

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。

Q35 (インフルエンザ、予防投薬)

今シーズン、インフルエンザ患者が例年になく多く、大部屋へ入院された患者が入院後発症する事がありました。

1. 5人部屋で1人インフルエンザが発症した場合、当院では同室者にタミフルまたはリレンザの予防投薬をしましたが、これは本当にした方が良いでしょうか？
2. 上記のような予防投薬をした群としなかった群で、インフルエンザ発症率に差があったのかなどの研究はなされているのでしょうか？
3. 予防投薬の場合、保険診療は不可ですが、患者負担にする自由診療にすると、混合診療となり問題が出てまいります。予防投薬されている病院では、代金は病院負担にしているのでしょうか？件数が増えると病院の財政が圧迫されてきます。
4. 職員がインフルエンザに発症してしまった場合、復帰可能かどうかについての診断書を書くべきでしょうか？
5. 書くべきだとして、鼻腔検査を再検してインフルエンザ陰性を確認する所までしたほうが良いでしょうか？

A35

1. 同室者が、高齢者等ハイリスクの場合は医学的にも予防投薬すべきです。予防投薬の適応もあります。同室者がハイリスクではないときは、医学的にはその適応はありません。しかし、ワクチン未接種であったりすれば、院内感染予防の見地から、接触後予防はした方がよいと考えます。職員は、全員、ワクチン接種がしてあるので、予防投薬は原則としてしませんが、ワクチン接種した職員が次々と感染して、院内感染の原因になると判断されるようなときには、職員への投与も考えるべきでしょう。

米国では、高齢者の施設等では、予防投与が正式にrecommendされています。有効性を示す多くの論文が出ています。MMWRですが、<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5707a1.htm>をご覧ください。

2. 予防投薬の有効性については、高齢者の施設等で、すでに証明されています。
3. 多くの病院では、病院負担と聞いています。混合診療の問題は分かりません。
4. 証明書はあった方がいいと思います。
5. 必要ありません。迅速診断陰性でも感染する場合があります。

原則、解熱後、2日経過したところで、職場に復帰すればいいと思います。最低、5日間は病院は休んだ方がいいと思います。成人で発病5日後で、鼻咽頭でインフルエンザが証明される例は稀です。

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。

Q36（インフルエンザ、飛沫感染予防策）

一般的にインフルエンザ発症前と発症してから3～7日間はウイルスを排出するといわれていますが、インフルエンザに罹患し、休職している医療従事者を復職させることが可能な日数について規定がありますか？

A36

一般的にインフルエンザウイルスに感染し、発症後3～7日間ウイルスを排出するといわれています。この期間に患者は感染力があるといえますが、排泄されるウイルス量は経過とともに減少し、排泄期間の長さには個人差があります。抗インフルエンザ薬の内服によって発熱期間は通常1～2日間短縮され、ウイルス排泄量も減少されますが、解熱後の感染力が同じように短縮されるとは限りません。

学校保健法では、「解熱した後2日を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としていますが、「ただし、病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるときは、この限りではない」となっており、医師の裁量が認められています。また、職場復帰の目安については決まった規則や取り決めはありません。インフルエンザ罹患後には体力等の低下もありますので、以上のような点を考慮の上、いずれの場合も無理をせず十分な体力の回復のちに、復帰するのが妥当と考えられます。また、咳などの症状が続いている場合には、咳やくしゃみをする際にはハンカチやティッシュで口元を覆う、あるいはマスクをするなど、周囲への配慮（咳エチケット/エチケットマスク）が望まれます。

詳しくは国立感染症研究所感染症情報センターのホームページ（<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>）をご覧ください。

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。

Q37（インフルエンザ、飛沫感染予防策、予防投与）

インフルエンザの院内感染防止についてお尋ね致します。

1. 当センター内においても、患者及び職員（多くがワクチン接種済み）に次々に発症が見られます。全員軽症で2～3日で平熱になって症状も軽減しております。発症が確認された場合及び抗原検査（-）でも疑いが濃厚と医師が判断した場合、タミフルまたはリレンザの処方をしております。標準予防策、発症患者の個室管理、発熱職員の出勤停止（解熱後48時間、せき、鼻水等症状の強い場合）を実行しており、爆発的流行は見られません。
2. 高齢者施設における院内感染で、こうした施設、病院での予防として、発症患者の同室者と職員の場合は他の職員にも（発症前の）予防投与をするのが有効とのコメントが報道されておりますが、この点に関しどのようにするのが最もよいか、一般的かご教示下さいませようお願い致します。

なお当センターは3～80歳位の障害者（脳性麻痺、重心、脳血管障害後遺症、脊椎損傷、人工関節手術患者、リウマチ等）のリハ施設・病院です。

A37

1. この部分は貴院での対応で十分と思います。
2. CDCでは施設内感染が起こった場合には、

検査

飛沫感染予防策

患者隔離

ワクチン未接種患者、スタッフへの接種の勧告

スタッフの移動の制限

病気のスタッフ、見舞い者と患者の接触の制限

入院の制限（短縮、延期）

抗ウイルス剤の使用も挙げています。

アウトブレイクが起こってしまった場合、ハイリスク施設では、ハイリスク者にはワクチン接種の有無にかかわらず予防投与します。スタッフの予防投与は、ハイリスクに接するワクチン未接種者、あるいは、ワクチン株と流行株がマッチしない場合（接種者が罹患している、調査で効果が低い、分離株の結果で）に考慮します。

医師会のガイドラインでは、予防投与のことは入っていません。

ハイリスクへの予防投与は自費ですが認められていますので、院内感染として一律にというより患者の状況に応じて使用する、というスタンスで投与することになると思います。

予防投与の報道については高齢者施設での話です。そこでは、集団感染が疑われたら入所者は全員ハイリスクですから、ワクチンに関係なくすぐに予防投与開始が必須と思います。職員はワクチンが効いていないとなれば、予防投与です。職員は適用外ですが、目的は、彼らの健康ではなく、施設に持ち込ませないためです。

現実には、それぞれの病院で状況に応じてワクチンとか隔離とかいくつかの対策の一つとして予防投与も考えるので今は良いと思います。