

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。

#### Q94（マニュアル）

診療所併設の、149床の介護老人保健施設です。この度、7月13日より、苑内の1介護単位（総数35人、食堂、談話室が共用 3階西棟）において13人の熱発者がでました。幸い重症化する人はおらず、抗菌薬が有効でほぼ治まりつつあります。13日発症の人は、痰または咽頭培養をしておりますが、ノーマルフローラで原因菌は不明です。15日以降の人は痰の検査はできていず、また咽頭の発赤はほとんどの人に認めていません。同じ階の他の33人（東棟）も同じお風呂に入ります。

現在の生活上の対応は下記の通りです。

- ・13日以降集団のレクリエーション、リハビリ等すべて中止、熱発者は部屋で過ごすよう隔離（但し痴呆の方が多いため完全ではない。）
- ・オムツ交換はすべて使い捨て手袋使用、職員の手洗い等厳重にする。同じ職員が他の部署のオムツ交換は手伝わない。
- ・うがいの励行（入苑者職員とも）
- ・換気の回数を増やす。
- ・東棟の人とお風呂場で交差しないようにする。

#### 質問

この時期のこのような状況で一番考えられる感染症は何か。（上下気道の細菌感染症ではあると思うが、原因菌は何が一番考えられるか）

このような場合熱発者にどこまでの検査をしたらいいのか。

（当方では、今回検血一般、尿検査、胸部レ線、痰ないし咽頭培養、一部ツ反）

人に対する以外の検査たとえばエアコンフィルターなどの菌検査などは必要か。

届出は、今回のような場合必要か。（法的に指定されている種類のものではないと思っている）

今後気をつけることは何か。

#### A94

頂いた情報だけから原因微生物を特定することは残念ながら困難ですが気になる点を2、3述べさせていただきます。なにか参考になれば幸いです。

- 1) 呼吸器症状が中心ですがそれ以外に発疹や消化器症状などがなかったか。そして喀痰の性状はどうか。
- 2) 白血球やCRPの上昇が比較的少なく重症例がなく、また、一見抗菌薬が有効であったように見えますがそうではなくセルフリミットな病原体たとえばウイルスやマイコプラズマなどが原因として考えられないか。その場合、抗体価や寒冷凝集素価は測定していないか。
- 3) ペットを苑内で飼育していないか。特別な集団でのレクリエーションを13日以前にしていないか。
- 4) カテーテルなどが挿入されていることはないのか。
- 5) 職員に感染者はいないのか。
- 6) キノロン薬使用例で有熱期間が短く有効であったように思われるが使用した抗菌薬により臨床効果に差はないのか。
- 7) 胸部X線検査では肺炎をきたした症例は非定型肺炎の所見でありマイコプラズマやクラミジアが原因として考えられないか。

感染症対策は感染源の確定と感染経路の遮断が重要です。呼吸器感染症の場合、原因微生物の特定は困難な場合が多く示された検査以外には血液培養検査や血清抗体価や抗原検索などがありますが貴施設でどこまでやるべきなのかは明言できません。3例が入院されていますが病院での検索はどの程度なされているのでしょうか。

今回のケースは接触・飛沫感染が疑われますが、環境検査はあまり意味がありません。確かにいろんな菌が検出されると思いますがそれが果たして原因と断定するのは不可能です。

届出は不要ですが一度保健所に相談されてはいかがでしょう。貴地域でもしかして同様の疾患が流行しているかもしれません。

今後に必要なことは原因菌が不明でも標準予防策を最低徹底することと、1例1例の症例を整理して行くことと、血清抗体価も含めてできる範囲で原因菌を積極的に検索する努力が大切と考えます。

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。

#### Q95（マニュアル）

介護保健のサービスとしてデイサービス、訪問入浴を実施しています。デイサービスの入浴は、一回お湯をはれば7～10人程度は同じお湯を使います。訪問入浴では、1人ずつお湯を交換します。このような状況で、次の感染症の人たちの対処について教えて下さい。よろしくお願い致します。

##### 1．白癬、表在性カンジダ症の方

- (1) デイサービスでの入浴の順番は最後の方がよいか。
- (2) 足ふきマット、洗面器、タオル等の消毒。
- (3) 職員はゴム手袋をして介助していますがそれでいいか。
- (4) 浴槽の消毒方法（現在は市販のマジックリン®で洗っていますが）。
- (5) じくじくしていない水虫、爪の水虫の感染はあまり考えなくていいですか。

##### 2．B型、C型肝炎の方

- (1) 利用者が入浴時、傷がなければ一般の方と同じでよいか。何か傷があればデイサービスでは最後に入浴していただいていますか？それでよいか。
- (2) 傷があり入浴した時の浴槽の消毒は  
デイサービス バスマジックリン®（浴槽が傷むからピューラックス®はだめと業者からいわれた）  
訪問入浴 ピューラックス®を使っていますがこれでよいか

##### 3．MRSAの方

- (1) 訪問入浴時職員は、手袋、マスクをしていますか？これでよいか。  
エプロンは使用後ピューラックス®で消毒していますがこれでよいか。
- (2) 訪問入浴時浴槽の消毒はピューラックス®でしていますがこれでよいか。
- (3) MRSAの人がデイサービスを利用したいといわれた時利用してもらってもよいか。痰、尿、両方の人

#### A95

##### 1．白癬、表在性カンジダ症の方

- (1) 明らかな皮膚疾患のある方の入浴はその日の最後にします。
- (2) 足拭きマット、タオルは通常の洗濯でかまいません。ただし、日光消毒などして十分に乾燥させてから再使用して下さい。洗面器はスポンジなどで洗浄・水洗後、乾燥させて下さい。
- (3) ゴム手袋の使用で結構です。ゴム手袋を外した後は石鹸で手洗いして下さい。
- (4) 浴槽消毒はマジックリン®で結構です。清掃後は換気に留意し浴室を乾燥させるようにして下さい。
- (5) 湿潤している水虫より、乾燥している水虫及び爪白癬の方が菌を含んだ落屑が多く環境を汚染しますので対応は同等にして下さい。

##### 2．B型肝炎、C型肝炎の方

- (1) 外傷がなければ一般の方と同じ扱いで結構です。出血や外傷のある場合は伝播の可能性がありますので、その日の最後に入浴させます。
- (2) 浴槽消毒に最も適切な消毒は次亜塩素酸ナトリウム（ピューラックス®）ですが、浴槽の金属の腐食が問題になるのでしたらデイサービスはマジックリン®、訪問入浴はピューラックス®の消毒で結構です。マジックリン®の主成分はアルキルエーテル硫酸エステルナトリウム（界面活性剤）とクエン酸ですのでウイルスは殺しませんが、浴槽に付着した体液や血液成分を効果的に除去・洗浄することにより二次感染を防ぐことが可能です。

追記：職員に対するB型肝炎の感染を未然に防止する対策としては、本人の承諾を得た上で抗体価検査を実施し、陰性の方へB型肝炎ワクチンの接種（3回）をお奨めします。一方、職員の中にB型ウイルスのキャリアーの方がおられる場合は、手指の傷などに十分留意し介護にあたるように指導して下さい。

##### 3．MRSAの方

- (1) 手袋、マスク、エプロンの着用とピューラックス®での消毒で結構です。
- (2) ピューラックス®での消毒で結構です。
- (3) MRSAが検出されている方は、その日の最後に利用していただいて結構です。また、MRSAが検出されている部位により区別することは意味がありません。なぜなら、喀痰に保菌している方の多くは腋下、股間にMRSAを保菌していますし、逆に尿から検出されている方の多くも腋下、喀痰などに保菌しているからです。

MRSAは、健康な職員の方には無害ですので積極的にデイサービスで保菌者の方を入浴させ清潔を保持して下さい。

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。

#### Q96 (マニュアル)

1. 年1回手指の汚染調査を血液寒天培地で実施しています。結果、1000個以上の菌数が検出された職員については、手洗いの徹底の指導を強化しています。  
また、上記結果を参考に今も職員の鼻腔拭い検査を実施しております。MRSA+の場合は、どう対処すべきなのでしょう。職員の鼻腔検査は無意味なことなのでしょう。
2. 現在MRSA保菌者(高齢でADLは寝たきり度Cクラス)12名/96床中あり、1/2wの鼻腔拭い液検査で追跡を行ない、2回陰性が続けば解除としていますが、なかなか解除になりません。1/mのムピロシン軟膏、毎日の口腔ケアも実施しています。よい対策はないのでしょうか。
3. レジオネラ対策について  
当院の水源は市水、浴槽は普通式です。水質塩素濃度測定1/w、給水貯水槽の清掃消毒は1/m実施されています。その他必要な予防対策はありますか。
  - (1) 浴槽の消毒は必要ですか。間隔、方法は。 毎日洗剤洗い、ハイターのかけ湯で湯洗いをしています
  - (2) シャワーヘッドの消毒は必要ですか。 1/w、4ml/Lハイター溶液に1h浸漬
  - (3) 酸素流量計の水、圧縮酸素(在宅酸素に使う器械)の水の交換はどの位で必要ですか。  
減量時に追加しています。(精製水)
  - (4) 人工呼吸器、インスピリン酸素吸入の加湿器の水の交換は 減量時に追加しています(精製水)
  - (5) ネブライザー吸入器の水の交換と消毒の方法は 使用毎に水道水使用で廃棄、消毒はハイター溶液です。

#### A96

1. 手指の汚染調査は自身の手指に多数の細菌が存在するのを認識していただくのに良い方法だと思います。その際に、培養結果のまとめに加えて寒天培地に発育したコロニーを観察(写真でも良いと思います)して、どの指のどの辺りに菌が多いかなどをディスカッションすると良いと思います。  
ただし、この方法で発育する細菌は、各人固有の常在菌と一過性の定着菌の両方が混在したものです。常在菌はある程度数がコンスタントに検出され、流水と石鹸の手洗いではほとんど除菌できません。一方、一過性の定着菌は、患者のケアや環境への接触などにより付着したもので、手洗いで比較的容易に除菌されます。すなわち、検出される細菌数は、検査前の仕事の内容やいつ手洗いをしたかなどにより大きく左右されます。したがって、ワンポイントで菌数の多い少ないで手洗いの徹底の差別化をすることには問題があるかもしれません。たとえば検査時に検出された菌数が少ない方も、多かった方と同様に処置前後などに手洗いを励行する必要があります。  
また、今回の調査ではMRSAは検出されていませんが、緑膿菌以外のシュードモナスやアシネトバクターが多数検出されている方が数名あり、こちらの方が問題と思います。いずれも水回りなどに棲息する細菌で、医療従事者の手指を介して消毒薬などを汚染する可能性があります。菌量が少なくてもこれらの細菌が分離された方は注意が必要です。  
MRSAに関するスタッフの鼻腔検査は無意味とは思いません。環境の調査よりはるかに臨床的な意味があります。検出された場合はムピロシン軟膏で対処してください。入院患者の場合と異なり、健康な医療従事者では高い除菌率が期待されます。ただし、スタッフの鼻腔からMRSAが検出された場合、多くの場合は熱心なケアの結果ですので差別を受けないような配慮が大切です。また保菌スタッフは患者のケア前の手洗いを徹底し、拡散防止に努める必要があります。
2. 高齢で寝たきりの患者で実際にMRSA感染症が問題になっているのでしょうか? 大切なことは、MRSAによる実害を起こさないことと、周囲へ広めないことです。ムピロシンによる除菌は、3日間塗布を2クール行っても無効な場合は、繰り返す意味はないと思います。このような患者では下気道や他の部位にMRSAが定着しているか、一旦除菌された後に別の患者のMRSAが医療従事者を介して再度定着したものとされます。口腔ケアは誤嚥性肺炎や人工呼吸器関連肺炎の予防に有効ですが、下気道にMRSAの定着した患者における除菌効果は期待できません。  
簡単な除菌の試みが奏功すれば幸いです。難しい場合は視点を変える必要があります。ムピロシンを含む薬剤による除菌を長期間繰り返すと耐性菌出現の原因となります。
3. 週1回の残留塩素濃度の検査をされていれば、ご指摘の2)~4)の対策で十分と思います。レジオネラは健康な人にも院外で散発例や集団発生例として発症します。病院で行うべき対策は集団発生リスクを減らすことです。
  - (1) 浴槽は普通式であれば通常の清掃で十分です。

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がございます。

- (2) シャワーヘッドはレジオネラが付着しやすい場所ですので、現在の方法が良いと思います。
- (3) 酸素流水計の水や圧縮酸素の水は現在の方法でよいと思います。ただし清掃精製水は一旦細菌が混入した場合、殺菌能力がありませんので、こまめに使い切る必要があります。
- (4) 同上
- (5) ネブライザーには清潔な滅菌水を使ってください。消毒は現在の方法で問題ありません。

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。

#### Q97（マニュアル）

当院に於いて感染対策委員会を設置し毎月1回定期的に開催し協議しています。

##### 1. 委員会の構成について

現在は院長、看護部長は構成委員として参加しておりませんが、議事録で報告をし指示を受けております。このような方法で宜しいでしょうか。

##### 2. 感染情報レポートの様式について

1週間に1回感染情報レポートを作成し活用しておりますが、レポートの様式および項目は宜しいでしょうか。用紙を送付致しますのでご検取下さい。

#### A97

院内感染防止対策を行わなければ診療報酬の入院基本料から減算（1人1日につき5点）されることはご存じと思います。

その基準は4つ定められております。

1. 当該保険医療機関において、院内感染対策委員会が月1回程度、定期的に開催されている。
2. 院内感染対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し担当の経験を有する医師等の職員から構成されている。
3. 当該保険医療機関内にある検査部において、各病棟の微生物学的検査に係わる状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染対策委員会において十分に活用されている体制がとられている。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。
4. 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されている。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

以上です。

従いまして、

1. の質問に対してですが、院長と看護部長はメンバーとして参加する必要があります。
2. の質問に対してですが、薬剤感受性成績のパターンの報告も必要です。