

新型インフルエンザ専門家会議

平成18年4月24日(月)
10:00～11:30
経済産業省別館825号室(8階)

議 事 次 第

1. 開 会

2. 議 題

- 1) 新型インフルエンザ対策行動計画について(報告)
- 2) H5N1の政令指定について(報告)
- 3) 新型インフルエンザ対策の部門別検討事項の枠組みについて
- 4) 症例定義について
- 5) その他

< 資 料 >

- 資料1 新型インフルエンザ専門家会議設置要綱
- 資料2 「新型インフルエンザ対策行動計画」の概要について
- 資料3 第26回厚生科学審議会感染症分科会資料(抄)
- 資料4 新型インフルエンザ対策の部門別検討事項の枠組み(案)
- 資料5 症例定義について
- 資料6 新型インフルエンザに関する各種ガイドラインについて
- 資料7 今後のスケジュールについて

< 参考資料 >

- 参考資料1 高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)発生国及び人での発症事例

新型インフルエンザ専門家会議設置要綱

1. 目的

近年、東南アジア等において、高病原性鳥インフルエンザがヒトに感染し、死亡例が報告され、昨今では、ヨーロッパで高病原性鳥インフルエンザの発生が報告されるなど、その拡大が見られる状況であり、突然変異によるヒトからヒトへ感染する新型インフルエンザの発生の危険性が高まっている。

このため、WHO世界インフルエンザ事前対策計画(平成 17 年 5 月)に準じて、迅速かつ確実な対策を講ずるものとし、政府においては、「新型インフルエンザ対策行動計画」を平成17年 11 月に策定したところである。

今後、新型インフルエンザ行動計画に基づく対策に関する専門的技術的事項について調査審議するため、新型インフルエンザ専門家会議(以下「会議」という。)を設置する。

2. 会議の所掌事務

- (1) 新型インフルエンザ出現時の専門的技術的事項(サーベイランス、予防と封じ込め、医療、情報提供・共有その他の専門的事項)について調査審議すること。
- (2) その他新型インフルエンザ出現時の対策について意見を述べること。

3. 組織

- (1) 会議は、新型インフルエンザ対策推進本部幹事会・幹事長である健康局長の下に設置する。
- (2) 委員は、新型インフルエンザに関し学識経験のある者のうちから、健康局長が委嘱する。

4. 委員の任期等

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- (2) 委員は、再任されることができる。

5. その他

- (1) 会議は、厚生労働省健康局長が議題に関連する委員を招集し、開催する。
- (2) 会議の庶務は、大臣官房厚生科学課の協力を得て、健康局結核感染症課において処理する。
- (3) この要綱に定めるもののほか、議事の手続その他会議の運営に関し必要な事項は、別途定めることとする。

附則

この要綱は、平成17年12月27日より施行する。

(案)

新型インフルエンザ専門家会議 運営規程

新型インフルエンザ専門家会議設置要綱の「5.(3)」の規定に基づき、本規程を定める。

- 1 新型インフルエンザ専門家会議(以下「会議」という。)に議長を置き、健康局長が選任する。議長は、会議を代表し、会務を統括する。議長に事故があるときは、あらかじめ議長の指名する委員が、その職務を代理する。
- 2 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の時は、議長の決するところによる。

「新型インフルエンザ対策行動計画」の概要について

平成 17 年 11 月

厚生労働省

「新型インフルエンザ対策行動計画」は、政府の新型インフルエンザ対策について、関係省庁が連携し、情報の共有を図りながら、厚生労働省が中心となって取りまとめたものである。

<背景>

新型インフルエンザは、10年から40年の周期で出現し、世界的に大きな流行（パンデミック）を引き起こしてきている。

近年では、東南アジア等において、高病原性鳥インフルエンザがヒトに感染し、死亡例が報告されている。また昨今では、ヨーロッパで高病原性鳥インフルエンザの発生が報告されるなど、その拡大が見られる状況であり、突然変異による、ヒトからヒトへ感染する新型インフルエンザの発生の危険性が高まっている。

このため、WHO世界インフルエンザ事前対策計画(2005年5月)に準じて、我が国の「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定し、迅速かつ確実な対策を講ずるものとする。

<概要>

1 流行規模の推計

米国疾病管理センターの推計モデル(FluAid 2.0)に、わが国の状況を当てはめて推計した。その結果、我が国の場合は、全人口の25%が新型インフルエンザに罹患すると想定した場合に医療機関を受診する患者数は、約1,300万人～約2,500万人(中間値約1,700万人)と推計される。

2 新型インフルエンザ対策の推進体制

政府一体となった取組を推進するために「鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議」を設置するとともに、厚生労働省では、大臣を本部長とする対

策推進本部を設置したところであり、こうした推進体制の下で、地方自治体、関係機関（医療機関等）、国民の協力の下に総合的な対策を推進する。

3 行動計画

WHO世界インフルエンザ事前対策計画において定められている6フェーズ（段階）を、さらに、「国内非発生」と「国内発生」に分類し、それぞれについて「計画と連携」、「サーベイランス」、「予防と封じ込め」、「医療」、「情報提供・共有」の5分野にわたって講ずべき具体的な対策を策定した。

*フェーズ1、フェーズ2（トリートリ）

トリインフルエンザウイルスのヒトへの感染が見られない。

*フェーズ3（トリーヒト）

トリインフルエンザウイルスのヒトへの感染が見られるが、ヒトーヒト感染による拡大は見られない、あるいは、非常にまれな感染が見られる（家族内など密接な接触者）。

*フェーズ4、フェーズ5（ヒトーヒト）

ヒトーヒト感染が見られるが、限定された集団（クラスター）内の発生にとどまっている。

*フェーズ6（パンデミック）

一般のヒト社会の中で感染が増加し、持続している。

4 行動計画の主な内容

フェーズ3 A（国内非発生）

- ・ 政府の新型インフルエンザ対策行動計画を策定する。
- ・ 海外渡航者に対する注意喚起を行う。
- ・ 国内飼育家きんの高病原性鳥インフルエンザの発生防止対策の徹底、農場の従事者等に対する感染防御への支援、要請を行う。
- ・ 緊急的なワクチン接種を想定し、プロトタイプワクチン原液の製造、貯留を行うとともに、フェーズ4を想定し、パンデミックワクチン製造用の鶏卵の確保等生産に係る対応計画の検討を行う。
- ・ リン酸オセルタミビル（商品名：タミフル）の確保すべき量を決定し、備蓄を開始する。
- ・ 新型インフルエンザ患者の診療・治療にあたる指定医療機関等の整

備、必要な医療器材等の確保を進めるよう要請する。

- ・ 高病原性鳥インフルエンザについて、発生国の在留邦人、国民向けに情報提供する。

フェーズ4 A（国内非発生）

- ・ ウイルスが確定次第速やかに、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）に基づく指定感染症への政令指定を行う。
- ・ 感染がみられた集団（クラスター）を早期発見するために、学校や職場などを対象としたクラスターサーベイランスを開始する。
- ・ 検疫所は、発生地域からの入国者に対し、新型インフルエンザ患者の疑いがある場合には、検疫法に基づく停留を行うなど検疫を強化する。
- ・ 新型インフルエンザウイルス株の特定後、鶏卵等の確保ができ次第、パンデミックワクチンの生産を開始する。通常期インフルエンザワクチン生産時期の場合には、製造ラインを直ちに中断して新型に切り替えることを含め、適切に対応する。
- ・ 各医療機関に対して、通常のインフルエンザ患者には、原則として抗インフルエンザウイルス薬の使用を控えるよう指導する。
- ・ メディア等に対し、適宜、広報担当官（スポークスパーソン）から海外の発生・対応状況について情報提供する。

フェーズ4 B（国内発生）

- ・ 対策推進本部長（厚生労働大臣）が国内でのヒトーヒト感染発生について宣言し、国としての対策強化を表明する。
- ・ 新型インフルエンザの疑いがある患者には、感染症法に基づき、入院勧告を行い、確定診断を行う。
- ・ 新型インフルエンザの疑いがある患者の家族等の接触者に対しては、経過観察期間を定め、外出自粛要請、健康管理の実施及び有症時の対応を指導する。
- ・ 発生地域における不要不急の大規模集会や、不特定多数の者が集まる活動について、自粛を勧告する。

- ・ 医療機関等で患者を診療した従事者、患者との濃厚接触があり、社会機能維持に必要な者への抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を指示する。
- ・ 各医療機関に対して、新型インフルエンザ患者及び疑い患者以外において、原則、抗インフルエンザウイルス薬を使用しないよう指導する。
- ・ プロトタイプワクチンについて、緊急的に、医療従事者及び社会機能維持者等を対象にワクチン接種場所に配分し、状況に応じ、接種を行う。
- ・ パンデミックワクチンが製造され次第、希望者への接種を開始する。

フェーズ6B（国内発生）

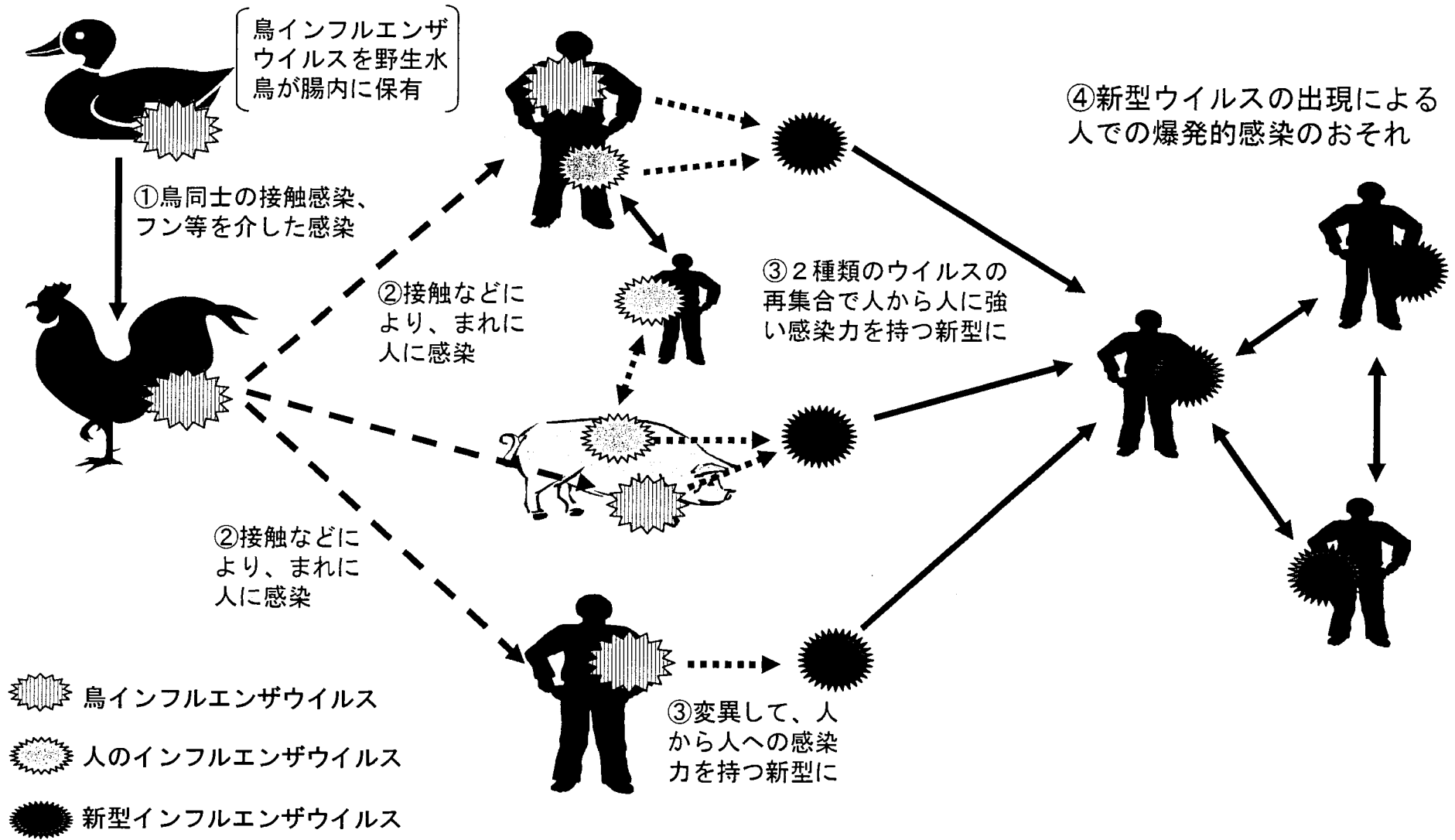
- ・ 厚生労働大臣が非常事態宣言（国内対策強化宣言）を行う。
- ・ 新型インフルエンザ患者の入院措置を緩和し、全医療機関において診断・治療を行うとともに、入院治療は重症患者に行うこととする。
- ・ 新型インフルエンザ患者の疑いがあると診断された者に対して、発症48時間以内に抗インフルエンザウイルス薬により治療を行う。
- ・ 抗インフルエンザウイルス薬による治療の優先順位を、次のとおりとする。
 - ① 新型インフルエンザ入院患者の治療
 - ② 罹患している医療従事者及び社会機能維持者の治療
 - ③ 罹患している医学的にハイリスク群（心疾患を有する者など）
の治療
 - ④ 児童、高齢者
 - ⑤ 一般の外来患者

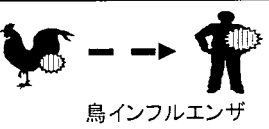
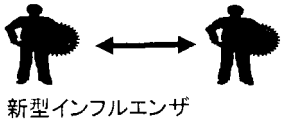
等

WHOにおけるインフルエンザパンデミックフェーズ

WHOの2005年版分類による パンデミックフェーズ	パンデミック対策の 各フェーズにおける目標	状況別の 追加小項目
フェーズ1 (前パンデミック期) ヒトから新しい亜型のインフルエンザは検出されていないが、ヒトへ感染する可能性を持つ型のウイルスを動物に検出	世界、国家、都道府県、市区町村のそれぞれのレベルで、パンデミック対策を強化する	
フェーズ2 (前パンデミック期) ヒトから新しい亜型のインフルエンザは検出されていないが、動物からヒトへ感染するリスクが高いウイルスが検出	ヒトの感染拡大のリスクを減少させ、仮にヒト感染が起きたとしたら、迅速な検知、報告が行われる体制を整備する	
フェーズ3 (パンデミックアラート期) ヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、ヒトからヒトへの感染は基本的に無い	新型ウイルスを迅速に検査診断し、報告し、次の患者発生に備える	感染が見られている地域であるか、そのような地域との人的交流、貿易があるか否か、まったく影響が無いかに基づき、対策の細部を適宜改良する
フェーズ4 (パンデミックアラート期) ヒトからヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、感染集団は小さく限られている	隔離をはじめとした物理的な封じ込め対策を積極的に導入し、ワクチンの開発と接種などの、事前に計画し、準備した感染症対策の実施に必要な時間的猶予を確保するために、最大限努める	
フェーズ5 (パンデミックアラート期) ヒトからヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認され、パンデミック発生のリスクが大きな、より大きな集団発生がみられる		
フェーズ6 (パンデミック期) パンデミックが発生し、一般社会で急速に感染が拡大している	パンデミックの影響を最小限にとどめるためのあらゆる対策をとる	上記以外に、パンデミックの小康状態と第2波への対策
後パンデミック期 パンデミックが発生する前の状態へ、急速に回復している	パンデミックによる多方面への影響を評価し、計画的復興と対策の改善を実施する	

鳥インフルエンザと新型インフルエンザの関係



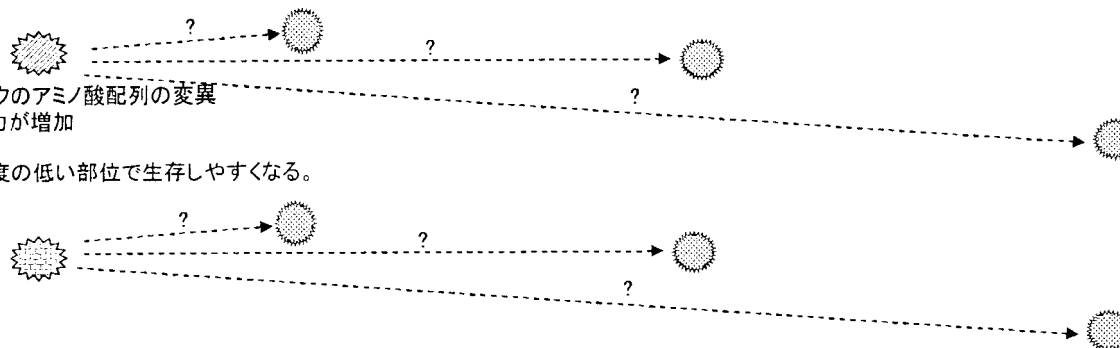
	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5	フェーズ6
	パンデミックアラート期			パンデミック期
WHO定義	ヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、ヒトからヒトへの感染は基本的に無い	ヒトからヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、感染集団は小さく限られている	ヒトからヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認され、パンデミック発生のリスクが大きな、より大きな集団発生がみられる	パンデミックが発生し、一般社会で急速に感染が拡大している
(例)	<ul style="list-style-type: none"> ・明らかな感染源である動物への曝露歴があり、ヒトが感染源では無い、ヒト症例の発生。 ・ごくまれに同居家族や、感染防御装備をしていない医療従事者などで、密接な接触による感染がみられる。 ・継続的なヒト-ヒト感染伝播の証拠は無い。 ・共通の環境因子から感染したと思われるが、ヒト-ヒト感染を除外することができない、ヒト症例のクラスター。 ・曝露源が特定できないが、クラスターにもヒト症例にも関連付けることができない症例。 	<ul style="list-style-type: none"> ・少数のヒト症例からなる複数のクラスター(例: 25例未満のクラスター、2週間未満持続) ・少数のヒト症例が、明らかなヒト以外の曝露源無しに、複数の地理的に関連する地域に出現し、ヒト-ヒト感染によって最もよく説明できると判断される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・クラスター関連の感染伝播が継続しているが、総症例数の急増は無い。(例: 25-50例のクラスター、2から4週間持続) ・感染伝播は持続しているが、症例は地方(人里は離れた村、島など)に局限。 ・クラスターが発生していることが知られている地域社会において、曝露源がよく分からない少数の症例が出現する(たとえば、より広範な拡散の始まり)。 ・同一のあるいは密接に関連したウイルス株により、ひとつあるいは複数の地理的領域でクラスターが出現し、急速に症例数が増加している。 	
新型インフルエンザ対策行動計画における用語				

インフルエンザ
(H5N1亜型)

トルコでのウイルス株

- ・赤血球凝集素受容体タンパクの amino 酸配列の変異
 - ：ヒトの受容体に結合能力が増加
- ・ポリマーゼタンパクの変異
 - ：ウイルスは鼻などの温度の低い部位で生存しやすくなる。

その他のウイルス
(H?N?)



第 26 回厚生科学審議会感染症分科会資料（抄）

インフルエンザ(H5N1)に係る政令指定の基本方針 (案)

行動計画(抜粋)

WHOのフェーズ4宣言に基づき、ウイルスが確定次第速やかに、感染症法に基づく指定感染症への政令指定を行うとともに、検疫法へ適用させるための政令改正を行う。



状況の変化

▶WHOによると、平成15年(2003年)12月以降現時点までに、世界で194人(うち死亡者数109人)の発症事例が報告されている。

特に平成18年(2006年)1月以降、4か国(アゼルバイジャン、エジプト、イラク、トルコ)で新たに発生した(患者数26人(うち死亡者数13人))。

▶WHOの医療施設向けの感染対策指針においてトリ-ヒト感染の段階から入院等の措置を推奨している。

▶平成18年(2006年)1月、トルコで発生した鳥インフルエンザの患者から検出されたウイルスにおいて、ヒトの細胞へ結合しやすい変異が見られ、これは、トリからヒトへウイルスが感染しやすくなっていることが示唆される。



方針

▶ 現時点での発生状況を踏まえ、インフルエンザ(H5N1)を

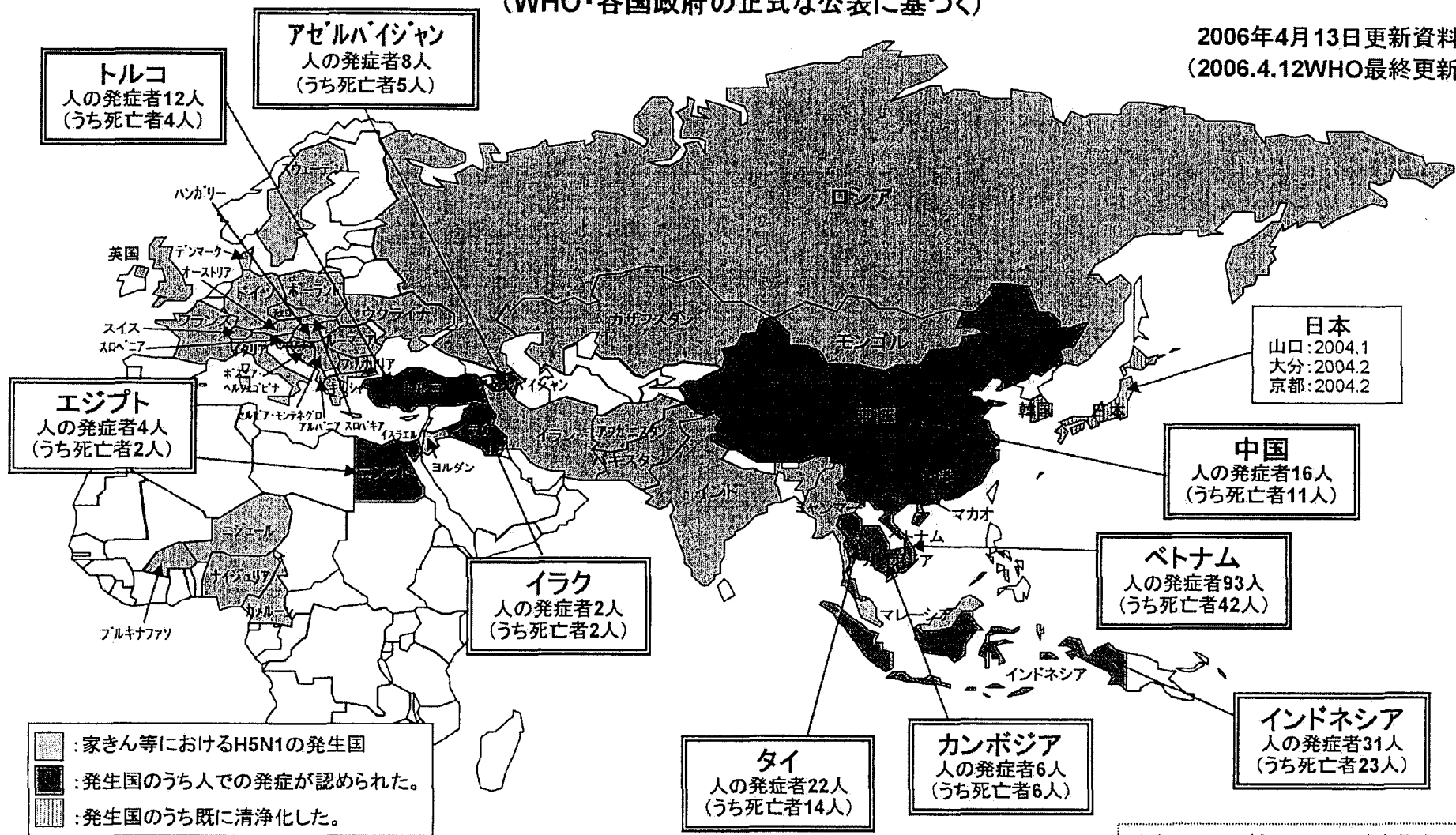
① 指定感染症(感染症法)に政令指定する。

② 検疫感染症(検疫法:健康診断等の対象)に政令で定める。

高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)発生国及び人での発症事例 (2003年12月以降)

(WHO・各国政府の正式な公表に基づく)

2006年4月13日更新資料
(2006.4.12WHO最終更新)



: 家きん等におけるH5N1の発生国
 : 発生国のうち人での発症が認められた。
 : 発生国のうち既に清浄化した。

注1) 上図の他、人への感染事例として、
 1997年香港(H5N1 18名感染、6人死亡)
 2003年香港(H5N1 2名感染、1人死亡)
 2003年オランダ(H7N7 89名感染、1人死亡)
 2004年カナダ(H7N3 2名感染、死亡なし)等がある。

注2) 上図のうち、モンゴル、イタリア、ブルガリア、スロベニア、ギリシャ、イラン、オーストリア、スロバキア、ハンガリー、ポーランド、スイス、スウェーデン、デンマーク、チェコ、ボスニアヘルツェゴビナ、ブルキナファソ、英国は野鳥からの検出。

参考: WHOの確認している発症者数は計194人(うち死亡109人)。

出典: WHO・OIEホームページ

WHOに報告されたヒトの高病原性鳥インフルエンザA(H5N1)感染確定症例数

(2006年4月12日WHO公表)

	2003年		2004年		2005年		2006年		合計	
	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
アセバイン	0	0	0	0	0	0	8	5	8	5
カンボジア	0	0	0	0	4	4	2	2	6	6
中国	0	0	0	0	8	5	8	6	16	11
エジプト	0	0	0	0	0	0	4	2	4	2
インドネシア	0	0	0	0	17	11	14	12	31	23
イラク	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
タイ	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
トルコ	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
ベトナム	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
合計	3	3	46	32	95	41	50	33	194	109

注

確定症例総数は死亡例数も含む。

WHOは検査により確定された確定例だけを報告する。

(抜粋)

**Avian Influenza, including Influenza A (H5N1), in
Humans: WHO Interim Infection Control Guideline
for Health Care Facilities**

Date of most recent amendment: 9 February 2006



**World Health
Organization**



**World Health
Organization**

**REGIONAL OFFICE FOR THE
Western Pacific**

3. Early recognition, isolation, and reporting of possible AI cases

a) Health care facilities should:

- Make it a facility priority to establish methods to ensure early recognition and investigation of possible AI cases;
- Promptly initiate infection control precautions when AI infection is suspected; and
- Link the hospital-based surveillance system to the public health surveillance system and report immediately all available essential information regarding possible AI cases to public health authorities via the local surveillance system, as per Annex 1 of the International Health Regulations 2005 (see: http://www.who.int/csr/ihr/One_pager_update_new.pdf). Although the IHR (2005) will not enter into force until June 2007, they are cited here as the recommended best practice. At the national level the IHR (2005) will require the international notification to WHO by States Parties of "human influenza caused by a new subtype" [Annex 2 of the IHR(2005)].

b) In countries* **with** known AI infections in animals or humans, consider the diagnosis of AI:

- In all patients who present with severe acute febrile respiratory illness (e.g., fever > 38° C, cough, shortness of breath) or other severe unexplained illness (e.g., encephalopathy or diarrhoea), [13] particularly in patients with a history of bird exposure, exposure to known or suspected AI-infected patients, or exposure to other severely ill people.
- Family members who accompany suspected AI-infected patients to the health care facility can be assumed to have been potentially exposed to AI and should also be evaluated for AI infection.
- If symptoms and exposure history support the possibility of AI infection, such patients should be put under isolation precautions and should be moved away from other persons and evaluated as soon as possible.

c) In countries* **without** known AI infections in animals or humans:

- Query patients with severe acute febrile respiratory illness (e.g., fever > 38° C, cough, shortness of breath) or other severe unexplained illness (e.g., encephalopathy or diarrhoea), [13] about travel to AI affected countries within the prior two weeks.
- Consider the diagnosis of AI in patients with acute febrile respiratory illness who have travelled to an AI affected country within the prior two weeks **and** who have had bird exposure, exposure to known or suspected AI-infected patients, or exposure to other severely ill people while in an AI affected country during this time period.
- If symptoms, travel, and exposure history support the possibility of AI infection, such patients should be put under isolation precautions and should be moved away from other persons and evaluated as soon as possible.

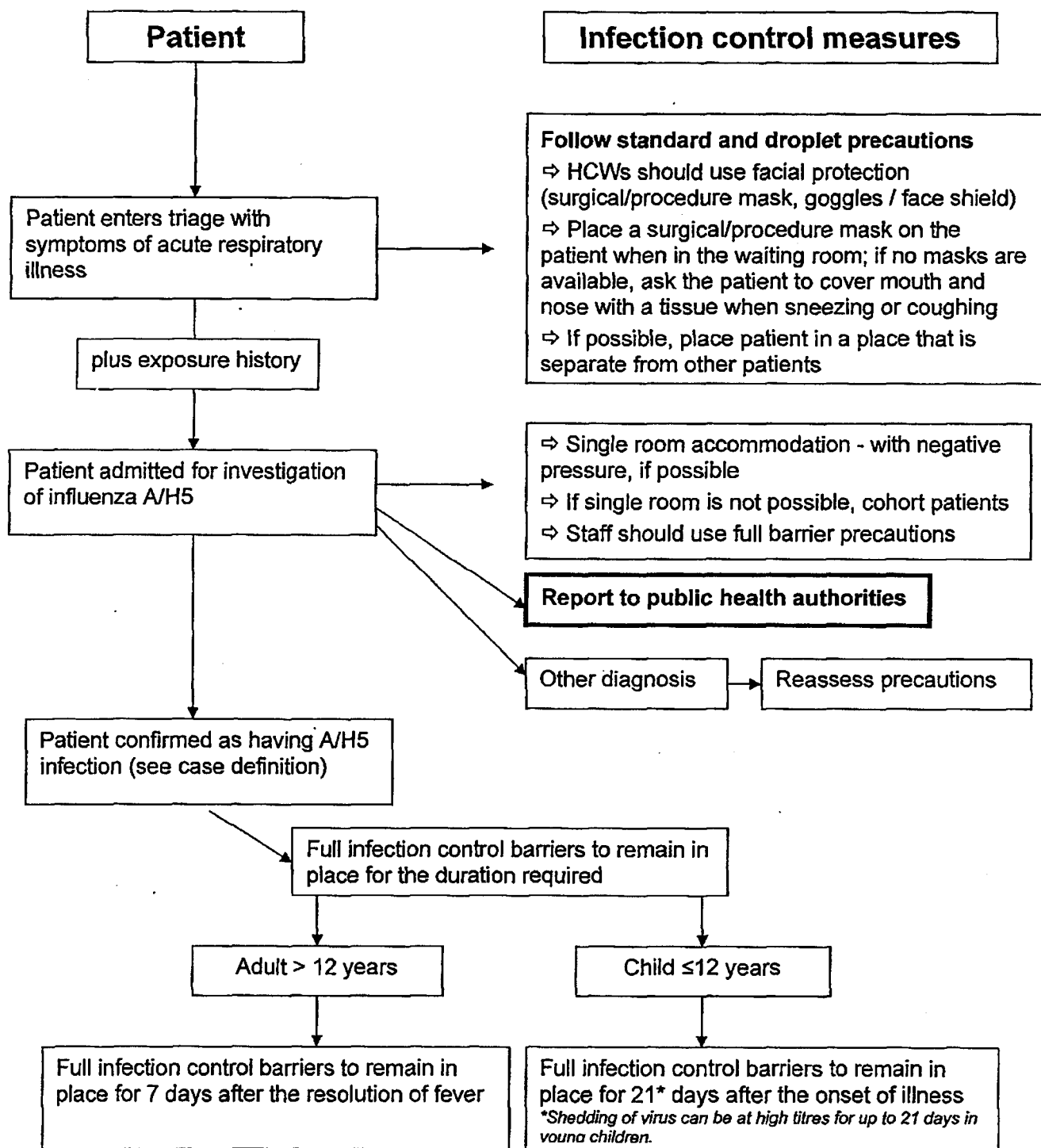
*To access updated information about AI affected countries, please see:

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/

Rationale

Prompt identification and isolation of patients, HCWs, or visitors who may be infected with AI is **critical** to minimize the risk of nosocomial transmission and to enable an efficient public health response.

Figure 1: Initiation of AI infection control precautions in health care facilities



4. Isolation precautions for suspected or confirmed AI-infected patients

a) Patient placement:

- Place patient in a negative pressure room (airborne infection isolation room) or area, if available (Annex 6).
- If a negative pressure room is not available or cannot be created with mechanical manipulation of the air, place patient in a single room.
- If a single room is not available, suspected and confirmed AI-infected patients may be cohorted separately in designated multi-bed rooms or wards.
- Doors to any room or area housing suspected or confirmed AI-infected patients must be kept closed, when not being used for entry or egress.
- To facilitate cleaning and to reduce the potential for virus aerosolisation via vacuuming, house AI-infected patients in uncarpeted rooms/areas, if possible.
- When possible, isolation rooms should have their own hand washing sink, toilet, and bath facilities.
- The number of persons entering the isolation room should be limited to the minimum number necessary for patient care and support.

b) Cohorting

- If single rooms are not available, patients infected with the same organisms can be cohorted (share rooms). These rooms should be in a well-defined area that is clearly segregated from other patient care areas used for uninfected patients.
- Designated units or areas should be used for cohorting AI-infected patients (suspected and confirmed cases should be housed separately).
- The distance between beds should be > 1 meter. Increasing spatial distance between patients may theoretically be helpful in preventing transmission of respiratory aerosols.
- Whenever possible, HCWs assigned to cohorted patient care units should be experienced house staff and should not “float” or otherwise be assigned to other patient care areas.
- The number of persons entering the cohorted area should be limited to the minimum number necessary for patient care and support.
- Consider having portable x-ray equipment available in cohort areas.
- HCWs assigned to cohorted patient care units should be aware that AI-infected patients may be concurrently infected or colonized with other pathogenic organisms (e.g., *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*) and should use standard and applicable transmission-based infection control precautions to prevent transmission of healthcare-associated infections.

c) Barrier precautions for the care of patients with respiratory illness or suspected or confirmed AI infection. In addition to hand hygiene, all individuals providing care for patients with respiratory illness or suspected or confirmed AI infection should use PPE as indicated in Table 1 below.

d) PPE for the care of suspected or confirmed AI-infected patients includes:

- A particulate respirator that is at least as protective as a U.S. NIOSH-certified N95, EU FFP2, or equivalent (Annex 4).

3. トリインフルエンザの可能性のある患者の早期認識・隔離・報告

a) 医療施設は、

- トリインフルエンザの可能性のある患者の早期認識と調査を徹底する方法を確立することを施設の優先事項としなければならない。
- トリインフルエンザ感染が疑われる場合は、迅速に感染対策に着手する。
- 「国勢保健規則 (IHR) (2005)」 (http://www.who.int/csr/ihr/One_pager_update_new.pdf を参照) の付属文書 I に示すように、病院を基盤とする監視システムを公衆衛生監視システムにリンクさせ、トリインフルエンザの可能性のある症例に関する全ての必須情報を、迅速に地域監視システムを通じて公衆衛生当局に報告する。IHR (2005) は 2007 年 6 月まで発効しないが、参考として引用する。国レベルでは、「新亜型によるヒトインフルエンザ」 [IHR (2005) の付属文書 2] 締約国は WHO に対し国際的に通知することが IHR (2005) で求められている。

b) 動物またはヒトにおけるトリインフルエンザ感染が確認されている国^{*}では、トリインフルエンザの診断を検討する。

- 重症の急性熱性呼吸器疾患 (38°C を超える体温、咳、息切れなど) またはその他説明のつかない重症疾患 (脳症や下痢など) [13]患者の全て、特にトリへの暴露やトリインフルエンザ感染が確認されているまたは疑われる患者への暴露、またはその他重症疾患患者への暴露歴のある患者。
- トリインフルエンザ感染の疑われる患者に付き添って医療施設に来た家族は、トリインフルエンザに暴露した可能性があるとして仮定し、トリインフルエンザ感染について診察しなければならない。
- 症状や暴露歴からトリインフルエンザ感染の可能性が認められる場合、できるだけ早急に隔離対策を講じ、他の者から離して診察しなければならない。

c) 動物やヒトにトリインフルエンザ感染が確認されていない国^{*}では、

- 重症の急性熱性呼吸器疾患 (38°C を超える体温、咳、息切れなど) またはその他説明のつかない重症疾患 (脳症や下痢など) [13]患者に、過去 2 週間以内にトリインフルエンザ発生国を訪問したかどうか尋ねる。
- 過去 2 週間以内にトリインフルエンザ発生国を訪問し、その間にトリインフルエンザ発生国でトリまたはトリインフルエンザ感染患者やその他の重症患者に暴露した急性熱性呼吸器疾患患者についてトリインフルエンザ診断を検討する。
- 症状・渡航歴・暴露歴からトリインフルエンザ感染の可能性が認められる場合、できるだけ早急に隔離対策を講じ、他の者から離して診察しなければならない。

* トリインフルエンザ発生国に関する最新情報は、以下を参照。

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/

根拠

トリインフルエンザ感染の可能性のある患者・医療従事者・見舞客の早期同定と隔離は、院内感染リスクを抑制し、有効な公衆衛生上の対応を可能にするために欠かせない。

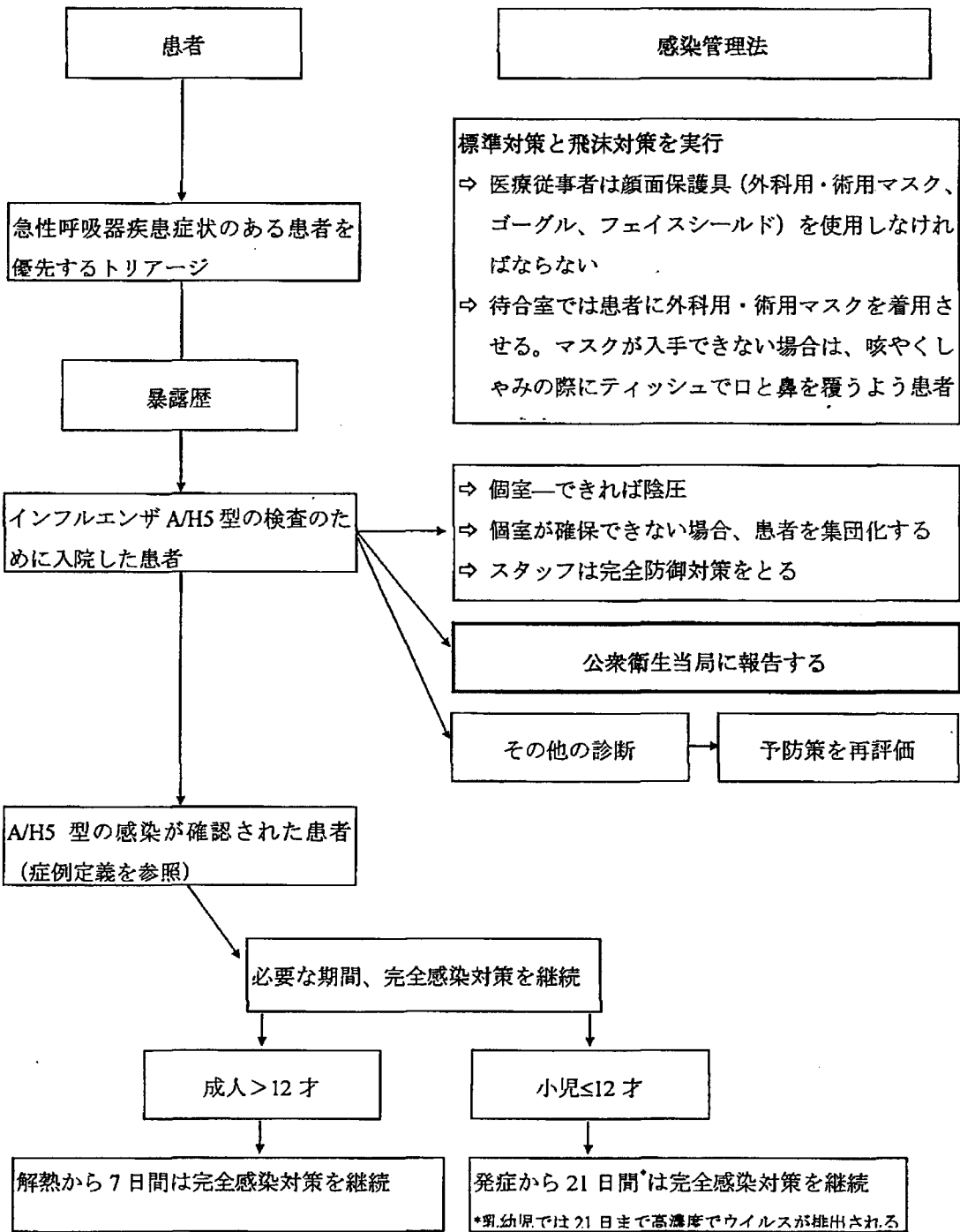


図1 医療施設におけるトリインフルエンザ感染対策の実施

4. トリインフルエンザ感染の疑いのある患者または確定患者の隔離対策

a) 患者の収容

- 可能であれば、陰圧室（空気感染隔離室）または陰圧区域に患者を収容する（付属文書6）。
- 陰圧室がない、または空気を機械的操作で陰圧にできない場合、患者を個室に収容する。
- 個室がない場合、トリインフルエンザ感染の疑いのある患者と確定患者を別々に集団化し、指定された大部屋または病棟に収容する。
- トリインフルエンザ感染の疑いのある患者と確定患者を収容する部屋または区域への出入り口は、入退室時以外は閉めておく。
- 清掃を容易にし、掃除機の利用によるウイルスエアロゾルの可能性を低下させるため、可能であればトリインフルエンザ感染患者をカーペットのない部屋・区域に収容する。
- 可能であれば、隔離室には専用の手洗い用流し、トイレ、風呂を設備する。
- 隔離室に入るスタッフ数を患者の治療と支援のために最低限必要な数に制限する。

b) 集団化

- 個室がない場合、同じ微生物に感染した患者を集団化する（相部屋にする）。部屋は非感染患者の治療区域とは明確に分けられた区域でなければならない。
- 指定の部屋または区域は、集団化されたトリインフルエンザ感染患者専用としなければならない（疑いのある患者と確定患者は別々に収容する）。
- ベッド間の距離は1 m以上開けなければならない。患者間の距離を広げれば、理論的には呼吸器エアロゾルの伝播予防に役立つ。
- 可能であれば、集団化された患者治療区域に割り当てられる医療従事者は経験豊富で、「遊軍」または他の患者治療区域に割り当てられていない者でなければならない。
- 集団化された区域に入るスタッフ数は、患者の治療と支援のために最低限必要な数に制限する。
- 集団区域で携帯用レントゲン機器が利用できるよう検討する。
- 集団化された患者治療区域に割り当てられた医療従事者は、トリインフルエンザ感染患者が同時に他の病原性細菌（黄色ブドウ球菌（*Staphylococcus aureus*）、*Clostridium difficile* など）に感染している可能性があることを認識し、医療関連感染の予防のために適切な標準感染対策を講じなければならない。

以下略

Alarms ring over bird flu mutations.

(トリインフルエンザの変異に警鐘)抜粋

Butler D. Nature. 2006 Jan 19;439(7074):248-9.

The first mutation found, announced last week, involves a substitution in one sample of an amino acid at position 223 of the haemoagglutinin receptor protein. This protein allows the flu virus to bind to the receptors on the surface of its host's cells. It increases the virus's ability to bind to human receptors, and decreases its affinity for poultry receptors, making strains with this mutation better adapted to infecting humans.

赤血球凝集素 (haemoagglutinin) 受容体タンパクの 223 番目のアミノ酸配列に変異がある。このタンパクはインフルエンザウイルスが宿主細胞表面の受容体に結合するためのものである。この変異はウイルスがヒトの受容体に結合能力が増加し、家きんへの結合能力が減少する。

Finally, both samples from the Turkish teenagers show a substitution of glutamic acid with lycine, at position 627 of the polymerase protein, which the virus uses to replicate its genetic material.

トルコの10代の患者から、ウイルスのポリメラーゼタンパクの627番目のタンパクのグルタミンがリジンに変わってことがわかった。

The Turkey strains are the first in which the polymerase and receptor-binding mutations have been found together. They could make it easier for humans to catch the virus from poultry. But they might also favour human-to-human transmission. This is because the polymerase change helps the virus to survive in the cooler nasal regions of the respiratory tract, and the haemoagglutinin mutation encourages the virus to target receptors in the nose and throat, rather than lower down in the lungs. The virus is thought to be more likely to spread through droplets coughed from the nose and throat than from infections lower down.

トルコの株は、ポリメラーゼと受容体結合タンパクの変異が初めて見つかった。この変異はヒトが家きんからのウイルスに感染しやすくなる。この変異は、ヒトからヒトへの感染を引き起こしやすいに違いない。ポリメラーゼの変異によってウイルスは冷たい鼻の部位で生存しやすくなる。そして、ウイルスは、赤血球凝集素に関わるタンパクの変異は深い肺の気道よりも、鼻や喉のレセプターに結合しやすくなる。咳をするときに、深い肺の気道からの飛沫よりも、鼻や気道からの飛沫の方がウイルスは拡散しやすくなる。

新型インフルエンザ対策の部門別検討事項の枠組み（案）

サーベイランス部門

1. インフルエンザウイルスサーベイランス（ブタ、ヒト）
2. 発生動向調査
 - ・ インフルエンザ（5類感染症）：定点
 - ・ 高病原性鳥インフルエンザ（4類感染症）：全数
3. サーベイランスの強化
 - ・ クラスタースurveyランス
 - ・ 症候群サーベイランス
 - ・ 病原体サーベイランス
4. インフルエンザによる超過死亡
5. その他

予防と封じ込め（公衆衛生対策）部門

1. 検疫の強化について
 - ・ 有症状者などの入国
 - ・ 有症状者などの出国
 - ・ 検疫所と都道府県、関係機関の連携
2. 海外渡航者への対応
 - ・ 渡航者の感染予防注意の喚起
 - ・ 渡航自粛
3. 輸入動物対策
4. 防疫対策資材、衛生資材などの供給
5. 地域における感染予防方法
6. 患者・接触者対応
 - ・ 抗ウイルス薬の予防投与について（対象、投与方法等）
 - ・ その他
7. 積極的疫学調査
8. 遺体への対応
 - ・ 火葬場
 - ・ 遺体収容能力
9. 国民生活の社会活動の制限
 - ・ 集会の自粛、学校や事業所の対応
 - ・ 発生地域における対応
10. 早期封じ込め
11. その他

予防と封じ込め（ワクチン及び抗ウイルス薬）部門

1. 抗ウイルス薬
 - ・ 使用方法
 - ・ 投与の優先順位
 - ・ 感染地域への抗ウイルス薬の供給
 - ・ 抗ウイルス薬の有効性
 - ・ ウイルスの薬剤耐性
2. ワクチン
 - ・ ワクチン開発・候補株の作成
 - ・ 製造供給体制の確保
 - ・ 優先接種者
 - ・ 接種体制
 - ・ 有効性の評価、副反応情報
3. その他

医療部門

1. 診断と治療
 - ・ 患者、疑い例、観察例
 - ・ 検体の採取
2. 院内感染対策
3. 医療体制
 - ・ 国内大流行時における医療機関での医療体制の確保
 - ・ 医療機関の收容能力を超えた場合の医療体制の確保（空床利用、その他）
 - ・ 医療従事者の確保・補充
4. 患者の移送
5. 遺体への対応（医療機関内）
6. その他

情報提供・共有部門

1. 国民へのメッセージの作成・提供
 - ・ フェーズごとの情報提供内容
 - ・ 効果的な媒体、情報提供方法
 - ・ Web ページ
 - ・ ポスター、リーフレット
 - ・ メディア
2. 国と地方自治体等との情報共有のあり方（電話会議、メール等）
3. 利用媒体・機関の整理
4. 相談窓口等の設置
 - ・ 一般向け、医療機関向け、地方自治体向け等
5. 渡航者向けの情報発信
6. その他

インフルエンザ（H5N1）*の症例定義（案）

[要観察例**]

下記（1）または（2）に該当する者であって、38℃以上の発熱等インフルエンザ様症状がある者、あるいは原因不明の肺炎や呼吸困難、原因不明の死亡例。

（1）10日以内に死鳥、インフルエンザウイルス（H5N1）に感染している、又はその疑いがある鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）との接触歴***を有する者

（2）10日以内にインフルエンザ（H5N1）患者（疑い例も含む）との接触歴***を有する者

**：上記の定義に当てはまるものは、病原体の検査を行う。

***：1mないし2mの範囲の濃厚な接触。

※感染症法第8条における「疑似症患者」の定義は別に定める。

[確定診断]

上記「要観察例」の定義を満たし、かつ以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

（1）病原体の検出

（2）病原体の遺伝子の検出

*インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る）の略称

フェーズ4以降における新型インフルエンザの症例定義（案）

実際に新型インフルエンザが発生した場合の症例定義は科学的知見により示す必要があるが、現段階の知見をもとに検査及び医療的な観察下に置く必要がある症例として、暫定的に下記のとおりとする。なお、知見が集積し、感染性や病原性の状況により、定義を適宜修正することとする。

[要観察例*]

下記（1）または（2）に該当する者であって、38℃以上の発熱等インフルエンザ様症状がある者、あるいは原因不明の肺炎や呼吸困難、原因不明の死亡例。

- （1）10日以内に死鳥、H5N1を含む、ヒトへの新しい亜型のA型インフルエンザウイルスに感染している、又はその疑いがある鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）との接触歴**を有する者
- （2）10日以内にH5N1を含む、ヒトへの新しい亜型のA型インフルエンザウイルスに感染している患者（疑い例も含む）との接触歴**を有する者

*：上記の定義に当てはまるものは、病原体の検査を行う。

**：1 mないし2 mの範囲の濃厚な接触。

[確定診断]

上記「要観察例」の定義を満たし、かつ以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

- （1）病原体の検出
- （2）病原体の遺伝子の検出

新型インフルエンザに関する各種ガイドラインについて

1. 新型インフルエンザに関する検疫ガイドライン（案）
2. 新型インフルエンザ診断・治療ガイドライン（案）
3. 新型インフルエンザ院内感染対策ガイドライン（案）
4. 新型インフルエンザ患者移送ガイドライン（案）
5. 新型インフルエンザ対策積極的疫学調査マニュアル（案）

(案)

新型インフルエンザに関する検疫ガイドライン

(厚生労働省)

平成17年12月

(平成17年12月26日版)

目次

I	はじめに	3
1	目的	
2	実施時期	
3	本ガイドラインの見直し等	
II	基本的事項	3
1	検疫所における対応	
2	疑い患者の検出	
3	停留及び隔離（医療機関への入院等）	
4	仮検疫済証の交付	
5	検疫業務に対応する検疫官について	
6	関係各機関等との連携	
III	検疫対応	6
1	航空機の検疫について	
(1)	検疫前の通報により有症者がいることが把握できた場合	
(2)	検疫前の通報により有症者がいないとの報告があった場合	
(3)	その他	
2	船舶の検疫について	
(1)	検疫前の通報により新型インフルエンザ発生地域から潜伏期間内に来航し、かつ有症者が乗船していることが確認された場合	
(2)	検疫前の通報により新型インフルエンザ発生地域から潜伏期間内に来航し、かつ有症者が乗船していないとの報告があった場合	
(3)	新型インフルエンザの発生地域を発航し、潜伏期間を過ぎた後に来航する場合	
(4)	その他	
IV	その他	14
	消毒	
○別紙様式		
別紙1	健康状態質問票	
別紙2	健康管理カード	
別紙3	調査票	
別紙4	日本に入国された方へ（健康状態報告指示書）	
別紙5	通知書	

I はじめに

1 目的

本ガイドラインは、「新型インフルエンザ対策行動計画」（以下「行動計画」という。）のうち、「予防と封じ込め」対策を具体化するものとして作成したものであり、フェーズ4 A以降6 Aまでにおいて、新型インフルエンザの罹患の有無の確認等をはじめとする検疫業務の強化等により、水際においてできる限りの侵入防止を図ることを目的とする。

2 実施時期

本ガイドラインは、フェーズ4（ヒトからヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、感染集団は小さく限られている）となり、新型インフルエンザが検疫法（昭和26年法律第201号）（以下「法」という。）第34条の規定に基づき指定された場合に、速やかに実施するものとする。

3 本ガイドラインの見直し等

本ガイドラインは、行動計画のフェーズ4 A等の「予防と封じ込め」の項に記述されているとおり、新型インフルエンザが法第34条の規定に基づき指定される際に、既に確認されている「新型インフルエンザ(*)」の臨床症状、疫学情報等を基に、直ちに見直すものとする。

また、新型インフルエンザ等に関する科学的知見、検査技術の進展等に応じて、適宜、必要な修正・追加等を行うものとする。

* 現時点では、鳥インフルエンザ患者の症状から推定し、「新型インフルエンザ」の症状を38℃以上の発熱かつ呼吸器症状（激しい咳、呼吸困難など）としており、これに発生地から来航したこと等の疫学条件が付加される。

また、新型インフルエンザが確認された時点で、そのウイルスの遺伝的情報も明らかとなると考えられることから、少なくとも、PCR検査による確定診断は可能という前提をしている。

なお、検査の実施手順（検体採取、検査方法等）については、別途定めることとする。

II 基本的事項

1 検疫所における対応

世界各国の発生・流行状況を適切に把握しつつ、新型インフルエンザの発生・流

行地域からの入国者について、検疫前の通報（法第6条）、質問票（法第12条、別紙1）、医師の診察（法第13条）を踏まえ、新型インフルエンザ疑い患者、濃厚接触者（同行の家族・友人、渡航中行動をとともにした集団・添乗員、搭乗（航行）中に世話をした乗務員（乗組員）等）及び同乗者を、①法第16条の規定に基づく停留、法第15条の規定に基づく隔離、②法第18条の規定に基づく健康状態の報告、③健康管理カード（別紙2）による指導、の3段階により対応する。

検疫所長は、検疫に係る情報を的確に収集し、初動の防疫体制を指示することが重要である。各検疫所で作成した危機管理マニュアルに従って、指揮命令系統及び役割分担の明確化を事前に確認しておくことが重要である。なお、必要に応じて、各検疫所が有機的に連携を取ることも重要である。

また、新型インフルエンザ疑い患者若しくは確定患者等に関する報道機関等への対外的な対応は、検疫所業務管理室及び結核感染症課で協議の上対応することとする。

2 疑い患者の検出

我が国への到着までの時間と新型インフルエンザの潜伏期間を考えると、検疫時に新型インフルエンザ疑い患者を漏れなく探知することは難しい場合があることから、法に基づく措置に加え、マスクや健康管理カードの配布など幅広く対応することにより、可能な限りの国内への侵入と感染拡大の防止を図るものとする。

このためには、関係機関、地元の自治体、委託医療機関等との連携は重要であり、日頃より連携・連絡体制を構築しておくとともに、情報の共有を図っておく必要がある。

3 停留及び隔離（医療機関への入院等）

検疫所長は、新型インフルエンザ疑い患者と判断した場合には、法第16条の規定に基づく停留を指示し、感染症指定医療機関に搬送し、委託停留を実施する。緊急その他やむをえない理由があるときは、感染症指定医療機関以外の陰圧病床を有する病院又は診療所であって、検疫所長が適当と認めるものにその入院を委託して行う。この際の停留期間は新型インフルエンザ発生地域を発航してから潜伏期間内とする。また、停留期間中にPCR等の検査を実施し、検査の結果、新型インフルエンザと確定した場合には、法第15条の規定に基づく委託隔離を実施する。

事前に委託医療機関との間で、連絡体制、搬送方法等を十分調整することが重要である。

4 仮検疫済証の交付

新型インフルエンザの発生地域を発航してから潜伏期間内に来航する航空機又はインフルエンザ発生地域を出港若しくは発生地域に寄港してから潜伏期間内に我が国に来航する船舶については、検疫の結果、新型インフルエンザウイルスの国内への侵入のおそれがほとんどないと判断した場合に、潜伏期間を超えない範囲で一定の期間を定めて、法第 18 条の規定に基づく仮検疫済証を交付する。

5 検疫業務に対応する検疫官について

検疫ブース、機内検疫、臨船検疫等、新型インフルエンザに係る検疫業務に従事する検疫官は、検疫時にはマスクの着用等の感染防御対策を講じること。また、業務終了後は、除染のための手洗いやうがいの励行について、関係各職員に対し周知徹底を図る。

また、委託停留を実施した新型インフルエンザ疑い患者が、新型インフルエンザ患者と確定した場合には、当該患者と接触のあった検疫官には、社会機能を維持するための必要な対処を実施する。

6 関係機関等との連携

(1) 関係機関、自治体等との連携

新型インフルエンザの国内への感染拡大を防ぐためには、検疫所と関係機関、保健所をはじめとする地元自治体等との情報の共有、連携強化を図り、対応に当たることが重要である。また、新型インフルエンザの発生、拡大の情報などを的確に把握し、フェーズを踏まえた対応を行うことが重要である。

特に、発生国・地域が拡大した場合には、検疫所のみでは対応が困難となることも想定されることから、迅速かつ円滑に各関係省庁、自治体等との連携強化を図るためにも、フェーズ 3 の時点から、各機関と対応等を検討するとともに、図上訓練及び実地訓練の実施により対応状況を確認しておく必要がある。

また、検疫所が、入国した者からの健康状態の報告等により新型インフルエンザを疑う者（以下、「有症者」という。）を把握した場合には、速やかに関係自治体に連絡する。連絡を受けた自治体は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）（以下「感染症法」という。）に基づく対応を行う。

(2) 航空会社、船舶代理店等との協力

航空会社、船舶代理店、旅行会社等、空港や港湾における検疫業務に係る事業所

等に対して、海外感染症情報（FORTH）や各検疫所ホームページ、事務所掲示板等により、現在のフェーズや発生地域の状況等の十分な情報提供・共有が必要である。これらの情報を踏まえ、関係者は、必要に応じた感染防御対策を講じることとする。

また、フェーズ3の時点から、緊急時における各事業所の窓口担当者・連絡先を事前に定め、危機管理に備えた迅速な対応及び指示等が実施できるようにしておく必要がある。

Ⅲ 検疫対応

1 航空機の検疫について

(1) 検疫前の通報により有症者がいることが把握できた場合（新型インフルエンザ発生地域から来航する航空機も新型インフルエンザ発生地域でない地域から来航する航空機も同様の扱いとする。）

① 到着前の対応について

航空会社から、法第6条の規定に基づき、機内に有症者が搭乗しているとの検疫前の通報を受けた場合には、検疫官は、当該有症者の確認（**）のため、同機の機内検疫を実施する旨、速やかに航空会社に連絡する。また、航空会社等関係者と協議の結果、機内検疫に替わる方法で検疫を行うことが可能と検疫所長が判断する場合には、この限りではない。

また、検疫の実施について関係機関にも連絡を行う。

** 有症者と判断するために必要な情報：下記アかつイの症状を示し、ウ又はエに該当する者。

ア 発熱（38℃以上の発熱を呈している者。38℃未満であっても、発熱後、解熱剤を服用した場合を含む。）

イ 呼吸器症状（激しい咳、呼吸困難など）

ウ 発症前、潜伏期間内に、新型インフルエンザの発生地域に滞在したこと。

エ 発症前、潜伏期間内に、新型インフルエンザの確定患者または疑い患者と接触したこと（患者の家族、医療従事者等）。

② 航空機到着前の指示事項

検疫所長は、法第 14 条の規定に基づき、航空会社を通じて、航空機の機長に次の指示を行う。

- ・ 有症者には可能な限りマスクを着用させる等、飛散防止対策を講じること。
- ・ 有症者の対応を行う乗務員はできるだけ、少人数の専属とし、マスク等を着用させること。
- ・ 有症者と他の乗客との間隔を可能な限り空ける。有症者対応乗務員により、当該有症者を後方座席又は他の乗客と十分な距離が取れる場所に移動させること。
- ・ 有症者と他の乗客の距離がとれない場合には、当該有症者周囲の乗客に対してマスク着用等の予防措置を実施すること。
- ・ 化粧室については、有症者に最も近い場所を専用とし、他の乗客の使用を禁止させること。なお、貨物専用機においては、この限りではない。

③ 検疫の実施

機内検疫の場合の実施手順は次のとおりである。なお、機内検疫に替わる方法で行う場合には、これに準じて実施すること。

ア 検疫官は機内に赴き、有症者が他の乗客と離れているかどうか、周囲の乗客が適切にマスクを着用しているかどうかを確認する。また、法第 12 条の規定に基づき、全乗客・乗員に健康状態質問票（以下、「質問票」という。別紙 1）及び調査票（別紙 3）、健康状態報告指示書（別紙 4）を配布し、記入を求める。

イ 検疫官（医師）は、機内で、有症者に対し質問票を基に問診及び診察を行う。診察の結果、有症者が新型インフルエンザ疑い患者であると診断した場合には、その旨を検疫所長に連絡し、検疫所長は、新型インフルエンザ疑い患者の停留措置（搬送、停留）の決定を行う。

ウ 検疫官は、車椅子等を用いて、新型インフルエンザ疑い患者を機内から直接搬送車に誘導する。

また、搬送準備等が整うまでの間は、各検疫所の状況に応じて、当該新型インフルエンザ疑い患者を適切な場所に待機させる。

エ 濃厚接触者がいる場合には、機内で、濃厚接触者に対し、検疫官（医師）が、質問票を基に問診及び診察を行う。この結果、新型インフルエンザ疑い患者と診断された場合には、イに準じて措置を行う。

また、診察の結果、新型インフルエンザ疑い患者と診断されなかった場合には、法第 18 条第 2 項の規定に基づき、調査票により氏名、連絡先等の確認を行い、健康状態報告指示書により、入国後（潜伏期間内）の朝夕の体温測定結果等を報告する旨の指示を行うとともにマスクを配布し、万一に備えた拡散防止のための対応であることを説明した上で、帰宅時におけるマスクの着用について協力を要請する。

オ 検疫官は、新型インフルエンザ疑い患者及び濃厚接触者の誘導後、同乗者に対し、機側にて質問票等の回収及び健康状態の聞き取り確認（必要に応じ検温）を実施し、法第 18 条第 2 項の規定に基づき、調査票により氏名、連絡先等の確認を行い、健康状態報告指示書により、入国後（潜伏期間内）の朝夕の体温測定結果等を報告する旨の指示を行うとともにマスクを配布し、万一に備えた拡散防止のための対応であることを説明した上で、帰宅時におけるマスクの着用について協力を要請する。

カ 検疫官は、実施した措置について、検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告する。

④ 新型インフルエンザ疑い患者の停留措置

ア 搬送前の基本事項

（ア） 感染症指定医療機関（緊急その他やむをえない理由があるときは、感染症指定医療機関以外の陰圧病床を有する病院又は診療所であって、検疫所長が適当と認めるもの）には、到着時に適切な感染管理が行われるように、新型インフルエンザ疑い患者の情報、予想到着時間等を必ず事前に連絡する。

（イ） 入国管理局、税関等の関係機関及び自治体（空港の所在する保健所と医療機関の所在する保健所）にあらかじめ連絡する。

（ウ） 搬送経路は、安全で確実に通行できる経路を選ぶ。

イ 停留措置

（ア） 法第 16 条の規定に基づく停留措置を行うに当たっては、医師から本人にその旨を伝えた上で搬送を行う。

(イ) 搬送にあたって、新型インフルエンザ疑い患者に接触する検疫官等は、防護衣、マスク、手袋等を着用する。また、運転のみを行う者はマスクを着用する（患者移送ガイドラインを参照）。

(ウ) 拡散を防止するため、アイソレーションテント等を使用することで、運転席と後部（ケアコンパートメント）の間を仕切ることが可能となる。

⑤ 健康監視対象者からの報告に対する対応

同乗者等から、健康状態に異状を呈した旨の報告があった場合には、直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告するとともに、法第 18 条第 3 項の規定に基づく通知書（別紙 5）により、当該者の健康状態、当該者に対して指示した事項、並びに当該者から報告を求めた事項について居所の所在地を管轄する都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長とする。以下同じ。）に速やかに通知すること。

報告を受けた結核感染症課は、必要に応じて、感染症法に基づく対応を関係自治体に要請する。

⑥ 消毒

検疫官は、法第 14 条の規定に基づき、次の消毒措置を実施する。

ア 新型インフルエンザ疑い患者の手荷物

イ 新型インフルエンザ疑い患者の座席周辺のシート、接触したトイレ、利用した食器等

(2) 検疫前の通報により有症者がいないとの報告があった場合

検疫官は、新型インフルエンザ発生地域から来航する航空機の機長から、法第 11 条第 2 項の規定に基づく書類の提出及び呈示を求め、機内に有症者がいないことを書面で確認する。

① 質問票

検疫官は、新型インフルエンザ発生地域から来航する全乗客・乗員から質問票を回収し、健康状態や入国前の新型インフルエンザへの曝露状況について確認する（(1) ① **）。

② 体温測定

検疫官は、新型インフルエンザの発生地域からの入国者について、サーモグラ

フィーや放射体温計等により体温測定を実施し、発熱者の発見に努める。

なお、発熱者を発見した場合には、必要に応じて、医師の診察等を行い、新型インフルエンザ疑いであるか否かを診断する。

③ 健康管理カード

検疫官は、①を終えた乗客に、マスク及び健康管理カード（別紙2）を配布し、健康上の注意点、発症後の対応等について指導する。

④ 有症者等への対応

①の質問票等から、有症者がいた場合には、直ちに健康相談室等において、医師による問診、診察等を行なう。この結果、医師が新型インフルエンザ疑い患者と診断した場合には、(1)④に従って停留措置を行う。

この場合、濃厚接触者が特定できる場合には、(1)③エと同様の措置を、また、同乗者（乗客・乗員）については、質問票をもとに追跡調査等を行った上で、(1)③オと同様の措置を行う。

また、有症者が、医師により新型インフルエンザ疑い患者と診断されなかった場合には、(2)③と同様、マスク及び健康管理カードを配布し、帰宅後、直ちに医療機関を受診するよう指導する。

(3) その他

有症者がトランジット（乗り継ぎ）客の場合には、検疫官は、事前に関係機関等に連絡し、その対応を協議するとともに、直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告すること。

有症者が、治療等のため入国を希望する場合には、Ⅲ1(1)③の手続きを開始する。

2 船舶の検疫について

(1) 検疫前の通報により新型インフルエンザ発生地域から潜伏期間内に来航し、かつ有症者が乗船していることが確認された場合

検疫港において、臨船検疫又は着岸検疫を実施する。なお、検疫港以外の港へ入港するための事前の許可を受けている場合であっても、検疫所長は、法第14条第2項の規定に基づき、船舶の長に対して検疫港へ回航するよう指示する。

着岸検疫は、当日の天候等の理由により検疫官の安全確保が難しい場合に実施することとし、事前に港湾管理者、海上保安部署長等と協議し、対応する埠頭、場所等を決定しておく。

① 検疫前の通報内容

新型インフルエンザの発生地域から来航する船舶については、検疫前の通報において、通常の通報内容に加え、以下の内容の通報 (***) を求める。

*** 追加の通報内容

- ア 発熱者の有無（38℃以上の発熱を呈している者。38℃未満であっても、発熱後、解熱剤を服用した場合を含む。）
- イ 呼吸器症状（激しい咳、呼吸困難など）の有無
- ウ 発症前、潜伏期間内に、新型インフルエンザの発生地域に滞在したことの有無。
- エ 発症前、潜伏期間内に、新型インフルエンザの確定患者または疑い患者と接触したこと（患者家族、医療従事者等）の有無。

② 船舶到着前の指示事項

新型インフルエンザの発生地域から潜伏期間内に来航する船舶内で、乗客または乗組員に、有症者がいるとの通報があった場合には、検疫官は、船舶代理店を通じて、当該船舶に対し、臨船検疫又は着岸検疫を実施する旨を連絡するとともに、次の事項を指示する。

- ア 有症者は個室で、隔離を実施すること。なお、個室がない場合には、可能な限りマスクを着用させる等、飛散防止対策を講じること。
- イ 有症者と接触する者は限定し、感染防止対策（マスク、手袋、手洗い、うがい等）を実施すること。
- ウ 有症者について朝夕の体温と症状、使用した薬剤の記録及び報告を行うこと。
- エ 有症者の使用するトイレを限定し、適宜消毒を実施すること。消毒には消毒用アルコール又は次亜塩素酸ナトリウム液等適切なものを用いること。
- オ 船舶代理店を通じて本船に質問票（別紙1）をFAXまたは電子メールにより送付し、検疫前に全乗客、全乗組員が質問票に記入すること。

③ 関係機関、水先人等への情報提供等

(1) 検疫官は、業務の都合により検疫を受けていない船舶に乗船する関係機関に対して、新型インフルエンザの発生・流行地域、流行状況、伝播様式、症状、予防方法等の詳細な情報を随時提供する。

(2) 検疫官は、臨船検疫を行った後に、同船舶に乗船する者に対して、新型インフルエンザの発生・流行地域、流行状況、伝播様式、症状、予防方法等の詳細な情報を随時提供する。

- ・ 水先人に対して、乗船時に、マスクや手袋の着用等を指導する。
- ・ 水先人が検疫官と同時に乗船する場合には、法第5条の規定に基づき、検疫が終了するまで水先人を下船させない。また、水先人には操舵室以外へ立ち入らないよう要請する。さらに、下船時には検疫官が除染を行う。

④ 臨船検疫等の実施

ア 検疫官は、海上保安部署、地方運輸局等に対して、新型インフルエンザ疑い患者が乗船している可能性があるため、臨船検疫又は着岸検疫を実施する旨を連絡する。また、有症者の重篤度に応じて必要な機材を準備する。

イ 検疫官は、船舶の長及び衛生管理者等から、有症者、濃厚接触者及び同乗者（乗客、乗組員）の状況説明を受ける。

ウ 検疫官（医師）は、当該船舶の個室において、質問票を基に有症者の問診、診察を行う。診察の結果、有症者が新型インフルエンザ疑い患者であると診断した場合には、その旨を検疫所長に連絡する。また、調査票（別紙3）及び健康状態報告指示書（別紙4）を配付し、記入させる。

エ 検疫所長は、新型インフルエンザ疑い患者の停留措置（搬送、停留）の決定を行う。また、検疫官に対して、医療機関への搬送準備を指示する。

オ 濃厚接触者がいる場合には、検疫官（医師）は、適切な場所において、質問票を基に問診及び診察を行う。この結果、新型インフルエンザ疑い患者と診断された場合には、エに準じて措置を行う。

また、診察の結果、新型インフルエンザ疑い患者と診断されなかった場合には、法第18条第2項の規定に基づき、調査票により氏名、連絡先等の確認を行

い、健康状態報告指示書により、入国後(潜伏期間内)の朝夕の体温測定結果等を報告する旨の指示を行うとともにマスクを配布し、万一に備えた拡散防止のための対応であることを説明した上で、帰宅時におけるマスクの着用について協力を要請する。

カ 検疫官は、新型インフルエンザ疑い患者及び濃厚接触者の下船後、同乗者について、船内にて質問票の回収及び健康状態の聞き取り確認(必要に応じ検温)を実施し、法第 18 条第 2 項の規定に基づき、調査票により氏名、連絡先等の確認を行い、健康状態報告指示書により、入国後(潜伏期間内)の朝夕の体温測定結果等を報告する旨の指示を行うとともにマスクを配布し、万一に備えた拡散防止のための対応であることを説明した上で、帰宅時におけるマスクの着用について協力を要請する。

キ 検疫官は、実施した措置について、検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告する。

⑤ 新型インフルエンザ疑い患者の停留措置

ア 搬送前の基本事項

- (ア) 感染症指定医療機関(緊急その他やむをえない理由があるときは、感染症指定医療機関以外の病院又は診療所であって、検疫所長が適当と認めるもの)には、到着時に適切な感染管理が行われるように、新型インフルエンザ疑い患者の情報、予想到着時間等を必ず事前に連絡する。
- (イ) 入国管理局、税関等の関係機関及び自治体(港の所在する保健所と医療機関の所在する保健所)にあらかじめ連絡する。
- (ウ) 搬送経路は、安全で確実に通行できる経路を選ぶ。

イ 停留措置

- (ア) 法第 16 条の規定に基づく停留措置を行うに当たっては、医師から本人にその旨を伝えた上で搬送を行う。
- (イ) 搬送にあたって、新型インフルエンザ疑い患者に接触する検疫官等は、防護衣(白衣等)、マスク、手袋等を着用する。また、運転のみを行う者はマスクを着用する(患者移送ガイドラインを参照)。
- (ウ) 拡散を防止するため、アイソレーションテント等を使用することで、運転席と後部(ケアコンパートメント)の間を仕切ることが可能となる。

⑥ 健康監視対象者からの報告に対する対応

同乗者等から、健康状態に異状を呈した旨の報告があった場合には、直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告するとともに、法第18条第3項の規定に基づく通知書（別紙5）により、当該者の健康状態、当該者に対して指示した事項、並びに当該者から報告を求めた事項について居所の所在地を管轄する都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長とする。以下同じ。）に速やかに通知すること。

報告を受けた結核感染症課は、必要に応じて、感染症法に基づく対応を関係自治体に要請する。

⑦ 消毒

検疫官は、法第14条の規定に基づき、次の消毒措置を実施する。

ア 新型インフルエンザ疑い患者の手荷物

イ 新型インフルエンザ疑い患者の居室、使用した洗面所、トイレ等

(2) 検疫前の通報により新型インフルエンザ発生地域から潜伏期間内に来航し、かつ有症者が乗船していないとの報告があった場合

検疫官は、新型インフルエンザ発生地域から潜伏期間内に来航する船舶の長から、法第11条第2項の規定に基づく書類の呈示等を求め、船内に有症者がいないことを書面で確認する。

また、基本的な対応手順は、Ⅲ2(1)に準じ、臨船検疫又は着岸検疫を実施するとともに、問題がない場合には、乗客等に対してマスク及び健康管理カード（別紙2）の配布を行う。

① 質問票及び健康管理カード

検疫官は、新型インフルエンザ発生地域から来航する全乗客・乗員に質問票を配付し、船内で記入を求める。また、原則として船内において質問票を回収し、健康状態や入国前の新型インフルエンザへの曝露状況について確認する（2(1)

① ***）とともに、マスク及び健康管理カードを配布し、健康上の注意点、発症後の対応等について指導する。

② 有症者等への対応

①の質問票等から、有症者がいた場合には、直ちに医師による問診、診察等を行なう。この結果、医師が新型インフルエンザ疑い患者と診断した場合には、(1)⑤に従って停留措置を行う。

この場合、濃厚接触者が特定できる場合や、同乗者(乗客・乗員)についても、2(1)④才及びカと同様の措置を行う。

(3) 新型インフルエンザの発生地域を発航し、潜伏期間を過ぎた後に来航する場合

通常の通報内容に加え、必要な情報(2(1)① ***)を事前に通報させ、乗組員等に異状のある者や事前通報の内容に該当する者がいない場合においては、無線検疫により対応する。

異状のある者等が有症者と考えられる場合には、2(1)と同様の対応を行う。

(4) その他

主に旅客船において、有症者が集団発生している等の情報を得た場合には、船内停留等の緊急性の高い措置の対象となることが想定され、関係機関や自治体等の協力も必要となる。このため、検疫官は、直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告し、必要な指示を受けること。

IV その他

消毒に用いる薬品は、消毒用アルコール又は次亜塩素酸ナトリウム製剤(濃度1000ppm以上)等とする。アルコールを使用する場合はその濃度を保持するために、使用時以外はアルコール収納容器を常に密封しておく。

消毒法は、消毒薬を十分に浸した布又はペーパータオル等で当該箇所を満遍なく拭く方法が望ましい。消毒薬を噴霧する場合は、消毒薬で濡れていない箇所がないくらい十分に噴霧を行い、その上で当該箇所を布等で拭く必要がある。なお噴霧により、病原体を拡散させる恐れもあるので注意する。

健康状態質問票

氏名 _____

性別 男 女 年齢 _____ パスポート番号 _____

職業 _____

到着月日 _____, 便名 _____, 座席番号 _____

渡航された国名(滞在地域及び渡航地域名)(過去4日)

日本及び本国での住所、連絡先

日本:

電話番号: _____ - _____

本国:

電話番号: _____ - _____

○あなたの健康状態について、記入してください

発熱 (°C) あり なし

激しい咳・呼吸困難等 あり なし

解熱剤等薬剤の使用の有無 あり なし

○新型インフルエンザの疑いのある人との到着前 日以内の接触状況について、記入してください

① 新型インフルエンザの流行地域へ滞在・立ち寄りしましたか。
..... あり なし

② 新型インフルエンザ疑いで入院した患者を見舞うなど、接触がありましたか。
..... あり なし

上記のとおり申告いたします。 年 月 日

署名 _____

この質問票は検疫法第12条に基づく検疫手続を簡略化するためのものですから、正確に記入して下さい。

質問に答えなかった方又は虚偽の申告をした方は、検疫法第36条第3号の規定により懲役又は罰金に処されることがあります。

新型インフルエンザの発生地域に 滞在された入国者の方へ

1. 新型インフルエンザの潜伏期間は 日といわれています。その期間内は、念のため、以下のような対応をしてください。

(1) 入国後 日間は朝夕の体温測定を実施し、ご自身の健康状態を確認してください。

(2) 帰宅後外出する際には、万一来に備え、拡散防止のため、配布したマスクを着用するようご協力下さい。

(3) 下記の症状が一つでも発現したら、新型インフルエンザ発生地域からの帰国であることをあらかじめ保健所に告げてから、受診先等を相談し、医師の診察を受けてください。

・発熱 ・激しい咳、呼吸困難などの呼吸器症状

2. 家族等にも上記症状が発現したら、最寄りの保健所又は医療機関に電話で連絡し、その指示に従って下さい。その際、あなたが発生地域から帰国した旨を申し添え下さい。

必要に応じて、本紙を医療機関にお持ち下さい。

厚生労働省・検疫所

調査票

太枠内を記入して下さい。

氏名：		
年齢：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍：	
職業：		
渡航地域、新型インフルエンザ患者と接触又は接触した可能性がある場所： (具体的に)		
(国・地域名)		
日本国内における連絡先(旅行の場合は下段に日程等を記入)： (住所)		
(電話番号)		
旅行日程等	滞在期間	連絡先
	※ 月 日 ～ 月 日	宿泊先： 住 所： 電話番号：
	※ 月 日 ～ 月 日	宿泊先： 住 所： 電話番号：
	日本出国予定日： 年 月 日 空港： 便名：	
ツアーの場合旅行代理店名等を記入し、日程表がある場合はその写しを添付して下さい 代理店名等： 代理店住所： 電話番号： 担当者名：		

※ 本日から 日間以内の連絡先を記入してください。

この質問は、検疫法第18条第2項に規定するものですから、正確に記入して下さい。なお、検疫所に報告いただいた情報については、個人情報の保護のため厳重に管理します。

また、質問に答えなかった方又は虚偽の申告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により懲役又は罰金に処されることがあります。

検疫所記入欄

健康診断の状況	
・発熱《有・無》(健康診断時の体温 ℃)	
・激しい咳、呼吸困難等の呼吸器症状《有・無》	
診察年月日： 年 月 日	担当医名：
検疫所名：	整理番号：

日本に入国された方へ

(健康状態報告指示書)

○本日から以下に定める期間中は、次の項目に従ってください。

- ・下記の期間中は、毎日2回（朝、夕）体温測定を行い、下記連絡先へ報告下さい。
- ・期間中、発熱又は激しい咳、呼吸困難などの呼吸器症状があらわれた場合は直ちにあなたの名前、整理番号を、下記連絡先へ伝えた上で、検疫所担当官の指示に従ってください。
- ・この期間の最終日より前に出国される場合には、出国時に下記の連絡先へ電話し、出国される旨を連絡してください。

○あなたの整理番号 _____

○検疫所への報告が必要な期間： 月 日まで。 ☒

連絡先		
住 所		
電 話		朝の報告 (時～ 時)
		夕の報告 (時～ 時)
発熱等の症状が出た際の、緊急連絡先 (上記時間帯以外)		

注1) この報告は、検疫法第18条第2項に規定するものですから、正確に報告して下さい。報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により懲役又は罰金に処されることがあります。

年 月 日 時 分

_____ 殿
(都道府県知事)

_____ 検疫所長

検疫法第18条第3項の規定に基づき、次のとおり通知します。

氏名：		
年齢：	性別： 国籍：	
職業：		
新型インフルエンザ患者と接触又は接触した可能性がある場所及び国・地域名： (場所) (国・地域名)		
日本国内における連絡先（旅行の場合は下段に日程等を記入）： (住所) (電話番号)		
旅 行 日 程 等	滞在期間	連絡先
	月 日 ～ 月 日	宿泊先： 住 所： 電話番号：
	月 日 ～ 月 日	宿泊先： 住 所： 電話番号：
	日本出国予定日： 年 月 日 空港： 便名： その他（ツアーの場合旅行代理店名等を記入）	

入国時の健康状況：（入国年月日 年 月 日） ・体温 ℃ ・激しい咳、呼吸困難等の呼吸器症状《有・無》 ・その他
入国後の健康状況： ・体温 ・その他
当該者に指示した事項、感染症のまん延防止・医療に必要な事項等：

(案)

新型インフルエンザ診断・治療ガイドライン

(厚生労働省)

平成17年12月

(平成17年12月26日版)

はじめに

2003 年末以来、東南アジアを中心とした地域で H5N1 亜型ウイルスによる高病原性鳥インフルエンザ (Highly Pathogenic Avian Influenza、以下 HPAI) が鳥の間で流行している。HPAI による鳥からヒトへの感染伝播も発生し、2005 年 12 月 23 日現在、WHO に対して公式に報告された感染者数は 141 名、うち死亡者数は 73 名である。

これらの感染者は基本的に死鳥または病鳥との直接的かつ密接な接触により感染したと考えられており、鳥からヒトへの感染効率は高くないといえる。現時点で、ヒトからヒトへの感染に関しては、感染者を看病するなど濃厚かつ密接な接触を有する 2 事例においてその関与が疑われているに過ぎない。そして仮にヒト-ヒト感染が存在するとして、その感染伝播様式がインフルエンザ一般にあてはまる飛沫感染であるのか、空気感染 (飛沫核感染) であるのかは不明である。

この亜型 (または異なる亜型) に変異が生じ、ないしはそれと従来のヒトインフルエンザウイルスとの遺伝子組換え (遺伝子再集合と呼ばれる) を起こすことにより、ヒト-ヒト感染を効率的に発生させるウイルス株に変換する可能性が懸念されている。そのような状態になった場合、この亜型ウイルスはもはや鳥インフルエンザウイルスではなく、ヒトにおける「新型インフルエンザ」ウイルスと呼ばれるようになる。このウイルスには事実上すべてのヒトが免疫を持たないので、世界中のヒトに感染伝播することが懸念されている。これをインフルエンザによるパンデミックと呼ぶ。

わが国の新型インフルエンザ対策行動計画においては、効率的にヒト-ヒト感染を発生させる新しい亜型のインフルエンザウイルスが出現し確認された段階 (フェーズ 4 以降) で、それを「新型インフルエンザウイルス」と定義している。現時点では新型インフルエンザウイルスおよび新型インフルエンザ患者が出現していないが、現在アジアを中心に鳥の間で流行している H5N1 亜型が新型インフルエンザの起源になる可能性が高い。

以下に記載する内容は H5N1 亜型ウイルスのヒトへの感染に関して現在までに集積された知見に基づいて作成しているが、現時点で新型インフルエンザウイルス及び新型インフルエンザ患者が出現していない以上、その症例定義・診断・治療はあくまで仮のものであることに十分留意する必要がある。

1 症例定義

インフルエンザウイルスの感染による症状は無症状から重篤なものまで多岐にわたる。新型インフルエンザウイルスなど、集団が全くウイルスに対する免疫を有さない状況においては、臨床症状も重篤になると予測されるが、実際の新型インフルエンザの症例定義は、科学的知見の蓄積やフェーズによって異なり、適宜更新する予定である。

現時点で考えられる新型インフルエンザ疑い患者の定義は以下のとおりとする。

★ 発熱(38℃以上)

★ 咽頭痛、咳、呼吸困難のいずれか一つ以上

の二つを満たし、かつ7日以内に以下のいずれかの行為があったもの

☆ 新型インフルエンザ患者(疑い例も含む)との接触

☆ 新型インフルエンザ患者の発生が確認されている地域での滞在

確定診断の定義は以下のとおりとする。

上記「新型インフルエンザ疑い」定義を満たし、かつ以下のいずれかの方法によって病原体診断(血清学的診断)がなされたもの

☆ 病原体の検出

☆ 病原体の遺伝子の検出

2 診断

(1) 医療機関における対応

問診により、新型インフルエンザ疑いの定義を満たし、新型インフルエンザが疑われる患者については、十分な感染対策を講じた上で、咽頭ぬぐい液(挿管中患者においては気管内吸引液)を採取する。また、疑い患者として直ちに保健所に報告し、採取した検体の検査診断について相談する。インフルエンザ迅速診断キットによる診断は、現時点でH5N1 亜型鳥インフルエンザ感染症例における陽性率が高くないこと、および新型インフルエンザ感染症例における陽性率のデータがないことから、信頼性を伴わず、また A/H3N2 亜型や A/H1N1 亜型の感染や B 型との共感染の可能性を除外できないので、あくまで診断の一助としての利用にとどめること。

なお、この際、患者の診療およびケアを担当するスタッフは、N95マスク、手袋および飛沫の飛散程度に応じてガウン、ゴーグルを着用するなど、標準予防策、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策(※)を講じるものとする(院内感染対策ガイドラインを参照)。

(2) 保健所における対応

医療機関から疑い例の報告があった場合には、当該保健所は地方衛生研究所と調整の上、速やかに検体を地方衛生研究所など検査体制の整備されている施設に搬入するとともに、必要に応じて患者の感染源等に関する調査を行うこと。

(3) 地方衛生研究所など検査を行う施設における対応

搬入された検体について、PCR検査及びウイルス分離を行う。

(4) 都道府県、保健所を設置する市及び特別区における対応

都道府県、保健所を設置する市及び特別区においては、地方衛生研究所または保健所から病原体(または病原体の遺伝子)の検出の報告があった場合には、当該患者を診断した医師に対し、新型インフルエンザの確定例として直ちに保健所に届出を行うよう指導し、当該届出を受けて、速やかに厚生労働省健康局結核感染症課に報告する。

3 治療

フェーズ4において、新型インフルエンザが実際に出現した場合には、直ちに指定感染症に指定され、1 類感染症相当の措置がとられることとなる。そのため、新型インフルエンザ疑いの定義を満たし、新型インフルエンザが疑われる患者に対しては、感染症法に基づく入院勧告を行う。

併行して、可能な限り早期に、遅くとも発症より 48 時間以内に抗インフルエンザウイルス剤(タミフルまたはリレンザ)による治療を開始する。

重症例または易感染性患者においては、抗インフルエンザウイルス剤の投与と同時に二次的な細菌感染症などの合併症に留意し、治療にあたる。なお、重症インフルエンザ肺炎に対するステロイドやその他の治療薬の有効性についてはエビデンスが確立していない。

(参考)

※ 標準予防策、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策の概要

標準予防策	手指消毒 個人防護具(手袋、ガウン、サージカルマスク、ゴーグルまたはフェイスシールド) 患者ケアに使用した器具 環境対策 リネン 血液媒介病原体 患者配置
接触感染予防策	患者配置 手袋と手指消毒 ガウン 患者移送 患者使用器具
飛沫感染予防策	患者配置 サージカルマスク 患者移送
空気感染予防策	患者配置 呼吸器防護具 患者移送

(案)

新型インフルエンザ院内感染対策ガイドライン

(厚生労働省)

平成17年12月

(平成17年12月26日版)

はじめに

新型インフルエンザ対策の基本戦略は、ワクチンなどによる予防、早期診断、抗インフルエンザウイルス薬による治療である。しかし、新型インフルエンザ流行の初期においてワクチンは入手不可能であることが予想され、また抗インフルエンザウイルス薬の全体量にも限りがある。このような状況においては特に、医療施設内で新型インフルエンザの感染伝播を阻止する対策を徹底することが、新型インフルエンザのまん延防止のために非常に重要である。

感染対策には、その疾患の感染経路に関する理解が不可欠である。毎年流行するインフルエンザの感染経路は、接触感染と飛沫感染が中心であることが知られているが、ごく限定された状況の下では空気感染(飛沫核感染)の可能性が示唆されている(文献)。

また、毎年流行するインフルエンザの潜伏期は 1-3 日(最大 7 日)、他の人へ感染を伝搬させる時期は発症日の前日から発症後約 7 日まで(軽快しない場合はさらに長期間)とされているところだが、当ガイドラインは、新型インフルエンザも同程度であるとの前提に立ち作成した。

1 感染経路

(1) 接触感染

接触により、患者から医療従事者、医療従事者から患者、患者から患者、周辺環境から患者などの経路で伝播される感染を指す。

インフルエンザの接触感染は、感染者の皮膚や粘膜に手指が接触すること、環境表面に付着したウイルスに接触することによる。

(2) 飛沫感染

飛沫(5 μ mより大きい水分を含んだ粒子)により伝播される感染を指す。飛沫は長距離を飛ばないので、飛沫感染が成立するためには感染者と感受性者が近接していること(1m以内)が必要である。

インフルエンザの飛沫感染は、感染者が排出したウイルスを含んだ飛沫が、感受性者の鼻や喉の粘膜または結膜に付着することにより成立する。飛沫は咳・鼻をかむこと・会話、および吸引や気管支鏡などの手技によって発生する。

(3) 空気感染(飛沫核感染)

飛沫核(5 μ m未満の粒子)の飛散により伝播される感染を指す。飛沫核は空中を長く漂うため、感染者と感受性者が近接していなくても感染伝播が成立しうる。

インフルエンザの空気感染に関しては不明確である。動物実験や飛行機の機内でのヒトの感染伝播に空気感染が関与した可能性が示唆されている(文献)。また、感染者の気管内挿管および吸引処置、気管支鏡などの手技において生じる飛沫核は、その手技にたずさわる医療従事者に空気感染を起こしうる懸念されている。

2 感染経路別対策

(1) 標準予防策

標準予防策は、血液・体液・分泌物・汚染物に触れる時には、手指消毒、手袋、血液・体液・分泌物・汚染物の飛沫が飛散することが予想される場合には、サージカルマスク・アイプロテクション・ガウン、その他、血液媒介性病原体の取扱い(針刺し防止)などからなる。感染対策の基本であり、感染症の有無にかかわらずあらゆる局面において、すべての患者に対して実行するべきである。

(2) 接触感染予防策

患者を個室または他の患者とできるだけ環境を共有しない状況に配置する。標準予防策に規定されている手袋や手指消毒に加え、患者の部屋に入る際には手袋を着用し、所用終了後直ちに手袋を外して手指消毒を行なう。接触の度合いに応じてガウンの使用を考慮する。患者使用器具を患者専用にする。

(3) 飛沫感染予防策

患者配置に関しては、ベッド間隔を1m以上離す(患者間の距離では2m近く、離れるようにする)、あるいは患者同士の間をカーテンなどの障壁で隔離する。標準予防策に加えて、患者の1m以内に近寄る際はマスクを着用する(サージカル・マスクが望ましい)。

(4) 空気感染予防策

患者は次の条件を備えた個室に入れる：

- (1) 周囲の区域に対して陰圧である
- (2) 1時間あたり6-12回の換気を行う
- (3) 適切な戸外への排気がある
- (4) ドアは閉鎖する。患者の部屋に入る際にはN95マスク等を着用する。

3 院内感染対策

(1) 外来

患者来院時点での問診を強化する。発熱や咳を伴う患者に対しては、他の患者に飛沫が飛ばない程度の位置で待つことや、咳をする際にティッシュで口元をおさえ、ティッシュを廃棄できるノータッチ式廃棄容器に廃棄するとともに、手洗い、速乾性擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒を行うなど他人への感染を拡げないような配慮の呼びかけを、ポスターなどを通して外来受付にて行う。

新型インフルエンザが疑われる患者については、さらにサージカル・マスクの着用を促す。

待合室や診療室については、ついたてなどを利用して区画を区切るなどして、新型インフルエンザ疑い患者とその他の患者との接触が最小限となるような工夫をすることが望ましい。

外来スタッフは、必ずサージカル・マスクの着用と手洗いを行うこととし、さらに検査を行う場合には、N95マスクと手袋を着用し、飛沫の飛散程度に応じてガウンやゴーグル(またはフェースシールド)を使用する。

(2) 入院

① 新型インフルエンザ患者(疑い症例も含む)の病室

原則として個室管理とする。症例数により、新型インフルエンザ患者同士を同一病室とすることも考慮する。

できる限り陰圧個室とする。独立した空調があることが望ましいが、ない場合にはその病室に関しては空調施設を利用せず、戸外に面した側の窓を開けて十分な換気を行うことが推奨される。病室の窓を開放する場合には、それが居住区域に直接面していないことを確認する。

病室には、後述するガウンなどの防護具の着脱を行う前室があることが望ましいが、確保できない場合は、連続した部屋を前室として利用するか、個室の前の廊下の一部をゾーン化して対応する(境界領域の設置)。この部分は個室入退室専用利用できるように、ついたてなどで仕切り、一般の患者の診療に際して通過、利用しないこと。

②新型インフルエンザ患者(疑い症例も含む)との接触

入院中の新型インフルエンザ患者が検査のためなどでやむを得ず病室から出る必要がある場合には、サージカル・マスクを着用させる。

新型インフルエンザ入院患者との面会は禁止する。やむを得ない場合にのみ、患者にサージカル・マスクの着用と、面会者にもN95マスク、手袋などの個人防護用具(Personal Protective Equipment, PPE)を、医療従事者による指導のもとで装着させ、患者と接する。

担当医師、担当看護師を限定し、その際には過労を防ぐため十分な数のスタッフを新型インフルエンザ患者専任に確保する。

患者に接する際には、空気、飛沫、接触感染に対する予防措置をすべて含めた厳格な防御を行なう。具体的な個人防護用具(PPE)には、(1)N95マスク(2)手袋(3)ゴーグルなど眼の防護具(4)ガウン(5)靴カバー(オプション)がある。

ただし、個人防護用具(PPE)を着用していても、以下のような処置・検査には特に注意が必要である

- ・ ネブライザーの使用、胸部理学療法、気管内挿管、気管支鏡、胃内視鏡や、その他の気道を侵襲する恐れのある処置を行う場合
- ・ 医療従事者が患者に非常に近接する場合
- ・ 感染性がある分泌物へ接触するおそれがある場合。

患者の検査、治療には可能な限り使い捨て医療器具を用い、適切に廃棄する。器具の表面は、ウイルスに有効性が証明されている消毒薬(アルコール製剤または次亜塩素酸ナトリウム液:(参考)新型インフルエンザウイルスの消毒も参照)で消毒する。

患者に接触する前後、病原体に曝露される可能性のある医療行為を行った後、手袋をはずした後、および不特定多数の人が触れた部位に接触した後には手洗い、手指消毒を行う。接触感染対策としては、速乾性擦式消毒用アルコール製剤による手指消毒が最も重要である。

なお、フェーズ4, 5において、患者の診療に携わった医療従事者が抗インフルエンザウイルス薬の予防内服を行う場合は、患者との接触があった日から7日間リン酸オセルタミビル(タミフル)を1日1カプセル服用する。

(3) 接触者

患者の家族・同居者、患者が滞在した部屋(検査室)などにいた他の患者とスタッフ、患者と同室に入院していた患者、患者と同じ病棟に入院していた患者など、患者との接触があった者については、新型インフルエンザに関連する症状の有無を確認する。症状がない場合も、7日間は十分に注意を払い、経過観察し、異常があった場合はただちに受診するよう指導する。

(4) 清掃

日常的に患者や医療従事者の手が触れる部位(ベッドレール、ドアノブ、包交カート、ベッドサイド便器など)については、アルコールなどによる清拭消毒を少なくとも一日一回は行う。環境消毒剤の散布、噴霧は推奨されない。

床などの環境については、埃を巻き上げないような方法(モップ清拭、HEPAフィルター付き掃除機など)で除塵清掃を徹底する。ただし、喀痰、便などで汚染された場合は、必要に応じ局所消毒を行う。

患者入院中にベッド周辺の清掃を行うスタッフは、个人防护具(PPE)を着用して行う。患者退院後の清掃については、个人防护具(PPE)の着用は不要である。

(5) 医療機関ごとの院内感染対策

各医療機関において新型インフルエンザに対応できるマニュアルを準備し、対応訓練を実施しておくことが望ましい。また、作成された感染対策マニュアルは最新の科学的根拠に基づき、常に見直しを行なって更新する必要がある。

(参考) 新型インフルエンザウイルスの消毒

消毒のポイント	消毒法
患者の排泄物、飛沫物質、分泌物などの湿性生体物質の付着した可能性のある局所を消毒する。噴霧、散布消毒は推奨しない。	80℃、10分間の熱水消毒(器材)
	0.05～0.5% (500～5,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭または30分間浸漬(環境・器材)
	消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノールで清拭(手が触れる部分)、または30分間浸漬
	2～3.5%グルタールに30分間浸漬(器材)※

※ グルタールに代わる方法として、0.55%フタールへの30分間浸漬や、0.3%過酢酸への10分間浸漬があげられる。

※ 手指消毒には、速乾性擦式消毒用アルコール製剤が推奨される。(15秒以内に乾かない十分量の製剤を使用する必要がある)

(案)

新型インフルエンザ患者移送ガイドライン

(厚生労働省)

平成17年12月

(平成17年12月26日版)

はじめに

新型インフルエンザ患者(疑い例・確定例の別を問わない)の移送においては、新型インフルエンザは基本的に空気感染を起こし得るという前提にて感染対策を実施するものとする。

新型インフルエンザ患者移送に際しては、次の点に注意し実施されなければならない。

- ・ 新型インフルエンザウイルスの特性に配慮した感染拡大防止策が講じられていること
- ・ 移送患者の人権への配慮がなされること
- ・ 移送では適切な器材が使われ、移送従事者等の安全確保策が講じられていること
- ・ 移送者が感染を受ける可能性をできるだけ小さくするため、移送距離・移送時間をできる限り短くする

なお、船舶・航空機で新型インフルエンザ患者を移送する際にも、当ガイドラインに準じた扱いとすること。

1 移送に使用する車両等

- ・ 患者収容部分と運転者や乗員の部位は仕切られていることが望まれる。仕切りがない場合には、ビニールなどの非透水性の資材を用い、一時的にカーテン状に囲い周囲への病原体の拡散を防ぐ。
- ・ 患者収容部の構造は移送後の清掃、消毒を考え、出来るだけフラットな形状であり、清拭や消毒が可能であるなど簡単なものが望ましく、原則として器材は置かない。器材が既に固定してある場合には、それらの汚染を防ぐため防水不織布などでしっかり覆う。
- ・ 患者のプライバシー保護のため、収容状態が外部から見えないような配慮が必要である。摺りガラス、フィルムなどを張る等で内部を遮断する方法が適切である。
- ・ なお、移送手段(車両等)が汚染地域内を通過することが避けられない場合には、汚染地域を出る地点において、車両等について除染処置を行う。

※ 具体例については、移送車両患者収容部の分画実施例および患者収容先へ到着後の措置を参照のこと。

2 移送従事者

- ・ 移送従事者は、移送作業に起因する感染被害を防止するため、N95マスク、手袋、ガウンなど適当な個人防護具を着用する。また、これらの防護具については、搬送中の破損も想定し、予備も準備する。

※ 移送の装備着用手順を参照のこと。

3 移送・移動時の注意事項

- ・ 患者のストレッチャー・車両等間(その逆も)への移動に際しては、患者にもサージカルマスクを着用させるなど体液等の漏出を回避するための防護を行い、患者に装着する医療器具は必要最小限とする(尿バッグ、点滴程度が望ましい)。
- ・ 呼吸管理が必要な場合は、感染対策に十分な知識と経験を有する医師が同行する。

4 移送後の注意事項

- ・ 使用した防護具への処理を注意して行う。特に脱いだマスク、手袋、ガウン等は汚染面を内側にして、他へ触れないよう注意しながら対処し、感染性廃棄物として処理する。
- ・ 脱衣後、入念に手洗い、手指消毒を行う。
- ・ 患者移送後の車体内部の消毒については、目に見える汚染に対しては、手袋を着用してティッシュにて拭き取った後、その部位のみを消毒用アルコール、70v/v%イソプロパノールまたは 0.05~0.5% (500~5,000ppm) 次亜塩素酸ナトリウムにて清拭消毒する。また、手が触れる部位に関しては、上記消毒薬にて清拭消毒を実施する。

患者移送に必要な器材一覧

資 材	数 量	備 考
N95マ ス ク	乗務員等の数×2+ α	使い捨てタイプ
サージカルマスク	移送患者用として適宜	
手 袋	乗務員等の数×2+ α	
ゴーグルまたはフェイスシールド	乗務員等の数×2+ α	
ガ ウ ン	乗務員等の数×2+ α	
ヘッドカバー	乗務員等の数×2+ α	
(靴カバー)	乗務員等の数×2+ α	
ビニールシート	2m×5m 1枚以上 2m×2m 2枚以上	感染者収容部分 簡易間仕切り
両面テープ	40mm×20m 1本以上	//
消毒薬剤	消毒用アルコール500ml 1本 従事者の手指等消毒用は別にスプレータイプを1本	
	次亜塩素酸ナトリウム溶液 500ml 1本	
その他	適宜	タオル類、感染性廃棄物処理容器など

※ 上記は、一回の移送に必要な数量の目安である。

※ 噴霧法は消毒法としては不確実な方法であること、車内にアルコールなどを噴霧した場合には燃焼の危険があり、次亜塩素酸ナトリウムを噴霧すれば機器類の劣化を招くこと、さらにウイルスに有効な高水準の消毒薬を噴霧すれば作業者に有害であるばかりか、車内に残留毒性が残ることなどから、噴霧は禁忌である。

移送車両患者収容部の分画実施例(ビニールシートと両面テープを使用)

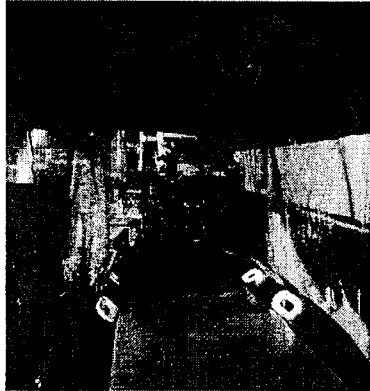
車両内を前後に分画した例(後方から)



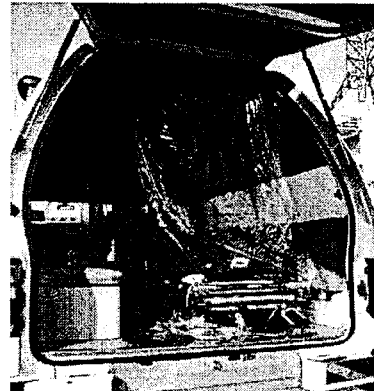
車両内を前後に分画した例(前方から)



患者収容部分を分画した例(内部)



患者収容部分を分画した例(車外から)



患者収容先へ到着後の措置

患者搬出後の撤去作業①



撤去作業は必ず外側(清潔側)から行う

患者搬出後の撤去作業②



患者に面していた側を内側にして
ビニールシートをまとめる

移送の装備着用手順

1. 防護ガウンを装着



2. マスク、ヘッドカバー、ゴーグルを装着



3. 手袋を装着



(案)

新型インフルエンザ対策積極的疫学調査マニュアル

2005

(厚生労働省)

平成17年12月

(平成17年12月26日版)

前文

今般策定された「新型インフルエンザ対策行動計画」においては、パンデミックのフェーズに応じて、積極的疫学調査の実施を定めているところである。現時点(2005年(平成17年)11月30日)のフェーズは3であるが、今後のフェーズの進展、発生時の状況によって、疫学調査の目的、方法は大きく変わってくるため、様々なフェーズ、事態を想定したマニュアルが必要となる。そのため、今回、本骨子においては、総論として全般的にフェーズに応じた調査の目的、あるいは共通の原則、準備等について述べ、各論として、現行フェーズにおいて一番想定されやすい、フェーズ3、あるいはフェーズ4、5となる場合についての個別マニュアルを附すこととした。

今後も、国際的な疫学状況の変化に伴い、症例定義や対応方針を変更する必要があることも鑑み、まず、現時点で想定される事態に応じたガイドラインを策定するとともに、作業部会を設置して、今後も持続的に検討し、随時更新していくものとする。

総論

(1) 積極的疫学調査の原則

1) 実施主体

- ・ 感染源を問わず、ヒトにおける新しい型のインフルエンザウイルス感染症の発生事例の疫学調査は都道府県及び保健所設置市、特別区の担当課及びその保健所が主体的に実施する。(「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」〔以下「感染症法」という。〕の第15条第1項に基づく)
- ・ 必要に応じて、国の技術支援も有用である。厚生労働省では都道府県等の要請があった場合には積極的に支援することとしており、疫学の専門家を多数擁する国立感染症研究所と連携して協力する用意がある。(感染症法第15条第6項に基づく)

2) 人権への配慮

- ・ 調査を実施する際には、調査を受ける者に対しての説明を十分に行い、人権に配慮した対応を行う。

3) 症例定義

- ・ 本疫学調査における症例定義は、今後、国際的なフェーズの移行に応じてWHO(世界保健機関)が定義したもの、さらには、わが国において新型インフルエンザが感染症法に基づく政令改正が行われ、指定感染症(感染症法第7条に基づく)となった場合の要件に合致するものを、疫学調査上の定義とするが、当然状況に応じて、またそれぞれのフェーズに応じた症例定義を策定する必要がある。
- ・ 症例定義(疑い例含む)については、調査実施主体間の整合性を保つために、標準となるものを策定して共通の定義を用いるべきである。

(2) 積極的疫学調査の目的

積極的疫学調査の目的は、フェーズによって大きく異なってくる。また、国内における発生覚知の段階、状況によっても変わってくる(例:感染者が入国検疫の時点で見つかった場合と多数の群衆が集まる場所を経由して見つかった場合など)。しかしながら、一義的な目的は、サーベイランス等の様々な情報源にてとらえられた事例について、すみやかに調査(必要な検査を含む)を行い、国内での流行伝播を押さえ込むため、即座に、感染者及び感染リスク者からの二次、三次の感染防止対策につなげていくことである。すなわち、症例を探知すると同時に、感染のリスクのある者(接触者)を迅速に把握し、必要に応じて適切かつ十分な情報提供および接触者管理を行い、不安解消に努めるとともに可能な限り感染拡大防止を図ることである。

また、感染拡大防止対策と並行して、以下の事項は、新型インフルエンザ対策全体として重要な項目である。

1) アウトブレイク全体像を把握:

新型インフルエンザあるいはその前段階(パンデミックフェーズ 5 以前)における発症者数、重症患者数、接触者数等の確認、患者の症状・予後の確認、その他「時」「場所」「人」に係る疫学情報の収集と分析を実施すること。

2) 感染源・感染経路・感染危険因子の特定:

調査結果に基づき、アウトブレイクの発生原因、感染伝播効率およびリスクの評価を行うこと。

3) 新型インフルエンザあるいはその前段階(パンデミックフェーズ 5 以前)の事例発生に関連した情報の迅速な収集と還元:

調査等によって得られた情報を分析し、その情報を必要とするところへ迅速に情報の提供を行うこと。

4) 対策の評価:

抗インフルエンザ薬の有効性や、その他の公衆衛生的介入策の効果について評価する。

フェーズ3においては、1)~4)に加え、次の項目も重要な目的の一つである。

5) パンデミックをもたらす感染性の高いインフルエンザウイルスの発生及び蔓延の防止:

調査による情報把握と鳥-ヒト感染やヒト-ヒト感染の早期発見と封じ込めにより、次のフェーズ 4、5 に移行する事となるヒト-ヒト感染能力のより高いインフルエンザウイルスの発現を防止する。

フェーズ 4、5 においては、1)～4)に加えた、次の目的との対策上のバランスが重要になると予想される。

6) 国内における発生状況・及び伝播効率の把握と国内のクラスターの封じ込め:

ヒトヒト感染する能力のより高まったインフルエンザウイルスの国内における発生状況と感染伝播効率を迅速に把握し、接触者追跡調査あるいは輪状予防投薬との併用により、国内におけるクラスターの拡大を防止し、可能な限り封じ込める。

フェーズ 6 においては新型インフルエンザウイルスによる効率的なヒトからヒトへの感染は確立しており、これによる国内における市中感染がすでに開始している場合は、新型インフルエンザの発生クラスタの拡大防止・封じ込め、すなわちアウトブレイク対応に主眼を置いたフェーズ 5 までの対策とは根本的に変更しなければならない。もちろん、フェーズ 6 においても、初期における国内への輸入例あるいは輸入例に端を発するクラスタへの対応はある程度までは必要であるが、本格的に市中感染が開始している場合には、本稿で記述している積極的疫学調査は、その多くは実施する必要はなくなり、対策の主眼は社会距離を拡大することによる対応になると考えられる。以下にフェーズ 6 における疫学調査の目的の 1 つを付記しておく。

7) 流行状況の把握による必要な資源の迅速な移動と対策方針の修正:

パンデミック期^{*}には、基本的にはサーベイランスにより全体状況を把握するが、必要に応じて、効率的な人的、物的資源配分等を勘案し、医療資源や社会資源の効率的かつ最大限の活用を目指し、かつ社会的不安やパニックを将来しないようにしなければならない。

※パンデミック期は、大災害同等の体制が必要となり、国民の社会活動の制限など、社会的対応が必要となってくる。

(3) 積極的疫学調査の内容

実施される疫学調査手法に関しても、フェーズによって異なってくる可能性があるが、基本は、症例調査と接触者の調査であり、集団発生となった場合では、個々の症例調査が複数あるという形になるが、これに集団全体を一つの単位とした調査が必要になり、集団を形成した原因である、感染源、感染経路と伝播効率の評価が重要な項目となる。

1) 症例調査

症例に対して、疫学情報や臨床情報などに関して直接情報収集を行うものであり、臨床部門、検査部門との調整により、検体検査も迅速に行われるべきである。

2) 症例行動調査

症例行動調査の目的とは、主に症例の行動に関する詳細な情報の把握と接触者

のリストアップである。

3) 感染源調査

症例の感染源が、トリなどの動物か、ヒトか、また、国内の感染か国外における感染かを特定する。国外における感染が考えられる場合は国際機関や当該国等と速やかな情報交換を図る。

4) 症例さかのぼり調査

症例調査により、当該患者が国内感染、あるいはヒトからヒトへの伝播の可能性が高い場合には、感染源の特定を目的として症例さかのぼり調査を実施。

5) 接触者調査

症例の接触者に対する調査であり、以下の様に段階を経て行われていくものである。

- ① 接触者の定義
- ② 接触者のリスト作成
- ③ 接触者状況確認調査
- ④ 接触者に対する初回面接調査
- ⑤ 追跡調査
- ⑥ 接触者追跡の中止
- ⑦ 保健指導の実施

(4) 積極的疫学調査の準備

疫学調査の準備としては、事前に調査チームメンバーの設定、バックアップ体制の整備、調査の際の物品、用具、特に二次感染防止のためのマスク、ゴーグル、防護衣などの個人防護具(personal protective equipment, PPE)の用意、さらには調査実施予定者への通常インフルエンザワクチンの予防接種等も考慮すべきである。

調査チームメンバーについては、保健所、都道府県衛生部局が中心となり、あらかじめ想定される事態に対して、緊急に集合できるように、疫学者、臨床家、資材調達・調整(ロジスティクス)担当者などからなるチームを複数チーム設定しておくことが望ましい。尚、調査対応には多大な精神面の疲労が考えられることから、この面での支援についてもあらかじめ計画に組み込むことが望ましい。

また、各関係主体(保健所、県担当課、国など)の責任の明確化などが必要であり、各主体間の緊密なコミュニケーションによる情報の共有化が大事である。

1) 疫学調査専従者の決定

新型インフルエンザ事例が発生し、調査対応が必要となることが決定した後、直ちに疫学調査に着手できるように、予め疫学調査に専従するスタッフ(以降疫学調査員)を決定しておく。

2) 疫学調査員の人数と構成

疫学調査員数は、接触者調査を迅速に実施することを考慮すると、総員で実施した場合には比較的短時間内に数十名の接触者に対して訪問・面接が可能であるように設定する。各自治体における疫学調査員の構成の中心は公衆衛生専門職者(医師、保健師、監視員等)であるが、発生の規模が大きくなることも想定し、一定の研修等を行った上で他の適切な人材を活用する枠組みも考慮する。

3) 二次感染防止のための物品の準備と確認

疫学調査員への二次感染を防止するために必要なマスク、手袋、防護衣、消毒用携帯アルコール等が必要数揃っているかを予め確認しておく。

4) 疫学調査員への研修

予定される疫学調査は、原則的に疫学調査および感染予防の技術に精通している者が中心となって行われるべきである。しかし、主として接触者調査に当たる可能性が高い保健師等においても、有症者と直接対面しなければならない機会が生じる可能性は、否定できないことから、感染防御に関する技術を実行出来るように標準予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策についてのトレーニングを行い、さらに新型インフルエンザを想定した感染防御研修等をしておくことが必要である。適切な装備および感染予防技術となるように、適宜、専門家の意見を仰ぐことが望ましい。

5) 患者、接触者及びその関係者に対する説明に対する準備

患者、接触者及びその関係者等の調査対象者に対しては、目的等に関する十分な説明を行った上で調査を実行する。その際、感染症法に基づく調査の必要性や、移送、入院勧告、就業制限、経過観察、接触者管理などについて、その必要性を説明する際の資料あるいは、同意書等についても準備しておく。

6) 情報共有体制とメカニズムの整備

調査の開始時、途中において、タイムリーに進行状況などを自治体および関係機関で共有するため、連絡網の作成、電子メールのメーリングリストを通じた情報共有体制、可能であれば、電話会議システム等の体制についても準備しておく。

(5) 他の自治体、国等との適切な情報共有

調査主体は調査中においても、必要に応じ、関係する他の自治体や国等と状況や知見等の情報を共有する。(感染症法第 15 条第 6 項に基づく) 特に、ヒト-ヒトの感染拡大が懸念される場合には、直ちに、国等と連携を図ることが重要である。

(6) 積極的疫学調査結果の公表

調査主体は調査中においても、中間結果や推奨される対応策について、随時、その情報を知ることが必要とされている者(影響を受ける可能性のある住民、地方自治体、国等)に対して報告すべきである。(国に対する報告は感染症法第15条第5項に基づく)分析結果に基づき、地域内等での感染拡大に寄与した要因について考察を行い、それぞれの地域における感染拡大防止策に反映させる。最終報告については、将来的に起こる可能性がある流行について、事前に対処できる推奨策を、提言することも重要となる。

また調査の結果については、国民に対しても公表の準備を整えることが望ましい。その際には、個人情報保護に十分留意しつつ、公衆衛生的見地から必要となる情報については、適時適切に公表を行っていくべきである。この戦略的なリスクコミュニケーションについては、専任担当者等の設置を検討すべきである。

(7) 調査票等の統一

インフルエンザウイルスの感染経路、潜伏期間等から考えると、感染の拡大が急速に、広域に進む可能性もある。そのため、調査実施主体が複数の都道府県にわたることも考慮に入れて、調査票、入力ファイルの統一化によってスムーズな情報共有を図っていくべきであり、今後そのフォーマットを提示していく。また、技術的な課題も残るが、厚生労働省としてはITを活用した調査データベース構築を検討していく。

今後のスケジュールについて

4月24日 新型インフルエンザ専門家会議（全体）



ガイドラインの部門別検討



6月上旬 新型インフルエンザ専門家会議（全体）

○ 各種ガイドラインについて

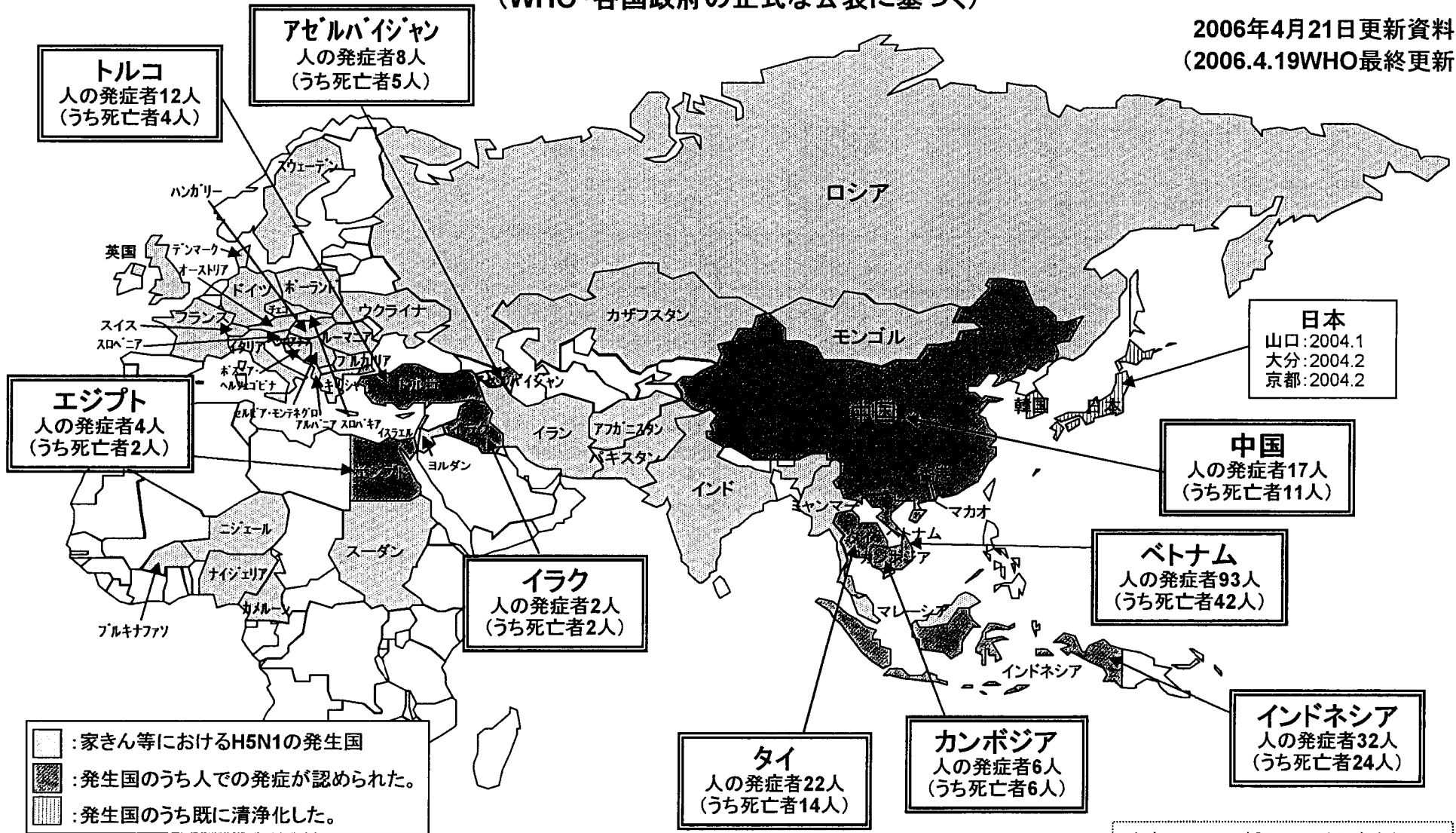
- ・ 検疫ガイドライン
- ・ 診断・治療ガイドライン
- ・ 院内感染対策ガイドライン
- ・ 患者移送ガイドライン
- ・ 積極的疫学調査マニュアル
- ・ サーベイランスガイドライン

○ 広報媒体について

高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)発生国及び人での発症事例 (2003年12月以降)

(WHO・各国政府の正式な公表に基づく)

2006年4月21日更新資料
(2006.4.19WHO最終更新)



:家きん等におけるH5N1の発生国
 :発生国のうち人での発症が認められた。
 :発生国のうち既に清浄化した。

注1) 上図の他、人への感染事例として、
 1997年香港(H5N1 18名感染、6人死亡)
 2003年香港(H5N1 2名感染、1人死亡)
 2003年オランダ(H7N7 89名感染、1人死亡)
 2004年カナダ(H7N3 2名感染、死亡なし)等がある。

注2) 上図のうち、モンゴル、イタリア、ブルガリア、スロベニア、ギリシャ、イラン、オーストリア、スロバキア、ハンガリー、ポーランド、スイス、スウェーデン、デンマーク、チェコ、ボスニアヘルツェゴビナ、ブルキナファソ、英国は野鳥からの検出。

参考:WHOの確認している発症者数は計196人(うち死亡110人)。

出典:WHO・OIEホームページ

WHOに報告されたヒトの高病原性鳥インフルエンザA(H5N1)感染確定症例数

(2006年4月19日WHO公表)

	2003年		2004年		2005年		2006年		合計	
	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
アセバシヤン	0	0	0	0	0	0	8	5	8	5
カンボジア	0	0	0	0	4	4	2	2	6	6
中国	0	0	0	0	8	5	9	6	17	11
エジプト	0	0	0	0	0	0	4	2	4	2
インドネシア	0	0	0	0	17	11	15	13	32	24
イラク	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
タイ	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
トルコ	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
ベトナム	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
合計	3	3	46	32	95	41	52	34	196	110

注

確定症例総数は死亡例数も含む。

WHOは検査により確定された確定例だけを報告する。