

症候性サーベイランス実施 手順書

「インフルエンザ様症候性サーベイランス」編

平成 28 年 5 月 26 日
群馬県感染症対策連絡協議会
ICN 分科会 サーベイランスチーム作成

目次

1. はじめに
2. インフルエンザ様症候性サーベイランスについて
 - 1) 目的
 - 2) 対象施設
3. サーベイランスの進め方
 - 1) 開始の決定
 - 2) 対象者・実施場所の選定
 - 3) データの収集
 - 4) データの集計・分析
 - 5) 結果のフィードバック
4. 参考資料
 - 1) チェックシート
 - 2) 集計表

1. はじめに

本手順書について

本手順書は、病院に限らず介護施設等で利用できるように作成しました。手順書の編集は禁じますが、集計表は各施設の状況に合わせ編集が可能なツールとなっています。今後、ご意見やご指導をもとに随時改訂を予定しています。

2. インフルエンザ様症候性サーベイランスについて

1) 目的

本手順書は、入所施設においてインフルエンザ様症状を有する症例の発生動向を監視することで、インフルエンザによる集団発生を早期に察知することを目的としています。

2) 対象施設

病院や介護施設など、外来診療を除く入所施設を対象に作成しています。

3. サーベイランスの進め方

1) 開始の決定

地域やその年により流行時期やピーク時期が異なる為、各都道府県の感染症発生動向調査情報（群馬県感染症発生動向調査情報*1等）やインフルエンザ流行マップ*2等を参考に、開始と終了の時期を決定します。

参考資料：

*1 群馬県インフルエンザ週報（群馬県感染症発生動向調査情報）

<http://www.pref.gunma.jp/02/p07110015.html>

*2 インフルエンザ流行レベルマップ（国立感染症研究所）

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/flu-map.html>

2) 対象者・実施場所の選定

サーベイランスの対象者は、施設内を出入りする全ての人を対象に行うことが理想ですが、全ての人を監視する為には、膨大な資源と時間が必要となります。そこで、感染の拡大するリスクが最も高い場所と対象者を選び、開始します。その後、発生状況に応じ実施場所と対象者を広げていくことも可能です。

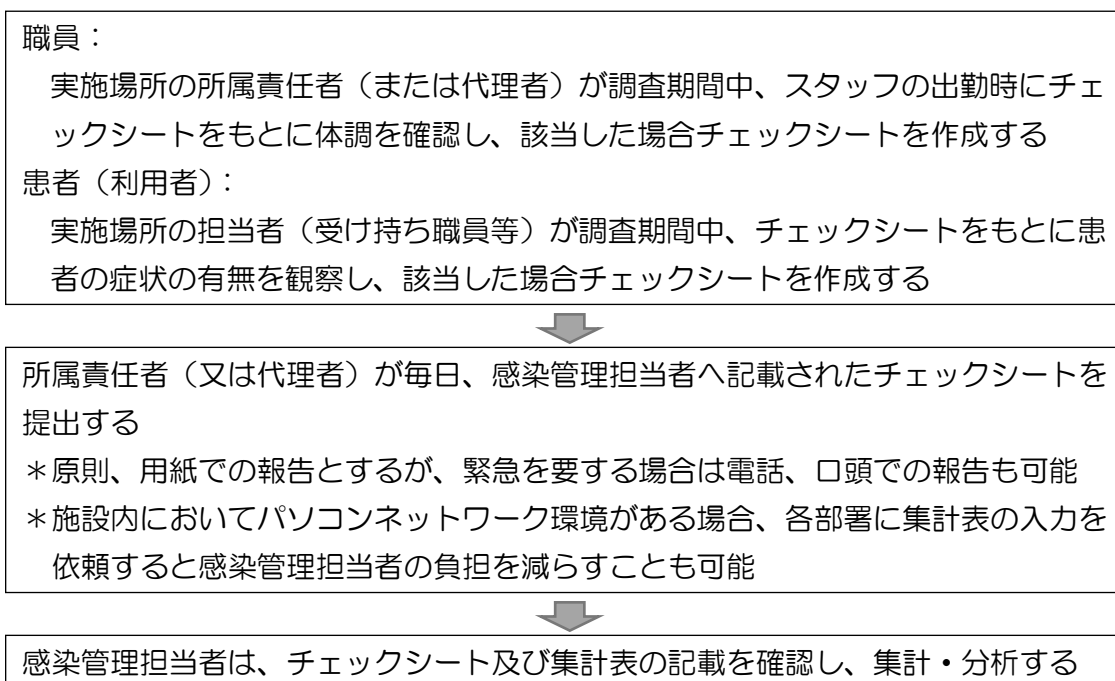
例)

実施場所	実施対象者（開始時）
例年インフルエンザに罹る人が多い部署	職員 患者
入退院など人の出入りが多い部署	職員 患者
患者・利用者の出入りが少ない部署	職員 (発生数が増えたら対象者を広げる)

3) データの収集

実施場所と実施対象者を決定したら、データを収集・管理する人を決めます。参考資料の「チェックシート」と「集計表」を使用した一例をお示しします。

例)



4) データの集計・分析

集計表を活用すると、インフルエンザ様症状の発生状況が把握しやすくなります。発生数に応じ、どの時点でアウトブレイク（流行）としてアラート（警告・警報のこと）を出すか、事前に施設の責任者を含めて検討し決めておきましょう。

小児や高齢者が入所している施設では、インフルエンザに罹患すると重症化や死亡につながる可能性もあります。連日または同一日に複数名（2名以上）の報告がでた場合は、速やかに感染防止対策の強化の可否について検討してください。

5) 結果のフィードバック

感染症の発生動向を現場のスタッフが理解していることで、感染防止対策についての行動変化や意識の向上に繋がります。発生頻度の報告は、定期的に行うことが重要です。

例えば、感染管理担当者は、感染対策関連の委員会などを利用して毎週施設管理者に報告、各部署にも情報提供を行います。週単位でまとめて報告する（流行状況によっては、毎日報告する）ことでリアルタイムに情報共有することができます。報告書は、書式の例をご参考にしてください。

報告書（書式の例）

平成〇〇年〇月〇日
感染対策委員会 〇〇

職員 各位

インフルエンザ様症候性サーベイランス報告

平素より感染対策へのご協力ありがとうございます。平成〇年〇月〇日～〇月〇日までのインフルエンザ様症候性サーベイランスの結果を報告いたします。

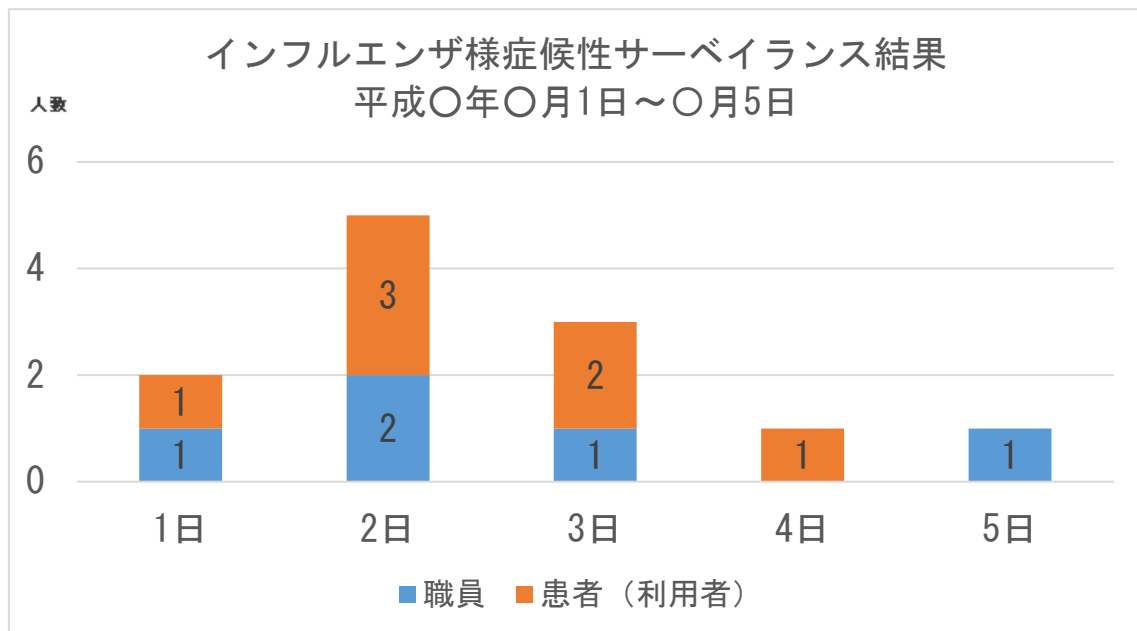
〇月に入り、連日インフルエンザ様症状判定症例の集積が確認されました。

発生状況は、下記のグラフのとおり、1日に患者、職員1名ずつ計2名発症し、5日までに患者、職員を含む12名が発症しました。〇〇市全域でインフルエンザ流行の兆しがあること、連日患者の持ち込み例もあることなどから引き続き注意が必要です。

インフルエンザの診断または疑われる職員が発症した部署の責任者は、有症状職員の勤務調整を行い、健康管理に留意してください。

インフルエンザの基本対策は、飛沫、接触感染予防策です。必要な場面でのマスク着用と手指衛生の遵守を継続してください。

その他、ご不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。



連絡先
感染管理担当者〇〇〇〇
PHS 〇〇〇〇

4. 参考資料

1) チェックシート

インフルエンザ様症候性サーベイランスチェックシート

下記にあるインフルエンザ様症状が、2つ以上ある場合は、「患者（利用者）」か「職員」のどちらかに○で囲み、症状を確認した「日付」、「部署」、「ID」、「氏名」とインフルエンザ様症状のチェック欄の該当するものに☑をし、（ ）内の該当する症状を○で囲み、感染管理担当者に提出してください。

【 患者（利用者） 職員 】

日付	平成	年	月	日
部署	_____			
ID	_____			
氏名	_____			

インフルエンザ様症状

- 38.0℃以上の発熱
- 全身症状（全身倦怠感、悪寒、熱感、頭痛、関節痛、筋肉痛、その他）
- 上気道炎症状（咳、鼻汁、咽頭痛、その他）
- インフルエンザを発症している人と48時間以内に接触した
（家族や面会者、学校、職場、入院病棟患者（利用者）、その他）

*（ ）内の症状に該当する場合は、その症状を○で囲んでください。

他の患者（利用者）及び職員と接触している場合は、インフルエンザ様症状の有無について確認をしてください。

2つ以上のチェックボックスに該当する場合は、医師の診察を受け、対応について医師または、感染管理担当者に相談してください。

提出・連絡先 感染管理担当者○○○○ PHS ○○○○

2) 集計表 別添 Excel ファイル参照（集計表1～3）