

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 - 5 2 （ノロウイルス、老人保健施設における対応）

今冬季全国の老人保健施設、老人福祉施設等で、ノロウイルスによる嘔吐下痢症が発生しましたが、この下痢由来のノロウイルスは従来の乳児嘔吐下痢症の原因ウイルスの1つであるノロウイルスと同一のもの（性状、遺伝子型など）だったのでしょうか。

A - 5 2

基本的には介護老人介護施設に入っている人は外に出るわけでは有りません。施設にウイルスを持ち込むのは介護施設の職員、施設に出入りする業者あるいは介護者の面会人が考えられます。昨年末から今年の初めに、介護老人施設でノロウイルスによる急性胃腸炎の集団発生が見られましたが、多くの施設ではヨーロッパで流行しているG / 4のLordsdaleが検出されています。このウイルスは同時期に小児の急性胃腸炎の散発事例からも多く検出されています。このことから、老人介護施設と乳幼児における下痢症ウイルスの原因ウイルスが同一であった地域が多いと考えられます。

この時期、全国的に見ますと乳幼児の下痢症患者からノロウイルスの遺伝子型が10程度検出されており、G / 4以外の遺伝子型によって集団発生起きている老人介護施設も見られます。またウイルスを持ち込んだ人が複数の時には同一施設でも2種類の遺伝子型による集団発生を起こした事例も有ります。

従いまして、その地域での乳幼児の嘔吐下痢症患者と老人介護施設の患者からウイルスを検出して、遺伝子配列を決定するのが、この問題を解明する最もよいものと思います。

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 - 53 (ノロウイルス)

ノロウイルス感染対策ですが、昨年当院ではノロウイルス検出が陰性になるまで出勤停止としておりました。調理に関係する人は今年もそのようにしようと思いますが、調理に関係しない人は、症状消失後、2週間後出勤可能にしようと思いますが、いかがでしょうか。長い人では1ヶ月程ウイルスの排出が続く点を含めていかがでしょうか？

A - 53

当学会ホームページの相談窓口(ノロウイルス)の回答にも関連する箇所がありますのでご参照ください。下痢・嘔吐などの臨床症状が消失していれば、たとえウイルス排出はあってもウイルス量は減少し感染のリスクは低いと思われます。手洗いを中心とした標準予防策を確実に実施することを条件に出勤可能とするのが現実的な対応であると思います。現時点ではノロウイルス感染症の病原診断は一般検査室では実施されておらず、診断されていない例も多いこと、また、ノロウイルス感染症には無症状、軽症の場合もあるとされことにも注意が必要です。ノロウイルスと診断された発症者のみに注意を払うのではなく、流行期には症状の有無にかかわらず(石けんと流水による)手洗いを徹底することが重要と考えます。

Q - 5 4 (ノロウイルス)

当院では、現在ノロウイルスに関する院内感染対策の見直しを実施中です。インターネット等で、様々な資料を集めており、ある保健所を出しているガイドライン・マニュアルを参考にして話し合いを続けています。

某保健所で公開しているマニュアルでは、ウイルス汚染領域、ウイルス汚染可能領域、非ウイルス感染地域など病室を区分して管理することとされています。当院においても、可能な限りの対処は行うと思いますが実際問題として対応困難な場合もあるのではないかと考えられます。マニュアルで規定してしまうと実際にアウトブレイクが発生し区分けが困難な場合、マニュアル通りに対応していないと問題があると思われるので、区分を行って管理することをマニュアルに規定すべきかどうか迷っています。

同じくマニュアルではノロウイルス発症患者が移動する場合には、ガウン・マスク・帽子の着用も義務付けられているのですが、当院の病室にはトイレがないため、共用のトイレまで患者が移動することになります。用便の度に、ガウン・マスク・帽子の着用を患者に義務付けすることが必要なのかどうかを教えてください。

便器の消毒に関してですが、複数の患者がいる場合にはひっきりなしにトイレを使用することになると思います。目に見える糞便の汚染がある場合にはすぐに消毒、清掃をせざるをえないと思いますが、多数の患者がいた場合に、患者がトイレを使用する度に消毒することが必要なのか、一定の時間で消毒を行うべきか教えてください。

A - 5 4

当相談窓口は行政の代弁をしている訳ではありませんので、原則ご覧になっているマニュアル内容の矛盾点や疑問点については当事者に直接お問い合わせください。ここでは一般論について述べさせていただきます。感染性の強いウイルス性疾患の隔離予防策において、エリアを区分する手法はWHOのエボラ出血熱の感染対策指針などにもみられます。文献的にはノロウイルスが空気感染すると推測している論文もありますが、科学的にまだ解明はされていませんが、症状のある患者を早期発見し、隔離/コホーティングするには有用と考えられる。

1) 現時点では、便などに接触して汚染した手に触れることによる糞口感染や飛沫物の経口感染等がその主要伝播経路です。ですからマスクを含めた防護具と流水手洗いが必要になります。ガウンなどはその都度使い捨てで運用してください。患者の便には1万~100万copy/g(感染最小病原体数は100コピー程度)のウイルスが証明される(感染症学雑誌79(8)521-526, 2005: 森功次ほか 発症者および非発症者糞便中に排出されるNorovirus 遺伝子量の比較)。

また、いざとなるとこうして大量の汚染源により院内環境中の至る場所が容易に汚染されると考えて良いでしょう。したがって、流行期間中は直接介助していない職員も院内環境で就労中はことに食前に流水手洗いを励行し感染予防に心がけるべきです。

2) トリアージや隔離予防策の運用の具体的な現場マニュアルを段階的に作成し、事前にその運用予定を担当の保健所にご相談してはいかがでしょうか? また、施設内で患者がオーバーフローした場合の協力施設との連携も重要かと思えます。

アルコール耐性ウイルス

1) 患者は飛沫の飛散防止のためのマスク装着と吐瀉用の容器の携帯程度で宜しいでしょう。ガウンや手袋などの防護具を装着するのは介助する医療従事者です。もしご質問のように書かれているようでしたら、発刊者にお問い合わせください。

2) ベットパンの場合は都度ベットパンワッシャー(器材専用の温水洗浄機) 80℃, 10分で温水消毒、簡易移動式トイレの場合は都度便座等直接触れる場所を次亜塩素酸で消毒を行います。個室管理の場合、病室内全体を汚染野と指定しておけば便座は見た目の衛生が保てる程度の頻度でも構わないでしょうが、家族や面会人等による個室トイレの利用を避けましょう。