

4. VHF は公衆衛生上の重要課題である。その理由は以下の通りである。
- ・容易に院内感染するおそれがある
  - ・致命率が高い
  - ・迅速な発見および診断が困難である
  - ・有効な治療法が存在しない

5. 本指針の作成にあたり、ACDP は VHF 感染の伝播リスクを新たに評価した。集団発生のエビデンスから、VHF 感染の伝播の主な経路は、血液または体液への**直接接触**（傷ついた皮膚または粘膜を通して）、および血液または体液のスプラッシュや飛沫で汚染された場所への**間接触**であることが強く示唆される。VHF 患者からの空気感染リスクに関する状況的または疫学的なエビデンスはないという点で、専門家の意見は一致している。

6. リスク評価の改訂を受けて、本指針では英国において VHF 患者を隔離する上で推奨される管理上の選択肢を提示する。これらの選択肢には、専門の高度安全感染症病棟（HSIDU）内での VHF 患者の隔離に関する柔軟な対応も含まれている。

7. 本指針は ACDP ハザードグループ 4 に分類される病原体により生じた VHF のみを対象とする。VHF の原因となる ACDP ハザードグループ 4 に該当するウイルスの詳細を APPENDIX 1 (p.37) に示す。

8. 本指針は、英国において重大な健康への影響を及ぼす、および英国の公衆衛生に重大なリスクをもたらす可能性のある新感染症または新興感染症を含む類似する感染症症例にも適応される。

## 本指針の使用対象者

9. 本指針は以下に定める者に向けて作成されたものである

- ・救急科、感染症科、感染対策、微生物学、急性期病棟における医療従事者
- ・VHF への感染が確認された、または VHF 感染の「可能性がある」または「可能性が高い」患者を搬送する可能性がある救急隊員
- ・VHF への感染が確認された、または VHF 感染の「可能性がある」または「可能性が高い」患者の検体を扱う検査技師
- ・VHF 症例に関連する公衆衛生対応を実施する可能性のある公衆衛生の専門家（港湾保健地方管理局の担当者など）
- ・VHF 症例を取り扱う可能性がある霊安室および葬儀の担当者

感染の「可能性がある」または「可能性が高い」の定義については、p.17 のアルゴリズム参照。

## ■ ACDP ハザードグループ 4 に分類される VHF ウイルス

### 〈アレナウイルス科〉

旧世界アレナウイルスグループ  
 ラッサ  
 ルジヨ

### 新世界アレナウイルスグループ

チャバシ  
 ガナリト  
 フニン  
 マチュポ  
 サビア

### 〈フラビウイルス科〉

キアサヌル森林病  
 アルクルマ出血熱  
 オムスク出血熱

### 〈ブニヤウイルス科〉

ナイロウイルス  
 クリミア・コンゴ出血熱

### 〈フィロウイルス科〉

エボラ  
 マールブルグ

# SECTION

# 2

## 患者のリスク評価

### ■ リスク評価

- ・ リスク評価は法律上の義務である。
- ・ リスク評価の責任者が誰かを把握し、当該地域のリスク評価規定を理解しておく。
- ・ リスク評価アルゴリズム (p.17) を使用し、21 日以内に渡航歴または曝露歴のある発熱患者の VHF 感染の可能性の有無を決定する。
- ・ 患者のリスク評価によりスタッフ保護のレベルおよび患者の管理を決定する。
- ・ スタッフに対するリスクは、患者の症状、検査診断結果および／またはその他のソースからの情報により経時的に変化する可能性がある。VHF 患者は症状が急に悪化することがある。

## なぜリスク評価が必要か？

### 1.

健康有害物質管理 (CoSHH) 規則では、職場において雇用主による従業員のリスク評価を義務づけている。これには、医療現場またはその他の職場における VHF 感染のリスク評価も含まれている。リスク評価の目的は、感染リスクを予防し、感染拡大を防ぐために必要な活動についての決定を可能にすることである。したがって、リスク評価には VHF 感染の可能性ま

たは高い可能性に対する患者の評価およびスタッフに対する関連リスクの評価の両方が含まれている。あらゆるリスクの予防策として、リスク評価により必要と判断された場合の実践的な感染予防策の実施、情報提供、訓練および健康サーベイランスが含まれている。

## 2.

英国では、(1) VHF 発生地域への渡航者、および／または (2) VHF に感染した患者または動物への曝露者（血液、体液、組織を含む）、または (3) VHF の感染性病原体を扱った検査技師のみが VHF 感染のリスクがあるとみなされる。

## 患者のリスク評価の実施方法

## 3.

救急医、救急科専門医または患者受け入れチーム専門医など、患者の救急治療を担当する医療チームの上級スタッフの主導で患者リスク評価を実施する。微生物学専門医もこの中に含まれるべき場合がある。

## 4.

発熱 (>38°C) または 24 時間以内の発熱歴かつ 21 日以内の渡航歴または疫学的曝露が認められる患者は、患者のリスク評価アルゴリズムにおける確認から診断までの経路の主要ステップに従う (p.17)。これにより患者の VHF リスク分類が確立され、リスク分類に応じてその後の患者の管理およびスタッフの保護レベルが決定される。詳細は本指針の後続の SECTION を参照のこと。

## 5.

発熱 (>38°C) または 24 時間以内の発熱歴かつ 21 日以内の関連する渡航歴または疫学的曝露が認められる患者については、救急科または急性期病棟の通常業務として、アルゴリズムを用いた患者のリスク評価を実施すべきである。

## 6.

アルゴリズムは患者の管理、検査診断およびスタッフの保護レベルに対応しており、これらすべては VHF 感染の可能性および患者の症状に応じて決定される。

## 7.

標準予防策および優れた感染対策は、初期のリスク評価中にスタッフが感染のリスクにさらされないようにするために最も重要である。本指針を通してスタッフは標準予防策を基準として使用することが前提となる。これらの対策をまだ実施していない場合は、VHF が考慮される患者の対処時に直ちに導入すること。

## 8.

患者の VHF リスク分類は、患者の症状および／または検査診断結果により変化し得る。VHF 感染患者の症状は急に悪化する可能性があることに留意する。

## 患者の VHF リスク分類

## 9.

アルゴリズムにおける追加質問は VHF 感染リスクを徹底的に評価するよう考案されたものである。追加質問の後、患者は以下のいずれかに分類される。

- ・ VHF の可能性はきわめて低い (以下参照)
- ・ VHF の可能性あり (SECTION 3 (p.18) 参照)
- ・ VHF の可能性が高い (SECTION 4 (p.23) 参照)
- ・ VHF の感染確認 (SECTION 5 (p.27) 参照)

## 10.

VHF の流行地域に関する要約情報は APPENDIX 1 (p.37) を参照されたい。詳細情報は健康保護局 (HPA) のウェブサイトの VHF リスクマップに示されている。近年の VHF 集団発生に関する情報は Travex, NaTHNac などのトラベルヘルス関連ウェブサイト、HPA のウェブサイト、ProMed 上で毎日更新される世界の疾患情報で入手可能である。

## VHF 感染の可能性が低い患者

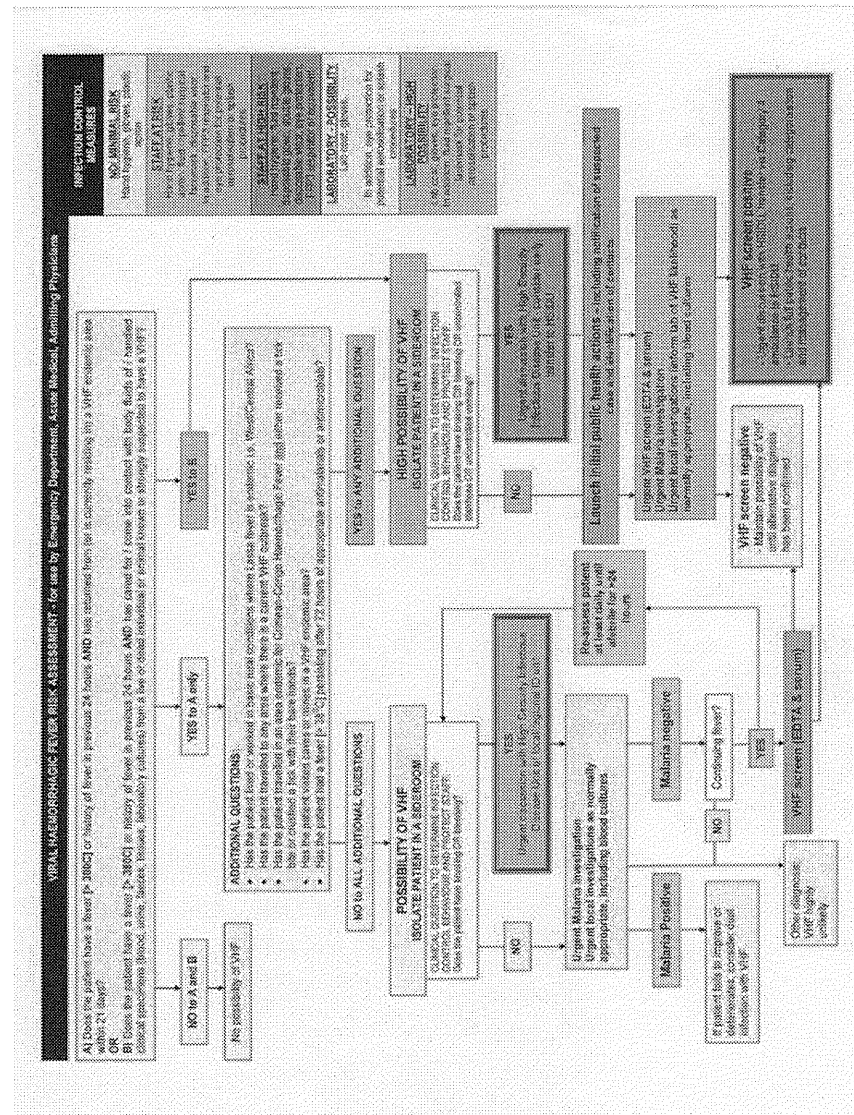
■発熱 (> 38°C) 患者で、以下に当てはまる場合は VHF の可能性が極めて低い

- ・発症 21 日以前に VHF 流行地域を訪れていない。
- ・VHF が確認された、または VHF が強く疑われる患者、遺体または動物のケアを行ってから/これらの体液と接触してから/これらの臨床検体を取り扱ってから 21 日以内に体調を崩していない。
- ・英国でのマリアスクリーニング検査が陰性で、24 時間を超えて平熱の状態が続いた場合。
- ・英国でのマリアスクリーニング検査が陽性で、マリア治療に適切に反応した場合。
- ・代替診断が確定し、その治療に適切に反応した場合。

### 11.

関連する曝露歴を有する患者に改善が見られない、または以下のいずれかを発症した場合に、患者における VHF リスクの再評価を実施すること。

- ・鼻出血
- ・血性下痢
- ・アスパラギン酸トランスアミナーゼ (AST) の急激な上昇
- ・血小板数の急激な低下
- ・ショック
- ・その他の診断がない場合の酸素要求量の急激な増加



## SECTION

## 3

## 「VHF 感染の可能性あり」と分類された患者の管理

注：患者に皮下出血および出血が認められる場合、リーダー医師はその後の管理について最寄りの HSIDU または当該地方／地域の IDU と緊急協議することを推奨する。連絡先については APPENDIX 2 (p.42) を参照。

### ■ 「VHF 感染の可能性あり」と分類された患者

- ・患者の救急治療を担当する医療チームの上級スタッフをリーダー医師とする。
- ・患者を直ちに個室に隔離する。
- ・患者のリスク分類に適した感染予防策および臨床診療手順を整備する。
- ・緊急のマラリアスクリーニング検査開始するとともに、当該地方の検査診断を通常通り継続する。
- ・マラリア陰性患者に発熱の持続および関連渡航歴が認められ、確定診断がつかない場合は、VHF スクリーニング検査を実施し、HSIDU または当該地方／地域の IDU にコンサルトする。また、患者を毎日再評価し、その他の検査診断を継続する。

## 感染予防策

## 1.

「VHF 感染の可能性あり」と分類された患者は、VHF の可能性が除外されるまで接触を限定するために直ちに個室に隔離する。個室には浴室やトイレなどの生活に必要な設備が設置されている、または少なくとも患者専用のトイレが設置されていることとする。

## 2.

全スタッフが標準予防策を適切に使用していることを前提とする。そうでない場合は、直ちに導入すること。更なるスタッフ保護レベルについては、以下に示すように患者の症状に応じて決定する。

### ■ 「VHF 感染の可能性あり」の場合の感染予防策

#### 〈患者の症状〉

皮下出血または出血

上記以外

#### 〈スタッフの保護〉

標準＋飛沫予防策が必要

- ・手指衛生
- ・手袋
- ・ビニール製エプロン
- ・防水性サージカルマスク
- ・使い捨てバイザー

**その他、エアロゾルまたはスプラッシュが発生する可能性のある処置に備えて**

- ・FFP3 レスピレーター、または欧州個人用保護具および呼吸用保護具規格 (EN) 認定の同等のもの。

標準予防策

- ・手指衛生
- ・手袋
- ・ビニール製エプロン

## 3.

エアロゾルまたはスプラッシュが発生する可能性のある処置

- ・ 気管挿管
- ・ 気管支鏡検査
- ・ 気道吸引
- ・ フェイスマスクを用いた陽圧換気
- ・ 高頻度振動換気
- ・ 中心静脈ライン挿入
- ・ 噴霧剤またはネブライザー製剤の投与
- ・ 診断的喀痰誘発法

## 4.

呼吸保護などの PPE に関する情報を APPENDIX 7 (p.64) に示す。

## 5.

使い捨ての機器および器材を使用する。針刺し損傷のリスクを最小限にするために無針注射システムの使用も検討する。

## 6.

廃棄物、洗濯物、除染および消毒の指針については APPENDIX 9 (p.73) および APPENDIX 10 (p.78) に示す。

## 7.

潜在的感染リスクについてスタッフとコミュニケーションを図ることは非常に重要である。スタッフは以下に述べるような VHF 患者に関連するリスクについて説明を受け、理解する必要がある。

- ・ 感染が確認された場合、VHF の重症度
- ・ ウイルスは以下に存在する可能性があること。
  - ・ 血液中
  - ・ 尿を含む体液中
  - ・ 汚染器具および機器上
  - ・ 廃棄物中

- ・ 汚染された衣類
  - ・ 汚染された表面
- ・ ウイルスへの曝露は以下で起こる場合があること。
- ・ 直接的；侵襲的，エアロゾルまたはスプラッシュが発生する処置中に血液および／または体液への曝露（傷ついた皮膚または粘膜）を通して
  - ・ 間接的；血液または体液のスプラッシュや飛沫で汚染された場所，表面，機器または衣類への曝露（傷ついた皮膚または粘膜）を通して

## 検査診断

## 8.

「VHF の可能性あり」として分類された患者の検体はすべて標準検体として扱ってよい。必要な検査には緊急マラリア検査を含む。当該地方で適宜行われているその他の検査として、検尿、検便、血液培養、胸部 X 線 (CXR) などがある。しかし、特に患者に皮下出血または出血が見られる場合には、当該地域の微生物学やウイルス学の専門家との連携が推奨される。

## 9.

この段階で最も可能性の高い疾患はマラリアであるため、患者がすでにマラリアのスクリーニング検査を海外で実施しその結果が陰性であった場合でも、マラリアのスクリーニング検査を最優先とする。

## 10.

患者管理のために採取した検体の検査は、適切なリスク評価を行った上で当該地域において標準的な封じ込めレベル 2 で実施してもよい。「VHF の可能性あり」と分類された患者の検体採取および取り扱いについての指針を APPENDIX 5 (p.55) に、検体の処理のための適切な検査法を APPENDIX 6 (p.58) に示す。

## 検査診断結果およびその後の患者管理

### マラリア検査結果

#### 11.

マラリア検査結果が陽性の場合、マラリアの治療を直ちに開始してよい。最新の英国におけるマラリア治療ガイドラインは HPA のウェブサイト上で入手可能である（2007 年に Journal of Infection で公表）。マラリア治療への反応が見られた場合、患者は「VHF の可能性がきわめて低い」として再分類される場合もある。しかし、抗マラリア療法に適切に反応しない患者、特に VHF を示唆する更なる特徴が見られる場合は VHF の可能性を再評価し、その結果に応じて検査をするべきである。「VHF の可能性がきわめて低い」として分類された患者の管理についての情報は SECTION 2 (p.13) を参照。

#### 12.

マラリアのスクリーニング検査結果が陰性で患者に発熱 (>38°C) が続き、確定診断がつかない場合、当該地方の微生物学検査室は HPA のレファレンスラボラトリーに連絡をし、緊急 VHF スクリーニングをエチレンジアミン四酢酸 (EDTA) 処理した血液を用いて実施する。患者のリスク評価時に聴取した患者の渡航歴および職歴などの情報をレファレンスラボラトリーに提供する必要がある。通常、検体受理後 6 時間以内に結果が判明する。レファレンスラボラトリーの所在地および連絡先の詳細は APPENDIX 2 (p.43) を参照されたい。結果を待つ間、検査診断を継続し少なくとも 1 日に 1 回患者を再評価すること。

### VHF スクリーニング検査結果

#### 13.

**VHF スクリーニング検査結果が陽性の場合**、多数の緊急対策が必要となる。詳細は SECTION 5 (p.27) を参照。

#### 14.

**VHF スクリーニング検査結果が陰性の場合**、代替診断が確定するまで、または 24 時間平熱の状態が続くまで VHF の可能性があるものとみなす。したがって、代替診断が確定するまで患者を個室に隔離し、本 SECTION で示すスタッフ保護などの感染予防策を継続すること。

## SECTION

# 4

## 「VHF 感染の可能性が高い」と分類された患者の管理

- 「VHF 感染の可能性が高い」と分類された患者
  - ・患者の救急治療を担当するリーダー医師を医療チームの上級スタッフとする。
  - ・患者を直ちに個室へ隔離する。
  - ・患者の症状に適した感染予防策および臨床診療手順を整備する。
  - ・緊急の VHF およびマラリアスクリーニング検査の実施、および当該地方における診断検査を、追加的な検査室感染予防策をとった上で、必要に応じて実施する (APPENDIX 6, p.58 参照)
  - ・初期の公衆衛生対応を開始する。
  - ・VHF スクリーニング検査結果が**陽性**の場合、当該地方の HSIU に患者を緊急搬送し、全面的な公衆衛生対応を実施する。公衆衛生対応については SECTION 6 (p.29) を参照のこと。

### 感染予防策

#### 1.

接触を限定するため患者を直ちに個室に隔離する。個室に浴室やトイレなどの生活に必要な設備が設置されている、または少なくとも患者専用のトイレが設置されていることとする。

2. 患者と接触するスタッフの人数を制限する。
3. 必要とされるスタッフの保護レベルは患者の症状により、以下の表に示す通りである。

### ■ 「VHF 感染の可能性が高い」場合の感染予防策 ■

〈患者の症状〉	〈スタッフの保護〉
皮下出血，出血，コントロール不能な下痢，またはコントロール不能な嘔吐	高度の予防策が必要 (標準+飛沫+呼吸予防) : ・手指衛生 ・二重手袋 ・防水性使い捨てガウン+上下一体の使い捨てガウンを代用品として考慮 ・使い捨てバイザー ・FFP3 レスピレーター，または EN 認定の同等のもの。
上記以外	飛沫予防策 (標準+飛沫) ・手指衛生 ・手袋 ・ビニール製エプロン ・防水性サージカルマスク ・使い捨てバイザー <b>その他，エアロゾルまたはスプラッシュが発生しうる処置に備えて</b> ・FFP3 レスピレーター，または EN 認定の同等のもの。

4. 呼吸保護などの PPE に関する更なる情報を APPENDIX 7 (p.64) に示す。

5. 患者に皮下出血，出血，コントロール不能な下痢またはコントロール不能な嘔吐が見られる場合には，リーダー医師は患者の管理について最寄りの HSIDU と緊急協議し，HSIDU への早

期搬送について検討することを推奨する。連絡先については APPENDIX 2 (p.42) を，搬送情報については APPENDIX 4 (p.50) を参照。

6. 使い捨ての機器および器材を使用すること。針刺し損傷のリスクを最小限にするために無針注射システムの使用も考慮する。

7. 廃棄物，洗濯物，除染および消毒の指針については APPENDIX 9 (p.73) および APPENDIX 10 (p.78) に示す。

8. VHF の潜在的感染リスクおよび感染予防策についてスタッフとコミュニケーションを図ることは非常に重要である。スタッフが認識しておくべき重要なリスクを p.17 に示す。

9. 患者が「VHF 感染の可能性が高い」と分類された場合，直ちに初期の公衆衛生対応を開始し，VHF スクリーニング検査結果が陽性の場合には全面的な公衆衛生対応を実施する (SECTION 6, p.29 を参照)。

## 検査診断

10. **緊急 VHF スクリーニング検査** (SECTION4 に示す通り EDTA 処理した血液を用いる) および **緊急マラリアスクリーニング検査** を当該地域の微生物学またはウイルス学検査室を通して依頼する。患者の状況について当該地域の微生物学またはウイルス学の専門家と直接協議する。地域の専門家は患者の検体について HPA レファレンスラボラトリーに連絡をとる。患者のリスク評価時に聴取した患者の渡航歴および職歴などの情報をレファレンスラボラトリーに提供する必要がある。通常，検体受理後 6 時間以内に結果が判明する。レファレンスラボラトリーの所在地および連絡先についての詳細は APPENDIX 2 (p.42) を参照。検尿，検便，血液培養，胸部 X 線などの検査が行われることもある。



## 11.

「VHF の可能性が高い」と分類された患者の検体採取および取り扱いについての指針を APPENDIX 5 (p.55) に、検体の処理のための適切な検査法を APPENDIX 6 (p.58) に示す。患者管理のために採取した検体の検査は、適切なリスク評価を行ったうえで、最低でも封じ込めレベル 2 の環境下であれば、当該地方で実施してもよい。詳細は APPENDIX 2 (p.42) を参照のこと。

## VHF スクリーニング検査結果およびその後の患者管理

## 12.

VHF スクリーニング検査結果が陽性の場合、さまざまな緊急対策が必要となる。詳細は SECTION 5 (p.27) を参照。

## 13.

VHF スクリーニング検査結果が陰性の場合、24 時間平熱の状態が続くまで、または代替診断が確定するまで、VHF の可能性があるものとみなす。したがって、VHF 感染とみなされなくなるまで患者を個室に隔離し、感染予防策を引き続き実施する。

# SECTION

# 5

## VHF スクリーニング検査結果 陽性患者の管理

### ■ VHF スクリーニング検査結果が陽性の患者

- ・ VHF スクリーニング検査結果が陽性の患者は、例外的な状況下で患者の搬送ができない場合を除いて HSIDU で管理する。
- ・ 全面的な公衆衛生対応を実施する。
- ・ VHF スクリーニング検査結果が陽性の患者の臨床管理は HSIDU の医師により個々の事例に応じて実施される。
- ・ 患者の搬送が完了次第、HSIDU の専用の検査室にて検体検査を実施する。

## 1.

VHF スクリーニング検査結果が陽性の場合、以下の緊急の対応が必要となる。

- ・ 患者と接触するスタッフの人数を**制限し**、曝露した全スタッフのリストを作成する。
- ・ 患者と接触するスタッフにスクリーニング検査結果が陽性の**旨を通知し**、感染リスクを最小源にするため感染予防策を強化する。
- ・ 患者と接触するスタッフの個人保護レベルを強化する。
  - ・ 手指衛生

- ・二重手袋
  - ・防水性使い捨てガウンー上下一体の使い捨てガウンを代用品として考慮
  - ・使い捨てバイザー
  - ・FFP3 レスピレーター、または EN 認定の同等のもの。
- ・リーダー医師は患者の HSIDU への即時搬送について最寄りの HSIDU と緊急協議する(連絡先については APPENDIX 2 (p.42) を、搬送情報については APPENDIX 4 (p.50) を参照)。
- ・感染対策チームに VHF スクリーニング検査結果が陽性の旨を**届け出る**。
  - ・事故対策チームの結成を含む全面的な公衆衛生対応を**開始する** (SECTION 6, p.29 参照)。

## 2.

患者の状態が重篤（リーダー医師による判断に基づく）で、HSIDU への搬送が患者に悪影響を及ぼすと考えられる場合は、リスク管理および予防策の強化について感染対策チームの主任と直ちに協議を行う。HSE および最寄りの HSIDU の専門家との協議も必要である。感染対策チームの主任は集中治療医および放射線科医にもコンサルトする。VHF スクリーニング陽性患者の HSIDU 以外での管理についての勧告を APPENDIX 3 (p.43) に示す。

## 3.

VHF スクリーニング陽性患者の隔離に対する原則は APPENDIX 3 (p.43) で詳述する。

## 4.

患者が HSIDU に収容された後は、HSIDU 内の専用の検査室にて検体検査を実施する。患者の搬送が不可能な場合、検体検査は APPENDIX 6 (p.58) に準拠して実施するものとする。

## SECTION

## 6

## 公衆衛生対応

## ■ 公衆衛生対応を開始するタイミング

患者が「VHF の可能性が高い」と分類された場合、初期の公衆衛生対応を開始すること。

初期の対応は以下の通りとする。

- ・感染の可能性が高い症例の届出
- ・感染の可能性が高い症例の届出の転送
- ・接触者の同定

## ■ VHF スクリーニング検査結果が陽性の場合、全面的な公衆衛生対応を開始する。上記の対応に加え、以下を実施する

- ・事故対策チームの結成
- ・検査室による症例の届出
- ・HPA による欧州疾病予防管理センター (ECDC) および世界保健機関 (WHO) への症例の届出
- ・接触者の分類および管理
- ・メディアハンドリング対策の決定

## 初期の公衆衛生対応

### 感染の可能性が高い症例の届出

#### 1.

VHF は届出感染症である。「VHF の可能性が高い」と分類された患者については、就業時間内であれば電話にて感染症管理コンサルタント（CCDC；スコットランドでは公衆衛生医学コンサルタント）に、または就業時間外であれば当直の公衆衛生の専門家に直ちに届け出る。「VHF の可能性あり」と分類された患者については届出の必要はない。

#### 2.

**イングランド**では、2010年の健康保護（届出）規定の附則1により、VHFは届出感染症に指定されているVHFの届出は緊急と分類される。したがって、患者を担当する**登録医（RMP）**は、感染の可能性が高い症例について患者の現在の居住地である地方当局の**担当官**に電話で24時間以内に届け出る必要がある。口頭での届出後、3日以内に書面で届け出なければならない。

#### 3.

**ウェールズ**では、2010年の健康保護（届出、ウェールズ）規定の附則1において、VHFは届出感染症に指定されている。VHFの届出は緊急と分類される。RMPは、感染の可能性が高い症例について担当官であるPublic Health Wales NHSトラストの健康保護チームの感染症管理コンサルタントに業務上可能な範囲でできるだけ早く電話で届け出なければならない。

#### 4.

**スコットランド**では、2008年の公衆衛生（スコットランド）法の附則1第一部（届出感染症）により、VHFは届出感染症に指定されている。RMPは、感染が疑われる症例について関連の健康局にできるだけ早く電話で届け出なければならない。

#### 5.

**北アイルランド**では、1967年の公衆衛生法（北アイルランド）の附則1により、VHFは届出感染症に指定されている。RMPは、感染が疑われる症例を公衆衛生局の地域公衆衛生部長に、業務上可能な範囲でできるだけ早く電話で届け出なければならない。

#### 6.

いずれの地方においてもRMPは感染が疑われる症例の届出にあたり、検査室の確認またはその他の検査結果を待つべきではない。仮に検査結果によって臨床診断が否定された場合でも、RMPは報告症例の届出解除を行う必要はない。

### 感染が疑われる症例の届出の転送

#### 7.

**イングランド**および**ウェールズ**では、担当官はRMPから受理した届出内容を24時間以内に電話で下記に開示する必要がある。

- ・HPA（**イングランド**）またはPublic Health Wales NHSトラスト（**ウェールズ**）—ただし、地方当局の担当官が上記いずれかのスタッフである場合は、施設への担当官による届出は自動的に行われたものとする。
- ・患者の居住地域が異なる場合は、患者が通常居住している地方当局の担当官。および以下の組織
- ・港湾保健局または港湾の位置する地方当局の担当官（患者が船、ホバークラフト、航空機または国際列車で到着し、その事実について届出を受け取る地方当局の担当官が認識している場合）
- ・地方の公衆衛生担当部長
- ・保健省
- ・ウェールズ議会政府（**ウェールズ**のみ）

#### 8.

**スコットランド**では、NHS委員会健康保護チームからスコットランド健康保護局およびスコットランド政府の首席医務官チームに届け出なければならない。

#### 9.

**北アイルランド**では、法律により定められた届出の転送義務はない。

#### 10.

**英国**では、救急輸送機により他国から送還された患者については、1979年の公衆衛生（航空機）規定（2007年改訂）に示す届出要件が適用される。

## 接触者の確認

### 11.

以下に示す事項を公衆衛生の責務とする

- ・ VHF 患者の接触者の同定、評価、分類
- ・ 高リスク接触者の適切なモニタリングの確認
- ・ 直近の曝露から 21 日以内に発熱 (>38°C) が見られた接触者に対する更なる評価を計画する
- ・ 抗ウイルス薬の予防投与を考慮、必要に応じて手配準備する

### 12.

接触者とは、発熱後に感染者またはその血液および体液、排泄物または組織へ曝露した者と定義される。これには英国以外にいる接触者も含む場合がある。**偶発的に曝露したスタッフ**の管理は APPENDIX 8 (p.71) に示す。

### 13.

患者が「VHF の可能性が高い」と分類されたらすぐに、患者と接触した者を可能な限りすべて同定すること。これによりスクリーニング検査結果陽性となった場合に、患者に曝露した者全員のモニタリングが緊急に必要となるような事態にも備えることができる。

### 14.

航空内での接触者へのリスクについての指針は、欧州における航空機内で伝播した感染症のリスク評価指針 (RAGIDA) を参照。

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1012\\_GUI\\_RAGIDA\\_2.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1012_GUI_RAGIDA_2.pdf).

## 全面的な公衆衛生対応

### 事故対策チームの結成およびその役割

### 15.

事故対策チームを招集する。事故対策チームには地方の公衆衛生担当組織や病院トラストなど、すべての関連団体の代表を含める。事故対策チームの責任者は個々の状況に応じて定める。

### 16.

事故対策チームが実施すべき項目は以下の通り

- ・ VHF スクリーニング検査結果が陽性であった旨を関連団体（第 7～10 項に示す）に通知する。
- ・ VHF スクリーニング検査結果が陽性であった旨を英国の管轄機構である HPA に通知する（第 17 項参照）。
- ・ 英国外の接触者も含め、接触者の評価、分類および管理、取るべき対応および勧告内容の責任者を決定する。
- ・ メディアハンドリングの責任者を決定する。
- ・ 主要なメディアへのメッセージについてすべての団体において合意を得る。

## 検査室による症例の届出

### 17.

VHF スクリーニング検査は HPA レファレンスラボラトリーにより実施される（連絡先については APPENDIX 2, p.42 を参照）。VHF 感染の診断的根拠は、**症例がすでに RMP により届出済みであったとしても、HPA レファレンスラボラトリーにより関連の公衆衛生担当組織に緊急に届け出なければならない。**

- ・ **イングランド**では、HPA に届け出る
- ・ **ウェールズ**では、Public Health Wales NHS トラストの健康保護チームの感染症管理コンサルタントに届け出る
- ・ **スコットランド**では、地方 NHS 委員会健康保護チームに届け出る
- ・ **北アイルランド**では、公衆衛生局に届け出る

## ECDC および WHO への症例の届出

### 18.

VHF スクリーニング検査結果陽性の確認の報告があった場合、HPA は早期警告対応システム (EWRS) を通じて ECDC、また国際保健規則 (IHR) に基づき WHO に届け出る。

## 接触者の評価、分類および管理

### 19.

事故対策チームは接触者の評価、分類および管理の責任者を決定するとともに、より高リスクの接触者とその後の取るべき対応をモニタリングするモニタリング担当官を任命する。

### 20.

潜在的接触者について曝露リスクを個別に評価し、以下の表に従って分類する。

#### ■接触者の分類

リスク分類	説明
不明	接触したかどうか不明
リスクなし（分類1）	患者または体液への接触なし 軽い接触、例）患者と同室であったが、体液またはその他の感染の可能性のある物質への直接接触なし。
低リスク（分類2）	患者との直接接触、例）日常の医療／看護業務、臨床／検査検体の処理、しかし体液の処理はなし、および個人用保護具の適切な着用あり。
高リスク（分類3）	衣類および寝具上についたものを含む感染のおそれのある血液または体液への皮膚または粘膜の非保護での曝露。 これには以下を含む。 ・ 臨床・検査検体の非保護処理 ・ スプラッシュへの粘膜曝露 ・ 針刺し損傷 ・ キスおよび／または性的接触

### 21.

接触者は以下の表に示す内容に沿って管理する。見本の情報シート（一般、分類1、分類2、分類3）はHPA 待機医（020-8200-6868）から入手可能である。情報シートにはモニタリング担当官への連絡先を記載する。

### 22.

疾患関連症状が認められない限り、いかなる接触者に対しても職務または活動の制限をすべきではない。

#### ■接触者の管理

リスク分類	対応および勧告
不明	リスクがないと安心させる。接触について思い出した場合にはモニタリング担当官に連絡するよう助言する。一般的なファクト・シートを提供する。
リスクなし（分類1）	リスクがおそらくほとんどないと安心させる。分類1のファクト・シートを提供する。
低リスク（分類2）	低リスクであると安心させる 〈受動的モニタリング〉 直近の曝露から21日間の発熱およびその他の疾患関連症状の自己観察。体温が> 38.0°Cの場合はモニタリング担当官へ報告し、必要に応じて精査実施。 分類2のファクト・シートを提供する。
高リスク（分類3）	リスクについて知らせる。 〈積極的モニタリング〉 患者との直近の接触から21日間の体温を記録し、モニタリング担当官に毎日正午までに報告し、必要に応じて精査実施。症状発現時にはモニタリング担当官に至急知らせる。分類3のファクト・シートを提供する。

### 23.

抗ウイルス薬、中でもリバビリンは初期のアレナウイルス感染、特にラッサ熱の治療に有効であるとされている。しかしながら、リバビリンはラッサ熱の潜伏期間を長引かせるとするエビデンスがある。**抗ウイルス薬は、予防投薬の有効性についてのエビデンスはないため、一般的に接触者に対しては推奨されない。**しかし、個々のリスク評価によっては高リスクの直接接触者への抗ウイルス薬の使用が考慮される場合がある。

## メディアハンドリング

### 24.

事故対策チームのメンバーからメディアハンドリングの責任者が指名される。メディアの大きな注目を集めた場合には、広報担当者を指名しなければならない場合もある。

### 25.

すべての関連団体の合意が得られない段階でメディアへの情報公開や記者会見を行うべきではない。メディアへのすべての声明およびメッセージについてすべての団体の合意を得ること。メディアへの声明およびメッセージは、主要な英国の保健部局とも共有する。

# APPENDIX

## 1

### ACDP ハザードグループ<sup>4</sup> 病原体による VHF の概要

#### 1.

ウイルス性出血熱（VHF）とは、全身血管系が損傷し、身体の自己調節能力が低下した重症多臓器疾患を示す用語である。VHF はさまざまな程度の出血を伴うことが多く、これにより患者の管理がきわめて困難になるとともに患者にとって致死的になるともある。

#### 2.

アレナウイルス、フィロウイルス、ブニヤウイルス、フラビウイルス科のいくつかのウイルスは出血熱を引き起こすことが知られている。これらは人獣共通感染症またはアルボウイルス感染症であり、伝播は動物または昆虫宿主に依存している。ウイルスは地理的に宿主動物種が生息する地域に限定されている。

#### 3.

ヒトはこれらのウイルスの自然宿主ではないが、感染宿主と接触した場合に感染し得る。さらに、これらのウイルスの多くは、通常血液または体液への直接接触または血液または体液のスプラッシュや飛沫で汚染された場所への間接接触を通してヒトからヒトに感染する。

## 4.

本指針はハザードグループ4病原体のVHFを対象としている。デング、黄熱、チクングニヤ、リフトバレー熱、ハンタウイルスなどの出血症状を伴うその他の疾患については、本指針の対象とならない。

## 5.

ハザードグループ4に分類される出血熱ウイルス、疾患名、地理的分布、感染経路についての概要を以下の表に示す。

## ■アレナウイルス科■

## 〈旧世界アレナウイルスグループ〉

ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
ラッサ	ラッサ熱	西・中央アフリカ	感染した多乳房ラットの排泄物または排泄物により汚染された物への接触（マストミス種）。 特にギニア、リベリア、多乳房ラットの排泄物のエアロゾルの吸入。 シエラ・レオネ、ナイジェリア その他に考慮される国； 中央アフリカ共和国、マリ、セネガル、ブルキナファソ、コートジボワール、ガーナ、ガボン、ウガンダ	<a href="http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/LassaFever/">http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/LassaFever/</a>
ルジヨ	無名	アフリカ南部 これまで南アフリカ（ザンビアにて発症）で1回の集団発生（5例）	初発症例への感染は不明。 感染患者、感染患者の血液または体液への直接接触。	南アフリカで5例が感染、うち4例が死亡した院内発症後、2008年10月にはじめて確認された。 集団発生およびウイルスに関する詳細はここ及びここ

## 〈新世界アレナウイルスグループ（タカリベ・ウイルス群）〉

ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
チャパレ	無名	ボリビア ボリビア、コチャバンバで これまでに1回の集団発生	感染ラットまたはマウスへの直接接触（例：咬傷）。 感染ラットまたはマウスの排泄物への直接接触。	集団発生および遺伝子解析の詳細はここから。
ガナリト	ベネズエラ出血熱	ベネズエラ中部	感染ラットまたはマウスの排泄物で汚染された物への接触（例：食べ物）。 ラットまたはマウスの排泄物のエアロゾルの吸入（ほこりに含まれることが多い）。 マチュボおよびガナリト	

ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
フニン	アルゼンチン 出血熱	アルゼンチン パンパス地域		
マチュポ	ボリビア出 血熱	ボリビア北東部 ベニ県		
サビア	ブラジル出 血熱	ブラジル これまでに 1 例	以下のみ： 感染患者の血液または体液への接触	
<b>■ブニヤウイルス科■ (ナイロウイルス)</b>				
ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
クリミア・ コンゴ 出血熱	クリミア・ コンゴ 出血熱	中央・東ヨーロッパ、 中央アジア、中東、東・ 西アフリカ感染患者、 ロシア、トルコ、イ ラン、カザフスタン、 モーリタニア、コソボ、 アルバニア、パキスタ ン、南アフリカにおい て最近の集団発生	感染ダニの咬傷 ( <i>Hyalomma</i> ダニが最も多い) 感染患者、その血液または体 液への接触 感染家畜の血液または組織への接触	<a href="http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/CCHF">http://www.hpa.org.uk/ Topics/InfectiousDiseases/ InfectionsAZ/CCHF</a>
<b>■フィロウイルス科■</b>				
ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
エボラ -エボラ・ザ イール -エボラ・ス ーダン -エボラ・コ ートジボワ ール -エボラ・ブ ンディブギョ -エボラ・レ ストン、シエ ナ	エボラ出血 熱	アフリカ西部、中部、 東部 コンゴ民主共和国、 スーダン、ウガンダ、 ガボン、コンゴ共和国、 コートジボワールにお いて集団発生	初発症例への感染はおそらく 感染動物への接触による。 感染者の血液または体液への 接触。	<a href="http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/Ebola">http://www.hpa.org.uk/ Topics/InfectiousDiseases/ InfectionsAZ/Ebola</a> MarburgHaemorrhagicFever

ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
マールブルグ	マールブルグ 出血熱	アフリカ中部、東部 アンゴラ、コンゴ民主 共和国、ケニア、ウガ ンダ、南アフリカ（ジ ンバブエにて発症）で 集団発生	初発症例への感染はおそらく 感染動物への接触による (オオコウモリ?)。 感染者の血液または体液 への接触。	<a href="http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/MarburgHaemorrhagicFever">http://www.hpa.org.uk/ Topics/InfectiousDiseases/ InfectionsAZ/ MarburgHaemorrhagicFever</a>

**■フラビウイルス科■**

ウイルス	疾患名	地理的分布	感染経路/ベクター	詳細情報
キアサヌール 森林病	キアサヌール 森林病	インド カーナタカ地方西部	感染ダニの咬傷 ( <i>Haemaphysalis spinigera</i> ) が最も多い。 感染動物への接触、サル または齧歯動物が最も多い。	カルナータカ州西部の森林 で曝露した若者によく見られ る；1年間で約 100～500 例。致命率 2～10% と推 測される。
アルクルマ出 血熱	アルクルマ出 血熱	サウジアラビア マッカー（メッカ）、 ジェッダ、ジザン、 ナジュラーン地域	感染動物への接触 (ヒツジ、ラクダ)。 感染ダニまたは蚊の咬傷 (主なベクターはいまだ 判明していない)。	サウジアラビア外で症例 が報告されたが、おそらく サウジアラビアから来たで あろう動物との接触が認め られている。 例；2010年にエジプト南 部のラクダマーケットを訪 れたイタリア人旅行者。
オムスク出血 熱	オムスク出血 熱	ロシア連邦 シベリアのノボシビ ルスク地域	感染ダニの咬傷、アミ メカクマダニが最も多い。 ヒトからヒトへの感染。	ロシアのステップ地域のス テップ地域の森林に生息す るマスカラットおよびその 他の動物においてウイルスが 蔓延している。感染は農業従 事者およびその家族に最も多 い。



## APPENDIX

## 2

## 連絡先

## ■高度安全感染症病棟 HSIDU ■

Royal Free Hampstead NHS Trust, ロンドン

電話（24 時間対応, オンコールの感染症専門医を呼び出すこと）+44(0)20-7794-0500 または 0844-8480700（ロンドン外からの場合は市内通話料金）

www.royalfree.nhs.uk

The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, ニューキャッスル

電話（24 時間対応, 待機中の感染症専門医を呼び出すこと）+44(0)191-233-6161

www.newcastle-hospitals.org.uk

本病棟は 2013 年まで閉鎖中

## ■レファレンスラボラトリー—VHF スクリーニング検査■

HPA 微生物サービス部（Microbiology Services Division）—ポートン

Porton Down

Salisbury Wiltshire

SP4 0JG

電話：+44(0)1980-612100（24 時間対応）

HPA 微生物サービス部（Microbiology Services Division）—コリンデール

62 Colindale Avenue

Colindale

London

NW9 5HT

電話：+44(0)208-200-4400 または +44(0)208-200-6868（24 時間対応）

## APPENDIX

## 3

VHF スクリーニング検査結果  
陽性患者の隔離の原則

## 1.

VHF は確立した治療法または予防法のない重篤かつ致死的な疾患である。したがって、VHF 感染症と診断された患者は、常に専門の高度安全感染症病棟（HSIDU）にて管理すべきである。

## 2.

HSIDU の目的は、ACDP ハザードグループ 4 に分類される病原体に感染した患者を完全に封じ込めることである。医療従事者、その他の患者または一般市民への起こりうる病原体の拡散を予防し、封じ込めるために、本 APPENDIX に示す通り HSIDU が満たすべき構造的および運用上の要件が多数存在する。

## 3.

英国には現在ロンドンの Royal Free Hospital 内およびニューカッスルアポンタインの Royal Victoria Infirmary 内の 2 カ所の HSIDU がある。本 APPENDIX では HSIDU 内での VHF 患者の隔離に対する指針を概説する。本 APPENDIX では、VHF 患者の臨床管理に対する勧告を示すものではない。VHF 感染患者の臨床管理は個々の事例に応じて感染症の専門医により実施されるべきものであるため、ここで規定することはできない。

## 4.

例外的な状況下で HSIDU への患者の搬送ができない場合がある。その場合、患者を収容する感染症病棟では本 APPENDIX 末尾の実際的な指針に従い、可能な限り完全な封じ込めを実施する。HSIDU の専門スタッフのアドバイスを求めることも推奨される。下記第 14 項に示す HSIDU へのアクセスに対する制限を適用する。

## HSIDU の構造的要件

## 5.

HSIDU は感染症専門部門の一部とし、一般の空気循環から離れたエリアに設置するか、他から独立した隔離施設の一部とする。その目的は、以下の通りである。

- ・疾患の蔓延を制限するために VHF 感染患者を完全に物理的に隔離する。
- ・VHF 感染患者が感染症専門の臨床診療を直接受けられるようにする。
- ・事故などによる混乱および犯罪に対する安全を確保する。
- ・救急車から病棟まで患者を安全かつ直接に搬送することを可能にする。
- ・HSIDU 全体を監視する建物システムモニタリングを可能にする。
- ・治療が行われる病室または汚染物質が保管されている病室については、外部に隣接した壁を作らないよう構築する。すなわち、偶発的な病原体の放出を防ぐために建物の内部に壁を作る。

## 6.

HSIDU は周囲に対して陰圧を保ち、HSIDU 内の患者の隔離病室は HSIDU 内の他の場所よりも陰圧とする。HSIDU 内の空気循環は、陰圧の増加に従って清浄区域から汚染区域の方向に流れるようにし、大気放出前に HEPA フィルターによりろ過する。

## 7.

HSIDU の清浄区域と汚染の可能性がある区域を明確に区別すること。スタッフ、患者、訪問者、医療用品および廃棄物のための明確に区別、隔離された HSIDU 内の経路を構造設計に取り入れる。

## 8.

HSIDU 内にはスタッフのための更衣室およびシャワー室を設置する。更衣室およびシャワー室内は周囲に対して陰圧換気し、病室内の陰圧勾配の一部とする。

## 9.

HSIDU の全表面は容易に清掃可能なものとする。床、壁およびその他の表面は耐水性で消毒剤による損傷に強いものとする。

## 10.

HSIDU 内にオートクレーブを設置する。

## 運用上の要件

## 11.

HSIDU 内でのすべての行為について詳述した書面での運用上指針を整備しておく。指針には以下の内容を含める。

- ・HSIDU の使用開始および使用終了
- ・スタッフの役割および責任
- ・患者の入院および退院
- ・スタッフの入退室
- ・PPE および RPE の使用、廃棄、保管
- ・漏出の管理
- ・検体の採取およびその後の取り扱い
- ・救急車および救急隊員の除染
- ・HSIDU の消毒、除染、最終清掃（本指針の APPENDIX 9, p.73 参照）
- ・廃棄物処理、消毒および廃棄に対する特別規定（本指針の APPENDIX 10, p.78 参照）
- ・洗濯物に対する特別規定（本指針の APPENDIX 9, p.73 参照）
- ・避難を含む緊急事態。例；火事、洪水など
- ・保全および修繕

## 12.

放射線科の専門医による治療が必要な場合には、患者のベッドサイドで実施すること。

## 13.

HSIDU には感染症管理のトレーニングを受けた者を配属すること。すべてのスタッフは高リスク施設の使用に関して定期的に適切なトレーニングおよび指導を受けなければならない。

## 14.

HSIDU へのアクセスは許可された従業員に限定する。患者、家族および訪問者を含む一般市民は、HSIDU 使用時にはエリア内に立ち入ることができない。感染症への曝露の可能性の追跡手段として、HSIDU に入出入りする臨床、非臨床および保全スタッフを含むすべての従業員の登録を行うこと。

## 患者の封じ込めに関する要件

## 15.

VHF 患者からの空気感染リスクに関する状況的または疫学的なエビデンスはないという点で、専門家の意見は一致している。しかし、理論上のリスクが想定されている。集団発生のエビデンスから、VHF 感染の伝播の主な経路は、血液または体液への直接接触（傷ついた皮膚または粘膜を通して）、および血液または体液のスプラッシュや飛沫で汚染された場所への間接接触であることが強く示唆される。

## 16.

患者の体液への接触を避け、周辺の汚染を最小限にし、汚染された体液および物質を安全に収容することは、感染リスクに対するスタッフおよび一般市民の保護のために非常に重要である。

## 17.

ACDP による VHF 伝播リスク評価の改訂を受けて、本指針では英国の VHF 患者封じ込めおよび隔離における 2 つの管理上のオプションを推奨する。これらのオプションには、HSIDU 内で VHF 患者を隔離する場合の柔軟な対応も含まれる。

## 18.

オプション 1：VHF 患者は陰圧隔離病室内で陰圧アイソレータ（“Trexler”）を用いて完全に隔離される。Trexler アイソレータからの排気および隔離病室からの排気は HEPA フィルターによりろ過されるため、排気は二層の HEPA フィルターで保護されることになる。スタッフは柔らかいフィルムバリアおよびエアバリアにより患者から物理的に隔離されることにより保護される。患者へのアクセスはフィルム内にはめ込まれたアクセス用の小窓から行われる。アイソレータはすべての体液を封じ込めることができるため、隔離病室の汚染は最小限となる。スタッフは通常の PPE（例；手術着）を着用するが、このオプションを用いる場合には RPE は必要ない。

## 19.

オプション 2：VHF 患者は Trexler アイソレータを用いない適切な設計の換気装置を有する陰圧隔離病室内で隔離される。血液および体液への曝露が増大する可能性があるため、以下に述べるような **RPE を含めた** 高度の PPE の使用によりスタッフを保護しなくてはならない。

- ・ FFP3 レスピレーターまたは EN 認定の同等のもの（吸入は VHF の伝播に強く関連しないが、予防策として RPE を含めること。APPENDIX 7, p.64 を参照）。
- ・ 顔面シールド（バイザー）
- ・ 防水服
- ・ 防水ブーツ
- ・ 二重手袋

## 20.

PPE および RPE の着脱に関する適切なプロトコルを厳守し、スタッフの保護レベルを維持しなければならない。RPE を含めた PPE の詳細情報は APPENDIX 7 (p.64) を参照。

## 陰圧換気的设计

## 21.

陰圧換気は患者隔離病室と隣接場所間の空気流の方向管理に用いられる。汚染空気が隔離病室から HSIDU の他の場所または HSIDU 外へ漏れ出のを防ぐことが目的である。陰圧換気は望ましい保護効果を得るために綿密かつ特別に設計される必要がある。

## 22.

調査研究から以下のことが実証されている。

- ・ 病室の密閉（気密）は効果的であることとし、換気性能を明確に指定した上で HSIDU 建設設計に含むこと。病室の密閉が不十分な場合は、例えば大きな陰圧差が用いられた場合でも予測不可能な気流の発生および封じ込め不全につながる。
- ・ 扉の効果的な密閉は必須である。また、陰圧および封じ込めを保ち、予期せぬ空気流の発生を防ぐためにも扉の自動閉鎖装置および連動装置が必要である。
- ・ 内窓、外窓およびのぞき窓は密閉し、開かないようにすること。
- ・ 患者隔離病室を最大陰圧とし、HSIDU の外側に向かって呼び圧を段階的に低下させる。段階的陰圧アプローチが推奨される。適切に設計された安定したシステムでは、HSIDU 内の隔離病室からスタッフの活動エリア、更衣室の順に、外の空気に対して -40Pa、

-25Pa, -15Pa といった 3 段階方法での操作が可能である。

- ・汚染の分散が最大になりそうな場所では、汚染物質を希釈、排出するために少なくとも 1 時間に 25 回の換気を実施すること、Trexler アイソレータの使用の有無に関わらず実施する。
- ・機器および従業員からの熱は病室の気流パターンに悪影響を及ぼすことがあるため考慮しなければならない。

## 23.

装置の性能および技術仕様書の検証を実施すること。また、既定の合意された間隔で再検証を実施すること。

## 24.

陰圧換気装置の性能をモニタリングするために、周辺場所のモニタリング装置を組み込むこと。

## HSIDU 以外の環境における VHF 陽性患者の管理

### 25.

患者は感染症病棟の個室（「高度安全個室」）に収容すること。換気された控室のある隔離病室であること、患者専用のトイレが設置されていること、そして他の患者からの完全な物理的隔離が得られることがより望ましい。保健省の指針 HBN4 補遺 1—急性期の隔離施設を参照。

(<http://microtrainees.bham.ac.uk/lib/exe/fetch.php?media=hbn4.pdf>; 本指針は 2010 年 5 月に改訂懸案で削除されたが、上記のリンクから現在も入手可能であり、新たな指針に改訂されるまでは有用な情報源となっている)。

### 26.

高度安全個室は、抽出換気が可能であり、病棟のその他の場所に対して陰圧となる。換気された控室のある隔離病室では、廊下からの空気が隔離病室に入らないよう、また隔離病室からの空気が廊下に漏れ出ないように控室を陽圧で維持すること。この設計により病室は患者を封じ込め、それ以外は保護するような隔離が可能となる。HSIDU で用いられる段階的陰圧アプローチには準拠しないが、例外的な状況下での許容可能な封じ込めを実施することができる。

## 27.

病室の清浄区域と汚染の可能性がある区域の明確な分離および段階を設け、隔離病室の控室、または控室のない高度安全個室では扉にもっとも近い場所で PPE の着脱を行う。

## 28.

第 11 項に示す原則に沿った運用上の指針を策定、文書化し、関連するスタッフ全員の合意を得なければならない。

## 29.

分離された汚染物質の保管区域は、交差汚染のリスクを最小限にするための汚染物質の移送手順を整備した上で、患者の隔離個室にできるだけ近い場所に設計する。

## 30.

廃棄物を保管区域から不活化する場所まで安全に移送するための手順についても整備する。詳細は APPENDIX 10 (p.78) を参照。

## 31.

患者を隔離病室から搬送した後、速やかに消毒、除染、最終清掃を実施するための手順を整備する。詳細は APPENDIX 9 (p.73) を参照。