

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。

Q23（老人保健施設における対応、感染対策、消毒）

当方は高齢者施設、在宅サービスを展開している法人です。在宅サービス利用者に対して、自宅での嘔吐下痢時の対応についてお聞きします。

感染性胃腸炎の流行は地域では一段落したところですが、また最近、複数の在宅サービスを利用している単身の高齢者や老夫婦世帯の利用者で、「自宅に訪問したら、部屋中に嘔吐／下痢のあとがあった」という事例が続きました。当方では、訪問した職員は直ちにサージカルマスク、プラスチックエプロン、手袋を装着し、換気をしながら、汚物の処理、ハイター®による消毒を行なっている状況で、そこからの2次感染はなんとか妨げているようですが、もともと不衛生な家庭環境、掃除もままならない家庭で、消毒をどの程度継続すればよいのか悩んでいます。

入所施設内では、数例の感染事例があれば、最後の患者から一週間、高頻度接触面をハイター®で清拭します。利用者宅内の場合、集団感染事例とは言えず、どうすべきでしょうか。目に見える嘔吐や下痢の箇所の消毒を1回実施すればよいでしょうか。日常の清掃・環境保持の困難な家庭が多いのが現状です。そのため、清掃や掃除の徹底を目指すよりは、発生後は職員の2次感染を防ぐ為に、訪問時手袋とマスク、換気をしながらの援助を発生後1ヵ月程度継続したほうが良いかと思っています。

A23

感染対策としては、施設内で定められた汚物、糞便に対する対策に準じておこなうべきでしょう。しかし、実際に誰が、どのコストで訪問家庭で行うかが問題かと思えます。そのような消毒サービスは明確化されてないようです。（生活援助として、部屋の清掃料金しか徴収できないそうです。）頻度は汚染されるごとということになりますが、現実には難しいでしょう。

さしあたり、訪問者が汚染されないよう、ガウンテクニックとグローブで対処し、保健所に相談するしかないでしょう。保健所も困るでしょう、対応はしてくれないそうです。

すでに、学会の感染対策の範疇をこえ、社会問題かと思えます。実際、そのような家庭が時々みられるようで、簡易の消毒、清掃サービスの検討も必要でしょう。個々の具他の事例に対する通知まで、検討はしていません。

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。

Q2 4（老人保健施設における対応、施設内感染対策、患者衛生、陰部洗浄）

施設内の感染対策として陰部洗浄を行う際に使用するシャワーボトルの取り扱い方法をどうするべきか、話し合いをもっているのですが、職員間で意見がわかれどう対応すべきか迷っています。

陰部洗浄を行う際に使用する、シャワーボトルの使用法や、管理方法について、ご相談したいのですが、陰部、排泄物に、ボトルが直接触れることはないにしろ、排泄物の処理の最中にボトルを触り使用するため、やはり不潔な状態であると考え、一人ずつ使用ボトルを交換しながら、陰部洗浄を行うべきなのか、ボトルの外側の汚染のみであれば、共用し、使用しても差し支えないものなのでしょうか？ 一人一手袋と、手洗いの実施はしています。また、共用し使う場合、使用した居室からボトルを持ち出し、他の居室へ再度持ち込み使用するというのは、もし、感染性のウイルスがあった場合、他の居室まで、感染を広げる恐れがあると考え、居室ごとのボトル交換をした方がよいのでしょうか？ 明らかに下痢症状等がある方の居室で使用したものを除き、他の居室まで共用してもかまわないのでしょうか？ ボトルを清潔な手で扱う状況ではないため、その取り扱いをどうするべきか、悩んでいます。使用後は、ハイター®等消毒液につけての消毒、乾燥の保管、管理で良いのでしょうか？ オムツ交換は、清潔なもの（未使用のオムツ、清拭布、手袋、エプロン、ボトル内の湯等）と、不潔なもの（汚染オムツ、使用済み清拭布、手袋、エプロン、ボトルの外側等）が混在し、どのように清潔と不潔を分けし、感染予防していくべきか、職員間でも意見がわかれている状態です。また、オムツ交換の便宜上、必要物品を一つのカートに乗せ移動をしたいのですが、それも陰洗ボトルがあると、不潔な手で触ったものをカートに乗せることになり、清潔と不潔が混在するのではないかと、カートの使用の是非も意見がわかれている状態です。

A2 4

1. 1本のシャワーボトルの共用について

使用後の陰部洗浄用シャワーボトルは、たとえ目に見える汚れの付着がなくても、微生物汚染を受けている可能性が大了。したがって、1本のシャワーボトルの共有は望ましくありません。陰部洗浄は、一人ずつ使用ボトルを交換しながら行うべきです。

2. 使用後のシャワーボトルの他の居室への再持ち込みについて

使用後のシャワーボトルを他の居室へ再持ち込みすることも望ましくありません。たとえ明らかな下痢症状がない利用者様への使用であっても、ノロウイルスや腸管出血性大腸菌などの病原微生物で汚染を受ける可能性はあります。

3. シャワーボトルの消毒と保管について

使用後のシャワーボトルの消毒は、ご指摘のようにハイター®などの次亜塩素酸ナトリウムが望ましいでしょう。使用後のシャワーボトルは洗浄して、0.01%（100ppm）～0.1%（1000ppm）次亜塩素酸ナトリウム（500倍～50希釈ハイター®）に浸漬します。そして、1時間程度浸漬させた後に乾燥させておくか、または次回使用時まで浸漬させておきます。この際の次亜塩素酸ナトリウム濃度は、目にみえる汚れの付着がなければ0.01%で差し支えありません。また、希釈後の次亜塩素酸ナトリウムを7日間などにわたって用いるのであれば、その濃度チェックを日産アクアチェック®HC（1枚が約20円）などを用いて行ってください。希釈後の次亜塩素酸ナトリウムは、有機物（汚れ）の混入が少なければ、7日間程度は使用可能です。なお、浸漬はフタ付きの容器で行ってください。

4. 清潔、不潔の分けについて

使用後の陰洗ボトルは不潔区域に置いて、清潔な物品と接触させないことが大切です。したがって、カートの最下段を不潔区域として、その区域に使用後の陰洗ボトルなどを置くのも一法でしょう。この不潔区域の消毒はアルコール清拭で対応します。

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。

Q25（老人保健施設における対応、ペニシリン耐性肺炎球菌、PRSP、予防接種、隔離）

45床の療養型です。痰よりペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）が院内で報告あり。2例は同室であり、痰が多く、1例は栄養剤で熱発してしまうため、中心静脈栄養中、他の1例はMRSAもでています。二人を他の患者とは別の部屋に移しましたが、違う階にも痰よりPRSPが出ました。明らかな接触はありません。新しく来た患者を初めての二人と同室にしてもいいものでしょうか。また、一般的なPRSPについて必要な感染予防策があったらお教え下さい。ちなみに保菌者であってもワクチンの効果はあるものなのでしょうか。

A25

現在、PISP,PRSPなどのペニシリン耐性肺炎球菌は肺炎球菌の大多数を占めます。また、肺炎球菌を鼻咽腔などに保菌している人は多数いると考えられます。当然、保菌している人では肺炎球菌性肺炎を繰り返すことが多いです。

ペニシリン耐性肺炎球菌肺炎でも、カルバペネム薬や大量のペニシリンにより十分治療が可能です。しかし、肺炎は治療しても局所の保菌状態は続くと思われられます。

PRSPのヒトからヒトへの感染も報告されていますが、学会報告される程度で頻度がすくないものと考えられます。具体的な回答ですが、

- 1．PRSPを含めて肺炎球菌は、個室管理、隔離は必要ありません。多くの保菌者がいることを考えれば自明です。
- 2．PRSPに対する特別な感染予防対策もありません。うがいの励行（療養型の高齢者では無理でしょうが）、口腔内ケアなど一般的なことを行うべきでしょう。
- 3．肺炎球菌ワクチンは、高齢者には、よい適応があります。行う価値が十分あると考えられます。肺炎患者、保菌者に対する直接的な治療効果は期待できませんが、肺炎予防が期待されます。ただ、局所の副反応が40%位認められます。患者、家族に事前に十分な説明を行い、承諾書を頂くべきでしょう。
- 4．栄養剤で発熱するため、IVHを施行されているようですが、やや危険です。

IVHは本来回復が期待される場合に短期間に限って行うべきです。レビンなどが行えないということでIVHを行いますと長期間となり、いつかMRSA敗血症となり、医原性の重篤な事態が予想されます。特に、MRSAは接触感染が主ですが、医療従事者、患者の多くが潜在的に保菌していることを考慮すると危険です。

栄養剤を変更するか、量を減らして水分を多くするなど工夫してレビン治療に早めに切り替えるべきでしょう。微熱程度でCRPなどの炎症反応を認めないようでしたら、レビン治療を行うべきでしょう。IVHより安全です。

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。

Q26（老人保健施設における対応、MRSA）

当施設は介護老人保健施設（100床）です。最近、MRSAの保菌者や感染者の方の利用者が増えています。

現場では介助時にはプラスチック手袋着用、ビニールエプロンをつけて介助に当たっています。また、入浴の順番や食事の場所の制限もしています。介助の後や利用者が触ったと思われる場所はアルコール消毒を行っています。体温計、血圧計、聴診器など利用者が使うと思われるものは本人専用としています。食事の食器は80～40分の熱湯消毒を行っております。排泄の処理（便・尿の方）は、1回ごとビニール袋に入れるか個別にバケツを用意して他の方とは別に処理をしています。痰からの場合は基本的に個室対応としていますが全ての方を隔離することはできません。また保菌者と感染者の区別が今ひとつ不明確で現場では混乱しております。保菌者の場合は一般的に他者には感染しないので隔離等はしなくてよいとありますが具体的に教えて下さい。

- 1．保菌者・感染者の違いについて
- 2．症状がまったくなければ保菌者とみてよいのか
- 3．保菌者で他者に感染の危険があると判断したい基準はあるか
- 4．痰や便、尿にMRSAが検出され、普段症状はないのですが、時々、1週間～2週間程度に1日のみ発熱することがあります。このような時は終始感染症扱いの対応が望ましいのでしょうか。（特に個室対応の場合は1日中居室になってしまうので不満がたまるようです。）症状が出たときの対応策でよいのでしょうか。
- 5．入院中MRSAが検出されたが発熱などの症状が軽快されて為、施設へ再入所してることがあります。退院直後より保菌者とみなしてよいのか。もし、保菌者としてみならずなら非感染者と同様に扱ってよいのか。
- 6．入浴の順番を考慮していますがいつの時期まで、またはどのようなときに順番を考慮したほうが良いのか。
- 7．酸素飽和度測定器をたくさん用意することは難しいのですが測定器に付着したわずかな菌でも他者に接触感染を起こす可能性が高いのでしょうか。

A26

MRSAは人の常在細菌である黄色ブドウ球菌の抗菌薬耐性株の一つであり、その性状は通常の黄色ブドウ球菌と変わりません。黄色ブドウ球菌は人の鼻腔、皮膚、口腔、腸管などに棲息していますが、感染症を発病することは稀です。このため除菌の必要はなく、また除菌は不可能です。MRSAは健康人の鼻腔からも3～5%程度分離されており、抗菌薬投与を受けた人はさらにMRSAの保菌率が高くなります。このように健康人にもMRSAは常在化しつつあります。一般的に抗菌薬の耐性菌は感性菌よりも病原性が弱く、感染症を発病する患者は感染に対する抵抗力が弱い患者に限られません。MRSAは、外科術後患者（特に、骨関節、循環器、臓器移植など）、血液疾患、免疫抑制療法中の患者、新生児、などの患者に重篤な感染症を惹起することがあり、このような患者を診療する医療機関では厳重な対策が必要になります。

介護老人施設にはこの様な厳しい易感染要因を持つ方は通常は入所されていないと思いますので、MRSAに対する特別な対応は不要です。健康人に対するMRSAの被害は殆ど報告されていませんが、これは通常の感染抵抗力を持つ人にMRSAが付着したとしても発病まで進展する危険性は極めて少ないためです。

MRSAは日本でバンコマシンが発売された1991年以前には有効な抗菌薬が無かったため、感染症を発病した場合に難治化し易いことから、当時は疫学的な対策が強調されました。しかし現在は、アルベカシン、バンコマシン、テイコプラニン、リネゾイド、ST合剤、などMRSAに有効な多くの抗菌薬が治療に使用できるようになり、治療的にも解決された耐性菌になりました。

以上の見解を前提に御質問に回答させていただきます。

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。

1．微生物が人や動物の皮膚や組織などに付着し、定着して増殖を続けるようになった場合を「感染」が起こったといえます。微生物が単に、皮膚、食物、衣類、などに付着したに過ぎない場合は「汚染（コンタミネーション）」といえます。感染した微生物が産生する毒素や組織への侵襲に対して宿主は様々な反応を示しますが、反応が病的な程度まで達して、臨床症状があらわれた場合を「発病」といいます。すなわち保菌者が感染者を区別するのではなく、MRSAを保菌していても放置してよい無症状保菌者が、治療を要する発病者かを区別することが重要です。

MRSAを保菌していても発病していない場合はMRSAの菌量が少ない例が多く感染源となる可能性は低いのですが、発病者では菌量が多く、接触感染の可能性が高くなります。

発病した場合には局所的な症状と全身的な症状がみられます。局所的な症状には、膿（皮膚）、痰（気道）、膿尿（尿路）などがみられ、全身的な症状には、発熱、末梢血白血球数増加、CRP上昇、などがみられます。局所的な感染例は自然に治癒する例も多く、治療を要する例は少ないのですが、全身的な症状がみられる例では本格的な治療が必要になります。ショックを伴う重症敗血症例などは原因となったMRSAが強毒性である可能性があり、例え1例でも嚴重な対策が必要になります。

2．保菌者とみてよいと思います。

3．質問の意味がよく分かりませんが、先に述べたように、保菌者の持つMRSAの菌量は少ないため感染源になることは稀です。MRSA対策では被害を受け易い患者をMRSAの被害から守ることが重要であり、老人施設では、気管切開を受けている患者、誤嚥性肺炎を繰り返して発病している患者などがMRSAの被害を受けやすい患者だと思います。このような例にMRSAが感染しないように対策を講じる必要があります。MRSAは接触感染で広がるのでMRSA発病者の処置をした医療従事者の手指から拡大する危険性が高いので、発病者の処置後の手袋の交換および手指消毒は必要です。

4．通常は発病者を含めてMRSAの保菌者を個室隔離する必要はありません。当院でもMRSA保菌者を個室に隔離するのは、MRSAによる肺炎例で喀痰中にMRSAを多量に排菌している時期のみです。褥瘡、尿路、治療後の肺炎、などのMRSA保菌患者は大部屋で管理しており、特に問題はありません。また、手術予定患者（全身麻酔、骨・関節、循環器、食道・胃など）、ステロイド剤や抗癌剤などの免疫抑制療法を予定している患者、などを除いて、鼻腔からのMRSAの除菌は行いません。

ご質問の件ですが、症状がない保菌者の個室隔離は不要と思います。

5．先に述べたように、感染症が治癒しているためMRSAを保菌していても特別な対応は必要ありません。MRSAを保菌していない入居者と同様に扱って問題ないと思います。

6．MRSA保菌者に関して入浴の順番を考慮する必要はありません。共同で浴槽を使う場合は身体を石けんで洗った後に浴槽を使用するようにすれば十分です。褥瘡がある場合は創面を十分に洗うか、創面を粘着性防水フィルムで被覆してから入浴させて下さい。

7．MRSA保菌者の手指に付着したMRSAが酸素飽和度測定器に付着したとしてもその菌量は少なく、センサーの部分は常に乾燥した状態にあるため、MRSAが接触感染する可能性は極めて低いと思います。このため酸素飽和度測定器をMRSA保菌者専用にする必要はありません。なお貴施設では、体温計、血圧計、聴診器などもMRSA保菌者専用にしておられますが、これも不要と思います。

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。

Q27（老人保健施設における対応、施設内感染対策、MRSA、標準予防策）

施設入所者が病院に入院した際、喀痰検査にてMRSAや緑膿菌が陽性のまま退院を迎えます。その受け入れ後、嘱託医による咽頭培養検査で再検を月に一度しますが、なかなか陰性になりません。

陰性になるまではどのような対応をすればいいのでしょうか。

1. 隔離が必要かどうか。
2. マスク着用を含むガウンテクニックが必要かどうか。
3. 排泄物、ゴミ等、産業廃棄物処理会社に委託が必要かどうか。
4. 居室の管理について 寝具類、衣類、カーテン、食器等
5. 再検査の必要性
6. 介助者、介護者への感染の危険性

A27

まず、陰性にするための除菌は、後述するように必ずしも必要ありませんので、ご注意ください。保菌状態で、いたずらに抗菌薬を使用することは避けてください。

1. MRSA保菌者は原則的に隔離の必要はなく、感染経路の遮断の実践が基本です。

標準予防策（手洗い、手袋、マスク、血液・体液が飛び散る可能性がある処置時のエプロン）が原則で、必要に応じて接触感染予防策（聴診器、体温計などを専用化など）も追加します。

隔離は、感染経路が遮断できない場合で、上気道に濃厚に保菌し咳の激しい患者、熱傷皮膚・創部・褥創などに濃厚に保菌し完全被覆が困難な患者のみに考えます。

緑膿菌は多剤耐性（IPM,CPFX,AMK同時耐性）の場合のみ、原則的に個室管理の方が、スタッフの自覚を促す意味で勧められます。しかし、どうしても必要である、とまでは言えないので、実情に合わせて決めてください。

2. 痰の吸引処置や体液が飛び散る可能性がある処置の際は必要です。会話程度や通常の介助の場合は、手洗いの徹底さえすれば、必ずしも要りません。
3. 通常の感染ゴミとして提出して構いません。MRSA、緑膿菌だから、どう、ということはありません。

4. 寝具、衣類は通常の熱処理でよく、汚染リネンとして洗濯業者に依頼してください。

カーテンは汚れがひどくなければ、必要以上に触れないようにするだけでよいでしょう。食器も通常の熱処理過程があれば十分です。患者がよく触るドアノブやベッド柵、食卓などは、一日1回以上、アルコール手清綿で拭う他は、通常の清掃で構いません。

5. 施設内でMRSA感染症が蔓延した場合は、サーベイランスの形でハイリスク患者やスタッフ中心に検査すべきでしょうが、保菌にとどまっていて、臨床症状が伴わない場合は、頻回の再検査は不要と考えます。

除菌も患者のリスクにより考慮する場合がありますが、全例は要りませんし、漫然としたムピロシンの長期連用は避けるべきです。

6. 当然ありますので、標準予防策、接触感染予防策の徹底をはかり、感染リスクの高い全介助患者、抗菌薬の長期投与例、低栄養状態の患者、褥創患者などに医療スタッフの手指を介した感染を予防すべきです。

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。

Q28（老人保健施設における対応、マニュアル）

高齢者のデイサービス、ショートステイを運営しております。現在、施設運営にあたり感染症対策について、保健所等の関係機関の指導の下、施設マニュアルを作成中ではありますがいくつかの疑問点がありました。

入浴環境

デイサービス 定員50名（うち1日平均20名が午前中に集団入浴）

ショートステイ 定員24名（うち1日平均10名が午後に集団入浴）

循環型浴槽（集団浴）

月曜日にお湯を張り、土曜日にお湯抜き・清掃をしている

（月曜日から土曜日までは同じお湯が循環し続けている）

その他、個人浴槽、機械浴槽を設置

循環型浴槽における塩素濃度2%

1. B、C型肝炎を持つ利用者について「血液感染の為出血していなければ集団（感染をしていない利用者と合同で入浴）での入浴で問題はない」また、「大量の出血が認められなければ身体に傷が見られても集団での入浴に問題はない」との意見でよろしいでしょうか？
2. MRSAを持つ利用者の対応で「体を石けんで洗ってからの入浴が望ましくその後であれば集団（感染をしていない利用者と合同で入浴）での入浴に問題はない」との意見でよろしいでしょうか？（当施設にて把握しているMRSAとは鼻腔検査にて陽性と判定されたものを指します）
3. B、C型肝炎、MRSAとも最後の入浴が好ましいとの意見もあるが、両者が居る場合どちらを最後にすべきでしょうか？（上記2点の質問に関して、入浴順が最後となる場合にご教授ください）
4. 職員として入浴介助をするにあたってすべきことがありましたらご指導ください。

A28

1. ひげ剃りなどを共有しない（貸し借りをしない）ことを徹底すれば問題ありません。
2. 「体を石けんで洗ってから入浴する」はMRSA保菌者に限らず、入所者全員が対象（常識的なこと）だと思います。MRSA保菌者を他の入所者と何ら区別する必要はありません。
3. 入浴順序を考慮する必要はありません。
4. B型肝炎は最も感染の危険性があります。具体的には、ひげ剃りの介助を行った際に手が滑って介助者が自分の手を切ったり、暴れて感染者に噛まれる、などです。
介助者が何らかの感染者の体液に暴露する可能性があれば、原則として、介助者はB型肝炎ワクチンの接種を済ませておくべきです。

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。

Q29（老人保健施設における対応、MRSA、標準予防策）

92歳男性で、肺炎で入院中のところ、肺炎は治癒し、退院可能となったが、在宅介護が十分でなく、デイケアサービスを受けたいとの事で週1回当施設で通所リハビリを開始することになりました。病院からの情報提供書によりますと喀痰からのMRSA（3+）となっております。

- 1．昼食の食器に関しては他の利用者と区別の必要はありませんか。また食事の席は？（別に消毒するなど・・・）
- 2．入浴に関して特別注意することはありますか。
順番も最後にする、特別な消毒（入浴後の消毒）をするなど・・・。
- 3．通所リハは約20名が一緒にリハビリをされますが、本人が咳をされることもあると思うのですが、問題ないでしょうか。認知症のため、こちらの言う事は全く理解困難です。

A29

黄色ブドウ球菌（MRSAを含む）は代表的な化膿菌の一つであり、皮膚・軟部組織感染症、肺炎、敗血症、骨髄炎や食中毒などの感染症の原因菌となります。その一方で、ヒトの常在菌（無害性に鼻咽頭、消化管、皮膚などに存在する細菌）でもあります。そのため、MRSAを保菌することは健康な者においても起こり得ることであり、MRSA保菌者の通所リハビリを受け入れられたことは適切なお判断であると思います。

黄色ブドウ球菌（MRSAを含む）の感染対策は、接触感染対策が基本となります。そのためには、施設利用者の介護やリハビリの前後に職員が、手洗いまたは手指消毒を行なうことが必要です。しかし、これはMRSA保菌者の有無にかかわらず、必要なこととなります。あとは、職員や利用者の手がよく触れる場所（ドアノブ、机、手すりなど）をアルコールなどの消毒薬で清拭するようにしましょう（これは、基本的な環境整備の一つとお考え下さい）。以上の2点に注意することが重要です。

- 1．昼食は同じ場所、同じ食器で食べていただいて構いません。ただし、感染防御能が極度に低下している可能性のある方（例えば、ステロイド薬を服用中とか、皮膚がただれた状態であるとか）とは席を離すなどの配慮をして下さい。食後の食器類も大量調理施設衛生管理マニュアルに則った洗浄をしていれば、分けて対応する必要はありません。食べ残した物に関しても他の方と同様の処理をして下さい。
大切なことは、利用者全員が食事前にちゃんと手洗いをする事です。
- 2．入浴も普通に行なっていたら、入浴後も浴室や浴槽を特別に消毒する必要はありません。しかし、前述したように手でよく触るような所は、アルコール等で清拭をします。入浴の順番も感染防御能が極度に低下している可能性のある方と重ならないような配慮をすれば、最後にする必要はありません。
- 3．常時咳をしているようであれば、サージカルマスクをしていただく必要があると思います（これは、「咳エチケット」といってMRSA保菌者だけでなく、咳の多い方には必要な対応です）。しかし、咳をするかもしれないからという理由でマスクを常に着けていただく必要はありません。また、痰の処理をする場合には、職員は手袋をして行うようにして下さい。処理後は必ず手洗いをします。痰がテーブルなどに飛んでしまった時には、アルコール等で清拭していただければ結構です。

以前にも同様のご質問があり、その時にも高齢者施設におけるMRSA対応についての日本感染症学会の基本的考え方が述べられておりますので、付記しておきます。

- 1）特別養護老人ホーム、老健施設等では特別な保菌者対応を行なわなくても、MRSAの伝播や感染症発生の実害はほとんどない。
- 2）したがって、保菌者の特別扱いは不必要であり、保菌を理由に施設利用を断ってはならない。