

事務連絡  
平成25年4月26日

各 { 都道府県  
政令市  
特別区 } 衛生主管部（局）  
感染症対策担当課 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

鳥インフルエンザA（H7N9）ウイルス感染事例に対する  
積極的疫学調査実施要領（暫定版）の送付について

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第15条に基づく都道府県知事による積極的疫学調査の実施の際の参考として、国立感染症研究所が別添のとおり「鳥インフルエンザA（H7N9）ウイルス感染事例に対する積極的疫学調査実施要領（暫定版）」を作成したのでお送りします。

# 鳥インフルエンザ A (H7N9) ウイルス感染事例に対する積極的疫学調査実施要領 (暫定版)

国立感染症研究所  
平成 25 年 4 月 26 日現在

中国において発生が認められているヒトの鳥インフルエンザ A (H7N9) ウイルス感染症は、現時点では接触者調査の結果からは持続的なヒト—ヒト感染は認められておらず、また感染源・感染経路は不明である。国内で症例を探知した場合は、適切な感染拡大防止策、事例を通じた感染リスクの評価、適切な情報提供等を目的とし、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）第 15 条による積極的疫学調査を迅速に実施するよう努めることが必要である。なお、疫学状況の変化に伴い積極的疫学調査の実施要領の見直しを行う。

## (調査対象者の症例定義)

○ 現時点での積極的疫学調査の対象となるのは、以下の「疑似症患者」、「患者（確定例）」、及び「濃厚接触者」である。

・「疑似症患者」とは、以下を満たすものである。

38℃以上の発熱と急性呼吸器症状があり、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 亜型が検出された者。

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

・「患者（確定例）」とは、「疑似症患者」のうち、国立感染症研究所において鳥インフルエンザ (H7N9) と確定されたものである。

・「濃厚接触者」とは、症例（患者（確定例）、疑似症患者）が発病したと推定される日の 1 日前から症例（患者（確定例）、疑似症患者）と

確定するまでの間に接触した者のうち、把握可能な次の範囲に該当する者。

(i)世帯内接触者

症例（患者（確定例）、疑似症患者）と同一住所に居住する者

(ii)医療関係者等

症例（患者（確定例）、疑似症患者）の診察、処置、搬送等に適切な感染防護策なしで直接係わった医療関係者や搬送担当者

(iii)汚染物質の接触者

症例（患者（確定例）、疑似症患者）の体液（血液、唾液、喀痰、尿、便等）に適切な感染防御策なしで患者検体を取り扱った検査従事者、適切な感染防護策なしで患者の使用したトイレ、洗面所、寝具等の清掃を行った者等

(iv)直接対面接触者

手で触れること、会話することが可能な2メートル以内の距離で、症例（患者（確定例）、疑似症患者）と対面で会話等の接触のあった者

- ・なお、**38℃**以上の発熱と急性呼吸器症状があり、臨床的又は放射線学的に肺病変（例：肺炎又は**ARDS**）が疑われ、発症前**10**日以内の中国への渡航又は居住歴がある等の者で、かつ地方衛生研究所で実施した**PCR**検査でインフルエンザ**A**型陽性かつ**H1**亜型・**H3**亜型・**H5**亜型・**H7**亜型のいずれも陰性であった者については、当面の間、「疑似症患者」、「患者（確定例）」と同等の積極的疫学調査を実施する。

(調査内容)

- 症例（患者（確定例）、疑似症患者）について、基本情報・臨床情報・推定感染源・接触者等必要な情報を収集する。（添付 1,2）
- 症例（患者（確定例）、疑似症患者）の濃厚接触者について、最終曝露から**10**日間健康観察を実施する。（添付 3）
- 濃厚接触者のうち、健康観察中に**38℃**以上の発熱と急性呼吸器症状がある者については、検体の検査を実施し、その結果に応じて必要な調査を行う。

(調査時の感染予防策)

- 積極的疫学調査の対応人員が症例（患者（確定例）、疑似症患者）及び38℃以上の発熱と急性呼吸器症状があり、臨床的又は放射線学的に肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われる濃厚接触者に対面調査を行う際は、標準予防策と飛沫予防策を行うことがもっとも重要と考えられるが、現時点では、疫学的な知見に乏しい新興の呼吸器感染症への対応として、出来るだけ接触予防策と空気予防策も追加することが望ましい。（参考までに、現時点での医療機関での患者処置における適切な个人防护具とは、標準予防策、飛沫予防策、接触予防策、空気予防策をすべてカバーできるものであり、N95 マスク、手袋、ゴーグル等の眼の防護具、ガウン（適宜エプロン追加）である。）なお、調査者の感染リスクを下げるために、電話やインターフォンでの聞き取り調査も考慮する。
- 濃厚接触者（上記を除く）への対面調査を行う際の个人防护具は、無症状の場合は、サージカルマスクと手袋のみが良いが、有症状の場合は、状況に応じて適宜必要な感染予防策に見合った个人防护具を追加する。

(その他)

- 症例（患者（確定例）、疑似症患者）の濃厚接触者に対しては、すべてに対して一律に予防投薬が行われるものではないが、個別に予防投薬について保健所等の医師が必要に応じ検討することとする。
- 濃厚接触者の健康情報については、初発症例の届出受理保健所がとりまとめる。

## 鳥インフルエンザA(H7N9)ウイルス感染症症例(患者(確定例)、疑似症患者) 基本情報・臨床情報調査票

## 基本情報※

ID \_\_\_\_\_

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
	調査日時：年 月 日 時	調査方法：□面接 □電話 □その他( )
2	調査回答者：□本人 □本人以外→氏名( )	本人との関係( )
	調査回答者連絡先：自宅電話：— —	携帯電話：— —
3	診断分類：1) 患者(確定例) 2) 疑似症患者	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号：— —
10	届出受理日時：年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日：年 月 日	15 診断年月日：年 月 日
16	感染推定日：年 月 日	17 発病年月日：年 月 日

※3～17は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19 性別：男・女	20 生年月日：年 月 日( 歳 ヶ月)
21	患者住所：		
22	患者TEL：自宅 — —	携帯 — —	Email：@
23	届出受理日現在の患者の主たる所在場所		所在地連絡先：
	□医療機関 □自宅 □勤務先・学校 □その他( ) □不明		
24	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等： 最終勤務・出席(勤)日( 年 月 日)(児童・生徒の場合所属クラス・クラブ等詳細に記入すること)		
	勤務先/学校名：		
	勤務先/学校所在地：		
	勤務先/学校TEL：— —		
25	本人以外(保護者等)の連絡先		
	氏名：	本人との関係：	
	住所：		
	自宅：— —	携帯：— —	

26	基礎疾患・ワクチン接種歴等	抗インフルエンザウイルス薬予防投薬	なし・あり(薬名・量 年 月 日開始)
		昨冬季節性インフルエンザワクチン接種歴	なし・あり( 年 月 日)
		昨冬季節性インフルエンザ罹患歴	なし・あり( 年 月 日)
		身長( ) cm 体重( ) kg	
		糖尿病	なし・あり
		呼吸器疾患(喘息・COPD等)	なし・あり(具体的に )
		心疾患	なし・あり(具体的に )
		HIVその他の免疫不全(免疫抑制剤使用含む)	なし・あり(具体的に )
		悪性腫瘍(がん)	なし・あり(具体的に )
		妊娠	なし・あり(妊娠 週)
		喫煙	なし・あり( 歳から 本/日)
		その他( )	なし・あり(具体的に )
その他( )	なし・あり(具体的に )		

臨床経過等

ID

27	症状	※必要に応じ時間や午前・午後等も記入															
	症状など	月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	備考
	毎日の最高体温																
	咳嗽	有・無															
	呼吸困難	有・無															
	鼻汁・鼻閉	有・無															
	咽頭痛	有・無															
	頭痛	有・無															
	筋肉痛・関節痛	有・無															
	結膜炎（充血）	有・無															
	下痢	有・無															
	嘔吐	有・無															
	その他 ( )	有・無															
	その他 ( )	有・無															
28	発病年月日時間(聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 頃																
29	診断前の臨床経過・治療内容・その他特記事項等：																
30	診断後経過等：																
	合併症（脳炎等）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （診断名： 診断日 年 月 日）																
	抗ウイルス薬 <input type="checkbox"/> タミフル <input type="checkbox"/> リレンザ <input type="checkbox"/> イナビル <input type="checkbox"/> ラピアクタ																
	投与量： /回を1日 回 開始日・期間： 月 日より 日間																
	臨床効果など（ )																
31	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日																
	入院医療機関名： 診療科名： 主治医名：																
	入院医療機関所在地： 連絡先：																
32	初回調査後の経過：																
33	転帰： 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり*・死亡*・鳥インフルエンザA(H7N9)を否定(診断名記入) * 後遺症・死亡に関する具体的情報（状態・診断名、死亡日、死因など）																
自由記載欄																	

インフルエンザ特異的検査結果

ID

検査内容	検体材料	検体採取日	結果	検査実施施設
34 抗原検査 (迅速検査) <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
		採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
		採取： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性	
35 ウイルス遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 実施 (PCR) <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
36 ウイルス分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
37 その他 (血清抗体価等) ( ) その他 (血清抗体価等) ( ) その他 (血清抗体価等) ( )		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
		採取： 年 月 日 判定： 年 月 日		
38 インフルエンザウイルス以外の病原体検査結果				
病原体名	検査種類 (検体名)	検体採取日	結果	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
自由記載欄				

鳥インフルエンザA(H7N9)ウイルス感染症症例(患者(確定例)、疑似症患者) 行動調査用紙(感染源・接触者調査用)

患者氏名: \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

感染源・接触者に係る行動調査 (発症10日前～発症後10日目までの期間の旅行歴・接触歴等)

1	発病前における家禽、鳥、豚等動物との接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を項目5に記入
2	発病前における発熱と急性呼吸器症状のある人との接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を項目5に記入
3	海外渡航歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 下記及び行動調査票(感染源調査用or接触者調査用)にも記入 渡航期間、渡航地(できるだけ詳しく)、フライト情報詳細等まとめ
4	国内旅行歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 下記及び行動調査票(感染源調査用or接触者調査用)にも記入 旅行期間、旅行地(できるだけ詳しく)、交通手段詳細等まとめ
5	発症1日前から本調査実施までの行動(立ち寄った場所やそこでの接触者などを具体的に)	
6	発症前1カ月以内の家族の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
7	当該患者の感染可能期間内における自宅内での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を行動調査票(接触者調査用)に記入
8	当該患者の感染可能期間内における学校・職場での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を行動調査票(接触者調査用)に記入
9	当該患者の感染可能期間内におけるクラブ・サークル活動での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を行動調査票(接触者調査用)に記入
10	当該患者の感染可能期間内における塾・習い事での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を行動調査票(接触者調査用)に記入
11	当該患者の感染可能期間内におけるその他の多く集まる場所※での接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合は詳細を行動調査票(接触者調査用)に記入 ※カラオケ・ショッピングセンター・ゲームセンター・映画館・スポーツ施設・催し物会場・コンサート・祭り・医療機関・介護施設等
●自由記載欄		





## 接触者 健康観察票(添付3)

注意深くご自身の健康チェックを行ってください。  
もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに最寄りの保健所・保健センターあるいは医療機関へご連絡ください。

接触者番号：		観察対象者氏名：			住所：			TEL： - -		Email： @		
接触患者氏名：		患者との最終接触日時： 年 月 日 時頃			患者との関係：			接触程度：濃厚・軽度				
	観察開始日 (最終接触日)	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目	
日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
最高体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
呼吸器 症状	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
呼吸器 症状 以外	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	筋肉痛・関節痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	結膜炎(充血)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有		
予防投薬 (タミフル・リレンザ)		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
確認手段(電話・ 面接等) 朝・夕の確認												
備考(行き先など)												
確認者												

問合せ・連絡先 保健所名： 担当者 所在地： TEL： - - FAX： - -  
Email @