

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q 2 1 (マニュアル、標準予防策)

院内感染対策では標準感染予防策と感染経路予防策が重要であり、その意味では面会者のガウン、スリッパ、マスク、キャップは不必要といわれています。

当院でもそのように対応しようと思いますが、CDCのガイドライン以外にエビデンスが見当たりません。アメリカと日本では清掃方法やスタッフの数、病床占有面積、清潔の観念などに大きな違いがあり、このまま追従して良いのか不安に思っています。安心できる確かな根拠があれば教えてください。

A 2 1

感染対策の基本は手指衛生を中心とした標準予防策です。そして、百日咳のように飛沫感染する患者の部屋に入室する場合には面会者はマスクが必要となりますし、疥癬のような接触感染する患者の病室にはガウンが必要です。そして、水痘や結核患者の病室にはN95マスクが必要です。「面会者にガウンやマスクは不要」ということではありません。また、このような感染性疾患を持たない患者への面会においても何もしなくてもよいということはありません。面会者の手指衛生は必ずおこなっていただく必要がありますし、風邪やインフルエンザに罹患した人は面会者になれませんので、簡単な問診による面会者スクリーニングは必須です。決して、すべての面会者を手洗いもなくフリーパスで通してはならないと思います。市中に流行している感染性病原体を院内に持ち込んでしまうからです。

今回のご質問で大変重要なことは「CDCガイドラインをこのまま追従して良いのか不安に思っています」という部分です。ここで「ガイドラインはガイドラインであり、マニュアルではない」ということを強調したいと思います。各施設は施設の状況に合ったマニュアルを作成する必要がありますが、そのマニュアル作成の参考にするのがガイドラインです。従って、ガイドラインは欧米で作成されても、国内で作成されても追従してはならないと考えます。

日本のガイドラインで大変参考になるのは厚生労働省編集協力の「エビデンスに基づいた感染制御(メジカルフレンド社)」や国立大学医学部附属病院感染対策協議会編集の「病院感染対策ガイドライン(じほう社)」があります。これらは国内で作成されたもので、大変有用なガイドラインですが、やはり「追従してもよいか」というとそうではありません。日本国内でも北海道から沖縄までといったように施設間で気候や環境が異なるので、独自のマニュアルを作成して、それを遵守することが大切です。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q 2 2 (マニュアル、標準予防策、MRSA)

当院の院内感染対策委員会においても院内感染対策マニュアルを作成し、感染対策に努めていますが、今回マニュアルの改訂を行なうに当たり、疾患別の対策を基本としたマニュアルではなく、標準予防策を中心としたマニュアルを作成する予定です。以前の当院のマニュアルではMRSAが検出された場合、院内感染対策委員会に「MRSA感染報告書」を提出し、感染症状がなくなり細菌検査で陰性が3回連続して続いた場合隔離を解除としていましたが、現状ではどのように対応すればよいでしょうか？感染症状を呈さない保菌者の場合にも細菌検査を実施し、検出されなくなるまで検査をする必要はありますか？当院は精神科と療養型病床群が中心の病院でMRSAの検出は年間50件ほどです。ほとんど保菌者（感染症患者はほとんど発生していません。）からの検出です。

また当院では結核・疥癬が発生した場合にも「感染報告書」を委員会に提出していますが、どのような感染症の場合に報告する必要があるのか具体的な感染症を挙げていただければと思います。

A 2 2

MRSA感染症患者の隔離解除については、貴院の方針でよろしいです。

MRSAの保菌に関しては、医療行為をしていない場合、例えば、抗菌薬を投与していない、カテーテルを抜去している、創が治癒している場合などは、MRSAは自然に消失する可能性があり、療養型病床群では、MRSA保菌者のスクリーニングの必要はありません。しかし、例えば、創がある患者やカテーテルが使用されている患者には、MRSAが定着したり、またここから他の患者に拡散したりしますので、もしMRSAが検出された場合は、標準予防策および接触予防策をとる必要があり、定期的にスクリーニングをすることをお勧めします。

MRSAの予防対策として、

- 1) 病室などの清掃を心がける。
- 2) 必ず手を洗うことを徹底する。

ここで記載されている「感染症報告書」というのは、貴院での取り決めでしょうか。報告の義務があるのは、感染症法に記載されている1 - 5類（全数報告）のみです。5類の定点に関しては、おそらく貴院は基幹病院ではないので、報告の必要はありませんが、貴院で把握しておく必要はあると思います。結核は結核予防法で報告は義務化されております。また、疥癬は義務化はありませんが、老人施設ではアウトブレイクしますので、貴院で把握するようにしておけばよいと思います。院内感染としては、MRSA、結核、疥癬、インフルエンザ、流行性角結膜炎などが重要です。

追加回答：

この度、標準予防策を中心とした新しい院内感染対策マニュアルを作成されるについてのご相談と存じますが、内容に関しては一定の基準はないものと存じますので、施設の実情にあわせて決められるものと理解してください。

以下、参考までに箇条的に回答致します。

[MRSA感染報告書]はこれまで通り提出する必要があります。隔離解除に関しては、一定の基準があるわけではありません。当院では、2週間以内で3回連続して陰性であった場合、隔離解除としていましたが、現在は1週間間隔で2回以上陰性であった場合、隔離解除としています。

結論としては、これらに関する明確なエビデンスはないと思いますので、これまでの貴施設の基準でいいと思います。

保菌者については接触感染防止対策を行う必要があります。可能であれば、一定期間毎に菌陰性になるまで菌検査を行うことが理想ですが、精神科と療養型病床群であって、他の患者への伝播が防止できている状態であれば、定期的検査は必要ないでしょう。但し、易感染患者が近くにいるとか、本人が手術を受けるとか、免疫抑制剤の投与を受けるとかの場合は、頻回の検査や除菌の試みも必要となるでしょう。すなわち、患者の状態や周囲環境の状況によって決められるもので、一定の基準はないと思われます。

結核や疥癬はもちろんのこと、院内感染を引き起こす可能性がある微生物による感染が入院患者に発生した場合はすべて、院内感染対策委員会あるいはICTへ報告する必要があります。

具体的な疾患としては、国立大学医学部附属病院感染対策協議会の病院感染対策ガイドライン（第2版、委

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

員長：一山 智、2003)では、以下のような感染症を挙げています。

結核、病院ウイルス感染症（水痘・带状疱疹、麻疹、風疹、ムンプス、伝染性紅斑、インフルエンザ）、レジオネラ肺炎、アスペルギルス肺炎、流行性角結膜炎、疥癬などですが、MRSA、腸管出血性大腸菌感染症や食中毒に関しても当然届け出る必要があります。また、感染症法で規定されている疾患については、別途所轄の保健所へも届け出る義務があります。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q 2 3 (マニュアル、消毒、滅菌、血管内留置カテーテル、輸液ライン、食中毒、標準予防策)

1. 酸素流量計の水は滅菌水を使用していますが、酸素流量計自体の消毒等はどのようにすればよいでしょうか？流量計側の部分と水をためる容器の部分について教えてください。
2. 中心動脈カテーテルの挿入時にはマキシマル・バリアプリコーションを徹底すべきとされていますが、硬膜外チューブの挿入、心嚢ドレーンの挿入、腹膜環流用のチューブの挿入、胸腔ドレーンの挿入などの手技でもマキシマル・バリアプリコーションが必要でしょうか？必要な場合は根拠も教えてください。
3. 厚生労働省医薬品局食品安全通知部長通知で改正された「大量調理施設衛生管理マニュアル」の標準作業所（別添2）の（器具等の洗浄・殺菌マニュアル）では調理器械・調理台の項で「作業開始前に70%アルコール噴霧またはこれと同等の効果を有する方法で殺菌を行う。」と記載されています。一方厚生省保健医療局結核感染症科監修の「消毒と滅菌のガイドライン」では各種の消毒方法の中の散布法の項で「エタノールは発火して燃焼や爆発の危険があるため使用してはならない。」と記載されています。病院内の調理場でアルコールの噴霧による消毒は行うべきなのでしょうか。

A 2 3

1. 酸素流量計とは、酸素バルブ加湿器のことだと思いますので、酸素バルブ加湿器についてお答えします。
流量計部分は、著しく汚染されることはないと考えられますので、アルコール綿などで清拭すれば良いと考えます。使用する水は滅菌水を使用することが推奨されていますので問題ないと考えます¹⁾。
水貯容器は0.05%次亜塩素酸ナトリウム溶液による消毒または熱に耐えうる容器であれば80、10分間²⁾の消毒、その後乾燥を勧めます。消毒時期は週1回程度で良いと考えます。
1) Redding PJ, et al: Br Med J. 1:275,1980
2) 滅菌・消毒・洗浄ハンドブック: ICHG研究会編、メディカルチャー, 1999
2. ご指摘のように、CDCガイドラインでは、血管カテーテル挿入時のマキシマル・バリアプリコーションを徹底すべきとされています。また、最近の発表でも、マキシマル・バリアプリコーションの有効性を裏付ける発表がICACでされており、異論の無いことと考えます。ご質問の、硬膜外チューブの挿入、心嚢ドレーンの挿入、腹膜環流用のチューブの挿入、胸腔ドレーンの挿入などの手技にも徹底すべきかという点は、可能であればマキシマル・バリアプリコーションを行った方が良いと考えます。
その根拠は、元々このような外科的手技は、その基本として、最大限の清潔操作を心がけること、であるためです。ただし、これら手技は、血管カテーテル挿入の場合と比較すると、清潔操作の許容範囲は広い手技、すなわち、「万一、清潔操作に破綻が生じて、それほど重大な合併症には至らない手技」でありますので、熟練者が十分に清潔操作に留意して行えば、必ずしもマキシマル・バリアプリコーションは必要ではないと考えます。
ただし、硬膜外チューブは、時として、硬膜周囲の膿瘍を形成し、神経障害が生ずる恐れがありますので、ほかの手技に比べ、より慎重な操作が必要であると考えます。
3. マニュアルやガイドラインには、作成者によって考え方の相違がありますが、この2つの書物についての考え方は、まず、エタノールについて確かに調理場の火気付近で使用すれば、引火の可能性があり危険となります。しかし、火気の付近で使用しなければエタノールの使用は問題ないこととなります。調理場における管理の問題かと考えます。また、「アルコール噴霧またはこれと同等を有する方法」との記載では、金属器具を除けば（例、まな板など）0.05%0.05%次亜塩素酸ナトリウム溶液が適しています¹⁾。殺菌スペクトルが広い消毒薬の一つです。

1) エビデンスに基づいた感染制御: 編 小林寛伊ほか、メジカルフレンド社2002