

# ノロウイルス集団感染

## 恐怖と混乱の日々 そして施設に残したもの

サンセリテのがた(鹿児島県)  
発表者 鎌田 健太郎(理学療法士)

当施設は一般棟50床、認知症専門棟(以下専門棟)50床を有し鹿児島県の大隅半島中央部にある。平成25年5月8日、1名の専門棟入所者の嘔吐を契機に、入所者42名、職員17名のノロウイルス集団感染が発生した。次々と発症者が増えていく恐怖と混乱の中、終息までの約2ヶ月間の記録と集団感染が施設に及ぼした影響を報告する。

### 【発生から終息までの経緯】

平成25年5月8日14時00分、専門棟の入所者A氏が専門棟ホールで嘔吐し、同日19時35分までに5回(ホール内3回、居室2回)嘔吐を繰り返した。初回嘔吐時から、感染症の可能性を考慮して居室内に隔離したが、感染委員会への報告は行われなかった。9日夜、前日A氏が嘔吐したとき傍にいたB氏が、同じホール内で数回嘔吐し、さらに10日には一般棟入所者を含む5名が嘔吐した。この時点で初めて感染委員会へ「嘔吐者急増」と報告されたが、個別の対応にとどまり、感染対策委員会が開かれたのは翌11日であった。その後も発症者は増え続け、11日3名、12日9名と職員2名が発症し、5日間に21名の嘔吐下痢患者が発生する事態となった。

5月12日に施設長、管理職員による緊急対策会議が開かれ、“感染対策の初期対応に失敗して施設内に感染が蔓延している状況”と断定、全職員挙げて感染症対策マニュアルに準じた対応の徹底、家族への報告・説明、保健所への届け出、面会および部外者の出入り禁止を決定し、非常事態を宣言した。

この時点での対策として、既に施設内にウイルスが拡大しているとの判断から、入所者の居室移動は行わず、各居室で入所者ごとに専用のガウン、手袋を用意し、さらに施設内の清掃消毒を毎日実施することとした。職員の動線を制限して、施設内をゾーン化し各所に消毒マットを設置、ゾーンごとにガウンテクニックを行うなどの方法で、感染拡大の食い止めに図ったが、拡大は止められず、13日までに入所者23名、職員3名が発症し、14日に発症者の検体にてノロウイルス陽性(PCR法)が確認され、ノロウイルス集団感染が確定した。

その後我々はノロウイルスの凄まじい感染力を思い知らされることとなり、施設総力を挙げて対応したが患者は増え続け、18日(発生10日目)には入所者36名、職員14名の計50名に及んだ。

施設内で感染が拡大する状況の中、もはや老健施設としての機能は麻痺状態となり、新入所者の受け入れ中止、入浴・リハビリの実施と通所リハビリの休止を決定し、毎日対策会議を開き、拡大防止策を模索した。感染した職員や体調不良(感染疑い)の職員の出勤停止という絶対的人員不足に加え、感染対策のため通常と異なる介護を強いられ、いつもよりも多くの人員が必要な状況下で、職員達は不慣れな業務と時間外勤務を余儀なくされた。時間の経過とともに、疲労はピークに達し、情報伝達ミスや指示内容の遵守困難が目立ち始めて、モチベーションが低下し、職員同士の協力体制が崩壊していく様子が見て取れるなど、施設内には底知れぬ恐怖と不安が漂っていた。

そこで我々は、完全に悪循環へと陥った事態の打開案として、感染者(疑い含む)と未発症者を棟別に完全隔離するという方針転換を打ち出した。それには入所者の大がかりな移動が必要であり、新たな感染者を生む危険性を秘めていたが、もはやいかなる猶予もなく決断し、未発症者を含む46名の居室移動を敢行し、廊下の扉で隔てられた棟を「感染隔離エリア」として、入所者を完全に分断し職員も専従配置にした。隔離はノロウイルスが陰性となるまで続けた。

結果として、この方針転換によって感染拡大の食い止めに成功し、隔離対応を開始した5月19日以降、新規発症者は入所者4名、職員2名に止まった。そして平成25年6月25日、隔離した全ての入所者のノロウイルス陰性が確認され、7月4日に保健所に「集団感染の終息」を報告した。

### 【考察】

今回の集団感染の原因として、A氏の吐物処理や周囲入所者の隔離・観察の不備など、適切な初期対応の遅れが挙げられる。A氏に続き2人目のB氏も同じ場所で複数回嘔吐したにもかかわらず、マニュアルに準じた対応がなされなかったことが、その後の感染拡大に繋がったと考えられる。

職員への感染対策マニュアルの周知が徹底されておらず、吐物処理と消毒作業が不完全であったことは明らかで、保健所からもその点を指摘された。喫緊の対策として、手袋・ガウンテクニック手技の見直しと職員指導、吐物や嘔吐患者の衣服の処理方法などの勉強会を複数回実施し、結果的にそれが事態を終息に向かわせる要因になった。

さらに集団感染はもう一つの想定外の事態をもたらした。新入所者の受け入れと通所リハの中止による減収、検査・治療の費用、感染対策用の備品・消毒液等の材料費、時間外勤務の人件費など、2ヶ月間の減収と諸費用の合計は約2000万円に上り、その後通常の収支状態を取り戻すのに、更に2ヶ月を要し、予定外の支出は経営に大きく影響した。

## 【まとめ】

職員と入所者との接触が日常的に繰り返される介護施設では、たった一人の職員の認識不足が施設全体の感染対策を脅かすことになる。感染力が高いウイルスによる感染の拡大防止には、消毒処理と手指洗浄の徹底、適切な隔離対応が不可欠であることを知り、当施設では教育を徹底して感染対策の基本的な手技の習得を励行し、加えて隔離専用室を常設して、いつでも即座に隔離対応ができる環境を整えた。これにより施設の感染対策のレベルアップを図り、集団感染の再発防止に備えることとした。

老人保健施設等の高齢者施設における集団感染の防止と早期の適切な対応は、利用者、職員、施設の安心・安全の確保の点で極めて重要である。ひとたび感染が拡大すれば、失われる時間、労力、費用は計り知れないことを忘れてはならない。

## 〈参考文献〉

高齢者介護施設における感染対策マニュアル 平成25年3月