

# ノロウイルス感染症の集団発生を経験して

陽光館 久田 一 佳 外間美奈子  
我喜屋ひさみ 大 城 充  
喜久川貴史 比 嘉 節 子

## はじめに

近年、若年層での麻疹（はしか）の流行や鳥インフルエンザウイルスの人への感染が心配されるなど、こと感染症についての話題は尽きない。当施設でも平成18年4月に感染症予防対策委員会（以下委員会と略す）を発足し、感染症予防対策の活動をしている。

しかし同年12月に入所者と職員85名がノロウイルス感染症の集団発生を経験し感染が急速に広がるなか、福祉保健所への報告をし実地指導を受けて、感染拡大の防止と終息をする事ができた。

その中で感染予防に加え感染拡大防止の重要性も認識したので、ノロウイルスの集団感染へと移行した要因及び終息に向けた取り組みに若干の考察を加え報告する。

## 期間

1. ノロウイルス発生期間  
平成18年12月6日～12月23日
2. 研究期間  
平成18年12月6日～平成20年5月31日

## 経過

1. 施設全体の感染者数  
当時、施設では2階生活棟52名、3階生活棟46名、5階生活棟40名の入所者が生活していましたが、図1に示すように2階生活棟の入所者17名（32%）、3階生活棟の入所者31名（67%）、5階生活棟の入所者25名（62%）にノロウイルス感染で下痢、嘔吐、発熱などの症状が発生した。施設全体では入所者138名中73名、実に52%介護・看護職員12名18%に発症した事になる。

初発は12月6日、5階生活棟の入所者1名が夜間居室で就寝中に嘔吐・下痢症状を呈し、急性胃腸炎と診断され、治療が行われた。排泄物の消毒はコンクノール（10%塩酸アルキルジアミノ）希釈液、入所者と職員の手指はハンドクリン（塩化ベンザコニウム）を使用し日頃から感染対策を行っていた。

2日後には5階生活棟で3名の入所者が、2階生活棟では1名が同様の症状を呈した事から感染症を疑い、居室への隔離を開始し、介護用具や医療器具を感染者

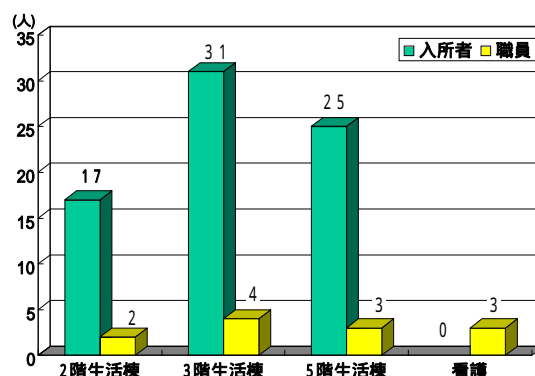


図1 入所者・職員のノロウイルス感染者数

## 2. 発症者数と発生から終息までの期間

図2は発症者数と発生から終息までの推移を生活棟別に表したグラフである。

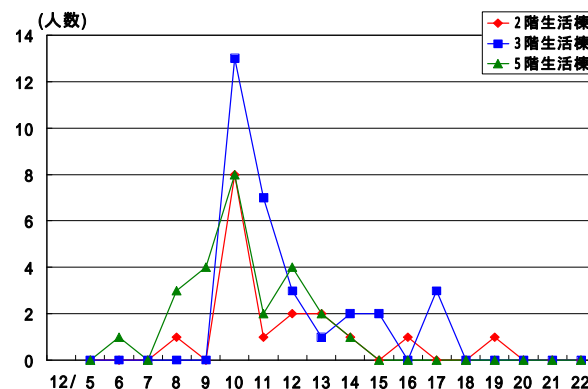


図2 発生から消息までの発症者数の推移

専用として個別の感染対策を実施した。また、職員からも同様の症状報告があり自宅療養とした。

4日後の12月10日には、3階生活棟で入所者1名が夕食摂取中に嘔吐・水様性の下痢を発症した。その後、発症者と同じテーブルにいた入所者と同室の入所者へと感染が拡大し13名が発症、5階生活棟では8名、2階生活棟でも8名と施設全体で29名が発症したこともあり、5日後の12月11日に管轄の保健所への報告を行い4検体（便2検体・吐物2検体）を採取し提出した。結果、すべての検体からノロウイルス陽性の報告を受け感染拡大を防止する為に10項目の指導を受け取り組んだ（表1）。

### 1) 感染者への対応

各生活棟の一角に感染者を隔離し、感染区域と非

## 表1 指導内容

感染者の隔離・外部との交流を避ける。  
看護・介護職員を専従とし、特に排泄介助者と食事介助者は別にする。  
手袋・マスク・ガウン(エプロン)の着用。  
職員手洗いは一行毎に居室で丁寧に洗うようにする。  
蓋付きのゴミ箱で密閉すること。  
汚染ゴミの収集・ベランダ沿いに回収する。  
消毒を0.02～0.1%次亜鉛素酸ナトリウム(以下ハイター希釈液と略す)又は、加熱(80℃)処理を行う。  
清掃用具は入所者が触ることがないように注意する。  
面会者の制限  
他病院への受診時には感染者の情報を提供すること。

感染区域を区別して、日中は専従の介護・看護職員を配置し感染区域への出入りを最小減に抑えた。また、入室時には入口に用意された手袋、マスク、エプロンを着用した。

### 2) 汚染物の取り扱い

ウイルスの拡散を防ぐためにゴミ箱を足踏み式で蓋が開閉する物へ変更。赤色のゴミ袋を二重にして感染物を示すシールを貼り、ベランダの指定した場所へ回収した。

### 3) 消毒について

清掃用具は感染区域専用の物を準備し、床と出入り口の取っ手や便座などは0.02～0.1%次亜鉛素酸ナトリウム(以下ハイター希釈液と略す)にて消毒を行い、入所者の介助の一行毎に手洗いを徹底した。

### 4) 面会者について

集団感染に関するポスターを掲示し、家族に対して情報提供を行い、外出・外泊・面会の制限を行った。

### 5) その他

他病院への受診や紹介時には感染者の情報を提供した。しかし、その後も感染者が発生した事から、再度、翌日にも保健所から担当職員3名の実地指導が入り、感染区域の汚物管理状況や職員の手洗いに關し不十分な部分に対してその場で指導を受けた。その指導内容は委員会が全職員に対して勉強会を開催し、感染対策の統一を図った。その結果14日後には終息をむかえる事ができた。

## ・考 察

ノロウイルスの発生した要因として、文献によると、感染経路の多くはウイルスに汚染された二枚貝などの食品を食べることによる経口感染がほとんどである。全入所者・職員が施設内の厨房で調理した食事を喫食しているが、発生の数日前から貝類等を使った食事は提供していない。そのため食品を介した感染の可能性

は低く、感染源の特定は出来ていない。今回の集団発生を振り返ると、以下の要因が上げられる。

- 1) 初発の汚物・吐物処理に、有効でない消毒液を6日間使用していた。
- 2) ノロウイルスに対しての認識が甘く、適切な対応を行なうのに日数を要していた。
- 3) 夜勤の看護師が3フロアをローテーションに従事していたことで感染源の媒介者となった。
- 4) 正しい手洗い方法や手順を、全職員が習得のに時間を要した。

次に、発生から終息までの経過を見てみると、他生活棟では夜間や居室での発症であった為、感染する速度が遅く、日に1～2名の感染であった。

3階生活棟で同日に13名の入所者に症状が現れた要因として、センター的役割を持つ生活棟の為、看護師の出入りが多い事や、食事中での嘔吐でウイルスが飛散し、多くの入所者が発症したのではないかと考える。

感染症予防対策として取り組んでいる事は、居室の清掃時にハイター希釈液を使用し、入所者・職員の正しい手洗いを習慣化し実施している。またノロウイルスの流行が報道されると、委員会を中心に全職員に対して院内LANでの情報共有と勉強会を開催し、周知徹底を行っている。

今回の集団感染を経験し、改めて入所者の清潔な生活環境の提供や、施設外から持ち込まないために職員の健康管理、感染症に対する知識や情報の収集等、感染予防の意識を持たなくてはならないと感じた。また、施設内感染を最小限に抑えるには、事前の予備知識やマニュアルに沿った迅速な対応が不可欠だと考える。

## ・おわりに

ノロウイルス感染症に対する正しい知識から、的確な対応策を全職員が周知し実施する事が必要と思われた。以降、感染を未然に防ぐよう実践し、翌年はノロウイルスやインフルエンザの集団発生はなかった。

しかし、感染者が隔離された事で予測される精神的不安感の緩和にまで配慮が及ばなかったのは反省すべき点である。

今後も引き続き、職員全体で入所者の施設生活が安心安全でかつ健康維持が図れるよう、委員会を中心に感染症対策への取り組みを徹底していきたい。

## 参考文献

- 1) 生田哲(2007):「感染症と免疫のしくみ」
- 2) 服部真理子(2006):「感染症・衛生管理の知識と心構え」