

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集

令和 4 年（2022年）

令和 5 年 3 月

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

序

令和4年も新型コロナウイルス感染症の猛威にさらされた1年でした。日本では令和2年1月15日の第1例目の報告から3年間に8波の流行、4回の緊急事態宣言発令、繰り返されたまん延防止等重点措置の適応を経て、令和4年12月9日に改正感染症法が公布されました。令和5年3月13日にはマスク着用が緩和（個人の判断）され、5月8日には2類相当から5類感染症へ変更が決定されました。既感染、及びワクチン接種による免疫獲得者の増加とともに、令和4年になっても新たな内服抗ウイルス薬、オミクロン株対応ワクチンの開発・承認があり、状況改善の判断でウィズコロナへと舵がきられました。しかし、流行3年目になっても医療機関、介護施設などで集団感染は起こり続けています。9波以降の流行がいつ・どんな規模で起こるのか不明ですが、医療関係者は感染対策体制、及び危機意識を警戒状態のまま維持しなければならないでしょう。ウィズコロナから、さらにコロナ終焉に向かって、「希望は持ってよいが、油断はできない」の状態と思います。

コロナ以外の令和4年の感染症動向として、インフルエンザが3年ぶりに流行しましたが規模は小さく、令和3年に流行したRSウイルス感染症、手足口病も今年は小さな流行でした。数年毎に流行を繰り返していた伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎、流行性耳下腺炎も今年も発生がほとんどありませんでした。本感染症発生動向調査事業の報告数はコロナ発生以降は全体として減少傾向です。これらの通常みられる流行病が発生する・しない、規模が大きい・小さいことと、今回の新型コロナ発生、及びその対策・対応がどのように影響しているのか解明できませんが、本事業のように長く調査を続け、記録を残すことが重要と感じます。一方では性感染症の梅毒は多発傾向が続いています。また新しい感染症としてエムボックスが令和4年7月23日にWHOから「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言が出され、国内でも徐々に報告数が増加しています。

令和4年の嬉しい話題はスポーツ界の出来事が多く、野球の大谷翔平選手のメジャーリーグ二刀流活躍、村上宗隆選手の三冠王、佐々木朗希投手の完全試合などがあり、令和5年3月21日のワールドベースボールクラシック優勝に繋がりました。サッカーでは令和4年11～12月のFIFAワールドカップカタール2022でドイツ・スペインを破りベスト16入りを果たしました。

悲しいこととして、令和4年2月24日に始まったロシアのウクライナ侵攻が1年たっても続いていることが一番です。安倍晋三元首相が7月8日に銃撃され逝去、在位70年のエリザベス英国女王が9月8日に逝去されたこともありました。

例年行ってきた研修会が令和元年度は初めて中止となり、2年度はWeb開催、3年度からはハイブリッド開催で、今年度は特別講演「AMR One Health アプローチについて」を実施できました。

本事業は福岡県と福岡県医師会の合同事業として昭和53年（1978年）7月に開始され、全国的にみても長い歴史を持っています。福岡県医師会に委託、運営する方法を継続し、主に発生が多い五類感染症の定点把握対象感染症、福岡県独自のいくつかの疾病、及び結核を中心に情報収集・解析を行っています。解析結果は週報による還元を基本とし、県医師会等におけるWEBサイトでの情報公開、県医報に掲載の月報、そして本資料集を年報として刊行しています。これらは276の患者定点、39の病原体定点を中心に多数の医療機関の先生方、県庁、県保健環境研究所をはじめ関係各機関の協力で成り立つ事業です。本年の事業資料集は福岡県医師会蓮澤浩明会長の下に行われた活動の令和4年1年間の総括とともに、例年のように一類から五類などの全数把握対象感染症、関連する資料も掲載しています。なお、平成21年9月から資料集の主な内容を県医師会のホームページで閲覧できるようにしました。これらの情報を県民の健康維持と増進のために、県内及び国内の感染症情報、感染症の流行予測、予防接種の問題点の資料として、十分に活用していただくことを願っています。

目 次

I) 事業実施方法	
1) 事業一覧表	1
2) 事業フローチャート	2
3) 患者情報フローチャート	3
4) 検査情報フローチャート	4
5) 定点医療機関数の年次推移	5
6) 定点医療機関所在地地図	7
II) 各疾病の動向	
1) 全体の概要	11
2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表	18
1. インフルエンザ [小児科・内科定点]	18
2. R S ウイルス感染症 [小児科定点]	20
3. 咽頭結膜熱 [小児科定点]	22
4. A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎 [小児科定点]	24
5. 感染性胃腸炎 [小児科定点]	26
6. 水痘 [小児科定点]	30
7. 手足口病 [小児科定点]	32
8. 伝染性紅斑 [小児科定点]	34
9. 突発性発しん [小児科定点]	36
10. 百日咳 [小児科定点]、[5類全数]	38
11. 風しん [小児科定点] および [5類全数]	42
12. ヘルパンギーナ [小児科定点]	46
13. 麻しん [小児科定点] および [5類全数]	48
14. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]	52
15. 川崎病 (MCLS) [小児科定点]	54
16. 急性脳炎 [小児科定点]	56
17. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]	58
18. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]	60
19. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]	62
20. クラミジア肺炎 [小児科定点]	64
21. 急性出血性結膜炎 [眼科定点]	66
22. 流行性角結膜炎 [眼科定点]	68
3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表	70
1. 細菌性髄膜炎 [基幹定点]	70
2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]	72
3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]	74
4. クラミジア肺炎 (オウム病を除く) [基幹定点]	76
5. インフルエンザ (入院) [基幹定点]	78

6. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕	80
7. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症〔基幹定点〕	82
8. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症〔基幹定点〕	84
9. 薬剤耐性緑膿菌感染症〔基幹定点〕	86
4) 性感染症（sexually transmitted diseases：S T D）の解説と図表	88
1. 性器クラミジア感染症	92
2. 性器ヘルペスウイルス感染症	93
3. 尖圭コンジローマ	94
4. 淋菌感染症	95
5. 梅毒	96
5) 結核	98
6) 福岡県における全数把握対象疾病について	102
III) 検査情報	
検査情報の解説	107
1) ウイルス編	107
2) 細菌編	117
IV) 患者報告数情報	
1) 地域別・疾病別年間報告数	119
2) 年齢区分別・疾病別年間報告数	121
3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数	125
4) 性別・疾病別年間報告数および男女比	128
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和4年）	129
6) 各還元形式（週報・月報・福岡県医師会ウェブサイトのサンプルを掲載）	132
V) 記 事	
1) 令和4年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿	141
2) 令和4年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会	142
3) 令和4年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿	143
VI) 参考資料	
1) 感染症発生動向調査事業実施要綱	151
2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準	158
3) 検査結果コード表（基幹定点通報用）	204
4) 令和4年通知文書一覧	206
VII) 編集委員	

I) 事業実施方法

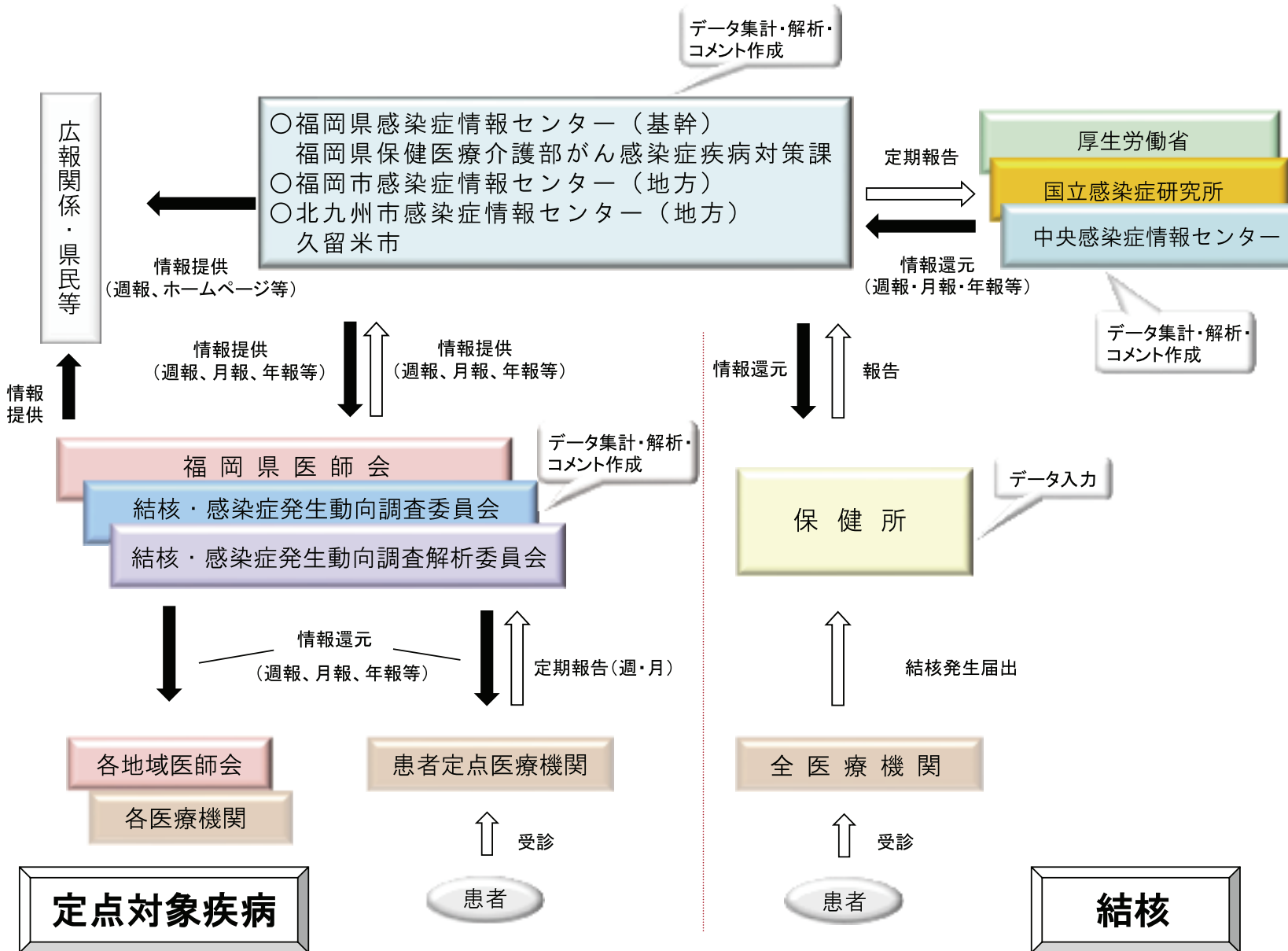
1) 事業一覧表

福岡県結核・感染症発生動向調査事業一覧表

区 分	内 容	
実 施 主 体	福岡県・北九州市・福岡市・久留米市	
実 施 方 法	福岡県医師会に委託	
要 綱 ・ 要 領 等	感染症発生動向調査事業実施要綱	
委 員 会 の 設 置	結核・感染症発生動向調査委員会(福岡県医師会)	
発 生 情 報 及 び 還 元 方 法	対 象 疾 病	インフルエンザ定点(内科定点+小児科定点):インフルエンザ 小児科定点:RSウイルス感染症、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、流行性耳下腺炎、川崎病(MCLS)、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎 眼科定点:急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎 性感染症定点: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、淋菌感染症、梅毒 基幹定点:細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、インフルエンザ(入院)、感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る)、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症 ※結核は全医療機関からの報告
	情 報 収 集 方 法	定点医療機関から福岡県医師会に報告
	報 告	週報、月報、年報及びホームページ
	定 点 医 療 機 関 数	総数 276 (種別:内科 78、小児科 120、眼科 26、皮膚・泌尿器・産婦人科 37、基幹 15 / ブロック別:北九州 62、福岡 127、筑豊 31、筑後 56 / 管轄別:北九州市 51、福岡市 70、福岡県 155)
	還 元 方 法	
検 査 及 び 還 元 等	検 査 対 象 疾 病	インフルエンザ、RSウイルス感染症、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、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎
	検 体 搬 送 方 法	病原体定点 <ul style="list-style-type: none"> 保健福祉(環境)事務所 → 福岡県保健環境研究所 北九州中央臨床検査センター → 北九州市保健環境研究所 シー・アール・シー → 福岡市保健環境研究所
	検 査 機 関	福岡県保健環境研究所・北九州市保健環境研究所・福岡市保健環境研究所
	還 元 方 法	
情 報 分 析 ・ 検 討	結核・感染症発生動向調査委員会(結核・感染症発生動向調査解析委員会)	
疾 病 予 防 対 策 の 実 施	福岡県・北九州市・福岡市・久留米市・福岡県医師会	
広 報 等	広報室または広報課(定期・随時)、インターネット、新聞、ラジオ、テレビ、福岡県医報(毎月・急を要するものは週報)	

3) 患者情報フローチャート

患者情報のフローチャート



5) 定点医療機関数の年次推移

※宗像及び遠賀保健福祉環境事務所の統合により、平成22年遠賀中間地区を、北九州ブロックから福岡ブロックへ移行した。
従って、定点数合計に変化はないが、北九州ブロックと福岡ブロックの定点数が変更されている。
また、平成28年及び平成30年に福岡ブロックと筑豊ブロックの定点数を変更した。

(1) ブロック別にみた定点医療機関総数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
福岡	125	125	125	126	126	127	127	127	127	127
筑豊	33	33	33	32	32	31	31	31	31	31
筑後	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
合計	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

(2) ブロック別にみた小児科定点医療機関総数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
福岡	54	54	54	55	55	56	56	56	56	56
筑豊	14	14	14	13	13	12	12	12	12	12
筑後	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
合計	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

(3) ブロック別にみたインフルエンザ定点(小児科定点及び内科定点)医療機関総数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
福岡	93	93	93	94	94	95	95	95	95	95
筑豊	22	22	22	21	21	20	20	20	20	20
筑後	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
合計	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198

(4) ブロック別にみた眼科定点医療機関数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
福岡	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
筑豊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
筑後	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
合計	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26

(5) ブロック別にみた性感染症定点医療機関数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
福岡	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
筑豊	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
筑後	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
合計	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37

注) 性感染症定点医療機関は皮膚科、泌尿器科あるいは産婦人科を標榜する医療機関

(6) ブロック別にみた基幹定点医療機関数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
福岡	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
筑豊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
筑後	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
合計	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

(7) ブロック別にみた病原体定点医療機関数(平成25年～令和4年)

	平成25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年
北九州	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
福岡	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
筑豊	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
筑後	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
合計	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39

注) 平成12年から小児科定点、内科定点、眼科定点の約10%、基幹定点の全数

(8) ブロック別・政令市別にみた定点医療機関数(令和4年)

種類	合計	北九州(うち北九州市)	福岡(うち福岡市)	筑豊	筑後
小児科定点	120	29 (24)	56 (29)	12	23
内科定点	78	14 (11)	39 (22)	8	17
インフルエンザ定点(小児科+内科)	198	43 (35)	95 (51)	20	40
眼科定点	26	7 (6)	12 (7)	3	4
性感染症定点	37	9 (8)	15 (10)	5	8
基幹定点	15	3 (2)	5 (2)	3	4
定点総数	276	62 (51)	127 (70)	31	56

定点*の種類別対象疾病一覧

(令和4年12月31日現在)

疾病名	内科定点 (78 定点)	小児科定点 (120 定点)	眼科定点 (26 定点)	性感染症定点 (37 定点)	基幹定点 (15 定点)
インフルエンザ	○	○			○(入院)
RSウイルス感染症		○			
咽頭結膜熱		○			
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		○			
感染性胃腸炎		○			○(ロタウイルス)
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		○*			
流行性耳下腺炎		○			
川崎病(MCLS)		○*			
急性脳炎		○*			
細菌性髄膜炎		○*			○
無菌性髄膜炎		○*			○
マイコプラズマ肺炎		○*			○
クラミジア肺炎		○*			○
急性出血性結膜炎			○		
流行性角結膜炎			○		
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				○	
淋菌感染症				○	
梅毒				○*	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症					○
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症					○
薬剤耐性緑膿菌感染症					○

* 定点についての詳細は、VI) 参考資料「感染症発生動向調査事業実施要綱」(P151～P157)を参照ください。

★ 福岡県独自の疾病

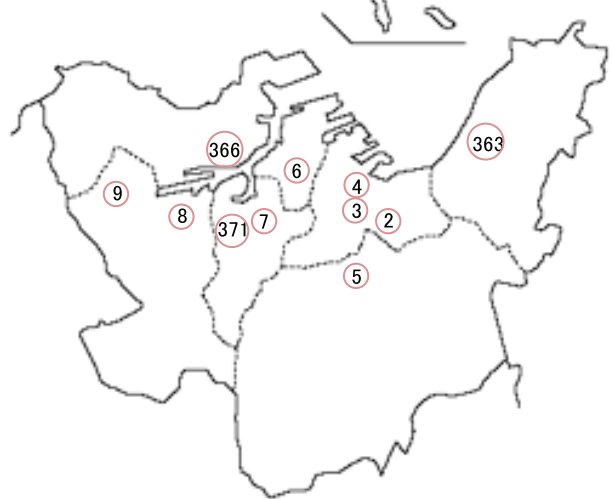
6) 定点医療機関所在地地図

(1) 令和4年内科定点 (78定点)

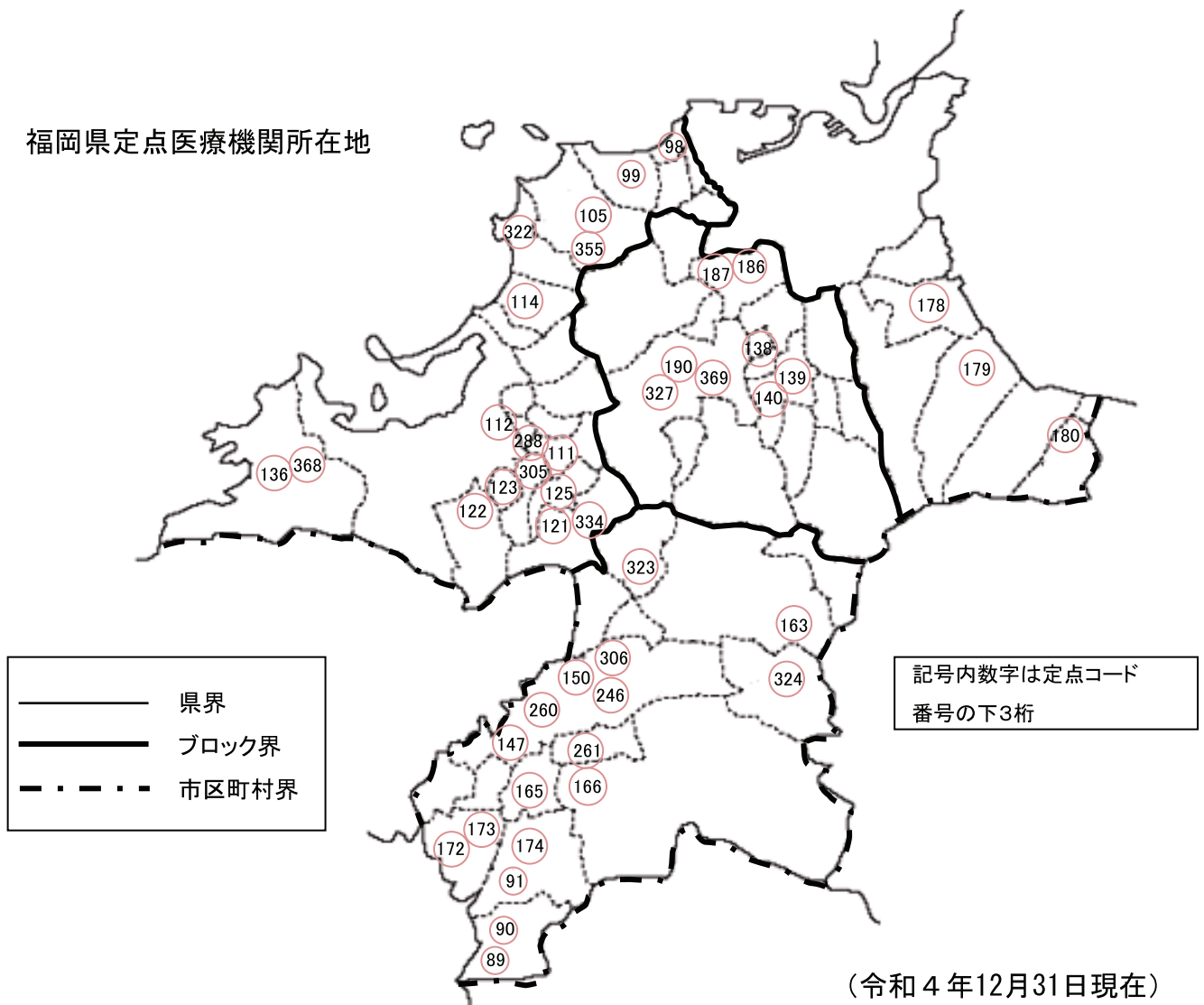
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



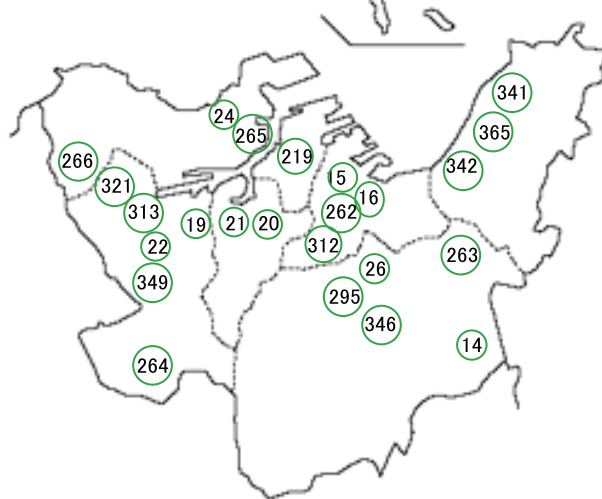
(令和4年12月31日現在)

(2) 令和4年小児科定点 (120定点)

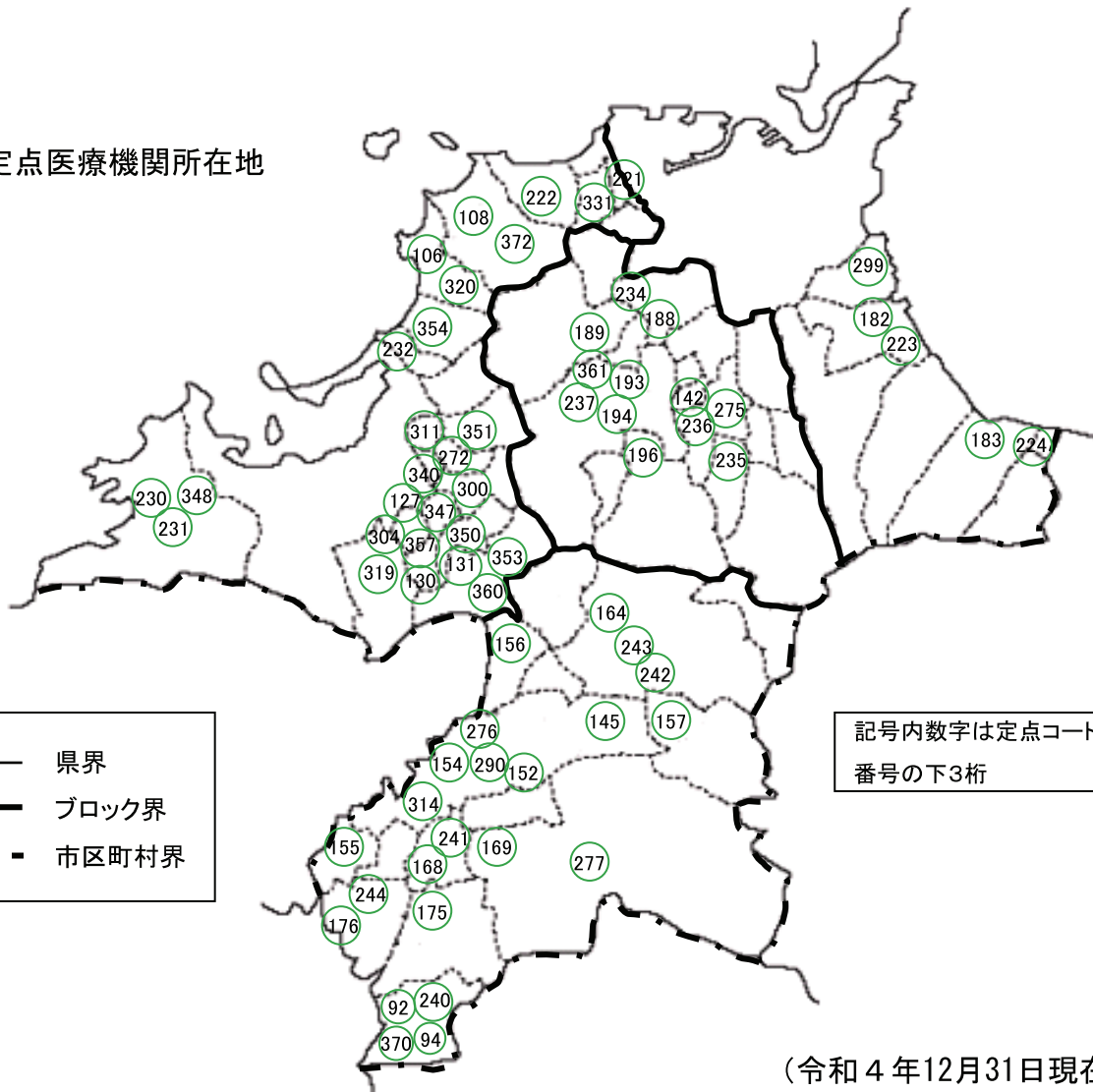
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



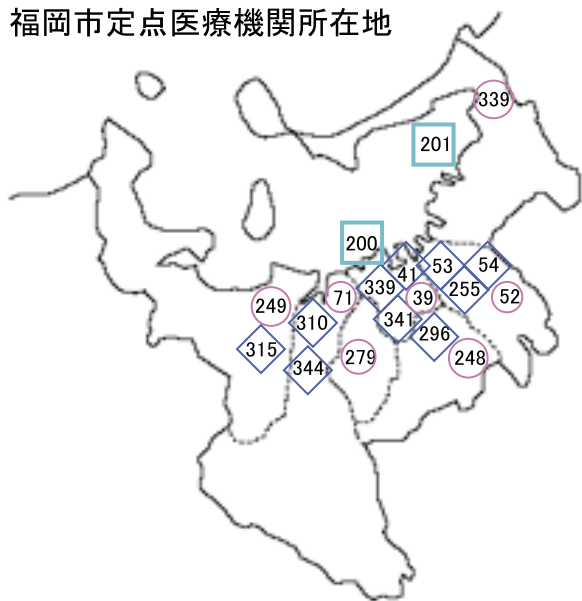
——— 県界
 ———— ブロック界
 - - - - - 市区町村界

記号内数字は定点コード
番号の下3桁

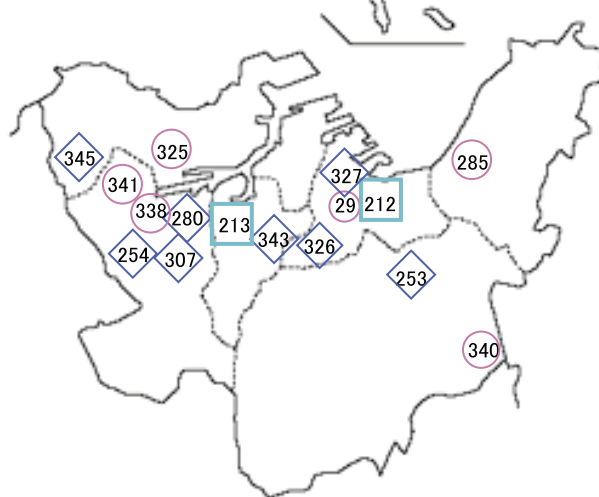
(令和4年12月31日現在)

(3) 令和4年眼科 (26定点)・性感染症 (37定点)・基幹定点 (15定点)

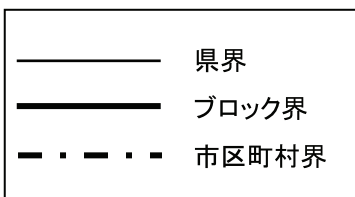
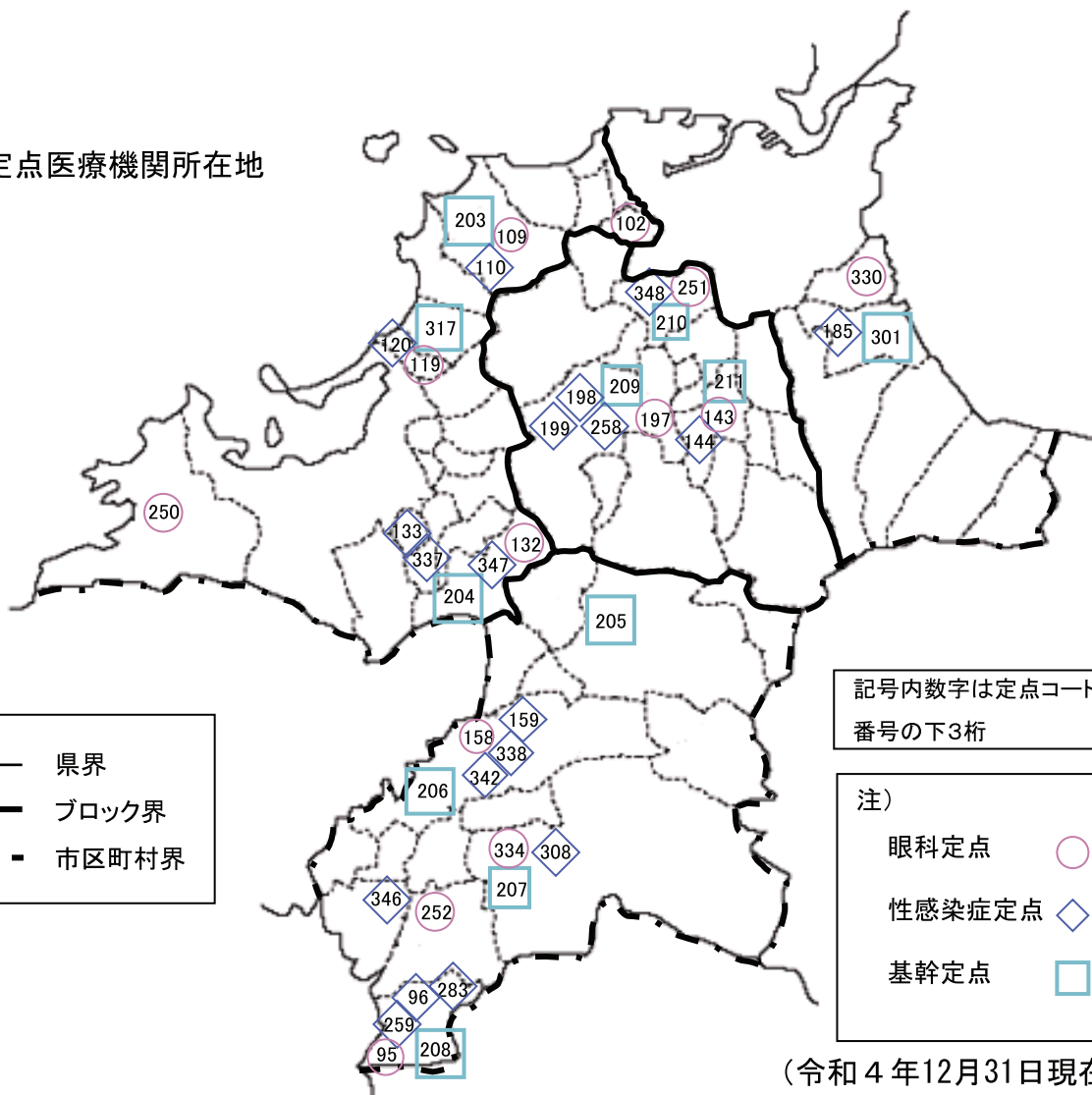
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



記号内数字は定点コード番号の下3桁

注)
 眼科定点 ○
 性感染症定点 ◇
 基幹定点 □

(令和4年12月31日現在)

付 図

福岡県4ブロック市区町村地図



——	県界
——	ブロック界
-----	市区町村界

(令和4年12月31日現在)

Ⅱ) 各 疾 病 の 動 向

1) 全体の概要

活動の概要

この資料集は、第1週、令和4年（2022年）1月3日から第52週、令和5年（2023年）1月1日までの1年間（52週間分）の総括である。平成11年4月に施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）に基づいた新しい感染症発生動向調査は、福岡県では平成12年の第1週から開始した。平成15年11月5日に感染症法が一部改正され、対象疾病の追加や、類型が変更された。本事業でも平成16年からRSウイルス感染症を小児科定点疾病に追加、急性脳炎を全数把握となったため基幹定点疾病から削除、尖形コンジロームを尖圭コンジローマへ名称変更などを行った。平成19年にウイルス性肝炎を全数把握であり、かつ報告数が少ないため、小児科定点から削除した。平成20年1月1日の改正では麻しん、風しんが定点把握から全数把握対象となったが、本県では麻しん、風しんを小児科定点把握対象疾病に残し、成人麻しんは平成21年に削除した。インフルエンザ（A/H1N1）pdm2009は平成21年4月28日に新型と認定され、当初は全数把握であったが、平成21年7月24日からは定点把握へ移行され、従来の季節性インフルエンザに包括されている。平成23年2月1日にチクングニア熱が四類感染症に、薬剤耐性アシネトバクター感染症が基幹定点把握対象に、平成23年9月5日にインフルエンザ入院サーベイランスが基幹定点把握対象に、平成25年3月4日に重症熱性血小板減少症候群（SFTS）が四類感染症に、平成25年4月1日に侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎から変更）が五類全数把握対象感染症に、平成25年5月6日に鳥インフルエンザ（H7N9）が指定感染症に、平成25年10月16日に感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）が基幹定点把握対象に、平成26年7月26日に中東呼吸器症候群（MERS）が指定感染症に、平成26年9月19日に水痘（入院）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、播種性クリプトコックス症、薬剤耐性アシネトバクター感染症（基幹定点把握対象から変更）が五類全数把握対象感染症に追加、平成27年1月21日にMERS、鳥インフルエンザ（H7N9）が指定感染症から二類感染症に変更、平成28年2月15日にジカウイルス感染症が四類感染症、及び検疫感染症に追加された。平成30年1月1日に百日咳が定点把握から五類全数把握対象感染症となったが、本県では小児科定点把握対象疾病も集計している。平成30年5月1日から急性弛緩性麻痺を五類全数把握対象感染症に追加、平成31年4月1日に疑似症サー

ベイランスの定義、届出基準が変更された。令和2年2月1日に新型コロナウイルス感染症が指定感染症、及び検疫感染症に追加されたが、令和3年2月13日に新型コロナウイルス感染症・再興型新型コロナウイルス感染症の類型を新型インフルエンザ等感染症に変更された。同時に宿泊療養・自宅療養の法的位置づけ、入院勧告・措置の見直し、積極的疫学調査の実効性の確保が規定された。新型コロナウイルス感染症の変遷を受けて、令和4年12月9日に改正感染症法が公布され、順次施行される予定で多くは令和6年4月施行となるが令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症が5類に変更予定である。なお、活動の根拠となる「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」、及び「感染症発生動向調査事業実施要綱」は随時変更されている。令和5年5月8日にも改正され、最新版を資料として添付している。

本事業は感染症法に従った厚生労働省の事業であるが、福岡県では従来通りの福岡県医師会委託事業方式をとり、主に定点把握対象の五類感染症を中心に活動を行い、地域に密着した情報を還元している。

平成11年の法施行に伴い「感染症発生動向調査事業実施要綱」の算定方法による定点数調整を平成12年からの3年間でやり、平成15年以降は地区別・保健所別の定点数の変更を行っていなかったが、北九州ブロックの遠賀保健福祉環境事務所が福岡ブロックの宗像保健福祉環境事務所と統合されたため、両管内は平成22年1月から福岡ブロックに組み入れた（5、10ページ参照）。また、人口の変化を考慮して定点配置の見直しを検討していたが、平22年以降一部変更を実施している。福岡県の定点は平成11年までの6年間は91（小児科・内科定点66、眼科定点9、STD定点16）で、総数、定点種別とも変化なかった。平成12年から国指定の疾病は、①小児科疾病（現在11疾病；平成16年からはRSウイルス感染症を追加；平成19年からはウイルス性肝炎、平成20年からは麻しん、風しん、平成30年からは百日咳を削除）を報告する小児科定点、②インフルエンザを専門に報告する内科定点（但し、③インフルエンザ定点とは小児科定点と内科定点の合計となる）、④眼科疾病（2疾病）の眼科定点、⑤性感染症（4疾病）の性感染症定点、⑥主に入院となる疾病（現在6疾病；平成16年から急性脳炎、平成21年から成人麻しんを削除、平成23年9月からインフルエンザ入院を追加、平成25年4月から細菌性髄膜炎は髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除くと変更、平成25年10月から感染性胃腸炎（ロタウイルス）を追加）と、耐性菌感染症（現在3疾患；平成23年2月から薬剤耐性アシネ

トバクター感染症を追加、平成26年9月から五類全数把握対象感染症に変更)を対象として新たに作られた基幹定点の分類となった。各々の定点数は平成12年が①79、②78、③157、④18、⑤25、⑥15(総計215)、平成13年が①105、②78、③183、④24、⑤32、⑥15(総計254)、平成14年以降は①120、②78、③198、④26、⑤37、⑥15(総計276)である(5ページ参照)。

対象疾病に関して、従来から福岡県が先進的に実施していた事業内容を踏襲するため、前記の国が指定している感染症以外に小児科定点による川崎病、百日咳、風しん、麻しん、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎、及び性感染症定点による梅毒が含まれている。また、二類感染症の結核も含まれている。なお、一類、二類、三類、四類感染症、及び全数把握対象の五類感染症等は平成14年の資料集から県庁でまとめたデータを入れている(102～106ページ参照)。

病原体定点は、基幹定点の全医療機関、小児科、内科、眼科の定点ではおおむね10%の医療機関を対象とすることになっており、検査対象疾病も指定されている(1ページ参照)。平成29年から対象疾病が拡大され、RSウイルス感染症、水痘、伝染性紅斑、突発性発疹が追加された。

検査機関

検査機関は福岡県保健環境研究所、北九州市保健環境研究所、福岡市保健環境研究所である。検査の実施は、北九州市保健環境研究所が北九州市の定点分を、福岡市保健環境研究所が福岡市の定点分を担当し、福岡県保健環境研究所が両政令市を除く定点分を担当するとともに、全県を統括する。なお、これまでの各種情報はすべて県保健環境研究所のコンピュータに保存され、この後に述べる月報、年間資料集などの過去の情報源として蓄積されている。

情報の還元

週報、月報による還元を行い、年報として本事業資料集を発行している。週報は、前週の月曜日から日曜日までの報告、前々週の全国情報を集計整理し、コメントをつけて水曜日に全定点、関係機関にファックスで還元している。なお、希望者には電子メールによる還元も行ってきた。平成19年2月からインターネットが利用できる定点では、電子メールによる情報の収集、還元を開始した。検査機関からの検出情報や、定点からの任意の情報、日本・海外の感染症情報も、重要性和迅速性を考慮して週報に載せている。月報は、小児科・内科・眼科感染症をまとめ、図表化して還元し、

検査機関の検出情報もまとめて還元している。また、性感染症及び、結核を別個にまとめ、簡潔に要点を記載して同様に還元している。県医師会のホームページ(<https://www.fukuoka.med.or.jp>)を利用して、平成12年1月から会員専用で週報コメントの掲載、平成14年6月からは一般市民への情報提供各疾病の週別発生動向のグラフ提供を行っている。平成21年9月16日から本事業資料集の各疾患の図・表・解説などもPDF化して掲載し、平成23年10月19日からインフルエンザ報告状況マップを掲載している。

従来から福岡県庁のホームページ(<http://www.pref.fukuoka.lg.jp>)に、平成17年11月からは県保健環境研究所のホームページ(<http://www.fihes.pref.fukuoka.jp>)にも感染症発生動向情報が掲示されている。

資料集の主な内容

令和4年の包括的な情報のまとめで、長い周期性流行性疾患の動向も分かるように編集した。

主な内容は、本県の活動及び情報機構、各疾患患者数、検査成績、それぞれの図表、及び編集委員による疾病毎の簡潔な解説、補足説明文からなる。長期的疾病動向は過去44年間のうち、43年間のコンピュータ保存データの中から、最近10年間の推移を図として掲載した。平成15年からはブロック別年別推移は5年間の経過で示し、また、週別発生動向をグラフ化して5年間掲載した。厚生労働省規定の性感染症は35年目となるが、紙幅の関係で最近の10年分とし、福岡県独自の梅毒も30年目となるが、10年分とした。平成12年からの対象疾病は23年目となるが、10年分とした。疾病発生状況は、県内を北から北九州、福岡、筑豊、筑後の4ブロック(7～10ページ参照)に分けて比較し、北九州市と福岡市の政令市は、その行政単位の年間データを別掲した。なお、前記のように平成21年10月1日から北九州ブロックに属していた遠賀保健福祉環境事務所が宗像保健福祉環境事務所とともに宗像・遠賀保健福祉環境事務所(福岡ブロック)となったが、平成21年までの統計では旧分類のままで行い、平成22年からは新分類で実施した。

週報は1週分(132～134ページ)、月報は1か月分(135～137ページ)のみをサンプルとして掲載した。平成23年資料集から福岡県医師会ホームページのサンプル(138～140ページ)も掲載し、ホームページをリアルに表示するために3ページ分のみをフルカラーで印刷とした。平成24年からは図表なども理解しやすさを考慮して、一部カラー印刷とした。

資料の整理、図表作成に、編集委員の依頼によ

り、福岡県保健環境研究所の市原祥子氏、小玉真央氏、大坪未歩氏、濱崎光宏氏、中村麻子氏、金藤有里氏、小林孝行氏、堀内康孝氏、カール由起氏、江藤良樹氏のご協力を得たことを感謝し、ここに記します。

北九州市八幡西区さっか眼科医院の沼慎一郎先生、宗像市（医）むなかた内科・呼吸器内科クリニックの宮崎祥子先生、宗像市ありよしレディースクリニックの有吉徳雄先生、行橋市（医）行橋クリニックの小宮俊秀先生、福岡市南区諸岡小児科の諸岡達也先生、春日市さいつこどもクリニックの才津宏樹先生、久留米市みやらはら産婦人科医院の宮原研一先生の先生方が令和4年で辞退されました。ご協力ありがとうございました。

疾病の概況

活動の概要でも述べたように定点数、対象疾病、対象医療機関などに平成12年に大きな変化があり、その後も更に定点数が増加しており、単純に比較はできないが、前年比などは主に1定点当たりの患者数を用いた。

令和4年（2022年）における結核以外の総報告数は62,178人（前年78,027人、前々年91,440人）で3年連続減少。北九州14,125人（前年15,774人）、福岡32,620人（同43,476人）、筑豊4,114人（同4,577人）、筑後11,319人（同14,200人）、また、北九州市12,128人（同12,464人）、福岡市16,079人（同22,788人）、両政令市以外の県内33,971人（同42,775人）であった。報告数の多い疾病の変動では、感染性胃腸炎が前年28,840人から今年32,896人へ、インフルエンザが前年12人から今年1,702人へ、ヘルパンギーナが前年2,000人から今年2,019人へ増加した。一方、手足口病が前年10,945人から今年3,789人へ、RSウイルス感染症が前年13,790人から今年6,688人へ、A群溶レン菌咽頭炎が前年10,878人から今年5,919人へ、咽頭結膜熱が前年2,591人から今年1,557人へ、突発性発疹が前年3,597人から今年2,941人へ、水痘が前年950人から今年658人へと減少した。減少した疾病が多く、全体の報告数が減少となっている。

小児科・内科・眼科疾病中で報告総数の多い順に疾病名を挙げると、第1位は感染性胃腸炎（前年第1位；定点当たりでも第1位）で総報告数の55.8%を占め、前年比114%に増加した。第2位はRSウイルス感染症（前年2位、前々年10位）で総報告数の11.3%、第3位はA群溶血性レンサ球菌咽頭炎（前年第4位、前々年3位）で10.0%を占めた。以下第4位から10位までは、4位が手足口病（前年3位、前々年4位）、5位が突発性発疹（前年5位、前々年4位）、6位がヘルパンギーナ（前年7位、前々年5位）、7位がインフルエンザ（前年16位、前々

年4位）で大きく上昇、8位が咽頭結膜熱（前年6位、前々年6位）、9位が水痘（前年8位、前々年7位）、10位が流行性耳下腺炎（前年9位、前々年12位）であった。前年と比較してA群溶レン菌咽頭炎、ヘルパンギーナ、インフルエンザなどの順位が上がり、手足口病、咽頭結膜熱、水痘、流行性耳下腺炎などが下がった。

小児科・内科・眼科疾病の中で報告数が多く、前年より定点当たりで30%以上増加した疾病はインフルエンザ（前年比14,183%）のみで、手足口病（同35%）、マイコプラズマ肺炎（同36%）、RSウイルス感染症（同48%）、A群溶レン菌咽頭炎（同54%）、流行性耳下腺炎（同58%）、咽頭結膜熱（同60%）、伝染性紅斑（同63%）、百日咳（同65%）、水痘（同69%）が30%以上減少した。

定期予防接種対象疾病では前年と比較して、麻疹は0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前5人、5年前から11年前まで0人、12年前3人、13年前5人、14年前212人）で県内の定点からの報告はなかった（県内の全数報告は0人、前年1人、前々年1人、3年前14人、4年前20人）。風しんも0人（前年0人、前々年0人、3年前2人、4年前7人、5年前0人、6年前2人、7年前0人、8年前2人、9年前33人、10年前7人、11年前9人、12年前3人）で県内の定点からの報告はなかった（県内の全数報告は1人、前年0人、前々年5人、3年前85人、4年前167人）。百日咳は12人（前年20人、前々年51人、3年前393人、4年前134人、5年前114人、6年前184人、7年前145人、8年前203人、9年前108人、10年前241人、11年前400人）と前年の60%に減少した（県内の全数報告は25人、前年30人、前々年119人、3年前977人、4年前286人）。平成26年10月に対象疾病となった水痘は658人（前年950人、前々年2,111人、3年前3,308人、4年前2,778人、5年前3,358人、6年前3,159人、7年前3,836人、8年前9,050人、9年前10,999人）と前年の69%と3年連続で大きく減少した。

小児科・内科の定点数は平成11年までは66であったが、平成12年からは小児科定点は79→105→120で、平成14年以降は120、インフルエンザ定点（内科定点と小児科定点の合計）は157→183→198で、平成14年以降は198である。

眼科疾病では、定点数が平成11年から9→18→24→26で、平成14年以降は26である。流行性角結膜炎は177人（前年298人、前々年275人、3年前1,418人）で今年は前年の89%で、著減した前々年の状態が続いている。急性出血性結膜炎は7人（前年12人、前々年3人、3年前15人）と報告数は少ない。

基幹定点把握対象感染症は平成12年からの集計で、15定点から報告を受け、定点数の変更はない。

報告数が多い順にメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症683人（前年比107%）、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症65人（同97%）、無菌性髄膜炎24人（同60%）、インフルエンザ入院は12人（同1200%）、細菌性髄膜炎9人（同64%）、薬剤耐性緑膿菌感染症4人（同29%）、マイコプラズマ肺炎2人（同17%）で、感染性胃腸炎（ロタウイルス）は0人（前年2人）であった。

性感染症では、定点数が平成11年から16→25→32→37で、平成14年以降は37である。総数（及び1定点当たり患者数）は平成10年以降で、2,656人（166.0）、3,524人（220.3）、4,194人（167.8）、5,416人（169.3）、6,202人（167.6）、5,593人（151.2）、4,866人（131.5）、4,564人（123.4）、4,258人（115.1）、3,094人（83.6）、2,672人（72.2）、2,980人（80.5）、2,843人（76.8）、2,874人（77.7）、2,597人（70.2）、2,823人（76.3）、2,522人（68.2）、2,115人（57.2）、2,035人（55.0）、2,272人（61.4）、2,078人（56.2）、2,078人（56.2）、2,321人（62.7）、2,456人（66.4）、2,448人（66.2）で、2年連続で増加したのち今年は横這いであった。例年、性器クラミジア感染症が最も多く、総数の57%を占め、次は淋菌感染症で20%である。

結核の報告数は月毎の報告数の積算であり、速報値で示されている。結核の新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は福岡県は438人（8.6）で、罹患率を対前年比で見ると福岡県は1.8ポイント減少した。徐々に減少してきているが、平成20年に9年ぶりに上昇、平成29年に8年ぶりに上昇し、令和元年・3年も上昇した（令和4年は減少）。感染源となる塗抹陽性者数も同様の経過をたどっている。

病原体検査では、病原体定点数が平成11年から20→35→39→39で、平成14年以降は39である。ウイルス検査の検体数は、今年199（前年244、前々年284、3年前760、4年前906、5年前1,109、6年前1,052、7年前938、8年前908、9年前838、10年前813、11年前972、12年前848、13年前1,845（新型インフルエンザ流行年））で、令和2年に大きく減少し、前年、今年はさらに減少した。疾病別では感染性胃腸炎が増加したが、ほとんどの疾病は減少している。5年前から対象感染症にRSウイルス感染症、突発性発疹などが加えられている。ウイルスが検出されたのは57検体で、ウイルスは全て同定され、19種、58件であった（複数検出あり）。

疾病から検討するとインフルエンザは7検体（前年7、前々年74、3年前209検体）で、インフルエンザウイルスA/H3型が7～12月に7件検出された。咽頭結膜熱は16検体（前年26、前々年30、3年前57検体）からアデノウイルス2型が1件検出された。感染性胃腸炎では75検体（前年35、前々年

52、3年前119検体）中19件（検出率25.3%）から有意なウイルスが検出され、ロタウイルス0件（前年0件、前々年0件）、ノロウイルス12件（前年5件、前々年8件）、サポウイルス1件（前年1件、前々年0件）、アストロウイルス1件（前年2件、前々年4件）、アデノ41型5件などであった。ロタ、アデノ、ノロウイルスは各定点医療機関でも検査され、週報で還元し、本資料集にも掲載した（27ページ）。手足口病は35検体（前年40、前々年23、3年前125検体）で、今年はコクサッキーウイルスA群6型6件、A群10型4件が検出され、陽性率は28.6%（前年47.5%、前々年0.0%、3年前48.0%）となった。ヘルパンギーナは11検体（前年12、前々年37、3年前37検体）と前年、今年は少なく、コクサッキーウイルスA群では4型1件、6型1件が検出され、陽性率は18.2%（前年8.3%、前々年16.2%、3年前54.1%）であった。無菌性髄膜炎は20検体（前年68、前々年25、3年前33検体）で、パレコウイルスが4件分離され、陽性率は20.0%（前年25.0%、前々年4.0%、3年前24.2%）であった（ただし、同一人から複数の検体提出がある）。流行性角結膜炎は今年も検体提出がなかった（前年0、前々年0、3年前3検体）。RSウイルス感染症は平成29年から開始され、今年は18検体（前年24、前々年9、3年前19検体）からRSウイルスが2件検出された。

細菌検査は今年はA群溶血性レンサ球菌感染症0件（前年0件、前々年0件、3年前1件）、細菌性髄膜炎0件（前年0件、前々年0件、3年前0件）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症105件（前年116件、前々年96件、3年前102件）、バンコマイシン耐性腸球菌感染症3件（前年3件、前々年4件、3年前1件）、薬剤耐性アシネトバクター感染症0件（前年1件、前々年0件、3年前0件）が提出された。

各疾病の動向

定点からの報告数または、1定点当たりの数をもとに各疾病の動向、合併症などを概観する。

インフルエンザは1,702人（前年12人）、1定点当たり8.6で、前年の14,183%と増加。2020/2021年シーズン、2021/2022年シーズンとも全く流行がなかったが、2022/2023年シーズンは年内の第51週に1定点当たり1.85となり、3シーズンぶりに流行が見られた。

RSウイルス感染症は6,688人、1定点当たり55.7、前年比48%と半減したが流行の規模は例年並みである。平成24年シーズンから8年連続で夏の7月から多発していたが、令和2年は夏期以降の流行がほとんど見られなかった。令和3年は4月をピークとする例年のない大きな流行を示し、令和3年12月～令和4年2月に小さな流行、7～10月に2つ目の小さな流行を示した。

咽頭結膜熱は今年1,557人、1定点当たり13.0、前年比60%と半減した。元々は夏期の感染症であるが、夏の多発傾向は平成21年から見られなくなっていた。平成24年以降は夏の多発と、夏以降から12月に向かって発生が続いていた。令和2年は夏期の流行が見られなかったが、令和3年、4年は夏期に小さなピークを示した。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎は1定点当たり49.3、前年比54%と2年連続減少した。令和元年の冬から令和2年春先まで多発したが、その後は発生が少ない状況が続いている。患者5,919人のうち、発疹合併が36例（前年63例、前々年246例）報告された。その他の合併症の報告はなかった。

感染性胃腸炎は今年32,896人、1定点当たり274.1、前年比114%であった。元々春先と冬期に流行があり、最近では春先の流行が目立たなくなっていたが、令和2年、3年は春先の流行がほとんどなく、かつ冬の流行も小さかった。令和4年もほぼ同様のパターンだが、夏期の報告数が多いが目立った。

原因微生物は多種類あり、各定点からの原因報告は27ページの表にまとめた。カンピロバクターとノロウイルスが多い。定点からの報告ではノロウイルスが803件（前年498件、前々年1,197件、3年前946件）と増加し、ロタウイルスは19件（前年15件、前々年25件、3年前1,386件）と令和2年から非常に少ない。

水痘は658人、1定点当たり5.5、前年の69%に減少した。平成26年10月の定期予防接種開始後は減少傾向だが、ここ3年間の減少幅は大きい。脳炎合併はなかった。予防接種歴ありの患者報告は314例（前年388例、前々年820例）と推移している。約80%は軽症である。

手足口病は3,789人、1定点当たり31.6、前年比35%と減少した。令和2年は流行がほとんど見られず、令和3年は秋に流行があり、令和4年は夏から冬までなだらかな山が見られた。原因ウイルスは福岡県ではコクサッキーウイルスA群10型が6～9月に、6型が9～11月に検出され、流行ウイルスが変遷している。全国的にも検出された原因ウイルスはコクサッキーウイルスA6型が最も多く、コクサッキーウイルスA16型、A10型も分離されている。なお、福岡県では平成12、15年にEV71型、13、16年にCA16型、19年はEV71型とCA16型、20年はCA16型、21年、22年はEV71型、23年はCA16型とCA6型、24年は流行がなく、25年はCA6型とEV71型、26年はEV71型とCA16型、27年はCA16型とCA6型の流行で、28年はCA6型、CA10型、CA16型が検出されたが流行は小さく、29年はCA6型とCA10型が先行しEV71型が秋から増加、30年はEV71型とCA16型が夏に、CA6型が

秋～冬に流行、令和元年はCA6型が6～7月に、CA16型が9～10月に、CA10型が11月に、令和3年は秋にCA6型、令和4年は夏にCA10型、秋～冬にCA6型が流行した。

伝染性紅斑は64人、1定点当たり0.5、前年比63%と3年連続で減少した。平成17年、22年～23年に流行があり、24年、25年と少なく、26年後半から増加し、27年に大きな流行を示し、28年前半で終了した。平成30年後半から報告数が増加し、令和元年に多発し令和2年春先までで流行は終息となり、令和3年、4年は非流行年である。

突発性発しんは2,941人、1定点当たり24.5、前年比82%であった。以前比べると報告数は少ない傾向で、前年、今年と過去最少を更新している。

百日咳は定点から12人、1定点当たり0.1で、前年比65%と減少した。20歳以上の報告は8.3%（前年20.0%、前々年17.6%）、10～14歳が33.3%（前年20.0%、前々年9.8%）であった。平成30年から全数把握対象感染症に指定された。

風しんは定点から今年0人（前年0人、前々年0人、3年前2人、4年前7人、5年前0人、6年前2人、7年前0人、8年前2人、9年前33人）、全数報告は全国15人（前年12人、前々年100人、3年前2,306人、4年前2,917人）、福岡県は1人（前年0人、前々年5人、3年前85人、4年前167人）である。福岡県では平成25年に流行し、その後は少数であったが、平成30年から令和元年に流行が見られた。令和2年からは全国的にも報告は少ない。先天性風しん症候群は全国で0人（前年1人、前々年0人、3年前4人、4年前0人、5年前0人、6年前0人、7年前0人、8年前9人、9年前32人）であった。

ヘルパンギーナは2,019人、1定点当たり16.8、前年比101%と横這いであった。毎年夏期に流行していたが、令和3年は10月にピークを、令和4年は9～12月になだらかな山を示しており、例年よりかなり流行時期が遅かった。県内からはコクサッキーウイルスA4型1件とA6型1件が検出された。

麻しんは定点から今年0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前5人、5年前から11年前まで0人、12年前3人、13年前5人、14年前212人、15年前313人）、全数報告では全国6人（前年6人、前々年13人、3年前744人、4年前282人）、福岡県は0人（前年1人、前々年1人、3年前14人、4年前20人）で、全国的にも3年連続で非常に少なかった。

流行性耳下腺炎は1定点当たり2.0、前年比58%と減少した。平成27年、28年が流行年、29年、30年、令和元年、2年、3年、4年は非流行年であった。患者236人中、髄膜炎合併の報告はなかった。その他の合併症の報告もなかった。

川崎病は228人、1定点当たり1.9、前年比95%で、

令和元年、2年と2年連続で大きく減少したが、令和3年はやや増加し、今年は横這いであった。

急性脳炎〔小児科定点〕は今年4、前年1人、前々年2人、3年前22人、4年前12人、5年前8人と推移した。週報には原因として新型コロナが2例、ヒトメタニューモが2例報告されている。

細菌性髄膜炎〔小児科定点〕は今年3人、前年3人、前々年1人、3年前7人、4年前2人、5年前10人と推移している。週報にはGBS1人（6生日）、大腸菌2人（1か月、2か月）が報告されている。なお、インフルエンザ菌b型の確認例は今年もなかった。

無菌性髄膜炎〔小児科定点〕は7人、1定点当たり0.1、前年比は30%と減少した。平成25年は定点当たり2.0で7年ぶりの流行であったが、その後9年連続で多発ではない。検査情報ではパレコウイルスが4件検出された（同一人から複数の検体があり4人ではない）。週報にはムンプスワクチン接種後の1歳例が報告されている。なお、流行性耳下腺炎に合併は今年0人（前年0人、前々年0人、3年前5人、4年前3人、5年前11人、6年前44人、7年前28人）であった。

マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕は今年24人、1定点当たり0.2、前年比36%と減少した。平成22年、23年に流行があり、次に平成27年、28年に流行で、平成29年、30年は非流行年であった。令和元年の後半から増加し流行開始と思われたが、令和2年春先までの小さな流行で終息し、令和3、4年は非流行年であった。

クラミジア肺炎〔小児科定点〕は平成12年からの開始で、今年0人、前年1人、前々年2人、3年前8人、4年前7人と推移している。報告数はマイコプラズマ肺炎と比較して少ない。

急性出血性結膜炎は7人、前年12人、前々年3人、3年前15人、4年前16人、5年前3人と推移し、少ない。

流行性角結膜炎は177人（前年298人、前々年275人、3年前1,418人、4年前1,939人、5年前1,010人）、1定点当たり6.8、前年比59%と3年連続で報告数は少なく、今年は特に少ない。福岡県の検査情報ではウイルス分離の報告はない。

基幹定点把握対象感染症は平成12年から始まり、疾病の削除・追加がある。細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎は従来から内科・小児科定点の対象疾病であったので、福岡県は独自に小児科からも報告を受け、前記の結果を得ている。定点の重複があり、結果は一部重複している。

細菌性髄膜炎〔基幹定点〕は9人（前年14人、前々年17人、3年前15人）、**無菌性髄膜炎**〔基幹定点〕は24人（前年40人、前々年26人、3年前46人）、**マイコプラズマ肺炎**〔基幹定点〕は2人（前年12人、

前々年110人、3年前153人）、**クラミジア肺炎**〔基幹定点〕は0人（前年1人、前々年0人、3年前0人）と推移している。**インフルエンザ入院**〔基幹定点〕（平成23年9月から開始）は12人（前年1人、前々年400人、3年前1,036人）で、ICU入室0人（前年0人、前々年27、3年前32人）、人工呼吸器使用0人（前年0人、前々年12人、3年前12人）となった。**感染性胃腸炎（ロタウイルス）**〔基幹定点〕（平成25年10月14日から開始）は0人（前年2人、前々年2人、3年前88人）であった。耐性菌感染症では、**メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症**は683人（前年641人、前々年660人、3年前764人）、**ペニシリン耐性肺炎球菌感染症**は65人（前年67人、前々年32人、3年前102人）、**薬剤耐性緑膿菌感染症**は4人（前年14人、前々年7人、3年前4人）であった。平成23年2月から開始の**薬剤耐性アシネトバクター感染症**は平成26年9月19日に5類全数報告に移動した。

性感染症で最も多い疾病は**性器クラミジア感染症**で1,391人（前年1,349人、前々年1,285人、3年前1,194人）、前年比104%であった。以下報告数が多い順に**淋菌感染症**482人（前年573人、前々年498人、3年前385人）、前年比83%、**性器ヘルペス**259人（前年273人、前々年311人、3年前303人）、前年比95%、**尖圭コンジローマ**161人（前年174人、前々年152人、3年前134人）、前年比93%、**梅毒**155人（前年87人、前々年75人、3年前62人）で、前年比178%であった。梅毒の増加率が高い。なお、報告数の順位は前年と同じである。

結核（令和3年は速報値）の福岡県新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は438人（8.6）で、前年535人（10.4）より減少し、全国統計も10,151人（8.1）で、前年11,519人（9.2）より減少した。北九州市保健所管内では102人（人口10万対罹患率11.0；前年比71.8%）、福岡市保健所管内では143人（同8.8；103.6%）、県保健所管内は193人（同7.5；75.7%）であった。感染源となる喀痰塗抹陽性患者数も133人で前年の189人から大きく減少した。高齢者に多く、60歳以上が74.7%、80歳以上が45.0%、90歳以上が14.2%を占め、平成27年から90歳以上が10%以上となっている。

解説と図表

前記のように平成24年から図表を中心にカラー印刷を行った。図は1定点当たりの患者数をもとに発生動向を表している。小児科・内科・眼科感染症、基幹定点群感染症は昨年までと同様に月別発生として10年間の年次推移を、地域比較可能なように同一スケールとして折れ線グラフで表した。また週別発生として5年間分を折れ線グラフで表した。ブロック別年別推移は5年間について、同一スケールの棒グラフで表示した。年齢（群）

別割合は、5年間の比較を図示した。

性感染症は性別を示し、梅毒は顕性と潜在性を区別して報告を受けているが、過去との比較で総数のみを表している。10年間の年次別・性別・月別推移、年次別・性別・疾病別百分比、5年間のブロック別年別推移、年齢別推移を図示した。

結核は福岡県保健医療介護部のデータにより、全国情報も含めて、独自の図・表を多数示し、解析した。年別発生の推移、年齢別、地域別、潜在性結核感染症の発生の推移、活動性結核の内容、医療面の情報などを図表化してある。

各疾病の解説は、各編集委員が分担して、要点を簡潔に記載した。それぞれの発生推移、季節、地域性、年齢的特徴、性別、合併症、予防接種との関連、定点からの病原体情報などを中心に述べた。

参考資料

感染症発生動向調査事業実施要綱、医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準、検査結果コード表、令和4年通知文書一覧を掲載している。

2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表

1. インフルエンザ [小児科・内科定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より内科定点と小児科定点から報告を受けている。なお、報告を求めるインフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）とは、「症状、所見から当該疾患が疑われ、かつ、突然の発症、高熱、上気道炎症状、全身倦怠感等の全身症状のすべてを満たすか、満たさなくても迅速診断キットによる抗原の検出」となっている。A（H1N1）pdm09亜型は、平成21年4月28日に新型インフルエンザとして全数把握対象感染症になったが、平成21年7月24日からは定点把握へ移行され、季節性インフルエンザと同様に報告がなされている。

令和4年の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は8.6（1,702人）で、前年の0.1（12人）から増加した。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和4年（2022年）まで、それぞれ、199.6、64.2、246.1、285.9、179.8、344.5、220.4、356.6、186.4、804.6、47.6、438.7、359.8、286.6、436.4、338.4、450.1、443.9、489.5、436.4、126.0、0.1、8.6で、これまでで最も少なかった昨年に次ぐ少なさだった。

福岡県では、2020/21年シーズン以降流行はみられていなかったが、令和4年（2022年）8月と9月に少数の報告があり、その後2022/23年シーズンの流行の兆しとして第51週に定点当たりの患者数が1.0を超えた。

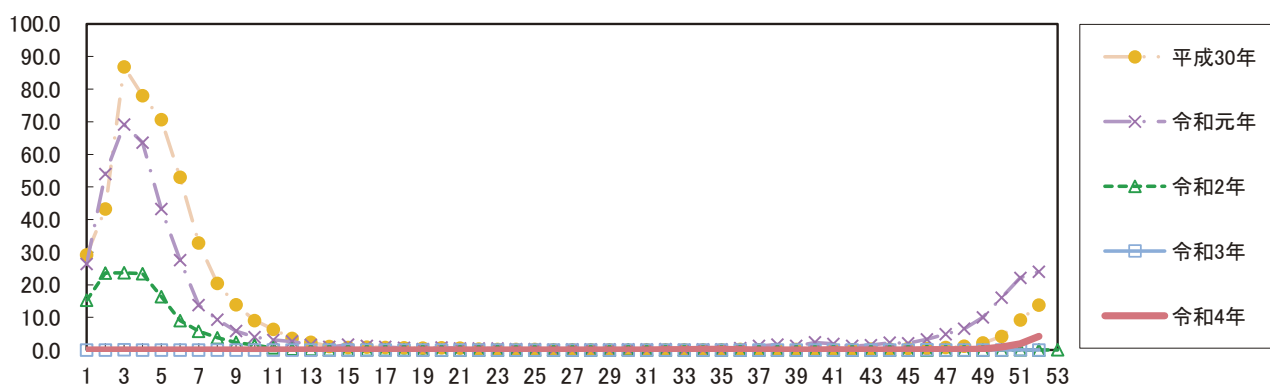
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州7.2（310）[北九州市8.1（285）]、福岡10.2（972）[福岡市13.9（708）]、筑豊11.4（228）、筑後4.8（192）で、各地区とも令和2年以前に比較すると非常に少なかった。

年齢別の患者数は、1歳～9歳までが全体の51.8%を占め、60歳以上の割合は1.7%で、令和2年以前と比較して、小児が多い傾向はほぼ同様で、高齢者はやや少ない傾向であった。男女比は1.19で、男性がわずかに多かった。

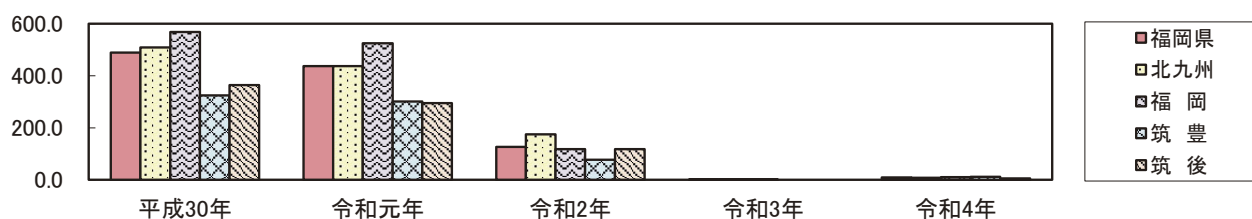
福岡県で、令和4年に分離されたインフルエンザウイルスは7件で、分離された時期は7月、8月と12月であり、全てA/H3型であった。

全国情報では、令和4年（2023年）第25週から第37週に少数ながらA/H3型が分離され、さらに第49週以降に分離されるウイルスが増加し、その殆どがA/H3型で、A/H1pdm型とB型（ビクトリア系統）もわずかに分離されている。B型（山形系統）は検出されていない。世界的にもB型（山形系統）は見られていない。国内の抗インフルエンザ薬耐性ウイルスサーベイランスでは令和4年に耐性ウイルスは報告されていない。

インフルエンザの流行は世界でも再び観察されるようになってきている。今後、新型コロナウイルス感染症出現以前のレベルでの世界的な流行を起こす可能性が考えられる。



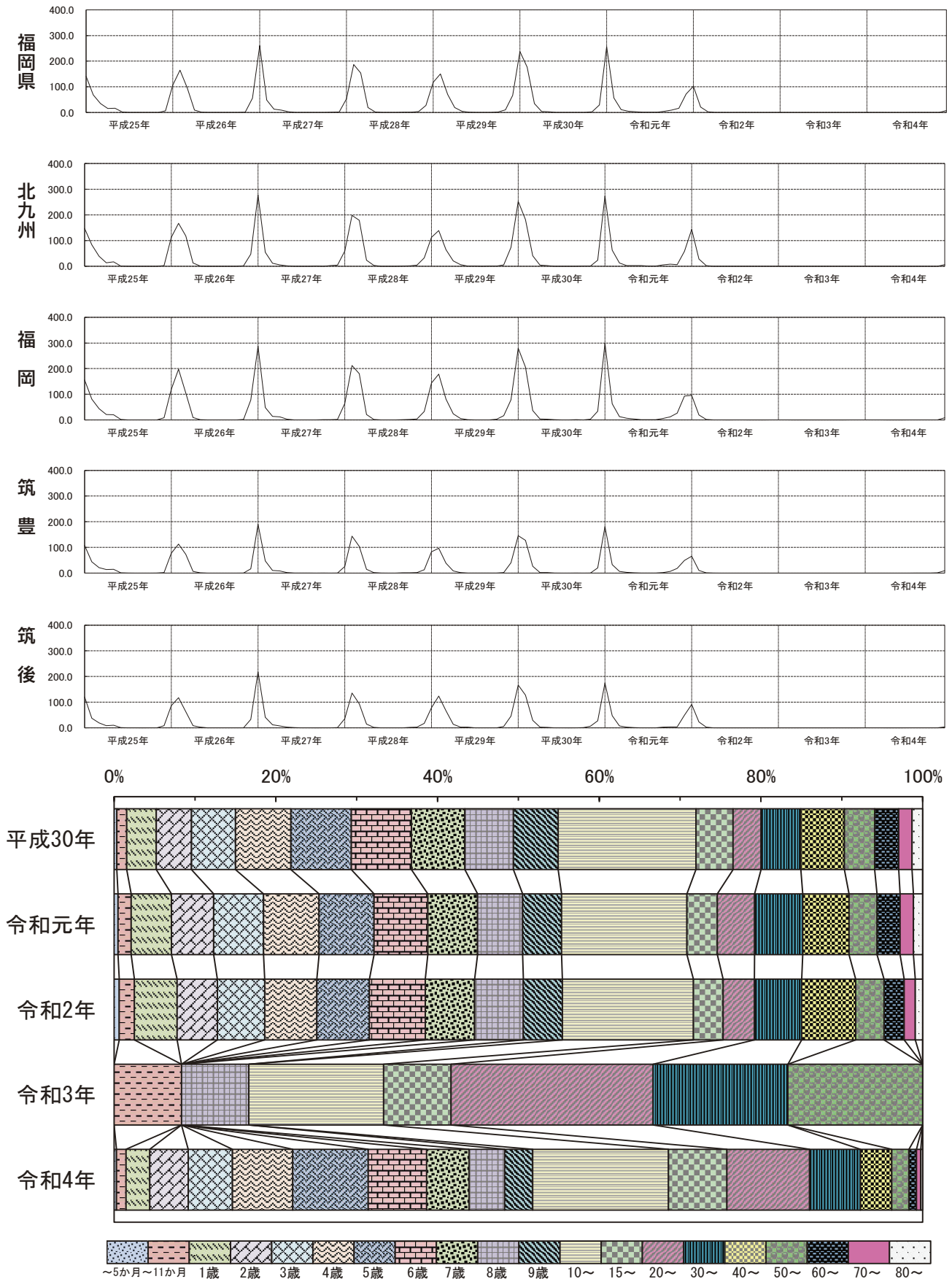
インフルエンザの1定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



2. RSウイルス感染症 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により五類感染症に指定され、平成16年より小児科定点から報告を受けている。報告を求めるRSウイルス感染症とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断がなされたもの」である。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は55.7（6,688人）で、前年の114.9（13,790人）の48%であった。1定点当たり患者数は、平成16年（2004年）から令和4年（2022年）までそれぞれ6.8、9.2、17.2、30.2、37.0、29.7、46.1、31.7、62.7、47.5、44.4、55.6、52.0、69.6、54.8、66.9、6.1、114.9、55.7と推移した。平成24年以降は高いレベルの報告が続いていたが、令和2年は過去最少、そして令和3年は反転して過去最多、令和4年は前年から半減しているが例年並みの報告数であった。

温帯地域ではもともと冬期の疾病で、月別発生では12月をピークとしていた。2012/13シーズン（平成24年度）から8年連続で9月にピークを示し、夏から秋の流行となっていたが令和2年は流行自体がなくなった。令和3年は4月をピークとした大きな流行があり、その後令和3年12月から令和4年2月に小さなピーク、さらに令和4年7月から10月に小さくなだらかな山を作った。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州54.2（1,573）〔北九州市49.8（1,195）〕、福岡65.3（3,656）〔福岡市64.8（1,880）〕、筑豊45.5（546）、筑後39.7（913）と各地区減少した。

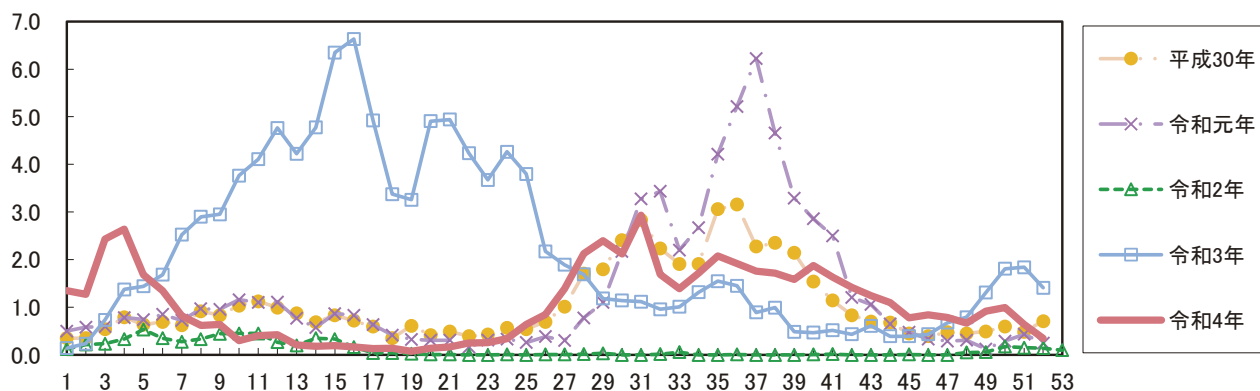
罹患年齢は0～5か月10.1%、6～11か月14.1%、1歳37.6%、2歳20.5%、3歳11.2%、4歳4.2%、5歳1.7%、6歳0.5%、7歳0.1%、8歳0.0%、9歳0.0%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20歳以上0.0%であった。1歳当たり換算では1歳（前々年までは6～11か月）が最も多く、3歳未満が82.2%（前年80.0%）と大部分を占めているが、以前に比べて0～5か月、6～11か月が減少し、2歳以上が増加している。年齢構成では0歳、1歳が大部分を占め、15歳以上は2人（前年16人、前々年0人、3年前2人）であった。

なお、RSウイルス迅速診断検査の健康保険適用は、入院患者の3歳未満であったが、平成18年4月に入院患者で年齢制限がはずされ、さらに平成23年10月17日からは、外来患者も1歳未満の乳児、及びパリビズマブ製剤の適用となる患者にも拡大された。

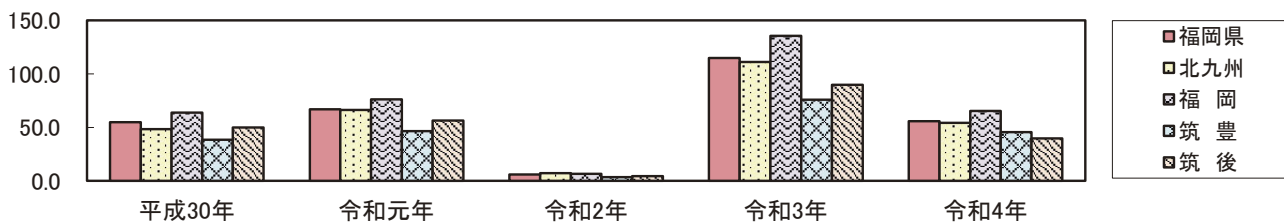
男女比は1.09（男3,486人、女3,202人）で男女差はなかった。

検査情報では18検体（前年24、前々年9、3年前19、4年前41検体）からRSウイルスが2件、ライノウイルスが2件、コクサッキーA6型が1件検出された。

週報には入院の報告は多く、2回目の感染例もある。保育園等の施設内での流行（集団発生）や家族感染の報告もある。キット陽性報告は従来から上記の健康保険適用ではない対象患者にも多数実施され、報告があがっている。



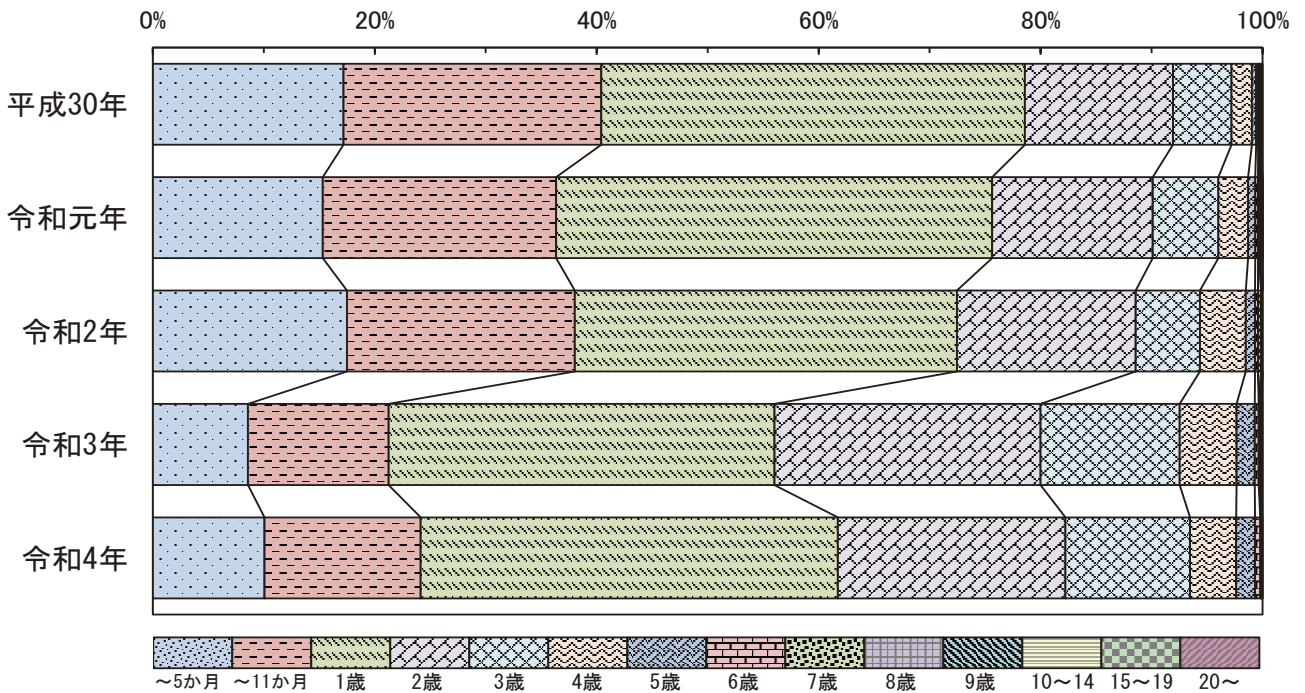
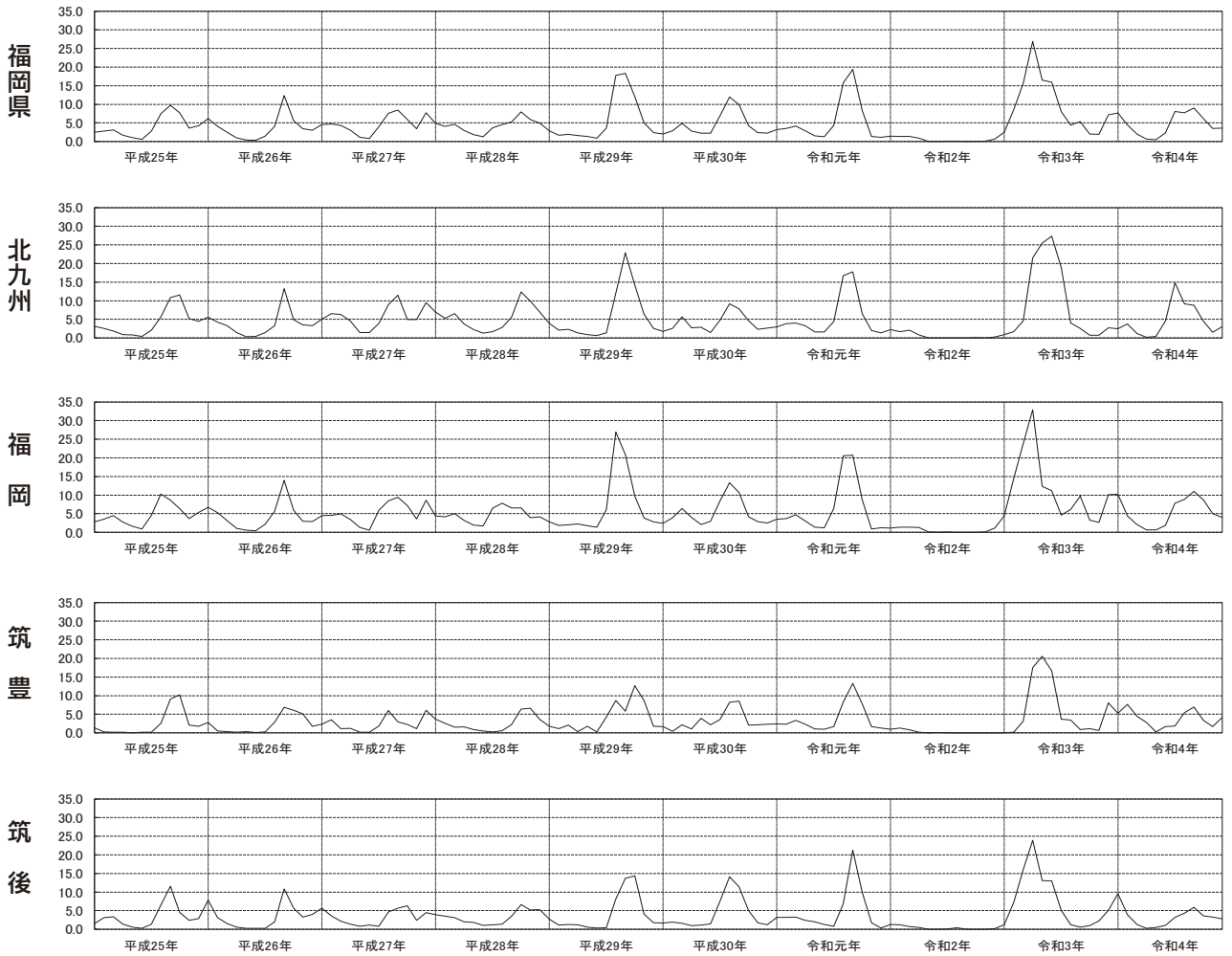
RSウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



RSウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

RSウイルス感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3. 咽頭結膜熱 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。報告を求める咽頭結膜熱とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、発熱、咽頭発赤、結膜充血の基準を全て満たすもの」である。診断キットなどの検査は必須ではない。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は13.0（1,557人）で、前年の21.6（2,591人）の60%であった。1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和4年（2022年）までそれぞれ7.1、3.8、13.6、9.8、15.0、6.0、3.9、4.5、4.5、5.4、2.7、5.2、1.8、11.3、3.1、2.8、5.0、9.5、6.7、5.2、8.3、6.2、22.2、12.8、28.9、35.5、18.2、29.2、18.9、21.4、28.2、31.4、41.3、22.3、32.7、36.0、28.3、37.6、36.9、18.1、21.6、13.0であった。平成30年、令和元年と報告数が多かったが、令和2年は半減し、令和3年はやや増加、令和4年は再び減少し、以前よりは少ない。

月別発生では従来夏にピークを示す疾患であったが、平成21年（新型インフルエンザ流行年）からは夏のピークがほとんど見られず、かつ12月に多発の傾向となっていた。平成24年以降は夏の多発が見られるが以前ほど顕著ではなく、かつ、12月の多発傾向も同時に見られていた。令和2年は夏のピークが消失、今年は夏期に小さなピークを示した。

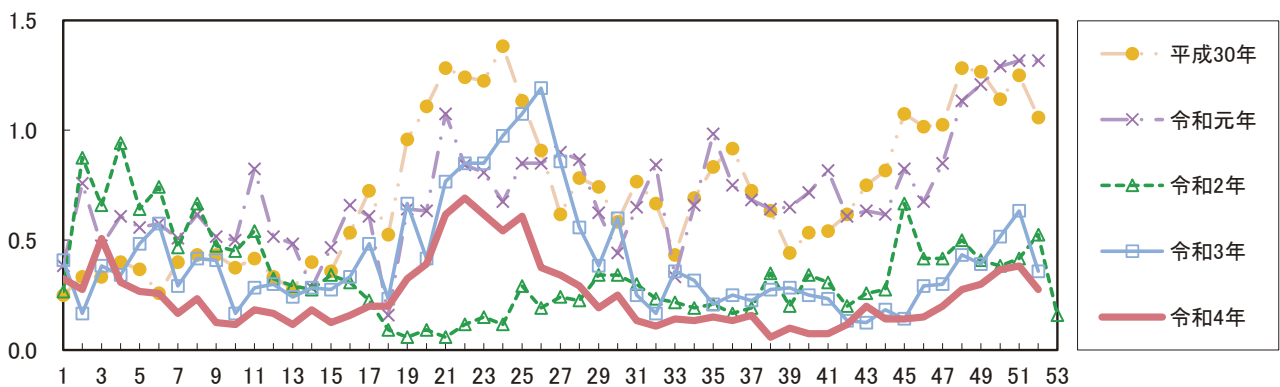
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州5.9（171）〔北九州市5.7（137）〕、福岡18.8（1,055）〔福岡市17.6（509）〕、筑豊4.0（48）、筑後12.3（283）で、各地区減少し、筑豊、北九州地区は少ない。

罹患年齢は0～5か月0.5%、6～11か月11.1%、1歳40.7%、2歳19.5%、3歳13.3%、4歳6.3%、5歳3.9%、6歳1.4%、7歳1.0%、8歳0.4%、9歳0.5%、10～14歳1.0%、15～19歳0.1%、20～29歳0.0%、30歳以上0.4%と分布した。小児の疾病であり、年次変化は少ないが1歳、2歳が増加している。1～5歳が多く、83.6%、10歳未満が98.5%を占め、10歳以上は少なかった。なお、1歳が最も多く、今年は40.7%（633人；前年40.1%）であった。0～5か月は8人（前年21人）、6～11か月は173人（同294人）で、0歳児では0～5か月は少ない。

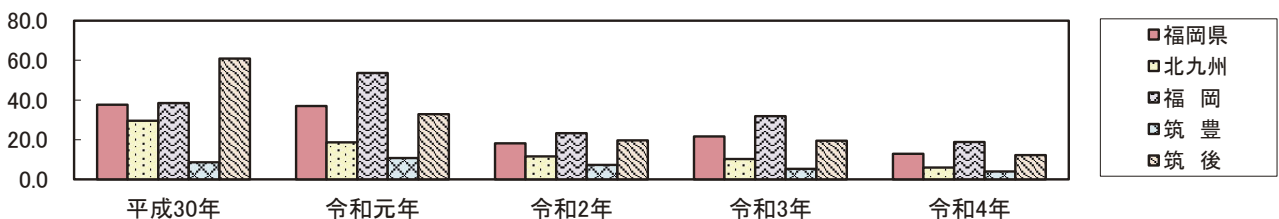
男女比は1.14（男831、女726）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるとされ、複数の型のアデノが原因となる。本県の検査情報では今年には16検体が提出され、アデノ2型が1件検出された。

咽頭用アデノウイルス迅速診断キットが臨床現場で多数使用され、週報には咽頭結膜以外にも咽頭扁桃炎などにキット陽性が報告されている。



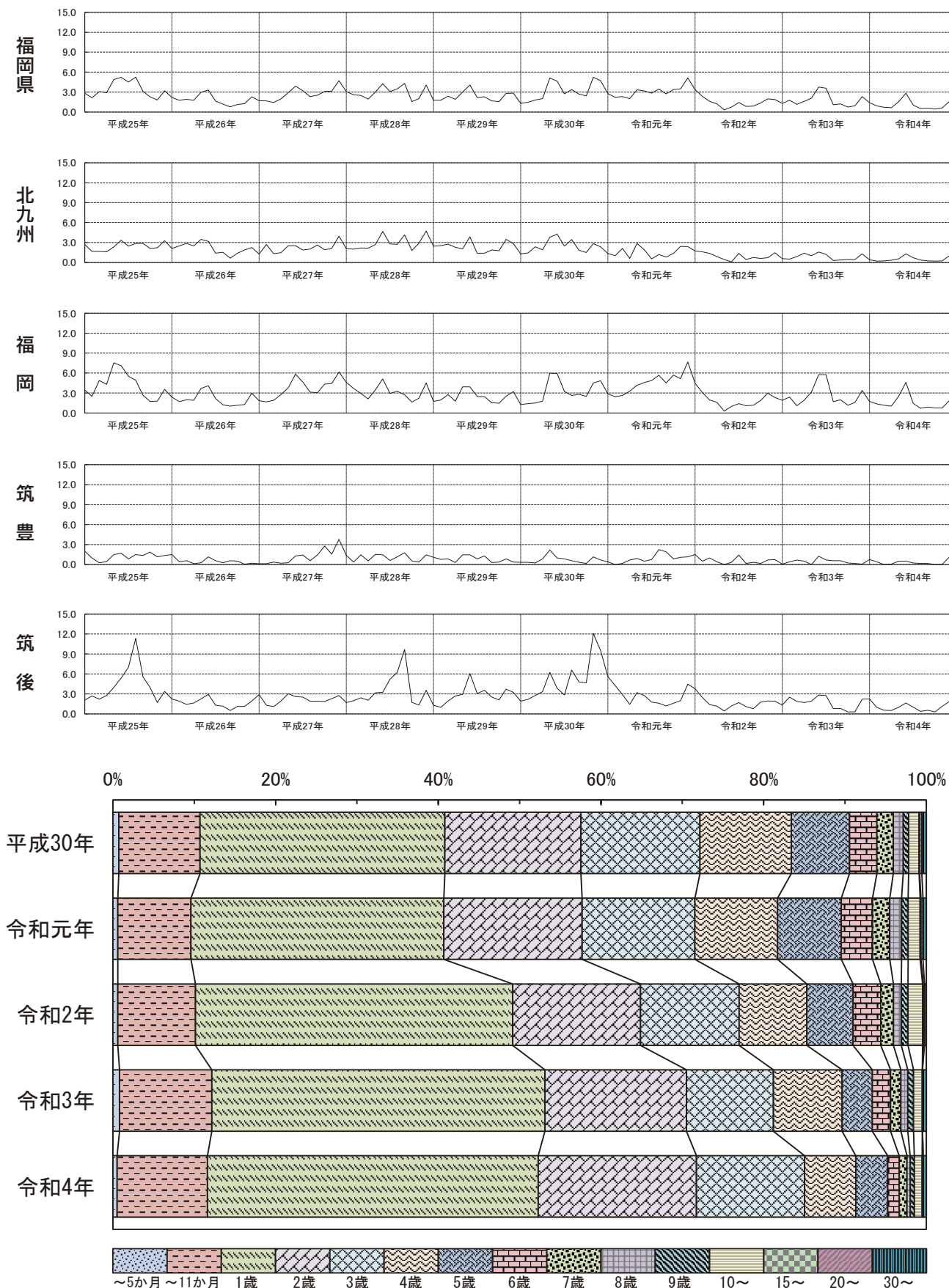
咽頭結膜熱の1定点当たりの週別報告数推移



咽頭結膜熱のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

咽頭結膜熱

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



4. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は49.3（5,919人）であった（前年比0.54）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、23.1、24.4、29.7、28.5、23.3、16.3、19.4、32.7、24.5、17.1、29.0、29.0、32.4、56.8、30.8、27.3、45.5、40.0、36.4、48.0、69.5、84.7、70.9、94.9、77.4、101.5、82.8、103.5、77.5、73.1、114.7、101.3、107.6、159.2、173.0、153.2、181.8、165.1、193.9、154.6、90.7、49.3で、2年連続減少し、過去10年間では最も少なかった。

季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区8.2（238）[北九州市8.0（192）]、福岡地区76.1（4,262）[福岡市92.0（2,668）]、筑豊地区9.4（113）、筑後地区56.8（1,306）で、全地区減少したが、北九州地区の減少が目立った。

全国的には、北海道、岩手県、新潟県、京都府、鳥取県、山口県、福岡県、佐賀県、宮崎県が多かった。

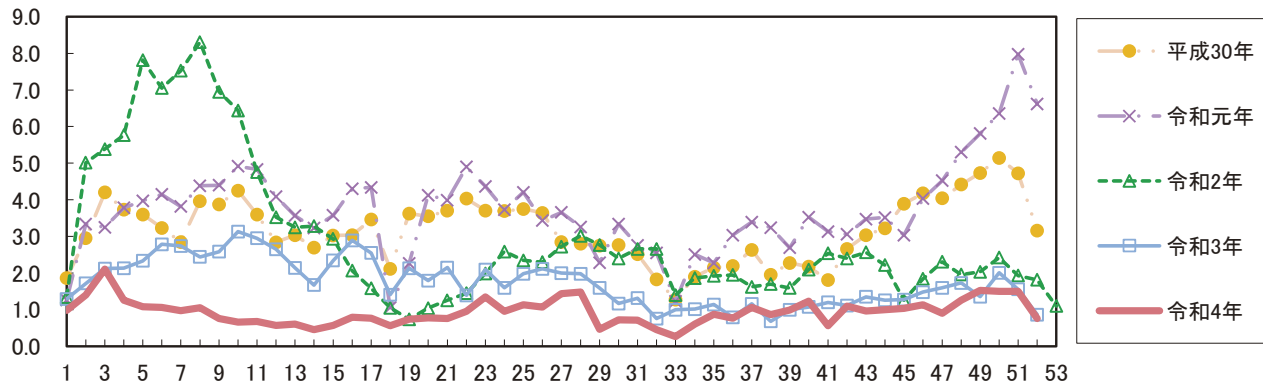
罹患年齢は0歳1.5%、1歳7.6%、2歳10.7%、3歳12.8%、4歳12.8%、5歳11.5%、6歳9.4%、7歳8.2%、8歳6.7%、9歳4.7%、10～14歳12.4%となり、年齢層に大きな変化はなかった。

男女比は1.16で昨年と比較して変化はなかった。

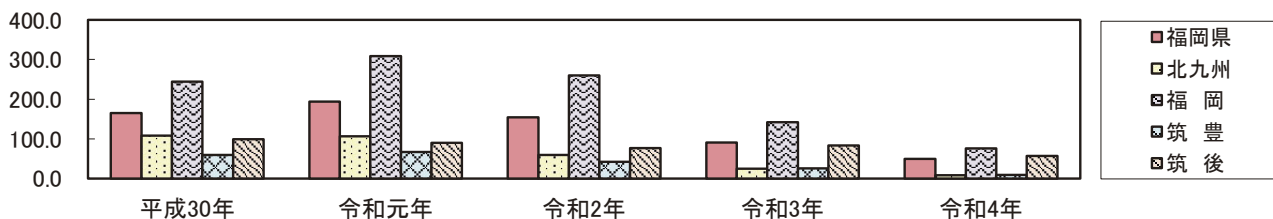
発疹を伴った例は36例（前年63例）であった。年齢は、0歳1例（前年0例）、1歳1例（同5例）、2歳4例（同11例）、3歳7例（同14例）、4歳9例（同11例）、5歳8例（同8例）、6歳3例（同5例）、7歳1例（同3例）、8歳0例（同1例）、9歳1例（同1例）と、2～9歳までで85.8%（同91.7%）を占めた。再燃が2例（前年3例）、2回目の感染5例（前年31例）、3回目2例（同17例）、4回目0例（同12例）、5回目1例（同8例）が報告された。

合併症の報告はなかった。

併発症は、アデノウイルス感染症1例（昨年10例）、ヒトメタニューモウイルス感染症1例であった。



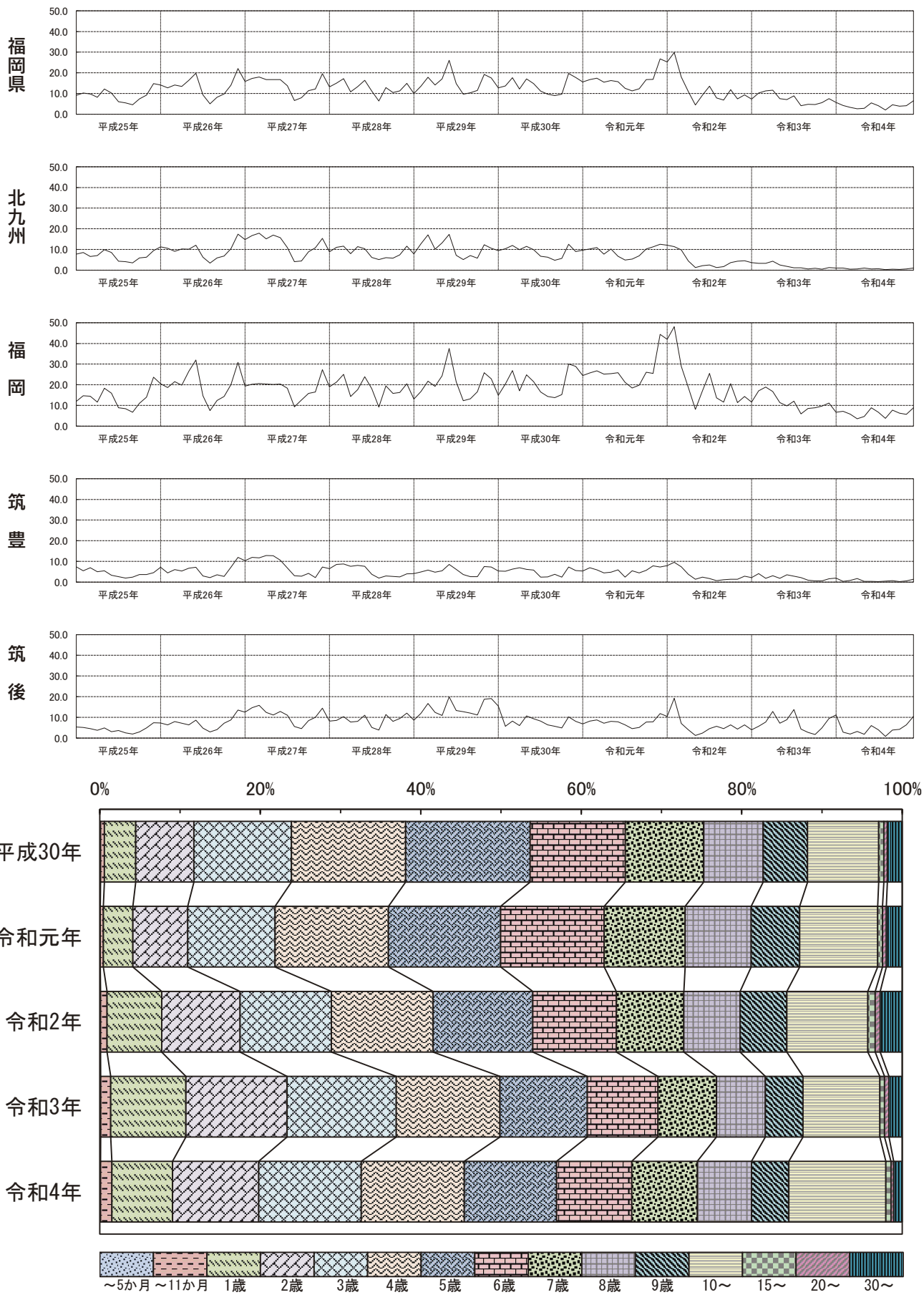
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の1定点当たりの週別報告数推移



A群溶血性レンサ球菌咽頭炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



5. 感染性胃腸炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。平成11年までは0～3歳の臨床的にロタウイルス感染症を疑う胃腸炎を乳児嘔吐下痢症、それ以外は感染性胃腸炎として報告されていたが、両疾病を1疾病に集計し直して統計データを作成した。原因の届出は義務ではないが、定点から任意に報告を受けた原因菌などは集計し、表にまとめた。定点から報告を受けた3類感染症の細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症も含まれている。

福岡県の内科・小児科・眼科疾病の総報告数中では感染性胃腸炎が55.8%（前年32.8%、前々年31.4%）を占め、今年もインフルエンザの報告が少なかったため前年同様に総報告数で第1位（定点当たり患者数でも第1位）であった。感染性胃腸炎の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、今年274.1（32,896人）、前年240.3（28,840人）で、前年の114%であった。1定点当たりの患者数は昭和62年（1987年）から令和4年（2022年）までそれぞれ264.1、312.5、282.2、253.4、284.8、251.5、290.3、349.5、388.3、342.4、364.3、356.6、354.5、495.6、417.9、428.3、429.4、449.9、404.3、469.0、452.5、444.1、331.5、478.9、385.1、489.1、404.9、416.5、410.9、407.6、390.5、407.1、342.5、230.2、240.3、274.1と推移し、令和2年、3年は報告数が少なく、令和4年はやや増加したが、以前に比べるとまだ少ない。

季節的には、従来冬と春先にピークを示していた。最近は春先の発生はなだらかな山となり以前のような流行のピークが目立たなくなったが、令和2年からは春先の流行が消失し、令和4年は夏期の報告が目立った。

地区別発生では1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州314.8（9,130）〔北九州市336.2（8,068）〕、福岡276.3（15,472）〔福岡市205.1（5,948）〕、筑豊170.8（2,050）、筑後271.5（6,244）で、前年と同様の傾向を示した。

罹患年齢は0～5か月0.9%、6～11か月7.2%、1歳19.3%、2歳15.9%、3歳12.5%、4歳9.7%、5歳7.5%、6歳5.4%、7歳3.8%、8歳3.0%、9歳2.6%、10～14歳7.5%、15～19歳1.4%、20～29歳1.1%、30歳以上2.1%で、年齢分布に大きな年次変化はない。0～3歳は55.9%（前年53.9%、前々年51.6%）で、1歳が最も多い。0歳も多いが、0～5か月は0.9%と少ない（「患者数」は306人）。

男女比は1.15（男17,610人、女15,286人）で男

がやや多かった。

定点から報告された病原体（表）のうち細菌ではカンピロバクターが791例（前年917例、前々年957例、3年前663例、4年前907例、5年前905例）と変動している。推定食品として鳥刺、鳥タタキ、鳥砂ズリ刺、レバ刺、焼き鳥、バーベキューなどが報告されている。薬剤感受性が報告されたカンピロバクターは4株で、各々1株がCPFX、LVFX、NFLX、FOMに耐性であった。サルモネラは108例（前年169例、前々年148例、3年前92例、4年前113例、5年前95例）であった。群別ではO4群48例、O7群17例、O8群6例、O9群16例等で、今年もO4群が最も多かった。腸管出血性大腸菌（EHEC）は20例（前年20例、前々年25例、3年前10例、4年前19例、5年前22例）で、O血清型はO26型4例、O111型2例、O157型8例などであった。その他の大腸菌が多数報告されたが、ほとんどの病原性因子は明らかではない。

ウイルスではロタウイルスが19例（前年15例、前々年25例、3年前1,386例、4年前867、5年前1,588例）で令和2年から非常に少ない。年齢不詳を除き3歳以下が84%（前年54%、前々年64%、3年前76%、4年前78%、5年前76%、6年前90%、7年前86%）と多数を占める。前年までは3歳以下が減少し、年長児、成人例が増加の傾向であったが、今年再び3歳以下が増加した。ノロウイルスは定点から803例（前年498例、前々年1,197例、3年前946例、4年前773例、5年前744例）と再び増加した。年齢不詳を除き3歳以下が87%（前年86%、前々年88%、3年前83%、4年前83%、5年前87%、6年前88%、7年前88%）で、小児科定点からの報告のためか乳幼児が多く、ロタウイルスのような年齢分布の変動は見られない。なお、ノロの検査キットは健康保険適用ではなかったが、平成24年4月から3歳未満、65歳以上、悪性腫瘍、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者には適用となった。

その他、各研究所からロタウイルスが0件（前年0件、前々年0件、3年前20件、4年前14件、5年前33件）、ノロウイルスが12件（前年5件、前々年8件、3年前13件、4年前33件、5年前41件）、サポウイルスが1件（前年1件、前々年0件、3年前7件、4年前13件、5年前10件）、アストロウイルスが1件（前年2件、前々年2件、3年前1件、4年前11件、5年前11件）など検出された。

表 定点（令和4年120定点）から報告された感染性胃腸炎の病原体

病原	年齢																計
	0~5 か月	6~11 か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10~ 14歳	15~ 19歳	20~ 29歳	30歳 以上	不詳	
<i>Campylobacter</i> ^{*1}		5	12	18	40	34	30	53	78	72	66	317	51	13	2		791
<i>Salmonella</i> ^{*2}	O4群	1		4	2	2	4	4	2	2	4	8			1		34
	O7群		1	3	1	1	2	2		2		4		1			17
	O8群								2		1	2		1			6
	O9群			1		2	1		3	3	2	3	1				16
	群不詳・その他	2		6	1	3	1	6	3	2	1	1	8		1		35
<i>Yersinia</i>				4	2			2		1	1	5	1				16
<i>Aeromonas</i>			2	1		1						2	6				12
<i>V. cholerae</i> non-O1									1								1
<i>B. cereus</i>												1					1
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	3	3		2							1	1				11
EHEC	O26,VT(+)			2					1		1						4
	O55,VT(+)										1						1
	O111,VT(+)						1							1			2
	O115,VT(+)				1												1
	O121,VT(+)									1							1
	O153,VT(+)											1					1
	O157,VT(+)			1	3		1	1				2					8
	O血清型不明											2					2
その他の <i>E. coli</i>	6	18	32	27	23	4	8	7	5	7	4	33	4				178
Rota virus ^{*3,5}		3	6	3	4	1	1				1						19
Adeno virus ^{*4,5}	15	69	96	45	30	26	8	1	4								294
Noro virus ^{*5}	12	108	342	158	65	35	28	10	8	5		7	1		6	18	803
Rota virus（検査） ^{*6}																	0
Adeno virus（検査） ^{*6}		2	2	2		1											7
Noro virus（検査） ^{*6}		1	8	3													12
Sapo virus（検査） ^{*6}	1																1
Astro virus（検査） ^{*6}			1														1

*1 *Campylobacter*と同時感染例：3例に*Salmonella*、1例にEHEC O157,VT(+)

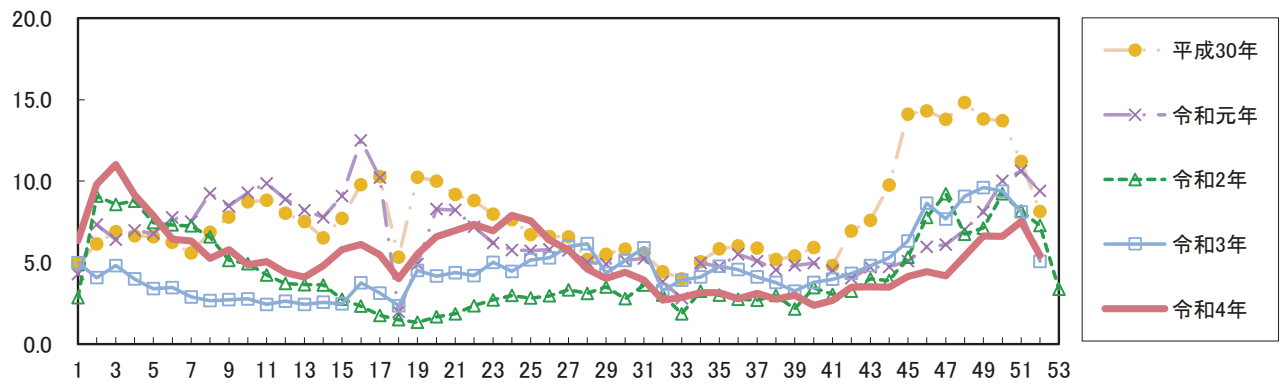
*2 *Salmonella*と同時感染例：1例に*Yersinia*

*3 ロタと同時感染例：1例にノロ

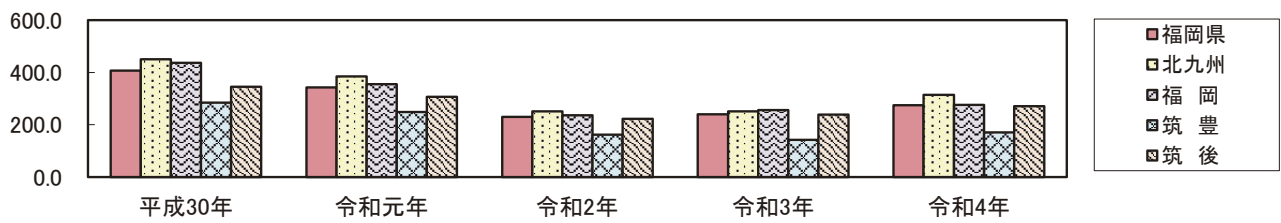
*4 アデノと同時感染例：1例にノロ

*5 定点からの情報による

*6 検査情報による



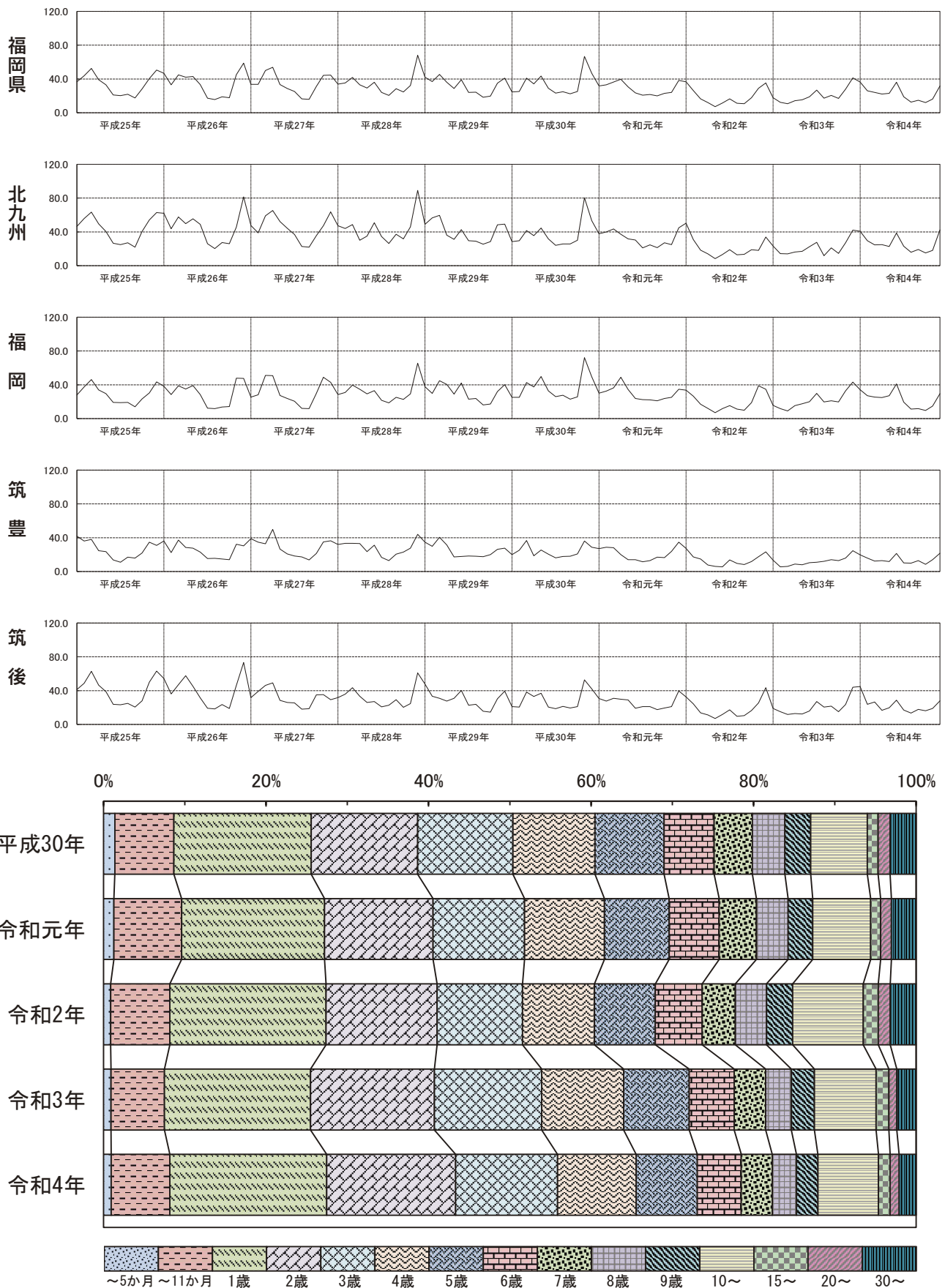
感染性胃腸炎の1 定点当たりの週別報告数推移



感染性胃腸炎のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

感染性胃腸炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



6. 水 痘 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は5.5（658）であった（前年比0.69）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、193.2、143.3、166.3、133.9、154.4、153.2、157.0、113.8、113.4、86.0、122.6、103.5、99.9、107.3、86.2、96.2、85.2、84.1、87.0、118.2、121.4、117.1、117.2、112.1、106.6、119.1、102.6、99.5、96.3、108.3、109.3、83.9、91.7、75.4、32.0、26.3、28.0、23.2、27.6、17.6、7.9、5.5で調査開始後、最も少なかった。

平成26（2014）年10月から開始されたワクチンの定期接種化の効果で、冬季の流行がなくなった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区4.9（142）[北九州市5.1(122)]、福岡地区6.4(356)[福岡市6.3(182)]、筑豊地区2.3（28）、筑後地区5.7（132）であった。全地区減少した。

全国的に秋田県、岩手県、富山県、石川県、滋賀県、高知県、福岡県、熊本県、宮崎県が多かった。

罹患年齢は、0歳5.5%（昨年4.0%）（6～11か月4.9%（同3.3%）、1歳12.5%（同10.8%）、2歳6.2%（同8.2%）、3歳6.4%（同8.4%）、4歳7.3%（同10.0%）で4歳までが37.8%（昨年41.5%）とわずかに減少した。定期接種となっていなかった2013年と今年の年齢別割合の比は、1歳0.58（2022年12.5/2013年21.6）、2歳0.31（同6.2/20.0）、3歳0.38（同6.4/16.7）、4歳0.56（同7.3/13.1）と5歳未満は大きく減少し、定期接種の効果を確認できる。一方、8歳6.71（同9.4/1.4）、

9歳12.0（同9.6/0.8）、10歳～14歳12.2（同15.8/1.3）となり定期接種の対象外である10歳以上では、定期接種化の効果は認められていない。

男女比は1.19であった。

家族の帯状疱疹が感染源と推定された13例（祖父1例、祖母2例、母親3例、父親6例、同胞1例）が報告された。水痘が感染源と推定されたのが5例で父親1例、兄1例、妹1例、弟1例、双子1例であった。同じ小学校での流行で8例の報告があった。

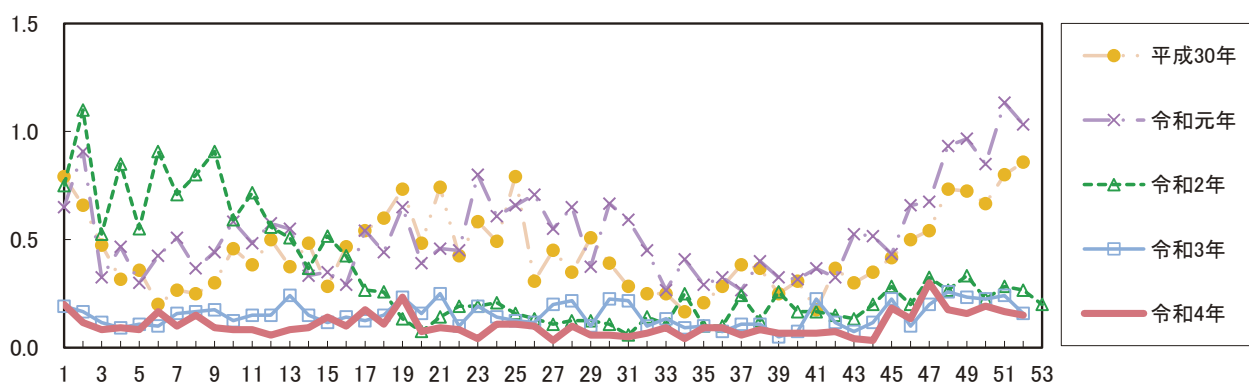
併発症の報告はなかった。

ワクチン接種後の罹患報告例は、314例（昨年388例）と減少した（前年比0.81）。罹患年齢は、1歳11.5%（昨年9.3%）、2歳5.4%（同8.8%）、3歳5.1%（同8.5%）、4歳7.0%（同11.6%）、5歳7.6%（同12.6%）と5歳までで全体の36.6%（昨年50.8%）を占めた。頻度は、患者1,000人当たり477（昨年408）と昨年より増加した。

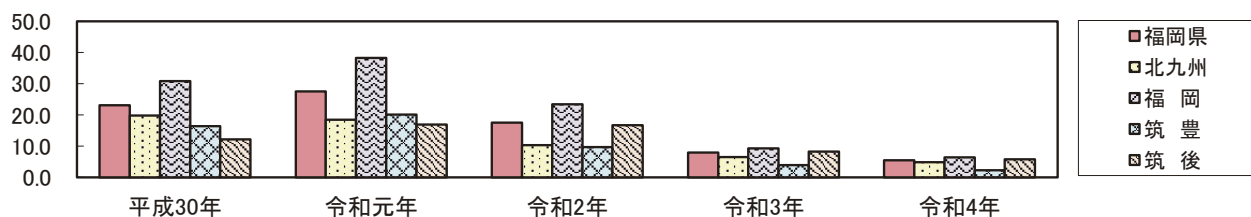
ワクチン接種後から発症までの期間は、1年以内16.6%（昨年13.4%）、1～2年以内4.1%（同11.3%）、2～3年以内4.8%（同9.5%）、3～4年以内8.9%（同10.6%）、4～5年以内7.6%（同12.9%）、5年以上は45.2%（同28.9%）となった。軽症が78.7%（昨年79.6%）であった。

平成26（2014）年10月から水痘ワクチンが定期接種化された。対象年齢は生後12か月から36か月までに2回接種する。2回目の接種で有効性が高まるとする報告が多い。

2回目の接種を忘れずに！



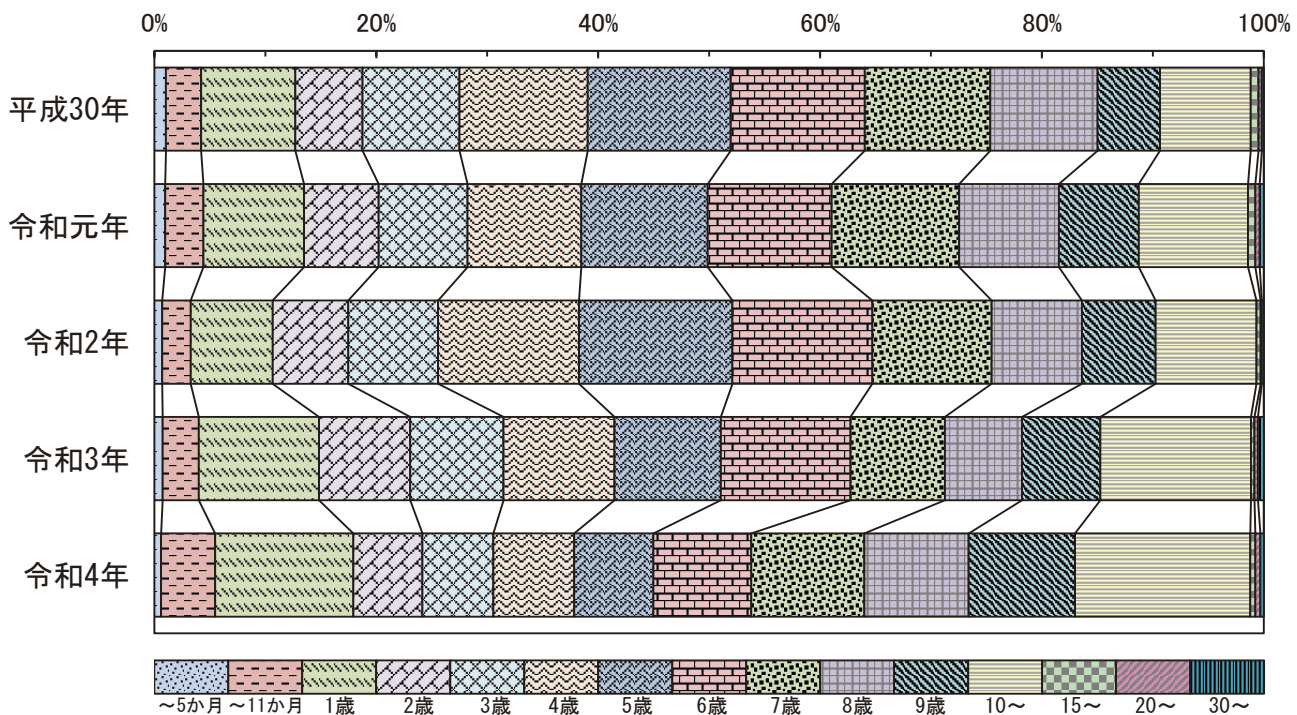
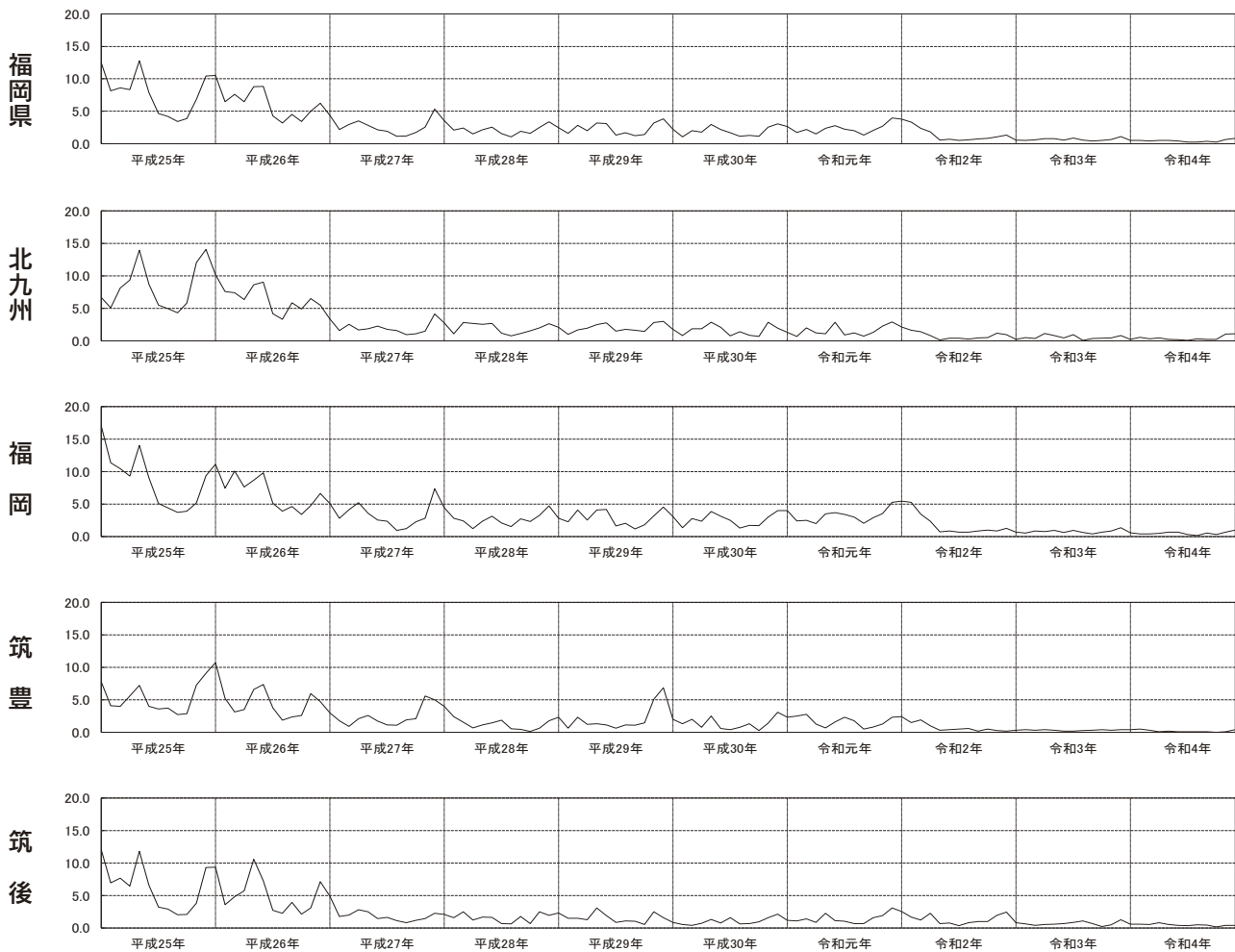
水痘の1定点当たりの週別報告数推移



水痘のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

水痘

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



7. 手足口病 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は31.6(3,789人)で、前年より減少した(前年比0.35)。昭和56年(1981年)からの1定点当たり年間報告数は、13.8、88.3、41.3、37.2、31.4、14.7、90.9、26.3、9.1、85.0、5.4、37.5、24.5、28.3、91.4、21.9、20.5、42.9、16.6、114.9、121.4、7.5、76.8、62.8、19.3、18.8、70.3、43.1、77.6、49.1、229.6、9.2、129.0、72.7、144.9、31.3、118.8、96.0、168.1、10.6、91.2、31.6と前年より減少した。

季節性は、流行年ほど目立たないが、9月～10月になだらかなピークが認められた。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区23.6(685)[北九州市23.2(557)]、福岡地区41.6(2,332)[福岡市44.6(1,294)]、筑豊地区18.1(217)、筑後地区24.1(555)で、4地区とも大きく減少した。

都道府県別では、山形県、宮城県、福島県、新潟県、埼玉県、東京都、千葉県、神奈川県、福井県が多かった。

年齢割合は、0歳10.2%(昨年10.1%)、1歳44.2%(同44.6%)、2歳23.4%(同25.7%)、3歳11.3%(同9.7%)、4歳5.7%(同5.1%)、5歳2.9%(同2.4%)、6歳1.1%(同1.1%)、7歳0.3%(同0.4%)、8歳0.3%(同0.2%)、9歳0.3%(同0.1%)、10～14歳0.2%(同0.2%)で、0～5歳までの乳幼児が97.7%(同97.6%)であった。

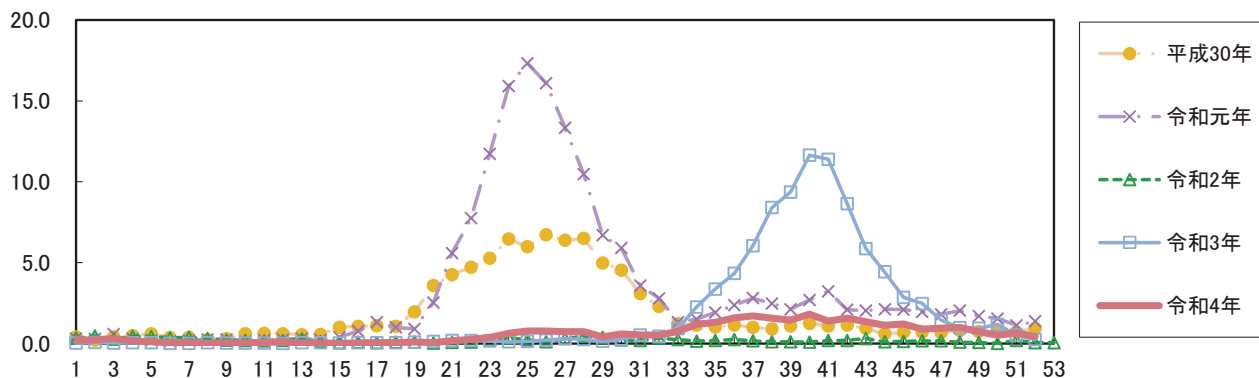
男女比は1.17であった。

保育園での感染が1件、同胞からの感染が2件報告された。

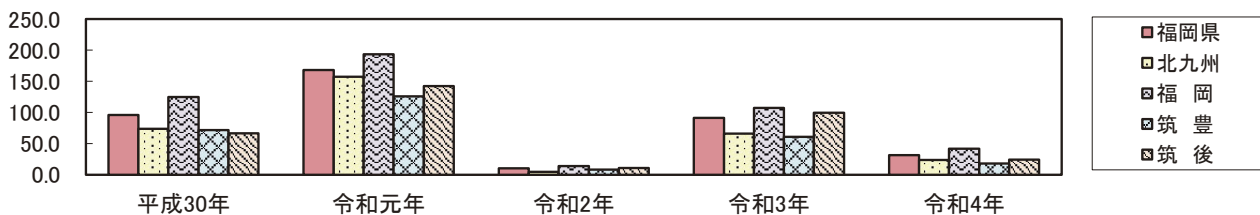
併発症の報告はなかった。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの30検体中12件からウイルスが検出された。コクサッキーウイルスA6型6件と昨年と同様に最も多く、次いでコクサッキーウイルスA10型が4件であった。

全国的にも、2022年は2021年と同様に、コクサッキーウイルスA6型が最も多かった。次いでコクサッキーウイルスA16型、A10型が多かった。



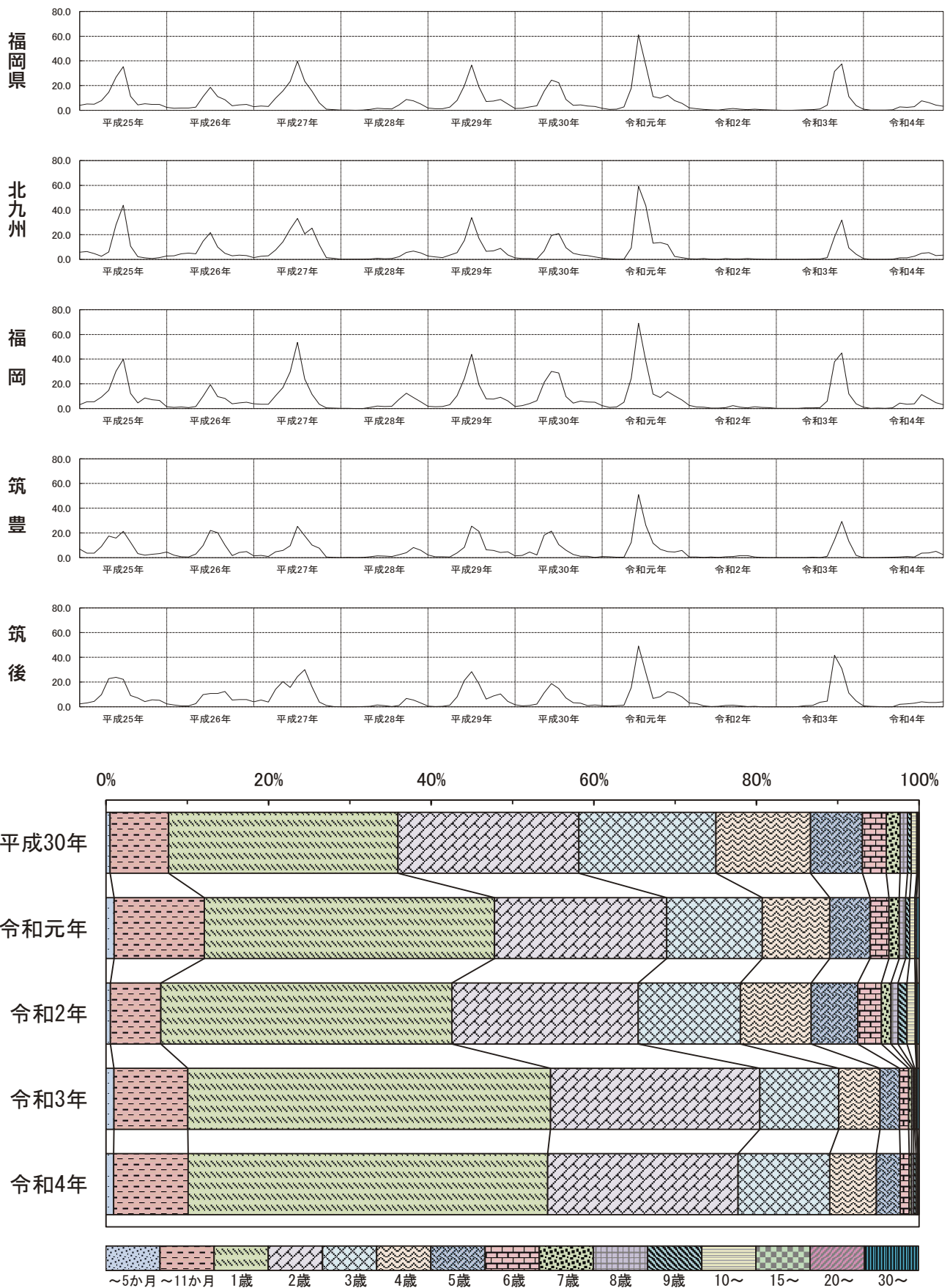
手足口病の1定点当たりの週別報告数推移



手足口病のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

手足口病

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



8. 伝染性紅斑 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.5（64人）で昨年より減少した（前年比0.63）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、42.6、13.0、6.0、1.5、0.7、8.6、69.3、3.8、1.1、1.6、17.6、43.2、3.3、2.5、12.4、30.9、10.0、7.1、9.0、15.8、37.0、8.7、4.4、13.8、38.0、19.5、11.4、3.1、1.4、41.9、37.3、1.6、1.1、4.4、44.0、17.4、2.9、7.1、64.8、9.2、0.9、0.5となり、調査開始後最も少なかった。

季節性は認められなかった。

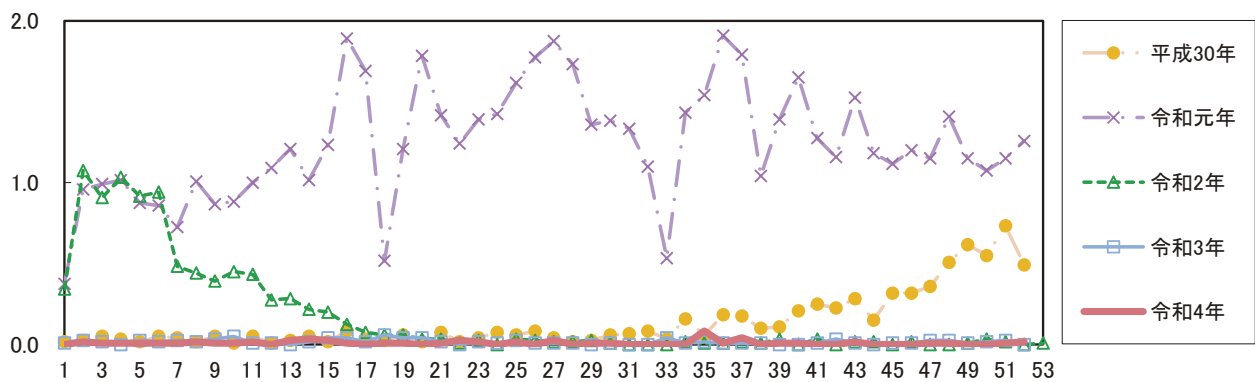
地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区0.6（18）〔北九州市0.3（8）〕、福岡地区0.5（28）〔福岡市0.6（18）〕、筑豊地区0.3（4）、筑後地区0.6（14）であった。

全国的には、青森県、岩手県、宮城県、福島県、新潟県、群馬県、埼玉県、福井県、愛媛県、高知県、大分県、熊本県、鹿児島県が多かった。

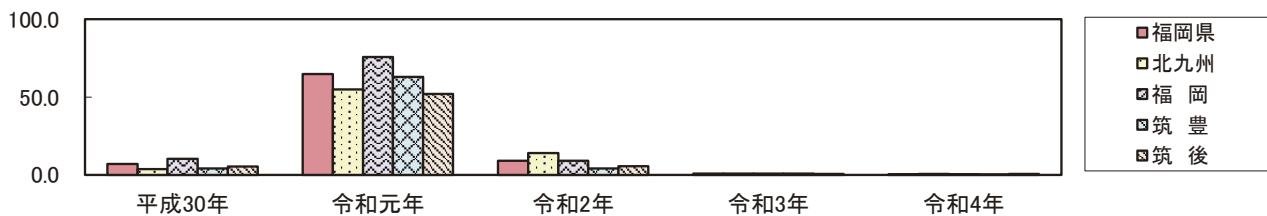
年齢割合は0～5か月0.0%（昨年0.0%）、6～11か月9.4%（同7.8%）、1歳18.8%（同20.6%）、2歳21.9%（同14.7%）、3歳7.8%（同10.8%）、4歳15.6%（同8.8%）、5歳10.9%（同18.6%）、6歳3.1%（同9.8%）、7歳7.8%（同1.0%）、8歳4.7%（同1.0%）、9歳0.0%（同3.9%）、10～14歳0.0%（同2.9%）、15歳以上0.0%（同0.0%）で、10歳未満が100%であった。

男女比は1.21であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



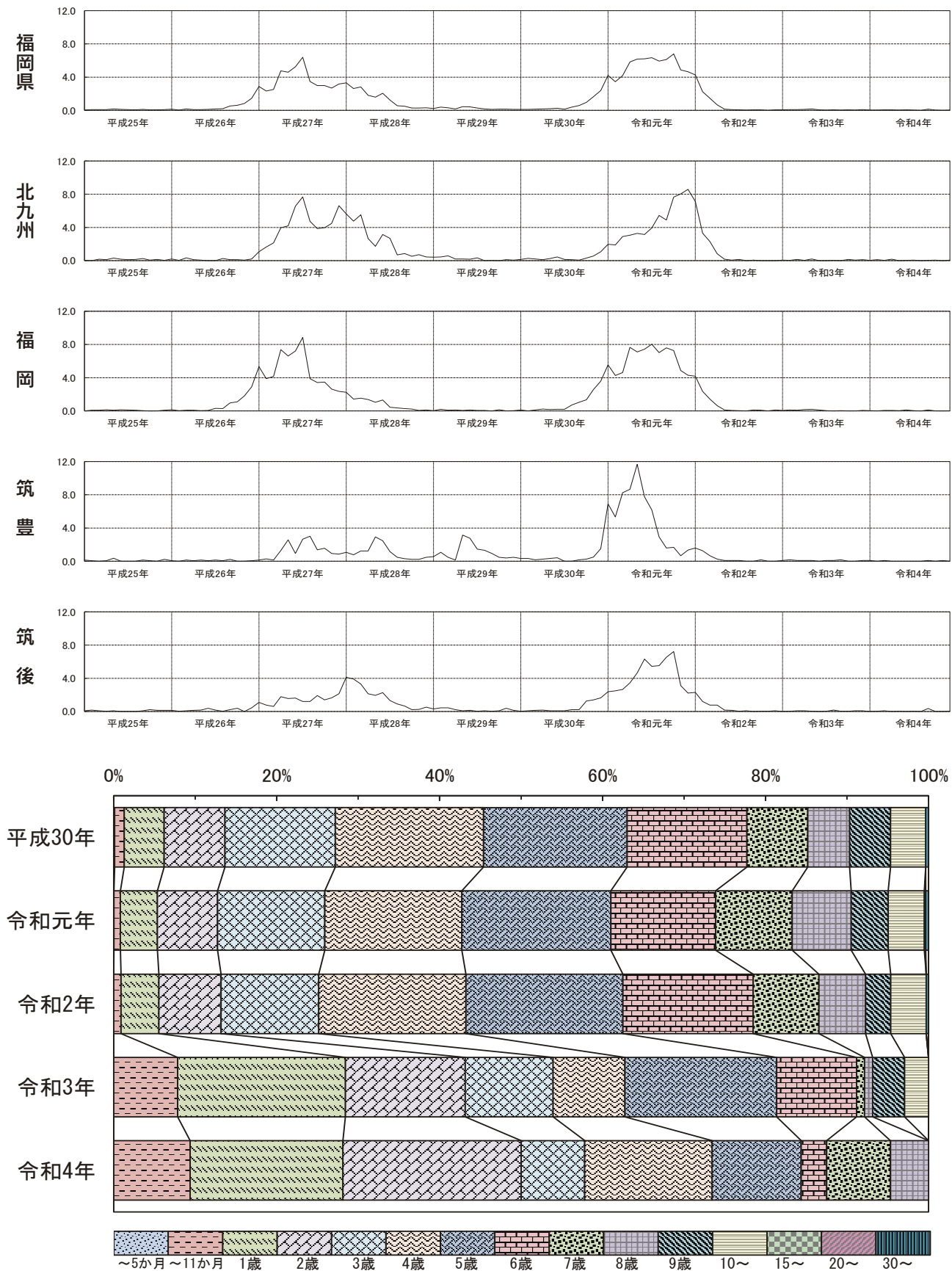
伝染性紅斑の1定点当たりの週別報告数推移



伝染性紅斑のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

伝染性紅斑

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



9. 突発性発しん [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は24.5（2,941人）で、前年よりやや減少した（前年比0.82）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、46.4、63.0、63.1、59.1、57.9、60.7、58.2、49.6、48.5、49.0、44.3、47.5、46.8、56.1、54.6、52.0、48.8、45.9、46.4、52.3、60.8、57.4、53.5、51.1、51.4、46.7、46.8、47.4、46.2、43.4、43.7、42.1、41.6、43.3、41.1、35.6、33.2、34.2、31.0、32.7、30.0、24.5で、調査開始後、最も少なかった。

本疾病はワクチンや抗ウイルス薬もないため、近年の減少の理由は不明である。本疾病の定点当たりの報告数の推移は報告システムの精度を表していると考えられており、今後の動向を注視していく必要がある。

休日の影響などによる週ごとの増減は、年末・年始、大型連休、お盆以外は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及

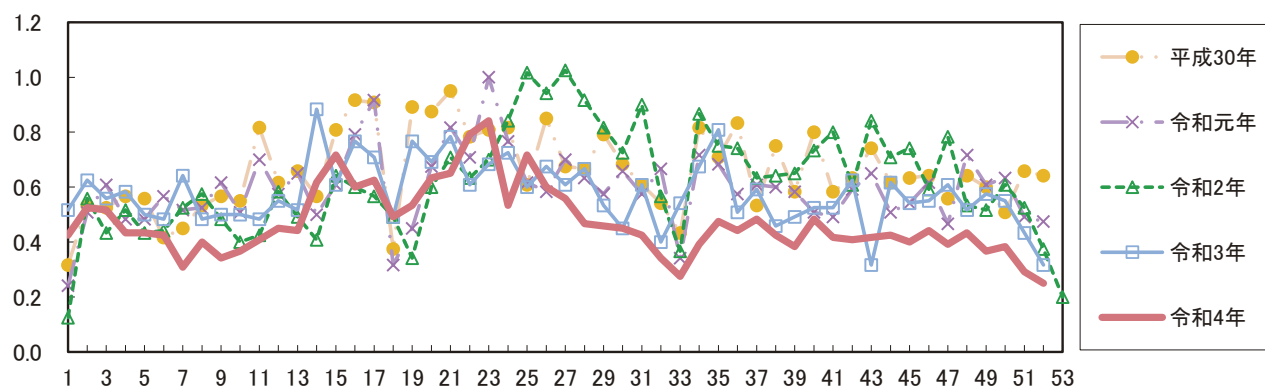
び「患者数」）は、北九州地区21.2（614）〔北九州市21.0（564）〕、福岡地区24.5（1,373）〔福岡市22.2（645）〕、筑豊地区24.6（295）、筑後地区28.7（659）で、例年と同じく筑後地区がやや多い。

全国的には、福岡県は佐賀県、大分県、熊本県、宮崎県、愛媛県、香川県、島根県、福島県、山形県と同じく報告数が多い県となっている。報告数の多い県の分布に変化はなかった。

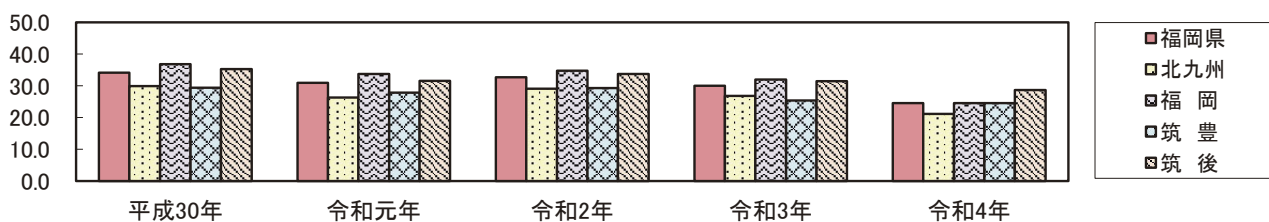
年齢割合は0～5か月1.3%（昨年1.4%）、6～11か月29.7%（同30.7%）、1歳57.7%（同55.5%）と0歳児が31.0%（昨年32.2%）であった。0歳児の割合は、平成17年以降72.9%、70.5%、67.3%、65.5%、63.8%、59.9%、57.6%、53.4%、50.1%、48.6%、47.6%、46.4%、40.8%、40.0%、37.2%、35.9%、32.2%、31.0%と少しずつ減少している。相対的に1歳が増加し、5年連続50%以上となった。

男女比は1.08であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



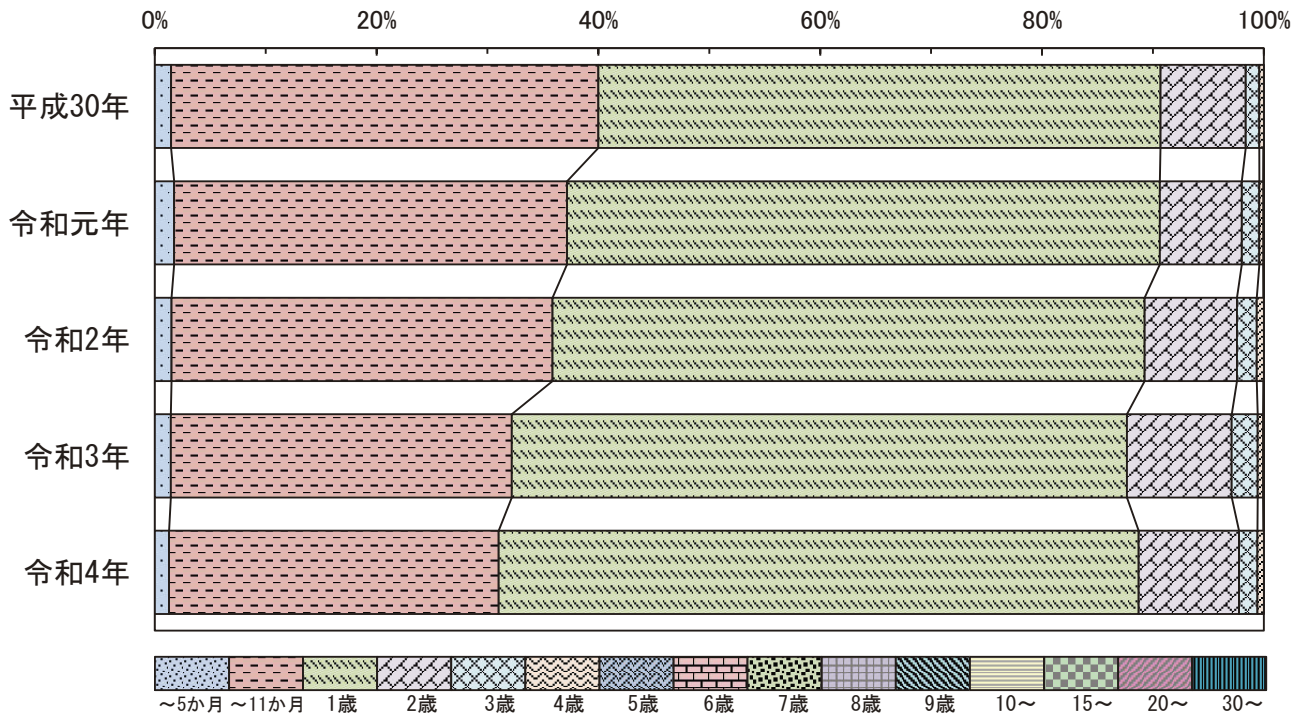
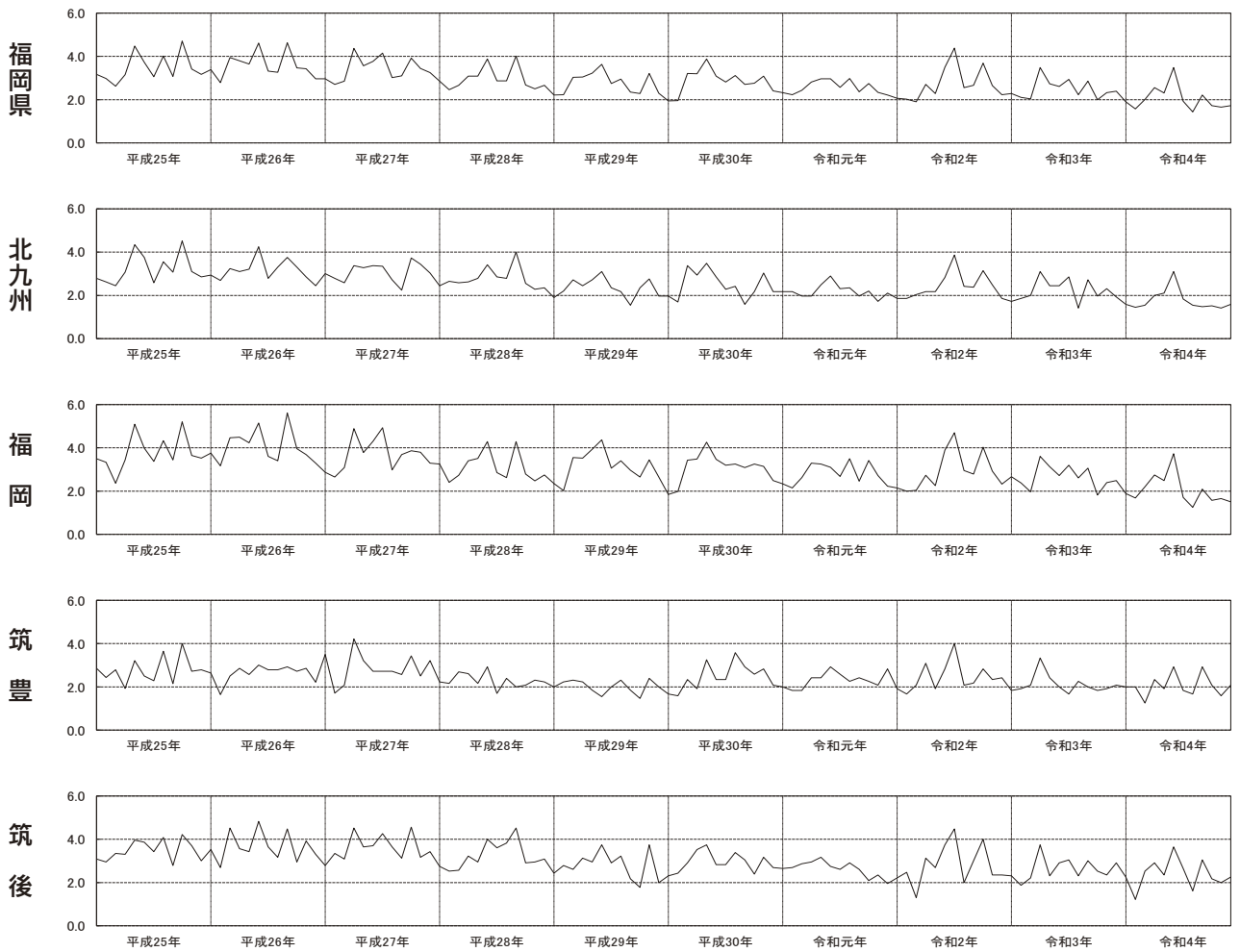
突発性発しんの1定点当たりの週別報告数推移



突発性発しんのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

突発性発しん

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



10-1. 百日咳 [小児科定点]

百日咳は、平成30年1月から、病原体診断に基づく5類感染症・全数把握疾病となり、診断した医師全てに報告が義務付けられた。福岡県では、定点からの報告も引き続きお願いしている。

本年も、例年の定点からのまとめ (10-1)、および平成30年から全数報告のまとめ (10-2) も併記する。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は0.1 (12人) で、昨年より減少した (前年比0.60)。昭和56年 (1981年) からの1定点当たり年間患者数は11.6、13.6、11.0、9.6、5.4、6.3、12.8、8.0、9.2、15.0、22.1、15.2、11.6、12.9、6.2、8.9、3.6、2.2、2.6、2.3、1.3、1.1、0.9、1.7、1.5、1.3、1.8、4.3、4.5、3.1、3.3、2.0、0.9、1.7、1.2、1.5、1.0、1.1、3.3、0.4、0.2、0.1で、報告開始後最も少なかった。

季節性は、確認できなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は、北九州地区0.0 (1) [北九州市0.0 (1)]、福岡地区0.2 (11) [福岡市0.3 (9)]、筑豊地区0.0 (0)、筑後地区0.0 (0) であった。

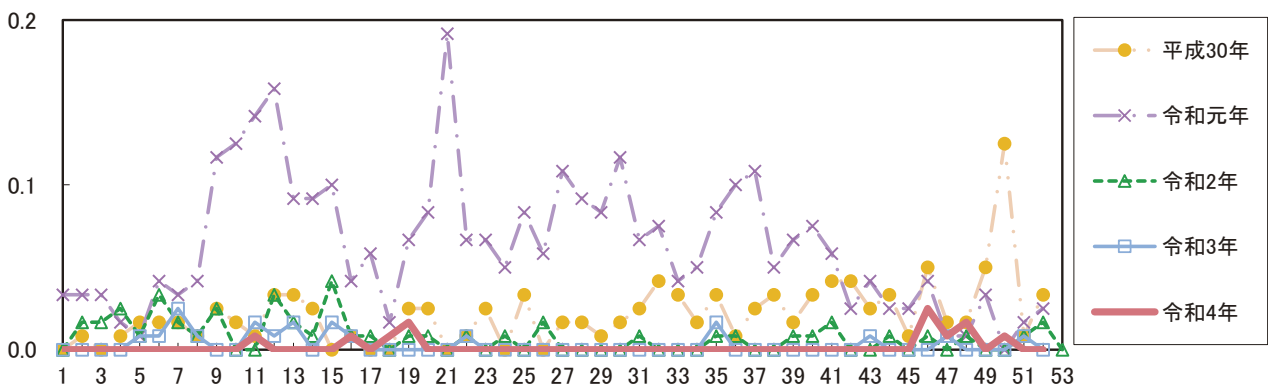
年齢割合は、0～5か月8.3% (昨年20.0%)、6～11

か月0% (同0%) となり、0歳児は8.3% (同20.0%) で昨年より減少した。1歳8.3% (同15.0%)、2歳0% (同5.0%)、3歳0% (同0%)、4歳0% (同0%)、5歳0% (同5.0%)、6歳0% (同0%)、7歳0% (同0%)、8歳0% (同5.0%)、9歳16.7% (同5.0%) であった。10～14歳33.3% (同20.0%)、15～19歳は25.0% (同5.0%)、20歳代0.0% (同5.0%)、30歳以上25.0% (同15.0%) と10歳以上は全体の66.7% (同45.0%) であった。平成12年以降10歳以上の割合は、5.5%、10.6%、12.6%、9.9%、14.3%、36.6%、55.1%、59.7%、65.0%、64.6%、68.5%、63.3%、57.2%、47.2%、52.7%、46.2%、44.0%、37.7%、35.1%、35.6%、33.3%、45.0%、66.7%となっている。

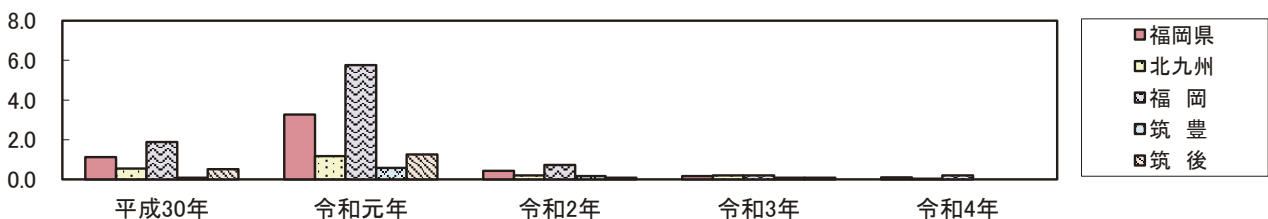
男女比は2.00であった。

百日咳ワクチン接種開始月齢前の生後3か月未満児が1例 (前年2例) 報告された。診断は抗原陽性が6例、IgM抗体陽性が3例、IgA抗体陽性が1例であった。

令和5年4月からDPT-IPVワクチンの接種開始月齢が生後2か月からとなる。できるだけ早く3回までは終了しておくことが望まれる。



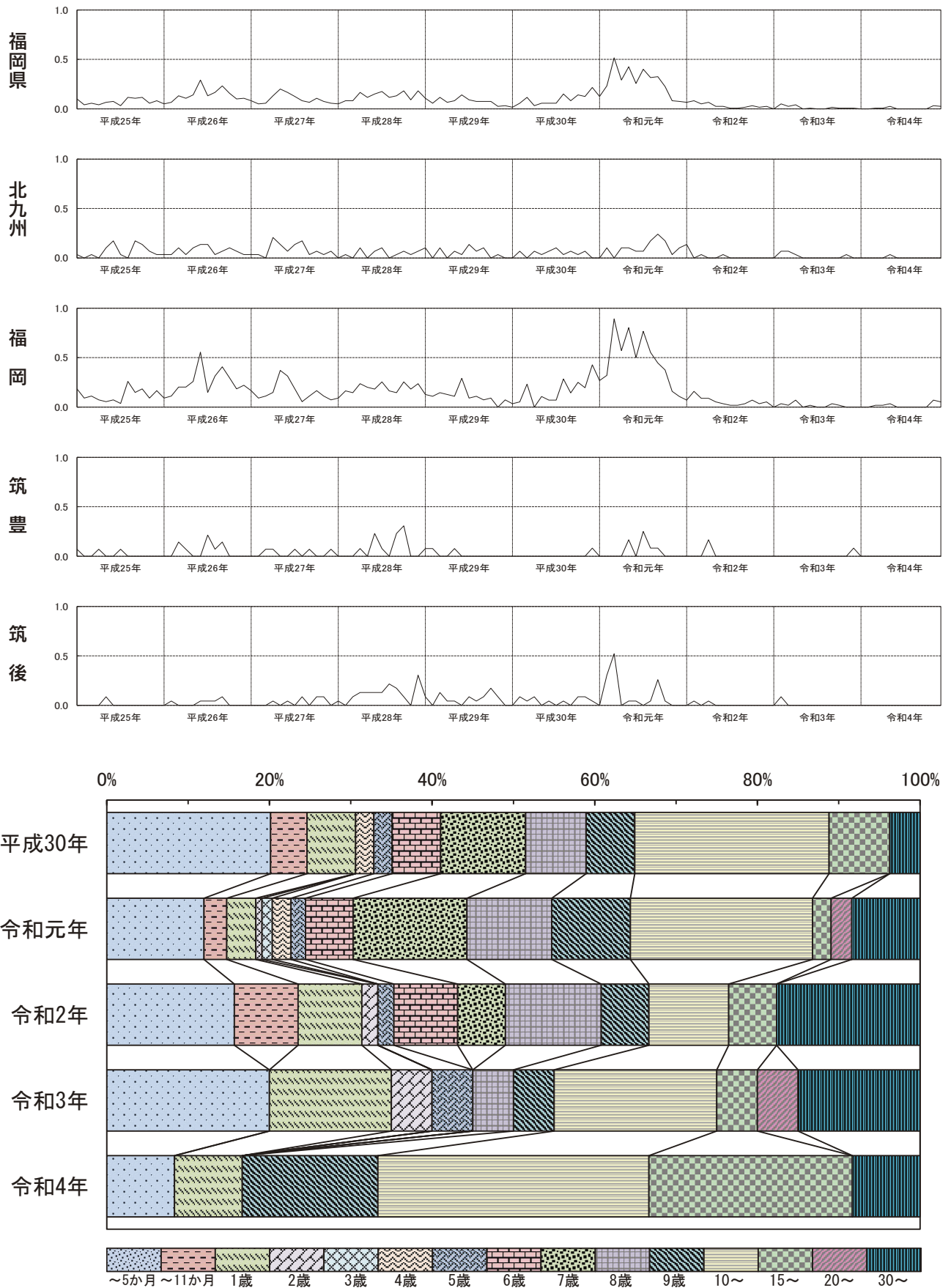
百日咳 [小児科] の1 定点当たりの週別報告数推移



百日咳 [小児科] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

百日咳 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移 (上) と年齢区分別患者発生割合の推移 (下)



10-2. 百日咳 [5類全数]

百日咳は、2018年1月から病原体診断に基づく5類感染症・全数把握疾患となり、診断した医師全てに報告が義務付けられた。福岡県では、5年目のまとめとなる。

2018年（平成30年）～2022年（令和4年）の週別報告数を図1に示す。2022年は25人（昨年28人）が報告された。

2018年（平成30年）～2022年（令和4年）のブロック別報告数を図2に示す。2022年は、昨年同様に

福岡地区が最多で21例（同18例）で、全体の84.0%（同58.1%）を占めた。

年齢別では、2022年は10代が最多で9例（36.0%）あった（昨年は30歳代が最多で7例（22.6%））（図3）。

予防接種歴別の報告では、百日咳含有ワクチン4回接種済みの患者（接種歴不明を除く）が64.3%（同51.7%）を占めた（図4）。

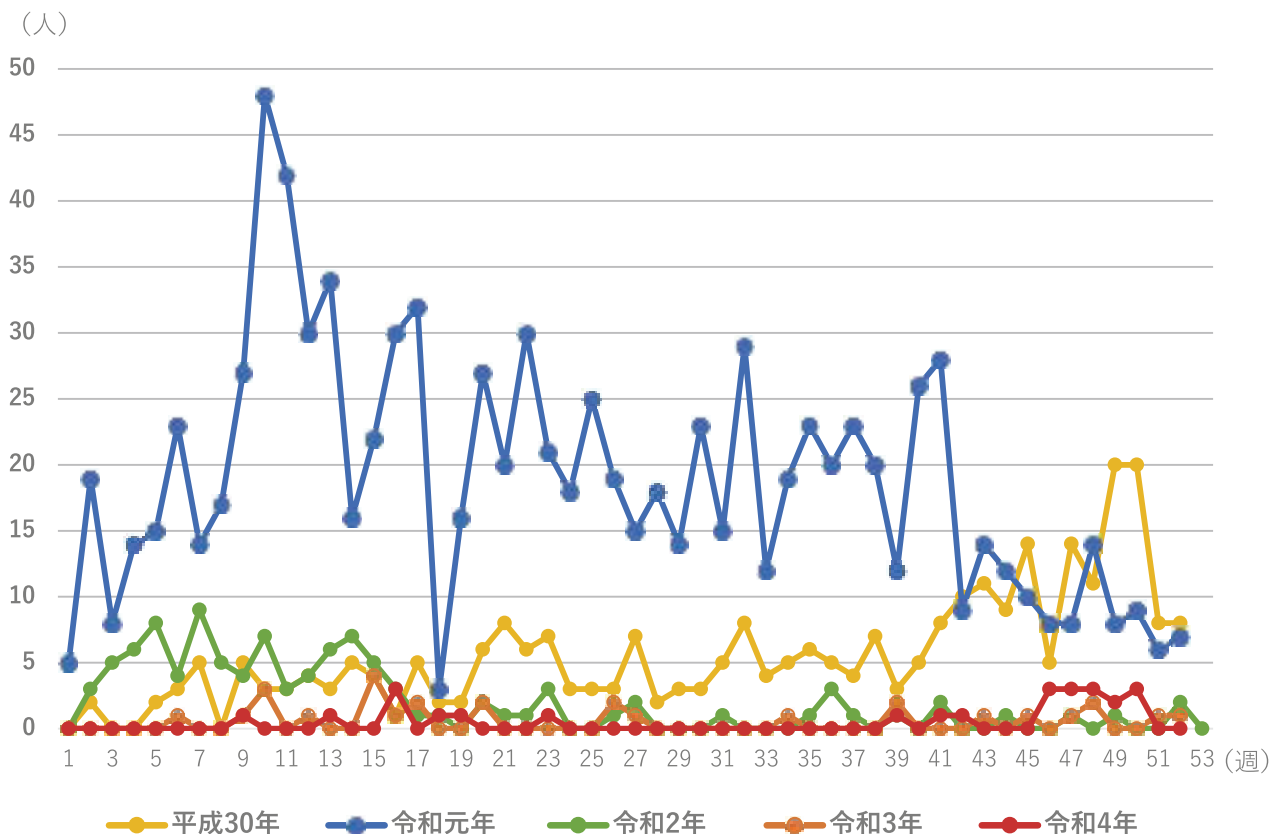


図1. 百日咳 [全数] の週別報告数の推移（2018年～2022年）

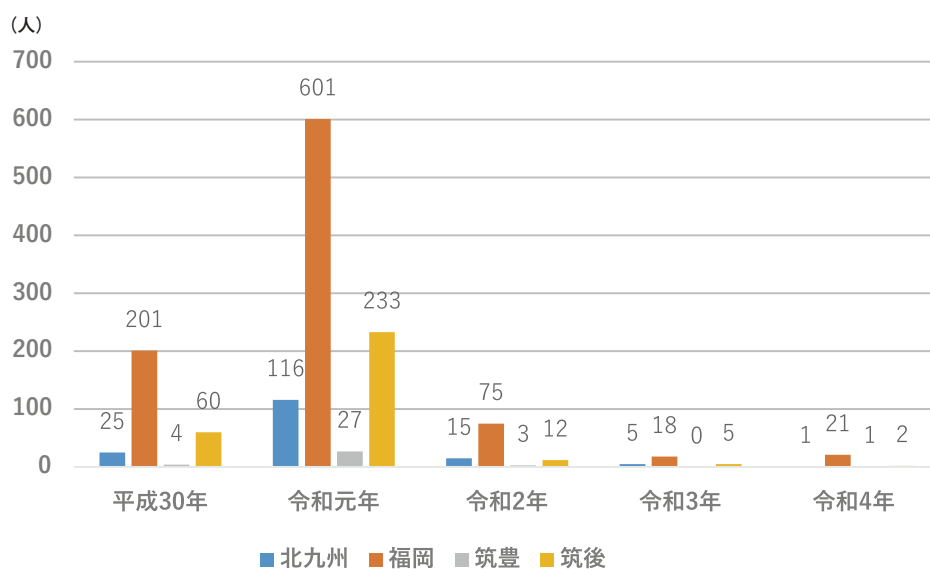


図2. 百日咳 [全数] のブロック別報告数 (2018~2022年)

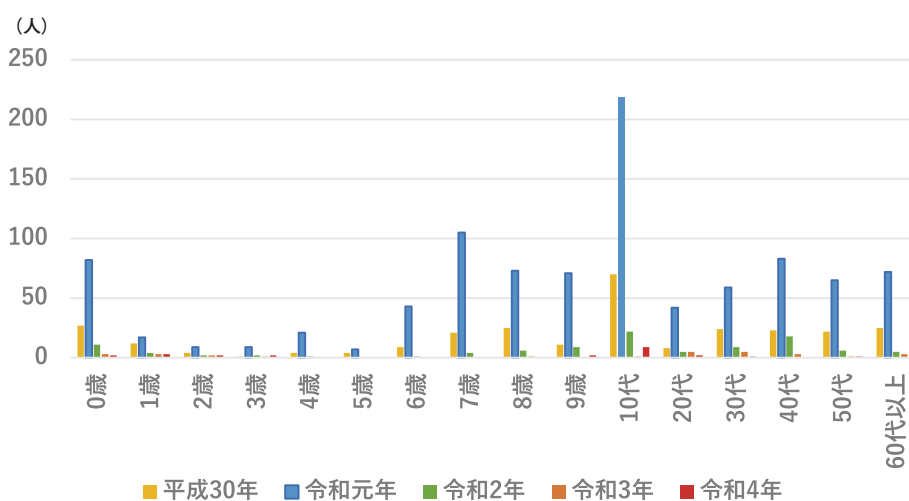


図3. 百日咳 [全数] の年齢別報告数 (2018~2022年)

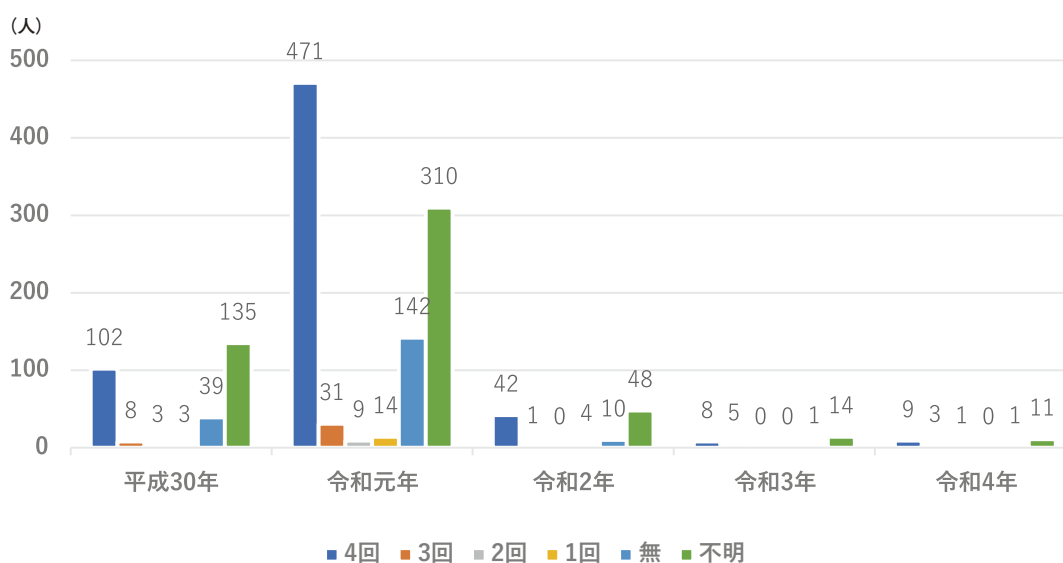


図4. 百日咳 [全数] の予防接種歴別報告割合 (2018~2022年)

11. 風しん [小児科定点] および [5類全数]

平成20年1月1日から全国的に風しんは5類全数把握対象疾病となっている。福岡県では小児科定点からの報告もこれまで同様お願いしている。

本年の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.0（0人）であった（前年0人）。

全数報告には2018年（平成30年）167人、2019年（平成31年）84人、2020年（令和2年）5人、2021年（令和3年）0人、2022年（令和4年）1人の報告があった。

図1に平成30年以降の週別の報告数を示す。2018年（平成30年）は41週から報告が増え始め52週までに167例が報告された。2019年（平成31年）は少しずつ減少し42週が最後となった。2020年（令和2年）は6週、10週、15週、31週、46週に1例ずつ合計5例の報告があった。2022年（令和4年）は14週の報告であった。

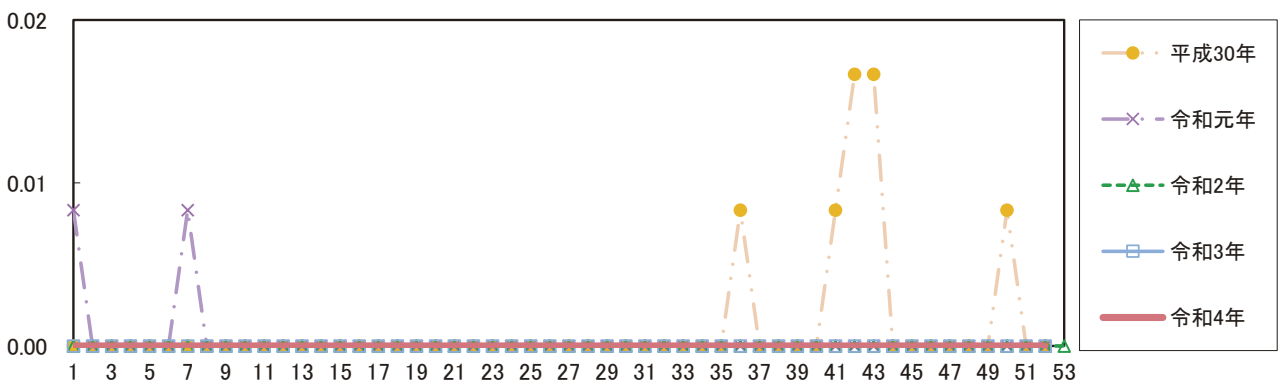
ブロック別報告数は、2018年（平成30年）、2019年（平成31年）とも福岡地区が最多で、2020年（令和2年）も福岡地区から4人（80.0%）報告された。2022年（令和4年）も福岡地区からの報告であった（図2）。

性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。2018年、2019年は40歳代男性が最多であった。2020年（令和2年）は5例中3例が男性（20歳代1人、30歳代1人、60歳以上1人）であった。2022年（令和4年）の1例は10歳未満男性であった（図3）。図4に予防接

種歴別報告数を示す。2022年（令和4年）の1例は、1回接種であった。

これまで風しんの定期接種を受ける機会がなかった1962年（昭和37年）4月2日から1979年（昭和54年）4月1日までの間に生まれた男性に対して、抗体検査を前置した上で、予防接種法に基づいた風しんの第5期定期接種が2019年（平成31年）4月から開始された。対象となる男性には市区町村より直接クーポン券が送付されている。全国どこでも原則無料で、抗体検査及び定期接種を受けられる。2022年度（2022年11月末まで）の県内の進捗率は、抗体検査23.2%（全国平均28.6%）となっている。この風しんに関する追加的対策の目標は、2024年度末までに対象世代の男性の抗体保有率を90%に引き上げることとされている。クーポン券が届いている男性は2024年度までは抗体検査と予防接種が原則無料で受けることができることを周知することが必要となっている。

福岡県では、令和5年度も（1）妊娠希望者（妊婦は除く）、（2）妊娠希望者および妊婦の（ア）配偶者（パートナーを含む）、（イ）同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）を対象に風しん抗体検査を受検者の費用負担は無料で行っている。福岡市、北九州市及び久留米市は県の事業ではなく、各市で実施している風しん抗体検査事業の対象となっている。詳細は各市へお問い合わせください。



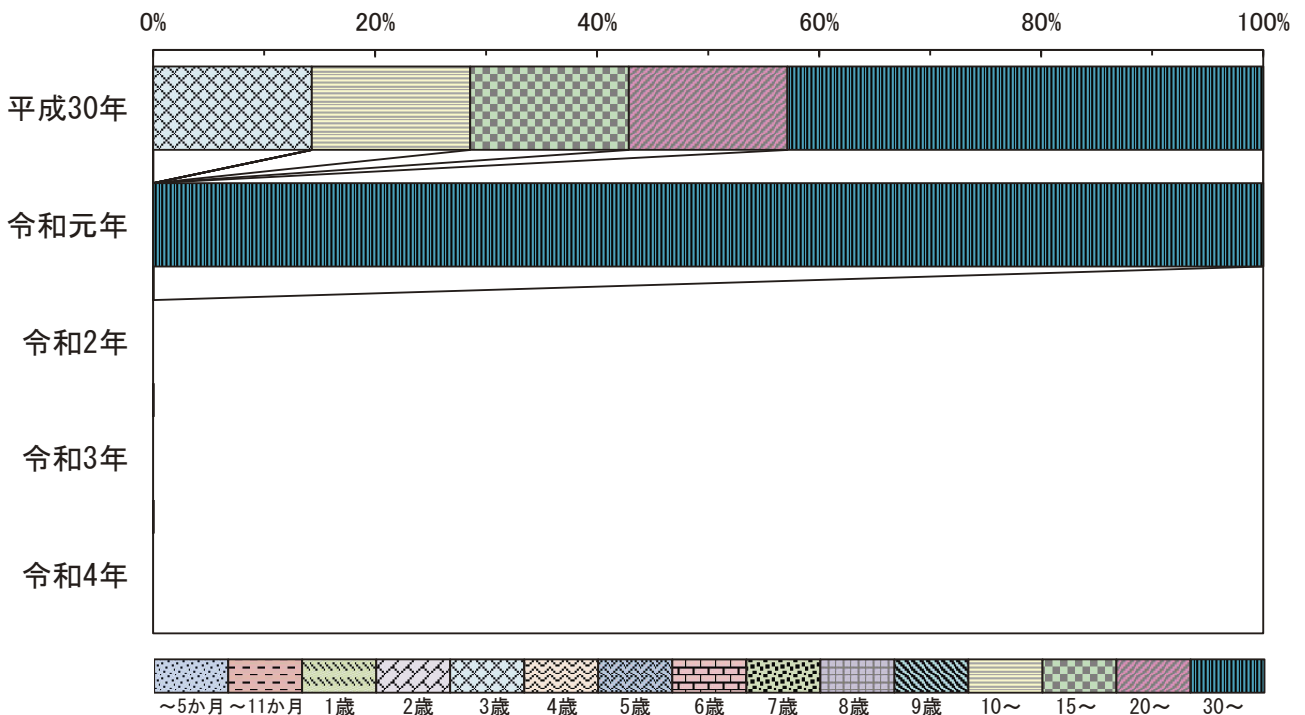
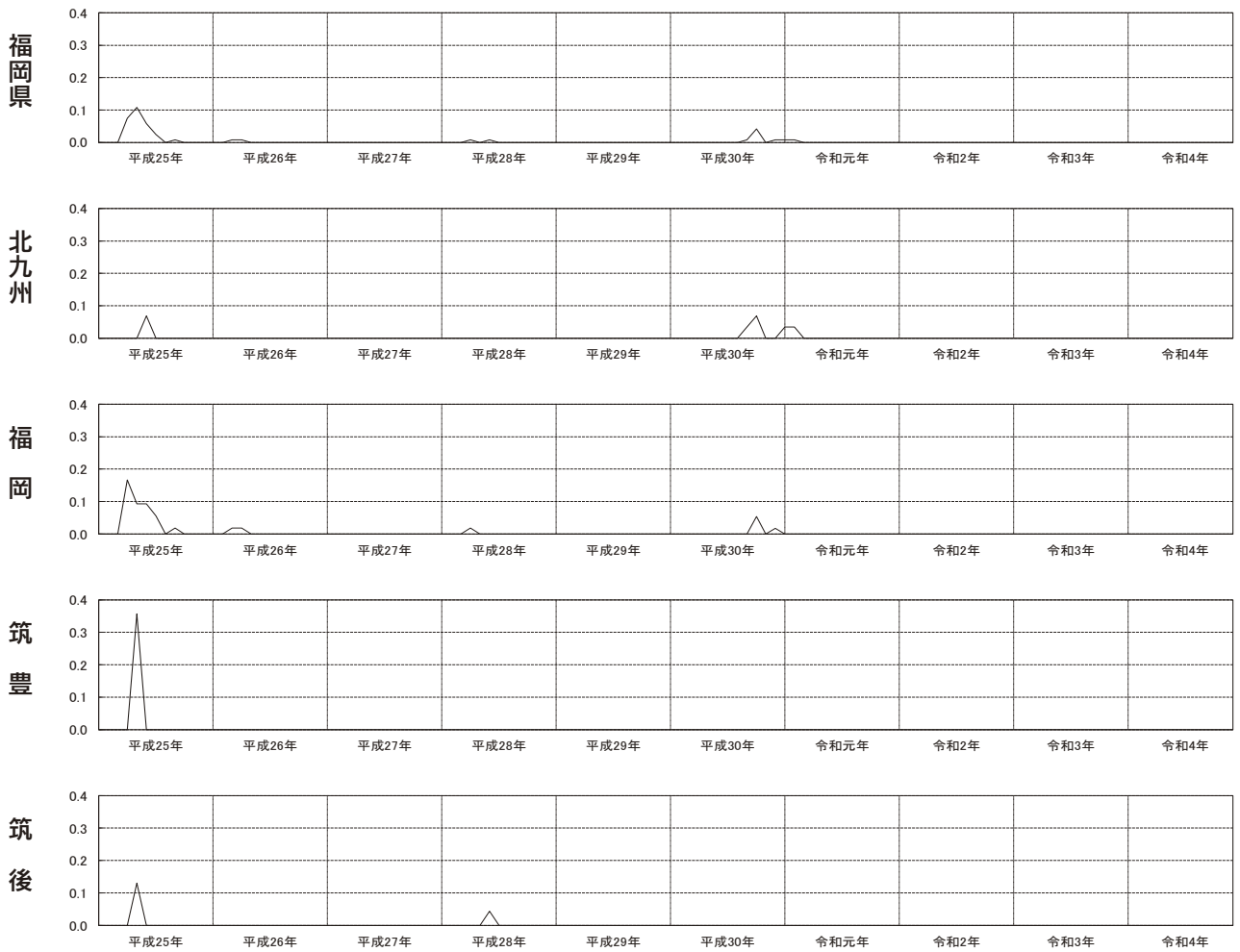
風しん [小児科] の1 定点当たりの週別報告数推移



風しん [小児科] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

風しん [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



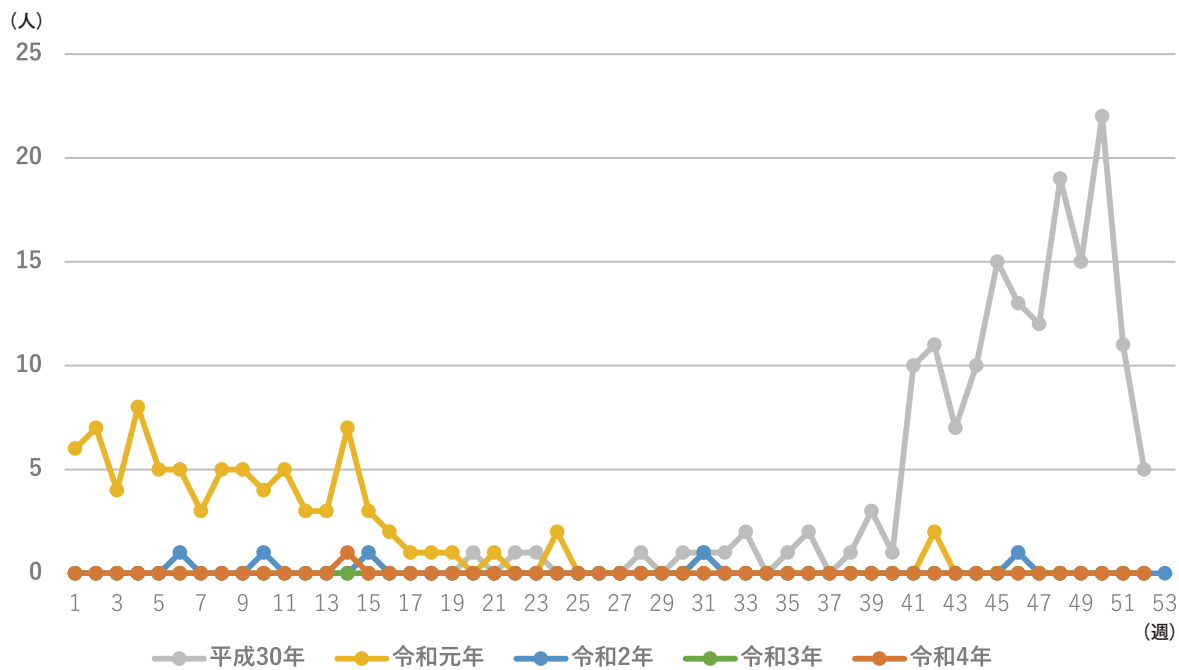


図1. 風しん [全数] の年別・週別報告数 (平成30~令和4年)

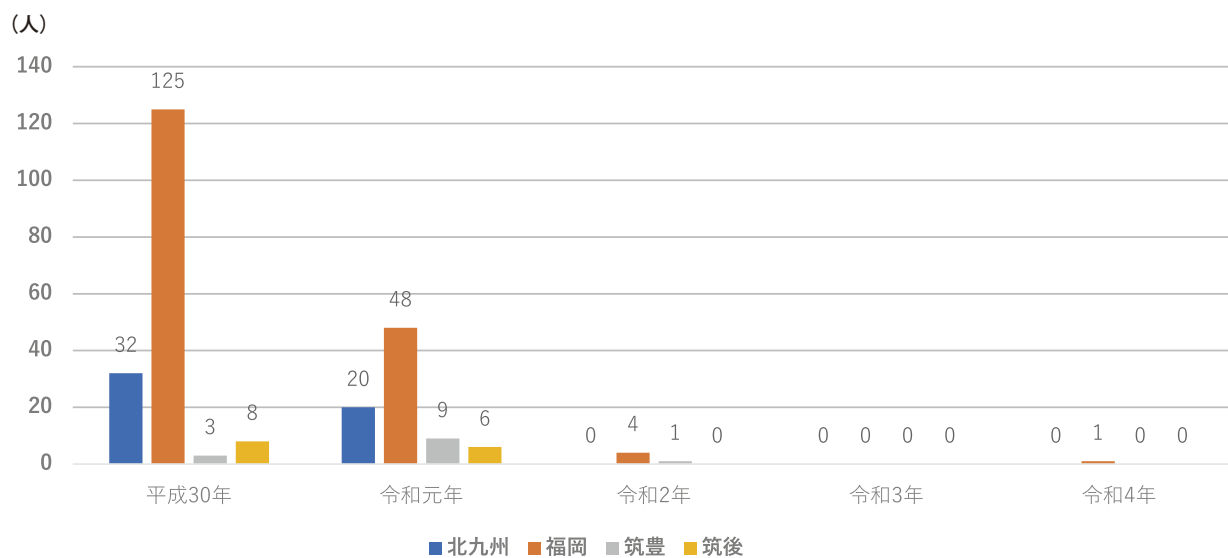


図2. 風しん [全数] の年別・ブロック別報告数 (平成30~令和4年)

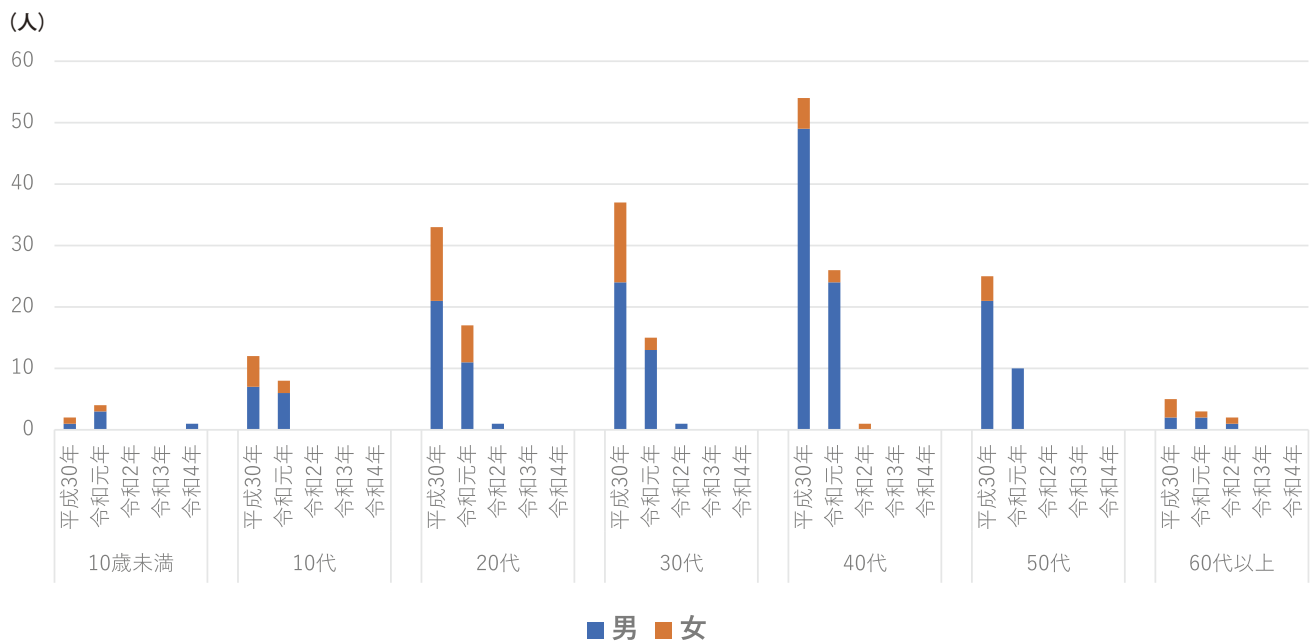


図3. 風しん [全数] の性別・年齢階級別報告数 (平成30～令和4年)

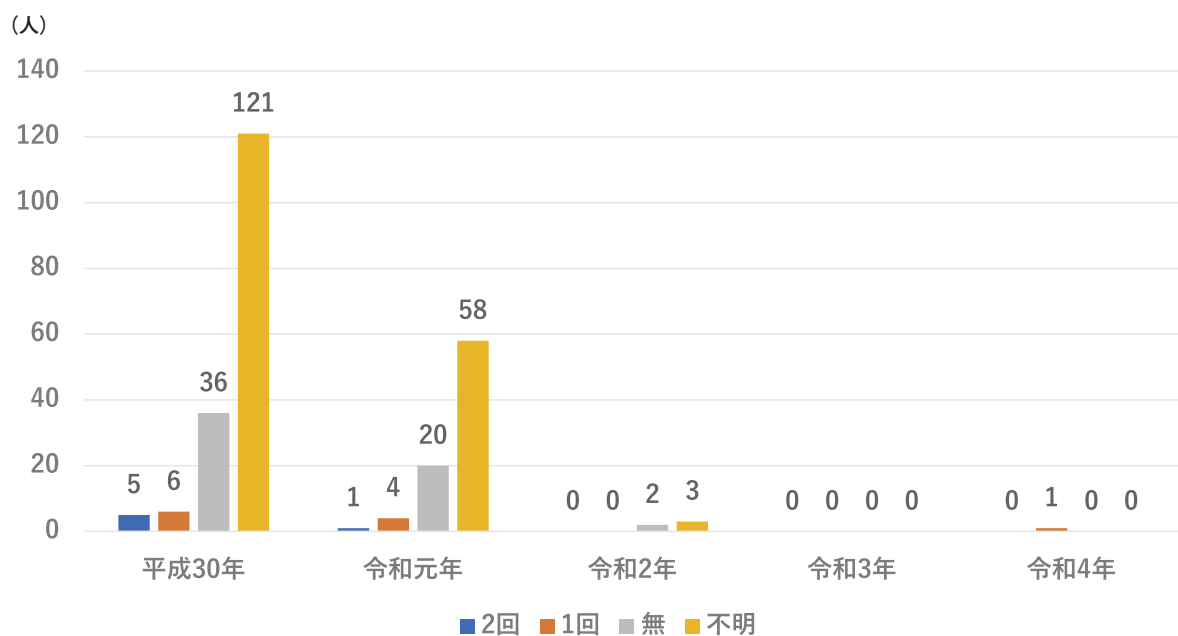


図4. 風しん [全数] の予防接種歴別報告数 (平成30～令和4年)

12. ヘルパンギーナ [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は16.8（2,019人）と昨年よりわずかに増加した（前年比1.01）。1定点当たり患者数は昭和56年（1981年）から、それぞれ66.1、80.3、71.5、134.9、53.3、61.4、63.2、64.3、30.4、39.7、43.5、55.2、31.9、45.4、33.8、64.4、39.2、38.1、52.0、37.2、31.9、41.1、51.5、35.9、39.6、42.8、49.8、29.1、30.9、33.4、41.1、34.6、25.4、39.2、58.8、30.6、57.6、28.0、44.1、31.6、16.7、16.8で調査開始後最も少なかった令和3年よりわずかに増加した。

季節性に例年との違いが認められた。ピークは令和元年6月、令和2年8月、令和3年、4年は10月であった。

地域ブロック別では、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州9.1（264）〔北九州市9.0（215）〕、福岡23.7（1,273）〔福岡市22.2（643）〕、筑豊7.2（86）、筑後17.2（396）となり、全地区大きな変化は認められなかった。

全国的には、北海道、山形県、新潟県、群馬県、

東京都、静岡県、山口県、福岡県、佐賀県、熊本県が多かった。

罹患年齢は0～5か月1.0%（昨年0.3%）、6～11か月6.2%（同8.7%）、1歳33.3%（同38.6%）、2歳26.9%（同29.9%）、3歳14.1%（同11.0%）、4歳9.1%（同5.5%）、5歳4.2%（同2.7%）、6歳2.8%（同1.4%）、7歳0.7%（同0.7%）、8歳0.6%（同0.3%）、9歳0.6%（同0.2%）、10～14歳0.5%（同0.5%）であった。1歳がピークで、3歳までで81.4%（昨年88.5%）、5歳までで94.7%（昨年96.9%）を占める乳幼児の疾病である。

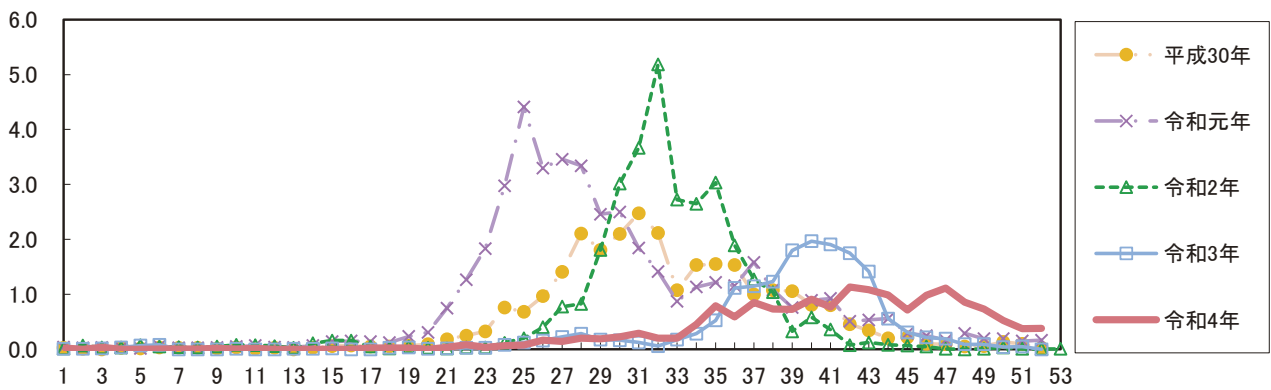
年齢構成に大きな年次変化は認められない。

男女比は1.16であった。

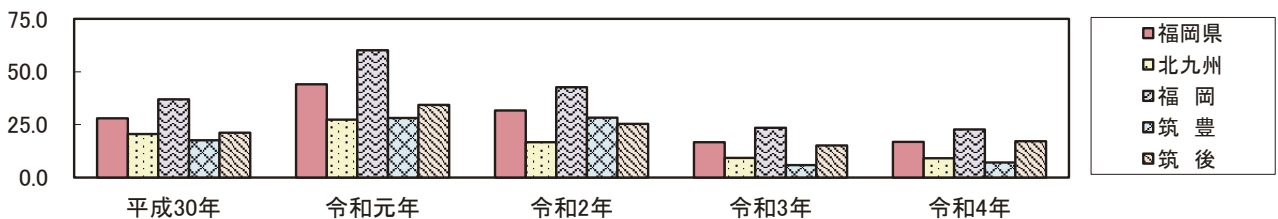
本疾病の原因はコクサッキーウイルスA群が多い。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの11検体からコクサッキーウイルスA6型2件が検出された。

全国的には、2022年シーズンはコクサッキーウイルスA6型が最も多かった。



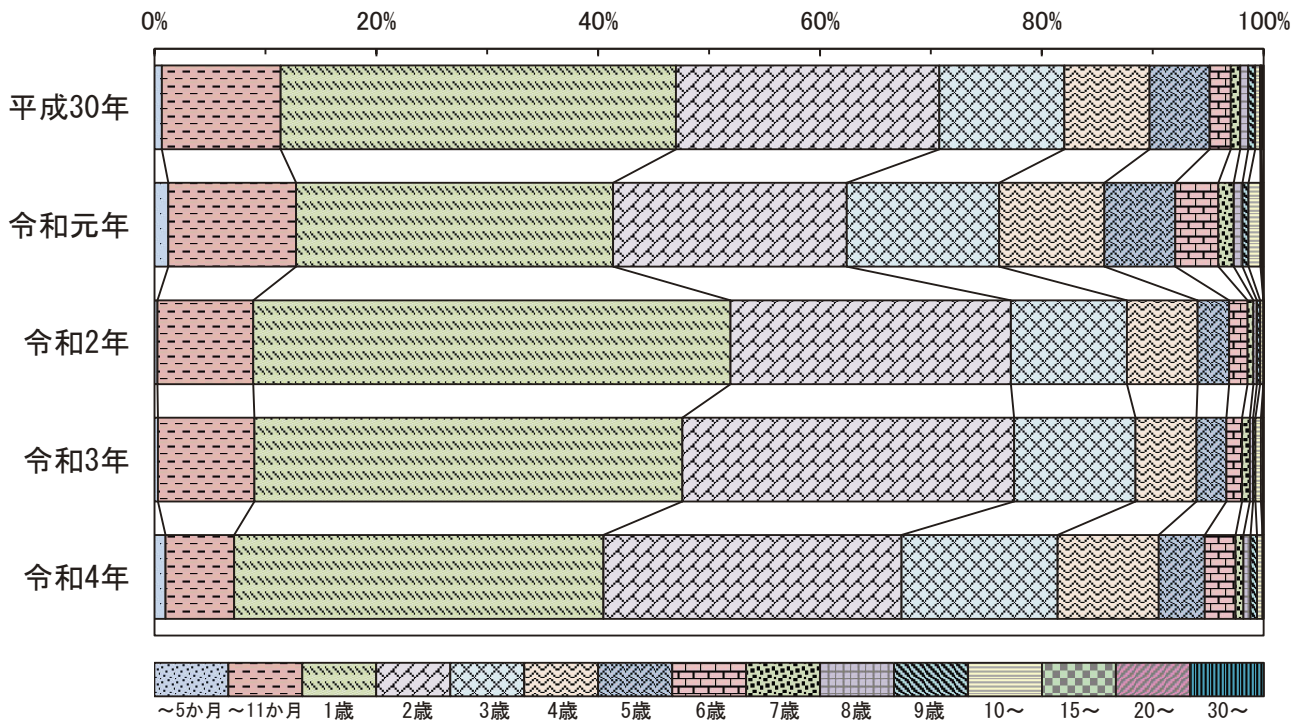
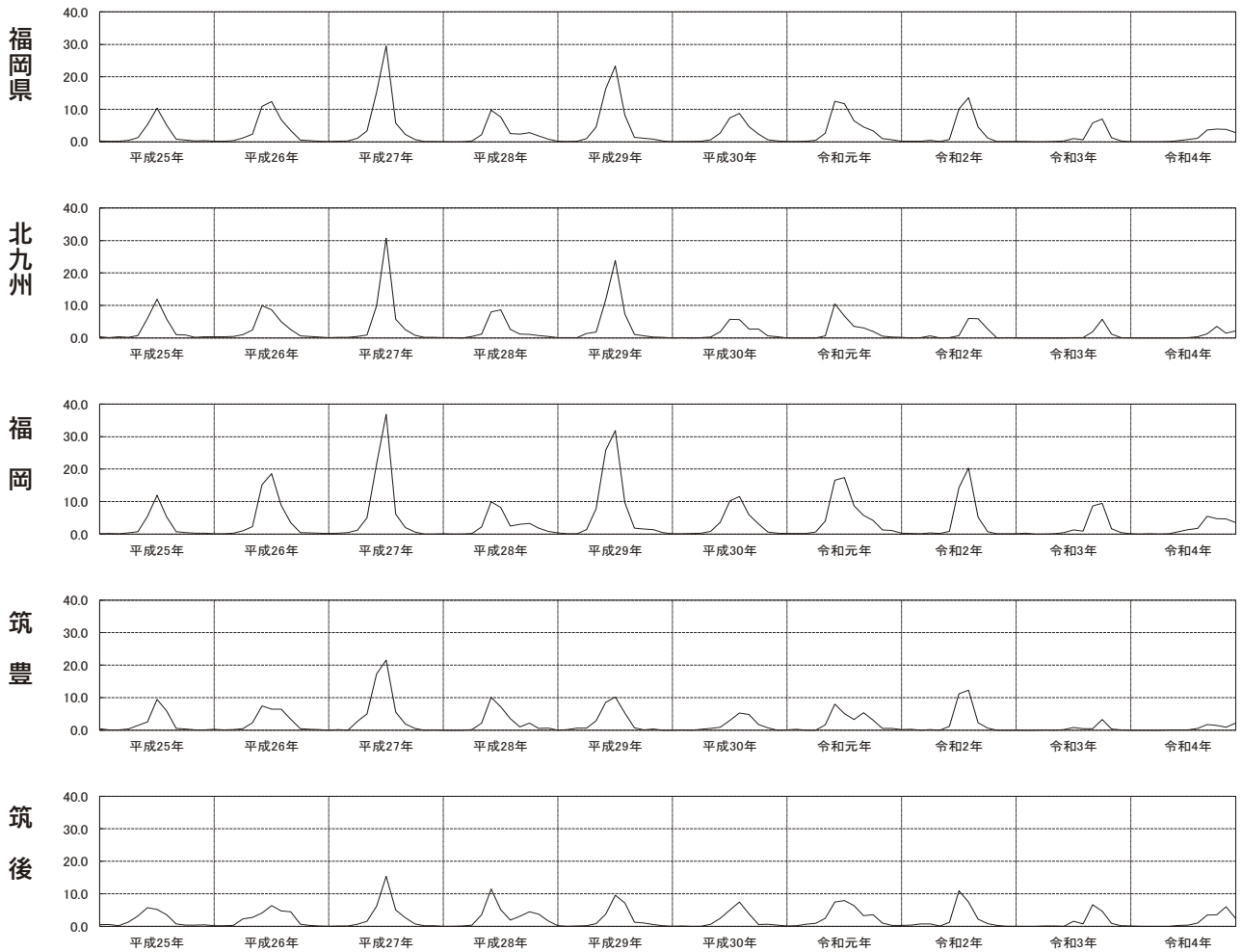
ヘルパンギーナの1定点当たりの週別報告数推移



ヘルパンギーナのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

ヘルパンギーナ

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



13. 麻しん [小児科定点] および [5類全数]

平成20年1月1日から全国的に麻しんは5類全数把握対象疾病となっている。福岡県では、小児科定点からの報告もこれまで同様お願いしている。

本年の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.0（0人）であった。

全数報告での平成30年以降の週別の報告数を示す（図1）。平成30年は19人、令和元年は14人、令和2年は1人、令和3年は1人で、令和4年はゼロであった。

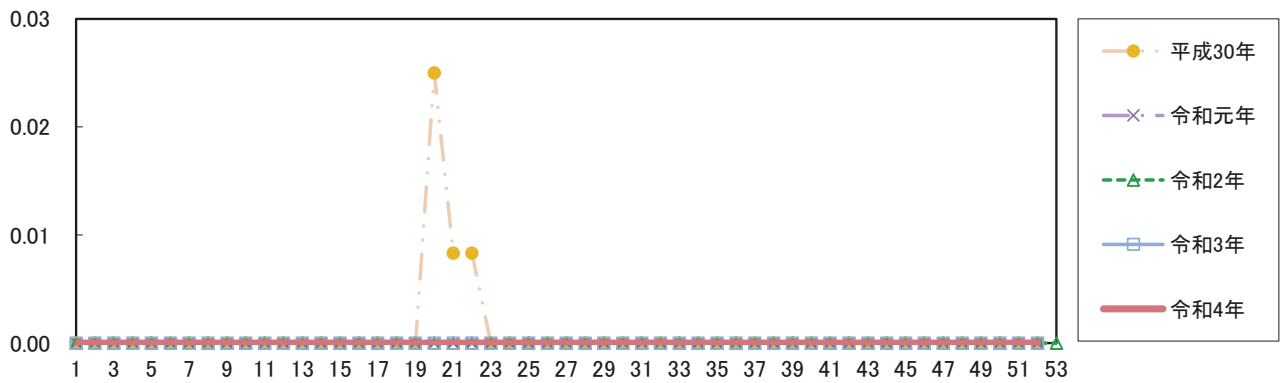
ブロック別では令和2年は北九州地区から1例、令和3年は福岡地区から1例の報告があった（図2）。

性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。令和3年は10歳未満女性であった。患者の予防接種歴を図4に示す。令和3年の1例はワクチン1回であった。

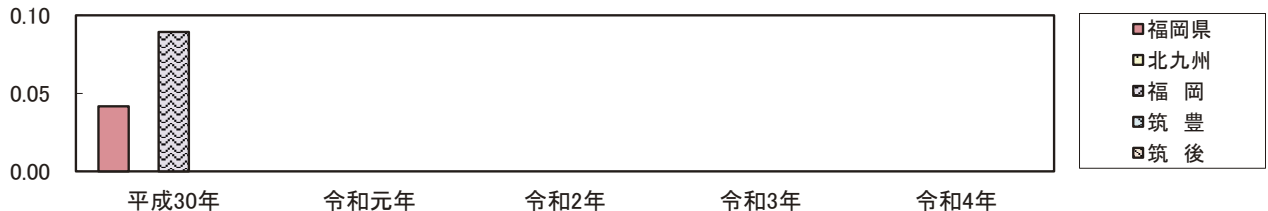
平時から麻しんワクチンの高い接種率が求められている。2021年（令和3年）度の福岡県の麻しんワクチン接種率は1期（1歳児）では94.2%（全国平均93.5%）で、前年度から3.9%減少した（全国は5.0%減）。2期（年長児）は94.6%（全国平均93.8%）で、前年度から0.5%減少した（全国は0.9%減）。

県内の市町村間には接種率に格差があり、95%以上の接種率の市町村は1期では19/60（31.7%）（前年度：40.0%）、2期では24/60（40.0%）（前年度：41.7%）であった。

今後、県内の全市町村において、1期および2期の接種率を95%以上に再び引き上げることが必要となる。



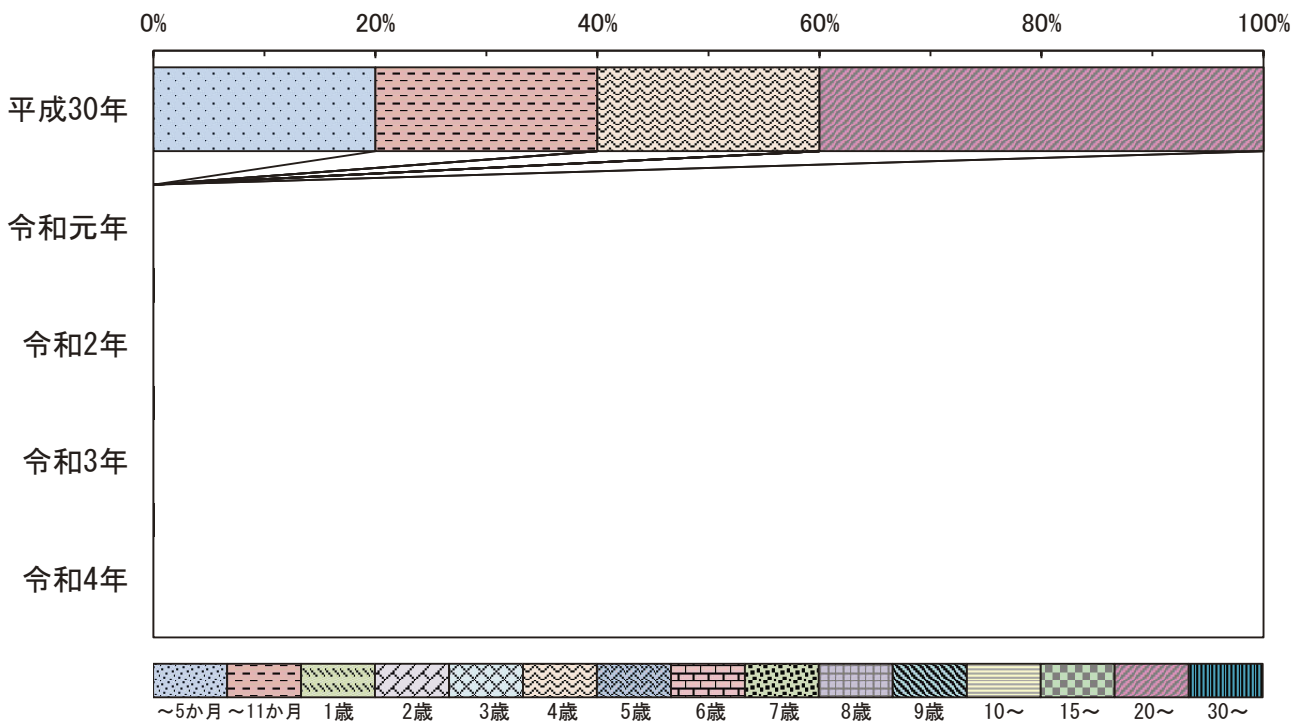
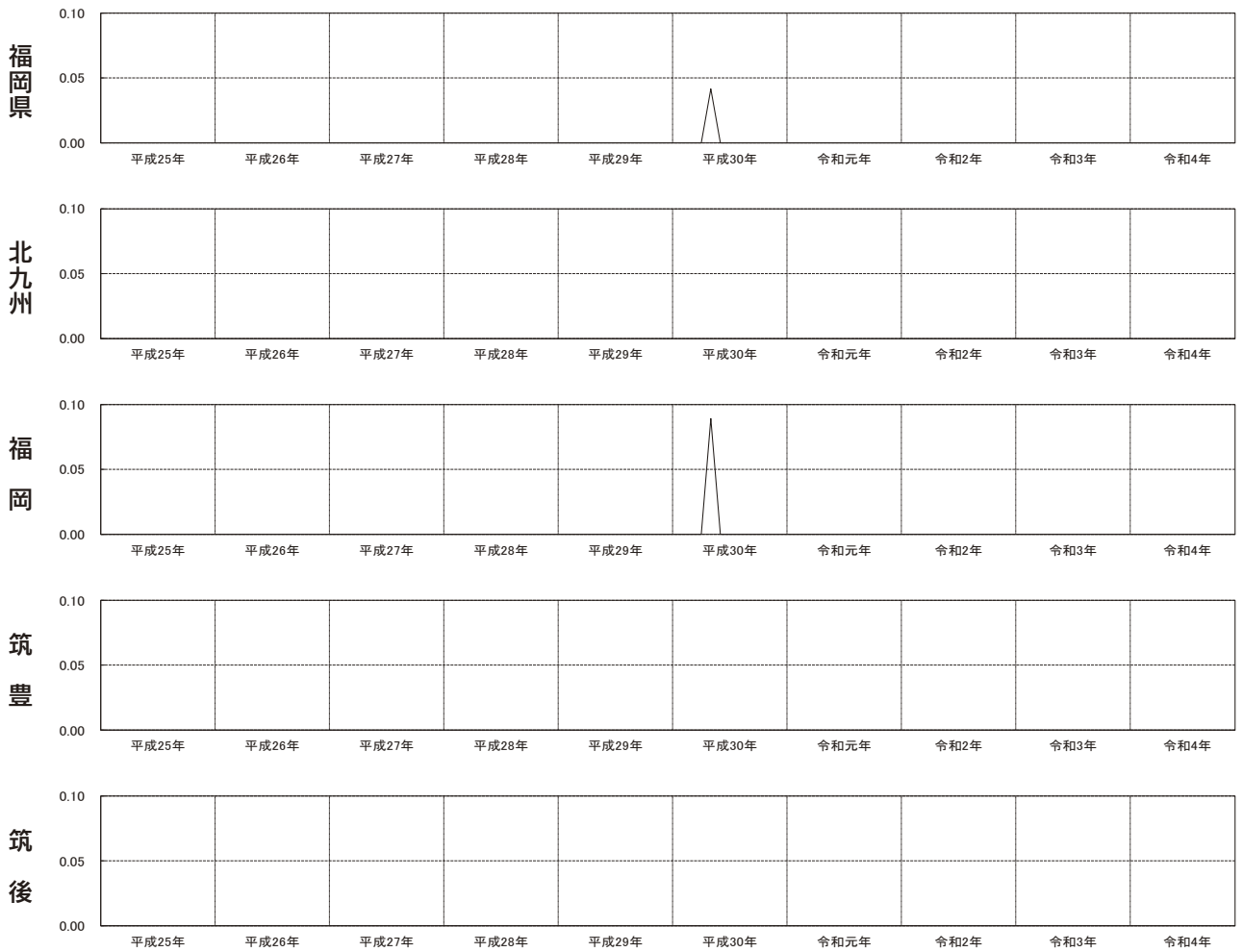
麻しん [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



麻しん [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

麻しん [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



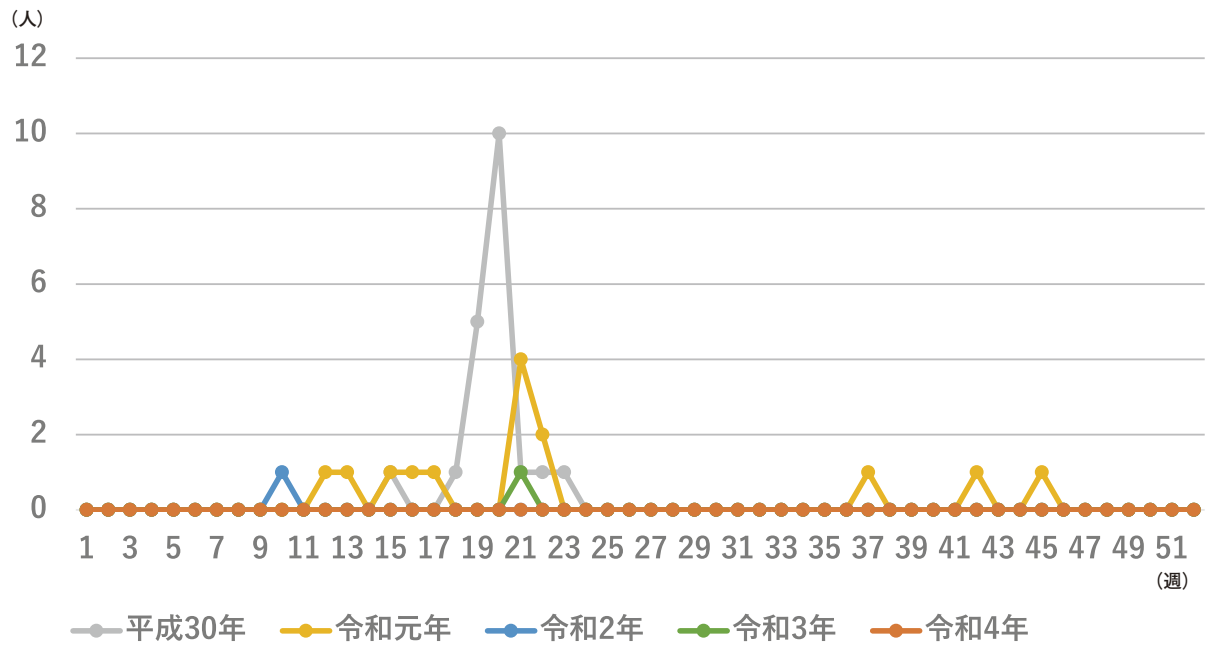


図1. 麻しん [全数] の年別・週別報告数 (平成30～令和4年)

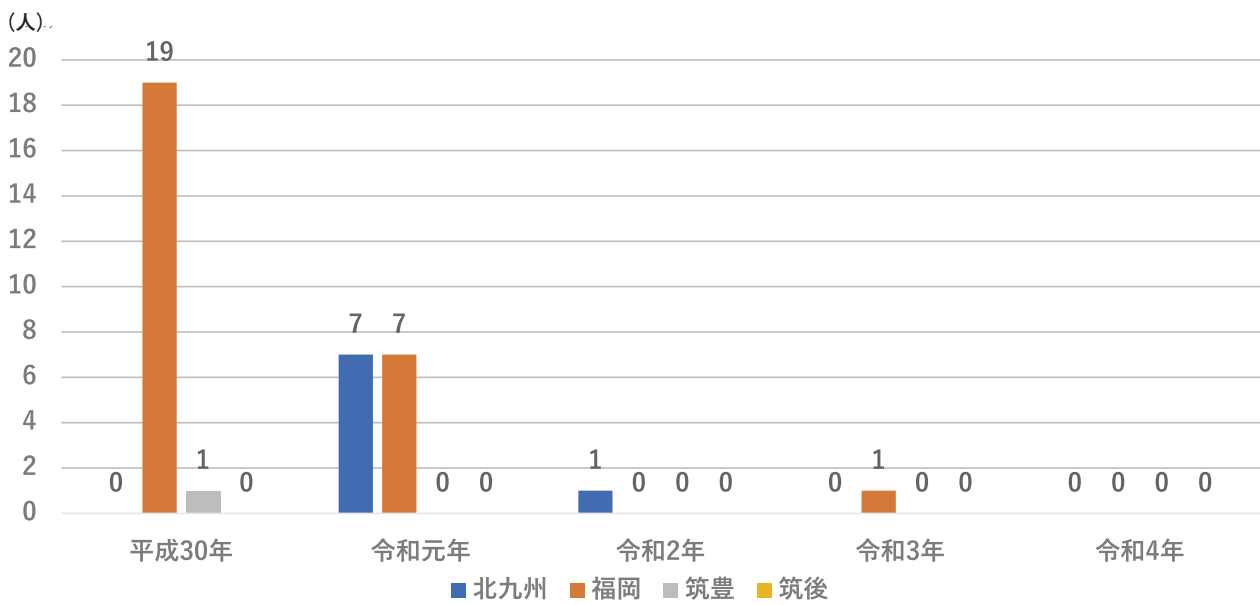


図2. 麻しん [全数] の年別・ブロック別報告数 (平成30～令和4年)

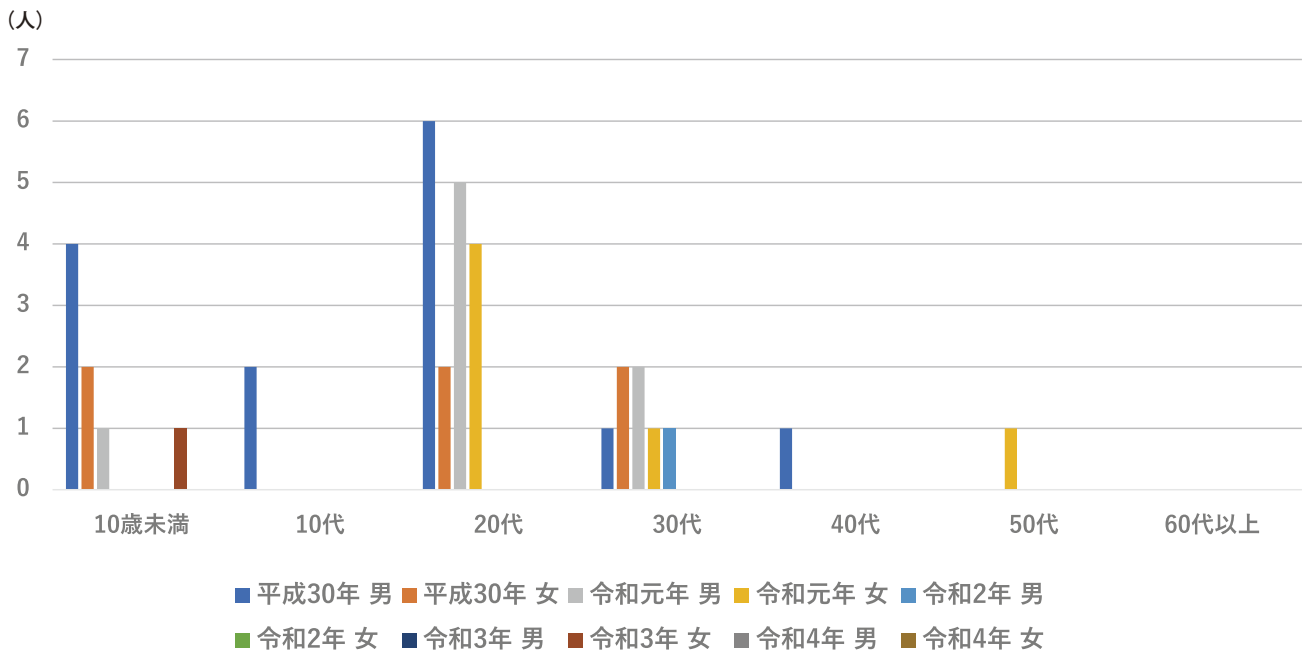


図3. 麻疹 [全数] の性別・年齢階級別報告数 (平成30～令和4年)

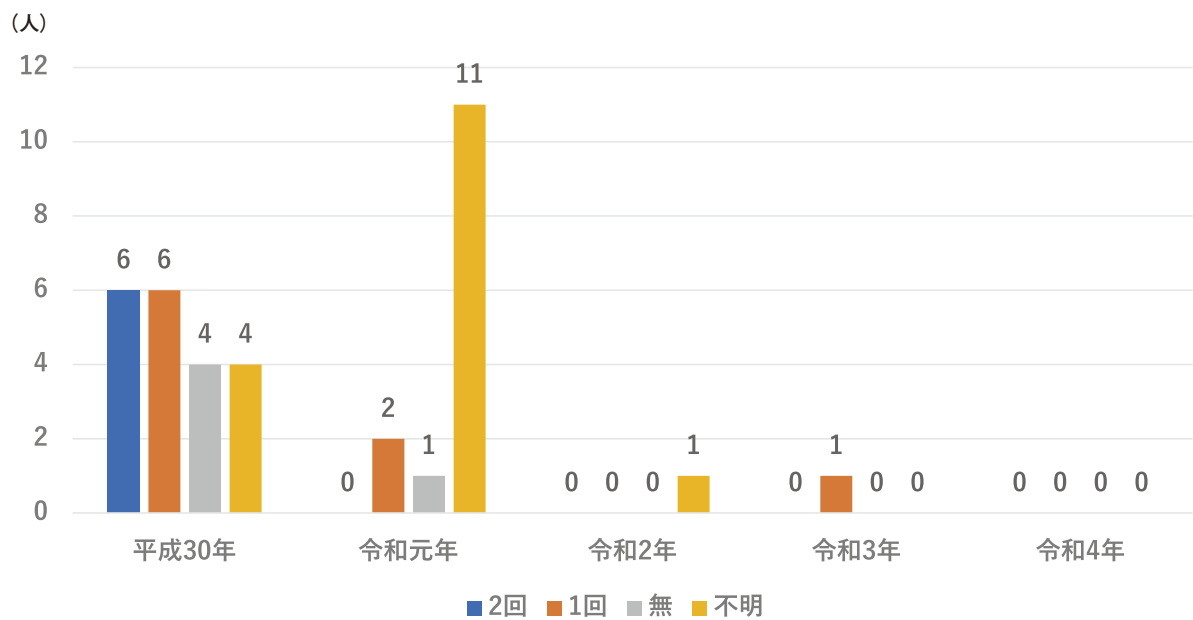


図4. 麻疹 [全数] の予防接種歴別報告数 (平成30～令和4年)

14. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は2.0（236人）で、前年より減少した（前年比0.58）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、79.3、173.2、67.6、35.7、163.0、76.3、17.4、45.4、173.1、23.1、6.6、17.8、31.5、89.1、29.3、50.4、104.8、70.2、25.7、54.8、166.6、54.8、24.7、85.2、95.6、52.1、30.4、43.8、82.5、65.6、56.1、41.4、34.4、39.0、55.3、66.0、28.9、15.2、11.4、4.1、3.4、2.0と、調査開始後最も少なかった。MMRワクチンとして接種されていた期間（平成元年度から平成4年度）の報告数は比較的低値であった。中止以後増減を繰り返していたが、平成29年以降減少が続いている。

明瞭な季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区1.5（43）[北九州市1.4（33）]、福岡地区2.4（132）[福岡市2.0（59）]、筑豊地区1.3（16）、筑後地区2.0（45）で、全地区大きな変化はなかった。

全国的には、岩手県、新潟県、埼玉県、千葉県、静岡県、岡山県、香川県、福岡県、長崎県、大分県、鹿児島県、沖縄県が多かった。

年齢割合は、0歳0.4%（昨年0.5%）、1歳1.7%（同

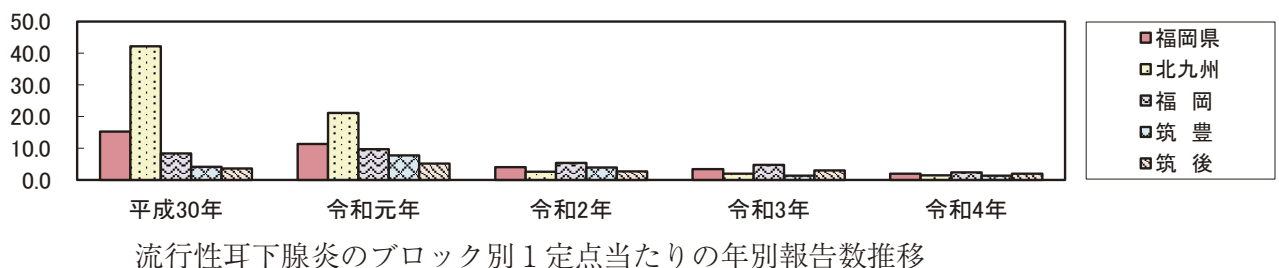
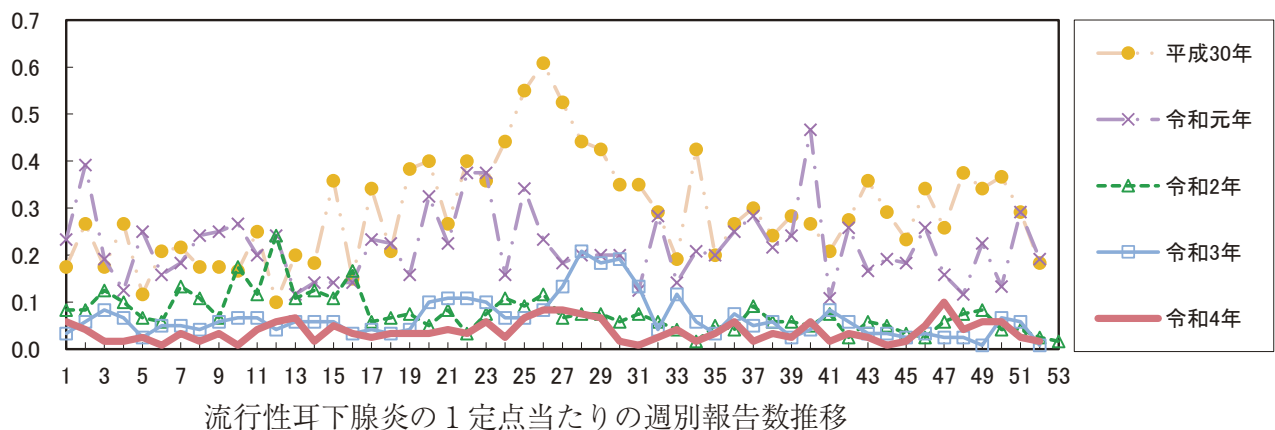
2.4%）、2歳4.2%（同6.8%）、3歳9.3%（同14.7%）、4歳19.9%（同15.9%）、5歳18.6%（同17.1%）、6歳12.7%（同12.7%）であった。4歳～6歳をピークとし、6歳までで67.0%（同70.2%）を占めた。20歳以上は1人（同0人）であった。

男女比は1.23であった。

無菌性髄膜炎を含めた合併例は、本年は報告がなかった。

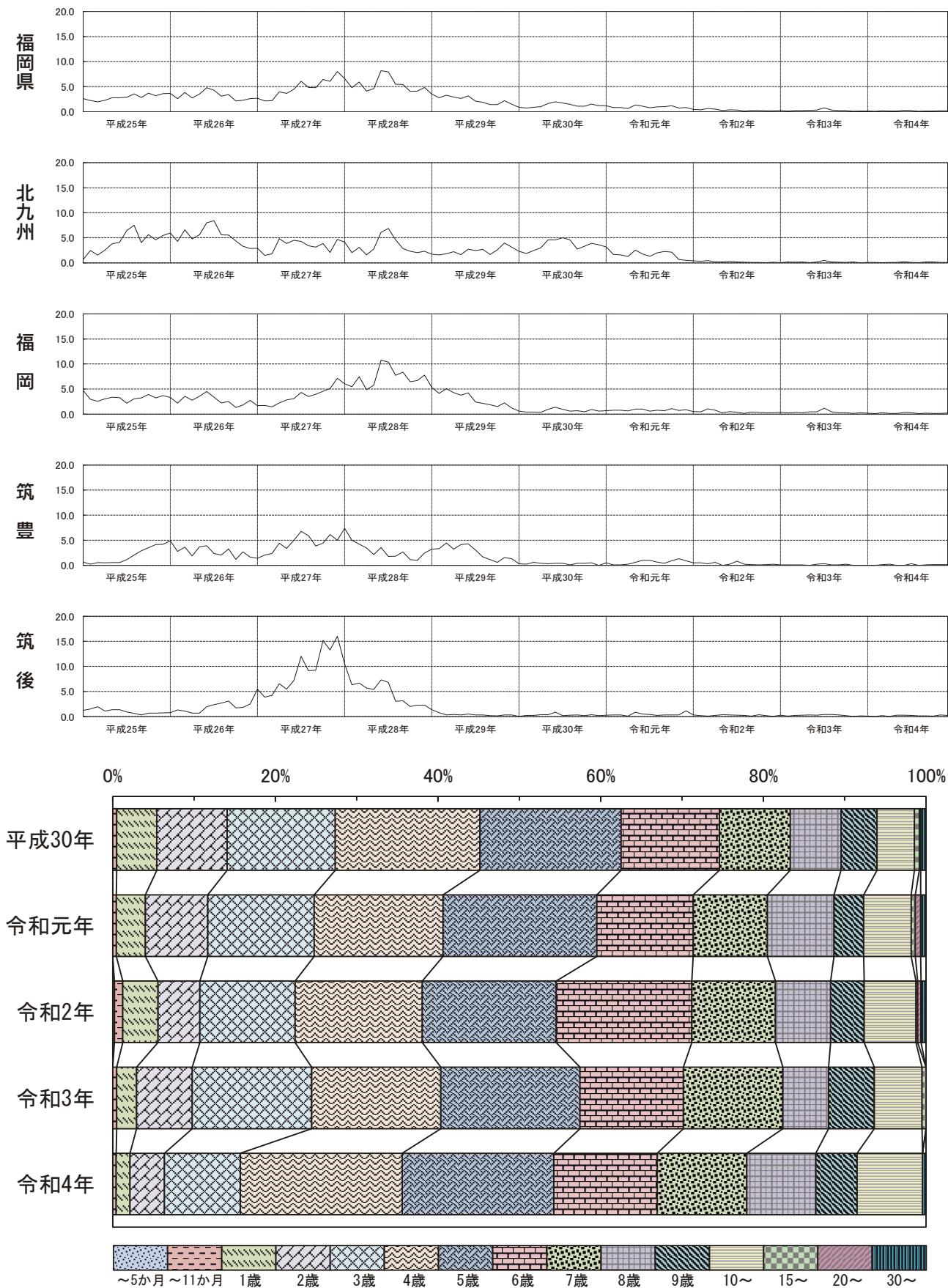
予防接種後の罹患は52例（昨年82例）で、患者1,000人当たり220（昨年200）であった。年齢は1歳2例（昨年7例）、2歳2例（同6例）、3歳4例（同15例）、4歳12例（同14例）、5歳9例（同14例）、6歳9例（同5例）、7歳8例（同11例）、8歳3例（同6例）、9歳2例（同2例）、10歳1例（同1例）、11歳0例（同1例）、12歳0例（同0例）、13歳以上0例（同0例）であった。2～5歳までで51.9%（昨年59.8%）を占めた。症状は、軽症41例（78.8%）、中等症11例（21.2%）、重症0例であった。

日本小児科学会では、「おたふくかぜワクチン接種後の副反応に関する全国調査のお願い」を会員に求めている。調査は令和5年（2023年）3月31日で終了した。県内の小児科の先生方のご協力ありがとうございました。



流行性耳下腺炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



15. 川崎病（MCLS） [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により川崎病（MCLS）は感染症発生動向調査の対象外となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、小児科定点の対象疾病として平成12年以降も報告を受けている。

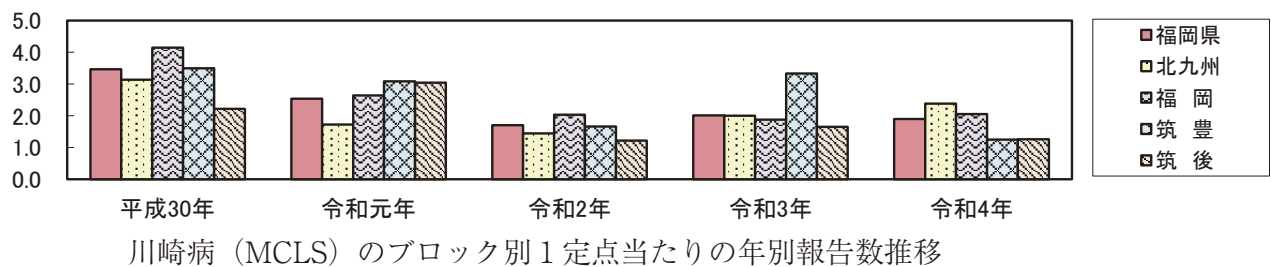
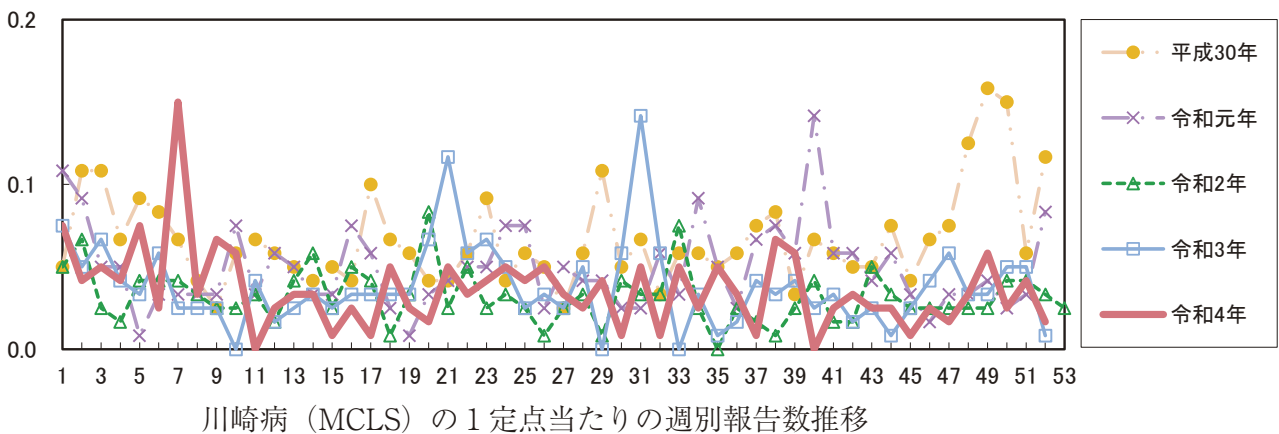
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年1.9（228人）、前年2.0（241人）で、前年比95%である。全県1定点当たりの患者数は、昭和56年（1981年）から令和4年（2022年）までそれぞれ3.4、2.9、2.8、2.9、2.6、4.1、2.4、1.9、2.5、2.4、2.5、2.3、2.5、2.8、3.7、3.6、2.8、3.1、3.4、2.7、2.2、1.6、1.8、1.7、1.6、2.0、2.0、1.9、2.2、2.1、2.0、2.1、2.1、2.6、2.9、3.2、3.0、3.5、2.5、1.7、2.0、1.9で、平成30年は過去20年間で最多であったが、その後は報告数がやや少ない。

季節性は特に見られない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州2.4（69）[北九州市2.7（65）]、福岡2.1（115）[福岡市3.6（105）]、筑豊1.3（15）、筑後1.3（29）で、昨年多かった筑豊地区が減少した。

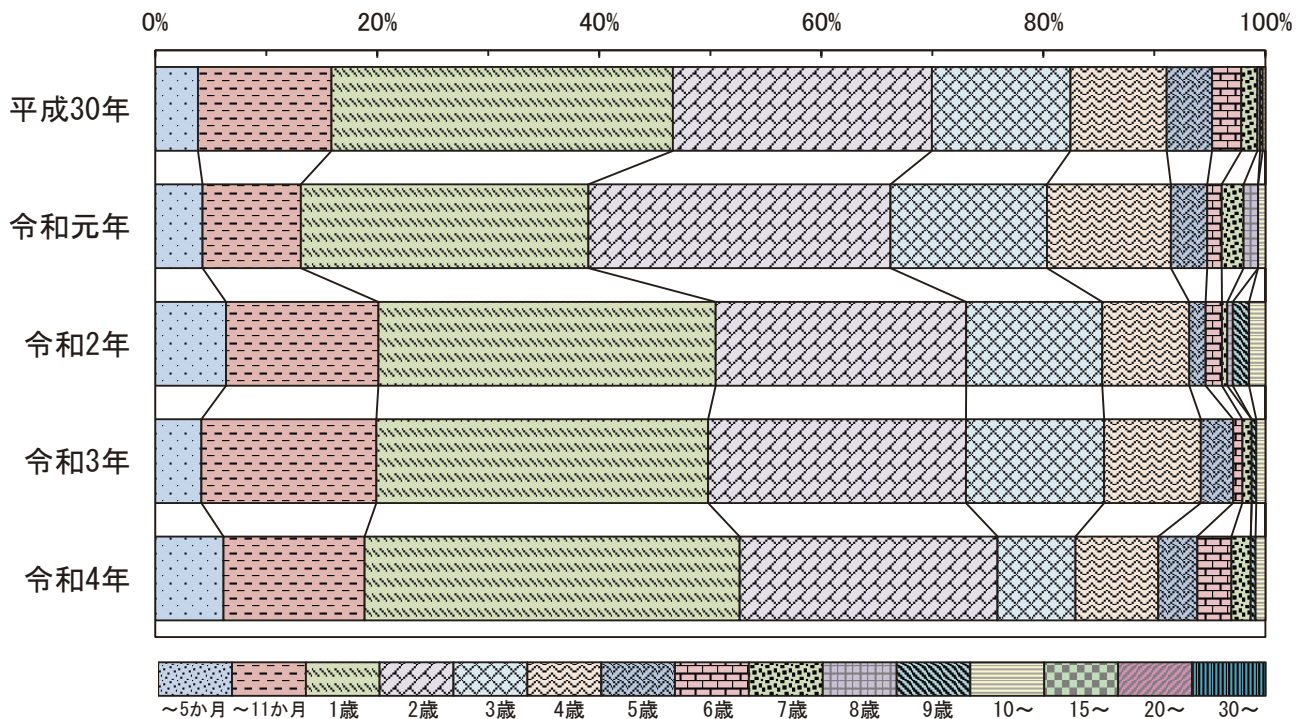
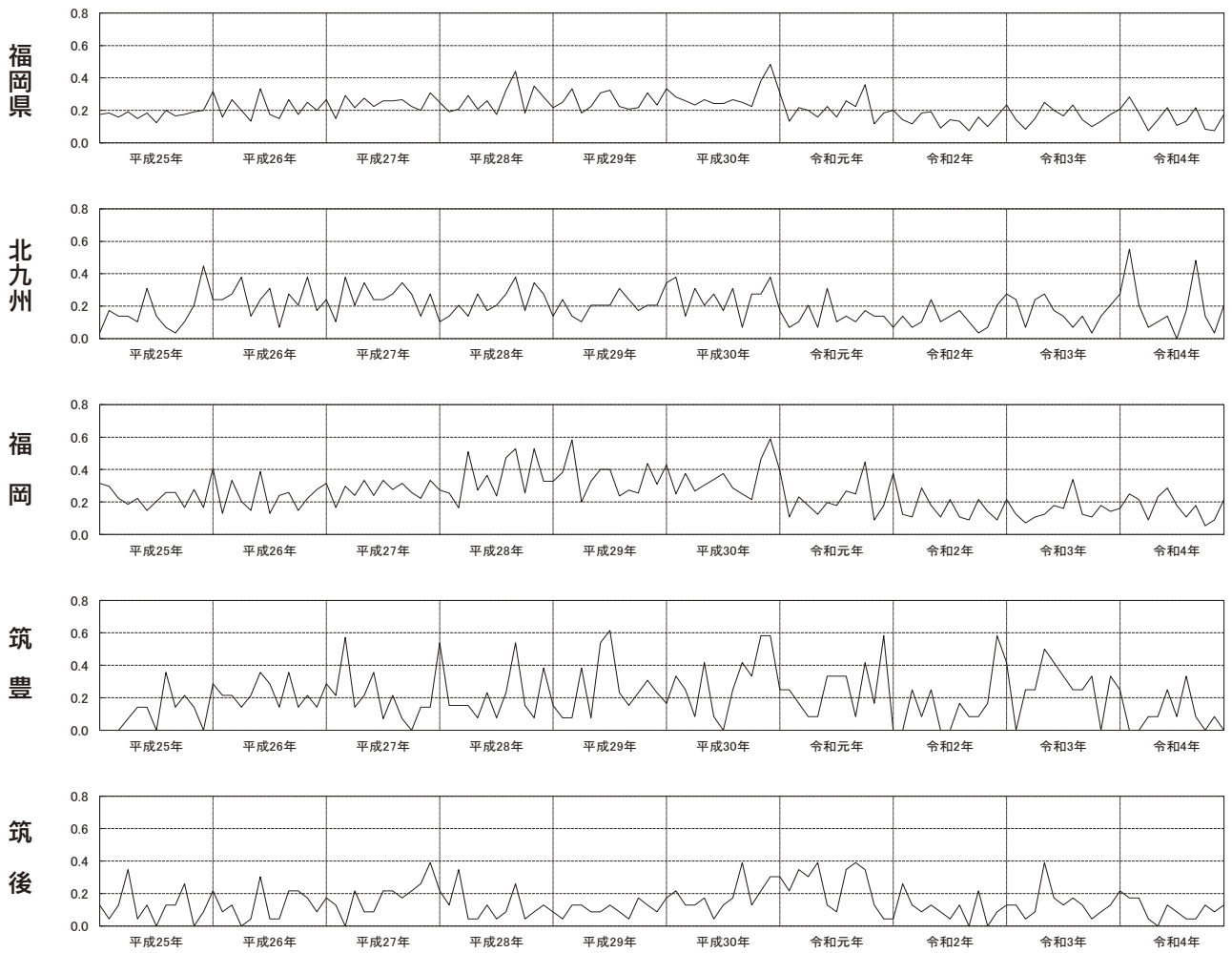
罹患年齢は0～5か月6.1%（14人；前年10人、前々年13人、3年前13人）、6～11か月12.7%、1歳33.8%、2歳23.2%、3歳7.0%、4歳7.5%、5歳3.5%、6歳3.1%、7歳1.6%、8歳0.0%、9歳0.4%、10～14歳0.9%（2人）、15～19歳0.0%、20～29歳0.0%、30歳以上0.0%であった。例年と同様にピークは1歳で、5歳未満が90.4%（前年94.2%）と大多数を占める。10歳以上は今年は2人であった（前年2人、前々年3人、3年前2人）。

男女比は1.21（男125人、女103人）で男がやや多かった。



川崎病 (MCLS)

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移 (上) と年齢区分別患者発生割合の推移 (下)



16. 急性脳炎 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により、急性脳炎は全数把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成16年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.03（4人）、前年0.01（1人）であった。全県1定点当たりの患者数（および「患者数」）は昭和56年（1981年）から令和3年（2021年）までそれぞれ0.2（11）、0.4（18）、0.4（20）、0.4（19）、0.4（23）、0.2（12）、1.1（62）、1.2（66）、0.3（17）、0.2（10）、0.3（19）、0.2（13）、0.7（39）、0.2（9）、0.2（12）、0.3（17）、0.4（24）、0.3（18）、0.3（19）、0.2（17）、0.09（9）、0.08（10）、0.05（6）、0.0（0）、0.05（6）、0.08（9）、0.04（5）、0.03（3）、0.04（5）、0.02（2）、0.00（0）、0.04（5）、0.05（6）、0.05（6）、0.04（5）、0.10（12）、0.07（8）、0.10（12）、0.18（22）、0.02（2）、0.01（1）、0.03（4）で、ここ3年間は非常に少ない。

4人の発生日は6月、7月、7月、12月であった。地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.1（4）〔福岡市0.1（4）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）であった。

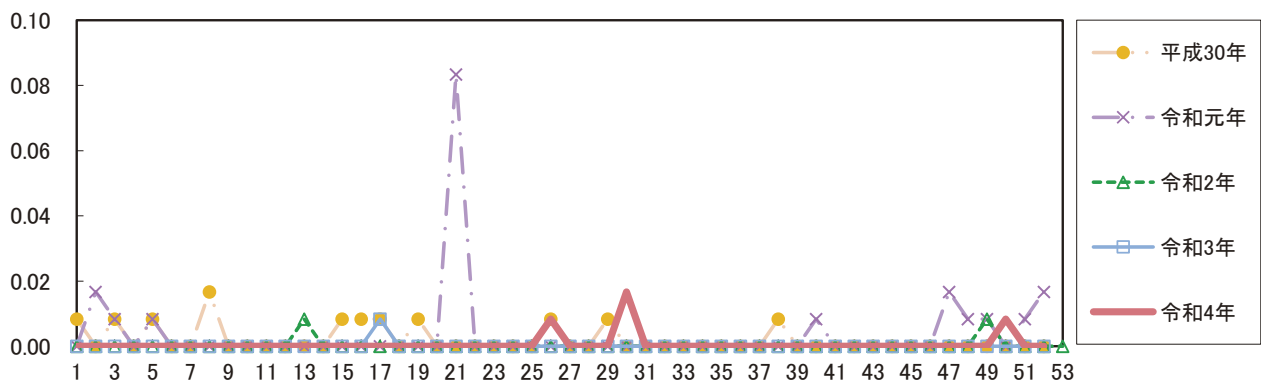
4人の罹患年齢は1歳、2歳、4歳、10-14歳であった。

男女別は男3人、女1人であった。

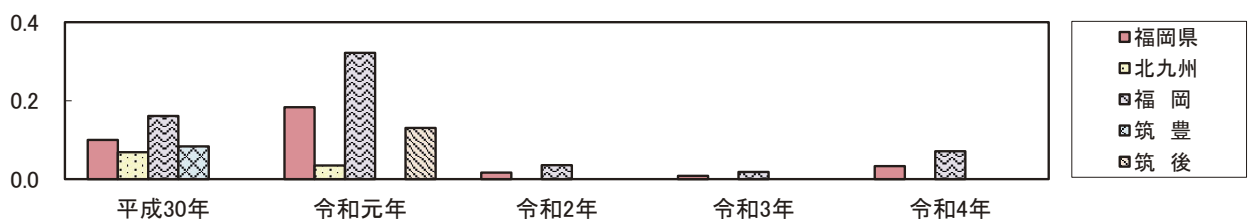
検査情報（基幹定点分を含む）には本年も検体提出はなかった。

週報には1歳女に新型コロナ脳症、2歳男にヒトメタニューモ脳症、4歳男にヒトメタニューモ感染症後、10歳男に新型コロナ脳症（MERS）と記載されている。

日本脳炎は全数報告に全国で5例（前年3例、前々年5例、3年前8例、4年前0例、5年前3例、6年前11例、7年前2例）、福岡県は0例（9年前まで0例、10年前1例、11年前4例）であった。



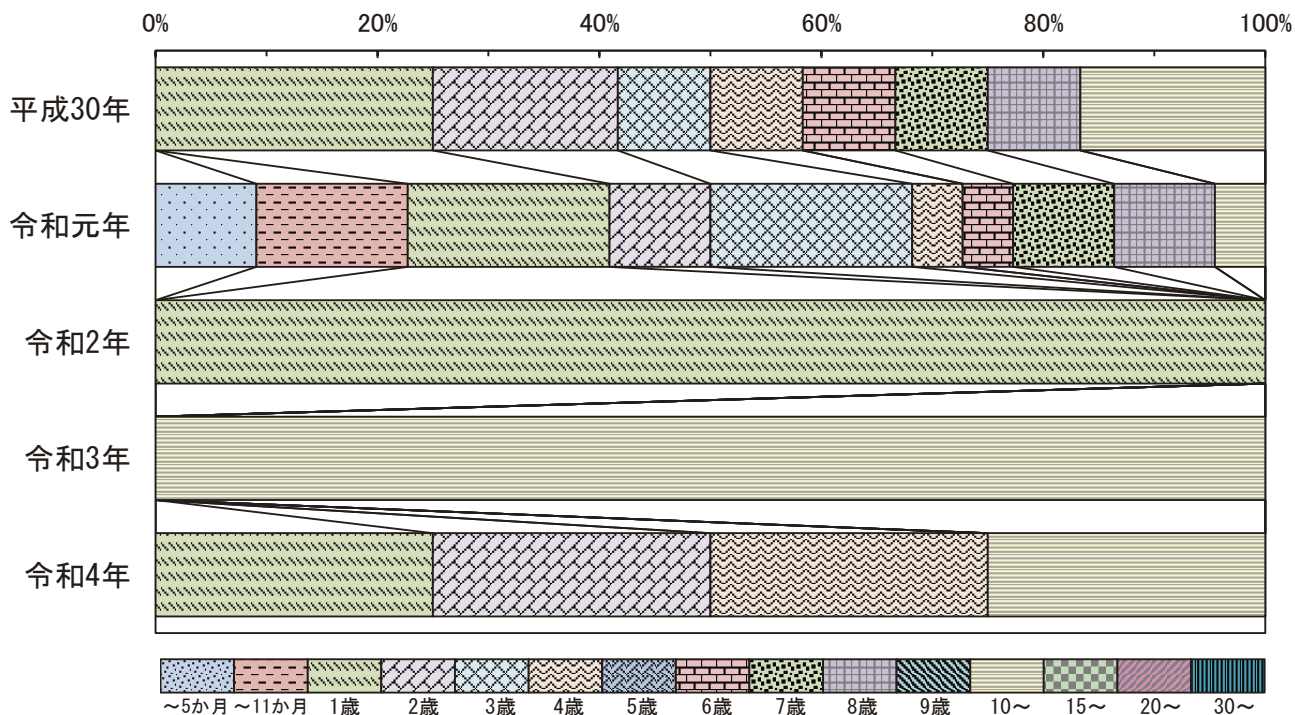
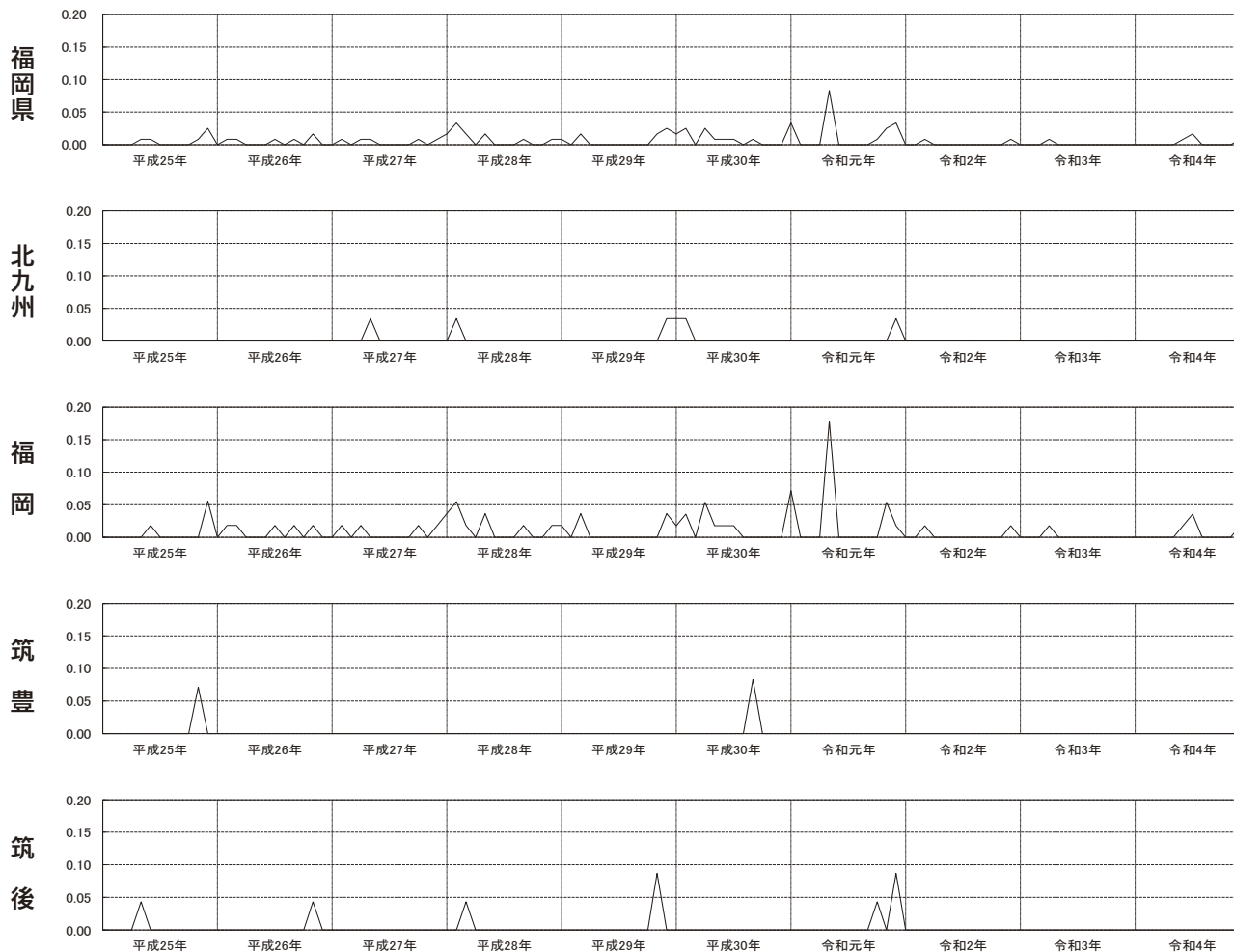
急性脳炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



急性脳炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

急性脳炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



17. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、細菌性髄膜炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。別項に細菌性髄膜炎 [基幹定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.03 (3人)、前年は0.03 (3人) であった。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) では昭和56年 (1981年) から令和4年 (2022年) までそれぞれ1.0、0.8、1.2、0.9、0.7、0.8、0.5、0.4、0.3、0.7、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.3、0.2、0.2、0.2、0.2、0.2、0.1、0.2 (20)、0.1 (12)、0.15 (18)、0.06 (7)、0.09 (11)、0.04 (5)、0.02 (2)、0.06 (8)、0.03 (4)、0.08 (10)、0.02 (2)、0.06 (7)、0.01 (1)、0.03 (3)、0.03 (3) と推移している。

3人の発生時期は6月、9月、10月であった。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」)

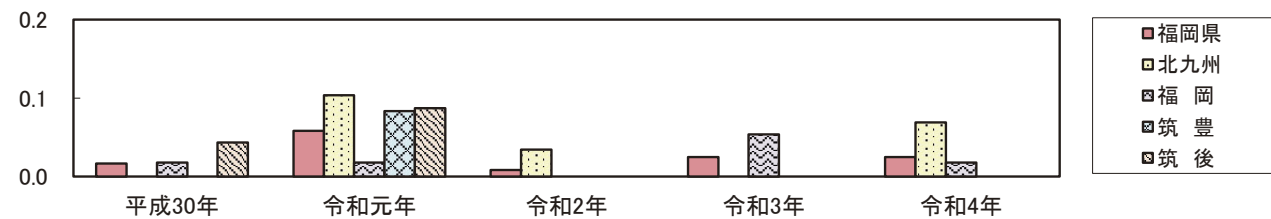
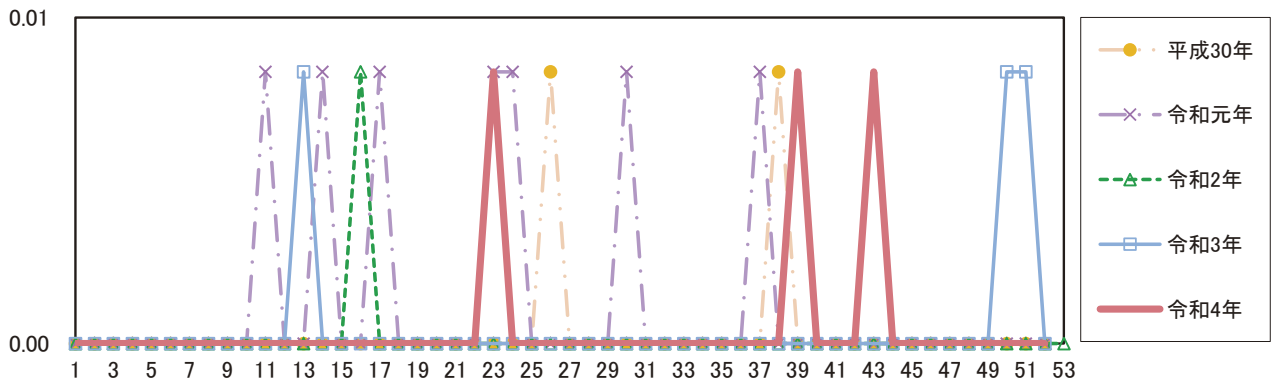
が北九州0.1 (2) [北九州市0.1 (2)]、福岡0.0 (1) [福岡市0.0 (1)]、筑豊0.0 (0)、筑後0.0 (0) であった。

3人の罹患年齢は0~5か月3人であった。

男女別は男1人、女2人であった。

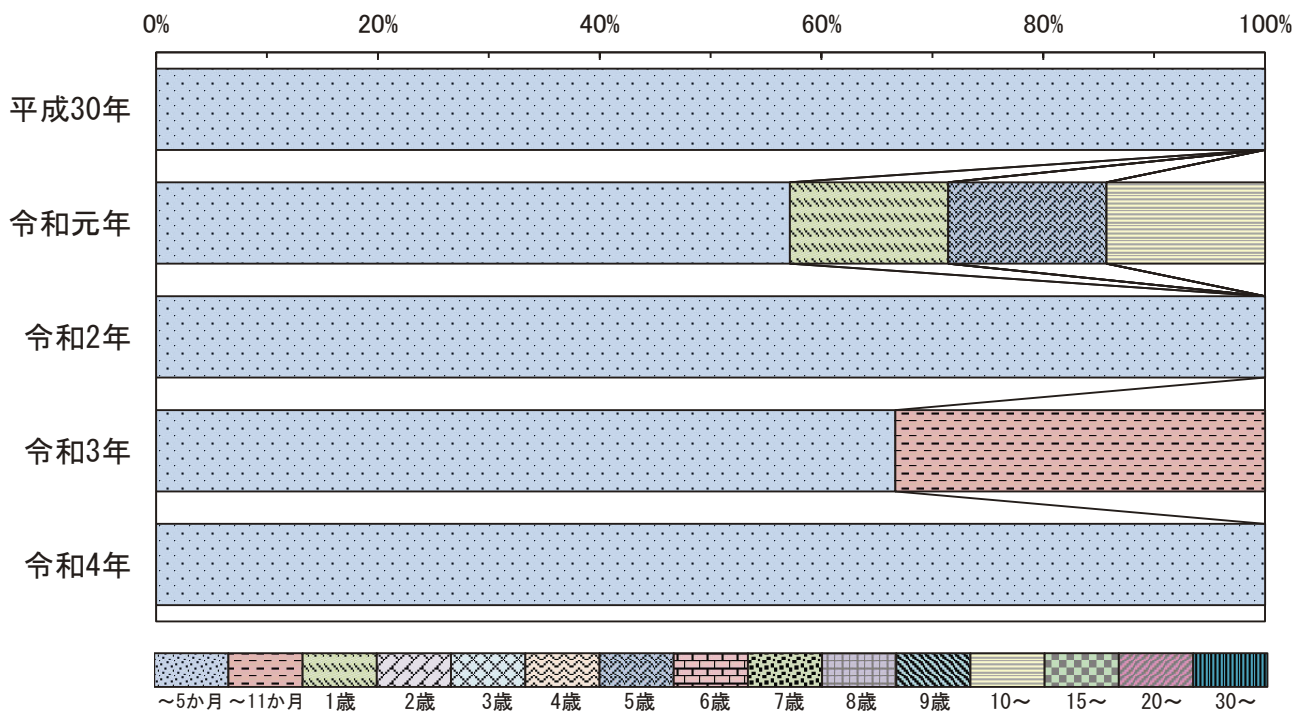
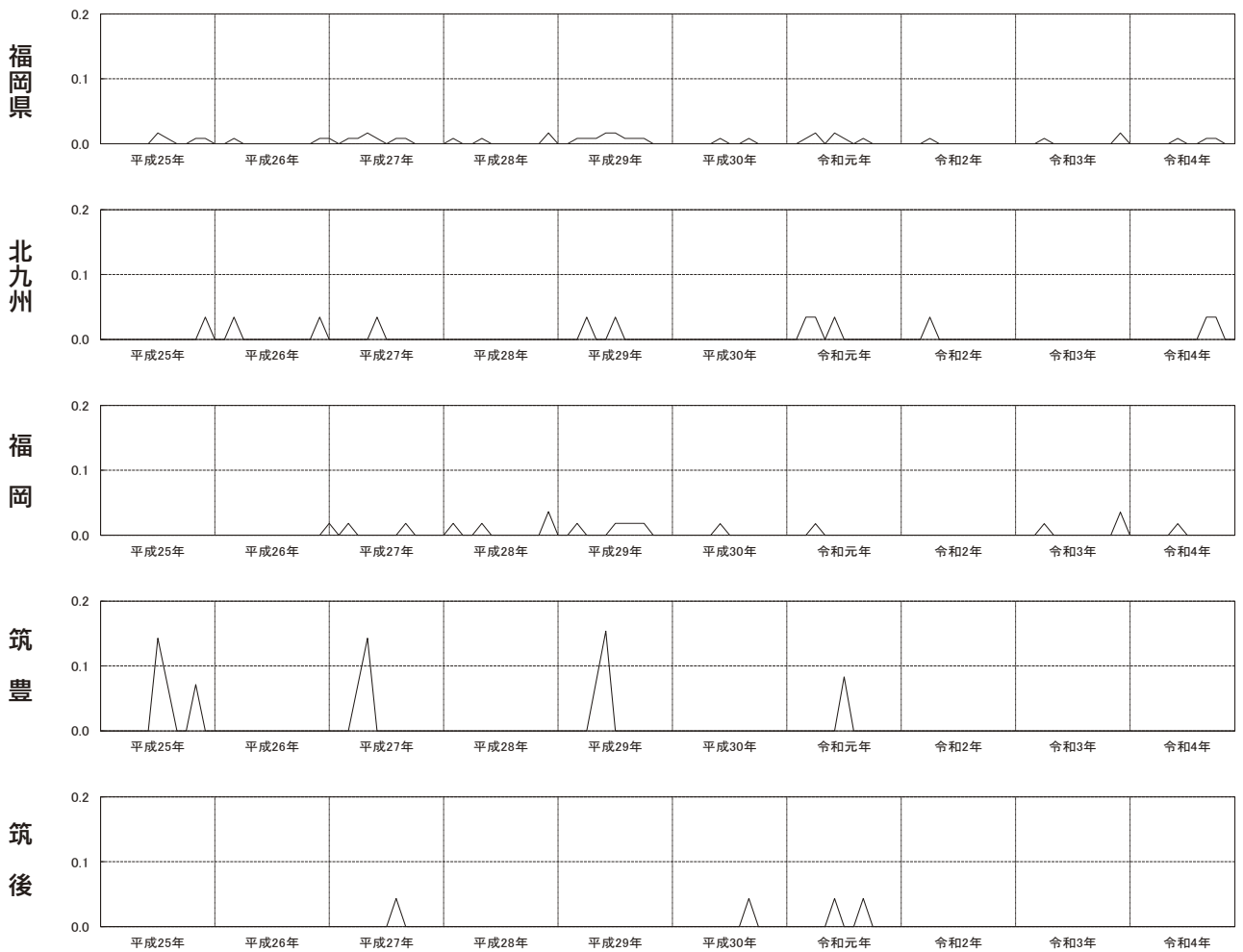
原因菌について週報にはGBS (6生日男)、大腸菌 (1か月女、2か月女) が報告された。今年もインフルエンザ菌b型の確認例はなかった (10年前から0例)。

子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金により、ヒブ (ヘモフィルスインフルエンザ菌b型) ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの公的負担が平成22年11月26日に実施され、一時中断もあったが、平成24年度も継続され、さらに平成25年4月からは定期接種となった。全国的に両菌、特にインフルエンザ菌b型による細菌性髄膜炎の報告は減少している。全数報告でも福岡県からはHibは8年連続ゼロとなっている。



細菌性髄膜炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移 (上) と年齢区分別患者発生割合の推移 (下)



18. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、無菌性髄膜炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。別項に無菌性髄膜炎 [基幹定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.1 (7人)、前年0.2 (23人) で前年比30%となる。全県1定点当たりの患者数は昭和56年(1981年) から令和4年 (2022年) までそれぞれ3.9、4.6、15.0、7.1、8.4、8.8、2.9、2.3、6.1、6.2、6.0、2.9、3.6、7.7、2.1、3.6、13.3、20.5、5.3、4.2、3.0、3.4、1.4、2.0、1.2、1.9、0.4、0.8、0.5、0.9、0.8、0.5、2.0、0.7、0.9、0.9、0.6、0.2、0.3、0.03、0.2、0.1と推移した。平成25年に7年ぶりに多発したがその後はやや低いレベルで推移し、平成30年からは特に少ない。

季節的には夏期に多発する疾病であり、多発した平成25年は明らかに7月、8月にピークを示した。その後は報告数が少ないこともあり、季節性は不明確である。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.0 (1) [北九州市0.0 (1)]、福岡0.1 (3)

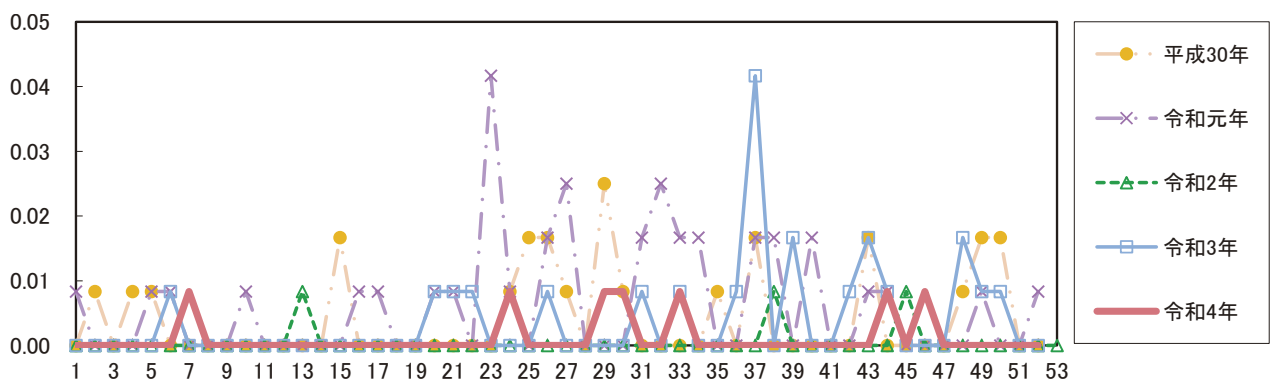
[福岡市0.1 (3)]、筑豊0.1 (1)、筑後0.1 (2) であった。

7人の罹患年齢は0~5か月2人、1歳2人、3歳1人、5歳1人、7歳1人であった。

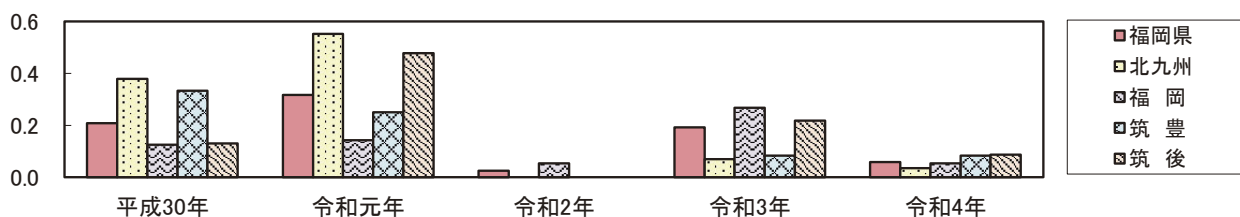
男女別は男7人、女0人で男が多かった。

検査情報では20検体 (前年60、前々年25、3年前33検体) から陽性は4検体で、陽性率は20.0% (前年26.7%、前々年4.0%、3年前24.2%) であった。分離ウイルスはヒトパレコウイルスが4件 (同一人から複数検体があり4人ではない) であった。全国的にはエンテロウイルスではエコーウイルス6型が多く、その他コクサッキーA6型、B1型などが分離されている。ムンプスウイルスも検出されている。

週報に原因として報告されているのは1歳男のムンプスワクチン後の1例のみであった。なお、ムンプスは0例 (前年0例、前々年0例、3年前5例、4年前3例、5年前11例、6年前44例、7年前28例、8年前27例、9年前39例)、手足口病も0例 (前年0例、前々年0例、2年前0例、4年前2例、5年前0例、6年前0例、7年前0例、8年前2例、9年前1例、10年前0例) である。



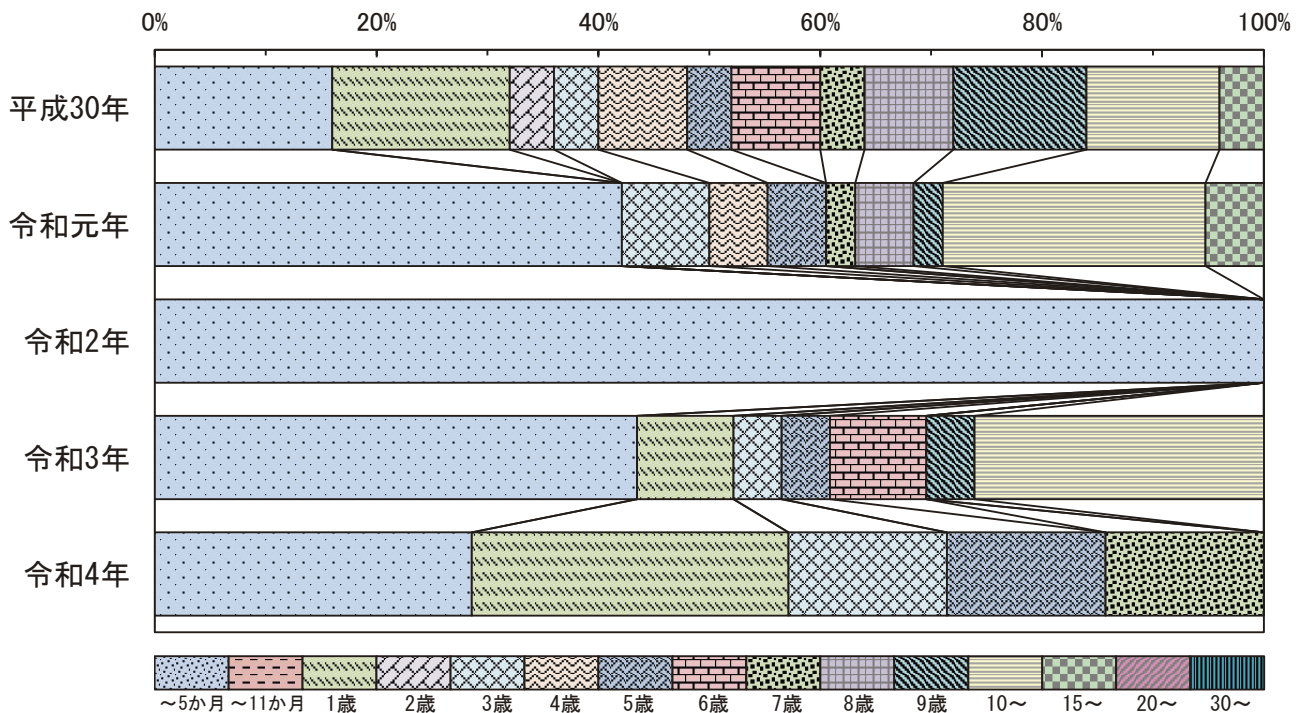
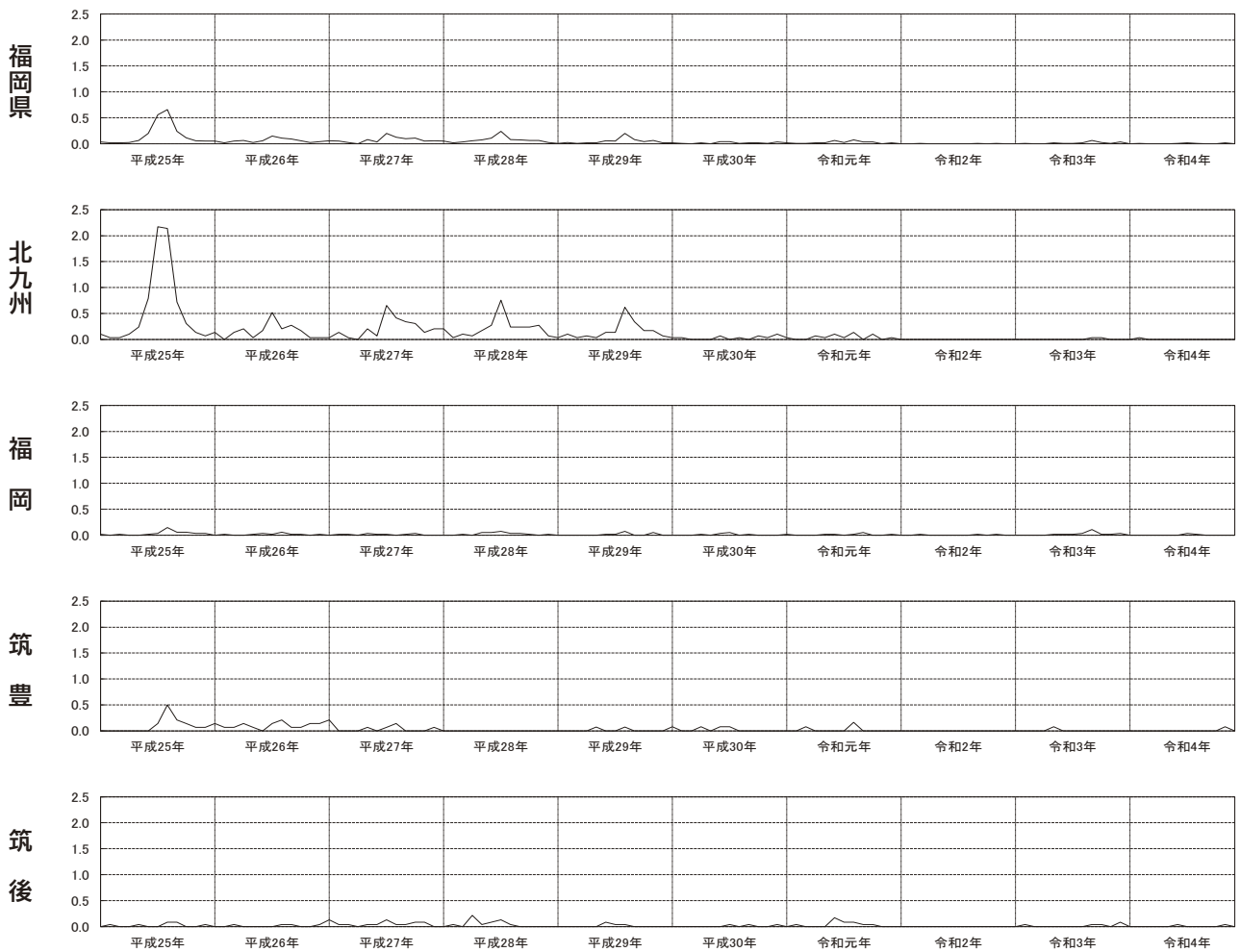
無菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



無菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

無菌性髄膜炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移 (上) と年齢区分別患者発生割合の推移 (下)



19. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、マイコプラズマ肺炎、およびクラミジア肺炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病としてマイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎の報告を受けている。従来の異型肺炎のデータはマイコプラズマ肺炎に継続し、クラミジア肺炎は新しい項目とした。なお、別項にマイコプラズマ肺炎 [基幹定点] があり、患者数が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.2 (24人)、前年0.6 (66人) で前年比36%に減少している。全県1定点当たりの患者数は昭和56年 (1981年) から令和4年 (2022年) までそれぞれ12.0、6.9、18.0、29.0、22.3、9.5、10.5、26.3、25.8、18.8、33.8、46.7、32.3、35.2、31.6、30.4、22.2、20.2、11.5、8.7、19.4、12.1、8.9、8.6、12.4、23.8、14.0、10.1、10.5、21.2、32.7、17.4、6.6、6.6、22.0、39.6、10.4、4.9、7.0、5.2、0.6、0.2と推移し、前年、今年は非常に少ない。平成23年と平成28年をピークとした大きな流行ののちは報告数が少ない。

前々回の流行は平成22年から始まり、平成23年12月をピークに流行は減衰し、平成25年、26年は非流行年であった。前回の流行は平成27年後半から始まり、平成28年後半にピークを示し、平成29年前半まではやや多く、平成30年は非流行年で

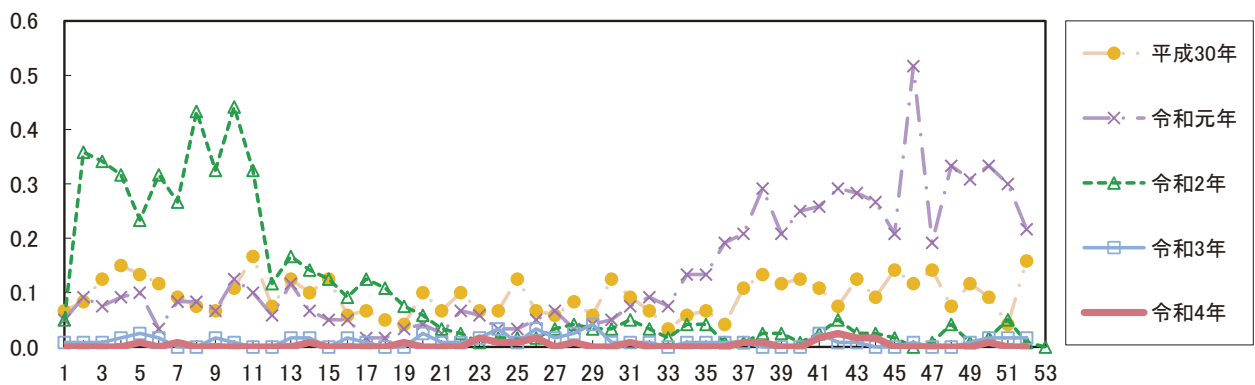
あった。今回は令和元年後半からやや増加し、流行開始と思われたが、令和2年春先までで終息し、小さな流行であり、令和3年、4年は非流行年であった。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.1 (4) [北九州市0.2 (4)]、福岡0.3 (17) [福岡市0.4 (13)]、筑豊0.0 (0)、筑後0.1 (3) で各地区とも非常に少ない。

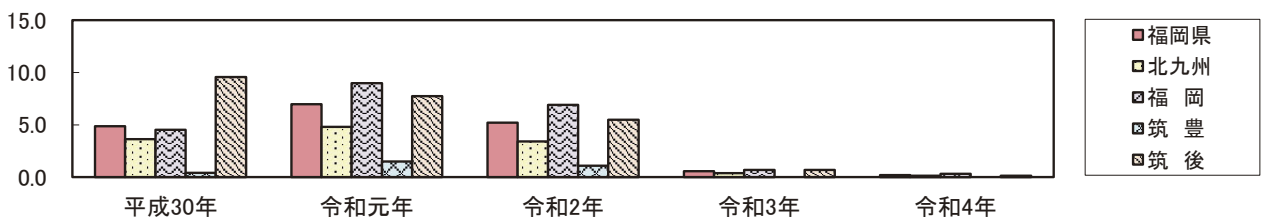
罹患年齢は0～5か月0.0% (0人；前年0人、前々年0人)、6～11か月0.0% (0人；前年0人、前々年1人)、1歳4.2%、2歳16.7%、3歳4.2%、4歳8.3%、5歳4.2%、6歳8.3%、7歳0.0%、8歳4.2%、9歳0.0%、10～14歳20.8%、15～19歳0.0%、20～29歳12.6%、30歳以上16.7%であった。小児科を中心に報告を受けており、7歳未満で45.8%、0歳は少なく、2～5歳が33.3%を占める。15歳以上は29.2% (前年28.5%、前々年10.1%) と前年、今年が多かった。

男女比は0.60 (男9人、女15人) で女が多かった。

定点からは従来からPA法を中心に血清マイコプラズマ抗体価測定結果が報告されている。平成23年10月1日に遺伝子検査 (LAMP法)、平成25年8月1日に抗原検査が健康保険適用され、PA法とともに週報に記載している。なお、PA法による抗体測定では有意な上昇や、異常高値を示す例が多いが、報告の時点では血清学的にはマイコプラズマ肺炎と確定できないと判断される例もみられた。



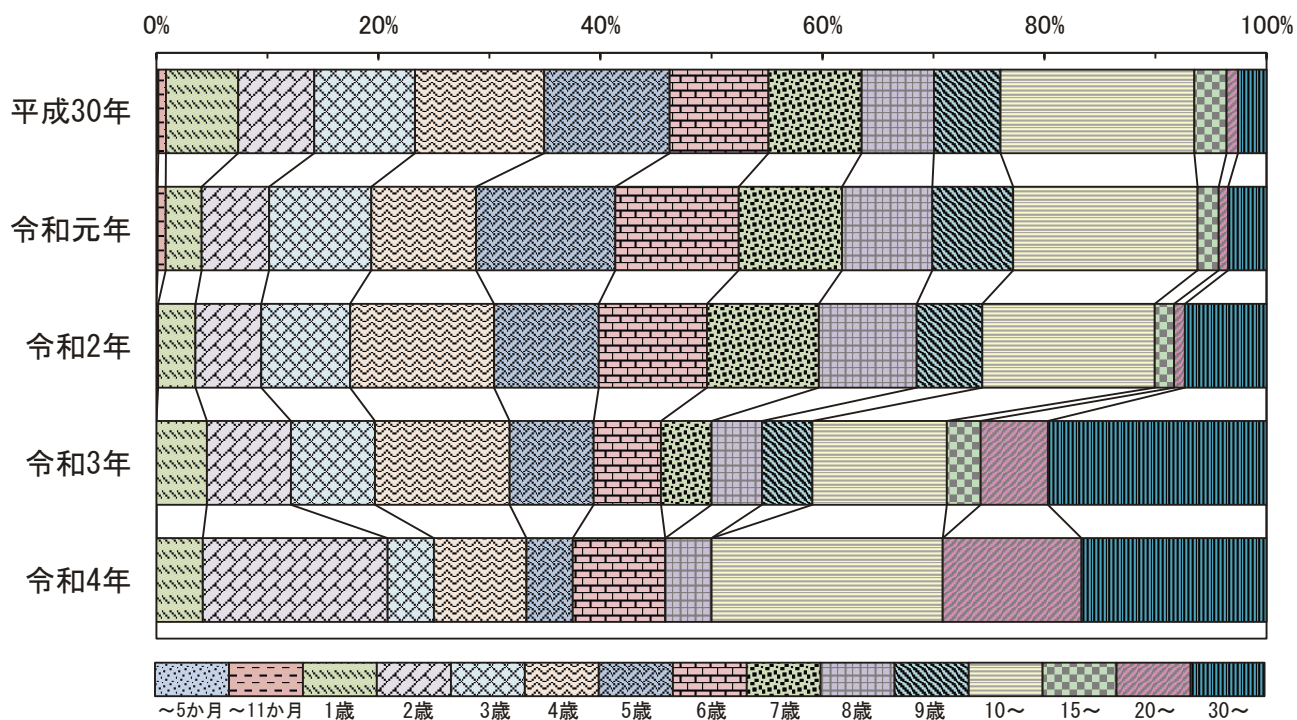
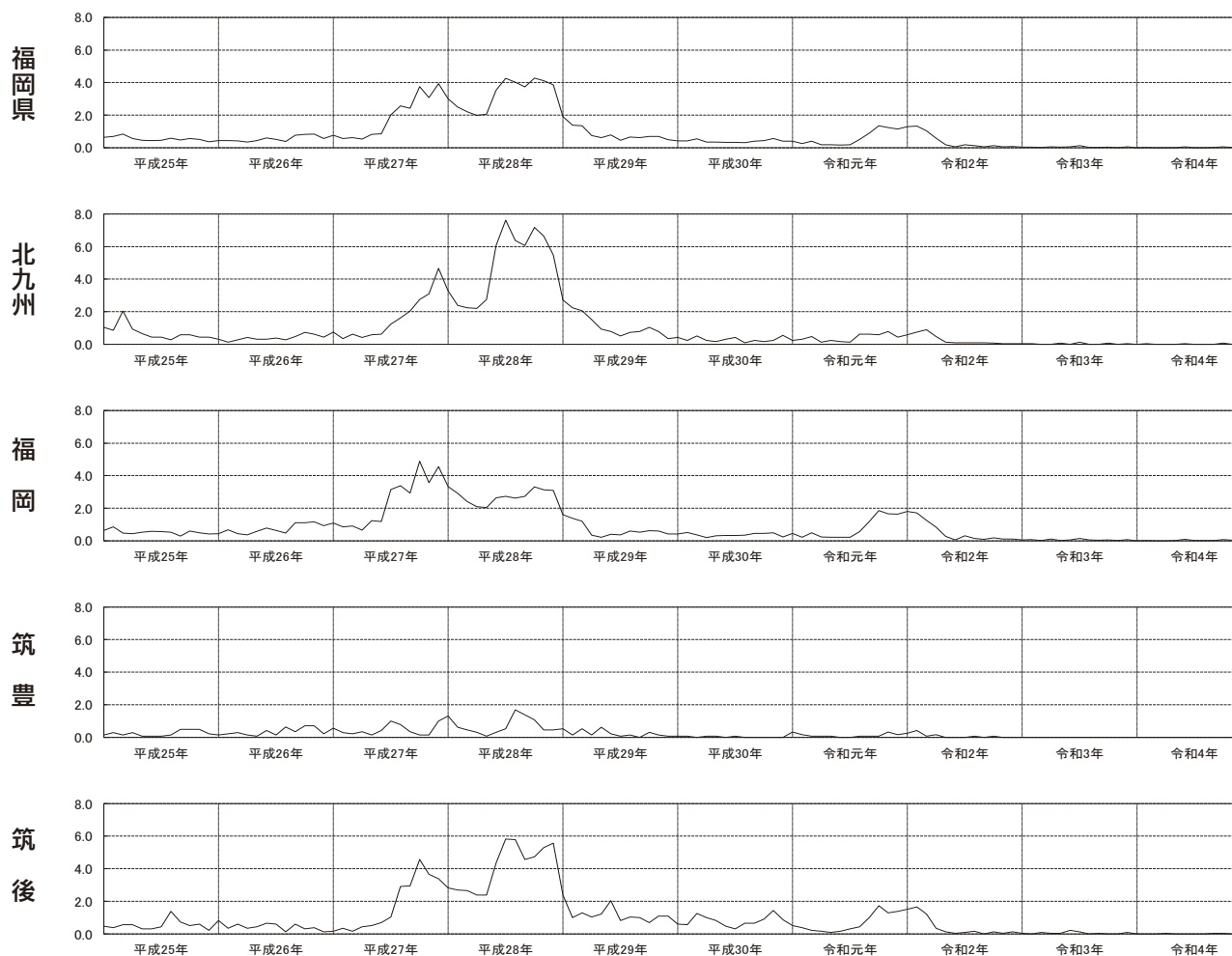
マイコプラズマ肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）

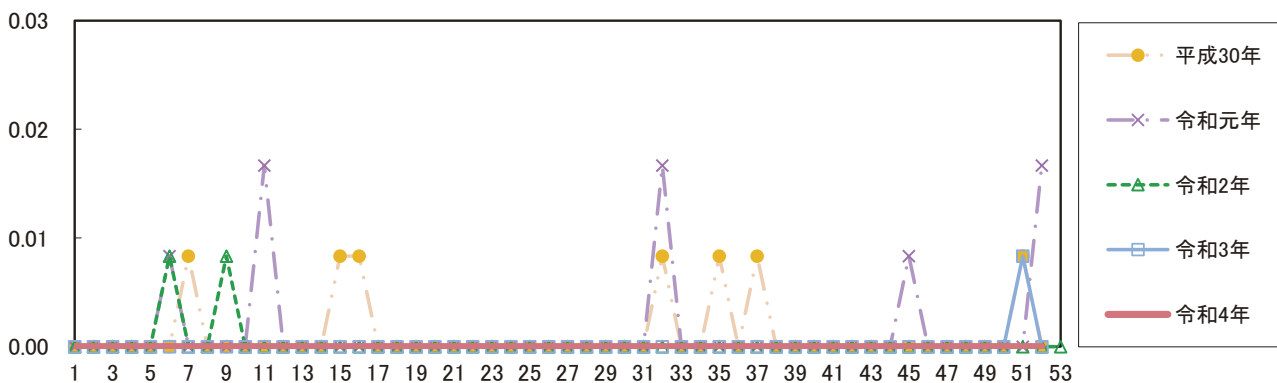


20. クラミジア肺炎 [小児科定点]

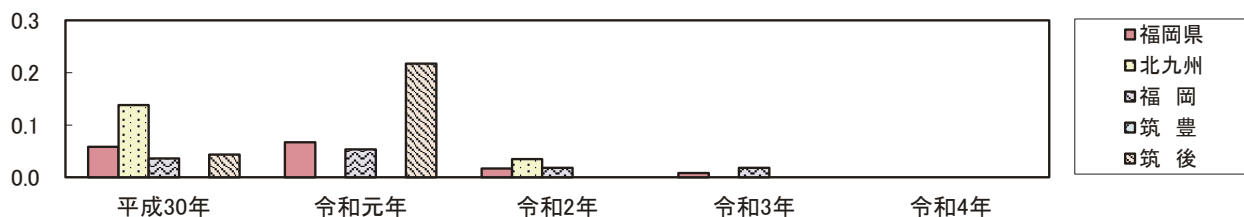
平成11年4月施行の感染症法により、マイコプラズマ肺炎、およびクラミジア肺炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病としてマイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎の報告を受けている。従来の異型肺炎のデータはマイコプラズマ肺炎に継続し、クラミジア肺炎は新しい項目とした。なお、別項にクラミジア肺炎 [基幹定点] があり、患者数が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は

今年0.0（0人）、前年0.01（1人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和4年（2022年）まで0.5（36）、1.1（114）、0.3（38）、0.4（48）、0.3（35）、1.6（197）、1.1（135）、0.5（57）、0.4（48）、0.7（87）、0.7（78）、0.4（48）、0.2（23）、0.7（81）、0.6（69）、0.4（43）、0.3（34）、0.2（20）、0.1（7）、0.1（8）、0.02（2）、0.01（1）、0.0（0人）と推移している。マイコプラズマ肺炎と比較すると報告数は少なく、過去5年間は特に少なく、初めてのゼロ報告であった。



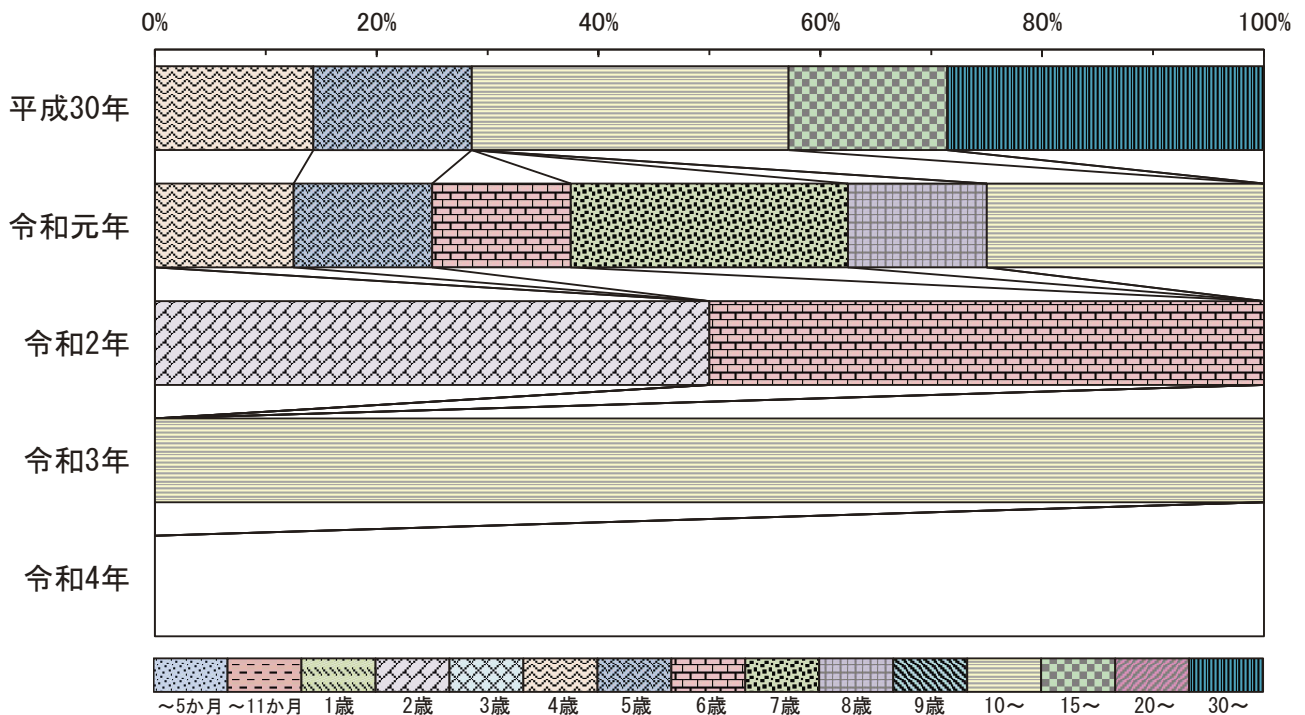
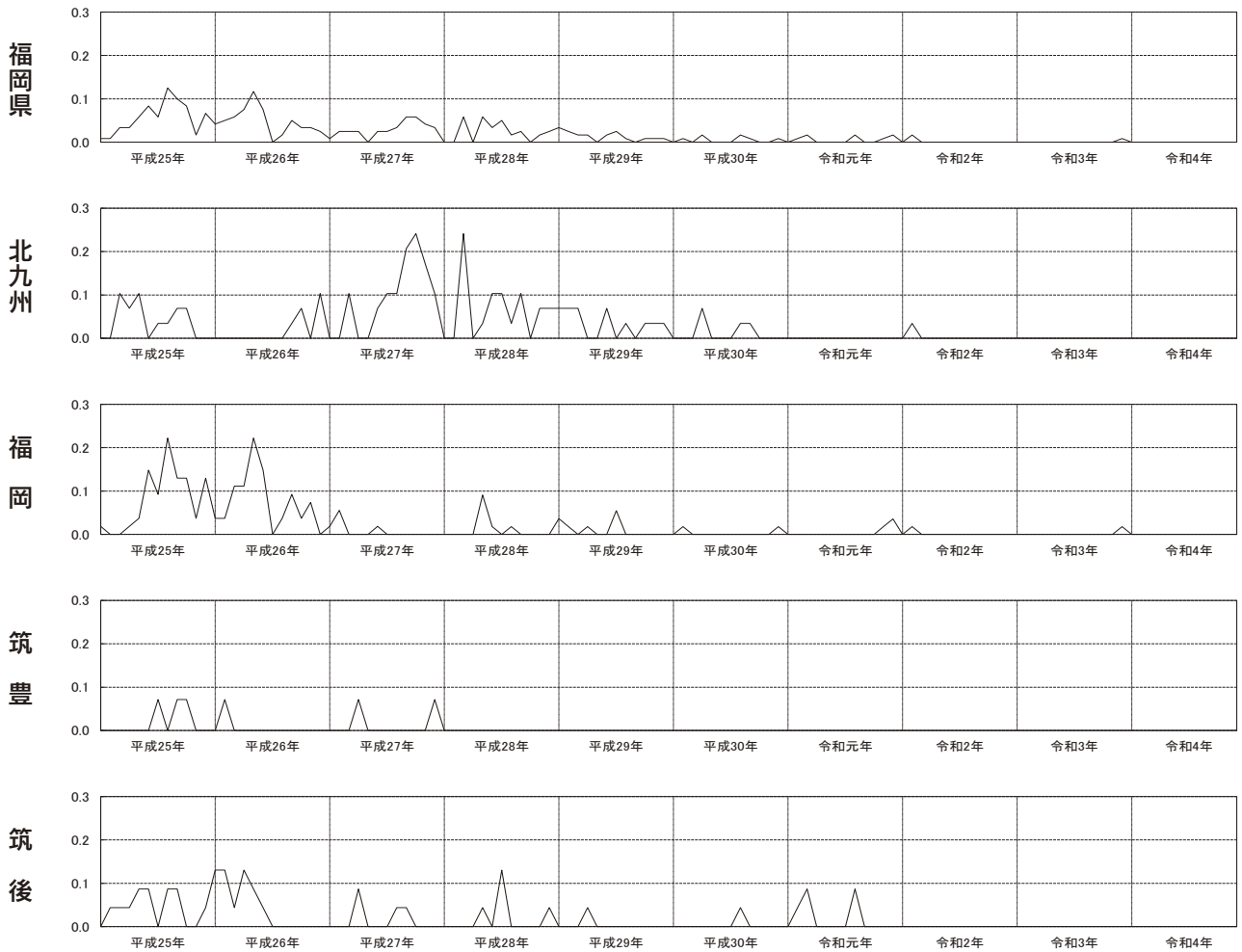
クラミジア肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



21. 急性出血性結膜炎 [眼科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.3（7人）、前年0.5（12人）で、前年比58%であった。昭和58、59年（1983、84年）（526人、217人）の流行以来報告数は低レベルのまま推移している。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和4年（2022年）までそれぞれ0.04、5.3、131.5、54.3、7.2、3.5、5.6、3.0、2.6、2.6、1.3、3.6、2.0、0.7、0.7、0.6、1.0、1.4、1.7、1.3、1.0、2.0、2.8、2.2、2.7、2.0、1.9、2.1、0.5、0.8、0.8、0.8、1.0、0.5、1.7、0.8、0.1、0.6、0.6、0.1、0.5、0.3と推移している。

季節性ははっきりしない。

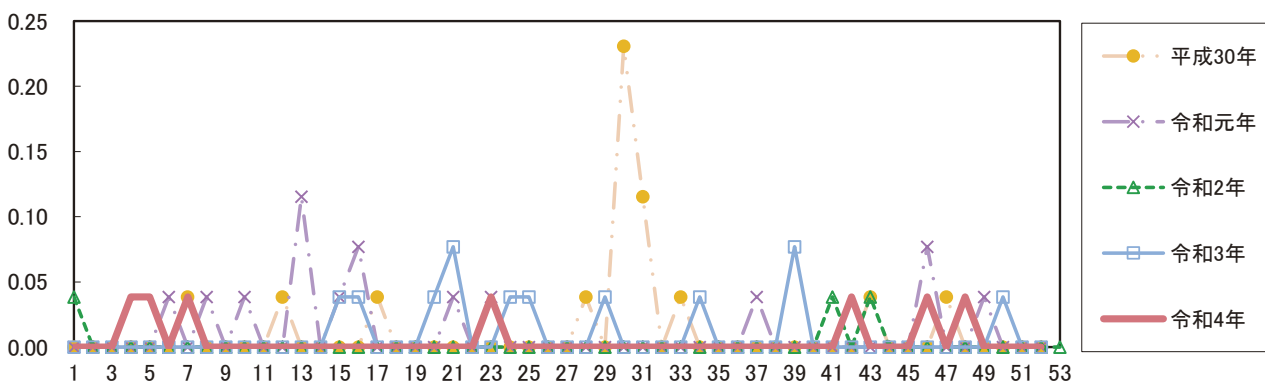
地区別報告では1定点当たり患者数（及び「患

者数」）は北九州0.1（1）〔北九州市0.2（1）〕、福岡0.3（4）〔福岡市0.4（3）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.5（2）であった。

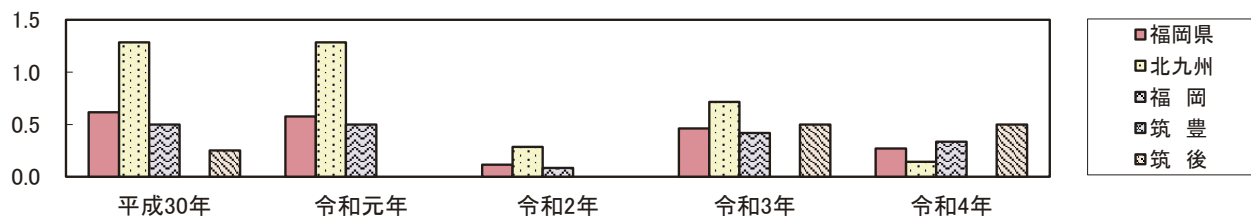
7人の罹患年齢は4歳1人、10～14歳1人、20～29歳1人、30～39歳2人、60～69歳1人、70歳以上1人であった。成人が多く、20歳以上が71.4%（前年100%、前々年66.7%、3年前66.7%）であった。

男女別は男4人、女3人であった。

福岡県の検査では今年1検体が提出され、分離は陰性であった。病因ウイルスは不明だが、主な起因ウイルスとしてエンテロウイルス70型とコクサッキーA群24型変異株があげられている。



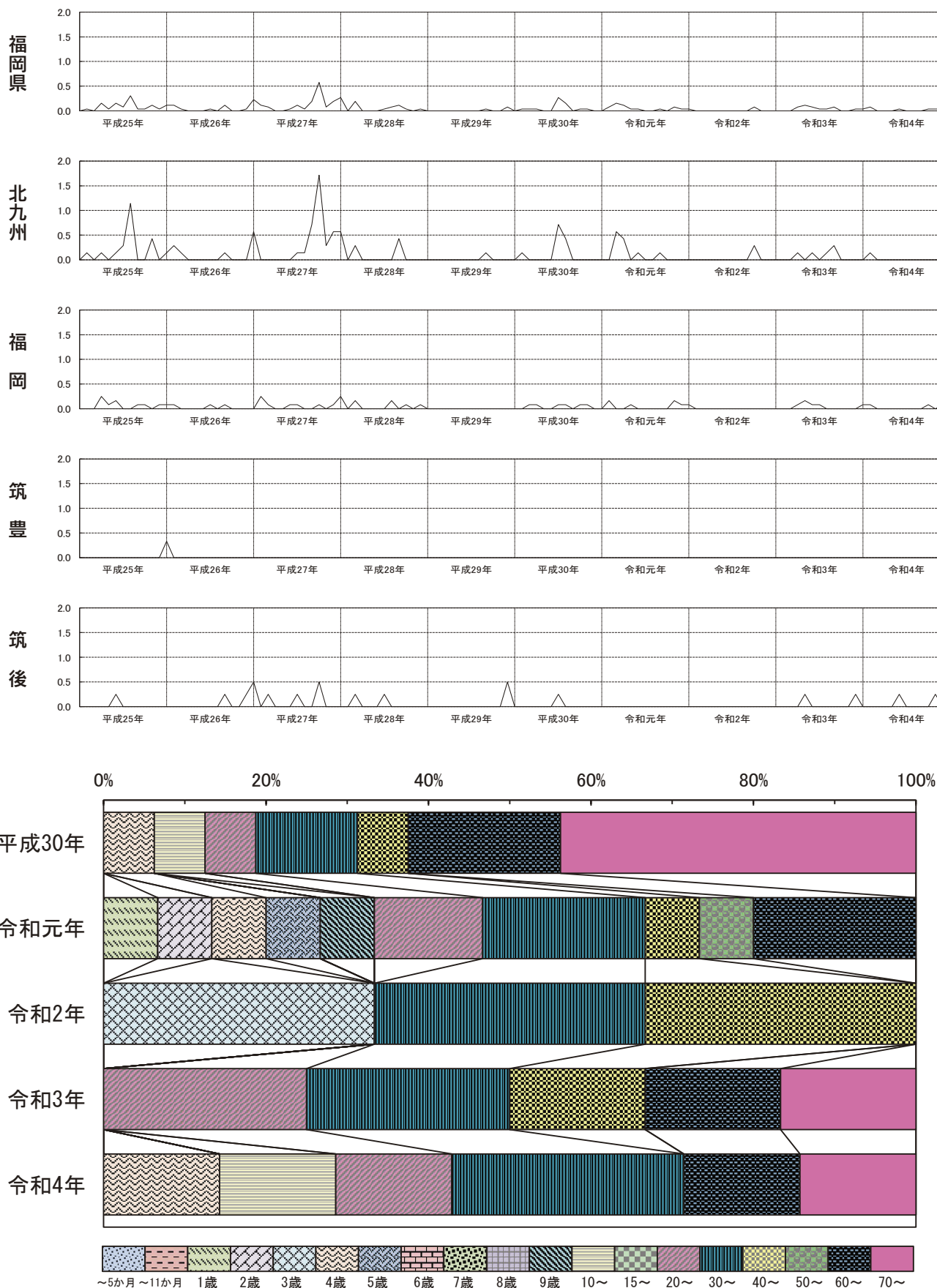
急性出血性結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



急性出血性結膜炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

急性出血性結膜炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



22. 流行性角結膜炎 [眼科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年6.8（177人）、前年11.5（298人）と前年比59%であった。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和4年（2022年）までそれぞれ1.0、240.8、485.8、410.3、172.0、136.5、165.1、186.4、211.4、327.3、233.3、131.6、69.1、74.1、136.0、171.8、108.4、120.1、125.9、106.6、105.3、85.6、64.0、34.7、43.5、54.3、41.0、38.2、22.3、28.7、32.7、29.9、34.7、26.3、79.1、52.8、38.8、74.6、54.5、10.6、11.5、6.8と推移した。令和2年に著減し、その後も少ない状況が続いている。

季節的にはもともと通年性の発生であり、今年も季節性は見られなかった。

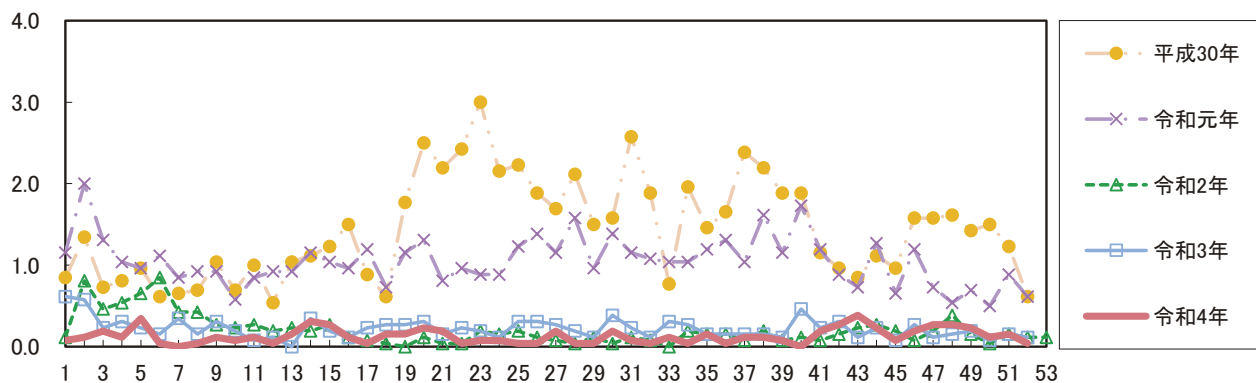
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州7.0（49）[北九州市7.2（43）]、福岡6.1（73）[福岡市8.1（57）]、筑豊6.3（19）、筑後9.0（36）で、

各地区とも減少している。

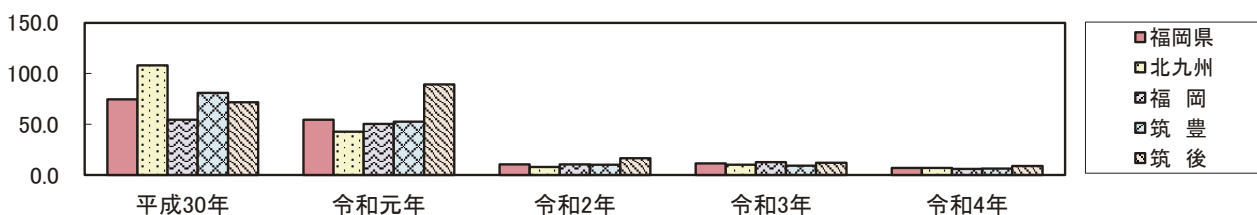
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.6%、1歳1.7%、2歳1.7%、3歳2.3%、4歳0.0%、5歳0.0%、6歳2.3%、7歳0.6%、8歳1.7%、9歳0.0%、10～14歳5.1%、15～19歳6.8%、20～29歳19.8%、30～39歳21.5%、40～49歳19.8%、50～59歳7.3%、60～69歳4.0%、70歳以上5.1%であった。20歳以上が77.4%（前年81.2%、前々年83.3%、3年前65.3%）と前年同様に成人の割合が高い。

男女比は1.64（男110人、女67人）で男が多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるが、複数の血清型が原因になりうる。本県の検査情報では本年は検体提出がなかった。なお、週報には眼科定点、及び眼科定点以外からもアデノウイルス迅速抗原検出キットによる陽性報告がある。眼科定点からは家族内感染の報告がある。



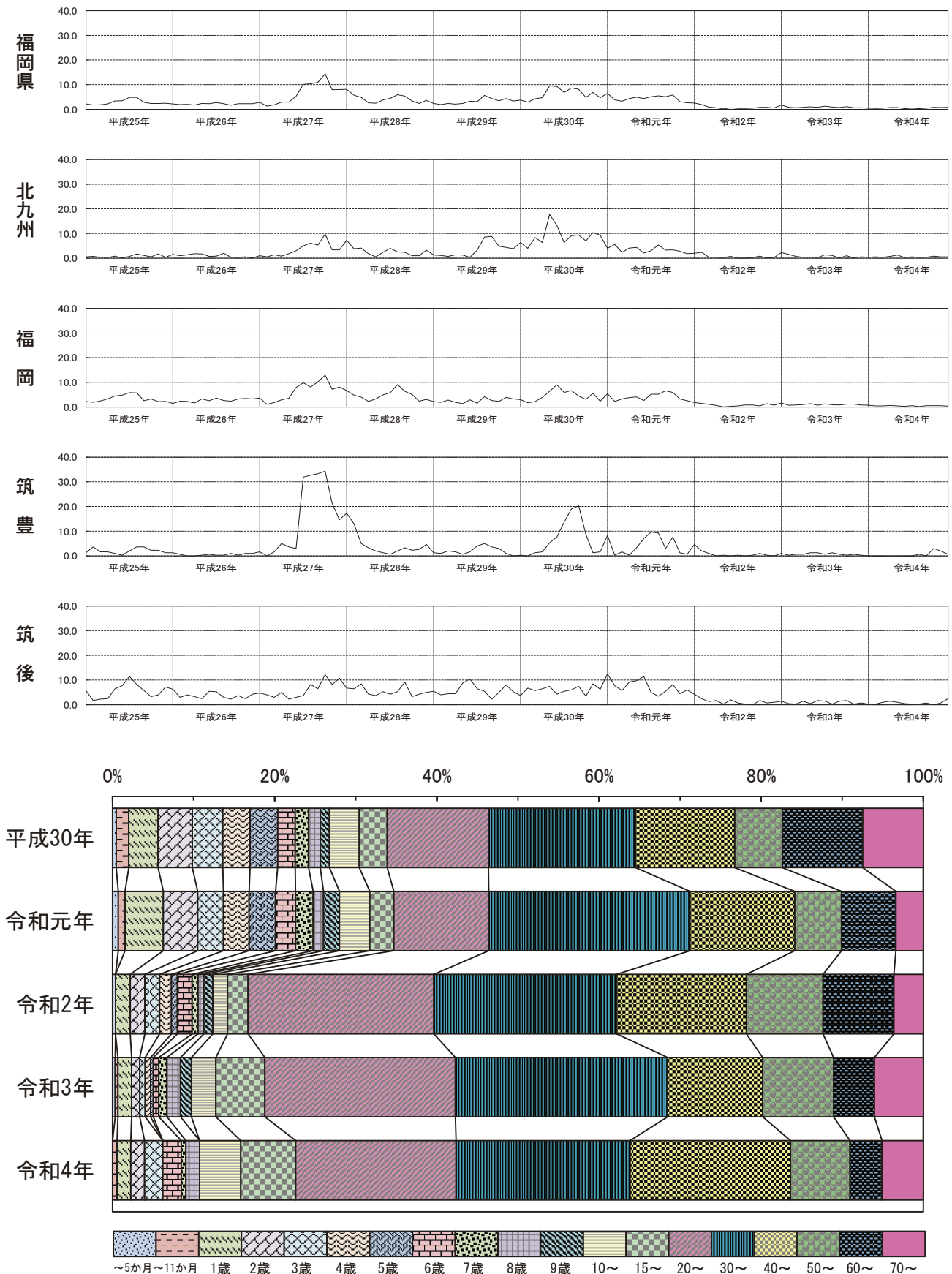
流行性角結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



流行性角結膜炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

流行性角結膜炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表

1. 細菌性髄膜炎 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。報告を求める細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を除く）とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により髄液細胞数の増加、髄液蛋白量の増加と糖の減少」となっている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に細菌性髄膜炎 [小児科定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.6（9人）、前年0.9（14人）と前年比64%であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和4年（2022年）まで1.5（22）、1.0（15）、0.8（12）、0.7（11）、1.1（17）、0.8（12）、0.7（11）、0.5（8）、1.1（16）、0.6（9）、0.8（12）、2.3（34）、1.9（29）、1.1（17）、1.1（17）、

1.2（18）、1.6（24）、1.5（23）、1.3（20）、1.0（15）、1.1（17）、0.9（14）、0.6（9）と推移している。

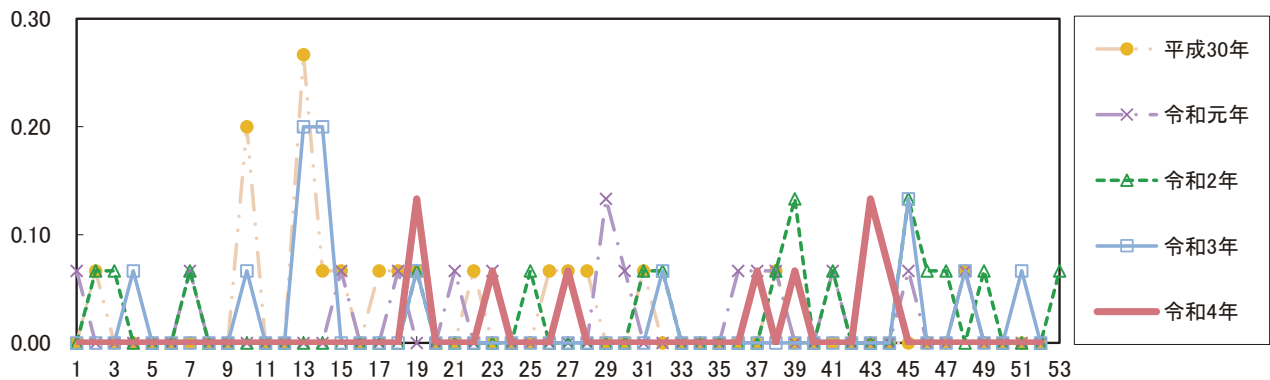
季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.7（2）[北九州市1.0（2）]、福岡0.4（2）[福岡市1.0（2）]、筑豊1.0（3）、筑後0.5（2）と各地区から報告がある。

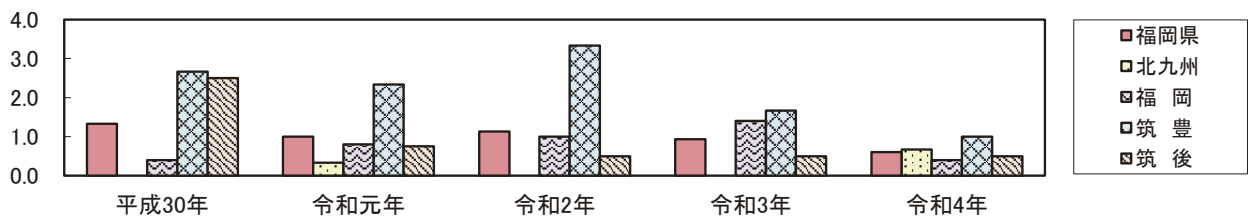
9人の罹患年齢は0～5か月3人、20～29歳1人、60～69歳1人、70～79歳3人、80歳以上1人であった。0歳3人、20歳以上6人で、成人が大部分であった。

男女別では男4人、女5人であった。

病原体として報告されたのは、*Stre.agalactiae* 1人（0～5か月男）、*Stre.pneumoniae* 1人（80歳以上女）、*S.aureus* 1人（70～79歳男）、*Staphylococcus* sp 1人（20～29歳女）、*E.faecalis* 1人（70～79歳男）の計5人であった。



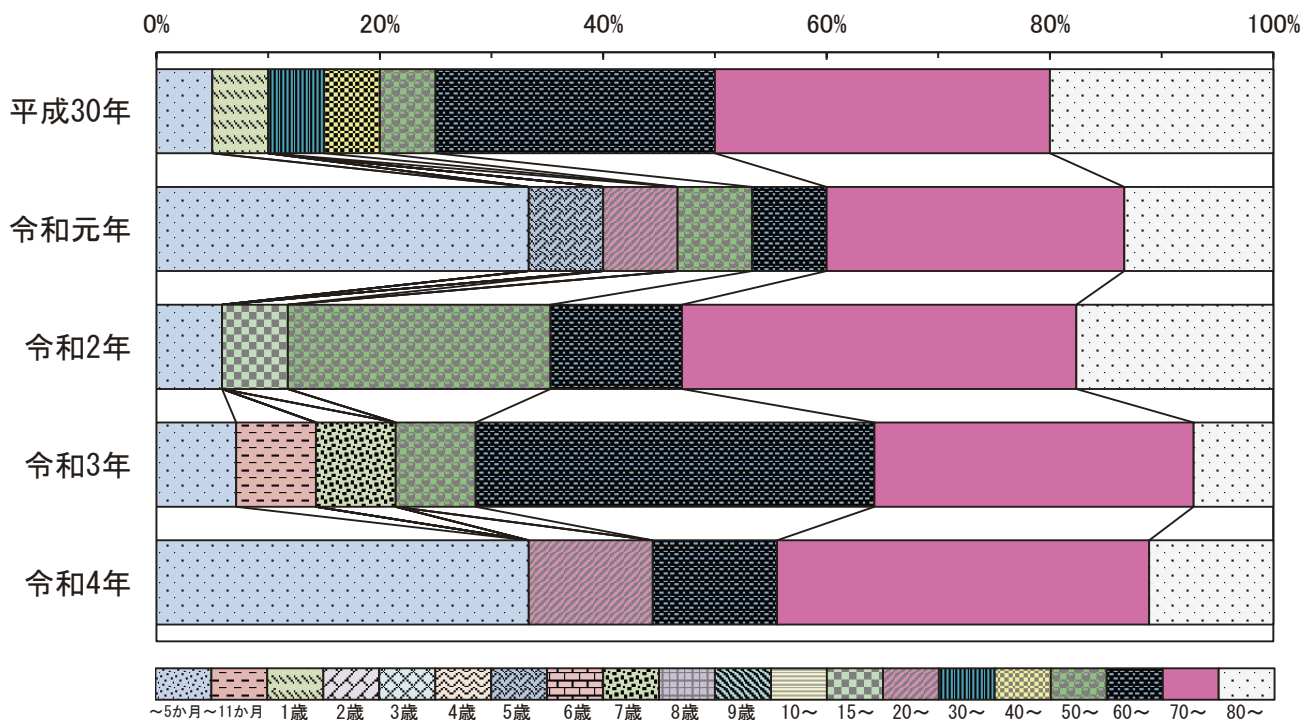
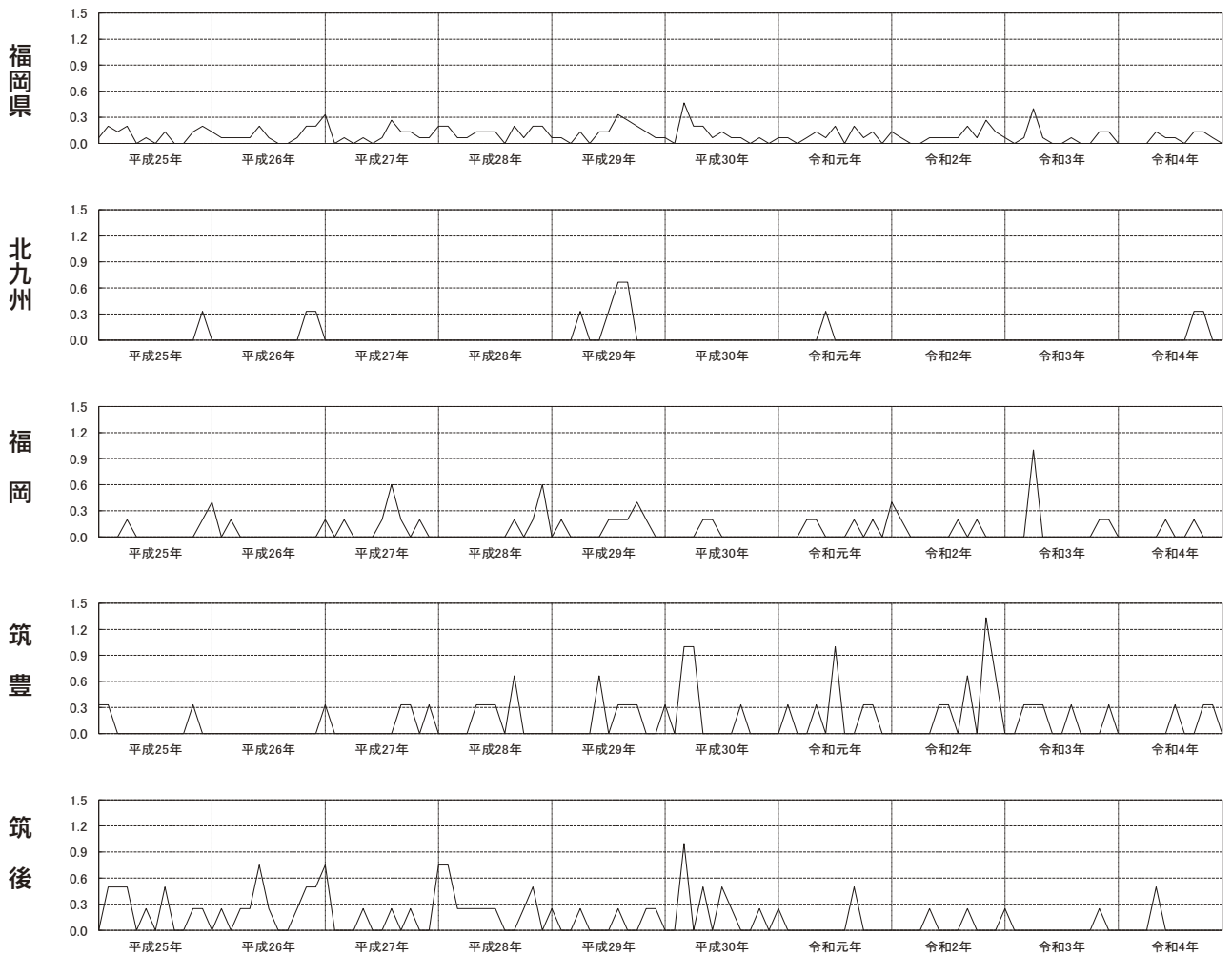
細菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎 [基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移 (上) と年齢区分別患者発生割合の推移 (下)



2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。報告を求める無菌性髄膜炎とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により髄液細胞数の増加、髄液蛋白量、糖量が正常」となっている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に無菌性髄膜炎 [小児科定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年1.6（24人）、前年2.7（40人）と前年比60％に減少した。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和3年（2021年）まで4.2（63）、4.2（63）、2.5（37）、2.1（32）、2.1（32）、0.9（13）、1.3（19）、0.8（12）、0.8（12）、0.5（8）、0.9（13）、2.4（36）、2.7（41）、15.1（227）、3.7（55）、7.7（115）、9.7（146）、5.5（82）、3.5（53）、3.1（46）、1.7（26）、2.7（40）、1.6（24）と推移している。令和3年は増加したが、今年は減少した。

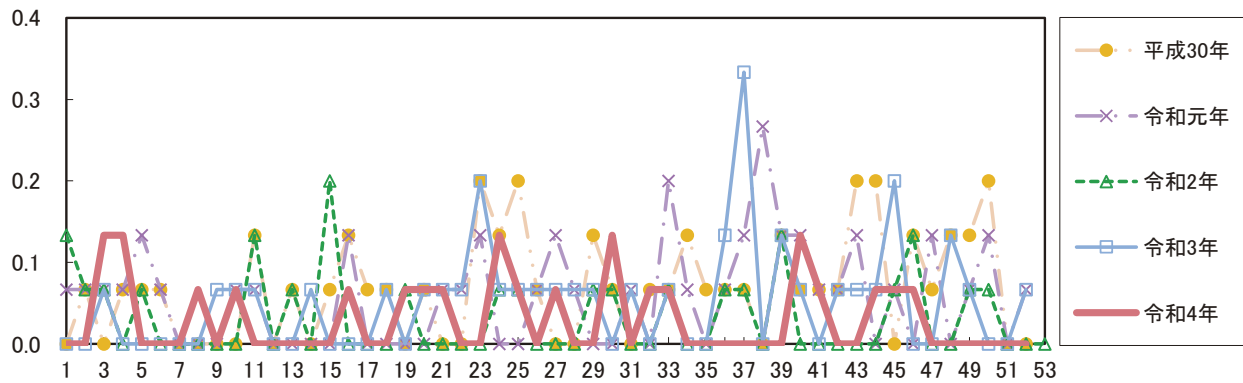
季節的には夏期に多発する疾患であるが、今年も夏期の多発は目立たなかった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）[北九州市0.0（0）]、福岡1.2（6）[福岡市2.5（5）]、筑豊3.3（10）、筑後2.0（8）であった。

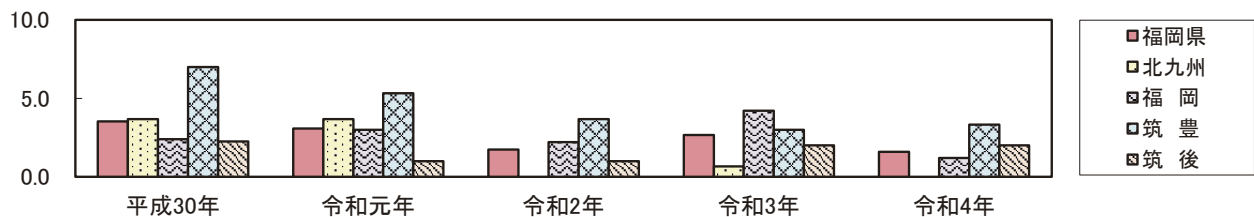
罹患年齢は0～5か月4.2％、6～11か月0.0％、1歳4.2％、2歳0.0％、3歳4.2％、4歳0.0％、5歳4.2％、6～14歳0.0％、15～19歳16.7％、20～29歳8.3％、30～39歳10.7％、40～49歳12.5％、50～59歳8.3％、60～69歳8.3％、70～79歳12.5％、80歳以上0.0％と分布した。今年は15歳未満が16.7％（4人；前年42.5％、前々年7.7％、3年前45.7％）、20歳以上は66.7％（16人；前年57.5％、前々年84.6％、3年前50.0％）で、成人の報告数が多かった。

男女比は2.00（男16人、女8人）であった。

病原体として報告されたのはVZV 2人（20～29歳男、70～79歳男）、HSV NT 1人（50～59歳女）であった。



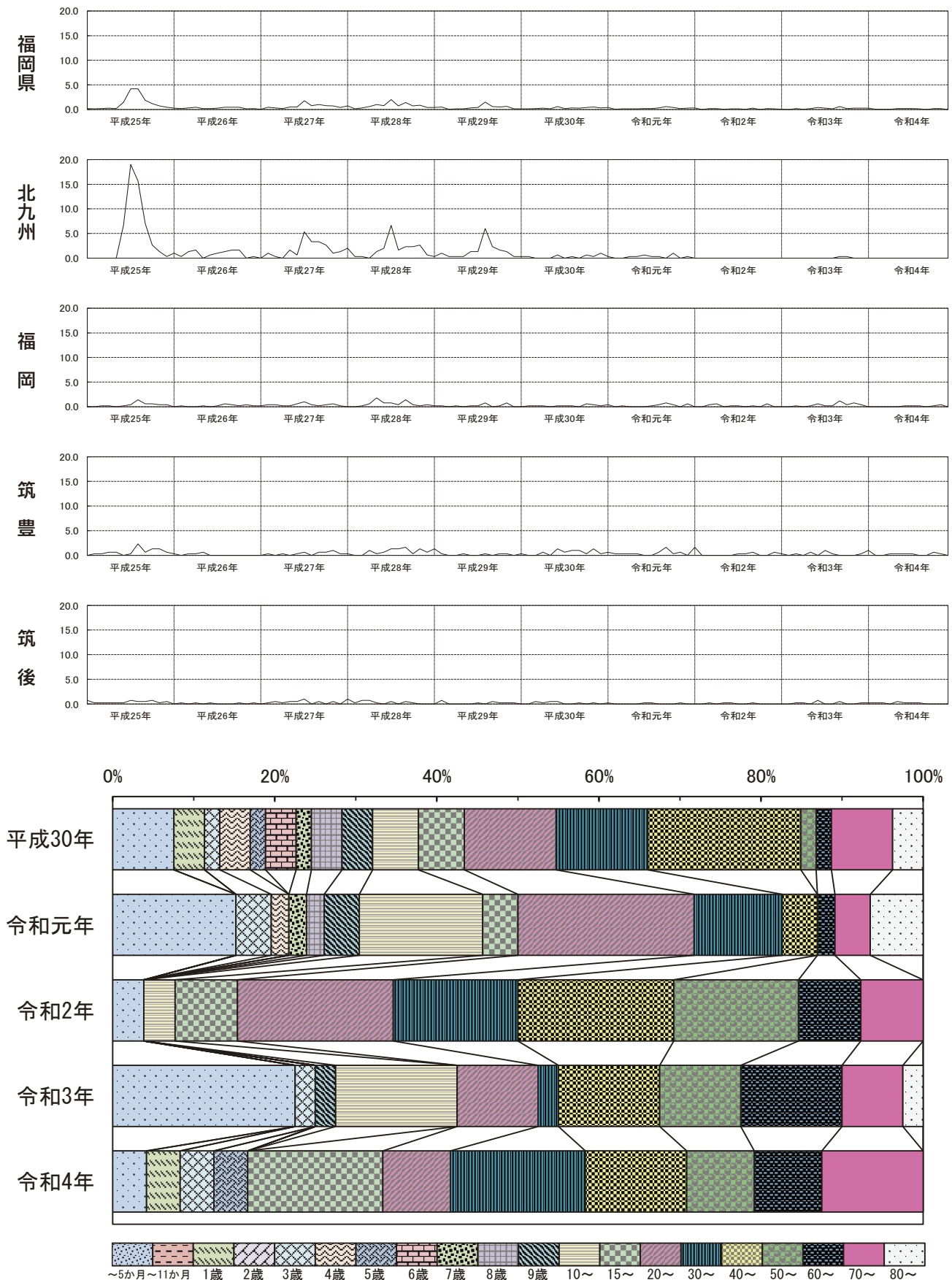
無菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



無菌性髄膜炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

無菌性髄膜炎 [基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項にマイコプラズマ肺炎 [小児科定点] があり、患者数が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.1 (2人)、前年0.8 (12人) と前年比17%に減少した。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) は平成12年 (2000年) から令和4年 (2022年) まで1.6 (24)、10.7 (161)、5.7 (85)、3.0 (45)、6.4 (96)、4.5 (67)、11.2 (168)、4.0 (60)、3.6 (54)、4.0 (60)、11.3 (170)、19.0 (285)、10.0 (150)、7.5 (113)、5.5 (82)、34.2 (513)、96.3 (1,445)、28.2 (423)、11.8 (177)、10.2 (153)、7.3 (110)、0.8 (12)、0.1 (2) と推移している。平成23年をピークとす

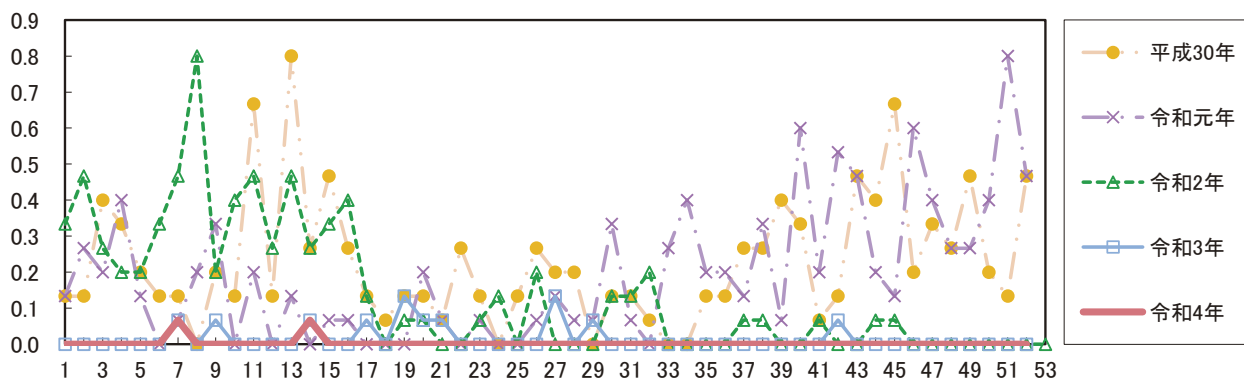
る流行の後に3年連続で減少し、次に平成28年に大きなピークを示す流行があり、その後は6年連続で減少し、令和3年、4年は特に少ない。

今年は特に報告数が少なく、季節性ははっきりしない。

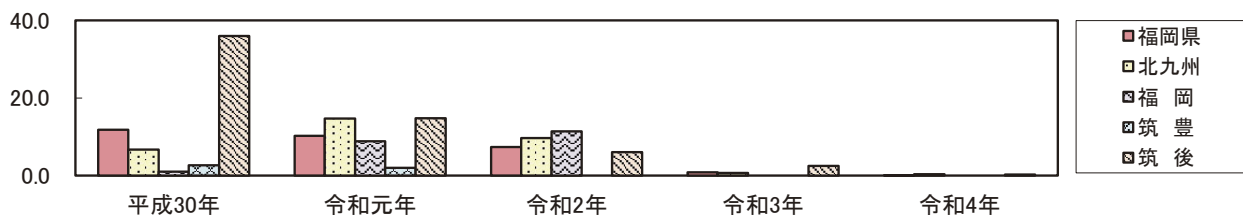
地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.3 (1) [北九州市0.5 (1)]、福岡0.0 (0) [福岡市0.0 (0)]、筑豊0.0 (0)、筑後0.3 (1) であった。

2人の罹患年齢は8歳、15～19歳であった。7歳未満が0.0% (前年75.0%、前々年52.7%、3年前46.4%)、20歳以上も0.0% (前年0.0%、前々年8.2%、3年前3.4%) であった。

男女別は男1人、女1人であった。



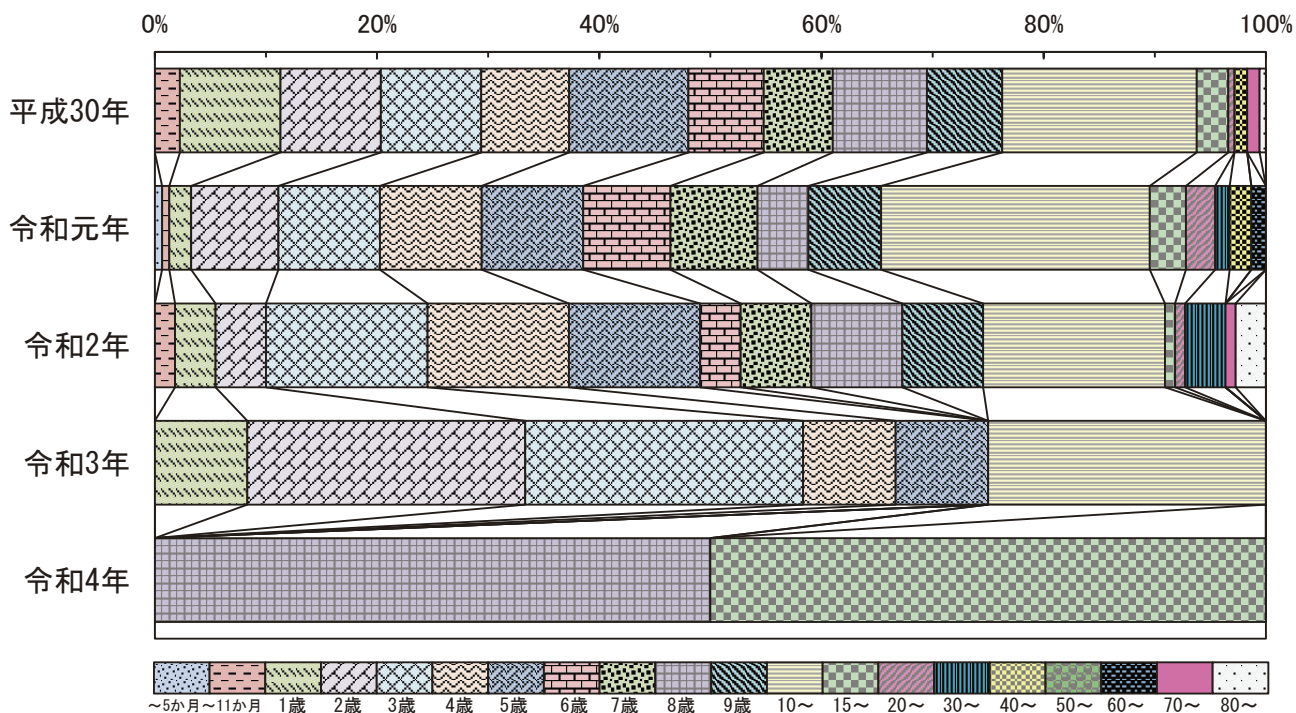
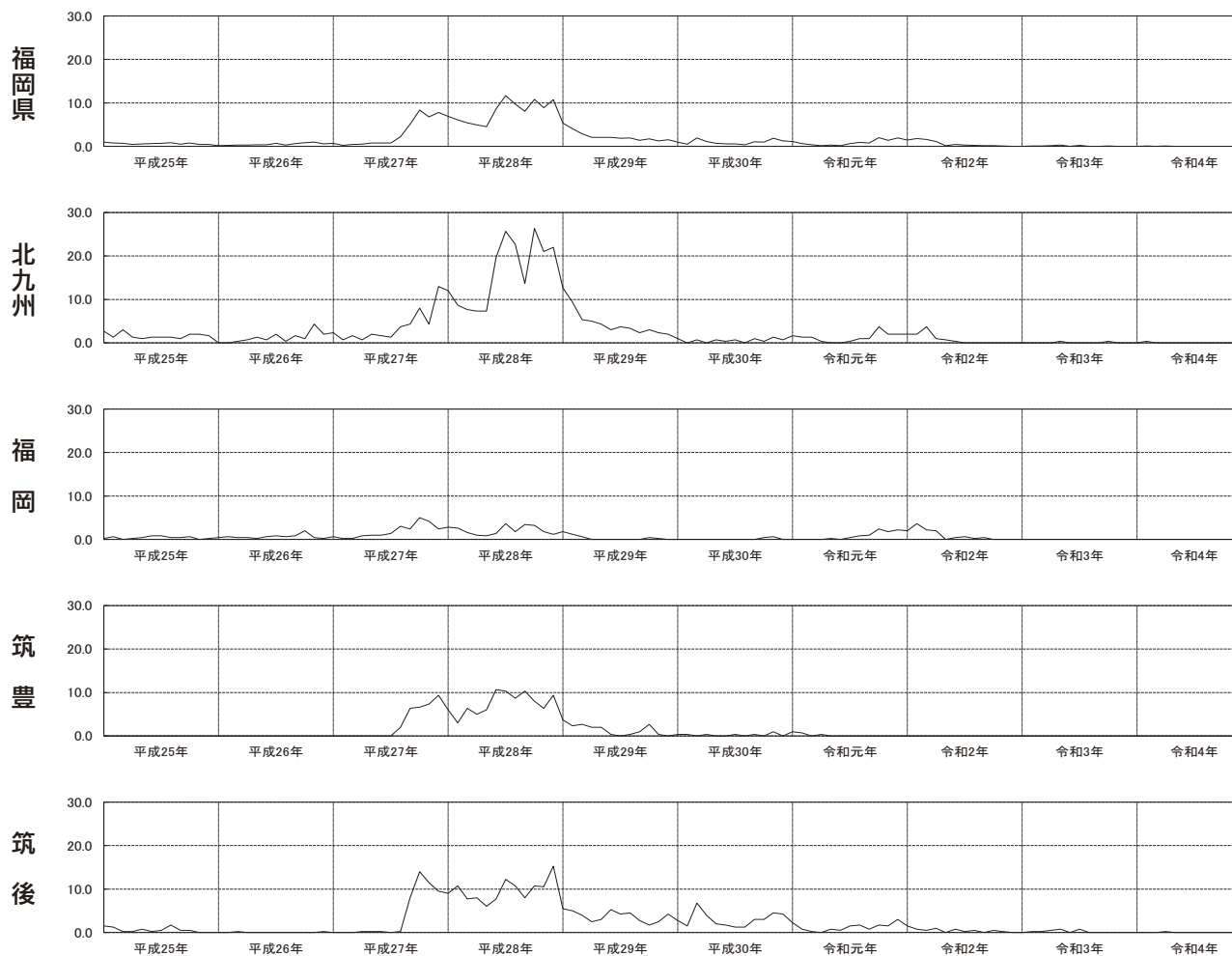
マイコプラズマ肺炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



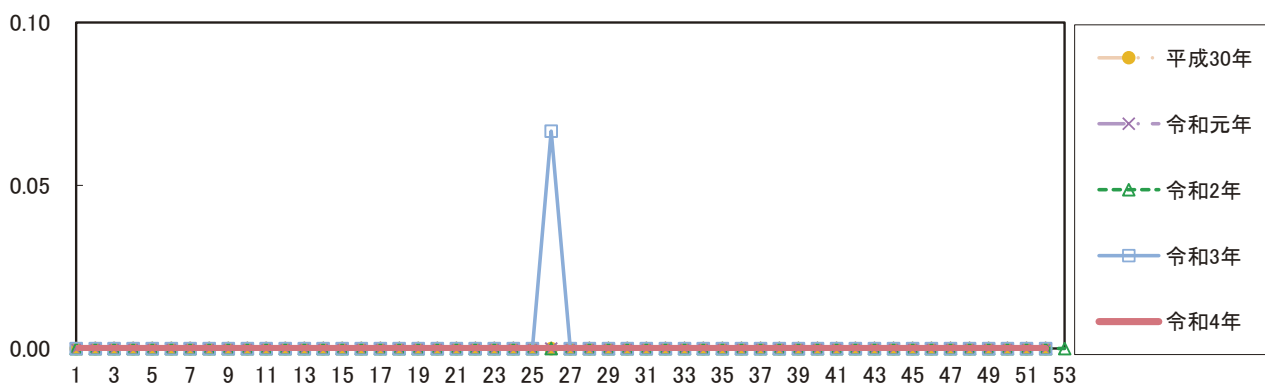
4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）[基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項にクラミジア肺炎 [小児科定点] があり、患者数が一部重複している。

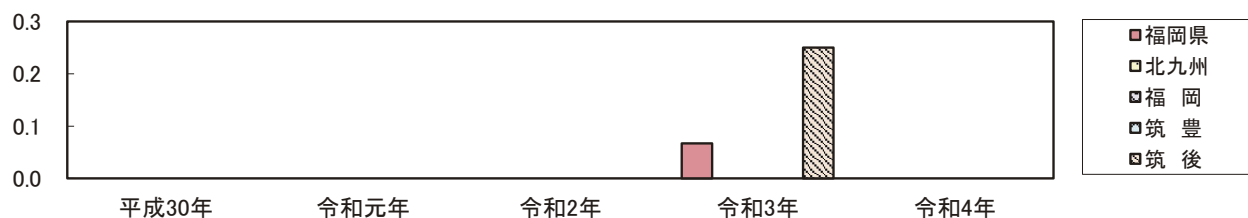
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.0（0人）、前年0.1（1人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和4年（2022年）まで0.3（4）、

0.7（10）、1.4（21）、0.2（3）、1.7（25）、1.1（16）、0.5（7）、0.3（5）、0.1（2）、0.3（5）、1.0（15）、0.1（1）、0.7（11）、0.5（8）、0.0（0）、0.2（3）、0.1（2）、0.0（0）、0.0（0）、0.0（0）、0.0（0）、0.1（1）、0.0（0）と推移し、報告数が非常に少なく、今年はゼロであった。

マイコプラズマ肺炎と比較すると以前より報告数は少なく、診断法の開発、普及が進んでいないことも影響していると考えられる。



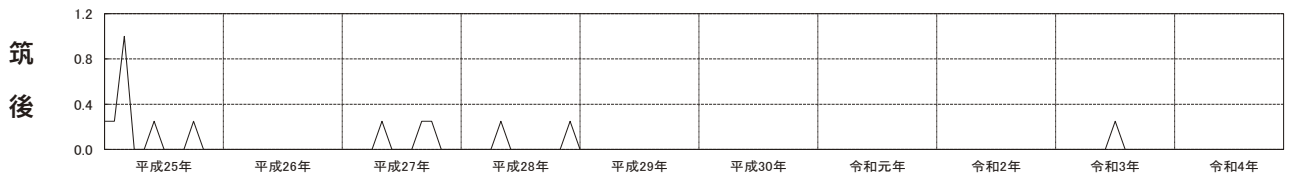
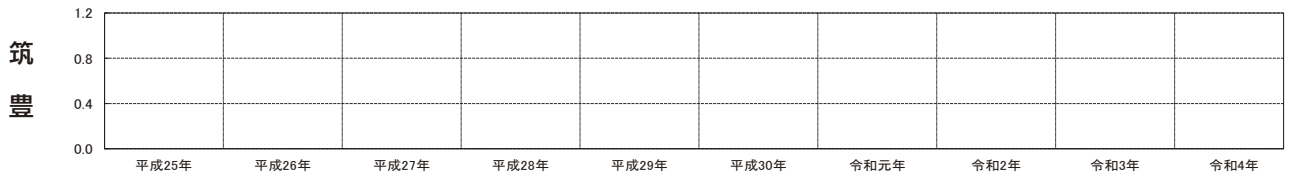
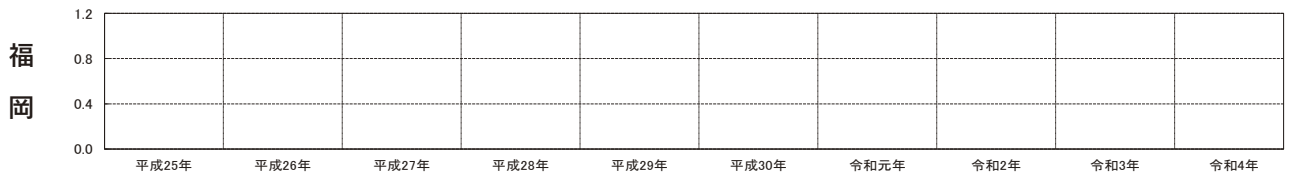
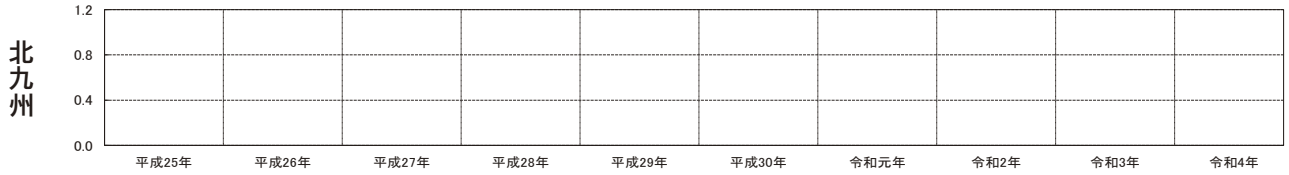
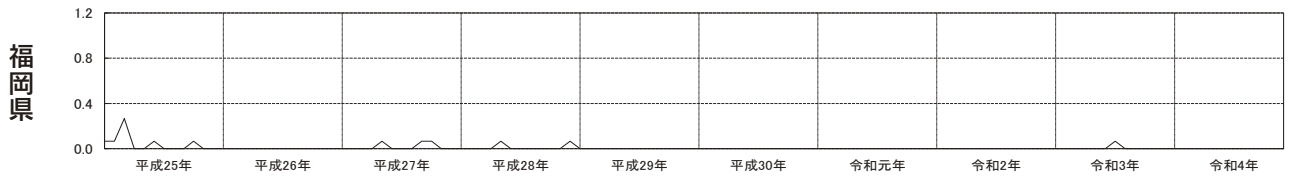
クラミジア肺炎 [基幹] の1 定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎 [基幹] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



0% 20% 40% 60% 80% 100%

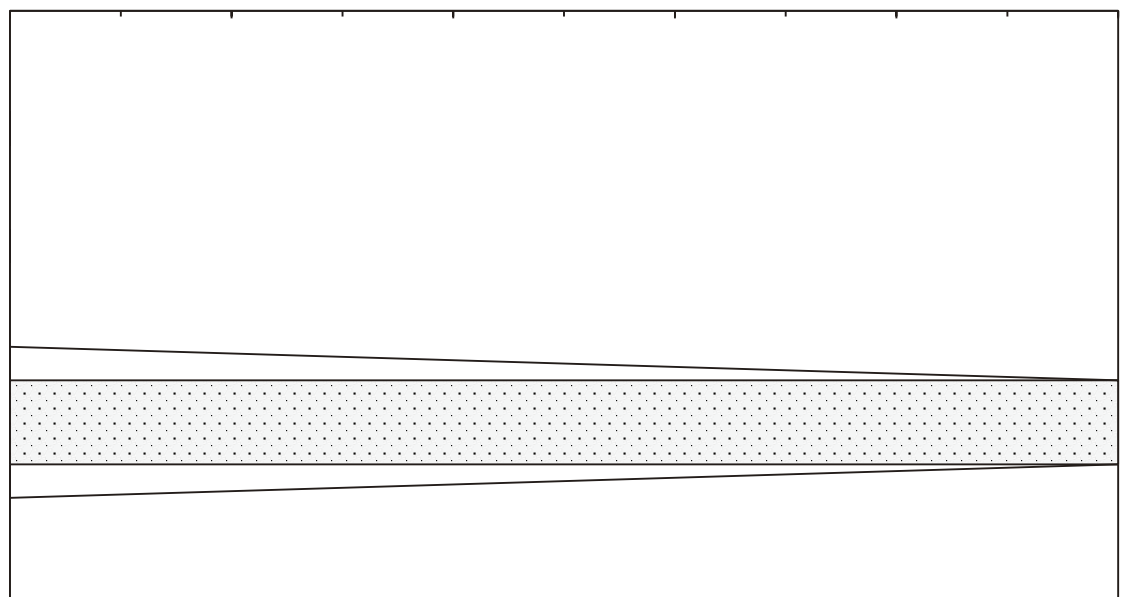
平成30年

令和元年

令和2年

令和3年

令和4年



5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成23年9月5日より感染症法施行規則（指定届出機関の指定の基準）に規定され、基幹定点から報告されるようになった。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、0.8（12人）で、前年の0.1（1人）より多かった。全県1定点当りの患者数は平成24年（2012年）から令和4年（2022年）まで、それぞれ21.5、12.1、21.9、22.3、37.5、41.6、58.3、69.1、26.7、0.1、0.8で、今年も昨年同様に非常に少なかった。インフルエンザの流行がなかった結果と考えられる。

月別の入院患者数は12月が6例、8月と11月がそれぞれ2例、7月と10月がそれぞれ1例であった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡1.6（8）〔福岡市2.0（4）〕、筑豊1.3（4）、筑後0.0（0）で、福岡と筑豊からの報告であった。

入院患者年齢は1歳未満8.3%、1～4歳33.3%、5～9歳8.3%、10～14歳8.3%、15～19歳8.3%、20～29歳16.7%、60～69歳8.3%、80歳以上8.3%で、小児の割合が高く、高齢者の割合は非常に低かった。男女比は1.00であった。

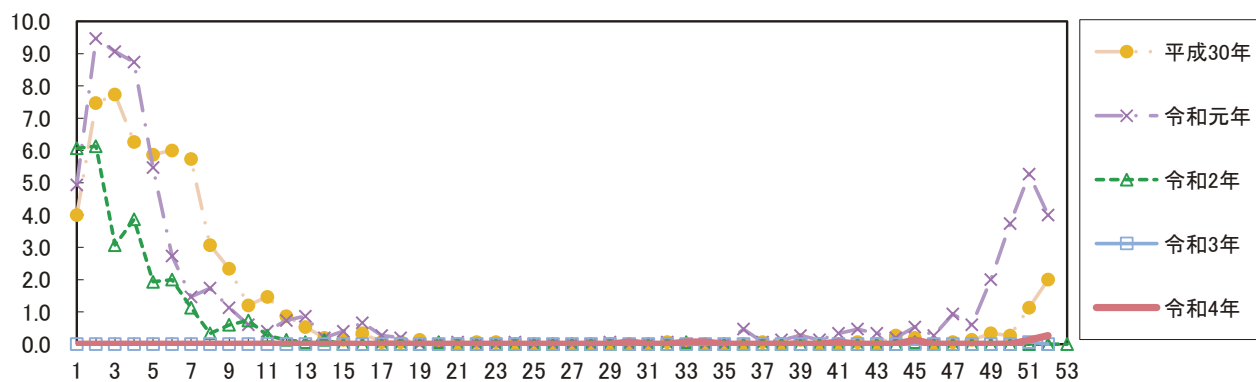
入院時の状況としてICU入室や人工呼吸器の利用はなかった。

迅速診断キットの結果はA型が5例、B型が2例であった。

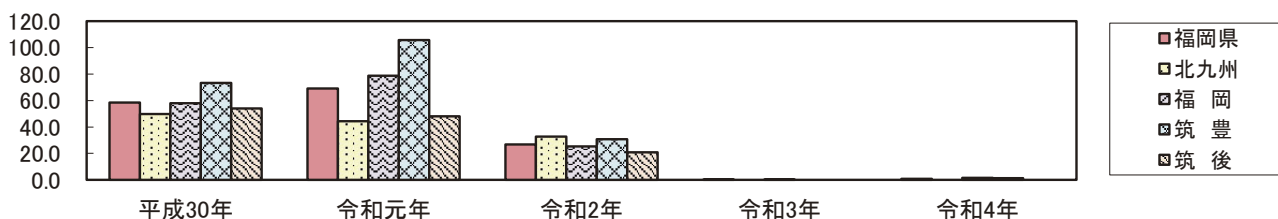
入院時の状況と年齢別内訳（総数：12人）

年齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	1	4	1	1	1	2	0	0	0	1	0	1	12
ICU入室*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工呼吸器の利用*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
頭部CT検査、頭部MRI検査、脳波検査のいずれかの実施（予定含む）*	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
いずれにも該当せず	1	4	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	11
迅速キット（A+）	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
迅速キット（B+）	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
迅速キット（AB+）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PCR	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
ウイルス分離	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2

※一部重複あり。



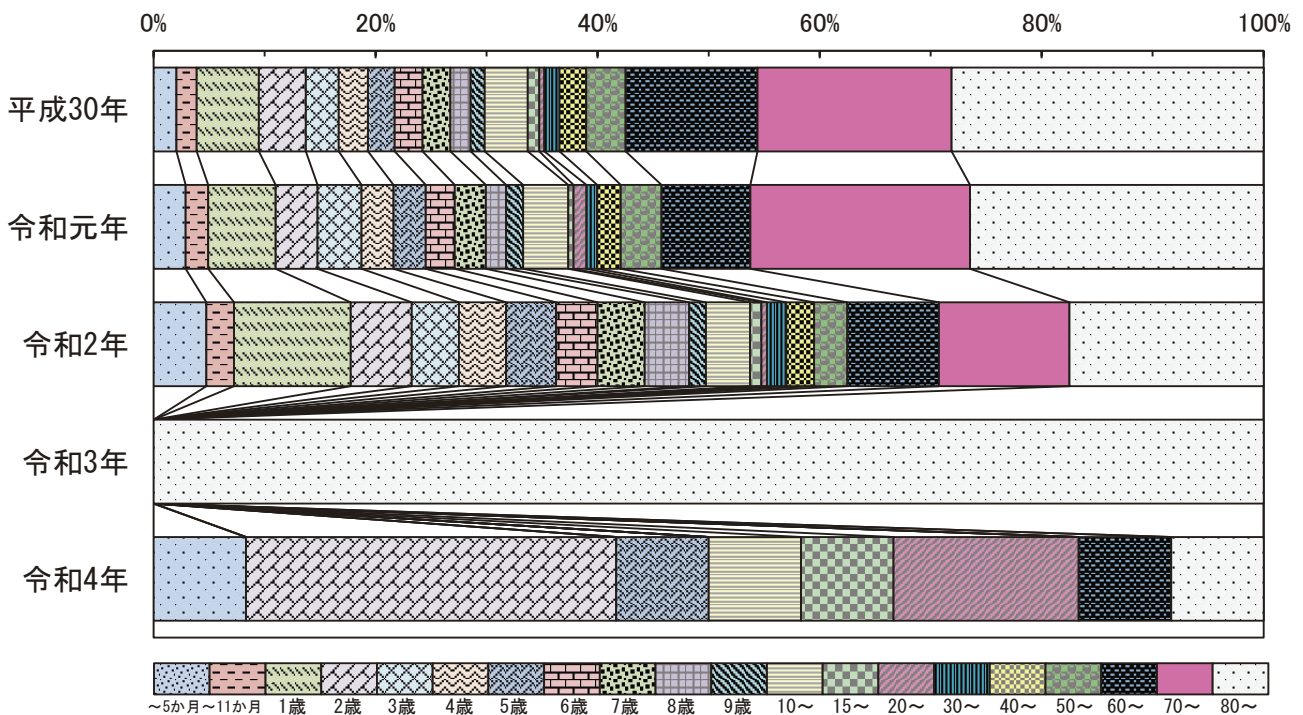
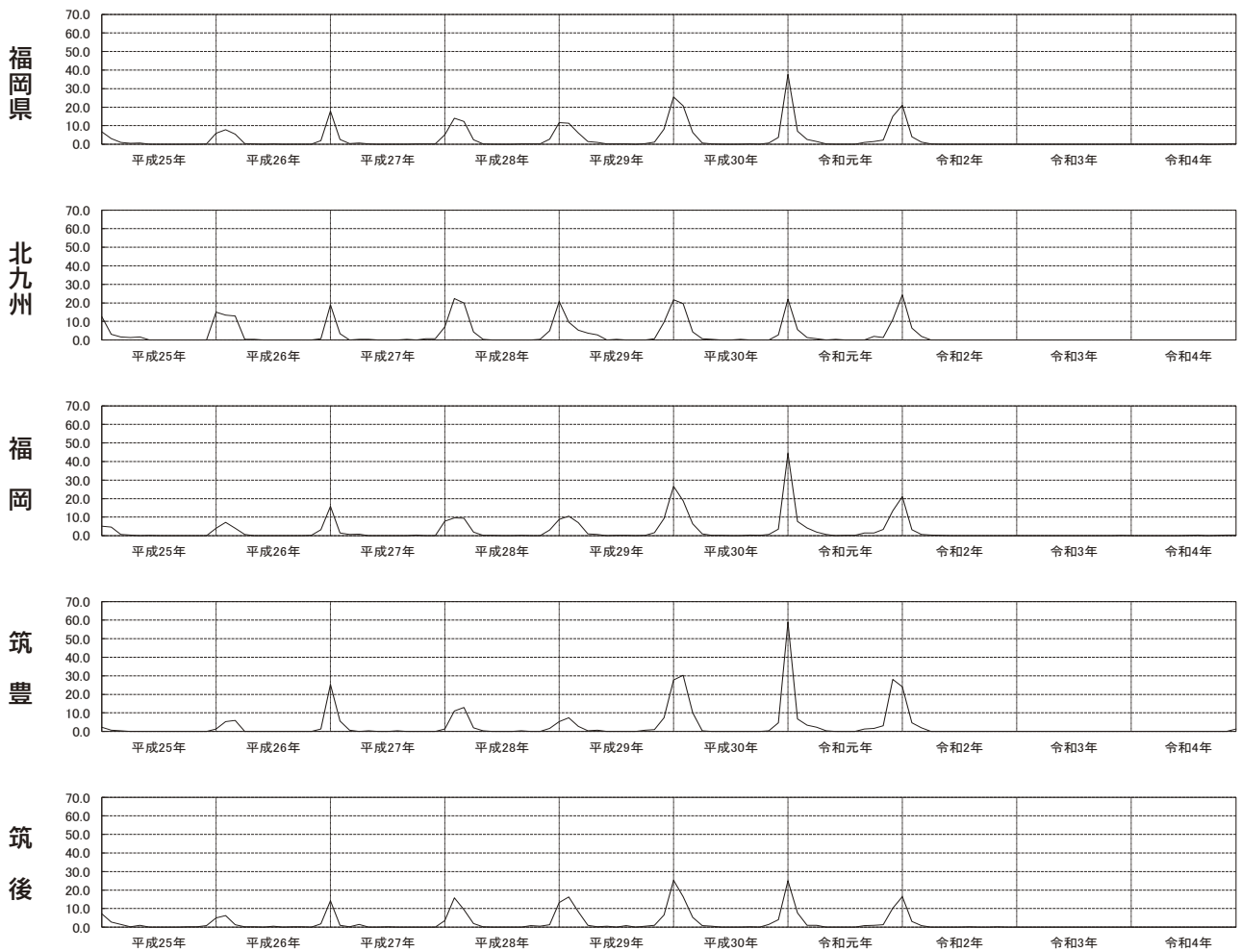
インフルエンザ（入院）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザ（入院）〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ（入院）[基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）

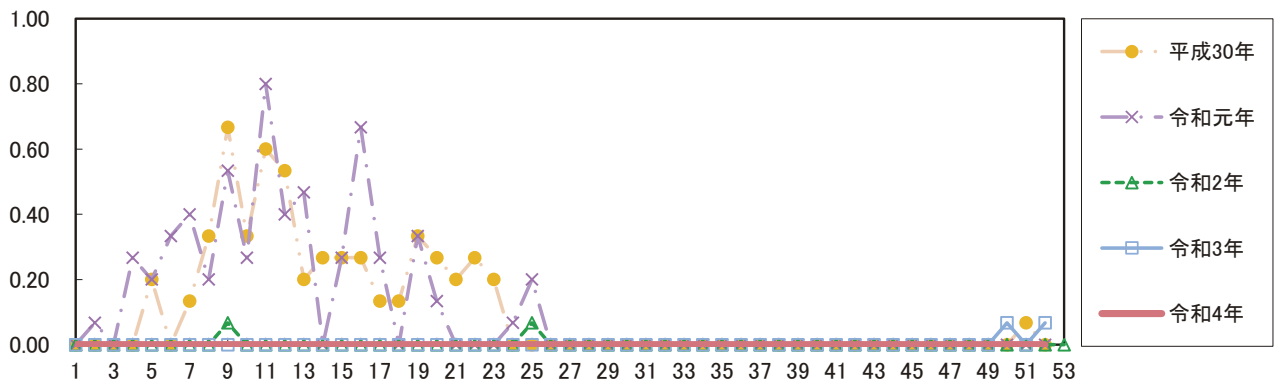


6. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕

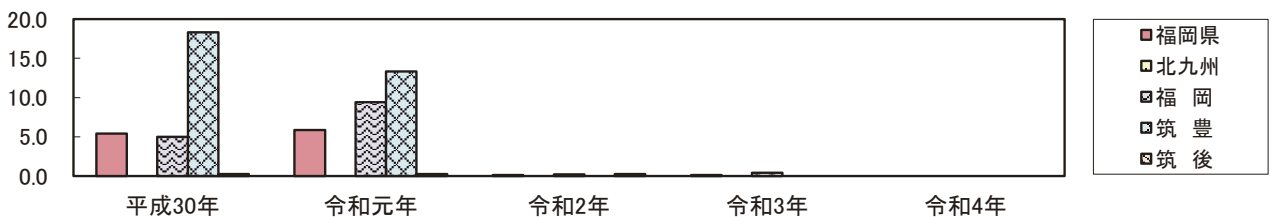
平成25年10月14日改正の感染症法により基幹定点から報告されるようになった。報告を求める感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ、便からの病原体、抗原や遺伝子の検出」となっている。我が国では平成23年11月21日に1価のロタウイルスワクチン、24年7月20日に5価のロタウイルスワクチンが発売され、任意接種として接種が行われていたが、令和2年10月から定期接種となった。今後、ワクチン接種の影響で疾病の発生動向は大きく変化する可能性があり、動向

を把握すること、特に重症ロタウイルス胃腸炎の動向を把握することで、ワクチン評価を行うことが考慮され、基幹定点把握対象感染症となった。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.0（0人）、前年0.1（2人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成25年（2013年）から令和4年（2022年）まで0.0（0）、2.6（39）、2.1（32）、2.0（30）、3.6（54）、5.4（81）、5.9（88）、0.1（2）、0.1（2）、0.0（0）と推移し、3年連続で非常に少なく、今年はずゼロであった。ロタワクチンの効果と考えられる。



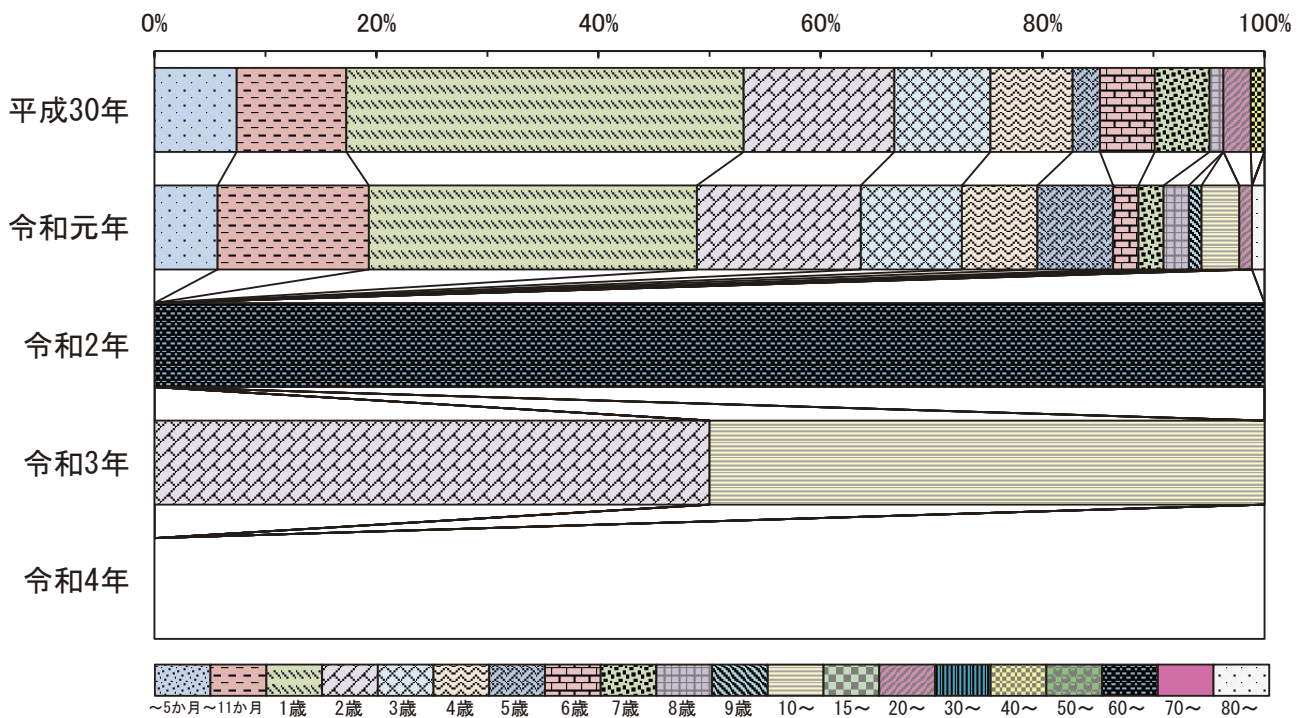
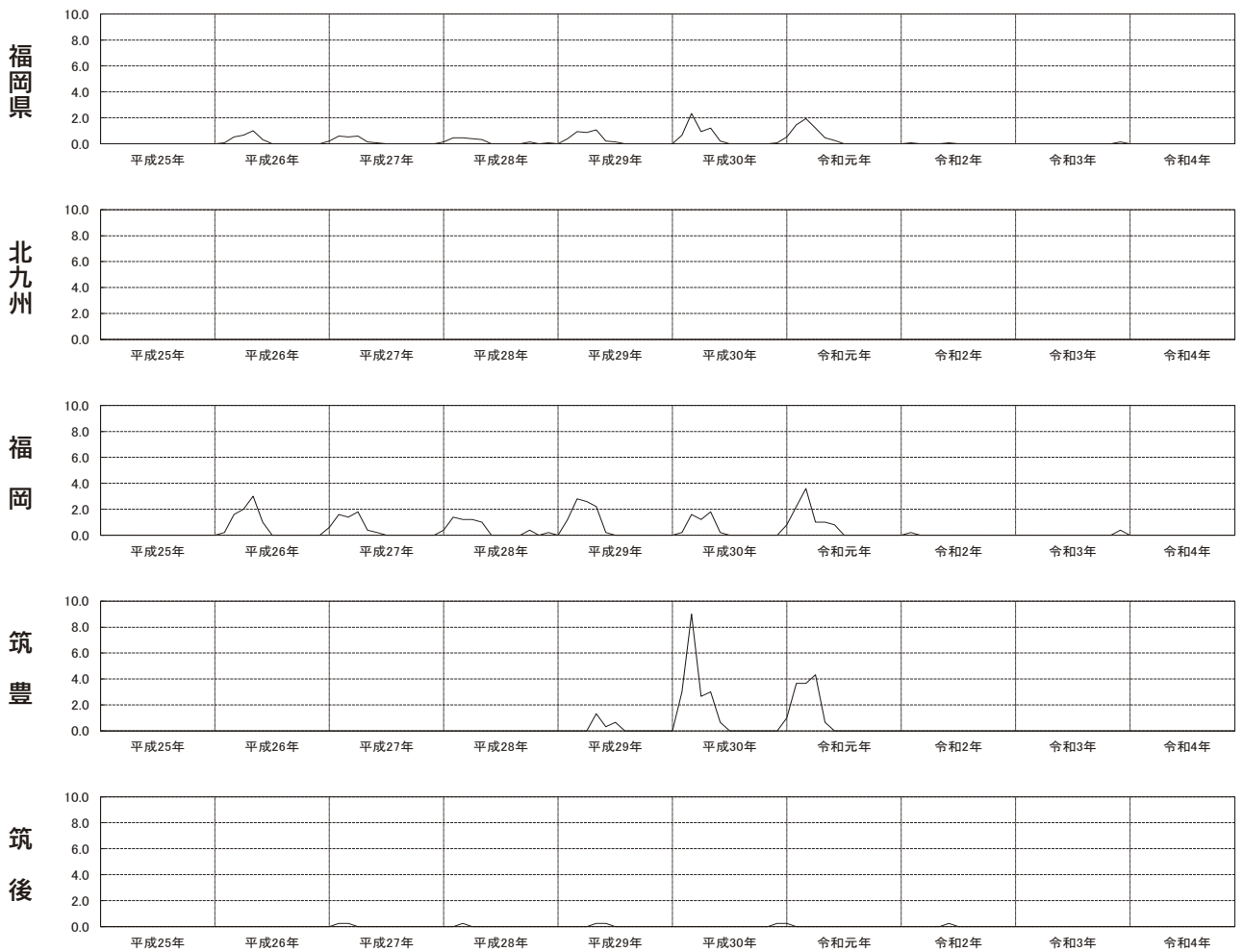
感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

感染性胃腸炎（ロタウイルス）[基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



7. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は45.5（683人）で、前年の42.7（641人）より僅かに増加していた。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和4年（2022年）まで、それぞれ45.4、35.6、50.2、41.4、56.4、48.5、49.1、34.9、32.2、42.8、29.5、49.9、41.0、33.8、30.6、36.8、50.3、54.1、56.8、50.9、44.0、42.7、45.5である。

年間の1定点当たり患者数は、全国的には平成27年まで減少しており、その後増加はみられていない。令和3年と令和4年の報告数は減少しており、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる。福岡県では平成23年度に増加したが、その後はやや減少し、平成25年度以降はほぼ横ばいとなっていた。平成28年度以降は再び報告が増加したが、令和2年に減少し、その後は横ばい状態が続いて

いる。

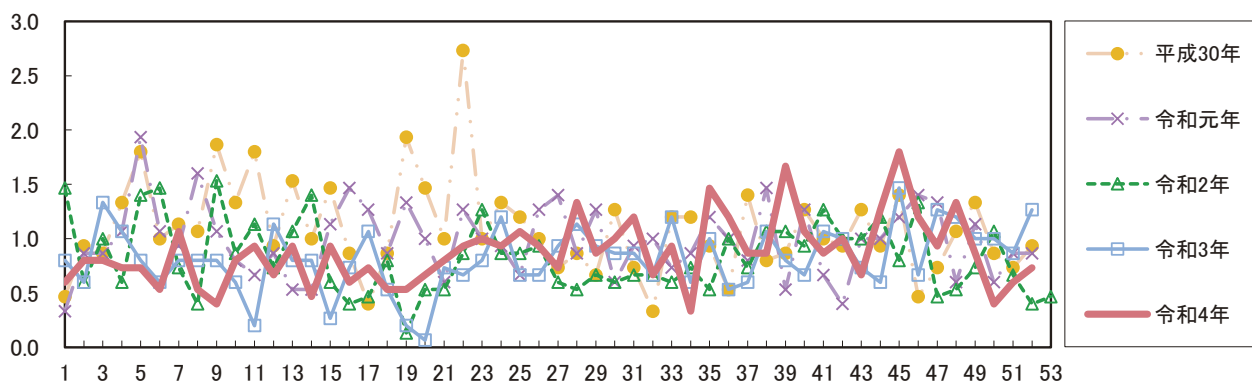
今年度も季節的な特徴ははっきりせず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州80.7（242人）〔北九州市115.5（231人）〕、福岡30.2（151人）〔福岡市60.5（121人）〕、筑豊59.0（177人）、筑後28.3（113人）と各地区から報告があり、昨年度と同様に北九州からと筑豊からの報告が多かった。

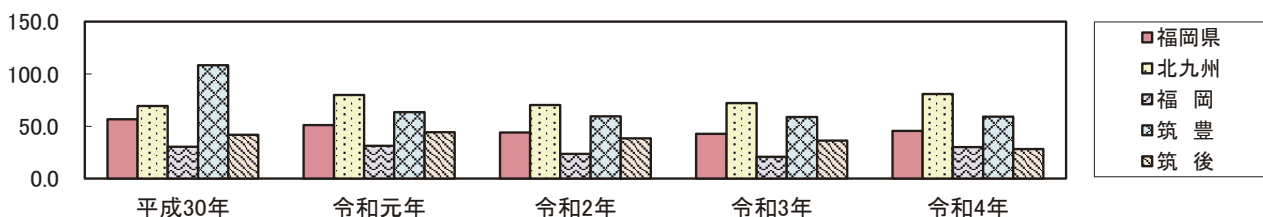
罹患年齢は0～5か月3.8%、6～11か月0.4%、1歳1.8%、2歳1.8%、3歳0.3%、4歳0.6%、5歳0.3%、6歳0.9%、7歳0.9%、8歳0.6%、9歳0.6%、10～14歳1.9%、15～19歳1.8%、20～29歳1.6%、30～39歳0.9%、40～49歳3.8%、50～59歳6.4%、60～69歳10.2%、70～79歳25.0%、80歳以上36.5%で、これまで同様に60歳以上が多く、その割合は71.7%であった。

男女比は1.61で、昨年と同様に男性が多かった。

採取部位別では、喀痰204例、血液144例、胸水2例、腹水2例、膿176例、尿60例、便9例、髄液1例、その他83例、不明2例で、喀痰と膿からの分離が多かった。



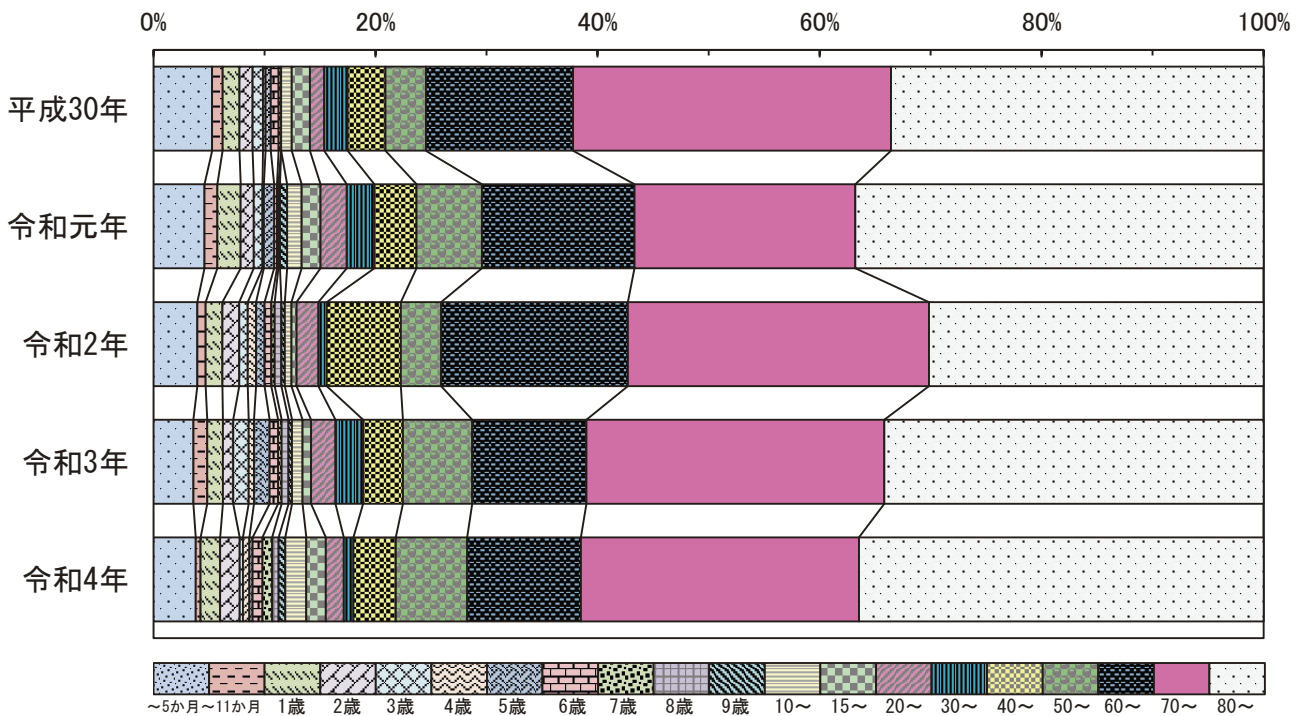
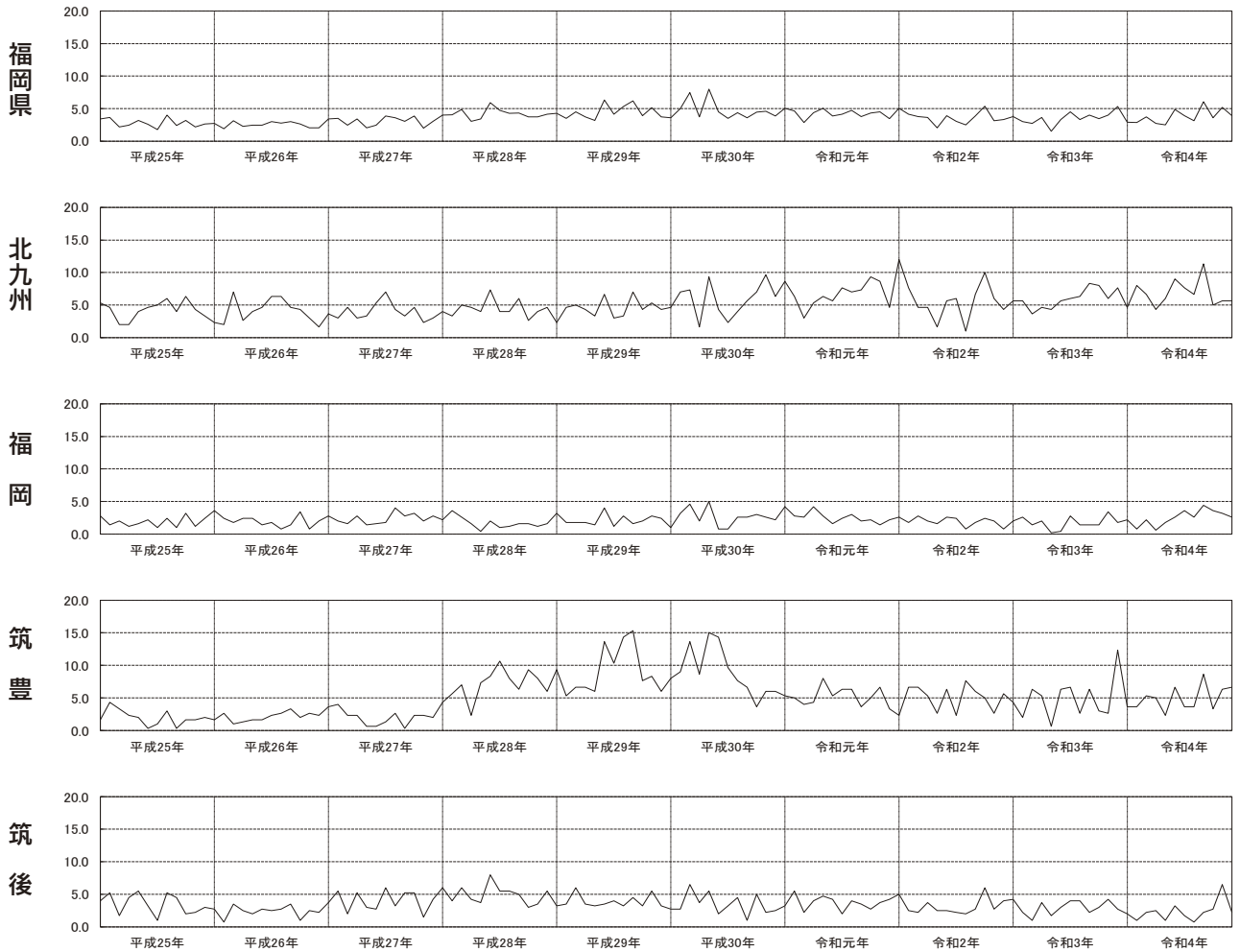
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



8. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるペニシリン耐性肺炎球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は、4.3(65人)であり、前年の4.5(67人)より少なかった。全県1定点当たりの患者数は平成12年(2000年)から令和4年(2022年)までそれぞれ4.3、4.8、8.7、7.3、19.6、14.0、13.0、2.9、7.0、6.3、5.4、10.8、6.1、4.3、4.5、3.1、4.1、6.0、6.3、6.8、6.8、2.1、4.5、4.3である。

年間の1定点当たり患者数は、全国では平成20年より減少傾向がみられ、平成26年以降は横ばいとなっていたが、令和2年以降再び減少傾向を示している。福岡県では、平成24年度以降はほぼ横ばいとなっていたが、令和2年以降は少なく、新型コロナウイルス感染症への対策が影響した可能性が考えられる。

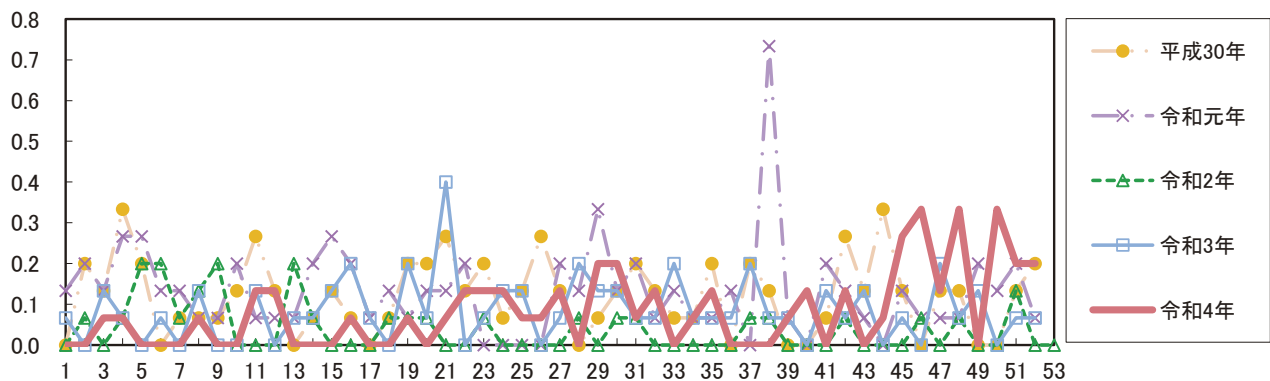
季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数(及び「患者数」)は北九州4.0(12)[北九州市6.0(12)]、福岡8.6(43)[福岡市21.5(43)]、筑豊0.7(2)、筑後2.0(8)と、福岡地区からの報告が増加していた。筑豊からの報告は少なかった。

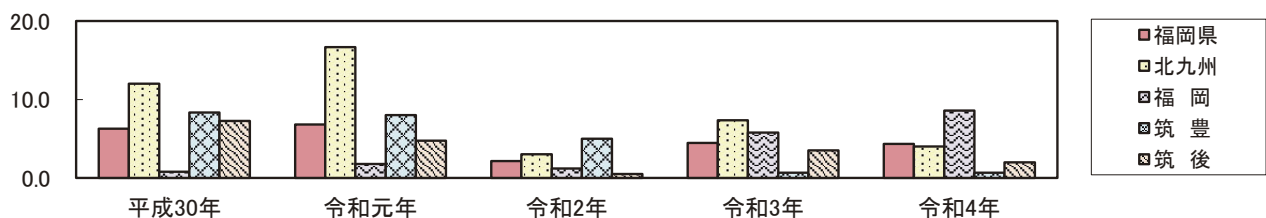
罹患年齢は0～5か月12.3%、6～11か月9.2%、1歳23.1%、2歳13.8%、3歳4.6%、4歳3.1%、5歳6.2%、6歳0%、7歳1.5%、8歳0%、9歳0%、10～14歳0%、15～19歳1.5%、20～29歳0%、30～39歳0%、40～49歳0%、50～59歳1.5%、60～69歳3.1%、70～79歳13.8%、80歳以上6.2%で、4歳までが全体の約60%を占めていた。60歳以上の割合は23.1%で、昨年同様、以前と比較して少なかった。

男女比は1.50で、昨年と同様、男性が少し多かった。

採取部位別では、喀痰6例、血液1例、膿2例、便1例、その他4例で、例年と同様に喀痰からの分離が多かった。



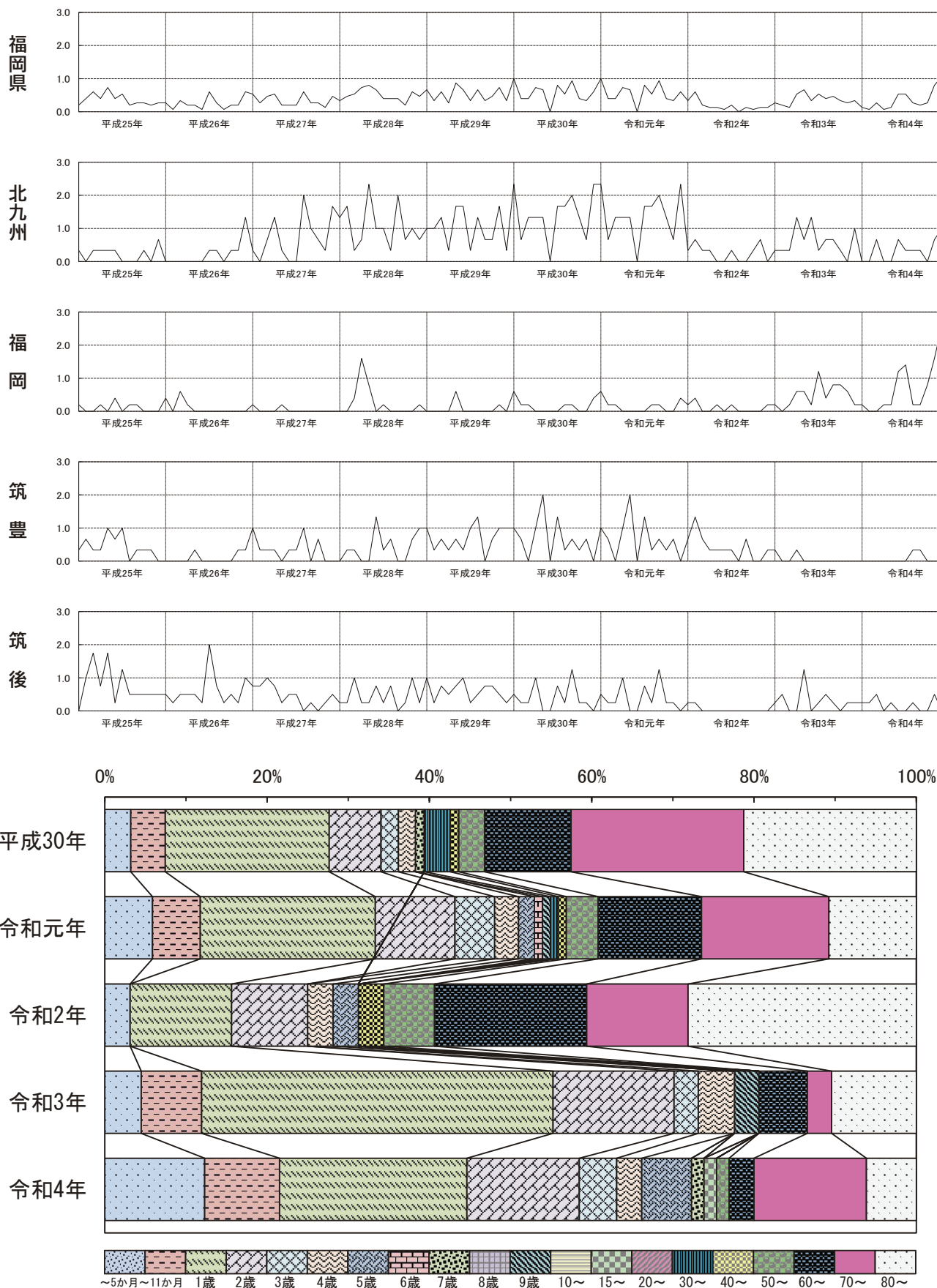
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



ペニシリン耐性肺炎球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



9. 薬剤耐性緑膿菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求める薬剤耐性緑膿菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準（カルバペネム、アミノグリコシド、フルオロキノロンの3系統の抗菌薬に耐性）を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.3（4人）で、前年の0.9（14人）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は、平成12年（2000年）から令和4年（2022年）までそれぞれ0.6、0.2、0.4、0.5、0.5、0.1、0.5、0.5、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.1、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.3、0.5、0.9、0.3で、大きな変化はみられていない。

全国情報では、年間の1定点当たり患者数は年々

増加傾向を示していたが、平成26年以降は減少傾向にあり、平成28年以降は少ない状況が続いている。福岡県での患者数は全国情報と同様に、少ないまま経過しており、大きな変動はみられていない。

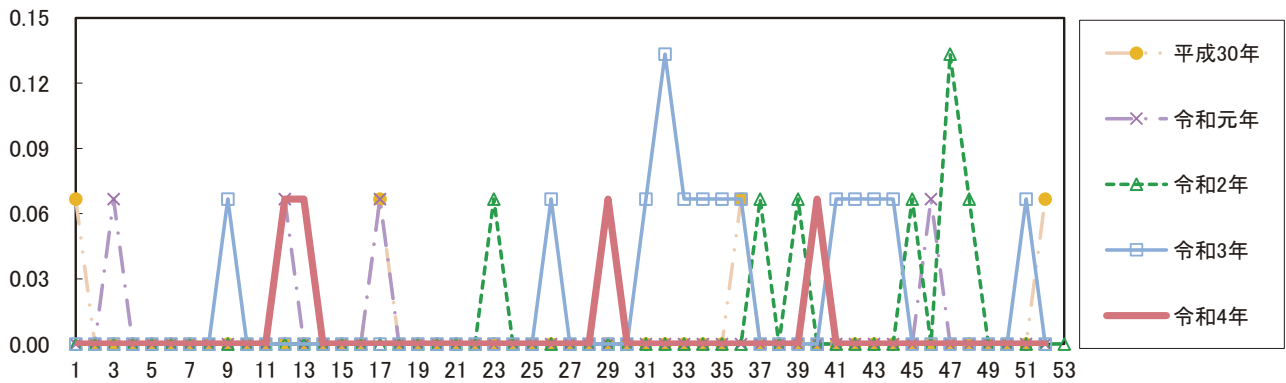
季節的な特徴ははっきりせず、全国情報でも年間を通じて報告がみられている。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州0.7（2）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.0（0）〔福岡市0.0（0）〕、筑豊0.7（2）、筑後0.0（0）で、北九州と筑豊からの報告であった。

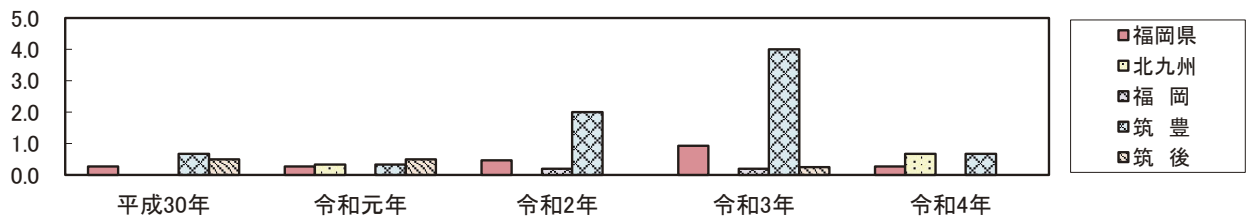
罹患年齢は、70～79歳2人、80歳以上2人で、70歳以上の高齢者に集中していた。

男女比は0.33で、女性が多かった。

採取部位別は、血液1例、喀痰1例、尿2例であった。



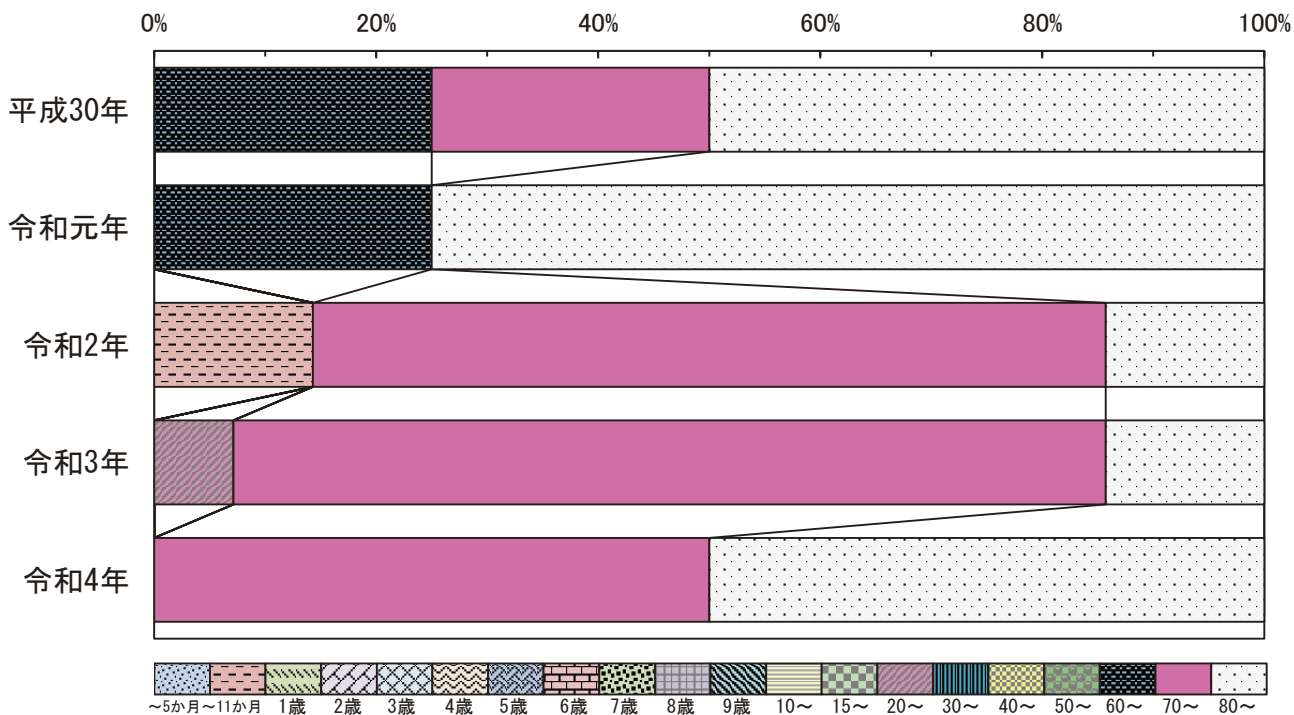
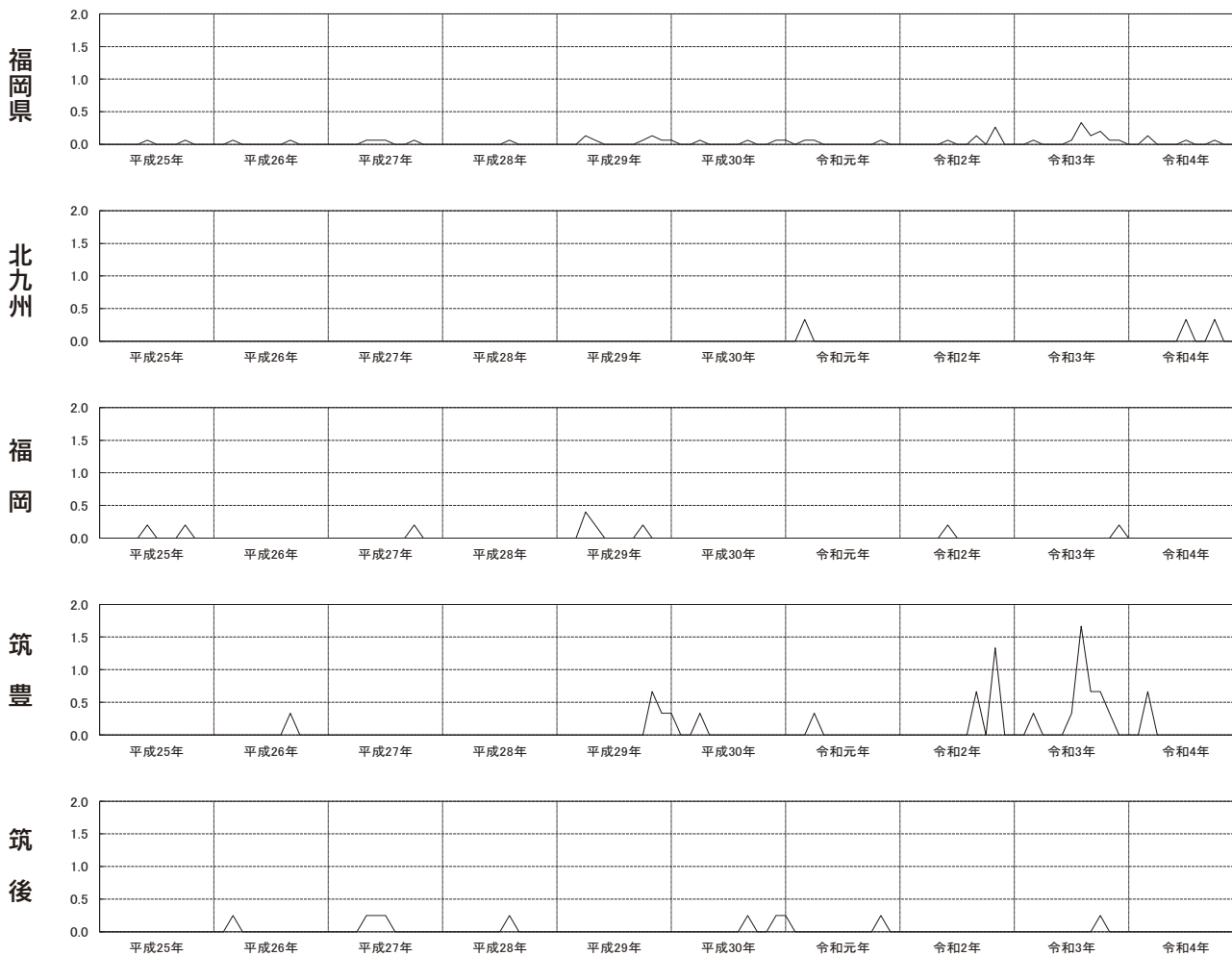
薬剤耐性緑膿菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



薬剤耐性緑膿菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

薬剤耐性緑膿菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



4) 性感染症 (sexually transmitted diseases : S T D) の解説と図表

性感染症の発生動向調査は、昭和62年1月より開始され34年を経過した。対象疾病は、淋病様疾病、陰部クラミジア感染症、陰部ヘルペス、尖形コンジローム、トリコモナス症の5疾病であったが、平成元年1月より梅毒様疾病（以下梅毒）が加わり6疾病となった。平成10年より性器クラミジア感染症（以下クラミジア）、性器ヘルペスへ、平成12年より淋菌感染症（以下淋菌）、性器ヘルペスウイルス感染症（以下ヘルペス）へ、平成16年より尖圭コンジローム（以下コンジローム）へそれぞれ名称の変更があった。平成22年よりトリコモナス症の報告は中止された。報告定点数は、昭和62年の14定点で開始され、平成6年は16定点、平成12年は25定点、平成13年は32定点であり、平成14年より37定点（皮膚・泌尿器科17、婦人科20）となった。ブロック別の内訳は、北九州9（皮膚・泌尿器科4、婦人科5）、福岡15（皮膚・泌尿器科7、婦人科8）、筑豊5（皮膚・泌尿器科2、婦人科3）、筑後8（皮膚・泌尿器科4、婦人科4）である（5、6ページ参照）。

性感染症の全県の報告患者総数は、昭和62、63年は2,382人、2,391人、平成元年からは梅毒を含み2,613人、2,420人、2,574人、2,259人、1,783人、2,328人、2,173人、2,053人、2,559人、2,656人、3,524人、4,194人、5,416人、6,202人、5,593人、4,866人、4,564人、4,258人、3,094人、2,672人、2,980人と推移した。平成22年以降はトリコモナス症を含めず2,851人、2,874人、2,597人、2,813人、2,522人、2,115人、2,035人、2,272人、2,078人と推移した。令和元年は2,078人、令和2年は2,321人、令和3年は2,456人、令和4年は2,448人であった。定点当たり患者数は、昭和62年以降168.7、163.6、189.9、172.9、183.9、161.4、127.4、145.5、144.9、136.9、159.9、166.0、220.2、167.8、169.3、167.2、151.2、131.5、123.3、115.1、83.6、72.2、80.5、77.1、77.7、70.2、76.3、68.2、57.2、55.0、61.4、56.2、56.2、62.7、66.4と推移し、令和4年は66.2であった。総患者数は平成11年頃より増加し、平成14年をピークにして以降減少した。しかし、平成21年頃より減少は止まり、平成29年頃より増加傾向にある。令和4年のブロック別・疾病別患者数は121ページの表1を参照頂きたい。

性別・年次別・月別・定点当たり患者数の10年間の推移を図1に示した。各疾病の男女合計の推移を見ると、クラミジアは平成26年以降減少傾向にあったが、令和3年より男女とも増加傾向にある。ヘルペスは平成29～30年に一時増加し、以降

は減少傾向にある。コンジロームは平成26年より減少傾向にあったが、令和2年より増加している。淋菌は平成25年より男性で増減を繰り返しているが、令和2年より増加傾向である。女性は男性と比較して報告数は少なくほぼ横ばいであったが、令和3年より増加している。梅毒（顕性、潜伏）は、平成23年から27年までは年30人前後の報告数であったが、28年以降に増加し、平成30年には85人と報告数が増加している、令和元年には62人と減少したが、令和2年には75人、令和3年には87人と再度増加し、令和4年には155人となった。

年次別・性別・疾病別百分比を図2に示した。男性では、平成16年は淋菌とクラミジアが44%と43%で1位であったが、平成17年にクラミジアが45%で1位となり、以降、クラミジアが第1位である。令和4年の男性は、クラミジア（52.8%）、淋菌（27.1%）、梅毒（7.2%）、コンジローム（6.8%）、ヘルペス（6.1%）の順であった。女は、平成16年以降クラミジアが半数以上を占める。令和4年はクラミジア（61.8%）、ヘルペス（16.2%）、淋菌（10.5%）、コンジローム（6.3%）、梅毒（5.2%）の順であった。

令和4年における性別、月別の報告数をみると、クラミジアはやや男性に多く、男性では5月、6月、9月、12月に、女性では6月、9月、12月に報告数が多かった。ヘルペスは女性に多く、男性では6月、9月、11月に、女性で6月に報告数が多かった。コンジロームは男性に多く、男性では6月、9月、10月に、女性では3月、6月、11月に報告数が多かった。淋菌は男性症例が大半を占め、1月、3月、6月、9月に報告数が多かった。梅毒は男性に多く、男性で6月以降増加し12月に17人の報告が、女性では6月に10人の報告が最も多かった

令和2年以降は新型コロナウイルス感染症による外出の自粛や緊急事態宣言により新型コロナウイルス感染症以外の感染症は減少すると思われたが、性感染症の報告数は減少することなく、いずれの疾患も増加傾向にあった。

その他の性感染症について、淋菌とクラミジアの合併55人（男性48、女性7）、非クラミジア性非淋菌性尿道炎30人（男性30）、咽頭淋菌22人（女性22）、咽頭クラミジア11人（女性11）、トリコモナス症6人（男性2、女性4）など任意に合計130人が報告された。女性の咽頭からの淋菌、クラミジアの検出症例は多く、梅毒の増加とともに、感染経路や性行動など性感染症の予防を考慮するうえで注目すべきである。

図1 性感染症の性別 年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移



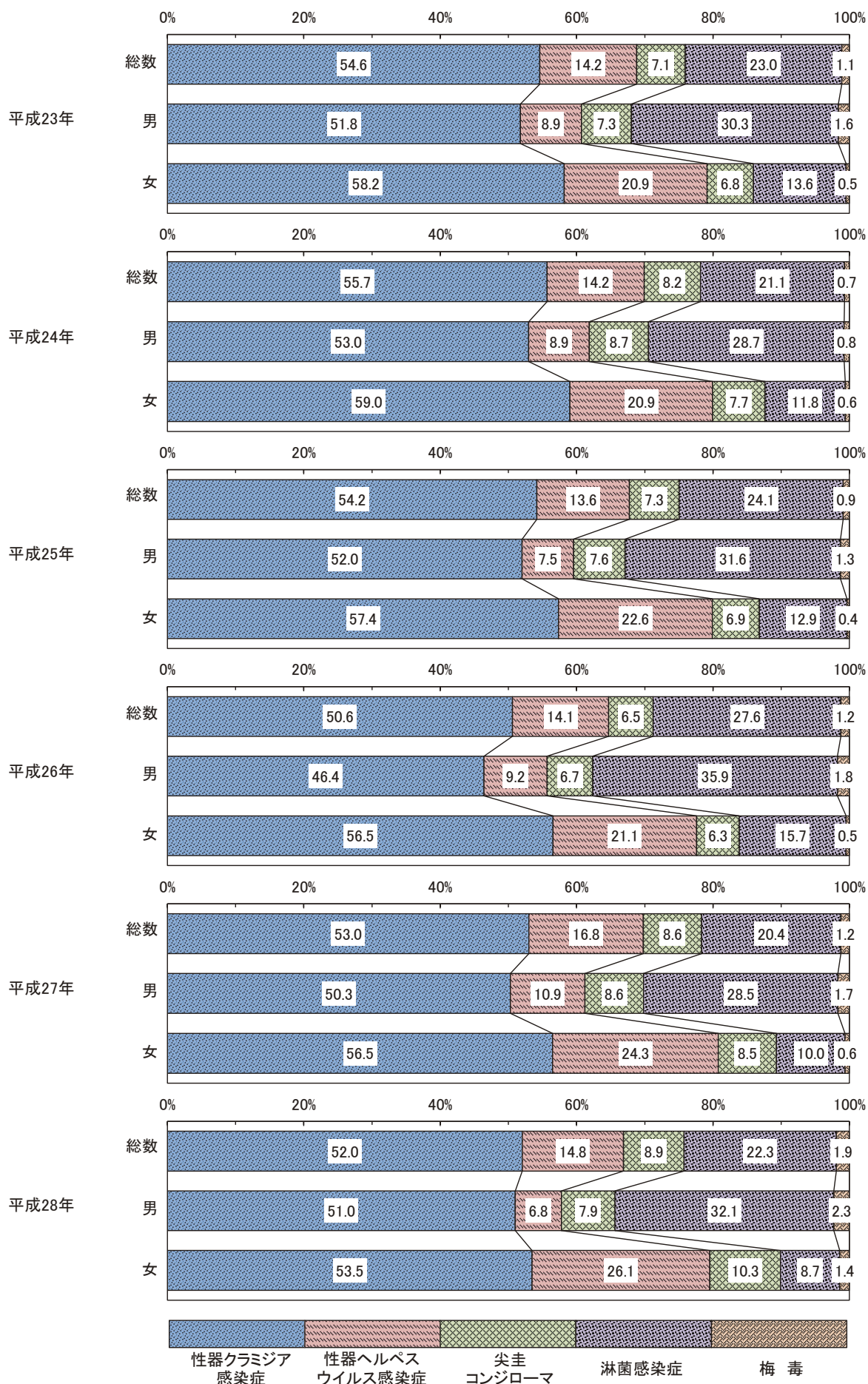


図 2 - 1 STDの年次別・性別・疾病別百分比

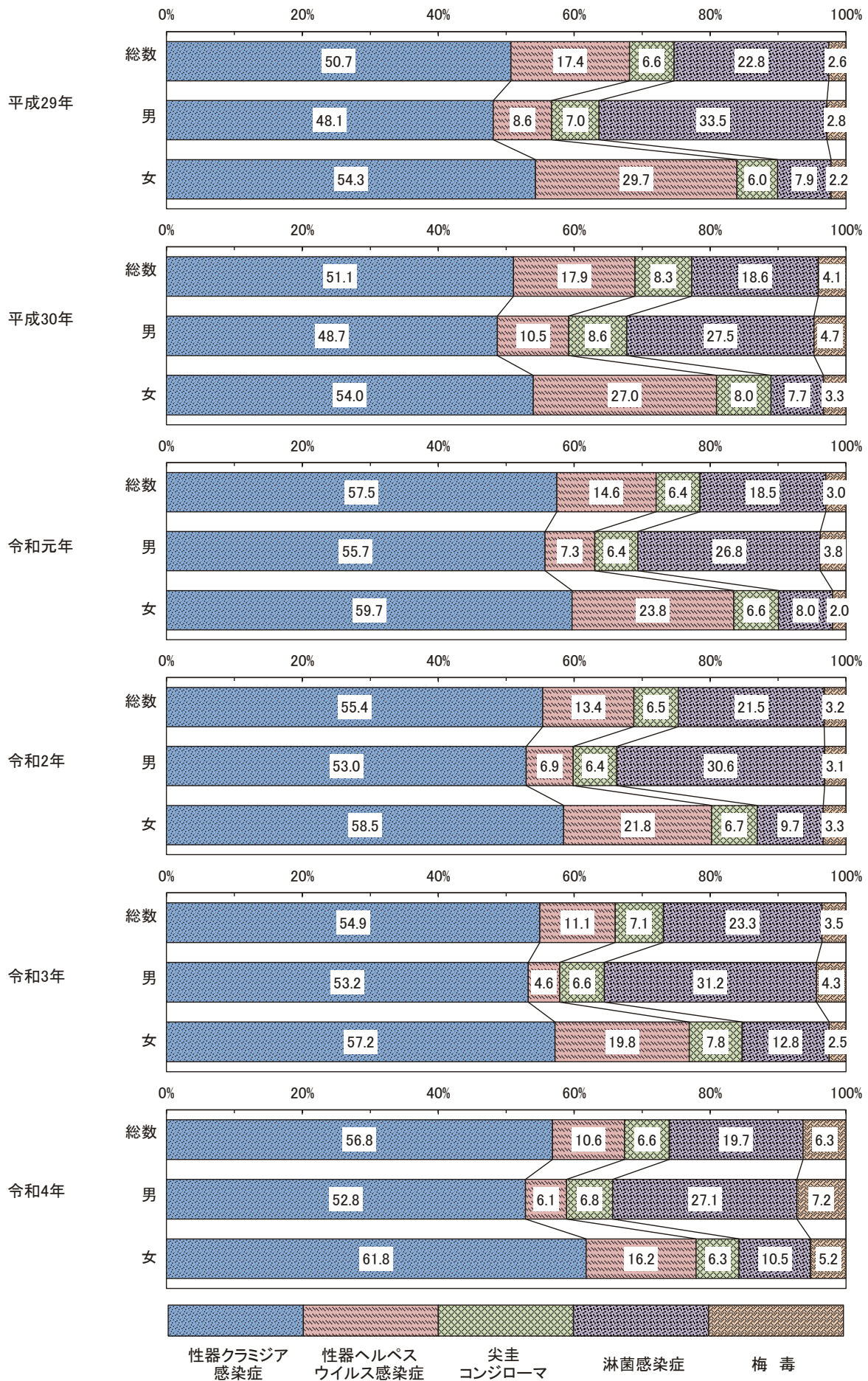


図 2 - 2 STDの年次別・性別・疾病別百分比

1. 性器クラミジア感染症

全県の年次別患者数を表1に示した。令和4年は前年と比較し、男は96%と減少、女は112%と増加し、合計は103%と増加した。男/女比は1.06で男が多かった。

平成30年から令和4年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図3に示した。令和4年の定点当たりの患者数は、北九州41.5（男21.1、女20.4）、福岡45.8（男23.3、女22.5）、筑豊30.6（男15.4、女15.2）、筑後22.3（男12.5、女9.8）で、筑後、筑豊で増加、福岡はほぼ同数、北九州で減少した。特に筑

後、筑豊では男女で増加した。

令和4年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が30.3%、25～29歳が20.4%、30～34歳が14.4%の順に多く、前年と比較し20～24歳が増加、25～30歳でやや減少した。女では20～24歳が36.4%、25～29歳が27.6%、30～34歳が12.4%、15～19歳が11.9%の順に多く、前年と比較し25～30歳、15～19歳がやや増加し、20～24歳が減少した。男女で比較すると、男では20～39歳、女では15～35歳の割合が多かった（図4）。

表1 性器クラミジア感染症年次別患者数

	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)
男	871	723	840	859	833	763	878	688	598	604	634	557	648	691	747	716
女	644	563	662	649	736	683	651	588	523	455	518	504	546	594	602	675
男/女比	1.35	1.28	1.27	1.32	1.13	1.12	1.35	1.17	1.13	1.15	1.22	1.11	1.19	1.16	1.24	1.06
合計	1515	1286	1502	1508	1569	1446	1529	1276	1121	1069	1152	1061	1194	1285	1349	1391
定点当たり	40.9	34.8	40.6	40.8	42.4	39.1	41.3	34.5	30.3	28.9	31.1	28.7	32.3	34.7	36.5	37.6

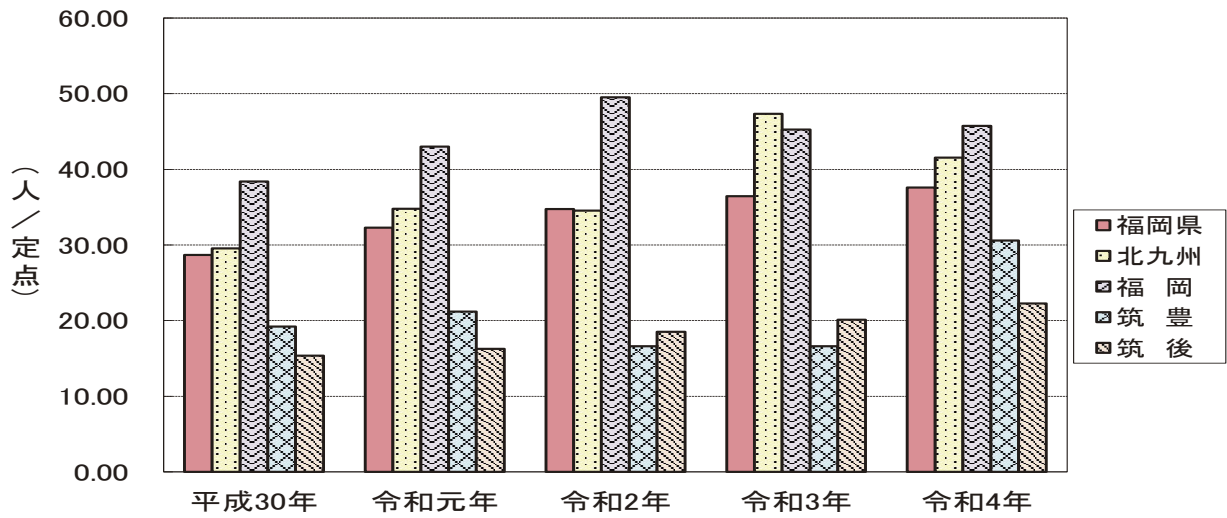


図3 性器クラミジア感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

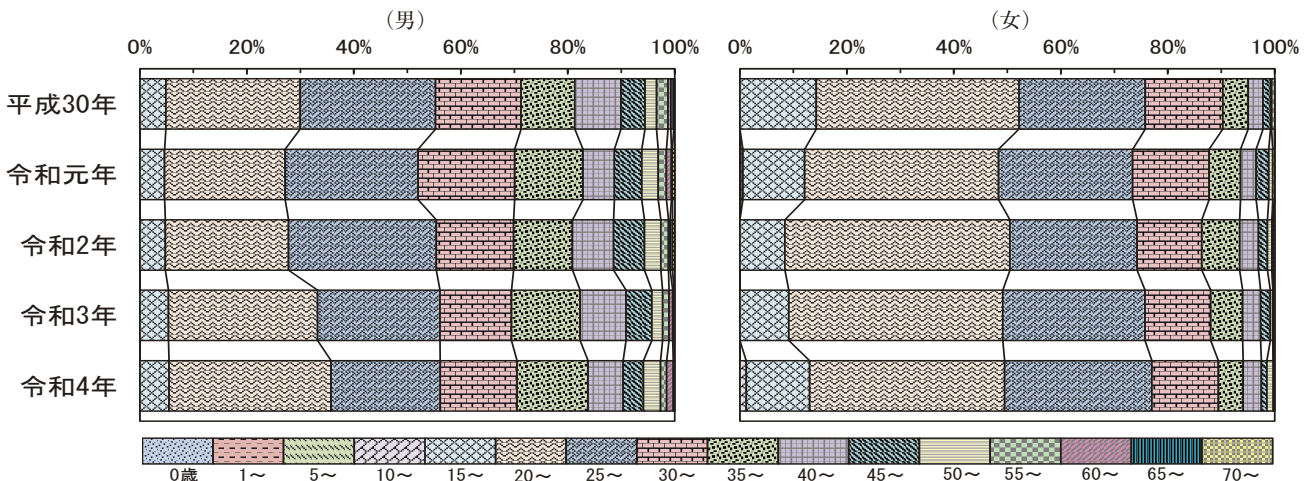


図4 性器クラミジア感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

2. 性器ヘルペスウイルス感染症

全県の年次別患者数を表2に示した。令和4年は前年と比較し、男は126%と増加、女は85%と減少し、合計は95%と減少した。男/女比は0.46で女が多かった。

平成30年から令和4年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図5に示した。令和4年の定点当たりの患者数は、北九州4.6（男1.2, 女3.3）、福岡7.8（男3.0, 女4.8）、筑豊4.6（男0.8, 女3.8）、筑後9.8（男2.8, 女7.0）であり、前年と比較して北

九州、筑豊、筑後で増加、福岡で減少した。

令和4年の年齢区分別百分比は、男では40～44歳が19.5%、30～34歳が15.9%、20～24歳が13.4%、25～29歳と35～39歳が11.0%の順に多く、前年と比較し20～24歳、30～34歳、25～39歳と40～44歳が増加し、25～29歳と35～39歳で減少した。女では20～24歳が21.5%、25～29歳が16.4%、30～34歳が12.4%の順に多く、前年と比較し20～24歳で増加した。（図6）。

表2 性器ヘルペスウイルス感染症年次別患者数

	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)
男	178	161	122	161	144	128	127	137	130	80	113	120	85	90	65	82
女	297	277	250	298	265	242	256	219	225	222	283	252	218	221	208	177
男/女比	0.6	0.58	0.49	0.54	0.54	0.53	0.5	0.63	0.58	0.36	0.4	0.48	0.39	0.41	0.31	0.46
合計	475	438	372	459	409	370	383	356	355	302	396	372	303	311	273	259
定点当たり	12.8	11.8	10.1	12.7	11.1	10	10.4	9.6	9.6	8.2	10.7	10.1	8.2	8.4	7.4	7.0

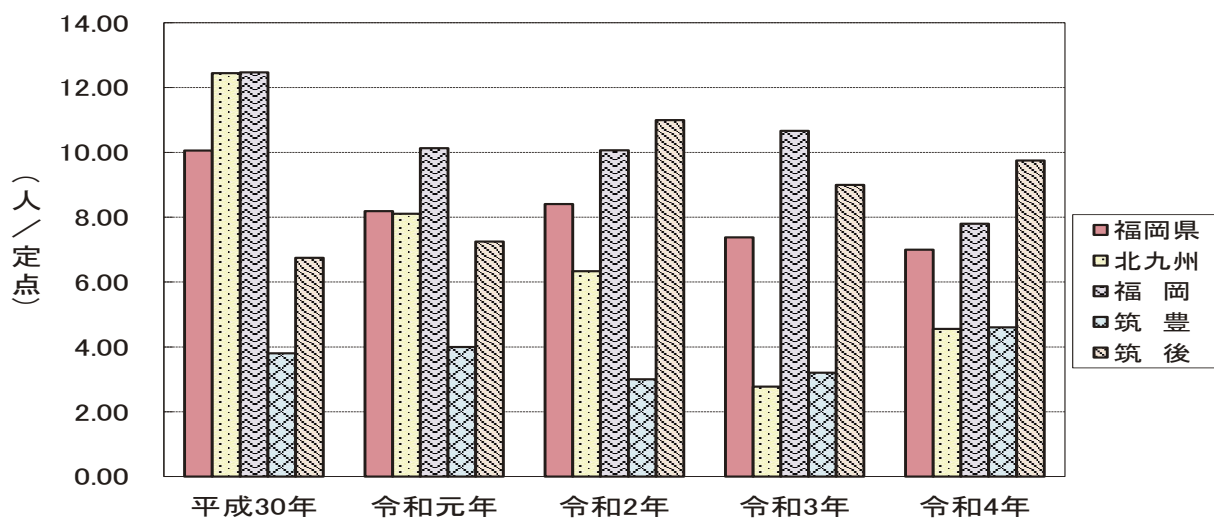


図5 性器ヘルペスウイルス感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

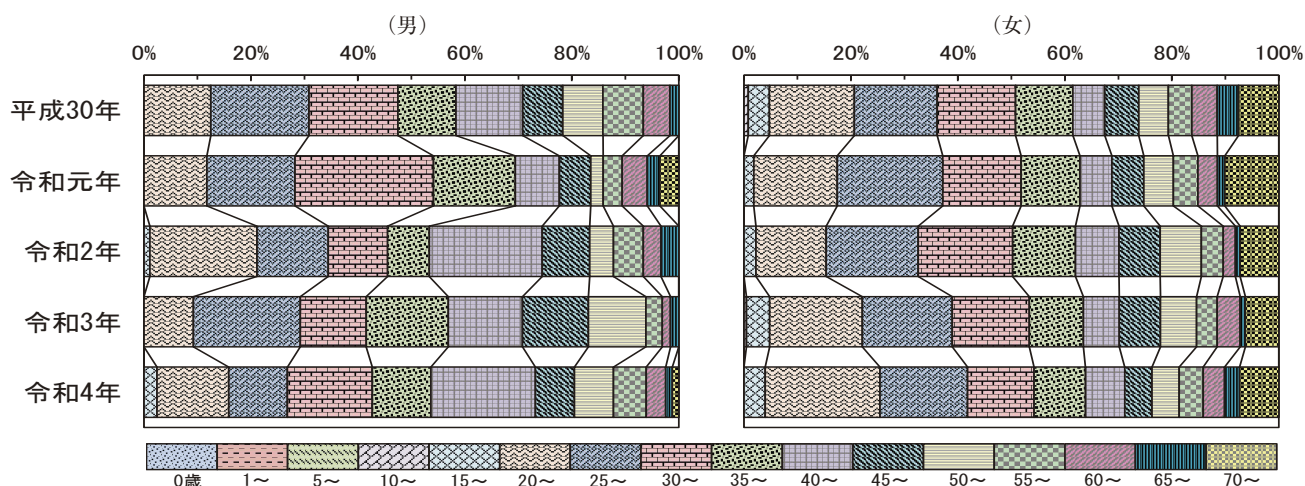


図6 性器ヘルペスウイルス感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

3. 尖圭コンジローマ

全県の年次別患者数を表3に示した。令和4年は前年と比較し、男は同数、女は84%で減少し、合計は93%で減少した。男/女比は1.33で男が多かった。

平成30年から令和4年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図7に示した。令和4年の定点当たりの患者数は、北九州2.6（男0.7、女1.9）、福岡5.7（男3.3、女2.4）、筑豊3.8（男2.0、女1.8）、筑後4.3（男3.4、女0.9）であり、前年と比

較し筑豊と筑後で増加、北九州と福岡で減少した。

令和4年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が19.6%、20～24歳と35～39歳16.3%、40～44歳が13.0%の順に多く、前年と比較し30～39歳で増加、20～29歳で減少した。女では25～29歳が27.5%、20～24歳が23.2%、30～34歳が15.9%、15～19歳が13.0%、35～39歳が10.1%の順に多く、前年と比較し15～19歳と25～34歳で増加、20～24歳が減少した（図8）。

表3 尖圭コンジローマ年次別患者数

	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)
男	157	120	120	121	118	125	128	99	102	93	92	98	74	84	92	92
女	119	106	92	84	86	89	78	65	79	88	57	75	60	68	82	69
男/女比	1.32	1.13	1.3	1.44	1.37	1.4	1.64	1.52	1.29	1.06	1.61	1.31	1.23	1.24	1.12	1.33
合計	276	226	212	205	204	214	206	164	181	181	149	173	134	152	174	161
定点当たり	7.5	6.1	5.7	5.5	5.5	5.8	5.6	4.4	4.9	4.9	4	4.7	3.6	4.1	4.7	4.7

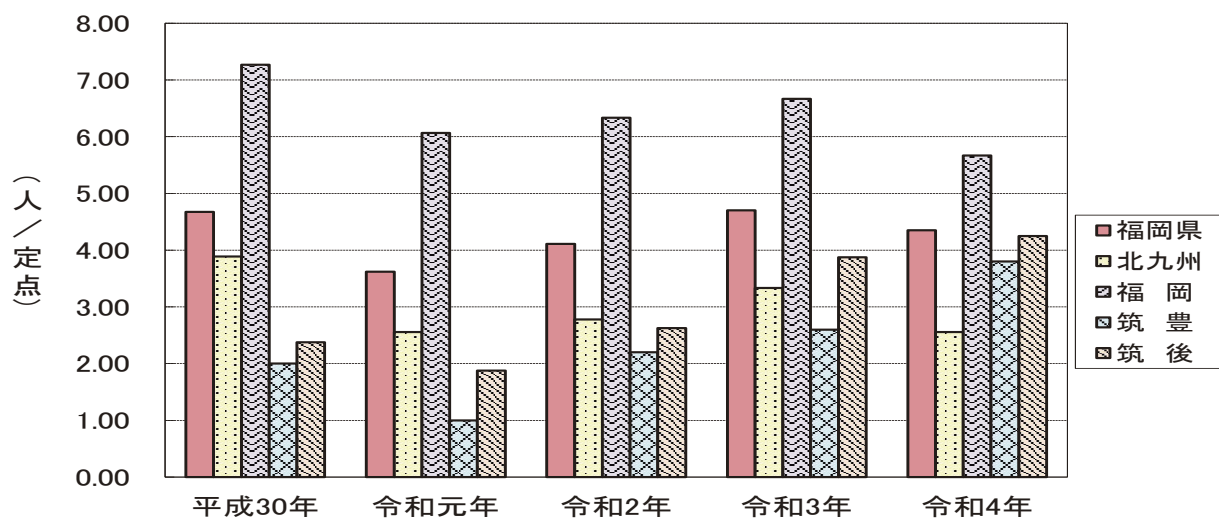


図7 尖圭コンジローマのブロック別一定点当たりの年別報告数

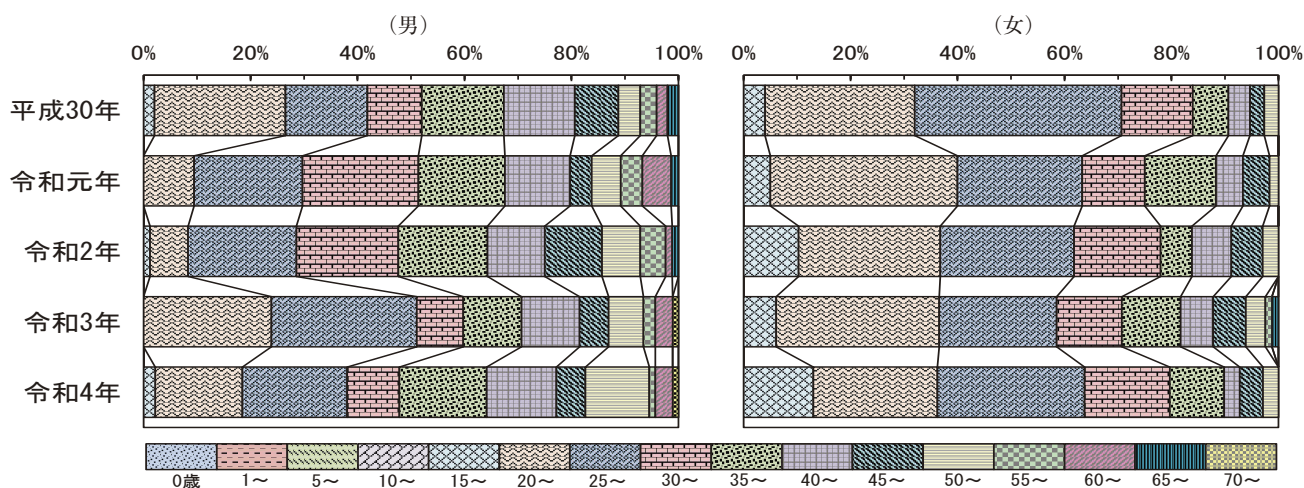


図8 尖圭コンジローマの年齢区分別患者発生状況の推移

4. 淋菌感染症

全県の年次別患者数を表4に示した。令和4年は報告数が急増した前年と比較し、男は84%、女は85%、合計は84%と減少した。男/女比は3.19で男が多かった。

平成30年から令和4年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図9に示した。令和4年の定点当たりの患者数は、北九州11.1（男8.1、女3.0）、福岡18.9（男14.7、女4.2）、筑豊6.8（男3.8、女3.0）、筑後8.0（男6.8、女1.3）であり、前年と比較して筑豊で増加し、北九州、福岡、筑後で減少

した。

令和4年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が29.2%、25～29歳が18.8%、30～34歳が13.6%、35～39歳が10.6%の順に多く、前年と比較し20～24歳が増加、35～39歳が減少した。女では20～24歳が39.1%、25～29歳が20.0%、15～19歳が14.8%、30～34歳が13.0%の順に多く、前年と比較し15～19歳と25～34歳が増加し、20～24歳が減少した（図10）。

表4 淋菌感染症年次別患者数

	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)
男	547	401	545	511	488	413	533	532	339	380	442	315	312	399	438	367
女	97	87	130	129	172	136	146	163	93	74	75	72	73	99	135	115
男/女比	5.64	4.61	4.19	3.96	2.84	3.04	3.65	3.26	3.65	5.14	5.89	4.38	4.28	4.03	3.24	3.19
合計	644	488	674	640	660	549	679	695	432	454	517	387	385	498	573	482
定点当たり	17.4	13.2	18.2	17.3	17.8	14.9	18.4	18.8	11.7	12.3	14	10.5	10.4	13.5	15.5	13.0

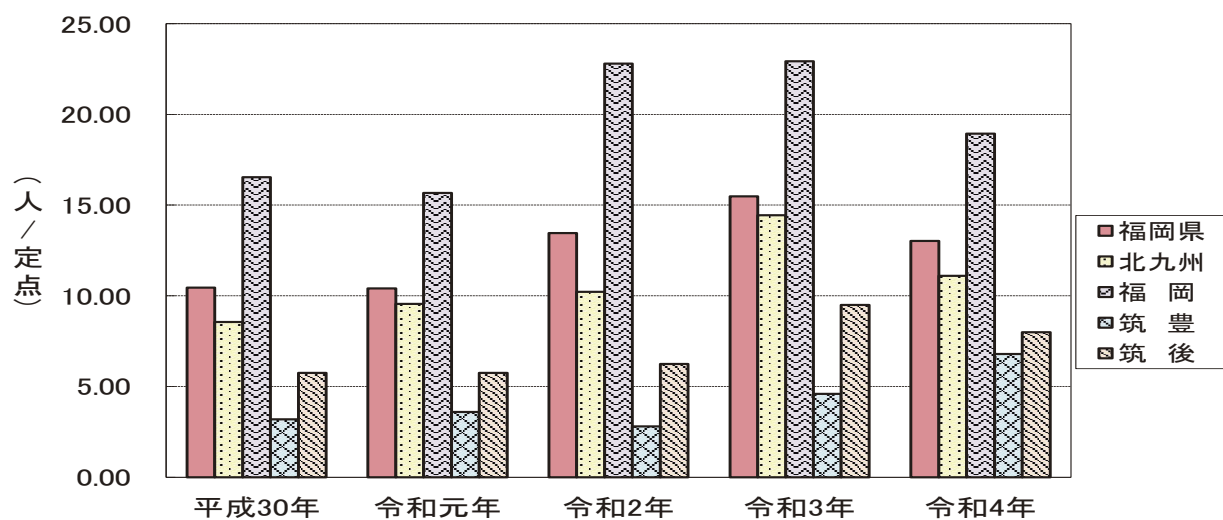


図9 淋菌感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

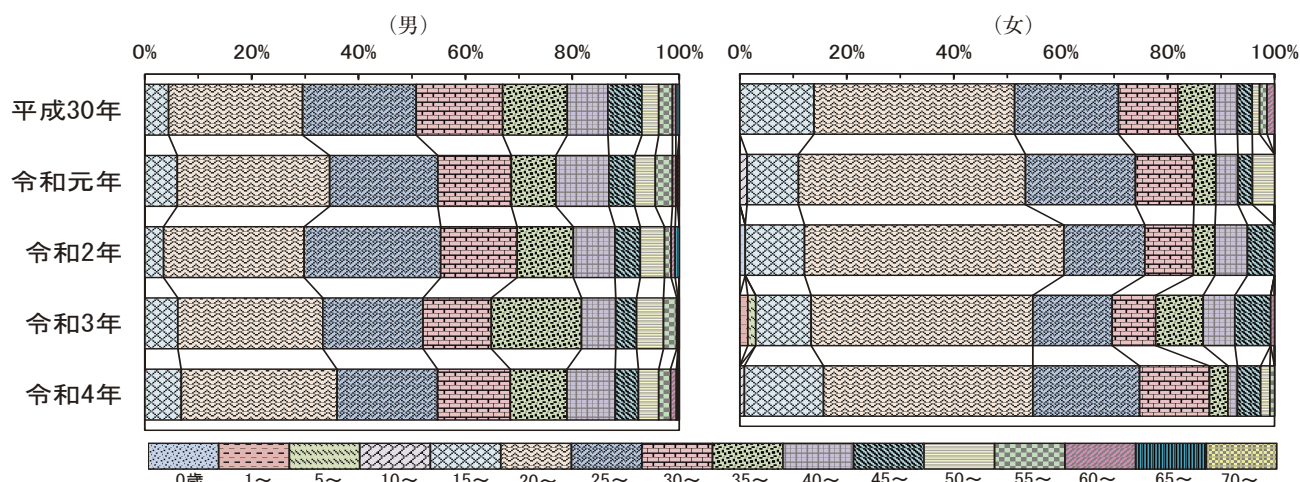


図10 淋菌感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

5. 梅毒

全县の年次別患者数を表5に示した。令和4年は前年と比較し、男は161%、女は219%といずれも増加、合計は178%と増加した。男/女比は1.72で男が多かった。

平成30年から令和4年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図11に示した。令和4年の定点当たりの患者数は、北九州1.5（男0.8, 女0.7）、福岡6.6（男4.1, 女2.5）、筑豊4.2（男1.8, 女2.4）、筑後2.8（男2.6, 女0.1）であり、前年と比較していずれの地区でも増加し、特に福岡、筑

豊で著増した。

令和4年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が21.4%、20～24歳が18.4%、40～44歳が12.2%、30～34歳と45～59歳11.2%、35～39歳が10.2%であり、前年と比較し25～29歳と45～49歳の割合が増加した。女では20～24歳が29.8%、25～29歳が22.8%、30～34歳が10.5%の順に多く、前年と比較し20～29歳の割合がやや減少した。（図12）。

梅毒は全数調査対象疾患であり、定点報告と比較して報告数が大きいいため、過去5年間の全数調

表5 梅毒（顕性：潜伏）年次別患者数

	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)
男	30 (21:9)	37 (33:4)	29 (22:7)	19 (12:7)	18 (16:2)	11 (7:4)	22 (20:2)	26 (19:7)	20 (15:5)	27 (19:8)	37 (33:4)	54 (48:6)	44 (38:6)	41 (28:13)	61 (52:9)	98 (87:11)
女	13 (8:5)	15 (8:7)	19 (12:7)	12 (5:7)	14 (10:4)	7 (4:3)	4 (1:3)	5 (2:3)	6 (3:3)	12 (5:7)	21 (12:9)	31 (21:10)	18 (11:7)	34 (20:14)	26 (17:9)	57 (24:33)
男/女比	2.31	2.47	1.53	1.58	1.29	1.57	5.5	5.2	3.33	2.25	1.76	1.76	2.44	1.21	1.26	1.72
合計	43	52	48	31	32	18	26	31	26	39	58	85	62	75	87	155
定点当たり	1.2	1.4	1.3	0.8	0.9	0.5	0.7	0.8	0.7	1.1	1.6	2.3	1.7	2.0	2.4	4.2

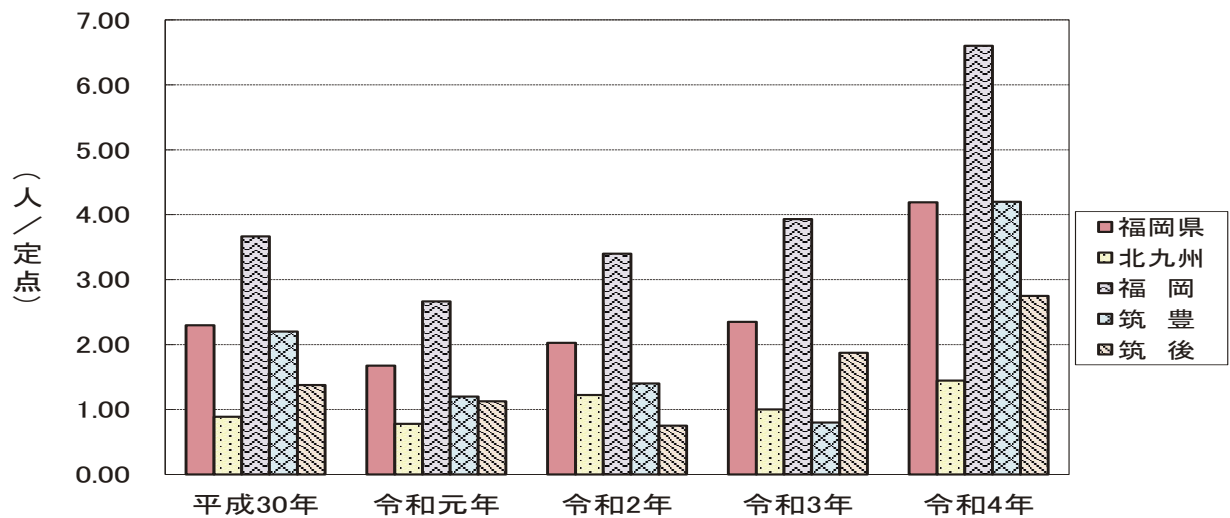


図11 梅毒（顕性：潜伏）のブロック別一定点当たりの年別報告数

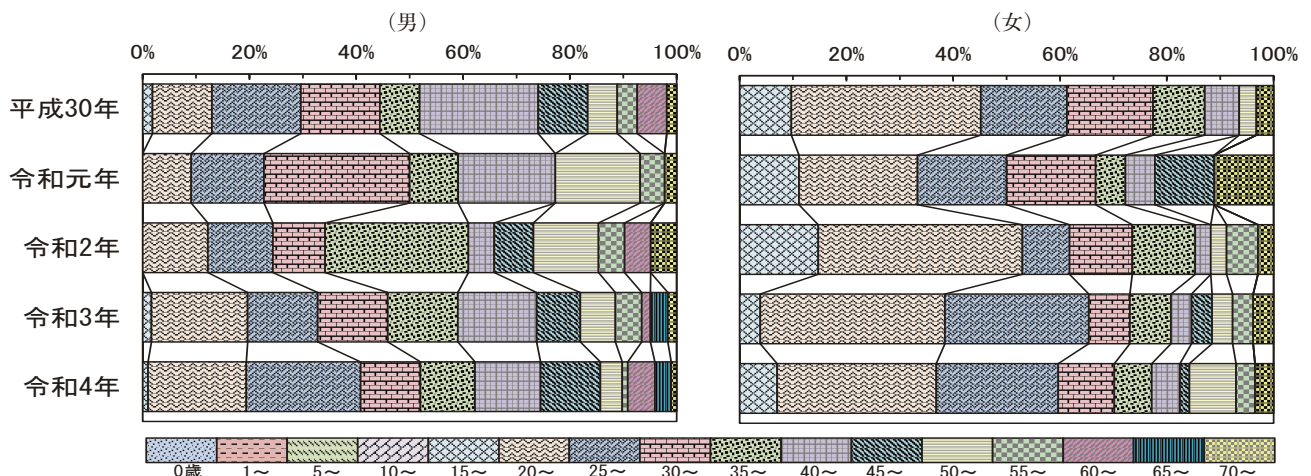


図12 梅毒（顕性：潜伏）の年齢区分別患者発生状況の推移

査の結果も示す。令和元年には福岡県全体では平成26年に51人であったが、平成28年より急増し、平成30年には321人、令和元年に277人、令和2年に314人、令和3年に348人、令和4年には569人となり、平成26年の1116%となった。令和4年の報告数を5年前の平成30年と比較すると、北九州で255%、福岡で173%、筑豊で94%、筑後で153%と増加した（図13）。特に北九州と福岡において著増しており、前年と比較してもそれぞれ268%、

160%となっている。令和4年において性・年齢が確定している症例では、男性350人、女性219人で男女比は1.60と男性が多く、令和3年と比較して男女とも100人以上増加した。男性では20歳代が28.9%、30歳代が24.6%、40歳代が22.9%、50歳代が12.3%（図14）、女性では10歳代が8.7%、20歳代が50.2%、30歳代が23.3%、40歳代が10.5%であった（図15）。男性は20歳から50歳代まで幅広く分布し、女性では20歳代が約半数を占めた。

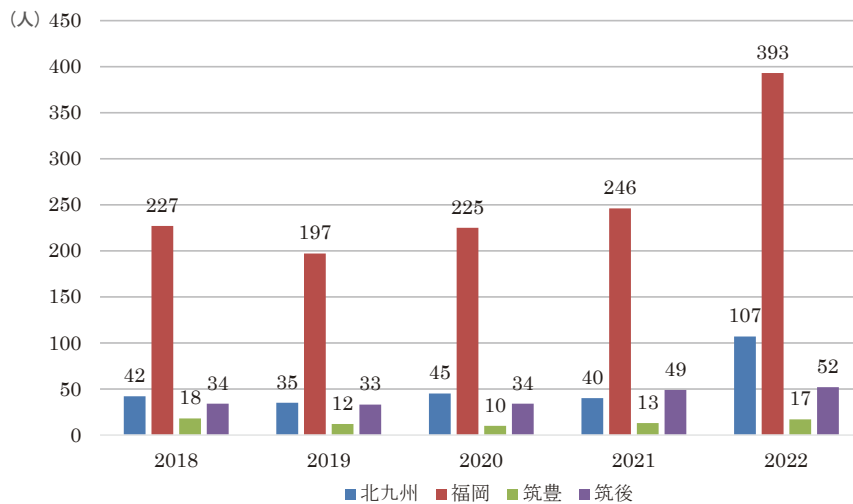


図13 梅毒 [全数] のブロック別の年別報告数推移（5年分）

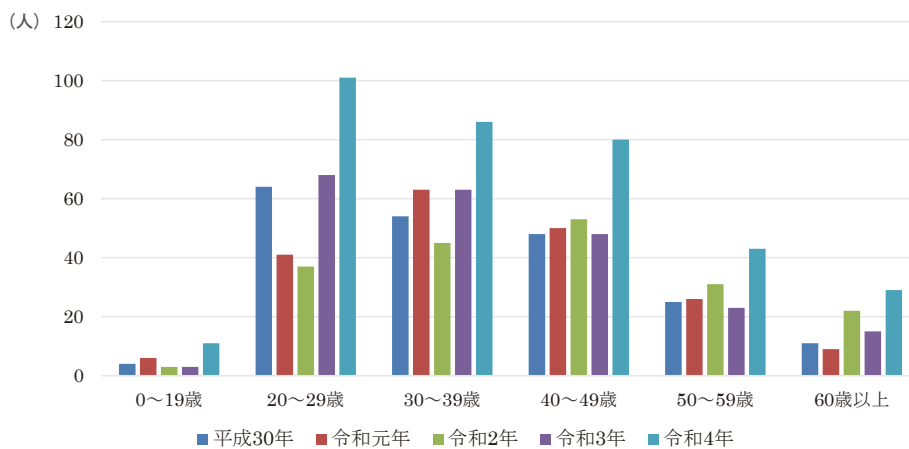


図14 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移（男性）

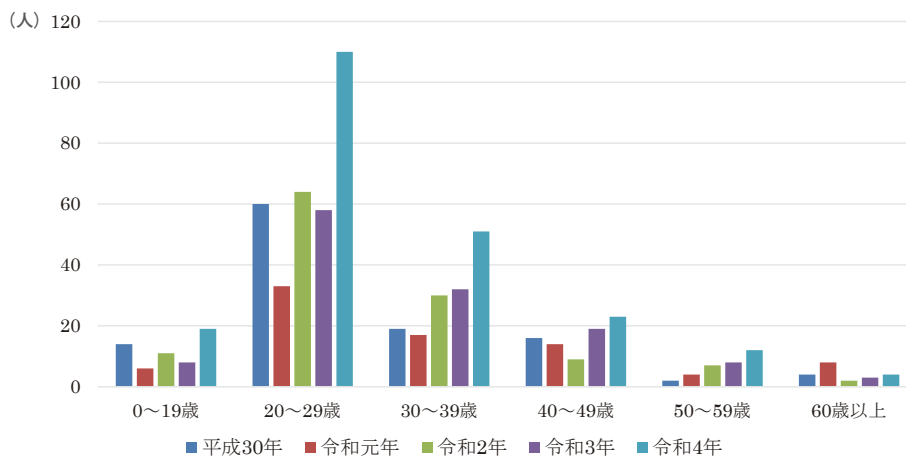


図15 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移（女性）

5) 結 核

令和4年の福岡県の結核発生動向について報告する。但し、令和4年のデータは月別速報値を合算したもので、後日報告される正式の統計値とは異なるものである。

過去3年間の全国、福岡県及び保健所別新登録患者数と罹患率（人口10万対）の推移を表1-1に示した。令和4年1年間に新たに保健所に登録された結核患者数（潜在性結核感染症は除く）は、全国10,151人、福岡県438人、罹患率は全国8.1、福岡県8.6であった。都道府県別の結核罹患率では、福岡県は13番目に高かった。性別登録患者数は近年男女差が縮まってきており、男女比は全国1.46：1、福岡県1.27：1で、全国よりやや男女比が小さい傾向にある。

福岡県の新登録患者数及び喀痰塗抹陽性患者数の年次推移（図1）をみると、新登録患者数は年々減少傾向にあったが、令和3年の535人から令和4年の速報値は438人で、前年より97人の減少であった。また感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数は133人で、前年より56人減少している。

罹患率の年次推移（図2-1）をみると、令和4年は8.6で、前年より1.8ポイント減少し、全国平均（8.1）を0.5ポイント上回った。喀痰塗抹陽性罹患率の年次推移（図2-2）は、令和4年は2.6で、前年より1.1ポイント減少し、全国平均より0.2ポイント下回った。

保健所別の動向（表1-1）では、福岡市では患者数が前年より増加しており、北九州市、県保健所管轄地域では前年より減少している。次に、県保健所別の患者数と罹患率の動向（表1-2）をみると、患者数が前年より増加した地区は宗像・遠賀、田川、京築

の3地区であった。但し、一昨年から一貫して増加している地区は京築のみである。また、宗像・遠賀では前年に比し2ポイント以上の罹患率上昇となっている。

また前述の3地区以外は全て減少しており、特に久留米と南筑後は一昨年から一貫して減少している。

地域別の罹患率では、全国平均（8.1）を上回ったのは、県内12地区の内の福岡市、北九州市、田川、南筑後、京築の5地区であり、大都市や高齢化率が高い地域で特に高い傾向が見られた。その他7地区では罹患率は全国平均を下回った。地域間の格差は11.0と大きいまま推移している。

最近5年間の年齢別新登録患者数の推移（図3-1）をみると、大半の年齢層では減少傾向であるが、20歳代と70歳代では減少していなかった。20歳代においては新型コロナウイルス感染症流行等で一時流入が減少していた外国人の入国が再増加してきた影響が考えられる。70歳代については団塊世代などが加わってきたことによるこの世代の人口構成比の増加、すなわち母集団の増加によるところが大きいものと思われる。年齢別新登録患者比率の推移（図3-2）をみると、高齢者が多く占める傾向は変わらず令和4年は60歳以上の割合が74.7%であり、前年（74.8%）とほぼ同様である。さらに80歳以上が45.0%（前年比4.0%減）、90歳以上も14.2%（前年比1.0%減）であり、前述の理由もあり見かけ上の超高齢化は緩和されている。新型コロナウイルス感染症流行下で高齢者の結核感染者発見が遅れている可能性も危惧される。若年層で注目すべき20歳代の患者の推移（図3-3）では、平成25年より増加傾向が続いていたものの、令和2年

表1-1 新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和4年は速報値）

年 別 区 分	令和2年		令和3年		令和4年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
全 国	12,739	10.1	11,519	9.2	10,151	8.1
福 岡 県 総 数	512	10.0	535	10.4	438	8.6
福 岡 市 保 健 所	149	9.2	138	8.5	143	8.8
北 九 州 市 保 健 所	123	13.1	142	15.2	102	11.0
県 保 健 所	240	9.3	255	9.9	193	7.5

表1-2 県保健所別新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和3/4年は速報値）

年 別 区 分	令和2年		令和3年		令和4年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
久 留 米 市	34	11.2	31	10.3	22	7.3
宗 像 ・ 遠 賀	24	8.2	13	4.4	21	7.1
粕 屋	20	6.8	27	9.2	20	6.8
筑 紫	30	6.8	36	8.2	30	6.8
糸 島	7	7.1	15	15.0	3	3.0
田 川	18	15.3	15	12.9	16	14.0
北 筑 後	22	12.1	27	14.4	12	6.5
南 筑 後	48	12.5	40	10.4	34	9.0
京 築	12	6.6	19	10.4	22	12.2
嘉 穂 ・ 鞍 手	25	9.0	32	11.5	13	4.7

は45人と前年より52人減って、全患者数の8.8%に減少した。令和4年は51人と減少しておらず、全体に占める割合も11.6%と大きくなっている。

外国出生者の結核患者については、新型コロナウイルス感染症による入国制限等の影響にて一時的に減少が見られた令和2年以降増加傾向が続いている。これは全国とは異なる動向である。前年に比べ速報値にも関わらず令和4年は1人増えて65人であった。新登録患者に占める割合(図4)も同様に令和3年には12.1%であったが、令和4年は15.1%と上昇している。福岡市も令和3年に23.9%であったところ、令和4年は25.9%と上昇している。近年増加していた若年層の結核患者の今後の動向については、高まん延国出身者の入国状況も鑑み、引き続き注意と対策が必要と思われる。

喀痰の菌検査結果(図5-1)では、感染源として重要な「喀痰塗抹陽性」の割合は48.2%であった。塗抹陽性患者の減少がやや鈍いことが懸念される。一方、「その他の菌陽性」の割合が以前より増加しているが、その要因としては、診断技術の進歩により菌の検出率が上昇し、塗抹陽性に至る前に早期に診断される症例が増加してきたことが考えられる。

患者発見方法別(図5-2)では、今までと同様医療機関受診例が主体であった。新型コロナウイルス感染症流行下では医療機関、健診ともに受診抑制がかかっていたと思われたが、令和4年は健診発見例が14.8%と回復傾向がみられている。

次に化学療法の内容の推移(図5-3)についてみると、RFP、INH、PZAを含む3剤以上を用いた標準治療の割合は、令和4年は56.2%であった。治療成績向上のためには今後もさらに標準治療の適正な実施への努力が必要であるが、超高齢者や合併症などの要因で治療に工夫を要する患者の割合が増加している現状も窺い知れた。

潜在性結核感染症患者数(予防内服対象者)の年次推移を図6に示した。治療対象者の拡大に伴い一時増加していたが、平成22年はピーク時(平成13年、

695人)の6分の1程度に減少していた。平成23年から再増加し、その後は年間300人程度を推移していた。新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年には減少が見られたが令和4年は287人と流行前の状況に戻っているものと思われた。

以上、令和4年の福岡県の結核発生動向について報告した。

<まとめ>

結核新登録患者数は平成29年に8年ぶりに増加したが、さらに令和3年にも4年ぶりの増加を認めていたが令和4年には減少に転じている。速報値は438人で、前年より97人の大きな減少であり、罹患率は8.6で1.8ポイント改善した。感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数は56人減少した。罹患率は全国平均を上回ったが、塗抹陽性罹患率は全国平均を僅かに下回った。地域別の患者数では、宗像・遠賀、田川、京築の3地区で増加し、他の9地区では減少した。年齢別では、60歳以上が74.7%を占め、80歳以上が45.0%、90歳以上も14.2%を占めている。ほとんどの世代で新登録患者数の減少を認めたが、20歳代と70歳代では減少を認めなかった。外国出生者の令和4年の患者数は1人増えて65人であり、全患者に占める割合も12.1%から15.1%に増加した。治療面では、PZA含む標準治療の割合は56.2%であった。また潜在性結核感染症患者数は、平成25年からは年間300人程度であり新型コロナ感染流行下一時減少が見られていたが令和4年は287人とほぼ流行前の状況に戻っている。

全体の患者数は減少しているが、当県の罹患率は全国平均より高く都道府県別で高い方から13位となっている。この減少が見かけ上のものでなく確実なものであるかについては今後の動向を注視する必要がある。また県内での罹患率や感染者の特徴については地域間での差が大きく、全国とは異なる動向も一部見られる。外国人などの流入が多い地域や高齢化率の高い地域などそれぞれの地域ごとの特色に応じた対策が必要だと思われる。

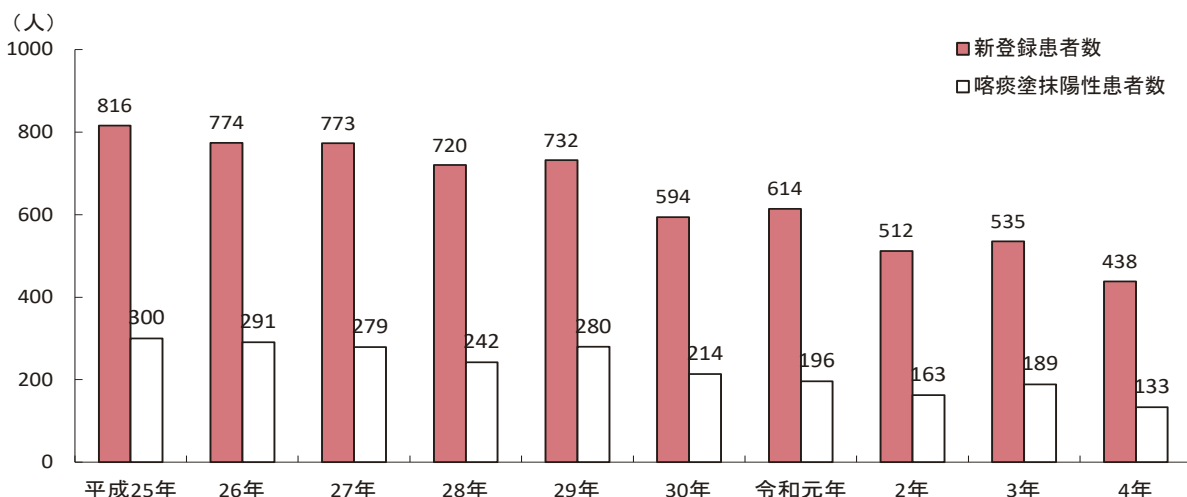


図1 福岡県新登録患者数(年次推移)(令和4年は速報値)

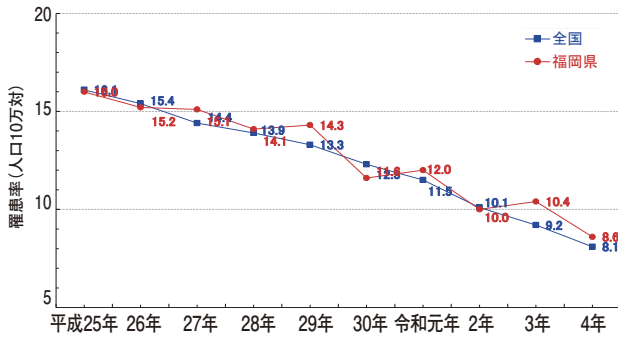


図2-1 全結核罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和4年は速報値)

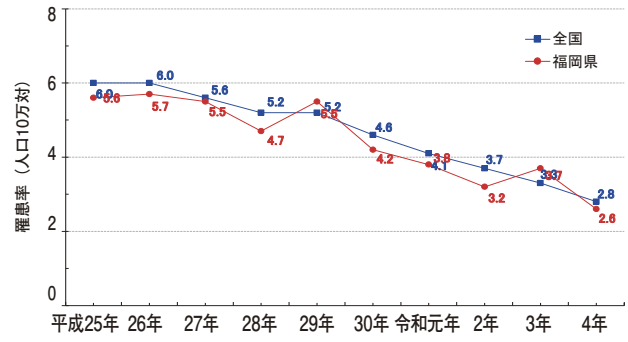


図2-2 喀痰塗抹陽性罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和4年は速報値)

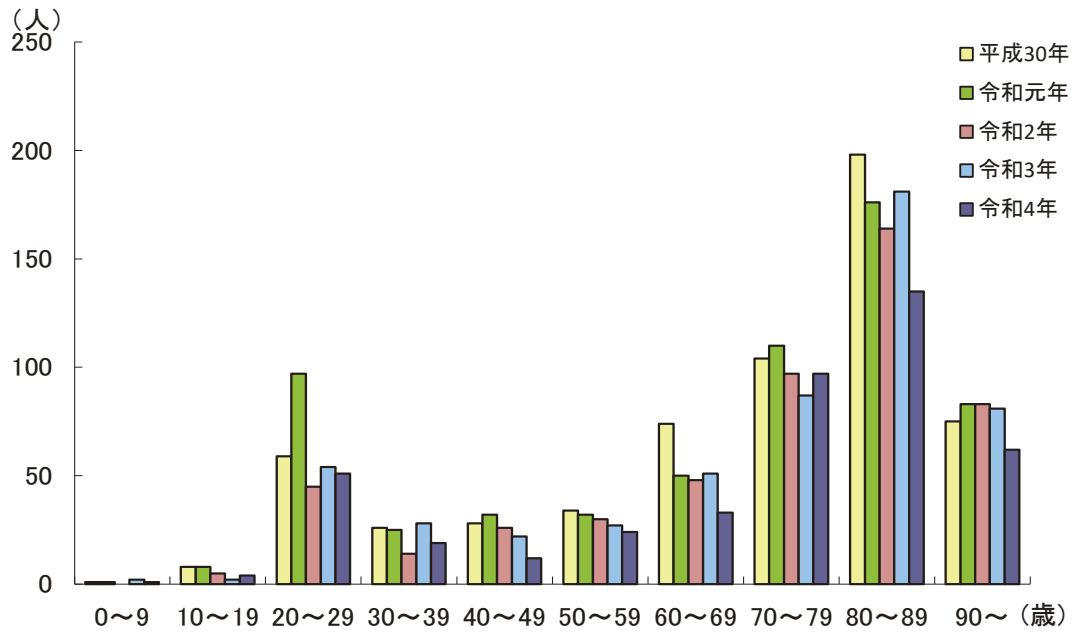


図3-1 年齢階級別新登録患者数
(令和4年は速報値)

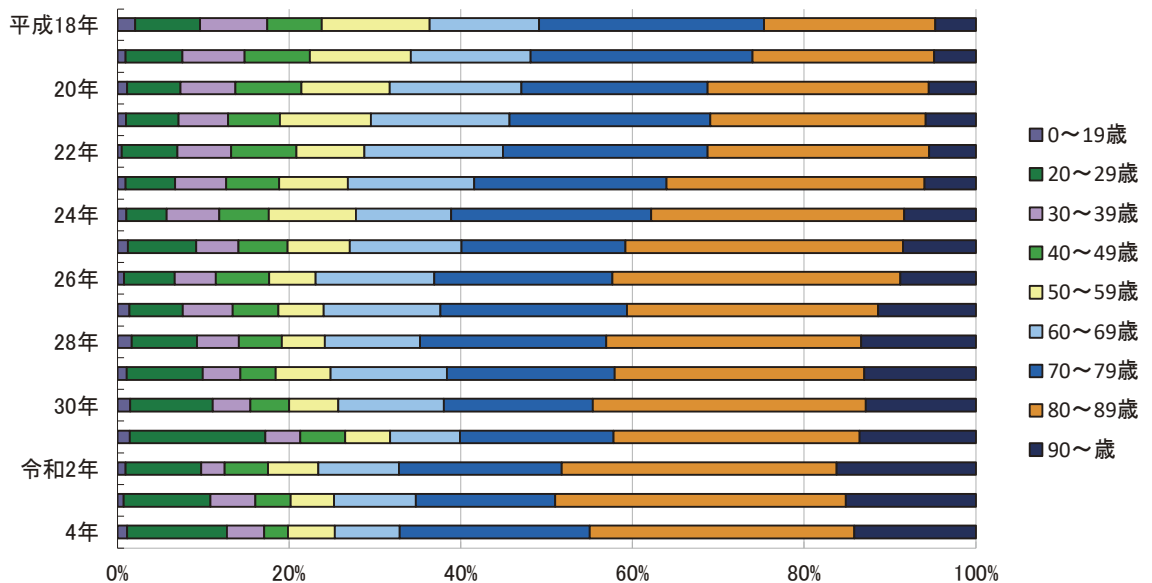


図3-2 福岡県新登録患者比率 (年齢階級別)
(令和4年は速報値)

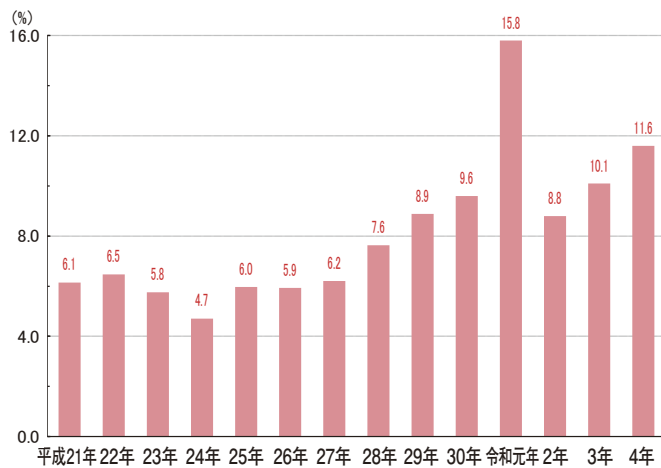


図3-3 新登録患者数（20～29歳）
（令和4年は速報値）

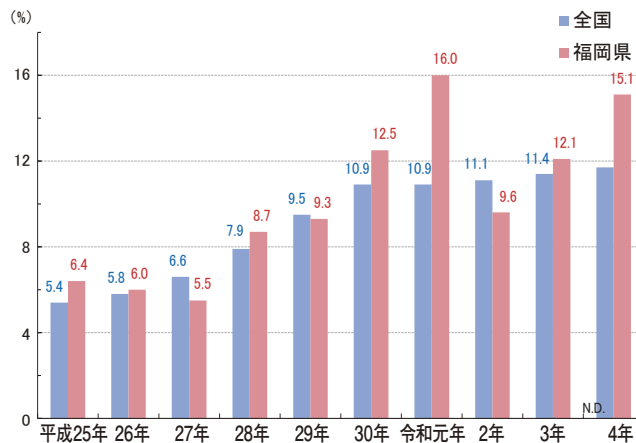


図4 新登録患者のうち外国出生者割合の年次推移
（令和4年は速報値）

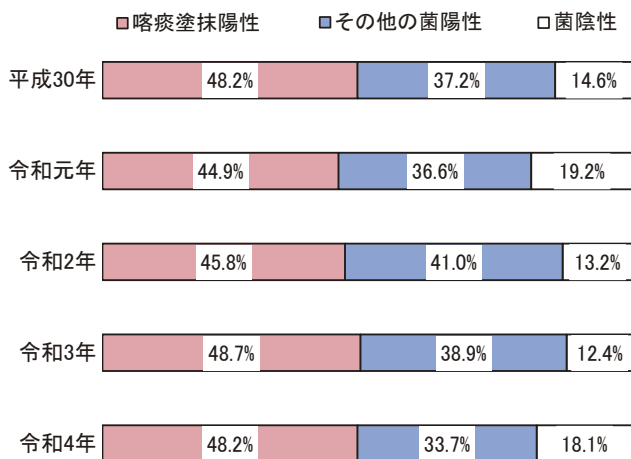


図5-1 活動性肺結核喀痰検査結果
（令和4年は速報値）

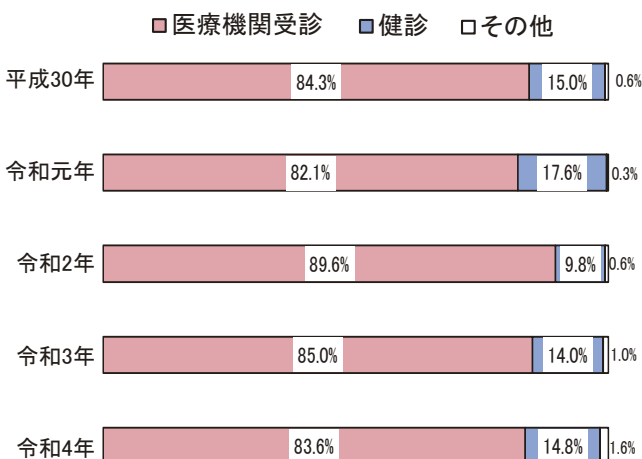


図5-2 患者発見方法別
（令和4年は速報値）

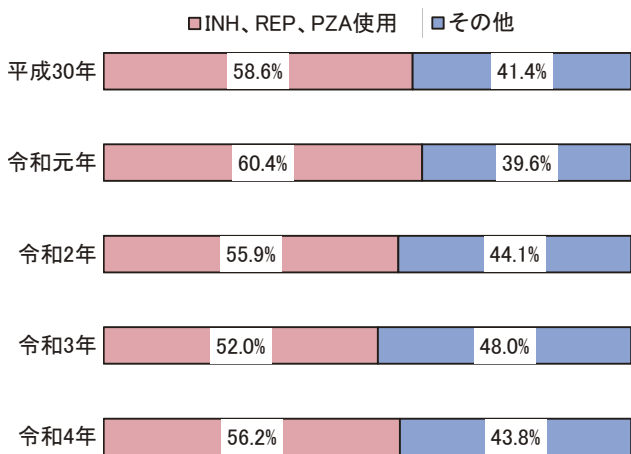


図5-3 INH、REP、PZAを含む3剤以上使用
（令和4年は速報値）

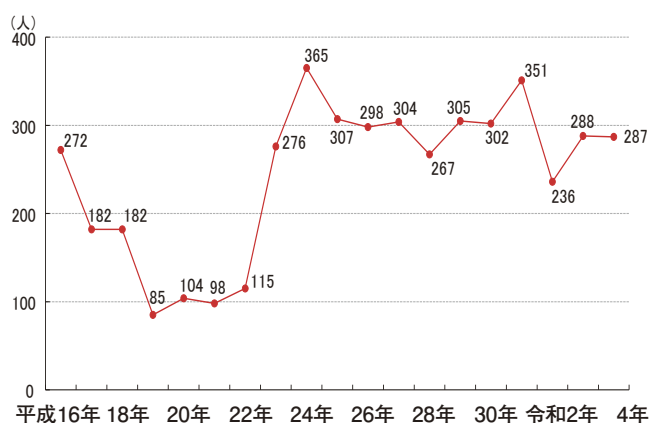


図6 潜在性結核感染症患者数（年次推移）
（令和4年は速報値）

6) 福岡県における全数把握対象疾病について

一類感染症の届出はなかった。二類感染症は総計733件、三類感染症は総計254件、四類感染症は総計111件、全数把握対象五類感染症は総計962件の届出があった。

二類感染症について

- ・結核は、733件の届出があった。
- ・ポリオ、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）の届出はなかった。

三類感染症について

- ・腸管出血性大腸菌感染症は254件届出があった。血清群別では、O157が129件、O26が42件、O111が18件、その他・不明が65件であった。毒素型別では、VT1産生株84件、VT2産生株52件、VT1及びVT2産生株111件、毒素型不明4件、その他3件であった。診断類型別では、患者178人、無症状病原体保有者76人であった。
- ・コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスの届出はなかった。

四類感染症について

- ・E型肝炎は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・A型肝炎は5件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・重症熱性血小板減少症候群は5件届出があった。性別では、男性1人、女性4人であった。年代別は、20歳代1人、60歳代1人、70歳代3人であった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・チクングニア熱は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・つつが虫病は7件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・デング熱は10件届出があった。推定感染地域は全て国外であった。
- ・日本紅斑熱は6件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・マラリアは1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・ライム病は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・レジオネラ症は71件届出があった。性別では、男性55人、女性16人であった。年代別では、40歳代3人、50歳代7人、60歳代14人、70歳代22人、80歳代以上25人であった。
- ・レプトスピラ症は3件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・他の四類感染症の届出はなかった。

全数把握対象五類感染症について

- ・アメーバ赤痢は26件届出があった。性別では、

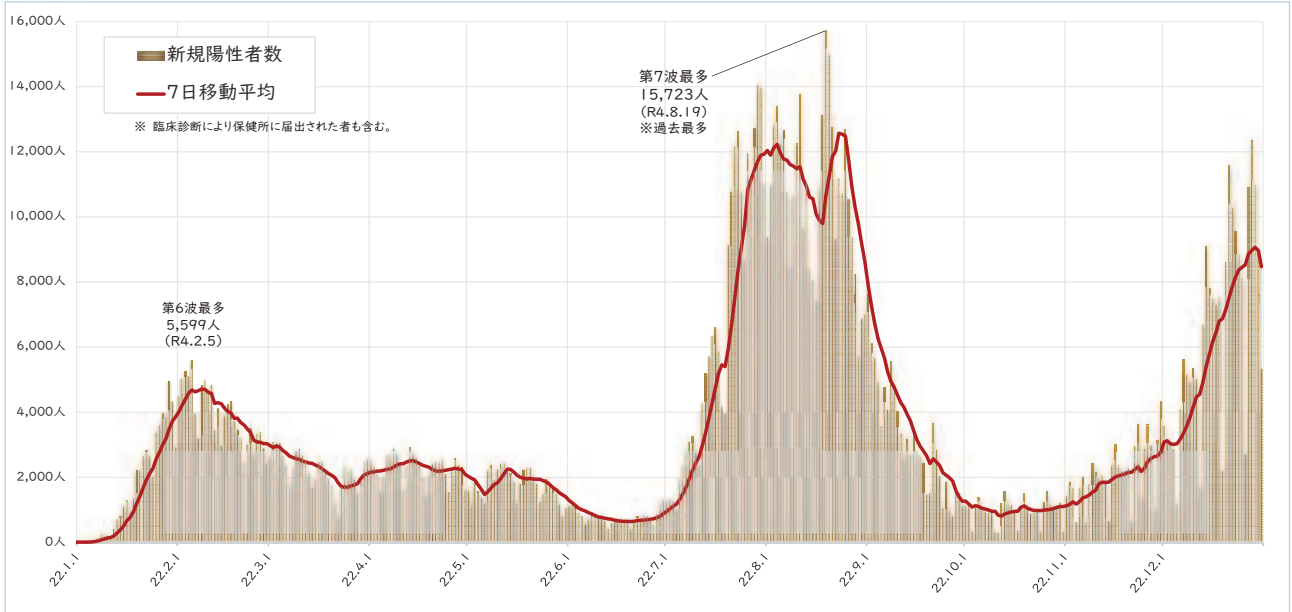
男性24人、女性2人であった。

- ・ウイルス性肝炎は6件届出があった。内訳は、B型肝炎2件、その他4件であった。
 - ・カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症は110件届出があった。
 - ・急性弛緩性麻痺は3件届出があった。
 - ・急性脳炎は22件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
 - ・クロイツフェルト・ヤコブ病は9件届出があった。病型別では、全て孤発性プリオン病であった。
 - ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症は32件届出があった。
 - ・後天性免疫不全症候群は63件届出があった。性別では、男性62人、女性1人であった。診断類型別では、患者17人、無症状病原体保有者46人であった。感染経路別では、異性間性的接触13件、同性間性的接触42件、その他及び不明8件であった。
 - ・ジアルジア症は2件届出があった。推定感染地域は国内1件、不明1件であった。
 - ・侵襲性インフルエンザ菌感染症は13件届出があった。
 - ・侵襲性髄膜炎菌感染症は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
 - ・侵襲性肺炎球菌感染症は64件届出があった。
 - ・水痘（入院例に限る）は5件届出があった。
 - ・梅毒は569件届出があった。性別では、男性350人、女性219人であった。年代別では、10歳未満1人、10歳代29人、20歳代211人、30歳代137人、40歳代103人、50歳代55人、60歳代24人、70歳代7人、80歳代以上2人であった。病型別では、早期顕症梅毒439件、晩期顕症梅毒6件、先天梅毒1件、無症候123件であった。
 - ・播種性クリプトコックス症は3件届出があった。
 - ・破傷風は3件届出があった。
 - ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症は5件届出があった。
 - ・百日咳は25件届出があった。性別では、男性17人、女性8人であった。年代別では、10歳未満11人、10歳代9人、20歳代2人、30歳代1人、50歳代1人、60歳代1人であった。
 - ・風しんは1件届出があった。性別は、男性であった。年代別は、10歳未満であった。推定感染地域は国内であった。
 - ・他の全数把握対象五類感染症の届出はなかった。
- ### 新型コロナウイルス感染症について
- ・新型コロナウイルス感染症は1,300,291件届出があった。

新型コロナウイルス感染症発生状況等

新規陽性者数

令和4年1月1日～12月31日

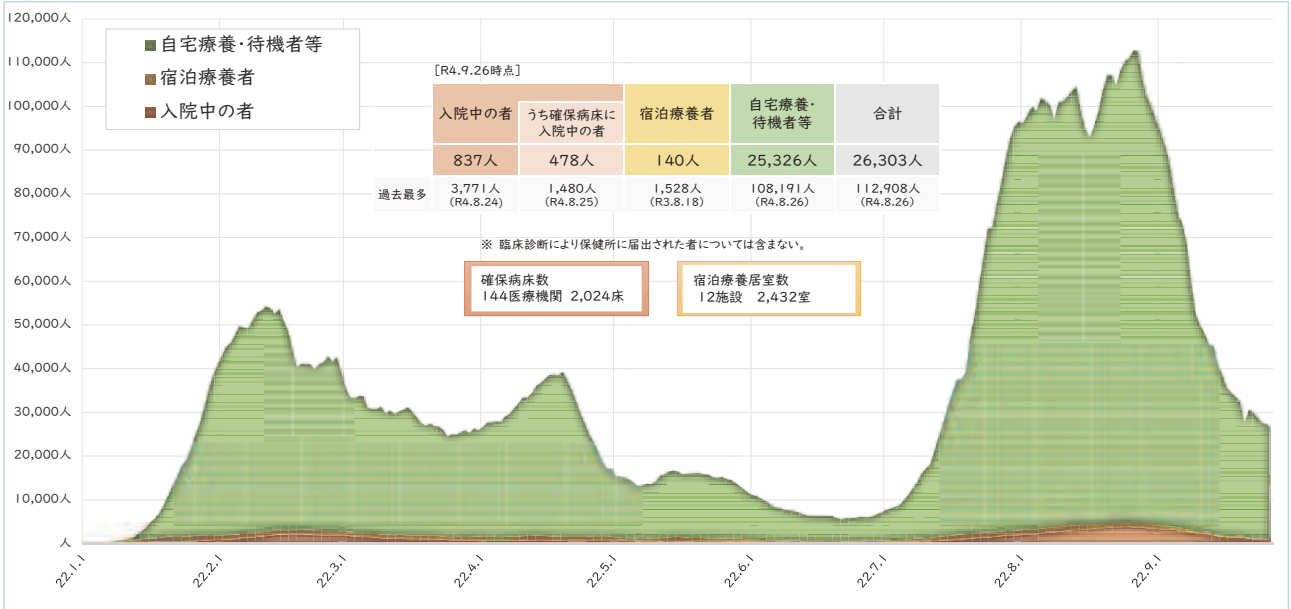


新型コロナウイルス感染症発生状況等

※新型コロナウイルス感染症の全数届出の見直しを行った
令和4年9月26日以降は集計を行っていない。

入院・療養者数

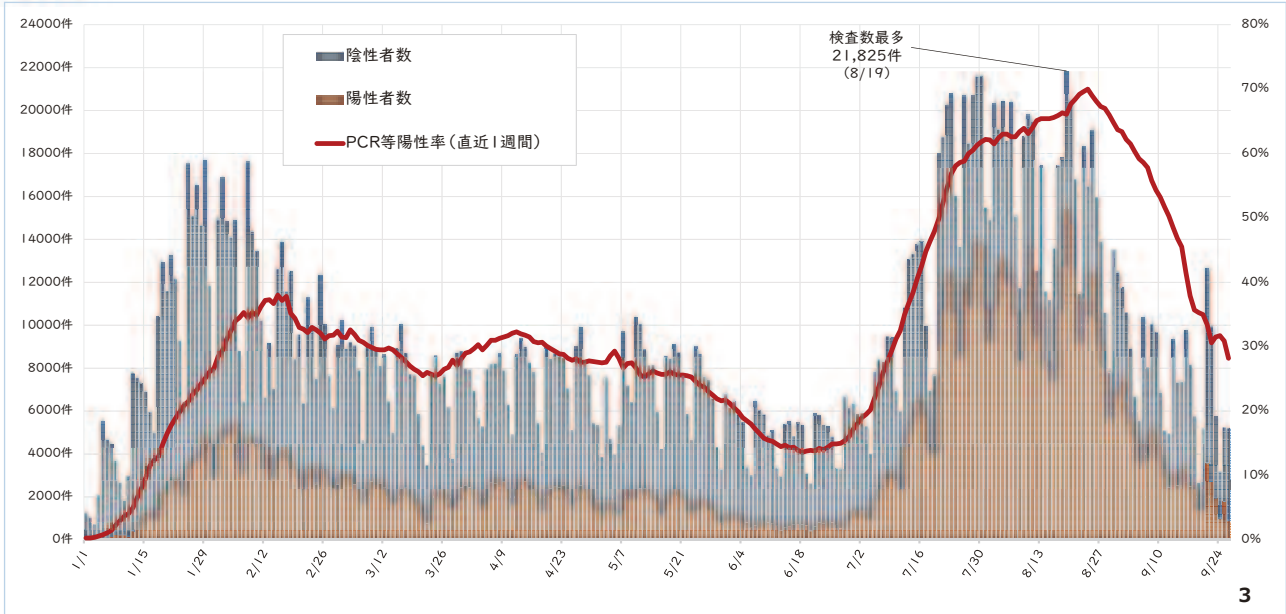
令和4年1月1日～9月26日





PCR等検査件数

令和4年1月1日～9月26日

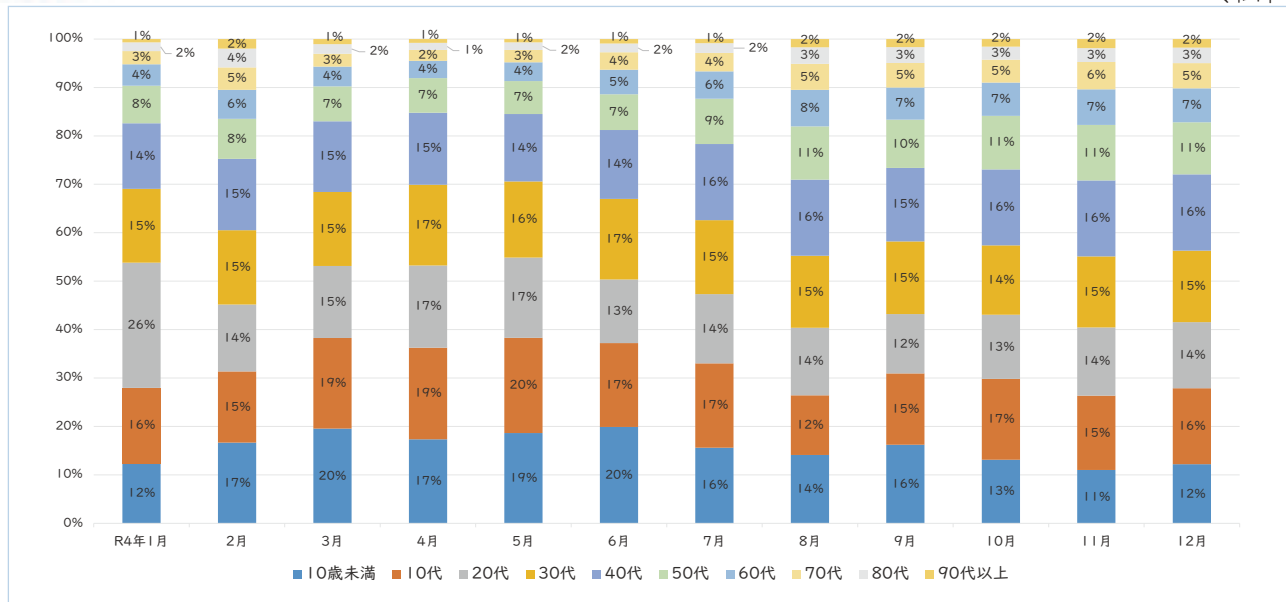


3



発生月別陽性者年代割合

令和4年





月別・年代別新規陽性者数

※ 年代不明を除く

令和4年

(人)

月	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
1月	6,112	7,660	12,733	7,514	6,670	3,822	2,170	1,345	883	345	49,254
2月	18,152	15,995	15,038	16,717	16,043	9,000	6,522	5,072	4,201	2,164	108,904
3月	13,501	12,924	10,276	10,544	10,093	4,972	2,809	1,835	1,355	741	69,050
4月	11,868	12,964	11,609	11,426	10,173	4,888	2,446	1,541	1,000	548	68,463
5月	10,161	10,726	9,030	8,565	7,582	3,721	2,100	1,409	853	369	54,516
6月	4,713	4,093	3,111	3,941	3,360	1,749	1,203	849	432	217	23,668
7月	31,904	35,536	29,247	31,189	32,078	19,157	11,496	7,793	4,145	1,743	204,288
8月	46,719	40,776	46,164	49,212	52,038	36,327	24,954	17,834	11,292	5,623	330,939
9月	15,318	13,915	11,580	14,173	14,334	9,423	6,252	4,816	3,075	1,591	94,477
10月	4,009	5,110	4,042	4,382	4,797	3,374	2,103	1,445	822	480	30,564
11月	7,015	9,787	8,987	9,330	9,997	7,304	4,688	3,606	1,818	1,201	63,733
12月	24,642	31,627	27,558	29,854	31,776	21,706	14,157	10,514	6,465	3,578	201,877
計	194,114	201,113	189,375	196,847	198,941	125,443	80,900	58,059	36,341	18,600	1,299,733



月別・年代別新規陽性者数(人口10万人あたり)

※ 年代不明を除く

令和4年

(人/10万人)

月	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
1月	1,446.8	1,660.4	2,554.6	1,354.2	958.5	612.8	358.3	213.5	245.9	340.5	9,745.5
2月	4,297.0	3,467.1	3,017.1	3,012.8	2,305.5	1,443.0	1,076.9	805.0	1,170.0	2,135.5	22,729.8
3月	3,196.0	2,801.4	2,061.7	1,900.3	1,450.5	797.2	463.8	291.2	377.4	731.2	14,070.6
4月	2,809.4	2,810.1	2,329.1	2,059.2	1,461.9	783.7	403.9	244.6	278.5	540.8	13,721.3
5月	2,405.3	2,325.0	1,811.7	1,543.6	1,089.6	596.6	346.8	223.6	237.6	364.1	10,943.9
6月	1,115.7	887.2	624.2	710.3	482.9	280.4	198.6	134.7	120.3	214.1	4,768.4
7月	7,552.4	7,702.8	5,867.9	5,620.9	4,609.9	3,071.6	1,898.3	1,236.8	1,154.4	1,720.0	40,434.9
8月	11,059.4	8,838.6	9,262.0	8,869.0	7,478.3	5,824.6	4,120.5	2,830.4	3,144.8	5,548.9	66,976.5
9月	3,626.1	3,016.2	2,323.3	2,554.3	2,059.9	1,510.9	1,032.4	764.3	856.4	1,570.0	19,313.8
10月	949.0	1,107.6	811.0	789.7	689.4	541.0	347.3	229.3	228.9	473.7	6,166.9
11月	1,660.6	2,121.4	1,803.1	1,681.5	1,436.7	1,171.1	774.1	572.3	506.3	1,185.2	12,912.2
12月	5,833.3	6,855.5	5,529.0	5,380.3	4,566.5	3,480.3	2,337.7	1,668.7	1,800.5	3,530.8	40,982.5
計	45,951.1	43,593.3	37,994.6	35,476.0	28,589.6	20,113.3	13,358.5	9,214.5	10,120.9	18,354.8	262,766.5
人口	422千人	461千人	498千人	555千人	696千人	624千人	606千人	630千人	359千人	101千人	4,952千人

Ⅲ) 検 査 情 報

検査情報の解説

1) ウイルス編

本年の検査体制を表1に示した。検査情報は、北九州市及び福岡市は北九州市保健環境研究所と福岡市保健環境研究所が当該市分を、県内のその他の市町村分（久留米市を含む）を福岡県保健環境研究所がそれぞれ分担し、まとめた。本編ではこれらを集計し検査情報として解説する。

検査材料及び検査方法

令和4年に本調査事業において採取された検体は、13疾病199件であった。過去5年間の疾病別検体採取状況を表2に、本年の北九州市、福岡市、久留米市、その他の市町村の疾病別検体採取状況を表3に示した。疾病別検体数では、感染性胃腸炎が75件と最も多く、次いで、手足口病が35件、無菌性髄膜炎が20件と多かった。検体総数は、昨年度と同様に新型コロナウイルス感染症の流行の影響で少なく、前年と比べると20.4%の減少（250→199）であった。疾病別では無菌性髄膜炎が48件（68→20）、咽頭結膜熱が10件（26→16）、RSウイルス感染症が6件（24→18）、手足口病が5件（40→35）、流行性耳下腺炎が4件（7→3）、突発性発しんが3件（10→7）、水痘が3件（5→2）、ヘルパンギーナが1件（12→11）いずれも減少した。一方、インフルエンザ（7→7）と伝染性紅斑（3→3）は前年と同数で、感染性胃腸炎が40件（35→75）、急性出血性結膜炎が1件（0→1）増加した。疾病別の検査材料と検査方法を表4に示した。

検査結果と考察

疾病別、地域別の検査結果を表5～8に、過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果を表9-1、2に、検出されたウイルスの月別地域別検出状況を表10、11に示した。本年ウイルスが検出された検体は57件で、複数のウイルスが検出された検体は1件であった。検出されたウイルスは全て同定され、合計19種類、58件であった。検出数が最も多かったものは、エンテロウイルスで20件であった。

次に、疾病毎の検出状況について述べる。インフルエンザは7件搬入され全ての検体からインフルエンザウイルスA/H3型が検出された。咽頭結膜熱は16件搬入され、アデノウイルス2型が1件検出された。感染性胃腸炎は75件搬入され、ノロウイルスGⅡが11件（うちノロウイルスGⅡ.4が9件）と多く、次いでアデノウイルス41型が5件、アデノウイルス1型が2件、アストロウイルス、コクサッキーウイルスA（CA）10型、サポウイルス、ノロウイルスGⅠ.1、エンテロウイルスD68型、ライノウイルスが1件ずつ検出された。手足口病は35件搬入され、CA6型が6件検出され、最も多かった。ヘルパ

ンギーナは11件搬入されCA4型、CA6型がそれぞれ1件ずつ検出された。無菌性髄膜炎は20件搬入され、検出されたウイルスは全てパレコウイルス（4件）であった。RSウイルス感染症からはRSウイルス及びライノウイルスがそれぞれ2件ずつ、CA6型が1件検出された。

ウイルス別の検出状況を見ると、エンテロウイルスは本年20件検出され、前年の53件に比べ33件減少した。疾病別では手足口病が10件、感染性胃腸炎とRSウイルス感染症がそれぞれ3件と多かった。アデノウイルスは、10件検出され、前年の5件に比べ5件増加した。感染性胃腸炎から41型が5件、1型が2件、咽頭結膜熱から2型が1件、手足口病から1型が1件、その他の疾患から11型が1件検出された。

図1～4にインフルエンザ、手足口病、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎の過去5年間の月別患者報告数の推移と主な検出ウイルスを示した。検出されたインフルエンザウイルスの血清型は、平成30年1月から3月はA/H3型とB型が、平成30年末からはA/H1pdm09型とA/H3型が、令和元年9月以降はA/H1pdm09型が主に検出されていたが、新型コロナウイルス感染症の流行の影響で令和2年、令和3年は患者数の報告がほとんどなく、インフルエンザウイルスを検出することができなかった。令和4年は例年と比較して患者報告数は少ないものの、A/H3型が検出された。手足口病では、平成30年はエンテロウイルス71型が主に検出され、令和元年は5月から7月にかけてCA6型が、8月以降はCA16型が主に検出された。令和2年には大きな流行は見られなかったが、令和3年はCA6型が多く検出された。令和4年は流行の規模は小さいものの令和3年と同様にCA6型が多く検出された。ヘルパンギーナでは、平成30年はCA4型、令和元年はCA10型及びCA5型、令和2年は再びCA4型、令和3年はCA6型、令和4年はCA4型とCA6型が検出されておりCA4型が隔年で流行する傾向が続いている。無菌性髄膜炎では、平成30年はエコーウイルス6型、令和元年はエコーウイルス11型およびコクサッキーウイルスB（CB）5型が主に検出された。令和2年は搬入された検体からはウイルスは検出されなかった。令和3年はエコーウイルス6型、令和4年は例年と異なりエンテロウイルスは検出されず、パレコウイルスが多く検出された。

検査対象疾病以外の検体は、本来、この事業の対象ではないが、これまで多数のウイルスが検出されているので、参考までに「その他の疾患」として、表14に検査結果を示す。

本調査事業における本年のウイルスの検出率は28.6%（57/199）となり、昨年より減少した。

最後に、本年の本県におけるウイルス検出状況は全国的な傾向とほぼ一致した。

表1 検査体制

1) 病原体定点一覧表

定点コード	医療機関名	区分	管理者	連絡責任者
北九州市 5002	霧ヶ丘つだ病院	インフルエンザ	津田 徹	津田 徹
5007	北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	インフルエンザ	伊藤 重彦	加茂 雅之
6346	おかざきこどもクリニック	小児科	岡崎 覚	岡崎 覚
6019	(医) みやけクリニック	小児科	三宅 巧	三宅 巧
6219	大原小児科医院	小児科	大原 延年	大原 延年
7029	三村眼科医院	眼科	仙石 昭仁	仙石 昭仁
9212	北九州市立医療センター	基幹	中野 徹	真柴 晃一
9213	北九州市立八幡病院	基幹	伊藤 重彦	伊藤 重彦
福岡市 5335	中村内科医院	インフルエンザ	中村 晋	中村 晋
5086	(医) 博和会武元内科クリニック	インフルエンザ	武元 良祐	武元 良祐
6038	福岡市立こども病院	小児科	原 寿郎	古野 憲司
6076	(医) もりやす小児科医院	小児科	森 安善	森 安善
6060	国立病院機構福岡病院	小児科	吉田 誠	吉田 誠
6084	高崎小児科医院	小児科	高崎 好生	高崎 好生
7052	(医) 松井医仁会大島眼科病院	眼科	松井 孝明	熊野 御堂
9200	国立病院機構九州医療センター	基幹	森田 茂樹	長崎 洋司
9201	福岡市立こども病院	基幹	原 寿郎	古野 憲司
久留米市 5150	(医) いのくち医院	インフルエンザ	猪口 哲彰	猪口 哲彰
6154	聖マリア病院 小児科	小児科	島 弘志	秋田 幸大
9206	聖マリア病院	基幹	島 弘志	本田 順一
福岡県 5121	(医) 文杏堂杉病院	インフルエンザ	杉 雄介	宮内 美代子
5190	飯塚病院内科	インフルエンザ	増本 陽秀	的野 多加志
6320	あいだ医院	小児科	間 克	間 克
6223	(医) ゆげ子どもクリニック	小児科	弓 削	弓 削
6131	(医) 西尾小児科医院	小児科	西尾 健	西尾 健
6194	飯塚病院小児科	小児科	増本 陽秀	的野 多加志
6142	田川市立病院小児科	小児科	松隈 哲人	鈴山 裕貴
6157	とよた小児科	小児科	豊田 温	豊田 温
7132	(医) 鬼木眼科医院	眼科	鬼木 信乃夫	鬼木 信乃夫
9203	宗像医師会病院	基幹	伊東 裕幸	藤 健太郎
9301	新行橋病院	基幹	正久 康彦	中 惠一
9317	国立病院機構福岡東医療センター	基幹	中根 博	下高原 孝子
9204	福岡県済生会二日市病院	基幹	壁村 哲平	末安 禎久
9210	社会保険直方病院	基幹	田中 伸之介	平川 晴
9209	飯塚病院	基幹	増本 陽秀	的野 多加志
9211	田川市立病院	基幹	松隈 哲人	鈴山 裕貴
9208	大牟田市立病院	基幹	鳥村 拓司	鳥村 拓司
9205	朝倉医師会病院	基幹	山田 研太郎	黒田 直宏
9207	公立八女総合病院	基幹	平城 守	大原 敦子

2) 搬送機関一覧表

機関名	電話番号	対象検査定点
筑紫保健福祉環境事務所	092-513-5584	杉病院、西尾小児科、鬼木眼科、済生会二日市病院
粕屋保健福祉環境事務所	092-939-1534	福岡東医療センター
宗像・遠賀保健福祉環境事務所	0940-36-2366	宗像医師会病院、あいだ医院
北筑後保健福祉環境事務所	0946-22-3964	朝倉医師会病院、とよた小児科
嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	0948-21-4972	飯塚病院、社会保険直方病院
田川保健福祉環境事務所	0947-42-9345	田川市立病院
南筑後保健福祉環境事務所	0943-22-6960	公立八女総合病院、大牟田市立病院
京築保健福祉環境事務所	0930-23-3935	新行橋病院、ゆげ小児科クリニック
久留米市保健所	0942-30-9730	いのくち医院、聖マリア病院
北九州中央臨床検査センター	093-551-3181	北九州市内の検査定点
シー・オール・シー	092-623-2111	福岡市内の検査定点

3) 検査機関一覧表

機関名	電話番号	対象検査定点
北九州市保健環境研究所	093-882-0333	北九州市内の検査定点
福岡市保健環境研究所	092-831-0683	福岡市内の検査定点
福岡県保健環境研究所	092-921-9945	その他の検査定点

表2 過去5年間の疾病別年次別検体採取状況

疾病名	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
インフルエンザ	203	209	74	7	7
咽頭結膜熱	75	57	30	26	16
感染性胃腸炎	186	119	52	35	75
手足口病	111	125	23	40	35
ヘルパンギーナ	76	37	37	12	11
流行性耳下腺炎	18	7	3	7	3
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	68	33	25	68	20
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	1
流行性角結膜炎	12	3	0	0	0
RSウイルス感染症	41	19	9	24	18
突発性発疹	50	43	10	10	7
伝染性紅斑	5	14	1	3	3
水痘	7	7	8	5	2
その他の疾患	54	87	12	13	1
合計	906	760	284	250	199

表3 地域別疾病別検体採取状況（令和4年）

疾病名	北九州市	福岡市	久留米市	その他の市町村	合計
インフルエンザ	2	3	0	2	7
咽頭結膜熱	0	10	0	6	16
感染性胃腸炎	2	25	0	48	75
手足口病	6	15	0	14	35
ヘルパンギーナ	2	6	0	3	11
流行性耳下腺炎	3	0	0	0	3
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	6	14	0	0	20
急性出血性結膜炎	1	0	0	0	1
流行性角結膜炎	0	0	0	0	0
RSウイルス感染症	0	2	0	16	18
突発性発疹	1	6	0	0	7
伝染性紅斑	1	0	0	2	3
水痘	0	0	0	2	2
その他の疾患	1	0	0	0	1
合計	25	81	0	93	199

表4 疾病別検査材料及び検査方法

疾病名	検査材料	ウイルス検査方法
インフルエンザ	咽頭ぬぐい液・うがい液	培養細胞へ接種、PCR法
咽頭結膜熱	咽頭ぬぐい液・結膜ぬぐい液・糞便	〃
感染性胃腸炎	糞便・咽頭ぬぐい液・吐物	イムノクロマト法、PCR法
手足口病	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	培養細胞へ接種、PCR法
ヘルパンギーナ	咽頭ぬぐい液・糞便	〃
流行性耳下腺炎	咽頭ぬぐい液・髄液	〃
急性脳炎	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	〃
無菌性髄膜炎	〃	〃
急性出血性結膜炎	結膜ぬぐい液	〃
流行性角結膜炎	〃	〃
RSウイルス感染症	咽頭ぬぐい液	〃
突発性発疹	咽頭ぬぐい液・血液・髄液	〃
伝染性紅斑	〃	〃
水痘	水疱内容液、咽頭ぬぐい液、髄液	〃
その他の疾患	咽頭ぬぐい液・糞便・その他	〃

表5 感染症発生動向調査検査結果（令和4年、福岡県全体）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	7, 8, 12月	7	NP EX	4 3	陽性	7 (NP4, EX3)	インフルエンザウイルスA/H3型 7件 NP4, EX3	
咽頭結膜熱	1, 2, 6, 7, 9, 11, 12月	16	NP EX FC	9 4 3	陽性	1 (EX1)	アデノウイルス2型 1件 EX1	
感染性胃腸炎	1~12月	75	FC NP EX UR	60 8 6 1	陽性	23 (FC22, EX1)	ノロウイルスGII.4 アデノウイルス41型 アデノウイルス1型 アストロウイルス コクサッキーウイルスA10型 サボウイルス ノロウイルスGI.1 ノロウイルスGII ノロウイルスGII.2 ノロウイルスGII.4+エンテロウイルスD68型 ライノウイルス 8件 FC8 5件 FC5 2件 FC1, EX1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1	
手足口病	1~3, 5~12月	35	NP FC EX	25 5 5	陽性	12 (NP11, FC1)	コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA10型 RSウイルス アデノウイルス1型 6件 NP6 4件 NP3, FC1 1件 NP1 1件 NP1	
ヘルパンギーナ	6~10月	11	NP FC EX	7 3 1	陽性	2 (NP2)	コクサッキーウイルスA4型 コクサッキーウイルスA6型 1件 NP1 1件 NP1	
流行性耳下腺炎	5, 10, 12月	3	NP	3	陽性	0		
無菌性髄膜炎	3, 4, 6~8月	20	NP FC SF UR EX BL	5 4 4 4 2 1	陽性	4 (NP2, FC1, BL1)	バレコウイルス 4件 NP2, FC1, BL1	
急性出血性結膜炎	9月	1	NP	1	陽性	0		
RSウイルス感染症	1~4, 8, 9, 11月	18	NP FC	17 1	陽性	5 (NP5)	RSウイルス ライノウイルス コクサッキーウイルスA6型 2件 NP2 2件 NP2 1件 NP1	
突発性発しん	7, 8, 10, 12月	7	EX NP FC	3 2 2	陽性	1 (EX1)	コクサッキーウイルスA9型 1件 EX1	
伝染性紅斑	1, 10月	3	NP	3	陽性	1 (NP1)	エンテロウイルスD68型 1件 NP1	
水痘	4月	2	SL	2	陽性	0		
その他の疾患	12月	1	UR	1	陽性	1 (UR1)	アデノウイルス11型 1件 UR1	
検体数；							199件	57件

NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, FC:糞便, SF:髄液, SL:皮膚病巣, UR:尿, BL:血液 EX:その他

表6 感染症発生動向調査検査結果（令和4年、北九州市）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	12月	2	NP	2	陽性	2 (NP2)	インフルエンザウイルスA/H3型 2件 NP2	
感染性胃腸炎	1, 7月	2	FC	2	陽性	1 (FC1)	ノロウイルスGII 1件 FC1	
手足口病	3, 5, 6, 9, 10, 12月	6	NP	6	陽性	2 (NP2)	コクサッキーウイルスA6型 2件 NP2	
ヘルパンギーナ	9月	2	NP	2	陽性	2 (NP2)	コクサッキーウイルスA4型 コクサッキーウイルスA6型 1件 NP1 1件 NP1	
流行性耳下腺炎	5, 10, 12月	3	NP	3	陽性	0		
無菌性髄膜炎	6, 7月	6	NP UR FC BL	2 2 1 1	陽性	4 (NP2, FC1, BL1)	バレコウイルス 4件 NP2, FC1, BL1	
急性出血性結膜炎	9月	1	NP	1	陽性	0		
突発性発しん	7月	1	NP	1	陽性	0		
伝染性紅斑	10月	1	NP	1	陽性	1 (NP1)	エンテロウイルスD68型 1件 NP1	
その他の疾患	12月	1	UR	1	陽性	1 (UR1)	アデノウイルス11型 1件 UR1	
検体数；							25件	13件

NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, FC:糞便, SF:髄液, SL:皮膚病巣, UR:尿, BL:血液 EX:その他

表7 感染症発生動向調査検査結果（令和4年、福岡市）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	8月	3	EX	3 陽性	3 (EX3)	インフルエンザウイルスA/H3型	3件 EX3	
咽頭結膜熱	6, 12月	10	EX NP FC	4 陽性	1 (EX1)	アデノウイルス2型	1件 EX1	
感染性胃腸炎	1, 2, 4, 6, 9, 11月	25	FC NP EX UR	10 陽性	4 (FC3, EX1)	アデノウイルス1型 アデノウイルス41型	2件 FC1, EX1 2件 FC2	
手足口病	6, 8~12月	15	NP EX FC	6 陽性	1 (NP1)	アデノウイルス1型	1件 NP1	
ヘルパンギーナ	6, 8, 9月	6	FC NP EX	3 陽性	0			
無菌性髄膜炎	3, 4, 7, 8月	14	SF NP FC UR EX	4 陽性	0			
RSウイルス感染症	3月	2	NP FC	1 陽性	0			
突発性発しん	8, 10, 12月	6	EX FC NP	3 陽性	1 (EX1)	コクサッキーウイルスA9型	1件 EX1	
検体数；		81件					10件	

NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, FC:糞便, SF:髄液, SL:皮膚病巣, UR:尿, BL:血液 EX:その他

表8 感染症発生動向調査検査結果（令和4年、その他の市町村）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	7月	2	NP	2 陽性	2 (NP2)	インフルエンザウイルスA/H3型	2件 NP2	
咽頭結膜熱	1, 2, 7, 9, 11月	6	NP	6 陽性	0			
感染性胃腸炎	1~12月	48	FC	48 陽性	18 (FC18)	ノロウイルスGII.4 アデノウイルス41型 アストロウイルス コクサッキーウイルスA10型 サボウイルス ノロウイルスG I.1 ノロウイルスGII.2 ノロウイルスGII.4+エンテロウイルスD68型 ライノウイルス	8件 FC8 3件 FC3 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1	
手足口病	1, 2, 6~10月	14	NP FC	13 陽性	9 (NP8, FC1)	コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA10型 RSウイルス	4件 NP4 4件 NP3, FC1 1件 NP1	
ヘルパンギーナ	7, 9, 10月	3	NP	3 陽性	0			
RSウイルス感染症	1, 2, 4, 8, 9, 11月	16	NP	16 陽性	5 (NP5)	RSウイルス ライノウイルス コクサッキーウイルスA6型	2件 NP2 2件 NP2 1件 NP1	
伝染性紅斑	1月	2	NP	2 陽性	0			
水痘	4月	2	SL	2 陽性	0			
検体数；		93件					34件	

NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, FC:糞便, SF:髄液, SL:皮膚病巣, UR:尿, BL:血液 EX:その他

表9-1 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その1）

疾病名	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
インフルエンザ	A/H3 (65)	A/H1pdm09 (95)	A/H1pdm09 (54)	hRV (1)	A/H3 (7)
	B/Yam (52)	A/H3 (82)	B/Vic (8)		
	A/H1pdm09 (27)	B/Vic (12)	B (4)		
	B (15)	B (5)	A/H3 (1)		
	A (3)	A (1)	Ad 1 (1)		
	Ad 3 (2)	CB 4 (1)			
	B/Vic (1)				
	hRV (1)				
咽頭結膜熱	Ad 2 (12)	Ad 3 (7)	CA 4 (5)	hRV (2)	Ad 2 (1)
	Ad 3 (8)	Ad 2 (2)	Ad 2 (3)	Ad 1 (1)	
	Ad 4 (2)	hRV (2)	Ad 1 (1)	Ad 5 (1)	
	Rota (1)	Ad 1 (1)	Ad 3 (1)	RSV (1)	
	Ec 11 (1)	CA 4 (1)	Ad 5 (1)		
	Ev 71 (1)	CA 6 (1)	Ad 11 (1)		
	CA 10 (1)	Ec 30 (1)	HHV 1 (1)		
	CA 16 (1)		Ec 9 (1)		
	Co NL63 (1)		CB 4 (1)		
	RSV (1)				
	hRV (1)				
感染性胃腸炎	NoG II (32)	Rota (20)	NoG II (8)	NoG II (5)	NoG II (11)
	Rota (14)	NoG II (12)	AST (3)	AST (2)	Ad 41 (5)
	Sapo (13)	Sapo (7)	Ad 2 (2)	CA 6 (2)	Ad 1 (2)
	AST (11)	Ad 2 (3)	hRV (2)	Ec 6 (2)	NoG I (1)
	Ev 71 (5)	Ad 41 (2)	Ad 31 (1)	CA 16 (1)	AST (1)
	Ad 1 (4)	Ec 30 (2)	Ad 41 (1)	hRV (1)	CA 10 (1)
	Ad 41 (4)	NoG I (1)	CA 4 (1)	Sapo (1)	Sapo (1)
	CA 9 (4)	AST (1)	CA 9 (1)		hRV (1)
	hRV (4)	Ad (1)	A/H1pdm09 (1)		Ev D68 (1)
	CA 4 (3)	Ad 1 (1)			
	Ad (2)	Ad 3 (1)			
	Ad 31 (3)	CA 4 (1)			
	Ec 3 (2)	CA 5 (1)			
	CA 6 (2)	CA 10 (1)			
	Ad 2 (1)	CB 5 (1)			
	Ec 11 (1)	Ec 25 (1)			
	Ec 25 (1)				
	Ec 6 (1)				
	Ev D68 (1)				
	CA 16 (1)				
	CA 2 (1)				
手足口病	Ev 71 (33)	CA 6 (35)	Ad 2 (1)	CA 6 (18)	CA 6 (6)
	CA 6 (10)	CA 16 (14)	HHV 1 (1)	Ec 6 (3)	CA 10 (4)
	CA 16 (7)	Ad 2 (3)		HHV 1 (3)	RSV (1)
	Ec 11 (2)	Ad 1 (3)		CA 16 (2)	Ad 1 (1)
	CA 2 (2)	CA 5 (2)		Ad 1 (1)	
	CA 9 (2)	CA 10 (2)		HHV 3 (1)	
	HHV 1 (1)	HHV 1 (1)		PVB19 (1)	
	HPeV (1)	Ev (1)			
	HHV 5 (1)				
ヘルパンギーナ	CA 4 (8)	CA 10 (8)	CA 4 (6)	CA 6 (1)	CA 4 (1)
	CA 2 (5)	CA 5 (6)	Ec 9 (1)	Ec 6 (1)	CA 6 (1)
	Ev 71 (3)	CA 6 (3)		HHV 1 (1)	
	CA 6 (3)	HPeV (3)			
	HHV 6 (2)				
	hRV (2)				
	Ad 2 (1)				
	Ec 25 (1)				
	Ev D68 (1)				
	CA 1 (1)				
	CA 9 (1)				
CA 16 (1)					

A : インフルエンザウイルス A型、A/H1pdm09 : インフルエンザウイルス A/H1pdm09型、A/H3 : インフルエンザウイルス A/3型、Ad : アデノウイルス、Aichi : アイチウイルス、AST : アストロウイルス、B : インフルエンザウイルス B型、B/Vic : インフルエンザウイルス B/Vic型、B/Yam : インフルエンザウイルス B/Yam型、CA : A群コクサッキーウイルス、CB : B群コクサッキーウイルス、Co : コロナウイルス、Ec : エコーウイルス、Ev : エンテロウイルス、HHV : ヘルペスウイルス、HHV 1 : 単純ヘルペスウイルス、HHV 3 : 水痘・帯状疱疹ウイルス、HHV 4 : EBウイルス、HHV 5 : サイトメガロウイルス、HHV 6 : ヒトヘルペスウイルス6、HPeV : パレコウイルス、hRV : ライノウイルス、NoG I : ノロウイルス G I、NoG II : ノロウイルス G II、PVB19 : パルボウイルス B19、Rota : ロタウイルス、RSV : RSウイルス、Sapo : サポウイルス

表9-2 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その2）

疾病名	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
流行性耳下腺炎	Mump (8) Ec 11 (1) hRV (1)	Mump (3)	Mump (1)	Ec 6 (1) HPeV (1)	
急性脳炎					
無菌性髄膜炎	Ec 3 (4) Ec 11 (1) CA 9 (1) CB 2 (1) Mump (1) hRV (1)	Ec 11 (4) CB 5 (2) Ad 1 (1) HPeV (1)	HHV 3 (1)	Ec 6 (17)	HPeV (4)
流行性角結膜炎	Ad 54 (3)	Ad 56 (1)			
RSウイルス感染症	RSV (11) hRV (1) CA 4 (1) CA 9 (1) CB 2 (1) Ad 2 (1)	RSV (4) C (1)	hRV (1) Ec 9 (1)	RSV (5) hRV (1)	RSV (2) hRV (2) CA 6 (1)
突発性発しん	HHV 6 (5) CA 4 (3) CA 6 (3) Ad 2 (2) Ad 41 (1) HPeV (1) HHV 1 (1) HHV 7 (1) hRV (1)	HHV 6 (2) hRV (2) Ad 1 (2) CA 5 (2) CA 10 (2) Ad 2 (1) CA 6 (1) Ad 3 (1) Ec 30 (1)	HHV 6 (2) CA 4 (1) HHV 1 (1)	Ad 2 (1) HPeV (1)	CA 9 (1)
伝染性紅斑	Ad 2 (2)	PVB19 (5) hRV (2)		HHV 1 (1)	Ev D68 (1)
水痘	HHV 3 (1) HHV 1 (1)	HHV 1 (3) HHV 3 (1) hRV (1)	HHV 3 (2) CA 16 (1)		
その他の疾患	CA 9 (2) HPeV (2) hRV (2) Ad 1 (1) Ad 3 (1) Ec 25 (1)	HPeV (11) CA 6 (2) hRV (1) HHV 6 (1) Ad 2 (1) A/H1pdm09 (1)	Ad 5 (2) Ad 64 (2) Ad 2 (1) AST (1)	HPeV (2) Ad 2 (1)	Ad 11 (1)

A/H1pdm09：インフルエンザウイルス A/H1pdm09型、A/H3：インフルエンザウイルス A/3型、Ad：アデノウイルス、AST：アストロウイルス、B/Yam：インフルエンザウイルス B/Yam型、C：インフルエンザウイルス C型、CA：A群コクサッキーウイルス、CB：B群コクサッキーウイルス、Ec：エコーウイルス、Ev：エンテロウイルス、HHV：ヘルペスウイルス、HSV 1：単純ヘルペスウイルス、HHV 3：水痘・帯状疱疹ウイルス、HHV 6：ヒトヘルペスウイルス6、HHV 7：ヒトヘルペスウイルス7、hMPV：ヒトメタニューモウイルス、HPeV：パレコウイルス、hRV：ライノウイルス、Mump：ムンプスウイルス、NoG II：ノロウイルス GII、Rota：ロタウイルス、RSV：RSウイルス、PVB19：パルボウイルスB19

表10 ウイルス型ごとの月別地域別検出状況（令和4年）

検出ウイルス	地域ブロック	採取月												計	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
アデノウイルス 1型	福岡				2					1					3
アデノウイルス 2型	福岡													1	1
アデノウイルス 11型	北九州													1	1
アデノウイルス 41型	福岡						2								2
	筑後	1							1					1	3
エンテロウイルス D68型	北九州										1				1
	筑後												1		1
コクサッキーウイルス A4型	北九州									1					1
コクサッキーウイルス A6型	北九州									2	1				3
	筑後									4		1			5
コクサッキーウイルス A9型	福岡													1	1
コクサッキーウイルス A10型	筑後							2	2	1					5
パレコウウイルス	北九州						2	2							4
インフルエンザウイルス A/H3型	北九州														2
	福岡							2	3						5
ライノウイルス	筑後	1			1					1					3
RSウイルス	筑後	1								2					3
アストロウイルス	筑後	1													1
サボウイルス	筑後		1												1
ノロウイルス GI.1	筑後					1									1
ノロウイルス GII.2	筑後	1													1
ノロウイルス GII.4	筑後	1	1	3									3	1	9
ノロウイルス GII	北九州	1													1
合計		7	2	3	3	1	4	6	6	12	2	5	7		58

表11 地域ごとの月別ウイルス型別検出状況（令和4年）

地域ブロック	検出ウイルス	型	採取月												計		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
北九州	アデノウイルス	11型													1	1	
	エンテロウイルス	D68型										1				1	
	コクサッキーウイルス	A4型										1				1	
		A6型										2	1			3	
	パレコウウイルス							2	2							4	
	インフルエンザウイルス	A/H3型													2	2	
	ノロウイルス	GII	1													1	
小計			1	0	0	0	0	2	2	0	3	2	0	3	13		
福岡	アデノウイルス	1型				2					1					3	
		2型												1		1	
		41型						2								2	
	コクサッキーウイルス	A9型												1		1	
		A/H3型							2	3						5	
	小計		0	0	0	2	0	2	2	3	1	0	0	2		12	
筑豊	小計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
筑後	アデノウイルス	41型	1								1				1	3	
	エンテロウイルス	D68型												1		1	
	コクサッキーウイルス	A6型												1		5	
		A10型								2	2	1				5	
	ライノウイルス		1			1					1					3	
	RSウイルス		1								2					3	
	アストロウイルス		1													1	
	サボウイルス			1												1	
	ノロウイルス	GI.1					1										1
		GII.2	1														1
		GII.4	1	1	3									3	1		9
小計		6	2	3	1	1	0	2	3	8	0	5	2		33		
合計		7	2	3	3	1	4	6	6	12	2	5	7		58		

表12 無菌性髄膜炎の合併症（令和4年、20例）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
発熱	15 (NP4, FC3, SF3, UR3, EX2)	パレコウウイルス (NP2, FC1, EX1)
上気道炎	3 (NP1, FC1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
発疹	3 (NP1, UR1, EX1)	パレコウウイルス (NP1, EX1)
リンパ節腫脹	1 (SF1)	
浮腫	3 (NP1, FC1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
肝機能障害	3 (NP1, FC1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
胃腸炎	3 (SF2, FC1)	
腹痛	1 (SF1)	
髄膜炎	12 (NP3, SF3, FC2, UR2, EX2)	
意識障害	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, EX1)	
中枢神経系症状	4 (NP1, FC1, SF1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
脳炎	3 (NP1, FC1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
脳症	2 (FC1, UR1)	パレコウウイルス (FC1)
脊髄炎	3 (NP1, FC1, UR1)	パレコウウイルス (NP1, FC1)
その他の中枢神経系症状	3 (NP1, UR1, EX1)	パレコウウイルス (NP1, EX1)
心筋炎	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, EX1)	

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, EX:その他

表13 インフルエンザの合併症（令和4年、7例）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
発熱	7 (NP4, EX3)	A/H3 (NP4, EX3)
関節痛	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
筋肉痛	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
口内炎	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
上気道炎	4 (EX3, NP1)	A/H3 (EX3, NP1)
下気道炎	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
気管支炎	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
胃腸炎	2 (NP1, EX1)	A/H3 (NP1, EX1)
下痢	1 (EX1)	A/H3 (EX1)

NP:咽頭ぬぐい液, EX:その他

表14 その他の疾患検査結果

北九州市（陽性：1例）

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
急性出血性膀胱炎	1件 (UR1)	アデノウイルス11型	1件

UR:尿

福岡市（陽性：0例）

その他の市町村（陽性：0例）

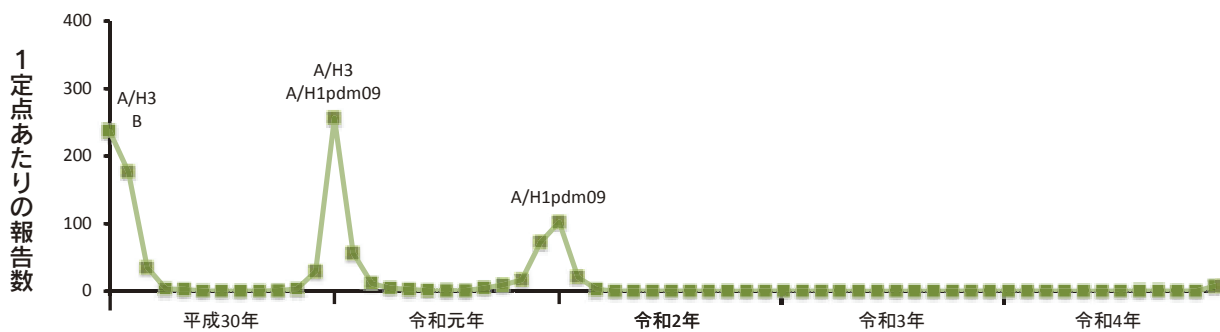


図1 インフルエンザの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

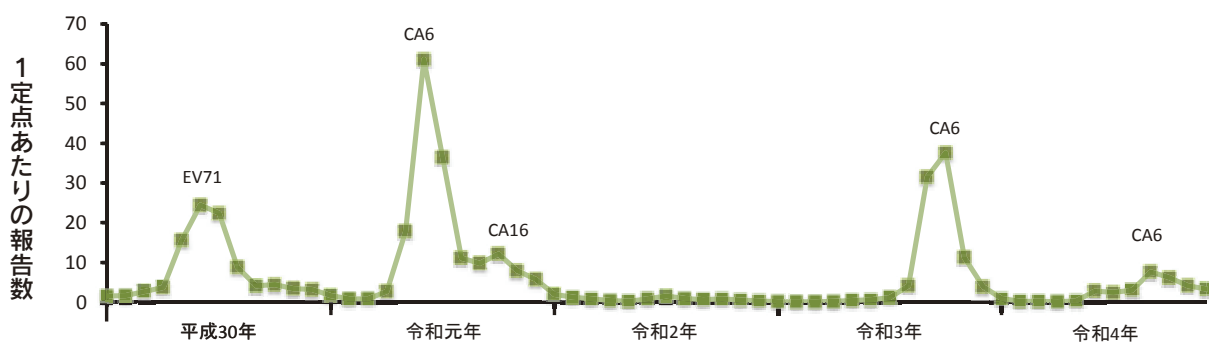


図2 手足口病の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

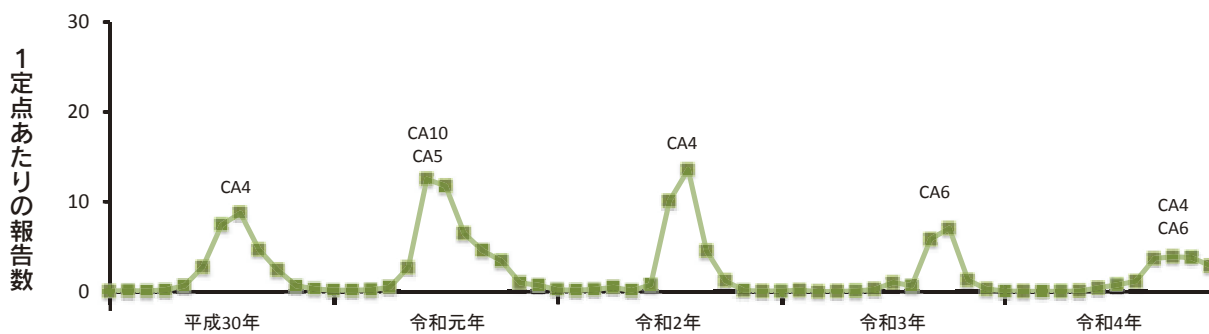


図3 ヘルパンギーナの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

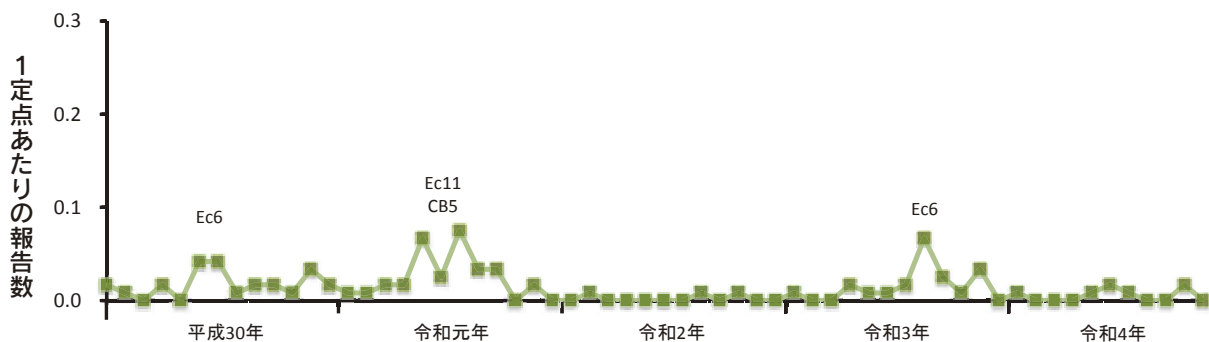


図4 無菌性髄膜炎の1定点（小児科定点）あたりの患者報告数と検出ウイルス型

2) 細菌編

検査材料及び検査方法

令和4年（2022年）に結核・感染症発生動向調査事業で採取・搬入された細菌検査検体は108件であった。内訳は、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）感染症として届出された患者に由来する菌株105件、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症として届出された患者に由来する菌株3件であった。検体搬入後、必要な検査を実施した。

検査結果

CRE感染症として届出された患者に由来する菌株105件のうち、19件（18.1%）はカルバペネマーゼ産生株であった（表1）。VRE感染症として届出された患者に由来する検査材料3件のうち、菌株3件は*Enterococcus faecium*と同定され、*vanB*を検出した（表2）。

表1 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症検査結果（令和4年、福岡県全体）

診断名	診断月	件数	検査材料	検査結果(カルバペネマーゼ)	
カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症	1月	6	菌株	陽性	0
				陰性	6
	2月	1	菌株	陽性	0
				陰性	1
	3月	6	菌株	陽性	1
				陰性	5
	4月	7	菌株	陽性	0
				陰性	7
	5月	10	菌株	陽性	0
				陰性	10
	6月	13	菌株	陽性	1
				陰性	12
7月	17	菌株	陽性	4	
			陰性	13	
8月	3	菌株	陽性	2	
			陰性	1	
9月	9	菌株	陽性	1	
			陰性	8	
10月	16	菌株	陽性	4	
			陰性	12	
11月	7	菌株	陽性	2	
			陰性	5	
12月	10	菌株	陽性	4	
			陰性	6	
合計		105		陽性	19
				陰性	86

表2 バンコマイシン耐性腸球菌感染症検査結果（令和4年、福岡県全体）

診断名	診断月	件数	検査材料	検査結果
バンコマイシン耐性腸球菌感染症	2月	1	菌株	<i>Enterococcus faecium</i> vanB陽性
バンコマイシン耐性腸球菌感染症	5月	2	菌株	<i>Enterococcus faecium</i> vanB陽性

IV) 患者報告数情報

1) 地域別・疾病別年間報告数

表1 地域（ブロック）別・疾病別年間報告数（令和4年第1週～令和4年第52週）

感染症	北九州	福岡	筑豊	筑後	合計
小児科・内科・眼科感染症					
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	310 (7.2)	972 (10.2)	228 (11.4)	192 (4.8)	1,702 (8.6)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,573 (54.2)	3,656 (65.3)	546 (45.5)	913 (39.7)	6,688 (55.7)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	171 (5.9)	1,055 (18.8)	48 (4.0)	283 (12.3)	1,557 (13.0)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	238 (8.2)	4,262 (76.1)	113 (9.4)	1,306 (56.8)	5,919 (49.3)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	9,130 (314.8)	15,472 (276.3)	2,050 (170.8)	6,244 (271.5)	32,896 (274.1)
(6) 水痘[小児科]	142 (4.9)	356 (6.4)	28 (2.3)	132 (5.7)	658 (5.5)
(7) 手足口病[小児科]	685 (23.6)	2,332 (41.6)	217 (18.1)	555 (24.1)	3,789 (31.6)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	18 (0.6)	28 (0.5)	4 (0.3)	14 (0.6)	64 (0.5)
(9) 突発性発しん[小児科]	614 (21.2)	1,373 (24.5)	295 (24.6)	659 (28.7)	2,941 (24.5)
(10) 百日咳[小児科]	1 (0.0)	11 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (0.1)
(11) 風しん[小児科]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	264 (9.1)	1,273 (22.7)	86 (7.2)	396 (17.2)	2,019 (16.8)
(13) 麻しん[小児科]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(14) 流行性耳下腺炎[小児科]	43 (1.5)	132 (2.4)	16 (1.3)	45 (2.0)	236 (2.0)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	69 (2.4)	115 (2.1)	15 (1.3)	29 (1.3)	228 (1.9)
(16) 急性脳炎[小児科]	0 (0.0)	4 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.0)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	2 (0.1)	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.0)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	1 (0.0)	3 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.1)	7 (0.1)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	4 (0.1)	17 (0.3)	0 (0.0)	3 (0.1)	24 (0.2)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	1 (0.1)	4 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.5)	7 (0.3)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	49 (7.0)	73 (6.1)	19 (6.3)	36 (9.0)	177 (6.8)
小計	13,315	31,139	3,666	10,811	58,931
基幹定点把握対象感染症					
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	2 (0.7)	2 (0.4)	3 (1.0)	2 (0.5)	9 (0.6)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	0 (0.0)	6 (1.2)	10 (3.3)	8 (2.0)	24 (1.6)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.1)
(4) クラミジア肺炎[基幹]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(5) インフルエンザ(入院)	0 (0.0)	8 (1.6)	4 (1.3)	0 (0.0)	12 (0.8)
(6) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(7) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	242 (80.7)	151 (30.2)	177 (59.0)	113 (28.3)	683 (45.5)
(8) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	12 (4.0)	43 (8.6)	2 (0.7)	8 (2.0)	65 (4.3)
(9) 薬剤耐性緑膿菌感染症	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.7)	0 (0.0)	4 (0.3)
小計	259	210	198	132	799
性感染症					
(1) 性器クラミジア感染症	374 <190, 184>	686 <349, 337>	153 < 77, 76>	178 <100, 78>	1,391 < 716, 675>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	41 < 11, 30>	117 < 45, 72>	23 < 4, 19>	78 < 22, 56>	259 < 82, 177>
(3) 尖圭コンジローマ	23 < 6, 17>	85 < 49, 36>	19 < 10, 9>	34 < 27, 7>	161 < 92, 69>
(4) 淋菌感染症	100 < 73, 27>	284 <221, 63>	34 < 19, 15>	64 < 54, 10>	482 < 367, 115>
(5) 梅毒(顕性)	12 < 7, 5>	70 < 53, 17>	8 < 6, 2>	21 < 21, 0>	111 < 87, 24>
(6) 梅毒(潜伏)	1 < 0, 1>	29 < 8, 21>	13 < 3, 10>	1 < 0, 1>	44 < 11, 33>
小計	551 <287, 264>	1,271 <725, 546>	250 <119, 131>	376 <224, 152>	2,448 <1355, 1093>
合計	14,125	32,620	4,114	11,319	62,178

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

表2 地域（管轄）別・疾病別年間報告数（令和4年第1週～令和4年第52週）

感染症	北九州市		福岡市		福岡県 (両政令市を除く)		合計	
小児科・内科・眼科感染症								
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	285	(8.1)	708	(13.9)	709	(6.3)	1,702	(8.6)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,195	(49.8)	1,880	(64.8)	3,613	(53.9)	6,688	(55.7)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	137	(5.7)	509	(17.6)	911	(13.6)	1,557	(13.0)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	192	(8.0)	2,668	(92.0)	3,059	(45.7)	5,919	(49.3)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	8,068	(336.2)	5,948	(205.1)	18,880	(281.8)	32,896	(274.1)
(6) 水痘[小児科]	122	(5.1)	182	(6.3)	354	(5.3)	658	(5.5)
(7) 手足口病[小児科]	557	(23.2)	1,294	(44.6)	1,938	(28.9)	3,789	(31.6)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	8	(0.3)	18	(0.6)	38	(0.6)	64	(0.5)
(9) 突発性発しん[小児科]	504	(21.0)	645	(22.2)	1,792	(26.7)	2,941	(24.5)
(10) 百日咳[小児科]	1	(0.0)	9	(0.3)	2	(0.0)	12	(0.1)
(11) 風しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	215	(9.0)	643	(22.2)	1,161	(17.3)	2,019	(16.8)
(13) 麻しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(14) 流行性耳下腺炎[小児科]	33	(1.4)	59	(2.0)	144	(2.1)	236	(2.0)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	65	(2.7)	105	(3.6)	58	(0.9)	228	(1.9)
(16) 急性脳炎[小児科]	0	(0.0)	4	(0.1)	0	(0.0)	4	(0.0)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	2	(0.1)	1	(0.0)	0	(0.0)	3	(0.0)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	1	(0.0)	3	(0.1)	3	(0.0)	7	(0.1)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	4	(0.2)	13	(0.4)	7	(0.1)	24	(0.2)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	1	(0.2)	3	(0.4)	3	(0.2)	7	(0.3)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	43	(7.2)	57	(8.1)	77	(5.9)	177	(6.8)
小計	11,433		14,749		32,749		58,931	
基幹定点把握対象感染症								
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	2	(1.0)	2	(1.0)	5	(0.5)	9	(0.6)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	0	(0.0)	5	(2.5)	19	(1.7)	24	(1.6)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.1)	2	(0.1)
(4) クラミジア肺炎[基幹]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(5) インフルエンザ(入院)	0	(0.0)	4	(2.0)	8	(0.7)	12	(0.8)
(6) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(7) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	231	(115.5)	121	(60.5)	331	(30.1)	683	(45.5)
(8) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	12	(6.0)	43	(21.5)	10	(0.9)	65	(4.3)
(9) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.4)	4	(0.3)
小計	246		175		378		799	
性感染症								
(1) 性器クラミジア感染症	306	<122, 184>	624	<314, 310>	461	<280, 181>	1,391	<716, 675>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	37	< 7, 30>	109	< 41, 68>	113	< 34, 79>	259	< 82, 177>
(3) 尖圭コンジローマ	20	< 3, 17>	71	< 36, 35>	70	< 53, 17>	161	< 92, 69>
(4) 淋菌感染症	78	< 51, 27>	266	<205, 61>	138	<111, 27>	482	<367, 115>
(5) 梅毒(顕性)	7	< 2, 5>	65	< 50, 15>	39	< 35, 4>	111	< 87, 24>
(6) 梅毒(潜伏)	1	< 0, 1>	20	< 6, 14>	23	< 5, 18>	44	< 11, 33>
小計	449	<185, 264>	1,155	<652, 503>	844	<518, 326>	2,448	<1355, 1093>
合計	12,128		16,079		33,971		62,178	

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

令和4年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数（その3）

	(17)細菌性髄膜炎 [小児科]		(18)無菌性髄膜炎 [小児科]		(19)マイコプラズマ 肺炎[小児科]		(20)クラミジア肺炎 [小児科]		(21)急性出血性結膜炎		(22)流行性角結膜炎		
	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	
総数	3	0.03	7	0.06	24	0.20	0	0.00	7	0.27	177	6.81	
1月	1週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
	2週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	3週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
	4週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04	3	0.12
2月	5週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	1	0.04	9	0.35
	6週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	7週	0	0.00	1	0.01	1	0.01	0	0.00	1	0.04	0	0.00
	8週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
3月	9週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	10週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
	11週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	12週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	13週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
4月	14週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	8	0.31
	15週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	0.27
	16週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	17週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
5月	18週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
	19週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	4	0.15
	20週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.23
	21週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
6月	22週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	23週	1	0.01	0	0.00	2	0.02	0	0.00	1	0.04	2	0.08
	24週	0	0.00	1	0.01	1	0.01	0	0.00	0	0.00	2	0.08
	25週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	26週	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	1	0.04
7月	27週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
	28週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	29週	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	30週	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
8月	31週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	2	0.08
	32週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	33週	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	34週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
9月	35週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
	36週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
	37週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	38週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	39週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
10月	40週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	41週	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	5	0.19
	42週	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	1	0.04	7	0.27
	43週	1	0.01	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	10	0.38
11月	44週	0	0.00	1	0.01	2	0.02	0	0.00	0	0.00	6	0.23
	45週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
	46週	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	1	0.04	5	0.19
	47週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	0.27
12月	48週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04	7	0.27
	49週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.23
	50週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	3	0.12
	51週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
	52週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04

4) 性別・疾病別年間報告数および男女比

表 疾病別・性別患者報告数および男女比（令和4年）

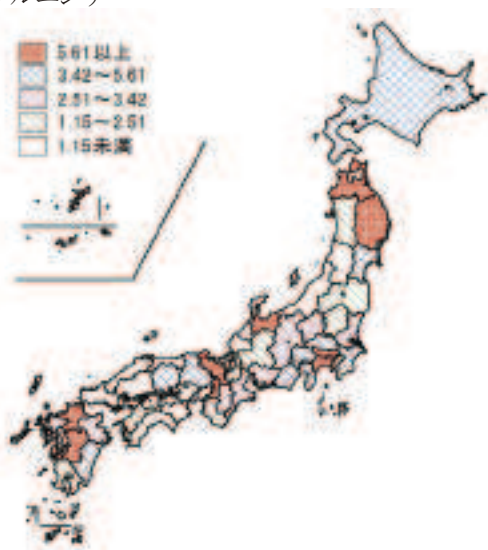
疾病名	性別	報告数	男女比(男/女)
インフルエンザ	男	925	1.19
	女	777	
	総数	1,702	
RSウイルス感染症	男	3,486	1.09
	女	3,202	
	総数	6,688	
咽頭結膜熱	男	831	1.14
	女	726	
	総数	1,557	
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男	3,180	1.16
	女	2,739	
	総数	5,919	
感染性胃腸炎	男	17,610	1.15
	女	15,286	
	総数	32,896	
水痘	男	357	1.19
	女	301	
	総数	658	
手足口病	男	2,040	1.17
	女	1,749	
	総数	3,789	
伝染性紅斑	男	35	1.21
	女	29	
	総数	64	
突発性発しん	男	1,526	1.08
	女	1,415	
	総数	2,941	
百日咳	男	8	2.00
	女	4	
	総数	12	
風しん	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
ヘルパンギーナ	男	1,084	1.16
	女	935	
	総数	2,019	
麻疹	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
流行性耳下腺炎	男	130	1.23
	女	106	
	総数	236	
川崎病(MCLS)	男	125	1.21
	女	103	
	総数	228	
急性脳炎[小児科]	男	3	3.00
	女	1	
	総数	4	
細菌性髄膜炎[小児科]	男	1	0.50
	女	2	
	総数	3	
無菌性髄膜炎[小児科]	男	7	-
	女	0	
	総数	7	
マイコプラズマ肺炎[小児科]	男	9	0.60
	女	15	
	総数	24	

疾病名	性別	報告数	男女比(男/女)
クラミジア肺炎[小児科]	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
急性出血性結膜炎	男	4	1.33
	女	3	
	総数	7	
流行性角結膜炎	男	110	1.64
	女	67	
	総数	177	
性器クラミジア感染症	男	716	1.06
	女	675	
	総数	1,391	
性器ヘルペスウイルス感染症	男	82	0.46
	女	177	
	総数	259	
尖圭コンジローマ	男	92	1.33
	女	69	
	総数	161	
淋菌感染症	男	367	3.19
	女	115	
	総数	482	
梅毒(顕性)	男	87	3.63
	女	24	
	総数	111	
梅毒(潜伏)	男	11	0.33
	女	33	
	総数	44	
梅毒	男	98	1.72
	女	57	
	総数	155	
細菌性髄膜炎[基幹]	男	4	0.80
	女	5	
	総数	9	
無菌性髄膜炎[基幹]	男	16	2.00
	女	8	
	総数	24	
マイコプラズマ肺炎[基幹]	男	1	1.00
	女	1	
	総数	2	
クラミジア肺炎(オウム病を除く)[基幹]	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
インフルエンザ(入院)[基幹]	男	6	1.00
	女	6	
	総数	12	
感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症[基幹]	男	421	1.61
	女	262	
	総数	683	
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症[基幹]	男	39	1.50
	女	26	
	総数	65	
薬剤耐性緑膿菌感染症[基幹]	男	1	0.33
	女	3	
	総数	4	

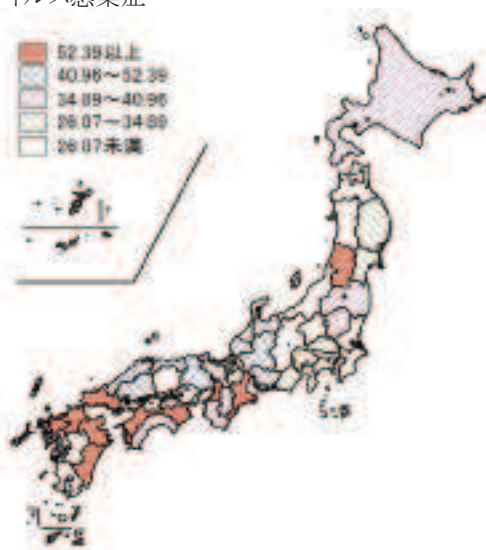
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和4年）

（定点当たり報告数）

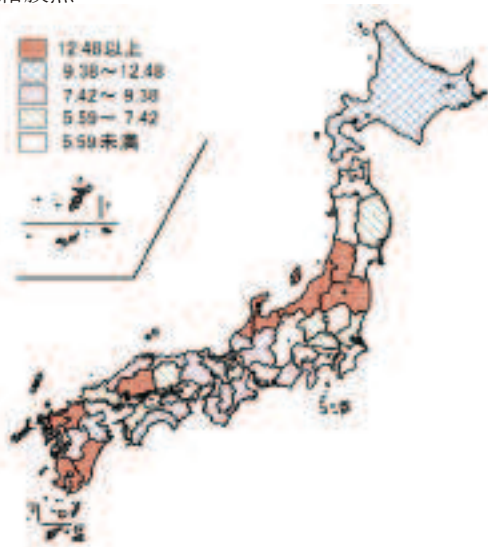
インフルエンザ



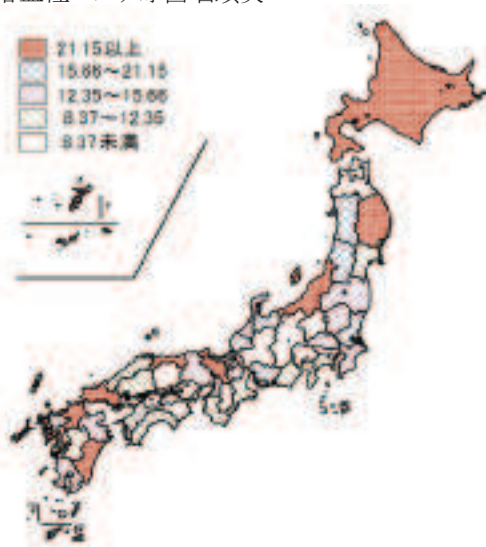
RSウイルス感染症



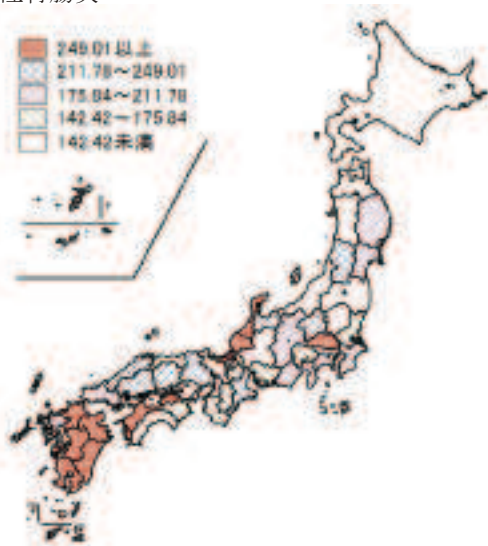
咽頭結膜熱



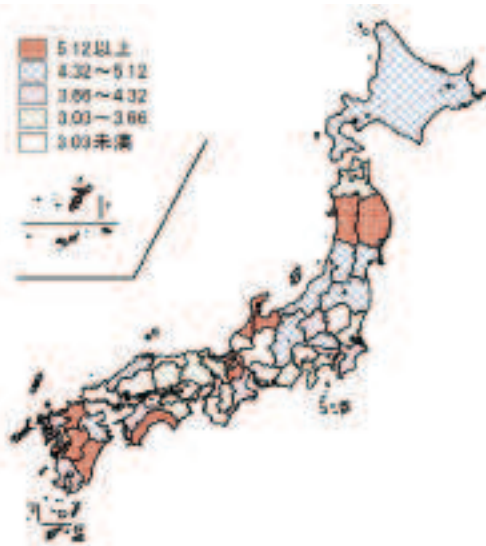
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



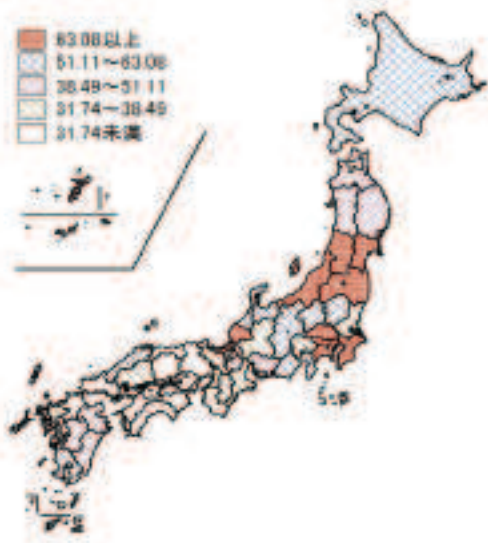
感染性胃腸炎



水痘



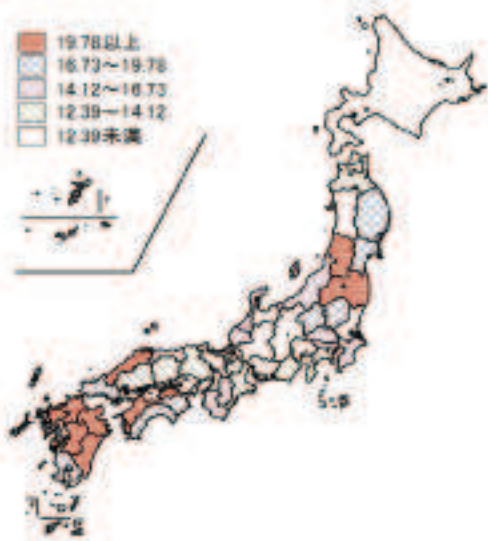
手足口病



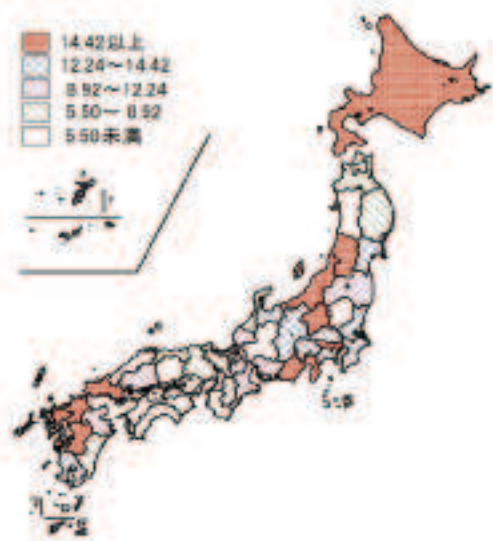
伝染性紅斑



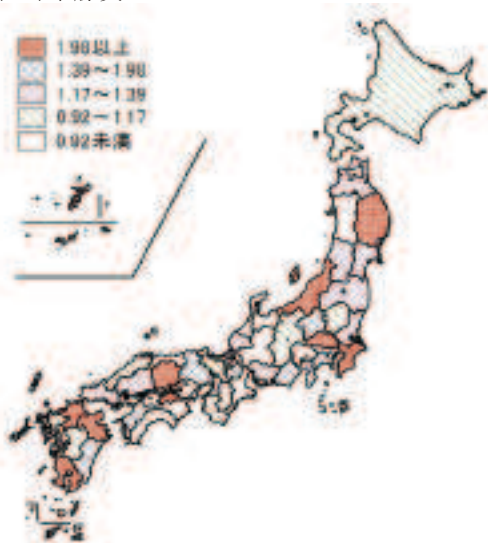
突発性発しん



ヘルパンギーナ



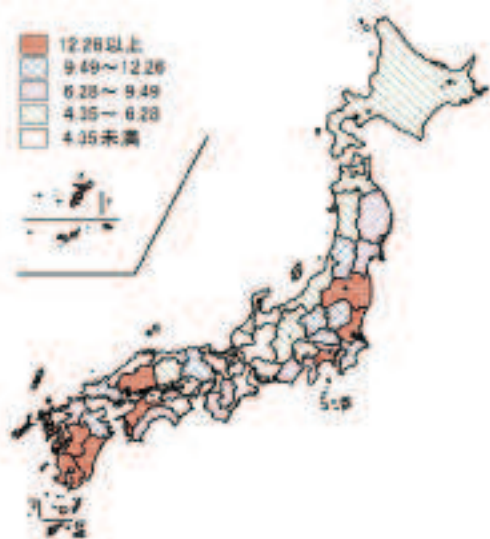
流行性耳下腺炎



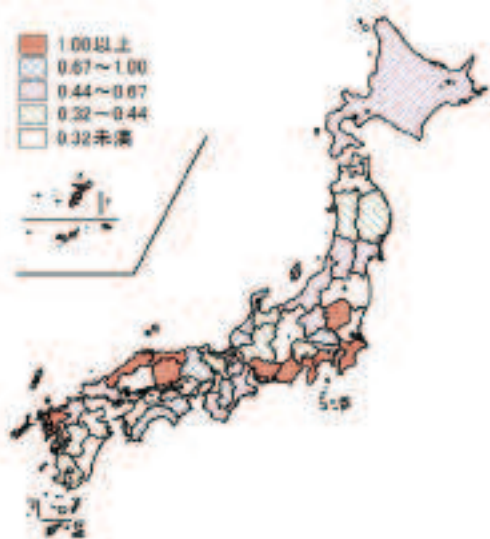
急性出血性結膜炎



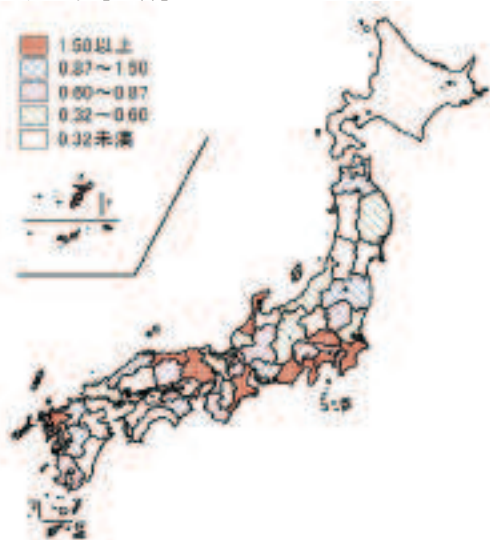
流行性角結膜炎



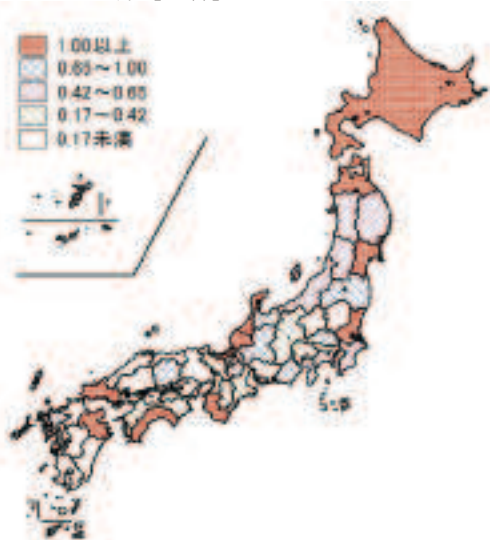
細菌性髄膜炎[基幹]



無菌性髄膜炎[基幹]



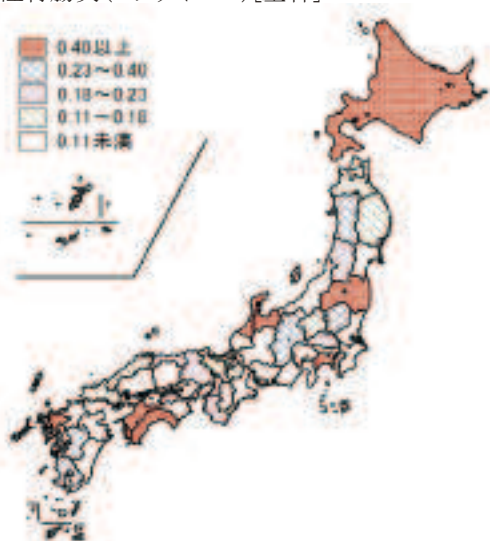
マイコプラズマ肺炎[基幹]



クラミジア肺炎[基幹]



感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]



6) 各還元形式 (週報・月報・福岡県医師会ウェブサイトのサンプルを掲載)
 (週報)

(公印省略)

福岡県発第56号(地)
 令和4年4月6日

各感染症対策主管課長
 各医師会長 殿
 定点観測医療機関長

福岡県医師会
 会長 蓮澤 浩明

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 週報 令和4年-13週 (R4.3.28~R4.4.3)

※ 福岡県医師会ホームページ <https://www.fukuoka.med.or.jp> の感染定数欄にも掲載されていますのでご参照下さい。

病名	定点報告数	前週比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	
				福岡県	全国
インフルエンザ	0	±0		0.00	0.00
RSウイルス感染症	24	-27	福岡14、筑豊7	0.20	0.13
咽頭扁桃炎	14	-6	福岡11、筑後3	0.12	0.07
A群溶レン菌咽頭炎	73	106%	福岡58、筑後10	0.61	0.20
感染性胃腸炎	487	93%	福岡235、北九州131	4.06	2.78
水痘	10	+3	筑後3、北九州3	0.08	0.05
手足口病	4	-7	福岡3、筑後1	0.03	0.06
伝染性紅斑	3	+3	福岡2、北九州1	0.03	0.01
突発性発しん	53	98%	福岡20、北九州19	0.44	0.26
ヘルパンギーナ	0	±0		0.00	0.01
流行性耳下腺炎	8	+1	福岡5、筑豊2	0.07	0.02
川崎病 (MCLS)	3	±0	福岡2、北九州1	0.03	
マイコプラズマ肺炎	0	±0		0.00	0.01
クラミジア肺炎	0	±0		0.00	
細菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.01
無菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.01
急性脳炎	0	±0		0.00	
急性出血性脳膜炎	0	±0		0.00	0.00
流行性角結膜炎	4	+3	筑後2、北九州1	0.15	0.09
性器クラミジア感染症	26	+9	福岡17、北九州5	0.70	
性器ヘルペス	4	+2	筑後3、福岡1	0.11	
尖圭コンジローマ	3	-1	福岡2、北九州1	0.08	
淋菌感染症	12	+2	福岡9、北九州2	0.32	

全数報告疾病 12週 (定点報告数は13週分)

病名	定点報告数	全数報告数(累計)	主な報告地区等	全国報告数(累計)
百日咳	0	0(1)		8(132)
風しん	0	0(0)		0(0)
麻疹	0	0(0)		0(1)
梅毒	3	4(76)	北九州3、筑後1	97(2219)

全国情報は令和4年12週分です。全国情報ではマイコプラズマ肺炎3、クラミジア肺炎0例、令和4年12週までの累計は、急性灰白髄炎0、結核2971(県内116)、新型コロナウイルス7(今週0、県内0)、コレラ0、細菌性赤痢9(県内0)、腸管出血性大腸菌感染症165(今週6、県内今週0、計17)、腸チフス0(県内0)、パラチフス0、E型肝炎105、A型肝炎16(今週0、県内2)、オウム病1、ジカウイルス感染症0、SFTS5(県内0)、チクングニア熱0、つつが虫病43、デング熱3(県内0)、日本紅斑熱5、急性弛緩性麻痺3(今週0、県内0)、日本脳炎1(県内0)、マラリア3(県内0)、レジオネラ症239、アメーバ赤痢105、ウイルス性肝炎39(県内3)、急性脳炎57(県内5)、クロイツフェルト・ヤコブ病45、劇症型溶レン菌感染症176(県内7)、後天性免疫不全症候群193(県内18)、侵襲性インフルエンザ菌感染症40(県内2)、侵襲性髄膜炎菌感染症1、侵襲性肺炎球菌感染症251(県内14)、水痘(入院)57(県内2)、先天性風しん症候群0、1類感染症の報告がない。

- ▽ 今週(2022年第13週:3/28-4/3)は前週(2/28-3/5)に比べて1日含みます。インフルエンザ報告はゼロでした(前週も0人)。RSウイルス感染症は減少し、感染性胃腸炎も減少でノロウイルスの報告も少なくなり、ロタウイルスはない。その他の疾患も全体で報告数が少ない。新型コロナウイルス感染症の発生はまだ多く、定点からの任意の報告をCOVID-19として記載しています。まん延防止等重点措置をR4年1/5から広島県・山口県・沖縄県、1/21から13都県、1/27から福岡県を含む18道府県、2/5から和歌山県、2/12から高知県(計36都道府県)の一部地区に適用。その後、2/20までで沖縄県・大分県等5県は解除(計31都道府県)、3/6までで福岡県等13県は解除(計18都道府県)、3/21までで全て解除された。県内の感染拡大にご注意ください。
- ※ インフルエンザ: 10週前から1→1→1→1→3→2→1→2→2→0→0。定点当たり0.00(前週0.00; 20歳以上0人)。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
 - ※ RSウイルス感染症: 5週前より74→77→86→48→51→24と減少(4歳以上3人)。北九州2(前週7)、福岡14(30)、筑豊7(8)、筑後1(6)。北九州市立八幡病院小児科の前週分の5、11か月、若松区こむら小児科の1歳、福岡市立子ども病院の4歳、博多区中尾小児科の2歳、南区諸岡小児科の1歳、城南区しんどう小児科の1歳2人、那珂川市たかやまたこどもの1、2歳、直方市あざかみこどもの8か月4歳7人。
 - ※ 咽頭結核熱: 5週前から28→15→14→22→20→14。北九州0(前週4)、福岡11(15)、筑豊0(0)、筑後3(1)。キット陽性: 篠栗町おおしまこどもの2歳。
 - ※ A群溶菌菌咽頭炎: 5週前から127→91→79→82→69→73。北九州1(前週1)、福岡58(56)、筑豊4(1)、筑後10(11)。発疹合併: 報告なし。
 - ※ 感染性胃腸炎: 5週前から632→696→583→607→526→487(3歳以下59.7%)。北九州131(前週159)、福岡235(236)、筑豊38(18)、筑後83(113)。
 - ・カンピロバクター: 小倉南区おかざきこどもの8歳男、福岡市立子ども病院の5歳男、早良区岡田こどもの5歳男、西区高崎小児科の5歳女、大野城市のうえこどもの7歳男、春日市おのこどもの11歳男、那珂川市たかやまたこどもの7歳女、篠栗町おおしまこどもの10歳男。
 - ・腸管出血性大腸菌: 那珂川市たかやまたこどもの3歳男にO115, VT1+2-
 - ・大腸菌: 戸畑区大原小児科の1歳女にO18、若松区あまもと小児科の18歳女にO153(黄色ブドウ球菌も)、久留米市むた小児科の8歳男にO1。
 - ・ロタウイルス: 報告なし。
 - ・アデノウイルス: 北九州市立八幡病院小児科の11か月女(腸重積合併)、博多区梅野小児科内科の3歳女、早良区中野こどもの1歳男、那珂川市たかやまたこどもの78か月男、9か月女、1歳妹と4歳姉、2歳女。
 - ・ノロウイルス: 北九州市立八幡病院小児科の5歳男、前週分の5歳男、南区諸岡小児科の1歳男、4歳女、那珂川市たかやまたこどもの1歳女。
 - ※ 水痘: 5週前から18→11→10→10→7→10(15歳以上0人)。北九州3(前週2)、福岡3(2)、筑豊1(0)、筑後3(3)。ワクチン済例: 小倉南区佐藤こどもの4歳男(H31.1/10にVZ235、R1.5/24にVZ245; 軽症)、荻田町たじり小児科の2歳男(R2.4/24にVZ275、R2.12/2にVZ292; 極軽症)、須恵町水戸病院小児科の4歳女(H31.2/8にVZ246、R1.9/5にVZ261; 極軽症)。
 - ※ 手足口病: 5週前から3→5→5→9→11→4。北九州0(前週0)、福岡3(10)、筑豊0(0)、筑後1(1)。
 - ※ 伝染性紅斑: 5週前から2→1→1→2→0→3。北九州1(前週0)、福岡2(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
 - ※ 百日咳: 5週前から0→0→0→1→0→0(15歳以上0人)。
 - ※ 風しん: 5週前から0→0→0→0→0→0。全数報告に第12週(3/28-4/3)に県内から0例:(累計R4年0人、R3年0人、R2年5人、R1年85人、H30年167人、H29年1人)。
 - ※ ヘルパンギーナ: 5週前から1→2→1→2→0→0。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
 - ※ 麻しん: 5週前から0→0→0→0→0→0。全数報告に第12週(3/28-4/3)に県内から0例:(累計R4年0人、R3年1人、R2年1人、R1年14人、H30年20人、H29年4人)。
 - ※ 流行性耳下腺炎: 5週前から2→4→1→5→7→8(15歳以上1人)。北九州1(前週0)、福岡5(7)、筑豊2(0)、筑後0(0)。川崎町荒木小児科に44歳女(EIA Igg陽性; ワクチン未)。ワクチン済例: 報告なし。
 - ※ マイコプラズマ肺炎: 5週前から0→0→0→0→0→0(15歳以上0人)。

- ※ 無菌性髄膜炎：5週前から0→0→0→0→0。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
- ※ 流行性角結膜炎：5週前から1→3→2→3→1→4。キット陽性：みやま市石橋眼科の19歳女。
- ※ その他の疾患：アデノウイルス扁桃炎：博多区梅野小児科内科の3歳、南区くろかわみちこ小児科の1歳、筑紫野市西尾小児科の1、4歳、八女市富田病院の3歳(キット陽性)。ヒトメタニューモ：博多区梅野小児科内科の2歳2人。川崎病：北九州市立八幡南院小児科の2歳男、前週分の4歳女、筑紫野市西尾小児科の1歳男(福大筑紫南院入院)。COVID-19：小倉南区そお小児科の11か月-37歳17人、八幡西区みやけクリニックの5か月-59歳66人(保育園・家族内が多い)、八幡西区ともなが小児科の2人、戸畑区大原小児科の19人、荏田町たじり小児科の1-26歳12人、東区なんり小児科の2-49歳11人、東区荒木小児科の7か月-42歳14人、博多区中尾小児科の1-19歳10人、博多区くらおかしょうこどもの1-43歳5人、中央区大名よねくら小児科の0か月-49歳17人、南区諸岡小児科の3-39歳9人、南区くろかわみちこ小児科の1-43歳16人、城南区井上四郎小児科の3-43歳8人、西区伊都こどもの9か月-15歳8人(保育園・小学校・同胞あり)、大野城市のうえこどもの1-44歳26人(家族内・保育園・小学校・中学校等)、春日市まのこどもの1-49歳14人、那珂川市たかまたこどもの2-43歳17人、須恵町水戸病院小児科の4か月-12歳12人と成人5人、直方市あさかみこどもの5か月-14歳22人、直方市栗原クリニックの1-12歳22人、田川市たなかのぶお小児科の3-11歳8人、久留米市かとう小児科の6人、大牟田市末吉小児科内科の10か月-45歳29人、小郡市きのした小児科の10か月-7歳9人。
- ※ STDで他の疾患：非淋菌性非クラミジア性尿道炎：報告なし。中央区さぎやま泌尿器の20-24歳男2人にクラミジアと淋菌併発、中央区森レディースクリニックの33歳女に淋菌併発。
- △ 基幹定点：特記すべき報告なし。

☆ 国内・国外情報：感染症疫学センターホームページ等より

- ・麻疹(全数)：今週0人(第12週：累計R4年1(兵庫)：R3年6；R2年13；R1年744；H30年282；29年189；28年159；27年35；26年461；25年232)。
- ・風疹(全数)：今週0人(第12週：累計R4年0；R3年12；R2年100；R1年2306；H30年2917；29年93；28年125；27年162；26年321；25年14357)。
- ・新型コロナウイルス感染症：R2. 1/29にWHOから「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と宣言、2/1に厚労省から指定感染症に指定(R3. 2/13に新型インフルエンザ等感染症に変更)、特措法に基づく緊急事態宣言を4/7に福岡県等7都府県に初発出、4/16に全国に拡大、5/14に39県、5/21に42府県、5/26に全都道府県を解除。2回目をR3. 1/8に関東4都県、1/13に福岡県を含む7府県に発令、2/7に栃木県を除く10都府県に継続、3/1に4都県以外を解除、3/22に全国で解除。まん延防止等重点措置をR3. 4/5に大阪府・兵庫県・宮城県に初適応、4/12に東京都・京都府・沖縄県、4/20に埼玉県・千葉県・神奈川県・愛知県、4/25に愛媛県、5/9に北海道・岐阜県・三重県、5/16に群馬県・石川県・熊本県に適応、6/21に緊急事態宣言から7都道府県が移行し計10都道府県、7/12に変更あり大阪府・神奈川県・埼玉県・千葉県、8/2に変更あり北海道・石川県・京都府・兵庫県・福岡県の計5道府県、8/8に福島県・茨城県・栃木県・群馬県・静岡県・愛知県・滋賀県・熊本県を追加(計13道府県)、8/20に福岡県等を緊急事態宣言へ移行し宮城県・山梨県・富山県・岐阜県・三重県・岡山県・広島県・香川県・愛媛県・鹿児島県を、8/27に高知県・佐賀県・長崎県・宮城県を追加、9/13に14県を解除、2県が移行し計8県の一部地区に適応を9/30までで全て解除。緊急事態宣言3回目をR3. 4/25に東京都・京都府・大阪府・兵庫県、5/12に愛知県・福岡県、5/16に北海道・岡山県・広島県、5/23に沖縄県に発令、6/21に沖縄県以外を解除、7/12に4回目を東京都に発令(東京都と沖縄県)、8/2に埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府を、8/20に茨城県・栃木県・群馬県・静岡県・京都府・兵庫県・福岡県を、8/27に北海道・宮城県・岐阜県・愛知県・三重県・滋賀県・岡山県・広島県を追加、9/13に宮城県・岡山県を移行(計19都道府県)を9/30までで全て解除。まん延防止等重点措置をR4. 1/5から広島県・山口県・沖縄県、1/21から13都県、1/27から福岡県を含む18道府県、2/5から和歌山県、2/12から高知県(計36都道府県)の一部地区に適応。その後、2/20までで沖縄県・山形県・島根県・山口県・大分県を解除(計31都道府県)、3/6までで福島県・新潟県・長野県・三重県・和歌山県・岡山県・広島県・高知県・福岡県・佐賀県・長崎県・宮崎県・鹿児島県の13県を解除(計18都道府県)、3/21までで全て解除。

青木 知信

感染症情報

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 月 報 令和4年—第2号

I. 患者情報

福岡県における主要感染症(性感染症を除く)の患者報告数は4,573人であった。なお、2月分から主要感染症にRSウイルス感染症を加えた。最も報告数

が多かったのは感染性胃腸炎で3,109人、次いで、RSウイルス感染症が536人、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が502人であった。

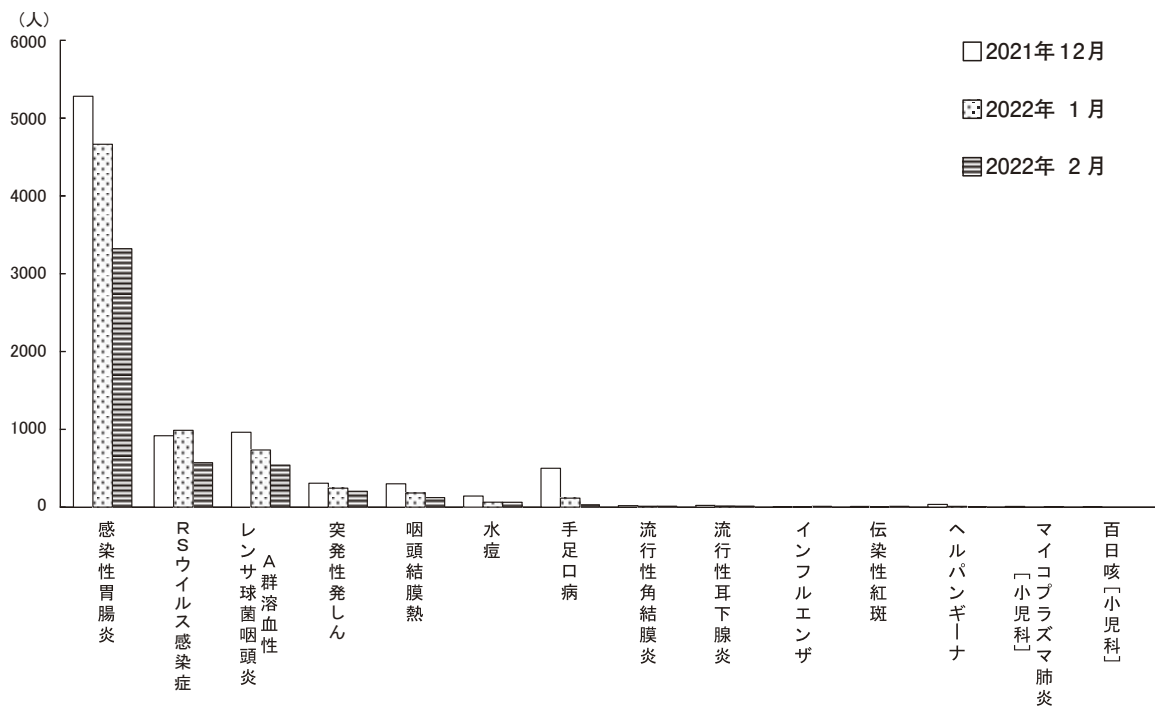


図1 主要感染症の月別報告数

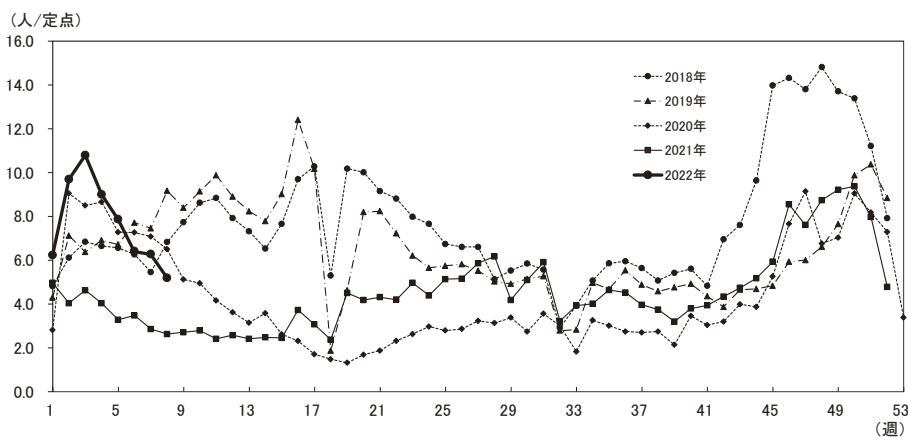


図2 感染症胃腸炎の定点当たり報告数の推移

Ⅱ. ウイルス検査情報

2月に新たに採取された検体は13件であった。内訳は、咽頭結膜熱が2件、感染性胃腸炎が10件、伝染性紅斑が1件であった。

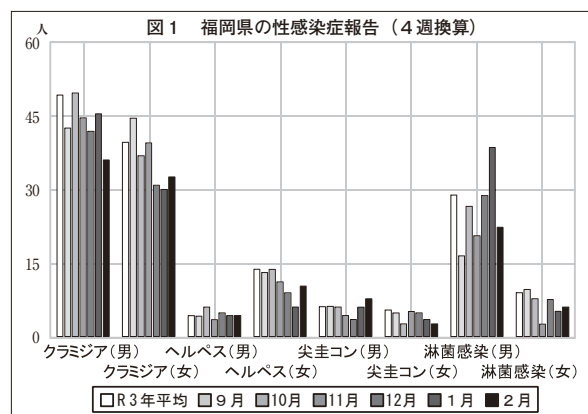
2月に新たに同定されたウイルスは3件であった。内訳は、咽頭結膜熱からアデノウイルスが1件、手足口病からコクサッキーウイルスA16型が1件、無菌性髄膜炎からエコーウイルス6型が1件検出された。

Ⅲ. 性感染症情報

2月(令和4年1月31日～令和4年2月27日：4週間)の全県37定点の性感染症報告患者数は、性器クラミジア感染症80、性器ヘルペスウイルス感染症17、尖圭コンジローマ12、淋菌感染症33、梅毒様疾患(顕性)3、梅毒様疾患(潜伏)2、総計147(男85、女62)、男女比1:0.46で男が多かった。2月の報告数を先月と比較すると、合計17減少(男27減少、女10増加)したが。性別による疾患頻度は、男はクラミジア(49%)、淋菌(31%)、コンジローマ(11%)、ヘルペス(6%)、梅毒(4%)の順で、女はクラミジア(61%)、ヘルペス(19%)、淋菌(11%)、コンジローマ(5%)、梅毒(30%)の順であった。梅毒以外の月別(4週間換算)の報告件数の変遷をグラフにし、左端に令和3年の月平均を示した(図)。疾患別では、前月と比較して男のクラミジア、淋菌が減少、女のクラミジア、ヘルペスが増加した。ブロック別では、北九州で男のクラミジアが増加、淋菌が減少、福岡で男の淋菌が減少、筑豊で男女の淋菌、男のコンジローマ、女のクラミジアが増加、筑後で男のクラミジアが減少した。その他に淋菌とクラミジアの合併5(男4、女1)、非クラミジア性非淋菌性尿道炎2(男2)が任意に報告された。

表1 福岡県感染症発生動向調査(性感染症) 令和4年2月(4週間集計)

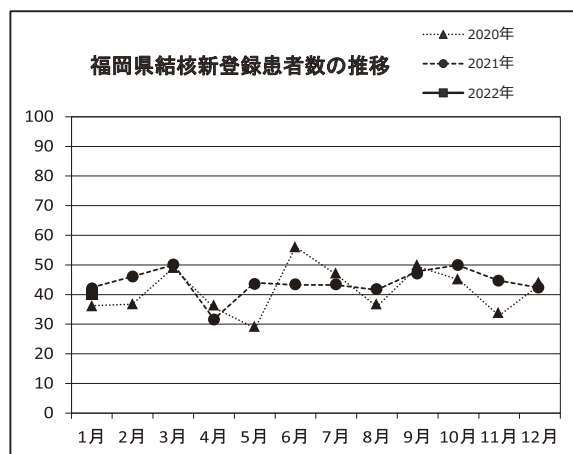
疾患名 (定点数)	性	北九州 (9)	福岡 (15)	筑豊 (5)	筑後 (8)	合計 (37)	定点当
性器クラミジア感染症	男	13	24	1	4	42	1.14
	女	8	21	6	3	38	1.03
性器ヘルペス ウイルス感染症	男	0	4	0	1	5	0.14
	女	0	6	2	4	12	0.32
尖圭コンジローマ	男	0	5	2	2	9	0.24
	女	0	2	0	1	3	0.08
淋菌感染症	男	5	15	2	4	26	0.70
	女	0	4	2	1	7	0.19
梅毒様疾患(顕性)	男	0	1	0	1	2	0.05
	女	0	1	0	0	1	0.03
梅毒様疾患(潜伏)	男	0	1	0	0	1	0.03
	女	0	1	0	0	1	0.03
合計		26	85	15	21	147	3.97



IV. 結核情報(令和4年1月分)

- 1月の新登録患者数は40人であり、先月より2人減っており、昨年1月(42人)と比較しても2人減っている。
- 性別では女性より男性が多く、年齢別では、60歳以上が72.5%、80歳以上は57.5%と高齢者の占める割合は依然として高い水準となっている。
- 発見方法別では医療機関受診例が75.0%と最も多く、健診発見例は22.5%とやや回復している。
- 喀痰塗抹陽性例は11人で、活動性肺結核に占める割合は37.9%であった。また、結核菌が確認できた割合は86.2%である。
- 潜在性結核感染症者は、先月より18人減って15人であった。
- 新登録患者数は先月とほぼ同程度であった。今後も患者数の動向を注視すべきと思われる。

*記載の値は速報値である。



計	男	女
40	24	16
(42)	(24)	(18)

計	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上
40	0	0	5	1	1	4	3	3	23
(42)	(0)	(0)	(2)	(2)	(2)	(1)	(5)	(6)	(24)

計	健診	医療機関受診	その他	不明
40	9	30	1	0
(42)	(4)	(38)	(0)	(0)

計	喀痰塗抹陽性		その他の菌陽性	菌陰性・その他
	初回治療	再治療		
29	10	1	14	4
(29)	(14)	(0)	(9)	(6)

計	男	女
15	5	10
(33)	(11)	(22)

()は前月の実数

<福岡県医師会ホームページ>

福岡県医師会ホームページ



感染症発生動向調査ページへ

疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

【疾病別推移グラフ】
上段のメニューから

週間コメント (4月12日～4月18日)

●今週のトピックス
今週(2022年4月12日～4月18日)は、インフルエンザの流行は引き続き低調ですが、新型コロナウイルス感染症の発生は依然として多く、各地の感染者数も増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染症は、引き続き全国的に流行しており、各地の感染者数も増加傾向にあります。また、新型コロナウイルス感染症の流行は依然として多く、各地の感染者数も増加傾向にあります。

疾病別 推移グラフ(インフルエンザ)

●インフルエンザ (福岡県全域)

2022年 第10週 観測

年度	インフルエンザ (1週間)	合計	発生率 (1000人当たり)	発生率 (1000人当たり)
2022年	1,577	7,791	3.0	23.5
2021年	1,672	1,075	3.4	3.2
2020年	1,598	3,228	2.6	5.7
2017年	2,000	2,000	2.0	2.0

福岡県医師会ホームページ・会員専用ページ



感染症発生動向調査ページ(会員用)へ

疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

【疾病別 推移グラフ】

週間コメント

第12週 (8月22日～8月28日)

●季節の推移

今週(8月22日～28日)は暑熱が続き、インフルエンザの流行は引き続き低調な状況です。熱帯夜は多いものの、感染症発生動向調査のデータからは、インフルエンザの流行は引き続き低調な状況です。また、新型コロナウイルス感染症の流行も引き続き低調な状況です。また、新型コロナウイルス感染症の流行も引き続き低調な状況です。

●疾病別推移

疾病名	発生数
インフルエンザ	15
新型コロナウイルス感染症	12
その他	10

福岡県医師会

疾病別 推移グラフ(インフルエンザ)

疾病別推移グラフ(インフルエンザ)

※インフルエンザ (週間別)

※インフルエンザ (週間別)

週の種別	インフルエンザ (1週間)	合計	性感染症 の発生 数(人)	合計
第12週	15	15	25	25
第13週	12	12	32	32
第14週～ 第16週	10	10	37	37
合計	37	37	94	94

福岡県医師会

福岡県医師会ホームページ



インフルエンザ報告状況マップ



拡大及びバルーンの詳細表示



V) 記

事

1) 令和4年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿

	氏名	住所	
◎	青木知信	福岡市西区生の松原3-18-8	西福岡病院
◎	岡田賢司	福岡市早良区田村2-15-1	福岡歯科大学医科歯科総合病院
○	池松秀之	福岡市博多区博多駅東2-18-30 八重洲博多ビル607	リチェルカクリニック
○	濱砂良一	北九州市小倉北区金田1丁目3番1号	新小倉病院
○	高田昇平	古賀市千鳥1-1-1	国立病院機構福岡東医療センター
	吉富文昭	太宰府市宰府2-9-13	福岡県眼科医会
	藤伸裕	糟屋郡篠栗町中央4-15-12	福岡県産婦人科医会
	安元慎一郎	筑紫野市針摺中央2-4-1 西鉄朝倉街道ビル2F	福岡県臨床皮膚科医会
○	田中義人	太宰府市大字向佐野39	福岡県保健環境研究所
○	牟田口 徹	福岡市博多区東公園7-7	福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
○	梅田和宏	北九州市小倉北区内1-1	北九州市保健福祉局新型コロナウイルス感染症 医療政策部感染症医療政策課
○	麻生明見	福岡市中央区天神1-8-1	福岡市保健医療局健康医療部保健予防課
	吉田まり子	久留米市城南町15-5	久留米市保健所
	石井義輝	北九州市小倉北区真鶴2-5-12	小倉第一病院
	森俊憲	糟屋郡粕屋町長者原東1-3-28	森小児科クリニック
	肘井孝之	飯塚市川津舞ノ浦84-1	ひじい小児科クリニック
	富田泰生	朝倉市甘木1523-1	富田内科医院
○	稲光毅	福岡市西区拾六町3丁目8-13	いなみつこどもクリニック
○	宗宏伸	北九州市戸畑区沢見2-5-1	戸畑共立病院

◎…委員長・解析委員長

順不同

◎…副委員長・副解析委員長

○…解析委員

2) 令和4年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会

令和4年度結核・感染症発生動向調査研修会（ハイブリッド開催）

△と き：令和5年3月18日（土）15:00~17:30

△と ころ：福岡県医師会館 5階大ホール及びWEB（Zoom）

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

1. 開 会

2. 挨拶

3. 1年間の経過報告

- | | | |
|-----------|---------------------|---------|
| ①一般感染症 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 田 中 義 人 |
| ②予防接種対象疾患 | 結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 | 岡 田 賢 司 |
| ③S T D | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 濱 砂 良 一 |
| ④結 核 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 高 田 昇 平 |
| ⑤総 括 | 結核・感染症発生動向調査委員会委員長 | 青 木 知 信 |

4. 情報提供

「福岡県における One Health の取り組み」

講 師：福岡県保健医療介護部保健医療介護総務課ワンヘルス総合推進室
参事補佐兼研究等拠点整備係長 荒 牧 明 世

5. 特別講演

演 題：「AMR One Health アプローチについて」

講 師：国立国際医療研究センター病院
AMR臨床リファレンスセンター臨床疫学室長 松 永 展 明
座 長：結核・感染症発生動向調査委員会解析委員長 青 木 知 信

6. 閉 会

3) 令和4年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿

保健所名	保健所コード	定点コード	医療機関名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	4015	5005	東和病院	益川理美子	今井昌一	北九州市小倉南区守恒本町	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5002	霧ヶ丘つだ病院	津田 徹	津田 徹	北九州市小倉北区霧ヶ丘	内・呼	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5003	小倉きふね病院	松井 豊	松井 豊	北九州市小倉北区貴船	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5004	北九州市立夜間・休日急患センター	吉本勝彦	藤木 稔	北九州市小倉北区馬借	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5007	北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	伊藤重彦	加茂雅之	北九州市八幡東区尾倉	内・児	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5008	のむら内科・消化器科クリニック	野村幸弘	野村幸弘	北九州市八幡西区菅原町	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5009	二階堂内科呼吸器科クリニック	二階堂義彦	二階堂義彦	北九州市八幡西区千代ヶ崎	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5371	大島呼吸器内科クリニック	大島 司	大島 司	北九州市八幡西区熊手	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5006	(医)日野内科医院	日野雄二	日野雄二	北九州市戸畑区福柳木	内・消・循	インフルエンザ	
北九州市	4015	5366	手島内科医院	手島久文	手島久文	北九州市若松区今光	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5363	(医)鵜木医院	鵜木秀明	鵜木秀明	北九州市門司区社ノ木	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	6341	ふくむら小児科	古賀敦子	古賀敦子	北九州市門司区錦町	児	小児科	
北九州市	4015	6342	はっとり小児科クリニック	服部 達	服部 達	北九州市門司区東新町	児	小児科	
北九州市	4015	6365	小松医院	小松千代	小松千代	北九州市門司区東本町	児・内	小児科	
北九州市	4015	6014	(医)そお小児科クリニック	宗 秀典	宗 稔	北九州市小倉南区上曾根	児・内	小児科	
北九州市	4015	6026	佐藤こどもクリニック	佐藤克子	佐藤克子	北九州市小倉南区若園	児・内・アレ	小児科	
北九州市	4015	6263	ひらのサタンキッズクリニック	平野稔喜	平野稔喜	北九州市小倉南区上吉田	児	小児科	
北九州市	4015	6295	ひらの子どもクリニック	平野英敏	平野英敏	北九州市小倉南区南方	児	小児科	
北九州市	4015	6346	おかざきこどもクリニック	岡崎 覚	岡崎 覚	北九州市小倉南区企教丘	児	小児科	○
北九州市	4015	6015	北九州市立夜間・休日急患センター	吉本勝彦	藤木 稔	北九州市小倉北区馬借	内・児	小児科	
北九州市	4015	6016	北九州市立医療センター小児科	中野 徹	日高靖文	北九州市小倉北区馬借	児・内	小児科	
北九州市	4015	6262	よしだ小児科医院	吉田ゆかり	吉田雄司	北九州市小倉北区馬借	児	小児科	
北九州市	4015	6312	田中こどもクリニック	田中正章	田中正章	北九州市小倉北区篠崎	児	小児科	
北九州市	4015	6020	橋爪小児科内科医院	橋爪廣好	橋爪廣好	北九州市八幡東区大蔵	児・内	小児科	
北九州市	4015	6021	北九州市立八幡病院小児科	伊藤重彦	伊藤重彦	北九州市八幡東区尾倉	児・内	小児科	
北九州市	4015	6019	(医)みやけクリニック	三宅 巧	三宅 巧	北九州市八幡西区陣山	内・児	小児科	○
北九州市	4015	6022	古村クリニック	古村 尚	古村 皎	北九州市八幡西区折尾	内	小児科	
北九州市	4015	6264	(医)ともなが小児科医院	朝長恭二	朝長恭二	北九州市八幡西区木屋瀬東	児	小児科	
北九州市	4015	6313	(医)だいらく小児科医院	大染雅史	大染雅史	北九州市八幡西区大浦	児	小児科	
北九州市	4015	6321	いわさき小児科内科	岩崎哲巳	岩崎哲巳	北九州市八幡西区浅川学園台	児・内	小児科	
北九州市	4015	6349	永犬丸小児科医院	金 平榮	金 奉吉	北九州市八幡西区三ヶ森	児	小児科	
北九州市	4015	6219	大原小児科医院	大原延年	大原延年	北九州市戸畑区千防	児	小児科	○
北九州市	4015	6024	こむら小児科医院	古村 速	古村 速	北九州市若松区塩屋	児	小児科	
北九州市	4015	6265	つだこどもクリニック	津田恵次郎	津田恵次郎	北九州市若松区本町	児・アレ	小児科	
北九州市	4015	6266	(医)あまもと小児科医院	天本祐輔	天本祐輔	北九州市若松区高須東	児・内	小児科	
北九州市	4015	7285	(医)清光会藤井眼科医院	藤井清一	藤井清一	北九州市門司区高田	眼	眼科	
北九州市	4015	7029	三村眼科	仙石昭仁	仙石昭仁	北九州市小倉北区大門	眼	眼科	○
北九州市	4015	7340	にしだ眼科医院	西田進五	西田進五	北九州市小倉南区朽綱東	眼	眼科	
北九州市	4015	7325	鈴木眼科クリニック	鈴木 亨	鈴木 亨	北九州市若松区東二島	眼	眼科	
北九州市	4015	7341	ゆかりアイクリニック	黒田由賀里	黒田由賀里	北九州市八幡西区折尾	眼	眼科	
北九州市	4015	7338	さっか眼科医院	沼 慎一郎	沼 慎一郎	北九州市八幡西区穴生	眼	眼科	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	4015	8253	北九州総合病院	永田直幹	宮崎明男	北九州市小倉北区東城野町	産・婦・泌	STD	
北九州市	4015	8326	かわい泌尿器科クリニック	川井修一	川井修一	北九州市小倉北区馬借	泌	STD	
北九州市	4015	8327	レディースクリニックくわのきみこ	桑野貴巳子	桑野貴巳子	北九州市小倉北区船場町	産・婦	STD	
北九州市	4015	8343	(医)横溝医院	松尾健三	松尾健三	北九州市八幡東区祝町	皮	STD	
北九州市	4015	8254	エンゼル病院	坂井和裕	坂井和裕	北九州市八幡西区友田	産・婦	STD	
北九州市	4015	8280	井上産婦人科クリニック	井上統夫	井上統夫	北九州市八幡西区黒崎	産・婦	STD	
北九州市	4015	8307	さとうレディースクリニック	倉島雅子	倉島雅子	北九州市八幡西区鷹の巣	産・内	STD	
北九州市	4015	8345	(医)山元泌尿器科医院	山元明治	山元明治	北九州市若松区高須東	泌・内	STD	
北九州市	4015	9212	北九州市立医療センター	中野 徹	真柴晃一	北九州市小倉北区馬借	内・児・外	基幹	○
北九州市	4015	9213	北九州市立八幡病院	伊藤重彦	伊藤重彦	北九州市八幡東区尾倉	内・内・外	基幹	○
宗像・遠賀	4057	5098	須子医院	須子 保	須子 保	遠賀郡芦屋町山鹿	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5099	田中ひろし小児科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	内・児・循	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5322	(医)寛晴会 上田医院	上田 寛	上田 寛	福津市宮司	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5105	(医)むなかた内科・呼吸器内科クリニック	宮崎祥子	宮崎祥子	宗像市徳重	内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5355	(医)さがら内科循環器科医院	相良洋治	相良洋治	宗像市田熊	循・内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	6222	田中ひろし小児・内科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6331	遠賀中間医師会おんが病院	杉町圭蔵	北島直子	遠賀郡遠賀町大字尾崎	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6221	(医)つだ小児科医院	津田文史朗	津田文史朗	遠賀郡水巻町梅ノ木団地	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6106	(医)まつなが小児科医院	松永 遼	松永 遼	福津市宮司	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6320	あいだ医院	間 克麿	間 克麿	福津市東福岡	児・内	小児科	○
宗像・遠賀	4057	6108	(医)一木こどもクリニック	一木貞徳	一木貞徳	宗像市東郷	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6372	(医)片山医院	片山幸樹	片山幸樹	宗像市稲元	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	7102	山名眼科医院	山名泰生	山名泰生	中間市鍋山町	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	7109	宗像眼科クリニック	松井弘治	松井弘治	宗像市田熊	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	8110	ありよしレディースクリニック	有吉徳雄	有吉徳雄	宗像市村山田字堤	産・婦	STD	
宗像・遠賀	4057	9203	宗像医師会病院	伊東裕幸	藤健太郎	宗像市田熊	内	基幹	○
京 築	4075	5178	(医)起生会大原病院	進 浩和	篠崎みさ	行橋市宮市町	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5180	野中内科クリニック	野中史郎	野中史郎	築上郡上毛町大字宇野	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5179	(医)二見医院	二見玄次郎	二見玄次郎	築上郡築上町大字築城	内・外	インフルエンザ	
京 築	4075	6299	たじり小児科医院	田尻京子	田尻京子	京都郡苅田町神田町	児	小児科	
京 築	4075	6182	高尾医院	高尾信義	高尾信義	行橋市行事	児	小児科	
京 築	4075	6223	(医)ゆげ子どもクリニック	弓削 建	弓削 建	行橋市南大橋	児	小児科	○
京 築	4075	6183	まえだ小児科医院	前田公史	前田公史	豊前市大字八屋	児・内	小児科	
京 築	4075	6224	(医)けやき会東病院	東 雅司	東 隆司	築上郡吉富町大字広津	内・児	小児科	
京 築	4075	7330	武田眼科クリニック	武田秀利	武田秀利	京都郡苅田町与原	眼	眼科	
京 築	4075	8185	(医)行橋クリニック	小宮俊秀	小宮俊秀	行橋市西宮市	泌	STD	
京 築	4075	9301	新行橋病院	正久康彦	中村恵一	行橋市道場寺	外・消・内	基幹	○
福岡市東	4012	5075	千早病院内科	道免和文	道免和文	福岡市東区千早	内	インフルエンザ	
福岡市東	4012	5293	増田内科小児科医院	増田 登	増田 登	福岡市東区馬出	内・児	インフルエンザ	
福岡市東	4012	5294	うえの内科クリニック	上野俊幸	上野俊幸	福岡市東区香椎浜	内	インフルエンザ	
福岡市東	4012	5335	中村内科医院	中村 晋	中村 晋	福岡市東区舞松原	内	インフルエンザ	○

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市東	4012	6038	福岡市立こども病院	原 寿 郎	古 野 憲 司	福岡市東区香椎照葉	児	小児科	○
福岡市東	4012	6076	(医)もりやす小児科医院	森 安 善 生	森 安 善 生	福岡市東区御島崎	児	小児科	○
福岡市東	4012	6268	(医)あおばクリニック	伊 藤 大 樹	森 下 高 弘	福岡市東区青葉	児・内	小児科	
福岡市東	4012	6329	なんり小児科	南 里 月 美	岩 田 美 香	福岡市東区千早	児	小児科	
福岡市東	4012	6338	(医)荒木小児科	荒 木 速 雄	荒 木 速 雄	福岡市東区香椎駅前	児・アレ	小児科	
福岡市東	4012	7339	福岡和白病院	益 田 宗 孝	村 田 浩 司	福岡市東区和白丘	眼	眼科	
福岡市東	4012	9201	福岡市立こども病院	原 寿 郎	古 野 憲 司	福岡市東区香椎照葉	児	基幹	○
福岡市博多	4009	5297	(医)森クリニック	森 幸 司	森 幸 司	福岡市博多区下川端町	内・胃	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5326	やまじ内科クリニック	山路浩三郎	山路浩三郎	福岡市博多区住吉	内・糖内・ 肝内・循内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5345	(医)相生会ピーエスクリニック	都 留 智 巳	都 留 智 巳	福岡市博多区店屋町	内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	6049	(医)梅野小児科内科医院	梅 野 英 輔	中 蘭 絵 理	福岡市博多区千代	児・内	小児科	
福岡市博多	4009	6051	中尾小児科医院	中 尾 太	中 尾 太	福岡市博多区中呉服町	児	小児科	
福岡市博多	4009	6339	高岸小児科医院	高 岸 智 也	高 岸 智 也	福岡市博多区銀天町	児・麻	小児科	
福岡市博多	4009	6358	(医)くらかししょうこどもクリニック	倉 岡 抄 子	倉 岡 抄 子	福岡市博多区諸岡	小	小児科	
福岡市博多	4009	7052	(医)松井医仁会大島眼科病院	松 井 孝 明	熊 埜 御 堂 太	福岡市博多区上呉服町	眼	眼科	○
福岡市博多	4009	8053	原三信病院泌尿器科	原 直 彦	横 溝 晃	福岡市博多区大博町	泌	STD	
福岡市博多	4009	8054	原三信病院産婦人科	原 直 彦	片 岡 恵 子	福岡市博多区大博町	婦・不	STD	
福岡市博多	4009	8255	(医)森下産婦人科医院	森 下 哲 哉	森 下 裕	福岡市博多区店屋町	産・婦	STD	
福岡市中央	4008	5043	梶山医院	梶 山 涉	梶 山 涉	福岡市中央区春吉	内・児	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5367	(医)佐藤クリニック	佐 藤 茂	佐 藤 茂	福岡市中央区平尾	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5045	(医)平田内科・胃腸科クリニック	平 田 泰 彦	平 田 泰 彦	福岡市中央区鳥飼	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	6352	(医)大名よねくら小児科クリニック	米 倉 順 孝	米 倉 順 孝	福岡市中央区大名	児	小児科	
福岡市中央	4009	6356	桜坂なかやまこどもクリニック	中 山 英 樹	中 山 英 樹	福岡市中央区桜坂	児	小児科	
福岡市中央	4008	6359	(医)かわのキッズ・クリニック	河 野 輝 宏	河 野 輝 宏	福岡市中央区平和	児	小児科	
福岡市中央	4008	7039	(医)清澤眼科医院	清 澤 崇 昂	清 澤 崇 晃	福岡市中央区渡辺通	眼	眼科	
福岡市中央	4008	8041	占部医院	占 部 篤 道	占 部 篤 道	福岡市中央区西中洲	皮・泌	STD	
福岡市中央	4008	8339	さぎやま泌尿器クリニック	鷺 山 和 幸	鷺 山 和 幸	福岡市中央区天神	泌	STD	
福岡市中央	4008	8341	森レディースクリニック	森 俊 介	森 俊 介	福岡市中央区高砂	産婦・内	STD	
福岡市中央	4008	9200	国立病院機構九州医療センター	森 田 茂 樹	長 崎 洋 司	福岡市中央区地行浜	内・児・泌	基幹	○
福岡市南	4010	5056	徳永内科医院	徳 永 尚 登	徳 永 尚 登	福岡市南区横手	内・呼	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5057	(医)明幸会長住医院	漢 幸 太 郎	漢 幸 太 郎	福岡市南区長住	内・糖内・呼・胃	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5059	小林内科小児科糖尿病内科医院	小 林 研 次	小 林 研 次	福岡市南区高宮	内・児	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5336	野口内科クリニック	野 口 秀 哉	野 口 秀 哉	福岡市南区屋形原	内	インフルエンザ	
福岡市南	4010	6060	国立病院機構福岡病院	吉 田 誠	吉 田 誠	福岡市南区屋形原	内・児・外	小児科	○
福岡市南	4010	6061	諸岡小児科	諸 岡 達 也	諸 岡 智 子	福岡市南区井尻	児	小児科	
福岡市南	4010	6062	(医)賢寿会井上小児科医院	井 上 寿 郎	井 上 寿 郎	福岡市南区柏原	児	小児科	
福岡市南	4010	6269	やない小児科クリニック	梁 井 信 司	梁 井 信 司	福岡市南区長住	児	小児科	
福岡市南	4010	6332	くろかわみちこ小児科クリニック	黒川美知子	黒川美知子	福岡市南区大橋	児	小児科	
福岡市南	4010	7248	にしだ眼科医院	西 田 博	西 田 博	福岡市南区大橋	眼	眼科	
福岡市南	4010	8296	(医)すみい婦人科クリニック	澄 井 敬 成	澄 井 敬 成	福岡市南区平和	婦	STD	
福岡市城南	4014	5085	英内科クリニック	田 中 英 明	田 中 英 明	福岡市城南区茶山	内・児	インフルエンザ	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市城南	4014	5086	(医)博和会武元内科クリニック	武元良祐	武元良祐	福岡市城南区樋井川	内・消	インフルエンザ	○
福岡市城南	4014	6088	しんどう小児科医院	進藤静生	進藤静生	福岡市城南区神松寺	児	小児科	
福岡市城南	4014	6226	(医)井上四郎小児科医院	井上秀一郎	井上秀一郎	福岡市城南区樋井川	児	小児科	
福岡市城南	4014	6333	内田子どもクリニック	内田理彦	内田理彦	福岡市城南区別府	児	小児科	
福岡市城南	4014	7279	(医)安武眼科医院	安武哲朗	安武哲朗	福岡市城南区金山団地	眼	眼科	
福岡市早良	4011	5064	中村医院	中村尚徳	中村尚徳	福岡市早良区内野	内	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5289	(医)しばおクリニック	芝尾敬吾	芝尾敬吾	福岡市早良区百道浜	循・内・児	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5325	さかうえ内科循環器科クリニック	坂上明彦	坂上明彦	福岡市早良区藤崎	内・循	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	6067	中野子どもクリニック	中野光郎	中野光郎	福岡市早良区田村	児	小児科	
福岡市早良	4011	6068	福岡市立急患診療センター	平田泰彦	前田光輝	福岡市早良区百道浜	児・内	小児科	
福岡市早良	4011	6069	(医)松本小児科医院	松本一郎	松本一郎	福岡市早良区西新	児	小児科	
福岡市早良	4011	6070	(医)岡田子どもクリニック	岡田純一郎	岡田純一郎	福岡市早良区藤崎	児	小児科	
福岡市早良	4011	6343	(医)まいこクリニックまいこ小児科クリニック	藤川麻衣子	藤川麻衣子	福岡市早良区有田	児	小児科	
福岡市早良	4011	7071	(医)社団福光会福田眼科病院	福田量	平山美智子	福岡市早良区藤崎	眼	眼科	
福岡市早良	4011	8310	佐々木レディースクリニック	佐々木淑	佐々木淑	福岡市早良区室見	産	STD	
福岡市早良	4011	8344	(医)啓林堂クリニック	鐘ヶ江重宏	鐘ヶ江重宏	福岡市早良区原	皮・泌	STD	
福岡市西	4013	5081	大内医院	大内二郎	大内二郎	福岡市西区横浜	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	5083	佐野内科胃腸科医院	佐野栄二郎	佐野栄二郎	福岡市西区周船寺	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	5362	戸高内科呼吸器科クリニック	戸高憲二	戸高憲二	福岡市西区福重	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	6084	高崎小児科医院	高崎好生	高崎好生	福岡市西区下山門	児	小児科	○
福岡市西	4013	6215	木下小児科医院	木下正教	木下正教	福岡市西区今宿	児	小児科	
福岡市西	4013	6227	(医)下村小児科医院	下村豪	下村豪	福岡市西区姪の浜	児	小児科	
福岡市西	4013	6364	伊都子どもクリニック	山口覚	山口覚	福岡市西区西都	児	小児科	
福岡市西	4013	7249	上原眼科医院	上原浩嗣	瀧原彩	福岡市西区下山門	眼	眼科	
福岡市西	4013	8315	(医)新堂産婦人科医院	新堂昌文	新堂昌文	福岡市西区橋本	産	STD	
粕屋	4058	5111	(医)中西内科クリニック	中西真之	中西真之	粕屋郡宇美町宇美	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	5112	社会保険仲原病院内科	岡嶋泰一郎	岡田泰代	粕屋郡志免町別府北	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	5288	満安内科医院	安森耕	安森耕	粕屋郡志免町別府	内・呼	インフルエンザ	
粕屋	4058	5114	いけだ内科クリニック	池田幹久	池田幹久	古賀市舞の里	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	6300	いりえ小児科医院	入江勝一	入江勝一	粕屋郡宇美町貴船	児	小児科	
粕屋	4058	6311	森小児科クリニック	森俊憲	森俊憲	粕屋郡粕屋町長者原東	小	小児科	
粕屋	4058	6351	おおしま子どもクリニック	大嶋昭雄	大嶋昭雄	糟屋郡篠栗町尾仲	児	小児科	
粕屋	4058	6340	うかじ小児科医院	宇梶光太郎	宇梶光太郎	粕屋郡志免町志免中央	児	小児科	
粕屋	4058	6232	よしおか小児科クリニック	吉岡玲子	吉岡玲子	粕屋郡新宮町下府	児・内	小児科	
粕屋	4058	6272	正信会水戸病院小児科	白橋 斉	藤原 崇	粕屋郡須恵町旅石	内・児	小児科	
粕屋	4058	6354	こでまり小児科クリニック	堤 康	堤 康	古賀市今の庄	児・アレ・腎	小児科	
粕屋	4058	7119	(医)篠田眼科医院	篠田泰治	篠田泰治	粕屋郡新宮町美咲	眼	眼科	
粕屋	4058	8120	(医)豊資会加野病院	恩塚雅子	恩塚雅子	糟屋郡新宮町中央駅前	泌	STD	
粕屋	4058	9317	国立病院機構福岡東医療センター	中根 博	下高原 孝	古賀市千鳥	内・児・外	基幹	○
筑紫	4059	5305	(医)鴻佑 井本内科小児科医院	井本公重	井本公重	大野城市白木原	内・児	インフルエンザ	
筑紫	4059	5123	(医)春成会樋口病院	松村 順	大神リカ	春日市紅葉ヶ丘東	内	インフルエンザ	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
筑 紫	4059	5125	(医)恵山会丸山病院	丸 山 直 人	村 嶋 紀 雄	太宰府市大字坂本	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5121	(医)文杏堂杉病院	杉 雄 介	宮内美代子	筑紫野市二日市中央	内	インフルエンザ	○
筑 紫	4059	5334	(医)徒然会 伊藤医院	伊 藤 俊 一	伊 藤 俊 一	筑紫野市二日市南	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5122	(医)香月内科クリニック	香 月 司	香 月 司	那珂川市道善	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	6130	(医)松田小児科医院	松田健太郎	松田健太郎	大野城市下大利	児	小児科	
筑 紫	4059	6347	いのうえこどもクリニック	井 上 和 彦	松 田 和 恵	大野城市山田	児	小児科	
筑 紫	4059	6127	(医)横山小児科医院	横 山 隆 人	横 山 隆 人	春日市春日原東町	児	小児科	
筑 紫	4059	6304	(医)おの子どもクリニック	小野栄一郎	小野栄一郎	春日市一の谷	小	小児科	
筑 紫	4059	6357	さいつこどもクリニック	才 津 宏 樹	才 津 宏 樹	春日市星見ヶ丘	児・新生児	小児科	
筑 紫	4059	6350	日高小児科	日 高 秀 信	日 高 秀 信	太宰府市大佐野	児	小児科	
筑 紫	4059	6131	(医)西尾小児科医院	西 尾 健	西 尾 健	筑紫野市湯町	児	小児科	○
筑 紫	4059	6353	ひろたこどもクリニック	廣 田 雄 一	廣 田 雄 一	筑紫野市針摺東	児	小児科	
筑 紫	4059	6319	たかはたこどもクリニック	高 畑 靖	高 畑 靖	那珂川市五郎丸	小	小児科	
筑 紫	4059	6360	(医)もり小児科医院	森 勝 義	森 勝 義	筑紫野市美しヶ丘南	児	小児科	
筑 紫	4059	7132	(医)鬼木眼科医院	鬼木信乃夫	鬼木信乃夫	筑紫野市二日市中央	眼	眼科	○
筑 紫	4059	8337	(医)天信会あまがせ産婦人科	天ヶ瀬寛信	天ヶ瀬寛信	大野城市東大利	産	STD	
筑 紫	4059	8133	(医)春成会樋口皮膚泌尿器科医院	樋 口 満 成	樋 口 満 成	春日市春日原北町	皮・泌	STD	
筑 紫	4059	8347	ちさと皮ふ科	權 藤 知 聡	權 藤 知 聡	筑紫野市永岡	皮・内	STD	
筑 紫	4059	9204	福岡県済生会二日市病院	壁 村 哲 平	末 安 禎 子	筑紫野市湯町	内・児	基幹	○
糸 島	4060	5136	(医)藤沢内科クリニック	藤 澤 和 明	藤 澤 和 明	糸島市萩浦	内・呼	インフルエンザ	
糸 島	4060	5368	やなぎもと内科	柳 本 親 利	柳 本 親 利	糸島市井田	内・小	インフルエンザ	
糸 島	4060	6230	奥小児科医院	奥 郁 美	奥 郁 美	糸島市前原中央	児	小児科	
糸 島	4060	6231	(医)やました小児科医院	山 下 祐 二	山 下 祐 二	糸島市浦志	児	小児科	
糸 島	4060	6348	田中医院	田 中 美 紀	田 中 美 紀	糸島市高田	児	小児科	
糸 島	4060	7250	福田眼科クリニック	福 田 成 彦	福 田 成 彦	糸島市前原中央	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	5186	福岡ゆたか中央病院	松 本 高 宏	中 尾 崇	直方市大字感田	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5187	社会保険直方病院内科	田中伸之介	平 川 晴 久	直方市須崎町	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5190	飯塚病院内科	増 本 陽 秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	内・児	インフルエンザ	○
嘉穂・鞍手	4077	5369	松浦医院	松 浦 尚 志	松 浦 尚 志	飯塚市飯塚	内・小	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5327	(医)林医院	林 俊 治	林 俊 治	飯塚市相田	内・呼・児	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	6188	(医)あざかみこどもクリニック	阿座上才紀	阿座上才紀	直方市頓野	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6234	(医)栗原小児科内科クリニック	栗 原 潔	栗 原 潔	直方市神正町	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6189	尾上小児科医院	尾 上 嘉 浩	尾 上 嘉 浩	宮若市宮田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6193	細川小児科内科医院	細 川 清	細 川 清	飯塚市鯉田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6194	飯塚病院小児科	増 本 陽 秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	児	小児科	○
嘉穂・鞍手	4077	6237	こどもクリニックもりた	森 田 潤	森 田 潤	飯塚市横田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6196	平野医院	平 野 義 人	平 野 義 人	嘉麻市鴨生	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6361	(医)ひじい小児科クリニック	肘 井 孝 之	肘 井 孝 之	飯塚市川津	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	7251	はやし眼科	林 洋 一	林 洋 一	直方市大字頓野	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	7197	(医)下津眼科医院	下 津 一 秀	下 津 一 秀	飯塚市菰田東	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	8348	おおいし腎泌尿器科医院	大 西 怜	大 西 怜	直方市感田	泌	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
嘉穂・鞍手	4077	8198	飯塚病院婦人科	増本 陽 秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	婦・産	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8199	藤井泌尿器科医院	藤井 善 隆	藤井 善 隆	飯塚市飯塚	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8258	(医)松岡産婦人科医院	松岡 良 衛	松岡 良 衛	飯塚市飯塚	産・婦	STD	
嘉穂・鞍手	4077	9210	社会保険直方病院	田中伸之介	平川 晴 久	直方市須崎町	内	基幹	○
嘉穂・鞍手	4077	9209	飯塚病院	増本 陽 秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	内・児・泌	基幹	○
田 川	4065	5139	田川市立病院内科	松隈 哲 人	鈴山 裕 貴	田川市大字糺	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5140	社会保険田川病院内科	黒松 肇	吉富 宗 重	田川市上本町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5138	糸田町立緑ヶ丘病院内科	水上 行 房	水上 行 房	田川郡糸田町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	6142	田川市立病院小児科	松隈 哲 人	鈴山 裕 貴	田川市大字糺	児	小児科	○
田 川	4065	6236	社会保険田川病院小児科	黒松 肇	阪田 健 祐	田川市上本町	児	小児科	
田 川	4065	6275	(医)たなかのぶ小児科医院	田中 信 夫	田中 信 夫	田川市宮尾町	児	小児科	
田 川	4065	6235	(医)正久会荒木小児科医院	荒木 久 昭	荒木 久 昭	田川郡川崎町田原	児	小児科	
田 川	4065	7143	倉員眼科医院	倉員 健 一	倉員 健 一	田川市番田町	眼	眼科	
田 川	4065	8144	社会保険田川病院婦人科	黒松 肇	藤井 毅	田川市上本町	産・婦	STD	
田 川	4065	9211	田川市立病院	松隈 哲 人	鈴山 裕 貴	田川市大字糺	内・児・外	基幹	○
久留米市	4042	5147	(医)白壽会安本病院	安本 潔	秦 亜 希 子	久留米市三瀬町玉満	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5150	(医)いのくち医院	猪口 哲 彰	猪口 哲 彰	久留米市国分町	内	インフルエンザ	○
久留米市	4042	5246	やの医院	矢野 秀 樹	矢野 秀 樹	久留米市善導寺町与田	内・呼	インフルエンザ	
久留米市	4042	5260	大善寺医院	宮原 孝	宮原 孝	久留米市大善寺町宮本	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5306	田中内科医院	田中 泰 之	田中 泰 之	久留米市北野町今山	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	6145	原田医院	原田 豊	原田 豊	久留米市田主丸以真恵	児	小児科	
久留米市	4042	6152	河野小児科医院	河野 信 晴	河野 信 晴	久留米市国分町	児	小児科	
久留米市	4042	6154	聖マリア病院小児科	島 弘 志	秋田 幸 大	久留米市津福本町	児・内	小児科	○
久留米市	4042	6276	小児科井上医院	井上 治	井上 治	久留米市櫛原町	児	小児科	
久留米市	4042	6290	いむた小児科	伊牟田富佐恵	伊牟田富佐恵	久留米市諏訪野町	児	小児科	
久留米市	4042	6314	かとう小児科医院	加藤 栄 司	加藤 栄 司	久留米市大善寺町夜明	児	小児科	
久留米市	4042	7158	石川眼科医院	石川有加里	石川有加里	久留米市荘島	眼	眼科	
久留米市	4042	8159	久留米総合病院	田中 眞 紀	畑瀬 哲 郎	久留米市櫛原町	皮・泌・婦	STD	
久留米市	4042	8338	みやらは産婦人科医院	宮原 研 一	宮原 研 一	久留米市日吉町	産	STD	
久留米市	4042	8342	添田医院	添田 道 太	添田 道 太	久留米市上津町	泌	STD	
久留米市	4042	9206	聖マリア病院	島 弘 志	本田 順 一	久留米市津福本町	内・外・児	基幹	○
南 筑 後	4041	5089	大牟田市立病院内科	鳥村 拓 司	村上義比古	大牟田市宝坂町	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	5090	済生会大牟田病院	稲吉 康 治	末吉 晋	大牟田市田隈	外科	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	6092	(医)こが小児科医院	古賀 龍 夫	古賀 龍 夫	大牟田市大字岬	児・アレ	小児科	
南 筑 後	4074	6370	末吉小児科内科医院	末吉 圭 子	末吉 圭 子	大牟田市船津町	小・内	小児科	
南 筑 後	4041	6094	大牟田市立病院小児科	鳥村 拓 司	村上義比古	大牟田市宝坂町	児	小児科	
南 筑 後	4041	6240	(医)やまかわクリニック	山川 良 一	山川 良 一	大牟田市白川町	児・内	小児科	
南 筑 後	4041	7095	(医)向坂眼科医院	向坂 裕 夫	向坂 裕 夫	大牟田市上町	眼	眼科	
南 筑 後	4041	8096	林田クリニック	林田 健 蔵	林田 健 蔵	大牟田市東新町	泌	STD	
南 筑 後	4041	8259	(医)村尾産婦人科クリニック	深川 公 一	深川 公 一	大牟田市古町	産・婦	STD	
南 筑 後	4041	8283	(医)杏東会東原産婦人科医院	東原 徹	東原 徹	大牟田市大字倉永	産・婦	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
南 筑 後	4041	9208	大牟田市立病院	鳥村 拓 司	鳥村 拓 司	大牟田市宝坂	内・児・外	基幹	○
北 筑 後	4068	5163	(医)田辺医院	田 邊 庸 一	田 邊 庸 一	朝倉市池田	内・児	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	5323	やまもと内科消化器科	山 本 智 文	山 本 智 文	朝倉郡筑前町依井	消	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	5324	田中医院	田 中 浩 一	田 中 浩 一	うきは市浮羽町山北	内	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	6164	富田小児科医院	富田 哲 生	富田 哲 生	朝倉市甘木	児	小児科	
北 筑 後	4068	6242	きたの小児科医院	北 野 明 子	北 野 明 子	朝倉市屋永	児	小児科	
北 筑 後	4068	6243	たかせ小児科医院	高 瀬 英 生	高 瀬 英 生	朝倉市来春	児	小児科	
北 筑 後	4068	6156	(医)きのした小児科クリニック	木 下 昇 平	木 下 昇 平	小郡市小坂井	児	小児科	
北 筑 後	4068	6157	とよた小児科	豊 田 温	豊 田 温	うきは市吉井町	児	小児科	○
北 筑 後	4068	9205	朝倉医師会病院	山田研太郎	黒 田 直 宏	朝倉市来春	内・児	基幹	○
南 筑 後	4074	5166	(医)戸次循環器科内科医院	戸 次 久 敏	戸 次 久 敏	八女市馬場	循・内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5261	(医)合原会合原医院	合 原 る み	合 原 る み	八女郡広川町大字長延	内・呼	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5165	(医)永田医院	永 田 一 良	永 田 一 良	筑後市大字鶴田	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5172	益子医院	益 子 直 己	益 子 直 己	柳川市茂庵町	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5173	川口内科医院	川口新一郎	川口新一郎	柳川市三橋町高畑	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5091	ヨコクラ病院	横 倉 義 典	小田原晋一	みやま市高田町濃施	内・循	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5174	(医)喜明会山内医院	山 内 一 明	山 内 一 明	みやま市瀬高町大江	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	6169	(医)いしもと小児科医院	石 本 耕 治	石 本 耕 治	八女市岩崎	児	小児科	
南 筑 後	4074	6277	(医)尚恵会富田医院	富 田 尚 文	富 田 尚 文	八女市黒木町黒木	児	小児科	
南 筑 後	4074	6168	(医)杉村こどもクリニック	杉 村 徹	杉 村 徹	筑後市大字水田	児	小児科	
南 筑 後	4074	6241	(医)川上小児科医院	川 上 晃	川 上 晃	筑後市大字徳久	児	小児科	
南 筑 後	4074	6155	酒井小児科内科医院	酒 井 良	酒 井 良	大川市大字榎津字油田	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6176	(医)よこち小児科医院	横 地 一 興	横 地 一 興	柳川市上宮永	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6244	津末医院	津末美和子	津末美和子	柳川市三橋町久末	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6175	入江内科小児科医院	入 江 章	入 江 章	みやま市瀬高町大字本郷	内・児	小児科	
南 筑 後	4074	7252	(医)石橋眼科医院	石 橋 理 生	石 橋 理 生	みやま市瀬高町下庄	眼	眼科	
南 筑 後	4074	7334	長崎眼科クリニック	長崎比呂志	長崎比呂志	八女市本町	眼	眼科	
南 筑 後	4074	8308	(医)古賀泌尿器クリニック	古 賀 弘	古 賀 弘	八女市馬場	泌	STD	
南 筑 後	4074	8346	医療法人MIRIZE中川ごうクリニック	中 川 剛	中 川 剛	柳川市三橋町木元	泌	STD	
南 筑 後	4074	9207	公立八女総合病院	平 城 守	大 原 敦 子	八女市高塚	内・循・児	基幹	○

(令和4年12月時点)

VI) 参 考 资 料

1) 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」(平成10年法律第114号。以下「法」という。)が成立し、平成11年4月から施行されたことに伴い、法に基づく施策として感染症発生動向調査が位置づけられた。本事業は、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迅速な提供・公開により、感染症に対する有効かつ確かな予防・診断・治療に係る対策を図り、多様な感染症の発生及びまん延を防止するとともに、病原体情報を収集、分析することで、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、適切な感染症対策を立案することを目的として、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

一類感染症

(1) エボラ出血熱、(2) クリミア・コンゴ出血熱、(3) 痘そう、(4) 南米出血熱、(5) ペスト、(6) マールブルグ病、(7) ラッサ熱

二類感染症

(8) 急性灰白髄炎、(9) 結核、(10) ジフテリア、(11) 重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)、(12) 中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。)、(13) 鳥インフルエンザ(H5N1)、(14) 鳥インフルエンザ(H7N9)

三類感染症

(15) コレラ、(16) 細菌性赤痢、(17) 腸管出血性大腸菌感染症、(18) 腸チフス、(19) パラチフス

四類感染症

(20) E型肝炎、(21) ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎を含む。)、(22) A型肝炎、(23) エキノコックス症、(24) 黄熱、(25) オウム病、(26) オムスク出血熱、(27) 回帰熱、(28) キャサナル森林病、(29) Q熱、(30) 狂犬病、(31) コクシジオイデス症、(32) サル痘、(33) ジカウイルス感染症、(34) 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、(35) 腎症候性出血熱、(36) 西部ウマ脳炎、(37) ダニ媒介脳炎、(38) 炭疽、(39) チクングニア熱、(40) つつが虫病、(41) デング熱、(42) 東部ウマ脳炎、(43) 鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9を除く。)、(44) ニパウイルス感染症、(45) 日本紅斑熱、(46) 日本脳炎、(47) ハンタウイルス肺症候群、(48) Bウイルス病、(49) 鼻疽、(50) プルセラ症、(51) ベネズエラウマ脳炎、(52) ヘンドラウイルス感染症、(53) 発しんチフス、(54) ボツリヌス症、(55) マラリア、(56) 野兎病、(57) ライム病、(58) リッサウイルス感染症、(59) リフトバレー熱、(60) 類鼻疽、(61) レジオネラ症、(62) レプトスピラ症、(63) ロッキー山紅斑熱

五類感染症(全数)

(64) アメーバ赤痢、(65) ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、(66) カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、(67) 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。)(68) 急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、(69) クリプトスポリジウム症、(70) クロイツフェルト・ヤコブ病、(71) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症、(72) 後天性免疫不全症候群、(73) ジアルジア症、(74) 侵襲性インフルエンザ菌感染症、(75) 侵襲性髄膜炎菌感染症、(76) 侵襲性肺炎球菌感染症、(77) 水痘(患者が入院を要すると認められるものに限る。)、(78) 先天性風しん症候群、(79) 梅毒、(80) 播種性クリプトコックス症、(81) 破傷風、(82) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(83) バンコマイシン耐性腸球菌感染症、(84) 百日咳、(85) 風しん、(86) 麻しん、(87) 薬剤耐性アシネトバクター感染症

新型インフルエンザ等感染症

(112) 新型インフルエンザ、(113) 再興型インフルエンザ、(114) 新型コロナウイルス感染症、(115) 再興型コロナウイルス感染症

指定感染症

該当なし

2 定点把握の対象

五類感染症(定点)

(88) RSウイルス感染症、(89) 咽頭結膜熱、(90) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(91) 感染性胃腸炎、(92) 水痘、(93) 手足口病、(94) 伝染性紅斑、(95) 突発性発しん、(96) ヘルパンギーナ、(97) 流行性耳下腺炎、(98) インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、(99) 急性出血性結膜炎、(100) 流行性角結膜炎、(101) 性器クラミジア感染症、(102) 性器ヘルペスウイルス感染症、(103) 尖圭コンジローマ、(104) 淋菌感染症、(105) クラミジア肺炎(オウム病を除く。)、(106) 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く。)、(107) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(108) マイコプラズマ肺炎、(109) 無菌性髄膜炎、(110) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(111) 薬剤耐性緑膿菌感染症、(116) 新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))であるものに限る。)

法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症(定点)

(117) 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経学的症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したものの。

3 法第14条第8項の規定に基づく把握の対象

(118) 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経学的症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断した

ものであって、当該感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であるものが発生し、又は発生するおそれがあると判断し、都道府県知事が指定届出機関以外の病院又は診療所の医師に法第14条第8項に基づき届出を求めたもの。

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。）から報告された患者情報、疑似症情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下同じ。）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疫学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、疑似症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、原則として地方衛生研究所の中に設置する。また、都道府県、保健所を設置する市、特別区間等の協議の上、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、疑似症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、都道府県等の本庁が地方感染症情報センターの役割を代替することができるものとする。

3 指定届出機関及び指定提出機関（定点）

(1) 都道府県は、定点把握対象の感染症について、患者及び当該感染症により死亡した者（法第14条第1項の厚生労働省令で定める五類感染症に限る。）の情報及び疑似症情報を収集するため、法第14条第1項に規定する指定届出機関として、患者定点及び疑似症定点をあらかじめ選定する。

(2) 都道府県は、定点把握対象の五類感染症について、患者の検体又は当該感染症の病原体（以下「検体等」という。）を収集するため、病原体定点をあらかじめ選定する。なお、法施行規則第7条の3に規定する五類感染症については、法第14条の2第1項に規定する指定提出機関として、病原体定点を選定する。

4 感染症発生動向調査委員会

(1) 中央感染症発生動向調査委員会

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、婦人科、微生物学、疫学、獣医学、昆虫学等の専門家、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委員会を置く。

5 検査施設

各都道府県等域内における本事業に係る検体等の検査については、地方衛生研究所又は保健所等の検査施設（以下「地方衛生研究所等」という。）において実施する。地方衛生研究所等は、別に定める検査施設における病原体等検査の業務管理要領（以下「病原体検査要領」という。）に基づき検査を実施し、検査の信頼性確保に努めることとする。

また、都道府県等は、各都道府県等域内における検査が適切に実施されるよう施設間の役割を調整するとともに、地方衛生研究所を設置しない都道府県等においては、他の都道府県等の設置する地方衛生研究所等に検査事務を委託する等検査実施体制の整備を図るものとする。

第5 事業の実施

1 一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（第2の(75)、(85)及び(86))、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断又は検案した医師

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（第2の(75)、(85)及び(86))、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症を届出基準等通知に基づき診断した場合及び当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体を検案した場合は、別に定める基準に基づき直ちに最寄りの保健所に届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

イ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供について、依頼又は命令を受けた場合にあっては、検体等について、別記様式の検査票を添付して提供する。

ウ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、当該届出が感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医師からの届出である場合には、直ちに感染症サーベイランスシステムに届出内容を入力するものとする。

また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合には、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼等するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出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発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体等を検査し、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、保健所、都道府県等の本庁、地方感染症情報センター又は中央感染症情報センター等と情報共有する。また、病原体情報について、速やか

に中央感染症情報センターに報告する。(検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。)

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等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、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、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感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等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、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

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

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等から情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 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。

③ 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

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認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、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、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、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及び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週報(月単位の場合は月報)等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

ケ 情報の報告等

① 都道府県知事、保健所を設置する市又は特別区の長(以下「都道府県知事等」という。)は、その管轄する区域外に居住する者について法第12条第1項の規定による届出を受けたときは、当該届出の内容を、その居住地を管轄する都道府県知事等に通報する。

② 保健所を設置する市又は特別区の長(以下「保健所設置市等の長」という。)は、厚生労働大臣に対して、

・法第12条の規定による発生届出の一連の事務の中で、同条第2項の報告を行う場合

・法第15条の規定による積極的疫学調査の一連の事務の中で、同条第13項の報告を行う場合

は、併せて都道府県知事に報告する。

③ 都道府県知事等は、他の都道府県知事等が管轄する区域内における感染症のまん延を防止するために必要な場合は、法第15条の規定による積極的疫学調査の結果を、当該他の都道府県知事等に通報する。

④ ①～③の報告等について、感染症サーベイランスシステムにより相互に情報を閲覧できる措置を講じた場合は、当該報告をしたものとみなす。

2 全数把握対象の五類感染症(第2の(75)、(85)及び(86)を除く。)

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断又は検査した医師

全数把握対象の五類感染症(第2の(75)、(85)及び(86)を除く。)の患者を診断した又は当該感染症により死亡した者(当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。)の死体を検査した医師は、別に定める基準に基づき診断後7日以内に最寄りの保健所に届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

イ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供の依頼を受けた場合にあっては、検体等について、保健所に協力し、別記様式の検査票を添付して提供する。

ウ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、当該届出が感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医師からの届出である場合には、直ちに感染症サーベイランスシステムに届出内容を入力するものとする。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合には、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出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発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体等を検査し、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、保健所、都道府県等の本庁、地方感染症情報センター又は中央感染症情報センター等と情報共有する。また、病原体情報について、速やかに中央感染症情報センターに報告する。(検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。)

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等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、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、

検体等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、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

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

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 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。

③ 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

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認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、一類感染症から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、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、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及び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週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

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及び当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体と検案される場合とする。

(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。また、定点の選定に当たっては、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。

① 対象感染症のうち、第2の(88)から(97)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。この場合において、小児科定点として指定された医療機関は、②のインフルエンザ定点、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」とする）定点として協力するよう努めること。なお、インフルエンザ定点と COVID-19 定点は同一とする（インフルエンザ／COVID-19 定点）。

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 + (人口-7.5万人) / 5万人

② 対象感染症のうち、第2の(98)に掲げるインフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。以下同じ。）及び(116)新型コロナウイルス感染症については、前記①で選定した小児科定点のうちインフルエンザ定点及び COVID-19 定点として協力する小児科定点に加え、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、両者を合わせたインフルエンザ定点、COVID-19 定点及び別途後記⑤に定める基幹定点とすること。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 + (人口-12.5万人) / 10万人

なお、基幹定点における届出基準は、インフルエンザ定点及び COVID-19 定点と異なり、入院患者に限定されることに留意すること。また、第2の(98)のみを対象感染症としていることに留意すること。

③ 対象感染症のうち、第2の(99)及び(100)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 + (人口-12.5万人) / 15万人

④ 対象感染症のうち、第2の(101)から(104)に掲げるものについては、産婦人科、産科若しくは婦人科（産婦人科系）、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の2第1項第1号ハ及びニ（2）の規定により性感染症と組み合わせた名称を診療科名とする診療科、泌尿器科又は皮膚科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 + (人口-7.5万人) / 13万人

⑤ 対象感染症のうち、第2の(91)のうち病原体がロタウイルスであるもの及び(105)から(111)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人以上収容する施設を有する病院であって内科及び外科を標榜する病院（小児科医療と内科医療を提供しているもの）を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、次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て病原体定点を選定する。また、定

点の選定に当たっては、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に考慮すること。

① 医療機関を病原体定点として選定する場合は、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。

③ アの①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(88)から(97)までを対象感染症とすること。

③ アの②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(98)を対象感染症とすること。なお、インフルエンザ病原体定点の選定に当たっては、小児科定点から10%以上及び内科定点から10%以上を、それぞれ3定点と2定点を下回らないよう選定することとし、法第14条の2第1項に規定する指定提出機関として指定すること。

④ アの③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(99)及び(100)を対象感染症とすること。

⑤ アの⑤により選定された患者定点の全てを基幹病原体定点として、第2の(91)のうち病原体がロタウイルスであるもの、(106)及び(109)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①、②、③及び⑤(第2の(107)、(110)及び(111)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④及び⑤(第2の(107)、(110)及び(111)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 病原体情報のうち、(2)のイの③により選定された病原体定点に関するものについては、第2の(98)に掲げるインフルエンザの流行期((2)のアの②により選定された患者定点当たりの患者発生数が都道府県単位で1を超えた時点から1を下回るまでの間)には1週間(月曜日から日曜日)を調査単位とし、非流行期(流行期以外の期間)には各月を調査単位とする。その他の病原体定点に関するものについては、各月を調査単位とする。

(4) 実施方法

ア 患者定点

① 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 (2)のアにより選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める基準に従い、それぞれ調査単位の患者発生状況等の届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 病原体定点

① 病原体定点として選定された医療機関は、必要に応じて病原体検査のために検体等を採取する。

② 病原体定点は、検体等について、別記様式の検査票を添えて、速やかに地方衛生研究所等へ送付する。

③ (2)のイの②により選定された病原体定点においては、第2の(88)から(97)までの対象感染症のうち、患者発生状況等を踏まえ都道府県等においてあらかじめ選定した複数の感染症について、調査単位ご

とに、概ね4症例からそれぞれ少なくとも1種類の検体を送付するものとする。

④ (2)のイの③により選定された病原体定点においては、第2の(98)に掲げるインフルエンザ(インフルエンザ様疾患を含む。)について、調査単位ごとに、少なくとも1検体を送付するものとする。

ウ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供の依頼を受けた場合にあっては、検体等について、保健所に協力し、別記様式の検査票を添付して提供する。

エ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医療機関からの届出である場合には、患者定点から得られた患者情報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、感染症サーベイランスシステムに入力するものとし、併せて、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。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合は、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、定点把握の対象の五類感染症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出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発生状況等を提供し連携を図る。

オ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体を検査し、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。また、病原体情報については、速やかに中央感染症情報センターに報告する。(検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。)

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等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、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等を国立感染症研究所に送付する。

カ 国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

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

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 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。

③ 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

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認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、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、全数把握の五類感染症及び疑似症の収集、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、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、オの①により報告された病原体情報及びカ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週報(月単位の場合は月報)等として作成して、都道府県等に提供する。

ケ 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症(定点)

(1) 対象とする疑似症の状態

疑似症について、別に定める届出基準を参考とし、当該疑似症の患者と診断される場合とする。

(2) 定点の選定

疑似症の発生状況を把握するため、都道府県は、関係医師会等の協力を得て、医療機関の中から疑似症定点を選定する。

定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案しつつ、できるだけ当該都道府県全体の疑似症の発生状況を把握できるよう考慮すること。

具体的な疑似症定点の届出医療機関は、以下の医療機関のうちから、アからウの順に優先順位をつけ、別に定める基準を踏まえて選定すること。

ア 診療報酬に基づく特定集中治療室管理料(1~4)、小児特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料(1~2)の届出をしている医療機関

イ 法に基づく感染症指定医療機関

- ・法に基づく特定感染症指定医療機関
- ・法に基づく第一種感染症指定医療機関
- ・法に基づく第二種感染症指定医療機関

ウ マスギャザリング(一定期間に限られた地域において同一目的で集合した多人数の集団)において、疑似症定点として選定することが疑似症発生状況の把握に有用な医療機関(例:大規模なスポーツ競技大会等において、観客や大会運営関係者等が受診する可能性のある医療機関)

なお、都道府県は、疑似症定点と疑似症定点以外の医療機関との連携体制をあらかじめ構築するよう取組むこととし、疑似症定点以外の医療機関においても別に定める届出基準に該当すると判断される患

者については、疑似症定点や管内の保健所等に相談できるよう予め疑似症定点に指定されている医療機関名や相談先を示すなどの配慮を行い、疑似症の迅速かつ適切な把握に努めること。

(3) 実施方法

ア 疑似症定点

① 疑似症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、診療時における別に定める届出基準により、直ちに疑似症発生状況の把握を行うものとする。

② (2)により選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める基準に従い、直ちに疑似症発生状況等を記載する。なお、当該疑似症の届出については、原則として感染症サーベイランスシステムへの入力により実施することとする。

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 保健所

① 保健所は、疑似症定点において感染症サーベイランスシステムへの入力を実施することができない場合は、当該疑似症定点から得られた疑似症情報を、直ちに、感染症サーベイランスシステムに入力するものとし、また、対象疑似症についての集団発生その他特記すべき情報について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。

② 保健所は、疑似症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出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発生状況等を提供し連携を図る。

ウ 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

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の疑似症情報について、保健所等からの情報の入力済み報告があり次第、登録情報の確認を行う。

② 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疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週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。

③ 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疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週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。

エ 中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された疑似症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、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、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、週報等として作成し、都道府県等に提供する。

オ 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した疑似症情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

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) 政令市又は特別区において、当該検査事務を他の地方公共団体に委託する場合には、地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の14の規定の定めるところによること。

(3) 感染症発生動向調査のために取り扱うこととなった検体等については、感染症の発生及びまん延防止策の構築、公衆衛生の向上のために使用されるものであり、それ以外の目的に用いてはならない。また、検体採取の際には、その使用目的について説明の上、できるだけ、本人等に同意をとることが望ましい。なお、上記に掲げる目的以外の研究に使用する場合は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等の別に定める規定に従い行うものとする。

(4) 本実施要綱に定める事項以外の内容については、必要に応じて健康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、第16条の3、第26条の3及び第26条の4(第50条において準用する場合を含む。)並びに第44条の7の規定に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。

この実施要綱の一部改正は、平成18年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年6月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年11月22日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成19年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年5月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成23年2月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成23年9月5日から施行する。ただし、第5の3の(2)の②の指定については、平成23年7月29日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年3月4日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年5月6日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年10月14日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年7月26日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年9月19日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年1月21日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年5月21日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成28年4月1日から施行する。ただし、第2の1の対象感染症の追加に係る改正については、平成28年2月15日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年3月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年5月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成31年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年2月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年5月29日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和3年2月13日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和4年10月31日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年5月8日から施行する。

2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準

令和5年5月8日

1. 全数把握の対象

一類感染症

1	エボラ出血熱
2	クリミア・コンゴ出血熱
3	痘そう
4	南米出血熱
5	ペスト
6	マールブルグ病
7	ラッサ熱

二類感染症

1	急性灰白髄炎
2	結核
3	ジフテリア
4	重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）
5	中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）
6	鳥インフルエンザ（H5N1）
7	鳥インフルエンザ（H7N9）

三類感染症

1	コレラ
2	細菌性赤痢
3	腸管出血性大腸菌感染症
4	腸チフス
5	パラチフス

四類感染症

1	E型肝炎
2	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）
3	A型肝炎
4	エキノコックス症
5	黄熱
6	オウム病
7	オムスク出血熱
8	回帰熱
9	キャサスル森林病
10	Q熱
11	狂犬病
12	コクシジオイデス症
13	サル痘
14	ジカウイルス感染症
15	重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る）
16	腎症候性出血熱
17	西部ウマ脳炎
18	ダニ媒介脳炎
19	炭疽
20	チクングニア熱
21	つつが虫病
22	デング熱
23	東部ウマ脳炎
24	鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9を除く）
25	ニバウイルス感染症
26	日本紅斑熱
27	日本脳炎
28	ハンタウイルス肺症候群
29	Bウイルス病
30	鼻疽
31	ブルセラ症
32	ベネズエラウマ脳炎
33	ヘンドラウイルス感染症
34	発しんチフス
35	ボツリヌス症
36	マラリア
37	野兎病
38	ライム病
39	リッサウイルス感染症
40	リフトバレー熱
41	類鼻疽
42	レジオネラ症
43	レプトスピラ症
44	ロッキー山紅斑熱

五類感染症

1	アメーバ赤痢
2	ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）

3	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
4	急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）
5	急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）
6	クリプトスポリジウム症
7	クワイツフェルト・ヤコブ病
8	劇症型溶血性レンサ球菌感染症
9	後天性免疫不全症候群
10	ジアルジア症
11	侵襲性インフルエンザ菌感染症
12	侵襲性髄膜炎菌感染症
13	侵襲性肺炎球菌感染症
14	水痘（入院例に限る）
15	先天性風しん症候群
16	梅毒
17	播種性クリプトコックス症
18	破傷風
19	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
20	バンコマイシン耐性腸球菌感染症
21	百日咳
22	風しん
23	麻しん
24	薬剤耐性アシネトバクター感染症

新型インフルエンザ等感染症

1	新型インフルエンザ
2	再興型インフルエンザ
3	新型コロナウイルス感染症
4	再興型新型コロナウイルス感染症

2. 定点把握の対象

五類感染症

25	RSウイルス感染症
26	咽頭結膜熱
27	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
28	感染性胃腸炎
29	水痘
30	手足口病
31	伝染性紅斑
32	突発性発しん
33	ヘルパンギーナ
34	流行性耳下腺炎
35	インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）
36	新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）
37	急性出血性結膜炎
38	流行性角結膜炎
39	性器クラミジア感染症
40	性器ヘルペスウイルス感染症
41	尖圭コンジローマ
42	淋菌感染症
43	細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く）
44	無菌性髄膜炎
45	マイコプラズマ肺炎
46	クラミジア肺炎（オウム病を除く）
47	インフルエンザ（入院）
48	感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）
49	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
50	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
51	薬剤耐性緑膿菌感染症

法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

1	発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したものの
---	---

3. オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の対象

二類感染症

1	鳥インフルエンザ（H5N1）
---	----------------

第1 全般的事項

1 検査方法に関する留意事項

分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法（LAMP法等の核酸増幅法全般をいう。以下同じ。）による同定など、種々の同定方法を含む。

抗体検査による感染症の診断には、

- (1) 急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転すること）
- (2) 急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇
- (3) 急性期のIgM抗体の検出
- (4) 単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。

のいずれかが用いられる。

なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。

2 発熱と高熱

本基準において、「発熱」とは体温が37.5℃以上を呈した状態をいい、「高熱」とは体温が38.0℃以上を呈した状態をいう。

3 留意点

(1) 本通知に定める各疾患の検査方法については、現在行われるものを示しており、今後開発される同等の感度又は特異度を有する検査も対象となり得るため、医師が、本通知に定めのない検査により診断を行うおとする場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。

(2) 医師が、病原体診断又は病原体に対する抗体の検出による診断を行う場合において、疑義がある場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。

第2 一類感染症

1 エボラ出血熱

(1) 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。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～21日（平均約1週間）で、発症は突発的である。

症状は発熱（ほぼ必発）、疼痛（頭痛、筋肉痛、胸痛、腹痛など）、無力症が多い。

2～3日で急速に悪化し、死亡例では約1週間程度で死に至ることが多い。出血は報告にもよるが、主症状ではないことも多い（2000年ウガンダの例では約20%）。

ザイル型では致死率は約90%、スーダン型では致死率は約50%である。

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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、エボラ出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法又はELISA法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

2 クリミア・コンゴ出血熱

(1) 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。

(2) 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・腎不全も出現することがある。血液と体液は感染力がきわめて強い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリミア・コンゴ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法によるI g M抗体若しくはI g G抗体の検出、又は補体結合反応による抗体の検出	血清

3 痘そう

(1) 定義

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

(2) 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、まれである。潜伏期間は約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。すべての発疹が痂皮となり、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、

ア 前駆期:急激な発熱(39℃前後)、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は2~3日で40℃以上に達する。第3~4病日頃には、一時解熱傾向となり、発疹が出る。

イ 発疹期:発疹は、紅斑→丘疹→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疹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。

ウ 回復期:2~3週間の経過で、脱色した痂皮を残し治癒する。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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から痘そうが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そう患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、水痘(特に発疹出現前に40℃前後の高熱が認められた者)である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そうの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、痘そうの疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による

届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、痘そうが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そうにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、痘そうにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
電子顕微鏡によるウイルス粒子の直接観察又は分離・同定による病原体の検出	水疱、膿疱、痂皮、咽頭拭い液、血液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	

4 南米出血熱

(1) 定義

南米大陸におけるアレナウイルス科アレナウイルス属のウイルスによる出血熱の総称である。南米出血熱であるアルゼンチン出血熱、ブラジル出血熱、ベネズエラ出血熱、ボリビア出血熱は、それぞれ、アレナウイルス科のフニンウイルス、サビアウイルス、ガナリトウイルス、マチュポウイルスによる感染症である。ボリビアにおける出血熱患者からチャバラウイルスという新種のウイルスが分離され、このウイルスによる出血熱も南米出血熱に含まれる。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は、ウイルス保有ネズミの排泄物、唾液、血液等との接触である。潜伏期間は7~14日、初期症状として突然の発熱、筋肉痛、悪寒、背部痛、消化器症状がみられる。3~4日後には衰弱、嘔吐、目まいなどが出現し、重症例では高熱、出血傾向、ショックが認められる。歯肉縁の出血が特徴的とされるが、その後皮下や粘膜からの出血に進展する。神経症状を呈することもあり、舌や手の振戦から、せん妄、こん睡、痙攣に至る。致死率は30%に上るとされる。回復例では発症後10~13日頃から寛解傾向がみられるが、最終的には数ヶ月かかることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から南米出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、南米出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、南米出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、南米出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、脳脊髄液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

5 ペスト

(1) 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。

(2) 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。

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からペストが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペスト患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、類鼻疽 (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) である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペストの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、ペストの疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、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する。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ペストが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペストにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ペストにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出 (塗抹標本の染色鏡検も参考となる)	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、病理組織
蛍光抗体法によるエンペロープ抗原 (Fraction 1抗原) の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
赤血球凝集反応によるエンペロープ抗原 (Fraction 1抗原) に対する抗体の検出 (16倍以上)	血清

6 マールブルグ病

(1) 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。

(2) 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、皮膚粘膜発疹、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。

ドイツにおける集団発生 (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 (ケニア等) 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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマールブルグ病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、マールブルグ病の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マールブルグ病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マールブルグ病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A法による病原体の特異抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
E L I S A法又は蛍光抗体法による I g M抗体若しくは I g G抗体の検出	血清

7 ラッサ熱

(1) 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。

(2) 臨床的特徴

発症は突発的で行進は緩やかである。マストミスに咬まれたり尿や血液に触れたり、あるいは感染発症者の血液、体液、排泄物等に直接接触する等の後、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、腹部痛等が認められる。

重症化すると顔面頸部の浮腫、眼球結膜出血、消化管出血、心のう炎、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からラッサ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、ラッサ熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ラッサ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ラッサ熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法による I g M抗体若しくは I g G抗体の検出	血清

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1) 定義

ポリオウイルス1～3型（ワクチン株を含む）の感染による急性弛緩性麻痺を主症状とする急性運動中枢神経感染症である。また、ポリオウイルス1～3型には、地域集団において継続的に伝播している野生株ポリオウイルス、ワクチン由来ポリオウイルス（VDPV）（※）及びワクチン株ポリオウイルス（※※）がある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は3～12日で、発熱（3日間程度）、全身倦怠感、頭痛、吐き気、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）では軽い感冒様症状又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）では発熱に引き続くあるいは一旦解熱し再び発熱した後に、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し、知覚感覚異常を伴わない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性灰白髄炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。ただし1型及び3型ワクチン株ポリオウイルス（※※）による無症状病原体保有者は届出の対象ではない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性灰白髄炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性灰白髄炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便、直腸ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、髄液 ①ポリオウイルス1～3型の検出は便検体が基本であり、発症後できるだけ速やかに、24時間以上の間隔をあけて、少なくとも2回以上採取し、いずれかひとつの便検体からポリオウイルス1～3型が検出された場合は、直ちに届出を行うこと。 ②直腸ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、髄液からポリオウイルス1～3型が検出された場合も、検査陽性として、直ちに届出を行うこと。

（※）VDPVは、親株であるOPV株からのVP1全領域における変異率により定義され、1型及び3型は1%以上の変異率（VP1領域における親株からの変異数が10塩基以上）を有するポリオウイルス、2型についてはVP1領域における変異数が6塩基以上のポリオウイルスをVDPVとする。
（※※）野生株ポリオウイルス・VDPV以外のポリオウイルスをワクチン株ポリオウイルスとする。

2 結核

(1) 定義

結核菌群 (*Mycobacterium tuberculosis complex*、ただし *Mycobacterium bovis* BCG を除く) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染は主に気道を介した飛沫核感染による。感染源の大半は喀痰塗抹陽性の肺結核患者であるが、ときに培養のみ陽性の患者、まれに菌陰性の患者や肺外結核患者が感染源になることもある。感染後数週間から一生涯にわたり臨床的に発病の可能性があるが、発病するのは通常 30%程度である。若い患者の場合、発病に先立つ数ヶ月～数年以内に結核患者と接触歴を有することがある。

感染後の発病のリスクは感染後間もない時期(とくに1年以内)に高く、年齢的には乳幼児期、思春期に高い。また、特定の疾患(糖尿病、慢性腎不全、エイズ、じん肺等)を合併している者、胃切除の既往歴を持つ者、免疫抑制剤(副腎皮質ホルモン剤、TNF α 阻害薬等)治療中の者等においても高くなる。

多くの場合、最も一般的な侵入門戸である肺の病変として発症する(肺結核)が、肺外臓器にも起こりうる。肺外罹患臓器として多いのは胸膜、リンパ節、脊椎・その他の骨・関節、腎・尿路生殖器、中枢神経系、喉頭等であり、全身に播種した場合には粟粒結核となる。

肺結核の症状は咳、喀痰、微熱が典型的とされており、胸痛、呼吸困難、血痰、全身倦怠感、食欲不振等を伴うこともあるが、初期には無症状のことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

ただし、病原体及び病原体遺伝子の検出検査方法以外による検査方法については、当該検査所見に加え、問診等により医師が結核患者であると診断するに足る判断がなされる場合に限り届出を行うものである。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他の原因による肺炎、非結核性抗酸菌症、肺癌、気管支拡張症、良性腫瘍等である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の画像検査方法以外の左欄に掲げる検査方法により、結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核治療を必要とすると認められる場合(潜在性結核感染症)に限り、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

5歳未満の者においては、この検査方法で病原体保有の確認ができない場合であっても、患者の飛沫のかかる範囲での反復、継続した接触等の疫学的状況から感染に高度の蓋然性が認められる者に限り、届出を行うこと。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、結核の疑似症患者と診断するに足る高度の蓋然性が認められる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、集団発生の状況、疫学的関連性なども考慮し判断する。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
塗抹検査による病原体の検出	喀痰、胃液、咽頭・喉頭ぬぐい液、気管支肺胞洗浄液、胸水、膿汁・分泌液、尿、便、脳脊髄液、組織材料
分離・同定による病原体の検出	
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
病理検査における特異的所見の確認	病理組織
ツベルクリン反応検査(発赤、硬結、水疱、壊死の有無)	皮膚所見
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン γ 試験	血液
画像検査における所見の確認	胸部エックス線画像、CT等検査画像

3 ジフテリア

(1) 定義

ジフテリア毒素を産生するジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) の感染による急性感染症である。

(2) 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脹(bullneck)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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリア患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジフテリアにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認	病変(感染)部位からの採取材料

(※) ジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) であっても、ジフテリア毒素非産生性の菌は届出の対象ではない。

Corynebacterium ulcerans 及び *Corynebacterium pseudotuberculosis* については、ジフテリア毒素を産生する株があるものの、それらは届出の対象ではない。

4 重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属のSARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) コロナウイルスの感染による急性呼吸器症候群である。

(2) 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、全身倦怠感、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、高齢者及び基礎疾患のある者での致死率はより高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から重症急性呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群の患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
EISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

(4) 疑似症患者の判断に必要な事項

ア 病原体診断又は抗体検査で陰性になった場合でも、患者と臨床的特徴が合致する場合は、SARSを否定できないため、医師の総合判断により、疑似症患者として取り扱う。

イ 臨床所見、渡航歴などにより、以下の(ア)又は(イ)に該当し、かつ(ウ)の条件を満たす場合は、疑似症患者として取り扱う。

(ア) 平成14年11月1日以降に、38℃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

① 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触れた者

② 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

③ 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

④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っている研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性がある者

⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、他にこれら症状を説明できる診断が見つからない場合

(イ) 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

① 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触れた者

② 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

③ 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

④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っていた研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性があった者

⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、死亡までに、他にこれら症状を説明できる診断がついていなかった場合

(ウ) 次のいずれかの条件を満たす者

① 胸部レントゲン写真で肺炎、又は急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者

② 病理解剖所見が肺炎、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者

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。

5 中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属のMERS (Middle East Respiratory Syndrome) コロナウイルスによる急性呼吸器症候群である。

(2) 臨床的特徴

ヒトコブラクダがMERSコロナウイルスを保有しており、ヒトコブラクダとの濃厚接触が感染リスクであると考えられている。一方、家族間、感染対策が不十分な医療機関などにおける限定的なヒト-ヒト感染も報告されている。中東諸国を中心として発生がみられている。

潜伏期間は2～14日（中央値は5日程度）。無症状例から急性呼吸窮迫症候群（ARDS）を来す重症例までである。典型的な病像は、発熱、咳嗽等から始まり、急速に肺炎を発生し、しばしば呼吸管理が必要となる。下痢などの消化器症状のほか、多臓器不全（特に腎不全）や敗血症性ショックを伴う場合もある。高齢者及び糖尿病、腎不全などの基礎疾患を持つ者での重症化傾向がより高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者について、(4)に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも2つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも2つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者について、(4)に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも1つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群の疑似症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体について、(4)に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも2つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体について、(4)に該当すること等から中東呼吸器症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	

(4) 感染が疑われる患者の要件

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

ア 38℃以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺炎、ARDSなどの実質性肺病変が疑われる者であって、発症前14日以内にWHOの公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

イ 発熱を伴う急性呼吸器症状(軽症の場合を含む。)を呈する者であって、発症前14日以内にWHOの公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域において、医療機関を受診若しくは訪問したものの、中東呼吸器症候群であることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴があるもの

ウ 発熱又は急性呼吸器症状(軽症の場合を含む。)を呈する者であって、発症前14日以内に、中東呼吸器症候群が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの、中東呼吸器症候群が疑われる患者と同居していたもの又は中東呼吸器症候群が疑われる患者の気道分泌物若しくは体液等の汚染物質に直接接触したもの

6 鳥インフルエンザ(H5N1)

(1) 定義

A型インフルエンザウイルス(H5N1)のトリからヒトへの感染による急性気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は概ね2～8日である。症例の初期症状の多くが、高熱と急性呼吸器症状を主とするインフルエンザ様疾患の症状を呈する。下気道症状

は早期に発現し、呼吸窮迫、頻呼吸、呼吸時の異常音がよく認められ、臨床的に明らかな肺炎が多く見られる。

呼吸不全が進行した例ではびまん性のスリガラス様陰影が両肺に認められ、急性窮迫性呼吸器症候群(ARDS)の臨床症状を呈する。

死亡例は発症から平均9～10日(範囲6～30日)目に発生し、進行性の呼吸不全による死亡が多く見られる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者のうち、38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ(H5N1)が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ(H5N1)と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ(H5N1)の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者のうち、38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ(H5N1)が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、H5亜型が検出された場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ(H5N1)が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ(H5N1)により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ(H5N1)により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	

7 鳥インフルエンザ(H7N9)

(1) 定義

鳥インフルエンザA(H7N9)ウイルスのヒトへの感染による急性疾患である。

(2) 臨床的特徴

高熱と急性呼吸器症状を特徴とする。下気道症状を併発し、重症の肺炎が見られることがある。呼吸不全が進行した例ではびまん性のスリガラス様陰影が両肺に認められ、急速に急性呼吸窮迫症候群(ARDS)の症状を呈する。二次感染、脳症、横紋筋融解症に進展した報告がある。

発症から死亡までの中央値は11日(四分位範囲7～20日)であり、進行性の呼吸不全等による死亡が多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者のうち、38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状がある者を診察した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から鳥インフルエンザ（H7N9）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H7N9）と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H7N9）の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者のうち、38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から鳥インフルエンザ（H7N9）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、H7亜型が検出された場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から、鳥インフルエンザ（H7N9）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H7N9）により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から、鳥インフルエンザA（H7N9）により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料

第4 三類感染症

1 コレラ

(1) 定義

コレラ毒素（CT）産生性コレラ菌（*Vibrio cholerae* O1）又は *V. cholerae* O139 による急性感染性腸炎である。

(2) 臨床的特徴

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、及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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見か

らコレラが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラ患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、食中毒、その他の感染性腸炎である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、コレラが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、コレラにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	便

2 細菌性赤痢

(1) 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。

(2) 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性炎症、潰瘍を形成することもある。

このため、発熱、下痢、腹痛を伴うテネスムス（tenesmus；しぶり腹一便意は強いがなかなか排便できないこと）、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から細菌性赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、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である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、細菌性赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、

細菌性赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、細菌性赤痢により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便

3 腸管出血性大腸菌感染症

(1) 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, Shigatoxin-producing *E. coli*, STEC など) の感染によって起こる全身性疾病である。

(2) 臨床的特徴

臨床症状は、一般的な特徴は腹痛、水様性下痢及び血便である。嘔吐や38℃台の高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、急性腎不全を来し、溶血性尿毒症候群 (Hemolytic Uremic Syndrome, HUS) を引き起こすことがある。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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腸管出血性大腸菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法等による毒素遺伝子の検出	便
ベロ毒素の検出 (HUS発症例に限る)	
O抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出 (HUS発症例に限る)	血清

4 腸チフス

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴潜伏期間は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、バラ疹、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。無症状病原体保有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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腸チフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、パラチフス、マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病、チクングニア熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸チフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸チフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄液、便、尿、胆汁

5 パラチフス

(1) 定義

パラチフスA菌 (*Salmonella* serovar Paratyphi 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)。

(2) 臨床的特徴

臨床的症状は、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。比較的徐脈、脾腫、便秘、時には下痢等の症状を呈する。症状は腸チフスと比較して、軽症の場合が多い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からパラチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、腸チフス、マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病、チクングニア熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、パラチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、パラチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄液、便、尿、胆汁

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1) 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。

(2) 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の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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からE型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、E型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

から、E型肝炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液・便
IgM抗体若しくはIgA抗体の検出	血清

2 ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎含む)

(1) 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。

(2) 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。発疹が胸部、背、上肢に認められる場合もある。通常リンパ節腫脹が認められる。症状は通常1週間以内で回復するが、その後全身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、悪心、嘔吐、方向感覚の欠如、麻痺、意識障害、痙攣等の症状が出現し髄膜炎、脳炎を発症することがある。重篤な例で筋力低下が約半数に認められている。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウエストナイル熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウエストナイル熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウエストナイル熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血清、髄液
IgM抗体の検出	
ペア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	血清

3 A型肝炎

(1) 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。

(2) 臨床的特徴

主たる感染経路は、汚染された食品や水などを介した経口的な感染である。潜伏期間は平均4週間である。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ヶ月にわたる。主な臨床症状は発熱、

全身倦怠感、食欲不振で、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、A型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、A型肝炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液、便
IgM抗体の検出	血清

4 エキノコックス症

(1) 定義

エキノコックス(*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。

(2) 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貯留し、やがて死に至る。

発症前や早期の無症状期でも、スクリーニング検査の超音波、CT、MRIの所見から検知される場合がある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエキノコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エキノコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エキノコックス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
包虫あるいは包虫の一部の検出	肝臓の摘出組織、生検組織
E L I S A法又はWestern Blot法による抗体の検出	血清

5 黄熱

(1) 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。ネッタイシマカなどにより媒介される。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は3～6日間で、発症は突然である。悪寒又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、比較的徐脈、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から黄熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、黄熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、黄熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
ペア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	

6 オウム病

(1) 定義

オウム病クラミジア *Chlamydothyla* (*Chlamydia*) *psittaci* を病原体とする呼吸器疾患である。

(2) 臨床的特徴

主に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。1～2週間の潜伏期の後に、突然の発熱で発病する。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。軽い場合はかぜ程度の症状であるが、高齢者などでは重症になりやすい。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が発症のための参考になる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からオウム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、オウム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、オウム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、喀痰、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でIgM抗体の検出若しくはIgG抗体256倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

7 オムスク出血熱

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するオムスク出血熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類のあいだで感染環が維持されている。ヒトは主にマダニの刺咬により感染するが、げっ歯類等の尿や血液による接触感染もありうる。また、稀にはヒト-ヒト感染、飛沫感染もあるとされる。潜伏期間は3～9日で、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状を生じ、稀には出血熱となる。患者の30～50%は二相性の発熱を示し、第二期には髄膜炎、腎機能障害、肺炎などを生じる。致死率は0.5～3%であるが、難聴や脱毛、神経精神障害などの後遺症を残すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からオムスク出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、オムスク出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、オムスク出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

8 回帰熱

(1) 定義

シラミあるいはヒメダニ (*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。

(2) 臨床的特徴

コロモジラミ媒介性 *Borrelia recurrentis* やヒメダニ媒介性 *B.duttonii* 等がヒトに対する病原体である。

菌血症による発熱期、菌血症を起こしていない無熱期を3～5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、全身倦怠感、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から回帰熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回帰熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回帰熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回帰熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液（発熱期）
暗視野顕微鏡下鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による末梢血スミアの観察による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

9 キャサヌル森林病

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するキャサヌル森林病ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、マダニとげっ歯類を主とする脊椎動物のあいだで感染環が維持されている。ヒトへの感染もマダニの刺咬によって生じる。潜伏期間は3～12日であり、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳嗽、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状、出血などを来す。約40%に出血性肺水腫がみられ、ときに腎不全も生じる。患者の15～50%では1～3週間寛解が続いた後、再度発熱がみられ、髄膜炎や脳炎を生じて項部硬直、精神障害、振戦、めまいなどを来す。致死率は3～5%であり、後遺症を残すことはない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からキャサヌル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサヌル森林病患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサヌル森林病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、キャサヌル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサヌル森林病により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

から、キャサヌル森林病により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

10 Q熱

(1) 定義

コクシエラ科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

通常は家畜やネコなどのペットの産産や出産に関連して、胎盤に感染している *C. burnetii* を吸入するなどによって、2～3週間の潜伏期を経て発症する。急性Q熱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、眼球後部痛の症状が始まる。自然治癒傾向が強く、多くは14日以内に解熱する。間質性肺炎が主体の肺炎型や肝機能異常が主体の肝炎型がある。予後は一般に良い。1割程度が慢性Q熱に移行するとされ、弁膜症などの基礎疾患を持つ例で心内膜炎を起こすと難治性となり、致死率が高くなる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からQ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Q熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Q熱により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でI g M抗体64倍以上若しくはI g G抗体256倍以上、又はヘア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

11 狂犬病

(1) 定義

ラブドウイルス科に属する狂犬病ウイルスの感染による神経疾患である。

(2) 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、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から狂犬病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、狂犬病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、狂犬病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料、唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織及び脳乳剤
Fluorescent Focus Inhibition Test 又は ELISA 法による抗体の検出	髄液

12 コクシジオイデス症

(1) 定義

真菌の *Coccidioides immitis* の感染症である。

(2) 臨床的特徴

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む。この病原体を取り扱う実験者、検査従事者などの2次感染の危険性が高い。本邦では、慢性肺コクシジオイデス症がみられることが多く、CTなどの画像診断において、結節や空洞病変が確認される。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からコクシジオイデス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コクシジオイデス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コクシジオイデス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管支洗浄液、肺又は皮膚の病理組織
鏡検による病原体の検出	皮膚の病理組織
免疫拡散法による抗体の検出	血清、髄液

13 サル痘

(1) 定義

サル痘ウイルス (Monkeypox virus) による急性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ウイルスを保有するヒトやげっ歯類などの動物との接触、及びそれらの皮膚粘膜病変、血液、体液との接触により感染する。感染したヒトとの接触（性的接触を含む）の他、接近した対面による飛沫への長時間の曝露、体液や飛沫で汚染された寝具等との接触によっても感染する。潜伏期間は通常7～14日（5～21日）である。皮疹、粘膜疹、その他の皮膚粘膜病変、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、咽頭痛、肛門直腸痛、倦怠感、リンパ節腫脹がみられる。致死率は低い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からサル痘が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、サル痘患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、サル痘の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、サル痘が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、サル痘により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、サル痘により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	皮膚又は粘膜病変、水泡内容液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、肛門直腸拭い液、その他粘膜拭い液、血液、尿、その他検査方法に適する材料
病原体の特異抗原の検出	
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	

1.4 ジカウイルス感染症

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するジカウイルスによる主としてヤブ蚊によって媒介される感染症である。現状で得られる知見が限られているため、以下の記載内容については、今後変更の可能性がある。

(2) 臨床的特徴

・ジカウイルス病：

一般的に2～12日（多くは2～7日）の潜伏期の後の発熱（多くは38.5度以下）、発疹等で発症する。感染者のうち、発症するのは約20%とされている。関節痛、結膜充血、頭痛、後眼窩部痛、筋痛、関節腫脹等を伴うことがあるが、大半の患者においては重症化することなく数日程度で回復する。疫学的にはギラン・バレー症候群との関連性が指摘されているが、因果関係は明らかでない。

・先天性ジカウイルス感染症：

ジカウイルスに感染した母体から胎児への垂直感染により、小頭症や頭蓋内石灰化、その他の先天性障害を来す可能性があると考えられている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジカウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

なお、IgM抗体を用いて診断を行う場合は、患者が感染したと考えられる地域で流行中のその他のフラビウイルス属ウイルス（デング熱、黄熱、ウエストナイル熱、日本脳炎等）による先行感染又は共感染がないこと、半年以内の黄熱ワクチンの接種歴がないことを確認すること。その他のフラビウイルス属ウイルスによる先行感染又は共感染を認める場合は、ペア血清によるIgM抗体以外の方法による確認試験を実施すること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジカウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジカウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料	
	ジカウイルス病	先天性ジカウイルス感染症
分離・同定による病原体の検出	血液・尿	血液・臍帯・臍帯血・胎盤・尿・髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出		
IgM抗体の検出	血清	血清・臍帯血清・髄液
中和試験による抗体の検出		

1.5 重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属の重症熱性血小板減少症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome: SFTS）ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

主にSFTSウイルスを保有するマダニに刺咬されることで感染する。

潜伏期間は6～14日。発熱、消化器症状（嘔気、嘔吐、腹痛、下痢、下血）を主徴とし、時に、頭痛、筋肉痛、神経症状、リンパ節腫脹、出血症状などを伴う。血液所見では、血小板減少（10万/mm³未満）、白血球減少（4000/mm³未満）、血清酵素（AST、ALT、LDH）の上昇が認められる。致死率は10～30%程度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から重症熱性血小板減少症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症熱性血小板減少症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症熱性血小板減少症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、血清、咽頭拭い液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

16 腎症候性出血熱

(1) 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・腎性疾患である。

(2) 臨床的特徴

主にネズミの排泄物に接触（エアロゾルの吸入を含む）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。

ア 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/dlに達する。常時高度の蛋白尿、血尿を伴う。

イ 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、血尿のみみられるのみで、極めてまれに重症化する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腎症候性出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、腎症候性出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、腎症候性出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、尿（急性期）
PCR法による病原体の遺伝子の検出（白血球を用いる）	
ELISA法又は間接蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

17 西部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する西部ウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、イエカと鳥の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬による。潜伏期間は5～10日であり、頭痛、発熱、情緒不安、振戦、易興奮性、項部硬直、羞明、ときに異常な精神状態などがみられる。脳炎を生じると意識障害、弛緩性/痙攣性麻痺がみられる。特に乳児では急速な経過を取り、固縮、痙攣、泉門膨隆などがみられ、生残者

の60%以上で脳に障害を残し、進行性の知能発育不全をきたす。年長になるほど回復は早く、通常は5～10日で回復する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から西部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、西部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、西部ウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

18 ダニ媒介脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するダニ媒介脳炎ウイルスによる感染症であり、中央ヨーロッパダニ媒介脳炎とロシア春夏脳炎の2型に分けられる。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類との間に感染環が維持されているが、マダニでは経卵伝播もありうる。ヒトへの感染は主にマダニの刺咬によるが、ヤギの乳の飲用によることもある。潜伏期間は通常7～14日である。中央ヨーロッパ型では、発熱、筋肉痛などのインフルエンザ様症状が出現し、2～4日間続く。症例の三分の一では、その後数日経って第Ⅱ期に入り、髄膜脳炎を生じて痙攣、眩暈、知覚異常などを呈する。致死率は1～2%であるが、神経学的後遺症が10～20%にみられる。ロシア春夏脳炎では、突然に高度の頭痛、発熱、悪心、羞明などで発症し、その後順調に回復する例もあるが、他では髄膜脳炎に進展し、項部硬直、痙攣、精神症状、頸部や上肢の弛緩性麻痺などがみられる。致死率は20%に上り、生残者の30～40%では神経学的後遺症を来す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からダニ媒介脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ダニ媒介脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ダニ媒介脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出(ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

19 炭疽

(1) 定義

本症は炭疽菌(*Bacillus anthracis*)によるヒトと動物の感染症である。

(2) 臨床的特徴

ヒト炭疽には4つの主要な病型がある。

ア 皮膚炭疽

全体の95～98%を占める。潜伏期は1～7日である。初期病変はニ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及び血液へと進展し、敗血症を発症して致死性である。

イ 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、全身倦怠感、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、発汗及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。

ウ 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及び盲腸に多い。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、吐血を呈し、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。腸炭疽の致死率は25～50%とされる。

エ 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、まれ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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から炭疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、炭疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、炭疽により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣組織、血液、髄液、胸水、皮膚病変部
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

20 チクングニア熱

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するチクングニアウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

チクングニアウイルスを保有するヤブカ属のネッタイシマカ、ヒトスジシマカなどに刺されることで感染する。潜伏期間は3～12日(通常3～7日)で、患者の大多数は急性熱性疾患の症状を呈する。発熱と関節痛は必発であり、発疹は8割程度に認められる。関節痛は四肢(遠位)に強く対称性で、その頻度は手首、足首、指趾、膝、肘、肩の順であり、関節の炎症や腫脹を伴う場合もある。関節痛は急性症状が軽快した後も、数週間から数ヶ月にわたって続く場合がある。その他の症状としては、全身倦怠感・頭痛・筋肉痛・リンパ節腫脹である。血液所見では、リンパ球減少、血小板減少が認められる。重症例では神経症状(脳症)や劇症肝炎が報告されている。アフリカ、インド洋島嶼国、インド、東南アジアの熱帯・亜熱帯地域を中心として流行がみられている。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からチクングニア熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、チクングニア熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、チクングニア熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
EISA法(IgG抗体)、中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出(ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

2.1 つつが虫病

(1) 定義

つつが虫病リケッチア (*Orientia tsutsugamushi*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

つつが虫病リケッチアを保有するツツガムシに刺されて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℃にも達する。刺し口は皮膚の柔らかい隠れた部分に多い。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疹が出現するが、発疹は顔面、体幹に多く四肢には少ない。テトラサイクリン系の有効な抗菌薬による治療が適切に行われると劇的に症状の改善がみられる。重症になると肺炎や脳炎症状を来す。北海道、沖縄など一部の地域を除いて全国で発生がみられる。

発生時期は春～初夏及び晩秋から冬であるが、媒介ツツガムシの生息地域によって異なる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からつつが虫病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病的無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、つつが虫病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、つつが虫病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出(IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

2.2 デング熱

(1) 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ある。

(2) 臨床的特徴

2～14日(多くは3～7日)の潜伏期の後に突然の高熱で発症する。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続する(二峰性であることが多い)。初期症状に続いて全身の筋肉痛、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疹が出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では高度の白血球減少、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。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、解熱の時期に血漿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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からデング熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

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届け出ること。

項目	内容
臨床症状	2～7日持続する発熱(時に二峰性のパターンをとる)
血管透過性の亢進	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 ・血清蛋白の低下あるいは、胸水又は腹水の存在
血小板の減少	100,000/mm ³ 以下
出血傾向	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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、デング熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、デング熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原（NS1）の検出	血液（血清又は全血）
I g M抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

2.3 東部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する東部ウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では蚊と鳥の間で感染環が維持されており、鳥への媒介蚊は主にハボシカ属の蚊であるが、キンイロヤブカなども関係する。ヒトへの感染は主にヤブカの刺咬による。潜伏期間は3～10日であり、高熱、悪寒、倦怠感、筋肉痛などを生じるが、1～2週間で回復することが多い。しかし、ときには脳炎を発生して、昏睡、死亡に至ることがある。脳炎は50歳以上や15歳以下で起こりやすく、致死率は33%にも上り、生残者の半数は軽度～高度の永続的な神経学的後遺症を残す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から東部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、東部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、東部ウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.4 鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）

(1) 定義

トリに対して感染性を示すA型インフルエンザウイルス（H5N1及び

H7N9亜型を除く。）のヒトへの感染症である。

(2) 臨床的特徴

鳥インフルエンザウイルスに感染した家禽などからヒトへウイルスが感染することがごくまれに起こる。H5、H7、H9亜型ウイルスのヒトへの感染が報告されており、1997年の香港でのA/H5N1、2003年オランダでのA/H7N7による事例では、ヒトからヒトへの感染伝播も起こったと報告されている。

鳥インフルエンザウイルスのH5、H7亜型の感染例では、潜伏期間は通常のインフルエンザと同じく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、下痢、重篤な肺炎、多臓器不全などの全身症状を引き起こす重症例もある。

A/H7N7亜型ウイルスの感染では結膜炎を起こした例が多い。

香港などで数例報告されているA/H9N2亜型ウイルスによる感染では、発熱、咳等の通常のインフルエンザ様症状を呈したと報告されている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザにより（鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）を除く。）死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、肺胞洗浄液、剖検体の遺伝子の検出
検体から直接のP C R法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清

2.5 ニパウイルス感染症

(1) 定義

ニパウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染経路は感染動物（主にブタ）の体液や組織との接触によると考えられている。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、脳炎を発生する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からニパウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ニパウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ニパウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液(急性期)、咽頭拭い液、鼻腔拭い液、尿、病理組織
免疫染色による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出(剖検例は中枢神経系組織からも検出される)	血清
ELISA法又は中和試験による抗体の検出(IgM抗体の検出(ELISA法のみ)又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	

26 日本紅斑熱

(1) 定義

日本紅斑熱リケッチア(*Rickettsia japonica*)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

日本紅斑熱リケッチアを保有するマダニ(キチマダニ、フタトゲチマダニなど)に刺されることで感染する。刺されてから2~8日頃から頭痛、全身倦怠感、高熱などを伴って発症する。刺し口を見つけることは診断の助けとなる。高熱とほぼ同時に紅色の斑丘疹が手足など末梢部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、血小板減少、肝機能異常などはつつが虫病と同様であるが、つつが虫病に比べDICなど重症化しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から日本紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本紅斑熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出(IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

27 日本脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科に属する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、コガタアカイエカなどの蚊が媒介する。

(2) 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、吐き気、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、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、熱はその後次第に低下する。致死率は約25%、患者の50%は後遺症を残し、その他は回復する。死亡する場合は発症後1週間程度で死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から日本脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験又は赤血球凝集阻止法又は補体結合反応による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

28 ハンタウイルス肺症候群

(1) 定義

ブニヤウイルス科、ハンタウイルス属の新世界ハンタウイルス（シンノプレウイルス等）による急性呼吸器感染症である。

(2) 臨床的特徴

前駆症状として発熱と筋肉痛がみられる。次いで咳、急性に進行する呼吸困難が特徴的で、しばしば消化器症状及び頭痛を伴う。頻呼吸、頻拍の出現頻度が高い。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原性ではない。X線で肺中に広範な滲出液の貯留した特徴像が出る。致死率は40～50%である。

感染経路としては、①ウイルスを含む排泄物（尿、便）、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）、②手足の傷口からウイルスに汚染されたネズミの排泄物、唾液が接触して入る、③ネズミに咬まれる等である。

媒介動物は、米国ではシカシロアシネズミが、南米ではコットンラット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、中南米（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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からハンタウイルス肺症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ハンタウイルス肺症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ハンタウイルス肺症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、肺組織材料（生検、剖検による新鮮・凍結組織）
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はE L I S A法によるI g M抗体若しくはI g G抗体の検出	血清

29 Bウイルス病

(1) 定義

マカク属のサルに常在するBウイルス（ヘルペスウイルス科・アルファヘルペスウイルス亜科）による熱性・神経性疾患である。

(2) 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、所属リンパ節腫脹を来し、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を、眼にサルの分泌物等がはねとんだ際には結膜炎を来す。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、無治療での致死率は70～80%。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）による。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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からBウイルス病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Bウイルス病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Bウイルス病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、脳脊髄液、咬傷部・擦過部位の生検組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
E L I S A法（ドットプロット法を含む）による抗体の検出 （注）ヒトではH S V - 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（蛍光抗体法等）は使用できない。	血清

30 鼻疽

(1) 定義

鼻疽菌（*Burkholderia mallei*）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は、ウマの分泌物の吸入あるいはそれらとの接触感染である。潜伏期間は通常1～14日であるが、まれに年余にわたることもある。

初発症状は発熱、頭痛などであるが、重篤な敗血症性ショックを生じやすい。特徴的な局所症状はほとんどないが、皮膚に潰瘍を形成することもある。また、肺炎（急性壊死性肺炎）や肺膿瘍を発症する例もある。慢性感染の場合は、皮下、筋肉、腹部臓器などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鼻疽により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

3.1 ブルセラ症

(1) 定義

本症はウシ、ブタ、ヤギ、イヌ及びヒツジの感染症であるが、原因菌(*Brucella abortus*、*B. suis*、*B. melitensis*、及び*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。

(2) 臨床的特徴

感染動物の加熱殺菌不十分な乳・チーズなど乳製品や肉の喫食による経口感染が最も一般的である。家畜の流産仔や悪露への直接接触、汚染エアロゾルの吸入でも感染する。ヒトヒト感染は、授乳、性交、臓器移植による事例が報告されているが極めてまれである。*B. canis*は流産仔や悪露、血液などへの接触することにより感染するが、尿中に排菌されることも知られている。

潜伏期間は通常1～3週、時に数ヶ月との報告がある。臨床所見としては倦怠感、発熱、発汗、腰背部痛、関節痛、悪寒などインフルエンザ様で、その他、関節炎、リンパ節腫脹、脾腫、肝腫、中枢神経症状が見られることもある。合併症として、仙腸骨炎、心内膜炎、肺炎、骨髄炎、膵炎を呈することがある。未治療時の致死率は5%程度で、心内膜炎が死亡原因の大半を占める。男性では20%程度の患者に、精巣上体炎・精巣痛があらわれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からブルセラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ブルセラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ブルセラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出（抗原がアポルトタスの場合は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価）	血清

3.2 ベネズエラウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するベネズエラウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではイエカとげっ歯類の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬によって生じる。潜伏期間は2～5日であり、発熱、頭痛、筋肉痛、硬直などを生じる。中枢神経病変を生じると項部硬直、痙攣、昏睡、麻痺などがみられるが、これらは15歳未満の小児患者の4%にみられる。致死率は10～20%とされている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からベネズエラウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ベネズエラウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ベネズエラウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12

条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

3.3 ヘンドラウイルス感染症

(1) 定義

パラミクソウイルス科ニパウイルス属に属するヘンドラウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然宿主はオオコウモリである。ヒトへの感染は、動物（主にウマ）の体液や組織との接触感染によると考えられている。ヒト症例は非常に少数であり、臨床像の詳細は明らかでないが、発熱や筋肉痛などのインフルエンザ様症状から、重篤な肺炎、さらには脳炎による意識障害、痙攣などがありうる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘンドラウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ヘンドラウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ヘンドラウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液（急性期）、咽頭拭い液、鼻腔拭い液、尿、病理組織
免疫染色による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出（剖検例は中枢神経系組織からも検出される）	血清
E L I S A法又は中和試験による抗体の検出（I g M抗体の検出（E L I S A法のみ）又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	

3.4 発しんチフス

(1) 定義

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

(2) 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℃に急上昇する。発疹は発熱第5～6病日に、体幹から全身に広がるが、顔面、手掌、足底に出現することは少ない。発疹は急速に点状出血斑となる。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（BrillZinsser病）が、症状は軽度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から発しんチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、発しんチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、発しんチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
補体結合反応又は間接酵素抗体法による抗体の検出	血清

3.5 ボツリヌス症

(1) 定義

ボツリヌス菌（*Clostridium botulinum*）が産生するボツリヌス毒素、又は *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。

(2) 臨床的特徴

ボツリヌス毒素又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。

感染経路の違いにより、以下の4つの病型に分類される。

ア 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

イ 乳児ボツリヌス症

1歳未満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

ウ 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

エ 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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からボツリヌス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ボツリヌス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ボツリヌス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
ボツリヌス毒素の検出	血液、便、吐物、腸内容物、創部の浸出液
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認	
①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	
原因食品からのボツリヌス毒素の検出	原因食品
ボツリヌス抗毒素抗体の検出（数か月後）	血清

36 マラリア

(1) 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）などの単独又は混合感染に起因する疾患であり、特有の熱発作、貧血及び脾腫を主徴とする。ハマダラカによって媒介される。

(2) 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感や背部痛、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、顔面紅潮や吐き気、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、錯乱など中枢神経症状（マラリア脳症）、急性腎不全、重度の貧血、低血糖、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマラリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリア患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マラリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリアにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マラリアにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのマラリア原虫の証明、かつ、原虫種の確認による病原体の検出	血液
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
フローサイトメトリー法によるマラリア原虫感染赤血球の検出	

37 野兔病

(1) 定義

野兔病菌 (*Francisella tularensis*) による発熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

保菌動物の解体や調理の時の組織又は血液との接触や、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から野兔病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病の無症状病原体保有者と診断した

合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、野兔病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、野兔病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣部拭い液、摘出リンパ節、リンパ節穿刺液、咽頭拭い液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
菌凝集反応法による抗体の検出（単一血清で40倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

38 ライム病

(1) 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 sensu lato*) 感染症である。

(2) 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、全身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、形状は環状紅斑又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。

感染から数か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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からライム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ライム病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ライム病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、

ライム病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液 (髄膜炎、脳炎の場合)
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

39 リッサウイルス感染症

(1) 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。

(2) 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。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ると思われる)。

臨床症状としては、頭痛、発熱、全身倦怠感、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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からリッサウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リッサウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リッサウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料及び唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織

4.0 リフトバレー熱

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属に属するリフトバレー熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、主にヤブカ属の蚊と牛や羊の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染は、主に蚊あるいは他の吸血性昆虫の刺咬によるが、動物の血液や他の体液による接触感染もありうる。潜伏期間は2～6日で、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛等のインフルエンザ様症状を呈し、項部硬直、肝機能障害、羞明、嘔吐を呈することもあるが、通常は4～7日で回復する。重症例では網膜炎(0.5～2%)、出血熱(<1%)、脳炎(<1%)を発症することがある。致死率は全体としては1%程度であるが、出血熱を呈した場合には50%にも達する。後遺症としては、網膜炎後の失明が重要である。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からリフトバレー熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リフトバレー熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リフトバレー熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	

4.1 類鼻疽

(1) 定義

類鼻疽菌(*Burkholderia pseudomallei*)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は土壌や地上水との接触感染であるが、粉塵の吸入や飲水などによることもある。潜伏期間は通常3～21日であるが、年余にわたることもある。皮膚病変としてはリンパ節炎をともなう小結節を形成し、発熱を伴うこともある。呼吸器系病変としては気管支炎、肺炎を発症するが、通常は高熱を伴い、胸痛を生じ、乾性咳嗽、あるいは正常喀痰の湿性咳嗽がみられる。HIV感染症、腎不全、糖尿病などの基礎疾患を有する場合には、敗血症性ショックを生じることがある。慢性感染では関節、肺、腹部臓器、リンパ節、骨などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から類鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、類鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、類鼻疽により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚 病変組織・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

4.2 レジオネラ症

(1) 定義

Legionella 属菌(*Legionella pneumophila* など)が原因で起こる感染症である。

(2) 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。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。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。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からレジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レプトスピラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、 その他の無菌的部位、気道分泌物
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、 その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
LAMP法による病原体の遺伝子の検出	喀痰
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上）	血清

43 レプトスピラ症

(1) 定義

病原性レプトスピラ (*Leptospira interrogans* など) による、多様な症状を示す急性の熱性疾患である。

(2) 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。

黄疸、出血、腎障害などの症状が見られる。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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からレプトスピラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レプトスピラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

から、レプトスピラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
顕微鏡下凝集試験法(MAT)による抗体の検出(ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

44 ロッキー山紅斑熱

(1) 定義

紅斑熱群リケッチアに属するロッキー山紅斑熱リケッチア (*Rickettsia rickettsii*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではダニ、げっ歯類、大動物（イヌなど）の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染はダニの刺咬による。潜伏期間は3～12日であり、頭痛、全身倦怠感、高熱などで発症する。通常、つつが虫病などでみられるような刺し口は生じない。高熱とほぼ同時に、紅色の斑丘疹が手足などの末梢部から求心性に多発し、部位によっては点状出血を伴う。ときにリンパ節腫脹がみられる。その後、中枢神経系症状、不整脈、乏尿、ショックなどの合併症を呈する。診断・治療の遅れ、高齢者、発疹がみられない、ダニの刺咬歴がある、冬季の発症などでは、致死率が高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からロッキー山紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ロッキー山紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ロッキー山紅斑熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はELISA法による抗体の検出(IgM抗体の検出又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

第6 五類感染症

1 アメーバ赤痢

(1) 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。

(2) 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。

ア 腸管アメーバ症

下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛、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増悪と寛解を繰り返すことが多い。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したりすることもある。

イ 腸管外アメーバ症

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。高熱(38~40℃)、季肋部痛、吐き気、嘔吐、体重減少、寝汗、全身倦怠感を伴う。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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からアメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、アメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下での病原体の検出	便、病変部(大腸粘膜組織、膿瘍液)
E L I S A法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	便
抗体の検出	血清

2 ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)

(1) 定義

ウイルス感染を原因とする急性肝炎(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。

(2) 臨床的特徴

一般に全身倦怠感、感冒様症状、食欲不振、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伴うことが多い。発熱、肝機能異常、その他の全身症状を呈する発病後間もない時期には、かぜあるいは急性胃腸炎などと類似した症状を示す。

潜伏期間は、B型肝炎では約3か月間、C型肝炎では2週間から6か月間である。

臨床病型は、黄疸を伴う定型的急性肝炎のほかに、顕性黄疸を示さない無黄疸性肝炎、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。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(ア) B型肝炎

検査方法	検査材料
I g M H B c 抗体の検出(明らかなキャリアからの急性増悪例は含まない)	血清

(イ) C型肝炎

検査方法	検査材料
抗体陰性で、H C V RNA又はH C Vコア抗原の検出	血清
ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇	

(ウ) その他のウイルス性肝炎

その他のウイルス性肝炎の届出を行う際には、病原体の名称と、検査方法、検査材料についても届け出る。

ウ その他

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、届出票の「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。

ア 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。

イ 発病後10日以内の脳症の発現は急性型、それ以降の発現は亜急性型とする。

3 カルバベネム耐性腸内細菌科細菌感染症

(1) 定義

メロベネムなどのカルバベネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌科細菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に感染防御機能の低下した患者や外科手術後の患者、抗菌薬を長期にわたって使用している患者などに感染症を起こす。健康者に感染症を起こすこともある。肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎その他多様な感染症を起こす。ただし、無症状で腸管等に保菌されることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からカルバベネム耐性腸内細菌科細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバベネム耐性腸内細菌科細菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、カルバベネム耐性腸内細菌科細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバベネム耐性腸内細菌科細菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届

出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、かつ、次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認 ア メロベネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はメロベネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること イ 次のいずれにも該当することの確認 (ア) イミペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること (イ) セフメタゾールのMIC値が64μg/ml以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12mm以下であること	血液、腹水、胸水、髄液その他の通常無菌的であるべき検体
次のいずれにも該当することの確認 ア 分離・同定による腸内細菌科細菌の検出 イ 次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認 (ア) メロベネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はメロベネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること (イ) 次のいずれにも該当することの確認 a イミペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること b セフメタゾールのMIC値が64μg/ml以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12mm以下であること ウ 分離菌が感染症の起原因と判定されること	喀痰、膿、尿その他の通常無菌的ではない検体

4 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）

(1) 定義

ウイルスなどの種々の病原体の感染により弛緩性の運動麻痺症状を呈する感染症である。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、手足や呼吸筋などに筋緊張の低下、筋力低下、深部腱反射の減弱ないし消失、筋萎縮などの急性の弛緩性の運動麻痺症状を呈する。発症機序が同一ではないが、同様の症状を呈するポリオ様麻痺、急性弛緩性脊髄炎、急性脳脊髄炎、急性脊髄炎、ギラン・バレー症候群、急性横断性脊髄炎、Hopkins 症候群等もここには含まれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)届出に必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者の死体を検索した結果、症状や所見から、急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（3つすべてを満たすもの）

ア 15歳未満
イ 急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者
ウ 明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと

5 急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）

(1) 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。

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。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、高熱に続き、意識障害や痙攣が突然出現し、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

意識障害を伴って死亡した者、又は意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、以下のうち、少なくとも1つの症状を呈した場合である。

熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、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。

ア 38℃以上の高熱
イ 何らかの中樞神経症状
ウ 先行感染症状

6 クリプトスポリジウム症

(1) 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摂取することによる感染症である。

(2) 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、食欲不振、嘔吐、腹痛、下痢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、通常は数日間自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全状態にある場合は、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死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見

から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、臍液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

7 クロイツフェルト・ヤコブ病

(1) 定義

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下「CJD」という。）に代表されるプリオン病とは、その感染因子が細菌やウイルスと異なり、核酸を持たない異常プリオン蛋白と考えられている伝播可能な致死性疾患である。すべてのプリオン病は中枢神経に異常プリオン蛋白が蓄積することによって発症し、致死性である。長い潜伏期を有する等の共通した特徴があるが、その臨床像は多彩である。

(2) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる者を診察し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死者の死体

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる死体を検案し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たし、クロイツフェルト・ヤコブ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(3) 届出に必要な要件

ア 孤発性プリオン病

(ア) 進行性認知症を示し、表1に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) ①ミオクローヌス、②錐体路又は錐体外路症状、③小脳症状又は視覚異常、④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

(ウ) 脳波に周期性同期性放電（PSD）を認める症例

(エ) プリオン病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（ア）、（イ）の両方を満たす症例

・ほぼ確実（probable）上記（ア）～（ウ）をすべて満たす症例

・確実（definite）上記（エ）を満たす症例

イ 遺伝性プリオン病

遺伝性プリオン病には、ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（GSS）及び家族性致死性不眠症（FFI）がある。

(ア) 表2、3に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) 遺伝性プリオン病を示唆する家族歴がある症例

(ウ) 遺伝性プリオン病として臨床所見が矛盾しない症例

(エ) プリオン蛋白遺伝子変異が証明された症例

(オ) プリオン病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（ア）～（ウ）をすべて満たす症例

・ほぼ確実（probable）上記（ア）、（ウ）、（エ）をすべて満たす症例

・確実（definite）上記（エ）、（オ）の両方を満たす症例

ウ 感染性プリオン病

(ア) 医原性CJD

孤発性プリオン病と同様の症状、所見を有する症例のうち、ヒト由来乾燥硬膜移植、ヒト由来角膜移植、ヒト下垂体由来の成長ホルモンやゴナドトロピンの使用等の既往がある症例。診断の確実度は(3)ア 弧

発性プリオン病と同じ。

(イ) 変異型CJD

I

- A. 進行性精神・神経障害
- B. 経過が6か月以上
- C. 一般検査上、他の疾患が除外できる
- D. 医原性の可能性が低い
- E. 家族性プリオン病を否定できる

II

- A. 発病初期の精神症状^a
- B. 遷延性の痛みを伴う感覚障害^b
- C. 失調
- D. ミオクローヌスか、舞踏運動か、ジストニア
- E. 認知症

III

- A. 脳波でPSD陰性^c（又は脳波が未施行）
- B. MRIで両側対称性の視床枕の高信号^d

IV

- A. 口蓋扁桃生検で異常プリオン陰性^e
 - ・ 確実例：I Aと神経病理で確認したもの^f
 - ・ ほぼ確実例：I + IIの4/5項目 + III A + III B又はI + IV A
 - ・ 疑い例：I + IIの4/5項目 + III A

V 表4に掲げる疾患等の他の疾病を除外できる症例

^a抑鬱、不安、無関心、自閉、錯乱

^bはっきりとした痛みや異常感覚

^c約半数で全般性三相性周期性複合波

^d大脳灰白質や深部灰白質と比較して

^e口蓋扁桃生検をルーチンに施行したり、孤発性CJDに典型的な脳波所見を認める例に施行することは推奨されないが、臨床症状は矛盾しないが視床枕に高信号を認めない変異型CJD疑い例には有用である。

^f大脳と小脳の全体にわたって海綿状変化と広範なプリオン蛋白陽性の花弁状クラーブ斑

表1. 孤発性プリオン病と鑑別を要する疾患

- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・前頭葉・側頭葉型認知症
- ・脳血管障害
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・脊髄小脳変性症
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・てんかん
- ・脳炎、髄膜炎
- ・エイズ脳症
- ・自己免疫性脳症・傍腫瘍性症候群
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝不全、腎不全、薬物中毒等）
- ・低酸素脳症
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の原因による老年期認知症性疾患（大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・内因性精神病
- ・孤発性プリオン病以外のプリオン病

表2. ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（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
- ・アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・脳炎、髄膜炎
- ・自己免疫性脳症
- ・傍腫瘍性症候群
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・代謝性脳症（リビドーシス、薬物中毒等）
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺等）
- ・GSS以外のプリオン病

表3. 家族性致死性不眠症（FFI）と鑑別を要する疾患

- ・視床変性症
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脊髄小脳変性症
- ・純粋自律神経不全症（pure autonomic failure）
- ・シャイ・ドレーガー症候群
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症等）
- ・悪性リンパ腫
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・脳炎、髄膜炎
- ・その他の病因による視床症候群
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・FFI以外のプリオン病

表4. 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）と鑑別を要する疾患

- ・内因性精神病
- ・視床変性症
- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（Wilson病、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、薬物中毒、リビドーシス等）
- ・脳炎、髄膜炎
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・その他の病因による視床症候群
- ・変異型CJD以外のプリオン病

8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症

(1) 定義

β溶血を示すレンサ球菌を原因とし、突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態である。

(2) 臨床的特徴

初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状（食欲不振、吐き気、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、血液凝固異常（DIC）、肝腎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群レンサ球菌等による軟部組織炎、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、劇症型溶血性レンサ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のアの（ア）及び（イ）かつイを満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) ショック症状

(イ) (以下の症状のうち2つ以上)

肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群、DIC、軟部組織炎（壊死性筋膜炎を含む）、全身性紅斑性発疹、痙攣・意識消失などの中枢神経症状

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	通常無菌的な部位（血液、髄液、胸水、腹水）、生検組織、手術創、壊死軟部組織

9 後天性免疫不全症候群

(1) 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。

(2) 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（無治療で数年から10年程度）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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、(4)アの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件により、後天性免疫不全症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件

ア HIV感染症の診断（無症候期）

(ア) 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的場合にHIV感染症と診断する。

- ① 抗体確認検査（Western Blot法等）
- 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。）

(イ) 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。

イ AIDSの診断

アの基準を満たし、下記の指標疾患 (Indicator Disease) の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。ただし、(ア)の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何らかの症状を認める場合には、その他とする。

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
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. ニューモシスティス肺炎
(注) *P. carinii*の分類名が*P. jiroveci*に変更になった

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)
 - ① 敗血症、② 肺炎、③ 髄膜炎、④ 骨関節炎
 - ⑤ 中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍

10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

11. 活動性結核 (肺結核又は肺外結核)^(※)
12. 非結核性抗酸菌症
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

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 1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
 - ② 生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの
15. 進行性多巣性白質脳症

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
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. HIV脳症 (認知症又は亜急性脳炎)
 23. HIV消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)
- (※) C11活動性結核のうち肺結核及びE19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所見がみられる者に限る。

10 ジアルジア症

(1) 定義

消化管寄生虫鞭毛虫の一種であるジアルジア (別名ランブル鞭毛虫 (*Giardia lamblia*.) による原虫感染症である。

(2) 臨床的特徴

糞便中に排出された原虫嚢子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 (しばしば脂肪性下痢) 等の症状を示すこともあり、免疫不全状態では重篤となることもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、臍液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

11 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

*Haemophilus influenzae*による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。発症は一般に突発的であり、上気道炎や中耳炎を伴って発症することがある。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等の症状を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱や発疹を呈すが、臨床症状が特異的ではないことも多く、急速に重症化して肺炎や喉頭蓋炎並びにショックを来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症により死亡したと判

断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
ラテックス法による病原体抗原の検出	髄液

1.2 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

Neisseria meningitidis による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～10日（平均4日）で、発症は突発的である。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱を呈し、重症化を来すと紫斑の出現、ショック並びにDIC（Waterhouse-Friedrichsen症候群）に進展することがある。本疾患の特徴として、点状出血が眼球結膜や口腔粘膜、皮膚に認められ、また出血斑が体幹や下肢に認められる。

世界各地に散発性又は流行性に発症し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾期に多発する。学生寮などで共同生活を行う10代が最もリスクが高いとされているため、特に共同生活をしている例ではアウトブレイクに注意が必要である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位

1.3 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。小児及び高齢者を中心とした発症が多く、小児と成人でその臨床的特徴が異なる。

ア 小児

成人と異なり、肺炎を伴わず、発熱のみを初期症状とした感染単のはっきりしない菌血症例が多い。また、髄膜炎は、直接発症するものの他、肺炎球菌性の中耳炎に続いて発症することがある。

イ 成人

発熱、咳嗽、喀痰、息切れを初期症状とした菌血症を伴う肺炎が多い。髄膜炎例では、頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状等の症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

1.4 水痘（入院例に限る。）

(1) 定義

水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症のうち24時間以上入院を必要とするものである（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

(2) 臨床的特徴

冬から春に好発する感染症であるが、年間を通じて患者の発生がみられる。飛沫、飛沫核、接触感染などで感染する。潜伏期は2～3週間である。免疫がなければいずれの年齢でも罹患する。母子免疫は麻しんほど強力ではなく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発疹である。それぞれの発疹は紅斑、紅色丘疹、水疱形成、痂皮化へと約3日の経過で変化していくが、同一段階の皮疹が同時に全身に出現するのではなく、新旧種々の段階の発疹が同時に混在する。

発疹は体幹に多発し、四肢に少ない。発疹は頭皮、口腔などの粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好である。ただし、免疫不全状態の者が罹患した場合は重症化しやすく、致死経過をとることもある。成人での罹患は小児での罹患より重症である。

合併症としては、肺炎、脳炎、小脳炎、小脳失調、肝炎、心膜炎、細菌の二次感染による膿痂疹、蜂窩織炎、敗血症等が報告されている。

免疫不全状態にある者が水痘・帯状疱疹ウイルスに初感染し、水痘を発症した場合には、播種性血管内凝固症候群（DIC）、多臓器不全、内臓播種性水痘等を合併し、極めて重篤な経過をとる場合がある。水疱出現前に激しい腹痛や腰部痛を伴うことがある。

出産5日前から出産2日後に母体が水痘を発症すると、妊婦自身が重症化する可能性に加えて、児が重症の新生児水痘を発症する可能性がある。

また、他疾患で入院中の患者が水痘・帯状疱疹ウイルスに初感染し、水痘を発症した場合、入院期間の延長や、基礎疾患に影響を及ぼすことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な病原体診断により、水痘により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 検査診断例

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たし、かつ、24時間以上入院したもの（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状をいずれも満たし、かつ、24時間以上入院したもの（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

届出に必要な臨床症状

ア 全身性の紅斑性丘疹や水疱の突然の出現
イ 新旧種々の段階の発疹（丘疹、水疱、痂皮）が同時に混在すること

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	水疱内容液、咽頭拭い液、末梢血リンパ球、血液、髄液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	水疱内容液、水疱基底部拭い液（水疱内剥離感染細胞）
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	水疱内容液、咽頭拭い液、末梢血リンパ球、血液、髄液、痂皮
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

15 先天性風しん症候群

(1) 定義

風しんウイルスの胎内感染によって先天異常を起こす感染症である。

(2) 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、白内障、先天性心疾患、難聴であるが、その他先天性緑内障、色素性網膜症、紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、骨のX線透過性所見、生後24時間以内に出現する黄疸などを来しうる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から先天性風しん症候群が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、先天性風しん症候群が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のア及びイの両方を満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

- (ア) CRS典型例；「①から2項目以上」又は「①から1項目と②から1項目以上」
- (イ) その他；「①若しくは②から1項目以上」

① 白内障又は先天性緑内障、先天性心疾患、難聴、色素性網膜症
② 紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、X線透過性の骨病変、生後24時間以内に出現した黄疸

イ 病原体診断又は抗体検査の方法

- (ア) 以下のいずれか1つを満たし、出生後の風しん感染を除外できるもの

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、唾液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
赤血球凝集阻止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（出生児の赤血球凝集阻止抗体価が、月あたり1/2の低下率で低下していない。）	

16 梅毒

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

I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、無痛性の鼠径部リンパ節腫脹がみられる。

II期梅毒では、感染後3か月を経過すると皮膚や粘膜に梅毒性バラ疹や丘疹性梅毒疹、扁平コンジローマなどの特有な発疹が見られる。

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ものもある。

先天梅毒は、梅毒に罹患している母体から出生した児で、①胎内感染を示す検査所見のある症例、②II期梅毒疹、骨軟骨炎など早期先天梅毒の症状を呈する症例、③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。また、妊婦における梅毒感染は、先天梅毒のみならず、流産及び死産のリスクとなる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左下欄に掲げる検査方法により、抗体(1)カルジオリピンを抗原とする検査では16倍以上又はそれに相当する抗体価)を保有する者で無症状病原体保有者と見なされる者（陈旧性梅毒と見なされる者を除く。）を診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
染色法またはPCR検査等による病原体の検出	病変（初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹）
・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1) カルジオリピンを抗原とする検査 例) RPRカードテスト、凝集法、自動化法等	血清

2) <i>T. pallidum</i> を抗原とする検査 例) TPLA法、TPPA法、CLIA法、FTA-ABS法等	
--	--

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である。

ア 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
イ 児の血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続する場合
ウ 児の <i>T. pallidum</i> を抗原とするIgM抗体陽性
エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

17 播種性クリプトコックス症

(1) 定義

Cryptococcus 属真菌による感染症のうち、本菌が髄液、血液などの無菌的臨床検体から検出された感染症又は脳脊髄液のクリプトコックス莢膜抗原が陽性となった感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。免疫不全の者である場合と免疫不全でない者である場合とでその臨床的特徴が異なる。

ア 免疫不全の者である場合

脳髄膜炎として発症することが多く、発熱、頭痛などの症状を呈する。リンパ節腫大や播種性病変として皮疹、骨、関節などの病変も認められる。

イ 免疫不全でない者である場合

中枢神経系の病変では、痙攣、意識障害などの重篤な症状がみられる症例から、発熱、頭痛等の典型的な脳髄膜炎症状を欠く症例まで様々である。中枢神経系の腫瘍性病変としてみられる場合は、腫瘍との鑑別が必要となる。慢性的な脳圧亢進による性格変化などの症状のみを呈する場合もある。

中枢神経系以外の眼、皮膚、骨（骨髄）等への播種では局所に応じた症状を呈する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から播種性クリプトコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、播種性クリプトコックス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、播種性クリプトコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、播種性クリプトコックス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、腹水、胸水、髄液 その他の通常無菌的であるべき検体
病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明）	髄液、病理組織
ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出	髄液、血液

18 破傷風

(1) 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

毒素により、神経刺激伝達障害を起こす。

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、破傷風患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、破傷風により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

19 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 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。

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であるとの判定。	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

20 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシンに対して耐性を示す腸球菌（VRE）による感染症である。

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

21 百日咳

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常5～10日（最大3週間程度）であり、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。乳児（特に新生児や乳児早期）ではまれに咳が先行しない場合がある。

典型的な臨床像は顔を真っ赤にしてコンコンと激しく発作性に咳込み（スタッカート）、最後にヒューと音を立てて息を吸う発作（ウーブ）となる。嘔吐や無呼吸発作（チアノーゼの有無は問わない）を伴うことがある。血液所見としては白血球数増多が認められることがある。乳児（特に新生児や乳児早期）では重症になり、肺炎、脳症を合併し、まれに致死的となることがある。

ワクチン既接種の小児や成人では典型的な症状がみられず、持続する咳が所見としてみられることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。ただし、検査確定例と接触があり、(2)の臨床的特徴を有する者については、必ずしも検査所見を必要としない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔、咽頭、気管支などから採取された検体
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	鼻咽頭拭い液
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

22 風しん

(1) 定義

風しんウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

飛沫感染が主たる感染経路であるが、接触感染も起こりえる。潜伏期は通常2～3週間であり、全身性の小紅斑や紅色丘疹、リンパ節腫脹（全身、特に頸部、後頭部、耳介後部）、発熱を三主徴とする。皮疹は3日程度で消退する。リンパ節腫脹は発疹出現数日前に出現し3～6週間で消退する。発熱は風しん患者の約半数にみられる程度である。カタル症状、眼球結膜の充血を伴うことがあり、成人では関節炎を伴うこともある。風しん患者の多くは軽症であるが、まれに脳炎、血小板減少性紫斑病を合併し入院を要することがある。

妊婦の風しんウイルス感染は、先天性風しん症候群の原因となることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 検査診断例

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 全身性の小紅斑や紅色丘疹
イ 発熱
ウ リンパ節腫脹

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（1 g M抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

23 麻しん

(1) 定義

麻しんウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常10～12日間であり、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。発疹期（3～4日）には一度下降した発熱が再び高熱となり（39～40℃）、特有の発疹（小鮮紅色斑が暗紅色丘疹、それらが融合し網目状になる）が出現する。発疹は耳後部、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、発疹は消退し、色素沈着を残す。肺炎、中耳炎、クループ、脳炎を合併する場合がある。麻しんウイルスに感染後、数年から十数年以上経過してSSPE（亜急性硬化性全脳炎）を発症する場合がある。

なお、上記症状を十分満たさず、一部症状のみの麻しん（修飾麻しん）もみられることがある。これはワクチンによる免疫が低下してきた者に見られることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 麻しん（臨床診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

ウ 修飾麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 麻しんに特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（IgM抗体の検出、ヘア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.4 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示すアシネトバクター属菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎、皮膚、粘膜面、軟部組織、眼などに多彩な感染症を起こす。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、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 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、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 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、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	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起原菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、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 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、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 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、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	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※)イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

2.5 RSウイルス感染症

(1) 定義

RS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。

(2) 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℃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か月未満の乳児、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引き起こし、入院、呼吸管理が必要となる。乳児では、細気管支炎による喘鳴（呼吸性喘鳴）

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か月未満の乳児では、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からRSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、RSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出に必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
中和反応又は補体結合反応による抗体の検出(補体結合反応にて、急性期と2～3週間以後の回復期に抗体陽転又は抗体価の有意の上昇を認めれば確定)	血清

26 咽頭結膜熱

(1) 定義

発熱・咽頭炎及び結膜炎を主症状とする急性のウイルス感染症である。

(2) 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)、結膜炎が三主症状である。アデノウイルス3型が主であるが、他に4、7、11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。特に夏季に流行をみることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 結膜充血

27 A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

(1) 定義

A群レンサ球菌による上気道感染症である。

(2) 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。発疹を伴うこともあり、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 莓舌

(5) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の培養・同定による病原体の検出	咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
A S O法又はA S K法による抗体の検出(ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

28 感染性胃腸炎

(1) 定義

細菌又はウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とする感染症である。原因はウイルス感染(ロタウイルス、ノロウイルスなど)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みられる。

(2) 臨床的特徴

乳幼児に好発し、1歳以下の乳児は症状の進行が早い。

主症状は嘔吐と下痢であり、種々の程度の脱水、電解質喪失症状、全身症状が加わる。嘔吐又は下痢のみの場合や、嘔吐の後に下痢がみられる場合と様々で、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。年長児では吐き気や腹痛がしばしばみられる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状及び要件 (2つすべてを満たすもの)

ア 急に発症する腹痛 (新生児や乳児では不明)、嘔吐、下痢
イ 他の届出疾患によるものを除く

29 水痘

(1) 定義

水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症である。

(2) 臨床的特徴

冬から春に好発する感染症であるが、年間を通じて患者の発生がみられる。飛沫、飛沫核、接触感染などで感染する。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。母子免疫は麻しんほど強力ではなく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発疹である。それぞれの発疹は紅斑、紅色丘疹、水疱形成、痂皮化へと約3日の経過で変化していくが、同一段階の皮疹が同時に全身に出現するのではなく、新旧種々の段階の発疹が同時に混在する。

発疹は体幹に多発し、四肢に少ない。発疹は頭皮、口腔などの粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好である。ただし、免疫不全状態の小児が罹患した場合は重症化しやすく、致死的経過をとることもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 全身性の漿液性丘疹や水疱の突然の出現
イ 新旧種々の段階の発疹 (丘疹、水疱、痂皮) が同時に混在すること

30 手足口病

(1) 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A16型、エンテロウイルス71型のほか、コクサッキーA10型その他によっても起こることが知られている。

(2) 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日ぐらいつ過ぎた頃から、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。水疱はやや楕円形を呈し、臀部、膝部などに紅色の小丘疹が散在することもある。皮疹は1週間から10日で自然消退する。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。エンテロウイルス71型による手足口病の場合にその頻度が高い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 手のひら、足底又は足背、口腔粘膜に出現する2～5mm程度の水疱
イ 水疱は痂皮を形成せずに治癒

31 伝染性紅斑

(1) 定義

B19ウイルスの感染による紅斑を主症状とする発疹性疾患である。

(2) 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、特に頬部に境界明瞭な平手で頬を打ったような紅斑が突然出現する。つづいて四肢に対側にレース様の紅斑が出現する。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。発疹の他に発熱、関節痛、咽頭痛、鼻症状、胃腸症状、粘膜疹、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。但し、溶血性貧血の患者では、汎血球減少を起こすことがある。妊婦の場合には、胎児水腫又は流産を起こすことがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 左右の頬部の紅斑の出現
イ 四肢のレース様の紅斑の出現

32 突発性発しん

(1) 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疹を来す疾患である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児期、特に6～18か月の間に罹患することが多い。5歳以上はまれである。

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、特に口蓋垂の両側に強い斑状発赤を認めることがある。軟便若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。

解熱に前後して小さな紅斑や紅色丘疹が出現し、散在性、時に斑状融合性に分布する。発疹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。発疹は1～2日で消失する。脳炎を合併することがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しん患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

届出の対象は、上記の臨床的特徴に合致するものであるため、届出の対象は5歳未満のみとする。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しんにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

ければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 突然に発熱し、2～4日間持続
イ 解熱に前後して体幹部、四肢、顔面の発疹が出現

3.3 ヘルパンギーナ

(1) 定義

主にコクサッキーウイルスA群による口咽部に特有の小水泡と発熱を主症状とする夏かぜの一種である。多くは、コクサッキーウイルスA群2～8、10、12型、まれにその他のエンテロウイルスも病原として分離されることがある。

(2) 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、軽度発赤し、口蓋から口蓋帆にかけて1～5mmの小水泡、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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 突然の高熱での発症
イ 口蓋垂付近の水疱疹や潰瘍や発赤

3.4 流行性耳下腺炎

(1) 定義

ムンプスウイルス感染により耳下腺が腫脹する感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道を介して飛沫感染し潜伏期は2～3週間で、両側又は片側の耳下腺が腫脹し、ものを嚙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、肺炎、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。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

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

3.5 インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)

(1) 定義

インフルエンザウイルス (鳥インフルエンザの原因となるA型インフルエンザウイルス及び新型インフルエンザ等感染症の原因となるインフルエンザウイルスを除く。)の感染による急性気道感染症である。

(2) 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、例年11月～4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。合併症として、脳症、肺炎を起こすことがある。

(3) 届出基準 (インフルエンザ定点における場合)

ア 患者 (確定例)

指定届出機関 (インフルエンザ定点)の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、インフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

①届出のために必要な臨床症状 (4つすべてを満たすもの)

ア 突然の発症
イ 高熱
ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

②届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液

(4) 届出基準 (基幹定点における場合)

ア 入院患者

指定届出機関 (基幹定点)の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、(3)①のすべてを満たすか、(3)①のすべてを満たさなくても(3)②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

3.6 急性出血性結膜炎

(1) 定義

エンテロウイルス70型及びコクサッキーウイルスA24変異型の感染によって起こる急性結膜炎である。

(2) 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、特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か月後に四肢の運動麻痺を来す

ことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（下記のうち2つ以上）

ア 急性濾胞性結膜炎
イ 眼脂、眼痛、異物感などを伴う眼瞼腫脹
ウ 結膜下出血

37 流行性角結膜炎

(1) 定義

アデノウイルスD種の8、37、53、54、56、64/19a型などによる眼感染症である。

(2) 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。結膜出血点の存在は特異性が高い。耳前リンパ節の腫脹と圧痛をきたす場合が多い。角膜にはび慢性表層角膜炎や多発性角膜上皮下浸潤がみられ、異物感、眼痛を訴えることがある。偽膜を伴うことも多い。通常、発病後2～3週間程度で治癒する。感染性が大変強く、家庭内感染や院内感染を起こすことが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性角結膜炎が疑われ、かつ、(4)又は(5)を満たすことにより、流行性角結膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から流行性角結膜炎が疑われ、かつ、(4)又は(5)を満たすことにより、流行性角結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状等

急性濾胞性結膜炎の臨床症状があり、かつ、下記のうち1つ以上に該当すること。

ア 家族に流行性角結膜炎の患者がいること
イ 耳前リンパ節腫脹・圧痛の臨床所見があること
ウ 多発性角膜上皮下浸潤の臨床所見があること
エ 偽膜あるいは多数の結膜出血点の臨床所見があること

(5) 届出のために必要な検査所見

次の表の左欄に掲げるいずれかの検査法によること。

検査方法	検査材料
迅速診断キットによるアデノウイルス抗原の検出	結膜ぬぐい液又は結膜滲出液を含む涙液
PCR法によるアデノウイルス遺伝子の検出	

38 性器クラミジア感染症

(1) 定義

*Chlamydia trachomatis*による性感染症である。

(2) 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、精巣上体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、骨盤内炎症性疾患、肝周囲炎を起こす（しかし男女とも、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か月の潜伏期を経て、新生児、乳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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

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。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道、性器から採取した材料
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

39 性器ヘルペスウイルス感染症

(1) 定義

単純ヘルペスウイルス（herpes simplex virus: HSV、HSV1型又は2型）が感染し、性器又はその付近に発症したものを性器ヘルペスという。

(2) 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2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又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。発疹は外陰部のほか、臀部、大腿にも生じることがある。

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。口を介する性的接触によって口唇周囲にも感染する。HSV2型による場合は、より再発しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的

特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

明らかに再発であるもの及び血清抗体のみ陽性のものは除外する。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

男女ともに、性器や臀部にヘルペス特有な有痛性の1から多数の小さい水疱性又は浅い潰瘍性病変を認めるもの

40 尖圭コンジローマ

(1) 定義

尖圭コンジローマは、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、尖圭コンジローマの原因となるのは主にHPV6型とHPV11型であり、時にHPV16型の感染でも生じる。

(2) 臨床的特徴

感染後、数週間から2～3か月を経て、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瘍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。尖圭コンジローマ自体は、良性的腫瘍であり、自然に治癒することも多いが、時に癌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こともあって考えられている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

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

41 淋菌感染症

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

男性は急性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、精巣上体炎となる。後遺症として尿道狭窄が起こる。

女子は子宮頸管炎や尿道炎を起こすが、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、卵管炎等の骨盤内炎症性疾患を起こし、発熱、下腹痛を来す。後遺症として不妊症が起きる。

その他、咽頭や直腸などへの感染や産道感染による新生児結膜炎などもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から淋菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、淋菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道及び性器から採取した材料、眼分泌液、咽頭拭い液
鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

42 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

ロタウイルスの感染による下痢、嘔吐、発熱を主症状とする感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に0～2歳児を中心に好発し、毎年概ね2月から5月にかけて流行がみられる。主症状は発熱、嘔吐、白色の水様便を特徴とする下痢であり、通常、3～7日で症状の回復がみられる。他のウイルス性胃腸炎と比べると重度の脱水症状を呈し、入院治療を必要とすることが多い。稀に死亡に至る例もある。時に、合併症として痙攣、脳炎・脳症、腸重積、肝炎、腎炎などが認められ、心筋炎などの致死性の感染症の報告も散見される。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からロタウイルス胃腸炎が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、ロタウイルス胃腸炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ロタウイルス胃腸炎が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、ロタウイルス胃腸炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のアの(ア)及び(イ)かつイを満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) 24時間以内に、3回以上の下痢又は1回以上の嘔吐
(イ) 他の届出疾患によるものを除く

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便検体
抗原の検出（イムノクロマト法による病原体抗原の検出）	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

4.3 クラミジア肺炎（オウム病を除く）

(1) 定義

Chlamydomphila (Chlamydia) pneumoniae, Chlamydia trachomatis の感染による肺炎である。

(2) 臨床的特徴

C.trachomatis は子宮頸管炎を発症している母体からの産道感染で新生児、乳児に間質性肺炎を発症し無熱性である。*C.pneumoniae* は、飛沫感染により3～4週間の潜伏期を経て軽症の異型肺炎を発症する。小児及び高齢者で多く見られる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4)により、クラミジア肺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、クラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4)により、クラミジア肺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取した検体
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

4.4 細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。）

(1) 定義

髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌が原因として同定された場合を除く種々の細菌感染による髄膜炎の感染症である。

(2) 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、Bruzinski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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、細菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)により、細菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 項部硬直、Kernig徴候、Bruzinski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。

(5) 届出のために必要な検査所見（2つすべてを満たすもの）

ア 髄液細胞数の増加（多核球優位であることが多い）
イ 髄液蛋白量の増加と糖の減少

4.5 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

(1) 定義

ペニシリンGに対して耐性を示す肺炎球菌による感染症である。

(2) 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、心内膜炎、心嚢炎、腹膜炎、関節炎、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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 µg/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 µg/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

4.6 マイコプラズマ肺炎

(1) 定義

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

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマイコプラズマ肺炎が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、マイコプラズマ肺炎

が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
抗原の検出（イムノクロマト法による病原体の抗原の検出）	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 （ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくは1gM抗体の検出（迅速診断キット））	血清

4.7 無菌性髄膜炎

(1) 定義

種々のウイルスを中心とした病原体の感染による髄膜炎の感染症である。

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 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。

(5) 届出のために必要な検査所見（2つすべてを満たすもの）

ア 髄液細胞数の増加（単核球優位であることが多い）
イ 髄液蛋白量、糖量が正常

4.8 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 定義

メチシ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。

(2) 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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的

特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が10mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が10mm以下、かつ分離菌が感染症の起因菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

4.9 薬剤耐性緑膿菌感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示す緑膿菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬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。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、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	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体

イ アミカシンのM I C値が3 2 μg/ml 以上又は、アミカシンの感受性ディスク (K B) の阻止円の直径が1 4 mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体
ウ シプロフロキサシンのM I C値が4 μg/ml 以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (K B) の阻止円の直径が1 5 mm以下	
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起原因菌と判定された場合	
ア イミペネムのM I C値が1 6 μg/ml 以上又は、イミペネムの感受性ディスク (K B) の阻止円の直径が1 3 mm以下	
イ アミカシンのM I C値が3 2 μg/ml 以上又は、アミカシンの感受性ディスク (K B) の阻止円の直径が1 4 mm以下	
ウ シプロフロキサシンのM I C値が4 μg/ml 以上、又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (K B) の阻止円の直径が1 5 mm以下	

(※)イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

第7 新型コロナウイルス感染症

1 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）

(1) 定義

新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）（以下「COVID-19」という）による急性呼吸器症候群である。

(2) 臨床的特徴等（2020年5月13日時点）

臨床的な特徴としては、潜伏期間は1～10日（通常2～4日）である。主な症状は、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。

(3) 届出基準（COVID-19 定点における場合）

ア 患者（確定例）

指定届出機関（COVID-19 定点）の管理者は、(2)の臨床的特徴を有する者について、次の表の左欄に掲げる検査方法により当該者を新型コロナウイルス感染症と診断した場合又は発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、COVID-19であることが確定したものと同居している者（飲食、入浴、就寝等を共にする家族や同居者）であり、医師が総合的に判断した結果、COVID-19と臨床的に診断する場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用

いること。

イ 感染症死者の死体

指定届出機関（COVID-19 定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、当該者を COVID-19 により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、その他検査方法に適する材料
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	
抗原定性検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液
抗原定量検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液

第8 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

(1) 定義

発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したもの。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、1の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及び感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、原因不明の重症の感染症の発生動向を把握することを目的としており、当該患者の症状、渡航歴その他の情報を総合的に勘案して、届出を行うものである。

(4) 全般的注意事項

(1) において、当該症状が

ア 感染症法に規定する感染症によるものでないことが明らかである場合には、本届出の対象とはならない。

イ 感染症法に規定する感染症によるものであることが明らかであり、かつ、いずれの感染症であるかが特定可能な場合には、当該感染症の届出基準に基づき届出を行うこととなるため、本届出の対象とはならない。

3) 検査結果コード表 (基幹定点通報用)

10000	Virus NT	10141	Adeno 41	10822	Coxa. A22
10100	Adeno NT	10142	Adeno 40/41	10824	Coxa. A24
10101	Adeno 1	10143	Adeno 43	10900	Coxa. B NT
10102	Adeno 2	10144	Adeno 44	10901	Coxa. B1
10103	Adeno 3	10145	Adeno 45	10902	Coxa. B2
10104	Adeno 4	10146	Adeno 46	10903	Coxa. B3
10105	Adeno 5	10147	Adeno 47	10904	Coxa. B4
10106	Adeno 6	10190	Adeno 34/35	10905	Coxa. B5
10107	Adeno 7	10191	Adeno 42	10906	Coxa. B6
10108	Adeno 8	10300	Parainf. NT	11000	Echo NT
10109	Adeno 9	10301	Parainf. 1	11001	Echo 1
10110	Adeno 10	10302	Parainf. 2	11002	Echo 2
10111	Adeno 11	10303	Parainf. 3	11003	Echo 3
10112	Adeno 12	10304	Parainf. 4	11004	Echo 4
10113	Adeno 13	10313	Nipah	11005	Echo 5
10114	Adeno 14	10314	Hendra	11006	Echo 6
10115	Adeno 15	10400	RS	11007	Echo 7
10116	Adeno 16	10430	Human metapneumo	11009	Echo 9
10117	Adeno 17	10500	Rhino	11011	Echo 11
10118	Adeno 18	10600	Aichi	11012	Echo 12
10119	Adeno 19	10800	Coxa. A NT	11013	Echo 13
10120	Adeno 20	10801	Coxa. A1	11014	Echo 14
10121	Adeno 21	10802	Coxa. A2	11015	Echo 15
10122	Adeno 22	10803	Coxa. A3	11016	Echo 16
10123	Adeno 23	10804	Coxa. A4	11017	Echo 17
10124	Adeno 24	10805	Coxa. A5	11018	Echo 18
10125	Adeno 25	10806	Coxa. A6	11019	Echo 19
10126	Adeno 26	10807	Coxa. A7	11020	Echo 20
10127	Adeno 27	10808	Coxa. A8	11021	Echo 21
10128	Adeno 28	10809	Coxa. A9	11022	Parecho 1
10129	Adeno 29	10810	Coxa. A10	11023	Parecho 2
10130	Adeno 30	10811	Coxa. A11	11024	Echo 24
10131	Adeno 31	10812	Coxa. A12	11025	Echo 25
10132	Adeno 32	10813	Coxa. A13	11026	Echo 26
10133	Adeno 33	10814	Coxa. A14	11027	Echo 27
10134	Adeno 34	10815	Coxa. A15	11029	Echo 29
10135	Adeno 35	10816	Coxa. A16	11030	Echo 30
10136	Adeno 36	10817	Coxa. A17	11031	Echo 31
10137	Adeno 37	10818	Coxa. A18	11032	Echo 32
10138	Adeno 38	10819	Coxa. A19	11033	Echo 33
10139	Adeno 39	10820	Coxa. A20	11050	Parecho NT
10140	Adeno 40	10821	Coxa. A21	11053	Parecho 3

★ ; NTはnot typed で未同定の意味

11100	Polio NT	11901	B19	91420	Serratia sp
11101	Polio 1	12000	Inf. A(H1)	91430	Proteus sp
11102	Polio 2	12010	Inf. A NT	00111	Y. enterocolitica
11103	Polio 3	12011	Inf. A H1N1	00112	Y. pseudotuberculosis
11568	Entero 68	12020	Inf. A(H2)	91490	Haemophilus sp
11569	Entero 69	12022	Inf. A H2N2	00301	H. influenzae
11570	Entero 70	12030	Inf. A(H3)	91550	Fusobacterium sp
11571	Entero 71	12032	Inf. A H3N2	91600	Staphylococcus sp
11502	Picornia NT	12050	Inf. A(H5)	00171	S. aureus
11503	Entero NT	12051	Inf. A H5N1	91602	S. epidermidis
11200	Mumps	12203	Inf. B	91610	Peptococcus
11300	HV group NT	12204	Inf. C	91630	Neisseria sp
11301	HSV NT	13000	SARS corona	00321	N. meningitidis
11306	HSV-1	00270	Legionella sp.	00322	N. gonorrhoeae
11307	HSV-2	00271	L. pneumophila	91640	Acinetobacter sp
11303	VZV	00361	Myco. pneumoniae	91670	Peptostreptococcus sp
11302	EBV	20099	Chlamydia sp.	00221	Stre. pyogenes
11556	CMV	20100	Chlam. trachomatis	00222	Stre. agalactiae
11308	HHV 6	20700	Chlam. psittaci	00223	Stre. C
11309	HHV 7	20800	Chlam. pneumoniae	00224	Stre. G
11310	HHV 8	21401	Cox. burnetti	00226	Streptococcus 群不明
11304	Herpes B	21402	Other Ric.	00227	Stre. pneumoniae
11521	Measles	21403	R. prowazeki	00241	E. faecalis
11522	Rubella	21404	R. tsutsugamushi	00242	E. faecium
11552	Rabies	21405	R. japonica	91710	Listeria sp
11553	LCM	91100	Pseudomonas sp	00101	L. monocytogenes
11555	Papova	00281	P. aeruginosa	91720	Propionibacter. sp
11562	Reo NT	91120	Campylobacter sp	91750	Mycobacterium sp
11564	Rota	00161	C. jejuni	00291	M. tuberculosis
11566	Noro	00162	C. coli	00292	M. bovis
11671	Noro G I	00163	C. jejuni/coli	00293	M. avium
11672	Noro G II	00011	Salmonella Typhi	91770	Nocardia sp
11681	Sapo	00012	Salmonella Paratyphi	00331	T. pallidum
11650	Astro NT	00013	Salmonella 02 群	94301	Cryptococcus
11670	SRSV	00014	Salmonella 04 群	00371	C. neoformance
11702	JE	00015	Salmonella 07 群	94303	Candida
11709	Other Arbo	00016	Salmonella 08 群	94304	Candida albicans
11710	Dengue NT	00017	Salmonella 09 群	94498	Pneumocystis sp
11724	West Nile	00043	Salmonella 群不明	94499	P. carinii
11751	Hantaan	91380	Citrobacter sp	00998	その他の原虫・寄生虫
11801	HTLV	91390	Klebsiella sp	00999	その他の細菌
11802	HIV	00311	K. pneumoniae	99999	陰性, Negative
11900	Parvo	91400	Enterobacter sp	00000	検出せず

★ ; NTはnot typed で未同定の意味

4) 令和4年通知文書一覧

- 令和4年1月5日 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給等について
- 令和4年1月6日 オミクロン株の感染流行に備えた検査・保健・医療提供体制の点検・強化の考え方について
- 令和4年1月6日 病床確保料による処遇改善について
- 令和4年1月6日 医療用物資の備蓄体制の強化について
- 令和4年1月7日 福岡県新型コロナウイルス感染症検査促進事業費補助金に係る医療機関、薬局等の登録について
- 令和4年1月7日 新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）陽性者の療養体制の変更及び感染拡大時における病床確保計画のフェーズ移行方針の廃止について
- 令和4年1月11日 類鼻疽に関する周知啓発について
- 令和4年1月13日 第15回日本医師会・日本獣医師会による連携シンポジウム「ここまでわかった、人と動物における新型コロナウイルス感染症—コロナ禍におけるペットとの付き合い方—」の開催について
- 令和4年1月13日 看護職員処遇改善事業に関する説明会の開催について
- 令和4年1月13日 診療所における医療用物資利用状況調査について
- 令和4年1月14日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ1→フェーズ3）について
- 令和4年1月14日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第6.1版」の周知について
- 令和4年1月14日 医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について（再周知）
- 令和4年1月14日 県ホームページで公表する診療・検査医療機関リストへの掲載について
- 令和4年1月18日 新型コロナウイルス感染症（オミクロン株）の流行を踏まえた濃厚接触者の待機期間短縮について
- 令和4年1月19日 基本的対処方針の変更に伴う周知依頼について
- 令和4年1月20日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ3→フェーズ4）について
- 令和4年1月22日 日本医師会・日本がん登録協議会共催シンポジウム「新型コロナウイルス感染拡大とがん統計」の開催について
- 令和4年1月24日 ノロウイルスの感染症・食中毒予防対策について
- 令和4年1月26日 自宅療養又は宿泊療養中等の医師によるオンライン診療等について（周知）
- 令和4年1月28日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ5）について
- 令和4年1月28日 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について
- 令和4年1月28日 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う積極的疫学調査の重点化について
- 令和4年1月31日 風しんの追加的対策の延長について（情報提供）
- 令和4年2月1日 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について
- 令和4年2月1日 新型コロナウイルス感染症オミクロン株の発生等に伴う抗原定性検査キットの発注等について
- 令和4年2月1日 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大を踏まえた外来診療の取扱いについて
- 令和4年2月3日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬の医療機関及び薬局への配分について（別紙及び質疑応答集の追加・修正）
- 令和4年2月7日 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行令の一部を改正する政令の公布について（へき地の医療機関への看護師等の派遣、社会福祉施設等への看護師の日雇派遣）
- 令和4年2月7日 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について
- 令和4年2月7日 B.1.1.529系統（オミクロン株）の感染が確認された患者等に係る入退院及び濃厚接触者並びに公表等の取扱いについて
- 令和4年2月7日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第6.2版」の周知について
- 令和4年2月7日 「即応病床等への救急患者の受入れに係る病床確保料の取扱いについて」及び「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）に関するQ&A（第14版）について」並びに「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施に当たっての取扱いについて」について
- 令和4年2月7日 中小企業庁「事業復活支援金」について
- 令和4年2月7日 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の交付・施行について（へき地以外の臨時的医療施設への看護師・准看護師の労働者派遣）
- 令和4年2月10日 新型コロナウイルス感染症患者が自宅で死亡された事例を踏まえた自治体の対応について
- 令和4年2月10日 新型コロナウイルス感染症に係る早期退院患者の受入れに関する協力について（依頼）
- 令和4年2月10日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者や早期退院患者等の積極的な受入れについて

- 令和4年2月10日 オミクロン株の感染流行を踏まえたコロナ病床の運用について
- 令和4年2月12日 新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置等に関する周知依頼について
- 令和4年2月14日 看護職員等の処遇改善補助金に関するQ&A（第2版）について
- 令和4年2月18日 抗原定性検査キットが不足した医療機関からの緊急的な購入希望に個別に対応する仕組みの整備について
- 令和4年2月21日 “風疹ゼロ”プロジェクト（日本産婦人科医会）について
- 令和4年2月24日 まん延防止等重点措置の延長について
- 令和4年2月25日 新型コロナウイルス感染症の感染急拡大時の外来診療の対応について
- 令和4年2月25日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第18条に規定する就業制限の解除に関する取扱いについて
- 令和4年2月25日 インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金（発熱外来補助金）の税務上の取扱いに関するQ&Aについて
- 令和4年2月25日 新型コロナウイルス感染症の積極的疫学調査におけるゲノム解析及び変異株PCR検査について
- 令和4年2月25日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッド®パック）の医療機関及び薬局への配分について（承認直後の試験運用期間）
- 令和4年2月25日 オミクロン株の感染流行を踏まえたコロナ病床の確保について
- 令和4年2月25日 新型コロナウイルス感染症対応に係る保健所等による健康観察等について
- 令和4年2月25日 「令和3年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業」における救急時新型コロナ疑い患者を一時的に受け入れる病床に対する支援について
- 令和4年2月27日 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状（いわゆる後遺症）の相談対応等について
- 令和4年2月28日 新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置等に関する周知依頼について
- 令和4年3月3日 新型コロナウイルス感染症に対応するための「巡回診療の医療法上の取扱いについて」等の読み替えについて
- 令和4年3月3日 新型コロナウイルス感染症におけるゼビュディの医療機関への配分について
- 令和4年3月3日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第7.0版」の周知について
- 令和4年3月4日 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法に基づく給付金制度の周知・広報のためのリーフレット等の送付等について
- 令和4年3月7日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第5版）」について
- 令和4年3月8日 新型コロナウイルス感染症対策に係る人材と医療提供状況に関するG-MIS調査項目の一部変更について
- 令和4年3月11日 新型コロナウイルス感染症に係る高齢者施設の医療支援について
- 令和4年3月11日 オミクロン株の感染流行を踏まえたコロナ病床の確保について
- 令和4年3月14日 風しんの追加的対策に係る今後の対応について（協力依頼）及び風しんの追加的対策に係る手引き（第4版）について
- 令和4年3月14日 「まん延防止等重点措置の解除と今後の対応について」に関する周知について
- 令和4年3月15日 新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置等に関する周知依頼について
- 令和4年3月15日 宿泊療養又は自宅療養を証明する書類について
- 令和4年3月15日 武田／モデルナ社ワクチンのバイアルのゴム栓形状変更について
- 令和4年3月16日 風しんの追加的対策に係る令和4年度クーポン券の対応について
- 令和4年3月16日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者の受入れについて
- 令和4年3月17日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査の実施期間の延長等について
- 令和4年3月17日 医療用物資の備蓄品の売却について
- 令和4年3月17日 新型コロナウイルス感染症「後遺症診療相談窓口」のリーフレットについて
- 令和4年3月19日 福岡県の結核2020について（送付）
- 令和4年3月24日 新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置の終了等に関する周知依頼について
- 令和4年3月25日 福岡県診療・検査医療機関の指定申請書及び変更届の様式変更について
- 令和4年3月26日 医療従事者である濃厚接触者に対する外出自粛要請への対応について
- 令和4年3月26日 新規薬剤導入に伴う抗原定性検査の活用について
- 令和4年3月30日 「新型コロナウイルス感染症」の診断に当たって「臨床診断」を適用する場合の留意事項について

- 令和4年3月31日 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第5.1版）について
- 令和4年3月31日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）
- 令和4年3月31日 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（自治体向け）の改訂について（7.1版）
- 令和4年3月31日 職場における積極的な検査等の実施手順に関するQ&Aについて
- 令和4年4月4日 抗原定性検査キットの供給に係る優先付け措置等の終了について
- 令和4年4月6日 令和4年4月1日以降の福岡県診療・検査医療機関及び新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れる病床の指定等について
- 令和4年4月6日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル）の医療機関及び薬局への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）
- 令和4年4月7日 早期退院患者用病床の準備病床への転換について
- 令和4年4月8日 院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に係る参加医療機関の追加募集について
- 令和4年4月8日 「「感染再拡大防止対策期間」の終了と今後の対応について」に関する周知について
- 令和4年4月8日 B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について
- 令和4年4月8日 新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原定性検査キットの取扱いについて
- 令和4年4月8日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第7.1版」の周知について
- 令和4年4月8日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ5→フェーズ4）について
- 令和4年4月15日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査の実施期間の延長等について
- 令和4年4月19日 福岡県の結核の2021について（送付）
- 令和4年4月19日 5月の大型連休における診療・検査等の体制確保について
- 令和4年4月22日 「無症状者を対象とした無料検査」で陽性となった者の診断について
- 令和4年4月25日 新型コロナウイルス感染症の無料検査に係る「ゴールデンウィーク」に向けた対応について
- 令和4年4月28日 「ゴールデンウィーク」に向けた新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止について
- 令和4年4月30日 医療用手袋の備蓄品の試行的売却について
- 令和4年4月30日 「新型コロナウイルス感染症のPCR検査等における精度管理マニュアル」について
- 令和4年5月17日 新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、疑い患者受入協力医療機及びその他の医療機関一覧の公開の可否について
- 令和4年5月17日 診療・検査医療機関のホームページ公表について
- 令和4年5月19日 新型コロナウイルス感染症により自宅等で亡くなられた方の遺体の取扱いについて
- 令和4年5月19日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第7.2版」の周知について
- 令和4年5月19日 「新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント（第1版）」の周知について
- 令和4年5月30日 令和4年度HIV / AIDS出前研修について
- 令和4年5月30日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について
- 令和4年5月30日 中小企業庁「事業復活支援金」の申請期限延長について（情報提供）
- 令和4年5月30日 マスクの着用の考え方及び就学前児の取扱いについて
- 令和4年6月1日 風しんの第5期の定期接種に係る委託料の改定について
- 令和4年6月2日 マスクの着用に関するリーフレットについて（周知）
- 令和4年6月3日 感染症サーベイランスシステムの更改について
- 令和4年6月3日 「「福岡コロナ警報」の解除と今後の対応について」に関する周知について
- 令和4年6月3日 新型コロナウイルス感染症発生施設等における感染拡大防止のための感染症看護専門看護師及び感染症管理認定看護師の派遣について
- 令和4年6月3日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の変更等について
- 令和4年6月6日 院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）と感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に係る説明会の御案内について
- 令和4年6月7日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査の実施期間について

- 令和4年6月9日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について（一部改正）
- 令和4年6月9日 医療用手袋の備蓄品の売却の実施について
- 令和4年6月15日 ヒアりに刺された場合の医療的留意事項について（再周知）
- 令和4年6月15日 新型コロナウイルス感染症対応に係る「令和4年度福岡県看護職員応援体制整備事業」の周知について
- 令和4年6月16日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ3）及びフェーズ3に係る確保病床の変更意向確認について
- 令和4年6月27日 黄熱の予防接種実施機関の指定について
- 令和4年6月27日 プロポフォル製剤の限定出荷解除について
- 令和4年6月27日 令和4年度新型コロナウイルス感染症に関する補助金について
- 令和4年6月27日 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金について
- 令和4年6月27日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント（第1.1版）」の周知について
- 令和4年6月28日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について（一部改正）
- 令和4年7月1日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査の実施期間について
- 令和4年7月1日 効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策について
- 令和4年7月5日 小児の新型コロナウイルス感染症対応について
- 令和4年7月5日 ワクチン接種会場における熱中症予防対策の推進について
- 令和4年7月7日 福岡コロナ警報の発動について
- 令和4年7月7日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ3→フェーズ4）について
- 令和4年7月8日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）
- 令和4年7月8日 SMSを活用した新型コロナウイルス感染症患者への連絡の開始について
- 令和4年7月12日 啓発資料を用いたサル痘に関する情報の周知について
- 令和4年7月12日 「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて（質疑応答集）」の改訂について
- 令和4年7月12日 夏季における新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止について
- 令和4年7月15日 新型コロナウイルス感染拡大に備えたコロナ病床の確保について（依頼）
- 令和4年7月15日 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の適切な運用等について
- 令和4年7月19日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者の積極的な受入れについて（依頼）
- 令和4年7月19日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者や早期退院患者等の転院の促進について（依頼）
- 令和4年7月19日 新型コロナウイルス感染拡大に備えたコロナ病床の確保について
- 令和4年7月20日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ5）について
- 令和4年7月21日 新型コロナウイルス感染症に係る行政検査におけるPCR検査の取り扱いについて
- 令和4年7月22日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について（一部改正）
- 令和4年7月22日 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状（いわゆる後遺症）の診療に係る調査について
- 令和4年7月25日 お盆期間中における診療・検査等の対応及び小児対応の可否について
- 令和4年7月26日 福岡コロナ特別警報の発動について
- 令和4年7月26日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の変更等について
- 令和4年7月26日 B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について
- 令和4年7月27日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオカプセル・パキロビッドバック）の医療機関及び薬局への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）
- 令和4年7月29日 診療・検査医療機関への抗原定性検査キットの配布について
- 令和4年7月30日 「風しんの追加的対策」における厚生労働行政推進調査事業への協力依頼について
- 令和4年7月30日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」の一部改正

- 令和4年8月1日 新型コロナウイルス感染症の抗原定性検査キットの供給について
- 令和4年8月2日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第8.0版」の周知について
- 令和4年8月3日 令和4年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業「支援チーム派遣事業」について
- 令和4年8月3日 福岡県新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関の指定に係る意向調査について
- 令和4年8月3日 診療・検査医療機関への抗原定性検査キットの配布について
- 令和4年8月3日 福岡県休日等診療・検査体制整備協力金の創設について
- 令和4年8月9日 アセトアミノフェン製剤の安定供給について
- 令和4年8月9日 令和4年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業の実施について
- 令和4年8月12日 新型コロナウイルス感染症における抗原定性検査キットによる自己検査結果を用いた診断について
- 令和4年8月12日 新型コロナウイルス感染症発生届出の簡略化について
- 令和4年8月16日 感染性廃棄物の取り扱いについて（国内でのサル痘患者の発生を受けて）
- 令和4年8月16日 新型コロナウイルス感染症に関する医療機関への助成金等に関する不審な勧誘等について（再周知）
- 令和4年8月16日 B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について
- 令和4年8月16日 効果的かつ負担の少ない医療現場における感染対策の徹底について
- 令和4年8月16日 抗原定性検査キットの配付について（その2）
- 令和4年8月18日 かかりつけ患者等に対する風しんの追加的対策に係る協力について
- 令和4年8月18日 オミクロン株の感染流行を踏まえたコロナ病床の運用について
- 令和4年8月18日 救急医療等のひっ迫回避に向けた対応について
- 令和4年8月18日 抗原定性検査キットの配付について（その3）
- 令和4年8月19日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について
- 令和4年8月23日 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル及びパキロピッド®パック）の活用方法について（再周知）
- 令和4年8月25日 「感染症法に基づく届出の基準等」並びに「サル痘に関する情報提供及び協力依頼」の一部改正について
- 令和4年8月30日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について
- 令和4年8月30日 新型コロナウイルス感染症に係る検査事業について
- 令和4年8月30日 新型コロナウイルス感染症に係る医療機関・保健所からの証明書等の取得に対する配慮に関する要請について
- 令和4年8月30日 抗原定性検査キットの配付について（その4）
- 令和4年8月31日 医療用解熱鎮痛薬の安定供給について
- 令和4年9月5日 感染対策向上加算の施設基準において求める研修に該当する令和4年度院内感染対策講習会の周知について
- 令和4年9月6日 直近の感染状況を踏まえた診療・検査医療機関における経口抗ウイルス薬に係る登録状況の点検・公表について
- 令和4年9月6日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査の「定着促進事業」の終了について
- 令和4年9月8日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配布について
- 令和4年9月8日 新型コロナウイルス感染症の患者に対する療養期間等の見直しについて
- 令和4年9月9日 抗原定性検査キット配付・陽性者登録事業における登録対象者の拡大について
- 令和4年9月10日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局の配分等について（その2）
- 令和4年9月13日 抗原定性検査キットの配付について（その5）
- 令和4年9月14日 Withコロナの新たな段階への移行に向けた療養の考え方の見直しについて
- 令和4年9月15日 福岡コロナ特別警報の解除について
- 令和4年9月20日 診療・検査医療機関の指定申請書及び変更届の様式について（依頼）
- 令和4年9月22日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の変更について
- 令和4年9月22日 新型コロナウイルス感染症に係る行政検査における抗原検査の取り扱いについて

- 令和4年9月22日 令和4年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の事業の継続について
- 令和4年9月24日 抗原定性検査キットの配付について（その6）
- 令和4年9月24日 全数届出の見直しに伴うキット配付・陽性者登録事業の変更点について
- 令和4年9月24日 インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について
- 令和4年9月26日 令和4年度院内感染対策講習会「講習会②」の受講申込期間の延長及び「講習会①」の受講者の決定について
- 令和4年9月28日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ5→フェーズ4）について
- 令和4年9月29日 新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に関するリーフレットについて
- 令和4年9月29日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局の配分等について（その3）
- 令和4年9月29日 新型コロナウイルス感染症の患者に対する療養期間等の見直しにおける透析患者への対応について
- 令和4年9月29日 医療機関等への支援に関する新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」等の活用について
- 令和4年10月3日 「福岡県“One Health”国際フォーラム2022+FAVA（アジア獣医師会連合）」の開催について
- 令和4年10月3日 新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について
- 令和4年10月5日 厚生労働行政推進調査事業（風しんイムノクロマト法迅速キットの活用に関する研究）への協力依頼について
- 令和4年10月5日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッド®パック）の医療機関及び薬局への配分について（別紙及び質疑応答集及び資料の修正）
- 令和4年10月5日 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル及びパキロビッド®パック）の活用方法について（改定）
- 令和4年10月7日 エボラ出血熱に係る注意喚起について
- 令和4年10月7日 福岡コロナ特別警報の解除について
- 令和4年10月7日 新型コロナウイルス感染症に係る無料検査事業の事業者登録の終了について
- 令和4年10月7日 県備蓄医療用物資の配布について
- 令和4年10月7日 令和4年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金について
- 令和4年10月8日 県備蓄医療用物資の配布について
- 令和4年10月11日 独立行政法人福祉医療機構による新型コロナウイルス対応支援資金の令和4年10月以降の融資条件について（情報提供）
- 令和4年10月11日 新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する医療職の被扶養者の収入確認の特例の延長について
- 令和4年10月12日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ3）について
- 令和4年10月12日 Withコロナにおける国民向けリーフレットについて
- 令和4年10月14日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第8.1版」の周知について
- 令和4年10月17日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について（一部改正）
- 令和4年10月17日 新型コロナウイルス感染症対応に係る「令和4年度福岡県看護職員応援体制整備事業」の事業期間延長等について
- 令和4年10月17日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配布について（別紙及び疑義応答集の修正）
- 令和4年10月21日 発熱外来の診療能力等の調査について
- 令和4年10月24日 マスクの着用に関するリーフレットについて（更なる周知のお願い）
- 令和4年10月24日 「新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き別冊罹患後症状のマネジメント（第2.0版）」の周知について
- 令和4年10月25日 高齢者施設及び障がい者施設等の職員等を対象とした新型コロナウイルス感染症に係る検査事業について
- 令和4年10月28日 抗原定性検査キットの配付について（その7）
- 令和4年10月29日 診療・検査医療機関以外の医療機関における発熱外来の診療能力の調査について
- 令和4年11月2日 「第21回アジア獣医師会連合（FAVA）大会」の開催について
- 令和4年11月2日 新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度の募集停止について
- 令和4年11月8日 「サル痘対応に関する医療機関向け臨時セミナー」の後日配信用URLについて

- 令和4年11月8日 職場における検査等の実施手順（第3版）について
- 令和4年11月8日 新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えたリーフレットについて
- 令和4年11月10日 院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）参加申込のオンライン化について
- 令和4年11月10日 高病原性鳥インフルエンザが疑われる事例の発生について
- 令和4年11月14日 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の病床確保料の執行に関する各医療機関への点検依頼について
- 令和4年11月15日 新型コロナウイルス感染症と季節性インフルエンザの同時期流行に備えた医療用解熱鎮痛薬の安定供給について
- 令和4年11月15日 令和4年度今冬のインフルエンザ総合対策の推進について
- 令和4年11月15日 新型コロナウイルス感染症に係る行政検査におけるPCR検査及び抗原検査の取り扱いについて
- 令和4年11月16日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ3→フェーズ4）について
- 令和4年11月16日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者の転院の促進について
- 令和4年11月21日 日本化学療法学会・日本感染症学会 外来抗菌薬適正使用調査委員会抗菌薬適正使用に関するアンケート調査について
- 令和4年11月21日 医療用解熱鎮痛薬の安定供給について（続報）
- 令和4年11月21日 令和4年度院内感染対策講習会の配信開始について
- 令和4年11月21日 新型コロナウイルス感染症及び季節性インフルエンザに係る医療機関・保健所からの証明書等の取得に対する配慮について
- 令和4年11月22日 「オミクロン株対応の福岡コロナ警報」の新設について
- 令和4年11月25日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関及び薬局への配分について
- 令和4年11月28日 季節性インフルエンザとの同時流行を想定した外来医療体制等を踏まえた新型コロナウイルス抗原検査キットの発注等について
- 令和4年11月30日 ノロウイルスの感染症・食中毒予防対策について
- 令和4年11月30日 接触確認アプリ（COCOA）の機能停止について
- 令和4年12月1日 医療用物資の追加配布（特別配布）に係る配布希望調査について
- 令和4年12月2日 「オミクロン株対応の福岡コロナ警報」の発動について
- 令和4年12月2日 新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク研修について
- 令和4年12月2日 抗原定性検査キットの配付について（第2期 その1）
- 令和4年12月3日 陽性者登録事業の対象者の一部拡大について
- 令和4年12月5日 新型コロナウイルス感染症対応日本医師会休業補償制度について
- 令和4年12月5日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ5）について
- 令和4年12月6日 新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク研修について
- 令和4年12月8日 With コロナの新たな段階への移行に向けた全数届出の見直しについて（一部改正）
- 令和4年12月8日 新型コロナウイルスと季節性インフルエンザの同時流行に備えたリーフレットについて
- 令和4年12月9日 福岡県HIV・エイズ基礎研修会の開催について
- 令和4年12月9日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配分について（質疑応答集の修正）
- 令和4年12月12日 一般用SARSコロナウイルス抗原・インフルエンザウイルス抗原キットに係る一般用検査薬の製造販売承認申請の取扱いについて
- 令和4年12月14日 日本医師会「新型コロナウイルス感染症第8波（季節性インフルエンザとの同時期流行）、年末年始等に向けた発熱外来診療体制に関する状況把握調査」について
- 令和4年12月14日 インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金の精算交付申請（差額補填申請）の期限について
- 令和4年12月16日 アセトアミノフェン製剤の在庫逼迫に伴う成人患者への解熱鎮痛薬処方時のご配慮のお願い
- 令和4年12月16日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関及び薬局への配分について
- 令和4年12月16日 福岡県休日等診療・検査体制整備協力金の実施について

- 令和4年12月16日 福岡県診療・検査医療機関の指定内容の変更について
- 令和4年12月16日 年末年始期間の新型コロナウイルス感染症に係る無料検査対応及び「定着促進事業」の一時再開について
- 令和4年12月16日 インフルエンザ流行期に備えた福岡県診療・検査医療機関の拡充について
- 令和4年12月19日 福岡県診療・検査医療機関受付状況確認システムの稼働について
- 令和4年12月19日 年末年始に向けたコロナ病床の運用について
- 令和4年12月22日 新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの同時流行に備えた事業について
- 令和4年12月23日 新型コロナウイルス感染拡大に備えたコロナ病床の確保について
- 令和4年12月23日 医療用解熱鎮痛薬等の安定供給に関する相談窓口の設置について
- 令和4年12月23日 新型コロナウイルス感染症及び季節性インフルエンザ同時期流行下における「薬局での医療用抗原定性検査キットの取扱い」及び「一般用新型コロナウイルス・インフルエンザウイルス抗原定性検査キットの販売時における留意事項」について
- 令和4年12月27日 年末年始の海外渡航者に対する感染症予防啓発について
- 令和4年12月27日 高病原性鳥インフルエンザ（H5亜型）が疑われる事例の発生について
- 令和4年12月27日 新型コロナウイルス感染症に係る退院基準を満たした回復患者の積極的な受入れについて
- 令和4年12月27日 季節性インフルエンザとの同時流行を想定した外来医療体制等を踏まえた新型コロナウイルス抗原検査キットの発注等について（前回事務連絡の一部改正）
- 令和4年12月27日 年末年始の感染対策についての考え方のポイントについて
- 令和4年12月27日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の公布及び一部施行について
- 令和4年12月28日 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給について
- 令和4年12月28日 高病原性鳥インフルエンザ（H5亜型）が疑われる事例の発生について
- 令和4年12月28日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針（第6版）」について

令和4年福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集編集委員

青木知信 (総括・小児科・眼科・基幹定点疾病)
岡田賢司 (小児科疾病)
池松秀之 (内科・小児科・基幹定点疾病)
濱砂良一 (性感染症)
高田昇平 (結核)
田中義人 (統計・検査の総括)
牟田口 徹 (全数把握対象感染症)
稲光 毅 (担当理事)
宗 宏 伸 (担当理事)

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
令和4年(2022年)

令和5年3月発行

非売品

発行 福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

事務局 福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
福岡県医師会館4階

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

e-mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

<https://www.fukuoka.med.or.jp>

印刷 瞬報社写真印刷株式会社

