

(抜粋)

**Avian Influenza, including Influenza A (H5N1), in
Humans: WHO Interim Infection Control Guideline
for Health Care Facilities**

Date of most recent amendment: 9 February 2006



**World Health
Organization**



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR THE **Western Pacific**

3. Early recognition, isolation, and reporting of possible AI cases

a) Health care facilities should:

- Make it a facility priority to establish methods to ensure early recognition and investigation of possible AI cases;
- Promptly initiate infection control precautions when AI infection is suspected; and
- Link the hospital-based surveillance system to the public health surveillance system and report immediately all available essential information regarding possible AI cases to public health authorities via the local surveillance system, as per Annex 1 of the International Health Regulations 2005 (see: http://www.who.int/csr/ihr/One_pager_update_new.pdf). Although the IHR (2005) will not enter into force until June 2007, they are cited here as the recommended best practice. At the national level the IHR (2005) will require the international notification to WHO by States Parties of "human influenza caused by a new subtype" [Annex 2 of the IHR(2005)].

b) In countries* **with** known AI infections in animals or humans, consider the diagnosis of AI:

- In all patients who present with severe acute febrile respiratory illness (e.g., fever > 38° C, cough, shortness of breath) or other severe unexplained illness (e.g., encephalopathy or diarrhoea),[13] particularly in patients with a history of bird exposure, exposure to known or suspected AI-infected patients, or exposure to other severely ill people.
- Family members who accompany suspected AI-infected patients to the health care facility can be assumed to have been potentially exposed to AI and should also be evaluated for AI infection.
- If symptoms and exposure history support the possibility of AI infection, such patients should be put under isolation precautions and should be moved away from other persons and evaluated as soon as possible.

c) In countries* **without** known AI infections in animals or humans:

- Query patients with severe acute febrile respiratory illness (e.g., fever > 38° C, cough, shortness of breath) or other severe unexplained illness (e.g., encephalopathy or diarrhoea),[13] about travel to AI affected countries within the prior two weeks.
- Consider the diagnosis of AI in patients with acute febrile respiratory illness who have travelled to an AI affected country within the prior two weeks and who have had bird exposure, exposure to known or suspected AI-infected patients, or exposure to other severely ill people while in an AI affected country during this time period.
- If symptoms, travel, and exposure history support the possibility of AI infection, such patients should be put under isolation precautions and should be moved away from other persons and evaluated as soon as possible.

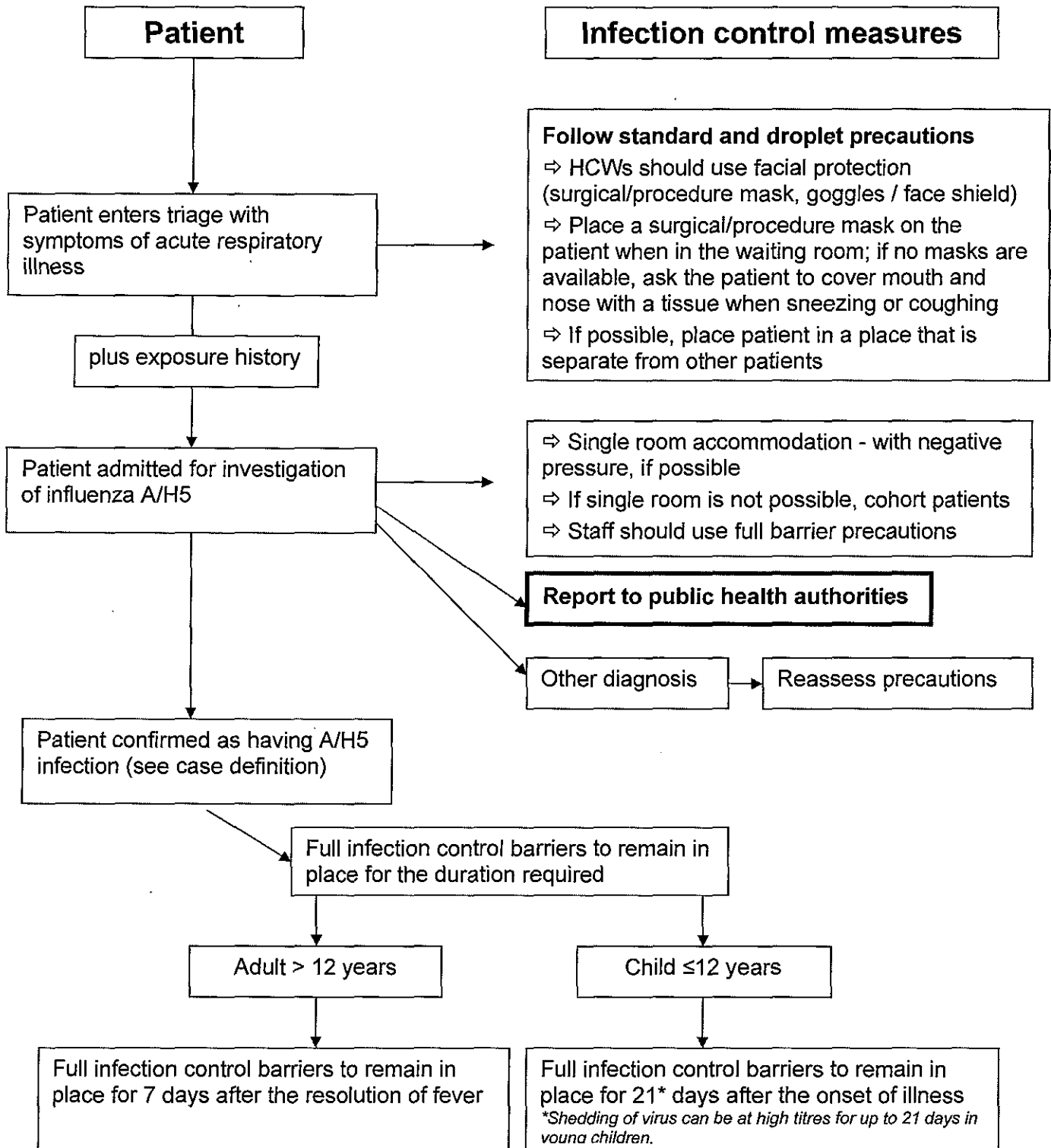
*To access updated information about AI affected countries, please see:

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/

Rationale

Prompt identification and isolation of patients, HCWs, or visitors who may be infected with AI is critical to minimize the risk of nosocomial transmission and to enable an efficient public health response.

Figure 1: Initiation of AI infection control precautions in health care facilities



4. Isolation precautions for suspected or confirmed AI-infected patients

a) Patient placement:

- Place patient in a negative pressure room (airborne infection isolation room) or area, if available (Annex 6).
- If a negative pressure room is not available or cannot be created with mechanical manipulation of the air, place patient in a single room.
- If a single room is not available, suspected and confirmed AI-infected patients may be cohorted separately in designated multi-bed rooms or wards.
- Doors to any room or area housing suspected or confirmed AI-infected patients must be kept closed, when not being used for entry or egress.
- To facilitate cleaning and to reduce the potential for virus aerosolisation via vacuuming, house AI-infected patients in uncarpeted rooms/areas, if possible.
- When possible, isolation rooms should have their own hand washing sink, toilet, and bath facilities.
- The number of persons entering the isolation room should be limited to the minimum number necessary for patient care and support.

b) Cohorting

- If single rooms are not available, patients infected with the same organisms can be cohorted (share rooms). These rooms should be in a well-defined area that is clearly segregated from other patient care areas used for uninfected patients.
- Designated units or areas should be used for cohorting AI-infected patients (suspected and confirmed cases should be housed separately).
- The distance between beds should be > 1 meter. Increasing spatial distance between patients may theoretically be helpful in preventing transmission of respiratory aerosols.
- Whenever possible, HCWs assigned to cohorted patient care units should be experienced house staff and should not “float” or otherwise be assigned to other patient care areas.
- The number of persons entering the cohorted area should be limited to the minimum number necessary for patient care and support.
- Consider having portable x-ray equipment available in cohort areas.
- HCWs assigned to cohorted patient care units should be aware that AI-infected patients may be concurrently infected or colonized with other pathogenic organisms (e.g., *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*) and should use standard and applicable transmission-based infection control precautions to prevent transmission of healthcare-associated infections.

c) Barrier precautions for the care of patients with respiratory illness or suspected or confirmed AI infection. In addition to hand hygiene, all individuals providing care for patients with respiratory illness or suspected or confirmed AI infection should use PPE as indicated in Table 1 below.

d) PPE for the care of suspected or confirmed AI-infected patients includes:

- A particulate respirator that is at least as protective as a U.S. NIOSH-certified N95, EU FFP2, or equivalent (Annex 4).

3. トリインフルエンザの可能性のある患者の早期認識・隔離・報告

a) 医療施設は、

- トリインフルエンザの可能性のある患者の早期認識と調査を徹底する方法を確立することを施設の優先事項としなければならない。
- トリインフルエンザ感染が疑われる場合は、迅速に感染対策に着手する。
- 「国勢保健規則 (IHR) (2005)」 (http://www.who.int/csr/ihr/One_pager_update_new.pdf を参照) の付属文書 I に示すように、病院を基盤とする監視システムを公衆衛生監視システムにリンクさせ、トリインフルエンザの可能性のある症例に関する全ての必須情報を、迅速に地域監視システムを通じて公衆衛生当局に報告する。IHR (2005) は 2007 年 6 月まで発効しないが、参考として引用する。国レベルでは、「新亜型によるヒトインフルエンザ」 [IHR (2005) の付属文書 2] 締約国は WHO に対し国際的に通知することが IHR (2005) で求められている。

b) 動物またはヒトにおけるトリインフルエンザ感染が確認されている国*では、トリインフルエンザの診断を検討する。

- 重症の急性熱性呼吸器疾患 (38°C を超える体温、咳、息切れなど) またはその他説明のつかない重症疾患 (脳症や下痢など) [13]患者の全て、特にトリへの暴露やトリインフルエンザ感染が確認されているまたは疑われる患者への暴露、またはその他重症疾患患者への暴露歴のある患者。
- トリインフルエンザ感染の疑われる患者に付き添って医療施設に来院した家族は、トリインフルエンザに暴露した可能性があるとして仮定し、トリインフルエンザ感染について診察しなければならない。
- 症状や暴露歴からトリインフルエンザ感染の可能性が認められる場合、できるだけ早急に隔離対策を講じ、他の者から離して診察しなければならない。

c) 動物やヒトにトリインフルエンザ感染が確認されていない国*では、

- 重症の急性熱性呼吸器疾患 (38°C を超える体温、咳、息切れなど) またはその他説明のつかない重症疾患 (脳症や下痢など) [13]患者に、過去 2 週間以内にトリインフルエンザ発生国を訪問したかどうか尋ねる。
- 過去 2 週間以内にトリインフルエンザ発生国を訪問し、その間にトリインフルエンザ発生国でトリまたはトリインフルエンザ感染患者やその他の重症患者に暴露した急性熱性呼吸器疾患患者についてトリインフルエンザ診断を検討する。
- 症状・渡航歴・暴露歴からトリインフルエンザ感染の可能性が認められる場合、できるだけ早急に隔離対策を講じ、他の者から離して診察しなければならない。

* トリインフルエンザ発生国に関する最新情報は、以下を参照。

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/

根拠

トリインフルエンザ感染の可能性のある患者・医療従事者・見舞客の早期同定と隔離は、院内感染リスクを抑制し、有効な公衆衛生上の対応を可能にするために欠かせない。

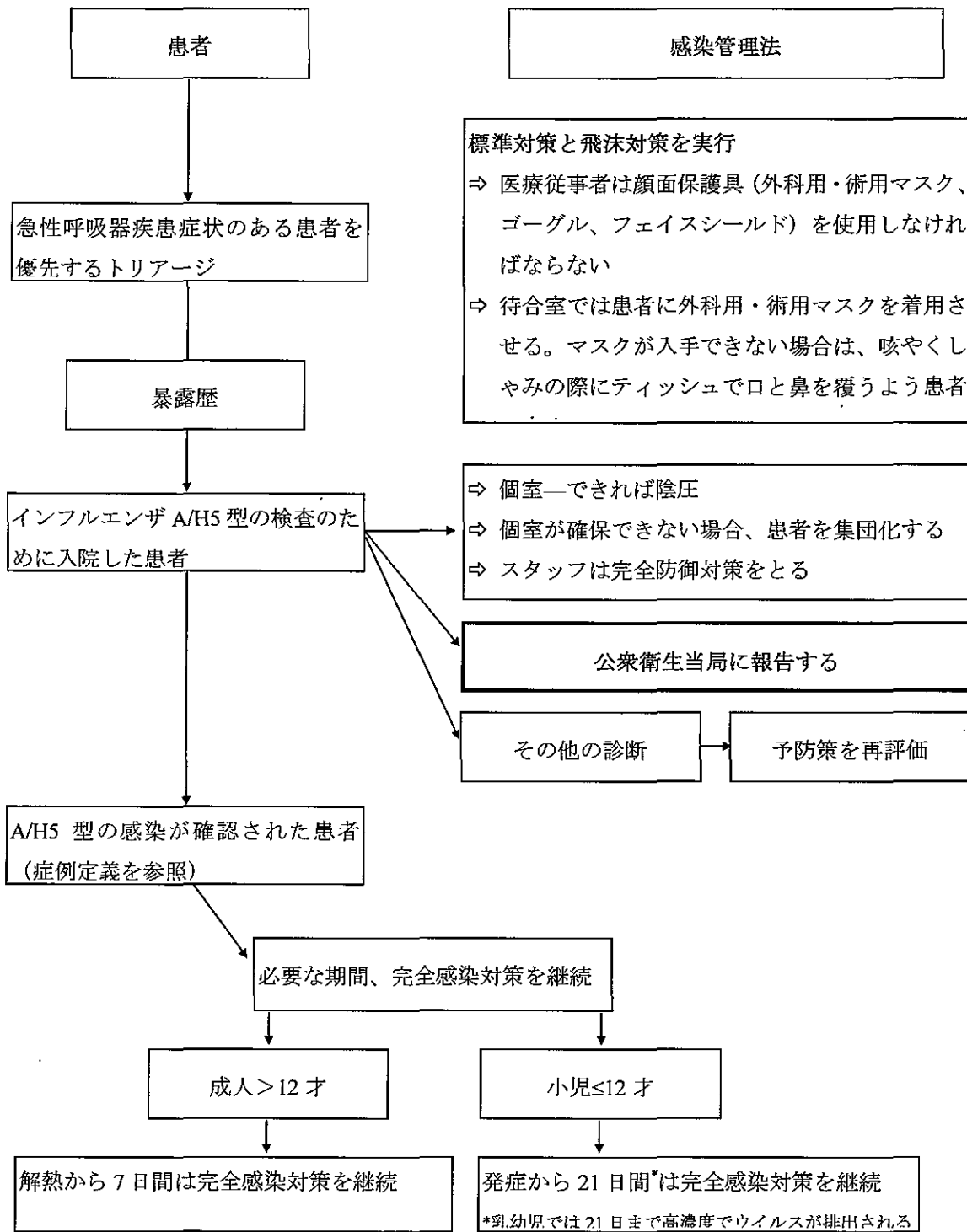


図 1 医療施設におけるトリインフルエンザ感染対策の実施

4. トリインフルエンザ感染の疑いのある患者または確定患者の隔離対策

a) 患者の収容

- 可能であれば、陰圧室（空気感染隔離室）または陰圧区域に患者を収容する（付属文書6）。
- 陰圧室がない、または空気を機械的操作で陰圧にできない場合、患者を個室に収容する。
- 個室がない場合、トリインフルエンザ感染の疑いのある患者と確定患者を別々に集団化し、指定された大部屋または病棟に収容する。
- トリインフルエンザ感染の疑いのある患者と確定患者を収容する部屋または区域への出入り口は、入退室時以外は閉めておく。
- 清掃を容易にし、掃除機の利用によるウイルスエアロゾルの可能性を低下させるため、可能であればトリインフルエンザ感染患者をカーペットのない部屋・区域に収容する。
- 可能であれば、隔離室には専用の手洗い用流し、トイレ、風呂を設備する。
- 隔離室に入るスタッフ数を患者の治療と支援のために最低限必要な数に制限する。

b) 集団化

- 個室がない場合、同じ微生物に感染した患者を集団化する（相部屋にする）。部屋は非感染患者の治療区域とは明確に分けられた区域でなければならない。
- 指定の部屋または区域は、集団化されたトリインフルエンザ感染患者専用としなければならない（疑いのある患者と確定患者は別々に収容する）。
- ベッド間の距離は1 m以上開けなければならない。患者間の距離を広げれば、理論的には呼吸器エアロゾルの伝播予防に役立つ。
- 可能であれば、集団化された患者治療区域に割り当てられる医療従事者は経験豊富で、「遊軍」または他の患者治療区域に割り当てられていない者でなければならない。
- 集団化された区域に入るスタッフ数は、患者の治療と支援のために最低限必要な数に制限する。
- 集団区域で携帯用レントゲン機器が利用できるよう検討する。
- 集団化された患者治療区域に割り当てられた医療従事者は、トリインフルエンザ感染患者が同時に他の病原性細菌（黄色ブドウ球菌（*Staphylococcus aureus*）、*Clostridium difficile* など）に感染している可能性があることを認識し、医療関連感染の予防のために適切な標準感染対策を講じなければならない。

以下略