

レジオネラ肺炎発症に係る調査検証委員会報告書(概要版)

第1 発生事例の概要

- 1 レジオネラ属菌の検出
- 2 レジオネラ肺炎患者の発生

第2 委員会としての検証及び提言

<調査検証項目>

- 1 令和2年8月検査時の対応
- 2 令和3年2月検出後の対応、汚染の原因等の分析
- 3 従前のレジオネラ属菌の防止対策
- 4 レジオネラ肺炎患者の発生
- 5 再発防止対策（CRE 感染防止対策）
- 6 ガバナンス

【調査検証項目1】令和2年8月検査時の対応

(確認した事実)

- 令和2年8月の水質検査で本館3、4階から菌を検出したが、その後フラッシングを実施してから再検査を実施している。
- 再検査で陰性となったことから保健所への連絡は行われなかった。

(検証の結果)

- 菌を検出した際に、保健所に連絡をしなかったことは、横浜市の技術的管理指針とは異なった対応であった。
- 緊急性のある問題等への方針決定及び進捗管理を行うロビー会議は、令和2年8月にレジオネラ属菌を検出した際に、その役割と機能が十分に果たされていなかった。

(提言)

- レジオネラ属菌が検出された場合、横浜市の指針に沿って対応することが基本である。
- 具体的な手順、各部門との連携のあり方を院内感染防止マニュアルに明記して周知徹底を図る必要がある。

【調査検証項目2】令和3年2月検査後の対応、汚染の原因等の分析

(確認した事実)

- 令和3年2月1日にレジオネラ症の発症を確認し、同月3日に発生届を保健所に提出。保健所が環境調査を実施した結果、本館3階沐浴槽からレジオネラ属菌が検出した。
- 保健所の指導に基づき同系統の給湯栓をフラッシングによる殺菌を実施したが、枝配管が多数存在し複雑で、給湯栓の数も約540箇所と多く、配管図面とも一致していないことから、箇所の特定は困難な状況であった。

(検証の結果)

- 保健所の指導に基づき速やかに給湯栓の使用中止やフラッシング等を実施し、汚染された循環式給湯設備を廃止して個別給湯化する対策を講じたことは、適切な対応であった。
- 令和2年8月に検出された菌の遺伝子型を当時確認していれば、令和3年2月に複数箇所で見出しフラッシングで根絶できなかったレジオネラ菌発生と、令和2年8月に検出されたレジオネラ菌発生との関連性を明らかにすることができた。

オネラ属菌の関係が確認できた可能性がある。

(提言)

- レジオネラ検査の結果については、微生物、感染管理、医療安全の担当者が協議し、外部の専門家の意見を聞いて対応を判断することが望ましい。

【調査検証項目 3】従前のレジオネラ属菌の防止対策

(確認した事実)

- 貯湯槽、機械式浴槽等の点検・清掃は、総合保守管理業務委託の一部として定期的に行われていた。
- レジオネラ属菌検査は、6月と8月に定期検査を実施していたが、検査箇所（採水箇所）は例年同一であった。

(検証の結果)

- 従前行ってきた定期清掃だけでは不十分と言える。蛇口の清掃を定期清掃に加え、機械式浴槽のメンテナンス履歴を記録する必要がある。
- 定期水質検査の採水箇所について、例年同じ場所を検査しているが、検査場所を特定した根拠が不明確であった。

(提言)

- 横浜市の指針に則し、汚染リスクの高い場所を把握して、定期的に点検・清掃を行うと共に、図面等を確認した上で検査箇所・回数を定め、菌を検出したら直ちに保健所に連絡して必要な助言を受ける必要がある。

【調査検証項目 4】レジオネラ肺炎患者の発生

(確認した事実)

- 当該患者に令和3年1月16日から発熱が認められ、同18日に肺炎を発症し急激に呼吸状態が悪化したため同日にICUへ転床して呼吸器管理を開始した。

(検証の結果)

- 他の患者も同じ沐浴槽やシャワーを使用していたが発症しなかった。これは、当該患者は特殊な治療（ACTH療法）をしており他の患者より免疫が下がっていたからだと考えられる。
- レジオネラ感染の感染に関する検査は、肺炎症状の増悪（1月18日）から3日後の1月21日に実施しており、標準的な診療の範囲であったと言える。

(提言)

- ご家族に対し治療経過を丁寧に説明する必要がある。また再発防止策や今後の管理体制についても病院管理者から丁寧に説明することが望まれる。

【調査検証項目 5】再発防止対策（CRE感染防止対策）

(確認した事実)

- 令和2年4月以降、CRE保菌者が21名確認された。保健所の指導を受けながらスクリーニング監視培養を実施するとともに、病棟内のゾーニングや一部入院制限などの措置を講じてきた。
- 令和元年度の検査で3階シンクから検出されたCREの遺伝子と、今回伝播した菌株が持つ遺伝子は異なることから、今回のCREの発生は外部からの持ち込みの可能性が高いと考えられる。

(検証の結果)

- CRE 感染防止対策については、保健所への報告に加え、保健所による立入調査が随時実施されており、保健所と連携した対策が講じられていると評価できる。

(提言)

- 特定の病院から来る患者の CRE 保菌率が高いなどの傾向があれば、その情報を踏まえた持ち込み防止対策を検討するとともに、当該病院にフィードバックして必要に応じ支援することも検討されるべきである。

【調査検証項目 6】ガバナンス

(確認した事実)

- レジオネラ属菌対策の知識や技術を有する職員はおらず、メンテナンス状況は委託会社から報告を受けているものの、十分な把握ができていなかった。
- 令和2年8月の対応を決めたロビー会議の議事録は、議題や報告事項が簡単に記載されているだけで、資料は添付されているが検討内容が十分に記録されていなかった。

(検証の結果)

- 設備のメンテナンス管理は、実質的に委託先の現場担当者に大きく頼る状況で、感染対策に係る危機管理、リスク管理の体制は十分であったとは言えない。
- ロビー会議が、報告された内容をそのまま追認するのみであったことは、病院管理者のレジオネラ属菌に対する危機意識が不足していたと言える。

(提言)

- 設備のメンテナンス管理は、専門業者の助言を受けながら、職員と委託先の現場担当者とは協力して、リスクに対応できる体制を構築し、問題を早期に発見する必要がある。
- ロビー会議の決定事項が確実に履行されるチェック機能が働く仕組みを検討する必要がある。また、決定事項を職員にしっかり周知する仕組みを併せて検討し改善する必要がある。

第3 まとめ

- センターでは、日常的な患者動態や院内感染等の報告のほか、突発的な事象等、緊急性のある問題への対応方針の決定及び進捗管理をロビー会議で行っているが、令和2年8月にレジオネラ属菌を検出した際に、その役割と機能が十分に果たされていなかった。新型コロナウイルスやCRE感染対策に追われる中で、新たな緊急性のある問題に対して管理者がしっかり危機意識を持ち、職員間で情報を共有できるような組織体制を構築し、確実に機能させていくことが必要である。
- 病院はますます複雑で巨大化し、良質で安全な医療の提供には、医療安全を最重視する医療安全文化の醸成と、各部門の情報共有・連携促進をはかりながら病院を運営するガバナンスの重要性がますます高まってきている。レジオネラ肺炎患者の発生、CRE 保菌者の発生は、センターの体制を検討する契機となった。地域の小児科医療を担う中核的な病院としての社会的な期待を担うべく、体制強化に向けて不断の活動が期待される。