

平成29年度 地域保健総合推進事業
(全国保健所長会協力事業)

**新興再興感染症等健康危機管理推進事業
報告書**

平成 30 年 3 月

日本公衆衛生協会
分担事業者 中里 栄介
(佐賀県唐津保健所長)

はじめに

平成 29 年度は全国保健所長会 70 周年の節目の年であった。

全国の保健所はこの 70 年の間、公衆衛生の向上に大きく寄与してきたが、この一つに感染症の健康危機への対応が挙げられる。そして、これからの保健所にも新興再興感染症等の「健康危機」への対応が求められ続けていく。

健康危機は時代と共に変遷している。昭和の半ばには結核が死亡原因のトップになった時代もある。また腸管出血性大腸菌感染症のアウトブレイクや重症急性呼吸器症候群 (SARS)、新型インフルエンザ (AH1N1pdm) もあった。私が班長を担当させてもらった平成 27 年以降だけでもエボラ出血熱や中東呼吸器症候群 (MERS)、デング熱やジカウイルス等蚊媒介感染症、重症熱性血小板減少症候群 (SFTS)、そして近年の麻しん、さらにカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症 (CRE) 等の薬剤耐性菌による院内感染等が挙げられる。保健所が対応すべき健康危機 (感染症) は極めて多く、これらのすべてに、一つの保健所だけで工夫で対応していくことは極めて困難である。

本班は、厚生労働省のご指導のもと、国立感染症研究所や結核研究所、国立国際医療研究センターや国立保健医療科学院等の感染症対策の専門家のご支援を頂きながら、全国の保健所の健康危機への対応を支援するために、保健所の健康危機管理のあり方を検討し、必要な知識・技術などの情報を提供するとともに、対応への評価を行うことにより、保健所の健康危機管理の推進をめざすものである。

平成 27 年度からこれまでに、MERS やエボラ等の疾患への対応の助言の作成、SFTS 対策のまとめ、そして院内感染対策の推進 (CRE 対応ガイドランスの作成)、感染症への保健所の対応に関する調査、さらに感染症に関する外国語文書集の作成等を行ってきたが、今年度は前述の疾患への対応の助言の改定に加え、古くて新しい課題である結核に関する対応の調査や、大規模感染症発生時の疫学調査や情報公開に関する課題の検討などの新たな課題に取り組んだ。

例えば、多剤耐性菌の院内感染への備えは、海外からの感染症への備えとは一見異なるようにも見えるが、感染防護に必要な知識・技術の習得など共通する項目も多い。そして何より大切なことは、これらことに地域全体が取り組むようにしていくことである。

地域の各機関を「繋ぎ」、地域全体で取り組む、地域づくりは保健所活動の原点でもあり、こうした活動は感染症危機対応を超えて、地域全体の安全や健康水準の向上に繋がる活動であると信じている。

本報告書が、保健所の活動の一助になれば幸いである。

平成 30 年 3 月

佐賀県唐津保健所長 中里栄介

班員名簿

【分担事業者】

中里 栄介 佐賀県唐津保健所 所長

【協力事業者】

伊東 則彦 北海道紋別保健所 所長

緒方 剛 茨城県土浦兼竜ヶ崎保健所 所長

木村 竜太 福岡県京築保健所 係長

国吉 秀樹 沖縄県八重山保健所 所長

小泉 祐子 川崎市健康福祉局保健所感染症対策 課長

坂本 龍彦 佐賀県鳥栖保健所 所長

井沢 智子 茨城県ひたちなか保健所 所長

永野 美紀 福岡市早良保健所 所長

西田 敏秀 宮崎市保健所 所長

長谷川麻衣子 長崎県五島保健所 所長

山田 敬子 山形県置賜保健所 所長

稲葉 静代 岐阜県健康福祉部次長兼保健医療課 課長

杉下 由行 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課 課長

三崎 貴子 川崎市健康安全研究所企画調整担当 部長

【アドバイザー】

伊藤 邦彦 結核研究所 研究主幹

大曲 貴夫 国立国際医療研究センター病院 副院長

齋藤 智也 国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官

野田 博之 厚生労働省健康局結核感染症課 室長

松井 珠乃 国立感染症研究所 感染症疫学センター 第一室長

【調査への助言者】

伊礼 壬紀夫 沖縄県中部保健所 所長

【事務局】

米山 克俊 日本公衆衛生協会 総務課長

若井 友美 日本公衆衛生協会 室長

目 次

はじめに

班員名簿

目次

事業概要	3
テーマ1. 保健所が抱える健康危機事象に関する課題等の抽出	5
テーマ2. 疾患への対応の助言	6
1) ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する 保健所の対応への助言 Ver.3	7
2) 中東呼吸器症候群（MERSに）に対する保健所の対応 への助言 Ver.5	25
テーマ3. 新興（または大規模）感染症発生時の疫学業務及び 情報公開（共有）の課題に関する検討	36
テーマ4. 保健所（長）の対応を支援する情報ツールの作成	
1) 感染症情報ツール集	43
2) 公衆衛生医師の感染症に関する知識・技術・経験・態度（案）	47
テーマ5. 「結核」や「麻しん、風しん」対策の現状に関する調査	50
テーマ6. 地域感染症対策ネットワーク構築への取り組みについて	68
テーマ7. 薬剤耐性（AMR）に関する検討について	70
テーマ8. 災害の感染症対策に関する検討	71
テーマ9. その他	72
資料集	
資料1 北海道調査 感染症発生時の公表調査（結果）	85
資料2-1 「結核」や「麻しん、風しん」対策に関する調査票	87
2-2 " 調査に関する結果概要（集計等に関する記述）	93
資料3 KAWASAKI 地域感染制御協議会での検討結果	95
資料4 災害防疫実施要綱改定（案）	98
資料6 活動記録（時系列）	106
編集後記	112

報告書（本文）

事業概要

事業の目的

全国の保健所における健康危機管理について、健康危機管理に関する委員会と連携し、新興再興感染症対策を中心とした健康危機事例に適宜対応を行う。

また保健所の新たな健康危機管理の課題について検討を行い、必要な知識・技術などの情報提供を行うことにより、保健所の健康危機管理の更なる推進をめざす。

事業計画

現在、全国の保健所では国内外で発生する新興再興感染症への対応や供えと共に、最近では海外での MERS 等大規模な新興感染症発生が国内で発生した際の疫学的業務等の新たな課題も浮かんできた。

昨年度はジカウイルス感染症やデング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応支援、感染症指定医療機関と保健所の連携等の課題に関する調査、外国人対応に関する支援として外国語文書集の作成、薬剤耐性 (AMR) 対策の支援等を行ってきた。また全国保健所長会の健康危機管理に関する委員会と連携のもと、災害時の感染症対応について、他の地域保健総合推進事業班や厚生労働科学研究班と合同で検討を行い、結果を還元する等の活動を行った。

今年度もジカウイルス感染症他新たな脅威となる新興感染症等の健康危機に対し、国立感染症研究所や国立国際医療研究センターなどの専門家の協力を得ながら、健康危機管理に関する委員会と連携し、保健所の対応の支援を行う。

また継続検討している EBS (イベントベースサーベイランス) の他に、古くて新しい課題である結核対策や大規模新興感染症発生時の疫学的業務及び情報公開 (共有) の課題など、現在保健所が抱える課題についても検討を行う予定である。重ねて、新たに保健所長に就任した者等感染症対応経験が少ない者を支援するためのツール集を作成する。

なお、これまで本班で取り組んできた薬剤耐性 (AMR) 及び院内感染対策については、その業務が増大してきたこともあり、福岡市早良保健所の永野美紀所長による新班が別途立ち上げられた。一方で、例えば新興感染症対応には院内感染対策が重要となる等連携が求められる分野が多いため、本班員の一部が両班に所属し連携の強化を図ると共に、班会議を合同で開催する等により、効率的な班運営を図ることとした。

また、全国保健所長会から提出された若手登用も行い、人材育成にも寄与する。

事業内容

1. 保健所が抱える健康危機事象に関する課題等の抽出を行ったうえで、次の2～9の事業を行った。
2. 疾患への対応の助言
2. 情報ツール集の作成
3. 新興（または大規模）感染症発生時の疫学業務及び情報公開（共有）の課題に関する検討
4. 保健所（長）の対応を支援する情報ツールの作成
5. 結核や麻しん、風しん対策の現状に関する調査
6. 地域感染症対策ネットワーク構築への取り組みについて
7. 薬剤耐性（AMR）に関する検討について
8. 災害の感染症対策に関する検討
9. その他（パブリックコメントの提出や保健所長会 70 周年事業への協力など）

本班の目指すところ（ゴール設定）

本班の目標は、「保健所における新興・再興感染症等健康危機管理推進」である。

保健所の抱える新興・再興感染症等健康危機管理に関する課題を抽出し、議論や実態調査等をおし「保健所が果たすべき役割」を明らかにし、課題の解決に繋げていくこととした。

これら課題の解決のために、以下の方法をとった。

1. 班自体による解決策の提示
支援ツールの作成等
(例：助言、外国語資料集、情報リンク集、Q & A 等)
2. 他者による解決を促す
 - 1) 課題を整理し公表することにより、保健所（または都道府県）での解決を促す（補助する）。
(例：調査に基づく現状の提示、他)
 - 2) 課題を国等に提言し、解決策を求める。
(例：「全国保健所長会保健所行政の施策及び予算に関する要望書」への記載等)

これらの方法を併用した背景には、全国の保健所は様々な規模や設置形態があること、また保健所単独では課題の解決が困難であり、設置自治体による解決（例：情報共有や公開）国等の支援が必要な事項（例：広域的連携）等がある。

なお本班では、全国保健所長会から提出された若手登用も行い、人材育成に寄与することとした。

テーマ 1. 保健所が抱える健康危機事象に関する課題等の抽出

平成 30 年度 全国保健所長会

保健所行政の施策及び予算に関する要望書 平成 29 年 6 月 より

■本テーマの目的

現在の保健所が抱える健康危機事象に関する課題等について、平成 29 年 6 月に作成された「平成 30 年度 全国保健所長会 保健所行政の施策および予算に関する要望書」を参考に把握することにより、本事業班が取り組むべき課題を抽出した。

○ 保健所行政に関する全国保健所長会としての考え方

これまで、保健所は、地域における公衆衛生の専門機関として、(中略)

健康危機管理の対象となる事象は、エボラ出血熱や新型インフルエンザ、デング熱等の感染症、多剤耐性菌の院内感染、広域化・重症化している食中毒、東日本大震災や熊本地震などに代表される大規模な地震や津波等の自然災害等、多岐にわたります。健康危機管理は、国、都道府県や保健所などの公的機関が中心となってネットワークを充実強化し標準化を進めることが重要です。人的・物的支援体制や関係機関・団体等との連絡調整体制等の体制整備をはじめ、危機事象発生時の評価、実際の支援を行うための人材確保・育成等、公的機関が果たすべき責務は大きいと考えます。(後

略)

(下線部が本班関連事項)

○保健所行政に関する全国保健所長会としての考え方

【重点要望】

○国際感染症対策の推進に関する保健所機能の充実強化

- ・大規模な新興感染症発生を想定した国内疫学調査体制の整備

大規模な新興感染症などが発生した場合において、大量の疫学調査などの業務が的確に行われるよう、他の都道府県・保健所からの応援体制の整備や IT を用いた円滑な情報共有体制の構築を進めていただきたい。

【一般要望】(以下は項目のみ記載)

- ・感染症・結核の医療に対応できる人材の確保・育成
- ・結核蔓延国出身の外国人への対応
- ・腸管出血性大腸菌感染症の保健所への報告について
- ・多剤耐性菌に対する感染症対策について

本班では上記項目等への対応を念頭に事業を実施した。

テーマ2. 疾患への対応の助言

新たな対応が求められる疾患（新興再興感染症）が発生した場合、通知や知見等を保健所の立場から取りまとめ情報提供することにより、その対応を支援する。

■本テーマの目的

「班による解決策の提示」のために、これまで参考に示す支援ツール（助言）の作成を行ってきたが、今年度も新たな知見等を踏まえた以下の改定版の作成を行った。

1) ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言 ver. 3 (平成 29 年 5 月 12 日現在)

◎ 今回、Update した主な内容

- ・ジカウイルス感染症のリスクアセスメントへのリンクを第 11 版に更新
- ・ジカウイルス感染症に関する Q&A について、を更新
- ・デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の対応・対策の手引き 地方公共団体向けを更新他

2) 中東呼吸器症候群（MERS）に対する保健所の対応への助言 ver. 5 (平成 29 年 7 月 25 日現在)

◎ 今回、Update した主な内容

- ・平成 29 年 7 月 7 日結核感染症課長通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」の反映
- ・「中東呼吸器症候群(MERS)のリスクアセスメント」、「中東呼吸器症候群(MERS)に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）」(国立感染症研究所) 更新反映他

■参考：過去の実績

平成 27 年度：

- ・デング熱に対する保健所の対応の助言 Ver. 1～2
- ・中東呼吸器症候群（MERS）に対する保健所の対応への助言 Ver. 2～4

平成 28 年度：

- ・ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言 Ver. 1～2

平成29年5月12日現在

ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する 保健所の対応への助言 Ver.3

■ はじめに

本班では、平成27年度に保健所におけるデング熱対策として「デング熱に対する保健所の対応への助言（Ver1及び2）」を作成し、平成28年度にはタイトルを「ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言」と変更して、ジカウイルス感染症を追加した蚊媒介感染症に対する対策をとりまとめたところです。

その後、さまざまな疫学調査や研究により多くの知見が得られたため、「ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言（Ver2）」を作成しましたが、今回さらに内容を update して「ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言（Ver3）」を作成いたしました。

保健所での有事への備えの一助となれば幸いです。

◎ 主な改正箇所

- ・ジカウイルス感染症のリスクアセスメントへのリンクを第11版（2017年3月31日）に更新
- ・ジカウイルス感染症に関する Q&A についてを更新（2016年12月14日）
- ・デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の対応・対策の手引き 地方公共団体向けを更新（2017年4月28日）
- ・ジカウイルス感染症の国内の発生状況の更新
- ・蚊媒介感染症診療ガイドラインへのリンクを第4版（2016年12月14日）に更新
- ・関係機関リンク先の追記や更新

■ もくじ

- 1 保健所チェックシート
- 2 ジカウイルス感染症
 - 2.1 ジカウイルス感染症の基礎知識
 - 2.2 国内の発生状況
 - 3.3 四類感染症として位置づけて以来初めてのジカウイルス感染症患者発生例

- 3 デング熱
 - 3.1 デング熱の基礎知識
 - 3.2 国内の発生状況
- 4 検疫での対応
- 5 献血についての対応
- 6 早期発見のための検査・診断体制
- 7 国内感染事例発生時対応
 - 7.1 具体的対応①：積極的疫学調査
 - 7.2 具体的対応②：検査対応
 - 7.3 具体的対応③：住民相談体制
 - 7.4 具体的対応④：医療機関での対応
- 8 媒介蚊対策
 - 8.1 国内感染事例発生時の媒介蚊調査
 - 8.2 推定感染地に対する対応（媒介蚊防除対策・推定感染地の閉鎖）
 - 8.3 平常時の媒介蚊対策
- 9 情報公開・啓発
- 10 WHOのジカ熱の緊急事態宣言解除後の対応について
- 11 文献等

1 保健所チェックシート

以下の項目について、準備が済んでいるか確認しましょう。

- 指針を受けた対応の確認
 - ・平常時のリスク評価と発生時のリスク評価をどのように行うか。
 - ・管轄地域内に、リスク評価で蚊媒介疾患の発生リスクの高い地点があるか、ある場合は媒介蚊密度の定点モニタリングの結果を把握。
 - ・都道府県における蚊媒介疾患対策のための会議（協議会等）の設置状況。
- 基礎知識の習得
 - ・疾患について
 - ・媒介蚊の生態について
- 検査・診断体制
 - ・地方衛生研究所の検査体制
 - ・医療機関の診断体制

- 国内感染が疑われるジカウイルス感染症、デング熱を探知した時の初動体制
 - ・本庁-保健所の連絡・協力体制
 - ・(併せて本庁の) 国(厚生労働省結核感染症課、国立感染症研究所)との連絡・協力体制
 - ・媒介蚊対策を担当する部局
- 住民相談体制
- 媒介蚊対策(平常時の対策と発生時対応)
- 情報公開・啓発

2 ジカウイルス感染症

2.1 ジカウイルス感染症の基礎知識

- ・ジカウイルスによって起こる急性熱性疾患
- ・主たる感染経路は蚊に刺されることによって感染する蚊媒介性経路
- ・媒介蚊はネッタイシマカ *Aedes aegypti*、ヒトスジシマカ *Aedes albopictus* などのヤブ蚊属(*Aedes* spp.)
- ・その他の感染経路として、母子感染(胎内感染)、輸血、性行為による感染経路等がある。

○性行為による感染予防は厚労省の Q&A(2016年12月4日更新 問10)で以下のよう
に記載

- 性行為感染及び母体から胎児への感染のリスクを考慮し、流行地域に滞在中は症状の有無にかかわらず、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を控えることを推奨します。
- 流行地域から帰国した男女は、症状の有無にかかわらず、少なくとも6か月(※)、パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中、性行為の際に、コンドームを使用するか性行為を控えることを推奨します。

※ジカウイルス感染症を発症した男性の精液から、最長188日までジカウイルスが検出された研究報告があります。検出されたウイルスから感染能力は確認されていませんが、注意が必要です。(WHO暫定ガイダンス(2016年9月6日改訂)を踏まえた対応)

流行地における研究のレビューにより、妊婦のジカウイルス感染が母子感染による小頭症等の先天異常(先天性ジカウイルス感染症)の原因になると結論付けられた。現在ブラジルで流行を引き起こしているウイルス株が胎児の小頭症と関連

があるのではないかとされている。また、疫学研究によりジカウイルス感染とギラン・バレー症候群との関連も明らかにされた。

- ・潜伏期は2～12日（多くは2～7日）
- ・主症状は軽度の発熱（ $<38.5^{\circ}\text{C}$ ）、頭痛、関節痛、筋肉痛、斑丘疹、結膜炎、疲労感、倦怠感で、斑丘疹は掻痒感を伴うことが多く、90%以上に認められるのに対して、発熱の頻度は36～65%とされている。一般的に他の蚊媒介感染症であるデング熱、チクングニア熱より軽症であり、不顕性感染が感染者の約8割を占めるとされている。
- ・一般的には、発症後1週間以内の血液検体もしくは2週間以内の尿検体からRT-PCRで検出
- ・ジカウイルス感染症の流行地域は以下を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000113142.html>

○ジカウイルス感染症のリスクアセスメント 第11版

（国立感染症研究所 2017年3月31日更新）

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/id/2358-disease-based/sa/zika-fever/7169-zikara-11-170331.html>

○ジカウイルス感染症に関するQ&Aについて

（厚労省 2016年1月21日作成 2016年12月14日更新（問4、8修正 問15追加）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109899.html>

2.2 国内の発生状況

- ・2017年3月31日現在、2013年12月に仏領ポリネシア、ボラボラ島での滞在歴のある2症例、2014年7月にタイのサムイ島での滞在歴のある1症例、2016年2月～2017年3月に中南米、オセアニア太平洋諸島及びベトナムへの渡航歴のある13症例、計16例が確認されている。

2.3 四類感染症として位置づけて以来初めてのジカウイルス感染症患者発生例

- ・症例の概要
10代男性（高校生）、2016年2月9日～2月20日にブラジル滞在（観光目的、家族と同行、家族に発症者なし）、蚊の刺咬歴：不明
2月20日 発熱（ 38°C 弱）
2月22日 発疹出現

2月24日 川崎市内医療機関を受診（尿検体を採取し川崎市健康安全研究所に搬入）

2月25日 解熱、発疹も消退傾向、PCR で陽性ジカウイルス陽性と判明（ブラジル由来株）

・報道発表

2月25日21:00 厚生労働省より報道発表

2月25日22:00 川崎市より報道発表

・【参考】厚生労働省による想定問答

患者の渡航歴・渡航理由、蚊の刺咬歴

同行者の有無、国内感染の可能性

帰国時の検疫対応

検体検査の材料、なぜ尿を使用したか？尿でも正確に検査可能か？

機内での接触者への対応

患者の病状、現在の患者の状況

今後の対応

川崎市としては、感染経路の特定・拡大可能性の有無・診断に至る経緯と患者の病状（重症化などの有無）を明確にし、事例発生時点で判明している科学的裏付けを元に対応を実施した。

3 デング熱

3.1 デング熱の基礎知識

- ・デングウイルスによって起こる急性熱性疾患
- ・デングウイルスはヒト⇒蚊⇒ヒトの感染環を形成し、ヒトが増幅動物である。ウイルスは感染蚊の吸血により人に伝播するが、感染した人から未感染の人への直接伝播は起こさない。都市部、人口密集地を中心に流行する可能性がある。
- ・潜伏期間は通常3～7日（最大2～14日）
- ・ウイルス血症期間は発症前日～発症5日目
- ・主な媒介蚊はネッタイシマカとヒトスジシマカである。
- ・人が感染した場合、発症する頻度は10～50%
- ・症状は高熱、頭痛、筋肉痛や皮疹等で不顕性感染の場合もある。
- ・不顕性感染者の感染力の評価については、エビデンスが不十分。
- ・予後は比較的良好で1週間程度で回復するが、一部の症例ではより重症のデング

出血熱を発症

- ・アジア、中南米、アフリカ等、世界の広範な地域で流行

3.2 国内の発生状況

- ・近年、海外で感染し帰国後に発症する輸入症例は毎年200例前後報告
- ・国内での感染については1940年代に流行したのを最後に確認されていなかった。
- ・国内では、2014年（平成26年）8月下旬、海外渡航歴がない者のデング熱発生例が60数年ぶりに東京都を中心に報告された。
- ・2016年に、日本国内で診断された輸入デング熱患者の死亡例が1例発生している（2005年に1例確認されて以来となる）。

○デング熱とは（国立感染症研究所 2014年10月14日改訂）

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/encyclopedia/392-encyclopedia/238-dengue-info.html>

○デングウイルス感染症情報（国立感染症研究所ウイルス第一部 第2室 情報更新日2016年4月28日）

<http://www0.nih.go.jp/virl/NVL/dengue.htm>

○参考：ジカウイルス感染症とデング熱の違い

疾患名	感染経路	症状	その他
ジカウイルス感染症	蚊媒介感染 母子感染（胎内感染） 輸血 性行為	軽度の発熱 頭痛，筋肉痛，斑丘疹，倦怠感 他の蚊媒介感染症（デング熱，チクングニア）より軽症	・胎児の小頭症 ・ギランバレーとの関連
デング熱	蚊媒介感染 人から人への直接伝播はない	高熱，頭痛，筋肉痛，皮疹 予後は比較的良好	一部の症例では重症のデング出血熱

4 検疫での対応

○渡航時におけるジカウイルス感染症への注意について

<http://www.forth.go.jp/news/2016/01261317.html>

○ジカウイルス感染症に関する注意喚起（発出対象国追加。妊娠中又は妊娠予定の

方は可能な限り渡航をお控えください。) (その3)

http://www.anzen.mofa.go.jp/info/pcwideareaspecificinfo_2017C064.html

○デング熱

<http://www.forth.go.jp/useful/infectious/name/name33.html>

○検疫感染症

- ・検疫法によりジカウイルス感染症、デング熱、チクングニア熱は検疫感染症に指定されている。

<http://www.forth.go.jp/keneki/fukuoka/kenekikansensyo.html>

- ・検疫法第27条に基づく港衛生調査

国際航行する船舶や航空機が来航する国際港及び国際空港では、船舶・航空機などを介して感染症を媒介する蚊族が持ち込まれる可能性がある。そのため検疫所では、港湾区域で定期的に媒介動物の生息調査及び病原体の保有調査を実施している。

○検疫所ベクターサーベイランスデータ報告書 (2015年)

<http://www.forth.go.jp/ihr/fragment2/2016/08251803.html>

○IASR <速報>成田空港検疫所で確定診断されたデング熱・チクングニア熱・マラリア症例 (2014年) (2015/5/27掲載)

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/693-disease-based/ta/dengue/idsc/iasr-news/5698-pr4243.html>

5 献血についての対応

○献血におけるジカウイルス感染症対策について

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/id/2358-disease-based/sa/zika-fever/7169-zikara-11-170331.html>

輸血による感染伝播を予防するため、海外からの帰国日から4週間以内の献血自粛を遵守する。(ジカウイルス感染症のリスクアセスメント 第6版以降)

6 早期発見のための検査・診断体制

6.1 都道府県(地方衛生研究所)の行政検査

ジカウイルス感染症、チクングニア熱

- ・RT-PCR、特異的IgM抗体

デング熱

- ・ RT-PCR、特異的 IgM 抗体、非構造タンパク (NS1) 抗原
- ・ CDC によると、ジカウイルス感染症では「尿検体が血清検体よりも陽性率が高い」

<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6518e2.htm>

- 発熱中の検体 (急性期検体) : 血清^{*}約1cc (尿 : 3~5 cc も検体として有用である)
- 解熱後の検体あるいは発熱後7日目以降の検体 (回復期検体) : 血清^{*}約1cc (尿3~5 cc も検体として有用であることがある)

※血清または血漿、全血でも可。

注1 実験室診断には14日間をあけたペア血清の採取が望ましい。追加の血清検査が必要な場合は、個別に検討する。

注2 デング熱との鑑別疾患には、麻疹、風疹、インフルエンザ、レプトスピラ症、伝染性紅斑、伝染性単核症、急性 HIV 感染症等があげられる。これら鑑別疾患の検査に漏れないかを確認する。

6.2 医療機関での検査

- ・ デングウイルスの抗原定性検査の保険適用承認 (平成 27 年 5 月 27 日)
平成 27 年 6 月 1 日から、血清中のデングウイルス NS1 抗原を検出する臨床検査「デングウイルス抗原定性」が保険適用
- 臨床検査の保険適用について : 中央社会保険医療協議会 総会 (第 297 回) 資料
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000086905.pdf>
- ・ 「デングウイルス抗原及び抗体同時測定定性」の保険適応承認 (平成 28 年 5 月 18 日)

血清中のデングウイルス NS1 抗原、抗デングウイルス IgG 抗体及び抗デングウイルス IgM 抗体を 15~20 分で検出。感染初期及び 2 回目感染のデング熱を診断可能で、入院を要するような患者において速やかに重点的な治療を開始できる。平成 28 年 6 月 1 日より適用。

- 臨床検査の保険適用について : 中央社会保険医療協議会 総会 (第 332 回) 資料
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000124522.pdf>

7 国内感染事例発生時の対応

事例の感染拡大に関するリスク評価および、地域の対応能力（検査体制、医療機関の対応能力、積極的疫学調査体制の人員確保、相談対応能力等）の評価を行い、対応方針を決定する。本項では、東京都での事例対応を踏まえ、保健所対応における具体的な対応に有用な情報について記載する。対応の詳細については、「デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症対応・対策の手引き 地方自治体向け」（平成28年9月26日改訂）を参照されたい。

○蚊媒介疾患に関する特定感染症予防指針（平成27年4月28日告示 平成28年一部改正）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000131650.pdf>

○デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の対応・対策の手引き 地方公共団体向け

国立感染症研究所（平成29年4月28日改訂）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000138207.pdf>

特定感染症予防指針の策定に伴い、平成26年9月12日付けのデング熱国内感染事例発生時の対応・対策の手引きの内容を更新し、さらにジカウイルス感染症の知見を包括したもの。平成26年に発生したデングの国内感染事例から得た知見や平常時のリスク評価と媒介蚊対策の内容も充実している。平成29年4月28日の改訂では、ジカウイルスの感染経路に関する情報及び忌避剤の種類、ヒトスジシマカの国内における生息域等が更新された。ただし、先天性ジカウイルス感染症の患者が発生した場合の積極的疫学調査についてはカバーされていない。

7.1 具体的対応①：積極的疫学調査

積極的疫学調査はヒト調査と媒介蚊調査の2本立てとなる
(媒介蚊対策については、別項)

ヒト調査として、症例に対する調査、リスクのある同行者・同居者に関する調査を実施し、推定感染地について検討を行う。

○主な聞き取り内容

・デング熱については発症14日前～発症5日目の期間、ジカウイルス病とチクング

ニア熱の場合は、発症12日前～発症5日目の期間について、屋外活動の詳細等を聞き取る。

・推定感染地と活動歴の詳細な情報（輸血歴など）、ジカウイルス病については、上記の屋外活動の情報に加え、発病前12日～調査日までの性行為についての情報を聞き取る。

○「国内感染が疑われるデング熱症例」の定義

・発症前2 週間以内の海外渡航歴がない者において、デング熱が疑われる症状（例：突然の高熱、発疹、血小板減少、点状出血、筋肉痛、関節痛等）があり、実験室診断（ウイルス遺伝子検査、ウイルス抗原 NS1 抗原検査、特異的 IgM 抗体検査）により、デング熱と確定されたもの。

○積極的症例探索

東京都の事例では、蚊媒介感染症の認知度が低かったという社会背景から、積極的症例探索（注）が実施された。そのための症例定義（行政検査対象症例定義）は東京都が状況に応じ変更した経緯がある（検査対応の項で後述）。対応自治体向け手引きの改定（H26. 9. 12→H27. 4. 28）で、積極的症例探索について記載がなくなりましたが、蚊媒介感染症と記載の認知度が低い地域では手法として有用な場合もあり、状況による判断が必要となる。積極的症例探索を実施した場合、疾患認知度が高まるにつれ、行政検査対応への負荷が高まることから、実施終了の判断も必要になる。

注） 積極的症例探索とは、蚊媒介感染症と記載発症のリスクがある人や、蚊媒介感染症と記載発生のリスクがある地域を定義し、健康観察や地域の医療機関における調査などによって後方視的・前方視的に症例を探索すること。

○国立感染症研究所 IASR「デング熱国内感染症例の積極的疫学調査結果の報告」（掲載日 2015/6/23 更新日 2015/6/25）

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/id/693-disease-based/ta/dengue/idsc/iasr-news/5754-pr4252.html>

7.2 具体的対応②：検査対応

《メモ：初発例確認後は行政検査の需要の急増が予想される》

デング熱の症状は非特異的であり、流行地での蚊の刺咬歴がなければ診断は困難となるので、デング熱が疑われる事例では地方衛生研究所との連携の上、行政検査を実施する。一旦初発症例が確認された後は、疑い事例に対する行政検査の需要の急増が予想されるので、その際には検査の対象を適切に絞り込んでいく必要がある。

7.3 具体的対応③：住民相談体制

《メモ：初発症例が確認された後は、相談件数の急増が予想される。》

相談対応体制として人員確保と相談内容の整理が必要になる。

ジカウイルス感染症に関しては、妊婦の対応や状況によっては新生児の対応も必要となる。

○専門医療機関について

- ・「蚊媒介感染症専門医療機関一覧（2016年9月20日更新）」（一般社団法人日本感染症学会）

http://www.kansensho.or.jp/mosquito/medical_list.html

- ・「ジカウイルス感染症協力医療機関（2016年9月20日更新）」（一般社団法人日本感染症学会）

http://www.kansensho.or.jp/mosquito/zika_list.html

日本感染症学会は、一次医療機関などからの相談などの対応を行う「蚊媒介感染症専門医療機関」及び「ジカウイルス感染症専門医療機関」を公表している。

○妊婦の対応について

- ・ジカウイルス感染症に関する妊婦の電話相談窓口一覧

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123076.html>

- ・ジカウイルス感染症の診療体制について（2017年3月24日）（成育疾患克服等総合研究事業/母子感染に対する母子保健体制構築と医療開発技術のため の研究）

<http://www.niid.go.jp/niid/images/epi/zika/zika-mcs20170324.pdf>

国内の医療機関の先生方、とりわけジカウイルス感染症協力医療機関及び母子感染ネットワーク医療機関等の先生方に対して、国内における妊婦を含むジカウイルス感染症の診療の流れについては、国立感染症研究所、AMED 成育疾患克服等総合研究事業「母子感染に対する母子保健体制構築と医療開発技術のための研究（ジカウイルス班）」から公表されている。「ジカウイルス感染症を疑う妊婦」（行政検査対象）及び「ジカウイルス 感染症を否定できない妊婦」（研究班検査対象）に関する問い合わせは、国立感染症研究所・感染症疫学センター内のインターネット受付窓口（メールアドレス：congenitalzika@nih.go.jp）で対応する。

7.4 具体的対応④：医療機関での対応

《メモ：感染拡大防止のための患者指導も大切》

患者発生時には、ウイルス血症期の患者に対し、適宜適切な感染拡大防止のための指導を保健所や医療機関が実施することが重要である。そのため、医療機関の連携の際には診断・治療体制と併せてウイルス血症期の患者指導についても普及することが必要となる。

○院内感染対策について（ガイドラインより抜粋 P22～）

医療機関においては、デング熱及びチクングニア熱及びジカウイルス感染症患者が入室している病室への蚊の侵入を防ぐ対策をとると同時に、有熱時にはウイルス血症を伴うため、病院敷地内の植え込みなどで、蚊に刺されないように患者に指導することが重要である。～中略～ 上記の医療機関における防蚊対策に加えて、デング熱、及びチクングニア熱及びジカウイルス感染症は針刺し事故などで患者の血液に曝露することで感染する可能性があるため十分に注意する。また患者が出血を伴う場合には、医療従事者は不透過性のガウン及び手袋を着用し、体液や血液による眼の汚染のリスクがある場合にはアイゴーグルなどで眼を保護する。患者血液で床などの環境が汚染された場合には、一度水拭きで血液を十分に除去し、0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する。院内感染予防のための患者の個室隔離は必ずしも必要ない。

○蚊媒介感染症診療ガイドライン 第4版（平成28年12月14日）

2016年7月14日に（第3版）の発刊後、ジカウイルス感染症に関する知見が集積されたことに加え、2016年9月6日のWHOの性行為による感染予防に関する暫定ガイダンスと現時点でのエビデンスを考慮し改訂したもの。

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/sa/zika/6950-zika-medical-g4.html>

【追記された項目】

流行地から帰国した男女は、感染の有無に関わらず、最低6か月間は性行為の際に適切にコンドームを使用するか性行為を控えること

流行地から帰国した妊娠を計画しているカップル或いは、女性は、最低6か月間は妊娠の計画を延期すること

「ジカウイルス感染症の検査の対象となる妊婦」について
新生児の評価について

WHO が2016年11月18日の第5回緊急委員会において、ジカウイルス感染症とその合併症はもはや「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC)」には該当しないとしたことについても記述

○ジカウイルス感染症を疑う症例の要件について

「蚊媒介感染症診療ガイドライン(第4版)」抜粋

【ジカウイルス病を疑う患者】次の 1. 及び 2. を満たすもの(※)

1. 症候:下記の症候 a) 及び b) を満たす

a) 発疹又は発熱(ほとんどの症例で、38.5 度以下)

b) 下記の(i)～(iii)の症状のうち少なくとも一つ

(i) 関節痛 (ii) 関節炎 (iii) 結膜炎(非滲出性、充血性)

2. 曝露歴:下記の a) 又は b) を満たす

a) 流行地域(i.)への渡航歴(ii.)がある

i. 流行地域

ジカウイルス感染症は、現在、中南米、カリブ地域、アジア太平洋を中心に世界的に拡大傾向にあることから、流行国・地域に関しては、厚生労働省ウェブサイト「ジカウイルス感染症の流行地域について」を参考とする。流行国・地域の周辺の国・地域においても、未確認ながら流行がみられる可能性もあることに留意する。

ii. 潜伏期間

潜伏期間を考慮し、上記の流行地域から出国後、概ね12日以内の発症であることを条件とする。

b) 発症前概ね 2～12 日の間に 1. 及び 2a) を満たすパートナーとの適切にコンドームを使用していない性交渉歴がある。

※ただし、蚊媒介による国内発生を疑う場合は、1. をおこしうる他の疾患を除外した上で、2. の条件は必須ではない(2.1 デング熱2診断「鑑別診断」を参照)。

○感染症法に基づく医師の届出について (四類感染症)

・ジカウイルス感染症

届出基準

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/01-04-44.html>

届出票

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/pdf/01-04-44b.pdf>

・デング熱

届出基準

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-04-19.html>

届出票

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/pdf/01-04-19b.pdf>

【参考】

地域におけるジカウイルスの蚊媒介性感染 — マイアミ・デイドおよびブロード郡、フロリダ州、2016年6月～8月 MMWR65(38):1032—1038

Local Mosquito-Borne Transmission of Zika Virus — Miami-Dade and Broward Counties, Florida, June–August 2016

<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6538e1.htm>

先天性ジカウイルス感染の可能性のある乳児の評価および管理のための暫定ガイダンス — アメリカ、2016年8月 MMWR65(33):870—878

Update: Interim Guidance for the Evaluation and Management of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection — United States, August 2016

<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6533e2.htm>

8 媒介蚊対策

媒介蚊の対策は、(1)発生源対策、(2)成虫対策、(3)個人的防御の3つに分けられる。個人的防御は平常時とデング熱流行時とでほぼ同じ対策が取られるが、発生源対策は基本的に平常時に重要とされ、これに対して成虫対策は主としてデング熱流行時に実施される。

ヒトスジシマカは、北海道を除く本州以南の地域の特に関東圏に多く見られ、活動期は5月中旬から10月下旬となる。ヒトスジシマカの幼虫は小さい水域、例えば、ベランダにある植木鉢の受け皿や空き缶・ペットボトルに溜まった水、放置されたブルーシートや古タイヤに溜まった水などによく発生する。ヒトスジシマカは日中の野外で活動性が高く、ヒトがよく刺される場所は、墓地、竹林の周辺、茂みのある公園や庭の木陰などとされている。

なお、ネッタシマカは日本国内では生息していないが、近年、国際空港のターミ

ナルビル周辺や貨物便の機内で発見される事例が相次いでいる。

8.1 デング熱国内感染事例発生時の媒介蚊調査

推定感染地における成虫対策の方針決定と、蚊にさされるリスクが高いエリアを明らかにするため、成虫の密度調査を行う。(地方自治体向け手引き p 15)

○役割分担について

- ・本来は国や各自治体等の分担を明確にして実施することが必要だが、平成26年の東京都の事例では関係各部署が協力して行われた。
- ・国立感染症研究所昆虫医科学部は媒介蚊対策の専門家があり、協力依頼することが望ましい。
- ・検疫所は蚊が媒介する疾患調査の経験が豊富であり、道具の貸し借りを含め協力を仰ぐことができる。

○調査等従事者の感染防御

- ・個人的防御法の徹底、必要に応じ忌避剤の使用を検討する。

8.2 推定感染地に対する対応（媒介蚊防除対策・推定感染地の閉鎖）

調査において、成虫の密度が高いと判断された場合については、管理者、市町村、都道府県等とで相談の上、また、事前に周辺住民へ周知した上で、成虫対策としての化学的防除を行う。前後において、成虫蚊の密度調査を行いその効果判定を行う。幼虫対策として清掃・物理的駆除等。(詳細は手引き p 15)

○推定感染地域での立ち入り禁止区域の設定

- ・推定感染地域の立ち入り禁止区域への設定は、新たな患者発生とまん延を防止するために当該設定がやむを得ない場合に限り検討すべきものと考えられる。
- ・管理者との調整が必要
- ・四類感染症であるデング熱の場合、感染症法に保健所が施設の利用制限等を命じる規定はなく、その判断は施設管理者が行うものである。

8.3 平常時の媒介蚊対策

蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針においては、「リスク評価の結果注意が必要であるとされた地点において、ヒトスジシマカの発生状況の継続的な観測や媒介蚊の対策等を実施すること」とされている。リスク評価は県レベルでの実施になると考えられるが、保健所はその結果について把握しておく。

○平常時のリスク評価・ヒトスジシマカ対策の考え方の詳細は「デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の対応・対策の手引き 地方公共団体向け」（平成29年4月28日改訂 国立感染症研究所）で確認を！

9 情報公開・啓発

□ 公表の前に確認すべきこと

・公表の前に「デング熱」が「国内」で感染したのか『確認』することが大切

□ 情報公開の際の留意点（プライバシーの保護等）

- 感染者や推定感染地域の情報と取扱いやプライバシーへの配慮について
- ・人口の少ない地域では、わずかな情報が感染者の特定につながる可能性があり、注意が必要。

□ 住民啓発

○ 蚊にさされやすい場所を習慣的に利用する人へ、虫よけ剤の使用や服装の注意等蚊の個人的防御対策、健康管理について啓発

○ 蚊に対する知識の普及

○ 蚊の成虫・幼虫の駆除・発生源対策

* 広報の例：感染症ひとくち情報 中南米等で流行しているジカウイルス感染症とは？（東京都健康安全研究センター）

<http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/assets/diseases/zika/hitokuchi-joho.pdf?20160407>

○ ジカウイルス感染症に関する Q&A について

（厚生労働省 2016年1月21日作成 2016年12月14日更新（問4、8修正 問15追加）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109899.html>

○ 啓発ツール

厚生労働省作成ポスター・パンフレット

【出国/日本語】「ジカウイルス感染症」が流行しています！

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000160177.pdf>

【入国/日本語】「ジカウイルス感染症」が流行しています！

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000160178.pdf>

ジカ熱・デング熱対策「蚊の用心 ひと刺し用心」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000127145.pdf>

ジカ熱・デング熱の感染もと ヒトスジシマカの発生源を叩け！

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000127146.pdf>

ジカ熱・デング熱の感染源 ヒトスジシマカに注意！

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000127156.pdf>

感染症は一国の問題ではない。～エボラ出血熱、デング熱を例に～

(平成26年度新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究推進事業研究成果発表)

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000131095.pdf>

ジカウイルス感染症について (厚労省)

本サイトには、啓発ツールだけでなく、ジカウイルスに関する各種情報の URL が一覧になっています。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000109881.html>

10 WHOのジカ熱の緊急事態宣言解除後の対応について

平成28年11月21日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡

「ジカウイルス感染症に関する情報提供及び協力依頼について」

2016年（平成28年）11月18日世界保健機関（WHO）は、ジカウイルス流行地域における小頭症と神経障害に関する第5回緊急委員会を開催し、本年2月の小頭症及び神経障害の集団発生に関する「国際的に懸念され公衆の保健上緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)）の終了を宣言しました。

PHEICの終了を受け、国は11月21日付事務連絡（上記）を発出し、今後は以下のように対応することとされました。

- ・ 輸入症例の取扱いについては、結核感染症課への情報提供を不要とし、症例毎のプレスリリースは行わない。
- ・ 国内感染が疑われる症例（デング熱、チクングニア熱等他の検査と併せて検査を実施する場合を含む。）については、引き続き地方衛生研究所において検査を実施する時点で、結核感染症課へ報告をお願いする。

世界での流行状況を踏まえ、今後も引き続きジカウイルス感染症他蚊媒介感染症に対する注意喚起等が必要です。

11 文献・参考資料

- ジカウイルス感染症とは
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/6224-zika-fever-info.html>
- Fernanda R. Cugola, et al; The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. Nature (2016) doi:10.1038/nature18296
<http://www.nature.com/nature/journal/vnfv/ncurrent/full/nature18296.html>
- IASR 平常時およびデング熱流行時における蚊の対策 (IASR Vol. 36 p. 42-44: 2015年3月号)
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/iasr-sp/2305-related-articles/related-articles-421/5454-dj4216.html>
- デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の対応・対策の手引き 地方公共団体向け (平成27年4月28日作成 平成29年4月28日改訂 国立感染症研究所)
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10906000-Kenkoukyoku-Kekkakukansenshouka/270428.pdf>
- 東京都蚊媒介感染症対策行動計画 (平成27年6月23日作成 平成29年5月改訂 東京都福祉保健局)
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/kansen/dengue/index.files/Tokyo_mosquito_plan.pdf
- 国立感染症研究所 IASR 「デング熱国内感染症例の積極的疫学調査結果の報告」 (掲載日 2015/6/23 更新日 2015/6/25)
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/693-disease-based/ta/dengue/idsc/iasr-news/5754-pr4252.html>
- 厚生労働省 事務連絡 デング熱等蚊媒介感染症に関する注意喚起等について (結核感染症課 平成27年7月28日) (web への掲載なし)
- 厚生労働省 事務連絡 ジカウイルス感染症に関する情報提供及び協力依頼について (結核感染症課 平成28年11月21日) (web への掲載なし)

取りまとめ担当：三崎 貴子

中東呼吸器症候群（MERS）に対する保健所の対応への助言 ver.5

■ 今回改正のポイント

- 平成 29 年 7 月 7 日結核感染症課長通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」の反映
 - 【主な変更点】
 - ・疑似症患者定義の変更
 - ・ヒトコブラクダとの濃厚接触歴の定義の明確化 など
- 「中東呼吸器症候群（MERS）のリスクアセスメント」（国立感染症研究所）更新反映
- 「中東呼吸器症候群（MERS）に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）」（国立感染症研究所）更新反映 など

■ はじめに

平成 24 年 9 月以降、中東地域に居住または渡航歴のある者を中心に MERS 患者が報告され、平成 29 年 7 月 6 日時点で WHO へ報告された確定患者は 2,040 例、そのうち死亡例は少なくとも 712 名となっています。我が国においては、平成 27 年 1 月 21 日付で MERS を感染症法上の 2 類感染症に追加し、また、平成 27 年 5 月に韓国で発生した輸入症例において、診断の遅れや医療機関における院内感染対策の不徹底等により、医療従事者や患者家族等に感染が大きく広がったことから、各種通知に基づき対策の強化がなされました。

その後、韓国においては平成 27 年 7 月 5 日の報告を最後に新規患者の発生報告はなく我が国への感染拡大の懸念が低くなったと考えられること、一方でサウジアラビアにおいては平成 27 年 8 月から医療機関内の二次感染を中心とした集団発生がおきていたこと等を踏まえ平成 27 年 9 月 18 日通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」に基づき対応してきましたが、今般、平成 29 年 7 月 7 日通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」により、MERS の国内発生時の対応が改定されたことから、本事業班では対応への助言を改訂しました。

■ 事前チェック

- 検疫所との連携は取れていますか？

- 管内医療機関への情報提供と感染症指定医療機関との協議や訓練を行っていますか？
- 患者発生時における疫学調査並びに移送体制は整っていますか？
- 県内の検査体制は整っていますか？

なお、MERS 対応等、危機管理にはリスクアセスメントが重要です。

以下に、[国立感染症研究所のリスクアセスメント](#)を引用していますので参照ください。

国立感染症研究所

中東呼吸器症候群(MERS)のリスクアセスメント (2017年6月16日現在)

<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/mers/mers-ra-20170616.pdf>

日本においても、現在症例が発生している地域からの輸入例が発生する可能性がある。また、発症してから検査診断が確定するまでの間の接触者に MERS-CoV が感染する可能性も否定はできない。平時、MERS を疑った場合、診断が確定された場合、それぞれに応じて以下の対応を取ることが肝要である。

【平時】

- ・ MERS 流行国の周知と、流行国へ渡航する際の注意事項(感染リスクを高める行動、予防法、帰国に際しての注意事項など)に関する認識を向上させる。
- ・ 医療従事者は、医療機関内での感染伝播を確実に防止するため、呼吸器症状を呈する患者を診察する際には、標準予防策及び飛沫予防策を徹底する。また、患者から、MERS の患者が報告されている国への渡航歴、その国での行動歴や医療機関の受診歴を聴取し、MERS-CoV 感染のリスクを判断する。
- ・ MERS 患者は、確定例またはラクダとの接触歴は明確でない場合や、軽症である可能性があることに留意しつつ、感染症法に基づく届出基準や通知に従って症例の診断と報告を適切に行う。

【MERS を疑った場合】

- ・ 症状、渡航歴、接触歴などの情報から MERS を疑った場合、患者へ感染拡大防止に関する指導(咳エチケットの徹底など)を行い、陰圧室等の適切な病室で診療をする。また、検査診断のための検体採取など、医療行為に応じた予防策を徹底する(例：人工呼吸器装着時の空気感染予防策)。
- ・ 医療機関は、公衆衛生部局(保健所、地方衛生研究所、自治体等)と連携し、迅速な診断に努める。

【MERS と確定された場合】

- ・ 適切な診療、感染予防策を継続して実施する。高齢者や基礎疾患のある者に感染した場合、重症化する恐れもある。
- ・ 医療機関と公衆衛生部局（保健所等）が連携して積極的疫学調査を実施する。
- ・ 患者から接触者へヒトヒト感染の可能性があることに留意し、迅速に接触者調査を行い、接触者に対しては健康監視・隔離や外出自粛要請などを適切に実施する。
- ・ 今後も発生状況を継続的に把握し、MERS 患者の発生国の分布の変化や、継続的なヒトヒト感染を示唆する疫学的変化について注意深く監視する。

（リスクアセスメントから抜粋引用）

また、IASR（病原微生物検出情報）2015年12月号に、MERSに関する特集記事が掲載されています。詳しくは下記アドレスを参照ください。

IASR Vol. 36, No.12 (No. 430) December 2015

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/iasr-sp/2321-iasr-archive/iasr-vol36/6152-iasr-430.html>

■ 検疫対応

検疫対応については、これまで平成27年9月18日通知「中東呼吸器症候群における検疫対応について」に基づく対応が行われてきましたが、平成29年7月7日に同通知が改正されました。

平成29年7月7日 結核感染症課長通知

「中東呼吸器症候群における検疫対応について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170506.pdf>

（検疫所による健康監視対象者について）

検疫法第12条の規定に基づく質問により、14日以内にMERSの流行国において、①MERSであることが確定した患者との接触歴がある者及び②ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者を健康監視対象者とする。また、14日以内にMERSの流行国に限らず、③MERSであることが確定した患者を診察、看護若しくは介護していた者、④MERSであることが確定した患者と同居していた者、⑤MERSであることが確定した患者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接接触した者、⑥機内等でMERS疑似症患者と接触した者を健康監視対象者とする。

（検疫対応における疑似症患者について）

検疫対応としての疑似症患者の定義は、国内発生時の疑似症患者の定義（P5～P6参照）と同じです。

資料：厚生労働省検疫所 FORTH(フォース)ホームページ
国立感染症研究所ホームページ

*海外での患者発生状況等の詳細は、上記の最新情報を参考にしてください。

■ 国内での対応

■ 対応の根拠：感染症法（二類感染症）

平成 27 年 1 月 21 日健発 0121 第 1 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（一部改正）

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/pdf/h27_0122-1.pdf

（参考）**MERS** は疑似症患者を患者とみなす政令で定める二類感染症

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令
（最終改正：平成二七年三月三十一日政令第一三八号）

第四条 法第八条第一項の政令で定める二類感染症は、次に掲げるものとする。

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H10/H10SE420.html>

届出基準

厚生労働省ホームページ

中東呼吸器症候群（MERS）感染症法に基づく医師及び獣医師の届出について

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-12-02.html>

届出票

（中東呼吸器症候群（MERS）発生届様式（抜粋））

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/pdf/01-12-02.pdf>

■ 対応の手順①：疑似症患者の定義

MERS 疑似症患者の定義については、遺伝子検査の実施が必要な感染症法に基づく届出基準として定められている疑似症患者の定義（平成 27 年 1 月 21 日結核感染症課長通知「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（一部改正）」）：以下の**定義 2**に該当）に加え、迅速な防疫措置の実施・人権への配慮といった観点から、遺伝子検査実施前に疑似症患者として取り扱える患者を流行状況に応じて変更し通知で定義しています（以下の**定義 1**に該当）。

MERS 疑似症患者の定義については、

平成 29 年 7 月 7 日 結核感染症課長通知

「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170505.pdf>

を参照ください。

この平成 29 年 7 月 7 日通知による「MERS 疑似症患者の定義」は下記のとおりです。

定義 1 又は **定義 2** に該当する患者を疑似症患者として取扱います。

定義 1

当面的間、次のア又はイ（「**定義 1**」という）に該当する者は MERS 疑似症患者として取り扱う。（ただし、MERS ではなく他の疾病であることが明らかな場合を除く。）

- ア. 38℃以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、かつ臨床的又は放射線学的に肺炎、ARDS 等の肺病変が疑われる者であって、発症前 14 日以内に流行国（※1）において、MERS であることが確定した患者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴（※2）があるもの
- イ. 発熱又は急性呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、発症前 14 日以内に MERS であることが確定した患者を診察、看護若しくは介護していたもの、MERS であることが確定した患者と同居（当該患者が入院する病室又は病棟に滞在した場合を含む。）していたもの又は MERS であることが確定した患者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接接触したもの

※1 流行国：中東地域の一部

厚生労働省作成の中東呼吸器症候群（MERS）に関する Q&A（第 5 版）

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers_qa.html

では、具体的には次の 7 か国（輸入症例ではない MERS の確定患者の発生が認められた国）と記載されています。（2017 年 7 月 7 日現在）。

：アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、ヨルダン

また、最新の MERS の発生状況は、WHO（世界保健機関）Disease Outbreak News のサイト（英語）（<http://www.who.int/csr/don/en/>）で確認することができます。

※2 ヒトコブラクダとの濃厚接触歴：ヒトコブラクダの鼻や口等との接触（ヒトコブラクダから顔を舐められるなど）や、ヒトコブラクダの生のミルクや非加熱の肉などの摂取

定義2

平成 27 年 1 月 21 日結核感染症課長通知「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（一部改正）」に記載されている疑似症患者の定義（「定義2」という）に該当する者も疑似症患者として取扱う。

具体的には MERS の「臨床的特徴」を有し、「感染が疑われる患者の要件」（※3）に該当すること等から MERS が疑われ、病原体の少なくとも 1 つの遺伝子領域が確認された患者を指す。

※3 「感染が疑われる患者の要件」

患者が次のア、イ又はウに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでない場合、中東呼吸器症候群への感染が疑われるので、中東呼吸器症候群を鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

- ア. 38℃以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺炎、ARDS などの実質性肺病変が疑われる者であって、発症前 14 日以内に WHO の公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域に渡航又は居住していたもの
- イ. 発熱を伴う急性呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、発症前 14 日以内に WHO の公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域において、医療機関を受診若しくは訪問したもの、中東呼吸器症候群であることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴があるもの
- ウ. 発熱又は急性呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、発症前 14 日以内に、中東呼吸器症候群が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの、中東呼吸器症候群が疑われる患者と同居していたもの又は中東呼吸器症候群が疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接接触したもの

上記定義1に該当する患者や定義2を疑う患者が発生した場合の対応については、同通知の（別添2）中東呼吸器症候群（MERS）疑い患者が発生した場合の自治体向け暫定的対応フロー もご確認ください。

■ 対応の手順②（注意点）：患者移送時の感染対策等

平成 26 年 7 月 25 日 国立感染症研究所

中東呼吸器症候群（MERS）・鳥インフルエンザ(H7N9)患者搬送における感染対策

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/alphabet/mers/2186-idsc/4854-mers-h7-hansou.html>

を参照ください。

(搬送時における感染対策の概要)

・感染源への曝露に関する搬送従事者の安全確保と、搬送患者の人権尊重や不安の解消の両面に立った感染対策を行うことが重要。

・基本的な考え方は、搬送従事者が、標準予防策・接触感染予防策・飛沫感染予防策・空気感染予防策を必要に応じて適切に実施し、患者に対して過度な隔離対策をとらないように適切に判断することである。

患者（疑似症患者を含む）への対応

サージカルマスクを着用させる。搬送に使用する車両等の内部に触れないよう患者に指示する。 など

搬送従事者の対応

全員サージカルマスクを着用する。患者収容部で患者の観察や医療にあたる者は、湿性生体物質への曝露があるため、眼の防御具（フェイスシールドまたはゴーグル）、手袋、ガウン等の防護具を着用する。気管内挿管や気道吸引の処置などエアロゾル発生の可能性が考えられる場合には、空気感染予防策としてN95 マスクを着用する。搬送中は適宜換気を行う。 など

なお、平成 29 年 7 月 7 日通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170505.pdf>

では、なお書きとして「住宅街や深夜の場合など、患者のプライバシー等に十分配慮して移送すること。」とあります。

また、平成 29 年 7 月 7 日 結核感染症課事務連絡

「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応に関する Q&A（一部改正）について」（7 月 13 日現在リンクなし）

では、移送に関して以下の Q&A が記載されています。

(移送)

呼吸器症状のある本人から MERS について保健所に相談があり、医療機関を受診させる際はどのように案内すればよいですか？

答：本人から相談があり医療機関を案内する際には、①公共交通機関を利用せず他者との接触を避けて移動すること、②適切な感染予防策（サージカルマスクの着用等）をとること、③家族が同行する場合、家族にも適切な感染予防策をとること等を指導した上で、速やかに医療機関を受診するよう指示をお願いします。

医師の診察後、疑似症の発生届出が提出された場合は、原則として感染症指定医療機関に入院させる必要がありますので、患者が感染症指定医療機関以外を受診している場合は、感染症法第 21 条に基づき感染症指定医療機関への移送をお願い

います。その場合、事前に入院させる感染症指定医療機関と電話等で十分な連絡・連携を図るとともに、濃厚接触者となる可能性がある家族については、居所の把握等の対応について適切に指示をお願いします。

【参考】消防庁の対応

平成 29 年 7 月 7 日 消防庁救急企画室長通知

「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」

http://www.fdma.go.jp/concern/law/tuchi2907/pdf/290707_kyu136.pdf

消防庁の対応として、上記通知が発出されています。消防機関における基本的な対応については変更ありません。

本通知の一部を以下に掲載しますので参照ください。

1 消防機関の救急業務と中東呼吸器症候群（MERS）患者との関わり

厚生労働省から各都道府県、保健所設置市及び特別区の衛生主管部（局）に対して示された基本的な対応においては、健康監視対象者から健康相談を受けた保健所の医師が、中東呼吸器症候群（MERS）疑似症患者の定義に該当すると判断した場合、当該者を疑似症患者として取り扱うこととされている。

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（平成 10 年法律第 114 号）において、中東呼吸器症候群（MERS）は二類感染症に指定されており、中東呼吸器症候群（MERS）の患者（疑似症を含む。）として都道府県知事が入院を勧告した患者又は入院させた患者の医療機関までの移送は、都道府県知事（保健所設置市の場合は市長又は区長）が行う業務とされている。

しかしながら、消防機関が行う救急業務に関して、傷病者を搬送後、その傷病者が中東呼吸器症候群（MERS）に感染していたと判明する場合もありうることから、下記 2④に留意するとともに、消防機関としても、地域における保健所との連絡体制の構築に協力されたい。（通知文より抜粋引用）

■ 対応の手順③：積極的疫学調査

平成 29 年 7 月 7 日版 国立感染症研究所

中東呼吸器症候群（MERS）に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/htmlv-1-m/533-idsc/7364-mers-epistudy20170707.html>

を参照ください。調査票は本 HP 内からダウンロードできます。

(実施要領の概要)

- ・ 調査対象：「積極的疫学調査の対象となる疑似症患者（※4）」、「患者（確定例）」、「濃厚接触者」「その他の接触者」
- ・ 調査内容並びに指導事項
- ・ 感染予防策： 積極的疫学調査の対応人員が症例及び検査対象者に対面調査を行う際は、手袋、サージカルマスクの着用と適切な手洗いを行うことが必要と考えられるが、現時点では、疫学的な知見に乏しい新興の呼吸器感染症への対応として、眼の防護具（フェイスシールドやゴーグル）、ガウンを追加し、必要に応じてサージカルマスクではなく N95 マスクを着用する。（PPE（感染防護服）着脱に関するトレーニングを定期的もしくは事前に積んでおくことが重要である。）

※4 「積極的疫学調査の対象となる疑似症患者」

「積極的疫学調査の対象となる疑似症患者」の定義は、MERS 疑似症患者の定義（P5 参照）を満たし、かつ、地方衛生研究所で実施された PCR 検査により少なくとも 1 つの遺伝子領域の MERS コロナウイルス遺伝子が陽性であったものを指す。

しかし、「疑似症患者」のうち、MERS に感染している蓋然性が高いと考えられる場合（例：P5 の **定義1** に合致する場合）は、MERS コロナウイルス遺伝子が陰性であると確認されるまでは、「積極的疫学調査の対象となる疑似症患者」に準じた対応をとることも考慮する。

(MERS 患者からの二次感染が疑われる者への対応)

平成 29 年 7 月 7 日通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170505.pdf>

では、次の（1）及び（2）のとおり、当該患者との接触状況等に応じて、入院措置、健康観察又は外出自粛要請等の対応を行うこと、積極的疫学調査を開始する都道府県等の要請に応じて、国立感染症研究所から疫学の専門家を派遣することができる旨記載されています。

（1）疑似症の要件に該当する者

MERS 疑似症患者の定義に該当する者については、**感染症指定医療機関への入院措置**

（2）疑似症の要件に該当しない者

ア 濃厚接触者

MERS 患者と同一住所に居住する者又は必要な感染予防策（※5）を講じずに、当該患者の診察、搬送等に従事した者等については、当該患者と接

触した可能性のある日から **14 日間の健康観察及び外出自粛要請**
イ **その他接触者**

MERS 患者と同じ病棟に滞在する等の接触があった者のうち上記アに該当しない者又は必要な感染予防策を講じた上で当該患者の診察、搬送等に従事した者等については、当該患者と接触した可能性のある日から **14 日間の健康観察**

※5 必要な感染予防策

手袋、サージカルマスク（又は N95 マスク）、眼の防護具、ガウンの装着等
また、上記（1）及び（2）の区分については、本通知の添付資料「別添 6 国内で MERS 患者に接触した者への対応について」も適宜参照ください。

■ 医療機関で必要な取り組み（院内感染対策等）

平成 26 年 7 月 25 日 国立感染症研究所

「中東呼吸器症候群（MERS）・鳥インフルエンザ（H7N9）患者に対する院内感染対策」

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/alphabet/mers/2186-idsc/4853-mers-h7-hi.html>

を参照ください。

《ひとくちメモ》

・入院医療機関について

患者が重症である場合、感染管理と集中治療室管理などの高度な医療の提供の二つに配慮する必要があります。

また、

平成 29 年 7 月 7 日通知「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170505.pdf>

では、医療提供体制について、「原則患者が発生した都道府県内において入院医療を完結し、原則陰圧制御の可能な病室に入院させる。患者の治療に当たる医療機関の要請に応じて、国立国際医療研究センターから専門家を派遣できるので適宜活用すること。」とあります

資料：国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国際感染症センター
国際感染症対策室

MERS-CoV の流行と医療機関で必要な取り組み（2016 年 1 月 20 日）

<https://www.dcc-ncgm.info/topic/topic-mers-cov/>

■ 検体の搬送及び検査

平成 29 年 7 月 7 日通知「中東呼吸器症候群 (MERS) の国内発生時の対応について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000170505.pdf>

では、「**定義 1** (P5 参照) に該当する MERS 疑似症患者が発生した場合、検体の搬送は地方衛生研究所及び国立感染症研究所に対して行い、**地方衛生研究所による PCR 検査と並行して、国立感染症研究所による PCR 検査を行えるようにし、早期に検査結果を確定させること。****定義 2** (P5～P6 参照) に該当することを疑い PCR 検査を実施する場合は、まずは地方衛生研究所に検体を搬送して検査を行こととし、**必ずしも国立感染症研究所での PCR 検査を並行して行う必要はないこと。**」とあります。

■ Q & A

厚生労働省

中東呼吸器症候群 (MERS) に関する Q&A (第 5 版 平成 29 年 7 月 7 日作成)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/mers_qa.html

平成 29 年 7 月 7 日付事務連絡 (厚生労働省結核感染症課)

「中東呼吸器症候群 (MERS) の国内発生時の対応に関する Q&A について (一部改正)」

自治体向け中東呼吸器症候群 (MERS) Q&A (平成 29 年 7 月 7 日版)

⇒ 7 月 25 日現在、リンクなし

【文献】

国立感染症研究所

中東呼吸器症候群(MERS)のリスクアセスメント (2017 年 6 月 16 日現在)

<https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/mers/mers-ra-20170616.pdf>

IASR Vol. 36, No.12 (No. 430) December 2015

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/iasr-sp/2321-iasr-archive/iasr-vol36/6152-iasr-430.html>

に参考文献が掲載されていますので参照ください。

取りまとめ担当：坂本 龍彦

テーマ3. 新興（または大規模）感染症発生時の疫学業務及び情報公開（共有） の課題に関する検討

新型インフルエンザ（2009年）や中東呼吸器症候群（MERS）、また最近の麻しんなど新興（または大規模）感染症発生時における疫学業務及び情報公開（共有）の課題について検討を行う。

■ 本議論の目標（ゴール）

課題を整理し公表することにより、保健所（または都道府県）での解決を支援する。

* 上記をゴールとして設定する理由

- ・当該事例発生に際しては、様々な状況があり、普遍的なモデルを提示することは困難である。
- ・さらに医療機関や関係機関（患者利用施設）等、行政内の議論だけでは解決しない関係者が多数存在するとともに、政治的な判断が下される場合もある。
- ・加えて、患者人権の尊重と住民の知る権利という、相反する課題も存在する。
また感染症発生時の公表に関しては、各自治体内で情報公開に関するルール※が定められていることが多く、保健所単独では公表（又は非公表と）する内容についてのルールを定めるのが困難な実情がある。

上記により、本議論は課題の整理と解決の支援をゴールとして設定した。

※ 平成29年1月13日付 北海道庁による調査 感染症発生時の公表について
北海道保健福祉部健康安全局地域保健課感染症・特定疾患グループ
(末尾の添付資料集に同庁の了承のもとで、調査概要を掲載)

* 本議論における状況設定：麻しんの集団発生事例対応

上記を状況として設定した理由

- ・麻しんは感染症法上5類疾患であるが、その対応は全数報告疾患であり、更に多数の接触者への積極的疫学的調査が求められる場合も多い。また対象者の把握のために自治体が情報公開を行うことも多く、接触者が他自治体に及ぶ広域的対応が求められることも多い。
- ・その点では感染症法上の類型こそ異なるが、中東呼吸器症候群（MERS）による国内流行時の対応等新興感染症との類似点は多く、現在、国内多くの自治体でその対応に苦慮している実情を合わせて考えると、より現実に即した議論が可能と思われるためである。
- ・具体的には、山形県の麻しん集団発生事例について、その対応にあたられた玉賜保

健所長の山田敬子先生から関連資料を提供頂き、班会議での議論の参考とした。

◎ 保健所（および都道府県）が新興（大規模）感染症発生に備えて検討が必要な事項

○ 疫学調査について

- ・ 調査時の状況：対象者が多数かつ広域に存在
- ・ 行政に求められる機能：多数の者に対応し、効率的な調査する機能として
 - ①人員、②ツール、③個人同定機能等が求められる。
- ・ 多人数の接触者に対する積極的疫学調査と健康監視等に関する業務量のサージによる大規模な負荷が起こり得ることの認識と、そのための人的資源やツールの事前の備えに関する検討が必要である。

・ 支援（受援）体制：

短期間で大量の疫学調査や健康監視業務を処理するためには、当該保健所の人員では対応できないと考えられる¹⁾。

麻しんアウトブレイクなど中規模の業務においては、まず都道府県内の保健所から当該保健所に派遣を行うこととなる。また、大規模の場合には、感染症公衆衛生支援チーム（仮称）として都道府県外から（まずは近隣ブロックの都道府県から、更に全国の都道府県の）保健所や地方衛生研究所の職員を派遣するシステムの整備が望まれる。災害対策については、現在 DHEAT（災害公衆衛生支援チーム）の設立、派遣が検討されているが、大規模感染症対策においても同様のしくみの創設が必要と考える。一方で、仮に県外からの支援を受け入れる場合には、DHEAT 構想でも議論されているように、受け入れ自治体の権限と責任の下で支援者を受け入れるための準備が必要となる。重ねて、今後は、全国保健所長会の健康危機管理に関する委員会や、ブロックごとに開催される保健所連携推進会議などで広域連携について検討しておくことも重要である。

なお、今回、本班の事業として実施した「保健所における感染症対応に関するアンケート調査」の結果から、特に中核市や政令市においては応援体制がない、と考える自治体が多くみられたことを特記する。

- ・ また、人的資源の確保のためには、近隣自治体を含めた専門家（FETP-J 等）による受援についても検討しておく必要がある。現在、厚生労働科学研究 齋藤班※においても自治体が FETP-J を派遣するにあたっての課題の調査等が行われているが、今後これらの課題の検討を踏まえ、各自治体においても人員の育成に関する検討を続けていくことが望ましい。

※厚労科研 齋藤班：平成 29 年度厚生労働科学研究費 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業「新興・再興感染症のリスク評価と危機管理機能の確保に関する研究」

・ アウトソースについて：

電話対応のコールセンターや検体検査など、現地での処理が必須でない業務を選定

して、アウトソースのシステムの整備についても、今後検討していく。

(参考) 1) 中里班 H28 年度調査「保健所における感染症対応に関するアンケート調査」報告書 p6 3

MERS、エボラ出血熱への対応について (1)大規模な接触者調査が必要になった場合の保健所の対応

・システムやツール：

上記の効率的実施には、情報システム、ツールが必須であり、大量の疫学調査や健康調査を処理するためのアプリやCTI (computer telephony integration) を用いた接触者に対する追跡ツールやデータベースの整備等について国や国立感染症研究所において研究開発がなされている(大曲班等)。他方、自治体においては情報セキュリティが強化されたことに伴い、使用できるツールが制限されている現状がある。この情報システムをどのように利用可能なものとしていくかは、今後の保健所の大きな課題である。

○ 情報公開について

・ 情報公開の目的と事前の留意点など

情報公開は感染症拡大防止に大きな役割を持ち、重要な検討課題の一つである。情報共有には、①情報公開と、②自治体間の非公開の情報共有（*に参考資料を記載）が考えられる。

一般的には①の情報公開により自治体間においても情報が共有されると考えられるため、予め都道府県が定める情報公開のルールについて十分検討しておくとともに、マスコミを含めた関係者にそのルールを周知しておくことが重要である。また、公開の目的（今回の事例の感染拡大が目的か、類似事例の再発防止が目的か）などについても理解してうえで、公開する情報を決めていくことが重要である。

◇ 実際に自治体の支援にあたられた国立感染症研究所感染症疫学センターの多屋馨子先生の談によれば、

・ 感染可能期間中に訪れた場所の情報は、医療機関にとって麻しんを疑う極めて重要な情報であり、医療機関と行政機関との情報共有は、早期診断、早期対応に極めて重要な役割を果たしたと思われる。情報が共有されることで医療機関等との信頼関係がより深くなっているように感じられた。

・ 次に、問い合わせ業務に忙殺される状況は、どこの自治体でも経験されていた。情報を公開することで、一時的には問い合わせ等が増えたとしても、あとで振り返ると公表して良かったというご意見が多く聞かれた。また、情報が公表されない時に比べると自治体の負担は軽減されていたのではないかと拝察された。

・ 近年広域対応が必要になっている事例が多い。情報が公開されることは、関係する自治体、近隣の自治体のみならず、関係がないと思われていた自治体でも、疫学リンクの発見に繋がる場合もあり、感染経路を考える上で極めて重要な役割を果たしていたと考えられた。

- ・ 現在、感染可能期間中に使われた公共の交通機関等の使用状況は公表されている。個別の店名等についても協力依頼のもとで公表されるケースが多くなっている。感染可能期間中に滞在した場所のみならず、日時もあわせて伝えられることの重要性を強く感じた。麻しんウイルスが感染性を保持している期間は非常に短いので、情報を正しく伝えて、報道が正しく行われることで、風評被害の抑制にも繋がるのではないかと考えられた。情報公開が遅れると、自治体の負担はむしろ大きくなる場合が多いと思う。以上のことから、早期の情報共有は極めて重要であると考えられた。
- ・ なお、疫学調査は各自治体によって行われるため、そこで得られた情報の共有や公表は原則的に自治体の考え方によるが、自治体をまたがるアウトブレイクの場合は情報の共有や公表内容について、統一する必要が生じてくる。この在り方についても、各地域ブロックで事前に検討しておくことが望ましく、国の関与も求められる。

【情報公開の現状】自治体が発信した麻しん関連情報より

各自治体が麻しん患者発生に伴い公表している情報公開の現状

- ・ 交通機関情報

航空機便名に関する情報など、利用した公共交通機関を特定できる情報

- ・ 受診医療機関情報

公表（医療機関名と受診時間）の場合と非公表の場合あり

- ・ その他の商業施設等の利用情報

ショッピングモール等の大型商業施設名、郵便局名等の公表の場合あり

【望ましい情報公開（私見）】

- ・ 患者とのリンクが追えない状況

- ・ 自治体間をまたがる広域

等の場合においては、

可能な限り、（上記）利用施設や交通機関等の疫学情報を公開した方が、事例対応全体における混乱が結果として少なくなる、と考えられる。

各自治体には、公衆衛生対応と個人情報保護の相反する難しい課題に対応するために、情報公開のルールを事前に定めている場合が多い。これは個人情報を保護するためのマスコミへの盾になっていると同時に、上記の状況の場合には、情報公開について担当課（長）の責任において情報を公開せざるをえない状況とする可能性があるものでもある。これらを踏まえ、もう一度、例えば上記状況想定の場合における情報公開について、各自治体内で検討することが望まれる。

なお、国においては、一類感染症発生時の情報公開について検討を始めているようである。これらの議論も今後参考にしていきたい。

（補足）麻しん患者発生時においては、医療機関に情報を提供することは、次の症

例探知に極めて重要である。上述の情報公開とは別に、医療機関に対する非公開の情報共有についても事前の検討が望まれる。

・ **積極的な情報公開を行った場合の課題**

- ・ 「情報公開時に自治体の抱える課題」として、感染拡大防止の観点からの情報の積極的公開の必要性と個人情報保護に留意する点以外に、患者が利用した施設等の公表に対する理解（および公表に関するルールの整備）情報公開に伴う施設が受ける不利益に対する補償（保険含む）などが考えられる。
- ・ 最近の麻しん事例への対応においても、積極的疫学調査等において広域的な対応が求められているが、他方、情報公開による風評被害の発生に伴い、開示した情報元とのトラブル等も起こっているようである。
- ・ 情報公開により、施設などが不利益を受けた場合、行政は（訴訟で判決が確定することがない場合には）直接にその損失を補てんすることは困難である。なお、食中毒等の場合には、民間保険に補てん措置がある場合もある。

（参考） **食品営業に対する営業賠償（保険）の例**

対象範囲：「食中毒」または「一～三類感染症、指定および新感染症、レジオネラ症」の原因となる病原菌に汚染された疑いがある場合における保健所その他行政機関からの指導による施設の消毒その他の処置（特約では営業損失も対象）

・ **（再掲）自治体間の情報共有について**

初発患者の疫学調査にあたる自治体は、その患者が立ち寄り先を所管する他の自治体から情報提供を求められる。情報の共有は、その後の感染拡大を防止するために重要であるが、立ち寄り先の施設などが情報公開に協力的でない場合等においては、事例ごとの対応が求められる。また、患者発生自治体が他の自治体に提供した情報に関する個人情報保護の責務はどかが担うべきなのか、という課題もある。「自治体間のクローズドな情報システム」があることが望ましいが、開設主体は国でないと難しいと思われる。また、これらで共有された非公開情報が、情報公開開示請求時の公開の対象となるかについては本班では見解を示すことが難しい。

また、自治体の情報セキュリティが強化される現状の中で、様々なツール（アプリ等）が使用できにくい現状において、仮にシステムが構築された場合においても、それらが有効活用できるかの課題もある。

これらの課題については、今後、継続して議論していくことが重要である。

・ **全国の自治体の感染症発生時の情報公表の現状**

全国の自治体における感染症発生時の情報の公表については、前述の北海道庁による調査を参照されたい。

(参考) 自治体間で非公開により情報共有を行った際の情報管理責任について

本項では、上記の法的責任について弁護士に参考意見を求めたので、以下に記載する。
なお、これはあくまで考えの一例を示すものである。

[質問]

エボラ出血熱（疑似症を含む）他一類感染症の発生時には、地方自治体はその立ち寄り先などの情報を（各自治体が定める公表基準に基づき）公開し、そのまん延防止などに努めることとなっています。

実際に、麻しんについては、感染症法では5類疾患ですが、感染力が強く空気感染することもあることから、例えば大阪の関西国際空港等の例のように患者の立ち寄り先等の情報を公開し、他の地方自治体も積極的疫学調査を行うことがあります。

しかしながら、具体的施設名までは公表基準に定めている自治体は少ないようで、公表できない情報がある場合も多いのが実情です。

そのような中で、患者の情報を知ることは、隠れた接触者（患者）の早期発見等に繋がることなどから、近隣の自治体からは自治体間のみによる（非公式の）情報共有ができないかというような意見もでています。

このような状況下において、仮に非公式の情報共有システムが構築された場合、患者発生のA自治体が非公表を前提として提供した情報が、他の自治体Bから漏えいした場合、その漏えいの責任（患者の受けた不利益）は、A、Bどちらの自治体が負うべきものでしょうか。

[弁護士による回答]

病気の鎮圧のために、非公開という前提のもとで情報提供したものであれば、その情報漏えいに関する責任は情報を管理する立場（情報の貰い手である自治体B）にあると考える。

[補足]

情報管理の責任は情報収集自治体にある場合においても、情報を調査（提供）した自治体が（初発）患者または世論等から批判される可能性も考慮しておく必要があると思われる。

・医療機関との情報共有

麻しんなどの感染症が確認された場合、その周辺地域における患者の早期探知及び治療の目的から、関係する医療機関及び医師会に情報提供を行うことは非常に重要である。関係者間での情報共有について、事前に検討を行い、体制を整えておくことが大切である。

(参考) 平時における保健所による感染症情報の公開・共有のしくみ

医療機関との連携確立のためには、新興再興感染症・大規模感染症などのアウトブレイク時のみならず、平時においても、全保健所がサーベイランスや感染症届出、

アウトブレイクなどを評価するとともに、地域の関係機関に対して定期的に発信することが必要となる。以下にそのひな形を提示する。

例) 土浦保健所感染症情報 (作成: 緒方剛)

- ・感染症動向: 管内の感染症発生状況、感染症の定点報告数等
- ・管内学級閉鎖及び集団発生 (学級閉鎖措置、感染症集団発生など)
- ・インフルエンザ定点あたりの報告数、感染性胃腸炎の現在流行しているウイルス型、咽頭結膜熱、水痘の報告や学校における出席停止者に関する記載等

◎ 国の関与について

これらの情報公開については、自治体間をまたがることが多く、各自治体だけでは解決が困難なことも多い。以下の事項について、国の関与が求められることから、全国保健所長会として、国に以下の事項を要望として提案しているので、以下に記載した。

○ 自治体をまたがる情報公開に関する広域調整について

- ・患者の接触者調査等は複数の自治体に及ぶことが多く、情報公開等に際しては自治体間のみでは調整が困難である等の課題もあることから、国における検討と体制の整備をお願いします。

○ 人的支援について

- ・疫学の専門家 (FETP-J 等) の支援が得られやすいように、国による人材育成や専門家の応援体制の整備などをお願いします。

テーマ4. 保健所（長）の対応を支援する情報ツールの作成

1) 感染症情報ツール集

2) 公衆衛生医師の感染症に関する知識・技術・経験・態度 Ver.1 (案)

■本テーマの目的

新たに保健所長に就任した者等感染症対応経験が少ない者や、対応困難な事例について、保健所（長）の対応を支援するためのツールとして、

1) 「感染症情報ツール集」を作成した。

また、社会系医学専門医制度が進む中で、公衆衛生医師が獲得しておくべき感染症に関する知識・技術・経験・態度について整理した。

2) 「公衆衛生医師の感染症に関する知識・技術・経験・態度 Ver.1 (案)」を作成した。今後はこの内容を充実し、社会医学系専門医が習得しておく内容を整理していくことが望まれる。

1) 感染症情報ツール集

(季節性) インフルエンザに関する情報

1. 患者発生状況

(海外の患者発生状況)

- ・ Regular influenza updates (英語):WHO

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/

- ・ 最新ニュース「世界のインフルエンザ流行の状況」（WHO情報の日本語訳）：厚生労働省検疫所FORTH

<http://www.forth.go.jp/moreinfo/topics/index.html>

(国内の患者発生状況)

- ・ 中央感染症情報センター（国立感染症研究所感染症疫学センター）

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html>

- ・ 地方感染症情報センター※各地方感染症情報センターへのリンク

<http://www.chieiken.gr.jp/kansenjoho/klink.html>

2. 病院・介護施設等における感染対策

- ・ 日本感染症学会提言2012「インフルエンザ病院内感染対策の考え方について（高齢者施設を含めて）」：日本感染症学会

http://www.kansensho.or.jp/guidelines/1208_teigen.html

- ・ 高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）（平成24年度老人保健健康増進等事業「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業」）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/>

- ・季節性インフルエンザ感染制御およびアウトブレイク対策のためのガイド(平成25-27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「医療機関における感染制御に関する研究」班)

<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/kansenseigyokousei2/5.Influ.pdf>

3. 保育所・学校等における対応

- ・保育所における感染症対応ガイドライン（平成24年11月）：厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku02.pdf>

- ・学校において予防すべき感染症の解説：文部科学省

http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm

4. その他

- ・Q & A、啓発資料、各種通知など：厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuleza/index.html

- ・病原体情報他各種サーベイランス情報など：国立感染症研究所

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/a/flu.html>

感染性胃腸炎（ノロ・ロタウイルスを中心に）に関する情報

1. 国内患者発生状況

- ・中央感染症情報センター（国立感染症研究所感染症疫学センター）

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html>

- ・地方感染症情報センター※各地方感染症情報センターへのリンク

<http://www.chieiken.gr.jp/kansenjoho/klink.html>

2. 病院・介護施設等における感染対策

- ・社会福祉施設等におけるノロウイルス対応標準マニュアル（第3版）（平成25年3月）：東京都福祉保健局

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shokuhin/noro/files/zenbun.pdf>

- ・高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）（平成24年度老人保健健康増進等事業「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業」）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/>

- ・ノロウイルス感染制御およびアウトブレイク対策のためのガイド(平成25-27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「医療機関における感染制御に関する研究」班)

<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/kansenseigyokousei2/6.Noro.pdf>

3. 保育所・学校等における対応

- ・保育所における感染症対応ガイドライン（平成24年11月）：厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku02.pdf>

- ・学校において予防すべき感染症の解説：文部科学省
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm

4. その他

- ・Q & A、各種通知など：厚生労働省
(ノロウイルス)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/norovirus/>
(ロタウイルス)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/Rotavirus/top.html>
- ・病原体情報他各種サーベイランス情報など：国立感染症研究所
(ノロウイルス)
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/na/norovirus.html>
(ロタウイルス)
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ra/rotavirus.html>
- ・東京都健康安全研究センター「ノロウイルス対策緊急タスクフォース」最終報告（平成22年9月）：東京都健康安全研究センター
http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/assets/diseases/gastro/noro_task/final_report.pdf

結核に関する情報

1. 各種疫学情報

- (海外)
- ・Global health observatory data (英語):WHO
<http://www.who.int/gho/tb/en/>
- (国内)
- ・結核研究所疫学情報センター
<http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/>
(再掲) 29 結核集団発生対策に関する事例研修教材
<http://www.jata.or.jp/dl/pdf/outline/support/201704syuudanhasei.pdf>
- ・中央感染症情報センター（国立感染症研究所感染症疫学センター）
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/from-idsc.html>
- ・地方感染症情報センター※各地方感染症情報センターへのリンク
<http://www.chieiken.gr.jp/kansenjoho/klink.html>

2. 接触者健診

- ・感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き（改訂第5版）（平成26年3月）
（厚生労働科学研究新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」）
http://www.jata.or.jp/dl/pdf/law/2014/1_2.pdf

3. 院内・施設内（高齢者施設・刑事施設等）感染対策

- ・結核院内（施設内）感染対策の手引き平成26年版（平成26年3月）（厚生労働省インフルエンザ等新興再興感染症研究事業「結核の革新的な診断・治療及び対策の強化に関する研究」）

http://www.jata.or.jp/dl/pdf/law/2014/3_2.pdf

- ・保健所に向けた刑事施設における結核対策の手引き～刑事施設と連携していくために～平成26年版（厚生労働科学研究新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「地域における効果的な結核対策の強化に関する研究」）

http://www.jata.or.jp/dl/pdf/law/2014/3_1.pdf

4. 保育所・学校における対応

- ・学校における結核対策マニュアル（平成24年3月）：文部科学省

http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1318846.htm

- ・保育施設・幼稚園の管理者・職員を対象とした結核対策の手引（平成26年3月）：東京都保健福祉局

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2014/03/DATA/20o3h701.pdf>

5. 潜在性結核感染症に関する資料

- ・潜在性結核感染症治療指針（平成25年3月）：日本結核病学会予防委員会・治療委員会「結核」第88巻5号497-512,2013

<http://www.kekkaku.gr.jp/commit/yobou/201306.pdf>

- ・潜在性結核感染症治療終了後の管理方法等について（平成28年5月）：日本結核病学会予防委員会「結核」第91巻8号593-599,2016

[http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol91\(2016\)/vol91no8p593-599.pdf](http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol91(2016)/vol91no8p593-599.pdf)

6. 結核医療

- ・「結核医療の基準」の見直し—2014年（2014年3月）：日本結核病学会治療委員会「結核」第89巻7号683-690,2014

[http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol89\(2014\)/vol89no7p683-690re.pdf](http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol89(2014)/vol89no7p683-690re.pdf)

7. その他

- ・結核研究所Q&A集（医療従事者の方向け）（平成26年7月版）：結核研究所

<http://www.jata.or.jp/rit/rj/taisakuQ&A.pdf>

- ・啓発資料、BCGワクチン、各種通知など：厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou03/

- ・インターフェロン γ 遊離試験使用指針（2014年5月）：日本結核病学会予防委員会「結核」第89巻8号717-725,2014

[http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol89\(2014\)/vol89no8p717-725.pdf](http://www.kekkaku.gr.jp/pub/vol89(2014)/vol89no8p717-725.pdf)

担当：坂本 龍彦

2) 公衆衛生医師の感染症に関する知識・技術・経験・態度 Ver. 1 (案)

(作成の目的)

社会医学系専門医として、公衆衛生医師（保健所長）が獲得しておくべき、感染症に関する知識、技術、経験、態度等の骨子をまとめた。

今後はこれら内容に関するコンテンツを充実させていくことが望ましい。

1 社会医学系専門医（一階部分）

1-1 知識

(1)微生物学

主な原因微生物

ウイルス インフルエンザ、ノロウイルス、 新興感染症

細菌 結核、食中毒菌(感染性、中毒性)

微生物の付着、感染、発症

微生物検査 グラム染色、分離、培養、PCR

(2)感染症疫学

発生届出、発生動向調査(NESID)-定点、病原体

アウトブレイクの疫学 患者・接触者調査、症例定義、ラインリスト、記述疫学

(3)感染経路と感染制御

標準予防策

感染経路別予防策

スポルディングの分類、消毒水準、ファシリティ・マネジメント

(4)予防接種

生ワクチン、不活化ワクチン、免疫グロブリン

(5)感染症の法規

医師の届出

健康診断・就業制限(1-3 類、新型インフルエンザ等)

入院勧告(1-2 類、新型インフルエンザ等)、入院医療費負担、感染症診査協議会
最小限度の措置

新型インフルエンザ等対策特別措置法

予防接種法 A 類疾病(勧奨)、B 類疾病(高齢者)、健康被害救済

食品衛生法

IHR（国際保健規則）と PHEIC(国際的に懸念される公衆衛生上緊急事態)

(6)感染症の施策

HIV・性感染症 保健所無料・匿名検査、告知・紹介

結核 結核サーベイランス、外来医療費負担、IGRA

保健所ウイルス検査医療費助成、給付金(訴訟)

1-2 技術

PPE の着脱

病院立入検査

アウトブレイクにおける記述疫学（時、人、場所で整理）

1-3 経験

インフルエンザ・アウトブレイクへの対応 1 例

感染性胃腸炎への対応 1 例

結核への対応 1 例

食中毒への対応 1 例

1-4 態度

本庁・地方衛生研究所、市町村に加えて、地域の関係機関(医師会、病院、救急、警察、家畜衛生)などと保健所との対等な連携に努める。

エビデンスに基づく対応を、(法令の裁量範囲内において)個人的考えより優先する。

疫学・感染制御などについて、生涯の自己研さんに努める。

公務員としての責務に加えて、職業人としての責任、自己研さんなどの倫理向上に努める。

2 社会医学系専門医（二階部分）

2-1 知識

(1)疫学と対策

分析疫学(仮説の検証)

リスク評価、リスク管理、リスク・コミュニケーション

基本再生産数

ワクチン効果

麻疹・風疹、新興感染症などへの準備とアウトブレイク対応

(2)微生物検査

抗体とペア血清の評価

分子疫学、VNTR

(3)臨床感染症の基礎

抗菌薬（ β ラクタム、その他）、抗ウイルス薬

薬剤耐性菌(AMR)-VRSA、VRE、MDRA、MDRP

ワンヘルス、抗菌剤適正使用(AS)

予防投与（抗インフルエンザ薬、LTBI）

(4)院内感染への支援

アウトブレイク対応支援

地域感染症ネットワーク支援、JANIS

2-2 技術

喫食調査などによる症例・対照分析

地域における関連機関会議の企画と実施

病院搬送訓練の企画と実施

Rなどの計算ソフト利用

2-3 経験

ノロ・感染性胃腸炎・結核以外のアウトブレイクへの対応 3例

食中毒 2例

感染症に関する論文または報告 1編

2-4 態度

大学などの専門家との連携を図る。

都道府県内または全国における保健所と連携する。

英語による海外エビデンスの収集と情報発信に努める。

2-5 その他

感染症以外の環境健康被害、災害を加えた健康危機管理分野専門医とすべきかについて、検討する。

日本感染症学会などと、感染症専門医などとの互換性について検討する。

担当：緒方 剛

テーマ5.「結核」や「麻しん、風しん」対策の現状に関する調査

■本テーマの目的

今年度、新たにテーマとして取り上げた結核及び最近対応が課題になっている麻しんや風しんについて、全国の保健所の対応の現状を調査し公表することにより、保健所での解決を促す。

■調査結果

全国の保健所長を対象に、保健所における対策の現状を調査し、その結果を還元することにより自らの状況を振り返り、新たな対策に資することを目的とした自記式質問紙調査（電子メール）によるアンケート調査を行った（調査期間：平成29年11月27日～12月15日）。結果、63.6%（306/481）の回答を得たので、その結果の概要を次項以降に記載する。

調査結果（保健所型別）

	保健所数	回答箇所	回収率	URL	メール	FAX	郵送
計	481	306	63.6%	47	218	40	1
都道府県型	363	229	63.1%	38	166	25	0
政令指定都市	41	21	51.2%	2	16	3	0
中核市	48	33	68.8%	4	22	6	1
政令市	6	3	50.0%	1	2	0	0
特別区	23	20	87.0%	2	12	6	0

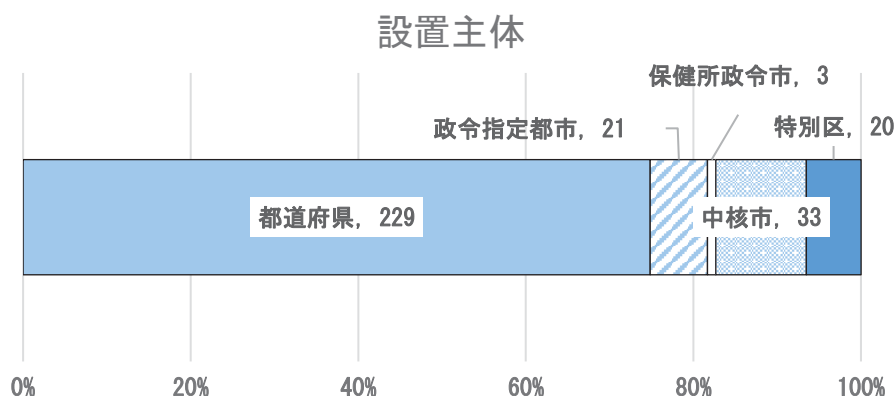
なお、資料集に「集計等に関する記述」を掲載しているので、参照されたい。

集計担当：伊東 則彦

結核に関するアンケート調査報告

1 保健所の属性

①回答のあった 306 の保健所の設置主体は、都道府県 229 カ所 (74.8%)、政令指定都市 21 カ所 (6.9%)、保健所政令市 3 カ所 (1.0%)、中核市 33 カ所 (10.8%)、特別区 20 カ所 (6.5%) であった。



②管内人口は、2 万～270 万人 (平均 27.7 万人) と大きな差があり、感染症・結核担当保健師数は 0.5～17 名 (平均 3.3 人) で、1 人当たり 8.2 万人担当という結果であった。また、担当保健師が 1 名しか配置されていない保健所が 49 カ所 (都道府県 48、中核市 1、15.7%)、2 名配置が 97 カ所 (都道府県 90、政令指定都市 4、中核市 2、特別区 1、31.7%) と半数近くの保健所で 2 名以下の配置状況であることが判明した。但し政令指定都市や特別区では、地区担当制を残している場合があり、また、島部や管内人口の少ない保健所では兼務体制があることや保健師以外の専門職 (薬剤師や臨床放射線技師等) を配置している保健所も多く、単純な比較は困難であった。なお、再度の照会で確認できた場合はその数を原則とし、地区担当制等で比較検討が困難な状況では、人口 10 万人当り 1 名の保健師数を切り上げ計上した (例：人口 35 万人⇒4 人)。

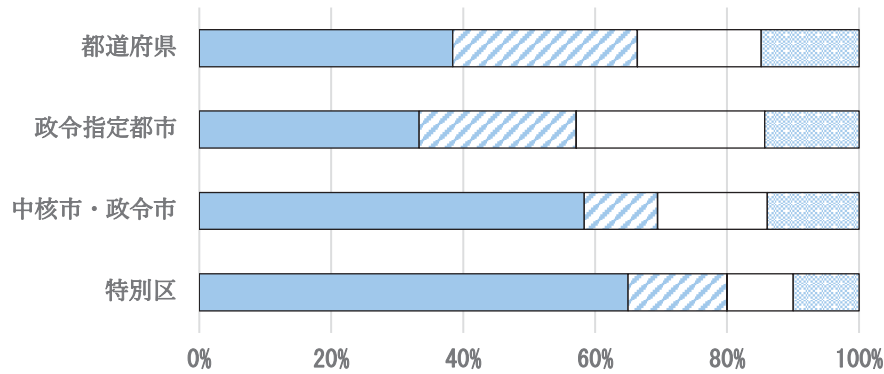
配置人数 (人)	～1	2	3	4	5	6	7～17
保健所数 (カ所)	49	97	57	38	22	20	23

*10 名以上の配置は全て政令指定都市

2-1 結核統計・健診に関する基礎データ

①接触者健診委託状況では、全面委託が 129 カ所 (42.1%)、IGRA 以外を委託が 75 カ所 (24.5%)、委託なしが 57 カ所 (18.6%)、その他が 45 カ所 (14.7%) であった。また、「委託なし」の内訳は、都道府県 43 カ所、政令指定都市 6 カ所、中核市 5 カ所、保健所政令市 1 カ所、特別区 2 カ所であった。

□1. 委託あり（全て） □2. 委託あり（IGRA以外） □3. なし □4. その他



②結核統計（2016年）では、保健師1人当たりの新登録患者数は11.5（0～59.1）人、塗抹陽性患者数は4.5（0～26.3）人、1保健所当たりの潜在性結核感染症登録数は17.6（0～306）人、外国人患者数は3.6（0～58）人、外国人を除く60歳未満患者数は10.4（0～217）人であった。なお、保健師が1人配置の場合で集計すると、1人当たりの新登録患者数が12.4人と若干多い傾向があった。

2-2 初発患者調査について

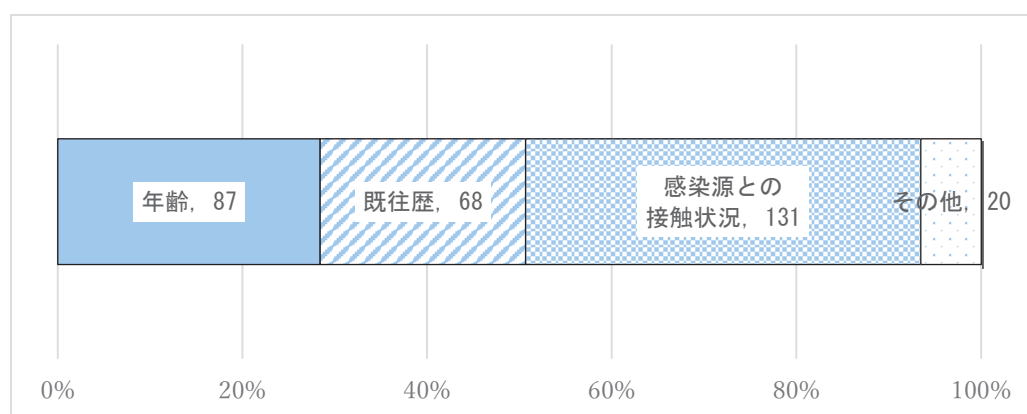
- ①菌検査情報収集の徹底は、4カ所の保健所では医療機関の協力を得にくいため、1カ所では退院後の情報収集が困難なため、できないと回答した。
- ②感染性期間始期推定のための過去のX線写真の借用では、18カ所（0.6%）がしていないと回答した。その理由としては、3カ所が医療機関の協力を得にくいため、1カ所は対象者が多く手が回らないため、4カ所が対象症例なし、3カ所が医療機関や家族・本人からの聞き取りで判断、3カ所が手引きに基づき診断の3カ月前を始期としている、4カ所がその他（体制ができていない等）と回答した。
- ③全ての医療機関からの情報収集については、65カ所（都道府県42、政令指定都市7、中核市5、保健所政令市3、特別区8：21.2%）が実施していないと回答した。その理由では、42カ所が必要に応じて情報を収集するため、6カ所（都道府県4、中核市1、特別区1）が医療機関の協力を得にくいため、7カ所が届け出医療機関からの情報収集が中心、4カ所（都道府県2、政令指定都市1、特別区1）は対象者が多く手が回らない、1カ所が保健師の経験不足（都道府県）、1カ所が対象事例なし、1カ所が「個人情報保護の観点から真に必要とする医療機関以外に求めている」と回答した。

2-3 接触者健診の企画

- ①接触者側の情報収集に関して、「ハイリスク者・濃厚接触者か否かの判断が『手引き』に基づいて実施可能か？」という質問に対して、いいえと回答したのは2カ所

のみ。うち1カ所は感染源を明らかにしないので情報収集が不十分、もう1カ所は医師によって手引き通りに実施できないと回答した。

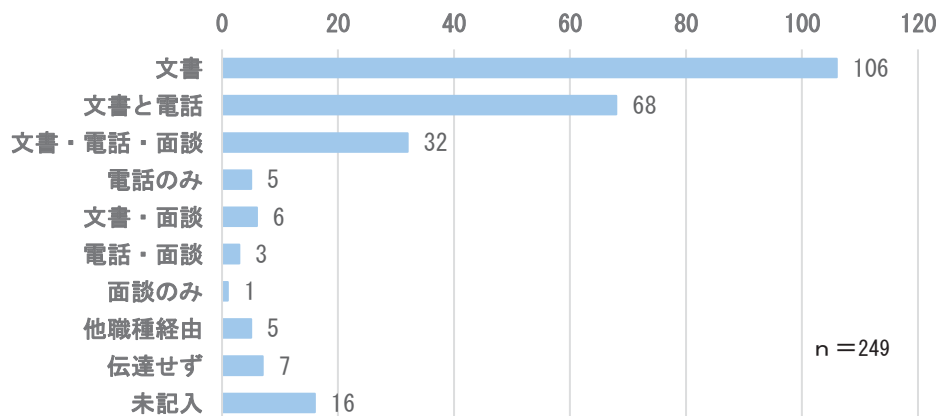
- ②健診の企画は、所長や保健所医師を含めた検討会を実施して決定するのは289カ所(94.4%)、保健師が起案した内容を医師が決裁するのは12カ所(3.9%)、保健師が起案した内容を行政職が決裁するのは2カ所(0.7%)、その他が3カ所(1.0%)であった。
- ③高齢者のIGRA実施で重視するものは、年齢が87カ所(28.4%)、既往歴が68カ所(22.2%)、接触状況が131カ所(42.8%)、その他が20カ所(6.5%)であった。



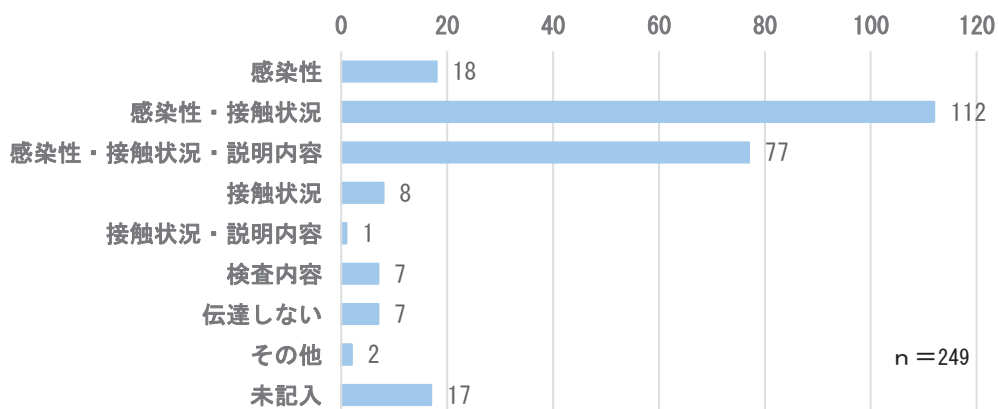
- ④IGRAの結果の再検討は14カ所(4.6%)が未実施と回答。理由としては、医師の時間確保が困難は2カ所、対象者が多く手が回らないが2カ所、保健師の経験不足が3カ所、その他14カ所(事例なしが3カ所、必要に応じが2カ所等)であった。
- ⑤感染経路の探求では、38カ所(12.4%)が未実施と回答。主な理由としては、患者側の協力を得にくいのが2カ所、対象者が多く手が回らないが4カ所、初発患者を明らかにしないので情報収集不十分が8カ所、事例なしが3カ所、20歳未満に実施が7カ所であった。また、平成28年の実施件数は、1保健所当たり4.4件であった(但し、新登録患者数や60歳未満患者数の回答と比較し、明らかに延べ数で回答したと思われる保健所を除く)。

2-4 委託先医療機関との連携

- ①主治医への患者情報伝達(複数回答)は、委託をしていない57カ所の保健所を除いた249カ所(81.7%)のうち、文書が106カ所(42.6%)、文書と電話が68カ所(27.3%)、文書・電話・面談が32カ所(12.9%)、電話のみ5カ所(2.0%)、文書と面談が6カ所(2.4%)、電話と面談が3カ所(1.2%)、電話は主治医ではなく事務や看護師を経由するが5カ所(2.0%)、伝達しないが7カ所(2.8%)であった。



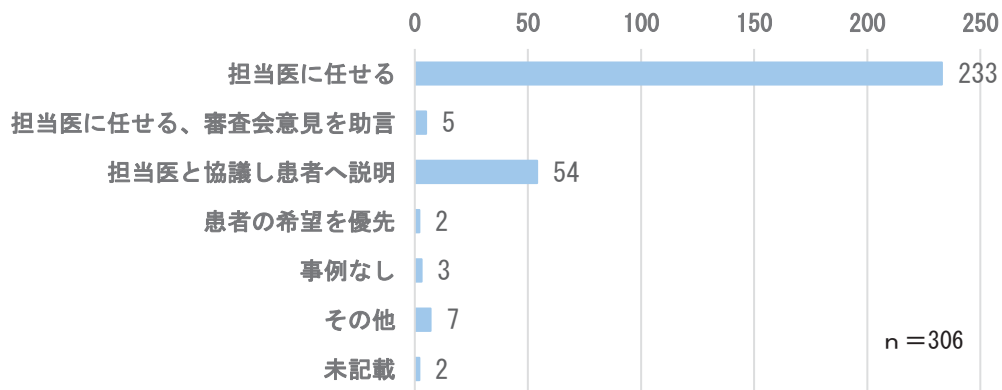
②主治医への伝達事項（複数回答）は同様に 249 カ所のうち、初発患者の感染性が 18 カ所（7.2%）、感染性と接触状況が 112 カ所（45.0%）、感染性・接触状況・説明内容が 77 カ所（30.9%）、接触状況のみが 8 カ所（3.2%）、接触状況と説明内容が 1 カ所（0.4%）、検査項目のみが 7 カ所（2.8%）伝達しないが 7 カ所（2.8%）、であった。



2-5 潜在性結核感染症の登録と管理

①副作用発現の確認（複数回答）は、DOTS 支援の一環で保健師が確認するのは 147 カ所（48.0%）、それに加えて主治医からの電話報告があるのは 67 カ所（21.9%）、さらに定期病状報告でも確認しているのは 18 カ所（5.9%）、保健師の確認と定期病状報告が 33 カ所（10.8%）、定期病状報告のみが 1 カ所（0.3%）、把握していないが 1 カ所（0.3%）、保健師の支援と DOTs カンファレンスが 15 カ所（4.9%）、保健師の支援とその他が 22 カ所（7.2%）、未記載が 2 カ所（0.6%）であった。

②副作用で中断した場合の対応は、担当医に任せるが 233 カ所（76.1%）、担当医と協議して患者へ説明するが 54 カ所（17.6%）、患者の希望を優先が 2 カ所（0.7%）、主治医の判断に任せるが審査会の意見などを伝えるが 5 カ所（1.6%）、事例なしが 3 カ所（1.0%）、未記載が 2 カ所（0.7%）であった。



*自由記載欄では、以下の4点に関する意見が多数を占めた（別添の130件を集約）

- ①高齢者結核の問題⇒採血・胸部レントゲン写真撮影、受診調整（日程や交通手段）の困難さ、介護サービス利用に伴う接触者の増加や施設入所中である場合の健診実施の困難性と負担感、IGRAの解釈、福祉施設職員側の意識の問題、委託料（予算）の確保
- ②外国人結核の問題⇒IGRAの解釈、コミュニケーションが困難であること（対応できない言語あり、情報収集が困難）、健診への理解が得にくいこと（認識の違い）、非正規就労等で転々とし日程調整が困難である上に連絡がつかなくなること、入国時の健診実施と手引きに外国籍患者への健診実施方法の記載希望
- ③小児接触者健診の問題⇒採血が困難であるため遠方への受診勧奨要、IGRA+ツ反併用の負担、協力医療機関の確保、健診のエビデンスが少ないこと
- ④その他⇒他の保健所との連携、症状ない培養陽性の健診の在り方、2年間経過観察する妥当性

考察

「結核接触者健診の手引き（以下、手引き）」は2007年に初版が公表されてから既に10年が経過し、現在は2014年3月に示された改訂第5版をもとに、接触者健診が実施されている。この間、IGRAの導入が進み、その適応年齢の上限が撤廃されただけでなく、第5版では乳幼児にも適応拡大が示された。一方、結核の罹患率は低下してきているものの、急速な高齢化や都市部を中心に外国人の結核患者が増加するなど新たな課題が生じている。そこで、本調査が今後の結核対策推進の参考となるよう、各項目に対して以下に若干の考察を加えた。

1. 保健所の属性について

今回の調査では、約6割の保健所から回答を得たが、都道府県を中心に半数近くの保健所で2名以下の担当保健師の配置状況であることが判明した。人口減少が急激に進む中で自治体職員の削減も同時に進められており、限られた人員が兼務体制で配置されている状況と推察された。

但し、結核をはじめとする感染症対応は危機管理体制の充実が望まれる部署であるの

で、1～2名のみでの配置では、研修が十分行えないことや経験値も積み上がらないこと等スキルアップに難点がある。また危機管理の視点では、有事に向けて、所内全体だけでなく自治体内の保健所間の連携を視野に入れる必要があると思われた。

2-1 結核統計・健診に関する基礎データについて

中核市や特別区など、比較的医療機関が集中している地域での全面委託の割合が高い傾向である一方、保健所へのアクセスが課題となる地域でも医療機関への委託が進んでいる現状にあった。また、委託なしの地域は西日本に多い傾向があったが、医療機関（専門医）の少ない東北地域では「委託できる医療機関がない」ために保健所自ら実施している状況が推察された。

保健師1人当たりの新登録患者数は11.5人、塗抹陽性患者数は4.5人、1保健所当たりの潜在性結核感染症登録数は17.6人、外国人患者数は3.6人、外国人を除く60歳未満患者数は10.4人であった。しかし、実際は地域・保健所間での格差が非常に大きく、今後ますます結核患者が減少し経験不足が懸念される地域では、経験豊富な保健所での「実地研修」を検討する必要があるかも知れない。

2-2 初発患者調査について

菌検査情報や過去のX線写真の借用などに際して、医療機関の協力を得られないので実施できないと回答した保健所は予想に反して少なかったが、手引きの「過去の胸部写真等の分析で感染の始期が推定される場合を除き」空洞を伴う事例は診断の3ヵ月前を始期とする、という記述を写真の検討なしに一律で当てはめている保健所や、聞き取りのみで判断している場合が散見された。同様に、手引きには、複数の医療機関を受診している場合は、それぞれから情報収集を行うように示されているが、情報収集については回答保健所の約6分の1が、全てからは実施していないと回答し、そのうちの7割が「必要に応じて実施する」と回答していた。

2-3 接触者健診の企画について

健診の企画は、ほとんどの保健所で所長や保健所医師を含めた検討会を実施して決定していた。高齢者のIGRA実施で最も重視するものは、接触状況が4割超だったが、年齢と既往歴の合計が約半数を占めており、「高齢者の再感染」を想定していない傾向があった。IGRAの結果の再検討や65歳未満での感染源探求は、一部の保健所で未実施と回答。今後、さらなる低蔓延化を進めるために重要な視点であるので、そのノウハウを共有する必要性を感じた。

2-4 委託先医療機関との連携について

主治医への患者情報伝達は、実施しないと回答した7ヵ所を除いて、文書や電話などの何らかの方法で行われていたが、その内容については7ヵ所が依頼する検査内容のみと回答しており、初発患者の感染性・患者の接触状況と説明内容まで伝達している保健所は3割に留まった。また、情報伝達の際の個人情報保護を懸念する意見もあった。

2-5 潜在性結核感染症の登録と管理について

副作用発現の状況は、保健師の DOTS 支援や主治医からの連絡で約 7 割が把握すると回答していた。一方、副作用で中断した場合の対応については、4 分の 3 を超える保健所が主治医の判断に任せるとしていた。この中には、前記の「患者情報を伝達しない」「依頼検査項目のみ」と回答した保健所も含まれており、情報が不十分なまま主治医がどのようにして判断するのか疑問に感じた。手引きには、感染症法に基づく接触者健診は「LTBI と診断された者に対する治療の支援までを包括する対策」と述べられており、約 8 割の保健所が健診を委託している現状から、医療機関（主治医）との連携は最優先で進めるべき事項と考える。

まとめ

急速に進む高齢化と都市部を中心とした外国人結核患者の増加で、接触者健診実施の際の負担は増しているが、半数近くの保健所で担当保健師の配置が 1～2 名という現状が明らかになった。また、IGRA の検査結果については、高齢者・外国人ともに判断が難しく、限られた人的資源をどのように振り分けていくのか（優先順位をつけること）を、今後も継続して議論することが重要であると考えられる。

加えて今回の手引きに明記された LTBI 患者の支援に際しては、結核患者の減少と共に専門医の減少・偏在が進むという課題もあり、さらなる対策強化のためには、継続的な情報収集及びその活用等が必要と思われた。

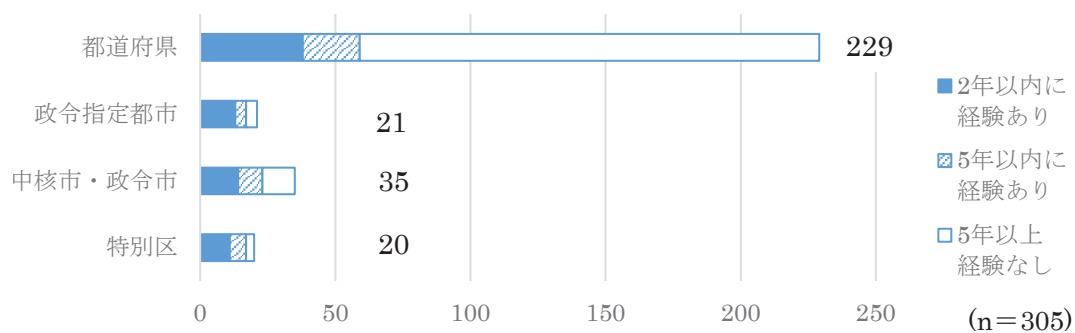
担当：山田 敬子

「麻しん、風しん」対策に関するアンケート調査報告

調査結果

3-1 最近の麻しんアウトブレイク発生状況について

麻しん発生時対応ガイドラインの記載に準じ、1例対応からアウトブレイクとした場合、管轄地域内での最近の麻しんアウトブレイク対応経験については、下記のとおりであった。

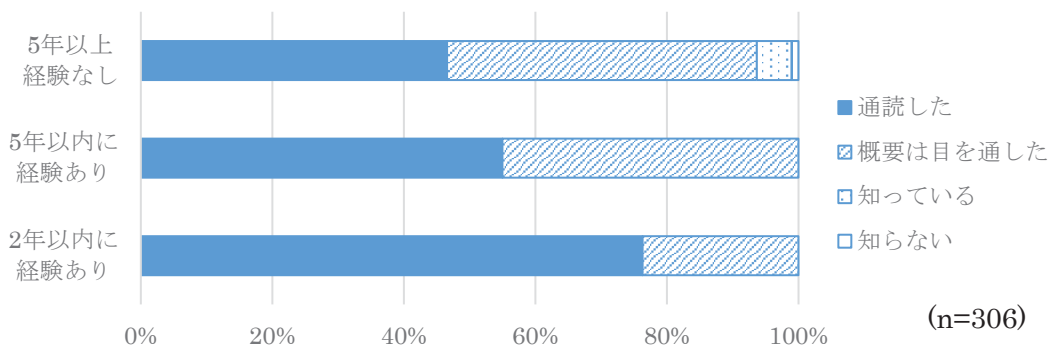


有効回答のあった 305 保健所のうち、麻しん患者発生を2年以内に経験した保健所は76か所（全体の24.8%）、5年以内に経験した保健所は40か所（全体の13.0%）であり、5年以内に経験のない保健所は189か所（全体の61.8%）であった。管轄人口規模の小さい保健所では5年以内での経験なしという回答が多かった。

3-2 疫学業務について

① 麻しん発生時対応ガイドライン（第2版、2016年6月改定）の周知

保健所における麻しん発生時対応ガイドラインの認知度については、下記のとおりであった。

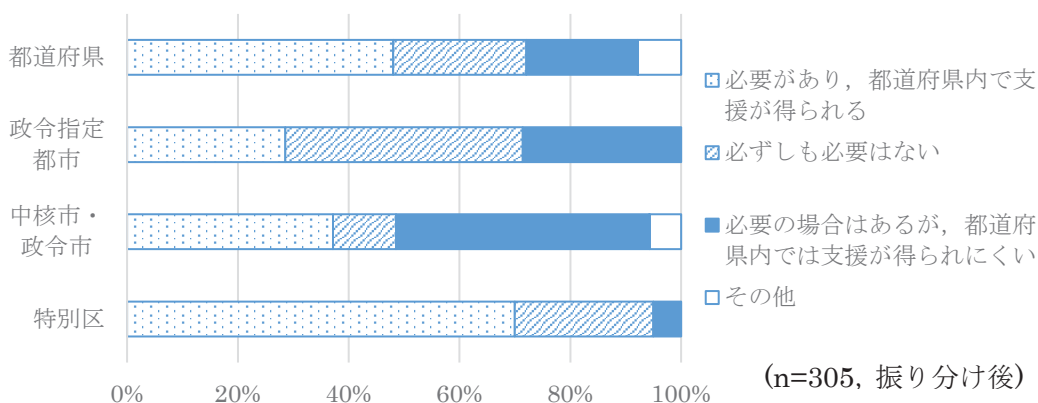


306 保健所からの回答内訳としては、ガイドラインを通読または概要のみ目を通した

という回答が 95.8%と大半を占めた。最近5年以内で麻しんを経験していない保健所でも、ガイドラインの概要または全体に目を通したという回答がほとんどであった。

② 2次感染が発生した場合の疫学業務についての専門的支援

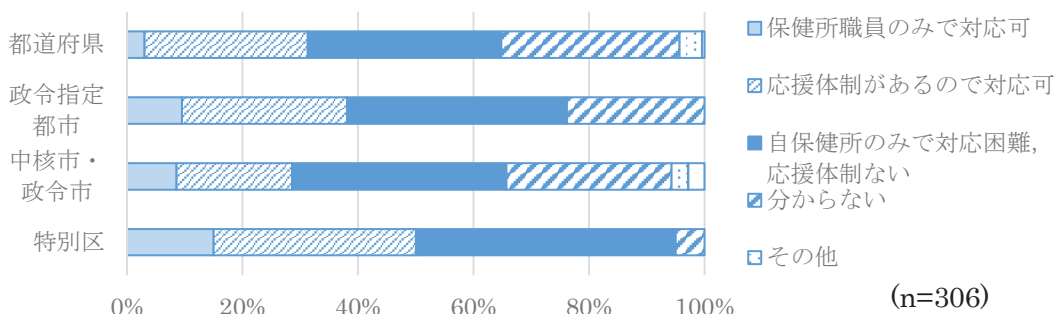
2次感染が発生した場合、保健所が行う疫学業務についての専門的な支援の必要性について尋ねた。回答原本においては、有効回答 305 のうち「その他」の回答が 49 あり、一部の保健所では適切な選択肢を選びにくい質問構成であったと思われる。他方、「その他」の自由記載欄の内容を精査すると、下記の3つの選択肢（必要があり都道府県内で支援が得られる、必要の場合があるが都道府県内では支援が得られにくい、必ずしも必要はない）のいずれかに該当すると思われるものが多数認められた。そこで本質問項目においては、事務局でいずれの選択肢に該当し得るか協議の上、振り分けの後に再集計を行ったグラフを参考記載することとした。



振り分け後の再集計の結果、「必ずしも必要ない」、または、「都道府県内で支援が得られる」という回答が7割を占めた。「都道府県内では支援が得られにくい」と回答した保健所は 22.5%であり、その割合は保健所設置主体別によっても差がみられた。

③ 大規模な接触者調査が必要になった場合の保健所対応

麻しん等で数百人規模の接触者調査が必要となった場合に、保健所で対応が可能か尋ねたところ、結果は下記のとおりであった。

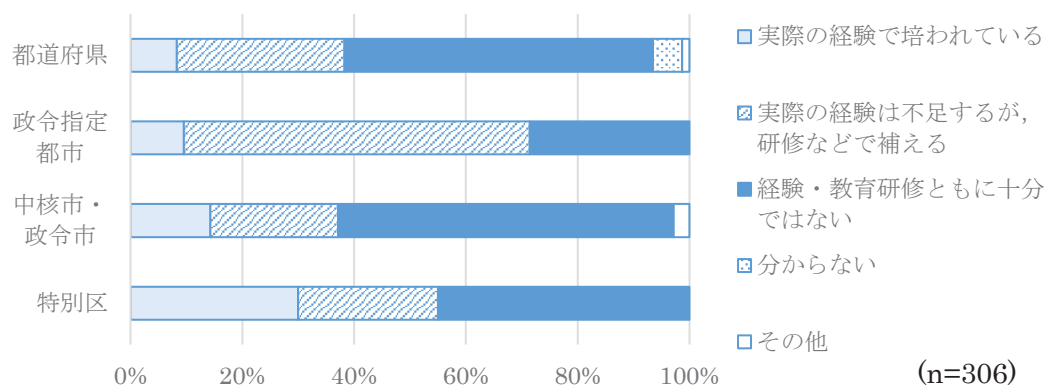


数百人規模の接触者調査について、「応援体制があるので対応できる」と回答した保健所は27.8%であり、「対応できない、応援体制もない」(35.0%)または「分からない」(28.4%)と回答した保健所は63.4%であった。

一方で、「応援体制がなく数百人規模の接触者調査に対応困難」または「分からない」と回答した保健所の合計割合は依然として50%以上あった。

④ 麻しんなどの感染症危機管理に関する教育研修

麻しんなどの感染症危機管理に関する教育研修機会について尋ねたところ、結果は下記のとおりであった。



麻しんなどの感染症危機管理対応に関して、「実際の経験で培われている」と回答した保健所は全体の10.5%、「経験は不足するが研修などで補えている」と回答した保健所は31.0%、「経験・教育研修ともに十分ではない」と回答した保健所数は163か所で約半数を占めた。

3-3 情報共有・情報公開について

① 地域の関係機関（医療機関、医師会など）との情報共有についての課題

麻しんアウトブレイク対応時の、地域の関係機関（医療機関、医師会など）との情報共有に関して保健所が課題と感じていることを自由記載で尋ねたところ、155保健所より回答が得られた。記載内容を、以下のアからオの5つに分けて整理した。

(※自由記載いただいた意見については原則すべて「別添資料集」として全国保健所長会HPに掲載)

ア. 麻しん認識に関すること

「麻しん対応の知識や認識などについて関係機関どうしで差があると思われるため、定期的な研修や情報交換等が必要」、「病院はICTが配置されているが、診療所によ

っては麻しんの認識が十分ではなく、啓発も不十分」といった記載があった。

イ. 連携体制に関すること

「受診医療機関を管轄する近隣保健所との連携が必要」、「疑い例を含む患者の受診先調整や緊急ワクチン接種等での医師会、教育機関との連携」、「基幹病院のICTとの協力体制」といった記載があった。

ウ. 情報共有手段に関すること

「メーリングリスト等の迅速に情報提供できるシステムが必要」、「実際の診療の場へ確実に伝わるような工夫が必要」、「医師会に未加入の医療機関への情報提供」、「休診日に医療機関と連絡をとるのが困難」といった記載があった。

エ. 情報共有内容等に関すること

「感染症法に基づく個人情報の取り扱いについて、患者や医療機関からの理解が得られにくく対応の遅延につながる事例がある」、「プレス発表とは濃淡をつけた、担当者間、医療機関等との情報共有内容、情報発信方法の工夫が必要」、「管轄圏域内の昼夜人口に差があり、情報提供範囲を判断するのが難しい」といった記載があった。

オ. その他

必ずしも情報共有に関する課題ではないが、「所内の人材育成」、「緊急ワクチン接種体制」、「離島からの移送手段の確保」といった記載があった。

② 広域感染症対応時、異なる自治体間での情報共有・情報公開についての課題

麻しんなど広域感染症に対応する際の、異なる自治体間での情報共有・広報公開について、保健所が課題と感じているところを自由記載で尋ねたところ、146保健所より回答が得られた。記載内容を、以下のアからウの3つに分けて整理した。

(※自由記載いただいた意見については原則すべて「別添資料集」として全国保健所長会HPに掲載)

ア. 情報共有手段・体制に関すること

「同じ医療圏にある中核市や隣接する他県自治体とのリアルタイムな情報共有」、「本庁主管課を経由する場合に迅速性に欠ける」、「より緊急性が高い場合は、現場担当者どうしが直接連絡をとりあう等、臨機応変な対応が求められる」、「情報セキュリティについての認識の違いを感じる」といった記載があった。

イ. 情報公開・情報共有の内容に関すること

「公共交通機関を利用した場合や、医療機関の外来待合の取り扱いなど、自治体ごとに差があるので、公表基準等含めて検討課題である」、「医療機関との関係性や背景が様々であることから、情報共有・公開については同じ認識を持つのが困難。国で統一するのも難しく、事例ごとに検討が必要な部分もある」、「提供される情報が少なすぎると、依頼された接触者調査の対応に苦慮する」といった記載があった。

ウ. 感染症連携体制、その他

「接触者調査等の考え方について、自治体間で異なることがある」、「共通の調査取り扱い形式が必要」、「1人が複数の自治体を移動する状況もあるため、広域での調査分担や調査情報の共有が課題」、「情報の集約・共有・公開をどこが担うかが課題」、「広域事例や多数との接触のある事案の公表について、各自治体の判断でなく、国等による指示が必要」といった記載があった。

4 風しん対策としての保健所独自の取り組みについて

風しん対策としての保健所独自の取り組みを尋ねたところ、93保健所より回答が得られた。記載内容を、以下のアからオの5つに分けて整理した。

(※自由記載いただいた意見については原則すべて「別添資料集」として全国保健所長会HPに掲載)

ア. 予防接種に関すること

「成人任意接種（主に妊娠期女性・同居者）の抗体検査・ワクチン費用助成」、「定期未接種者への個別勧奨」、「定期接種を受けられなかった者へのワクチン費用助成」など、主に中核市・政令指定都市・特別区保健所から記載があった。保健所独自ではないものの、県型保健所で県事業として抗体検査を実施しているという回答もあった。

イ. 行政窓口やキャンペーンでの啓発

「地域放送や地域情報誌を活用した啓発」、「戸籍窓口や母子手帳交付窓口での啓発」、「県独自で行っている麻しん風しんキャンペーン週間に掲示する」といった記載があった。

ウ. 感染症ネットワークシステムや研修会等での情報提供

教育機関向け研修会、乳幼児施設職員の研修会、海外と行き来のある企業への衛生教育、大学生向けの研修会などを利用した、風疹に関する啓発・情報提供、保健所から関係機関への感染症情報提供システムを利用した適時の情報発信といった記載があった。

エ. 麻しん風しん対策会議、その他の関係者会議での情報交換

「麻しん風しん対策会議と研修会を同時開催した」、「市町村や医療機関等との会議で予防接種接種率や風しんについての情報交換を行っている」という記載があった。

オ. その他

「患者発生時の保健所の対応マニュアルを作っている」という記載があった。

考察

2015年の麻しん排除認定後も毎年アウトブレイクが報告されている。迅速かつ広域的な対応を要するため、当該保健所にかかる負担も短期的に増大する。自治体向けには麻しん発生時対応ガイドラインも整備されているが、対応にあたって実際に保健所が抱

える課題の一端を整理することを目的に本調査を行った。

1. 疫学業務、感染症危機管理について

今回の調査では全国の保健所の約6割から回答が寄せられた。うち、麻疹アウトブレイク（1例からカウント）を最近5年以内に経験している保健所は116か所（37.9%）であった。海外で感染したと考えられる初発患者が国内を広範囲に移動し、その対応に苦慮する事例も多い。最近麻しんを経験していない保健所でもガイドラインの認知度が高かった結果から、全国において発生を危惧していることが伺われる。

潜伏期間が長く、感染力が高いうえに飛沫・接触のみならず空気感染によっても感染するという特徴から、保健所で麻しんの情報を探知した時には2次感染、3次感染を考慮した対応が必要になることが多く、接触者調査も数百人規模に及ぶことがある。ガイドラインで対応の指針は示されているものの、接触者調査の範囲や緊急ワクチン接種の必要性などについて案件ごとに判断する必要がある。

平成28年度の当班調査（回収率68.1%）では、MERS・エボラ出血熱対応時の大規模な接触者調査に対する保健所体制についての質問があった。今回の調査対象疾病は麻しんであり参考比較となるが、同様の質問に対して「応援体制がなく数百人規模の接触者調査に対応困難」と回答した保健所割合は、平成28年度調査と比較すると減少した（H28年58% → H29年35%）。この結果からは、自治体内でもある程度の人員応援や専門的支援ができる体制が少しずつ整えられてきていると示唆される。一方で、市型保健所などでは都道府県内での支援が得られにくいと回答した割合が県型より多く、応援要請をしにくいと感じていることが伺われた。

積極的疫学調査でフォローする人数は等比級数的に増えていく。現在、災害時の行政から行政への支援（DHEAT）の中でも同様の検討が進められているが、外部からの支援を受けるには、どのような仕事を依頼するのか、などの事前の準備とともに現場でのマネジメントが必要となる。1,000人くらいまでは様々な工夫をした上で保健所単独で対応可という試算もあり、保健所の規模により差はあるが大規模な積極的疫学調査時の県（組織）内からの受援についても、その指揮命令系統等も含め事前に検討しておくことが大切と思われる。

規模が大きく複数の自治体にまたがるアウトブレイクの場合は、県内の支援に加え国立感染症研究所感染症疫学センター等の専門的支援が必要となることも多いが、初期の自治体内での感染症疫学チームの派遣や近隣の麻しん経験のある保健所からの実際的な支援など、保健所の人員や経験の不足を補うために、設置主体の違いを越えた広域的な応援体制の整備検討も必要である。

麻しんなどの感染症危機管理対応についての教育研修機会は、約半数の保健所で「十分ではない」という回答であり、最近の麻しん経験割合が多い市型保健所でも教育研修機会の不足を感じていることが伺われた。実際に麻しんの発生報告を受けた場合、まずどこに何を連絡しなければいけないか、応援を受けると決まった場合に何を準備してお

くべきかなど経験が乏しいとすぐに行動に移すことは難しい。麻しんのみならず新興・再興感染症に気を抜けない現状では、県、市を問わず広域連携での知見の共有や、感染症対応に関する人材育成、危機管理の教育研修を定期的に受けられる体制を整えていくことが必要であり、自治体内部での研修だけではなく保健所長会や学会等での教育研修機会の充実も望まれるところである。

2. 情報共有・情報公開について

情報共有・情報公開のあり方については、2014年のエボラ出血熱疑似症患者対応の際にも問題になったが、麻しんに関しても同様の課題があることが指摘されており、今回の調査でも麻しんを最近経験した保健所からはもちろん、経験していない保健所からも多くの意見が寄せられたことから、各保健所での苦慮が伺われる。

感染拡大防止のためには、平時からの地域の関係者との連携が大事である他、麻しんについての認識差、協力のための役割分担、迅速で正確な情報共有システムの整備などの課題が挙げられた。実際に情報共有する内容・範囲については、患者や接触者等の個人情報についての配慮をしたうえでの判断が求められ、一方では適切に情報が伝わらないと関係機関が感染拡大防止対応をとるうえで困難になるという難しさがある。

自治体間の情報共有、情報公開についても同じような課題を抱えている。各自治体の本庁を通ず情報共有についての懸念が多く寄せられた。自治体による情報セキュリティ体制・認識の差、緊急時の情報共有体制などについては早めに解決されることが望まれる。

自治体間での調査方法・様式の統一や広域事案での調査分担、随時の調査情報共有などの課題が麻しんを経験した保健所から寄せられ、これらは広域食中毒対応等でも共通する課題である。「広域事案についての情報集約・共有・公開をどこが担うのか」という点については、アンケート回答にもあったように国や専門家による積極的支援が必要な場合もあるかもしれない。

また、情報公開のあり方についてはガイドラインでも記載されているが、自治体ごとに異なる基準を持っているため実際の対応時に苦慮していることが伺われた。事案ごとに関係者間での十分な協議も必要であるが、各事例対応の収集と分析によって、より具体的な指針についての検討も必要と考えられる。

3. 風しん対策の現状について

麻しんと同じく風しんも、海外輸入例を発端とした集団感染が国内で散発的に発生している。保健所独自の対策という質問への回答は約1/3の保健所から寄せられた。定期予防接種の接種勧奨や、成人の抗体検査や任意接種の啓発・費用助成、地域の関係者間での情報交換・危機認識の共有、ハイリスクグループへの研修会等での啓発など地道な活動が継続して行われていることが確認された。国が目指す2020年の排除認定に向

けて、またその後も麻しんと同様に周辺国からの持ち込み例があることを踏まえて、地域で対策が必要な部分についての関係者間での情報共有や、国内・海外の風しんに関する情報収集と住民への啓発、アウトブレイク対応の知見の共有などが今後も望まれる。

<参考資料>

・平成 28 年度全国保健所長会地域保健総合推進事業 新興再興感染症危機管理支援事業班「保健所における感染症対応に関するアンケート調査報告」

担当：井澤 智子

参考 麻しんアウトブレイク時の課題

都道府県における取扱例

① 修飾麻しんを含む、麻しん診断の遅れに関する対策

- ・医療機関立入検査時，医療機関の感染対策担当者向け研修会，保健所での感染症会議等の機会を利用して，最新の麻しん発生動向や麻しん対策，渡航歴確認の重要性などを周知する。
- ・医師会等を通じた医療機関への情報提供と注意喚起を定期的に行い，他県での事例発生時などでも，場合によってはメールや通知などで配信することで注意喚起となる。
- ・管内で一例でも発生した場合は，医療機関への情報提供・注意喚起を素早く行う。

② 医療機関における感染拡大リスクの考え方と対応について

- ・平時の対応としては，医療従事者の抗体価やワクチン歴の把握，感染症疑い患者のトリアージや診察時の院内感染予防に配慮した対応等を整備しておくことの重要性を，立入等の機会を活用して医療機関に理解してもらうことが大切である。特に医療従事者のワクチン2回接種を徹底する必要がある。
- ・発生時に関係機関が連携して拡大防止策をとるために，日頃からの協力体制づくりが重要である。
- ・麻しん発生時の対応としては，医療機関に接触者のリストアップ，患者への1stコンタクトを依頼し，その後，リストアップされた接触者に保健所が疫学調査を行う。
- ・院内感染対策が不十分であると危惧される場合は，発生届が出された医療機関に出向き，トリアージや動線等の院内感染対策を確認，指導する。
- ・疫学調査範囲の決め方については，成人では30代以降でワクチン歴・罹患歴の確認が不明の者が多いことから接触者の発症リスク評価が難しく，調査範囲決定も困難であることが課題として挙げられる。
- ・理想的には，年齢やワクチン歴・罹患歴に関係なく，同一空間を共有した接触者全員に連絡し疫学調査を実施するのが望ましい。
- ・現実には調査に係る人員や時間の制限があり，年齢等で区切りを設けて調査を行う場合もある。
- ・麻しん患者と接触後の3週間の健康観察についても，年齢やワクチン歴・罹患歴を考慮せずに全接触者に行う場合と，2回のワクチン接種が記録で確認できる人では発症率が非常に低いという理由で，これらを除外する場合がある。（実際の各保健所の対応で）

③ 医療機関名等の情報提供のあり方について

- ・公表の目的は感染拡大防止であり、接触者が特定できる場合には医療機関名は公表しないという最近の傾向がみられる。
- ・医療機関名を公表するかどうか協議が必要な場合としては、以下が挙げられる。
移動範囲が広く接触者が特定できない場合、疫学調査上、医療機関名公表が必要と認められる場合、院内感染が発生した場合、医療従事者から2次感染者が発生する可能性がある場合、複数感染事例で地域への感染拡大防止のために必要な場合、死亡事例など。
- ・また、複数自治体（特に他県）が関係する場合、疫学調査の連携、公表の時期、どこが公表するか（患者の居住する自治体、職場がある自治体）等も含めて十分に協議する必要がある。

担当：井澤智子、緒方剛

テーマ6. 地域感染症対策ネットワーク構築への取り組みについて

■本テーマの目的

事例の紹介により、全国の保健所での取り組みの推進を促す。

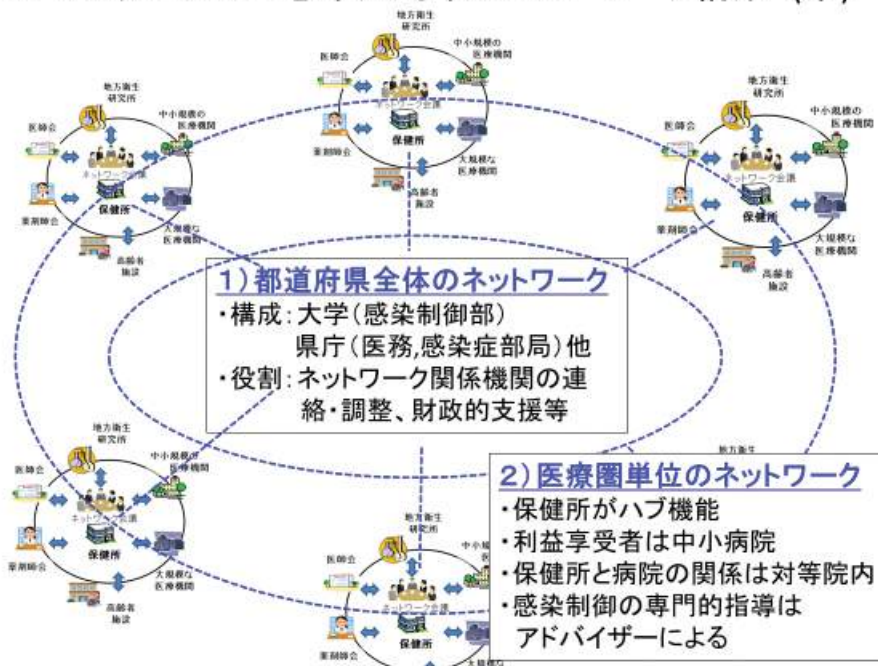
佐賀県県全体及び唐津保健所管内での地域感染症対策ネットワークの構築

佐賀県唐津保健所管内では、地域の基幹病院で CRE の院内感染事例が発生し、一時的に救急医療患者の受入を制限するなど地域医療に大きな影響を与えた事例を経験した。これに対し、大学・医師会・保健所等、地域関係者が一丸となり対応にあたる中で、地域医療を守るためにも地域を挙げて院内感染対策や薬剤耐性(AMR)対策へ取り組むことが重要という共通認識も地域で醸成された。

これを機会に、唐津保健所管内では医師会（病院）、薬剤師会、保健所、地方衛生研究所等をメンバーとする唐津地域感染症対策ネットワークを構築し、抗菌薬の適正使用に関する取組などを始めた。このネットワークには One Health の理念に基づき、家畜保健所や水産研究所にも参加してもらった。

地域における感染症ネットワークは図1に示すとおり、1) 都道府県単位と2) 医療圏等で重層的に構築し、それぞれが役割を分担し連携していくことが重要である。

図1: 地域における感染症対策のネットワーク構築 (案)



1) の都道府県単位の感染症ネットワークは都道府県庁や大学医学部感染制御部など

が実施主体となり、県や地域のネットワーク形成支援や啓発等の役割を担うとともに、感染制御等の専門的な技術的支援を担う役割がある。

2)の医療圏単位のネットワークは保健所と感染防止対策加算1医療機関等が実施主体となり、中小病院等に参加してもらい顔の見える関係のもとで行うものである。お互い規模が同じ病院間での情報交換や(模範的)ラウンドなどの活動が行われることが望ましい。

保健所がハブとしての機能を果たしていくべき2)地域のネットワークは、最終的には地域の福祉施設や幼稚園や学校等が参加していくことが期待される。これらの施設では、日ごろからインフルエンザやノロウイルス感染症等の集団発生事例が多く認められる一方で、医師等医療の専門家がいなかったが多いため、発生時のみならず普段においてもどのように対策をとればいいのかなどについて容易に相談できないことが多いからである。地域ネットワークが形成されている地区では、地域を挙げた取り組みにより、小学校で一シーズンのインフルエンザ流行のピークが減少(患者数全体が減少)したという経験もあるようだ。(例:八雲感染対策ネットワーク(YIC-Net)等)

地域の関係者が一丸となり感染症対策に取り組むことには、保健所にとって有難いものであると同時に、地域の医療機関にとってもメリットがあるものとする。抗菌薬の適正使用による抗菌薬の確保は勿論ですが、地域の感染症全体のピークを抑えることができれば救急医療のサージを軽減でき、結果として地域の救急医療の負担軽減にも繋がる。

みんながそれぞれの立場でできることをしっかりやっていく、この「みんなで取り組む」ということが感染症対策の基本であり重要なことであると同時に、すべての医療安全、ひいては地域全体の健康危機管理にとって大切なことである。

このためにも保健所はハブとなり地域の関係者を繋ぎ、感染症等に強い「地域づくり」をけん引する役割を果たしていく必要があると考える。

(本事業など薬剤耐性(AMR)対策に関する全体像は、別途、「薬剤耐性(AMR)班」(分担事業者:永野美紀先生)の報告書に掲載されており、そちらを参照されたい)

テーマ7. 薬剤耐性 (AMR) に関する検討について※

薬剤耐性(AMR)対策推進に関する調査票 (試案) の活用※

※ 薬剤耐性 (AMR) 対策の重要性が増したことから、今年度は薬剤耐性 (AMR) 班が福岡市早良保健所の永野美紀所長を班長とし別途立ち上げられた。一方、本対策は新興再興感染症対策と重複する部分も多く、また昨年度からの事業の経緯もあり、必要な事項については両班が協力し事業を実施することとした。まずは本班において上記内容の先行検討を行った。

■ 本テーマの目的 (ゴール)

東京都が作成・公表している「薬剤耐性 (AMR) 対策推進に関する調査票 (試案)」について、川崎市をフィールドとして試行し、今後の薬剤耐性 (AMR) 対策の参考とする。

■ 事業概要

<経緯>

28年度本班会議 (薬剤耐性 AMR グループ) において、「院内感染対策チェックリスト (案) (次項)」を提示した。議論の結果、「KAWASAKI 地域感染制御協議会」という既存のネットワークがある川崎市において参加する医療機関の意見を聴いて頂き、本リストを地域で使用可能かについて試行頂いた。

<結果と考察 (概要) >

本調査案は、医療機関への立ち入りの際に院内感染対策状況を確認することを目的に東京都が作成したものであり、都内の病院全般を対象としたものである。

他方、今回試行を依頼した KAWASAKI 地域感染制御協議会 (参加施設数: 28 の医療機関 (平成 29 年 6 月 16 日現在)) は、川崎市内の感染症に関する勉強会で知り合った医師同士がお互いの施設の感染管理の問題点を話し合うために自施設の感染制御チームの看護師、薬剤師、臨床検査技師に声をかけて集まったものであり、院内感染症対策に関しては、高いレベルにあると考えられる。

今回、回答に協力頂いた 11 施設 (回答率 42.3%) からの意見としては、このような調査票を用いるにあたっては、対象となる医療機関の規模や機能 (例えば大学病院や院内感染対策連携加算 I を取得しているような病院と、そのような対応をとっていない病院) により、それに見合う調査票を作成すべきである、というような意見が得られた。

保健所がハブとなり院内感染対策に共に取り組んでいく必要がある医療機関は、上記のような地域の院内感染対策連携に加入していない医療機関であることから、今後、このような調査票を作成、使用していくにあたっては、これらの点に留意していく必要があると考える。

なお、川崎市の調査結果の概要を末尾資料集に掲載する。(担当: 三崎貴子先生)

小泉祐子課長)

テーマ8. 災害の感染症対策に関する検討

災害防疫実施要綱改定に係わる国への具申

■本テーマの目的

28年度から取り組んできた災害時の感染症対策について、以下の資料を作成した。

■概要

厚生労働省防災業務計画改定（29年7月）に伴う標記改定案の作成及び改定に関する具申

国においては、「厚生労働省防災業務計画（平成29年7月）」※が策定されたが、この第2章 保健医療に係る対策 第8節 防疫対策 において、「被災都道府県・市町村は、「災害防疫実施要綱」（昭和40年5月10日衛発第302号各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省公衆衛生局長通知（以下、本要綱と略す））により策定された防疫計画に基づき、以下の点に留意しつつ、災害防疫活動を実施する。」との記載がある。

※以下参照

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/290706-kouseiroudoushoubousaigyomukeikaku_2.pdf

本要綱は、伝染病予防法に準拠した内容であることから、この内容を感染症法（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）に準拠したものに改定する必要がある。

そこで、本要綱の改定案を作成し厚生労働省厚生科学課長宛てに具申することにより、本要綱の改定について省内で取り計らい頂くこととなったので、その概要を掲載した。

なお、本改訂案については現制度への理解が不十分のため、適切でない部分もあることを申し添える。

（末尾資料集に改定案の全文を掲載）

担当：緒方剛

テーマ9

その他1

【報告】全国保健所長会 70 周年記念誌

- 1) 「健康危機管理に関する委員会」のまとめ の作成
- 2) 健康危機管理に関する座談会への出席（副座長）

■概要

全国保健所長は今年度 70 周年の節目を迎え、記念誌の発行を行うこととしている。本職においては、健康危機管理に関する委員会の副委員長、並びに本班の事業班長の立場から、上記 2 事業に関する協力を行った。

なお、これらの内容については、全国保健所長会 70 周年記念誌を参照されたい。

その他2

【報告】健康危機管理に関する委員会との危機事例の共有

■概要

本班は健康危機管理に関する委員会と連携を事業方針の一つに掲げている。

今年度も同委員会と連携しながら事業を推進するため、平成 29 年度第 1 回健康危機管理に関する委員会（4 月 16 日開催）において、最近の健康危機事例として、オウム病による妊婦の死亡事例、ハチミツによるボツリヌスに乳児死亡事例の情報を提供した。

また、第 2 回委員会（12 月 17 日開催）においては、本班でも議論を行った情報公開や共有の課題として、所長会 ML リストの現状と課題や自治体の情報セキュリティ強化に伴う情報共有等に関する課題について、情報共有と議論を行った。

その3

【報告】大量調理施設衛生管理マニュアル」の改正案に関するパブリックコメント提出

■概要

厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部監視安全課から意見の募集があった「大量調理施設衛生管理マニュアル」改正について、パブリックコメントを健康危機管

理に関する委員会の前田秀雄委員長名で提出致した。これについて、本班並びに薬剤班 (AMR) が連携しとりまとめを行った。以下にコメントを掲載する。に関する

パブリックコメント：ノロウイルス定期便検査等に関する見解

保健所は、国民の健康保護のために、食中毒が発生した際に食品衛生法に基づき原因者に対し行政処分等を科す等の業務を行う一方で、食中毒を未然に防止する相談に応じる等の業務を行っており、実行可能な指導を行う視点が不可欠である。以上の視点からみて、この度の改訂案は下記の課題があると思われる。

記

- ・一般に健康管理に用いられるELISA法等の簡易な検査は検出力が低く、ウィルス量の少ない無症状ウィルス保有者を確実に把握することは困難であること、
- ・有効な検査間隔等の実効性のある検査方法について十分検証されていないこと、
- ・罹患率の低い無症状者に対して検査を行えば、陽性的中率が低いことから多くの陽性者に不要な就労制限を課すことになること。
- ・検出力の低い検査により生じる偽陰性従業員が、検査結果に安心して衛生管理を怠る等の懸念があること
- ・PCR検査等の検出力に高い検査方法は費用が高額であり、定期検査にはなじまないこと。

これらのことから、時期を限定した努力義務であるとしてもノロウイルス検査の定期化は時期尚早であり、検査精度の向上、検査費用の低廉化、実効性ある検査方法の確立等の諸課題の解決した後導入されたい。

ノロウイルスによる食中毒の発生防止に当たっては、標準予防策としての衛生管理の徹底、有症状者の確実な把握の一層の充実強化を促されたい。

以上

(参考)

大量調理施設衛生管理マニュアルのパブリックコメント募集

<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=PCMMSTDETAIL&id=495160494&Mode=0>

平成 29 年 3 月 16 日の薬事・食品衛生審議会（食品衛生分科会食中毒部会）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000155510.html>

【参考】上記提出内容に対する科学的検討

提出意見によれば、「罹患率の低い無症状者に対して検査を行えば、陽性的中率が低いことから多くを偽陽性と判定、不要な就労制限を課す可能性があること。」とあることから、実際のデータを検討してみた。

調理従事者のノロウイルスの簡易検査陽性率は、冬季で 1%程度という検査会社からの報告がある。

事前確率 $P=0.01$

事前オッズ $O=P/(1-P) =0.01/(1-0.01)=0.01$

簡易検査の感度 90%、特異度 95%とします。

検査陽性の場合 尤度比=感度/(1-特異度)=0.90/0.05=18

事後オッズ O =尤度比 x 事前オッズ =18x0.01=0.18

事後確率 $P=O/(1+O) =0.18/(1+0.18)=15\%$

すなわち、無症状の簡易検査陽性者 6 人のうち 5 人は、実は陰性ということになる。

担当:緒方 剛

その他 4

【報告】平成 31 年度 全国保健所長会

保健所行政の施策及び予算に関する要望書に関する素案の提出

■概要

全国保健所長会が厚生労働省に提出する「平成 31 年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書に対する意見」（平成 30 年度上旬提出予定分）に関して、本班関連分の 4 事項について、一部、全国衛生部長会長らとも協議しながら以下の素案を作成し、全国保健所長会事務局に提出した。

なお、所長会が国に提出する要望書では（今後の校正に伴い）以下の記載内容に変更や修正がなされる点をご容赦願いたい。

課題 1：ハイリスクグループへの結核対策

結核の高まん延国で生まれた者に対する入国前健診について

日本が結核の低まん延化をめざす中で、外国生まれの結核患者の割合は 6%を超えている。なかでも外国生まれの方が就学や就労、職業訓練などを行う 15~39 歳の年齢階級においてはその割合はさらに高くなり、日本語学校等での結核患者の発生は全国の保健所にとって大きな課題の一つである。

この対策のためには、入国後に行う健診とともに、米国やオーストラリアなどの諸外国で行われている「結核の高まん延国などから日本に入国する者に対する入国前の健診」が有効な対策の一つとして挙げられる。

入国前健診について、国における実施の検討を願いたい。

課題 2：広域にわたる集団発生事例への対応に関する支援について

広域にわたる食中毒事案や麻しん集団発生事案への対応については、厚生労働省と都道府県等の間及び都道府県等の間の連携や情報共有が一層円滑に行われる必要があり、そのための体制整備を図ることが重要である。これについては、国においてとりまとめられた「関東地方を中心に広域的に発生した腸管出血性大腸菌による感染症・食中毒事

例（調査結果取りまとめ）」の中でも「厚生労働省、都道府県等の関係者間での連携や食中毒発生状況の情報共有等の体制を整備」とあるが、一方で、この対応にあたる保健所や地方衛生研究所では、これら業務には未だ十分に対応できていない現状がある。

国においては、他県から応援に来る仕組み作りと、自治体で対応にあたる人材育成の支援、国からの技術的支援の強化をお願いする。

なお、国からの技術的支援に関しては国立感染症研究所疫学センターの FETP（実施疫学専門家養成コース）がある。これについて、派遣元がない研修生については、今年度から、国立感染症研究所の非常勤職員となる制度が導入された。他方、自治体からの派遣の場合、派遣期間中の代替職員等の確保に関する経費的な補てん制度がない等の課題も残っているようである。自治体から FETP に派遣しやすくなる仕組みづくりについても検討願いたい。

課題3：広域にわたる集団発生事例への対応に関する通信環境の整備について

広域対応においては都道府県等間の迅速な情報交換が必須であるにも関わらず、情報セキュリティ強化の名目のもとで、インターネットへのアクセス制限やメールへの添付ファイルの回収に多くの手間を要する等、非常に職員が働きにくい環境整備（悪化）が進められている。これらの状況は、迅速性が求められる危機対応の能力低下に繋がるものであると危惧している。

国においては、保健所がおかれた通信環境の現状を把握されるとともに、総務省等関係省庁と連携しその状況の改善についてご尽力願いたい。

その他6

「総務省感染症対策に関する行政評価・監視」を受けて—保健所の立場から—

■概要

総務省から、10年ぶりに実施された「感染症対策に関する行政評価・監視—国際的に脅威となる感染症への対応を中心として—」が出された。

http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/107317_0920_00003.html

http://www.soumu.go.jp/main_content/000522251.pdf

http://www.soumu.go.jp/main_content/000521543.pdf

本誌では、検疫所との連携や東京オリンピック・パラリンピックへ向けての検疫強化や感染症指定医療機関のあり方、感染症指定医療機関と消防、保健所の連携などについて勧告がなされている。エボラ出血熱その他の対応で予算、人員が拡充されたがその効果はあったか等についても、検証がなされている。

今後国等においては、この評価をもとに感染症対策の改善が進められることになる

が、ここでは、保健所長がこの勧告について、特に保健所の感染症対策と密接な関係のある事項について知ることにより、今後の地域での感染症対策、中でも関係機関との連携について考えていく上での保健所の参考と資することを目的とし、本稿を作成した。

1. 「検疫法に基づく水際対策」について

1) 健康監視の的確な実施について

- ・エボラ出血熱や MERS（中東呼吸器症候群）について、検疫所による健康監視対象者選定の漏れが指摘されている。入国後本人が知人等の指摘で相談し、都道府県による健康観察が行われた事例もあるということから、入国管理局との連携が提言されている。これは可能な限り徹底してもらう必要があることから、検疫との連携において重要な課題との認識が必要である。出国時の周知についても同様である。
- ・健康観察対象者からの健康状態等の報告が遅延、中断した者がエボラ出血熱では 56.1%、MARS では 66.6% であり、検疫所が健康状態の確認ができない、あるいは居所の特定ができずに健康監視期間が終了している事例があったとのことである。また、検疫所や保健所に事前連絡することなく一般医療機関を受診した事例もあることから、検疫所が説明の上本人と連絡がつく状態にあることが重要である。行政対応に万全を期すため、厚労省は当該者の居所の所在地の都道府県・政令市等に通知により情報提供することを求めているが、情報提供がなかった、あるいは大幅に遅れた事例があった。
- ・通知が届かない、遅延する事例は、該当者が移動するなど個別の事情、また各地の検疫所、都道府県等の事情があると思われる。検疫所と都道府県、保健所でこの行政評価をうけ、通知の方法そして情報提供の内容について話し合い、情報提供のツールとルールを確認しておくことが望ましい。

○考察

この評価からの提言で「所見」として、検疫所は都道府県等に対し i) 検疫所において健康監視対象者に連絡が付かなかった場合の連携や、ii) 検疫所から健康監視対象者の居所等に関する情報提供があった場合における対応のあり方について具体的に示すとともに、その適切な対応について要請すること、とある。

適切な対応のためには具体的に話し合うことは重要であるが、適切な対応について、検疫所に対しどのような形で要請するかが問題となる。例えば休日、夜間対応や保健所圏域をまたぐ対応、あるいは離島など特殊な居所にある場合、要請が非現実的にならないよう留意することが重要であり、各地の実情を踏まえ、検疫所および周辺の保健所などとしっかりしたルール作りをしていくことが必要である。

2) その他（考察を含む）

- ・健康観察については、エボラ出血熱や MERS 等、一定期間に限られた人数の情報提供なら対応が可能かと思われるが、平成 21 年の新型インフルエンザのように対象者

が膨大な数になることも予想される。実際、当時はアメリカ合衆国が「流行国」とされたことにより、那覇検疫所からは大量の健康観察対象者リストが沖縄県担当部局に届けられた。県医務課はこれを居所で各保健所に分け、発送したが、多い保健所では毎日新しいリスト（対象者には外国人が含まれる）が数十件届き、とても対応できる状況では無かった。

このような場合はどうするかも考えておく必要がある。管内に空港、港湾を有する保健所等では、特に検疫所と日頃相談しておくべきである。

2. 「感染症法に基づく国内のまん延防止対策」について

1) 指定医療機関の診療体制等の整備状況など、について

- ・指定医療機関（特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関、第2種感染症指定医療機関）に調査が行われているが、まず、都道府県（第1種）、2次医療圏（第2種）ごとに基準病床数を満たしていない状況があった。これは様々な事情があると思われるが、基準病床数を満たしていない場合、代替措置について都道府県担当課、保健所等、検疫所間で現状認識と課題、整備目標等について共有する必要がある。
- ・病床数としてはあるものの、受け入れ患者数が何らかの理由（人員が不足、構造設備等感染防御の環境が未整備、訓練等が不足など）で制限されていて、実際より少ない、あるいは対応できない事例があった。これについても、各地域の現状認識を関係者で共有することがまずは重要と考える。（総務省は補助金の交付が不適切であり、指導すべきとの見解も示している。）
- ・感染症専門の医師、看護師を配置すべきだが、各地で区々であったとしている。常勤で配備されることが当然望ましく、感染防止の計画や訓練等に直接影響することであるが、離島など現実的には困難な場合もある。離島の第2種感染症指定医療機関は県立病院等公的病院が担っていることが多いが、毎年医師のローテーションで十分な配置数を確保することに苦慮しており、特定の診療科や専門医の不足する状態が恒常化している。これらの状況についても、今後考えていく必要がある。

2) 院内感染防止措置等が十分でない、について

- ・1)と併せて、これら対応が区々となっていることで感染症患者を適切に受け入れることができるか危惧されるとしている。そして、これら指定医療機関を指導する立場の厚労省、都道府県等が実態を把握し、改善指導を行っているものは見られなかったという厳しい指摘もされている。これについては、全国の保健所は、都道府県の医療監視や検疫所を加えた訓練の機会に、院内感染防止措置に関する助言や問題点の確認等は行っていると思われる。これらの現在対応可能な対策に加え、感染症指定医療機関としての観点を改めて意識することは必要であろう。
- ・全国の状況も把握し、より実効性のある体制をイメージするためには、提言の「所見」にあるように実態を把握する調査等も必要である。各地の実態を関係者で共有するこ

とが重要である。

3) 感染症患者の搬送手段等の確保が十分でない、について

- ・移送手段の確保が不十分な保健所等については、その理由・実情を把握した上で、都道府県等を通じて、当該保健所等が必要な改善措置を講ずるよう助言を行うことが指摘されている。
- ・感染症患者搬送について、今回調査対象としたのは27保健所であったが、専用車両や人員を確保しているところ(14保健所)から、医療機関、消防、民間事業者等と貸与に関して取り決めをするなど、様々なパターンがあった。全国の状況を知ることは地域での備えを考えるうえで重要と思われる。また地域によって、特に離島等では1類感染症の移送は困難な状況もあるため、都市部や郡部、港湾や空港を有する保健所等の特徴、また指定医療機関との取り決めの内容などについて、各ブロックで保健所長会等で情報共有をする機会を作ることは重要であろう。
- ・離島の検疫所(支所、出張所)と保健所の連携は特に問題を抱えており、独立して整理をしていく必要があると思われる。特に人員、設備、他機関との連携などが必要である。
- ・専用車両を持っていない場合の、消防やその他の協力機関との委託の内容や課題、さらには車両以外(ヘリ等)で自衛隊や海上保安庁との連携が必要な場合の課題や取り組むべき協議等についても整理する必要がある。

4) 感染症患者等の搬送訓練が十分でない、について

- ・消防機関との連携により感染症患者等の感染症指定医療機関への移送を行うこととしている保健所については、その適切な移送を確保するため、消防機関との合同訓練が定期的実施されるよう、効果的な訓練の取組事例を紹介するなど、都道府県等を通じて必要な助言を行うことが指摘されている。
- ・保健所、検疫所のどちらの主催の場合もあると思われるが、指定医療機関をはじめ実際に連携が必要な関係者の参加を確保すること、また毎年訓練を行うことが重要と思われる。訓練が十分に行われていない保健所の状況(管内の環境他)についても今後考えていく必要があると思われる。
- ・訓練の回数は、特に検疫所がある周辺の保健所は確保されていると考えられる。回数確保は重要であるが、同時により現実的な、より具体的な課題が明らかになるような質の高い訓練が望ましい。提言に加えて、場合によっては国立国際医療研究センターや国立感染症疫学情報センター、大学など専門家の参加を得て行うことや、厚労省や保健所長会が主催する研修で専門家の講義や効果的な取組事例の紹介を行うことも有用と考える。

担当:国吉 秀樹

その他7 EBS（イベントベースサーベイランス）

EBS は、公衆衛生上リスクがある事象の情報を迅速に探知するサーベイランスである。28年度から議論してきたEBSについて、保健所が地域健康リスク情報を早期に探知し適切にリスク評価ができることを目指し、必要な検討を行う。

○ これまでのEBS（イベントベース・サーベイランス）に関する検討内容 保健所によるイベントベーストサーベイランスの実践(案)

- ・地域における感染症情報の評価と関係機関への還元
- ・保健所による学校欠席者サーベイランスの実施と必要事例への介入
- ・管内医療機関への依頼状配布
- ・医療機関からの問い合わせ基準(今後検討)周知
例 原因不明の死亡・重症患者例で、環境が原因と考えられる場合
原因不明の重症呼吸器感染症の集積
原因不明の症例が集積し、感染症が原因と疑われる場合
- ・問い合わせ後手続きの制定と医療機関への周知
例 感染症専門家やFETPの相談・支援

担当：緒方剛

◎地方自治体版EBS構築の例

○オールハザード版のEBS構築のプロセスの場合

厚労省健康危機管理基本指針、実施要領の自治体版（県庁版 or 保健所版 or 地衛研版）

○感染症の領域だけのEBSの場合

感染症健康危機管理実施要領が良い基本形

○項目

1. 健康危機に対する情報集約窓口を設定する
2. 定期的にチェックすべき主な情報源を整理する。
 - ・新聞記事、ホームページ、メーリングリスト、サーベイランス SNS 等
 - ・輪番・当番制でチェック体制をとる
3. 情報提供源となる機関に担当窓口を設定する
 - ・医師会、病院等
 - ・市民向けの情報提供窓口を設定するか？

4. 情報提供対象とする評価基準を設定する
 - ・厳格な基準は EBS の原則に反するおそれ
 - ・定性的な報告の”目安”程度が好ましい（例：変か、ひどいか、広がるか）
 - ・通常の発生とは異なる要素がある
 - ・原因に不明な点がある
 - ・新規性、など
 - ・人体への影響が甚大である
 - ・重症、死亡例が多数など
 - ・拡大のおそれがある、など
5. 事態レベル（緊急事態として必ず対処すべき事態、注視すべき事態、終了事態）についての基準を設定する
6. 報告事象から、事態レベルの判断プロセス及びその判断に関する情報提供先を明示し関係者で共有する
7. 関係者による定期的な情報共有会合を行う
8. 事態の管理システムを作成する
 - ・案件を対応中、対応済みでフォロー
9. 上記の一連のプロセスを文書化(SOP など) する
10. 訓練を実施し、改善を行う

担当：齋藤智也

その他 8 - 1

【報告】第 75 回日本公衆衛生学会総会 メインシンポジウム 5

「薬剤耐性（AMR）への対策 ～国民啓発会議からの提言を受けて～」
シンポジスト；

（テーマ）「地域感染症対策ネットワーク構築」に向けた保健所の役割と試み

■概要

第 75 回日本公衆衛生学会総会において、薬剤耐性（AMR）に対する公衆衛生対応を有効なものとするため、国、専門医療機関、医師会、保健所、患者代表等の関係者で積極的な議論を行うために標題のシンポジウムが開催された。このシンポジストの一人として全国保健所長会を代表し、本事業分担事業者（中里）が標記演題により講演を行った。

なお、抄録については日本公衆衛生雑誌 Vol 64 No10（2017 年 10 月）特別付録総会抄録集を参照されたい。

その他 8-2

【報告】第 75 回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム 3

(テーマ) 地域で進める感染症ネットワーク

■概要

第 75 回日本公衆衛生学会総会において、現行の感染症の患者情報や病原体情報収集体制の現状や課題、地域感染症情報センターの検査機能を含めた機能上の課題等を抽出するとともに、地域の健康危機管理体制を強化するために、医療機関、保健所、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の連携体制のあり方を提案し、今後の地域における健康危機管理体制について総合的に意見交換を行うために標題のシンポジウムが開催された。この座長の一人として全国保健所長会を代表し、本事業分担事業者（中里）が参加した。

なお、座長（当職）の言葉並びに講演の概要（抄録）については日本公衆衛生雑誌 Vol 64 No10（2017 年 10 月）特別付録総会抄録集を参照されたい。

その他 8-3

【報告】第 75 回日本公衆衛生学会総会

一般口演：地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)

新興再興感染症等健康危機管理推進事業

■概要

標記学会において、平成 28 年度の本事業について一般口演を行った。

なお、演者は若手育成の目的から、福岡県京築保健所の木村竜太先生から口演いただいた。

口演抄録については日本公衆衛生雑誌 Vol 64 No10（2017 年 10 月）特別付録総会抄録集を参照されたい。

資料集

資料 1

平成29年1月13日付 北海道庁による調査 感染症発生時の公表について（結果）

I 感染症の集団発生に関する公表

公表の有無、実施主体、方法、時期

(1) 貴都府県において、感染症の**集団発生**があった場合、報道機関に対して公表をしていますか。

- | | |
|-------|----------------|
| ① いる | <u>33 都道府県</u> |
| ② いない | <u>4 都道府県</u> |

(2) 公表の実施主体をご教示願います。

- | | |
|-------------|----------------|
| ① 本庁・保健所の両方 | <u>2 都道府県</u> |
| ② 本庁のみ | <u>26 都道府県</u> |
| ③ 保健所のみ | <u>1 都道府県</u> |
| ④ その他 | <u>4 都道府県</u> |

(3) 公表対象となる「感染症の集団発生事例」の定義を定めていますか

- | | |
|-------|----------------|
| ① いる | <u>32 都道府県</u> |
| ② いない | <u>1 都道府県</u> |

(4) 公表の方法をご教示願います。

- | | |
|--------------|----------------|
| ① 報道機関への資料提供 | <u>18 都道府県</u> |
| ② HP公表 | <u>1 都道府県</u> |
| ③ その他 | <u>13 都道府県</u> |

(5) 公表のタイミングをご教示願います。

- | | |
|-------------------|----------------|
| ① 必要な情報を把握次第、速やかに | <u>30 都道府県</u> |
| ② 週報として決まった曜日に | <u>1 都道府県</u> |
| ③ その他 | <u>2 都道府県</u> |

公表内容について

(6) 集団発生があった施設(種別又は固有名称)について公表していますか。

- | | |
|------------|----------------|
| ① 施設種別まで公表 | <u>24 都道府県</u> |
| ② 固有名称を公表 | <u>7 都道府県</u> |
| ③ していない | <u>2 都道府県</u> |

(7) 施設種別の表記方法についてご教示願います。

- ① 本道では、「養護老人ホーム」、「老人デイサービスセンター」や「授産施設」などの名称は用いずに、別紙に基づき、「老人福祉施設」、「介護保険施設」や「社会福祉施設」といった種別名称を用いています。貴都府県での状況を教えてください。

- ② 本道では、医療機関において集団発生があった場合、「病院」または「診療所」という名称は用いずに、「医療機関」と称して公表しています。貴都府県での状況を教えてください。

(8) 集団発生があった施設(所在地)について、どこまで公表していますか。

- | | |
|-------------|----------------|
| ① 保健所管轄地域まで | <u>6 都道府県</u> |
| ② 市町村名まで | <u>10 都道府県</u> |
| ③ していない | <u>1 都道府県</u> |
| ④ その他 | <u>15 都道府県</u> |

II 集団発生以外の感染症の発生に関する公表

- (9) 貴都府県において、**集団発生以外の感染症の発生**があった場合、報道機関に対して公表をしていますか。(地方感染症情報センターのHPにおける情報公開は除く)
- | | |
|---------|----------------|
| ① している | <u>35 都道府県</u> |
| ② していない | <u>2 都道府県</u> |
- (10) 公表の実施主体をご教示願います。
- | | |
|-------------|----------------|
| ① 本庁・保健所の両方 | <u>4 都道府県</u> |
| ② 本庁のみ | <u>27 都道府県</u> |
| ③ 保健所のみ | <u>1 都道府県</u> |
| ④ その他 | <u>3 都道府県</u> |
- (11) 公表対象となる「感染症事例(集団発生除く)」の定義を定めていますか
- | | |
|-------|----------------|
| ① いる | <u>32 都道府県</u> |
| ② いない | <u>3 都道府県</u> |
- (12) 公表の方法をご教示願います。
- | | |
|--------------|----------------|
| ① 報道機関への資料提供 | <u>22 都道府県</u> |
| ② HP公表 | <u>0 都道府県</u> |
| ③ その他 | <u>12 都道府県</u> |
- (13) 公表のタイミングをご教示願います。
- | | |
|-------------------|----------------|
| ① 必要な情報を把握次第、速やかに | <u>25 都道府県</u> |
| ② 週報として決まった曜日に | <u>1 都道府県</u> |
| ③ その他 | <u>9 都道府県</u> |

資料提供：北海道保健福祉部健康安全局地域保健課感染症・特定疾患グループ

資料2-1 「結核」や「麻しん、風しん」対策に関する調査票

平成29年11月

【調査の目的】

- 本事業班では、保健所の健康危機管理の課題について検討を行い、情報提供を行うことにより、健康危機管理の更なる推進をめざしています。
- 2007年に結核予防法が感染症法に統合されてから10年が経過しましたが、結核対策の大きな柱である接触者健診については、発症の時期を特定しにくい高齢者や外国人結核が急増するとともに、IGRAによる健診では健診時期の設定等の課題もあるようです。
- また2015年の麻しん排除認定後も毎年麻しんアウトブレイクが報告され、迅速かつ広域的な対応が求められることから、多くの自治体で対応に苦慮しているようです。
- そこで、これら対応に関する現状を明らかにし、今後の対応の参考と資することを目的として今回の調査を行うこととしました。ご協力をよろしくお願いいたします。

【回答及び送付方法】 回答所要時間 15分～30分程度

- 回答締切日：平成29年12月15日（金）

【回答者に関する情報】※ご記入ください

- ・都道府県名：
- ・保健所名：
- ・回答者氏名：
- ・問合せ先電子メールアドレス：

1 保健所の属性

Q1 保健所の設置主体

- 都道府県 政令指定都市 保健所政令市 中核市 特別区

Q2 管内人口

約 _____ 万人

Q3 感染症・結核担当保健師数

_____ 人

2 結核に関する調査

Q3 複数の医療機関を受診している場合は、全ての医療機関から情報を収集していますか。(手引き p18)

- はい
- いいえ⇒その理由 (主なものを1つをお選びください)
 - 医療機関の協力を得にくい
 - 対象者が多く手が回らない
 - 保健師の経験不足
 - その他 ()

2-3 接触者健診の企画

Q1 接触者側の接触状況や基礎疾患等の情報収集に際し、ハイリスク者・濃厚接触者か否かの判断は「手引き」p9~10に基づいて実施可能ですか。(手引き p9・10・23)

- はい
- いいえ⇒その理由 (主なものを1つをお選びください)
 - 接触者側の協力を得にくい
 - 対象者が多く手が回らない
 - 感染源を明らかにしないので情報収集が不十分
 - その他 ()

Q2 健診の企画(対象者の範囲、時期、方法等の決定)はどのように行っていますか。(主なものを一つ選択してください)(手引き p20~26)

- 所長や保健所医師を含めた検討会を開催し決定する
- 担当保健師が起案した内容を上司(医師)が決裁する
- 担当保健師が起案した内容を上司(行政職)が決裁する
- その他 ()

Q3 高齢者へのIGRAの実施にあたり、主として何を重視していますか。(主なものを一つ選択してください)

(手引き p30)

- 年齢
- 結核既往歴がないこと
- 感染源との接触状況
- その他 ()

Q4 IGRAの結果と疫学調査結果との整合性について再検討していますか。(手引き p32)
(整合性: IGRA判定保留の解釈や、過去の古い感染の影響はないかなど)

- はい
- いいえ⇒その理由 (主なものを1つをお選びください)
 - 所長・医師の時間確保が困難
 - 対象者が多く手が回らない

- 保健師の経験不足
- その他 ()

Q5 初感染発病の割合が高いと推定される年齢(概ね 60 歳未満：外国人を除く)の者が、結核(肺外を含む)と診断された場合、接触者健診の一環として感染源・感染経路の探求を実施していますか。(手引き p2・26)

- はい ⇒ 平成 28 年の実施件数 _____ 件
(実績ゼロでも実施する場合は選択ください)
- いいえ⇒その理由(主なものを1つをお選びください)
 - 患者側の協力を得にくい
 - 対象者が多く手が回らない
 - 初発患者を明らかにしないので情報収集が不十分
 - その他 ()

2-4 接触者健診の医学的検査部分を外部委託で実施している場合の委託先医療機関との連携

※2-4については、接触者健診の医学的検査部分を外部委託で実施している保健所のみ回答をお願いします。(委託を実施していない保健所は、2-5にお進みください)

Q1 初発患者情報等の担当医への伝達方法の次のどれですか(複数回答可)。
(手引き p29・30 及び p3)

- 文書
- 電話
- 面談
- その他 ()

Q2 担当医への伝達事項は次のどれですか(複数回答可)。(手引き p29・30)

- 初発患者の感染性
- 初発患者との接触状況
- 接触者への説明内容
- その他 ()

2-5 潜在性結核感染症の登録と管理等

Q1 LTBI 治療を実施中の副作用発現はどのように確認しますか(複数回答可)。
(手引き p38・39)

- DOTS 支援の一環で保健師が患者から確認
- 主治医から電話で報告あり
- 定期病状報告等の文書で医療機関から情報収集
- 積極的に把握していない
- その他 ()

Q2 潜在性結核感染症の治療が副作用で中断した場合の対応は主に次のどれですか。
(手引き p35)

- 担当医の判断に任せる
- 担当医と協議し方針を患者へ説明する

- 患者の希望を優先する
 その他 ()

【自由記載】

- ◎ 日ごろ、結核の接触者健診を進めるにあたって、課題と思われることがあれば記載ください。

3. 麻しん及び風しんに関する調査

3-1 基本事項

- Q1 管内での5年以内での麻しんアウトブレイク対応の経験についてお答えください。

注) 麻しん発生時対応ガイドラインに「1例でも麻疹が報告された場合はアウトブレイクとして対応すべきである」と記載されていることから、当調査でも1例対応から「あり」とお答えください。

- 2年以内に経験あり 5年以内に経験あり 5年以内での経験なし

3-2 疫学的業務について

- Q1 麻しん発生時対応ガイドライン(第2版,2016年6月改訂)について知っていますか。

- 通読した 概要は目を通した 知っているが目を通してない 知らない

- Q2 2次感染が発生した場合、保健所が行う疫学的業務(例:調査対象者の範囲決定や緊急ワクチン接種の決定など)について、国立感染症疫学情報センター等が行う専門的な支援を仰ぐ必要があると思いますか。

- 必要があり、都道府県内で支援が得られる。
 必要の場合があるが、都道府県内では支援が得られにくい。
 必ずしも必要はない。
 その他 ()

- Q3 平成28年度調査では、麻疹等で数百人規模の接触者調査が必要となった際の貴保健所での対応が可能かどうかについてお聞きしました。この1年での変化についてお教えてください。

- 保健所職員のみで対応できる

- 応援体制があるので対応できる
- 自保健所のみでの対応は難しく、応援体制もない
- 分からない

Q4 麻しん対策の教育研修について

保健所として、麻しんなどの感染症危機管理に関する教育研修についてお教えてください。

- 実際の経験で培われている
- 実際の経験は不足しているが、研修などで補えている
- 経験も教育研修の機会も十分ではない
- 分からない

3-3 情報共有・情報公開について

Q1 麻しんアウトブレイク対応時には、地域の関係機関（医療機関、医師会など）との迅速な情報共有による感染拡大防止が重要になりますが、このことについて貴保健所で課題と感ずることがあれば具体的にお教えてください。【自由記載】

Q2 麻しんなど広域感染症対応時、異なる自治体間での情報共有・情報公開について課題と感ずることがあればお教えてください。【自由記載】

4 風しん対策について

風しん対策に保健所が独自に取り組んでいる対策がありましたらご記載ください。

【自由記載】

※取り組みの例：県型保健所の場合：

- ・圏域としての麻しん風しん対策会議等の設置
- ・市町村が出席する会議等を活用し、接種率の向上策について情報交換をする機会を作る、など

謝辞（略）

資料 2 - 2 「結核」や「麻しん、風しん」対策等に関するアンケート調査に関する結果概要（集計等に関する記述）

●集計等に関する記述

I. 作業時間（概算） 総計約 68 時間

- 1 Google フォームの作成 8 時間
- 2 ファックス受信版とメール受信版の整理 14 時間
- 3 アンケート入力作業 30 時間
 - (1) メール受信（Word 版）18 時間 15 分
 - (2) メール受信（pdf 版）及びファックス受信版 12 時間 45 分
 - (3)
- 4 Excel 表（暫定版・粗データ表作成）8 時間
見直し。各保健所に総務省資料に抛り、コード番号を付与。
- 5 回収率の確認 8 時間

II. 課題・改善点

1 ファックス受信等の転記隘路（8 時間半・510 分過多）

{ ファックス受信等の Google フォーム（アンケート様式）への転記に係る隘路、課題 }

今回、ファックス受信が 40 件（13.0%）、及びメール受信（pdf 添付）11 件の計 51 件については、Google フォーム・URL 直接入力の場合、自由記載欄の転記により多くの時間労力が掛かった。

メール受信（Word 添付）であれば、切り貼りにより 1 枚当たり約 5 分で収まるが、ファックス受信及びメール受信（pdf 添付）になると、約 15 分かかった。ファックス送信者は、概ね自由記載欄も盛り沢山なことが多かった。

従って、ファックス受信等は 1 件当たり 10 分程余計に時間が掛かり、これら 51 件にて、計 510 分（8 時間 30 分）程、余分な手数となった。

今後は、pdf の①『OCR（光学式文字読み取り装置）ソフト活用』が考えられる。

又は、自由記載欄を作業者が読み上げる、②『音声認識ソフト活用』も選択肢となる。

但し、Google フォームは無料にて、自動集計後に Excel データにて変換可で、使い出がかなり良かった。

2 Google フォームの不具合

{Google フォーム（アンケート様式）に係るクリック反応遅れ}

URL 直接入力に係り、Google フォームの○や□の欄に、クリックして『レ点』を入れることになるが、時々、クリックに反応しなかったり、反応が遅れる場合が多々あった。

このため、入力者が見直し、再チェックしなければ、そのまま、記載無し・記載漏れになった場合もあったのではと憶測された。

実際、記載無し・記載漏れの箇所は複数有った。

3 択一選択肢で複数回答多い

{メール受信 (Word 版、pdf 版) 及びファックス受信に係る選択肢の過誤}

アンケートにおいては、『一つ選べ』の選択肢にも係わらず、複数、或いは全てを選択した箇所が多々あった。

また、『実績ゼロでも実施する場合は選択ください』に対し、おそらく『0件』と記載すべきの箇所を、意識的か無意識的か、空欄のままが相当あった。

4 【回答者に関する情報】の記載漏れ

5 『感染症・結核担当保健師』の解釈相違

回答者が、おそらく兼務も含むと解釈した箇所が多かった。

また、保健所によって、地区割り保健師との兼務、他用務との兼務保健師を換算が分かれた。

担当：伊東則彦

資料3

薬剤耐性(AMR)対策推進に関する調査票について KAWASAKI地域感染制御協議会に参加している 11医療機関からの回答



川崎市健康安全研究所
Kawasaki City Institute for Public Health

川崎市健康福祉局保健所感染症対策課

平成29年6月16日(金)



■ KAWASAKI地域感染制御協議会

川崎市内の感染症に関する勉強会で知り合った医師同士が、お互いの施設の感染管理上の問題点を話し合うために自施設の感染制御チーム(以下ICT)の看護師・薬剤師・臨床検査技師に声をかけて開いた会合がこの協議会の始まりで平成23年12月に結成し、現在の参加施設数は28施設

- 平成29年2月14日に協議会事務局医師に調査票(案)に回答するとともに、提案等の意見を依頼
- 今回協力を得た医療機関は11施設であり、回答率は42,3%

一般病床:平均385床(55~1156)

病床数	施設数
~100	1
101~200	3
201~300	0
301~400	4
401~	2
	合計:10

※1施設は医療療養病床のみ

回答のあった11医療機関の内訳

ICTあり	91.0%
感染症指定医療機関	9.1%
救命救急センター	27.3%
周産期・小児医療センター	9.1%

区分	No	項目	〇と回答(%)
抗菌薬の使用基準等	1	抗菌薬の使用基準について、院内感染対策委員会で協議されているか。	100
	2	院内における抗菌薬の使用基準等は作成しているか。	100
	3	使用基準に基づき適切な投与量、投与期間で使用することとしているか。	91
	4	薬剤感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にしているか。	100
	5	血中薬物濃度測定により、適正かつ効果的な投与を行っているか。	100
	6	周術期の抗菌薬の予防投与は適切に実施されているか。	100
	7	初期治療薬として必要以上に広域抗菌薬が使用されていないか。	91
	8	重要な抗菌薬について届出を行うなど院内での使用を監視しているか。	100
	9	広域スペクトラムの抗菌薬や抗MRSA薬の使用を監視しているか。	100
薬剤耐性情報の把握・共有	10	薬剤感受性試験を実施し、耐性菌の検出情報等の把握を行っているか。	100
	10-1	感染症法の対象疾患(MRSA, PRSP, MDRP, VRE, VRSA)	100
	10-2	その他(ESBL産生グラム陰性桿菌、多剤耐性アネトシバクター、その他)	100
	11	薬剤耐性に関する検査結果を院内で共有する仕組みを取っているか。	100
	12	薬剤耐性菌の検出について感染情報レポートを作成しているか。	100
	13	薬剤耐性菌の検出状況は、院内感染対策委員会に報告されているか。	100
	14	抗菌薬の使用、薬剤耐性菌についての説明は適切に行われているか。	91
	15	アウトブレイク発生時の対応が院内感染対策マニュアルに記載されているか。	100
	16	アウトブレイク発生時に、院内感染対策の専門家の援助が得られるか。	91

基本シート

この調査票で回答できるか等の協力を依頼しました。

私大協のサイトビジットでの確認項目を、http://www.idaikyo.or.jp/kansen.html その中から、AMRIに関する部分を抜粋	今回の調査票
<p>検査室からICTと主治医に速やかに直接に報告すべき薬剤耐性菌が決められている</p> <p>ICTのミーティングに臨床検査技師が参加するなどして、定期的な部署毎の菌検出状況についてICTで情報を共有している</p> <p>ICTが発生を把握する薬剤耐性菌にESBL,VRE及びMDRP,MDRA等グラム陰性桿菌が含まれている</p> <p>必要に応じ薬剤耐性菌の監視培養を行っている</p> <p>キノロン系やアミノグリコシドに感受性であってもメタロβラクタマーゼ産生のグラム陰性菌についてICTに報告がされている</p> <p>注意すべき薬剤耐性菌の発生時にはICTが直接現場スタッフに感染対策を指導するようにしている</p> <p>主要な薬剤耐性菌の発生状況をICTでモニタリングし、薬剤耐性菌の増加を早期に認識できる体制がある</p> <p>MRSA,ESBL,VRE,MDRP,MDRAIに対する隔離基準を含めた感染対策がマニュアルに記載されている</p> <p>注意すべき薬剤耐性菌の感染対策についてICTが現場に介入する目安が決まっている</p>	<p>抗菌薬の使用基準について、院内感染対策委員会で協議されているか。</p> <p>院内における抗菌薬の使用基準等は作成しているか。</p> <p>使用基準に基づき適切な投与量、投与期間で使用することとしているか。</p> <p>薬剤感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にしているか。</p> <p>血中薬物濃度測定により、適正かつ効果的な投与を行っているか。</p> <p>周術期の抗菌薬の予防投与は適切に実施されているか。</p> <p>初期治療薬として必要以上に広域抗菌薬が使用されていないか。</p> <p>重要な抗菌薬について届出を行うなど院内での使用を監視しているか。</p> <p>広域スペクトラムの抗菌薬や抗MRSA薬の使用を監視しているか。</p> <p>薬剤感受性試験を実施し、耐性菌の検出情報等の把握を行っているか。</p> <p>感染症法の対象疾患(MRSA, PRSP, MDRP, VRE, VRSA)</p> <p>その他(ESBL産生グラム陰性桿菌、多剤耐性アネトシバクター、その他)</p> <p>薬剤耐性に関する検査結果を院内で共有する仕組みを取っているか。</p> <p>薬剤耐性菌の検出について感染情報レポートを作成しているか。</p> <p>薬剤耐性菌の検出状況は、院内感染対策委員会に報告されているか。</p> <p>抗菌薬の使用、薬剤耐性菌についての説明は適切に行われているか。</p> <p>アウトブレイク発生時の対応が院内感染対策マニュアルに記載されているか。</p> <p>アウトブレイク発生時に、院内感染対策の専門家の援助が得られるか。</p>
<p>周術期感染対策</p> <p>抗菌薬の使用量を定期的にモニタリングし(バイアル数またはAUD)、結果をフィードバックしている</p> <p>抗菌薬使用のガイドラインがあり、スタッフに周知されている</p> <p>抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行い、スタッフに指導している</p>	<p>薬剤耐性情報の把握共有</p>
<p>抗菌薬適正使用</p> <p>抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して、届出制や許可制を実施している</p> <p>届出制や許可制薬剤に対して、全例を対象として提出率を把握している</p> <p>届出制や許可制薬剤に対して、使用状況(投与日数、投与理由、用法・用量)をモニタリングし、適宜介入を行っている</p> <p>抗菌薬の適正使用のため抗MRSA薬使用時にTDMを推進し、その実施状況をICTで把握している</p>	
<p>感染症コンサルテーション</p> <p>TDM実施時には薬剤師が解析を行い、担当医に助言している</p> <p>感染対策の相談が現場からあった場合、日中迅速に対応できる状況である</p> <p>日常的に相談に対応し、結果が記録され院内感染対策に活用されている</p> <p>マニュアルにアウトブレイク時の対応が記載され、適切に介入している</p> <p>マニュアルにアウトブレイク時のICTの権限について記載されている</p> <p>行政への報告基準がある</p>	<p>約400床のICDからの提案</p>

意見

- 調査対象施設がわからない。(目的が不明)
- 協議会に参加している病院では、この項目はすべて〇にしかない。
- 〇か×の選択肢では答えられない。
- △の指標がないと回答できない。
- 院内感染対策委員会は報告や決議をする委員会のため、協議は感染対策チームもしくは抗菌薬適正使用支援チーム(AST)ではないか？
- 抗菌薬の使用について、協議会参加施設以外がどのくらい取り組まれているかが不明である。(他の医療機関において感染対策委員会等は設置されているのでしょうか？)
- この調査内容は個々の病院の院内における状況調査になっていますが、薬剤耐性(AMR)対策アクションプランでは医療・介護や地域の連携などについても求められている。
- 感染防止対策加算2の施設などでは、外注契約時に検査報告する耐性菌が決められている場合が多く、MRSAは契約しているので報告されるがESBL産生菌は契約していないため報告がないということもあります。耐性菌をどこまで調査対象とするのですか？

追加項目の提案

- 「ASTによる抗菌薬適正使用の取り組みを行っているか。」
→最近取り組みが増加しているため
- 「薬剤耐性菌の分離は入院後48時間以内か以降か」
→添付されている原案は院内感染対策に重きが置かれているが、現状は耐性菌が持ち込まれる(院外感染)ことが多くなっているのではないかと考えられるため。
- 「薬剤耐性菌の検出結果について他院・介護福祉施設・在宅担当者等と共有する仕組みが有るか。」
→ KAWASAKI地域感染制御協議会の立場から。
- AST (antimicrobial stewardship team)の有無
- AST構成員
- ASTの診断、診療への関与
- AST介入後の効果検証の有無(死亡例の検証などによる介入内容の妥当性の検討)
- VRE screeningの有無

課題

- アンケートを行うのであれば……
 - 医療機関いわゆる現場が出来ているのか否かの確認をするだけでなく、対策につながるような内容にすることが必要
 - 医療機関の規模等に合わせた調査票が必要(医療機関、急性期型、療養型、診療所等同じ調査票では無理がある)
- 保健所が中心となって(ハブとなり)地域連携を行うためにネットワークを形成し、地域における感染予防・管理等に一体的に取り組むために何が出来るか。すぐにできる取組としては、**感染症情報の共有・人材育成及び市民への啓発が考えられる。**

担当：三崎 貴子、小泉 祐子

資料4 災害防疫実施要綱改定(案) - 災害防疫の実施について -

(平成三〇年月日)

(健発第号)

(各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省健康局長通知)

災害防疫の実施については、昭和四〇年五月一〇日衛発第三〇二号本職通知「災害防疫実施要綱」によりご配意を願ってきたところではありますが、平成二九年の通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」および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の施行等に伴ない、この運用について改正を加える必要があり、今般別添のとおり「災害防疫実施要綱」を改正したので、この趣旨をご了知のうえ、都道府県における防疫業務の円滑化と市町村に対する指導の徹底を期し、業務運営に遺憾のないようにお願いします。

別添

災害防疫実施要綱

第一 一般事項

一 目的

災害防疫の特性にかんがみ、企画及び総合性ある業務運営を確保し、行政運用の効率化を図るため、これに必要な防疫態勢の整備組織的活動の推進を行ない防疫措置に万全を期するものとする。

二 方針

災害発生時における防疫措置は、生活環境の悪化、被災者の病原体に対する抵抗力の低下等の悪条件下に行なわれるものであるため、迅速かつ強力に実施し、感染症流行の未然防止に万全を期すべきであるが、実施にあたっては特に次の事項に留意すること。

- (1) 事前における防疫態勢を確立し周到な計画をたてておくこと。
- (2) 警戒態勢を嚴重にするとともに災害発生時においては、組織的かつ有機的活動を実施すること。
- (3) 業務終そく後の事務処理を適確に実施すること。

三 その他

- (1) この要綱において都道府県または都道府県知事とあるのは、指定都市(地方自治法第二百五十二条の十九第一項の指定都市をいう。)および指定都市の長を含む(臨時予防接種の場合を除く。)ものとする。

また、健康診断の実施に関し、都道府県知事とあるのは、政令市(保健所法の規定に基づく政令で定める市をいう。)の長を含むものとする。

- (2) 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は「法」と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は「則」とそれぞれ略称する。

- (3) この要綱において、都道府県等が設置することとされている災害防疫対策本部は、災害対策基本法に基づく災害対策本部が設置された場合には、これに含めるものとする。

第二 事前準備

〔都道府県業務〕

一 防疫組織の設置計画

災害時に設置すべき災害防疫対策本部の組織及び運営方法について、事前に計画を樹立しておくこと。

二 防疫計画の策定

管内の地理的環境的諸条件と過去における被害の状況などを勘案して災害予想図を作成するとともに、できるだけ周密な防疫計画を樹立しておくこと。

三 器具器材等の整備

最低限常備する必要のある物件は、普段より整備するとともに、災害時または、そのおそれが顕著となった際に備えるべき物件については、あらかじめ周到な計画をたてておくこと。なお、備蓄している物件はいつでも使用できる状態に保っておく必要があるので随時点検を行なうこと。

四 職員の訓練及び動員計画

- (1) 職員の訓練については、平常時より防疫作業の習熟を図るとともに、災害予想図をもとに随時防疫演習を実施すること。
- (2) 防疫従事者の動員については、防疫計画をもとに事務の配分、作業量等に応じ、これに充当すべき職員の確保を計画しておくこと。

五 予防教育及び広報活動

台風来襲期前など適当な時期において災害時の感染症予防につき、新聞、ラジオ等の報道機関による広報活動を実施すること。

〔市町村業務〕

都道府県に準じ準備態勢をととのえておくこと。

第三 災害発生時の対策

一 警戒態勢の確立

〔都道府県業務〕

1 防疫組織

予測される災害の規模に応じ、庁内関係部局を含めて必要な限度の防疫組織を設け、状況に応じいつでも災害防疫対策本部の編成に切り替えられるような態勢をととのえておくこと。

2 状況の把握

気象、警察、消防等の諸機関、関係団体等と連絡をとり、情報の早期把握に努めること、特に災害予想図をもとに危険ともくされる地域については、当該保健所、市町村と緊密な情報交換を行ない万全の態勢をたてておくこと。

3 器具器材等の整備

すでに確保している物件の点検を行ない配置を準備するとともに、購入または借上げを行なうべき物件については、状況に応じ、逐次調達すること。

4 予防教育及び広報活動

事前に準備されているパンフレット等の利用あるいは、報道機関等の活用により、すみやかに地域の住民に対する予防教育及び広報活動を開始すること。

〔市町村業務〕

市町村においても、都道府県に準じて警戒態勢を確立し都道府県知事の指示、命令に応じ、いつでも臨機の防疫活動を開始できるようにし、都道府県業務と一体的活動が行なわれるようにすること。

二 災害防疫活動

〔都道府県業務〕

1 災害防疫対策本部

- (1) 県庁内の関係部(局)を含めて構成し、本部長の下に必要な班編成を行なうこと。
- (2) 災害防疫対策本部は、防疫計画に基づき当該災害に即応した防疫対策を企画し都道府県における防疫活動を推進すること。
- (3) 当該都道府県に係る大規模災害が発生した場合には、災害防疫対策本部は、設置される保健衛生調整本部の下に置かれること。

2 感染症流行の未然防止

(1) 災害発生時の生活環境の悪化、被災者の病原体に対する抵抗力の低下等の悪条件下に備え、管内市町村に対する迅速かつ強力な指導を徹底し、感染症流行の未然防止に万全を努めること。

(2) 夏場に災害が発生した場合や大雨や台風による河川の増水により洪水の発生が想定される場合には、衛生状態の悪化や汚染地域の拡大により、防疫に必要な器具器材等が不足することも想定されるため、被災都道府県は、近隣都道府県に対する応援要請を検討し、必要に応じ、速やかな応援要請を行うこと。

(3) 冬場に災害が発生した場合には、インフルエンザが避難所において流行することが考えられるため、被災都道府県は、手洗いの励行、マスクの活用とともに、十分な睡眠の確保、清潔維持などを心がけることについて、被災者に対して注意喚起を行うこと。

(4) 避難所は、臨時に多数の避難者を収容するため、衛生状態が悪化し、感染症発生の原因となる可能性があることから、簡易トイレ等の消毒を重点的に強化すること。

また、施設の管理者を通じて衛生に関する自主的組織を編成するなど、その協力を得て防疫に努めること。

(5) 避難所等における衛生環境を維持するため、必要に応じ、日本環境感染学会等と連携し、被災都道府県・市町村以外の都道府県及び市町村に対して、感染対策チーム（ICT）の派遣を迅速に要請すること。

(6) 保健医療に係る災害応急対策を実施している本部等に、感染症に関する十分な知見を有する医師等を常駐させるよう努めること。

(7) 避難所における衛生状態、防疫対策の実施状態等を把握し、保健医療に係る災害応急対策を実施している本部等に情報を集約させるよう努めること。

(挿入) 3 感染症の発生の状況、動向の調査及び健康診断

(1) 感染症の発生の状況、動向の調査は、法第 15 条に基づき、医師、保健師(または看護師)等、所要人員をもつて班編成を行ない、調査班の稼働能力を考慮し、緊急度に応じて計画的に実施すること。この場合、滞水地域及び集団避難所を重点とすること。

(2) 実施にあたっては、市町村、地区内の衛生組織等関係機関の協力を得て情報の適確な把握に努めること。

(3) 感染症の発生の状況、動向の調査の結果必要があるときは、法第十七条第一項の規定による健康診断を実施すること。

3 市町村に対する指導及び指示等

(1) 防疫計画をもとに、被害市町村の実情に即応した指導を行なうこと。特に被害激甚な市町村に対しては、ただちに職員を現地に派遣し、その実情を調査するとともに適切な指導にあたらせること。

(2) 都道府県知事が感染症予防上必要と認めて、次に掲げる事項の指示、命令を発するときは、当該市町村における災害の規模態様等に応じその範囲及び期間を定めて、すみやかに行なうこと。

(イ) 法第二十七条第二項の規定による清潔方法、消毒方法の施行等に関する指示

(ウ) 法第二十八条第二項の規定によるねずみ族昆虫等の駆除に関する命令

(エ) 法第三十一条第二項の規定による生活の用に供される水の供給の指示

(オ) 予防接種法第六条の規定による臨時予防接種に関する命令(市町村長をして実施させることが適当な場合に限る。)

4 代執行

市町村の被害が激甚なため、または、その機能が著しく阻害されたため、都道府県知事の指示、命令により市町村(または市町村長)が行なうべき業務を実施できないか、実施しても不十分であると認めるときは、都道府県知事は代執行を行なうこと。

5 臨時予防接種

都道府県知事は、伝染病予防上必要あるときは、対象者の範囲及び期日を指定して、予防接種法第六条の規定による臨時予防接種を実施すること。実施にあたっては、ワクチン確保等を迅速に行ない時機を失なわないよう措置すること。

6 報告

(1) 保健医療活動に関する情報連携

(ア) 保健医療調整本部及び保健所は、当該保健医療調整本部及び保健所の指揮等に基づき活動を行う保健医療活動チームに対し、適宜、当該保健医療活動チームの活動の内容及び収

集した被害状況、保健医療ニーズ等を報告するよう求めること。なお、報告の求めに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 活動中の報告においては、特に、当該保健医療活動チームが対応することができなかった保健医療ニーズについて報告するよう求めること。

イ 活動後の報告においては、特に、当該保健医療活動チームの保健医療活動を他の保健医療活動チームが引き継ぐに当たって必要な情報を報告するよう求めること。

(イ) 保健医療調整本部及び保健所は、当該保健医療調整本部及び保健所の指揮等に基づき活動を行う保健医療活動チームに対し、避難所等での保健医療活動の記録及び報告のための統一的な様式を示すこと。

この場合において、被災者の診療録の様式については、「災害診療記録報告書」（平成 27 年 2 月、災害時の診療録のあり方に関する合同委員会）及びその様式（別添 1）を、避難所の状況等に関する記録の様式については「大規模災害における保健師の活動マニュアル」（平成 25 年、日本公衆衛生協会・全国保健師長会）及びその様式（別添 2）を参考とすることが望ましいこと。

(ウ) 保健医療調整本部及び保健所は、保健医療活動チームに対し、保健医療活動を効果的・効率的に行うために必要な被害状況、保健医療ニーズ等の情報の提供を行うとともに、保健医療活動チーム間の適切な引き継ぎに資するよう、保健医療活動チームから報告を受けた情報の伝達等を行うこと。

(エ) 保健所は、市町村に対し、保健医療活動を効果的・効率的に行うために必要な被害状況、保健医療ニーズ等の情報の提供を求めるとともに、保健医療活動チームから報告を受けた情報の伝達等により、避難所の状況等、市町村が把握する必要がある情報の提供を行うこと。

(オ) 保健医療調整本部及び保健所は、被害状況、保健医療ニーズ等について、関係機関との緊密な情報連携を行うこと。なお、情報連携の手段としては、平成 24 年医政局長通知に基づき、保健所管轄区域や市町村単位等で、災害時に保健所・市町村等の行政担当者と地域の医師会等の医療関係者、救護班（医療チーム）等が定期的に情報交換することを目的として、保健所により設置される地域災害医療対策会議等が考えられること。

(2) 保健医療活動に係る情報の整理及び分析

(ア) 保健所は、今後実施すべき保健医療活動を把握するため、市町村と連携して、(1) により収集した保健医療活動チームの活動の内容及び被害状況、保健医療ニーズ等の整理及び分析を行うこと。

(イ) 保健医療調整本部は、(ア)により各保健所が整理及び分析した情報の取りまとめを行い、保健医療活動の総合調整に活用すること。

(3) 災害防疫所要見込額の報告

都道府県主管部局は、災害防疫に関する所要見込額を調査(市町村分については、その報告を集計する。)のうえ、様式(3)に示す事項について、すみやかに厚生省健康局結核感染症

課宛報告すること。

ただし、次に掲げるものは報告する必要がないこと。

- (ア) 感染症指定医療機関等の施設災害復旧費については、一の施設におけるその見込額が一〇万円未満のもの
- (イ) 防疫作業費については
 - (Ⅰ) 都道府県事業分については、一〇万円未満のもの
 - (Ⅱ) 市町村事業分については、一の市町村においてその見込額が五万円未満のもの(ただし五万円未満のものであつても、当該都道府県における市町村事業分の見込額の合計額が二〇万円以上である場合を除く。)

7 記録の整備

災害防疫に関し整備すべき書類は、おおむね次のとおりであること。

- (1) 被害状況報告書
- (2) 災害防疫活動状況報告書
- (3) 防疫経費所要見込額及び関係書類
- (4) 各種防疫措置の指示命令に関する書類
- (5) 防疫作業日誌(作業の種類及び作業量、作業に従事した者実施地域及び期間、実施後の反省その他参考事項を記載すること。)

[市町村業務]

1 防疫組織

- (1) 都道府県に準じ災害防疫対策本部を設置しまたは、これに準じた防疫組織を設け、管内の防疫対策の企画、推進にあたること。

2 予防教育及び広報活動

都道府県知事の指導のもとに、パンフレット、リーフレット等により、あるいは衛生組織その他関係団体を通じて住民に対する予防教育を徹底するとともに、報道機関を活用して広報活動を強化すること。その際特に社会不安の防止に留意すること。

3 清潔方法

- (1) 法第二十七条第二項の規定による都道府県知事の指示に基づき市町村が管内における道路、溝渠、公園等の公共の場所を中心に実施すること。

4 消毒方法

- (1) 法第二十七第二項の規定による都道府県知事の指示に基づき実施すること。実施にあつては、則第十四条に定めるところにしたがつて行なうこと。
- (2) 薬剤の所要量を算出し、すみやかに手持量を確認のうえ、不足分を入手し適宜の場所に配置すること。

5 ねずみ族昆虫等の駆除

- (1) 法第二十八条第二項の規定により都道府県知事が定めた地域内で都道府県知事の命令に基づき実施すること。実施にあつては則第十五条の二の規定により定められたとこ

ろによること。

- (2) 薬剤の所要量を算出し、すみやかに手持量を確認のうえ、不足分を入手し、適宜の場所に配置すること。また、噴霧器、運搬器具その他の物件についても、手持量を確認のうえ、不足分を整備し配置すること。

6 生活の用に供される水の供給

- (1) 法第三十一条第二項の規定による都道府県知事の指示に基づき、すみやかに生活の用に供される水の供給を開始し、停止期間中継続すること。
- (2) 生活の用に供される水の供給方法は、容器による搬送、戸水器による戸過給水等現地の実情に応じ適宜な方法によつて行なうこと。この際特に配水器の衛生的処理に留意すること。
- (3) 生活の用に供される水の使用停止処分に至らない程度であつても、井戸、水道等における水の衛生的処理について指導を徹底すること。

7 患者等に対する措置

- (1) 災害地において、感染症患者または病原体保有者が発生したときは、すみやかに適切な感染予防の措置をとること。
- (2) いわゆる予防内服は、原則として認めないこと。

8 避難所の防疫指導等

避難所は、施設の設定が応急仮設的であり、かつ、多数の避難者を収容するため、衛生状態が悪くなりがちで、伝染病発生の原因となることが多いので都道府県防疫職員の指導のもとに、市町村において防疫活動を実施すること。この際施設の管理者を通じて衛生に関する自治組織を編成せしめ、その協力を得て指導の徹底を期すること。

9 報 告

(1) 被害状況の報告

警察、消防等の諸機関、地区の衛生組織その他の関係団体の緊密な協力を得て被害状況を把握し、すみやかに報告書を管轄保健所長を経由して都道府県知事に提出すること。

(2) 防疫活動状況の報告

災害防疫活動を実施したときは、様式(5)による報告書を管轄保健所長を経由して都道府県知事に提出すること。報告書の提出前には、できる限り、その概要を電話をもつて報告し、適当な時期において保健所長と協議のうえ文書による報告に切り替えること。

(3) 災害防疫所要見込額の報告

災害防疫に関する所要見込額を別紙様式(6)に示す事項について、すみやかに電話等をもつて管轄保健所に報告すること。

10 記録の整備

災害防疫に関し整備すべき書類はおおむね次のとおりであること。

- (1) 被害状況報告書
- (2) 防疫活動状況報告書

- (3) 防疫経費所要見込額調及び関係書類
- (4) 清潔方法及び消毒方法に関する書類
- (5) ねずみ族昆虫駆除等に関する書類
- (6) 家用水の供給に関する書類
- (7) 患者台帳
- (8) 防疫作業日誌(作業の種類及び作業量、作業に従事した者、実施地域及び期間、実施後の反省、その他参考事項を記載すること。)

第四 防疫完了後の措置

一 災害防疫完了報告

- (1) 市町村長は、災害防疫活動を終了したのち、すみやかに様式(7)による災害防疫完了報告書を作成し、管轄保健所長を経由して都道府県知事に提出すること。
- (2) 都道府県知事は、管内市町村の報告書を取りまとめ、都道府県分と合せて様式(7)による災害防疫完了報告書を作成し、防疫活動を終了した日から起算しておおむね一カ月までに厚生省公衆衛生局長に提出すること。

二 災害防疫経費の把握

災害防疫に要した経費は、他の防疫活動に要した経費とは明確に区分し、災害防疫活動を終了したのち、ただちに把握しておかなければならないこと。

三 激甚災害にかかる災害防疫経費所要額の報告

激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律(昭和三十七年法律第百五十号)第二条に基づき激甚災害及び当該災害に対して適用すべき措置の指定がなされた当該災害に要した経費の所要額を、次により第一項の報告書に添付して報告すること。

- (1) 市町村長は、別紙様式(8)による書類を作成し管轄保健所長を経由して都道府県知事に提出すること。
- (2) 都道府県知事は、管内市町村の報告額を審査ののち集計し、都道府県分と合せて別紙様式(9)による書類を作成し、厚生省公衆衛生局長に提出すること。

担当：緒方 剛

資料5 活動記録

1. 班会議等記録

- 1) 平成29年 5月 1日 地域保健総合推進事業ヒアリング
- 2) 平成29年 6月16日 第1回班会議
- 3) 平成29年10月 1日 第2回班会議
- 4) 平成29年12月15日 地域保健総合推進事業中間報告会
- 5) 平成30年 1月30日 第3回班会議
- 6) 平成30年 3月 5日 地域保健総合推進事業発表会

2. 平成29年度活動記録（時系列）

（健康危機に関する委員会の副委員長としての活動を含む）

平成29年

- 4月16日 **健康危機に関する委員会 第1回委員会（出席）**
（報告）28年度活動報告、
最近のトピック（ボツリヌス、乾燥海苔他）に関する意見交換
（参考）広域災害時における公衆衛生支援体制（DHEAT）の普及及び保健所における受援体制の検討事業への出席
- 4月28日 **大規模調理施設衛生マニュアル改訂に伴うパブリックコメント（全国保健所長会 健康危機管理に関する委員長名）のとりまとめ**
- 5月 1日 **地域保健総合推進事業ヒアリング（再掲）**
・計画案の検討
- 5月 8日 **感染症サーベイランスシステム政府共通プラットフォーム移行等業務に関する意見取りまとめ（厚生労働省健康局結核感染症課への回答）**
- 5月12日 **[support-hc-ml 02141] 平成29年度地域保健総合推進事業 新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班他からのお知らせ**
1) 「ジカウイルス感染症、デング熱等蚊媒介感染症に対する保健所の対応への助言（Ver3）」の発出
2) 「大量調理施設衛生管理マニュアル」改正案に関するパブリックコメント提出について（健康危機管理に関する委員会前田秀雄委員長名）

- 5月17日 全国保健所長会理事会 健康危機に関する管理委員会
・29年度活動方針及び第1回活動報告
- 5月19日 厚生労働省大臣官房厚生科学課長及び医政局長等3局長1部長連名通知
(案)「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」
に関する全国保健所長会の意見とりまとめ
- 5月24日 28年度報告書送付に対し、A県からの資料提供の依頼への対応
A県健康増進課から、保健所における感染症対応に関するアンケート調査の別添資料「外国語文書集」について、外国人対応において有用なツールとして電子媒体提供の依頼（媒体提供）
- 6月14日 「保健所情報支援システムの運用」班会議出席
情報公開・共有に関する共同議論
- 6月16日 新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班・第1回班会議開催
- 7月2日 藤井班・全国保健所長会70周年記念誌編集委員会出席
(危機管理に関する委員会、副委員長用務)
- 7月7日 厚労科研 松井班出席
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会議
- 7月10日 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備(通知)に関する意見出
- 7月28日 [support-hc-ml 02234]「中東呼吸器症候群(MERS)に対する保健所の対応への助言 ver.5」(29年7月15日付)の発出
- 8月17日 全国保健所長会理事会(第2回)出席
(危機管理に関する委員会、副委員長用務)
- 9月6日 感染症サーベイランス更改に向けた打ち合わせ会議出席
- 9月08日 地域保健総合推進事業 薬剤耐性(AMR)対策等推進事業班会議

- 9月10日 全国保健所長会 70周年記念誌座談会座長
- 9月12日 [support-hc-ml 02260] NESID（感染症サーベイ）更改及びインフル罹患数推計に関する会議について【報告】
- 9月21日 地域総合保健推進事業 公衆衛生支援体制普及検討事業研修会出席
～22日 （危機管理に関する委員会、副委員長用務）
- 10月30日 全国保健所長会総会発表
- 10月30日 厚生労働科学研究（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
「広域大規模災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」
会議（出席）
- 10月31日 日本公衆衛生学会総会シンポジウム座長（+発表）
シンポジウム3 地域で進める感染症対策構築 座長
3-1 地域で進める感染症対策 保健所が果たす役割とは
永野美紀先生の代理発表
- 11月1日 学会ポスター発表
- 11月1日 「保健所情報支援システムの運用」班会議出席
- 11月1日 平成29年度新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班
新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班・第2回班会議開催
- 11月2日 日本公衆衛生学会総会メインシンポジウム5 シンポジスト発表
薬剤耐性（AMR）への対策～国民啓発会議からの提言を受けて～
「地域感染症対策ネットワーク構築」に向けた保健所の役割と試み
- 11月6日 薬剤耐性（AMR）対策 公衆衛生プレセミナー（ファシリテーター）
（永野班協力事業）
- 11月17日 平成29年度九州・山口県感染症関係関連会議
EBS（イベントベースサーベイランス）等に関する研修、意見交換
- 11月21日 support-hc-ml 02305（投稿）
Re: 関東地方を中心広域的に発生した腸管出血性大腸菌による感染

症・食中毒事例

- 11月27日 事業班調査
結核接触者健診実施や麻しんのアウトブレイク等対応、風しん対策に関する調査（開始）
- 12月8日 support-hc-m1 02312（投稿・回答）
結核患者の情報共有に対する回答（情報提供書の提出）
- 12月15日 地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）中間報告会
これまでの事業経過報告
- 12月17日 第2回 健康危機管理に関する委員会
第2回 広域災害時における公衆衛生支援体制(DHEAT)の普及及び保健所における受援体制の検討事業 への出席
- 12月20日 平成31年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書の提出
1. 広域にわたる集団発生事例への対応に関する支援について
2. 広域にわたる集団発生事例への対応に関する通信環境の整備について
3. ハイリスクグループへの結核対策 結核の高まん延国で生まれた者に対する入国前健診について
- 12月28日 「総務省 感染症対策に関する行政評価・監視」を受けて
— 保健所の立場から — の作成
- 平成30年
- 1月4日 災害防疫実施要綱改定案に関する国への具申
- 1月16日 厚労科研 新興・再興感染症のリスク評価と危機管理機能の確保に関する研究班会議（出席）
- 1月22日 平成31年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書、追加提出
4. ハイリスクグループへの結核対策
結核の高まん延国で生まれた者に対する入国者健診について

- 1月29日 「保健所情報支援システムの運用」班・第3回班会議出席
- 1月29日 新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班・第3回班会議開催
- 1月31日 資料提供（地域感染症ネットワーク）
提供先：厚生労働省子ども家庭局保育課宛
- 2月9日 全国保健所長会理事会 健康危機に関する管理委員会
・平成28年度健康危機に関する委員会活動報告
- 2月16日 全国保健所長会 平成30年度要望書案に関する修正案（提出）
・標記案のうち感染症等関係分について修正案を作成
- 2月24日 薬剤耐性（AMR）対策班会議への出席
・AMR対策支援のあり方に関する検討
- 3月4日 地域保健総合推進事業 広域災害時における公衆衛生体制（DHEAT）の普及及び保健所における受援体制の検討事業（白井班）会議（出席）
- 3月4日 健康危機に関する委員会 第3回委員会（出席）
- 3月5日 地域保健総合推進事業発表会（発表）
- 3月6日 地域保健総合推進事業フォーラム（発表）
- 3月8日 厚生労働科学研究班「新興再興感染症のリスク評価と危機管理機能の確保に関する研究」班ワークショップへ（出席）
- 3月10日 厚生労働科学研究（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
「広域大規模災害時における地域保健支援・受援体制構築に関する研究」
会議（出席）
- 3月16日 報告書提出

【研究発表】

1 論文等発表

- ・月刊「公衆衛生情報」Vol. 46/No. 12 2017) 特集 薬剤耐性 (AMR) 対策の現状とこれから「新興再興感染症危機管理支援事業 - 薬剤耐性 (AMR) 対策に関する取り組み」

2 学会等発表

- ・第 73 回全国保健所長会総会シンポジウム「地域保健における保健所の役割 感染症対策」(平成 29 年 10 月 30 日)
- ・第 76 回日本公衆衛生学会総会
 - ① メインシンポジウム 5「地域感染症対策ネットワーク構築」に向けた 保健所の役割と試み (平成 29 年 11 月 2 日)
 - ② シンポジウム 3 地域で進める感染症対策ネットワーク構築 保健所が果たす役割とは (平成 29 年 10 月 31 日) (永野美紀先生の代理発表)
 - ③ 新興再興感染症等健康危機管理推進事業 (平成 29 年 10 月 31 日) (発表者: 木村竜太 福岡県京築保健所)
- ・平成 29 年度地域保健総合推進事業発表会
 - ① 第 2 部 地域保健総合推進事業 新興再興感染症危機管理支援事業 (平成 30 年 3 月 5 日)
 - ② 第 3 部 地域保健に関するフォーラム
 - II 感染症 - 最近の話題 -
地域感染症対策ネットワーク構築に向けた保健所の役割 (平成 30 年 3 月 6 日)

編集後記

新興再興感染症等健康危機管理支援事業班長として平成 27 年から 3 年間活動を行いました。本班は、緒方剛先生の保健所情報システム班を引き継ぐ形で始まったものです。新興感染症をはじめとした保健所の健康危機管理を支援することを目的とした事業を行う班で非常に重い役割の班でしたが、私自身この仕事を通し、何か少しでも全国保健所長会のお役に立てるよとということと、このことがもし何かあった時に、全国的に見ても出来得る最大限のことはやったと言えるよと、との思いから事業を進めてきました。

平成 26 年のエボラ出血熱の疑い事例への対応を全国保健所長会研修会で話題提供させてもらうことから、私の活動は始まったが、振り返ってみると、その後の重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、中東呼吸器症候群（MERS）、デング熱やジカ熱等の蚊媒介感染症、そして昨今の麻しんや結核等、保健所の健康危機は感染症一つとっても目まぐるしく変わっています。

こうした健康危機事象に対し、国立感染症研究所や国立保健医療科学院、国立国際医療研究センターなどの専門家の協力を得、また健康危機管理に関する委員会と連携し、厚生労働省健康局結核感染症課のご指導を仰ぎながら、本班として保健所の対応の支援に取り組んできた。班の活動は微力ではあったと思うが、私たち班員にとっては時にとても大変なことであると同時に、とても勉強になるものでした。

何より、全国の諸先輩方から直接学ぶことができたことと共に、多くの仲間ができた。

この場をお借りして、3 年間の活動を支えてくださった、専門家や本省の皆様、また調査等へご協力いただいた全国の保健所長の皆様、宇田会長をはじめとした執行部の皆様、そして班員の皆様に、心からお礼を申し上げます。

また、公の場を借りて恐縮ではありますが、多くの会議等で不在にすることが多い中で、私の活動を支えてくださった佐賀県および唐津保健所（唐津保健福祉事務所）の皆様と私の家族にもこの場をお借りしてお礼を申し上げます。

保健所は、公的機関としての信頼と機動力を武器に、これまで地域の公衆衛生活動を行ってきました。これからは、例えば薬剤耐性（AMR）等の感染症地域ネットワーク等でみられるような専門家と共に地域に出ていく新たな役割が期待されています。保健所が「地域で頼りになる存在」であり続けることを願っています。

今後は、新たな事業班長のもとで素晴らしい活動がなされるものと思います。

全国保健所長会の皆様にご支援とご協力をお願い致しますことをもって、編集後記最後の言葉に代えさせていただきます。

平成 30 年 3 月

佐賀県唐津保健所長 中里栄介

平成29年度 地域保健総合推進事業
(全国保健所長会協力事業)
「新興再興感染症等健康危機管理推進事業」
報告書

発行日 平成30年3月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 中里 栄介 (佐賀県唐津保健所長)

〒847-0012 佐賀県唐津市大名小路3-1

TEL 0955-73-4185

FAX 0955-75-0438

