

別紙様式 5 - 1

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (通所・居宅) (様式例)

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	
氏名		要介護歴		病名・特記事項等		記入者名	
利用者 家族の意向				食事の事象状況 (誤嚥、嚥下の不安、嚥下時呼吸)		作成年月日	年 月 日
						家族構成と キーパーソン (支援者)	本人

(以下は、入所(入居)直後の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()	
プロセス	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	★フルダウン ¹	
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	
低栄養状態のリスク(状況)	身長	cm	cm	cm	
	体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()
	血清アルブミン値	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)	□無 □有(g/dl)
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
	その他	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
	栄養補給の状態	食事摂取量(割合)	%	%	%
主食の摂取量(割合)		主食 %	主食 %	主食 %	
主菜・副菜の摂取量(割合)		主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	
その他(補助食品など)					
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)		kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)		kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)		kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
嚥下調整食の必要性		□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
食事の形態(コード)		(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)	(コード: ★フルダウン ²)
とろみ		□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
本人の意欲	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	★フルダウン ³	
食欲・食事の満足感	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	
食事に対する意識	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	★フルダウン ⁴	
多職種による栄養ケアの連携(低栄養関連症)	口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	□口腔衛生 □摂食・嚥下	
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	
	食事に集中することができない	□	□	□	
	食事中に嘔吐や意識混濁がある	□	□	□	
	歯(義歯)のない状態で食事をしている	□	□	□	
	食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	
	固形の食べ物を咀嚼しにくく中むせる	□	□	□	
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	□	□	□	
	水分でむせる	□	□	□	
	食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	
その他・気が付いた点					
その他	褥瘡・生活機能関係	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	□褥瘡(再掲) □生活機能低下	
	消化器管関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	
	水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	
	代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	
	心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	
	医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	
	褥瘡	褥瘡	褥瘡	褥瘡	
	特記事項				
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
	サービス継続の必要性 注)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有

- ★フルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1、0t、0)
- ★フルダウン³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウン⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でも可。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

栄養ケア計画書 (通所・居宅) ... (様式例)

氏名： 殿	初回作成日： 年 月 日
	作成(変更)日： 年 月 日
	作成者：
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点) 指示日 (/)
利用者及び家族の意向	説明日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
長期目標と期間	

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容(頻度、期間)	担当者
★ ブル ダウン ※			
	特記事項		

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目

口腔・栄養スクリーニング様式

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等		記入者名：				
				作成年月日： 年 月 日				
				事業所内の歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

	スクリーニング項目	前回結果 (●月●日)	今回結果 (●月●日)
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	はい・いいえ	はい・いいえ
	入れ歯を使っている	はい・いいえ	はい・いいえ
	むせやすい	はい・いいえ	はい・いいえ
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		
栄 養	身長 (cm) ※ ¹	(cm)	(cm)
	体重 (kg)	(kg)	(kg)
	BMI (kg/ m ²) ※ ¹ 18.5未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ m ²)
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※ ²	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※ ²	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ 6か月)
	血清アルブミン値 (g/dl) ※ ³ 3.5 g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	食事摂取量 75%以下※ ³	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)
特記事項（医師、管理栄養士等への 連携の必要性等）			

※¹ 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※² 体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）

※³ 確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

(参考) 口腔スクリーニング項目について

「硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜等の摂取割合が減り、柔らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでてきます。また、歯が少ないけれども入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事が大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まることから口腔を清潔に保つことが重要です。

(参考) 低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)
身長147cm、体重38kgの利用者の場合、
38(kg) ÷ 1.47(m) ÷ 1.47(m) = 17.6

別紙様式 8

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 （ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j）） <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 年 月 日
		記入者：
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日：令和 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 殿 男 女 記入担当者名

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 令和 年 月 日
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J (1, 2) A(1, 2) B(1, 2) C(1, 2)	対処
	ADL の状況	入浴		
食事摂取			自分でやっている 自分でやっていない 対象外 (※1)	
基本動作	更衣	上衣	自分でやっている 自分でやっていない	
		下衣	自分でやっている 自分でやっていない	
	寝返り		自分でやっている 自分でやっていない	
	座位の保持		自分でやっている 自分でやっていない	
排せつの状況	座位での乗り移り		自分でやっている 自分でやっていない	
	立位の保持		自分でやっている 自分でやっていない	
	尿失禁		なし あり 対象外 (※2)	
	便失禁		なし あり 対象外 (※3)	
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか	バルーンカテーテルの使用		なし あり	
			なし あり	

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d 0：皮膚損傷・発赤なし d 1：持続する発赤 d 2：真皮までの損傷	D 3：皮下組織までの損傷 D 4：皮下組織を越える損傷 D 5：関節腔、体腔に至る損傷 DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e 0：なし e 1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない e 3：中等量：1日1回のドレッシング交換を要する	E 6：多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s 0：皮膚損傷なし s 3：4未満 s 6：4以上 16未満 s 8：16以上 36未満 s 9：36以上 64未満 s 12：64以上 100未満	S 15：100以上
	炎症/感染	i 0：局所の炎症徴候なし i 1：局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	I 3C：臨床的定着疑い (創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) I 3：局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など) I 9：全身的影響あり (発熱など)
	肉芽組織	g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G 4：良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G 5：良性肉芽が創面の10%未満を占める G 6：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n 0：壊死組織なし	N 3：柔らかい壊死組織あり N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p 0：ポケットなし	P 6：4未満 P 9：4以上16未満 P 12：16以上36未満 P 24：36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

褥瘡ケア計画	留意する項目		計画の内容
	関連職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレ力の排除 (体位変換、体圧分散 寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
リハビリテーション			
その他			

説明日 令和 年 月 日
 説明者氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

評価日 令和 年 月 日 計画作成日 令和 年 月 日
 氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 (殿 男 女 歳)

記入者名
 医師名
 看護師名

排せつの状態及び今後の見込み

	施設入所時 (利用開始時)	評価時	3か月後の見込み	
			支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
おむつ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)
ポータブル トイレ 使用の有無	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)	なし あり (日中のみ・ 夜間のみ・終日)

※排尿・排便の状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版 (平成 30 年 4 月改訂)」を参照。

排せつの状態に関する支援の必要性
 あり なし

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因

支援計画

説明日 令和 年 月 日
 説明者氏名

住所地特例適用被保険者のサービス利用等の見直しについて

地域密着型サービスの利用については、要介護（要支援）被保険者は、原則として保険者市町村が指定した事業所のみを利用することができることとなっていました。平成27年4月1日以降、住所地特例適用被保険者は、居住する施設の所在市町村が指定した地域密着型サービスを利用できることとなります。

また、住所地特例適用居宅要支援被保険者に対する介護予防支援については、居住する施設の所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が行うこととなります。

1 住所地特例適用被保険者が利用できる地域密着型サービス

住所地特例適用被保険者が、居住する施設の所在市町村が指定した以下の地域密着型サービスを利用できることとなります。

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②夜間対応型訪問介護
- ③（介護予防）認知症対応型通所介護
- ④（介護予防）小規模多機能型居宅介護（短期利用を含む）
- ⑤看護小規模多機能型居宅介護（短期利用を含む）
- ⑥地域密着型通所介護（平成28年4月1日～）

2 地域包括支援センターが介護予防支援を行う場合

- (1) A市を保険者とする住所地特例適用居宅要支援被保険者が岡山市の施設に居住する場合
岡山市の各地域包括支援センターが介護予防支援を行うこととなります。
- (2) 岡山市を保険者とする住所地特例適用居宅要支援被保険者がA市の施設に居住する場合
A市の地域包括支援センターが介護予防支援を行うこととなります。

高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版 (2019年3月)

改訂の目的

高齢者介護施設において、入居者を感染症から守り QOL の向上につながるケアの提供を促進することを目的とし、感染症対策に関する最新の動向や知見を踏まえて「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の改訂を行いました。

改訂の主なポイント

1. 構成の整理・再編

- マニュアルを施設の介護職員等が積極的に活用し、衛生知識が向上するよう、実用性に留意して全体構成を整理・再編しました。
- 感染対策に関する基本的な知識を踏まえた上で、施設の感染管理体制を整備し、平時から感染対策を着実に実践できるよう、「感染対策の基礎知識」や「高齢者介護施設における感染管理体制」の項目を整理しました。
- 「個別の感染対策」について、旧マニュアルでは感染経路別に感染症をまとめて記載していましたが、個別の感染症の記載箇所が検索しやすくなるよう、感染症名を列記しました。

2. 記載内容の充実、追加

- 高齢者介護施設は生活の場であり病院とは異なることに配慮し、近年の高齢者介護施設における感染対策に関する知見を踏まえて、感染症の症状や予防、感染拡大防止策等に関する記載の充実を図りました。
- レジオネラ症の発生予防のため、加湿器の管理に関する記載を「3. 高齢者介護施設における感染管理体制 5) 施設内の衛生管理 (2) 施設内の清掃」と、「5. 個別の感染対策 1) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応 (6) レジオネラ症(レジオネラ属菌)」に追加しました。
- 経管栄養や胃ろうからの注入時に使用するチューブや経管栄養剤の管理に関する記載を「3. 高齢者介護施設における感染管理体制 8) 介護・看護ケアと感染対策 (7) 医療処置」に追加しました。

3. 個別の感染対策の内容の修正

- 薬剤耐性菌について、より適切な対応ができるように全体を見直しました。特に、薬剤耐性菌の保菌者への対応についての記載を修正しました。

4. 本文や参照資料・付録等に掲載する法令・通知等の更新・追加

- 関係法令等の改正に伴い、マニュアルの本文や参照資料・付録等に記載する情報を現時点で最新のものに改めました。

○「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版(2019年3月)」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html

感染対策の基礎知識 | 1

感染対策の原則

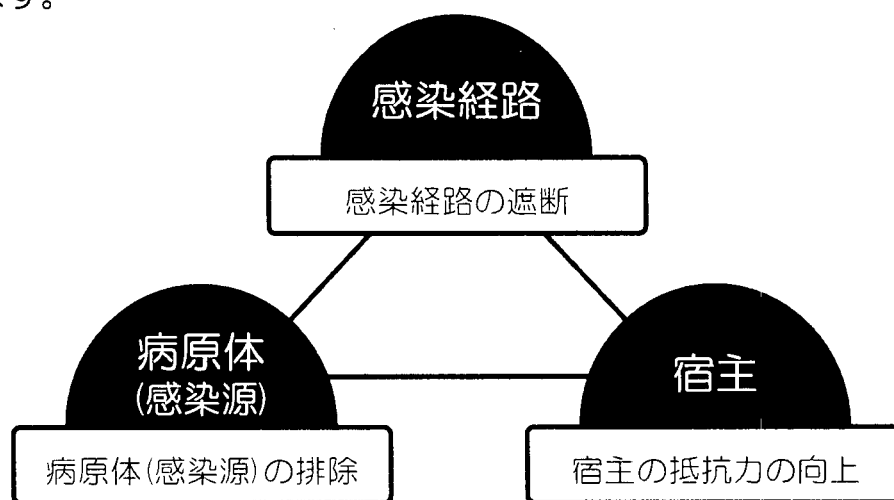
感染成立の3要因への対策と、病原体を
1 | 持ち込まない 2 | 持ち出さない 3 | 拡げないが基本です。

感染成立の3要因と感染対策

感染症は ①病原体（感染源） ②感染経路 ③宿主 の
3つの要因が揃うことで感染します。

感染対策においては、これらの要因のうちひとつでも取り除くことが
重要です。

特に、「感染経路の遮断」は感染拡大防止のためにも重要な対策と
なります。



高齢者施設における感染制御の基本

- 1 | 病原体を持ち込まない
- 2 | 病原体を持ち出さない
- 3 | 病原体を拡げない

感染経路の遮断においては、以下の点に留意しましょう。

- 施設内に入る時やケア前後の手指消毒、流水による手洗い
- 咳やくしゃみをしている場合等のマスク着用
- 血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物等を扱うときは
手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、
マスクやエプロン・ガウンを着用
- 居室・環境整備

感染対策の基礎知識 | 2

標準予防策 (standard precautions)

感染対策の基本として、すべての血液、体液、分泌物（喀痰等）、嘔吐物、排泄物、創傷皮膚、粘膜等は感染源となり、感染する危険性があるものとして取り扱うという考え方です。

● 感染源

感染症の原因となる微生物（細菌、ウイルス等）を含んでいるものを感染源といい、次のものは感染源となる可能性があります。

- 嘔吐物、排泄物（便・尿等）、創傷皮膚、粘膜等
- 血液、体液、分泌物（喀痰・膿等）
- 使用した器具・器材（注射針、ガーゼ等）
- 上記に触れた手指等

● 標準予防策 (standard precautions)

血液、体液、排泄物等に
触れるとき

▼
手袋の着用※

感染性廃棄物を
取り扱うとき

▼
手袋の着用※

血液、体液、排泄物等が
飛び散る可能性があるとき

▼
手袋・マスク・エプロン・
ゴーグルの着用※

針刺しの防止

▼
リキャップの禁止
針捨てボックスに
直接廃棄する

※手袋等を外した時は必ず手指消毒を行うこと

正しい手指消毒

手洗いの基本とタイミング

手洗いの方法

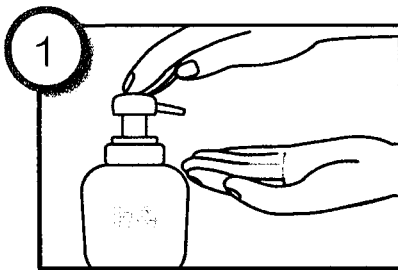
通常は、「エタノール含有消毒薬による手指消毒」を行います。

目に見える汚れがついている場合は、「液体石けんと流水による手洗い」を行います。

手洗いのタイミング：

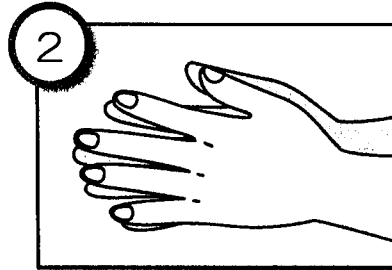
入所者に触れる前後、ケアの前後、入所者の周囲の環境や物品に触れた後 等

エタノール含有消毒薬による手指消毒



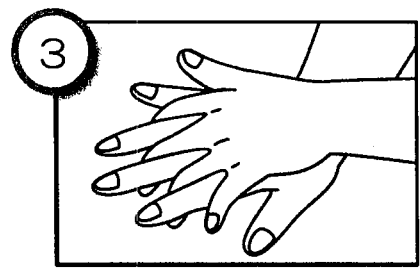
十分な量を
手の平に取ります

Get an appropriate amount
of product in a cupped
hand



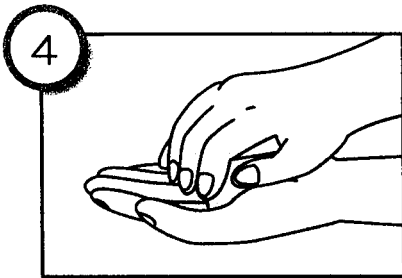
手のひらを
こすりあわせませ

Rub hands palm to palm



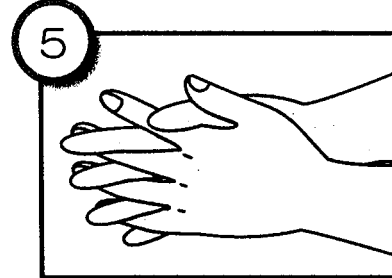
手の甲を合わせて
すりこみます

Palm to palm with
fingers interlaced



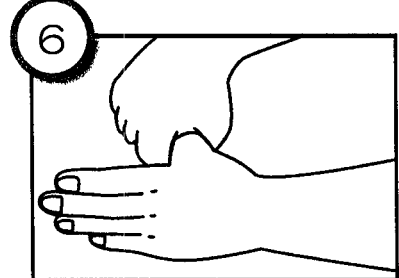
指先・爪の間に
すりこみます

Rub your palms and
fingertips and under nails



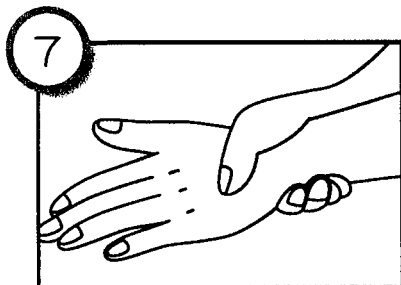
指の間にすりこみます

Rub in between
the fingers



親指をねじり合わせて
すりこみます

Rub each thumb clasped
in opposite hand using a
rotational movement



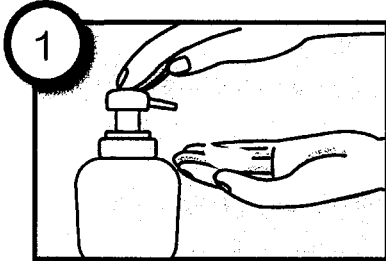
手首にすりこみます

Rub each wrist with opposite
hand

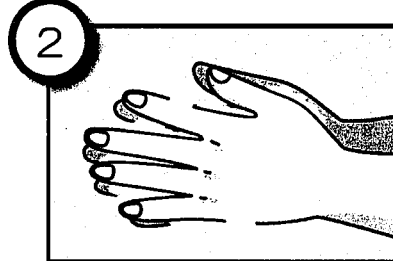
十分に乾燥した
ことを確認します

正しい手洗い

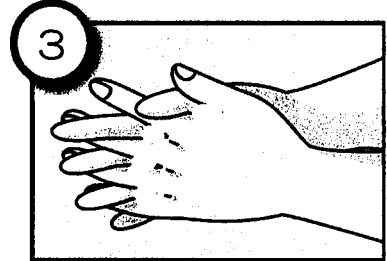
液体石けんと流水による手洗い



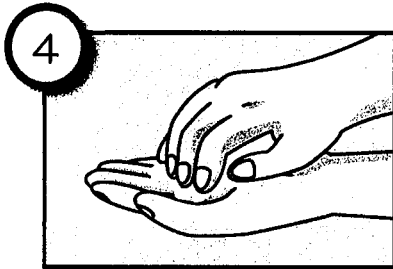
① 初めに、水で手を濡らし、石けんを手に取ります
First, wet your hands with water and apply enough soap



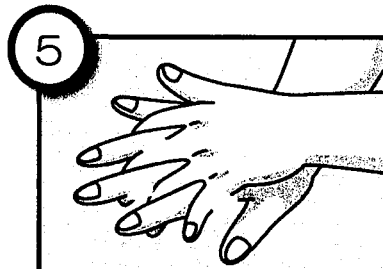
② 石けんをよく泡立てながら、手のひらを洗います
Wash your palms while whipping soap well



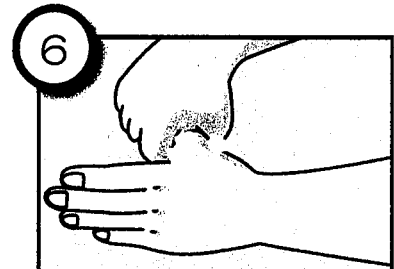
③ 手の甲を伸ばすように洗います
Wash it to extend the back of your hand



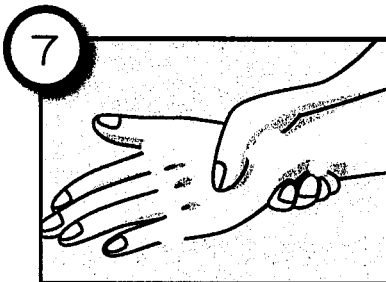
④ 指先・爪の間を念入りに洗います
Wash your fingertips and under nails carefully



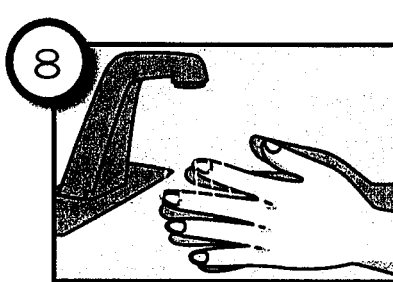
⑤ 指の間を洗います
Wash in between the fingers



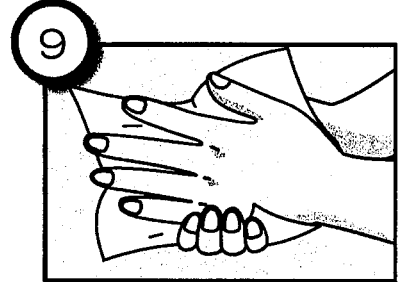
⑥ 親指をねじりながら洗います
Wash while twisting your thumb



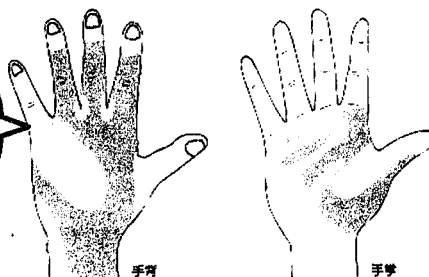
⑦ 手首を洗います
Wash your wrists



⑧ 流水で石けんと汚れを洗い流します
Rinse off soap and dirt under running water



⑨ ペーパータオルでしっかりと、水分を拭き取ります
Dry hands using a paper-towel



□ 頻度が高い ◻ 頻度がやや高い

出典：辻 明良「微生物学・感染制御学」メヂカルフレンド社

咳エチケット

咳エチケットの基本

- マスクを着用する
- ティッシュ・ハンカチ等で口や鼻を覆う
- こまめなうがいや手洗いを行う

「咳エチケット」とは、インフルエンザ等の感染症を他人に感染させないように、咳やくしゃみをする際に、マスクやティッシュ・ハンカチを使って、口や鼻をおさえることです。

咳やくしゃみを手でおさえたり、何もせずに咳やくしゃみをするのはやめます。

マスクの着用



マスクは、鼻からあごまでを確実に覆い、隙間がないようにつけます。同じマスクを何度も使いまわしはせず、取り替えましょう。

マスクがない場合・・・

ティッシュ・ハンカチ等で口や鼻を覆う



くしゃみや咳をするときは、ティッシュ等で口と鼻を覆います。

他の人から顔をそらす

くしゃみや咳の飛沫は、1～2m飛ぶと言われていています。

くしゃみや咳をするときは、他の人にかからないようにします。

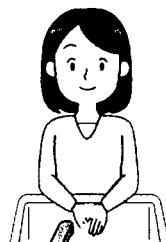


ティッシュはすぐに捨てる



口と鼻を覆ったティッシュは、すぐにゴミ箱に捨てます。

こまめに手洗い



くしゃみや咳等を抑えた手から、ドアノブ等周囲の物にウイルスを付着させたりしないように、こまめな手洗いを心がけます。

インフルエンザ対策

○ 平常時

予防

- 入所者と職員に必要性や有効性、副反応について十分説明したうえでワクチン接種が受けられるよう配慮する
- 入所者や面会者で咳をしている人にはマスクを着用してもらい、咳エチケットを守ってもらう
- 休養・バランスの良い食事とこまめな水分補給

疑うべき症状と判断のポイント

- 急な発熱・悪寒
- 全身症状（頭痛、腰痛、筋肉痛、全身倦怠感等）
- 鼻汁、咽頭痛、咳等の呼吸器症状
- 腹痛、嘔吐、下痢等の消化器症状を伴う場合もある

○ 感染疑い～発症

対応の方針

- 感染の疑いのある者、ケアを行う職員はマスクを着用
- 早めに医師の診察を受ける
- 感染が認められた場合、職員・関係者に連絡
- 個室対応（または同じ症状の人を同室で対応する）



インフルエンザ対策 | チェックリスト

施設の管理者は、以下の施設の実施状況について定期的に確認しましょう

① ウイルスの施設内への持ち込み防止のためのチェックポイント

以下の取り組みを行っていますか

入所者の健康状態の把握

入所者の定期的なバイタルチェックにより、常に健康状態を把握するとともに、顔色や表情、食欲の変化等の日常の違いに気付くようにしましょう

入所者へのワクチン接種

予防接種の意義、有効性、副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供するとともに、接種を希望する者には円滑に接種がなされる様に配慮しましょう

施設に出入りする人の把握と対応

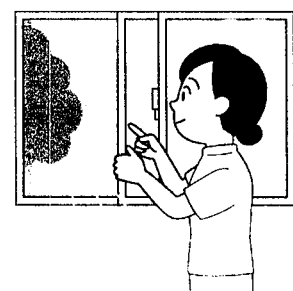
インフルエンザの流行期においては、施設の玄関に掲示を行ったり家族等にはあらかじめ説明を行ったりする等、面会者に対して理解を求めるための説明を行いましょう

施設職員へのワクチン接種と健康管理

施設職員に対して、予防接種の意義・有効性と副反応の可能性等を十分に説明して同意を得た上で、積極的に予防接種の機会を提供するとともに、接種を希望する者には円滑に接種がなされる様に配慮しましょう

施設の衛生の確保、換気の徹底

施設の衛生の確保に加え、こまめな換気はしっかり行いましょう



ノロウイルス対策

平常時

予防

- 職員は配膳前、食事介助前後での手洗いを行う
- 施設内で手に触れる場所（手すり、ドアノブ、テーブル等）の清拭をこころがける

疑うべき症状と判断のポイント

- 噴射するような激しい嘔吐
- 下痢のなかでも「水様便」
- 吐き気、嘔吐、下痢、発熱

感染疑い～発症

対応の方針 | 嘔吐物、排泄物の処理

- 感染（疑い）による嘔吐の場合
 - ① | 職員はマスク、ガウン、手袋を着用する
 - ② | 嘔吐物を濡れたペーパータオル等で覆う
 - ③ | ペーパータオル等で、外側から内側に向けて面を覆うように静かに拭き取る
 - ④ | 最後に、次亜塩素酸ナトリウム液で確実に拭き取る
 - ⑤ | ②③④をビニール袋に入れて、感染性廃棄物として処理する
 - ⑥ | 職員はマスク、ガウン、手袋を外し、液体石けんと流水による手洗いを行う
 - ⑦ | 次亜塩素酸ナトリウム液を使用した後は窓をあけて、換気をする
- 感染（疑い）による下痢便の場合
 - ① | 職員はマスク、ガウン、手袋を着用する
 - ② | 新聞紙、ビニール袋を準備する
 - ③ | 使用後のパット、おむつ類はビニール袋で密封し、感染性廃棄物として処理する
 - ④ | トイレ使用の場合も換気し、便座や周囲の環境を十分に消毒する
 - ⑤ | 職員はマスク、ガウン、手袋を外し、液体石けんと流水による手洗いを行う

解除

解除の判断

- 新しい患者が1週間でなければ終息とみなし、感染対策委員会で最終的な判断を行う
- ただし、嘔吐・下痢・腹痛・発熱等の症状がおさまってからも最大4週間程度は排便内にウイルスが見つかることがあるため留意する

処理用バケツ等に
必要な物品を入れて
各フロアに準備して
おくとよいでしょう



ノロウイルス対策 | チェックリスト

施設の管理者は、以下の施設の実施状況について定期的に確認しましょう

ノロウイルスによる食中毒予防のためのチェックポイント

以下の取り組みを行っていますか

予防のポイント

調理する人の健康管理

調理者に症状があるときは、
食品を直接取扱う作業をしないようにしましょう
毎日の作業開始前に調理従事者の健康状態を確認し、
責任者に報告する仕組みをつくりましょう

作業前等の手洗い

汚れの残りやすいところはていねいに洗いましょう

調理器具の消毒

洗剤等で十分に洗浄し、熱湯で加熱する方法
又はこれと同等の効果を有する方法で消毒しましょう



感染を拡げないためのポイント

食器・環境・リネン類等の消毒

感染者が使用した食器や、嘔吐物がついたものは、
他のものと分けて洗浄・消毒しましょう
カーテン、衣類、ドアノブ等も塩素消毒液等で消毒しましょう

嘔吐物等の処理

使い捨てのマスクやガウン、手袋等を必ず着用しましょう
拭き取った嘔吐物や手袋等は、ビニール袋にしっかり密閉して
廃棄しましょう

疥癬対策

平常時

予防 | 特に入所時

- 早期発見と早期治療が重要
- 手洗いの励行

疑うべき症状と判断のポイント

- 皮膚のかゆみ（特に夜間にかゆみが強くなる）
- 皮膚の紅斑、丘疹、鱗屑
- 手の平や手指間に「疥癬トンネル」と呼ばれる線状の皮疹がある

感染疑い～発症

対応の方針

- 皮膚科への早期受診・早期治療を行う
（疥癬の診断・治療経験がある皮膚科への受診が望ましい）
- 発症した入所者のケアの際には手袋、使い捨てのガウンを着用する
- 入浴ができる方はできるだけ毎日入浴し、皮膚の観察と清潔保持につとめる
- 接触した職員も皮膚の掻痒感、皮疹がでたら、至急皮膚科を受診する

留意事項

- ・ 疑わしい場合、早期に受診すること
- ・ 医療機関で疥癬と診断がつかず、治療しても治らない場合は、疥癬の可能性について医療機関に確認することも必要
- ・ 疥癬の中でも重症の痂皮型疥癬の場合は、特に感染力が強いため隔離対応が必要

解除

解除の判断

- 全身を観察して新しい皮疹がないことが確認できれば、対応を解除する

疥癬対策 | チェックリスト

施設職員は、入所者について以下のポイントでチェックしましょう

疥癬の感染者を早期発見・早期治療につなげるための チェックポイント

- 他の施設等から移ってこられる入所者の方は
注意して観察する

- 入浴時や普段のケアの際に皮膚の状態を観察する
(前腕、お腹等)
赤い湿疹や赤い盛り上がりが見られます

- 利用者本人に体のかゆみの様子を聞く
特に夜間の強いかゆみがないか、等
疑わしい症状がないか聞いてみましょう

- 疥癬トンネルのような特徴的な症状がないか
確認する

- 疑わしい症状が見られたら、
皮膚科へできるだけ早く受診する
初期の段階では正しい診断が得られない場合もあるため、
疑わしい場合は、医療機関に疥癬の可能性を確認しましょう

