



## 13. アウトブレイクへの対応

院内感染のアウトブレイク（多剤耐性菌によるものを想定）とは、通常発生しているレベル以上に感染症が増加することである。アウトブレイクの防止は、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、早期に感染症の拡大を制御することが第一である。アウトブレイクに至った場合は、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. アウトブレイク発生時の報告

感染管理上重要な微生物を、感染制御支援システムを使用し監視を行っている。（対象病原体は **P12 - 1** の表を参照）

アウトブレイクの定義

- ① 1例目の発見から4週間以内に、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
- ② 1例目の発見から4週間以内に、院内全体で同一菌株と思われる感染症（抗菌薬感受性パターンが類似した感染症例）が計3例以上特定された場合
- ③ ①、②に加え、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）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（MDRA）が検出された場合は保菌者も含めて1例目の発生から報告する。\*多剤耐性菌の場合は2剤耐性の時点で報告する
- ④ 稀少な感染症の発生
- ⑤ 稀少な病原体の検出
- ⑥ 監視対象病原体検出数の増加

細菌検査室では監視対象病原体が検出された場合、電子カルテ掲示板へ「薬剤耐性菌発生届」の提出を依頼し、③の病原体が検出された場合は主治医と ICT に電話連絡する。

### 2. 情報の収集

ICT は感染制御システム、電子カルテ、薬剤耐性菌発生届から以下の内容について情報収集する。病原微生物、感染症患者名、ID、現病名、培養による病原体の検出、感染・保菌の有無、臨床症状、入院病室、実施している感染対策（実際の感染対策実施状況について現場にいき確認する）

### 3. アウトブレイク時の対応

アウトブレイクが発生した場合は

#### 1) 組織対応

- ① 臨時 ICT 会議を開催し、アウトブレイクの基礎調査を行う。
- ② 院内感染予防対策委員長は緊急に院内感染予防対策委員会を開催し病院管理者に報告する。



- ③ アウトブレイク制圧のため感染対策全般について ICT で検討する。
- ④ アウトブレイク中、当該部署の管理者は、新規発生患者、感染者の症状経過・転帰（転科・転院・退院・死亡）などをモニタリングし、ICT に報告する。
- ⑤ アウトブレイクに関連した相談は、ICT に行う。

## 2) 外部調査委員会

- ① 院内感染予防対策委員会で感染源・感染経路の特定が困難な場合は保健所などの行政機関などの協力のもと外部調査委員会を設置する。
- ② 外部調査委員会は院内感染予防対策委員会の感染源・感染経路に関する調査結果と対策の妥当性を評価し、改善策を提言後に公開する。

最上保健所 29-1268

## 3) 基本対応手順

### (1) アウトブレイクの確認

- ① 患者の分布、発病時期・症状の推移、共通性の一覧表作成
- ② 新規患者の発生状況の把握
- ③ 診断のための検査（培養等）の確認および追加
- ④ 原因病原体の分離、血清診断に基づきアウトブレイク発生の確認

### (2) 範囲（病棟・期間）の確認とアウトブレイク症例の確定

### (3) 対応策の提示と実施

### (4) 感染源・感染経路に関する調査

### (5) アウトブレイクの終息

## 4) 対応の実際

### < 初期 >

- ① 病原体の伝播経路に応じて症例の隔離の実施。病原体に応じた設備が整備された病室で個室またはコホート管理を実施する。
- ② 対象となるすべての入院患者の湿性生体物に触れる処置をする際には標準予防策を徹底・強化する。
- ③ 対象となる病棟における手指衛生管理の実施を徹底・強化する。
- ④ 症例隔離のため職員に対する感染対策の情報提供を行う。
- ② 医療機材の滅菌と消毒、使用薬剤の衛生管理および処置時の衛生管理を再度見直す。
- ③ 予防薬やワクチンがある場合はその適応を考慮する。

### < 初期対応後 >

- ① 初期対応の有効性を評価するため、新規のアウトブレイク症例の有無を継続的に監視する。
- ② 新規のアウトブレイク症例が発生した場合、初期対応に応じた後も病原体の伝播が阻止さ



れていない場合があるので以下の対応をする。

- ・ 感染源、感染経路に関する調査を実施、随時対策を追加する。
  - ・ 感染源・感染経路の解明が困難な場合は、保健所や衛生研究所、院内感染対策地域支援ネットワーク事業、大学などの教育機関、感染症関連学会等の外部専門家の支援を要請する。
- ③ 当該病棟への新規入院を中止し、他の病棟への入院を検討する。

#### <終息の判断>

- ① 終息の判断基準は、病源体の特性（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決定する。
- ② 終息が確認されたのち感染源、感染経路に関して調査結果を参考に一時的に強化していた種々の対策を継続可能な対策に切り変えていく。

#### 4. 環境の細菌検査について

- ・ 一律的に行われる病院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。
- ・ 医療スタッフは、全員が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

- ・ 以下の場合には環境の細菌検査を検討する必要がある。
  - ① 空調設備のレジオネラ検査
  - ② バンコマイシン耐性である腸球菌（VRE）や黄色ブドウ球菌（VISA）など特殊な細菌が検出されたとき
  - ③ 大きなアウトブレイクがあり通常対策では終焉しない時
  - ④ 患者に接する医療機材・器具（デバイス）の汚染による院内感染を疑う時

##### 2) 環境の細菌検査の実施方法

- ・ 院内感染対策上での必要が生じたとき、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で解析し、感染対策の実行および助言を行う。

#### 5. 情報の提供および公開

- ・ 入院患者およびその家族に対しては初期より診療担当者と院内感染対策担当者から十分な情報を提供し対策に必要な協力を要請する。
- ・ 職員に対してアウトブレイク事例並びにその対策に関する情報を提供する。

参考文献：医政地発 1219 第 1 号 医療機関における院内関連に院内感染対策について