

Q 33

インフルエンザの大流行時に、個室が不足した場合の対応としてカーテン隔離やベッド間の距離によって効果があるでしょうか。また、解熱後に何日間まで隔離する必要があるでしょうか？

A

インフルエンザウイルスは飛沫によって感染します。飛沫は水分を含んでおり発生後すぐに落下して、長く空中を漂うことはありません。考え方としてはベッド間隔が1m以上あいていれば伝播しないと考えられます。しかし、インフルエンザウイルスは、環境表面でも生き延びることができるため、飛沫で汚染した手指や環境、物品を介しても感染します。また、気密性の高い狭い部屋では飛沫核感染も起こるといえる考え方もあります。つまり、大部屋収容するほうが、個室収容するより感染防止策の徹底が難しいといえます。個室収容または、インフルエンザ発症(疑いを含む)患者を同室に収容するコホーティングを基本とします。

個室がなく、止むを得ず大部屋収容するのであれば、感染防止策を徹底します。患者には咳エチケット(咳やくしゃみをするとき、鼻や口をティッシュペーパーなどで覆うことなど)を実施するように指導します。医療従事者は、マスク、手指衛生を徹底します。飛沫予防策なので、処置やケアが必要な患者では、ガウンの着用も必要になりますが、大部屋では着脱など管理が難しい場合もあると思われます。着脱する場所や手指衛生をどこで実施するかなど、明確にしておかなければ現場が混乱します。

カーテンが閉まっていれば咳エチケットの必要がないということではありません。カーテンを閉めていると、隣の患者に直接飛沫が及ぶことはありませんが、口や鼻から排泄されたウイルスの混ざった気道分泌物は、周囲の環境を汚染します。カーテンの意味は、大部屋で隔離しているのだという目印と考えた方がいいと思います。ベッドを仕切るカーテンが気道分泌物で汚染された場合は、患者退室後にカーテンを交換する必要もあります。

またインフルエンザでない患者がいる大部屋に入院した場合は、同室になった患者になんらかの説明をし、了解されなければトラブルの原因となることもあります。本来、患者のプライバシーにかかわることですので、説明をすべきではありませんが、咳嗽や鼻汁などの症状があって、医療従事者が感染対策を実施していれば同室者には、隣のベッドの人がインフルエンザだとわかります。流行期には、他からの感染も十分に考えられますが、同室者にインフルエンザ発症患者が入院していれば、同室者から感染したということになってしまいます。施設としての管理上の問題だけでなく、患者間のトラブルのもとになりかねません。

鼻汁からのウイルスの排出は通常7日間程度持続します。免疫レベルの低下した患者や幼児、また、その他の患者でも咳嗽や鼻汁などの症状が持続していれば長期化することがありますので、患者の状態に応じて判断すべきです。しかし、流行期には患者数も多く、免疫レベルが低下した患者ばかりではありません。施設の中で、解熱や症状の有無を目安に隔離解除の基準を設けて対応されるとよいでしょう。学校保健法では解熱後2日間を経過するまで出席を停止する。ただし医師が感染性なしと判断した場合は、この限りではないとなっています。解熱後48時間まで隔離対策を実施し、患者自身のマスク着用を数日間継続するなどの段階を設けると、長期にわたって個室隔離する必要がなくなります。症状の改善に伴って排出されるウイルスは減少するので、迅速診断検査などで陰性を確認して隔離解除する必要はないでしょう。

文献

- 1) 岡部信彦監修：インフルエンザ R-book2003日本版—小児感染症の手引き—米國小児科学会編集，日本小児医事出版社，東京，p382-389，2004
- 2) 矢野邦夫訳：医療ケア関連インフルエンザ 医療ケア関連肺炎防止のためのCDCガイドライン。メディカ出版，大阪，p80-88，2004