厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
分担研究報告書

旅館業法及び興行場法の施設における感染防止対策等を含む衛生管理の推進　のための研究
旅館等における特定感染症対応の標準化に関する研究
COVID-19 パンデミック時の課題検討、特定感染症有症者時の具体的基準案の作成

研究協力者　石黒　信久　ソフィア北円山クリニック
研究分担者　黒須　一見　国立健康危機管理研究機構　国立感染症研究所　薬剤耐性研究センター　主任研究員
研究代表者　開原　典子　国立保健医療科学院　建築・施設管理研究部　上席主任研究官

研究要旨

(1) 旅館等における特定感染症対応の標準化を目的に、感染経路・感染力・有症者等の定義を整理し、関連文献と行政計画（新型インフルエンザ行動計画等）を検討した。発熱・咳・咽頭痛などの呼吸器症状を中心とする宿泊客スクリーニング基準を提示し、国内外の流行状況に応じて、宿泊可否判断、室内待機・受診勧奨、物品確保・職員教育・連携手順などからなる具体的な対策案を具体化した。

(2) 日本では 2023 年 5 月 8 日、COVID-19 の感染症法上の分類が「新型インフルエンザ等感染症（2 類相当）」から「5 類感染症」に変更され、サーベイランスは全数報告から定点報告へ、検査・治療費は公費から保険診療へ移行した。12 病院 13,812 例の解析では、下水中 SARS-CoV-2 濃度と週当たり新規患者数に強い相関を認めた（2 類相当期間 r=0.8321、5 類感染症期間 r=0.7501）。さらに、自治体など広域流域の下水データの方が、病院所在流域の下水データより相関が強かった。公開されている自治体下水データを活用すれば、自施設の COVID-19 症例数の推計や、下水濃度と院内感染者数の比較による感染対策の評価が可能である。

本分担では、下記の 2 点について研究を実施した。

1. 旅館等における特定感染症対応の標準化に関する研究
2. SARS-CoV-2 下水サーベイランスを活用した COVID-19 感染対策の有効性評価

各内容について目的、方法、結果、考察、結論を記載する。

１．旅館等における特定感染症対応の標準化に関する研究

A1. 研究目的

特定感染症（一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、新感染症、指定感染症）有症者等の具体的基準案を策定するため、感染経路・感染力・有症者等の定義を整理し、必要な情報収集・情報整理を行う。さらに、流行状況に応じた、特定感染症対策の基本的考え方と具体案を検討する。

B1. 研究方法

特定感染症について、感染経路、感染力、発生状況、主な臨床症状を整理し、感染者を効率的に発見するための有効な方法を検討する。

C1. 研究結果

(1)注目すべき特定感染症とそのスクリーニング

一類感染症に分類されるウイルス性出血熱は、特定の国や地域でのみ発生している(文献1,2,3)。欧米諸国では、発生国からの渡航者や帰国者に発症例は報告されているものの、アウトブレイクに至った事例はない(文献4)。

二類感染症の急性灰白髄炎とジフテリアも発生地域は限られている(文献3)。2003年にパンデミックを引き起こした重症急性呼吸器症候群(SARS)は、現在では自然界でのヒト感染が確認されておらず、事実上消失したと考えられる(文献5)。

一方、結核は世界各国で依然として発生しており、国際的な公衆衛生上の課題となっている(文献3)。中東呼吸器症候群（MERS）は、2012年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦など中東地域で広く発生している重症呼吸器感染症であり、現在も発生している。2015年に韓国では中東で感染した1人の MERS 患者を発端として、主に医療機関で感染が拡大し、計186名の確定患者が報告されており、日本での発生はないが注視する必要がある（文献 7,8)。鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)は、ヒト感染例は限られるが、鳥類での発生が持続しており、将来的な変異や流行兆候を見逃さないためにも継続的監視が必要である(文献9)(別添1)。

以上より、国内で発生又は持ち込まれる可能性が高い特定感染症は、結核、中東呼吸器症候群(MERS)、鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)、将来的に発生が懸念される新型インフルエンザと考えられた（表１)。これらはすべて呼吸器感染症であり、主な症状は発熱及び呼吸器症状である（表２)。したがって、これらの症状に着目したスクリーニングにより、特定感染症患者を効率的に発見できると考えられる（表３)。

(2) 特定感染症への対応

本研究班では、(A)「特定感染症を意識した平時からの準備」、(B)「国内外で特定感染症の発生が報告されるなど、感染対策を強化する必要がある状況」、(C)「状況にかかわらず、発熱や呼吸器症状のある者が発生した場合の対応」の3つの対応に整理する（表４)。なお、これらの対応には法令上の根拠は無く、任意で行われるものとなる。

(3) 宿泊予定者の発熱および呼吸器症状スクリーニング（図１)

宿泊予定者が来館した際には、以下の症状の有無を確認する。(1)37.5度以上の熱（ただし、平熱が37.5度を超える者は除く)、(2)周囲の人が気になるほどの強い咳、(3)本人が不快に感じる咽頭痛の有無を確認する。

いずれにも該当しない場合には、通常どおり宿泊可能とする。(1)～(3)のいずれかに該当し、かつ症状の程度が通常と異なる場合には、下記(a)～(c)のいずれかの対応を行う。(a)宿泊は可能とするが、基本的に室内で過ごし、症状が改善した時点で通常の宿泊に移行する、(b)医療機関を受診し、医師の指示を受ける、(c)宿泊者が(a)あるいは(b)のいずれにも協力しない場合、施設等の約款や明示されたルールを提示し、協力を求める。なお、同伴者に症状がなければ通常通り宿泊できる。ただし、症状を有する宿泊者に付き添う場合は、その行動を共にすることになる。

米国の健常成人を対象とした研究では、平熱が37.5℃以上の者も1%弱ながら存在することが報告されている(文献17)。そこで、本スクリーニングでは、平熱が 37.5℃を超える者を対象外とした。また、気管支喘息や慢性気管支炎では、感染症ではなくても咳がみられることがある(文献18)。このため、普段から咳などの呼吸器症状を有する者もスクリーニングの対象外とした。

ホテル・旅館のホームページや宿泊客の目につきやすい場所に本スクリーニング方法を掲示し、宿泊予定者に周知・理解を求める。

国内外で特定感染症の発生が報告され、国又は自治体から別途の指示があった場合には、その指示に従って対応する。

(4)協力の求め

旅館業法において、感染症患者に対する宿泊拒否や協力の求めを限定的に規定しているところである。このため、本フローチャートでは、37.5℃以上の発熱、周囲が気に留めるほどの激しい咳、本人が苦痛を訴える咽頭痛があるにもかかわらず、室内待機や医療機関受診への協力を拒む宿泊者に対しては、「施設等の約款や明確に示されたルールを示し、協力を求めることができる」としている（図１）。

(5)感染拡大防止策とその根拠

結核は「空気感染」を起こす代表的な感染症であり、その感染成立は源患者の感染性、接触時間、近接度、換気状況に依存する。特に換気不良の屋内で感染性の高い患者と長時間接触するほど、感染リスクは高まる。接触追跡の実務では、閉鎖空間での 8 時間曝露や月 120 時間といった条件がリスク層別の目安として用いられてきた(文献20)。鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザは、近距離の飛沫、短距離エアロゾル、ならびに接触（環境表面を介する間接接触を含む）によって伝播し得るが、現時点での H5N1/H7N9 に関するヒトーヒト伝播は限定的であり、持続的な伝播成立の証拠はない(文献 21,22)。中東呼吸器症候群（MERS）の流行は、主にヒトコブラクダからの散発的感染と医療機関内での集団発生によって生じ、家庭内二次感染は数％程度にとどまり、持続的なヒトーヒト伝播は確認されていない。医療機関では近距離飛沫・接触による伝播が中心であり、環境表面を介した伝播の関与も示唆されている(文献 23)。

したがって、スクリーニングで発熱や呼吸器症状が認められた宿泊予定者については、空気の流れ（主流）がコントロールされた室内で過ごし、部屋の出入り時にアルコール性手指消毒薬で手指衛生を行い、室外に出る際にはサージカルマスクを着用すれば、仮に特定感染症であっても伝播拡大の源となる可能性は低いと考えられる。

発熱や呼吸器症状がある宿泊予定者に対応する従業員は、サージカルマスクを着用し、対応後にはアルコール性手指消毒薬または流水と石けんで手指衛生を行う必要がある。そのためには、適切な資機材の準備と日常的な訓練が欠かせない。また、結核の可能性が高いと判明した宿泊予定者に対応する場合には、N95 マスクの着用が望ましい。N95 マスクの性能を十分に発揮させるためには、事前のフィットテストや着用訓練が不可欠である。

(6) 流行状況に応じた準備と対応

平時から準備を行うことが何よりも重要である。主な準備項目は以下のとおりであり、各項目についての具体的な対策を表５に示した。①施設内の連絡体制の整備、②業務手順書の整備、③設備・換気の状況の把握、④事業継続計画（BCP）の整備、⑤感染対策に必要な物品の備蓄、⑥館内の感染リスクの把握、⑦ゾーニングと動線の検討、⑧情報収集方法の整備、⑨教育・研修の実施、⑩清掃・消毒体制の整備、⑪体調不良者が利用した客室への対応を準備、⑫リネン類取扱いの整理、⑬食事提供時対応の整理、⑭大浴場・共用施設対応の整理。

従業員および宿泊客の健康確認表を適宜活用する（表６，７）。

(7) WHO 及び本邦における新型インフルエンザの警戒フェーズとの比較

令和 4 年 6 月 30 日の新型インフルエンザ等対策ガイドラインでは、未発生期、海外発生期、国内発生早期、国内感染拡大期、小康期の 5 段階分類が用いられてきたが、本研究班では運用上の簡

便性を考慮し、よりシンプルな3つの対応を採用した。WHOおよび厚生労働省が提唱した新型インフルエンザの5段階分類(文献26,27)と、本研究班で提唱する3つの対応を比較検討した（図２、３）。

D1. 考察

2024年の年間訪日外客数は約3,687万人に達し、コロナ禍前の2019年（3,188万人）を上回って過去最高を記録した。日本政府は、観光を「成長産業」と位置づけ、訪日外国人の増加を目指す政策を推進している。こうした状況下で、旅館等において特定感染症患者を効率的に発見し、周囲への感染拡大を防止するためには、どのような手段を講じるべきかを検討した。特定感染症の国内外における発生状況を踏まえると、結核、鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)、さらには将来的に発生が懸念される新型インフルエンザなどが、真に警戒すべき感染症であると考えられた。これらはいずれも発熱や呼吸器症状を主な臨床症状とする呼吸器感染症であるため、発熱及び呼吸器症状に着目したスクリーニングを実施することにより、特定感染症患者を効率的に発見できると考えられた（図１）。

特定感染症の感染対策を合理的かつ効率的に運用し、医療体制を維持しながら社会経済への混乱を最小限に抑えるためには、流行状況に応じた対応策が不可欠である。本研究班がこれまでに実施してきた、旅館等における新型コロナウイルス感染症のアウトブレイク介入事例をもとに、3つの対応を策定した。「特定感染症を意識した平時からの準備」の目的は、特定感染症の流行が確認されていない段階から必要な体制を整えておくことであり、特定感染症発生時の混乱を防ぐ基盤となる。「平時であっても、発熱や呼吸器症状のある者が発生した場合の対応」の目的は、特定感染症の拡大を防止することである。「国内外で特定感染症の発生が報告されるなど、感染対策を強化する必要がある状況」では、施設が自主的に感染対策を強化し、必要な範囲で対応を調整する。宿泊施設は旅館業法および行政通知を踏まえ、地域の状況を確認しながら、組織として対応することが重要である。今後、旅館等で現在使用されている感染対策マニュアル等を参考にすることで、より具体的かつ実践的な対策案の策定が可能になると考えられる。

E1. 結論

旅館等において宿泊客から特定感染症患者(疑い例を含む)をスクリーニングする方法、特定感染症の流行状況に応じた対策の具体案を作成した。今後は、研修資料を作成し、旅館業関係者への研修を実施することで、これら具体案の実用性および有効性を評価したい。

２．SARS-CoV-2下水サーベイランスを活用したCOVID-19感染対策の有効性評価

A2. 研究目的

2023年5月8日にCOVID-19が2類感染症相当から5類感染症に変更されたことに伴い、COVID-19感染者の把握が全数報告から定点報告へ移行した結果、流行状況の把握が難しくなった。受診行動や検査数の影響を受けず、無症状感染者を含めた感染状況を反映できる特徴をもつ下水サーベイランスは、定点報告を補完するツールとして近年注目されている。

先行研究では、COVID-19が2類感染症相当として扱われていた期間に、札幌市の下水中SARS-CoV-2 RNA濃度と北海道大学病院の新規COVID-19症例(計1,509例)との間に高い相関（Pearson相関係数 r = 0.8823）が認められた(文献27)。

本研究では、観察期間を2類相当期間に加えて5類感染症まで延長し、対象を市内12病院に拡大して、同様の相関が認められるかを検証するとともに、下水サーベイランスが院内感染対策の評価に活用可能かを検討した。

B2. 研究方法

(1)観察期間：期間Aは、COVID-19が2類感染症相当と扱われていた2021年2月15日～2023年2月26日とした。期間Bは、COVID-19が5類感染症へ移行した2023年5月8日～2023年10月1日とした。

(2)下水中のSARS-CoV-2 RNA濃度：札幌市では、市人口の約50%を対象とする5つの下水処理区域の流入下水を週3回採水し、EPISENS-S法でSARS-CoV-2 RNA濃度を定量している(文献28)。各週に得られた15検体（5区域×週3回）の測定値から幾何平均を算出し、その結果を毎週公表している。本研究では、この公開データを用いた。

(3)医療機関:市内12病院を対象に、医療従事者・外来患者・入院患者のCOVID-19新規症例データ（計13,812例）を収集し、入院症例は持ち込み例と院内感染例に分類した。また、各施設で実施している院内感染対策に関する情報も収集した。（北大病院臨床研究023-0416）

C2. 研究結果

(1)下水中のSARS-CoV-2濃度と12病院の週別新規COVID-19症例数との間には強い相関を認めた（期間A、Pearson相関係数 r = 0.8321;期間B、r = 0.7501)。(図４、５）

(2)5つの処理区域における下水中SARS-CoV-2 RNA濃度は、病院が位置する処理区域における濃度よりも、病院のCOVID-19新規症例数との相関が高かった。(図６（１)、(２))

(3)下水中SARS-CoV-2濃度を基準としてCOVID-19に院内感染した入院患者数を比較すると、統計的に有意ではないが期間Bで減少していた。（図７）

(4)期間Aおよび期間Bを通じて、12病院すべてにおいて以下の対策が一貫して実施されていた。①入院時の症状スクリーニング、②症状を有する入院患者に対するSARS-CoV-2検査、③COVID-19患者の隔離またはコホート化、④COVID-19患者の同室者の隔離および観察、⑤医療従事者および入院患者のマスク着用、⑥医療従事者がCOVID-19に感染した場合の一定期間の勤務禁止、⑦COVID-19患者と濃厚接触した医療従事者の勤務規制。一方、期間Bでは多くの病院で、⑧入院時のSARS-CoV-2スクリーニング、⑨面会制限、⑩患者の外出および宿泊の制限等の対策が中止されたが、この期間において院内感染を起こした入院患者の増加は認められなかった。以上より、対策①～⑦が院内感染の抑制に重要な役割を果たしたと考えられた（表８)。

D2. 考察

市全体の5つの集水域からの都市下水中のSARS-CoV-2 RNA濃度の幾何平均は、病院が所在する個々の集水域のSARS-CoV-2 RNA濃度よりも、病院でのCOVID-19新規症例数と強い相関関係を示した。少なくとも2つの理由が考えられる。第1の理由は、医療従事者、外来患者、入院患者(持込)が集水域を超えて市全体から来ていることが考えられる。第2の理由は、下水中のSARS-CoV-2 RNAの週ごとの測定数が多いほど、COVID-19症例数との相関が強くなることが考えられる(文献29)。

E2. 結論

自治体の下水サーベイランスデータを用いて、病院におけるCOVID-19症例数を推定できる。さらに、下水中SARS-CoV-2濃度を基準として院内感染患者数を比較することで、COVID-19院内感染対策を評価することが可能である。

F. 研究発表

１．論文発表

1) Kagami K, Kitajima M, Watanabe H, Hamada T, Kobayashi Y, Kubo H, Oono S, Takai H, Ota S, Nagakura T, Onda T, Nagahori K, Sasaki N, Fujimoto I, Sato A, Sumikawa S, Matsui D, Ito Y, Baba M, Takeuchi T, Iwasaki S, Okubo T, Suzuki S, Kataoka S, Matsui Y, Inomata Y, Okada M, Sanmi H, Fukuda S, Wada N, Okada K, Niinuma Y, Ishiguro N. Association between confirmed COVID-19 cases at hospitals and SARS-CoV-2 levels in municipal wastewater during the pandemic and endemic phases. Environ Int. 2025 Mar;197:109342.

２．学会発表

1) 黒須一見ほか．日本の宿泊施設における感染対策等の実態把握に関する調査報告，第83回日本公衆衛生学会総会．2024 年 10 月，札幌．

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

１．特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

＜参考文献＞

1) 厚労省「類型から探す（感染症法）」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/sagasu_ruikei.html
2) 厚生労働省.第５回一類感染症に関する検討会 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03840.html
3) FORTH. 感染症情報 https://www.forth.go.jp/moreinfo/topics/infectious_disease_name.html
4) 加藤康幸ほか。ウイルス性出血熱診療の手引き 2017 改訂新版 https://www.mhlw.go.jp/content/000772042.pdf （2025 年 4 月 8 日確認）
5) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：SARS（重症急性呼吸器症候群） https://id-info.jihs.go.jp/diseases/sa/sars/010/sars-intro.html
6) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：IASR Vol. 46 p49: 2025 年 3 月号 わが国における最近の新登録結核患者概要: 2024 年「結核の統計」から https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/IASR/Vol46/541/541r01.html
7) 厚労省「中東呼吸器症候群（MERS）について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers.html
8) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：中東呼吸器症候群（MERS）のリスクアセスメント（2019 年 10 月 29 日現在） https://id-info.jihs.go.jp/niid/ja/diseases/unknown-

origin/9183-mers-riskassessment-191029.html
9) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：鳥インフルエンザ https://id-info.jihs.go.jp/diseases/ta/avian-influenza/index.html
10) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：高病原性鳥インフルエンザウイルスA（H5N1）感染事例に関するリスクアセスメントと対応（2025 年 4 月 1 日最終更新） https://id-info.jihs.go.jp/diseases/ta/flu-a-h5n1/030/index.html
11) 国立健康危機管理研究機構　感染症情報提供サイト：鳥インフルエンザ A(H7N9)ウイルスによる感染事例に関するリスクアセスメントと対応（2023 年 12 月 8 日一部更新） https://id-info.jihs.go.jp/diseases/ta/h7n9/020/riskassess-220422.html
12) 内閣感染症危機管理統括庁「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」（2024 年 7 月 2 日改定） https://www.caicm.go.jp/action/plan/index.html
13) 厚労省「結核」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou03/index.html
14) 厚労省「中東呼吸器症候群（MERS）について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers.html
15) 厚労省「鳥インフルエンザについて」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000144461.html
16) WHO: WHO surveillance case definitions for ILI and SARI https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/case-definitions-for-ili-and-sari
17) Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e, Chapter 15: Fever https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2129&sectionid=192011177
18) Treatment of Unexplained Chronic Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016 Jan;149(1):27-44. doi: 10.1378/chest.15-1496.
19) 厚生労働省．旅館業の施設において特定感染症の感染防止に必要な協力の求めを行う場合の留意事項並びに宿泊拒否制限及び差別防止に関する指針．令和 5 年 11 月 15 日厚生労働大臣決定
20) National Tuberculosis Coalition of America (NTCA) Guidelines for Respiratory Isolation and Restrictions to Reduce Transmission of Pulmonary Tuberculosis in Community Settings, Clinical Infectious Diseases, 2024;, ciae199, https://doi.org/10.1093/cid/ciae199
21) A Systematic Review of the Comparative Epidemiology of Avian and Human Influenza A H5N1 and H7N9 - Lessons and Unanswered Questions. Transbound Emerg Dis. 2016 Dec;63(6):602-620. doi: 10.1111/tbed.12327.
22) Assessment of Human-to-Human Transmissibility of Avian Influenza A(H7N9) Virus Across 5 Waves by Analyzing Clusters of Case Patients in Mainland China, 2013-2017. Clin Infect Dis. 2019 Feb 1;68(4):623-631. doi: 10.1093/cid/ciy541.

23) Interhuman transmissibility of Middle East respiratory syndrome coronavirus: estimation of pandemic risk. Lancet. 2013 Aug 24;382(9893):694-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61492-0.
24) WHO: Pandemic Influenza Preparedness And Response https://www.who.int/publications/i/item/9789241547680
25) 厚労省「新型インフルエンザ対策行動計画・ガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/13.html
26) 山岸拓也ほか．旅館及び公衆浴場における伝染性の疾病の範囲の設定のための研究令和 3 年度～令和 4 年度総合研究報告書．厚生労働行政推進調査事業費補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業．令和 5 年 5 月
27) Kagami, K., Kitajima, M., Takahashi, H., Teshima, T., Ishiguro, N. Association of wastewater SARS-CoV-2 load with confirmed COVID-19 cases at a university hospital in Sapporo, Japan during the period from February 2021 to February 2023. Sci Total Environ 2023;899:165457.
28) Ando, H., Iwamoto, R., Kobayashi, H., Okabe, S., Kitajima, M. The Efficient and Practical virus Identification System with ENhanced Sensitivity for Solids (EPISENS-S): A rapid and cost-effective SARS-CoV-2 RNA detection method for routine wastewater surveillance. Sci Total Environ 2022;843:157101.
29) Murakami M, Ando H, Yamaguchi R, Kitajima M. Evaluating survey techniques in wastewater-based epidemiology for accurate COVID-19 incidence estimation. Sci Total Environ. 2024 Dec 1;954:176702. doi: 10.1016/j.scitotenv.2024.176702.

表１　日本で発生あるいは持ち込まれる可能性が高い感染症

疾患	国内外における発生状況	参考資料
結核	・2023 年の新登録患者 10,096 例（人口 10 万対 8.1）	6)
MERS	・中東地域で継続流行し，帰国後発症例が世界各国で毎年報告と記載されている。 ・NIID リスク評価（2019）で「観光ビザ解禁に伴い邦人の渡航が増加し、輸入リスク上昇」と評価されている。	7,8)
鳥インフルエンザ H5N1	・2024-25 年シーズン，国内家きん・野鳥検出が過去最多・NIID リスクアセスメント（2024-04-17 改訂）で「海外・国内とも散発ヒト感染の可能性あり。曝露者は低～中リスク」と評価されている。	10)
鳥インフルエンザ H7N9	・中国を中心にヒト感染が継続的に報告・NIID リスクアセスメント（2023-12-08 更新）で「日本人渡航者の感染リスクは低～中。受診時に家きん接触歴の聴取が必須」と評価されている。	11)
新型インフルエンザ等感染症	・政府行動計画（2024 全面改定）が「国境を越えてグローバルに広がるリスク」を前提に全省庁・事業所の行動を規定しており、国として常時“発生を想定”している。	12)

表２　日本で発生あるいは持ち込まれる可能性が高い感染症の主要症状

疾患	国内外における発生状況	参考資料
結核	2 週間以上続く咳や微熱	13)
MERS	典型像は発熱・咳嗽で始まる。	14)
鳥インフルエンザ H5N1/H7N9	38 度以上の発熱と急性呼吸器症状を呈する。	15)
インフルエンザ様疾患(ILI)の定義	最近 10 日以内に発症した 38 度以上の発熱と咳込み	16)

表３　特定感染症の特徴と旅館業法で注意すべき感染症

感染症法	感染症名	国内発生	国外発生	発熱	呼吸器症状
1類感染症	エボラ出血熱	無し	一部の国	○	
	クリミア・コンゴ出血熱	無し	一部の国	○	
	痘そう	根絶	根絶	○	
	南米出血熱	無し	一部の国	○	
	ペスト	無し	一部の国	○	
	マールブルグ病	無し	一部の国	○	
	ラッサ熱	無し	一部の国	○	
2類感染症	急性灰白髄炎	無し	一部の国	○	
	結核	あり	多くの国	○	○
	ジフテリア	無し	一部の国	○	
	重症急性呼吸器症候群	無し	現在は無し	○	○
	中東呼吸器症候群	無し	一部の国	○	○
	鳥インフルエンザ(H5N1)	無し	現在は無し	○	○
	鳥インフルエンザ(H7N9)	無し	現在は無し	○	○
新型インフルエンザ等感染症	現在は該当なし			○	○
指定感染症	現在は該当なし				
新感染症	現在は該当なし				

※黄色マーカーは旅館業法で注意すべき感染症

表４　特定感染症への対応

A	特定感染症を意識した平時からの準備
B	国内外で特定感染症の発生が報告されるなど、感染対策を強化する必要がある状況
C	状況にかかわらず、発熱や呼吸器症状のある者が発生した場合の対応

表５　流行状況に応じた対策

		概略	具体策	(A)特定感染症を意識した平時からの準備	(B)国内外で特定感染症の発生が報告されるなど、感染対策を強化する必要がある状況	(C)状況にかかわらず、発熱や呼吸器症状のある者が発生した場合の対応
①	施設内の連絡体制の整備	急な対応が必要な際に、確実に連絡が取れるよう、施設内の連絡体制を整備する	・スタッフ全員の連絡先（携帯番号、メールアドレス）を一覧にする ・年度初め等に見直し、最新情報に更新する ・緊急連絡網を、紙と電子の両方で管理する ・役割分担を明確にする ・行政・医療機関の連絡先を確認する	○	◎ ・行政・医療機関との連携を確認する	◎ ・行政・医療機関との連携を強化する ・施設内の対応体制を再確認する ・医療機関等への送迎体制について確認する ・記録と引き継ぎを確実に実施する
②	業務手順書の整備	誰が対応しても、同じ基準で行動できるよう、平時から業務手順書を整備する	・宿泊客の体調不良時の初期対応 ・従業員の体調不良時の対応（休む基準、報告の仕方） ・客室清掃・リネン取扱い手順（感染時の特別対応含む） ・レストラン・大浴場などの混雑防止策 ・健康確認表の運用方法 ・感染対策の相談先（保健所・医療機関）の記載	○	◎ ・宿泊者および従業員の健康状態を把握するため、健康確認の運用を強化する	◎ ・宿泊者および従業員の健康状態を確認する際に、一律に判断せず、「いつもと違うかどうか」を確認する ・感染拡大防止の観点から、必要な範囲で協力を依頼する ・施設内での感染拡大防止措置
③	設備・換気の状況の把握	感染症対応が必要となった際に、適切に換気を行えるよう、空調・換気設備の仕組みを把握する	・館内空調の系統を把握する ・ゾーン単位での運転可否を確認する ・ユニットバス換気等の不在時停止設定を確認する ・フィルター目詰まりを定期的に点検する ・CO_2モニターの活用を検討する	○	◎ ・換気状況を確認する	◎ ・体調不良者が滞在する客室の換気の確保
④	事業継続計画（BCP）の整備	感染症対応により多数の欠勤が生じても施設運営を継続できるよう、事業継続計画（BCP）を整備する	・優先して維持すべき業務を明確にする ・人員が不足する場合の代替案を準備する ・物品・食材などの最低限の備蓄量（目安：1～2カ月）を定める ・感染者発生時の情報共有・公表手順を整理する	○	◎	
⑤	感染対策に必要な物品の備蓄	必要な時に確実に使用できるよう、感染対策物品を備蓄し、保管場所を明確にする	・サージカルマスク、手袋、手指消毒薬などを備蓄 ・倉庫や事務所で“どこに何があるか”を全員が把握 ・PPEの使用方法を日常的に確認しておく	○	◎	
⑥	館内の感染リスクの把握	平時から、館内で感染リスクが高まりやすい場所や場面を整理する	・密になりやすい場所を洗い出す（例：フロント、エレベーターホール、喫煙所、朝食会場等） ・混雑しやすい時間帯を把握する ・非接触化できる設備や運用を検討する（例：自動チェックイン等）	○	◎ ・館内掲示や案内を見直す	
⑦	ゾーニングと動線の検討	感染症対応時に備え、館内でどのように区域を分け、どのように人や物を動かすかを検討する	・区域区分の考え方を整理する ・境界に必要な物品や表示を検討する ・動線が交差しやすい場所を把握する ・宿泊者動線とスタッフ動線を図面で確認する	○	◎ ・混雑回避の工夫を行う	
⑧	情報収集方法の整備	感染症に関する情報を迅速に把握できるよう、信頼できる情報源と確認方法を整理する	・厚生労働省からの情報 ・自治体通知からの情報 ・国際感染症情報からの情報 ・関係団体からの情報	○	◎	
⑨	教育・研修の実施	スタッフ全員が同じ知識と行動基準を持てるよう、平時から教育・研修を行う	・手指衛生の基本演練 ・PPEの使用方法 ・感染症対応を想定したロールプレイ ・新入研修への組み込み	○	◎ ・接客時の感染対策を改めて確認する	
⑩	清掃・消毒体制の整備	必要な時に迷わず対応できるよう、清掃・消毒体制を整備する	・消毒剤の管理方法を統一する ・清掃・消毒の手順を周知する ・清掃スタッフに事前講習を行う ・おう吐物対応セットを常備する	○	◎	
⑪	体調不良者が利用した客室への対応を準備	体調不良者が利用した客室に対応できるよう、作業の流れをあらかじめ共有する	・PPE着用 ・換気 ・廃棄物・リネンの回収 ・高頻度接触面の清拭 ・廃棄後の手指衛生	○	◎	
⑫	リネン類取扱いの整理	回収・搬送時の汚染拡大を防ぐため、リネン類の取扱い方法を整理する	・手袋・マスクを着用して回収する ・リネンを振り回さない ・密閉して回収する ・他のリネンと区別して保管する ・回収後は手指衛生を行う	○	◎	
⑬	食事提供時対応の整理	食事の場面では、会話や混雑により感染リスクが高まりやすいため、平時から運用を検討する	・時間帯分散 ・席配置の工夫 ・混雑の回避 ・必要に応じた提供方法の変更（例：ビュッフェ形式の見直し等）	○	◎	◎ ・必要に応じて食事提供方法を変更する
⑭	大浴場・共用施設対応の整理	大浴場や共用施設は、多人数利用により感染リスクが高まることがあるため、あらかじめ運用方法を整理する	・利用人数制限や時間予約制の検討 ・換気状況の確認 ・清掃方法の確認	○	◎	

表６　従業員健康確認表

従業員健康確認表 （20XX年XX月）

■ 運用ルール
・出勤前に本人が記入する。
・発熱(37.5℃以上)または症状がある場合は出勤せず班長へ連絡する。
・待機・受診後は復帰前に必ず班長へ連絡する。
・空欄を作らない(該当なしは「—」と記載する)。
・フェーズ2では軽微な症状でも原則「待機」とする。
・同一グループ内で複数名に症状が発生した場合は、速やかに施設管理者へ報告する。

■ 運用設計の考え方(グループ単位)
1グループ＝10人未満
(例：フロントA班、客室係B班、清掃C班など)
→ 各班に1枚
→ 班長が確認者
→ 月末に施設管理者が回収・保管

■ 月次確認
グループ名：＿＿＿＿＿＿
班長確認日：＿＿＿＿＿＿
施設管理者確認日：＿＿＿＿＿＿

氏名(所属)	状況	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
宿谷太郎	体温	36.2	36.8	36.4	36.2	—	36.4	36.2	36.8	36.2	36.8	—																				
客室係	体調	良	良	良	良	—	良	良	良	良	良	—																				
	対応	なし	なし	なし	なし	—	なし	なし	なし	なし	なし	—																				
宿谷二郎	体温	36.2	36.8	36.4	—	37.2	37.6	37.2	36.8	36.8	—	—																				
客室係	体調	良	良	良	—	呼	呼	呼	呼	呼	—	—																				
	対応	なし	なし	なし	—	待機	受診	待機	なし	なし	—	—																				
宿谷三郎	体温	36.2	36.8	36.2	—	36.8	37.2	37.6	37	36.2	—	—																				
客室係	体調	良	良	良	—	良	呼	呼	呼	良	—	—																				
	対応	なし	なし	なし	—	なし	待機	待機	待機	なし	—	—																				
宿谷四郎	体温	36.2	36.8	36.2	36.8	36.2	—	36.5	37.2	37.6	37.3	36.8																				
客室係	体調	良	良	良	良	良	—	同	呼	呼	呼	呼																				
	対応	なし	なし	なし	なし	なし	—	なし	待機	受診	待機	なし																				
宿谷五郎	体温	36.2	—	36.2	36.2	36.8	36.4	36.4	—	36.8	36.8	36.8																				
客室係	体調	良	—	良	胃	胃	胃	胃	—	良	良	良																				
	対応	なし	—	なし	受診	待機	待機	待機	—	なし	なし	なし																				
	体温																															
	体調																															
	対応																															
	体温																															
	体調																															
	対応																															

体温は37.5℃未満で、呼吸器症状や胃腸炎症状も見られなかったため、通常通りの勤務を行った。

5日、呼吸器症状があったので、出勤せずに自宅で待機した。翌日、体温が37.6℃に上昇したので、医療機関を受診したところ、特定感染症の可能性は低いと診断された。8日、体温が36.8℃に解熱したため、出勤した。職場では、いつもに増して、マスク着用を遵守した。

6日、呼吸器症状があったので、出勤せずに自宅で待機した。医療機関は受診しなかったが、9日には、体温が36.2℃に解熱し、呼吸器症状も消失したため、出勤した。

7日、本人には発熱や呼吸器症状がなかったが、同居家族に37.5℃以上の発熱がみられた。同日は通常通りに出勤した。翌日、本人に呼吸器症状が出現、翌々日に体温は37.6℃になり、医療機関を受診したところ、特定感染症の可能性は低いと診断された。2日後に体温が36.8℃に解熱したため、出勤した。職場では、いつもに増して、マスク着用を遵守した。

4日、下痢があったため、勤務を休んで医療機関を受診して、ノロウイルスの検査を実施し、「陰性」であった。胃腸炎症状が治まるまで、自宅待機した。9日には、胃腸炎症状もなくなり、出勤した。

備考

体温　体温を記載する。37.5度以上ある場合には、「待機」あるいは「受診」を選択する。(但し、平熱が37.5度を超える場合には該当しない。)

体調　下記の通り記載する。
「良」　通常と変わらない。
「呼」　咳、咽頭痛などの呼吸器症状がある。「待機」あるいは「受診」を選択する。
「胃」　下痢、腹痛、嘔吐などの胃腸炎症状がある。「待機」、「受診」のいずれかを選択する。多くの宿泊施設では、ノロウイルス胃腸炎対策の一貫として「受診」を推奨している。
「他」　その他の症状(手の傷等)がある。備考欄に記載する。
「同」　本人には37.5度以上の発熱や上記症状がないが、同居家族に37.5度以上の発熱あるいは上記症状がある。本人が発症した場合には、それぞれの対応に準じる。

対応　「なし」　特別な対応なし。
「待機」　従業員は出勤せず自宅待機、あるいは退勤する。
「受診」　上記に加えて、医療機関を受診する。
「他」　その他の対応。備考欄に記載する。

■ 復帰確認欄

氏名	待機開始日	受診日	復帰日	確認者

表７　宿泊客健康確認表

宿泊客健康確認表

チェックインの年月日	記録日	宿泊客氏名	客室番号	体温	体調	対応	記載者	備考
2025/11/3	2025/11/3	健康太郎	1011	36.8	良好	なし		
2025/11/3	2025/11/3	健康二郎	1012	37.6	良好	待機		
2025/11/4	2025/11/4	健康三郎	1013	37.2	その他	待機		頻回の下痢があったので、外出せずに、客室で過ごした。
2025/11/4	2025/11/4	健康四郎	1014	36.8	良好	なし		医療機関では、特定感染症の可能性は少なく、通常の感冒の可能性が高いと言われた。
2025/11/4	2025/11/5	健康四郎	1014	37.8	呼吸器	受診		

宿泊中に発症するケースが多いため、記録日も記載するとよい。

（項目）	（記載）	（解説）
体温	小数点以下1桁	チェックイン時に体温が37.5度以上ある場合には、「対応」欄に「待機」あるいは「受診」と記載する。(但し、平熱が37.5度を超える場合には該当しない。)
体調	「良好」	通常と変わらない。
	「呼吸器」	咳、咽頭痛などの呼吸器症状がある。「待機」あるいは「受診」を選択する。
	「胃腸炎」	下痢、腹痛、嘔吐などの胃腸炎症状がある。「対応」欄に「待機」、「受診」、「なし」のいずれかを選択する。
	「その他」	その他の症状がある場合には、備考欄に具体的な内容を記載する。
	「同伴」	本人には37.5度以上の発熱や上記症状がないが、同伴者に37.5度以上の発熱あるいは上記症状がある場合に選択する。本人が発症した場合には、それぞれの対応に準じる。
対応	「待機」	宿泊客は客室内で過ごす。
	「受診」	上記に加えて、医療機関を受診する。受診結果について、備考に記載する。
	「なし」	特別な対応なし。
	「その他」	その他の対応。備考欄に記載する。
備考		宿泊中に、体温37.5度以上、呼吸器症状、胃腸炎症状があった場合、その対応を含めて記載する。

表８　５類感染症に移行後も各施設で継続している感染対策と中止した感染対策

5類化後も全施設で継続	5類化後に多くの施設で中止
・入院時症状確認 ・有症状者のSARS-CoV-2検査 ・COVID-19罹患者の隔離 ・同室患者の隔離と観察 ・患者と医療者のマスク（入院患者への対策）（医療者への対策） ・COVID-19罹患した医療者の一定期間の勤務禁止 ・COVID-19罹患者(家族等)と濃厚接触した医療者の勤務規制	・入院時SARS-CoV-2検査 ・COVID-19専用病棟の設置 ・面会禁止 ・外泊・外出禁止

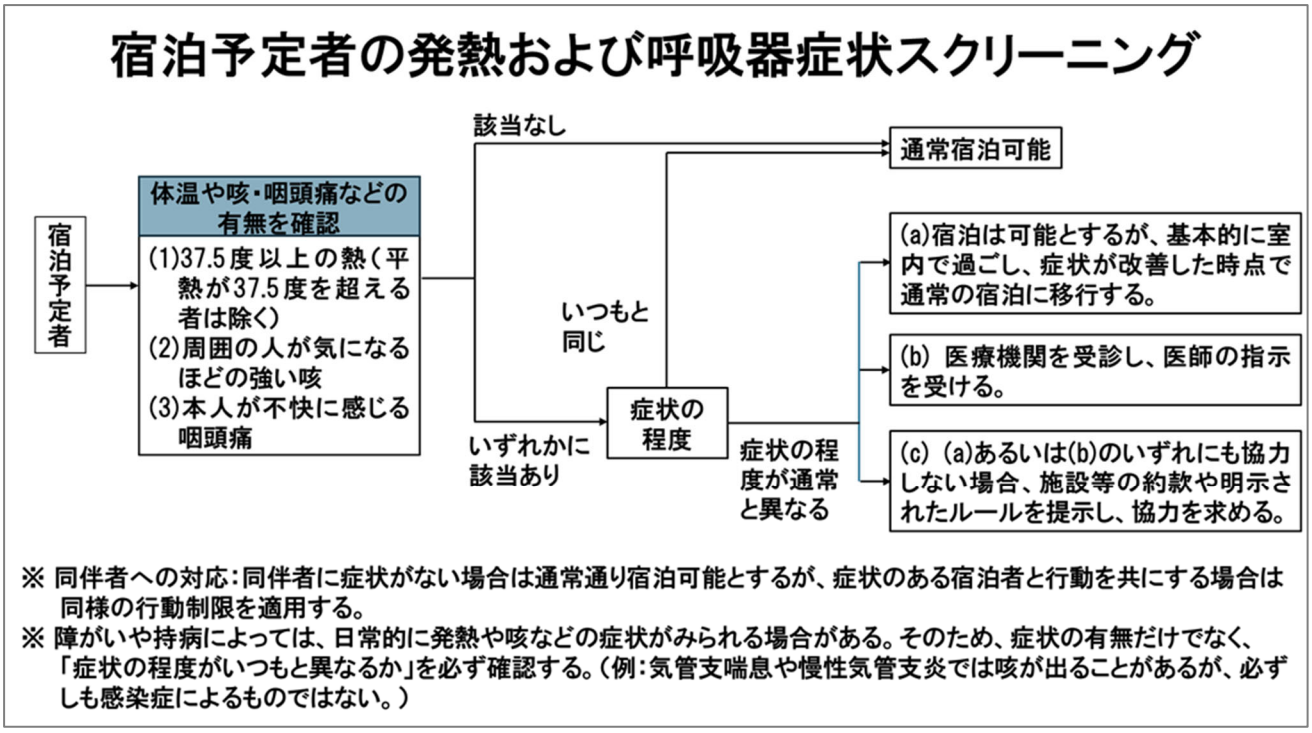


図 1　宿泊予定者の発熱および呼吸器症状スクリーニング

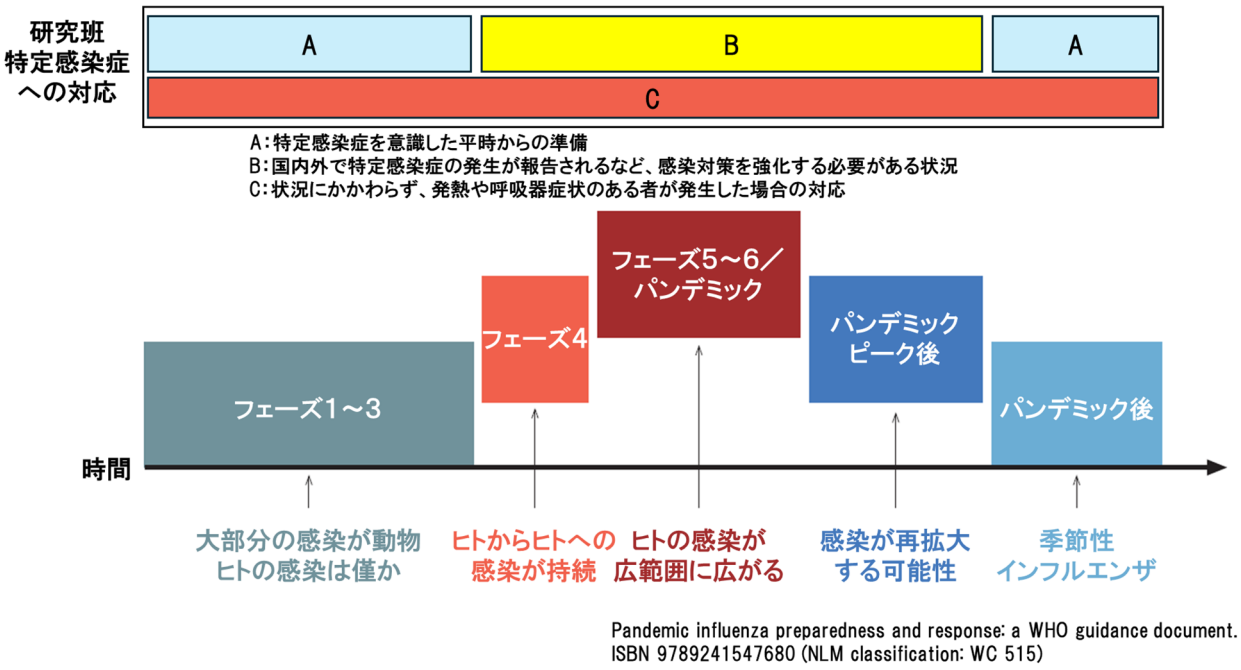


図２　WHO の新型インフルエンザにおける警戒フェーズ（2009）

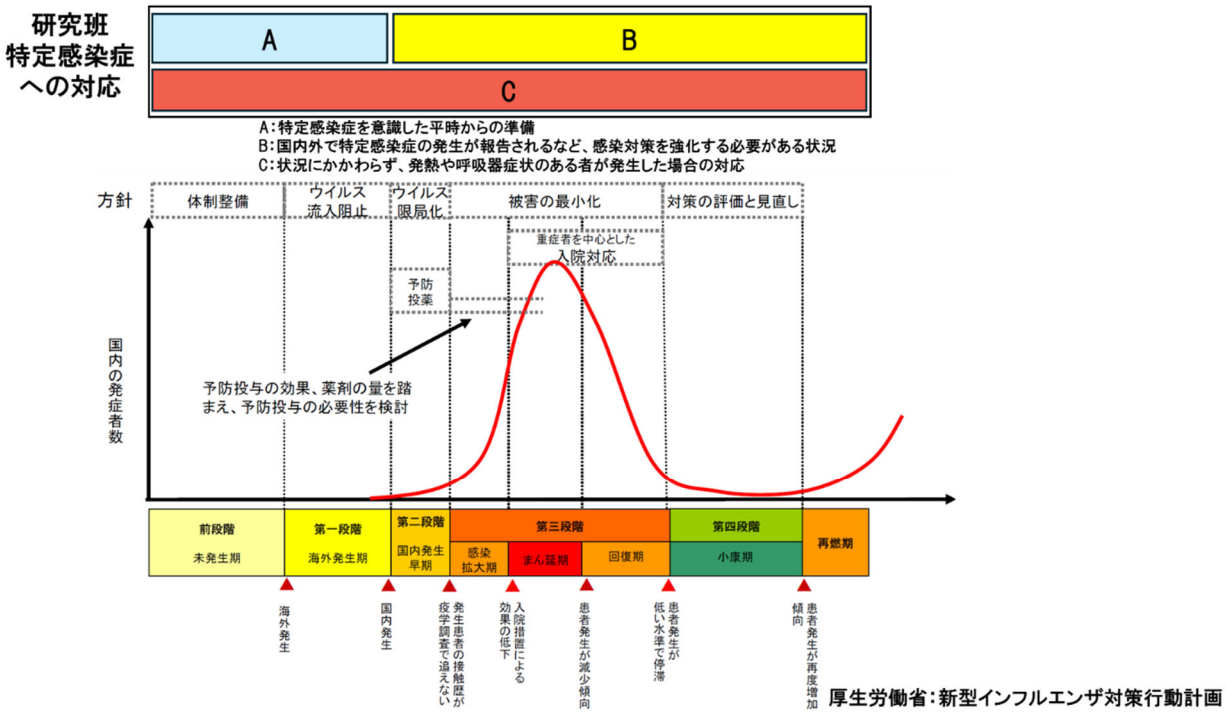


図３　本邦における新型インフルエンザ対策行動計画（2009）

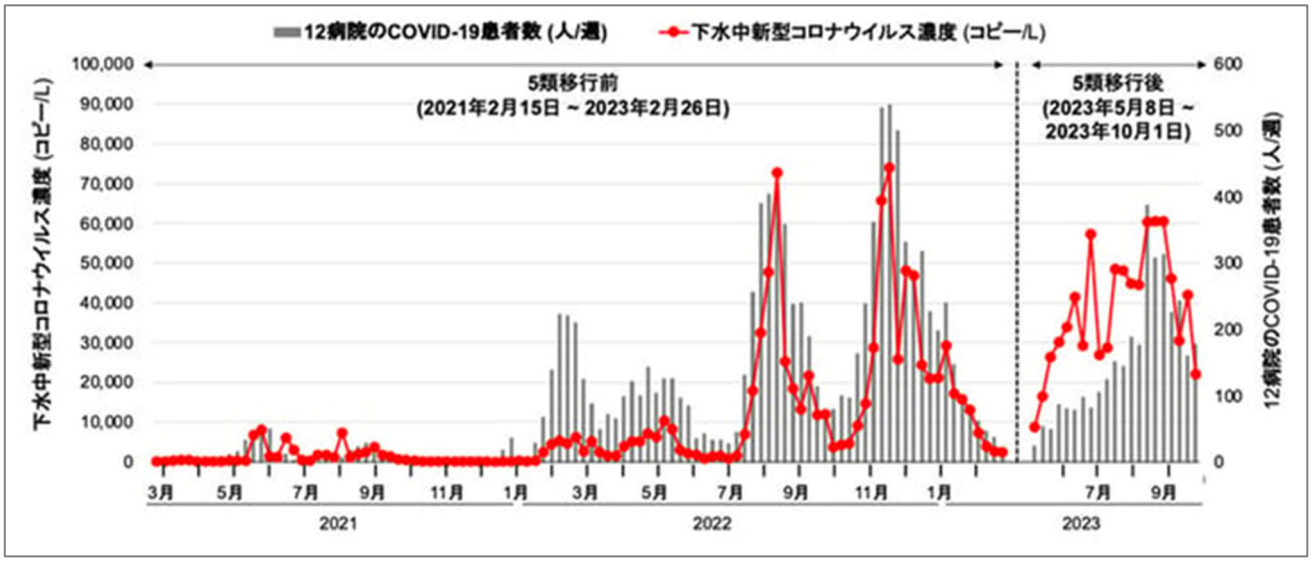


図４　札幌市内 12 病院における COVID-19 罹患者数と下水中 SARS-CoV-2 RNA 濃度の推移

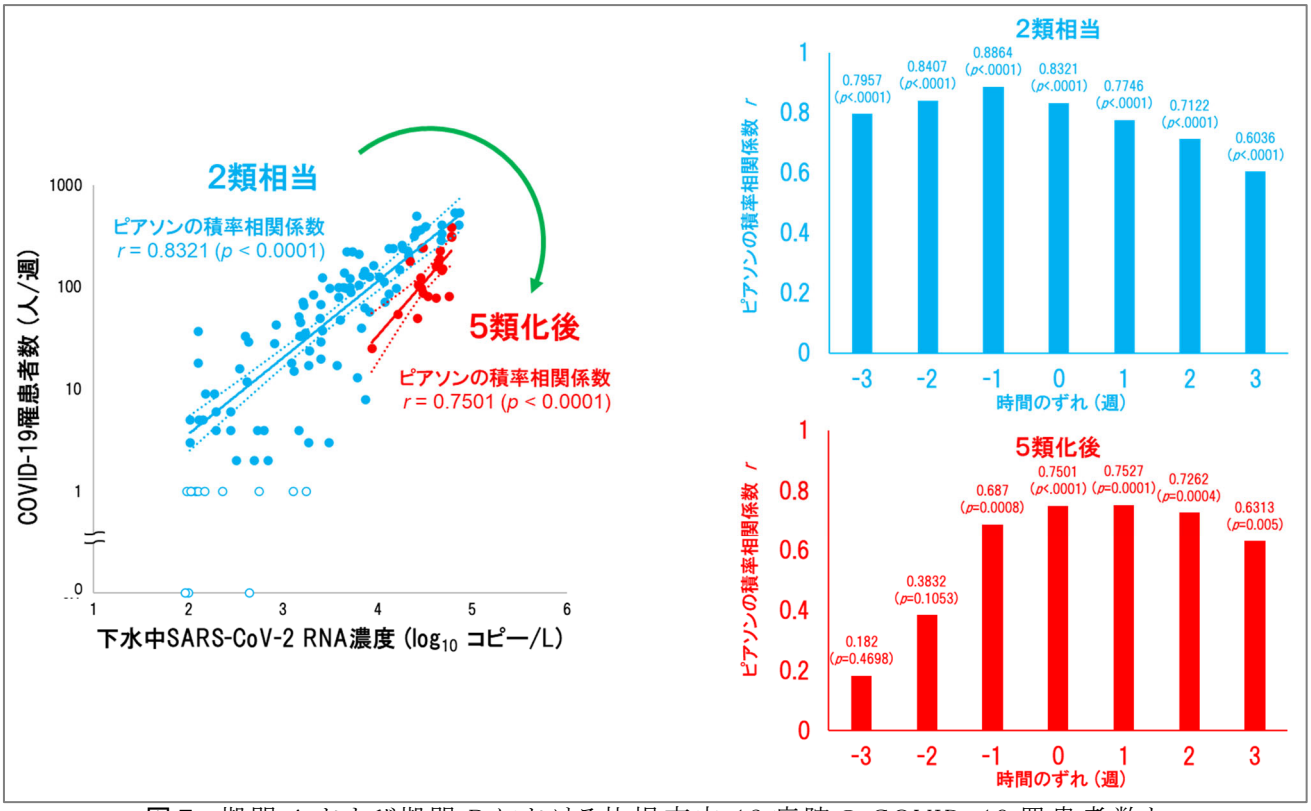
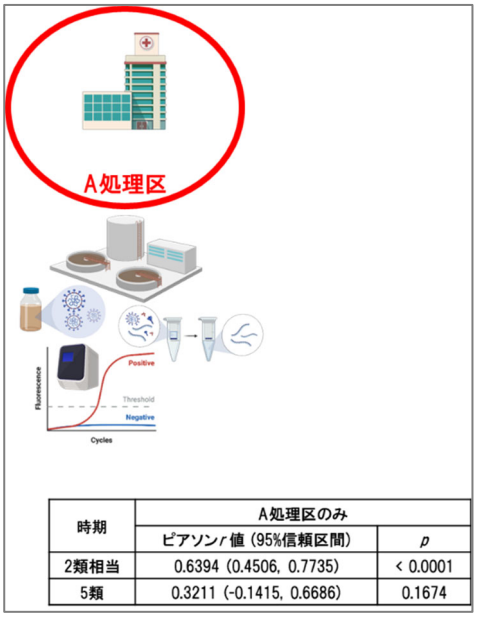
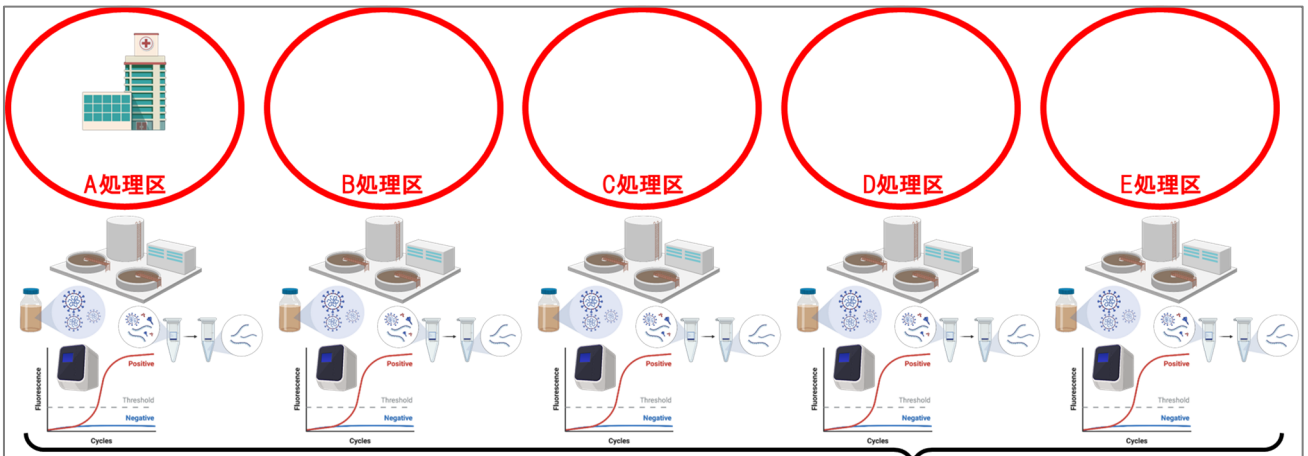


図５　期間 A および期間 B における札幌市内 12 病院の COVID-19 罹患者数と下水中 SARS-CoV-2 RNA 濃度の相関



時期	A処理区のみ	
	ピアソン r 値（95%信頼区間）	p
2類相当	0.6394 (0.4506, 0.7735)	< 0.0001
5類	0.3211 (-0.1415, 0.6686)	0.1674

図６（１）　病院が位置する処理区域における下水中 SARS-CoV-2 RNA 濃度と COVID-19 新規症例数の相関



時期	A処理区のみ		A～E処理区の集計	
	ピアソンr値（95%信頼区間）	p	ピアソンr値（95%信頼区間）	p
2類相当	0.6394（0.4506, 0.7735）	< 0.0001	0.6604（0.4791, 0.7877）	< 0.0001
5類	0.3211（-0.1415, 0.6686）	0.1674	0.5728（0.1746, 0.8100）	0.0083

図６（２） 全処理区における下水中 SARS-CoV-2 RNA 濃度と COVID-19 新規症例数の相関

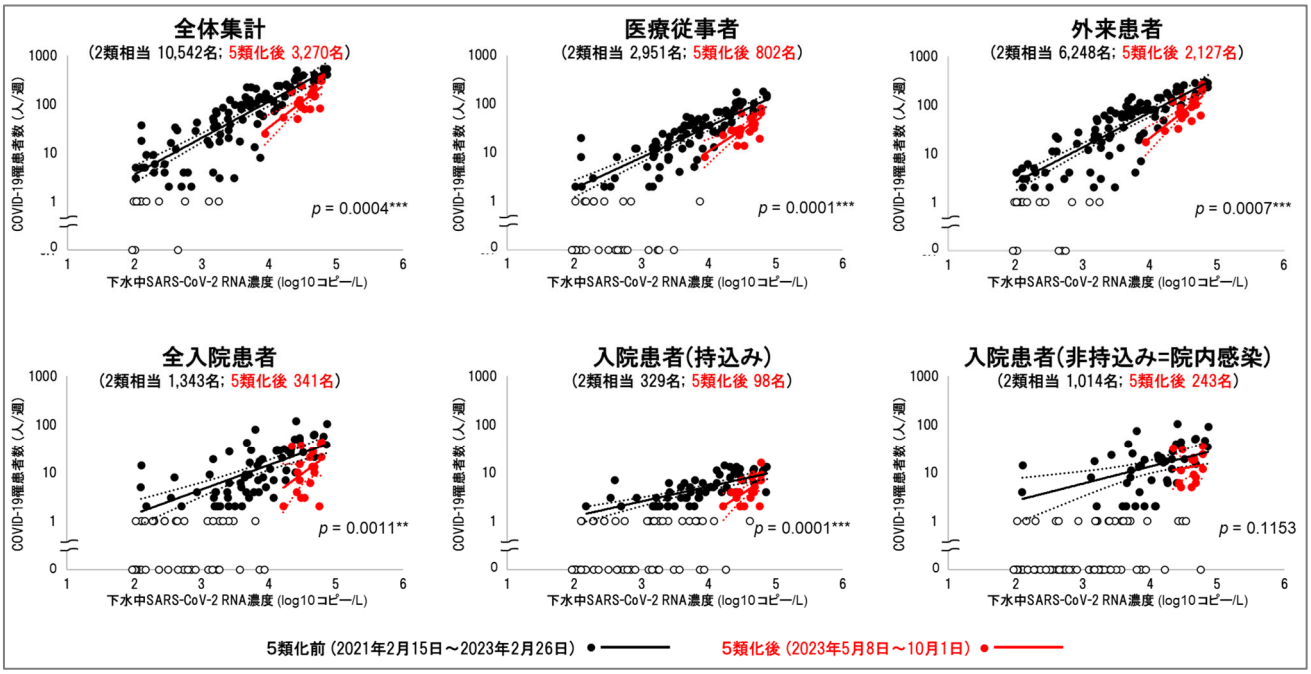


図７ 医療従事者、外来患者、入院患者の COVID-19 新規症例数と
下水中 SARS-CoV-2 RNA 濃度