

第4章 感染症発生時の対応

I. 感染症発生時の外来診療の流れ

外来には、診断がついていない潜在的な感染症患者が来院することで感染症の二次感染を起こす危険性が高い。そのため、感染症を疑った診察医・看護師・医療関係者は、標準予防策、感染経路別予防策を遵守し、速やかに優先診療（トリアージ）することが院内感染防止上重要である。

下記にあげる疾患については、原則として救急外来処置室（感染症患者診察室）で診療を行う。

1. 外来トリアージ対象感染症

- 1) 結核（空気感染）（感染予防マニュアル「結核」の項を参照）
- 2) 麻疹（空気感染ときに飛沫感染）（感染予防マニュアル「麻疹」の項を参照）
- 3) 水痘（空気感染・接触感染）（感染予防マニュアル「水痘」の項を参照）
- 4) 鳥・新型インフルエンザ（H5N1）（空気感染・飛沫感染・接触感染）
- 5) 重症急性呼吸器症候群：SARS（空気感染・飛沫感染・接触感染）

下記の疾患は、他の外来患者と接触する可能性がある場合に救急外来処置室で診療を行う。

- 6) 流行性耳下腺炎（飛沫感染）（詳細は感染予防マニュアル「流行性耳下腺炎」の項参照）
- 7) 風疹（飛沫感染）（詳細は感染予防マニュアル「風疹」の項参照）
- 8) 百日咳（飛沫感染）（詳細は感染予防マニュアル「百日咳」の項参照）
- 9) 感染性胃腸炎（経口感染：接触感染・飛沫感染）

2. 対象感染症を担当する診療科

- 1) 時間内の新来患者は、連絡を受けた外来担当看護師長（PHS5734）が対象感染症の可能性を疑った場合は、症状に応じて担当診療科に振り分ける。
- 2) 時間外の新来患者は、救命救急センターが診療を行う。
- 3) 再来患者については、担当医が対象感染症を疑った場合、当該診療科が診療を行う。
- 4) 小児患者で対象感染症の可能性を疑った場合は、原則として小児科が診療を行う。（小児患者は小児科隔離室で診療を行う）
- 5) 感染対策室への報告

SARS および鳥・新型インフルエンザに関しては、疑った時点で速やかに感染対策室（内線 3058、PHS5736）に報告する。

1. 1)～3)、6)～9)の感染症患者は、時間内受診は当日感染対策室へ報告する。時間外受診の場合は、緊急の場合を除き翌診療日に感染対策室へ報告す

る。時間外に感染対策室に緊急報告が必要な場合は、当直師長から感染対策看護師へ連絡を行う。（小児科患者の報告については、集団発生や感染対策上重要な感染症の場合を除き小児科定点報告書等で代用する）

- 6) 感染対策室から、サーベイランス結果の報告を病院各部署へ E メールで行う。
(不定期)

3. 対象感染症疑い患者が急激に増加した場合、あるいは感染対策上重要な感染症が発生した場合

- 1) 感染対策室が現場での情報確認を行うと同時に初期の伝播防止のための対策（飛沫感染・空気感染対策）を実施する。
- 2) 感染対策室長は情報確認の結果を病院長に報告し、必要に応じて臨時感染対策委員会を開催し対応（診療体制、終息までの対策など）を検討する。
- 3) 外来診療体制については、病院長と感染対策室長にて担当診療科を決定し協力を依頼する。
- 4) 感染対策室は、医学部総務課と協力し、感染対策委員会で審議・決定された事項に関して、速やかに E メール、文書および電話連絡で医学部・病院職員へ通知を行う。

4. 救急外来処置室（感染症患者診察室）の運用

- 1) 救急外来処置室は常時施錠し、使用の必要が生じた場合に開錠する。廊下側入り口の鍵は救急外来、防災センター、感染対策看護師が管理する。外側入り口の鍵は、救急外来、防災センターが管理しており、必要時使用者が鍵を借りて開錠する。
- 2) 救急外来処置室は、陰圧設定でフィルターを通して換気しており、空気感染疾患に対応できる。
- 3) 救急外来処置室の使用および日常的な清掃・物品管理は、救命救急センターおよび外来看護師が担当する。

5. 受診の流れに添った各窓口・各部署の対応

1) マスクの着用

空気・飛沫感染症疑いの患者には、サージカルマスクを着用させる。

職員は、空気感染症疑い患者の対応時は N95 マスク（微粒子マスク）、飛沫感染症疑い患者の対応時は、サージカルマスクを着用する。

2) 感染症疑い患者の早期確認と待機

- ・ 外来看護師長または担当看護師：

対象感染症が疑われる場合、患者に説明を行い救急外来処置室に患者を誘導する。担当診療科に連絡し、診療の調整を行う。

- ・ 外来受付窓口：対象感染症が疑われると判断した場合は、外来看護師長に相談

する。

- ・各診療科外来窓口：受付カウンターで受診の目的を確認の際、対象疾患の疑いがないか確認する。疑いがある場合は、医師または看護師に連絡する。医師が問診後患者に一時的な隔離待機、マスクの着用など院内伝播防止について説明する。

3) 診療場所と優先診療

すでに患者が各診療科外来で診察を受け始めている場合など、患者を移動させることの方が病原菌を拡散する可能性がある場合の診察の続行は、各診療科外来で判断する。また、感染症疑い患者の診療は、出来る限り優先的に対応する。

4) 検査

血液検査や培養検査を行う場合は、救急外来処置室で採血、検体採取を行い看護師が検査部に搬送する。

X線検査は、放射線部に連絡しできるだけポータブル撮影を行う。放射線部での検査が必要な場合は、連絡後検査体制が整ってから患者を移送する。(一般患者と接触させない配慮が必要である)

5) 料金精算と支払い

対象感染症が否定されれば通常通りに行う。否定できない場合は、債務確認書に記入し、後日振り込み用紙を患者に送付する。

6) 薬剤の受理(処方原則として院内処方とする)

対象感染症が否定されれば通常通り行う。否定できない場合は、担当した診療科外来で対応する。調剤室に連絡し、優先的に調剤終了後看護師または患者サービス課職員が薬剤部で薬を受け取り患者に渡す。

7) 救急外来処置室使用後の環境整備

感染症	環境清掃
結核	空調を作動させ、1時間以上外換気後に日常清掃
麻疹	空調を作動させ、1時間以上外換気後に日常清掃
水痘	空調を作動させ、1時間以上外換気後、手の触れた箇所を70%エタノールで拭き、その後日常清掃
風疹	日常清掃
流行性耳下腺炎	日常清掃
インフルエンザ	日常清掃
百日咳	日常清掃
感染性胃腸炎	0.1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭
SARS	空調を作動させ、1時間以上外換気後、手の触れた箇所を70%エタノールで拭き、その後日常清掃

6. 患者の動線

救急外来処置室（感染症患者診察室）で診療が必要な患者が発生した場合は、外来看護師または患者サービス課職員が（図2）の誘導経路に従って病院内を通らずに患者を誘導する。その際患者にはサージカルマスクを着用させ、誘導者は空気感染のおそれがある場合はN95微粒子マスク、飛沫感染の場合はサージカルマスクを着用する。以下の診療は、前述のI. 5に準ずる。

7. 感染症患者の対応と届出

- 1) 結核の場合は、原則として結核病床を有する専門治療施設（高松医療センター、香川県立中央病院）に転院とする。当院における専門的治療が必要な場合は、HEPAフィルター内蔵空気清浄機（ホスピガード）を取り付けた陰圧個室に隔離する。
- 2) SARS（疑い）患者、および鳥インフルエンザ（疑い）患者が発生した場合は、直ちに東讃保健福祉事務所（TEL1879-29-8260）に報告を行い、対応に関する指示を受ける。患者の受け入れ先が決定し搬送の体制が整うまでの間、患者を救急外来処置室で待機させる。

SARS 入院対応医療機関

医療機関名	住 所	電話番号
高松赤十字病院	高松市番町 4-1-3	087-831-7101
香川小児病院	善通寺市善通寺町 2603	0877-62-0885
三豊総合病院	三豊郡豊浜町姫浜 708	0875-52-3366
県立白鳥病院	東かがわ市松原 963	0879-25-4154

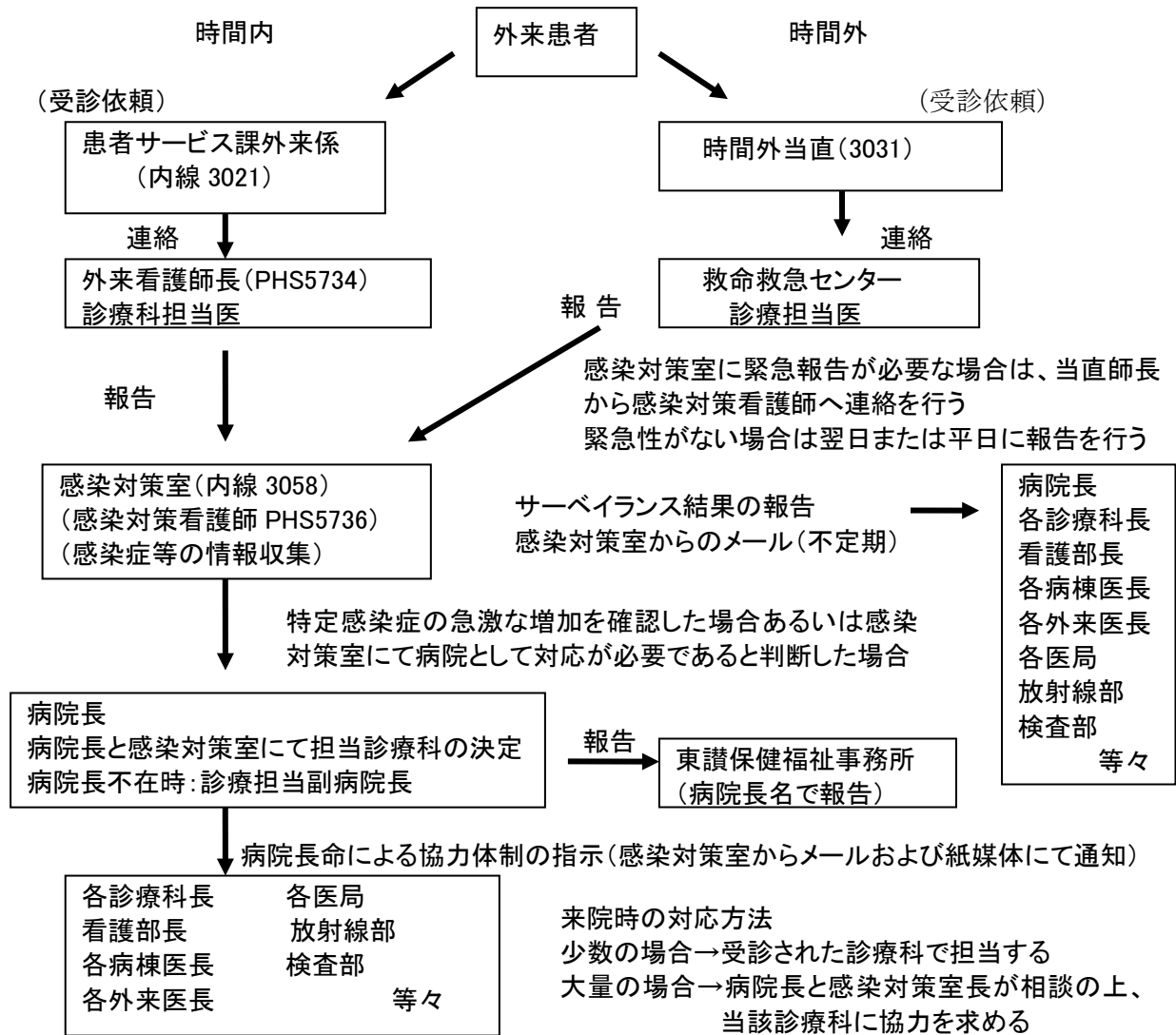
- 3) 麻疹、水痘の患者で入院診療が必要な場合は、原則として HEPA フィルター内蔵空気清浄機を取り付けた陰圧個室に隔離する。麻疹、水痘抗体陽性の職員が対応する。
- 4) 上記以外の感染症で、飛沫感染および接触感染で周囲を汚染する可能性がある場合は、原則として個室隔離を行う。
- 5) 対応の詳細については、感染対策室と協議して実施する。

6) 保健所への届出

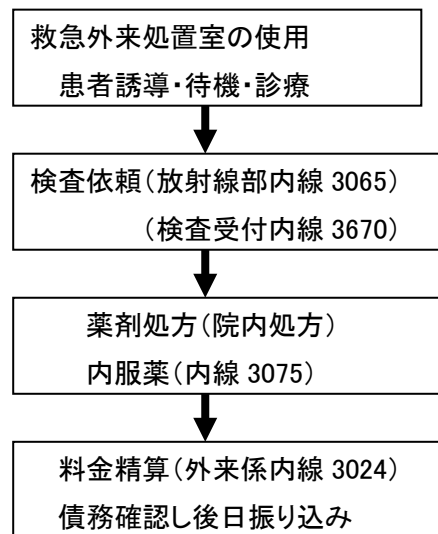
感染症	届出時期	届出機関
結核	診断後直ちに	患者居住地の管轄保健所
SARS・インフルエンザ (H5N1)	診断 (疑い) 後直ちに	東讚保健福祉事務所 (TEL1879-29-8260)
麻疹 (成人麻疹を除く) 水痘・風疹・百日咳 流行性耳下腺炎 感染性胃腸炎 (ウイルス性・細菌性)	小児科定点報告 (週単位)	東讚保健福祉事務所
成人麻疹	基幹定点	なし

* 当院の定点指定は、小児科疾患と内科 (インフルエンザ) であるが、定点報告の感染症に関して患者が急激に増加した場合は、保健所に届出を行う。

感染症に対する診療体制の流れ(周知システム)



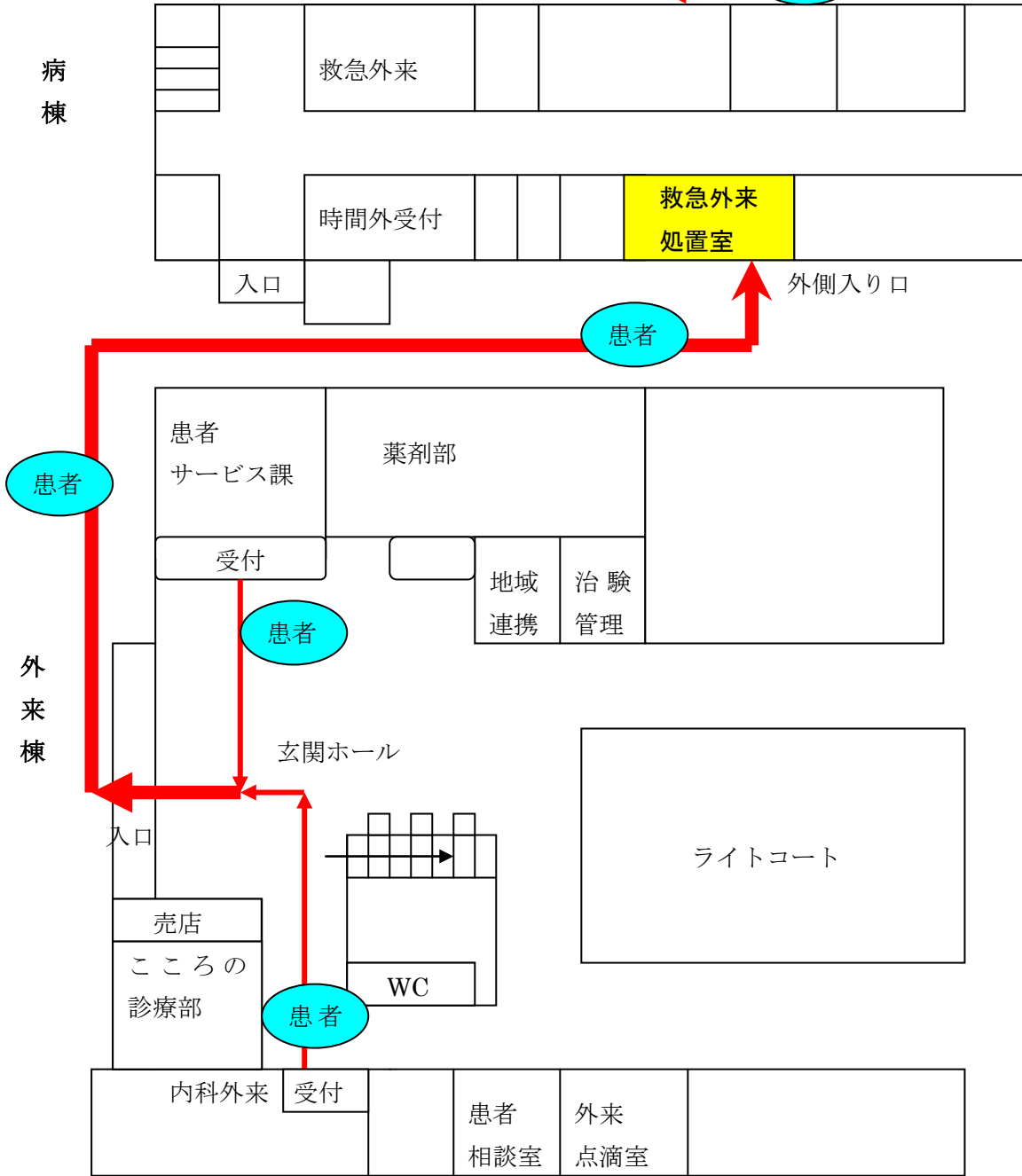
診療の実際



感染症（疑い）患者誘導経路（図2）

← 患者

動線



第4章 感染症発生時の対応

II. アウトブレイク（集団発生）発生時の対応

アウトブレイクとは、一定期間内に特定の細菌や耐性菌の分離率が上昇、またそれらによる感染症の患者が通常の症例数を超え複数発生した状態のことである。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。

病棟等においてアウトブレイクが発生した場合は速やかに感染対策室に報告を行う。

1. アウトブレイク調査開始の基準

- 1) 薬剤耐性菌は下記基準を満たした場合に、院内伝播の有無やアウトブレイクの可能性を検討する。

MRSAの場合 単一部署における新規検出数（持ち込みを除く） （コアグラーゼ型、GM、TSST、ETのタイプを参考にする）	≥ 3例/月
MRSA以外の耐性菌 ESBL, メタロβ, 多剤耐性緑膿菌, VRE等	新規に検出された場合

- 2) 上記以外の菌（クロストリジウム・ディフィシル、セラチア、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。

- 3) ウイルス（流行性角結膜炎、麻疹、水痘、ムンプス、インフルエンザ、肝炎ウイルス、ノロウイルス、ロタウイルス等）や原虫（疥癬、シラミ）では、病棟・診療科からの情報に基づき、調査の必要性を判断し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) 重大な院内感染事例（死亡例、大規模な集団感染に繋がる可能性が高い病原体、公衆衛生学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。

2. アウトブレイク発生時の具体的対応

- 1) 診療情報の収集（共通する処置、病室、担当医、看護師等）および感染経路に関する疫学的調査を開始する。

- 2) 診療科・病棟に調査開始時点で報告し、病原体に応じた適切な感染対策の徹底を指導する。
- 3) 調査内容を感染対策室員会議および感染対策委員会に報告し、必要に応じて遺伝子タイピング（P F G E）による感染経路の推定を行う。
- 4) アウトブレイクが収束するまで、感染対策室による監視を継続する。
- 5) 疫学的調査結果、タイピング結果、監視培養を随時診療科・病棟にフィードバックし、感染対策上の強化項目を伝え遵守を勧告する。
- 6) 調査の中で汚染された器具および環境等感染対策上の不備が発見された場合は、速やかに対策を実施するとともに、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。
- 7) 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。

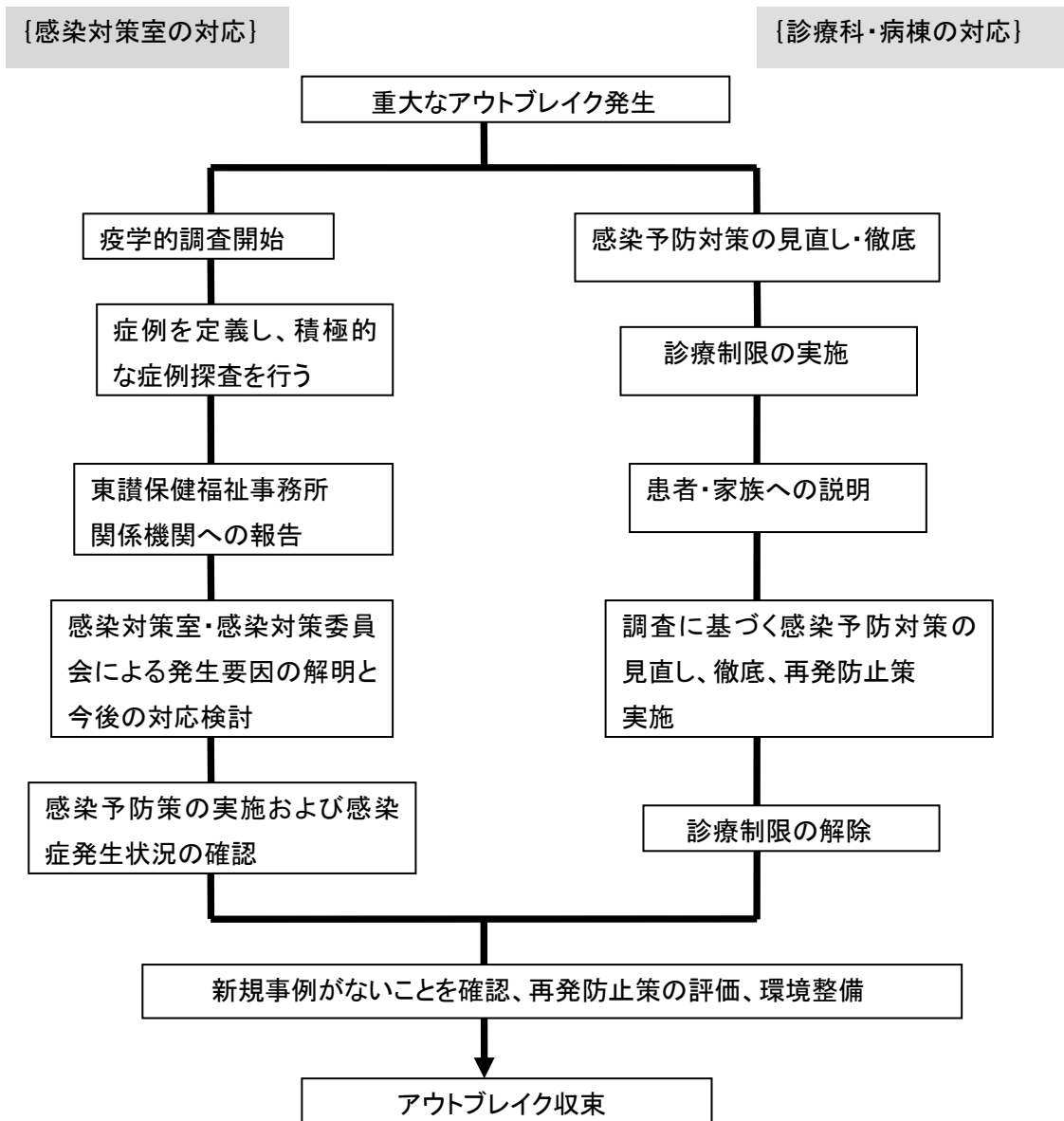
3. 重大な感染事例発生時の具体的対応

- 1) 疫学調査の開始と同時に診療科・病棟への報告を行い、病原体に応じた適切な感染予防策の徹底を指導するとともに今後の対応について協議する。
- 2) 感染事例の発生が判明後、病院長に報告し、速やかに臨時の感染対策室員会議および感染対策委員会を開催し、事実関係の確認および対応を協議する。
- 3) 症例定義を行い、診療記録の調査などによる積極的症例探査を実施する。
- 4) 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等の感染予防策の徹底を行う。
- 5) 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）の必要性を検討協議し、適宜実施する。
- 6) 香川県東讃保健福祉事務所（感染症新法の届出に準拠する）および関係機関への報告を行う。
- 7) 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。

8) 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、予防策の評価を行う。

重大な感染事例発生時の対応



第4章 感染症発生時の対応

Ⅲ. 鳥インフルエンザ(H5N1)対策(ヒト-ヒト感染を起こしていない時期)

- * 通常のインフルエンザと同じ対応(飛沫感染防止策)とする。
- * ヒト-ヒト感染を起こすことが判明すれば、対応は大幅に変更する。
- * 発熱や上気道症状のある患者に接する場合は、患者・医療従事者ともサージカルマスクを装着する。

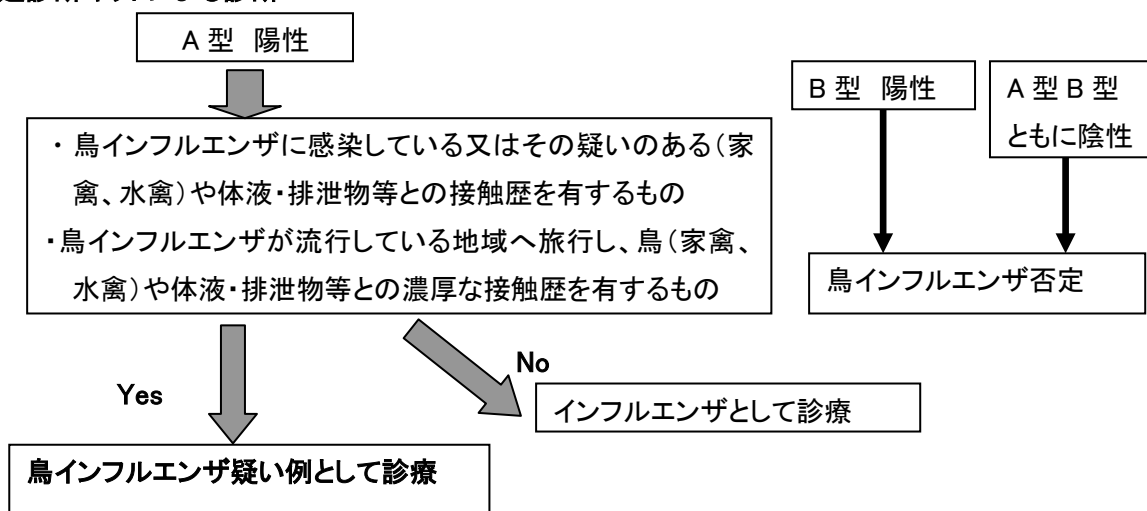
1) 問診

- * インフルエンザ症状のある患者で
 - ・ 鶏や他の鳥、あるいは体液・排泄物などの接触歴やそれに関連した職業
 - ・ 最近の海外渡航歴(鳥インフルエンザの流行地域への海外渡航の有無)および現地での鳥や体液、あるいはインフルエンザ症状を有する人との接触等を確認し、該当する場合は飛沫感染対策を実施し、診察を行う。

2) 診察

- ① PPE(個人防護具)の使用
診察の際は、N95 マスク、未滅菌手袋、ゴーグル(フェイスシールド)、ディスポガウンなどのPPEを適切に着用する。
- ② 診断
疑いのある患者にはインフルエンザ診断キットによる迅速診断を行う。
- ③ 診察後 PPE を外し廃棄後、手指衛生を行う。

迅速診断キットによる診断



3) 届出

「2類感染症発生届」用紙に記入し、感染対策室に提出する。

(内線 3058, PHS 5736)

感染対策室より東讃保健福祉事務所へ連絡する。(TEL 0879-29-8260)

入院が必要な場合は、収容施設の指示を保健所から受ける。

4) 患者管理

当院で治療が必要と判断された場合は、入院管理とする。入院に際しては空気・飛沫・接触感染防止対策を実施する。

① 入院病室

・原則として個室に入室する。

・入室前に、HEPAフィルター付き空気清浄機を設置し、病室を陰圧室にする。

② PPE の使用

・医療従事者は、入室時にN95マスクを着用する。

・飛沫に曝露する可能性があるため、未滅菌手袋、ディスポガウン、ゴーグルなどを適切に使用する

・汚染したPPEは使用後病室内で廃棄容器に廃棄し、手指衛生後退室する。

③ 手指衛生

・入室前後は手指衛生を徹底する。

・一処置ごとに手指衛生を徹底する。

④ 患者が検査等でやむを得ず病室外に出るときは、サージカルマスクを着用させる。

5) 診療した医療従事者の予防内服

鳥インフルエンザ疑い例を診察した場合、診療時に接触した医療従事者は、呼吸器内科医師と相談のうえ自己決定で、タミフルによる予防内服(1日1回1錠)を7~10日間行う。

* 予防内服の費用は、院内感染対策経費より負担する。

6) 連絡先

感染対策室 内線 3058

第4章 感染症発生時の対応

IV. 新型インフルエンザ対策

1. 流行のレベルに応じた具体的な対応(レベルⅣ・Ⅴ・Ⅵ)

1) レベルⅣ(フェーズ4A,5A,6A: 海外においてヒトからヒトへ感染発生時)

鳥インフルエンザウイルスが徐々にヒトの適応し、ヒト-ヒト感染も小規模ながら見られるようになると、このウイルスは「新型インフルエンザ」と改称され、WHO のフェーズは4となる。さらにヒトへの適応が進み、効率よくヒト-ヒト感染が起こるようになるとフェーズは5、6と進む。

このうち、フェーズ4A、5A、6A は、まだ日本国内では患者が発生しておらず、患者の早期発見とウイルスの封じ込めが求められる時期である。

フェーズ4以降、本疾患は、感染症法による「指定感染症」に政令指定され、二類感染症相当の扱いとなり、入院診療においては感染症指定医療機関もしくは第一種感染症指定医療機関に入院させることが原則となる。香川県には、第一種感染症指定医療機関が設置されていないため、第二種感染症指定医療機関を4医療機関指定している。また、SARS 入院対応医療機関である4医療機関を確保している。

香川県内で新型インフルエンザが発生した時の入院診療施設を以下に示す。

第二種感染症指定医療機関

内海病院	4床
さぬき市民病院	4床
高松市民病院	6床
三豊総合病院	4床

SARS入院対応医療機関

白鳥病院	4床
高松赤十字病院	4床
香川小児病院	2床
三豊総合病院	4床

香川大学医学部附属病院は、SARS 対応医療機関に指定されているため、要請により外来診療を行わなければならない。

当院で新型インフルエンザ(要観察例)が発生した場合は、東讃保健福祉事務所(Tel 0879-29-8260)へ速やかに報告し、対応や患者移送等に関して協議を行う。

<新型インフルエンザ要観察例、患者(確定例)の判断基準>

この症例定義は、現段階の知見をもとに定めたものであり、暫定的なものである。実際に新型インフルエンザが発生した場合は、その感染性や病原性の状況により、症例定義を修正することになる。

(1)要観察例

新型インフルエンザの罹患が疑われ、調査が必要と考えられる者。

法令上は入院勧告等の対象とはならないが、医学的、公衆衛生学的には他者との接触は控えることが望ましいと考えられる。

下記①又は②に該当する者であり、かつ、38℃以上の発熱等インフルエンザ様症状がある者、又は原因不明(注1)の肺炎や呼吸困難、若しくは原因不明(注1)の死亡例

① 10日以内に、ヒトへの新しい亜型のA型インフルエンザウイルスに感染している、又はその疑いがある鳥(鶏、あひる、七面鳥、うずら等)、若しくは死亡鳥(注2)との接触歴(注3)を有する者

② 10日以内に、ヒトへの新しい亜型のA型インフルエンザウイルスに感染しているインフルエンザ患者(疑いを含む)との接触歴(注3)を有する者

(注1)原因不明とは、RSウイルスやアデノウイルスなどのウイルス性肺炎、マイコプラズマやクラミジアなどの細菌性肺炎、誤嚥性肺炎などの鑑別診断(喀痰、血液検査など)をした上で、原因がわからない場合を想定

(注2)死亡鳥とは、大量に死んでいる場合を想定

(注3)接触歴とは、1mないし2mの範囲の濃厚な接触

(2)患者(確定例)

38℃以上の高熱および急性呼吸器症状がある者のうち、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

① ウイルス分離・同定による新しい亜型のA型インフルエンザウイルスの検出

② ウイルス遺伝子検査による新しい亜型のA型インフルエンザウイルスの検出

2)新型インフルエンザの感染予防策

(1)感染経路と予防策

現在までに得られているインフルエンザの感染経路は、飛沫感染と接触感染が主体である。また、便中にもウイルスが含まれる可能性が示唆されており、患者の排泄物の取扱いにも十分な対策が必要である。

平素より、咳・発熱等の呼吸器感染症状を有する患者の診療においては、「咳エチケット」を指導する。また、すべての患者に対して標準予防策を徹底する。

「咳エチケット」

- 咳やくしゃみをする際には、ティッシュペーパーなどで口と鼻を押さえ、他人から顔をそむけ、1m以上離れる。
- 呼吸器系分泌物を含んだティッシュを、すぐに蓋付きの廃棄物箱に捨てられる環境を整える。
- 咳をしている人にサージカルマスクの着用を促す。

「標準予防策」

- 血液、体液、分泌物(汗を除く)、排泄物等に触れることが予想される場合は、手袋を着用する。手袋をはずした後手洗いを行う。
- 血液、体液、分泌物(汗を除く)、排泄物の飛散が予想される場合は、飛散の程度と部位に応じて、サージカルマスク、ゴーグル、ビニールエプロンを適時着用する。
- 血液、体液、分泌物(汗を除く)、排泄物等で汚染された器具、器材は適切に洗浄消毒する。

(2) ウイルスの消毒

インフルエンザに用いる消毒液と方法は、次の通りである。消毒する対象に応じて、適切に使用する。

<器材>

- ・80℃、10 分間の熱水消毒
- ・0.05～0.5w/v% (500～5,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭又は30分間浸漬
- ・0.55w/v% フタラールに30 分間浸漬
- ・消毒用エタノールで清拭又は浸漬

<環境>

- ・0.05～0.5w/v% (500～5,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭
- ・消毒用エタノールで清拭

<手指消毒>

- ・速乾性擦式消毒用エタノール

(3) 検体採取と感染防止

患者から、検査検体を採取する場合には、咽頭拭い液を用いる。患者咽頭を擦過した綿棒は、溶液入り試験管に浸漬し、密封の上、できるだけ速やかに検査に供す。保存する場合は、低温(4℃程度の冷蔵庫、保冷库など)で行う。咽頭擦過時、患者の気道飛沫等を浴びる可能性があるため、手袋、N95マスク、アイプロテクション、ガウンの着用など感染予防策を確保した上で検体採取を行う。

(4) 移送における感染防止

患者を移送する場合は、人権や患者の精神的不安に配慮し、移送従事者は、十分な感染

対策を行う。

① 患者への対応

患者には、サージカルマスクを着用させる。呼吸管理を行っている患者には、医師が付き添う。自力歩行可能な患者に対しては、歩行を許可し、車いす、ストレッチャーは適宜使用する。使用する車両等の内部をできるだけ触らないようにする。

② 移送従事者の対応

移送従事者は、手袋、N95マスク、ゴーグル、非透過性ガウンを着用する。移送中は、周囲の環境を汚染しないように配慮し、手袋は汚染したらすぐ新しいものに交換する。使用後の防護具は、感染性廃棄物として処理する。

3)レベルV(フェーズ4B:国内においてヒトからヒトへ感染発生時)

レベルVI(フェーズ4B,5B:県内において感染発生時)

＜外来での対応＞

(1)外来トリアージ

患者から電話による事前連絡があった場合は、担当医師が要観察例と判断した場合には、入院受け入れ施設への受診を勧める。

患者が来院後、要観察例と判明した場合は、他の患者と接触しないよう配慮し、救急外来処置室へ誘導し、診察を行う。速やかに東讃保健福祉事務へ報告し、指定医療機関への搬送を検討する。

(感染症発生時の診療の流れ参照)

(2)マスク・眼の防御

患者に速やかにサージカルマスクを着用してもらい、患者に対応するスタッフは、N95マスクを着用する。診療を行うスタッフは、N95マスクとゴーグルを着用する。

(3)手指衛生

石鹸と流水による手洗いおよびアルコール擦式消毒剤を使用する。

(4)手袋・ガウン・キャップの着用

血液、体液、分泌物、粘膜に接触するような場合は、手袋・ガウン・キャップを着用する。

(5)患者に使用した器具

聴診器、血圧計、体温計などの器具は適切に消毒する。

(6)環境整備

分泌物等で汚染された箇所や患者が手で触れた場所は、消毒用エタノールで清拭消毒を行う。清掃を行うスタッフは、N95マスク、手袋、ゴーグル、ガウン、キャップを着用する。

(7)患者の同伴者

患者の同伴者については、要観察例と判断された時点で同伴させないようにする。小児等同伴者の付き添いが必要な場合は、N95マスク、手袋、ゴーグル、ガウン、キャ

ップを着用させる。

(8) 対応した職員、医療従事者

要観察例の患者に接触した職員は、接触後7日間毎日定期的に体温を計測し、発熱が認められたら、感染対策室(内線3058)に連絡し、指示を受ける。

<入院>

(1) 入院患者が要観察症例となり、入院受け入れ施設に搬送する場合

- ① 東讚保健福祉事務所の指示のもとに指定医療機関に搬送する。
- ② 院内の搬送時に他の患者と動線が重ならないようにする。
- ③ 同室者、診療、看護、検査にあたった職員は、最後の接触から1週間は健康観察を徹底し、1日2回の検温および健康異常について報告させる。不完全な感染防御の実施に対しては、抗インフルエンザ薬の予防内服を1週間行う。新型インフルエンザの前兆候が見られた場合は、直ちに抗インフルエンザ薬による治療を行う。
- ④ 接触した職員は、毎日定期的に体温を計測し、発熱が認められたら感染対策室(3058)に連絡し指示を受ける。

(2) 院内で発症した場合でも、治療上の理由で感染症指定病院に移送が困難な場合

- ① 病室は可能ならば独立換気の陰圧個室とする。患者が多い場合には診断確定例はコホート管理を行い、疑い例は個室あるいは飛沫感染管理を行う。
 - a. 入院中の移動制限
必要時以外は部屋から出てはならない。検査等で部屋から出る場合はサージカルマスクを着用させる。
 - b. 面会制限
面会は原則として禁止する。やむを得ず面会が必要な場合、面会者はN95マスク、手袋、ゴーグル、キャップ、ガウンを着用する。
 - c. 隔離解除
インフルエンザ患者は症状改善後も気道からウイルスの排泄が数日間にわたり続くとされている。WHOは、インフルエンザウイルス(H5N1)の排泄期を、成人は解熱後最長7日間、小児は発症後最長21日間としている。
- ② 患者は検体(呼吸器サンプル、および血液)を採取したのち抗インフルエンザウイルス薬による治療を開始する。
- ③ 診療にあたる医療従事者には、入手可能であれば入手後速やかにプレパンデミックワクチンを接種する。
- ④ 診療を行なう医療従事者は、N95 マスク、手袋、ゴーグル、キャップ、ガウンを着用する。
- ⑤ 診療にあたった医療従事者は、抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を、診療期間中と診療を終了後1週間行なう。

