

平成 30 年度
岩手県感染症対策委員会資料

平成 31 年 3 月 6 日（水）

於：岩手県医師会館 3 階中会議室

岩手県保健福祉部
医療政策室

目次

1 感染症の発生状況について

- (1) 麻しんの流行状況について（資料 No. 1） 1
- (2) 風しんの流行状況及び追加的対策について（資料 No. 2） 8
- (3) 梅毒の発生状況について（資料 No. 3） 10
- (4) エボラ出血熱に係る注意喚起について（資料 No. 4） 11

2 感染症対策について

- (1) バンコマイシン耐性腸球菌感染症について（資料 No. 5） 13
- (2) ラグビーワールドカップ 2019 日本大会及び 2020 年東京オリンピック・
パラリンピック競技大会における感染症対策について（資料 No. 6） 26

3 制度等の改正について

- (1) 水痘の警報・注意報基準値の変更について（資料 No. 7） 46
- (2) 後天性免疫不全症候群、梅毒の届出の変更について（資料 No. 8） 50
- (3) 感染症発生動向調査における疑似症及び疑似症定点について（資料 No. 9） 56
- (4) プレパンデミックワクチンの今後の備蓄方針等について（資料 No. 10） 58

4 その他

- (1) 岩手県エイズ対策推進プラン改定について 参考資料 1（別冊）
- (2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について 参考資料 2（別冊）

麻しんの流行状況について

1 最近の流行状況

- ・ 2018年3月、沖縄県において、台湾人観光客を初発患者として、99名が感染する事例が発生し、2018年の全国での麻しん報告数は282件となった。
- ・ 2019年1月には、三重県内において、民間団体が主催する研修会による感染事例が確認され、研修会参加者をはじめ49名の麻しん患者が確認されている。また、大阪府では、商業施設による感染事例が確認され、77名の麻しん患者が確認されている。
- ・ 2019年第7週現在、全国での麻しん報告数は221件となっている。

2 県内での発生状況

- ・ 2019年1月、一関保健所管内において、麻しん（修飾麻しん）の患者1名が確認された。
- ・ 本県患者は、1月にベトナムに渡航しており、帰国時の航空機に同乗した方が麻しんを発症したことから、当該発症者の接触者として所管保健所から県に情報提供があり、一関保健所で健康観察を行っていた。
- ・ 一関保健所では、本県患者の接触者234名（患者家族の3名を含む）に対する注意喚起及び健康観察を実施した。なお、本県患者との最終接触後4週間以上新たな患者が発生しなかったことから、2月28日に対応を終了した。

3 対応における課題等

- ・ 麻しん患者の接触者に対する健康観察においては、接触者の氏名等個人情報公表しないことを原則としているが、当該事例に対応した医療機関から、接触者の氏名等をあらかじめ情報提供いただきたいとの要望があった。
- ・ 県としては、接触者の氏名等個人情報は提供できないが、保健所において健康観察を行っている事実について、管内の医療機関に情報を提供することにより、医療機関における注意喚起を図り、疑わしい症状のある患者が来院した際に、麻しんを想定した対応ができるよう体制を整えることとしたい。

4 添付資料・参考

(添付資料)

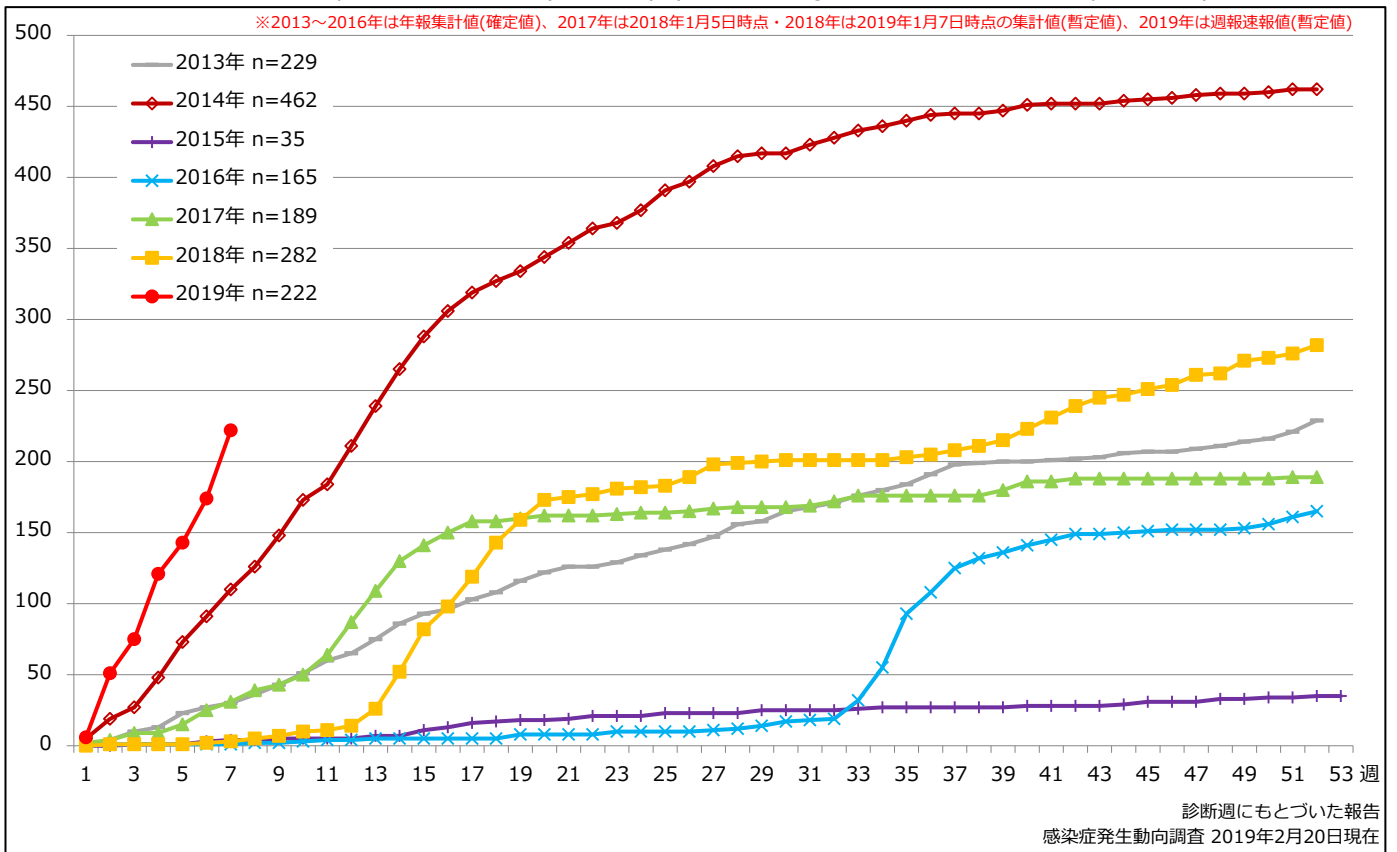
- ・ 感染症発生動向調査速報値グラフ（2019年第7週）

(参考)

- ・ 「麻しん発生報告数の増加に伴う注意喚起について（協力依頼）」（平成31年2月18日付け健感発0218第1号）

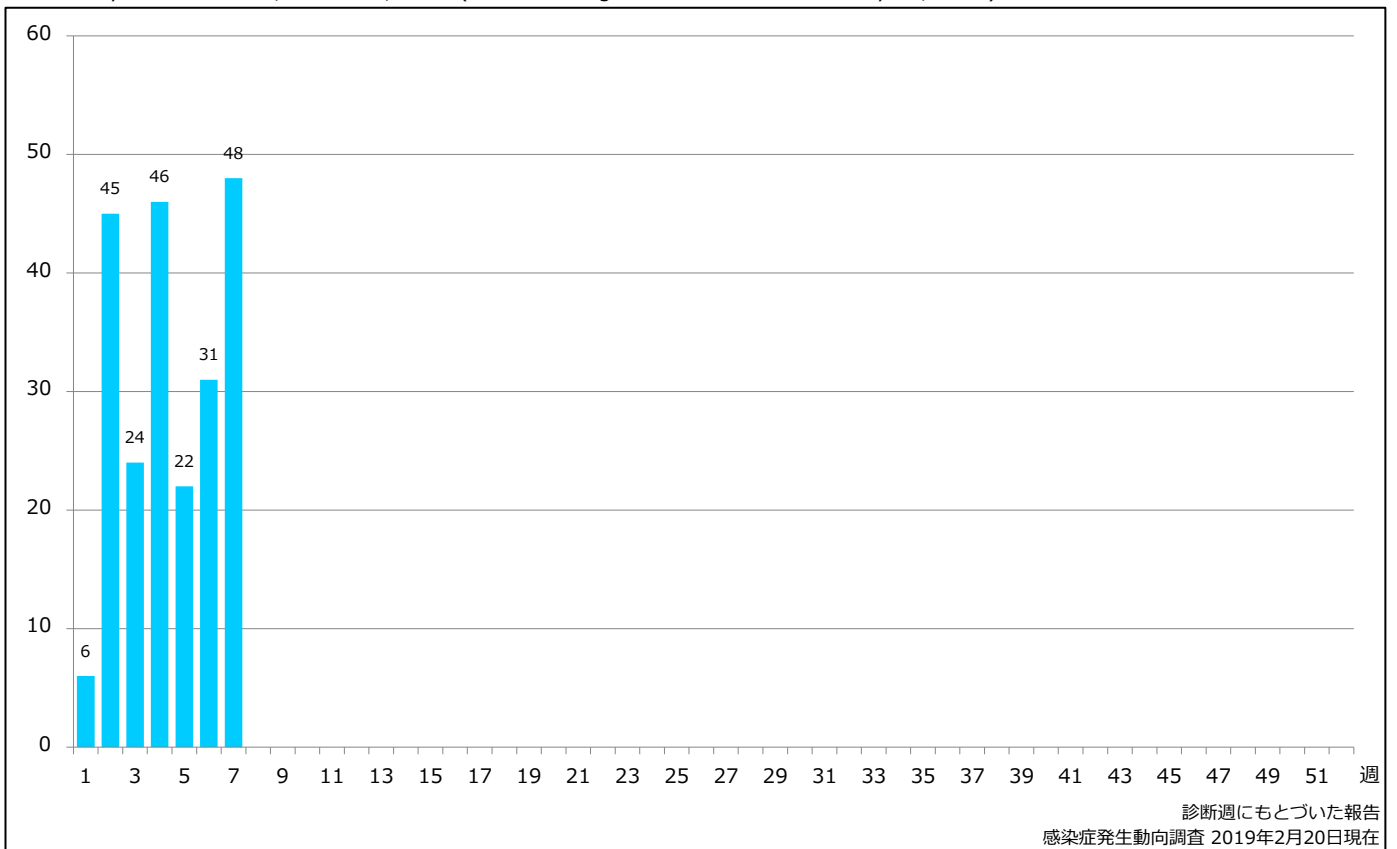
1. 麻疹累積報告数の推移 2013～2019年 (第1～7週)

Cumulative measles cases by week, 2013-2019 (week 1-7) (based on diagnosed week as of February 20, 2019)



2. 週別麻疹報告数 2019年 第1～7週 (n=222)

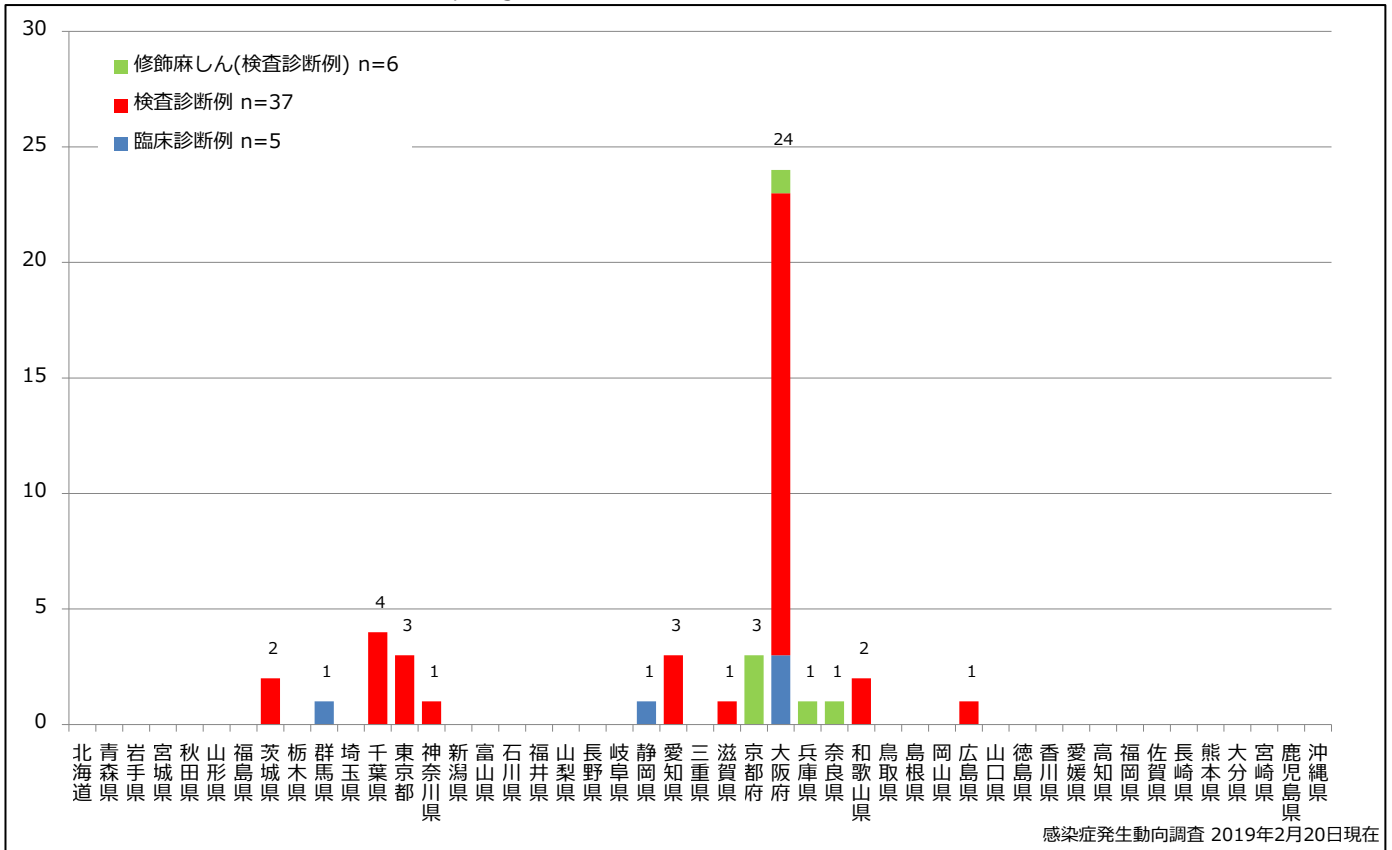
Weekly measles cases, week 1-7, 2019 (based on diagnosed week as of February 20, 2019)



3. 都道府県別病型別麻疹報告数 2019年 第7週 (n=48)

Reported measles cases by prefecture and methods of diagnosis in week 7, 2019 (as of February 20, 2019)

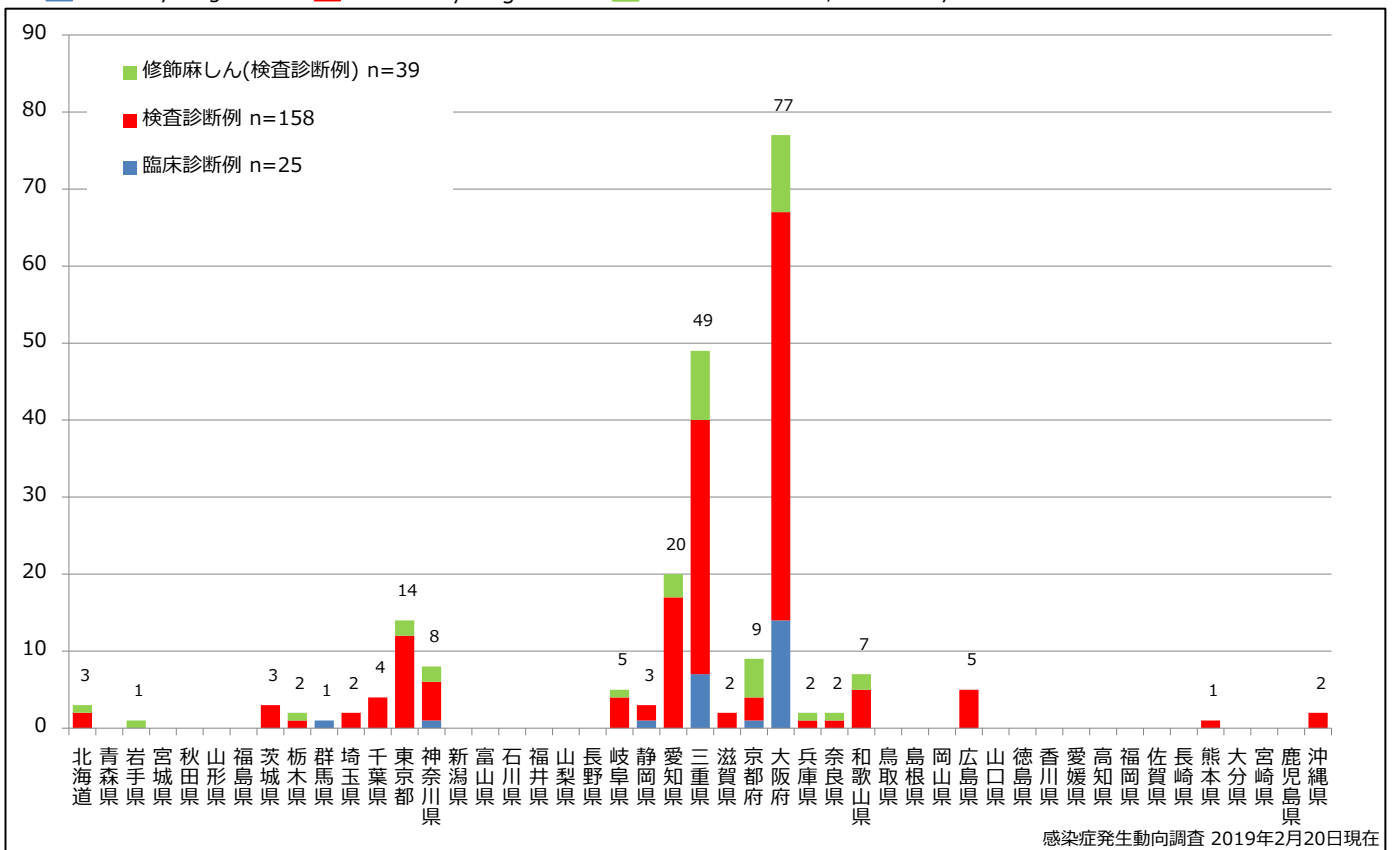
■ Clinically diagnosed
 ■ Laboratory diagnosed
 ■ Modified measles, Laboratory



4. 都道府県別病型別麻疹累積報告数 2019年 第1~7週 (n=222)

Cumulative measles cases by prefecture and methods of diagnosis, week 1-7, 2019 (as of February 20, 2019)

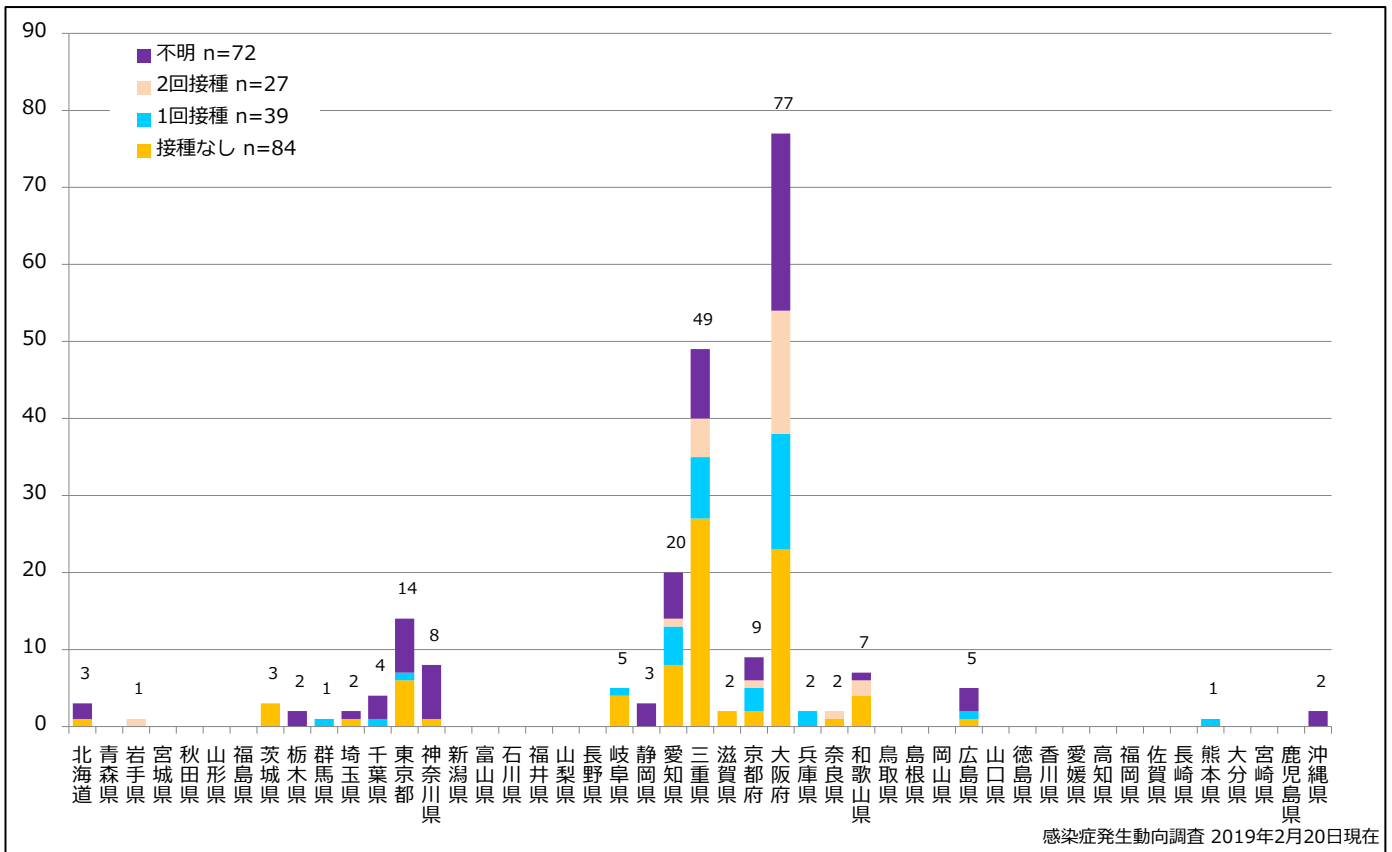
■ Clinically diagnosed
 ■ Laboratory diagnosed
 ■ Modified measles, Laboratory



5. 都道府県別接種歴別麻疹累積報告数 2019年 第1~7週 (n=222)

Cumulative measles cases by prefecture and vaccinated status, week 1-7, 2019 (as of February 20, 2019)

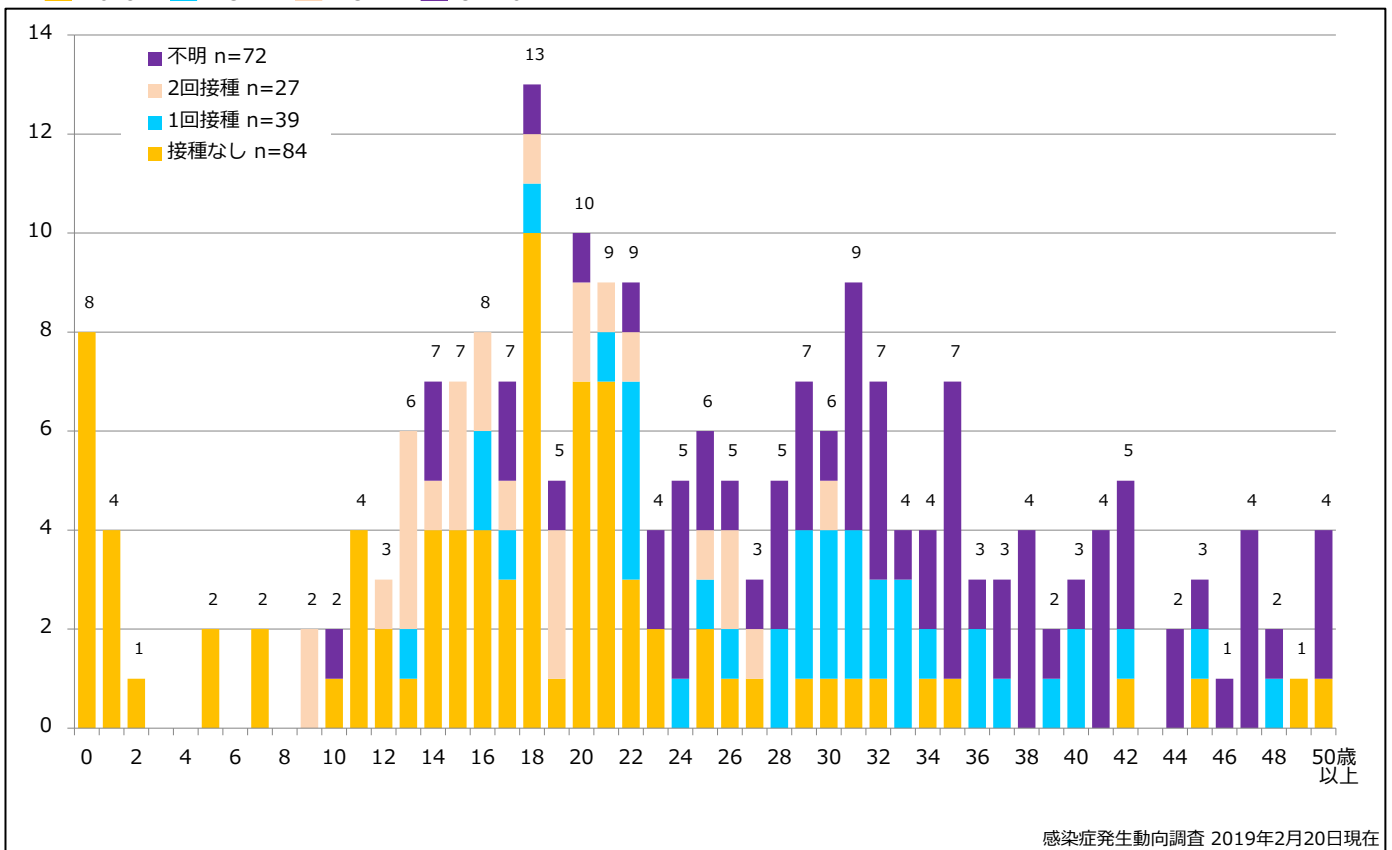
None MCV1 MCV2 Unknown



6. 年齢群別接種歴別麻疹累積報告数 2019年 第1~7週 (n=222)

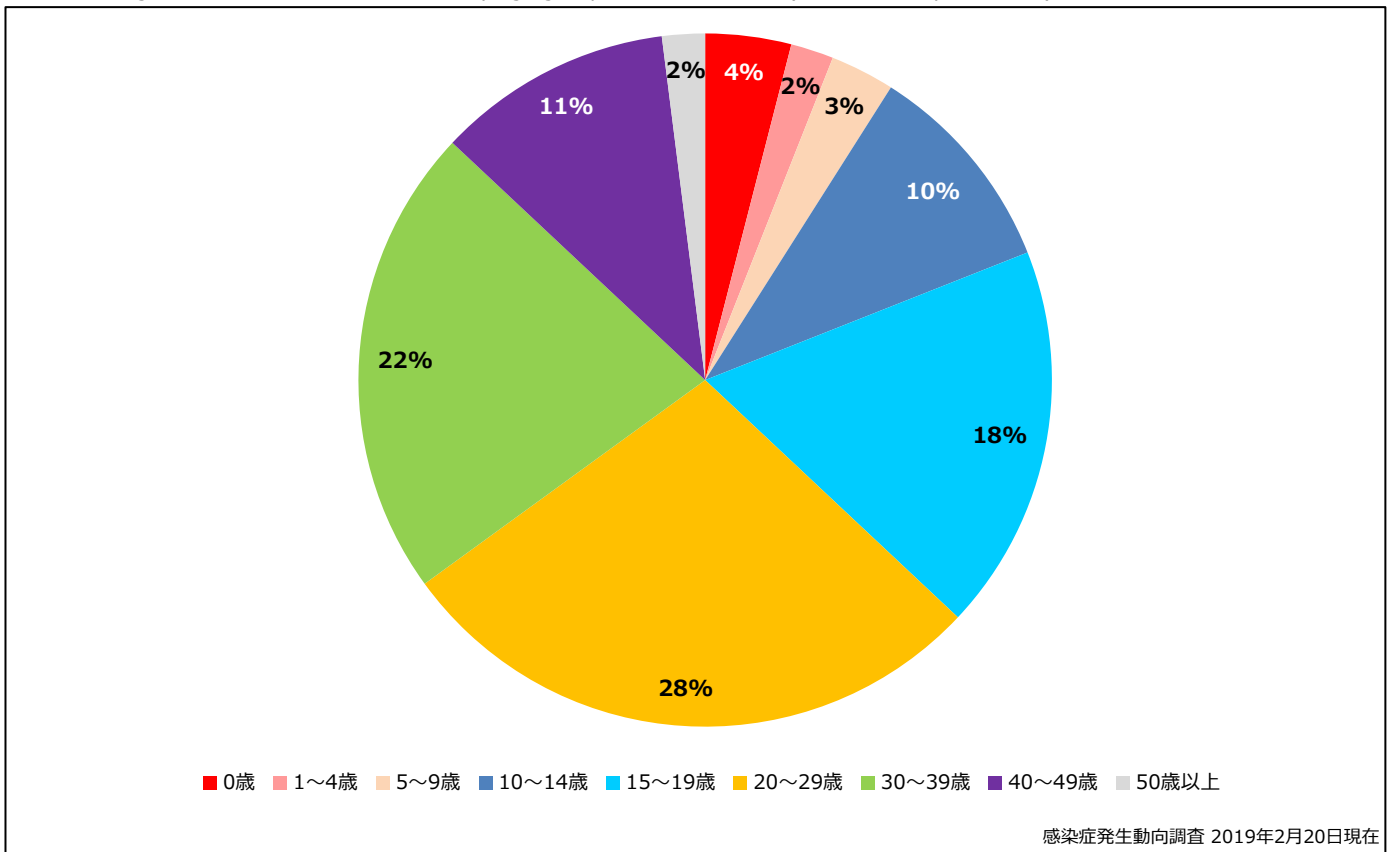
Cumulative measles cases by age and vaccinated status, week 1-7, 2019 (as of February 20, 2019)

None MCV1 MCV2 Unknown



7. 年齢群別麻疹累積報告数割合 2019年 第1~7週 (n=222)

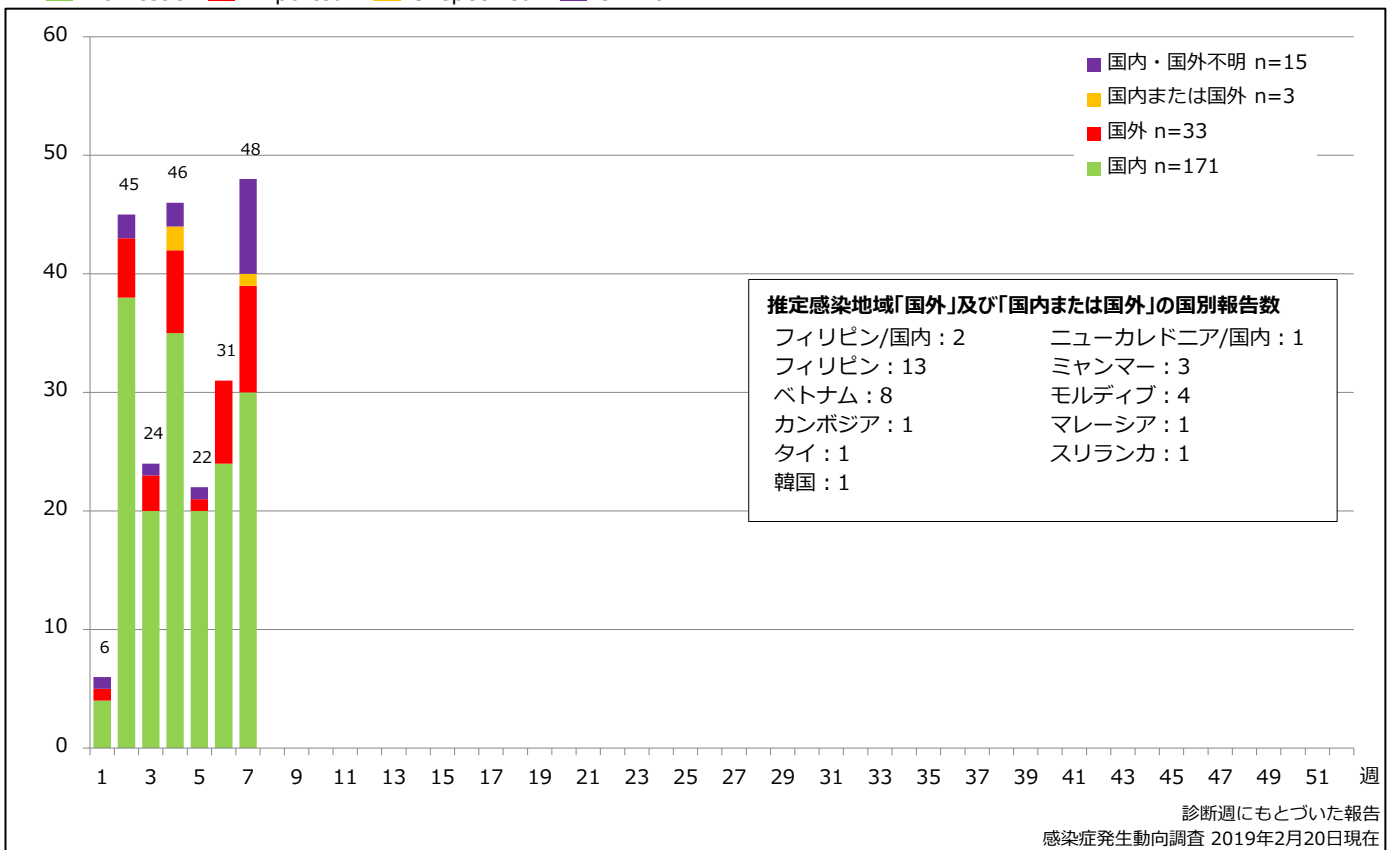
Percentage of cumulative measles cases by age group, week 1-7, 2019 (as of February 20, 2019)



8. 週別推定感染地域(国内・外)別麻疹報告数 2019年 第1~7週 (n=222)

Weekly measles cases by acquired region, week 1-7, 2019 (based on diagnosed week as of February 20, 2019)

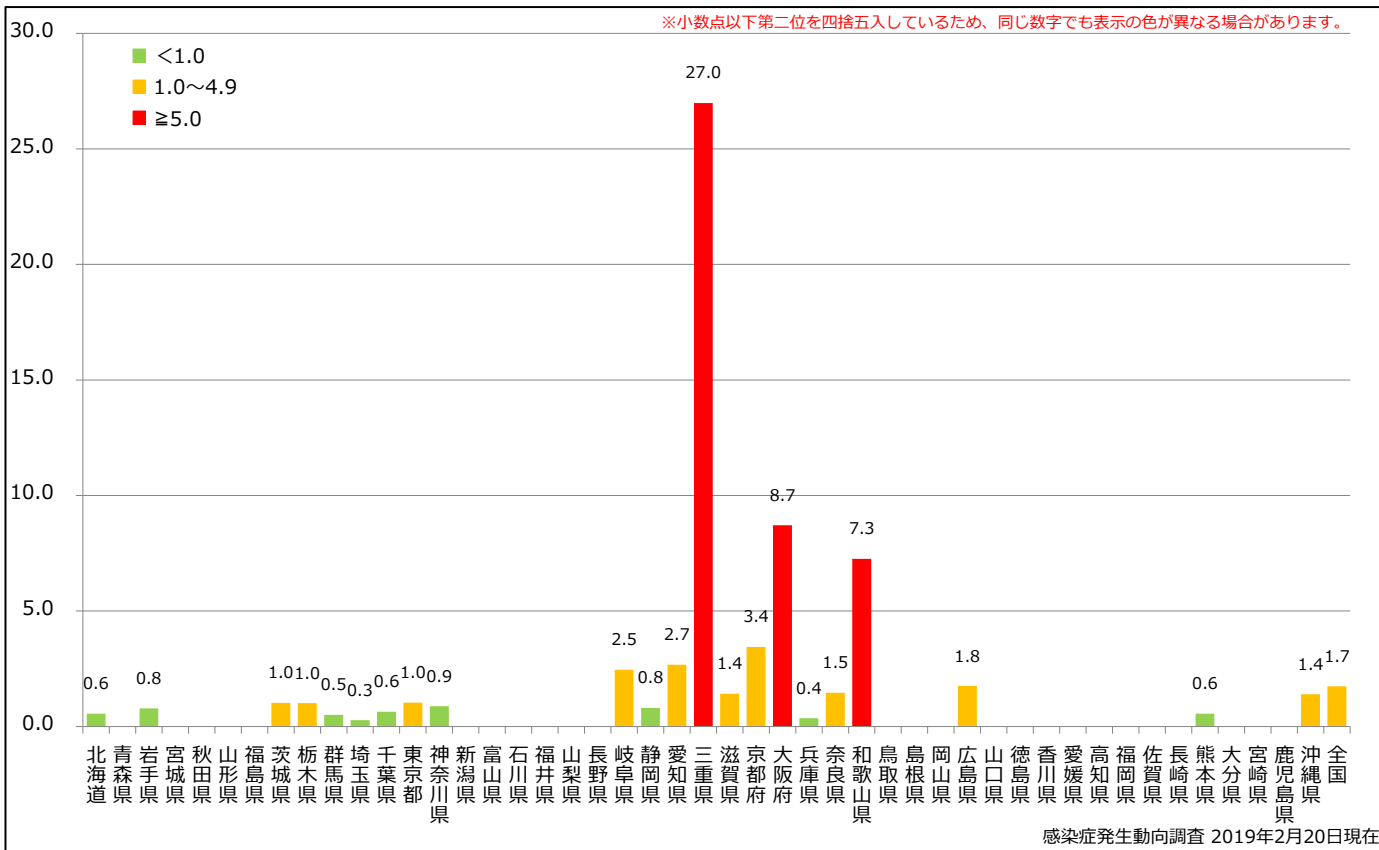
Domestic Imported Unspecified Unknown



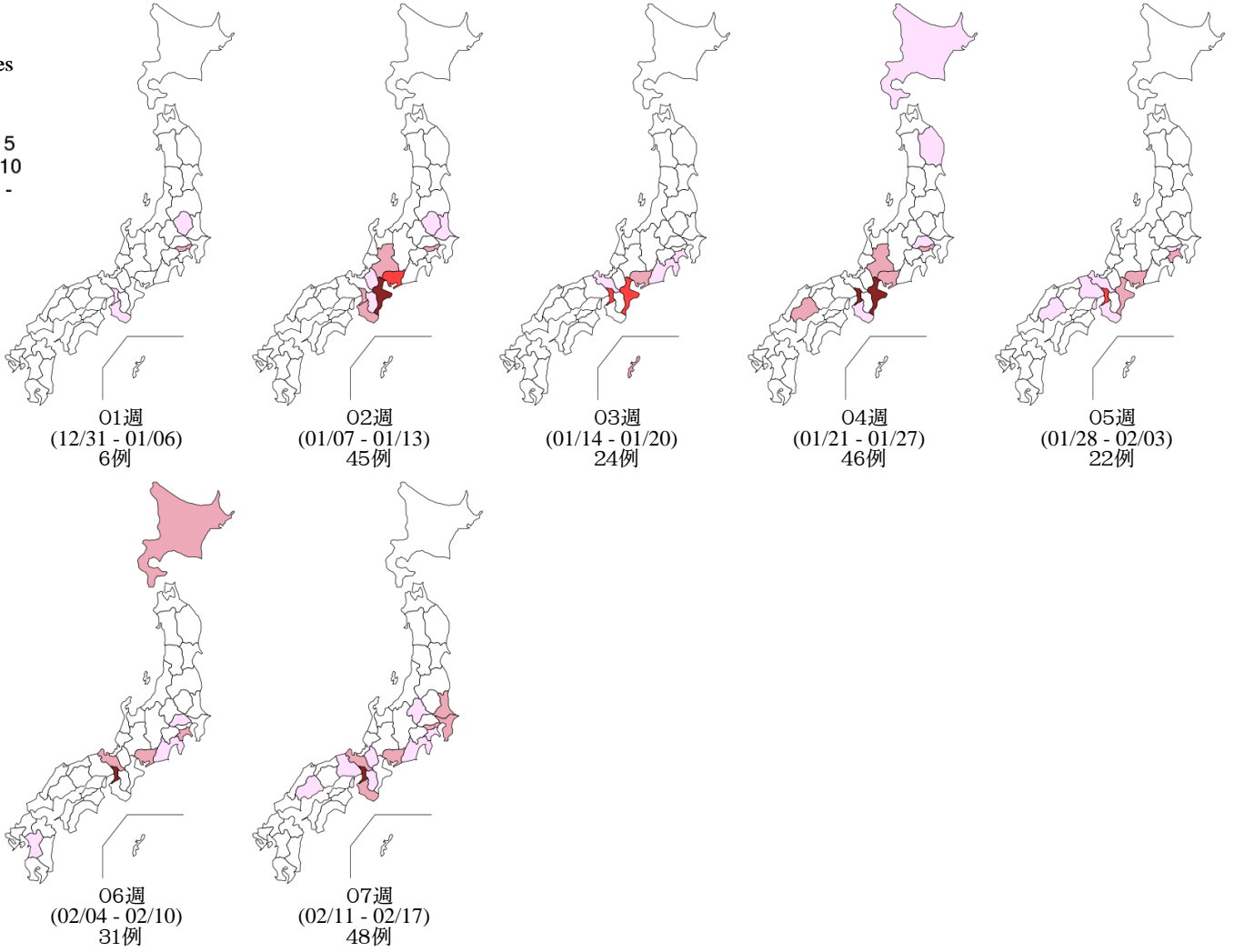
9. 都道府県別人口百万人あたり麻疹報告数 2019年 第1~7週 (n=222)

Reported measles cases per 1 million population by prefecture, week 1-7, 2019 (as of February 20, 2019)

■ <1.0 ■ 1.0~4.9 ■ ≥5.0



Weekly measles cases from week 01 to week 07, 2019 (based on diagnosed week as of February 20, 2019)



風しんの流行状況及び追加的対策について

1 風しんの流行状況

・風しんは、発熱、発疹等を主徴とするウイルス性疾患で、感染症法上五類感染症に分類されるが、免疫のない女性が妊娠初期に罹患すると、出生児に先天性風しん症候群（CRS）と呼ばれる障がいを引き起こすことがあるため、対策が必要である。

・予防にはワクチン接種が有効であり、現在は乳幼児期（1歳と小学校就学前）に2回定期接種の機会がある。

・直近では、平成30年7月から首都圏で成人に流行し、現在も継続中。

平成30年：2,917人、平成31年2月13日現在447人

県内の感染者は2名（H30年9月及びH31年2月）

・全国では平成24～26年に45件（本県：0件）の報告以降、CRSの報告はなかったが、平成31年第4週に1件の報告があった。（報告：埼玉県）

【風しん患者発生数（全国及び岩手県）】

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31
全国	2,386	14,344	319	163	126	93	2,917	447 (2/13 現在)
岩手	1	9	3	1	2	0	1	1 (2/22 現在)

2 風しんの追加的対策について

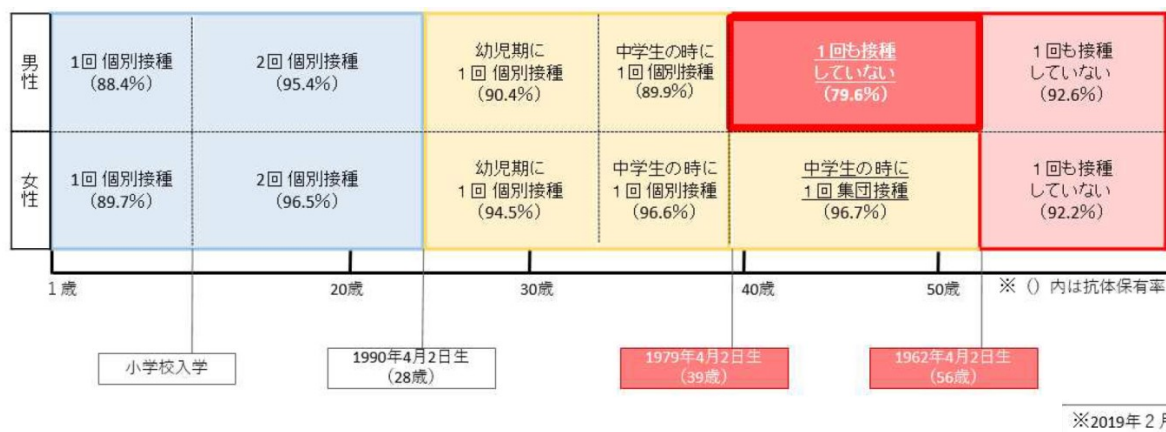
・今般の風しんの流行の中心が30代から50代の男性であったことから、定期接種を1度も受ける機会がなかった昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性に対し、風しんの第5期定期接種（接種回数1回）を2022年3月31日までの3年間の時限措置として、市町村を実施主体として行うこととなった。（平成31年2月1日「予防接種法施行令の一部を改正する政令」発出。）

・上記期間に生まれた男性においては、既に約80%の者が風しんに対する抗体を保有していることから、ワクチンを効率的に活用するため、当該世代の男性にまず風しんの抗体検査を受けていただき、抗体価が低いことが判明した者に対して定期接種を行うものである。

・目標は対象世代の男性の抗体保有率を2020年7月までに85%、2022年3月末までに90%とすること。

・働き世代であることを配慮し、全国共通でどこでも検査・接種ができるよう、市町村から対象者にクーポン券が送付される。

【風しんワクチンの接種状況及び抗体保有率】



【出典】国立感染症研究所「年齢/年齢群別の風疹抗体保有状況」2013-2017年をもとに算出（10歳以下のみ2017年のデータで計算）

風しんに関する追加的対策

追加的対策の目標

【対象】 **昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性**

- 【目標】 (1) **2020年7月までに**、対象世代の男性の**抗体保有率を85%**に引き上げる
(2) **2021年度末までに**、対象世代の男性の**抗体保有率を90%**に引き上げる

追加的対策のポイント

特に抗体保有率が低い昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性に対し、

- ① **予防接種法に基づく定期接種**の対象とし、3年間、**全国で原則無料**で定期接種を実施
- ② ワクチンの効率的な活用のため、**まずは抗体検査**を受けていただくこととし、**補正予算等**により、**全国で原則無料**で実施
- ③ **事業所健診の機会に抗体検査**を受けられるようにすることや、**夜間・休日の抗体検査・予防接種の実施**に向け、**体制を整備**

風しん追加的対策の実施方法について

【実施方法】

- ① **抗体検査の受検目標の達成に計画的に取り組むため、3か年計画で、段階的に行う。**

※ 事業開始当初に受検希望者が集中した場合、短期的な供給不足が生じ、医療機関や対象者に混乱が生じる懸念がある。

- ② **1年目(～2020年3月)は、まずは昭和47年4月2日～昭和54年4月1日生まれ(約646万人)の男性に対して、市町村からクーポン券を送付する。**

(参考) 対象世代の選定の考え方

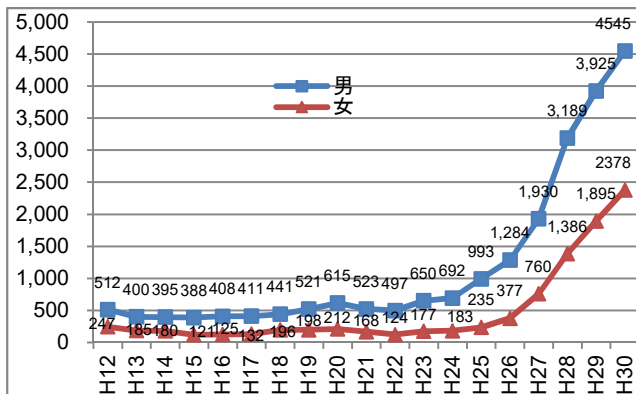
追加的対策の対象で現在39歳から56歳(昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれ)の中でも、若い年齢の方ほど患者数が多く、特に現在39～45歳(昭和47年4月2日～昭和54年4月1日生まれ)の男性の患者数が**対象世代の患者数の半数以上を占める。**

- ③ なお、1年目に市町村からクーポン券を送付しない**昭和37年4月2日～昭和47年4月1日生まれの男性についても**、市町村に希望すれば、クーポン券を発行し**抗体検査を受検できる**こととする。

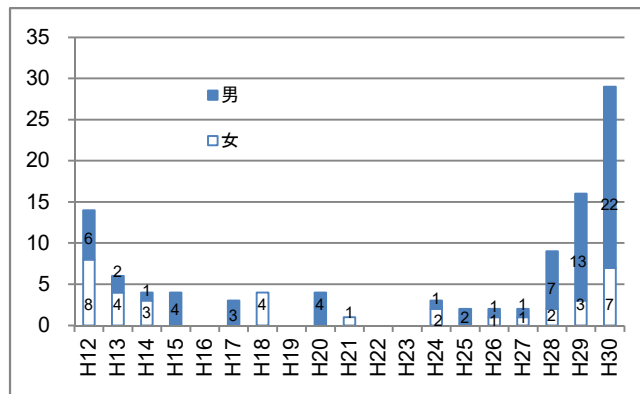
梅毒の発生状況について

1 梅毒の届出状況

【全国】



【岩手県】



※ 平成 30 年については、概数

2 本県における取組

(1) 性感染症についての理解の促進

①患者等発生動向の把握と分析及び公表

- ・感染症発生動向調査事業により、性感染症の発生動向を調査し、県感染症情報センターより発信

②県民に対する基本的な知識の普及

- ・キャンペーン期間を中心とした集中的な普及啓発
- ・広報媒体を利用した効果的な情報提供
- ・学校等での性感染症に関する講習会等の実施

(2) 感染の拡大防止と早期発見

①保健所における相談・検査の拡充

- ・全国的な梅毒患者の増加に伴い、**県保健所では平成 29 年度より梅毒検査を実施。**
- ・多くの受検希望者がアクセスしやすいよう、休日や夜間検査を拡大（定例夜間検査 3 保健所）
- ・県ホームページや市町村広報等に各保健所の検査日程を掲載し、周知を図っている

【梅毒検査件数】

年度	検査検体	検査件数	陽性者数	陽性率(%)
H29	血液	133	1	0.8
H30	血液	153	1	0.7

※H30 年度については、H31 年 1 月末までの件数

<県保健所で行う梅毒検査の種類>

(1) RPR法（急速血漿レアギン試験）

感染後比較的早期（4～6週）で検出可能。

(2) TPHA法（梅毒トレポネーマ感作赤血球凝集試験）

梅毒の特異抗原を検出する方法で確実性が高いが、治療終了後も反応が出ることもある。また、陽性と判定されるには感染後 6 週間以上を必要とする。

②対象の特性を踏まえた予防啓発

- ・若者および MSM 等、個別施策層に対する啓発
- ・ホームページや市町村広報等を活用した情報発信

エボラ出血熱に係る注意喚起について

1 エボラ出血熱の発生

- ・ 2017年5月11日からコンゴ民主共和国バ・ズエレ州において発生したエボラ出血熱については、2017年7月2日にWHOから終息宣言がなされ、9月30日をもって対応を終了したところ（症例8例、うち死亡例4例）。
- ・ 2018年5月9日、コンゴ民主共和国赤道州において、新たにエボラ出血熱の発生が確認されたところであるが、2018年7月24日にコンゴ民主共和国が終息を宣言した（症例54例、うち死亡例33例）。
- ・ 2018年8月1日、コンゴ民主共和国北キブ州において、新たにエボラ出血熱の発生が確認された。同国保健省は、2019年1月16日までに、北キブ州とイツリ州の両州において、410名の死亡例を含む患者668名（うち確定619名）の発生を報告している。

2 対応状況

- ・ 厚生労働省では、コンゴ民主共和国への渡航者に対する注意喚起や、帰国者及び入国者に対する自己申告の呼びかけ等、水際対策に取り組んでいる。
- ・ また、国土交通省では、空港会社、航空会社、日本旅行業協会及び全国旅行業協会に対し、海外渡航者に対する注意喚起を行っている。

3 添付資料・参考

（添付資料）

- ・ H31.1.28 第31回厚生科学審議会感染症部会資料

（参考）

- ・ 「エボラ出血熱に係る注意喚起について」（平成30年5月9日付け事務連絡）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708.html>
- ・ ウイルス性出血熱への行政対応の手引き（第二版）
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000164709.pdf>
- ・ 「エボラウイルス病-コンゴ民主共和国（更新10）」（厚生労働省検疫所 FORTH）
<https://www.forth.go.jp/topics/20190215.html>

2019年1月21日時点

【概要】

- ・コンゴ民主共和国(旧ザイール)北東部の北キブ州において、同国10回目のエボラ出血熱が発生したことが、2018年8月1日(現地時間)に同国保健省及び世界保健機関(WHO)より発表された。
- ・8月16日、WHO事務局長は、今回のアウトブレイクをグレード3※の危機と宣言した。

※一国内において、かなりの規模の対応が必要とされる公衆衛生上の事態が発生している状況(グレード3が最高値でありWHOの判断による)。

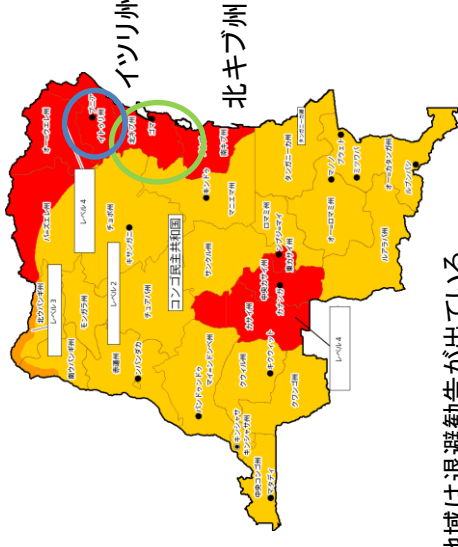
- ・同国保健省は、2019年1月16日までに、北キブ州とイツリ州の両州において、410名の死亡例を含む患者668名(うち確定619名)の発生を報告している。
 - ・同国保健省は、2018年8月8日にエボラワクチン※の接種を開始したと発表。2019年1月17日までに、61,201名がワクチンの接種を受けている。
- ※Merck社が開発しているワクチンで、現時点ではFDAの薬事承認が得られていないもの。
- ・治療薬として承認されているものはないが、Zmapp、Remdesivir、REGN、mAb114、Favipiravirが、WHOの倫理に関する枠組み(未承認薬の緊急使用に関する監視)において、治療薬候補としてリストに挙げられている。

*コンゴ民主共和国では1976年以降、これまでに、9回のエボラ出血熱の流行があり、最近では2018年5月から6月の流行の際に、患者54名(うち33名が死亡)の発生が報告されている。

*今回の発生地域では、反政府勢力による非人道的行為が行われており、外務省から以前より退避勧告がなされている。

【日本の対応】

- 厚生労働省は、一般国民に対し、HP等を通して注意喚起を行うとともに、2018年8月2日に以下の内容の事務連絡を发出。
 - △ 検疫所より、海外渡航者への注意喚起並びに帰国者及び入国者に対する自己申告の呼びかけ等を行うこと
 - △ 医療機関等に対し、当該地域への渡航歴のある方の診察を行う場合は、エボラ出血熱を念頭に置いた診療を行うこと
 - △ 国土交通省より、空港会社、航空会社、日本旅行業協会及び全国旅行業協会に参加している事業者を通して海外渡航者に対して注意喚起を行うこと



赤色の地域は退避勧告が出ている。

バンコマイシン耐性腸球菌感染症について

1 経緯

- ・ 本県におけるバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症は、平成 18 年及び平成 21 年に各 1 件の届出があつて以降、平成 29 年までの届出はなかった。
- ・ 平成 30 年 8 月に 1 件の届出（盛岡市）があり、八戸市内の医療機関からの転院であったことから、青森県及び八戸市保健所に情報を提供したところ。
- ・ 平成 31 年 2 月 7 日、八戸市立市民病院は、VRE 対応病床の設置に伴う 3 次救急以外の患者及び入院予定患者の受入制限を実施する旨公表し、同日、八戸赤十字病院においても、VRE の院内感染について公表した。
- ・ 本県の患者が八戸市内の医療機関を受診することや、八戸市の患者が本県の医療機関を受診することも想定されるため、青森県及び八戸市保健所に対し、管内の VRE 感染症の発生状況及び対策等について情報提供を依頼したところ。

2 青森県の対策等

- ・ 青森県における VRE 発生状況

年	届出件数	備考
30	6 件	全て八戸市保健所所管
29	0 件	
28	0 件	
27	2 件	全て青森市保健所所管

- ・ 青森県では、八戸市内の医療機関における VRE 院内感染を受け、青森市保健所及び八戸市保健所等との共催により、2 月 25 日「青森県 VRE 対策会議」を開催し、情報共有及び今後の方針等について協議した。

3 八戸市保健所等の対策等

- ・ 八戸市保健所では、「医療機関における院内感染対策について」（平成 26 年 12 月 19 日付け医政地発第 1219 第 1 号）に基づき、医療機関に対する指導を実施しているところ。また、VRE 感染症発生届及びアウトブレイクの報告があつた場合は、医療機関に対する調査（感染症法及び医療法）を実施するとともに、患者及び保菌者の VRE 検査を実施している。
- ・ また、院内感染の把握にあたり、必要と認めた場合は、医療機関からの依頼による保菌者等の VRE 検査を実施している。
- ・ 現在、アウトブレイクである医療機関にあつては、入退院時に VRE 検査を実施するとともに、保菌者の追跡調査を実施し、VRE 陰性を確認してから転院させるよう対策を講じている。

4 本県の対策等

- ・ 青森県、青森市保健所及び八戸市保健所に対し、引き続き、VRE 発生時等の情報提供を依頼する。
- ・ 医療法に基づく立入検査において、院内感染防止対策について確認・助言しているところであるが、当室医療法担当と情報を共有することにより、機会を捉え、医療機関に対する注意喚起等を図る。

5 添付資料・参考

(添付資料)

- ・ 「医療機関における院内感染対策について」(平成 26 年 12 月 19 日付け医政地発第 1219 第 1 号)
- ・ 八戸市立市民病院発表資料 (ホームページ)
<http://www.hospital.hachinohe.aomori.jp/>
- ・ 八戸赤十字病院発表資料 (ホームページ)
<http://www.hachinohe.jrc.or.jp/>

医政地発1219第1号
平成26年12月19日

各

都道府県
政令市
特別区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
(公 印 省 略)

医療機関における院内感染対策について

院内感染対策については、「医療機関等における院内感染対策について」（平成23年6月17日医政指発0617第1号厚生労働省医政局指導課長通知。以下「0617第1号課長通知」という。）、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知）、「薬剤耐性菌による院内感染対策の徹底及び発生後の対応について」（平成19年10月30日医政総発第1030001号・医政指発第1030002号）等を参考に貴管下医療機関に対する指導方お願いしているところである。

医療機関内での感染症アウトブレイクへの対応については、平時からの感染予防、早期発見の体制整備及びアウトブレイクが生じた場合又はアウトブレイクを疑う場合の早期対応が重要となる。今般、第11回院内感染対策中央会議（平成26年8月28日開催）において、薬剤耐性遺伝子がプラスミドを介して複数の菌種間で伝播し、これらの共通する薬剤耐性遺伝子を持った細菌による院内感染のアウトブレイクが医療機関内で起こる事例が報告された。また、このような事例を把握するために医療機関が注意すべき点や、高度な検査を支援するための体制について議論された。これらの議論を踏まえ、医療機関における院内感染対策の留意事項を別記のとおり取りまとめた。この中では、アウトブレイクの定義を定めるとともに、各医療機関が個別のデータを基にアウトブレイクを把握し、対策を取ることを望ましいとしている。また、保健所、地方衛生研究所、国立感染症研究所及び中核医療機関の求められる役割についても定めている。貴職におかれては、別記の内容について御了知の上、貴管下医療機関に対する周知及び院内感染対策の徹底について指導方よろしく願います。

また、地方自治体等の管下医療機関による院内感染対策支援ネットワークの在り方等に関しては、「院内感染対策中央会議提言について」（平成 23 年 2 月 8 日厚生労働省医政局指導課事務連絡）を参考にされたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的助言であることを申し添える。

追って、0617 第 1 号課長通知は廃止する。

(別記)

医療機関における院内感染対策に関する留意事項

はじめに

院内感染とは、①医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患した感染症、②医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のことであり、昨今、関連学会においては、病院感染(hospital-acquired infection)や医療関連感染(healthcare-associated infection)という表現も広く使用されている。

院内感染は、人から人へ直接、又は医療従事者、医療機器、環境等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、高齢者等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても院内感染を起こす可能性がある。

このため、院内感染対策については、個々の医療従事者ごとの判断に委ねるのではなく、医療機関全体として対策に取り組むことが必要である。

また、地域の医療機関でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築も求められる。

1. 院内感染対策の体制について

1-1. 感染制御の組織化

- (1) 病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御にかかわるとともに、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される「院内感染対策委員会」を設け、院内感染に関する技術的事項等を検討するとともに、雇用形態にかかわらず全ての職員に対する組織的な対応方針の指示、教育等を行うこと。
- (2) 医療機関内の各部署から院内感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備すること。
- (3) 院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルを整備し、また、必要に応じて部門ごとにそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備すること。これらのマニュアルについては、最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき、適時見直しを行うこと。
- (4) 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、院内感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立すること。
- (5) 1-2に定める感染制御チームを設置する場合には、医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、医療機関内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整えること。

1-2. 感染制御チーム Infection Control Team (ICT)

- (1) 病床規模の大きい医療機関(目安として病床が300床以上)においては、医師、看護師、薬剤師及び検査技師からなる感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド(感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、又は必要な部署を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導・介入等を行うことをいう。)を行うこと。病棟ラウンドについては、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。

病棟ラウンドに当たっては、臨床検査室からの報告等を活用して感染症患者の発生状況等を点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。

複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関(目安として病床が300床未満)については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備すること。

- (2) 感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導・介入を行うこと。

2. 基本となる院内感染対策について

2-1. 標準予防策及び感染経路別予防策

- (1) 感染防止の基本として、例えば手袋・マスク・ガウン等の个人防护具を、感染性物質に接する可能性に応じて適切に配備し、医療従事者にその使用法を正しく周知した上で、標準予防策(全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋・マスクの着用等が含まれる。)を実施するとともに、必要に応じて院内部門、対象患者、対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策及び接触予防策)を実施すること。また、易感染患者を防御する環境整備に努めること。
- (2) 近年の知見によると、集中治療室などの清潔領域への入室に際して、履物交換と个人防护具着用を一律に常時実施することとしても、感染防止効果が認められないことから、院内感染防止を目的としては必ずしも実施する必要はないこと。

2-2. 手指衛生

- (1) 手洗い及び手指消毒のための設備・備品等を整備するとともに、患者処置の前後には必ず手指衛生を行うこと。
- (2) 速乾性擦式消毒薬(アルコール製剤等)による手指衛生を実施していても、アルコールに抵抗性のある微生物も存在することから、必要に応じて石けん及び水道水による手洗いを実施すること。
- (3) 手術時手洗い(手指衛生)の方法としては、①石けん及び水道水による素洗いの後、水分を十分に拭き取ってから、持続殺菌効果のある速乾性擦式消毒薬(アルコール製剤等)により擦式消毒を行う方法又は②手術時手洗い用の外用消毒薬(クロルヘキシジン・スクラブ製剤、ポビドンヨード・スクラブ製剤等)及び水道水により手洗いをを行う方法を基本とすること。

②の方法においても、最後にアルコール製剤等による擦式消毒を併用することが望ましいこと。

2-3. 職業感染防止

- (1) 注射針を使用する際、針刺しによる医療従事者等への感染を防止するため、使用済みの注射針に再びキャップするいわゆる「リキャップ」を原則として禁止し、注射針専用の廃棄容器等を適切に配置するとともに、診療の状況など必要に応じて針刺しの防止に配慮した安全器材の活用を検討するなど、医療従事者等を対象とした適切な感染予防対策を講じること。

2-4. 環境整備及び環境微生物調査

- (1) 空調設備、給湯設備など、院内感染対策に有用な設備を適切に整備するとともに、院内の清掃等を行い、院内の環境管理を適切に行うこと。
- (2) 環境整備の基本は清掃であるが、その際、一律に広範囲の環境消毒を行わないこと。血液又は体液による汚染がある場合は、汚染局所の清拭除去及び消毒を基本とすること。
- (3) ドアノブ、ベッド柵など、医療従事者、患者等が頻繁に接触する箇所については、定期的に清拭し、必要に応じてアルコール消毒等を行うこと。
- (4) 多剤耐性菌感染患者が使用した病室等において消毒薬による環境消毒が必要となる場合には、生体に対する毒性等がないように配慮すること。消毒薬の噴霧、散布又は薫(くん)蒸、紫外線照射等については、効果及び作業者の安全に関する科学的根拠並びに想定される院内感染のリスクに応じて、慎重に判断すること。
- (5) 近年の知見によると、粘着マット及び薬液浸漬マットについては、感染防止効果が認められないことから、原則として、院内感染防止の目的としては使用しないこと。
- (6) 近年の知見によると、定期的な環境微生物検査については、必ずしも施設の清潔度の指標とは相関しないことから、一律に実施するのではなく、例えば院内感染経路を疫学的に把握する際に行うなど、必要な場合に限定して実施すること。

2-5. 医療機器の洗浄、消毒又は滅菌

- (1) 医療機器を安全に管理し、適切な洗浄、消毒又は滅菌を行うとともに、消毒薬や滅菌用ガスが生体に有害な影響を与えないよう十分に配慮すること。
- (2) 医療機器を介した感染事例が報告されていることから、以下に定める手順を遵守できるよう、各医療機関の体制を整備すること。使用済みの医療機器は、消毒又は滅菌に先立ち、洗浄を十分行うことが必要であるが、その方法としては、現場での一次洗浄は極力行わずに、可能な限り中央部門で一括して十分な洗浄を行うこと。中央部門で行う際は、密閉搬送し、汚染拡散を防止すること。また、洗浄及び消毒又は滅菌の手順に関しては、少なくとも関連学会の策定するガイドライン、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施行規則（平成10年省令第99号）第14条の規定に基づく方法による消毒の実施のために作成された『消毒と滅菌のガイドライン』等を可能な限り遵守すること。

2-6. 手術及び感染防止

- (1) 手術室については、空調設備により周辺の各室に対して陽圧を維持し、清浄な空気を供給するとともに、清掃が容易にできる構造とすること。
- (2) 手術室内を清浄化することを目的とした、消毒薬を使用した広範囲の床消毒については、日常的に行う必要はないこと。

2-7. 新生児集中治療部門での対応

- (1) 保育器の日常的な消毒は必ずしも必要ではないが、消毒薬を使用した場合には、その残留毒性に十分注意を払うこと。患児の収容中は、決して保育器内の消毒を行わないこと。
- (2) 新生児集中治療管理室においては、特に未熟児などの易感染状態の患児を取り扱うことが多いことから、カテーテル等の器材を介した院内感染防止に留意し、気道吸引や創傷処置においても適切な無菌操作に努めること。

2-8. 感染性廃棄物の処理

- (1) 感染性廃棄物の処理については、『廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル』（平成21年5月11日環産産発第090511001号環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部長通知による）に掲げられた基準を遵守し、適切な方法で取り扱うこと。

2-9. 医療機関間の連携について

- (1) 3-1に定めるアウトブレイク及び3-3に定める介入基準に該当する緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関に対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。
- (2) 地域のネットワークの拠点医療機関として、大学病院、国立病院機構傘下の医療機関、公立病院などの地域における中核医療機関、又は学会指定医療機関が中心的な役割を担うことが望ましいこと。

2-10. 地方自治体の役割

- (1) 地方自治体はそれぞれの地域の実状に合わせて、保健所及び地方衛生研究所を含めた地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること。
- (2) 地方衛生研究所等において適切に院内感染起因微生物を検査できるよう、体制を充実強化すること。

3. アウトブレイクの考え方と対応について

3-1. アウトブレイクの定義

- (1) 院内感染のアウトブレイク（原因微生物が多剤耐性菌によるものを想定。以下同じ。）とは、一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること。各医療機関は、疫学的にアウトブレイクを把握できるよう、日常的に菌種ごと及び下記に述べるカルバペネム耐性などの特定の薬剤耐性を示す細菌科ごとのサーベイランスを実施することが望ましいこと。また、各医療機関は、厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）等の全国的なサーベイランスデータと比較

し、自施設での多剤耐性菌の分離や多剤耐性菌による感染症の発生が特に他施設に比べて頻繁となっていないかを、日常的に把握するように努めることが望ましいこと。

3-2. アウトブレイク時の対応

(1) 同一医療機関内又は同一病棟内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の集積が見られ、疫学的にアウトブレイクと判断した場合には、当該医療機関は院内感染対策委員会又は感染制御チームによる会議を開催し、速やかに必要な疫学的調査を開始するとともに、厳重な感染対策を実施すること。この疫学的調査の開始及び感染対策の実施は、アウトブレイクの把握から1週間を超えないことが望ましいこと。

(2) プラスミドとは、染色体DNAとは別に菌体内に存在する環状DNAのことである。プラスミドは、しばしば薬剤耐性遺伝子を持っており、接合伝達により他の菌種を含む別の細菌に取り込まれて薬剤に感性だった細菌を耐性化させることがある。

3-3. 介入基準の考え方及び対応

(1) アウトブレイクについては、各医療機関が3-1の定義に沿って独自に判断し、遅滞なく必要な対応を行うことが望ましいが、以下の基準を満たす場合には、アウトブレイクの判断にかかわらず、アウトブレイク時の対応に準じて院内感染対策を実施すること。この基準としては、1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例が計3例以上特定された場合又は同一医療機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合を基本とすること。ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施すること。なお、CREの定義については、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。)の定めに基づきするものとする。

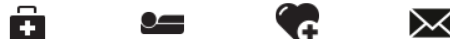
(2) アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例(上記の5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)を認めた場合には、院内感染対策に不備がある可能性があるかと判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼すること。

(3) 医療機関内での院内感染対策を実施した後、同一医療機関内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例(上記の5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)が多数に上る場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合には、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましいこと。

- (4) なお、腸内細菌科細菌では同一医療機関内でカルバペネム耐性遺伝子がプラスミドを介して複数の菌種に伝播することがある。しかし、薬剤耐性遺伝子検査を行うことが可能な医療機関は限られることから、各医療機関は、カルバペネム系薬剤又は広域β-ラクタム系薬剤に耐性の腸内細菌科細菌が複数分離されている場合には、菌種が異なっても GRE の可能性を考慮することが望ましいこと。また、本通知に定める保健所への報告とは別に、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、薬剤耐性アシネトバクター感染症及びカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症については、感染症法の定めるところにより、届出を行わなければならないこと。

3-4. 報告を受けた保健所等の対応

- (1) 医療機関から院内感染事案に関する報告又は相談を受けた保健所は、当該医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施されて効果を上げているか、また、地域のネットワークに参加する医療機関の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。
- (2) 保健所は、医療機関からの報告又は相談を受けた後、都道府県、政令市等と緊密に連携をとること。とりわけ、院内感染の把握に当たり、薬剤耐性遺伝子に関する検査や複数の菌株の遺伝的同一性を確認するための検査が必要と考えられるものの、各医療機関が独自に行うことが技術的に困難である場合には、地方衛生研究所がこれらの検査において中心的な役割を担うことが望ましいこと。ただし、地方衛生研究所は、それぞれの地域の実状に合わせて、国立感染症研究所などの研究機関に相談することも含め、保健所の助言を得つつ調整することが望ましいこと。また、これらの検査においては、大学病院などの中核医療機関の役割は、保健所、地方衛生研究所、国立感染症研究所などの行政機関・研究所の役割に対して補完的なものであるが、それぞれの地域の実状に合わせて柔軟に判断されることが望ましいこと。



病院紹介
施設案内



診療案内



診療科紹介



講習会・講演会



求人案内



交通アクセス

[Home](#) > [お知らせ](#) > [重要なお知らせ](#) > 【重要】バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）対応病床の設置に伴う3次救急以外の患者及び入院予定患者の受入制限について

【重要】バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）対応病床の設置に伴う3次救急以外の患者及び入院予定患者の受入制限について

2019年2月7日

昨年12月以降、当院の入院患者からのバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）の検出数が急増し、2月6日現在、のべ61名の保菌者が確認されております。

当院は、これまで「救急患者を断らない」ことを掲げ、救命救急センターの運営をする一方で、VRE感染への対策を実施して参りましたが、その両立が困難な状況となって参りました。

このようなことから、VREの抜本的対策を講じるため、相当数の対応病床の設置が必要となり、苦渋の決断ではありますが、約3か月の間、次のとおり3次救急以外の患者及び入院予定患者の受け入れを制限させていただきます。

地域住民の皆様には御不便をおかけしますが、今後も安全・安心な地域医療を確保するために必要な措置ですので、何とぞ御理解と御協力をお願い申し上げます。

■ 受入制限について ■

対応病床設置のため、受入制限を下記のとおり行います。

(1) 実施期間

平成31年（2019）2月8日（金）～5月6日（月）

※救急患者の対応につきましては、状況が改善次第解除します。

(2) 内容

- 救急患者につきましては、これまで症状の軽重に関わらず受け入れを行って参りましたが、中等度以下の症状で2次救急（八戸赤十字病院、青森労災病院等）の他病院に極力受入れていただき、原則、重篤なケース（3次救急）を中心に受け入れるものとします。
- 入院予定患者につきましては、入院時期の延期または他の医療機関への紹介を行います。
※なお、入院を伴わない外来診療は制限の対象外であり、従来どおり受診できます。

■ バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）について ■

(1) バンコマイシン耐性腸球菌とは

※NIID 国立感染症研究所ホームページ

(2) 院内におけるVREの検出状況（平成31年2月6日現在）

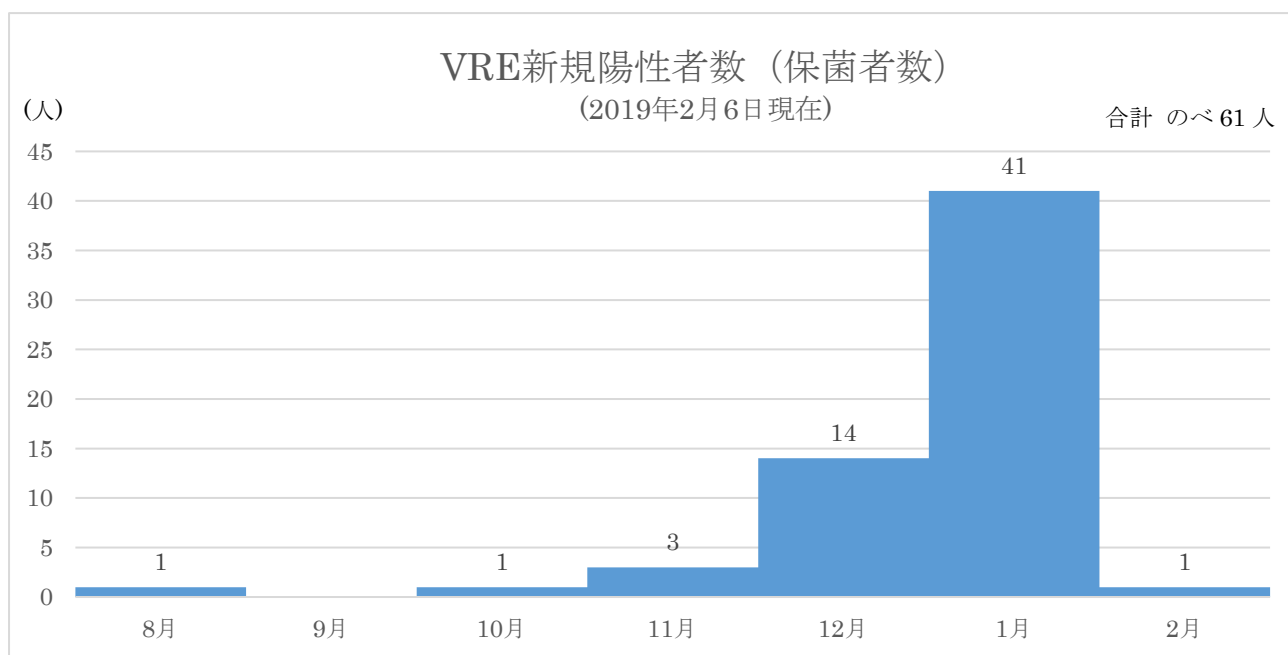
院内におけるVREの検出状況

<< [八戸市立市民病院床頭台等設置運営事業優先交渉権者の決定について](#)

お知らせ

講演・講習会

八戸市立市民病院における VRE の検出状況



※1月からスクリーニング（一斉）検査を順次開始。
※退院者を含む。2月6日現在の入院患者数は37名。

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）検出に伴う対応について

当院において、平成 30 年（2018 年）5 月に 6 名の患者さんから vanA 遺伝子を有する VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）が検出されました。これを受けて、当院の感染管理室を中心に検出当初から院内感染対策の厳重な実施と、関係病棟に入院されている患者さんの便のスクリーニング検査を実施しているところであります。

現時点で検査実施件数は延べ 7000 件以上となっており、12 月までの期間で合計 64 名の患者さんから VRE が検出されました。これまでの解析で院内感染の可能性のある事が分かっておりますことから、八戸市保健所には定期的に報告を行って助言を受けるとともに、日本赤十字社感染管理相談ネットワークや岩手医科大学附属病院感染症対策室などの外部機関の指導・支援を受けながら鋭意感染防止対策の強化を進めているところであります。

入院中の患者さんやご家族の方々、関係者の皆様にはご心配とご迷惑をお掛けしておりますが、ご理解とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

※バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）について

VRE は抗菌薬には耐性ですが、通常、便の中で保菌されている状態では病気の原因になりません。しかし、免疫力が低下していたり、手術後やカテーテルを挿入されている等の患者さんには病気を引き起こすことがあります。VRE が原因となり、感染症を発症した場合は、有効な抗菌薬が限られるので治療が難しくなる可能性があります。

平成 31 年 2 月 7 日

病院長

ラグビーワールドカップ 2019 日本大会及び 2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会における感染症対策について

1 対策の基本的方針

- ・ ラグビーワールドカップ 2019 については、釜石市を会場に、9 月及び 10 月に 2 試合開催される。
- ・ また、2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会については、県内に競技会場はないものの、平成 31 年 1 月末現在で 2 市がキャンプ地として決定しており、今後キャンプ地となる市町村も想定される。
- ・ ラグビーワールドカップ 2019 日本大会及び 2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会における感染症対策については、「2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けての感染症のリスク評価」(H29 年 10 月 5 日 国立感染症研究所感染症疫学センター) による検討を基本としつつ対応することとしたい。

2 対応の概要

- ・ 競技及びキャンプで来県する**参加国の感染症情報**（当該国での感染症発生状況及び予防接種実施状況）を把握する。なお、把握に当たっては、外務省海外安全ホームページ及び厚生労働省検疫所 FORTH ホームページを活用する。
- ・ 競技会場及びキャンプ地の保健医療圏における**感染症の発生動向**を取りまとめる（大会開催月等の前後 1 か月を加えた期間、過去 3 年分）。
- ・ 上記の情報に加え、「2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けての感染症のリスク評価」において「**大規模事例の懸念、かつ高い重症度**」として例示されている麻しん、侵襲性髄膜炎菌感染症、中東呼吸器症候群、腸管出血性大腸菌感染症について、保健医療圏内の医療機関に情報を提供し、患者発生時等の保健所への情報提供や届出の徹底、患者診察時の感染症対策について依頼する。
- ・ 競技会場及びキャンプ地を所管する保健所及び医療政策室は、**感染症発生時の患者の受け入れ体制を再確認するとともに、関係機関との連絡・連携体制の強化を図る。**

3 添付資料・参考

(添付資料)

- ・ ラグビーワールドカップ 2019 日本大会に関する感染症対策について
- ・ 2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に関する感染症対策について
- ・ 「2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けての感染症のリスク評価」
(H29 年 10 月 5 日 国立感染症研究所感染症疫学センター)

(参考)

- ・ 外務省海外安全ホームページ
<https://www.anzen.mofa.go.jp/index.html>
- ・ 厚生労働省検疫所 FORTH ホームページ
<https://www.forth.go.jp/index.html>

ラグビーワールドカップ 2019 日本大会に関する感染症対策について

(2019年1月31日現在)

岩手県保健福祉部医療政策室

I ラグビーワールドカップ 2019 日本大会に関する事項

1 競技会場

名称：釜石鶴住居復興スタジアム

住所：岩手県釜石市鶴住居町第18地割5-1

収容人員：16,000人（仮設含む）

2 競技日程

(1) 9月25日 14:15～ フィジー 対 ウルグアイ

(2) 10月13日 12:15～ ナミビア 対 カナダ

3 ラグビーワールドカップキャンプ地※1

(1) フィジー：宮古市

(2) ウルグアイ：釜石市、北上市

(3) ナミビア：宮古市、盛岡市

(4) カナダ：釜石市

II 大会参加国の感染症情報等

国名	当該国の感染症情報	予防接種情報
フィジー※2	消化器感染症(ウイルス性感染性胃腸炎や細菌性消化器伝染病(腸チフス・細菌性赤痢など)や原虫・寄生虫(ランブル鞭毛虫症・アメーバ赤痢など))、デング熱、レプトスピラ症、破傷風	BCG、B型肝炎、DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風) Hib(インフルエンザ菌b型)、ポリオ、肺炎球菌、ロタ、MR(麻疹・風疹) ワクチン、破傷風、HPV(ヒトパピローマウイルス)
ウルグアイ※2	寄生虫疾患(エキノコッカス(包虫)症、シャーガス病)、デング熱、狂犬病、リーシュマニア症	BCG、5種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・インフルエンザ菌b型・B型肝炎)、ポリオ、MMR((ムンプス・麻疹・風疹)、水痘、肺炎球菌、A型肝炎)、DTP(ジフテリア・破傷風・百日咳)、2種混合(ジフテリア・破傷風：10年ごとの追加接種)
ナミビア※3	消化器感染症(コレラ、赤痢、サルモネラ、腸炎ビブリオ、腸チフス、A型肝炎、アメーバ赤痢)、マラリア、デング熱、フィラリア症、チクングニア熱、アフリカダニ熱、住血吸虫症、髄膜炎菌性髄膜炎、狂犬病、黄熱	情報なし
カナダ※2	狂犬病、ハンタウイルス肺症候群、ウエストナイル熱、ライム病、アタマジラミ	ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、インフルエンザ菌b型、麻疹、おたふく風邪、風疹、水痘、髄膜炎菌性髄膜炎 C及びACWY

※1：ラグビーワールドカップ 2019 公式ウェブサイト

※2：外務省海外安全ホームページ

※3：厚生労働省検疫所 FORTH ホームページ

Ⅲ 本県における感染症対応体制

1 岩手県感染症発生動向調査体制

定点種別	全県	医療圏別			
		釜石	県央	中部	宮古
内科定点	21	1	7	5	2
小児科定点	33	2	12	7	3
眼科定点	11	1	5	2	1
STD 定点	11	1	6	2	1
基幹定点	14	1	5	4	1
第1号疑似症定点	52	4	27	9	6
第2号疑似症定点	52	4	27	9	6
合計	194	14	89	38	20

2 感染症予防計画等

- (1) 岩手県感染症予防計画（平成30年3月改定）
- (2) 岩手県結核予防計画（平成30年3月改定）
- (3) 岩手県蚊媒媒介感染症対策行動計画（平成27年7月）
- (4) 岩手県感染症対策マニュアル（平成30年9月改定）

Ⅳ 感染症の発生状況（大会前後1か月を含む8月～11月分）

1 県内の感染症の発生状況

結核の発生が最も多く（225件）、腸管出血性大腸菌（168件）、百日咳（30件）、レジオネラ症（22件）、梅毒（19件）、カルバペネム耐性腸内細菌感染症（14件）、侵襲性肺炎球菌感染症（11件）が多く発生している。

2 大会会場、キャンプ地での感染症の発生状況

(1) 釜石保健医療圏

結核が多く発生している。8月から11月までの年平均件数は6件と少ない。

(2) 盛岡保健医療圏

結核の発生が最も多く（83件）、次いで腸管出血性大腸菌感染症の発生が多い（73件）。

他の保健医療圏に比較すると、A型肝炎、ウイルス性肝炎、水痘など、様々な感染症が発生している。

(3) 中部保健医療圏

結核の発生が最も多く（41件）、次いで腸管出血性大腸菌感染症が多い（13件）。

他の保健医療圏に比較すると、梅毒の発生件数が多い（6件）。

(4) 宮古保健医療圏

結核の発生が最も多い（11件）。なお、腸管出血性大腸菌感染症は発生していない。

8月から11月までの年平均件数は4.3件と4保健医療圏中最も少ない。

3 大規模事例の懸念、かつ高い重症度として考慮すべき感染症

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けての感染症のリスク評価～自治体向けの手順書～（国立感染症研究所感染症疫学センター 平成29年10月5日）により、一度に多数の患者が発生する可能性があり、かつ重症度が高い感染症として例示されている感染症（麻しん、侵襲性大腸菌感染症、中東呼吸器症候群及び腸管出血性大腸菌）を考慮する。

		輸入例の増加	感染症伝播の懸念	大規模事例の懸念かつ高い重症度	特記事項
ワクチン予防可能疾患	麻しん	○	○	○	接触者調査の負荷等
	風しん	○	○		
	侵襲性髄膜炎菌感染症		○	○	大会関係者における事例発生時の負荷等
	インフルエンザ	○	○		
	百日咳	○	○		
新興・再興感染症	中東呼吸器症候群	○	○	○	接触者調査、リスクコミュニケーション等の負荷
	蚊媒介感染症	○			媒介蚊対策の負荷等
食品媒介感染症*	腸管出血性大腸菌感染症		○	○	
	細菌性赤痢	○	○		
	A型肝炎	○	○		
	E型肝炎	○	○		
	感染性胃腸炎	○	○		
その他	結核	○	○		
	梅毒	○	○		
	HIV/AIDS	○	○		

※ 食品媒介感染症以外の感染経路もとりうる

V 大会時の感染症対応体制

1 サーベイランスの強化

感染症発生動向調査において、感染症の発生動向を把握・確認する。なお、把握等にあつては、大会参加国において注意すべき感染症や、大規模事例の懸念、かつ高い重症度として考慮すべき感染症について、各保健医療圏内の医療機関に情報を提供し、早期の情報提供や届出の徹底を促すとともに、診療時の感染症対策等について体制を講ずるよう依頼する。

2 患者発生時の対応体制の確認

各保健所は、感染症患者発生時に備え、保健医療圏内の医療機関及び感染症指定医療機関等との調整を実施し、患者受入体制を再度確認する。

3 連携体制の確認

各保健所は、関係機関（他保健医療圏の保健所及び医療機関を含む）との連絡体制を再度確認するとともに、関係機関に対し、感染症に係る情報の発信を行う。

VI 参考資料（感染症発生状況（大会前後1か月を含む8月～11月分））

1 県内の感染症の発生状況

	8月	9月	10月	11月	合計
H28年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(18) ・EHEC(17) ・A型肝炎(1) ・つつが虫(1) ・ウイルス性肝炎(2) ・CRE(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(19) ・EHEC(12) ・レジオネラ(5) ・ウイルス性肝炎(1) ・水痘(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(17) ・EHEC(10) ・レジオネラ(2) ・ウイルス性肝炎(1) ・SISD(1) ・IPD(2) ・梅毒(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(16) ・EHEC(3) ・E型肝炎(1) ・アモeba赤痢(1) ・ウイルス性肝炎(2) ・CRE(2) ・CJD(1) ・SISD(1) ・IPD(4) ・水痘(1) ・梅毒(2) 	148件
H29年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(21) ・EHEC(39) ・CRE(2) ・HIV/AIDS(1) ・IPD(1) ・梅毒(2) ・破傷風(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(27) ・EHEC(7) ・レジオネラ(2) ・CRE(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(28) ・EHEC(40) ・E型肝炎(1) ・レジオネラ(7) ・CRE(1) ・SISD(1) ・IPD(1) ・水痘(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(18) ・EHEC(1) ・E型肝炎(1) ・ウイルス性肝炎(1) ・CRE(2) ・SISD(1) ・梅毒(2) 	212件
H30年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(17) ・EHEC(24) ・E型肝炎(1) ・レジオネラ(1) ・CRE(1) ・HIV/AIDS(1) ・IHID(1) ・水痘(1) ・梅毒(3) ・VRE(1) ・百日咳(5) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(14) ・EHEC(5) ・A型肝炎(1) ・レジオネラ(4) ・アモeba赤痢(1) ・CRE(1) ・水痘(1) ・梅毒(3) ・百日咳(6) ・風しん(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(15) ・EHEC(6) ・E型肝炎(1) ・CRE(3) ・IPD(1) ・梅毒(1) ・百日咳(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(15) ・EHEC(4) ・レジオネラ(1) ・アモeba赤痢(1) ・IHID(1) ・IPD(2) ・梅毒(1) ・百日咳(16) 	164件

- ※ EHEC：腸管出血性大腸菌感染症
 CRE：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
 CJD：クロイツフェルト・ヤコブ病
 SISD：劇症型溶血性レンサ球菌感染症
 HIV/AIDS：後天性免疫不全症候群
 IHID：侵襲性インフルエンザ菌感染症
 IPD：侵襲性肺炎球菌感染症
 VRE：バンコマイシン耐性腸球菌感染症

2 大会会場、キャンプ地での感染症の発生状況

(1) 釜石保健医療圏

	8月	9月	10月	11月	合計
H28年			・結核(1)	・IPD(1)	2件
H29年	・結核(2)	・結核(3) ・CRE(1)	・結核(1)	・結核(2)	9件
H30年	・結核(1) ・EHEC(2)	・水痘(1)	・結核(2)	・IHID(1)	7件

(2) 盛岡保健医療圏

	8月	9月	10月	11月	合計
H28年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(9) ・EHEC(13) ・A型肝炎(1) ・つつが虫(1) ・ウイルス性肝炎(1) ・CRE(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(3) ・EHEC(5) ・レジオネラ (2) ・ウイルス性肝炎(1) ・水痘(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(5) ・EHEC(1) ・IPD (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(6) ・EHEC(2) ・E型肝炎(1) ・ウイルス性肝炎(1) ・CJD(1) ・CRE(2) ・IPD(3) ・水痘(1) ・梅毒(1) 	64件
H29年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(3) ・EHEC(21) ・CRE(1) ・HIV/AIDS (1) ・破傷風(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(11) ・EHEC(5) ・レジオネラ (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(13) ・EHEC(5) ・E型肝炎(1) ・レジオネラ (2) ・CRE(1) ・SISD(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(9) ・ウイルス性肝炎(1) ・CRE(1) ・SISD (1) ・梅毒(1) 	81件
H30年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(6) ・EHEC(13) ・HIV/AIDS (1) ・VRE(1) ・百日咳(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(7) ・EHEC(3) ・A型肝炎(1) ・レジオネラ (1) ・百日咳(1) ・風しん(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(4) ・EHEC(5) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(7) ・レジオネラ (1) ・百日咳(2) 	55件

(3) 中部保健医療圏

	8月	9月	10月	11月	合計
H28年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(2) ・EHEC(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(4) ・EHEC(1) ・レジオネラ (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(4) 		13件
H29年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(10) ・EHEC(2) ・CRE(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(7) ・EHEC(1) ・梅毒(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(2) ・レジオネラ (3) 		27件
H30年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(4) ・EHEC(5) ・IHID (1) ・梅毒(2) ・百日咳(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(2) ・EHEC(1) ・レジオネラ (1) ・梅毒(2) ・百日咳(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(3) ・EHEC(1) ・IPD (1) ・梅毒(1) ・百日咳(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(3) ・EHEC(1) ・アメーバ赤痢(1) ・百日咳 2件 	38件

(4) 宮古保健医療圏

	8月	9月	10月	11月	合計
H28年	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(1) 			3件
H29年		<ul style="list-style-type: none"> ・結核(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(5) ・レジオネラ (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・結核(1) 	8件
H30年		<ul style="list-style-type: none"> ・結核(1) 		<ul style="list-style-type: none"> ・IPD(1) 	2件

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に関する感染症対策について

(2019年1月31日現在)

岩手県保健福祉部医療政策室

I 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に関する事項

1 競技会場

なし。

2 オリンピック・パラリンピックキャンプ地^{※1}

(1) 盛岡市

カナダ（オリンピック）：水球、ラグビー

(2) 花巻市

日本（オリンピック）：ボート

3 キャンプ日程

未公表。

II 大会参加国の感染症情報等

国名	当該国の感染症情報	予防接種情報
カナダ ^{※2}	狂犬病、ハンタウイルス肺症候群、ウエストナイル熱、ライム病、アタマジラミ	ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、インフルエンザ菌b型、麻疹、おたふく風邪、風疹、水痘、髄膜炎菌性髄膜炎C及びACWY

※1：各市公式ホームページ

※2：外務省海外安全ホームページ

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けての感染症のリスク評価 ～自治体向けの手順書～

国立感染症研究所感染症疫学センター
平成29年(2017年)10月5日

背景

平成32年に2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会(以下、東京大会)が開催される。オリンピックは平成32年7月24日(金)～8月9日(日)の日程で、パラリンピックは同年8月25日(火)～9月6日(日)の日程で、東京都内の競技会場を中心に全国各地において開催される予定である。また、外国選手団が国内各地で事前キャンプを実施することも想定されている。

東京大会に合わせ、様々な国から様々な目的での訪日客が大きく増加することが見込まれること、また、東京大会の競技会場等において、一定の場所・期間に多くの人が集まる機会が頻回に提供されることから、競技会場・キャンプ地等を持つ等、関係する自治体においては、感染症発生リスクが増加することが懸念される。よって、自治体ごとに、地域の実情に合わせて、適切にリスク評価を実施し、その結果に基づき、事前にサーベイランス体制の整備等、必要な準備を行っておくことが重要である。

本手順書作成にあたっては、G7伊勢志摩サミットの経験、ロンドンオリンピック関連の資料とともに、国際医療研究開発費(課題番号27指4)「国際的なマスギャザリング(集団形成)により課題となる疾病対策のあり方の検討(分担研究者 和田耕治)」の研究成果も活用し、自治体関係者の意見を踏まえた上でとりまとめを行った。

東京大会は、国際的な注目度が高いことは言うまでもない。今回のリスク評価のプロセスや結果とともに、東京大会時のサーベイランス体制等、関係者が積極的に海外に情報発信を行っていくことも重要である。

手順書の目的

東京大会に関して、各関係自治体(競技会場・キャンプ地等を有する等)の感染症担当部局が、地域住民、訪日客等における感染症のリスクを事前に評価するための手法を示す。

リスク評価の方法

ステップ1: 基本的な情報の収集と整理

各自治体において、関係者が共通認識をもつことができるように、表1に示した各項目に沿って情報を整理する。

表1: 基本的な情報の整理のための情報収集項目

当該自治体における東京大会に関連する事項
情報収集法: 各自治体における競技会場やキャンプの状況(いつ、どこで、誰が)について、現時点で判明している点についてまとめる(競技種目、競技会場の所在地、施設形態(屋内・野外)、収容可能人数、競技実施期間(過去の実績を参考)、キャンプ実施国・競技チーム、キャンプ地所在地)。競技会場やキャンプ地周辺の宿泊施設の有無。平素の訪日観光客数の動向と、東京大会での見込み(把握されている場合)。
各自治体の感染症対応体制(探知・検査診断、報告、評価、情報共有、人員配置、対応可能な医療機関の数・病床数等)
情報収集法: 各自治体における感染症発生動向調査の運用状況、感染症発生時の対応マニュアルや感染症予防計画等のガイドラインを確認する。保健所検査課及び地方衛生研究所で通常実施している検査項目を確認する。
平時における感染症の発生状況
情報収集法: 各自治体における主な感染症の発生状況(報告数等～特に開催期間と前後1か月の情報が重要)をまとめる。また、地域的に発生が確認されている疾患(例: 昆虫媒介性の疾患等)についてまとめておく。例えばキャンプ予定地などにおいては、キャンプを実施する選手団や訪日客の主たる出身国における感染症の発生状況(把握されている場合)を入手する。
ワクチン予防可能疾患に関する抗体保有状況の評価
情報収集法: 各自治体における定期予防接種ワクチンの接種率(任意接種は把握されていれば)、感染症流行予測調査によるワクチン予防可能疾患(VPD: vaccine preventable disease)の抗体保有状況(実施されている場合)等。キャンプ予定地などにおいては、選手団の出身国におけるワクチン接種率(把握されている場合)。
感染症発生動向調査以外に自治体において運用されている感染症関連のサーベイランス・対応のシステム
情報収集法: 自治体内の関係者から情報収集を行う。例: 救急搬送サーベイランス(東京都)

ステップ2:リスク評価

疫学情報に基づく「発生状況の評価」と、自治体における関係者の連携や事前対策の策定等の「対策強化の必要性の評価」の2つに区分し、それぞれ評価項目を設定した(表2及び表3)。「発生状況の評価」の評価項目1-1と1-2は関連性をもって評価する必要があるが、それ以外は、それぞれ独立した因子として評価し、最後にそれら項目を総合的に判断する。

評価すべき対象期間を東京大会の前1か月～後1か月程度と想定し、東京大会が開催される季節的条件、また、ステップ1の情報も加味して評価する。例えばキャンプ地など、当該自治体への訪日客のプロファイルがある程度絞り込める場合、その出身地域における感染症の流行状況や VPD の免疫保有状況(罹患歴、接種歴等)を、可能であれば、当該国政府機関のウェブサイトや選手団関係者等から入手する。また厚生労働省検疫所 FORTH、外務省海外安全ホームページ、世界保健機関(WHO)、米国 CDC 等のウェブサイトからも情報が入手できる。なお、東京大会に関連した感染症の免疫保有状況の評価においては、訪日客、観客、関係者等の年齢層の想定が重要である。

本手順書におけるリスク評価の対象疾患は、感染症発生動向調査の対象疾患や、その他、自治体の感染症部局が対応する可能性のある感染症とし、食品衛生部門や環境衛生部門と、必要に応じて連携を図る。

参考資料2に、ステップ2に関する国立感染症研究所感染症疫学センターの検討結果を参考まで提示する。

表2:発生状況の評価のための情報収集項目

評価項目1-1:東京大会により、訪日客からの持ち込みが増加する可能性の高い感染症
評価方法:各自治体における感染症法の報告状況を参考にする。全数把握対象疾患の全国の報告状況に基づいた評価については、巻末の参考資料2の別掲を参照。
評価項目1-2:東京大会により、国内(市中かつ/または医療機関、選手の宿泊施設等)で広がりやすいと考えられる感染症(ヒト-ヒト感染を起こす、感染力が強い、国民の免疫保有状況が不十分、媒介するベクターが存在するなどの要素を考慮する)
評価方法:文献的な情報や過去のアウトブレイク情報などを参考にする。
評価項目2:一度に多数の患者が発生する可能性があり、かつ重症度が高い感染症
評価方法:自治体内の関係者で議論を行う

表3：対策強化の必要性の評価のための情報収集項目

評価項目3：臨床診断や病原体診断が難しい感染症(例：臨床医の経験が少ない、医療機関において特異的検査が実施困難)
評価方法：地元の医療機関等から情報収集を行う。
評価項目4：東京大会時、積極的疫学調査や健康監視など、感染拡大防止のための行政対応上の負荷が多いことが懸念される感染症
評価方法：自治体内の関係者で議論を行う

ステップ3：強化サーベイランスのプランニングを含む対策の策定

リスクが高い感染症と判断された感染症・事象について、必要な介入としては、事前の介入(予防接種の推奨、健康教育の実施、施設整備等)、期間中のキャンペーン(感染対策について)、に加えて強化サーベイランスがある。

どのような介入が有効であるかを予め整理した上で、自治体ごとの状況に応じて既存の脆弱性を補い、かつ現実的に実施可能なサーベイランスのプランを立てる。なお、日本の感染症サーベイランスシステムについての概説と東京大会に向けてのサーベイランス体制整備に関する考慮すべき点を参考資料1にまとめた。

サーベイランスのプランを立てる際には、人為的な行為(バイオテロ)も想定して、警察等の関係部局との連携を確認しておく。また、サーベイランス情報の解析、公表、また日報等による関係者との情報共有の方法についても、併せて検討を行うことが必要である。国際保健規則に基づく情報の取扱いの手順についても関係者で確認を行うしておく。

参考資料1:日本の感染症サーベイランスシステムについての概説と東京大会に向けてのサーベイランス体制整備に関する考慮点

感染症発生動向調査事業は、国内における感染症サーベイランスとして、平成 11 年 4 月 1 日から施行された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。)に基づき、国内の感染症に関する情報の収集および公表、発生状況および動向の把握を、医師・獣医師の届出に基づいて行っている。全数把握対象疾患は一類 7 疾患、二類 7 疾患、三類 5 疾患、四類 44 疾患、五類 22 疾患をカバーし、また、定点把握対象疾患は、インフルエンザの定点把握、小児科定点把握 11 疾患、基幹定点把握疾患 8 疾患等よりなる包括的なシステムである。また、疑似症定点医療機関からの届出として平成 19 年 4 月 1 日から、生物テロを含む感染症の発生を迅速に把握するため、医師の確定診断ではなく、疑似症の診断の段階で指定届出機関からの情報を収集する仕組みが導入された。さらに、平成 26 年 11 月 21 日に公布された改正感染症法においては、病原体情報収集機能の強化が盛り込まれた。

日本においては、国民皆保険制度により医療アクセスが保証されており、また、健康保険適応下での迅速診断キット使用を含む医療機関における検査体制など、整備された医療システムを基盤にして、感染症発生動向調査事業が包括的に運用されている。このように、平素より系統化されたサーベイランスが行われていることはオリンピック等の大きなイベントへの対応として有用であると考えられる。感染症発生動向調査事業により、医療機関から「時、場所、人」の要素が適切に届け出られていること、加えて、前述の改正感染症法により病原体の要素も加えて解析できるようになったことは日本のシステムのもつ大きな強みである。

東京大会においても、感染症発生動向調査事業を基本にサーベイランスの仕組みを考えること、また、自治体によっては、感染症発生動向調査事業以外に、感染症の発生動向把握のための恒常的な事業や調査研究を実施しているところもあることから、これらも最大限に利用して、東京大会に備えるための体制整備を行うことが肝心である。加えて、グローバル化のさらなる拡大の流れも見据え、東京大会に合わせた今回の検討が、いわゆる「レガシー」として恒久的なシステム構築に資することになれば、さらに望ましいといえる。

また、食中毒報告(食品衛生法)、感染症による出席停止や臨時休業報告(学校保健安全法)、社会福祉施設における感染症の集団発生報告(「社会福祉施設等にお

ける感染症等発生時に係る報告について)、異状死届け出(医師法)等、法律や通知に基づいて運用されているいわゆる「イベントベースサーベイランス」と解される報告も、東京大会に関連した感染症対策強化において、重要な情報源となり得ることから、この情報の取り扱いについて、関係部局と協議を行っておく必要がある。

参考資料 2: 国立感染症研究所感染症疫学センターによるリスク評価(例)

ステップ2のリスク評価について、感染症発生動向調査のデータ等をもとに、国立感染症研究所感染症疫学センターとして、全国の状況について以下のとおり例としてとりまとめた。まず、手順書の評価項目ごとに評価を行い、最終的に、それらの項目を表形式でまとめた。評価項目1-1については、全数把握対象疾患の年間報告数と「輸入指数」による対象疾患の分類を検討し、本文後の別掲に詳細を示している。

なお、今回の検討結果は、全国レベルの疫学情報に基づくものであり、地域的な特性は考慮していない。各自治体での検討においては、自治体独自のデータを使用するのか、全国データを利用するのかは、各自治体の状況に合わせて判断する。また、東京大会の期間中に限定した症例の発生状況について検討すべきか否かについても、自治体の状況に合わせて判断する。

また、当該感染症の国内外の流行状況により、必要に応じて更新をすることがある。なお、ステップ1は、各自治体の現状に合わせて実施することから、例示は割愛した。

表1: 発生状況の評価結果(例)

評価項目1-1: 東京大会により、訪日客からの持ち込みが増加する可能性の高い感染症
✓ 全数把握対象疾患については、後に別掲として詳細を述べるとおり、平成27年の報告症例等を用いて、「輸入指数」による検討を行った。検討の結果、「増加率が高い」と想定される疾患は、報告数が中程度(年間報告数:100~3000例未満)のものでは、アメーバ赤痢、デング熱、A型肝炎、E型肝炎、風しん、細菌性赤痢であり、報告数が少ない(年間報告数:10~100例未満)のものでは、ジアルジア症、マラリア、腸チフス、麻しん、レプトスピラ症、パラチフス、チクングニア熱、クリプトスポリジウム症、ジカウイルス感染症、報告数が非常に少ない(年間報告数:10例未満)のものでは、ライム病、コレラ、ブルセラ症となった。平成27年度においては、国内での報告はないが、「東京大会に関連して持ち込みが懸念される疾患」として、ウイルス性出血熱、中東呼吸器症候群、鳥インフルエンザ(H7N9/H5N1)などをリストアップした(図の中では、感染症法の類型順に表記)。
✓ 全数把握対象疾患のうち、「輸入指数」による検討には含めなかった結核、梅毒、HIV/AIDS、ウイルス性肝炎(A型、E型を除く)は、東京大会により訪日外国人が増加するに伴い持ち込まれる可能性が高まると想定される。
✓ 定点把握対象疾患のうち、インフルエンザ、感染性胃腸炎、百日咳等について、持ち込みの増加も懸念される。

評価項目1 - 2: 東京大会により、国内(市中かつ/または医療機関、選手の宿泊施設等)で広がりやすいと考えられる感染症(注: ヒート感染を起こす、感染力が強い、国内において免疫が不十分、媒介する昆虫が存在するなどの要素を考慮する)

- ✓ 全数把握対象疾患のうちで、「輸入指数」による検討の結果、「増加率が高い」としたもののうち、感染力の強い麻しんや、日本人において、特定の年代(性別)の免疫保有状態が十分でない風しんは感染拡大の可能性がある。また、細菌性赤痢、A型肝炎、E型肝炎についても、感染拡大についての注意が必要である。デング熱等の蚊媒介感染症については、夏季においても国内流行の可能性は低いものの、媒介蚊は存在することに注意する。「東京大会に関連して持ち込みが懸念される疾患」のうちでは、特に、中東や韓国で大規模な院内感染が発生した中東呼吸器症候群には、感染拡大に関する注意が必要である。
- ✓ 全数把握対象疾患のうちで、「輸入指数」による検討の結果、「不変もしくは平時並の増加」としたもののうち、日本人の免疫特性、マスギャザリング、集団生活等を考慮すると侵襲性髄膜炎菌感染症の集団発生の可能性を考慮する。また、腸管出血性大腸菌感染症については、報告数が多く、感染拡大への注意が必要である。
- ✓ 「輸入指数」による検討を行わなかった全数把握対象疾患のうちで、結核、梅毒、HIV/AIDS が東京大会に関連して感染伝播を起こす可能性があり、予防的対応の重要性とともに、亜急性の経過をとることから大会後に探知されうることには注意する。
- ✓ 定点把握対象疾患では、インフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス感染症を含む)は、南半球からの訪日客の増加等もあり、夏季に開催される東京大会においても感染拡大の懸念がある。無菌性髄膜炎についても、夏季に集団発生の懸念がある。百日咳は、疾患の特性として、ワクチン接種及び感染によっても終生免疫とならないこと、また、国内では乳児期でワクチン接種が終了することから、幼児以上の年代では特にマスギャザリングを契機とした集団発生は起こり得る。流行性耳下腺炎(日本では定期接種対象疾患に含まれていない)は、4~6年ごとに大規模な全国流行が繰り返されており、2020年に全国流行が発生する可能性は否定できない。

評価項目2: 一度に多数の患者が発生する可能性があり、かつ重症度が高い感染症

ヒート感染を起こし、かつ重症度が高い感染症である、麻しん・侵襲性髄膜炎菌感染症、中東呼吸器症候群や食品に関連した腸管出血性大腸菌感染症等。

表2: 対策強化の必要性の評価結果(例)

評価項目3: 臨床診断や病原体診断が難しい感染症(例: 臨床医の経験が少ない、医療機関において特異的検査が実施困難)
結核以外の二類感染症、その他輸入感染症一般(例: ジカウイルス感染症)、民間検査機関や医療機関において特異的な病原体診断が容易ではない感染症・事例(例: エンテロウイルスD68感染症、急性脳炎)、流行地以外で探知された地域的な流行疾患(例: 日本紅斑熱)等。
評価項目4: 東京大会時、積極的疫学調査や健康監視など、感染拡大防止のための行政対応上の負荷が多いことが懸念される感染症
一類、二類(中東呼吸器症候群を含む)の感染症、麻しん、大会関係者(特に外国人選手団等)における侵襲性髄膜炎菌感染症やその他感染症の集団発生、テロの可能性を否定できない炭疽等の感染症、国内感染による蚊媒介感染症、重症急性疾患で病原体の特定や対応の決定が困難な感染症の発生等。

ステップ2の結果のまとめ

前述した評価項目で検討した内容を、表3のとおり、疾患ごとに、輸入例の増加(評価項目1-1)、感染伝播の懸念(評価項目1-2)、大規模事例の懸念と高い重症度(評価項目2)、その他の特記事項(評価項目3、4)にわけてまとめた。基本的に、複数の評価項目において注意が必要とする感染症をリストアップした。大規模事例の懸念、かつ高い重症度等を考慮すると、まず、麻しん、侵襲性髄膜炎菌感染症、中東呼吸器症候群、腸管出血性大腸菌感染症は注意すべき感染症といえる。

表3: ステップ2の結果のまとめ

		輸入例の増加	感染伝播の懸念	大規模事例の懸念、かつ高い重症度	特記事項
ワクチン予防可能疾患(VPD)	麻しん				接触者調査の負荷等
	風しん				
	侵襲性髄膜炎菌感染症				大会関係者における事例発生時の負荷等

	インフルエンザ				
	百日咳				
新興・再興 感染症	中東呼吸器症候群				接触者調査、 リスクコミュニ ケーション等 の負荷
	蚊媒介感染症(デング 熱、チクングニア熱、ジカ ウイルス感染症)				媒介蚊対策 の負荷等
食品媒介感 染症*	腸管出血性大腸菌感染 症				
	細菌性赤痢				
	A型肝炎				
	E型肝炎				
	感染性胃腸炎(ノロウイ ルス感染症を含む)				
その他	結核				
	梅毒				
	HIV/AIDS				

*食品媒介感染症以外の感染経路もとりうる

表3に関連した特記事項

- 輸入感染症については、全般的に、一般の臨床医の診断経験が乏しいこと、また、特異的な検査が医療機関レベルで行えないものもあり、診断が難しいと考えられる。
- 前述でリストアップされた感染症の中で、特に、参加国の一部においてすでに排除が達成されている疾患(例:麻しん・風しん等)については、万一、日本人ボランティア等の大会関係者における症例が発生した場合など、排除国等からの参加者においては、リスク認識の程度に隔たりがある可能性がある。一部の国で患者数が激減している疾患(例:流行性耳下腺炎)も同様である。
- 風しんについては、国内において、成人男性に感受性者が多く含まれていることから、輸入例を発端とした集団発生ならびに妊婦における先天性風しん症候群の

発生の懸念がある。

- 健康な人が突然、重症病態に陥り、特定の診断が見つからないまま、「感染症も否定できない」などの報道がなされた場合においては、リスク認識上の大きな課題が起こることが想定される。
- 急性脳炎については、全数把握対象疾患であり、病原体検査による確定診断が重要である。

別掲：評価項目1 - 1に関連した「輸入指数」による検討

各疾患の東京大会時の訪日客増加等に伴う輸入例による症例数増加の可能性を評価するために、全数把握対象疾患について、「輸入例/国内例(感染地域不明を除く)」の比を「輸入指数」と定義して使用した(図)。これは、各対象疾患について、訪日客増加等に伴う輸入例による症例数増加の程度を示す指標となる。ただし、現状で得られるデータは主に邦人の海外渡航者、もしくはVFR(Visiting friends and relatives)による輸入感染症の総和と推察され、東京大会において短期間に急増する訪日外国人のプロファイルとは異なる可能性があることはこの手法の制約である。

「輸入指数」による検討においては、全数把握対象疾患のうち、亜急性の発症経過をとることが多い結核、梅毒、HIV/AIDS、複数の病原体が含まれるウイルス性肝炎(感染症法上の表記は、「ウイルス性肝炎(A型, E型を除く)」)、院内が主たる感染の場となりやすい薬剤耐性菌は除いた。また、急性脳炎は、症候群での届け出となっており、原因病原体により輸入例の増加の程度が異なることも想定されるため、「輸入指数」による検討に含めなかった。

データとしては、最新の年報の情報(平成27年)を用いたが、ジカウイルス感染症は平成28年2月から全数把握対象疾患となったことからこれについては平成28年のデータ(暫定値)を使用した。

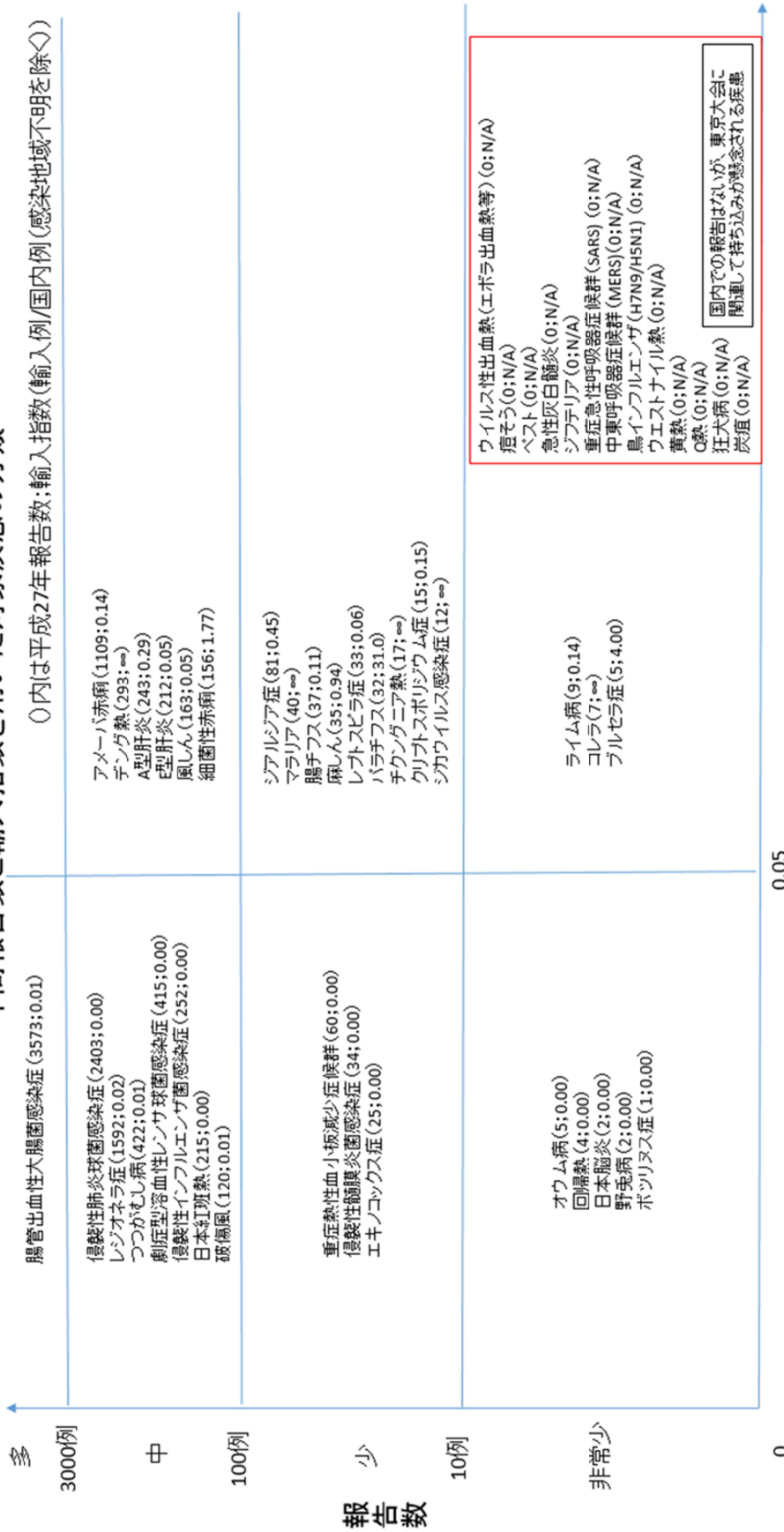
各対象疾患の東京大会時の訪日客の持ち込みによる症例増加については、輸入指数に基づいて、「不変もしくは平時並の増加」と「増加率が高い」の2群に分類することにし、対象疾患全47疾患のうち、輸入指数を算出できた34疾患の中央値0.05をその区切りとした。図においては、年間の報告症例数を、10例未満、1~100例未満、100~3000例未満、3000例以上の4群に分けて表記した。

平成27年には、国内で感染例が探知されていないが、海外で感染が発生しているもの、テロの懸念がある疾患については、「東京大会に関連して持ち込みが懸念される疾患」として増加群に別枠で挿入した。なお、痘そうは、eradicationが達成されているが、テロの懸念もある疾患としてこのリストにあげた。

結果を、以下の図にまとめた。

図. 年間報告数と輸入指数を用いた対象疾患の分類

年間報告数と輸入指数を用いた対象疾患の分類



平成27年の感染症発生動向調査事業年報に基づく

水痘の警報・注意報基準値の変更について

1 基準値の変更

- ・ 2018年36週（9月3日～9日）から、水痘の警報・注意報基準値が下記のとおり変更された。
 - 【変更前】警報開始：7、警報終息：4、注意報：4
 - 【変更後】警報開始：2、警報終息：1、注意報：1

2 変更の背景

- ・ 全国約3,000カ所の小児科定点から報告される水痘の報告数は、2015年以降、大きく減少（「感染症発生動向調査年報」（水痘報告数：2013年175,030、2014年157,666、2015年77,614、2016年65,383））。
- ・ 今後、患者数低下に伴う小流行発見の重要性が高まることから、「平成28年度厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 新興・再興感染症の発生に備えた感染症サーベイランスの強化とリスクアセスメント研究班」において、疫学的・統計学的な分析を実施。研究班は、分析結果に基づき、水痘の警報・注意報の基準値変更が妥当との評価、及び変更を提案。
- ・ 国立感染症研究所において検討し、水痘の警報・注意報の基準値を警報開始基準値2、警報終息基準値1、注意報基準値1への変更を過去10年の動向から、年間で報告数が最も少なくなることが見込まれる第36週から実施。

3 添付資料・参考

（添付資料）

- ・ 新興・再興感染症の発生に備えた感染症サーベイランスの強化とリスクアセスメント（村上義孝_疫学的・統計学的なサーベイランスの評価と改善 P86_P88）
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201617018A>

水痘の警報・注意報の基準値変更の提案

平成28年度厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
新興・再興感染症の発生に備えた感染症サーベイランスの強化とリスクアセスメント
疫学的・統計学的なサーベイランスの評価と改善グループ

1. はじめに

感染症発生動向調査において、5類感染症定点把握対象疾患の一部、インフルエンザ、小児科定点対象疾患と眼科定点対象疾患について、保健所管轄地域を対象とする警報・注意報発生システムが実施されている。同システムでは、保健所管轄地域の1週間の定点当たり報告数が基準値を超えた場合に、警報レベルあるいは注意報レベルとして、都道府県衛生主管部局や保健所など第一線の衛生行政機関の専門家に向けて注意喚起を行っている。

警報・注意報の基準値については、感染症発生動向調査の患者報告データに基づいて設定され、また、定期的に評価・見直しを加えることとしている。なお、それに関係して、同システムには基準値変更の機能が付けられている。

水痘の警報基準値については、昨年度、2007年～2014年の患者報告データに基づいて現行の警報・注意報基準値を評価した結果、水痘の警報発生割合が近年1%以下と極めて低く、基準値の変更が必要であると判断し¹⁾、警報の開始、終息基準値を従来の「7、4」から「3、1」に変更することを提案²⁾した。これに基づき、本年度、水痘の警報の開始、終息基準値を「3、1」に変更して、2015年の警報頻度を観察した結果、水痘警報発生割合は2.0%とやや低めであった。2016年の水痘患者報告数をみるとその流行状況は、2015年と比べて大きな減少は認められずやや減少といった状況である。このような状況を踏まえ、感染症発生動向調査システムにおいて、今後の水痘患者報告数に対して適切な警報基準値を検討し、提案する。

2. 基準値変更の検討方法

2011年から2015年までの定点からの水痘患者報告数を用いて、各年の週・保健所別定点当たり報告数の分布、90%点、95%点、99%点を求めた。これらの値を参考にして、警報基準値を適当に設定したときの警報頻度を観察した。

3. 基準値変更の検討結果

2011年から2015年の水痘患者報告数、定点あたり報告数、週・保健所別定点あたり報告数の分布、90%点、95%点、99%点を表1に示した。なお、参考値として、2015年の水痘患者報告数の速報値を合わせて表1に示した。年次を追うに従い年間報告数、定点あたり年間報告数が低下傾向にある。90%点、95%点、99%点はいずれも低下している。最近2年の2014年、2015年の95-99%点値1.5～5の前後の「2, 3, 4, 5」を開始基準値、90%点値1～2の前後の「1, 2, 3」を終息基準値に設定し、これらの組

み合わせの場合の警報頻度を表 2 に示した。警報の開始基準値「4」、終息基準値「2」の組合せによる警報頻度は、2014 年は 4.4%、2015 年は 0.6%と大きく低下している。2015 年の患者報告数 77,614、定点当たり報告数 24.7 の状況下では、この基準値は適切ではないと判断できる。昨年度本グループが提案した開始基準値「3」、終息基準値「1」の組合せによる警報頻度は、2015 年は 2.0%とやや低めである。開始基準値「2」、終息基準値「1」の組合せによる警報頻度は、2015 年は 4.7%とやや多めである。2016 年患者報告数（速報値）は 65,353、定点当たり報告数は 20.7 であり、2015 年と比べて大きな減少は認められずやや減少といった状況であるが、今後水痘患者数の増加の可能性は低いこと、長期的には患者数が低下していくことが見込まれること、患者数が低下することに伴い小流行の早期発見の重要性が高まると考えられることから、今後のデータに適用する警報基準値として、開始基準値「2」、終息基準値「1」が適切であると判断した。

4. 警報・注意報の基準値変更の提案

感染症発生動向調査システムにおいて、水痘の警報・注意報の基準値を以下のとおり変更することを提案する。

警報の開始基準値「2」

警報の終息基準値「1」

注意報基準値「1」

（参考：

現行の警報開始基準値「7」

現行の警報終息基準値「4」

現行の注意報基準値「4」）

文献

1) 太田晶子, 橋本修二, 川戸美由紀, 村上義孝, 谷口清州, 砂川富正, 永井正規: 疫学的・統計学的なサーベイランスの評価と改善 警報・注意報の検討—2015 年の警報・注意報の発生と都道府県警報の発生について— 厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業. 新興・再興感染症の発生に備えた感染症サーベイランスの強化とリスクアセスメント 平成 27 年度総括・分担研究報告書. 50-64, 2016.

2) 太田晶子, 橋本修二, 川戸美由紀, 村上義孝, 谷口清州, 砂川富正, 永井正規: 疫学的・統計学的なサーベイランスの評価と改善 水痘の警報・注意報の基準値の変更の提案. 厚生労働科学研究費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業. 新興・再興感染症の発生に備えた感染症サーベイランスの強化とリスクアセスメント 平成 27 年度総括・分担研究報告書. 65-67, 2016.

表1. 定点当たり報告数の週・保健所分布（水痘、2011～2015年）

	年間 報告数	定点あたり 年間報告数	定点当たり報告数の週・保健所分布		
			90%点	95%点	99%点
2011	238,861	76.1	3.3	4.4	7.3
2012	195,713	62.3	2.7	3.6	6.3
2013	175,030	55.7	2.4	3.3	5.7
2014	157,662	50.1	2.2	3.0	5.0
2015	77,614	24.7	1.0	1.5	3.0
2016*	65,353	20.7			

* 2016年感染症発生動向調査速報値

表2. 基準値の変更による警報レベルの頻度（水痘、2011～2015年）

警報の基準値		注意報	警報あり延べ週数、割合（%）									
開始	終息		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年	
2	1	1	10,454	36.6	8,382	29.3	6,919	24.1	5,911	20.6	1,359	4.7
3	1	1	7,362	25.7	5,349	18.7	4,066	14.2	3,636	12.7	570	2.0
	2	2	4,717	16.5	3,365	11.8	2,551	8.9	2,123	7.4	353	1.2
4	1	1	5,055	17.5	3,374	11.8	2,489	8.7	2,290	8.0	287	1.0
	2	2	3,167	11.1	2,111	7.4	1,524	5.3	1,248	4.4	174	0.6
	3	3	2,386	8.3	1,467	5.1	1,122	3.9	871	3.0	126	0.4
5	1	1	3,272	11.4	2,246	7.9	1,685	5.9	1,380	4.8	133	0.5
	2	2	2,108	7.4	1,399	4.9	1,013	3.5	765	2.7	79	0.3
	3	3	1,589	5.6	966	3.4	684	2.4	495	1.7	54	0.2

これまでの基準値警報レベルの頻度

警報の基準値		注意報	警報あり延べ週数、割合（%）									
開始	終息		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年	
7	4	4	568	2.0	283	1.0	244	0.9	144	0.5	16	0.1

後天性免疫不全症候群、梅毒の届出の変更について

1 感染症法律施行規則第4条第6項の規定に基づき厚生労働大臣が定める5類感染症及び事項の一部を改正する件の施行に伴う各種改正について

- (1) 平成30年4月26日の厚生科学審議会感染症部会において、後天性免疫不全症候群（HIV感染症を含む。）及び梅毒について、より有効な対策を講じるため、これらの発生動向を詳細に把握することが重要であるとの意見があったことを受け、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施行規則第4条第6項の規定に基づき厚生労働大臣が定める5類感染症及び事項の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第365号）が公布された。
- (2) 同様の趣旨から、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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」（以下「基準」という。）の一部が改正された。

2 改正の概要

- (1) 告示を改正し、厚生労働大臣が定める5類感染症に「梅毒」を、厚生労働大臣が定める事項に「妊娠の有無」を、それぞれ追加する。
- (2) 基準中、別記様式5-9（「後天性免疫不全症候群発生届（HIV感染症を含む）」の様式）を改正し、「診断時のCD4陽性Tリンパ球数（CD4値）」を記載項目として追加。
- (3) 基準中、別記様式5-16（「梅毒発生届」の様式）を改正し、「性風俗産業の従事歴・利用歴の有無」、「口腔咽頭」、「妊娠の有無」、「過去の治療歴」及び「HIV感染症合併の有無」を記載項目として追加。

3 施行期日

平成31年1月1日



編集・印刷
独立行政法人国立印刷局

目次

(告 示)

- 外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法第七条の規定による承認をした件 (法務三三三、三三三)
- 外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法第十六条第一項の規定に基づき特定外国法を指定した件(同三三三)
- 日本国に帰化を許可する件 (同三三四)
- ネパール政府に対する贈与に関する日本国政府とネパール政府との間の書簡の交換に関する件(外務三二〇)
- 農業・水産食品の安全確保のための検査・農産食品品質コンサルティングセンター能力強化計画のための贈与に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の書簡の交換に関する件(同三二一)
- 南部地域における不発弾除去の加速化計画のための贈与に関する日本国政府とラオス人民民主共和国政府との間の書簡の交換に関する件 (同三二二)
- 平成三十一年三月十八日から発行を開始する日本銀行券千円の様式を定める件(財務二七九)

- 株式会社日本政策金融公庫法附則第三十五条の規定に基づき、同条の主務大臣の定める利率を定める等の件の一部を改正する件 (財務・農林水産一五)
- 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施行規則第四条第六項の規定に基づき厚生労働大臣が定める五類感染症及び事項の一部を改正する件(厚生労働三六五)
- 保安林の指定をする件 (農林水産二二八二、二二九七)
- 砂防法第二条の土地を指定する件 (国土交通一一八六、一一九二)
- 特に水鳥の生息地として国際的に重要な湿地に関する条約の指定湿地を指定した件(環境八四、八五)
- 特に水鳥の生息地として国際的に重要な湿地に関する条約の指定湿地を拡大した件(同八六)
- 漁船の操業の制限等に伴う損失補償を行う期間及び損失補償申請書を提出すべき時期をそれぞれ定める件 (防衛二〇九)
- 道路に関する件 (九州地方整備局一一五、一一六)

内閣

(人事異動)

(叙位・叙勲)

(皇室事項)

(官庁報告)

法 務

刑事補償法による補償決定の公示 (熊本地方裁判所)

勞 働

労働保険審査官及び労働保険審査会法第五条の規定に基づく関係事業主を代表する者の候補者の推薦について (厚生労働省)

(資 料)

機械受注統計調査報告(平成三十年八月)(実績)(内閣府)

(公 告)

諸事項

官庁

金融商品取引業者営業保証金取戻し 裁判所 関係 相続、公示催告、失踪、除権決定、破産、免責、特別清算、再生関係 会社その他

告 示

- 法務省告示第三百三十一号
外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法(昭和六十一年法律第六十六号)第七条の規定に基づき、次の者に対し、連合王国において弁護士に相当する資格を取得している者として外国法事務弁護士となる資格を承認した。
平成三十年十月十八日
法務大臣 山下 貴司
氏 名 ハリエット・クニ・エリザベス・グレイ
生年月日 千九百八十七年四月四日
○法務省告示第三百三十二号
外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法(昭和六十一年法律第六十六号)第七条の規定に基づき、次の者に対し、アメリカ合衆国ニューヨーク州において弁護士に相当する資格を取得している者として外国法事務弁護士となる資格を承認した。
平成三十年十月十八日
法務大臣 山下 貴司
氏 名 ポール・リチャード・ヘネシー
生年月日 千九百八十年十一月二十一日
○法務省告示第三百三十三号
外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法(昭和六十一年法律第六十六号)第十六条第一項の規定に基づき、次の者に対し、次のとおり特定外国法を指定した。
平成三十年十月十八日
法務大臣 山下 貴司
一 指定を受けた者
氏 名 ポール・リチャード・ヘネシー
生年月日 千九百八十年十一月二十一日
二 指定をした特定外国法
外国弁護士による法律事務の取扱いに関する特別措置法第十六条第一項第一号によるもの
アメリカ合衆国コネティカット州において効力を有し、又は有した法
○法務省告示第三百三十四号
左記の者の申請に係る日本国に帰化の件は、これを許可する。
平成三十年十月十八日
法務大臣 山下 貴司

○財務省告示第十五号

農林水産省告示第十五号
株式会社日本政策金融公庫法（平成十九年法律第五十七号）附則第三十五条の規定に基づき、平成二十年九月三十日財務省告示第三十五号（株式会社日本政策金融公庫法附則第三十五条の規定に基づき、同条の主務大臣の定める利率を定める等の件）の一部を次のように改正する。
平成三十年十月十八日
財務大臣 麻生 太郎
農林水産大臣 吉川 貴盛

次の表により、改正前欄に掲げる規定の傍線を付した部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の傍線を付した部分のように改める。

改正後		改正前	
一 (略)	二 法別表第五第一号の1に掲げる資金については、一の規定にかかわらず、法附則第三十五条の年三分五厘以内で主務大臣の定める利率は、次の表の上欄に掲げる償還期限の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる利率とする。	一 (略)	二 法別表第五第一号の1に掲げる資金については、一の規定にかかわらず、法附則第三十五条の年三分五厘以内で主務大臣の定める利率は、次の表の上欄に掲げる償還期限の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる利率とする。
償還期限	利率	償還期限	利率
十二年以下	年二厘五毛	十二年以下	年二厘五毛
十二年を超え十五年以下	年三厘五毛	十二年を超え十六年以下	年三厘五毛
十五年を超え二十五年以下	年四厘	十六年を超え二十五年以下	年四厘

三 法別表第五第三号の1に掲げる資金（同条の1の主務大臣の定める要件に適合する者に貸し付けられる資金に限る。）のうち、林業経営基盤の強化等の促進のための資金の融通等に関する暫定措置法（昭和五十四年法律第五十一号）第三条第一項の認定を受けた者が当該認定に係る同条第二項第三号の措置を実施するのに必要とするものについては、一の規定にかかわらず、法附則第三十五条の年三分五厘以内で主務大臣の定める利率は、次の表の上欄に掲げる償還期限の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる利率とする。

十二年を超え十五年以下	年三厘五毛	十三年を超え十六年以下	年三厘五毛
十五年を超え三十五年以下	年四厘	十六年を超え三十五年以下	年四厘

附則

1 この告示は、公布の日から施行する。
2 この告示の施行前に株式会社日本政策金融公庫が締結した貸付契約に係る貸付金についての貸付けの利率については、なお従前の例による。

○厚生労働省告示第三百六十五号
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施行規則（平成十年厚生省令第九十九号）第四条第六項の規定に基づき、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施行規則第四条第六項の規定に基づき厚生労働大臣が定める五類感染症及び事項（平成十九年厚生労働省告示第五十八号）の一部を次の表のように改正し、平成三十一年一月一日から適用する。
平成三十年十月十八日
厚生労働大臣 根本 匠
（傍線部分は改正部分）

改正後		改正前	
後天性免疫不全症 候群 梅毒	(略)	後天性免疫不全症 候群 (新設)	(略)
妊娠の有無		(新設)	(新設)

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施行規則第四条第六項の規定に基づき厚生労働大臣が定める五類感染症は、次の表の上欄に掲げる感染症とし、同項に規定する厚生労働大臣が定める事項は、同表の上欄に掲げる五類感染症について同表の下欄に掲げるものとする。

○農林水産省告示第二千二百八十二号

森林法（昭和二十六年法律第二百四十九号）第二十五条第一項の規定により、次のように保安林の指定をする。
平成三十年十月十八日
農林水産大臣 吉川 貴盛

村森林整備計画で定める標準伐期齢以上のものとする。
3 間伐に係る森林は、次のとおりとする。
立木の伐採の限度並びに植栽の方法・期間及び樹種 次のとおりとする。
（次のとおり）は、省略し、その関係書類を岐阜県庁及び揖斐川町役場に備え置いて縦覧に供する。

一 保安林の所在場所 岐阜県揖斐郡揖斐川町小津字居所一〇〇五、一〇〇七
二 指定の目的 土砂の流出の防備
三 指定実施要件
立木の伐採の方法
1 主伐は、択伐による。
2 主伐として伐採をすることができない立木は、当該立木の所在する市町村に係る市町

○農林水産省告示第二千二百八十三号
森林法（昭和二十六年法律第二百四十九号）第二十五条第一項の規定により、次のように保安林の指定をする。
平成三十年十月十八日
農林水産大臣 吉川 貴盛

5-2 A I D S と 診 断 し た 指 標 疾 患 該 当 す る 全 て に ○	1) カンジダ症（食道、気管、気管支、肺） 2) クリプトコッカス症（肺以外） 3) コクシジオイデス症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 4) ヒストプラズマ症（①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 5) ニューモシスティス肺炎 6) トキソプラズマ脳症（生後1か月以後） 7) クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 8) イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの） 9) 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは 繰り返して起こったもの） 10) サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く） 11) 活動性結核（肺結核又は肺外結核） 12) 非結核性抗酸菌症（①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの） 13) サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外） 14) 単純ヘルペスウイルス感染症（①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管 支炎、肺炎、食道炎を併発するもの） 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カポジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫 19) 侵潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP／PLH complex（13歳未満） 22) HIV脳症（認知症又は亜急性脳炎） 23) HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）
--	--

12 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 性的接触 （ア. 同性間 イ. 異性間 ウ. 不明） 2 静注薬物使用 3 母子感染 （ア. 胎内・出産時 イ. 母乳） 4 輸血・血液製剤 （輸血・血液製剤の種類・使用年月・状況： ） 5 その他（ ） 6 不明 ②感染地域（確定・推定） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外 （国名： 詳細地域： ） 3 不明	13 感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要な 事項として厚生労働大臣が定める事項 ① 最近数年間の主な居住地 1 日本国内（ 都道府県） 2 その他（ ） 3 不明 ② 国籍 1 日本 2 その他（ ） 3 不明
---	--

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1、2、4から6、12、13欄は該当する番号等を○で囲み、3、7から11欄は年齢・年月日を記入すること。※欄は、死亡者を検索した場合のみ記入すること。）

感染症発生動向調査における疑似症及び疑似症定点について

1 疑似症の変更

- 2019年2月14日、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施行規則が改正され、4月1日より施行されることとなった。

【改正の概要】

改正前		改正後	
疑似症	指定届出機関	疑似症	指定届出機関
摂氏三十八度以上の発熱及び呼吸器症状（明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く。）	診療科名中に内科又は小児科を含む病院又は診療所	発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したものの。	集中治療その他これに準ずるものを提供することができる病院又は診療所のうち疑似症に係る指定届出機関として適当と認めるもの。
発熱及び発しん又は水疱	診療科名中に内科、小児科又は皮膚科を含む病院又は診療所		

2 変更の背景

- 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に備え、感染症発生動向調査機能の強化等が検討されていたところ。
- 論点は次のとおり。
 - 自治体間で即時に感染症の発生情報を共有する仕組みは十分か。
 - 感染症を探知するシステムの構築及び検査・治療体制は十分か。
 - その他東京大会において検討が必要な事項はどのようなものか。
 - 国内機関、国際機関との連携体制の構築は十分か。
- 上記論点のうち、②について、広範であった疑似症の届出の定義を変更し、公衆衛生のインパクトの高い重症例に絞り込み、早期探知のための疑似症定点の届出基準の見直しが行われたもの。
- なお、上記①については、「感染症発生動向調査システム」（NESID）の「ファイル共有システム」を見直し、他自治体の感染症情報を閲覧できるよう改修する予定とされており、ラグビーワールドカップにおいてシステムを試行することとされている。

3 添付資料・参考

（添付資料）

- H30.11.29 第27回厚生科学審議会感染症部会資料

プレパンデミックワクチンの今後の備蓄方針等について

1 ワクチン株の変更

- 平成 31 年度備蓄分から、プレパンデミックワクチンのワクチン株を下記のとおり変更することとされた。

【変更前】チンハイ株 (A/Bar headed goose/Qinghai/ 1A/2005 (SJRG-163222)
(クレード 2.2))

【変更後】H7N9 株 (A/Guangdong/17SF003/2016 (IDCDC-RG56N))

2 変更の背景

- 平成 9 年、世界で初めて、鳥インフルエンザ A(H5N1) ウイルスによる感染確定者が報告された。
- H5N1 ウイルス由来の新型インフルエンザが発生した場合、その病原性の高さに鑑み、大きな健康被害が引き起こされることが想定されたことから、平成 18 年度より H5N1 プレパンデミックワクチンの備蓄を行うこととなり、平成 30 年度まで、適宜ワクチン株の変更等を実施しながら、継続して備蓄を行ってきた。
- 備蓄に係る現行の方針は、「検討時点で「危機管理上の重要性」が高いワクチン株の備蓄を優先すること」とされており、現時点では、チンハイ株 (A/Bar headed goose/Qinghai/ 1A/2005 (SJRG-163222) (クレード 2.2)) を 1,000 万人分備蓄している。
- 平成 29 年度以降は、H5N1 鳥インフルエンザの人での感染が 4 例にとどまる一方で、H7N9 鳥インフルエンザの人への感染は、平成 25 年度以降、1,567 人（死亡例は少なくとも 613 人）と増加が確認されている。
- 平成 30 年 3 月に開催された内閣官房新型インフルエンザ等対策有識者会議において、今後のプレパンデミックワクチン備蓄の必要性、備蓄が必要な場合に備蓄する亜型について検討するよう指摘があった。
- 平成 30 年 6 月に開催された厚生科学審議会感染症部会において、平成 31 年度に有効期限が切れるワクチン（900 万人分）については、H7N9 株 (A/Guangdong/17SF003/2016 (IDCDC-RG56N)) を備蓄することとされた。

3 添付資料・参考

(添付資料)

- H30.6.15 第 25 回厚生科学審議会感染症部会資料
(参考)
- 新型インフルエンザ等対策有識者会議
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakaigi.html>
- 厚生科学審議会感染症部会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127717.html

平成 30 年 6 月 15 日

プレパンデミックワクチンの今後の備蓄方針等について

厚生科学審議会感染症部会
新型インフルエンザ対策に関する小委員会

I. H5N1 プレパンデミックワクチンの備蓄の経緯

- 平成 9 年、世界で初めて、鳥インフルエンザ A(H5N1) ウイルスによる感染確定者が報告された。
- H5N1 ウイルス由来の新型インフルエンザが発生した場合、その病原性の高さに鑑み、大きな健康被害が引き起こされることが想定されたことから、平成 18 年度より H5N1 プレパンデミックワクチンの備蓄を行うこととなり、平成 30 年度まで、適宜ワクチン株の変更等を実施しながら、継続して備蓄を行ってきた。
- 備蓄に係る現行の方針は、「検討時点で「危機管理上の重要性」が高いワクチン株の備蓄を優先すること」とされており、現時点では、チンハイ株 (A/Bar headed goose/Qinghai/ 1A/2005 (SJRG-163222) (クレード 2.2)) を 1,000 万人分備蓄している。
- このうち、平成 31 年度中に 900 万人分の有効期限が切れることとなる。

II. プレパンデミックワクチンの今後の備蓄方針等について

- 公衆衛生作業班会議（平成 30 年 3 月 23 日）、内閣官房新型インフルエンザ等対策有識者会議（平成 30 年 3 月 30 日）において今後のプレパンデミックワクチン備蓄の必要性、備蓄が必要な場合に備蓄する亜型について検討すべきとの指摘を踏まえ、以下のとおり提案する。

1 : プレパンデミックワクチンの当面の備蓄方針について

- 特定接種対象者に対し迅速に接種を行うためには、プレパンデミックワクチンの備蓄は当面必要ではないか。
- この際、1,000 万人分備蓄するプレパンデミックワクチンとして、近年の鳥インフルエンザ発生状況等から、検討時点において「危機管理上の重要性」が高い H7N9 株 (A/Guangdong/17SF003/2016 (IDCDC-RG56N)) としてはどうか。

- 理由
 - ◇ 特定接種対象者に対し迅速に接種を行うためには、プレパンデミックワクチンの備蓄は当面必要と考えられる。

- ◇ これまで、「危機管理上の重要性」の高さについては、①人での感染事例が多いこと、②人での重症度が高いこと、③日本との往来が多い国や地域での感染事例が多いことの3つの観点から、総合的に評価し判断することとしている。
 - ◇ このため、平成29年度までは、H5N1鳥インフルエンザウイルスのチンハイ株が該当していたが、平成29年以降はH5N1鳥インフルエンザの人での感染事例は4例にとどまった。一方、中国で流行しているH7N9鳥インフルエンザウイルスについては、①について、人への感染者数が、平成25年以降、1,567人報告されており、急激な増加が確認されていること、②については、このうち少なくとも613人の死亡事例が報告されており、重症度が高いこと、③については、中国は日本との往来が最も多い国であることから、現在確認されている亜型の中で最も危機管理上の重要性は高いと考えられる。
 - ◇ さらにH7N9鳥インフルエンザウイルスのうち、高病原性から低病原性まで広く交差性を示すH7N9株(A/Guangdong/17SF003/2016(IDCDC-RG56N))を細胞培養によるワクチン製造候補株とするのが望ましい。
- 留意事項
 - ◇ 細胞培養事業で整備を行っている、一般財団法人化学及血清療法研究所、北里第一三共株式会社、武田薬品工業株式会社においては、それぞれ、アジュバントの有無、種類が異なり、パンデミック時に発生した株との交差免疫等に違いがある可能性があるため、プレパンデミックワクチンの備蓄に当たっては、製造可能な各社から備蓄することが必要と考えられる。

2：プレパンデミックワクチンの中長期的検討課題について

○平成30年度末をもって、細胞培養事業の製造体制が整備される見込みであり、整備後に各社の製造体制、パンデミックの発生からプレパンデミックワクチン、パンデミックワクチンの接種時期、接種体制等を精査し、改めてプレパンデミックワクチン備蓄の必要性について検討することとしてはどうか。

- 理由
 - ◇ 平成30年度末をもって、一般財団法人化学及血清療法研究所、北里第一三共株式会社、武田薬品工業株式会社において細胞培養事業の製造体制が整備される見込みであり、3社の合計として、ワクチン株の決定から6ヶ月以内に、全国民分のワクチンを製造する計画となっている。
 - ◇ 細胞培養事業の整備後に各社の製造体制、パンデミックの発生からプレパンデミックワクチン、パンデミックワクチンの接種時期、接種体制等を精査し、改めてプレパンデミックワクチン備蓄の必要性について検討することが望ましい。

