

アウトブレイクへの対応

アウトブレイク*¹⁾の防止は、患者への健康被害を最小限にとどめ、病院を社会的信用の失墜から守る重要な事項である。アウトブレイクに至った場合は、以下の事項に示すように、初期の段階から組織的にアウトブレイク制圧に取り組む。

* 1) アウトブレイク=Outbreak, Epidemic, ある期間中、ある地域での感染症の発生頻度が通常よりも高いこと。流行。

1. アウトブレイクの察知

- ・以下の表1のケースでは、アウトブレイク、またはその疑いがあると考え。部署では、表1の①の場合において、感染管理担当課へ速やかに報告をする。

【表1：アウトブレイクを疑うケース】

【アウトブレイクを疑うケース】

- ① 同一の感染症状（発熱・呼吸器症状・下痢・創部感染・尿路感染）を呈する患者の複数発生
- ② 感染管理上重要な、特定の感染症の複数発生
- ③ 希少な感染症の発生
- ④ 希少な病原体の検出
- ⑤ 感染管理上重要な、特定の病原体検出数の増加
- ⑥ サーベイランスで2SDを超える感染率・検出数の増加

- ・ 報告は、当該部署の管理者、もしくは、その代行者が行う
- ・ 上記の場合は、平日、土・日曜、祝日も報告する

2. アウトブレイクを疑う基準

1) 病原体のアウトブレイクを疑うケース

- (1) 感染・保菌の区別なしに、1例目の発見から4週以内に同一病棟において同一菌種の新規院内検出*（環境菌は除く**）が3例以上特定された場合、ただし、稀な菌***が検出された場合は、1例目の検出でアウトブレイクに準じた対応を行う

* 新規院内検出の定義

- ・入院日を0日とした3日目以降（例：1/1に入院であれば1/4以降）の検出、ただし、検出歴がある患者から同一菌が検出された場合は含めない
- ・検出患者が確定時にすでに退院していた場合は、検出に含める
- ・検出検体の提出日から48時間以内前に入院していた部署を検出部署とする

** 環境菌の検出は新規院内検出が4週間以内に3例以上特定され、かつそれが3か月継続された場合に介入する（環境ATP測定、感染防止対策の実施状況確認）。

*** 稀な菌

多剤耐性緑膿菌（MDRP）

多剤耐性アシネトバクター（MDRA）

カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌（CPE）

バンコマイシン中等度耐性・耐性黄色ブドウ球菌（VISA・VRSA）

バンコマイシン中等度耐性・耐性腸球菌（VIE・VRE）ほか

2) 感染症のアウトブレイクを疑うケース

- (1) 同一部署内で同一患者からの伝播と思われる感染症例が、発症者を含め計3例以上特定された場合
- (2) 同一部署内で感染経路が不明の感染症例が、3例以上特定された場合（インフルエンザ、ノロウイルスを除く）
- (3) 上記に当てはまらないがICTがアウトブレイクと判断した場合（例：同一時期に複数の部署から感染症例が発生している）
- (4) 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

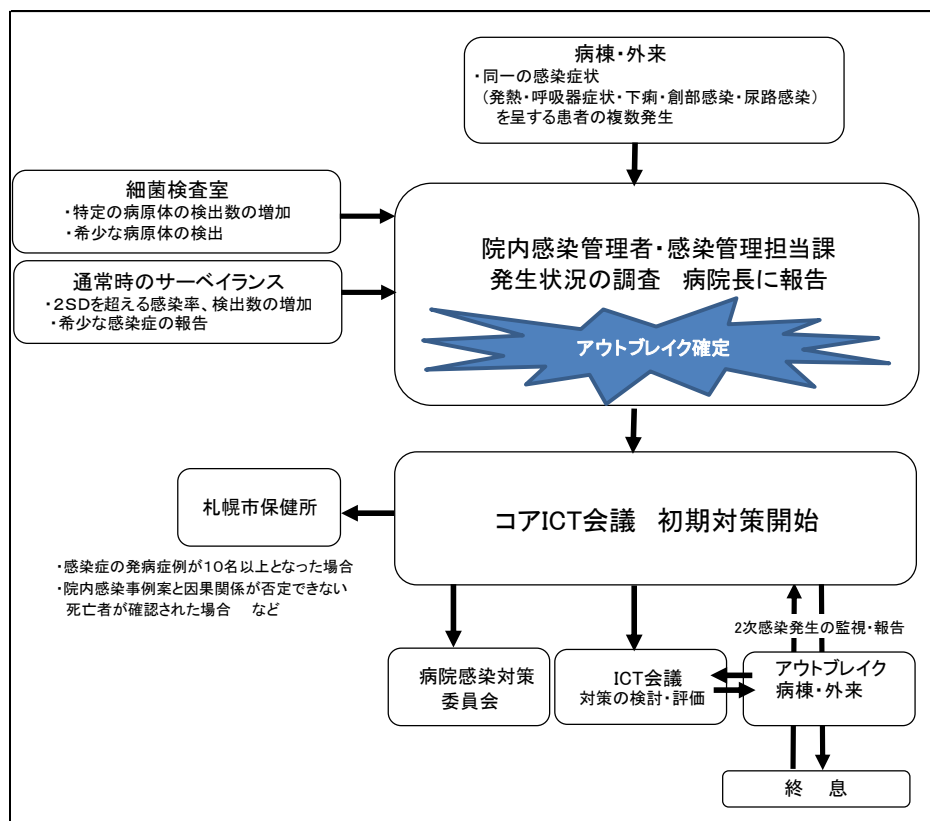
3. アウトブレイク発生時の対応

1) 初期対策

- (1) 以下のフローチャートに従い対応する。(図1)
- (2) 感染管理担当課は院内感染管理者の指示のもと、アウトブレイク発生状況の調査を行い、結果を病院長に報告する。
- (3) アウトブレイク時の初期対策は、コア ICT の指示に従う。(表2)
- (4) アウトブレイク制圧のための感染対策と評価については ICT で検討する。

2) 強化対策

- (1) 初期対策を開始した3日目以降に当該部署で新規感染症例が発生した場合、強化対策を実施する。(表2)
- ・アウトブレイク中、当該部署の管理者は、新規発生患者、感染者の病状経過・転帰(転科・転院・退院・死亡)などをモニタリングし、感染管理担当課に報告する。
 - ・アウトブレイクに関連した事項で、患者への説明が生じた場合は、院内感染管理者、または感染管理担当課に報告する。



【図1：アウトブレイク対応フローチャート】

【表2：アウトブレイク対策】

アウトブレイク対策 * 具体的な感染防止対策は、病原体別感染対策、感染経路別予防策などを参照
<p>【初期対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 臨時ICT会議を開催 ② 患者・職員ともに重症化の恐れがある場合は感染管理担当課へ連絡するよう周知 ③ 緊急ICTニュースを発刊し、全職員に情報提供と対策の周知 ④ 新規入院患者は、各病棟においてコホートが不可能と判断した段階で入院制限を実施 (やむを得ず当該病棟に入院する場合は、必要な患者にアウトブレイク中であることを説明し承諾を得る) ⑤ デイルームでの飲食禁止 (デイルーム飲食禁止とする部署、期間については適宜検討) ⑥ 飛沫感染対策が必要な場合 <ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟入院患者の室外時のマスク装着 ・面会は可能な限り制限、来院時は、面会者にマスク装着と手洗いの協力依頼 (マスク未装着の場合、病院のマスクを提供し次回面会時に用意していただくよう協力依頼)
<p>【強化対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 臨時病院感染対策委員会を開催 <ul style="list-style-type: none"> a. 開催の判断 <ul style="list-style-type: none"> ・初期対策を開始した3日目以降に、当該部署で新規感染症例が発生した場合 ・当該病棟以外の部署に、伝播が疑わしい感染症例が発生した場合 ・院内感染対策に不備、不足の可能性があると判断した場合 b. 検討事項 <ul style="list-style-type: none"> ・病院機能維持のための検討(手術・検査など) ・不要不急の研修会やセミナー、集会などの中止について ・入院中の患者、該当職員への予防投与について ・飛沫感染対策が必要な場合、全職員のマスク着用について

4. 終息判断

終息の判断基準は、病原体の特性（潜伏期間、感染力を有する期間）、平常時の感染症発生率や発生数、アウトブレイク規模などによりその都度決定する。終息の判断は、院内感染管理者の報告を受けた病院長が行う。

5. 環境の細菌検査、患者・職員のスクリーニング検査について

- ・一律的に行われる院内環境検査や医療スタッフ保菌検査は基本的には行わない。特異性や感度に限界のある環境検査を一律に行うことは、逆に保菌陰性者や環境細菌陰性の場合清浄度について「リスクがない」という、誤解を生じるおそれがある。
- ・ケースによっては伝播防止目的で患者・職員のスクリーニングを行うこともある。この場合のコストは病院負担とする。
- ・医療スタッフは、すべて保菌者になりうること、環境には常に病原菌が存在するものとして感染対策を行う。

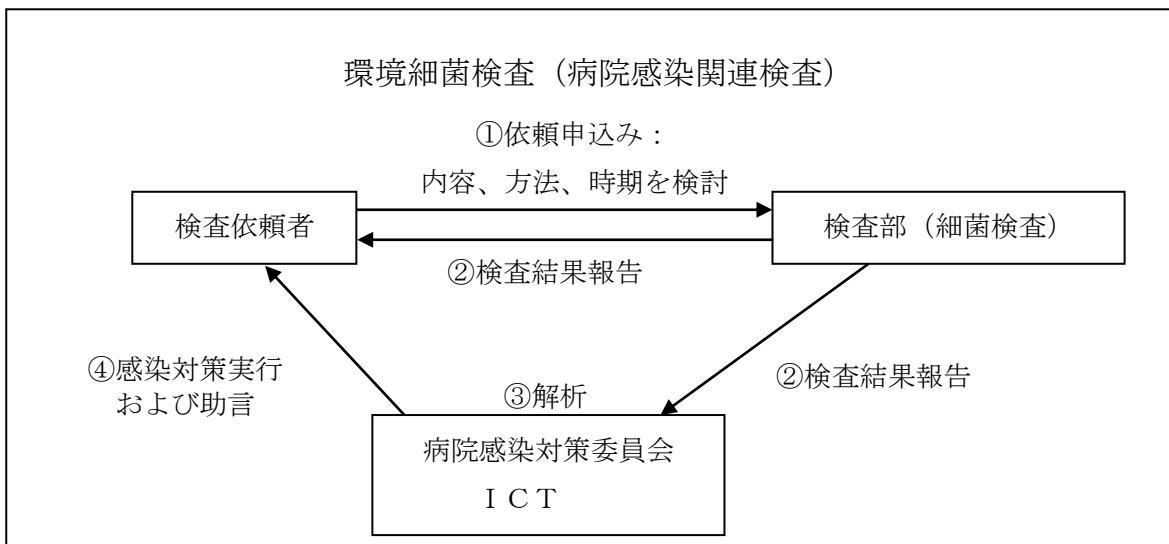
1) 環境の細菌検査を検討するケース

- ・以下の場合、環境の細菌検査を検討する必要がある。

- 無菌病室など無菌環境の汚染状態検査
- 空調設備のレジオネラ検査
- バンコマイシン耐性である腸球菌（VRE）や黄色ブドウ球菌（VRS A）など特殊な細菌が検出されたとき
- 大きなアウトブレイクがあり通常の対策では終焉しないとき
- 患者に接する医療機材・器具（デバイス）

2) 環境の細菌検査の実施方法

- ・細菌検査系の院内感染関連検査担当者に環境検査の意向を口頭で連絡後、書式1)「院内感染関連検査依頼書1」を提出する。
- ・もしくは、院内感染対策上での必要性が生じたとき、院内感染対策委員会の指示で行う。
- ・すべての検査結果は院内感染対策委員会にて解析し、感染対策の実行および助言を行う。



【図2：環境細菌検査の実施フローチャート】

院内感染対策関連検査依頼書

書式1

依頼日 年 月 日

科 病棟 内線 代表者 担当者

●テーマ	
●動機（検査依頼に至った経緯など）	
●目的（予想される対応策等）	
●期間（検査時期）	
●材料名	●サンプル数 合計
●方法（検査室記入）	

検査部 決 裁 欄			
部長	課長	係長	係

市立札幌病院

病院感染対策委員会

検査部 細菌検査係