

訪問看護ステーションのための
感染予防対策マニュアル

公益社団法人徳島県看護協会
徳島県訪問看護支援センター

令和3年3月

訪問看護ステーションのための感染予防対策マニュアル

在宅における感染予防は、利用者とその家族および在宅ケアスタッフの安全と安心を図る上で重要です。在宅ケアの鍵となる訪問看護師は、利用者の感染管理を行うとともに、利用者に関わる関係機関と情報共有し、感染防止に努めることも役割の1つと考えます。

そのためには、訪問看護師一人ひとりが感染予防に対する知識や技術を習得すると共に、利用者とその家族に感染予防の必要性の理解と協力を得ることが求められます。

感染症はしっかりと対策を行えば、罹患を未然に防止することができます。本マニュアルを活用し、感染予防対策及び健康管理に努めていきましょう。

目次

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. 感染予防対策 | 1 |
| 2. 標準予防策と感染経路別予防策 | 1 |
| 1) 標準予防策（スタンダードプリコーション） | 1 |
| ◆適切な手指衛生（手洗い・擦式アルコール手指消毒剤） | 1 |
| 資料1 「マメに正しい手の洗い方」ポスター | |
| 資料2 「手洗いで感染症予防」ポスター | |
| ◆適切な個人防護具の使用 | 5 |
| ◆環境整備 | |
| ◆使用済み器材などの取り扱い | 6 |
| 表1 スポルディング分類 | 8 |
| 表2 消毒薬の適用と使用上の注意点 | 9 |
| 表3 在宅ケアで使用する器材の処理方法例 | 10 |
| ◆在宅廃棄物の取り扱いの注意点 | 11 |
| (1) 在宅医療廃棄物に関する法規制 | 11 |
| (2) 在宅医療廃棄物の性状 | 11 |
| 表4 在宅医療の分類 | 12 |
| 表5 在宅療法の概要と排出される主な廃棄物 | 12 |
| 表6 廃棄物の種類別の留意事項 | 13 |
| 2) 感染経路別予防策 | 14 |
| 3. 日常ケアにおける感染予防対策 | 15 |
| 1) 清潔ケア（口腔ケアを含む） | 15 |
| 2) 褥瘡予防ケア | 17 |
| 図1 在宅版褥瘡発生リスクアセスメントスケール（在宅版K式スケール） | |

資料3 褥瘡対策に関する看護計画書

| | |
|--|----|
| 4. 在宅での医療処置における感染予防対策 | 21 |
| 1) 血管内留置カテーテル（末梢静脈カテーテル）の管理 | 21 |
| 2) 尿道カテーテルの管理 | 23 |
| 3) 吸引管理 | 27 |
| 4) 経管栄養法の管理 | 29 |
| 5) CV ポート管理 | 32 |
| 5. 在宅ケアにおける感染症発生時の対応（感染症法による場合） | 35 |
| 1) 感染症発生時の連絡方法 | 35 |
| 2) 感染拡大防止 | 35 |
| 3) 関係機関との連絡等 | 35 |
| 図2 感染症発生時の対応フローチャート（訪問看護） | |
| 6. 在宅における感染症対策 | 37 |
| 1) 針刺し事故対応 | 37 |
| 様式1 感染の有無を確認するための検査に関する同意書（案） | |
| 図3 HBV、HCV、HIVによる汚染事故（針刺し・切り傷、皮膚・粘膜汚染）発生時の対応 | |
| 図4 針刺し事故対応フローチャート | |
| 2) ウイルス性肝炎（A型・B型・C型・E型） | 44 |
| 3) ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染症 | 46 |
| 4) MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌） | 48 |
| 5) 通常疥癬・角化型疥癬 | 49 |
| 6) 肺結核 | 51 |
| 7) 感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、O-157など） | 52 |
| 8) インフルエンザ | 56 |
| 9) 新型コロナウイルス感染症 | 58 |
| （参照：新型コロナウイルス感染症対応マニュアル） | |
| 7. 職員の健康管理 | 59 |
| 1) 日常の健康管理 | 59 |
| 8. 引用・参考文献 | 61 |

参 考 資 料

【利用者向け説明シート】

| | |
|-------------------------------|----|
| 1) 手洗いについて..... | 64 |
| 2) 感染予防に関する配慮（標準予防策）について..... | 65 |
| 3) MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）..... | 66 |
| 4) 通常疥癬..... | 67 |
| 5) 角化型（ノルウェー）疥癬..... | 68 |
| 6) 肺結核..... | 69 |
| 7) ノロウイルス..... | 70 |
| 8) インフルエンザ..... | 72 |
| 9) 新型コロナウイルス感染症..... | 73 |

1. 感染予防対策

【感染成立の3要因と感染対策】

感染症は、①病原体（感染源）②感染経路 ③感受性宿主の3つの要因が揃うことで感染する

感染対策においては、これらの要因のうちひとつでも取り除くことが重要である。特に、「感染経路の遮断」は感染拡大防止のためにも重要な対策である

【感染対策の原則】

感染成立の3要因の対策と病原体を

「持ち込まない」「持ち出さない」「拡げない」ことが基本である

2. 標準予防策と感染経路別予防策

1) 標準予防策（スタンダードプリコーション）

すべての人は伝播する病原体を保有していると考え、患者および周囲の環境に接触する前後には手指衛生を行い、血液・体液・粘膜などに曝露するおそれのあるときは个人防护具を用いることである（CDC：アメリカ疾病対策センター）

(1) 以下の湿性の生体物質をすべて感染性があるものとして扱う

血液、汗以外の体液（唾液、鼻汁、喀痰、尿、便、腹水、胸水、涙、母乳など）傷のある皮膚、粘膜

(2) 感染症の有無にかかわらず、すべての患者に適用される

これらの湿性物質との接触が予想されるときには个人防护具を用い、処置の前後には手洗い・手指消毒を行うことが、すべての感染対策の基本である

(3) 標準予防策の具体的方法

- ◆ 適切な手指衛生（手洗い・擦式アルコール手指消毒剤）
- ◆ 適切な个人防护具の使用
- ◆ 環境整備
- ◆ 使用済み器材などの取り扱い
- ◆ 在宅廃棄物の取り扱いの注意点

◆適切な手指衛生（手洗い・擦式アルコール手指消毒剤）

手指衛生とは、石鹸と流水で手を洗う「手洗い」と、擦式アルコール手指消毒剤を用いる「手指消毒」を総称したものである

人の手指には、多くの物に触れることによって目には見えない微生物や汚れが付着する。それらがケアや処置を介して利用者に伝播することがないように正しい手指衛生を日頃から実施することが大切である。また、ケアを提供する自分を守るためにも重要である

(1) 手指衛生の基本事項

①爪の内側に汚れが溜まらないよう常に短くしておく

- ②手全体を確実に洗うために、指輪や時計は外しておく
- ③手荒れや傷は微生物の温床となるため、日頃からハンドケアに努める
- (2) 手指衛生の必要な場面
 - ①訪問先到着時
 - ②脈をとったり、血圧を測ったりなど利用者の皮膚に接触した後
 - ③点滴、採血、尿道カテーテルの留置など処置の前後
 - ④血液、体液、分泌物、排泄物、またはこれらに汚染された物に触れた後
 - ⑤手袋を着ける前、外した後
 - ⑥訪問終了時

(3) 手指衛生の選択

擦式アルコール手指消毒剤は、①殺菌力が強いこと、②保湿剤の配合で手あれの問題が少ないこと、③手洗い設備がなくても使用ができる という利点がある

しかし、手に目に見える汚染がある場合や、嘔吐・下痢の原因となるクロストリディオイデス・ディフィシルやエンベローブのないウイルスが検出されている場合は、擦式アルコール手指消毒剤の効果がないため手洗いを行う必要がある

◆ クロストリディオイデス・ディフィシル

発育環境が悪化すると芽胞と呼ばれる厚い皮膜を産生する細菌で、偽膜性大腸炎の原因となる。芽胞は、乾燥・熱・消毒薬に強く環境が発育に適した状態になると発芽、増殖を開始する

◆ エンベローブのないウイルス

ウイルスを覆う膜のような物質がないウイルス
ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルスなど

(4) 手指衛生の手技

①石鹼と流水による手洗い

(厚生労働省の「マメに正しい手の洗い方」ポスター参照 p 3)

手全体を水で十分に濡らした後、石鹼を手掌にとり、少なくとも 15 秒間、十分に泡立てて全ての表面をこすり合わせる。洗った後は、石鹼成分を十分に流水で洗い流す。ペーパータオルでやさしく押さえるように拭き取ってから乾かす

②擦式アルコール手指消毒剤

(国立感染症研究所の「手洗いで感染症予防」ポスター参照 p 4)

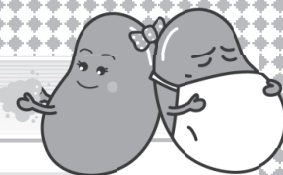
流水で手洗いができない場合には、擦式アルコール手指消毒剤を使用する
規定量 (約 3ml) の手指消毒剤を手にとった後、まず始めによく使う両手の指先から消毒をする

指先→手の平→手の甲→指の間→親指→手首と両手全体にまんべんなく、乾燥するまで 15 秒以上擦り込む

マメに

正しい手の洗い方

あしたの暮らしをわかりやすく
政府広報オンライン

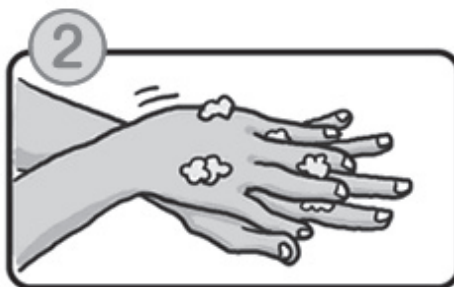


手洗いの前に

- ・爪は短く切っておきましょう
- ・時計や指輪は外しておきましょう



流水でよく手をぬらした後、石けんをつけ、手のひらをよくこすります。



手の甲をのぼすようにこすります。



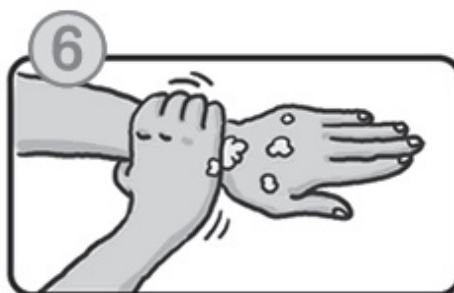
指先・爪の間を念入りにこすります。



指の間を洗います。



親指と手のひらをねじり洗いします。



手首も忘れずに洗います。

石けんで洗い終わったら、十分に水で流し、清潔なタオルやペーパータオルでよく拭き取って乾かします。

マメに手洗い、マメにマスクでインフルエンザ予防！



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

●さらに詳しい情報は… [インフル 厚労省](#) [検索](#)

手洗いで感染症予防

手指消毒薬



流水で手洗いができない場合には、アルコールを含んだ手指消毒薬を使用しましょう。

画像出典：厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/keihatu.htm>)

手指消毒の手順

出典：「日本環境感染学会教育ツールVer.3.1より引用」

- 1 消毒薬約3mLを手のひらに取ります(ポンプを1回押すと霧状に約3mLです)。
- 2 初めに両手の指先に消毒薬をすりこみます。
- 3 次に手のひらによくすりこみます。
- 4 手の甲にもすりこんでください。
- 5 指の間にもすりこみます。
- 6 親指にもすりこみます。
- 7 手首も忘れずすりこみます。乾燥するまでよくすりこんでください。

指先から消毒するのがポイントです。

とくに
食事前や調理前、
トイレ使用後には
手洗いを！



◆適切な個人防護具の使用

(1) 個人防護具の基本事項

- ①自分に合った適切なサイズを選択する
- ②正しい着脱方法が実践できるようにする
- ③破損が認められた場合は、直ぐに交換する

(2) 個人防護具の使用場面

湿性物質との接触や飛散が予想されるときには防護具を用いる

湿性物質に触るとき→手袋

口・鼻の粘膜が汚染されそうとき

→マスク（サージカルマスク、N 95 マスク）

衣服が汚れそうとき→プラスチックエプロン、プラスチックガウン

飛沫が目に入りそうとき→ゴーグル、アイシールド

顔、目、口、鼻の粘膜が汚染されそうとき→フェイスシールド

(3) 個人防護具の着脱手順

新型コロナウイルス感染症対応マニュアルの「P P E 着脱マニュアル」参照

(p 21 ~ 31)

◆環境整備

環境整備の基本は「見た目にきれい、臭わない」という環境にすることである

利用者、ご家族が安心できる在宅医療を支えるために事業所内及び住環境の整備が必要である

(1) 事業所内の環境整備

新型コロナウイルス感染症対応マニュアル参照

(2) 利用者宅の環境整備

日常的に、見た目に清潔な状態を保てるように清掃をする

- ・清掃の基本は、拭き取りによる埃や汚れを除去することである。むやみに消毒薬を使用することをやめる
- ・よく手が触れる場所を重点的に清掃する
- ・湿性物質の接触や飛散が疑われる場合は、洗浄剤で拭いた後に、塩素系消毒薬を薄めた液で消毒する。金属部分は腐食するので、最後に水拭きする
- ・清掃時、手袋など防護具を着用する

◆使用済み器材などの取り扱い

処置やケアによって使用された医療器材は、血液・体液などが付着している可能性がある。そのため、標準予防策の考え方にに基づき、全て感染性のあるものとして取り扱う

(1) 使用済み器材の取り扱いについて

使用済みの医療器材は、直接手で触れないように手袋を着用し、汚染が拡大しないようにビニール袋や蓋付の容器などに入れて密閉後、ステーションに持ち帰る

(2) 処理方法の選択について

①使用済みの医療器材は、どのような感染性微生物で汚染されているかわからない

従って、感染症の有無によって処理方法を変更することは、取り扱い者の感染の危険性を高めることや過剰な労力・コストに繋がる

②使用済み器材を処理する場合、その処理方法をわかりやすくまとめたものに「スポルディング分類」がある（表1）

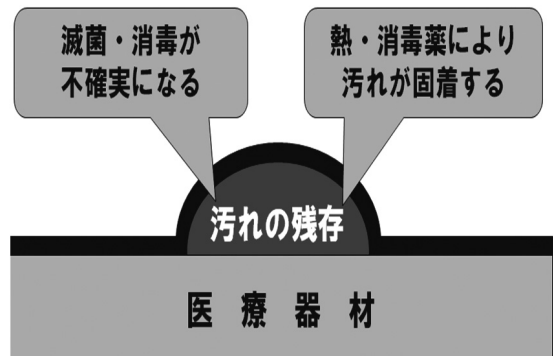
③スポルディング分類は、医療器材を使用用途によって3つにカテゴリー化し、それぞれに応じた処理方法に分類している

(3) 処理方法について

①洗淨

洗淨とは、使用済みの医療器材から異物を除去することである。スポルディングの分類によって、消毒や滅菌を必要とする器材は、その前に必ず洗淨を行う。再処理する器材に異物が付着した状態で消毒や滅菌を行うと、消毒や滅菌が無効になることがある

洗淨の種類には、手で行う、自動洗淨機（ウォッシャーディスインフェクターなど）、超音波洗淨機による洗淨がある。洗淨を行う作業者は、血液・体液、消毒薬の曝露を防止するために防水エプロン、ゴム手袋、ゴーグルを必ず着用して作業を行う。手で洗淨を行う場合は、洗淨時の水はねを最小限にするために、バケツなどの深い容器を使用し、蛇口から水を流しながら溜めた水の中で器材を洗う



溜めた水の中で器材を洗淨する



②滅菌

滅菌は、限りなく無菌に近づけることである。滅菌消毒の方法には、物理的方法と科学的方法がある。物理的方法には高圧蒸気滅菌、乾熱滅菌、煮沸滅菌、エチレンオキサイドガス滅菌、紫外線・ γ 線、X線等を利用した滅菌消毒法がある

科学的方法には、化学物質（消毒薬）を使用した滅菌消毒方法である。器材の材質や構造により滅菌方法が異なるため、滅菌を行う場合は、器材のメーカーが推奨する方法で行う

③消毒

消毒は、医療器材・環境表面・皮膚などの対象物から生存する微生物の数を減らすために用いられる処置法で、必ず微生物をすべて殺滅し除去するものではない

消毒方法には、消毒薬を用いる方法（化学的消毒法）と熱水や水蒸気、紫外線を用いる方法（物理的消毒法）がある。消毒は、対象となる器材の材質により消毒方法や使用できる消毒薬が異なるため、器材に適しているか確認してから行う

消毒薬には、人体や環境に害を与えるものもあるので、熱に耐えられる器材の消毒には熱水による消毒を第一選択とする。熱に耐えられない器材の消毒は、（表2）「消毒薬の適用と使用上の注意点」をよく理解してから行う必要がある

<消毒薬の希釈調製>

使用時の濃度が低い場合は、消毒薬の効果が十分に期待できない。正確な濃度に調製するためには、計量カップなどを用いて量ることが必要である。専用の希釈容器を作成し、必要量の目印を入れておくと便利である

事故防止のために、専用容器であることを表示しておき、継ぎ足しや作り置きを行うと細菌汚染が生じるため必要時調製することが大切である

希釈する場合は、以下の①と②のように考える

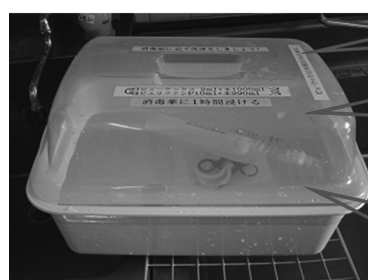
①希釈したい濃度(%) × 作りたい量(ml) ÷ 薬液原液の濃度(%) = 必要薬液量

②作りたい量(ml) - ①の必要薬液量(ml) = 希釈に必要な滅菌水（または水）の量

<消毒薬浸漬時の注意点>

器材と消毒液が完全に消毒薬と接触するように浸漬するように（器材が浮かないように）する。消毒容器は、蓋付の容器を使用する

（異物の混入や、消毒薬が揮発しないため）



消毒容器の蓋を閉める

消毒中に後から器材を入れない

器材が浮かないようにしっかり浸漬させる

<具体的な処理方法（例）>

在宅ケアで使用される器材の処理方法例を（表3）に示す。クリティカル器材に分類される気管内吸引カテーテルは、使い捨てにすることが原則であるが、再使用する場合は、利用者の経済状況や実践可能な方法を検討したうえで決定する

【表1】 スポルディング分類 利用者間で再使用する場合は以下の方法を参考にしてください

| | ノンクリティカル器材 | セミクリティカル器材 | クリティカル器材 |
|-----------|---|---|--|
| 用途 | 利用者と接触しないか、創傷のない健康な皮膚のみと接触するもの | 健常粘膜または創傷のある皮膚と接触するもの | 無菌の組織または血管内に挿入するもの |
| 方法 | 洗浄のみまたは洗浄＋低水準消毒を行う | 洗浄＋中～高水準消毒を行う | 洗浄＋滅菌を行う |
| 在宅ケア用品の種類 | ナースバッグ 聴診器 血圧測定用カフ 血糖測定装置 杖 便器・尿器 点滴ポンプ 点滴台 リネン 爪切り パルスオキシメーター 吸引装置 耳式または腋窩用の体温計 歩行器 車椅子 浴槽 はさみ 経腸栄養関連用具 | 間欠的導尿カテーテル 口腔、直腸体温計 喉頭鏡 損傷皮膚用ベースン 口腔内吸引カテーテル 呼吸療法器具 ・加湿器 ・ネブライザー及びリザーバー ・人工呼吸器回路 ・アンビューバッグ ・鼻用カニューレ ・口腔内エアウェイ | 鑷子・剪刀などの器材 →再使用の場合は滅菌が必要 気管内吸引カテーテル |
| 消毒法 | ※中レベル消毒 次亜塩素酸系 (次亜塩素酸ナトリウム) ヨード系 (ポピドンヨード) アルコール系 (エタノール、イソプロパノール) フェノール系 (クレゾール、フェノール) ※低レベル消毒 第四級アンモニウム塩 (塩化ベンザルコニウム、塩化ベンゼトニウム) クロルヘキシジン (グルコン酸クロルヘキシジン) 両性界面活性剤 (塩酸アルキルジアミノエチルグリシン) | ※高レベル消毒 熱水消毒 (80℃ 10分以上) アルデヒド系 (グルタラル、フタラル) 過酢酸 ※中レベル消毒 次亜塩素酸系 (次亜塩素酸ナトリウム) ヨード系 (ポピドンヨード) アルコール系 (エタノール、イソプロパノール) フェノール系 (クレゾール、フェノール) | オートクレーブ 酸化エチレンガス 過酸化水素などの化学薬品を用いたプラズマ滅菌 過酢酸 乾熱 |

【表2】 消毒薬の適用と使用上の注意点

| 分類 | 消毒薬 | 適用 | 特徴 | 注意点 |
|--------|---|---|---|---|
| 高水準消毒薬 | アルデヒド系 ・グルタラール ・フタラール | 非生体消毒 | <ul style="list-style-type: none"> ・金属、ゴム、プラスチックに対して腐食性がない ・軟性内視鏡の消毒によく用いられる ・フタラールは超音波白内障手術器具および経尿道的検査に使用する器具への使用が禁止されている | <ul style="list-style-type: none"> ・グルタラール蒸気吸入による結膜炎、鼻炎、喘息、薬液付着による皮膚炎の副作用がある ・フタラールはグルタラールよりも粘膜刺激性が少ないが、皮膚、粘膜が接触すると変色する ・マスク、ゴーグル、エプロン、手袋を着用し、換気を十分に行う |
| | 過酢酸 | | <ul style="list-style-type: none"> ・軟性内視鏡の消毒によく用いられる ・刺激臭がある ・一部の材質を腐食しやすい ・希釈液は加水分解しやすい | <ul style="list-style-type: none"> ・マスク、ゴーグル、エプロン、手袋を着用し、換気を十分に行う |
| 中水準消毒薬 | 次亜塩素酸系 次亜塩素酸ナトリウム | 非生体消毒 器具：0.01% ～0.02% 排泄物、血液環境汚染：0.1% ～1% | <ul style="list-style-type: none"> ・残留毒性が低い ・金属に対する腐食性が高い ・有機物による失活が大きい | <ul style="list-style-type: none"> ・塩素ガスが発生するため酸性の洗浄剤と混合しない ・0.1%以上の濃度は、高水準消毒薬に分類される |
| | 消毒用アルコール ・エタノール ・イソプロパノール ・イソプロパノール 添加エタノール | 生体消毒 非生体消毒 70%～90% | <ul style="list-style-type: none"> ・揮発性がある ・速効性がある | <ul style="list-style-type: none"> ・引火性があるため火気注意 ・粘膜や損傷皮膚への使用は刺激を生じるため使用しない |
| | ヨード系 ポビドンヨード | 生体消毒 皮膚：7.5% ～10% | <ul style="list-style-type: none"> ・生体への刺激が少ない ・持続的な殺菌効果がある | <ul style="list-style-type: none"> ・ハイポアルコールで脱色した場合、持続的な殺菌効果は期待できない ・ヨード過敏症の人は使用禁忌 |
| 低水準消毒 | クロルヘキシジン グルコン酸クロルヘキシジン | 生体消毒 皮膚：0.1% ～0.5% 結膜：0.05% 以下 | <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚に対する刺激が少ない ・持続的な殺菌効果がある | <ul style="list-style-type: none"> ・結膜嚢以外の粘膜への使用は禁忌 ・微生物汚染を受けやすいため作成した消毒綿球は毎日交換する |
| | 第四級アンモニウム塩 ・塩化ベンザルコニウム ・塩化ベンゼトニウム | 生体消毒 非生体消毒 器具：0.05% ～0.2% 皮膚：0.05% ～0.1% | <ul style="list-style-type: none"> ・環境の消毒に用いられる ・皮膚粘膜に対する刺激が少なく臭気がほとんどない | <ul style="list-style-type: none"> ・微生物汚染を受けやすいため作成した消毒綿球は毎日交換する ・石けんと混合すると沈殿物を生じて殺菌力が低下する |
| | 両性界面活性剤 塩酸アルキルジアミノエチルグリシン | 非生体消毒 器具：0.05% ～0.2% | <ul style="list-style-type: none"> ・脱脂作用が強い ・0.2～0.5%で結核菌などの抗酸菌に殺菌効果あり | <ul style="list-style-type: none"> ・石けんと混合すると沈殿物を生じて殺菌力が低下する |

【表3】 在宅ケアで使用する器材の処理方法例

※これは一例ですので、器材の取り扱い説明書を確認のうえ実施してください

| 分類 | 器材の種類 | 処理方法 | その他 |
|------------|---|---|---|
| ノンクリティカル器材 | 聴診器 | 皮膚に接触するチェストピースは、利用者毎にアルコール系消毒薬で清拭する ①消毒用エタノール ②70%イソプロピルアルコール ③イソプロパノール添加エタノール液 | 血液や体液などで汚染時は水洗いを行う 傷のない正常な皮膚に接触することが望ましい |
| | 血圧計カフ | 利用者毎にアルコール系消毒薬で清拭する | 血液や体液などで汚染時は水洗いで汚れを取り除いた後、消毒を行う |
| | 体温計 (耳式、腋窩) | | |
| | 爪切り | 利用者毎に洗浄、乾燥後アルコール系消毒薬で清拭する | |
| 経腸栄養用具 | ①ボトル型投与容器は中性洗剤で洗浄後、食器乾燥機などで十分乾燥させる (1回/週ミルトンで消毒) | 経腸栄養投与セットは洗浄や乾燥が行いにくいいため、経管栄養剤と投与容器が一体化した製品を使用することが望ましい | |
| セミクリティカル器材 | 口腔吸引カテーテル | ①吸引後、アルコール綿で拭き、カテーテルの外側に付着した分泌物を取り除く ②水道水を吸引し、カテーテルの内腔を十分洗浄する ③カテーテルを清潔な容器に保管する | 吸引時のカテーテル洗浄用の水は、吸引後に交換する |
| | 超音波ネブライザー | ①薬剤カップ、蛇管、マウスピースを取り外し、洗浄する ②0.01%次亜塩素酸ナトリウムに1時間以上浸漬消毒し、すすいで乾燥させる | 24時間毎に洗浄、消毒を行う |
| クリティカル器材 | 気管内吸引カテーテル | <乾燥させて保管する方法> ①吸引後、アルコール綿で拭き、カテーテルの外側に付着した分泌物を取り除く ②水を吸引し、チューブの内腔を十分洗浄する(アルコール系消毒薬を吸引しておく乾燥が早い) ③清潔な容器(熱湯消毒した瓶や吸引カテーテルの袋)に保管する | 吸引カテーテルは単回使用が望ましい 1日1回交換し、口腔用にする |

◆在宅廃棄物の取り扱いの注意点

環境省：在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引き

https://www.env.go.jp/recycle/misc/gl_tmwh/main.pdf

(1) 在宅医療廃棄物に関する法規制

廃棄物処理法による廃棄物の分類は、20種類の産業廃棄物と一般廃棄物に大別され、在宅医療廃棄物は、在宅医療に関わる医療処置に伴い家庭から排出される廃棄物をいい、一般廃棄物に分類される

そのため、在宅医療廃棄物は廃棄物処理法第6条の2第1項の規定に基づき、市町村が一般廃棄物処理計画に従って、その区域内における当該廃棄物を生活環境の保全上支障が生じないうちに収集し、これを運搬し、及び処分しなければならないこととされている

廃棄物の鋭利な物は、患者の事故防止や良好な療養環境の確保の観点から、医療機関、訪問看護ステーションや介護事業所などが安全に廃棄する対策をとらなければならない。すべての廃棄物が安全に処理されるように廃棄物処理マニュアルを作成し、利用者にかかわるすべての職種が周知・徹底することがとても重要である

(2) 在宅医療廃棄物の性状

①留意が必要な感染症

感染予防学では、感染症の主な感染経路を「空気感染」、「飛沫感染」、「接触感染（「経口（食物等）感染」、「小動物、昆虫」を含む。）」に分類している。「接触感染」のうち、鋭利なものによる切り傷等から感染している血液等が体内に入ることにより生じるものに針刺し等による感染がある

②留意が必要な廃棄物

鋭利なもの（医療用注射針、点滴針）

B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症の感染は当該ウイルスを含む血液等に触れただけで生じるものではなく、ウイルスが含まれる血液等が一定量、体内に入り込むことによって生じる。在宅医療廃棄物の中で、一定量の血液等が体内に入り込む可能性があるものとしては、注射針等の鋭利なものが挙げられる。注射針は、注射の際に空洞部分に溜まった血液が、針刺し時に体内に入り込むため、感染の可能性が生じる

針刺し時の感染の可能性は、体内に入り込む血液の量にも左右され、血液の量は注射針の使用用途や形状によって異なる。医療用注射針は、径が太く、長いものほど注射針に溜まる血液量が増え、また、医療用注射針を採血に使用する場合、血液を吸い込むため、注射液の投与に使用するよりも注射針に溜まる血液量が増えることにより、針刺し時の感染の可能性は比較的高いといわれている

このため、在宅医療において、医師等が訪問時に使用する医療用注射針や点滴針については、使用した医師等が医療機関に持ち帰って処理されている

③在宅医療廃棄物の種類

ア 在宅医療の分類

在宅医療は、実施面からは、医師・看護師等が訪問して行うものと利用者等自らが行うものに分類される

(表4)

在宅医療の分類

| 種類 | 概要 | 具体例 |
|------------|---|--|
| 訪問診療、訪問看護等 | 医師、看護師等（以下、「医師等」という。）が訪問して行うもの | 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅悪性腫瘍患者、在宅寝たきり患者処置、在宅人工呼吸 等 |
| 在宅療養 | 医師等の訪問を伴わず、医師の指導管理*に基づき、患者等が自ら医療処置を行うもの | 在宅自己注射、在宅酸素療法、在宅自己腹膜灌流（CAPD）、在宅自己導尿 等 |

* 「指導管理」とは、患者又は看護に当たる者に対して、医師が療養上必要な事項について適正な指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、療法の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行うことをいう。

イ 在宅医療廃棄物の種類

在宅医療の種類毎に、排出される可能性がある在宅医療廃棄物等を（表5）に示す

(表5)

在宅療法の概要と排出される主な廃棄物

| 分類 | 名称 | 主な対象疾患 | 概要 | 排出される主な廃棄物 |
|---------------------------|----------------|--------------|--|--|
| 医師等が訪問して行うもの | 往診、訪問診療、訪問看護 | 特定の疾患を対象としない | 「往診」とは患者の求めに応じて、患者宅で診療を行うもの、「訪問診療」とは、医師の判断により定期的に患者宅で診療を行うもの、「訪問看護」とは看護師等が定期的に患者宅で診療の補助・看護を行うもの。特定の疾患が対象となるものではなく、医療機関と同様、様々な医療処置が行われる。 | 使用済み注射器（針付き）*1、輸液用バッグ、チューブ類、カテーテル類等、様々な廃棄物 |
| | 在宅中心静脈栄養法 | 腸管大量切除 | 口から栄養を摂取できない患者が人体に必要な栄養（ブドウ糖、アミノ酸、ビタミン、ミネラル）を摂取するため、心臓に近い上大静脈あるいは下肢静脈等の中心静脈にカテーテル（点滴用チューブ）を通して、そこから輸液を注入し摂取する療法。消化器を通さずに栄養を摂取することが可能であるため、腸からの栄養摂取が不十分もしくは不可能な疾患に適用される。 | 高カロリー輸液用バッグ、輸液ライン、点滴針*1、注入ポンプ（輸液ポンプ）*3、中心静脈カテーテル*3、使い捨て注射器（針なし）等 |
| | 在宅成分栄養経管栄養法 | 経口摂取困難 | 口からは栄養を摂取できないものの腸等の機能が正常な患者が、流動食を、鼻から胃までチューブを通す「鼻腔栄養」または胃に穴を開けて体表と胃を直接つなぎそこから流動食を流し込む「胃ろう栄養」により摂取する療法。 | 経鼻チューブ、胃ろうカテーテル*3、使い捨て注射器（針なし）、栄養セット、延長チューブ、経腸栄養剤・栄養調整食の容器、栄養チューブ 等 |
| | 在宅悪性腫瘍患者 | 悪性腫瘍 | 末期の悪性腫瘍患者が、在宅で鎮痛剤や抗悪性腫瘍剤を注射により投与する療法。 | 使い捨て注射器（針付き）*1、携帯型ディスプレイポンプ注入器（モルヒネ注入用）*3 等 |
| | 在宅寝たきり患者処置 | 寝たきり老人、特定疾患 | 難病（特定疾患）に罹患している患者、寝たきり老人に対する様々な医療処置（創傷処置、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、消炎鎮痛等）。 | 使い捨て注射器（針付き）*1、輸液用バッグ、輸液ライン、点滴針*1、使い捨て注射器（針なし）、注入ポンプ（輸液ポンプ）*3、気管内吸引カテーテル 等 |
| | 在宅人工呼吸 | 呼吸不全 | 慢性呼吸疾患、筋・神経系疾患患者が、在宅で人工呼吸器により行う呼吸を行う療法。 | 気管カニューレ、鼻マスク、カニューレ等の消毒に使用する脱脂綿類、薬液びん、手袋 等 |
| 患者等が自ら行うもの（医師等の訪問を伴わないもの） | 在宅自己注射 | 糖尿病、血友病、小児症 | 糖尿病、下垂性小人症等の成長阻害、血友病等の患者が、製剤を自己注射により投与する療法で、在宅医療の中で最も多く実施されている。中でも、糖尿病患者によるインスリン自己注射が多い。 | ペン型自己注射針*2、製剤の入ったシリンジ（使い捨てインスリン注入器、インスリンカートリッジ）脱脂綿類 等 |
| | 在宅酸素療法 | 高度慢性呼吸不全 | 慢性呼吸不全患者が、在宅で高圧酸素ポンプ、酸素濃縮装置、液化酸素により酸素を吸入する療法で、在宅医療の中で在宅自己注射に次いで多く実施されている。 | 鼻孔カニューラ、鼻マスク 等 |
| | 在宅自己腹膜灌流（CAPD） | 腎不全 | 腎不全患者の在宅での腹膜透析。プラスチック製のビニールバッグとチューブ（以下、「CAPDバッグ」という。）を用いて、お腹の中にある腹腔と呼ばれる空洞の中に透析液（透明の液体・成分はブドウ糖等）を注入し、腹腔を取り巻く腹膜と呼ばれる膜を利用して透析を行う療法。24時間連続的に透析を行うことが必要。なお、腎臓病患者への透析療法には、「血液透析」というものもあるが、器材等の準備しなければならないため、通常、医療機関で行われており在宅で行われる場合は非常に少ない。 | CAPDバッグ |
| | 在宅自己導尿 | 脊損 | 前立腺肥大症や脳梗塞後遺症による膀胱直腸障害がある患者が、尿道にカテーテル（細いゴムまたはシリコン製のチューブ）を通して、膀胱内の尿を排出する療法で、尿道にカテーテルを留置する方法と、一定時間ごとにカテーテルを尿道に入れて、膀胱内の尿を排出する方法がある。 | 導尿用カテーテル、導尿用バッグ、膀胱洗浄用注射器（針なし） 等 |

*1 鋭利なもの


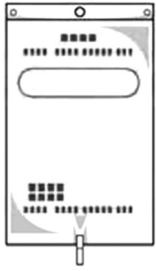
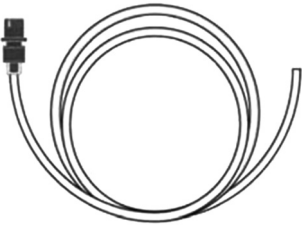





*2 鋭利ではあるが安全な仕組みを持つもの

*3 通常、家庭から廃棄物が発生しないもの

*4 下線で示したもの（※1～3以外の廃棄物）は、感染等への留意を必要としない

ウ 廃棄物の種類別の留意事項（表6）

廃棄物の種類別の留意事項

| 分類 | 種類 | 具体例 | 感染等への留意 ^{※1} |
|--------------------|-------------|--|-----------------------|
| 鋭利ではないもの | ビニールバッグ類 | 輸液、蓄尿、CAPD、栄養剤バッグ 等  栄養剤バッグ  CAPD バッグ | × |
| | チューブ・カテーテル類 | 吸引チューブ、輸液ライン 等  チューブ類  カテーテル類 | |
| | 注射筒（針以外の部分） |  使い捨てペン型インスリン注入器  栄養剤注入器 ※針は付属しない | |
| | 脱脂綿・ガーゼ | | |
| 鋭利ではあるが安全なしくみをもつもの | ペン型自己注射針 |  (針ケース装着時) | ○ ^{※2} |
| 鋭利なもの | 医療用注射針、点滴針 |  自己注射以外の医療用注射針 | ○ |

※1 「感染等への留意」は、○：取扱いによっては感染等への留意が必要なもの、×：通常、感染等への留意が不要なもの

※2 鋭利なもののうちペン型自己注射針は、針ケースを装着した場合、「感染等への留意」は「×」となる

2) 感染経路別予防策

感染症が明らかな場合は、標準予防策に加えて感染経路別予防策を行う。感染経路別予防策には、空気予防策、飛沫予防策、接触予防策の3つがある

感染症と感染経路別予防策一覧（標準予防策はあらゆる場合に適応する）

疾患あるいは症状・徴候に応じて、感染経路別予防策をプラスして実施する

| 感染経路別予防策 | 予防策の実際 | 主な感染症 |
|--|---|--|
| 空気感染 <u>微生物を含む5μm以下の飛沫核が、長時間空中を浮遊し空気の流れによって広範囲に拡散し、その飛沫核を感受性のある人が吸入することによって感染する</u> 感染している患者が咳やくしゃみ、会話などで放出した飛沫から水分が蒸発し、飛沫核となる | <ul style="list-style-type: none"> 結核と診断されているか、疑いのある患者の病室に入る時は、N95 マスクまたはそれ以上の高レベル呼吸器防護用具を着用する 独立空調で陰圧管理の個室管理 患者には、病室外に出ないように指導する。やむなく患者の移動や移送が必要な場合、サージカルマスクを着用させる | 麻しん 水痘 結核 带状疱疹（播種性病変や免疫不全患者の場合） |
| 飛沫感染 感染している患者が咳やくしゃみ、会話などで放出した微生物を含む5 μ mより大きい飛沫が、 <u>感受性のある人の口腔粘膜、鼻粘膜、結膜等の粘膜に付着することによって感染する</u> | <ul style="list-style-type: none"> サージカルマスクを着用 個室への収容が望ましい 患者の移動や移送が必要な場合、サージカルマスクを着用させる | インフルエンザ 風しん 流行性耳下腺炎 （ムンプス・おたふく風邪） |
| 接触感染 直接接触感染： 感染者から微生物が直接伝播 間接触感染： 微生物に汚染した物や人を介して伝播・適切に手指衛生を行わなかった手・患者ごとに交換されなかった手袋・血液や体液に汚染した医療器具や器材など | <ul style="list-style-type: none"> 患者や患者周辺環境に触れる時には手袋を着用する 患者や患者周辺環境に直接触れ、ユニフォームが汚染される可能性がある場合は、プラスチックエプロンまたはプラスチックガウンを着用する 個人防護用具は病室退室前に外し、手指衛生を行う 患者ケアに使用される医療器材（血圧計・聴診器・体温計など）は患者専用にするのが望ましい。複数の患者に使用する器具は、患者毎に必ず洗浄または消毒する | 薬剤耐性菌（MRSA・PRSP・ESBL・CRE MDRP・VRE）など クロストリディオイデス・ディフィシル ロタウイルスやノロウイルスなどによる感染性胃腸炎 疥癬 流行性角結膜炎 創部感染、褥瘡など |

3. 日常ケアにおける感染予防対策

皮膚や口腔、陰部などを清潔に保つことは、体内への微生物の侵入を予防するために重要である

清潔を保つことは、爽快感や満足感・リラックス効果が得られるなど、精神的な安定にも繋がる。清潔ケアを行う場合は、利用者等とコミュニケーションを図り信頼関係を構築することができ、家族等への指導の機会にもなる

また、利用者等の労力や経済性も考慮し、物品を使いすぎず、自宅にある物を工夫すると共に、自立支援を前提に清潔行為が継続できるように支援することが重要である

標準予防策の考えに基づき、血液・体液・粘膜などに触れるときは適切な防護具を装着する

1) 清潔ケア（口腔ケアを含む）

(1) 感染予防に留意した清潔ケアのポイント

| ケア | 留意点 |
|-------|--|
| 清拭 | <ul style="list-style-type: none"> ・用意された物品は清潔か確認する（バケツにカビや水垢がついていないか） ・少ない物品を効率よく使用する 陰部や臀部の清拭は不織布などを用いる 利用者や家族、ヘルパー等、関係者へ手順や物品管理を統一できるように支援する ・石けんはよく拭き取るか洗浄して成分が残らないようにする ・蒸しタオルの作り方の工夫や熱いタオルによる火傷に注意する |
| 手・足浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・創や白癬など異常がある場合は左右別々に行い感染を予防する ・長時間に及ぶケアは疲労に繋がるため十分にアセスメントして最善の方法を選択する ・湯こぼれ等の恐れがあるときは、足浴方法を工夫する（容器ごとビニール袋へ入れる、蒸しタオルの使用など） |
| シャワー浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体状況をアセスメントし安全に実施できるか判断する ・入浴ができるのか、シャワー浴なのか十分なアセスメントを行う ・カランや湯温による火傷に注意する |
| 洗髪 | <ul style="list-style-type: none"> ・頭部は脂腺が多く、汗や垢、埃により汚臭の要因となるため可能な範囲で実施する ・使用物品を増やさない工夫により利用者、家族等の負担を軽減する ・衣類や寝具を濡らさない工夫をする ・洗髪前のブラッシングは、ほこりの除去、頭皮マッサージ効果がある |
| 陰部洗浄 | <ul style="list-style-type: none"> ・排泄物による汚染は、皮膚や粘膜への刺激が大きく、ただれなどの異常を起こしやすい。可能であれば拭き取るだけでなく、洗浄を行う方が効果的である ・男性の場合：包皮ははずらして、陰嚢は持ち上げて肛門まで洗浄する ・女性の場合：陰唇を開くように洗浄する ・汚物の後片付けを行う（準備したビニール袋に入れて捨てる） ・おむつの交換時は、排泄物による汚染を防止する ・処置後の臭気対策を行う（消臭スプレーの使用など） |

| | |
|-------------|--|
| <p>口腔ケア</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアは、様々な病気を予防するために大切なケアである ・定期的に口腔ケアを実施することで、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎の予防や、齲歯や歯周病予防、認知症予防にも繋がる ・口腔内の汚れを取り除くことにより、唾液の分泌が促進され乾燥を防ぐことができる また、口腔内の乾燥が著しいときは、保湿剤等の使用を検討する ・口腔状態に応じた適切な物品（用具・洗浄剤等）が提案できる ・日常的な口腔ケアがどの程度できているか確認し、必要に応じて介入することが必要である ・人工呼吸器を装着した利用者のケアでは、特に、ケア前に十分な説明を行い、了解を得る。またケアの終了を伝えるケア前に、カニューレのカフ圧を確認し、気管へのたれ込みを防止するケアの前後に口腔内・カニューレ内の吸引を行う |
| <p>爪きり</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・爪内側に沿って皮膚の盛り上がりがある場合、損傷に注意する ・爪垢除去も重要である |

(2) 医療処置の多い利用者へのケアは、事前に十分なアセスメントを行う

必要なケアを選択し、必要物品等を十分準備してから行う。後片付けまでの一連の流れを限られた時間内で、スムーズに行うことで利用者の身体的負担を軽減する

また、在宅では、ほとんどのケアを家族等が行うため、利用者本人・家族が行うケアを尊重しつつ、不安な部分や不足している技術など修正が必要時介入する

人工呼吸器を装着したままの入浴などの清潔ケアは、感染予防やQOLの拡大に重要である。また人工肛門等のスキンケアは、ストーマ周囲蜂窩織炎・膿瘍、スキントラブルに関連する二次感染予防に繋がる。排泄物の付着や装具による物理的刺激などストーマ周囲の皮膚は損傷しやすいためアセスメントが重要である

①-1 自宅での人工呼吸器装着中に入浴時のチェックポイント

- ・準備（呼吸器の設置位置と回路の長さ・浴室や廊下の広さ・手順の作成・必要物品確認・アンビューバッグや吸引器の準備）
- ・呼吸器回路の結露や破損のチェック、呼吸器に湯がかからないように、湿度等環境整備
- ・気管切開部（気切部）が湯につからないように配慮する（タオルでガード等）
- ・入浴後は気切部の分泌物などの汚れを取り除き、清潔なガーゼで保護する
- ・アンビューバッグを使用しながらの入浴は、取扱いに注意する
- ・訪問入浴サービスを利用する場合は事業所との十分な情報交換と連携をとる

①-2 ストーマ感染予防のためのスキンケアのチェックポイント

- ・利用者本人や家族が行う手技の確認と必要時の修正
- ・漏れや物理的刺激によるトラブルがある場合は原因のアセスメントを行う
- ・装具の注文や制度活用ができていないかの確認
- ・必要に応じ、医師や皮膚・排泄ケア認定看護師、ストーマ外来に相談する

2) 褥瘡予防ケア

(1) 褥瘡とは

身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる

(2) 褥瘡予防ケアの基本的方針

①外力の除去

適宜、体位変換や必要に応じて適切な体圧分散寝具を導入することも重要。ずれ力を排除するために頭側挙上角度 30 度までにし、背抜きや簡易体圧測定器により評価する

②湿潤の回避

皮膚が湿潤すると損傷を受けやすく、排泄物により皮膚が湿潤・汚染されると、褥瘡発生リスクが高くなる。皮膚洗浄剤や皮膚保護クリーム、水分吸収が良いパッドや吸収を促進する非吸収繊維綿を用いる

③栄養状態の改善

体重測定や上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚などを計測し栄養指標とする
また、必要な総エネルギー量の摂取状況や血液データ（総タンパク・アルブミン・ヘモグロビン）なども客観的な栄養指標となる

(3) 褥瘡の危険因子の評価項目

①基本的動作能力

ベッドに横になっているときに自力で体位変換ができるか否か、また、椅子に座ったときに自分で除圧ができるか否かをチェックする

②病的骨突出

痩せ（るいそう）によってさまざまな部位の骨突出がないかチェックする

③関節拘縮

関節の伸展側で骨頭などにより内部から圧を受け、その部位に障害を受けることで褥瘡が発生する。また、拘縮によって他の関節の動きも支障を受け、高度な骨突出が発生することもある

④栄養状態低下

栄養が低下すれば骨突出が出現し、アルブミンが低下し浮腫をきたす

⑤皮膚浸潤

高齢者のドライスキンは皮膚を脆弱にしている

⑥浮腫

浮腫が出現した場合、その部位の皮膚は組織障害を受けやすく、循環血流も低下しているため褥瘡が発生しやすくなる

(4) 褥瘡の評価方法

☆在宅版褥瘡発生リスクアセスメントスケール（在宅版 K 式スケール） 図 1（p19）

☆ OH スケール

| | | | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------|-------------|----|--|----------|
| 1 | 自力体位変換能力 (自分の力で体位を変えることができる能力) | 動ける 0点 | どちらでもない 1.5点 | 動けない 3点 | 集計 | 床ずれ危険度 軽 度 1～3点 中等度 4～6点 高 度 7～10点 | |
| 2 | 病的骨突出 (仙骨部の飛び出し具合) | 正常 0点 | 軽度 1.5点 | 中等度 1.5点 | | | 高度 3点 |
| 3 | 浮腫（むくみ） (指でやさしく5秒押し、離してもへこんだまま) | なし 0点 | | あり 3点 | | | |
| 4 | 関節拘縮 (関節が硬くなり、動きが悪くなった状態) | なし 0点 | | あり 1点 | | | |

※ 10点満点で評価し、点数でアセスメントを行う

上記等のアセスメントスケールを活用し、評価する

褥瘡対策に関する看護計画書を作成し、褥瘡予防に努める（p20）

(5) 褥瘡発生の早期発見方法

褥瘡が発生しやすい部位を重点的に観察することにより、褥瘡の初期段階で発見できる

持続する発赤を正しく見極めることにより、褥瘡ケア・治療を適切に実施することができる

寝衣交換、オムツ交換、清潔ケア時など、1日1回以上、皮膚の観察を行うよう家族や介護提供者に説明、指導する

発赤を確認した時、透明ガラス板（プラスチック板）で発赤部位を3秒圧迫し、圧迫した部位の皮膚色が白く変化するか否かを観察し、発赤が消退しない（持続する発赤）場合、褥瘡の初期と判断する**ガラス板圧診法**を行う

図 1 在宅版褥瘡発生リスクアセスメントスケール (在宅版K式スケール)

太枠 は、K式スケールに加えた介護力を評価する項目

| | | | | |
|---|--|--|---|------------------------|
| <p>前段階要因</p> <p style="text-align: center;">YES 1点</p> <p><input type="checkbox"/>]</p> <p>自力体位変換不可</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自力で体位変換できない ・体位変換の意思を伝えられない ・得手体位がある | <p style="text-align: center;">[]</p> <p>骨突出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仙骨部体圧 40mmHg 以上測定できない場合は ・骨突出(仙骨・尾骨・坐骨結節・大転子・腸骨稜) ・上肢・下肢の拘縮、円背 | <p style="text-align: center;">[]</p> <p>栄養状態が悪い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まず測定 Alb3.0g/dL または TP6.0g/dL ・Alb, TP が測定できない場合は ・腸骨突出 40mm 以下 ・上記が測定できないときは ・浮腫・貧血 ・自分で食事を摂取しない ・必要カロリーを摂取していない(摂取経路は問わない) | <p style="text-align: center;">[]</p> <p>介護知識がない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡予防のポイント①除圧・減圧②栄養改善③皮膚の清潔保持の3点について述べるこ とができない | <p>前段階スコア</p> <p>点</p> |
| <p>日中促さなければ臥床・自力歩行不可</p> | | | | |
| <p>引き金要因</p> <p style="text-align: center;">YES 1点</p> <p><input type="checkbox"/>]</p> <p>体圧 [] 体位変換ケア不十分(血圧の低下 80mmHg 未満、抑制、痛みの増強、安静指示などの開始</p> <p>湿潤 [] 下痢便失禁の開始、尿道バルン抜去後の尿失禁の開始、発熱 38.0 度以上等による発汗(多汗)の開始</p> <p>ずれ [] ギャッチアップ座位などの ADL 拡大による摩擦とずれの増加の開始</p> <p>栄養 [] 1日3食を提供できない。食事のバランスに偏りがあるが、おやつや栄養補助食品などを提供できない。</p> | <p>引き金スコア</p> <p>点</p> | | | |
| <p>基礎疾患名</p> <p>治療内容(健康障害の段階)</p> <p>急性期・術後回復期・リハビリ期・終末期・高齢者</p> <p>身長 cm、体重 kg、年齢 性別 男 女</p> | | | | |
| <p>実際 褥瘡 有 無</p> <p>発生日 部位 深度</p> <p>発生日 部位 深度</p> <p>コメント</p> <p>使用体圧分散寝具名</p> | | | | |

村山志津子ほか、在宅版褥瘡発生リスクアセスメントスケールの開発。日本褥瘡学会誌, 9 (1), 2007, 28-37.

褥瘡対策に関する看護計画書

| | | | |
|-------|------------|--|----------|
| 氏名 | 様 | 性別 | 記入看護師 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 計画作成日 | 令和 年 月 日 |
| 褥瘡の有無 | 1 現在 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> 他 ()) | |
| | 2 過去 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> 他 ()) | |
| | 褥瘡発生日 | 令和 年 月 日 | |

〈日常生活自立度の低い患者〉

| | | | |
|------------------------|---|---|-------------------------------------|
| 危険因子の評価 | 日常生活自立度 | J (<input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2) A (<input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2) B (<input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2) C (<input type="checkbox"/> 1 . <input type="checkbox"/> 2) | 対処 |
| | ・基本的動作能力 (ベット上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧) | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | 「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する |
| | ・病的骨突出 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ・関節拘縮 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ・栄養状態定価 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | ・皮膚の脆弱性 (浮腫) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ・皮膚の脆弱性 (スキン-テアの保有、既往) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |

〈褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する利用者〉

※両括弧内は点数

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|-----|--|
| 褥瘡の状態の評価 (DESIGNAIR) | 深 さ | <input type="checkbox"/> 皮膚損傷・発赤なし (0) | <input type="checkbox"/> 持続する発赤 (1) | <input type="checkbox"/> 真皮までの損傷 (2) | <input type="checkbox"/> 皮下組織までの損傷 (3) | <input type="checkbox"/> 皮下組織を超える損傷 (4) | <input type="checkbox"/> 関節腔・体腔に至る損傷 (5) | <input type="checkbox"/> 深さ判定が不能の場合 (U) | 合計点 | |
| | 浸出液 | <input type="checkbox"/> なし (0) | <input type="checkbox"/> 少量：毎日の交換を要しない (1) | <input type="checkbox"/> 中等量：1日1回の交換 (3) | <input type="checkbox"/> 多量：1日2回以上の交換 (6) | | | | | |
| | 大きさ (cm ²) 直径×長径に直行する最大径 (持続する発赤の範囲も含む) | <input type="checkbox"/> 皮膚損傷なし (0) | <input type="checkbox"/> 4未満 (3) | <input type="checkbox"/> 4以上16未満 (6) | <input type="checkbox"/> 16以上36未満 (8) | <input type="checkbox"/> 36以上64未満 (9) | <input type="checkbox"/> 64以上100未満 (12) | <input type="checkbox"/> 100以上 (15) | | |
| | 炎症・感染 | <input type="checkbox"/> 局所の炎症徴候なし (0) | <input type="checkbox"/> 局所の炎症徴候あり 創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛 (1) | <input type="checkbox"/> 局所の明らかな感染徴候あり 炎症徴候・膿・悪臭 (3) | <input type="checkbox"/> 全身的影響あり 発熱など (9) | | | | | |
| | 肉芽形成 良性肉芽が占める割合 | <input type="checkbox"/> 創閉塞又は層が浅いため評価不能 (0) | <input type="checkbox"/> 創面の90%以上を占める (1) | <input type="checkbox"/> 創面の50%以上90%未満を占める (3) | <input type="checkbox"/> 創面の10%以上50%未満を占める (4) | <input type="checkbox"/> 創面の10%未満を占める (5) | <input type="checkbox"/> 創面の10%未満を占める (6) | <input type="checkbox"/> 全く形成されていない (6) | | |
| | 壊死組織 | <input type="checkbox"/> なし (0) | <input type="checkbox"/> 柔らかい壊死組織あり (3) | <input type="checkbox"/> 硬く厚い密着した壊死組織あり (6) | | | | | | |
| | ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周 (ポケットの直径×長径に直行する最大径) - 潰瘍面積 | <input type="checkbox"/> なし (0) | <input type="checkbox"/> 4未満 (6) | <input type="checkbox"/> 4以上16未満 (9) | <input type="checkbox"/> 16以上36未満 (12) | <input type="checkbox"/> 36以上 (24) | | | | |

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。なお、深さは点数に加えないこと。

| | | |
|------|---|-----------------------------|
| 看護計画 | 留意する項目 | 計画の内容 |
| | 圧迫・ズレカの排除 ・体位変換 ・体圧分散寝具 ・頭部挙上方法 ・車椅子姿勢保持等 | ベット上 イス上 |
| | スキンケア | |
| | 栄養状態改善 | |
| | リハビリテーション | |

4. 在宅での医療処置における感染予防対策

1) 血管内留置カテーテル（末梢静脈カテーテル）の管理

(1) 概要

血管内留置カテーテルは、輸液や薬剤投与のみではなく血行動態の把握をはじめとして数々の情報を得られる重要なルートである。直接血管に挿入するため、感染予防が不十分だと微生物が容易に体内に侵入するため、確実な予防対策に努める必要がある

(2) 末梢静脈カテーテル挿入前

①患者の準備

挿入部が目に見えて汚染している場合は、清拭などで清潔にする

②挿入部位とカテーテルの選択

静脈炎の少ない手→上肢または手首→下肢の順に選択する

※下肢に挿入すると、感染のリスクは上肢より高く、深部静脈血栓形成の原因になる可能性があるので注意が必要である

③挿入者の準備

挿入者は、擦式アルコール手指消毒後（または手洗い後）未滅菌手袋を着用する

④挿入部の皮膚

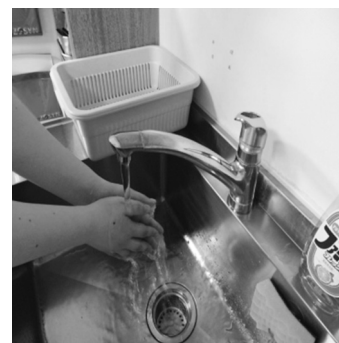
皮膚の消毒は、10%ポビドンヨードか70%アルコールのいずれかで行う

10%ポビドンヨードを使用する場合、2分以上かつ乾燥するまで待つ

(3) 末梢静脈カテーテル挿入手順

①手指衛生を行う

石鹸と流水または擦式アルコール手指消毒剤を用いて手指衛生を行う



②トレイをアルコールで清拭する

トレイを準備する

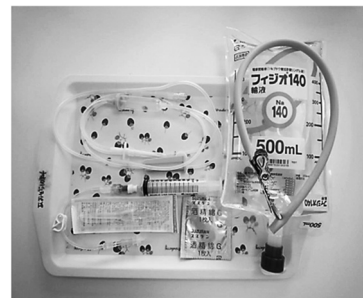
アルコール等で清拭を行い、清潔に保つ



③投与する薬液を準備する

医師の薬剤指示書、または、口答指示書と薬剤を確認する

清潔なトレイの上に薬液を準備する



④手指衛生後、清潔な未滅菌手袋を着用する

アルコール綿で輸液のゴム栓を消毒後、調剤する

再度、アルコール綿で輸液のゴム栓を消毒後、清潔操作で輸液ラインを接続する

⑤皮膚消毒後、カテーテルを挿入する

消毒用アルコール綿で挿入部の皮膚を挿入部から外側に向かって2回以上消毒する

清潔操作でカテーテルを挿入する

カテーテルの挿入部位は可能な限り上肢を第一選択とする



⑥挿入部とラインを固定する

挿入部は透明ドレッシング材を使用し、輸液ラインを確実に固定する



2) 尿道カテーテルの管理

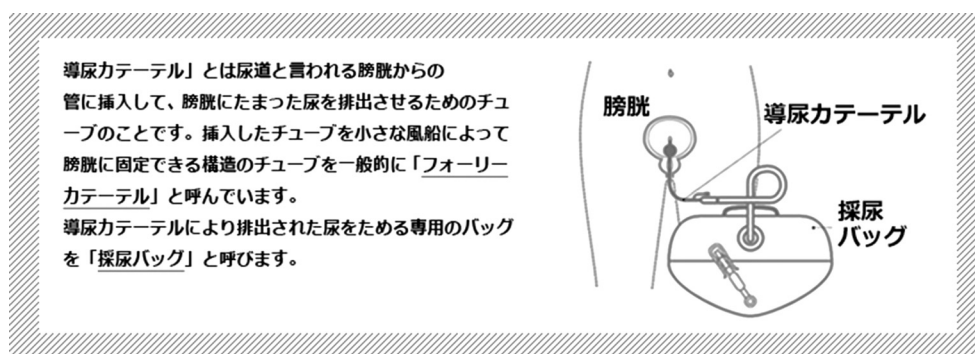
(1) 膀胱留置カテーテル

概要

膀胱留置カテーテルとは、膀胱に溜まった尿をカテーテルを通じて体外に出す方法である

清潔操作でカテーテルを挿入しても、カテーテルが入った時点で、翌日には尿中に細菌が増え、尿量が少なくなったり、カテーテルで膀胱や前立腺などが傷ついたりすることを契機に発熱や血尿などの症状が発生する

尿路感染症は、敗血症のリスクが高く、留置中は適切な管理が必要である



必要物品の準備

膀胱留置カテーテルセット、固定用テープ、膿盆またはビニール袋、バスタオル、処置用シート、手袋、マスク、プラスチックエプロン

手順

- ①マスク、プラスチックエプロンを装着する
- ②膀胱留置カテーテル挿入の目的・方法・時間を説明し、了解を得る
- ③掛物をかけた状態で処置用シートを敷き、利用者にズボンと下着を脱いでもらい、露出を最小限にするためにバスタオル等で下半身を覆い、開脚してもらう
- ④未滅菌手袋を装着し、清浄綿で外尿道口周囲を拭く
- ⑤膀胱留置カテーテルセットを開封し、利用者の足元で開く
膿盆も使いやすい位置に置く
- ⑥必要な準備が整っているか確認したら、滅菌手袋を装着する
- ⑦綿球に消毒液をかけ、水溶性潤滑剤をトレイに入れる。カテーテルを包装から取り出し、清潔区域に置く。滅菌水を側管から表示量注入し、バルーンが正常にふくらむことを確認する。尿が流出しないように、採尿バッグのクレンメが閉まっていることを確認する
- ⑧陰唇を開き、外尿道口の中央・左・右、最後に中央になるように、外尿道口から肛門側に向かって消毒する。陰唇を開いたまま、1回ごとに消毒綿球を交換して消毒する
- ⑨陰唇を開いている手は離さずに、カテーテルに潤滑剤を塗布し、口でゆっくり呼吸するように促しながらカテーテルを4～5cm挿入する。尿が流出してきたら、さらに2cm程度奥へ挿入する

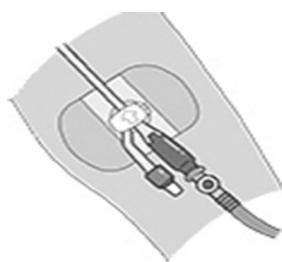
- ⑩陰唇を開いていた手でカテーテルが抜けないように押さえながら、滅菌水を必要量ゆっくり注入し、バルーンをふくらませる。カテーテルを軽く引き、抜けないことを確認したら、バルーンが膀胱を圧迫しないように再びカテーテルを1～2 cm挿入する
- ⑪適宜、清浄綿などで陰部を清拭する
- ⑫カテーテルに若干の余裕をもたせ、大腿部内側か下腹部にテープで固定する
- ⑬使用した物品を片付け、寝衣・寝具を整える
- ⑭カテーテルを留置後、採尿バッグは利用者の膀胱より低い位置に取り付け、尿の停滞逆流に注意する。適宜、尿の色、流出状態、量を確認することが重要である

取り扱い上の注意点



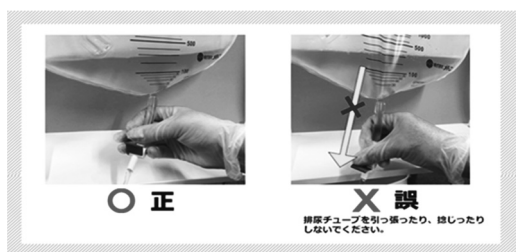
手洗い

カテーテルや採尿バッグを取り扱う前後は必ず石鹸と流水で手を洗う



カテーテルの固定

表皮剥離に注意工夫して外れないようにしっかり固定する



尿の廃棄

手袋、プラスチックエプロンを着用する
尿を捨てた後はしっかりとクリップを閉じて排尿チューブを元に戻す



カテーテルケア

カテーテルの周辺が汚れたら、石鹸とお湯で丁寧に洗う
洗ったあとは石鹸成分をよく取って乾かす



シャワー浴

採尿バッグが濡れないよう注意する

(2) 一時的導尿（女性）

必要物品の準備

ネラトンカテーテル、潤滑剤、ガーゼ、トレイ、消毒薬（洗淨綿）、綿球、撮子
滅菌手袋、プラスチックエプロン、擦式アルコール製剤
尿を受けるオムツまたは尿器、防水シート・バスタオル・綿毛布

手順

- ①石けんと流水で手を洗い、プラスチックエプロンを着用する
- ②必要物品を清潔に開封し、不潔にならないように準備する
- ③手指を擦式アルコール製剤で消毒をし、滅菌手袋を着用する
- ④消毒
 - ・左手の拇指と示指で小陰唇をしっかりと開き、外尿道口を確認する
 - ・小陰唇の中央、左、右、中央を「上から下」に向かって、消毒綿球を1個ずつ使って消毒する（消毒綿球は4個用意する）
 - ☆消毒綿球が3個の場合、左、右、中央の順で行う
- ⑤カテーテルの挿入
 - ・カテーテルを丸めて持ち、挿入していく
 - ・尿の流出があれば、2cmぐらいカテーテルを入れ、小陰唇を開いていた方の手を離し、カテーテルの外尿道口付近を持って抜けないよう固定する
- ⑥尿が出なくなったら、カテーテルをゆっくり抜く
- ⑦陰部に付着した潤滑剤などをガーゼで拭き、乾燥させる
- ⑧物品の片づけ、記録



(3) 一時的導尿 (男性)

手順

①、②、③ 女性の場合と同じ

④消毒

- ・左手の拇指と示指で陰茎を持って亀頭部を露出させ、しっかり外尿道口を開く
- ・利き手で撮子を持ち、消毒綿球をはさみ、外尿道口を中心から外側に向かって、円を描くように消毒する
- ・亀頭、包皮あたりまでを広範囲に3回消毒する
- ・消毒が終わったら撮子も廃棄する

⑤カテーテルの挿入

- ・陰茎を持ち上げて (90 度目安)、ゆっくりカテーテルを挿入していく (前立腺あたりで抵抗を感じたら、陰茎を 60 度に倒し、足側に引っ張り気味にして挿入する)
- ・尿の流出があれば、その位置でカテーテルが抜けないよう固定する

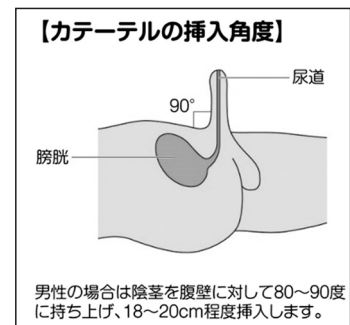
⑥カテーテルの抜去

- ・尿が出なくなったら、恥骨上部を押したり、腹圧をかけてもらい、カテーテルを少しずつ引いて尿を完全に出す
- ・陰茎を再度保持し、立てるようにしてカテーテルをゆっくり抜く

⑦外尿道口付近に付着した潤滑剤などをガーゼで拭き、乾燥させる

(中央から外側に向かって拭き、同じ面で二度拭かないようにする)

⑧物品の片づけ、記録



3) 吸引管理

(1) 概要

痰を喀出できない場合に、吸引器を使用して排出させる方法で、口腔内吸引、鼻腔内吸引、気管内吸引などがある

(2) 基本的な処置方法と感染対策

ア) 口腔内・鼻腔内吸引

- ①痰の貯留している部位を聴診器で聴取し、スクイーピング等を行う
- ②利用者に吸引することを伝える
- ③手指衛生を行い、プラスチックエプロン、マスク、ゴーグルまたはフェイスシールドを着用する
- ④吸引器のスイッチを入れ、吸引圧が上がるか確認する（成人－20kPa、小児－15kPa）
- ⑤手指衛生を行い、未滅菌手袋を装着する
- ⑥吸引カテーテルをアルコール綿で拭き、水道水を吸引する
- ⑦口腔内は、痰が貯留しているところまで吸引カテーテルを挿入し吸引する
- ⑧吸引後は、カテーテルを1回毎にアルコール綿で分泌物を取り除き、水道水を吸引し洗浄する
*最終、チューブ内の乾燥が促進できるため、アルコール綿を絞って吸引する
- ⑨コネクティングチューブの接続口をアルコール綿で拭いてから、水道水を吸引し、チューブ内を洗浄する
- ⑩一番汚染している手袋から外し、引き続きゴーグルまたはフェイスシールド、プラスチックエプロン、マスクを外し、破棄する
- ⑪手指衛生を行い、吸引器のスイッチを切る
- ⑫吸引終了後は、呼吸音を聴診器で確認する



イ) 気管切開時の気管内吸引

- ①手指衛生を行い、プラスチックエプロンとマスク、使い捨て手袋、ゴーグルまたはフェイスシールドを装着する
- ②カフ圧が適正か、カフ圧計で確認する 2.0 – 2.9Kpa (20 ~ 30cm H₂O、15 ~ 22mmHg)
- ③口腔、鼻腔、カフ上部の吸引を行い、手袋を外し、手指衛生を行う
- ④パルスオキシメーターで経皮的動脈血酸素飽和度を測定する
- ⑤使い捨て手袋を利き手でない方に装着し、消毒用アルコール綿を開封する
- ⑥吸引器を作動させ、コネクティングチューブを塞いだ状態で、13 ~ 16kPa (100 ~ 120mmHg 相当) に吸引圧を調整する
- ⑦カテーテルのコネクター部分のみを開封し、コネクティングチューブに接続する
- ⑧利き手に滅菌手袋を装着し、カテーテルを清潔に取り出して持つ
- ⑨吸引の準備ができたなら、人工呼吸器装着中の場合は接続部分を外す
- ⑩陰圧がかからないように陰圧調整口を開放し、清潔操作で気管チューブに挿入する
- ⑪カテーテルは痰が十分に吸引できる位置まで挿入する。経口・経鼻挿管の場合は 30 ~ 40cm、気管切開カニューレが挿入されている場合のカテーテル挿入の長さはカニューレの長さを超えないように注意する
- ⑫陰圧をかけ、引き抜きながら吸引する。吸引時間は 10 ~ 15 秒以内とする
- ⑬吸引終了後、人工呼吸器を装着している場合は、人工呼吸器の回路を再接続する
- ⑭カテーテル外壁に付着した分泌物を消毒用アルコール綿で取り除く
- ⑮滅菌蒸留水を吸引し、カテーテル内腔を洗い流す。吸引カテーテルは処置ごとに使い捨てるのが望ましいが、主治医の指示により対応する。口や鼻に使用した吸引カテーテルや水は気管には使用しない
- ⑯カフ上部吸引を行い、必要に応じて口腔、鼻腔吸引を行う
- ⑰吸引器を停止させ、コネクティングチューブとカテーテルの接続を外す
- ⑱カテーテルをまとめて握り、カテーテルを包み込むように手袋を外し、手袋ごと廃棄する。その後、エプロンを外す
- ⑲手指衛生後、カフ圧を測定し、2.0 ~ 2.9Kpa (20 ~ 30cm H₂O、15 ~ 22mmHg) であることを確認する
- ⑳手指衛生を行い、使用した物品を適切な方法で片付ける

■カテーテルを再使用する場合

乾燥して保管する場合

使用後のカテーテルの外側をアルコール綿で分泌物を取り除き、コップ容器の水道水を吸引し、カテーテル内を洗浄する。チューブ内の乾燥が促進できるため、アルコール綿を絞って吸引し、カテーテル保管用容器に保管する

4) 経管栄養法の管理

(1) 経管栄養法とは

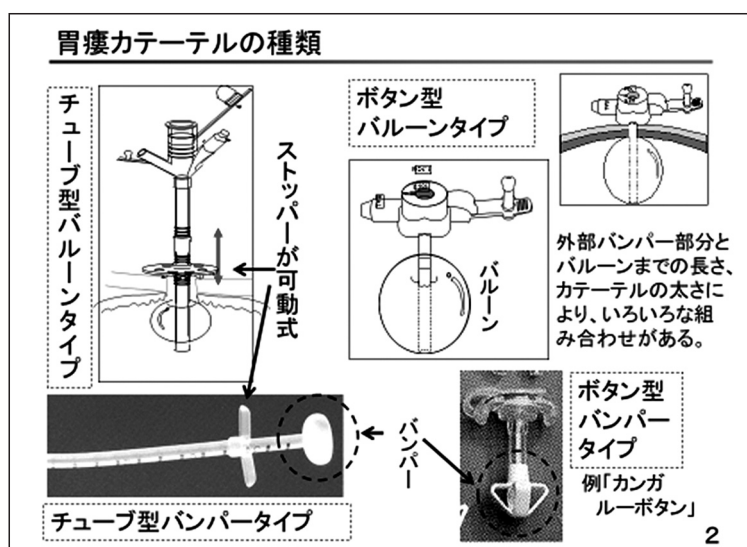
経管栄養法は、「口から食べられない時に土台（ベース）としての栄養補給を行う」ことである。必要な栄養を十分に確保することで、リハビリや摂食・嚥下訓練を円滑におこなうための身体機能を維持することができる。経管栄養法の種類は、鼻からチューブを挿入する「経鼻経腸栄養法」と、瘻孔を造設してチューブを挿入する「胃瘻・腸瘻・食道瘻経腸栄養法」がある

経鼻経腸栄養とは

嚥下障害で誤嚥やそれによる肺炎などの危険性が高く、消化管の機能には問題ない人が栄養を補給するための方法で、胃瘻や腸瘻よりも短い期間で口からの栄養摂取ができると見込まれる場合に行う

胃瘻とは

嚥下機能に問題があり、誤嚥やそれによる肺炎などの危険性が高いものの、胃や腸の消化管には問題がない人に適した方法である。胃瘻のカテーテルは、体外固定板、胃内固定板、カテーテルで構成されていて、体外固定板には「ボタン型」と「チューブ型」があり、胃内固定板には「バンパー型」と「バルーン型」がある。体外固定板と胃内固定板の組み合わせによって「ボタン型バルーン」「ボタン型バンパー」「チューブ型バルーン」「チューブ型バンパー」の4通りがある



腸瘻とは

嚥下障害で誤嚥やそれによる肺炎などの危険性が高く、「胃瘻」ができない人を対象とした方法である。例) 病気によって胃を切除されていても、腸の機能が正常に動いている人など

食道瘻 PTEG (ピーテグ) とは

首の付け根（鎖骨の上あたり）から食道→胃へと栄養チューブを入れる手技である。栄養や腹膜播種、消化管腫瘍、消化管狭窄により嘔吐を繰り返している方に胃腸の減圧目的で、胃瘻造設が困難な症例に対して行われる処置である

(2) 胃瘻経腸栄養法における感染対策

開始前にしておくこと

- ・口の中をきれいにする
- ・おむつ交換をする。おむつを交換した後は、手洗いをを行う

方 法

①手指衛生を行う

石けんと流水による手洗いまたは擦式アルコール製剤を用いて手指衛生を行う
胃内内容の確認や瘻孔部等の観察を行うため、手袋とプラスチックエプロンを着用する

②トレイに必要物品を準備する（トレイはアルコール綿で清拭する）

【必要物品】

注入用のイリゲーター（ボトルとチューブがつながった製品もある）
接続用チューブ（必要に応じて）
栄養剤（指示のもの）
白湯（指示の量）
計量カップ、注入用フックあるいはスタンド
時計、ハサミ、手袋（未滅菌で良い）、聴診器、カテーテルチップ
指示箋、チェックシート
溶解するための小さなカップと白湯（内服薬がある場合）
経腸栄養ポンプ

③イリゲーターに栄養剤を準備する

* 栄養剤が指示内容であるかを確認し、栄養チューブに栄養剤を満たしておく

④体位の調整と瘻孔部等の観察

* 状態の観察を行い、上半身を起こす（30度または座位）

* 注入前に胃瘻チューブと瘻孔部の観察を行う

瘻孔部に異常（びらん、化膿、肉芽、出血など）がないか

カテーテルが適正な方向でしっかり入っているか

チューブ型カテーテルではストッパーが適正な位置にあるか

ガーゼの汚れがないか（必要であれば適宜ガーゼを交換）

⑤胃内容の確認

* 空腹のはずなのに栄養剤や胃液が多量に引けてくる

→胃や腸の調子が悪い

* 褐色の液が引かれる

→胃からの出血、または逆流性食道炎などによる食道からの出血

* 黄色、緑色の液が引ける

→胆汁を含む腸液が胃に逆流している

* 空気が多量に引ける《空気を多量に飲み込んでいる》

→引けるだけ引いておく。いつもより多い時は体調が悪い場合がある

* 腹部が張っているのに何も出てこない

→ 姿勢を変えて引くと、液や空気がかなり出てくることもある

⑥ 栄養剤を投与する

* 栄養剤や水分は常温のものを注入する。温めることで成分の変化が生じたり、細菌が増殖しやすくなるため、医師の指示や栄養剤メーカー推奨の方法で実施する

* 注入の速度が速いと胃食道逆流による嘔吐や喘鳴・呼吸障害、ダンピング症状（下痢や頻脈）をおこすことがあるので医師の指示どおりの適切な速さで注入する

* ドリップチェンバーの滴下で速度を調節する

『1分間に60滴→10秒で10滴→1時間で200ml』

『1分間に90滴→10秒で15滴→1時間で300ml』

⑦ 薬を投与する

* 簡易懸濁法により薬剤を投与する

* カテーテルチップをしっかりとチューブに接続し、カテーテルチップを垂直に立て、薬を残さず投与する

* 最後に白湯をフラッシュすると、カテーテルチップ内にわずかに残った薬剤も胃内に入る

⑧ 酢水を注入する

酢による静菌効果により、カテーテルの細菌繁殖による汚れを防止し、カテーテル閉塞を防止することができる

* 酢水（食用酢）によるカテーテル管理のポイント

・ 食用酢（約4%）を10倍希釈するので最終濃度は0.4%

・ カテーテルに栄養剤や薬剤を投与後に、まずは水で十分フラッシュ（勢いよく注入して押し流すこと）、その後に10倍希釈の食用酢を充填しておく

・ 詰ってしまったカテーテルの再開通目的に使用することは意味がない

・ チューブ型カテーテル（胃瘻のチューブ型、経鼻胃管）に有効、ボタン型カテーテルでは接続チューブは外して直接洗う

・ 次の栄養剤投与の前には、酢水を水でフラッシュする

* 酢水の作り方

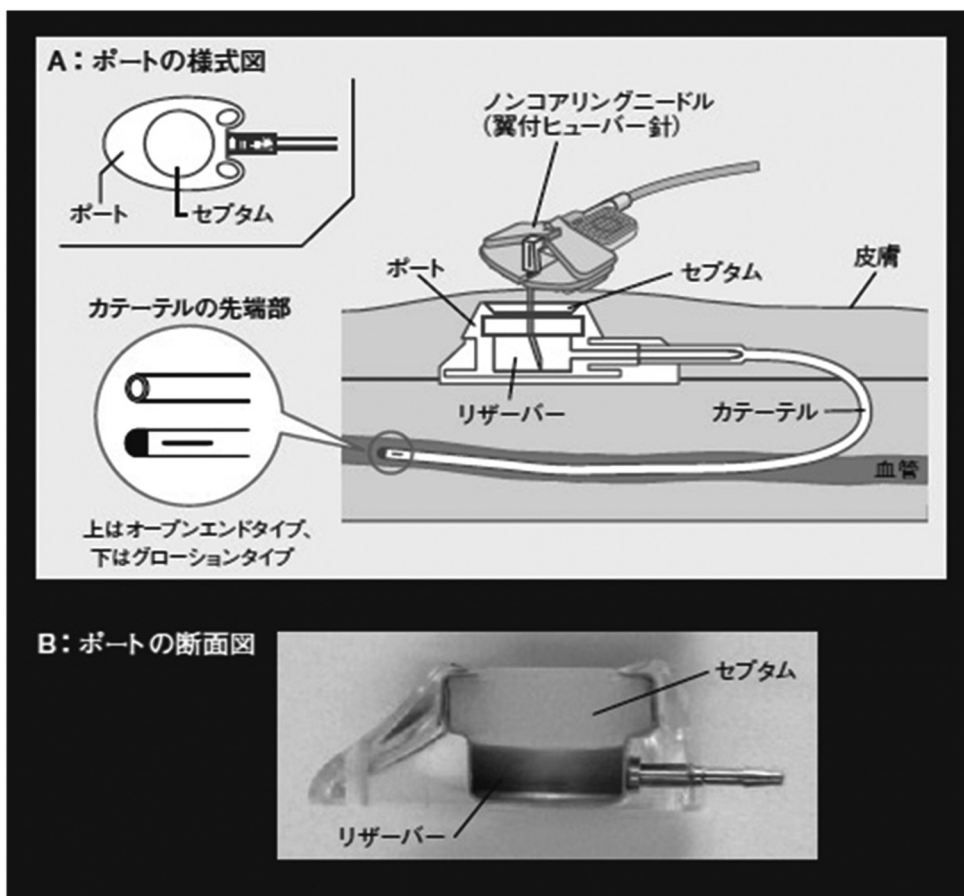
食用酢：水 = 1：9

⑨ 後片付けと器具の洗浄

使用したイリゲーターやカテーテルチップはお湯を通して栄養剤を洗い流す
使用した容器とチューブは食器用洗剤でよく洗い、よく乾燥させる

5) CV ポート管理

薬剤注入時の管理手順



必要物品

- ・消毒セット (綿球、鑷子、消毒薬など)
- ・シリンジ (20ml)
- ・生理食塩液 (20ml)
- ・固定用テープ
- ・ドレッシング材、絆創膏
- ・ヒューバー針
- ・ディスポーザブル手袋・マスク
- ・医療廃棄物廃棄容器

準備

1. 処置の前後で手指衛生を行い、感染予防のため手袋・マスクを着用する
実施者の装備を整え、ヒューバー針の準備をする (ヒューバー針の内部を生理食塩液で満たし、空気が全部出たことを確認後、クランプしておく)
輸液ボトル・ルートを作成し、すぐ接続できるようにしておく
2. ポート部を露出させて、皮膚異常がないか確認する
(ポート挿入部の発赤や疼痛、腫脹、硬結、排膿の有無)

方法

1. 皮膚消毒

- (1) 70%アルコールで皮膚表皮の汚れを取り除き、ポビドンヨードなど消毒液を使用し、ポートの中心から外側に向かって円を描きながら、直径10～13cmの範囲を2回消毒する
- (2) 消毒液が十分乾燥するまで待つ

2. 穿刺

- (1) ポートの位置を確認する
- (2) 親指・人差し指・中指で三角形を作り、ポートを囲むように固定する
- (3) セプタムに対して直角にヒューバー針を刺し、針先が底にあたり、コツという感触があるまで押し進める

3. 血液の逆流を確認

- (1) ポート内の液体を吸引することで、適切な位置に針が刺さっているか、カテーテルのつまりがないかなどを確認する
- (2) 逆血確認後、10～20mlの生理食塩水で、カテーテル内に対流が起こるようゆっくり洗浄する。パルシングフラッシュ法（押す、止める、押す、止めるという波を生じさせるような動作を続けて行う）を用いて洗浄効果を高める

4. 注入

ヒューバー針と点滴用のチューブを接続して、薬剤注入を開始する。点滴が滴下していることを確認する

5. 固定方式

- (1) ヒューバー針の翼状の部分の下に、針がぐらつかないようにYガーゼ（滅菌）など適切な厚さで挟み、その後、翼状部の上からドレッシング材等で全体を覆い固定する。ルートの抜去予防のため、1ループを1回作り、テープ固定する
- (2) 手袋をはずして手洗いをを行う

薬剤注入終了後の管理手順

1. カテーテルロック

<通常タイプの場合>

- (1) ヒューバー針のクランプを閉じて注入を止める
- (2) 生理食塩液でカテーテル内の薬剤を洗い流す
- (3) ヘパリン加生理食塩液 100単位/mLを10mL注入し、カテーテル内に残っている薬剤を洗浄する。残りが0.5mLになったら、注入しながらクランプを閉じる（ヘパリン加生理食塩液の使用については、医師に確認する）

<逆流防止機能付きタイプの場合>

- (1) 輸液ラインのクランプを閉じて薬剤の注入を止める
- (2) 生理食塩液が入った10mLのシリンジを用意する。ゆっくり注入し、残りが0.5mLになったら、注入しながらヒューバー針のクランプを閉じる
※ロック注入後、陽圧のかかったままクリップを閉じる（陽圧 ロック）

2. ヒューバー針の抜針

<安全機能付でないヒューバー針の抜針方法>

- (1) 流水と石鹸でよく手を洗う
- (2) 清潔な手袋を着用する
- (3) 針を軽く抑えながら、固定に使用していたドレッシング材等を丁寧にはがす
そして、一方の手でポートを固定し、もう一方の手で垂直に針を抜く

<安全機能付タイプヒューバー針の抜針方法（一例）>

- (1) 流水と石鹸でよく手を洗う
- (2) 清潔な手袋を着用する
- (3) 親指と人差し指の関節内側で翼状部の両サイドを持ち、掴むイメージで把持し、持ち上げながら翼状部を締めつける。「カチッ」というまで翼状部を完全にたたみ込む。（メーカーによって抜き方が違うことがある）

3. 使用後の針やチューブの廃棄方法

使用後の針やチューブは、そのまま医療用廃棄物として、鋭利物容器（針ボックス）に入れる

4. 穿刺部位のケア

- (1) 滅菌ガーゼ又は滅菌テープで針を刺した部位を覆い、もし出血があれば押さえて止血する（圧迫止血）
- (2) 手袋をはずして手を洗う

5. 在宅ケアにおける感染症発生時の対応（感染症法による場合）

1) 感染症発生時の連絡方法

- ①管理者に連絡・相談・報告
- ②かかりつけ医への報告：電話やメール等で行い、（必要時写真を添付）指示を受ける
- ③保健所等への連絡および疾患に応じた必要な対策を行う

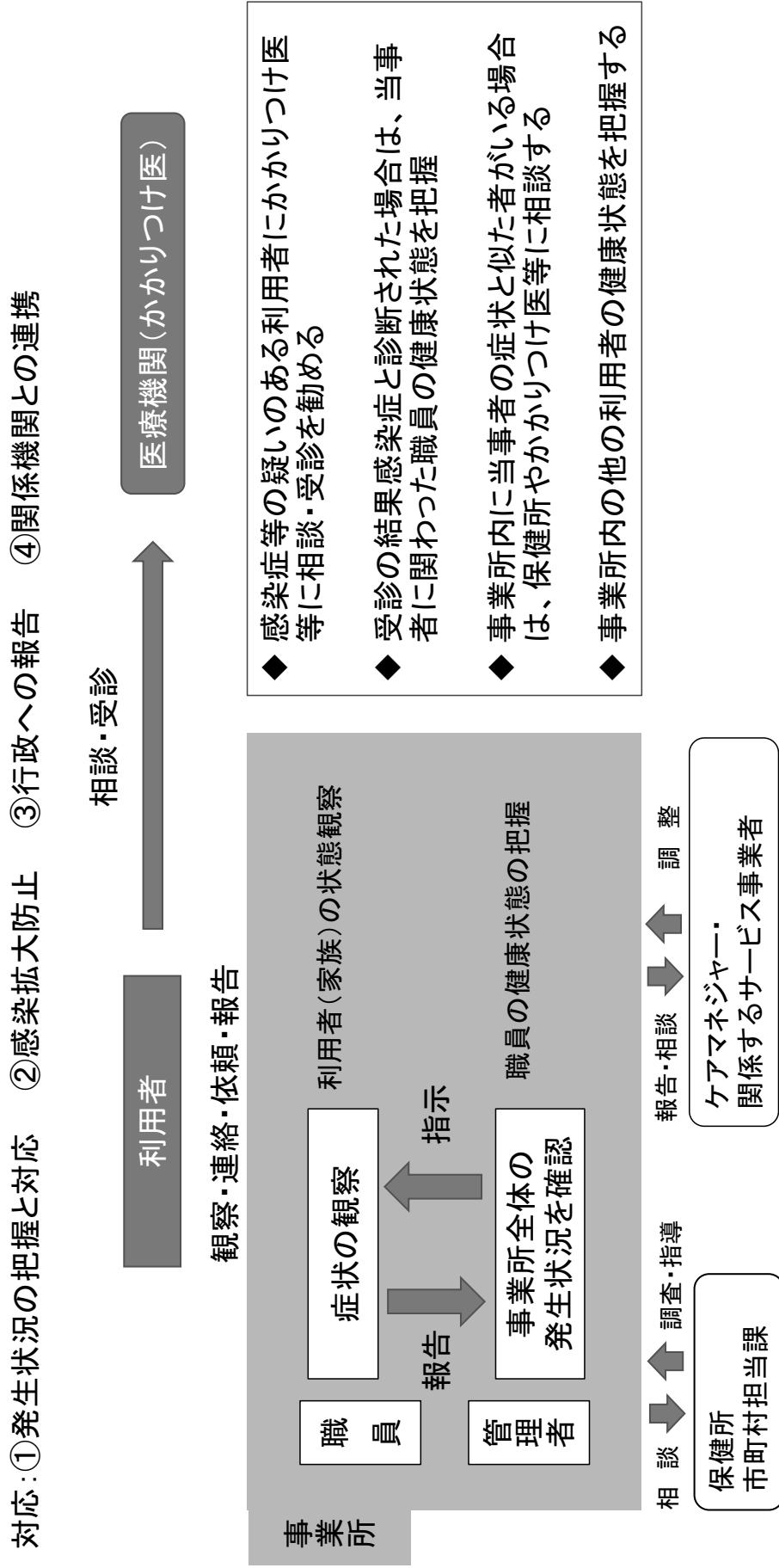
2) 感染拡大防止

- ①感染症罹患者と導線を分離し、可能な限り、共有する場所や物を無くすることが重要である
- ②他事業所へ感染症を報告する必要性について家族の理解を得る（訪問看護契約時に承諾を得ておくことが望ましい）
- ③同居する家族等の健康観察や必要時は受診を促す

3) 関係機関との連絡等

- ①ケアマネジャーに連絡・情報共有し、必要時はケアプランの見直しを提案する
- ②関係機関への連絡（ケアマネジャーも可能）と感染拡大防止のための状況把握と指導
- ③感染症によりサービスの受け入れを拒否することのないように、定期的を実施するサービス事業所間のカンファレンスにおいて、情報交換と共通理解が必要である
- ④地域において、多職種や家族が参加する感染予防に関する研修会を定期的を開催する企画を提案することも訪問看護師の役割の1つである
- ⑤事業所内で、事象の発生時に速やかに情報共有や対応ができるよう、研修等で知識を習得するとともに、訓練しておくことが必要である

図2 感染症発生時の対応フローチャート（訪問看護）



6. 在宅における感染症対策

1) 針刺し事故対応

針刺し事故は医療現場で発生する事故の中でも一番リスクの高い労働災害である
在宅での針刺し事故は、スタッフだけでなく、利用者の家族・介護者も当事者になることがあるので、リスクマネジメントを考え、対応をマニュアル化して周知徹底し教育を行う

1. 針刺し事故の対応の原則

すべての人の体液は感染性があるものとして扱う

針刺し事故は、当事者、利用者、家族、介護者の命を守ることを最優先にする

<予防>

- 1) 採用時に HBs 抗原と抗体、HCV 抗体検査を行う。また、採用1年以上経過した職員については、年1回の健康診断時に HBs 抗原抗体、HCV 抗体検査を行うことを必須とする

※定期検診時に HBs 抗原抗体、HCV 抗体検査を行う対象者と意義について

- (1) 対象者は原則、訪問看護に従事する全ての職員とする
- (2) 検査結果を職員自身が把握し、有事の際に速やかに対応できるように記録等しておく
- (3) HBs 抗体が (-) の場合は、HB ワクチン接種を受けることにより HBV による感染の防御が可能である
- 2) HBs 抗体 (-) の場合、ワクチン接種を受ける（事業所は必要な費用を補助する）
- 3) 針刺し事故を防止するための心構え
 - (1) 針を使用する時は、あせらず、ゆったりとした気持ちで行う
 - (2) 必要物品を全て揃えることも大切であり、針を使用する時は、処置に集中する
 - (3) 針を使用する時は、一定の手順に従って行う（手順を省略しない）
 - (4) 定期的にシミュレーションを行い、手順の統一を図る
 - (5) 自分自身の健康管理をしっかりと行う
 - (6) 一連の手技をイメージし、起こりうる事故の予測を立てておく
- 4) 利用者の血液検査の情報を収集しておく

針刺し事故時の利用者の採血については、主治医の承諾（訪問看護計画書に針刺し事故時の利用者への対応について記載し事前に承諾を得ておく。また、採血を行った場合は、事後報告も可とする。）のもと、協定書を交わした医療機関の医師の指示により実施する。利用者とその家族に対しては、訪問看護等の契約時に血検検査実施の説明を行い書面にて同意を得ておく

※検体のスピッツは事業所で準備し、検体の提出と検査に関しては、各事業所が連携する医療機関と協定しておく

- 5) 標準予防策を徹底し、感染症の有無に関わらず、看護技術の基本・原則に添った行為をする

- 6) 針等鋭利な物を使用する時は、必ず手袋をして処置をする
- 7) 採血・点滴の必要物品はトレイに入れ、作業がしやすい位置に配置する
- 8) 手袋を装着し、抜針した針は準備した医療廃棄物容器に捨てる（リキャップしない）
- 9) 留置針は安全装置付き注射用器材を導入する。但し、かかりつけ医により異なる
- 10) 廃棄物の容器費用は事業所負担とする

<基本的な対応>

***別紙の図3「HBV、HCV、HIVによる汚染事故（針刺し・切り傷、皮膚・粘膜汚染）発生時の対応」及び 図4「針刺し事故対応フローチャート」に沿って対応する**
(p 42、p 43)

- 1) 針刺し事故の場合：傷口を流水で水洗いし、洗浄する
※絞り出す行為に、エビデンスはなく、逆に組織を損傷するリスクがある
目や口腔など粘膜部分の場合：汚染された部位を多量の水で洗浄する
- 2) 管理者（不在時は待機者）に報告する
- 3) 次の利用者への連絡、連携する医師への連絡（報告と採血指示受け）はできるだけチーム（管理者・電話当番・その他職員）で迅速に行う
- 4) 針刺し事故報告書に記入する（事後に記載可能）
- 5) 利用者の感染の有無、当事者（職員をさす）の血液情報を確認し、病院を受診する。
血液検査（HBs 抗原、HBs 抗体、HCV 抗体、HIV 抗体）については医師の指示による
- 6) 利用者の採血においては、連携する医師の指示のもと、同意を得た利用者の採血を行い、血液検査を実施する
※利用者の血液検査費用は、事業所負担で実施する
※5) 6) においては、事故発生後 30 分以内を目標とする
※事故後 48 時間以内の職員の所在場所と連絡先を伝えておく
- 7) 利用者の検査の同意が得られない場合や検査実施が不可能な場合は HBV・HCV の感染汚染源と仮定して対処する
※医師の判断にて、「グロブリン投与必要なし」の場合は職員の判断とする
(職員判断により発生する費用は自己負担となる)
- 8) 職員は、休日を含む時間外の事故発生時は救急病院を受診し、医師の診察を受ける
- 9) 検査に要する費用等については、各事業所内で取り決めをしておく

2. 感染症別の対応

1) B型肝炎感染の可能性がある場合

対応については、フローチャートに沿って対応する

利用者が HBs 抗原 (+)・HBe 抗原 (+) の場合

事故者が HBs 抗原 (-) 抗体 (-) であれば、

48 時間以内に、抗 HBs 人免疫グロブリン (以後 HBIG とする) を接種しなければならない

さらに HB ワクチンを 7 日以内・1 か月後・3 か月後に接種しなければならない



1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月、1 年後に HBs 抗原・HBe 抗原・AST・ALT を測定し、医師が治癒と判断した場合は、治癒診断書を提出する

※利用者が HBs 抗原 (-)・HBe 抗原 (-) の場合、職員に肝炎の疑いがあったとしても、針刺し事故とは因果関係がないため、個人的に治療または経過観察とする

※職員が HBs 抗原 (+)・HBe 抗原 (+) の場合、経過観察とする

2) C型肝炎感染の可能性がある場合

対応については、フローチャートに沿って対応する

利用者が HCV 抗体 (+) の場合

追跡検査：HCV 抗体、AST、ALT の測定を 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月、1 年後実施する



追跡検査の間に上昇があれば、HCV - RNA 定性・HCV 抗体を確認する

※利用者が HCV 抗体陰性の場合で、事故者が HCV 抗体陽性の場合、感染の危険性なし

※利用者が HCV 抗体不明の場合は、血液検査を実施する

3) HIV感染の可能性がある場合

医療機関では、HIVの感染者の対策が日常的になっている中、在宅でもHIVの感染者に遭遇することは、まれでないことが予想される。万一の曝露事故発生に備え、標準予防策を行い、希望に応じて速やかに抗HIV薬を予防内服できる体制を確立することが重要である

HIV感染の可能性がある場合

針刺し事故後、速やかに検査し、予防投与を服薬する場合には可及的速やかに（可能であれば2時間以内に）予防服用を開始する

当事者への説明

- ・職務時間内に発生した場合、労災として扱う
- ・担当医に連絡し、受診。その後エイズ拠点病院等へ紹介状等を持参し、専門医を受診し相談する
- ・当事者が女性の場合、妊娠の有無を確認する
- ・抗HIV薬の服用について、予防投与をすべきか否かについては、最終的に当事者（被曝者）が判断すべきであり、そのために専門医による診察及びカウンセリングと効果や副作用に関する十分な情報提供が確保されなければならない
- ・曝露の経過観察期間は、例外を除いて、事象発生時、曝露後6週間目、12週間目、6ヵ月目である。現在、検査方法で頻用されている第4世代HIV抗原抗体検査を使用する場合は6ヵ月目を4ヵ月目まで短くすることも可能

利用者への説明

- ・医師よりインフォームドコンセントを行う
- ・採血の承諾をお願いする

*エイズ診療の拠点となる「エイズ治療拠点病院」「エイズ治療中核拠点病院」を選定し曝露事故が発生した場合の予防内服を含めた指導・助言を行う体制がある

感染の有無を確認するための検査に関する同意書(案)

<検査の目的および内容>

当事業所では、利用者様の血液が付着した注射針や鋭いもので医療従事者等の指などを傷つけた場合に、該当する利用者様の感染症の有無を確認する血液検査（HBV および HCV の肝炎ウイルス検査、HIV のヒト免疫不全ウイルス検査等）を行わせていただくことがあります。

また、結核などの感染症が疑われる場合にも検査を行わせていただくことがあります。

なお、これらの検査は利用者様の主治医の了解のもと、また連携する医療機関の医師の指示により実施いたします。

これらの検査は、医療従事者の感染予防のためだけでなく、利用者様ご自身に役立つことにもなります。これらの検査結果によって不利益になることはありません。検査結果については後日お知らせします。なお、検査費用については、利用者様の負担はありません。

〇〇〇〇訪問看護ステーション
管 理 者 殿

私は、利用期間中に感染症の有無確認が必要になった場合は、感染症検査（HBV・HCV・HIV 等の検査）を受けることに

同意します

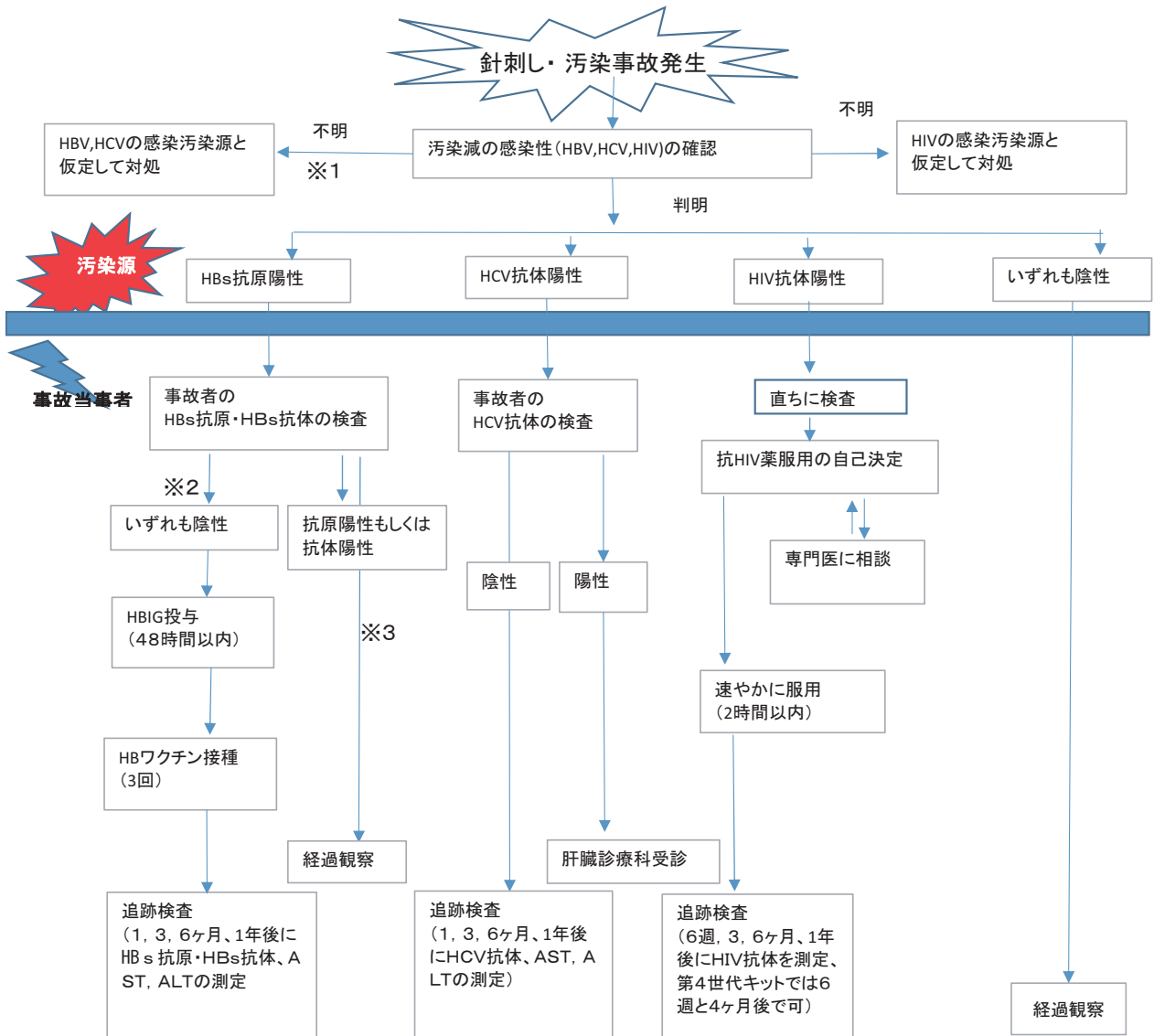
同意しません

年 月 日

利用者 _____ 印

代諾者 _____ 印

図3. HBV、HCV、HIVによる汚染事故（針刺し・切り傷、皮膚・粘膜汚染）発生時の対応



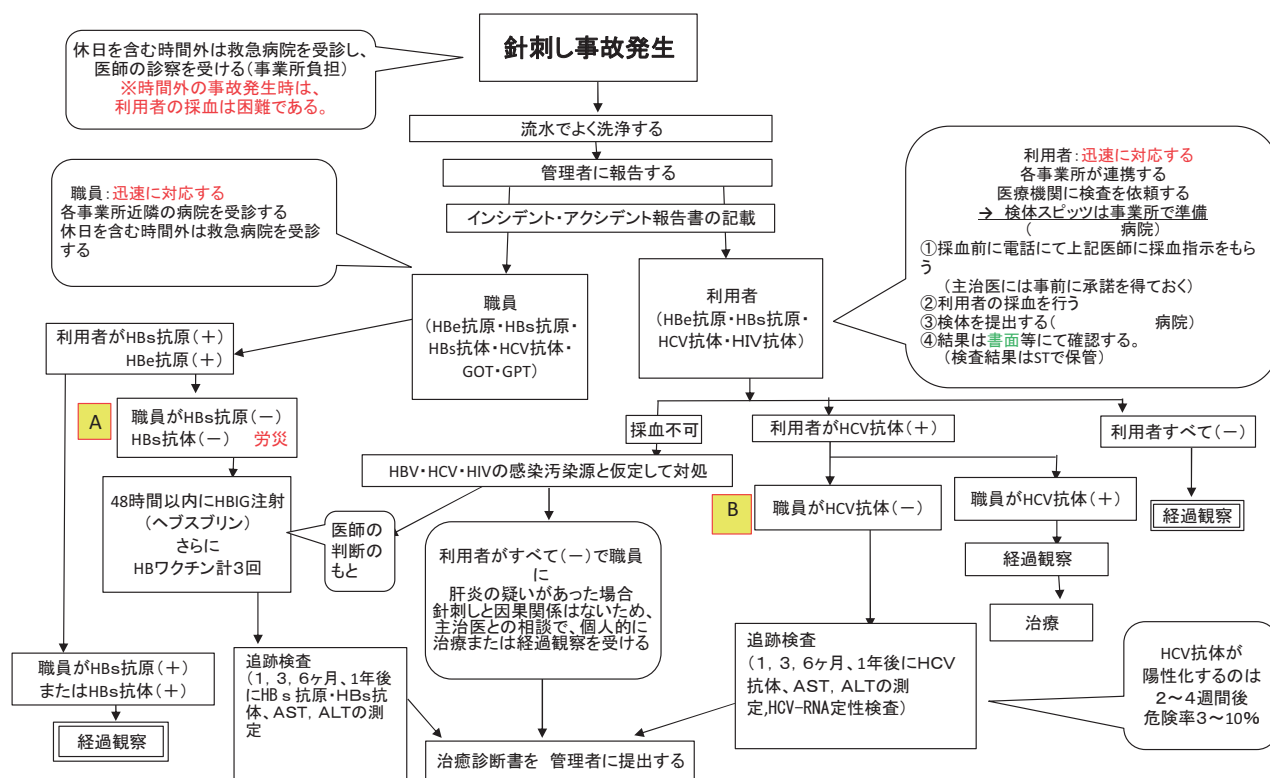
※1 汚染源不明の場合や患者が同定できても検査の同意が得られない場合や検査実施が不可能な場合は、HBV、HCVの感染汚染源として対処する。HIV感染の曝露の可能性がある場合はHIV感染汚染源と仮定して対処する。

※2 事故者のHBs抗原・HBs抗体の検査結果が24時間（遅くとも48時間）以内に判明しない場合は、結果を待たずにHBIGの投与を考慮しても良い。

※3 HBVキャリア（HBs抗原とHBs抗体が共に陽性、またはHBs抗原陽性でHBs抗体陰性）の場合は、肝臓診療科受診を勧める。

出典：国公立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン（改訂第5版）」

図4. 針刺し事故対応フローチャート



* 利用者の採血ができなかった場合、職員の経過観察(受診)費用は事業所負担とする。

A **B** の場合、治療診断まで労災、治療診断書を管理者に提出する。

労災の適応の場合は、労働基準監督署へ必要書類を提出し、()病院にて労災のカルテを作成してもらう。

様式第5号を、受診病院へ提出
看護協会で、労災保険番号を確認し記入する
HCVの場合、Q型肝炎が明確であることを記入すること
書類提出について看護協会へ連絡・報告する

徳島労働基準監督署
〒770-8533
徳島市万代町3-5
徳島第2地方合同庁舎
TEL 088-622-8138
FAX 088-622-8162

鳴門労働基準監督署
〒772-0003
鳴門市撫養町南浜字馬目木119-6
TEL 088-686-5164
FAX 088-686-5165

三好労働基準監督署
〒778-0002
三好市池田町マチ2429-12
TEL 0883-72-1105
FAX 0883-72-1106

阿南労働基準監督署
〒774-0011
阿南市領家町本荘ヶ内120-6
TEL 0884-22-0890
FAX 0884-22-4373

2) ウイルス性肝炎 (A型・B型・C型・E型)

ウイルス性肝炎とは、ウイルスが原因となって肝臓に生じた炎症性疾患のことである。ウイルスの種類に応じて、A型、B型、C型、D型、E型、非A～E型、その他（サイトメガロウイルスやEBウイルスなど）の7つに分類され、原因となるウイルスに応じて感染経路（経口感染や血液による感染など）や臨床経過が異なる。ウイルス性肝炎として認識されているのは、A型、B型、C型、E型の各種肝炎ウイルスである

A型肝炎ウイルス・E型肝炎ウイルス

(1) 感染経路

経口感染で感染が成立し、急性肝炎として発症する。経口感染とは肝炎ウイルスに汚染された水や野菜、魚介類などを生で摂取することで感染が成立する。A型肝炎であれば魚介類（カキ）、E型肝炎であればイノシシなどが特徴的な感染経路として知られている

(2) 症状

A型肝炎ウイルスやE型肝炎ウイルスでは急性肝炎として発症することが多い。急性肝炎を発症すると初期の症状としては、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹痛、気分不快、肝臓の腫大に伴う腹痛などが生じる。さらに、肝炎により特徴的な黄疸の症状が急激に出現しはじめる

具体的には、皮膚や眼球結膜の黄染に加え、尿の色が暗色になることもある

(3) 治療

A型肝炎ウイルス、E型肝炎ウイルスに対しての特効薬はなく、急性肝炎の症状を呈した場合には、安静を保つことが重要である。急性肝炎の状態を血液検査等でチェックしつつ、劇症肝炎の徴候が出現していないかどうかを経過観察する

肝庇護薬が用いられることもある

(4) 予防

特化した治療がないため、おむつ交換時や食事の前の手洗いの励行など一般的予防が大切である。糞便に接触する可能性があるときは、手袋を着用する。手袋を脱いだら、石けんと流水で手洗いを行う

B型肝炎ウイルス

B型肝炎ウイルス（HBV）は主にHBs抗原陽性の血液が感染源となるウイルス性肝炎の一種である

(1) 感染経路

血液が主な感染経路であるが、血液を含んだ排泄物や分泌物などにも感染性がある。輸血・臓器移植・注射器による針刺し事故・性交渉・母子感染・汚染された環境表面（B型肝炎ウイルスは環境表面に7日間生存可能）が原因となる

(2) 症状

①急性肝炎は、発熱、全身倦怠感、その後の食欲不振や悪心、嘔吐、黄疸

②慢性肝炎は、自覚症状は少なく、全身倦怠感、易疲労感などを認める程度である

(3) 治療

- ①急性肝炎：安静、対症療法、肝庇護薬の内服など
- ②慢性肝炎：安静、肝庇護薬や抗ウイルス薬の内服、インターフェロン、ステロイド
離脱療法など

(4) 予防

- ・ B型肝炎ワクチン（HBワクチン）接種
- ・ 血液や体液に触れる可能性がある場合は、手袋やプラスチックエプロンを着用する
- ・ 床などに血液や体液がこぼれた場合は、0.5%次亜塩素酸ナトリウムで拭き取り、その後湿式清掃し、乾燥させる
- ・ 手袋の装着前後は、液体石けんと流水で手を洗い、洗った手を完全に乾燥させる

(5) 日常生活における注意点

血液の付着する可能性のある物品は個人専用とし、可能性の少ない物品は家族共用とする

例 個人専用とするもの：歯ブラシ、くし、タオル、爪切り、耳かき等

共用でよいもの：入浴、食事、化粧品、洗濯、トイレ等

衣類やシーツ等が血液や分泌物で汚染されたときは、HBe抗原が陽性の場合、流水で流した後、0.1%次亜塩素酸ナトリウム液への30分以上の浸潤→洗濯→すすぎの手順で行う

陰性なら、通常の洗濯でよい。リネンの消毒には、熱水が最も適している。70～80℃・10分間の条件で熱水洗濯機を用いた消毒を行う

C型肝炎ウイルス

C型肝炎ウイルス（HCV）に感染することで発症するウイルス性肝炎の一種である

(1) 感染経路

血液感染が主な感染経路である。輸血・臓器移植、注射器による針刺し事故・覚醒剤の注射の廻し打ちが主である

(2) 症状

- ①急性肝炎は、自覚症状は比較的乏しく、発症初期には発熱や全身倦怠感、その後の食欲不振や悪心、嘔吐がある。黄疸となる可能性がある
- ②慢性肝炎は、自覚症状は少なく、全身倦怠感、易疲労感がある程度である

(3) 治療

2014年9月からインターフェロンを使わない飲み薬の治療「インターフェロンフリー」の治療が始まり、C型肝炎の抗ウイルス治療が主流となっている

(4) 予防

B型肝炎の項を参照

(5) 日常生活における注意点

B型肝炎の項を参照

3) ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染症

HIV 感染症は、血液・体液等を介して感染し、性感染症の重要な疾患のひとつである。ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染によって、後天性免疫不全症候群 (AIDS、エイズ) を生じ、適切な治療が施されないと重篤な全身性免疫不全により日和見感染症や悪性腫瘍を引き起こす。現在では、きちんと服薬しさえすればウイルス量を測定感度以下まで抑え込むことができ、エイズへと至ることはほとんどなくなった。そのため、いかに早く診断し、適切な治療を始めることができるかが、個人にとっても社会にとってもこの感染症の拡大を抑えこむための最も重要なポイントといえる

(1) 感染経路

主な感染経路には、①性的接触、②母子感染 (経胎盤、経産道、経母乳感染) ③血液によるもの (輸血、臓器移植、医療事故、麻薬等の静脈注射など) がある。血液や体液を介して接触がない限り、日常生活では HIV に感染する可能性は限りなくゼロに近いといえる

(2) 経過

HIV 感染症は、感染初期 (急性期)、無症候期、エイズ期に分けられる。その間持続的に免疫システムの破壊が進行し、ほとんどの患者は免疫不全状態へと至る

①感染初期

HIV 感染後 2～6 週間に初発症状として、半数以上の感染者に何らかの症状が出る。発熱、咽頭痛、リンパ節腫脹、皮疹、筋肉痛、頭痛などのインフルエンザあるいは伝染性単核球賞様の症状が出現する。症状は全く無自覚の程度から、無菌性髄膜炎に至るほどの強いものまで、その程度は様々である。初期症状は数日から 10 週間程度続き、多くの場合自然に軽快する。この時期に診断ができると、その後の治療及び経過に圧倒的に有利になる

②無症候期

感染初期の症状が消失し、エイズ期に至るまでの数年から 10 年間の期間 (個人差が大きい)。症状が出ないだけで、体内では HIV が量産され CD4 陽性 T リンパ球は破壊され続けている。この無症候期を過ぎると、発熱、倦怠感、リンパ節腫脹などを発症しやすくなる。STD (梅毒、淋病、コンジローマ、クラジミアなど) や肝炎、繰り返す帯状疱疹、ヘルペス、結核や口腔カンジダなどがきっかけとなって HIV 感染が判明することも少なくない

③エイズ期

HIV 感染者の免疫機構が破綻した時期。感染後、抗 HIV 療法が行われないと HIV 感染がさらに進行し、CD4 陽性 T 細胞は急激に減少してくる。CD4 陽性リンパ球数が減少すると普通の免疫状態ではほとんど見られない日和見感染症や悪性腫瘍を発症する。また、食欲低下、下痢、低栄養状態、衰弱などが著明となる

(3) 病原診断

HIV - 1 / 2 検査法

HIV 感染症の診断は、臨床知見 (指標疾患) による臨床診断に加え、検査室レベルで

の診断が行われる。HIV 検査は擬陽性判定を除く目的でスクリーニング検査と確認検査の2段階で行われる

(4) 治療

薬物療法

HIV 感染症と診断されたら、できるだけ早く治療を開始する必要がある。エイズを発症し抗 HIV 療法をしない場合は2年以内にほぼ100%が死亡すると言われている

抗 HIV 薬は、複数の薬剤を組み合わせる治療を行う（3～4剤が1錠になった合剤が使用可能となり、1日1錠という治療が一般化してきた）。強力な抗 HIV 薬を複数併用する治療でほぼ100%効果があり、一般の人とほぼ同等の生命予後を期待できるようになっている。しかし、HIV 感染症を根治させるまでの効果は無く、生涯にわたって抗 HIV 薬の内服継続が必要である

(5) 予防

針刺し・切傷、皮膚・粘膜汚染の事故防止における標準予防策

（血液、体液、汗を除く分泌物、排泄物、損傷している皮膚、粘膜に対して適応）

- ①使用済みの注射針はリキャップせずにそのまま医療廃棄物容器に廃棄する
- ②リキャップ不要の安全装置付き注射用器材を導入する
- ③血液や体液など、これらによる汚染物、あるいは損傷している皮膚や粘膜に接触するときは手袋を着用する。手袋を外した直後は手洗いを
- ④血液や体液などで衣服が汚染されそうな時には、プラスチックエプロンを着用する
- ⑤血液や体液などの飛沫が眼、鼻、口を汚染しそうな時には、マスクやゴーグル、フェイスシールドを着用する
- ⑥血液や体液などにより汚染した環境表面は、手袋を着用しペーパータオルと消毒薬を用いて拭き取る
- ⑦血液や体液などで汚染されたリネンは、厚めのビニール袋を二重にして処理する（自治体のゴミの収集対応ルールに準ずる）

* 職業的曝露では、

■針刺し事故 0.3%（1000回に3回）

■粘膜曝露（血液が目に入る）0.09%（1万回に9回）である

* 曝露した場合は、直ちに（図4）針刺し事故対応フローチャートを参照し対応する

(p43)

4) MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)

MRSA は、methicillin - resistant Staphylococcus aureus (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) は非常にありふれた菌で、私たちの髪の毛や皮膚、鼻の粘膜、口腔内、傷口などによく付着している。しかし、黄色ブドウ球菌は、基本的に弱毒菌のため、私たちの抵抗力がしっかりあれば、特に重症化することはない。MRSA はこの黄色ブドウ球菌の仲間で、性質は黄色ブドウ球菌と同じだが、耐性遺伝子を持っており、抗生物質(菌を殺す薬)が効きにくくなっている。その為、治療が思うように進まず、重症化すると、敗血症、髄膜炎、心内膜炎、骨髄炎などに陥って死亡する事も少なくない

MRSA 感染症を起こすのは抵抗力のない人

- ・大手術の直後の患者
- ・血管内にカテーテルを長時間入れている場合
- ・長時間の抗菌薬使用患者
- ・抗がん剤使用患者
- ・免疫不全患者
- ・低体重出生児 など

MRSA は接触伝播するため、MRSA 患者のケアをした医療従事者の手を介して、抵抗力の弱い人に伝播し、MRSA 肺炎や敗血症等の MRSA 感染症を起こす事が最も大きな問題となる。抵抗力の弱い人に MRSA を伝播しないために、手指衛生は重要である

感染対策

接触感染予防策の徹底

手指消毒剤による手洗いが大切であり、医療従事者が媒介者となってはいけない。排泄ケアや褥瘡処置など血液・体液・分泌物・排泄物に触れるときには手袋を着用する。手袋をする前と外した後は、必ず手指衛生を行う。さらに、排泄物や痰などに接触することが予測される時には、プラスチックエプロンやマスクを着用する

対策例

- ・標準予防策を遵守した上で、接触予防対策を追加する
- ・バイタルサイン測定等で使用した物品や共有する医療物品は、使用后アルコール消毒を行ったあと片付ける
- ・特別の汚染がない衣類、リネン類などは、通常の洗濯、乾燥を行なう
- ・食器は別々にする必要はなく、洗浄も通常の家庭用洗剤で普通に行なう
- ・発症していなければ、入浴は特別の対応は不要である
- ・褥瘡などがある場合はフィルムドレッシングなどで密閉保護する
- ・居室の清掃や換気は通常通り行なう
- ・マットレス、布団などは、日光消毒を行なう
- ・シーツ交換をする際は、バサバサとするのではなく、ホコリが立たないように包み込むように交換する

5) 通常疥癬・角化型疥癬

ヒトヒゼンダニが皮膚の表面に寄生することによって起こる、かゆみを伴う皮膚病である

かゆみはヒゼンダニに対するアレルギーで起こる（ヒゼンダニは刺したり、吸血したりはしない）。疥癬は多彩な皮膚症状を呈することがあり、皮膚所見だけで他の皮膚病と見分けるのは困難である。疥癬と確定診断するには、原則として皮膚の一部から検鏡にてヒゼンダニを見つけることである

1) 病型

疥癬の病型には通常疥癬、角化型疥癬がある。寄生するダニの種類はどちらも同じヒゼンダニであるが、寄生数に違いがある。角化型疥癬は、免疫力が低下している人が疥癬に感染し、ダニが桁違いに増えてしまった状態である。最も大きな違いは寄生数の違いに基づく感染力の強弱である。疥癬対策を行う上で、この二つの病型の違いを知ることが大切である。なお、発症頻度は通常疥癬が大多数で、角化型疥癬はまれである

通常疥癬と角化型疥癬の違い

| | 通常疥癬 | 角化型（ノルウェー）疥癬 |
|-----------------|--|--|
| 寄生数 | 1000 匹以下 (全身で数十匹の場合が多い) | 100 万～ 200 万匹 |
| 宿主の免疫力 | 正常 | 低下している |
| 感染経路 | 接触により疥癬虫がつく。あるいは皮膚落屑についた疥癬に長時間接触していることでも感染する | 接触によるヒト→ヒト感染症 フケのような角質は多数のヒゼンダニを含んでいる可能性がある |
| 感染力 | 弱い | 強い |
| 潜伏期間 | 約 1 ヶ月間と比較的長い感染症で、高齢者では数ヶ月かかることもある | 一度に多数のヒゼンダニが感染し、増殖に必要な期間が短縮されるため発症が早くなる |
| 主な症状 | 全身、特に手指、また男性では外陰部に丘疹や小水泡、疥癬トンネル（3～6 mm の線状疹）を認めることが多い。顔・頭部に発疹が現れることはまれ | 後頭部、手、足など圧迫が加わる部分に角質の増殖を認め、皮膚が乾燥し、ぼろぼろした状態 |
| かゆみ | 激しいかゆみがある | かゆみはそれほど激しくない場合もある |
| 発症部位 | 頭部以外の全身 | 全身 |
| 皮膚所見 | ①小さな赤い丘疹、②疥癬結節 ③疥癬トンネル | 黄白色の厚い角質増殖～痂皮 爪疥癬、紅皮症 |
| 治療 | 外用療法（医師の指示による軟膏、ローション全身塗布） 内服治療 | 外用療法（医師の指示による軟膏、ローション全身塗布） 内服治療 |
| 予防対策 ケアにあたって | ・皮膚処置の際は、手袋を着用し、破棄後手洗い ・プラスチックエプロン、シューズカバーは不要 | ・患者や周囲環境との接触前に手袋、長袖プラスチックエプロン、シューズカバーなどを着用し、患者の部屋を出る前に破棄 |

疥癬への対応

| 利用者の対応 | | 通常疥癬 | 角化型（ノルウェー）疥癬 |
|------------|--------------------------------------|-------------------------|--|
| 隔離 | 個室の隔離 (隔離に当たっては利用者の同意を得て、人権に配慮する) | 不要 | 個室の隔離のうえ、治療を開始する利用者はベッド・寝具ごと移動する 隔離期間は治療開始後1～2週間とする |
| 感染対策 | 手洗いを励行する必要 (すべての感染症予防の基本) | 必要 | 必要 |
| | 個人防護具の着用（プラスチックエプロン・手袋・シューズカバー） | 不要 | 必要（但し、隔離期間のみ） 個人防護具は落屑が飛び散らないようにビニール袋に等に入れる |
| リネン類の管理 | シーツ・寝具・衣類の交換 | 通常の方法 | 外用剤を処置し、洗い流した後イベルメクチン内服の翌日 |
| | 洗濯物の運搬時の注意 (ビニール袋か蓋つきの容器に入れて運ぶ) | 必要 | 落屑が飛び散らないようにビニール袋に入れ、必要時ピレスロイド系殺虫剤を噴霧し、24時間密閉 |
| | 洗濯 | 普通の洗濯でよい | 普通に洗濯後に乾燥機を使用するか、50℃ 10分間熱処理後普通に洗濯する |
| 居室・環境整備 | 患者がいた居室に殺虫剤散布 | 不要 | 居室は2週間閉鎖するか、殺虫剤を1回だけ散布 |
| | 掃除 | 通常の方法 | 落屑を残さないように掃除機で清掃 |
| | 布団の消毒 | 不要 | 治療終了時に一回だけ熱乾燥またはピレスロイド系殺虫剤散布後掃除機をかける |
| | 車椅子、ストレッチャーは患者専用とする | 不要 | 必要：隔離解除時に掃除機をかけるか、ピレスロイド系殺虫剤散布 |
| | 患者の立ち回った場所への殺虫剤散布 | 不要 | 1回だけ必要 |
| 入浴 | | 特に対策は不要 | 入浴は最後とし、浴槽や流しは水で流す、脱衣所に掃除機をかける |
| 接触者への予防的治療 | | 雑魚寝状態なら、同居者等に予防的治療を検討する | 必要 同居者は症状の有無を問わず予防的治療を検討する スタッフは利用者との接触の頻度、密度を配慮して予防的治療を検討する |

6) 肺結核

(1) 肺結核とは

肺結核は、結核菌により主に肺に炎症を起こす疾患で、結核菌が付着した飛沫が乾燥し、5 μ m以下の小さな粒子（飛沫核）に乗って空気中に浮遊し、それを吸い込むことで感染する、空気感染の疾患である。結核が「発病」して、結核菌をたくさん「排菌」している場合（喀痰の塗抹検査で陽性の場合）は入院になり、「発病」しても「排菌」していない場合は、通院治療となる

(2) 症状

初期の症状は「かぜ」と似ているが、咳、痰、発熱（微熱）などの症状が長く続くのが特徴である。また、体重が減る、食欲がない、寝汗をかくなどの症状もある。さらにひどくなると、だるさや息切れ、血の混じった痰などが出始め、咯血や呼吸困難で死に至ることもある

(3) 診断・治療

感染については、インターフェロンガンマ遊離試験（IGRA）などにより診断できる肺結核の発症については、X線を使った画像診断（胸部レントゲンや胸部CT検査など）や喀痰の細菌検査で診断する

治療については、基本的に内服薬で3～4種類の薬剤を服用する。服用期間は、基本的に6ヵ月であるが、個人の病状や経過によって変わってくる

(4) 利用者・家族等への対応

①結核は通常、医師の指示通りに内服薬を服用すれば治せる病気である。大切なのは、医師から「薬を飲むのを止めてもいい」と言われるまで、処方通りに内服薬を飲み続けることである

咳が止まった、症状が無くなったからといって、勝手に内服薬の飲み方を変えたり、内服を止めたりすると、薬が効かない菌（耐性結核菌）ができることがある

どうしても、医師の処方の通りに服用できない場合は、速やかに医師に相談しよう
※耐性結核は、通常の治療よりも多種の内服薬をさらに長期間服用しなければならず、場合によっては外科的治療も行われる

②医師の指示の通り内服できているかどうか、直接内服している所を一緒に確認していただく等、家族のサポートも大切である

③結核を疑う利用者を訪問する場合は、N 95 マスクを着用する

N 95 マスクの着用の際は、必ずシールドチェックを行うと共に、定期的なフィットテストも必要である

・N 95 マスクが準備できない場合は、濃厚接触者とならないように、担当医と十分検討し、密閉空間を作らないために室内の換気を行う

・室内の換気を行った上で、サージカルマスクを着用し、生命維持のための必要最低限のケアを実施する

④必ず、利用者やご家族の方にもサージカルマスクをしてもらう

⑤石けんと流水での手洗い、手指消毒を行なう。咳エチケットに留意する

⑥管轄の保健所と緊密な連携を取りながら、対応する

⑦職員は定期的に胸部レントゲン検査など定期健診を受ける

7) 感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、O-157 など）

感染性胃腸炎は、病原性大腸菌やサルモネラ菌などの細菌、ノロウイルス、ロタウイルスなどのウイルスによって引き起こされる胃腸の疾患である。1年を通じて発症しているが、細菌によるものは夏場に集中し、ウイルスによるものは秋から冬にかけて流行がある

ノロウイルス

(1) 疾患の特徴

ノロウイルスは、非細菌性胃腸炎を引き起こすウイルスの一種で、小腸で感染、増殖すると考えられる。一年を通して発生しているが、特に冬期に流行する

潜伏期間は24～48時間で、主症状は、嘔気・嘔吐・下痢・腹痛等であり、発熱は軽度である

通常、これらの症状が1～2日間続いた後、治癒する。特に体力の低下した方、基礎疾患を持つ方、小児においては重症化しやすい。また、ノロウイルスは感染性胃腸炎の原因ウイルスとしてだけではなく、食中毒の原因としても重要である。感染力は非常に強く、病院や老人ホーム、保育所等での集団発生例をみることもまれではない

(2) 感染経路

ほとんどが経口感染である

一次感染（食中毒型）食品を介した食中毒

ノロウイルスに汚染された食事を摂取することで、急性胃腸炎が引き起こされることがある。食物を扱う仕事に従事する方がノロウイルスを持っていると、食事に付着する。その食物を摂取することで感染が拡大することがあり、食中毒の集団発生につながる。また、カキの中にはノロウイルスが存在することもあり、生食は特に食中毒の原因になりやすい

二次感染（ヒト→ヒト感染）

環境中や糞便、嘔吐物などに存在するウイルスを、口を通して摂取することで感染が拡大する。老人ホームや病院、保育所などにおいては、一人がノロウイルスによる急性胃腸炎を発症すると、その嘔吐物や排泄物を処理する過程で感染が拡大することがある

(3) 症状

ノロウイルスによる急性胃腸炎に伴う症状は、嘔気・嘔吐、下痢、腹痛を挙げることができる。ウイルスが体に取り込まれてから半日から2日の潜伏期間を経て、嘔吐が始まる。その後、水様性下痢が出現し、2日ほどの経過で回復に向かう

感染予防上注意すべき点は、胃腸炎の症状が消失したのちも、排便中には2～3週間程度ウイルスが排泄されているということで、そのため、症状が消失してもしばらくの間は、周囲への感染拡大を予防するために、排泄物の処理に注意を払うことが必要である

小児や高齢者においては、脱水症状が強くなることもある。脱水を見極める症状としては、尿の回数やオムツを替える回数が減った、口の周りが乾燥している、口の中が乾いている、ふらつく、意識がぼうっとしている、などである。また、ノロウイルスによる急性胃腸炎では、けいれんや腸重積、脳症などの合併症をきたすこともある

けいれんについては小児において認めることが多く、発症する危険性は必ずしも胃

腸炎の重症度とは比例せず、軽度の胃腸炎症状の場合にもけいれんを伴うこともあるため、注意が必要である

(4) 検査・診断

ノロウイルスの急性胃腸炎の診断は、臨床経過や身体診察からされることが多い。ノロウイルスの診断に際しては、便を用いた検査方法があり、遺伝子診断法（リアルタイムPCR法、LAMP法など）とイムノクロマトグラフ法がある

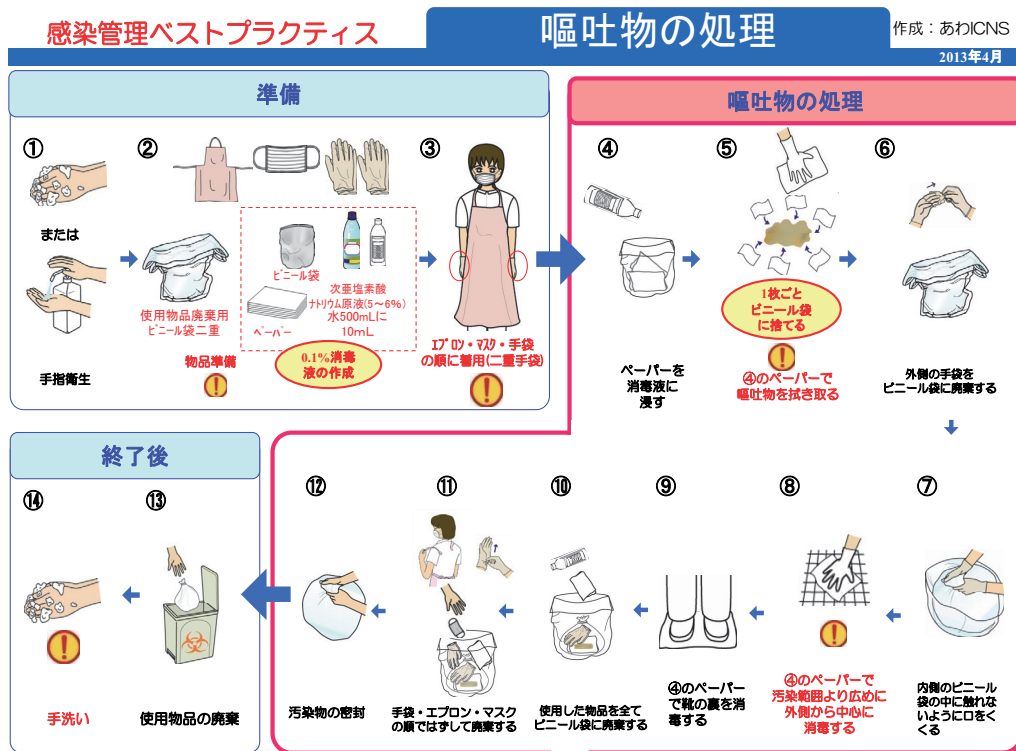
(5) 治療

ノロウイルス胃腸炎の治療では、脱水をいかに避けるかが重要である。家庭でできる重要なことは、飲めるものであれば、市販のスポーツドリンクでもフルーツジュースでも、何でも水分を少しずつ何度も飲むことである。また、ノロウイルスは感染力が強く、アルコール消毒では完全にウイルスを排除することができないため、環境中のウイルスを完全に排除するためには、次亜塩素酸ナトリウムの使用が必要となる

(6) 日常生活における注意点

- ・ノロウイルスは感染力が強いことに加えて、アルコール消毒では完全にウイルスを排除することができないので、石けんと流水での手洗いを励行する
- ・嘔吐や水様性下痢のある利用者に接触する際は、プラスチックエプロン、マスク、手袋（二重）を着用する
- ・嘔吐物や便の取り扱いについて

嘔吐物の処理（感染管理ベストプラクティス） 参照：あわCNS作成



ベストプラクティス:問題解決のための優れた実践例 赤文字:EBMIに基づき強く推奨されているところ

- ・おむつ交換や排便の介助を行った場合、おむつや手袋はベッドサイドでビニール袋に密閉し、汚染を拡大させない配慮が必要である

ロタウイルス

(1) 疾患の特徴

ロタウイルス感染症とは、ロタウイルスに感染することによって生じる胃腸炎である。ロタウイルスには、ほぼすべての小児が3～5歳になるまでに感染するといわれている

(2) 感染経路

ロタウイルスが糞口感染や接触感染によって体内に入ると、小腸の絨毛という部分に感染する。ロタウイルスは小腸の絨毛構造を破壊し、絨毛には、糖を消化したり、アミノ酸や脂肪などを吸収したりする働きがあり、この機能が失われることで正常な消化・吸収が行われず下痢を生じる

(3) 症状

感染後、1～3日の潜伏期間を経て下痢が生じ、その後に嘔吐を伴うこともある。いずれも突然発症する。便は水様で、白い便が出ることもある。症状は3～7日で改善することがほとんどである。39度以上の高熱が出ることも珍しくなく、生後間もない小児は高度の脱水になることがある。特に急性腎不全や、まれに脳炎やけいれんなどの合併症を生じることがあるため注意が必要である

(4) 検査・診断

ロタウイルス感染症の診断は、簡易検査キットを用いて行うことがある

(5) 治療

ロタウイルスに対する有効な抗ウイルス薬はなく、脱水症状の改善や解熱などの対症療法を行う。抗菌薬には効果がなく、下痢止めはウイルスの排出を妨げ、脳炎などの重い合併症を引き起こすことがあるため禁忌である

(6) 日常生活における注意点

- ・おむつ交換や排便の介助を行った場合、おむつや手袋はベッドサイドでビニール袋に密閉し、汚染を拡大させない配慮が必要である
- ・おむつ交換時や排便の介助を行った後は、石鹸と流水で手洗いをを行う

腸管出血性大腸菌感染症（O-157）

(1) 疾患の特徴

大腸菌は、家畜やヒトの腸内にも存在し、そのほとんどは害がない。しかし、中にはヒトに下痢などの症状を引き起こす大腸菌があり、病原性大腸菌と呼ばれている。病原性大腸菌は約170種類あるが、そのうちベロ毒素を産生し、出血を伴う腸炎や溶血性尿毒症症候群（HUS）を起こすものは‘腸管出血性大腸菌’と呼び、代表的なものはO-157、O26、O111などがある

(2) 感染経路

飲食物を介する経口感染がほとんどで、菌に汚染された飲食物を摂取するか、患者の糞便で汚染されたものを口にすることで感染する。特に生肉（レバーやユッケ）からの感染例は多い。生肉だけでなく、牛たたき、ローストビーフなど生に近い状態で口にする食品も原因となっている。二次感染の場合、その患者が調理をすることで食

べ物自体に菌が付着してしまうほか、タオルの共有やお風呂などを介して感染する可能性もある。O-157は感染力が強く、少数の細菌数で感染が成立しやすいため、家族の1人が感染してしまうと要注意である

(3) 症状

症状は、無症候性から軽度の下痢、激しい腹痛、頻回の水様便、さらに、著しい血便とともに重篤な合併症を起こし、死に至るものまで様々である。多くの場合は、感染して4～8日間の無症状の期間を経て、激しい腹痛をともなう頻回の水様便の後に血便が出現する（出血性大腸炎）。発熱は軽度で、血便の初期には血液の混入は少量であるが、次第に増加し、やがては血液そのものという状態になる。患者の6～7%では、発症数日後から2週間以内に、溶血性尿毒症症候群、または脳症などの重症な合併症が発症する場合があります、溶血性尿毒症症候群（HUS）を発症した患者の致死率は1～5%とされている

(4) 検査・診断

便にO-157がいるかどうかを調べるために、便の細菌検査を行う。ベロ毒素の検出、病原体の種類の確認も行う。下痢が長引いたり、血便が出ていたりする場合には、溶血性尿毒症症候群が起こっている可能性もあるため、尿検査や血液検査で腎機能、血尿の有無もチェックする。便を用いてO-157抗原またはベロ毒素を検出するための便中抗原検査を行う。さらに培養検査でO-157を発見し、ベロ毒素をつくっていることが判明すると、O-157感染症であると診断する。血液検査では、赤血球や白血球、血小板の数を調べる。さらに、腎臓や肝臓の機能が低下していないかどうかも検査する

(5) 治療

対症療法としては、整腸剤を使用し、水分補給、安静を心がけることが主である。溶血性尿毒症症候群を合併した場合は、血液透析や血漿交換療法などの積極的な治療が必要となる。症状によっては抗菌薬が処方されるケースもある

(6) 予防 日常生活での注意点

食品を十分加熱すること、調理後の食品は食べること、調理時に手指をよく洗うことで予防が可能である。特に生野菜などはよく洗うようにする。牛肉などの食肉は十分に加熱することが大切である（中心部を75℃で1分以上の加熱）。ほとんどの菌は加熱によって死滅するため、肉や魚はもちろんのこと、野菜も加熱することで安心して食べることができる。水は浄水器を使用するなど、体内に取り込むものには十分注意する

家族に発症した患者がいる場合は、下痢などで汚れてしまった下着等の取り扱いに十分注意することで、二次感染を防ぐことができる

8) インフルエンザ

(1) インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスにより引き起こされる急性ウイルス性疾患で、感染経路は咳やくしゃみなどで発生する飛沫を吸入することによる**飛沫感染**や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で目や口、鼻を触れることにより粘膜からウイルスが侵入することによる**接触感染**である。症状は急に発症する 38℃以上の発熱、頭痛、感染痛などに加えて、咽頭痛、鼻汁、咳などが出現する

潜伏期間は1日～5日（平均3日間）であり、通常症状は約1週間で軽快するが、乳幼児、高齢者、基礎疾患をもつ人では、気管支炎、肺炎などを併発するなど重症化する場合がある

「インフルエンザ」と「風邪」の症状の違い

| | インフルエンザ | 風邪 |
|-------|-----------------------------|---|
| 症状 | 高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、せき、のどの痛み、鼻水など | のどの痛み、鼻水、鼻づまり、くしゃみ、せき、発熱（高齢者では高熱でないこともある） |
| 発症 | 急激 | 比較的ゆっくり |
| 症状の部位 | 強い倦怠感など全身症状 | 鼻、のどなど局所的 |

(2) 感染対策

◆利用者や家族がインフルエンザを発症している場合や同様の症状がある場合は、訪問前からサージカルマスクを着用してケアを実施する

◆うがい、手洗いの励行が重要である

□やのどに吸い込んだ病原体を洗い流すためにうがいを行う。うがい薬を用いる場合もあるが、通常は水道水で十分な効果がある。実施するタイミングは、出勤時、業務終了時、帰宅時、食事の前後などである

うがいの方法

- ① 1回目のうがい：口の中の有機物を除去
「ぶくぶくうがい」を30秒、水道水は20ml程度
- ② 2回目のうがい：水道水を口に含み上を向いて、「がらがらうがい」20秒程度
「あ」と「お」の口を交互にのどの奥までうがいをする
- ③ 3回目のうがい：2回目のうがいと同様に行う



◆人ごみはできるだけ避ける

発症後7日間はウイルスを排出していると言われている。最低でも解熱後2日間は自宅で様子を見て、その後外出する際にはマスクをして他人にうつさないよう気をつける

◆栄養と休養を十分取る

インフルエンザと診断されたら、安静にして十分な休養をとり、できれば熱が下がるまで、必要最小限の活動（トイレや食事）以外は寝ている事が望ましい

熱が高い場合、こまめな水分補給が必要である。お茶やお水だけでは体に必要なミネラル分が摂れないので、イオン飲料や経口補水液等で水分補給を行う

◆室内の適度な湿度を保つ（湿度 50～60%くらい）

インフルエンザウイルスは低温・低湿度の条件で、増えていく。このため、出来るだけ室温を 20～25℃、湿度を 50～60%程度に保つようにする。1～2時間に1回程度は換気する事も大切で、口腔内や咽頭の乾燥を防ぐためには、マスクが効果的である

◆マスクを着用する

◆流行前にインフルエンザワクチンを接種する

ワクチン接種による免疫の防御に有効なレベルの持続期間は、5ヶ月間ほどである。

また、通常の流行期は1～2月であるので、接種時期は12月上旬までが望ましい

(3) 高熱への対処

高熱（38.5℃以上）が続いて食事や水分が十分に取れない場合は脱水の危険もあり、体力が必要以上に奪われ抵抗力が落ちてしまう。このような場合は、医師に処方された解熱剤を使い、市販の解熱剤を使用する際には、必ず医師または薬剤師に相談する。解熱剤を使う以外の方法として、クーリングがある。腋窩や足の付け根など太い動脈が通っている部分を保冷剤や氷水等で冷やすと解熱効果が期待できる

9) 新型コロナウイルス感染症

(参照：新型コロナウイルス感染症対応マニュアル)

7. 職員の健康管理

【在宅ケアにおける感染予防の特徴】

訪問看護師は、自分自身が利用者等に病原体を持ち込む可能性があることを認識する必要がある。しかし、利用者は、複数のサービスを受けている場合が多いため、感染症を発生した場合は、家族や多職種、他事業所と連携し感染対策を検討する必要がある

また、家族がケアを行うことも多いため、家族に感染経路の遮断について指導を行うことも訪問看護師の役割といえる

訪問看護師自身も日頃の体調と変化がある場合は、無理をして出勤せず、また、管理者や職員も休暇が取りやすい職場づくりが重要である

1) 日常の健康管理

(1) 入職時の確認

職員の入職時に、感染症の既往や予防接種の状況、B型肝炎、流行性ウイルス疾患（風しん・麻しん・流行性耳下腺炎・水痘）等の抗体価の状況を確認しておくこと、感染症流行時に役立つことがある。予防可能な疾患のワクチンについては接種を勧奨する。また、常勤雇用する職員については、雇入時の健康診断として胸部エックス線検査を実施することになっている

(労働安全衛生規則第43条)

(2) 日常の健康管理

普段から、職員には咳エチケットと手指衛生を励行し、ケアを提供する現場では標準予防策の徹底が大切である。また、体調がすぐれないときに躊躇なく相談や連絡ができる報告体制の構築や休養が取れる職場環境づくりが重要である

職員が感染症を疑う症状がある場合は、事業所等の実情を踏まえた上で、感染力がなくなるまで就業停止の検討をする必要がある。感染した状態での就業は、病原体を利用者や他の職員にも広げるリスクが極めて高いため、完治するまで休養させることは、本人の健康回復と、感染対策や感染経路の遮断に有効な方法といえる。なお、就業の停止は就業規則との整合をはかるよう留意が必要である

また、職員の家族が感染症に感染している場合は、職員自身も自己の健康に気を配り、早めに管理者等に相談する。既に症状がある場合は、速やかに受診する。症状がなくても、感染症の潜伏期の場合があるため、一定期間は体温測定やマスク着用など、自身の健康管理を徹底するとともに、必要に応じて休暇の取得や利用者との接触がない業務への配置など管理者等は調整が必要である

(3) 定期的な健康診断

事業者は、常勤職員に対し、定期的健康診断を行う義務がある（労働安全衛生法第66条第1項）。非常勤職員や派遣職員を含めたすべての職員に、定期的な健康診断を受診するよう推奨する。また、職員は、健康診断を受ける義務がある（労働安全衛生法第66条第5項）。健康診断を受けない場合は、職員は事業者から処分される場合もある。ボランティア等、施設内の事業に関わる人には、市町村が実施する健康診断を受けてもらう方法もある

健康診断を受診することは、職員自身の健康管理面だけでなく、利用者の安全面からも必要である。研修等を通じて、職員自身が日頃から自分の健康管理に注意を払うよう、啓発をする必要がある（労働安全衛生法第4条）

(4) ワクチンによる予防

ワクチンで予防可能な疾患については、職員は可能な限り予防接種を受け、感染症への罹患を予防し、事業所内での感染症の媒介者にならないようにすることが重要である。ワクチンに対するアレルギーがある場合は接種ができない者や、中にはワクチンを打っても免疫がつかない者もいる。予防接種を受けることができない者には、一般的な健康管理を強化する

| | |
|--------------------|---|
| インフルエンザワクチン | 毎年接種することが推奨される |
| B型肝炎ワクチン | 医療処置をする者の場合は、採用時まで接種することが推奨される |
| 麻しんワクチン 風しんワクチン | これまでになかったことがなく、予防接種も受けていない場合は、入職時まで接種することが推奨される また、感染歴やワクチンの接種歴が明確でない場合は、抗体検査を行って免疫の有無を確認しておくことが望ましい |

事業所で予防接種を実施する場合は、職員に対して、予防接種の意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供する
また、接種をする職員に、円滑に接種がなされるように勤務時間内の接種や接種費用について配慮が望まれる

(5) 職業感染対策

職業感染対策の基本は、標準予防策（スタンダードプリコーション）の徹底やワクチンの接種であるが、ワクチンのない疾患やワクチンがあっても接種できない場合があるため、職員が利用者の血液などの体液に直接触れた場合に備えた対策が必要である。事例としては、利用者に噛まれて皮膚損傷した場合や利用者の血液などの体液が職員の、目に入った場合、医療処置の際の針刺し事故などが考えられる

管理者等は、感染症発生時の緊急報告の体制や医師による適切な処置（感染リスクの評価、暴露部位の洗浄、予防薬の投与の必要性の判断、予防薬の投与、経過観察、治療等）を受ける体制整備が重要である

緊急時の初動の体制は、その後の経過に大きく影響するため、日頃から体制を整え、「いつでも・だれでも」対応できる準備が必要である

(6) 過重労働防止・メンタルヘルス対策（労働安全衛生法から）

近年、長時間労働や仕事のストレスによる健康障害が深刻化している。また、上司等のいじめ・パワーハラスメントによるメンタル不調も増えており、職員の心身の健康管理とともに、職場全体で働く環境の整備に取り組むことが重要である

事業所が講ずべき対策

①過重労働による健康障害防止

脳・心臓疾患に係る労災認定基準で示されている労働時間の評価

②健康診断の実施と事後措置

1年以内ごとに1回（深夜業等の従事者については6か月ごとに1回）

③長時間労働者の面接指導

一定の長時間労働者については、時間外・休日労働時間等に応じて、医師による面接指導を実施、あるいは面接指導に準じた措置を講ずる努力義務が課せられている

④職場におけるメンタルヘルス対策

メンタルヘルスケアを進める際の留意点を参考に推進する

「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の策定（平成18年3月31日公表）

⑤ストレスチェック制度

心理的な負担の程度を把握するための検査で、常時50人以上の労働者を使用する事業所は、医師、保健師等によるストレスチェックの実施が義務付けられている

⑥産業医制度の見直し・産業保健機能の強化

医学専門的な立場の産業医が、より効果的な活動を行いやすい環境を整備するため、産業医の権限・業務の明確化、労働者への周知、産業医の健康管理に必要な情報の提供義務等、労働者の健康確保対策に実効性を持たせる仕組みの新設

⑦労働者の健康情報の適正管理

事業者は、労働者の健康情報を適正に管理するために必要な措置を講じなければならない

8. 引用・参考文献

- ・「オールカラー改訂2版 訪問看護師のための在宅感染予防テキスト
ー『アセスメントツール』 & 『そのまま使える説明シート』がダウンロード：できる！」
NPO 法人 HAICS 研究会、PICS プロジェクト編著、MC メディカ出版 .2020
- ・千葉大学病院「病院感染予防対策パーフェクト・マニュアル」
猪狩英俊監修、石和田稔彦、井上智香子、千葉均責任編集、株式会社 診断と治療社。
2015
- ・「これだけは知っておきたい！在宅での感染対策 訪問看護のための基本と実践」
押川眞喜子編著、坂本史衣著 日本看護協会出版会 .2008
- ・公益社団法人茨城県看護協会：感染症マニュアル
<https://www.ina.or.jp/wp-content/uploads/2015/09/e81c3cbd6938b4f62b04cf5dceb1ad2d.pdf>
- ・環境省：在宅医療廃棄物の処理に関する取組推進のための手引き
https://www.env.go.jp/recycle/misc/gl_tmwh/main.pdf
- ・厚生労働省 手洗いポスター「マメに手洗い」
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/dl/poster25b.pdf>
- ・国立感染症研究所ポスター「手洗いで感染予防」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000334134.pdf>
- ・厚生労働省：ノロウイルスに関する Q & A
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/syokuchu/kanren/yobou/040204-1.html
- ・サラヤ 福祉ナビ「感染症の基礎知識」 <https://pro.saraya.com/fukushi/kansen/kiso/>
- ・公益社団法人徳島県看護協会：新型コロナウイルス感染症対応マニュアル
- ・厚生労働省：「インフルエンザ施設内感染予防の手引き（平成25年11月改定）」
- ・厚生労働省：労働安全衛生法
- ・国立感染症研究所エイズ研究センター「AIDS(後天性免疫不全症候群)とは」
- ・医療法人社団 予防会「HIV 感染症と AIDS について」

参 考 資 料

【利用者向け説明シート】

| | |
|--------------------------|----|
| 1) 手洗いについて | 64 |
| 2) 感染予防に関する配慮（標準予防策）について | 65 |
| 3) MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌） | 66 |
| 4) 通常疥癬 | 67 |
| 5) 角化型（ノルウェー）疥癬 | 68 |
| 6) 肺結核 | 69 |
| 7) ノロウイルス | 70 |
| 8) インフルエンザ | 72 |
| 9) 新型コロナウイルス感染症 | 73 |

手洗いに関するご利用様及びご家族の皆さまへのお願い

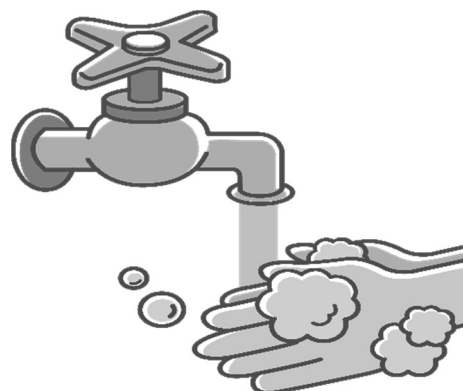
◆ 手洗いについて

私たちは、ご利用者様およびご家族の皆さまに、安全で快適なケアを提供することを常に心がけています。そのためには、感染予防に対する配慮が必要となります

感染予防の考え方には、皆さまを感染から守るため、又、私たち自身が感染を媒介しない、つまり、病原体を「外から持ち込まない、外へ持ち出さない」ためには、手洗いをさせていただくという行為が必要となります

訪問看護ステーションよりタオルや石けんを持参いたします

ご利用様・ご家族の皆さまにはこの点をご理解していただき、手洗い場を提供していただきますようお願いいたします



何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

感染予防に関する配慮（標準予防策）について

◆ 標準予防策について

私たち訪問看護ステーションの職員は、ご利用様およびご家族の方々に、安全で快適なケアを提供することを常に心がけています。そのためには、感染予防に対する配慮が必要となります

感染予防対策として、科学的にも根拠がある方法として提唱されているのが、「すべての人の血液、体液（汗を除く）、分泌物、排泄物、粘膜、損傷のある皮膚は感染性があると考えて対策を行う」という標準予防策（スタンダード・プリコーション）があります。検査により「感染症である」と診断されている人は、実際に感染している人の一部に過ぎず、診断されていない人への対策が重要となってきます

標準予防策の実際には、手指衛生（手洗い・手指消毒）、个人防护具（マスクや手袋、エプロンなど）、環境整備、器材の管理、医療廃棄物の処理方法などの対策があります

そこで、皆さまを感染から守るため、また、私たち職員が感染を媒介しないために、必要に応じて、「手洗いを行う」、「手袋やエプロンを着用してケアを行う」などをさせていただきます

ご利用様およびご家族の皆さまには十分ご理解頂き、ご協力頂きますようお願い申し上げます



何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) 感染症・または保菌と診断を 受けられたご利用者様・ご家族の方へ

◆ MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) について

MRSA は、人の鼻や皮膚などに常在する黄色ブドウ球菌が抗菌薬に抵抗力を持った(薬剤耐性菌)微生物です。保菌(菌は持っているが体に害はない)状態では治療の必要はありませんが、感染症(菌が体に害を与える)を発症した場合は治療が必要になります

健康な人や正常な抵抗力を持っている人には無害です。ご家族の方などが病気を起こすことはほとんどありません。家の中では特に問題はありませんが、訪問や入浴サービスに順番が変わる場合があります

◆ 感染対策について

1. 手洗いについて

手洗いをしっかりと行って下さい

特に、感染源(痰など)に触れた後には励行して下さい

2. 訪問スタッフの対応について

訪問スタッフを介して他の利用者様にうつさないように、訪問スタッフはマスク・手袋・エプロンの着用をさせていただきます

ケア終了後は石けんと流水で手洗いをさせていただきます。手洗いができない場合は、アルコール消毒剤で手指を消毒させていただきます

3. 身の回りの環境について

ベッド周りでよく手がふれるところは消毒用エタノールで十分に拭いてください

(ベッド柵、床頭台、テーブル、引き出しの取っ手、ドアノブなど)

4. 洗濯について

使用したリネンの洗濯は、特別な消毒や他のご家族と分けて洗濯する必要はありません
家庭用の洗剤を使用した通常の洗濯をしてください

5. 入浴サービスあるいはデイケアなどの施設を利用する場合について

MRSA を保菌しているなど、現在の状態をお申し出ください

他施設の利用をする場合は、MRSA が検出されている部位を覆う(喀痰から検出されている場合はマスクを着用する、排泄物から検出されている場合は漏れないようにおむつをする)ことで周囲環境の汚染を防ぐようにしてください

6. 面会の制限について

乳幼児や抵抗力の弱い方は感染の危険性が高いので、接触後は手洗いを徹底してください

何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

通常疥癬と診断を受けられたご利用者様・ご家族の方へ

◆ 疥癬について

疥癬は、「ヒトヒゼンダニ」と呼ばれるダニの一種が、皮膚の角質層に寄生することにより発生します。強いかゆみを伴う小さな赤いブツブツや小さなしこりがあり、指の間、手首、肘、臍の周り、足、外陰部に発生します

密接な皮膚の接触（添い寝、マッサージなど）によりヒトからヒトへ感染をします。約1ヶ月から2ヶ月の期間をおいて症状が出てきますので、疥癬を発症した利用者様と接触の機会があった方は、皮膚の症状に注意していただき、皮膚科を受診し、他の方につらいようにすることが必要です

◆ ご利用者様へ

1. 訪問スタッフの対応について

訪問スタッフを介して他の利用者様にうつらないように、訪問の順番を最後にさせていただきます。また、お世話をするときは、手袋やガウン、スリッパの着用をさせていただきます

2. 他の方との接触について

治療を開始すると、寄生するダニの数や感染力は急速に低下します。医師の指示に従い、治療はじめの時期は、他の方との接触や外出はお控えください

3. 室外に出るときは手洗いをしっかりとしましょう

◆ ご家族の方へ

1. ご家族の方も皮膚の症状にご注意ください

疥癬がうつると、約1ヶ月から2ヶ月の期間をおいて症状が出てきます。皮膚にかゆみや小さな赤いブツブツなどがないか気をつけていただき、早めに皮膚科に受診してください

2. 着替え・洗濯

毎日寝衣を着替え、まめに洗濯して下さい。洗濯物は、ビニール袋か蓋付の容器に入れて運ぶようにして下さい。洗濯方法はご家族の方とは別にし、普通の洗濯をしてください
布団、シーツなどはゆっくり動かして下さい(たたかないようにする)

3. 疥癬と診断されたご家族との衣類やタオルの共用は避けてください

4. 1日1回、紙パック式掃除機をかけてください(着替えのあと)

5. 食事した後の食器は、普段通りにして下さい

6. 手洗いをしっかりとしましょう

何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

角化型(ノルウェー)疥癬と診断を受けたご利用者様・ご家族の方へ

◆ 角化型(ノルウェー)疥癬について

疥癬には、普通の疥癬と角化型疥癬(ノルウェー疥癬)の2つの臨床病型があります。寄生するダニの種類は同じですが、数が異なります。角化型疥癬は、抵抗力が低下したヒトが疥癬に感染し、ダニの数が通常よりも桁違いに増殖してしまった状態です。寄生数が多いぶん、通常の疥癬よりも感染力が強いのが特徴です

普通の疥癬は、密接な皮膚の接触(添い寝、マッサージなど)がない限りうつることはありませんが、角化型疥癬の場合は、短時間の接触だけでもうつることがあります。また、一度に多数のダニに接触するため、症状が出る期間も短くなり4~5日で通常疥癬として発症することもあります

◆ 利用者様へ

1. 訪問スタッフの対応について

訪問スタッフを介して他の利用者様にうつらないように、訪問の順番を最後にさせていただきます。また、お世話をするときは、手袋やプラスチックエプロン、スリッパ(シューズカバー)の着用をさせていただきます

2. 他の方との接触について

治療を開始すると、寄生するダニの数や感染力は急速に低下します。医師の指示に従い、治療はじめの時期は、他の方との接触や外出はお控えください

◆ ご家族の方へ

1. 皮膚科への受診について

角化型疥癬は、寄生するダニの数が多いため、感染力が強くなっています。症状がなくても、うつる可能性が高い方には、医師の判断で予防的に治療を行うことがありますので、他の方にうつらないようにする為にも早期に皮膚科への受診をお勧めします

2. 洗濯について

洗濯物は、ビニール袋か蓋付の容器に入れて運ぶようにしてください。洗濯方法は、ご家族の方とは別にします。洗濯方法は、①50℃以上の熱湯で10分間熱処理後洗濯する、②普通に洗濯をしたあとアイロンをかけるようにしてください。洗濯ができないものは、アイロンがけや天日干し、またはビニール袋に密閉して1週間程度放置してください

3. お掃除について

皮膚から剥がれた落屑が感染の原因になるため、ごみパック式掃除機をまめにかけてください。また、感染者の入浴は最後とし、浴室や脱衣所のお掃除をしてください

何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

肺結核(または肺結核の疑い)の診断を受けられた ご利用者様・ご家族の方へ

排菌している場合は入院になりますので、入院時に病院から説明があります。

◆ 肺結核について

肺結核とは、かつては多くの人の命を奪った病気ですが、現在では適切な治療を受けることで治る病気となりました。しかし、喀痰に結核菌が出ている場合(排菌がある)は、極めて感染性が強いので、排菌がないこと、または治療により排菌がなくなったことが確認されるまでは、感染に注意が必要です

排菌のある人の咳で飛び散る小さな水滴には結核菌が含まれていて、これが空気中を漂いこの空気を吸った人の肺に吸い込まれ、新たな感染を起こします。この感染を空気感染と言います

◆ 感染対策について

1. 個室の使用

結核は空気感染により伝播するので、ご利用者は個室管理を行う必要があります
窓を開けて、適宜 換気を行ってください

2. マスクの着用について

個室での療養中は普通に過ごしていただいてもいいですが、外出や人と会話をするときには、サージカルマスクを着用してください

訪問スタッフがご利用様のご自宅に訪問する際は、結核菌を通さない特殊なマスク(N95マスク)を着用する場合がありますのでご了承ください

3. 喀痰の処理

痰は感染源になるため、痰が出たときは周りに飛び散らないようティッシュにとり、速やかにビニール袋に捨ててください。痰が手に付いたら、手洗いをしてください

4. 洗濯について

家庭用の洗剤を使用した通常の洗濯をしてください

5. 接触の制限

乳幼児・小児、抵抗力の弱い方は感染の危険性が高く、できるだけ接触・面会を避けていただくようにご注意ください



何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

ノロウイルスまたは疑いのあるご利用者様・ご家族の方へ

◆ ノロウイルスについて

ノロウイルスは、感染性胃腸炎や食中毒の原因となるウイルスです。一年中を通して発生しますが、特に冬季に流行します

ノロウイルスに汚染された手指や食品などを介して口から体内に入り、1日から2日後に激しい吐き気や嘔吐、腹痛、下痢(水様便)が起きますが、頭痛、上気道炎など、風邪に似た症状もあります。これらの症状は1日から3日でおさまりますが、ひどい下痢が続いた場合、脱水症状になることもあり、医療機関での処置が必要になる場合もあります

便には2週間ほどウイルスが含まれますので、感染者はトイレの後に十分な手洗いが必要です

◆ 嘔吐物や排泄物の取り扱いについて

嘔吐物や排泄物には、大量のウイルスが含まれています。ノロウイルスは乾燥すると埃と共に空中に漂い、これが口に入って感染することがあるので、嘔吐物や排泄物を乾燥させないことが感染防止に重要です

下記のとおり、嘔吐物等の処理を行ってください

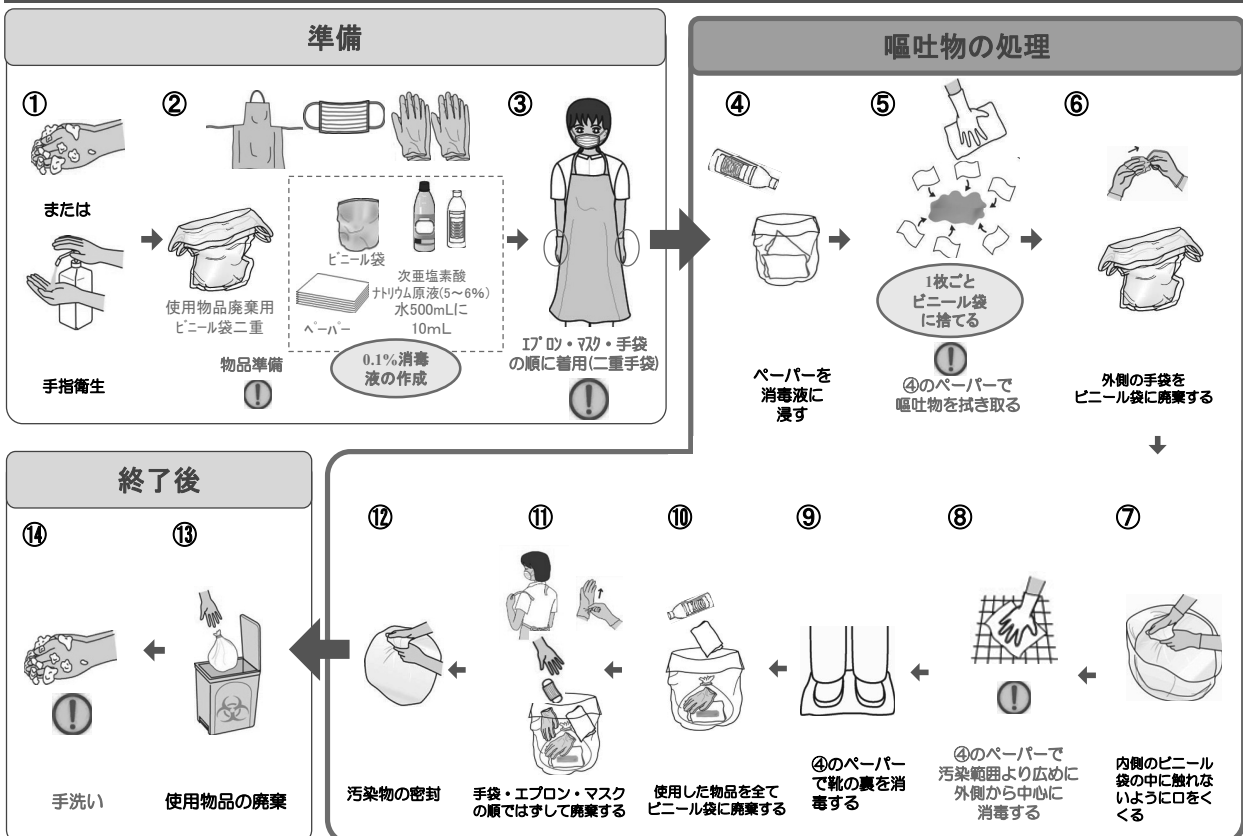
処理をした後は、十分に石けんと流水で手を洗ってください

感染管理ベストプラクティス

嘔吐物の処理

作成：あわICNS

2013年4月



ベストプラクティス: 問題解決のための優れた実践例

❗ 赤文字: EBMに基づき強く推奨されているところ

◆ 消毒液の作り方

消毒液は、台所用塩素系漂白剤（ハイター、ブリーチなど）で簡単に作ることができます
次亜塩素酸ナトリウム消毒液は日光と空気に触れる時間が長いと殺菌効果が弱まるため、作り置きをしないで少量ずつ作りましょう。調整する際は、直接手に付かないように手袋とマスクを着用してください。また、塩素系漂白剤に酸素系のものを混ぜると有毒な塩素ガスが発生するので、混ぜないようにご注意ください

●嘔吐物、排泄物の処理に使用

塩素濃度が0.1%になるように使用します。500mlの水に、家庭用塩素系漂白剤（原液濃度が5%の場合）をペットボトルのキャップ2杯（原液約10ml）入れます

●リネン、環境（ドアノブや便座など）の消毒に使用

塩素濃度が0.02%になるように使用します。2.5lの水に、家庭用塩素系漂白剤（原液濃度が5%の場合）をペットボトルのキャップ2杯（原液約10ml）入れます

◆ 下痢便の処理について

おむつ交換時は、プラスチックエプロン、マスク、手袋（二重）を着用してください。使用後のおむつ類はビニール袋で密封し、処理してください。処理をした後は、十分に石けんと流水で手を洗ってください

トイレ使用の場合、換気し、便座や周囲の環境を十分に清掃し、消毒してください

普段から流す前にトイレのふたを閉めることを習慣化しましょう。感染者の使用後、すぐ他の人が入らないように、トイレ清掃をしてから使用するよう心がけましょう

◆ トイレの清掃について

トイレの清掃は、次亜塩素酸ナトリウムを含む消毒液で、汚染リスクが少ない順に、

①ドアノブ→②トイレトーパー保持器→③スイッチ類→④流水レバー→⑤便座のフタ（外側、特に先端）→⑥便座のフタ（内）→⑦便座（外→内）→⑧便器の内部に清掃します

◆ 嘔吐物や排泄物が付着したリネンの洗濯について

そのまま洗濯機で洗うと洗濯機にウイルスが付着し、他の衣類も汚染されてしまいます

まず、手袋とマスクを着用し、リネンに付着した汚物を取り除いた後、洗剤を入れた水の中で静かに洗います。次に下洗いしたリネンを、85℃以上の熱水で1分間以上浸けるか次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度0.02%）で消毒をしてください。次亜塩素酸ナトリウムには漂白作用がありますので薬剤の使用上の注意を確認してください

何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

インフルエンザと診断されたご利用者様・ご家族の方へ

◇ インフルエンザについて

インフルエンザは、インフルエンザウイルスによって引き起こされる呼吸器感染症です。潜伏期間は1～4日（平均2日）で多くの場合1週間程度で治りますが、乳幼児や高齢者、基礎疾患を持つ方の中には、肺炎の併発や基礎疾患の悪化を招く場合があります。

「インフルエンザ」と「風邪」の症状の違い

| | インフルエンザ | 風邪 |
|-------|-----------------------------|---|
| 症状 | 高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、せき、のどの痛み、鼻水など | のどの痛み、鼻水、鼻づまり、くしゃみ、せき、発熱（高齢者では高熱でないこともある） |
| 発症 | 急激 | 比較的ゆっくり |
| 症状の部位 | 強い倦怠感など全身症状 | 鼻、のどなど局所的 |

◇ インフルエンザ予防の3原則について

- 1 感染経路を絶ちましょう
 - ・人混みを避けましょう
 - ・外出時はマスクをつけましょう
 - ・うがい、手洗いを忘れないようにしましょう
 - ・適度な湿度を保ちましょう
- 2 抵抗力をつけましょう
 - ・十分な睡眠をとりましょう
 - ・バランスのよい食事を摂りましょう
 - ・適度な運動をしましょう
- 3 免疫力をつけましょう
 - ・ワクチン接種を受けましょう

◇ 感染対策について

- 1 感染経路をキチンと把握します
感染経路は「飛沫感染」および「接触感染」です。しっかり手洗い・消毒し、感染をストップします。マスクを着用し、しっかり予防します。
- 2 「咳エチケット」を励行してください。
咳・くしゃみの際はティッシュなどで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけ1m以上離れます。鼻汁・痰などを含んだティッシュをすぐに蓋付きのごみ箱に捨てましょう。咳をしている人にはマスクの着用を促しましょう。



何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

新型コロナウイルス感染症あるいは感染症の疑いのある ご利用者様・ご家族の方へ

◆ **新型コロナウイルス感染症について**

新型コロナウイルス感染症は、重症急性呼吸器症候群（SARS）や中東呼吸器症候群（MERS）の病原体と同じ動物由来のコロナウイルスで、ウイルス性の風邪ウイルスとは異なります。感染から発症までの潜伏期間は、1～14日（多くは5～6日）で、飛沫感染と接触感染により感染します。空気感染は起きていないと考えられますが、閉鎖した空間・近距離での多人数の会話等には注意が必要です。ご自宅で療養する場合、看護する方はうつらないように気をつけましょう

◆ **注意すべき感染経路について**

飛沫感染

感染した人の咳やくしゃみのしぶき（飛沫）に含まれるウイルスを吸い込むことによる感染です。咳やくしゃみが直接人にかからないよう、マスクやティッシュ等で口と鼻を覆う等の「咳エチケット」が効果的です

接触感染

ウイルスの付着した手で、目・口・鼻を触ることによる感染で、手すり、ドアノブ、スイッチ類など接触頻度の多い箇所はより注意が必要です。予防するには、手洗い・消毒が効果的です

◆ **感染の予防や気を付けること**

1. 看護する人を決めましょう
可能であれば、看護する人を一人決めましょう
2. 看護する時は、マスクや手袋を着用しましょう
 - ・看護する時は、不織布製の使い捨てマスクを着用しましょう
 - ・嘔吐物など汚染物を処理する時は、手袋も着用しましょう
3. 看護する方や同居者の方も毎日朝夕、体温を測定しましょう
 - ・感染の疑いがある場合には、まず身近な「かかりつけ医」に電話相談し、受診や検査の指示を受けるようにしてください
4. 利用者様が休養する環境を整えましょう
 - ・家族や周りの方にうつさないよう、個室で休養しましょう
 - ・利用者様にはマスクを着用してもらい、マスクは一日一枚程度交換しましょう
 - ・利用者様の近くにゴミ箱を置き、鼻水や痰のついたティッシュなどをすぐにゴミ箱に捨てられるようにしましょう
 - ・利用者様が使うタオルやコップなどは、他の家族と分けましょう
5. 看護した後は、マスクや手袋をはずし、手を洗いましょう

6. ゴミの捨て方に気を付けましょう
 - ・利用者様が使用したティッシュやマスク、看護の際に使用したマスクや手袋等のゴミを捨てる時は、ビニール袋などに入れ、しっかり口を縛って捨てましょう
 - ・ゴミをまとめた後は、手を洗いましょう
7. 利用者様が使った食器や衣類は、通常通りに洗えます
 - ・通常の洗剤を使用して、他の家族のものと一緒に洗うことができます
 - ・利用者様が使った衣類等を触った後は、手を洗いましょう
8. 利用者様やご家族がよく触れる場所を清掃・消毒しましょう
 - ・利用者様やご家族がよく触れる場所(机、ドアノブ、スイッチ、階段の手すり、テーブル、椅子、トイレの流水レバー、便座等)を中心に、清掃・消毒しましょう
 - ・水と洗剤による拭き取り清掃か、消毒剤による拭き取り消毒を行いましょ
 - ・清掃・消毒作業をした後は、手を洗いましょう
 - *消毒剤は、次亜塩素酸ナトリウムや消毒用エタノール等が有効です
 - *消毒剤を使う場合、消毒剤を浸したペーパータオル等による拭き取り消毒を行いましょ
 - *消毒剤の噴霧は、不完全な消毒やウイルスの舞い上がりの可能性があるため、避けましょ。また、換気をするほか、使用上の注意をよく読んで使いましょ
 - ・清掃・消毒作業をした後は、手を洗いましょ

何か心配な点、ご不明な点などがあればいつでもお尋ねください

年 月 日

〇〇訪問看護ステーション

< 監 修 >

藤 田 洋 子 徳島県立海部病院
感染管理認定看護師

<作 成 者>

宮 本 小由里 公益社団法人徳島県看護協会
徳島県訪問看護支援センター長

伊 達 朋 子 公益社団法人徳島県看護協会
徳島県訪問看護支援センター

瀬 尾 澄 子 //

島 谷 明 美 //

邊 見 知恵子 公益社団法人徳島県看護協会
地域ケア部門統括

訪問看護ステーションのための感染予防対策マニュアル

発 行 令和3年3月

発行者 公益社団法人徳島県看護協会 徳島県訪問看護支援センター

〒770-0003 徳島市北田宮1丁目329-18

電 話 088-631-5544

ファクシミリ 088-632-1084

E-mail sien.center@tokushima-kangokyokai.or.jp

