

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。

Q1 (MRSA、老人保健施設における対応、標準予防策、接触感染予防策、職業感染予防策)

「医療従事者・介護施設利用者のMRSA陽性者の対応について」

現在、当施設ではクリニックと介護施設（デイケア）が繋がっておりデイケアでは60歳～80歳くらいの年齢層です。（それ以上の方も多数ご利用されている状況です。）

退院後リハビリ目的でご利用される方が多いですが、入所時に簡単な健診に加え感染症（肝炎・梅毒・MRSA）の検査をさせて頂いております。

入所後も定期的に4か月に1回を目安にMRSAチェックを鼻腔よりしています。その際、MRSA陽性となった方に関しては医師への受診により抗菌薬を処方してもらっていました。特に患者本人は無症状です。また、職員に対しても年1回MRSA試験を行っています。極稀に職員でもMRSA陽性者ができます。この際も治療をしてもらっていました。

今回、院内感染対策指針を作成するにあたり、日本医師会の指針モデルを参考に作っていたところ、

【「5-6. 抗菌薬適正使用の7」の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の症例に対しては抗菌薬の投与による除菌は行わない】とあります。

当施設では、今まで定期的な検査を行い、除菌をしまいましたが、今後はどのように対応したら良いかご教授お願いしたくご質問させて頂きました。

お年寄りの利用者が多いので、不顕性感染が広まるのを恐れています。

A1

ご質問の中にもありますように、MRSAなどの薬剤耐性菌であっても、検出された方が全く無症状で、感染徴候を認めない時には、除菌を行うことは推奨されていません。

実際にはムピロシン軟膏による鼻腔の除菌をなされていると考えますが、今後、ムピロシン耐性のMRSAを惹起する可能性もあり、安易な使用はむしろ控えるべきと存じます。

また、極めて強い免疫不全患者や、大きな手術前の患者ではそのような除菌もある程度必要な場合もありますが、高齢者というだけではその範疇ではないと考えます。ましては従業員ではなおさらです。

しかし、現実には感染症ハラスメントとして、何か集団感染が発症すればマスコミなどで取り上げられ、社会的な問題となることは承知しておりますが、定期的な培養検査を実施しても、陰性と判断された方に対する感染対策が不適切になる方がデメリットと考えます。標準予防策の考え方に立ち返って、手指衛生の励行や、個人防護具の適切な使用など職員教育に重点をおかれたほうが宜しいかと存じます。

それによって、ノロウイルスなど培養検査では検出できない感染症の発症も防ぐ効果が高いと考えます。

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。

Q2 (MRSA、接触感染予防策、飛沫感染予防策、標準予防策)

現在、アルツハイマー型認知症で入院中の患者に肺炎症状があり喀痰からMRSAが検出された件での相談です。

【経過】

- 4月30日 喀痰から(1+) MRSA検出 個室隔離 標準予防策
- 5月 7日 喀痰から(3+) MRSA検出
- 5月18日 咽頭ぬぐい液(3+) MRSA検出 喀痰採取できず 症状改善
- 5月26日 咽頭ぬぐい液(2+) MRSA検出 喀痰採取できず
- 6月 2日 咽頭ぬぐい液(1+) MRSA検出
- 6月 8日 咽頭ぬぐい液(1+) MRSA検出

細菌検査はこのような経過を追っています。症状改善がみられ、喀痰採取が困難となっている現状でやはり3週連続陰性を待って終息しなければならないのか、それとも保菌者として扱っていいのか教えて頂けないでしょうか。

A2

ご質問が何を終息したいのか、がはっきりしませんので、一般論になりますが、以下に述べます。

まず、MRSAが検出されているのですから、保菌者であることは間違いないですので、保菌者として扱います。

保菌者の取り扱いについては、各病院の規模や個室の空き具合、職員の感染対策意識のレベルでそれぞれ異なります。咽頭や気道の菌は治療をしてもなかなか除菌ができません。

この患者がなかなか退院できない、という場合で個室が不足である場合、さらにそれほど咳をしていない、気管切開などしていない、などであれば個室隔離までは必要なく、むしろ易感染患者を逆隔離していく工夫など必要になります。

3週連続陰性という基準がどこから出てきたかは不明ですが、標準予防策、特に接触予防策の徹底を職員に促せば大部屋で全く問題ないと考えます。

治療に関しての終息、の意味であれば下記をご参照ください。これが少なければ、定着・保菌なので治療は直ちに止めて構わないと思います。

(抗MRSA薬使用の手引き：日本感染症学会、日本化学療法学会) 参照

検出されたMRSAが定着・感染の区別(喀痰、尿、便、分泌物、カテ先)には下記の項目を参考に判断する。チェック項目が多いほど、可能性は高くなるが、臨床経過やその他の症状を参考にする。

肺炎	発熱、咳などの臨床症状がある 画像で肺炎の存在を確認 白血球数・CRPなど炎症症状が陽性 膿性喀痰、グラム染色で貪食像がある 喀痰中にMRSAが 10^{6-7} CFU/mL以上存在する
尿路感染症	発熱などの臨床症状がある 膿尿の存在 尿中にMRSAが 10^4 CFU/mL以上存在する 白血球数・CRPなど炎症症状が陽性
腸炎	発熱、下痢などの臨床症状がある 白血球数・CRPなど炎症症状が陽性
皮膚潰瘍、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、皮膚・軟部組織感染症	発熱、発赤・腫脹・熱感・排膿などの臨床症状がある 白血球数・CRPなど炎症症状が陽性

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。

Q2-2 (MRSA、飛沫感染予防策、個室隔離)

この度は当院の相談内容への回答をいただきありがとうございました。

質問の内容が不十分にもかかわらず、大変わかりやすく丁寧な説明でとても参考になりました。

実際のところ、個室隔離解除の基準についての質問でしたが、回答の中に「MRSA検査の3週間連続陰性をもって解除となる」ことへの疑問がありましたが、(他の病院でも同じような基準となっていました) 逆にそれは特別推奨されたものではないのですか？

A2-2

MRSAが痰から大量に分離される場合で、患者が咳・くしゃみを頻回にしていたり、気管吸引処置を頻回にしなければならぬ場合は、確かに飛沫予防策が必要になります。飛散する範囲は、1mを見れば良く、個室隔離が望ましいとは言えます。

ただし、日本の医療事情からすれば全員個室というわけにはいかず、MRSA患者をひとつに集めて管理する(コホーティング)方法をとる場合もあります。それも不可能な場合、隣のベットとの間隔を2m以上保つ、あるいは患者間にパーテーションやカーテンによる仕切りを設けることで、便宜的に対処する場合もあります。医療行為はサージカルマスクあるいはガーゼマスクを使用しながら、ということになります。ですから、MRSAが痰から出ていても必ずしも個室隔離という対策はそもそも無理ですし、強い推奨ではありません。

次に、痰からのMRSAが分離されなくなり、咽頭だけになった場合を考えます。患者が咳などしていなければ、もはや飛沫予防策も要らない状況になった、と言えます。この場合は、接触予防策と標準予防策の徹底で良くなります。むしろ、その場合でも個室管理は望ましいですが、その推奨度は飛沫予防策よりさらに低くなります。

すなわち病原体の種類や排菌量に基づく個室隔離の基準は、欧米においてもわが国においても明確ではありません。急性アデノウイルス出血性結膜炎や結核の場合は、強い推奨になりますし、排菌部位を覆えないMRSA、VRE患者も優先して個室隔離すべきでしょうが、排菌量が少ない保菌患者は、個室隔離の必要性は薄い、と言えます。病院の実情に合わせて優先順位を考えるのが現実的な対応です。

前回は触れたように、MRSA肺炎はVCMで治せても、気道移行が悪い薬なので、気道定着MRSAはまず消えません。仮に培養されなくても少量は残存し、宿主の状況によっていつ増菌しても良い状況にあると言って良いです。3週間陰性に意味はないと思います。

個室隔離の主たる目的は、MRSA分離患者から他の患者にMRSAを渡さない、という点にあります。保菌患者でも排菌リスクがある以上、隔離するに越したことはありません。が、吸引処置頻回患者・下痢患者・排膿患者など、手洗いなど接触予防策を徹底しても汚染のリスクが大きい患者をまず優先する、それは感染患者であろうが保菌であろうが優先されるべきで、解除の基準や推奨という概念はことMRSAに関しては無いと考えます。