

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

特別養護老人ホーム等に従事する看護職員の資質向上  
のための研修体制の構築に関する調査研究事業

報告書

平成 25 ( 2013 ) 年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

「特別養護老人ホーム等に従事する看護職員の資質向上のための  
研修体制の構築に関する調査研究事業」

目 次

本編 .....	1
第 1 章 事業実施概要.....	1
第 1 節 事業実施の背景・目的.....	1
第 2 節 事業内容 .....	2
第 3 節 事業の実施体制.....	4
第 2 章 都道府県調査の結果.....	5
1. 特別養護老人ホームの看護職員の状況 .....	5
2. 特別養護老人ホームの看護職員の研修に関する状況.....	6
第 3 章 都道府県事例.....	17
第 1 節 神奈川県での取組.....	17
第 2 節 岩手県における感染対策の現状と課題 .....	19
第 4 章 今後目指すべき研修の実施体系および研修の内容、実施方法の提案.....	21
第 5 章 考察 .....	31
< 資料 >	
都道府県調査調査票.....	33
平成 24 年度 指導者養成研修プログラム .....	41
テキスト編 .....	47
高齢者の心身の理解.....	47
介護事故防止 .....	54
急変時の対応 .....	64
看取りケアの推進-エンド・オブ・ライフケアにおける看護職員の役割.....	67
高齢者介護施設における感染対策 .....	73

# 本 編

# 第1章 事業実施概要

## 第1節 事業実施の背景・目的

特別養護老人ホームでは入所者の高齢化、重度化が進み、医療的ケアを必要とする入所者が増え、施設内での看取りも増えていることにより、看護職員の業務量および期待される役割は確実に増えている。

多くの施設では常勤医師がいないため、看護職員が医学的観点から適切な観察・判断、対応をしなければならず、入所者の特性に応じた医学的知識の習得が必要である。しかし、介護施設等の看護職員に対する教育・研修機会は必ずしも多くはなく、地方公共団体が行う代表的な研修としては、認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）の一環として実施される「看護指導者養成研修（全国2箇所で開催、1回3日間の研修）」「看護実務者研修（各都道府県において開催、都道府県ごとに1～3日間）」があげられる。当社は、この2つの研修等に関する都道府県調査、施設調査、過去受講者調査を平成23年度老人保健健康増進等事業において実施したが、この調査結果によれば、看護指導者養成研修へ公費派遣している都道府県、また、実務者研修を実施している都道府県はともに約半数で、これらの研修が活用されていない都道府県もあり、都道府県によっては、介護施設の看護職員の資質の向上に必ずしも意識が高いとはいえない状況があることも分かった。一方で、同調査では、施設長における研修ニーズおよび看護職員の資質向上に関する関心は非常に高いことが分かり、看護職員からも、「高齢者のフィジカルアセスメント」「認知症の人のケア」「重度化対応と看取りのケア」等の研修充実を求める意見が把握できた。ただし、1施設あたりの看護職員の配置数が少ない中で、各施設において研修体制を構築したり、研修派遣することにおいて、課題もあることが明らかになった。

このような背景のもと、本事業では、介護施設等の看護職員の資質向上に関する都道府県の意識醸成をはかるとともに、より活用されやすく効果的な研修体系のあり方を検討し、具体的には、研修内容・プログラムをどのように充実強化すべきか検討し、また、研修で活用されるテキストの骨子を作成し、もりこむべき内容を検討することを目的として事業を実施した。

## 第2節 事業内容

### 1. 検討委員会の設置

自治体関係者、介護施設関係者（管理者）、看護関係の有識者等からなる検討委員会を設置し、事業・調査の進め方を検討するとともに、調査結果の分析を行い、介護施設等における看護職員の資質向上に向けて、課題の整理を行った。また、看護指導者養成研修・看護実務者研修およびその他特別養護老人ホームの看護職員に必要な研修の全体について今後のあり方、方向性について議論を行った。

#### 【検討委員会メンバー】

##### 座長

田中 涼子 社会福祉法人健光園 高齢者福祉総合施設ももやま 園長

##### 検討委員

（五十音順、敬称略）

齋藤 訓子 公益社団法人日本看護協会 常任理事  
生野 繁子 九州看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科 学科長・教授  
白川 美保子 社会福祉法人悠人会ベルタウン  
特別養護老人ホームベルファミリア 施設長  
長澤 忠行 神奈川県保健福祉局 福祉・次世代育成部 高齢福祉課 高齢福祉グループ  
村上 勝彦 社会福祉法人慧誠会 常務理事 帯広けいせい苑 施設長

##### オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課

#### 【検討委員会の開催日・議題】

回数	開催日	議 題
第1回	平成23年12月16日	・本年度事業の論点 ・作業部会の設置について
第2回	平成24年11月19日	・今後目指すべき研修の実施体系および研修の内容、 実施方法についての検討 ・調査の実施についての検討 ・都道府県調査票の検討
第3回	平成25年3月26日	・都道府県調査の結果報告 ・新しい研修体系についての検討 ・テキスト執筆者作業部会の実施報告とテキスト骨 子の報告

## 2. 都道府県調査

介護施設等の看護職員に対する研修の実態およびニーズを把握し、新たな研修体系のあり方に関する意向をたずねる都道府県郵送調査を実施した。

対象：都道府県（全数）の担当部局

調査内容：

- ・特別養護老人ホームの看護職員の充足度等
- ・特別養護老人ホームの看護職員に対する研修の実施状況、課題
- ・今後の看護指導者養成研修に関するニーズ / 等

調査実施時期：平成 25 年 1 月 24 日郵送にて発送、3 月 15 日回収締切

## 3. 介護施設等に従事する看護職員研修（仮称）テキスト等検討作業部会

看護職員等に対する研修企画・講師経験者等からなる専門的な作業部会を設置し、第 2 回検討委員会での議論を踏まえ新たな研修と位置づける「介護施設等に従事する看護職員研修（仮称）」で活用するテキストを検討することによって、基礎研修で学ぶべきこと等の検討を行った。

なお、メンバーはテキストについての分担執筆を行った。実際の執筆はメンバー各自で進める方式をとった。メンバーが集合する会議としては作業部会として開催し、別途個別に委員と事務局とで検討を行うワーキング部会を計 2 回開催した。

ここでの作業成果は、本報告書の「テキスト編」に掲載した。ただし、本報告書に掲載内容は、研修内容の全てを網羅してはならず、研修内容の一部に該当する内容を、テキスト例として掲載したものである。

### 【作業部会メンバー】

（五十音順、敬称略）

田中 聡子	社会福祉法人緑風会 特別養護老人ホーム緑風会イサベル 施設長
得居みのり	医療法人財団姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院 地域連携室 室長 老人看護専門看護師
福田 祐子	岩手県立中央病院 感染管理部 看護師長 感染管理認定看護師
松本佐知子	財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団 松戸ニッセイ聖隷クリニック 看護介護課 課長 老人看護専門看護師
松本 美香	一般財団法人育生会横浜病院 副看護部長 聖路加看護大学臨床教授

アドバイザー（検討委員会座長）

田中 涼子 社会福祉法人健光園 高齢者福祉総合施設ももやま 園長

オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課

【作業部会開催日・議題】

回数	開催日	議 題
第 1 回	平成 25 年 3 月 1 日	・ 執筆進捗報告および討議

【ワーキング部会開催日・議題】

回数	開催日	議 題
第 1 回	平成 24 年 12 月 10 日	・ 施設での看護職員、利用者の実態について
第 2 回	平成 25 年 2 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県での感染対策の取組</li> <li>・ 特別養護老人ホーム等の介護保険施設の感染対策の取組</li> <li>・ 特別養護老人ホーム職員を対象とした研修等実施状況</li> </ul>

### 第3節 事業の実施体制

本事業の事務局を三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に設置し、検討委員会の運営をするとともに、調査の実施および調査レポートの執筆、検討会の議論をとりまとめて報告書案の執筆を行った。

また、作業部会の運営およびテキスト案の一部執筆を行った。

【担当者】

星芝 由美子 経済・社会政策部 主任研究員  
 山本 将利 経済・社会政策部 主任研究員  
 小川 美帆 経済・社会政策部 主任研究員

## 第2章 都道府県調査の結果

都道府県調査票は発送数 47 件、回収数は 47 件で、回収率は 100%であった。

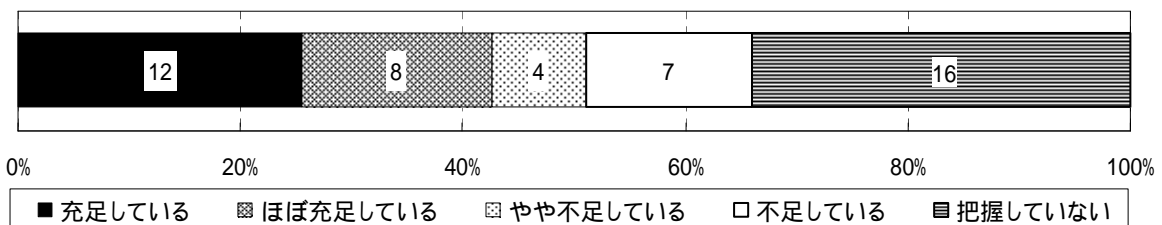
### 1. 特別養護老人ホームの看護職員の状況

#### (1) 看護職員の充足度

特別養護老人ホーム等に就業する看護職員の充足度（人員が確保できているか）について、「充足している」が 12 件、「ほぼ充足している」が 8 件で、半数程度が充足しているとされていた。

なお、看護職員の充足度について「把握していない」という回答が 16 件あった。

図表 2-1 看護職員の充足度(n=47)



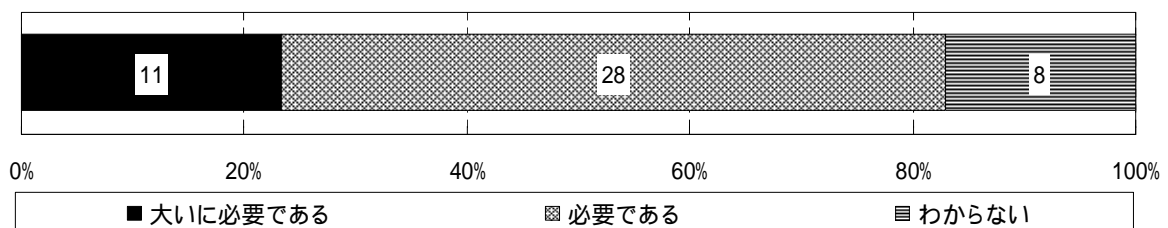
(注)「指定基準上の人員基準は満たしている」等の回答は「充足している」とした。

#### (2) 看護職員に対する施設外研修の充実の必要性

特別養護老人ホーム等に就業する看護職員の資質向上のために施設外での研修が必要であるかという問いに対しては、「大いに必要である」が 11 件、「必要である」が 28 件で、ほとんどの都道府県が必要性を認識していた。

ただし、「わからない」という回答が 8 件あった。

図表 2-2 看護職員の資質向上のための施設外研修の充実の必要性(n=47)





## 2. 特別養護老人ホームの看護職員の研修に関する状況

### (1) 研修の実施状況

#### 1) 都道府県が実施する研修

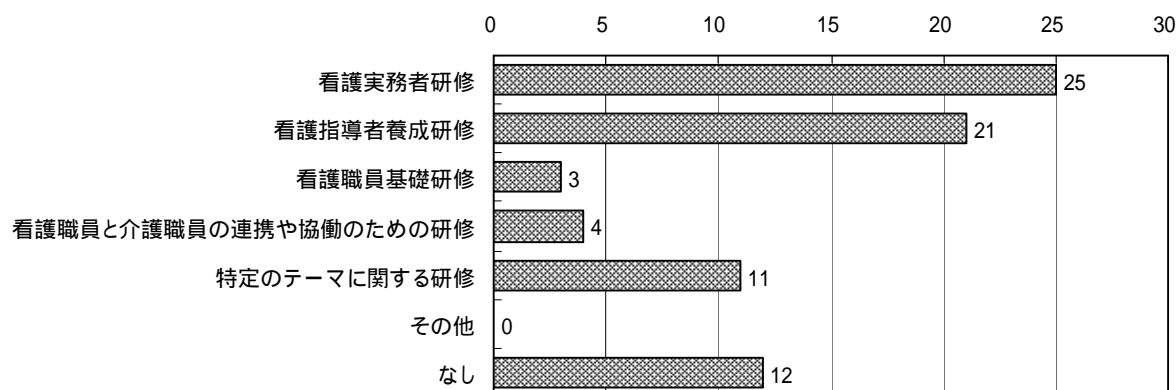
国の補助事業である「看護実務者研修」は25件、「看護指導者養成研修」が21件だった。

平成23年度調査では、「看護実務者研修」25件、「看護指導者養成研修」は19件の参加であったことと比較すると、「看護指導者養成研修」への参加が2件増えている。

「特定のテーマに関する研修」は10件だった。具体的には、「痰の吸引に関する研修」「認知症研修」「感染症予防・管理」「高齢者虐待防止」「ユニットケアに関する研修」があげられていた。

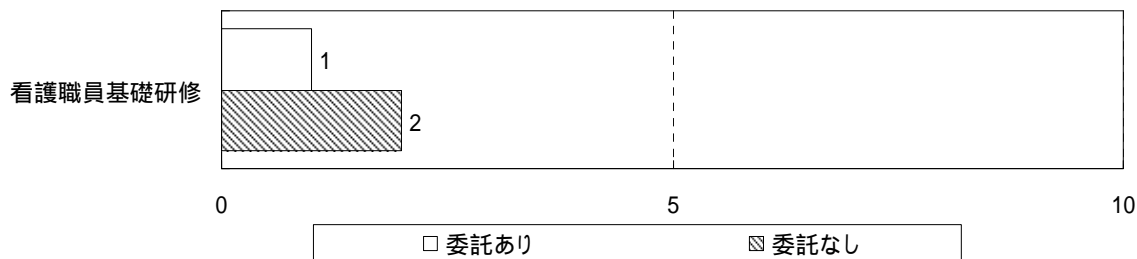
「看護職員基礎研修」は3件だった。

図表2-3 都道府県が実施する研修（複数回答）（n=47）

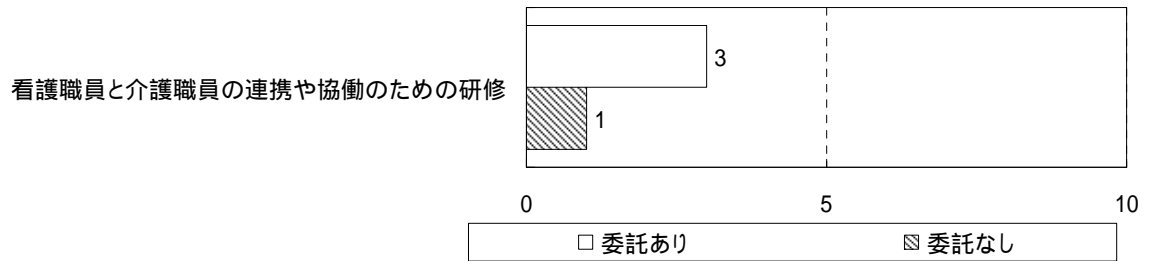


研修については、委託の有無の回答は分かれた。

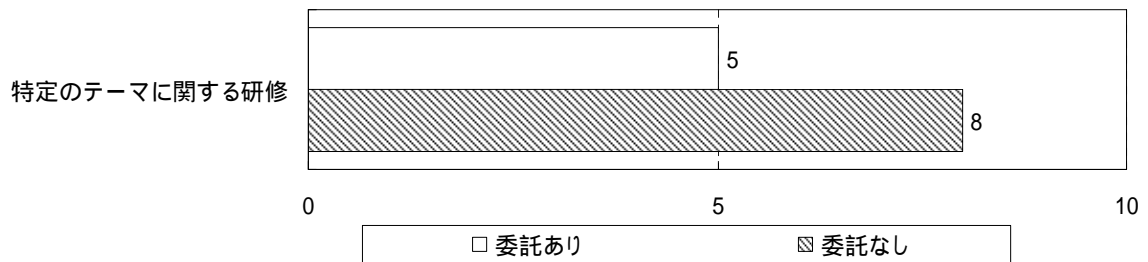
図表2-4 看護職員基礎研修の委託の有無（n=3）



図表 2-5 看護職員と介護職員の連携や協働のための研修の委託の有無 (n=4)



図表 2-6 特定のテーマに関する研修の委託の有無（複数回答） (n=11)

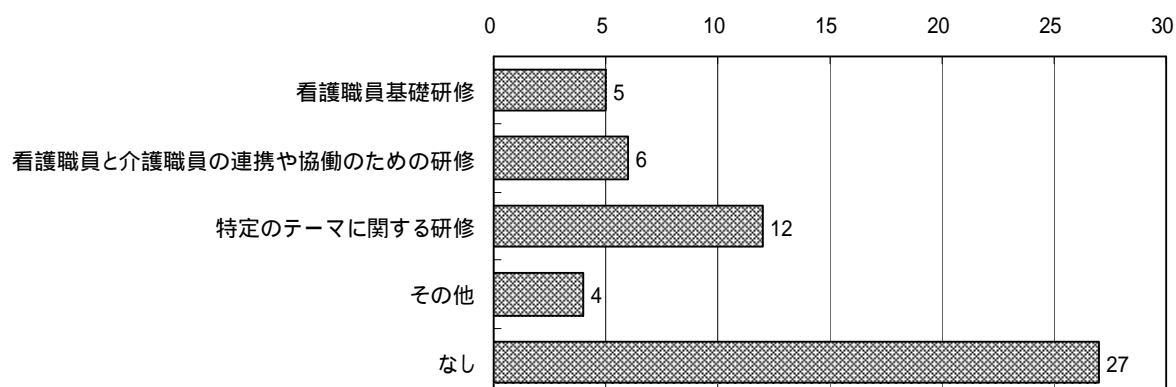


(注) 特定のテーマに関する研修にて、テーマによって委託あり、委託なしの回答があり合計と一致しない。

2) 団体等が実施する研修

専門職団体や施設団体等が実施する研修（特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に対する研修）については、「特定のテーマに関する研修」が12件であった。具体的には、「認知症研修」「感染症予防・管理」「看取り」「栄養口腔ケア」「高齢者と心のケア」があげられていた。

図表 2-7 専門職団体や施設団体が実施する研修（複数回答）（n=47）



研修の実施主体については、以下の通りであり、都道府県看護協会が多く担っていた。また、都道府県の老人福祉施設協議会等でも行われていた。

図表 2-8 研修の実施主体（複数回答）（n=47）

	看護職員基礎研修	看護職員と介護職員の連携や協働のための研修	特定のテーマに関する研修	その他
都道府県看護協会	3	3	6	2
老人福祉施設協議会	1	2	3	2
長寿社会振興財団	1	1		
社会福祉協議会			3	
看護師職能研修会				1

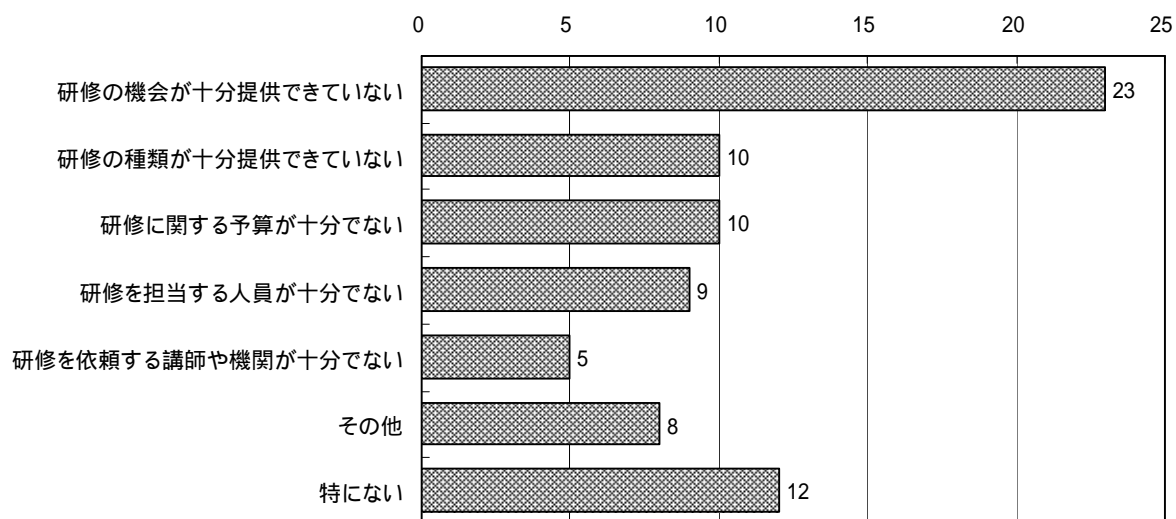
（注）看護師職能研修会とは看護師が自主的に集まっている団体である。

## (2) 特別養護老人ホーム等に就業する看護職員の研修実施についての課題と今後の展開

### 1) 研修実施についての課題

研修実施についての課題としては、「研修の機会が十分提供できていない」が23件と半数近くであった。「その他」の回答としては、「施設における看護職員の数が少ないため参加が難しい」という内容がほとんどであった。

図表 2-9 研修実施についての課題（複数回答）（n=47）

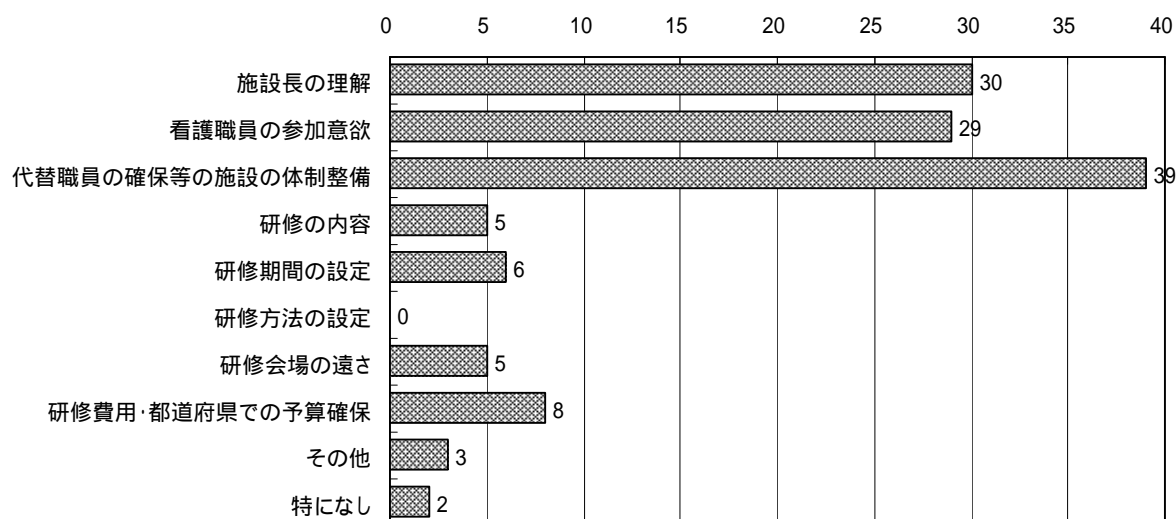


## 2) 研修参加についての課題

研修参加についての課題としては、「代替職員の確保等の施設の体制整備」が39件と最も多く、「施設長の理解」が30件、「看護職員の参加意欲」が29件と続いている。

平成23年度調査では、「施設長の理解」が13件、「看護職員の参加意欲」が12件、「代替職員の確保等の施設の体制整備」が9件であり、課題として認識している都道府県が増加している。

図表2-10 研修実施についての課題（複数回答）（n=47）



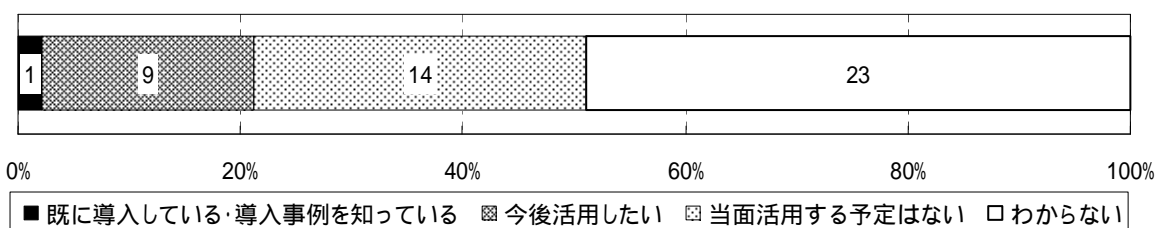
なお、平成23年度の施設調査（施設長対象）において、看護実務者研修に参加させていない理由として、「職場を離れると困るから」が41.9%で第1位であった。また、平成23年度の看護職員調査においては、「施設の体制整備（代替職員確保等）」が19.7%で第2位であった。施設及び看護職員側の認識を都道府県が把握している状況がわかる。

## 3) 情報通信手段の活用状況

研修における衛星放送やeラーニング（インターネット）の活用状況については、「既に導入している・導入事例を知っている」は1件にとどまり、情報通信手段はまだ活用されていない状況にあった。

今後活用したい具体的な内容としては「インターネット配信を検討している」というものがあつた。

図表2-11 情報通信手段の活用状況（n=47）

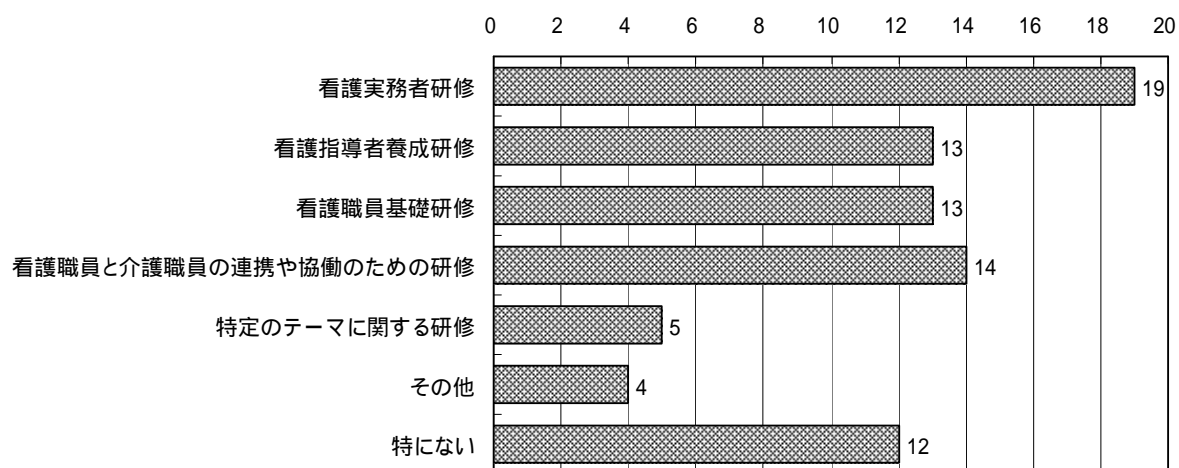


### (3) 実施したい研修

#### 1) 今後実施したい研修

今後実施したい研修としては、「看護実務者研修」が 19 件、「看護職員と介護職員の連携や協働のための研修」が 14 件、「看護指導者養成研修」「看護職員基礎研修」がそれぞれ 13 件であった。

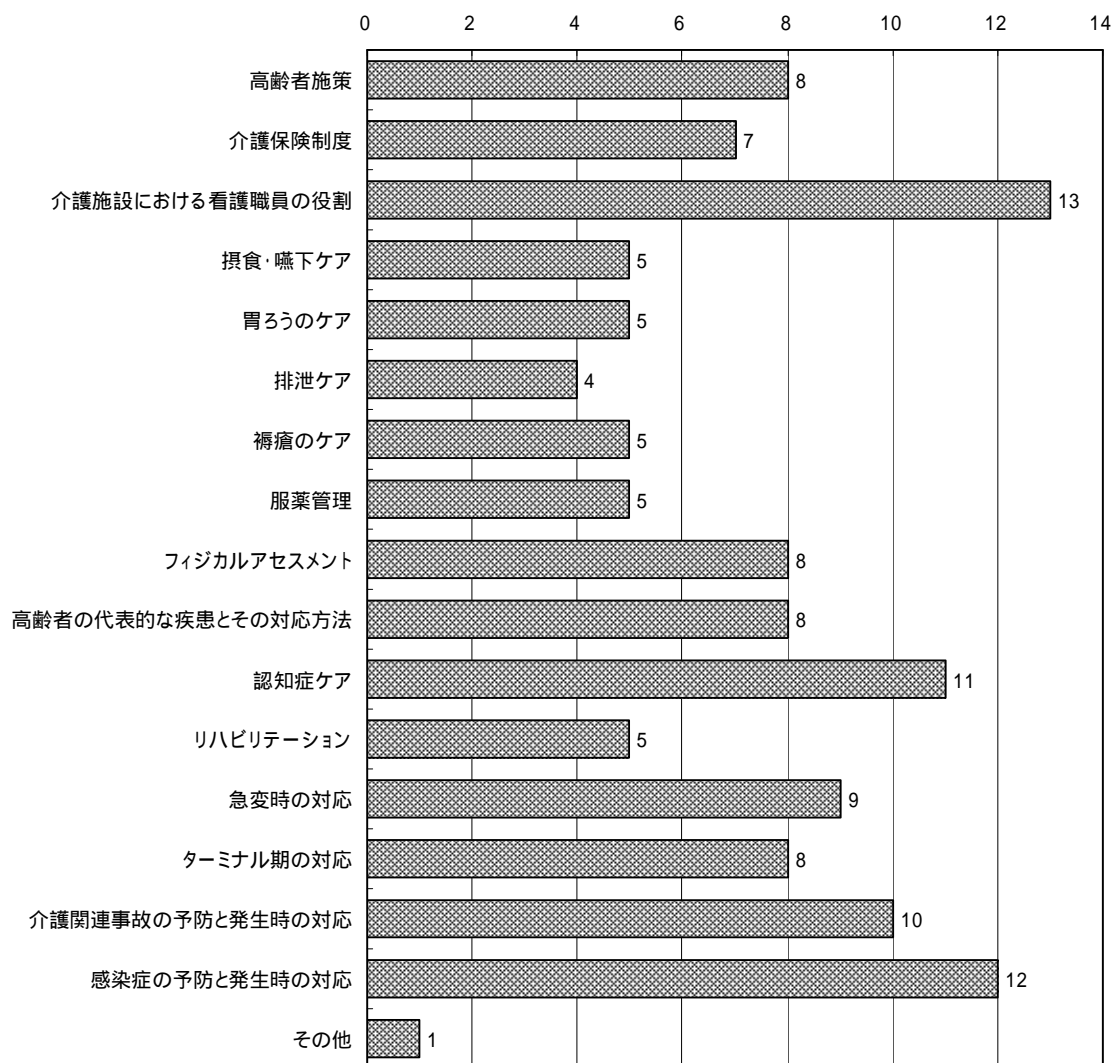
図表 2-12 今後実施したい研修（複数回答）（n=47）



2) 看護職員基礎研修における具体的な内容

看護職員基礎研修において、どのような内容を必要と考えているかについては、「介護施設における看護職員の役割」が13件と該当する全都道府県が必要性を指摘している。続いて、「感染症の予防と発生時の対応」が12件、「認知症ケア」が11件、「介護関連事故の予防と発生時の対応」が10件と続いている。

図表 2-13 看護職員基礎研修において必要な研修内容（複数回答）（n=13）

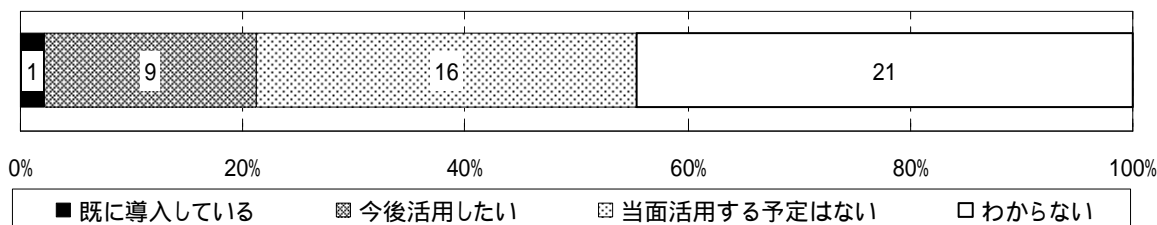


#### (4) 出前講座の活用

##### 1) 出前講座の活用意向

講師を地域の施設や研修会場に派遣して実施する「出前講座」については、「既に導入している」が1件あった。また、「今後活用したい」は9件であった。

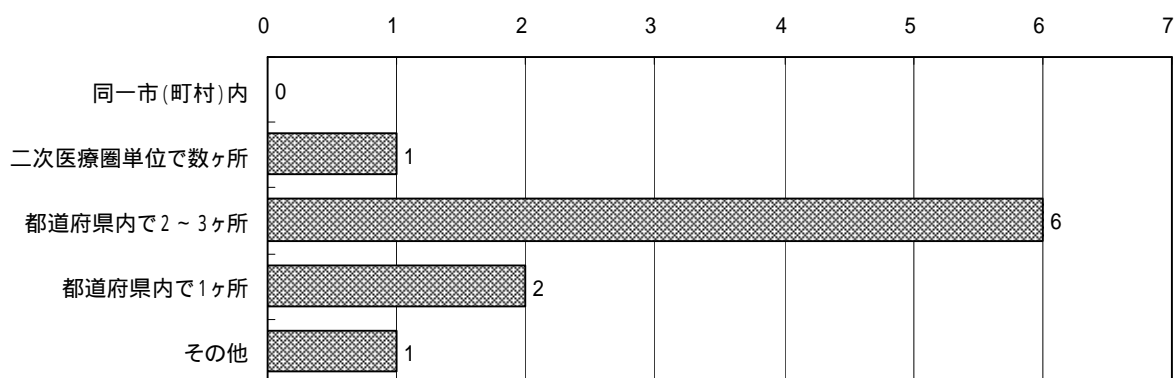
図表 2 -14 出前講座の活用(n=47)



##### 2) 出前講座の実施場所

出前講座を「既に導入している」または「今後活用したい」と回答した10件に対して、出前講座の実施を想定する場所について尋ねたところ、出前講座の実施場所としては、「都道府県内で2～3ヶ所」が6件と多かった。

図表 2 -15 出前講座の実施を想定する場所（複数回答）(n=10)

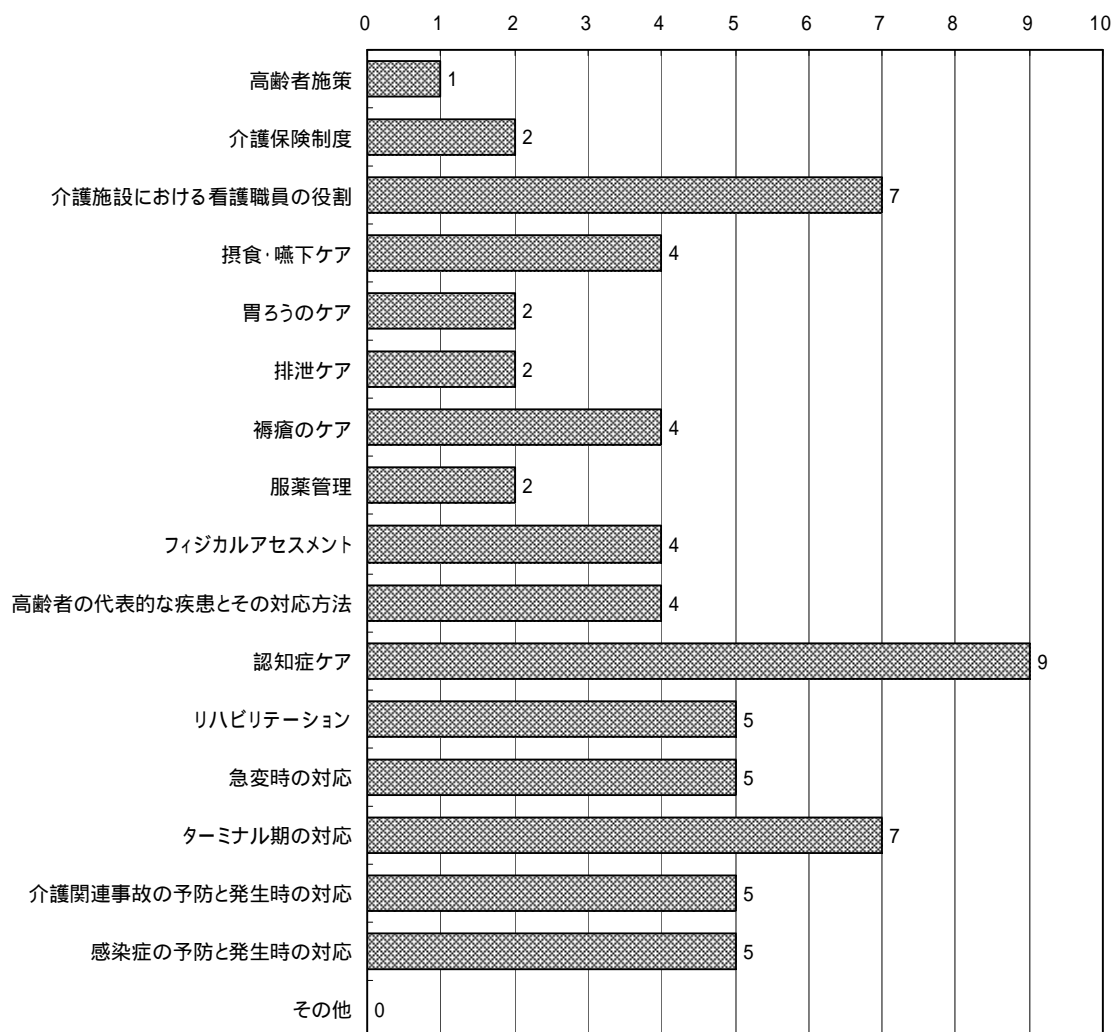




### 3) 出前講座で実施する研修内容

出前講座を実施する場合、どのような内容を必要と考えているかについては、「認知症ケア」が9件、「介護施設における看護職員の役割」が7件、「ターミナル期の対応」が7件と続いている。

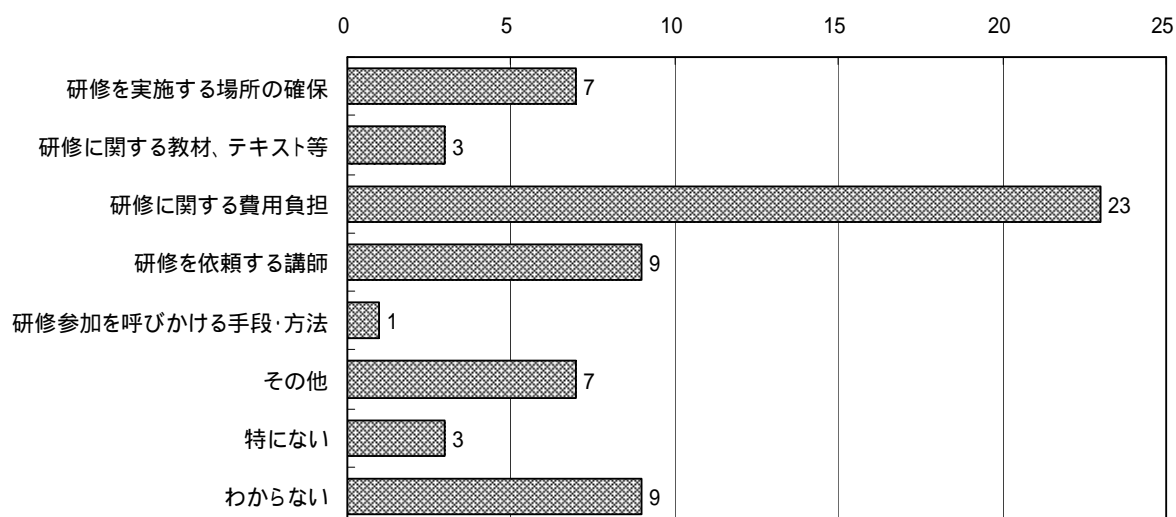
図表 2-16 出前講座で今後必要と考える内容（複数回答）(n=10)



#### 4) 出前講座を実施するための課題

出前講座について、「当面活用する予定はない」「わからない」と回答した 37 都道府県に対して、出前講座を実施するための課題について尋ねたところ、出前講座を実施するための課題としては、「研修に関する費用負担」をあげたものが 23 件と最も多かった。

図表 2-17 出前講座を実施するための課題（複数回答）(n=37)



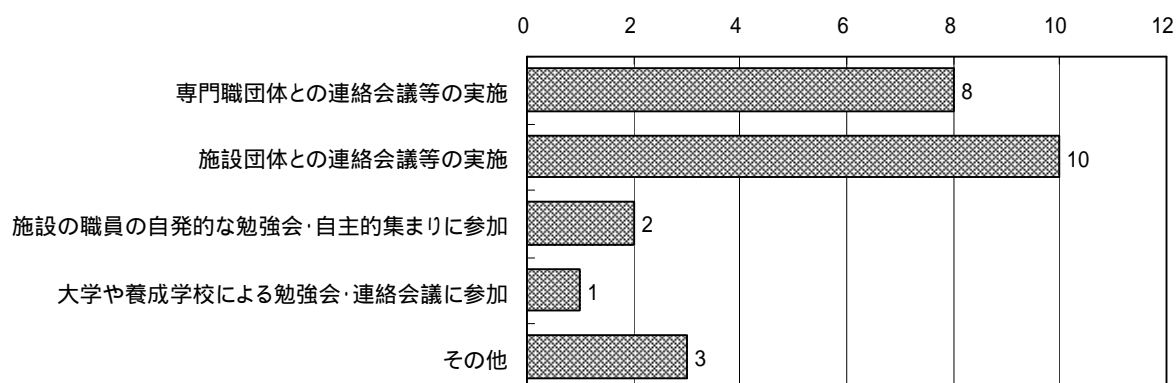
#### (5) 各種団体等との連携状況

##### 1) 専門職団体、施設団体、施設の看護職員等との連携を図る取組

専門職団体、施設団体、施設の看護職員等との連携を図る取組について、特に行っていないところが 31 件と約 3 分の 2 を占め、。なんらか取組があったのは、16 件であった。

取組内容としては、「施設団体との連絡会議等の実施」(10 件)、「専門職団体との連絡会議等の実施」(8 件)の順であった。

図表 2-18 都道府県と団体等との連携に関する取組（複数回答）(n=16)

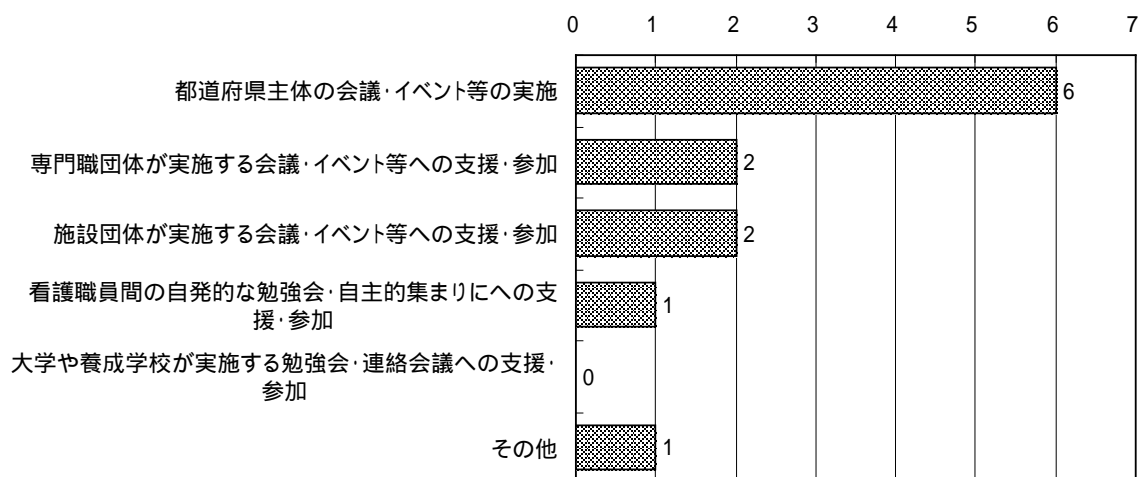


## 2) 看護職員間の連携を図る取組

特別養護老人ホーム等の施設に勤務する看護職員間の連携を図る取組について、特に行っていないところが 36 件と約 4 分の 3 を占め、なんらか取組があったのは、11 件であった。

取組内容としては、「都道府県主体の会議・イベント等の実施」が 6 件と最も多かった。

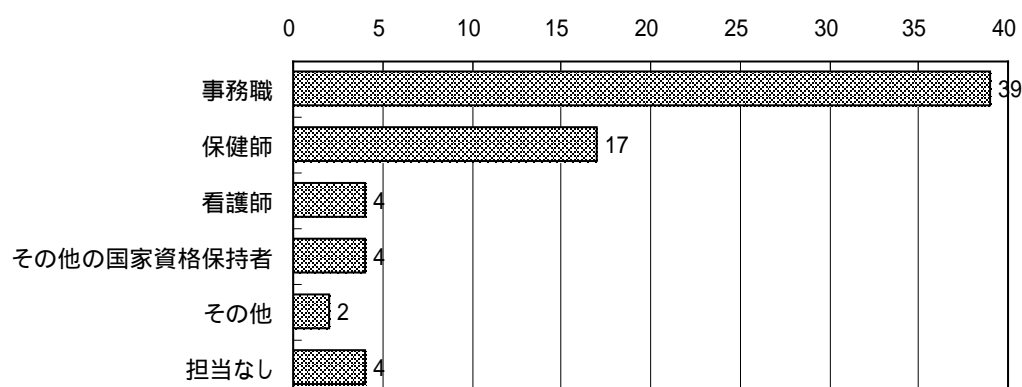
図表 2-19 特別養護老人ホーム等に施設に勤務する看護職員間の連携を図る取組 (複数回答)  
(n=11)



## (6) 都道府県担当者の職種

介護保険施設の看護職員の研修や資質向上等を担当する都道府県の担当者の職種は「事務職」(38 件)が最も多い。平成 23 年度調査においても「事務職」が 37 件であり同様の傾向にあるが、「保健師」は平成 23 年度調査の 10 件から大きく増えている。

図表 2-20 都道府県担当者の職種 (複数回答) (n=47)



## 第3章 都道府県事例

ここでは、特別養護老人ホームの看護職員の資質向上に関して、他都道府県において関心が高い「看護実務者『基礎』研修」を実施している神奈川県的事例と、広く「感染対策」を専門に扱う「いわて感染制御支援チーム」が設置され、この専門家メンバーを活用し、特別養護老人ホームの感染管理の研修等にも対応している岩手県的事例について、紹介する。

### 第1節 神奈川県での取組（看護実務者基礎研修）

神奈川県では、「看護実務『基礎』研修」が既に実施されている。

神奈川県では、「看護実務者研修」は高齢者施設の主任級の看護職員を対象としており、平成22年に看護実務基礎研修が実施されるまでは、経験年数が少ない看護職員が参加できる研修は、「介護保険施設等職員研修」のみであった。このため、新任の看護職員から指導的立場の看護職員となるまでの研修体系が整理されていなかったことに問題意識があった。そこで、介護施設の看護職員を対象とした研修体系を検討し、神奈川県看護協会と神奈川県が高齢者施設等の新任看護職員から看護課長クラスまでの研修を4段階で整理し、実施することとした。

- 1) 看護実務基礎研修
- 2) 看護実務者研修
- 3) 看護指導者養成研修
- 4) 看護管理者研修

ここでは、現在は神奈川県を含め3県のみでの実施ではあるものの、今後の実施について都道府県担当者において関心が高い「看護実務基礎研修」について、神奈川県における実施要綱から、その概要をまとめた。なお、神奈川県においては、県担当者の調整等もなされながら、指導者養成研修の修了者らが研修の運営等に関わるような体制ができてきている。

#### 1 目的

介護施設等の看護職員として、医療的な観点から権利擁護や介護事業所における看護職員の役割と介護職員などの多職種との協働のあり方等の視点に立った看護に関する実践的な知識・技術を習得し、介護現場で質の高い看護を提供する人材を養成する。

#### 2 開催日時

1回のコースが3日間であり、連続しない3日間で開催される。平成24年度は2回（各3日間）開催された。なお、1回目と2回目では完全には同じ内容ではなく、参加者が選択できるようになっている。

<参考：具体的な研修日>

第1回 平成24年7月9日(月)、7月23日(月)、8月7日(火)

第2回 平成24年9月1日(土)、9月9日(日)、9月19日(水)

### 3 研修内容

#### 【共通事項】

- ・福祉施設における看護の動向・看護職の責務
- ・高齢者のフィジカルアセスメント
- ・認知症の最新情報 - 理解と対応
- ・自施設での取り組み（Group workによる意見交換）

#### 【個別事項】

第1回：福祉施設における感染管理

摂食嚥下障害の理解と口腔ケア

第2回：福祉施設看護師が知りたい高齢者リハビリテーション

皮膚疾患とスキンケア

### 4 主催

神奈川県（公益社団法人神奈川県看護協会に委託）

### 5 場所

神奈川県ナースセンター研修室

### 6 対象

介護保険法に基づき指定された施設又は事業者等に従事する看護職員等

### 7 周知方法

- 1) 公益社団法人 神奈川県看護協会 ホームページに掲載
- 2) 県内の介護老人保健施設・介護老人福祉施設、介護療養型医療施設全数（約650施設）あてに開催案内を郵送

### 8 定員数

140名（70名×2回）

毎回、10名程度のオーバーの申込だった。

### 9 応募方法

申込書に必要事項を記載し、所属している介護保険施設・事業者等の長を通じて、神奈川県看護協会 地域看護課宛にFax 又は郵送する

### 10 予算

神奈川県単独 1,396千円（受講料4,500円/人）

### 11 修了証書

全日程修了者に神奈川県看護協会長名の修了証書を発行する

## 第2節 岩手県における感染対策の現状と課題

### (1) いわて感染制御支援チーム（ICAT）について

- ・ 2011 年後半より、県内の保健所と連携して研修会を始めた。
- ・ 東日本大震災において、全国初の取組みとして産官民の合同チームで避難所の感染制御対策支援と症候群サーベイランスを実施し、被災地における感染制御に一定の成果を上げた。現在は、今後の大規模災害等の健康危機管理事案発生に備え、県の組織として常設化された。

### (2) ICAT メンバーを活用した特別養護老人ホーム職員を対象とした研修等実施状況

#### < 研修 >

- ・ ICAT のメンバーは感染対策の専門家であり、研修を主催する保健所や団体から依頼を受け、講師を務めている。ICAT として保健所や県医療推進課等から依頼がある場合と、各メンバーへ直接依頼がある場合がある。いずれにしても、所属長の承認を得て講師活動を実施している。

介護施設を評価する NPO 法人主催の研修会では、200 人程度の大規模なものもあった。また、個別の施設から依頼を受け、研修会に加え、施設に伺って研修を行ったこともある。

- ・ 特別養護老人ホームでは、勤め始めたばかりの看護師が施設内で指導的役割を担っている場合や、看護師は、知識の伝え方や介護職員等への教育ができないことに悩んでおり、自分の知識をどう伝えるかについてのニーズは高い。さらに、インフルエンザやノロウイルスをはじめとした感染症への対策は常に必要とされていることから、感染領域での研鑽の必要性を強く感じており、研修会への応募者数がとても多い。しかし、研修会定員や回数の関係で、行きたくても参加できなかったとの声を聞くことがある。
- ・ 研修会には、特別養護老人ホームに限らず、精神科中心の病院、開業医、老人保健施設、保育所等の職員も参加している。
- ・ 研修会は 1 回あたり 2 時間程度で、个人防护具（PPE:Personal Protective Equipment）の着脱、手洗い方法、吐物処理などについて、実技の時間を設けている（講義 1 時間 + 実技 1 時間）。3 時間あれば十分な内容が実施できる。
- ・ 1 回の研修会につき、参加人数が 100 人の場合、講師は 2 人いれば対応可能。200 人となると講師 2 人では対応が難しい。

#### < 相談窓口 >

- ・ 特に相談窓口を設けている訳ではないが、個人的なつながり等を通じて、相談を受けることがある。更には、近隣の保健所や市町の保健センターからの紹介で相談を受ける場合もあり、医療機関での対策等のアドバイスを与えると安心するようだ。

#### < 認定看護師の状況 >

- ・ 岩手県の場合、感染管理認定看護師は 12 人のみで、県内では比較的規模の大きい病院に配置されている（県立中央病院他、盛岡赤十字病院、独法盛岡病院他、岩手医科大学附属病院 私立）。それぞれ病院内での職制的な立場が異なり、地域での活動状況には差がある。

- ・特別養護老人ホーム職員を対象とした研修会の講師を認定看護師が対応した場合、個人の経験によっては施設の現状がわからず、イメージが湧かないこともあり、現状に合わせた教育が難しい場合もある。認定看護師に対する教育も必要なのではないか。

(3) 特別養護老人ホーム等の介護保険施設における感染対策の課題

- ・施設長の認識不足や施設の予算不足により、個人防護具（PPE）が十分に用意されていない場合がある。予算がなく、知識も足りないため、手袋など使い回しをしている可能性や、プラスチックエプロンを使用できない状況もある。病院には診療報酬上の加算（感染防止対策加算）が設けられている一方で、施設へは（介護報酬上の）加算がないのが課題である。

## 第4章 今後目指すべき研修の方向性について

本研究事業において設置した検討委員会及び作業部会での議論、都道府県調査の結果、及び平成23年度老人保健健康増進等事業で弊社が実施した「介護施設等における高齢者権利擁護等の取組みの推進を担う看護職員の養成に関する調査研究事業」の結果等を踏まえ、認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）の一環として行われる介護施設等に従事する看護職員を対象とした研修の今後目指すべき方向性を以下に示す。

### 1 認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）における看護職員研修の概要とその課題

現在実施されている介護施設等に従事する看護職員を対象とした研修は、都道府県等行政が実施しているもの（委託を含む）、都道府県看護協会等の職能団体や介護施設の関係団体等が自主的に実施しているもの、等がある。都道府県等行政が実施している研修には、国の補助事業として実施されている認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）における看護職員研修や都道府県等の単独事業として実施している研修などがある。

ここでは、全都道府県で実施することが望まれる認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）における看護職員研修について、その概要や課題を示す。

#### （1）認知症対策等総合支援事業（高齢者権利擁護等推進事業）における看護職員研修の概要

##### 看護職員研修の経緯

特別養護老人ホームの入所者の重度化の傾向や「生活の場」である特別養護老人ホームで提供される看護の特性を踏まえ、特別養護老人ホームにおける看護のあり方を検討するために、平成16年度老人保健健康増進等事業で「特別養護老人ホームにおける看護サービスのあり方に関する検討会」（実施主体：株式会社UFJ総合研究所（現・弊社））が開催された。

同検討会の報告書では、特別養護老人ホームの看護サービスのあり方について、次の点を示した。

- ・ 特別養護老人ホームは「生活の場」であるという位置づけを再確認し、入所者の生活ニーズを優先した視点を基本とするべき。
- ・ 重度化予防につながる日常生活を通じた健康管理を実施するには、多職種、特に入所者との直接の接点が多い介護職員との連携が重要であることを認識するべき。



- ・ 入所者の尊厳の保持を目指す観点から、個別性を尊重した個人に対するアプローチが重要であるとともに、特別養護老人ホームは重度の高齢者が集団で生活する場でもあるため、生活環境に対するアプローチも求められること。
- ・ 介護職員との連携では、記録の一元化や情報共有の工夫が必要であること。
- ・ 特別養護老人ホームでの看取りのあり方としては、日常生活の延長としての看取りが望ましいこと。

その上で、これらの看護サービスを実現するためには、個々の特別養護老人ホームや看護職員の努力だけではなく、制度的な面での支援の1つとして、看護職員を対象とした研修の実施の必要性を指摘している。

この結果を踏まえ、平成17年度に、身体拘束廃止推進事業の一環として、国庫補助事業として看護職員研修事業が事業化された。その後、平成18年度には身体拘束廃止推進事業を含む従来の認知症関連予算事業は認知症対策等総合支援事業に再編された。平成19年度には、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」(平成17年11月9日法律第124号)の施行を踏まえ、「身体拘束廃止推進事業」は「高齢者権利擁護等推進事業」に見直され、現行の研修体系に至っている。

#### 身体拘束廃止推進事業における看護職員研修事業の概要

身体拘束廃止推進事業における看護職員研修は、「看護指導者養成研修」と「実務看護職員研修」の2つの研修で構成された。「看護指導者養成研修」は「実務看護職員研修」の企画立案を担う人材や講師となる人材の育成を目的として実施された。「実務看護職員研修」は、実務に従事している看護職員を対象に実践的な知識や技術を習得させることを目的として実施された。実施主体は、いずれの研修も都道府県であった。

以下に、当時の実施要綱から各研修の目的を抜粋する。

##### 看護指導者養成研修

都道府県で看護の指導的立場にある者を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組を行うことができるよう、専門的な知識・技術を習得し、各都道府県で実施される実務看護職員研修の企画・立案に参画し、又は講師となる人材を養成する。

##### 実務看護職員研修

施設等の現場で、実際に身体拘束廃止を推進することができる看護職員を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組を行うための実践的な知識・技術を習得させる。

(下線は弊社で追加)

いずれも「身体的拘束廃止」の取組を推進することを主目的とした研修であった。

高齢者権利擁護等推進事業における看護職員研修の概要(現行の研修)

高齢者権利擁護等推進事業における看護職員研修も、従前の身体拘束廃止推進事業における看護職員研修と同様に、「看護指導者養成研修」と「看護実務者研修」で構成される。いずれの研修も、実施主体は都道府県である。平成24年度は「看護指導者養成研修」は25都道府県で、「看護実務者研修」は21都道府県で実施していた。

以下に各研修事業の概要を示す。

#### 【看護指導者養成研修】

対象

介護施設における看護の指導的立場にある者

研修内容

介護施設等における利用者の権利擁護等を推進するために必要な看護職としての専門的な知識・技術や研修プログラム作成方法、教育技術等を習得させ、地域における権利擁護等の情報共有・連携等のネットワークを構築し、推進できるよう実践的な知識・技術を理解させる。

研修実施方法

都道府県が公益社団法人日本看護協会に委託して、東京と神戸で各1回ずつ実施。

研修カリキュラム

講義と演習で構成され、3日間(概ね1,080分)のプログラムとなっている。

<1日目>

- ・ 介護保険制度等において看護職員に期待されること
- ・ 特別養護老人ホームにおける看護のあり方  
(特別養護老人ホームの看護師が果たすべき役割、看護指導者に期待されること等)
- ・ 特別養護老人ホームにおける看護のあり方  
(看護に期待されるマネジメント、組織づくり等)
- ・ 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際  
(認知症の人の理解、認知症の人の生活を支える具体的な対応等)

- ・ 地域ネットワーク構築と人材育成への取組（演習）
- < 2日目 >
- ・ 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際  
（身体的拘束廃止、高齢者虐待防止、倫理的課題への対応等）
  - ・ 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際  
（感染予防対策、事故予防対策、リスクマネジメント等）
  - ・ 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際  
（生活の場における看取り看護等）
  - ・ 特別養護老人ホームにおける看護のあり方（講義・演習）  
（高齢者が有する疾患等の理解、高齢者のフィジカルアセスメント等）
- < 3日目 >
- ・ 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際（講義・演習）  
（人材育成の課題、課題解決に向けた取組等）
- 「演習」の標記がないものは、すべて「講義」である。

#### 【看護実務者研修】

##### 対象

看護施設等における実際に権利擁護の取組を担当する看護職員

##### 研修内容

標準的な研修カリキュラムに基づき、介護施設等における利用者の権利擁護の取組を推進するために必要な看護職として、医療的な観点から身体拘束廃止の取組を行うための実践的な知識・技術を習得させる。

##### 研修実施方法

都道府県が実施または適切な団体に委託して実施

標準的なカリキュラム（講義内容の例）

- ・ 介護保険制度における介護保険施設等の役割
- ・ 介護保険施設等における看護職員の役割
- ・ 介護保険における身体拘束の位置づけ
- ・ 身体拘束廃止に向けた視点と問題解決能力
- ・ 身体拘束を行わないための環境整備
- ・ 施設利用者または家族による講演 等

## (2) 認知症対策等総合支援事業(高齢者権利擁護等推進事業)における看護職員研修の課題

本研究事業において実施した都道府県調査、及び平成23年度老人保健健康増進等事業で弊社が実施した「介護施設等における高齢者権利擁護等の取組みの推進を担う看護職員の養成に関する調査研究事業」の結果等から得られた高齢者権利擁護等推進事業における看護職員研修の課題は以下の通りである。

### 共通する課題

介護保険制度を取り巻く環境が大きく変化している。

入所者の高齢化、重度化の進展や、ユニット型施設の増加等、介護保険制度を取り巻く環境は大きく変化しており、医療的な判断を求められる看護職員の役割も変化している。

施設に従事する看護職員を対象とした研修が少ない。

一般に、高齢者介護施設は、医療機関に比較して看護職員の配置は少なく、医療機関のように内部で教育体制を構築することが難しい場合が多い。また、職能団体による研修も、近年では、高齢者介護施設等に従事する看護職員向けの研修が増えてきてはいるものの、医療機関を対象にした研修に比較すると少ない状況である。

生活の場である施設と医療機関とでは環境が大きく異なる。

一般に、特別養護老人ホーム等の高齢者介護施設には医師が配置されていないことが多く、看護職員が医療的な判断を求められることも多い。一方で、多くの高齢者介護施設では、治療を主目的とする医療機関とは異なり、生活の場としての役割も求められる。高齢者介護施設に従事する看護職員の多くは医療機関での勤務経験を有するが、生活の場における看護実践の提供には慣れていないことが多く、特に、介護施設の就労時には、一定の研修の需要が見込まれる。

### 看護指導者養成研修の課題

研修会場が遠方である。

現在は、東京都清瀬市か兵庫県神戸市で行われていないため、遠方の施設に勤務する者にとっては、時間的、経済的な負担が大きい。

3日間の研修期間の確保がとりにくく、職場を離れることが困難である。

特別養護老人ホームの看護職員の配置は少ないため、3日間でも、職場を離れて研修に参加することは困難となる場合もある。

都道府県により公費派遣がなされていない場合がある。

都道府県によっては公費での派遣がなされていない場合がある。その場合、希望する参加者は、研修費用についても、自費(職場)負担で参加することに

なり、負担がさらに大きくなる。さらに、このような研修があること自体、都道府県から、都道府県内の施設や看護職員に情報提供されていない場合もあり、研修参加の機会が得られにくい状況もある。

#### 参加者と研修内容のギャップ

本研修では、参加者としては、地域のリーダーになれる人を想定しているが、特別養護老人ホームの看護職員にとっては、限られた研修機会でもあり、受講者の当該施設での職責や個々の参加者の研修ニーズ等にも大きな幅があり、参加者と研修内容のギャップが見受けられる。

研修修了者が十分に有効活用されていない。

看護指導者養成研修の目的の1つとして、看護実務者研修の企画・立案能力の育成や講師の養成があるが、看護実務者研修を実施していない都道府県もあり、研修修了者が有効に活用されていない都道府県もある。

#### 看護実務者研修の課題

研修内容が「権利擁護」の内容に限定されている都道府県が多い。

特別養護老人ホームに従事する看護職員が研修で学習したい内容は、「権利擁護」だけではなく、「看取りケア」、「褥瘡対策」・・・等、多様化している。また、看護職員だけではなく、施設の管理者も、「権利擁護」に加え、「看取りケア」や「褥瘡対策」等の幅広い内容を看護職員に学習してもらいたいと考えている。

都道府県による違いが大きい。

そもそも都道府県によっては、本研修を実施していない場合もある。また、研修日数も都道府県によって1日から3日まで、差が大きい。都道府県には、本研修を積極的に有効活用し、看護職員の資質の向上に寄与するような工夫が期待される。

#### (3) 介護施設に従事する看護職員を対象とした今後の研修のあり方

本研究事業において実施した都道府県調査、及び平成23年度老人保健健康増進等事業で弊社が実施した「介護施設等における高齢者権利擁護等の取組みの推進を担う看護職員の養成に関する調査研究事業」の結果や現行の研修の課題等を踏まえ、検討委員会では、介護施設に従事する看護職員を対象とした今後の研修のあり方を議論した。その結果、以下の意見が得られた。

#### 今後の研修の方向性について

特別養護老人ホームに従事する看護職員に求められる役割や、看護職員及び施設長の研修に対するニーズ等を踏まえ、現在「看護実務者研修」で行われている「権利擁護」に関する内容に加えて、高齢者の尊厳の保持を視点に入れた介護施設等に従事する看護職員に必要な実践的な知識・技術を習得することができる研修に改め、看護実務者を対象に実施することとしてはどうか。

利用者の「権利擁護」に関する研修は重要であることから、現在「看護実務者研修」として実施している研修内容に、権利擁護の理解に必要な不可欠な認知症に関する内容を追加して引き続き実施することとしてはどうか。

現在行われている「看護指導者養成研修」については、研修修了者を組織し、研修の企画立案に参画したり、研修の講師を務めている事例が認められることから、研修内容を見直した上で、引き続き、実施することとしてはどうか。

いずれの研修についても、地域の実情を踏まえ、計画的かつ広域的に実施することが適当であることから、実施主体は引き続き都道府県とし、都道府県の判断により、適切と考えられる団体等に研修の実施を委託できることとしてはどうか。

#### 実務者を対象とした研修について

医療機関での勤務経験はあるものの、介護施設等での就労経験がない、あるいは少ない看護職員を主な対象と想定し、介護施設等に従事する看護職員に必要な実践的な知識・技術を習得することができる研修にする。

講義だけでなく、演習も必須とする。

実践的な内容を学習することができるよう、例えば、講師には、看護指導者養成研修の修了者や介護施設等で実務に従事している看護職員を含めることを検討するべきである。

介護施設等に従事する看護職員は研修を受講しにくい環境に置かれていることに鑑み、例えば、職場に近い場所で研修を受講できるような研修の実施体制を構築するなど、受講しやすい環境の整備を検討するべきである。

研修内容は、下記を標準としてはどうか。実施主体である都道府県は、下記の内容を参考に、地域の実情を踏まえ研修内容を決定するものとする。

テーマ	内容	時間
介護保険制度と看護職員の役割	高齢者を取り巻く環境の理解 介護保険制度の基本的な理解 介護保険施設の役割	90分
介護保険制度と看護職員の役割	介護保険施設等における看護職員の役割 「生活の場」で提供される看護の特徴 組織の理解と多職種による支援	90分
高齢者の心身の理解	高齢者の心身の特徴とよくみられる疾患 高齢者のフィジカルアセスメント	120分
認知症高齢者の理解と看護の実際	認知症の医学的理解（心理的理解を含む） 認知症の人の生活のアセスメントと支援 認知症の人の家族の理解と支援 意思決定支援と権利擁護	120分
利用者の尊厳のある生活を支えるケアと看護 - 介護事故防止 -	介護事故防止の理念と考え方 介護事故防止のための体制整備 介護事故防止のためのケア	90分
利用者の尊厳のある生活を支えるケアと看護 - 感染管理対策 -	高齢者介護施設における感染管理体制 平常時の衛生管理 感染症発生時の対応	90分
利用者の尊厳のある生活を支えるケアと看護 - 急変時の対応 -	高齢者の急変時の特徴と観察の視点 急変時の対応と医療機関との連携	60分
利用者の尊厳のある生活を支えるケアと看護 - 看取りケアの推進 -	高齢者の看取り期の特徴と状態像 多職種協働による看取りケア 看取り期における家族支援	90分

時間数は目安であり、今後、さらなる検討が必要である。

#### 権利擁護に関する研修について

現在「看護実務者研修」で行われている内容をベースに、認知症の人や家族の支援に必要な基本的な知識や技術を習得することができる研修にしてはどうか。

追加することが望ましいと考えられる具体的な研修内容は下記の通りである。

- ・ 認知症の医学的理解、心理的理解  
認知症の症状、認知症の代表的な原因疾患とその病態、治療方法（薬物療法を含む）、認知症の一般的な経過、最新の知見等を含む。
- ・ 認知症の人や家族への支援  
認知症の人に対する症状に合わせた具体的なケアや関係機関との連携についての内容を含む。

#### 看護指導者養成研修について

現行の「看護指導者養成研修」には、指導者向けの内容（例：看護職員に期待されるマネジメントとリーダーシップ、人的ネットワークの構築、施設内の看護職員の人材育成、等）と実務者向けの内容（例：高齢者のフィジカルアセスメント、認知症の理解と対応、介護事故予防、感染管理、看取りケア、等）とが混在している状況である。

今後の指導者養成研修については、実務者向けの内容を整理した上で実施することとしてはどうか。ただし、実施方法については、今後の検討課題である。





## 第5章 今後の課題

本事業に設置された調査検討委員会や作業部会において、今後の課題として、次のような点が指摘された。今後、引き続き、検討が必要であるとする。

### （都道府県の取り組み）

都道府県調査において、看護職員の充足度を「把握していない」と回答した都道府県が16件あり、また、看護職員に対する施設外研修の充実の必要性について「分からない」と回答した都道府県が8件あった。本調査の結果を都道府県にフィードバックすること等を通じて、今後、都道府県において対応が進むことが期待される。また、継続的に、都道府県の取り組みについて検証できるよう、調査が実施されることが求められる。

### （研修の体系化～ステップアップについて）

施設の看護職員に対する研修について、他の研修と合わせ、ステップアップが意識できる研修体系として、示すことができたほうがよいのではないか、という意見が出された。この点については、各都道府県独自の研修事業、関係団体での実施される研修等とあわせて検討されることが必要であろう。

あわせて、研修の名称についても、可能であれば、ステップアップが意識されるような名称とする等、なんらかの工夫が必要という議論がなされたところである。

### （指導者養成研修の修了者の組織化について）

都道府県で研修を進めていくためには、指導者養成研修の修了者を組織化し、講師候補者・運営支援者を確保することが要となる。看護指導者養成研修の修了者が実務者研修の講師や企画・運営の立場で参加する県では、比較的円滑に、実務者研修が運営できている。ただし、組織化には時間もかかり、また、自然に作られるケースは少ない。都道府県が都道府県看護協会などと協力しながら、働きかけることが求められる。

### （研修内容について）

本報告書で示した研修内容については、平成23年度老人保健健康増進等事業「介護施設等における高齢者権利擁護等の取り組み推進を担う看護職員の養成に関する調査研究」での調査・検討も踏まえ、今年度の検討委員会、作業部会で議論を深めてきたところのものである。本報告書で示した内容が、現場でのニーズ、期待にかなっているかどうか、今一度、検証が必要である。

### （研修における実技、図示・動画等の教材について）

研修のテキストについて、本事業では、A4縦置の文章として作成した。テキストの使い方によっては、図表を多く盛り込んだ資料も有用であるという議論もなされたところある。実技・演習の必要性も指摘され、本報告書第4章においても、研修において、演習を必須とすることを提案したところである。

テキスト内容は、文章だけではなく、できるだけ分かりやすいように、また、実際の場面で応用しやすいように図や動画などの視聴覚教材の必要性が指摘された。

(平成 24 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

## 「特別養護老人ホーム等に従事する看護職員の資質の 向上のための研修体制の構築に関する調査」 (調査票)

回答は、あてはまる番号を で囲んで下さい。 を付ける数は原則 1 つですが、複数選択いただく場合には、質問の最後に「複数回答可」と記載しています。具体的な数値や回答をご記入いただく部分もあります。調査時点は、原則、平成 24 年 12 月 1 日としますが、設問に調査期間の記載があればそれに応じて下さい。なお、ご回答のうち(問 4 研修実施の状況、問 10 専門職団体、施設団体、施設の看護職員等との連携)に関しましては、関連団体が今後の事業に役立てるために、また、各施設が参考とするために公表することがあります。

都道府県名	( ) 都・道・府・県		
ご記入者の部署		ご記入者氏名	
電話番号		F A X 番号	
ご連絡先メールアドレス			
貴都道府県内の特別養護老人ホーム数			

調査票につきましては、「ワードファイル」もご用意しております。別紙『「特別養護老人ホーム等における看護職員の教育研修等に関する調査」ご協力のお願ひ』に掲載しておりますお問い合わせ先にご連絡いただければ送信させていただきます。

### 1 特別養護老人ホーム等の看護職員に関する状況についておうかがいたします。

問 1 貴都道府県内の特別養護老人ホーム等に就業する看護職員の充足度(人員が確保できているか)はどのような状況ですか。

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1 人員は充足している   | 2 人員はほぼ充足している |
| 3 人員はやや不足している | 4 人員は不足している   |
| 5 把握していない     |               |

問 2 貴都道府県内の特別養護老人ホーム等に就業する看護職員の資質を向上するためには、施設外における研修の充実が必要であると思われませんか。

- |            |         |
|------------|---------|
| 1 大いに必要である | 2 必要である |
| 3 あまり必要でない | 4 必要でない |
| 5 わからない    |         |

**2 特別養護老人ホームの看護職員等の研修に関する状況についておうかがいいたします。**

問 3 貴都道府県において、特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に対する研修としてはどのようなものを実施していますか。次の中からあてはまるものをお選び下さい（貴都道府県の他部局で実施している研修を含む）（複数回答可）。

3.4.5.6 を選択された場合には、差し支えなければ研修の実施要綱、研修プログラム等をお教えいただきたく存じます。（PDF等のファイル送信、ホームページ上であればURLの場所を教えていただければと存じます。）

1	看護実務者研修
2	看護指導者養成研修
3	看護職員基礎研修（施設に入職した看護職員に対する基礎的な研修）
4	看護職員と介護職員の連携や協働のための研修
5	特定のテーマに関する研修 具体的に（ ）
6	その他（ ）
7	なし（問4へお進みください）

問 3-1 3.4.5.6 を選択された場合には、委託の有無について教えて下さい。

3	看護職員基礎研修	1 委託なし
		2 委託あり（委託先： ）
4	看護職員と介護職員の連携や協働のための研修	1 委託なし
		2 委託あり（委託先： ）
5	特定のテーマに関する研修 （ ）	1 委託なし
		2 委託あり（委託先： ）
6	その他 （ ）	1 委託なし
		2 委託あり（委託先： ）

問 3-2 3.4.5.6 を選択された場合には、研修費用負担について教えて下さい。

	総額(千円)	負担割合			
		国	都道府県	受講者	その他
(記入例) 研修	1,000	1/2	1/4	1/4	
3 看護職員基礎研修					
4 看護職員と介護職員の連携や協働のための研修					
5 特定のテーマに関する研修 （ ）					
6 その他（ ）					

問 4 貴都道府県において特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に対する研修のうち、専門職団体や施設団体が実施している研修にはどのようなものがありますか。把握されている範囲で結構ですので、次の中からあてはまるものをお選び下さい(複数回答可)

1	看護職員基礎研修(施設に入職した看護職員に対する基礎的な研修)
2	看護職員と介護職員の連携や協働のための研修
3	特定のテーマに関する研修 具体的に( )
4	その他( )
5	なし(問5へお進みください)

問 4-1 研修の実施主体について教えてください。

研修の種類	実施主体
(記入例)	県看護協会
1 看護職員基礎研修	
2 看護職員と介護職員の連携や協働のための研修	
3 特定のテーマに関する研修 ( )	
4 その他 ( )	

問 5 貴都道府県として、特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に関する研修実施に関しては、どのような点が課題であると思われますか。(複数回答可)

1	研修の機会が十分提供できていない
2	研修の種類が十分提供できていない
3	研修に関する予算が十分でない
4	研修を担当する人員が十分でない
5	研修を依頼する講師や機関が十分でない
6	その他(具体的に: )
7	特にない

問 6 特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に関する研修実施に関しては、主に、集合型の研修が行われてきていますが、衛星放送(TV)やeラーニング(インターネット)など情報通信手段を活用することについて、どのようにと思われますか。

1	既に導入している・導入事例を知っている	2	今後活用したい
3	当面活用する予定はない	4	わからない

問 7 特別養護老人ホーム等に就業する看護職員が研修に参加するためには、どのような点が課題であると思われますか。(複数回答可)

1	施設長の理解	
2	看護職員の参加意欲	
3	研修受講期間中の代替看護職員確保等の施設の体制整備	
4	研修の内容(具体的に:	)
5	研修期間の設定(具体的に:	)
6	研修方法の設定(具体的に:	)
7	研修会場の遠さ(具体的に:	)
8	研修費用・都道府県での予算確保	
9	その他(具体的に:	)
10	特にない	

問 8 貴都道府県において、特別養護老人ホーム等に就業する看護職員に対する研修としては今後どのようなものを実施したいと考えますか。次の中からあてはまるものをお選び下さい。(複数回答可)

1	看護実務者研修	
2	看護指導者養成研修	
3	看護職員基礎研修(施設に入職した看護職員に対する基礎的な研修)	問 8-1 へ
4	看護職員と介護職員の連携や協働のための研修	
5	特定のテーマに関する研修	
	具体的に(	)
6	その他(	)
7	特にない	

問 8-1 問 8 で「3」を選んだ方にお伺いします。お答えいただいた研修の内容としては、今後どのようなものが必要であると考えますか。次の中からあてはまるものをお選び下さい。(複数回答可)

1	高齢者施策	2	介護保険制度
3	介護施設における看護職員の役割	4	摂食・嚥下ケア
5	胃ろうのケア	6	排泄ケア
7	褥瘡のケア	8	服薬管理
9	フィジカルアセスメント	10	高齢者の代表的な疾患とその対応方法
11	認知症ケア	12	リハビリテーション
13	急変時の対応	14	ターミナル期の対応
15	介護関連事故の予防と発生時の対応		
16	感染症の予防と発生時の対応		
17	その他(		)

問 9 研修を受講する看護職員の負担軽減策の1つとして、講師を地域の施設や研修会場に派遣して実施する（出前講座）ことが検討されております。このような手段を活用することについて、どのように思われますか。

- |               |                           |
|---------------|---------------------------|
| 1 既に導入している    | （ 下の問 9-1、問 9-2 にお進みください） |
| 2 今後活用したい     | （ 下の問 9-1、問 9-2 にお進みください） |
| 3 当面活用する予定はない | （ 次頁 問 9-3 にお進みください）      |
| 4 わからない       | （ 次頁 問 9-3 にお進みください）      |

【問 9 で「1」または「2」と回答した方におうかがいします。】

問 9-1 問 9 でお答えいただいた研修の実施場所としては、どのような地域が想定されますか。次の中からあてはまるものをお選び下さい。（複数回答可）

- |                     |   |
|---------------------|---|
| 1 同一市（町村）内          |   |
| 2 二次医療圏単位で数ヶ所       |   |
| 3 都道府県内で 2～3ヶ所（具体的に | ） |
| 4 都道府県内で 1ヶ所（具体的に   | ） |
| 5 その他（              | ） |

問 9-2 問 9 でお答えいただいた研修の内容としては、どのようなものがありますか。「現在実施しているもの」、「今後必要なもの」それぞれについて、次の中からあてはまるものを選び、回答欄に 印をつけて下さい。（複数回答可）

	回答欄	
	現在実施しているもの	今後必要なもの
1 高齢者施策		
2 介護保険制度		
3 介護施設における看護職員の役割		
4 摂食・嚥下ケア		
5 胃ろうのケア		
6 排泄ケア		
7 褥瘡のケア		
8 服薬管理		
9 フィジカルアセスメント		
10 高齢者の代表的な疾患とその対応方法		
11 認知症ケア		
12 リハビリテーション		
13 急変時の対応		
14 ターミナル期の対応		
15 介護関連事故の予防と発生時の対応		
16 感染症の予防と発生時の対応		
17 その他（	）	

（次は、問 10 へお進み下さい）



【問9で「3」または「4」と回答した方におうかがいします。】

問 9-3 問 9 でお答えいただいた研修の実施する際に、どのような点が課題であると思われるですか。次の中からあてはまるものをお選び下さい。(複数回答可)

- |   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| 1 | 研修を実施する場所の確保    |   |
| 2 | 研修に関する教材、テキスト等  |   |
| 3 | 研修に関する費用負担      |   |
| 4 | 研修を依頼する講師       |   |
| 5 | 研修参加を呼びかける手段・方法 |   |
| 6 | その他(具体的に:       | ) |
| 7 | 特になし            |   |
| 8 | わからない           |   |

問 10 貴都道府県において、専門職団体、施設団体、施設の看護職員等との連携を図る取り組みはありますか。(複数回答可)

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | 専門職団体との連絡会議等の実施(具体的に:    | ) |
| 2 | 施設団体との連絡会議等の実施(具体的に:     | ) |
| 3 | 施設の職員の自発的な勉強会・自主的な集まりに参加 |   |
| 4 | 大学や養成学校による勉強会・連絡会議等に参加   |   |
| 5 | その他(                     | ) |
| 6 | 特になし                     |   |

問 11 貴都道府県において、特別養護老人ホーム等の施設に勤務する看護職員間の連携を図る取り組みはありますか。(施設に限らず、医療機関に勤務する看護職員等も対象にして実施している場合を含みます。)(複数回答可)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | 都道府県主体で施設の看護職員等が交流する会議・イベント等を実施( )<br>(具体的に:    | ) |
| 2 | 専門職団体が実施する看護職員等が交流する会議・イベントへの支援・参加<br>(具体的に:    | ) |
| 3 | 施設団体が実施する看護職員等が交流する会議・イベント等への支援・参加<br>(具体的に:    | ) |
| 4 | 看護職員間の自発的な勉強会・自主的な集まりへの支援・参加                    |   |
| 5 | 大学や養成学校が実施する看護職員等が交流する勉強会・連絡会議等への支援・<br>参加(具体的に | ) |
| 6 | その他(  | ) |
| 7 | 特になし  |   |

**3 貴都道府県でのご担当の状況についておうかがいします。**

問 12 介護保険施設の看護職員の研修や資質向上等を担当・所管する貴都道府県の部署はどこになりますか。複数の部署にまたがる場合には、全てをお書き下さい。

(例) 保健福祉部長寿社会課研修係

問 13 介護保険施設の看護職員の研修や資質向上等を担当・所管する貴都道府県の担当者の職種・有する国家資格を教えてください。(複数回答可)

1 事務職 2 保健師 3 看護師 4 その他の国家資格保持者 ( )  
5 その他 ( )

問 14 特別養護老人ホームで働く看護職員に対する教育・研修の充実や看護職員の役割などに関する貴都道府県内の課題について、ご自由にご記入下さい。

以上で、質問は終わりです。同封の返信用封筒にて、2月8日(金)までに  
投函して下さい。ご協力ありがとうございました。



これからの特別養護老人ホームにおける看護リーダー養成研修  
- 尊厳ある生活を支えるケアのために -  
プログラム

東京会場:平成 25 年 2 月 4 日(月)～6 日(水)

研修の目的:

特別養護老人ホームにおける利用者の尊厳ある生活を支えるケアを指導するために必要な看護職としての専門的知識・技術を修得する。

各都道府県で実施される看護実務者研修の企画・立案への参画並びに講師となるために必要な研修プログラムの作成方法及び教育技術を修得する。

地域における権利擁護等の情報共有・連携等のネットワークを構築し推進できる知識・技術を修得する。

1 日目 2 月 4 日(月)	科目名(テーマ)	内容	講師(所属) 敬称略
9:25～9:30(5分)	研修オリエンテーション (事務局)		
9:30～9:40(10分)	開講式	・開講挨拶(日本看護協会、厚生労働省)	齋藤 訓子 (日本看護協会 常任理事) 右田 周平 (厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官)
9:40～10:10(30分)	【講義】 介護保険制度における介護保険施設等の役割と看護職に期待されていること	・高齢社会が進む我が国の医療・看護・介護 ・介護保険制度の動向と介護保険施設等の役割	右田 周平 (厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官)
10:10～11:00(50分)	【講義】 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 - 特別養護老人ホームの看護師が果たすべき役割と機能 -	・特別養護老人ホームに期待される看護・介護 ・これからの看護リーダーへの期待	齋藤 訓子 (日本看護協会 常任理事)
11:10～12:00(50分)	【講義】 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 - 看護に期待するマネジメントとリーダーシップ -	・経営の視点とリーダーシップ ・地域を視野に入れたマネジメントと組織風土づくり	川崎 千鶴子 (社会福祉法人うらら 特別養護老人ホームみずべの苑 施設長)
12:00～13:00	(昼休憩 60分)		
13:00～15:30(150分)	【講義】 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 - 認知症の理解とその対応 -	・認知症と認知症患者の特徴 ・生き方・生活を支える対応	島橋 誠 (日本看護協会 看護研修学校認定看護師教育課程 認知症看護学科 専任教員)
15:30～16:30(60分)	【演習】 地域ネットワーク構築と人材育成への取組み - 人的および情報ネットワークの構築 -	・受講者間ヒューマンネットワーク ・自施設・自県における人材育成の課題	田中 涼子 (社会福祉法人健光園 高齢者福祉総合施設ももやま 園長)
宿題 (翌朝提出)	研修のレビュー<1>	・本日の講義等で学んだこと、所属施設で活かしたいことの記述	
17:00～18:30(90分)	懇親会		

2日目 2月5日(火)	科目名(テーマ)	内容	講師(所属) 敬称略
9:30~10:30(60分)	【講義】 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 - 身体拘束廃止、高齢者虐待防止等、倫理的課題への対応 -	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束廃止(転倒・転落)</li> <li>・高齢者虐待防止等、倫理的課題への対応</li> <li>・事故発生時の入所者、家族、職員への対応</li> </ul>	福本 京子 (医療法人笠松会有吉病院 ケア部長)
10:40~12:10(90分)	【講義】 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 - リスクマネジメント -	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の予防的健康管理と平常時の感染予防策</li> <li>・感染症発生時の対応</li> </ul>	松本 美香 (財団法人育生会横浜病院 副看護部長 聖路加看護大学 臨床教授)
12:10~13:10	(昼休憩 60分)		
13:10~14:10(60分)	【講義】 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 - 尊厳ある看取りの支援 -	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己決定と尊厳を守る看取り介護をするための指針</li> <li>・家族を交えたチームケア</li> </ul>	海老根 典子 (社会福祉法人練馬区社会福祉事業団 練馬区立富士見台特別養護老人ホーム 施設長)
14:10~14:20	(休憩 10分)		
14:20~16:30(130分)	【講義】 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 - 利用者の疾患の理解と適切な対応 -	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者が有する症状・疾患の特徴と生活支援</li> <li>・高齢者のフィジカルアセスメント(転倒・転落・誤嚥・誤薬への対応含)と医療機関との連携</li> </ul>	松本 佐知子 (財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団 松戸ニッセイ聖隷クリニック 看護介護課・老人看護専門看護師)
宿題 (翌朝提出)	研修のレビュー<2>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本日の講義等で学んだこと、所属施設で活かしたいことの記述</li> </ul>	

3日目 2月6日(水)	科目名(テーマ)	内容	講師(所属) 敬称略
9:30～12:30(180分)	<b>【講義・演習】</b> 利用者の尊厳ある生活を支える ケアと看護の実際 -特別養護老人ホーム看護師の 役割と人材育成の課題・課題解 決について-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自施設の現状把握・分析</li> <li>・課題の抽出</li> <li>・課題解決に向けた取組み(案) の作成</li> </ul>	田中 涼子 (社会福祉法人健光園 高齢者 福祉総合施設ももやま 園長)  東森 由香 (日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看 護学科 主任教員) 島橋 誠 (日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看 護学科 専任教員)
12:30～13:30	(昼休憩 60分)		
13:30～16:00(150分)	<b>【演習】</b> 利用者の尊厳ある生活を支える ケアと看護の実際 -特別養護老人ホーム看護師の 役割と人材育成の課題・課題解 決について-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・課題解決に向けた取組み(案) の作成</li> </ul>	田中 涼子 (社会福祉法人健光園 高齢者 福祉総合施設ももやま 園長)  東森 由香 (日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看 護学科 主任教員) 島橋 誠 (日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看 護学科 専任教員)
16:10～16:20(10分)	研修のレビュー<3>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本日の講義等で学んだこと、 所属施設で活かしたいこと の記述</li> </ul>	
16:20～16:30(10分)	閉講式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・閉講挨拶</li> <li>・修了証書配布</li> </ul>	

【講師一覧】(敬称略、講義順)

氏名	所属	職位	所在
右田 周平	厚生労働省老健局 高齢者支援課	老人介護専門官	東京都
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会	常任理事	東京都
川崎 千鶴子	社会福祉法人うらら 特別養護老人ホームみずべの苑	施設長	東京都
東森 由香	日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看護学科	主任教員	東京都
島橋 誠	日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程 認知症看護学科	専任教員	東京都
田中 涼子	社会福祉法人健光園 高齢者福祉総合施設ももやま	園長	京都府
福本 京子	医療法人笠松会有吉病院	ケア部長	福岡県
松本 美香	一般財団法人育生会横浜病院 聖路加看護大学	副看護部長 臨床教授	神奈川県
海老根 典子	社会福祉法人練馬区社会福祉事業団 練馬区立富士見台特別養護老人ホーム	施設長	東京都
松本 佐知子	財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団 松戸ニッセイ聖隷クリニック 看護介護課	老人看護専門看護師	千葉県

平成24年度

「これからの特別養護老人ホームにおける看護リーダー養成研修  
- 尊厳ある生活を支えるケアのために -」

研修の目的：

特別養護老人ホームにおける利用者の尊厳ある生活を支えるケアを指導するために必要な看護職としての専門的知識・技術を修得する。  
各都道府県で実施される看護実務者研修の企画・立案への参画並びに講師となるために必要な研修プログラムの作成方法及び教育技術を修得する。  
地域における権利擁護等の情報共有・連携等のネットワークを構築し推進できる知識・技術を修得する。

月日	時間	講義形態/科目名	講師名(敬称略)
H25 2/6 (水)	9:30～9:40	開講式・オリエンテーション	右田 周平 (厚生労働省老健局) 齋藤 訓子 (公益社団法人 日本看護協会)
	9:40～10:10	講義) 介護保険制度における介護保険施設等の役割と 看護職に期待されること ・高齢社会が進む我が国の医療・看護・介護 ・介護保険制度の動向と介護保険施設等の役割 など	右田 周平 (前掲)
	10:10～11:00	講義) 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 -特別養護老人ホームの看護師が果たすべき役割と機能 ・特別養護老人ホームに期待される看護・介護 ・これからの看護リーダーへの期待 など	齋藤 訓子 (前掲)
	11:10～12:10	講義) 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 -看護師に期待するマネジメントとリーダーシップ ・経営の視点とリーダーシップ ・地域を視野に入れたマネジメントと組織風土づくり など	九里 美和子 (特別養護老人 ホーム淡海荘)
	12:10～13:10	昼休憩	
	13:10～15:40	講義) 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 -認知症の理解とその対応 ・認知症と認知症患者の特徴 ・生き方・生活を支える対応 など	得居 みのり (医療法人財団 姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院)
	15:50～16:30	演習) 地域ネットワーク構築と人材育成への取組 -人的および情報ネットワークの構築(課題の共有) ・受講者間ヒューマンネットワーク ・自施設・自県における人材育成の課題	担当者
	(宿題)	研修のレビュー(翌朝提出)	
	17:00～19:00		懇親会 希望者



月日	時間	講義形態 / 科目名	講師名(敬称略)
2/7 (木)	9:30～11:30	講義) 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 －身体拘束廃止・高齢者虐待防止等、倫理的課題への対応	福本 京子 (医療法人笠松会 有吉病院)
		利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 －リスクマネジメント(感染管理中心に等)	
	11:40～12:40	講義) 利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 －尊厳ある看取りへの支援	田中 涼子 (社会福祉法人健光園 高齢者福祉総合施設 ももやま)
	12:40～13:40	昼休憩	
	13:40～16:30	講義・演習) 特別養護老人ホームにおける看護のあり方 －利用者の疾患(老年症候群)の理解と適切な対応 ・高齢者が有する症状・疾患の特徴と生活支援 ・高齢者のフィジカルアセスメント(転倒・転落・誤嚥・ 誤薬への対応含)と医療機関との連携 など	鶴屋 邦江 (医療法人川崎病院)
(宿題)	研修のレビュー(翌朝提出)		
2/8 (金)	9:30～16:00 (昼休憩 12:30 ～13:30)	講義・演習) 研修企画・運営の実際と人材育成への取組み	田中 涼子 (前掲)
		利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 －特別養護老人ホーム看護師の役割と人材育成の課題・課題 解決について(モデル事例を通して) ・自施設の現状把握・分析 ・課題の抽出 ・課題解決に向けた取組み(案)の作成	<演習支援> 得居 みのり (前掲)
	利用者の尊厳ある生活を支えるケアと看護の実際 －特別養護老人ホーム看護師の役割と人材育成の課題・課題 解決について ・課題解決に向けた取組み(案)の作成 ・明日から行う自身の取組み	白川 美保子 (社会福祉法人悠人会 特別養護老人ホーム ベルファミリア) 担当者	
16:00～16:20	研修のレビュー		
16:20～16:30	閉講式	保田 昌子 (日本看護協会 神戸研修センター)	

担当 土肥加津子 久保口信子

テキスト編

## ■高齢者の心身の理解

### <概要>

- 高齢者は生活機能が低下するとともに、心身機能も低下してくる。ケアにあたっては高齢者特有の症候群や疾患について把握しておく必要がある。
- 高齢者のヘルスアセスメントでは、多角的な視点が欠かせない。加齢によって起こる一般的な変化をベースに、個々の入居者の身体的、心理的、社会的要素とその人の長い人生経験を加味したアセスメントが必要となる。

### 1. 高齢者の心身の特徴とよくみられる疾患

高齢者とは一般に 65 歳以上の人を指すが、65 歳になったばかりの人もいれば 100 歳を超える人もいるように、年齢層が幅広い。このため、加齢変化の個人差が大きいだけでなく、同じ時代を生きていてもそのときの年齢が異なるので、経験やとらえ方も変わってくる\*。また、ひとりの人の中に、健康な部分とそうでない部分が混在しているのも高齢者の特徴である\*\*。

このように、「何重にも個人差の衣を着ている」<sup>1)</sup>のが高齢者の特徴であり、多角的な視点でその人をみていく必要がある。

\* 第二次世界大戦を例にとると、今の 90 歳代は成人しており出征経験などがある一方で、70 歳代は子どもであり学童疎開などを経験している。

\*\* 認知症はあるが運動機能は低下していないなど。

#### (1) 4つの力の低下

高齢者は心身の安定を保つために人間に備わっている4つの力が低下する。このため、疾病になりやすい・悪化しやすいことに加え、疾病は治っても生活機能が低下することも多い。

適応力の低下：生体内部と外部の変化に対して、一定の状態を保とうとする力の低下

防衛力の低下：有害刺激や異物の侵入を阻止・排除する力の低下

予備力の低下：負荷がかかった場合に備えている余剰な力の低下

回復力の低下：一度変化した状態から本来の姿にもどろうとする力の低下

## (2) 高齢者の心身機能の変化

高齢者は加齢にともない心身にさまざまな変化が起こる。特に、特養で暮らしているような心身が非常に脆弱な高齢者に対しては、それらの変化を踏まえたアセスメントとケアが必要である。

### ①呼吸器系

・ 肺の弾力性の低下、胸郭を動かす肋間筋の脆弱化により、十分なガス交換が行われにくい
・ 咳嗽反射や線毛運動が低下するため異物除去や喀痰しにくくなり、誤嚥性肺炎を起こしやすい

### ②循環器系

・ 心筋の細胞数が減少して線維化が進むため、心拍出量が低下する
・ 刺激伝導系の線維化により、不整脈がおこりやすい
・ 動脈壁の肥厚・硬化のため、収縮期血圧が上昇して拡張期圧が低下しやすい
・ 弁膜の石灰化により弁の閉鎖不全が起こりやすく、心不全のリスクが高まる
・ 血圧の変化をとらえる圧受容器の感度が低下するため、起立性低血圧をおこしやすい*

\* 寝起きや排泄や入浴、食事の後に起こる場合が多く、転倒・転落の原因にもなる

### ③消化器系

口腔；舌の運動能力と唾液分泌量の低下、歯牙欠損により咀嚼能力が低下しやすい
喉頭；位置が下降するため*、嚥下時の喉頭蓋の閉鎖が不完全となりやすく、誤嚥のリスクが高まる
食道；蠕動運動が低下し食塊の通過に時間がかかる。下部食道括約筋の脆弱化に円背が加わると、胃が圧迫されて胃食道逆流**がおこりやすい
胃；胃液分泌と運動機能の低下により、消化不良や胃内容物の停滞時間が長くなる
小腸；粘膜・筋層の萎縮により消化吸収能力や蠕動運動が低下する 腸内細菌叢のバランスがくずれやすい（善玉菌<悪玉菌となりやすい）***
大腸；蠕動運動が低下して腸内停滞時間が長くなるため、水分吸収がすすんで便秘になりやすい

\* 70歳代では男性で10mm、女性で4mm 下降する

\*\* 胃食道逆流は誤嚥性肺炎のリスク因子である

\*\*\* 絶食や抗生剤の投与は腸内細菌叢のバランスをさらに悪化させる。

#### ④腎泌尿器系

腎臓；尿濃縮能が低下し、薄い尿が大量に排出される* 尿中に排泄されるナトリウムが増え、低ナトリウム血症になりやすい** 抗利尿ホルモンの夜間分泌量が減り、夜間尿量が増える 赤血球産生をうながすエリスロポエチンの分泌が低下するため、貧血になりやすい
膀胱；排尿筋が弱まるため蓄尿困難と尿の排出力低下が起こる***
尿道；萎縮するため尿失禁や尿道炎を起こしやすい

\* このため水分摂取量が低下すると容易に脱水になる

\*\* 特にループ利尿薬（商品名；ラシックスなど）を服用している場合は、より低ナトリウム血症を起こしやすい

\*\*\* 頻尿、尿失禁、尿勢低下、排尿後尿滴下などの下部尿路症状がよくみられる

#### ⑤生殖器系

前立腺；肥大により残尿の増加や溢流性尿失禁を起こしやすい*
子宮；骨盤底筋群が弱まるため、子宮下垂、子宮脱を起こしやすい**
膣；萎縮による膣炎や分泌物低下による外陰部掻痒症になりやすい

\* 溢流性尿失禁は、腎機能低下の誘因となるため速やかな対応が必要である

\*\* 子宮だけでなく直腸、尿道、膀胱なども脱出しやすい

#### ⑥運動器系

・白筋が萎縮して瞬発力が低下する
・平衡機能が低下して姿勢バランスを保ちにくい
・関節軟骨の弾力性が低下することで、痛みが生じやすい
・神経伝達速度の低下により、「動きだし」が遅くなる
・女性は骨量が低下し、骨粗鬆症になりやすい

#### ⑦感覚器系

視覚；水晶体の硬化による老視や水晶体の混濁による白内障が起こる 明暗順応（特に暗順応）が低下する*
聴覚；高音域の聞こえが悪い感音性難聴になりやすいが、耳垢閉塞による伝音性難聴が起こる場合もある
味覚；味蕾の減少により低下しやすいが、舌苔や薬物（抗がん剤など）が味覚の低下・異常の原因となる場合もある
嗅覚；嗅細胞の減少により、においの識別が難しくなる

\* 明るい室外から暗い室内に入ったときや夜間中途覚醒時などに周りがよく見えないなどの現象が起こる

## ⑧外皮系

・表皮が薄くなるとともに真皮との結合力が弱まり、わずかな刺激でも表皮剥離する
・皮脂腺や汗腺の機能低下によりドライスキンとなり、皮膚のバリア機能が低下する*
・皮膚の回転周期（ターンオーバー）が遅くなり、創傷治癒に時間がかかる
・体温調節機能や知覚（触覚など）が鈍くなる
・爪は肥厚や縦溝が入りやすくなり、もろく割れやすい

\* 異物が表皮から侵入しやすくなり感染、アレルギーなどが起こりやすい

## ⑨心理面

・新たに覚えたり学習する流動性知能は低下するが、経験や学習の積み重ねで獲得される結晶性知能は維持される
・老化や疾病による自分自身の ADL 低下や親しい人の死などの喪失体験が重なり、抑うつ的になりやすい
・環境の変化や体調の悪化したときにせん妄を起こしやすい

### （3）老年症候群

老年症候群は「高齢者に多い、あるいは特有な症状所見の総称」<sup>3)</sup>である。その症状は 50 を超えるとも言われているが、代表的なものを表 1 に挙げる。

これら老年症候群は年齢を重ねるにつれ増加し、1)それぞれの症状が密接に関係する、2)治療だけでなくケアが予防や回復に重要な役割を果たすことが特徴である。

表 1 高齢者の主要な症候（文献 4 を一部改変して引用）

身体症状	精神症状・その他
骨粗鬆症、骨関節変形、骨折、転倒、夜間頻尿、尿失禁、便秘・下痢、脱水、発熱、低体温、浮腫、肥満・るい瘦、低栄養、褥瘡、喘鳴、喀痰・咳嗽、呼吸困難、手足のしびれ、間欠性跛行、動脈硬化、不整脈、痛み、出血傾向、吐血・下血、言語障害、聴覚視力障害	意識障害、せん妄、抑うつ、認知症、不眠、ADL 低下

#### (4) 高齢者によくみられる疾病

表 2 に高齢者に頻度が高い疾病をあげた。3. で述べているように、高齢者は認知症などのために症状を訴えにくかったり、同じ疾患でも成人に比べると症状の現れ方が多彩であることに注意が必要である。

表 2 高齢者に頻度が高い疾病 (文献 5 を一部改変して引用)

精神神経疾患	脳血管障害 認知症関連疾患 パーキンソン病
呼吸器疾患	肺炎 慢性閉塞性肺疾患 肺結核 肺がん
循環器疾患	うっ血性心不全 虚血性心疾患 高血圧症 不整脈
消化器疾患	消化性潰瘍 胃食道逆流症 薬剤誘発性消化器障害 消化器悪性腫瘍
腎泌尿器疾患	慢性腎不全 前立腺がん
内分泌代謝疾患	糖尿病 甲状腺疾患 高脂血症
骨運動器疾患	骨粗鬆症 慢性関節リウマチ
血液免疫疾患	多発性骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群

<引用文献>

- 1)山崎智子監修,井上郁編著:「明解看護学双書 6 老年看護学」,p.9,金芳堂, 2004
- 2)田中靖代:「食べるって楽しい!看護・介護のための摂食・嚥下リハビリ」,p.29,日本看護協会出版会,2001.
- 3)日本老年医学会編:「老年医学テキスト改訂第 3 版」,p.66,メジカルビュー社,2008.
- 4)前掲書 3)p.67.
- 5)前掲書 3)p.25.

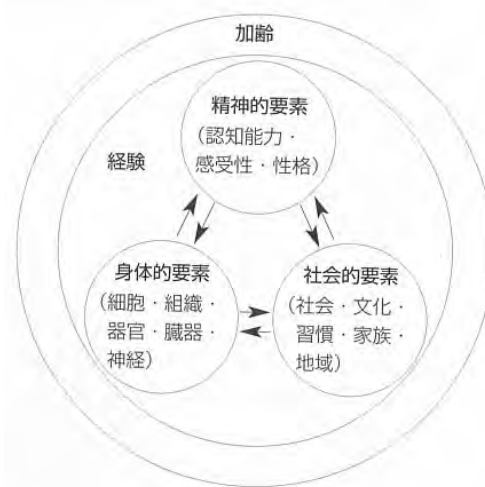
<参考文献>

- ・日本老年医学会編:「老年医学テキスト改訂第 3 版」,メジカルビュー社,2008.
- ・北川公子ほか:「系統看護学講座専門分野 II 老年看護学」,第 7 版,医学書院,2010.
- ・堀内ふき,大淵律子ほか:「ナーシンググラフィカ 26 老年看護学—高齢者の健康と障害」,第 2 版,メディカ出版,2008.

## 2. ヘルスアセスメント

特養入居者の重度化が進んでいる昨今では、高齢者の身体をみるフィジカルアセスメントへの関心が高まっている。しかし、入居者を全人的にみる「ヘルスアセスメント」という多角的な視点が欠かせない。(図1)。高齢者に健康障害が起きた場合は、慢性的な経過をたどることや何らかの障害を残すことが多いことに加え、心理/社会的環境が健康状態や生活に大きく影響するからである。ゆえに、1. で述べたような加齢によって起こる一般的な変化をベースに、個々の入居者の身体的、心理的、社会的要素にその人の長い人生経験を加味したアセスメントが必要となる。

図1 高齢者の特徴の多重性(文献1より引用)



### (1) 情報収集の留意点

#### ①介護職員からの情報収集

アセスメントに必要な多くの情報はケアを行いながら得られるものである。特養では入居者に直接ケアを提供するのは介護職員であることが多いが、そのような機会に可能な限り関わることが重要である。ケアに同行することが難しい場合は、介護職員から情報収集するが、何が必要な情報でなぜそれが必要かをしっかり伝え、1つひとつ順を追って、ていねいに問いかけることが、的確な情報を集めるためには重要である。

#### ②日常的な場面からの情報収集

簡単な質問や何気ない場面からも心身のさまざまなデータを得られることにも留意したい。例えば、「靴を脱いでください。」とこちらが指示しただけでも、相手の聴力や理解力、靴の脱着に必要な身体能力(指先の動きや前屈ができる柔軟性など)、足の形態(外反母趾の有無など)、適切な靴を履いているかなど、さまざまな情報が得られるのである。

#### ③家族などからの情報収集

特養の入居者は重度認知症により、コミュニケーションが取りにくい場合も多い。この



ため、心理社会的な側面や歩んできた人生や価値観などを本人に尋ねることは難しく、家族をはじめとする周囲の人々からこれらの情報を集めていくことが必要である。毎日のケアに直接関係しないとも捉えられがちなこれらの情報は、その入居者の生活の質、さらには最期の迎え方に大きく影響する大切なものである。

## (2) アセスメントの枠組み

アセスメントの枠組みには、個人の身体・心理・社会的要因および生活行動\*をベースに、その人が抱える疾患と老年症候群に代表されるような機能障害を加えた視点が必要である。そして、それらがどのように影響しあっているかを分析していくが、その際には問題を明確化するだけでなくその人の持てる力（潜在能力）にも注目することが重要である。

\*入居者の生活行動を構成する要素には、1)活動、2)睡眠、3)食事、4)排泄、5)清潔、6)整容、7)コミュニケーションなどがあげられる。

### <引用文献>

1)山崎智子監修,井上郁編著：「明解看護学双書 6 老年看護学」,p.15,金芳堂,2004.

### <参考文献>

- ・マテソン A.メアリー他/小野寺杜紀ほか：「看護診断にもとづく老人看護学 1 老人看護学の基礎」医学書院,1988/1992.
- ・山田律子他編：「生活機能からみた老年看護過程」,医学書院,2008.
- ・山崎智子監修,井上郁編著：「明解看護学双書 6 老年看護学」,金芳堂,2004.

## ■介護事故防止

### <概要>

○「施設設備」「マニュアル化されたケア技術」「職員教育」等を柱とした介護事故防止の活動により介護事故防止に努める必要がある。
○「報告制度」「安全管理委員会」「安全管理研修体制」の整備により、事故の予防、速やかな報告による再発防止体制をつくる必要がある。
○介護事故が事件に発展しないために重要なポイントは、入居者やそのご家族との日常的なコミュニケーションを大切に積み重ねることである。
○介護事故で最も多いのは転倒転落（約60%）であり、移動中の転倒、車椅子や便座からの転落、入浴の着脱の際にバランスを崩して転倒など、入居者の生活のあらゆる場面様々な状況の中で発生している。ケアの提供や医療措置の実施時にも事故は起こる。

### 1. 介護事故防止の理念・考え方

#### (1) 特別養護老人ホームにおける介護事故の特性

高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加・介護期間の長期化など社会における介護ニーズの高まりは、施設入居者の傾向にも表れている。

平成22年の調査では85歳以上の入居者が半数を超えており（図表1）、要介護3以上の入居者が9割弱を占めている。また認知症を有する割合も高く、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さを伴う入居者が7割を超え、更には入居者の7割が寝たきりの状態にある。

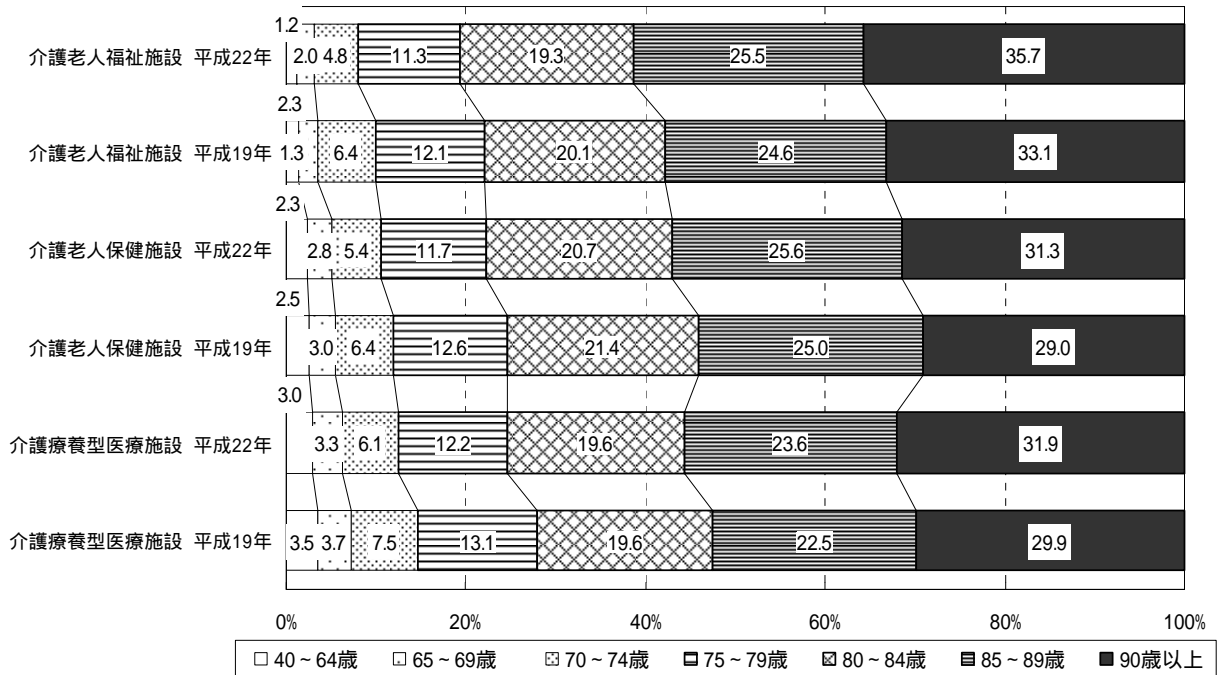
介護度が高くなれば、それに付随した医療処置の必然性も増してくる。

現在の特別養護老人ホームで提供されている医療処置は、経鼻胃管や胃瘻による経腸栄養や喀痰吸引だけではない。実施状況の割合は極めて少ないとはいえ、気管切開や中心静脈栄養、インスリン投与、酸素療法、重度の褥瘡などの処置が必要な入居者も存在する（図表2）。この傾向は高齢化や介護度の増大、病院を退院する高齢患者が、それまで生活していた自宅に戻ることが困難になるケースが増えていることなどに伴い、今後加速度的に増加すると予測される。

特別養護老人ホームの運営基準である「入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援しなければならない」という理念に基づき、施設内での身体拘束は緊急やむを得ない場合以外には禁止されている。

そのため前述した身体的精神的状態にある入居者に対し、自立を念頭に置いた日常生活は、非常に多くの潜在するリスクを抱えていると認識する必要がある。

図表 1 在所者数の年齢別構成割合 (%)



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成 22 年)

図表 2 全く受け入れていない患者・入所者の状態像 (複数回答)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
		介護療養型	従来型	病院	診療所
総数	1,024件	30件	1,006件	932件	211件
気管切開をしている	74.4%	26.7%	62.3%	22.6%	41.7%
中心静脈栄養をしている	83.3%	53.3%	83.9%	37.6%	37.9%
経鼻経管栄養をしている	33.5%	13.3%	37.6%	1.7%	7.1%
胃ろう・腸ろうをしている	5.6%	0.0%	8.3%	1.3%	10.0%
インスリンを投与している	16.1%	6.7%	8.8%	3.8%	5.7%
酸素療法をしている	23.1%	16.7%	39.0%	11.5%	14.7%
人工透析をしている	72.5%	80.0%	78.0%	84.1%	89.6%
人工呼吸器をつけている	89.0%	76.7%	89.1%	78.0%	81.0%
喀痰吸引の必要がある	8.9%	3.3%	7.9%	1.7%	4.7%
重度の褥瘡がある	14.6%	6.7%	28.2%	12.4%	12.8%
感染症 (MRSA、緑膿菌など) がある	15.5%	26.7%	15.2%	8.7%	20.9%
重度の認知症(徘徊を含む)の状態にある	3.4%	30.0%	11.4%	33.0%	44.1%
重篤な合併症を併発している	56.6%	56.7%	62.7%	44.0%	46.9%
当該施設での看取りを希望する	9.9%	10.0%	29.2%	2.8%	4.3%

(出典) 医療経済研究機構「介護療養病床等における入所者の実態に関する調査研究」(平成 23 年 3 月)

実際に発生している介護事故のほとんどが、入居者側の身体的精神的要因に起因したものであることから、特別養護老人ホームにおける看護の役割は、入居者の「健康管理」以外にも「安全性を確保する」視点が極めて重要である。

これまでの日常生活の延長線上にある施設内での生活の中に、入居者にとってマイナスの影響を与える可能性があるものは何か、またそのような事態を回避するためにはどのような対策を講じることが必要なのかを、事前に的確にアセスメントする能力が求められる。

また施設内での安全性を追求するだけでは、入居者の快適性が損なわれてしまう問題が生じる。安全で快適な生活環境を提供するにはどうすればよいか、何をすべきか、各々の施設が安全管理目標として組織全体で取り組む課題である。

## (2) 施設の体制整備

介護保険制度の導入により、特養への入居が措置によるものから、介護サービス契約によるものになったことで、介護事故が発生した場合に法令や契約に照らし合わせて、それがどうであったのか、施設側の管理上の責任が問われるようになった。

介護保険施設などにおける事故防止及び安全管理の取り組みは、国全体として推進されているが、専門職として機能する職員は安全管理の意識を高めるために、国の取り組みに関する情報には常にアンテナを高くして意識的に取り込む姿勢が望ましい。

安全管理は個人と組織と両者の視点で取り組むものであり、組織の一員である職員は施設の目指す理念や指針を理解していることが求められる。安全管理基準の必要を満たす体制づくりは、一人ひとりの職員のリスクセンスを強化し、組織がこれを活かす環境を整えて継続的安定的に安全確保のレベルを維持する。それが施設の安全確保力となる。

下記は厚生労働省老健局からの「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」(平成12年3月)の通達である。

—抜粋—

### 17 事故発生の防止及び発生時の対応 (基準第31条)

#### (1) 事故発生の防止のための指針 (第1項第1号)

特別養護老人ホームが整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- ① 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ② 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した介護事故、及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

上記を踏まえた「施設設備」「マニュアル化されたケア技術」「職員教育」等を柱とした介護事故防止の活動が、プラス効果に転じる鍵は、一人ひとりの職員の日常的に安全行動を遵守する姿勢にある。

## 2. 事故に対する体制づくり

### (1) 報告制度

介護事故が発生した場合に、それが日常的に頻発し尚且つ入居者の身体面への影響度が小さいものであっても看過してはいけない。医療事故防止の考え方には、患者が死亡するなどの重大な医療事故と同様に、患者影響度の小さいものであっても頻度の高い事象に関しては、対応の緊急性は異なるがそれらも重要視すべき問題として位置付けている。

患者死亡等の重篤な1件の医療事故の下には、29件の類似した患者影響度の比較的大きいアクシデントが発生しており、さらにその下には患者への直接的な影響はなかったがヒヤリとしたインシデントが300件発生しているといわれている。(ハインリッヒの法則)

したがって日常生活において発生する入居者への影響度が小さい事故も、施設内の教訓としてその情報を職員間で共有し、「再発防止」に繋げることが重要である。

これに関する要件は下記に示す通りである。

—抜粋—

- (2) 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底(第1項第2号) 特別養護老人ホームが、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- ① 介護事故等について報告するための様式を整備すること (参考資料添付)
- ② 介護職員その他の職員は、介護事故等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、①の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- ③ (3)の事故発生の防止のための委員会において、②により報告された事例を集計し、分析すること。
- ④ 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- ⑤ 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
- ⑥ 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

## (2) 安全管理委員会

入居者の生活に伴う介護事故は、被害の最小化を目指した環境整備を行うことが必要であり、ケア提供に伴う介護事故には発生ゼロを目指したケア技術の向上が必要である。

この基本的考え方を前提として、入居者一人ひとりの安全確保のための計画 (plan)・実施 (do)・評価 (check)・改善 (action) の PDCA サイクルが実現する。

ポイントは PDCA サイクルを継続的に回していくことである。陥りやすい問題点として、往々にして計画立案の段階に時間をかけ過ぎてしまうことであるが、ポイントはタイムリーに動くことである。そのため現在では、先ずは実践 (do) してみようという姿勢で取り組みを開始することが推奨されている。その実践結果を評価 (check) し、修正した行動 (action) をとり、最終的にまた計画 (plan) の見直しを行い再び実践する。この DCAP サイクルのプロセスがスムーズに展開する組織は、常に継続的にサービスの質的改善を図ることが可能である。

現場で入居者の生活支援を行う職員の安全行動をモニタリングして、入居者への安全性と快適性を確保するための取り組みが適切に行われているかを検討する組織が下記の安全委員会である。

—抜粋—

### (3) 事故発生の防止のための委員会 (第1項第3号)

特別養護老人ホームにおける「事故発生の防止のための検討委員会」(以下「事故防止検討委員会」という)は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種(例えば、施設長、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員)により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して積極的に活用することが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

### (3) 安全管理研修

特養の介護事故の多くが入居者側の身体的精神的特性に起因したものであり生活に伴うものなので、発生をゼロにすることは非現実的である。しかし職員側の技術的なミスによる「してはならないことをした」事故を未然に防ぐ方法は存在する。介護の現場には、潜在するリスク要因と同じくらい解決策のヒントも存在している。

日常的に行う入浴介助や食事介助などのケアの質は、常に一定に保たれ標準化されている必要がある。職員の経験年数や個性がケアの質に影響することは最小限に抑えなければならない。

入居者の尊厳を重視した個別的なケアの提供のためには、質の高いヘルスケアが求められる。

病院などの医療機関では、どうしても疾患や治療に視点を置いた問題志向型であるが、特養においては、入居者にとって質・量ともに充実した生活が送れるように援助する、ケアの視点が重要となる。特養の看護職員に期待されるこの目的志向型のヘルスケアアプローチを通して、入居者の安全確保のために必要な「すべきこと」、「してはならないこと」を明確化し新しいやり方を標準化し、実践していくプロセスが重要である。このようにして構築された既存のマニュアルについてもケアの標準化の継続の中で、現状より良いといえるアイデアが生まれれば、それをまた新たな標準にしていく取り組みが大切である。

常により良いケアの提供を目指す意識を、一人ひとりの職員にしっかりと定着させていくためには、学習する組織づくりが必要であり、そのためにも学習する機会を整備しなければならない。

—抜粋—

#### (4) 事故発生の防止のための職員に対する研修（第1項第3号）

介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該特別養護老人ホームにおける指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特別養護老人ホームが指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差支えない。

### 3. 法的責任

#### (1) 結果の予見可能性と対策の適切性

安全管理は、入居者に不幸な事態が発生しないことを目的に行う活動であり、法的な過失の有無を問われないようにするために実施するものではない。

入居者の介護事故で最も頻繁に発生している転倒は、入居者側の身体的精神的要因によるものがほとんどであるが、廊下に段差や溝などがあった場合や床に水がこぼれていたために滑って転倒した場合等は、過失の有無を問わずに施設の責任が問われる。また、入居時に施設側と入居者は契約を交わしているため、職員の不注意によって転倒してけがを負った場合は、注意義務違反による債務不履行責任が求められる。

過失とは注意義務違反のことであるが、注意義務の基準となるべきものは、医療事故でいえばその当時の医療水準である。その医療事故の発生を当時の医療水準において予測できたか、それを回避することが可能であったか、適切な対策を予め講じていたかなどの判断基準になるものである。介護現場においては、介護従事者がその時代における理論的・実践的水準（介護知識・介護技術・介護サービスの提供方法など）に適合したサービス提供がなされていたかが問われるものである。

施設整備上問題がなければ廊下で転倒しても当事者の自己責任であるが、発生要因との因果関係によっては注意義務違反や施設責任が問われる。

注意義務違反が認められた過失行為と、発生した事故との間に因果関係が成立した場合には損害賠償責任が発生する。施設の設備が不十分であったために歩行中に転倒した場合は、過失がなくとも施設設置者は転倒したものに対して損害を賠償しなければならない。（無過失責任）

— 抜粋 —

#### (5) 損害賠償（第4項）

特別養護老人ホームは、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。

#### (2) 説明責任

介護事故が事件に発展しないために重要なポイントは、入居者やそのご家族との日常的なコミュニケーションを大切に積み重ねることである。伝える、聞き取る、合意点を見つけるなどのコミュニケーションスキルを高め、入居者やご家族が話しやすい環境を整えることも必要である。

高齢者ケアの意思決定プロセスには家族の関与が不可欠である。安全管理の観点からだけでなく、終末期を特養で迎える入居者とその家族への倫理的視点からもいえることだ。入居者本人の意思や最善について家族と話し合い、合意を目指す情報共有の在り方は、特養で人生の最期を迎える人々の満足度充足度を高めることに役立つ。

入居者のリスクに関する情報は全て公開・共有し、ケア方針の意思決定に家族も参画し



協力しあうケアパートナーの関係になることが望ましい。

#### 4. 介護関連事故

##### (1) 入居者の日常生活で発生する事故防止の視点

筋力低下、バランス機能低下、視聴覚機能の低下など加齢に伴う身体的認知的機能低下が進んでいる高齢者は、危険を察知し回避する能力が著しく低下した状態にある。

介護事故で最も多いのは転倒転落（約 60%）であり、移動中の転倒、車椅子や便座からの転落、入浴の着脱の際にバランスを崩して転倒など、入居者の生活のあらゆる場面様々な状況の中で発生している。

介護サービス中の打撲、裂傷がそれに次いで多い事故である。高齢者の皮膚は非常に脆弱なため、移乗時の介助や入浴時の不適切なケアにより容易に表皮剥離を起こす。また入居者が死亡する等の生命予後に最も重大な影響を及ぼす誤嚥・誤飲（4%）は、施設内死亡事故の 78%を占めている。＜平成 19 年事故発生原因年間集計＞

窒息事故の頻度は少ないが、最期まで口から食べることを支援する施設においては、入居者への影響度の極めて高いリスク因子である。

##### ①転倒の内的要因

転倒転落が介護事故の第1位である理由は、何よりも入居者の尊厳と自立支援を尊重していることによる。転倒の危険性を予測できても安全確保の目的で身体拘束を実施しない。これは施設の運営基準であり理念でもあるから、今後も転倒転落事故の占める割合は同様に推移するであろう。だからこそ発生することを前提に対応を考える必要がある。転倒転落事故が起きて、入居者への被害の程度を最小限に食い止めることである。そのためには入居者側の内的要因である、加齢による運動機能低下や感覚機能低下、認知症やせん妄、運動機能に影響する疾患、薬物服用などを転倒転落リスクアセスメントのチェックポイントとして確実に評価することが大切である。リスクの高い入居者の情報は必ず職員間で共有し、危険予知に基づいた個別的、効果的な対策を講じる。

##### ②転倒の外的要因

家屋内外の生活環境について下記外的要因や状況要因（危険を増幅させるような要因）を可能な限り排除し、安全な環境を整える必要がある。

- ・居室、トイレ・共有スペース
- ・ベッドの高さ・ベッド柵の不備
- ・車椅子や歩行器等の歩行補助具（の調整不備）
- ・1～2cmほどの段差
- ・滑りやすい床
- ・まくれやすい敷物（カーペットの橋、ほころび）
- ・電気器具のコード類
- ・薄暗い照明

- ・入居者の裾の長い衣類や脱げやすい履物・サイズの合わない履物

転倒転落事故は夜間帯に発生することが多いが、事故が発生した時の入居者の行動目的を把握することで、対策を導き出す。歩行中の転倒やベッドからの転落事故の直接要因の多くが「トイレに行こうとした」ことによる。日中ならばトイレでの排泄は自立していても、睡眠薬などの薬剤服用による影響で足元のふらつきがあれば当然転倒リスクが高まる。すなわち入居者にとっては同じ排泄行動であっても、日中と夜間帯とでは危険性が異なることが多い。このような場合には夜間の排泄行動レベルのランクを日中よりも下げて検討し、入居者との合意を得たうえで、夜間帯は必ず巡視の際にトイレ誘導をして、目を離さず見守りをする、安定性のよいポータブルトイレを設置する、足元灯をつけ安全な移動を行えるようにする、などソフト、ハードの両面と環境要因への対策を講じる。

生活の場の事故防止の視点のポイントは、「入居者にとって不利な事象の発生を防ぐこと」「入居者にとって不利な事象が発生しても、被害を最小限に食い止めること」であり、危険の予測評価が最も重要視される。

## （２）ケアの提供に関連する介護事故

前述したような入居者側要因に起因する転倒ばかりではない。例えば看護職員が車椅子介助中に入居者が転倒するような看護側要因の事故も少なくない。

転倒転落以外にも、入浴介助中の火傷やストレッチャーからの転落、ケアを介した皮膚剥離などの外傷や打撲、湯たんぼ使用による低温やけど、食事介助中の窒息なども報告されている。

このような不適切な技術・知識不足が関与して発生した事故に対しては、ケア提供者側の要因の見直しを行う。

- 1) 技術の標準化と既存のマニュアルの見直し
- 2) 技術や知識の習得のための勉強会・研修会
- 3) 職員間での情報共有化や伝達方法の検討
- 4) 勤務体制・業務内容の見直し
- 5) 適正な人員配置の検討と強化 など

## （３）医療処置に関連した介護事故防止の視点

特養入居者の入居期間の長期化に伴う寝たきりや身体状態の重篤化は、発生する介護事故の傾向にも影響を与える。現在実施されている医療処置は「喀痰吸引」「経腸栄養」がほとんどであるが、今後加速度的に進む高齢化と重篤化は医療処置を有する入居者の割合を高め、それに伴い気管切開、酸素療法、中心静脈栄養管理、インスリン投与など医療処置に関連した事故が増える可能性が高い。

医療処置業務の危険要因は看護側にある。事故防止のポイントは、入居者に障害を及ぼしかねない「間違いをおかさない」ことである。

技術に関する手順書の不整備や周知不徹底、教育や組織体制の不整備などソフトウェアの要因と職員の不安全行動、不確かな観察能力、機械操作ミス、技術や知識不足などの人的要因が大きく影響する。

これらの医療処置に関連した介護事故は「してはならないことをした」ために発生するものであり、医療事故の特色を帯びている。

このような医療処置に関連する介護事故を未然に防ぐことができるのは、それに携わる看護職員の安全遵守行動が最大の抑止力となる。

## ■急変時の対応

### <概要>

○心身が脆弱な要介護高齢者は急変のリスクが高だけでなく、それが生命の危機につながりやすいので、急変を回避あるいは早期発見することが重要である。

心身が脆弱な要介護高齢者は急変のリスクが高だけでなく、それが生命の危機につながりやすいので、急変を回避あるいは早期発見することが重要である。一方、「急変」と思われる症状が、看取り期に入るサインとなっている場合もある。

個々の入居者がもつ急変のリスクに備えるとともに、看取り期にどのような医療やケアを本人や家族が望んでいるかを把握しておくことも大切である。

### (1) 高齢者の急変の特徴

- 1) 症状や訴えがはっきりしないため、急変のサインがとらえにくい  
例)認知症や失語のために言葉で症状が訴えられないなど
- 2) 成人に比べて症状の現れ方が多彩なため、病態を特定しにくい  
例)心筋梗塞が起きていても胸痛ではなく、背部痛や肩や顎先の痛みとして感じるなど
- 3) 生活行動の変化や「いつもの様子との違い」が、急変の前兆であることも多い  
例)認知症のある人の **BPSD** の悪化、元気や活気のなさなど
- 4) よくみられる症状や生活の変化が急変のきっかけとなる場合も少なくない  
例)慢性的な便秘による腸閉塞、発熱とそれにともなう食欲低下による脱水など
- 5) 基礎疾患に老年症候群が合併して病態が複雑になりやすい  
例)尿路感染にせん妄が合併して転倒し、大腿骨頸部骨折するなど
- 6) 薬物が急変の原因となったり、主要な症状を隠してしまう場合も多い  
例)催眠作用のある薬物を服用しているため、睡眠と意識レベル低下の判断がつきにくいなど
- 7) 事故による急変も多い  
例)誤嚥による窒息、入浴時の溺水など

## (2) 急変時の観察ポイント

急変時には入居者の全身をざっと見た後に、系統的に順を追って確認する。まずは、意識レベル、呼吸・循環状態、体温をチェックし、その後に頭の前からつま先までの状態を観察し、左右差や前後差も確認していく。また、特養の入居者の多くは状況を自分で説明するのが難しいため、介護職員から「何が(what)」「どこが(where)」「いつから(when)」「どのように(how)」変化したかを情報収集する。

表1 急変のサインとなる症状

意識状態	意識レベル低下 活気がない 落ち着かない 不眠 せん妄
呼吸状態	呼吸困難 咳・痰のからみ 喘鳴
循環状態	血圧上昇・低下 脈の緊張低下 頻脈 除脈 不整脈
消化器症状	食欲低下 拒食 嚥下障害 悪心・嘔吐 吐血 下血 便秘 下痢
腎・泌尿器症状	尿失禁 尿閉 尿量低下 尿性状の変化(色・混入物)
皮膚の状態	冷汗 顔面蒼白 浮腫 褥瘡 蜂窩織炎
運動症状	麻痺 脱力 活動性の低下 転倒・転落
痛み	胸痛 腹痛 要背部痛 首から肩の痛み 痛みの種類(ずきずきする、しぶる)
その他	脱水 体温異常(発熱・高体温・低体温)

## (3) 一次救命処置(BLS:Basic Life Support)の実施

すみやかに一次救命処置が開始できるよう、看護職員だけでなく介護職員(可能な場合は全職種)も定期的に研修を行う。また、一次救命処置のガイドラインは数年毎に改訂されるため、最新版を習得し実施できるようにしておくことが必要である。

\*現在は2010年版が最新である

## (4) 医療機関との連携

配置医の診察あるいは医療機関を受診する際は、状況をすみやかに明確に伝えることが必要である。その場合は、「何が(what)」「どこが(where)」「いつから(when)」「どのように(how)」変化したかに加え、バイタルサインと随伴症状についても報告する。

入院治療が必要となった場合は、入居者の生活機能やQOLが低下しないためのケアが引き続き提供できるよう、日頃の生活状況やその人の価値観、急変時や看取り時の希望(例;蘇生を希望しない、経管栄養を希望しないなど)も情報提供することが重要である。

#### (5) 急変時への備え

急変時に適切な対応ができるよう、以下を行っておくとよい。

- 1) 既往歴・現病歴と治療状況を把握し、起こりうる急変をある程度想定しておく
- 2) 高齢者の心身の特徴やよくみられる疾病と観察ポイントについてスタッフ教育を行う
- 3) 職種間で入居者の状態について、日頃から密に情報交換しておく  
介護職員：ADL/IADL/意識レベル、生活パターンなど、ふだんの様子の情報提供  
看護職員：個々の入居者の健康上の問題、観察してほしい項目や看護職員に報告が必要な状況についての情報提供
- 4) 急変時もしくは看取り時の方針を本人・家族と相談しておく

#### <参考文献>

- ・ガイドライン作成委員会(日本救急医療財団、日本蘇生協議会)「JRC(日本版)ガイドライン 2010」
- ・岩田充永：「JJN スペシャル高齢者救急 急変予防&対応ガイドマップ」,医学書院,2010.
- ・伊刈弘之：「認知症高齢者の身体状態 見方と急変対応」,日総研出版,2007.
- ・日本老年医学会：「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2005」,メジカルビュー社,2005.
- ・徳田安春：「Dr.安田のバイタルサイン講座」,日本医事新報社,2013.

## ■看取りケアの推進-エンド・オブ・ライフケアにおける 看護職員の役割

### <概要>

○入所者の重度化が進み、看取りの場所となるなど特別養護老人ホームの役割が変化している。
○特別養護老人ホームに入所している高齢者の生活を支えらる看護職員は、高齢者や家族の希望に沿った人生の終焉を支える重要な役割を担うこととなる。
○「高齢者の終の棲家である特別養護老人ホームにおいて、看取りケアは日常ケアの延長線上にあるニュートラルなケアである」という認識を持つことが重要である。
○看取りケアにおいては、日常的なケアの中で高齢者が最期に向かっているという徴候（サイン）をキャッチし、入所者本人や家族に後悔が残らず、安心して安らかに過ごせる環境を提供し、支援を行うことが望まれる。
○看取りケアでは、通常の日常ケアとともに、身体の衰弱に伴う細やかなケア、家族や職員に対するケアも求められる。

### 0. エンド・オブ・ライフケア

#### (1) エンド・オブ・ライフケアとは

1990年代から米国で使われるようになった、比較的新しい言葉であり、緩和ケアやホスピスケアと同義語として用いられることが多い(EAPC, 2009)。「エンド・オブ・ライフ・ケア」という言葉が使われるようになった背景としては、近年、主として使われてきた「緩和ケア」が、定義としては疾患を限定していないものの、現実としてはがん患者を中心として提供されてきたという経緯があり、「緩和ケアはがん患者のためのもの」という意識が、一般市民や医療スタッフの中にも根づいているということがある。そのため、認知症や脳血管障害などの疾患や高齢者などを広く含み、疾患を限定しないことを強調する言葉として、「エンド・オブ・ライフ・ケア」という言葉が新たに使われるようになってきた。ヨーロッパではエンド・オブ・ライフ・ケアを狭い概念として捉え、死が差し迫った患者（がんに限らない）に提供される包括的なケアとして用いている。また、北米においてはエンド・オブ・ライフを、「患者・家族と医療スタッフが死を意識するようになった頃から始まる年単位に及ぶ幅のある期間であり、がんに限られる言葉・考え方ではない」とし、エンド・オブ・ライフ・ケアも広い概念として捉えている。

#### (2) 緩和ケアとは

1970年代からカナダで提唱された考え方で、2002年に世界保健機関(WHO)が定義を発表した。

<WHOによる緩和ケアの定義(2002)>

- ・緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである (Sepulveda C et al, 2002)

全人的にケアを行うこと、多職種チームアプローチを重視していることなど、緩和ケアはホスピスケアの考え方を受け継ぐものであり、同義語として使われることも多い。生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

### (3) ケアに関する用語

- ターミナルケア：進行がん患者や予後不良の患者に対する包括的なケアであり、疾患や予後が限定されている。最近ではあまり使われなくなった、古い言葉とされることもある。
- ホスピスケア：1960年代から英国で使われるようになった言葉であり、患者・家族の身体、精神、社会、スピリチュアルなニーズを満たすことを目的とする全人的アプローチである。多職種チームによって、その人のニーズと選択に基づいたケアを提供する。人生の終末にある人に対し、痛みなどの身体的な問題だけではなく、精神的・社会的・スピリチュアルな側面を含めトータル(全人的)にケアを提供していくこと、そのケアを多職種チームで行っていくことが特徴である。



## 1. 高齢者の終末期と特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームの入所者では高齢者特有の疾病や障害などにより介護を要する者が多く、状態の重度化が進むケースもみられている。

平成18年度の介護保険制度の改正において、特別養護老人ホームにおける看取り介護加算と重度化対応加算が創設され、死を迎える（看取りが行われる）場所が、病院から施設へと移行することに期待が寄せられ、特別養護老人ホームは真の意味での「終の棲家」としての機能を果たすことが求められている。

また、日本老年医学会は、「高齢者の終末期\*の医療およびケア」に関する「立場表明」を2012年に改訂し、『高齢者にとって「最善の医療およびケア」とは必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではなく、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にする医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。』と述べ、認知症の末期で「口から食べられなくなった」状態などを含めた高齢者の終末期と医療のあり方について検討が重ねられている。

高齢者や家族にとって、人生の最期をどこで、誰と、どのように過ごすかということは重要かつ迷いを生じやすいことであり、その方法や時期の決断に際しては支援を要する場面も多い。

特別養護老人ホームに長期に渡って入所している高齢者にとって、施設は住み慣れた（家同様の）場所となり、（家族同様の）なじみの人と（自分らしい）落ち着いた生活を送る場所となることが考えられ、その生活を支える看護職員は、高齢者や家族の希望に沿った人生の終焉を支える重要な役割を担うこととなる。

\* **終末期**：病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態。

## 2. 看取りケアのあり方

特別養護老人ホームでは、高齢者が個人として尊重され、その人らしい人生を全うできるような支援が求められ、人生の終焉にむかう高齢者本人と家族の思いを受け止め、望みをかなえ、安らかな最期を迎える準備や環境調整を行うこととなる。

本来、看取りケアそのものは日常ケアの延長線上にあるものとして基本的な方針を定めておくことが重要とされて久しいが、未だ、その内容や進度には施設ごとのばらつきがみられる現状があり、医療的な知識やバックグラウンドを持たない職種にとっては混乱や不安をもたらしやすいケアおよびシステムとなっている。

特別養護老人ホームに勤務する看護職員では、「高齢者の終の棲家である特別養護老人ホームにおいて、看取りケアは日常ケアの延長線上にあるニュートラルなケアである」ということを認識するとともに、自施設における看取りケアの方針を把握し、看取りケアを進めていくにあたっては、他職種チームにおけるリーダーシップやコーディネーターの役割を発揮することも期待したい。

本人や家族に対しては、施設の方針や看取りケアの基本的な考え方について説明を行った上で、「最期を過ごす場所」についての希望や思いを丁寧に確認しておくことが重要となる。看取りケアを行っている期間に起こり得る身体・精神的な状態の変化やその対応について、緩和ケアや救急対応を提供する可能性などについて例を挙げながら詳細に説明を行うようにする。また、職員が家族に対して同じ対応を行うことができるように、職員間の意思統一とコミュニケーションにつとめるようにする。

看取りケアのあり方に関しては、ケアを受ける高齢者本人と家族はもとより、ケアを提供する施設の管理者をはじめとした職員それぞれの死生観、価値観、生活環境、体験等、個々人が持つ文化や背景の影響を受けているということを意識し、入所者の個別性や多様性を尊重しながら状況の変化に対してフレキシブルな対応が行えるような準備と調整につとめたい。

## 3. 看取りケアを導入するにあたって

看取りケアにおいては、日常的なケアの中で高齢者が最期に向かっているという徴候（サイン）をキャッチし、入所者本人や家族に後悔が残らず、安心して安らかに過ごせる環境を提供し、支援を行うことが望まれる。老衰の場合では、死亡の半年から1年位前から身体機能が低下し、生命力の低下に気付くことが多く、経口摂取量や体重の減少、バイタルサイン、皮膚の状態などの変化などの全身状態の観察を通じてエンド・オブ・ライフ期であることを確認していることが多い。そして、長いスパンの間に状態の悪化と改善を繰り返しながらゆっくりと最期に向かうプロセスを辿る。長いスパンでの不可逆的な状態の悪化を認識していない家族や介護職員では、症状の変化に一喜一憂する場面もみられるが、看取りケアを行うことが決定しているケースでは、回復の見込みがないという医師の判断を伝え、現実を認識して悔いが残らないように準備を行うことを支援する必要がある。

#### 4. 看取りケアの実践

看取りケアでは、通常の日常ケアとともに、身体の衰弱に伴う細やかなケアを必要とする場合が多い。

##### (1) 日常のケア

###### ①環境整備

家族が気兼ねなく付き添い、入所者本人とよい時間を過ごせるように居室の調整（個室の準備等）を検討する。室温の調整、採光、換気などの環境整備に注意し、本人にとって心地よく安心できる環境を提供するように心がける。

###### ②栄養・食事

経口摂取量の減少や嚥下困難が目立つ時期であるため、本人の嗜好に合った食事の提供や誤嚥予防のための食事形態の工夫が必要となる。脱水予防のための水分補給を考える場面も多いが、死期がせまっている高齢者に過剰な補液を行うことで浮腫による苦痛や呼吸困難などの二次的な障害を招くことなども考慮する必要がある。

###### ③清潔

入所者自身の心地よさを重視したケアを心がける。本人に負担がかからないようなケアの工夫が重要ではあるが、最期にきれいなご遺体であることが家族のグリーフケアにとって意味をもつことを考慮し、清潔を保つようにしたい。

###### ④排泄

食事・水分摂取量と尿量・排便量の確認が重要となる。便秘やガスの貯留がみられることで不快な症状を伴うことも多いため、腹部マッサージや場合によっては下剤・浣腸の使用の検討を行う。

###### ⑤疼痛緩和

関節炎、血管の炎症、がんなどによる疼痛を抱えているケースでは、体位の工夫、マッサージ等のケアの工夫を行い、医師に鎮痛剤（麻薬を含む）の投与についての相談を行う。

###### ⑥精神的サポート

入所者本人が不安や孤独感、苦痛を感じることをないように、出来る限り共に寄り添うケアの工夫を行う。

###### ⑦家族へのケア

家族がかかえる不安や気持ちの揺れを受け止め、随時詳しく説明を行い、入所者本人のために共に行えるケアを工夫し、最期のよい時間を過ごせるような調整を行う。

## （２）死亡直前のケア

臨死期の兆候（食欲低下、尿量減少、喘鳴等）を把握し、状況に応じて医師と連絡をとりながら状態の観察を行う。安楽な体位の工夫、体位変換、マッサージ、疼痛緩和等の処置を行う。入所者本人に不安感や孤独感を与えないように寄り添いながらスキンシップや声かけを行い、最期の時間を穏やかなよい時間とするようにつとめる。

## （３）死亡時・死後のケア

医師による死亡確認が行われた後、家族が十分にお別れの時間をとることができるように配慮する。家族が落ち着いてきた段階で家族の気持ちに配慮しながら看護職員は死後の処置の準備を行う。家族が希望した場合には死後の処置をともに行うようにする。家族の悲しみや辛い気持ち、入所者本人の思い出話などを傾聴し、ともに悲しみを分かち合う時間を大切にする。

## （４）家族へのグリーフケア

家族が入所者本人に対して「出来る限りのことをやれた」と思えるような支援や言葉かけを行うようにする。臨死期のみならず、エンド・オブ・ライフ期に入った早い段階からの入所者本人へのケアのあり方や入所者本人の最期の状態、死後の処置の際にケアスタッフと悲しみや辛い気持ちを分かち合った体験などのすべてが家族のグリーフケアにつながっている。家族をねぎらい、家族にとっても納得のいく最期であったと思えるような支援も重要である。

## （５）職員のケア

看取りケアに関わった職員の支援も重要である。看取りケアに関わる職員は精神的にも身体的にも緊張状態が続き、負担が大きくなりやすい。深い悲しみや辛さ、後悔を感じたりしている場合もある。お互いにねぎらいの言葉をかけ、入所者本人をしのんで思い出を語る、デスカンファレンスなどの「振り返りカンファレンス」を開き、良かった点や頑張った点を明らかにして今後の看取りケアにつなげていくなどのフォローを行うようにする。

# ■ 高齢者介護施設における感染対策

## 1. はじめに

高齢者は、外見的に健康な状態であっても感染症に対しては脆弱であるばかりでなく、身体機能の衰えや慢性疾患の存在により、認知記憶機能などの機能低下から、自己管理能力に種々の制約を有する 경우가少なくありません。

この手引きで述べられる感染対策のあり方は、介護福祉施設で勤務し始める看護職の皆さんに感染対策の基礎知識を提供することが主な目的です。また、加齢に伴う身体特性を有する人々が集団で生活する介護福祉施設の環境特性に配慮するとともに、感染制御の知識に接する機会が少ない一般介護職や事務職あるいは面会に訪れる友人やご家族といった人々にも基本的な対策を理解していただくための知識、そして、これらの人々が介護福祉施設で出会い、身近に接するとき配慮すべき事項について述べられています。さらに、季節の移ろいととも流行する感染症への施設としての備え、不幸にも施設内で患者が発生した際の対処が具体的に記されています。

感染の予防は、今日、個人的な努力のみでは達成し得ず、ましてや集団生活の場では、集団としての予防策を理解し、具体的な行動をあらかじめ検討して備えることが重要です。また、感染症例が発生した場合の感染制御のあり方についても、事前に検討し職員が共有しておく必要があります。わけても看護職はこれらの業務の中心となる職種であり、介護の現場で常に頼りにされる存在であることから、基本的知識を常に最新の情報で更新し、常に自信を持って業務に当たることができるよう心がけましょう。さらに施設の管理者においては、現場で努力する職員の模範となるよう、施設内で実施される感染対策に関する介護や研修に積極的に参加することが求められています。このようなリーダーシップが施設の安全を維持し、利用者の皆さんの信頼につながることをご理解いただき、積極的に感染対策を支援いただくようお願いしたいと思います。

## 2. 高齢者介護施設と感染対策

### 1) 注意すべき感染症

高齢者介護施設は入所者が「集団で日常生活をおくる場」です。したがって、医療機関のように一時的な入所ではなく、複数の人々が長期間を過ごすこととなります。さらに、病状が安定しているとはいえ健康面の問題を有する入所者が利用する点や職業的ケア（介護）担当者が常駐するなど、病院等の医療機関に極めて類似した特徴をもちながら、一方では「医療の提供」の場ではないという点で医療機関とは大きく異なる特性をもっています。このような背景を踏まえ、感染症に対する普段の備えが重要です。

高齢者介護施設で注意すべき感染症の一部は病院と共通するものの、どちらかといえば、学校や宿泊施設などに類似した特徴があります。そのため、感染対策のあり方も、医療行為に関連する感染症よりは、学校や宿泊施設などと同様、集団生活に関わるものが多いといえます。さらに、高齢者介護施設では、入所者や利用者以外に、職員、入所者家族、委託業者、ボランティアなど多くの人々が施設に出入りし、相互に

接点をもつこととなります。そのため、感染症の原因となる病原体（細菌やウイルス）を持ち込む例も多いことに着目する必要があります。以下に、高齢者介護施設で注意すべき主な感染症を挙げます。

① 入所者や利用者のみでなく、職員にも感染が拡大し、職員が媒介者となる可能性がある感染症

空気や飛沫を介して容易に集団感染を生じる可能性がある感染症で、インフルエンザ、結核、肺炎球菌感染症、レジオネラ症（ヒトからヒトへは感染しない）があり、少量のウイルス粒子が接触によって経口感染する、ノロウイルス感染症、腸管出血性大腸菌感染症があります。さらに、ダニが寄生することで発症する痲皮型疥癬（ノルウェー疥癬）などがあります。

② 健康人が発症することは稀だが、感染抵抗性が減弱した人では発症しうる感染症

感染抵抗性が減弱した高齢者が多い介護施設では、集団感染の可能性のある感染症であり、MRSA感染症、緑膿菌感染症などの細菌性感染症があります。

③ 血液、体液が粘膜や傷を介して体内に入り、感染する感染症

基本的に注射や手術などを行なわない、高齢者介護施設において集団感染に発展する可能性は少ないものの、自己注射用の注射針による針刺し事故や皮膚の損傷部を介して微量の病原体が体内に進入する場合に発症する可能性がある感染症で、肝炎（B型、C型）、HIVウイルスなどがあります。

※ ①及び②に示した感染症の特徴、平常時の対策、発生時の対応については、「6. 個別の感染対策」を参照してください。また、参考として、付録2で感染症法について説明しますので、適宜参照してください。

## 2) 感染対策の基礎知識

感染症は、病原体である微生物（細菌）・ウイルス・寄生虫などが、種々の経路を通り、本来存在しない身体部位に進入して増殖した場合に発症します。そこで、感染症に対する対策は以下の3項目が柱です。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 感染源（病原体）の排除</li><li>② 感染（伝播）経路の遮断</li><li>③ 宿主（ヒト）の抵抗力の向上</li></ul> |
|---|

### （1）感染源とは何か、どう対処するか

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルスなど）を含むものを「感染源と呼びます。感染源となりうる代表的なものを次に列挙します。これらは、身体に由来する湿ったものという意味の「湿性生体由来物質」と呼ぶことがあります。また、湿性生体由来物質が付着した物品も警戒の対象です。湿性生体由来物質に対処するには「標準予防策（スタンダード・プリコーション）」と呼ばれる感染管理のための基本的な措

置を理解し、徹底することが重要です。

- ① 排泄物（嘔吐物・便・尿など）
- ② 血液・体液・分泌物（喀痰・膿など）
- ③ 使用した器具・器材（血管内や体内に刺入・挿入したもの）
- ④ 上記に触れた手指で取り扱った食品、食べ残しなど

特に汗以外の血液・体液（排泄物を含む）に対しては、触れる可能性がある場合を含めて必ず手袋を装着して取り扱い、直接素手では触らないようにします。ただし、手袋を着用しても目に見えない穴から病原体が入り込むことが報告されているので、手袋を着ける前と脱いだ後に「手指衛生（石けんと流水による手洗い、または手指消毒）」が必要です。

手指衛生は、標準予防策（スタンダード・プリコーション）の中でも、最も基本的で重要な「感染制御技術」です。詳しくは（4）を参照してください。

## （2）感染経路をどう遮断するか

感染源が伝播する際の「感染経路」には、①空気感染、②飛沫感染、③接触感染、そして、針刺し事故などによる、特殊な接触感染ともいえるべき「血液媒介感染」などがあります。既に述べた「標準予防策」のみでは、これら全てに対応することはできません。そこで、追加が必要な予防策が病原体の感染経路別に分類され、「感染経路別予防策」と呼ばれています。現在分類されている主な感染経路はわずか 3 種類です。感染経路と原因微生物のまとめを以下に示します。

表 1 主な感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
空気感染	咳、くしゃみなどで、飛沫核(5μm以下)として伝播する。空中に浮遊し、空気の流れにより飛散する。	結核菌 麻疹ウイルス 水痘ウイルス
飛沫感染	咳、くしゃみ、会話などで感染する。飛沫粒子(5μm以上)は1m以内に落下し、空中を浮遊し続けることはない。	インフルエンザウイルス ムンプスウイルス 風疹ウイルス レジオネラ(ヒト-ヒト感染はしない) など
接触感染(経口感染含む)	手指・食品・器具を介して伝播する。最も頻度の高い伝播経路である。	ノロウイルス 腸管出血性大腸菌 MRSA 緑膿菌 など

「感染経路を遮断する」とは、あるヒトから次のヒトへと病原体が運ばれ、伝播する経路を断つことです。

- ① **空気感染の場合**：空気を介して伝播する病原体は、空気中に長時間浮くことができる、小さな粒子になって呼吸とともに体内に進入します。代表的なものは「飛沫核」で、直径 5 μm 以下と極めて小さく、水分を含まないために空中に長時間を漂っています。したがって、空気とともに吸い込まないように、特別な N95 マスクなどの特別な呼吸器防護用マスク（レスピレーターとも呼ばれます）を装着することで感染経路を遮断することができます。
- ② **飛沫感染の場合**：飛沫は飛沫核の周囲を水分が包んでいる状態で、直径は 5 μm 以上で重いため、重力によって床面などに落下します。粒子径が大きいため通常の医療用不織布マスクで感染経路を遮断することができます。しかし、着衣に付着した場合は飛沫が手や器具に付着し、汚染するため使い捨ての撥水性エプロン（ビニール製など）を装着する必要があります。
- ③ **接触感染の場合**：ヒトの手やモノを介して次のヒトに付着したり、食器やリネンなどを介して伝播したりします。したがって、血液や体液（排泄物）など湿性生体由来物質に触れる可能性のある場合はもちろん、接触伝播する病原体を有していることがわかっている傷などの部分のケアには、必ず手袋を使用し装着の前後に手指衛生をすることで感染経路を遮断することができます。また、着衣が接触する場合には、使用后すぐに廃棄可能な使い捨てのエプロンやガウンの装着が必要となる場面があります。

※ 以上の防御策は適時に適切な方法で装着することが重要です。（詳しくは（４）標準予防策を参照してください。）

抗生物質などを多用する機会が少ない、高齢者介護施設では感染の原因となるような「新たな病原体」が施設内で発生することは極めてまれと考えられます。つまり、ほとんど全ての病原体は入所者（高齢者介護施設に併設のショートステイ、デイサービスセンター利用者も含む）、職員、委託業者、面会者、ボランティア、実習生などが施設外で罹患し、体内に保持した状態で施設内に持ち込む例が多いと考えられます。したがって、感染症の病原体が不用意に持ち込まれないよう、施設に勤務する人々や利用する人々の全てに関して、健康状態、特に発熱や下痢嘔吐、咳などの症状を確認する仕組みを構築して職員の習慣とし、感染症を疑う症状を速やかに見つける工夫が重要です。

別けても職員は、日常的に入所者と長時間接する立場にあるため、自己の症状に関する点検が必須です。健康維持を心がけるとともに、感染症が疑われる症状発生時には速やかに電話等で管理者に報告し、必要な場合には就業を控えることが必要です。このような場合に備えて、医療機関の受診や診断の手順、結果に基づく就業制限の規定を整備しておくことが重要です。

また、定期的に施設内で活動するボランティアや頻繁に面会に来られるご家族にも



同様の配慮が必要であり、施設内に注意喚起のポスターを掲示したり、パンフレットを渡したりして、常に啓発することが望まれます。

### (3) 高齢者の健康をどう維持するか

#### ①入所時の健康状態把握

病原体を不用意に持ち込まないため、まずは入所時点で健康状態を把握することが必要です。入所時の健康診断結果を「老人健康診査表」などで既往歴や予防接種の履歴について把握するほか、主治医との間で感染症に関する情報を共有する仕組みを作ることが有用です。

その際、対象とすべき“警戒すべき感染症”としては、活動性結核（排菌の可能性のある肺結核症）、数ヶ月以内の感染性胃腸炎の既往、痂皮型疥癬（ノルウェー疥癬）など皮膚疾患の有無などが挙げられます。以下のような症状や既往がある場合には、原則として入所前に治療を済ませ、病状を評価していただくようにします。

#### 【感染症に関する症状の例】

- ・ 上気道症状：2週間以上続く咳、微熱や倦怠感など
- ・ 消化器症状：原因不明の嘔吐・下痢など
- ・ 皮膚症状：丘疹・結節・角質増殖など

一般に感染症の既往のみで入所を拒否することがあってはなりません。最近数ヶ月以内の症状については、再発や不完全な治癒の可能性を含めて入所後の重点的な観察の参考とします。さらに、病原体を保有していても発症していない（症状を欠く）場合には特段の感染対策を要しない場合が大多数であり、入所時に誠実に感染症に関する情報を提供してくれた申込者に不利益が生じないように配慮する必要があります。

#### ②入所後の健康管理

感染は微生物が体内に侵入するだけでは成立しません。微生物の毒力が入所者の抵抗力を上回った場合に成立します。したがって、感染症対策の一部として、普段から入所者の免疫力や抵抗力を高める工夫が望まれます。

##### ・健康状態の把握

食事摂取や排泄の状況、皮膚の状態、体重変化などから栄養状態を把握するとともに、定期的にバイタルサインや身体測定を行い、日常的基準となる健康状態を把握しておくことにより、変化を早期に発見することができます。

##### ・抵抗力を高める

体腔内への異物の留置、すなわち栄養チューブや尿路カテーテルなどのライン類を極力排除し、自立への援助を積極的にすすめることが基本です。夜間は快適な睡眠環境を提供するよう工夫し、インフルエンザなどの感染症が流行していない時期の日中には活動的な時間を設け、室外で日光や外気に触れる機会をつくることなどにより自律神経活動の活性化を促し、生体リズムの回復や体力の維持、増進をめざします。

- ・ 症状を定期的にチェックし早期に発見する

特に集団感染を生じやすいインフルエンザや感染性胃腸炎症状（嘔吐・下痢）などの症状（発熱・咽頭痛・咳・鼻水・関節痛など）を定期的にチェックします。これらの感染症は流行の季節が決まっており、流行期には日課として行なえば理想的です。

- ・ 予防接種・定期健康診断

入所者や利用者の同意と協力を得て、計画的に感染症に関する予防接種（インフルエンザ、肺炎球菌など）や定期健康診断をすすめます。

- ・ 日常的な発生状況の把握

施設内で感染症が生じる頻度を把握しておくことで、異常事態（集団感染など）を早期に発見することができます。

#### （４）標準予防策（スタンダード・プリコーション）

標準予防策とは、米国国立疾病予防センター（CDC）が提唱する感染予防の概念で、「汗を除くすべての血液、体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は伝播しうる病原体を含んでいる可能性がある」という原則に基づき、それらの物質を扱う場合あるいは暴露する可能性がある場合には適切な防護策を講じるというものです。

すなわち、感染症とわかっている患者さんだけが対象ではなく、血液や体液に触れる場合は常に感染の危険性があると捉えて対応することが求められています。特に高齢者介護施設では、排泄物を取り扱う場面が多くあるため、処理の際には常に「標準予防策」が求められます。また、例えば咳をしている入所者や訪問者、職員はマスクを着用し咳による飛沫を防ぐ（呼吸器衛生・咳エチケット）など、感染性のあるものを遮断すること（直接触れないこと）も標準予防策に含まれます。

その他、標準予防策の具体的な防護措置の内容としては、流水と石けんによる手洗い、手指衛生薬の適切な使用法、使い捨て手袋やエプロン・マスク・ゴーグルなどの个人防护用具の取り扱い方、ケアに使用した器具の洗浄・消毒、環境対策、リネンの取り扱いなどが含まれます。

### 3. 高齢者介護施設における感染管理体制

#### 1) 施設内感染対策委員会の設置

感染対策は施設内すべての職員が心がけなければならない基本的な事項であり、幅広い活動をするために、組織的な対応が必要です。そのため、施設内の感染対策委員会は、他の委員会と独立して設置・運営されることが必要であり、構成メンバーも特定の職種に偏らないよう、施設内の代表的部署の管理者を網羅する形で構成されることが望まれます。また、実務担当者には施設内における一定の権限と責任が与えられ、組織横断的な活動を行うことができる体制が必要です。

具体的な構成メンバーとしては、施設管理責任者（施設長、設置者）、医師（嘱託医、提携医療機関の代表者など）、看護職（看護師、保健師）介護職（ヘルパー、ケア・マネージャー）、食品栄養管理部門（栄養士、調理師）、事務部門（事務責任者、経理や人事担当者）などがあげられます。

施設総体としての感染管理の取り組みを現場に伝え、推進していく役割を担って

いることを考えて、各部門の代表者が参加することが望ましい。委員会の開催頻度は、定期的な開催に加えて、感染症の集団発生時など、必要に応じて随時開催することが必要です。

施設内感染対策委員会の主な目的と役割は、利用者と職員を感染から守ることです。そのためには平常時の「感染防止策」と「感染症発生時の対応」が円滑に進むよう、以下の様なプログラムを立案して実践していくことが必要です。

- ① 感染対策の施設方針の明文化
- ② 感染対策のための具体的マニュアル作成
- ③ 感染管理教育プログラムの策定
- ④ 職業感染管理の徹底（健康管理指針）
- ⑤ 感染症発生時の対応（アウトブレイク指針）
- ⑥ 安全な療養環境確保のための環境管理

## 2) 感染対策のためのマニュアル整備

感染対策活動を行っていくためには、根拠となる「施設内感染対策指針」、いわゆる感染対策マニュアルの整備が必要です。全ての職員に信頼され、有効に利用されるマニュアルとするためには、エビデンスに基づいて作られるだけではなく、自施設の環境や実情を考慮し、現場に即した調整が必要である。また、定期的に遵守状況を実際に確認し、マニュアルの内容を再評価し、追加・修正を検討することが求められます。

そのためには、市販のテキスト等をそのまま流用あるいは引用するのみではなく、自施設の実態に合わせて「いつ」「誰が」「何を」「どう」するのかを明記することができるよう、独自に編集することが望まれます。

マニュアルが備えるべき項目としては、感染管理組織、感染防止技術、職業感染対策、集団発生時の対応（アウトブレイク・マネジメント）、施設維持・整備基準（ファシリティ・マネジメント）等を中心に自施設の状況にあった内容を検討します。作成したマニュアルの実践と遵守に必要な事項として、以下があげられます。

- ・ 職員全員がマニュアルの内容を確実に理解すること。
- ・ 委託職員も含め、研修会等による周知徹底を行い、必要時実践演習を行う。
- ・ 利用されやすい場所、部署を考慮して配置する。
- ・ マニュアルの評価時には、  
記載内容が実戦可能な内容か、実際に行動できる表現かどうかを確認する。

### 3) 職員の健康管理

集団生活の中で勤務する高齢者介護施設の職員は、職種に関わらず様々な病原体に曝露される機会が多いうえに、職員自身の感染症を利用者や職員へ伝播させる可能性も有しています。職員は自身が施設内の感染源にならないように健康状態に常に留意するとともに、ワクチン等によって予防可能な疾患については、禁忌でない限り確実に接種できるよう、教育・健康管理体制の整備が必要です。一般に、職員に推奨すべきワクチンには以下のものがあります。

- ① インフルエンザワクチン
- ② B型肝炎ワクチン
- ③ 麻疹ワクチン
- ④ 水痘ワクチン
- ⑤ 風疹ワクチン

※ ②～⑤については就職前に抗体を保有できるようにしておくことが望ましい。

禁忌等により予防接種を受けることができない者については、一般的な健康管理を充実強化するとともに、感染症の発生時には勤務配置に配慮が必要な場合があります。また、委託職員や臨時職など正規職員であるか否かを問わず、入所者と接する機会が多い場合には、可能な限りワクチンを接種することが望まれます。さらに、職員が入所者の血液や体液等に曝露（粘膜、傷のある皮膚等）した場合（暴露事故）への対応として、事故発生時の報告体制、緊急処置（感染リスクの評価、曝露部位の洗浄、医療機関受診の手順等）を整備しておくことが必要です。

### 4) 早期発見の方策

集団感染を生じさせないためにも、感染源となりうる職員・利用者の早期発見が重要です。常日頃、以下の症状に着目して観察し、日報などの形で記録に残すことを推奨します。

- 留意すべき症状と疑うべき疾患：
  - 発熱（多くの感染症に共通）
  - 下痢・嘔吐（感染性胃腸炎）
  - 頑固な咳（結核、インフルエンザ、百日咳）
  - 発疹（水痘、麻疹、疥癬）
  - 眼脂（流行性角結膜炎）

全ての職員は、日常的に入所者と長時間接する立場にあるため、感染症症状に関する自己点検が必須です。常日頃、健康維持を心がけるとともに、感染症が疑われる症状発生時には速やかに電話等で管理者に報告し、必要な場合には就業を控えることが必要です。このような場合に備えて、医療機関の受診や診断の手順、結果に基づく就業制限の規定を整備しておくことが重要です。

また、定期的に施設内で活動するボランティアや頻繁に面会に来られるご家族にも同様の配慮が必要です。職員の家族が感染症に罹患している、あるいは可能性がある場合には、上司に連絡したうえで職員自身の健康状態に充分注意し、多くの人と接しないよう注意しながら就業し、症状が出たら直ちに報告して休業するようにすることが望まれます。

## 5) 職員研修の実施

施設内の十分な感染対策には、全職員（委託職員も含む）、利用者、面会者、ボランティアなどへの啓発と教育が必要です。職員に対しては年 1 回ではなく、複数回に分けて実施するほうが効果的であるといわれています。これら、定期的な研修に加え、感染症が流行する時期には、流行前に研修会を開催することも考慮します。流行が始まってからの集合研修は集団感染のリスクが高まるので、注意が必要です。

教育手段としては、講義のほか、演習、グループワーク、ビデオやスライド、資料による自己学習、掲示物など、対象や時期によって検討します。

## 4. 平常時の衛生管理

### 1) 高齢者介護施設内の衛生管理

施設内環境の清潔を保つことは感染管理の面からも極めて重要です。介護用具や施設用品、事務用品、生活用品などを分類整理し、整頓に心掛け、環境表面の清掃を行うことが基本です。「一目見て清潔と感じられる」施設環境の保持ができるよう清掃を行います。清掃を行なったら、「いつ」、「誰が」、「どのように」清掃を行なったかを壁面の一覧表などに記録することも有用です。消毒薬による消毒よりも、居心地が良く住みやすい環境づくりを心がけます。また、衛生管理の一環として、感染対策のための設備や備品（使い捨ての手袋やエプロン、手洗い専用流し、手指消毒剤、汚物管理室、足踏み開閉ができる蓋つきの廃棄物容器など）を入所者や職員が利用しやすい形態で整備することも大切になります。

### (1) 環境清掃

#### ① 環境表面の清掃が必要な理由

施設内環境中には、多種多様な微生物やウイルスなどが存在していますが、自然に発生したり、自ら移動したりすることはなく、入所者や職員に対して直接的感染する可能性は低いとされています。これら環境表面に存在する微生物やウイルスが感染に関与する場合は、「媒介（仲介・持ち運ぶこと）」が必要となり、その代表がヒトの手による媒介です。環境表面からヒトの手に移動し、その手が触れた物やヒトに付着していきます。つまり、皆さんの手が病原体を持ち運び、汚染を拡大させているのです。ヒトが環境や利用者に触れることは避けられませんが、ヒトの手が触れる環境の表面を清掃し、付着している微生物やウイルスの量を減らしておくこと（清掃・清浄化）が必要なのです。

## ② 日常的な環境表面の清掃

環境表面は原則として、1日1回以上の湿式清掃を行い、清掃後は完全に乾燥させます。環境表面からの病原体の伝播防止を目的とした清掃を行う場合には、職員や利用者の手が高頻度に触れる部位（高頻度接触表面）を重点的に行うことがポイントです。高頻度に触れる部位には、以下のような部位が挙げられます。

- 手すり（廊下や自室の）
- 歩行器や車いす
- ドアノブ
- ベッド柵
- スイッチ類
- テーブル
- リモコン
- トイレや洗面台周辺
- 水道や給湯器の蛇口

環境用洗剤（掃除用洗剤）を使用し1日1回以上、さらに目に見える汚染は、そのつど物理的に取り除くことが重要です。注意点として、ふき取る際には拭き取った面に戻ることなく、一方向に拭き取りを行い、汚染を広げないようにします。消毒剤を用いる場合には、基本的に「次亜塩素酸ナトリウム液」をしみ込ませた不織布などの使い捨てクロスを使用して清拭します。消毒剤は家庭用の「除菌スプレー」のような噴霧や散布（スプレー）は決して行わないこと。霧となった消毒剤は、環境表面に「点状に分布」するのみで、消毒剤が到達しなかった面の病原体には効果が期待できません。そればかりか、周囲のヒトが吸入した場合には粘膜毒性を生じる危険やエタノールでは発火の危険性があります。消毒剤を用いた清掃は特定の病原体（ノロウイルスや一部の薬剤耐性菌）を保有している場合、および血液や体液による汚染時に用います。通常の清掃は環境清掃用の洗剤と水拭きで充分です。

- 薬剤耐性菌（MRSAを含む）による感染症を発症している利用者では、居室の高頻度に手が触れる部位を中心に、低水準消毒薬を用いて清拭消毒を行います。（消毒剤使用の必要性は医師等の意見を聞いて判断しますが、創部が閉鎖されている場合や単なる保菌の場合は洗剤を用いた通常の清掃で対応可能です。）
- 血液や体液などが付着した部位は、血液・体液中の蛋白成分が、消毒効果を弱めるため、使い捨てのペーパータオルや不織布クロス等で充分ふき取った後に、次亜塩素酸ナトリウム液 500ppm (0.05%) を用いて、外側（辺縁）から内側（中心）に向かって清拭消毒します。その後改めて湿式清掃し、完全に乾燥させます。

## ③ 床面の清掃

基本的に、部屋の奥から出口に向かい、1方向にふき取り清掃を行います。汚染が明

らかな場合は、汚染度の高いと思われる部分を最後に行うように、清潔な部分から汚染部分に向かって一方向に行ないます。注意点として、拭き掃除用のモップや拭き布はよく絞り、水分を除去します。清掃後の湿潤した環境は細菌にとって格好の培地です。湿潤が肉眼的に明らかな場合は、乾燥した掃除用具で十分に水分除去します。

#### ④ 清掃用具の管理

清掃用具は、入所者1名ごとに交換することが原則です。雑巾を使い回すことは避け、使い捨ての不織布クロスを使用することを推奨します。消耗品としての購入が必要ですが、感染対策面では安全性が高まります。

一般の居室用モップと、汚染区域である汚物処理室やトイレ用のモップは明確に区別して表示し、別々の保管場所に保管します。床などの環境表面から直接感染する確率は低いものの、掃除用具に触れることによる病原体の伝播に対する配慮が必要です。

清掃の物品（モップや雑巾）などは、物品の清潔度を定めるスポルディングの分類ではノンクリティカルに分類されます。清掃用具専用の洗濯機を使用し、使用のつど、また定期的に洗浄し、乾燥状態で保管します。湿ったままで放置すると、細菌やカビが繁殖し、臭いや環境表面の汚染原因にもなるため、乾燥機の使用や風通しの良い環境で速やかに乾燥させることが重要です。

血液・体液・排泄物などで汚染された清掃用具は次の方法で消毒します。

1. 熱水による洗濯（80℃ 10分以上の洗濯）  
または、流水と洗剤による完全な洗浄後
2. 次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬消毒  
（0.01%で60分以上、0.1%で30分以上の浸漬）

#### ⑤ 施設内各所の環境整備

##### ● スタッフステーション：高頻度接触面をこまめに清拭

流水と液体石けんによる手洗いの場所（理想的には手洗い専用流し）の整備が重要です。水道の蛇口は可能ならば自動水栓、あるいは肘、膝押し式、足踏み式など、手指の再汚染が防げる水栓が必要です。それらの設備が望めない場合でも、手洗い場所の側近に手洗い専用のペーパーホルダーと足踏み式の蓋つきごみ箱を設置し、周囲の物品に手を触れることなく、手洗いができる環境づくりが望まれます。

職員が高頻度に接触する環境表面の清拭清掃を1日1回以上行います。たとえば、スタッフが頻繁に触れるドアノブ、受話器、パソコンなどの事務機器や共用品などが対象です。

##### ● 玄関・受付カウンター：手指衛生薬や啓発で来訪者に協力要請

高齢者介護施設など、利用者が集団で長期間生活する施設では、実効ある感染対策には外来者の協力が必須のため、感染防止周知のための啓発ポスターを掲示し、その都度、必要な説明や協力要請を行います。また、手指衛生への協力を促すため、流水と液体石けんによる手洗いが実施しやすい環境づくりも必要です。さらに、高齢者介護施設では擦式アルコール手指衛生薬の誤飲など、特有の問題もありますが、施設の

玄関付近ばかりでなく、入所者と接する直前の入り口や受付カウンターなどに擦式アルコール手指衛生薬を設置し、手指衛生を促すことを推奨します。

● **手洗い設備の周辺**：徹底的に清掃し、乾燥させる

洗面台や手洗い用シンクの周囲は1日1回以上、または汚染が認められるたびに環境用洗剤で拭き掃除を行い、乾燥状態を維持します。湿潤した環境は、水周りに生息しやすい微生物が繁殖する格好の培地となり、環境が汚染されやすくなるためです。

● **各部屋の入り口には**：

入所者が、外部からの来訪者と接する直前の場所、そこは面会室や居室の入り口です。擦式アルコール手指衛生薬を設置し、手指衛生の実施手順など啓発ポスターの掲示を行い、入退室時に手指衛生が実施できる環境づくりをします。定期的に容器内の残量点検や開封日または使用期限の確認も行うことも重要です。

● **手洗い専用以外のシンク周辺**：

手洗い専用ではないシンクの周辺においても、清潔なものと不潔なものが混在・交差しないよう明確な区別を行います。清潔シンクでは、経管栄養物品、吸い飲み、箸などを取扱い、不潔シンクでは清拭用バケツや陰部洗浄用ボトル、便尿器などを取り扱うというように、明確に区別することが必要です。やむを得ずひとつの流しを共有する場合は、清潔な作業と不潔な作業を同時に行なうことを禁止します。さらに、清潔な作業を行う前には、そのつど環境清掃を行ないます。清潔な作業には衛生的な手洗いが含まれます。

● **汚物処理室**：

職員を感染から守るとともに、職員が感染の媒介者とならないようにする目的で、个人防护用具（手袋・エプロン・ゴーグル・フェースシールド・マスクなど）を使用すべき時に直ちに装着できるような場所に常備することを推奨します。また、作業が終了し次第、その場で手指衛生を行うことにより、感染拡大の防止が可能となるため、確実な手指衛生が実施できる手洗い専用シンクや擦式アルコール製剤を設置することを推奨します。高齢者介護施設の感染症多発事例では、排泄物などを介する感染症事例が多いため、それらによる汚染度が高い場所では、医療機関と同等の管理が推奨されます。

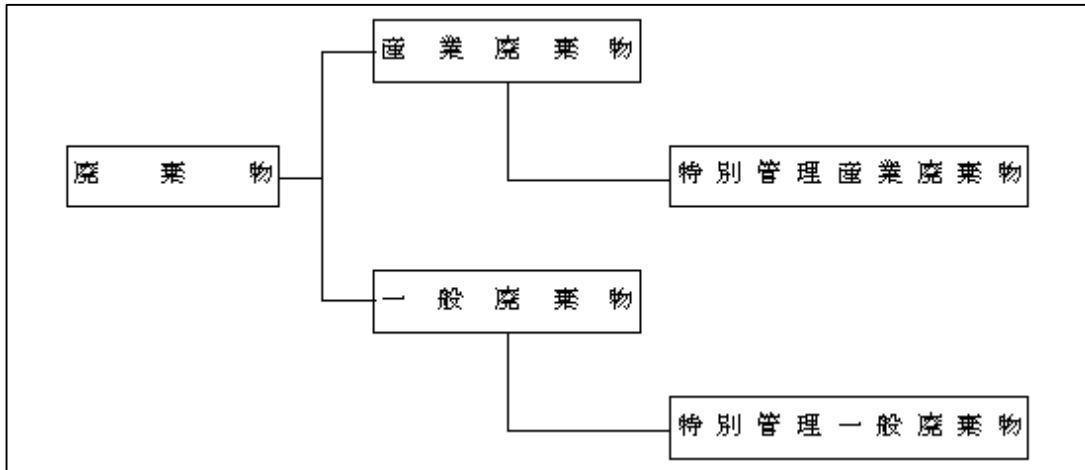
## （2）廃棄物の管理

廃棄物は産業廃棄物とそれ以外の一般廃棄物に、また、産業廃棄物と一般廃棄物はそれぞれ特別管理廃棄物とそれ以外のものに区分され、各々について保管（産業廃棄物（特別管理産業廃棄物を含む）の排出事業者のみ、収集運搬及び処分（再生を含む。）に関する基準が定められています。

一般家庭の日常生活に伴って生ずる廃棄物の処理は市町村の責任で行うこととなっていますが、事業活動（介護施設を含む）に伴い生じた廃棄物については、排出事業者が適正に処理する責務があります。つまり、高齢者介護施設において発生した感染性廃棄物は一般のごみと区別して廃棄する義務があります。

廃棄物は、次の表のとおり分類されています。





図「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」平成 24 年 5 月 環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部 P6 より引用

特別管理産業廃棄物、感染性廃棄物とは、「病院、診療所、介護老人保健施設などの医療関係機関から生じ、人が感染し、若しくは感染する恐れのある病原体が含まれ、若しくは付着している廃棄物またはこれらの恐れのある廃棄物をいう」と定義されています。

資料 1 「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」平成 24 年 5 月 環境省大臣官房 廃棄物・リサイクル対策部

適切な廃棄および分別作業を行うためには、安全で使用しやすい容器、たとえば足踏み開閉式の蓋付き廃棄容器などを設置することや周囲環境を考慮しヒトの出入りの頻繁な場所を避けるなど適切な廃棄容器置場の工夫をすることが望まれます。

また、施設ごとに廃棄物分別表を作成し廃棄物設置場所に掲示することが求められます。廃棄物を適切に管理するためには、職員や利用者が感染性廃棄物であることを容易に識別できるよう、廃棄物容器には全国共通のバイオハザードマーク（☠）の表示が求められます。施設内における移送運搬は、作業の途中で内容物が飛散・流出しない容器を用いる必要があります。例えば、対貫通性の高い容器、ドラム缶や専用のダンボール箱、二重袋などを用います。これらの容器は内容物や用途により使い分ける必要があります。

### (3) 嘔吐物・排泄物の処理

病原体を大量に含む嘔吐物や排泄物は極めて危険性の高い感染源のひとつです。不適切な処理により感染を拡大させないために、迅速で適切な処理を行うことが求められます。

#### ① 嘔吐物や排泄物を処理する

- 標準予防策の概念に沿って、エプロン、マスク、手袋などの個人防護用具を用装して処理作業を行なうことが原則です。個人防護用具は共用することによる感染

拡大防止のため、使い捨てのものを使用します。

- 場所を選ばない突然の嘔吐や下痢に備え、必要物品をまとめて「処理用キット」を作成しておくことを推奨します。キットの内容として、使い捨て手袋、ビニールエプロン、不織布マスク、ペーパータオル、使い捨てクロス、ビニール袋を含み、使用時に調製する次亜塩素酸ナトリウムもひとまとめにして、全ての職員に周知した場所に設置しておくことを推奨します。
- 処理中、処理後は周囲を汚染しないよう、可能な容器や2重のビニール袋に封入密閉（隔離）して運搬する必要があります。また、周囲に入所者や無防備の職員が近づかないよう、注意を喚起します。
- 吐物や排泄物で汚染されたと考えられる場所とその周囲は、新聞紙等を用いて可能な限り吐物を除去した後、0.5%～1%の次亜塩素酸ナトリウム液を含む不織布クロスなどで清拭消毒を行い、その後さらに水拭きを行います。この際、次亜塩素酸を吸入しないよう、窓を開け放つなど十分に換気しながら行います。
- 処理終了後は、液体石けんと流水で十分な手洗いを行い、手洗い後に擦式アルコール手指衛生剤による手指消毒を加えます。
- 使用した物品は、汚染の可能性があるため、できる限り廃棄します。再利用するバケツなどは洗浄後、次亜塩素酸に浸漬および清拭消毒し、その後に水洗いをします。
- 嘔吐物・排泄物で汚染された衣類は以下のように処理します。

- ① 熱水による洗濯（80℃ 10分以上の洗濯）  
または、流水と洗剤による完全な洗浄後
- ② 次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬消毒  
（0.01%で60分以上、0.1%で30分以上の浸漬）
- ③ 85度以上の熱湯に10分間浸漬
- ④ アイロンまたはスチームアイロンによる加熱処理  
※ 洗濯の際も周囲を汚染しないように注意します。

#### （4）血液・体液の処理

血液・体液曝露による職員への感染を防止するために、すべての血液・体液などの湿性生体由来物質を取り扱う際には、標準予防策の概念に基づき汚染の恐れがある身体部位を防護するための個人防護用具を着用します。→2）（1）標準予防策（スタンダード・プリコーション）参照

着用した個人防護用具は自分自身や周囲の環境を汚染しないように除去し、その場で廃棄します。廃棄後は直ちに手指衛生を行ない、血液・体液汚染された物品は特別産業廃棄物（感染性廃棄物）として可能な限り廃棄します。再利用せざるをえない物品は次亜塩素酸ナトリウムで消毒を行います。次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため、再利用する製品は熱水消毒や次亜塩素酸ナトリウムが使用できる樹脂製品を選択する。

### ① 血液媒介感染を防ぐために

- 針刺し切創対策として、鋭利物の取り扱いや針刺し・切創・粘膜曝露した際の対応をマニュアル化し、職員へ周知しておく必要があります。HIV などの針刺し時には、早急な対応が求められるため、周辺の医療機関との連携し、対応ができる環境を整える必要があります。
- 鋭利物を取り扱う際には、必ず手袋を着用します。また、専用廃棄容器（針廃棄容器）を設置し、さらに使用場所に携帯しすぐに廃棄できるようにします。
- 使用者自身が使用直後に廃棄します。使用者以外の方が廃棄すると、使用した物品がわからないため、針刺しや切創のリスクが高くなってしまうためです。
- 血液で汚染された環境表面の処置時には、必ず手袋を着用し、使い捨てペーパータオルや新聞紙などを用い、擦らないようにしながら目に見える汚染を吸着するように取り除きます。その後、次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒を行います。

### ② 体液を介する感染を防ぐために

- 職員を体液由来の感染から守るため、汗を除くすべての体液を取り扱う際の注意を職員へ周知し、義務化することが必要になります。
- 該当する業務として、おむつ交換、喀痰吸引、口腔ケア、点眼の介助、褥瘡処置などがあります。
- 汗以外の体液で環境が汚染された場合、使い捨てのペーパータオルで除去し、必要に応じて、アルコールや消毒薬を使用し、清拭清掃を行います。
- 排泄物・体液・化膿した皮膚に使用したガーゼなどは、直接触れないようにし、ビニール袋に密閉し感染性廃棄物として廃棄します。その際に使用した个人防护用具も周囲を汚染させないように除去し、感染性廃棄物へ廃棄します。

## 2) 介護・看護ケアと感染対策

### (1) 標準予防策の実施

標準予防策は「汗を除くすべての血液、体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は伝播しうる病原体を含んでいる可能性がある」という原則に基づき、それらの物質を扱う場合あるいは暴露する可能性がある場合には、いつでもどこでも誰に対しても行なうべき防護策です。つまり、感染症の存在が判明している入所者だけではなく、あらゆる利用者の血液や体液に触れる可能性がある場合に行います。

特に高齢者介護の場面では、排泄物や吐物を取り扱うことが多いため、ケアや処理の際には、常に「標準予防策」が求められます。また、咳が続いている入所者のケアの際には、自ら不織布マスクを着用するとともに、入所者にもマスクを提供して咳による飛沫への暴露を防ぐ必要があります。

ケアの前後には、可能な限り流水と石けんによる手洗いを行います。目に見える汚れがない場合は擦式アルコール製剤を用いて手指衛生を行いません。次にビニールエプロンを装着し、最後に使い捨て手袋を装着してケアを開始します。

ケアを終了したら、手袋をした状態でエプロンの汚染部分を注意深くつまみ、手袋

とともに廃棄します。ケアに使用した器具は肉眼的汚染の有無にかかわらず、使い回さず適切に洗浄・消毒します。汚染したリネンも適切に洗浄・消毒します。

ただし、標準予防策は基本的に「湿性生体由来物質」に対応する予防策であるため、空気感染や飛沫感染する病原体には無効であり、決して万能ではないことを理解しておく必要があります。

次に個々の個人防護用具について説明します。

### ① 使い捨て手袋

- **最も基本的な個人防護用具（PPE）のひとつ**：血液・体液・排泄物・傷のある皮膚に触れる時や、血液や体液で汚染された物品を取り扱う際に使用します。
- **使い捨て手袋が必要な場面**：血液・体液・排泄物を処理する時、粘膜・損傷のある皮膚のケアをするとき、汚染した創部ガーゼを取り除くとき、鋭利な機材を取り扱うとき、血液や体液が付着したと考えられる機材を取り扱うとき、自分の手に傷があるときなどに使用します。
- **手袋装着時の注意点**：最も重要な点は手袋をする前と外した後に必ず手指衛生を行うことです。手袋は手指衛生の代用にはなりません。手袋には、製造過程でピンホール（穴）が開く場合があります、使用している最中に敗れることも稀ではありません。また、利用者に接する直前と直後、ケアの前後に手袋を交換しないと感染防止対策にはなりません。さらに、素材やパウダーに対するアレルギーにより、手袋自体が手荒れの原因となることがありますので、事前に確認し、購入することを推奨します。手荒れは病原体（細菌）の皮膚への定着の温床となるため、日々の手のケアが重要です。
- **手袋の外し方と廃棄**：自分の手を汚染しないように、手袋を外し廃棄する技術を習得する必要があります。その手順は、片方の手袋の袖口を自分の手に触れないようにつまみます。手袋を表裏逆、裏返すように外します。手袋を外した手が汚染した手袋の表面に触れないように、手袋を外した指を手袋の袖口に差し込みます。そして、他方と同様に手袋が裏返すように外します。手は既に微生物で汚染されている可能性があるため、直ちに手指衛生を行います。

### ② マスク・ゴーグル・フェースシールド

- **マスク**：口の粘膜を防護するとともに呼吸器の防護を担います。
- **ゴーグル・フェースシールド**：目の周囲の粘膜を保護するために使用し、血液・体液など湿性生体由来物質の飛散・飛沫による粘膜経由の感染を防ぎます。
- これらの個人防護用具は飛沫発生作業（吸引・吸痰・洗浄など）の作業目的により使い分けます。
- **マスクの着脱手順**：マスクの鼻当て部分の金属プレートを折り曲げ、自分の鼻の形状に合わせます。紐あるいはループを耳にかけ、最後に蛇腹を広げて、顎まで完全に覆います。外す際には、マスクの表面は作業中に汚染されますので、表面に触らないよう、紐あるいはループをつまんで外します。

### ③ ガウンとプラスチックエプロン

- 着衣の物理的汚染の防護、血液や体液による不適切な汚染から、ケア担当者の皮膚・着衣の汚染の防護を目的に使用します。注意として、入所者の居室や汚染ゾーンを離れる前に、汚染面に触れないよう注意して脱ぎます。
- プラスチックエプロンとガウンの汚染は胸腹部周辺部分が主体ですので、その部分に触れないよう、首紐を外し、汚染部分が内側になるように腰周辺で折りたたみ込みながら、小さくまとめ、腰ひもを引きちぎるように外して直ちに廃棄します。廃棄後は、必ず手指衛生を行います。

### (2) 職員の衛生手洗いと手指衛生

衛生手洗い・手指衛生は感染対策の基本であり、感染のリスクを減少させる最も重要で欠くことのできない技術です。正しい方法を身につけ、正しい衛生的手洗いを行なう必要があります。適切な手指衛生によって、主に接触感染経路の遮断が可能です。環境表面からケア担当者の手へ、逆に汚染された手から環境表面への病原微生物の拡散を防止することが可能です。

#### ① 手指衛生の種類

手指衛生には、石けんと流水による衛生手洗いと消毒薬（擦式アルコール製剤）による手指衛生があります。目に見える汚れが確認されない場合は、擦式アルコール手指衛生薬で充分です。目に見える汚れがある場合には、液体石けんと流水による衛生手洗いを行います。ただし、排泄物や嘔吐物にはアルコールに抵抗性を示す細菌やウイルスが存在するため、排泄物や嘔吐物を取り扱った後は液体石けんと流水による衛生手洗いを行い、その後に擦式アルコール手指衛生薬で手指衛生を行うことを推奨します。

#### ② 手洗い時の注意点

手洗いの際は以下に注意します。

- 手を洗う前に時計や指輪を外します。つけているとその部分は洗えないこと、その部分に汚れが付着しているため、必ず外してから手を洗います。
- 爪はあらかじめ短く切り、付け爪や爪の装飾は禁止です。
- 液体石けんを手取る前に必ず流水で手全体を濡らします（予備洗い）。乾燥状態では石けんが落ちにくいことや手荒れの原因となる場合もあります。
- 石けんは汚染しやすい固形ではなく、液体石けんを使用します。液体石けんの継ぎ足しはしないことです。液体石けんの容器を再利用する際は、容器を洗浄し、完全に乾燥させてから、新しい石けんを詰めます。容器内の石けんが汚染されると手洗い自体が手指の汚染を広げることになるからです。
- 洗浄後は石けん成分を完全に洗い落とします。使い捨てペーパータオルで水分をしっかりとふき取ります。この際、擦らずに叩くようにして乾燥させます。布タオルの共有は全体に行わないでください。水道栓は蛇口に触れないよう、肘を使うか、ペーパータオルで止水します。日ごろから、手のケアを行うことも大切です。濡れた手や手荒れは微生物が付着しやすく、除去しにくくなります。

### ③ 正しい衛生手洗いの手順

石けんをよく泡立て、各手順を丁寧・慎重に行います。



図2 高齢者介護施設における感染対策マニュアルより

### ④ 手洗いミスを生じやすい部位

利き手側の親指や指先、指の間など、しわが多い部分が洗い残しの多い部位です。日ごろから、自分の手洗いの癖を知ることが大切です。



図3 出典：辻明良（日本環境感染学会監修）病院感染防止マニュアル（2001）

### ④ 擦式アルコール手指衛生剤による手指消毒方法（図3）

擦式アルコール手指衛生剤による手指衛生時の注意点：15秒以内に乾燥しない程度の量（通常一回約3ml）を手にとり、最初に指先、特に爪の間に刷り込みます。その

後は衛生手洗いと同様に手のひら、手の甲、指の間、母指丘と親指、手首の順に刷り込みます。このような正しい手順を習得することが重要です。

#### ⑤ 入所者の手指の清潔

職員・スタッフの手洗いは云うまでもありませんが、利用者の皆さんの手洗いも感染拡大予防のために不可欠です。

利用者には、食事の前後、排泄の後を中心に、石けんと流水による手洗いを習慣化できるよう、指導・支援していくことが重要です。そのためには、必要に応じて手洗いができる場所までの移動を積極的に介助します。厳密にタオルの共用は避け、ペーパータオルを備え付けるか、タオルを本人専用にするなどの工夫が必要です。認知機能の低下などにより、清潔観念や自己管理能力に支障がある利用者には、消毒効果がある成分を含んだウェットティッシュなどを用いて手指の汚れを除去するなどのケアを適宜行います。誤飲などの危険性に配慮しながら、擦式アルコール手指衛生剤を用いた手指衛生を試みることもよいでしょう。

### (3) 食事介助

#### 食事介助時の手指衛生の考え方

##### ① ケア・スタッフ（介護担当職員）

食事介助の際は、介護担当職員が食中毒病原体の媒介者とならないように、慎重に手指衛生を行います。入居者や環境などに存在する微生物が職員の手に着し、汚染した職員の手を介して他の入居者に伝播し、交叉感染が成立します。特に、排せつ介助後に食事介助を行なう場合には、目に見える汚染がない場合でも液体石けんと流水による衛生手洗いを行なう必要があります。

##### ② 入所者・利用者

入所者についても、可能な限り食事の前に石けんと流水による手洗いを実施することが望ましい。困難な場合は、使い捨てのおしぼりやウェットティッシュなどで目に見える汚れを除去し、擦式アルコール手指衛生剤を用いた手指衛生を試みる。おしぼり加温器の使用は、温度管理が不十分になりやすく湿潤した加温器内の環境が細菌増殖の温床となることから推奨できません。加温器を用いる場合は、厳密な温度管理と使用当日に準備して、その日のうちに使い切ることを推奨します。

### (4) 排泄介助（おむつ交換）

排泄物には多数の微生物や病原体が存在しています。冬期に流行しやすいノロウイルスによる感染性胃腸炎などは排泄物を介して伝播拡大し、時に施設内流行（アウトブレイク）を起こします。

排泄介助の際の感染対策で重要なことは、介護担当職員・看護職員が病原体の媒介者となることを回避することです。排泄介助時には、目に見えない排泄物による汚染が職員の手や衣服に付着させ、環境や他の入所者に接触することで施設内に拡散する可能性があります。従って、介助前後の厳密な手指衛生とともに介助の場の周囲環境や交換を実施する職員自身を汚染しないよう、適切な个人防护用具を装着して行な

うことが重要です。

#### ① 飛沫発生を考慮する

- (1) 排泄介助時の防護用具：標準予防策では、血液・汗を除く体液・排泄物・汚染した皮膚、粘膜に接触する場合には接触感染防護に準ずる防護用具の着用を求めています。
- (2) しかし、オムツ交換や陰部洗浄、排泄物の廃棄の際には見えない「しぶき」が発生しています。見えない排泄物や洗浄水が、ケア・スタッフの顔や手に付着し、目や鼻の粘膜から病原体が侵入する可能性があります。さらに吸入すると下気道や肺に侵入します。このような飛沫からケア・スタッフを防御するためには、手袋やビニールエプロン、マスクやフェースシールドの着用が必要です。

#### ② 飛沫が付着した手は「汚染物」

- (1) 飛沫発生作業後（おむつ交換や陰部洗浄などのケア後）は、ケア・スタッフの手を介した汚染の広がりを防止するため、手指衛生を行うまで必要物品以外の物や環境にはむやみに触らないようにします。
- (2) 排泄介助時の手指衛生の基本的な考え方は、アルコールに抵抗性を示す感染症を考慮することで、手が目に見えて汚染していない場合でも、石けんと流水を用いて衛生手洗いをを行うことを推奨します。
- (3) アルコールに抵抗性を示す病原体は、一般に下痢症状を呈することが多いので、下痢患者の排泄物を取り扱った際には、感染が未確認の状態でも、石けんと流水での手洗いを選択することが望まれます。
- (4) 伝播防止には、手袋除去のタイミングが重要です。汚染した手袋で他の清潔部位を触らない、環境や寝具に触れないようにします。また、オムツ交換の際に患者周辺に接触した物品は、目に見える汚染がなくても、使用後の汚染した物品と考えて清潔な物品と交叉しないように処理します。

### (5) 医療的処置

高齢者介護施設で医療行為が行なわれることは稀ですが、いわゆる在宅医療の場となることはめずらしくありません。すなわち、在宅酸素療法や気管切開による呼吸管理、在宅人工呼吸療法、インスリン等の自己注射、自己導尿などが行なわれる場合があります。

#### ① 喀痰吸引

喀痰吸引は、口腔や鼻腔などから吸引カテーテルを上気道に挿入し、口腔・鼻腔・咽頭から分泌物・貯留物を機械的に除去する医療行為で、誤嚥や気道閉塞を防止する目的で行われます。吸引操作に伴い、口腔や鼻腔から無菌部位である下気道に細菌が侵入する恐れがあります。また、気管切開を行っている場合には、気道の浄化機能が低下しているうえ、唾液の垂れ込み（誤嚥）なども起こるため清潔操作と無菌的なカテーテル管理が必要です。

#### ● 吸引操作時の感染対策



### (1) 個人防護用具

喀痰吸引時は分泌物が飛散する可能性があるため防護用具（ビニールエプロン・サージカルマスク・ゴーグル・手袋）の装着と実施前後の手指衛生が必要です。

### (2) 手指衛生

吸引前（清潔操作を行う前）は、手指に付着した一過性細菌など除去するために手指衛生を行います。吸引後は、処置により手指が汚染された可能性があること、手袋内で細菌が増殖していること、手袋にピンホールがあった場合手指が汚染されていること、手指衛生を実施しないことにより他の患者や環境を汚染するリスクがあることなどから手指衛生を行います。

## ② チューブ管理（胃瘻）

### (1) 胃瘻管理の目的

胃瘻を用いた栄養管理の際は、胃瘻（ストーマ）周囲の皮膚を清潔に保ち瘻孔周囲炎を予防することが主な目的です。

### (2) 胃瘻周囲皮膚の観察ポイント

胃瘻周囲皮膚は粘液や膿が付着したり、汗や皮脂などにより汚染したりするため、下記について毎日観察します。

- 1) 瘻孔周囲の発赤や粘液の付着状況
- 2) 瘻孔周囲の汚れなどの有無

### (3) 胃瘻カテーテル周囲の皮膚管理

- 1) 胃瘻カテーテル周囲の皮膚管理は、微温湯と石けんを用いて洗浄し、皮膚面を清潔に保ちます。
- 2) 胃瘻周囲皮膚の消毒や滅菌フィルム剤による保護は通常必要ありません。

## ③ 尿道留置カテーテル

### (1) 感染経路

- 1) カテーテルの外側を通る感染経路は次の2つです。
  - ② カテーテルを挿入する際、尿道に存在する細菌が膀胱内に押し込まれること。
  - ③ 会陰部や直腸に定着している菌がカテーテルと粘膜のすき間を通り、膀胱内に侵入すること。
- 2) カテーテルの内側を通るルートは3つです。

#### ① 排液口の汚染

カテーテル由来尿路感染の感染経路の中でも、カテーテル内腔面を伝わるルートのうち、排液口からの微生物の侵入は全体の約17%占められているとされています。尿を廃棄する際に、排液口が不潔な容器に接したり、床に接したりして、汚染されると細菌が採尿バッグ内に侵入します。侵入した細菌は尿中で増殖し、最低24時間程度で逆行性に膀胱内に到達します。

- ② 接続部の閉鎖が破綻し、カテーテル内に菌が侵入します。
- ③ 膀胱内部のカテーテルに細菌を含んだバイオフィームが形成されます。

## (2) 感染対策

カテーテルの閉鎖性（外界との遮断）の保持、交差感染の予防、尿の逆流防止などに留意した対策の実施が求められます。

- ① カテーテルの閉鎖性保持
- ② 採尿時には採尿ポートを使用する。
- ③ シャワーや入浴時も閉鎖を保つ。
- ④ 採尿バックだけの交換は行わない。
- ⑤ 不要な膀胱洗浄は行わない。

尿路感染の経路に、接続部の閉鎖が破綻することによりカテーテル内に菌が侵入することがあり、閉鎖性を保つことが重要です。

### 1) 尿道留置カテーテル管理における交差感染の予防

#### ① 標準予防策の遵守

防護用具装着脱前後に手指衛生を行うこと、個人防護用具は1患者毎に交換することが重要です。

#### ② 尿の回収容器の共用はしない

尿回収容器は使い回しは交差感染の原因です。患者ごとに異なる清潔な容器を用いて回収します。尿を回収する際は、蓄尿バックの排液口と回収容器が直接接触しないことと、尿が跳ね返らないように慎重に回収します。

蓄尿バックの排液口は、外部と唯一の接触部分です。エビデンスは明確ではありませんが、排液口をアルコール綿で拭き取り収納することで、尿による汚染除去や微生物汚染対策、におい対策になります。

さらに、使用後の回収容器は微生物による汚染を受けていることが多く、尿の回収時に蓄尿バックの排液口と接触するリスクもあり、交差感染の原因になります。そのため、使用後の容器はベッドバンウォッシャーによる熱水消毒、または薬液消毒を行う必要があります。

#### ③ 尿の逆流防止

尿が逆流すると、尿道留置カテーテル関連尿路感染症のリスクを約2倍増加させると言われています。尿道留置カテーテル留置患者の蓄尿バックやランニングチューブ管理を適切に管理し、スムーズな尿流の確保や逆行性感染の防止が必要です。

- 膀胱より低い位置で管理し、尿が逆流することを防ぎます。

- ・ 患者を移動する際に、蓄尿バックを患者に持たせたり、腹部の上に乗せたりすることは膀胱より高い位置にあることで尿が逆流する恐れがあり、膀胱より低い位置で保持するようにします。
- ・ 患者を車いすで移動する際は、蓄尿バックは膀胱より低い位置にし、さらに床に排液口が付かない高さにします。車輪の近くに固定するとバックの破損も考えられ避けた方がよい。
- 採尿バック内の尿を適宜回収します
  - ・ バック内に尿がたまっているとバック移動に伴い尿が逆流し逆行性感染を起こしやすくなります。
- ランニングチューブのねじれや屈曲を防止し、尿がスムーズに流出するようにします。

上記の管理方法の他にベッドサイドでは、蓄尿バックが床に接触し汚染を受けないように、ベッドの固定の位置の工夫し、床につかない高さに固定する。移動時や蓄尿バック固定時、床への落下やバックの不用意な移動によりカテーテルが引っ張られることで、膀胱粘膜の損傷に繋がります。ランニングチューブの長さを確認することと、固定を確実に言いことも尿道留置カテーテル管理で必要なことです。

#### ④ 点滴や採血

高齢者介護施設では、往診などによる医療行為が行なわれることがあります。注射や採血は血液曝露リスクの高い手技です。また、真空採血管では手技によっては吸引した血液の逆流による採血者への感染のリスクもあります。このことから鋭利物を使用し廃棄するまでの間の針刺し・切創を予防するため、針のリキャップをしない（廃棄容器の活用）、安全機能付き器材の使用、適切な廃棄（針などの鋭利物を使用した後は、実施者本人が責任を持って廃棄する）などの基本的な対策を講じることが必要です。

##### (1) 標準予防策

- 1) 標準予防策の考え方に基づいて針を取り扱う場合には必ず手にフィットした手袋を着用します。
- 2) 手袋着用で、針刺しによる血液摂取量を 50%減少できると言われています。
- 3) 飛沫が顔にかかる恐れのある処置を行う場合は、目・鼻・口の粘膜を保護するためにゴーグルやマスクなど防護具を使用します。

##### (2) リキャップしない。

##### (3) 適切な廃棄

- 1) 使用済みの針は責任を持って廃棄すること。廃棄容器が 8 割程度に達したら容器ごと廃棄し再利用しない。仲間や自分自身を守るためにもきちんと廃棄しましょう。
- 2) 下記の機能を有している廃棄容器の選択が必要です。

- a. 機能性:液漏れせず、耐貫通性があり、最終処理まで耐久性、閉鎖性が保たれるもの。個々の容器は十分な容量と安全にアクセスできる入口を持っていること。
- b. 便宜性:都合のよい場所に置かれ、必要に応じて携帯できるもの。
- c. 視認性:容器の溜まり具合、ハザードマークを確認することができるもの。
- d. 順応性:操作が単純であり、保管や組み立てがしやすく、環境にも順応したものであること。

## (6) 日常の観察

### ① 長期療養施設の特徴

長期療養の場となる介護施設では感染リスクの高い高齢者が集団で生活するため、感染が拡大しやすい環境があります。また、一般病院に比べ食堂を利用した食事やレクリエーション、介護入浴など、入居者同士、介護担当職員、訪問者と接触する機会も多く感染伝播しやすい環境にあります。

### ② 高齢者の特徴

加齢に伴うさまざまな現象によって、清潔行動がとりにくい、変化や訴えに乏しいことや、基礎疾患により症状・兆候がマスクされることがあるなど非典型的であること。免疫反応や体温調節機能が低下し発熱がみられない、元来低体温で感染症を発症しても37.5℃前後で経過するなど早期発見を困難としているなど高齢者ゆえのリスクを伴っています。

### ③ 入所後の健康管理

病原菌を不用意に持ち込まないため、入所時以降も日常的に入所者の健康状態、栄養状態・食事摂取量・敵的なバイタルサイン測定・体重測定などを行い観察・記録します。普段の状況を把握しておくことで異常が早期に発見できます。異常を認めた場合は速やかに受診することで感染症の伝播予防に繋がります。

### ④ 平常時の観察のポイント

平常時の観察のポイントは、便の症状・回数 続く軟便、水様性の下痢や血便、発熱の有無、微熱でも発疹・嘔吐・下痢・のどやリンパ腺の腫れをともなうなど、湿疹、発赤、発疹の有無などの皮膚の状態、眼脂、結膜の充血、涙目、眼瞼腫脹があるなどの目の状態、耳の状態（耳だれの有無）、口の状態（口内炎等）、痰の状態（色・量の変化など）、その他の異常（嘔吐、ひどい咳、食欲がない）など日常の観察が早期発見につながります。

### ⑤ 高齢者施設で問題となる感染症

高齢者介護施設において効果的に微生物の伝播を予防するためには、標準予防策の徹底が鍵ですが、入所者の健康状態の異常を発見したら、すぐに看護職員や医師に知らせます。医師や看護職員は、栄養状態や服薬、排泄の状況なども含めてアセスメン

トし状況に応じた対応が取れるよう、介護担当職員の協力得て実行していく体制作りが大切です。また、高齢者介護施設で問題となる感染症の感染経路と主な症状、原因となる菌やウイルスについて理解しておくことも必要です(表 1)。

表：高齢者介護施設で問題となる感染症

感染経路	感染症	主な症状	原因となる微生物
空気感染	結核	咳（特に 2 週間以上持続）、 痰、 胸痛・発熱、体重減少、倦怠感など	結核菌
飛沫感染	インフルエンザ	発熱・下痢	インフルエンザウイルス
	肺炎・気管支炎	呼吸器症状・発熱	肺炎球菌
	レジオネラ	発熱・咳・重症となると意識障害	レジオネラ菌
接触感染	疥癬	皮膚の発疹、掻痒感	ヒゼンダニ
	感染性胃腸炎	腹痛・下痢・悪心・嘔吐・ 下痢など	ノロウイルス
	腸管出血性大腸菌感染症	水溶性便・腹痛・血便	O-157（腸管出血性大腸菌）

## 5. 「警戒すべき感染症」への対応

ここで述べる“警戒すべき感染症”とは、表 1 に示した高齢者介護施設で問題となる感染症で、一旦蔓延すると制御が困難になるものを指します。これらの感染症には多くの疾患が含まれますが、集団生活の場である高齢者施設で拡大しやすく、「注意しましょう」という程度の備えでは防ぎきれず、明確な対処方針の準備が求められる感染症であることを意味します。発生頻度から、インフルエンザ、ノロウイルスによる感染性腸炎、疥癬、結核、O157 などの腸管出血性大腸菌に注目することにより、他の多くの感染症にも対応可能です。

施設内で“警戒すべき感染症”の発生や多発が見られた場合、発生数に関わらず施設における「非常事態」とあるという認識をスタッフ全員が共有できるような、連絡の仕組みを作ることが重要です。同時に、直ちに感染症の発生状況を誰もが把握することが重要です。発生状況の確認作業では、医師による診断を待つのではなく、どのような項目がそろえば“感染ありと疑う”のかを施設内で明確にしておき、迅速に調査する必要があります。

特に季節性が見られるインフルエンザ感染（飛沫による）やノロウイルス（接触による）の伝播は、症状が出現するまでの「潜伏期」を有することから、瞬く間に拡大し、入所者や利用者ばかりでなく、スタッフや面会家族までが感染症を発症し

次々に体調を崩すことになりかねません。一旦感染者が増加すると同時多発的に発症者が出現するため、制御がより困難です。このような状態を「アウトブレイク」と呼び、緊急対応を要します。

アウトブレイクの際には、発症者に対する医療処置を早急に行う必要があることはいまでもありませんが、ケアの担い手である介護担当職員自身が感染を広めたり、感染に巻き込まれたりすることで、感染症による勤務者の不足、ひいては施設機能の崩壊を防ぐために感染拡大の防止は重要なのです。

また、感染症法に定められている、いわゆる「届け出感染症」については、所轄保健所などの行政への報告を行ない、必要な技術的支援を受けることが重要です。年齢や合併症の有無が、感染症の発症や重症化に関与することは周知の事実ですが、それらに該当しないスタッフも感染し、場合によっては重症となる場合があります。

入院施設を有する、一定規模の医療機関の場合には感染症への医療処置体制以外に、院内感染を防止するための専門的な知識や資格を有している感染対策チームを設置しています。しかし、高齢者施設では人員の配置は難しく、そのため連携医療機関との連絡を密にして有事の対策を推進する必要があります。

## 1) 感染症発生状況の把握〈発生前〉

### ① 流行情報の入手（地域を知る）

感染症の原因となる病原体は目に見えません。「発熱」や「下痢嘔吐」は最も疑わしい症状ですが、症状だけでは感染症かどうか不明です。そのため、日頃から「感染症を疑う」ことが重要です。“警戒すべき感染症”発見のためのアンテナを張り巡らし、職員家族に感染症発生はないか、地域で感染症が流行していないかなどの情報を、職員のミーティングで毎回の話題とし、地域の保健所や医師会からの定期情報を通知します。情報の入手はホームページやメールマガジン、FAXなど様々な手段がありますが、パソコンが得意な担当者を決めておくこともいいでしょう。また、保健所と協議し、結核患者の届出やインフルエンザの情報を提供してもらうことも良いでしょう。

### ② 自施設内の発生状況をデータ化（自施設を知る）

自施設における発熱者や嘔吐、下痢、せきを訴えている入所者や利用者の数を毎日記録し、判断の基礎となる頻度（ベースライン）を把握することが理想的です。

例えば、自施設では、毎週下痢の人が1名はいる。毎年12月からは3名ぐらいになる。4月には1名に戻るといった普段の傾向を把握することが有用で、先週は2名、今週は4名、今日は6名という具合に、昨年と同じ時期には無かった変化が見られたら、“警戒すべき感染症”ではないか、施設内流行（アウトブレイク）ではないかと疑います。さらに、グラフ化することができれば、最初は1名だったインフルエンザがどのように拡大し、どのように流行が推移しているかが手にとるようにわかるかもしれません。

### ③ 入所者・利用者の健康背景把握（個人を知る）

個人を知ることは、その人が感染症にかかりやすいかどうかを知ることにつながります。“警戒すべき感染症”は地域から始まって自施設に、さらには施設のA棟、B棟等と広がるかもしれません。その棟には、感染症に弱い入所者が何人入所していますか？どんな持病をもっていますか？これらの問いに、介護担当職員の誰もが答えられれば感染症の広がりを予測することができるかも知れません。

## 2) 感染症発生時の対応〈発生後〉

### ① 施設内での流行開始をどう把握すればよいか

平素から頻繁に熱を出している入所者は慢性の感染症をもっているか、感染症以外の発熱の原因をもっている可能性が高く、“警戒すべき感染症”施設内での感染は考えにくいのですが、いつもと異なる症状を伴っている場合は重大な情報かもしれません。

病院などの医療機関の場合、「自施設内で伝播した感染症」と「入院前から感染している感染症」とを区別するため、自施設内で伝播した感染症とは「入院後48時間以降に症状が出た場合」と定義しています。症状が明らかになるまでの潜伏期間を考慮すると、施設に入院後に病原体が体内に侵入して発症するまでには48時間程度必要だからです。このように、「自施設内で伝播した感染症」は自施設内での対策によって防ぐ必要があることから「院内感染」と呼んで特別に扱います。

高齢者介護施設でも、医療機関の例にならえば入所後あるいは外出からの帰宅後48時間は症状が無かったのに、その後に症状が現れた場合には「施設内での感染」と考えることです。

### ② アウトブレイク時、まず何をすればよいか

#### 1) 未発症の同室者や接触者の状態を慎重に観察する

感染症の一般的な症状である、「発熱」、「嘔吐」、「下痢」、「発疹」に注意して観察して下さい。この4症状が全て生じるとは限らず、例えば発疹のみであってもウイルス感染症や疥癬を疑うことが大切です。特に高齢者ではインフルエンザ感染でも発熱が見られない場合がありますので注意が必要です。毎日観察している入所者の顔色が悪く、活動度が低下しているなど、「いつもと違う」場合には、念のため感染症を疑い、施設長に相談しておきます。報告を躊躇し、いたずらに観察を続けて報告が遅れることの無いようにしましょう。例えば、インフルエンザの潜伏期間は48時間程度ですが、発症前からウイルスを排出します。

#### 2) 接触者をむやみに移動させない

発症者に接していた入所者や職員は既に感染しているものと考えて対処することも重要です。症状が無いからといって、集団の中で過ごさせたり、感染を避けようと居室を移動させたり、無防備に接したりすることの無いようにします。

### 3) 発症動向を記録する

施設における感染症担当者は、似通った症状や同じ病名の入所者を発生日時、発生場所ごとに時系列的に記録しておくことも有用です。それらの記録は感染経路の推定や経路の遮断に役立つからです。報告を受けた施設長と看護師は、感染症発生状況の把握につとめます。その際には「いつ」発生日時、「どこで」発生場所、「どんな」単発か同時複数の発症か、日ごとの新たな発症者の有無や類似症状出現の有無、初発入所者が発生してからの時間、第二発症者との物理的距離、担当スタッフにおける類似症状の発生状況を把握することも必要です。

### 4) 終息後の対応

一度発生した感染症が終息してから1週間は、毎日のチェックを継続します。発症者の介護担当職員や関連のあるスタッフを集約し、改めて健康チェックを行ないます。発生状況の把握と共に発症者には速やかな医療機関受診を促します。

### 5) 終息せず、発症者が増加し続ける場合

受診医療機関あるいは連携医療機関の医師や感染制御担当者に支援を要請し、あるいは所轄の保健所に相談し、対策方針を明確にすることが解決への近道です。

## ③ 急速な感染拡大への対応

- 1) 施設長は事例発生の報告に基づき、同症状者の把握と発症者の個室管理、あるいは同一症状者の同室収容の指示を与え、非常事態を宣言します。
- 2) 全ての職員に対し、普段とは異なる状況であること通知し、擦式アルコール手指衛生剤の使用に加え、処置前後の石けんと流水による手指衛生を指示します。この措置は施設長を始め、全スタッフが例外無く行なう必要があります。
- 3) 発見時、既に多くの発症者が見られた場合には、施設長は所轄の保健所に早期に相談し感染対策を統一します。施設への来訪者に協力を求め、ヒトとヒトとが交叉（手や物を介する接触）しないよう、入館制限（面会制限）を行ないます。食堂や談話室を一時的に閉鎖し、集団での入浴や食事の際には接触者と非接触者を分けて実施します。これらの対策は入所者にストレスを感じさせることから、実施にあたり十分な説明が必要です。
- 4) 症状出現までの潜伏期が存在する感染症では、治療開始の判断は発症後にならざるをえず、薬剤投与による（薬理的）疾病の管理により、仮に発症者の容態が改善しても、病原体の排出がなくなるとは限らないため、感染拡大を阻止することが困難な場合が多いのが現実です。そのため、非薬理的な対応として個室が確保できる施設では、最初の発症者をただちに個室管理するほか、同室の入所者を移動しないように協力を求めます。発症者が複数の場合は同じ部屋に集め、症状が完全に良くなるまで慎重に観察します。このような対策には、法的な拘束力はなく、本人と保護者の理解（同意）を得る必要があります。



表 アウトブレイクしやすい警戒すべき感染症の潜伏期と治療手段

感染症	感染経路	潜伏期間	薬理的治療
結核	空気	数ヶ月～2年	あり
インフルエンザ	飛沫	1～5日	あり
ノロウイルス	飛沫・接触	1～2日	なし
疥癬	接触	約1ヶ月	あり

- 5) 季節性インフルエンザの場合は潜伏期にあると考えられる接触者に対し、抗インフルエンザ薬を予防的に投与する方法がありますが、効果は完全ではなく副作用や自費診療となることから、処方医への依頼と薬剤経費の問題を解決する必要があります。
- 6) ノロウイルスをはじめとするウイルスによる感染性腸炎では薬理的治療の方法は今のところ存在しません。そのため予防投薬は行なえず、発症後の脱水症や消耗に対する対処が必要です。そのような際には、全身状態の評価を医師等に委ね、必要な場合は医療機関に転送の手続きを進めます。
- 7) 開放性結核患者が発見された場合には、直ちに所轄の保健所に相談し、接触者健診などの対処を進めます。発症者は適切な医療機関で治療を受けることになります。
- 8) 疥癬はヒゼンダニによる皮膚疾患ですが、リネン類の共用や洗濯対象物の保管状況によっては施設内流行につながります。皮膚科専門医の診断を受け、薬物療法を行なうこととなりますが、それまでの間はリネン類をはじめ、生活用品を個人専用として管理します。

● 感染症が疑われる職員の就業制限規定の整備

職員が罹患した場合、ケアを通じて感染拡大してしまう可能性が高いため、日頃より職員に対する感染対策教育を実施し、職員自身の健康管理と、発症した場合の業務制限の基準を明確にしておくことが重要です。

インフルエンザに感染した職員は、解熱して3日間、または発症後7日就業を制限するなど、施設ごとに基準を決めて運用する必要があります。

ノロウイルスに感染した職員は症状が消失しても3～5日就業制限を行ないます。さらに、食品を扱う業務を避け、排泄後の石けんと流水による手洗いを入念に行なうよう指示することが必要です。

● 職員の家族が感染症に罹患している場合の対応

職員家族がインフルエンザやノロウイルス等の感染性胃腸炎を発症した場合は、職員も罹患する可能性がある。症状がない職員が業務をすることは差し支えありませんが、手指衛生を徹底しサージカルマスクの着用を指示します。始業前に症

状の確認を実施し、就業中に症状が出現した時点で管理者に報告し、業務制限を開始します。

● **感染症の入所者や接触者の対応についての留意点**

- ◇ インフルエンザ・ノロウイルスに罹患した職員は個室管理にします。同じ感染症の入所者を同室で集団隔離することも考慮しますが、異なる感染症の入所者を「感染症」というくくりで同室に収容することは不適切です。
- ◇ **感染者の個室管理期間**は、季節型インフルエンザでは、抗ウイルス薬による治療を前提とし、解熱した日から**3日間**かつ発症後**7日間**、ノロウイルスは下痢・嘔吐が落ち着いてから**3日間**が一般的です。
- ◇ インフルエンザ・ノロウイルスに罹患した入所者と同室である入所者や、接触した可能性が高い入所者に関しても、発症の危険性が高く注意が必要です。接触者の管理が不十分だと、感染拡大の危険性があります。感染者は感染者で個室管理し、接触者は潜伏期間の間、接触していない入所者とは別室で観察する必要があります。
- ◇ ノロウイルス・インフルエンザとも感染者と別室にしてから約**48時間**は注意深く観察します。その間に発症の兆候が見られなければ、個室管理を解除します。多数の接触者を集団隔離した際に、隔離中に発症者が出現した場合は、発症した入所者を個室管理とした時点からさらに**48時間**観察するというように措置します。

3) **高齢者介護施設の感染拡大に関する課題**

- ① 多くの入所者が1カ所に集合し、集団で参加する行事等がある
  - 学校や保育園など、教育機関と共通の問題点とリスクを有しています
- ② 認知症患者や徘徊が見られる入所者も利用し、手洗い・咳エチケット・マスクの着用・個室管理等の感染拡大防止策が困難な場合がある
  - 学童や小児と同様にセルフケアの能力に限界があるので、援助や習慣づけの努力が必要です
- ③ 病院とは異なり、住居（居住スペース）であるため、私物が多く、個室管理するためのスペースがない場合が多く、感染管理のための部屋移動が困難である
  - あらかじめ個室管理のための「観察用個室」を設けるなどの検討が必要です
- ④ アウトブレイク時の施設全体の対応についての規定が未整備である
  - 以下に関する施設内規定を整備することを推奨します

- ・ 食堂の閉鎖・集団での入浴や行事の制限基準
- ・ 面会制限基準
- ・ 食品の持込制限基準
- ・ 入所者の移動制限基準
- ・ ケアするスタッフの配置基準 ほか

※ 開始基準のみでなく、解除の基準も検討しておくこと

#### 4) 医療処置

発症した入所者を速やかに医療機関に受診させることが原則ですが、受診するまでの間に病状悪化を防ぐため、発熱による脱水症状には特に留意します。解熱薬などの対症療法薬は、一定の基準を設けて使用し、いたずらに投与が繰り返されないようにします。

受診後に感染症の診断が確定した場合には、法令に従って保健所に報告します。その際、保健所からの指導やアドバイスを頂き、以後の対応を決定します。

#### 5) 医療機関との連携

入院施設を有する医療機関では、さまざまな感染対策を実施しており、感染対策は地域の問題であり、医療保険施設感の連携が必要となってきました。

#### 6) 行政への報告

法律に定められた感染症については行政への報告が義務となっていますが、報告内容の精査に時間を費やさないう、不確実でも迅速な第一報を保健所に持ち込み、取りあえず相談することが肝心です。特に集団発生が疑われる場合は速やかな報告と相談が望まれます。更に、常日頃から保健所や医療機関の ICT や感染管理認定看護師との連絡を密にし、相談しやすい状況にしておくことをお奨めします。

### 6. 個別の感染対策

この章では、既に紹介した高齢者介護施設で問題となる感染症への個別的な対応について記載します。

#### 1) 感染経路別予防策

既に述べましたが、標準予防策（スタンダード・プリコーション）のみでは全ての感染症に対応することができません。なぜならば、感染経路には、(1) 接触感染、(2) 飛沫感染、(3) 空気感染などがあり、主に(1)に対する対処である標準予防策では不十分な場合も多いのです。

それぞれの感染経路に対して有効な予防策を、標準予防策に追加して行います。これらの予防策は疑いの段階で、確定診断される前であっても速やかに行なうことが重要です。

##### (1) 接触感染対策

接触感染経路をとる感染症には、ノロウイルス（感染性胃腸炎）、腸管出血性大腸菌（O-157等）、MRSA 感染症、緑膿菌感染症、疥癬などがあります。施設内感染で、もっとも頻度の高い感染経路で、患者や周囲環境との接触によってうつる様式です。入浴介助や体位変換など直接、手を介して接触することでうつる場合と、汚染された器具や環境などから間接的にうつる場合があります。

##### 【予防措置】

① 原則として個室管理を推奨しますが、同病者を複数床室に集団隔離（コホーティ

ング) する場合があります。

- ② 衛生手洗い（手指衛生）を励行し、ケア時は必ず手袋を着用します。
- ③ 感染を媒介するもの（湿性生体由来物質）に触れた後には、そのつど手袋を交換します。
- ④ 手袋をはずした後にも必ず衛生手洗い/手指消毒を行います。
- ⑤ 対象となる入所者には可能な限り個人専用の生活用品・器具を使用します。
- ⑥ 予め、汚染物との接触が予想される場合は適宜、ガウン、マスク等を併用します。使用後はガウン等が環境表面に付かないよう注意して廃棄します。

## （２）飛沫感染対策

インフルエンザ、肺炎球菌感染症、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風疹などが該当します。咳、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫粒子（ $5\mu\text{m}$ 以上、落下速度  $30\sim 80\text{cm}/\text{sec}$ ）が伝播し、鼻・口、粘膜に付着して感染します。飛沫粒子は半径  $1\sim 2\text{m}$  以内の床に落下し、空中を浮遊し続けることはありません。次のような予防措置をとります。

### 【予防措置】

- ① 原則として個室管理を推奨しますが、同病者を複数床室に集団隔離（コホーティング）する場合があります。その際、ドアは開けたままでかまいません。
- ② 個室管理が出来ないときは、ベッド間を  $2\text{m}$  以上あけることを推奨します。
- ③ 正しいマスクの使用と衛生手洗いを徹底します。
- ④ 咳をしている人は咳エチケットを行います。（サージカルマスクをする）
- ⑤ 飛沫感染が疑われる患者のケア時は、サージカルマスクを着用します。

## （３）空気感染

結核や麻疹（はしか）、水痘（水ぼうそう）などが該当します。咳、くしゃみ、会話などで飛散した飛沫核（ $5\mu\text{m}$ 以下、落下速度  $0.06\sim 1.5\text{cm}/\text{sec}$ ）が伝播し、それを吸い込むこと感染します。飛沫核は長時間、空中を浮遊し続け、空気の流れて飛散します。次のような予防措置をとります。

### 【予防措置】

- ① 原則、病院受診が必要でそれまでの間は個室管理とします。
- ② 厳密には特殊な空調が要求され、部屋の空調は陰圧とします。
- ③ 麻疹・水痘は職員側に罹患歴（免疫）があれば特に問題はありません。
- ④ 麻疹・水痘に罹患したことがなく、ワクチンもしていない職員（免疫のない人）は患者との接触を避けるようにします。
- ⑤ 発疹のある人は病院を受診します。
- ⑥ 咳をしている人は咳エチケットを行います。（サージカルマスクをする）
- ⑦ 結核が疑われる患者のケア時は、高性能マスク（N95 マスク）を着用します。

#### (4) 病原体別の対策

##### 1) 空気感染病原体

###### a. 結核菌（肺結核など）

###### ア. 特徴

結核は結核菌による慢性感染症です。多くの人は感染しても発症しないままですが、高齢者や免疫低下状態の人では潜在的な結核からの発症が問題になります。結核はヒトでは、あらゆる臓器に結核症を起こしますがその中でも肺結核が最も多いとされています。まれに免疫の低下した人では全身感染症になることもあります。結核の症状は、呼吸器症状（痰、咳、時に血痰・喀血）と全身症状（発熱、寝汗、倦怠感、体重減少）が見られます。咳や痰が2週間以上ある場合は要注意です。高齢の場合、全身の衰弱、食欲不振などの症状のみで、咳、痰、発熱などの症状を示さない場合もあります。過去に罹患したことのある高齢者も、免疫力の低下のために再発するケースがあります。

###### 【結核の検査】

喀痰塗抹検査、PCR検査、培養検査などで菌の存在を診断し、胸部レントゲン撮影などにより活動性の病気かどうかを検査します。接触者検診では、BCG接種の影響を受けやすいツベルクリン反応検査に代わり、採血でリンパ球のインターフェロン $\gamma$ 遊離量を測定するQFT（クオンティフロン）検査が普及しつつあり、潜在性結核も見つかるようになっていきます。

###### イ. 平常時の対応

入所の時点で活動性の結核症がないことを、医師の健康調査表などに基づき確認しましょう。年に一度はレントゲン検査を行うなど、入所者の状態変化に注意しましょう。日頃の体調の変化にも目を配り、呼吸症状や全身症状が見られる場合は結核発症の可能性を常に考慮し、早めに受診してもらえ体制をつくる必要があります。

###### ウ. 発生時の対応

- しつこい咳や喀痰など、疑わしい症状がある場合には喀痰検査および胸部レントゲン検査を行い医師の診断をうけます。
- 検査結果が判明するまでの間は、入所者は可能であれば個室管理とします。職員はN-95マスクを装着して接し、疑われる入所者は直ちに一般入所者から隔離し、サージカルマスクの着用を依頼します。
- 施設において結核が疑われる入所者が発見された場合は、保健所に相談し、指示に従って対応をします。
- 同室者や担当介護職員、面会者などの接触者について確認し、リストアップ（一覧として書き出す）して保健所に提供します。
- 現に結核菌を排出している（排菌）場合は結核専門医療機関での治療が必要ですので、移送の準備を行いません。また、同時期に類似した症状（発熱、咳、喀血など）を認めた入所者は、速やかに医師の診断を受ける必要があります。
- 一方、仮に感染者であっても排菌していない場合には、施設に留まったままで治療が可能です。通常、特別な対策は必要ありません。専門施設での初期治療終了し

感染性がなくなつたと判断されれば、病状に応じて退院し、外来での治療を続けることとなります。その後は医師や保健所の指示に従って対応しましょう。

- 結核は 2 類感染症ですので、診断した医師が直ちに最寄りの保健所に届け出ることが義務づけられています。

## (5) 飛沫感染病原体

### a. インフルエンザウイルス (インフルエンザ)

#### 【特徴】

インフルエンザウイルスは、膜の表面にヘマグルチニンとノイラミニダーゼの 2 種類の突起を有しており、この 2 種類の突起は H、N と略されています。また、核蛋白複合体の抗原性の違いから、A 型、B 型、C 型に分類されます。これらのウイルスの違いで症状等に大きな違いはないといわれています。

感染者のくしゃみや咳、つばなどの飛沫と一緒にウイルスが放出され、それを別の人が口や鼻から吸い込み感染する飛沫感染のほかに、手についたインフルエンザウイルスがドアノブやつり革といった環境に付着し、それを接触した手から体内に侵入する接触感染も感染経路としてあげられます。

症状として典型的なものでは、急な高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感などの全身症状が現れ、これらの症状と同時かやや遅れて鼻汁、咽頭痛、咳などの呼吸器症状が現れます。高齢者の場合には典型的な症状（高熱と全身倦怠感）を示すことなく、微熱や長引く呼吸器症状のみを呈する場合も少なくありません。

なお、インフルエンザについては、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」に基づいて作成された「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」において、「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」の策定が定められており、高齢者等の入所施設におけるインフルエンザ感染防止に対する対策がまとめられています。

#### 【平常時の対応】

インフルエンザウイルスは感染力が非常に強いことから、できるだけウイルスが施設内に持ち込まれないようにすることが施設内感染防止の基本とされています。施設内で感染例が確認された場合には、可能な限り感染拡大を阻止し、被害を最小限に抑えることが施設内感染防止対策の目的です。

施設ごとに常設の施設内感染対策委員会を設置し、施設内感染を想定した十分な検討を行って対策を立案します。特に、日常的に行うべき対策（事前対策）と実際に発生した際の対策（行動計画）を決めておくことが重要です。

日常的に各々の施設入所者の特性、施設の特性に応じた対策及び手引きを策定しておくことが重要です。

事前対策としては、入所者と職員にワクチン接種を行うことが有効です。入所者に対しては、インフルエンザが流行するシーズンを前に、予防接種の必要性、有効性、副反応について十分説明をします。同意が得られ、接種を希望する入所者には、安全に接種が受けられるよう配慮します。定期的に活動しているボラン

ティアや頻繁に面会に来られる家族にも、同様の対応が望ましいと考えられます。

#### 【発生時の対応】

- ・ 自施設の感染対策委員会において策定された行動計画（実際に発生した際の具体的な対策）に従って対応します。未整備の場合には、行動計画を策定します。平常時から発生を想定した一定の訓練を行うことを推奨します。
- ・ 関係機関との連携が重要であることから、日頃から保健所、協力医療機関、都道府県担当部局等と連携体制を構築しておくことも重要です。

### b. レジオネラ菌（レジオネラ症）

#### 【特徴】

レジオネラ症は、レジオネラ属の細菌によっておこる感染症です。レジオネラは自然界の土壌に生息し、レジオネラによって汚染された空調冷却塔水などにより、飛散したエアロゾル（気体中に浮遊する微小な液体または固体の粒子）を吸入することで感染します。その他、施設内における感染源として多いのは、循環式浴槽水、加湿器の水、給水・給湯水などです。

レジオネラによる感染症の病態は、急激に重症となって死亡する場合もあるレジオネラ肺炎から、数日で自然治癒するポンティアック熱までさまざまです。

#### 【平常時の対応】

レジオネラが増殖しないように、施設・設備の管理（点検・清掃・消毒）を徹底することが必要です。高齢者施設で利用されている循環式浴槽では、浴槽水をシャワーや打たせ湯などに使用してはなりません。毎日完全に湯を入れ換える場合は毎日清掃し、1ヶ月に1回以上消毒することが必要です。消毒には塩素消毒が良いとされています。

#### 【発生時の対応】

- ・ 患者が発生したときは、施設・設備の現状を保持したまま、速やかに保健所に連絡します。
- ・ 浴槽が感染源とは限りませんが、感染源である可能性が高いため、浴槽は直ちに使用禁止の措置をとることが必要です。
- ・ レジオネラ症はヒト→ヒト感染はしませんので、特別な感染対策を要しません。
- ・ レジオネラ症は4類感染症であるため、診断後直ちに届け出ることになっています。

### c. 肺炎球菌（肺炎、気管支炎など）

#### 【特徴】

肺炎球菌は、ヒトの鼻腔や咽頭などに常在し、健康成人の30～70%が保菌しています。しかし、体力が落ちているときや、高齢者などで免疫力が低下しているときに病気を引き起こします。肺炎球菌が引き起こす主な病気としては、肺炎、気管支炎などの呼吸器感染症や副鼻腔炎、中耳炎、髄膜炎などがあります。また、日本においてペニシリン耐性肺炎球菌が増えており、臨床で分離される肺炎球菌の30～50%を占めているとされています。

### 【平常時の対応】

肺炎などの病気から身体を守るためには、うがいや手洗いを行なうことを推奨します。感染経路は飛沫感染が主ですが、接触感染もあり得ます。高齢者施設などでは、インフルエンザウイルスなどの感染時に二次感染する頻度が高くなっています。慢性心疾患、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの基礎疾患を有する入所者は肺炎球菌感染のハイリスク群ですので、重症化予防として肺炎球菌ワクチンの接種が有効です。

### 【発生時の対応】

- ・ 標準予防策と飛沫感染予防策で対応します。
- ・ 手洗い、手指消毒の徹底やうがいの励行が必要です。
- ・ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症は5類感染症であり、定点医療機関から保健所へ月単位で報告することになっています。

## (6) 接触感染（経口感染、創傷感染、皮膚感染）病原体

### a. ノロウイルス（感染性胃腸炎：経口感染・飛沫感染あり）

#### 【特徴】

ノロウイルスは、冬季の感染性胃腸炎の主要な原因となるウイルスです。細菌性食中毒（サルモネラ、赤痢、O-157等の腸管出血性大腸菌感染症）と、ウイルス性の感染性胃腸炎との大きな違いは、細菌による場合は夏場に多いのに対し、ウイルスによる場合は冬場に多いのが特徴です。

ノロウイルスを保有している貝類（カキなどの二枚貝）を、生あるいは十分加熱調理しない状態で摂取した場合に感染します。（なお、ノロウイルスは調理の過程で85℃以上1分間の熱を行えば感染性はなくなるとされています。）

感染者の便や吐物1g中には1万～10億個のウイルスが存在し、ヒトからヒトへの伝播力（感染する力）が強く、10個～100個のウイルスで感染します。特に、おむつや嘔吐物の処理には注意が必要です。

また、多くの細菌やウイルスに有効な消毒薬であるアルコールが効きにくいという特徴があります。環境の消毒には次亜塩素酸ナトリウム（ハイター™など）を使用し、手の汚染は流水とハンドソープで物理的にウイルスを洗い流す必要があります。

1. 高齢者介護福祉施設においては、感染した入所者の便や嘔吐物に触れた手指で取り扱った食品などから経口感染し、しばしば集団発生がおこる場合があります。また、ノロウイルスで汚染された手指、衣服、物品等に触る（接触感染）ことによって感染する場合があります。接触後汚染された手指や物品に付いているノロウイルスが口に入り感染します。
2. ノロウイルスによる飛沫感染は、感染者の吐物や下痢便が床などに飛び散り、周囲にいてその飛沫（ノロウイルスを含んだ微細な水滴）を吸い込んで感染する場合があります。嘔吐物や下痢便が放置されていたり、処理の仕方が誤っている場合に、ウイルスを含んだ有機物（乾燥した嘔吐物や下痢便）やほこりが



風に乗って舞い上がり、そばを通った人が吸い込んだりして、口に入ったウイルスを飲み込むことによって感染することがあります。

### 【ノロウイルス感染症の症状】

主症状は嘔気、嘔吐及び下痢です。血便は通常ありません。発熱の頻度は低く、あまり高い熱とはならないことが一般的です。嘔吐・下痢は1日数回から多い場合は10回以上の時もあります。感染後（ウイルス曝露後）の潜伏期間は約24～48時間であり、症状持続期間は数日（平均1～2日）です。高齢者の場合は下痢・嘔吐が続くことによる脱水や、嘔吐物の誤嚥などによって肺炎などの二次感染を起こす場合がありますので、慎重な経過観察が必要です。

1. 治療法：ノロウイルスに対する特効薬はなく、対症療法が一般的です。最も重要なことは経口あるいは経静脈輸液（点滴等）による水分補給により、脱水症を防ぐことです。

### 【平常時の対応】

日頃から標準予防策を実施し、入所者の便や嘔吐物などを処理するときは、使い捨て手袋を着用することが必要です。

嘔吐の場合には、飛び散りやすいのでさらに注意しましょう。吐物の処理では手袋のほか、使い捨てガウン（またはエプロン）、マスクを付けます。

- 1) 吐物を集めてビニール袋に入れます。
- 2) 汚染部位を0.1%の次亜塩素酸ナトリウムでふき取り、それらもビニール袋に入れ、密閉して廃棄します。

感染防止には、まず正しい手洗いを実行することが大切です。介護担当職員・看護職員はウイルスを残さないように、石けんと流水による手洗い・消毒をすることが必要です。介助後・配膳前・食事介助時には必ず手を洗いましょう。手袋を脱いだときも必ず手を洗いましょう。

なお、食品の取り扱いにおいては、付録1の「大量調理施設の衛生管理マニュアル」（平成9年3月24日衛食第85号）（最終改正：平成24年5月18日食安発0518第1号）、「中小規模調理施設における衛生管理の徹底について」（平成9年6月30日衛食第201号）を参照してください。

### 【発生時の対応】

- 「感染症発生時の対応」の「行政への報告」の項を参照してください。
- 感染性胃腸炎は5類定点把握疾患であり、定点医療機関から保健所へ週単位で報告することになっています。

### b. 腸管出血性大腸菌（腸管出血性大腸菌感染症：接触感染・経口感染）

#### 【特徴】

下痢を起こす原因となる病原性大腸菌のうち、特に出血を伴う腸炎などを引き起こ

すのが、腸管出血性大腸菌です。腸管出血性大腸菌は、ベロ毒素を産生するのが特徴で、ベロ毒素産生菌は、0157 が最も多いですが、026、0111 などの型もあります。生肉や生野菜などの加熱されていない食品が原因になることがあります。

感染が成立する菌量は約100個といわれており、平均3～5 日の潜伏期で発症し、水様性便が続いたあと、激しい腹痛と血便がみられます。腸管出血性大腸菌感染症の合併症の中でも、重篤なものである溶血性尿毒症性症候群（hemolytic uremic syndrome; HUS）は、65 歳以上の高齢者で発症率が高いのが特徴です。

#### 【平常時の対応】

少量の菌量で感染するため、高齢者が集団生活する場では二次感染を防ぐ必要があります。感染予防のためには次の注意を守ります。

- ・ 手洗いの励行（排便後、食事の前など）
- ・ 消毒（ドアノブなどの高頻度手指接触表面や、便座などアルコールでの清拭）
- ・ 食品の洗浄や十分な加熱など、衛生的な取扱いが大切です。

#### 【発生時の対応】

- 激しい腹痛を伴う頻回の水様便または血便がある場合には、病原菌の検出の有無に係わらず、できるだけ早く医療機関を受診し、主治医の指示に従うことが重要です。
- 食事の前や便の後の手洗いを徹底することが大切です。
- 腸管出血性大腸菌感染症は3 類感染症で、診断後直ちに届出ることになっています。

### c. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA 感染症：接触感染）

#### 【特徴】

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌，Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus）とは、多くの抗生物質が効かない多剤耐性のブドウ球菌です。高齢者や感染の抵抗力が低下している人、衰弱の激しい人、長期に血管内にカテーテルを挿入している人などに感染した場合、肺炎、敗血症、腸炎、髄膜炎、胆管炎などを発症し、抗生物質が効かないために治療に難渋し、重症化する場合があります。一方、高齢者であっても、免疫状態が正常の場合はほとんど症状を示すことはありません。保菌したままで、全く通常の生活が可能です。

#### 【平常時の対応】

MRSA は接触感染で伝播するため、共有して使用する器具などの取り扱いや手洗いによる予防対策が重要です。使用した物品（汚染されたおむつ、ティッシュペーパー、清拭布など）を取り扱った後は、手指消毒や手洗いの徹底が必要です。

#### 【発生時の対応】

- 発症者のケアの際には接触感染予防策を行います。

MRSAがどの部位から検出されるのかによって、周囲にどのくらい拡散するかを判断します。例えば喀痰からMRSA が検出され、咳をしている場合には、周囲が広範囲（半径2 m程度）の環境が汚染される可能性があります。褥瘡にMRSAが感染しており、浸出液が多い場合も、周辺環境が汚染される可能性があります。なるべく周囲に拡散しないように閉鎖的に処置します。

- 発症者は可能ならば個室管理とし、他の易感染者と同室とする場合にはベッド配置を可能な限り離し、備品の共有を避け、ケアのたびに手洗いを行なうなどの予防策を励行します。MRSAが検出されている患者周辺環境が汚染されていますが、標準予防策を実施していれば、通常は施設内感染につながることはありません。
- MRSA 感染症は5類定点把握疾患であり、定点医療機関から保健所へ月単位で報告することになっています。

#### d. 緑膿菌（緑膿菌感染症：接触感染）

##### 【特徴】

緑膿菌は施設内の水まわり、洗面台などの湿った環境に生息し、ときには腸管内にも常在します。弱毒菌で健康な人に感染しても問題ありませんが、高齢者など感染抵抗性の低い人では創部感染、呼吸器感染、尿路感染などを発症することがあります。いったん発症すると抗菌薬に抵抗性が強いため難治性となりやすく、しばしばバイオフィームとよばれる生物膜を形成して定着し、抗菌薬や消毒薬に抵抗性を示します。また、近年、この種の薬剤耐性緑膿菌が増加しつつあります。

##### 【平常時の対応】

伝播は手指を介する接触感染が多いため、接触感染予防策が必要です。使用した物品（汚染されたおむつ、ティッシュペーパー、清拭布など）を取り扱った後は、手洗いと手指消毒の徹底が必要です。

##### 【発生時の対応】

- 接触感染予防策を行います。
- 褥瘡・創部などから緑膿菌が検出された場合には、周囲に拡散しないように努める必要があります。
- 介護・看護の後は、十分な手指衛生が必要です。
- 感染者のリネン類は、他のものと別にして洗濯することが必要です。
- 薬剤耐性緑膿菌感染症は5類全数把握疾患であり、診断した医師から保健所へ月単位で報告することになっています。

#### e. 疥癬虫（疥癬：接触感染）

##### 【特徴】

疥癬は、ダニの一種であるヒゼンダニ（*Sarcoptes scabiei*）が皮膚に寄生することで発生する皮膚病で、腹部、胸部、大腿内側などに激しいかゆみを伴う感染症です。直接的な接触感染の他に、衣類やリネン類などから間接的に感染する例もあります。疥癬の病型には通常の疥癬と重症の疥癬（通称「角化型疥癬」「痂皮型疥癬」、「ノルウェー疥癬」ともいわれる）があります。通常の疥癬は、本人に適切な治療がなされれば標準予防策で対応可能です。

しかし角化型疥癬は、100万～200万匹もの多くの疥癬虫が存在するため、感染力が非常に強く、集団感染を起こす可能性があります。

疥癬虫は皮膚から離れると比較的短時間で死滅します。また、熱に弱く、50℃、10分

間で死滅します。

#### 【平常時の対応】

疥癬の予防のためには、早期発見に努め、適切な治療を行うことが必要です。疥癬が疑われる場合は、クロタミン軟膏を塗布し、医師の診察を受けましょう。衣類やリネン類は熱水での洗濯が必要です。ダニを駆除するため、布団なども定期的に日光消毒もしくは乾燥させましょう。

介護担当職員の感染予防としては、手洗いを励行することが大切です。

#### 【発生時の対応】

痂皮型疥癬の場合は、施設内集団発生することがあり、以下のような対応が必要です。

- 個室管理する必要があります。
- 介護担当職員が入室する際には、ガウン、使い捨て手袋等を着用し、ケア後は石けんと流水で手を慎重に洗います。
- 衣類、リネン類は、毎日交換し、熱水洗濯機で洗濯します。
- トイレの便座はアルコール含浸綿により清拭します。
- 居室の清掃は、湿式清掃を行います。ほこりを舞い上げないことが必要なので、普通の電気掃除機の使用は控えましょう。

## 執筆者一覧

(五十音順)

得居 みのり 老人看護専門看護師 看取りケアの推進

医療法人財団姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院 地域連携室 室長

松本 佐知子 老人看護専門看護師 高齢者の心身の理解・急変時の対応

財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団 松戸ニッセイ聖隷クリニック 看護介護課 課長

松本 美香 介護事故防止

一般財団法人育生会横浜病院 副看護部長

聖路加看護大学臨床教授

福田 祐子 感染管理認定看護師 感染管理対策（代表執筆者）

岩手県立中央病院 感染管理部 看護師長

## (執筆者リスト)

いわて感染制御支援チーム(ICAT)

施設名	所属部署	役職	感染制御資格	氏名
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 室長	医学部 准教授	ICD	櫻井 滋
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 専従 薬剤師	主任薬剤師	BCICPS	小野寺 直人
岩手医科大学医学部付属病院	医療安全管理部 感染対策室 専従 看護師	主任看護師	CNIC	近藤 啓子
岩手県立磐井病院	感染対策室 室長	院長	ICD	加藤 博孝
岩手県立磐井病院	臨床検査科	検査技師長	ICMT	高橋 幹夫
岩手県立磐井病院	感染対策室	主任看護師	CNIC	吉田 裕子
岩手県立胆沢病院	感染対策部門 専従 看護師	主任看護師	CNIC	岩淵 玲子
岩手県立久慈病院	感染管理室 専従 看護師	主任看護師	CNIC	小笠原 里美
岩手県立中央病院	感染管理部 専従 看護師	看護師長	CNIC	福田 祐子
岩手県立中央病院	感染管理部 専任 看護師	看護師長補佐	CNIC	外館 善裕
岩手県立中部病院	看護科 専従 看護師	主任看護師	CNIC	小石 明子
岩手県立宮古病院	看護部 専従 看護師	看護師長補佐	CNIC	吉川 百合江

\* 感染制御資格

ICD(インフェクションコントロールドクター)

BCICPS(感染制御専門薬剤師)

ICMT(感染制御認定臨床微生物検査技師)

CNIC(感染管理認定看護師)