

(地 192)
平成15年11月14日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
雪 下 國 雄

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
及び検疫法の一部を改正する法律等の施行について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、「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及び検疫法の一部を改正する法律案」の概要につきましては、平成15年9月30日付(地 155)をもってお送りいたしました。改正法及び改正政省令が11月5日より施行されることに伴い、厚生労働省健康局長より、各都道府県知事、政令市市長、特別区区長宛に、これら改正の趣旨及び内容についての施行通知がなされました。

併せて、厚生労働省健康局長より、各都道府県知事、政令市市長、特別区区長宛に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律の施行に伴う重症急性呼吸器症候群の取り扱いについて」、「感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正について」が通知されました。さらに、厚生労働省健康局結核感染症課長より、各都道府県・政令市・特別区衛生主管部(局)長宛に「感染症発生動向調査事業の実施について」、「感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準の改正について」が通知されました。

つきましては、関係通知をお送りいたしますので、貴会におかれましても本件の趣旨についてご了知いただき、周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

特に「感染症発生動向調査事業の実施」、及び「医師から都道府県等への届出のための基準」につきましては、十分な周知、協力方よろしくお願い申し上げます。

<送付通知>

- ・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及び検疫法の一部を改正する法律等の施行について(施行通知)<健発第1105002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及び検疫法の一部を改正する法律等の施行に伴う重症急性呼吸器症候群の取扱いについて<健発第1105004号>
- ・感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正について<健発第1105005号>
- ・感染症発生動向調査事業の実施について<健感発第1105005号>
- ・感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準の改正について<健感発第1105006号>

健発第1105002号
平成15年11月5日

各〔都道府県知事
政令市市長
特別区区長〕殿

厚生労働省健康局長

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及び検疫法の一部を改正する法律等の施行について（施行通知）

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及び検疫法の一部を改正する法律（平成15年法律第145号。以下「改正法」という。）が平成15年10月16日に公布され、一部の事項を除き、同年11月5日から施行される。

また、改正法の施行等のため、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及び検疫法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成15年政令第459号。以下「整備等政令」という。）が同年10月22日に、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備に関する省令（平成15年厚生労働省令第167号。以下「整備等省令」という。）、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五十四条第一号の輸入禁止地域等を定める省令の一部を改正する省令（平成15年厚生労働省令・農林水産省令第6号。以下「改正輸入禁止地域省令」という。）及び重症急性呼吸器症候群を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六条第六項の指定感染症として定める等の政令の施行に伴う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五十四条第一号の輸入禁止地域等を定める省令の準用に関する省令を廃止する省令（平成15年厚生労働省令・農林水産省令第7号）が同月30日に公布され、それぞれ同年11月5日に施行される。

これらの改正の趣旨及び内容は、下記のとおりであるので、内容を十分御了知の上、関係機関等への周知を図るとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

なお、この通知においては、改正法による改正後の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及び検疫法をそれぞれ「感染症法」と及び「検疫法」と、整

備等政令による改正後の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及び検疫法施行令をそれぞれ「感染症法施行令」及び「検疫法施行令」と、整備等省令による改正後の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及び検疫法施行規則をそれぞれ「感染症法施行規則」及び「検疫法施行規則」と、改正輸入禁止地域省令による改正後の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五十四条第一号の輸入禁止地域等を定める省令を「輸入禁止地域省令」と略称する。

記

第一 改正の趣旨

本年3月から7月初旬にかけて、東アジアを中心に世界各国でまん延した重症急性呼吸器症候群をはじめとした海外における感染症の発生状況、国際交流の進展による人や物の移動の活発化及び迅速化、保健医療を取り巻く環境の変化に伴い、感染症対策の充実が要請されている。

今回の改正は、こうした状況を踏まえ、国内への病原体の侵入を防止するための検疫体制の強化、緊急時における国内感染症対策の強化、ウエストナイル熱やトリ型インフルエンザ等の動物由来感染症対策の強化等について定め、総合的な感染症予防対策の推進を図るものである。

第二 改正の概要

1 感染症法関係

(1) 獣医師等の責務

イ 獣医師その他の獣医療関係者は、感染症の予防に関し国及び地方公共団体が講ずる施策に協力するとともに、その予防に寄与するよう努めなければならないものとしたこと。(感染症法第5条の2第1項関係)

ロ 動物等取扱業者は、動物又はその死体が感染症を人に感染させることがないように、感染症の予防に関する知識及び技術の習得、動物又はその死体の適切な管理その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならないものとしたこと。(感染症法第5条の2第2項関係)

(2) 感染症類型の見直し

イ 一類感染症に「重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。)(以下単に「SARS」という。)及び「痘そう」を追加することとしたこと。

なお、SARSについては、患者は原則入院が必要であることや国内に病原体が侵入していないこと等から、一類感染症とすることとしたものであるが、病態や感染経路等が明らかになり、また、治療方法やワクチンの開発といった医療の進歩に伴い、類型の見直しが行われることがあり得るものであること。

また、SARSについては、改正法により指定感染症から一類感染症に位

置付けが変更されることに伴い、無症状病原体保有者についても患者とみなして感染症法の規定が適用されることとなるが、現在得られている医学的知見では、無症状期における他者への感染力はないとされていることから、就業制限がかかる期間を「その病原体を保有しなくなるまでの期間又はその症状が消失するまでの期間」(感染症法施行規則第11条第2項第1号)としており、当該無症状病原体保有者に対しては、就業制限及び入院勧告の対象としないよう注意されたいこと。

併せて、SARSについての正確な知識の普及啓発に努めるとともに、万一、SARSの患者が発生した場合に当該患者が不当な差別や偏見にさらされることのないよう十分配慮されたいこと。

痘そうについては、現在は、自然界には存在しないとされているが、テロ目的での使用が危惧されていること、痘そうによる生物テロが発生した場合には、致死率が極めて高く、人から人に強い感染力を有していること等極めて危険性が高いことから一類感染症とすることとしたものであること。(感染症法第6条第2項関係)

□ 感染症の類型区分を見直し、既に知られている感染性の疾病であって、動物又はその死体、飲食物、衣類、寝具その他の物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるものを「四類感染症」とし、別表第1に掲げる30疾病を定めたこと。

また、既に知られている感染症の疾病(四類感染症を除く。)であって、国民の健康に影響を与えるおそれがあるものとして厚生労働省令で定めるものを「五類感染症」とし、別表第2に掲げる42疾病を定めたこと。(感染症法第6条第5項及び第6項、感染症法施行令第1条並びに感染症法施行規則第1条関係)

(3) 基本指針及び予防計画

厚生労働大臣の定める基本指針及び都道府県知事の定める予防計画について、緊急時における感染症の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策等に関する事項を定めることとしたこと。(感染症法第9条及び第10条関係)

なお、今回の改正を踏まえた基本指針の改正を行うこととしており、これについては、追って告示すること。また、各都道府県においては、予防計画について、基本指針の改正を踏まえた必要な見直しを行う必要があるものであること。

(4) 医師の届出(全数把握)

四類感染症の患者及び無症状病原体保有者について、医師はこれらの者を診断したときは、直ちに都道府県知事等(都道府県知事、保健所設置市長及び特別区の長をいう。以下同じ。)に届け出なければならないこと。(感染症法第12条第1項第1号関係)

また、別表第3に掲げる厚生労働省令で定める五類感染症の患者及び厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者について、医師はこれらの者

を診断したときは、7日以内に届け出なければならないこと。(感染症法第12条第1項第2号並びに感染症法施行規則第4条第3項及び第4項関係)

(5) 指定届出機関の届出(定点把握)

開設者の同意を得て都道府県知事が指定した医療機関の管理者は、厚生労働省令で定める五類感染症の患者を診断したときは、都道府県知事等に届け出なければならないこととし、当該五類感染症及び指定届出機関の指定区分を別表第4のとおりとすること。(感染症法第14条及び感染症法施行規則第6条関係)

(6) 獣医師の届出

従前から届出の対象とされている一類感染症、二類感染症及び三類感染症に加え、四類感染症についても政令で定める感染症ごとに当該感染症を人に感染させるおそれが高いものとして政令で定める動物について、獣医師は、当該感染症にかかっていると診断したときは、直ちに都道府県知事等に届け出なければならないこと。

なお、SARSを一類感染症とすることに伴い、改めてSARSを感染症法第13条第1項に基づく獣医師の届出対象疾病とするとともに、イタチアナグマ、タヌキ及びハクビシンを届出対象動物とすることとしたこと。(感染症法第13条第1項)

(7) 積極的疫学調査

ア 感染症法第15条の積極的疫学調査の対象者に、感染症を人に感染させるおそれがある動物並びにその死体の所有者及び管理者を明示することとしたこと。

なお、地方公共団体がカラス、蚊等の媒介動物に関して病原体の有無を確認する調査を行っているが、当該調査についても積極的疫学調査と解して差し支えないこと。(感染症法第15条第1項及び第3項関係)

イ 厚生労働大臣は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症若しくは五類感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができることとしたこと。(感染症法第15条第2項関係)

ウ 都道府県知事等は、感染症法第15条第1項の規定を実施するため特に必要があると認めるときは、他の都道府県知事等又は厚生労働大臣に感染症の治療の方法の研究、感染症の病原体の検査その他の感染症に関する試験研究又は検査を行っている機関の職員の派遣その他同項の規定による質問又は必要な調査を実施するため必要な協力を求めることができることとしたこと。(感染症法第15条第6項関係)

(8) 検疫所長との連携

ア 都道府県知事等は、検疫法第18条第3項の規定により検疫所長から健康状態に異状を生じた者に対し指示した事項等の通知を受けたときは、当該都道

府県等（都道府県、保健所設置市及び特別区をいう。以下同じ。）の職員に、当該健康状態に異状を生じた者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができることとしたこと。（感染症法第15条の2第1項及び感染症法施行規則第9条の2関係）

イ 都道府県知事等は、アにより実施された質問又は必要な調査の結果のうち、感染原因等、感染症のまん延の状況その他の事情を考慮して重要と認めるものについて厚生労働大臣に報告しなければならないこととしたこと。（感染症法第15条の2第2項及び感染症法施行規則第9条の3関係）

（9）都道府県等による消毒等の措置の実施

都道府県知事等は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該都道府県等の職員に感染症法第27条の感染症の病原体に汚染された場所の消毒、第28条のねずみ族、昆虫等の駆除及び第29条の物件に係る措置（以下「消毒等の措置」という。）を実施させることができることとするとともに、消毒等の措置が採れる対象疾病として四類感染症を追加することとしたこと。（感染症法第27条から第29条までの規定関係）

（10）質問及び調査

感染症法第35条の質問及び調査の対象に、感染症を人に感染させるおそれがある動物がいる場所及びいた場所並びに感染症により死亡した動物の死体がある場所及びあった場所を明示することとしたこと。（感染症法第35条関係）

（11）新感染症に係る厚生労働大臣の指示

ア 厚生労働大臣は、新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事等に対し、新感染症について都道府県知事等が行う事務に関し必要な指示をすることができることとしたこと。（感染症法第51条の2第1項関係）

イ 厚生労働大臣は、都道府県知事等に対して指示をしようとするときは、厚生科学審議会の意見を聴かなければならないこととしたこと。ただし、緊急を要する場合で、あらかじめ、厚生科学審議会の意見を聴くいとまがないときは、この限りでないこととし、その場合には、厚生労働大臣は、速やかに、その指示した措置について厚生科学審議会に報告しなければならないこととしたこと。（感染症法第51条の2第2項及び第3項関係）

（12）厚生労働大臣の指示

厚生労働大臣は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事等に対し、都道府県知事等が行う事務（新感染症に係る事務を除く。）に関し必要な指示をすることができることとしたこと。（感染症法第63条の2関係）

（13）指定動物の輸入禁止

輸入禁止又は輸入検疫の対象として政令で定める動物（以下「指定動物」という。）について、これらの動物は国内に常在しないことも考えられることから、指定動物の範囲を感染症法第13条第1項の獣医師の届出対象となる動物のうち政令で定めるものから、感染症を人に感染させるおそれが高いものとして

政令で定めるものと改めることとしたこと。

また、SARSを一類感染症とすることに伴い、改めてSARSを人に感染させるおそれが高いものとしてイタチアナグマ、タヌキ及びハクビシンを改めて指定動物とし、すべての地域からの輸入を禁止することとしたこと。

なお、リッサウイルス感染症、ニパウイルス感染症等を人に感染させるおそれが高いものとしてコウモリを、ラッサ熱を人に感染させるおそれが高いものとしてヤワゲネズミ（英名：マストミス）を指定動物とし、すべての地域からの輸入を禁止することとしたこと。（感染症法第54条、感染症法施行令第7条及び新輸入禁止地域省令第1条関係）

(14) 輸入届出

ア 制度

動物（指定動物を除く。）のうち感染症を人に感染させるおそれがあるものとして厚生労働省令で定めるもの又は動物の死体のうち感染症を人に感染させるおそれがあるものとして厚生労働省令で定めるもの（以下「届出動物等」という。）を輸入しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該届出動物等の種類、数量その他厚生労働省令で定める事項を記載した届出書を厚生労働大臣に提出しなければならないこととする。この場合において、当該届出書には、輸出国における検査の結果、届出動物等ごとに厚生労働省令で定める感染症にかかっていない旨又はかかっている疑いがない旨その他厚生労働省令で定める事項を記載した輸出国の政府機関により発行された証明書又はその写しを添付しなければならないこととする。

（感染症法第56条の2関係）

イ 施行期日

動物の輸入届出の制度については、改正法の公布の日（平成15年10月16日）から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行することとしたこと。

(15) 事務の区分

感染症法第38条（第1項を除く。）の規定により都道府県が処理することとされている感染症指定医療機関に係る事務を地方自治法第2条第9項第1号に規定する第一号法定受託事務とすることとしたこと。（感染症法第65条の2関係）

(16) 罰則

（8）のアの質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、又は調査を拒み、妨げ若しくは忌避した者についての罰則を設けるとともに、罰金の額について必要な引き上げを行うこととしたほか、指定動物の輸入禁止等に係る違反行為について、両罰規定を設けることとしたこと。（感染症法第67条から第70条までの規定関係）

2 検疫法関係

(1) 検疫感染症

ア 検疫感染症の追加

検疫感染症に、国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入す

ることを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるものを追加することとし、この政令で定める検疫感染症として Dengue 熱及びマラリアを定めることとしたこと。(検疫法第2条第4号及び検疫法施行令第1条関係)

また、SARS 及び痘そうについて、感染症法の一類感染症への追加に伴い、検疫法第2条第1号に掲げる検疫感染症として追加されることとなること。

イ SARS 及び痘そうの停留の期間

SARS 及び痘そうの停留の期間は、次のとおりとすることとしたこと。
(検疫法施行令第1条の3関係)

- ・ SARS 240時間
- ・ 痘そう 408時間

ウ 追加する検疫感染症の仮検疫済証に付する期間

仮検疫済証に付する期間は、次のとおりとすることとしたこと。(検疫法施行規則第6条第2項関係)

- ・ SARS 及び痘そう それぞれイに定める期間
- ・ Dengue 熱 336時間
- ・ マラリア 672時間

エ 検疫港以外の港における検疫

アの政令で定める検疫感染症の流行地域については、法第21条第1項第1号の検疫港以外の港における検疫を行うことができない検疫感染症の流行地域から除外することとしたこと。(検疫法施行規則第7条の2関係)

オ 申請による検査等手数料

痘そう、Dengue 熱及びマラリアについての検疫法第26条に基づく船舶又は航空機の所有者又は長の申請による人又は貨物に対する検疫感染症の病原体の有無に関する検査手数料は、次のとおりとすることとしたこと。

なお、SARS に係る検査手数料については、現時点では短期間で病原体の有無を検査を行う方法がないため、当面、第26条に基づく検査は実施しないこととし、その金額は定めないこととしていること。(検疫法施行令第2条及び別表第2関係)

- ・ 痘そう 1件につき 2,900円
- ・ Dengue 熱 1件につき 2,400円
- ・ マラリア 1件につき 1,800円

(2) 検疫感染症に感染したおそれのある者の入国後の健康状態の確認

ア 検疫所長への報告等

仮検疫済証が交付された場合において、検疫所長は、検疫感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、旅券の呈示を求め、当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求め、一定の期間内において当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、若しくは質問を行い、又は検疫官をしてこれ

らを行わせることができることとしたこと。(検疫法第18条第2項及び検疫法施行規則第6条の2関係)

イ 都道府県知事等との連携

検疫所長は、アによる報告又は質問の結果、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、当該者に対し、保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他検疫感染症の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事等に、当該者の健康状態及び当該指示した事項並びにアにより報告を求めた事項を通知しなければならないこととしたこと。(検疫法第18条第3項及び検疫法施行規則第6条の3関係)

なお、その他何らかの症状を呈しているが停留しなかった者について、検疫所において従来より保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他必要な指示を行うとともに、都道府県知事等に対して必要な情報提供を実施してきたところであり、これらについては当該者に対する適切な医療の提供及び国内感染症対策との連携という観点から引き続き実施するものであること。

(3) 四類感染症についての応急措置等

感染症法の四類感染症について、検疫法第24条の応急措置及び検疫法第26条の2の検疫感染症以外の感染症のうち政令で定める感染症に関する診察等の措置の対象とすることとしたこと。(検疫法第26条の2関係)

(4) 新感染症に係る措置

厚生労働大臣は、外国に新感染症が発生した場合において、当該新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、検疫所長に、当該新感染症にかかっていると疑われる者に対する診察を行わせることができるものとする。この場合において、検疫所長は、検疫官をして当該診察を行わせることができるものとする。(検疫法第34条の2第1項関係)

(5) 罰則

(2) のアの旅券の呈示をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは質問に対し、答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした者及び(4) の診察を拒み、妨げ、又は忌避した者についての罰則を設けるとともに、罰金の額について必要な引き上げを行うこととしたこと。(検疫法第35条から第39条までの規定関係)

3 法令の廃止

次に掲げる法令は廃止することとしたこと。

- ・ 重症急性呼吸器症候群を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6条第6項の指定感染症として定める等の政令(平成15年政令第304号)
- ・ 重症急性呼吸器症候群を検疫法第34条の感染症の種類として指定する等の政令(平成15年政令第305号)
- ・ 重症急性呼吸器症候群を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6条第6項の指定感染症として定める等の政令の施行に伴う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の準用に関する省令

(平成15年厚生労働省令第120号)

- ・ 重症急性呼吸器症候群を検疫法第34条の感染症の種類として指定する等の政令の施行に伴う検疫法施行規則の準用に関する省令(平成15年厚生労働省令第121号)
- ・ 重症急性呼吸器症候群を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6条第6項の指定感染症として定める等の政令の施行に伴う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54条第1号の輸入禁止地域等を定める省令の準用に関する省令(平成15年厚生労働省令・農林水産省令第3号)

4 施行期日等

- (1) これらは、第2の1の(14)を除き、公布の日から起算して20日を経過した日(平成15年11月5日)から施行することとしたこと。
- (2) これらの施行に必要な経過措置を定めるとともに、関係法令について所要の規定の整備を行うこととしたこと。

第三 その他の留意事項

感染症法第24条に規定する感染症の診査に関する協議会については、同条に規定する要件を満たしていれば、各都道府県等に設置されている他の審議会等と統合して設置して差し支えないものであること。

別表第1 四類感染症

E型肝炎、ウエストナイル熱、A型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、回帰熱、Q熱、狂犬病、高病原性鳥インフルエンザ、コクシジオイデス症、サル痘、腎症候性出血熱、炭疽、つつが虫病、デング熱、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、ブルセラ症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兎病、ライム病、リッサウイルス感染症、レジオネラ症、レプトスピラ症

下線は今回の改正で追加又は改正されたもの。

別表第2 五類感染症

アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く。）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く。）、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、水痘、髄膜炎、菌性髄膜炎、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、梅毒、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、麻しん、無菌性髄膜炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症

下線は今回の改正で追加又は改正されたもの。

別表第3 全数把握対象五類感染症

アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く。）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く。）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群（無症状病原体保有者を含む。）、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎、先天性風しん症候群、梅毒（無症状病原体保有者を含む。）、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症

下線は今回の改正で追加又は改正されたもの。

別表第4 定点把握対象五類感染症及び指定届出機関の指定区分

定点把握対象の五類感染症	指定届出機関の指定区分
一 <u>RSウイルス感染症</u> 、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳、風しん、ヘルパンギーナ、麻しん（成人麻しんを除く。）、流行性耳下腺炎	診療科名中に小児科を含む病院又は診療所
二 <u>インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く。）</u>	診療科名中に内科又は小児科を含む病院又は診療所
三 急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎	診療科名に眼科を含む病院又は診療所
四 性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ及び淋菌感染症	診療科名中に産婦人科若しくは産科若しくは婦人科、性病科又は泌尿器科を含む病院又は診療所
五 クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、細菌性髄膜炎、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、マイコプラズマ肺炎、成人麻しん、無菌性髄膜炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症及び薬剤耐性緑膿菌感染症	患者を三百人以上収容する施設を有する病院であって、その診療科名中に内科及び外科を含むもの

下線は今回の改正で追加又は改正されたもの。

健発第1105004号
平成15年11月5日

各〔都道府県知事
政令市市長
特別区区長〕殿

厚生労働省健康局長

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及び検疫法の一部を改正する法律の施行に伴う重症急性呼吸器症候群の取扱いについて

重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。以下「SARS」という。）については、従来、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）の指定感染症及び検疫法第34条の感染症として政令で指定を行い、この取扱いについて、平成15年7月14日付け健感発第0714003号及び同日付け健発第0714007号・食安発第0714001号により通知していたところあるが、今般、感染症法の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律及び検疫法の一部を改正する法律（平成15年法律第145号。以下「改正法」という。）が施行され、感染症法の一類感染症及び検疫法第2条第1号の検疫感染症として位置付けられることに伴い、感染症法及び検疫法におけるSARSの取扱いについて、改めて、下記のとおり定めたので通知する。

なお、これに伴い、平成15年7月14日付け健感発第0714003号及び同日付け健発第0714007号・食安発第0714001号は廃止する。

記

1 積極的疫学調査により収集した情報の公表

厚生労働大臣及び都道府県知事等（都道府県知事、保健所設置市及び特別区の長をいう。以下同じ。）は、感染症法第12条から第15条までの規定により収集したSARSに関する情報について分析を行い、感染症の予防のための情報を積極的に公

表しなければならないこと。

SARSの患者及び疑似症患者に関して公開する情報の内容は、当面、以下のとおりとすること。

(1) SARS患者について

- ア 通報自治体
- イ 年齢
- ウ 性別
- エ 国籍
- オ 渡航地域及び期間
- カ 病状（軽快、安定、悪化等）、接触者の状況及び疫学調査の結果からの安心情報等（通報後も必要に応じて病状の経過について公表する。）

(2) SARS疑似症患者について

- ア 通報自治体
- イ 年代（10代刻み）
- ウ 性別
- エ 国籍
- オ 渡航地域
- カ 病状（軽快、安定、悪化等）及び接触者の状況等（通報後も必要に応じて病状の経過について公表する。）

なお、これらにより収集した情報の管理、公表については、個人情報の保護に細心の注意を払い、患者等が差別や不利益を受けることのないよう万全を期すよう努められたいこと。

2 獣医師の届出

感染症法第13条第1項に基づき、イタチアナグマ、タヌキ及びハクビシンについてSARSにかかり、又はかかっている疑いがあると診断したときは、直ちに、獣医師は、当該動物の所有者の氏名等の事項を最寄りの保健所を経由して都道府県知事等に届け出なければならないこととされているが、この届出については以下の点に留意するよう獣医師に周知されたいこと。

(1) 「SARSにかかり、又はかかっている疑いがある」ものとして届出を行う必要がある事由は、以下のとおりとすること。

- ア SARSコロナウイルス（きわめて類似のウイルスを含む。以下(2)において同じ。）の分離
- イ PCR検査によりSARSコロナウイルス遺伝子の検出
- ウ SARSコロナウイルス血清抗体の検出

(2) (1)の要件は、当面、主として研究機関等からの届出を想定しているものであり、一般の獣医療の臨床現場において必要な検査を行うことを求めるものでないこと。

3 検疫感染症に感染したおそれのある者の入国後の健康状態の確認等

検疫法第18条第2項及び第3項並びに感染症法第15条の2に基づく入国後の健康状態の確認等の施行に当たっては次の点に留意すること。

- (1) 検疫法第18条第2項に基づき検疫感染症に感染したおそれのある者に対し入国後の健康状態等について報告を求めるのは、当面、検疫感染症のうち、SARSに感染したおそれのある者のみとすることとし、かつ、入国時にはSARSの症状が出ていないが、一定の感染リスクがある者に対して適用するものであること。
この一定の感染リスクがある者としては、次のいずれかに該当する者とする
こと。

SARSの疑いのある患者を治療している医療機関で働いていた者

同居の家族等でSARSの疑いで入院した人がいる者

SARSの疑いで入院した患者に見舞い等で接触した者

- (2) 検疫所及び都道府県等においては、検疫法第18条第3項に基づき、健康状態についての報告を求めた者等の個人情報については、その管理に万全を期し、報告を行った者が差別や不利益を受けることのないようにすること。
- (3) 都道府県知事等が感染症法第15条の2に基づき健康状態に異状を生じた入国者について、調査等を行った結果、SARSの疑いがあると判断した場合には、必要に応じ、感染症法第17条に規定する健康診断、第19条に規定する入院勧告等を行うこと。

また、感染症法の規定に基づき医療を提供する場合には、原則として自己負担は生じないことを説明するとともに、健康管理のために必要な情報提供を行い対象者本人の理解を得ながら適切に医療を提供するよう努められたいこと。

健発第1105005号
平成15年11月 5日

各 { 都道府県知事
政令市市長
特別区区長 } 殿

厚生労働省健康局長

感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正について

感染症発生動向調査事業については、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の施行に伴う感染症発生動向調査事業の実施について」（平成11年3月19日健医発第458号）により行われているところであるが、「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及び検疫法の一部を改正する法律」（平成15年法律第145号）が本年11月5日から施行されることに伴い、同通知の別添「感染症発生動向調査事業実施要綱」の一部を下記のとおり改正したので、実施に当たっては格段のご配慮をお願いする。

記

- 1 第1中「新しい感染症類型である1類感染症から4類感染症」を「新しい感染症類型により、対象となる感染症」に、「1類感染症から4類感染症」を「一類感染症から五類感染症」に改める。
- 2 第2の1及び2を次のように改める。
 1. 全数把握の対象
 - (1) 一類感染症
(1) エボラ出血熱、(2) クリミア・コンゴ出血熱、(3) 重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）、(4) 痘そう、(5) ペスト、(6) マールブルグ病及び(7) ラッサ熱
 - (2) 二類感染症
(8) 急性灰白髄炎、(9) コレラ、(10) 細菌性赤痢、(11) ジフテリア、(12) 腸チフス及び(13) パラチフス
 - (3) 三類感染症
(14) 腸管出血性大腸菌感染症

(4) 四類感染症

(15) E型肝炎、(16)ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎を含む)、(17)A型肝炎、(18)エキノコックス症、(19)黄熱、(20)オウム病、(21)回帰熱、(22)Q熱、(23)狂犬病、(24)高病原性鳥インフルエンザ、(25)コクシジオイデス症、(26)サル痘、(27)腎症候性出血熱、(28)炭疽、(29)つつが虫病、(30)デング熱、(31)ニパウイルス感染症、(32)日本紅斑熱、(33)日本脳炎、(34)ハンタウイルス肺症候群、(35)Bウイルス病、(36)ブルセラ症、(37)発しんチフス、(38)ボツリヌス症、(39)マラリア、(40)野兔病、(41)ライム病、(42)リッサウイルス感染症、(43)レジオネラ症、(44)レプトスピラ症

(5) 五類感染症

(45)アメーバ赤痢、(46)ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)、(47)急性脳炎(ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く)、(48)クリプトスポリジウム症、(49)クロイツフェルト・ヤコブ病、(50)劇症型溶血性レンサ球菌感染症、(51)後天性免疫不全症候群、(52)ジアルジア症、(53)髄膜炎菌性髄膜炎、(54)先天性風しん症候群、(55)梅毒、(56)破傷風、(57)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(58)バンコマイシン耐性腸球菌感染症

2. 定点把握の対象(五類感染症)

(59)RSウイルス感染症、(60)咽頭結膜熱、(61)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(62)感染性胃腸炎、(63)水痘、(64)手足口病、(65)伝染性紅斑、(66)突発性発しん、(67)百日咳、(68)風しん、(69)ヘルパンギーナ、(70)麻しん(成人麻しんを除く)、(71)流行性耳下腺炎、(72)インフルエンザ(高病原性鳥インフルエンザを除く)、(73)急性出血性結膜炎、(74)流行性角結膜炎、(75)性器クラミジア感染症、(76)性器ヘルペスウイルス感染症、(77)尖圭コンジローマ、(78)淋菌感染症、(79)クラミジア肺炎(オウム病を除く)、(80)細菌性髄膜炎、(81)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(82)マイコプラズマ肺炎、(83)成人麻しん、(84)無菌性髄膜炎、(85)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(86)薬剤耐性緑膿菌感染症

3 第4中「4類感染症」を「五類感染症」に、「厚生省」を「厚生労働省」に改め、「疫学」の次に「、獣医学」を加える。

4 第5の1中「1類感染症、2類感染症及び3類感染症」を「1類感染症、2類感染症、3類感染症及び4類感染症」に改め、同1の(1)中「エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス及びパラチフス」を「第2の(1)から(7)、(9)、(10)、(12)及び(13)」に、「ジフテリア、急性灰白髄炎及び腸管出血性大腸菌感染症」を「第2の(8)、(11)及び(14)から(44)」に改め、同1の(2)イ中「別記様式3」を「別記様式4」に改め、「当該患者」の次に「(第2の(17)及び(39)を除く)」を加え、同1の(2)イ中「1類感染症、2類感染症及び3類感染症患者」を「1類感染症、2類感染症、3類感染症及び4類感染症患者」に改め、同1の(2)ウ中「厚生省保健医療局」を「厚生労働省健康局」に改め、同1の(2)キ中「4類感染症」を「五類感染症」に改める。

5 第5の2及び同2の(1)中「4類感染症」を「5類感染症」に改め、同2の(2)ア中「別記様式4」を「別記様式5」に改め、同2の(2)イ 中「別記様式5」を「別記様式6」に、「(13)、(13-2)、(14)、(16)、(17)、(18)、(19)、(20)、(22)、(23)、(24)、(25)、(27)、(28)、(29)、(30)、(31)、(32)、(33)、(34)、(35)、(37)、(39)、(40)、(41)、(42)、(44)又は(45)」を「(45)、(47)、(49)、(50)、(51)、(53)、(54)、(56)、(57)又は(58)」に改め、同2の(2)ウ 中「厚生省保健医療局」を「厚生労働省健康局」に改め、同2の(2)キ 中「1類感染症から3類感染症及び定点把握の4類感染症」を「1類感染症から四類感染症及び定点把握の五類感染症」に改める。

6 第5の3、同3の(1)及び(2)中「4類感染症」を「5類感染症」に改め、同3の(2)ア 中「(47)から(58)」を「(59)から(71)」に改め、同3の(2)ア 中「(46)に掲げるインフルエンザ」を「(72)に掲げるインフルエンザ(高病原性鳥インフルエンザを除く。以下同じ。)」に改め、同3の(2)ア 中「(59)及び(60)」を「(73)及び(74)」に改め、同3の(2)ア 中「(61)から(64)」を「(75)から(78)」に改め、同3の(2)ア 中「(65)から(73)」を「(79)から(86)」に改め、同3の(2)イ 中「(47)、(49)、(50)、(51)、(54)、(55)、(56)及び(58)」を「(60)、(61)、(62)、(64)、(67)、(69)、(70)及び(71)」に改め、同3の(2)イ 中「(46)」を「(72)」に改め、同3の(2)イ 中「(59)及び(60)」を「(73)及び(74)」に改め、同3の(2)イ 中「(65)、(67)、(70)及び(71)」を「(80)、(83)及び(84)」に改める。

7 第5の3の(3)中「(68)、(72)及び(73)」を「(81)、(85)及び(86)」に改め、同3の(4) 中「別記様式6」を「別記様式7」に、「別記様式7」を「別記様式8」に、「別記様式8」を「別記様式9」に、「別記様式9」を「別記様式10」に、「別記様式10」を「別記様式11」に、「別記様式6から10」及び「別記様式6～10」を「別記様式7から11」に、「厚生省保健医療局」を「厚生労働省健康局」に、「1類から3類感染症及び全数把握の4類感染症」を「1類から四類感染症及び全数把握の五類感染症」改める。

8 第5の4中「1類感染症、2類感染症又は3類感染症」を「1類感染症、2類感染症、3類感染症又は四類感染症」に、「4類感染症等」を「5類感染症等」に、「保健医療局長」を「健康局長」に改める。

9 「別記様式一覧表」及び「別記様式1から10」を別紙のように改める。

10 この実施要綱の一部改正は、平成15年11月5日から施行する。

感染症発生動向調査事業実施要綱

第1 趣旨及び目的

感染症発生動向調査事業については、昭和56年7月から18疾病を対象に開始され、昭和62年1月からはコンピュータを用いたオンラインシステムにおいて27疾病を対象にする等、充実・拡大されて運用されてきたところである。平成10年9月に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下「感染症新法」という。）が成立し、平成11年4月から施行されるが、感染症新法の大きな柱として、感染症発生動向調査が挙げられる。感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の国民や医療関係者への的確な提供・公開は、感染症対策の基本であり、全ての対策の前提となるものである。したがって、感染症新法においては、第三章（第12条～第16条）に感染症発生動向調査を位置づけ、医師等の医療関係者の協力のもと、的確な体制を構築していくこととしている。

これまで、感染症の発生状況の把握については、伝染病予防法等の法律に基づく届出や予算事業で行ってきた（旧）結核・感染症発生動向調査事業があるが、感染症新法においては、新しい感染症類型により、対象となる感染症の全てについて、一元的な情報収集、分析、提供・公開体制を構築することとしている。すなわち、一類感染症から五類感染症（全数把握対象と定点把握対象）の全てを統一して、週報単位（一部感染症は月単位）で、情報収集、分析、提供・公開していくこととしている。また、感染症の病原体に関する情報は、患者への良質かつ適切な医療の提供のために不可欠であるが、感染症の発生の予防及びまん延の防止のためにも極めて重要な意義を有している。したがって、患者情報とともに、病原体に関する情報が統一的に収集、分析及び提供・公開される体制を構築していく必要がある。さらに、提供・公開していく内容としては、一般国民や第一線の医療現場の方々の予防、診療、研究等に役立つ情報とすることとしている。また、感染症新法においては、法第15条に積極的疫学調査（感染症の発生の状況、動向及び原因の調査）の規定を設けており、日常実施していく感染症発生動向調査等の結果に基づいた的確な実施が求められている。

これらのことから、これまでの（旧）結核・感染症発生動向調査の体制を充実・強化し、対象とする感染症に関する情報を全国規模で迅速に収集、分析、提供・公開していくコンピュータ・オンラインシステムの再構築と積極的疫学調査の実施により、有効かつ的確な感染症対策の確立に資することを目的として、本事業を実施するものとする。なお、結核に関する情報収集、分析及び提供・公開のための体制については、当分の間、現行のとおりとする。

第2 対象感染症

本事業の対象とする感染症は次のとおりとする。

1．全数把握の対象

(1) 一類感染症

(1)エボラ出血熱、(2)クリミア・コンゴ出血熱、(3)重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）、(4)痘そう、(5)ペスト、(6)マールブルグ病及び(7)ラッサ熱

(2) 二類感染症

(8)急性灰白髄炎、(9)コレラ、(10)細菌性赤痢、(11)ジフテリア、(12)腸チフス及び(13)パラチフス

(3) 三類感染症

(14)腸管出血性大腸菌感染症

(4) 四類感染症

(15)E型肝炎、(16)ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、(17)A型肝炎、(18)エキノкокクス症、(19)黄熱、(20)オウム病、(21)回帰熱、(22)Q熱、(23)狂犬病、(24)高病原性鳥インフルエンザ、(25)コクシジオイデス症、(26)サル痘、(27)腎症候性出血熱、(28)炭疽、(29)つつが虫病、(30)デング熱、(31)ニパウイルス感染症、(32)日本紅斑熱、(33)日本脳炎、(34)ハンタウイルス肺症候群、(35)Bウイルス病、(36)ブルセラ症、(37)発しんチフス、(38)ポツリヌス症、(39)マラリア、(40)野兎病、(41)ライム病、(42)リッサウイルス感染症、(43)レジオネラ症、(44)レプトスピラ症

(5) 五類感染症

(45)アメーバ赤痢、(46)ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、(47)急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く）、(48)クリプトスポリジウム症、(49)クロイツフェルト・ヤコブ病、(50)劇症型溶血性レンサ球菌感染症、(51)後天性免疫不全症候群、(52)ジアルジア症、(53)髄膜炎菌性髄膜炎、(54)先天性風しん症候群、(55)梅毒、(56)破傷風、(57)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(58)バンコマイシン耐性腸球菌感染症

2．定点把握の対象（五類感染症）

(59)RSウイルス感染症、(60)咽頭結膜熱、(61)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(62)感染性胃腸炎、(63)水痘、(64)手足口病、(65)伝染性紅斑、(66)突発性発しん、(67)百日咳、(68)風しん、(69)ヘルパンギーナ、(70)麻しん（成人麻しんを除く）、(71)流行性耳下腺炎、(72)インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く）、(73)急性出血性結膜炎、(74)流行性角結膜炎、(75)性器クラミジア感染症、(76)性器ヘルペスウイルス感染症、(77)尖圭コンジローマ、(78)淋菌感染症、(79)クラミジア肺炎（オウム病を除く）、(80)細菌性髄膜炎、(81)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(82)マイコプラズマ肺炎、(83)成人麻しん、(84)無菌性髄膜炎、(85)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(86)薬剤耐性緑膿菌感染症

第3 実施主体

実施主体は、国、都道府県及び保健所を設置する市（特別区を含む）とする。

第4 実施体制の整備

1．中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下「都道府県等」という。）の本庁から伝送又は報告された患者情報及び病原体情報を収集、分析し、その結果を全国情報として速やかに都道府県等に提供・公開するための中心的役割を果たすものとして、国立感染症研究所感染症情報センター内に設置する。

2．地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは各都道府県等域における患者情報及び病原体情報を収集・分析し、都道府県等の本庁に報告するとともに、全国情報と併せて、これらを速やかに医師会等の関係機関に提供・公開することとして、各都道府県等域内に1カ所、地方衛生研究所等の中に設置する。また、都道府県、保健所を設置する市、特別区等との協議の上、当該都道府県内の地方感染症情報センターの中で1カ所を基幹地方感染症情報センターとして、都道府県全域の患者情報及び病原体情報を収集、分析し、その結果を各地方感染症情報センターに送付するものとする。

なお、以下の実施方法において、地方感染症情報センターが都道府県等の本庁の役割を代替する機能を担うことができるものとする。

3．指定届出機関（定点）

都道府県は、定点把握対象の五類感染症について、患者情報及び病原体情報を収集するため、患者定点及び病原体定点をあらかじめ選定する。

4．感染症発生動向調査企画委員会

（1）中央感染症発生動向調査企画委員会

本事業の適切な運用を図るために、厚生労働省に国立感染症研究所の代表、全国の保健所及び地方衛生研究所の代表、その他感染症対策に関する学識経験者からなる中央感染症発生動向調査企画委員会を置く。同委員会の事務局は中央感染症情報センターとする。

（2）地方感染症発生動向調査企画委員会

各都道府県域内における情報の収集、分析の効果的・効率的な運用を図るため、都道府県に小児科、内科、眼科、皮膚科、泌尿器科、微生物学、疫学、獣医学等

の専門家、保健所及び地方衛生研究所の代表、地域の医師会の代表等（10名程度）からなる地方感染症発生動向調査企画委員会を置く。同委員会の事務局は地方感染症情報センターとする。

第5 事業の実施

1. 一類感染症、二類感染症、三類感染症及び四類感染症

(1) 対象とする感染症患者等の状態

第2の(1)から(7)、(9)、(10)、(12)及び(13)については、疑似症患者、患者及び無症状病原体保有者とする。第2の(8)、(11)及び(14)から(44)については、患者及び無症状病原体保有者とする。

(2) 調査単位及び実施方法

ア. 診断した医師

(1)に該当する患者等を診断した医師は、別記様式1又は別記様式3を用いて、直ちに最寄りの保健所に届出を行う。また保健所から当該患者の病原体検査のための検体又は病原体情報の提供の依頼を受けた場合にあっては、協力可能な範囲において、検体又は病原体情報について、保健所の協力を得て別記様式2の検査票を添付して地方衛生研究所に送付する。

イ. 保健所

当該届出を受けた保健所は、別記様式4に該当する項目について、直ちに都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインシステムにより伝送するものとする。また保健所は、当該患者（第2の(17)及び(39)を除く）を診断した医師に対して、必要に応じて病原体検査のための検体又は病原体情報の地方衛生研究所への提供について、別記様式2の検査票を添付して依頼するものとする。

保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報及び病原体情報について、週報（月単位の場合は月報）として、市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に配布する。なお、保健所においては、一類感染症、二類感染症、三類感染症患者及び四類感染症患者の届出があった場合には、地域の特性に応じた適切な方法を用いて、届出があった事実（個人情報に関する事項を除く）を前記の関係機関に連絡する。

ウ. 地方衛生研究所

地方衛生研究所は、別記様式2の検査票及び検体又は病原体情報が送付された場合にあっては、当該検体を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、別記様式2により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。

検査のうち、地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。

地方衛生研究所は、患者が一類感染症と診断されている場合、都道府県域を超えた集団発生があった場合等の緊急の場合にあつては、厚生労働省健康局結核感染症課からの依頼に基づき、検体を国立感染症研究所に送付する。

エ．国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

オ．都道府県等の本庁

都道府県等の本庁にあつては、それぞれの管内の患者情報について、保健所からの情報の伝送があり次第、コンピュータ・オンラインシステムにより、中央感染症情報センターへ伝送する。

都道府県庁等の本庁にあつては、別記様式2をもって地方衛生研究所から送付された検査情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

カ．地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下カ及びキにおいても同じ）を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ．中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から伝送された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、全数把握の五類感染症及び定点把握の五類感染症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等の本庁に送付する。

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及びエに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報（月単位の場合は月報）等に掲載する。

2．全数把握対象の五類感染症

(1) 対象とする感染症の状態

各々の全数把握対象の五類感染症について、別に定める報告基準を参考とし、

当該疾病の患者と診断される場合とする。

(2) 調査単位及び実施方法

ア．診断した医師

上記(1)に該当する患者を診断した医師は、別記様式5を用いて7日以内に最寄りの保健所に届出を行う。また保健所から当該患者の病原体検査のための検体又は病原体情報の提供の依頼を受けた場合にあっては、協力可能な範囲において、検体又は病原体情報について、保健所の協力を得て別記様式2の検査票を添付して地方衛生研究所に送付する。

イ．保健所

当該届出を受けた保健所は、別記様式6に該当する項目について、医師が当該患者を診断してから7日以内の可能な限り早い段階で都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインシステムにより伝送するものとする。また保健所は、第2の(45)、(47)、(49)、(50)、(51)、(53)、(54)、(56)、(57)又は(58)の患者を診断した医師に対して、必要に応じて病原体検査のための検体又は病原体情報の地方衛生研究所への提供について、別記様式2の検体等依頼票を添付して依頼するものとする。

保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報及び病原体情報について、週報(月単位の場合は月報)等として、市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に配布する。

ウ．地方衛生研究所

地方衛生研究所は、別記様式2の検査票と検体又は病原体情報等が送付された場合にあっては、当該検体を検査し、その結果を診断した医師に通知するとともに、別記様式2により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。

検査のうち、当該地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。

地方衛生研究所は、患者の診断が都道府県域を超えた集団発生があった場合等の緊急の場合にあっては、厚生労働省健康局結核感染症課からの依頼に基づき、検体を国立感染症研究所に送付する。

エ．国立感染症研究所

国立感染症研究所は、当該地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

オ．都道府県等の本庁

都道府県等の本庁にあっては、それぞれの管内の患者情報について、保健所が診断した医師から届出を受けてから7日以内に、コンピュータ・オンラ

インシステムにより、中央感染症情報センターへ伝送する。

都道府県等の本庁にあっては、別記様式 2 をもって地方衛生研究所から送付された検査情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

カ．地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下カ及びキにおいて同じ）を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ．中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から伝送された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報について、一類感染症から四類感染症及び定点把握の五類感染症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等の本庁へ送付する。

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及び工に基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報（月単位の場合は月報）等として掲載する。

3．定点把握対象の五類感染症

（１）対象とする感染症の状態

各々の定点把握対象の五類感染症について、別に定める報告基準を参考とし、当該疾病の患者と診断される場合とする。

（２）定点の選定

ア．患者定点

定点把握対象の五類感染症の発生状況を地域的に把握するため、都道府県は次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て、医療機関の中から可能な限り無作為に患者定点を選定する。

人口及び医療機関の分布等を勘案して、できるだけ当該都道府県全体の感染症の発生状況を把握できるよう考慮すること。

対象感染症のうち、第 2 の(59)から(71)までに掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関（主として小児科医療を提供しているもの）を小児科定点として指定すること。小児科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定 点 数
～ 3 万人	1
3 万人～ 7.5 万人	2
7.5 万人～	$3 + (\text{人口} - 7.5 \text{ 万人}) / 5 \text{ 万人}$

対象感染症のうち、第2の(72)に掲げるインフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く。以下同じ。）については、前記 で選定した小児科定点に加え、内科を標榜する医療機関（主として内科医療を提供しているもの）を内科定点として指定し、両者を合わせてインフルエンザ定点とすること。内科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定 点 数
～ 7.5 万人	1
7.5 万人～ 12.5 万人	2
12.5 万人～	$3 + (\text{人口} - 12.5 \text{ 万人}) / 10 \text{ 万人}$

対象感染症のうち、第2の(73)及び(74)に掲げるものについては、眼科を標榜する医療機関（主として眼科医療を提供しているもの）を眼科定点として指定すること。眼科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定 点 数
～ 12.5 万人	0
12.5 万人～	$1 + (\text{人口} - 12.5 \text{ 万人}) / 15 \text{ 万人}$

（注）総定点数が3未満と計算された都道府県においては、3定点とする。

対象感染症のうち、第2の(75)から(78)に掲げるものについては、産婦人科又は産科若しくは婦人科（産婦人科系）、性病科又は泌尿器科若しくは皮膚科若しくは皮膚泌尿器科（泌尿器科・皮膚科系）を標榜する医療機関（主として各々の標榜科の医療を提供しているもの）を性感染症定点として指定すること。性感染症定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定 点 数
～ 7.5 万人	0
7.5 万人～	$1 + (\text{人口} - 7.5 \text{ 万人}) / 13 \text{ 万人}$

(注) 各都道府県においては、産婦人科系を泌尿器科・皮膚科系が概ね同数になるように指定することとする。

対象感染症のうち、第2の(79)から(86)までに掲げるものについては、対象患者がほとんど入院患者であるため、患者を300人以上収容する病院(小児科医療と内科医療を提供しているもの)を各2次医療圏域毎に1カ所以上、基幹定点として指定すること。

イ. 病原体定点

病原体の分離等の検査情報を収集するため、都道府県は、病原体定点を選定する。この場合においては、次の点に留意する。

原則として、患者定点として選定された医療機関の中から選定すること。

アの により選定された患者定点の概ね10%を小児科病原体定点として、第2の(60)、(61)、(62)、(64)、(67)、(69)、(70)及び(71)を対象感染症とすること。

アの 及び により選定された患者定点の概ね10%をインフルエンザ病原体定点として、第2の(72)を対象感染症とすること。

アの により選定された患者定点の概ね10%を眼科病原体定点として、第2の(73)及び(74)を対象感染症とすること。

アの により選定された患者定点は、全て基幹病原体定点として、第2の(80)、(83)及び(84)を対象感染症とすること。

(3) 調査単位等

ア. 患者情報のうち、(2)のアの 、 、 及び (第2の(81)、(85)及び(86)に関する患者情報を除く)により選定された患者定点に関するものについては、1週間(月曜日から日曜日)を調査単位として、(2)のアの 及び (第2の(81)、(85)及び(86)に関する患者情報のみ)により選定された患者定点に関するものについては、各月を調査単位とする。

イ. 病原体情報については、原則として結果がまとまり次第、報告することとする。

(4) 実施方法

ア. 患者定点

患者定点として選定された医療機関は、速やかな情報提供を図る趣旨から、調査単位の期間の診療時における別に定める報告基準により、患者発生状況の把握を行うものとする。

(2)のアの により選定された小児科定点においては別記様式7により、同 及び により選定されたインフルエンザ定点においては別記様式8により、同 により選定された眼科定点においては別記様式9により、同 により選定された性感染症定点においては別記様式10により、同 により選定

された基幹定点においては別記様式 11 により、それぞれ調査単位の患者発生状況等を記載する。

別記様式 7 から 11 までによる患者情報については、調査単位が週の場合は翌週の月曜日に、月単位の場合は翌月の初日に保健所への発送を行うものとする。この場合において、提供の方法については、患者情報の円滑な収集の観点から、地域の特性に応じた適切な方法を採用することができるものとする。

イ．病原体定点

病原体定点として選定された医療機関は、別に定める病原体検査指針により、微生物学的検査のために検体を採取する。

病原体定点で採取された検体は、別記様式 2 の検査票を添えて、速やかに地方衛生研究所へ送付する。

ウ．保健所

保健所は、患者定点から得られた患者情報（別記様式 7 から 11）の情報項目を、調査単位が週単位の場合は調査対象の週の翌週の火曜日までに、月単位の場合は調査対象月の翌月の 3 日までに、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインにより伝送する。また、対象感染症についての集団発生その他特記すべき情報についても都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへ報告する。

保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報及び病原体情報について、週報（月単位の場合は月報）として、市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に配布する。

エ．地方衛生研究所

地方衛生研究所は、別記様式 2 の検査票及び検体が送付された場合にあっては、当該検体を検査し、その結果を病原体情報として病原体定点に通知するとともに、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付するものとする。

検査のうち、当該地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。

地方衛生研究所は、都道府県域を超えた集団発生があった場合等の緊急の場合にあっては、厚生労働省健康局結核感染症課からの依頼に基づき、検体を国立感染症研究所に送付する。

オ．国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を病原体情報として当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

カ．都道府県等の本庁

都道府県等の本庁にあつては、それぞれの管内の患者情報について、保健所からの情報の伝送があり次第、コンピュータ・オンラインシステムにより、中央感染症情報センターへ伝送する。

都道府県等の本庁にあつては、別記様式 2 をもって地方衛生研究所から送付された病原体情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

キ．地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

ク．中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から伝送された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類から四類感染症及び全数把握の五類感染症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成し、都道府県等の本庁に送付する。

中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及び前記オに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報（月単位の場合は月報）等に掲載する。

4．積極的疫学調査

- (1) 積極的疫学調査（法第 15 条に規定する感染症の発生の状況、動向及び原因の調査をいう。）は、これまで一般的に保健所等における業務として、患者の診断を行った医師等の協力を得つつ、実施されてきたが、新しい時代の感染症対策において重要な位置付けを占めると考えられることから、今般、都道府県知事等の事務として法に新たに規定されたものである。
- (2) 積極的疫学調査が行われる場合としては、一類感染症、二類感染症、三類感染症又は四類感染症が発生した場合、五類感染症等に係る感染症発生動向調査において通常と異なる傾向が認められた場合等が考えられるが、個別の事例に応じ、都道府県知事等において適切に判断されるべきものである。また、都道府県知事等が積極的疫学調査を行う場合にあつては、この調査を実施することとなる保健所等の機関において、関係者の理解と協力を得つつ、関係機関と密接な連携

を図ることにより、地域における詳細な流行状況や原因不明の感染症等の迅速な把握を進めていくことが重要である。

5 . その他

- (1) 感染症発生動向調査は、全国一律の基準で実施されるべきものであるが、上記の実施方法以外の部分について、必要に応じて、各都道府県等の実状に応じた追加を行い、地域における効果的・効率的な感染症発生動向調査体制を構築していくことが求められる。
- (2) 地方衛生研究所を有さない当事業の実施主体においては、近隣の地方衛生研究所を有する地方自治体と協議の上、必要な事務について委託等を行うこととする。
- (3) 本実施要綱に定める事項以外の内容については、必要に応じて保健医療局長が定めることとする。

第6 費用

国は、本事業に要する費用のうち、都道府県が支弁する法第14条から第16条の規定の基づく本事業の事務に要する費用に対して、法第61条の規定に基づき負担する。

第7 実施時期

この実施要綱は、平成11年4月1日から施行する。ただし、病原体情報及び病原体定点に関する項目については、各都道府県等において実施可能となり次第、実施することとして差し支えない。

この実施要綱の改正は、平成14年11月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成15年11月5日から施行する。

健感発第1105005号

平成15年11月 5日

各 { 都道府県
政令市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局

結核感染症課長

感染症発生動向調査事業の実施について

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及び検疫法の一部を改正する法律(平成15年法律第145号)の施行後の感染症発生動向調査事業については、「感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正について」(平成15年11月 5日健発第1105005号)により通知したところですが、当該事業の実施上の細部について、下記のとおりとしたのでお知らせします。

記

感染症発生動向調査事業は、コンピュータ・オンラインシステムを用いて実施しているところであるが、新しい感染症類型の下での当該事業については、それに対応したシステムが整備されるまでの間、都道府県及び保健所を設置する市(特別区を含む)等からの厚生労働省への報告体制は次のとおりとする。

なお、厚生労働省への報告の窓口は、結核感染症課感染症情報管理室情報管理係(: 03-5253-1111(代表)、Fax : 03-3503-7359)とする。

1. 追加する感染症

(1) 一類感染症

- ・重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る)及び痘そう

改正後の感染症発生動向調査事業実施要綱(平成11年3月19日健発第458号。以下「実施要綱」という。)別記様式1をファクシミリで報告すること(必ず事前又は事後に情報管理係に連絡をすること。)

(2) 四類感染症

- ・ E 型肝炎、A 型肝炎、高病原性鳥インフルエンザ、サル痘、ニパウイルス感染症、ボツリヌス症、野兔病、リッサウイルス感染症及びレプトスピラ症

実施要綱別記様式 3 をファクシミリで報告すること（必ず事前又は事後に情報管理係に連絡をすること。）。

(3) 五類感染症（全数）

- ・ バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

実施要綱別記様式 5 をファクシミリで報告すること（必ず事前又は事後に情報管理係に連絡をすること。）。

(4) 五類感染症（定点）

- ・ R S ウイルス感染症

実施要綱別記様式 7 を電子メール（sarsopc@mhlw.go.jp）で報告すること。

2. 類型を変更する感染症及び名称変更の感染症

(1) 五類感染症（全数）

ウイルス性肝炎

感染症発生動向調査システム（以下「システム」という。）の別記様式 4 の急性ウイルス性肝炎を使用して報告すること。なお、E 型肝炎及び A 型肝炎については、1.(2) により報告することとし、システムは絶対に使用しないこと。

急性脳炎

実施要綱別記様式 5 をファクシミリで報告すること（必ず事前又は事後に情報管理係に連絡をすること。）。

(2) 五類感染症（定点）

- ・ 尖圭コンジローマ

システムの別記様式 9 により報告する。なお、その際は尖形コンジローマを使用すること。

3. 1 及び 2 以外の感染症

(1) 四類感染症

ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）

実施要綱別記様式 3 をファクシミリで報告すること（必ず事前又は事後に情報管理係に連絡をすること。）。

を除く感染症

システムの別記様式 4 により報告すること。

(2) 五類感染症（全数）

システムの別記様式 4 により報告すること。

(3) 五類感染症（定点）

システムの別記様式 6 ~ 10 により報告すること。

4. その他

- ・システムの別記様式 4 により報告する四類感染症にあつては、実施要綱別記様式 4 に定める報告項目のうち、「患者の「生年月日」」については「患者の「診断時の年齢」」を報告すること。

別記様式一覧表

別記様式 1	一類感染症、二類感染症及び三類感染症医師届出票（患者）
別記様式 2	一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症及び五類感染症検査票（病原体）
別記様式 3	四類感染症医師届出票（患者）
別記様式 4	一類感染症、二類感染症、三類感染症及び四類感染症保健所報告項目（患者）
別記様式 5	五類感染症（全数把握対象）医師届出票（患者）
別記様式 6	五類感染症（全数把握対象）保健所報告項目（患者）
別記様式 7	五類感染症（定点把握対象）小児科患者定点報告票
別記様式 8	五類感染症（定点把握対象）インフルエンザ患者定点報告票
別記様式 9	五類感染症（定点把握対象）眼科患者定点報告票
別記様式10	五類感染症（定点把握対象）性感染症患者定点報告票
別記様式11	五類感染症（定点把握対象）基幹患者定点報告票

保健所コード
 西 曆
 I D

一類感染症、二類感染症及び三類感染症発生届出票

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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条の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日（ 年 月 日）

医 師 の 氏 名 _____ 印（自署または記名押印のこと）
 所属する病院・診療所等施設名 _____
 上記施設の住所・電話番号 * _____（電話 _____）

（* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 患者氏名	2 性別	3 診断時の年齢	4 患者職業
	男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
5 患者住所		6 患者所在地	
電話（ _____ ）		電話（ _____ ）	
7 保護者氏名	8 保護者連絡先		
	（7、8は患者が未成年の場合のみ記入）		
	電話（ _____ ）		

9 病 名	10 診 断 方 法	11 症 状	12 発病年月日	
<ul style="list-style-type: none"> ・エボラ出血熱 ・クリミア・コンゴ出血熱 ・重症急性呼吸器症候群 （病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る） ・痘そう ・ペスト ・マールブルグ病 ・ラッサ熱 	<ul style="list-style-type: none"> ・病原検査（検体 _____）（方法 _____）（型 _____） ・血清学的検査（検体 _____）（方法 _____）（型 _____） ・臨床決定 ・その他（ _____ ） 	・有 { } ・無	平成 _____ 年 月 日	
			13 初診年月日	平成 _____ 年 月 日
			14 診断（検察）年月日	平成 _____ 年 月 日
			15 感染したと推定される年月日	平成 _____ 年 月 日
			16 死亡年月日	平成 _____ 年 月 日

の届出は診断後直ちに行ってください

17 推定される感染地域・感染原因・感染経路		
・最近数年間の主な居住地 1 日本国内 2 その他（ _____ ） 3 不明	・推定される感染地域 1 日本国内 2 その他（ _____ ） 3 不明	・推定される感染原因・感染経路 { }

18 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要と認める事項

（2、9から11、17欄は該当する番号等を _____ で囲み、3、4、12から16欄は年齢・年月日等を記入すること。 _____ 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。）

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症及び五類感染症検査票 (病原体)

患者	性別	(男 ・ 女)
	年齢	(歳 カ月)

[主治医等記載欄]

医療機関等名及び主治医等医師名 (記載者)		
検体送付日	年 月 日	分離株 (無、有、検査中)
診断名		
発病日	年 月 日	
採取日	年 月 日	
検査材料	材料の種類 <small>該当するものを一つで囲んで下さい</small>	・ふん便 (腸内容物、直腸ぬぐい液) 髄液 尿 ・喀痰 ・気管吸引液 穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他) ・咽頭ぬぐい液 (うがい液、鼻汁) 皮膚病巣 (水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液 (結膜擦過物、眼脂) 陰部尿道頸管擦過物 / 分泌物 ・細胞診、生検、剖検材料 (臓器) ・血液 (全血、血清、血漿、抗凝固剤 []) ・その他 []
	臨床症状・徴候等 <small>該当するものを全てで囲んで下さい (基礎疾患を除く)</small>	無症状 ・発熱 (最高) ・関節痛、筋肉痛 ・口内炎、上気道炎、下気道炎 (肺炎、気管支炎) ・発しん (水疱、丘しん、紅斑、バラしん) ・出血傾向 ・リンパ節腫脹、腫脹(部位)、 浮腫(部位) ・ショック症状 (低血圧、循環不全) ・その他の症状 (上記以外の症状や臨床徴候) []
基礎疾患		
転 帰	経過観察中、軽快、治癒、死亡 (原因)	
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項		

[保健所等記載欄] (主治医記載可)

発生の状況	散发 地域流行 家族内発生 (無、有) 集団発生 (無、有) 有の場合 (保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舎 寮、病院、老人ホーム、福祉 養護施設、旅館 ・ホテル、飲食店、事業所、その他 [])
	最近の海外渡航歴 国名 期間 年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	ワクチン名 最近の接種年月日 年 月 日

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名		
抗体検出 方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)	
結果	()	
病原体検出	検出年月日	年 月 日
	検出方法 <small>陽性となった方法をで囲んで下さい</small>	分離培養 (培養細胞 細胞名 []) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他) 抗原検出等 (電顕、鏡検、蛍光、EIA、凝集反応、その他) 遺伝子検出 (1.非増幅[ハイブリ、PAGE、その他]) 2.増幅[PCR、その他])
検出病原体 (群、型、亜型)		

[その他特記事項]

--

注 1) 主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。
 注 2) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。
 注 3) 二類、三類感染症について医療機関 (民間検査所を含む) で病原体を分離した場合は、可能な範囲で地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

別記様式 4

一類感染症、二類感染症、三類感染症及び四類感染症保健所項目（患者）

一類感染症、二類感染症、三類感染症及び四類感染症につき、保健所が、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインにより伝送する項目は以下のとおりとする。

別記様式 1 及び別記様式 3 のうち、

「 9 病名」

「 10 診断方法」

「 11 症状」

「 12 発病年月日」

「 13 初診年月日」

「 14 診断（検案）年月日」

「 15 感染したと推定される年月日」

「 16 死亡年月日」

「 17・18 推定される感染地域・感染原因・感染経路」

及び

「 3 診断時の年齢」のうち、患者の「生年月日」

以上

保健所コード 西暦 ID

五類感染症発生届 (クロイツフェルト・ヤコブ病、後天性免疫不全症候群、先天性風しん症候群を除く)

都道府県知事 (保健所設置市長・特別区長) 殿

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条の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 報告年月日 (平成 年 月 日) 印 (自署または記名押印のこと)
所属する病院・診療所等施設名 上記施設の住所・電話番号* (電話) (*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること)

Table with 2 columns: 1 性別 (男・女), 2 診断時の年齢 (歳)

- 3 病名 (1) アメーバ赤痢 (2) ウイルス性肝炎 (3) 急性脳炎 (4) クリプトスポリジウム症 (5) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (6) ジアルジア症 (7) 髄膜炎菌性髄膜炎 (8) 梅毒 (9) 破傷風 (10) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症 (11) バンコマイシン耐性腸球菌感染症

4 診断方法 (1) 病原検査 (2) 血清学的検査 (3) 臨床決定 (4) その他

5 診断時の症状 (1) 有 (2) 無

6 発病年月日 (7) 初診年月日 (8) 診断(検案)年月日 (9) 感染したと推定される年月日 (10) 死亡年月日

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路
・最近数年間の主な居住地
・推定される感染地域
・病原体や媒介動物等との接触または生息場所での活動
・推定される感染源・感染経路等
・同疾患または同様の症状の者の発症

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1、3から5、11・12欄は該当する番号等を で囲み、2、6から10欄は年齢・年月日を記入すること。欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。)

保健所コード 西 暦 ID

クロイツフェルト・ヤコブ病発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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 1 2 条の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日（平成 年 月 日）

医師の氏名 _____ 印
（自署または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____
 上記施設の住所・電話番号* _____ （電話 _____）

（*所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1	性 別	男 ・ 女
2	診断時の年齢	歳
3	病名	クロイツフェルト・ヤコブ病 1) 弧発性 C J D 2) 家族性 C J D 3) 新変異型 C J D 4) G S S 5) F F I （ア．確実 イ．ほぼ確実 ウ．疑い）
4	診断方法	1) 病原検査（異常プリオンたん白の検出） 部位 (1) 脳 (2) 扁桃 (3) その他 方法 (1) Western Blot法 (2) 免疫染色法型 （免疫染色法による） (1) アミロイド 斑型 (2) シア ^β 型 2) プリオンたん白遺伝子検査 (1) コドン（ ）の異常 (2) コドン 1 2 9 の多型 （ア．M/M イ．M/V ウ．V/V） (3) コドン 2 1 9 の多型 （ア．E/E イ．E/K ウ．K/K） (4) その他（ ） 3) 臨床決定 4) その他（ ） （該当するもの全てに記載すること）

5	診 断 時 の 症 状	1) 有 ア．進行性痴呆 （ 年 月より） イ．記憶障害 （ 年 月より） ウ．精神・知能障害 （ 年 月より） エ．臨床的に頑固な不眠（ 年 月より） オ．視覚異常 （ 年 月より） カ．錯感覚、異常感覚 （ 年 月より） キ．錐体路症状 （ 年 月より） ク．痙性対麻痺 （ 年 月より） ケ．錐体外路症状 （ 年 月より） コ．筋強剛 （ 年 月より） サ．小脳症状 （ 年 月より） シ．ミオクローヌス （ 年 月より） ス．無動性無言状態 （ 年 月より） セ．脳波検査で PSD あり（ 年 月より） ソ．その他（ ）（ 年 月より） 2) 無
6	発病年月日	平成 年 月 日
7	初診年月日	平成 年 月 日
8	診断（検案）年月日	平成 年 月 日
9	感染したと推定される年月日	昭和・平成 年 月 日
10	死亡年月日	平成 年 月 日

この届出は診断から 7 日以内に行ってください

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路	
・最近数年間の主な居住地 1) 日本国内 2) その他（ ） 3) 不明 ・推定される感染地域 1) 日本国内 2) その他（ ） 3) 不明 ・同疾患または同様の症状の者 1) 家族にいる 2) 同じ職場等にいる 3) その他（ ） 4) いない	・推定される感染経路等 1) ヒト乾燥硬膜 2) ヒト下垂体由来成長ホルモン製剤 3) 角膜手術 4) 手術等観血的処置 （種類 ） 5) 輸血等 6) その他（ ） 7) 不明

（1、3から5、11・12欄は該当する番号等を で囲み、2、6から10欄は年齢・年月日を記入すること。 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。）

する
全
て
に

- 15) 進行性多巣性白質脳症
- 16) カポジ肉腫
- 17) 原発性脳リンパ腫
- 18) 非ホジキンリンパ腫 (L S G 分類により 大細胞型、免疫芽球型 Burkitt型)
- 19) 侵潤性子宮頸癌
- 20) 反復性肺炎
- 21) リンパ性間質性肺炎 / 肺リンパ過形成 : L I P / P L H complex (1 3 歳未満)
- 22) H I V 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)
- 23) H I V 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)

11・12 推定される感染地域・感染原因・感染経路

・最近数年間の主な居住地

- 1) 日本国内
- 2) その他 ()
- 3) 不明

・推定される感染地域

- 1) 日本国内
- 2) その他 ()
- 3) 不明

・同疾患または同様の症状の者

- 1) 日本
- 2) その他 ()
- 3) 不明

・推定される感染経路等

- 1) 性行為感染
ア．異性間性的接触 イ．同性間性的接触
- 2) 静注薬物使用
- 3) 母子感染
- 4) 輸血
- 5) その他 ()
- 6) 不明

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1、3から5、11・12欄は該当する番号等を で囲み、2、6から10欄は年齢・年月日を記入すること。欄は、死亡者を検索した場合のみ記入すること)

別記様式 6

五類感染症（全数把握対象）保健所報告項目（患者）

五類感染症のうち全数把握対象のものにつき、保健所が、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインにより伝送する項目は以下のとおりとする。

別記様式 5 のうち、すべての項目

以上

感染症発生動向調査 (基幹定点)

調査期間 平成 年 月 日 ~ 月 日 (週報)

西暦 年 第 週

保健所コード

定点コード

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

D番号	性	年・月齢	病名	採取年月日	検査方法	検査結果 (病原体名称)					
						1	2	3	4	5	6
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						
			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6						

病名

- 1 細菌性髄膜炎 (真菌性を含む)
- 2 無菌性髄膜炎
- 3 マイコプラズマ肺炎
- 4 クラミア肺炎 (オウム病を除く)
- 5 成人麻しん

検査方法

- 1 分離 培養
- 2 抗原検出
- 3 核酸・PCR
- 4 塗末検鏡
- 5 電顕
- 6 血清

調査期間 平成 年 月 日 ~ 月 日 (月報)

西暦 年 第 週

保健所コード

定点コード

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

D番号	性	年・月齢	病名	採取年月日	採取部位
			1 2 3		
			1 2 3		
			1 2 3		
			1 2 3		
			1 2 3		

病名

- 1 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- 2 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
- 3 薬剤耐性緑膿菌感染症

健感発第1105006号
平成15年11月 5日

都道府県
各 政 令 市 衛生主管部(局)長 殿
特 別 区

厚生労働省健康局
結核感染症課長

感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準の改正について

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及び検疫法の一部を改正する法律(平成15年法律第145号)が本年11月5日から施行されることに伴い、「感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準について」(平成11年3月30日健医感発第46号)を下記のような改正を行うため、新たに別紙のとおり定めることといたしました。

改正後の「感染症発生動向調査事業実施要綱」(平成11年3月19日健医発第458号)における医師の届出基準として活用されるとともに、関係機関に対し周知されるようお願いいたします。

なお、届出基準には明記してありませんが、一類、二類、三類及び四類感染症については無症状病原体保有者も届出の対象となります。これについては、保健所等が行う疫学調査、健康診断等により無症状病原体保有者が確認された場合等に報告を求めるものであり、一般の医療機関において無症状者が病原体を保有しているか否かの診断を求めるものではないことを念のため申し添えます。

また、都道府県等においては、医師から届出のあった患者の個人情報の保護について特段の配慮をお願いいたします。

記

- 1 標題を「報告のための基準」から「届出基準」に変更した。
- 2 今回の法改正による感染症の類型の見直しに伴う所要の改正を行うとともに、重症急性呼吸器症候群(SARS)、痘そうなど新たに追加された感染症についての届出基準を定めた。

医師から都道府県知事等への
届出基準

厚生労働省健康局

結核感染症課

一類感染症

(1) エボラ出血熱

《定 義》

エボラウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

《臨床的特徴》

潜伏期間は2～21日で、平均1週間、針刺しによる場合は6日で、発症は突発的である。初期症状は発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛、関節痛、咽頭痛で、次いで下痢、腹胸部痛が続く。一過性に皮膚発しんが出ることもある。その他滲出性の咽頭炎、結膜炎、黄疸、浮腫が見られる。発症3日後から出血傾向が見られる。点状出血、躯幹部出血に続き、消化管出血、嘔吐があらわれる。死亡例の90%以上で重篤出血が見られている。ヒトからヒトへの感染は血液、体液、排泄物等との直接接触により、空気感染は否定的である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

(材料) 血液、血清、剖検材料(皮膚など) など

・ 病原体の検出

例、ウイルスの分離など

・ 抗原の検出

例、ELISA法など

・ 病原体の遺伝子の検出

例、PCR法など

・ 血清抗体の検出

例、IgMあるいはIgGの免疫蛍光法あるいはELISA法による検出など

疑似症の診断

臨床的特徴に合致し、以下の疾患の鑑別診断がなされたもの

(鑑別診断) 他のウイルス性出血熱、チフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等

《備 考》

当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子や抗体のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため保健所に相談することが必要である。

(2)クリミア・コンゴ出血熱

《定 義》

クリミア・コンゴウイルス（ブニヤウイルス科）による熱性疾患である。

《臨床的特徴》

潜伏期間は2～9日。初期症状は特異的ではない。時に突発的に発生する。発熱、頭痛、悪寒、筋肉痛、関節痛、腹痛、嘔吐がみられ、続いて咽頭痛、結膜炎、黄疸、羞明及び種々の知覚異常が現れる。点状出血が一般的にみられ、進行すると大紫斑も生ずる。特に針を刺した部位から広がる。重症化するとさらに全身出血、血管虚脱を来し、死亡例では消化管出血が著明である。肝・腎不全も出現する。血液と体液は感染力がきわめて強い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

（材料）血液、血清

- ・病原体の検出
例、ウイルスの分離など
- ・抗原の検出
例、ELISA法など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・血清抗体の検出
例、IgGのIFA、補体結合反応による検出など

疑似症の診断

臨床的特徴に合致し、以下の疾患の鑑別診断がなされたもの

（鑑別診断）他のウイルス性出血熱、チフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等

《備 考》

当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子や抗体のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため保健所に相談することが必要である。

(3)重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）

《定 義》

SARSコロナウイルスの感染による重症急性呼吸器症候群である。

《臨床的特徴》

多くは2～7日、最大10日間の潜伏期間の後に、急激な発熱、咳、全身倦怠、筋肉痛などのインフルエンザ様の前駆症状が現れる。2～数日間で呼吸困難、乾性咳嗽、低酸素血症などの下気道症状が現れ、胸部CT、X線写真などで肺炎像が出現する。肺炎になった者の80～90%が1週間程度で回復傾向になるが、10～20%がARDS（Acute Respiratory Distress Syndrome）を起こし、人工呼吸器などを必要とするほど重症となる。致死率は10%前後で、高齢者での致死率はより高くなる。

《届出基準》

確定例の判断基準

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

【材料】鼻咽頭ぬぐい液、喀痰、尿、便、血清など

- ・病原体の検出

 - 例、ウイルス分離 など

- ・病原体の遺伝子の検出

 - 例、RT-PCR法 など

- ・血清抗体の検出

 - 例、酵素免疫測定法（ELISA）、免疫蛍光法（IFA）、中和試験 など

注）これらの検査所見（特にRT-PCR法、ウイルス分離）で陰性になった場合でもSARSを否定することはできない。この場合には、医師の総合判断により、疑似症例として取り扱うこととする。

疑似症の判断基準

臨床所見、渡航歴などにより判断する。

以下の1)又は2)に該当し、かつ3)の条件を満たすものとする。

1) 平成14年11月1日以降に、38度以上の急な発熱及び咳、呼吸困難などの呼吸器症状を示して受診した者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

(一)発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者

(二)発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）へ旅行した者

(三)発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）に居住していた者

- 2) 平成 14 年 11 月 1 日以降に死亡し、病理解剖が行われていない者のうち、次のいずれか 1 つ以上の条件を満たす者
- (一) 発症前 10 日以内に、SARS が疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者
 - (二) 発症前 10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域（WHO が公表した SARS の伝播確認地域）へ旅行した者
 - (三) 発症前 10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域（WHO が公表した SARS の伝播確認地域）に居住していた者
- 3) 次のいずれかの条件を満たす者
- (一) 胸部レントゲン写真で肺炎、または急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者
 - (二) 病理解剖所見が呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がないもの
- 注) 他の診断によって症状の説明ができる場合は除外すること。

《備 考》

SARS の伝播確認地域が指定されていない期間においては、報告基準の「確定例の判断基準」を満たすもののみとする。

(4)痘そう

《定 義》

痘そうウイルスによる急性の発しん性疾患である。現在、地球上では根絶された状態にある。

《臨床的特徴》

主として、飛沫感染によりヒトからヒトへ感染する。患者や汚染された物品との直接接触により感染することもある。エアロゾルによる感染の報告もあるが、稀である。潜伏期間はおよそ 12 日（7～17 日）で、感染力は病初期（ことに 4～6 病日）に最も強く、発病前は感染力はないと考えられている。すべての発しんが痂皮となり、これが完全に脱落するまでは感染の可能性がある。

主な症状は、

- 1) 前駆期：急激な発熱（39 度前後）、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は 2～3 日で 40 度以上に達する。第 3～4 病日頃には、一時解熱傾向となり、発しんが出る。
- 2) 発しん期：発しんは、紅斑 丘しん 水疱 膿疱 結痂 落屑 と規則正しく移行する。その時期に見られる発しんはすべて同一のステージであることが特徴である。第 9 病日頃に膿疱となるが、この頃には再び高熱となり、結痂するまで続く。疼痛、灼熱感が強い。
- 3) 回復期：2～3 週間の経過で、脱色した痂痕を残し治癒する。痂皮（かさぶた）の中には、感染性ウイルスが長期間存在するので、必ず、滅菌消毒処理をする。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

【材料】水疱、膿疱、痂皮、咽頭スワブ、血清など

・病原体の検出

例、ウイルス粒子の直接観察（電子顕微鏡）、ウイルス分離 など

・抗原の検出

例、蛍光抗体法（水疱、膿疱の塗抹） など

・病原体の遺伝子の検出

例、PCR 法（水疱、膿疱の塗抹） など

疑似症の判断（この時点で速やかに報告を行う。）

臨床的特徴に合致し、水痘などとの鑑別診断がなされたもの

《備 考》

生物テロへの使用が危惧されている病原体であり、一例の発生でも、高い感染性と致死率から非常に大きな問題となる。症例の確実な探知と迅速な対応が重要である。当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため、保健所に相談することが重要である。まん延防止には、発症1週間前後の痘そう様患者との遭遇、疑わしいエアロゾル・粉末の吸引・皮膚付着、旅行歴、職業歴などについての情報を把握することが有用である。

(5)ペスト

《定 義》

腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌である *Yersinia pestis* の感染によって起こる全身性疾患である。

《臨床的特徴》

リンパ節炎、敗血症等を起こし、重症例では高熱、意識障害などを伴う急性細菌性感染症であり、死に至ることも多い。臨床的所見により以下の3種に分けられる。

(a) 腺ペスト(ヒトペストの80~90%を占める)

潜伏期は2~7日。感染部のリンパ節が痛みとともに腫れる。菌は血流を介して全身のリンパ節、肝や脾でも繁殖し、多くは1週間くらいで死亡する。

(b) 敗血症ペスト(約10%を占める)

時に局所症状がないまま敗血症症状が先行し、皮膚のあちこちに出血斑が生じて全身が黒色となり死亡する。

(c) 肺ペスト

ペスト菌による気管支炎や肺炎を起こし、強烈な頭痛、嘔吐、39~41℃の弛張熱、急激な呼吸困難、鮮紅色の泡立った血痰を伴う重篤な肺炎像を示し、2~3日で死亡する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

(材料) 臨床材料(血液、リンパ節腫吸引物、痰、組織等)

・病原体の検出

例、ペスト菌(*Yersinia pestis*)の分離・同定(染色後塗抹標本の鏡検も参考となる)など

・抗原の検出

例、エンベロープ(Fraction I 抗原)抗原に対する蛍光抗体法など

・病原体の遺伝子の検出

例、ペスト菌特異的遺伝子のPCR法による検出など

疑似症の診断

臨床所見、ペスト流行地への渡航歴、齧歯類に寄生しているノミによる咬傷の有無を参考に診断し、また、以下の鑑別診断がなされたもの

(鑑別診断)

Burkholderia pseudomallei(臨床症状が肺ペストと類似)

野兔病(臨床症状が腺ペストに類似し、かつ共通抗原決定基を持つ)など

なお、血清抗体価については診断の参考として用いることができる(抗Fraction1抗体価がpassive haemagglutination test (PHA)で10倍以上が目安)

《備 考》

当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子や抗体のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため保健所に相談することが必要である。

(6) マールブルグ病

《定 義》

マールブルグウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

《臨床的特徴》

潜伏期間は3～10日間である。発症は突発的である。発熱、頭痛、筋肉痛、皮膚粘膜発しん、咽頭結膜炎に続き、重症化すると下痢、鼻口腔・消化管出血が見られる（エボラ出血熱に類似する）。マールブルグウイルスの自然界からヒトへの感染経路は不明である。ヒトからヒトへは血液、体液、排泄物との濃厚接触及び性的接触によりウイルスが伝播する。ドイツにおける大発生（1967年）においてはアフリカミドリザルの血液、組織との接触によるものであった。アフリカ（ケニヤ等）での発生例にはサルは無関係であった。治療法はなく、対症療法のみである。

《届出基準》

（材料）血液、尿、咽頭スワブ等

- ・病原体の検出
例、ウイルスの分離など
- ・抗原の検出
例、ELISA法による特異抗原の検出など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・血清抗体の検出
例、免疫蛍光法、ELISA法など

疑似症の診断

臨床的特徴に合致し、以下の疾患の鑑別診断がなされたもの

（鑑別診断）他のウイルス性出血熱、チフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等

《備 考》

当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子や抗体のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため保健所に相談することが必要である。

(7)ラッサ熱

《定 義》

ラッサウイルス（アレナウイルス科）による熱性疾患である。

《臨床的特徴》

発症は突発的で進行は緩やかである。マストミスに咬まれたり尿や血液に触れる、あるいは感染発症者の血液、体液、排泄物等に直接接する等の後、潜伏期間（7～18日）を経て、高熱（39～41℃）、全身倦怠感に続き、3～4日目に大関節痛、咽頭痛、咳、筋肉痛、次いで心窩部痛、後胸部痛、嘔吐、悪心、下痢、腹部痛が認められる。重症化すると顔面頸部の浮腫、眼球、結膜、消化管出血、心のう胸膜炎、ショック。重症経過で治癒後、一側あるいは両側のろう（難聴）を示すことが20%以上ある。発症期の症状はインフルエンザ様である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

（材料）血液、血清、尿、咽頭スワブ及び剖検材料等

- ・ 病原体の検出
例、ウイルスの分離など
- ・ 抗原の検出
例、ELISA法など
- ・ 病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・ 血清抗体の検出
例、IgM、IgGの免疫蛍光法による検出など

疑似症の診断

臨床的特徴に合致し、以下の疾患の鑑別診断がなされたもの

（鑑別診断）他のウイルス性出血熱、チフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等

《備 考》

当該疾患を疑う症状や所見はないが、病原体や抗原は検出されず、遺伝子や抗体のみが検出されたものについては、法による報告は要しないが、確認のため保健所に相談することが必要である。

二類感染症

(1)急性灰白髄炎

《定 義》

ポリオウイルス 1～3 型感染による急性運動中枢神経感染症である。

《臨床的特徴》

潜伏期は 3～12 日で、発熱（3 日間程度）、倦怠感、頭痛、嘔気、項部・背部硬直などの髄膜刺激症状を呈するが、軽症例（不全型）では軽い風邪症状または胃腸症状で終わることもある。髄膜炎症状だけで麻痺を来さないもの（非麻痺型）もあるが、重症例（麻痺型）では発熱に引き続きあるいは一旦解熱し再び熱発した後に、突然四肢の随意筋（多くは下肢）の弛緩性麻痺が現れる。罹患部位の腱反射は減弱ないし消失、知覚感覚異常を伴わない。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

（材料）便など

・病原体の検出

ポリオウイルスの分離・同定など

《備 考》

- ・急性灰白髄炎には疑似症の適用はない
- ・法による入院の勧告は、無症状の者は対象とならない。
- ・ポリオ生ワクチンに用いられているワクチン株ウイルスによる急性灰白髄炎の発症が極めて稀に発生することがあるが、これについては法による入院の勧告の対象とはならない。

したがって、ポリオ生ワクチン接種後 90 日以内の発症及びワクチン接種者の家族等の発症など、ワクチン株由来の発症が疑われる場合には、即座に急性灰白髄炎として扱う必要はないが、野生株とワクチン株の鑑別及び予防接種対策上の観点から、保健所等への連絡が必要である。

(2)コレラ

《定 義》

コレラはコレラ毒素(CT)産生性コレラ菌 (*Vibrio cholerae* 01) または *V. cholerae* 0139 に汚染された飲料水や食品を介した経口感染により、激しい水様性下痢と嘔吐、著しい脱水と電解質の流失をきたす疾病である。

《臨床的特徴》

コレラの潜伏期間は数時間から5日、通常1日前後である。近年のエルトールコレラは軽症の水様性下痢や軟便で経過することが多いが、まれに“米のとぎ汁”様の便臭のない水様便を1日数リットルから数十リットルも排泄し、激しい嘔吐を繰り返す。その結果、著しい脱水と電解質の喪失、チアノーゼ、体重の減少、頻脈、血圧の低下、皮膚の乾燥や弾力性の消失、無尿、虚脱などの症状および低カリウム血症による腓腹筋(ときには大腿筋)の痙攣がおこる。胃切除を受けた人や高齢者では重症になることがあり、また死亡例もまれにみられる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料)便など

・病原体の検出

コレラ菌 (*V.cholerae* 01) または *V.cholerae* 0139 を分離・同定し、かつ、コレラ毒素産生性あるいはコレラ毒素遺伝子の保有が確認された場合

疑似症の診断

臨床所見、コレラ流行地への渡航歴、集団発生の状況などにより判断する。

(鑑別診断)食中毒、その他の感染性腸炎等

《備 考》

法による入院の勧告は、無症状のものは対象とならない。

(3)細菌性赤痢

《定 義》

赤痢菌 (*Shigella dysenteriae*、*S.flexneri*、*S.boydii*、*S.sonnei*) の経口感染で起こる急性感染性大腸炎である。

《臨床的特徴》

潜伏期は1～5日(大多数は3日以内)。主要病変は大腸、特にS状結腸の粘膜の出血性化膿炎、潰瘍を形成することもある。このため発熱、下痢、腹痛を伴うテネスマス(tenesmus ; しぶり腹 - 便意は強いがなかなか排便できない)、膿・粘血便の排泄などの赤痢特有の症状を呈する。近年軽症下痢あるいは無症状に経過する例が多い。症状は一般に成人よりも小児の方が重い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料) 便など

・病原体の検出

赤痢菌の分離・同定

疑似症の診断

臨床所見、赤痢流行地への渡航歴、集団発生の状況などにより判断する。

(鑑別診断) カンピロバクター、赤痢アメーバ、腸管出血性大腸菌等による他の感染性腸炎等

《備 考》

法による入院の勧告は、無症状のものは対象とならない。

(4)ジフテリア

《定 義》

ジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) の感染による急性感染症である。

《臨床的特徴》

ジフテリア菌が咽頭などの粘膜に感染し、感染部位の粘膜や周辺の軟部組織の障害を引き起こし、扁桃から咽頭粘膜表面の偽膜性炎症、下顎部から前頸部の著しい浮腫とリンパ節腫張 (bull neck) などの症状が出現する。重症例では心筋の障害などにより死亡する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料) 病変 (感染) 部位からの採取材料

- ・病原体の検出

ジフテリア菌の分離と同定、ならびに分離菌におけるジフテリア毒素の検出

- ・病原体の遺伝子の検出

例、PCR 法など

《備 考》

- ・ジフテリアには疑似症の適用はない
- ・法による入院の勧告は、無症状のものは対象とならない。

(5)腸チフス

《定 義》

腸チフスはチフス菌 (*Salmonella* serovar Typhi) の感染による全身性疾患である。

《臨床的特徴》

腸チフスの潜伏期間は7～14日で発熱を伴って発症する。患者、保菌者の糞便と尿が感染源となる。39℃を超える高熱が1週間以上も続き、比較的徐脈、バラしん、脾腫、下痢などの症状を呈し、腸出血、腸穿孔を起こすこともある。重症例では意識障害や難聴が起きることもある。健康保菌者はほとんどが胆嚢内保菌者であり、胆石保有者や慢性胆嚢炎に合併することが多く、永続保菌者となることが多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料)末梢血、骨髓液、便、尿、胆汁等

・病原体の検出

チフス菌の分離・培養

疑似症の診断

臨床所見、腸チフス流行地への渡航歴、集団発生の状況などにより判断する。

(鑑別診断)マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病など

《備 考》

法による入院の勧告は、無症状のものは対象とならない。

(6)パラチフス

《定 義》

パラチフスはパラチフスA菌(*Salmonella* serovar Paratyhi A)の感染によって起こる全身性疾患である。(*Salmonella* Paratyphi B、*Salmonella* Paratyphi Cによる感染症はパラチフスから除外され、サルモネラ症として取り扱われる)

《臨床的特徴》

臨床的症候は腸チフスに類似する。7～14日の潜伏期間の後に38℃以上の高熱が続く。徐脈、脾腫、便秘、時には下痢、等の症候を呈する。症候は腸チフスと比較して、軽症の場合が多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症候や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料)末梢血、骨髓液、便、尿、胆汁等

・病原体の検出

Salmonella serovar Paratyhi A の分離・培養

(*Salmonella* Paratyphi B、C はサルモネラ症として取り扱う)

疑似症の診断

臨床所見、パラチフス流行地への渡航歴、集団発生の状況などにより判断する。

(鑑別診断)マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病など

《備 考》

法による入院の勧告は、無症候のものは対象とならない。

三類感染症

(1)腸管出血性大腸菌症

《定 義》

ベロ毒素(Verotoxin,VT)を産生する腸管出血性大腸菌(enterohemorrhagic *E.coli*,EHECあるいはShigatoxin-producing *E. coli*,STEC)の感染によっておこる全身性疾病である。

《臨床的特徴》

臨床症状はその血清型により差異があるが、一般的な特徴は腹痛、水様性下痢および血便である。嘔吐や38 度の発熱を伴うこともある。さらにベロ毒素の作用により溶血性貧血、急性腎不全をきたし、溶血性尿毒症症候群(Hemolytic Uremic Syndrome, HUS)をひきおこすことがある。小児や高齢者では痙攣、昏睡、脳症などによって致命症となることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断がなされたもの。

(材料)患者便等

・病原体の検出

腸管出血性大腸菌を分離・同定し、かつ、分離された菌のベロ毒素産生性試験陽性またはベロ毒素遺伝子の確認(PCR法など)もしくは便中のベロ毒素の検出

《備 考》

- ・腸管出血性大腸菌症には疑似症の適用はない
- ・わが国で分離される本菌の代表的な血清型はO157:H7であるが、本症の診断には血清型の如何は問わない(報告に際しては血清型をあわせて報告することが望ましい)。

四類感染症

(1) E 型肝炎

《定 義》

E型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。我が国では、これまでの報告のほとんどは発展途上国などの流行地域での海外感染例であったが、2002年から国内感染例の報告が増加している。

《臨床的特徴》

途上国では主に水系感染であるが、我が国では汚染された食品や動物の臓器や肉生食による経口感染が指摘されている。潜伏期間はA型肝炎より長く、平均6週間といわれている。臨床症状はA型肝炎と類似しており、予後も通常はA型肝炎と同程度で、慢性化することはない。しかし、妊婦（第3三半期）に感染すると劇症化しやすく、致死率も高く20%に達することもある。特異的な治療法はなく、対症療法が中心となる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・ 病原体の遺伝子の検出
例、RT-PCR法による遺伝子の検出
- ・ 血清抗体の検出
例、特異的IgM抗体が陽性のもの

(2)ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）

《定 義》

フラビウイルス科に属するウエストナイルウイルスによる感染症で、蚊によって媒介される。

《臨床的特徴》

2～14日の潜伏期の後に高熱で発症する。発熱は通常3～6日間持続する。同時に頭痛、背部の痛み、筋肉痛、食欲不振などの症状を有する。約半数で発しんが胸部、背、上肢に認められる。リンパ節腫張通常認められる。症状は通常1週間以内で回復するが、その後倦怠感が残ることも多い。特に高齢者においては、上記症状とともにさらに重篤な症状として、激しい頭痛、方向感覚の欠如、麻痺、意識障害、痙攣等の症状が出現し脳炎、髄膜脳炎を発症することがある。特に米国では重篤な例で筋力低下が約半数に認められている。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

- 例、ウエストナイルウイルスの血液や脳脊髄液からの分離

- ・病原体の遺伝子の検出

- 例、PCR法等によるウエストナイルウイルス遺伝子の血液や脳脊髄液中での検出

- ・抗体の検出

- 例、ウエストナイルウイルス特異的 IgM の血液や脳脊髄液での検出

- ウエストナイルウイルス特異的 IgG の検出とペア血清における4倍以上の上昇

(3) A型肝炎

《定 義》

A型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。我が国では衛生状態の向上とともに患者数は減少したが、最近でも年間 500 例近い報告があり、そのほとんどは国内感染例である。

《臨床的特徴》

汚染された食品や水などを介して、通常経口感染により伝播する。しかし、一部には性感染症として伝播する例もある。潜伏期間は平均 4 週間程度である。感染期間は、ウイルスが便に排泄される発病の 3 ~ 4 週間前から発症後数週間にわたることもあり、数ヶ月にわたって便からウイルスが排出されるという報告もある。主な臨床症状は全身倦怠感、食思不振で、黄疸、肝腫大などの肝症状が認められる。一般に予後は良く、慢性化することはないが、まれに劇症化することがある。小児では不顕性感染や軽症のことが多い。特異的な治療法はなく、対症療法が中心となる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・血清抗体の検出
例、特異的 IgM 抗体が陽性のもの
- ・病原体の遺伝子の検出
例、RT-PCR 法による遺伝子の検出

(4)エキノкокクス症

《定 義》

エキノкокクス (Echinococcus) による感染症で、単包条虫 (*Echinococcus granulosus*) と多包条虫 (*Echinococcus multilocularis*) の 2 種類がある。

《臨床的特徴》

ヒトへの感染はキツネやイヌなどから排泄された虫卵に汚染された水、食べ物、埃などを経口的に摂取した時に起こる。体内に発生した嚢胞は緩慢に増大し、周囲の臓器を圧迫する。多包虫病巣の拡大は極めてゆっくりで、肝臓の腫大、腹痛、黄疸、貧血、発熱や腹水貯留などの初期症状が現れるまで、成人では通常 10 年以上を要する。放置すると約半年で腹水がたまり、やがて死に至る。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

例、患者から包虫の嚢胞、嚢胞壁の一部、原頭節及び鉤などが検出された場合など

- ・病原体に対する抗体の検出

例、ELISA 法及び Western Blot 法など

(5)黄熱

《定 義》

フラビウイルス科に属する黄熱ウイルスの感染によるウイルス性出血熱である。南米やアフリカの熱帯地域にみられる。

《臨床的特徴》

潜伏期間は3～6日間で発症は突然である。悪寒または悪寒戦慄とともに高熱を出し、嘔吐、筋肉痛、出血（鼻出血、歯齦出血、黒色嘔吐、下血、子宮出血）、蛋白尿、比較的除脈、黄疸等を来す。普通は7～8病日から治癒に向かうが、重症の場合には乏尿、心不全、肝性昏睡などで、5～10病日に約10%が死亡する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、ウイルスの分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、血液からのPCR法による検出など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、黄熱IgM抗体の検出
ペア血清を用いたブラック減少中和試験など

(6)オウム病

《定 義》

クラミジア *Chlamydia psittaci* を病原体とし、オウムなどの愛玩用のトリからヒトに感染し、肺炎などの気道感染症を起こす疾患である。

《臨床的特徴》

1～2週間の潜伏期の後に、突然の発熱で発病する。軽い場合はかぜ程度の症状であるが、老人などでは重症になることが多い。初期症状として悪寒を伴う高熱、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、筋肉痛、関節痛などがみられる。呼吸器症状として咳、粘液性痰などがみられる。胸部レントゲンで広範な肺病変はあるが理学的所見は比較的軽度である。重症になると呼吸困難、意識障害、DICなどがみられる。発症前にトリとの接触があったかどうかは報告のための参考になる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

 - 例、痰、血液、剖検例では諸臓器などからの病原体の分離など

- ・病原体の遺伝子の検出

 - 例、PCR法、PCR-RFLP法など

- ・病原体に対する抗体の検出

 - 例、間接蛍光抗体（IF）法で抗体価が4倍以上（精製クラミジア粒子あるいは感染細胞を用いた場合は種の同定ができる）など

(7) 回帰熱

《定 義》

シラミ或いはヒメダニ (Ornithodoros 属：ヒメダニ属) によって媒介されるスピロヘータ (回帰熱ボレリア) 感染症である。コロモジラミ媒介性 *Borrelia recurrentis* やヒメダニ媒介性 *B. duttoni* 等がヒトに対する病原体である。

《臨床的特徴》

菌血症による発熱期、菌血症を起こしていない無熱期を 3 ないし 5 回程度繰り返す、いわゆる回帰熱を主訴とする。感染後 5 ~ 10 日を経て菌血症による頭痛、筋肉痛、関節痛、羞明、咳などをともなう発熱、悪寒がみられる (発熱期)。またこのとき点状出血、紫斑、結膜炎、肝臓や脾臓の腫大、黄疸もみられる。発熱期は 3 ~ 7 日続いた後、一旦解熱する (無熱期)。無熱期では血中から菌は検出されない。発汗、倦怠感、時に低血圧や斑状丘疹をみることもある。この後 5 ~ 7 日後再び発熱期に入る。

上記症状以外で肝炎、心筋炎、脳出血、脾破裂、大葉性肺炎などがみられる場合もある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの。

- ・病原体の検出

- 例、発熱期の血液からの分離培養

- 暗視野顕微鏡下鏡検での病原体の確認など

- ・病原体の抗原の検出

- 例、スメアの観察 (蛍光抗体法) など

(8) Q熱

《定 義》

リケッチアの一種である *Coxiella burnetii* の感染によって起こる動物由来感染症である。

《臨床的特徴》

急性感染ではインフルエンザ様で突然の高熱、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感、眼球後部痛の症状で始まる。未治療の場合、有熱期間は5～57日とされるが、多くは14日以内に解熱する。肺炎や肝機能障害を起こすこともあるが、予後は一般に良い。慢性感染では心内膜炎を起こし死亡率が高くなる。急性症例の20～40%に慢性疲労症候群に類似した症状がみられたという報告もある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、血液などからの病原体の分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、間接蛍光抗体（IF）法で抗体が4倍以上の上昇など

(9)狂犬病

《定 義》

ラブドウイルス科に属す狂犬病ウイルスの感染による神経疾患である。

《臨床的特徴》

狂犬病は狂犬病ウイルスを保有するイヌ、ネコおよびコウモリ、キツネ、スカンク、コヨーテなどの野生動物に咬まれたり、引っ掻かれたりして感染し、発症する。潜伏期は1～3カ月で、まれに1年以上に及ぶ。臨床的には咬傷周辺の知覚異常、疼痛、不安感、不穏、頭痛、発熱、恐水発作、麻痺と進む。発症すると致命的となる。

感染動物の唾液中にはウイルスが存在していることがある。米国ではアライグマやコウモリにおける狂犬病の増加が問題となっているが、狂犬病ウイルス感染動物との接触が明らかでないヒトの感染事例が時々報告され、コウモリが原因と推測される場合がある。ワクチン接種により防御免疫を確立できる。狂犬病ウイルス暴露後であっても、ワクチン接種により発症予防が可能である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

・病原体の検出

例、唾液からのウイルスの分離

脳の一部検によって得られた脳組織および脳乳剤を用いた、乳のみマウス、マウス神経芽腫細胞への接種試験によるウイルス分離など

・病原体の抗原の検出

例、角膜塗沫標本、頸部の皮膚、気管吸引材料および唾液腺の生検材料からの直接蛍光抗体（FA）法などによる検出

死後脳の剖検によって得られた脳組織および脳乳剤からの蛍光抗体（FA）法によるウイルス抗原の検出など

・病原体の遺伝子の検出

例、唾液、髄液などからの RT- PCR 法

脳の一部検によって得られた脳組織および脳乳剤からの RT- PCR 法など

・病原体に対する抗体の検出

例、Fluorecent Focus Inhibition Test 、ELISA 法など

（注）血中抗体価は治療のためのガンマグロブリン、ワクチン投与により上昇するため診断価値が少ない。髄液中の高い抗体価は診断の目安となる。

(10)高病原性鳥インフルエンザ

《定 義》

高病原性鳥インフルエンザウイルスによるヒトの感染症をいう。

鳥インフルエンザウイルスのうち、特にH 5 及び（又は）H 7 亜型のヘマグルチニンを持つものはニワトリに対する病原性が強い。ヒトに対しても強い病原性を獲得する可能性が高い。H 5 N 1 ウイルスの感染により、1997 年に香港で6 名が死亡し、さらに2003 年に2 名が死亡した。2003 年にオランダでニワトリにH 7 N 7 ウイルスの感染症が発生、流行した際に、獣医師が1 名死亡した。現在のところ、我が国では家禽類からは、H 5 及びH 7 ウイルスは検出されていない。

《臨床的特徴》

感染した家禽あるいは野生鳥などからヒトにH 5 またはH 7 ウイルスが感染することがごく稀にある。オランダでのA / H 7 N 7 による事例では、ヒトからヒトへの感染も起こったと報告されている。潜伏期間は通常のインフルエンザと変わりなく、1～3 日と考えられており、症状は突然の高熱、咳などの呼吸器症状の他、重篤な肺炎、全身症状を引き起こす。A / H 7 N 7 ウイルスの感染では結膜炎を起こした。過去の香港でのA / H 5 N 1 ウイルスによる事例では、感染拡大防止のために大規模な家禽の屠殺処分が行われた。

上述の症状のごとくインフルエンザを疑わせる症状があり、A 型インフルエンザウイルスが分離同定されるものの、A / H 1 N 1 あるいはA / H 3 N 2 に対する抗血清と反応せず、亜型判別不能の場合には本疾患を疑う。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、ウイルス分離において、A 型インフルエンザウイルスが同定されるものの、A / H 1 N 1、A / H 3 N 2 の抗血清に反応せず、亜型判定不能であり、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの。

・病原体の検出

例、咽頭拭い液、肺胞洗浄液、剖検材料など上下気道からの検体から、A / H 1 N 1、A / H 3 N 2 以外のA 型インフルエンザウイルスの分離同定 など

・病原体の遺伝子の検出

例、咽頭拭い液、肺胞洗浄液、剖検材料など上下気道からの検体から、A / H 1 N 1、A / H 3 N 2 以外のA 型インフルエンザウイルスの遺伝子の検出 など

・血清抗体の検出

例、A / H 1 N 1、A / H 3 N 2 以外のA 型インフルエンザウイルスに対する抗体の上昇を確認

《備 考》

まん延防止には、インフルエンザ予防接種歴、渡航歴、症状詳細、職業、野生鳥や鶏との接触歴などの情報を把握することが有用である。

(11)コクシジオイデス症

《定 義》

カリフォルニア州、アリゾナ州、ニューメキシコ州をはじめとする米国西南部各州、メキシコの太平洋側の半乾燥地帯、ベネズエラのコロ地方、アルゼンチンのパンパ地域に発生する風土病で、原因菌は真菌で *Coccidioides immitis* である。

《臨床的特徴》

南北アメリカ、特にカリフォルニア州のサンホアキン渓谷で患者が多発している。強風や土木工事などにより土壌中の *C. immitis* の分節型分生子が土埃と共に空中に舞い上がり、これを吸入することにより肺感染が起こり、そのうち約0.5%の患者が全身感染へと進み、約半数が死亡する最も危険な真菌症である。特に皮膚病巣は特徴があり、結節、潰瘍を繰り返し、花キャベツ状の腫瘤を形成する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの。

・病原体の検出

例、喀痰などからの分離・培養と菌の分離（鏡検）など

(12)サル痘

《定 義》

サル痘ウイルス (Monkeypox virus) による急性発しん性疾患である。野生動物との接触が多い、西アフリカ、中央アフリカの熱帯雨林で多く見られる。

《臨床的特徴》

げっ歯類やサルなどの野生動物、あるいはそれらから感染したペットに咬まれる、あるいは血液、体液、発しんなどに触れることで感染する。ヒトからヒトへの感染は稀ではあるが、飛沫による感染、あるいは体液、衣類・寝具などとの接触による感染がありうる。潜伏期間は7～21日(大部分は10～14日)である。発熱、不快感、頭痛、背部痛、発しんなど、痘そうとよく似た症状がみられるが、傷などから入るので、局所リンパ節の腫脹がある。致死率は低い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、ウイルス粒子の直接観察(電子顕微鏡)、及びウイルス分離
- ・抗原の検出
例、水疱、膿疱からの蛍光抗体法による抗原の検出 など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法 など
- ・血清抗体の検出
例、ELISA法 など

《備 考》

2003年に米国ではプレーリードッグを介したヒト症例が発生したが、アフリカから輸入されたアフリカオニネズミ、ヤマネなどがプレーリードッグに感染させたと考えられる。

(13)腎症候性出血熱（HFRS）

《定 義》

ハンタウイルス（ブニヤウイルス科ハンタウイルス属）による熱性・腎性疾患で、極東アジアから東欧、北欧にかけて広く分布する。HFRS ウイルスとも称する。

《臨床的特徴》

ネズミに咬まれたり、排泄物（エアロゾルの吸入を含む）に接触することによりヒトにウイルスが伝播する。このウイルスはヒトに感染すると状況により重篤な全身感染、あるいは腎疾患を生じ、以下の型が知られている。

1) 重症アジア型

ドブネズミ、高麗セスジネズミが媒介する。潜伏期間は 10～30 日で、発熱で始まる有熱期、低血圧期（ショック）（4～10 日）、乏尿期（8～13 日）、利尿期（10～28 日）、回復期に分けられる。全身皮膚に点状出血斑が出ることもある。発症から死亡までの時間は 4～28 日で尿素窒素は 50～300mg に達する。常時高度の蛋白尿、血尿を伴う。

2) 軽症スカンジナビア型

ヤチネズミによる。ごく軽度の発熱、蛋白尿、血尿がみられるのみで、極めてまれに重症化する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、急性期の血液、尿からのウイルスの分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR 法など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、血清抗体の検出（ELISA、免疫蛍光法）など

(14)炭疽

《定 義》

本症は炭疽菌 (*Bacillus anthracis*) によるヒトと動物の感染症で、温血動物、主にウシなどの草食獣に急性敗血症死を起こす。

《臨床的特徴》

ヒト炭疽には4つの主要な病型がある。国内の動物の発生はほとんどがウシで、感染の機会には農業従事者、獣医師、動物産品処理従事者などに多い。

- 1) 皮膚炭疽：全体の95～98%を占める。潜伏期は1～7日である。初期病変は二キビや虫さされ様で、かゆみを伴うことがある。初期病変周囲には水疱が形成され、次第に典型的な黒色の痂皮となる。およそ80%の患者では痂皮の形成後7～10日で治癒するが、20%では感染はリンパ節および血液へと進展し、敗血症へと進展し致死的である。
- 2) 肺炭疽：上部気道の感染で始まる初期段階はインフルエンザ等のウイルス性呼吸器感染や軽度の気管支肺炎に酷似しており、軽度の発熱、倦怠感、筋肉痛等を訴える。数日して第2の段階へ移行すると突然呼吸困難、発汗およびチアノーゼを呈する。この段階に達すると通常、24時間以内に死亡する。
- 3) 腸炭疽：本症で死亡した動物の肉を摂食した後2～5日で発症する。腸病変部は回腸下部および盲腸に多い。初期症状として悪心、嘔吐、食欲不振、発熱があり、次いで腹痛、吐血をあらわし、血液性の下痢を呈する場合もある。毒血症へと移行すると、ショック、チアノーゼを呈し死亡する。腸炭疽の死亡率は25～50%とされる。
- 4) 髄膜炭疽：皮膚炭疽の約5%、肺炭疽の2/3に引き続いて起こるが、稀に初感染の髄膜炭疽もある。髄膜炭疽は治療を行っても、発症後2～4日で100%が死亡する。

《 届出基準 》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

例、病巣組織や血液からの菌の分離・同定（鏡検・培養）と、分離した菌のガンマファージテスト、パールテスト、アスコリーテストによる確認など

(15) つつが虫病

《定 義》

ツツガムシ病リケッチア (*Orientia tsutsugamusi*) に感染した「つつが虫 (恙虫)」の幼虫がヒトを刺すことによって経皮感染する急性感染症である。

《臨床的特徴》

5 ~ 14 日の潜伏期の後に、全身倦怠感、食欲不振とともに頭痛、悪寒、発熱などを伴って発症する。体温は段階的に上昇し数日で 40 度にも達する。刺し口の所属リンパ節は発熱する前頃から次第に腫脹する。第 3 ~ 4 病日より不定型の発しんが出現するが、発しんは顔面、体幹に多く四肢には少ない。治療が適切に行われると早期に消退する。重症になると肺炎や脳炎症状を来す。刺し口は皮膚の柔らかい隠れた部分に多い。発生は初夏および晩秋から冬で、初夏の発生は主として東北・北陸である。

《 届出基準 》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

- 例、血液からの病原体の分離など

- ・病原体の遺伝子の検出

- 例、PCR 法など

- ・病原体に対する抗体の検出

- 例、血液からの間接蛍光抗体法あるいは間接免疫ペルオキシダーゼ法で抗体価の 4 倍以上の上昇か、IgM 抗体上昇など

(16) デング熱

《定義》

フラビウイルス科に属するデングウイルス感染症で、蚊によって媒介される。

《臨床的特徴》

2～15日（多くは3～7日）の潜伏期の後に突然の高熱で発症。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続（二峰性であることが多い）。初期症状に続いて全身の筋痛、骨関節痛、全身倦怠感を呈する。発症後3～4日後胸部、体幹からはじまる発しんが出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では軽度の白血球減少、血小板減少がみられる。出血やショック症状を伴う重症型としてデング出血熱*があり、全身管理が必要となることもある。ヒトからヒトへの直接感染はないが、熱帯・亜熱帯（特にアジア、オセアニア、中南米）に広く分布する。日本国内での感染はないが、海外で感染した人が国内で発症することがある。

*デング出血熱：デング熱とほぼ同様に発症経過するが、解熱の時期に血液漏出や血小板減少による出血傾向に基づく症状が出現し、死に至ることもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

・病原体の検出

例、血液等からのウイルスの分離など

・病原体の遺伝子の検出

例、PCR法など

・病原体に対する抗体の検出

例、血清中のデングウイルス特異的 IgM 抗体の検出

特異的 IgG 抗体価のペア血清での4倍以上の上昇など

上記の基準に加えて、下記の4つの基準を全て満たした場合にはデング出血熱として報告する。

2～7日持続する発熱（時に2峰性のパターンをとる）

血管透過性亢進による以下の血漿漏出症状のうち1つ以上

- ・ヘマトクリットの上昇（補液なしで同性、同年代の者に比べ20%以上の上昇）
- ・ショック症状の存在
- ・胸水、腹水の存在、血清蛋白の低下

血小板減少（ $100,000 / \text{mm}^3$ 以下）

以下の出血傾向のうち1つ以上

- ・Tourniquet テスト陽性
- ・点状出血、斑状出血あるいは紫斑
- ・粘膜あるいは消化管出血、あるいは注射部位や他の部位からの出血
- ・血便

(17)ニパウイルス感染症

《定 義》

ニパウイルスによる感染症であり、発熱、倦怠感など、インフルエンザ様症状を呈し、一部は重症の脳炎を発症する。1999年にマレーシアで大きなアウトブレイクを起こし、死者105人を数えた他、直接の感染源と考えられるブタ100万頭規模の殺処分を招いたことにより、同国の養豚業に壊滅的な打撃を与えた。

《臨床的特徴》

感染経路は感染動物の体液や組織との接触によると考えられている。ヒトからヒトへの感染例は報告されていない。通常、発熱と筋肉痛などのインフルエンザ様症状を呈し、その一部が意識障害、痙攣などを伴い、脳炎を発症する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

- ・血清抗体の検出
例、ELISA法、中和試験 など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、RT-PCR法 など
- ・病原体の検出
例、急性期の尿、咽頭ぬぐい液からのウイルス分離 など

《備 考》

自然宿主は、現時点ではオオコウモリと考えられており、これらは世界の熱帯、亜熱帯地域に分布している。コウモリ自体は症状を出さないが、マレーシアでのアウトブレイクでは、コウモリから感染したと考えられるブタがヒトへの感染源であった。また、このウイルスはブタからイヌ、ネコなどにも感染しうることが知られているが、これらの動物からヒトへの感染の可能性は明確ではない。

また、臨床症状は他のウイルス性脳炎と類似しているため、症候群としてのウイルス性脳炎の原因病原体を把握することが、早期対策につながる。

(18)日本紅斑熱

《定 義》

新型の紅斑熱リッケチア (*Rickettsia japonica*) による感染症である。

《臨床的特徴》

マダニに刺されることで感染すると考えられている。刺されてから2～8日頃から頭痛、全身倦怠感、関節痛、発熱などを伴って発病する。発熱とほぼ同時に紅色の斑丘疹が四肢末端から求心性に多発する。リンパ節腫脹はあまりみられない。CRP陽性、白血球減少、肝機能異常などはツツガムシ病と同様である。発生は主として夏である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、血液からのリッケチアの分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、間接蛍光抗体法（抗体価の4倍以上の上昇か、IgM抗体上昇）など

《備 考》

昭和59年に新たに見つかった疾患であり、これまでに四国、北九州、千葉などに存在することが分かってきている。

(19)日本脳炎

《定 義》

フラビウイルス科に属す日本脳炎ウイルスの感染による急性脳炎である。ブタが増幅動物となり、蚊が媒介する。

《臨床的特徴》

感染後1～2週間の潜伏期を経て、急激な発熱と頭痛を主訴として発症する。その他、初発症状として全身倦怠感、食欲不振、嘔気、嘔吐、腹痛も存在する。その後、症状は悪化し、項部硬直、羞明、意識障害、興奮性の上昇、仮面様顔貌、筋硬直、頭部神経麻痺、眼振、四肢振戦、不随意運動、運動失調、病的反射が出現する。知覚障害はまれである。発熱は発症4～5日に最も高くなり、発症後1週間程度で死亡する例が多い。熱はその後次第に低下する。致命率は約25%、患者の50%は後遺症を残して回復、25%はほぼ完全に回復する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、血清、髄液からの日本脳炎ウイルスの分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR法など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、血清または髄液中の日本脳炎ウイルス特異的IgM抗体の存在
血清抗体価の上昇（IgG抗体価がペア血清で4倍以上の上昇）など

(20)ハンタウイルス肺症候群 (HPS)

《定 義》

ブニヤウイルス科、ハンタウイルス属のウイルス (Sin Nombre virus) による急性呼吸器感染症で、現在米国あるいは一部南米の国で発生がある。

《臨床的特徴》

前駆症状として発熱と筋肉痛が 100% にみられる。次いで咳、急性に進行する呼吸困難が特徴的で、消化器症状及び頭痛が 70% 以上に伴う。最もありふれた症状は頻呼吸 (100%)、頻拍である。半数に低血圧等を伴う。発熱・悪寒は 1 ~ 4 日続き、次いで進行性呼吸困難、酸素不飽和状態に陥る (肺水腫、肺浮腫による)。早い場合は発熱等発症後 24 時間以内の死亡も頻繁にみられる。肺水腫等の機序は心性ではない。X 線で肺水の貯留した特徴像が出る。死亡率は約 60% という報告もある。

感染経路としては、手足の傷口からウイルスに汚染されたネズミの尿、唾液が接触して入る、ネズミに咬まれる、ウイルスを含む尿、唾液により汚染されたほこりを吸い込む (これが最も多い) 等による。

媒介動物は、米国ではシカシロアシネズミ (*Peromyscus maniculatus*) がウイルス保有動物として最も一般的である。ウイルスを媒介するこの群のネズミは米国、カナダ、南米 (チリ、アルゼンチン等) にも存在する。このネズミとウイルスは日本では見つかっていない。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、ウイルスの分離など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、PCR 法など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、免疫蛍光法や ELISA 法での IgM、IgG の検出など

(21) B ウイルス病

《定 義》

マカク属のサルに常在する B ウイルス（ヘルペス群ウイルス）による熱性・神経性疾患である。

《臨床的特徴》

サルによる咬傷後、症状発現までの潜伏期間は早い場合 2 日、通常 2 ～ 5 週間である。早期症状としてはサルとの接触部位(外傷部)周囲の水疱性あるいは潰瘍性皮膚粘膜病変、接触部位の疼痛、掻痒感、所属リンパ節腫大を来し、中期症状としては発熱、接触部位の感覚異常、接触部位側の筋力低下あるいは麻痺、眼にサルの分泌物等のはねがとんだ際に結膜炎を来す。晩期には副鼻腔炎、項部強直、持続する頭痛、悪心・嘔吐、脳幹部症状として複視、構語障害、目まい、失語症、交差性麻痺及び知覚障害、意識障害、脳炎症状を来し、無治療での死亡率は 70～80%で、生存例でも重篤な神経障害が後遺症としてみられる。

感染経路は実験室、動物園あるいはペットのマカク属サルとの接触（咬傷、擦過傷）及びそれらのサルの唾液、粘液とヒト粘膜との接触（とびはね）の経過があることが重要な点である。また実験室ではサルに使用した注射針の針刺し、培養ガラス器具による外傷によっても感染する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

例、臨床検体（咽頭ぬぐい液、脳脊髄液、咬傷部、擦過部位の生検組織など）からのウイルス分離と中和試験による確認など

- ・病原体の遺伝子の検出

例、PCR 法など

- ・病原体に対する抗体の検出

例、ドットプロット法、ELISA 法など

（ヒトでは HSV-1 と B ウイルスの抗原性は交差するので、従来の抗原抗体反応系（免疫蛍光法等）は使用できない）

《備 考》

ウイルスは外傷部、結膜、唾液からウイルスが分離されることから、これらの部位の治療の際には必ず手袋をする。またマスク、眼鏡等により粘膜を保護する。

(22) ブルセラ症

《定 義》

本症はウシ、ブタ、ヤギ、イヌおよびヒツジの感染症であるが、原因菌(*Brucella abortus*、*B. suis*、*B. melitensis*、*B. rangiferi*、および *B. canis*) がヒトに感染して発症する。波状熱、マルタ熱、地中海熱などの名前でも呼ばれる。

《臨床的特徴》

感染源は感染動物の組織、乳汁、血液、尿、胎盤、膣排泄物、流産胎児などである。*B. canis* に感染したイヌの尿も感染源になるとされる。潜伏期間は1～18週、通常2～8週との報告がある。感染によって誘導される所見として比較的共通のものは脾腫、リンパ節特に頸部および鼠径部リンパ節の腫脹、および関節の腫脹と痛みがあり、その他に20～50%の患者に、進行の時期によって泌尿器生殖器症状があらわれる。*B. melitensis* の感染では約70%の患者に肝腫大が認められる。本感染による死亡率は一般的には低率であるが、心内膜炎を併発している場合には致死率は上昇し、ヒトのブルセラ症による死亡の多くはこれが原因である。ヒトブルセラ症の3～5%に神経症状や精神神経的な症状との関連性があるとされる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

例、血液、骨髄その他の組織からの菌の培養・同定など

- ・病原体に対する抗体の検出

例、試験管凝集反応(1:160倍以上の力価)

補体結合反応、競合酵素抗体法では急性期と寛解期で4倍以上の力価上昇など

《備 考》

国内にはかつてウシにおける発生があったが、近年は殆どない。国内ではヒトの感染はほとんどが実験室感染である。

(23) 発しんチフス

《定 義》

Rickettsia prowazekii による急性感染症で、シラミによって媒介される。

《臨床的特徴》

発熱、頭痛、悪寒、脱力感、手足の疼痛を伴って突然発症する。熱は 39～40 度に急上昇する。発しんは発熱第 5～6 病日体幹から全身に拡がるが、顔面、手掌、足底に出現することは少ない。発しんは急速に暗紫色の点状出血斑となる。患者は明らかな急性症状を呈するが、発熱からおよそ 2 週間後に急速に解熱する。重症例の半数に精神神経症状が出現する。初感染後潜伏感染し数年後に再発することがある (Brill- Zinsser 病)。症状は軽度である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、血液からのリケッチアの分離など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、補体結合 (CF) 法、酵素抗体 (EIA) 法など

(24)ボツリヌス症

《定 義》

ボツリヌス菌(*Clostridium botulinum*)が産生するボツリヌス毒素、または *C. butyricum*、*C. baratii* などが産生するボツリヌス毒素により発症する神経、筋の麻痺性疾患である。

《臨床的特徴》

ボツリヌス毒素またはそれらの毒素を産生する菌の芽胞が混入した食品の摂取などによって発症する。潜伏期は、毒素を摂取した場合（食餌性ボツリヌス症）には、5時間～3日間（通常12～24時間）とされる。神経・筋接合部、自律神経節、神経節後の副交感神経末端からのアセチルコリン放出の阻害により、弛緩性麻痺を生じ、種々の症状（全身の違和感、複視、眼瞼下垂、嚥下困難、口渇、便秘、脱力感、筋力低下、呼吸困難など）が出現し、適切な治療を施さない重症患者では死亡する場合がある。

発症機序の違いにより、1) 食餌性ボツリヌス症（ボツリヌス中毒）（食品中でボツリヌス菌が増殖して産生された毒素を経口的に摂取することによって発症）、2) 乳児ボツリヌス症（1歳以下の乳児が菌の芽胞を摂取することにより、腸管内で芽胞が発芽し、産生された毒素の作用によって発症）、3) 創傷ボツリヌス症（創傷部位で菌の芽胞が発芽し、産生された毒素により発症）、4) 成人腸管定着ボツリヌス症（ボツリヌス菌に汚染された食品を摂取した1歳以上のヒトの腸管に数ヶ月間菌が定着し毒素を産生し、乳児ボツリヌス症と類似の症状が長期にわたって持続する）の4つの病型に分類される。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの。

・病原体（菌）または毒素の検出

例、血清、便、吐物や腸内容物、創部の浸出液などからのボツリヌス毒素の検出
便、吐物や腸内容物などからのボツリヌス菌の分離同定と、分離した菌からのボツリヌス毒素またはPCR法による毒素遺伝子の検出
原因食品などからのボツリヌス毒素の検出 など
（毒素・毒素遺伝子検出時は、毒素型を記載する。）

・その他、当該疾患より病原体（菌）または毒素の検出できなかった場合、数ヶ月後の血清中ボツリヌス抗毒素抗体の検出

以下の分類で報告する。

- 1．食餌性ボツリヌス症（食中毒）
- 2．乳児ボツリヌス症
- 3．創傷ボツリヌス症
- 4．成人腸管定着ボツリヌス症
- 5．その他原因不明

《備 考》

「乳児ボツリヌス症」を「ボツリヌス症」全般に変更した。

生物テロへの使用（噴霧された毒素の吸入など）が危惧されている。

(25) マラリア

《定 義》

マラリアは *Plasmodium* 属原虫の *Plasmodium vivax*(三日熱マラリア原虫)、*Plasmodium falciparum*(熱帯熱マラリア原虫)、*Plasmodium malariae* (四日熱マラリア原虫)、*Plasmodium ovale*(卵形マラリア原虫) などの単独または混合感染に起因する疾患であり、特有の熱発作、貧血および脾腫を主徴とする。

《臨床的特徴》

最も多い症状は発熱と悪寒で、発熱の数日前から全身倦怠や背痛、食欲不振など不定の前駆症状を認めることがある。熱発は間隔をあけて発熱期と無熱期を繰り返す。発熱期は悪寒を伴って体温が上昇する悪寒期(1～2時間)と、悪寒がとれて熱感を覚える灼熱期(4～5時間)に分かれる。典型的には三日熱及び四日熱マラリアでは悪寒期に戦慄を伴うことが多い。発熱期には頭痛、顔面紅潮や嘔気、関節痛などを伴う。その後に発汗・解熱し、無熱期へ移行する。発熱発作の間隔は虫種により異なり、三日熱と卵形マラリアで48時間、四日熱マラリアで72時間である。熱帯熱マラリアでは36～48時間、あるいは不規則となる。他の症状としては脾腫、貧血、血小板減少、低血糖、腎肺機能不全、錯乱などがあげられるが、原虫種、血中原虫数及び患者の免疫状態によって異なる。未治療の熱帯熱マラリアは急性の経過を示し、中枢神経(マラリア脳症)、急性腎不全、重度の貧血、DIC や肺水腫を併発して発病数日以内に重症化し、致死的となる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

例、血液塗抹標本による顕微鏡下でのマラリア原虫の証明と、鏡検による虫種の確認など

・病原体の遺伝子の検出

例、PCR 法など

《備 考》

診断のため、マラリア原虫の形態保持の観点から採血後は速やかに血液塗抹標本を作製することが強く望まれる。

(26)野兔病

定 義

野兔病菌 (*Francisella tularensis*) による発熱性疾患である。哺乳類の100種以上、鳥類30種以上、両生類、魚類、更に約100種類の節足動物から菌検出例が報告されている。野生鳥獣類の間で、吸血性節足動物(ダニ類や昆虫類)をベクターとして維持されている。

《臨床的特徴》

保菌動物の解体や調理の時の組織あるいは血液との接触、あるいはマダニ、アブなど節足動物の刺咬により感染する。また、汚染した生水からも感染する。ヒトは感受性が高く、健康な皮膚からも感染する。ヒトからヒトへの感染の報告はない。潜伏期間は3日をピークとする1～7日である。初期症状は菌の侵入部位によって異なり、潰瘍リンパ節型、リンパ節型、眼リンパ節型、肺炎型などがある。一般的には悪寒、波状熱、頭痛、筋肉痛、所属リンパ節の腫脹と疼痛などの症状がみられる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。ただし、菌凝集反応では、ブルセラ菌と交差反応が強いので注意が必要である。また、一般の検査用培地では増殖しない。

・病原体の検出

例、菌の分離など(ユーゴン寒天培地に8%ヒトやウサギなどの血液を添加したものを用いると、良好な菌増殖を示す。雑菌による汚染が疑われる場合には、マウスの腹腔に接種し、マウス死亡後に心血、肝臓、脾臓の切断面を塗抹培養を行うと、菌分離が可能な場合が多い。)

・病原体の遺伝子の検出

例、PCR法

・血清抗体の検出

例、菌凝集反応試験管法(急性期と回復期の間で4倍以上の上昇、単一サンプルでは40倍以上) など

《備 考》

生物テロへの使用が危惧されている。

国外では、汚染生水による経口感染、病原体の吸入による呼吸器感染も起きている。野兔病と同属の *F. novicida* や *F. philomiragia* による感染も類似症状を呈するので鑑別が必要である。

(27)ライム病

《定 義》

マダニ（Ixodes 属）刺咬により媒介されるスピロヘータ（ライム病ボレリア；*Borrelia burgdorferi sensulato*）感染症である。北米、欧州、ロシア、本邦を含む極東地域で広くみられ、患者は皮膚症状、神経症状、心筋炎など多様な症状を示す。本邦では国内例、輸入例ともに見られる。

《臨床的特徴》

感染初期（stage I）には、マダニ刺咬部を中心として限局性に特徴的な遊走性紅斑を呈することが多い。随伴症状として、筋肉痛、関節痛、頭痛、発熱、悪寒、倦怠感などのインフルエンザ様症状を伴うこともある。紅斑の出現期間は数日から数週間といわれ、形状は環状紅斑または均一性紅斑がほとんどである。

播種期（stage II）には、体内循環を介して病原体が全身性に拡散する。これに伴い、皮膚症状、神経症状、心疾患、眼症状、関節炎、筋肉炎など多彩な症状が見られる。

感染から数カ月ないし数年を経て、慢性期（stage III）に移行する。患者は播種期の症状に加えて、重度の皮膚症状、関節炎などを示すといわれる。本邦では、慢性期に移行したとみられる症例は現在のところ報告されていない。症状としては、慢性萎縮性肢端皮膚炎、慢性関節炎、慢性脳脊髄炎などがあげられる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、生体試料からの分離培養など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、血清の ELISA 法や Western Blot 法検査など

(28) リッサウイルス感染症

定 義

狂犬病ウイルスを除くリッサウイルス属のウイルスによる感染症である。主にヨーロッパ、オーストラリア、アフリカに分布している。

《臨床的特徴》

本ウイルスを保有する野生のコウモリとの接触により感染すると考えられている。リッサウイルス感染症の中で最も患者発生数が多いのは狂犬病（狂犬病の項を参照）で、それ以外のリッサウイルス感染症の情報は非常に少ない。潜伏期間は狂犬病ウイルスに準じた期間と考えられる（20～90日が基本的な潜伏期間。咬傷部位や数によって潜伏期間も異なってくると思われる）。臨床症状としては、頭痛、発熱、倦怠感、創傷部位の知覚過敏や疼痛を伴う場合があり、興奮、恐水症状、精神錯乱などの中枢神経症状を伴う場合もある。一般的に、発症後2週間以内に死亡する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

・病原体の検出

例、唾液からのウイルスの分離

剖検によって得られた脳組織および脳乳剤を用いた、乳飲みマウス、マウス神経芽腫

細胞への接種試験によるウイルス分離 など

・抗原の検出

例、角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料および唾液腺の生検材料からの蛍光抗体（FA）法などによる検出

剖検によって得られた脳組織および脳乳剤からの、蛍光抗体（FA）法によるウイルス抗原の検出 など

・病原体の遺伝子の検出

例、唾液、髄液を用いた RT-PCR 法

剖検によって得られた脳組織を用いた RT-PCR 法 など

《備 考》

狂犬病ウイルスと近縁なウイルスによる感染症であるため、狂犬病ウイルスとの鑑別が必要である。

(29)レジオネラ症

《定 義》

Legionella 属菌 (*Legionella pneumophila*) が原因で起こる感染症の総称である。

《臨床的特徴》

在郷軍人病（レジオネラ肺炎）とポンティアック熱が主要な病型である。免疫不全者に感染すると、時に心内膜炎や腹膜炎など全身の化膿性病変を起こす。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

・病原体の検出

例、臨床材料（肺組織，痰，胸水，血液，他の無菌的部位）からの菌の分離、Serogroup 1 の場合は臨床材料（肺組織または気道分泌物）からの菌の検出（直接蛍光抗体染色法）など

・病原体の抗原の検出

例、尿中抗原の検出（EIA 法）など

・病原体の遺伝子の検出

例、臨床材料からの遺伝子の検出（PCR 法）など

・病原体に対する抗体の検出

例、間接蛍光抗体法での特異抗体価の上昇（ペア血清で4倍以上の上昇、または単一血清で256倍以上）など

(30) レプトスピラ症

定 義

病原性レプトスピラ (*Leptospira interrogans* など) により生じ、黄疸・出血・腎障害などを主徴とする重症型のものから、軽症のものまで、多様な症状を示す急性の熱性疾患である。病原性レプトスピラには 230 種以上の血清型が存在する。

《臨床的特徴》

病原性レプトスピラを保有しているネズミ・イヌ・ウシ・ウマ・ブタなどの尿で汚染された下水や河川、泥などにより経皮的に、時には汚染された飲食物の摂取により経口的にヒトに感染する。重症型の黄疸出血性レプトスピラ病（ワイル病）と、軽症型の秋季レプトスピラ病やイヌ型レプトスピラ病などがある。ワイル病は黄疸・出血・蛋白尿を主徴とし、最も重篤である。潜伏期間は 3～14 日で、突然の悪寒・戦慄・高熱、筋肉痛、眼球結膜の充血が生じ、4～5 病日後、黄疸や出血傾向が増強する場合もある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断もしくは血清学的診断がなされたもの。

・病原体の検出

例、分離培養（コルトフ培地、EMJH 培地など 3～5 ml に、全血 1～2 滴を接種し、30 度で数日～1 カ月間静置培養する。）

・病原体の遺伝子の検出

例、PCR 法（16SrRNA 遺伝子、flaB 遺伝子など）

・血清抗体の検出

例、顕微鏡下凝集試験法（MAT）によって、急性期と回復期のペア血清で 4 倍以上の抗体上昇が見られた場合あるいは特異的 IgM 抗体が陽性的の場合

五類感染症

(1)アメーバ赤痢

《定 義》

赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の感染に起因する疾患で、消化器症状を主症状とするが、それ以外の臓器にも病変を形成する。

《臨床的特徴》

病型は腸管アメーバ症と腸管外アメーバ症に大別される。

腸管アメーバ症は下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛あるいは不快感などの症状を伴う慢性腸管感染症であり、典型的にはイチゴゼリー状の粘血便を排泄するが、数日から数週間の間隔で憎悪と寛解をくり返すことが多い。潰瘍の好発部位は盲腸から上行結腸にかけてとS字結腸から直腸にかけての大腸である。まれに肉芽腫性病変が形成されたり潰瘍部が壊死性に穿孔することもある。

腸管外アメーバ症は多くは腸管部よりアメーバが血行性に転移することによるが、肝膿瘍が最も高頻度に見られる。成人男性に多い。発熱(38~40)、季肋部痛、嘔気、嘔吐、体重減少、寝汗、全身倦怠などを伴う。膿瘍が破裂すると腹膜、胸膜や心外膜にも病変が形成される。その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

- ・病原体の検出

- 例、糞便からの赤痢アメーバ栄養体の検出

- 病変部位(組織切片または膿瘍液)からの本原虫の検出など

- ・病原体の遺伝子の検出

- 例、赤痢アメーバに特有な遺伝子配列の検出(PCR法等)など

- ・病原体に対する抗体の検出

- 例、患者血清からの赤痢アメーバに対する特異抗体の検出など

《備 考》

検便は場合によって1回の検査に留めず、連続3日間程度の集中検査で検出精度を高める措置が求められる。

(2)ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）

《定義》

ウイルス感染が原因と考えられる急性肝炎（B型肝炎、C型肝炎、その他のウイルス性肝炎）である。慢性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。

《臨床的特徴》

一般に全身倦怠感、感冒様症状、食思不振、悪感、嘔吐などの症状で急性に発症して、数日後に褐色尿や黄疸をともなうことが多い。発熱、その他の全身症状を呈する発病まもない時期には、感冒あるいは急性胃腸炎などと類似した症状を示す。

臨床病型は、黄疸をともなう定型的急性肝炎のほかに、顕性黄疸を示さない急性無黄疸性肝炎、高度の黄疸を呈する胆汁うっ滞性肝炎、急性肝不全症状を呈する劇症肝炎などに分類される。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって検査所見による診断がなされたもの

1) B型肝炎

- ・血清抗体の検出

例、患者血清中の IgM・HBc 抗体が陽性のもの（キャリアの急性増悪例は含まない）

2) C型肝炎

- ・抗原の検出

例、HCV 抗体陰性で、HCV・RNA または HCV コア抗原が陽性のもの

- ・血清抗体の検出

例、患者ペア血清で、第2あるいは第3世代 HCV 抗体の明らかな抗体価上昇を認めるもの

3) その他のウイルス性肝炎

HDV、HEV など上記以外の肝炎ウイルスによる急性肝炎や、その他の非特異的ウイルスによる急性肝炎

病原体検査や血清学的診断によって、ウイルス性肝炎と推定されるもの

（この場合には、病原体の名称についても報告すること）

上記のウイルス性肝炎の届出基準を満たすもので、かつ、劇症肝炎となったものについては、報告書の「症状」欄にその旨を記載する。劇症肝炎については、以下の基準を用いる。

・肝炎のうち症状発現後 8 週以内に高度の肝機能障害に基づいて肝性昏睡 II 度以上の脳症をきたし、プロトロンビン時間 40%以下を示すもの。発病後 10 日以内の脳症の出現は急性型、それ以降の発現は亜急性型とする。

(3)急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く）

定 義

ウイルスなど種々の病原体の感染による脳実質の感染症である。ただし、病原体が特定され、他の届出基準に含まれるものを除く。炎症所見が明らかではないが同様の症状を呈する脳症もここには含まれる。

《臨床的特徴》

多くは何らかの先行感染を伴い、高熱に続き意識障害やけいれんが突然出現し、持続する。髄液細胞数が増加しているものを急性脳炎、正常であるものを急性脳症と診断することが多いが、その臨床症状に差はない。

《届出基準》

意識障害を伴って 24 時間以上入院した者、あるいは 24 時間未満に死亡した者で、かつ、以下の一つまたはそれ以上の症状を有するもの

- ・ 38 度以上の発熱
- ・ 何らかの中樞神経症状
- ・ 先行感染症状

熱性けいれん、代謝疾患、脳血管性疾患、脳腫瘍、外傷など、明らかに感染性とは異なるものは除外する。

可能な限り病原体診断を行い、明らかになったものは病原体名、検体の種類及び検査方法を記載する。なお、上記基準に該当する脳症も含める。

(4)クリプトスポリジウム症

《定 義》

クリプトスポリジウム属原虫 (*Cryptosporidium spp.*) のオーシストを経口接種することによる感染症である。

《臨床的特徴》

潜伏期は4～5日ないし10日程度と考えられ、無症状のものから、食思不振、嘔吐、腹痛、下痢（水様性下痢や粘血便）などを呈するものまで様々である。患者の免疫力が正常であれば通常は数日間で自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全者には重篤な感染を起こすことがあり、1日に3～5リットル、時に10リットルをこえる下痢によって脱水死することもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

- ・病原体の検出

例、糞便などからの鏡検による原虫（オーシスト）の証明など

《備 考》

世界的に広く分布し、本原虫による水道水の汚染が問題となっている。また、米国等ではエイズ患者の重篤な合併症として注目されている。

(5) クロイツフェルト・ヤコブ病

《定義》

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下、「CJD」という。）は、脳内に異常なプリオン蛋白（蛋白性感染粒子、プリオン、proteinaceous infectious particle、prion）が蓄積し、脳が海綿状となる「伝達性海綿状脳症（transmissible spongiform encephalopathy、TSE）」又は「プリオン病」と呼ばれる疾患の代表的な疾患

《臨床的特徴》

本疾患の有病率は100万人に1人前後、その8割は孤発性CJDで、地域差、男女差はない。発病は50～70歳代が多い。約2割に遺伝性CJDがあり、発病が早い（40歳代）ものもある。また、医原性感染が疑われるものに、ヒト由来脳下垂体制剤（成長ホルモン等）、ヒト乾燥硬膜移植等がある。孤発性CJDでは、初老期以降に不定の精神・神経症状が生じ、急速に憎悪し、数ヶ月で無動性無言状態となり、全経過は1～2年といわれている。家族性CJDでは、プリオン蛋白遺伝子の変異に応じて臨床症状、経過が異なる。この場合は、静脈血から遺伝子診断が可能である。新変異型CJDは、近年、英国で報告され、20歳代の若年に発症し、不安、感覚障害等で初発し、経過が従来のCJDよりやや長い。この新変異型CJDは、異常なプリオン蛋白の泳動パターンが牛海綿状脳症（狂牛病）のものと類似していることが指摘されている。この他、亜型として、GSS（ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー症候群、Gerstmann-Sträussler-Scheinker syndrome）、FFI（致死性家族性不眠症、Fatal Familial Insomnia）がある。

《届出基準》

孤発性CJD

- 1 進行性痴呆を示し、表1に掲げる疾患を除外できる症例
- 2 ミオクローヌス、錐体路又は錐体外路症状、小脳症状又は視覚異常、無動性無言の4項目のうち2項目以上の症状を示す症例
- 3 脳波に周期性同期性放電（PSD）を認める症例
- 4 CJDに特徴的な病理所見を呈する症例、又はWestern Blot法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・疑い（possible） 上記1、2の両方を満たす症例
- ・ほぼ確実（probable） 上記1～3をすべて満たす症例
- ・確実（definite） 上記4を満たす症例

家族性CJD

- 1 進行性痴呆を示し、表1に掲げる疾患を除外できる症例
- 2 ミオクローヌス、錐体路又は錐体外路症状、小脳症状又は視覚異常、無動性無言の4項目のうち2項目以上の症状を示す症例
- 3 脳波に周期性同期性放電（PSD）を認める症例
- 4 疾患特異的プリオン蛋白遺伝子変異が証明された症例
- 5 CJDに特徴的な病理所見を呈する症例、又はWestern Blot法や免疫染色法で脳に

異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・ほぼ確実 (probable) 上記 1 ~ 4 をすべて満たす症例
- ・確実 (definite) 上記 4、5 の両方を満たす症例

新変異型 CJD

- 1 若年発症 (平均年齢: 20 歳代) で、亜急性進行性痴呆 (発病してから無動性無言状態にいたるまでの臨床経過が 6 ヶ月 ~ 2 年かかる) を呈し、表 1 に掲げる疾患を除外できる症例
- 2 早期に出現する精神症状 (不安、抑うつ、行動異常など)、早期より認められる四肢、顔面の錯感覚又は異常感覚、小脳症状、ミオクローヌス、ジストニア又は舞踏運動のいずれか 1 つ以上の症状、痴呆、無動性無言の 6 項目のうち 5 項目以上の症状を示す症例
- 3 脳波にて典型的な PSD が見られない症例
- 4 医原性感染を疑わせる既往がない症例
- 5 プリオン蛋白遺伝子変異が見られない症例
- 6 新変異型 CJD に特徴的な病理所見 (異常なプリオン蛋白からなるアミロイド斑が多数存在し、アミロイド斑の周りを海綿状態が取り囲む、いわゆる florid plaque) を呈する、または、Western Blot法や免疫染色法で、脳もしくは扁桃に新変異型 CJD に特徴的な異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・疑い (possible) 上記 1 ~ 5 のすべてを満たす症例
- ・確実 (definite) 上記 5、6 の両方を満たす症例

表 1 . CJD (孤発性、家族性、新変異型) と鑑別を要する疾患

- ・老年痴呆 (アルツハイマー型、脳血管障害型)
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・脊髄小脳変性症
- ・痴呆を伴う運動ニューロン疾患
- ・単純ヘルペス、後天性免疫不全症候群などのウイルス性脳炎
- ・悪性リンパ腫
- ・梅毒
- ・代謝性脳症 (Adrenoleukodystrophy、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝性脳症、リピドーシス等)
- ・低酸素脳症
- ・その他の原因による老年期痴呆性疾患

GSS (ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー症候群)

- 1 進行性小脳症状か痙性対麻痺のいずれか又は両方に、痴呆を合併し、表 2 に掲げる疾患を除外できる症例
- 2 プリオン蛋白遺伝子に疾患特異的な変異が認められる症例

3 病理所見で、異常なプリオン蛋白陽性のアミロイド斑が認められる症例

- ・ 疑い (possible) 上記 1 を満たす症例
- ・ ほぼ確実 (probable) 上記 1、2 の両方を満たす症例
- ・ 確実 (definite) 上記 1 ~ 3 のすべてを満たす症例

表 2 . GSS と鑑別を要する疾患

- ・ 家族性痙性対麻痺
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ 老年痴呆 (アルツハイマー型、脳血管障害型)
- ・ パーキンソン痴呆症候群
- ・ 痴呆を伴う運動ニューロン疾患
- ・ 代謝性脳症 (Adrenoleukodystrophy、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝性脳症、リピドーシス等)
- ・ 低酸素脳症
- ・ その他の病因による老年期痴呆性疾患

FFI (致死性家族性不眠症)

- 1 臨床的に頑固な不眠、記憶障害、交感神経興奮状態 (高体温、発汗、頻脈など)、ミオクロヌスなどを認め、表 3 に掲げる疾患を除外できる症例
- 2 プリオン蛋白遺伝子のコドン 178 変異を有する症例
- 3 病理学的に視床の選択的海綿状変性が認められ、Western Blot 法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・ ほぼ確実 (probable) 上記 1、2 の両方を満たす症例
- ・ 確実 (definite) 上記 2、3 の両方を満たす症例

表 3 . FFI と鑑別を要する疾患

- ・ 視床変性症
- ・ 両側視床部血管障害
- ・ 老年痴呆 (アルツハイマー型、脳血管障害型)
- ・ 代謝性脳症 (Adrenoleukodystrophy、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝性脳症、リピドーシス等)
- ・ 低酸素脳症
- ・ 単純ヘルペス、後天性免疫不全症候群などのウイルス性脳炎
- ・ 悪性リンパ腫
- ・ 梅毒
- ・ その他の病因による視床症候群

《備考》

本診断基準による「疑い」は、それぞれの条件に該当する症例である。従って、「いわゆる疑似症」ではないので、留意されたい。

(6)劇症型溶血性レンサ球菌感染症

《定 義》

突発的に発症し、急激に進行する A 群レンサ球菌による敗血症性ショック病態である。

《臨床的特徴》

初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状（食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢）、全身倦怠感、低血圧などの敗血症症状、筋痛などであるが、明らかな前駆症状がない場合もある。後発症状としては軟部組織病変、循環不全、呼吸不全、血液凝固症状、腎肝症状など多臓器不全を来し、日常生活を営む状態から 24 時間以内に多臓器不全が完結する程度の進行を示す。A 群レンサ球菌による軟部組織炎、壊死性筋膜炎、上気道炎・肺炎、産褥熱は現在でも致命的となりうる疾患である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 3 つの基準を全て満たすもの

- 1.血液または通常ならば菌の生息しない臓器から A 群レンサ球菌を検出
(末梢血塗抹標本または壊死軟部組織の鏡検によるレンサ球菌の確認も含む)
- 2.ショック症状
- 3.多臓器不全(以下の症状のうち 3 つ以上)
肝不全、腎不全、成人型呼吸窮迫症、播種性血管内凝固症候群、軟部組織炎(壊死性筋膜炎を含む)、発しん、痙攣・意識喪失などの中枢神経症状

(鑑別を要する病態)

1. A 群レンサ球菌による軟部組織炎(丹毒)
- 2.他の菌による敗血症または敗血症性ショック

(7)後天性免疫不全症候群

《定 義》

レトロウイルスの一種であるヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus; HIV)の感染によって免疫不全が生じ、日和見感染症や悪性腫瘍が合併した状態

感染からエイズ発症まで通常約 10 年の無症候期がある。

感染症新法における発生動向調査においては、HIV 感染症を診断した時点から報告することが求められている。

《臨床的特徴》

HIV に感染した後、CD4 陽性リンパ球数が減少し、無症候性の時期（無治療で約 10 年）を経て、生体が高度の免疫不全症に陥り、日和見感染症や悪性腫瘍が生じてくる。

（サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準（厚生省エイズ動向委員会、1999）抜粋）

《届出基準》

（サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準（厚生省エイズ動向委員会、1999）抜粋）

HIV 感染症の診断

1 HIV の抗体スクリーニング検査法（酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合に HIV 感染症と診断する。

（1）抗体確認検査（Western Blot 法、蛍光抗体法（IFA）等）

（2）HIV 抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（PCR 等）等の病原体に関する検査（以下、「HIV 病原検査」という。）

2 ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる生後 18 か月未満の児の場合は少なくとも HIV の抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合に HIV 感染症と診断する。

（1）HIV 病原検査が陽性

（2）血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4 陽性 T リンパ球数の減少、CD4 陽性 T リンパ球数 / CD8 陽性 T リンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する

AIDS の診断

の基準を満たし、 の指標疾患（Indicator Disease）の 1 つ以上が明らかに認められる場合に AIDS 診断する。

指標疾患（Indicator Disease）

A．真菌症

1．カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）

2．クリプトコッカス症（肺以外）

3．コクシジオイデス症

全身に播種したもの

肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

4．ヒストプラズマ症

全身に播種したもの

肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

5．カリニ肺炎（注）原虫という説もある

B．原虫症

6．トキソプラズマ脳症（生後 1 か月以後）

7．クリプトスポリジウム症（1 か月以上続く下痢を伴ったもの）

8．イソスポラ症（1 か月以上続く下痢を伴ったもの）

C．細菌感染症

- 9．化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、2つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）
 - 敗血症
 - 肺炎
 - 髄膜炎
 - 骨関節炎
 - 中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍
- 10．サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く）
- 11．活動性結核（肺結核又は肺外結核）
- 12．非定型抗酸菌症
 - 全身に播種したもの
 - 肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D．ウイルス感染症

- 13．サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）
- 14．単純ヘルペスウイルス感染症
 - 1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
 - 生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの
- 15．進行性多巣性白質脳症

E．腫瘍

- 16．カボジ肉腫
- 17．原発性脳リンパ腫
- 18．非ホジキンリンパ腫
 - L S G分類により
 - 大細胞型
 - 免疫芽球型
 - Burkitt 型
- 19．浸潤性子宮頸癌

F．その他

- 20．反復性肺炎
- 21．リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex（13歳未満）
- 22．H I V脳症（痴呆又は亜急性脳炎）
- 23．H I V消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

C 11 活動性結核のうち肺結核及びE 19 浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。

《備考》

届出基準は、サーベイランスのための診断基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患（Indicator Disease）が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合（無症候性キャリア AIDS、AIDS 死亡等）には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は、

- 1) 無症候性キャリアとは、 の基準を満たし、症状のないもの
- 2) AIDSとは、 の基準を満たすもの
- 3) その他とは、 の基準を満たすが、 の基準を満たさない何らかの症状があるものを指すことになる。

(8)ジアルジア症

《定 義》

ジアルジア（消化管寄生虫鞭毛虫の一種）による原虫感染症である。糞便中に排出された原虫により食物や水が汚染されることによって経口感染を起こす。

《臨床的特徴》

糞便中に排出された原虫により食物や水が汚染されることによって経口感染を起こす。健康な者の場合には無症状のことも多いが、食欲不振、腹部不快感、下痢等の症状を示すこともあり、免疫不全者では重篤となることもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの。

・病原体の検出

例、糞便または十二指腸液などから原虫の証明（鏡検）など

《備 考》

世界的に広く分布し、熱帯・亜熱帯における主要な下痢疾患の病原体であり、我が国においても昭和 20 年代には国民の 5 ～ 10% が感染していたが、水道の普及とともに減少した。現在まで水道水による感染例はないが、河川水等よりの検出が報告されている。

(9) 髄膜炎菌性髄膜炎

《定 義》

Neisseria meningitidis による急性化膿性髄膜炎で、ヒトからヒトへ飛沫感染し、ときに流行性発症があるので流行性髄膜炎ともいわれる。

《臨床的特徴》

突然の発症がみられ(潜伏期は2～4日)、髄膜炎症状(頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状、乳児では大泉門膨隆)を示す。点状出血斑がみられることもある。敗血症例ではショックならびにDICを来し(Waterhouse-Friderichsen症候群)、細菌性の関節炎を伴うこともある。世界各地に散发性または流行性に発生し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾季に多発する。本邦では稀である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

例、髄液からの菌の分離・同定など

《備 考》

咽頭培養陽性となっても、この菌による感染症とは断定できない(健康者の2～4%の鼻咽腔に存在)。主としてA、B、C血清群によって起こされる。

(10)先天性風しん症候群

《定 義》

風しんウイルスの経胎盤感染によって起こる先天異常である。

《臨床的特徴》

先天異常の発生は妊娠週齢と明らかに相関し、妊娠 12 週までの妊娠初期の初感染に最も多くみられ、20 週を過ぎるとほとんどなくなる。三徴は、難聴、白内障、動脈管開存症であるが、その他知能障害、小頭症、緑内障、角膜混濁、脈絡網膜炎、小眼球、斜視、心室中隔欠損症などを来しうる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 1) と 2) の基準を両方とも満たすもの

1) 臨床症状による基準

「A から 2 項目以上」または「A から 1 つと、B から 2 つ以上」若しくは「A のまたは と、B 」

- A . 先天性白内障、または緑内障
先天性心疾患（動脈管開存、肺動脈狭窄、心室中隔欠損、心房中隔欠損など）
感音性難聴
- B . 網膜症
骨端発育障害（X 線診断によるもの）
低出生時体重
血小板減少性紫斑病（新生児期のもの）
肝脾腫

2) 病原体診断等による基準

以下のいずれかの一つを満たし、出生後の風しん感染を除外できるもの

1. 風しんウイルスの分離陽性、またはウイルス遺伝子の検出
例、RT-PCR 法など
2. 血清中に風しん特異的 IgM 抗体の存在
3. 血清中の風しん HI 価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続
(出生児の風しん HI 価が、月あたり 1/2 の低下率で低下していない。)

(11)梅毒

《定義》

スピロヘータの一種である梅毒トレポネーマ (*Treponema pallidum*) の感染によって生じる性感染症である。

《臨床的特徴》

期梅毒として感染後3～6週間の潜伏期の後に、感染局所に初期硬結や硬性下疳、無痛性のそけい部リンパ節腫脹がみられる。期梅毒では、感染後3カ月を経過すると皮膚や粘膜に梅毒性バラしんや丘しん性梅毒しんなどの特有な発しんが見られる。

感染後3年以上を経過すると晩期顕症梅毒としてゴム腫、梅毒によると考えられる心血管症状、神経症状、眼症状などが認められることがある。なお、感染していても臨床症状が認められない無症候梅毒もある。

先天梅毒は、梅毒に罹患している母体から出生した児で、胎内感染を示す検査所見のある症例、期梅毒しん、骨軟骨炎など早期先天梅毒の症状を呈する症例、乳幼児期は症状を示さずに経過し学童期以後に Hutchinson 3 徴候（実質性角膜炎、内耳性難聴、Hutchinson 歯）などの晩期先天梅毒の症状を呈する症例がある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって検査所見による診断がなされたもの

・病原体の検出

発しんからパーカーインク法などで *T. pallidum* が認められた場合

・血清抗体の検出（以下の(1)と(2)の両方に該当する場合）

(1) カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性のもの

- ・RPR カードテスト
- ・凝集法
- ・ガラス板法

(2) *T. pallidum* を抗原とする以下のいずれかの検査に陽性のもの

- ・TPHA 法
- ・FTA-ABS 法

無症候梅毒では、カルジオリピンを抗原とする検査で16倍以上陽性かつ *T. pallidum* を抗原とする検査が陽性のもの

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすもの

- (1) 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
- (2) 血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続する場合
- (3) TPHA・IgM 抗体陽性
- (4) 早期先天梅毒の症状を呈する場合
- (5) 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

以下の4つに分類して報告する。

- 1．早期顕症梅毒
 - ア． 期梅毒
 - イ． 期梅毒
- 2．晩期顕症梅毒
- 3．無症候梅毒
- 4．先天梅毒

(12)破傷風

《定 義》

破傷風毒素を産生する破傷風菌 (*Clostridium tetani*) が、外傷部位などから組織内に侵入し、嫌気的な環境下で増殖した結果産生される破傷風毒素による神経刺激伝達障害を起こす。

《臨床的特徴》

外傷部位などで増殖した破傷風菌が産生する毒素により、運動神経終板、脊髄前角細胞、脳幹の抑制性の神経回路が遮断され、感染巣近傍の筋肉のこわばり、顎から頸部のこわばり、開口障害、四肢の強直性痙攣、呼吸困難（痙攣性）、刺激に対する興奮性の亢進、反弓緊張（opisthotonus）などの症状が出現する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、外傷の既往と臨床症状などから、破傷風が疑われる場合

なお、感染部位（外傷部位）からの破傷風菌の分離と同定、及び分離菌からの破傷風毒素の検出がなされれば、病原体診断である旨を報告する。

(13)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

定 義

獲得型バンコマイシン耐性遺伝子を保有し、バンコマイシン耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

《臨床的特徴》

バンコマイシンの長期間投与を受けた患者の検体などから検出される可能性がある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法により病原体診断がなされたもの

- 1) 血液など通常無菌的であるべき臨床検体から黄色ブドウ球菌が分離され、後述の薬剤耐性特性が確認された場合
- 2) 喀痰など無菌的ではない検体から黄色ブドウ球菌が分離され、肺炎を始めとした深在性、侵襲性、あるいは全身性の感染症の起因菌であると判定され、後述の薬剤耐性特性が確認された場合（当面は、便や尿から分離されるなど定着例が疑われるものも含む）

《薬剤耐性の判断基準》

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌：バンコマイシンの MIC 値が 32 μ g/ml 以上

バンコマイシンの MIC 値の測定は、米国臨床検査標準化委員会（NCCLS）の推奨する方法、またはそれに準拠する方法で行う。

(14)バンコマイシン耐性腸球菌感染症

《定 義》

バンコマイシン耐性遺伝子(vanA, vanB など)を保有する腸球菌(VRE)による感染症である。

《臨床的特徴》

主に悪性疾患などの基礎疾患を有する易感染状態の患者において、日和見感染症や術後感染症、カテーテル性敗血症(line sepsis)などを引き起こす。発熱やショックなどの症状を呈し、死亡することもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

1) vanA, vanB 型

・病原体の検出

血液、腹水、胸水、髄液など通常は無菌的であるべき臨床検体から分離された菌(当面は、便や尿から分離されるなど定着例が疑われるものを含む)で、以下の検査室での判断基準を満たすもの

バンコマイシン(VCM)のMIC値が 16 μ g/ml、あるいは分離菌における vanA、vanB 遺伝子の検出

なお、バンコマイシンに生来耐性を示す *Lactobacillus*, *Pediococcus*, *Leuconostoc*, *Lactococcus* などとの鑑別が必要である。

2) vanC 型

・報告対象

血液、腹水、胸水、髄液など通常は無菌的であるべき臨床検体から分離された菌であって、vanC 型遺伝子が検出されたもの

(15) R S ウイルス感染症

定 義

R S ウイルス (respiratory syncytial virus) による急性呼吸器感染症である。乳児期の発症が多く、特徴的な病像は細気管支炎、肺炎である。

《臨床的特徴》

2日～1週間(通常4～5日)の潜伏期間の後に、初感染の乳幼児では上気道症状(鼻汁、咳など)から始まり、その後下気道症状が出現する。38～39度の発熱が出現することがある。25～40%の乳幼児に気管支炎や肺炎の兆候がみられる。1歳未満、特に6ヵ月未満の乳児、心肺に基礎疾患を有する小児、早産児が感染すると、呼吸困難などの重篤な呼吸器疾患をひき起こし、入院、呼吸管理が必要となることがある。乳児では、細気管支炎による喘鳴(呼気性喘鳴)が特徴的である。その後、多呼吸、陥没呼吸などの症状あるいは肺炎を認める。新生児期あるいは生後2～3ヵ月未満の乳児では、無呼吸発作の症状を呈することがある。再感染の幼児の場合には、細気管支炎や肺炎などは減り、上気道炎が増える。中耳炎を合併することもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、ウイルス分離 など
- ・抗原の検出
例、迅速診断キット など
- ・血清抗体の検出
例、中和反応、補体結合反応 など

(16)咽頭結膜熱

《定 義》

発熱・咽頭炎および結膜炎を主症状とする急性のアデノウイルス感染症である。

《臨床的特徴》

潜伏期は5～7日、症状は発熱、咽頭炎（咽頭発赤、咽頭痛）、結膜炎が3主症状である。アデノウイルス3型が主であるが、他に7、11、4型なども本症を起こす。発生は年間を通じてみられるが、さまざまな規模の流行的発生をみる。とくに夏季、プールを介して流行的発生をみるので、プール熱の病名がある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準のすべてを満たすもの

1. 発熱・咽頭発赤
2. 結膜充血

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(17) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

《定 義》

レンサ球菌のうち、Lancefieldの血清型分類のA群に分類されるものによる上気道感染症である。

《臨床的特徴》

乳幼児では咽頭炎、年長児や成人では扁桃炎が現れ、発赤毒素に免疫のない人は猩紅熱といわれる全身症状を呈する。気管支炎を起こすことも多い。リウマチ熱や急性糸球体腎炎などの二次疾患を起こすこともある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の3つの基準を全て満たすもの

1. 発熱
2. 咽頭痛、咽頭発赤および頸部リンパ節炎（発しんを伴うこともある）
3. 莓舌

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(18)感染性胃腸炎

《定 義》

細菌あるいはウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とし、その結果種々の程度の脱水、電解質喪失症状、全身症状が加わるものである。1才以下の乳児は症状の進行が早い。

《臨床的特徴》

乳幼児に好発し、主症状は嘔吐と下痢であるが、嘔吐または下痢のみの場合、嘔吐の後下痢がみられる場合とさまざまで、症状の程度にも個人差がある。37～38℃の発熱がみられることもある。年長児では嘔気や腹痛がしばしばみられる。嘔吐や下痢、発熱で脱水症状を来すことがあるので注意が必要である。

原因はウイルス感染（ロタウイルス、小型球形ウイルス(SRSV)など）が多く、毎年秋から冬にかけて流行する。また、エンテロウイルス、アデノウイルスによるものや細菌性のものもみられる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を満たすもの

1. 急に発症する腹痛（新生児や乳児では不明）、嘔吐、下痢
2. 他の原因によるものの除外

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(19)水痘

《定 義》

水痘・带状疱疹しんウイルスの初感染による感染症である。

《臨床的特徴》

冬から春の感染症であるが、年間を通じて患者の発生をみる。飛沫あるいは接触感染で感染し、潜伏期は2～3週間である。乳幼児や学童いずれの年齢でも罹患する。母子免疫は麻疹ほど強力ではなく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発しんである。それぞれの発しんは紅斑、紅丘しん、水疱形成、痂皮化を順次約3日で経過するが、次々の発しんが出現するので新旧種々の段階の発しんが同時に混在する。発しんは体幹に多発し、四肢に少ない。発しんは頭皮及び粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好であるが、免疫不全状態の小児の罹患は重症で、致死的経過をとることもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を満たすもの

- 1.全身性の丘しん性水疱しんの突然の出現
- 2.新旧種々の段階の発しん（丘しん、水疱、痂皮）が同時に混在すること

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(20)手足口病

《定 義》

主として乳幼児にみられる手、足、下肢、口腔内、口唇に小水疱が生ずる伝染性のウイルス感染症である。コクサッキー A 16 型、エンテロウイルス 71 型のほか、コクサッキー A 10 型その他によっても起こることが知られている。

《臨床的特徴》

典型的なものでは、軽い発熱、食欲不振、のどの痛み等で始まり、発熱から 2 日ぐらい過ぎた頃から、手掌、足底にやや紅暈を伴う小水疱が多発し、舌や口腔粘膜に浅いびらんアフタを生じる。この水疱はやや楕円形を呈し、殿部、膝部などに紅色の小丘しんが散在することもある。皮しんは 1 週間から 10 日で自然消退するが、ごくまれに髄膜炎や脳炎などが生じることがあるので、発熱や嘔吐、頭痛などがある場合は注意を要する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 2 つの基準を満たすもの

1. 手のひら、足底または足背、口腔粘膜に出現する 2 ～ 5 mm 程度の水疱
2. 水疱は痂皮を形成せずに治癒

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(21)伝染性紅斑

《定 義》

ヒトパルボウイルス B19 型の感染による紅斑を主症状とする発しん性疾患である。

《臨床的特徴》

幼少児（2～12歳）に多いが、乳児、成人が罹患することもある。潜伏期は4～15日。顔面、とくに頬部に境界明瞭な紅斑が突然出現し、鼻背で融合して蝶型の紅斑になる。つづいて四肢に対側性に小紅斑が出現し、環状又は融合して地図状になる。消退後さらに日光照射、外傷などによって再度出現することがある。発しんの他に発熱、関節痛、咽頭痛、鼻症状、胃腸症状、粘膜しん、リンパ節腫脹、関節炎を合併することがある。予後は通常、良好である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を満たすもの

1. 左右の頬部の紅斑の出現
2. 四肢の網目状の紅斑の出現

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(22)突発性発しん

《定 義》

乳幼児がヒトヘルペスウイルス6、7型の感染による突然の高熱と解熱前後の発しんを来す疾患である。

《臨床的特徴》

乳児期とくに6～18カ月の間に罹患することが多い。突然、高熱で発症、不機嫌で大泉門の膨隆をみることがある。咽頭部の発赤、とくに口蓋垂の両側に強い斑状発赤を認めることがある。軟便もしくは下痢を伴うものが多く、発熱は3～4日持続した後に解熱する。解熱に前後して紅色の丘しんが出現し、散在性、時に斑状融合性に分布する。発しんは体幹から始まり上肢、頸部の順に広がるが、顔面、下肢には少ない。発しんは1～2日で消失する。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準のすべてを満たすもの

- 1.突然に発熱(38 以上)し、2～4日間持続
- 2.解熱に前後して体幹部、四肢、顔面の発しんが出現

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(23)百日咳

《定 義》

Bordetella pertussis によって起こる急性の気道感染症である。

《臨床的特徴》

かぜ様症状で始まるが、次第に咳が著しくなり百日咳特有の咳が出始める。この咳込みは、顔を真っ赤にしてコンコンと激しく咳込み、最後にヒューッと音を立てて大きく息を吸う発作でレプリーゼと呼ばれる。嘔吐も伴い、眼瞼の浮腫や顔面の点状出血がみられることがある。

乳児では重症になり、特に新生児がかかると無呼吸となり、致命的となることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を全て満たすもの

1. 2週間以上持続する咳嗽
2. 以下のいずれかの要件のうち少なくとも1つを満たすもの
 - ・ スタッカートやレプリーゼを伴う咳嗽発作
 - ・ 新生児や乳児で、他に明らかな原因がない咳嗽後の嘔吐または無呼吸発作

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(24)風しん

《定 義》

風しんウイルスによる急性発しん性疾患である。

《臨床的特徴》

潜伏期は2～3週間で、経気道飛沫感染により、冬から春に流行する。症状は、斑状の紅丘しん、リンパ節腫脹（全身とくに頸部、後頭部、耳介後部）、発熱を三主徴とする。リンパ節腫脹は発しん出現数日前に出現し、3～6週間で消退する。発熱は38～39℃で3日程度続くため、三日はしかの病名があるが、無熱のものも存在する。

妊婦の風しん感染が、先天性風しん症候群（出生児に白内障、心疾患、難聴などを来す）の原因となることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の3つの基準を全て満たすもの

1. 突然の全身性の斑状丘しん状の発しん（maculopapular rash）の出現
2. 37.5℃以上の体温
3. リンパ節腫脹

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(25)ヘルパンギーナ

《定 義》

コクサッキーウイルス A 群による口峽部に特有の小水疱と発熱を主症状とする夏かぜの一種である。

《臨床的特徴》

潜伏期は 2 ～ 4 日、初夏から秋にかけて、乳幼児に多い。突然の 38～40 の発熱が 1～3 日間続き、全身倦怠感、食欲不振、咽頭痛、嘔吐、四肢痛などがある場合もある。咽頭所見は、軽度に発赤し、口蓋から口蓋帆にかけて 1～5 mm の小水疱、これから生じた小潰瘍、その周辺に発赤を伴ったものが数個認められる。コクサッキーウイルス A 群 1～10、17、22 型、まれにコクサッキーウイルス B 群、エコーウイルスも病原として分離されることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 2 つの基準を満たすもの

1. 突然の高熱での発症
2. 口蓋垂付近の水疱しんや潰瘍や発赤

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(26)麻しん（成人麻しんを除く）

《定 義》

麻しんウイルスによる赤い発しんを呈する急性発しん性疾患であり、ここでは成人を除く。

《臨床的特徴》

潜伏期は9～11日であり、症状はカタル期（2～4日）には38 前後の発熱、咳、鼻汁、くしゃみ、結膜充血、眼脂、羞明などであり、熱が下降した頃に頬粘膜にコプリック斑が出現する。発しん期（3～4日）には一度下降した発熱が再び高熱となり（39～40 ）、特有の発しんが出現する。発しんは耳後部、頸部、顔、体幹、上肢、下肢の順に広がる。回復期（7～9日）には解熱し、発しんは消退し、色素沈着を残す。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の3つの基準を全て満たすもの

- 1.全身の発しん（回復期には色素沈着を伴う）
- 2.38.5 以上の発熱
- 3.咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

なお、コプリック斑の出現は診断のための有力な所見となる。

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(27)流行性耳下腺炎

《定 義》

ムンプスウイルス感染による耳下腺の腫脹する感染症である。

《臨床的特徴》

上気道を介する飛沫感染をし、好発年齢は乳児や学童である。潜伏期は2～3週間で、両側又は片側の耳下腺が腫脹し、ものを噛むときに顎に痛みを訴えることが多い。このとき数日の発熱を伴うものが多い。耳下腺腫脹は有痛性で、境界不鮮明な柔らかい腫脹が耳朶を中心として起こる。他の唾液腺の腫脹をみることもある。耳下腺開口部の発赤が認められるが、膿汁の排泄はない。合併症としては、髄膜炎、脳炎、膵炎、難聴などがあり、その他成人男性には睾丸炎、成人女子には卵巣炎がみられることがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を満たすもの

1. 片側ないし両側の耳下腺の突然の腫脹と、2日以上の持続
2. 他に耳下腺腫脹の原因がないこと

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(28)インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く）

《定 義》

インフルエンザウイルス感染による急性気道感染症である。

《臨床的特徴》

上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴うことを特徴とする。流行期（我が国ではおおむね例年 11 月～ 3 月）にこれらの症状のあったものはインフルエンザと考えられるが、非流行期での臨床診断は困難である。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 4 つの基準を全て満たすもの

1. 突然の発症
2. 38 を超える発熱
3. 上気道炎症状
4. 全身倦怠感等の全身症状

なお、非流行期での臨床診断は、他疾患とのより慎重な鑑別が必要である。

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(29)急性出血性結膜炎

《定 義》

エンテロウイルス 70 型及びコクサッキーウイルス A 24 亜型の感染によって起こる急性結膜炎である。

《臨床的特徴》

潜伏期は1日で強い眼の痛み、異物感で始まり、結膜の充血、とくに結膜下出血を伴うことが多い。眼瞼の腫脹、眼脂、結膜浮腫、角膜表層のび慢性混濁などがみられ眼痛、異物感がある。約1週間続いて治癒することが多いが、この疾患に罹患したのち6～12カ月後に四肢の運動麻痺を来すことがある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の3つの基準のうち2つ以上を満たすもの

1. 急性濾胞性結膜炎
2. 眼脂、眼痛、異物感などを伴う眼瞼腫脹
3. 結膜下出血

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(30)流行性角結膜炎

《定 義》

アデノウイルス 8、19、37、4 型などによる眼感染症である。

《臨床的特徴》

約 1 ~ 2 週間の潜伏期の後、急性濾胞性結膜炎の臨床症状を示して発病する。結膜の浮腫や充血、眼瞼浮腫が強く、流涙や眼脂を伴う。耳前リンパ節の腫脹と圧痛を来す。角膜にはび慢性表層角膜症がみられ、異物感、眼痛を訴えることがある。偽膜を伴うことも多い。発病後 2~3 週間で治癒することが多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の 3 つの基準のうち 2 つ以上を満たすもの

- 1.重症な急性濾胞性結膜炎
- 2.角膜点状上皮混濁
- 3.耳前リンパ節腫脹・圧痛

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(31)性器クラミジア感染症

《定 義》

Chlamydia trachomatis による性感染症である。

《臨床的特徴》

男性では、尿道から感染して急性尿道炎を起こすが、症状は淋菌感染症よりも軽い。さらに、前立腺炎、副睾丸炎を起こすこともある。女性では、まず子宮頸管炎を起こし、その後、感染が子宮内膜、卵管へと波及し、子宮内膜炎、卵管炎、骨盤内感染、肝周囲炎を起こす（しかし女性の場合、症状が軽く自覚のないことも多い）。また、子宮外妊娠、不妊、流産の誘因ともなる。妊婦が感染している場合には、主として産道感染により、新生児に封入体結膜炎を生じさせることがある。また、1～2カ月の潜伏期を経て、乳幼児の肺炎を引き起こすことがある。淋菌との混合感染も多く、淋菌感染症の治癒後も尿道炎が続く場合にはクラミジア感染症が疑われる。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの検査による診断がなされたもの

- ・病原体の検出
例、尿道、性器から採取した材料からの培養、蛍光抗体法など
- ・病原体の抗原の検出
例、尿道、性器から採取した材料からの酵素抗体法など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、尿道、性器から採取した材料からの検出（PCR法等）など

なお、スクリーニングによる病原体・抗原・遺伝子に関する検査陽性例は報告対象に含まれるが、抗体陽性のみ場合は除外する。

(32)性器ヘルペスウイルス感染症

《定 義》

単純ヘルペスウイルス（HSV 1 型または 2 型）が感染し、性器またはその付近に発症したものを性器ヘルペスという。

《臨床的特徴》

性器ヘルペスは、外部から入ったウイルスによる初感染の場合と仙髄神経節に潜伏しているウイルスの再活性化による場合の二つがある。

初感染では、感染後 3 ～ 7 日の潜伏期の後に外陰部に小水疱または浅い潰瘍性病変が数個ないし集簇的に出現する。発熱などの全身症状を伴うことが多い。2 ～ 4 週間で自然に治癒するが、治癒後も月経、性交その他の刺激が誘因となって、再発を繰り返す。再発しんは外陰部のほか、臀部、大腿にも生じる。

病変部位は男性では包皮、冠状溝、亀頭、女性では外陰部や子宮頸部である。HSV2 型による場合はより再発しやすい。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の基準を満たすもの

- ・男女ともに、性器や殿部にヘルペス特有な有痛性の一から多数の小さい水疱性あるいは浅い潰瘍性病変を認めるもの

なお、血清抗体のみ陽性のものは除外する。

(33)尖圭コンジローマ

《定 義》

尖形コンジローマは、ヒトパピローマウイルス(ヒト乳頭腫ウイルス、HPV)の感染により、性器周辺に生じる腫瘍である。ヒトパピローマウイルスは 80 種類以上が知られているが、尖形コンジローマの原因となるのは主に HPV 6 型と HPV11 型であり、時に HPV16 型の感染でも生じる。

《臨床的特徴》

感染後、数週間から 2 ~ 3 カ月を経て、陰茎亀頭、冠状溝、包皮、大小陰唇、肛門周囲等の性器周辺部に、イボ状の小腫瘍が多発する。腫瘍は、先の尖った乳頭状の腫瘤が集簇した独特の形をしており、乳頭状、鶏冠状、花キャベツ状等と形容される。尖形コンジローマ自体は、良性の腫瘍であり、自然に治癒することも多いが、時に癌(悪性の腫瘍)に移行することが知られている。特に、HPV16、52、58、18 型などに感染した女性の場合、子宮頸部に感染し、子宮頸癌の発癌要因になると考えられている。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の基準を満たすもの

- ・男女ともに、性器及びその周辺に淡紅色または褐色調の乳頭状、または鶏冠状の特徴的病変を認めるもの

(34)淋菌感染症

《定 義》

淋菌 (*Neisseria gonorrhoeae*)による性感染症である。

《臨床的特徴》

男性は急性前部尿道炎として発症するのが一般的であるが、放置すると前立腺炎、副睾丸炎となる。後遺症として尿道狭窄が起こる。

女子は子宮頸管炎を起こすが、自覚症状のない場合が多い。感染が上行すると子宮内膜炎、卵管炎、骨盤内感染症を起こし、発熱、下腹痛を来す。後遺症として不妊症が起きる。

その他、喉頭や直腸などへの感染や新生児結膜炎などもある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの検査による診断がなされたもの

- ・病原体の検出

例、（男性場合）尿道性器から採取した材料からの鏡検・培養、蛍光抗体法など

- ・病原体の抗原の検出

例、尿道性器から採取した材料からの酵素抗体法による検出など

- ・病原体の遺伝子の検出

例、尿道性器から採取した材料からの PCR 法等による検出など

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

(35)クラミジア肺炎（オウム病を除く）

《定 義》

Chlamydia trachomatis, *Chlamydia pneumoniae* の感染による肺炎である。

《臨床的特徴》

いずれも発熱に乏しい下気道感染症である。*Chlamydia trachomatis* は新生児乳児に多く主に産道感染で間質性肺炎像を呈することが多く、*C. pneumoniae* は飛沫感染により異型肺炎像を呈することが多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

・病原体の検出

例、気道から病原体（*C. trachomatis* または *C. pneumoniae*）の検出など

・病原体に対する抗体の検出

例、血清抗体の有意な上昇など

・病原体の抗原の検出

例、蛍光抗体法、酵素抗体法など

なお、原因となる病原体の名称についても併せて報告すること

(36)細菌性髄膜炎

《定 義》

種々の細菌感染による髄膜の感染症である。

《臨床的特徴》

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られることがあるが、新生児や乳児などではこれらの臨床症状が明らかではないことが多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を全て満たすもの

1. 以下の臨床症状を呈するもの

- ・発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
- ・項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状
(いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い)

2. 以下の検査所見を有すること

- ・髄液細胞数の増加(多核球優位であることが多い)
- ・髄液蛋白量の増加

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

《備 考》

原因となる病原体が病原体診断や血清学的診断によって判明した場合には、病原体の名称についても併せて報告すること

(37)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

《定 義》

ペニシリン G に対して耐性のある肺炎球菌による感染症である。

《臨床的特徴》

小児及び成人の化膿性髄膜炎や中耳炎で検出されるが、その他、副鼻腔炎、耳炎、髄膜炎、心内膜炎、心嚢炎、腹膜炎、関節炎、髄膜炎、まれには尿路生殖器感染から菌血症を引き起こすこともある。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

- (1) 血液、腹水、胸水、髄液など、通常は無菌的であるべき臨床検体から分離された場合（敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの
- (2) 喀痰、膿、尿、便など無菌的ではない検体からの分離では、感染症の起因菌と判定された場合（肺炎などの呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの

（検査室での判断基準）

ペニシリンの MIC, 0.125 µg/ml

または、オキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が 19 mm 以下

(38)マイコプラズマ肺炎

《定 義》

Mycoplasma pneumoniae の感染によって発症する肺炎である。

《臨床的特徴》

好発年齢は、6～12歳の小児であり、小児では発生頻度の高い感染症の一つである。潜伏期は2～3週間とされ、飛沫で感染する。異型肺炎像を呈することが多い。頑固な咳嗽と発熱を主症状に発病し、中耳炎、胸膜炎、心筋炎、髄膜炎などの合併症を併発する症例も報告されている。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

- 例、気道から病原体が検出されたものなど

- ・病原体に対する抗体の検出

- 例、血清抗体の有意な上昇

- 血清抗体の異常高値（間接血球凝集反応(IHA)抗体価 320～640 倍以上、または補体結合反応(CF)抗体価 64 倍以上）など

(39)成人麻疹

《定 義》

18 歳以上の成人に見られる急性麻疹ウイルス感染症である。

《臨床的特徴》

小児の麻疹と同様で、発熱、カタル症状、咳嗽、コプリック斑、色素沈着を残す麻疹が特徴である。

《届出基準》

18 歳以上の成人であって、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの

- ・病原体の検出

 - 例、麻疹ウイルスの分離・同定など

- ・病原体の遺伝子の検出

 - 例、咽頭ぬぐい液、血液からの PCR 法による検出など

- ・病原体に対する抗体の検出

 - 例、血清抗体の有意な上昇など

(40)無菌性髄膜炎

《定 義》

種々のウイルス感染による髄膜の感染症である。

《臨床的特徴》

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とするが、新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られるが同じく新生児や乳児などではこれらが明らかではないことも多い。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の2つの基準を全て満たすもの

1.以下の臨床症状を呈するもの

- ・発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
- ・項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状
(いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い)

2.以下の検査所見を有すること

- ・髄液細胞数の増加(単核球優位であることが多い)かつ、髄液蛋白量、糖量が正常であるもの

上記の基準は必ずしも満たさないが、診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断によって当該疾患と診断されたもの

《備 考》

原因となる病原体が病原体診断や血清学的診断によって判明した場合には、病原体の名称についても併せて報告すること

(41)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

《定 義》

メシチリンなどのペニシリン剤をはじめとして、 β -ラクタム剤、アミノ配糖体剤、マクロライド剤などの多くの薬剤に対し多剤耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

《臨床的特徴》

外科手術後の患者や免疫不全者、長期抗菌薬投与患者などに日和見感染し、腸炎、敗血症、肺炎などを来し、突然の高熱、血圧低下、腹部膨満、下痢、意識障害、白血球減少、血小板減少、腎機能障害、肝機能障害などの症状を示す。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

- (1) 血液、腹水、胸水、髄液など、通常は無菌的であるべき臨床検体から分離された場合（敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの
- (2) 喀痰、膿、尿、便など無菌的ではない検体からの分離では、感染症の起因菌と判定された場合（肺炎などの呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの

（検査室での判断基準）

オキサシリンのMIC, 4 μ g/ml

または、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が 10 mm以下

(42)薬剤耐性緑膿菌感染症

《定 義》

ペニシリン剤、 β -ラクタム剤等多くの薬剤に対して耐性を示す緑膿菌による感染症である。

《臨床的特徴》

感染防御機能の低下した患者や抗生物質長期使用中の患者に日和見感染し、敗血症や骨髄、気道、尿路、皮膚、軟部組織、耳、眼などに多彩な感染症を起こす。

《届出基準》

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断がなされたもの

・病原体の検出

- (1) 血液、腹水、胸水、髄液など、通常は無菌的であるべき臨床検体から分離された場合（敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの
- (2) 喀痰、膿、尿、便など無菌的ではない検体からの分離では、感染症の起因菌と判定された場合（肺炎などの呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症など）で、以下の検査室での判断基準を満たすもの

（検査室での判断基準）

以下の3つの条件を全て満たした場合

- ・イミペネムのMIC, 16 μ g/ml
または、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下
- ・アミカシンのMIC, 32 μ g/ml
または、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下
- ・シプロフロキサシンのMIC, 4 μ g/ml
または、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下

1 サル類のエボラ出血熱

《定 義》

フィロウイルス科のエボラウイルスの感染により起こる急性致死性疾患。

サル類は自然宿主ではなく、ウイルスを保有する未知の動物から感染する。

ヒトに致死性の感染を起こすエボラ出血熱ウイルス（アフリカ型；ザイール、スーダンコートジボワール株）とサル類には致死性であるがヒトに病原性を示さないエボラウイルスレストン株（アジア型）がある。

チンパンジーを除きサル類のエボラ出血熱（アフリカ型）の自然感染は確認されていない。

《臨床的特徴》

最も病原性の強いザイール株の接種では、カニクイザル、アフリカミドリザル共に6～10日の経過で100%死亡する。スーダン株では7～11日の経過で約半数（3/8）のサルが死亡する。アジア型ウイルス接種ではアフリカミドリザルは耐過し、カニクイザルは、11～19日の経過で50%の率で死亡する。

チンパンジーの自然感染例（コートジボワール、ガボン）はいずれも死亡例である。ザイール株接種例では元気消失、沈鬱になり、食欲は廃絶する。

出血斑が胸部、上腕内側、大腿部に認められる。

一般に、血小板の減少、肝機能の強度の障害（GOT、GPT、LDHの上昇）が見られる。

《届出基準》

- 1) アフリカ型に感染したサルは短期間で発症するので、検疫期間中に流行が起これば、極めて高い致死率になる。
- 2) 蛍光抗体法、免疫組織化学による抗原検出（白血球、肝臓、脾臓）
- 3) 電子顕微鏡によるウイルス検出（抹消白血球、肝臓）
- 4) PCRによるウイルスゲノムの検出（唾液、血液、肝臓、脾臓）
- 5) 耐過例では抗体検査（ELISA、Western blot など）
- 6) 解剖時に見られる広範な出血病変、実質臓器の壊死
病理組織学的な肝の巣状壊死、好酸性細胞質内封入体、網内系の壊死は診断の助けになる

《備 考》

エボラウイルスには大きく4株あることが知られている。ヒトに病原性を示す株はいずれもアフリカで流行している。最も病原性の高い株はザイール株で1976年、77年と95年にザイールで流行している。ヒトでの致命率は約80%。これよりやや病原性の弱い株がスーダン株で1976年と79年にスーダンで流行しており、致命率はほぼ50%。他の2株はサル類が関与している。コートジボワール株は1994年、象牙海岸のタイ森林公園で死亡しているチンパンジーを解剖し3名のうち1名が発病した。1996年にはガボンでウイルスに感

染したチンパンジーの肉を食用に用いたために起こった（死亡率 57%）。アジア型は 1989 年レストンの流行が最初である。その後 90 年に米国で、92 年にイタリアで、96 年に米国で流行している。いずれもフィリピンの輸出業者から出荷されたものである。

日本には常在しない感染症であること、感染後 3 週間程度で発症することから、輸入時期、又は輸入されたものとの接触の有無等について十分に聴取することが重要である。

2 サル類のマールブルグ病

《定 義》

フィロウイルス科のマールブルグウイルスの感染により起こる急性致死性疾患。
サル類は自然宿主ではなく、ウイルスを保有する未知の動物から感染する。
現在まで、ヒトを含め感染の由来はアフリカである。

《臨床的特徴》

アフリカミドリザルは、本ウイルスに対して高い感受性を示す。
皮下接種では7～9日、接触感染では15～36（平均20）日の潜伏期で100%死亡。
自然感染時の潜伏期は1～2週間と考えられる。
アカゲザルは、皮下接種で7～9日、接触感染で16～18日の潜伏期で100%死亡。
直接接触では感染するが、空気感染は起こらない。
特徴的な臨床症状は出現しない。死亡の1～2日前に元気消失、沈鬱になる。
通常、ケージの隅に縮こまって座り、食欲は廃絶、周りにわずかに反応する程度である。
皮膚の発しんは見られない。

《届出基準》

- 1) アフリカミドリサルでは、ウイルスは唾液、血液、尿中に多量に存在しており、尿では108もの感染粒子が排出されるので、容易にサルからサルに伝播する。感染したサルは短期間で発症するので、検疫期間中に流行が起これば、極めて高い致死率になる。
- 2) 蛍光抗体法による抗原検出（抹消白血球、肝臓塗沫）
- 3) 電子顕微鏡によるウイルス検出（抹消白血球、肝臓）
- 4) PCRによるウイルスゲノムの検出
- 5) 不顕性感染例はほとんどないので抗体の検査は効果的でない。
- 6) 解剖時に見られる筋、胸膜下、心筋などの広範な出血病変
病理組織学的な肝の巣状壊死、好酸性細胞質内封入体、網内系の壊死は診断の助けになる

《備 考》

1967年、当時の西独マールブルグ、フランクフルト及びユーゴスラビアのベオグラードでワクチン製造のためにウガンダから輸入したアフリカミドリザルが感染源となり突然発生。この時の感染者は31名で7名（23%）が死亡。その後1975年に南ア連邦で3名が発病し1名死亡。1980年にはケニアで2名の患者が出ており、また1982年南アで、1987年ケニアで散発的に感染が起こっている。

日本には常在しない感染症であること、感染後3週間程度で発症することから、輸入時期、又は輸入されたものとの接触の有無等について十分に聴取することが重要である。