

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 1 2 5 (多剤耐性菌感染)

当院は190床(一般145,療養45)の病院です。CDCのガイドラインによると、呼吸器感染症を含むMRSAなど多剤耐性菌感染症は標準予防策+接触感染予防策が必要である、と書いてあると思います。

1. 多剤耐性菌の呼吸器感染症も飛沫を飛ばすと思います。飛沫感染予防策は必要ないのでしょうか?もしそうなら接触感染予防策と飛沫感染予防策の対象菌の違いは、どこからくるのでしょうか?飛沫の性状や菌の病原性からでしょうか?
2. MRSAなど多剤耐性菌の鼻腔内保菌、小さな感染巣、失禁のない尿路感染症など非拡散性と思われる場合は、接触感染予防策は必要なく標準予防策だけでよいのではないのでしょうか?また、痰や菌量の少ない呼吸器感染症(保菌状態)ではいかがでしょうか?
3. 接触感染予防策、飛沫感染予防策では、基本は個室隔離、困難なら集団隔離、それも困難なら他疾患患者と同室も可、と書いてあると思いますが、個室隔離、集団隔離の優位性の根拠はありますか?
4. 飛沫感染予防策で他疾患患者と同室にする場合、CDCのガイドラインでは約1mの空間的分離を保つ、とありますが、国立大学医学部附属病院感染対策協議会の「病院感染ガイドライン」、小林寛伊など編集、厚生労働省医薬局安全対策科編集協力の「エビデンスに基づいた感染制御」では2m以上保つ、とありますが、この違いの理由は何でしょうか?

A 1 2 5

1. 多剤耐性菌の感染について

MRSAなど多剤耐性菌の感染経路は、原則的として手指、医療機器を介する接触感染であります。しかし呼吸器感染なかでも咳嗽が強い患者や気管切開をしている患者においては、当然飛沫がおこります。このような場合には、飛沫感染に対する対応をする必要があります。飛沫感染は、直径5 μ m以上の飛沫粒子によるものとされており、粒子の大きさのみで考えれば、接触感染菌もその範疇に入るわけです。したがって接触感染をおこす病原微生物は、原則的に空气中に飛散する状況がない場合を想定してると考えられ、先にも述べたような喀痰や分泌物が飛散する状況の場合には、当然、接触感染予防とともに飛沫感染予防も行なう必要があると考えます。

接触感染と飛沫感染予防対策の対象菌の違いは、空气中に飛沫する可能性が高いかどうかによって分けられると考えます。

2. 非拡散性と考えられる耐性菌に対する対策

MRSA鼻腔内保菌者などでは、患者配置、ガウン等接触感染予防対策を行う必要はなく、いわゆる標準予防策のみでよしいかと存じます。しかし医療器具や体温計などは専用とすべきであります。また痰や菌量の少ない呼吸器患者においても標準予防策の徹底と個々の患者状態に応じた接触感染対策の追加ということになります。

3. 接触感染、飛沫感染に対する対策は、これら感染経路を遮断することに重点を置いた対策であり、経路遮断の確実性という観点から考えると、感染患者との接触を制限するために、優先順位として個室隔離、集団隔離、ベットの間隔をあけることにより他疾患患者との同室可ということになります。すなわち完璧な感染予防策が行われれば、これら感染に対しては、逆に個室隔離は不要ということになりますが、現実的に完璧を期すのはなかなか困難であるため施設環境や患者状況に基づいて考えざるを得ないと思います。(Am J Infect Control 1999;27:503-513)

4. CDCガイドラインでは、咳、くしゃみ、気管呼吸で1m以内で濃厚な感染があるとされており、すなわち最低1m以上の距離を保つことが濃厚感染を避けるための予防策と考えられます。しかし日本の「エビデンスに基づいた感染制御」あるいは日本環境感染学会の「病院感染防止マニュアル」では2mとしています。この違いについては明らかではありませんが、処置時の職員による他ベットへの接触ということも考慮にいれ十分な空間をとることにより、高い安全性を追求した結果として提案されたものと考えられます。