

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。

Q58（標準予防策）

ペーパータオルの導入について

当院の現状：リースのロールタオルを設置し使用している。すべての洗面、手洗いに設置されているわけではないので、ステーションに戻って手洗いをするか又は病室の入り口に設置している手指消毒剤を使用するという状況である。

今回、手洗いをいつでもどこでも推奨するために、ペーパータオルを導入したいと考えています。感染防止において、ペーパータオルが良いという根拠、資料があれば教えていただきたいと思います。

A58

手洗い後の手指の乾燥には布タオル、紙タオル、電動式手指乾燥機（ジェットタオル®）があります。これら3つの方法を比較した検討では、電動式手指乾燥機が最も手指の残存微生物の減少が多く、布タオルが最も減少が少なかったとの報告があります（Am J Infect Control:243-249,1991）。また紙タオルと電動式手指乾燥機の比較では、手指の残存菌数に差がみられなかったとする報告もあります（J Hosp Infect:85-88,1987）。一方、総説で引用されていますが原文が入手できないため詳細は不明ですが、電動式手指乾燥機で手指を乾燥させると逆に細菌数を増加させるとする報告もあります（インфекションコントロール:1178-1186,1999）。

また手洗いに関するガイドラインとしてCDCとAPICよりガイドラインが作成されています（CDCのホームページより参照可能）。それらのなかでは両者とも紙タオルを推奨しています。

病室における手洗いでは、使い回しの布タオル使用は厳禁すべきです。前述しましたように布タオル使用は電動式手指乾燥機や紙タオルと比べ劣っていますし、現実的に新しい布タオルを各病室で毎回用意するのは不可能でしょう。電動式乾燥機は音がうるさく病室には不向きで、一人乾燥するのに30秒近くかかりその間、他の人は乾燥できないなどの欠点があります。また紙タオルもコストやゴミ処理といった問題点がありますが、現在のところ各病室においては紙タオルを用い手を拭くことが最もよい乾燥法であると考えられています。

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。

Q59（標準予防策）

当施設では排泄介護のオムツ交換時に予防着を着用しておりますが、過日先進的ケアを実施しているとの評価の高い某施設を見学したところ、予防着は感染症のケアをするときには使用するが、普段はまったく着用しないと話を伺いました。また、その後当施設にて職員研修会を実施した際の講師の話では、予防着は着用するのが当然と言われました。

施設内感染対策ならびに予防の立場から、どちらがよいでしょうか。

A59

手袋・エプロン・マスク・ゴーグルなどの保護用品は、交差感染の防止と医療従事者の保護のために実施されるものです。CDCの標準予防策では、ガウンやエプロンの着用について、「患者の湿性生体物質（血液・体液・排泄物など）で衣類が汚染される可能性があればガウンやプラスチックエプロンを着用する。」としています。これらを踏まえてオムツ交換時の予防衣の着用について考えてみたいと思います。もちろん、感染対策・予防の観点から最も重要なことは手洗いであるということになります。その上で予防衣について考えてみますと、交差感染予防の点からいえば、オムツ交換も体液によって衣類が汚染される可能性があるため、着用することが望ましいと考えます。ただし、多人数の方のオムツ交換を同時に実施する場合など、同一の予防衣をつけたまま（予防衣を着けているからと汚染を気にせず）他の方のケアに移行するようでは着用の意味が半減するように思います。しかし現実的には、オムツ交換の度に、個々の患者一人一人予防衣を交換することは無理だと思います。ですから、基本は手洗いとし、感染症だけに限らず、汚れたら交換することを原則にし、患者の状況によりオムツ交換時に濃厚な接触が必要な方や、あるいは下痢や失禁状態で汚染がひどい方などは患者ごとに予防衣をつけることが必要ではないかと思います。

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。

Q60（標準予防策）

当法人は高齢者福祉のケアハウス50人定員、グループホーム9人定員、デイサービス25人定員及びホームヘルプステーション利用者約50名を運営しています。

職員健康診断で介護職員の中にC型（GOT45、GPT58）肝炎（キャリアかどうか不明）、B型（GOT170、GPT359）肝炎ウイルスのキャリアー、各1名がいることが判明しました。両者ともに高齢者を直接処遇する介護職であります。

感染症対策の観点からこれらの者をどのように取り扱えば良いのかわかりません。

A60

職員のB型肝炎、C型肝炎罹患者の処遇について

職員の中にB型肝炎、C型肝炎の罹患者が発見された場合に、管理者として悩ましいのは当然だと思います。

ウイルス性肝炎の感染源は主として血液であり、唾液、尿、便、精液などもあり得ると言われています。一方、感染経路は輸血や血液で汚染された注射器による病原体の接種か、経口感染です。

そこで、介護職員は手洗いを厳格に行い、看護衣ないし前掛けを着用して患者に接するようにすれば、一般職員と同様に勤務してよいと考えます。用便後の手洗いを（とくに女性の生理時）洗剤を使ってしっかりやってもらうとか、清潔な衣服を着用してもらうことが必要でしょう。

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。

Q6 1 (標準予防策)

東京都健康局より配付の「院内感染予防対策チェック」1. 標準予防策の具体的手法 1-1 手洗いの項目中で「固形石鹸を使用している場合は、乾燥しているか」というチェック項目、「液体石鹸の液はつぎ足して使用していないか」というチェック項目があります。当院では固形石鹸と液体石鹸を併用しておりますが、固形石鹸については頻繁に使用するため、乾燥していることはあまりありません。やはり固形石鹸は乾燥していないといけないものでしょうか。また、液体石鹸についても経費面の理由で、つぎ足しを使用しています。液体石鹸のつぎ足しもよくないのでしょうか。それぞれの理由についてデータ等もあれば併せてご教示下さい。

A6 1

東京都健康局配布のチェックリスト作成者の真意はわかりませんが、「固形石鹸の受け皿に水が溜まっていないか」という意味だと思われます。手洗い場の周囲は、汚染した手の洗浄水のはね返りなどにより特にグラム陰性桿菌などの水場を好む細菌が増殖しやすい場所です。固形石鹸は汚染した手で操作されるため、石鹸から滴る水も細菌汚染していることが予測されます。受け皿の水が溜まりやすく、溜まったまま長く放置されることによって、石鹸が汚染され、使用されるたびに手の汚染を助長しかねません。石鹸が乾燥している状態にするためには、手洗い回数が極めて少ない状態となりますから、石鹸が乾燥ということは実際的ではないと思われます。受け皿の洗浄と水切りが重要かと思われます。石鹸もできれば大きなものではなく、頻回な交換を容易にするため小型のものを選択したほうが良いと言われています。

液体石鹸の注ぎ足しは、水場にある容器であり、汚染した手が触れるものですから、容器の各部から微生物は検出されます。注ぎ足しする際に、これら容器外側に付着した細菌を内部に混入させる可能性もあります。液体石鹸の中で混入した菌が増殖すれば、洗浄される手に次々と汚染を拡大することになりかねません。再使用する場合は、十分に洗浄し乾燥することで、水場を好む菌が除去されると考えられます。実施者に意味を含めて指導し、徹底する必要があります。

具体的な文献としては、米国の基本となる文献に以下のものがあります。現在、改訂が行われておりますが、この部分に関しては特に新たな改訂はないようです。

APIC Guideline for Handwashing and Hand Antisepsis in Health Care Setting

<http://www.apic.org/pdf/gdhandws.pdf>で原文を参照できます。原文の中に根拠となる文献も掲載されておりますので、参考にしてください。日本語訳はジョンソン・エンド・ジョンソンメディカル株式会社JJMI事業部が無料配布しています。

その他、下記文献にも液体石鹸ボトルの汚染について記されています。

Catherine Sartor, et al. : Nosocomial *Serratia marcescens* infections associated with extrinsic contamination of a liquid nonmedicated soap, *Infect Control Hosp Epidemiol* 21(3), 196-199, 2000

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。

Q62（標準予防策）

C型肝硬変 食道静脈瘤 タムシ（下半身）

（既往歴）30歳代 子宮筋腫
60歳代 肝臓病発症
H9年 食道静脈瘤
H13年 下痢がひどい為検査入院（胃、腸にポリープあり）

食道静脈瘤に関しては医師より手術を勧められましたが本人、家族の了解を得られずそのままとなっております。

1. 食事について

- （1）食器は分けた方がいいのですか。
- （2）吐血した時食器はどうすればいいのですか。

2. 入浴について

- （1）タオルの消毒はどうすればいいのですか。
- （2）浴槽は中性洗剤で洗うだけでいいのですか。
- （3）タオルに血液がついた時はどうすればいいのですか。
- （4）出血のある傷にはどうすればいいのですか。
- （5）入浴介助をした職員の消毒はどうすればいいのですか。
デイサービスでできる感染対策を教えてください。

A62

C型肝硬変、食道静脈瘤、タムシ患者について

1. 食事について

- （1）食器については、とくに分ける必要はないと思います。ただ、食事後の食器については、熱湯につけた後に洗浄するのがよいでしょう。また、職員の感染防御のために、洗浄時には手袋の使用が望ましいかもしれません。
- （2）吐血時の食器については、血液で汚染されていれば感染源となりますので、煮沸消毒したのちに洗浄すればよいと思います。いずれにしても、吐いた血液で汚染されたところは、70%エタノールで消毒する必要があります。あるいは2w/v%グルタラル液の消毒でもよい。

2. 入浴について

- （1）タオルの消毒は煮沸消毒でよいと思います。高圧蒸気滅菌すれば最善でしょう。
- （2）浴槽は中性洗剤でよく洗い流すことでよいと思います。
- （3）タオルに血液がついた時には、2w/v%グルタラル液に浸した後、洗浄する。熱湯消毒の後に洗浄でもよいでしょう。血液は落ちにくくなっています。
- （4）出血のある創はポビドンヨード液で消毒して、ガーゼをあてて固定すればよいでしょう。
- （5）入浴介助をした職員の消毒は前掛けのアルコール消毒、四肢の石鹼による十分な洗浄でよいでしょう。

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。

Q63（標準予防策）

C型肝炎保菌者が利用されることとなり、その対応方法についてご指導下さい。

利用者の状況：男性（86歳）、C型肝炎保菌者、ADLはほとんど全介助 火傷により、左手背及び右第1指内側部に水疱があり、処置中。また、ペニスの尿道から膿状の滲出液あり。

当施設で考えている予防と対策：福島県社会福祉協議会感染症対応マニュアル策定委員会で策定された「感染症対応マニュアル」に基づき、

予防と対策の原則

B型と同様、汚染された血液との接触を絶つことを原則とし、感染している血液に触れないよう、

イ：日用品の中でも血液に汚染されやすい、カミソリや歯ブラシ、タオルなどは専用とする。

ロ：キャリアーの人の血液の取扱には使い捨て手袋などをして直接触れない。

ハ：血液で汚染したものは、次亜塩素酸剤で消毒する。

具体的予防と対策

イ：ペニスの尿道から膿状の滲出液があるため、排泄介助時、介助者はディスポーザブルグローブを着用し、汚染したタオル等は次亜塩素酸ナトリウムで30分以上消毒後、洗濯する。消毒液は、12%次亜塩素酸ナトリウム（これを原液という。）を、30倍に希釈する。

ロ：入浴介助

家庭浴槽を使用し、お湯を抜いた後、原液の次亜塩素酸ナトリウムを浴槽内面全面に噴霧し消毒する。

また、洗身場所等キャリアーの人が使用した浴槽内床にも、原液の次亜塩素酸ナトリウムを噴霧し消毒する。なお、介助者はディスポーザブルグローブを着用する。

1. 前項の内容に関し、適切かどうかをご指導願います。
2. 1と重複しますが、滲出液も感染の恐れがあるのですか。入浴介助時の対応についても指導願います。
3. キャリアーの人から介助者等が、感染する危険がある場合とは、キャリアーの人の体液が介助者等の傷口に接触した場合と考えますが、
(1) 介助者等の傷口の程度は、どの位まで注意が必要ですか。
(2) キャリアーの人の感染源は、体液全てですか。

A63

1. 基本的には良いと思います。使用する次亜塩素酸ナトリウムはその都度新しい液と交換するとともに換気に注意して下さい。再利用する医療器具は「Spauldingの分類」に従い、使用される局面に合わせて適切に処理して下さい。
2. 滲出液も感染の恐れがあります。血漿成分が豊富に含まれているため、十分感染性があります。入浴介助時の対応は下記を参照下さい。
3.
(1) 見た目に認識可能な創面は全て同一に扱ってください。疼痛等があり視覚的に判断が難しい場合は、創面として扱ってください。
(2) 米国疾病管理センターCDCの提唱する標準予防策の基本ルールをおさらいしましょう。汗以外の全ての体液は感染に関与する程度にこそ差はあれ感染源と考えて良いでしょう。口腔、粘膜面も同様です。

[追加解説]

介助者のHCV曝露感染予防はCDCの提唱する標準予防策スタンダードプレコーションの徹底をはかることが基本と言えます。患者の創部・排膿部の状況と介護内容に応じて、曝露予防策を講ずる必要があります。簡単な介助で着衣への曝露を防ぎたいのであればプラスチックエプロンでも構いませんが、患者の創部・排膿部が解放された状態で入浴される場合には、プラスチック製のガウンによる曝露予防策をお勧めします。不織布製のエプロンやガウンにバリアープレコーションの必要十分条件を満たしていません。創面に触れる場合は無菌手袋を着用します。創面のある患者の入浴介助を行う際にも、ディスポーザブルの手袋を着用します。

浴槽の消毒に次亜塩素酸ナトリウムの噴霧消毒を行う件ですが、手技者の塩素の呼吸器曝露上の問題から勧められません。また、あらゆる消毒薬でも同じですが「噴霧消毒」は原則的に望ましい消毒手技ではありません。霧状に消毒液が出ると付着面と非付着面とに別れ、全ての対象局面を消毒することが困難だからです。噴霧器で消毒薬を使用した際には、用手的に付着面を拡散させまんべんなく消毒薬を拡げます。噴霧による消毒は手技者の呼吸器系への曝露が心配されます。この点で、粘膜刺激性のある高度水準消毒薬や、次亜塩素酸ナトリウム、イソプロパノール等是不適切です。

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。

一般的に考えて、明らかな創面のない肝炎ウイルスのキャリアーの方の入浴後の浴槽の清拭は、浴槽洗剤を用いた通常通りで全く問題ないと考えます。

また創面のある場合は入浴用の保護ドレープフィルムで創部を覆い曝露予防を行えば、滲出液の漏出は最低限に抑えることができます。最悪、排膿創部のある場合は温水で洗浄し付着微生物量を減らした上で入浴するか、創面が治癒するまではシャワー浴で対応します。入浴後の浴槽の処理は十分な量の温水で流したあと、通常の浴槽洗剤で洗浄します。気になる場合は、使用後に残留性のない70～80%消毒用エタノールで清拭して下さい。

HCVの場合は、患者の血中ウイルス量がHBVに比べ非常に少なく、チンパンジーの感染実験より、その量はHBVの1/10万～1/100万という結果が報告されています。また、HBV同様、血中のウイルス量の1/1,000～1/1万程度が唾液および汗に分泌されますが、この程度の量では感染性はないとする報告もあります。すなわち、既にHBV対策が十分にとられている施設であれば、その手技が適切であれば同様の手技を踏襲することでHCV対策はすでにとれていると考えて良いでしょう。下記に参考書・文献等を列記しますのでご参考下さい。

[HBV・HCV患者の院内生活管理]

個人専用物品	カミソリ、歯ブラシ、手拭いは各自専用
入浴	健康な状態の場合制限なし
生理中の入浴	最後に入浴し、浴槽を洗浄・消毒
食器	特別扱いしない
排泄物	本人に手指洗浄を指導。排泄物は消毒不要
オムツ	使い捨て紙オムツを使用。布は消毒後に再使用
体の清拭	制限なし（出血・感染病巣のある場合は制限あり）
本、雑誌類	血液汚染のない限り制限なし
行動・面会	制限なし

[参考文献]

1. 病院における隔離予防策のためのCDC最新ガイドライン、Julia S.Garner , RN , MN , HICPAC 監訳小林寛伊、翻訳向野賢治、メディカ出版、1996年7月。
2. 消毒と滅菌のガイドライン、厚生省保険医療局結核感染症課監修、小林寛伊編集、へるす出版、1999年。
3. 院内感染予防対策のための滅菌・消毒・洗浄ハンドブック、ICHG研究会編、メディカルチャー、1999年12月。

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。

Q64（標準予防策）

入所者 女性 69才 昭和50年僧帽弁狭窄手術 平成3年再手術 平成7年脳梗塞（左半身不全マヒ）
HCV（+）平成14年8月 痔よりの出血にて貧血（Hb8.5g/dl）にて入院治療。平成14年10月5日入所後
痔よりの出血は持続的で、毎日、数cc～10数ccの出血があり、発作的に数10ccの出血を認めます。また、
時々口腔内出血を認めます。現在、トイレはポータブル（本人専用）。食器は本人専用（別処理）、入浴は
（共同浴室）最後にしています。排便時、トイレへの移動、下着の上げ下げ、排便後の清拭等は、全て職員
が行っており（手袋使用）、痔出血の血液に接触致します。洗面台、ポータブルトイレ、浴室、本人使用の
車椅子（衣服を通して血液がにじみ出る）の消毒。対策（感染）等についてご教示お願い致します。また、
汚染血液のついたカーペット、スタッフの衣類の処置等についてもお願い致します。なお当苑には肝炎ウイル
ス用の消毒液はありません。

追伸、ワーファリン®1mg、バイアスピリン®内服中であります。

A64

車イス、介護が必要なHCV抗体陽性の方の痔出血に対する対処に関する質問です。

最初に、血中のHCV-RNAが陽性が否かを御確認下さい。HCV抗体が陽性でもHCV-RNAが陰性の方が
しばしばおられます。過去にHCVに感染したが治癒したと考えられる方です。このような方では、HCV抗
体価が低いのが通例です。もし、HCV抗体価が低く、かつHCV-RNAが陰性であれば、HCVに対する特別
な処置は必要無いと思われれます。

以下、HCV-RNA陽性の場合の対処法を記します。

- 1) まず、汚染された箇所をできる限り流水で洗い流すことが必要です。この作業によって十分な希釈がな
されれば、場合によっては感染性をなくすことも可能です。特に、汚染血液が乾燥している際には、消毒
薬の効果が減弱されますので、この作業は重要となります。
- 2) HCVに有効な消毒薬としては、塩素系消毒剤である次亜塩素酸剤（クロラックス®、ピューラックス®、
ハイター®、ミルトン®、など）、非塩素系消毒剤である2%グルタラル液（ステリハイド®、グルトハイ
ド®、など）、消毒用アルコールがあります。2%グルタラル液は最も強力な消毒剤ですが、刺激臭が強
く発ガン性も指摘されているため、本件のような事例には使用不可能です。洗面台、ポータブルトイレ、
浴室、車イスの消毒については、有効性が確認され、かつ従来から広く使用されてきている次亜塩素酸剤
を使用するのが適当と思われれます。6%液を50倍程度に希釈して30分から1時間程度消毒します。但し、
金属に接触すると腐食するという欠点があります。次亜塩素酸剤が使用できない金属部分に対しては、や
や消毒作用は劣りますが、消毒用アルコールで十分に清拭する等の作業がよろしいかと思われれます。

汚染血液のついた衣類は、0.5%次亜塩素酸剤に20分以上浸漬します。カーペットに血液が染み込んだ
場合は、残念ながら十分な消毒は困難かと思われれます。汚染が予想される場合は、防水カバーで覆ってお
くべきでしょう。

なお、この患者では、出血を予防することはできないのでしょうか？ワーファリン®使用の再評価、あ
るいは痔核への外科的処置等を行ない、出血を防ぐことが感染制御上、最も肝要かと考えます。

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。

Q 6 5 (標準予防策)

当院の病床規模は93床(一般病棟51床、療養型病床42床)です。その内ICU2床、CCU1床を設置していますが、建物の構造設備が古いため十分な手洗いの設備、水道工事などの改造が思うように変更できません。病院職員の手洗いの励行、水周りの清掃など啓蒙活動も行っていますが、本格的な病棟改善工事の期間(約6~8ヶ月の間)においてICU・CCUなどにおいて効率的な手洗いが行え、移動可能な洗浄システムとして優れた製品を検討していますが見当たりません。このようなシステムの具体的な製品名、メーカーなどをご紹介下さい。また水道設備の乏しい医療設備に対し有効な方法等の対策法などがあればご紹介下さい。

A 6 5

1. ご要望されている「移動式手洗い器」として販売されているのは、下記の機種のみです。およその構造は、20 の給水タンクと20 の排水タンクが移動式のシンク台の中に内蔵されておりポンプによって給水されます。このため電源は必要です。

会社名：(株)エレミック

商品名：可動式手洗いユニット・じゃぶじゃぶELE-1®

規 格：D450×W550×H935

値 段：14万円(定価)

電 話：03-5399-1113

他にハンドステリライザー：NDX-16HW^Rという商品が(株)OMCOより発売されていましたが、現在は発売中止になっています。

2. 水道設備が不足している場合の対応

1) 標準予防策に準じて使い捨てのプラスチック手袋を用いることをお奨めします。

2) また、プラスチック手袋装着後のラッピングは、何も添加していない消毒用エタノール、または70%イソプロパノールの30秒間消毒で十分です。

3) 手荒れが気になるようでしたら、簡易式のハンディタイプの速乾性消毒剤が発売されていますので、問屋に尋ねて下さい。(水道設備が不足している場合、CDCのガイドラインにもハンディタイプの速乾性消毒剤の使用が奨められています。)

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 6 6 (標準予防策)

当院整形外科医37才男性が骨折の手術中に骨の断端で手指を傷つけてしまい、出血を認めました。当日の検査ではHBs抗原・抗体とも陰性でしたが、2週間後の採血でHBs抗原 (CLIA) +0.06と軽度ですが陽性となっております。GOT/GPTは35/69、以前から軽度の上昇あり、あまり変化していないようです。患者はHBs抗原陰性、HCV抗体陽性でした。今後の対応につき、ご教示下さい。

A 6 6

HBs抗原CLIA法は鋭敏な検査法です。0.06でも一応陽性と考えられます。以下、可能性を箇条書きします。

1. HBs抗原をCLIA法ですぐに再検査する必要があるでしょう。HBs抗原の偽陽性は頻度こそ少ないですが低タイターの場合は可能性があります。偽陽性であれば再検査では陰性となり、真に陽性であったならば抗原価が上昇しているはずです。同時に、HBc抗体を測定してしておいた方がよいかと思えます。
2. その医師が過去にHBワクチンを接種してHBs抗体陽転化していたか(たとえ現在HBs抗体陰性でも)、確認して下さい。もしあれば、今回の結果は偽陽性の可能性が高いかと思えます。
3. 今回の出血後、その医師にHBワクチンを接種されたのでしょうか? もしされたとするとHBワクチン中のHBs抗原を測定している可能性はあります。
4. 患者のHBs抗原は陰性とのこと。HBc抗体とHBs抗体を知ることは有力な情報となりえます。HBc抗体のみが単独陽性であれば、B型肝炎ウイルスが存在する可能性があり、感染源となりえます。
5. いずれにしても現時点ではHBs抗原の再検査が最も有力な手段です。もしHBs抗原価が上昇してきている場合は、残念ながらHBIGなどは効果が見込めませんし、投与してはいけません。経過を観察し、肝炎が起これば一般の急性B型肝炎と同様に対応します。

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。

Q 6 7 (標準予防策)

成人の麻疹や風疹、水痘、流行性耳下腺炎などに伴い入院を必要とする場合、他の患者から隔離のため、個室入院必要でしょうか。(大部屋でも可能かどうか?) 当院は内科・外科・整形外科・眼科・口腔外科を有しており、高齢者の多い病院です。小児科・産婦人科はありません。

A 6 7

麻疹・水痘は空気感染で風疹・流行性耳下腺炎は飛沫感染です。従っていずれも個室隔離が必要です。特に成人麻疹は重症化することがありますので注意が必要です。医療従事者への感染も十分に考慮しておくことが大切です。同じ感染症であれば大部屋でも可能です。

参考文献

小林寛伊ほか エビデンスに基づいた感染制御 80-82 メヂカルフレンド社 東京 2002

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 6 8 (標準予防策)

見えない細菌を喀痰より検出致しましたので、それに対する対応をよろしくご教授下さい。

当院では膠原病患者が比較的多く、ステロイドなど免疫抑制剤を大量に投与されている患者も多い状況です。そのため、感染に対して抗菌薬を使用することが多いのが現状です。そのため、MRSAやMRSEが検出されることが多く、原因菌と判断されるとバンコマイシンの投与を受けることが多々あります。そのため、喀痰から検出されると、一応個室管理にて対応しております。今回、喀痰より、*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*と併に*Stenotrophomonas maltophilia*が検出され、これがSBT/C、MINOに感受性があるのみで、他の抗菌薬には感受性がなく多剤耐性と考えられます。調べてみると、この菌は、グラム陰性桿菌で緑膿菌やアシネトバクターと同様の菌種と考えられ、多剤耐性緑膿菌に対しても当院では個室管理は行なわず、標準予防策での対応としていますが、今回の*Stenotrophomonas maltophilia*についても、個室管理せず標準予防策にての対応をとりたいと思いますが、それでよろしいのでしょうか。

A 6 8

*Stenotrophomonas maltophilia*はかつては*Pseudomonas maltophilia*といわれたもので、緑膿菌と類似したブドウ糖非発酵菌で、緑膿菌よりも耐性が進行し、緑膿菌用抗菌薬といわれるセフェム系薬やカルバペネム系薬がすべて耐性で、MINOのみが感受性であるのが特徴です。慢性気管支炎や尿路感染症の検体からときどき検出されます。単独で原因菌となるかは明らかではありませんが、混合感染や菌交代症としては認められません。

そこで、感染対策ですが、標準予防策で結構だと思います。

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。

Q69（標準予防策）

褥瘡からMRSAと緑膿菌が検出された入所者の対応について

個人情報として本人は経鼻チューブからの経管栄養をしており、褥瘡からMRSAと緑膿菌が検出されたため、現在、クラビット®とミノマイシン®の内服を服用。4人部屋で、同室者は全員胃瘻からの経管栄養を行なっています。褥瘡は内服を始めてから改善傾向に向かっていきます。

- 1．個室に隔離する必要があるのでしょうか？
- 2．処置やオムツ交換などで接触する際、または行った後の適切な対処はどのように行なえばいいのでしょうか？集団感染を防ぐためのガウンテクニックは必要でしょうか？
- 3．本人に使用したオムツ・衣類・寝具・処置した後のガーゼ類などの処理は他の入所者と同じでいいのでしょうか？それとも特別な処理方法が必要ですか？
- 4．集団入浴をしている際、最後に入浴させるなどの配慮が必要ですか？入浴での注意点などありますか？

A69

- 1．個室隔離の必要性 褥瘡の部位がどのような状態かにもよりますが、基本的には不要です。多量に排膿があるような開放創があり、貴施設でMRSAや緑膿菌の検出者が今までに全くいない状況であったならば、隔離の対象ともなりますが、現実的ではないと思います。
- 2．対処方法 標準予防策（スタンダードプレコーション）に基づいて対処して下さい。全ての入所者の褥瘡、オムツ交換などの処置には、手袋着用、ビニールエプロン着用が必要です。MRSA、緑膿菌の検出者のみを対象とするのではなく、全ての入所者に同じ方法で対応することが必要です。
- 3．衣類、オムツなどの処置 他の入所者のものと同じで結構です。
- 4．入浴順序 入浴が可能な、痂皮化したような褥瘡の状態なら、特別な配慮は不要です。開放創の状態、多量に排膿があるような状態なら、入浴させること自体が問題でしょう。薬浴のようなものなら、必然的に別メニューの入浴になると思います。