

当院における CDAD アウトブレイクへの対応

¹順天堂大学医学部附属練馬病院

○森本 景子¹、岡崎 千絵¹

【はじめに】クロストリジウム・ディフィシル関連性下痢症（以下 CDAD）は、抗菌薬使用を契機として発症することが多く、また医療従事者の手指を介した感染が問題となっている。当院では、2011 年 12 月から 2012 年 2 月に、CDAD のアウトブレイクを経験し、ICT による介入によって早期の収束をみたので報告する。【経緯】当院は ICU を含め 10 病棟を持つ 400 床をもつ急性期病院であるが、7 病棟、合計 18 例に CD トキシン陽性を確認した。そのうち、薬剤関連性と考えられる症例は 13 例、院内伝播と考えられる症例は 2 例、輸入 2 例、不明 1 例が認められた。薬剤関連性と思われる症例について、薬歴を調査したところ、SBT/ABPC 使用患者は 5 例、TAZ/PIPC5 例、MEPM1 例、CEZ3 例、CPFX1 例、CTM1 例、SBT/CPZ1 例、化学療法 1 例（重複あり）となり、ペニシリン合剤、カルバペネム系、キノロン系など広域抗菌薬の使用例が全体の 86.7%と多くみられた。この結果より、ICT では、届出制抗菌薬の範囲を拡大し、抗 MRSA、カルバペネム系、キノロン系抗菌薬に加えて、ペニシリン系合剤、セフェム系合剤について届け出制を導入した。また、院内ガイドラインの見直しを行い、感染性腸炎、クロストリジウム・ディフィシル対応ガイドラインを改定し、ビニールエプロン・サージカルマスクの着用など接触予防策を徹底した。さらに標準予防策・スタッフの手指衛生の徹底（石鹸と流水による手洗い方法の指導を含む）、環境整備などを行った。その後、CDAD 患者は減少し、2012 年 3 月には、アウトブレイクの収束を得られた。【考察】CDAD の拡大を防ぐためには、抗菌薬の適正使用の推進することにより発症リスクを低減させるとともに、手指衛生、環境整備の徹底により、感染経路を断つことが必要であると考える。

ICU が抱える感染症の諸問題：救命センターに発端をなす 2 剤耐性 *Acinetobacter Baumannii* アウトブレイクとその制御過程

¹順天堂大学 医学部 附属浦安病院 救急診療科、²順天堂大学 医学部 附属浦安病院 感染対策室、³順天堂大学 医学部 附属順天堂医院 感染対策室、⁴順天堂大学大学院 感染制御科学

○井上 貴昭^{1,2}、中沢 武司²、麻生 恭代²、成田 久美²、秋田 美佳²、石井 幸^{2,3}、田中 裕¹、南條 友央太²、大日方 薫²、佐々木 信一²、堀 賢^{3,4}

当院では 2008 年より救命センターが本格稼働をはじめ、救急患者数の急増と共に MRSA 等の耐性菌検出数は増加してきた。2009 年より散発性に検出された *Acinetobacter Baumannii* (AB) は、徐々に検出数が増加し、中にはカルバペネム耐性株も検出されるようになった。当院救命センターで 2009 年 1 月から 2011 年 12 月までに AB が検出された患者 49 名を検討した結果、人工呼吸管理、中でも気管切開実施症例、敗血症患者が risk factor になることが明らかになり、多職種による定期 ICT ラウンドと環境サーベイランスを通じて、手指消毒の徹底、接触感染予防策・加湿システムの見直しに加え、救命センター入退室時 AB アクティブサーベイランスを実施した。この結果、救命センターにおける退室時 AB 検出率は 6.9%であった。しかしながら、2012 年 5 月に AB 感染例が 2 例、疑い例が 1 例検出され、院内アウトブレイクと判断して徹底した対策を講じた。(1)AB 感染者・保菌患者の院内単一病棟隔離、(2)AB アウトブレイク対応マニュアルの作成と感染例に対する使用抗菌剤の指定、(3)感染者、保菌者、脱保菌者の categorization、(4)手指消毒の教育指導とアルコールゲル消費量の公表、(4)全病棟患者の AB スクリーニングと保菌者の院内完全隔離、(5)清掃会社への感染防止に関する指導、などの施策を励行した。結果感染者及び人工呼吸管理を要する保菌患者は一時的に機能を停止させた ICU に隔離し、ADL 自立保菌者は単一病棟個室に隔離し、のべ 40 名の患者の隔離措置を実施し、保菌者は随時退院させた。全病棟スクリーニングの結果、AB 検出率は 5.1%であった。感染者 2 名はいずれも脱保菌状態（3 回連続で培養検査陰性）となり、カルバペネム耐性 AB の新規検出率は 4.3%まで低下した。また手指消毒の目安として、アルコールゲル消費量は、対策前 5.4mL/day/bed から 16.8mL/day/bed（院内平均）まで増加した。しかし、耐性は低いものの依然 AB の完全撲滅には至らず、未だ徹底した AB 対策を実施している。本例に見られるように、近年 ICU 領域における AB のアウトブレイク事例が全国的も散見され、中には救急患者の受け入れ制限にまで自体が及ぶことがあり、今後注目すべき院内感染と考える。MRSA や多剤耐性緑膿菌に比較しても対応が困難とされる AB アウトブレイクに対して、診療科や職種、更には本院-分院連携など、病院を越えたチーム医療アプローチが重要である。