA の保菌(定着)もありうる。鏡検による好中球貪食像で、起炎菌の推定が可能。
喀痰	感染とは限らない	炎症所見があり、MRSA の優位な膿性痰で、ブドウ球菌好中球貪食像を認めるときは感染を疑う。
便	感染とは限らない	菌量が多く、下痢、及び炎症所見を認める場合は、感染を疑う。
尿	感染とは限らない	検体の採尿時、尿道カテーテルの汚染による培養陽性もありうる。
鼻咽喉	多くは保菌	

(2) 感染経路

MRSA は接触伝播・感染する病原性微生物である。

(3) MRSA のリスクアセスメント

具体的な感染対策内容は、感染・保菌の別に関わらず、検出材料、分離菌量、排菌部位、医療ケア量、同室患者などの情報から、総合的に MRSA のリスクアセスメントを行う。

拡散リスク	大	中	小
MRSA 検出条件			
分離菌量	3 (+)、2 (+)	1 (+)	少量
検出材料 ・皮膚	・広範な熱傷 ・広範な皮膚欠損 ・広範な皮膚のびらん・水疱 ・大量の落屑 ・褥瘡		・被覆できる熱傷 ・被覆できる皮膚欠損 ・被覆できる皮膚のびらん・水疱 ・被覆できる褥瘡
・痰・気管分泌物	・激しい、頻繁な咳 ・気管挿管（開放式）	・気管創管（閉鎖式）	・咳がない
・創	・開放創 ・大量の排膿・浸出液 ・創洗浄処置の実施 ・開放式ドレナージ	・少量の浸出液はあるがガーゼ上層の汚染がない ・閉鎖式ドレナージ	・完全に上皮化した創 ・完全に被覆できる創
・尿、便	・大量の下痢便 ・ストーマあり ・床上排泄	・少量の下痢便、軟便 ・自力でトイレを使用し排泄可能だが、排泄後の確実な手洗いが困難 ・尿路カテーテル挿入	・固形便 ・自力でトイレを使用して排泄可能、かつ、排泄後の確実な手洗いが可能
・鼻腔 ・咽頭 ・口腔	・激しい咳・くしゃみ	・流涎がある	・咳・鼻汁がない
・血液			・血液からのみ検出されている場合、拡散リスクは低い
その他の感染者条件	・重症集中治療患者 ・日常生活上のケア量が多い ・治療や感染対策に対する協力が十分に得られない場合		・ADL がベッド上に限られている ・治療や感染対策に対する患者の協力が十分に得られる

(4) 感染防止対策

スタンダードプリコーションと接触予防策を実施する。

1) 居室配置

①MRSA 検出者の居室配置

MRSA が検出された場合は基本的には個室に収容することが望ましい。

MRSA 検出者は以下の表に基づき、居室配置を行う。個室収容が困難で判断に困る場合は、洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。

拡散リスク大の感染者	個室収容
拡散リスク中の感染者	可能なら個室収容、個室が空いていない場合は、2床室にコホート
拡散リスク小の感染者	可能なら個室収容、コホート（集団隔離）が望ましいが、不可能ならば、大部屋の収容もやむを得ない。

2) 防護具の使用

- MRSA 検出者居室に入室する場合、基本的に入室前に、グローブ、エプロンなどの防護具を着用する。
- グローブは、ルーティンに着用する。汚染したらその都度交換する。
- 退室前はグローブを脱ぎ、アルコール性の手指消毒剤で手指消毒を行う。
- 周囲環境に接触・汚染する場合にはエプロンを、さらに前腕～上腕の接触・汚染が予測される場合にはガウンを着用する。
- 通常マスクの着用は必要ない。ただし咳のある患者の半径 1m 以内でケアを行う場合、大量の落屑がある場合はスタンダードプリコーションとしてマスクを着用する。

- MRSA 検出者の居室には必要な防護具を居室入口と居室内に設置する。

3) 器具の専用化

- MRSA 検出者に使用する医療器材・医療材料は居室内に収納ワゴンを設置し専用化する。
- 包帯交換等に使用するワゴンは他の利用者と共有しない。居室内に創処置に必要な物品を専用に用意し、居室内に共有のワゴンを入れないなどの工夫を行う。
- 専用化できない医療器材は、病室外に持ち出す際に 80%消毒用エタノール、又は 0.1%塩化ベンザルコニウム（オスバン）溶液で消毒する。

4) 環境の消毒

- 高頻度接触表面を 0.1%塩化ベンザルコニウム（オスバン）液、又はアルコールガーゼで清拭消毒する。消毒の回数は MRSA 拡散リスクにより決定し、各部署で消毒実施者を決めて確実に実施すること。

【MRSA 拡散リスクと環境消毒回数】

	高頻度接触表面の消毒回数	病室清掃
拡散リスク小	1 回/日	通常の清掃 1 回/日
拡散リスク中	2 回/日	通常の清掃 1 回/日、最後に実施する
拡散リスク大	少なくとも 2 回/日以上	通常の清掃 1 回/日、最後に実施する

5) リネンの取り扱い

- リネン交換はビニール袋を用意し、手袋・エプロンを着用のもと、他の利用者の最後に行う。
- 使用後の基準寝具は、居室内でビニール袋に密閉し、「感」と明記してランドリーに下ろす。
- 私物の洗濯物を自宅へ持ち帰り洗濯する場合には、家族に以下の説明を行う。

【説明事項】

- MRSA は健康な人（傷がない場合）に感染を引き起こすことは、まずない
 - 濃厚な湿性生体物質の汚染がない場合、検出者リネンと家族のリネンを一緒に通常の洗濯を行ってよい
 - 濃厚な汚染が考えられる場合は塩素系漂白剤の使用、熱湯に 10 分程度浸す、天日干し、乾燥機にかける、アイロンをかけるなどの方法で除菌を薦める。
- 施設内の洗濯機を利用して洗濯する際は最後に乾燥機を使用し熱乾燥する。（可能なら、塩素系漂白剤の使用を薦める。）
 - 濃厚な湿性生体物質の汚染がある場合は洗濯機の使用前に、リネンを 0.1%塩化ベンザルコニウム（オスバン）溶液に 30 分浸漬する。

6) シャワー、入浴について

① 一般浴室での入浴、シャワー

- 拡散リスク小の検出者では、シャワー・入浴の順番を制限しない。
- 拡散リスク中～大の検出者ではシャワー、入浴はその日の最後に行うか、午前の最後とし、使用後に清掃する。

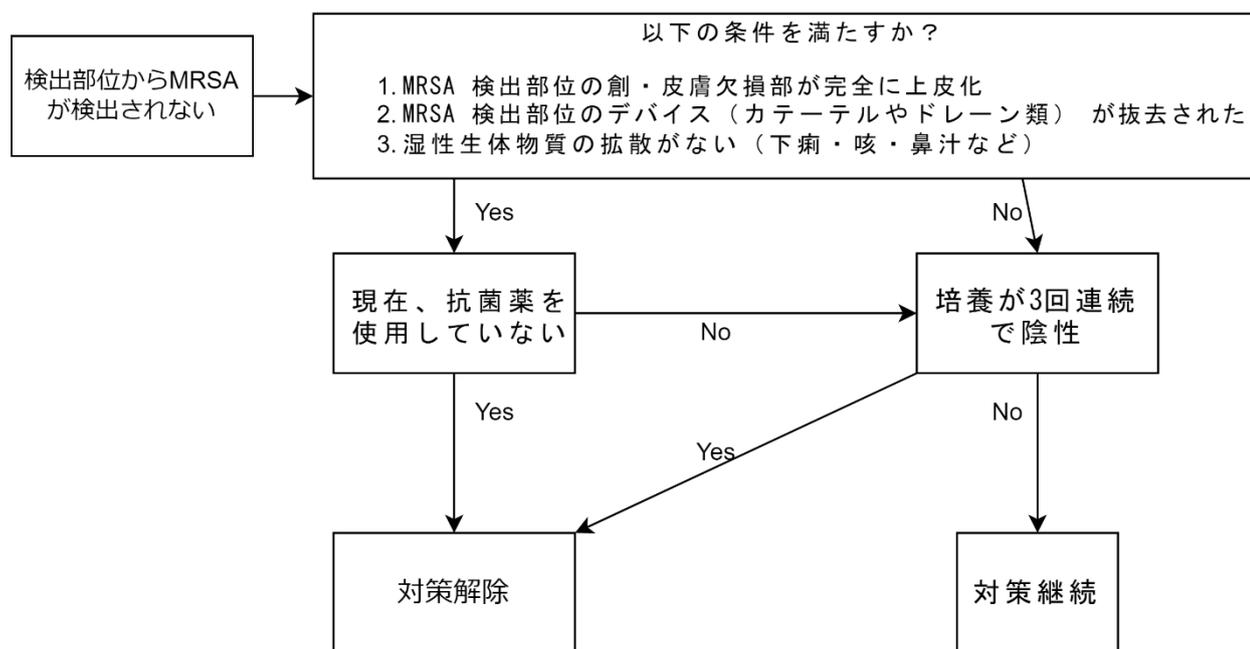
② シャワーベッド、機械浴室でのシャワー、入浴

- 熱傷、開放創、褥瘡のある検出者のシャワー、入浴では浴室環境や備品が濃厚に汚染する。使用毎に、浴室やシャワーベッド等の環境や備品を以下の方法で処理する。

- 一般浴室用洗剤で洗い、水気を切った後、0.1%塩化ベンザルコニウム（オスバン）溶液で清拭する。
- 次亜塩素酸ナトリウム含有の洗剤（一般市販製剤）でこすり洗いしたのち、熱い湯で洗い流し可能な限り乾燥させる。

(5) 対策解除について

MRSA 検出部位から病原体拡散の危険性がなくなったと判断された時点で対策解除とする。判断基準は以下のフローを参考にし、各看護主任と担当医が検討の上で判断する。判断に困った場合は洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。



(6) 検体採取

- 創の周辺からでなく中心部から採取する。
- 採取後できるだけ早く検査部へ提出する。保存する場合は検体の種別に応じて適切に保存する。
- 混合感染がある時に検体を放置すると、緑膿菌などが増殖しMRSAが培地に生えないことがある。

(7) MRSA の除菌

①適応：心臓、大血管などの胸部手術（保険適応）

- 保菌が確認されたらバクトロバン（ムピロシン）軟膏（1本3g）を適量1日3回、3日間塗布する。耐性菌の発現を防ぐため原則として感受性を確認し、必要最小限の期間とする。

②塗付方法

- 小豆粒大の量を綿棒にとり、右鼻腔内に塗布し、次に同量を左鼻腔内に塗付する。さらに両側の鼻翼の上から指で十分にマッサージして鼻腔全体に薬剤を広げる。

③検査

- 治療2日後に鼻腔内培養を行う。陽性なら咽頭のコロニー化の有無をチェックする。
- 塗付後陽性の場合4週間の間隔をあけてもう1クール行う。

2クールで除菌されなければイソジンゲルなどを選択する。ただし有効性は劣る。

(8) MRSA 発生時の連絡体制

- 緊急対応フローチャートに従い、速やかに所定の報告をし、指示を受けること。

(9) 検出者・家族への説明

- MRSA が検出された利用者に対してはその病態を説明し、感染防止対策について協力を依頼する。
- 感染防止対策の説明・協力依頼は利用者・家族にとって理解しやすい方法や表現で説明を行う。

III. インフルエンザ

(1) 疾患の概要

原因	インフルエンザウイルス感染
症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 38℃以上の発熱 ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 筋肉痛 ・ 咽頭痛 ・ 鼻汁 ・ 咳嗽 ・ くしゃみ
潜伏期間	通常 1～4 日程度（平均 2 日、最大 7 日）
感染期間	インフルエンザ発症前日から、発症後 7 日間程度はウイルスを排出する。解熱後もウイルスを排出する。最も感染力の強い時期は発症から 3 日間程度である
感染経路	<p>①飛沫感染 インフルエンザに感染した人の咳やくしゃみによって、唾液等の飛沫と共に放出されたウイルスが軌道に侵入することによって感染する</p> <p>②接触感染 飛沫に汚染された環境表面などに触れることによって、ウイルスが付着した手指を介して感染する。ウイルスが付着した手指で目や鼻、口などを無意識に触れることにより、粘膜からウイルスが侵入する</p>
流行期	12 月～3 月頃
検査	<p>インフルエンザ迅速診断キット</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所要時間 15 分 ・ 発熱から 12～24 時間のウイルスが十分に増殖している時期に、十分な検体量で採取することが重要
治療	・ 抗インフルエンザ薬（ウイルスの増殖を抑制する）

(2) 予防

1) 予防接種

入所している多くの免疫不全者への感染源にならない為にも、当法人で勤務する全ての職員に対してインフルエンザワクチンの接種を推奨する。ただし過去にインフルエンザワクチンで重症なアレルギー反応があった者は禁忌である。接種可能かどうかの相談は洲本伊月病院で行う。利用者への予防接種は県のインフルエンザワクチン接種事業に準じて実施する。

目的	・ 発症防止・重症化・合併症の予防
効果	・ 接種後 2 週間程度で発現し、約 5 か月持続
接種回数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生後 6 か月以上～13 歳未満：2 回 ・ 13 歳以上：1 回
副反応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 局所症状（腫脹・発赤・疼痛） ・ 全身反応（発熱・悪寒・頭痛・倦怠感・嘔吐） ・ 通常 2～3 日で消失する
接種禁忌者※	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明らかな発熱を呈している者 ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者 ・ インフルエンザワクチンによってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者 <p>厚生労働省：『予防接種ガイドライン』抜粋</p>
接種後の注意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 接種当日は運動全般と過度な飲酒は避ける ・ 入浴時は接種部位に刺激を与えないように清潔にする

※不活化ワクチンは胎児に影響を与えないとは考えられていない為、妊婦は接種不相当者に含まれていない。た

だし 14 週までは自然流産が起りやすい時期であり避けた方が良いという考え方もある。

※鶏卵・鶏肉にアナフィラキシーがある者は接種を受けることが出来ない。

2) 施設内持ち込み防止

職員	<ul style="list-style-type: none"> 自己管理に留意し、手指衛生・含嗽を積極的に行う 症状出現時速やかに上司に相談する 流行時は全職員勤務中マスク着用 出勤時施設入口で手指消毒を行う
面会者	<ul style="list-style-type: none"> 来所時、施設入口で手指消毒を依頼する注意喚起を掲示し、手指消毒剤の設置数を増やす 療養棟への立ち入りは事務所及び各階ナースステーションの声掛けを規則とする 有症者（発熱、咳嗽、鼻汁、咽頭痛）の面会は禁止とする 流行時の面会は洲本伊月病院の感染対策委員会の決定により禁止にすることがある
外部業者	<ul style="list-style-type: none"> 来所時、施設入口で手指消毒を依頼する注意喚起を掲示し、手指消毒剤の設置数を増やす 体温測定、来所した時間と名前の記入を漏れがないよう記入の徹底をする
新規入所者	<ul style="list-style-type: none"> 入所可能かどうかの判断は洲本伊月病院の感染対策委員会の指示に準ずる マスク着用を依頼する

(3) 発生時の対応

1) 入所者

感染者配置	<ul style="list-style-type: none"> 疑いがある場合は個室隔離、あるいはカーテン隔離を行う 感染が確定した時点で原則個室隔離とする 複数の利用者が同一療養棟で発生し、個室管理が困難な場合にはコホート（集団隔離）する。その場合には必ずカーテンを閉め、飛沫を遮る
感染防止対策 飛沫・接触予防策	<ul style="list-style-type: none"> 感染拡大時は防止策を情報共有の為に表示するよう努める 使用する医療器具は専用とし、使用後は環境除菌クロスで清拭する ドアノブや手すりなど高頻度接触表面は、環境除菌クロスで各勤務清拭する 職員は居室に入室する前に手袋・ガウン（エプロン）・サージカルマスクを着用し、居室から退室する前に防護具を全て脱ぎ、感染性廃棄容器に廃棄する。処置に応じて、シールド付マスクを追加する
感染対策実施期間	<ul style="list-style-type: none"> 発症から 7 日間（発症日を 0 日として換算） 発熱が持続する場合は、解熱後 48 時間経過するまで
感染者指導	<ul style="list-style-type: none"> 咳エチケット マスクは使用の都度交換する 隔離エリアから出る場合は手指消毒とマスク着用を行う 面会は禁止
報告	<ul style="list-style-type: none"> 洲本伊月病院の感染対策委員会へ速やかに連絡する 関連する他部門への連絡を行う

※咳エチケット：咳が出る時は、ティッシュなどで口や鼻を覆い、飛沫の飛散を最小限にする鼻汁や咳、唾液などに触れた後の手洗いを徹底する。使用後のティッシュは速やかにごみ箱に廃棄する。

3) 濃厚接触と認められた利用者 定義:インフルエンザ感染者と同室、あるいはマスクなしで接触した利用者

居室配置	<ul style="list-style-type: none"> 濃厚接触が判明した時点で隔離とする 同一感染者からの複数の濃厚接触患者が発生した場合、コホート（集団隔離）する。その場合には必ずカーテンを閉め、飛沫を遮る コホート居室に新たな入床は不可（同抗原に罹患直後の感染者は可） 	
感染防止対策 飛沫・接触予防策	<ul style="list-style-type: none"> 職員はサージカルマスクで対応する 感染拡大時は防止策を情報共有の為に表示するよう努める 使用した医療器具は環境用除菌クロスで清拭する ドアノブや手すりなど高頻度接触表面は、1 日 1 回環境用除菌クロスで清拭する 予防投与は施設医の判断で行う 	
感染対策実施期間 （接触日を 0 日として換算）	<ul style="list-style-type: none"> 予防投与を行った場合 	最終接触日から 2 日間
	<ul style="list-style-type: none"> 予防投与を行わなかった場合 	最終接触日から 5 日間
感染者指導	<ul style="list-style-type: none"> 同抗原の発症日の異なる感染者の複数濃厚接触患者をコホートする場合、隔離期間は遅い感染者に合わせる 上気道症状の出現、悪寒や発熱など疑わしい症状が出現した際、速やかに訴える 室外行動は必要最小限にし、手指消毒とマスク着用を行う 洗面は自室内の洗面台で行う 面会は原則禁止 	

報告	<ul style="list-style-type: none"> ・洲本伊月病院の感染対策委員会へ速やかに連絡する ・関連する他部門への連絡を行う
----	---

4)濃厚接触職員 定義:マスクなしのインフルエンザ感染者と会話や会食を行った職員

感染防止対策 飛沫・接触予防策	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務中サージカルマスク装着を継続する ・マスクを外す休憩や飲食は別室にて1人で行う ・手指消毒を徹底する ・職員への予防投与は原則実施しない
感染対策実施期間	<ul style="list-style-type: none"> ・最終接触日から7日間（接触日を0日として換算） ・家族が感染者の場合、発症家族の解熱後7日間とする（解熱日を0日）
発症者が行う報告	<ul style="list-style-type: none"> ・上気道症状の出現、悪寒や発熱など疑わしい症状が出現した際、速やかに上司に報告する ・自宅で症状が出現した場合は、出勤前に報告する
所属長が行う報告	<ul style="list-style-type: none"> ・洲本伊月病院の感染対策委員会へ速やかに連絡する

5)職員が発症した場合

感染防止対策 飛沫・接触予防策	<ul style="list-style-type: none"> ・迅速検査は可能な限り、検査感度の高い発熱24時間経過後に受ける ・ステーション、休憩室の高頻度接触面を環境除菌クロスで清拭する（PC画面・PHS・PDAなどは、液晶専用クロスで清拭する） ・回復し出勤した後も発症日から7日間（発症日を0日として換算）は勤務中サージカルマスク装着を継続し手指消毒を徹底する。マスクを外す休憩や飲食は別室にて1人で行う ・当該部署の職員は全員勤務中サージカルマスクを装着し手指消毒を徹底する。発症日から7日間（発症日を0日として換算）
感染対策実施期間	<ul style="list-style-type: none"> ・症状出現時から休務し、解熱後48時間を経過した後出勤可能となる ・出勤後も発症後7日間（発症日を0日として換算）防止対策を継続する
発症者が行う報告	<ul style="list-style-type: none"> ・上気道症状の出現、悪寒や発熱など疑わしい症状が出現した際、勤務中であっても速やかに上司に報告する ・自宅で症状が出現した場合は、出勤前に報告する
所属長が行う報告	<ul style="list-style-type: none"> ・洲本伊月病院の感染対策委員会へ速やかに連絡する ・職員が発症前日にマスクなしで接触した患者や職員がいる場合、関連する部門への連絡を行う

(4) 予防投与

対象	<ul style="list-style-type: none"> ・濃厚接触したハイリスク利用者※※ ※※ハイリスク利用者とは特に慢性肺疾患（COPD、喘息）、慢性心疾患、腎不全、免疫抑制状態（ステロイド、HIVなど）、糖尿病を持つ高齢者 ・特記したハイリスク以外の者は主治医の判断で予防投与は可能とする ・職員への予防投与は原則実施しない
報告	<ul style="list-style-type: none"> ・投与利用者と投与内容を洲本伊月病院の感染対策委員会に報告する

施設内採用の予防投与薬

商品名（一般名）	投与経路	用量・用法
タミフルカプセル 【般】オセルタミビルリン酸塩カプセル	内服	オセルタミビルとして1回75mgを1日1回、7～10日間経口投与する
タミフル ドライシロップ3% 【般】オセルタミビルリン酸塩シロップ用	内服	オセルタミビルとして1回75mgを1日1回、7～10日間、用時懸濁して経口投与する
リレンザ 【般】ザナミビル水和物吸入剤	吸入	ザナミビルとして1回10mg（5mgプリスターを2プリスター）を、1日1回、10日間、専用の吸入器を用いて吸入する
イナビル吸入粉末剤 【般】ラニナミビルオクタン酸エステル水和物吸入剤	吸入	ラニナミビルオクタン酸エステルとして40mgを単回吸入投与する。また、20mgを1日1回、2日間吸入投与することもできる

(5)アウトブレイク時の対応

- 洲本伊月病院の感染対策委員会の判断に準ずる

● インフルエンザの場合として以下を追加する

環境清拭	<ul style="list-style-type: none"> 廊下の手すり、トイレの接触面、洗面所の接触面、ドアノブ、自販機の接触面を含めた、当施設内のすべての高頻度接触面を環境除菌クロスで1日2回清拭する 職員の職場環境（ステーション、休憩室、トイレ）の全ての高頻度接触面を環境除菌クロスで1日2回清拭する
使用器具	<ul style="list-style-type: none"> 歩行器や車いすは可能な限り専用化とし、使用ごとに環境除菌クロスで清拭する
個人防護具	<ul style="list-style-type: none"> 居室内にマスクを配置し、使用の都度交換するように利用者に説明する

IV. 感染性胃腸炎

(1) 疾患の概要

発熱・下痢・悪心・嘔吐・腹痛を主訴とする、細菌・ウイルス・寄生虫を起因病原体とする胃腸炎をいう。感染様式は地域での散発、流行疾患としては、感染患者からの糞口感染、食品媒介感染症としては、汚染された水、食品からの感染である。

(2) 種類

【主な感染性胃腸炎（三類感染症を除く）】

	病原体	潜伏期間	症状・特徴
細菌	黄色ブドウ球菌	3 時間	<ul style="list-style-type: none"> 激しい嘔気・嘔吐、痙攣性腹痛、下痢 食品中で増殖すると、エンテロトキシンと称される毒素を産生し食中毒の原因となる
	カンピロバクター ウシ、ヒツジ、野鳥及びニワトリ などの腸管内に常在菌として保菌	2～5 日	<ul style="list-style-type: none"> 鶏肉調理食品及びその調理過程の不備が原因 下痢、腹痛、発熱、悪心、嘔吐、頭痛、悪寒、倦怠感などであり、他の感染型細菌性食中毒と酷似するが、潜伏期間が一般に 2～5 日間とやや長いことが特徴
	サルモネラ ブタ、ニワトリ、ウシの腸管内に 常在菌として保菌	8～48 時間	<ul style="list-style-type: none"> 代表的な食中毒原因菌 悪心および嘔吐で始まり、数時間後に腹痛および下痢を起こす 下痢は 1 日数回から十数回で、3～4 日持続するが、1 週間以上に及ぶこともある
	腸炎ビブリオ	12 時間前後	<ul style="list-style-type: none"> 細菌性食中毒の主要原因菌の一つ 堪え難い腹痛と水様性や粘液性の下痢 まれに血便がみられる
	ウェルシュ菌	6～18 時間	<ul style="list-style-type: none"> 食肉や魚介類にウェルシュ菌汚染率が高い 主症状は腹痛と下痢 下痢の回数は1日1～3回程度のもが多く、主に水様便と軟便 嘔吐や発熱などの症状はさわめて少なく、症状は一般的に軽くて 1～2 日で回復
ウイルス	ロタウイルス	1～4 日	<ul style="list-style-type: none"> 主に乳幼児に急性胃腸炎を引き起こす 下痢（血便、粘血便は伴わない）、嘔気、嘔吐、発熱、腹痛
	ノロウイルス	24～48 時間	<ul style="list-style-type: none"> 胃腸炎、食中毒の原因ウイルス 感染力が強く少数のウイルスで発症 激しい噴出性嘔吐 回復後も 3～7 日間程度は便に排出
	アデノウイルス	5～7 日	<ul style="list-style-type: none"> 乳幼児期に多く、腹痛、嘔吐、下痢を伴う 発熱の程度は軽い
抗 菌 薬 関 連 下 痢 症	クロストリディオイデス・ディ フィシル	不明 健常者の腸内 にも保菌して いる	<ul style="list-style-type: none"> 有芽胞菌の為アルコールに抵抗性を示し、長期間環境表面に生存 病原体は Toxin A、Toxin B、binary toxin の 3 種の毒素に由来すると考えられているが、これを持たない毒素非産生株も存在する 毒素（トキシン）を産生し大腸の粘膜に炎症を起こす 抗菌薬投与により肛内細菌叢が攪乱されると、定着あるいは新たに獲得された CD が増殖し、CDI（クロストリディオイデス・ディフィシル感染症）を発症する 軟便から血清の下痢や、腹痛・発熱まで様々な症状を呈する

(3) 感染防止対策

1) 全ての場合に実施する感染防止対策

具体策	標準予防策＋接触予防策
-----	-------------

a. 利用者配置	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が強く拡散リスクが高い場合は個室隔離、トイレ専用化を検討する ※CD、ノロはより厳格な対応が必要となるため各論を参照する
b. 吐物・排泄物の処理	<ul style="list-style-type: none"> ・ノロセットを用いて、処理する ①手袋、ガウン、フェイスシールドマスク、シューズカバーをつける ②吐物・排泄物が飛散しないように、0.5% 次亜塩素酸ナトリウム液に浸したペーパータオルで吐物・排泄物の上面を覆う ③ 吐物・排泄物を周囲から中心へ向けて静かにかき集め、拭き取る ④ 吐物・排泄物を拭き取ったペーパータオルは速やかにビニール袋へ密閉し、感染性廃棄物として廃棄する ⑤その後、手袋を交換し、0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で、再度清拭消毒する ⑥防護具を脱ぎ、肘までの流水下手洗いを行う
c. 従事者の配置	<ul style="list-style-type: none"> ・集団発生時は、担当する従事者をコホートする

1) 拡散リスクが高く個室収容となった場合に実施する感染防止対策

【個室収容となった場合に実施する感染防止対策】

具体策	標準予防策+接触予防策+飛沫予防策+特殊対策
a. 個室入室時の防護具	<ul style="list-style-type: none"> ・居室入室前に、手袋、ガウン、サージカルマスクを装着する(エプロンは使用しない) ・使用後の防護具は感染性廃棄物として廃棄する
b. 環境対策	<ul style="list-style-type: none"> ・清掃者(委託清掃業者を含む)は、手袋・ガウン・サージカルマスクを着用 ・汚染エリアで使用した清掃用具は、使い捨てにする。使い捨てできないモップの柄などは、汚染区域内で消毒後、区域外に持ち出す。また、清掃は他区域の清掃の最後に行う ・感染者のベッド周囲の高頻度接触表面、トイレの便座、ドアノブなどの消毒を複数回行う
c. シャワー浴	<ul style="list-style-type: none"> ・下痢、嘔吐症状がある場合でシャワー浴を行う必要がある際には、午前または午後の最後にシャワー浴を行い、使用後は 0.1% 次亜塩素酸ナトリウム液で環境消毒をする
d. 汚染リネン	<ul style="list-style-type: none"> ・湿性生体物質で汚染されたリネンは、感染性廃棄物として廃棄する ・汚染のないリネンは、埃を立てずビニール袋に密閉し感明記シランドリーに下ろす。 ・私物を洗濯する場合は汚物を除去後、0.1% の次亜塩素酸ナトリウムに 30 分以上浸漬してから通常の洗濯を行う。
f. 感染者指導	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレの後、食事を食べる前は、流水で手を洗うよう説明する ・流行期は、生ものの差し入れを控えるよう家族に協力を依頼する
g. 面会感染者指導	<ul style="list-style-type: none"> ・面会は原則禁止とする ・面会が必要な場合は手洗いの方法を説明し、防護具を着用する ・吐き気・嘔吐の場合は感染者にビニール袋を渡し、口の周りに袋を密着させ嘔吐するよう指導する。嘔吐の後には、感染者自身が袋の口を縛り、従事者に引き渡すよう指導する ・感染者の吐物や排泄物の最終処理は従事者が行うことを伝える
h. 新規入所者、外泊より帰宅した入所者のスクリーニング	<ul style="list-style-type: none"> ・問診を十分に行う。嘔吐、下痢などの症状のある者、感染性胃腸炎に罹患していた者と接触歴がある新規入所者は、事前に個室対応なども考慮する ・流行時期における、外泊指導については洲本伊月病院の感染対策委員会の判断に準じ、禁止とすることがある ① 生食を避け、十分に加熱し摂取する ② 調理前、食前、排泄後の手洗いの励行を行う ③ 外泊中に嘔吐・下痢があれば、帰苑前に連絡してもらう

(4) 検体採取方法

1) 採取時の个人防护具

フェイスシールド付マスク、ガウン、手袋を用い曝露や環境飛散を防止する。

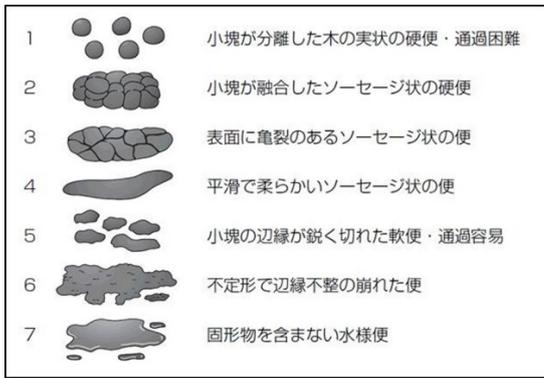
2) 採取方法

①喀痰採取用カップ (PP50CC) に、便を採取しビニール袋に二重に密閉する。

②培養スワブを挿肛し便、便汁を採取する (採便が困難な場合)。

3) 検体提出方法

原則として管理課のメッセンジャーが洲本伊月病院までの運搬を独占業務として取り扱う。



(5) 報告

1) 入院・外来患者が発生した場合の報告

- 感染性胃腸炎確定・疑似症患者発生時は、洲本伊月病院の感染対策委員会へ速やかに報告する。

2) 有症職員の報告

- 下痢、嘔吐、発熱等の、感染性胃腸炎を疑う症状のある職員は速やかに所属長に報告、所属長は洲本伊月病院の感染対策委員会に報告する。

(6) 職員自身の食中毒防止対策

- カキなどの二枚貝の生食はできるだけ控える。肉類は十分に加熱してから摂取する。

※加熱加工用と表示された食品を生食することは、絶対に控える。

- 調理前の手洗いを徹底する。
- 生もの調理後のまな板、包丁、へら、食器、ふきん、タオル等はよく洗浄し、85℃以上の熱水で1分以上の加熱か、ハイターを100から200倍に薄め消毒する。

(7) 罹患した職員の欠勤期間

- 有症職員は発熱・下痢・嘔吐等の胃腸炎症状が消失してから24時間後より出勤可とする。なお、調理に係る職員においては、回復後48時間は調理関連業務を避ける。
- 所属長はノロウイルスに感染した職員に対し休暇取得を依頼する。

※取得できる休暇の種類：年次休暇、病気休暇など

V. ノロウイルス胃腸炎

(1) 疾患の概要

ノロウイルスは感染性胃腸炎、食中毒の原因ウイルスの一つで、嘔吐・下痢などの症状を起こす。多くは特別な治療を必要とせず数日の経過で警戒するが、乳幼児や高齢者、免疫の低下した患者では重症化することがある。

(2) 診断基準

糞便から抗原を検出する検査が可能であるが、検体採取のタイミングで検出感度が異なる為、陰性となった場合でも下記診断基準を元に感染対策を検討する。

【ノロウイルス胃腸炎の場合追加する感染防止対策】

具体策	
a. 感染者配置	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレのある個室に収容、集団発生時はコホートする ・共用トイレを使用する場合は専用化する

b. 環境対策	<ul style="list-style-type: none"> 居室及びトイレ環境の清掃は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液を用いる。但し金属部分については、さびの原因となる為、後で空拭きする 看護職員が行う高頻度接触面の清拭は、環境清拭クロスを用いる
c. 手洗い	<ul style="list-style-type: none"> 流水下での肘までの手洗いを徹底する
d. 食事・食器	<ul style="list-style-type: none"> 栄養科に連絡する 配下膳とする（お膳ごと残飯もそのままビニール袋に入れ、パントリーに返却）

(3) 対策解除の基準

症状消失（最終の下痢から 48 時間のうちに下痢・軟便が再出現しない事を確認したことを言う）を確認したら解除する。しかし、トイレ使用後の清拭消毒は解除後 3 日間継続する。

※自分で手洗いが正しくできない、日常的に失禁がある場合は、解除前に洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。

※心血管疾患、自己免疫疾患、免疫不全、腎疾患等の基礎疾患を持つ感染者では、ウイルス排出の遷延が生じうる為、解除前に洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。

VI. クロストリディオイデス・ディフィシル (C.difficile)

(1) 疾患の概論

クロストリディオイデス・ディフィシル (C.difficile) は抗菌薬関連下痢症・腸炎の原因菌である。発症前 6～8 週間における抗菌薬の使用が関連あるとされている。C.difficile が増殖し毒素を出すと、クロストリディオイデス・ディフィシル感染症：CDI となる。

(2) CDI の定義

24 時間以内に 3 回以上、もしくは平常時よりも多い回数の下痢 (Bristol stool scale 5 以上)

- CDI 検査にて便中のトキシンが陽性 or トキシン産生性の C.difficile を分離する
- 下部消化管内視鏡や大腸病理組織にて偽膜性腸炎を呈する

(3) 感染防止対策

感染症を発症する宿主側のリスク軽減と、感染経路の遮断が重要である。

1) 宿主側のリスク軽減

① 抗菌薬の適正使用

- すべての抗菌薬が CDI の誘因となりうる
- 広域スペクトル抗菌薬や抗嫌気性菌作用を有する抗菌薬の使用を可能な限り制限する
- CDI の既往歴のある者は再発しやすいため注意が必要である

具体策	
手洗い	<ul style="list-style-type: none"> 流水とスクラブ製剤を使用する。(アルコール速乾式手指消毒剤は無効)
環境対策	<ul style="list-style-type: none"> 病室、およびトイレ環境の清掃には、0.1%次亜塩素酸ナトリウム液を用いる。但し金属部分については、さびの原因となるため、後で空拭きする。 高頻度接触面の清拭も同様に 0.1% 次亜塩素酸ナトリウム液を用いる。

② 感染経路の遮断

主な感染経路は糞便の経口感染を含めた接触感染である。C.difficile は糞便に多く含まれる為、排泄物の取り扱いやトイレ環境の清掃が重要となる

(4) 対策解除の基準

便の性状が本来の性状に戻ったことを確認し、その後 48 時間経過してから対策を解除する。中心静脈栄養や経

管栄養中などで元々便が柔らかい場合は、便の性状の変化を良く観察し、施設医・洲本伊月病院の感染対策委員会ともよく相談して対策解除時期を決定する。

※自分で手洗いが正しくできない、日常的に失禁がある場合は拡散リスクを考慮し対策を継続する。迷う場合は洲本伊月病院の感染対策委員会に相談する。

VII. 多剤耐性緑膿菌 (multiple-drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*:MDRP)

(1) 疾患の概要

多剤耐性緑膿菌(以下、MDRP)とは、カルバペネム系、ニューキノロン系、アミノグリコシド系の抗菌薬に耐性を獲得した緑膿菌を指す。緑膿菌は臨床材料から高頻度に分離される細菌で、古くから日和見感染の起炎菌として問題になってきた。菌体の周りに粘性に富んだ強力な保護膜(バイオフィルム)を形成する等、多くの薬剤耐性獲得機構によって耐性を獲得する。MDRPでは“特効薬”として用いられてきたカルバペネム系、ニューキノロン系、アミノグリコシド系、その他の抗菌薬に耐性を示すため、感染症に至った場合は現存の抗菌薬では治療が困難となりやすい。

1) 感染経路

- 感染経路は接触感染である。

内因性感染

● 感染防御能低下、菌交代を起こした者では、口腔、咽頭、腸管などに常在したMDRPが増殖し、感染症を引き起こす。

外因性感染症

● 緑膿菌は水周りの環境に広く分布する。MDRPに汚染した従事者の手指や医療器具を介して利用者に伝播する。

2) 感染防止対策

標準予防策、接触予防策を実施する。MDRP検出時は尿の取り扱いや水周り環境の清掃は重要となる。一般的な接触予防策に加え、特に注意を要する対策を以下に記載する。

①居室配置

- 基本的に個室への収容が望ましい。
- 尿や便からMDRPが検出されている場合はトイレのある個室に収容することが望ましい。

②尿器・蓄尿瓶等、排泄用器具の取り扱い

- 尿器、蓄尿瓶、便器は、本人専用とする。
- 集尿の際は、ビニール袋を掛けて集尿する。
- 尿道カテーテル留置患者の場合の尿量は、カテーテルに接続されたバックの目盛で計量する。
- 尿(便)を取り扱う場合、手袋、エプロンあるいはガウンを使用する。
- 少量の場合は誤差が生じるため重量で計量する。
- 厳密な尿量測定を要する場合は、メスシリンダーを使用する。

尿器等を感染者居室から共用スペース(清洗室)に持ち出す場合、ビニール袋に密閉するか、外表面を消毒用アルコールで清拭をし、速やかに洗浄・消毒を行って乾燥させる。消毒は0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬するか、消毒用アルコールで清拭する。

3) 病室内の環境清掃・整備

- 居室内の洗面台は、毎日洗浄し乾燥させる。

高頻度接触表面(洗面台やトイレを含む)は0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液、又は消毒用アルコールで毎日清拭する。

4) 感染徴候の早期発見

- 局所的、全身的感染徴候を毎日観察する。
- 尿路カテーテルなどのデバイスは、必要がなくなれば早期に抜去する。

抜去できないデバイスについては、デバイス挿入部の感染徴候、排液の性状などを十分に観察し、異常の早期発見に努める。

(2) ESBL 産生菌

ESBL (Extended - Spectrum β -Lactamase : 基質スペクトル拡張型 β -ラクタマーゼ) はプラスミド媒介性のペニシリナーゼ遺伝子の変異を起こし、従来安定であった第三世代 (および第四世代) セファロスポリンも分解不活化する能力を有するようになった β -ラクタマーゼを指す。ESBL 産生菌は肺炎桿菌 (*Klebsiella pneumoniae*)、大腸菌 (*E. coli*)、セラチア、エンテロバクターなどの腸内細菌科が中心であるが、他のグラム陰性桿菌 (緑膿菌、アシネトバクターなど) でも産生株が報告されている。

ESBL 産生菌は一般的にはセファマイシン系 (セフメタゾン®)、カルバペネム系抗菌薬 (チエナム®、カルベニン®、メロペン®) に感受性がある。また β -ラクタマーゼ阻害薬配合抗菌薬 (ユナシン S®、タゾシン®、セフォセフ®) も有効である場合が多いが、原則、感受性を確認して選択する。

1) 感染経路

感染経路は接触感染である。従事者の手指を介した直接的接触、汚染器具との間接的接触等。

2) 感染防止対策

一般的な標準予防策、接触予防策を実施する。

本菌が分離された場合は適切な対策が実施されるよう速やかに情報を共有する。

(3) メタロ β ラクタマーゼ産生菌

メタロ- β -ラクタマーゼとは β ラクタム環をもつほとんどの抗生物質を分解する酵素で、ペニシリン系をはじめ、セフェム系、さらにカルバペネム系抗菌薬をも不活化する能力を有する (カルバペネマーゼともいわれる)。また、既存の β -ラクタマーゼ阻害薬はメタロ- β -ラクタマーゼには無効である。

メタロ- β -ラクタマーゼ産生菌は緑膿菌やセラチアなどのグラム陰性桿菌で分離が報告されている。染色体上あるいはプラスミド上に耐性遺伝子が存在するが、問題となるのは ESBL 産生菌と同様のプラスミド媒介型で、感受性菌が耐性菌との接触によって耐性化する可能性がある。

メタロ- β -ラクタマーゼ産生菌は β -ラクタム系抗菌薬 (ペニシリン系、セフェム系、カルバペネム系) に耐性を示す。 β -ラクタマーゼ阻害薬 (クラブラン酸、スルバクタム、タゾバクタムなど) も無効である。

多剤耐性緑膿菌の β -ラクタム系抗菌薬に対する耐性化の一因と考えられている。

1) 感染経路

感染経路は接触感染である。従事者の手指を介した直接的接触、汚染器具との間接的接触等。

2) 感染防止対策

一般的な標準予防策、接触予防策を実施する。

本菌が分離された場合は適切な対策が実施されるよう速やかに情報を共有する。メタロ-β-ラクタマーゼとはβラクタム環をもつほとんどの抗生物質を分解する酵素で、ペニシリンをはじめ、第三代セファロスポリン、セファマイシン、さらにカルバペネム系抗菌薬(IPM/CS など)を不活化する能力を持つ。メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌とはメタロ-β-ラクタマーゼを産生する細菌の総称で、緑膿菌やセラチアなどのグラム陰性桿菌で分離されている。

1) 感染経路

感染経路は、接触感染である。医療従事者の手指を介した直接的接触、汚染器具との間接的接触など。

2) 感染防止対策

一般的な標準予防策、接触予防策を実施する。本菌が分離された場合は適切な対策が実施されるよう速やかに情報を共有する。

(4) バンコマイシン耐性腸球菌 (Vancomycin resistant enterococcus spp : VRE)

Enterococcus (腸球菌) は健常人の腸管に常在するグラム陽性球菌で、数種類の菌種が散在する。ヒトの臨床検体から分離されるのは、主に、E. faecalis、E. faecium、E. avium である。VRE はバンコマイシン耐性を獲得した Enterococcus (腸球菌) で、多くは保菌状態にとどまり無症状の場合が多いが、日和見感染を起こすと重症感染症に発展しやすい。耐性遺伝子型により vanA、vanB、vanC など5つのタイプに分けられるが、このうち临床上重要とされるのは vanA、vanB である。これらの遺伝子はプラスミド、又はその上のトランスポゾンに存在してかなり自由に動き回ることが知られており、耐性プラスミドの接合という方法を取りながら他の菌に容易に伝播すると言われている。

1) 感染経路

感染経路は、接触感染である。

医療従事者の手指を介した直接的接触、汚染器具との間接的接触など。

2) 感染防止対策

標準予防策、接触予防策を実施する。

VRE は便に検出される場合が多く、便の取り扱いや環境の清掃が重要となる。一般的な接触予防策に加え、特に重要な対策を以下に示す。

① 感染者配置

- ・ 直ちに患者をトイレ付き個室に収容し、共有トイレは使用しない。

② 職員配置

- ・ MRSA 検出者と VRE 検出者を、同一の職員が同時に担当しないようにする。
- ・ 複数の感染者が発生した場合はケア担当職員も限定する。

③ 防護具の使用

- ・ いかなる場合も VRE 検出者の居室に入室する際は、必ず手袋を着用する。

④ 病室・トイレの環境清掃

- ・ 高頻度接触表面は 0.1% オスバン液で、1 日 2 回以上清掃する。
- ・ 清掃業者による日常清掃は最後に実施する。清掃用具を専用にし、その感染者に使用した最後には使

い捨てとする。居室清掃の順番は最後にトイレを行う。

- ・ 清掃の方法としては除菌洗剤を吹き付けた布で拭くのではなく、除菌洗剤を大量に吹き付け環境表面をびしょ濡れにしてゴシゴン擦るように拭く。

⑤器具の専用化

- ・ 医療器具（聴診器・血圧計等）を専用化し、1日1回はこれらの医療器具を消毒用エタノールで清拭消毒する。
- ・ 便・尿器は感染者専用とし、ビニール袋を掛けて使用する。居室外へ持ち出すときは外表面を消毒用エタノールで清拭消毒するか、ビニール袋に密閉して持ち出し、速やかに洗浄・消毒する。消毒は0.05%ヤクラックスD液に30分浸漬する。

VIII. 疥癬

(1)疾患の概要

疥癬とは皮膚の角質層に寄生するヒゼンダニ（疥癬虫 *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*）の感染によって発症する。寄生虫やその排泄物などに対するアレルギー反応による皮膚病変と掻痒感を主症状とする感染症である。

臨床症状やヒゼンダニの寄生数によって一般的にみられる「通常疥癬」と、「角化型疥癬」の二つに大別される。角化型疥癬は重篤な基礎疾患を有する、若しくはステロイドや免疫抑制剤の投与などにより免疫機能が低下している全身衰弱者に発症し易い。感染力が非常に強いため、集団感染の原因となり得る。

(2)ヒゼンダニ（疥癬虫）の生態

ヒゼンダニは非常に小さく、肉眼で確認することはできない。卵は3~5日で孵化し、その生活環は10~14日間である。成虫は人の皮膚表面を歩き回っていたり、皮膚角質層内に穴を掘って潜っていたりする為、居場所を特定することは難しい。

人の手首や手のひら、指の間、肘、わきの下、足首や足の裏、外陰部などの角質層に疥癬トンネルと呼ばれるトンネルを掘り進めながら、寿命が尽きるまで4~6週間に渡って1日2~4個ずつ産卵しながら移動する。

(3)ヒゼンダニの感染力・感染経路・潜伏期間

ヒゼンダニは乾燥に弱く、また人の体温より低い温度では動きが鈍くなり、16℃以下では動かなくなる。この為、皮膚から離れると数時間で感染力が低下する。また高温に弱く、50℃を10分間でヒゼンダニは死滅する。

肌と肌の直接接触が主な感染経路であるが、タオルや寝具、衣服の共有によっても感染することがある。

ヒゼンダニに感染後、約1~2ヶ月間の潜伏期間（無症状期間）を経て、皮疹などの臨床症状が現れる。角化型疥癬ではヒゼンダニの数が多いため、潜伏期間が4~5日間と短縮する場合もある。

(4)通常疥癬と角化型疥癬の違い

1)通常疥癬

①通常疥癬は長時間の皮膚と皮膚との直接接触によって感染する。

稀に寝具やタオル類を介する間接触感染もあるが、集団感染の危険性は少ない。

②強い掻痒感を伴い、皮膚症状は丘疹、結節、疥癬トンネルがある。

2)角化型疥癬

(1) 感染経路は通常疥癬と同様だが、重篤な基礎疾患がある、又は免疫機能が低下している者にヒゼンダニが感染することで角化型疥癬を発症する。ステロイド外用剤の使用により、通常疥癬から角化型疥癬へ移行することもある。

(2) 皮疹は灰色から黄白色でざらざらと厚い角質増殖が手、足、臀部、肘頭部、膝蓋部等の摩擦を受けやすい部位の他、通常疥癬では感染しない頭部、頸部、耳介部を含む全身に認められる。掻痒については一定せず、全く掻痒感がない場合もある。

【通常疥癬と角化型疥癬の違い】

	通常疥癬	角化型疥癬
寄生数	1000 匹以下	100 万～200 万匹
宿主の免疫	正常	低下している
感染力	弱い	強い
主な症状	丘疹、結節	角質増殖
掻痒感	強い	不定
感染部位	頭部以外の全身	全身

(5) 疥癬の感染防止対策

1) 通常疥癬

標準予防対策を行う。ただし身体介助やリハビリテーションなどで長時間の皮膚と皮膚との接触が予想される場合には袖付ガウン、手袋、マスクを着用する。

2) 角化型疥癬

個室管理とし、標準予防策に加えて厳重な接触予防策を行う。感染性が減じた時点で個室管理や接触予防策を解除する。解除時期は施設医又は洲本伊月病院の感染対策委員会の判断によって決定する。

	通常疥癬	角化型疥癬
感染防止対策	標準予防策（一部特殊対策）	標準予防策＋接触予防策＋特殊対策
個室管理	不要 （ただし感染者の状態や症状によっては個室管理が望ましい場合もあり、施設医や洲本伊月病院の感染対策委員会とよく相談の上、居室配置を決定する）	原則トイレのある個室管理とする。適切な治療を行えば長期に渡って隔離を行う必要はない 隔離期間は通常 1～2 週間を目安とする （治療経過と専門医による判定が必要）
ケア	標準予防策で対応 接触後は流水と石鹸での手洗いを 行う 長時間の肌と肌との直接接触は避ける 長時間の接触（入浴介助、リハビリテーション等）が予想される場合は袖付ガウン、手袋、マスクを着用する	ケアに従事する際には袖付ガウン、手袋、マスクを着用し、感染者と接触する肌の露出を最小限にする 接触後は手袋を外し流水と石鹸での手洗いを励行する。（ヒゼンダニに対して擦式アルコール手指消毒剤の効果は不明である）
リネン類の管理	リネン類はすべて居室内に蓋付き容器内に大きなビニール袋を被せ、その中に入れる。ある程度貯まった時点で袋を取り出し、汚物室等でピレスロイド系殺虫剤をリネンの入った袋の中に噴霧する（5 秒程度）。袋を密封し、24 時間経過した後にリネン室へ降ろす。リネンが入った袋には、「疥癬」と「殺虫剤を噴霧した日時」をマジックで記載する 殺虫剤がない場合、50℃以上のお湯に 10 分以上浸漬することでヒゼンダニは死滅す	外用剤処置中は毎日シーツを交換する。毎日のシーツ交換は隔離解除までの期間とする リネン類はすべて居室内に蓋付き容器内に大きなビニール袋を被せ、その中に入れる。ある程度貯まった時点で袋を取り出し、汚物室等でピレスロイド系殺虫剤をリネンの入った袋の中に噴霧する（5 秒程度）。袋を密封し、24 時間経過した後にリネン室へ降ろす。リネンが入った袋には「疥癬」と「殺虫剤を噴霧した日時」をマジックで記載する 殺虫剤がない場合、50℃以上のお湯に 10 分以上浸漬することでヒゼンダニは死滅する

	る	
病室清掃 環境整備	特別な対応は不要	ベッド周辺など皮膚の落屑が落ちている可能性がある場所は、丁寧に掃除機で吸引する 血圧計や聴診器、車椅子、ストレッチャーなどは感染者専用とする。どうしても他の利用者に使用しなければならない場合にはピレスロイド系殺虫剤を噴霧し、丁寧に清拭した後に使用する ベッドマットは粘着テープや真空式掃除機で表面を丁寧に掃除する
入浴	清掃方法に関して特別な対応は不要 入浴介助で感染者の肌に長時間直接接触することは避ける。必要時、袖付ガウン、手袋、マスクを着用して介助する タオル、バスタオルなど直接肌に触れるものは感染者専用にする。足拭きマットの共有は避け、使用毎に交換する	入浴やストレッチャー浴の順番は最後とする 使用後、浴室や洗い場を熱湯で十分に洗い流す 脱衣所は落屑が落ちている可能性があるため、ピレスロイド系殺虫剤を噴霧する タオルやバスタオル、足拭きマットなどの共用は絶対に避ける 入浴介助が必要な場合は袖付ガウン、手袋、マスクを着用し、介助後は十分に手洗いを行う

3) 接触者への対応

集団発生した場合に備え、予め多床室で同室であった等の接触した可能性のある感染者と、接触予防策を取らずに疥癬感染者に接触した職員のリストを作成する。疥癬感染者に接触した利用者・職員は、接触から1～2ヶ月間、皮膚症状の観察を行う。症状が出現し、疥癬に感染したことが疑われる場合には早期に皮膚科を受診する。

(6) 職員の就業制限について

皮膚科を受診し、疥癬に対して適切な治療を行っていただければ就業制限は必要ない。ただしヒゼンダニがいなくなったことを皮膚科で確認（治癒）するまでは、利用者に直接接触する診療やケアの際に手袋やガウンなどの防護具を用いて肌と肌との直接接触は避ける。

IX. 三類感染症

(1) 疾患の概要

1) 腸管出血性大腸菌感染症（ベロ毒素産生型）

1982年、世界で初めて米国で腸管出血性大腸菌感染症（O-157）の集団食中毒が発生した。日本では1990年に埼玉県で井戸水の汚染による集団感染、1996年には大阪府堺市で集団食中毒発生が報告されて以来、本感染症が注目を集めるようになった。季節的には夏期に多いが、冬期でも発生する。

① 潜伏期・症状

- ・2～14日（平均3～5日）で発症する。
- ・ベロ毒素（VT）を産生する大腸菌は高頻度でO-157の血清型が分離される。次いでO-26、O-111の血清型が多く、他に数十種類の血清型も報告されている。ベロ毒素は蛋白毒素で血管内皮細胞や腎尿細管、脳などに強い毒性を示す。
- ・症状は出血性大腸炎と溶血性尿毒症症候群（HUS）で、水様性下痢と腹痛で発症し、翌日に血便がみられることが多い。その他発熱、嘔気、嘔吐を伴うこともある。重症例では鮮血を頻回に排出する（出血性大腸炎）。有

症者の 6～7%において数日から 2 週間以内に HUS または脳症などの重症な合併症が発症する。HUS を発症した場合、致死率は 1～5%とされており、特に高齢者は十分な注意が必要である。

(2) 感染経路

腸管出血性大腸菌はウシ、ヒツジ、シカなど動物の大腸に生息し、それらの腸内容物で汚染された食品（加熱不十分な生肉、土の付いた野菜など）や飲料物を介してヒトに経口感染する。感染を引き起こすために必要な菌量が非常に少なく、感染力が強い。患者や保菌者の便から糞口経路による二次感染も生じうる。

2) コレラ

コレラ毒素産生性コレラ菌 (*Vibrio cholerae*01) または *V. cholerae*0139 に汚染された飲料水や食品を介した経口感染により、激しい水様性下痢と嘔吐、著しい脱水と電解質の変調をきたす疾患である。潜伏期間は数時間～4 日程度である。近年は軽症の水様性下痢や軟便を症状とすることが多いが、まれに米のとぎ汁様で便臭のない水様便を 1 日数リットルから数十リットル排泄し、激しい嘔吐を繰り返すこともある。医師が症状や所見から当疾患を疑い、便からコレラ菌 (*Vibrio cholerae*01) または *V. cholerae*0139 を分離、同定するか、または PCR 法によるコレラ毒素遺伝子の保有が確認されることで診断される。

3) 細菌性赤痢

赤痢菌 (*Shigella dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*) の経口感染でおこる急性感染性大腸炎である。大腸、特に S 状結腸粘膜の出血性化膿炎で潰瘍を形成することもある。このため発熱、下痢、腹痛を伴うテネスマス（しぶり腹）、膿、粘血便などの赤痢特有の症状を呈する。症状は一般に成人よりも小児のほうが重症である。報告のための基準は診断した医師の判断により、症状や所見から当疾患が疑われ、且つ、便などから、赤痢菌が分離同定されること

4) 腸チフス

チフス菌 (*Salmonella enterica* serovar *typhi*) の感染による全身性疾患である。患者、保菌者の糞便と尿が感染源となる。39℃を超える高熱が 1 週間以上も続き、徐脈、バラ疹、脾腫、下痢などの症状を呈し、腸出血、腸穿孔を起こすこともある。重症例では意識障害や難聴を合併することもある。無症候性保菌者は胆嚢内にチフス菌を保菌していることが多く、胆石や慢性胆嚢炎を合併し、永続保菌者となることが多い。報告のための基準は診断した医師の判断により、症状や所見から当疾患が疑われ、且つ、末梢血、骨髄液、便、尿、胆汁などから、チフス菌が分離同定されること。

5) パラチフス

パラチフス A 菌 (*Salmonella enterica* serovar *Paratyphi A*) の感染によっておこる全身性疾患である。臨床的症狀は腸チフスに類似する。7～14 日の潜伏期間の後に 38℃以上の高熱が続く。徐脈、脾腫、便秘、時には下痢等の症状を呈する。症状は腸チフスと比較して軽症の場合が多い。報告のための基準は診断した医師の判断により、症状や所見から当疾患が疑われ、且つ、末梢血、骨髄液、便、尿、胆汁などから、*Salmonella enterica* serovar *Paratyphi A* が分離同定されること。Paratyphi B C による感染症はパラチフスから除外され、サルモネラ症として取り扱われる。

(3) 感染防止対策

標準予防策に接触予防策を追加する。特に排便後の手指衛生、便の取り扱いやトイレ環境の清掃・消毒が重要となる。

【療養棟での感染防止対策】

項目	感染防止対策
感染者配置	原則トイレのある個室に収容する。特に下痢のある期間は必須である。
防護具	湿性生体物質に接触する恐れのあるときは、手袋、エプロンまたはガウンを装着する。
医療器具	医療器具は感染者専用とする。 血圧計・聴診器・便器・尿器・ガーグルベース・清掃用具等 ・使用後の処理 ①聴診器：使用毎および最終使用後に消毒用エタノールで清拭消毒する。 ②血圧計マンシエット：0.1%オスバンに30分以上浸漬後、洗浄乾燥する。 ③ガーグルベース・便器：ビニール袋をかけ、汚染を最小にする。 使用後0.1%ヤクラックスDで清拭消毒する。汚染時は1%濃度で同様に清拭消毒する。
廃棄物	感染性廃棄物容器には足で蓋を開閉できるホルダーを付けて使用する。 発生する廃棄物については感染性廃棄物に廃棄する。
排泄物の処理	・トイレが使用できる場合 個室内のトイレを使用し排泄物はそのまま水洗で流す。 ・床上・ポータブル便器での排泄 便器にビニール袋をかけ、さらに便器内に紙オムツを敷き、オムツの上に排泄物を吸収させる。排泄物はそのままオムツごとビニール袋に密閉し感染性廃棄物容器に廃棄する。 ・尿器使用の場合 集尿袋などを使用し廃棄する。
リネン洗濯	病院寝具・リネンは熱水洗濯機による一次処理を行う 私物の衣類は以下の方法で処理する。 ①着用してきた衣類は湿性生体物質の汚染がなければ消毒の必要はないが、ビニール袋に密閉し返却する。 ②私物の下着類で汚染の強い物は廃棄を勧める。 ③使用した下着類については0.1%オスバン液に30分以上浸漬後、家族に返却し、通常の洗濯を行う。オスバンは浸漬の都度新しいものを作成する。
保清	・シャワーは本来、下痢のある期間も病状が許せば使用可能ではあるが、他利用者と共用となる為、使用禁止とし、清拭とする。 下痢が消失すれば共用浴室の順番を最後に調整し使用可能。使用後は、洗剤と熱い湯で洗浄する。
日常清掃	・トイレや室内の高頻度接触表面を消毒用エタノールで清拭消毒する。2回/日 ・日常清掃は順番を最後にし、清掃用具を専用にする。 ・清掃の順番を遵守し、汚染手袋はトイレ内で外し、ビニール袋に密閉して感染性廃棄物容器に廃棄する。 ・血便など血液で汚染した環境はペーパータオルなどで汚染物質を拭き取り、加速化過酸化水素水除菌洗浄剤で清拭後、1%ヤクラックスD原液で5分浸漬放置して拭き取る。
退所時清掃	・日常の清掃に加え、トイレを入念に清掃する。 またトイレ内の手の届く垂直壁面も、除菌洗浄剤で清拭する。 ・清掃終了後、病室カーテンの交換を依頼し新しいカーテンにつけかえる。使用後のカーテンは熱水洗濯機による一次処理を行う。
感染者・家族への指導	・食前及び排便後は必ず手洗いをするよう促す。 ・排便後は、ウォシュレットを使用するよう勧める。 感染者使用トイレ内にアルコール性手指消毒剤を置き、陰部を拭いた後、トイレ内でアルコール性手指消毒を実施するよう指導する。 ・面会は、可能な限り控えてもらう。特に子供は制限する。やむを得ない場合、面会者に対し入退室時の手洗い手技を指導する。 ・面会等により家族内伝播の可能性も考慮し、家族の症状にも注意する。家族が下痢などの症状が出現した際には、速やかに連絡し、面会は避けるよう説明する。症状のある家族には受診を勧める。
給食 食器処理	・病室へ配膳する。 ・下膳を行い、お膳ごとビニール袋に密閉しパントリーに置く。 ・食事オーダーが発生したら、栄養科に3類感染症の旨を伝え、ビニール袋に密閉し下膳することを連絡する。
検査	・X線撮影や心電図などの検査を必要とする場合、該当する部署へ事前に感染症があることを電話連絡する。

(4) 病原体陰性化の確認

腸管出血性大腸菌（ベロ毒素産生型）、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスの5疾患については、病原体の陰性化を確認する。

1) コレラ、細菌性赤痢

- ・ 患者(有症者)については、抗菌剤の服薬中止から 48 時間以上経過した後に、検便を 2 回連続で行う。2 回の検便の間隔は 24 時間以上おくこととする。
- ・ 無症状病原体保有者については保菌が確認された時点から 48 時間以上経過した後に、検便を 2 回連続で行う。2 回の検便の間隔は、24 時間以上おくこととする。
- ・ 無症状病原体保有者で抗菌剤を投与していた場合は、抗菌剤の服薬中止から 48 時間以上経過した後に、検便を 2 回連続で行う。2 回の検便の間隔は 24 時間以上おくこととする。

*2 回の連続した検便のいずれからも病原体が検出されなかった場合、陰性とみなす。

2) 腸チフス、パラチフス

- ・ 有症者については発症後 1 ヶ月以上を経過していて、抗菌剤の服薬中止後 48 時間以上経過した後に検便を 3 回連続で行う。検便の間隔はそれぞれ 24 時間以上置くこととする。
- ・ 尿中に病原体が検出されている場合は上記検便による陰性確認に加え、検尿(尿培養)も同様の手順で行う。

*3 回の連続した検便・検尿(尿培養)においていずれも陰性である場合、陰性とみなす。

3) 腸管出血性大腸菌感染症(ベロ毒素産生型)

- ・ 有症者については 24 時間以上の間隔をおいた連続 2 回の検便によって、いずれも菌が検出されなかった場合、陰性とみなす。
- ・ 抗菌薬を投与した場合は、服薬中と服薬中止後 48 時間以上の時点の連続 2 回の検便によって、いずれも菌が検出されなかった場合、陰性とみなす。

※服薬中に陰性の場合には服薬中止後 48 時間以上の時点で 1 回の陰性確認でよい。

※服薬中に陽性の場合には、服薬中止後 48 時間以上の時点で 2 回陰性を確認する。

- ・ 無症状病原体保有者については 1 回の検便で病原体が検出されなかった場合、陰性とみなす。

(5) 対策解除と就業制限

- ・ 菌の陰性化を確認し、下痢症状が完全に治まった場合に感染対策を解除する。
- ・ 感染症法では、飲食物の製造、販売、調整又は取り扱いの際に飲食物に直接接触する業務に従事することにより感染症を蔓延させる恐れがある場合に、その業務への就業を制限している。該当する場合、菌の陰性化を確認した後に就業を再開する。

X. レジオネラ

(1) 疾患の概要

レジオネラ属菌は、水中や湿った土壌中に存在する菌で、空調施設の冷却塔水や給湯器の水など人工温水中に生息するアメーバの細胞内で大量に増殖する。レジオネラ症の原因菌として多いのは *Legionella pneumophila* であるが、それ以外のものでも発症しうる。

(2) 症状

レジオネラ属菌を大量に含んだ自ら発生したエアロゾルの吸入によって経気道感染が起こる。人体内では、貪食細胞内で増殖することが知られている。病型としては、肺炎型と感冒様のポンティアック熱型とがある。高齢者及び免疫力の低下をきたす疾患を有する者は、リスクグループである。

(3) 感染経路

経気道的な空気感染。ヒト-ヒト感染はない。

(4) 感染防止対策

- ・ 感染者のケア時は標準予防策でよい。
- ・ 居室用加湿器は加熱ヒーター式を用い、超音波式は使用しない。
- ・ 当施設における一般浴場は循環式浴槽を採用している為、浴槽のぬめりで菌が増殖することが最も懸念される。この対策として1週間に1回完全換水し、清掃を行うものとする。
- ・ 貯湯槽及び配管中の水温が低いと菌が増殖しやすくなる為、55℃以上に保ち、1時間以上加熱を使用条件とする。
- ・ ろ過装置及び配管内に菌の増殖が考えられる為、次亜塩素酸を自動投入し殺菌する。逆洗の目安は週に1度とされているが、可能な限り毎日行い、菌の増殖を抑制する。