

## 国内情報

西條 政幸 下条 昌幸 福士 秀悦 ほか

<速報>国内で確認された重症熱性血小板減少症候群(SFTS)患者8名の概要。  
病原微生物検出情報(IASR)

西條 政幸 下条 昌幸 福士 秀悦 ほか

<速報>国内で初めて確認された重症熱性血小板減少症候群(SFTS)患者に続いて後方視的に確認された2例。  
病原微生物検出情報(IASR)

## 国の通知

感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律施行令の一部を改正する政令等の施行について  
(健発0222第2号)

重症熱性血小板減少症候群(SFTS)検査のための検体及び その処理法等に関するお願い(検査依頼マニュアル)  
国立感染症研究所ウイルス第一部

## 論文

Yu X, Liang M, Zhang S, et al.

Fever with thrombocytopenia associated with a novel bunyavirus in China.  
N Engl J Med 2011;364:1523-1532.

Zhang Y, He Y, Dai Y, et al.

Hemorrhagic fever caused by a novel bunyavirus in China: pathogenesis and correlates of fatal outcome. Clin Infect Dis 2012; 54:527-533.

Gai Z, Zhang Y, Liang M, et al.

Clinical progress and risk factors for death in severe fever with thrombocytopenia syndrome patients. J Infect Dis 2012;206:1095-1102.

Gai Z, Liang M, Zhang Y, et al.

Person-to-person transmission of severe fever with thrombocytopenia syndrome bunyavirus through blood contact. Clin Infect Dis 2012;54:249-252.

Bao C, Xi G, Qi X, et al.

A family cluster of infections by a newly recognized bunyavirus in eastern China, 2007: further evidence of person-to-person transmission. Clin Infect Dis 2011;53:1208-1214.

Tang X, Wu W, Wang H, et al.

Human-to-human transmission of severe fever with thrombocytopenia syndrome bunyavirus through contact with infectious blood. J Infect Dis 2013;207:736-739.

Advisory Committee on Dangerous Pathogens(ACDP).

Management of Hazard Group 4 viral haemorrhagic fevers and similar human infectious diseases of high consequence"

執筆/ 忽那賢志(国立国際医療研究センター 国際感染症センター)

加藤康幸(国立国際医療研究センター 国際感染症センター)

協力/ 西條政幸(国立感染症研究所ウイルス第一部)

森川 茂(国立感染症研究所獣医科学部)

**専門家への  
相談**

- (独)国立国際医療研究センター 国際感染症センター TEL.03-3202-7181 (代表)
- 国立感染症研究所 ウイルス第一部 TEL.042-561-0771 (代表)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業)  
我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び  
積極的疫学調査に関する研究班

研究代表者：加藤康幸(独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際感染症センター)

ウイルス性出血熱発生時の  
医療機関における  
リスクコミュニケーションの  
手引き—第1版—

2014年3月

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）  
我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究

## ●はじめに

---

国境を越えた人々の移動の増加などの社会環境の変化にともない、わが国においても、これまでみられなかった感染症が発生するリスクは高まっていると考えられます。エボラ出血熱やラッサ熱、クリミア・コンゴ出血熱などのウイルス性出血熱（viral hemorrhagic fever: VHF）もその一つです。海外旅行者や流行地からの入国者が国内でVHFを発症した場合、患者の診療を行う医療機関には、保健所などの関連機関との連携のもとで、患者や職員に対する情報提供を通じて適切な予防行動を促すとともに、社会的な不安が高まることによる診療への影響を最小限に抑えることが求められます。

この手引きは、わが国でVHFが発生した場合に、医療機関において必要となるリスクコミュニケーションのエッセンスをまとめたものです。

### この手引きが対象とするウイルス性出血熱

感染症法で一类感染症に指定されている「エボラ出血熱」「マールブルグ病」「クリミア・コンゴ出血熱」「ラッサ熱」「南米出血熱」を対象とします。

### ウイルス性出血熱についての情報リソース

国内外の主要機関のウイルス性出血熱の情報提供のウェブサイトです。VHF患者の対応にあたっては、下記のウェブサイト等から最新の情報を入手するようにしてください。

国立感染症研究所 <http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/vhf.html>

世界保健機関（WHO） [http://www.who.int/topics/haemorrhagic\\_fever\\_viral/en/](http://www.who.int/topics/haemorrhagic_fever_viral/en/)

米国疾病管理予防センター（CDC） <http://www.cdc.gov/vhf/virus-families/index.html>

英国（イングランド）公衆衛生庁（PHE）

<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/ViralHaemorrhagicFever/>

## ●リスクコミュニケーションのポイント

---

リスクコミュニケーションは、個人、集団、機関の間における情報や意見のやりとりの相互作用的なプロセスと定義されます。特に感染症のアウトブレイクへの対応を目的とする場合は、以下の点に注意してコミュニケーションを実践することが重要です。（「WHO. Outbreak communication guidelines (2005)」より）

- 一般市民や関係機関との信頼関係の構築
  - ☞ 信頼関係が構築されてはじめて、対策が有効に機能します
- 早い段階での情報提供
  - ☞ 早い段階での情報提供が、タイムリーな予防行動につながります
- 透明性
  - ☞ 情報は率直で理解しやすいものであると同時に、漏れがなく正確であることが重要です
- 一般市民への理解
  - ☞ 一方的な情報提供にとどまらず、一般市民との対話により不安や関心事を引き出すことが重要です
- プランニング
  - ☞ 平時から対応を想定してマニュアルやガイドラインを作成しておくことが重要です

## ●医療機関内におけるリスクコミュニケーション

VHF 患者の診療を行う医療機関では、体制を整え、スタッフ間の情報共有を行うことが重要です。

- 病院幹部を中心とした連携体制の構築
  - ☞ 病院幹部・診療チーム・感染対策チーム・他の診療科・看護部・検査部・事務部（広報担当を含む）・委託業者（配膳、清掃、洗濯など）など、関連する各部門が連携して対応を行います
- 医療機関内での情報・認識の共有
  - ☞ 直接対応に当たる部門だけでなく、スタッフ全員で情報と知識を共有し、VHF 対応に関する共通認識を構築し、首尾一貫した対応を行います
- スタッフへのタイムリーな情報提供
  - ☞ VHF 対応に関する教材や資料の配布などによる情報提供を行うとともに、現場スタッフからの情報や意見を収集し、迅速なフィードバックを行います
- 情報管理の徹底
  - ☞ 患者および家族のプライバシーの保護に最新の注意を払うとともに、スタッフの情報管理を徹底し情報漏えいなどを防止します

## ●関係機関との情報共有と患者・一般市民とのリスクコミュニケーション

VHF 患者の診療を行う医療機関では、行政や専門機関との連携のもとで患者や一般市民とのリスクコミュニケーションを実施します。

- 関連機関との情報共有・連携
  - ☞ 保健所や都道府県等の感染症担当部局、厚生労働省、国立感染症研究所などの行政機関や専門機関と密に連絡をとり、状況確認と情報共有を行います
- 患者や家族、一般市民への情報提供
  - ☞ 患者やその家族、また医療機関を利用するその他の患者、近隣の住民に対して、疾患情報や医療機関の感染防止策、診療体制などについての情報提供を行います
  - ☞ 患者および家族のプライバシーが保護されるよう細心の注意を払います
- 患者や家族、一般市民からの意見や要望へのフィードバック
  - ☞ 意見・要望などに対して、問い合わせ窓口や医療機関ウェブサイトの専用ページなどを設置してフィードバックを行います（回答の内容については、医療機関内および関連機関との情報共有が重要です）

### 主要連絡先リスト（管轄の保健所などの連絡先を控えておきましょう）

管轄保健所	_____ 保健所	電話：
都道府県等の感染症担当部局（_____）		電話：
国立感染症研究所ウイルス第一部		電話 03-5285-1111（代表）
国立国際医療研究センター国際感染症センター		電話 03-3202-7181（代表）

## ●メディアを通じてのリスクコミュニケーション

VHF 患者の診療を行う医療機関では、メディアが高い関心を示すことに備え、事前に対策をとることが重要です。メディアを利用することで、一般市民との効果的なリスクコミュニケーションが可能になりますが、対応が不十分な場合は、不安が高まり、適切な予防行動の阻害や医療機関への受診抑制などの影響が生じる可能性もあります。医療機関では下記のポイントを考慮して、メディア対応に備えることが重要です。

### メディア対応のポイント

- メディア対応およびリスクコミュニケーションのプランを事前に策定
- メディア対応者（広報担当者）を指定
- プレスリリースの準備
  - ☞「いつ」「どこで」「だれが」などの必要な情報を迅速にまとめます（→下記「メッセージ作成のポイント」参照）
  - ☞疾患の基本情報をあらかじめ準備しておきましょう（疾患別ファクトシート（p. 5～8）が利用できます\*）
  - ☞メディアへの情報提供や記者会見が必要な場合は、すべての関係機関の合意を得た上で実施します
  - ☞患者および家族のプライバシーが保護されるよう細心の注意を払います
- 情報の発信源としての信頼性の維持
- メディア関係者と良好な関係の構築

### メッセージ作成のポイント

プレスリリースのメッセージは下記のポイントをふまえて作成します。なお、公表するメッセージの内容については、保健所、都道府県、国立感染症研究所、厚生労働省などの関連機関と調整の上で決定します。

- 何が起きているのか？
- ウイルス性出血熱とは？ ヒトからヒトに感染するか？
- ウイルス性出血熱の症状は？
- ウイルス性出血熱はどのように治療するのか？
- ウイルス性出血熱の症状が出たらどのようにすべきか？
- ウイルス性出血熱の流行地またはその近くにいる、ウイルス性出血熱に曝露した可能性がある場合はどうすべきか？
- ウイルス性出血熱を発症するのではないかと心配な場合、どうすべきか？
- これまでにどのような対策がとられてきたか？ 更なる情報が必要な場合はどうすればいいか？

\* 南米出血熱については、情報が少ないため疾患別ファクトシートは作成していません。南米出血熱が疑われる場合は国立感染症研究所の専門家に連絡をとり、情報収集を行ってください。

## ●ファクトシート：エボラ出血熱

---

### 【概要】

エボラウイルスによる感染症でウイルス性出血熱の一つです。重症化しやすく致死率（発症した人のうち死亡した人の割合）が非常に高い（90%に達することもある）疾患です。1976年にコンゴ民主共和国（旧ザイール）のエボラ川流域とスーダンで初めて確認され、以後、中央アフリカや西アフリカの熱帯雨林付近の村々を中心に流行が発生しています。わが国では過去に患者の報告はありません。感染症法で一類感染症に指定されています。

### 【感染経路】

エボラウイルスに感染した人や動物（チンパンジーやゴリラ、コウモリなど）の血液や体液（便、尿、唾液）などに直接接触することで感染します。これらの血液や体液が付着した衣類や寝具、医療機器などに触れることで、皮膚の傷などを通じて間接的に感染することもあります。男性の場合、症状が回復した場合でも長期にわたって（最大7週間）精液を通じて感染させる可能性があります。

### 【症状】

2～21日（多くは8～10日）の潜伏期の後、急な発熱、倦怠感、筋肉痛、頭痛、喉の痛みなどが発生します。その後、嘔吐、下痢、発疹、腎機能障害、肝機能障害が発生し、出血や内出血がみられることもあります。血液検査では、白血球数、血小板数の減少のほか、肝機能の悪化がみられます。

### 【診断】

病歴と症状からエボラ出血熱が疑われた場合は、下記の血液検査などにより診断します。なお、日本では国立感染症研究所においてのみ検査可能です。

□抗体検出法（ELISA、蛍光抗体法） □ウイルスの検出（PCR法、抗原検出ELISA）

### 【治療】

現時点では有効な治療薬はありません。輸液や酸素投与などによる全身管理と合併症などに対する対症療法が中心となります。治療は感染症指定医療機関の個室で行います。

### 【予防】

現時点では有効なワクチンはありません。患者の診療を行う医療従事者では特に感染のリスクが高いため、患者と接する場合は適切な感染防止策をとる必要があります。

### 【感染症法上の扱い】

感染症法で一類感染症に指定されており、患者が発生した場合は、診断した医師を通じて直ちに保健所に患者発生の届出が行われます。患者に対しては、都道府県知事による入院の勧告が行われることがあります。また、治癒するまで就業は制限されます。一類感染症では、疑似症患者と無症状病原体保有者も患者とみなして対応がとられることとなります。

## ●ファクトシート：マールブルグ病

---

### 【概要】

マールブルグウイルスによる感染症でウイルス性出血熱の一つです。発症すると重症化しやすく致死率も高い（24～88%）疾患です。1967年にドイツのマールブルグなどで、実験用としてウガンダから輸入されたアフリカミドリザルを介して発生したアウトブレイクで初めて確認されました。マールブルグウイルスはエボラウイルスと同じフィロウイルス科のウイルスであり、エボラ出血熱と似た症状が出現します。わが国では過去に患者の報告はありません。感染症法で一類感染症に指定されています。

### 【感染経路】

自然界の宿主はオオコウモリであると考えられています。このコウモリが生息する洞穴などに長時間滞在することにより、マールブルグウイルスへの感染の可能性が高まります。人から人への感染は、感染した人の血液や体液に直接または間接的に接触することで起こります。患者の血液が付着した注射針などにより感染した場合は、症状の進行が早く重症化するといわれています。

### 【症状】

3～10日の潜伏期の後、急な発熱、激しい頭痛、倦怠感、筋肉痛により発症します。その後、重度の水様性下痢、腹痛、悪心・嘔吐が出現し、多くの患者で発疹もみられます。5～7日目になると多くの患者で出血傾向（吐血や下血、口や鼻、陰部からの出血など）がみられるようになります。この間高熱が続き、意識障害を伴う場合もあります。

### 【診断】

病歴と症状からマールブルグ病が疑われた場合は、下記の血液検査などにより診断します。なお、日本では国立感染症研究所においてのみ検査可能です。

□抗体検出法（ELISA、蛍光抗体法） □ウイルスの検出（PCR法、抗原検出ELISA）

### 【治療】

現時点では有効な治療薬はありません。輸液や酸素投与などによる全身管理と合併症などに対する対症療法が中心となります。治療は感染症指定医療機関の個室で行います。

### 【予防】

現時点では有効なワクチンはありません。患者の診療を行う医療従事者では特に感染のリスクが高いため、患者と接する場合は適切な感染防止策をとる必要があります。

### 【感染症法上の扱い】

感染症法で一類感染症に指定されており、患者が発生した場合は、診断した医師を通じて直ちに保健所に患者発生の届出が行われます。患者に対しては、都道府県知事による入院の勧告が行われることがあります。また、治癒するまで就業は制限されます。一類感染症では、疑似症患者と無症状病原体保有者も患者とみなして対応がとられることとなります。



## ●ファクトシート：クリミア・コンゴ出血熱

---

### 【概要】

マダニによって媒介されるクリミア・コンゴ出血熱（CCHF）ウイルスによる感染症で、ウイルス性出血熱の一つです。しばしば重症化し致死率の高い（10～40%）疾患です。1944年にクリミア半島で初めて確認され、その後1956年にアフリカのコンゴ民主共和国（旧ザイール）で確認されたウイルスと同一であることがわかりました。アフリカ、バルカン半島諸国、中東およびアジアの北緯50度以南の地域で流行がみられます。わが国では過去に患者の報告はありません。感染症法で一類感染症に指定されています。

### 【感染経路】

常在地においてマダニに咬まれる、または感染した動物の血液や臓器に接触することで感染します。人から人への感染は、感染した人の血液や体液などに接触することにより感染します。

### 【症状】

潜伏期は2～9日で、マダニに咬まれた場合は3日以内、感染した血液や臓器に接触した場合は5～6日となることが多いようです。その後、急な発熱、筋肉痛、めまい、首の痛み・硬直、背部痛、頭痛、目の痛みと羞明感が出現します。初期には悪心、嘔吐、下痢、腹痛、咽頭痛、その後、急な気分変動、興奮状態、傾眠、倦怠感、右上腹部に限局した腹痛と肝腫大、さらにはリンパ節腫大、口腔粘膜や皮膚の点状出血、出血斑、出血傾向が出現します。重症患者では腎不全、肝不全、呼吸不全をきたし、死亡する場合があります。回復する場合は9～10病日で症状が改善します。

### 【診断】

病歴と症状からクリミア・コンゴ出血熱が疑われた場合は、下記の血液検査などにより診断します。なお、日本では国立感染症研究所においてのみ検査可能です。

□抗体検出法（ELISA、蛍光抗体法） □ウイルスの検出（PCR法、抗原検出ELISA）

### 【治療】

輸液や酸素投与などによる全身管理と合併症などに対する対症療法が中心となりますが、抗ウイルス薬のリバビリンが有効である場合があります。治療は感染症指定医療機関の個室で行います。

### 【予防】

現時点では有効なワクチンはありません。患者の治療を行う医療従事者では特に感染のリスクが高いため、患者と接する場合は適切な感染防止策をとる必要があります。常在地においては、マダニに咬まれないよう、皮膚の露出が少ない服装で虫除けなどを使用します。また、動物と接する際には十分な注意が必要です。

### 【感染症法上の扱い】

感染症法で一類感染症に指定されており、患者が発生した場合は、診断した医師を通じて直ちに保健所に患者発生の届出が行われます。患者に対しては、都道府県知事による入院の勧告が行われることがあります。また、治癒するまで就業は制限されます。一類感染症では、疑似症患者と無症状病原体保有者も患者とみなして対応がとられることになります。

## ●ファクトシート：ラッサ熱

---

### 【概要】

ラッサウイルスによる感染症でウイルス性出血熱の一つです。1969年にナイジェリアのラッサ村で初めて患者が確認されました。マストミスというネズミによりウイルスが媒介され、シエラレオネ、リベリア、ギニア、ナイジェリアなどの西アフリカ諸国に常在し、これらの地域では毎年10～30万人の患者が発生し、約5000人の死亡が報告されています。わが国では1987年にシエラレオネからの輸入例が1例報告されています。感染症法で一類感染症に指定されています。

### 【感染経路】

ラッサウイルスを媒介するマストミスは、西アフリカ地域を中心に広く生息し、しばしば民家に棲みつき、尿などの体液で住環境や食べ物、衣類を汚染します。この汚染されたものへの接触、食べ物の摂取を通じて人に感染します。排泄物を含んだほこりなどを吸い込むことでも感染します。人から人へは患者の血液や体液に接触することにより感染しますが、体液と接触することのない軽い接触のみでは感染しません。医療機関での感染が起こりうるため、適切な個人用防護具が必要です。

### 【症状】

感染した場合、5～21日の潜伏期の後、発熱などの症状が出現します。多くの患者は軽症で、微熱、倦怠感、頭痛などの症状がみられる程度ですが、約20%は重症化し、出血傾向、呼吸障害、反復性の嘔吐、顔面浮腫、胸・背部・腹部の痛み、ショックなどの症状が出現します。聴力障害、振戦、脳炎などの神経症状が出現することもあります。発症から2週間以内に多臓器不全により死亡することがあります。入院治療が必要になった場合の致死率は15～20%ですが患者全体での致死率は約1%です。特に妊娠後期の女性では致死率が高く、妊婦が感染した場合は多くが流産します。

### 【診断】

病歴と症状からラッサ熱が疑われた場合は、下記の血液検査などにより診断します。なお、日本では国立感染症研究所においてのみ検査可能です。

□抗体検出法（ELISA、蛍光抗体法） □ウイルスの検出（PCR法、抗原検出ELISA）

### 【治療】

発症後早期に投与された場合は、抗ウイルス薬のリバビリンが有効です。その他、補液による全身状態の管理、呼吸・循環の管理、合併感染の治療を行います。治療は感染症指定医療機関の個室で行います。

### 【予防】

現時点では有効なワクチンはありません。患者の診療を行う医療従事者では特に感染のリスクが高いため、患者と接する場合は適切な感染防止策をとる必要があります。

### 【感染症法上の扱い】

感染症法で一類感染症に指定されており、患者が発生した場合は、診断した医師を通じて直ちに保健所に患者発生の届出が行われます。患者に対しては、都道府県知事による入院の勧告が行われることがあります。また、治癒するまで就業は制限されます。一類感染症では、疑似症患者と無症状病原体保有者も患者とみなして対応がとられることになります。

---

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）

我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究

研究分担者 富尾 淳（東京大学医学部附属病院災害医療マネジメント部）

研究代表者 加藤康幸（独立行政法人国立国際医療センター国際感染症センター）

# 世界の現状と 我が国の臨床的対応を 考える

感染症の流行は、此度のSARSのアウトブレイク、パンデミックインフルエンザなどが発生し、大流行の基盤を築きつつあると見られます。交通のグローバル化により感染が国を境を越えやすくなる国際感染症として、一層注意を払って対応されるウイルス性出血熱があげられます。我が国では1987年のワンリ熱症例から現在はありませんが、欧米でも近年のように輸入例が報告されています。今回の公開セミナーでは、このウイルス性出血熱をとりあげ、世界的な流行と我が国の対応を知りたいかたは、疫学・臨床・公衆衛生的な対応を講義したいと願います。是非ご参加の方にご参加ください。ご参加申し込みは、

医療関係者向け公開セミナー

平成24年 **3/10** 土 17:00-19:30

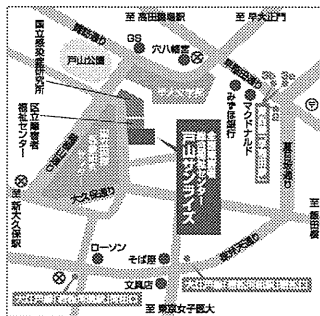
会場：全国障害者総合福祉センター  
戸山サンライズ 大研修室

- 参加費無料 ●事前申込み不要
- ICD制度協議会 2 単位

## プログラム

●司会/加藤 康幸 (国立国際医療研究センター 国際疾病センター 国際医療支援室 医長)

- 1 新興ウイルス感染症の現状と国際的検査診断ネットワーク  
西條 政幸 (国立感染症研究所 ウイルス第一部 部長)
- 2 感染研におけるウイルス性出血熱患者発生に備えた検査診断対応  
森川 茂 (国立感染症研究所 ウイルス第一部 第一室長)
- 3 Dangerous Infections: Risk Management and Clinical Care  
Barbara Bannister  
(Consultant in Infectious Diseases, Royal Free Hospital, London, UK)



### 会場案内図

全国障害者総合福祉センター 戸山サンライズ 大研修室  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1

### 【アクセス】

- 東京メトロ東西線「早稲田」駅 / 「2 番出口」徒歩 7 分
- 都営地下鉄大江戸線「若松河田」駅 / 「河田口出口」徒歩 7 分

### お問い合わせ先

独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際疾病センター 国際医療支援室 (山崎・加藤)  
〒162-8655 新宿区戸山1-21-1  
TEL: 03 (3202) 7181 (代表) FAX: 03 (3207) 1038 E-mail: info-dcc@hosp.ncgm.go.jp

主催 ● 我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究 (代表研究者: 加藤康幸)

共催 ● バイオテロに使用される可能性のある病原体等の新規検出法と標準化に関する研究 (代表研究者: 倉根一郎)

● 現在、国内で分離・同定できないウイルス性出血熱等の診断等の対応方法に関する研究 (代表研究者: 森川茂)

## 第8回 国際感染症セミナー

# 健康危機管理に際して、 労働者の安全と健康を どのように守るか？

東日本大震災から一年が経とうとしています。  
震災に続いて発生した福島第一原子力発電所事故では、  
放射線曝露という困難な状況の中で業務を行う労働者に注目が集まりました。  
感染症の分野では、21世紀に入り、SARSなどの新しい感染症が発生し、  
医療従事者の感染が問題となりました。また、我が国では1987年以来報告がありませんが、  
欧米では、一類感染症に指定されるウイルス性出血熱の輸入例が毎年のように経験されています。  
本セミナーでは、発生することがまれと想定されているこのような健康危機事例を通じて、  
労働者の安全と健康をどのように守るべきか、皆さんと考える契機としたいと思います。

医療関係者、公衆衛生行政担当者向け  
公開セミナー

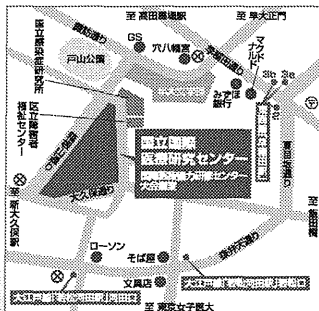
平成24年 **3/12** 月  
18:30-20:30

会場：国立国際医療研究センター  
国際医療協力研修センター  
大会議室

- 同時通訳あり
- 参加費無料 ●事前申込み不要
- 日本医師会生涯教育制度2単位 カリキュラムコード 1, 2, 11, 12

### プログラム

- 司会 / 加藤 康幸  
(国立国際医療研究センター 国際疾病センター  
国際医療支援室医長)
- 1 福島第一原発における労働者の安全と健康  
吉川 徹 先生 (労働科学研究所 副所長)
- 2 Dangerous Infections:  
Risk Management and Clinical Care  
Dr. Barbara Bannister  
(Consultant in Infectious Diseases,  
Royal Free Hospital, London, UK)



### 会場案内図

国立国際医療研究センター 国際医療協力研修センター 大会議室  
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

### 【アクセス】

- 東京メトロ東西線「早稲田」駅 / 「2番出口」徒歩15分
- 都営地下鉄大江戸線「若松河田」駅 / 「河田口出口」徒歩5分

### お問い合わせ先

独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際疾病センター 国際医療支援室 (山崎・加藤)  
〒162-8655 新宿区戸山1-21-1  
TEL: 03(3202)7181 (代表) FAX: 03(3207)1038 E-mail: info-dcc@hosp.ncgm.go.jp

主催 独立行政法人 国立国際医療研究センター

共催 平成23年度厚生労働科学研究インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業  
「我が国における一類感染症の患者が発生した場合の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究班」

## II. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

著者名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年
英国危険病原体諮問委員会 (ACDP)	富尾淳, 西條政幸, 森川茂, 中島一敏, 吉川徹, 足立拓也, 加藤康幸 (翻訳)	ハザードグループ4病原体によるウイルス性出血熱およびそれに類似する重大な感染症の管理	-	東京	2013年
加藤康幸, 西條政幸, 森川茂, 中島一敏, 吉川徹, 足立拓也, 富尾淳	-	ウイルス性出血熱診療の手引き 第1版	-	東京	2014年

【雑誌】

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ujii M, Moi ML, Kobayashi T, Takeshita N, <u>Kato Y</u> , Takasaki T, Kanagawa S	Dengue virus type-3 infection in a traveler returning from Benin to Japan	J Travel Med	19	255-257	2012
Nakayama E, <u>Saijo M</u>	Animal models for ebola and marburg virus infections.	Front Microbiol	4	267	2013
Kutsuna S, Hayakawa K, <u>Kato Y</u> , Fujiya Y, Mawatari M, Takeshita N, Kanagawa S, Ohmagari N	The usefulness of serum C-reactive protein and total bilirubin levels for distinguishing between dengue fever and malaria in returned travelers.	Am J Trop Med Hyg	90	444-448	2014
<u>吉川徹</u>	電動ファン付き呼吸用保護具 (PAPR) の普及と型式検定	労働の科学	67	668-73	2012

### Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

ハザードグループ 4 病原体による

# ウイルス性出血熱

および

# それに類似する重大な 感染症の管理

英国危険病原体諮問委員会

(ACDP)



ハザードグループ 4 病原体による

# ウイルス性出血熱

および

## それに類似する重大な 感染症の管理

発行日 2012年7月 第1版第1刷発行

発行者 英国危険病原体諮問委員会 英国保健省 英国安全衛生庁

© Crown copyright material re-used under the terms of the Open Government Licence.

\*本指針は安全衛生庁（HSE）と共同で危険病原体諮問委員会（ACDP）により作成されたものである。また、作成にあたり保健安全研究所（HSL）、保健省（DH）、権限委譲行政機関（ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）および国民保健サービス（NHS）に謝意を表す。

#### 【訳者註】

- (1) 本ガイダンスについては、2012年のクリミア・コンゴ出血熱患者の診療経験などをもとに ACDP において改訂作業中である。今後改訂版が発行されることを留意されたい。
- (2) 本ガイダンスに記載されている健康保護局（Health Protection Agency; HPA）は、2013年4月より、その他70の公衆衛生関連組織とともに英国保健省の執行機関の1つである Public Health England に統合された。したがって、本ガイダンス中の HPA に関連する連絡先は、変更となっている可能性があることに留意されたい。

英国危険病原体諮問委員会  
(ACDP)

# 訳者一覧

富尾 淳	東京大学医学部附属病院 災害医療マネジメント部
西條 政幸	国立感染症研究所 ウイルス第一部
森川 茂	国立感染症研究所 獣医科学部
中島 一敏	国立感染症研究所 感染症疫学センター
吉川 徹	労働科学研究所 国際協力センター
足立 拓也	東京都保健医療公社豊島病院 感染症内科
加藤 康幸	国立国際医療研究センター 国際感染症センター

# 訳者序文

伝染病予防法を廃止して、1999年に施行された感染症法では、致死率が高く、公衆衛生上重要な感染症として、一類感染症が規定されている。2013年3月現在、エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱が指定されているが、うち5つはウイルス性出血熱（VHF: viral hemorrhagic fever）と総称される疾患である。

新しい感染症の法律を制定するよう勧告した公衆衛生審議会の答申（1997年）には、今日対策の整備が強調される「新型インフルエンザ」という疾患名は見当たらず、このVHFという疾患名が何度も登場し、近い将来の国内での発生を想定していることがうかがわれる。感染症法施行以来、わが国では幸いに一類感染症の患者は発生していないが、この15年前の想定は間違っていたであろうか？

世界に目を向けると、先進工業国においても、毎年1例程度のVHF患者の発生は報告されている。そのほとんどは、VHFの常在地に渡航した旅行者が現地で罹患して持ち込む事例である。中でも英国の報告数が際立っており、2009年にラッサ熱2例、2012年にはクリミア・コンゴ出血熱1例の輸入例を経験している。海外渡航者が増加している今日、わが国においてもいつVHFの患者が発生してもおかしくない状況にあると考えられる。

私どもの研究班では、一類感染症が発生した場合の臨床的対応や積極的疫学調査の検討を行っているが、VHFの症例を最も経験しているこの英国に注目し、ロイヤルフリー病院（Royal Free Hospital）や健康保護局（Health Protection Agency）の専門家と交流を深めてきた。このような中、2012年に英国危険病原体諮問委員会によるVHFの管理に関するガイダンスの改訂が実に16年ぶりに行われた。この間に英国内外で発生した事例から、VHFの患者家族や医療関係者への感染伝播リスクが見直され、個人用防護具の状況に応じた使い分けや、1970年代から使用されているアイソレーター型のベッドが必ずしも必要ないことなどの新しい内容が盛り込まれている。また、マラリアなどの感染症との鑑別が重要であるという視点に基づいたリスク評価手順や専門家との連携体制など、わが国においても参考になる内容が随所に書かれている。

このような実践的な事項のみでなく、本ガイダンスの読者は公衆衛生上重大な感染症の医療体制は国によって大きく異なることも知ることになるだろう。わが国は、各県に少なくとも1施設、VHFを診療できる第一種感染症指定医療機関（2013年3月現在、41施設）を整備する方針になっているが、英国はロンドンにあるロイヤルフリー病院を含めた全国2施設で診療する体制としている。これには、国内のどこで患者が発生しても、空軍などを活用して患者搬送を行うことが前提となっている。

本ガイダンスは、一類感染症の患者が発生した場合に対応することが想定される第一種感染症指定医療機関、保健所、検疫所等の職員に有益であるばかりでなく、わが国の感染症危機管理に関心を持つすべての関係者にとって有益と信じる。

翻訳者を代表して

研究代表者 加藤 康幸

2013年3月29日 日本語版第1版第1刷発行

\*本ガイダンスの翻訳出版は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「我が国における一類感染症の患者発生時に備えた診断・治療・予防等の臨床的対応及び積極的疫学調査に関する研究」により行われた。

# 目次

訳者一覧	4
訳者序文	5
概説	8
SECTION 1 導入	9
概要	9
本指針の使用対象者	11
SECTION 2 患者のリスク評価	13
なぜリスク評価が必要か？	13
患者のリスク評価の実施方法	14
患者のVHFリスク分類	15
VHF感染の可能性が低い患者	16
SECTION 3 「VHF感染の可能性あり」と分類された患者の管理	18
感染予防策	19
検査診断	21
検査診断結果およびその後の患者管理	22
マラリア検査結果	22
VHFスクリーニング検査結果	22
SECTION 4 「VHF感染の可能性が高い」と分類された患者の管理	23
感染予防策	23
検査診断	25
VHFスクリーニング検査結果およびその後の患者管理	26
SECTION 5 VHFスクリーニング検査結果陽性患者の管理	27
SECTION 6 公衆衛生対応	29
初期の公衆衛生対応	30
全面的な公衆衛生対応	32

APPENDIX 1 ACDPハザードグループ4病原体によるVHFの概要	37
APPENDIX 2 連絡先	42
APPENDIX 3 VHFスクリーニング検査結果陽性患者の隔離の原則	43
APPENDIX 4 患者の搬送	50
APPENDIX 5 検体採取および取り扱い	55
APPENDIX 6 検査法	58
APPENDIX 7 個人用保護具（呼吸用保護具を含む）	64
APPENDIX 8 感染のおそれのある物質に偶発的に曝露したスタッフの管理	71
APPENDIX 9 洗濯物の処理を含めた除染	73
APPENDIX 10 廃棄物の処理および廃棄	78
APPENDIX 11 死後のケア	83
APPENDIX 12 関連する安全衛生法規の概要	88
APPENDIX 13 用語集	93
APPENDIX 14 略語一覧	98
APPENDIX 15 謝辞	101

## 概 説

本文書は、ウイルス性出血熱（VHF）への感染を考慮すべき、または感染が確認された英国の患者のリスク評価および管理に関する指針を示すものである。本指針は、感染患者または感染患者の検体と接触する医療従事者などに対する感染リスクの排除または最小化を目的とする。本指針は、1996年に危険病原体諮問委員会（ACDP）により発行された前指針「ウイルス性出血熱の管理と予防」の改訂版である。

VHFは、アフリカ、南アメリカ、中東および東ヨーロッパの各地で報告されている重篤かつ致死的なウイルス疾患である。VHFは院内感染のおそれがあること、致死率が高いこと、迅速な発見と診断が難しいこと、そして有効な治療法が存在しないことから、公衆衛生上の重要課題である。英国の環境条件は、出血熱ウイルスの自然宿主またはベクターに適していない。また、英国でこれまでに報告されているVHF症例は、針刺し損傷によって感染した実験室研究者1名を除きすべて海外での感染である。

本指針の作成にあたり、ACDPはVHF感染の伝播リスクを新たに評価した。集団発生のエビデンスから、VHF感染の伝播の主な経路は、血液または体液への直接接触（傷ついた皮膚または粘膜を通して）、および血液または体液のスプラッシュや飛沫で汚染された場所への間接接触であることが強く示唆される。VHF患者からの空気感染リスクに関する状況的または疫学的なエビデンスはないという点で、専門家の意見は一致している。リスク評価の改訂を受けて、本指針では英国におけるVHF患者を隔離する上で推奨される管理上の選択肢を提示する。これらの選択肢には、専門の高度安全感染症棟（HSIDU）内でのVHF患者の隔離に関する柔軟な対応も含まれている。

# SECTION

# 1

## 導 入

### 概 要

#### 1.

本指針は、1996年に危険病原体諮問委員会（ACDP）により発行された前指針「ウイルス性出血熱の管理と予防」の改訂版であり、ウイルス性出血熱（VHF）の感染を考慮すべき、または感染が確認された英国の患者のリスク評価および管理に関する指針を示すものである。

#### 2.

本指針は、感染患者と接触する医療従事者などに対する感染リスクの排除または最小化を目的とする。本指針において、接触とは発熱後の感染患者または感染患者の血液および体液、排泄物または組織への曝露と定義される。

#### 3.

VHFは、アフリカ、南アメリカ、中東および東ヨーロッパ特有の重度かつ致死的なウイルス疾患である。英国の環境条件は、出血熱ウイルスの自然宿主またはベクターに適していない。また、**英国でこれまでに報告されているVHF症例は、針刺し損傷によって感染した実験室研究者1名を除きすべて海外での感染である。**本指針の公表日にいたるまで英国においてVHFのヒトからヒトへの感染は報告されていない。