

感染症の予防と対応

ノロウイルスによる食中毒・感染症に注意 しましょう！

感 染 源

- 1 ノロウイルスに汚染された貝類を、生あるいは不十分な加熱で食べた場合
- 2 食品の取扱者がウイルスに感染しており、その人の手指などを介して汚染された食品を食べた場合
- 3 患者の便や嘔吐物などを介してウイルスが口に入った場合

ノロウイルス対策

- 1 カキ等の二枚貝は、中心部まで十分加熱調理（85℃、1分以上）する。
- 2 手洗い、うがいを励行し、調理器具は十分に洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム（塩素系漂白剤）や熱湯で消毒する。
- 3 患者の便や嘔吐物等进行处理する時は、使い捨ての手袋とマスクを着用し、汚物が飛び散らないように密閉して捨てる。汚染された場所は次亜塩素酸ナトリウムで浸すようにふき取る。

ノロウイルスってどんなもの？

ノロウイルスはヒトに感染して下痢や嘔吐等の胃腸炎症状を引き起こす病原体の一つです。

カキなどの二枚貝に付着していることがあり、毎年冬場にはこのウイルスを原因とする食中毒が多発する傾向があります。また、患者の嘔吐物や便からも感染することがあります。

近年、高齢者施設などの、集団生活の場で感染が拡がる 경우가多く、抵抗力の弱い高齢者や小児などが感染すると重症化することがあります。



ノロウイルスの電子顕微鏡写真

感染したらどうなるの？

感染すると、1～2日後に発症し、主症状は、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛で、発熱は軽度です。通常、これらの症状も1～2日で治まり、後遺症もなく、比較的軽症の病気ですが、高齢者や乳児では、脱水症状などにより重症化することがあります。

症状が収まっても、1週間ぐらいは、便にウイルスが排出されるといわれますので、その間も二次感染の防止に注意が必要です。

治療法は？

現在、このウイルスに効果のある治療薬はありません。

通常は、脱水症状がひどい場合に、点滴を行うなど、水分の補給等を行う対症療法が行われます。

感染予防、消毒や汚物の処理はどうしたらいいの？

- 1 カキなどの二枚貝は、中心部まで十分加熱調理（85℃、1分以上）しましょう。
- 2 石けんを使用し、十分な手洗いとうがいを励行しましょう。
特にトイレの後、調理を行う際、食事前には念入りに。高齢者施設などでは、介護の前後や便・嘔吐物の処理後も重要です。手洗後はタオルの共用は避け、使い捨てのペーパータオルを使用しましょう。
- 3 生鮮食品（野菜、果物など）を十分に洗浄しましょう。
- 4 調理器具の洗浄・消毒を行いましょ
消毒用アルコールは効果が弱く、熱湯か次亜塩素酸ナトリウム（塩素系漂白剤）が効果的です。



- 酸性の洗剤と絶対に混ぜないこと。十分換気して行なうこと。
- 5 飲食店や給食施設では、盛り付けや配膳などの作業時には、使い捨て手袋を着用しましょう。また、下痢、嘔吐などの症状がある場合には、調理、盛り付け作業等には従事しないように。
 - 6 嘔吐物や便を処理する時は、使い捨てのマスクと手袋を着用し、汚物中のウイルスが飛び散らないようにしましょう。
 - ・汚物をペーパータオル等で静かにふき取る。おむつ等は、出来る限り、揺らさないように取り扱う。
 - ・汚物が付着した床等は、次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度約200ppm）で浸すように拭き取る。
 - ・おむつや拭き取りに使用したペーパータオル等は、ビニール袋に密閉して廃棄する。（この際、廃棄物が十分に浸る量の次亜塩素酸ナトリウム（塩素濃度1000ppm）を入れることが望ましい）
 - ・ノロウイルスは、乾燥すると容易に空中に漂い、これが口に入って感染することがあるので、便、嘔吐物を乾燥させないうちに処理することが、感染防止に重要。

次亜塩素酸ナトリウムの希釈液の作り方

塩素濃度200ppm（0.02%）の場合

薬液の濃度	希釈倍率	水3リットルに加える薬液の量
1%	50倍	60ml
6%	300倍	10ml
12%	600倍	5ml

塩素濃度1000ppm（0.1%）の場合

薬液の濃度	希釈倍率	水3リットルに加える薬液の量
1%	10倍	330ml
6%	60倍	50ml
12%	120倍	25ml

同じ塩素系漂白剤でも、使用する製品の種類によって含まれる次亜塩素酸ナトリウム濃度が異なりますので、容器に表示されている薬液濃度を確認して、適切に希釈してください

感染症・食中毒疑い発生状況連絡票(記入例)

報告日時 平成17年3月5日15時

施設名 ホーム	施設の種別 特別養護老人ホーム						
所在地・中央区加納町 電話・FAX番号 TEL 078 - FAX 078 -							
施設長名 神戸 太郎	報告者名 管理課長 中央 次郎						
嘱託医師名・連絡先 兵庫 三郎 兵庫クリニック 中央区雲井通 TEL 078 -							
入所者・利用者数 40名	職員数 25名						
<p>報告理由</p> <p>ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合(月 日 ~ 月 日) 重篤患者数 _____ 名 死亡者数 _____ 名</p> <p><input checked="" type="radio"/> イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 利用者等の有症状者の延べ人数 <u>10</u>名 (10名以上・全利用者数の半数以上)</p> <p>ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合 利用者等の有症状者の延べ人数 _____ 名</p>							
主な症状 <input checked="" type="radio"/> 下痢・ <input checked="" type="radio"/> 嘔吐・腹痛・発熱・その他(嘔気)	報告日現在の有症状者数 入所者5名(職員2名)						
飲食物の提供 無 有 施設内での調理(有・無)							
発生状況(可能な範囲で記入してください)							
初発日	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	月 日	月 日
入所・利用者 の発症者数	3名	2名	1名	3名	1名	名	名
職員の発症者 数	0名	1名	1名	1名	0名	名	名
<p>その他報告事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員で延べ3名同様の症状あり ・ 入所者は嘱託医の兵庫クリニック受診、症状はいずれも軽症、入院患者はなし 							

「感染症・食中毒疑い発生状況連絡票」の「発生状況」の記入方法

発症の事例

	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	3月6日	3月7日
Aさん	発症	→			快復		
Bさん	発症	→		快復			
Cさん	発症	→					
Dさん		発症	→		快復		
Eさん：職員		発症	→	快復			
Fさん		発症	→				
Gさん			発症	→		快復	
Hさん：職員			発症	→			
Iさん				発症	→	快復	
Jさん				発症	→		
Kさん：職員				発症	→		
Lさん				発症	→		
Mさん					発症	→	



上記のように発症した場合は、以下のように記入にしてください。

発生状況

初発日	3月1日	3月2日	3月3日	3月4日	3月5日	3月6日	3月7日
入所・利用者の発症状況	3	2	1	3	1		
職員の発症者数	0	1	1	1	0		

上記の事例の場合、「利用者等の有症状者の延べ人数」は「10名」になります。

3月5日が報告日の場合、「報告日現在の有症状者数」は「利用者5名（職員2名）」になります。

連絡先一覧

保健福祉部健康福祉課
あんしんすこやか係

	電話番号	FAX番号
東灘区	841-4131(代)	851-9333
灘区	843-7001(代)	843-7018
中央区	232-4411(代)	232-1495
兵庫区	511-2111(代)	511-7006
北区	593-1111(代)	595-2381
北区 北神担当	981-8870(直)	984-2334
長田区	579-2311(代)	579-2343
須磨区	731-4341(代)	735-8159
北須磨支所	793-1313(直)	796-1955
垂水区	708-5151(代)	709-6006
西区	929-0001(代)	929-1690

衛生監視事務所

(食中毒が疑われる場合)

	電話番号	FAX番号
東部(東灘区・灘区・中央区)	232-4651(直)	232-4657
西部(兵庫区・長田区・須磨区)	579-2660(直)	579-2662
北(北区)	593-3250(直)	593-2880
垂水(垂水区)	708-6230(直)	708-6233
西(西区)	929-0550(直)	929-0056

《時間外・休日の場合》

上記の代表電話番号の案内テープの最後に夜間・休日宿直者の連絡先を案内していますので、その電話番号へ連絡してください。

ただし、北須磨支所管内は須磨区へ、北区北神担当管内は北区へ、監視事務所は各区代表へ連絡してください。

高齢者インフルエンザ予防接種申込書及び予診票

住所	区 町・通 丁目 番・番地 号	TEL	() -
氏名	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日(満 歳) 男・女
接種日	・	実施場所	医師名

次のことについてもれなく記入してください。
記入もれがある場合、接種を受けられないことがあります。

診察前の体温	度 分
--------	-----

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	はい いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印	ロット番号	Lot
		接種量	ml

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者自署 _____
(自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

代筆者氏名 _____ 続柄 _____