

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集

令和元年（2019年）

令和2年3月

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

序

平成31年は5月1日から令和元年と変わり、新天皇が即位されました。令和元年12月31日に報告された中国武漢の肺炎の原因が新型コロナウイルスと判明、感染は世界に広がり、令和2年1月29日にはWHOから「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」と宣言された。日本、福岡でも流行し令和2年3月に予定していた本事業の研修会も中止となり、年間のとりまとめも示せないままとなったことは残念です。

令和元年中の喜ばしい事として、10月9日にノーベル化学賞を吉野 彰氏が受賞されました。スポーツ界では全英女子オープンゴルフで渋谷日向子選手の優勝、ラグビーワールドカップ日本大会で日本中がヒートアップし日本が決勝トーナメント初進出、プロ野球ソフトバンク3年連続日本一などがありました。一方、世界的に温室効果ガス削減が進まない中、プラスチックごみ・廃プラ問題でストロー禁止・レジ袋中止が提案されたり、天候異変が続き、日本では令和元年は「遅い梅雨明けから一気に猛暑」となりました。豪雨・台風災害も毎年起こり、九州北部では3年連続で被害がでました。9月の台風15号（令和元年房総半島台風）では暴風のため千葉県を中心に送電塔・電柱の倒壊で長期間の停電があり、10月の19号（令和元年東日本台風）は記録的大雨のため主要河川の氾濫・堤防決壊があり、千曲川決壊で長野新幹線車両センターの120両が冠水した映像は目に焼き付いています。さらに、アフガニスタンでハンセン病をはじめとした感染症医療からスタートし、水対策・農業支援へと活動の範囲を広げられた本県出身の中村 哲先生が12月4日に銃撃で死亡されたのは衝撃的なニュースでした。我が国の人口減少に歯止めがかからないなかで、児童虐待死が相次いで報告され、学校問題が原因・動機と考えられる19歳以下の自殺者数も少なくありません。

令和元年4月1日に感染症法改正があり、中止となった研修会の特別講演で解説を予定していた「疑似症サーベイランス」が大きく変更されました。予防できる疾患である麻しんが昨年20人、今年14人、風しんが昨年167人、今年84人と福岡県で2年連続流行し、百日咳の報告も以前より多くみられました。これらの感染症は全数把握対象となりましたが、福岡県では小児科定点対象として残し、週報での還元などきめ細かな対応ができる体制を維持しています。

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、運営する方法を現在も継続し、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。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。また、本資料集には一類から五類の全数把握対象感染症も記載しています。この事業資料集は福岡県医師会松田峻一良会長の下に行われた活動の令和元年1年間の総括とともに、関連する資料も掲載しています。ファックス・電子メールでの情報収集、および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、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いたしました。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。

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

委員長 青木 知信

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. RS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	105
1) ウイルス編	105
2) 細菌編	119
Ⅳ) 患者報告数情報	
1) 地域別・疾病別年間報告数	121
2) 年齢区分別・疾病別年間報告数	123
3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数	127
4) 性別・疾病別年間報告数および男女比	130
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和元年）	131
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）	134
Ⅴ) 記 事	
1) 令和元年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿	145
2) 令和元年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会	146
3) 令和元年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿	147
Ⅵ) 参考資料	
1) 感染症発生動向調査事業実施要綱	155
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	163
3) 検査結果コード表（基幹定点通報用）	210
4) 令和元年通知文書一覧	212
Ⅶ) 編集委員	

I) 事業実施方法

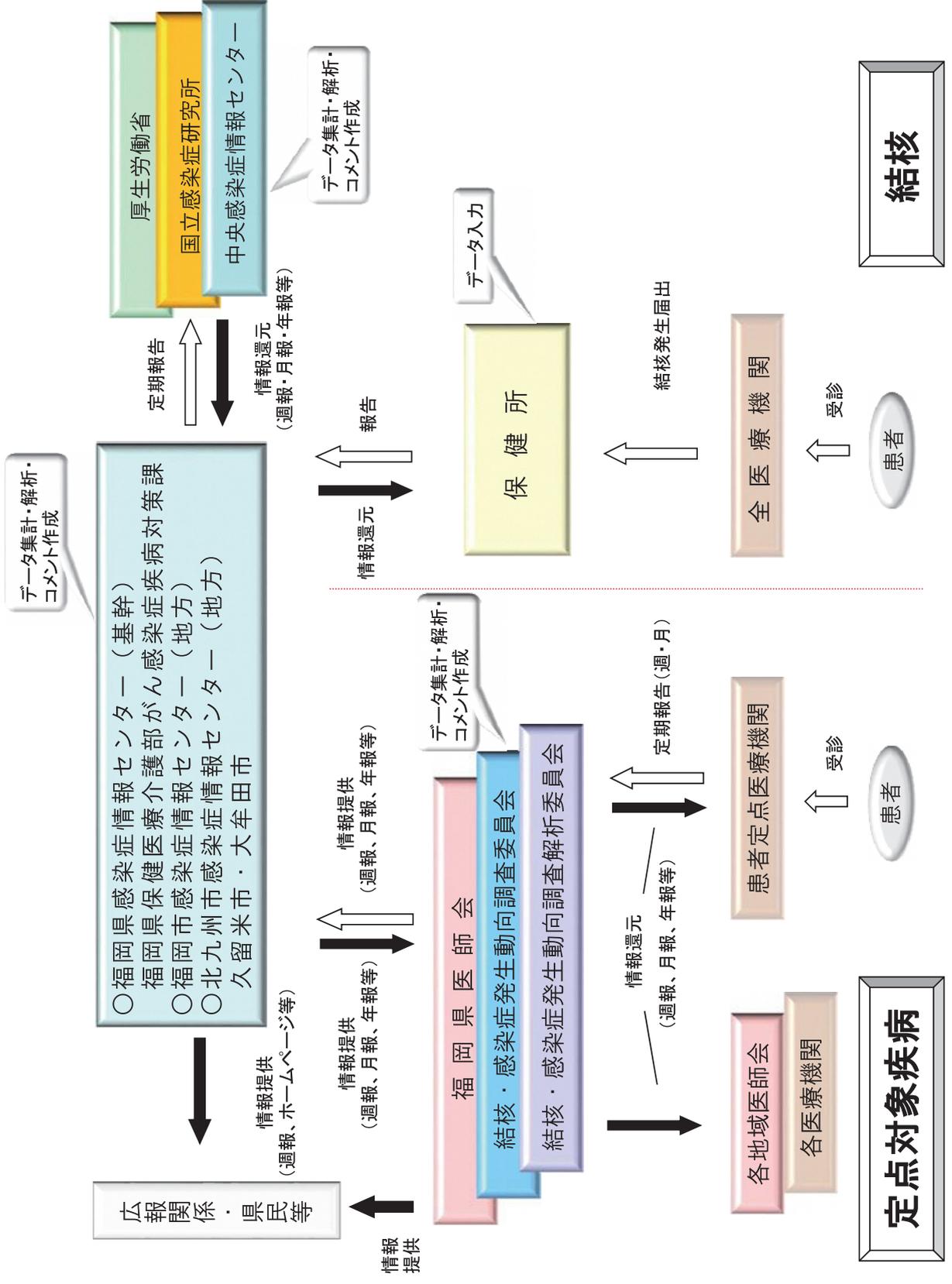
1) 事業一覧表

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・大牟田市・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	<p>医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> 福岡県 <ul style="list-style-type: none"> 保健所 福岡県保健環境研究所 福岡県教育委員会 西日本各県・指定都市 その他 北九州市 <ul style="list-style-type: none"> 保健所 北九州市保健環境研究所 北九州市立医療センター その他 福岡市 <ul style="list-style-type: none"> 保健所 福岡市保健環境研究所 福岡市立こども病院 その他 大牟田市 <ul style="list-style-type: none"> 保健所 その他 久留米市 <ul style="list-style-type: none"> 保健所 その他
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	<p>病原体定点</p> <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	<p>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 → 福岡県・北九州市・福岡市保健所 → 福岡県医師会 → 病原体定点</p>
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・大牟田市・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)

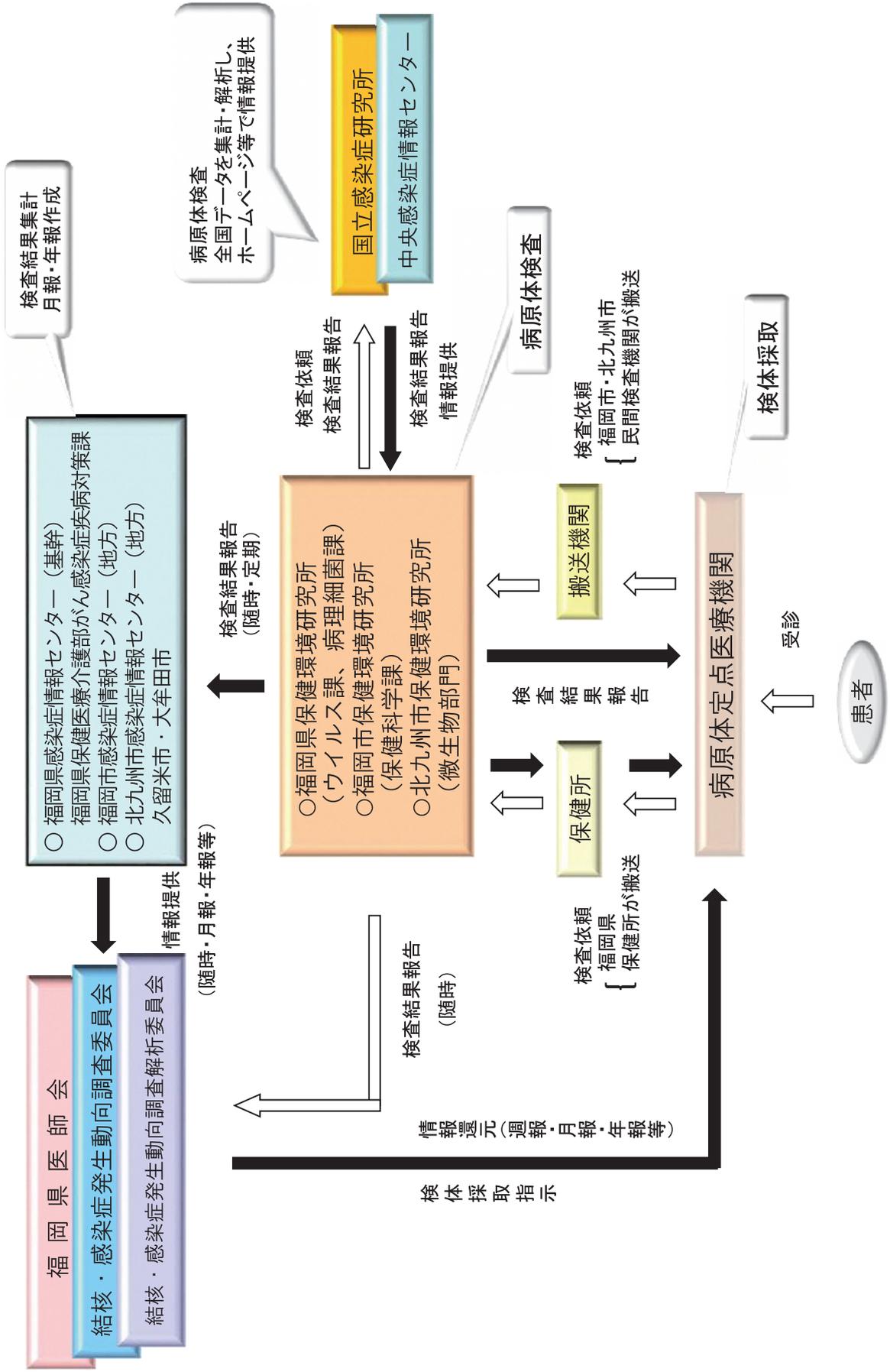
3) 患者情報フローチャート

患者情報（結核及び定点対象疾病）のフローチャート



4) 検査情報フローチャート

検査情報（病原体定点）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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
北九州	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
福岡	125	125	125	125	125	125	126	126	127	127
筑豊	33	33	33	33	33	33	32	32	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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
北九州	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
福岡	54	54	54	54	54	54	55	55	56	56
筑豊	14	14	14	14	14	14	13	13	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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
北九州	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
福岡	93	93	93	93	93	93	94	94	95	95
筑豊	平成22	22	22	22	22	22	21	21	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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
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22年～令和元年)

	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	29年	30年	令和元年
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(令和元年)

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

(令和元年 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「感染症発生动向調査事業実施要綱」(P155～P161)を参照ください。

★ 福岡県独自の疾病

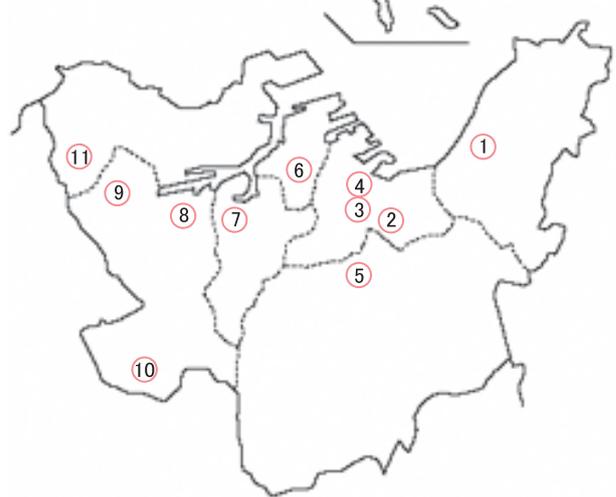
6) 定点医療機関所在地地図

(1) 令和元年内科定点 (78定点)

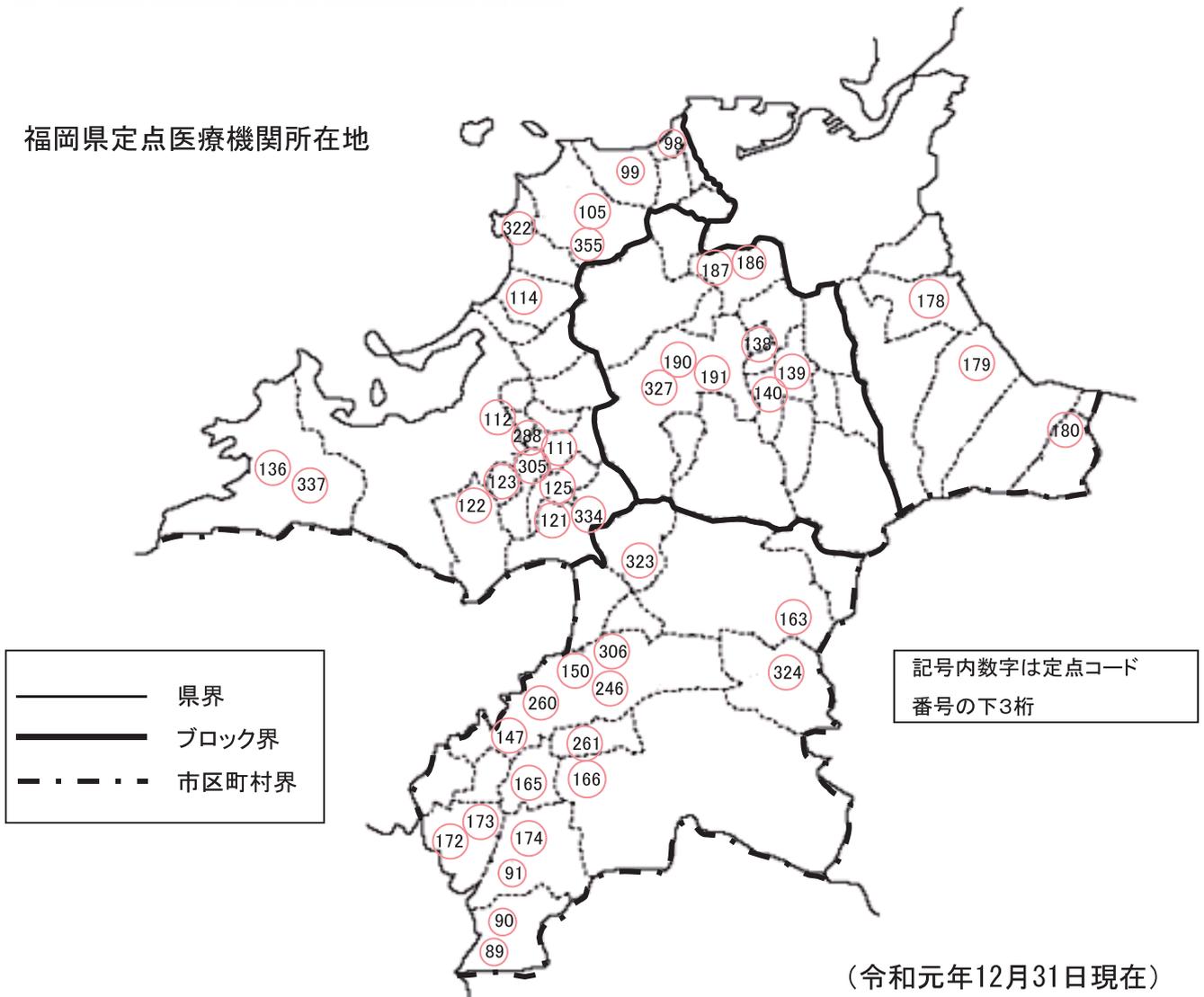
福岡市定点医療機関所在地



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

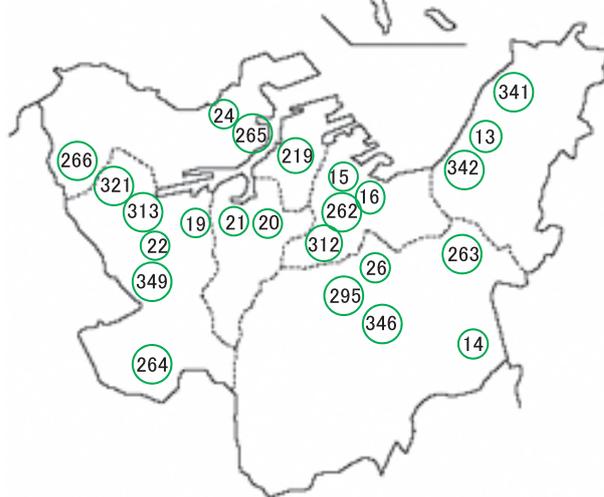


(2) 令和元年小児科定点 (120定点)

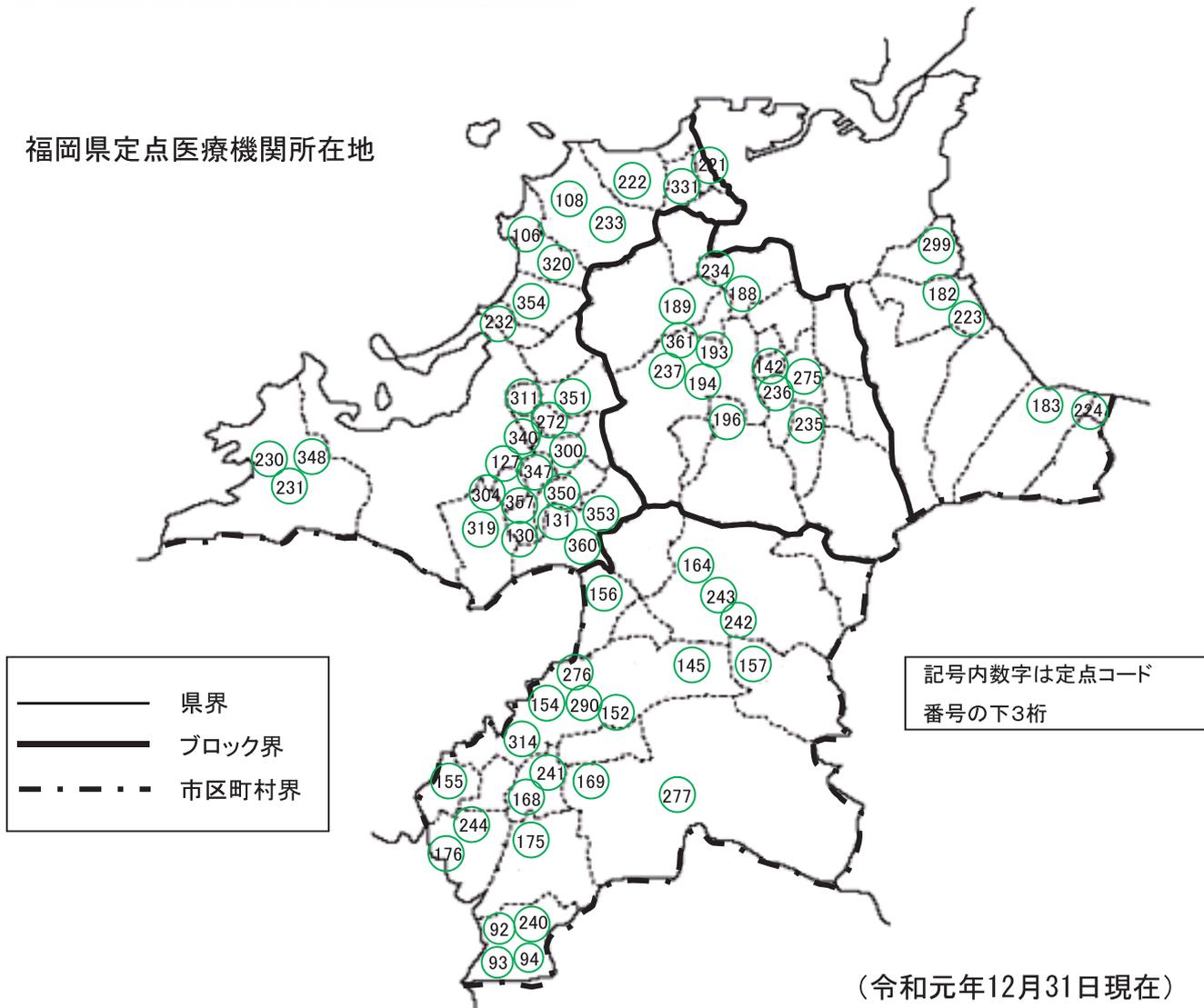
福岡市定点医療機関所在地



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



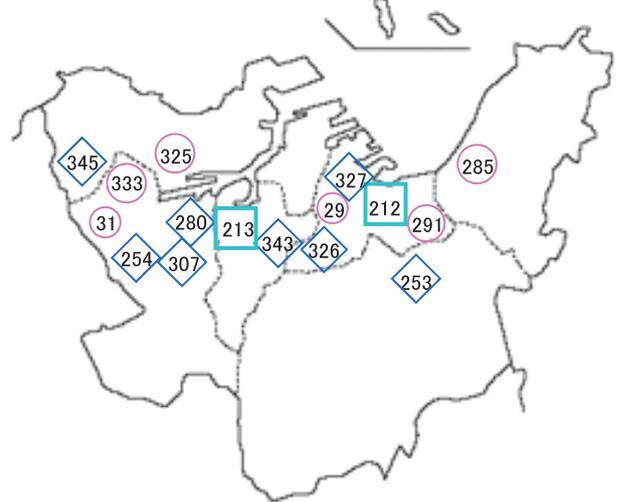
(令和元年12月31日現在)

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

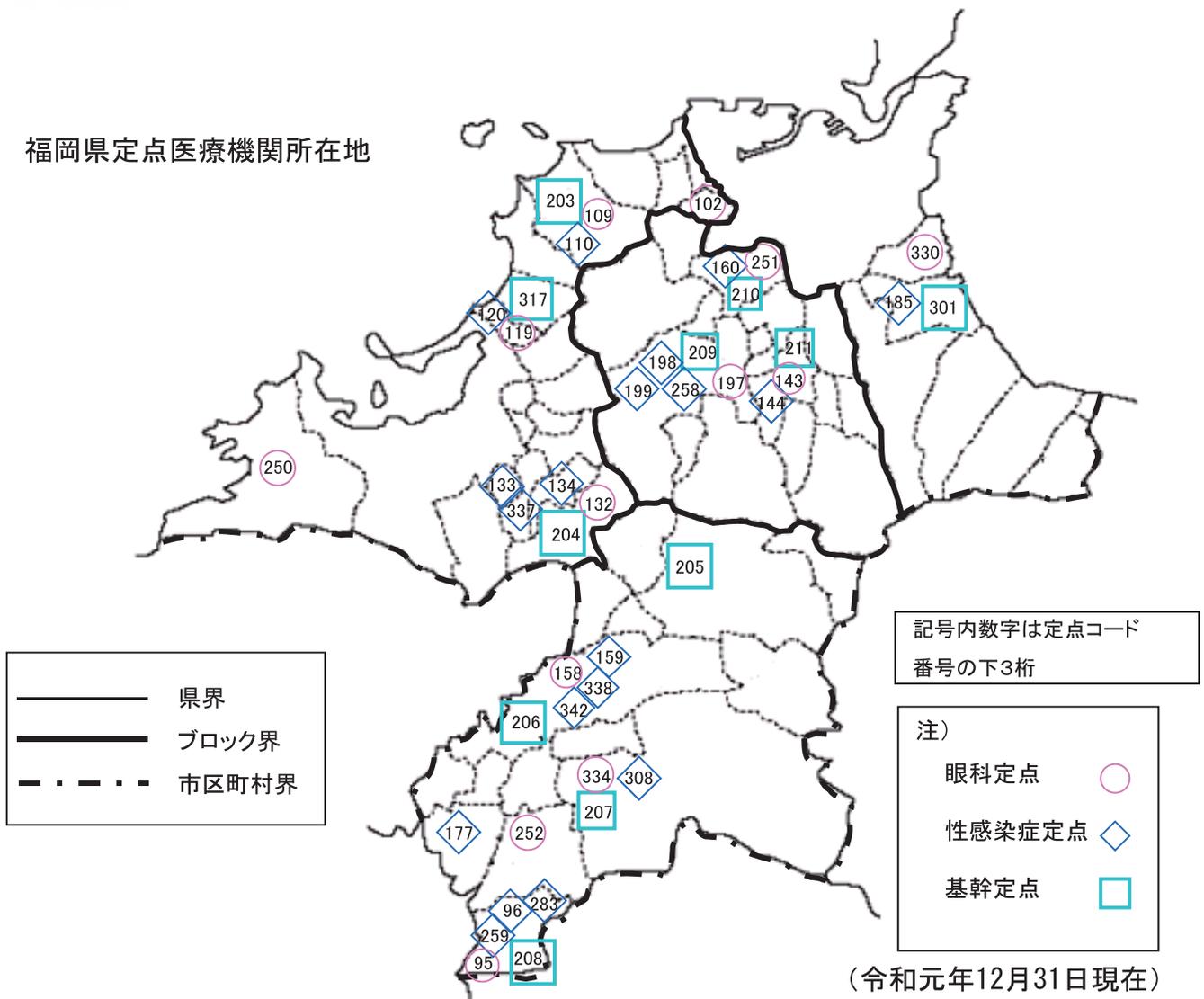
福岡市定点医療機関所在地



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 □

(令和元年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、平成30年（2018年）12月31日から第52週、令和元年（2019年）12月29日までの1年間の総括である。2019年は4月まで平成31年、5月から令和元年となるが、令和元年と表記している。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动向調査は、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。その結果、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）pdm 2009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と同じ感染症発生动向調査制度の中に包括されている。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、届出基準の変更がされた。なお、令和2年になるが、2月1日に新型コロナウイルス感染症が指定感染症に追加された。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「感染症発生动向調査事業実施要綱」は随時変更されている。令和2年4月1日にも改正され、新型コロナウイルス感染症を含んだ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「感染症発生动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年間でいき、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、平成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（102～104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1年の包括的な情報のまとめで、長い周期性流行性疾病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、各疾病患者数、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41年間のうち、40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32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27年目となるが、10年分とした。平成12年からの対象疾病は20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（134～137ページ）、月報は1か月分（138～140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（141～143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吉田まり子氏、市原祥子氏、西 巧氏、芦塚由紀氏、上田紗織氏、中村麻子氏、小林孝行氏、大隈英子氏、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。

北九州市門司区木村内科医院の木村南樹先生、福岡市西区石神小児科医院の石神喜久先生、北九

州市八幡西区眼科向野医院の向野利彦先生、北九州市八幡西区多田はなよ眼科医院の多田花代先生が令和元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。

令和元年（2019年）における結核以外の総報告数は212,192人（前年208,498人、前々年207,887人）では北九州45,878人（前年47,745人）、福岡120,746人（同114,688人）、筑豊14,737人（同14,007人）、筑後30,831人（同32,058人）、また、北九州市38,679人（同39,357人）、福岡市63,227人（同60,836人）、両政令市以外の県内110,286人（同108,305人）であった。報告数の多い疾病の変動では、手足口病が前年11,524人から今年20,173人へ、伝染性紅斑が前年857人から今年7,775人へ、A群溶レン菌咽頭炎が前年19,812人から今年23,267人へ、ヘルパンギーナが前年3,365人から今年5,294人へ、RSウイルス感染症が前年6,575人から今年8,025人へ増加した。一方、前年増加したインフルエンザが前年96,914人から今年86,403人へ、感染性胃腸炎が前年48,855人から今年41,104人へ減少した。

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位はインフルエンザ（前年も第1位；定点当たりでも第1位）で総報告数の41.6%を占めた。第2位は感染性胃腸炎（前年も第2位；定点当たりでも第2位）で19.8%、第3位はA群溶血性レンサ球菌咽頭炎（前年も第3位）で11.2%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4位、前々年4位）、5位がRSウイルス感染症（前年5位、前々年5位）、6位が伝染性紅斑（前年12位、前々年14位）、7位がヘルパンギーナ（前年8位、前々年6位）、8位が咽頭結膜熱（前年6位、前々年9位）、9位が突発性発しん（前年7位、前々年7位）、10位が水痘（前年9位、前々年10位）であった。前年と比較して伝染性紅斑、ヘルパンギーナなどの順位が上がり、咽頭結膜熱、突発性発疹、水痘、流行性角結膜炎（11位、前年10位、前々年12位）、流行性耳下腺炎（12位、前年11位、前々年8位）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百日咳（前年比293%）、手足口病（同175%）、ヘルパンギーナ（同157%）、マイコプラズマ肺炎（同143%）であった。逆に川崎病（前年比73%）、流

行性角結膜炎（同73%）、流行性耳下腺炎（同75%）は減少した。

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5人、前々年から8年前まで0人、9年前3人、10年前5人、11年前212人）だが、県内でも流行が見られた（全数報告で14人、前年20人）。風しんも2人（前年7人、前々年0人、3年前2人、4年前0人、5年前2人、6年前33人、7年前7人、8年前9人、9年前3人、10年前10人）と流行がみられた（全数報告で85人、前年167人）。百日咳は393人（前年134人、前々年114人、3年前184人、4年前145人、5年前203人、6年前108人、7年前241人、8年前400人、9年前375人、10年前534人）と前年の293%に増加した（全数報告で977人、前年286人）。平成26年10月に対象疾病となった水痘は3,308人（前年2,778人、前々年3,358人、3年前3,159人、4年前3,836人、5年前9,050人、6年前10,999人）と前年の119%に増加した。

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1,418人（前年1,939人、前々年1,010人）で前年は大きく増加したが、今年は73%に減少した。急性出血性結膜炎は15人（前年16人、前々年3人）と報告数が少ない。

基幹定点群感染症は平成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。報告数が多い順にインフルエンザ入院1,036人（前年比119%）、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症764人（同90%）、マイコプラズマ肺炎153人（同86%）、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症102人（同109%）、感染性胃腸炎（ロタウイルス）88人（同109%）、無菌性髄膜炎46人（同87%）、細菌性髄膜炎15人（同75%）などで、インフルエンザ入院、感染性胃腸炎（ロタウイルス）などが増加、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、細菌性髄膜炎などが減少した。

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 (56.2) であった。前々年は4年ぶりに報告数が増加したが、前年は再び減少し、今年は同数であった。例年、性器クラミジア感染症が最も多く、総数の57.5%を占め、次は淋菌感染症で18.5%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（及人口10万対罹患率）は福岡県は572人（11.2）で、罹患率を対前年比でみると福岡県は0.4ポイント低下した。平成20年に9年ぶりに上昇し、その後は年々減少してしたが、平成29年に8年ぶりに増加していた。感染源となる塗抹陽性者数も同様の経過で、前年からは低下している。

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760（前年906、前々年1,109、3年前1,052、4年前938、5年前908、6年前838、7年前813、8年前972、9年前848、10年前1,845（新型インフルエンザ流行年））で、2年連続で減少した。手足口病、伝染性紅斑、インフルエンザなどは増加したが、感染性胃腸炎、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱など多くの疾病が減少した。前々年から対象感染症にRSウイルス感染症、突発性発疹などが加えられた。ウイルスが検出されたのは381検体で、ウイルスは全て同定され、37種、408件（27検体から複数のウイルス検出例がある）であった。疾病から検討するとインフルエンザは209検体（前年203、前々年313、3年前281検体）で、A/H1pdm2009型が95件（9～12月に52件）、A/H3（香港）型が82件（9～12月に1件）、B型が17件（9～12月に2件）検出された。2018/2019年シーズンはA/H3型が先行し、A/H1pdm2009型が重なって発生した。2019/2020年シーズンは年内にA/H1pdm2009型が多数検出されている。感染性胃腸炎では119検体（前年186、前々年211、3年前194検体）中51件（検出率42.9%）からウイルスが検出され、ロタウイルス20件（前年14件）、ノロウイルス13件（同32件）、サポウイルス7件（同13件）、アストロウイルス1件（同11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多数検査され、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125検体（前年111、前々年145、3年前89検体）で、コクサッキーウイルスA6型35件、コクサッキーウイルスA16型14件などが検出され、前年多かったエンテロウイルス71型は検出されなかった。陽性率は48.0%（前年52.2%、前々年59.3%、3年前50.6%）であった。ヘルパンギーナは37検体（前年76、前々年66、3年前76検体）で、コクサッキーウイルスA群では10型8件、5型6件、6型3件などが検出され、

陽性率は54.1%（前年38.2%、前々年60.6%、3年前57.8%）であった。咽頭結膜熱は57検体（前年75、前々年57、3年前68検体）からアデノウイルスが3型6件、2型2件、3型2件など10件検出された。無菌性髄膜炎は33検体（前年68、前々年74、3年前107検体）で、エコーウイルス11型4件、コクサッキーウイルスB5型2件などが分離され、陽性率は24.2%（前年13.2%、前々年18.9%、3年前33.6%）であった。流行性角結膜炎は3検体（前年12、前々年9、3年前15検体）からアデノウイルス56型が1件検出された。RSウイルス感染症は2年前から開始され、19検体（前年41、前々年54件）からRSウイルスが4件検出された。

細菌検査は各医療機関で実施されることが大部分であり、例年少ないが、今年はA群溶血性レンサ球菌感染症2件（前年1件）、細菌性髄膜炎0件（前年5件）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症102件（前年126件）、バンコマイシン耐性腸球菌感染症1件（前年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86,403人、1定点当たり436.4で、前年の89%であった。2018/2019年シーズンは平成30年第48週に1定点当たり1.0を超え、令和1年第3週の69.1（前年は86.9）をピークとし、第17週に1.0未満になった。前シーズンと比較してピークが低く、流行期間は短く、規模が小さかった。なお、2019/2020年シーズンは年内の第37週（9月）に1定点当たり1.2となり、例年になく流行開始が早く年内に16週間分を含むことなど、年間報告数が1回分のインフルエンザシーズンの数ではないため増減の解釈は困難である。福岡県ではA/H3型が前年の8月から今年3月まで、A/H1pdm2019型が前年9月から今年5月まで多数検出され、A/H3型とA/H1pdm2019型の混合流行で、A/H3型がやや多かった。B型は少なかった。なお、2019/2020年シーズンの9月からのウイルス分離では、A/H1pdm2019型が53件、A/H3型1件、B型3件で、A/H1pdm2019型が多い。

RSウイルス感染症は8,025人、1定点当たり66.9、前年比122%と増加した。平成24年シーズンから8年連続で夏期の7月から多発し、週別発生で見ると今年も9月頃にピークを示した。

咽頭結膜熱は今年4,429人、1定点当たり36.9、前年比98%であった。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年以降は夏にやや多いが、夏以降も発生が続き、今年は12月に多発している。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎は1定点当たり

193.9、前年比117%と増加した。患者23,267人のうち、発疹合併が344例（前年302例）報告された。その他の合併症として、血小板減少性紫斑病が1例報告された。

感染性胃腸炎は今年41,104人、1定点当たり342.5、前年比84%と減少した。元々先と冬期に流行があり、最近春先の流行は目立たなくなっていたが、今年は冬期の流行が少なかった。

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ロタウイルス、ノロウイルスが多い。定点からの報告ではロタウイルスが1,386件（前年867件、前々年1,588件、3年前952件）と増加、ノロウイルスは946件（前年773件、前々年744件、3年前1,187件）と増加した。

水痘は3,308人、1定点当たり27.6、前年の119%であった。平成26年10月の定期予防接種開始後は減少傾向で、前々年はやや増加、前年は減少、今年は再び増加した。脳炎合併はなかった。予防接種歴ありの患者報告は944例（前年815例、前々年625例）と増加しているが、約82%は軽症である。

手足口病は20,173人、1定点当たり168.1、前年比175%で、最近10年間では2番目の大きな流行であった。原因ウイルスとして福岡県では多い順にコクサッキーウイルスA6（CA6）型、CA16型、CA10型で、CA6型が6～7月に、CA16型が9～10月に、CA10型が11月に多く検出され、エンテロウイルス71型は分離されなかった。全国的にはCA6型の分離数が多く、次いでCA16型が秋以降に多く検出された。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～冬に流行した。

伝染性紅斑は7,775人、1定点当たり64.8、前年比907%と著増し、流行年である。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、令和元年に大きな流行を示した。

突発性発しんは3,714人、1定点当たり31.0、前年比91%であった。前年は3年連続減少後にやや増加したが、今年は再び減少している。

百日咳は393人、1定点当たり3.3で、前年比293%と増加した。20歳以上の報告は10.9%（前年3.7%、前々年23.7%）と今年も少く、10～14歳が

22.4%（前年23.9%、前々年9.6%）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2人（前年7人、前々年0人、3年前2人、4年前0人、5年前2人、6年前33人）で、福岡県では平成25年に流行し、その後は少数であったが、前年から流行がある。全数報告でも全国2,306人（前年2,917人）、福岡県は85人（前年167人）であった。先天性風しん症候群は全国で4人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前0人、5年前9人、6年前32人）であった。

ヘルパンギーナは5,294人、1定点当たり44.1、前年比157%と増加した。毎年夏期に流行し、今年は6～7月にピークを示した。コクサッキーウイルスA10型8件、A5型6件、A6型3件などが検出された。

麻疹は定点から今年0人（前年5人、前々年から8年前まで0人、9年前3人、10年前5人、11年前212人、12年前313人）であるが、県内でも流行があり、全数報告では全国744人（前年282人）、福岡県は14人（前年20人）であった。

流行性耳下腺炎は1定点当たり11.4、前年比75%と減少した。平成27年、28年が流行年、29年、30年、令和1年は非流行年であった。患者1,369人中、髄膜炎5例の合併報告がある。その他に精巣炎1例が報告されている。

川崎病は305人、1定点当たり2.5、前年比73%で、大きく減少した。

急性脳炎〔小児科定点〕は今年22人、前年12人、前々年8人、3年前12人、4年前5人、5年前6人と推移した。週報に原因としてインフルエンザA型8人などが報告されている。

細菌性髄膜炎〔小児科定点〕は今年7人、前年2人、前々年10人、3年前4人、4年前8人、5年前2人と推移している。週報には肺炎球菌1人、GBS2人、大腸菌1人などが報告されている。なお、インフルエンザb型菌の確認例は今年もなかった。

無菌性髄膜炎〔小児科定点〕は38人、1定点当たり0.3、前年比153%。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6年連続で多発ではない。検査情報ではエコーウイルス11型4件、コクサッキーB5型2件などが検出された。週報には流行性耳下腺炎に合併5人（前年3人、前々年11人、3年前44人、4年前28人、5年前27人）、エンテロウイルス陽性3人などが報告され、手足口病に合併は0人（前年2人）であった。

マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕は今年837人、1定点当たり7.0、前年比143%と増加した。平成22年、23年に流行があり、今回は平成27年、28年に流行で、平成29年、30年は非流行年であったが、令和元年の後半から増加し流行の兆しがある。

クラミジア肺炎〔小児科定点〕は平成12年から

のスタートで、今年8、前年7人、前々年20人、3年前34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15人（前年16人、前々年3人、3年前20人、4年前43人、5年前12人）と推移し、少ない。

流行性角結膜炎は1,418人（前年1,939人、前々年1,010人、3年前1,374人、4年前2,056人、5年前683人）、1定点当たり54.5、前年比73%と減少した。前年が過去10年間で2番目に多かったが今年は減少した。アデノウイルス56型が1件検出されている。

基幹定点群感染症は平成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15人（前年20人、前々年23人、3年前24人）、**無菌性髄膜炎**〔基幹定点〕は46人（前年53人、前々年82人、3年前146人）、**マイコプラズマ肺炎**〔基幹定点〕は153人（前年177人、前々年423人、3年前1,445人）、**クラミジア肺炎**〔基幹定点〕は0人（前年0人、前々年0人、3年前2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1,036人（前年875人、前々年624人、3年前563人）で、ICU入室32人（前年30人、前々年35人）、人工呼吸器使用12人（前年17人、前々年17人）の報告がある。**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88人（前年81人、前々年54人、3年前30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764人（前年852人、前々年811人、3年前754人）、**ペニシリン耐性肺炎球菌感染症**は102人（前年94人、前々年90人、3年前62人）、**薬剤耐性緑膿菌感染症**は4人（前年4人、前々年7人、3年前1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1,194人（前年1,061人、前々年1,152人、3年前1,059人）、前年比113%とやや増加した。以下報告数が多い順に**淋菌感染症**385人（前年387人、前々年517人、3年前454人）、前年比99%、**性器ヘルペス**303人（前年372人、前々年396人、3年前302人）、前年比82%、**尖圭コンジローマ**134人（前年173人、前々年149人、3年前181人）、前年比77%、**梅毒**62人（前年85人、前々年58人、3年前39人）で、前年比73%であった。報告数の順位は前年と同じである。

結核（令和元年は速報値）の福岡県新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は572人（11.2）で、前年594人（11.6）より減少し、全国統計でも14,400人（11.4）で、前年15,509人（12.2）より減少した。北九州市保健所管内では125人（人口10万対罹患率13.3；前年比91.9%）、福岡市保健所管内では200人（同12.6；121.2%）、県保健所管内は247人（同9.6；84.3%）と福岡市は増加した。感染源となる喀痰塗抹陽性患者数も185人で前年の214人から大きく減少した。高齢者に多く、60歳以上が67.5%、80歳以上が42.7%、90歳以上が13.1%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。

結核は福岡結核予防センターのデータにより、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、令和元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。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は436.4（86,403人）で、前年の489.5（96,914人）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から令和元年（2019年）まで、それぞれ100.4、254.7、212.2、175.5、529.9、38.8、47.7、228.1、193.7、342.3、105.9、135.9、302.8、25.9、429.3、164.2、210.7、267.8、385.6、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で、平成21年（2009年）以降過去最高であった昨年より少なかったが、過去の中では多い方であった。

福岡県での2018/19年シーズンの流行は、平成30年の第48週に定点当たりの患者数が1.0を超え、平成31年第3週にピークとなり（定点当たりの患

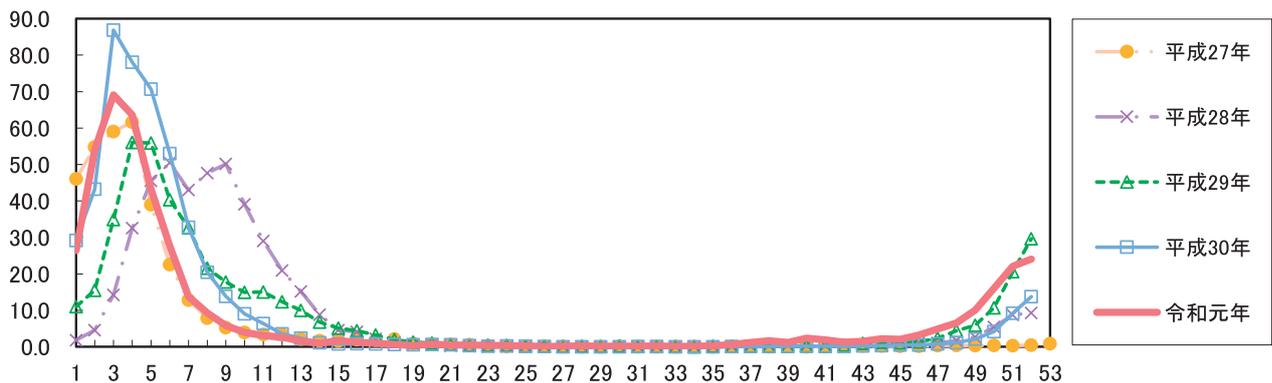
者数は69.1）、平成31年第16週に定点当たりの患者数が1.0未満となった。2019/20年シーズンの流行は、令和元年第37週に定点当たりの患者数が1.0を越え、12月までの報告数は例年より多かった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州436.9（18,785）[北九州市457.9（16,027）]、福岡524.5（49,825）[福岡市535.6（27,314）]、筑豊301.1（6,022）、筑後294.3（11,771）で、福岡が比較的多かった。

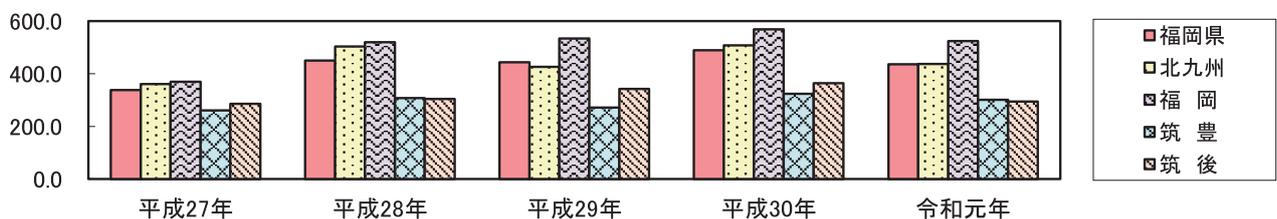
年齢別の患者数は、1歳～9歳までが全体の55.4%を占め、60歳以上の割合は5.6%と最近の3年間の年齢分布に変化はみられなかった。男女比は0.99で、性差はなかった。

検査情報では、分離されたウイルスは、平成31年1月から令和元年8月までは、A/H3型が64件と最も多く、A/H1pdm型28件、B型ビクトリア系統1件で、A型優位の流行であった。令和元年9月から12月は、A/H1pdm型44件、A/H3型2件、B型ビクトリア系統1件が検出され、A/H1pdm型が主体であった。

全国情報では、2018/19年シーズンはA/H3が56%、A/H1pdmが36%、B型8%であった。A/H1pdmではオセルタミビル耐性株が1,603株中27株（1.7%）に検出されていた。沖縄では2019年夏季に、第14週から報告が増加し、第32週には定点当たり患者報告数が10.6人となり、注意報が発令され、B型ビクトリア系統に続いてA/H1pdm型およびH3型が検出された。



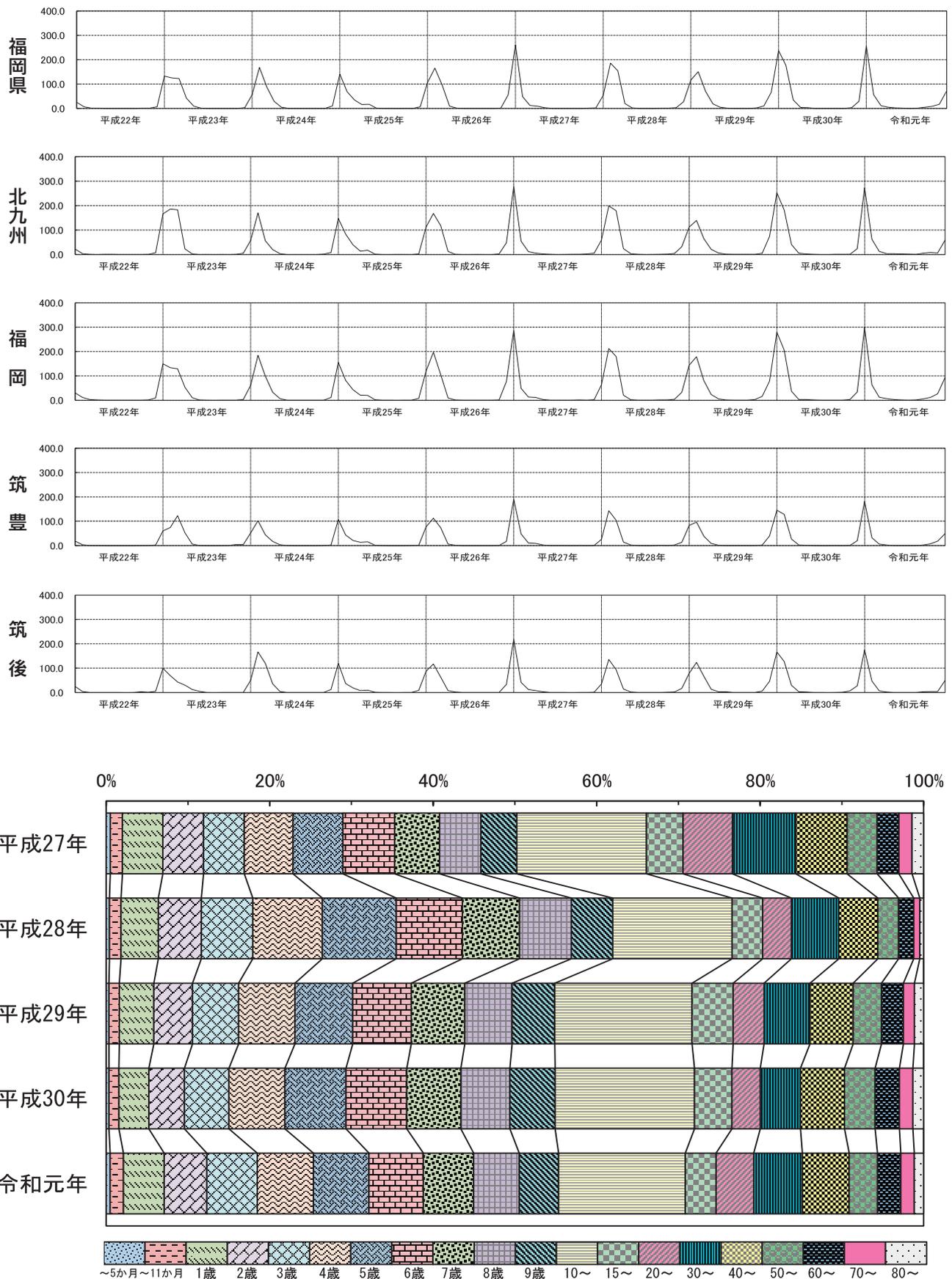
インフルエンザの1定点当たりの週別報告数推移



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66.9（8,025人）で、前年の54.8（6,575人）から122%に増加した。1定点当たり患者数は、平成16年（2004年）から令和元年（2019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と推移した。過去最多の報告数となった平成29年に次いで過去2番目に多かった。平成24年以降は高いレベルの報告が続いている。

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が、2012/13シーズン（平成24年度）から8年連続で9月にピークを示した。今期は週別報告数推移でみると37週にピークを示す夏から秋の流行であり、最近5年間では一番高いピークを示した。以前のような冬中心の流行ではなくなった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州66.1（1,918）〔北九州市61.4（1,474）〕、福岡76.0（4,256）〔福岡市87.9（2,550）〕、筑豊46.5

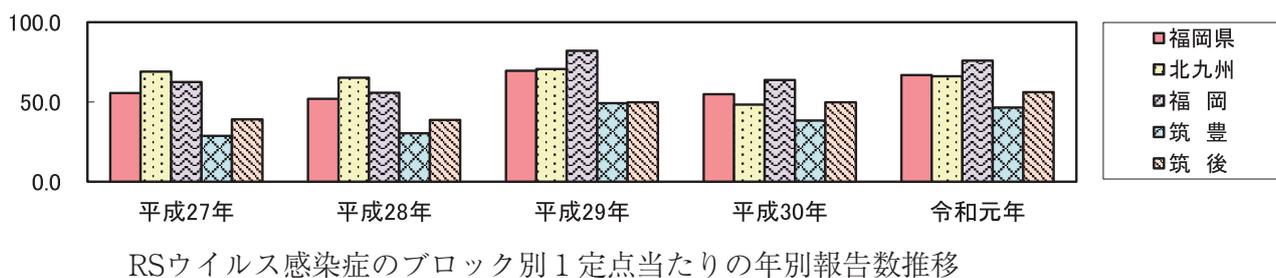
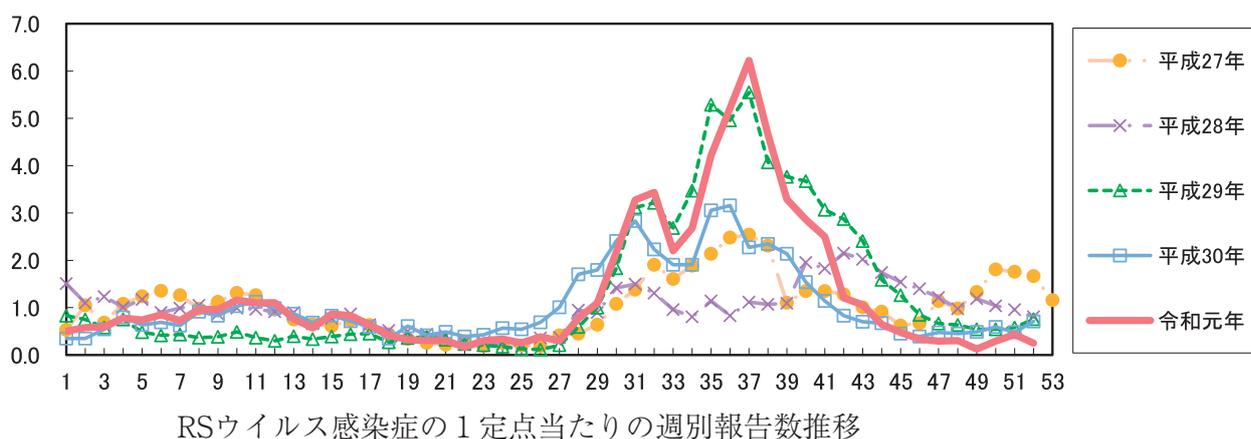
（558）、筑後56.2（1,293）と各地区増加した。例年と同様に筑豊地区の報告はやや少ない。

罹患年齢は0～5か月15.3%、6～11か月21.0%、1歳39.3%、2歳14.5%、3歳5.9%、4歳2.7%、5歳0.6%、6歳0.2%、7歳0.1%、8歳0.1%、9歳0.1%、10～14歳0.2%、15～19歳0.0%、20歳以上0.0%であった。1歳当たり換算では6～11か月が最も多く、3歳未満が90.1%を占めている。年齢構成では0歳、1歳が大部分を占める状況には変わらないが、15歳以上が2人（前年8人）報告されている。

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。

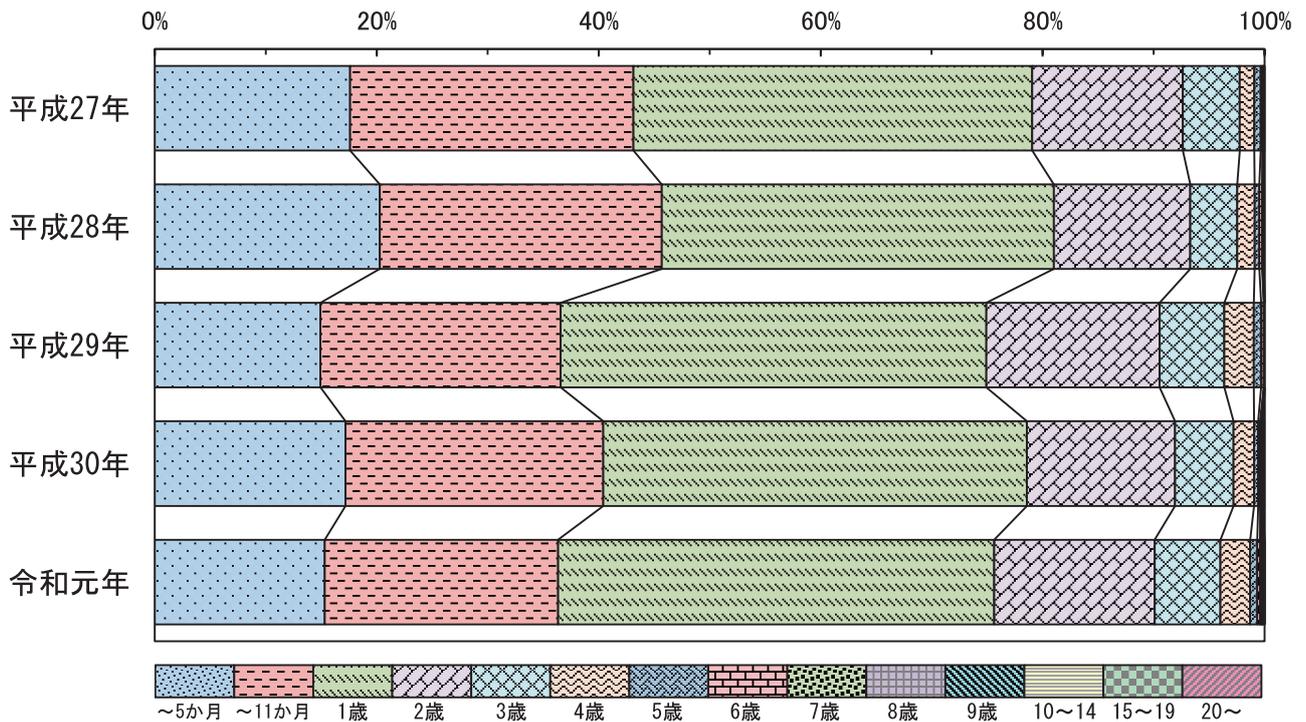
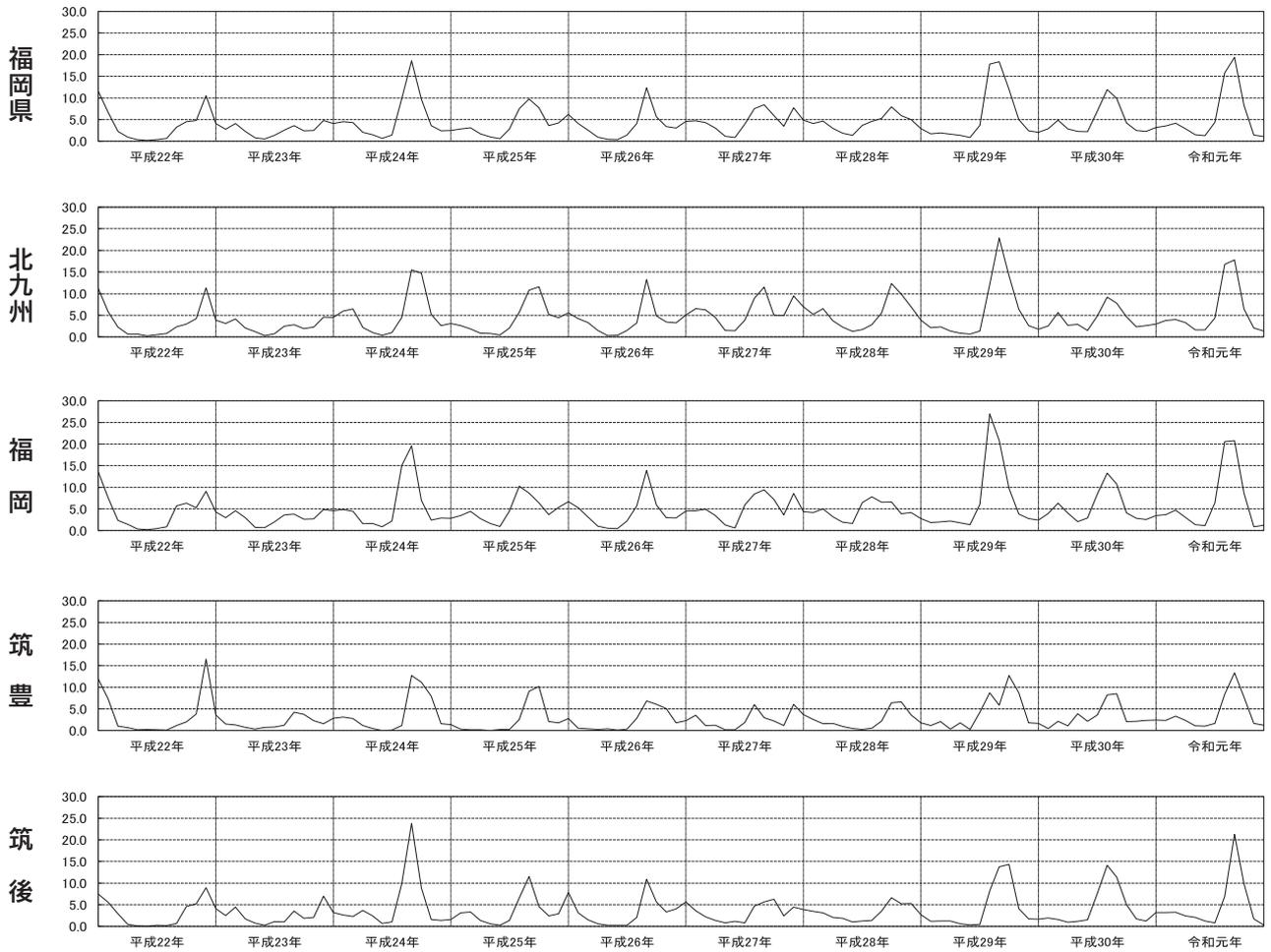
男女比は1.14（男4,276人、女3,749人）で男がやや多かった。

週報には細気管支炎、肺炎、気管支炎等の病名が多く、呼吸障害で入院、ショックでICU入室、人工呼吸器使用などの報告もある。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

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36.9（4,429人）で、前年の37.6（4,512人）の98%であった。1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和元年（2019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であった。前年は過去2番目、今年は3番目の報告数となり多かった。

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るが、今年は12月が最多であった。全国情報でも夏期に多発を示すとともに、11～12月にも報告が多い。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）

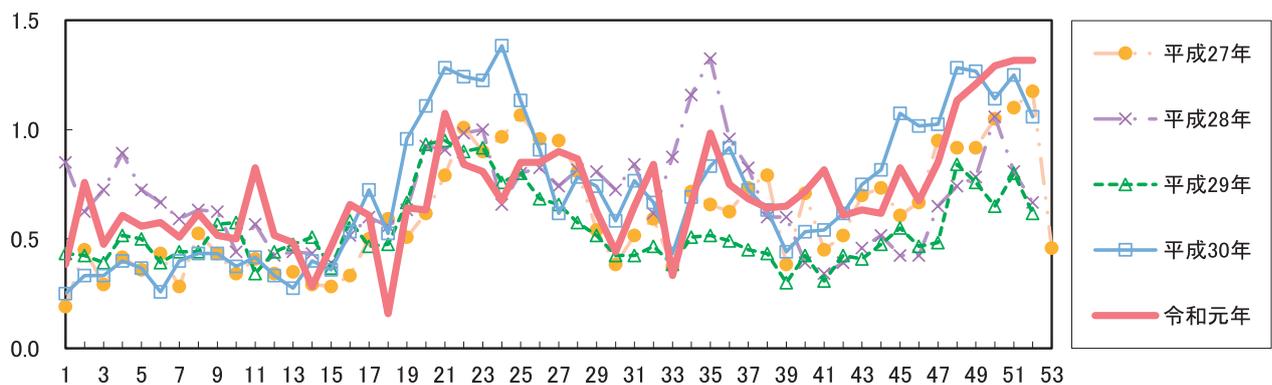
は北九州18.7（543）〔北九州市17.7（424）〕、福岡53.6（3,001）〔福岡市58.8（1,706）〕、筑豊10.7（128）、筑後32.9（757）で、筑豊地区は例年報告が少なく、今年は北九州地区が少なかった。

罹患年齢は0～5か月0.6%、6～11か月9.0%、1歳31.1%、2歳17.0%、3歳13.9%、4歳10.2%、5歳7.8%、6歳3.8%、7歳2.1%、8歳1.4%、9歳0.8%、10～14歳1.5%、15～19歳0.1%、20～29歳0.2%、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。1～5歳が多く、79.9%、10歳未満が97.8%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31.1%（1,377人）、前年は30.1%だった。0～5か月は27人（前年33人）、6～11か月は398人（同450人）で、0歳児では0～5か月は少ない。

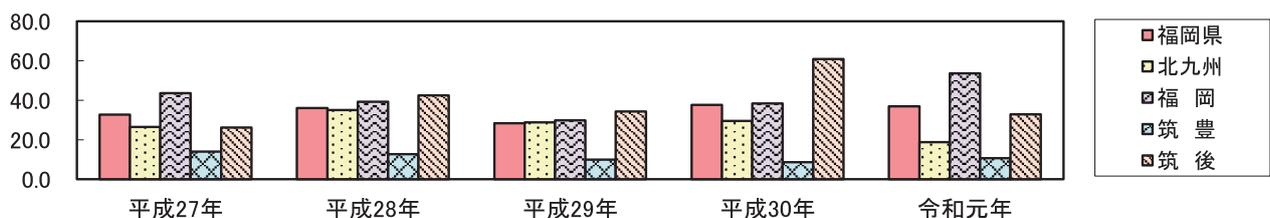
男女比は1.23（男2,442、女1,987）で男が多かった。

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57検体中10検体がアデノ陽性で、アデノウイルス3型7件、2型2件、1型1件であった。

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。



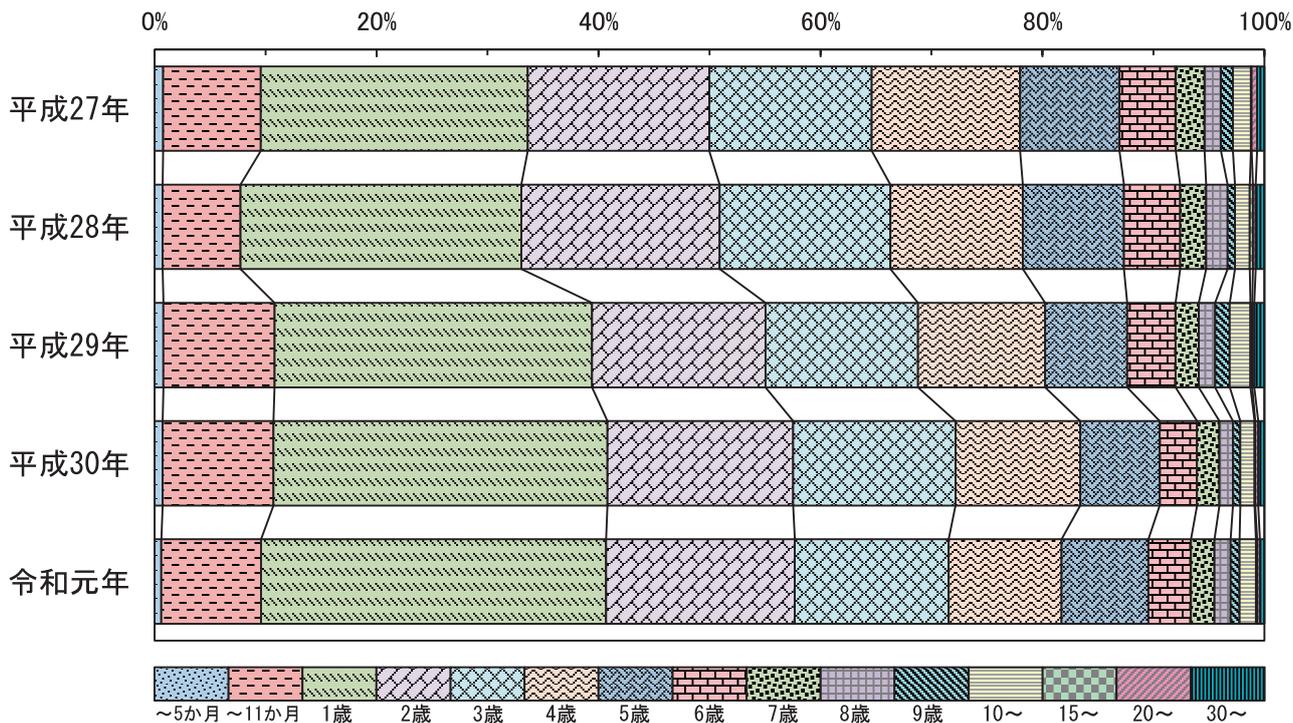
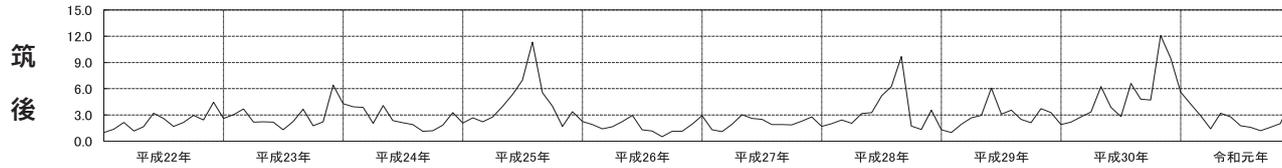
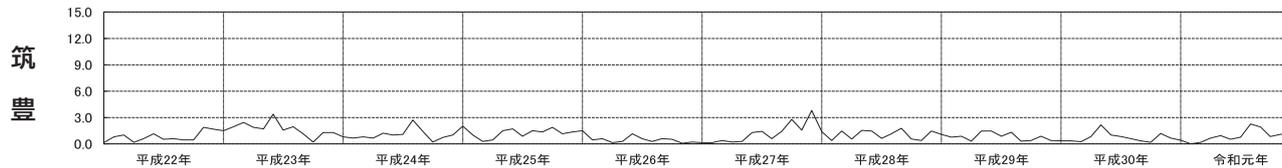
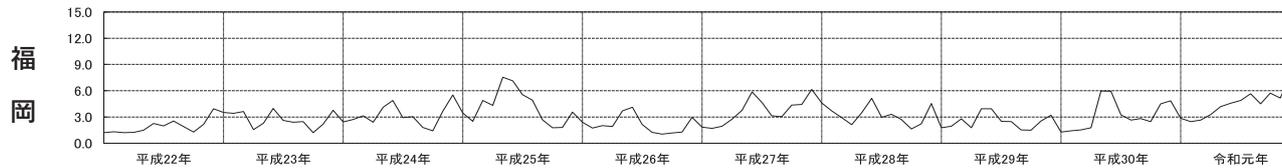
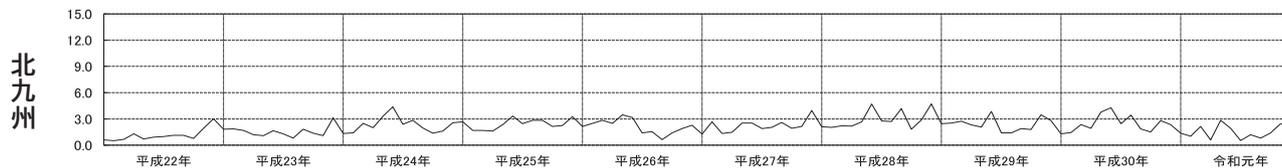
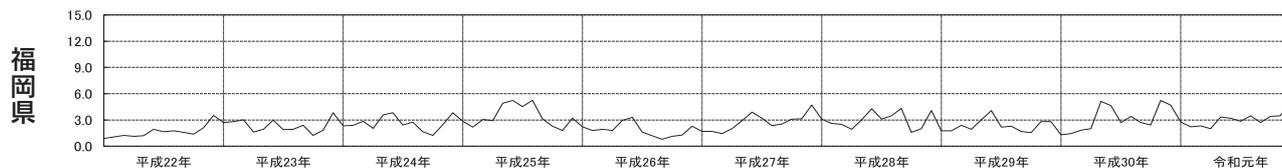
咽頭結膜熱の1定点当たりの週別報告数推移



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193.9（23,267人）であった（前年比1.17）。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で、調査開始後最も多かった。

季節性は、夏季に少なく、12月にピークがある傾向に変化はない。

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106.7（3,094）〔北九州市109.5（2,628）〕、福岡地区308.8（17,294）〔福岡市335.6（9,732）〕、筑豊地区66.6（799）、筑後地区90.4（2,080）で、福岡地区が多い傾向に変化はない。

全国的には、北海道、岩手県、宮城県、山形県、新潟県、石川県、千葉県、鳥取県、福岡県、宮崎県が多かった。

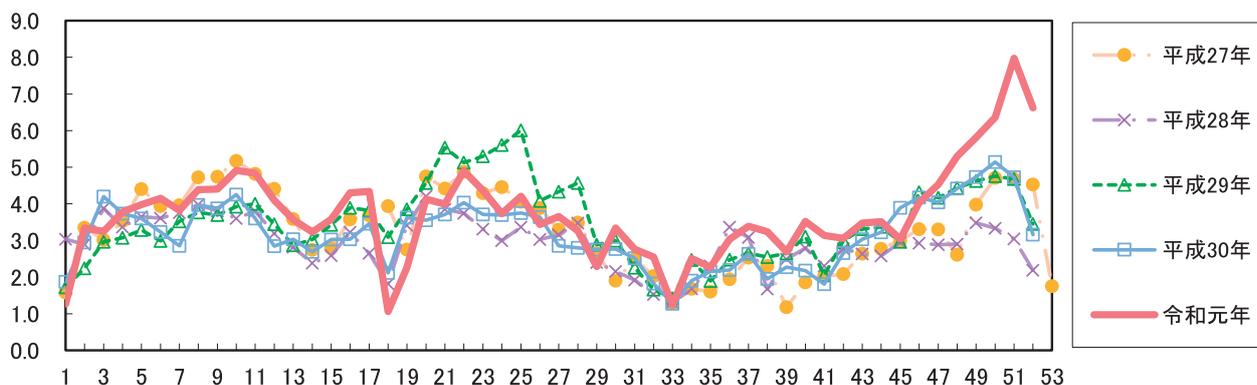
罹患年齢は0歳0.5%、1歳3.7%、2歳6.8%、3歳10.9%、4歳14.1%、5歳14.0%、6歳12.9%、7歳10.1%、8歳8.2%、9歳6.1%、10～14歳9.7%となり、年齢割合に大きな変化はなかった。

男女比は1.20で昨年と比較して変化はなかった。

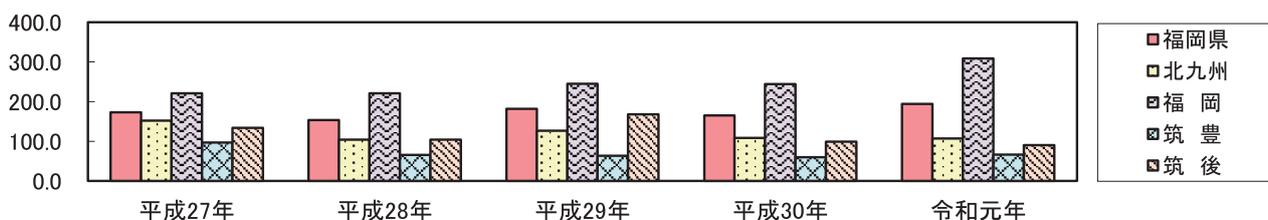
発疹を伴った例は344例（前年302例）であった。年齢は、0歳3例（前年3例）、1歳21例（同13例）、2歳31例（同34例）、3歳55例（同64例）、4歳82例（同65例）、5歳55例（同46例）、6歳33例（同35例）、7歳23例（同11例）、8歳16例（同13例）、9歳8例（同5例）と、2～9歳までで95.6%（同90.4%）を占めた。再燃が18例（前年9例）、2回目の感染101例（前年111例）、3回目53例（同49例）、4回目24例（同17例）、5回目9例（同10例）が報告された。

合併症は、血小板減少性紫斑病が1例報告された。

併発症は、アデノウイルス感染症4例（昨年9例）、手足口病4例、インフルエンザ1例、伝染性紅斑1例であった。家族内感染が16件（前年40件）報告された（同胞、母子感染が多い）。



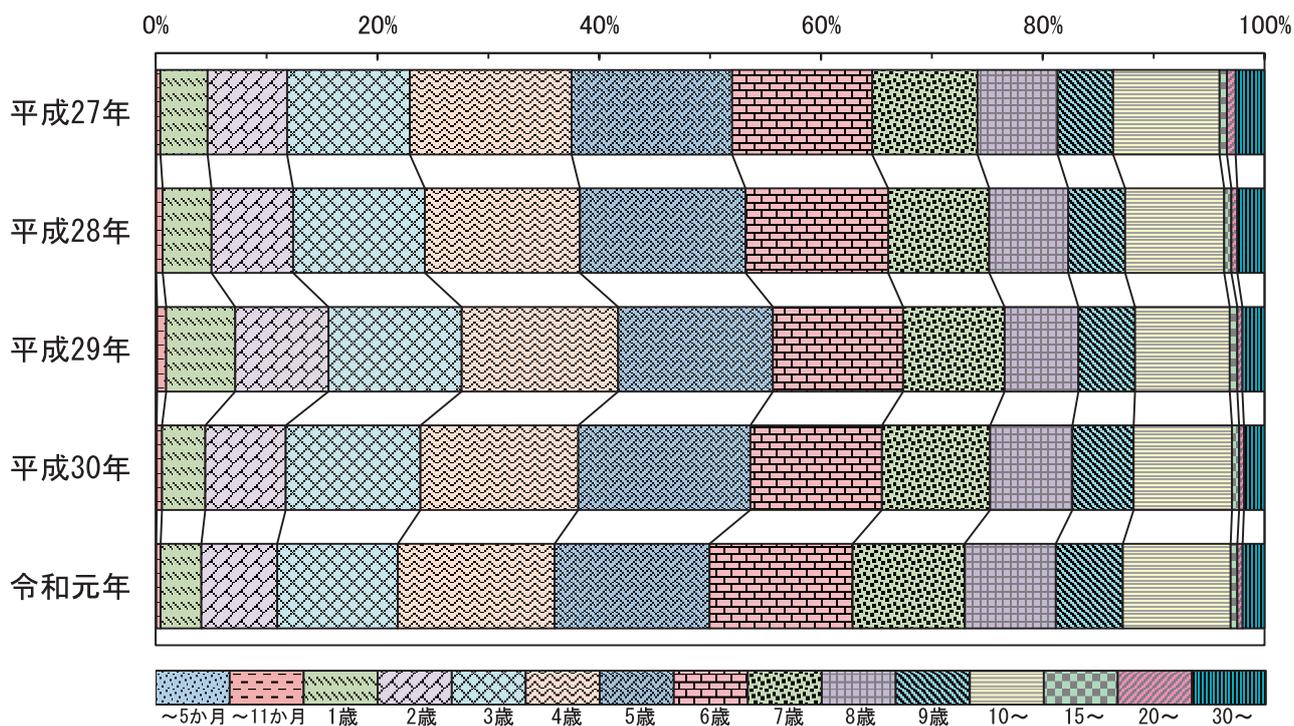
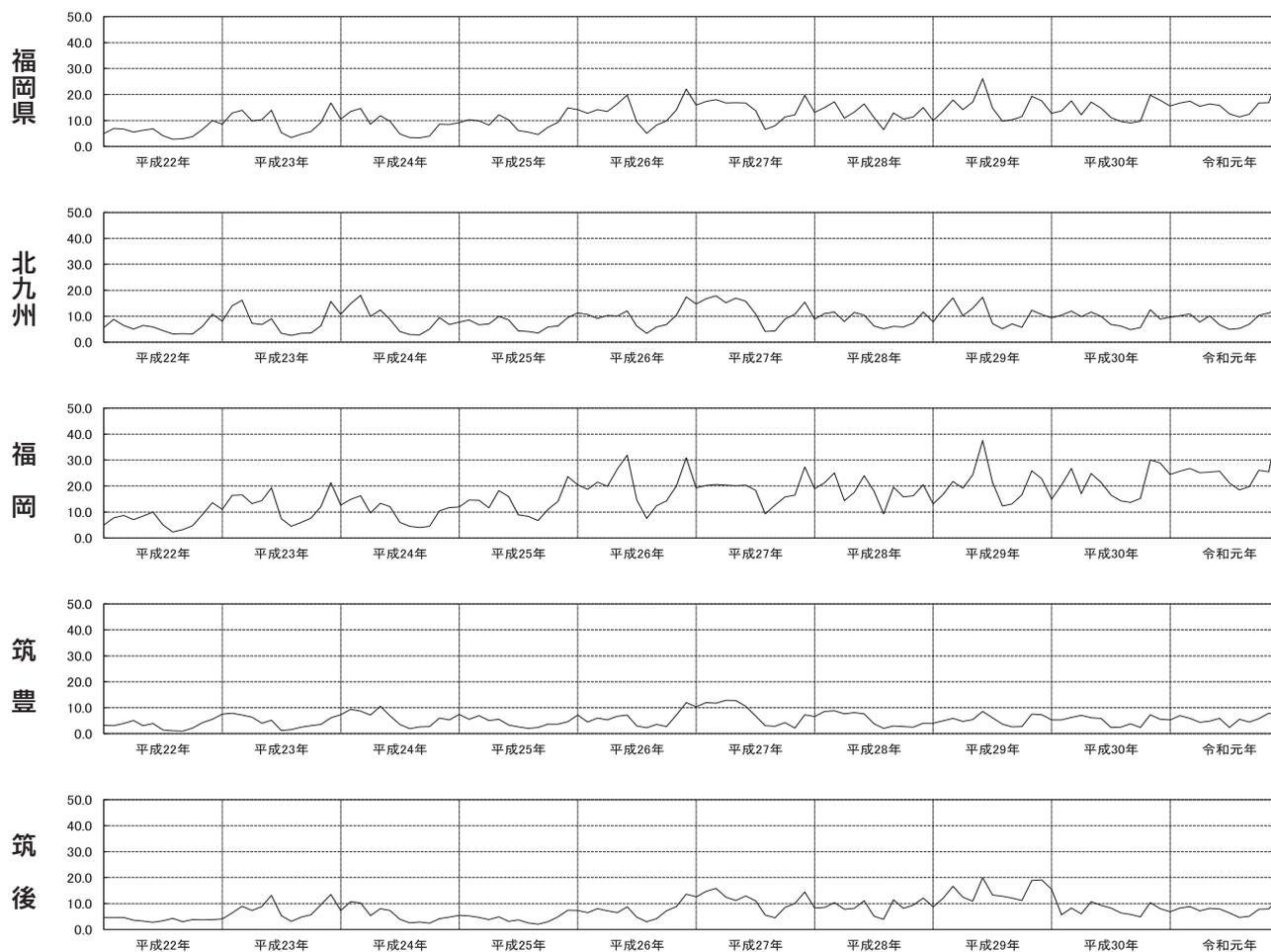
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の1定点当たりの週別報告数推移



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19.8%（前年23.9%、前々年23.0%）を占め、総報告数でインフルエンザに次いで第2位（定点当たり患者数でも第2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342.5（41,104人）、前年407.1（48,855人）で、前年の84%と減少した。1定点当たりの患者数は昭和62年（1987年）から令和元年（2019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と推移し、今年では最近10年間では最も少なかった。

季節的には、従来冬と春先にピークを示していた。最近で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、今年では冬の流行も少なかった。

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384.5（11,150）〔北九州市406.3（9,752）〕、福岡355.6（19,915）〔福岡市280.8（8,142）〕、筑豊248.1（2,977）、筑後307.0（7,062）であった。前年と比較して各地区とも減少していた。

罹患年齢は0～5か月1.3%、6～11か月8.3%、1歳17.6%、2歳13.3%、3歳11.3%、4歳9.8%、5歳8.0%、6歳6.2%、7歳4.6%、8歳3.9%、9歳3.0%、10～14歳7.1%、15～19歳1.2%、20～29歳1.3%、30歳以上3.0%で、年齢分布に大きな年次変化はない。0～3歳は51.8%（前年50.4%、前々年50.4%）で、1歳が最も多い。0歳も多いが、0～5か月は1.3%

と少ない（「患者数」は525人）。

男女比は1.11（男21,641人、女19,463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663例（前年907例、前々年905例、3年前875例、4年前912例、5年前808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、焼き鳥、焼肉、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2株のみで、1株がEM、CAM、LVFX、CPFVに耐性であった。サルモネラは92例（前年113例、前々年95例、3年前73例、4年前58例、5年前52例）であった。群別ではO4群19例、O7群52例、O8群5例、O9群6例等で、今年ではO7群が最も多かった。腸管出血性大腸菌（EHEC）は10例（前年19例、前々年22例、3年前22例）でやや少なく、O157のみであった。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1,386例（前年867例、前々年1,588例、3年前952例、4年前1,542例、5年前985例）と増加した。ロタワクチン済例の報告もかなりある。年齢不詳を除き3歳以下が76%（前年78%、前々年76%、3年前90%、4年前86%、5年前88%）と多数を占めるが、従来よりも減少し、年長児、成人例が増加している。ノロウイルスは定点から946例（前年773例、前々年744例、3年前1,187例、4年前547例、5年前1,029例）と前年より増加した。年齢不詳を除き3歳以下が83%（前年83%、前々年87%、3年前88%）で、小児科定点からの報告のためか乳幼児が多いが、ロタウイルスのような変動は見られない。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20件（前年14件、前々年33件、3年前8件）、ノロウイルスが13件（前年33件、前々年41件、3年前38件）、サポウイルスが7件（前年13件、前々年10件、3年前4件）、アストロウイルスが1件（前年11件、前々年11件、3年前4件）など検出された。

表 定点（令和元年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	1	2	21	20	25	36	44	37	59	55	75	240	19	11	18		663
<i>Salmonella</i> O4群		1	1		2	2	2	2		2	1	5		1			19
O7群	2	1		4	2	2	9			2		8	1	1			32
O8群						1					1	1	1		1		5
O9群						2		1		1		2					6
群不詳・その他		1	2	2	1		2	2	2	3	2	10	1				28
<i>Yersinia</i> * ²			2	1	1			2			3	2					11
<i>Aeromonas</i>	1	1			1					1		1				2	7
<i>Staphylococcus aureus</i>		6	4		1			1	1	2	1	1	1				18
EHEC O157,VT (+)						4	1	1		1		3					10
その他の <i>E. coli</i>	22	71	97	40	33	27	21	23	20	20	13	46	4	3	6		446
Rota virus* ^{3,*4}	44	135	442	275	155	127	66	63	29	18	11	15			6		1386
Adeno virus* ⁴	11	48	56	20	14	4	5	3	2	4		1	1				169
Noro virus* ⁴	21	191	370	134	72	35	43	25	9	12	12	13	2		7		946
Rota virus (検査)* ⁵	1		7	4	2	2	2				1	1					20
Adeno virus (検査)* ⁵	1	2	2	2	1												8
Noro virus (検査)* ⁵		4	5	4													13
Sapo virus (検査)* ⁵		2	3		2												7
Astro virus (検査)* ⁷		1															1

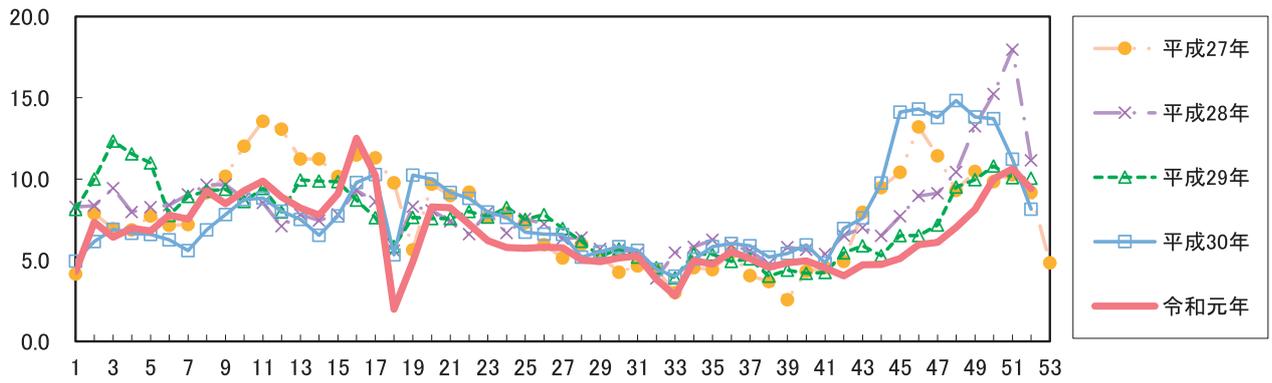
*1 *Campylobacter*と同時感染例：7例に*Salmonella*、1例に*Aeromonas*

*2 *Yersinia*と同時感染例：1例に*Aeromonas*

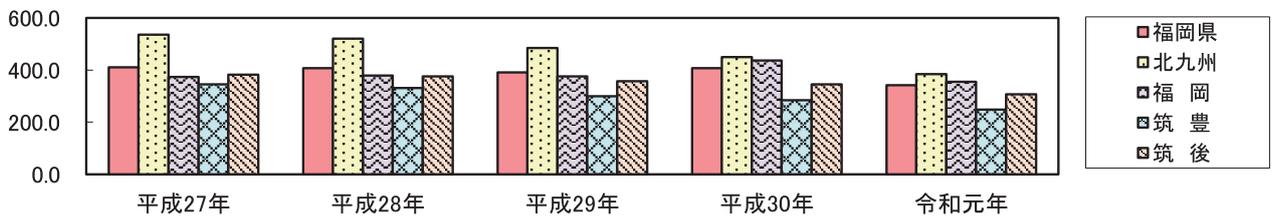
*3 ロタウイルスと同時感染例：6例にノロウイルス、1例にアデノウイルス

*4 定点からの情報による

*5 検査情報による



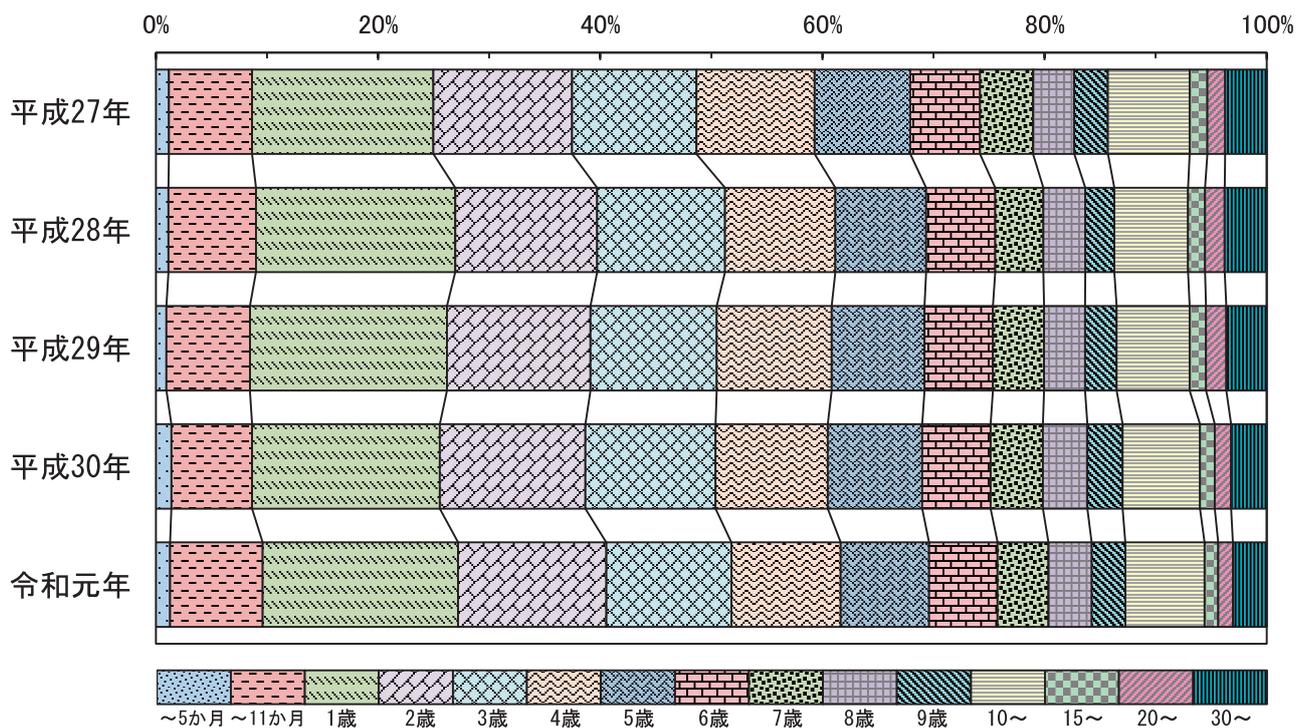
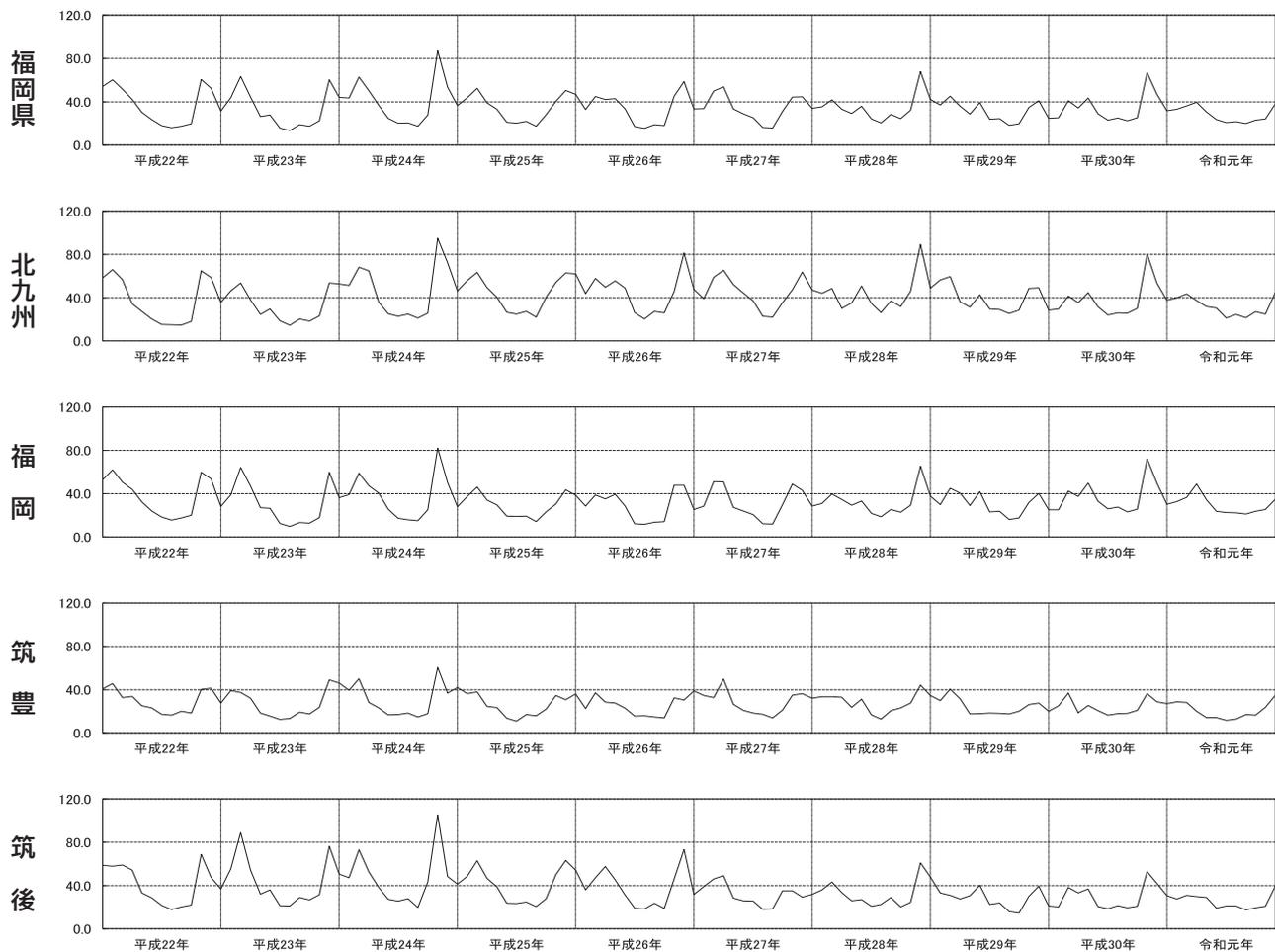
感染性胃腸炎の1 定点当たりの週別報告数推移



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27.6(3,308)であった(前年比1.19)。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で、調査開始後最も少なかった昨年よりやや増加した。

平成26年10月から開始されたワクチンの定期接種化の効果で、冬季に多かった季節性は目立たなくなった。

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18.5（537）[北九州市19.0（455）]、福岡地区38.2（2,141）[福岡市41.8（1,212）]、筑豊地区20.1（241）、筑後地区16.9(389)であった。北九州地区以外が微増した。全国的には、宮城県、山形県、新潟県、茨城県、埼玉県、東京都、神奈川県、福岡県、佐賀県、大分県が多かった。

罹患年齢は、0歳4.4%（昨年4.2%）（6～11か月3.4%（同3.2%）、1歳9.1%（同8.5%）、2歳6.7%（同6.0%）、3歳8.0%（同8.7%）、4歳10.2%（同11.6%）で4歳までが38.5%（昨年39.1%）と年々減少している。本格的に定期接種となった平成27年と今年の報告数

の比でみると、1歳0.65、2歳0.42、3歳0.50となっている。一方、7歳1.15、8歳2.83、9歳2.45、10歳～14歳2.65となり定期接種の対象外となっていた年長児は増加している。

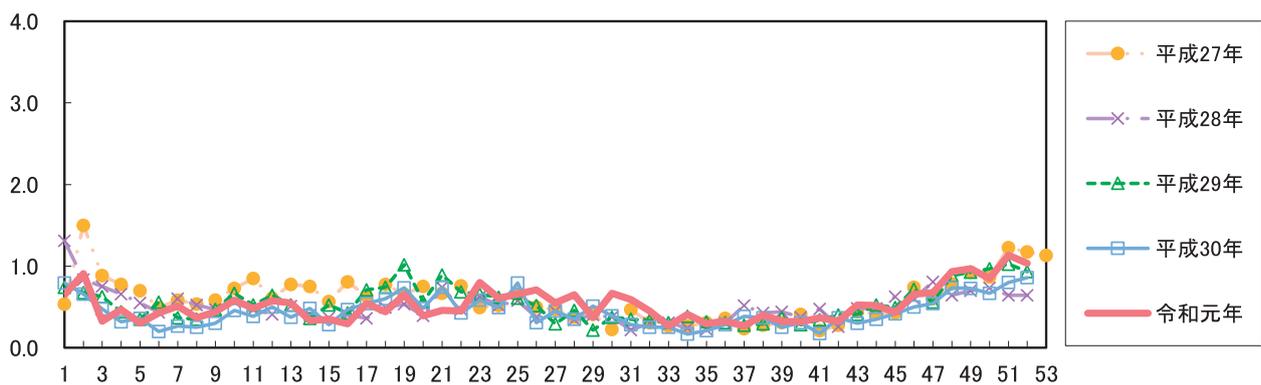
男女比は1.15で昨年同様、差はなかった。

家族の帯状疱疹が感染源と推定された6例（母親3例、同胞2例、父1例）が報告された。併発症は手足口病2例が報告された。

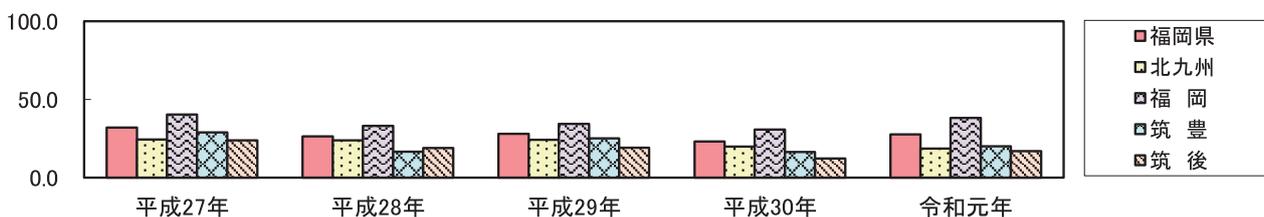
ワクチン接種後の罹患報告例は、944例（昨年764例）と増加した（前年比1.24）。罹患年齢は、1歳6.8%（昨年6.2%）、2歳7.9%（同7.2%）、3歳10.6%（同11.0%）、4歳11.0%（同14.0%）、5歳13.8%（同15.2%）と5歳までで全体の53.5%（昨年53.7%）を占めた。頻度は、患者1,000人当たり285（昨年275）と昨年とほぼ同じであった。

ワクチン接種後から発症までの期間は、1年以内10.4%（昨年10.9%）、1～2年以内7.6%（同11.6%）、2～3年以内12.0%（同15.2%）、3～4年以内13.3%（同28.7%）、4～5年以内21.7%（同10.9%）、5年以上は15.1%（同11.9%）となった。軽症が771例81.7%（昨年83.9%）であった。

平成26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！



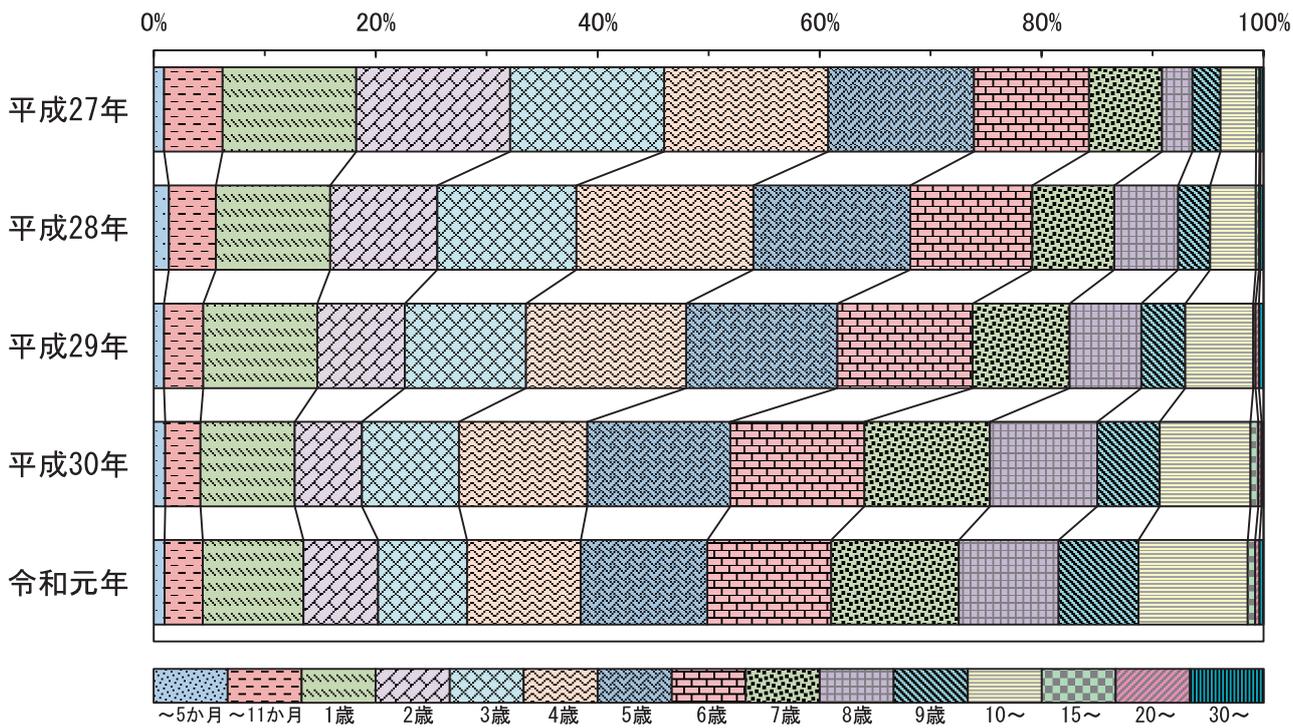
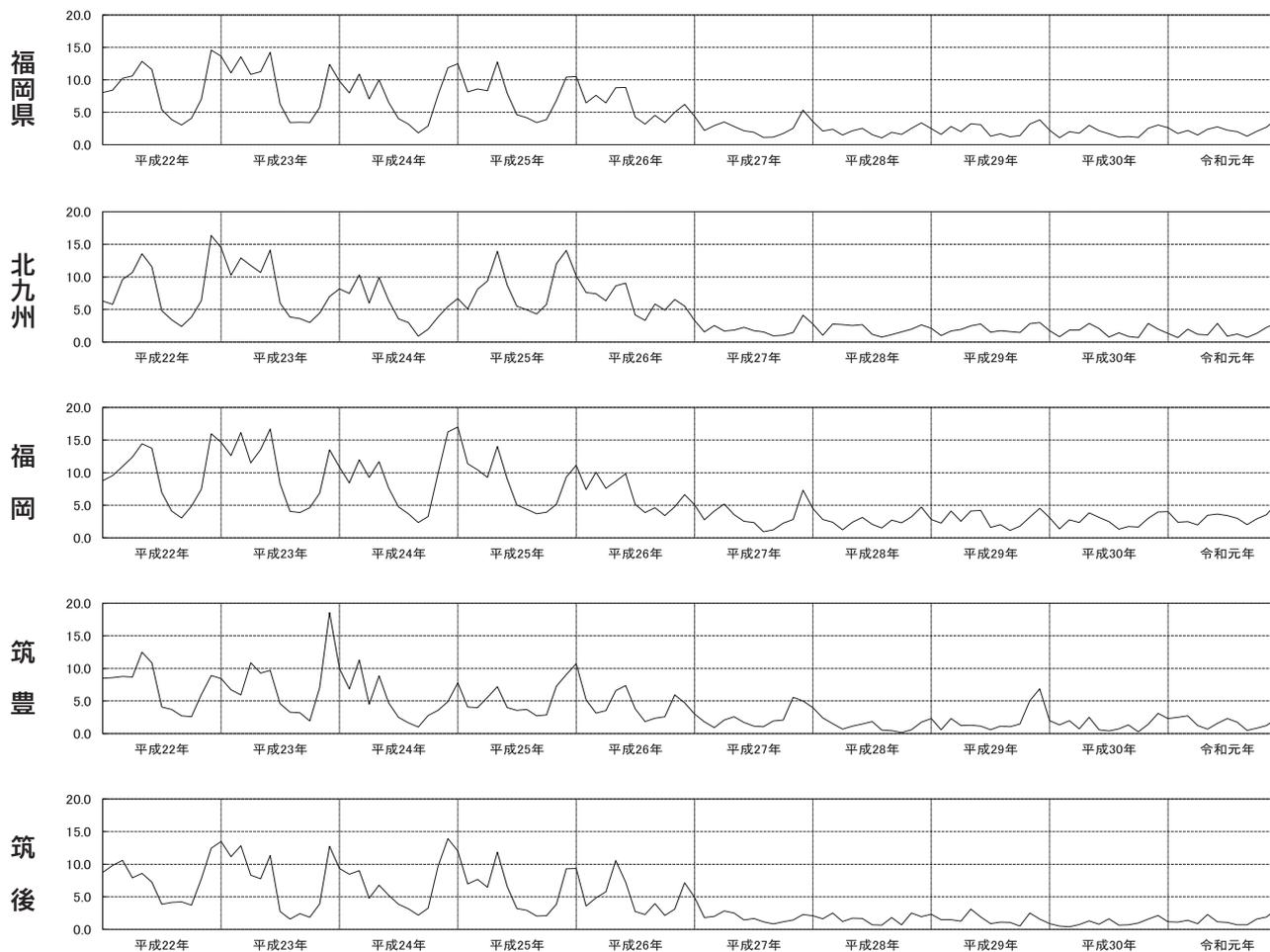
水痘の1定点当たりの週別報告数推移



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168.1（20,173人）で、前年より増加した（前年比1.75）。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と平成24年以降最も多かった。

本年は6～7月に大き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157.2（4,559）〔北九州市147.5（3,540）〕、福岡地区193.3（10,823）〔福岡市186.3（5,402）〕、筑豊地区126.1（1,513）、筑後地区142.5（3,278）で、4地区とも増加した。

都道府県別では、宮城県、山形県、福島県、新潟県、埼玉県、福井県、鳥取県、香川県、福岡県、佐賀県が多かった。

年齢割合は、0歳12.1%（昨年7.7%）、1歳35.7%（同28.2%）、2歳21.2%（同22.3%）、3歳11.8%（同

16.9%）、4歳8.3%（同11.6%）、5歳5.0%（同6.4%）、6歳2.3%（同2.9%）、7歳1.3%（同1.7%）、8歳0.8%（同0.9%）、9歳0.5%（同0.5%）、10～14歳0.6%（同0.7%）で、0～5歳までの乳幼児が94.0%（同93.0%）であった。

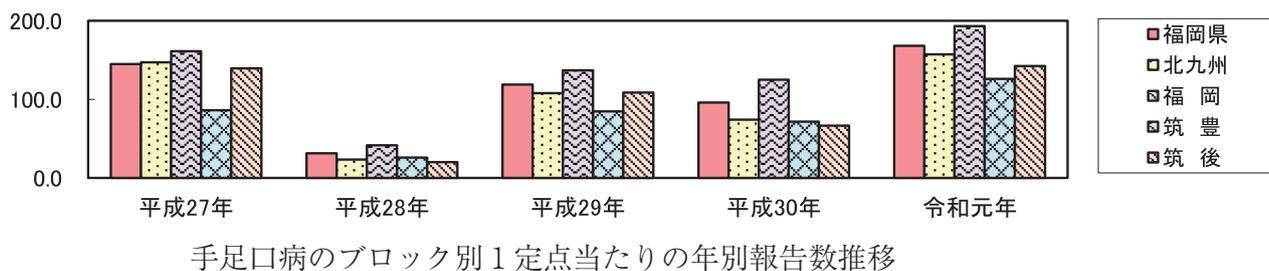
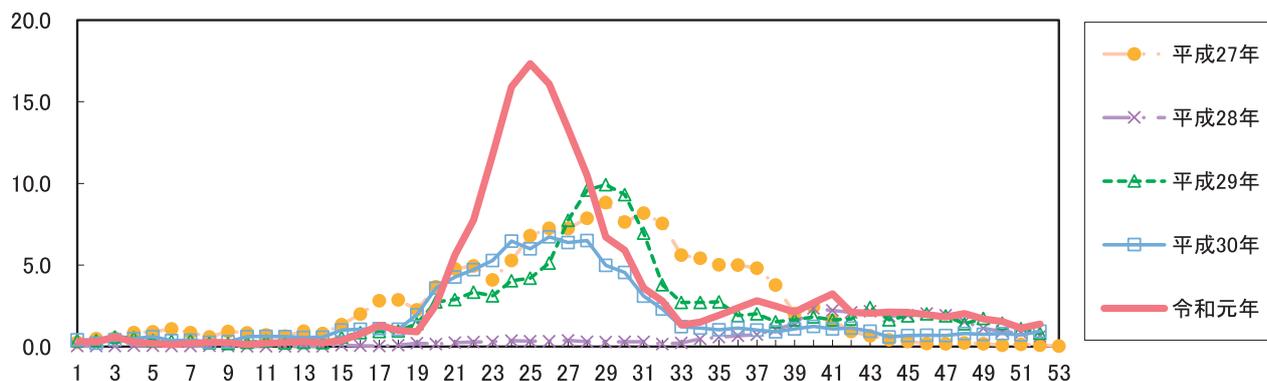
男女比は1.20であった。

今期2回の発症が19例（昨年2例）、今期3回目が2例報告された。

併発症は、熱性けいれん4例、水痘1例が報告された。

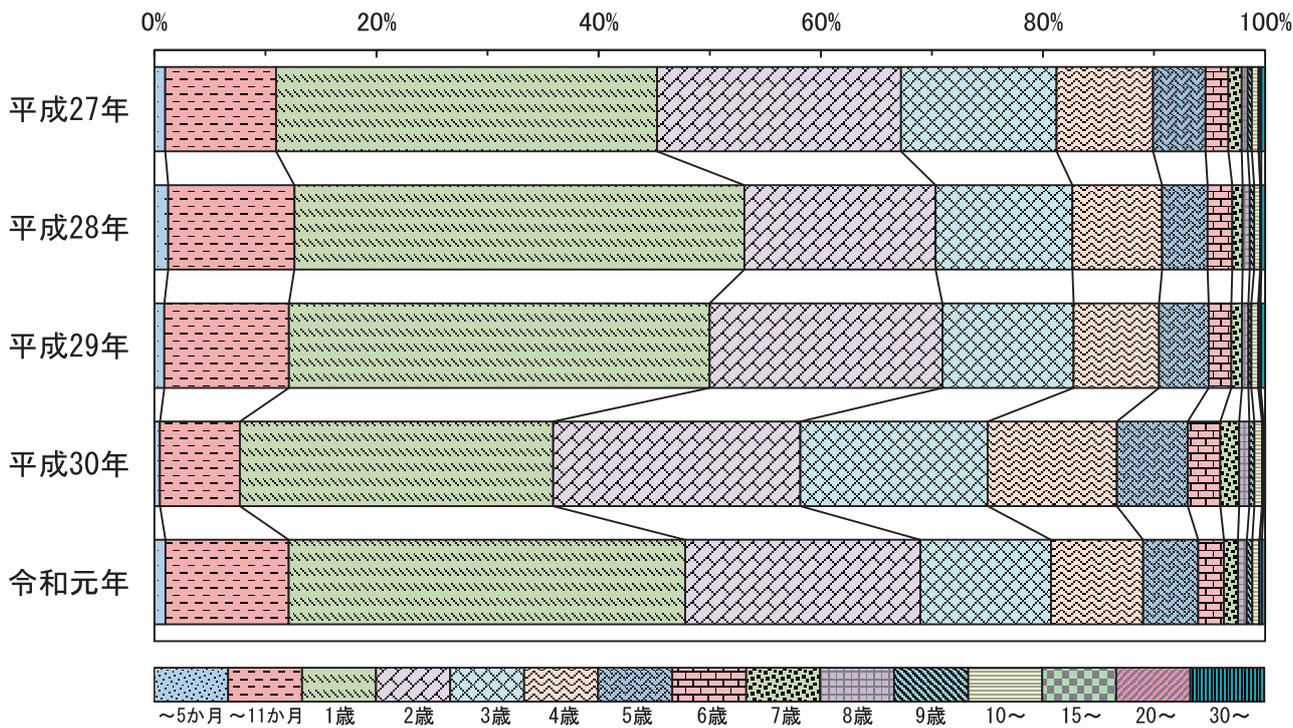
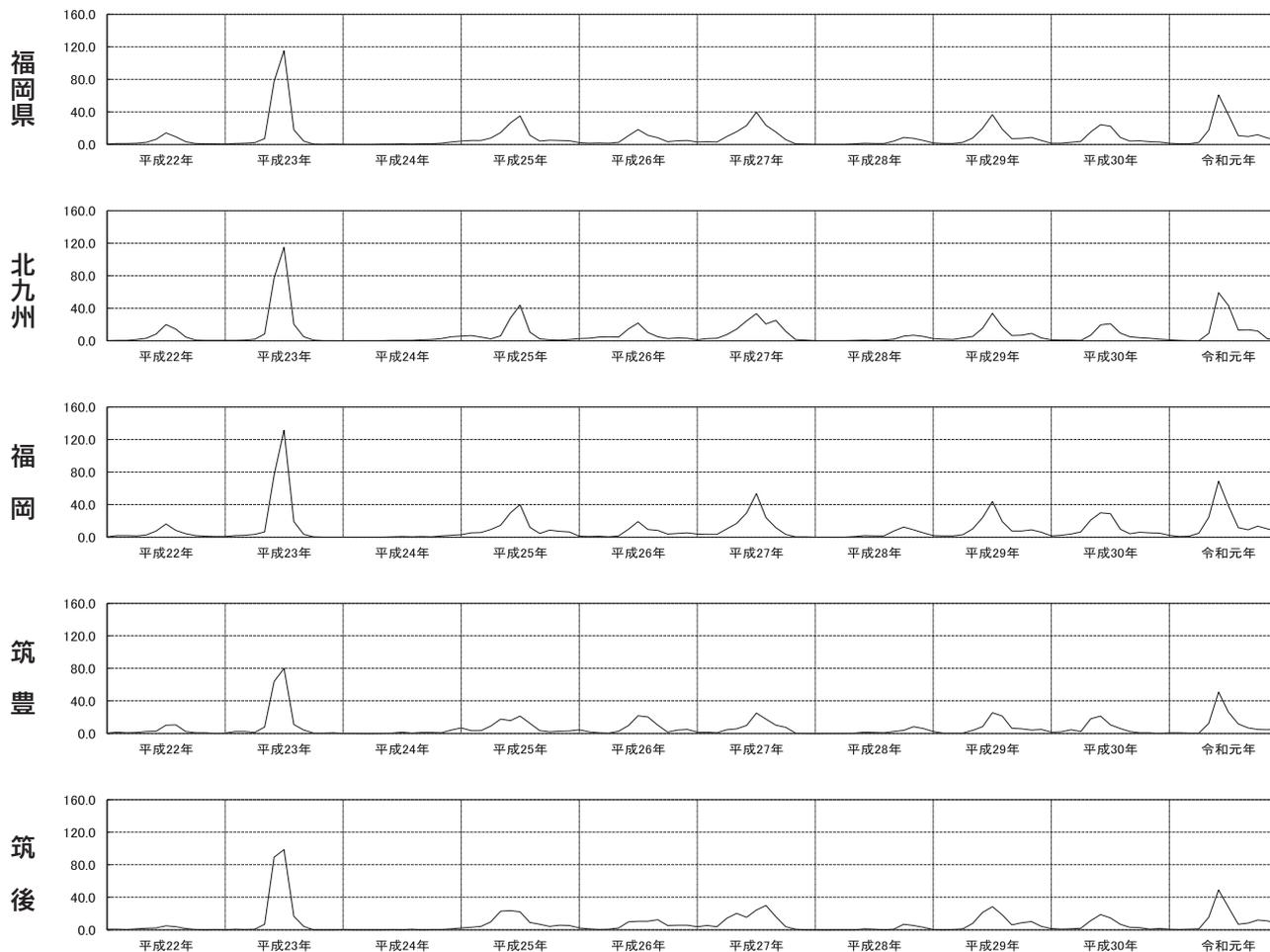
本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの118検体中55件からウイルスが検出された。その中で、コクサッキーウイルスA6型34件と最も多く検出された。次いでコクサッキーウイルスA16型10件であった。

全国的には、2019年シーズンは2017年シーズンと同じくコクサッキーウイルスA6型が最も多かった。次いで多かったのがコクサッキーウイルスA16型であった。



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64.8（7,775人）で昨年より増加した（前年比9.07）。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となり、調査開始後2番目に多い年となった。

季節性は、福岡地区と筑豊地区は上半期に多く、北九州地区と筑後地区は下半期に多かった。

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54.8（1,589）[北九州市53.8（1,292）]、福岡地区75.6（4,236）[福岡市61.7（1,790）]、筑豊地区62.9（755）、筑後地区

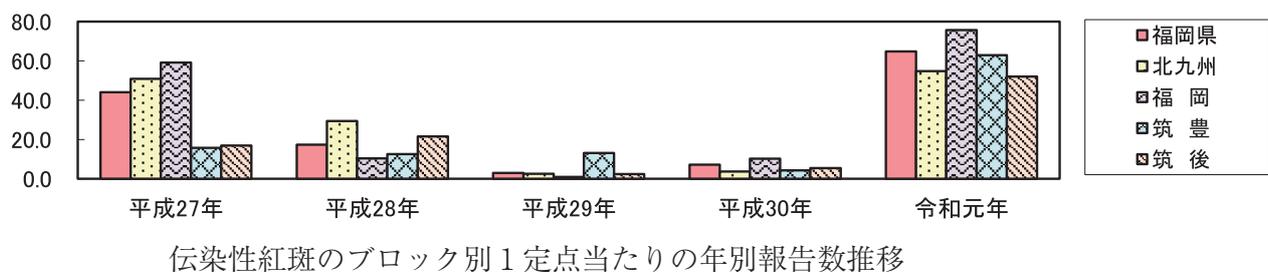
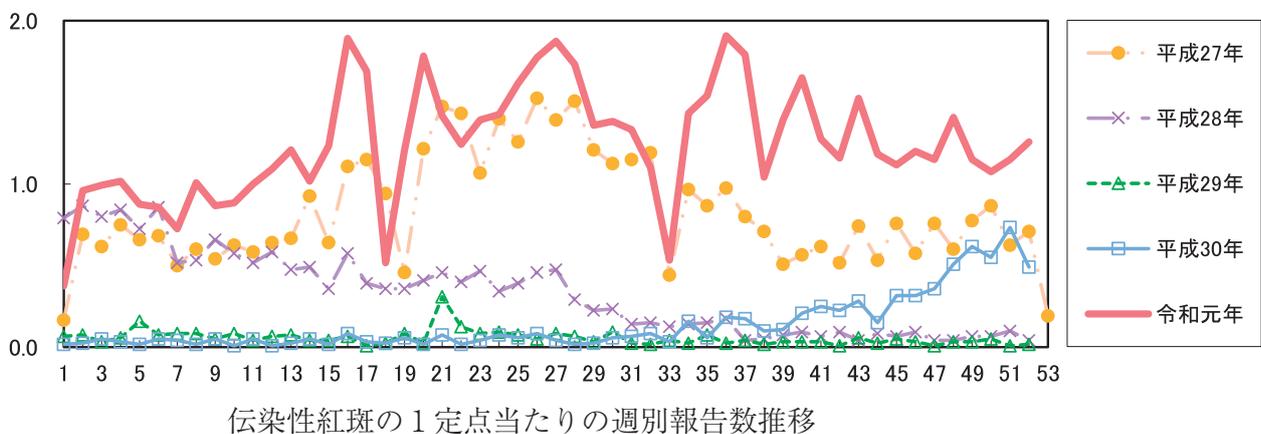
52.0（1,195）で、4地区とも著増した。

全国的には、山形県、宮城県、福島県、新潟県、長野県、富山県、石川県、福岡県、佐賀県、長崎県が多かった。

年齢割合は0～5か月0.0%（昨年0.1%）、6～11か月0.8%（同1.2%）、1歳4.5%（同4.9%）、2歳7.4%（同7.5%）、3歳13.2%（同13.5%）、4歳16.8%（同18.2%）、5歳18.3%（同17.6%）、6歳12.9%（同14.7%）、7歳9.4%（同7.5%）、8歳7.2%（同5.1%）、9歳4.5%（同5.0%）、10～14歳4.4%（同4.3%）、15歳以上0.5%（同0.4%）で、10歳未満が95.1%であった。

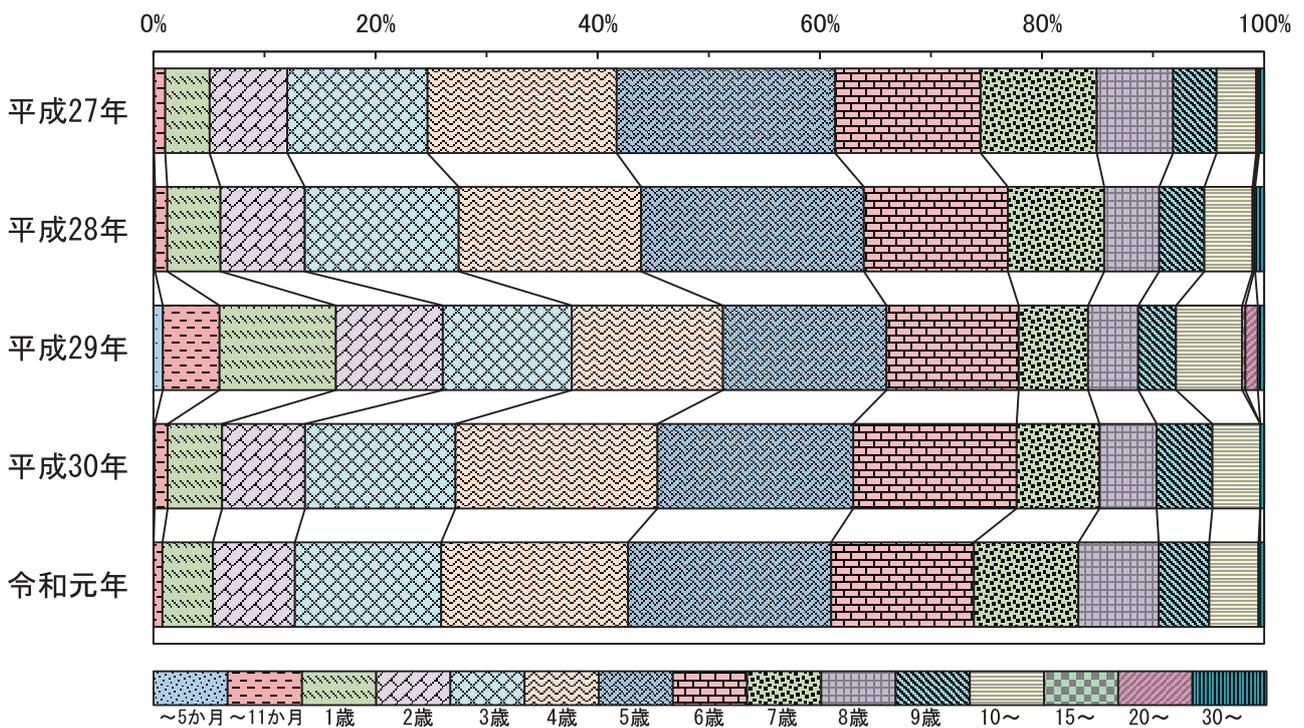
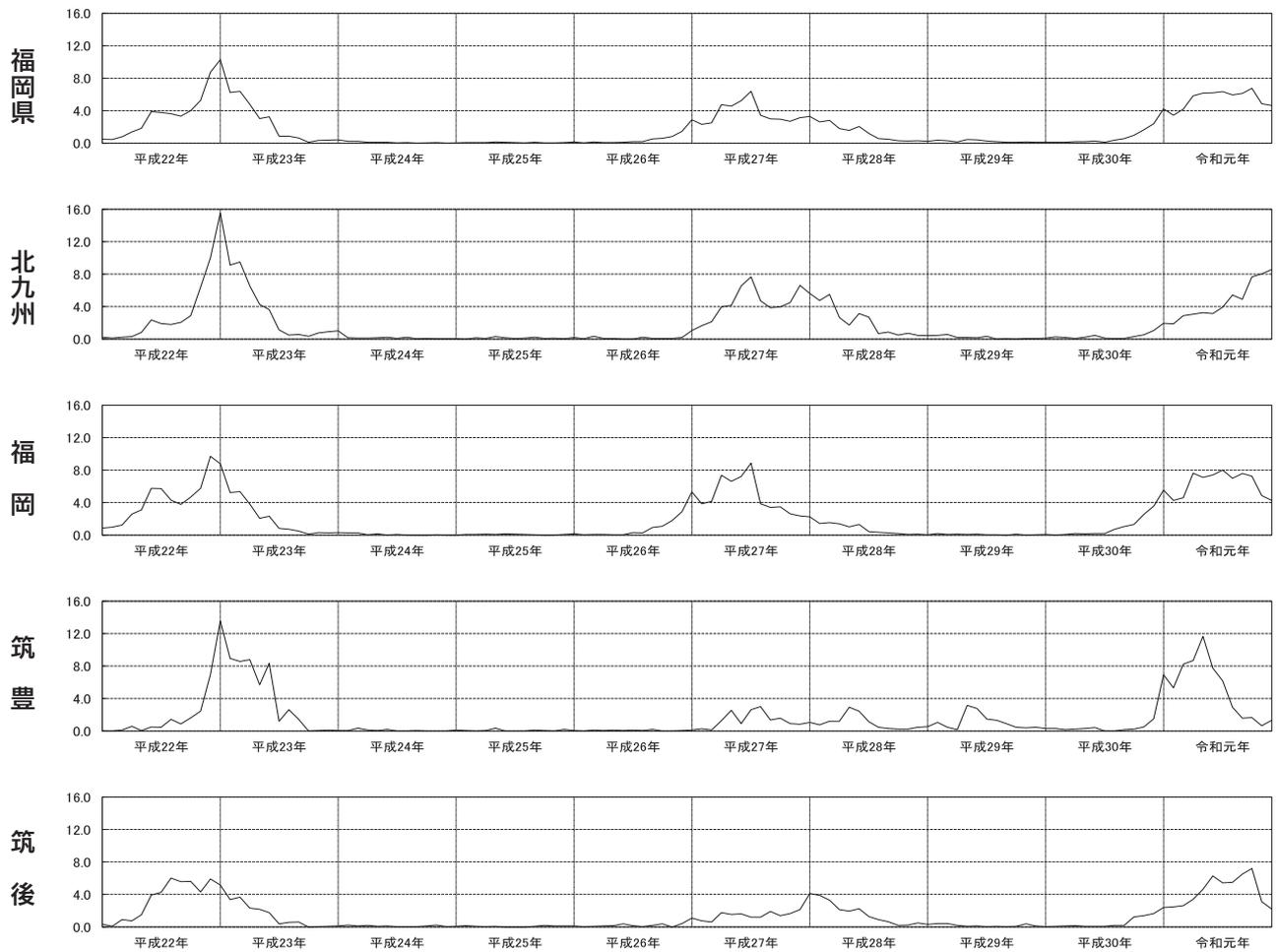
男女比は1.00であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



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31.0（3,714人）で、前年よりやや増加した（前年比0.91）。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、年始、GW、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26.3（763）〔北九

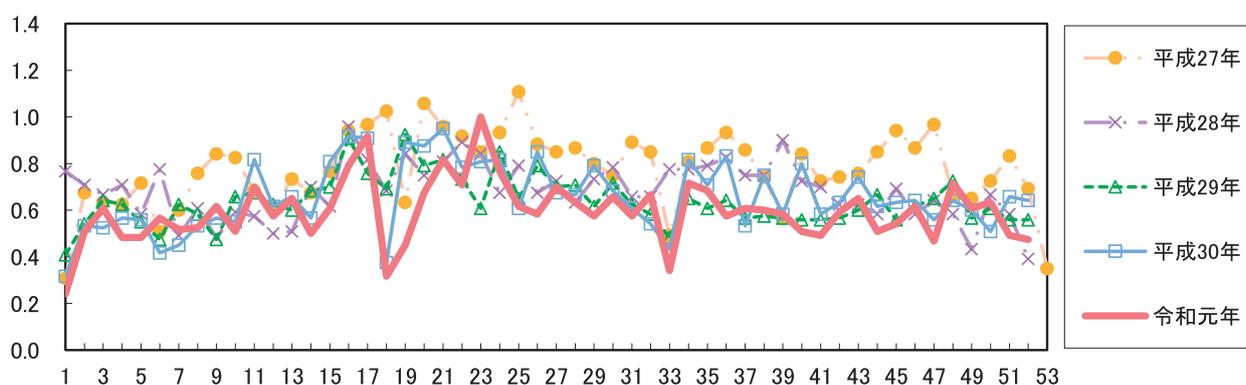
州市24.5（589）〕、福岡地区33.8（1,890）〔福岡市35.9（1,042）〕、筑豊地区27.8（334）、筑後地区31.6（727）で、例年と同じく福岡地区、筑後地区がやや多い。

全国的には、福岡県は佐賀県、大分県、熊本県、宮崎県、鳥根県、愛媛県、香川県、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は、変化はほとんどない。

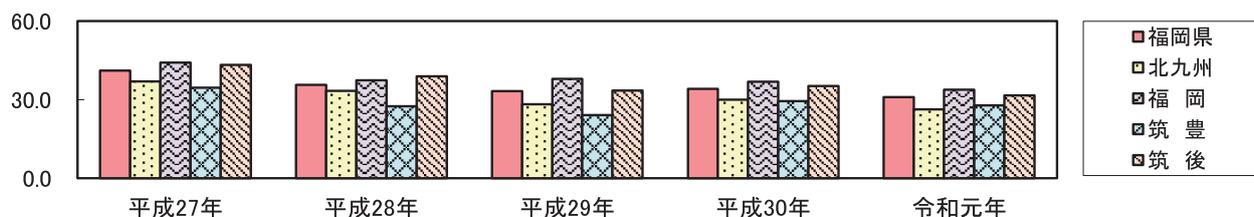
年齢割合は0～5か月1.8%（昨年1.5%）、6～11か月35.4%（同38.5%）、1歳53.4%（同50.7%）と0歳児が37.2%（昨年40.0%）であった。0歳児の割合は、平成17年以降72.9%、70.5%、67.3%、65.5%、63.8%、59.9%、57.6%、53.4%、50.1%、48.6%、47.6%、46.4%、40.8%、40.0%、37.2%と少しずつ減少している。相対的に1歳が増加し、3年連続50%以上となった。

男女比は1.04であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



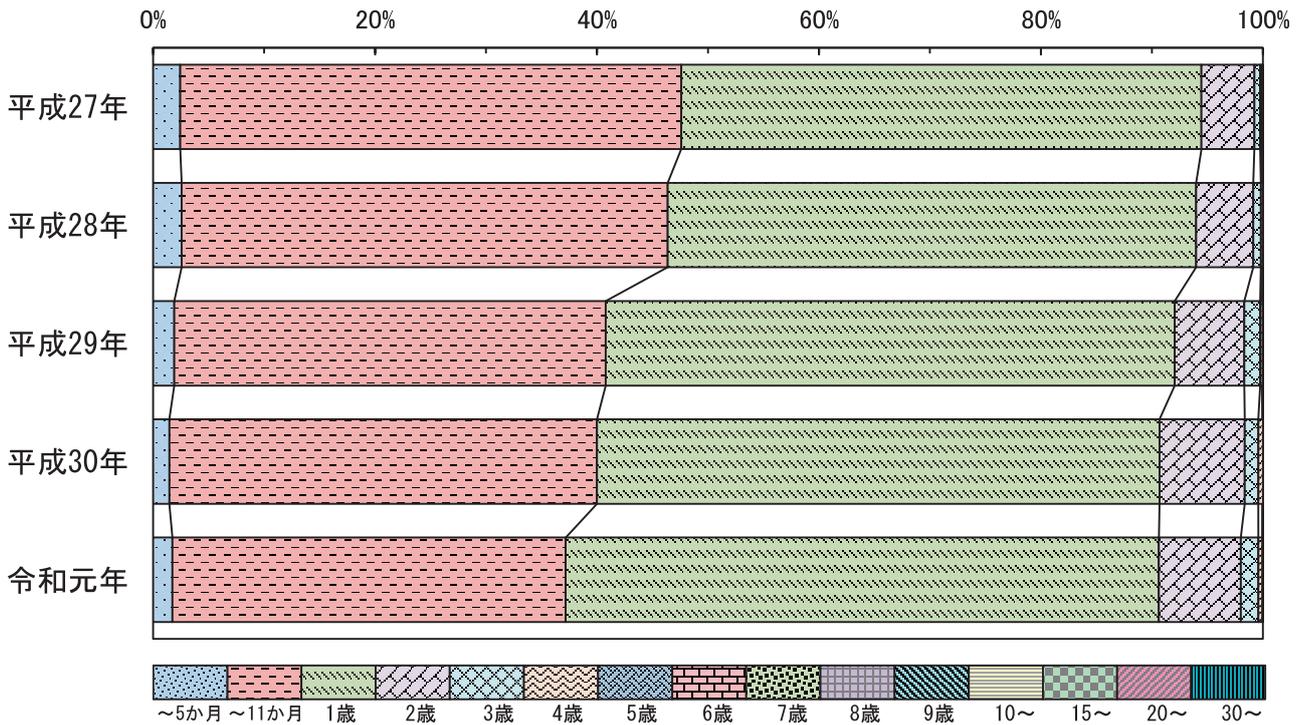
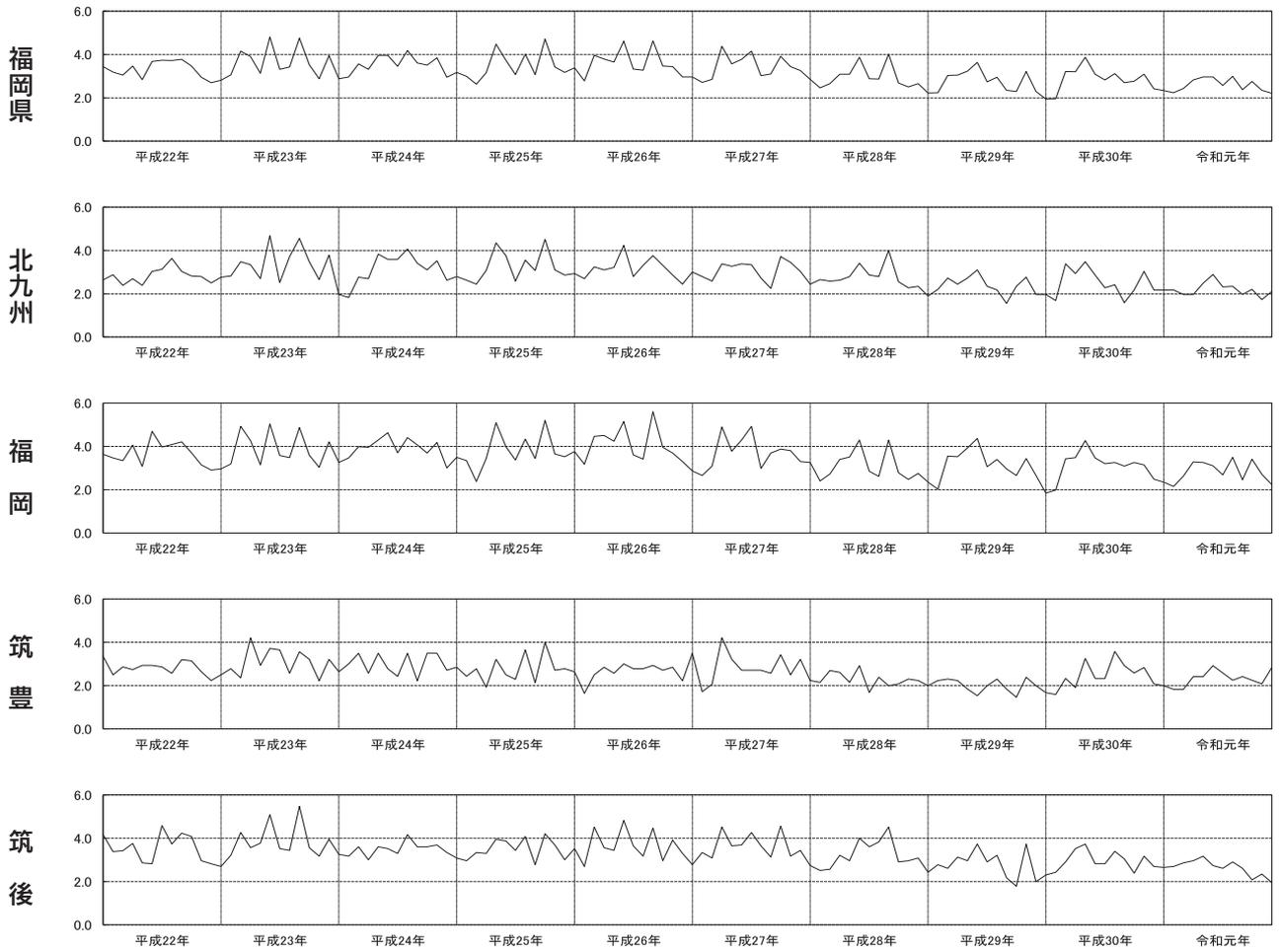
突発性発しんの1定点当たりの週別報告数推移



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」) 3.3 (393人) で、昨年より増加した (前年比2.93)。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で、全数把握となった平成30年以後も定点から報告を受けている。

季節性は、福岡地区で上半期に多かった。

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1.2 (34) [北九州市1.0 (25)]、福岡地区5.8 (323) [福岡市6.9 (200)]、筑豊地区0.6 (7)、筑後地区1.3 (29) で、福岡地区が多い傾向は変わらなかった。

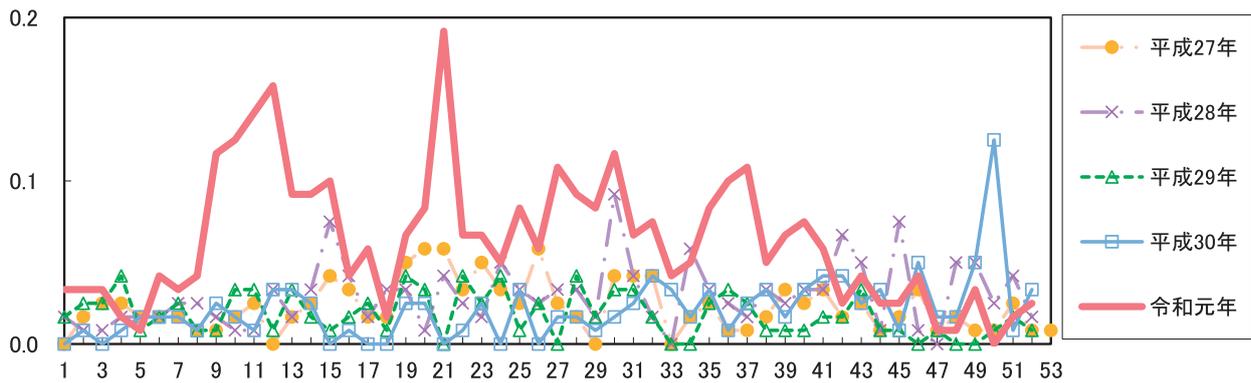
年齢割合は、0～5か月12.0% (昨年20.1%)、6

～11か月2.8% (同4.5%) となり、0歳児は14.8% (同24.6%) で昨年より減少した。1歳3.6% (同6.0%)、2歳0.8% (同0%)、3歳1.3% (同0%)、4歳2.3% (同2.2%)、5歳1.8% (同2.2%)、6歳5.9% (同6.0%)、7歳14.0% (同10.4%)、8歳10.4% (同7.5%)、9歳9.7% (同6.0%) であった。10～14歳22.4% (同23.9%)、15～19歳は2.3% (昨年7.5%) と10歳代が最も多かった前年と同じであった。20歳代2.5% (同0%)、30歳以上8.4% (同3.7%) と前年より増加した。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%となっている。

男女比は0.89であった。

百日咳ワクチン接種前の生後3か月未満児が28例 (前年13例) 報告された。1か月児5例、2か月児9例、3か月児13例であった。21件に家族内感染が推定された。LAMP法で診断されたのが15例、菌分離1例であった。

生後3か月になればDPT-IPVワクチン接種を開始し、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。



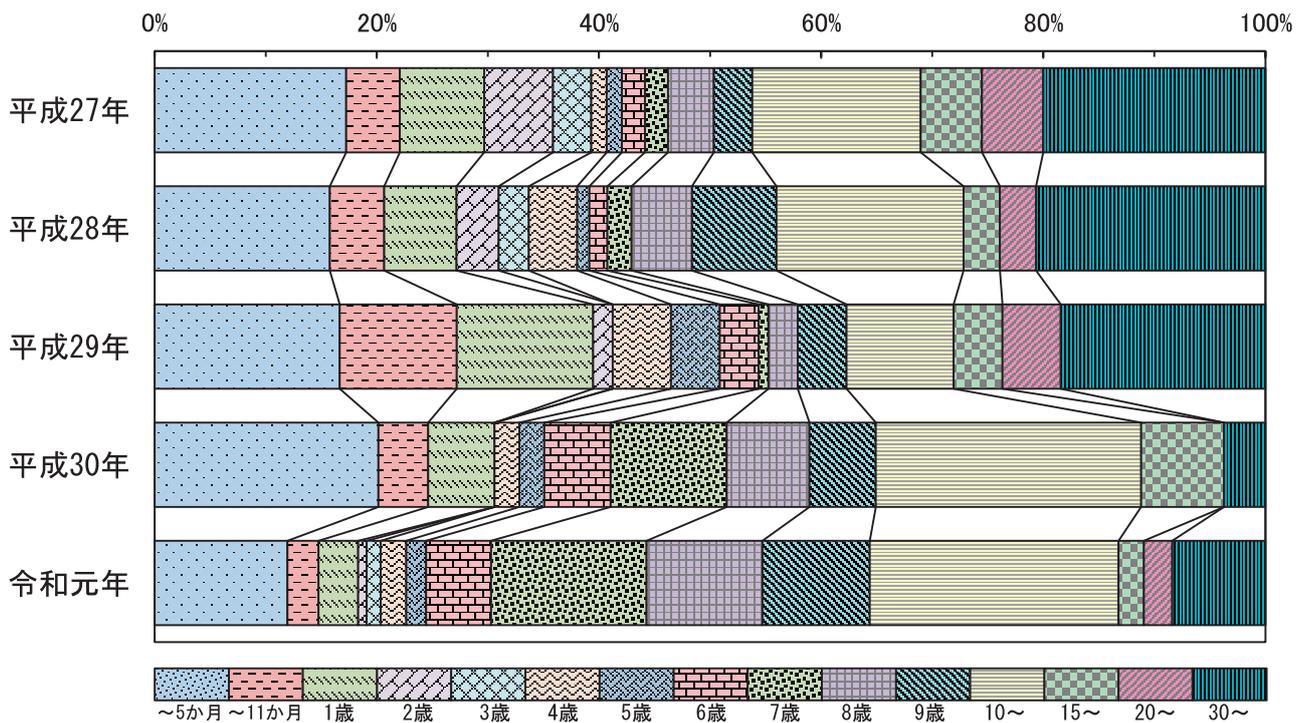
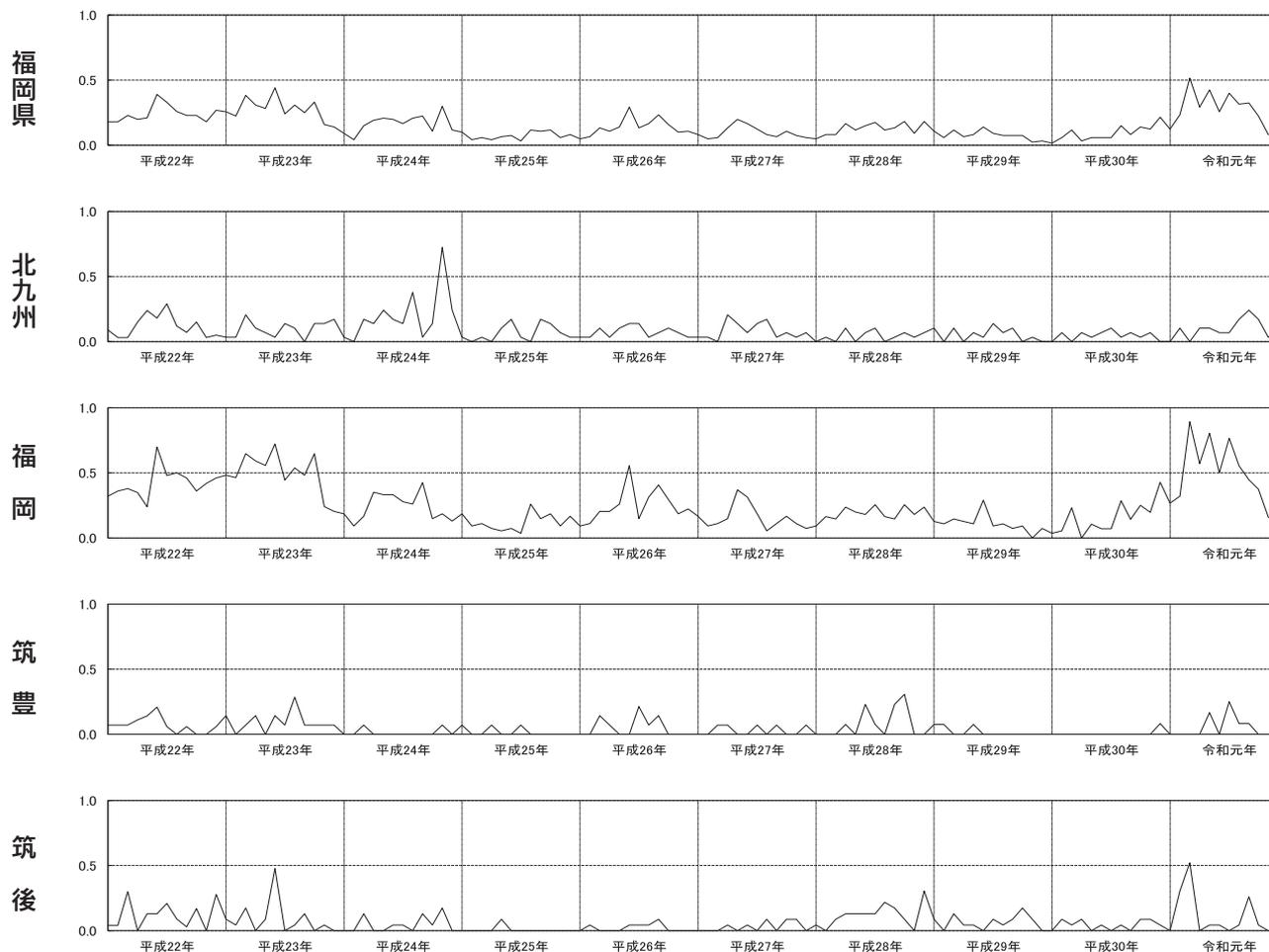
百日咳 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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、2年目のまとめとなる。

2019年第1週～第52週までに977人（昨年286人）が報告された。週別の報告数を図1に示す。季節性はなく、週平均18.8人（同5.5人）報告された。

ブロック別では、定点と同様に福岡地区が最多

で601例（同197例）で、全体の61.5%（同68.9%）を占めた（図2）。続いて筑後地区が多かった。

年齢別では、昨年同様10歳代が最多で210例（21.5%）（同67例（23%））であった（図3）。

予防接種歴別の報告では、百日咳含有ワクチン4回接種済みの患者が最多で48%（同43%）を占めた。次いで接種歴不明が32%（同36%）であった（図4）。

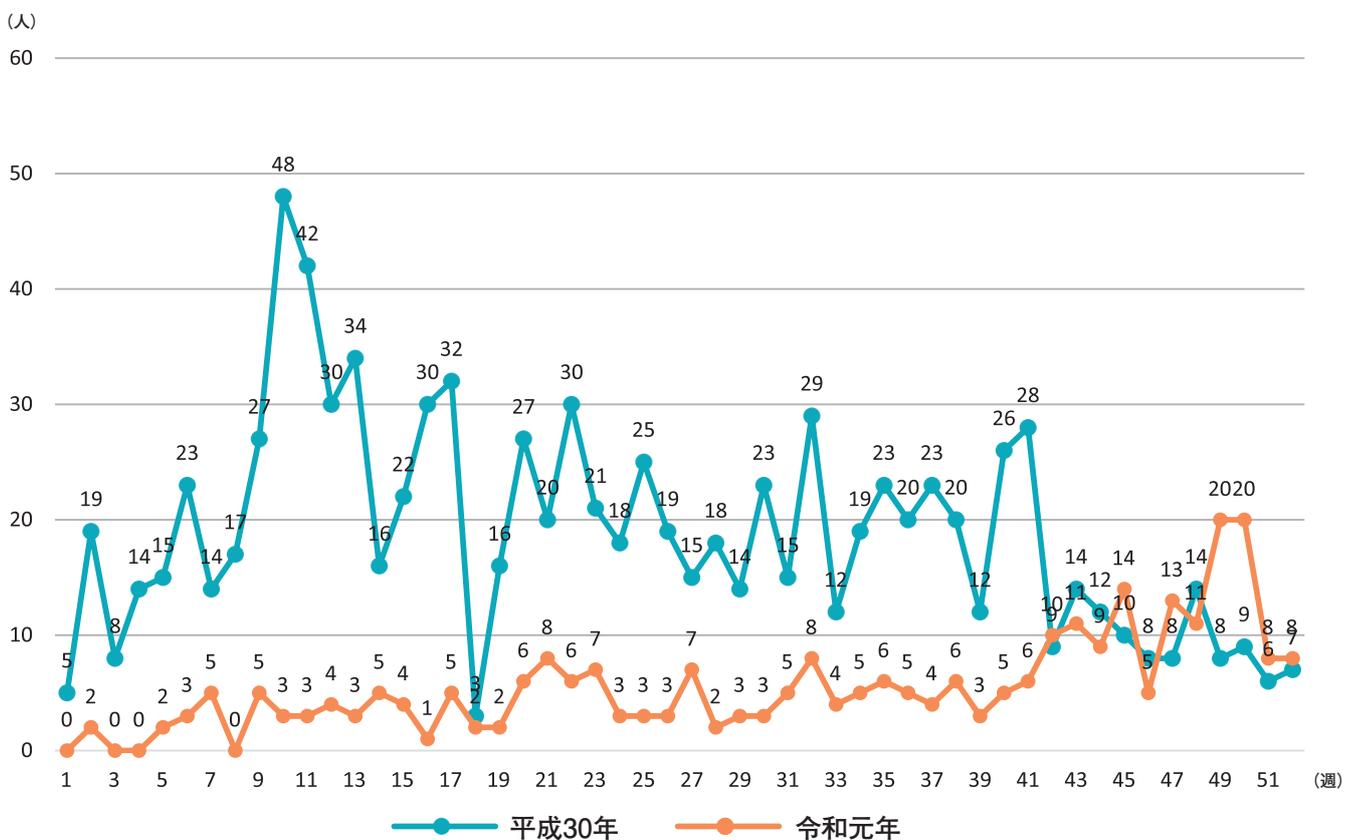


図1. 百日咳 [全数] の週別報告数の推移

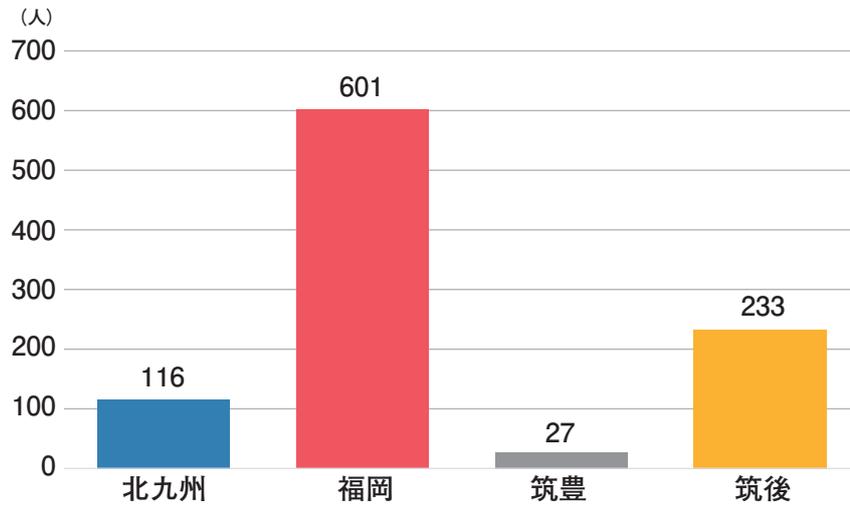


図2. 百日咳 [全数] のブロック別報告数

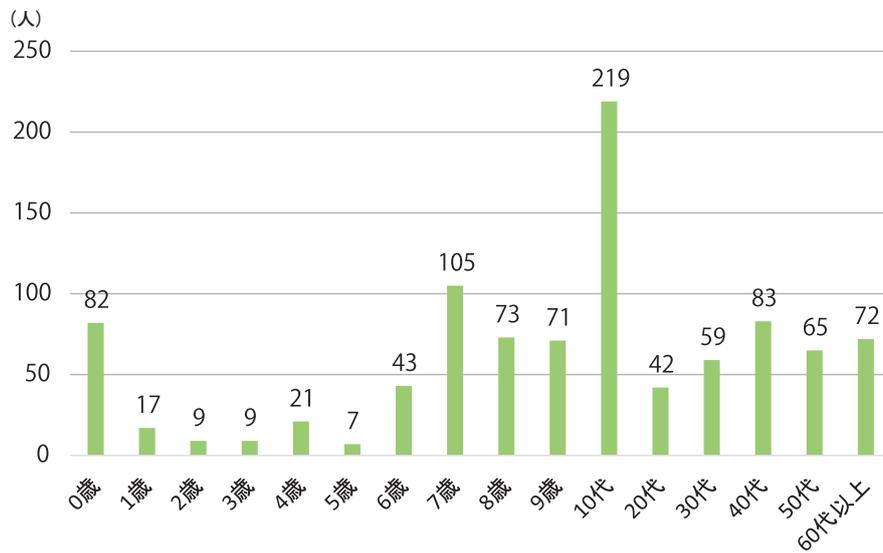


図3. 百日咳 [全数] の年齢別報告数

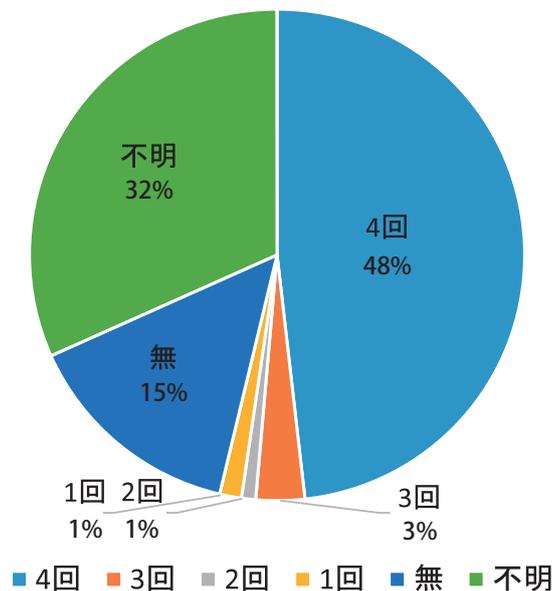


図4. 百日咳 [全数] の予防接種歴別報告割合

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（2人）であった（前年7人）。

全数報告には2018年（平成30年）167人、2019年（平成31年）は84人が報告された。

図1に平成26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。

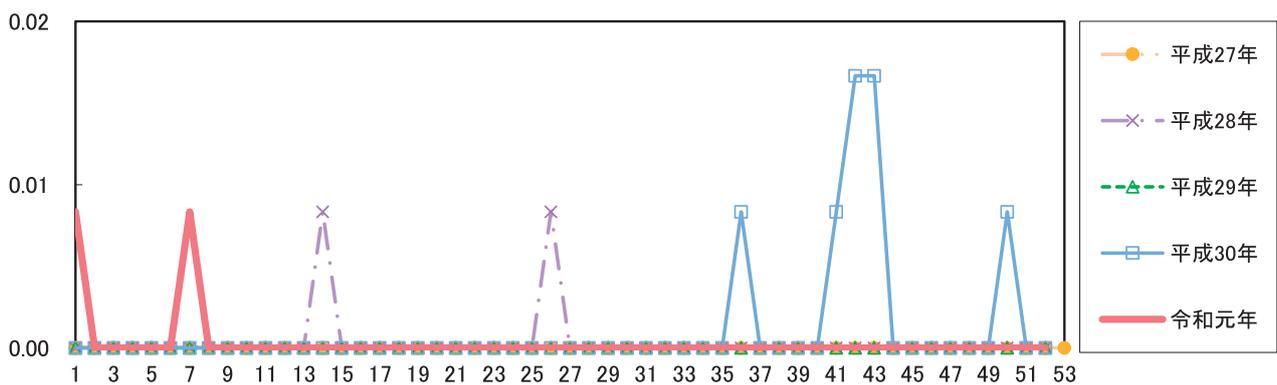
ブロック別報告数は、2018年（平成30年）は福岡地区が最多で124人（74.3%）であった。2019年（平成31年）も福岡地区が最多で48人（57.1%）であった。次いで北九州地区が多かった（図2）。

性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。2018年（平成30年）は40歳代男性が最多で48例（28.7%）であった。2019年（平成31年）も同様で40歳代男性が最多で24例（28.6%）であった。次いで30歳代男性13例（15.5%：昨年14.4%）、20歳代男性11例（13.1%：昨年12.6%）、50歳代男性10例（11.9%：昨年12.6%）となっていた。40～50歳代の男性は報告数全体の40.5%（昨年41.3%）を占めた。

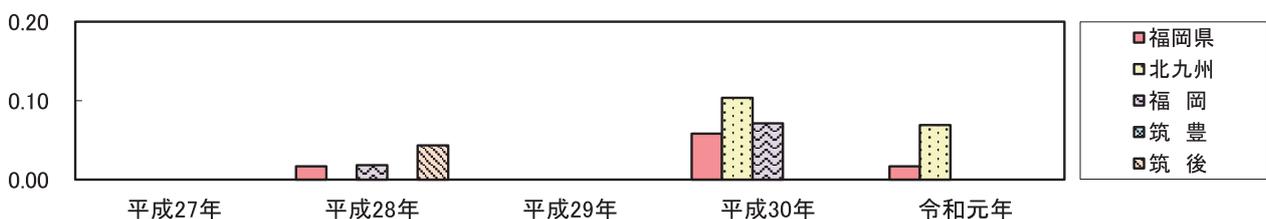
患者の予防接種歴では、不明が59例（70%）と最も多く、次いで“なし”が20例（24%）であり、昨年と同様であった（図4）。

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。2019年（平成31年）度の県内の進捗率は、抗体検査34.1%（全国平均41.6%）、予防接種34.3%（同46.4%）となっている。この風しんに関する追加的対策の目標は、2020年7月までに対象世代の男性の抗体保有率を85%に引き上げ、さらに2021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への更なる周知が必要となっている。

福岡県では、平成30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。また、平成31年1月からは、風しんワクチンの任意接種費用を助成している市町村に対しては、県からも補助金を交付する制度を開始している。



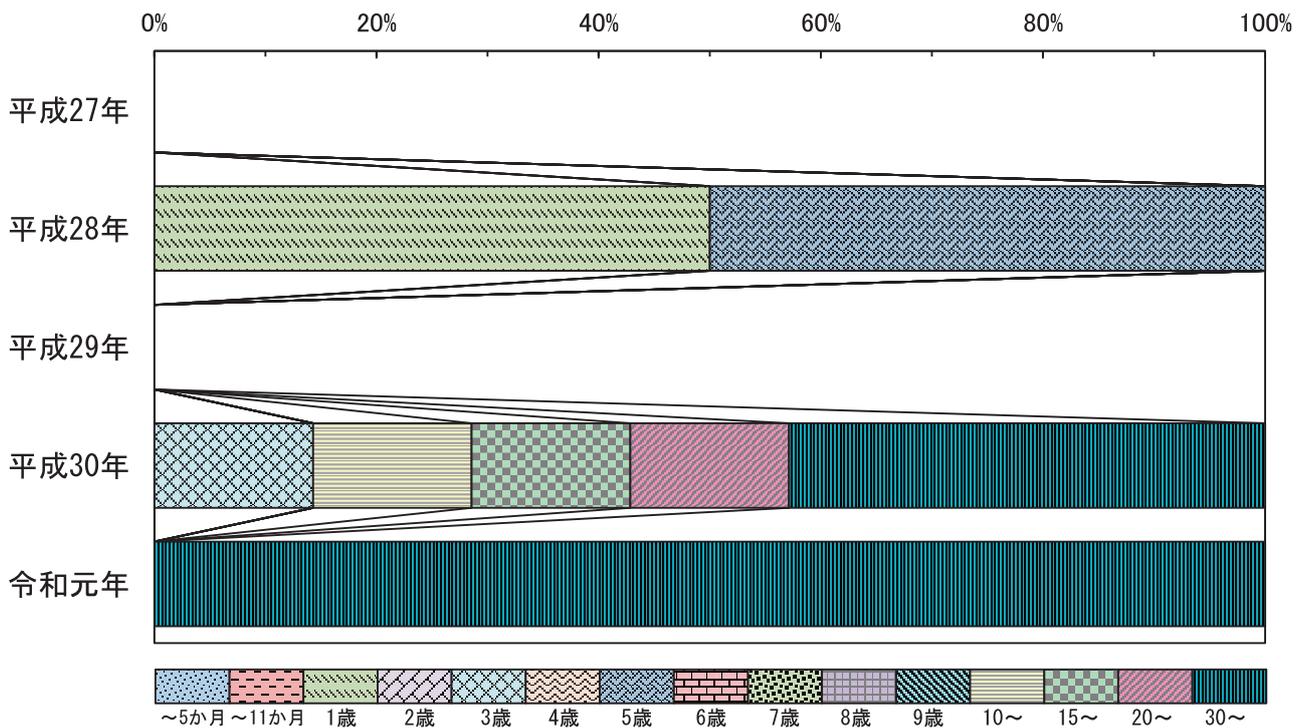
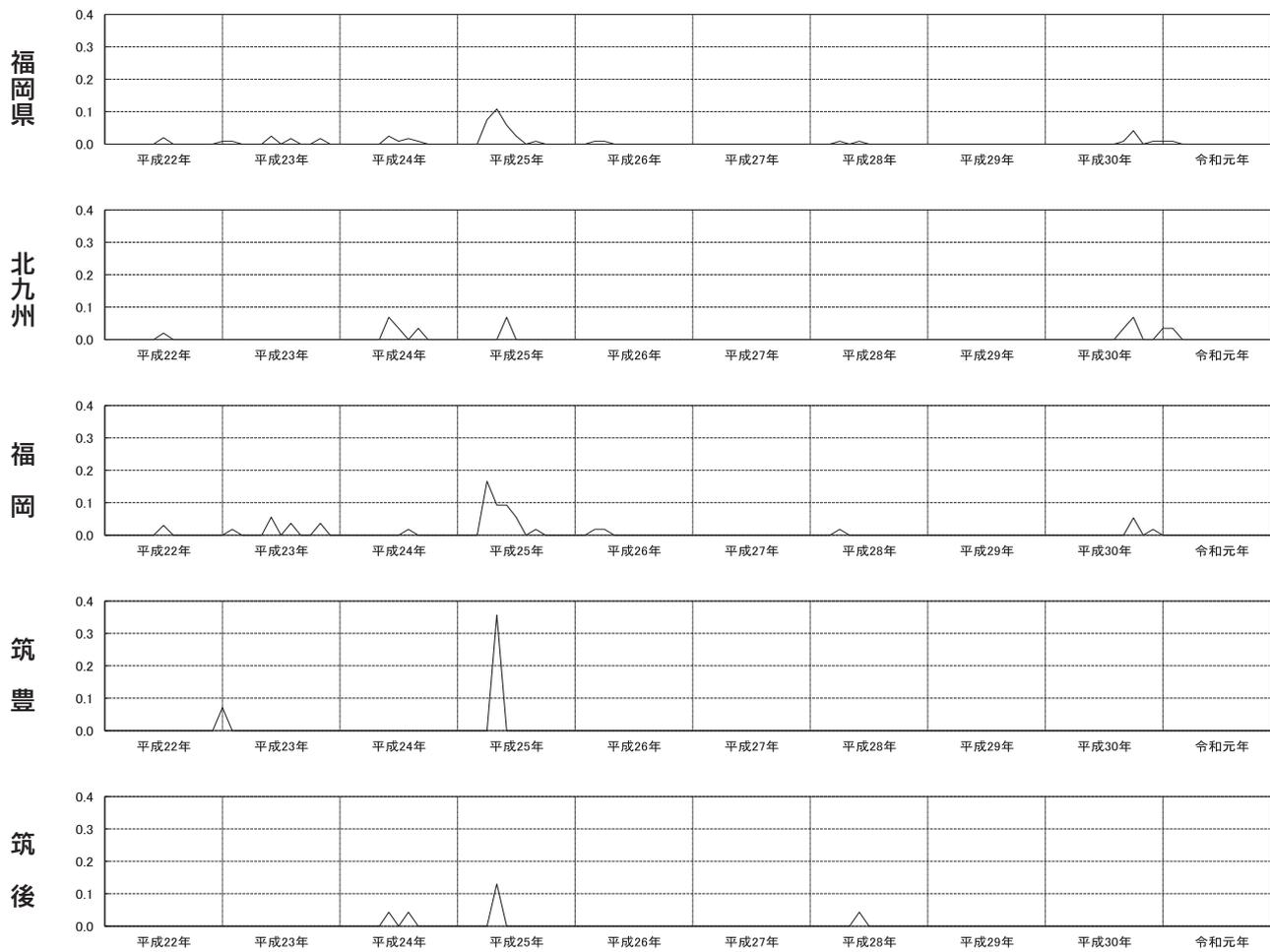
風しん [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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）



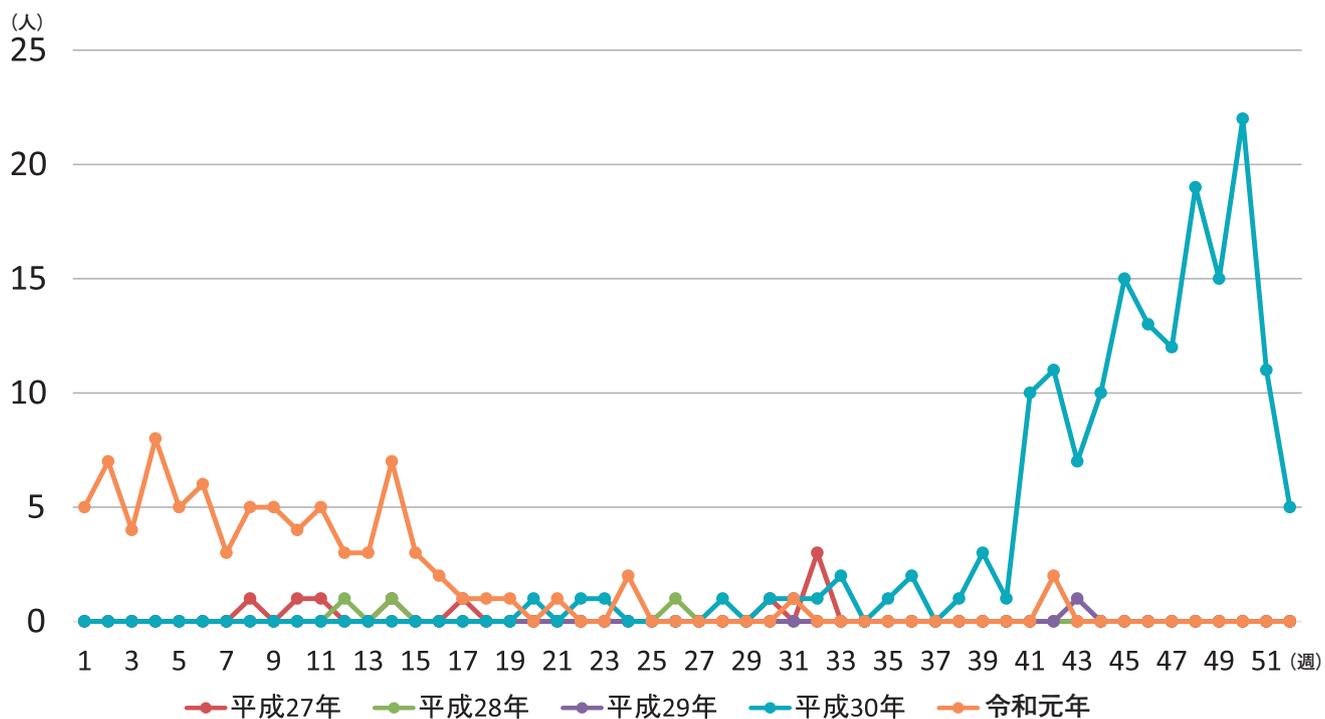


図1. 風しん [全数] の年別・週別報告数 (平成27～令和元年)

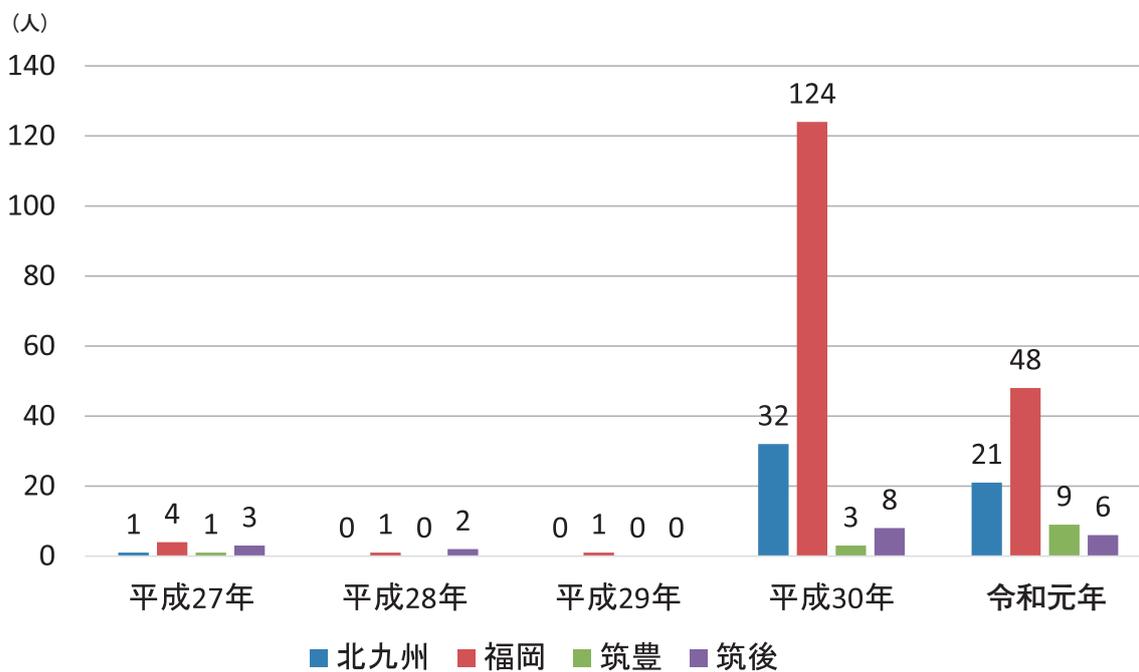


図2. 風しん [全数] の年別・ブロック別報告数 (平成27～令和元年)

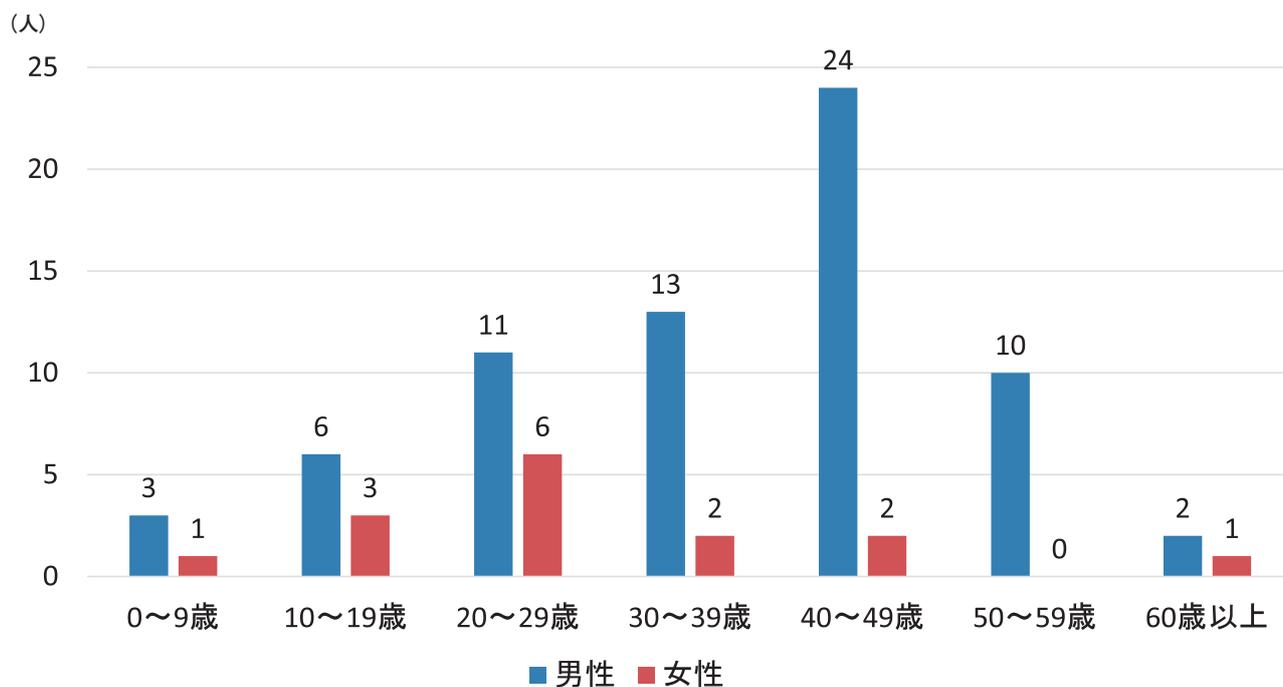


図3. 風しん [全数] の性別・年齢階級別報告数 (令和元年 N=84)

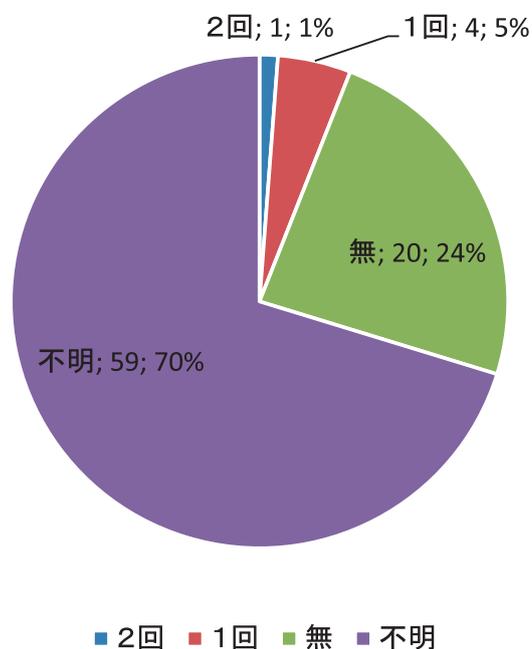


図4. 風しん [全数] の予防接種歴別割合 (令和元年 N=84)

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44.1（5,294人）と昨年より増加した（前年比1.57）。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で、昨年より増加した。

季節性は、昨年より2か月早くなり6月がピークとなっていた。

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27.4（794）〔北九州市28.8（692）〕、福岡60.2（3,373）〔福岡市53.8（1,561）〕、筑豊28.1（337）、筑後34.3（790）となり、北九州地区および福岡地区の増加が目立った。

全国的には、山形県、新潟県、東京都、山口県、福岡県、佐賀県、大分県、熊本県、宮崎県、鹿児島県が多かった。

罹患年齢は0～5か月1.2%（昨年0.7%）、6～11

か月11.5%（同10.7%）、1歳28.6%（同35.6%）、2歳21.1%（同23.7%）、3歳13.8%（同11.3%）、4歳9.5%（同7.7%）、5歳6.4%（同5.4%）、6歳3.9%（同1.9%）、7歳1.4%（同0.9%）、8歳0.8%（同0.7%）、9歳0.5%（同0.6%）、10～14歳1.1%（同0.5%）であった。1歳がピークで、3歳までで76.1%（昨年82.0%）、5歳までで92.0%（昨年95.1%）を占める乳幼児の疾病である。

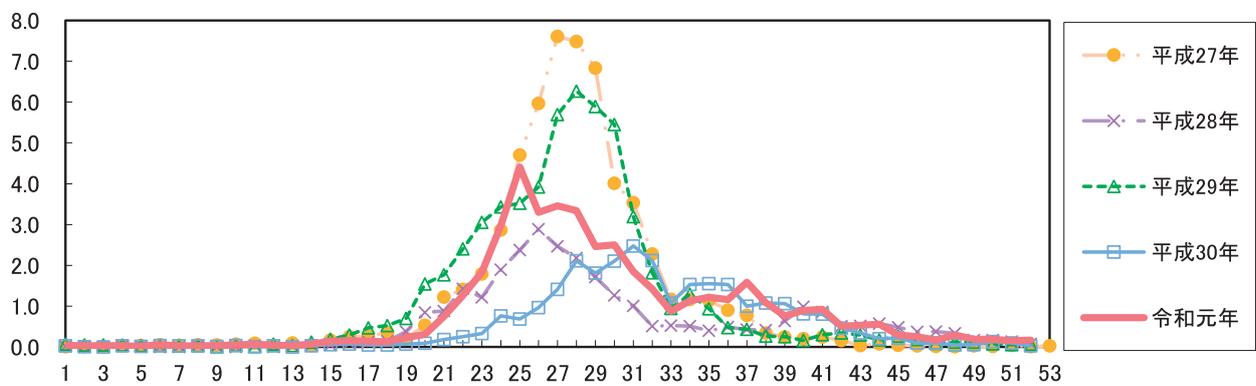
年齢構成に大きな年次変化は認められない。

男女比は1.07であった。

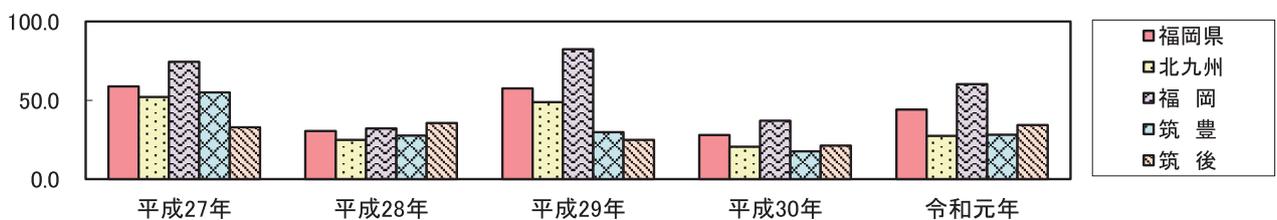
本疾病の原因はコクサッキーウイルスA群が多い。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの37検体から20件のウイルスが検出されている。コクサッキーウイルスA10型が8件と最も多く検出された。次いでA5型6件、A6型3件などであった。

全国的には、2019年シーズンは2017年シーズンと同様に、コクサッキーウイルスA6型が最も多く、次いでコクサッキーウイルスA5型が多かった。



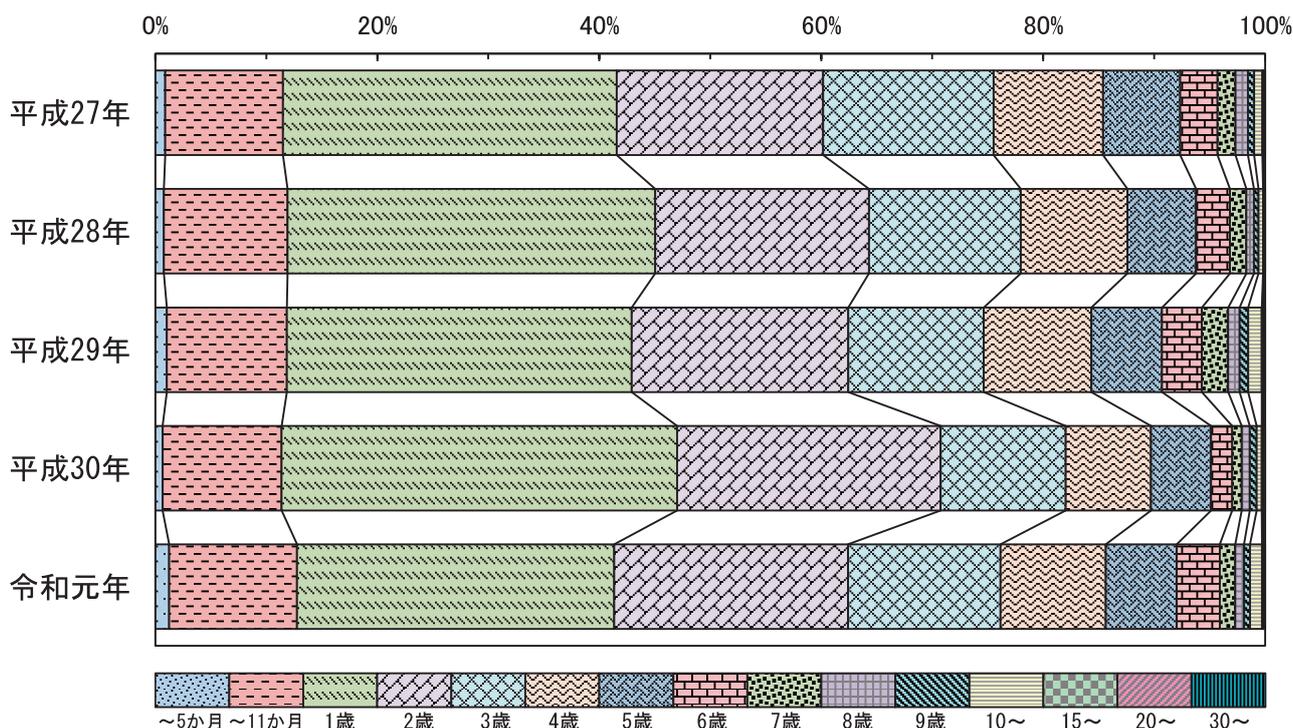
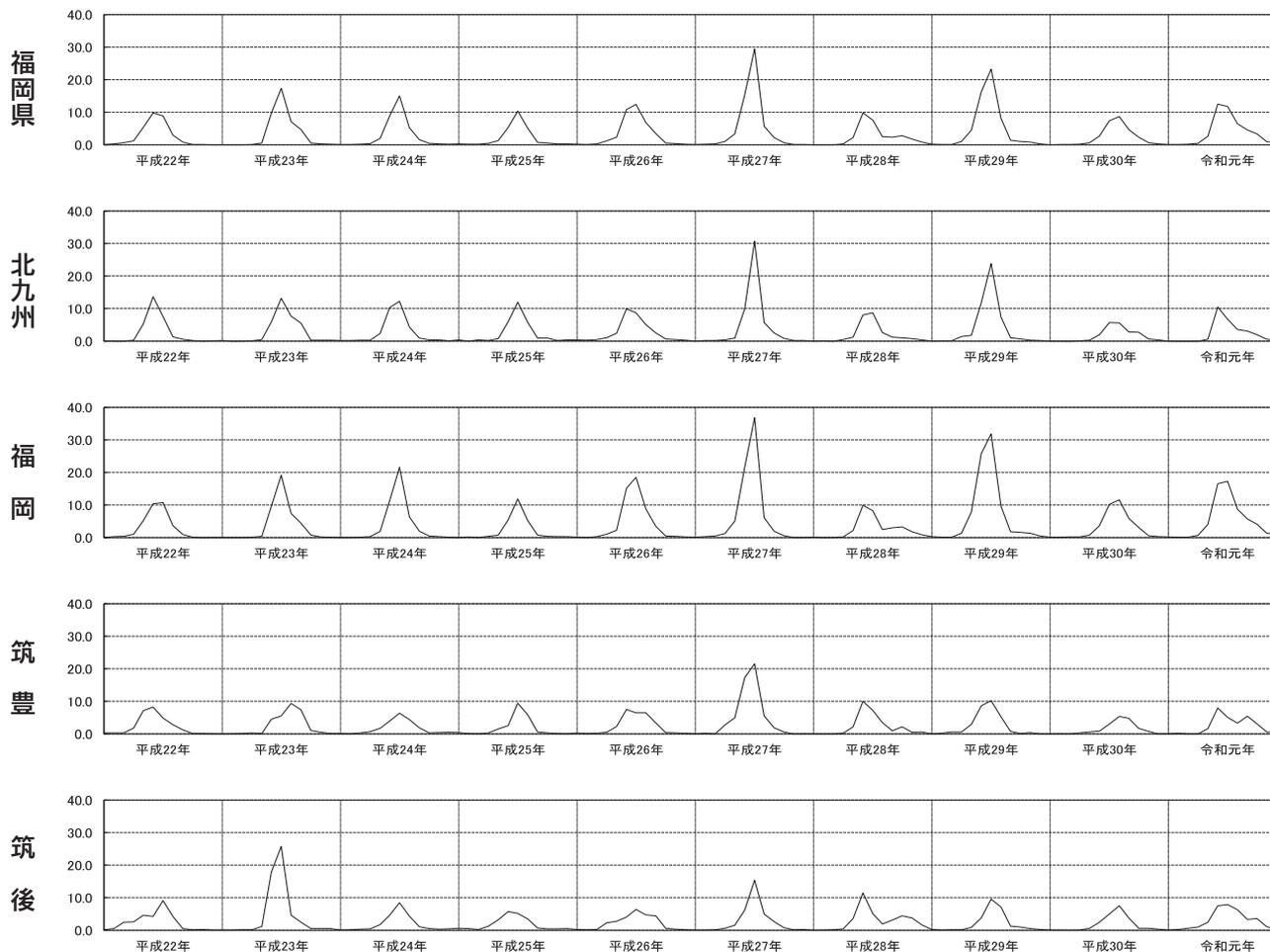
ヘルパンギーナの1定点当たりの週別報告数推移



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。

全数報告には52週までに14人（昨年20人）が報告された。

図1に平成27年以降の週別の報告数を示す。平成30年は20週をピークとして20人が報告された。令和元年は21週に小さなピークが認められた。ブロック別報告数は、平成30年は福岡地区が最多で19例（95%）であった。令和元年は福岡地区7例、北九州地区7例の報告があった（図2）。

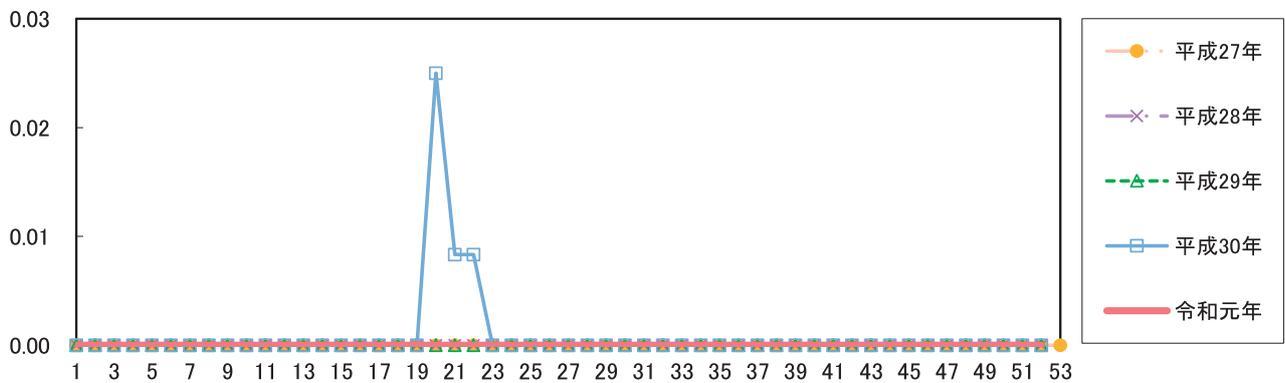
性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。平成30年は20歳代男性が最多で6例（31.6%）であった。次いで、10歳未満男性が4例であった。令和元年も20歳代男性が最多で5例（35.7%）であった。

次いで20歳代女性が4例であった。

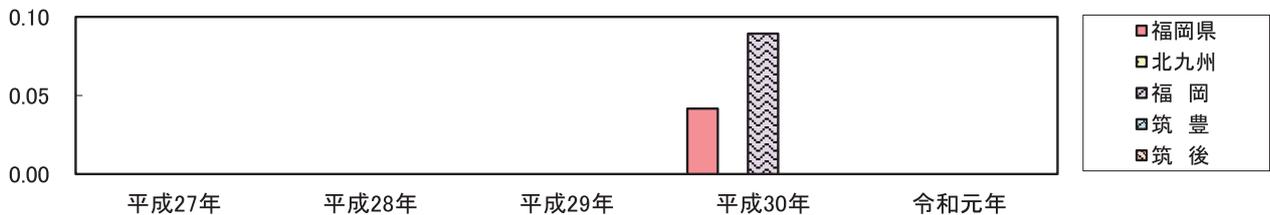
患者の予防接種歴を図4に示す。2回接種者からの発症者は報告されなかった。

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。2018年（平成30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、101.0%（全国平均98.5%）で初めて47都道府県中1位となった。2期（年長児）は95.2%（全国平均94.6%）で、初めて95%以上となった。ただ、県内の市町村間には接種率に格差があり、1期では95%以上の市町村は42/60（70.0%）（2017年（平成29年）度：51.7%）、2期では33/60（55%）（2017年（平成29年）度：33%）が95%以上の接種率であった。

今後、県内の市町村間の格差をさらに少なくし、1期および2期の接種率95%以上を維持することが必要である。



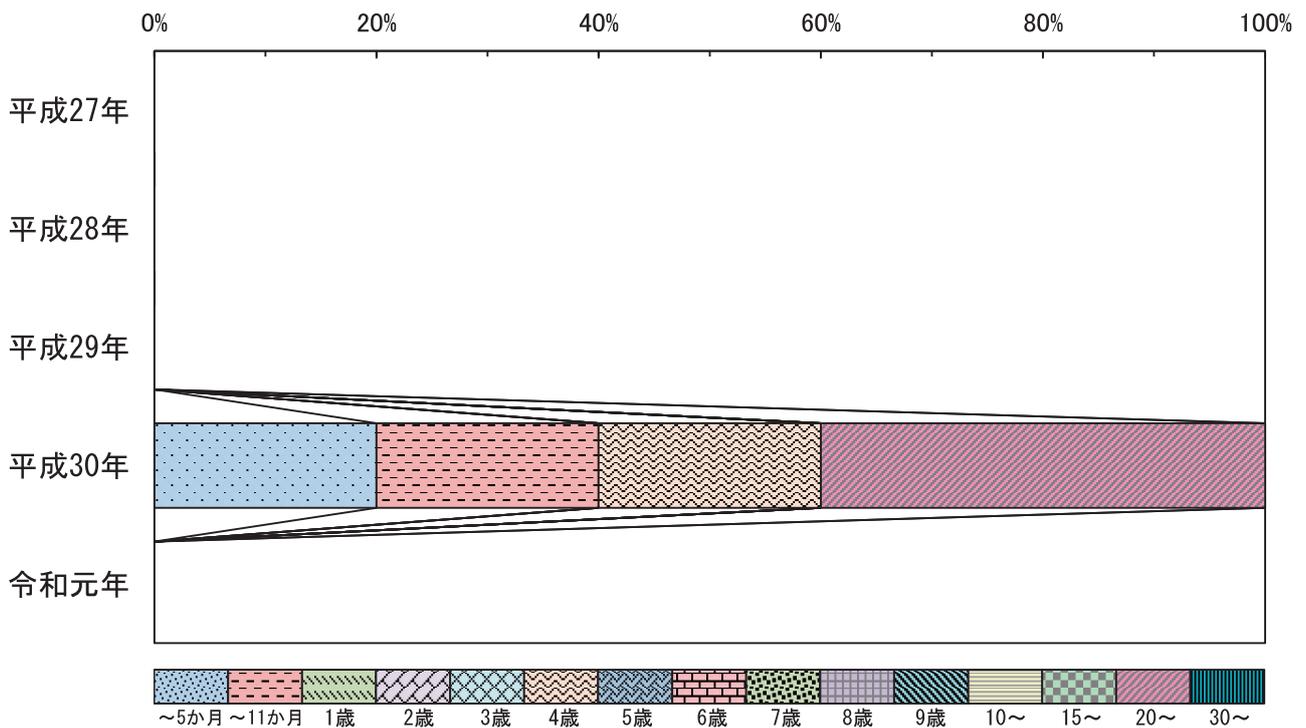
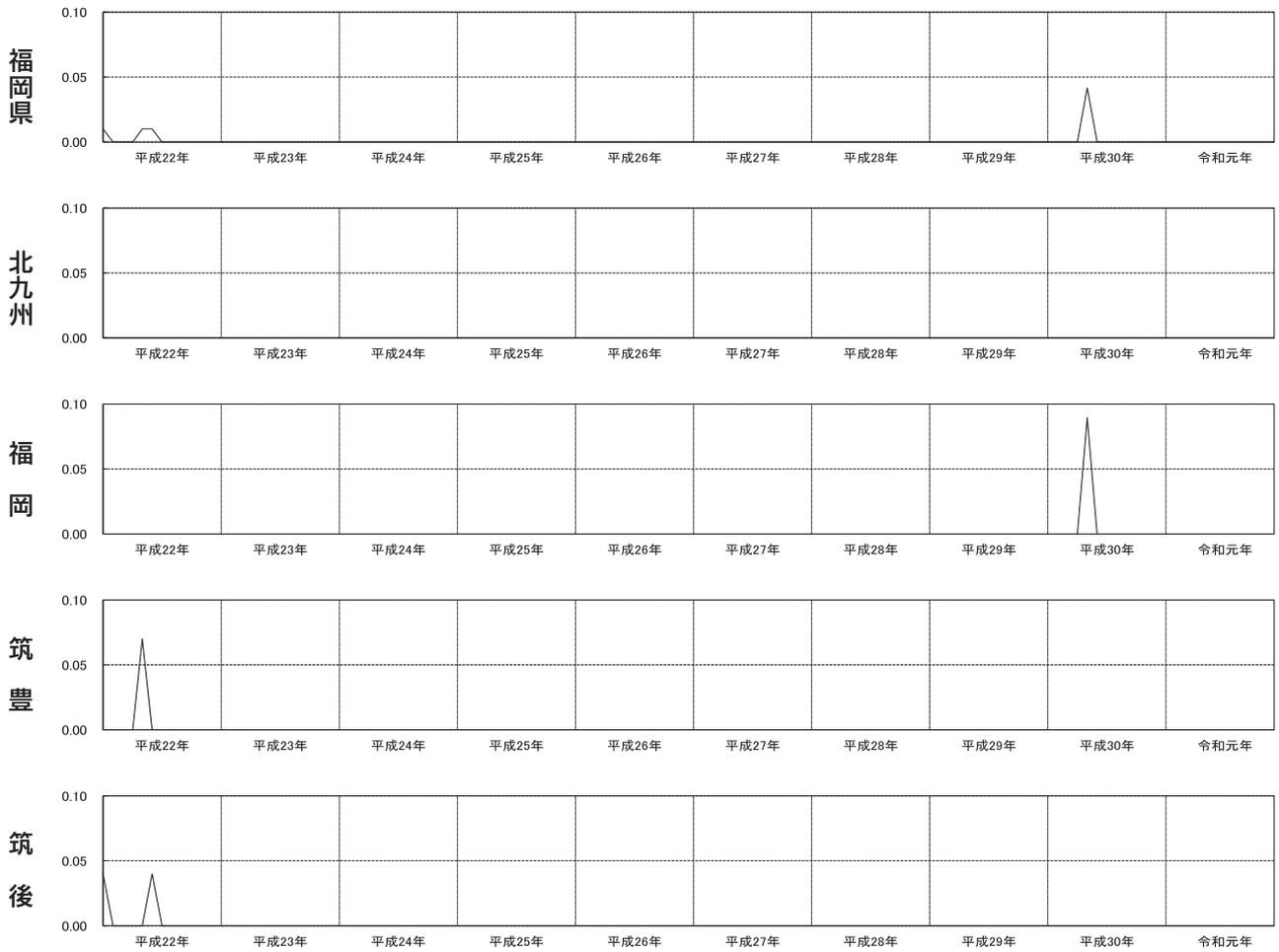
麻しん [小児科] の1 定点当たりの週別報告数推移



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）



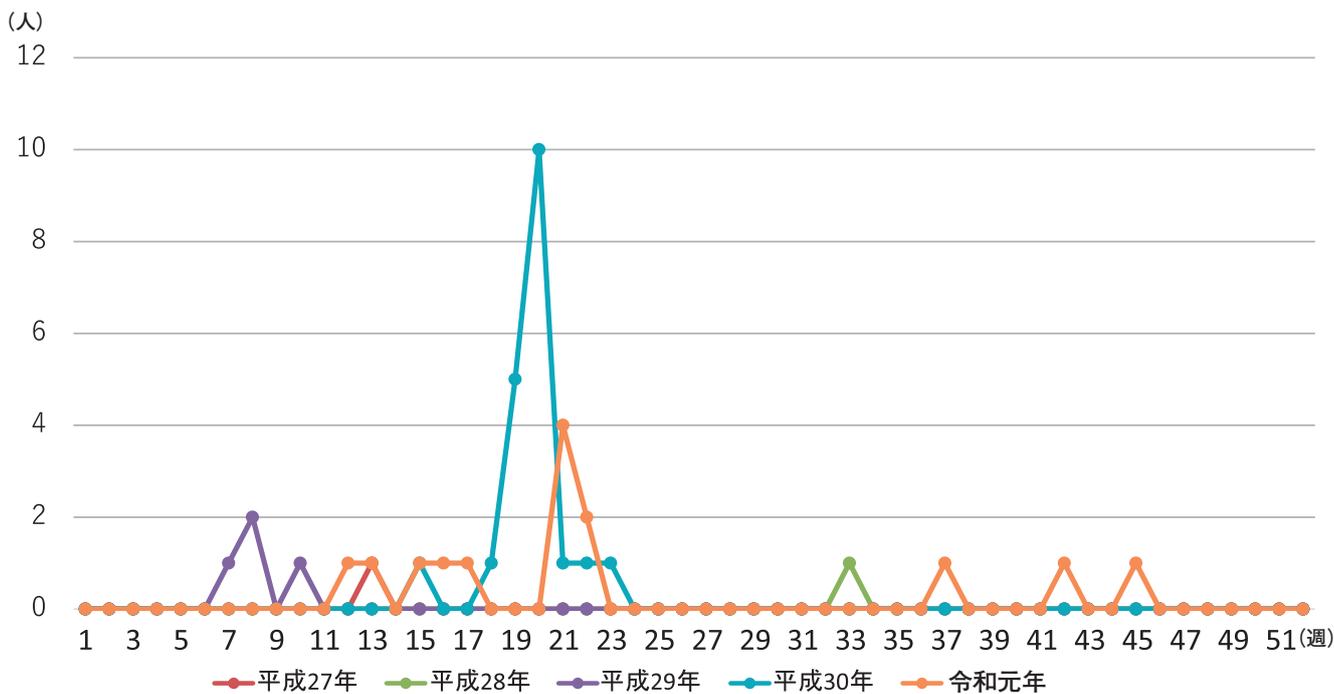


図1. 麻しん [全数] の年別・週別報告数 (平成27～令和元年)

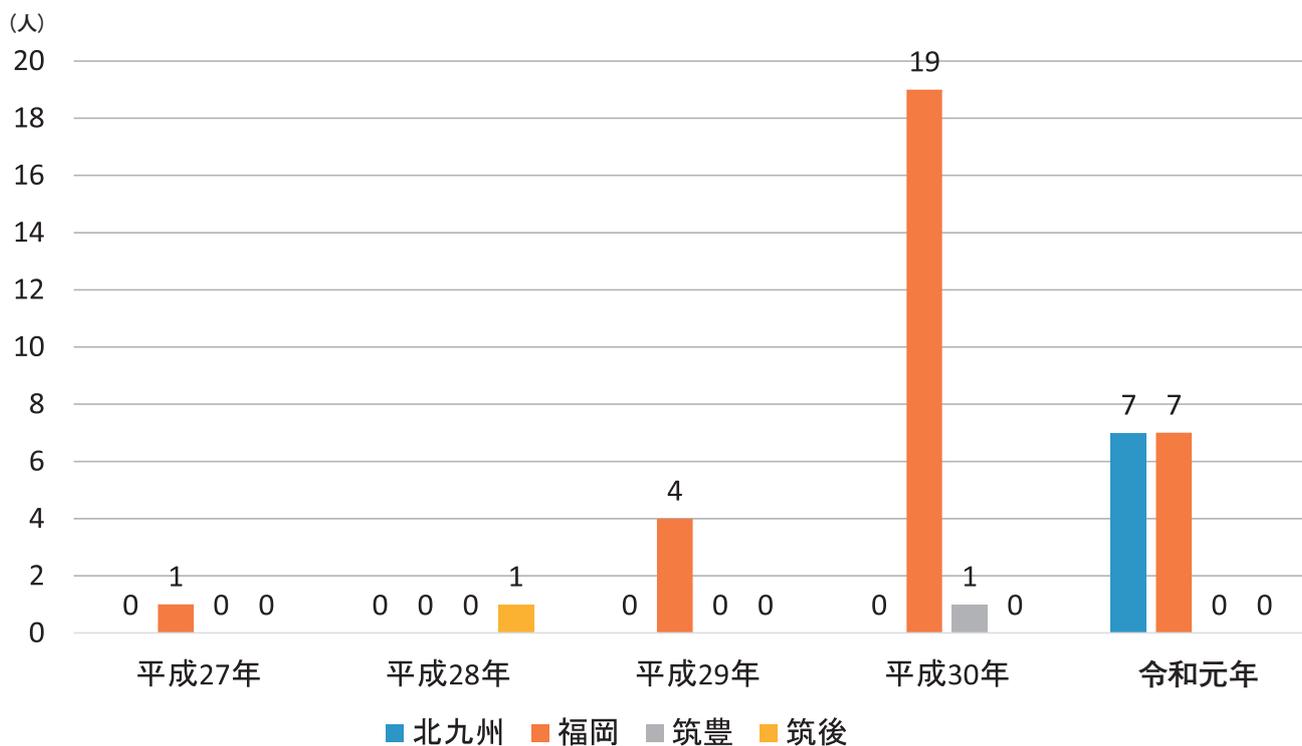


図2. 麻しん [全数] の年別・ブロック別報告数 (平成27～令和元年)

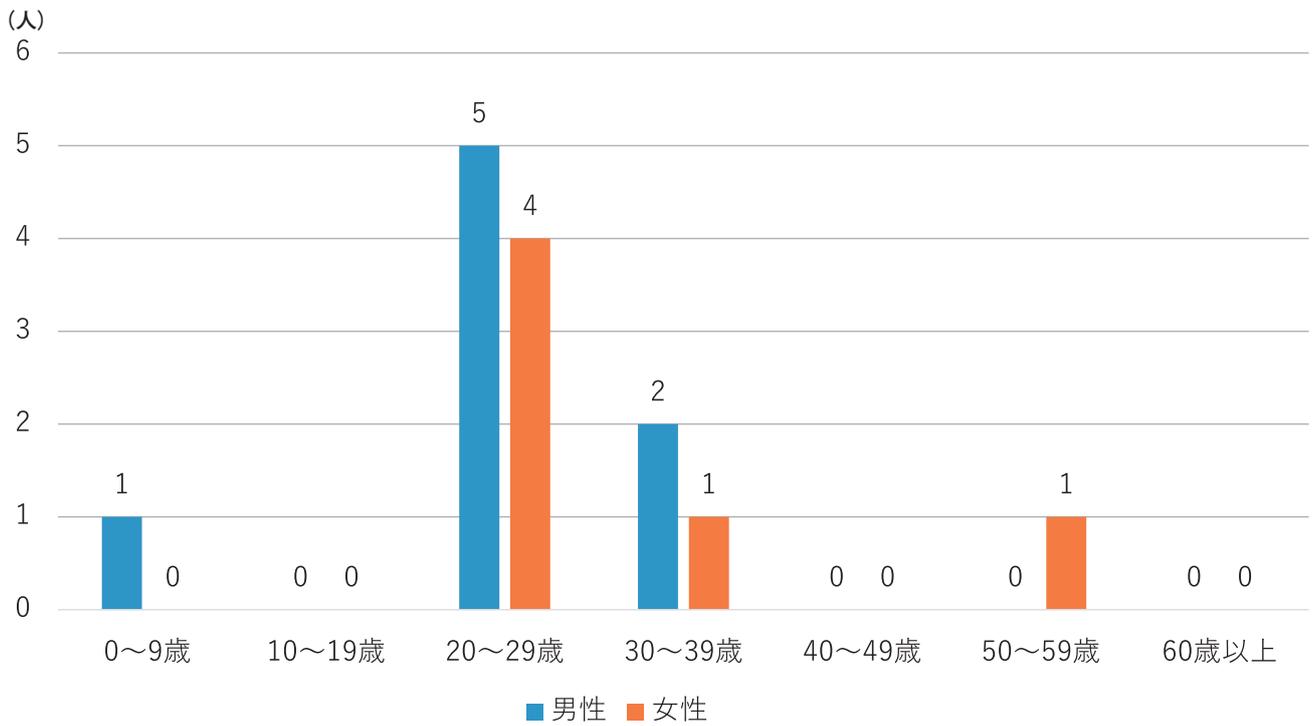


図3. 麻疹 [全数] の性別・年齢階級別報告数 (令和元年 N=14)

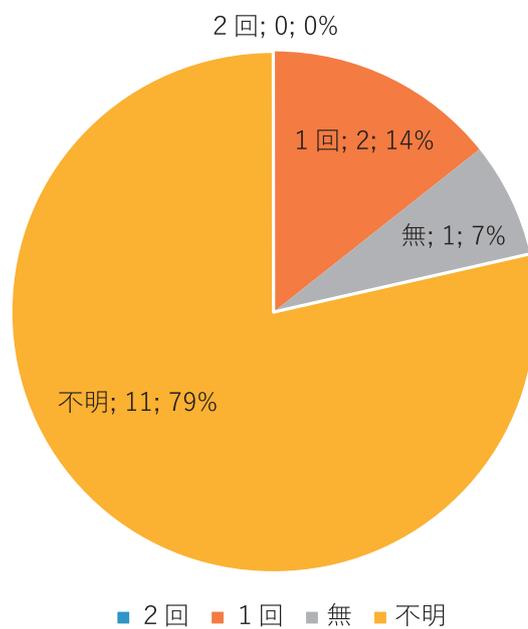


図4. 麻疹 [全数] の予防接種歴別割合 (令和元年 N=14)

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11.4(1,369人)で、前年より減少した(前年比0.75)。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となった。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28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21.1（612）[北九州市21.9（526）]、福岡地区9.7（545）[福岡市12.5（362）]、筑豊地区7.8（93）、筑後地区5.2（119）で、昨年多かった北九州地区は減少した。

全国的には、青森県、岩手県、埼玉県、広島県、香川県、愛媛県、福岡県、大分県、熊本県、鹿児島県が多かった。

年齢割合は、0歳0.4%（昨年0.5%）、1歳3.6%（同4.9%）、2歳7.7%（同8.6%）、3歳13.1%（同13.3%）、

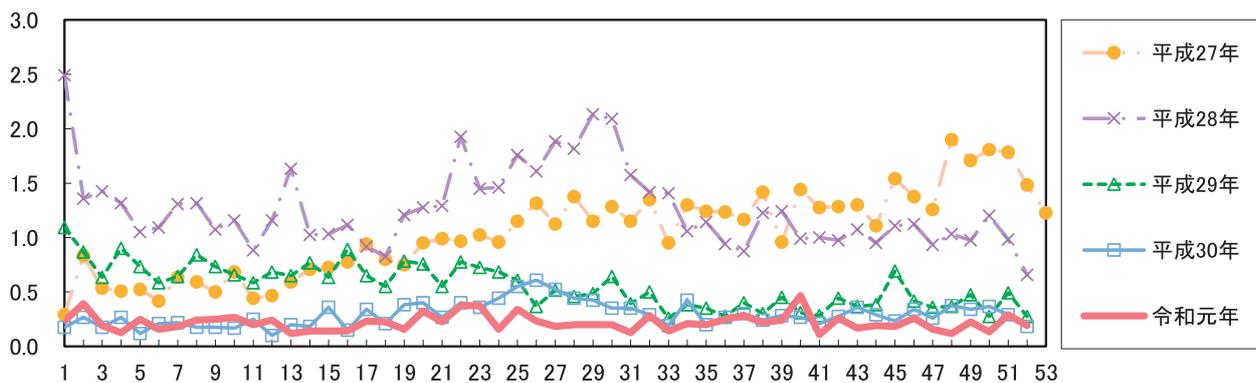
4歳15.9%（同17.8%）、5歳18.9%（同17.4%）、6歳11.8%（同12.1%）であった。4歳・5歳をピークとし、6歳までで71.4%（同74.6%）を占めた。20歳以上は18人（同15人）と昨年とほぼ同じであった。

男女比は1.36であった。

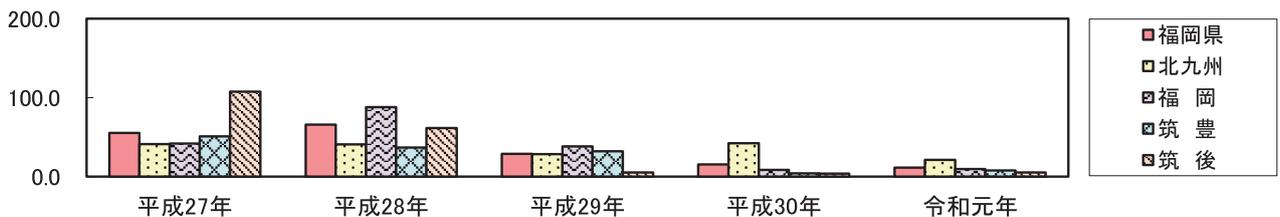
合併症では、精巣炎1例（30代男）が報告された。無菌性髄膜炎の合併例は、昨年は3例が、本年は5例報告された（3歳女、4歳男2人、8歳男、10歳男）。患者1,000人当たりの頻度は3.7人（昨年1.6人）となった。

予防接種後の罹患は131例（昨年150例）で、患者1,000人当たり95.7（昨年82.1）であった。年齢は1歳2例（昨年6例）、2歳9例（同12例）、3歳23例（同20例）、4歳25例（同27例）、5歳27例（同24例）、6歳14例（同12例）、7歳3例（同8例）、8歳10例（同15例）、9歳7例（同13例）、10歳4例（同7例）、11歳4例（同4例）、12歳1例（同0例）、13歳以上2例（同2例）であった。2～5歳までで64.1%（昨年55.3%）を占めた。症状は、軽症102例、中等症28例、重症0例であった。

日本小児科学会では、2回のワクチン接種を勧めている。



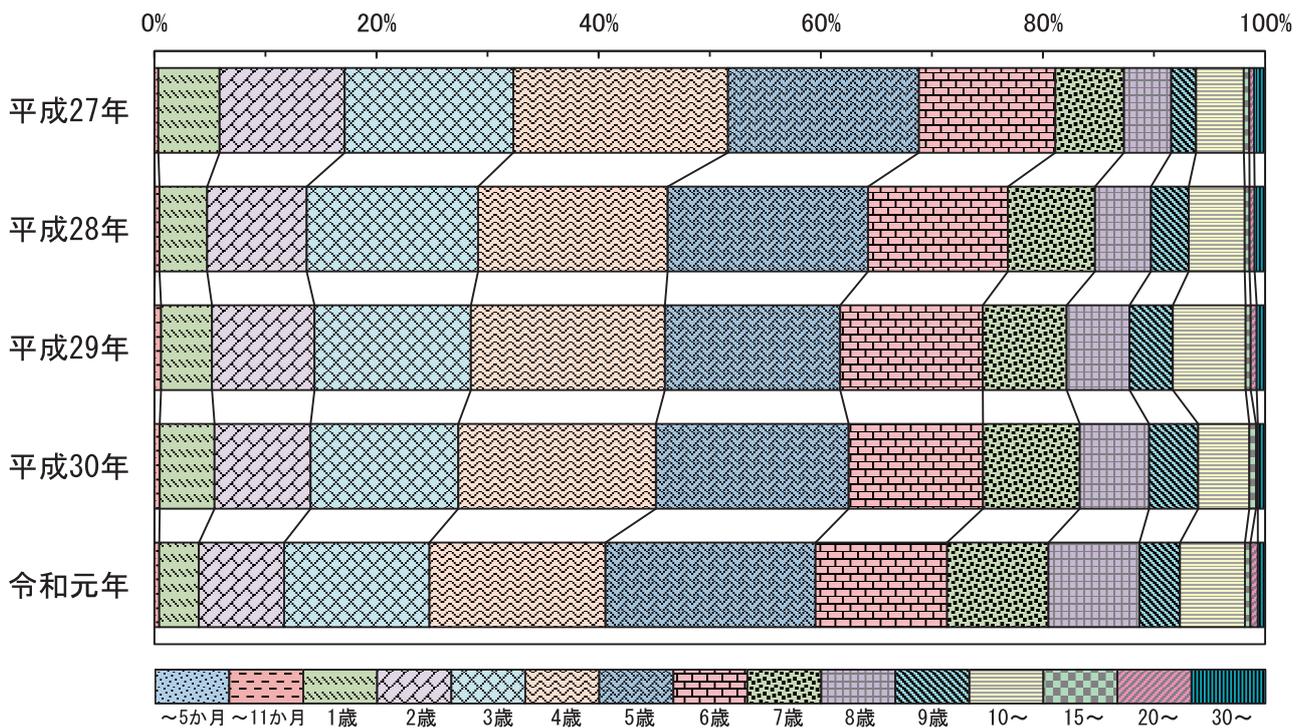
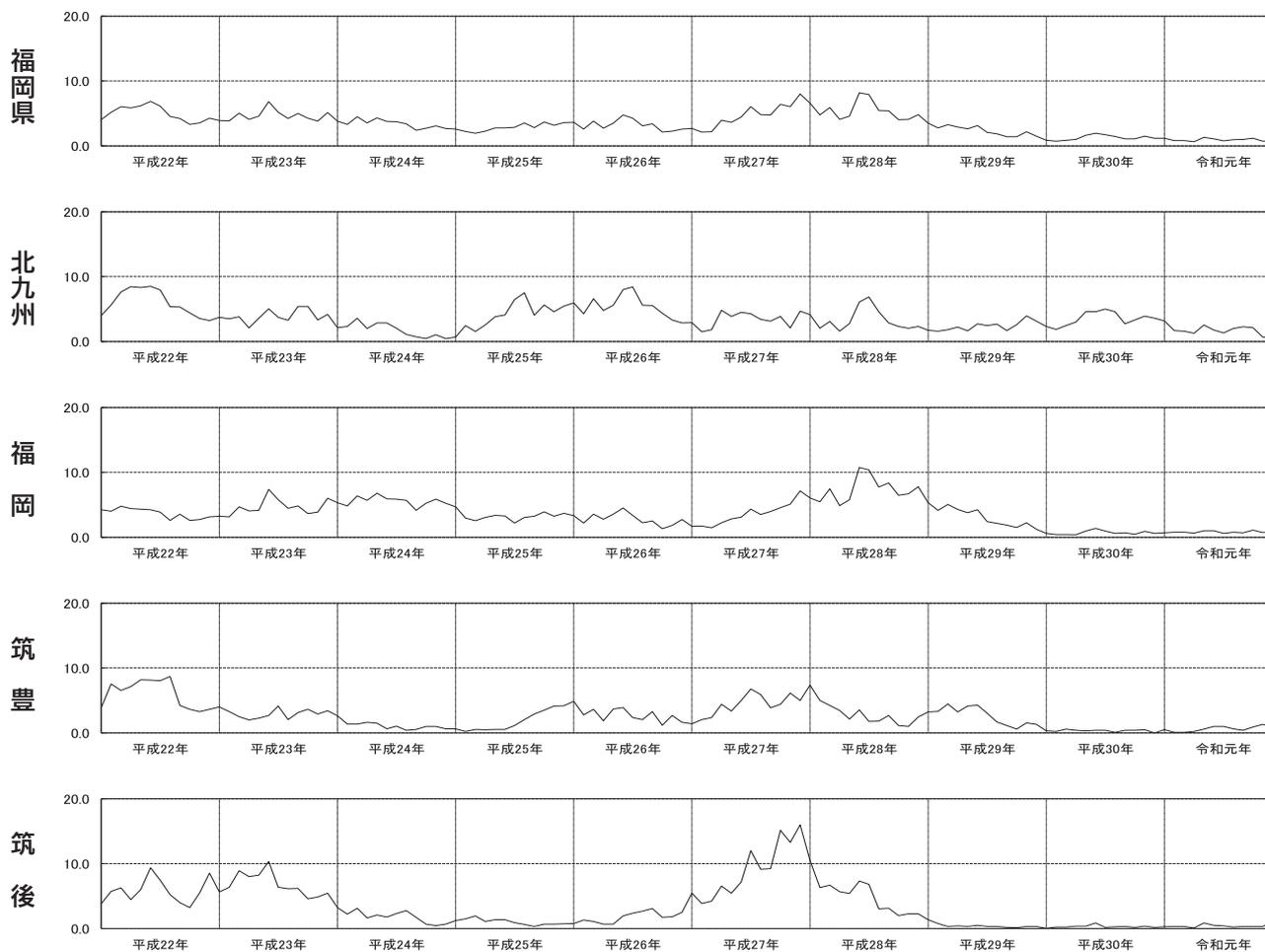
流行性耳下腺炎の1定点当たりの週別報告数推移



流行性耳下腺炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

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。

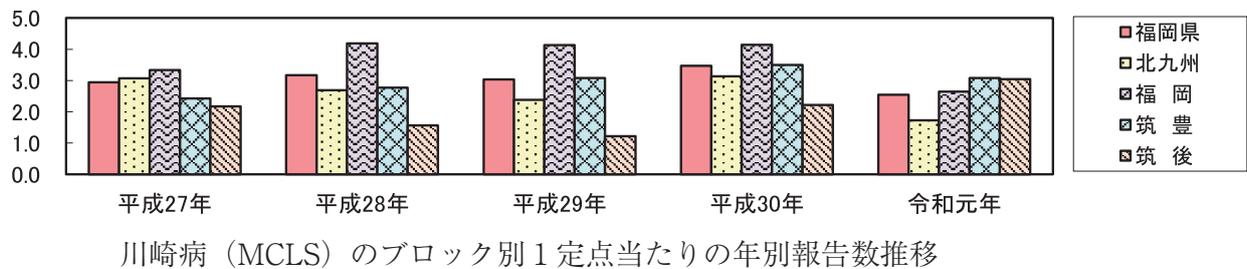
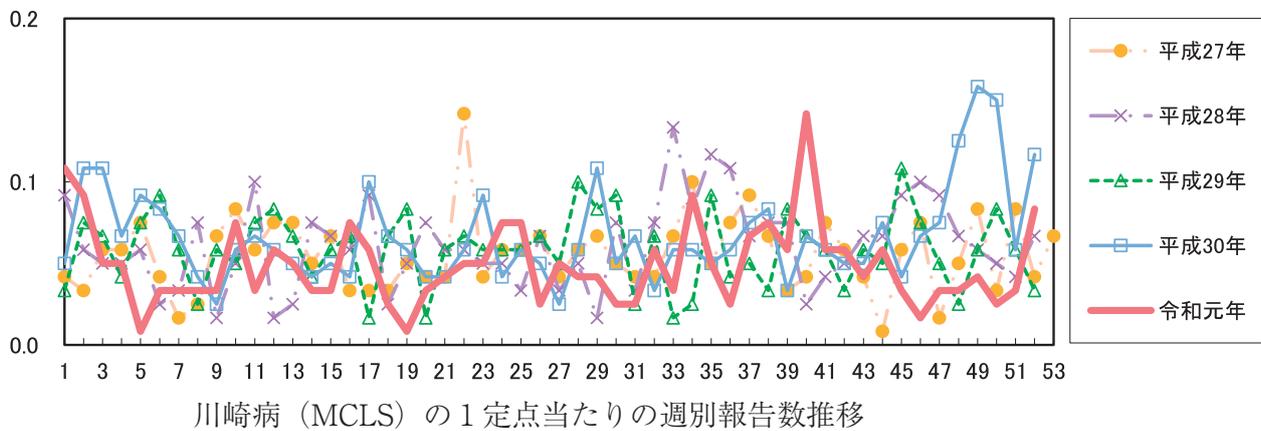
年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年2.5 (305人)、前年3.5 (416人) で、前年比73%である。全県1定点当たりの患者数は、昭和56年 (1981年) から令和元年 (2019年) までそれぞれ3.4、2.9、2.8、2.9、2.6、4.1、2.4、1.9、2.5、2.4、2.5、2.3、2.5、2.8、3.7、3.6、2.8、3.1、3.4、2.7、2.2、1.6、1.8、1.7、1.6、2.0、2.0、1.9、2.2、2.1、2.0、2.1、2.1、2.6、2.9、3.2、3.0、3.5、2.5で、前年は過去20年間で最多であったが、今年は一転して大きく減少した。

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1.7 (50) [北九州市2.0 (47)]、福岡2.6 (148) [福岡市4.8 (140)]、筑豊3.1 (37)、筑後3.0 (70) で、各地区から報告があるが今年も北九州地区からの報告が少なかった。

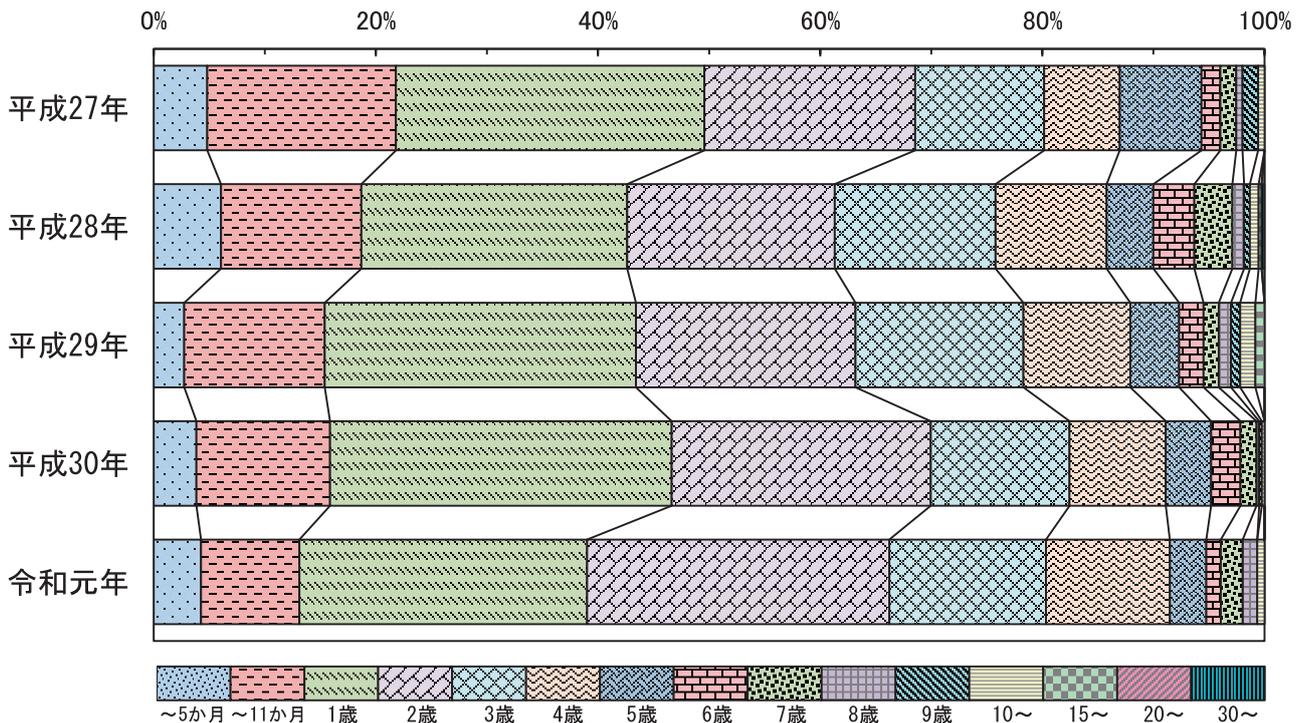
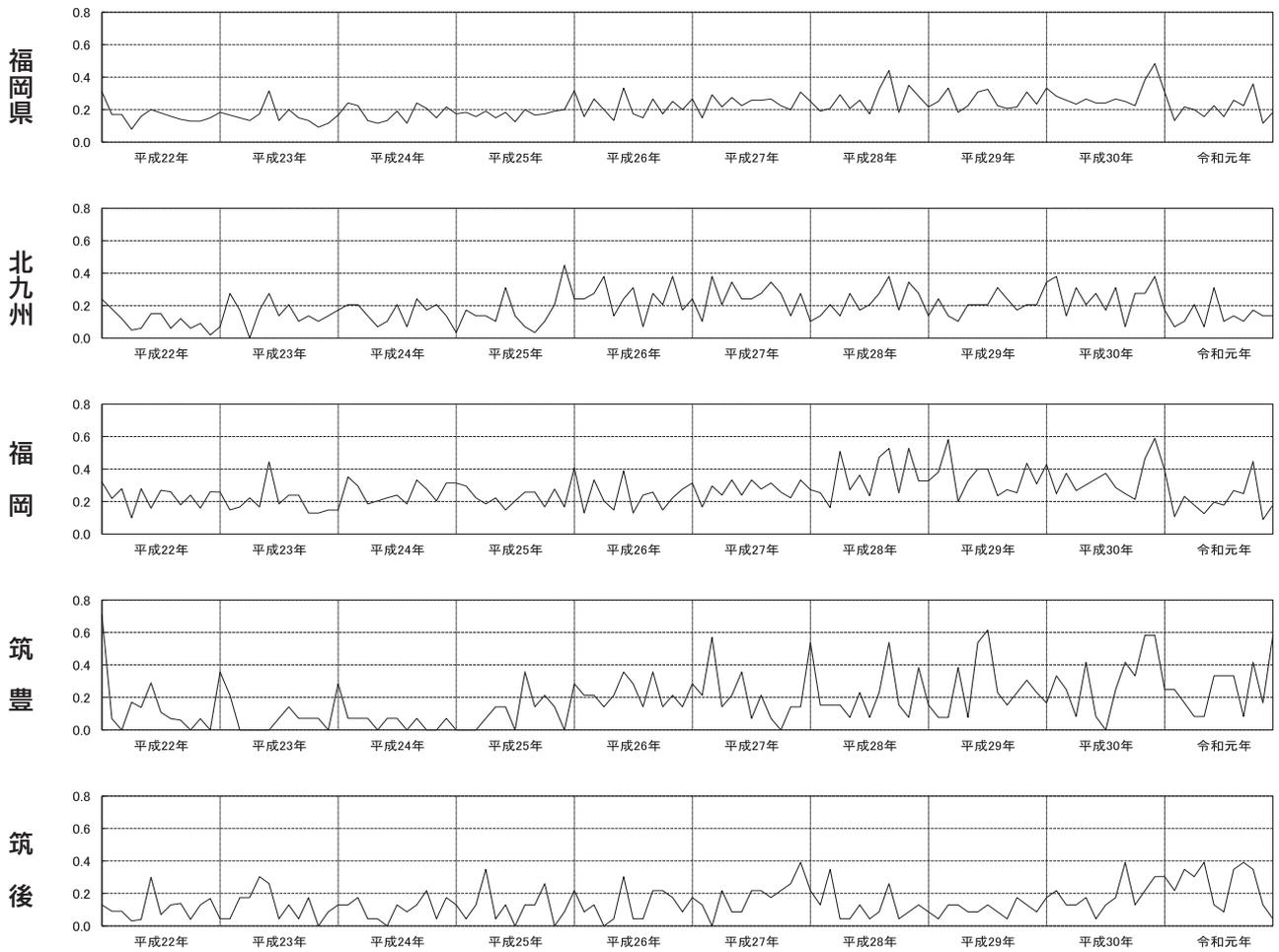
罹患年齢は0～5か月4.3% (13人;前年16人、前々年10人、3年前23人)、6～11か月8.9%、1歳25.9%、2歳27.2%、3歳14.1%、4歳11.1%、5歳3.3%、6歳1.3%、7歳2.0%、8歳1.3% (4人)、9歳0.0%、10～14歳0.7% (2人)、15～19歳0.0%、20～29歳0.0%、30歳以上0.0%であった。例年と同様にピークは1歳で、5歳未満が94.8% (前年91.1%) と大多数を占める。10歳以上は今年も2人であった (前年1人、前々年8人、3年前5人)。

男女比は0.98 (男151人、女154人) で男女差はなかった。



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0.18（22人）、前年0.10（12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）から令和元年（2019年）までそれぞれ0.2（11）、0.4（18）、0.4（20）、0.4（19）、0.4（23）、0.（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）であった。

22人の発生月は1月4人、5月10人、10月1人、11月3人、12月4人で、冬期と5月に多かった。

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（1）〔北九州市0.0（1）〕、福岡0.3（18）〔福岡市0.6（18）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.1（3）であった。

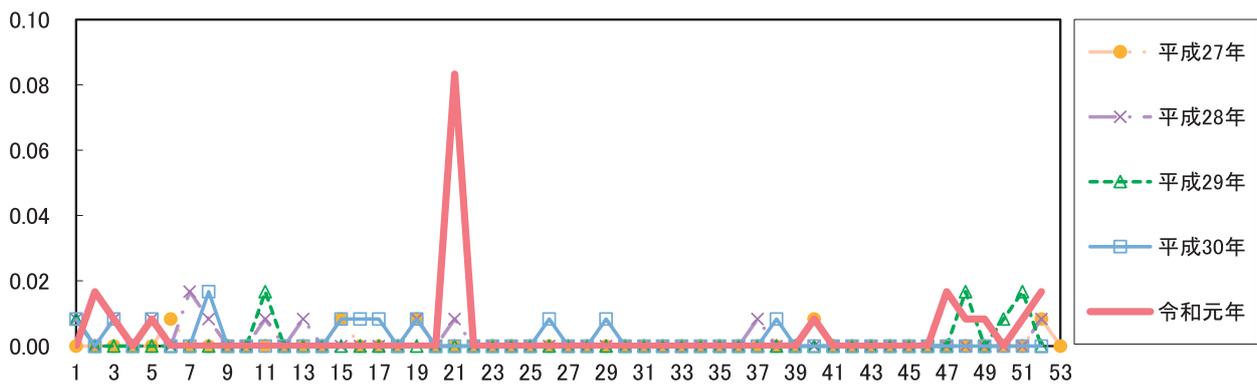
22人の罹患年齢は0～5か月9.1%（2人）、6～11か月13.6%（3人）、1歳18.2%（4人）、2歳9.1%（2人）、3歳18.2%（4人）、4歳4.5%（1人）、5歳0.0%、6歳4.5%（1人）、7歳9.1%（2人）、8歳9.1%（2人）、9歳0.0%、10～14歳4.5%（1人）、15歳以上0.0%である。小児科を中心に報告を受けており、3歳以下が15人であった。15歳以上は報告がなかった。

男女別は男14人、女8人であった。

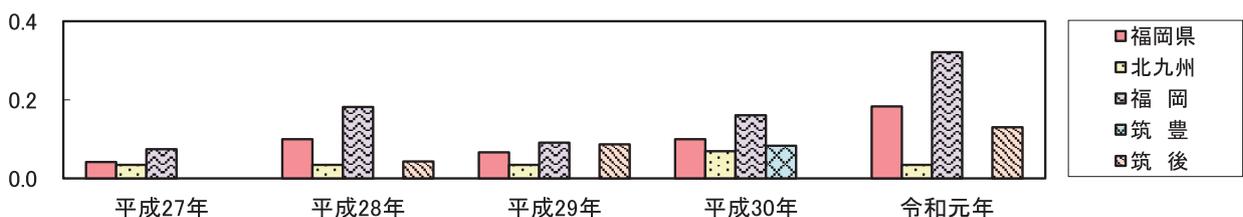
検査情報（基幹定点分を含む）には本年は検体提出はなかった。

週報にはインフルエンザA型（2歳男、4歳女、6歳女2人、7歳男、7歳女、8歳男、8歳女）、アデノウイルス（11歳男）、ヒトメタニューモウイルス（3歳女）、マイコプラズマ肺炎（11歳男）が原因として記載されている。

日本脳炎は全数報告に全国で8例（前年0例、前々年3例、3年前11例、4年前2例、5年前2例）、福岡県は0例（6年前まで0例、7年前1例、8年前4例）であった。なお、福岡県では7月1日から9月2日まで8回ブタの血清の日本脳炎抗体検査が行われ、8月5日採血のブタ10頭中10頭に日本脳炎ウイルス感染が確認され、8月7日に日本脳炎感染注意情報が福岡県庁から出された（前年は8月24日）。



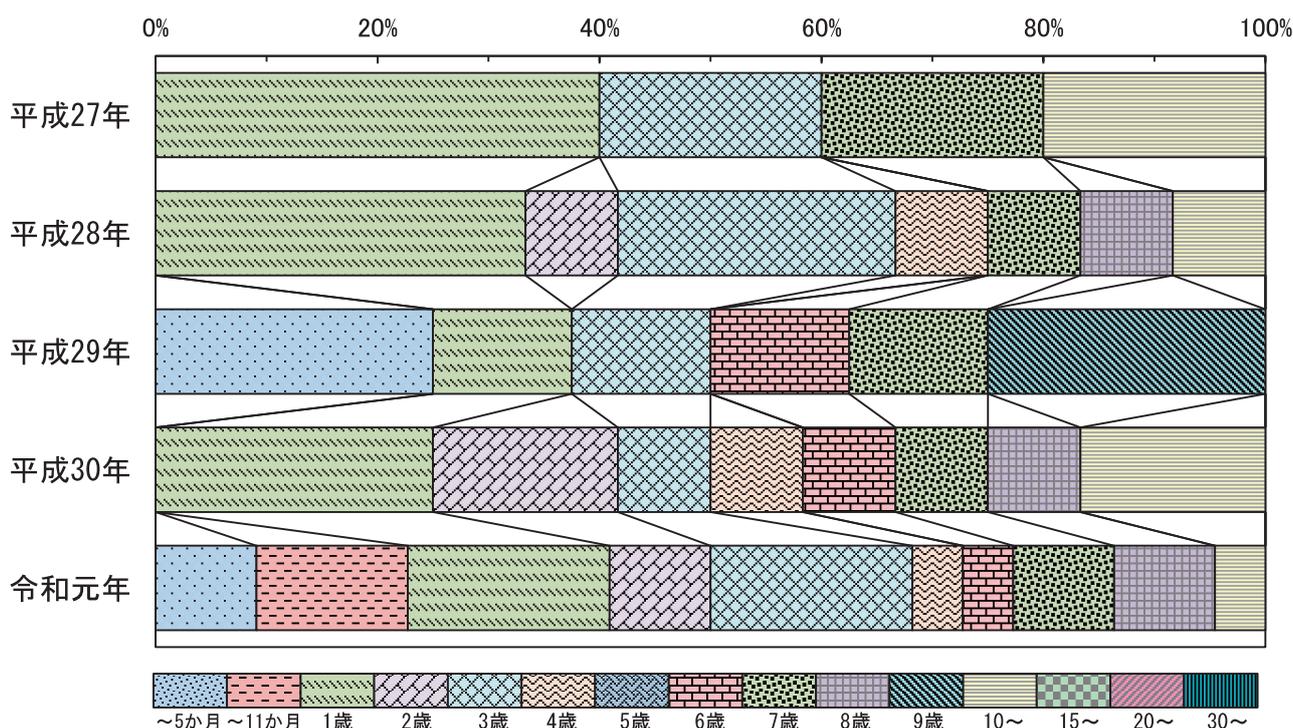
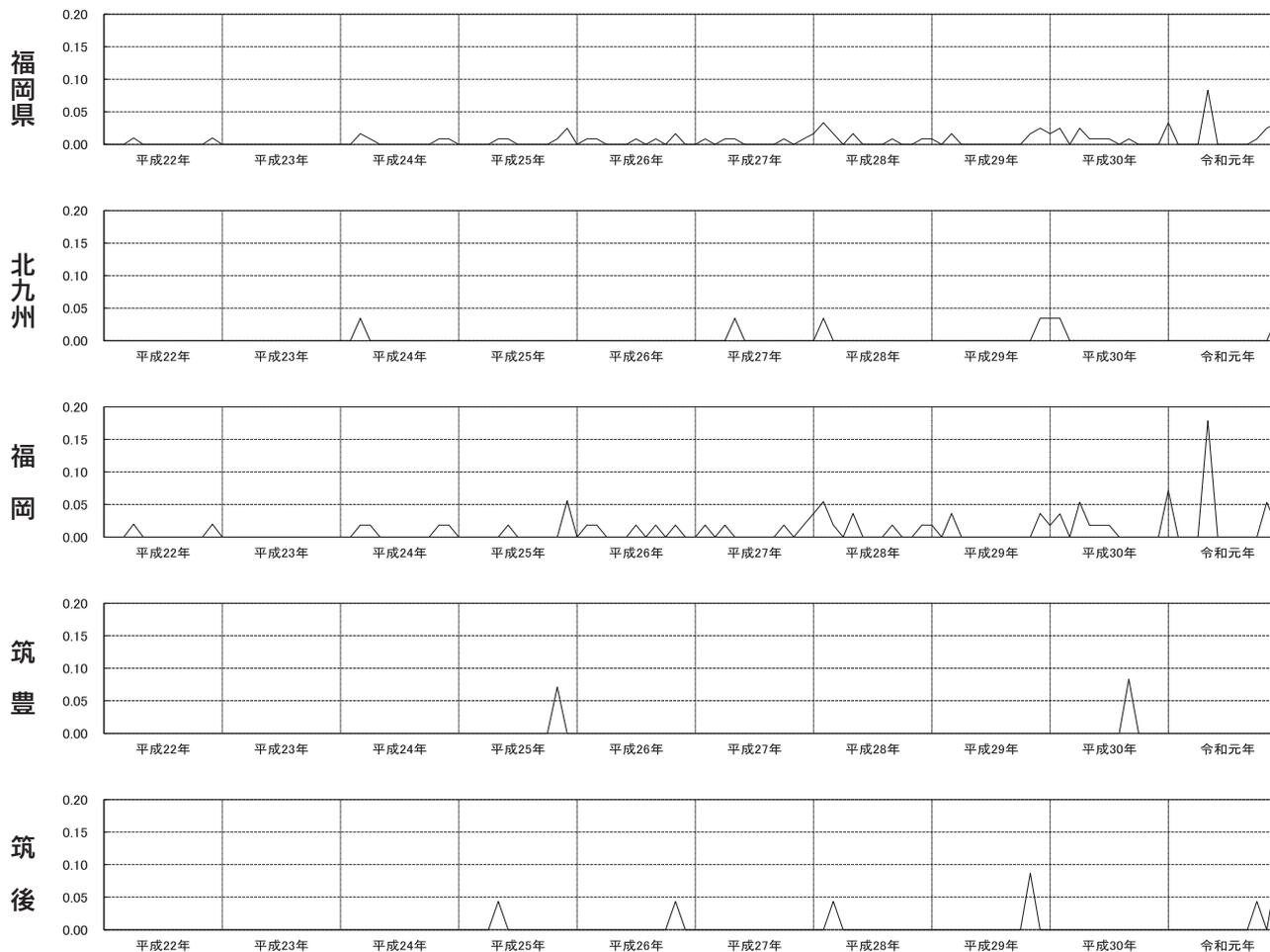
急性脳炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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0.06 (7人)、前年は0.02 (2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) から令和元年 (2019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) と推移している。

7人の発生時期は3月1人、4月2人、6月2人、7月1人、9月1人であった。

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 (3) [北九州市0.1 (3)]、福岡0.0 (1)

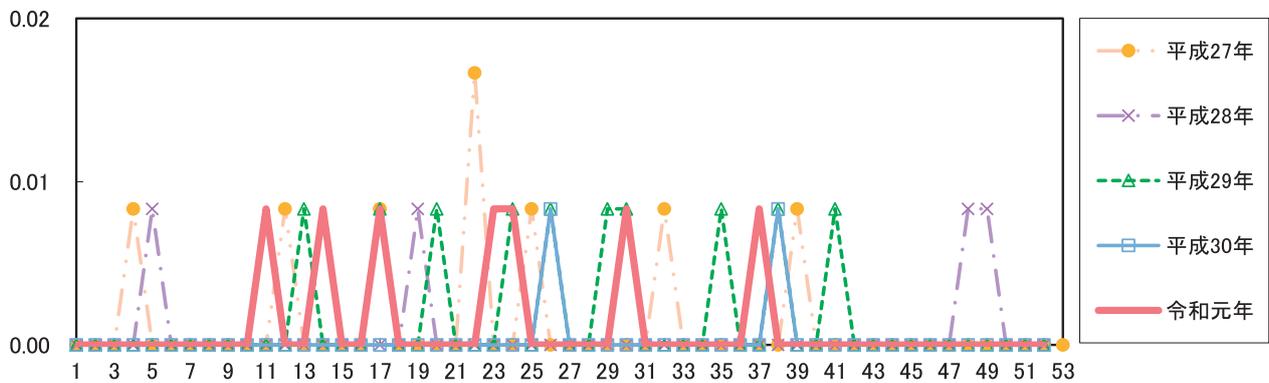
[福岡市0.0 (1)]、筑豊0.1 (1)、筑後0.1 (2) であった。

7人の罹患年齢は0～5か月57.1% (4人)、1歳14.3% (1人)、5歳14.3% (1人)、10～14歳14.3% (1人) であった。

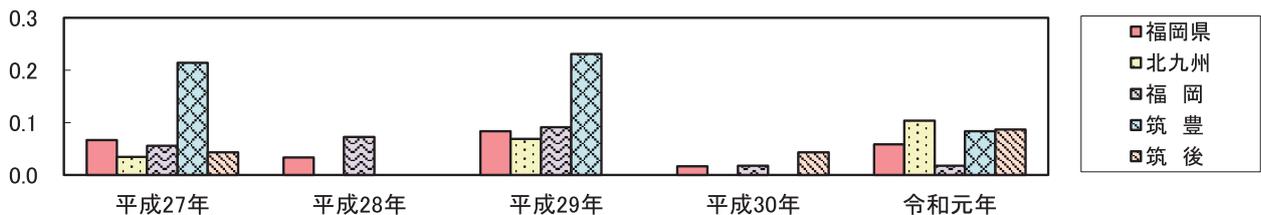
男女別は男2人、女5人であった。

原因菌について週報に肺炎球菌 (1歳女; PCV13価3回接種)、GBS (21生日女、1歳女)、大腸菌 (1か月女)、グラム陽性球菌 (10歳男) 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 (7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5年連続ゼロとなっている。



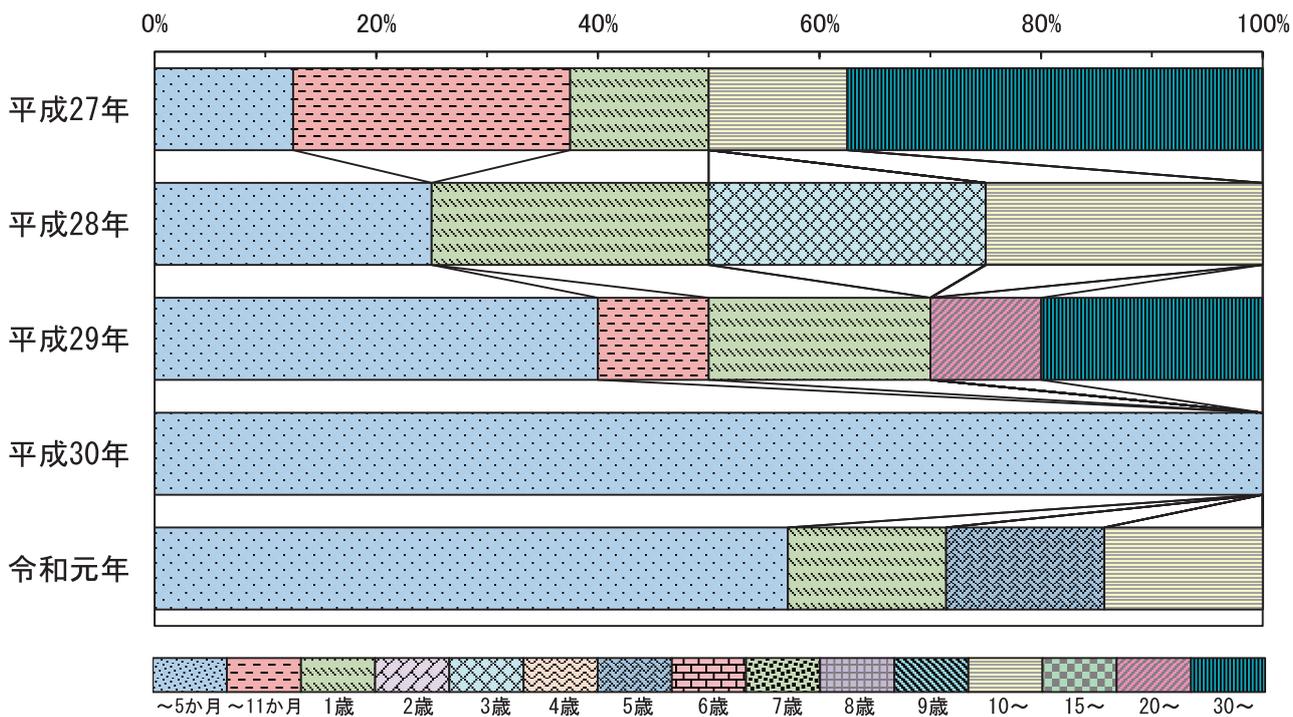
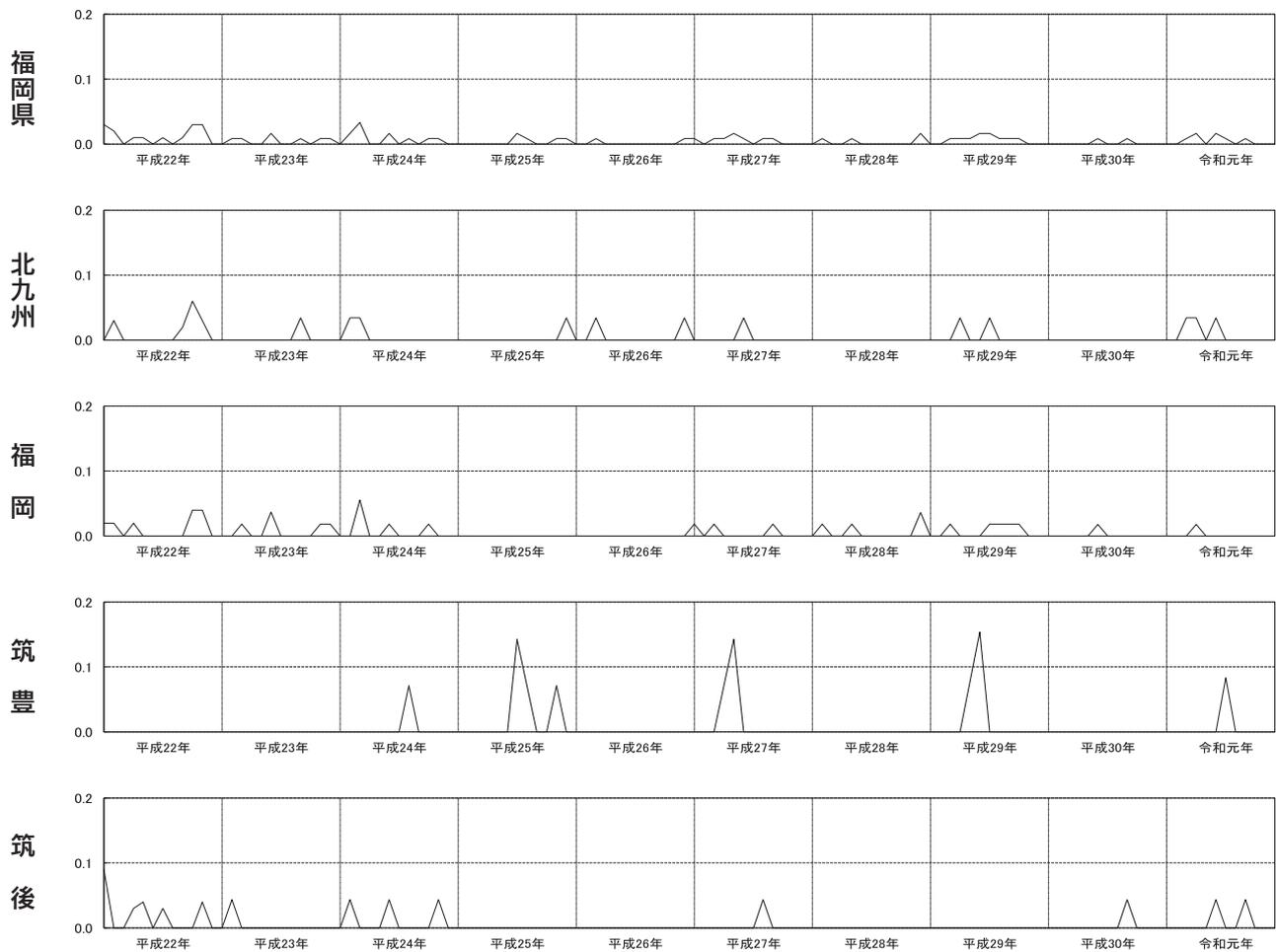
細菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

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0.3（38人）、前年0.2（25人）で前年比152%と増加した。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から令和元年（2019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と推移し、前年より増加したが今年も少なかった。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の発生が続いている。

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。今年も6～10月に報告数が多かった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.6（16）〔北九州市0.6（15）〕、福岡0.1（8）〔福岡市0.3（8）〕、筑豊0.3（3）、筑後0.5（11）であった。

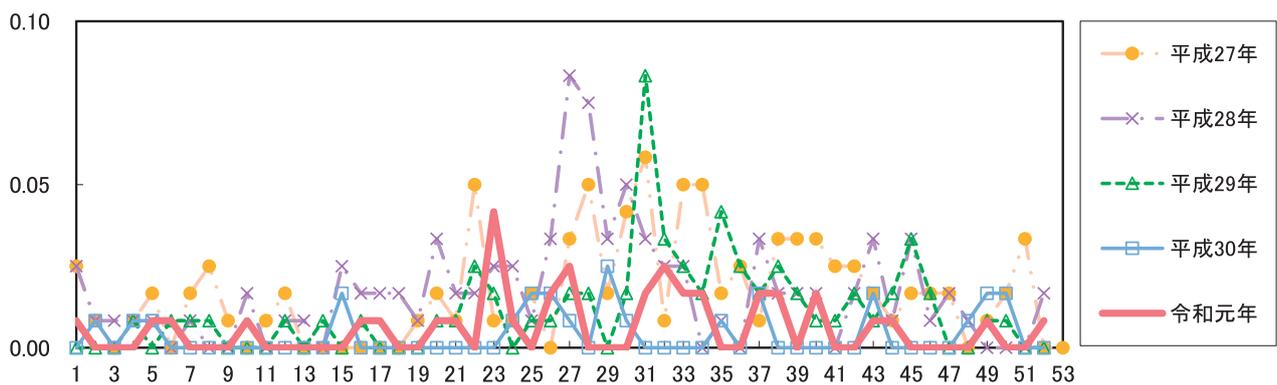
罹患年齢は0～5か月42.1%（16人；前年16.0%、前々年21.1%）、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳0.0%、3歳7.9%、4歳5.3%、5歳5.3%、6歳0.0%、7歳2.6%、8歳5.3%、9歳2.6%、10～14歳23.7%、

15～19歳5.3%（2人）、20～29歳0.0%、30歳以上0.0%と分布した。小児科を中心に報告を受けており、小児期、特に7歳未満が60.5%（23人）と多く、7～14歳が34.2%（13人）であった。20歳以上は0人（前年0人、前々年1人）と少ない。0～5か月は16人、6～11か月は0人と、0歳の中では0～5か月が多い。

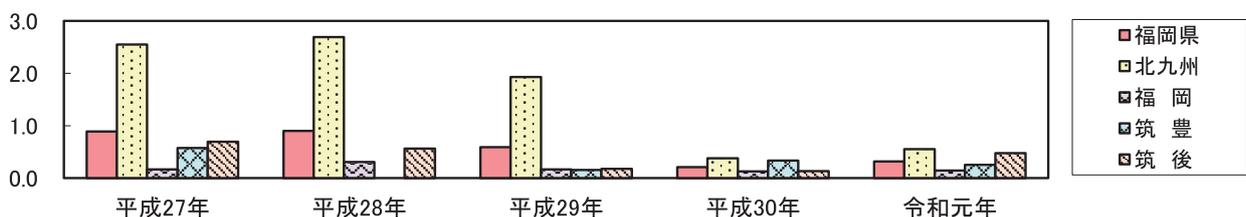
男女比は1.71（男24人、女14人）で、男が多かった。

検査情報では33検体（前年64、前々年74、3年前107検体）から陽性は8検体で、陽性率は24.2%（前年7.8%、前々年18.9%、3年前33.6%）であった。分離ウイルスはエコーウイルス11型4件、コクサッキーウイルスB5型2件などであった。全国的にはエコーウイルス30型が最も多く分離され、他にコクサッキーウイルスB5型の順で分離された。

週報に報告されている原因ではムンプスが5例（3歳女、4歳男2人、8歳男、10歳男）（前年3例、前々年11例、3年前44例、4年前28例、5年前27例、6年前39例）と少なかった。ムンプス以外の原因としてインフルエンザA型（9歳男）、エンテロウイルス（10生日男、20生日男、1か月男）があった。手足口病は0例（前年2例、前々年0例、2年前0例、4年前0例、5年前2例、6年前1例、7年前0例、8年前0例、9年前8例）あった。



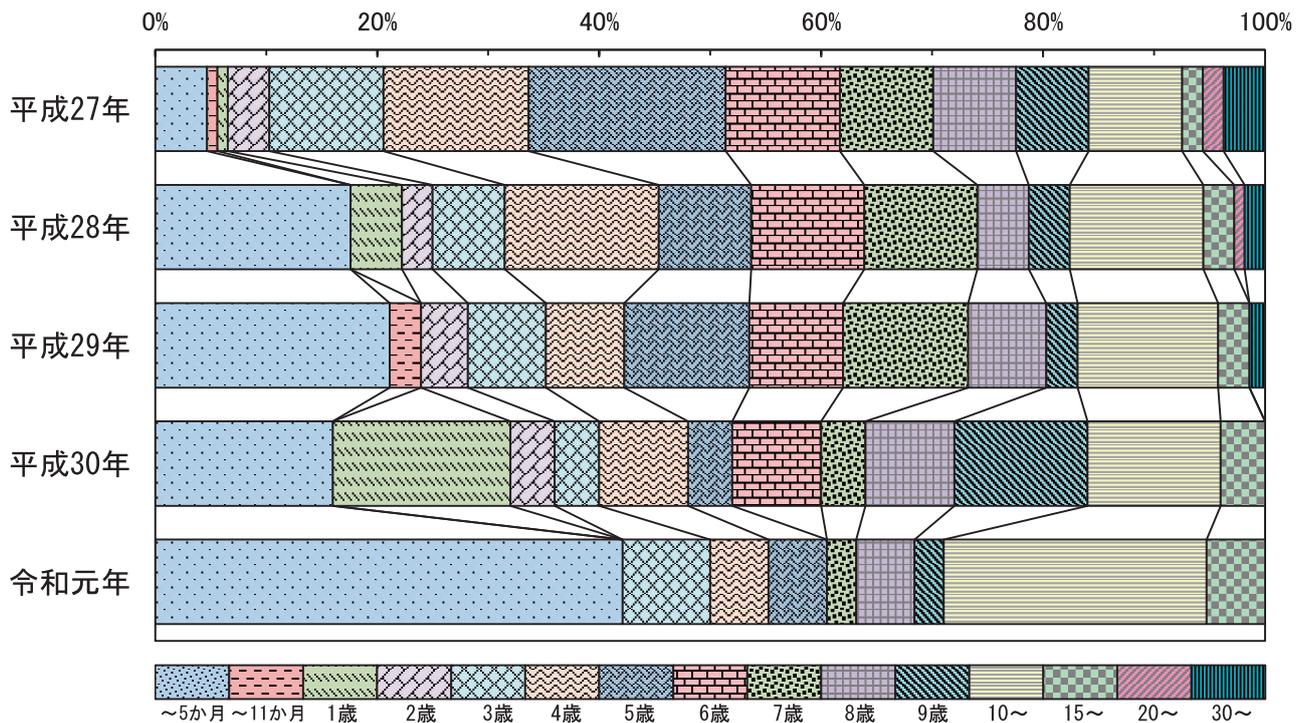
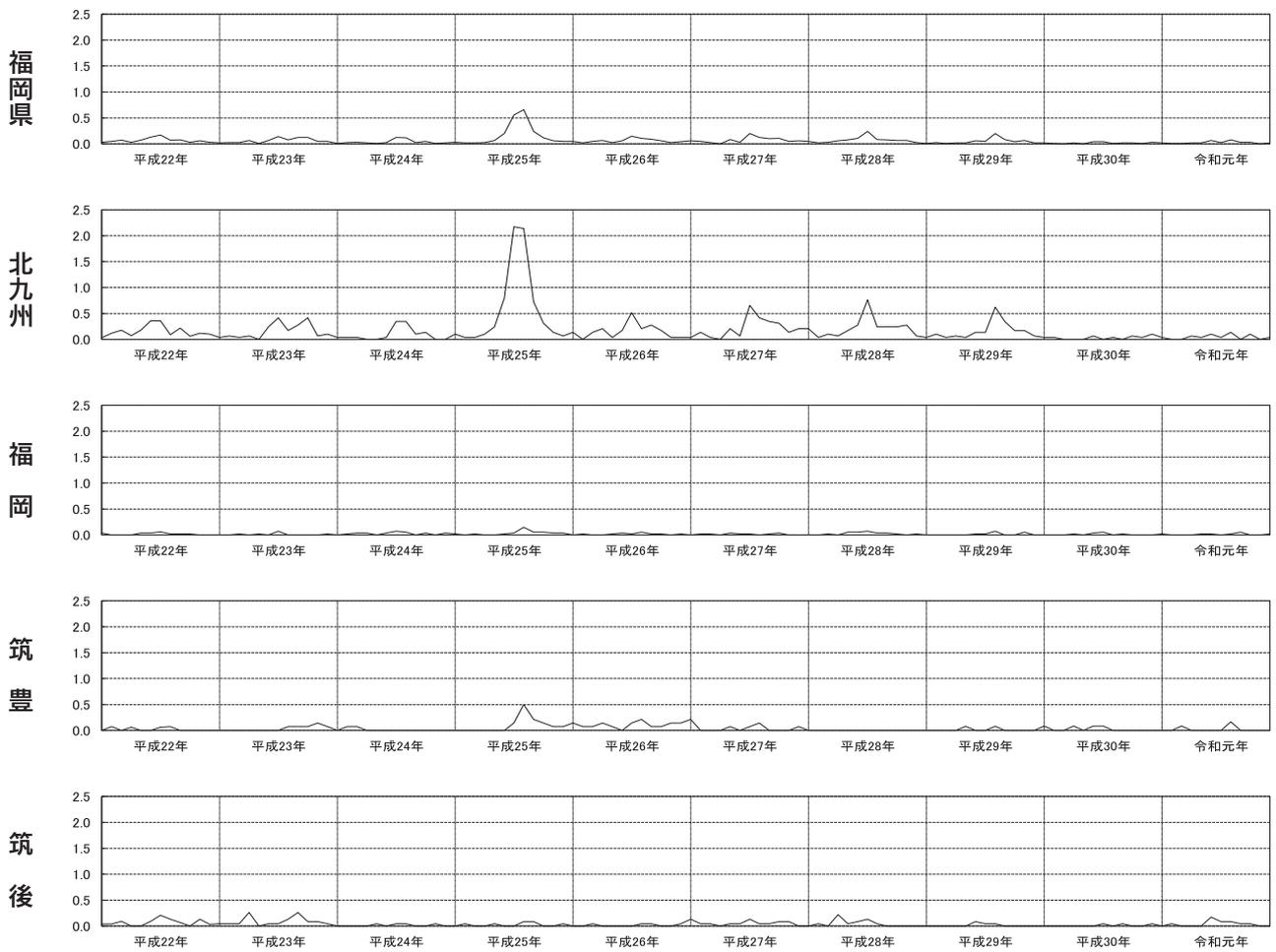
無菌性髄膜炎〔小児科〕の1定点当たりの週別報告数推移



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7.0 (837人)、前年4.9 (584人) で前年比143%に増加している。全県1定点当たりの患者数は昭和56年 (1981年) から令和元年 (2019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と推移した。平成23年と平成28年をピークとした流行を示した。

前回の流行は平成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。今回は平成27年後半から流行が始まり、平成28年後半にピークを示し、平成29年

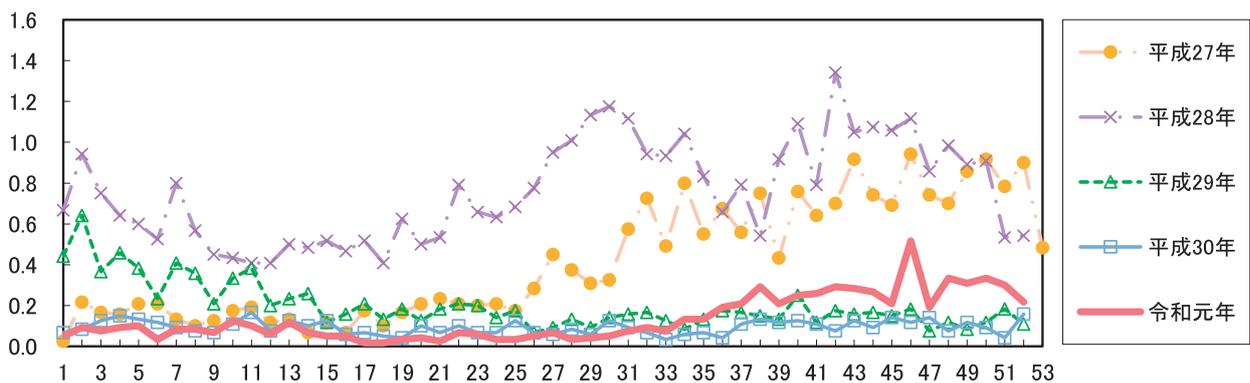
前半まではやや多かった。平成30年は非流行年であったが、令和元年後半からやや増加している。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州4.8 (139) [北九州市5.6 (134)]、福岡9.0 (502) [福岡市8.6 (248)]、筑豊1.5 (18)、筑後7.7 (178) で各地区ともやや増加した。

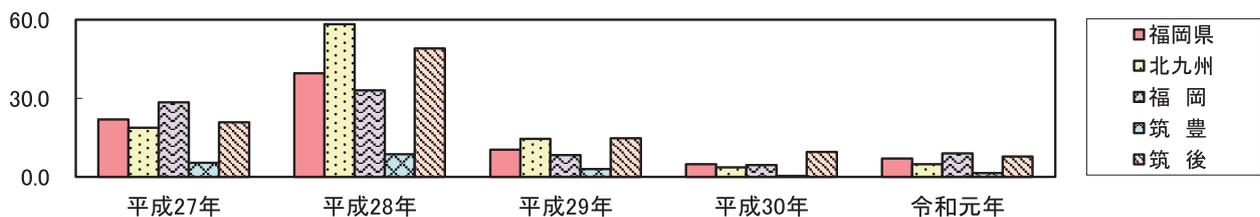
罹患年齢は0～5か月0.1% (1人; 前年1人、前々年0人)、6～11か月0.7% (6人; 前年4人、前々年6人)、1歳3.2%、2歳6.1%、3歳9.2%、4歳9.4%、5歳12.5%、6歳11.1%、7歳9.3%、8歳8.1%、9歳7.3%、10～14歳16.6%、15～19歳1.9%、20～29歳0.8%、30歳以上3.5%であった。小児科を中心に報告を受けており、7歳未満で55.7%、0歳は少なく、2～5歳が40.5%を占める。15歳以上は6.2%であった。

男女比は0.86 (男386人、女451人) で女にやや多かった。

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多数報告されている。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、定点からも多数報告があり、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。



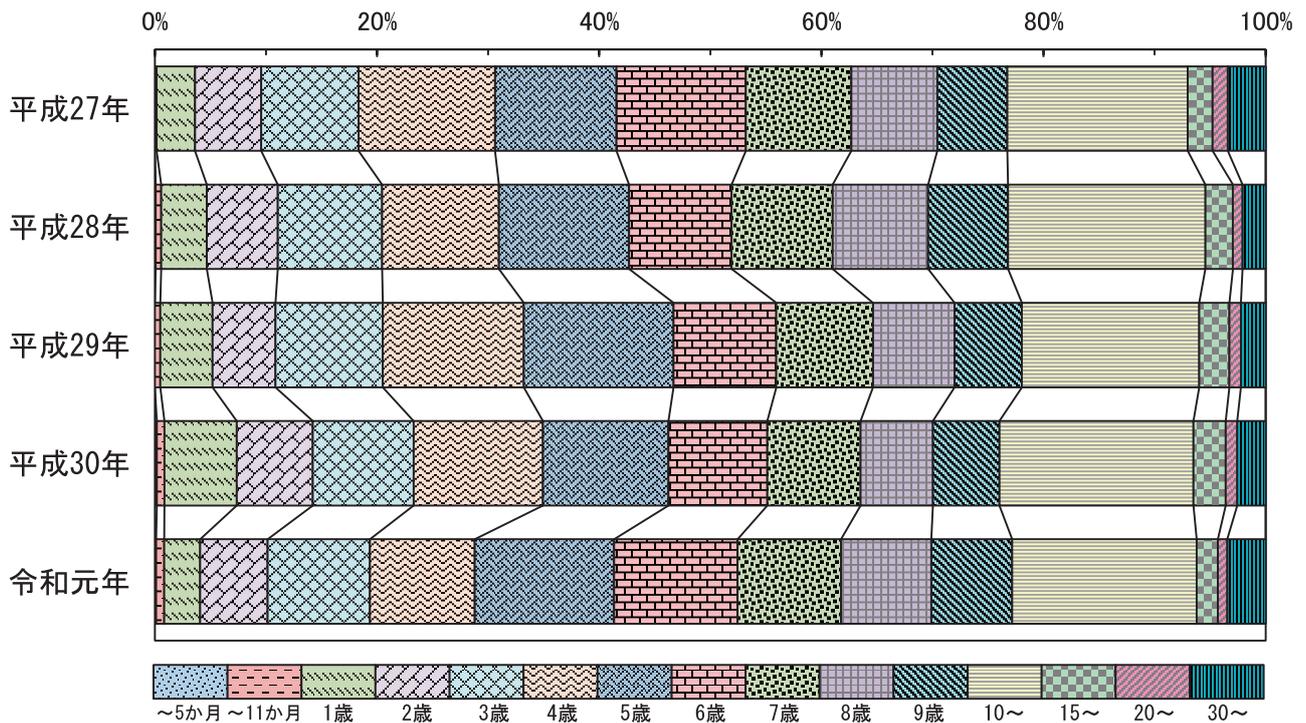
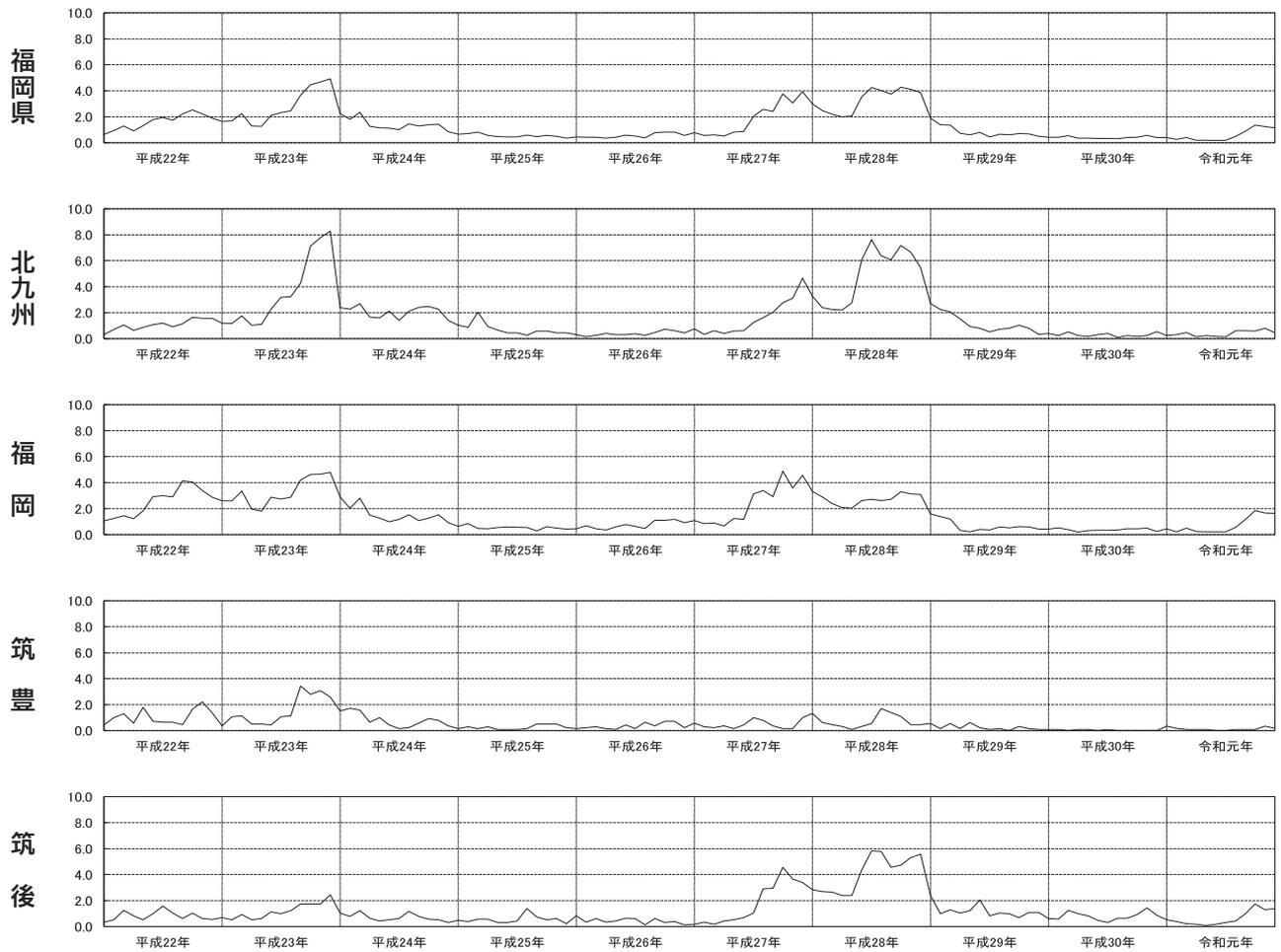
マイコプラズマ肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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0.1 (8人)、前年0.1 (7人) と前年比35%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) から令和元年 (2019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) 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、前年、今年は特に少ない。

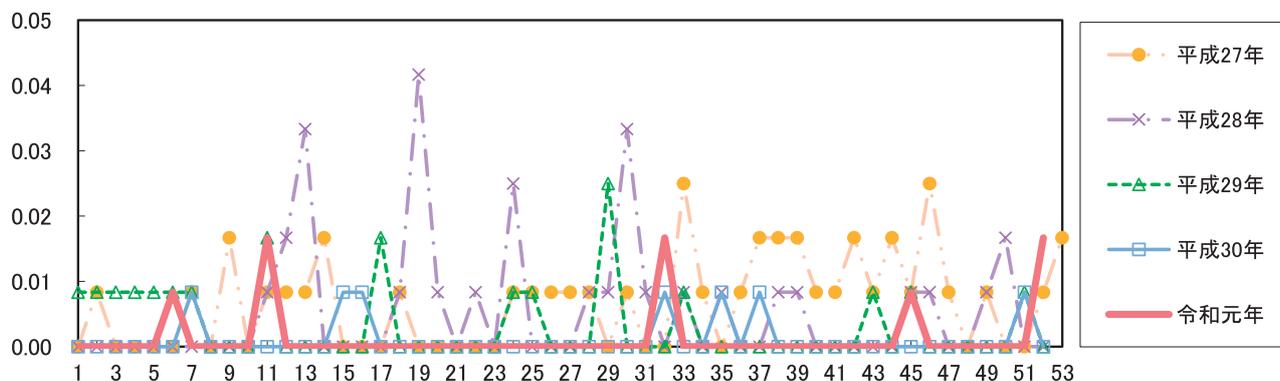
季節性は報告数が少なく不明確である。

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 (0) [北九州市0.0 (0)]、福岡0.1 (3) [福岡市0.0 (1)]、筑豊0.0 (0)、筑後0.2 (5) であった。

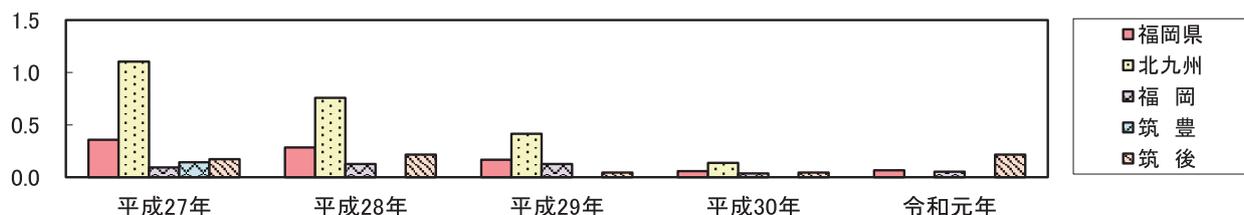
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳0.0%、3歳0.0%、4歳12.5% (1人)、5歳12.5%、6歳12.5%、7歳25.0%、8歳12.5%、9歳0.0%、10～14歳25.0%、15～19歳0.0%、20～29歳0.0%、30歳以上0.0%であった。小児科を中心に報告を受けているが、15歳未満8人、15歳以上0人で、20歳以上は0.0% (0人;前年28.6%、前々年5.0%、3年前11.8%、4年前20.9%、5年前13.0%) であった。

男女別は男5人、女3人であった。

週報にはクラミジア・ニューモニエIgM抗体測定例が報告されている。



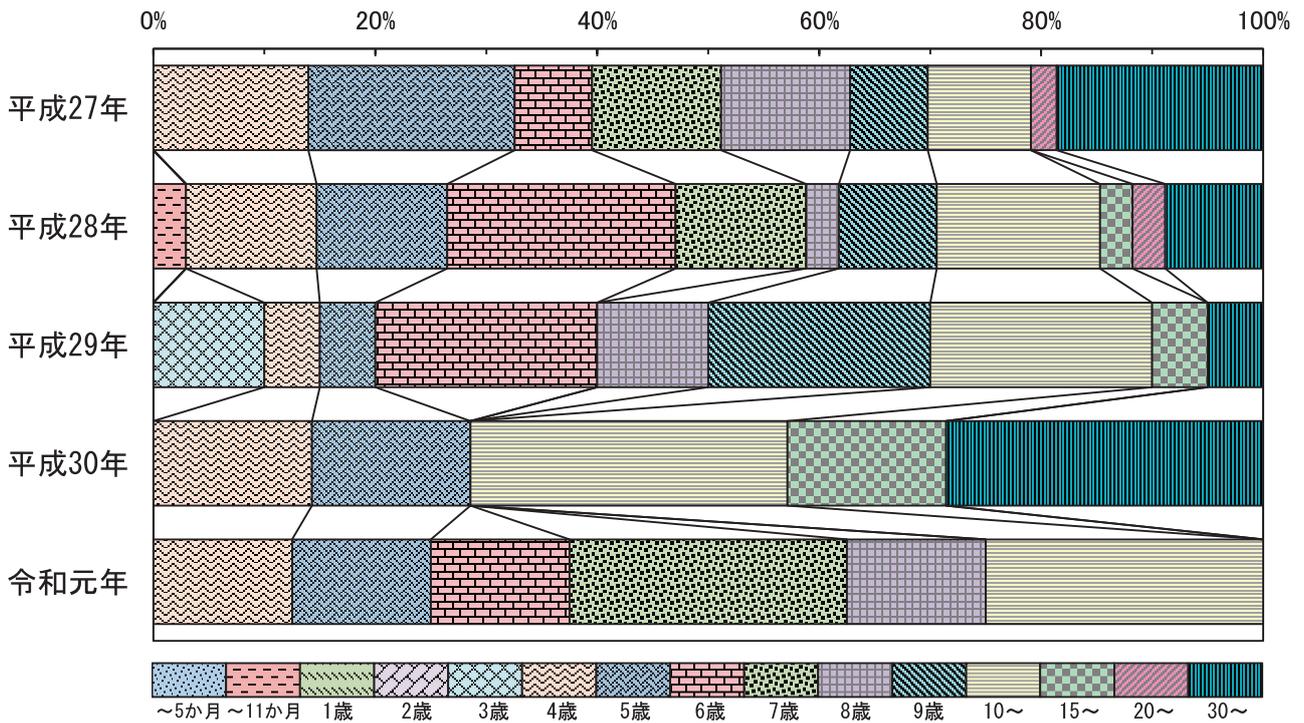
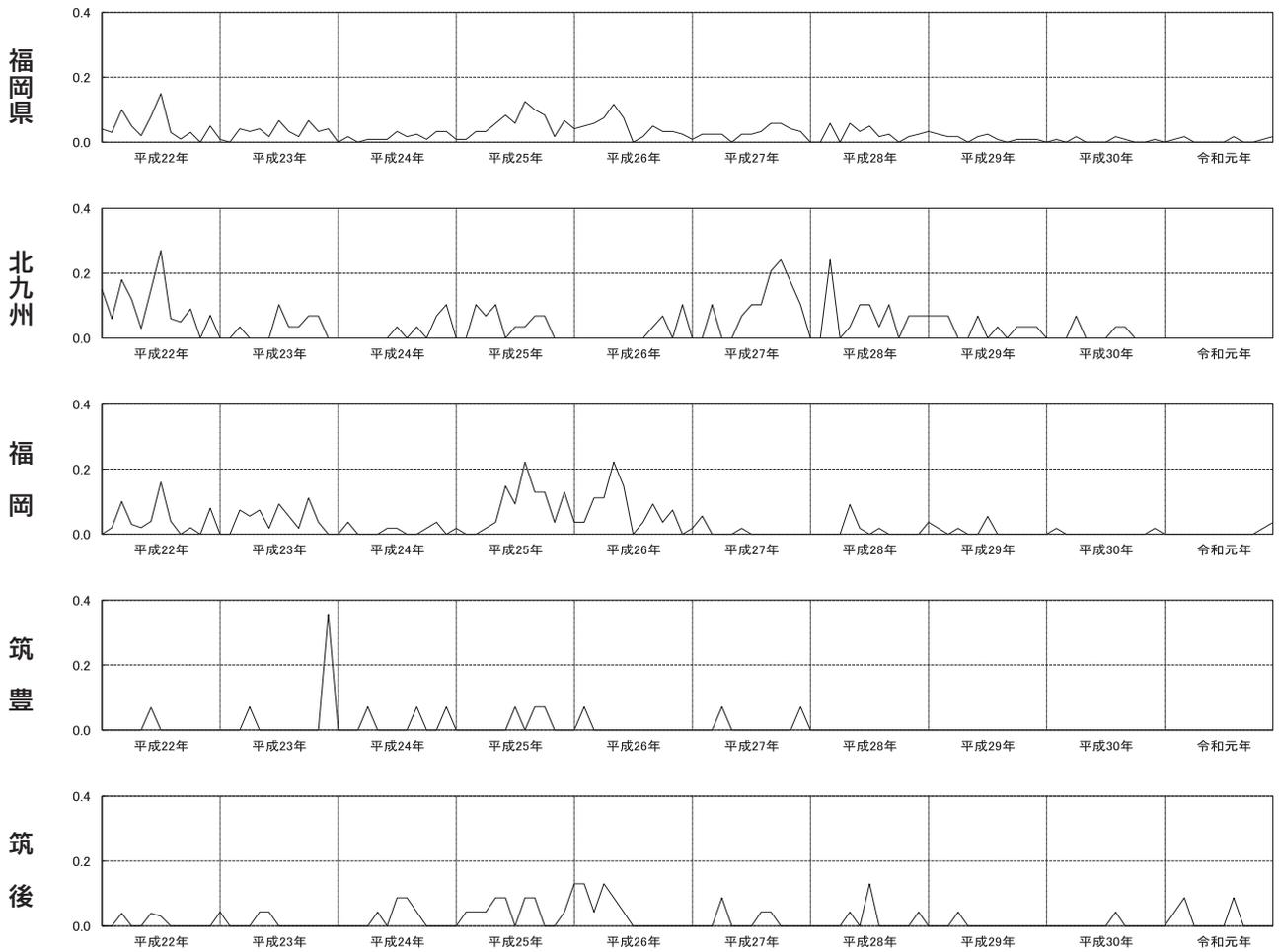
クラミジア肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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0.6（15人）、前年0.6（16人）で、前年比94%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）から令和元年（2019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。

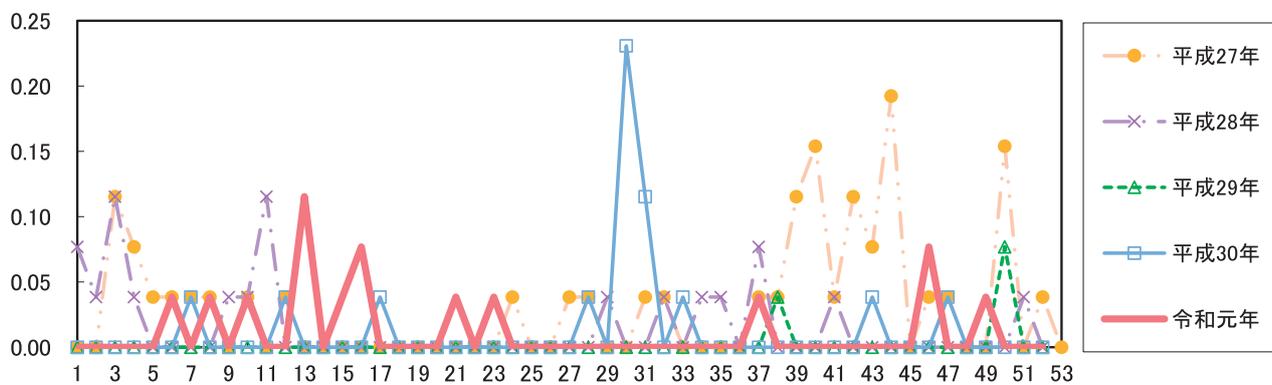
地区別報告では1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州1.3（9）[北九州市1.5（9）]、福

岡0.5（6）[福岡市0.9（6）]、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）であった。

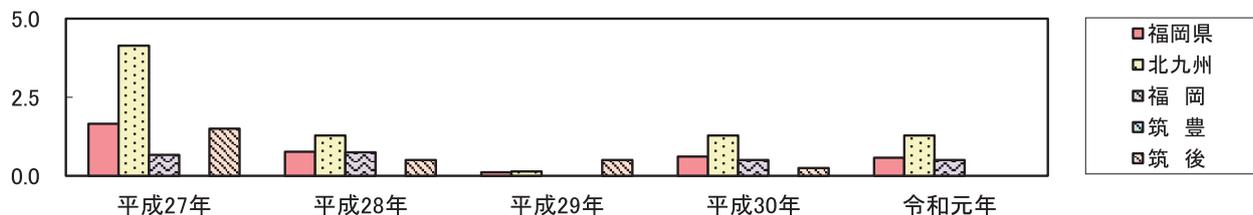
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳6.7%（1人）、2歳6.7%、3歳0.0%、4歳6.7%、5歳6.7%、6～9歳0.0%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20～29歳13.3%、30～39歳20.0%、40～49歳6.7%、50～59歳6.7%、60～69歳20.0%（3人）、70歳以上0.0%であった。20歳以上が66.7%（前年87.5%、前々年100.0%）を占めている。

男女別は男6人、女9人であった。

福岡県の検査では今年検体提出がなかった。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。



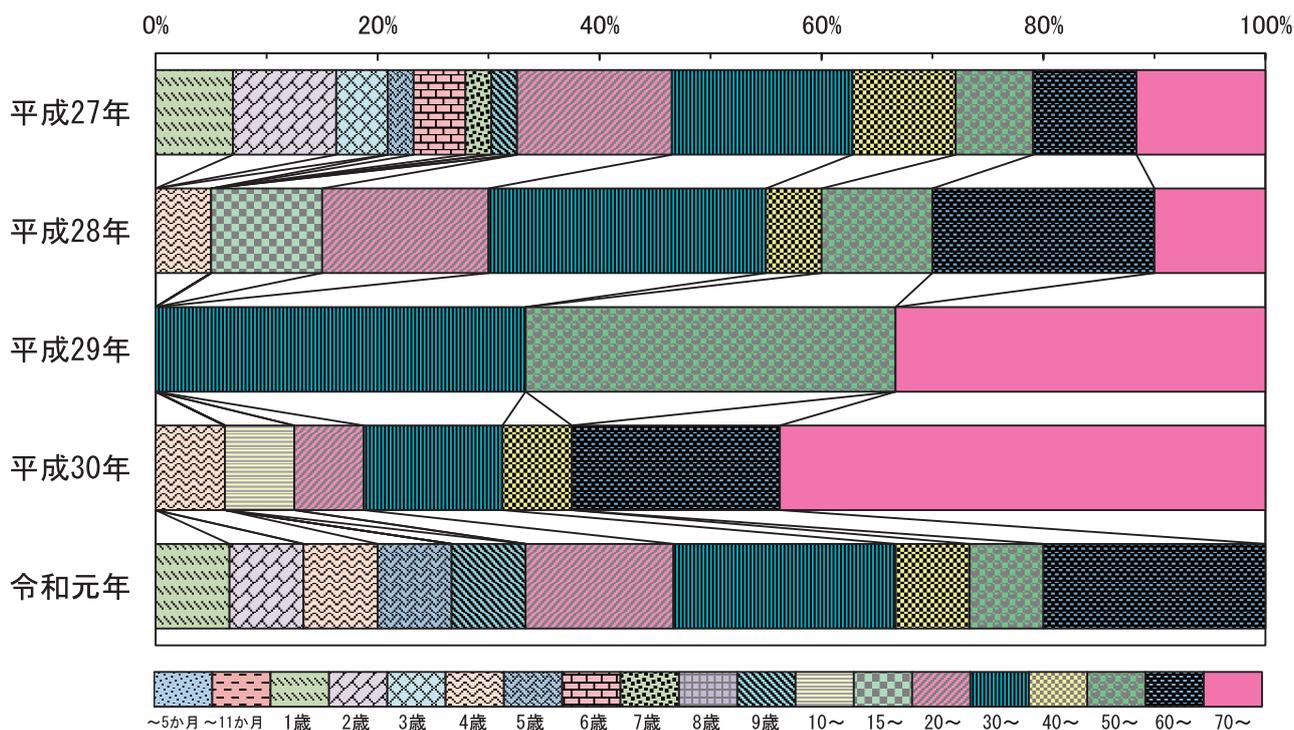
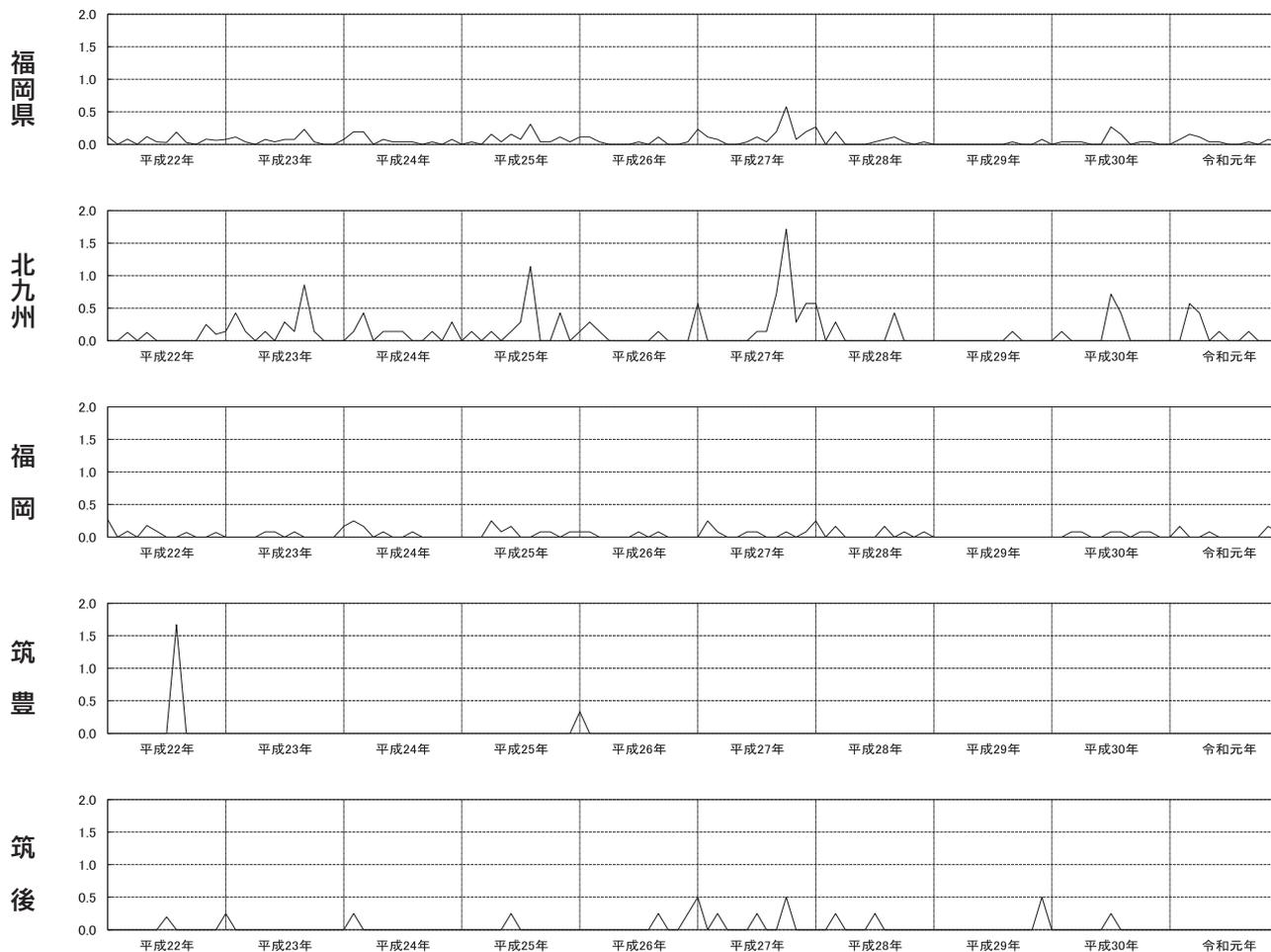
急性出血性結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



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54.5（1,418人）、前年74.6（1,939人）と前年比73%と減少した。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）から令和元年（2019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と推移した。最近10年間で2番目に多かった前年からは減少したが多発している。

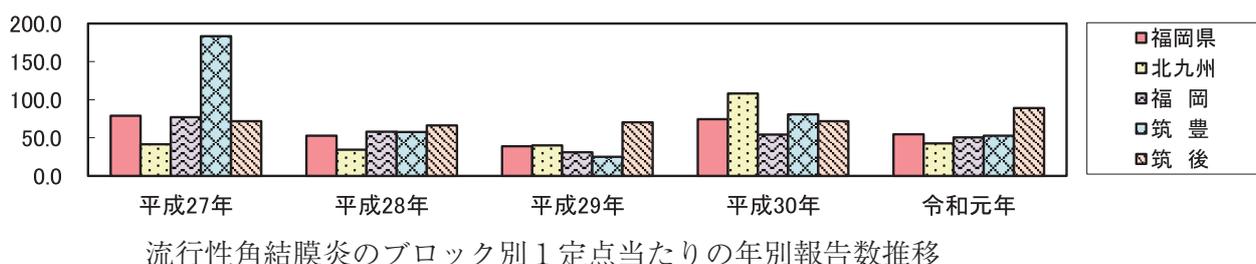
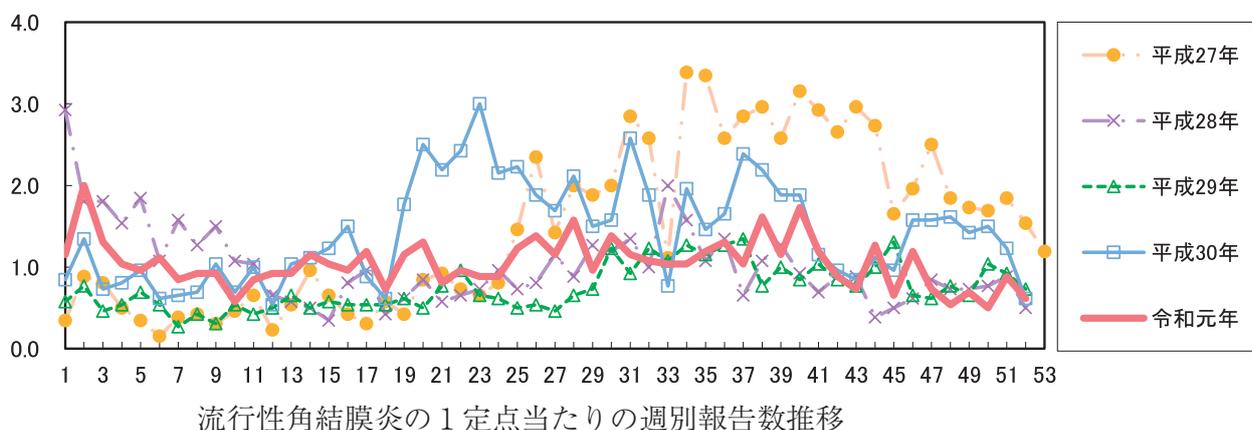
季節的にはもともと通年性の発生であり、今年も季節性は見られなかった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州42.6（298）[北九州市30.7（184）]、福岡50.4（605）[福岡市52.7（369）]、筑豊52.7（158）、筑後89.3（357）であった。

罹患年齢は0～5か月0.7%、6～11か月0.8%、1歳4.7%、2歳4.2%、3歳3.2%、4歳3.2%、5歳3.2%、6歳2.5%、7歳2.2%、8歳1.3%、9歳2.0%、10～14歳3.7%、15～19歳3.0%、20～29歳11.7%、30～39歳24.8%、40～49歳12.9%、50～59歳5.8%、60～69歳6.7%、70歳以上3.4%であった。20歳以上が65.3%（前年66.1%、前々年66.6%）と例年のように成人が多く、年齢分布に大きな変動はない。

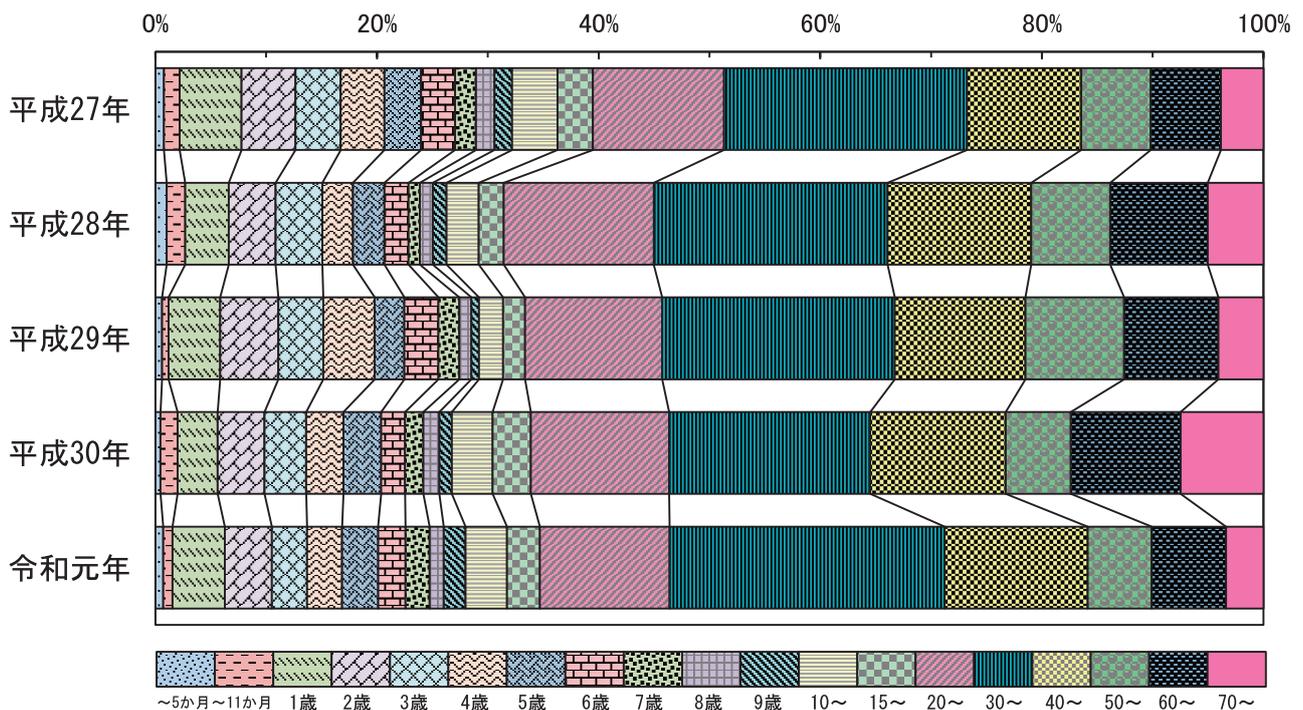
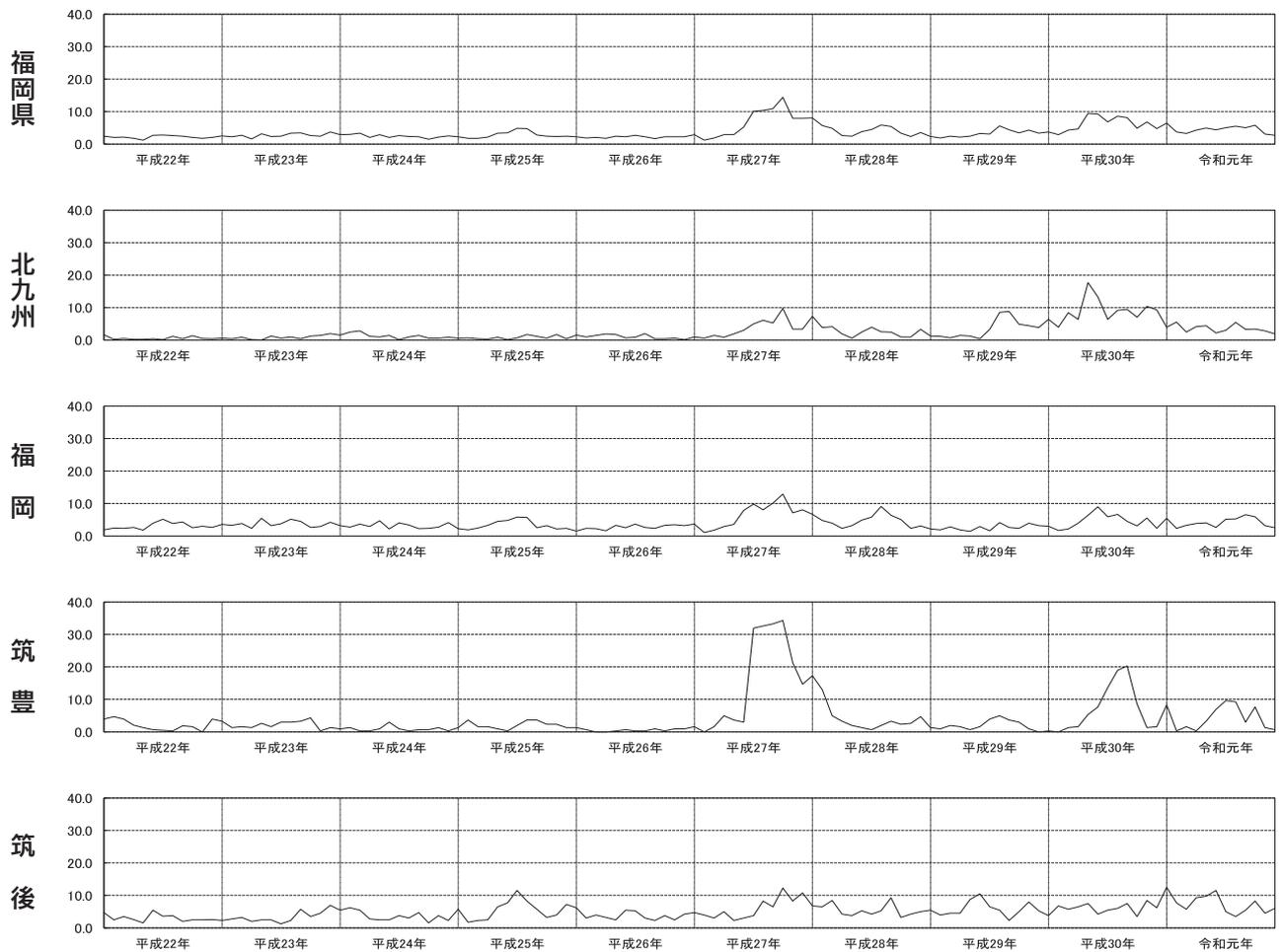
男女比は0.99（男706人、女712人）で男女差はなかった。

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結膜ぬぐい液3検体が提出され、アデノ56型1件が検出された。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

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1.0（15人）、前年1.3（20人）と前年比75%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）から令和元年（2019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）

と推移し、今年減少した。

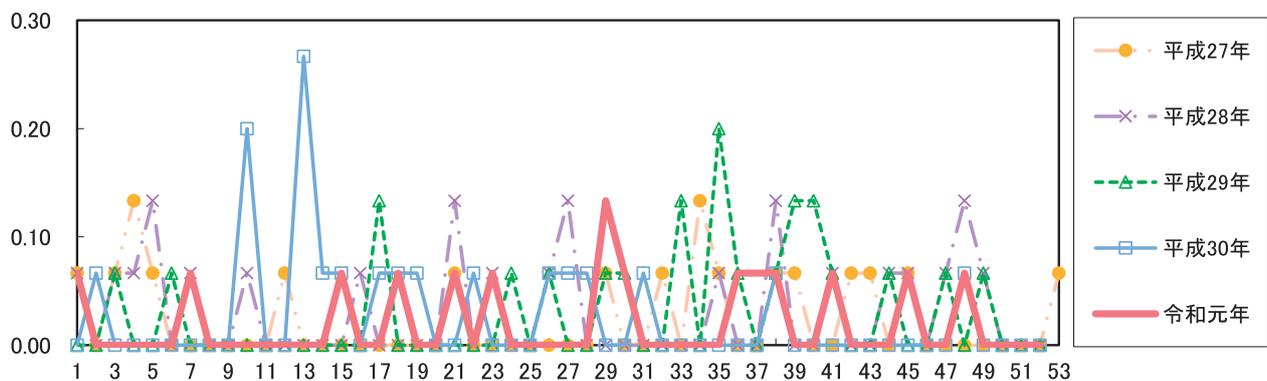
季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.3（1）[北九州市0.5（1）]、福岡0.8（4）[福岡市1.5（3）]、筑豊2.3（7）、筑後0.8（3）と筑豊地区からの報告が多かった。

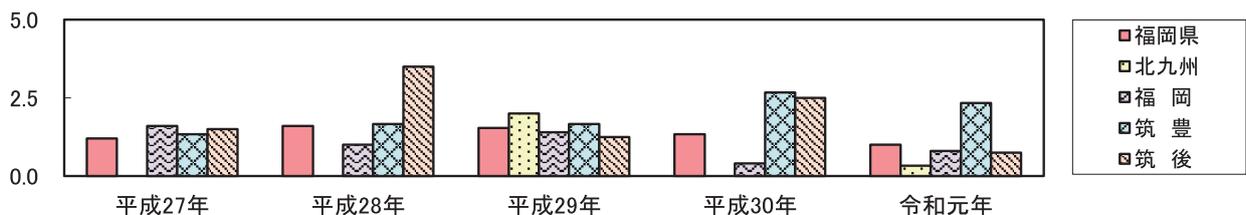
罹患年齢は0～5か月33.3%（5人）、6～11か月0.0%、1～4歳0.0%、5歳6.7%、6～19歳0%、20～29歳6.7%、30～39歳0.0%、40～49歳0.0%、50～59歳6.7%、60～69歳6.7%、70～79歳26.7%（4人）、80歳以上13.3%（2人）であった。0歳5人、5歳1人、20歳以上9人で、成人に多かった。

男女別では男6人、女9人であった。

病原体として報告されたのは、*Streptococcus agalactiae* 2人（0～5か月女、70～80歳女）、*Streptococcus* 群不明1人（0～5か月男）、*Enterobacter* sp 1人（0～5か月女）の計4人であった。



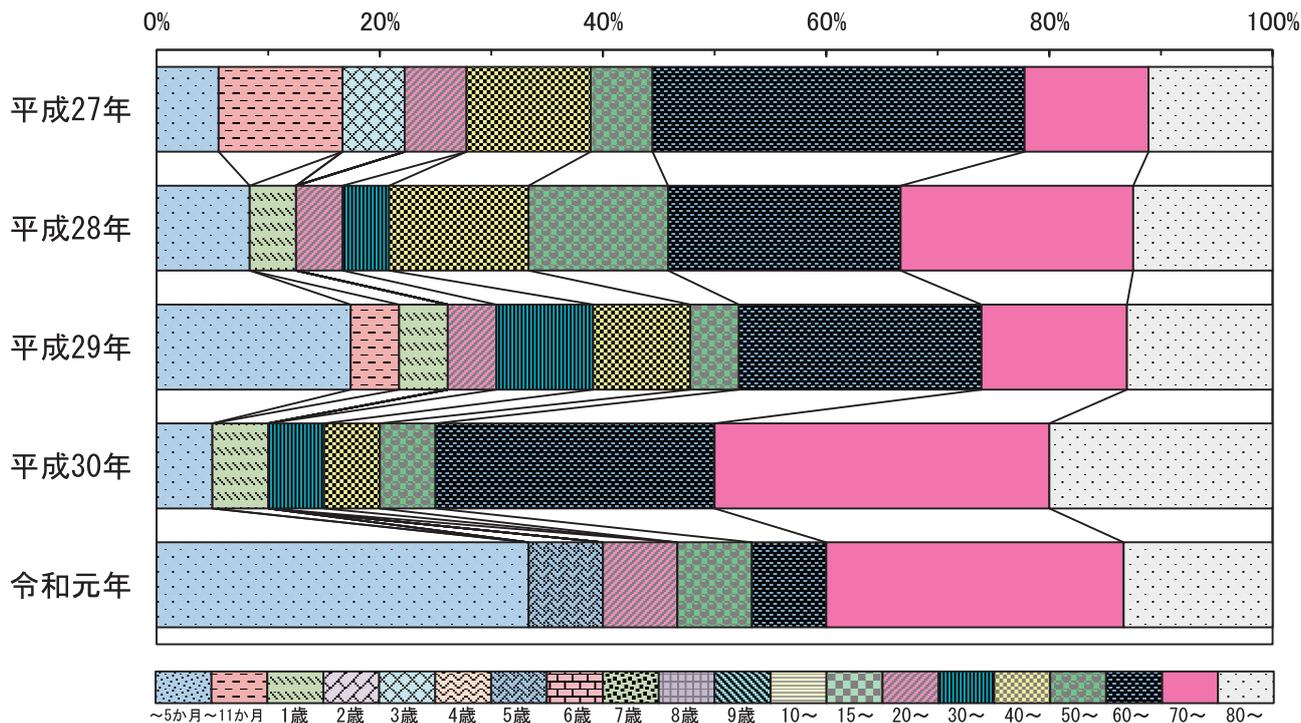
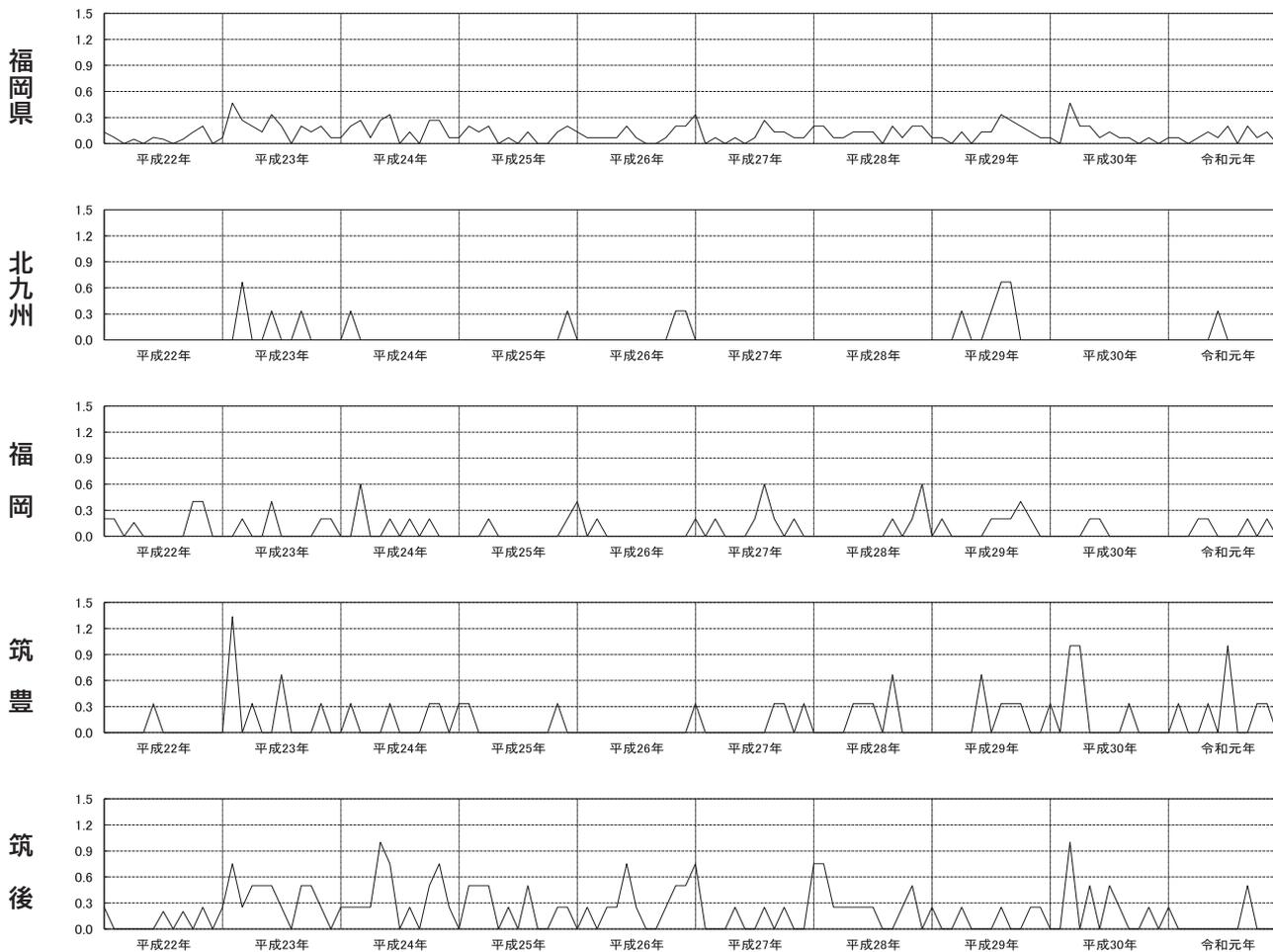
細菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



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3.1（46人）、前年3.5（53人）と前年比87%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）から令和元年（2019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）と推移している。3年連続減少しているが報告数は比較的多い。

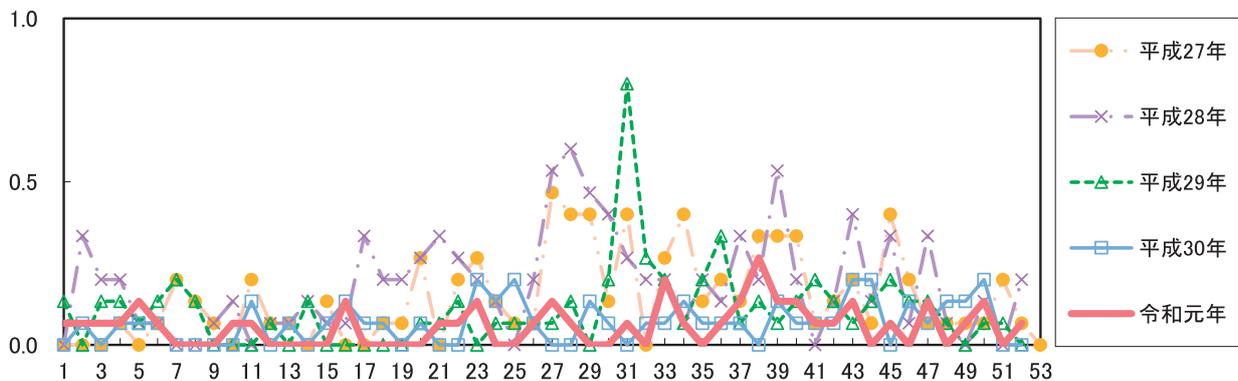
季節的には夏期に多発する疾患であるが、今年も夏期の多発は目立たなかった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州3.7（11）[北九州市5.5（11）]、福岡3.0（15）[福岡市6.0（12）]、筑豊5.3（16）、筑後1.0（4）で、前年、今年とも筑豊地区がやや多い。

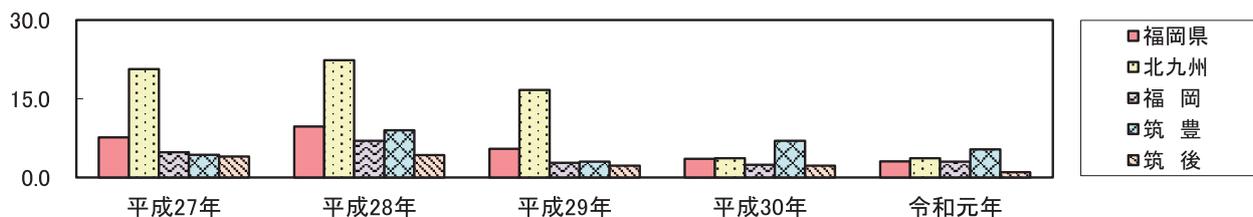
罹患年齢は0～5か月15.2%（7人）、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳0.0%、3歳4.3%、4歳2.2%、5歳0.0%、6歳0.0%、7歳2.2%、8歳2.2%、9歳4.3%、10～14歳15.2%、15～19歳4.3%、20～29歳21.7%、30～39歳10.9%、40～49歳4.3%、50～59歳0.0%、60～69歳2.2%、70～79歳4.3%、80歳以上6.5%と分布した。今年15歳未満が45.7%（21人；前年37.7%、前々年65.9%、3年前54.1%）、20歳以上は50.0%（23人；前年56.6%、前々年28.0%、3年前40.4%）で、成人の報告数が多かった。

男女比は1.88（男30人、女16人）で男が多かった。

病原体として報告されたのは HSV NT 1人（20～29歳女）、VZV 4人（20～29歳男、30～39歳男、70～79歳女、80歳以上女）、Enterovirus NT 2人（0～5か月男2人）であった。



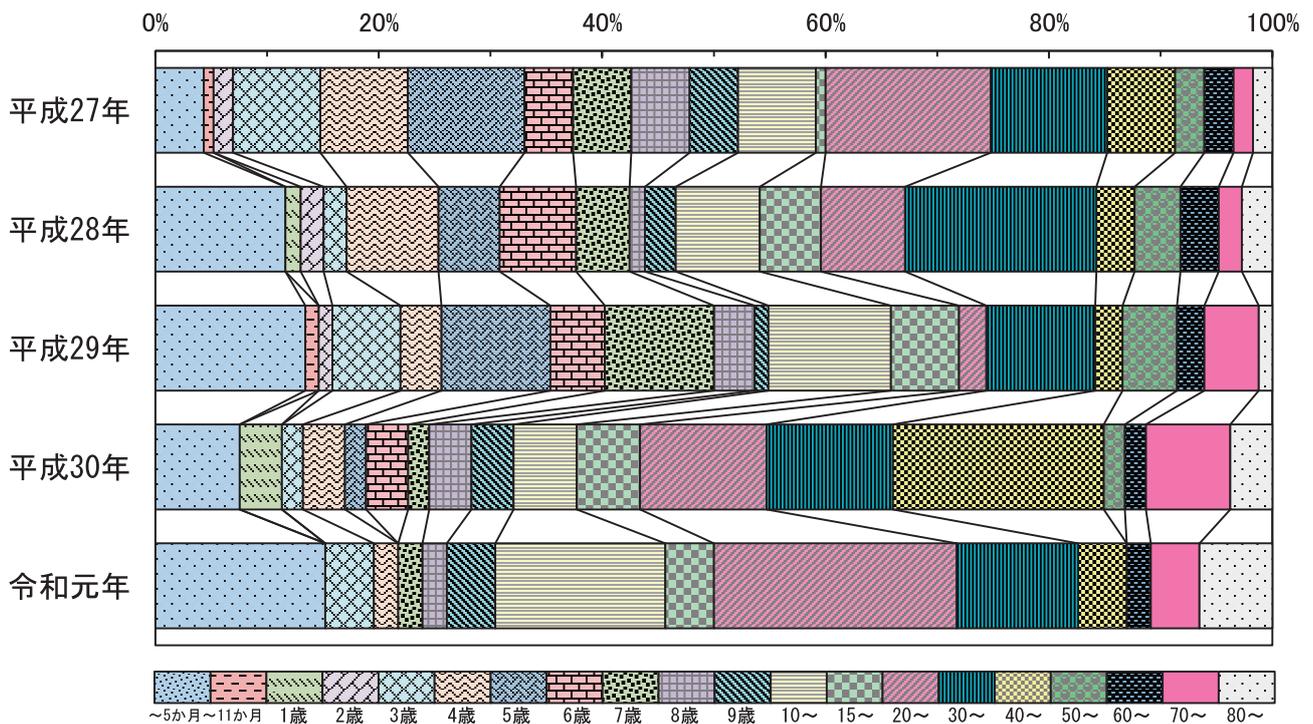
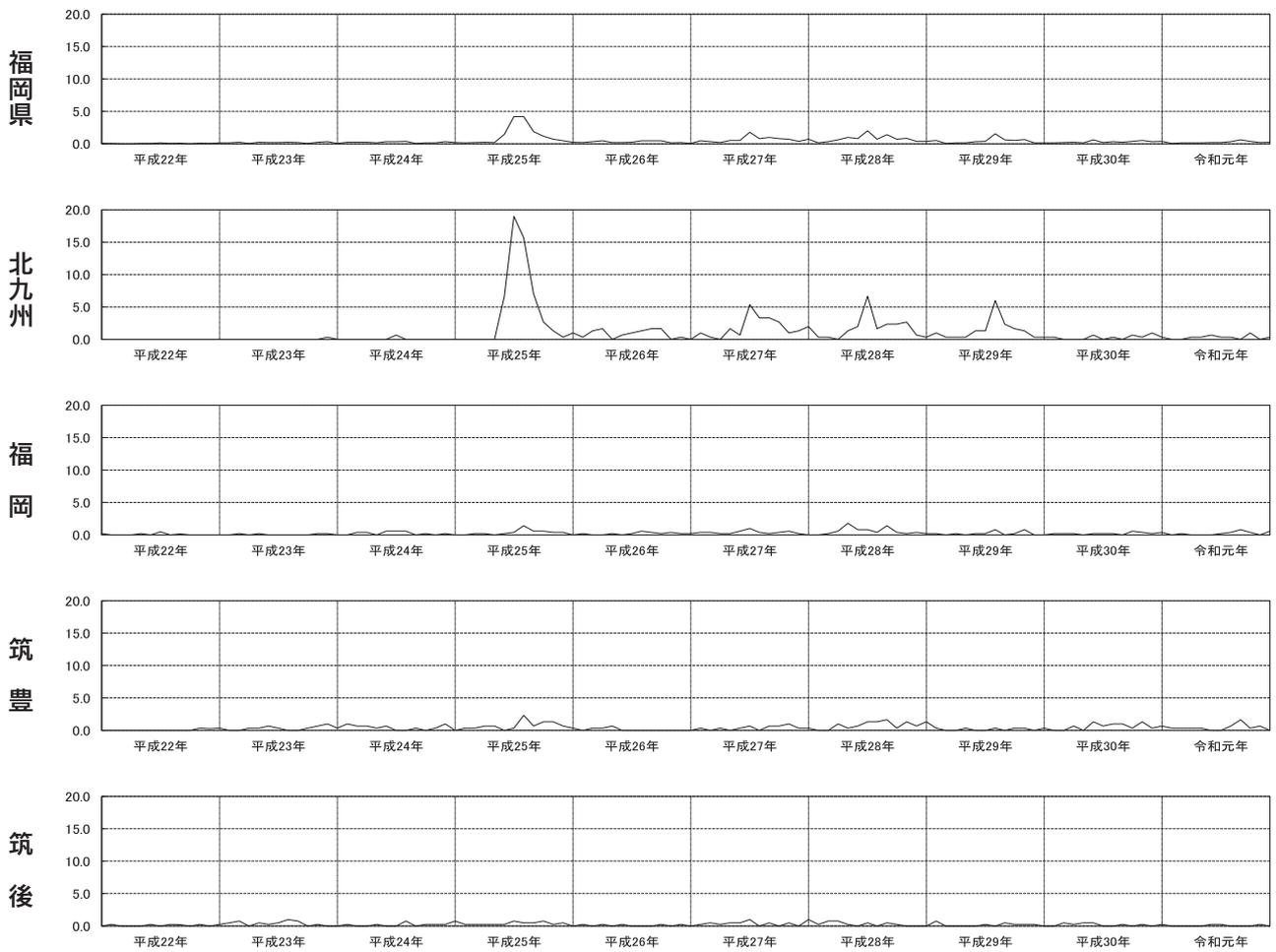
無菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



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10.2 (153人)、前年11.8 (177人) と前年比86%に増加した。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) は平成12年 (2000年) から令和元年 (2019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) と推移している。平成23年をピークに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3年連続で減少している。小児科定点のマイコプラズマ肺炎とほぼ同様の傾向である。

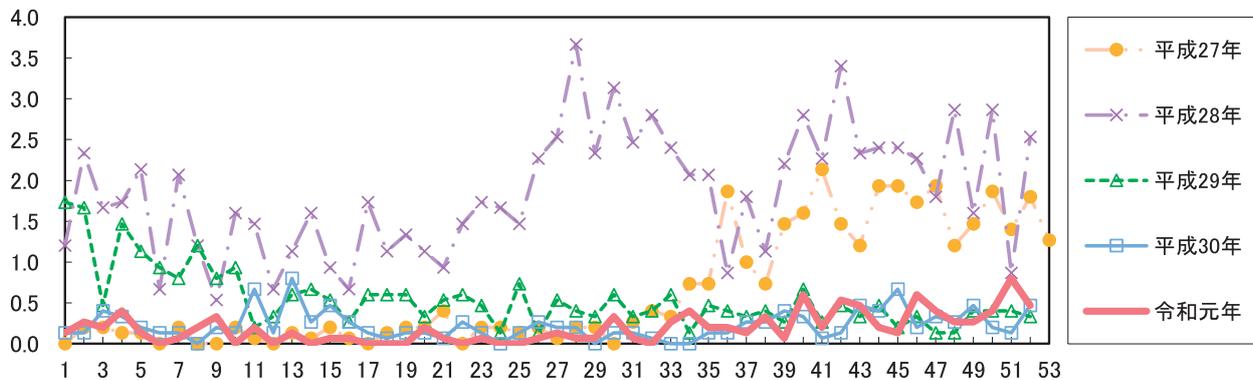
今年も報告数は少なく、季節性ははっきりしな

いが、年の後半に増加してきており次の流行をうかがわせる。

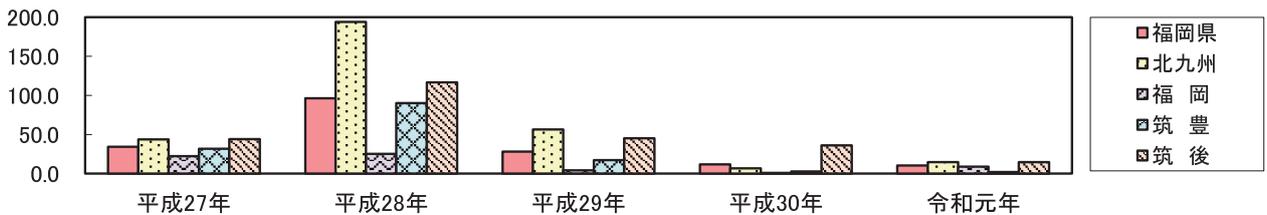
地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州14.7 (44) [北九州市22.0 (44)]、福岡8.8 (44) [福岡市7.0 (14)]、筑豊2.0 (6)、筑後14.8 (59) と、各地区とも少ない。

罹患年齢は0～5か月0.7% (1人)、6～11か月0.7%、1歳2.0%、2歳7.8%、3歳9.2%、4歳9.2%、5歳9.2%、6歳7.8%、7歳7.8%、8歳4.6%、9歳6.5%、10～14歳24.2%、15～19歳3.3%、20～29歳2.6%、30～39歳1.3%、40～49歳2.0%、50～59歳0.0%、60～69歳1.3%、70～79歳0.0%、80歳以上0.0%と分布した。例年0歳の報告は少なく、2人のみであった。7歳未満が46.4% (前年54.8%、前々年57.7%、3年前51.7%) と小児に多く、20歳以上は3.4% (前年3.4%、前々年7.3%、3年前5.7%) であった。

男女比は0.87 (男71人、女82人) で女にやや多かった。



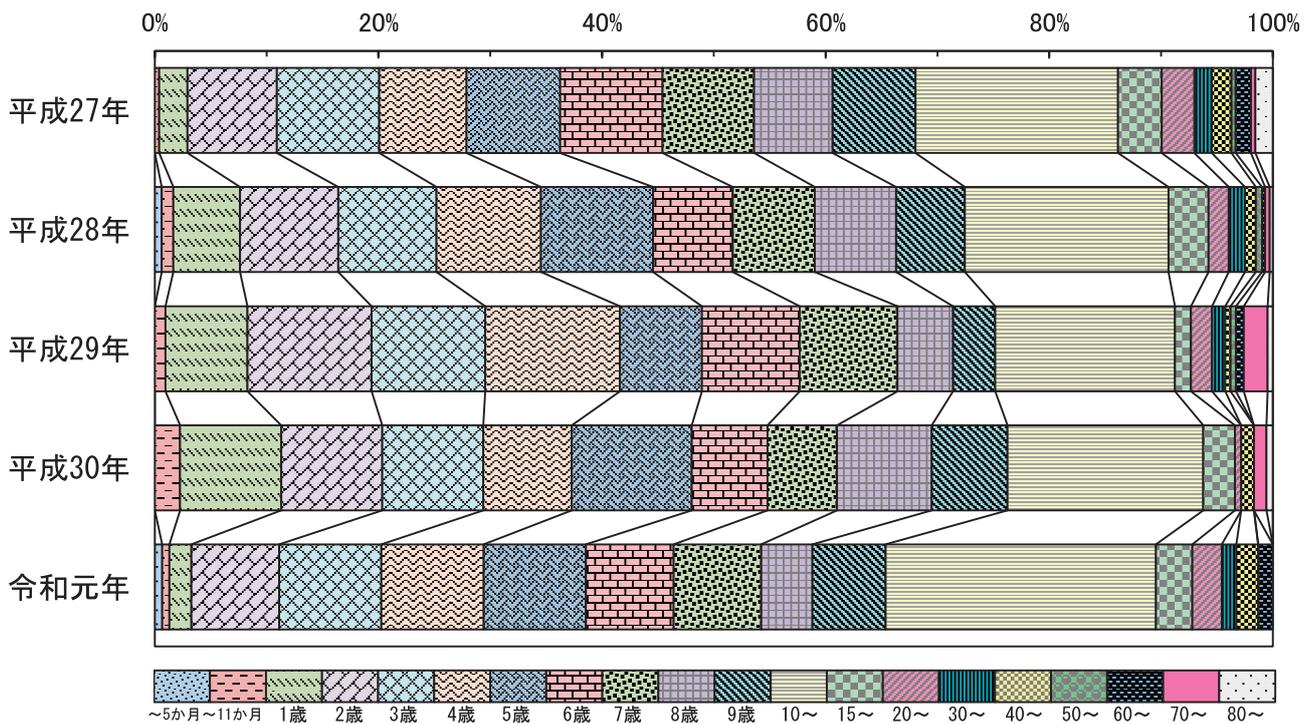
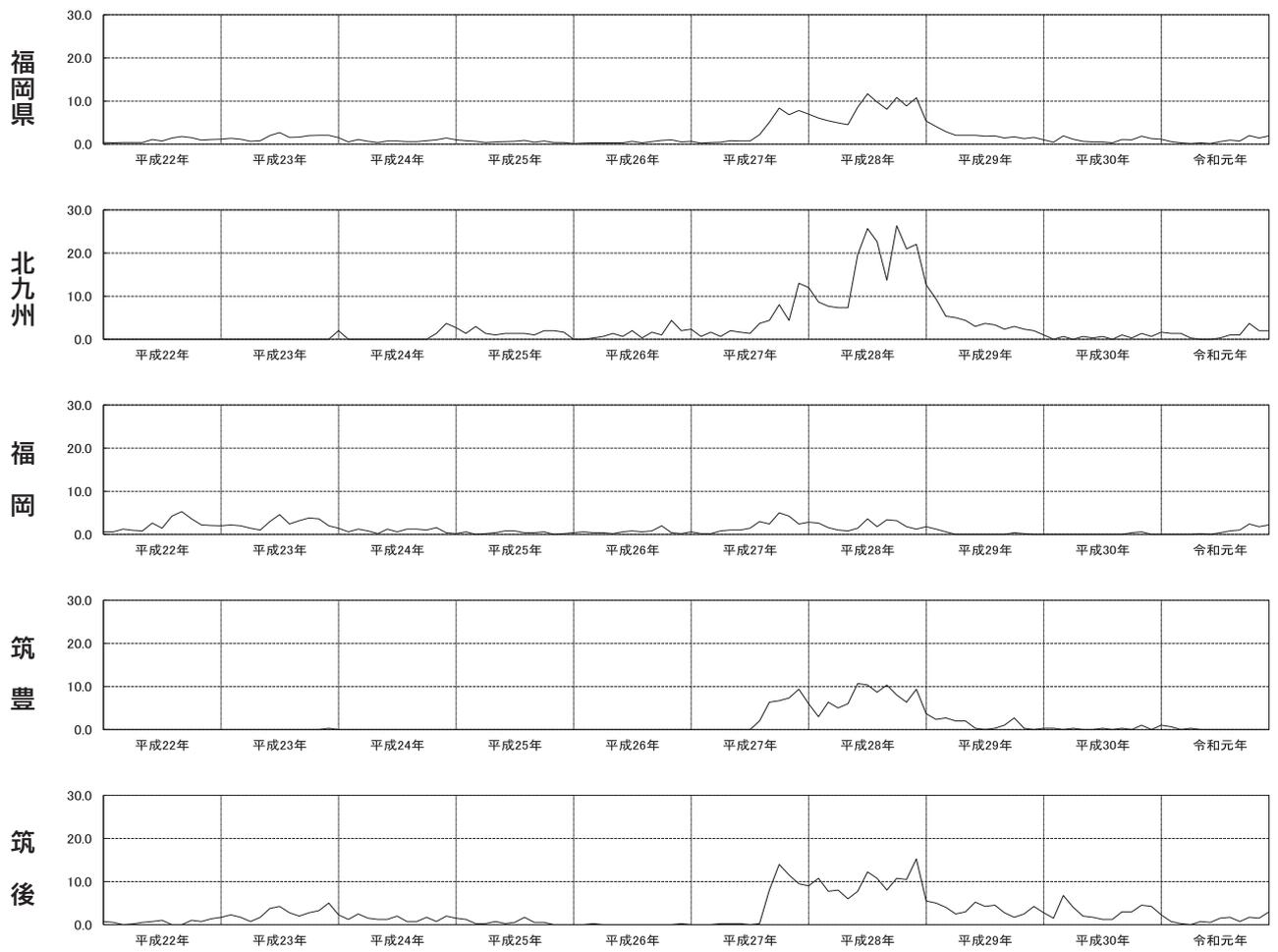
マイコプラズマ肺炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



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）



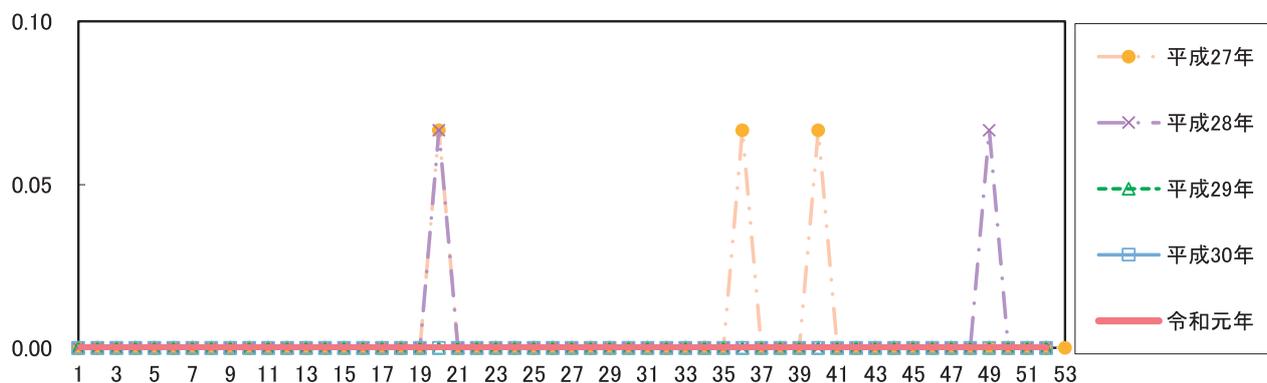
4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）[基幹定点]

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0.0（0人）と3年連続ゼロ報告であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和元年（2019

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）と推移し、報告数が非常に少なく、ここ3年間は0報告である。

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。



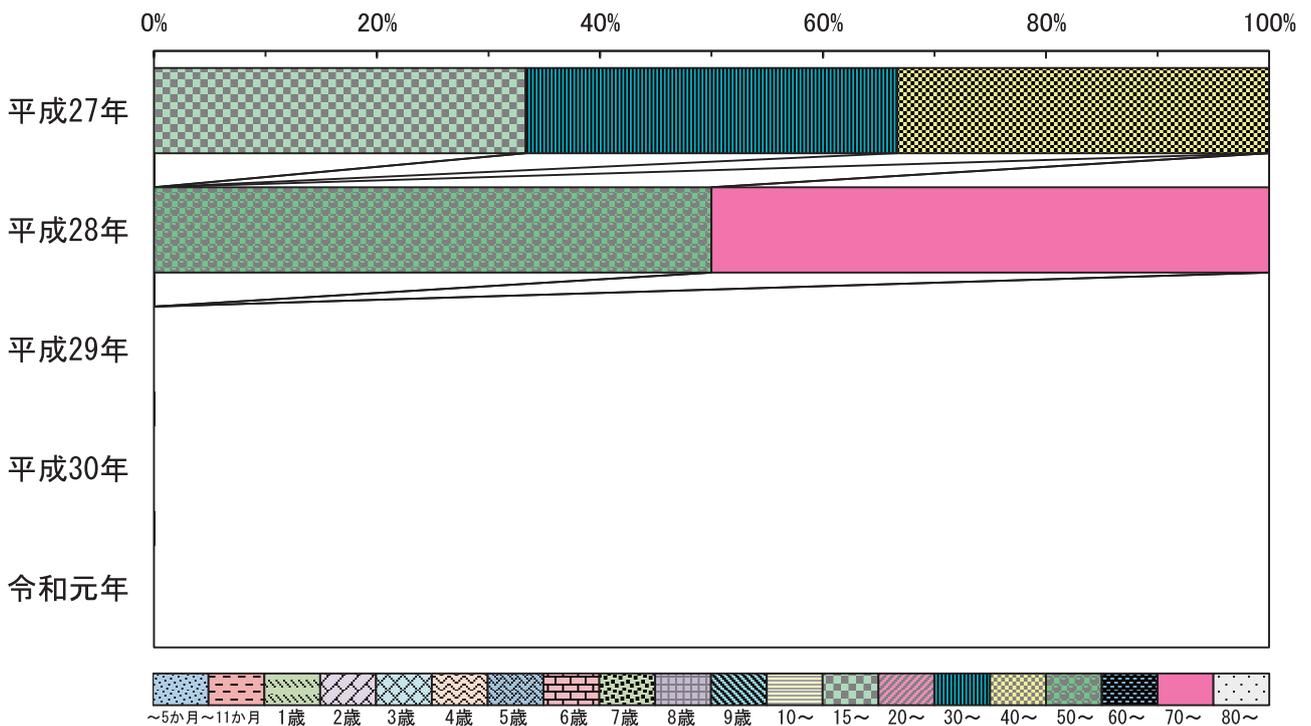
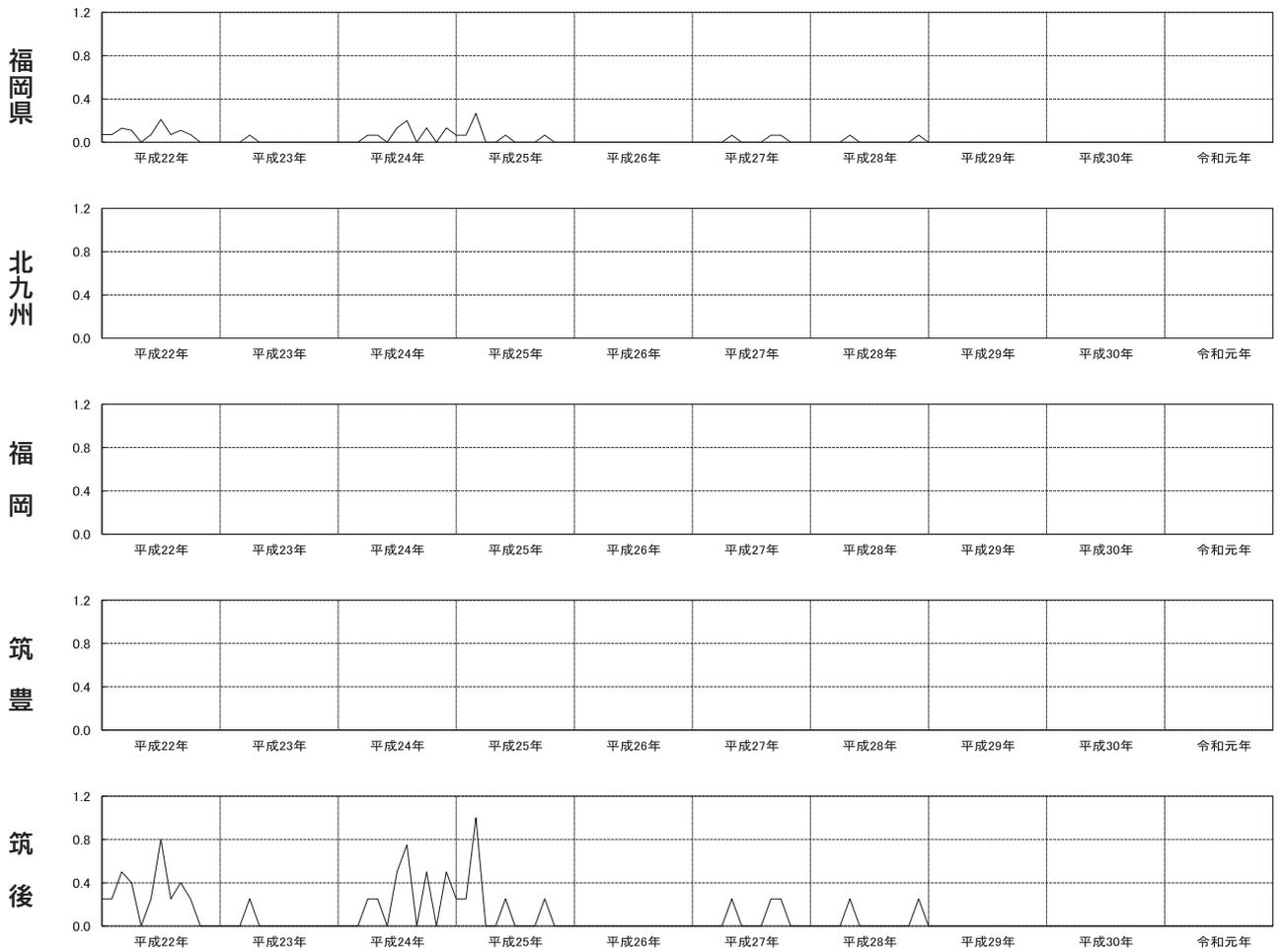
クラミジア肺炎 [基幹] の1 定点当たりの週別報告数推移



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)



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」）は今年69.1（1,036人）で前年の58.3（875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）から令和元年（2019年）までそれぞれ21.5、12.1、21.9、22.3、37.5、41.6、58.3、69.1で今年が平成24年以降一番多かった。2018/19年シーズンの流行による入院に加えて、2019/20年シーズンの流行による入院患者が9月以降にみられたことが要因と考えられる

福岡県では、平成31年1月から令和元年12月において、2018/19年シーズンの流行による入院は、平成31年1月が最も多く（入院患者数は565人）、1月から4月に集中しており5月から8月のインフルエンザによる入院患者は少なかった。2019/20年シーズンの流行の始まりは例年より早く、入院患者数は9月から増加がみられ、12月の入院患者数は225人と例年より多かった。

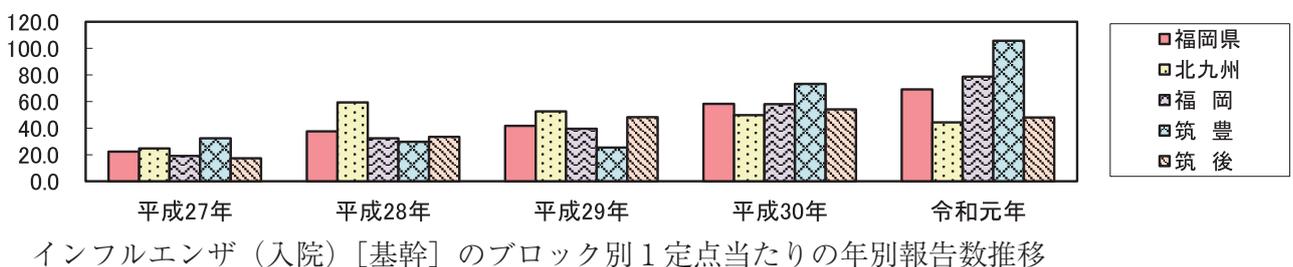
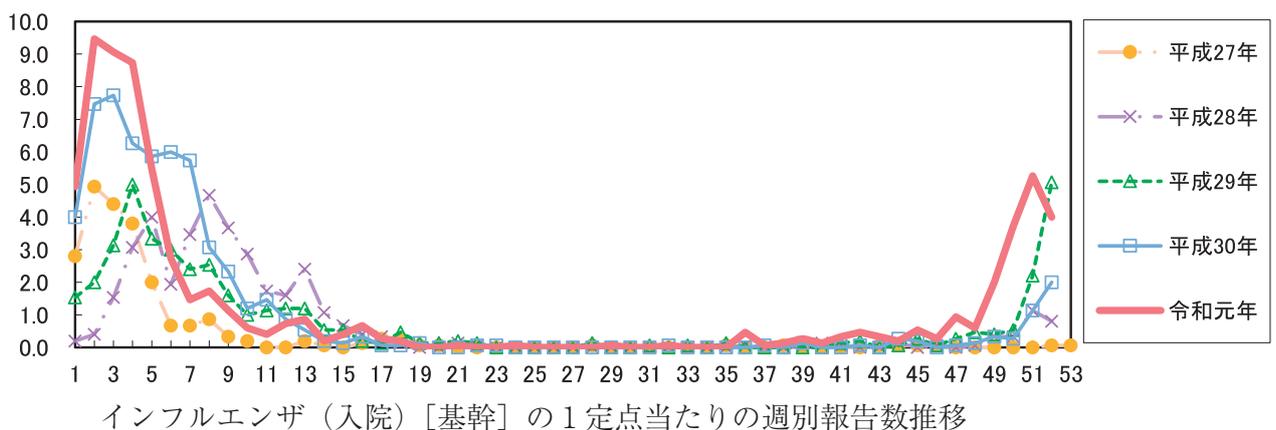
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）

は、北九州44.3（133）[北九州市60.5（121）]、福岡78.8（394）[福岡市100.5（201）]、筑豊105.7（317）、筑後48.0（192）で、福岡と筑豊での増加が目立った。

入院患者年齢は0～5か月2.9%、6～11か月2.0%、1歳6.1%、2歳3.8%、3歳4.0%、4歳2.9%、5歳2.9%、6歳2.6%、7歳2.8%、8歳1.8%、9歳1.5%、10～14歳4.1%、15～19歳0.5%、20～29歳1.2%、30～39歳1.0%、40～49歳2.1%、50～59歳3.7%、60～69歳8.0%、70～79歳19.8%、80歳以上26.4%で、80歳以上の割合が一番高く、年齢分布は昨年と大きな違いはなかった。インフルエンザ患者に占める60歳以上の割合は低いですが、インフルエンザによる入院では60歳以上が50%以上を占めている状況が続いている。

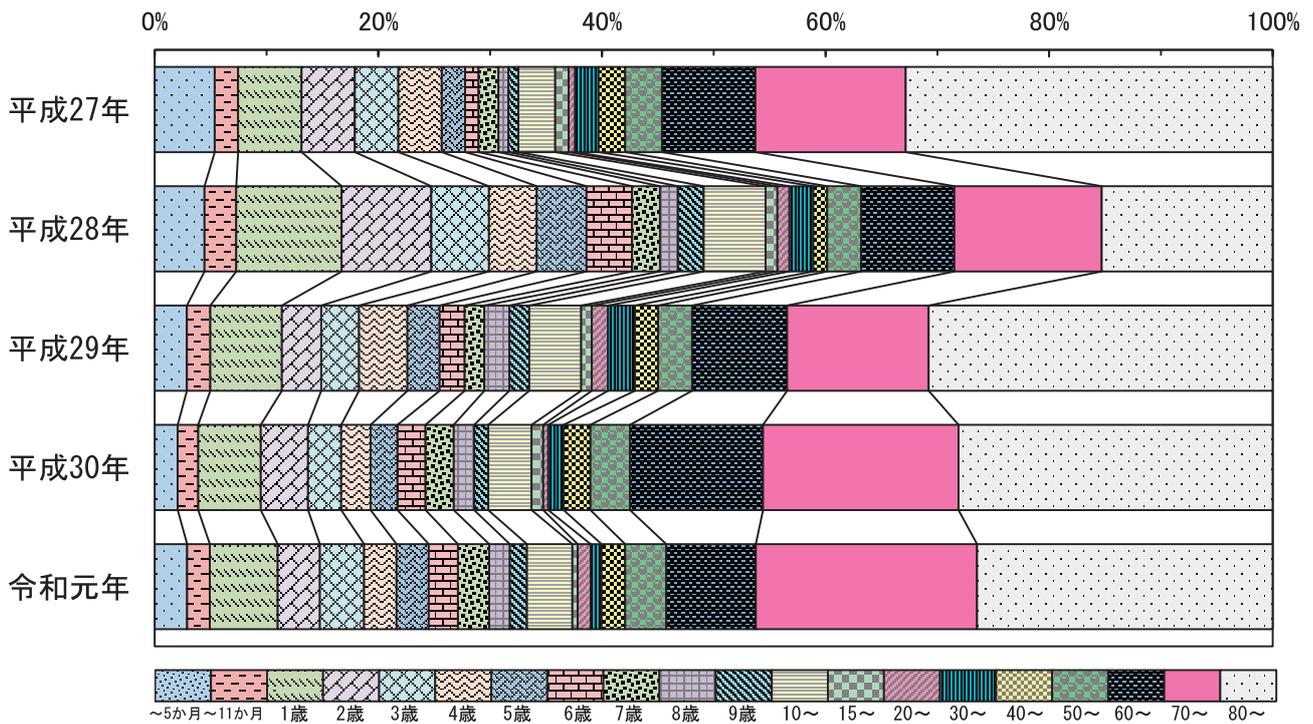
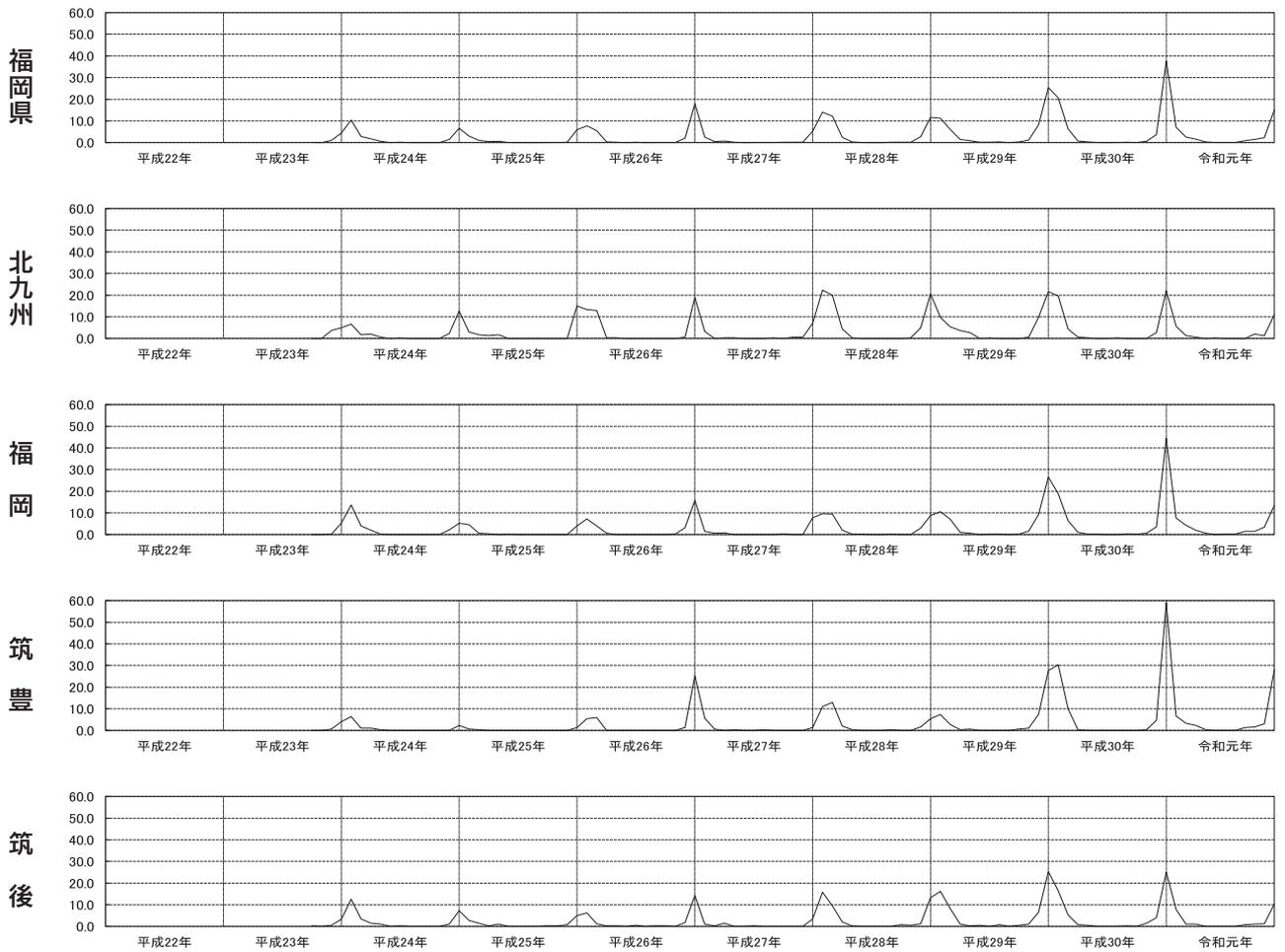
男女比は1.14で例年と同様に男が少し多かった。

入院時の状況としてはICU入室が32人、人工呼吸器の利用が12人で重症者の数は昨年と同様であった。60歳以上のICU入室の患者は22人、人工呼吸器の利用は7人で、昨年と同様に重症例は高齢者に集中していた。迅速診断キットによるウイルス型は、A型1,028人で、B型8人で、B型による入院は非常に少なかった。



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る。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5.9（88人）、前年5.4（81人）である。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成25年（2013年）から令和元年（2019年）まで0.0（0）、2.6（39）、2.1（32）、2.0（30）、3.6（54）、5.4（81）、

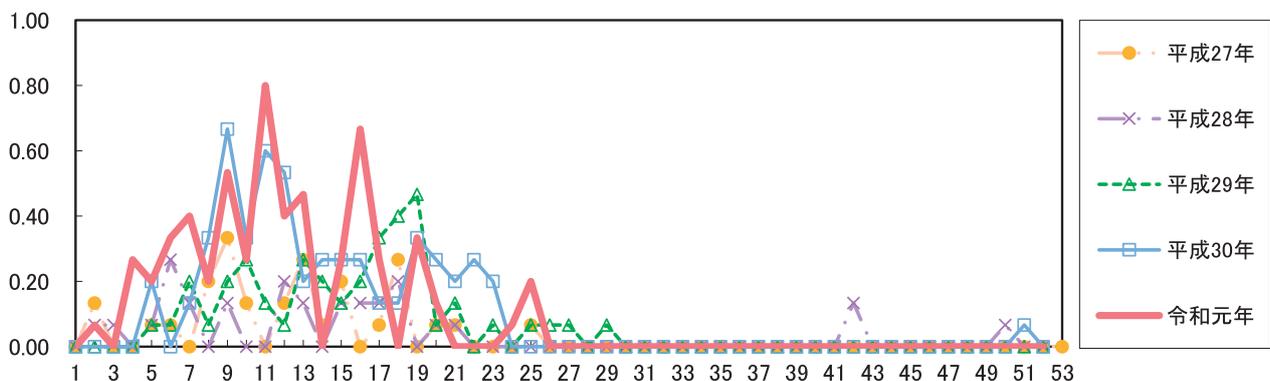
5.9（88）と推移し、連続して報告数が増加している。

季節性では1～6月の報告で、3月にピークがあった。

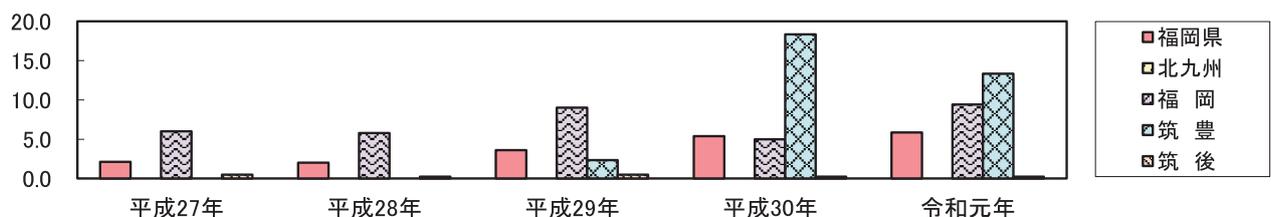
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡9.4（47）〔福岡市15.0（30）〕、筑豊13.3（40）、筑後0.3（1）と今年は筑豊地区と福岡地区の報告が多かった。

罹患年齢は0～5か月5.7%（5人）、6～11か月13.6%（12人）、1歳29.5%（26人）、2歳14.8%、3歳9.1%、4歳6.8%、5歳6.8%、6歳2.3%、7歳2.3%、8歳2.3%、9歳1.1%、10～14歳3.4%、15～19歳0.0%、20～29歳1.1%（1人）、30～39歳0.0%、40～49歳0.0%、50～59歳0.0%、60～69歳0.0%、70～79歳0.0%、80歳以上1.1%（1人）と分布した。0歳から3歳が多く72.7%（前年75.3%、前々年63.0%）を占めた。

男女比は1.44（男52人、女36人）であった。



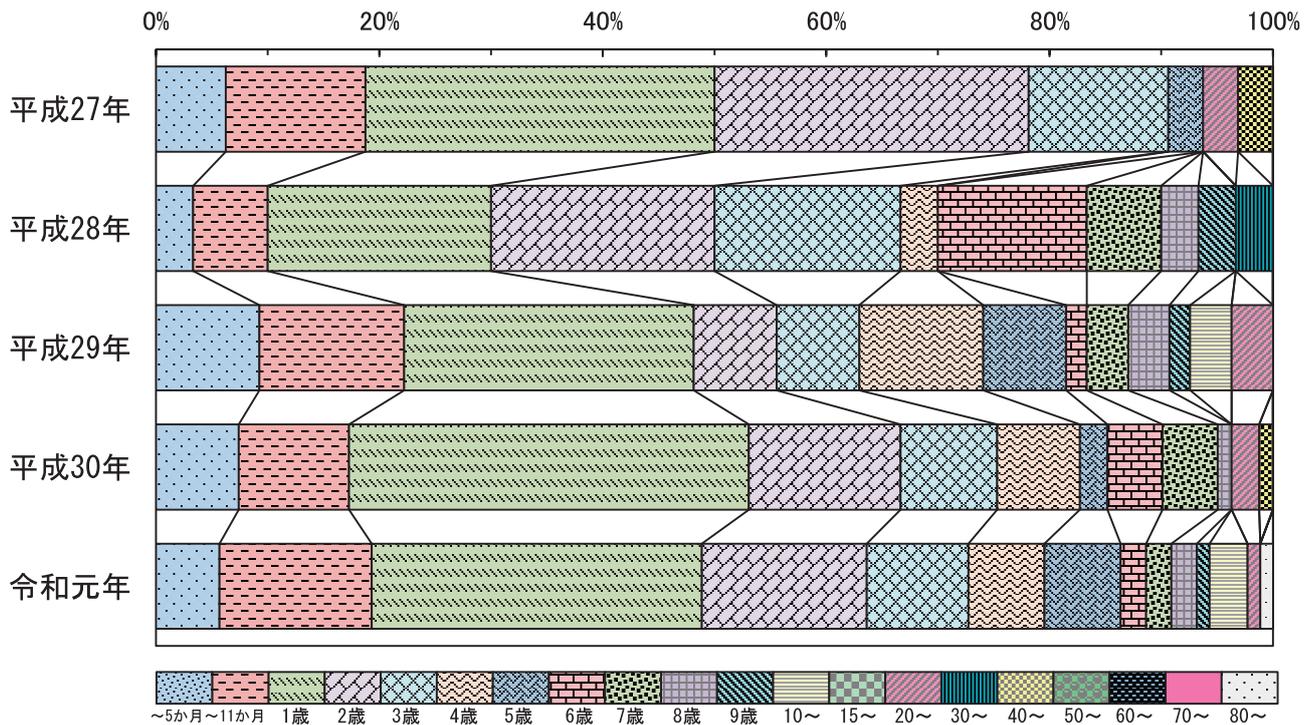
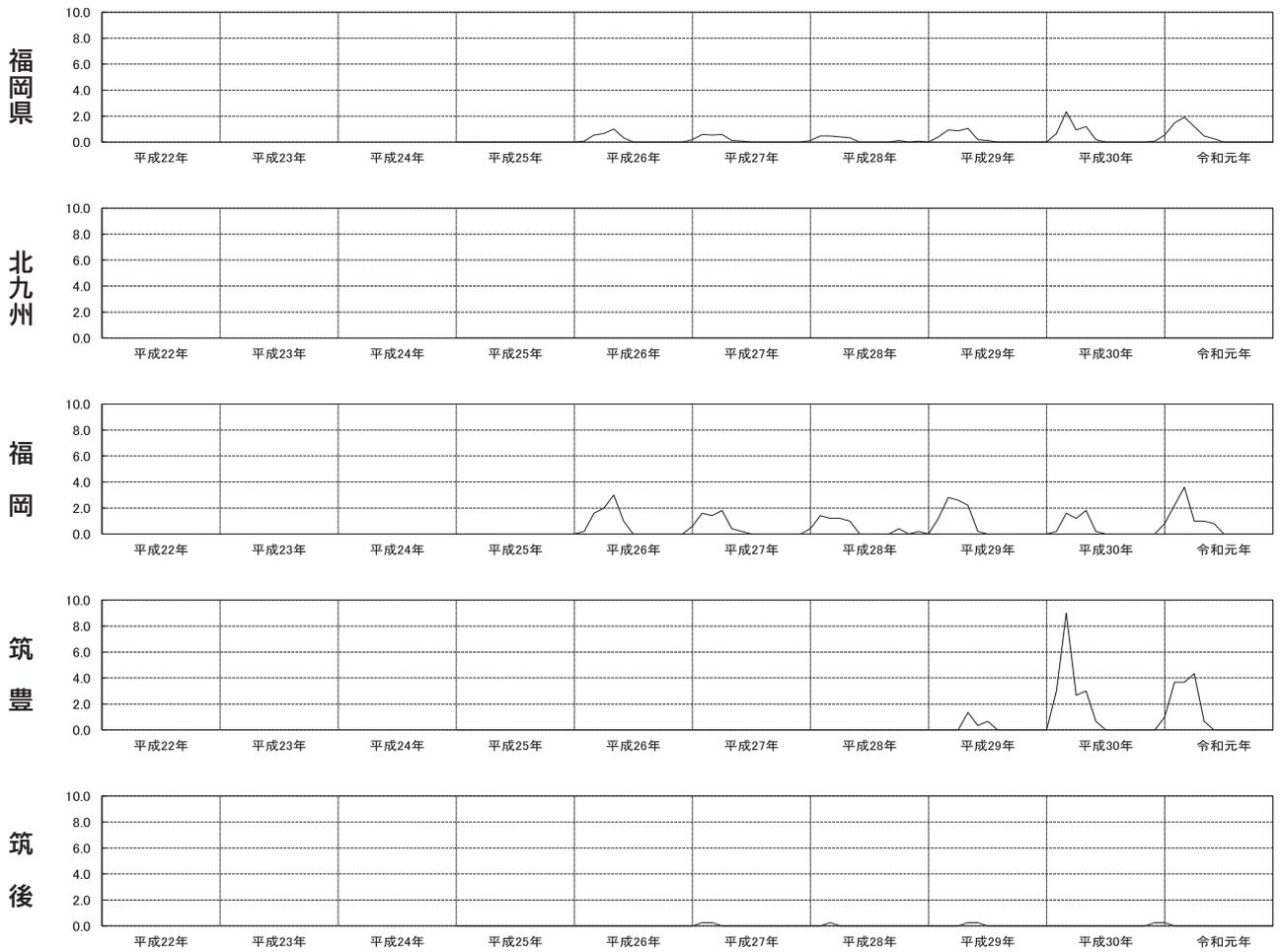
感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



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」）は今年50.9（764人）で、前年の56.8（852人）より報告数は減少していた。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和元年（2019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である。

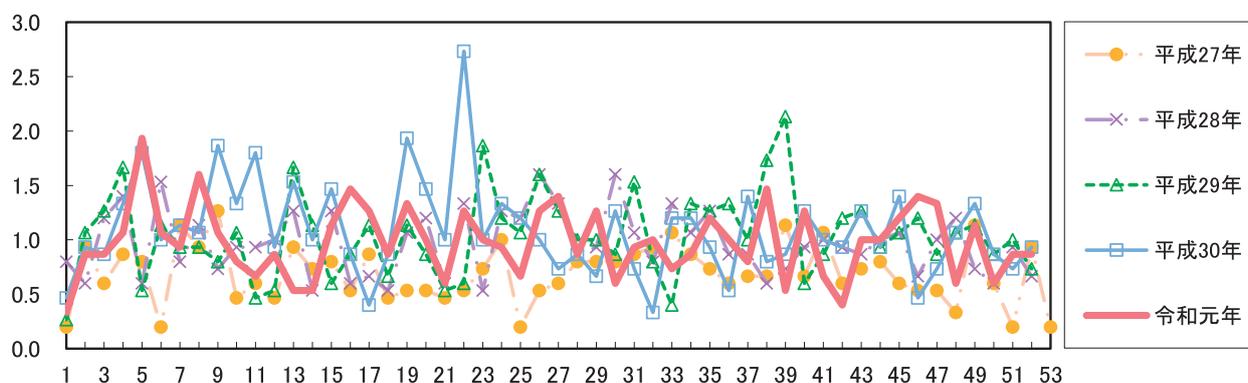
年間の1定点当たり患者数は、全国的には平成19年までは徐々に増加傾向にあったが、平成20年以降は平成27年まで減少しており、その後増加はみられていない。福岡県では平成16年以降は全体として減少傾向を示していたが、平成23年度に再び増加した。その後はやや減少し、平成25年度以降はほぼ横ばいとなっていた。平成28年度以降は再び報告が多い状況が続いており、今年も明らかな減少傾向はみられなかった。

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。

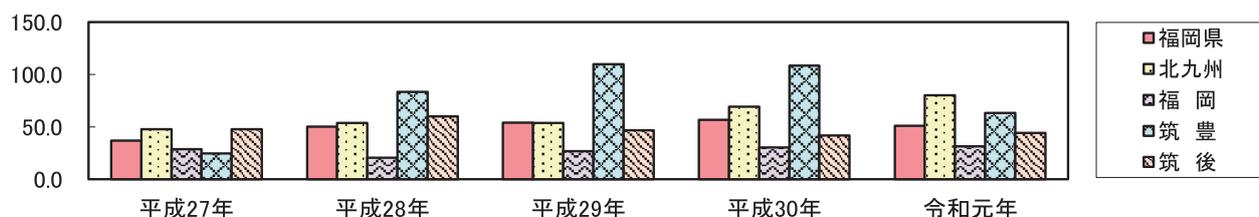
地域的には、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州80.0(240) [北九州市117.0(234)]、福岡31.4(157) [福岡市54.0(108)]、筑豊63.3(190)、筑後44.3 (177) と各地区から報告があり、筑豊からの報告が昨年度と同様に今年度も多かったが、今年は北九州からの報告が地域別では最も多かった。

罹患年齢は0～5か月4.6%、6～11か月1.2%、1歳2.1%、2歳1.2%、3歳0.8%、4歳0.1%、5歳0.9%、6歳0.3%、7歳0.1%、8歳0.1%、9歳0.7%、10～14歳1.3%、15～19歳1.7%、20～29歳2.4%、30～39歳2.5%、40～49歳3.8%、50～59歳5.9%、60～69歳13.7%、70～79歳19.9%、80歳以上36.8%で、例年と同様に60歳以上が多く、その割合は70%以上であった。

男女比は1.37で、昨年と同様に男性が多かった。採取部位別では、喀痰（肺炎）246例、血液112例、胸水7例、腹水5例、膿189例、尿41例、便21例、その他143例で、喀痰からの分離が例年同様多かった。



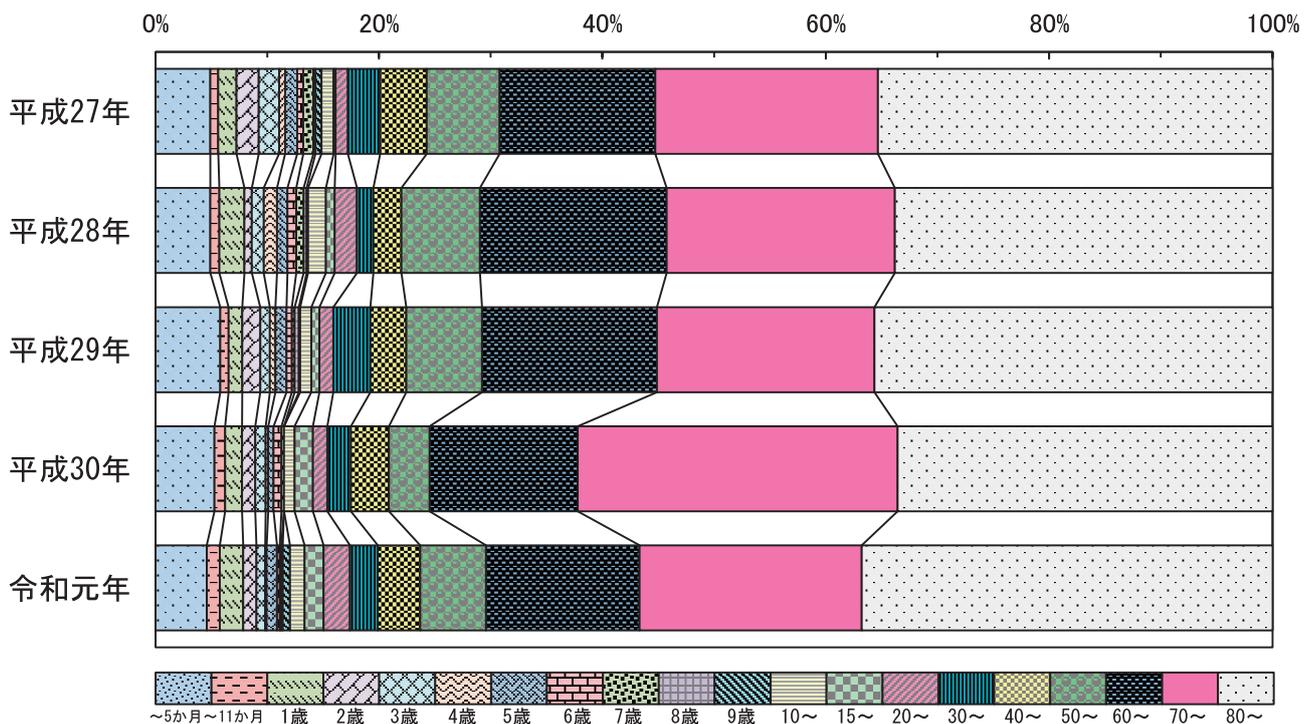
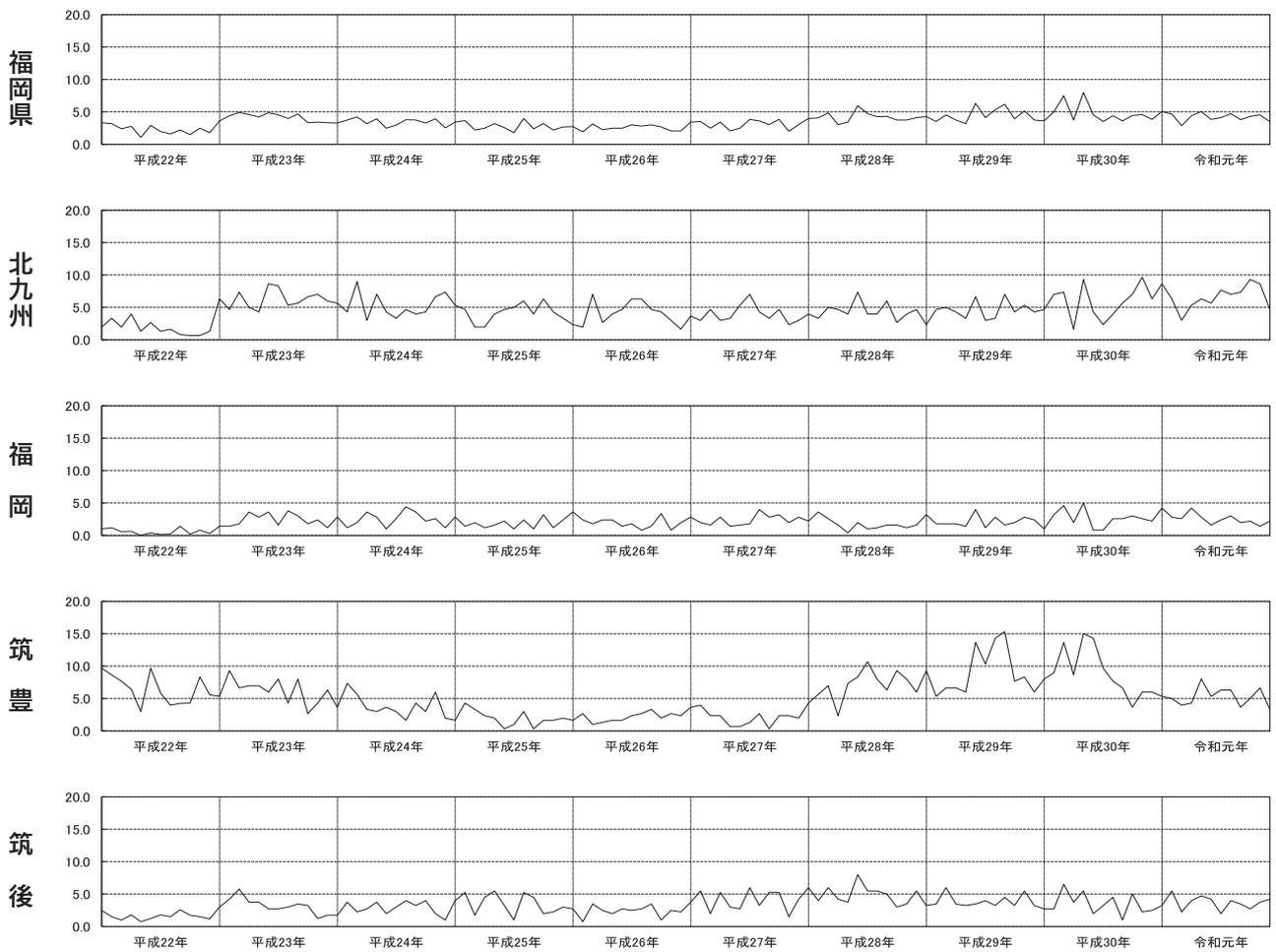
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



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」）は今年6.8（102人）の報告があり、前年の6.3（94人）より多かった。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和元年（2019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る。福岡県では平成23年度に増加していたが、その後は再び減少し、平成24年度以降はほぼ横ばいとなっていたが、近年はわずかに増加している。

季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告が

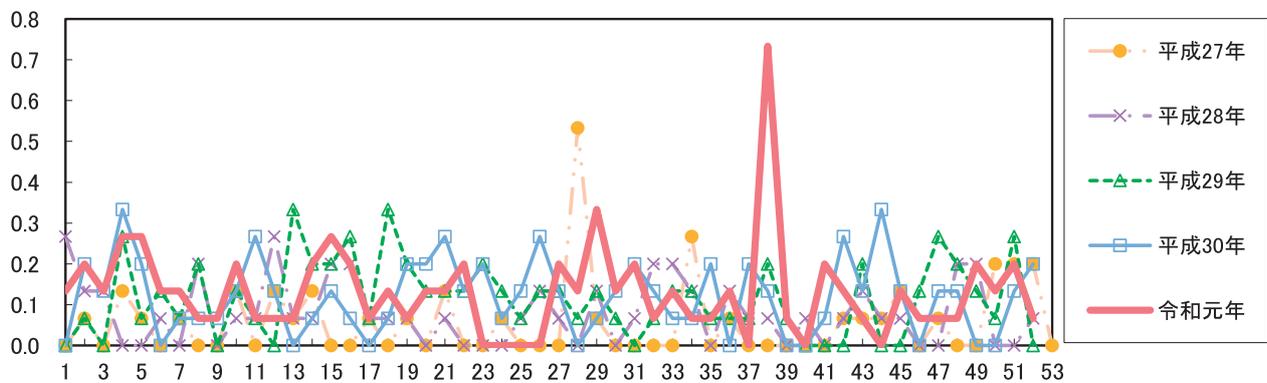
みられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州16.7（50）[北九州市25.0（50）]、福岡1.8（9）[福岡市4.5（9）]、筑豊8.0（24）、筑後4.8（19）と北九州からの報告が前年と同様に多かった。

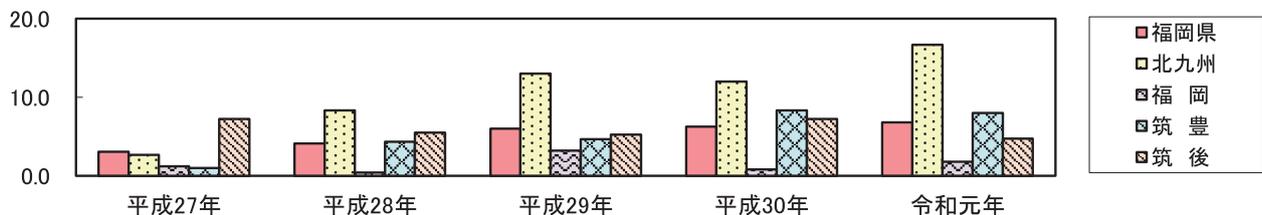
罹患年齢は0～5か月5.9%、6～11か月5.9%、1歳21.6%、2歳9.8%、3歳4.9%、4歳2.9%、5歳2.0%、6歳1.0%、7歳0%、8歳0%、9歳1.0%、10～14歳0%、15～19歳0%、20～29歳0%、30～39歳1.0%、40～49歳1.0%、50～59歳3.9%、60～69歳12.7%、70～79歳15.7%、80歳以上10.8%で、3歳までが全体の40%以上を占めていた。成人層では若年成人に報告は非常に少なく、60歳以上の割合が40%以上であった。

男女比は1.17で、昨年と同様、男性に多かったが、その差は小さかった。

採取部位別では、喀痰53例、血液9例、髄液1例、膿1例、その他36例で、例年と同様に喀痰からの分離が多かった。



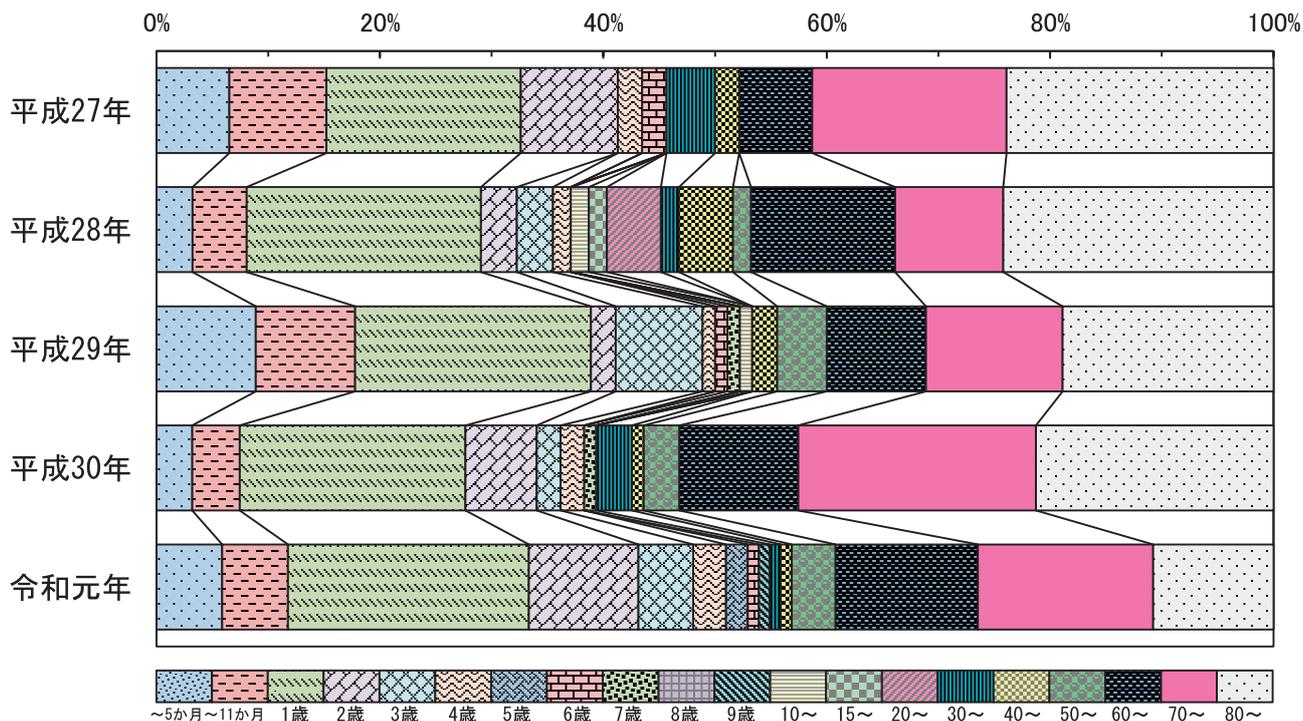
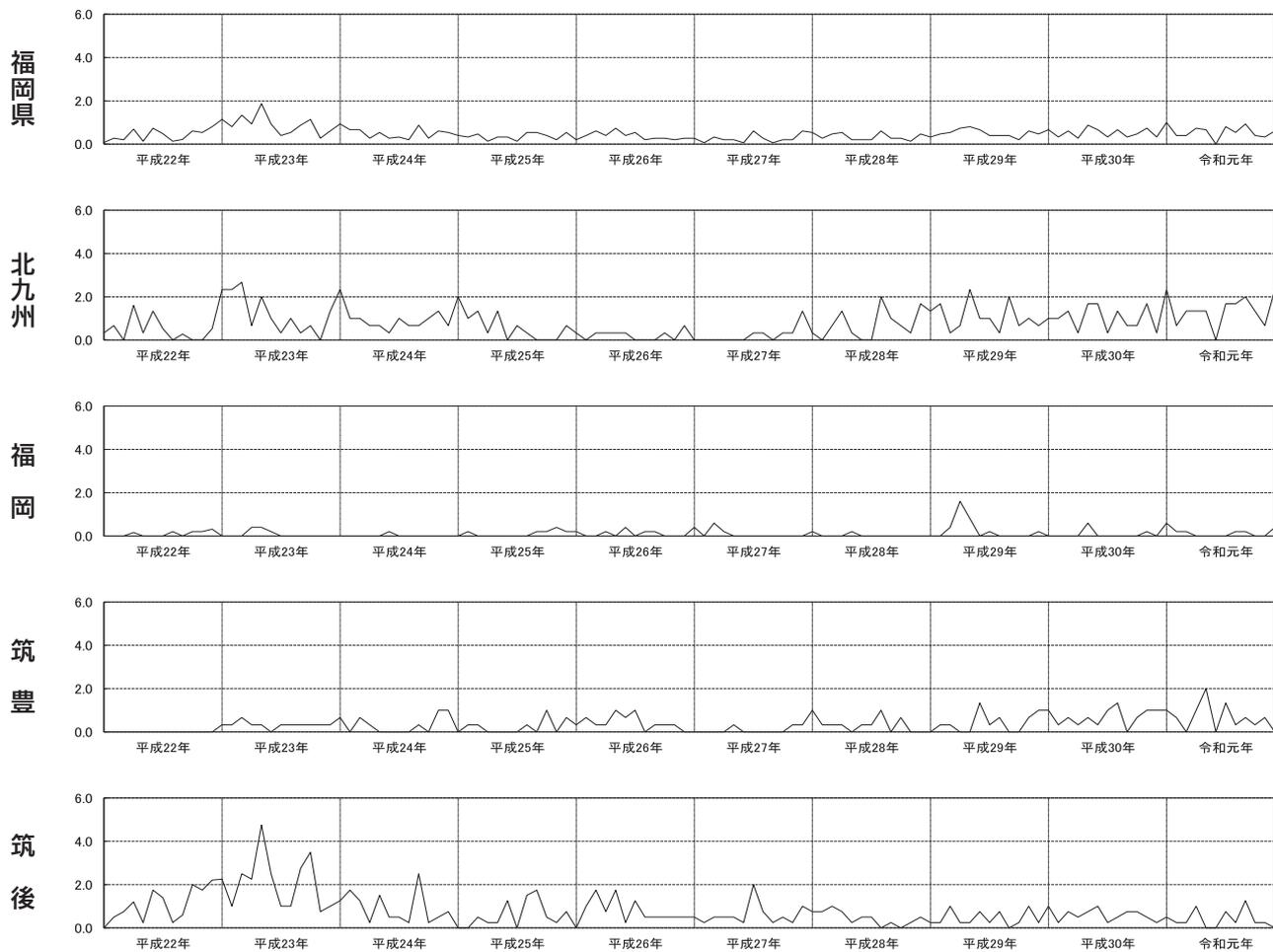
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



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」）は今年0.3（4人）で、前年の0.3（4人）と同じであった。全県1定点当たりの患者数は、平成12年（2000年）から令和元年（2019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、近年は少なく、大きな変動はみられていない。

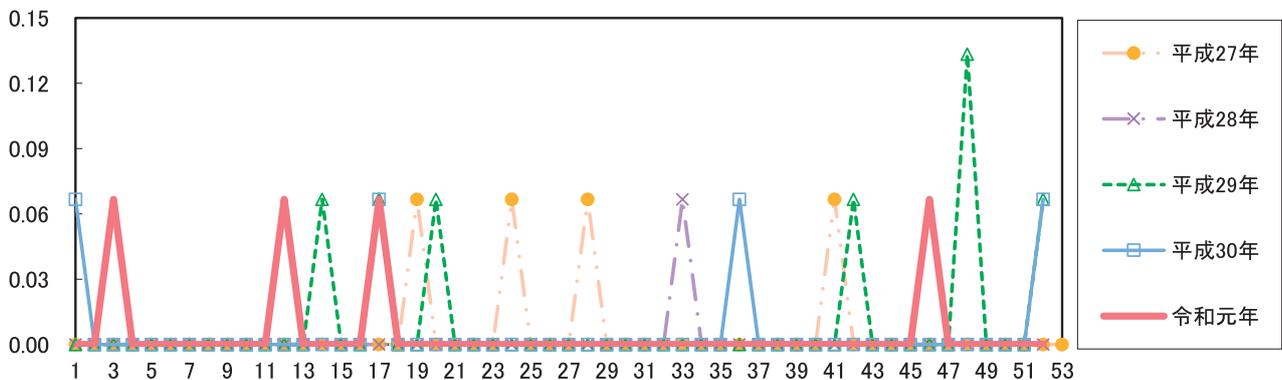
季節的な特徴ははっきりせず、全国情報でも年間を通じて報告がみられ季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州0.3（1）〔北九州市0.0（0）〕、筑豊0.3（1）、筑後0.5（2）で、福岡地区からの報告はなかった。

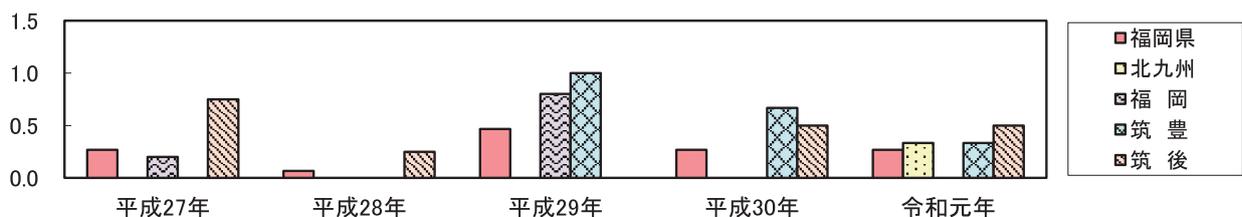
罹患年齢は、60～69歳1人、80歳以上3人で、高齢者に集中していた。

男女比は、男性が1人、女性が3人で、昨年同様女性が多かった。

採取部位別は、喀痰3例、尿1例であった。



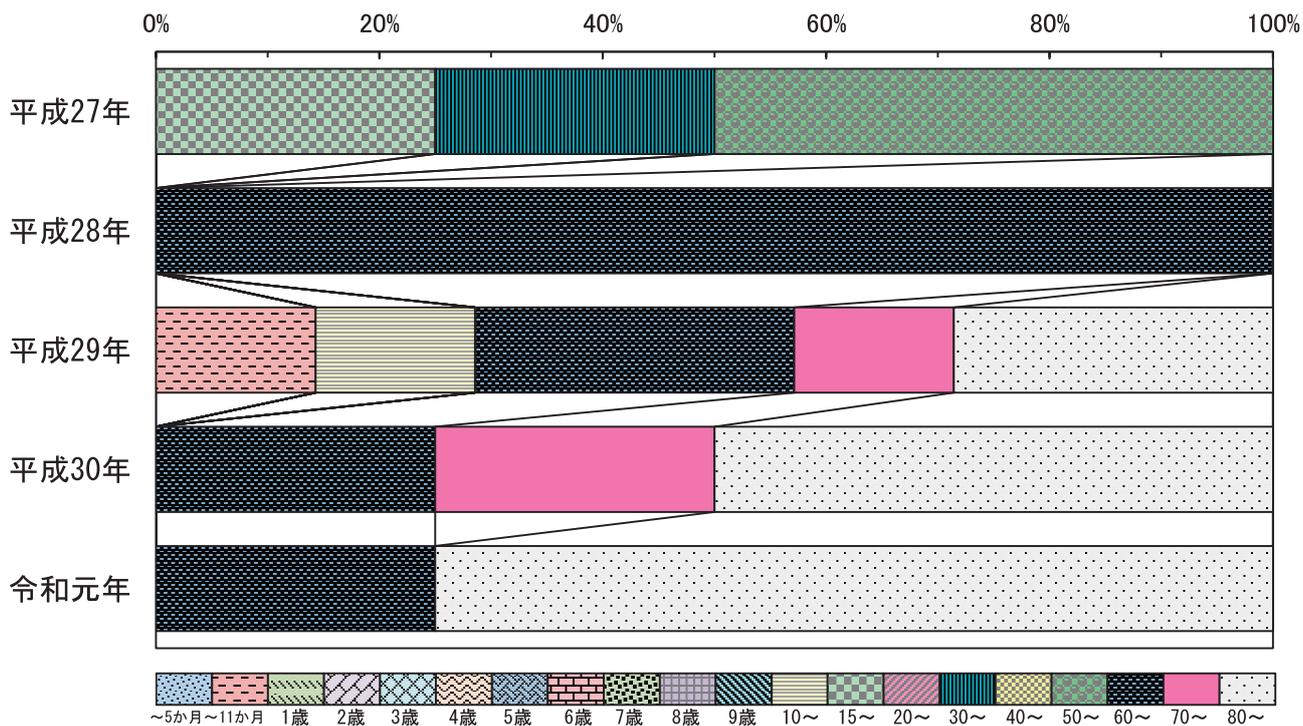
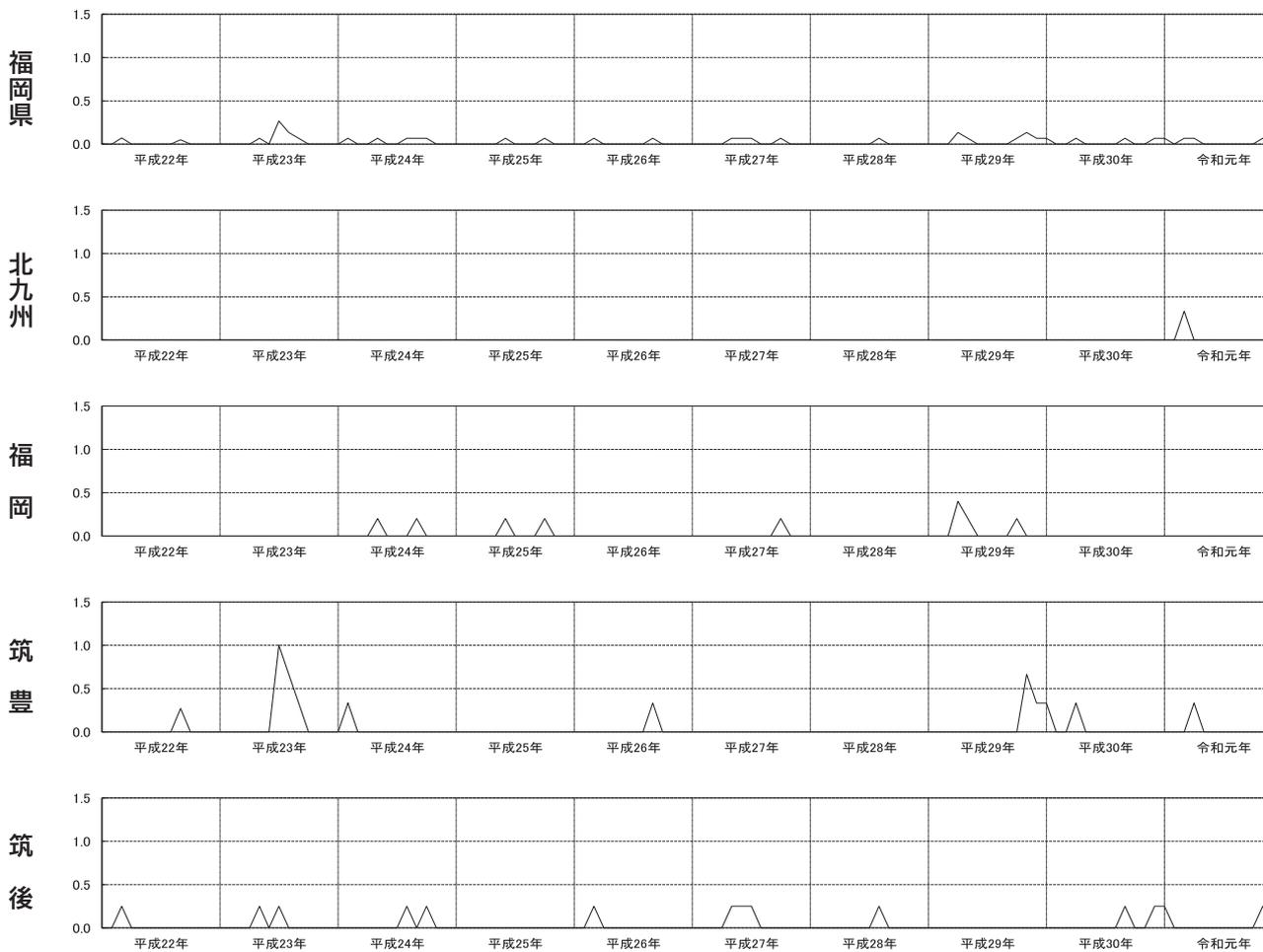
薬剤耐性緑膿菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



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

性感染症動向調査は、昭和62年1月より開始され、32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、尖形コンジローマ、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、性器ヘルペスへ、平成12年より淋菌感染症、性器ヘルペスウイルス感染症へ、平成16年より尖圭コンジローマ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18、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5、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年2,382人（梅毒を含まず）、昭和63年2,391人（梅毒を含まず）、平成元年2,613人、平成2年2,420人、平成3年2,574人、平成4年2,259人、平成5年1,783人、平成6年2,328人、平成7年2,173人、平成8年2,053人、平成9年2,559人、平成10年2,656人、平成11年3,524人、平成12年4,194人、平成13年5,416人、平成14年6,202人、平成15年5,593人、平成16年4,866人、平成17年4,564人、平成18年4,258人、平成19年3,094人、平成20年2,672人、平成21年2,980人、平成22年2,851人（以後トリコモナス症を含まず）、平成23年2,874人、平成24年2,597人、平成25年2,813人、平成26年2,522人、平成27年2,115人、平成28年2,035人、平成29年2,272人、平成30年2,078人、令和元年2,078人であった。定点当たり患者総数は、昭和62年168.7、昭和63年163.6、平成元年189.9、平成2年172.9、平成3年183.9、平成4年161.4、平成5年127.4、平成6年145.5、平成7年144.9、平成8年136.9、平成9年159.9、平成10年166.0、平成11年220.2、平成12年167.8、平成13年169.3、平成14年167.2、平成15年151.2、平成16年131.5、平成17年123.3、平成18年115.1、平成19年83.6、平成20年72.2、平成21年80.5、平成22年77.1（以後トリコモナス症を含まず）、平成23年77.7、平成24年70.2、平成25年76.3、平成26年68.2、平成27年57.2、平成28年55.0、平成29年61.4、平成30年56.2、令和元年56.2と昨年と同数であった。令和元年のブロック別・疾病別患者数は121ページの表1を参照下さい。

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、性器クラミジア感染症（以下クラミジア）は、平成22年から25年までわずかに増加傾向であったが、26年以降減少に転じ、29年より徐々に増加傾向にある。ヘルペスウイルス感染症（以下ヘルペス）は、平成22年より28年まではほぼ同数でわずかな増減を繰り返していたが、29年よりわずかに増加し、令和元年は減少に転じた。尖圭コンジローマ（以下コンジローマ）は、平成22年より25年までは横ばいで、26年に減少に転じ、以降減少傾向にある。淋菌感染症（以下淋菌）は、平成22年より減少傾向であったが、25年より増加、27年以降は減少傾向にある。梅毒（顕性、潜伏）は、平成22年から27年までわずかに増減はあるものの年30人前後の報告数であったが、28年以降は増加し、30年には85人と最も報告数が多くなり、令和元年には62人と減少した。令和元年の月別（4週間換算）では、クラミジアはやや男性に多く、男性では6月、8月に、女性では1月、8月、10月、12月に報告数が多かった、ヘルペスは女性に多く、女性で3～8月に報告数が多かった。コンジローマはやや男性に多く、9月に報告数が多かった。淋菌は男性症例が大半を占め、1～4月、6～8月に報告数が多かった。梅毒は男性に多く、男性で1月、6月、8月、10月、12月に、女性で1月と8月に報告数が多かった。

年次別・性別・疾病別百分比を図2に示した。男は、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。令和元年の男性では、クラミジア（55.7%）、淋菌（26.8%）、ヘルペス（7.3%）、コンジローマ（6.4%）、梅毒（3.8%）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。令和元年はクラミジア（59.7%）、ヘルペス（23.8%）、淋菌（8.0%）、コンジローマ（6.6%）、梅毒（2.0%）の順であった。

その他の性感染症について、淋菌とクラミジアの合併52（男52）、非クラミジア性非淋菌性尿道炎46（男46）、咽頭クラミジア21（女21）、ヘルペスとコンジローマの合併11（男11）、咽頭淋菌6（女6）、トリコモナス症5（男2、女3）、毛じらみ症2（男2）、咽頭クラミジアと淋菌の合併1（女1）、梅毒と淋菌の合併1（男1）、クラミジアとヘルペスの合併1（男1）、淋菌とクラミジアと梅毒の合併1（女1）が各定点より任意に報告された。

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



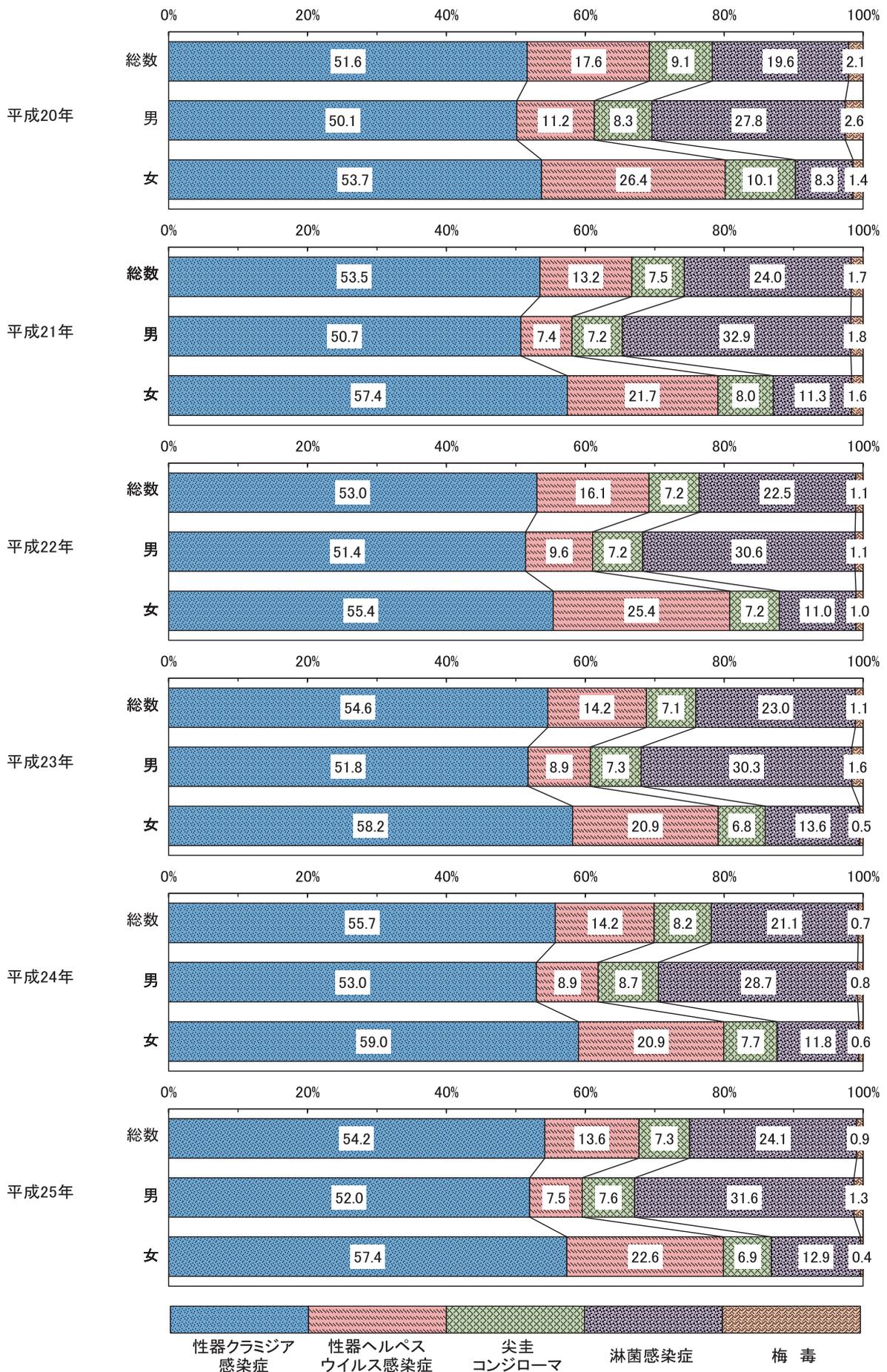


図 2 - 1 STDの年次別・性別・疾病別百分比

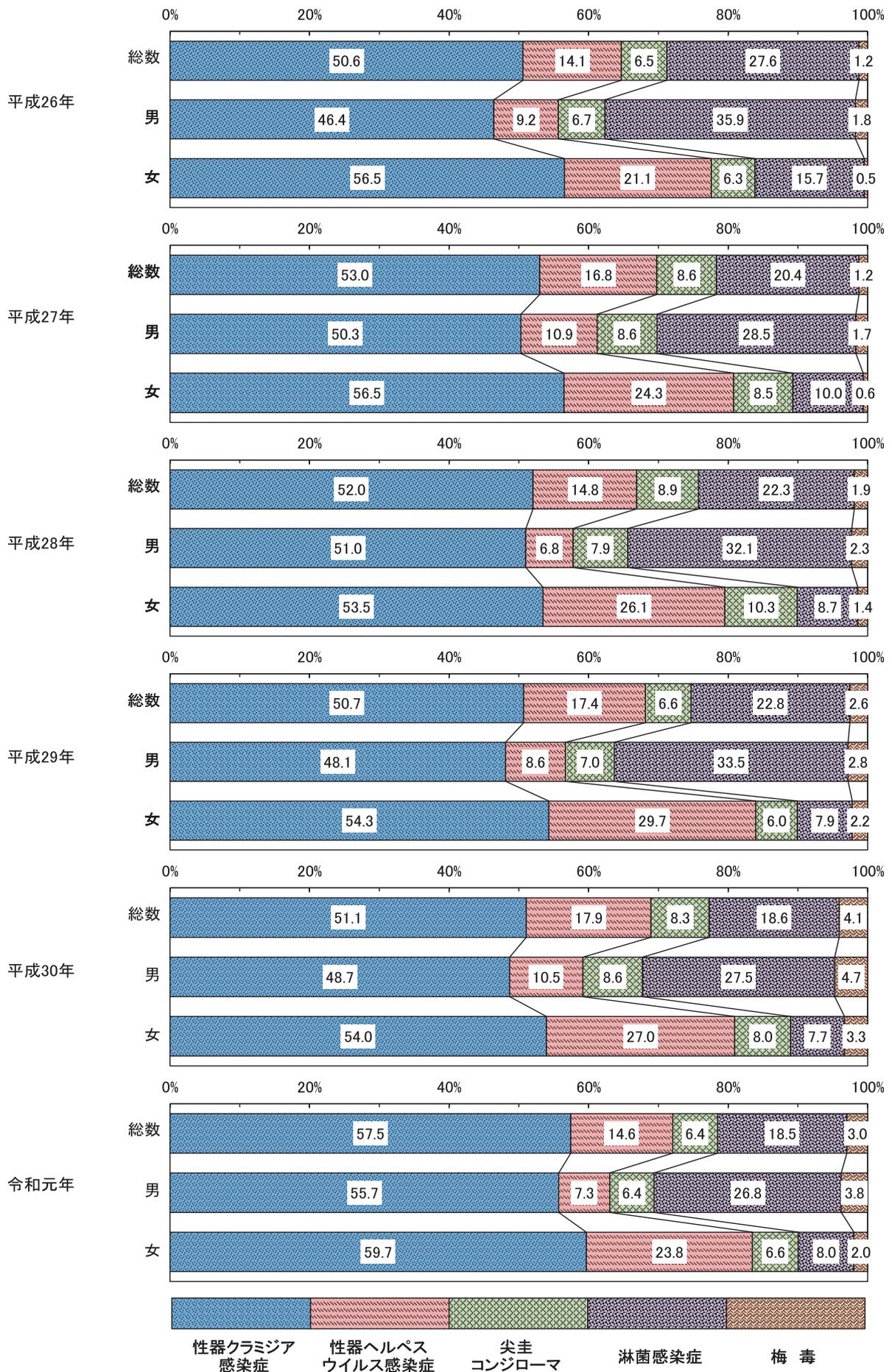


図 2 - 2 STDの年次別・性別・疾病別百分比

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。令和元年は前年と比較し、男は116%、女は108%といずれも増加し、合計は113%と増加した。男/女比は1.19で男が多かった。

平成27年から令和元年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図3に示した。令和元年の定点当たりの患者数は、北九州34.8、福岡43.0、筑豊21.2、筑後16.3であり、前年と比較しいずれの地区でも増加した。

令和元年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が24.8%、20～24歳が22.5%、30～34歳が18.1%の順に多く、前年と比較し20～29歳でやや減少し、30～39歳でやや増加した。女では20～24歳が36.3%、25～29歳が25.1%、30～34歳が14.3%、15～19歳が11.5%の順に多く、前年と比較し15～24歳でやや減少した。男女で比較すると、女で15～19歳の割合が例年通り高かった（図4）。

表1 性器クラミジア感染症年次別患者数

	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	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)
男	1240	1280	1187	871	723	840	859	833	763	878	688	598	604	634	557	648
女	1127	1045	1002	644	563	662	649	736	683	651	588	523	455	518	504	546
男/女比	1.1	1.22	1.18	1.35	1.28	1.27	1.32	1.13	1.12	1.35	1.17	1.13	1.33	1.22	1.11	1.19
合計	2367	2325	2189	1515	1286	1502	1508	1569	1446	1529	1276	1121	1059	1152	1061	1194
定点当たり	65.9	62.8	59.2	40.9	34.8	40.6	40.8	42.4	39.1	41.3	34.5	30.3	28.6	31.1	28.7	32.3

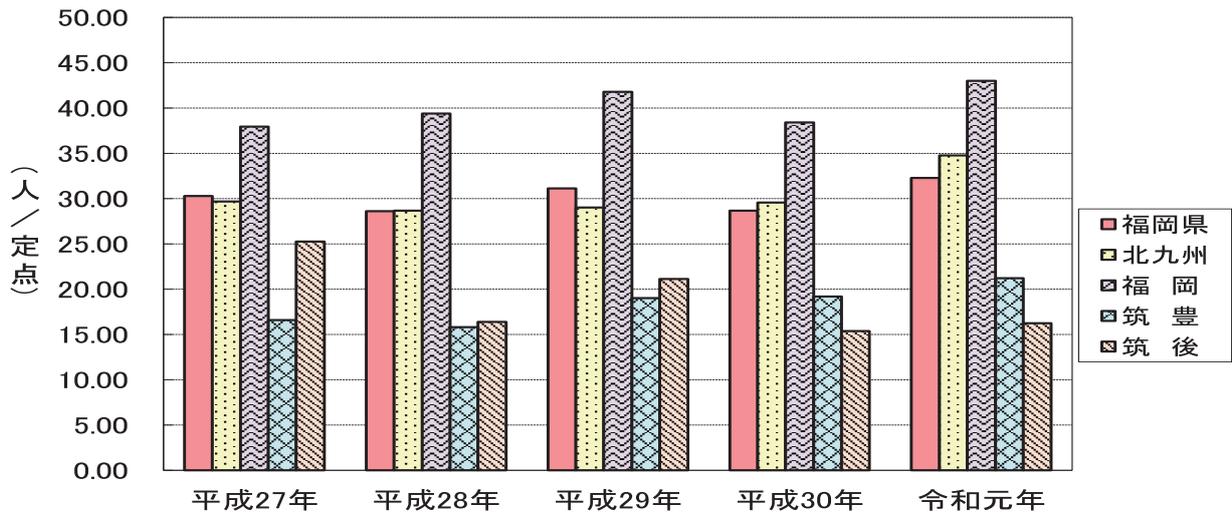


図3 性器クラミジア感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

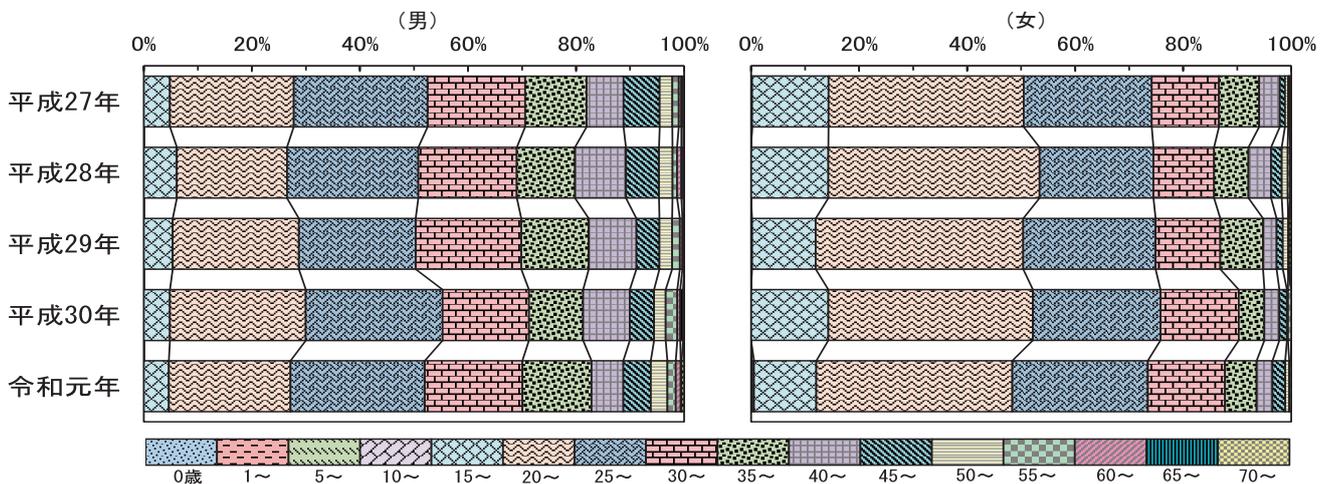


図4 性器クラミジア感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

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。令和元年は前年と比較し、男は71%と減少、女は87%と減少し、合計は81%と減少した。男/女比は0.39で女が多かった。

平成27年から令和元年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図5に示した。令和元年の定点当たりの患者数は、北九州8.1、福岡10.1、筑豊4.0、筑後7.3であり、前年と比較して北九州と福岡で減少、筑後でやや増加した。

令和元年の年齢区分別百分比は、男では30～34歳が25.9%、25～29歳が16.5%、35～39歳が15.3%、20～24歳が11.8%の順に多く、前年と比較し30～39歳が増加し、20～29歳でやや減少した。女では25～29歳が19.7%、20～24歳が15.6%、30～34歳が14.7%、35～39歳が11.0%の順に多く、前年と比較し25～29歳で増加し、30～34歳で減少した。男女で比較すると、男の30～34歳の増加が著しかった（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16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	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)
男	215	230	226	178	161	122	161	144	128	127	137	130	80	113	120	85
女	350	260	332	297	277	250	298	265	242	256	219	225	222	283	252	218
男/女比	0.61	0.88	0.68	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
合計	565	490	558	475	438	372	459	409	370	383	356	355	302	396	372	303
定点当たり	15.3	13.2	15.7	12.8	11.8	10.1	12.7	11.1	10	10.4	9.6	9.6	8.2	10.7	10.1	8.19

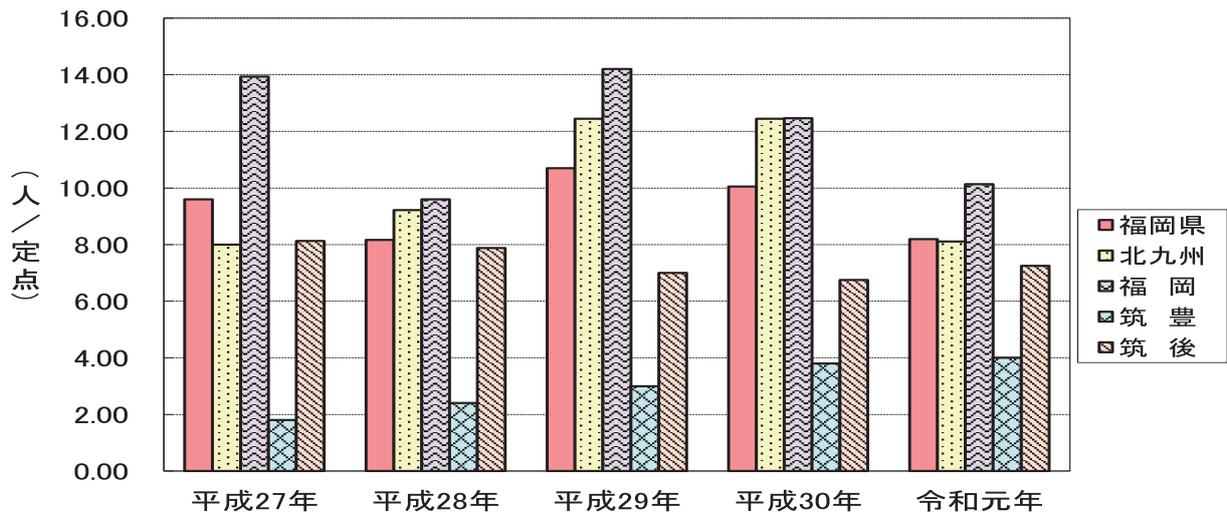


図5 性器ヘルペスウイルス感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

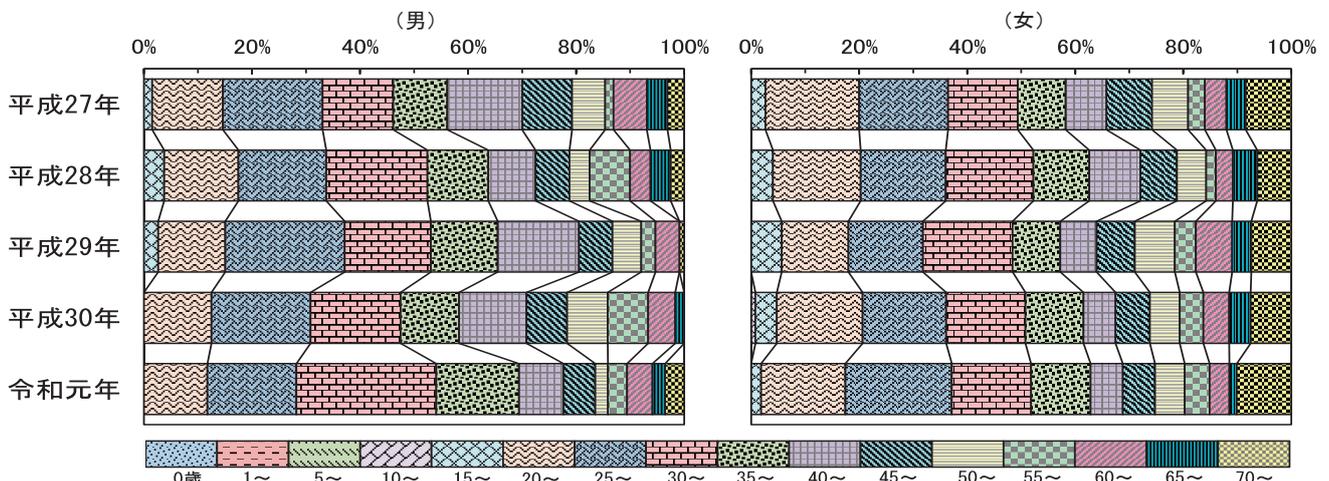


図6 性器ヘルペスウイルス感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

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。令和元年は前年と比較し、男は75%で減少、女は80%で減少し、合計は77%で減少した。男/女比は1.23で男が多かった。

平成27年から令和元年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図7に示した。令和元年の定点当たりの患者数は、北九州2.6、福岡 6.1、筑豊1.0、筑後1.9であり、前年と比較し全ブロッ

クで減少した。

令和元年の年齢区分別百分比は、男では30～34歳が21.6%、25～29歳が20.3%、35～39歳が16.2%、40～44歳が12.2%の順に多く、前年と比較し30～44歳で増加した。女では20～24歳が35.0%、25～29歳が23.3%、35～39歳が13.3%の順に多く、前年と比較し20～24歳で増加し、25～29歳で減少した（図8）。

表3 尖圭コンジローマ年次別患者数

	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	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)
男	148	190	137	157	120	120	121	118	125	128	99	102	93	92	98	74
女	187	138	141	119	106	92	84	86	89	78	65	79	88	57	75	60
男/女比	0.79	1.38	0.97	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
合計	335	328	278	276	226	212	205	204	214	206	164	181	181	149	173	134
定点当たり	9.1	8.9	7.5	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

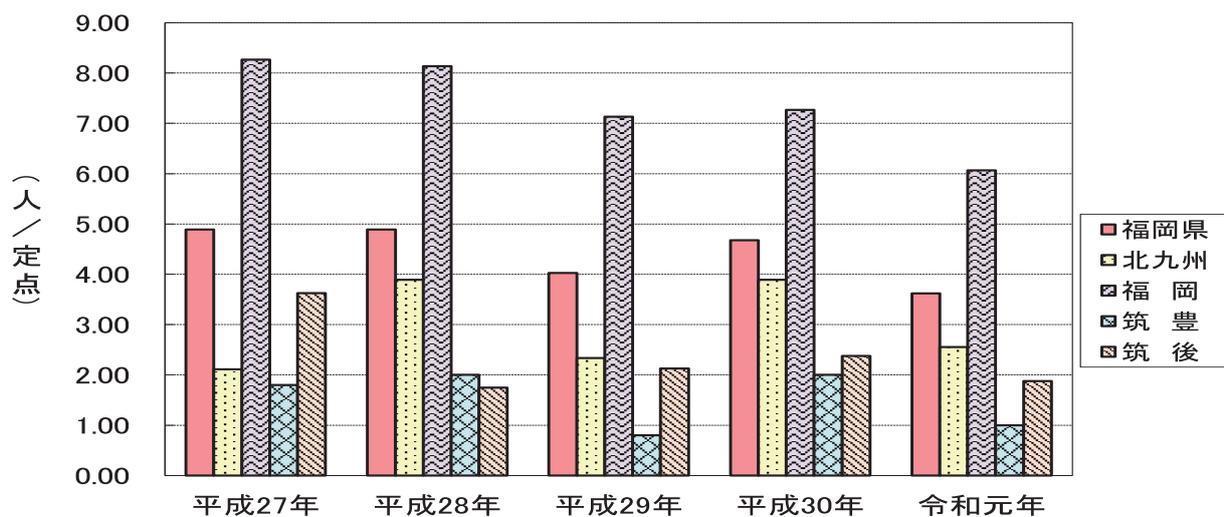


図7 尖圭コンジローマのブロック別一定点当たりの年別報告数

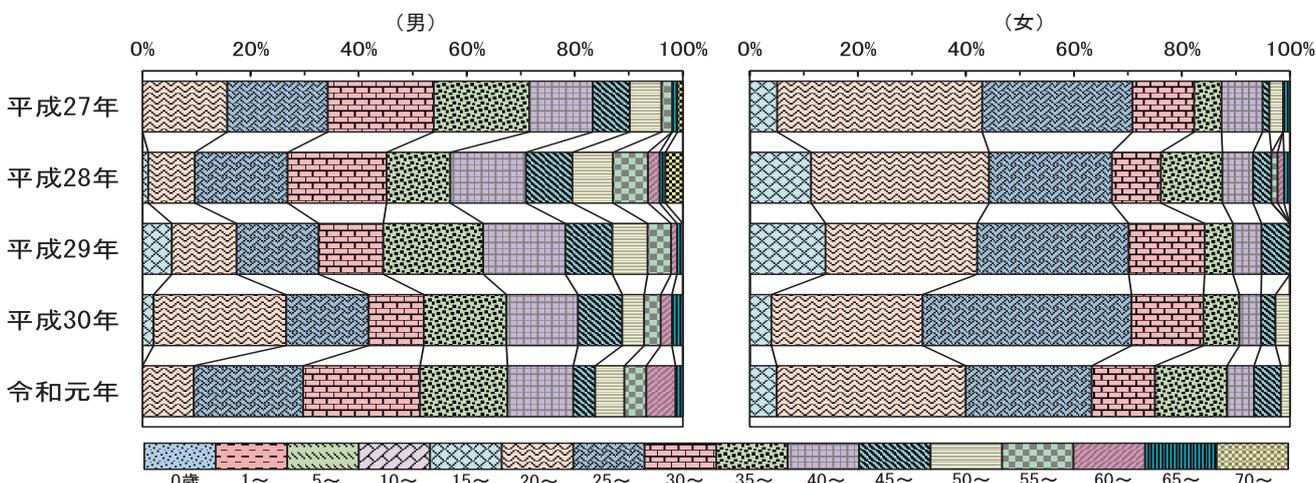


図8 尖圭コンジローマの年齢区分別患者発生状況の推移

4. 淋菌感染症

全県の年次別患者数を表4に示した。令和元年は前年と比較し、男は99%、女は101%、合計は99%とほぼ同数であった。男/女比は4.28で男が多かった。

平成27年から令和元年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図9に示した。令和元年の定点当たりの患者数は、北九州9.6、福岡15.7、筑豊3.6、筑後5.8であり、前年と変化がなかつ

た。

令和元年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が28.5%、25～29歳が20.2%、30～34歳が13.8%の順に多く、前年と比較し20～24歳が増加した。女では20～24歳が42.5%、25～29歳が20.5%、30～34歳が11.0%の順に多く、前年と比較し20～24歳が増加した（図10）。

表4 淋菌感染症年次別患者数

	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	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)
男	1197	1133	890	547	401	545	511	488	413	533	532	339	380	442	315	312
女	161	113	141	97	87	130	129	172	136	146	163	93	74	75	72	73
男/女比	7.43	10.03	6.31	5.64	4.61	4.19	3.96	2.84	3.04	3.65	3.26	3.65	5.14	5.89	4.33	4.28
合計	1358	1246	1031	644	488	674	640	660	549	679	695	432	454	517	387	385
定点当たり	36.7	33.7	27.9	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

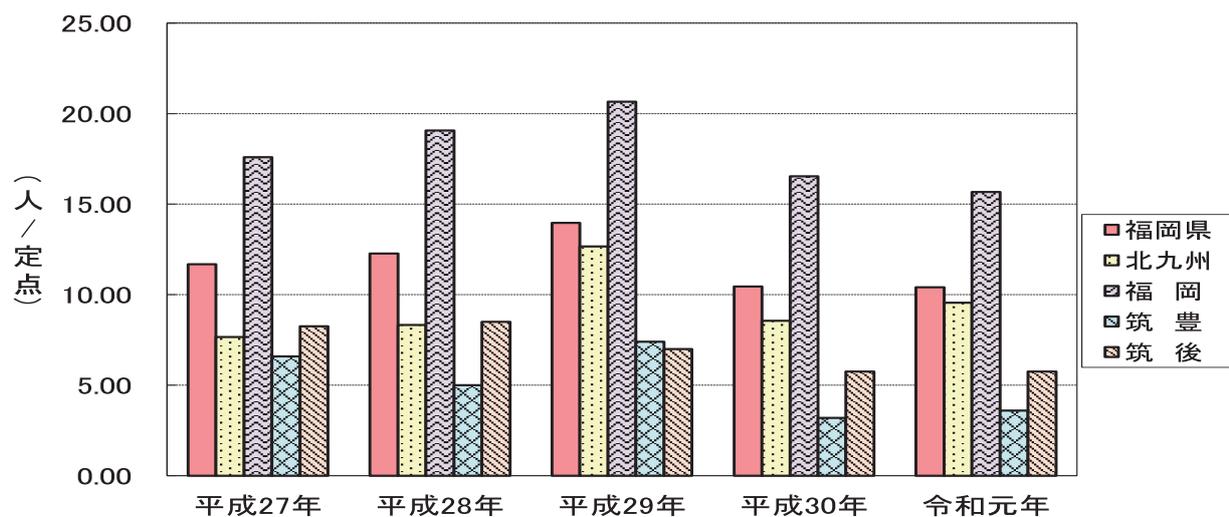


図9 淋菌感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

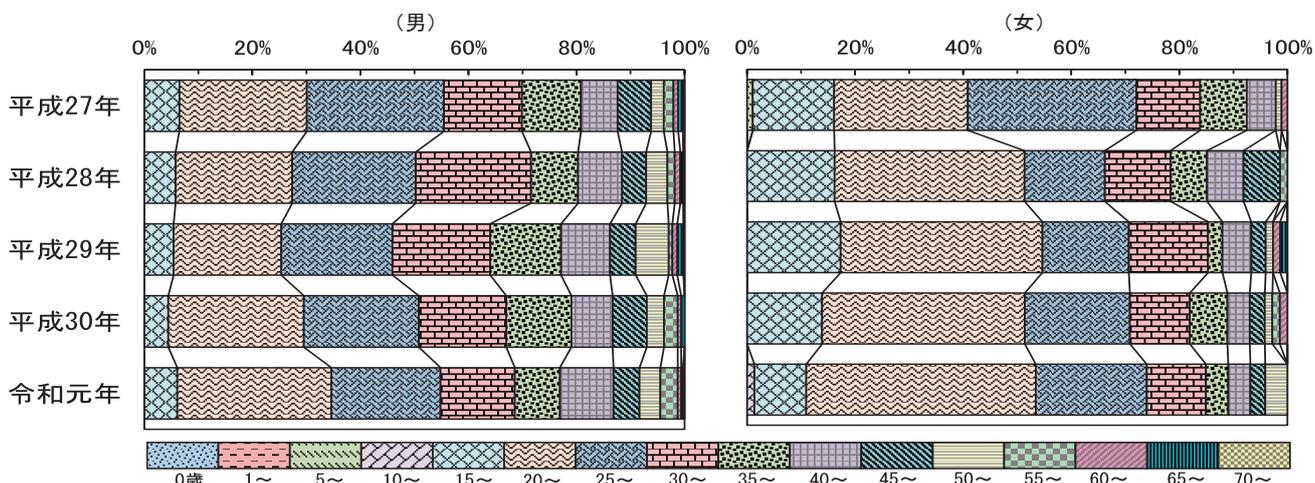


図10 淋菌感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

5. 梅毒

全県の年次別患者数を表5に示した。令和元年は前年と比較し、男は81%、女は58%、合計は73%と減少した。男/女比は2.44で男が多かった。

平成27年から令和元年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図11に示した。令和元年の定点当たりの患者数は、北九州0.8、福岡2.7、筑豊1.2、筑後1.1であり、前年と比較していずれの地区でも減少した。

令和元年の年齢区分別百分比は、男では30～34

歳が27.3%、40～44歳が18.2%、50～54歳が15.9%、25～29歳が16.7%、25～29歳が13.6%の順に多く、前年と比較し30～34歳、50～54歳の増加が目立った。女では20～24歳が22.2%、25～29歳と30～34歳が16.7%、15～19歳と45～49歳が11.1%の順に多く、前年と比較し20～24歳が減少した（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年間の全数調査の結果を示す。福岡県全体では平成26年に51人

表5 梅毒（顕性：潜伏）年次別患者数

	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	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)
男	15 (13:2)	30 (25:5)	32 (19:13)	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)
女	6 (2:4)	8 (4:4)	16 (10:6)	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)
男/女比	2.5	3.75	2	2.31	2.47	1.53	1.58	1.29	1.57	5.5	5.2	3.33	2.25	1.76	1.74	2.44
合計	21	38	48	43	52	48	31	32	18	26	31	26	39	58	85	62
定点当たり	1	1	1.3	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

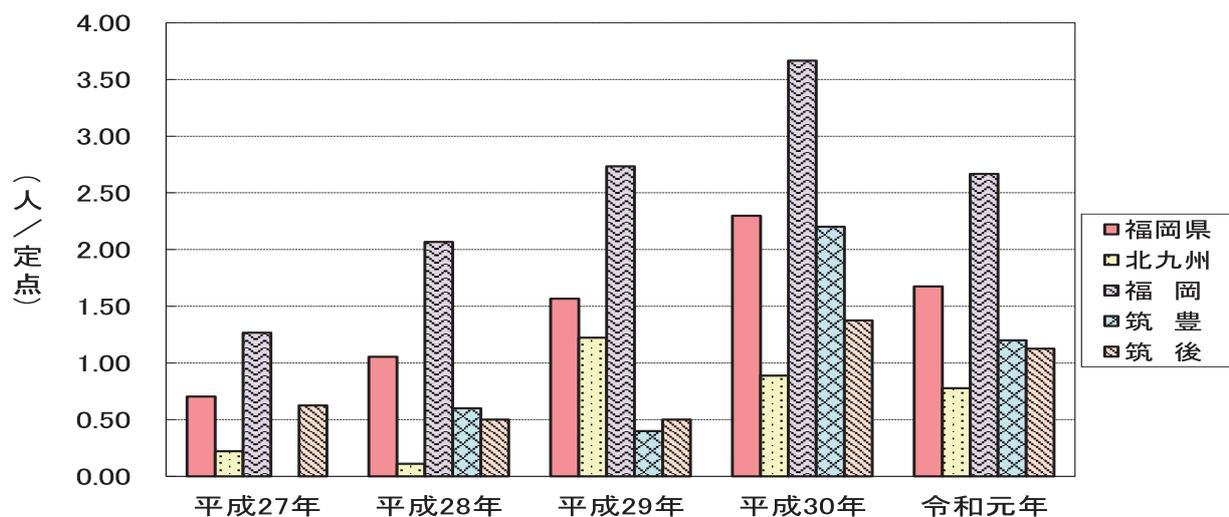


図11 梅毒（顕性：潜伏）のブロック別一定点当たりの年別報告数

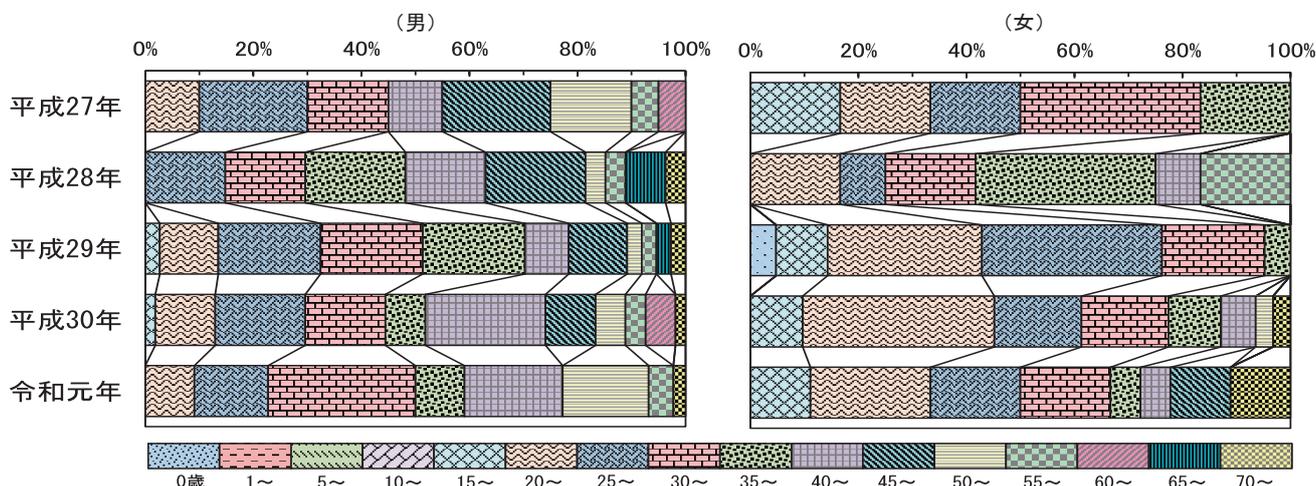


図12 梅毒（顕性：潜伏）の年齢区分別患者発生状況の推移

であったが、平成28年より急増し、平成30年には321人と平成26年に比較して629%と著増した。令和元年では277人とやや減少しているが、梅毒の流行は持続している。平成30年と比較すると全ブロックで減少していたが、5年前の平成27年と比較すると、北九州で500%、福岡で372%、筑豊で600%、筑後で471%と増加した。

令和元年において年齢が確定している症例では、男性195人、女82人で男/女比は2.37で男の割合が増加した。男では20歳代が21.0%、30歳代が32.3%、40歳代が25.6%、50歳代が13.3%、女では10歳代が7.3%、20歳代が40.2%、30歳代が20.7%、40歳代が17.1%であった。女性で20歳代の割合がやや減少した。

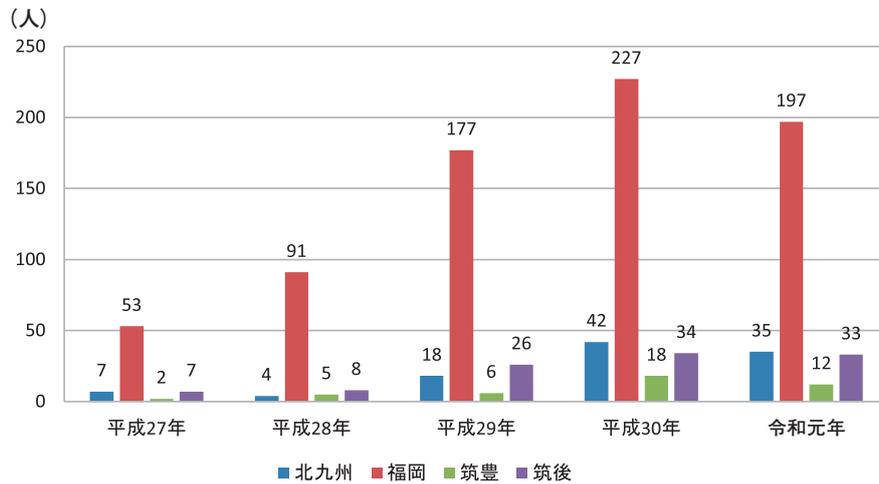


図13 梅毒 [全数] のブロック別の年別報告数推移 (5年分)

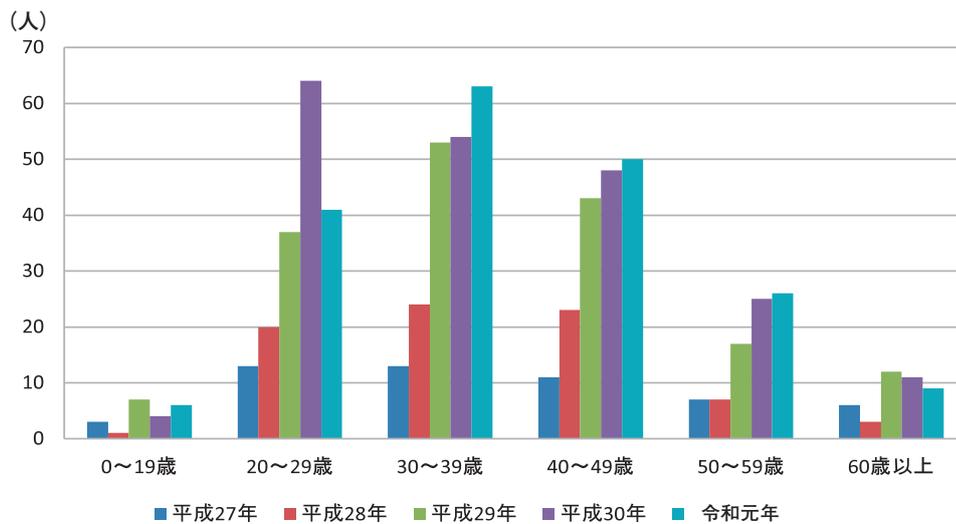


図14 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移 (男性)

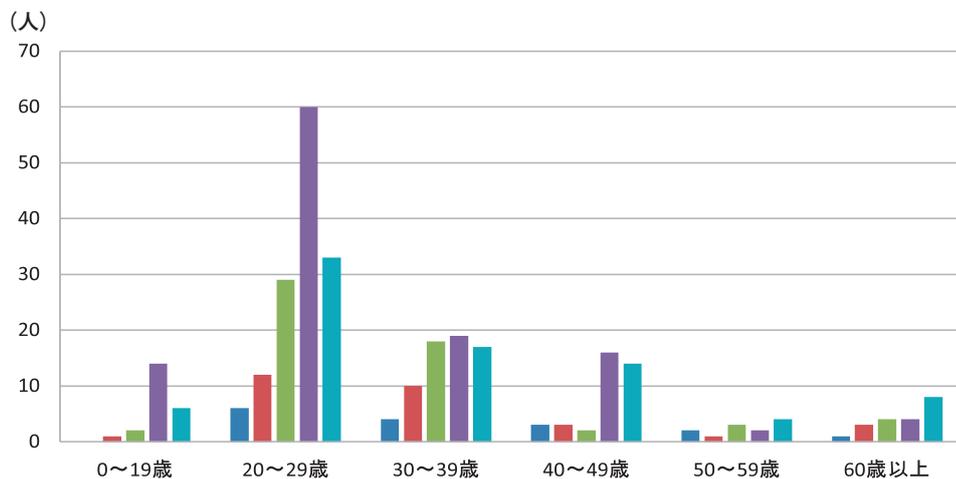


図15 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移 (女性)

5) 結 核

令和元年の福岡県の結核発生動向について報告する。但し、令和元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。令和元年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14,400人、福岡県572人、罹患率は全国11.4、福岡県11.2であった。都道府県別の結核罹患率では、福岡県は14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1.44：1、福岡県1.25：1で、全国より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、平成21年から年々減少していた新登録患者数は平成29年に8年ぶりに増加に転じた。平成30年以降は再び減少しており、令和元年の速報値は572人で、前年より22人（3.7%）減少した。減少率を見ると、平成29年から平成30年にかけての減少率は23.2%であり、減少幅は19.5ポイント小さくなっている。また感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数は185人で、前年より29人（15.7%）減っている。

罹患率の年次推移（図2-1）をみると、令和元年は11.2で、前年より0.4ポイント低下し、全国平均（11.4）を0.2ポイント下回った。喀痰塗抹陽性罹患率の年次推移（図2-2）は、令和元年は3.6で、

前年より0.6ポイント低下し、全国平均より0.4ポイント下回った。

保健所別の動向（表1-1）では、北九州市と県保健所管轄地域は患者数が前年より減っているが、福岡市は患者数が35人増加し、平成27年以来、4年ぶりに200人を超えた。

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、患者数が前年より上昇した地区は大牟田市、筑紫、糸島、田川、嘉穂・鞍手の5地区であった。他の5地区は減っており、久留米市、南筑後、京築の3地区は10人以上も減少した。

地域別の罹患率では、全国平均（11.4）を上回ったのは、福岡市、北九州市、大牟田市、嘉穂・鞍手の4地区であり、とくに大牟田市は前年より7人増えて罹患率は17.0と県内で一番の高値であった。ほかの9地区の罹患率は全国平均を下回り、久留米市、宗像・遠賀、粕屋、筑紫、糸島、南筑後、京築地区は罹患率が10以下まで低下している。地域間の格差は10.9で、前年（12.3）より縮小した。

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、20歳代のみ患者数は増えており、ほかの年齢層は、40歳台が微増（3人）した以外はいずれも減少傾向である。とくに60歳台はもっとも減っており、前年から33人（45%）減少している。

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元年は60歳以上の割合が67.5%である。さらに80歳以上が

表1-1 新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和元年は速報値）

年 別 区 分	平成29年		平成30年		令和元年	
	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	16,789	13.3	15,509	12.2	14,400	11.4
福 岡 県 総 数	732	14.3	594	11.6	572	11.2
北九州市保健所	205	21.6	136	14.4	125	13.3
福岡市保健所	191	12.2	165	10.4	200	12.6
県 保 健 所	336	13.0	293	11.3	247	9.6

表1-2 県保健所別新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（平成30年は速報値）

年 別 区 分	平成29年		平成30年		令和元年		
	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	
県保健所	大牟田市	19	16.3	12	10.6	19	17.0
	久留米市	44	14.4	39	12.8	23	7.6
	宗像・遠賀	33	11.3	36	12.3	36	8.2
	粕屋	29	10.1	30	10.4	26	8.9
	筑紫	47	10.8	35	8.0	36	8.2
	糸島	8	8.2	5	5.1	6	6.1
	田川	35	28.5	9	7.4	13	10.9
	北筑後	31	16.8	22	12.0	20	10.9
	南筑後	27	9.5	37	13.2	25	9.0
	京築	17	9.2	32	17.4	16	8.8
嘉穂・鞍手	46	16.1	36	12.7	40	14.2	

42.7%、90歳以上も13.1%であり、超高齢化が進んでいる。一方で60歳未満の中でも若年層の増加が最近目立っている。20歳代の患者に絞った推移(図3-3)では、これまでは年々減少していたが、平成25年より増加に転じており、令和元年は92人と前年より35人も増えて、全患者数の16.1%に達している。全国でも同様に若年層の増加傾向が見られるが、福岡県は特に顕著である。今後も患者の分布は超高齢層と若年層の2極化の傾向が続くと予想される。

外国出生者の結核患者の増加が問題となっているが、令和元年は前年より22人増えて93人であった。新登録患者に占める割合(図4)も急増し16.4%に達している。とくに福岡市では32.5%が外国出生者であった。これが先述した若年層の結核の増加の原因と推測されるが、今後も高ま延国出身者の増加が予想され、重点的な対策が必要である。

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41.5%であった。一方、「その他の菌陽性」の割合が年々増加傾向にあるが、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、医療機関受診例の割合が全体の8割以上で、自覚症状のある高齢者患者が多くを占めていることを反映している。他方、健診で発見される症例も17.8%あり、胸部健診も結核の発見に有効である。

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徐々に増加し60.3%まで達して、平成30年の全国平均(60.8%)とほぼ同等で

ある。治療成績向上のためには今後も標準治療の適正な実施への努力が必要である。

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。平成22年まではピーク時(平成13年、695人)の6分の1程度に減少していたが、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る。令和元年は34人増えて336人であった。

以上、令和元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、平成30年以降は再び減少し、令和元年の速報値は572人で前年より22人減少し、罹患率は11.2で0.4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も29人減少した。罹患率も塗抹陽性罹患率も全国平均を下回った。地域別の患者数では、福岡市、大牟田市、筑紫、糸島、田川、嘉穂・鞍手地区で増加し、他の6地区では減少した。地域格差は前年より縮小した。年齢別では、60歳以上が67.5%を占め、80歳以上が42.7%、90歳以上も13.1%を占めている。一方で、若年層、とくに20歳代のみ患者数は増えており、ほかの年齢層はいずれも減少傾向である。外国出生者の患者数も増加傾向にあり、全患者に占める割合も16.4%に達した。治療面では、PZA含む標準治療の割合は60.3%で、全国平均を若干下回っている。また潜在性結核感染症患者数は平成23年から増加したが、平成25年からは年間300人程度である。

全体の患者数は減少しているが、超高齢者と若年者の増加に伴う年齢の二極化の傾向が進んでいる。若年層の増加は外国出生者の患者数の増加に起因しており、今後も注意が必要である。

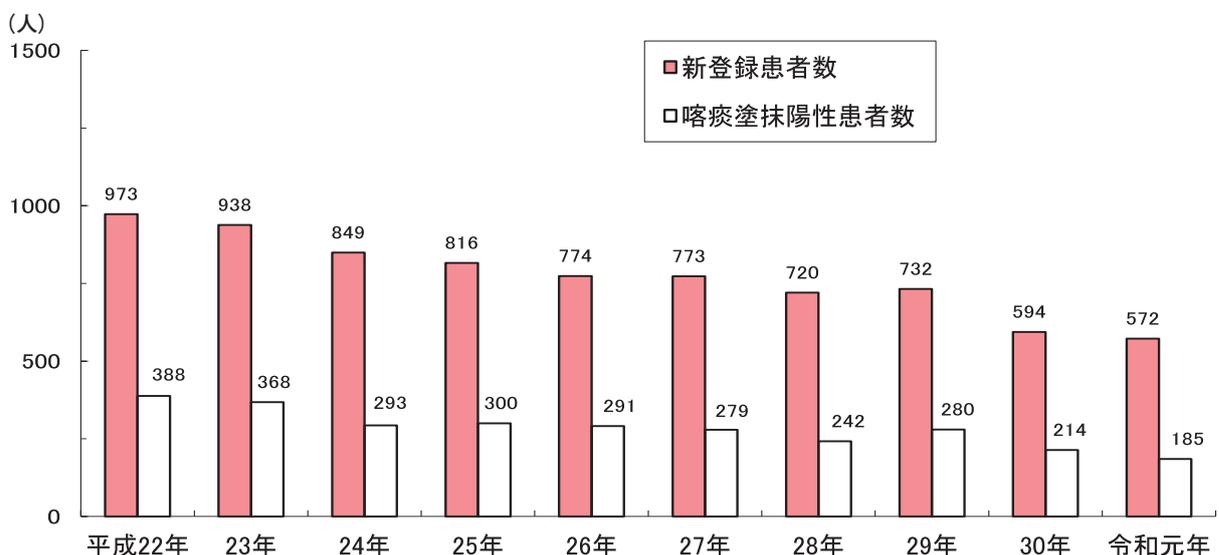


図1 福岡県新登録患者数(年次推移)(令和元年は速報値)

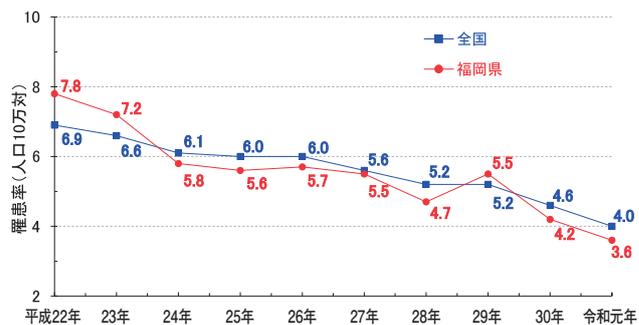
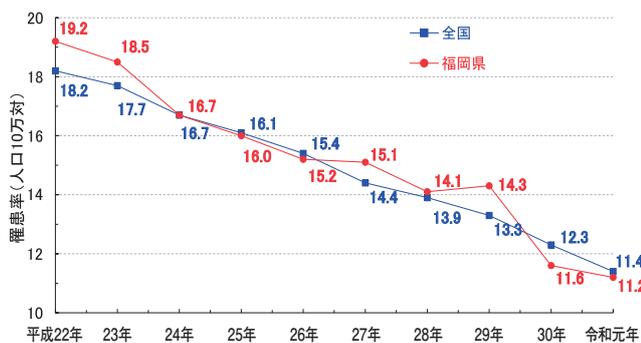


図2-1 全結核罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和元年は速報値)

図2-2 喀痰塗抹陽性罹患率年次推移(人口10万対)
(令和元年は速報値)

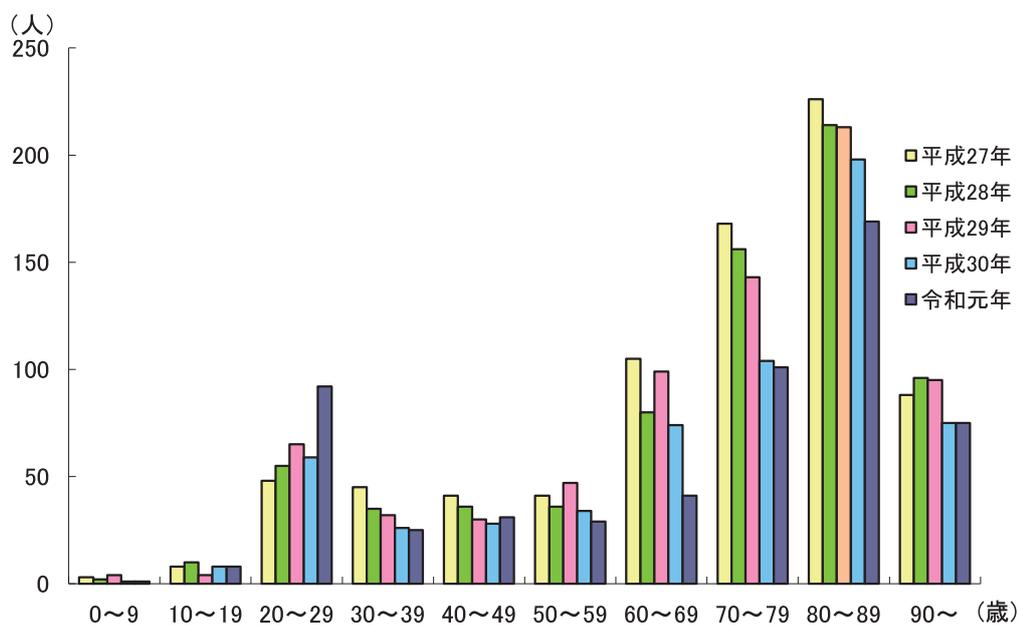


図3-1 年齢階級別新登録患者数
(令和元年は速報値)

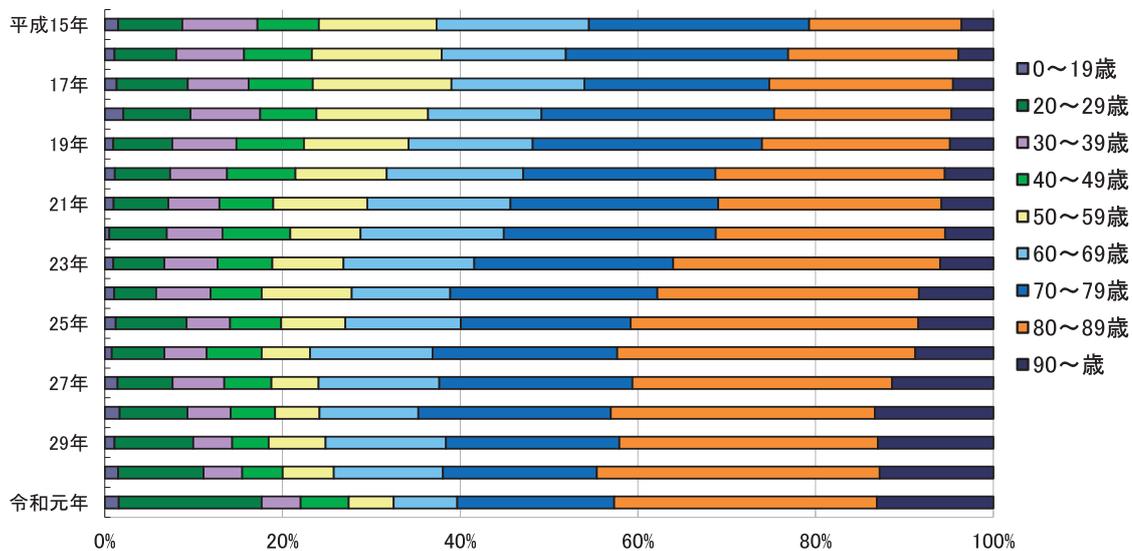


図3-2 福岡県新登録患者比率 (年齢階級別)
(令和元年は速報値)

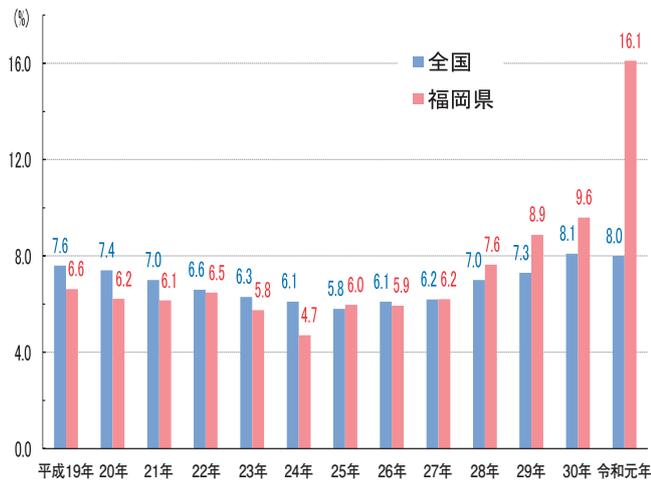


図3-3 新登録患者のうち若年層(20~29歳)の割合の年次推移 (令和元年は速報値)

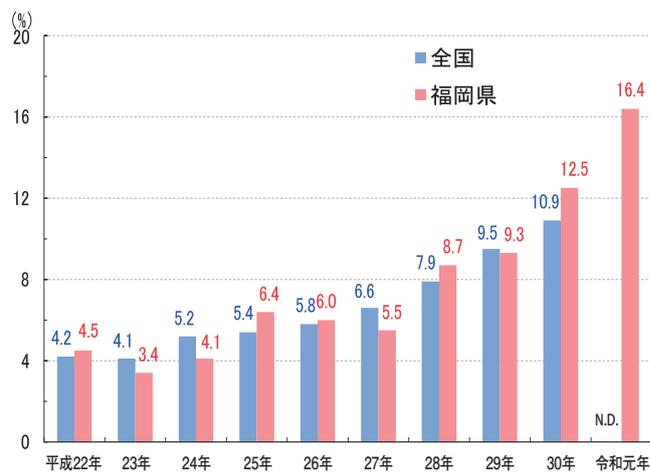


図4 新登録患者のうち外国出生者割合の年次推移 (令和元年は速報値)

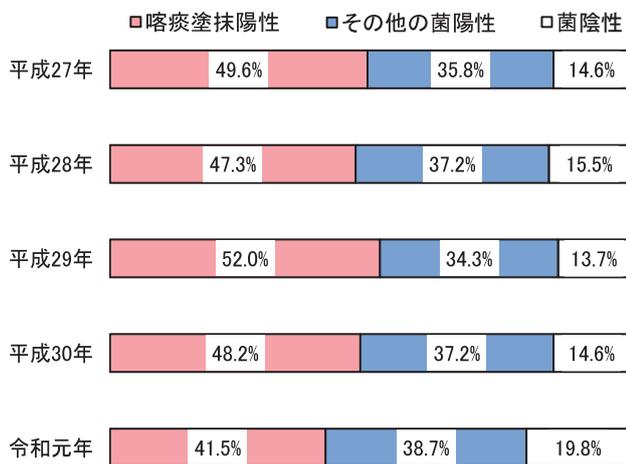


図5-1 活動性肺結核喀痰検査結果 (令和元年は速報値)

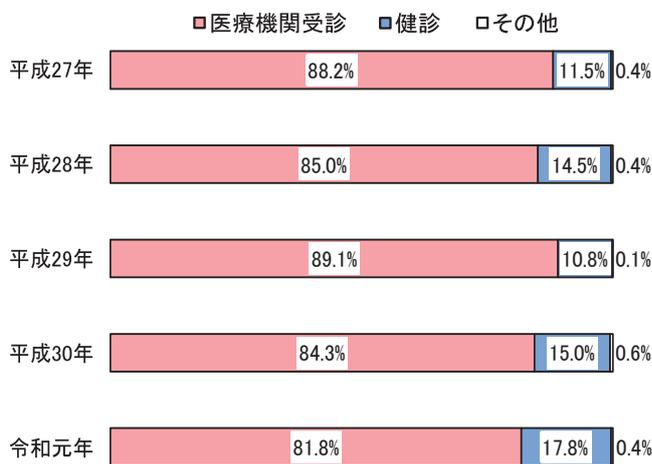


図5-2 患者発見方法別 (令和元年は速報値)

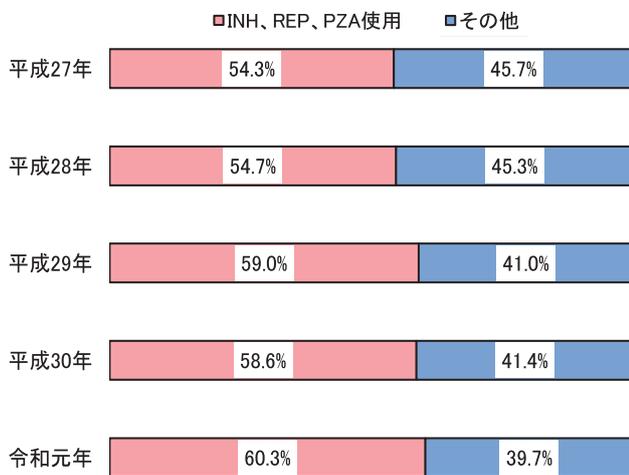


図5-3 INH、REP、PZAを含む3剤以上使用 (令和元年は速報値)

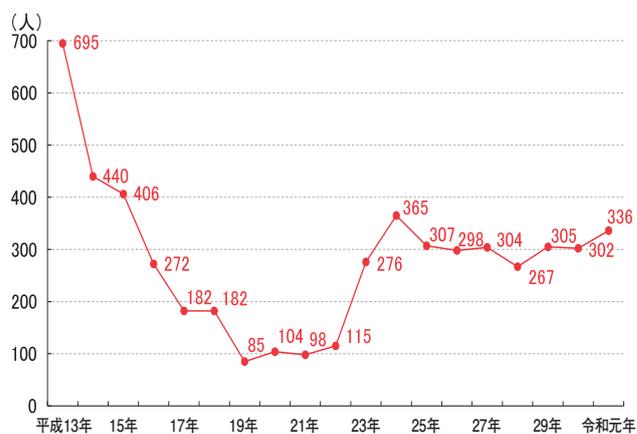


図6 潜在性結核感染症患者数(年次推移) (令和元年は速報値)

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991件、三類感染症は総計207件、四類感染症は総計133件、全数把握対象五類感染症は総計1,902件の届出があった。

二類感染症について

- ・結核は、991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

- ・細菌性赤痢は7件届出があった。性別では、男性3人、女性4人であった。年代別では、20歳代1人、30歳代2人、40歳代1人、50歳代1人、60歳代2人であった。推定感染地域は国内2件、国外5件であった。
- ・腸管出血性大腸菌感染症は198件届出があった。血清群別では、O157が125件、O121が4件、O26が16件、その他・不明が53件であった。毒素型別では、VT1産生株53件、VT2産生株33件、VT1及びVT2産生株108件、毒素型不明2件、その他2件であった。診断類型別では、患者136人、無症状病原体保有者62人であった。
- ・腸チフスは1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・パラチフスは1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・コレラの届出はなかった。

四類感染症について

- ・E型肝炎は8件届出があった。推定感染地域は国内が7件、国外が1件であった。
- ・A型肝炎は6件届出があった。推定感染地域は国内が4件、国外が2件であった。
- ・重症熱性血小板減少症候群は6件届出があった。性別では、男性2人、女性4人であった。年代別では、50歳代1人、60歳代1人、70歳代1人、80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2件届出があった。推定感染地域はいずれも国外であった。
- ・つつが虫病は5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17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2件届出があった。推定感染地域はいずれも国外であった。
- ・ライム病は2件届出があった。推定感染地域はいずれも国外であった。

- ・レジオネラ症は79件届出があった。性別では、男性61人、女性18人であった。年代別では、20歳代1人、40歳代2人、50歳代10人、60歳代20人、70歳代19人、80歳代以上27人であった。
- ・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31件届出があった。性別では、男性28人、女性3人であった。
- ・ウイルス性肝炎は13件届出があった。内訳は、B型肝炎10件、C型肝炎1件、その他2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4件届出があった。
- ・急性脳炎は19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8件届出があった。病型別では、孤発性プリオン病7件、遺伝性プリオン病1件であった。
- ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症は34件届出があった。
- ・後天性免疫不全症候群は73件届出があった。性別では、男性71人、女性2人であった。診断類型別では、患者が29人、無症状病原体保有者が44人であった。感染経路別では、異性間性的接触8件、同性間性的接触50件、その他及び不明が15件であった。
- ・侵襲性インフルエンザ菌感染症は36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。
- ・侵襲性肺炎球菌感染症は181件届出があった。
- ・水痘（入院例に限る）は28件届出があった。
- ・梅毒は277件届出があった。性別では、男性196人、女性81人であった。年代別では、10歳未満1人、10歳代11人、20歳代74人、30歳代79人、40歳代64人、50歳代31人、60歳代6人、70歳代5人、80歳代以上6人であった。病型別では、先天梅毒1件、早期顕症梅毒208件、晩期顕症梅毒4件、無症候64件であった。
- ・播種性クリプトコックス症は7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2件届出があった。
- ・百日咳は977件届出があった。性別では、男性415人、女性562人であった。年代別では、10歳未満437人、10歳代219人、20歳代42人、30歳代59人、40歳代83人、50歳代65人、60歳代42人、70歳代20人、80歳以上10人であった。
- ・風しんは84件届出があった。性別では、男性69人、女性15人であった。年代別では、10歳未満

4人、10歳代9人、20歳代17人、30歳代15人、40歳代26人、50歳代10人、60歳代以上3人であった。
・麻疹は14件届出があった。性別では、男性8人、女性6人であった。年代別では、10歳未満1人、

20歳代9人、30歳代3人、50歳代1人であった。
推定感染地域は国内5件、国外8件、不明1件であった。
・他の全数把握対象五類感染症の届出はなかった。

表 福岡県における全数把握対象疾病の患者報告数

	平成29年 (H29.1~H29.12)						平成30年 (H30.1~H30.12)						平成31年 (H31.1~R1.12)						全国 (速報値)	
	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計		
1類感染症																				
1 エボラ出血熱						0						0							0	0
2 クリミア・コンゴ出血熱						0						0							0	0
3 痘そう						0						0							0	0
4 南米出血熱						0						0							0	0
5 ハスト						0						0							0	0
6 マールブルグ病						0						0							0	0
7 ラッサ熱						0						0							0	0
2類感染症																				
1 急性灰白髄炎						0						0							0	0
2 結核	386	307	292	31	62	1,078	340	242	262	22	57	923	361	209	353	25	43	991	21,157	
3 ジフテリア						0						0							0	0
4 重症急性呼吸器症候群						0						0							0	0
5 中東呼吸器症候群						0						0							0	0
6 鳥インフルエンザ (H5N1)						0						0							0	0
7 鳥インフルエンザ (H7N9)						0						0							0	0
3類感染症																				
1 コレラ						0						0							0	5
2 細菌性赤痢	3	1	5	1		10			3		1	4	3		4			7	140	
3 腸管出血性大腸菌感染症	70	12	84	1	10	177	40	31	57	1	41	170	83	41	65		9	198	3,739	
4 腸チフス						0		1	1			2	1					1	37	
5 パラチフス						0						0			1			1	21	
4類感染症																				
1 E型肝炎	1	1	3			5	2	1	4			7	1	4	3			8	490	
2 ウエストナイル熱						0						0							0	0
3 A型肝炎	4	2	5	2		13		2	13		1	16	2	1	3			6	425	
4 エキノコックス症						0						0							0	24
5 黄熱						0						0							0	0
6 オウム病						0		1				1							0	13
7 オムスク出血熱						0						0							0	0
8 回帰熱						0						0							0	7
9 キャサナル森林病						0						0							0	0
10 Q熱						0						0							0	2
11 狂犬病						0						0							0	0
12 コクシジオイデス症						0						0							0	2
13 サル痘						0						0							0	0
14 ジカウイルス感染症						0						0							0	3
15 重症熱性血小板減少症候群	1					1					1	1	1	1	3		1	6	101	
16 腎症候性出血熱						0						0							0	0
17 西部ウマ脳炎						0						0							0	0
18 ダニ媒介脳炎						0						0							0	0
19 炭疽						0						0							0	0
20 チクングニア熱						0						0				2		2	49	
21 つつが虫病	1		3			4		1			3	4	2		2		1	5	398	
22 デング熱		1	1			2			1			1	1	2	12		2	17	461	
23 東部ウマ脳炎						0						0							0	0
24 鳥インフルエンザ (H5N1,H7N9を除く)						0						0							0	0
25 ニバウイルス感染症						0						0							0	0
26 日本紅斑熱	6		5			11	1		2		1	4	2	2	1	1		6	318	
27 日本脳炎						0						0							0	8
28 ハンタウイルス肺症候群						0						0							0	0
29 Bウイルス病						0						0							0	2
30 鼻疽						0						0							0	0
31 プルセラ症						0						0							0	2
32 ペネズエラウマ脳炎						0						0							0	0
33 ハンドラウイルス感染症						0						0							0	0
34 発しんチフス						0						0							0	0
35 ボツリヌス症						0						0							0	3
36 マラリア			1			1					1	1	1		1			2	57	
37 野兎病						0						0							0	0
38 ライム病			1			1						0			1			1	2	17
39 リッサウイルス感染症						0						0							0	0
40 リフトバレー熱						0						0							0	0
41 類鼻疽						0						0							0	2
42 レジオネラ症	13	15	16		2	46	24	15	12	1	3	55	29	17	27	2	4	79	2,314	
43 レプトスピラ症					1	1						0							0	32
44 ロッキー山紅斑熱						0						0							0	0
5類感染症																				
1 アメーバ赤痢	14	7	17		5	43	8	5	13	2	5	33	11	2	16		2	31	844	
2 ウイルス性肝炎	2	3	3			8	1	1	4	2	1	9	2	6	4	0	1	13	327	
(B型)	1	3	3			7	1		3		1	5	2	5	2		1	10	-	
(C型)						0			1		1	2			1			1	-	
(その他/不明)	1					1		1		1		2		1	1			2	-	
3 カルバペナム耐性腸内細菌科細菌感染症	38	21	59	2	13	133	27	40	68	4	9	148	18	24	49	2	17	110	2,311	
4 急性弛緩性麻痺						0						0							0	19
5 急性脳炎	10	11	14	2	2	39	7	7	20		2	36	5	13			1	19	952	
6 クリプトスポリジウム症						0						0							0	0
7 クロイツフェルト・ヤコブ病	1	2	2		1	6	3		2	1	2	8	2	1	3	1	1	8	191	
8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症	10	12	7		2	31	8	2	11			21	8	9	13		4	34	923	
9 後天性免疫不全症候群	4	9	54		10	77	7	18	40		7	72	10	7	51		5	73	1,225	
10 ジアルジア症		1	1			2	3		2			5						0	53	
11 侵襲性インフルエンザ菌感染症	6	5	2	3	2	18	3	5	5		2	15	9	11	14		2	36	539	
12 侵襲性髄膜炎菌感染症						0					1	1						1	1	48
13 侵襲性肺炎球菌感染症	45	40	57	8	22	172	43	34	62	6	17	162	53	47	70	2	9	181	3,321	
14 水痘 (入院例に限る)	4	2	6	2	3	17	11	4	12	1	4	32	11	8	7	1	1	28	489	
15 先天性風しん症候群						0						0							0	4
16 梅毒	33	15	157	2	20	227	77	34	186	4	20	321	61	31	160	6	19	277	6,577	
17 播種性クリプトコックス症	1	2	5			8	3	2	2		1	8	0	3	2		2	7	155	
18 破傷風	2		1			3	2		2	1	1	6	1	1	1			3	125	
19 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症						0						0							0	0
20 バンコマイシン耐性腸球菌感染症			4			4						0			1	1			2	80
21 百日咳						97	18	115	3	53	286	375	101	344			157	977	16,785	
22 風しん	1					1	28	29	102		8	167	30	20	31	1	2	84	2,306	
23 麻疹	3		1			4	13		7			20	2	7	5			14	744	
24 薬剤耐性アシネトバクター感染症			1			1						0						0	24	

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、北九州市分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、大牟田市を含む）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

令和元年（平成31年1月～4月を含む）に本調査事業において採取された検体は、15疾病760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、大牟田市、その他の市町村の疾病別検体採取状況を表3に示した。検体総数は、前年と比べると16.1%の減少（906→760）であった。疾病別検体数では、インフルエンザが209件と最も多く、前年から6件増加（203→209）した。次いで、手足口病が125件、感染性胃腸炎が119件と多かった。前年と比べて検体数が増加した疾病はインフルエンザ（203→209）、手足口病（111→125）、伝染性紅斑（5→14）であった。また、大きく減少したものは感染性胃腸炎（186→119）であり、ヘルパンギーナ（76→37）、無菌性髄膜炎（68→33）も減少した。疾病別の検査材料及び検査方法を表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9～11、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381件であり、複数のウイルスが検出された検体は27件であった。検出されたウイルスは全て同定され、合計37種類、408件であった。検出数が最も多かったものは、インフルエンザウイルスで197件、次いでエンテロウイルスが111件、アデノウイルスが31件、A群ロタウイルスが20件、ノロウイルスが13件であった。

次に、疾病毎の検出状況について述べる。2018/2019シーズンのインフルエンザは、患者報告数が多かった1月から5月にA/H3型が81件、次いでA/H1pdm09型が43件検出され、A/H3型とA/H1pdm09型が主な原因ウイルスであったと考えられた。また、2019/2020シーズンに入った、9月から12月にはA/H1pdm09型が主に検出され（52件）、流行ウイルスの変化が見られた。

感染性胃腸炎からの検出ウイルスでは、A群ロタウイルスが20件と前年の14件よりも多かったが、ノロウイルスGⅡは12件で前年の32件から大きく減少した。他にサポウイルスが7件、アストロウイルスが1件検出された。A群ロタウイルスは1～5月、ノロウイルスGⅡは1～3月と11～12月に主に検出された。

エンテロウイルスは、本年は111件検出され、前年の130件に比べ19件減少した。疾病別では手足口病54件、ヘルパンギーナ20件、感染性胃腸炎7件、無菌性髄膜炎7件が検出された。また、疾病

別の検出ウイルスの型を見ると、手足口病ではコクサッキーウイルスA（CA）6型が35件で最も多く、次いでCA16型が14件検出された。ヘルパンギーナからは、CA10型が8件、CA5型が6件検出された。一方、無菌性髄膜炎は患者報告数が33件と昨年と比べ少なかった（68→33）が、検出されたウイルスの内訳はエコーウイルス11型が4件、コクサッキーウイルスB（CB）5型が2件、アデノウイルス1型およびパレコウイルスが1件であった。

アデノウイルスは31件検出され、2型が10件と最も多く検出され、次いで3型が9件、1型が8件検出された。2型は感染性胃腸炎、手足口病から3件、咽頭結膜熱から2件、突発性発しん、その他の疾患から1件ずつ検出され、3型は咽頭結膜熱から7件、感染性胃腸炎、突発性発しんから1件ずつ検出された。1型は手足口病から3件、突発性発しんから2件、咽頭結膜熱、感染性胃腸炎、無菌性髄膜炎から1件ずつ検出された。また、感染性胃腸炎からは41型が、流行性角結膜炎からはアデノウイルス56型が1件検出された。

RSウイルス感染症からはRSウイルスが4件検出され、インフルエンザウイルスC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。インフルエンザは、平成27年の1月から3月はA/H3型が、27年末から28年にかけてはA/H1pdm09型が主に検出された。28年10月以降は再びA/H3型が検出され、29年12月から30年3月はA/H3型とB型が主に検出された。30年末からはA/H1pdm09型とA/H3型が検出され、令和元年9月以降はA/H1pdm09型が検出されている。手足口病では、平成27年は初夏までCA16型が多く検出され、27年の夏以降はCA6型が多く検出された。28年は例年の流行期より遅い10月以降に患者の増加が見られ、CA6型が検出された。29年は夏季にCA6型が多く検出され、秋以降にエンテロウイルス71型が検出された。30年はエンテロウイルス71型が検出され、令和元年は5月から7月にかけてCA6が多く検出され、8月以降はCA10とCA16が共に検出された。ヘルパンギーナでは、平成27年と29年の患者報告数が比較的多く、CA10型が多く検出されていた。令和元年もCA10が多く検出され、CA4型とCA10型が交互に流行する傾向が続いている。また、無菌性髄膜炎は平成27年以降患者報告数が少ない状況が続いており、令和元年も患者の報告は少なかったがエコーウイルス11型、CB5等が検出された。無菌性髄膜炎とインフルエンザの合併症について表12と表13にそれぞれ示した。

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。

最後に、本調査事業における本年のウイルスの検出率は50%（381/760）となり、昨年の49%と同等であった。また、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ていた。

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小児救急センター	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	三村守親	三村守親
	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 中村内科病院	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	森安文	森安善生
	6060 国立病院機構福岡病院	小児科	吉田誠	吉田誠生
	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	熊埜御堂
	9201 福岡市立こども病院	基幹	原寿郎	古野憲司
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	
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	大部敬三
	9206 聖マリア病院	基幹	島弘志	本田順一
大牟田市	9208 大牟田市立病院	基幹	野口和典	野口和典
福岡県	5121 (医) 文杏堂 杉病院	インフルエンザ	杉東明	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 ゆげ子どもクリニック	小児科	弓削建	弓削建
	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	尾上泰弘
	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	中村恵一
	9317 国立病院機構福岡東医療センター	基幹	江崎卓弘	中野林雄市
	9204 福岡県済生会二日市病院	基幹	間野正衛	野末安禎
	9210 社会保険直方病院	基幹	田中伸之介	平川晴久
	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	尾上泰弘	
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
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
大牟田保健所	0944-41-2669	大牟田市立病院
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・アール・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27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
インフルエンザ	288	281	384	203	209
咽頭結膜熱	64	68	57	75	57
感染性胃腸炎	201	194	211	186	119
手足口病	123	89	145	111	125
ヘルパンギーナ	48	76	66	76	37
流行性耳下腺炎	4	47	16	18	7
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	59	107	74	68	33
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	10	15	9	12	3
RSウイルス感染症*	-	-	54	41	19
突発性発しん*	-	-	15	50	43
伝染性紅斑*	-	-	2	5	14
水痘*	-	-	5	7	7
その他の疾患	141	175	71	54	87
合計	938	1052	1109	906	760

*RSウイルス感染症、突発性発しん、伝染性紅斑および水痘は平成29年より集計

表3 地域別疾病別検体採取状況（令和元年）

疾病名	北九州市	福岡市	久留米市	大牟田市	その他の市町村	合計
インフルエンザ	50	41	24	0	94	209
咽頭結膜熱	2	3	0	0	52	57
感染性胃腸炎	16	8	0	0	95	119
手足口病	23	45	0	1	56	125
ヘルパンギーナ	9	2	0	0	26	37
流行性耳下腺炎	6	0	0	0	1	7
急性脳炎	0	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	8	19	0	0	6	33
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	1	0	0	0	2	3
RSウイルス感染症	0	1	0	0	18	19
突発性発しん	1	18	0	0	24	43
伝染性紅斑	3	1	0	0	10	14
水痘	0	0	0	0	7	7
その他の疾患	83	4	0	0	0	87
合計	202	142	24	1	391	760

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	培養細胞及び乳のみマウスへ接種、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	培養細胞へ接種、PCR法
急性脳炎	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	〃
無菌性髄膜炎	〃	培養細胞及び乳のみマウスへ接種、PCR法
急性出血性結膜炎	結膜ぬぐい液	培養細胞へ接種、PCR法
流行性角結膜炎	〃	〃
RSウイルス感染症	咽頭ぬぐい液	〃
突発性発しん	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（令和元年、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	1～12月	209	NP	207	陽性	179 (NP178, EX1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	79 件	NP78, EX1						
			EX				2	インフルエンザウイルスA/H3型	65 件	NP65					
								インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型	16 件	NP16					
								インフルエンザウイルスB/ビクトリア系統	12 件	NP12					
								インフルエンザウイルスB型	4 件	NP4					
								インフルエンザウイルスA型	1 件	NP1					
								インフルエンザウイルスA/H3型+B型	1 件	NP1					
								コクサッキーウイルスB4型	1 件	NP1					
			咽頭結膜熱				1～12月	57	NP	54	陽性	14 (NP14)	アデノウイルス3型	6 件	NP6
									FC				2	アデノウイルス2型	2 件
UR	1	アデノウイルス1型		1 件	NP1										
		コクサッキーウイルスA4型		1 件	NP1										
		コクサッキーウイルスA6型		1 件	NP1										
		エコーウイルス30型		1 件	NP1										
		ライノウイルス		1 件	NP1										
		アデノウイルス3型+ライノウイルス		1 件	NP1										
感染性胃腸炎	1～12月	119		FC	115	陽性			51 (FC51)				A群ロタウイルス	19 件	FC19
				NP									2	ノロウイルスG II. 4	8 件
			EX	2			サボウイルス	4 件		FC4					
							アデノウイルス2型	2 件		FC2					
							アデノウイルス41型	2 件		FC2					
							エコーウイルス30型	2 件		FC2					
							ノロウイルスG II. 4+サボウイルス	2 件		FC2					
							ノロウイルスG II	1 件		FC1					
							ノロウイルスG I. 2	1 件		FC1					
							アストロウイルス	1 件		FC1					
							アデノウイルス	1 件		FC1					
							アデノウイルス1型	1 件		FC1					
							コクサッキーウイルスA4型	1 件		FC1					
							コクサッキーウイルスA5型	1 件		FC1					
							コクサッキーウイルスB5型	1 件		FC1					
							エコーウイルス25型	1 件		FC1					
							ノロウイルスG II. 4+アデノウイルス2型	1 件		FC1					
							A群ロタウイルス+アデノウイルス3型	1 件		FC1					
							サボウイルス+コクサッキーウイルスA10型	1 件		FC1					
			手足口病	1～12月			125	NP		97	陽性	60 (NP52, FC6, EX2)	コクサッキーウイルスA6型	34 件	NP31, FC2, EX1
FC	23	コクサッキーウイルスA16型			14 件	NP12, FC2									
SF	2	アデノウイルス2型			3 件	NP2, FC1									
EX	2	アデノウイルス1型			2 件	NP2									
UR	1	コクサッキーウイルスA5型			2 件	NP1, EX1									
		コクサッキーウイルスA10型			2 件	NP2									
		単純ヘルペスウイルス1型			1 件	NP1									
		エンテロウイルス			1 件	NP1									
		コクサッキーウイルスA6型+アデノウイルス1型			1 件	FC1									
ヘルパンギーナ	1, 4～11月	37			NP	28		陽性	20 (NP17, FC2, SF1)				コクサッキーウイルスA10型	8 件	NP8
			FC	8	コクサッキーウイルスA5型		6 件			NP5, FC1					
			SF	1	コクサッキーウイルスA6型		3 件			NP3					
					パレコウイルス		3 件			NP1, FC1, SF1					
流行性耳下腺炎	1, 4, 5, 9, 11月	7	NP	7	陽性	3 (NP3)	ムンプスウイルス	3 件	NP3						
無菌性髄膜炎	1, 2, 4～6, 8, 9月	33	SF	11	陽性	8 (NP3, FC2, SF2, UR1)	エコーウイルス11型	4 件	NP1, FC1, SF1, UR1						
			NP				9	コクサッキーウイルスB5型	2 件	NP1, FC1					
			FC				9	アデノウイルス1型	1 件	SF1					
			UR				3	パレコウイルス	1 件	NP1					
			EX				1								
流行性角結膜炎	1, 11月	3	ES	2	陽性	1 (ES1)	アデノウイルス56型	1 件	ES1						
RSウイルス感染症	2～5, 8, 9, 11, 12月	19	NP	17	陽性	5 (NP5)	RSウイルス	4 件	NP4						
			FC				2	インフルエンザウイルスC型	1 件	NP1					
突発性発しん	1～7, 9～12月	43	NP	29	陽性	13 (NP10, FC3)	ヘルペスウイルス6型	2 件	NP2						
			FC				11	ライノウイルス	2 件	NP2					
			EX				2	アデノウイルス1型	2 件	NP1, FC1					
			UR				1	コクサッキーウイルスA10型	2 件	NP1, FC1					
								アデノウイルス2型	1 件	NP1					
								コクサッキーウイルスA5型	1 件	NP1					
								コクサッキーウイルスA6型	1 件	NP1					
								エコーウイルス30型	1 件	NP1					
								コクサッキーウイルスA5型+アデノウイルス3型	1 件	FC1					
			伝染性紅斑				3, 4, 6, 7, 10～12月	14	NP	13	陽性	6 (NP6)	バルボウイルスB19	4 件	NP4
FC	1	ライノウイルス		1 件	NP1										
		バルボウイルスB19+ライノウイルス		1 件	NP1										
水痘	5, 6, 11, 12月	7	EX	5	陽性	4 (NP2, EX2)	単純ヘルペスウイルス1型	2 件	NP1, EX1						
			NP				2	水痘・帯状疱疹ウイルス	1 件	EX1					
								単純ヘルペスウイルス1型+ライノウイルス	1 件	NP1					
その他の疾患	1～12月	87	NP	36	陽性	17 (NP7, FC5, UR2, EX2, SF1)	パレコウイルス	11 件	FC4, NP2, UR2, EX2, SF1						
			FC				27	コクサッキーウイルスA6型	2 件	NP2					
			EX				10	ライノウイルス	1 件	NP1					
			SF				8	ヘルペスウイルス6型	1 件	NP1					
			UR				6	アデノウイルス2型	1 件	FC1					
								インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	1 件	NP1					

検体数： 760 件

381 件

NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, EX:その他

表6 感染症発生動向調査検査結果（令和元年、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	1～5, 7, 9～12月	50	NP	50	陽性	47 (NP47)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型	15 件	NP15
							インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	14 件	NP14
							インフルエンザウイルスA/H3型	14 件	NP14
							インフルエンザウイルスB/ビクトリア系統	3 件	NP3
							コクサッキーウイルスB4型	1 件	NP1
咽頭結膜熱	10, 12月	2	NP FC	1	陽性	1 (NP1)	アデノウイルス3型	1 件	NP1
感染性胃腸炎	1, 3, 4, 7, 9～12月	16	FC NP EX	14 1 1	陽性	5 (FC5)	ノロウイルスGII	1 件	FC1
							A群ロタウイルス	1 件	FC1
							サボウイルス	1 件	FC1
							アデノウイルス	1 件	FC1
							コクサッキーウイルスB5型	1 件	FC1
手足口病	4～10月	23	NP SF	22 1	陽性	19 (NP19)	コクサッキーウイルスA6型	10 件	NP10
							コクサッキーウイルスA16型	6 件	NP6
							コクサッキーウイルスA5型	1 件	NP1
							エンテロウイルス	1 件	NP1
							アデノウイルス1型	1 件	NP1
ヘルパンギーナ	7, 10, 11月	9	NP FC SF	4 4 1	陽性	3 (NP1, FC1, SF1)	パレコウイルス	3 件	NP1, FC1, SF1
流行性耳下腺炎	5, 6, 8月	6	NP	6	陽性	3 (NP3)	ムンプスウイルス	3 件	NP3
無菌性髄膜炎	5, 6, 8月	8	NP FC SF UR	3 2 2 1	陽性	1 (NP1)	パレコウイルス	1 件	NP1
流行性角結膜炎	11月	1	UR	1	陽性	0			
突発性発しん	2月	1	NP	1	陽性	1 (NP1)	ライノウイルス	1 件	NP1
伝染性紅斑	12月	3	NP	3	陽性	1 (NP1)	ライノウイルス	1 件	NP1
その他の疾患	1～12月	83	NP FC EX SF UR	35 26 9 7 6	陽性	17 (NP7, FC5, UR2, EX2, SF1)	パレコウイルス	11 件	FC4, NP2, UR2, EX2, SF1
							コクサッキーウイルスA6型	2 件	NP2
							ライノウイルス	1 件	NP1
							アデノウイルス2型	1 件	FC1
							インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	1 件	NP1
							ヘルペスウイルス6型	1 件	NP1
検体数：							202 件	98 件	

NP:咽頭ぬぐい液及びうがいの液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, EX:その他

表7 感染症発生動向調査検査結果（令和元年、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	1～5, 10～12月	41	NP	39	陽性	36 (NP35, EX1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	18 件	NP17, EX1	
			EX				2	インフルエンザウイルスA/H3型	11 件	NP11
								インフルエンザウイルスB型	4 件	NP4
								インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型	1 件	NP1
								インフルエンザウイルスA/H3型+B型	1 件	NP1
				インフルエンザウイルスA型	1 件	NP1				
咽頭結膜熱	7, 9月	3	NP	3	陽性	3 (NP3)	アデノウイルス2型	2 件	NP2	
								アデノウイルス3型	1 件	NP1
感染性胃腸炎	1, 5, 9, 12月	8	FC	7	陽性	2 (FC2)	A群ロタウイルス	2 件	FC2	
			NP				1			
手足口病	1, 2, 4～8, 10, 12月	45	NP	28	陽性	5 (NP4, FC1)	アデノウイルス2型	3 件	NP2, FC1	
			FC				15	アデノウイルス1型	1 件	NP1
			SF				1	コクサッキーウイルスA16型	1 件	NP1
			UR				1			
ヘルパンギーナ	8月	2	NP	1	陽性	0				
			FC				1			
無菌性髄膜炎	1, 2, 4～6, 8, 9月	19	SF	7	陽性	7 (NP2, FC2, SF2, UR1)	エコーウイルス11型	4 件	NP1, FC1, SF1, UR1	
			FC				6	コクサッキーウイルスB5型	2 件	NP1, FC1
			NP				5	アデノウイルス1型	1 件	SF1
			UR				1			
RSウイルス感染症	9月	1	NP	1	陽性	1 (NP1)	RSウイルス	1 件	NP1	
突発性発しん	1, 3～6, 12月	18	FC	8	陽性	2 (NP1, FC1)	アデノウイルス1型	2 件	NP1, FC1	
			NP				7			
			EX				2			
			UR				1			
伝染性紅斑	3月	1	FC	1	陽性	0				
その他の疾患	1月	4	NP	1	陽性	0				
			FC				1			
			SF				1			
			EX				1			
検体数；		142 件					56 件			

NP:咽頭ぬぐい液及びびうがい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, EX:その他

表8 感染症発生動向調査検査結果（令和元年、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	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数
インフルエンザ	1～6, 8～12月	118	NP	118	陽性	96 (NP96)		インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスA/H3型 インフルエンザウイルスB/ビクトリア系統	47件 NP47 40件 NP40 9件 NP9
咽頭結膜熱	1～12月	52	NP FC UR	50 1 1	陽性	10 (NP10)		アデノウイルス3型 アデノウイルス1型 エコーウイルス30型 コクサッキーウイルスA4型 コクサッキーウイルスA6型 ライノウイルス アデノウイルス3型+ライノウイルス	4件 NP4 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1
感染性胃腸炎	1～12月	95	FC EX	94 1	陽性	44 (FC44)		A群ロタウイルス ノロウイルスGII.4 サボウイルス アデノウイルス2型 アデノウイルス41型 エコーウイルス30型 ノロウイルスGII.4+サボウイルス ノロウイルスGI.2 アストロウイルス アデノウイルス1型 エコーウイルス25型 コクサッキーウイルスA4型 コクサッキーウイルスA5型 A群ロタウイルス+アデノウイルス3型 ノロウイルスGII.4+アデノウイルス2型 サボウイルス+コクサッキーウイルスA10型	16件 FC16 8件 FC8 3件 FC3 2件 FC2 2件 FC2 2件 FC2 2件 FC2 1件 FC1 1件 FC1
手足口病	1～7, 9～12月	57	NP FC EX	47 8 2	陽性	36 (NP29, FC5, EX2)		コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA16型 コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスA5型 単純ヘルペスウイルス1型 コクサッキーウイルスA6型+アデノウイルス1型	24件 NP21, FC2, EX1 7件 NP5, FC2 2件 NP2 1件 EX1 1件 NP1 1件 FC1
ヘルパンギーナ	1, 4～11月	26	NP FC	23 3	陽性	17 (NP16, FC1)		コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスA5型 コクサッキーウイルスA6型	8件 NP8 6件 NP5, FC1 3件 NP3
流行性耳下腺炎	1月	1	NP	1	陽性	0			
無菌性髄膜炎	5, 6月	6	SF NP FC UR EX	2 1 1 1 1	陽性	0			
流行性角結膜炎	1月	2	ES	2	陽性	1 (ES1)		アデノウイルス56型	1件 ES1
RSウイルス感染症	2～5, 8, 9, 11, 12月	18	NP FC	16 2	陽性	4 (NP4)		RSウイルス インフルエンザウイルスC型	3件 NP3 1件 NP1
突発性発しん	1～7, 9～11月	24	NP FC	21 3	陽性	10 (NP8, FC2)		コクサッキーウイルスA10型 ヘルペスウイルス6型 アデノウイルス2型 エコーウイルス30型 コクサッキーウイルスA5型 コクサッキーウイルスA6型 ライノウイルス コクサッキーウイルスA5型+アデノウイルス3型	2件 NP1, FC1 2件 NP2 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 FC1
伝染性紅斑	3, 4, 6, 7, 10～12月	10	NP	10	陽性	5 (NP5)		バルボウイルスB19 バルボウイルスB19+ライノウイルス	4件 NP4 1件 NP1
水痘	5, 6, 11, 12月	7	EX NP	5 2	陽性	4 (NP2, EX2)		単純ヘルペスウイルス1型 水痘・帯状疱疹ウイルス 単純ヘルペスウイルス1型+ライノウイルス	2件 NP1, EX1 1件 EX1 1件 NP1
検体数:		416件				227件			

NP:咽頭ぬぐい液及びびうがい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, 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27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
インフルエンザ	A/H3 (204) A/H1pdm09 (17) B/Yam (15) B (5) RSV (2) Co NL63 (1) Pinf (1)	A/H1pdm09 (130) A/H3 (58) B/Vic (20) B (14) B/Yam (11) A (3)	A/H3 (177) B/Yam (47) A/H1pdm09 (47) B/Vic (17) B (18) A (6)	A/H3 (65) B/Yam (52) A/H1pdm09 (27) B (15) A (3) Ad 3 (2) B/Vic (1) hRV (1)	A/H1pdm09 (95) A/H3 (82) B/Vic (12) B (5) A (1) CB 4 (1)
咽頭結膜熱	Ad 4 (5) Ad 2 (5) Ad 3 (2) Ec 3 (2) hRV (2) Ad 1 (1) Ec 18 (1) CA 2 (1) CA 4 (1) CA 6 (1) CA 16 (1)	Ad 3 (23) Ad 2 (8) CA 4 (3) CB 5 (3) Ec 9 (2) Ad 4 (1) CA 2 (1) CB 4 (1) Ad 1 (1)	Ad 2 (9) Ad 3 (2) Ad 4 (2) CB 4 (1) Ad 1 (1) Ad 5 (1) hRV (1)	Ad 2 (12) Ad 3 (8) Ad 4 (2) Rota (1) Ec 11 (1) Ev 71 (1) CA 10 (1) CA 16 (1) Co NL63 (1) RSV (1) hRV (1)	Ad 3 (7) Ad 2 (2) hRV (2) Ad 1 (1) CA 4 (1) CA 6 (1) Ec 30 (1)
感染性胃腸炎	NoG II (26) Rota (19) NoG I (6) Ad 2 (6) Ec 18 (5) Sapo (4) hRV (4) Ad 1 (3) CA 6 (3) CA 16 (3) Ad 5 (2) Ad 31 (2) Ad 41 (2) Ec 16 (2) AST (2) Ad 6 (1) Ad N (1) CA 2 (1) CA 9 (1) CA 10 (1) Ec 3 (1) Ec 25 (1)	NoG II (38) Rota (8) Ad 41 (7) CA 4 (6) CB 5 (6) Ec 9 (4) Sapo (4) Ad 2 (3) Ad 1 (2) Ad 3 (2) Ad 31 (1) CA 2 (1) CA 5 (1) CA 6 (1) CB 4 (1) AST (1) Ec 6 (1)	NoG II (41) Rota (33) AST (11) Sapo (10) Ad 1 (5) Ad 41 (4) Ad 2 (3) Ec 6 (2) CB 2 (2) CA 10 (2) CB 3 (1) CB 4 (1) CA 6 (1) Ev 71 (1) Ec 3 (1) Aichi (1)	NoG II (32) Rota (14) Sapo (13) AST (11) Ev 71 (5) Ad 1 (4) Ad 41 (4) CA 9 (4) hRV (4) CA 4 (3) Ad (2) Ad 31 (3) Ec 3 (2) CA 6 (2) Ad 2 (1) Ec 11 (1) Ec 25 (1) Ec 6 (1) Ev D68 (1) CA 16 (1) CA 2 (1)	Rota (20) NoG II (12) Sapo (7) Ad 2 (3) Ad 41 (2) Ec 30 (2) NoG I (1) AST (1) Ad (1) Ad 1 (1) Ad 3 (1) CA 4 (1) CA 5 (1) CA 10 (1) CB 5 (1) Ec 25 (1)
手足口病	CA 6 (34) CA 16 (21) Ec 18 (5) CA 9 (3) CA 10 (3) Ec 3 (1) Ev D68 (1) Ad 2 (1) Pa 6 (1) NoGI (1)	CA 6 (18) CA 16 (7) CA 10 (3) Ec 30 (3) CA 4 (2) CB 5 (2) Ec 9 (2) Ev N (2) HSV 1 (2) Ev 71 (1) Ec 6 (1) Ad 2 (1) Ad 31 (1)	CA 6 (43) CA 10 (18) Ev 71 (13) CA 16 (5) Ad 2 (1) Ad 1 (1) Ad 5 (1) hRV (1) HHV (1) CB 4 (1)	Ev 71 (33) CA 6 (10) CA 16 (7) Ec 11 (2) CA 2 (2) CA 9 (2) HSV 1 (1) Pa (1) HHV 5 (1)	CA 6 (35) CA 16 (14) Ad 2 (3) Ad 1 (3) CA 5 (2) CA 10 (2) HSV 1 (1) Ev (1)
ヘルパンギーナ	CA 10 (9) CA 2 (4) CA 6 (4) Ec 25 (2) Ec 3 (1) Ec 18 (1) CA 9 (1) CA 16 (1) CB 4 (1) Pa 1 (1) hRV (1)	CA 4 (16) CB 5 (10) CA 10 (8) CA 5 (4) CB 1 (3) CA 6 (1) Ad 2 (1) hRV (1)	CA 10 (25) CA 6 (4) Ec 6 (2) CB 3 (2) hRV (1) Ad 3 (1) Ad 5 (1) HHV 4 (1) CA 2 (1) CA 16 (1)	CA 4 (8) CA 2 (5) Ev 71 (3) CA 6 (3) HHV 6 (2) hRV (2) Ad 2 (1) Ec 25 (1) Ev D68 (1) CA 1 (1) CA 9 (1) CA 16 (1)	CA 10 (8) CA 5 (6) CA 6 (3) Pa (3)

Ad : アデノウイルス、CA : コクサッキーA、CB : コクサッキーB、Ec : エコー、Ev : エンテロウイルス、Po : ポリオウイルス、A/H1pdm09 : インフルエンザ A/H1pdm09 亜型
A/H3 : インフルエンザ A/H3 亜型、A : インフルエンザ A 型、B : インフルエンザ B 型、B/Yam : インフルエンザ B/山形系統、B/Vic : インフルエンザ B/ビクトリア系統
Rota : ロタウイルス、NoG I : ノロウイルス I、NoG II : ノロウイルス II、Norovirus : ノロウイルス、Sapo : サポウイルス、AST : アストロウイルス、Pa : パレコウイルス
Mump : マumpsウイルス、Meas : 麻疹ウイルス、HSV : 単純ヘルペスウイルス、hRV : ライノウイルス、Aichi : アイチウイルス、Co : コロナウイルス、Pinf : パラインフルエンザ

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27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
流行性耳下腺炎	Mump (1)	Mump (29)	Mump (3) Ec 6 (1)	Mump (8) Ec 11 (1) hRV (1)	Mump (3)
急性脳炎					
無菌性髄膜炎	Ec 18 (6) CB 4 (2) Mump (2) CA 2 (1) Ec 3 (1) Ec 16 (1)	CB 5 (26) Ec 30 (4) Ec 6 (2) Ec 9 (2) CB 2 (1) Ad 31 (1)	Ec 6 (7) CB 2 (3) Ev 71 (2) CA 10 (1) Mump (1)	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) Pa (1)
流行性角結膜炎	Ad 54 (4) Ad 53 (1)	Ad 54 (4) Ad 56 (1) Ad N (1)	Ad 54 (1) Ad 56 (1) Ad 4 (1) HHV (1)	Ad 54 (3)	Ad 56 (1)
RSウイルス感染症			RSV (8) hRV (7) Ad 2 (1) Ad 54 (1) CB 2 (1)	RSV (11) hRV (1) CA 4 (1) CA 9 (1) CB 2 (1) Ad 2 (1)	RSV (4) C (1)
突発性発しん			HHV 6 (1) Pa (1) Ec 6 (1)	HHV 6 (5) CA 4 (3) CA 6 (3) Ad 2 (2) Ad 41 (1) Pa (1) HSV 1 (1) HHV 7 (1) hRV (1)	HHV 6 (2) hRV (2) Ad 1 (2) CA 5 (2) Ad 10 (2) Ad 2 (1) CA 6 (1) Ad 3 (1) Ec 30 (1)
水痘			HHV 3 (3)	HHV 3 (1) HSV 1 (1)	HSV 1 (3) HHV 3 (1) hRV (1)
伝染性紅斑				Ad 2 (2)	Pa (5) hRV (2)
その他の疾患	Ec 18 (5) NoG II (3) CA 6 (3) A/H3 (2) CA 16 (2) Ad 1 (2) Ad 2 (1) Ad 5 (1) Ec 3 (1) Ec 16 (1) CA 10 (1) Rota (1) Pinf (1)	Ec 9 (7) Pa (6) Ad 2 (5) hRV (4) NoG II (3) CA 5 (3) CA 4 (2) CA 6 (2) Ec 5 (2) Ec 6 (2) Ad 1 (1) Ad 3 (1) RSV (1) hMPV (1) B/Yam (1) Rota (1)	CA 10 (2) Ad 1 (2) Ec 6 (1) A/H3 (1) CA 6 (1) hRV (1) Pa (1) Ad 3 (1)	CA 9 (2) Pa (2) hRV (2) Ad 1 (1) Ad 3 (1) Ec 25 (1)	Pa (11) CA 6 (2) hRV (1) HHV 6 (1) Ad 2 (1) A/H1pdm09 (1)

Ad：アデノウイルス、CA：コクサッキーA、CB：コクサッキーB、Ec：エコー、Ev：エンテロウイルス、Po：ポリオウイルス
A/H1pdm09：インフルエンザA/H1pdm09亜型、A/H3：インフルエンザA/H3亜型、B：インフルエンザB型、B/Yam：インフルエンザB/山形系統、C：インフルエンザC型、Pinf：パラインフルエンザ
Rota：ロタウイルス、NoG I：ノロウイルスI、NoG II：ノロウイルスII、Noro：ノロウイルス、Sapo：サポウイルス、AST：アストロウイルス
Mump：ムンプスウイルス、Meas：麻疹ウイルス、HSV：単純ヘルペスウイルス、HHV：ヘルペスウイルス、Pa：パルコウイルス、hRV：ライノウイルス、Co：コクサッキー
M.P：マイコプラズマニューモニオ、hMPV：ヒトメタニューモウイルス、RSV：RSウイルス、HAV：A型肝炎ウイルス
* RSウイルス感染症、突発性発しん、水痘および伝染性紅斑は、平成29年より集計した。

表10 ウイルス型ごとの月別地域別検出状況（令和元年）

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	北九州							1						1
	福岡					3	1							4
	筑後				1			1	1					3
アデノウイルス 2型	北九州												1	1
	福岡					1	2	1		1				5
	筑後		1	1			1	1						4
アデノウイルス 3型	北九州												1	1
	福岡				1			1				1		3
	筑後									1				1
アデノウイルス 41型	筑後											1	1	2
アデノウイルス 56型	福岡	1												1
アデノウイルス 型別不明	北九州												1	1
エンテロウイルス	北九州										1			1
コクサッキーウイルス A4型	筑後		2											2
コクサッキーウイルス A5型	北九州										1			1
	筑豊									4				4
	筑後	2						3	1					6
コクサッキーウイルス A6型	北九州					2	6	4						12
	福岡					1	5	1						7
	筑豊			1		1	2							4
	筑後					2	8	8	1					19
コクサッキーウイルス A10型	筑豊											2		2
	筑後								3	2	2	4		11
コクサッキーウイルス A16型	北九州							1	1	2	2			6
	福岡									1	1	1	1	4
	筑豊									1				1
筑後									1	1	1		3	
コクサッキーウイルス B4型	北九州											1		1
コクサッキーウイルス B5型	北九州											1		1
	福岡						2							2
エコーウイルス 11型	福岡	4												4
エコーウイルス 25型	筑後						1							1
エコーウイルス 30型	筑豊											1		1
	筑後								1	1		1		3
パレコウイルス	北九州						3	11			1			15
インフルエンザウイルス A/H1pdm09型	北九州	4	10	4							2	1	9	30
	福岡	8	5	1		1			1	1	4	9	12	42
	筑豊	4												4
	筑後	5				1				2	1	1	10	20
インフルエンザウイルス A/H3型	北九州	12	12	5	2	1								32
	福岡	11	8	1	1	1								22
	筑豊	5	1											6
	筑後	3	6	10	2							1		22
インフルエンザウイルス A型	福岡		1											1
インフルエンザウイルス B/e7外7系統	北九州					1		1					1	3
	福岡			1	1	1			1					4
	筑後		3	1			1							5
インフルエンザウイルス B型	福岡	2			1	1					1			5
インフルエンザウイルス C型	筑後											1		1
ムンプスウイルス	北九州	1				1				1				3
ライノウイルス	北九州		1	1					1					3
	福岡						1					1		2
	筑豊	1												1
筑後				1							1			2
RSウイルス	福岡									1				1
	筑豊									1				1
	筑後			1						1				2
A群ロタウイルス	北九州				1									1
	福岡			1	1	2								4
	筑豊		1	2	2									5
	筑後	2	3		5									10
アストロウイルス	筑後							1						1
サボウイルス	北九州	1												1
	筑豊		1											1
	筑後						1	1				2	1	5
ノロウイルス GI.2	筑後			1										1
ノロウイルス GII.4	筑後		1	3		1	1	1			1	3	11	
ノロウイルス GII	北九州	1												1
バルボウイルス B19型	福岡						2					1		3
	筑後				1								1	2
単純ヘルペスウイルス 1型	福岡						2							2
	筑後											2		2
ヘルペスウイルス 3型	筑後										1			1
ヘルペスウイルス 6型	北九州							1						1
	筑豊		1											1
	筑後		1											1
合計		69	58	34	20	22	40	38	11	24	18	30	44	408

表11 地域ごとの月別ウイルス型別検出状況（令和元年）

地域ブロック	検出ウイルス	型別	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	1型							1							1
		2型													1	1
		3型													1	1
		型別不明													1	1
	エンテロウイルス コクサッキーウイルス	A5型									1					1
		A6型					2	6	4				1			12
		A16型							1	1	2	2				6
		B4型												1		1
		B5型											1			1
	パレコウウイルス インフルエンザウイルス	A/H1pdm09型	4	10	4							2	1		9	30
		A/H3型	12	12	5	2	1						1			32
		B/e*外リア系統					1			1					1	3
		小計	1				1				1					3
	ムンプスウイルス ライノウイルス A群ロタウイルス サポウイルス ノロウイルス ヘルペスウイルス	GII.6型														1
小計		19	23	10	3	5	9	19	2	6	6	1	13	116		
福岡		アデノウイルス	1型					3	1							4
			2型					1	2	1		1				5
			3型				1			1				1		3
			56型	1												1
		コクサッキーウイルス	A6型					1	5	1						7
			A16型									1	1	1	1	4
			B5型						2							2
		エコーウイルス インフルエンザウイルス	11型	4												4
	A/H1pdm09型		8	5	1		1			1	1	4	9	12	42	
	A/H3型		11	8	1	1	1								22	
	A型			1											1	
	B/e*外リア系統	A型			1	1	1			1					4	
		B型	2			1	1					1			5	
	ライノウイルス RSウイルス A群ロタウイルス パルボウイルス 単純ヘルペスウイルス	B19型						1					1		2	
小計					1	1	2				1			4		
				1	1	2								4		
							2					1		3		
小計	26	14	4	5	11	15	3	2	4	6	13	13	116			
筑豊	アデノウイルス コクサッキーウイルス	3型									1				1	
		A5型									4				4	
		A6型			1		1	2							4	
		A10型											2		2	
		A16型									1				1	
	エコーウイルス インフルエンザウイルス	30型											1		1	
		A/H1pdm09型	4												4	
		A/H3型	5	1											6	
	ライノウイルス RSウイルス A群ロタウイルス サポウイルス ヘルペスウイルス	6型													1	
		小計	10	4	3	2	1	2	0	0	7	0	3	0	32	
															1	
				1	2	2						1			5	
	筑後	アデノウイルス コクサッキーウイルス	1型				1			1	1					3
			2型		1	1			1	1						4
3型			2				1	1							4	
41型												1	1		2	
A4型				2											2	
A5型			2						3	1					6	
エンテロウイルス インフルエンザウイルス		A6型					2	8	8	1					19	
		A10型							3		2	2	4		11	
		A16型									1	1	1		3	
		25型						1							1	
A/H1pdm09型 A/H3型 B/e*外リア系統 C型		30型								1	1		1		3	
		A/H1pdm09型	5				1				2	1	1	10	20	
		A/H3型	3	6	10	2							1		22	
		B/e*外リア系統		3	1			1							5	
ライノウイルス RSウイルス A群ロタウイルス アストロウイルス サポウイルス ノロウイルス パルボウイルス 単純ヘルペスウイルス	G I.2				1								1	1		
	G II.4		1	3		1	1	1				1	3	11		
	B19型				1								1	2		
	1型												2	2		
	3型											1		1		
	6型		1											1		
	小計	14	17	17	10	5	14	16	7	7	6	13	18	144		
	合計	69	58	34	20	22	40	38	11	24	18	30	44	408		

表12 無菌性髄膜炎の合併症（令和元年、33例）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	8 (SF4, NP1, FC1, UR1, EX1)	
上気道炎	5 (FC2, SF2, NP1)	
下気道炎	1 (SF1)	
水疱	1 (SF1)	
紅斑	1 (SF1)	
下痢	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, EX1)	
嘔気	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, EX1)	
嘔吐	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, EX1)	
髄膜炎	13 (SF5, FC3, NP2, UR2, EX1)	Ec11 (NP1, FC1, SF1, UR1)
意識障害	3 (NP1, FC1, SF1)	
中枢神経系症状	3 (NP1, FC1, UR1)	

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, EX:その他 Ec:エコーウイルス

表13 インフルエンザの合併症（令和元年、209例）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	50 (NP50)	A/H1pdm09 (NP24), A/H3 (NP17), B/Vic (NP5), B (NP1), CB4 (NP1)
関節痛	26 (NP26)	A/H1pdm09 (NP8), A/H3 (NP8), B/Vic (NP1), B (NP1)
筋肉痛	6 (NP6)	A/H1pdm09 (NP4)
上気道炎	97 (NP97)	A/H1pdm09 (NP44), A/H3 (NP35), B/Vic (NP6), B (NP3), CB4 (NP1)
下気道炎	33 (NP31, EX2)	A/H1pdm09 (NP16, EX1), A/H3 (NP12), B/Vic (NP3), B (NP1)
気管支炎	34 (NP34)	A/H1pdm09 (NP19), A/H3 (NP12), B/Vic (NP3), B (NP1)
肺炎	7 (NP6, EX1)	A/H3 (NP3), A/H1pdm09 (NP1)
下痢	3 (NP3)	A/H1pdm09 (NP2), A/H3 (NP1)
嘔気	2 (NP2)	A/H1pdm09 (NP1)
嘔吐	4 (NP4)	A/H3 (NP3), B/Vic (NP1)
腹痛	1 (NP1)	A/H1pdm09 (NP1)
意識障害	9 (NP8, EX1)	A/H1pdm09 (NP3, EX1), A/H3 (NP3)
脳炎	1 (NP1)	A/H1pdm09 (NP1)
脳症	1 (EX1)	A/H1pdm09 (NP1)
循環器障害	1 (NP1)	
熱性けいれん	13 (NP13)	A/H1pdm09 (NP6), A/H3 (NP5), A (NP1)

NP:咽頭ぬぐい液, EX:その他
A/H1pdm09:インフルエンザウイルスA/H1pdm09亜型, A/H3:インフルエンザウイルスA/H3亜型
B/Vic:インフルエンザウイルスB型ヒトリア系統
A:インフルエンザウイルスA型, B:インフルエンザウイルスB型, Ad:アデノウイルス
CB:コクサッキーB群ウイルス

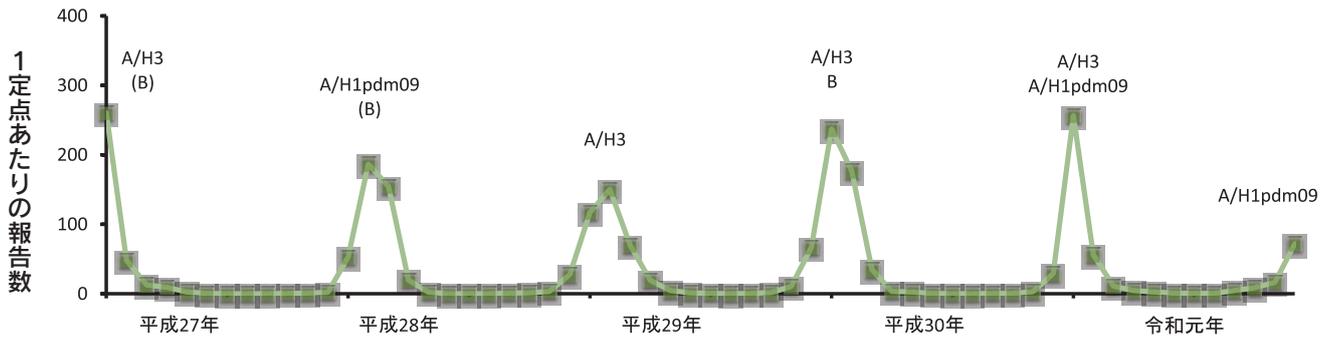


図1 インフルエンザの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

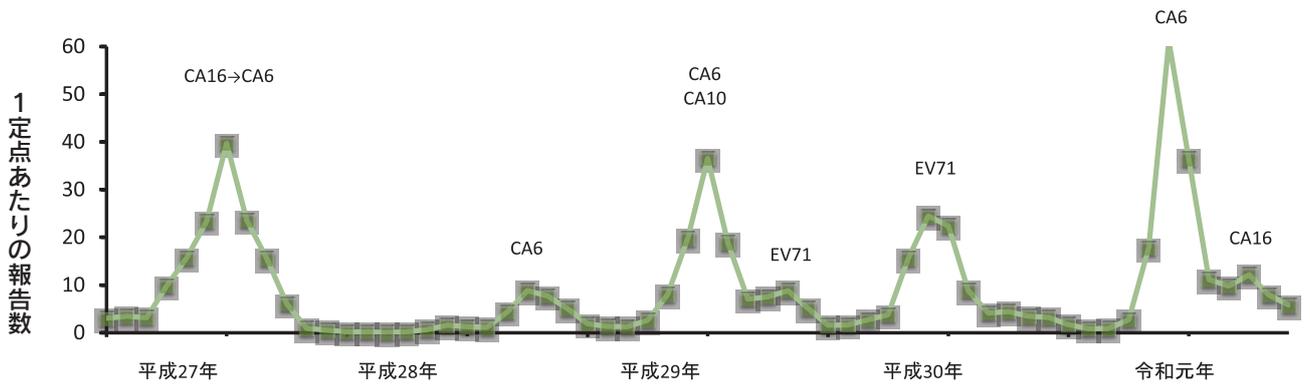


図2 手足口病の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

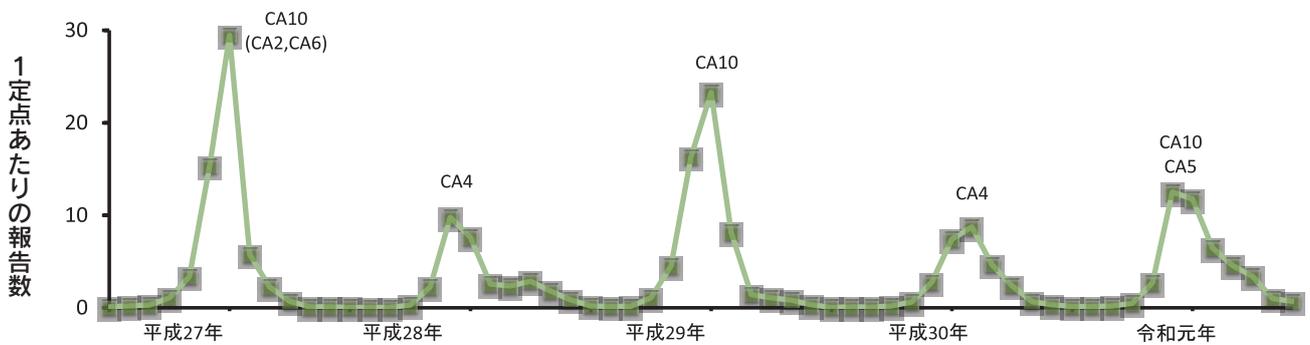


図3 ヘルパンギーナの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

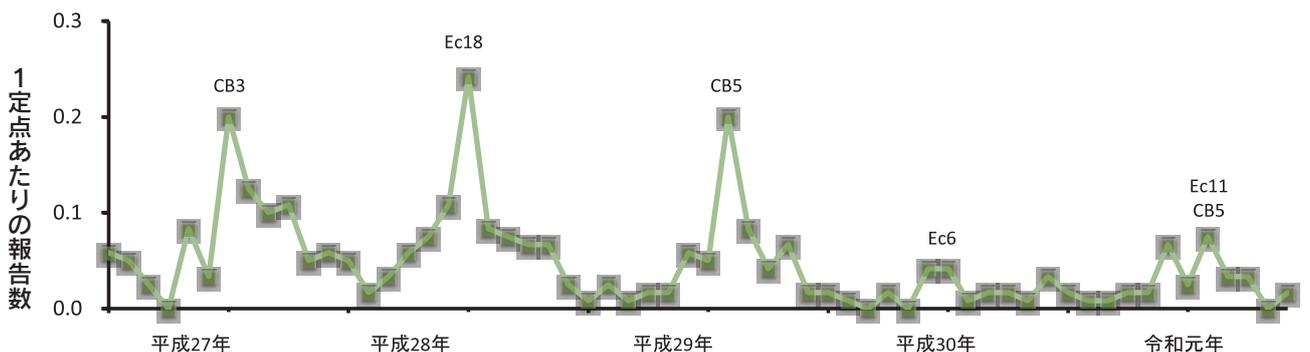


図4 無菌性髄膜炎の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

表14 その他の疾患検査結果

北九州市（陽性：17例）

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
アデノウイルス脳症	1件 (FC1)	アデノウイルス2型	1件
不明・記載なし	16件 (NP7, FC4, UR2, EX2, SF1)	パレコウイルス コクサッキーウイルスA6型 インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 ヘルペスウイルス6型 ライノウイルス	11件 2件 1件 1件 1件

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, EX:その他

福岡市（陽性：0例）

その他の市町村（陽性：0例）

2) 細菌編

検査材料及び検査方法

令和元年（平成31年1月から4月を含む）に本事業で採取・搬入された細菌検査検体は105件であった。検体の内訳は、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎疑い患者の咽頭ぬぐい液2件、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102件、バンコマイシン耐性腸球菌感染症として届出された患者に由来する菌株1件であった。検体搬入後、必要な検査を実施した。

検査結果

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎疑い患者の咽頭ぬぐい液2件中1件からA群溶血性レンサ球菌を分離した（表1）。カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症として届出された患者に由来する菌株102件のうち、28件（27.5%）はカルバペネマーゼ産生株であった（表2）。バンコマイシン耐性腸球菌感染症として届出された患者に由来する菌株は *Enterococcus faecium* で、vanB陽性であった（表3）。

表1 感染症発生動向調査結果（令和元年、福岡県全体、A群溶血性レンサ球菌）

診断名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検出病原体
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	5月、9月	2	NP2	陽性	1
				陰性	1

NP:咽頭ぬぐい液及びびうがい液

表2 感染症発生動向調査結果（令和元年、福岡県全体、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌）

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	11	菌株	陽性	3
				陰性	8
	2月	6	菌株	陽性	2
				陰性	4
	3月	9	菌株	陽性	1
				陰性	8
	4月	5	菌株	陽性	3
				陰性	2
	5月	5	菌株	陽性	3
				陰性	2
	6月	11	菌株	陽性	6
				陰性	5
7月	6	菌株	陽性	0	
			陰性	6	
8月	16	菌株	陽性	2	
			陰性	14	
9月	8	菌株	陽性	2	
			陰性	6	
10月	6	菌株	陽性	1	
			陰性	5	
11月	10	菌株	陽性	3	
			陰性	7	
12月	9	菌株	陽性	2	
			陰性	7	
合計		102	陽性	28	
			陰性	74	

表3 感染症発生動向調査結果（令和元年、福岡県全体、バンコマイシン耐性腸球菌）

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	10月	1	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（平成31年第1週～令和元年第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]	18,785 (436.9)	49,825 (524.5)	6,022 (301.1)	11,771 (294.3)	86,403 (436.4)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,918 (66.1)	4,256 (76.0)	558 (46.5)	1,293 (56.2)	8,025 (66.9)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	543 (18.7)	3,001 (53.6)	128 (10.7)	757 (32.9)	4,429 (36.9)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	3,094 (106.7)	17,294 (308.8)	799 (66.6)	2,080 (90.4)	23,267 (193.9)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	11,150 (384.5)	19,915 (355.6)	2,977 (248.1)	7,062 (307.0)	41,104 (342.5)
(6) 水痘[小児科]	537 (18.5)	2,141 (38.2)	241 (20.1)	389 (16.9)	3,308 (27.6)
(7) 手足口病[小児科]	4,559 (157.2)	10,823 (193.3)	1,513 (126.1)	3,278 (142.5)	20,173 (168.1)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	1,589 (54.8)	4,236 (75.6)	755 (62.9)	1,195 (52.0)	7,775 (64.8)
(9) 突発性発しん[小児科]	763 (26.3)	1,890 (33.8)	334 (27.8)	727 (31.6)	3,714 (31.0)
(10) 百日咳[小児科]	34 (1.2)	323 (5.8)	7 (0.6)	29 (1.3)	393 (3.3)
(11) 風しん[小児科]	2 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.0)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	794 (27.4)	3,373 (60.2)	337 (28.1)	790 (34.3)	5,294 (44.1)
(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]	612 (21.1)	545 (9.7)	93 (7.8)	119 (5.2)	1,369 (11.4)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	50 (1.7)	148 (2.6)	37 (3.1)	70 (3.0)	305 (2.5)
(16) 急性脳炎[小児科]	1 (0.0)	18 (0.3)	0 (0.0)	3 (0.1)	22 (0.2)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	3 (0.1)	1 (0.0)	1 (0.1)	2 (0.1)	7 (0.1)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	16 (0.6)	8 (0.1)	3 (0.3)	11 (0.5)	38 (0.3)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	139 (4.8)	502 (9.0)	18 (1.5)	178 (7.7)	837 (7.0)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	0 (0.0)	3 (0.1)	0 (0.0)	5 (0.2)	8 (0.1)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	9 (1.3)	6 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (0.6)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	298 (42.6)	605 (50.4)	158 (52.7)	357 (89.3)	1,418 (54.5)
小計	44,896	118,913	13,981	30,116	207,906
基幹定点把握対象感染症					
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	1 (0.3)	4 (0.8)	7 (2.3)	3 (0.8)	15 (1.0)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	11 (3.7)	15 (3.0)	16 (5.3)	4 (1.0)	46 (3.1)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	44 (14.7)	44 (8.8)	6 (2.0)	59 (14.8)	153 (10.2)
(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)	133 (44.3)	394 (78.8)	317 (105.7)	192 (48.0)	1,036 (69.1)
(6) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0 (0.0)	47 (9.4)	40 (13.3)	1 (0.3)	88 (5.9)
(7) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	240 (80.0)	157 (31.4)	190 (63.3)	177 (44.3)	764 (50.9)
(8) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	50 (16.7)	9 (1.8)	24 (8.0)	19 (4.8)	102 (6.8)
(9) 薬剤耐性緑膿菌感染症	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)	2 (0.5)	4 (0.3)
小計	480	670	601	457	2,208
性感染症					
(1) 性器クラミジア感染症	313 <154, 159>	645 <409, 236>	106 <22, 84>	130 <63, 67>	1,194 <648, 546>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	73 <13, 60>	152 <58, 94>	20 <4, 16>	58 <10, 48>	303 <85, 218>
(3) 尖圭コンジローマ	23 <10, 13>	91 <53, 38>	5 <3, 2>	15 <8, 7>	134 <74, 60>
(4) 淋菌感染症	86 <71, 15>	235 <194, 41>	18 <10, 8>	46 <37, 9>	385 <312, 73>
(5) 梅毒(顕性)	7 <6, 1>	30 <23, 7>	3 <0, 3>	9 <9, 0>	49 <38, 11>
(6) 梅毒(潜伏)	0 <0, 0>	10 <5, 5>	3 <1, 2>	0 <0, 0>	13 <6, 7>
小計	502 <254, 248>	1,163 <742, 421>	155 <40, 115>	258 <127, 131>	2,078 <1163, 915>
合計	45,878	120,746	14,737	30,831	212,192

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（平成31年第1週～令和元年第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]	16,027	(457.9)	27,314	(535.6)	43,062	(384.5)	86,403	(436.4)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,474	(61.4)	2,550	(87.9)	4,001	(59.7)	8,025	(66.9)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	424	(17.7)	1,706	(58.8)	2,299	(34.3)	4,429	(36.9)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	2,628	(109.5)	9,732	(335.6)	10,907	(162.8)	23,267	(193.9)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	9,752	(406.3)	8,142	(280.8)	23,210	(346.4)	41,104	(342.5)
(6) 水痘[小児科]	455	(19.0)	1,212	(41.8)	1,641	(24.5)	3,308	(27.6)
(7) 手足口病[小児科]	3,540	(147.5)	5,402	(186.3)	11,231	(167.6)	20,173	(168.1)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	1,292	(53.8)	1,790	(61.7)	4,693	(70.0)	7,775	(64.8)
(9) 突発性発しん[小児科]	589	(24.5)	1,042	(35.9)	2,083	(31.1)	3,714	(31.0)
(10) 百日咳[小児科]	25	(1.0)	200	(6.9)	168	(2.5)	393	(3.3)
(11) 風しん[小児科]	2	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.0)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	692	(28.8)	1,561	(53.8)	3,041	(45.4)	5,294	(44.1)
(13) 麻疹[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]	526	(21.9)	362	(12.5)	481	(7.2)	1,369	(11.4)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	47	(2.0)	140	(4.8)	118	(1.8)	305	(2.5)
(16) 急性脳炎[小児科]	1	(0.0)	18	(0.6)	3	(0.0)	22	(0.2)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	3	(0.1)	1	(0.0)	3	(0.0)	7	(0.1)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	15	(0.6)	8	(0.3)	15	(0.2)	38	(0.3)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	134	(5.6)	248	(8.6)	455	(6.8)	837	(7.0)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	0	(0.0)	1	(0.0)	7	(0.1)	8	(0.1)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	9	(1.5)	6	(0.9)	0	(0.0)	15	(0.6)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	184	(30.7)	369	(52.7)	865	(66.5)	1,418	(54.5)
小計	37,819		61,804		108,283		207,906	
基幹定点把握対象感染症								
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	1	(0.5)	3	(1.5)	11	(1.0)	15	(1.0)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	11	(5.5)	12	(6.0)	23	(2.1)	46	(3.1)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	44	(22.0)	14	(7.0)	95	(8.6)	153	(10.2)
(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)	121	(60.5)	201	(100.5)	714	(64.9)	1,036	(69.1)
(6) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	30	(15.0)	58	(5.3)	88	(5.9)
(7) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	234	(117.0)	108	(54.0)	422	(38.4)	764	(50.9)
(8) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	50	(25.0)	9	(4.5)	43	(3.9)	102	(6.8)
(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	461		377		1,370		2,208	
性感染症								
(1) 性器クラミジア感染症	248	< 89 , 159 >	592	< 383 , 209 >	354	< 176 , 178 >	1,194	< 648 , 546 >
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	69	< 9 , 60 >	127	< 53 , 74 >	107	< 23 , 84 >	303	< 85 , 218 >
(3) 尖圭コンジローマ	19	< 6 , 13 >	75	< 47 , 28 >	40	< 21 , 19 >	134	< 74 , 60 >
(4) 淋菌感染症	57	< 42 , 15 >	220	< 181 , 39 >	108	< 89 , 19 >	385	< 312 , 73 >
(5) 梅毒(顕性)	6	< 5 , 1 >	25	< 19 , 6 >	18	< 14 , 4 >	49	< 38 , 11 >
(6) 梅毒(潜伏)	0	< 0 , 0 >	7	< 5 , 2 >	6	< 1 , 5 >	13	< 6 , 7 >
小計	399	< 151 , 248 >	1,046	< 688 , 358 >	633	< 324 , 309 >	2,078	< 1163 , 915 >
合計	38,679		63,227		110,286		212,192	

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

2) 年齢区分別・疾病別年間報告数

インフルエンザ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	81	308	940	1042	1225	1320	1232	1195	1134	945	835	2992	798	946	1076	1095	674	451	288	208	18785
福岡	226	812	2454	2571	3097	3636	3593	3540	3342	3062	2599	7944	1702	2095	2872	2709	1520	1184	583	284	49825
筑豊	46	133	321	317	357	363	340	321	296	283	265	808	217	307	366	334	240	268	243	197	6022
筑後	62	150	590	577	653	623	709	687	548	531	458	1658	527	620	832	819	563	560	311	293	11771
総数	415	1403	4305	4507	5332	5942	5874	5743	5320	4821	4157	13402	3244	3968	5146	4957	2997	2463	1425	982	86403

RSウイルス感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	307	405	740	271	118	48	13	7	3	3	1	2	0	0	0	1918
福岡	631	944	1680	595	247	113	25	6	3	1	2	7	0	1	1	4256
筑豊	96	100	226	94	18	19	2	2	0	0	1	0	0	0	0	558
筑後	196	237	507	201	93	35	11	5	2	1	1	4	0	0	0	1293
総数	1230	1686	3153	1161	476	215	51	20	8	5	5	13	0	1	1	8025

咽頭結膜熱

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	1	51	156	100	85	55	35	16	13	10	7	8	1	1	4	543
福岡	18	265	906	508	404	308	253	130	73	44	27	44	1	8	12	3001
筑豊	1	5	36	23	22	19	8	8	1	2	0	3	0	0	0	128
筑後	7	77	279	122	103	68	51	16	7	8	2	10	3	2	2	757
総数	27	398	1377	753	614	450	347	170	94	64	36	65	5	11	18	4429

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	15	73	164	355	441	450	394	309	257	186	325	18	33	72	3094
福岡	9	60	673	1241	1859	2372	2358	2249	1779	1439	1087	1666	111	58	333	17294
筑豊	1	5	23	47	83	153	131	91	61	62	39	80	6	4	13	799
筑後	2	9	87	139	235	323	313	269	197	156	97	190	6	13	44	2080
総数	14	89	856	1591	2532	3289	3252	3003	2346	1914	1409	2261	141	108	462	23267

感染性胃腸炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	171	974	1911	1430	1260	1036	900	685	532	437	347	846	159	165	297	11150
福岡	239	1670	3416	2579	2156	2044	1598	1342	973	792	676	1440	213	211	566	19915
筑豊	20	266	482	449	325	251	206	182	145	142	60	198	64	59	128	2977
筑後	95	514	1424	1024	888	716	565	328	231	227	163	448	69	109	261	7062
総数	525	3424	7233	5482	4629	4047	3269	2537	1881	1598	1246	2932	505	544	1252	41104

水痘

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	15	42	26	40	54	54	61	74	59	28	71	6	2	3	537
福岡	21	68	192	135	162	226	237	228	238	203	183	215	14	11	8	2141
筑豊	2	11	25	23	31	27	36	29	24	15	11	7	0	0	0	241
筑後	7	20	41	39	32	32	50	51	45	20	16	33	2	0	1	389
総数	32	114	300	223	265	339	377	369	381	297	238	326	22	13	12	3308

手足口病

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	43	456	1487	944	603	452	236	133	66	37	29	39	3	17	14	4559
福岡	110	1263	3982	2223	1229	867	535	245	139	82	50	57	3	14	24	10823
筑豊	16	187	566	333	145	120	67	35	15	11	6	9	0	0	3	1513
筑後	33	331	1167	770	397	232	165	54	33	33	12	24	2	7	18	3278
総数	202	2237	7202	4270	2374	1671	1003	467	253	163	97	129	8	38	59	20173

伝染性紅斑

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	18	62	122	199	261	282	216	151	146	59	66	2	0	3	1589
福岡	0	35	158	301	558	732	773	547	418	286	201	206	5	4	12	4236
筑豊	0	5	68	81	102	99	111	86	71	51	44	34	0	0	3	755
筑後	0	4	65	70	165	215	256	151	91	79	49	39	1	1	9	1195
総数	2	62	353	574	1024	1307	1422	1000	731	562	353	345	8	5	27	7775

突発性発しん

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	17	298	383	52	11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	763
福岡	20	619	1056	153	31	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1890
筑豊	8	163	151	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	334
筑後	20	236	395	59	15	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	727
総数	65	1316	1985	274	59	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3714

百日咳【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	18	1	1	0	1	0	2	0	3	1	0	5	0	0	2	34
福岡	21	9	13	3	4	8	5	21	48	37	35	70	8	10	31	323
筑豊	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	7
筑後	5	1	0	0	0	1	0	2	4	3	3	10	0	0	0	29
総数	47	11	14	3	5	9	7	23	55	41	38	88	9	10	33	393

風しん【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2

ヘルパンギーナ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	7	91	235	193	114	62	40	23	15	3	5	5	0	0	1	794
福岡	46	370	955	683	463	345	238	147	48	25	18	30	3	1	1	3373
筑豊	1	53	100	85	40	17	10	15	5	3	4	3	0	0	1	337
筑後	12	96	223	154	111	78	50	21	5	11	2	19	4	0	4	790
総数	66	610	1513	1115	728	502	338	206	73	42	29	57	7	1	7	5294

麻疹【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

流行性耳下腺炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	4	17	46	82	104	107	82	64	51	16	28	3	5	3	612
福岡	0	1	23	39	65	79	102	62	46	50	29	37	4	2	6	545
筑豊	0	0	5	9	10	15	25	12	6	2	2	6	0	1	0	93
筑後	0	1	4	11	22	19	25	6	9	9	3	9	0	1	0	119
総数	0	6	49	105	179	217	259	162	125	112	50	80	7	9	9	1369

川崎病(MCLS)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	3	18	11	5	7	1	1	1	0	0	1	0	0	0	50
福岡	7	13	42	40	25	17	1	2	0	1	0	0	0	0	0	148
筑豊	3	7	5	8	4	4	3	1	1	1	0	0	0	0	0	37
筑後	1	4	14	24	9	6	5	0	4	2	0	1	0	0	0	70
総数	13	27	79	83	43	34	10	4	6	4	0	2	0	0	0	305

急性脳炎【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	1	3	3	2	4	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	18
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
総数	2	3	4	2	4	1	0	1	2	2	0	1	0	0	0	22

細菌性髄膜炎【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
福岡	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑豊	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑後	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
総数	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7

無菌性髄膜炎【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	0	0	0	3	2	1	0	0	1	1	4	2	0	0	16
福岡	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3
筑後	7	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	11
総数	16	0	0	0	3	2	2	0	1	2	1	9	2	0	0	38

マイコプラズマ肺炎【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	1	8	13	17	13	11	16	11	10	28	5	0	6	139
福岡	0	5	20	28	43	42	54	58	51	44	38	80	9	7	23	502
筑豊	0	0	0	3	3	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	18
筑後	1	1	6	12	18	18	36	22	9	13	11	29	2	0	0	178
総数	1	6	27	51	77	79	105	93	78	68	61	139	16	7	29	837

クラミジア肺炎【小児科】

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	5
総数	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	2	0	0	0	8

急性出血性結膜炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	総数
北九州	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	1	9
福岡	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	6
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	3	1	1	3	0	15

流行性角結膜炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	総数
北九州	2	3	14	18	10	9	11	10	9	1	4	10	8	35	76	40	21	16	1	298
福岡	4	5	24	19	16	17	12	11	9	10	19	19	84	156	82	32	43	27		605
筑豊	0	1	9	12	9	8	6	6	3	5	9	6	17	33	13	6	4	5		158
筑後	4	3	20	11	10	12	12	7	5	5	9	15	9	30	87	48	23	32	15	357
総数	10	12	67	60	45	45	46	35	31	18	28	53	42	166	352	183	82	95	48	1418

細菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
筑豊	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	7
筑後	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
総数	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	2	15

無菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
福岡	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	0	0	0	0	1	2	15
筑豊	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	4	1	2	0	1	1	1	0	16
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	4
総数	7	0	0	0	2	1	0	0	1	1	2	7	2	10	5	2	0	1	2	3	4	46

マイコプラズマ肺炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	5	5	7	3	7	3	1	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44
福岡	1	1	0	2	3	4	3	2	4	5	3	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0	44
筑豊	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
筑後	0	0	3	5	5	3	6	2	5	1	3	14	4	3	0	3	0	2	0	0	0	59
総数	1	1	3	12	14	14	14	12	12	7	10	37	5	4	2	3	0	2	0	0	0	153

クラミジア肺炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

インフルエンザ(入院)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	10	3	17	10	13	10	9	10	12	4	6	16	1	0	0	0	0	0	1	6	5	133
福岡	12	7	26	14	18	12	7	8	11	10	6	10	2	6	2	11	15	32	76	109	394	
筑豊	6	7	13	6	7	6	6	3	2	2	1	7	1	2	2	7	15	39	81	104	317	
筑後	2	4	7	9	3	2	8	6	4	3	3	9	1	4	6	4	8	11	42	56	192	
総数	30	21	63	39	41	30	30	27	29	19	16	42	5	12	10	22	38	83	205	274	1036	

感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	3	5	10	8	4	5	3	2	1	2	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	47
筑豊	2	7	16	5	4	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
総数	5	12	26	13	8	6	6	2	2	2	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	88

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	13	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	3	1	6	13	11	19	42	50	75	240
福岡	11	4	5	2	2	1	2	2	0	1	1	5	6	3	4	3	7	17	39	42	157
筑豊	3	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	5	1	7	14	28	27	96	190
筑後	8	3	8	6	3	0	3	0	0	0	1	2	3	4	1	8	5	18	36	68	177
総数	35	9	16	9	6	1	7	2	1	1	5	10	13	18	19	29	45	105	152	281	764

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	4	3	13	6	3	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	10	1	50
福岡	0	2	4	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
筑豊	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	9	4	8	24
筑後	2	1	5	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	19
総数	6	6	22	10	5	3	2	1	0	0	1	0	0	0	1	1	4	13	16	11	102

薬剤耐性緑膿菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4

性器クラミジア感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	10	35	36	33	25	8	4	2	1	0	0	0	154
福岡	0	0	0	0	9	88	108	75	45	27	26	18	7	3	1	2	409
筑豊	0	0	0	0	3	3	6	2	2	0	0	2	2	0	0	0	22
筑後	0	0	0	0	8	20	11	7	11	1	3	0	0	1	0	1	63
総数	0	0	0	0	30	146	161	117	83	38	33	20	10	6	1	3	648

性器クラミジア感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	2	19	60	32	27	10	5	2	2	0	0	0	0	159
福岡	0	0	0	0	13	75	73	38	16	8	10	1	2	0	0	0	236
筑豊	0	0	1	0	19	36	17	5	4	1	1	0	0	0	0	0	84
筑後	0	0	0	0	12	27	15	8	2	2	0	1	0	0	0	0	67
総数	0	0	1	2	63	198	137	78	32	16	13	4	2	0	0	0	546

性器ヘルペスウイルス感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	1	0	1	0	3	13
福岡	0	0	0	0	0	9	10	15	8	5	4	1	3	3	0	0	58
筑豊	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
筑後	0	0	0	0	0	1	2	3	2	1	0	0	0	0	1	0	10
総数	0	0	0	0	0	10	14	22	13	7	5	2	3	4	2	3	85

性器ヘルペスウイルス感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	3	7	9	2	6	5	2	7	4	7	1	7	60
福岡	0	0	0	0	1	14	20	16	13	4	6	5	5	1	1	8	94
筑豊	0	0	0	0	0	1	2	3	2	1	2	0	0	0	0	5	16
筑後	0	0	0	0	0	12	12	11	3	3	3	0	1	0	1	2	48
総数	0	0	0	0	4	34	43	32	24	13	13	12	10	8	3	22	218

尖圭コンジローマ(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	0	1	3	2	0	2	0	1	1	0	0	0	10
福岡	0	0	0	0	0	5	11	10	10	6	3	3	2	2	1	0	53
筑豊	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
筑後	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	2	0	0	8
総数	0	0	0	0	0	7	15	16	12	9	3	4	3	4	1	0	74

尖圭コンジローマ(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	1	4	0	2	2	1	2	1	0	0	0	0	13
福岡	0	0	0	0	1	15	12	3	6	1	0	0	0	0	0	0	38
筑豊	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
筑後	0	0	0	0	1	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	7
総数	0	0	0	0	3	21	14	7	8	3	3	1	0	0	0	0	60

淋菌感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	5	21	10	9	9	7	6	1	1	1	1	0	71
福岡	0	0	0	0	8	53	46	27	12	20	7	11	8	1	0	1	194
筑豊	0	0	0	0	4	0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	0	10
筑後	0	0	0	0	2	15	6	5	4	4	1	0	0	0	0	0	37
総数	0	0	0	0	19	89	63	43	26	31	15	12	10	2	1	1	312

淋菌感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	1	7	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	15
福岡	0	0	0	0	4	16	6	6	3	2	2	2	0	0	0	0	41
筑豊	0	0	0	1	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
筑後	0	0	0	0	0	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
総数	0	0	0	1	7	31	15	8	3	3	2	3	0	0	0	0	73

梅毒(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	6
福岡	0	0	0	0	0	2	1	10	4	5	0	4	2	0	0	0	28
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
筑後	0	0	0	0	0	0	5	1	0	2	0	1	0	0	0	0	9
総数	0	0	0	0	0	4	6	12	4	8	0	7	2	0	0	1	44

梅毒(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	0	0	0	0	2	3	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	12
筑豊	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	5
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	0	0	2	4	3	3	1	1	2	0	0	0	0	2	18

3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数

令和元年 福岡県 (その1)

	(1)インフルエンザ		(2)RSウイルス感染症		(3)咽頭結膜熱		(4)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		(5)感染性胃腸炎		(6)水痘		(7)手足口病		(8)伝染性紅斑	
	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	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	86403	436.38	8025	66.88	4429	36.91	23287	193.89	41104	342.53	3308	27.57	20173	168.11	7775	64.79
1週	5229	26.41	60	0.50	46	0.38	152	1.27	516	4.30	78	0.65	38	0.32	45	0.38
2週	10694	54.01	70	0.58	57	0.48	401	3.34	880	7.33	109	0.91	35	0.29	115	0.96
3週	13882	69.10	71	0.59	57	0.48	390	3.25	769	6.41	39	0.33	71	0.59	119	0.99
4週	12598	63.63	94	0.78	73	0.61	438	3.75	837	6.98	56	0.47	34	0.28	122	1.02
5週	8567	43.27	89	0.74	67	0.56	477	3.98	815	6.79	36	0.30	23	0.19	105	0.88
6週	5463	27.39	102	0.85	69	0.58	458	4.15	933	7.78	51	0.43	15	0.13	103	0.86
7週	2719	13.73	87	0.73	74	0.62	458	3.82	903	7.53	61	0.51	23	0.19	87	0.73
8週	1843	9.31	116	0.97	74	0.62	526	4.38	1110	9.25	44	0.37	31	0.26	121	1.01
9週	1149	5.80	115	0.96	62	0.52	528	4.40	1017	8.48	53	0.44	30	0.25	104	0.87
10週	777	3.92	139	1.16	60	0.50	590	4.92	1114	9.28	70	0.58	15	0.13	106	0.88
11週	610	3.08	132	1.10	99	0.83	580	4.83	1184	9.87	58	0.48	25	0.21	120	1.00
12週	514	2.60	133	1.11	62	0.52	491	4.09	1067	8.89	69	0.58	30	0.25	131	1.09
13週	309	1.56	92	0.77	58	0.48	428	3.57	986	8.22	66	0.55	37	0.31	145	1.21
14週	180	0.91	69	0.58	34	0.28	388	3.23	933	7.78	40	0.33	27	0.23	122	1.02
15週	321	1.62	104	0.87	56	0.47	429	3.58	1090	9.08	42	0.35	47	0.39	148	1.23
16週	251	1.27	100	0.83	79	0.66	516	4.30	1501	12.51	35	0.29	93	0.78	227	1.89
17週	183	0.92	76	0.63	73	0.61	521	4.34	1225	10.21	65	0.54	158	1.32	203	1.69
18週	125	0.63	50	0.42	77	0.64	127	1.06	237	1.98	53	0.44	120	1.00	62	0.52
19週	59	0.30	39	0.33	79	0.64	272	2.27	590	4.92	78	0.65	109	0.91	145	1.21
20週	140	0.71	37	0.31	76	0.63	495	4.13	994	8.28	47	0.39	305	2.54	214	1.78
21週	93	0.47	37	0.31	129	1.08	479	3.99	987	8.23	55	0.46	672	5.60	170	1.42
22週	93	0.47	20	0.17	101	0.84	588	4.90	865	7.21	54	0.45	930	7.75	149	1.24
23週	84	0.42	37	0.31	97	0.81	524	4.37	744	6.20	96	0.80	1408	11.73	167	1.39
24週	59	0.30	40	0.33	81	0.68	448	3.73	693	5.78	73	0.61	1909	15.91	171	1.43
25週	42	0.21	31	0.26	102	0.85	505	4.21	688	5.73	79	0.66	2080	17.33	194	1.62
26週	20	0.10	46	0.38	102	0.85	412	3.43	696	5.80	85	0.71	1931	16.09	213	1.78
27週	36	0.18	36	0.30	108	0.90	439	3.66	691	5.76	66	0.55	1600	13.33	225	1.88
28週	41	0.21	93	0.78	104	0.87	391	3.26	602	5.02	78	0.65	1257	10.48	208	1.73
29週	30	0.15	132	1.10	75	0.63	274	2.28	589	4.91	45	0.38	804	6.70	163	1.36
30週	32	0.16	261	2.18	53	0.44	401	3.34	613	5.13	80	0.67	708	5.90	166	1.38
31週	23	0.12	393	3.28	78	0.65	331	2.76	631	5.26	71	0.59	430	3.58	160	1.33
32週	45	0.23	412	3.43	101	0.84	306	2.55	458	3.82	54	0.45	336	2.80	132	1.10
33週	15	0.08	264	2.20	40	0.33	148	1.23	338	2.82	32	0.27	159	1.33	64	0.53
34週	30	0.15	321	2.68	79	0.66	301	2.51	597	4.98	49	0.41	180	1.50	172	1.43
35週	38	0.19	506	4.22	118	0.98	273	2.28	570	4.75	35	0.29	230	1.92	185	1.54
36週	118	0.60	626	5.22	90	0.75	364	3.03	662	5.52	39	0.33	286	2.38	229	1.91
37週	239	1.21	747	6.23	82	0.68	407	3.39	612	5.10	32	0.27	337	2.81	215	1.79
38週	331	1.67	559	4.66	77	0.64	389	3.24	548	4.57	48	0.40	247	2.04	125	1.04
39週	238	1.20	395	3.29	78	0.65	323	2.69	580	4.83	39	0.33	254	2.12	167	1.39
40週	459	2.32	343	2.86	86	0.72	423	3.53	596	4.97	38	0.32	323	2.69	198	1.65
41週	365	1.84	300	2.50	98	0.82	376	3.13	542	4.52	44	0.37	388	3.23	153	1.28
42週	241	1.22	145	1.21	73	0.61	367	3.06	484	4.03	39	0.33	351	2.99	139	1.16
43週	291	1.47	127	1.06	76	0.63	417	3.48	566	4.72	63	0.53	245	2.04	163	1.53
44週	436	2.20	78	0.65	74	0.62	422	3.52	569	4.74	62	0.52	254	2.12	142	1.18
45週	406	2.05	57	0.48	99	0.83	364	3.03	611	5.09	52	0.43	252	2.10	134	1.12
46週	641	3.24	40	0.33	81	0.68	484	4.03	715	5.96	79	0.66	235	1.96	144	1.20
47週	962	4.86	35	0.29	102	0.85	543	4.53	732	6.10	81	0.68	217	1.81	138	1.15
48週	1285	6.49	37	0.31	136	1.13	636	5.30	842	7.02	112	0.93	244	2.03	169	1.41
49週	1984	10.02	15	0.13	145	1.21	697	5.81	974	8.12	116	0.97	204	1.70	138	1.15
50週	3178	16.05	35	0.29	155	1.29	765	6.36	1202	10.02	102	0.85	185	1.54	129	1.08
51週	4377	22.11	52	0.43	158	1.32	957	7.98	1275	10.63	136	1.13	136	1.13	138	1.15
52週	4758	24.03	30	0.25	158	1.32	794	6.62	1128	9.40	124	1.03	165	1.38	151	1.26

令和元年（その2）

	(9) 突発性発しん		(10) 百日咳 [小児科]		(11) 風しん [小児科]		(12) ヘルパンギーナ		(13) 麻疹 [小児科]		(14) 流行性耳下腺炎		(15) 川崎病 (MCLS)		(16) 急性脳炎 [小児科]	
	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	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	3714	30.95	393	3.28	2	0.02	5294	44.12	0	0.00	1369	11.41	305	2.54	22	0.18
1週	29	0.24	4	0.03	1	0.01	5	0.04	0	0.00	28	0.23	13	0.11	0	0.00
2週	61	0.51	4	0.03	0	0.00	3	0.03	0	0.00	47	0.39	11	0.09	2	0.02
3週	73	0.61	4	0.03	0	0.00	4	0.03	0	0.00	23	0.19	6	0.05	1	0.01
4週	58	0.48	2	0.02	0	0.00	3	0.03	0	0.00	15	0.13	6	0.05	0	0.00
5週	58	0.48	1	0.01	0	0.00	2	0.02	0	0.00	30	0.25	1	0.01	1	0.01
6週	68	0.57	5	0.04	0	0.00	7	0.06	0	0.00	19	0.16	4	0.03	0	0.00
7週	62	0.52	4	0.03	1	0.01	3	0.03	0	0.00	22	0.18	4	0.03	0	0.00
8週	63	0.53	5	0.04	0	0.00	3	0.03	0	0.00	29	0.24	4	0.03	0	0.00
9週	74	0.62	14	0.12	0	0.00	4	0.03	0	0.00	30	0.25	4	0.03	0	0.00
10週	61	0.51	15	0.13	0	0.00	6	0.05	0	0.00	32	0.27	9	0.08	0	0.00
11週	84	0.70	17	0.14	0	0.00	8	0.07	0	0.00	24	0.20	4	0.03	0	0.00
12週	69	0.58	19	0.16	0	0.00	5	0.04	0	0.00	29	0.24	7	0.06	0	0.00
13週	78	0.65	11	0.09	0	0.00	4	0.03	0	0.00	14	0.12	6	0.05	0	0.00
14週	60	0.50	11	0.09	0	0.00	8	0.07	0	0.00	17	0.14	4	0.03	0	0.00
15週	73	0.61	12	0.10	0	0.00	17	0.14	0	0.00	17	0.14	4	0.03	0	0.00
16週	95	0.79	5	0.04	0	0.00	18	0.15	0	0.00	17	0.14	9	0.08	0	0.00
17週	110	0.92	7	0.06	0	0.00	17	0.14	0	0.00	28	0.23	7	0.06	0	0.00
18週	38	0.32	2	0.02	0	0.00	15	0.13	0	0.00	27	0.23	3	0.03	0	0.00
19週	54	0.45	8	0.07	0	0.00	28	0.23	0	0.00	19	0.16	1	0.01	0	0.00
20週	81	0.68	10	0.08	0	0.00	37	0.31	0	0.00	39	0.33	4	0.03	0	0.00
21週	98	0.82	23	0.19	0	0.00	90	0.75	0	0.00	27	0.23	5	0.04	10	0.08
22週	85	0.71	8	0.07	0	0.00	152	1.27	0	0.00	45	0.38	6	0.05	0	0.00
23週	120	1.00	8	0.07	0	0.00	220	1.83	0	0.00	45	0.38	6	0.05	0	0.00
24週	92	0.77	6	0.05	0	0.00	357	2.98	0	0.00	19	0.16	9	0.08	0	0.00
25週	74	0.62	10	0.08	0	0.00	529	4.41	0	0.00	41	0.34	9	0.08	0	0.00
26週	70	0.58	7	0.06	0	0.00	386	3.30	0	0.00	28	0.23	3	0.03	0	0.00
27週	84	0.70	13	0.11	0	0.00	415	3.46	0	0.00	22	0.18	6	0.05	0	0.00
28週	76	0.63	11	0.09	0	0.00	401	3.34	0	0.00	24	0.20	5	0.04	0	0.00
29週	69	0.58	10	0.08	0	0.00	295	2.46	0	0.00	24	0.20	5	0.04	0	0.00
30週	79	0.66	14	0.12	0	0.00	300	2.50	0	0.00	24	0.20	3	0.03	0	0.00
31週	69	0.58	8	0.07	0	0.00	221	1.84	0	0.00	15	0.13	3	0.03	0	0.00
32週	80	0.67	9	0.08	0	0.00	170	1.42	0	0.00	34	0.28	7	0.06	0	0.00
33週	41	0.34	5	0.04	0	0.00	105	0.88	0	0.00	17	0.14	4	0.03	0	0.00
34週	86	0.72	6	0.05	0	0.00	136	1.13	0	0.00	25	0.21	11	0.09	0	0.00
35週	82	0.68	10	0.08	0	0.00	146	1.22	0	0.00	24	0.20	6	0.05	0	0.00
36週	69	0.58	12	0.10	0	0.00	139	1.16	0	0.00	30	0.25	3	0.03	0	0.00
37週	73	0.61	13	0.11	0	0.00	190	1.58	0	0.00	34	0.28	8	0.07	0	0.00
38週	72	0.60	6	0.05	0	0.00	130	1.08	0	0.00	26	0.22	9	0.08	0	0.00
39週	70	0.58	8	0.07	0	0.00	91	0.76	0	0.00	29	0.24	7	0.06	0	0.00
40週	61	0.51	9	0.08	0	0.00	107	0.89	0	0.00	56	0.47	17	0.14	1	0.01
41週	59	0.49	7	0.06	0	0.00	111	0.93	0	0.00	13	0.11	7	0.06	0	0.00
42週	71	0.59	3	0.03	0	0.00	61	0.51	0	0.00	31	0.26	7	0.06	0	0.00
43週	78	0.65	5	0.04	0	0.00	64	0.53	0	0.00	20	0.17	5	0.04	0	0.00
44週	61	0.51	3	0.03	0	0.00	67	0.56	0	0.00	23	0.19	7	0.06	0	0.00
45週	65	0.54	3	0.03	0	0.00	35	0.29	0	0.00	22	0.18	4	0.03	0	0.00
46週	74	0.62	5	0.04	0	0.00	30	0.25	0	0.00	31	0.26	2	0.02	0	0.00
47週	56	0.47	1	0.01	0	0.00	20	0.17	0	0.00	19	0.16	4	0.03	2	0.02
48週	86	0.72	1	0.01	0	0.00	35	0.29	0	0.00	14	0.12	4	0.03	1	0.01
49週	73	0.61	4	0.03	0	0.00	23	0.19	0	0.00	27	0.23	5	0.04	1	0.01
50週	76	0.63	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	16	0.13	3	0.03	0	0.00
51週	59	0.49	2	0.02	0	0.00	18	0.15	0	0.00	35	0.29	4	0.03	1	0.01
52週	57	0.48	3	0.03	0	0.00	20	0.17	0	0.00	23	0.19	10	0.08	2	0.02

令和元年（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	定点点当り	報告数	定点点当り	報告数	定点点当り	報告数	定点点当り	報告数	定点点当り	報告数	定点点当り
総数	7	0.06	38	0.32	837	6.98	8	0.07	15	0.58	1418	54.54
1週	0	0.00	1	0.01	6	0.05	0	0.00	0	0.00	30	1.15
2週	0	0.00	0	0.00	11	0.09	0	0.00	0	0.00	52	2.00
3週	0	0.00	0	0.00	9	0.08	0	0.00	0	0.00	34	1.31
4週	0	0.00	0	0.00	11	0.09	0	0.00	0	0.00	27	1.04
5週	0	0.00	1	0.01	12	0.10	0	0.00	0	0.00	25	0.96
6週	0	0.00	1	0.01	4	0.03	1	0.01	1	0.04	29	1.12
7週	0	0.00	0	0.00	10	0.08	0	0.00	0	0.00	22	0.85
8週	0	0.00	0	0.00	10	0.08	0	0.00	1	0.04	24	0.92
9週	0	0.00	0	0.00	8	0.07	0	0.00	0	0.00	24	0.92
10週	0	0.00	1	0.01	15	0.13	0	0.00	1	0.04	15	0.58
11週	1	0.01	0	0.00	12	0.10	2	0.02	0	0.00	22	0.85
12週	0	0.00	0	0.00	7	0.06	0	0.00	0	0.00	24	0.92
13週	0	0.00	0	0.00	14	0.12	0	0.00	3	0.12	24	0.92
14週	1	0.01	0	0.00	8	0.07	0	0.00	0	0.00	30	1.15
15週	0	0.00	0	0.00	6	0.05	0	0.00	1	0.04	27	1.04
16週	0	0.00	1	0.01	6	0.05	0	0.00	2	0.08	25	0.96
17週	1	0.01	1	0.01	2	0.02	0	0.00	0	0.00	31	1.19
18週	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	19	0.73
19週	0	0.00	0	0.00	4	0.03	0	0.00	0	0.00	30	1.15
20週	0	0.00	1	0.01	5	0.04	0	0.00	0	0.00	34	1.31
21週	0	0.00	1	0.01	3	0.03	0	0.00	1	0.04	21	0.81
22週	0	0.00	0	0.00	8	0.07	0	0.00	0	0.00	25	0.96
23週	1	0.01	5	0.04	7	0.06	0	0.00	1	0.04	23	0.88
24週	1	0.01	1	0.01	4	0.03	0	0.00	0	0.00	23	0.88
25週	0	0.00	0	0.00	4	0.03	0	0.00	0	0.00	32	1.23
26週	0	0.00	2	0.02	6	0.05	0	0.00	0	0.00	36	1.38
27週	0	0.00	3	0.03	8	0.07	0	0.00	0	0.00	30	1.15
28週	0	0.00	0	0.00	4	0.03	0	0.00	0	0.00	41	1.58
29週	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	0	0.00	25	0.96
30週	1	0.01	0	0.00	6	0.05	0	0.00	0	0.00	36	1.38
31週	0	0.00	2	0.02	9	0.08	0	0.00	0	0.00	30	1.15
32週	0	0.00	3	0.03	11	0.09	2	0.02	0	0.00	28	1.08
33週	0	0.00	2	0.02	9	0.08	0	0.00	0	0.00	27	1.04
34週	0	0.00	2	0.02	16	0.13	0	0.00	0	0.00	27	1.04
35週	0	0.00	0	0.00	16	0.13	0	0.00	0	0.00	31	1.19
36週	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	0	0.00	34	1.31
37週	1	0.01	2	0.02	25	0.21	0	0.00	1	0.04	27	1.04
38週	0	0.00	2	0.02	35	0.29	0	0.00	0	0.00	42	1.62
39週	0	0.00	0	0.00	25	0.21	0	0.00	0	0.00	30	1.15
40週	0	0.00	2	0.02	30	0.25	0	0.00	0	0.00	45	1.73
41週	0	0.00	0	0.00	31	0.26	0	0.00	0	0.00	31	1.19
42週	0	0.00	0	0.00	35	0.29	0	0.00	0	0.00	23	0.88
43週	0	0.00	1	0.01	34	0.28	0	0.00	0	0.00	19	0.73
44週	0	0.00	1	0.01	32	0.27	0	0.00	0	0.00	33	1.27
45週	0	0.00	0	0.00	25	0.21	1	0.01	0	0.00	17	0.65
46週	0	0.00	0	0.00	62	0.52	0	0.00	2	0.08	31	1.19
47週	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	0	0.00	19	0.73
48週	0	0.00	0	0.00	40	0.33	0	0.00	0	0.00	14	0.54
49週	0	0.00	1	0.01	37	0.31	0	0.00	1	0.04	18	0.69
50週	0	0.00	0	0.00	40	0.33	0	0.00	0	0.00	13	0.50
51週	0	0.00	0	0.00	36	0.30	0	0.00	0	0.00	23	0.88
52週	0	0.00	1	0.01	26	0.22	2	0.02	0	0.00	16	0.62

4) 性別・疾病別年間報告数および男女比

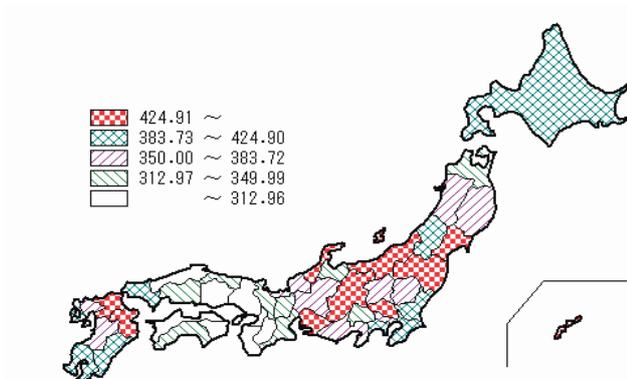
表 性別・疾病別患者報告数および男女比（令和元年）

疾病名	性別	報告数	男女比(男/女)
インフルエンザ	男	43,082	0.99
	女	43,321	
	総数	86,403	
RSウイルス感染症	男	4,276	1.14
	女	3,749	
	総数	8,025	
咽頭結膜熱	男	2,442	1.23
	女	1,987	
	総数	4,429	
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男	12,699	1.20
	女	10,568	
	総数	23,267	
感染性胃腸炎	男	21,641	1.11
	女	19,463	
	総数	41,104	
水痘	男	1,769	1.15
	女	1,539	
	総数	3,308	
手足口病	男	10,988	1.20
	女	9,185	
	総数	20,173	
伝染性紅斑	男	3,878	1.00
	女	3,897	
	総数	7,775	
突発性発しん	男	1,892	1.04
	女	1,822	
	総数	3,714	
百日咳	男	185	0.89
	女	208	
	総数	393	
風しん	男	0	0.00
	女	2	
	総数	2	
ヘルパンギーナ	男	2,738	1.07
	女	2,556	
	総数	5,294	
麻しん	男	0	-
	女	0	
	総数	0	
流行性耳下腺炎	男	789	1.36
	女	580	
	総数	1,369	
川崎病(MCLS)	男	151	0.98
	女	154	
	総数	305	
急性脳炎[小児科]	男	14	1.75
	女	8	
	総数	22	
細菌性髄膜炎[小児科]	男	2	0.40
	女	5	
	総数	7	
無菌性髄膜炎[小児科]	男	24	1.71
	女	14	
	総数	38	
マイコプラズマ肺炎[小児科]	男	386	0.86
	女	451	
	総数	837	
クラミジア肺炎[小児科]	男	5	1.67
	女	3	
	総数	8	
急性出血性結膜炎	男	6	0.67
	女	9	
	総数	15	
流行性角結膜炎	男	706	0.99
	女	712	
	総数	1,418	
性器クラミジア感染症	男	648	1.19
	女	546	
	総数	1,194	
性器ヘルペスウイルス感染症	男	85	0.39
	女	218	
	総数	303	
尖圭コンジローマ	男	74	1.23
	女	60	
	総数	134	
淋菌感染症	男	312	4.27
	女	73	
	総数	385	
梅毒(顕性)	男	38	3.45
	女	11	
	総数	49	
梅毒(潜伏)	男	6	0.86
	女	7	
	総数	13	
梅毒	男	44	2.44
	女	18	
	総数	62	
細菌性髄膜炎[基幹]	男	6	0.67
	女	9	
	総数	15	
無菌性髄膜炎[基幹]	男	30	1.88
	女	16	
	総数	46	
マイコプラズマ肺炎[基幹]	男	71	0.87
	女	82	
	総数	153	
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	552	1.14
	女	484	
	総数	1,036	
感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]	男	52	1.44
	女	36	
	総数	88	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症[基幹]	男	441	1.37
	女	323	
	総数	764	
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症[基幹]	男	55	1.17
	女	47	
	総数	102	
薬剤耐性緑膿菌感染症[基幹]	男	1	0.33
	女	3	
	総数	4	

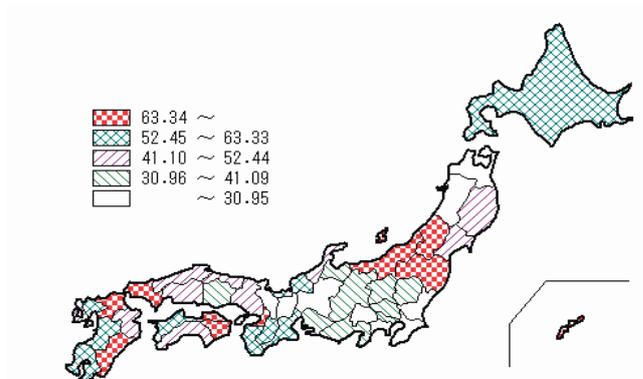
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和元年）

（定点当たり報告数）

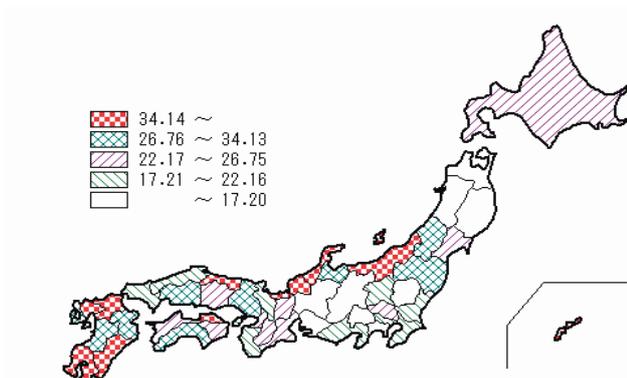
インフルエンザ



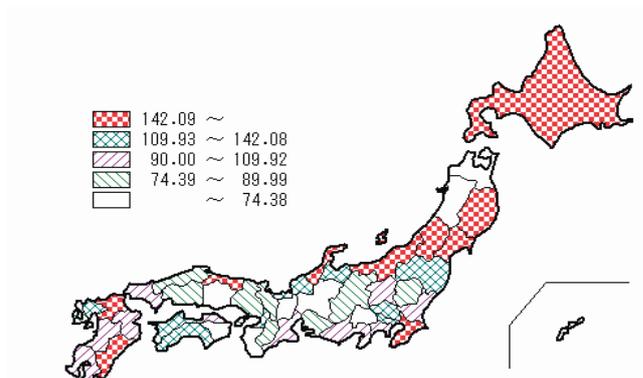
RSウイルス感染症



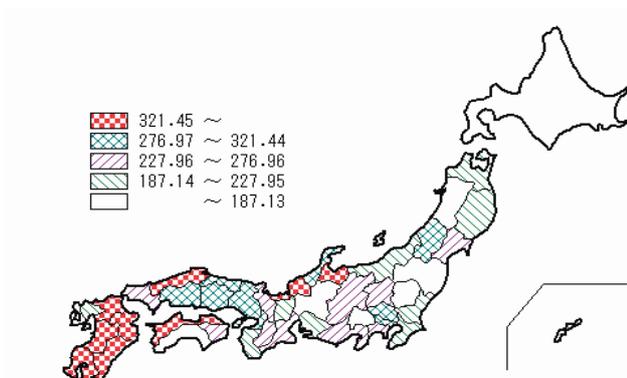
咽頭結膜熱



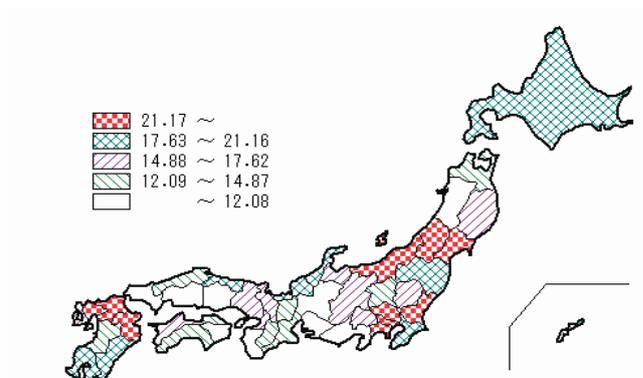
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



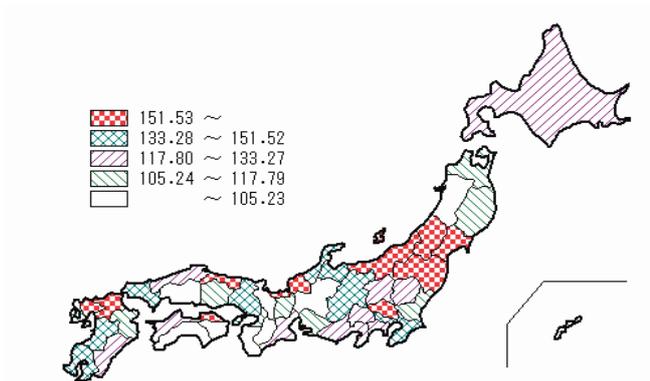
感染性胃腸炎



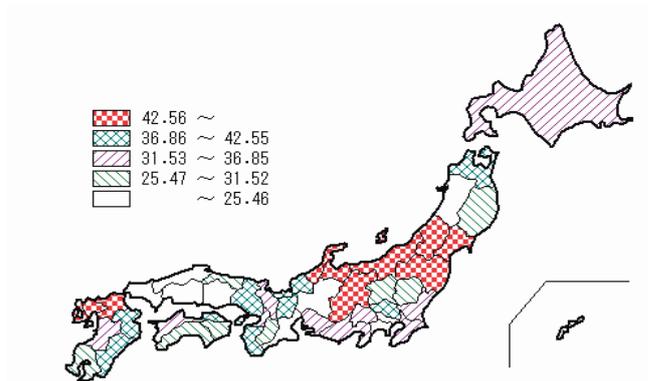
水痘



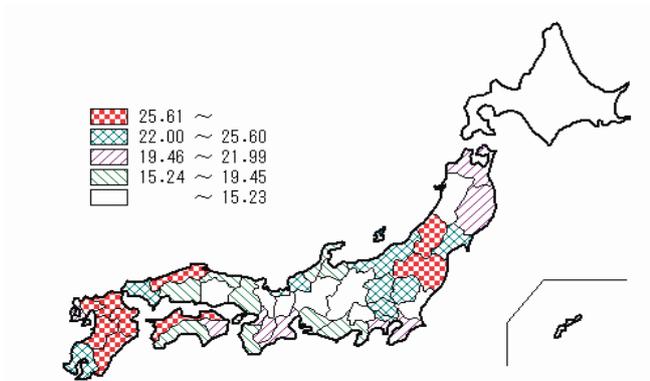
手足口病



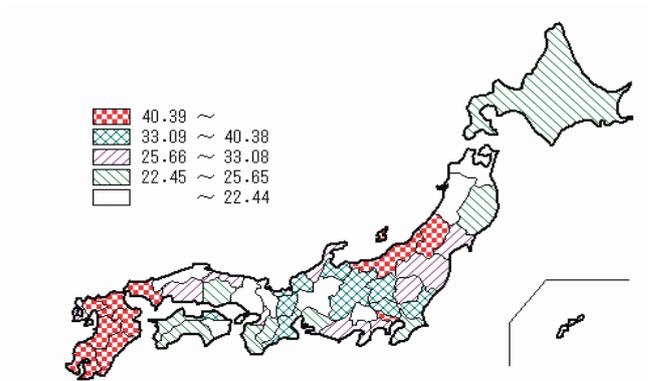
伝染性紅斑



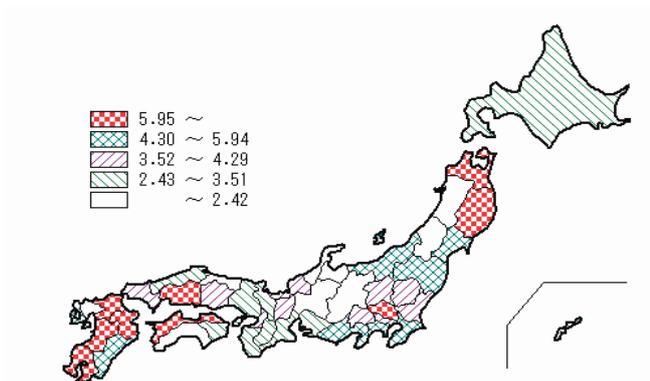
突発性発しん



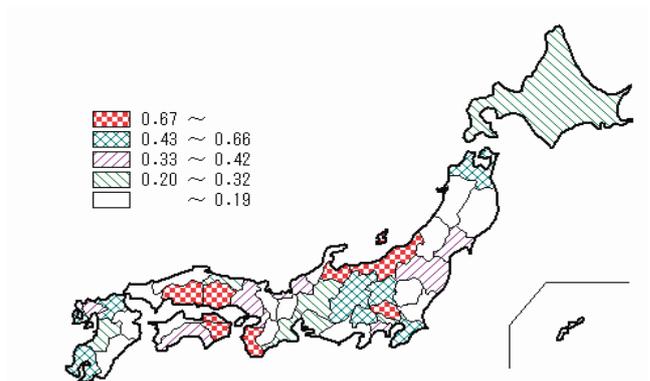
ヘルパンギーナ



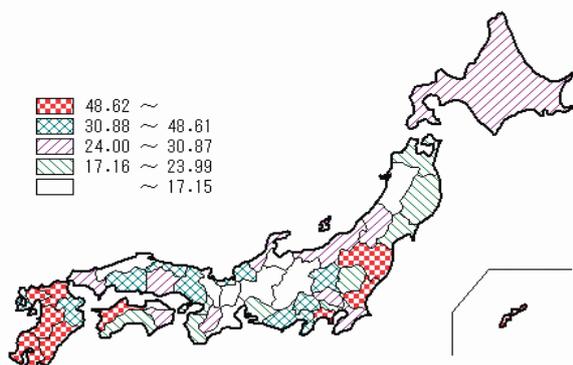
流行性耳下腺炎



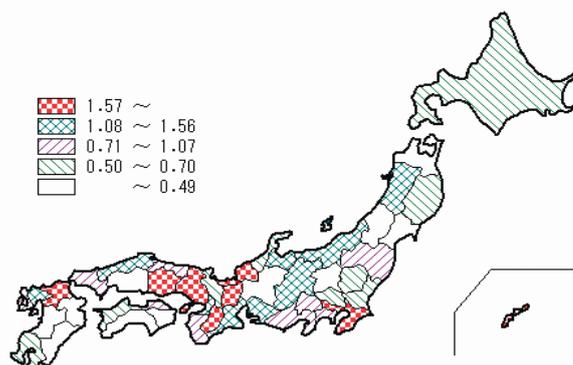
急性出血性結膜炎



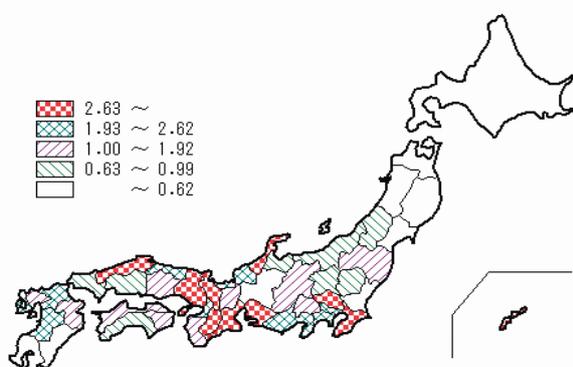
流行性角結膜炎



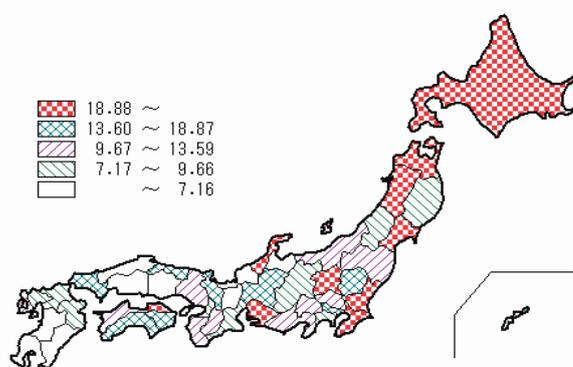
細菌性髄膜炎[基幹]



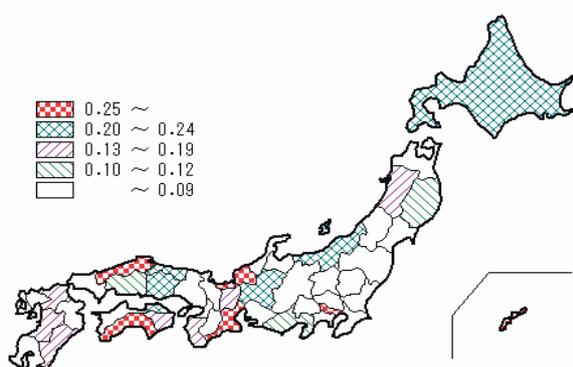
無菌性髄膜炎[基幹]



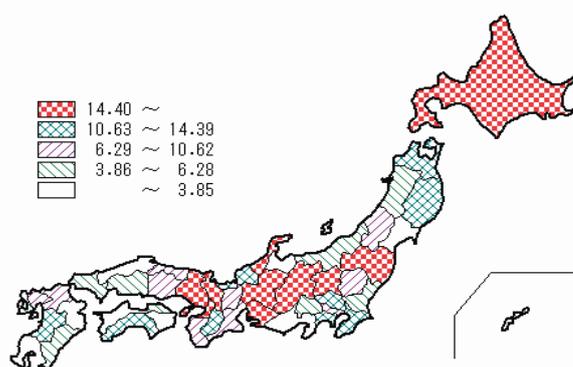
マイコプラズマ肺炎[基幹]



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)

福岡医発第120号(地)
 平成31年4月10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 松田 峻一良

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 週報 平成31年—14週 (H31.4.1~H31.4.7)

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

病名	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	180	58%	福岡123、北九州33	0.91	1.73
RSウイルス感染症	69	75%	福岡32、北九州25	0.58	0.49
咽頭結核熱	34	59%	福岡27、北九州5	0.28	0.34
A群溶レン菌咽頭炎	388	91%	福岡313、北九州53	3.23	2.07
感染性胃腸炎	933	95%	福岡506、北九州259	7.78	5.17
水痘	40	61%	福岡27、北九州9	0.33	0.34
手足口病	27	-10	福岡24、筑後3	0.23	0.19
伝染性紅斑	122	84%	福岡80、北九州17	1.02	0.50
突発性発しん	60	77%	福岡29、北九州14	0.50	0.37
百日咳	11	±0	福岡11	0.09	
風しん	0	±0		0.00	
ヘルパンギーナ	4	+4	筑後4、福岡4	0.03	0.03
麻しん	0	±0		0.00	
流行性耳下腺炎	17	+3	福岡9、北九州8	0.14	0.09
川崎病 (MCLS)	4	-2	福岡3、筑後1	0.03	
マイコプラズマ肺炎	8	-6	福岡7、筑後1	0.07	0.14
クラミジア肺炎	0	±0		0.00	0.01
細菌性髄膜炎	1	+1	福岡1	0.01	0.02
無菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.01
急性髄炎	0	±0		0.00	
急性出血性髄膜炎	0	-3		0.00	0.02
流行性角結膜炎	30	+6	福岡14、北九州12	1.15	0.60
性器クラミジア感染症	20	-4	福岡10、筑後4	0.54	
性器ヘルペス	6	+1	福岡5、北九州1	0.16	
尖圭コンジローマ	0	-5		0.00	
淋菌感染症	9	-1	福岡5、筑後3	0.24	
梅毒	2	±0	福岡2	0.05	

全国情報は平成31年13週分です。全国情報ではマイコプラズマ肺炎45、クラミジア肺炎2例
 平成31年第13週までの累計は、急性灰白髄炎0、結核4797(県内258)、コレラ0、細菌性赤痢27(県内5)、
 腸管出血性大腸菌感染症256(今週28、県内今週0、計10)、腸チフス7(県内1)、パラチフス4、E型肝炎112、
 A型肝炎114(今週6、県内1)、オウム病8、ジカウイルス感染症0、SFTS4(県内0)、チクングニア熱2、つ
 が虫病41、デング熱71(県内5)、日本紅斑熱7、急性弛緩性麻痺13(今週0、県内1)、日本脳炎0(県内0)、
 マラリア9(県内0)、レジオネラ症327、アメン病208、ウイルス性肝炎82(県内5)、急性髄炎319(県内
 11)、クロイツフェルト・ヤコブ病36、劇症型溶レン菌感染症236(県内11)、後天性免疫不全症候群280(県
 内18)、侵襲性インフルエンザ菌感染症163(県内13)、侵襲性髄膜炎菌感染症15、侵襲性肺炎球菌感染症
 933(県内53)、水痘(入院)98(県内4)、先天性風しん症候群1、梅毒1498(県内53)、風しん1112(今週65、県
 内64)、麻しん378(今週22、県内3)例、1類感染症の報告はなし。

- ▽ 今週(2019年第14週:4/1-4/7)はインフルエンザが定点当たり0.9と11週連続で減少で1.0と下回った。キットはA+が多いがB+の割合が増えてきた。感染性胃腸炎ではロタウイルスの多発が続き、ノロウイルスの報告もある。県内からは伝染性紅斑、百日咳、ヒトメタニューモの報告が多い。県内から風しんの報告が海週続き、麻しんも報告がある。春休み・新年度等による移動による感染症流行にご注意下さい。
- ※ インフルエンザ:10週前から12598→8567→5463→2719→1843→1149→777→610→514→309→180。定点当たり0.91(前週1.56;20歳以上37.2%)。北九州38(前週78)、福岡123(175)、筑豊4(15)、筑後20(41)。キットはA+が大部分。全国第13週は定点当たり1.73(前週2.49、前々週2.92)。
- 年齢分布:今週は0-4歳30.0%(昨年23.1%)、5-9歳22.0(31.8)、10-14歳3.0(16.8)、15-19歳6.0(5.0)、20歳代11.0(3.8)、30歳代4.0(5.6)、40歳代6.0(5.3)、50歳以上15.0(8.6);今週分と昨年分の比較
- キット陽性:小倉南区ひらの子ども1人B+、小倉南区おかざき子ども1人A+、小倉南区そお小児1人A+、小倉南区佐藤子ども1人A+、小倉南区東和病院3人A+、小倉北区よしだ小児科4人A+、1人B+、北九州市立急患センター7人A+(前週6人A+)、小倉北区小倉さくら病院1人A+、北九州市立八幡病院小児科3人A+、北九州市立八幡病院小児救急センター1人B+、八幡西区いわさき小児科内科1人A+、八幡西区たいらく小児科1人A+、八幡西区こがねまるクリニック1人A+(ワクチン1回)、若松区あまもと小児科4人A+、若松区つだ子ども1人A+、荻田町たじり小児科2人A+(西表島旅行後)、行橋市高尾病院1人A+、豊前市まえた小児科1人A+、吉富町東病院2人A+、東区なんり小児科1人B+(ワクチン2回)、東区荒木小児科3人A+、3人B+、福岡市立こども病院1人A+、博多区中尾小児科2人A+、博多区高岸小児科1人A+、中央区三宅内科1人A+(ワクチン済)、中央区平田内科・胃腸科2人A+、南区やなみ小児科2人A+、南区くろかむみちこ小児科4人A+(ワクチン済1人)、3人B+(ワクチン済1人)、南区諸岡小児科3人A+、南区福岡病院小児科1人A+、南区長住病院1人B+、南区野口内科1人A+、城南区内田子ども6人A+、2人B+、城南区武元内科2人A+(ワクチン済1人)、城南区英内科3人A+(ワクチン済1人)、早良区まいこ小児科5人A+、早良区しばおクリニック1人B+、早良区中村病院4人A+(ワクチン1回1人)、西区木下小児科4人A+、西区戸高内科呼吸器科1人A+、西区大内病院3人A+、大野城市松田小児科5人A+、大野城市のうえ子ども1人A+、2人B+、春日市おの子ども1人A+、1人B+(ワクチン1回)、春日市さいつ子ども1人B+、春日市横山小児科3人B+、春日市樋口病院1人A+、那珂川市おのお小児科5人B+、糸島市やました小児科1人B+、宇美市いりえ小児科1人A+、志免町うかじ小児科2人A+(1人溶レン菌も;ワクチン2回1人)、志免町社保仲原病院1人A+、1人B+、新宮町よしお小児科1人A+(ワクチン2回)、古賀市こでまり小児科2人A+、古賀市わた内科3人A+、前週分3人A+、福津市あいたい病院1人B+、宗像市さがら内科循環器科4人A+、直方市栗原クリニック1人B+、直方市社保直方病院1人A+、飯塚市細川小児科内科1人A+(ワクチン2回)、飯塚市飯塚病院内科の前週分1人A+、久留米市原田病院2人A+(ワクチン済1人)、大牟田市やまかクリニック1人A+、大牟田市立病院内科2人A+、八女市いしもと小児科1人A+、広川町合原病院1人A+、筑後市永田病院2人B+(ワクチン済2人)、朝倉市田辺病院1人A+、1人B+、小郡市きのした小児科2人A+、柳川市益子病院1人A+、みやま市ヨコクラ病院1人B+、うきは市とよた小児科3人A+(ワクチン済2人)。
- ※ RSウイルス感染症:5週前より115→139→132→133→92→69(4歳以上5人)。北九州25(前週35)、福岡32(43)、筑豊1(3)、筑後11(11)。小倉北区よしだ小児科の1-2歳4人、北九州市立八幡病院小児科の26生1-8歳9人、荻田町たじり小児科の1歳、行橋市おがざ子どもの10か月、1、2歳、東区なんり小児科の1歳、東区荒木小児科の10か月、2歳、福岡市立こども病院の6か月、5歳、博多区梅野小児科内科の1歳、博多区中尾小児科の1歳、南区くろかむみちこ小児科の3か月、1歳、南区諸岡小児科の10か月、1、2歳、城南区井上四郎小児科の4か月、西区木下小児科の11か月、1歳、福津市まつなが小児科の1、2か月、田川市たなかのぶお小児科の9か月(田川市立病院入院)、久留米市かとう小児科の1歳、八女市いしもと小児科の1歳、八女市富田病院の1歳、小郡市きのした小児科の11か月-9歳5人。
- ※ 咽頭結核熱:5週前から62→30→99→62→58→34。北九州5(前週11)、福岡27(22)、筑豊1(1)、筑後1(24)。キット陽性:小倉南区佐藤子どもの3歳、南区諸岡小児科の2歳、城南区しんどう小児科の5歳、福津市あいたい病院の1歳、城南区内田子どもの5歳、筑紫野市西尾小児科の2歳。
- ※ A群溶レン菌咽頭炎:5週前から528→590→580→491→428→388。北九州53(前週65)、福岡313(315)、筑豊8(11)、筑後14(37)。小倉南区ひらのサンタキッズの5歳女は再発、7歳女は3回目、東区なんり小児科の1歳男と38歳男は2回目、3歳女2人、4歳女は3回目、南区くろかむみちこ小児科の3歳男は再発、うきは市とよた小児科の7歳女は3回目。発疹合併:小倉南区ひらのサンタキッズの5歳女、若松区こむら小児科の1歳男、3歳女、東区なんり小児科の2歳女、博多区梅野小児科内科の4歳男、城南区井上四郎小児科の6歳女、筑紫野市西尾小児科の4歳男。
- ※ 感染性胃腸炎:5週前から1017→1114→1184→1067→986→933(3歳以下59.1%)。北九州259(前週266)、福

岡506(492)、筑豊18(46)、筑後150(182)。ロタウイルスもノロウイルスもあるが、ロタの多発が続く。

- ・カンピロバクター：小倉南区ひらの子どもの13歳男、小倉南区そお小児科の12歳女、福岡市立こども病院の7歳男、8歳女、博多区梅野小児科内科の14歳男、博多区中尾小児科の3歳女、西区下村小児科の7歳女、9歳男、筑紫野市西尾小児科の14歳男、糸島市やました小児科の11歳男(砂ズリ刺)、福津市まつなが小児科の13歳男、15歳男(大腸菌025,01も)、うきは市とよた小児科の12歳男(焼鳥)。
 - ・大腸菌：若松区あまもと小児科の3か月女に01、2歳男に015、大野城市のうえこどもの1歳男に018、春日市おの子どもの5か月女に01、3歳男に015、新宮町よしお小児科の4歳男に0126、古賀市こでまり小児科の3歳男に01、8歳女に0125、田川市たなかのぶお小児科の1歳女に0126、飯塚市こどもクリニックもりの4歳女に01、久留米市かとう小児科の9歳女に01、大牟田市立病院小児科の3歳男に086a、大川市酒井医院の23歳女に06,VT-
 - ・ロタウイルス：小倉南区佐藤こどもの5歳女、北九州市立八幡病院小児科の11か月男2人、1歳男、女2人、2歳男3人、女2人、3歳男3人、女、4歳男、6歳男、8歳男、女、遠賀中間医師会おんか病院的2歳女、3歳男、9歳女、東区なんり小児科の2歳男、女2人、4歳男、東区荒木小児科の6歳男、福岡市立こども病院の2歳女、4歳女、7歳男、8歳女、博多区梅野小児科内科の10か月男、2歳男、3歳男、5歳男、博多区くらおかしょうこどもの1歳男、博多区高岸小児科の3歳女(ワクチン済)、4歳男2人、女、中央区かわのキッズの5歳女、南区くろかわみちこ小児科の3か月男(ワクチン済)、1歳女2人(ワクチン済1人)、2歳男2人、2歳女(ワクチン済)、南区諸岡小児科の、6か月男(ワクチン済)、10ヶ月女、1歳男(ワクチン済)、1歳女2名(ワクチン済1人)、2歳男、2歳女、3歳男、4歳女、城南区しんどう小児科の5歳女、早良区中野こどもの7か月女、1歳男、女、2歳男2人、3歳女、4歳男、5歳女、西区木下小児科の8か月男、1歳女、大野城市のうえこどもの4歳女、筑紫野市西尾小児科の1歳男、那珂川町のちお小児科の1歳男、2歳男、糸島市田中医院の1歳男、女2人、2歳女、7歳男、新宮町よしお小児科の1歳男(ワクチン済)、2歳女(ワクチン済)、福津市あいた医院の10か月男、宗像市一本こどもの2歳女、5歳男、女、7歳男、直方市栗原クリニックの1歳女、田川市たなかのぶお小児科の1歳女、3歳女、45歳男、久留米市河野小児科の10か月男、1歳男、小郡市きのした小児科の1歳女、2歳男、4歳女、5歳女、9歳男。
 - ・アデノウイルス：北九州市立八幡病院小児科の6歳女、大牟田市立病院小児科の14歳男。
 - ・ノロウイルス：北九州市立八幡病院小児科の11か月女、1歳女3人、4歳男、八幡西区みやけクリニックの1歳男、遠賀中間医師会おんか病院的1歳男、博多区高岸小児科の1歳女、中央区かわのキッズの6-11か月男、早良区中野こどもの10か月男、女、1歳女、西区高崎小児科の2歳女、西区木下小児科の1歳女2人、那珂川町のちお小児科の5歳男、大牟田市立病院小児科の1歳男。
- ※ 水痘：5週前から53→70→58→69→66→40(15歳以上1人)。北九州9(前週9)、福岡27(39)、筑豊0(5)、筑後4(13)。ワクチン済例：若松区こむら小児科の8歳男(H26.11/12にVZ104；軽症)、中央区かわのキッズの10歳女(H22.11/30にロット不明；軽症)、城南区内田こどもの2歳女(接種時期等不明の1回；軽症)、早良区中野こどもの6歳男(H26.10/14にVZ108；軽症)、早良区松本小児科の10歳女(H23.3/1にVZ067；軽症)、春日市おの子どもの7歳男(H24.12/13にVZ082、H25.5/13にVZ089；軽症)、志免町うかじ小児科の5歳男(H27.3/25にVZ136、H28.1/6にVZ142；軽症)、福津市まつなが小児科の2歳女(H29.5/16にVZ22；軽症)。
- ※ 手足口病：5週前から30→15→25→30→37→27。北九州0(前週1)、福岡24(28)、筑豊0(0)、筑後3(8)。
- ※ 伝染性紅斑：5週前から104→106→120→131→145→122。北九州17(前週24)、福岡80(77)、筑豊12(25)、筑後13(19)。
- ※ 百日咳：5週前から14→15→17→19→11→11(15歳以上0人)。東区荒木小児科の8歳女(LAMP陽性)、南区福岡病院小児科の5歳男(IgM+)、7歳女(IgM+)、7歳女(PT 94)、8歳男(PT 100、IgM+)、8歳女(IgM+)、9歳男(PT 35)、13歳男(PT 99)、城南区井上四郎小児科の13歳女(LAMP陽性)、西区高崎小児科の7歳男(PT>160、PHA>160)、福津市まつなが小児科の1歳男(LAMP陽性)。
- ※ 風しん：5週前から0→0→0→0→0。全数報告第13週に県内から4例：福岡市の3例、北九州市の1例は詳細不明。第12週分：北九州市保健所管内の50歳男(3/15発症；発疹；3/22診断；IgM+；ワクチン歴不明)(累計H31年64人、H30年167人、H29年1人)。
- ※ ヘルパンギーナ：5週前から4→6→8→5→4→8。北九州0(前週0)、福岡4(1)、筑豊0(0)、筑後4(3)。
- ※ 麻疹：5週前から0→0→0→0→0。全数報告第13週に県内から2例：23歳女(外国籍；3/21入国；3/24発症；発疹、発熱、結膜充血、咳、コプリック斑；3/31診断；PCR+；ワクチン歴不明；感染経路不明)福岡市の1例(詳細不明)(累計H31年2人、30年20、29年4)。
- ※ 流行性耳下腺炎：5週前から30→32→24→29→14→17(15歳以上2人)。北九州8(前週4)、福岡9(8)、筑豊0(0)、筑後0(2)。八幡西区みやけクリニックの30代男(精巣炎合併)。ワクチン済例：大野城市松田小児科の4歳男(H28.2/15に北里LF036A；軽症)、6歳女(H25.7/20に武田G503；中等症)。

- ※ マイコプラズマ肺炎：5週前から8→15→12→7→14→8(15歳以上2人)。南区井上小児科の9歳男(PA：160)、大野城市のうえこどもの5歳男(160)、6歳男(640)、春日市の子どもの6歳女(80)、筑紫野市西尾小児科の7歳男(320)、福津市あいだ医院の30歳以上男(320)、朝倉市富田小児科の3歳男(320)。
 - ※ 無菌性髄膜炎：5週前から0→1→0→0→0。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
 - ※ 細菌性髄膜炎：福岡市立こども病院の1.6歳女(肺炎球菌；福岡病院より；PCV13を3回)。
 - ※ 流行性角結膜炎：5週前から24→15→22→24→24→30。キット陽性：新宮町篠田眼科の35歳男、65歳女、71歳男、宗像市宗像眼科の7歳女、24歳女、32歳男、38歳女、田川市倉員眼科の30代女、八女市長嶮眼科の25歳男。
 - ※ その他の疾患：アデノ咽頭扁桃炎：門司区まつとり小児科の1歳、門司区ふくむら小児科の1-3歳5人、北九州市立八幡病院小児科の7か月、1、4歳、八幡西区わかさき小児科内科の1歳、博多区梅野小児科内科の1歳、南区井上小児科の1歳、早良区中野こどもの1、3、5歳、新宮町よしお小児科の10か月、3歳、福津市まつなが小児科の1、1、7歳(キット陽性)。ヘルペス歯肉口内炎：新宮町よしお小児科の6歳。IM：南区井上小児科の10歳女(EBV IgM20；肝障害)。ヒトメタニューモ：小倉南区佐藤こどもの1-5歳10人、北九州市立八幡病院小児科の9か月-6歳12人、苅田町たじり小児科の11か月、2歳、行橋市ゆげ子どもの5か月-4歳5人、東区荒木小児科の4か月-4歳5人、博多区梅野小児科内科の2、3、3歳、博多区中尾小児科の1-4歳4人、博多区くらおかしょうここどもの3歳、中央区大名よねくら小児科の9か月、中央区かわのキッズの0、2歳、博多区高岸小児科の9か月、6歳、南区くろかわみちこ小児科の7か月-5歳15人、南区諸岡小児科の1歳、南区井上小児科の1、1歳、西区高崎小児科の3歳、大野城市のうえこどもの4歳、春日市さいつこどもの0-5歳4人、春日市横山小児科の10か月-4歳12人、筑紫野市西尾小児科の8か月、2歳、筑紫野市もり小児科の4人、那珂川町わか小児科の12歳、糸島市やました小児科の10か月、2歳、篠栗町おおしまこどもの1-4歳6人、古賀市こでまり小児科の2、2歳、宗像市宮原小児科の2歳、田川市たなかのぶお小児科の7か月-5歳8人、久留米市河野小児科の10か月、3歳、久留米市かとう小児科の7か月、2歳、朝倉市富田小児科の1、2歳、小郡市きのした小児科の6か月-6歳15人。
 - ※ STDで他の疾患：非淋菌性非クラミジア性尿道炎：行橋市行橋クリニックの19歳男、22歳男2人、31歳男。
 - △ 基幹定点：ロタ胃腸炎：飯塚市飯塚病院の前週分の6か月男、3歳女。
- ☆ 国内・国外情報：感染症疫学センターホームページ等より
- ・麻しん(全数)：今週 22人(第13週：累計H31年 378；大阪128、三重53、東京42、愛知30、神奈川22；30年282；29年189；28年159；27年35；26年463；25年232)。
 - ・風しん(全数)：今週 65人(第13週：累計H31年 1112；東京335、神奈川149、千葉110、大阪95、埼玉70、福岡64；30年2917；29年93；28年125；27年162；26年321；25年14357)。

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 平成31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18,679人であった。最も報告数が多かったのはインフルエンザであり、11,174人であっ

た。次いで、感染性胃腸炎が3,963人、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が2,010人であった。

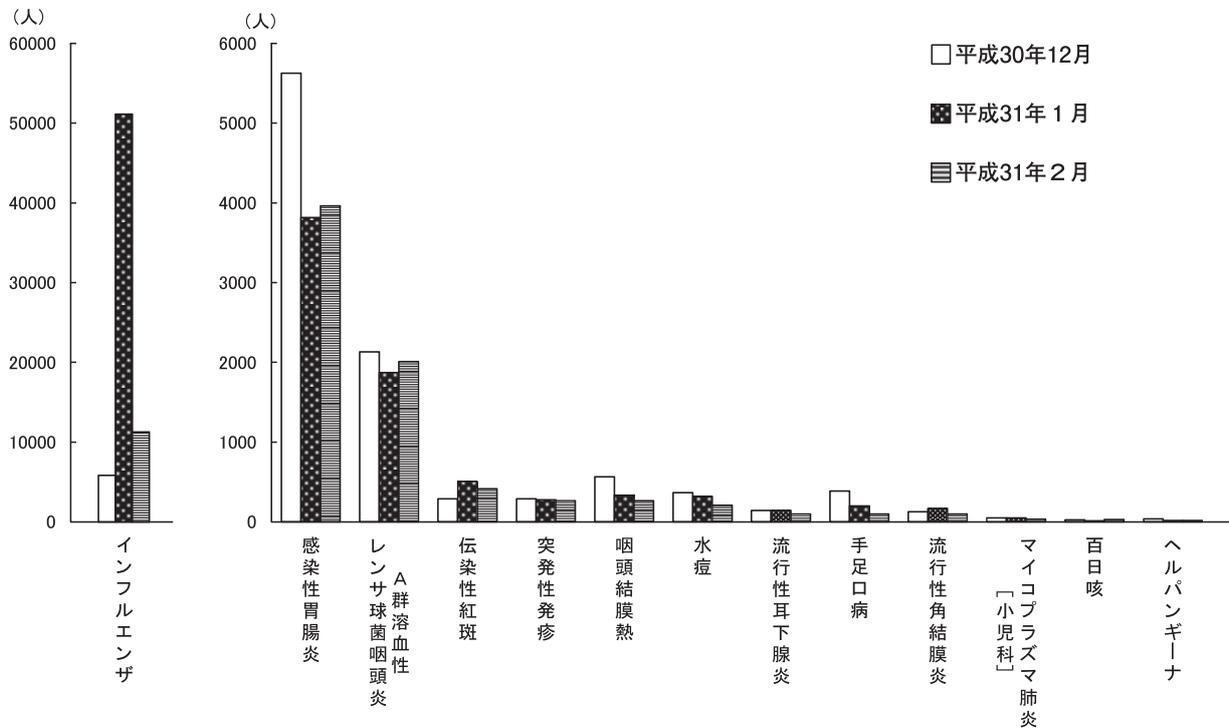


図1 主要感染症の月別報告数

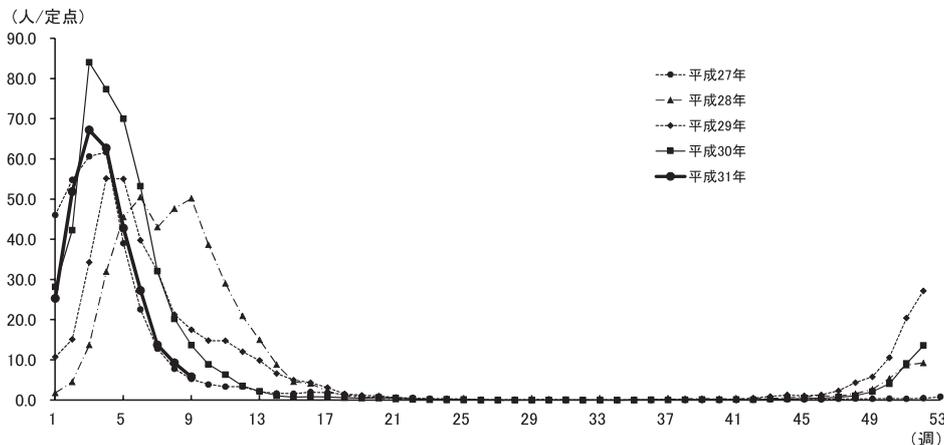


図2 インフルエンザの定点当たり報告数の推移

II. ウイルス検査情報

2月に新たに採取された検体は92件であった。内訳は、インフルエンザ47件、咽頭結膜熱12件、感染性胃腸炎14件、手足口病6件、無菌性髄膜炎1件、RSウイルス感染症1件、突発性発しん6件、その他5件であった。2月までの通算検体数は195件となった。

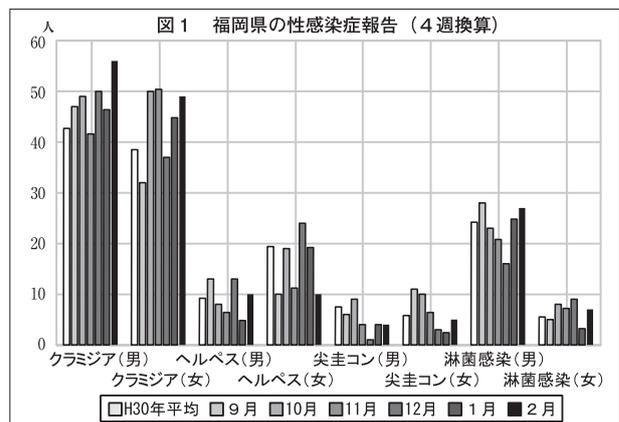
2月に新たに同定されたウイルスは72件であった。内訳は、インフルエンザからインフルエンザウイルスA/H3型が32件、インフルエンザウイルスA/H1pdm09型が13件、インフルエンザウイルスB型Victoria系統が2件、インフルエンザウイルスA/H3型+インフルエンザB型が1件、インフルエンザA型が1件、インフルエンザB型が1件、咽頭結膜熱からコクサッキーウイルスA4型が1件、感染性胃腸炎からA群ロタウイルスが5件、サポウイルスが3件、コクサッキーウイルスA4型が1件、ノロウイルスGIIが1件、流行性耳下腺炎からムンプスウイルスが1件、無菌性髄膜炎からエコーウイルス3型が4件、エコーウイルス11型が4件、突発性発しんからヘルペスウイルス6型が2件検出された。

III. 性感染症情報

2月(平成31年2月4日～平成31年3月3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105、性器ヘルペスウイルス感染症20、尖圭コンジローマ9、淋菌感染症34、梅毒様疾患(顕性)7、梅毒様疾患(潜伏)1、総計176(男103、女73)、男女比1:0.71で男が多かった。報告数は先月(5週間集計)と比較して22減少した。性別の疾患頻度は、男はクラミジア(54%)、淋菌(26%)、ヘルペス(10%)、梅毒(6%)、コンジローマ(4%)の順で、女はクラミジア(67%)、ヘルペス(14%)、淋菌(10%)、コンジローマ(4%)、梅毒(4%)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、左端に平成30年の月平均を示した。4週間換算して前月と比較すると、患者数では先月より増加していた。疾患別では、4週間換算して前月と比較すると、男ではクラミジア、淋菌、ヘルペスが増加、女ではクラミジア、コンジローマ、淋菌が増加、ヘルペスが減少した。また、梅毒の報告数が、定点においてもコンジローマとほぼ同数となっていた。ブロック別では、福岡で男の淋菌、コンジローマが減少、女のヘルペスが増加、筑後で男のクラミジアが増加、女のヘルペスが減少した。その他に、淋菌とクラミジアの合併6(男6)、非クラミジア性非淋菌性尿道炎6(男6)、咽頭クラミジア1(女1)、咽頭淋菌1(女1)、梅毒と淋菌とクラミジアの合併1(女1)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) 平成31年2月(4週間集計)

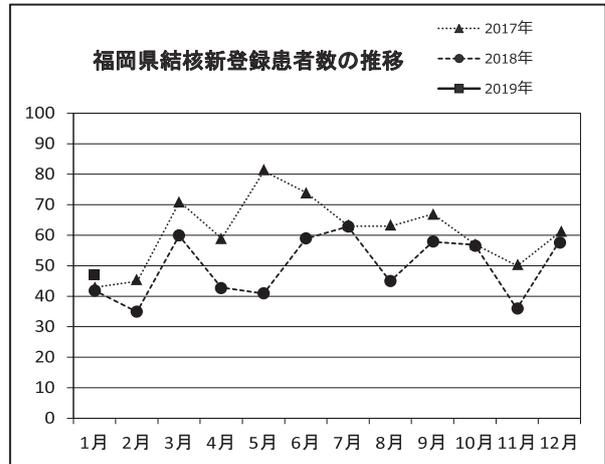
疾患名 (定点数)	性	北九州 (9)	福岡 (15)	筑豊 (5)	筑後 (8)	合計 (37)	定点点当
性器クラミジア感染症	男	12	32	4	8	56	1.6
	女	13	20	12	4	49	1.3
性器ヘルペス ウイルス感染症	男	3	7	0	0	10	0.3
	女	3	4	1	2	10	0.3
尖圭コンジローマ	男	1	2	0	1	4	0.1
	女	0	5	0	0	5	0.1
淋菌感染症	男	8	17	1	1	27	0.7
	女	1	3	2	1	7	0.2
梅毒様疾患(顕性)	男	1	3	0	1	5	0.1
	女	0	2	0	0	2	0.1
梅毒様疾患(潜伏)	男	0	1	0	0	1	0.0
	女	0	0	0	0	0	0.0
合計		42	96	20	18	176	4.8



IV. 結核情報(平成31年1月分)

- 1月の新登録患者数は先月より11人減っており、昨年1月(42人)と比較すると5人増えている。
- 性別では女性より男性が多く、年齢別では、60歳以上が78.7%、80歳以上は51.1%と高齢者の占める割合が高い状況は続いている。
- 発見方法別では、医療機関受診例が95.7%と最も多く、健診発見例は4.3%であった。
- 喀痰塗抹陽性例は19人で、活動性肺結核に占める割合は47.5%であった。また、結核菌が確認できた割合は77.5%である。
- 潜在性結核感染症者は、先月より18人減って21人であった。
- 月別患者数は先月より減少しているが、昨年および一昨年の同月より増加しており、今後とも注意が必要である。

*記載の値は速報値である。



計	男	女
47	24	23
(58)	(32)	(26)

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
47	0	0	5	1	3	1	5	8	24
(58)	(1)	(1)	(3)	(3)	(4)	(4)	(10)	(8)	(24)

計	健診	医療機関受診	その他	不明
47	2	45	0	0
(58)	(10)	(48)	(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		
40	18	1	12	9
(44)	(16)	(1)	(14)	(13)

計	男	女
21	10	11
(39)	(20)	(19)

()は前月の実数

福岡県医師会ホームページ・会員専用ページ



疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

感染症発生動向調査 週間コメント

最新情報

鹿児島(8月4日-8月17日)

■今週のトピックス

マダガスカルで流行している「チクラ」ウイルスの感染が、福岡県でも発生していることが確認された。このウイルスは、主に熱帯地域に分布しているが、近年、アジアやアフリカなどでも感染が報告されている。福岡県でも、このウイルスの感染が確認されたのは初めてのことである。このウイルスは、主に熱帯地域に分布しているが、近年、アジアやアフリカなどでも感染が報告されている。福岡県でも、このウイルスの感染が確認されたのは初めてのことである。

病名	発生件数	初発日	発生地域	1週間当たりの発生数	
				1週間	累計
インフルエンザ	82	6月	11、23、24、28	301	1,78
流行性腮腺炎	75	7月	12、13、14、15、16、17、18、19、20、21、22、23、24、25、26、27、28、29、30、31	75	75

■コメント

マダガスカルで流行している「チクラ」ウイルスの感染が、福岡県でも発生していることが確認された。このウイルスは、主に熱帯地域に分布しているが、近年、アジアやアフリカなどでも感染が報告されている。福岡県でも、このウイルスの感染が確認されたのは初めてのことである。このウイルスは、主に熱帯地域に分布しているが、近年、アジアやアフリカなどでも感染が報告されている。福岡県でも、このウイルスの感染が確認されたのは初めてのことである。

■最新の発生状況 | ■発生地域別 | ■発生時期別 | ■発生年齢



公衆衛生部 感染症情報室

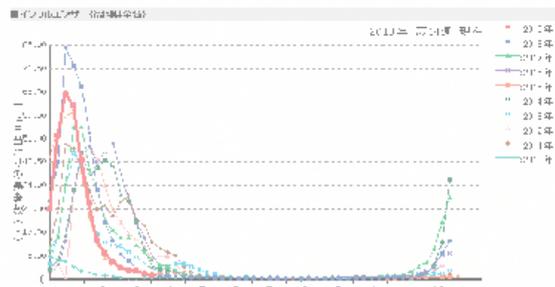
©2007 Fukuoka Prefecture Medical Association. All Rights Reserved.

疾病別 推移グラフ(インフルエンザ)

感染症発生動向調査 推移グラフ

1週間当たりの発生数(累積)を示した推移グラフです。
 (発生数が増えるにつれて、グラフの色が濃くなります。)

ウイルス種別	発生地域	発生時期	発生年齢	発生性別
インフルエンザ	発生地域	発生時期	発生年齢	発生性別
流行性腮腺炎	発生地域	発生時期	発生年齢	発生性別



1週間当たりの発生数(累積)						
発生地域	インフルエンザ	流行性腮腺炎	麻疹	1週間当たりの発生数(累積)	発生	合計
福岡県	2010年	57	75	10	25	167
	2011年	76	11	24	20	231
	2012年	70	12	28	17	127
	2013年	70	12	28	17	127
年間	273	100	60	60	493	

公衆衛生部 感染症情報室 | 発生状況 | 発生地域別 | 発生時期別 | 発生年齢

©2007 Fukuoka Prefecture Medical Association. All Rights Reserved.

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) 令和元年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿
(平成30年6月21日～令和2年度に関する定例代議委員会終結のときまで)

	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
○	南貴博	福岡市中央区大名2-4-7	福岡結核予防センター
○	中根博	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	太宰府吉富眼科医院
	藤伸裕	糟屋郡篠栗町大字篠栗4868-7	藤産婦人科医院
	安元慎一郎	筑紫野市針摺中央2-4-1 西鉄朝倉街道ビル2階	安元ひふ科クリニック
○	田中義人	太宰府市大字向佐野39	福岡県保健環境研究所
○	佐野正	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
○	渡邊真由美	北九州市小倉北区内1-1	北九州市保健福祉局保健衛生部保健衛生課
○	山西純	福岡市中央区天神1-8-1	福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課
	矢野周作	大牟田市不知火町1-5-1	大牟田市保健所
	内藤美智子	久留米市城南町15-5	久留米市保健所
	吉田雄司	北九州市小倉北区馬借3-3-36	よしだ小児科医院
	山田義生	糟屋郡新宮町新宮東4-3-1	やまだ消化器科内科クリニック
	肘井孝之	飯塚市川津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
○	香月きょう子	北九州市門司区東門司2丁目9-13	池田医院

◎…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) 令和元年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会

※本会新型コロナウイルス感染症に対する対応方針に基づき中止した。

令和元年度結核・感染症発生動向調査研修会

△と き：令和2年3月14日（土）15：00～17：15

△ところ：福岡県医師会館 5階大ホール

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 | 南 貴 博 |
| 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

「福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課からの情報提供について」

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 課長 佐野 正

5. 特別講演

演 題：「疑似症サーベイランスについて」

講 師：国立感染症研究所 感染症疫学センター第一室 室長 松 井 珠 乃
座 長：結核・感染症発生動向調査委員会委員長 青 木 知 信

6. 閉 会

3) 令和元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	5001	(医)木村内科医院	木村南樹	木村南樹	北九州市門司区高田	内	インフルエンザ	
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	小倉さふね病院	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小児救急センター	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	5010	こがねまるクリニック	小金丸史隆	小金丸史隆	北九州市八幡西区大字野面	内	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	5011	松島医院	松島敏夫	松島敏夫	北九州市若松区高須北	内・児・循	インフルエンザ	
北九州市	4015	6013	(医)貝塚小児科医院	貝塚博美	貝塚博美	北九州市門司区下馬寄	循	小児科	
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	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	ひらのサンタキッズクリニック	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救丘	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	北九州市八幡西区大字木屋瀬字長堀	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 進	古村 進	北九州市若松区下原町	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	三村眼科医院	仙石昭仁	仙石昭仁	北九州市小倉北区竪町	眼	眼科	○
北九州市	4015	7291	武田眼科医院	武田師利	武田師利	北九州市小倉北区足原	眼	眼科	
北九州市	4015	7031	眼科向野医院	向野利彦	向野利彦	北九州市八幡西区折尾	眼	眼科	
北九州市	4015	7333	多田はなよ眼科医院	多田花代	多田花代	北九州市八幡西区浅川学園台	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	

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	井上俊司	井上俊司	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	児・循	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5322	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	松永伸二	松永伸二	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	6233	宮原小児科医院	宮原道生	宮原道生	宗像市自由ヶ丘西町	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	明石良夫	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	内・児・呼	小児科	○
福岡市東	4012	6076	(医)もりやす小児科医院	森 安 眞 文	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	徳 川 律 子	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	7331	千早病院眼科	明 石 良 夫	西 岡 木 綿 子	福岡市東区千早	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	内・児・呼	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	柴 田 芳 明	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	くらおか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	S T D	
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	S T D	
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	S T D	
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	5044	(医)愛生会三宅内科クリニック	三 宅 恒 徳	三 宅 恒 徳	福岡市中央区薬院	内・呼	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 晋	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	S T D	
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	S T D	
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	S T D	
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	S T D	
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	内田智子	内田智子	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	藤尾浩二	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	岡田象二郎	岡田象二郎	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	S T D	
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	S T D	
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	6271	石神小児科医院	石神喜久	石神喜久	福岡市西区野方	児	小児科	
福岡市西	4013	7249	上原眼科医院	上原真幸	瀧原彩	福岡市西区石丸	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	S T D	
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	S T D	
粕屋	4058	9317	国立病院機構福岡東医療センター	江崎卓弘	野林雄市	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 東 明	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	いわお小児科医院	岩 尾 初 雄	岩 尾 初 雄	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	S T D	
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	S T D	
筑 紫	4059	8134	(医)山野皮ふ科医院	山 野 龍 文	山 野 龍 文	太宰府市通古賀	皮・形・アレ	S T D	
筑 紫	4059	9204	福岡県済生会二日市病院	間 野 正 衛	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	糸島市菟浦	内・呼	インフルエンザ	
糸 島	4060	5337	田中みのる内科	田 中 実	田 中 実	糸島市南風台	内	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 幹 久	田 中 幹 久	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	田中伸之助	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	5191	(医)梶原内科医院	梶 原 健 伯	梶 原 健 伯	飯塚市下三緒	内	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	飯塚市菟田東	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	8160	大森医院	大 森 皓 一	大 森 皓 一	直方市日吉町	泌・皮	S T D	

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	S T D	
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	S T D	
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	S T D	
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	尾上 泰 弘	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	田中 裕 穂	向野 達 也	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	尾上 泰 弘	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	田中 裕 穂	荒木潤一郎	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	田中 裕 穂	黒松 肇	田川市上本町	産・婦	S T D	
田 川	4065	9211	田川市立病院	松隈 哲 人	尾上 泰 弘	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	石橋百合子	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	大部 敬 三	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	S T D	
久留米市	4042	8338	みやはら産婦人科医院	宮原 研 一	宮原 研 一	久留米市日吉町	産	S T D	
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	S T D	
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	○
大 牟 田	4041	5089	大牟田市立病院内科	野口 和 典	村上義比古	大牟田市宝坂町	内	インフルエンザ	
大 牟 田	4041	5090	済生会大牟田病院	稲吉 康 治	田尻 守 弘	大牟田市田隈	内	インフルエンザ	
大 牟 田	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	
大 牟 田	4041	6093	社会保険大牟田天領病院小児科	興 梶 博 次	生 田 正 幸	大牟田市天領町	児	小児科	
大 牟 田	4041	6094	大牟田市立病院小児科	野口 和 典	村上義比古	大牟田市宝坂町	児	小児科	
大 牟 田	4041	6240	(医)やまかわクリニック	山川 良 一	山川 良 一	大牟田市中白川町	児・内	小児科	
大 牟 田	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	
大 牟 田	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	S T D	
大 牟 田	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	S T D	
大 牟 田	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	S T D	

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
大 牟 田	4041	9208	大牟田市立病院	野口和典	野口和典	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	S T D	
南 筑 後	4074	8177	大熊泌尿器科皮膚科医院	大熊謙彰	大熊謙彰	柳川市本町	泌・皮	S T D	
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	○

(令和元年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) キャサヌル森林病、(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) ニバウイルス感染症、(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) ブルセラ症、(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

指定感染症

(114) 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。)

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

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

(115) 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。

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

(13) 鳥インフルエンザ(H5N1)

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2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（第2の（114）を除く。）

（1）調査単位及び実施方法

ア 診断した医師

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。

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、直ちに感染症発生動向調査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、別記様式により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。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。

2 (114) 新型コロナウイルス感染症

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断した医師

(114) 新型コロナウイルス感染症を届出基準等通知に基づき診断した場合は、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、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（以下「HER-SYS」という。）への入力により行うことを基本とするが、HER-SYS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おいては、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、診断した医師の医療機関にHER-SYSの入力環境がない場合には、当該届出内容をHER-SYSに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、その結果について、HER-SYSへの入力等により、診断した医師、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に対して、情報共有する。加えて、詳細な病原体情報等については、別記様式により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに報告する。（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、その結果について、HER-SYSへの入力等により当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターに情報共有する。なお、詳細な病原体情報等については、別記様式により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、保健所等によってHER-SYSに入力された情報について、確認を行う。

② 地方感染症情報センターは、HER-SYSの活用等により、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、その結果を公表される都道府県情報、全国情報と併せて、ホームページへの掲載等の適切な方法により、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、HER-SYSの活用等により、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、その結果を公表される都道府県情報、全国情報と併せて、ホームページへの掲載等の適切な方法により、保健所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、HER-SYSの活用等により、全国情報を分析するとともに、その結果について、ホームページへの掲載等の適切な方法により、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、その結果について、ホームページへの掲載等の適切な方法により、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、保健所等がHER-SYSに入力した情報、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 その他

病原体検査を行政検査として医療機関に委託している場合には、当該医療機関において、保健所及び都道府県等に必要な情報共有を行うこと。当該情報共有は、HER-SYS への入力により行うことを基本とすること。

3 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。

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、直ちに感染症発生動向調査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、別記様式により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。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。

4 定点把握対象の五類感染症

(1) 対象とする感染症の状態

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

(2) 定点の選定

ア 患者定点

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

保健所管内人口	定点数
～3万人	1
3万人～7.5万人	2
7.5万人～	3 + (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。）

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と異なり、入院患者に限定され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。
- ② 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(97)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)のイ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を記載する。
- 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 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采取する。
- 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 保健所は、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、感染症発生動向調査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。

5 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) 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に考慮すること。

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及び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、原則として汎用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汎用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、汎用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。

6 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実施方法

(1) 保健所

鳥インフルエンザ（H5N1）に係る積極的疫学調査を実施した保健所は、別に定める基準に従い、直ちに疑い症例調査支援システムに調査内容を入力するものとする。

なお、医療機関より提出される検体等には、疑い症例調査支援システムが発行する検査依頼票を添付すること。

(2) 地方衛生研究所等

ア 地方衛生研究所等は、検査依頼票及び検体等が送付された場合にあっては、当該検体等を別に定める病原体検査要領に基づき検査し、その内容を直ちに疑い症例調査支援システムに入力する。

イ 鳥インフルエンザ（H5N1）に係る積極的疫学調査の結果を厚生労働省に報告する場合にあっては、法施行規則第9条第2項に従い、検体等を国立感染症研究所に送付する。

(3) 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送付された検体等について検査を実施し、その結果を直ちに疑い症例調査支援システムに入力する。

7 その他

(1) 感染症発生动向調査は、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动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) 感染症発生动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。

別記様式

保健所コード

□□-□□-□□

保健所登録全数報告ID

□□□□-□□□□□□-□□□□□□

衛研受付番号(検体提供者番号)

□□□□□□□□□□

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、新規インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票(病原体)

性別 (男・女)	
年齢 (歳)	カ月)
氏名	
住所	
【主治医等記載欄】	
定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください ・インフルエンザ定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感染症定点 ・基幹定点	
医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)	
検体送付日	年 月 日 分離株(無、有、検査中)
診断名	
発病日	年 月 日 入院
入院・外来の男	外来
検取日	年 月 日
査材料の種類 [該当するもの一つを○で囲んで下さい]	・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他) ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頭管擦過物/分泌物 ・細胞診、生検、剖検材料(臓器)) ・血液(全血、血清、血漿、血漿、抗凝固剤) ・その他()
臨床症状・徴候等 [該当するものを全て○で囲んで下さい](基礎疾患を除く)	・無症状 ・頭痛 ・発熱(最高℃) ・角膜炎、結膜炎、角結膜炎 ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛 ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位) ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、) ・下気道炎(肺炎、気管支炎) その他[] ・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・出血傾向(全身性のもの) ・黄疸 ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹(部位) ・唾液腺腫脹、 ・腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、 浮腫(部位)) 多尿、腎不全) ・ショック症状(低血圧、循環不全) ・尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、 ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) 頸管炎)
基礎疾患	
転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因)
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項	
*インフルエンザ迅速キット使用(無、有;メーカー名)]:陰性、陽性、保留) *抗インフルエンザ薬投与(無、有;薬剤名) 投与開始日 年 月 日 [予防投与、治療投与] 投与終了日 年 月 日	

【保健所等記載欄】(主治医記載可)

発生の状況	・散発 ・集団発生(無、有) ・発生市区町村() 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他[])
最近の海外渡航歴	国名 年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無、有、不明) 最終接種年月日 年 月 日 ワクチン名 (Lot.No.)

【地方衛生研究所記載欄】

記載者名	
抗体検出方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)
結果	()
検出年月日	年 月 日
病原体検出	・分離培養(培養細胞、細胞名 []) 人工培地、発育鶏卵、動物、その他 []) ・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他 []) ・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他 []) 2.増幅(PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他 []) ・電顕 ・鏡検
検出病原体(群、型、亜型)	
【その他特記事項】	

注1)患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づく一類感染症、二類感染症、新規インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。

注2)主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注3)ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注4)医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

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2年4月1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кокクス症
5	黄熱
6	オウム病
7	オムスク出血熱
8	回帰熱
9	キャサナル森林病
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	クロイツフェルト・ヤコフ病
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

指定感染症

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。）
---	--

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

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	急性出血性結膜炎
37	流行性角結膜炎
38	性器クラミジア感染症
39	性器ヘルペスウイルス感染症
40	尖圭コンジローマ
41	淋菌感染症
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）
43	クラミジア肺炎（オウム病を除く）
44	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）
45	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
46	マイコプラズマ肺炎
47	無菌性髄膜炎
48	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
49	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（陰性から陽性へ転じること）
- (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おうとする場合は、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拡がる。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ベロープ抗原 (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ベロープ抗原 (Fraction1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）では発熱に引き続き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、肺癆、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	病理組織
病理検査における特異的所見の確認	
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、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、急速に肺炎を発症し、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―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索した結果、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索した結果、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索した結果、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索した結果、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索した結果、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

2~4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か月わたる。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
ELISA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 *Chlamydomphila (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2.5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（ペ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

11 狂犬病

(1) 定義

ラブドウイルス科に属す狂犬病ウイルスの感染による神経疾患である。

(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

1.2 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

1.3 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

げっ歯類やサルなどの野生動物、あるいはそれらから感染したペットに咬まれる、あるいは血液、体液、発疹などに触れることで感染する。ヒトからヒトへの感染はまれではあるが、飛沫による感染、あるいは体液、患者の体液や飛沫で汚染された衣類・寝具などとの接触による感染がありうる。潜伏期間は7～21日（大部分は10～14日）である。発熱、不快感、頭痛、背部痛、発疹など、痘そうとよく似た症状がみられるが、局所リンパ節の腫脹がある。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、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、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、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	水疱・膿疱、 血液、リンパ節
ウイルス粒子の直接観察（電子顕微鏡）による病原体の検出（確定例からの二次感染時又は感染動物からの感染が強く疑われる場合）	
蛍光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	

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案した結果、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案した結果、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案した結果、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案した結果、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 髄膜炎

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炎もある。髄膜炎は治療を行っても、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、エの次に掲げる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案した結果、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
EIISA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。

発症時期は春～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、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案した結果、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、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案した結果、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、ときには脳炎を発症して、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、脳炎を発症する。

(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。高熱とは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（ベ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（シンノンプレウイルス等）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、搔痒感、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、膀胱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（抗原がアポルトラスの場合は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（Brill-Zinsser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
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

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場合には、法第12条第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

40 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

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、レジオネ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
P C R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（ペ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

4.3 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
P C R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（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

4.4 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
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 ELISA 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

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、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、全身倦怠などを伴う。膿瘍が破裂すると腹膜、胸膜や心外膜にも病変が形成される。その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。

(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	
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 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症

(1) 定義

メロペネムなどのカルバペ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ペ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、カルバペ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、カルバペ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、カルバペ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 メロペネムのMIC値が2 μg/ml以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が2.2mm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2 μg/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2.2mm以下であること (イ) セフメタゾールのMIC値が6.4 μg/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1.2mm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) メロペネムのMIC値が2 μg/ml以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が2.2mm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2 μg/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2.2mm以下であること b セフメタゾールのMIC値が6.4 μg/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1.2mm以下であること ウ 分離菌が感染症の起原菌と判定されること	喀痰、膿、尿その他の通常無菌的でない検体

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者の死体を検案した結果、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案した結果、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 何らかの中中枢神経症状
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案した結果、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、膵液
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 感染症死亡者の死体

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

弧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 無症候病原体保有者

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

- ①1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り、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、水疱基底部分拭い液（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ーマ（*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) *T. pallidum* 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*T. pallidum* 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 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 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 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 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

2.1 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
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

※ PCR法はLAMP法などを含む。

2.2 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 µg/ml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

2.3 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（1gM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

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16μg/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32μg/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4μg/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16μg/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32μg/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4μg/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四肢、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索した結果、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索した結果、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索した結果、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

3.7 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	

3.8 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、抗体陽性のみの場合は除外する。

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

3.9 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、眼分泌物、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) 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IgM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 4mm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 5mm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 3mm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 4mm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 5mm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 指定感染症

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

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属の新型コロナウイルス（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。）（以下「新型コロナウイルス」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2月2日時点）

現時点で動物等の感染源については不明である。家族間、医療機関などをはじめとするヒト-ヒト感染が報告されている。2019年12月より中華人民共和国湖北省武漢市を中心として発生がみられており、世界的に感染地域が拡大している。

臨床的な特徴としては、潜伏期間は2～10日であり、その後、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状が出現する。一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部X線写真、胸部CTなどで肺炎像が明らかとなる。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

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新型コロナ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、当該者を新型コロナウイルス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。

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、当該者を新型コロナ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新型コロナウイルス感染症が疑われ、当該者を新型コロナウイルス感染症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。

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新型コロナ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、当該者を新型コロナ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新型コロナ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	喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これ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 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、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 発熱、呼吸器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（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に相当）、新型コロナウイルス感染症の鑑別を要したものと

※濃厚接触とは、次の範囲に該当するものである。

- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・新型コロナウイルス感染症が疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

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	12000	Inf. A (H1)	00111	Y. enterocolitica
11101	Polio 1	12010	Inf. A NT	00112	Y. pseudotuberculosis
11102	Polio 2	12011	Inf. A H1N1	91490	Haemophilus sp
11103	Polio 3	12020	Inf. A (H2)	00301	H. influenzae
11568	Entero 68	12022	Inf. A H2N2	91550	Fusobacterium sp
11569	Entero 69	12030	Inf. A (H3)	91600	Staphylococcus sp
11570	Entero 70	12032	Inf. A H3N2	00171	S. aureus
11571	Entero 71	12050	Inf. A (H5)	91602	S. epidermidis
11502	Picornia NT	12051	Inf. A H5N1	91610	Peptococcus
11503	Entero NT	12203	Inf. B	91630	Neisseria sp
11200	Mumps	12204	Inf. C	00321	N. meningitidis
11300	HV group NT	13000	SARS corona	00322	N. gonorrhoeae
11301	HSV NT	00270	Legionella sp.	91640	Acinetobacter sp
11306	HSV-1	00271	L. pneumophila	91670	Peptostreptococcus sp
11307	HSV-2	00361	Myco. pneumoniae	00221	Stre. pyogenes
11303	VZV	20099	Chlamydia sp.	00222	Stre. agalactiae
11302	EBV	20100	Chlam. trachomatis	00223	Stre. C
11556	CMV	20700	Chlam. psittaci	00224	Stre. G
11308	HHV 6	20800	Chlam. pneumoniae	00226	Streptococcus 群不明
11309	HHV 7	21401	Cox. burnetti	00227	Stre. pneumoniae
11310	HHV 8	21402	Other Ric.	00241	E. faecalis
11304	Herpes B	21403	R. prowazeki	00242	E. faecium
11521	Measles	21404	R. tsutsugamushi	91710	Listeria sp
11522	Rubella	21405	R. japonica	00101	L. monocytogenes
11552	Rabies	91100	Pseudomonas sp	91720	Propionibacter. sp
11553	LCM	00281	P. aeruginosa	91750	Mycobacterium sp
11555	Papova	91120	Campylobacter sp	00291	M. tuberculosis
11562	Reo NT	00161	C. jejuni	00292	M. bovis
11564	Rota	00162	C. coli	00293	M. avium
11566	Noro	00163	C. jejuni/coli	91770	Nocardia sp
11671	Noro G I	00011	Salmonella Typhi	00331	T. pallidum
11672	Noro G II	00012	Salmonella Paratyphi	94301	Cryptococcus
11681	Sapo	00013	Salmonella02 群	00371	C. neoformance
11650	Astro NT	00014	Salmonella04 群	94303	Candida
11670	SRSV	00015	Salmonella07 群	94304	Candida albicans
11702	JE	00016	Salmonella08 群	94498	Pneumocystis sp
11709	Other Arbo	00017	Salmonella09 群	94499	P. carinii
11710	Dengue NT	00043	Salmonella 群不明	00998	その他の原虫・寄生虫
11724	West Nile	91380	Citrobacter sp	00999	その他の細菌
11751	Hantaan	91390	Klebsiella sp	99999	陰性, Negative
11801	HTLV	00311	K. pneumoniae	00000	検出せず
11802	HIV	91400	Enterobacter sp		
11900	Parvo	91420	Serratia sp		
11901	B19	91430	Proteus sp		

★ ; NTはnot typed で未同定の意味

4) 令和元年通知文書一覧

- 2019年1月15日 風しん・麻しん任意予防接種助成の未実施市町村に対する働きかけについて（お願い）
- 2019年1月18日 風しん診断事例におけるウイルス遺伝子検査について
- 2019年1月18日 平成30年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の改定について
- 2019年1月18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施行規則第4条第6項の規定に基づき厚生労働大臣が定める5類感染症及び事項の一部を改正する件の施行に伴う各種改正について
- 2019年1月18日 感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて
- 2019年2月21日 A型肝炎患者の報告数増加に係る対応について
- 2019年2月21日 蚊媒介感染症の診療ガイドラインについて
- 2019年3月2日 風しんの追加的対策について
- 2019年3月5日 風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る集合契約について（ご依頼）
- 2019年4月1日
2019年11月10日 麻しん患者の発生について（第1報～10報）
- 2019年4月2日 風しんの追加的対策に係る手引き（第2版）等について
- 2019年4月19日 福岡県感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正に伴う疑似症定点医療機関の指定の見直しについて
- 2019年4月22日 セアカゴケグモ抗毒素について
- 2019年4月22日 ゴールデンウィークの海外渡航者に対する感染症予防啓発について
- 2019年4月22日 疑似症サーベイランスの運用ガイダンス及び汎用サーベイランスシステム操作マニュアルについて
- 2019年4月24日 セファゾリンナトリウム注射用「日医工」が安定供給されるまでの対応について
- 2019年6月24日 セファゾリンナトリウム注射用「日医工」の供給不足に伴う調査（厚生労働省）について
- 2019年6月27日 手足口病に関する注意喚起について
- 2019年7月16日 夏休みの海外渡航者に対する感染症予防啓発について
- 2019年7月17日 ポスターを用いた蚊媒介感染症並びにダニ媒介感染症の予防啓発及び対策の推進について
- 2019年7月30日 消費税率引き上げに伴う風しんの追加的対策（集合契約）に係る請求方法等について
- 2019年7月30日 風しんの追加的対策に係る手引き（第3版）等について
- 2019年8月2日 風しんの追加的対策における請求・支払いに係る留意事項について
- 2019年8月2日 手足口病に関する注意喚起について
- 2019年8月2日 「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」及び「アンチバイオグラム作成ガイドライン」について
- 2019年9月2日 福岡県蚊媒介感染症対応指針について
- 2019年9月2日 セアカゴケグモ抗毒素の投与が必要な場合の問い合わせ先の変更について
- 2019年9月2日 日本感染症学会「症状からアプローチするインバウンド感染症への対応～東京2020大会にむけて～感染症クイックリファレンス」について
- 2019年9月2日 季節性インフルエンザワクチンの供給について
- 2019年9月5日 廃棄物処理におけるエボラ出血熱対策について
- 2019年9月5日 福岡県共通感染症発生状況等調査に係る検査結果の分析及び評価について
- 2019年9月12日 風しんの抗体検査・予防接種に関する啓発について
- 2019年9月12日 「「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言を受けたエボラ出血熱に係る対応について」の一部改正について
- 2019年9月13日 チクングニア熱やデング熱等の蚊媒介感染症に関する注意喚起について
- 2019年10月11日 風しんの抗体検査・予防接種に関する啓発について
- 2019年10月16日 令和元年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領の改定及び消費税増税に伴う請求について
- 2019年10月23日 季節性インフルエンザワクチンの供給について
- 2019年10月23日 セファゾリンナトリウム注射用「日医工」が安定供給されるまでの対応について
- 2019年10月23日 腸管出血性大腸菌感染症（EHEC）を認める症例の実態把握について

- 2019年10月31日 デング熱の国内感染症例の発生について
- 2019年11月19日 風しんの追加的対策に係る手引き（第3版）の一部改訂について
- 2019年11月29日 侵襲性髄膜炎菌感染症の発生について
- 2019年12月26日 今冬のインフルエンザ総合対策の推進について
- 2019年12月26日 鹿児島市におけるBウイルス病（四類感染症）患者の発生について
- 2019年12月26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
- 2019年12月26日 抗インフルエンザウイルス薬の使用上の注意に関する注意喚起の徹底について
- 2019年12月26日 風しんの追加的対策における抗体検査の受検及び第5期定期予防接種促進の協力について

令和元年福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集編集委員

青 木 知 信 (総括)
岡 田 賢 司 (内科・小児科・眼科疾患)
池 松 秀 之 (内科・小児科・眼科疾患)
濱 砂 良 一 (性感染症)
南 貴 博 (結核)
田 中 義 人 (統計・検査の総括)
佐 野 正 (全数把握対象感染症)
稲 光 毅 (担当理事)
香月 きょう子 (担当理事)

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
令和元年(2019年)

令和2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 092-481-1837

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
