

第 11 章 報告・連絡体制、サーベイランス

アウトブレイク対応

I. 感染症発生時の報告、連絡体制

1. 報告が必要な感染症
2. 連絡体制
3. 保健所への届出
4. 感染症法に基づく届出疾患

II. 職員が感染症に罹患した場合の就業停止期間

III. 感染症情報の共有

1. 電子カルテでの感染症情報の表示
2. 病棟での感染症情報の共有、表示
3. 転棟、転院、退院後サービス等を利用する場合

IV. サーベイランス

1. サーベイランスとは
2. サーベイランスの種類
3. 医療関連感染サーベイランス
4. 抗菌薬サーベイランス

V. アウトブレイク発生時の対応

1. アウトブレイクとは
2. アウトブレイク調査開始の基準
3. アウトブレイク発生時の対応

I. 感染症発生時の報告、連絡体制

1. 報告が必要な感染症

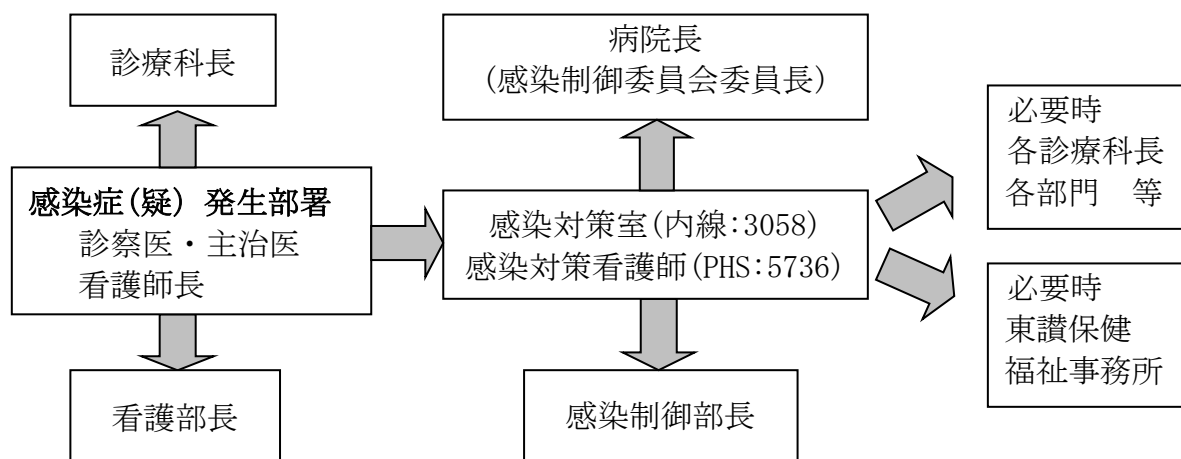
患者あるいは職員が、下記の感染症に感染、あるいは、感染が疑われる場合は、感染対策室に報告する。

下記以外でも、重篤な感染症が疑われる場合、海外医療施設に入院していた患者が入院、あるいは転院してきた場合、感染対策室に連絡する。

感染症法に基づく届出疾患	院内指定感染症
〈1類～4類感染症〉〈指定感染症〉 : 直ちに 届出 〈5類感染症〉 : 侵襲性髄膜炎菌感染症、風疹及び麻疹は 直ちに 届出、他感染症は <u>7日以内</u> に届出 ※ 4. 感染症法に基づく届け出疾患参照 〈小児科定点医療機関〉 : RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、他8疾患 〈インフルエンザ定点医療機関〉 : インフルエンザ 〈疑似症定点医療機関〉 : 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症 <small>発熱、呼吸器症状、発疹、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したものの</small>	〈外来患者、職員が感染(疑い)の場合〉 <ul style="list-style-type: none"> • 麻疹 • 水痘 • 播種性帯状疱疹 • 結核 • 新型コロナウイルス感染症 〈入院患者、職員が感染(疑い)の場合〉 <ul style="list-style-type: none"> • 新型コロナウイルス感染症 • 風疹 • 流行性耳下腺炎 • 流行性角結膜炎 • インフルエンザ • 百日咳 • 疥癬 • 感染性胃腸炎、食中毒 • 帯状疱疹 • 結核

2. 連絡体制

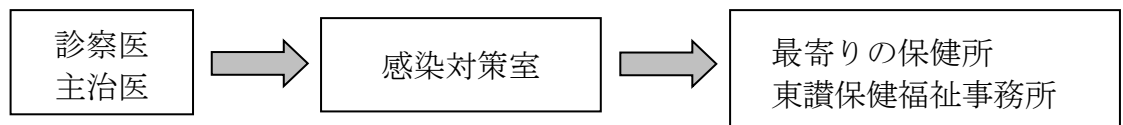
感染症法に基づく届出疾患、および院内指定感染症発生時、アウトブレイク発生(疑い)時等は、下記のルートで報告、対応を行う。



- 1) 入院患者の場合、感染症(疑い)発生部署から感染対策室へ報告する。
- 2) 外来患者の場合、感染症(疑い)を診察した医師、あるいは看護師が感染対策室へ報告する。
- 3) 時間外、土日祝に感染症(疑い)が発生した場合は、緊急の場合を除き、平日時間内に報告を行う。
時間外、土日祝に感染対策室に緊急報告が必要な場合は、日当直看護師長から感染対策看護師へ連絡を行う。
- 4) 同一部署で同日に同じ感染症(疑い)が2名以上発生等、感染対策室に緊急報告が必要な場合は、感染対策看護師へ連絡(時間外、土日祝は日当直看護師長経由で連絡)を行う。
- 5) 集団発生の報告があった場合、感染制御部長は、病院長(感染制御委員会委員長)と協議し、必要な対策を講じる。
- 6) 当院指定感染症の発生状況については、感染制御委員会で報告する。

3. 保健所への届出

- 1) 1類感染症～5類感染症、指定感染症、新型インフルエンザ等感染症が発生した場合、保健所への届出が必要となる。診察医、主治医は、感染対策室に報告後、発生届を感染対策室に送付し、感染対策室から保健所に連絡、届出を行う。



- 2) アウトブレイク発生(疑いを含む)時、感染対策室は東讃保健福祉事務所に連絡を行う。
- 3) 行政検査を希望する場合は、感染対策室に連絡する。

4. 感染症法に基づく届け出疾患

全数把握の対象

1 類感染症（診断後直ちに届出） エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2 類感染症（診断後直ちに届出） 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)、中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ(H5N1)、鳥インフルエンザ(H7N9)
3 類感染症（診断後直ちに届出） コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4 類感染症（診断後直ちに届出） E 型肝炎、ウエストナイル熱、A 型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサヌル森林病、Q 熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属 SFTS ウイルスであるものに限る)、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1 及び H7N9)を除く)、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、鼻疽、ブルセラ病、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱
5 類感染症（診断後直ちに届出） 侵襲性髄膜炎菌感染症、風疹、麻疹
5 類感染症（診断後 7 日以内に届出） アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎(E 型肝炎および A 型肝炎を除く)、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌症、急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く)、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎およびリフトバレー熱を除く)、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘(入院例に限る)、先天性風しん症候群、梅毒、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、薬剤耐性アシネトバクター感染症
指定感染症（診断後直ちに届出） 該当なし
新型インフルエンザ等感染症（診断後直ちに届出） 新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス)

II. 職員が感染症に罹患した場合の就業停止期間

感染症名	感染経路	潜伏期間	感染期間 (ウイルス排泄期間)	就業停止期間
麻疹	空気 飛沫 接触	5～21日	発疹出現 5 日前～出現後 4 日	発疹出現後 4 日間
水痘	空気 接触	10～21日	発疹出現 2 日前～水疱が痂皮化するまで	水疱が痂皮形成するまで
風疹	飛沫 接触	12～21日	発疹出現 7 日前～出現後 7 日	発疹出現後 7 日間
流行性耳下腺炎	飛沫 接触	12～25日	耳下腺炎発症 7 日前～出現後 5 日	発症後 5 日間
伝染性紅斑	飛沫 接触	4～20日	紅斑出現 7～10 日前～紅斑出現頃	なし
新型コロナウイルス感染症	飛沫 エアロゾル 接触	1～14日	発症 2 日前～10 日程度	退院基準を満たすまで
インフルエンザ	飛沫 (接触)	1～3日 (平均 2 日)	発症 1～2 日前～発症後 3～7 日	解熱後 2 日間 (平熱となり 2 日間)
百日咳	飛沫 接触	7～10日 (最長 21 日)	有症状時	5 日間の適正な抗菌薬治療が終了し、特有の咳が消失するまで
RS ウイルス	飛沫 接触	2～8日	通常 1～2 週間	発熱、咳、鼻汁などの症状が強い期間
手足口病	飛沫 接触	3～5日	咽頭:発症後 1～2 週間 便:発症後 3～5 週間	発熱、水疱性発疹などの症状がみられる期間
マイコプラズマ肺炎	飛沫 接触	2～3 週間	4～6 週間	発熱、咳などの症状がみられる期間
帯状疱疹	接触	10～21日	病変が痂皮化するまで	病変部が全て痂皮化し乾燥するまで 患部がガーゼ等で被覆できる場合は勤務可、手指衛生の徹底と免疫不全者と接触を避ける
咽頭結膜熱	飛沫 接触	5～7日	発症後 7～14 日間、便からは 30 日程度	症状消退後 2 日間
流行性角結膜炎	接触	8日～14日	発症 3 日前～発症後 14 日間	発症後 14 日間(眼科医の診断により許可がある場合についてはこの限りではない)
感染性胃腸炎	経口 接触 (飛沫核)	1～2日	便:発症後 1～4 週間	嘔吐、下痢が改善するまで (発症後 4 週間は石けんと流水による手洗いの徹底)

Ⅲ. 感染症情報の共有

1. 電子カルテでの感染症情報の表示

1) 薬剤耐性菌検出患者

病棟マップ上、ピンク色に反転する。過去の情報も含めて表示されるため、必ずしも、現在の保菌・感染症情報を反映するとは限らない。陰性化が確認された場合には、感染対策室に連絡し、情報の更新を依頼する必要がある。

2) 血液媒介感染症患者

病棟マップ上、黄色に反転する。

2. 病棟での感染症情報の共有、表示

1) 薬剤耐性菌検出患者

- ① 毎日、感染管理支援システム→感染症マップから薬剤耐性菌検出患者を確認し、スタッフ間で情報を共有する。
- ② 新たに検出された患者は、院内感染上問題となる微生物検出患者一覧に、患者氏名、検出部位、感染予防策を記載し、スタッフステーション内に掲示する。
- ③ 接触予防策が必要な場合、接触予防策のシンボルマークかポスターを表示する。
多床室の場合：病室の入り口に下記のシンボルマークを表示する。

手指消毒対応 手洗い対応



個室の場合：病室前の氏名表示板に、接触予防策ポスターを表示する。



2) (薬剤耐性菌以外)感染経路別予防策が必要な患者

- ① 毎日、感染症患者の情報をスタッフ間で共有する。
- ② 感染経路別予防策のポスターを、病室前の氏名表示板に表示する。



3. 転棟、転院、退院後サービス等を利用する場合

1) 転棟する場合

必ず、転棟先に、患者の感染症情報(接触、飛沫、空気予防策が必要な感染症)について、事前に情報を提供する。

2) 転院する場合

転院先に、患者の感染症情報(接触、飛沫、空気予防策が必要な感染症)について、事前に情報提供を行う。

現在実施中の予防策についても、看護サマリーに記載を行う。

3) 退院後サービス等を利用する場合

ケアマネージャーに、患者の感染症情報(接触、飛沫、空気予防策が必要な感染症)と、現在実施中の予防策について、事前に情報提供を行う。

IV. サーベイランス

1. サーベイランスとは

サーベイランスは、日常の感染症発生率を把握し、アウトブレイクを早期に探知するのに役立つとともに、現在実施している感染対策の有効性を評価することができる。また、サーベイランス結果を、効果的に現場にフィードバックすることで、感染症発生の抑止と医療の質改善に繋がる。

2. サーベイランスの種類

1) 医療関連感染サーベイランス

① 病原体関連

薬剤耐性菌サーベイランス

血液培養サーベイランス

② デバイス関連

CLABSI サーベイランス

CAUTI サーベイランス

VAP/VAE サーベイランス

③ 手技関連

SSI サーベイランス

2) 抗菌薬サーベイランス

3. 医療関連感染サーベイランス

1) 病原体関連

① 薬剤耐性菌サーベイランス

- 毎日、新規検出患者を確認する。
- 持ち込み・院内伝播、新規・継続、保菌・感染の判定を行う。
- 検出患者に対する接触予防策が適切に実施されているかを評価する。
- MRSA 検出患者数、MRSA 感染症患者数を、月別、病棟別に確認し、アウトブレイクが発生していないか監視する。

〈MRSA 感染症と判定する基準〉

下記を参考に、総合的に判定する

- 血液培養や胸水など、本来無菌な部位からの検出の場合
- 感染巣からの純培養から検出された場合
- 喀痰や膿汁では、塗抹で白血球による貪食像が見られる場合
- 発熱などの臨床症状が見られる場合
- 抗 MRSA 薬が投与されている場合
- MRSA 以外の薬剤耐性菌、*C.difficile* においても、月別に検出患者数を確認し、アウトブレイクの兆しがないかを監視している。
- 厚労省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ報告している。

② 血液培養サーベイランス

- 血液培養陽性が判明した場合、感染症検査室から主治医もしくは病棟に連絡する。
- AST メンバーは、検出患者のカルテから、菌血症、コンタミネーションの判別および適切な感染症治療が行われているかを検討し、必要に応じて、カルテ記載等を行う。
- 年 2 回、診療科別血液培養の複数セット採取率、汚染率を報告している。

2) デバイス関連

下記のサーベイランスを行い、会議、委員会等で報告を行っている。

- CLABSI サーベイランス(救命救急 ICU、ICU、CCU、南病棟 5 階、南病棟 7 階)
- CAUTI サーベイランス(ICU、CCU、南病棟 4 階、南病棟 7 階)
- VAP/VAE サーベイランス(ICU)

3) 手術手技

- SSI サーベイランス(COLO、REC)

4. 抗菌薬サーベイランス

- 1) 広域抗菌薬、抗 MRSA 薬の届け出対象薬に対して、適正に抗菌薬が適正に使用されているか等をカンファレンスで検討し、必要に応じて、カルテ記載等を行う。
- 2) AST からのフィードバックに対する医師の確認実施を求めており、毎月会議、委員会等で未確認件数を報告するとともに、未確認リストを感染対策リンクドクターに配布している。

V. アウトブレイク発生時の対応

1. アウトブレイクとは

一定期間内に、同一病棟や院内といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことである。アウトブレイクを防止するためには、日常的なサーベイランス、感染症報告体制を充実させ、早期に拡大の制御を実施することが重要である。

2. アウトブレイク調査開始の基準

- 1) 薬剤耐性菌においては、下記の基準を満たした場合、アウトブレイクを疑い、迅速に対応を行う。

薬剤耐性菌によるアウトブレイクを疑う基準

1. 同一病棟において新規に同一菌種(POT 型が同一の症例等)による感染症の発病症例 病原体：MRSA	≥3 例/月 一例目の発見から 4週間以内に計3例 以上
2. 院内で同一菌株(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)と思われる感染症の発病症例 病原体：薬剤耐性遺伝子を含む微生物	

アウトブレイクに準じて対応

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性アシネトバクター属 2 剤耐性緑膿菌、2 剤耐性アシネトバクター、カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌、メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌 等	新規に1件でも 検出された場合
--	----------------------------

- 2) インフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)、流行性角結膜炎、百日咳は、同一病棟において1週間以内に入院患者3名以上発症した場合は、アウトブレイクを疑い、迅速に対応を行う。
- 3) 上記以外の病原体、感染症(クロストリディオイデス・ディフィシル、食中毒起因菌、アスペルギルス、レジオネラ等)では、感染対策室員が調査の必要性を判断、院内伝播の有無やアウトブレイクの可能性を検討する。
- 4) 重大な医療関連感染事例(死亡例、大規模な集団感染に繋がる可能性が高い病原体、公衆衛生的に問題となる病原体等)の場合、院内伝播の有無やアウトブレイクの可能性を検討する。

アウトブレイク介入基準

医政地発 1219 第 1 号平成 26 年 12 月 19 日「医療機関における院内感染対策について」

1 例目の発見から 4 週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例が計 3 例以上特定された場合又は同一医療機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）が計 3 例以上特定された場合を基本とすること。ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の 5 種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて 1 例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施すること。

3. アウトブレイク発生時の対応

- 1) アウトブレイクが疑われた場合、感染対策室室長は速やかに病院長に報告する。
- 2) 感染対策室室員は、現場での情報収集、および感染経路に関する疫学的調査を開始する。
- 3) 感染対策室室員は、適切な感染対策が実施できているかを評価し、指導を行う。
- 4) 感染対策室員は、当該診療科診療科長、病棟医長、看護師長、リンクドクター、リンクナースとともに対策会議を開催し、情報共有を行うとともに今後の対応を検討する。
- 5) 疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、感染対策室室員会議、および感染制御委員会を開催し、1 週間以内を目安にアウトブレイクに対する感染対策を策定かつ実施する。
- 6) 調査内容を感染対策室室員会議、および感染制御委員会へ報告し、必要に応じて遺伝子タイピング(PFGE)による感染経路の推定を行う。
- 7) 下記の基準を満たす場合は、速やかに香川県東讃保健福祉事務所、および関係機関への報告を行う。

報告の目安

医政地発 1219 第 1 号平成 26 年 12 月 19 日「医療機関における院内感染対策について」

医療機関内での院内感染対策を実施した後、同一医療機関内で同一菌種の細菌または共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例（カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の 5 種類の多剤耐性菌は保菌も含む。）が多数に上る場合（目安として 1 事例につき 10 名以上となった場合）又は当該院内感染事案との因果関係が否定出来ない死亡者が確認された場合には、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましい。

- 8) アウトブレイクの早期収束に向けて、診療制限(新規入院の制限、感染リスクの高まる医療行為の中止・延期他)の必要性を協議し、適宜実施する。
- 9) 必要に応じて入院患者および医療従事者の保菌調査ないし、血清検査、遺伝子検査等による無症候性感染者の発見および隔離、病院環境の消毒等を行う。
- 10) 疫学的調査結果、タイピング結果、監視培養の結果を随時診療科・病棟にフィードバックし、感染対策上の強化項目を指導する。
- 11) 調査の中で、汚染された器具および環境等感染対策上の問題点が発見された場合、速やかに改善策を実践するとともに、他部署の病院職員(診療科長・病棟医長・外来医長・看護師長・リンクドクター・リンクナース等)への周知を行い、感染対策の徹底を依頼し、再発防止に努める。
- 12) 感染予防策遵守に必要と考えられる環境整備など、予算的な措置を必要とする対応は、感染対策室で検討を行う。
- 13) アウトブレイクが収束するまで、感染対策室員による監視を強化する。
- 14) 新規発生がないことおよび適切な感染対策が実施出来ていることを確認後、診療制限の解除を行う。
- 15) アウトブレイク収束後も、一定期間重点的にサーベイランスを継続し評価を行う。
- 16) アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例を認めた場合、院内での感染対策に不備がある可能性があるかと判断し、速やかに地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

例) 県内：香川県立中央病院

国公立大学附属病院感染対策協議会へ改善支援依頼

アウトブレイク発生時の対応

【感染対策室の対応】

【診療科・病棟の対応】

