

医療機関での対応フロー【侵襲性髄膜炎菌感染症】

①発生届の提出

検査により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した際は、保健所へ発生届を提出いただき、電話でご連絡ください。

※症状の進行の早さとその重篤度から**患者が 1 例でも出たら「アウトブレイク」と捉えた対応**が必要です。

②患者情報の提供－以下の情報について、報告してください

氏名		年齢	
住所		連絡先	
所属(職業)		本人所在地	医療機関・自宅・その他()
発症日		症状(重症度)	
検体採取日		結果判明日	
検査機関		血清群・遺伝子型	血清群：A・B・C・X・Y・W 遺伝子型：
ワクチン接種歴	未接種・接種・不明	侵襲性髄膜炎菌感染症患者との接触歴	なし・あり 年 月 日～ 年 月 日
共同生活	なし・あり [学生寮・社員寮・入所施設・その他()]		
曝露状況	期間： 年 月 日～ 年 月 日 場所：海外渡航(国名)・コンサート等イベント参加・その他()		

③菌株確保・提出－以下の菌株の確保と提出をお願いします

※髄膜炎菌は保存方法にかかわらず数日中に死滅します。迅速な対応のご協力をお願いします。

☐ 菌株搬送のため保健所職員が病院へお伺いする日程を調整します

☐ 菌株搬送の 1 日前に血液寒天培地(動物種は問わず)に塗布して、一晚培養してください

④患者(保護者)への説明・指導－以下の内容について、患者(保護者)への説明と指導をお願いします

☐ 保健所に発生届を提出し、患者の個人情報(氏名・住所・連絡先等)を保健所へ知らせること

☐ 保健所から患者(保護者)へ連絡(調査)が入ること

☐ 家族等で症状が**ある**場合は、検査および治療をお願いします

☐ 家族等で症状が**ない**場合は、抗菌薬の予防投与や緊急ワクチン接種のご検討をお願いします

⑤医療機関の対応

☐ 対応スタッフなど医療機関での接触者のリストアップをお願いします

接触者について、ワクチン接種状況・健康状態等を確認し、侵襲性髄膜炎菌接触者リストを作成してください

☐ 保健所が**濃厚接触者**と判断したスタッフ等へ、以下の対応のご検討をお願いします

・**抗菌薬の予防投与(患者探知後 24 時間以内の一斉投与が望ましい)**

・緊急ワクチン接種(2 歳児未満や 56 歳以上への安全性や有効性は確立していない)

⑥夜間及び土日祝の対応について

- ☐ 保健所への連絡は、大阪府保健所コールセンター(06-6360-4577)にご連絡ください。
- ☐ 保健所コールセンターを通じてオンコールの保健師に連絡が入り、対応します。

大阪府藤井寺保健所 感染症チーム

〒583-0024 大阪府藤井寺市藤井寺 1 丁目 8-36

電話：072-955-4181（代表）

FAX：072-939-6479

Mail：fujiderahoken-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp