

感染対策マニュアル



呼吸器感染症編

～ みんなで取組む感染対策 ～

接触感染



飛沫感染



塵埃感染

備北地域保健対策協議会

感染症対策専門部会

目次

I.	呼吸器感染症と初期対応について	1
II.	呼吸器感染症の特徴について	
1.	インフルエンザ	2
2.	マイコプラズマ感染症	3
3.	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	4
4.	結核	5
5.	アデノウイルス感染症	6
6.	ヘルパンギーナ	7
7.	手足口病	8
III.	呼吸器感染症の治療薬について	
1.	インフルエンザ治療薬	9-10
2.	リレンザ・イナビル使用に際しての注意点	11-14
3.	溶連菌の治療薬	15
4.	こどものおくすりについて	16
5.	こどもの発熱について	17
IV.	感染対策について	18-19
V.	結核患者対応について	20-23
VI.	インフルエンザ患者対応について	24-31
VII.	消毒薬について	
1.	呼吸器感染症の主な病原微生物について	32
2.	病原微生物別消毒薬濃度一覧	32-34
3.	消毒薬の特徴について	35-36
4.	市販されている消毒薬の商品名一覧	37
5.	消毒薬の希釈方法について	38
6.	一般的な注意事項	39-40
7.	消毒薬（原液）の開封後の有効期限について	40
VIII.	参考文献	42

I. 呼吸器感染症と初期対応について

呼吸器感染症は、細菌・ウイルス等の微生物によって引き起こされます。いわゆるかぜ（上気道感染症）の病原微生物はウイルスが大半で、季節によって流行するウイルスは異なります（※）。また、頻度は少ないですが、細菌等ではA群溶連菌、インフルエンザ桿菌、肺炎マイコプラズマ、クラミドフィラニューモニエ（旧クラミジア肺炎）、百日咳などがあります。また、気管支炎や肺炎（下気道感染症）を引き起こす微生物も多く存在します。かぜをこじらせて、気管支炎や肺炎になることもあります。そして、結核菌も忘れてはいけない重要な微生物です。様々な呼吸器感染症を引き起こす微生物に感染しないために、厚生労働省は、咳や鼻づまり、鼻汁、痰が出る等の呼吸器症状のある人に対して、『咳エチケット』を行うように勧めています。

※ 冬季はインフルエンザウイルス、秋から冬にかけてはRSウイルス、初夏～初秋にはヘルパンギーナを代表としたエンテロウイルス、初春～夏にかけてはアデノウイルスが多いと言われています。

呼吸器症状のある方は・・・

1. せき・くしゃみ・痰などの呼吸器症状、発熱・咽頭痛・鼻水・頭痛・関節痛・筋肉痛等があれば、他の人にうつさないために、マスクを着用しましょう（サージカルマスク（※）というマスクは防御効果が高いです）。もしマスクを持っていない場合は、ティッシュなどで口と鼻を覆い、周囲の人から顔をそむけましょう。
2. 鼻水・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨てましょう
3. マスクを外した後・ティッシュを捨てた後は、石けんやハンドソープを使って最低15秒以上しっかり手洗いをしましょう（手のひらだけでなく、手の甲や指の間、手首まで洗いましょう）。
4. 周囲の人から1～2 m以上離れましょう。
5. 外出後、手洗い・うがいをしましょう。

それぞれの疾患別に対策は異なりますが、原因が判明するまでの間は、症状に応じた上記の対応を行うことが重要です。

インフルエンザ



症状

突然の発熱（38℃以上）で始まり、悪寒・頭痛・咳・鼻づまりなどが起こります。発熱は3日程度続き、その後解熱します。
肺炎球菌・ブドウ球菌などの細菌が二次感染することがあり、注意が必要です。冬季（12月～3月ごろ）に流行が見られます。

診断

綿棒で鼻腔などをぬぐって、迅速診断キットで検査を行います。
ただし、検査が陰性でもインフルエンザを完全に否定することは出来ませんので注意が必要です。周囲の流行状況も参考にして診断します。
迅速診断キットは、発症後12～24時間経たないと陽性になりません。
抗ウイルス剤は、発症後48時間以内の投与が望ましいとされていますので、**医療機関の受診は発症後12～48時間がよいと思われます。**

感染経路

主として感染者の咳やくしゃみの飛沫を浴びることによって感染します。
（飛沫感染）
鼻汁などの分泌物に触れることによっても感染します。（接触感染）
潜伏期は2～4日です。
発症後2～5日間はウイルスの排泄があるため注意が必要です。

治療

症状に応じた治療（対症療法）を行います。
必要に応じて解熱剤や抗ウイルス薬の投与を行います。
細菌による二次感染が起こった場合は、抗菌薬を投与します。

ワクチン

インフルエンザの流行前に、ワクチンを接種しておくことが推奨されます。

届出

指定届出機関（インフルエンザ定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出ることになっています。

出席停止期間

発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまでは出席停止となります。（学校保健安全法）

マイコプラズマ感染症



症状

頑固な咳と発熱が主な症状です。家族内や集団内流行を認めることもあります。学童～若年成人における肺炎の主要な原因微生物の一つです

診断

問診や臨床症状、血液検査にて診断します。

感染経路

マイコプラズマの感染経路は主として感染者の咳やくしゃみの飛沫を浴びることによる飛沫感染です。

治療

マイコプラズマに対しての治療法はマクロライド系抗菌薬、テトラサイクリン系薬、経口ニューキノロン系薬が有効です。最近では、これまでよく用いられていたマクロライド系薬に対して耐性のマイコプラズマが多く検出されてきています。マクロライド系薬を内服していても熱が下がらない場合は、薬剤耐性の可能性を考え、治療薬の変更が必要となります（ミノサイクリン等）。熱が下がらない場合は、再度医療機関へ受診しましょう。

届出

指定届出機関（小児科定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出ることになっています

その他

学校保健安全法の出席停止の対象ではありませんが、症状がある間は自宅療養が望ましいです。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

症状

のどの痛みや発熱、倦怠感、頭痛などが起こります。
のどや舌が赤く腫れるのが特徴です。
二次的にリウマチ熱（心臓弁膜などへの障害）や急性糸球体腎炎を起こすことがあります、注意が必要です。

診断

上記の症状に加えて、綿棒で咽頭をぬぐった検体で検査を行い、診断します。
迅速診断キットや培養により、A群溶血性レンサ球菌を検出します。

感染経路

感染者の唾液や鼻汁への接触により感染します。（接触感染）
感染者の咳やくしゃみの飛沫を浴びることによっても感染します。（飛沫感染）
潜伏期は2～4日です。
適切な治療を行えば、24時間以内に感染性はほぼ消失しますが、未治療では数週から数か月に渡って咽頭に残ります。

治療

抗菌薬による治療を行います。
再発防止やリウマチ熱の予防のため、処方されたお薬はきちんと飲みましょう。

届出

指定届出機関（小児科定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出ることになっています。

学校保健法

学校保健安全法の一疾患です。
抗菌薬による治療開始後24時間を経て
全身状態がよければ登校可能です。



結 核

症状

2週間以上続く咳・痰・血痰・微熱・倦怠感・体重減少などがあります。
主に肺に感染しますが、脊椎や腸など、肺以外のところから菌が見つかることもあります。

診断

上記症状や胸部レントゲン検査、採血による検査などから結核を疑い、
喀痰や気管支洗浄液から結核菌を見つけて確定します。

感染経路

空気中に漂っている結核菌を吸い込むことにより感染します(空気感染)
潜伏期は数カ月～数十年です。
症状があり、かつ**周囲への感染防止のため必要と認められる場合は保健所により入院の勧告あるいは措置**が行われます。
結核菌を保有しなくなるまで、大勢の人に接触する業務への就業が制限されます。

治療

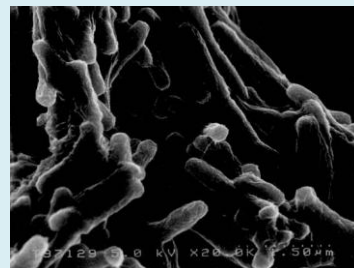
抗結核薬を、決められた期間、確実に内服し続けることが重要です。
途中で勝手に服用をやめると、治らないばかりか耐性菌を生む結果となります。

届出

診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届出をします。
患者だけでなく、無症状の病原体保有者についても届け出る必要があります。

職員検診

結核患者に接触する可能性のある医療従事者は、あらかじめインターフェロング
(クオンティフェロン®)などの検査を行っておくことが望ましいです。



アデノウイルス感染症



症状

アデノウイルスは呼吸器系の症状だけでなく、ウイルス性結膜炎・胃腸炎等、様々な症状を起こすかぜのウイルスです。アデノウイルス感染症は、年中発生（夏に多い）し、乳幼児、小学生に多く発生します。突然の高熱（39℃以上の発熱、1日の間に40℃と37℃の間を上がったたり下がったりの弛張熱）で発症し、5～6日間熱が持続することが多いです。他の症状は、のどの痛み、頭痛、腹痛、下痢やリンパ節が腫れることもあります。潜伏期は5～7日です。

診断

綿棒で咽頭（目・便）をぬぐって、迅速診断キットで検査を行います。
また、周囲の流行状況も参考にして診断します。

感染経路

主として感染者の咳やくしゃみの飛沫を浴びることによる飛沫感染や便・鼻汁などの分泌物に触れることによる接触感染が感染経路です。また、家庭でのタオルを介しての感染や学校内での集団感染の報告があります。症状が出る2日前から他の人へうつります。

治療

アデノウイルスに効く特効薬はなく、特別な治療方法はありません。
経過観察を含め、症状に応じた対症療法となります。

届出

指定届出機関（小児科定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出るようになっています。

その他

学校保健安全法における学校伝染病の一つであり、発熱、咽頭炎、結膜炎などの症状が消失後2日間経過するまでは登校禁止となります。

ヘルパンギーナ



症状

発熱（38℃以上）と口の中に発赤・水疱ができるのが特徴です。
症状として、咽頭痛，口腔内の痛み，それに伴う食欲不振，全身倦怠感，嘔吐などが挙げられます。
（7月が流行のピークとなるので夏かぜの一種ともされています）
2～4日で熱は下がります。

感染経路

飛沫感染（咳やくしゃみの飛沫による感染）や接触感染（鼻汁などの分泌ものに触れることによる感染），糞口感染（便中に排泄されたウイルスが口の中に入って感染）です。潜伏期は2～7日です。治った後も、長期間便からウイルスが排泄される為、石けんと流水による手洗いと排泄物の処理に十分な注意が必要です。

治療

ヘルパンギーナに特効薬はなく、特別な治療方法はありません。
経過観察を含め、症状に応じた対症療法となります。

届出

指定届出機関（小児科定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出ることになっています

その他

学校保健安全法の出席停止の対象ではありませんが、症状がある間は自宅療養が望ましいです。

手足口病



症状

感染してから3～5日後に、口の中、手のひら、足底やおしり、ひざ等に小さな水疱ができます。発熱は高くても38℃台で、患者の4割は発熱を認めない場合もあります。その他の症状として、口腔内の痛みに伴う食欲不振や咽頭痛があります。ほとんどは数日間のうちに治る病気です。

(7月に流行のピークとなるので夏かぜの一種ともされています)

感染経路

飛沫感染（咳やくしゃみの飛沫による感染）や接触感染（鼻汁などの分泌ものに触れることによる感染）、糞口感染（便中に排泄されたウイルスが口の中に入って感染）です。潜伏期は2～7日です。治った後も、長期間便からウイルスが排泄される為、石けんと流水による手洗いと排泄物の処理に十分な注意が必要です。

治療

手足口病に特効薬はなく、特別な治療方法はありません。経過観察を含め、症状に応じた対症療法となります。まれに脳炎を引き起こすこともあります。

届出

指定届出機関（小児科定点）は、翌週の月曜日までに最寄りの保健所に患者発生数を届け出ることになっています

その他

学校保健安全法の出席停止の対象ではありませんが、発熱がある間は自宅療養が望ましいです。

Ⅲ 呼吸器感染症の治療薬について

1. インフルエンザ治療薬

抗インフルエンザ薬はインフルエンザウイルスの増殖を抑える目的で使われます。

A 型インフルエンザの M2 タンパクと結合しその機能を阻害するものとしてシンメトレルがありますが B 型インフルエンザへの効果はなくまた中枢神経系や消化器系の副作用や耐性を生じやすいため現在使用されることはほとんどありません。

ノイラミターゼ阻害剤はノイラミターゼによりウイルスが感染細胞表面から遊離するのを阻害しウイルスの増殖を抑えます。A 型及び B 型インフルエンザの両方に効果があり経口薬、吸入薬、注射薬とあります。以前から使用されているノイラミターゼ阻害剤としてリレンザとタミフル、比較的最近発売されたノイラミターゼ阻害剤としてラピアクタ、イナビルがあります。また新しい作用機序としてポリメラーゼ阻害薬(商品名ファビピラビル)が開発中です。

抗インフルエンザ薬

- ◆ 抗インフルエンザ薬はウイルスを殺す薬ではなくウイルスの増殖を抑える薬であるため症状発現後 4 8 時間以内の使用が有効です
- ◆ タミフル・リレンザは必ず 5 日間使用しましょう

抗インフルエンザ薬と異常行動

薬との因果関係は不明ですが抗インフルエンザ薬使用後に異常行動などの精神、神経症状*が小児、未成年者に多く発現したとの報告があります。万が一の事故を防止するためにもインフルエンザと診断されてから少なくとも 2 日間は抗インフルエンザ薬使用の有無に関わらず小児、未成年が一人にならない配慮が必要です。

* 異常行動などの精神・神経症状

普段と違うとっぴな行動をとる、うわごとを言ったり興奮したりする、幻覚が見える、妄想、意識がぼんやりする、意識がなくなる、意識が混濁する、けいれん等

主な抗インフルエンザ薬

商品名	剤形	適用	用量	主な副作用	備考
タミフル	内服薬	成人・小児	1日2回 5日間 成人 1回 1カプセル 幼小児 1回 2mg/kg	腹痛 下痢 嘔気 嘔吐	苦味が強く、湿気やすい ○混ぜると飲みやすいもの チョコアイス ヨーグルト ココア イチゴ味ヨーグルト オレンジジュース スポーツドリンク ×一緒に飲むと味が変わり飲みにくいもの 乳酸菌飲料 バニラアイス りんごジュース
リレンザ	吸入薬	成人・小児	1日2回 5日間 1回 2ブリスター	下痢 嘔気 嘔吐 味覚異常	薬は円盤状のアルミシート（ディスク）に包装されておりディスクに4つの凸部分（ブリスター）があり各ブリスター内に薬が入っている。リレンザ専用の吸入器にディスクを装着して吸入する
イナビル	吸入薬	成人・小児	1日1回 成人・10歳以上の小児 1回 40mg(2容器) 10歳未満 1回 40mg(1容器)	下痢 胃腸炎 蕁麻疹	薬が充填された容器から直接吸入する 1容器の2ヶ所に薬が充填されている
ラピアクタ	静注	成人・小児	1日1回 成人 1回 300mg 小児 1回 2mg/kg	下痢 嘔吐 発疹	

リレンザ®を吸入する前に

インフルエンザにかかると、発熱や頭痛（38℃以上）、
咳、喉痛などにより体力が低下している場合があります。
リレンザを吸入する際には、椅子やベッドに
座るなどリラックスした状態で吸入し、
吸入後は安静にしてください。



1回2プリスターを1日2回5日間吸入
（発熱時に強い場合は1回2プリスターを1日1回10日間吸入）

吸入しましょう。

吸入前にプリスターに薬剤が入っていることを
目視で確認してください。

5 プリスターに穴を開けます。

吸入前を本機に接続し、①穴を開くまでプスタを前後に立てます。
これにより、プリスターの上蓋、下蓋ともに密封状態にして
薬剤（薬液）は上下方向、蓋下のトレーに落ち、薬を吸入できる
状態になります。プリスターに穴が開いたら、②プスタを回します。



穴をあけます

6 薬を吐き出します。

薬がこぼれないように、
吸入前を本機に接続したまま、
吸入前を少し傾けて薬を吐き出します。



吸入の準備をします。

1 カバーをはずして、トレーを引出します。

トレーを引出す際に、
白いトレーを引出します。



2 トレーを取りはずします。

白いトレーの裏面にあるギザギザのクリップを
指でつまみ、トレーを本機から取りはずします。



3 薬（プスタ）をのせます。

プスタの凸部分
を白いトレーの4つの穴に
はめるようにします。



4 トレーをもどします。

白いトレーを本機にかさねて
指ですまみしめします。



吸入前と蓋
前は、「薬液のフラスコ（プスタ）」に接続されています。
プスタには、薬液のフラスコ（プスタ）があり、
各プスタに薬液が入っています。薬を吸入する際には、
吸入前（プスタ）を接続します。詳しくは、
「吸入の準備をします」の「吸入前（プスタ）を接続する」をご覧ください。



重要事項
この薬は1日にプリスター2つの吸入が必須です。
用法は必ず守ってください。
「用法に詳しい説明書」1冊（別冊）を必ずお読みください。
吸入前に、「吸入前（プスタ）」を接続し、
吸入後に、「吸入後（プスタ）」を接続してください。
吸入前（プスタ）は、薬液のフラスコ（プスタ）に接続し、
吸入後（プスタ）は、薬液のフラスコ（プスタ）から薬液を吸入します。
吸入前（プスタ）と吸入後（プスタ）の両方を、
必ず毎日1回ずつ吸入してください。吸入前（プスタ）と吸入後（プスタ）の両方を、
必ず毎日1回ずつ吸入してください。吸入前（プスタ）と吸入後（プスタ）の両方を、
必ず毎日1回ずつ吸入してください。

この薬は1日にプリスター2つの吸入が必須です。

8 2つめの吸入準備をします。

白いトレーを接続したまま、
手で押さえて、薬液が落ちるまで
吸入前（プスタ）を少し傾けて薬を吐き出します。



5〜7 をくりかえす。

2つめの薬を吸入します。



インフルエンザに関する最新情報、及びお薬の最新情報などは、お薬のウェブサイトからご覧いただけます。 <http://www.mhl.go.jp> | 薬事局はここから <http://www.mhl.go.jp/drug/daiv1>



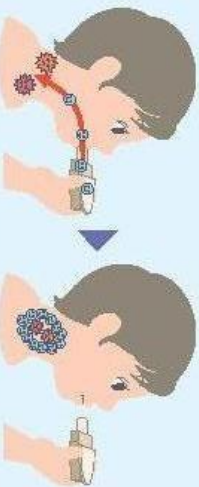
リレンザ®を処方された保護者の皆さんへ

インフルエンザウイルスは
のどや気管支の粘膜で増殖します



インフルエンザウイルスは、くしゃみや咳、痰をするときに飛沫核などでおおしき
す。のどや気管支の粘膜に増殖したウイルスは、急激に増殖し、24時間以内にはひとつ
のウイルスが約100万個にもなるといわれています。

リレンザ®はインフルエンザウイルスが
増殖する気道で効果を発揮します



リレンザ®は、吸入することでインフルエンザウイルスが増殖する気道にお薬を直接
届け、ウイルスの増殖を抑えます。右の「お子様に吸入させるお水イベント」を参
照に、お子様にお薬をしっかりと吸入させることが大切です。

お子様に吸入させるときのポイント



吸入口に向かって
息を吹きかけないように
してください。



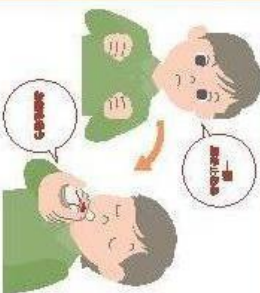
吸入時に吸入器を
傾けないようにしてください。

吸入は保護者の方が一緒に



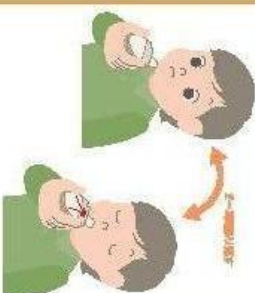
吸入の際は、保護者の方が吸入器を
お子様の口元まで運び、吸入させて
ください。

吸う前に一瞬止める！



お子様が「吸入すること」がわかり
にくいときは、息をかるく吐かせた後、
一瞬息を止めてから吸入器をくわ
えさせ、お薬を吸わせるリズムで
吸入ができます。

吸いきれないときは、
繰り返し吸う



お子様の場合、一度でお薬を吸いき
れないことが多いので、2〜3回繰り返
し吸わせてください。
※吸入器の杯にお薬がなくなっていることを
確認してください。



きちんと吸入ができれば、お子様
を促めてあげてください。促める
ことで、お子様の吸入に対する苦
手意識が少なくなります。

吸う時には、深呼吸のように肺に
空気を送り込むことを意識させ
るように、教えてあげてください。

「リレンザ®」の吸入法に関するお問い合わせ | 各都道府県・市町村の保健所

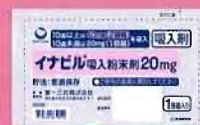
TEL: 0120-832-4008 (9:00~18:00/土日祝日も受付) FAX: 0120-951-0477 (受付時間)

アステルファーマ株式会社 | 大阪府大阪市淀川区

アステルファーマ株式会社
大阪府大阪市淀川区
1-1-1

イナビル®を吸入しましょう

深呼吸をして、リラックスした状態で吸入しましょう。



ご使用の直前に
開封してください

10歳以上



2容器で1回分

10歳未満



1容器で1回分

A お薬を集める



薬剤トレーを
スライドさせない
状態で軽く
“トントントン”と叩き、
容器内のお薬を下に
集めます。



B ①の吸入準備 ▶ ①を吸入



ラベルをはがさずに
薬剤トレー①を
矢印方向へ
端までしっかりと
スライドさせます。



吸入口をくわえて
「スーッ」と大きく吸い、
2～3秒息を止めた後、
吸入口に息を
吹きかけないように
ゆっくりと息を吐きます。

C ②の吸入準備 ▶ ②を吸入



次は
薬剤トレー②を
矢印方向へ
端までしっかりと
スライドさせます。



吸入口をくわえて
「スーッ」と大きく吸い、
2～3秒息を止めた後、
吸入口に息を
吹きかけないように
ゆっくりと息を吐きます。

D 元の状態に戻す



薬剤トレー①を
スライドさせて、
必ず元の状態に
戻してください。

E お薬の吸い残しをなくすために、もう一度 A～C を繰り返してください

吸入時のポイント

- 軽く息を吐いてから
吸入口をくわえると、
スムーズに
吸入できます。



吸入時の注意点

- 吸入口に息を
吹きかけないで
ください。
- 空気孔を
ふさがらないで
ください。



F

10歳以上

2つめの容器を吸入する

操作は1つめの容器と同様です

2容器吸入したら、
イナビルによる治療は終わりです



F

10歳未満

これで
イナビルによる
治療は終わりです

イナビル[®]を処方されたみなさま、 保護者のみなさまへ



必ずお読み
ください

はじめに イナビル[®]は「吸入型(口から吸入)」のインフルエンザのお薬です

イナビルは、容器に入ったお薬(1回分)を吸うだけで
インフルエンザウイルスの増殖を抑えることができる「吸入型」のお薬です。
(容器内には粉状のお薬が入っています)

10歳以上
40mg(2容器)を1回分として吸入



2容器で1回分

これでイナビルによる
治療は終わりです

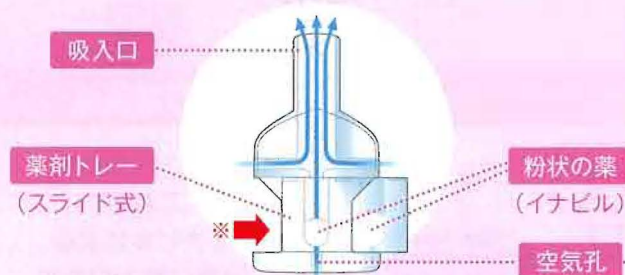
10歳未満
20mg(1容器)を1回分として吸入



1容器で1回分

これでイナビルによる
治療は終わりです

吸入容器の構造(吸入時のイメージ)



薬剤トレーのラベルをはがさず矢印方向に
しっかりと端までスライドさせて、片方ずつ吸入します。

吸入容器の持ち方



吸入時は、底にある空気孔を
ふさがないように持ってください。

● 吸入型のお薬のメリット ●



インフルエンザウイルスは
「のど」や「気管支」で
増殖します



吸入型のイナビルは、
ウイルスが増殖する「のど」や
「気管支」に直接届いて、
ウイルスの増殖を抑えます



※ 小さなお子さまの場合等は、
薬剤トレーのスライドが難しいことがありますので
ご協力をお願いいたします。

イナビルの吸入方法については、裏面をご覧ください。

3. 溶連菌の治療薬

A 群溶血レンサ球菌と呼ばれる細菌が主にのどに感染することで発熱（38～39℃）やのどの痛みを引き起こす子供に多い病気です。検査で溶連菌と分かれば抗生剤とともに解熱剤やのどの痛みをやわらげる薬などで治療が行われます。

◆抗生剤の服用期間

- ・通常はペニシリン系抗生剤を約10日間服用します
- ・ペニシリン系抗生剤にアレルギーがある場合はセフェム系抗生剤を約7日間服用します（幼児がセフェム系抗生剤を長期間服用すると低血糖をおこしやすいため注意が必要）
- ・薬を服用後、2～3日で熱が下がりのどの痛みもやわらぎますが確実に溶連菌を退治し重大な合併症（リウマチ熱や急性糸球体腎炎）を引き起こさないためにも抗生剤は決められた期間服用して下さい

◆再発

溶連菌感染症は抗生剤できちんと除菌しないと繰り返しかかってしまうおそれがあります。また子供だけでなく大人がのどに保菌している場合もあります。

このため子供が治療をうけて治っても家族内でうつしあってしまい再度感染することもあります。

家族内で一人が溶連菌感染症と診断されたら家族全員で検査をうけるとよいでしょう。

◆解熱剤

主にアンヒバ、アルピニー、カロナールなどが使用されます
(10～15mg/kg)



4. こどものおくすり

◆上手なおくすりの飲ませ方

- ・少量の微温水でくすりを練って上あご又はほほの内側に塗りつけ水分を流し込んであげる
- ・少量の微温水で溶かし、スプーンやスポイドでなるべく口の奥に入れてあげる*¹
- ・一口で飲み込める量の食品に混ぜてあげる*²
(ココア、練乳、バニラアイスクリームなど)
- ・くすりの苦味やにおいを包みこむ服薬ゼリーやオブラートを利用してみる
- ・水薬は泡立たないように上下にゆっくり振りましょう

*1 溶かしたらすぐに飲ませてあげる（放置しない）

*2 ボツリヌス症の危険があるので一才未満の乳児にはハチミツはやめましょう

◆オブラート

- ・外側を水でぬらしてとろみをだすと口のなかでくっつかず飲みやすくなります

◆服薬ゼリー

- ・開封後は最初に出てくる水分を捨ててから使用します
- ・ゼリーに薬を混ぜるのではなく、ゼリーの上に薬をおきさらにその上をゼリーでたっぷりと包むようにして使用します

◆食品や飲み物との混合時の注意点

おくすりの中には酸性の食べ物や飲み物*³に混ぜると薬のコーティングが溶けてしまうため苦味がでて飲みにくくなったり、おくすりの効果が下がってしまうものがあります

服薬ゼリーを使う場合も中性のものを選ばないとかえって飲みにくくなってしまうので購入時は店員によく確認しましょう

*3 オレンジなどの柑橘系ジュース・スポーツドリンク・乳酸菌飲料・ヨーグルトなど

ここに記載したものは目安となるものです。
実際にはこどもさんの味覚や好みによって異なります。
おくすりの会社によっては飲ませ方の冊子があります。
詳しくは処方を受けた医療機関にご相談下さい。

5. こどもの発熱

発熱は最もよくみられる症状で体温は年齢、測定部位、測定方法、環境温度などにより差があります。通常は38℃以上を発熱したととらえることが多いようです。発熱時は解熱剤で熱を下げる方法もありますが保冷剤などで太い血管が通っている足の付け根、わきの下、首まわりなどを冷やすのも効果的です。

解熱剤を使うタイミングとしては特に医師からの指示がなければ機嫌が悪く、ぐったりしている状態を目安にするとよいでしょう。

こどもの解熱剤として最もよく使われるのはアンヒバ、アルピニー、カロナールなどで通常最低6時間以上空けて1日3回までの使用となります。また解熱剤には痛みを和らげる作用もあるので熱が低くても痛みで寝つけなかったり、機嫌が悪ければ使用しても構いません。

違う種類の坐薬を使用する場合は使用する順番や2個めを使うまでに間を空ける必要があるため薬をもらった医療機関に相談するとよいでしょう。



IV. 感染対策について

呼吸器感染症の症状には、咳・くしゃみ・痰・鼻水・熱などがあります。咳・くしゃみで感染原因菌は1～3メートルも飛散し、周囲の人の鼻や口から侵入してしまいます（しぶき飛沫による感染）。

そのため患者や周囲の人から相互に感染を防ぐには、口・鼻をしっかり覆うマスクの着用や、周囲環境へ付着している原因菌が伝播する事（接触による感染）を防ぐ手洗い（手指衛生）などの対策が必要です。

①咳エチケット：しぶきから守る

- ・せき、くしゃみをするときはティッシュ・ハンカチ等で口・鼻を押さえ、周りの人から顔をそむけてする。
- ・せき、くしゃみ、発熱のある人はサージカルマスク※¹をする。（できれば担当する周りの人もサージカルマスクを着用して飛沫からの感染を予防する。）
- ・せき、くしゃみ、鼻水、痰、発熱などの呼吸器疾患の症状のある人とは1メートル以上はなれて座る、またはベッドの間隔は1メートル開けて配置する。
- ・咳や痰を出すときにはティッシュを使い、ティッシュを使った後や落ちているティッシュを触った後は必ず手洗い（手指衛生）をする。
- ・使用後のティッシュはふた付きのゴミ箱かビニール袋の中に捨て、密封する。

< 正しいマスクの着用方法 >

針金部分を
鼻梁にあてて
曲げフィット
させる

鼻・口・顎を
確実におおうように
プリーツを伸ばし、
あごまで広げて使用
する

はずす時は表面に触らないように
ゴム紐を持ってはずす

注※1. サージカルマスク：P23 インフルエンザ患者対応の『サージカルマスクとは？』を参照

②手洗い（手指衛生）：手についた細菌やウイルスを洗い流す

手指を抗菌薬入り石けんで洗い静菌する、または手指消毒剤を使って行う手洗い方法です。正しい方法でタイミング良く洗いましょう。

1) 流水手洗いの注意点

※流水と抗菌石鹸で洗い流す

まず流水で手を濡らし、ポンプをしっかりと1プッシュして石けんを取り、泡立てる

1. 30秒間石鹸を使って洗う
2. 蛇口はペーパータオルを使って閉める
3. ペーパータオルで水分をしっかりと拭き取り乾燥させる
4. ゴミ箱に触れないようにペーパータオルを捨てる



2) 擦式アルコール手洗の注意点

※擦式アルコールをこすり込む

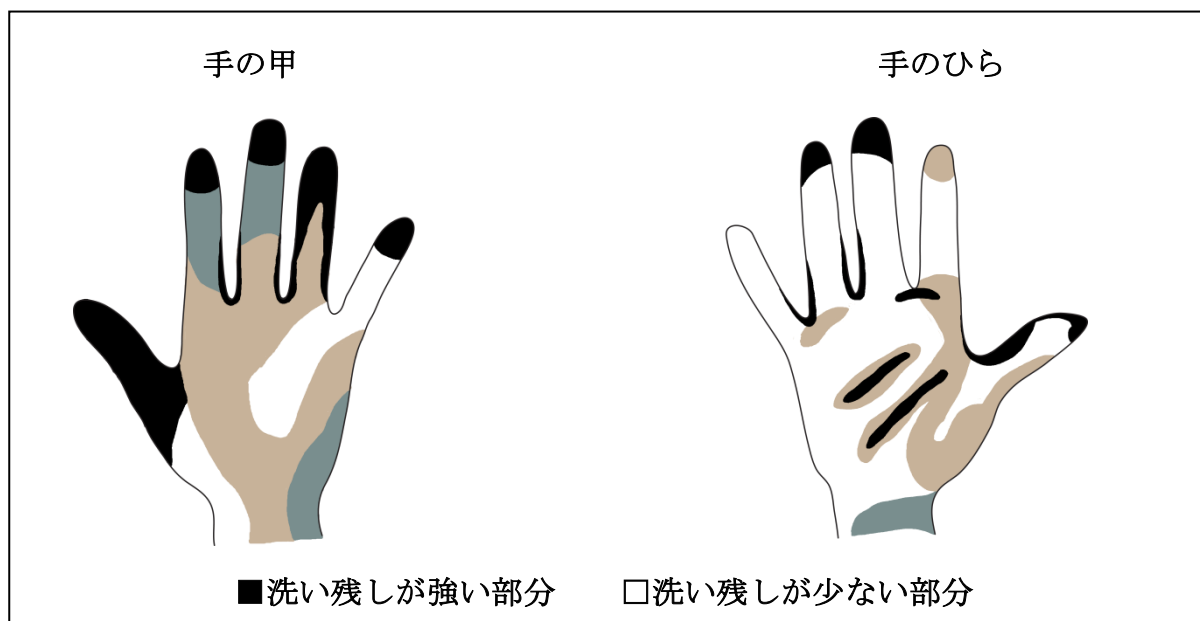
1. まずポンプをしっかりと1PUSHして薬液を手のひらに受ける
2. 15秒間手に擦りこむ

※かならず爪の先を薬液に浸してから他の部分に移ること

※途中で乾燥してしまったら薬液を追加して続けて刷り込むこと



手洗いの洗い残ししやすい部分を知り、その部分をていねいに洗いましょう。



<正しい手洗い方法とタイミング>

鼻水や痰などに触れた後の手洗いは流水石鹸手洗いを行い、手指に付着した有機物（多量の病原菌が含まれています）を洗い流します。このような有機物が付着していなければ、擦式アルコールによる手洗いを行いましょう。

※ 擦式アルコール製剤は、保湿剤を含んでいるため、数回手洗いを行うとべたつきが出てきます。べたつきは糊の状態になりかえって有機物を付着させやすくなります。擦式アルコール製剤で2～3回手洗いを行った後は、一度流水手洗いを行い、保湿剤を洗い流しましょう。

5. 結核患者対応について

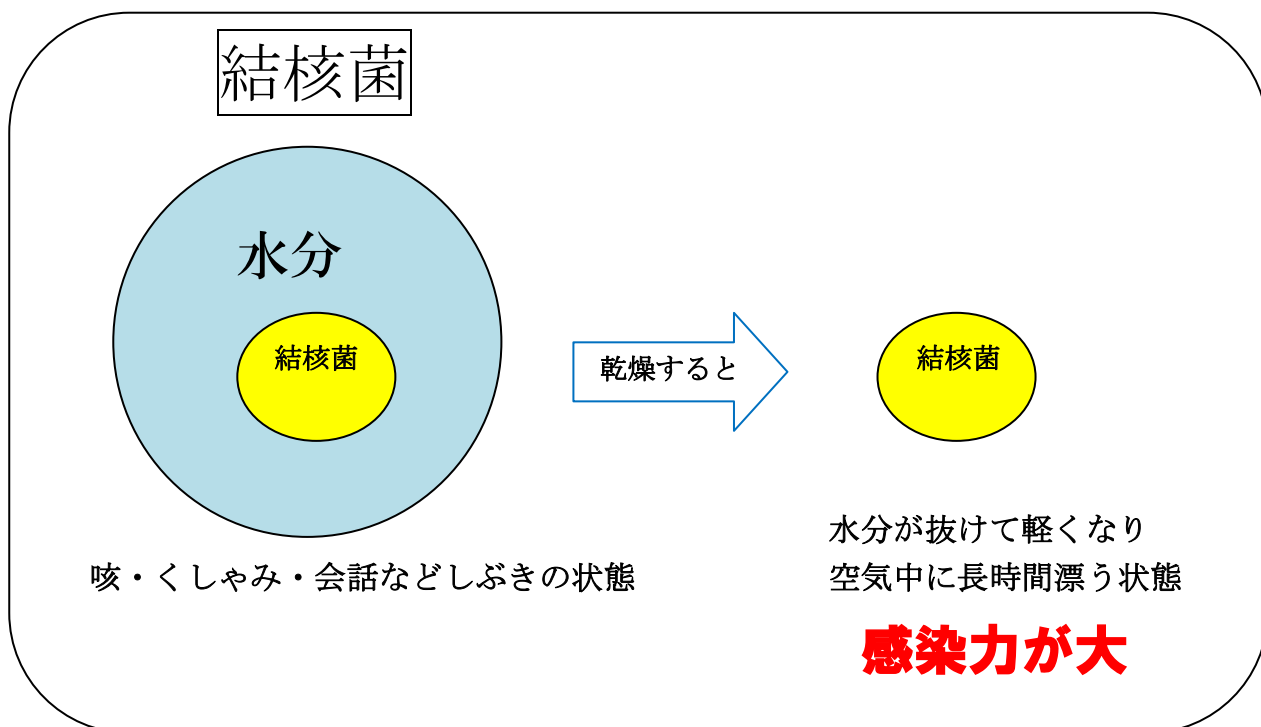
結核は結核患者から排菌された空気を吸うことにより感染をおこします。症状に気づかないまま生活を送られている方もおられるため、自分も周囲も気づかぬうちに感染が拡大してしまいます。近年では若年層でも感染例が増加しています。

集団感染を予防するためには

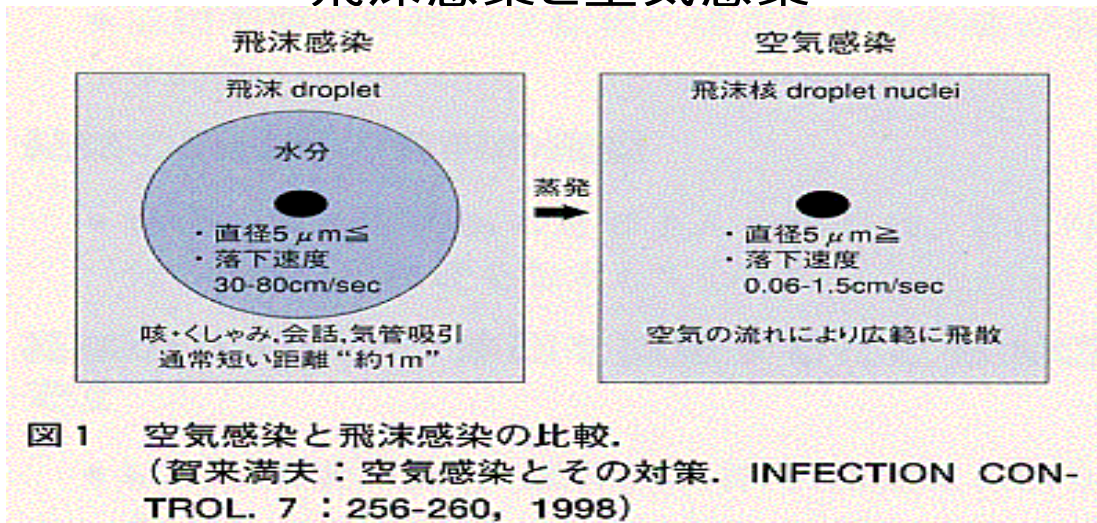
- ① 日頃から患者様に咳・痰・微熱などの症状があるか、また周囲の方々も同様の症状がないか健康チェックを行い早期に発見。
- ② 集団の場で結核の患者が1人でも出たら、保健所に速やかに届け出る。周囲の人々の健診や観察を行う。（※必要に応じて接触者健診が行われる。その際、疑い患者と接触した同室者、外来受診時や入院時に接触した患者・スタッフをリストアップする。）
- ③ 特徴的な症状として、2週間以上続く咳・微熱・寝汗・倦怠感・原因不明の体重減少などがあれば受診を勧める。

<結核のうつり方>

- 普通に会話をしているときにも、肺の奥から目に見えないシブキが吐き出されています。「ゴホン！」と1回咳をすると、ふつうの会話のときの5分間分に当たる大量のシブキが放出されます。肺に結核の病巣を持つ方は、このシブキの中に結核菌が含まれています。シブキは拡散しているうちに水分が抜けて乾燥し、結核菌だけの状態で空気中に漂います。これが近くにいる人に吸い込まれ肺に入ることによって感染を起こします（空気感染）。
- 普段の生活の中で、同じ食器を使ったり、握手するなどでうつることはありません



飛沫感染と空気感染



飛沫感染とは、咳やくしゃみによって患者から出されたしぶきの中の細菌やウイルスが、そのしぶきを浴びた周囲のひとの身体内に入り、感染をおこすもの（※ほとんどの呼吸器感染症がこれに該当する）。

空気感染とは、咳やくしゃみ、痰などの水分がぬけて乾燥した状態の細菌やウイルスが、重力が少なくなったため長い時間空中にふわふわとゆっくり漂い、それを肺内に吸い込んだ周囲のひとの身体内に入り、感染をおこすもの（※結核・麻疹・水痘が主な疾患。強毒型の新型インフルエンザもこれに相当すると考えられている）。

＜結核が疑われた場合＞

- ・ 必ず個室管理を行う。入室する際は医療者も家族も全て N95 マスク^{※1}を装着してから部屋の出入りをする
 - ・ 部屋を完全に出してから N95 マスクを外す
 - ・ 疑い患者が室外に出る際はサージカルマスクを装着する
- （※疑い患者には N95 マスクを着用させると呼吸困難になり悪化するので、ぜったいに N95 マスクは着用させてはならない。）
- ・ 個室は室内の空気の停滞（結核菌の密度を減少させる必要がある）を防ぐため、廊下側の戸を閉めた状態で窓側の戸を開ける。廊下に結核菌を流出させないように、十分に換気を行う。
 - ・ 患者が転院する場合、退室後まず 2～3 時間窓を開けて換気を十分行う。
 - ・ 換気後は痰や鼻水が付着している部分を 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液・両面界面活性剤・70%アルコールのいずれかで汚染部分をふき取った後に、日常清掃を行う。
 - ・ 使用した器具・リネンに痰や鼻水などが付着している場合、80 度 10 分の熱水消毒、耐熱・耐水性がなければアルコール清拭を行う。
 - ・ 食器は日常の熱水洗浄（80 度 5 分以上）で良く、個別に消毒対応する必要はない。

- ▶ 結核菌は熱、日光、紫外線により死滅
- ▶ 細胞壁に多量の脂質（ろう様物質）を含有するため、乾燥・熱・消毒薬に対する抵抗性は芽胞の次に強い
- ▶ 2～3.5%グルタラル 20 分以上
- ▶ 0.55%フタラル 12 分
- ▶ アルコール、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム 10 分
- ▶ 器具は 80℃10 分の熱水による消毒 60℃30 分も可
- ▶ リネンや食器は特別な対応は不要

施設によっては紫外線殺菌機の使用。紫外線に弱いので直射日光に曝すと数時間で死んでしまう

※1. N95 マスクについて

N95 レスピレーター（専門的には**N95 マスク**ではなく**レスピレーター**:呼吸器防護具の仲間）。

「N」は Not resistant to oil（非油性微粒子）を指し、「95」は $0.3\ \mu\text{m}$ （ $1\ \mu\text{m}$ は 100 万分の 1mm）以上の微粒子を 95%以上カットする事を言います。 $0.5\ \mu\text{m}$ 程度の結核菌の核を 99.8%ブロックすることができると言われています。N95 マスクは一般的に耐水性・耐油性が低いため汚染に弱く、外的圧力や透過基準もサージカルマスクに比べて低いため、痰や咳が出ている疑い患者に装着しても効果はないが、周囲の人は結核菌を吸い込まないようにするために必要です。

微粒子を 95%以上阻止するには、顔の大きさに合わせたマスクをきっちり装着しなくてはなりません。装着すると健康な人でも呼吸が苦しくなり 30 分くらいが限度です。

⇒N95 マスクメーカーは、テストキット貸し出しや、フィットテストを行って頂ける場合があります。業者に相談してください。

<空気感染対策：N95 マスク装着方法>

N95マスクの装着方法



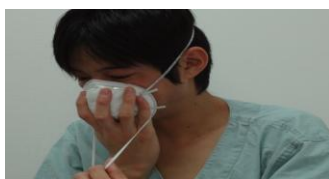
鼻当てが上になる様にマスクを持ち、紐をたらして顔に当てる



上側の紐を持つ



上側の紐を頭頂部近くにかける



下側の紐を持つ



下側の紐を頭を通し、首の後ろに掛ける



鼻当てを押さえ付けるように顔に当てて密着させる

毎回装着時に行うN95フィットチェック (ユーザーシールドチェック)

- ▶ フィット性をチェックするには両手でマスクを完全に覆うようにして、息を吐いて下さい
- ▶ もし、鼻の周りから息が漏れているようなら、両手で鼻の金属の当たり具合を調整します
- ▶ マスクの周りから息が漏れているようであれば、頭側部に沿ってゴムひもの位置や長さを調整して下さい
- ▶ いずれの場合も調整後に改めてフィットチェックをして、息の漏れがなくなったことを確認して入室します
- ▶ もし、適切なフィットが得られない場合には隔離区域には絶対に立ち入らないで下さい
- ▶ 外す時は下のひもから外し、紙などの袋に入れておく

フィットチェック



※装着時は必ず行う

**両手でマスク全体を覆い、
息を強く吐き出し、空気がもれていないかチェックする**

＜マスクの交換方法＞

- ・マスクの外側に触れないように紐を持って外す。
- ・痰が飛散した場合、汗や鼻水などで汚染した場合は速やかに室外で交換する
- ・廃棄時は感染性廃棄物として取り扱う
- ・交換頻度はマスクメーカーの推奨に従って交換する

VI インフルエンザ患者対応

< インフルエンザ流行期の対応 >

- ・地域における流行状況を把握する
- ・手指衛生(流水手洗い,手指消毒)を徹底する
- ・患者と直接関わるスタッフは、サージカルマスク(※)を着用する
- ・就業前ならびに帰宅時（+疑い患者と接した後等必要時には）、うがいを行う
- ・こまめに換気を行う（+必要に応じて加湿を行う）

(※) サージカルマスクとは？

マスクの性能を表す指標として「BFE」と「PFE」があり、アメリカ食品衛生局では、サージカルマスクの基準を BFE95%以上と規定している。つまり、約 5 マイクロメートルの大きさのものを 95%以上防ぐことが出来るマスクと定められています。 ※ 1 マイクロメートル=0.001 ミリメートル

BFE（細菌濾過効率）：マスクによって細菌を含む粒子（平均粒子径 5 マイクロメートル）が除去された割合（%）

PFE（微粒子濾過効率）：試験粒子（0.1 マイクロメートルのポリスチレン製ラテックス球形粒子）が除去された割合（%）

日本では、上記の BFE・PFE の基準に加え、血液などの液体を通さない等複数の基準を満たして、はじめて『サージカルマスク』という名前が付きます。

< 疑い患者の来院時の対応 >

- ◆ 以下の上気道・呼吸器症状、発熱があれば、受付時よりすみやかに防御効果の高いマスク(※)の着用を促し、咳エチケットを徹底していただく
- ※「サージカル」と名前のつくマスク（ない場合は BFE が 95%以上ある市販の不織布製のマスク）

咳嗽・くしゃみ・発熱・咽頭痛・鼻水・痰（・頭痛・関節痛・筋肉痛）等
※インフルエンザの可能性が低い場合も、症状があれば同様の対応を行う

- ◆ 他の患者との接触を最小限にするために、待合・診察待機場所を考慮する
- ◆ 受診している他の患者・家族と可能な限り距離をとるように説明する
【他の患者・家族と最低 1～2 m は距離をあける】
※ 上記の◆3点は、疑い患者・周囲の患者双方を守るために必要なことであると伝えて協力を得る
- ◆ 問診時は、できるだけ詳しく症状を確認する or 記入していただく
※ 特にいつから発熱しているか、いつから咳等の症状があるか十分に確認する
- ◆ しんどいときはすみやかに近くのスタッフに伝えるよう説明する
- ◆ 嘔吐がある際は、嘔吐物を入れるガーグルベースン(袋付き)や袋を手渡す 等

< 感染対策・患者対応 >

1. 手洗い（手指衛生）

WHO（世界保健機構）が推奨する手指衛生のタイミング

- ◆ 清潔な操作の前（直前）
- ◆ 患者さんに触れる前（直前）
- ◆ 患者さんに触れた後
- ◆ 血液・尿・便・傷のある皮膚等に触れた可能性がある場合
- ◆ 患者さんの周辺の物品・医療機器等に触れた後（特に高頻度接触面）

インフルエンザウイルス = アルコールが有効であることから【∵ エンベロープ(脂肪の膜)があるため】
 手指衛生(手洗い) は、基本的には「アルコール手指消毒」を行う
 痰や鼻水など、手に目に見える汚れがある場合 もしくは 手が汚染した可能性のある場合 は、
 「流水と石けんによる手洗い」を行う + 必要に応じてアルコール手指消毒薬を併用する

アルコール手指消毒剤による 手指消毒法



①アルコール手指消毒剤を1プッシュ+のりします。
(目安：600円玉くらい)
※⇒ の時間はあくまで目安です



②最初に指先と爪を履して、十分に消毒します。
(二回ほどより長い間消毒します)
2秒×2



③手のひら全体に消毒薬をしっかりと擦り込みます。
2秒



④手の甲にしっかりと擦り込みます。
2秒×2



⑤指を絡み合わせ、指間もしっかりと擦り込みます。
2秒



⑥親指を握って、ねじりながら消毒します。
2秒×2



⑦最後に手首をねじりながらまんべんなく消毒します。
2秒×2

Total 15～20秒

こんな時は流水・石鹸で洗いましょう！

- ・感染性胃腸炎(症)患者のケア、処置後や周囲のものに触れた後
- ・目に見えて手が汚れているときや汚れた可能性があるとき
- ・食事の直前やトイレの後、始業時と帰宅時

徳島県感染症対策専門委員会
ホームページ

手洗いの手順

感染性胃腸炎はアルコールが効きにくいので
流水と石鹸による手洗いが必要です！

洗い残しやすい部位





①流水で手を十分に濡らします。
※⇒ の時間はあくまで目安です



②石鹸を1～2プッシュ(適量)とり、



③手のひらをこすり、よく泡立てます。
3秒



④指と指の間をよく洗います。
3秒



⑤手の甲を洗います(両手)。
3秒×2



⑥指先を手のひらでこすり洗います(両手)。
3秒×2



⑦親指をこすり洗います(両手)。
3秒×2



⑧両手首を洗います。
「忘れずに！」
3秒×2



⑨流水で十分に石鹸を流します。
Total 20秒以上



⑩ペーパータオルで押えるように水分を拭き取ります。
(水気が残らないように)



⑪汚染された蛇口を(直接触らないよう)ペーパータオルを掛けて閉めます。

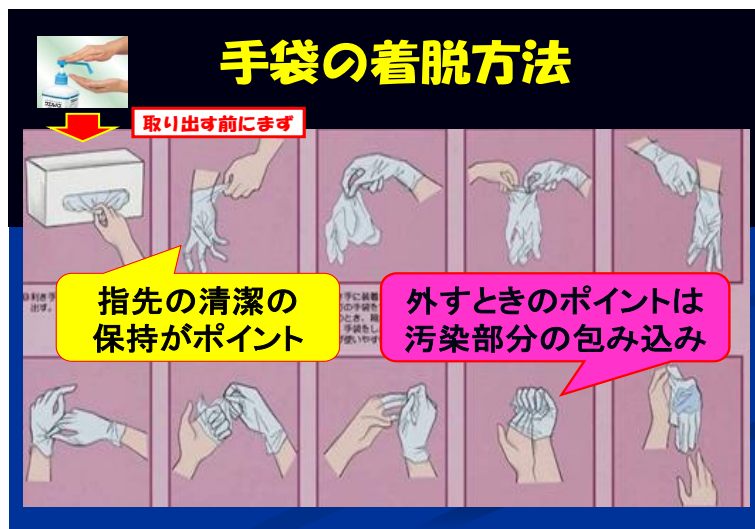
感染対策は手洗いが一番重要です！
液体石鹸のつぎ足しはNGです！

徳島県感染症対策専門委員会
ホームページ

2. 手袋

痰・唾液・便・分泌物等に触れる場合や処置時に着用する

もしくは患者周囲の(上記で汚染された可能性のある)物品や器具に触れるときに着用する



★ 手袋使用・着用時の注意点 ★

- ・手袋は必要な場所に必要な数設置する
- ・手袋はホルダー等で立てた状態で設置する
- ・手袋を取り出す**直前**には、必ず手指衛生を行う
(手袋を適切に保管せず手指衛生を行わないと、取り出す前から手袋が汚染している可能性があります)
- ・手袋を着用した状態で、複数の処置やケアをしない【同一患者でも一処置一手袋を徹底】
(手袋を着用したあなたの手は汚染しなくても、手袋で触ったところは汚染します⇒手袋が感染源になる)
- ・手袋を外した後は、必ず手指衛生を行う

∵ 手袋は製造段階で穴があいているものがある(数%程度)

手袋を外すときに、手指が汚染する可能性がある

長時間着用した状態でいると、手袋の中で常在菌が繁殖する

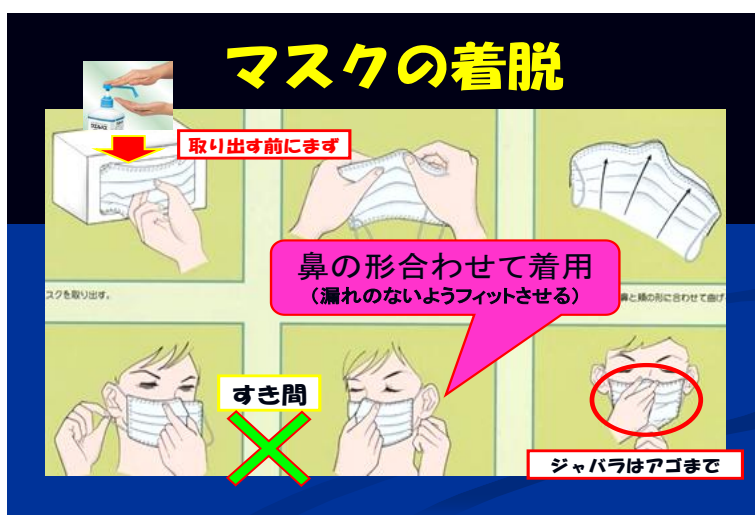
注) 痰や鼻水、嘔吐・下痢の患者の嘔吐物に触れた後やケア後は、必ず流水手洗いを行う

3. マスク

患者と関わるスタッフは、サージカルマスクを着用する

(特に患者のケア時や飛沫を浴びる可能性のある吸引等の処置時には必ず着用する)

また、受付の事務職員も含め、患者と関わる職員も着用することが望ましい



4. ゴーグル

インフルエンザの検体採取時や飛沫を浴びる可能性のある吸引等の処置時に着用する

※ インフルエンザ H1N1 や鳥インフルエンザ等は目からも感染するため、ゴーグルを必ず着用する等、より厳密な対応が必要

5. ビニールエプロン

飛沫を浴びる可能性のある吸引等の処置時や、陰部洗浄等衣服が汚染する可能性があるケア時に着用する



6. 咳エチケット

咳や鼻汁・鼻づまり・痰が出る等の呼吸器症状のある人に対しては、『咳エチケット』を徹底していただきましょう。

1. せき・くしゃみ・痰などの呼吸器症状、発熱・咽頭痛・鼻水・頭痛・関節痛・筋肉痛等があれば、他の人にうつさないために、マスクを着用しましょう（サージカルマスク（※）というマスクは防御効果が高いです）。もしマスクを持っていない場合は、ティッシュなどで口と鼻を覆い、周囲の人から顔をそむけましょう。
2. 鼻水・痰などを含んだティッシュはすぐにゴミ箱に捨てましょう。
3. マスクを外した後・ティッシュを捨てた後は、石けんやハンドソープを使って最低 15 秒以上しっかり手洗いをしましょう（手のひらだけでなく、手の甲や指の間、手首まで洗いましょう）。
+
4. 周囲の人から 1～2 m 以上離れましょう。
5. 外出後、手洗い・うがいをしましょう。

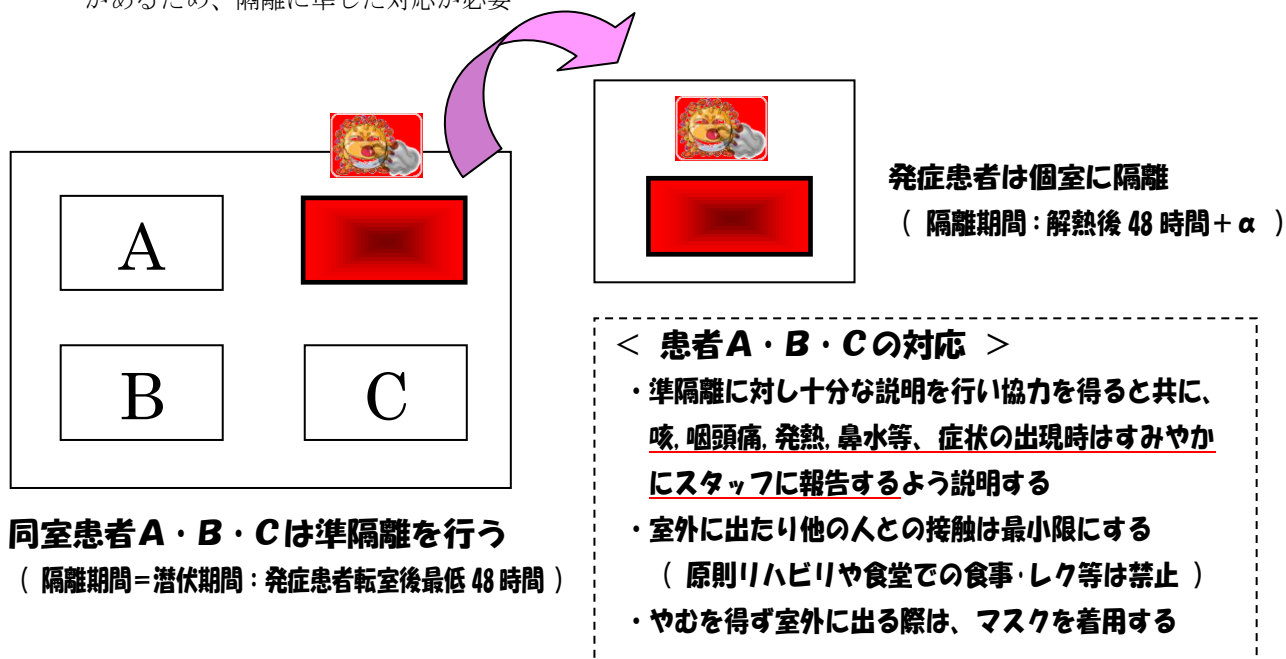
7. 隔離の考え方（施設により状況が異なりますので、一案としてお考えください）

インフルエンザが疑われる患者は、できるだけ早期に個室に隔離、もしくはコホート隔離（同様の有症状患者を同じ部屋に集めて隔離）することが望ましい

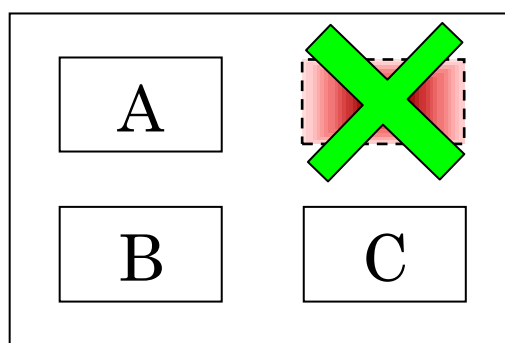
【 **隔離期間 = 解熱した後 48 時間まで**※ ただし湿性咳嗽・くしゃみ等呼吸器症状があればその間は隔離が望ましい 】

∵ 主な感染経路は飛沫感染だが、限られた空間でウイルスの飛散が多ければ空気感染の可能性あり

同室患者は、発症患者が解熱して 48 時間後＋潜伏期(2～4 日)の間、インフルエンザを発症する可能性があるため、隔離に準じた対応が必要



同室患者 A・B・C は準隔離を行う
(隔離期間 = 潜伏期間：発症患者転室後最低 48 時間)

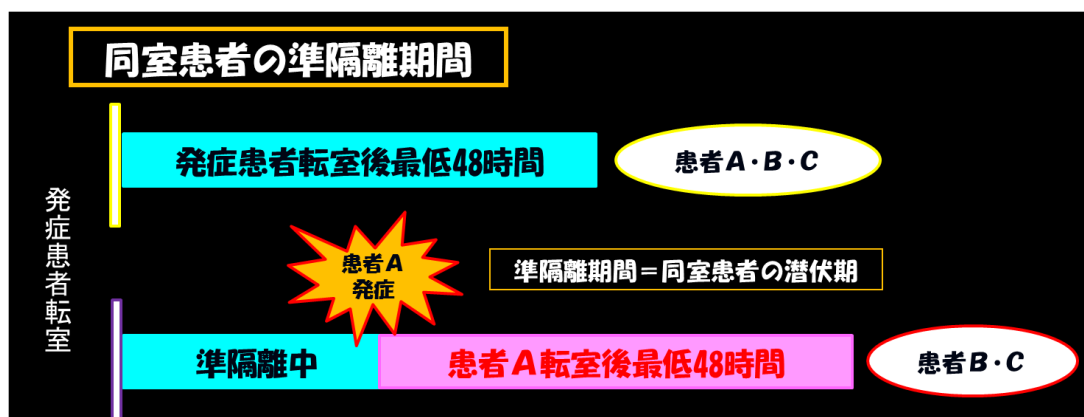


患者 A・B・C の潜伏期間が過ぎるまでは、
発症患者のいたベッドには新規入院患者を
受け入れないようにする

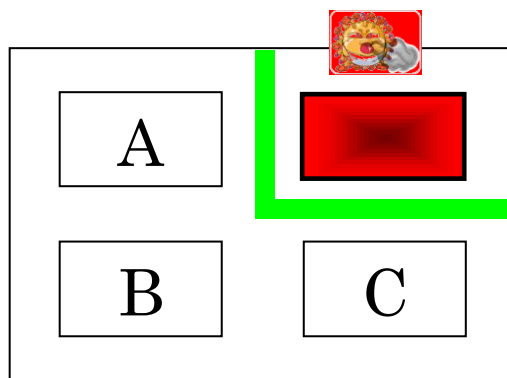
(目安 = 潜伏期間：発症患者転室後最低 48 時間)

※ 48 時間はあくまで目安で、接触・曝露の程度や同室患者の状態等で、個別に対応することが望ましい

※ 同室患者 A・B・C の準隔離中、患者 A が発症した場合 (→さらに準隔離期間が延長します)



★ ベッドコントロール上どうしても隔離ができない場合 ★



患者A・B・Cは準隔離を行う
 隔離期間＝患者A・B・Cの潜伏期間
 ⇒ 発症患者解熱後 48 時間＋α＋48 時間

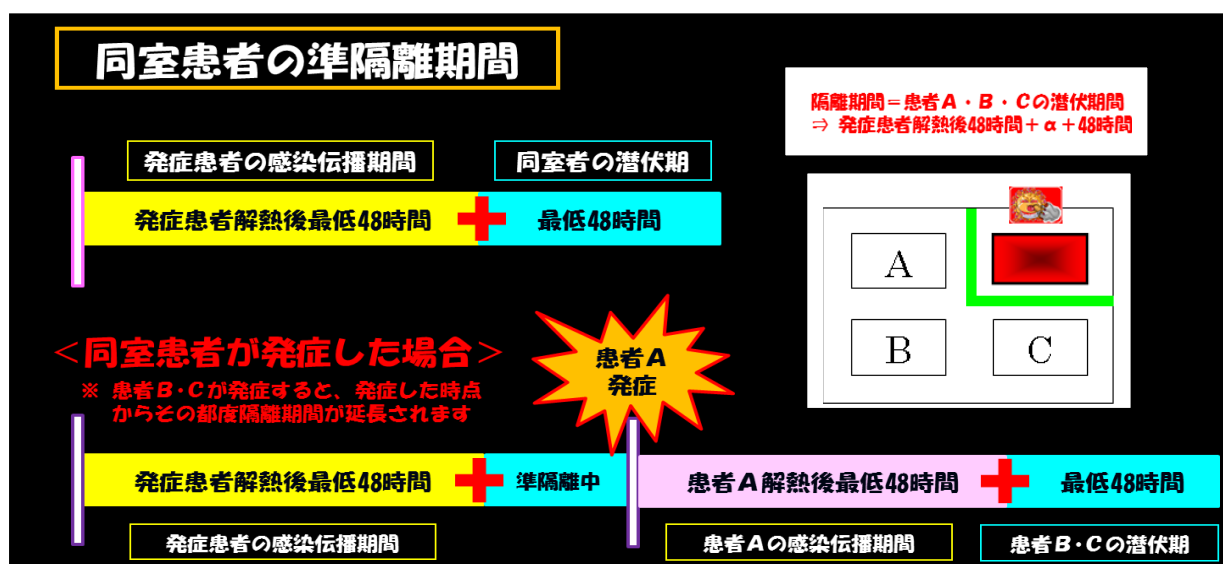
< 発症患者の対応 >

- ・サージカルマスクを常に着用する
 (酸素マスク着用時は必要なし)
- ・常にカーテンをし、部屋の換気をこまめに行う

< 患者A・B・Cの対応 >

- ・準隔離に対し十分な説明を行い協力を得ると共に、咳、咽頭痛、発熱、鼻水等、症状の出現時はすみやかにスタッフに報告するよう説明する
- ・サージカルマスクを常に着用する
- ・室外に出たり他の人との接触は最小限にする
 (原則リハビリや食堂での食事・レク等は禁止)

※ 同室患者A・B・Cの準隔離中、患者Aが発症した場合 (→さらに準隔離期間が延長します)



以上のように、発症患者を個室隔離ができない場合は、同室患者への制限、精神的・肉体的苦痛や、(発症患者と空間を共有する時間が非常に長いことから) 感染するリスクが非常に大きいので、同室患者のADLが良好な場合や、手術前後の患者・基礎疾患を持った高齢の患者等ハイリスクな患者が同室の場合は、ベッドを調整し個室隔離を行う方が望ましいと考える

8. ワクチン

医療機関・保健福祉施設等では、入院・外来患者、入所者、来訪者、施設の利用者には、免疫不全患者や発症すると重症化しやすい方も多数存在する。また、スタッフがインフルエンザを発症すると不特定多数の方との接触があることから、感染が拡大するリスクが非常に高い。そのため、医療機関・保健福祉施設で働くスタッフ、施設に出入りする関係者は、ワクチンを接種しそのリスクを最小限にする必要がある。

ワクチンの発症予防効果	
接種者の年齢	発症予防効果
60才以上	58%
65才以下	70~90%
1~15才	77~91%
3~9才	56%
6~24ヶ月(2才)	66%
<施設内で生活する高齢者の場合> 発症を予防する効果 : 30~40% 入院・肺炎の予防効果 : 50~60% 死亡を予防する効果 : 80%	

<インフルエンザワクチン接種の目的>

「死亡者や重症者の発生をできる限り減らすこと」



インフルエンザワクチンの効果は100%ではない

- 重症化・死亡の防止について、一定の効果がある
- 感染防止・流行の阻止に関して、一定の効果が期待される

したがって、ワクチンを接種した上で、これまで述べた適切な感染対策・患者対応を組み合わせることで、感染リスクを最小限にすることが非常に重要になってきます。

9. 就業制限・職員発症時の対応

医療機関・保健福祉施設等の職員は、患者・面会者・家族をはじめ非常に多くの人と接触があるため、職員が発症すると多くの人が感染の危険にさらされる。また、患者や入所者等の中にはハイリスクな方も多く、職員間の感染のリスクも非常に高いことから、迅速で適切な対応が望まれる。

- 職員が流行期にインフルエンザ様症状を呈した場合には、すみやかに直属の上司へ報告し早期に帰宅する
+ 適切なタイミングで医療施設を受診する

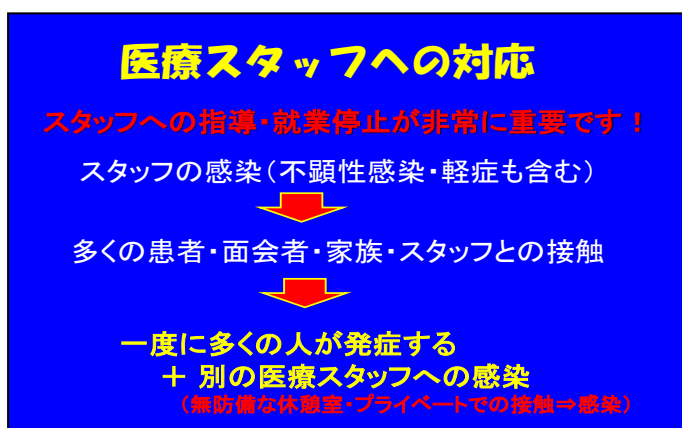
- 原則として解熱後48時間までは、自宅療養とする

※ ただし、持続する症状によっては就業制限の期間を延長する

<ハイリスクな症状>

せき・くしゃみ > 鼻水・痰 等

- 復職しても、サージカルマスクの着用、手洗い・手指消毒等、感染対策は遵守する



ウイルスの潜伏期・伝染可能期間

疾患名	潜伏期	伝染可能期間															
		発症前の日数				発症	発症後の日数										
		-4	-3	-2	-1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
麻疹	9～11日																
風疹	通常16～18日																
水痘	通常14～16日																
ムンプス	通常16～18日																
インフルエンザ	1～3日																
R S	3～5日																
咽頭結膜炎	5～7日																
流行性角結膜炎	1週～2週						14日まで、有症状2～3週間										
ノロウイルス	1～2日						一般に症状消失後2～3日(最長～2週)、 乳幼児は2週										
ロタウイルス	2～4日																



曝露時の対応・就業制限



免疫のない接触者の隔離・就業停止期間、予防方法

疾患名	免疫のない接触者の ・発症前隔離期間 ・職員就業停止期間	予防方法
麻疹	初回曝露後5日目 ～最終曝露21日目 <発症者> 発疹出現7日後	感染力は最も強い <曝露の基準> ・患者近辺にいた者 ・換気の悪い部屋(4時間以内)に入室した者 <予防方法> ・72時間以内のワクチン接種 ・6日以内のγ グロブリン静注
風疹	初回曝露後7日目 ～最終曝露21日目 <発症者> 発疹出現5日後	曝露後、予防方法はない
水痘	初回曝露後10日目 ～最終曝露22日目 <発症者> 水疱が痂皮化するまで	感染力は強い <曝露の基準> ・直接接触した者、患者の2m以内に5分以上いた者 ・1時間以上同じ部屋にいた者 <予防方法> ・72時間以内のワクチン接種やアシクロビルの内服 ・曝露後96時間以内のγ グロブリン静注
ムンプス	初回曝露後12日目 ～最終曝露26日目 <発症者> 発症後9日間	曝露後、予防方法はない

Ⅶ 消毒薬について

1. 呼吸器感染症の主な病原微生物について

疾患名	起因菌	分類・特徴
A群溶血性連鎖球菌咽頭炎	化膿レンサ球菌	グラム陽性球菌
結核	結核菌	グラム陽性桿菌
インフルエンザ	インフルエンザウイルス	RNA ウィルス (エンベロープ有)
RS ウィルス感染症	RS ウィルス	RNA ウィルス (エンベロープ有)
咽頭結膜炎、流行性角結膜炎	アデノウイルス	DNA ウィルス (エンベロープ無)
手足口病、ヘルパンギーナ	コクサッキーウイルス	RNA ウィルス (エンベロープ無)
マイコプラズマ肺炎	マイコプラズマ	非定型細菌

2. 病原微生物別の使用濃度一覧

① A群溶血性連鎖球菌咽頭炎（化膿レンサ球菌-グラム陽性球菌、五類、定点把握）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
熱水消毒						80℃ - 10 分
次亜塩素酸 ナトリウム			0.02% (30 分浸漬)	0.02% (30 分浸漬)	0.1%	
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					
ベンザルコニウム 塩化物		0.1%	0.1%	0.05%		
ベンゼトニウム 塩化物		0.1%	0.1%	0.05%		
アルキルアミノ エチルリン塩酸塩		0.05%	0.05%	0.05%		

②結核（結核菌-グラム陽性桿菌、二類、直ちに届け出）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
熱水消毒						80℃ - 10 分
次亜塩素酸 ナトリウム			0.1% (30 分浸漬)	0.1% (30 分浸漬)	0.1%	
ポビドンヨード	7.5%					
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					
クレゾール					1.5%	
アルギルアミノ エチルグリシン塩酸塩		0.2% (60 分浸漬)	0.2% (60 分浸漬)	0.2% (60 分浸漬)		

③インフルエンザ（インフルエンザウイルス-エンベロープ（有）、五類、定点把握） RS ウイルス感染症（RS ウイルス-エンベロープ（有）、五類、定点把握）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
熱水消毒						80℃ - 10 分
次亜塩素酸 ナトリウム			0.02% (30 分浸漬)	0.02% (30 分浸漬)	0.1%	
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
イソプロパノール	70%	70% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					

注1：表中の（ ）内は浸漬に必要な時間を示す。

注2：環境表面はベッド枠・ベッドテーブル・ドアノブ・医療機器表面などを含む。

注3：物品はリネン・食器・浴槽・洗面台などを含む。

④咽頭結膜炎、流行性角結膜炎（アデノウイルス-エンベロープ（無）、五類、定点把握）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
熱水消毒						98℃ 15～20 分
次亜塩素酸 ナトリウム			0.05% (30 分浸漬)	0.05% (30 分浸漬)	0.1%	
ポビドンヨード	7.5%					
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					

⑤手足口病、ヘルパンギーナ（コクサッキーウイルス-エンベロープ（無）、五類、定点把握）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
熱水消毒						98℃ 15～20 分
次亜塩素酸 ナトリウム			0.05% (30 分浸漬)	0.05% (30 分浸漬)	0.1%	
ポビドンヨード	7.5%					
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					

⑥マイコプラズマ肺炎（マイコプラズマ-五類、定点把握）

項 目	手指・皮膚	金属 (医療用具)	非金属 (医療用具)	環境表面 物品	排泄物	備考
次亜塩素酸 ナトリウム			0.02% (30 分浸漬)	0.02% (30 分浸漬)	0.1%	
消毒用 エタノール	76.9～81.4%	76.9～81.4% (30 分浸漬)				
イソプロパノール	70%	70% (30 分浸漬)				
エタノール 擦式製剤	原液					

3. 消毒薬の特徴

①高水準消毒薬

消毒薬	使用濃度	消毒対象	使用上の留意点
グルタラール	0.5%	麻酔装置類、 人工透析装置類	●蒸気の暴露に注意（粘膜刺激性） ●付着に注意（皮膚炎） 取り扱い時（換気、マスク、ゴーグル、手袋、ガウン必要） ●適用後には十分な水洗い（リンス）が必要 ★グルタラール （気管内挿管チューブ⇒偽膜性咽頭気管炎） （結腸ファイバースコープ⇒血便や腹痛） ★フタラール （経尿道的に使用する医療器具、超音波白内障手術器具類）⇒（ショック・アナフィラキシー様症状、水疱性角膜症、口唇・口腔・食道・胃等の着色、粘膜損傷、化学熱傷） ●基本的に自動洗浄機にて使用 ●環境消毒に用いない ★グルタラール：2003年7月に適用が削除
	2～3.5%	医療機器	
	3%	内視鏡	
フタラール	0.55% （原液）	内視鏡	
過酢酸	0.3% （要希釈）	内視鏡	

②中水準消毒薬

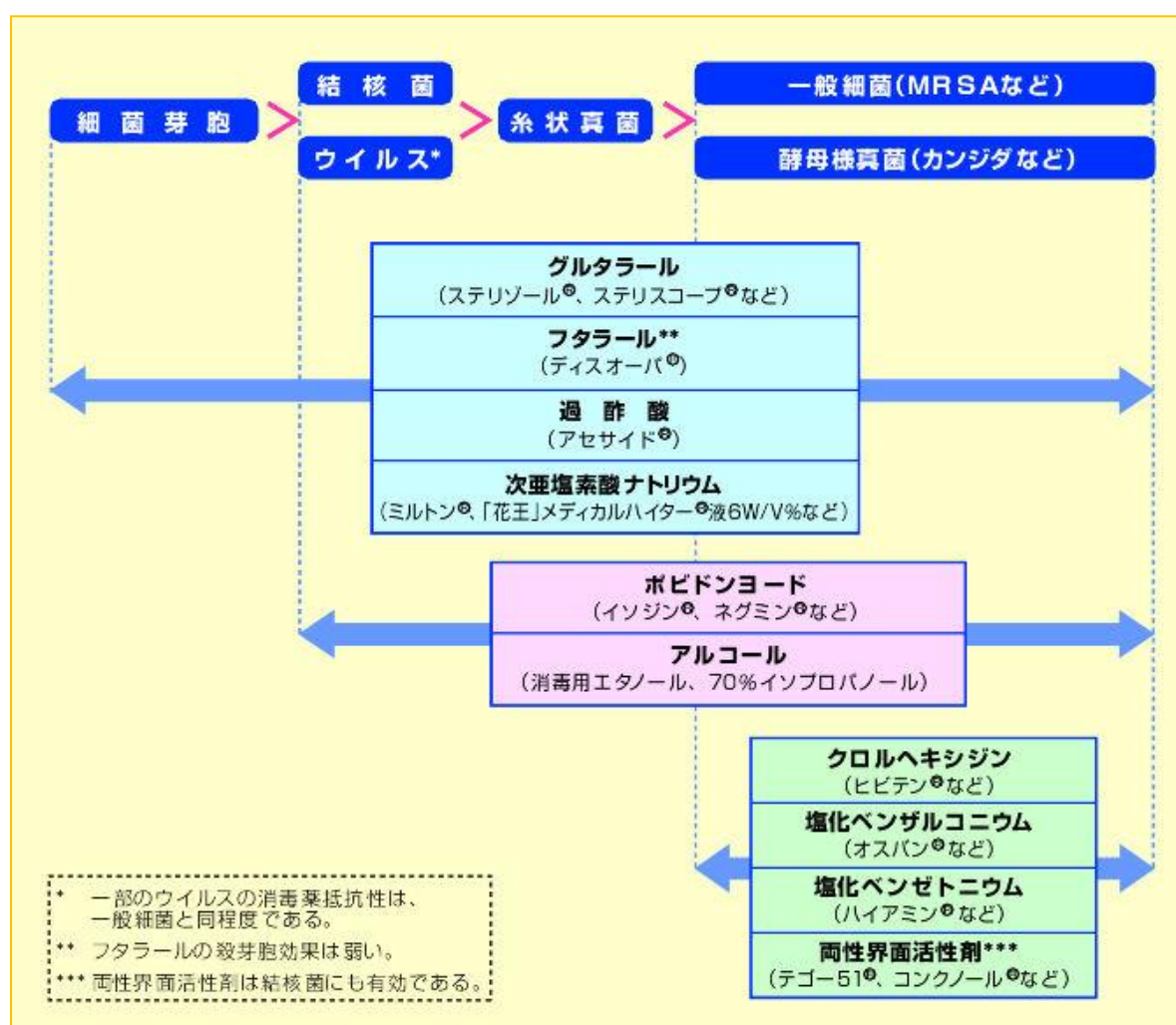
消毒薬	使用濃度	消毒対象	使用上の留意点
次亜塩素酸 ナトリウム	0.01% （100ppm）	「食」関連機材 「呼吸器」関連機材	●金属製器材には用いない ●塩素ガスの暴露に注意 ●ウイルス感染血液⇒（1%）
	0.02% （200ppm）	環境清掃	
	0.1% （1000ppm）	嘔吐物、排泄物	
ポビドンヨード	原液 （10%）	術野 創部 粘膜	●腹腔や胸腔に用いない（重篤なアレルギー） ●新生児への大量使用は避ける（甲状腺機能障害） ●湿潤状態での長期間皮膚接触は避ける（化学熱傷）
アルコール	原液	正常皮膚 アンフル・バイアル 処置台、トリアブ ウイルス汚染の環境	●引火性に注意 ●粘膜や損傷皮膚には禁忌

③低水準消毒薬

消毒薬	使用濃度	消毒対象	使用上の留意点
クロルヘキシジン	0.05%	創部	●アルコール・ポビドンヨードのアレルギーの方 ⇒0.1%溶液 ●濃度間違いがないようにする ●含浸綿（ガーゼ）は細菌汚染を受けやすい
塩化ベンザルコニウム	0.02%	粘膜	●誤飲に注意（10～30ml で死亡例有）
塩化ベンゼトニウム	0.1～0.2%	器材、環境	●濃度間違いがないようにする ●含浸綿（ガーゼ）は細菌汚染を受けやすい
両性界面活性剤 （アルキルジ・アミノエチル グリシン塩酸塩液）	0.1～0.2%	器材、環境	●含浸綿（ガーゼ）は細菌汚染を受けやすい

尾家 重治:感染制御標準テキスト

④微生物の消毒薬抵抗性の強さ、および消毒薬の抗菌スペクトル



尾家 重治:感染制御標準テキスト

4. 市販されている商品名

成 分 名	商 品 名 (未希釈品)
次亜塩素酸ナトリウム	ミルトン 1%、ピュリファン S1%、ミルクポン 1% ヤクラックスD液 1%、次亜塩 1%
	ハイター5%、ジアノック 5%、ブリーチ 5%
	ピューラックス 6%、次亜塩 6%、テキサント 6% アサヒラック 6%、ハイポライトM6
	アサヒラック 12%、ハイポライトM12
消毒用エタノール (76.9~81.4%)	消毒用エタノール (吉田、丸石、健栄、岩城、大日本)
イソプロパノール (70%)	イソプロパノール (吉田、丸石)
ポビドンヨード	イソジン：液 10%、スクラブ液 7.5% (明治) ポピヨドン：液 10%、スクラブ 7.5% (吉田) ネオヨジン：外用液 10%、スクラブ 7.5% (岩城) Jヨード液 10%、マイクロシールド PVP (J&J)
ベンザルコニウム塩化物	逆性石ケン液 10%「ヨシダ」(吉田) オスバン 10%消毒剤 (日本製薬 - 武田) デアミトール「マルイシ」10% (丸石) ザルコニン液 10 (健栄) オロナイン - K10% (大塚) ホエスミン消毒液 10% (マイラン)
ベンゼトニウム塩化塩	ハイアミン液 10% (第一三共)
アルキルジアミノエチル グリシン塩酸塩	テゴー51 消毒液 10% (アルフレッサファーマ) エルエイジ - 10 液 (吉田) ハイジール消毒液 10% (丸石)

5. 消毒薬の希釈方法

成 分 名	希釈方法
次亜塩素酸ナトリウム	●1%製品使用 0.02%調製（1%原液 10ml に水を加えて全量 500ml とする） 0.05%調製（1%原液 10ml に水を加えて全量 200ml とする） 0.1%調製（1%原液 10ml に水を加えて全量 100ml とする）
	●5%製品使用 0.02%調製（5%原液 10ml に水を加えて全量 2500ml とする） 0.05%調製（5%原液 10ml に水を加えて全量 1000ml とする） 0.1%調製（5%原液 10ml に水を加えて全量 500ml とする）
	●6%製品使用 0.02%調製（6%原液 10ml に水を加えて全量 3000ml とする） 0.05%調製（6%原液 10ml に水を加えて全量 1200ml とする） 0.1%調製（6%原液 10ml に水を加えて全量 600ml とする）
	●12%製品使用 0.02%調製（12%原液 5ml に水を加えて全量 3000ml とする） 0.05%調製（12%原液 5ml に水を加えて全量 1200ml とする） 0.1%調製（12%原液 5ml に水を加えて全量 600ml とする）
ベンザルコニウム塩化物	●10%製品使用 0.1%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 1000ml とする） 0.2%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 500ml とする）
ベンゼトニウム塩化塩	●10%製品使用 0.1%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 1000ml とする） 0.2%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 500ml とする）
アルキルジアミノエチル グリシン塩酸塩	●10%製品使用 0.2%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 500ml とする） 0.5%調製（10%原液 10ml に水を加えて全量 200ml とする）

6. 一般的な注意事項

濃度調整時の注意事項-①

- ①原液が皮膚や衣類に付いた場合は直ちに水で洗い流し、適切な処置を行いましょう。
- ②次亜塩素酸ナトリウムと強酸性薬剤(トイレ用洗浄剤、漂白剤等)が混ざると、塩素ガスを発生し危険ですので注意しましょう。
- ③消毒薬は冷暗所で保管し、子供等の手の届かない場所にしましょう(冷所保存の消毒薬もあります)。
- ④希釈濃度は実用濃度で使いましょう。
高濃度⇒皮膚刺激や肌荒れの副作用を起こします。低濃度⇒微生物汚染を招く原因となります。
- ⑤希釈した製剤は時間が経つと効果が落ちるため、できるだけ保存せずにその都度使い切りましょう。

●例1. **低水準消毒薬**(ベンザルコニウム塩化物、ベンゼトニウム塩化物、アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩、クロルヘキシジングルコン酸塩)の取り扱い

1. 希釈後製剤の有効期限は適切な使用方法と保管状況下で**1ヶ月間使用可能**です。
2. 消毒薬に浸漬させた綿球は、**調整後24時間以内に使用**しましょう。
3. そのため、消毒薬の**継ぎ足しは厳禁**です
4. 低水準消毒薬はセラチアや緑膿菌による汚染が報告されているので、今一度、取り扱い方法に十分注意しましょう。

尾家 重治:消毒・Q&A、感染と消毒、Vol. 17 No. 1 2010

濃度調整時の注意事項-②

●例2. **中水準消毒薬**、次亜塩素酸ナトリウム希釈液(0.02%~2.5%)の取り扱い

1. 希釈後の次亜塩素酸ナトリウムの保存期間は、**気密の遮光容器で一ヶ月間以内**です。
この際、冷所保存が指示されている製品では、その希釈液も冷所保存が必要です。
2. 希釈して実際に使用を開始した次亜塩素酸ナトリウムの場合には、汚れ(有機物)の混入の可能性があるため、**0.02%(200ppm)液では24時間までを、0.1%(1,000ppm)液では7日間まで**を交換の目安として下さい。
★希釈方法:0.02%(2ml/全量500ml)、0.1%(10ml/全量500ml)
3. よって、**希釈にペットボトル容器を使用される場合、長期での作り置きはお勧めできません。**

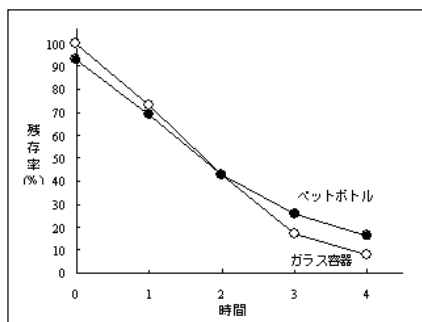


図1. 直射日光下での0.1%(1,000ppm)次亜塩素酸ナトリウムの安定性

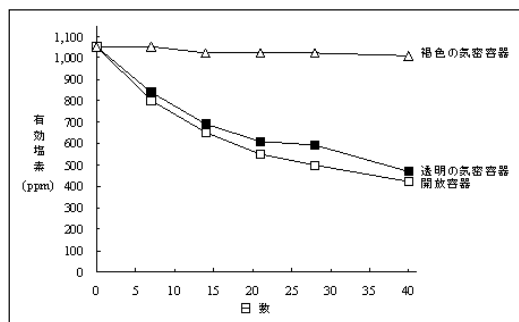


図2. 各種容器中での0.1%(1,000ppm)次亜塩素酸ナトリウムの濃度変化

尾家 重治:消毒・Q&A、感染と消毒、1104-05 2011年4月

次亜塩素酸ナトリウム希釈液の噴霧について！

- 噴霧法では作業者の吸入毒性が問題となります。
- 患者ケア領域で習慣的な目的での消毒薬噴霧もやめましょう。
- 噴霧法では消毒薬が十分に接触しない(ムラができる)可能性があるため効果が不確実です。
- 噴霧法では嘔吐物や排泄物を撒き散らす恐れがあるのでやめましょう。



7. 消毒薬（原液）の開封後の有効期限

消毒薬（原液）の開封後の有効期限

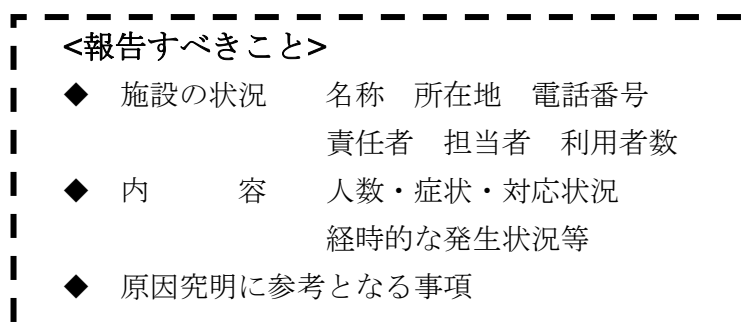
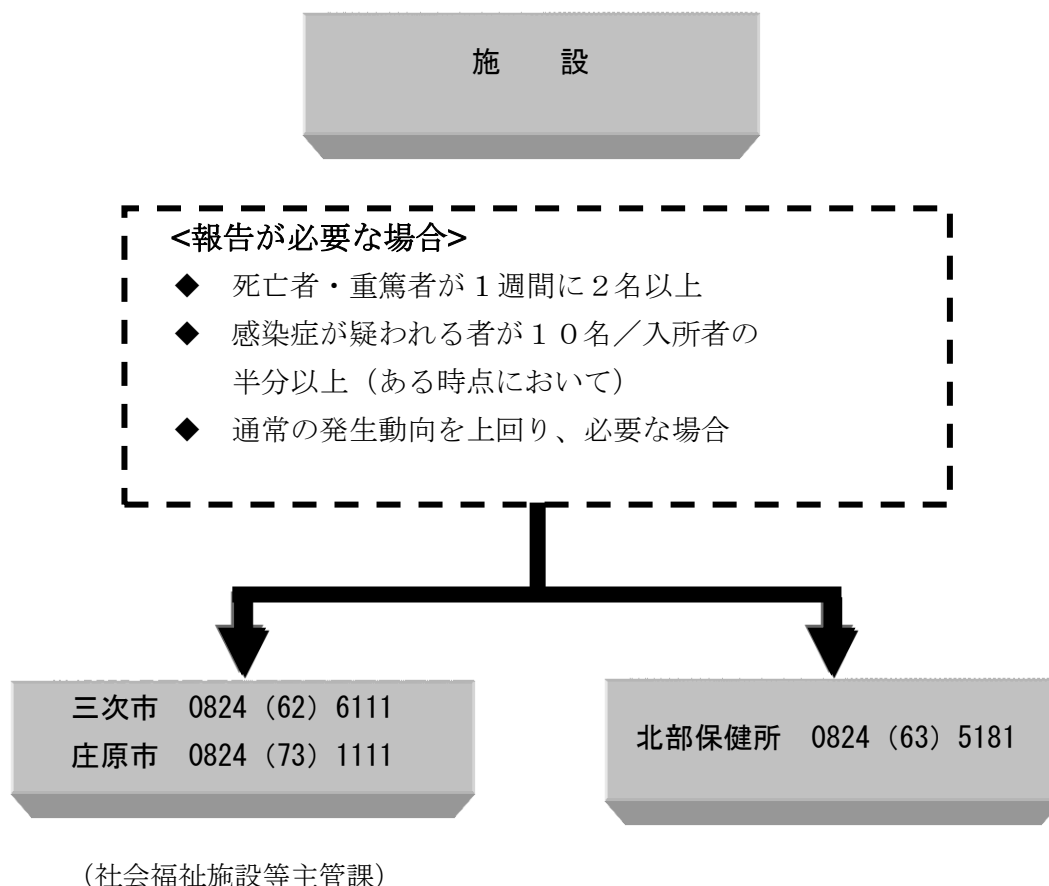
分類	薬 剤 名	使用期限
高水準消毒薬	グルタール（緩衝化剤無添加）	1年間
	フタール	1年間
	過酢酸（緩衝化剤無添加）	1年間
中水準消毒薬	次亜塩素酸ナトリウム	1年間
	ポビドンヨード	1年間
	消毒用エタノール、イソプロパノール	1年間
低水準消毒薬	ベンザルコニウム塩化物、ベンゼトニウム塩化物 アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	6ヶ月間
	クロルヘキシジングルコン酸塩	6ヶ月間
その他	速乾性擦式手指消毒薬	6ヶ月間

注：有効期限は適切な使用方法と保管状況下においての値です。

尾家 重治：消毒法の基礎知識「消毒薬の使用期間」、感染と消毒、Vol.17 No.1 2010, P28-31

(参考) 報告体制について

1 感染症発生時の報告（社会福祉施設等）



2 結核患者発生時の届出

- 医師は、結核と診断した時、感染症法第12条（医師の届出）に基づき、直ちに最寄りの保健所へ届け出る必要があります。
- 届出様式は広島県感染症情報センターホームページに掲載されています。

○ 広島県感染症情報センターホームページ
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/hec/hidsc-index.html>

《 参考文献等 》

- 東京都感染症マニュアル 2009 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課
- 病院感染こんな時どうする！？中小病院／診療所 編 南山堂
- 病気と薬パーフェクトブック 2010 南山堂
- 今日の治療薬 2011 南江堂
- 小児のくすり Q&A ー安全・適正な小児の薬物治療に向けてー じほう
- 医療環境における結核菌の伝播予防のための CDC ガイドライン、2005 年
- 医療者のための結核の知識 第2版 四元秀毅他 医学書院
- 医療ケア関連肺炎防止のための CDC ガイドライン、2004 年
- 隔離予防策のための CDC ガイドライン、2007 年
- 薬剤師のための感染制御標準テキスト 神谷 晃 尾家重治 じほう
- 尾家重治：消毒・Q&A、感染と消毒、vol.17 No.1 2010
- 尾家重治：消毒法の基礎知識「消毒薬の使用期間」、感染と消毒、vol.17 No.1 2010

《 参考ホームページ 》

厚生労働省 インフルエンザ Q&A

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou01/qa.html>

厚生労働省 マイコプラズマ肺炎に関する Q&A

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou30/index.html>

《 編 集 》

備北地域感染症対策専門部会 ワーキンググループ

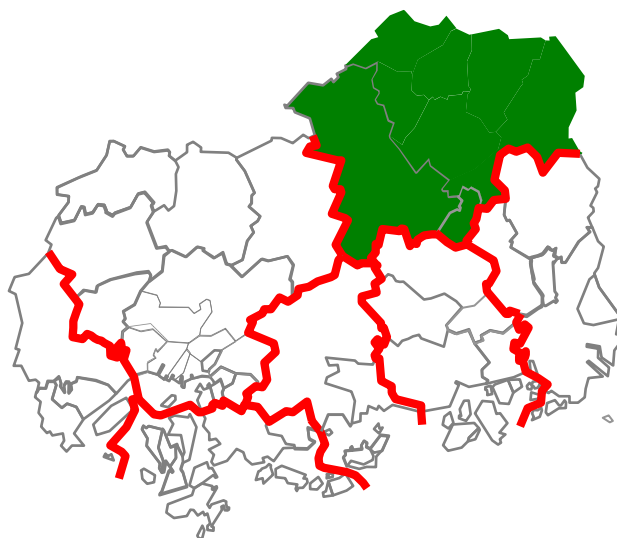
総合病院
庄原赤十字病院

市立
三次中央病院

辻 隆弘
山根 啓幸
山本 明子

三苦 真理恵
須々井 尚子
山口 伸二

平成 24 年 3 月作成



備北地域感染症対策専門部会