

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集

令和5年（2023年）

令和6年3月

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

序

令和5年は新型コロナウイルス感染症の本格的流行が始まって4年目で、令和5年5月8日には感染症法の取り扱いが2類相当から5類感染症に変更されました。検疫感染症の対象からはずれ、感染症発生動向調査の対応も全数報告から定点把握に変更され、制度的変更であるばかりではなく、社会的にも、心理的にも開放感がありました。しかし、コロナウイルスの性状や流行状況が突然変わるわけではなく、その後も第9波、第10波が発生し、医療介護の現場で感染対策が必要な状況は続いています。コロナの終焉ではなく、ウィズコロナの時代になったと言えるでしょう。

コロナ以外の感染症の状況では、インフルエンザが令和4年冬から3シーズンぶりに流行しました。夏期も少数の発生が続き、令和5～6年シーズンの流行へと繋がったため、年間報告は非常に多くなりました。咽頭結膜熱も令和5年後半から多発し過去最高の報告数となり、RSウイルス感染症も6～7月をピークとする夏期の流行、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎も数年来の多発など、変則的な流行パターンでした。

性感染症の梅毒の流行が全国的に毎年拡大し、福岡県でも多発しています。新しい感染症であるエムボックスが国内でも徐々に拡大し、福岡県でも報告がありました。この状況を鑑み、例年行っている研修会では、特別講演を「陰部潰瘍を主症状とする性感染症」の演題で実施しました。令和3年度からはハイブリッド方式で開催しています。

令和5年の嬉しい話題では、日本チームがワールドベースボールクラシックで14年ぶりの優勝をはじめ、メジャーリーグの大谷翔平選手が本塁打王と2回目のMVP、サッカーのアビスパ福岡がYBCルヴァンカップで優勝、将棋の藤井壮太棋士が初の八冠達成などがありました。

悲しいこととして、令和4年2月24日に始まったロシアのウクライナ侵攻が現在も続き、更にイスラエルとハマスの軍事衝突が令和5年10月7日に始まり、多くの命が今も失われ続けていることが一番です。毎年のように発生する異常気象で、今年は記録的な猛暑となり、夏の平均気温が過去最高でした。豪雨被害も毎年発生し、今年も九州北部豪雨災害で土石流が発生しています。令和6年に入った元旦に震度7の能登半島地震が発生、翌2日には羽田空港地上衝突事故、3日には小倉北区魚町で大規模火災発生など令和6年も年初から災害発生が続いています。令和6年4月からはコロナ特例措置が廃止され、通常の医療体制へ変更され、今後の感染症医療の展開が気になります。新しい感染症のまん延やさらなる災害発生がないことを祈るばかりです。

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、運営する方法を継続し、主に発生が多い五類感染症の定点把握対象感染症、福岡県独自のいくつかの疾病、及び結核を中心に情報収集・解析を行っています。解析結果は週報による還元を基本とし、県医師会等におけるWEBサイトでの情報公開、県医報に掲載の月報、そして本資料集を年報として刊行しています。これらは276の患者定点、39の病原体定点を中心に多数の医療機関の先生方、県庁、県保健環境研究所をはじめ関係各機関の協力で成り立つ事業です。本年の事業資料集は福岡県医師会蓮澤浩明会長の下に行われた活動の令和5年1年間の総括とともに、例年のように一類から五類などの全数把握対象感染症、関連する資料も掲載しています。なお、平成21年9月から資料集の主な内容を県医師会のホームページで閲覧できるようにしました。これらの情報を県民の健康維持と増進のために、県内及び国内の感染症情報、感染症の流行予測、予防接種の問題点の資料として、十分に活用していただくことを願っています。

目 次

I) 事業実施方法	
1) 事業一覧表	1
2) 事業フローチャート	2
3) 患者情報フローチャート	3
4) 検査情報フローチャート	4
5) 定点医療機関数の年次推移	5
6) 定点医療機関所在地地図	7
II) 各疾病の動向	
1) 全体の概要	11
2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表	18
1. インフルエンザ [小児科・内科定点]	18
2. 新型コロナウイルス感染症 [小児科・内科定点]	20
3. RSウイルス感染症 [小児科定点]	22
4. 咽頭結膜熱 [小児科定点]	24
5. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 [小児科定点]	26
6. 感染性胃腸炎 [小児科定点]	28
7. 水痘 [小児科定点]	32
8. 手足口病 [小児科定点]	34
9. 伝染性紅斑 [小児科定点]	36
10. 突発性発しん [小児科定点]	38
11. 百日咳 [小児科定点]、[5類全数]	40
12. 風しん [小児科定点] および [5類全数]	44
13. ヘルパンギーナ [小児科定点]	48
14. 麻しん [小児科定点] および [5類全数]	50
15. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]	54
16. 川崎病 (MCLS) [小児科定点]	56
17. 急性脳炎 [小児科定点]	58
18. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]	60
19. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]	62
20. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]	64
21. クラミジア肺炎 [小児科定点]	66
22. 急性出血性結膜炎 [眼科定点]	68
23. 流行性角結膜炎 [眼科定点]	70
3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表	72
1. 細菌性髄膜炎 [基幹定点]	72
2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]	74
3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]	76
4. クラミジア肺炎 (オウム病を除く) [基幹定点]	78

5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕	80
6. 新型コロナウイルス感染症（入院）〔基幹定点〕	82
7. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕	84
8. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症〔基幹定点〕	86
9. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症〔基幹定点〕	88
10. 薬剤耐性緑膿菌感染症〔基幹定点〕	90
4) 性感染症（sexually transmitted diseases：S T D）の解説と図表	92
1. 性器クラミジア感染症	96
2. 性器ヘルペスウイルス感染症	97
3. 尖圭コンジローマ	98
4. 淋菌感染症	99
5. 梅毒	100
5) 結核	102
6) 福岡県における全数把握対象疾病について	106
Ⅲ) 検査情報	
検査情報の解説	111
1) ウイルス編	111
2) 細菌編	123
Ⅳ) 患者報告数情報	
1) 地域別・疾病別年間報告数	125
2) 年齢区分別・疾病別年間報告数	127
3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数	131
4) 性別・疾病別年間報告数および男女比	134
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和5年）	135
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）	139
Ⅴ) 記 事	
1) 令和5年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿	149
2) 令和5年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会	150
3) 令和5年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿	151
Ⅵ) 参考資料	
1) 感染症発生動向調査事業実施要綱	159
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	166
3) 検査結果コード表（基幹定点通報用）	212
4) 令和5年通知文書一覧	214
Ⅶ) 編集委員	

I) 事業実施方法

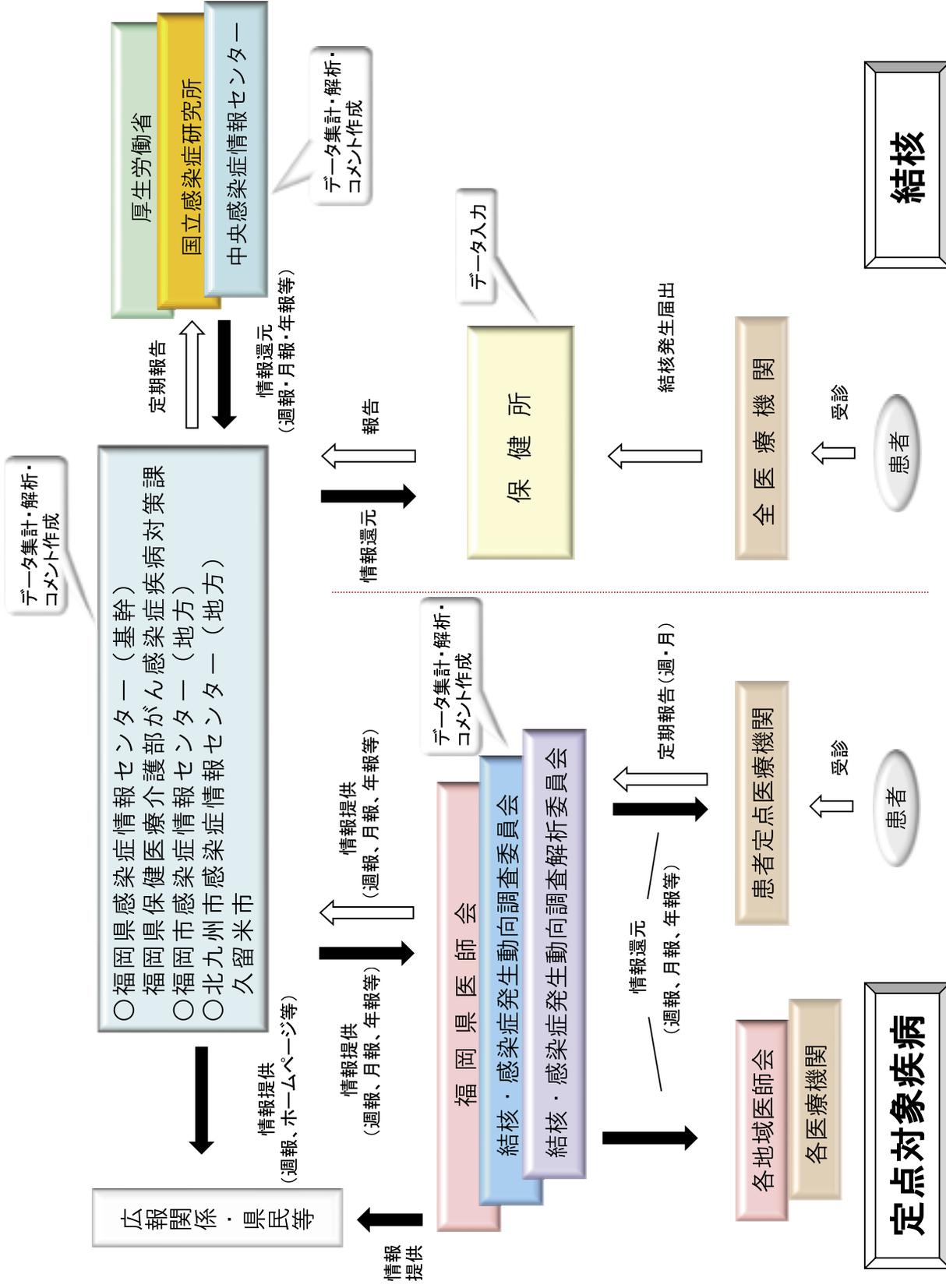
1) 事業一覧表

福岡県結核・感染症発生動向調査事業一覧表

区 分	内 容													
実 施 主 体	福岡県・北九州市・福岡市・久留米市													
実 施 方 法	福岡県医師会に委託													
要 綱・要 領 等	感染症発生動向調査事業実施要綱													
委 員 会 の 設 置	結核・感染症発生動向調査委員会(福岡県医師会)													
発 生 情 報 及 び 還 元 方 法	対 象 疾 病	インフルエンザ/COVID-19 定点(内科定点+小児科定点):インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症 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)、新型コロナウイルス感染症(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 129、筑豊 30、筑後 55 / 管轄別:北九州市 51、福岡市 70、福岡県 155)												
	還 元 方 法	<pre> graph LR subgraph 医療機関 Fukuoka[福岡県] Kitakyushu[北九州市] FukuokaCity[福岡市] Kurume[久留米市] end Fukuoka --- FukuokaList[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] Kitakyushu --- KitakyushuList[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] FukuokaCity --- FukuokaCityList[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] Kurume --- KurumeList[保健所 その他] FukuokaList --- FukuokaAssoc[福岡県医師会] KitakyushuList --- FukuokaAssoc FukuokaCityList --- FukuokaAssoc KurumeList --- FukuokaAssoc FukuokaAssoc --- FukuokaList2[福岡県保健環境研究所] FukuokaAssoc --- KitakyushuList2[北九州市保健環境研究所] FukuokaAssoc --- FukuokaCityList2[福岡市保健環境研究所] FukuokaAssoc --- KurumeList2[福岡県医師会] FukuokaList2 --- FukuokaList3[福岡県保健環境研究所] KitakyushuList2 --- KitakyushuList3[北九州市保健環境研究所] FukuokaCityList2 --- FukuokaCityList3[福岡市保健環境研究所] KurumeList2 --- KurumeList3[福岡県医師会] </pre>												
検 査 及 び 還 元 等	検 査 対 象 疾 病	インフルエンザ、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎												
	検 体 搬 送 方 法	病原体定点 <table border="0"> <tr> <td>保健福祉(環境)事務所</td> <td>福岡県保健環境研究所</td> </tr> <tr> <td>北九州中央臨床検査センター</td> <td>北九州市保健環境研究所</td> </tr> <tr> <td>シー・アール・シー</td> <td>福岡市保健環境研究所</td> </tr> </table>	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						
	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	<table border="0"> <tr> <td>福岡県保健環境研究所</td> <td rowspan="3">}</td> <td>福岡県</td> <td rowspan="3">}</td> <td>北九州市</td> <td rowspan="3">}</td> <td>福岡市</td> </tr> <tr> <td>北九州市保健環境研究所</td> <td>保健所</td> <td>病原体定点</td> </tr> <tr> <td>福岡市保健環境研究所</td> <td>福岡県医師会</td> <td></td> </tr> </table>	福岡県保健環境研究所	}	福岡県	}	北九州市	}	福岡市	北九州市保健環境研究所	保健所	病原体定点	福岡市保健環境研究所	福岡県医師会	
福岡県保健環境研究所	}	福岡県		}		北九州市		}	福岡市					
北九州市保健環境研究所		保健所				病原体定点								
福岡市保健環境研究所		福岡県医師会												
情 報 分 析・検 討	結核・感染症発生動向調査委員会(結核・感染症発生動向調査解析委員会)													
疾 病 予 防 対 策 の 実 施	福岡県・北九州市・福岡市・久留米市・福岡県医師会													
広 報 等	広報室または広報課(定期・随時)、インターネット、新聞、ラジオ、テレビ、福岡県医報(毎月・急を要するものは週報)													

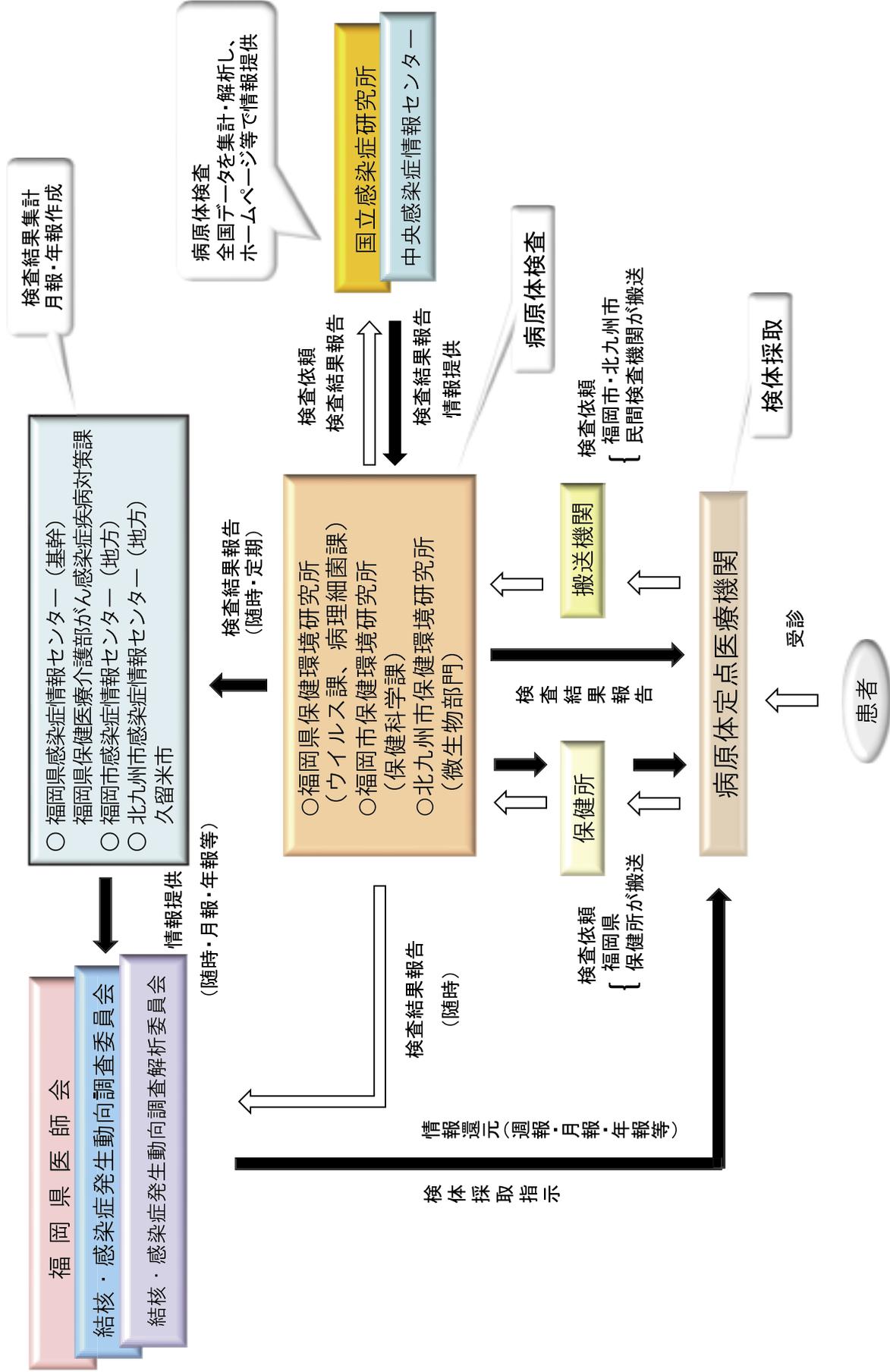
3) 患者情報フローチャート

患者情報のフローチャート



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、平成30年及び令和5年に定点数を変更した。

(1) ブロック別にみた定点医療機関総数(平成26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年
北九州	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
福岡	125	125	126	126	127	127	127	127	127	127
筑豊	33	33	32	32	31	31	31	31	31	31
筑後	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
合計	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

(2) ブロック別にみた小児科定点医療機関総数(平成26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年
北九州	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
福岡	54	54	55	55	56	56	56	56	56	57
筑豊	14	14	13	13	12	12	12	12	12	11
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26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年
北九州	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
福岡	93	93	94	94	95	95	95	95	95	97
筑豊	22	22	21	21	20	20	20	20	20	19
筑後	40	40	40	40	40	40	40	40	40	39
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26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5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26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5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26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5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26年～令和5年)

	平成26年	27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5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5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)	57 (29)	11	23
内科定点	78	14 (11)	40 (22)	8	16
インフルエンザ定点(小児科+内科)	198	43 (35)	97 (51)	19	39
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)	129 (70)	30	55

定点*の種類別対象疾病一覧

(令和5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)
新型コロナウイルス感染症	○	○			○(入院)
RSウイルス感染症		○			
咽頭結膜熱		○			
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		○			
感染性胃腸炎		○			○(ロタウイルス)
水痘		○			
手足口病		○			
伝染性紅斑		○			
突発性発しん		○			
百日咳		○*			
風しん		○*			
ヘルパンギーナ		○			
麻しん		○*			
流行性耳下腺炎		○			
川崎病(MCLS)		○*			
急性脳炎		○*			
細菌性髄膜炎		○*			○
無菌性髄膜炎		○*			○
マイコプラズマ肺炎		○*			○
クラミジア肺炎		○*			○
急性出血性結膜炎			○		
流行性角結膜炎			○		
性器クラミジア感染症				○	
性器ヘルペスウイルス感染症				○	
尖圭コンジローマ				○	
淋菌感染症				○	
梅毒				○*	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症					○
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症					○
薬剤耐性緑膿菌感染症					○

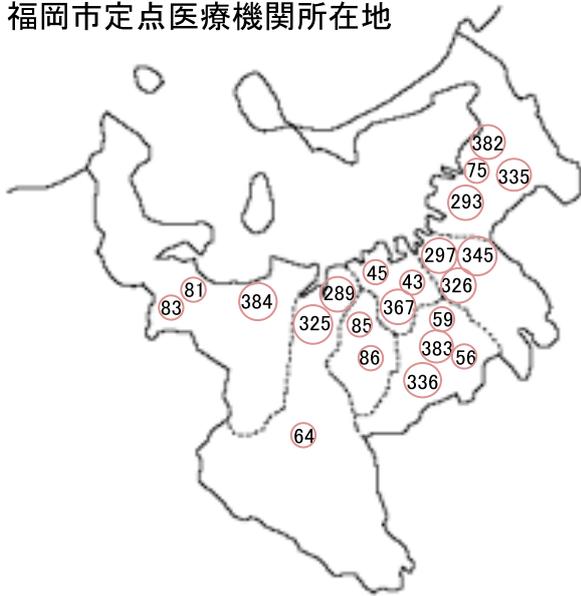
* 定点についての詳細は、VI) 参考資料「感染症発生動向調査事業実施要綱」(P157～P163)を参照ください。

★ 福岡県独自の疾病

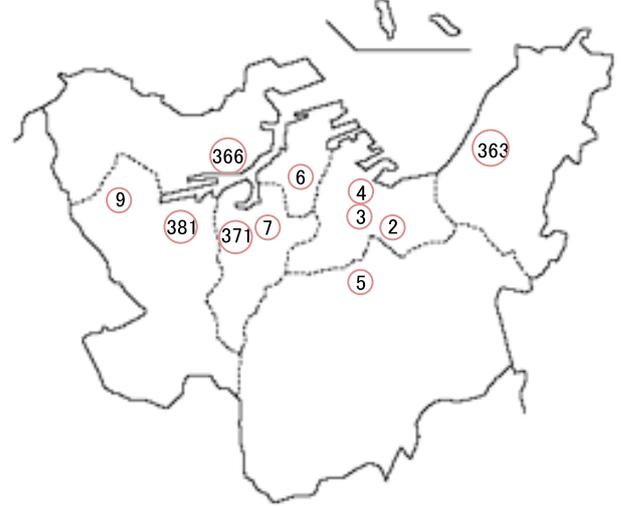
6) 定点医療機関所在地地図

(1) 令和5年内科定点 (78定点)

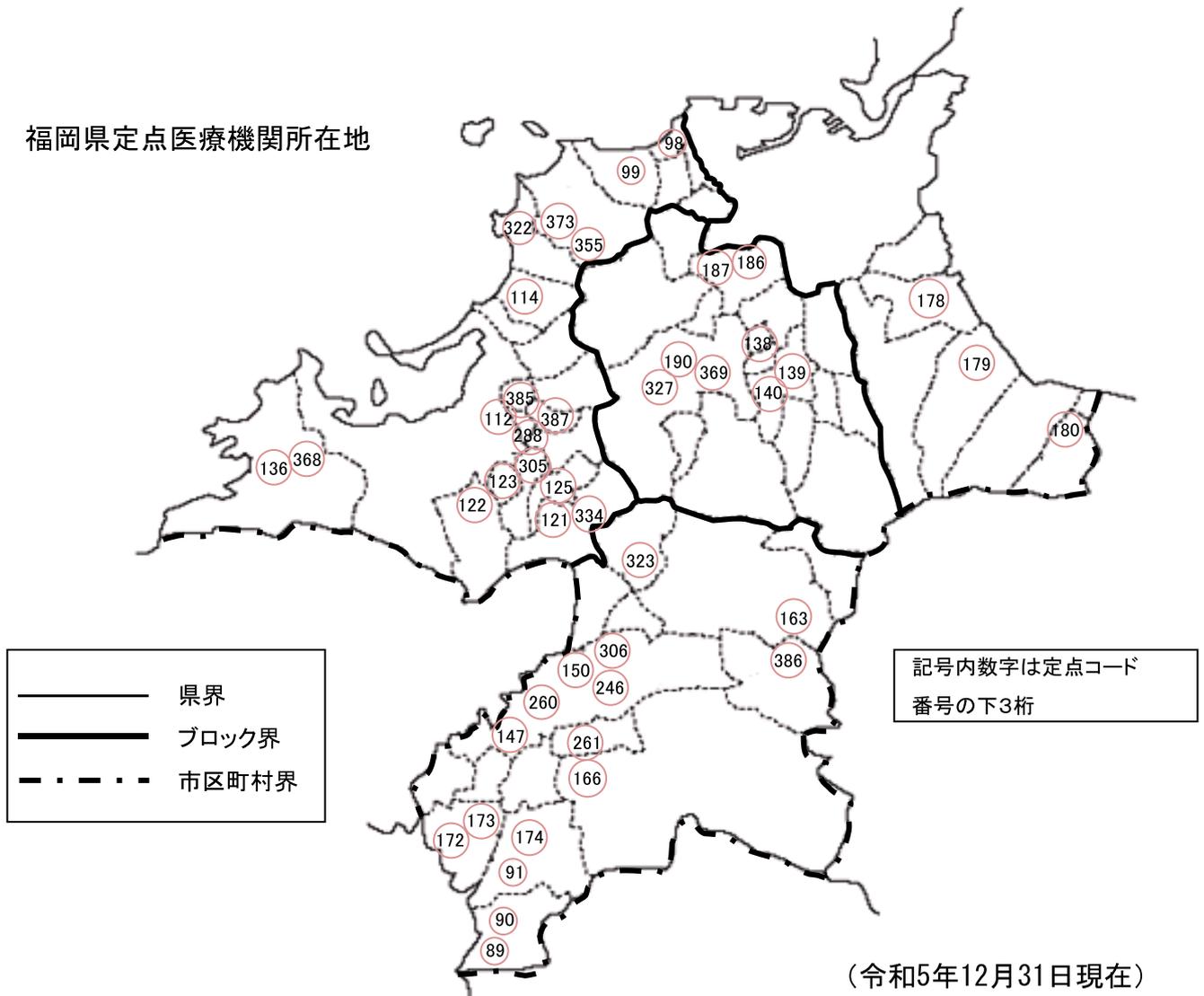
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



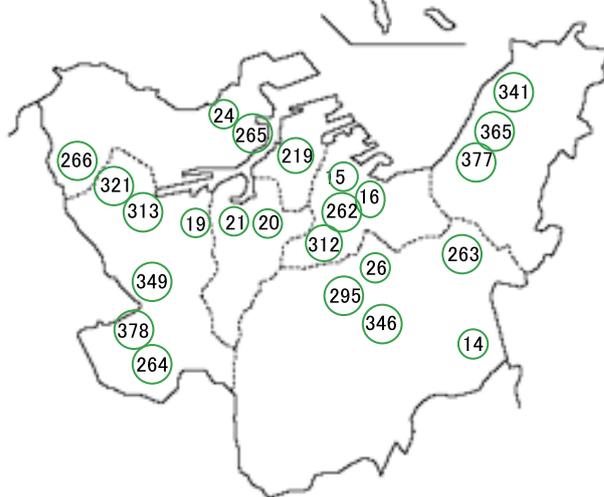
(令和5年12月31日現在)

(2) 令和5年小児科定点 (120定点)

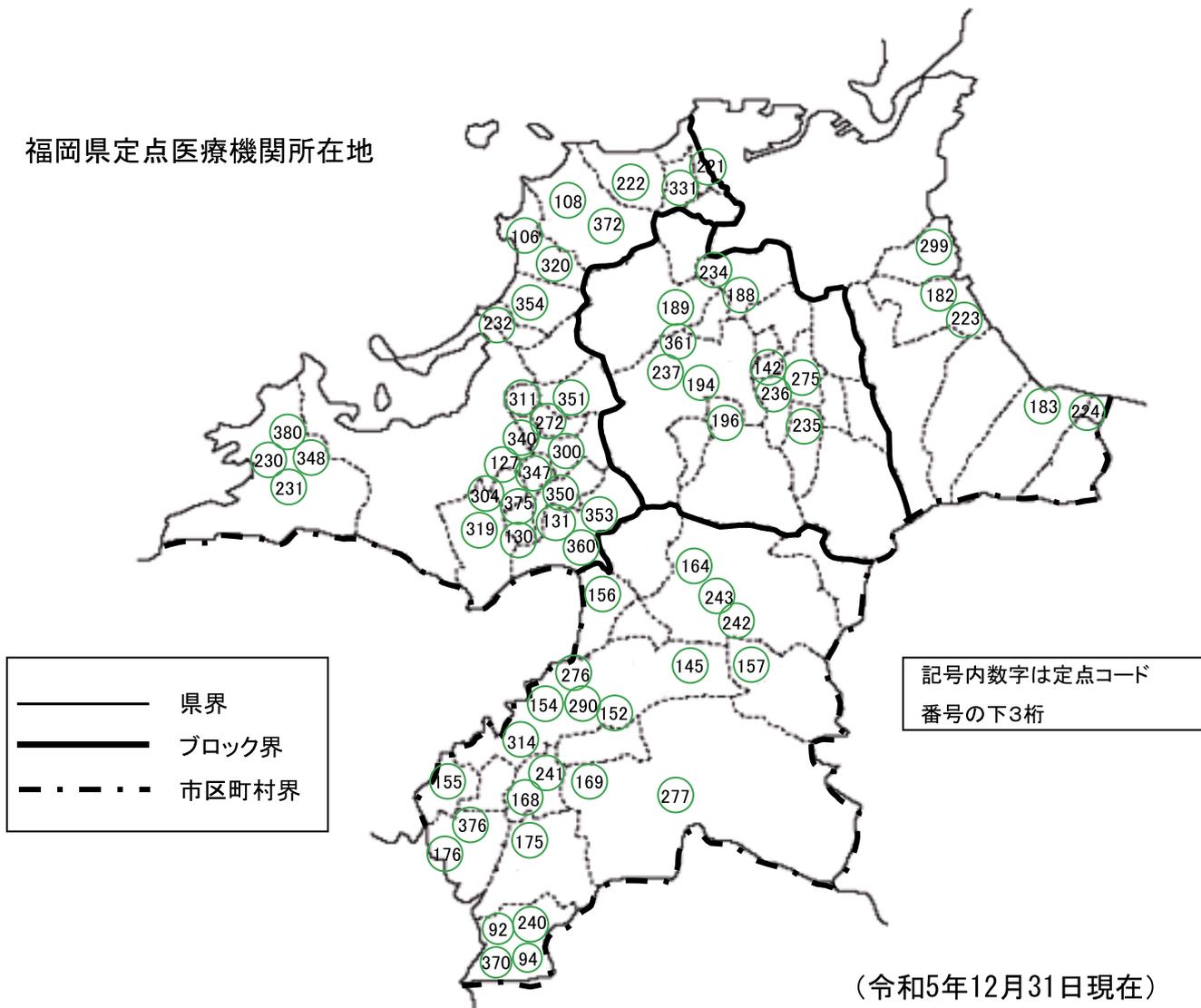
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



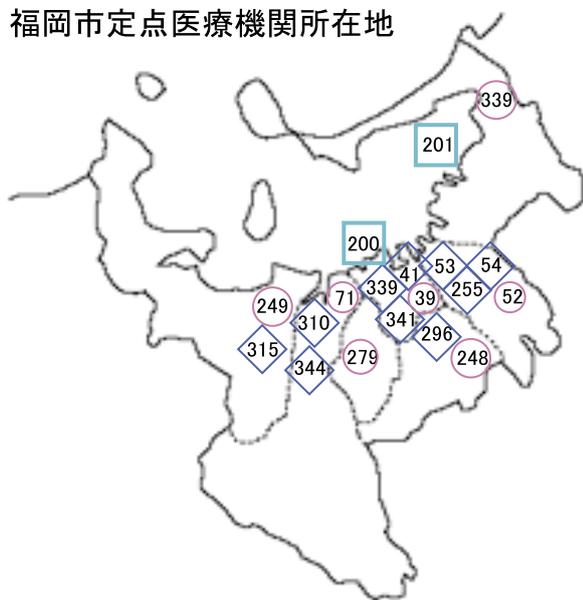
福岡県定点医療機関所在地



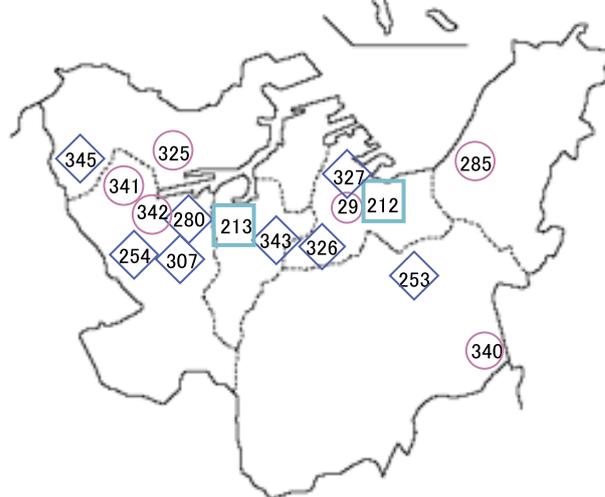
(令和5年12月31日現在)

(3) 令和5年眼科 (26定点)・性感染症 (37定点)・基幹定点 (15定点)

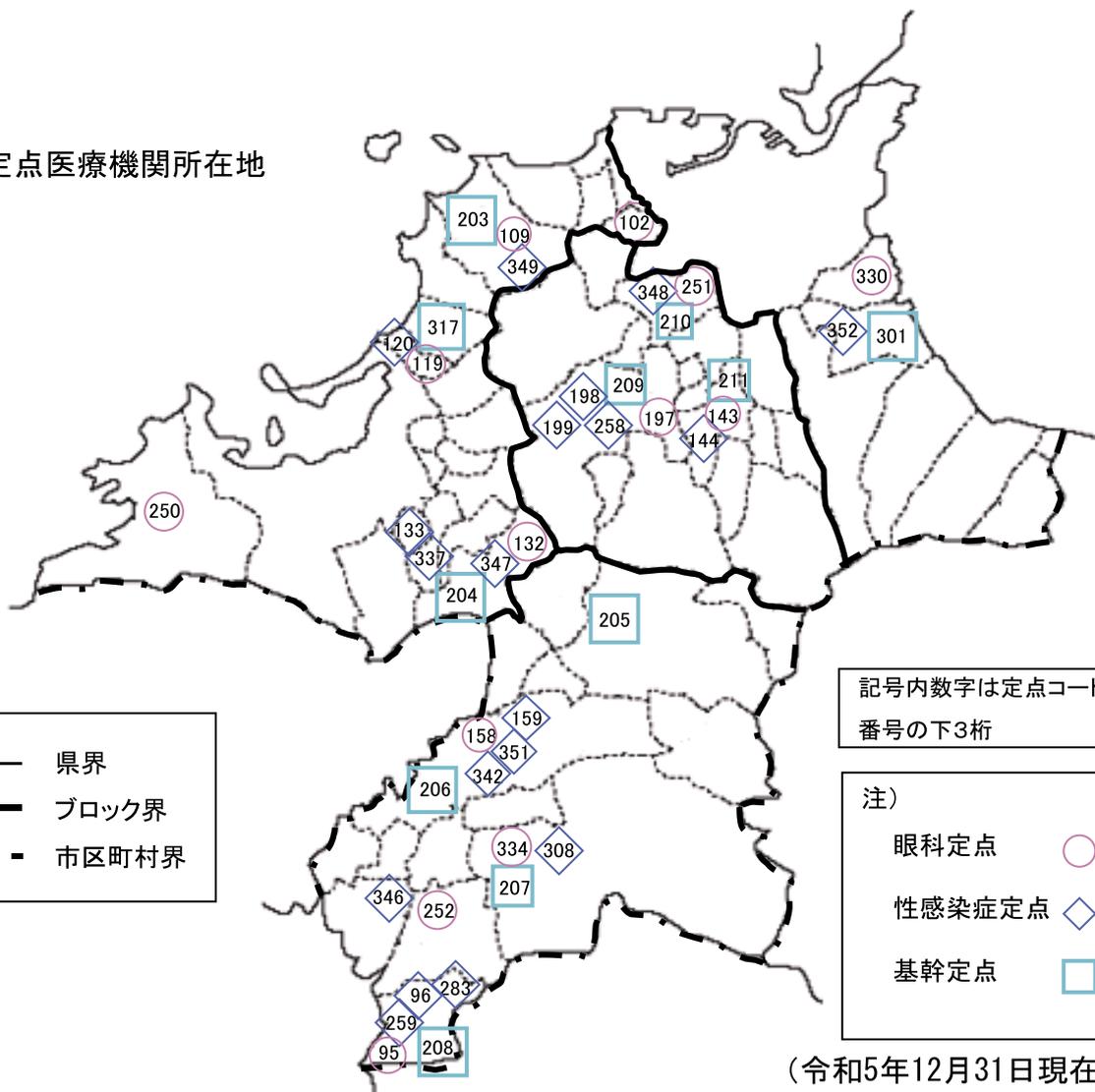
福岡市定点医療機関所在地



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



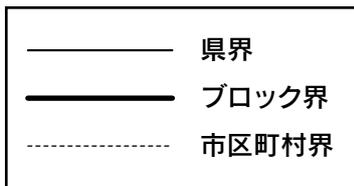
記号内数字は定点コード
番号の下3桁

注)
眼科定点 ○
性感染症定点 ◇
基幹定点 □

(令和5年12月31日現在)

付 図

福岡県4ブロック市区町村地図



(令和5年12月31日現在)

Ⅱ) 各 疾 病 の 動 向

1) 全体の概要

活動の概要

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

麻痺を五類全数把握対象感染症に追加、平成31年4月1日に疑似症サーベイランスの定義、届出基準が変更された。令和2年2月1日に新型コロナウイルス感染症が指定感染症、及び検疫感染症に追加されたが、令和3年2月13日に新型コロナウイルス感染症・再興新型コロナウイルス感染症の類型を新型インフルエンザ等感染症に変更された。同時に宿泊療養・自宅療養の法的位置づけ、入院勧告・措置の見直し、積極的疫学調査の実効性の確保が規定された。新型コロナウイルス感染症の変遷を受けて、令和4年12月9日に改正感染症法が公布された。順次施行される予定で多くは令和6年4月施行となるが令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症が5類に変更され、検疫感染症から除外された。なお、活動の根拠となる「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」、及び「感染症発生動向調査事業実施要綱」は随時変更されている。令和5年9月25日にも改正され、最新版を資料として添付している。

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

平成11年の法施行に伴い「感染症発生動向調査事業実施要綱」の算定方法による定点数調整を平成12年からの3年間でを行い、平成15年以降は地区別・保健所別の定点数の変更を行っていなかったが、北九州ブロックの遠賀保健福祉環境事務所が福岡ブロックの宗像保健福祉環境事務所と統合されたため、両管内は平成22年1月から福岡ブロックに組み入れた（5、10ページ参照）。また、人口の変化を考慮して定点配置の見直しを検討していたが、平22年以降一部変更を実施している。福岡県の定点は平成11年までの6年間は91（小児科・内科定点66、眼科定点9、STD定点16）で、総数、定点種別とも変化なかった。平成12年から国指定の疾病は、①小児科疾病（現在11疾病；平成16年からはRSウイルス感染症を追加；平成19年からはウイルス性肝炎、平成20年からは麻しん、風しん、平成30年からは百日咳を削除）を報告する小児科定点、②インフルエンザを専門に、及び令和5年5月8日からは新型コロナウイルス感染症も報告する内科定点（但し、③インフルエンザ・COVID-19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7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、令和5年5月8日にCOVID-19入院を追加）と、耐性菌感染症（現在3疾患；平成23年2月から薬剤耐性アシネトバクター感染症を追加、平成26年9月から五類全数把握対象感染症に変更）を対象として新たに作られた基幹定点の分類となった。各々の定点数は平成12年が①79、②78、③157、④18、⑤25、⑥15（総計215）、平成13年が①105、②78、③183、④24、⑤32、⑥15（総計254）、平成14年以降は①120、②78、③198、④26、⑤37、⑥15（総計276）である（5ページ参照）。

対象疾病に関して、従来から福岡県が先進的に実施していた事業内容を踏襲するため、前記の国が指定している感染症以外に小児科定点による川崎病、百日咳、風しん、麻しん、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎、及び性感染症定点による梅毒が含まれている。また、二類感染症の結核も含まれている。なお、一類、二類、三類、四類感染症、及び全数把握対象の五類感染症等は平成14年の資料集から県庁でまとめたデータを入れている（106～109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5年の包括的な情報のまとめで、長い周期性流行性疾患の動向も分かるように編集した。

主な内容は、本県の活動及び情報機構、各疾患患者数、検査成績、それぞれの図表、及び編集委員による疾病毎の簡潔な解説、補足説明文からなる。長期的疾病動向は過去45年間のうち、44年間のコンピュータ保存データの中から、最近10年間の推移を図として掲載した。平成15年からはブロック別年別推移は5年間の経過で示し、また、週別発生動向をグラフ化して5年間掲載した。厚生労働省規定の性感染症は35年目となるが、紙幅の関係で最近の10年分とし、福岡県独自の梅毒も31年目となるが、10年分とした。平成12年からの対象疾病は24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（139～141ページ）、月報は1か月分（142～144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（145～147ページ）も掲載し、ホームページをリアルに表示するために3ページ

分のみをフルカラーで印刷とした。平成24年からは図表なども理解しやすさを考慮して、一部カラー印刷とした。

資料の整理、図表作成に、編集委員の依頼により、福岡県保健環境研究所の市原祥子氏、浦崎祐華氏、濱崎光宏氏、中村麻子氏、金藤有里氏、吉富秀亮氏、小林孝行氏、古谷貴志氏、近藤典子氏、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。

糸島市進藤医院の進藤憲文先生、みやま市入江内科小児科医院の入江章先生、行橋市内田産婦人科医院の内田克彦先生、福岡市西区（医）新堂産婦人科医院の新堂昌文先生の先生方が令和5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5年（2023年）における結核以外の総報告数は286,715人（前年62,178人、前々年78,027人）で3年連続減少後に急増した。北九州57,530人（前年14,125人）、福岡163,501人（同32,620人）、筑豊16,995人（同4,114人）、筑後48,689人（同11,319人）、また、北九州市49,190人（同12,128人）、福岡市85,072人（同16,079人）、両政令市以外の県内152,453人（同33,971人）と各地区増加した。報告数の多い疾病の変動では、インフルエンザが前年1,702人から今年127,179人へ、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が前年5,919人から今年20,593人へ、咽頭結膜熱が前年1,557人から今年15,162人へ、ヘルパンギーナが前年2,019人から今年7,838人へ、手足口病が前年3,789人から今年8,166人へ、感染性胃腸炎が前年32,896人から今年35,251人へ、RSウイルス感染症が前年6,688人から今年8,902人へ増加した。一方では突発性発疹が前年2,941人から今年2,308人へと減少した。増加した疾病が多く、さらに新型コロナウイルス感染症53,584人が追加されたこともあり、全体の報告数が著増している。

小児科・内科・眼科疾病中で報告総数の多い順に疾病名を挙げると、第1位はインフルエンザ（前年7位、前々年16位）で総報告数の45.2%を占め、前年比7,472%に増加した。第2位は新型コロナウイルス感染症（初回：5/8～12/31の報告）で総報告数の19.0%を占める。第3位は感染性胃腸炎（前年第1位、前々年も第1位；定点当たりでは第2位）で総報告数の12.5%を占め、前年比107%に増加した。以下第4位から10位までは、4位がA群溶血性レンサ球菌咽頭炎（前年第3位、前々年4位）、5

位が咽頭結膜熱（前年8位、前々年6位）で前年比934%に増加、6位がRSウイルス感染症（前年2位、前々年2位）、7位が手足口病（前年4位、前々年3位）、8位がヘルパンギーナ（前年6位、前々年7位）、9位が突発性発疹（前年5位、前々年5位）、10位が水痘（前年9位、前々年8位）であった。

小児科・内科・眼科疾病の中で報告数が多く、前年より定点当たりで30%以上増加した疾病は、インフルエンザ（前年比7,447%）、咽頭結膜熱（同934%）、流行性角結膜炎（同486%）、ヘルパンギーナ（同388%）、A群溶レン菌咽頭炎（同348%）、マイコプラズマ肺炎（同225%）、手足口病（同216%）、水痘（同140%）川崎病（同139%）である。一方、30%以上減少した疾病はなかった。

定期予防接種対象疾病では、麻疹は0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前0人、5年前5人、6年前から12年前まで0人、13年前3人、14年前5人、15年前212人）で県内の定点からの報告はなかった（県内の全数報告も0人、前年0人、前々年1人、3年前1人、4年前14人、5年前20人）。風しんも0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前2人、5年前7人、6年前0人、7年前2人、8年前0人、9年前2人、10年前33人、11年前7人、12年前9人、13年前3人）で県内の定点からの報告はなかった（県内の全数報告は1人、前年1人、前々年0人、3年前5人、4年前85人、5年前167人）。百日咳は14人（前年12人、前々年20人、3年前51人、4年前393人、5年前134人、6年前114人、7年前184人、8年前145人、9年前203人、10年前108人、11年前241人、12年前400人）と前年から2人減少した（県内の全数報告は24人、前年25人、前々年30人、3年前119人、4年前977人、5年前286人）。平成26年10月に対象疾病となった水痘は921人（前年658人、前々年950人、3年前2,111人、4年前3,308人、5年前2,778人、6年前3,358人、7年前3,159人、8年前3,836人、9年前9,050人、10年前10,999人）と前年の140%で、3年連続で大きく減少していたが、令和5年は増加した。

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861人（前年177人、前々年298人、3年前275人）で今年は前年の486%に増加し、過去3年間少なかったが以前のレベルに近づいた。急性出血性結膜炎は14人（前年7人、前々年12人、3年前3人）と報告数は少ない。

基幹定点把握対象感染症は平成12年からの集計

で、15定点から報告を受け、定点数の変更はない。報告数が多い順にメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症873人（前年比128%）、インフルエンザ入院820人（同6,883%）、新型コロナウイルス感染症入院433人（初回）、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症105人（同162%）、無菌性髄膜炎26人（同108%）、細菌性髄膜炎16人（同178%）、マイコプラズマ肺炎7人（前年2人）、薬剤耐性緑膿菌感染症4人（前年4人）、感染性胃腸炎（ロタウイルス）は3人（前年0人）であった。

性感染症では、定点数が平成11年から16→25→32→37で、平成14年以降は37である。総数（及び1定点当たり患者数）は平成10年以降で、2,656人（166.0）、3,524人（220.3）、4,194人（167.8）、5,416人（169.3）、6,202人（167.6）、5,593人（151.2）、4,866人（131.5）、4,564人（123.4）、4,258人（115.1）、3,094人（83.6）、2,672人（72.2）、2,980人（80.5）、2,843人（76.8）、2,874人（77.7）、2,597人（70.2）、2,823人（76.3）、2,522人（68.2）、2,115人（57.2）、2,035人（55.0）、2,272人（61.4）、2,078人（56.2）、2,078人（56.2）、2,321人（62.7）、2,456人（66.4）、2,448人（66.2）、2,883人（78.1）で、令和5年は増加し、過去10年で最も多い。例年、性器クラミジア感染症が最も多く、総数の53%を占め、次は淋菌感染症で19%である。

結核の報告数は月毎の報告数の積算であり、速報値で示されている。結核の新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は福岡県は430人（8.4）で、罹患率を対前年比で見ると福岡県は0.1ポイント減少した。徐々に減少してきているが、平成20年に9年ぶりに上昇、平成29年に8年ぶりに上昇し、令和元年・3年も上昇した（令和4年、5年は減少）。感染源となる塗抹陽性者数も同様の経過をたどっている。

病原体検査では、病原体定点数が平成11年から20→35→39→39で、平成14年以降は39である。ウイルス検査の検体数は、今年417（前年199、前々年244、3年間284、4年前760、5年前906、6年前1,109、7年前1,052、8年前938、9年前908、10年前838、11年前813、12年前972、13年前848、14年前1,845（新型インフルエンザ流行年））で、令和2年に大きく減少し、3年、4年と少なかった。令和5年は倍増したが、以前の検査数よりまだ少ない。疾病別ではインフルエンザを始めほとんどの疾病が増加している。6年前から対象感染症にRSウイルス感染症、突発性発疹などが加えられている。ウイルスが検出されたのは293検体で、ウイルスは全て同定され、33種、311件であった（複数検出あり）。

疾病から検討するとインフルエンザは158検体（前年7、前々年7、3年前74検体）で、インフルエンザウイルスA/H3型が96件、A/H1pdm09型が

31件、B/Victoria系統が9件検出された。咽頭結膜熱は46検体（前年16、前々年26、3年前30検体）からアデノウイルス3型が26件、2型が3件検出された。感染性胃腸炎では76検体（前年75、前々年35、3年前52検体）中29件（検出率38.2%）から有意なウイルスが検出され、ロタウイルス2件（前年0件、前々年0件）、ノロウイルス16件（前年12件、前々年5件）、サポウイルス6件（前年1件、前々年1件）、アストロウイルス5件（前年1件、前々年2件）などであった。ロタ、アデノ、ノロウイルスは各定点医療機関でも検査され、週報で還元し、本資料集にも掲載した（27ページ）。手足口病は53検体（前年35、前々年40、3年前23検体）で、今年コクサッキーウイルスA群6型15件、エンテロウイルス71型8件、A群10型5件、A群2型1件、A群16型1件が検出され、陽性率は56.6%（前年28.6%、前々年47.5%、3年前0.0%）となった。ヘルパンギーナは38検体（前年11、前々年12、3年前37検体）で、コクサッキーウイルスA群では10型7件、2型4件、6型3件、4型1件が検出され、陽性率は39.5%（前年18.2%、前々年8.3%、3年前16.2%）であった。無菌性髄膜炎は35検体（前年20、前々年68、3年前25検体）で、コクサッキーB5型12件、2型3件、4型2件、ムンプスワクチン株1件が分離され、陽性率は51.4%（前年20.0%、前々年25.0%、3年前4.0%）であった。流行性角結膜炎は1検体（前年0、前々年0、3年前0検体）提出されたが、分離陰性であった。RSウイルス感染症は平成29年から開始され、今年20検体（前年18、前々年24、3年前9検体）からRSウイルスが5件検出された。

細菌検査は今年A群溶血性レンサ球菌感染症0件（前年0件、前々年0件、3年前0件）、細菌性髄膜炎0件（前年0件、前々年0件、3年前0件）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症113件（前年105件、前々年116件、3年前96件）、バンコマイシン耐性腸球菌感染症3件（前年3件、前々年3件、3年前4件）、薬剤耐性アシネトバクター感染症0件（前年1件、前々年0件、3年前0件）が提出された。

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127,179人（前年1,702人、前々年12人）、1定点当たり642.3、前年の7,472%と増加。2020/2021年シーズン、2021/2022年シーズンは流行がなかったが、2022/2023年シーズンは年内の第51週に1定点当たり1.9、第6週に24.4のピークを示す3シーズンぶりの流行が見られた。2023/2024年シーズンは流行開始時期が不明確で、夏期から1定点当たり1.0以上が続き、年内の第49週に45.9のピークを示す流行があり、令和5年は年間に2つの

流行を含むため、過去最高の報告数となった。

RSウイルス感染症は8,902人、1定点当たり74.2、前年比133%と大きな流行を示した。平成24年シーズン以降令和1年まで8年連続で夏期の7月から多発していたが、令和2年は夏期以降の流行が見られなかった。令和3年は4月をピークとする大きな流行、令和3年12月～令和4年2月に小さな流行、7～10月に2つ目の小さな流行を示した。令和5年は6、7月をピークとする大きな流行を示した。

咽頭結膜熱は今年15,162人、1定点当たり126.4、前年比934%で過去最高の報告数であった。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年以降は夏の多発と、夏以降から12月に向かって発生が続いていた。令和2年は夏期の流行が見られず、令和3年、4年は夏期にピークの小さな流行であったが、令和5年は一転して11月をピークとする大きな流行であった。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎は1定点当たり171.6、前年比348%と著増した。令和2年春先以降は発生が少ない状況が続いていたが、令和5年は過去最高の報告数であった。患者20,593人のうち、発疹合併が217例（前年36例、前々年63例）報告された。その他の合併症の報告はなかった。

感染性胃腸炎は今年35,251人、1定点当たり293.8、前年比107%であった。元々春先と冬期に流行があり、最近では春先の流行が目立たなくなっていたが、令和2年、3年は春先の流行がほとんどなく、かつ冬の流行も小さかった。令和4年は夏、冬の報告数が多かったが、令和5年は年の前半の多発と、12月にピークの冬の流行を示した。

原因微生物は多種類あり、各定点からの原因報告は27ページの表にまとめた。カンピロバクターとノロウイルスが多い。定点からの報告ではノロウイルスが809件（前年803件、前々年498件、3年前1,197件）、ロタウイルスは56件（前年19件、前々年15件、3年前25件）であった。

水痘は921人、1定点当たり7.7、前年の140%と増加減少した。平成26年10月の定期予防接種開始後は減少傾向で、令和2年、3年、4年は減少幅が大きかったが、令和5年はやや増加した。脳炎合併はなかった。予防接種歴ありの患者報告は361例（前年314例、前々年388例）と推移している。約80%は軽症である。

手足口病は8,166人、1定点当たり68.1、前年比216%と増加した。令和2年は流行がほとんど見られず、令和3年は秋に流行があり、令和4年は夏から冬までなだらかな山が見られ、令和5年は夏以降に報告が続いた。原因ウイルスは福岡県ではコクサッキーウイルスA群（CA）6型とエンテロウ

イルス（EV）71型が先行して6月以降に、CA10型が9月以降に検出され、流行ウイルスが変遷している。全国的にはEV71型が最も多く、次いでCA6型、CA16型が多かった。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、令和元年はCA6型が6～7月に、CA16型が9～10月に、CA10型が11月に、令和3年は秋にCA6型、令和4年は夏にCA10型、秋～冬にCA6型が流行、令和5年は6月以降にCA6型とEV71型、9月以降にCA10型が流行した。

伝染性紅斑は59人、1定点当たり0.5、前年比92%と4年連続で減少し、報告数が少ない。平成17年、22年～23年に流行があり、24年、25年と少なく、26年後半から増加し、27年に大きな流行を示し、28年前半で終了した。平成30年後半から報告数が増加し、令和元年に多発し令和2年春先まで流行は終息となり、令和3年、4年、5年は非流行年である。

突発性発しんは2,308人、1定点当たり19.2、前年比78%であった。以前に比べると報告数は少なく、前々年、前年、今年と過去最少を更新している。

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

風しんは定点から今年0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前2人、5年前7人、6年前0人、7年前2人、8年前0人、9年前2人、10年前33人）、全数報告は全国12人（前年15人、前々年12人、3年前100人、4年前2,306人、5年前2,917人）、福岡県は1人（前年1人、前々年0人、3年前5人、4年前85人、5年前167人）である。福岡県では平成25年に流行し、その後は少数であったが、平成30年から令和元年に流行が見られた。令和2年からは全国的にも報告は少ない。先天性風しん症候群は全国で0人（前年0人、前々年1人、3年前0人、4年前4人、5年前0人、6年前0人、7年前0人、8年前0人、9年前9人、10年前32人）であった。

ヘルパンギーナは7,838人、1定点当たり65.3、前年比388%と増加した。毎年夏期に流行していたが、令和3年は10月にピークを、令和4年は9～

12月になだらかな山を示し、例年よりかなり流行時期が遅かった。令和5年は7月にピークを示した。県内からはコクサッキーウイルスA群では10型7件、2型4件、6型3件、4型1件が検出された。

麻疹は定点から今年0人(前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前0人、5年前5人、6年前から12年前まで0人、13年前3人、14年前5人、15年前212人)、全数報告では全国28人(前年6人、前々年6人、3年前13人、4年前744人、5年前282人)、福岡県は0人(前年0人、前々年1人、3年前1人、4年前14人、5年前20人)であった。

流行性耳下腺炎は1定点当たり2.5、前年比129%と増加したが少ない。平成27年、28年が流行年、29年、30年、令和元年、2年、3年、4年、5年は非流行年であった。患者304人中、髄膜炎合併の報告はなかった。その他の合併症の報告もなかった。

川崎病は316人、1定点当たり2.6、前年比139%であった。平成30年が多く、令和元年、2年と2年連続で大きく減少し、報告が少なかったが今年は増加した。

急性脳炎〔小児科定点〕は今年9人、前年4人、前々年1人、3年前2人、4年前22人、5年前12人と推移した。週報には原因としてインフルエンザA型が4例、新型コロナが1例報告されている。

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

無菌性髄膜炎〔小児科定点〕は8人、1定点当たり0.1、前年からは1人減であった。平成25年は定点当たり2.0で7年ぶりの流行であったが、その後10年連続で多発ではない。検査情報ではコクサッキーB5型12件、B3型3件、B4型2件など検出された。週報には遺伝子検査によるエンテロウイルス検出が4例報告された。なお、流行性耳下腺炎に合併は今年も0人(前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前5人、5年前3人、6年前11人、7年前44人)であった。

マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕は今年54人、1定点当たり0.5、前年比225%と増加したが少ない。平成22年、23年に流行があり、次に平成27年、28年に流行で、平成29年、30年は非流行年であった。令和元年の後半から増加し流行開始と思われたが、令和2年春先までの小さな流行で終息し、令和3、4年、5年は非流行年であった。

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

急性出血性結膜炎は14人、前年7人、前々年12人、3年前3人、4年前15人、5年前16人と推移し、少ない。

流行性角結膜炎は861人(前年177人、前々年298人、3年前275人、4年前1,418人、5年前1,939人)、1定点当たり33.1、前年比486%であった。令和2~4年は3年連続で報告数が少なかったが、今年は増加した。福岡県の検査情報ではウイルス分離の報告はない。

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

細菌性髄膜炎〔基幹定点〕は16人(前年9人、前々年14人、3年前17人)、**無菌性髄膜炎**〔基幹定点〕は26人(前年24人、前々年40人、3年前26人)、**マイコプラズマ肺炎**〔基幹定点〕は7人(前年2人、前々年12人、3年前110人)、**クラミジア肺炎**〔基幹定点〕は0人(前年0人、前々年1人、3年前0人)と推移している。**インフルエンザ入院**〔基幹定点〕(平成23年9月から開始)は820人(前年12人、前々年1人、3年前400人)で、ICU入室30人(前年0人、前々年0人、3年前27人)、人工呼吸器使用5人(前年0人、前々年0人、3年前12人)であった。**新型コロナウイルス感染症入院**〔基幹定点〕(令和5年9月25日から開始)は433人で、ICU入室43人、人工呼吸器使用9人であった。**感染性胃腸炎(ロタウイルス)**〔基幹定点〕(平成25年10月14日から開始)は3人(前年0人、前々年2人、3年前2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873人(前年683人、前々年641人、3年前660人)、**ペニシリン耐性肺炎球菌感染症**は105人(前年65人、前々年67人、3年前32人)、**薬剤耐性緑膿菌感染症**は4人(前年4人、前々年14人、3年前7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1,515人(前年1,391人、前々年1,349人、3年前1,285人)、前年比109%であった。以下報告数が多い順に**淋菌感染症**538人(前年482人、前々年573人、3年前498人)、前年比112%、**性器ヘルペス**386人(前年259人、前々年273人、3年前311人)、前年比149%、**梅毒**232人(前年155人、前々年87人、3年前75人)、前年比150%、**尖圭コンジローマ**212人(前年161人、前々年174人、3年前152人)、前年比132%であった。**梅毒**の増加率が高い。なお、報告数の順位では梅毒が尖圭コンジローマより多

くなった。

結核（令和5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430人（8.4）で、前年437人（8.5）より減少し、全国統計も10,058人（8.0）で、前年10,235人（8.2）より減少した。北九州市保健所管内では95人（人口10万対罹患率10.4；前年比92.2%）、福岡市保健所管内では141人（同8.6；98.6%）、県保健所管内は194人（同7.6；101.5%）であった。感染源となる喀痰塗抹陽性患者数も131人で前年の141人から10人減少した。高齢者に多く、60歳以上が67.9%、80歳以上が43.5%、90歳以上が15.1%を占め、平成27年から90歳以上が10%以上となっている。20歳代、40歳代、50歳代はやや増加し、若い世代の増加は外国人の入国が多くなっている影響が考えられる。

解説と図表

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

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

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

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

参考資料

感染症発生動向調査事業実施要綱、医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準、検査結果コード表、令和5年通知文書一覧を掲載している。

2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表

1. インフルエンザ [小児科・内科定点]

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

令和5年（2023年）の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は642.3（127,179人）で、前年の8.6（1,702人）から大きく増加した。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和5年まで、それぞれ、199.6、64.2、246.1、285.9、179.8、344.5、220.4、356.6、186.4、804.6、47.6、438.7、359.8、286.6、436.4、338.4、450.1、443.9、489.5、436.4、126.0、0.1、8.6、642.3で、年間としては2009年のA/H1N1pdm09の出現とその流行に次ぐ過去2番目の多さだった。

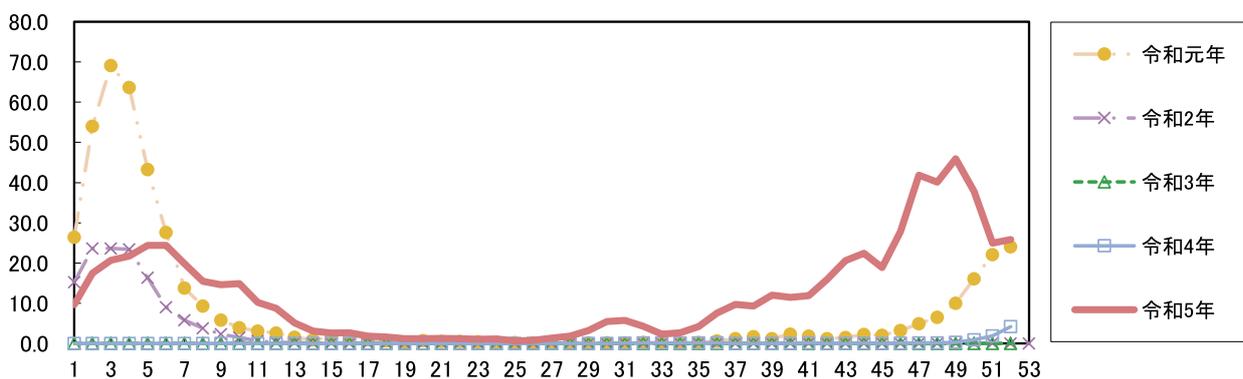
福岡県では、2022/23年シーズンの流行が、令和4年第51週に定点当たりの患者数が1.0を超え、

令和5年第6週に定点当たり24.4のピークとなった。その後は定点当たりの患者数は減少傾向を示したが、1.0以下にはならず、2023/24年シーズンの流行となり、第49週に定点当たり45.9のピークとなった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州601.7（25,873）[北九州市628.2（21,988）]、福岡760.8（73,798）[福岡市763.1（38,920）]、筑豊355.1（6,747）、筑後532.3（20,761）で、各地区とも大幅に増加しており、特に福岡からの報告が多かった。

年齢別の患者数は、1歳～9歳までが全体の50%以上を占め、60歳以上の割合は2.0%で、令和2年以前とほぼ同様であった。男女比は1.10で、男性がわずかに多かった。

全国情報では、令和5年の初めはA/H3型が多く分離されたが、第35週以降になるとA/H3型とともにA/H1pdm09型も分離され、第42週以降は30%以上を占めた。B型はビクトリア系統のみがわずかに分離された。全国の抗インフルエンザ薬耐性ウイルスサーベイランスでは、2023/24年シーズンは、A/H1pdm09型でオセルタミビル耐性が0.2%、A/H3型でバロキサビル耐性が0.5%と報告され、流行するウイルスにおける耐性ウイルスの増加傾向はみられていない。



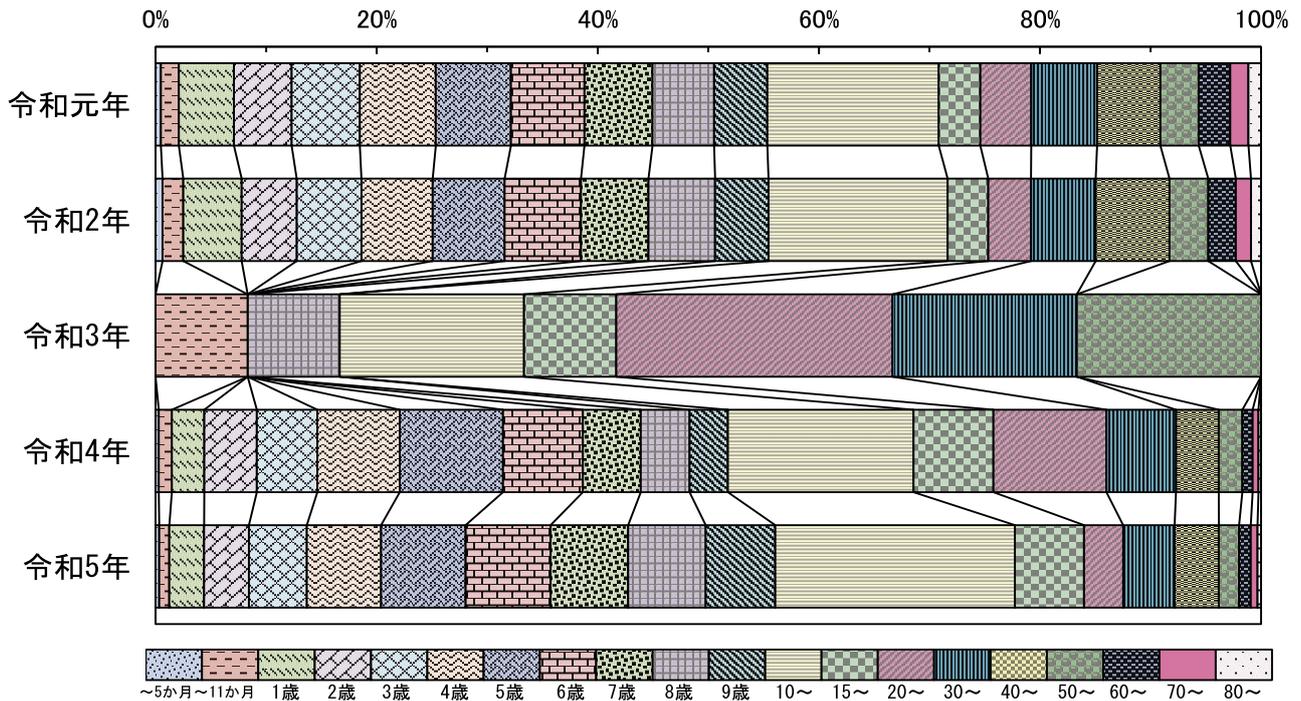
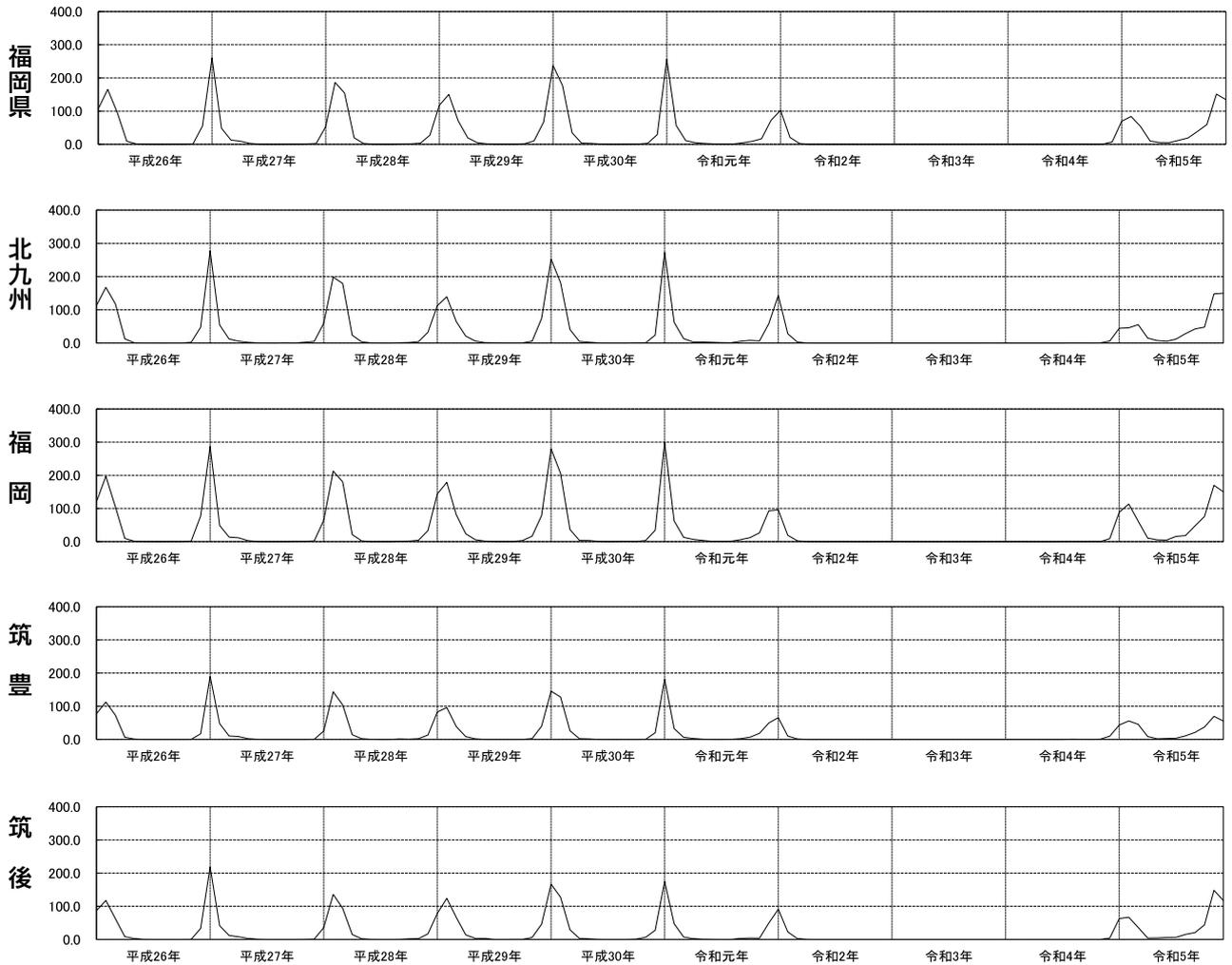
インフルエンザの1定点当たりの週別報告数推移



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. 新型コロナウイルス感染症 [小児科・内科定点]

新型コロナウイルス感染症は、令和4年6月30日の感染症法改正に従い、令和5年5月8日から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。なお、報告を求める新型コロナウイルス感染症とは、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。）（以下「COVID-19」という）であるものに限る。指定届出機関（COVID-19定点）において、検査により当該者をCOVID-19と診断した場合又は発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、COVID-19であることが確定したものと同居している者（飲食、入浴、就寝等を共にする家族や同居者）で、医師が総合的に判断した結果COVID-19と臨床的に診断する場合に届け出ることとなっている。

令和5年（2023年）の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は270.6（53,584人）であった。

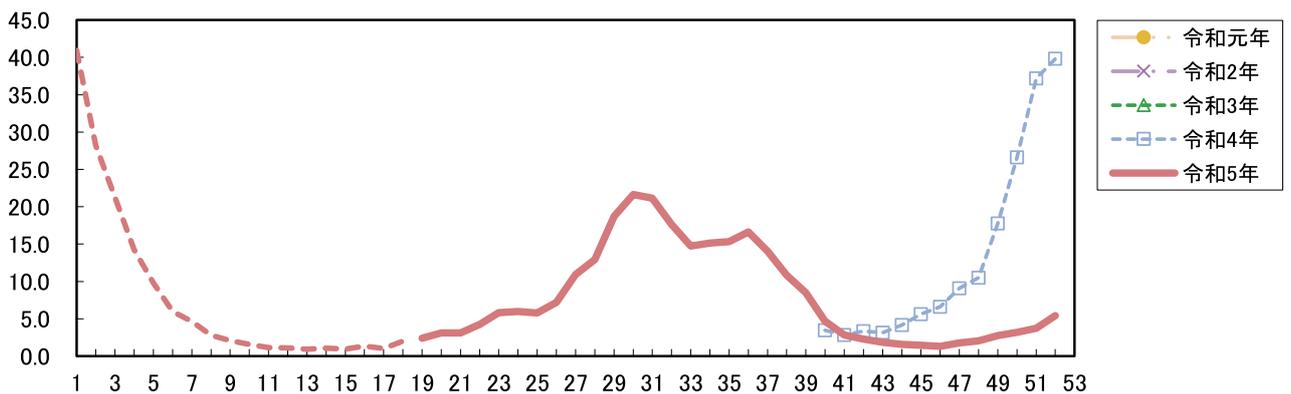
福岡県では、1定点当たり患者数の推移に関して、令和4年第40週から令和5年第18週までの推定

値が示されている（令和4年青点線及び令和5年赤点線）。定点当たりの患者数は、令和5年第19週は2.4で、次第に増加し、第30週に21.6のピークとなった。その後減少傾向を示したが、第47週以降は再び増加し、第52週は5.4となった。全国情報では、福岡県より少し遅い第35週にピークとなっているが、ピークの高さや流行の推移は類似していた。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州234.3（10,076）〔北九州市240.2（8,407）〕、福岡314.0（30,453）〔福岡市324.4（16,542）〕、筑豊202.9（3,855）、筑後235.9（9,200）で、福岡からの報告が多かった。

罹患年齢は、0～5か月1.2%、6～11か月2.1%、1歳2.8%、2歳2.3%、3歳2.0%、4歳2.2%、5歳2.2%、6歳2.3%、7歳2.5%、8歳2.6%、9歳2.7%、10～14歳13.0%、15～19歳7.3%、20～29歳8.6%、30～39歳9.3%、40～49歳10.5%、50～59歳9.6%、60～69歳6.8%、70～79歳5.7%、80歳以上4.4%で、全年齢層に患者がみられ、60歳以上の割合は16.9%であった。

男女比は0.93で、女性が僅かに多かった。



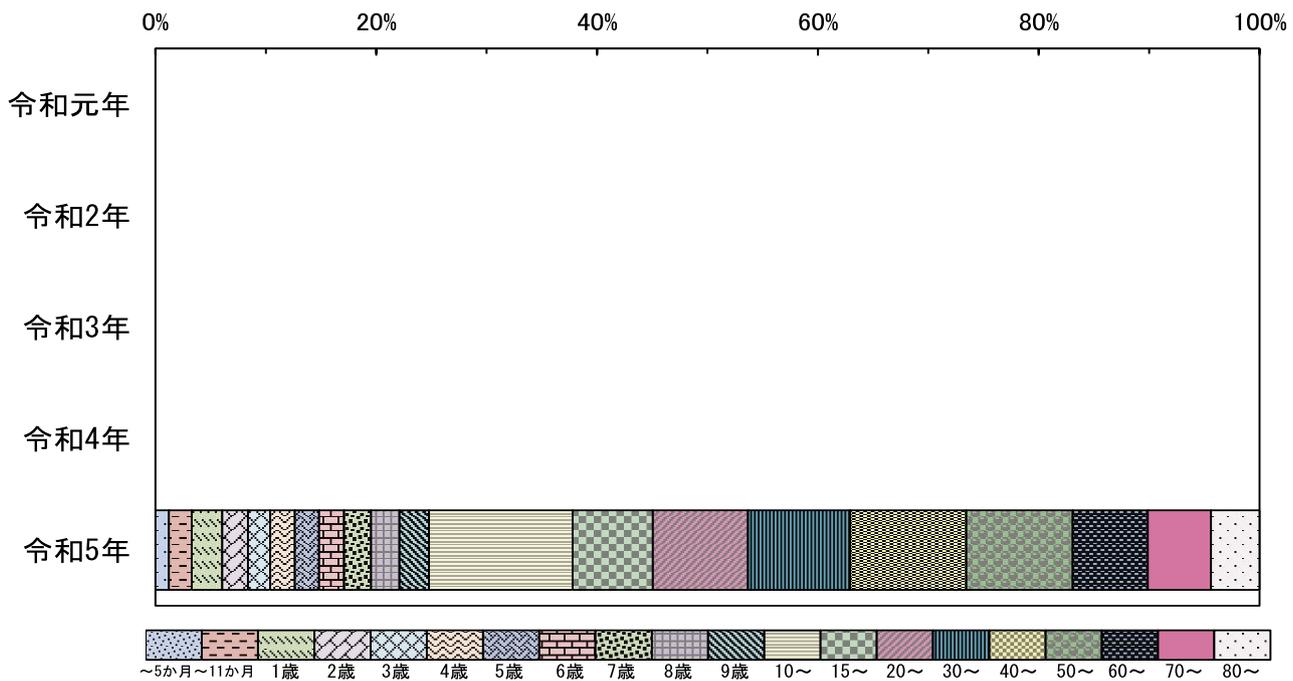
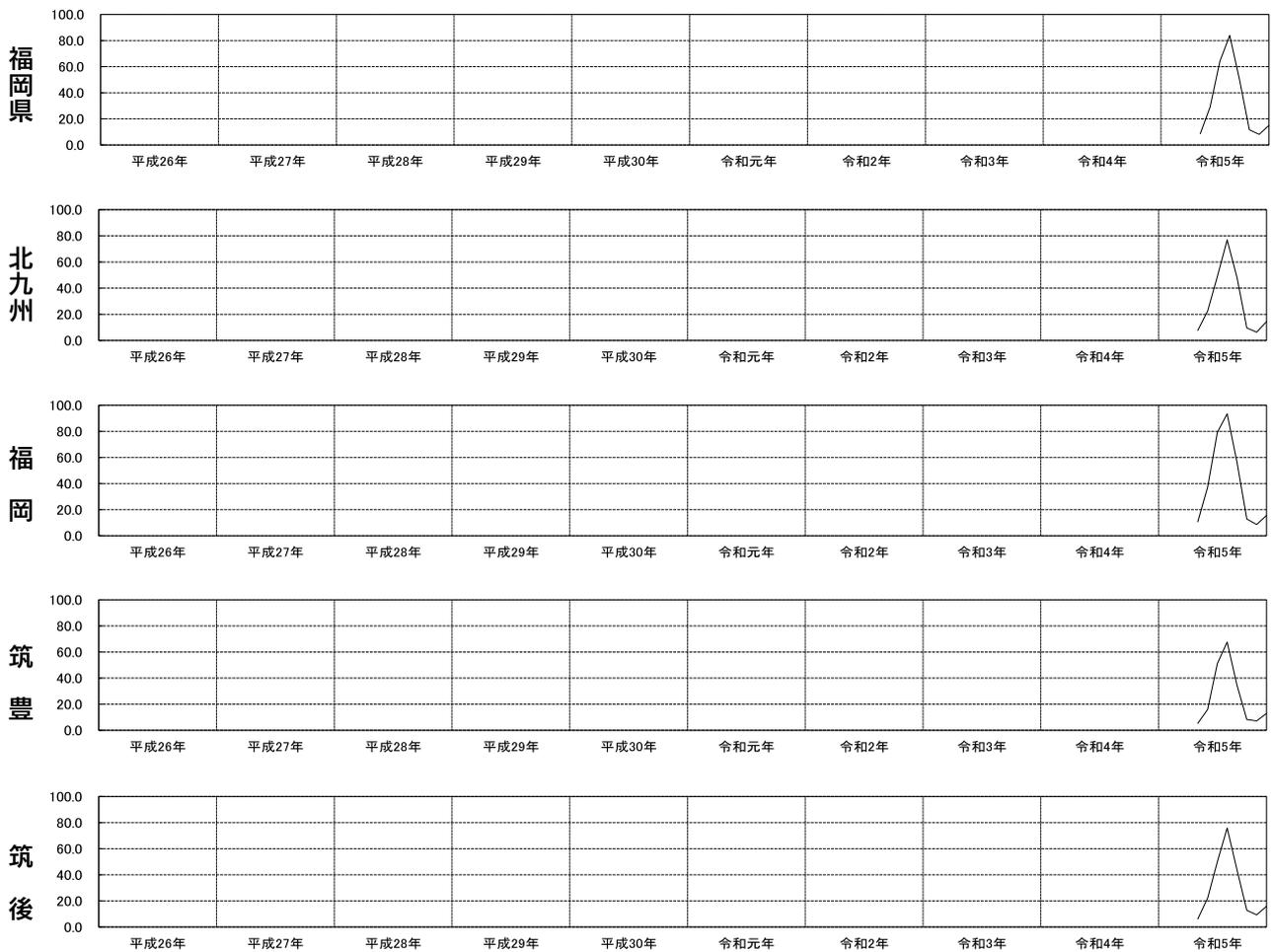
新型コロナウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



新型コロナウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

新型コロナウイルス感染症

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. 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74.2（8,902人）で、前年の55.7（6,688人）の133%であった。1定点当たり患者数は、平成16年（2004年）から令和5年（2023年）までそれぞれ6.8、9.2、17.2、30.2、37.0、29.7、46.1、31.7、62.7、47.5、44.4、55.6、52.0、69.6、54.8、66.9、6.1、114.9、55.7、74.2と推移した。新型コロナ発生以後は不規則な流行パターンとなり、令和2年は過去最少、令和3年は反転して過去最多、令和4年は例年並みの報告数、令和5年はやや大きな流行であった。

温帯地域ではもともと冬期の疾病で、月別発生では12月をピークとしていた。平成24年から令和1年まで8年連続で9月にピークを示し、夏から秋の流行となっていたが令和2年は流行自体がなくなった。令和3年は4月をピークとした大きな流行があり、その後令和3年12月から令和4年2月に小さなピーク、さらに令和4年7月から10月に小さくならかな山を作った。令和5年は6、7月をピークとするやや大きな流行を示した。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州71.3（2,068）[北九州市67.9（1,630）]、

福岡88.1（5,020）[福岡市104.9（3,043）]、筑豊57.5（632）、筑後51.4（1,182）と各地区増加した。

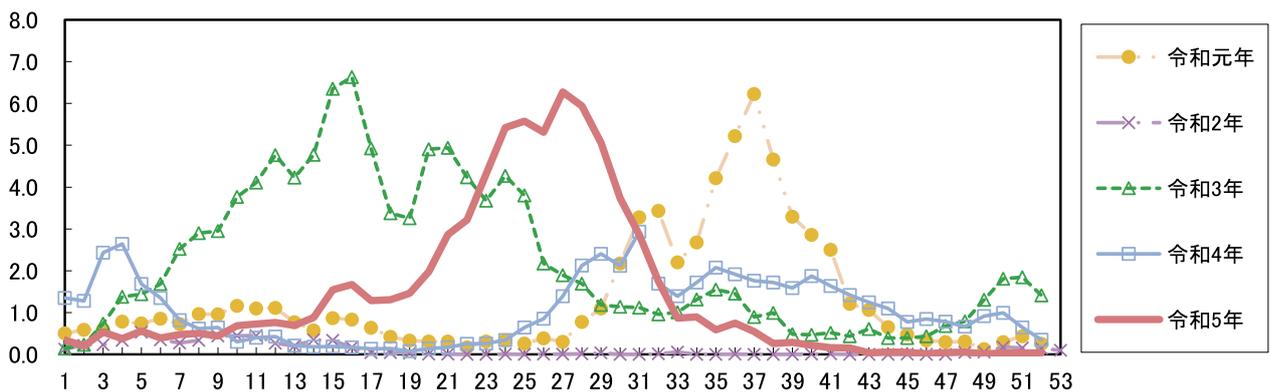
罹患年齢は0～5か月13.7%、6～11か月16.9%、1歳33.6%、2歳18.0%、3歳9.7%、4歳4.4%、5歳2.2%、6歳0.7%、7歳0.2%、8歳0.2%、9歳0.1%、10～14歳0.2%、15～19歳0.0%、20歳以上0.1%であった。1歳当たり換算では1歳が最も多く、3歳未満が82.2%（前年82.2%）と大部分を占めている。年齢構成では0歳、1歳が大部分を占め、15歳以上は7人（前年2人、前々年16人、3年前0人）であった。

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

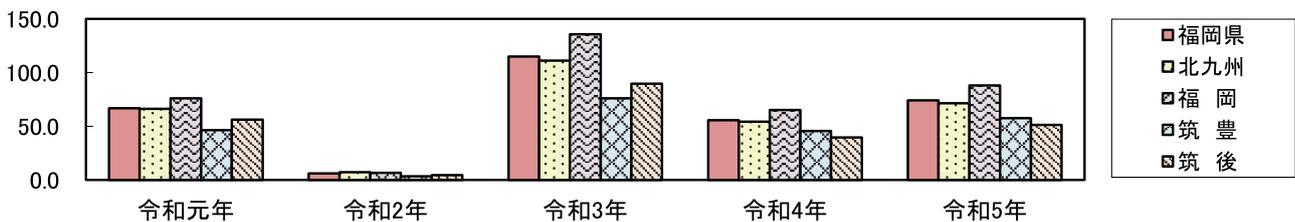
男女比は1.05（男4,561人、女4,341人）で男女差はなかった。

検査情報では20検体（前年18、前々年24、3年前9、4年前19検体）からRSウイルスが5件、アデノウイルス1型が1件、コクサッキーA6型が1件、ライノウイルスが1件検出された。

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



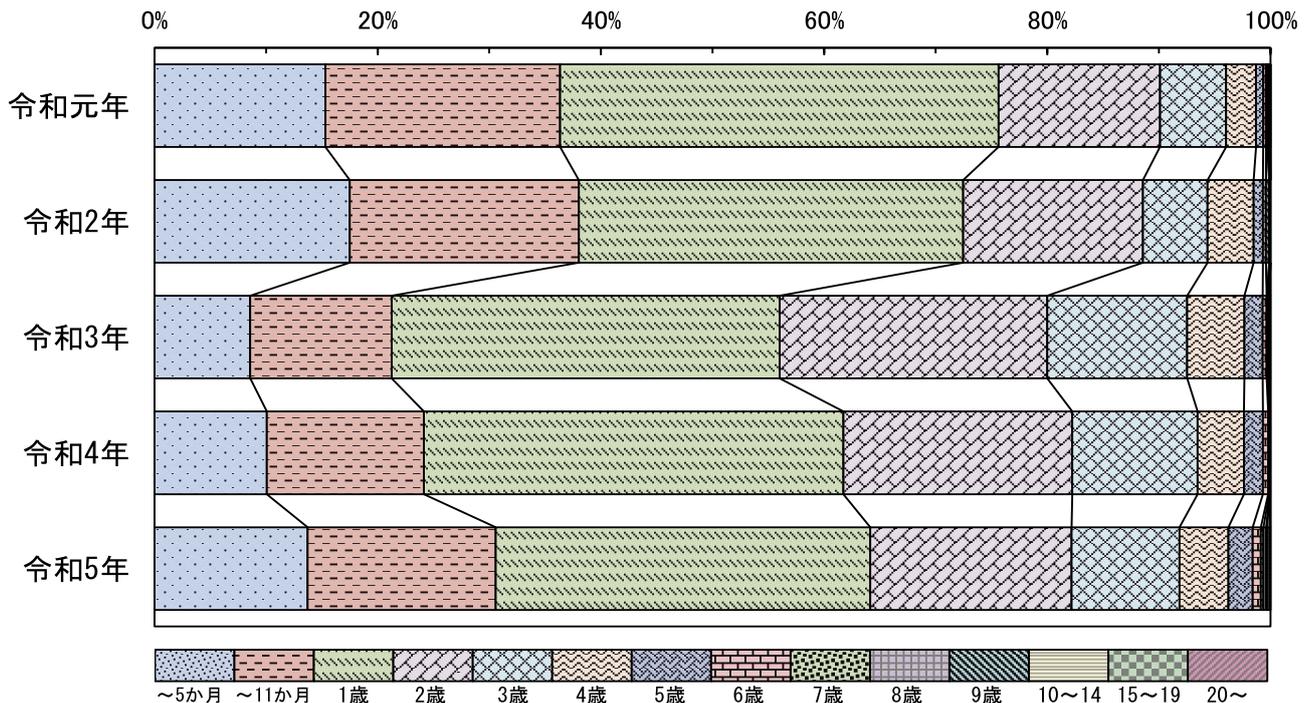
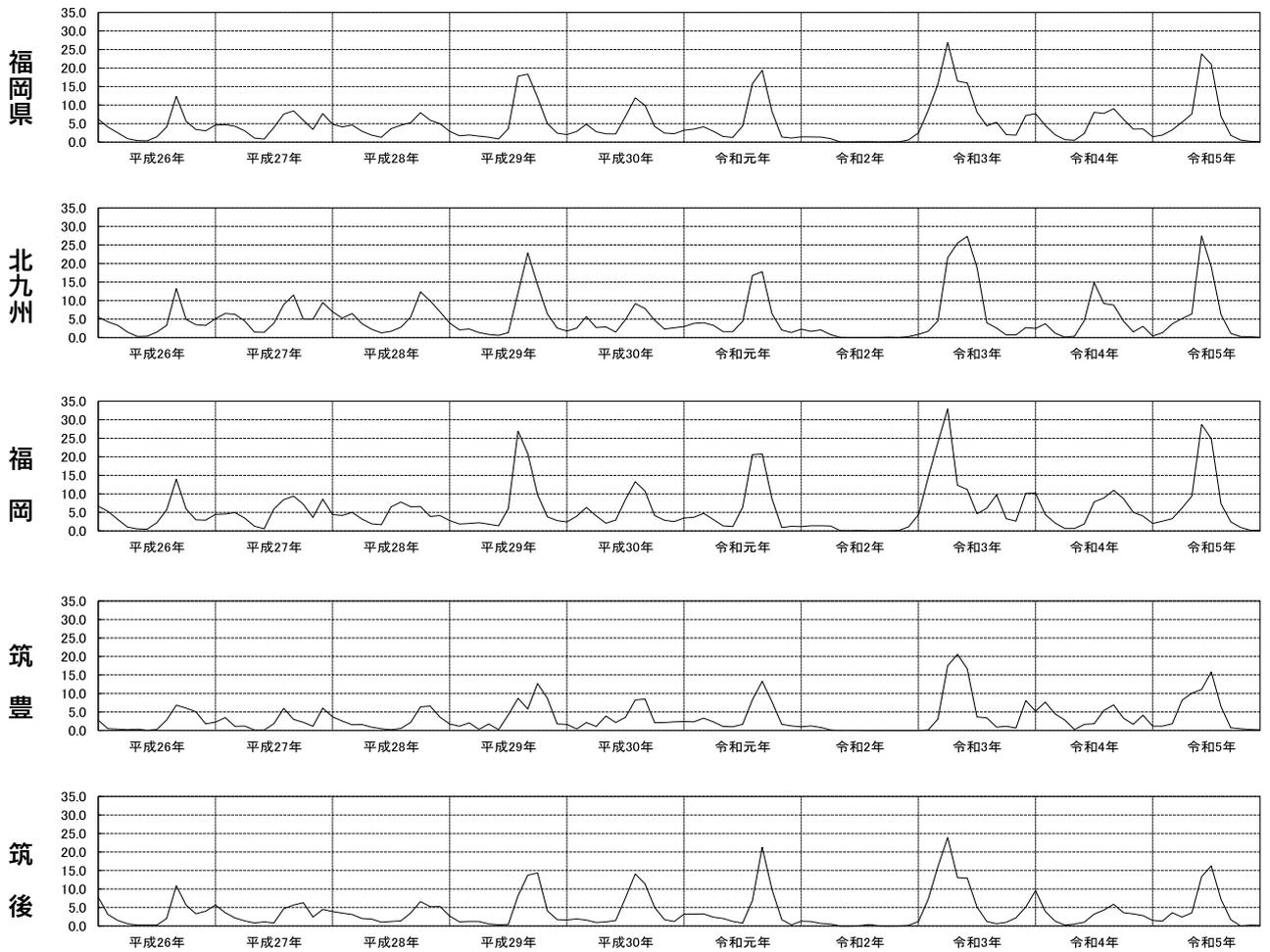
RSウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



RSウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

RSウイルス感染症

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



4. 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126.4（15,162人）で、前年の13.0（1,557人）の934%と著増した。1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和5年（2023年）までそれぞれ7.1、3.8、13.6、9.8、15.0、6.0、3.9、4.5、4.5、5.4、2.7、5.2、1.8、11.3、3.1、2.8、5.0、9.5、6.7、5.2、8.3、6.2、22.2、12.8、28.9、35.5、18.2、29.2、18.9、21.4、28.2、31.4、41.3、22.3、32.7、36.0、28.3、37.6、36.9、18.1、21.6、13.0、126.4と推移し、平成30年、令和元年と報告数が多かった。令和2年以降は新型コロナ発生のためか流行規模が小さくなっていったが、令和5年は一転して過去最高の報告数となった。

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た。令和2年は夏のピークが消失、令和3年、4年は夏期に小さなピークを示した。令和5年は11月にピークを示す大きな流行であった。

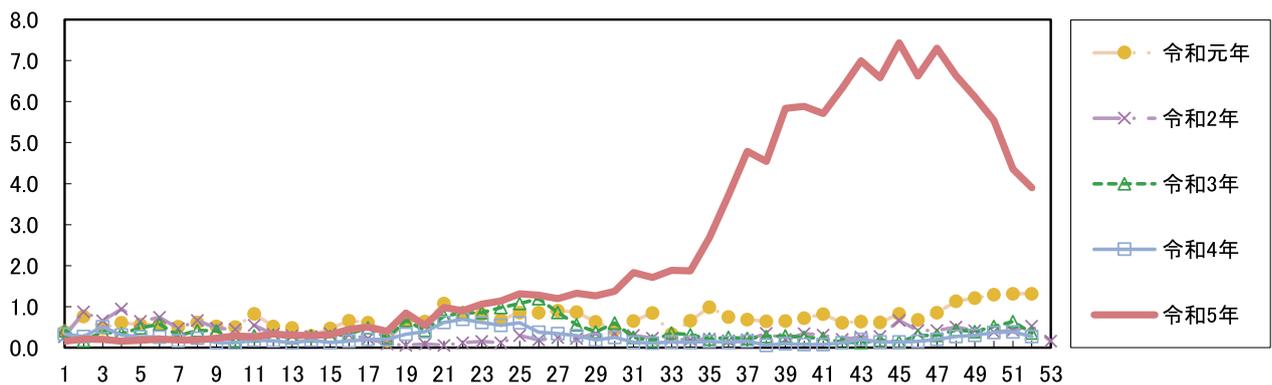
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州114.4（3,317）[北九州市117.7（2,824）]、福岡154.5（8,808）[福岡市128.4（3,724）]、筑豊52.1（573）、筑後107.1（2,464）で、各地区増加したが、筑豊地区は少ない。

罹患年齢は0～5か月0.5%、6～11か月3.5%、1歳16.6%、2歳15.2%、3歳16.9%、4歳16.0%、5歳12.8%、6歳7.7%、7歳4.2%、8歳2.6%、9歳1.4%、10～14歳1.8%、15～19歳0.1%、20～29歳0.2%、30歳以上0.5%と分布した。小児の疾病であり、1～5歳が77.5%、10歳未満が97.4%を占め、10歳以上は少なかった。年次変化は前年まで少なかったが、令和5年は6～11か月、1歳が大きく減少し、3歳以上が増加した。なお、例年1歳が最も多かったが、今年は16.6%（1,113人；前年40.7%）であった。0～5か月は77人（前年8人）、6～11か月は537人（同173人）で、0歳児では0～5か月は少ない。

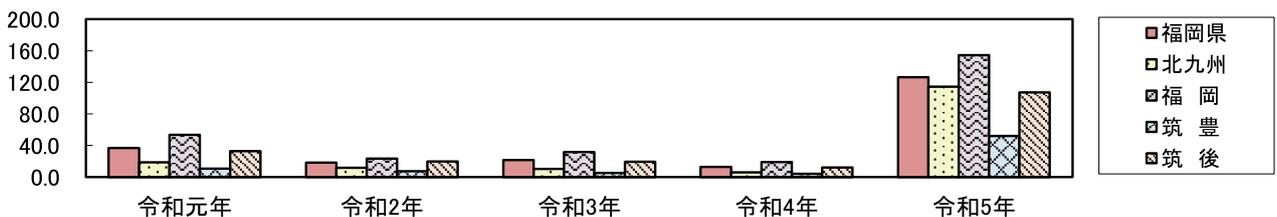
男女比は1.13（男8,039、女7,123）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるとされ、複数の型のアデノが原因となる。本県の検査情報では今年46検体（前年16、前々年26検体）が提出され、アデノ3型が26件、2型が3件検出された。

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



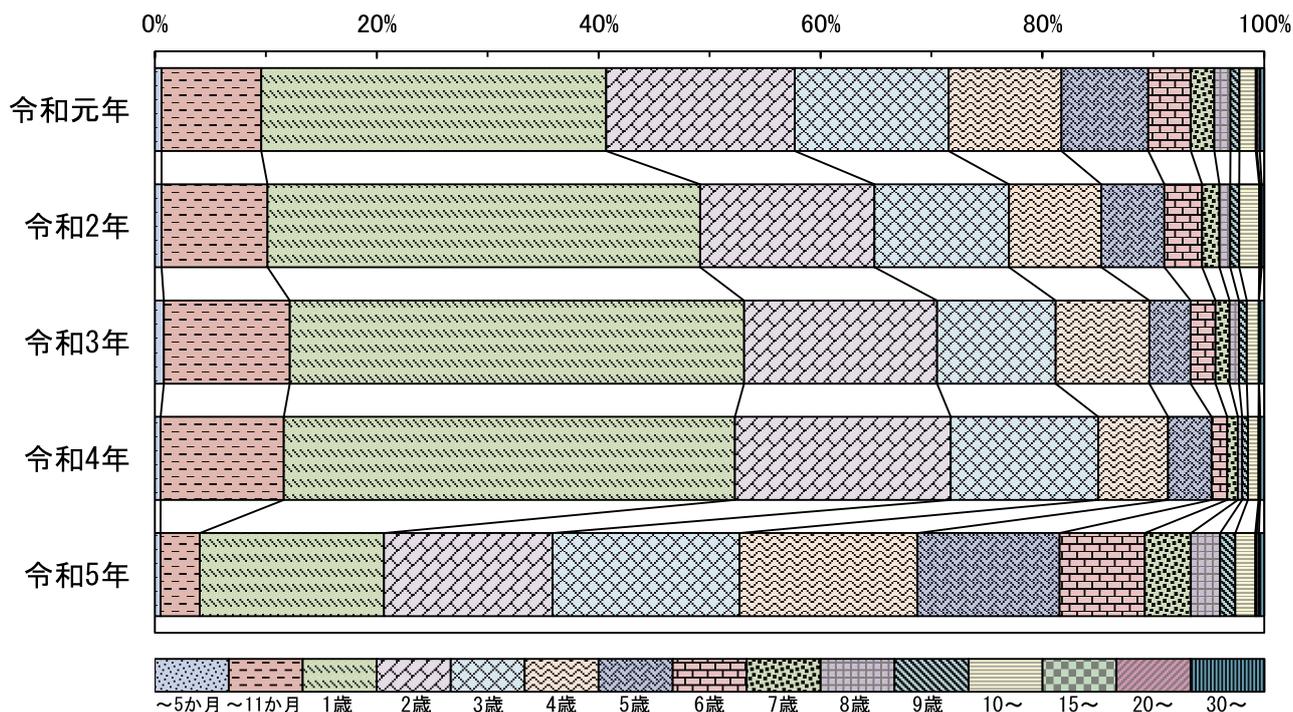
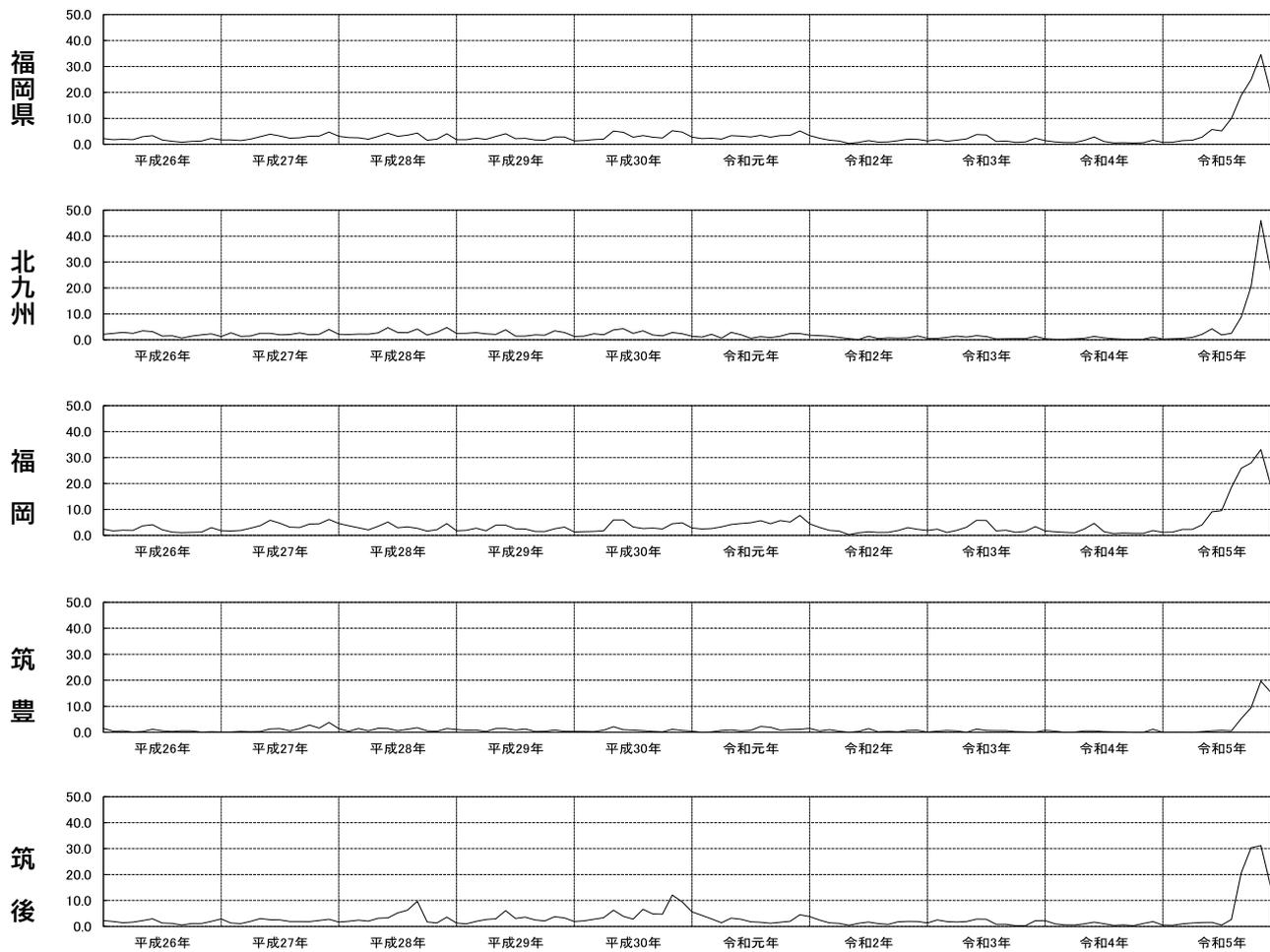
咽頭結膜熱の1定点当たりの週別報告数推移



咽頭結膜熱のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

咽頭結膜熱

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



5. 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171.6（20,593人）であった（前年比3.48）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、23.1、24.4、29.7、28.5、23.3、16.3、19.4、32.7、24.5、17.1、29.0、29.0、32.4、56.8、30.8、27.3、45.5、40.0、36.4、48.0、69.5、84.7、70.9、94.9、77.4、101.5、82.8、103.5、77.5、73.1、114.7、101.3、107.6、159.2、173.0、153.2、181.8、165.1、193.9、154.6、90.7、49.3、171.6で、コロナ前の報告数に戻った。

季節性は令和元年以来の12月がピークとなった。

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62.8（1,820）[北九州市64.0（1,537）]、福岡地区275.2（15,684）[福岡市324.7（9,416）]、筑豊地区34.8（383）、筑後地区117.7（2,706）で、全地区増加したが、福岡地区の増加が目立った。

全国的には、北海道、千葉県、埼玉県、富山県、大阪府、鳥取県、山口県、福岡県、宮崎県が多かった。

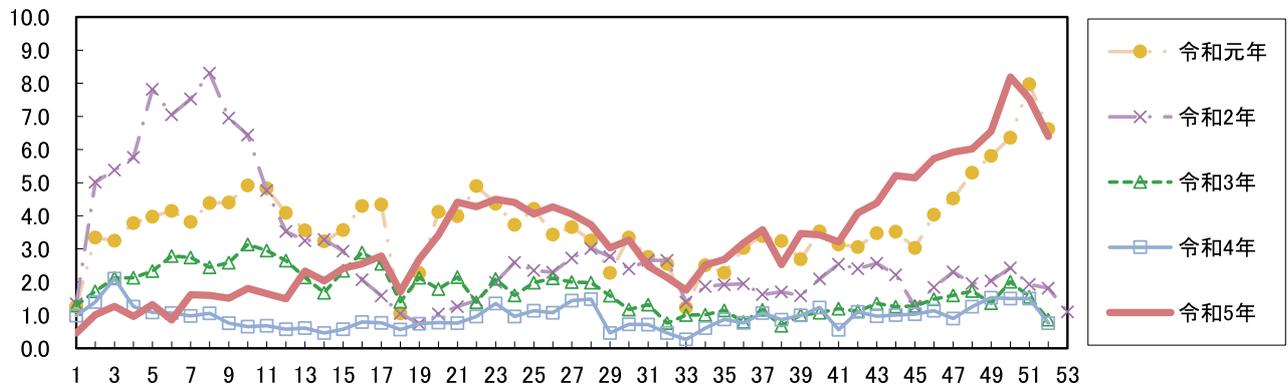
罹患年齢は0歳0.6%（前年1.5%）、1歳3.5%（同7.6%）、2歳5.8%（同10.7%）、3歳9.5%（同12.8%）、4歳12.7%（同12.8%）、5歳14.1%（同11.5%）、6歳12.7%（同9.4%）、7歳10.5%（同8.2%）、8歳8.8%（同6.7%）、9歳6.5%（同4.7%）、10～14歳11.8%（同12.4%）となり、2～4歳が減少し5歳以上で増加した。

男女比は1.14で昨年と比較して変化はなかった。

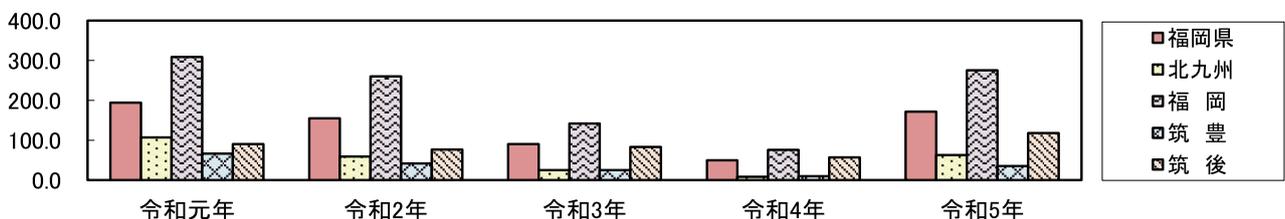
発疹を伴った例は217例（前年36例）であった。年齢は、0歳0例（前年1例）、1歳5例（同1例）、2歳18例（同4例）、3歳35例（同7例）、4歳51例（同9例）、5歳31例（同8例）、6歳26例（同3例）、7歳16例（同1例）、8歳16例（同0例）、9歳8例（同1例）と、2～9歳までで92.6%（同85.8%）を占めた。再燃が42例（前年2例）、2回目の感染29例（前年5例）、3回目11例（同2例）、4回目5例（同0例）、5回目3例（同1例）が報告された。

合併症の報告はなかった。

併発症は、アデノウイルス感染症22例（昨年1例）、インフルエンザA型2例であった。



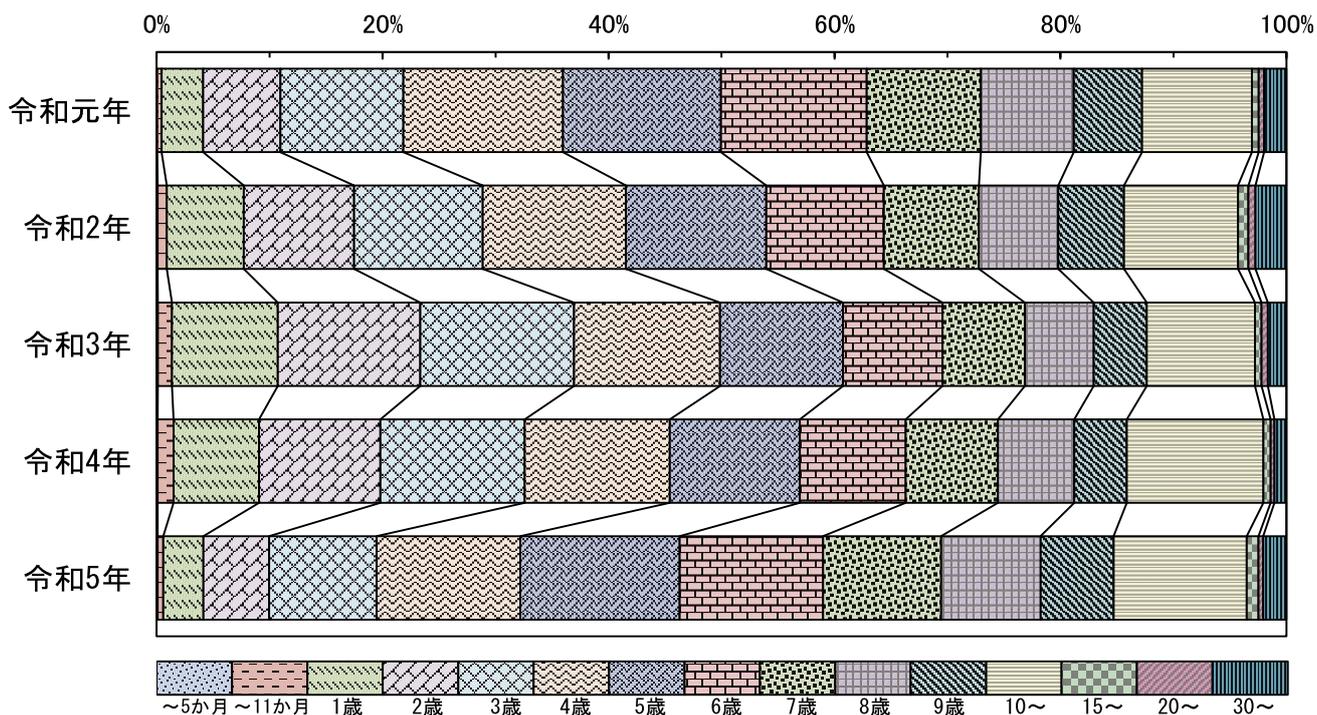
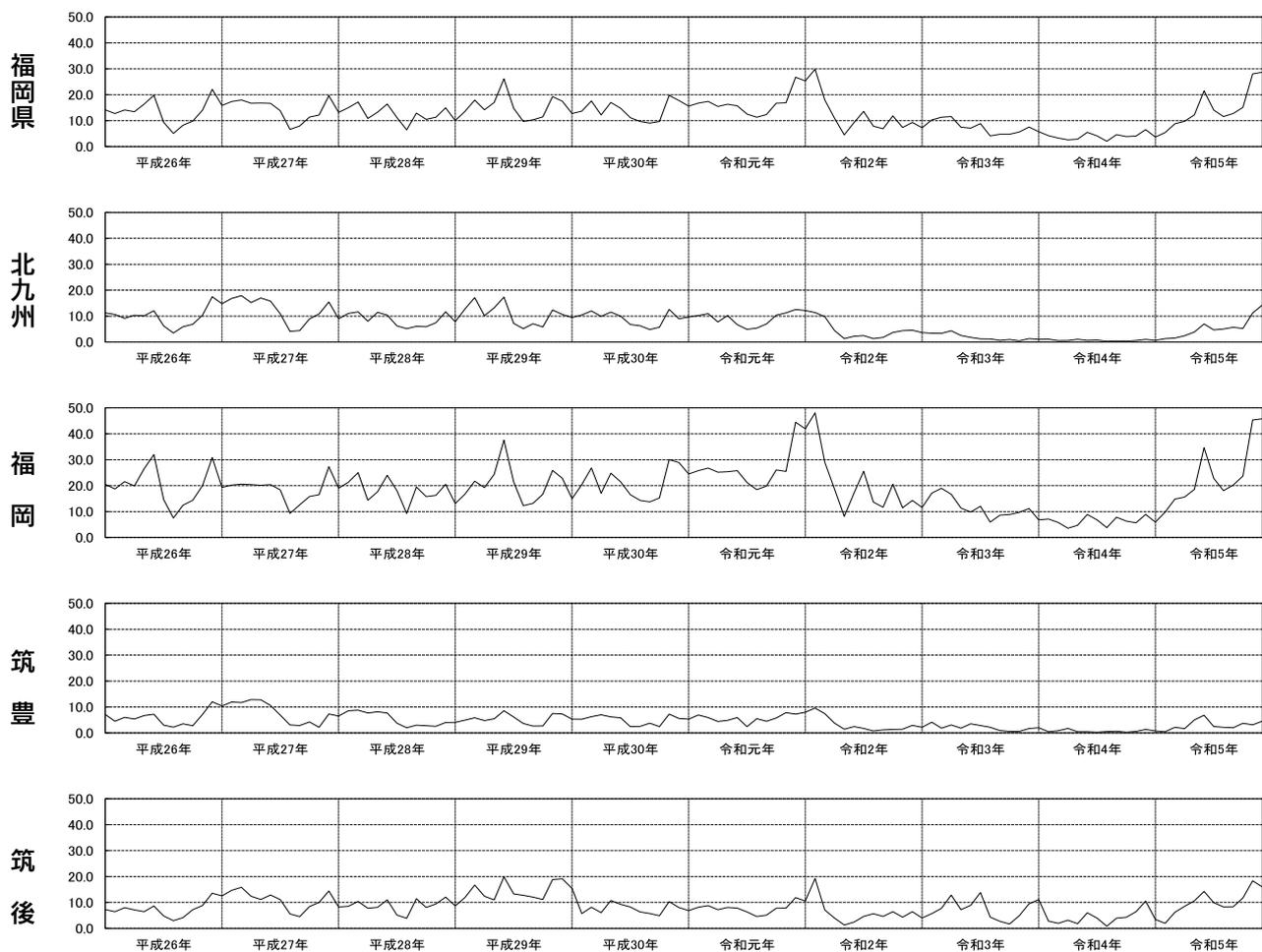
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の1定点当たりの週別報告数推移



A群溶血性レンサ球菌咽頭炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎

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



6. 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なども含まれている。

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12.5%（前年55.8%、前々年32.8%）を占めた。令和3年、4年はインフルエンザの報告が少なかったため感染性胃腸炎が総報告数で第1位であったが、令和5年は著増したインフルエンザが第1位、新しく対象疾病となった新型コロナウイルスが第2位となり、第3位（定点当たり患者数では第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293.8（35,251人）、前年274.1（32,896人）で、前年の107%であった。1定点当たりの患者数は昭和62年（1987年）から令和5年（2023年）までそれぞれ264.1、312.5、282.2、253.4、284.8、251.5、290.3、349.5、388.3、342.4、364.3、356.6、354.5、495.6、417.9、428.3、429.4、449.9、404.3、469.0、452.5、444.1、331.5、478.9、385.1、489.1、404.9、416.5、410.9、407.6、390.5、407.1、342.5、230.2、240.3、274.1、293.8と推移した。令和2年、3年は報告数が少なく、令和4年、5年とやや増加したが、以前に比べるとまだ少ない。

季節的には、従来冬と春先にピークを示していた。最近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。令和5年は年の前半の多発と、12月をピークとする冬の流行を示した。

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326.4（9,467）[北九州市353.6（8,486）]、福岡285.7（16,283）[福岡市211.6（6,135）]、筑豊223.2（2,455）、筑後306.3（7,046）で、前年と同様の傾向を示した。

罹患年齢は0～5か月0.9%、6～11か月5.9%、1歳15.8%、2歳13.1%、3歳11.4%、4歳11.0%、5歳9.4%、6歳7.1%、7歳5.3%、8歳4.1%、9歳3.0%、10～14歳7.4%、15～19歳1.4%、20～29歳1.3%、30歳以上2.9%で、年齢分布に大きな年次変化はない。0～3歳は47.1%（前年55.9%、前々年53.9%）で例年より減少している。1歳が最も多く、0歳も多いが、0～5か月は0.9%と少ない（「患者数」

は333人）。

男女比は1.14（男18,807人、女16,444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515例（前年791例、前々年917例、3年前957例、4年前663例、5年前907例）と変動している。推定食品として鳥刺、鳥タタキ、レバ刺、焼鳥、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3株で、耐性の報告はなかった。サルモネラは80例（前年108例、前々年169例、3年前148例、4年前92例、5年前113例）であった。群別ではO4群16例、O7群18例、O8群10例、O9群7例等で、今年O7群が最も多かった。腸管出血性大腸菌（EHEC）は16例（前年20例、前々年20例、3年前25例、4年前10例、5年前19例）で、O血清型はO121型5例（集団発生あり）、O157型11例であった。その他の大腸菌が多数報告されたが、ほとんどの病原因子は明らかではない。

ウイルスではロタウイルスが56例（前年19例、前々年15例、3年前25例、4年前1,386、5年前867例）で令和2年以降非常に少ない。年齢不詳を除き3歳以下が48%（前年84%、前々年54%、3年前64%、4年前76%、5年前78%、6年前76%、7年前90%、8年前86%）である。令和3年までは3歳以下が減少し、年長児、成人例が増加の傾向であった。令和4年は3歳以下が増加したが、令和5年は再び減少傾向を示している。ノロウイルスは定点から809例（前年803例、前々年498例、3年前1,197例、4年前946例、5年前773例）と前年並みであった。年齢不詳を除き3歳以下が78%（前年87%、前々年86%、4年前88%、4年前83%、5年前83%、6年前87%、7年前88%、8年前88%）で、小児科定点からの報告のためか乳幼児が多く、ロタウイルスのような年齢分布の変動は見られなかったが、令和5年は3歳以下がやや低下している。なお、ノロの検査キットは平成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2件（前年0件、前々年0件、3年前0件、4年前20件、5年前14件）、ノロウイルスが16件（前年12件、前々年5件、3年前8件、4年前13件、5年前33件）、サポウイルスが6件（前年1件、前々年1件、3年前0件、4年前7件、5年前13件）、アストロウイルスが5件（前年1件、前々年2件、3年前2件、4年前1件、5年前11件）など検出された。

表 定点（令和5年120定点）から報告された感染性胃腸炎の病原体

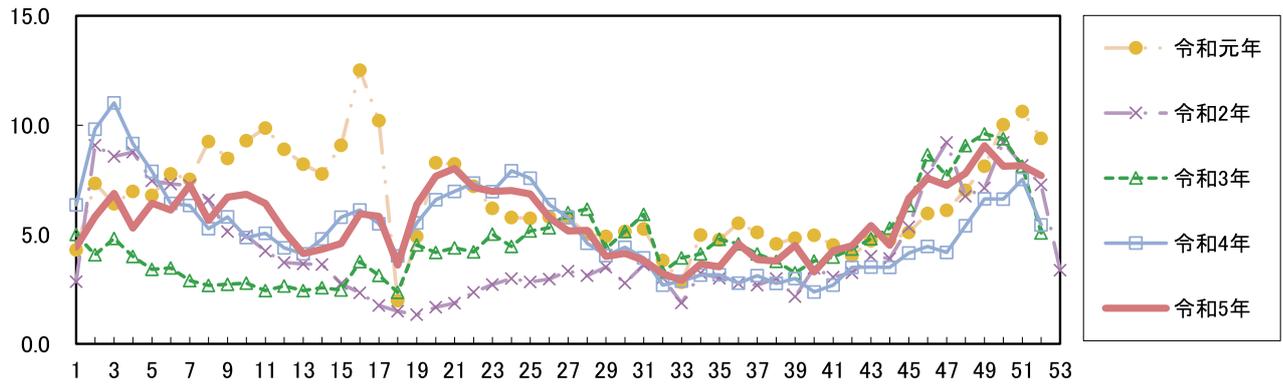
病原	年齢																計
	0~5 か月	6~11 か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10~ 14歳	15~ 19歳	20~ 29歳	30歳 以上	不詳	
<i>Campylobacter</i> ^{*1}	1	5	10	9	17	16	18	36	40	51	57	195	40	11	9		515
<i>Salmonella</i> O4群			2	1	2	1	2		2			5	1				16
O7群			3	1	1			1	1	1		9			1		18
O8群				2		2			1	2		3					10
O9群	2	1						1			2	1					7
群不詳・その他		1	3	4	1		2	1	3	3	1	8	1		1		29
<i>Yersinia</i>							2			1	1	5					9
<i>Aeromonas</i>					1	1		1		1	3	5					12
<i>Staphylococcus aureus</i>		2		1		1	1			1		2					8
EHEC O121,VT(+)					1		1	3									5
O157,VT(+)			2		1	1	2		2	1	1	1					11
その他の <i>E. coli</i>	8	22	34	20	18	18	15	8	7	11	12	15	1		2		191
Rota virus ^{*3}	1	4	11	7	4	12	8	3	1	3	1	1					56
Adeno virus ^{*2,3}	10	28	44	15	15	11	3			1		1					128
Noro virus ^{*3}	12	113	307	133	67	53	50	27	13	9	4	12	4		5		809
Rota virus（検査） ^{*4}				1	1												2
Adeno virus（検査） ^{*4}	1	1	2							2							6
Noro virus（検査） ^{*4}			9	1		1	1		1	2		1					16
Sapo virus（検査） ^{*4}			3	2		1											6
Astro virus（検査） ^{*4}			2	3													5

*1 *Campylobacter*と同時感染例：7例に*Salmonella*、4例に*Aeromonas*、2例に*Staphylococcus aureus*

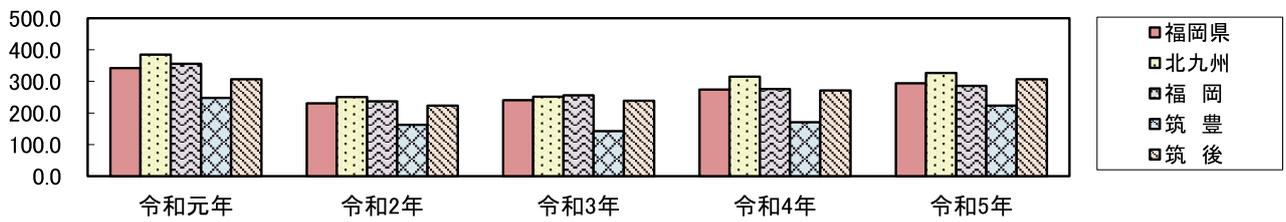
*2 アデノと同時感染例：9例にノロ

*3 定点からの情報による

*4 検査情報による



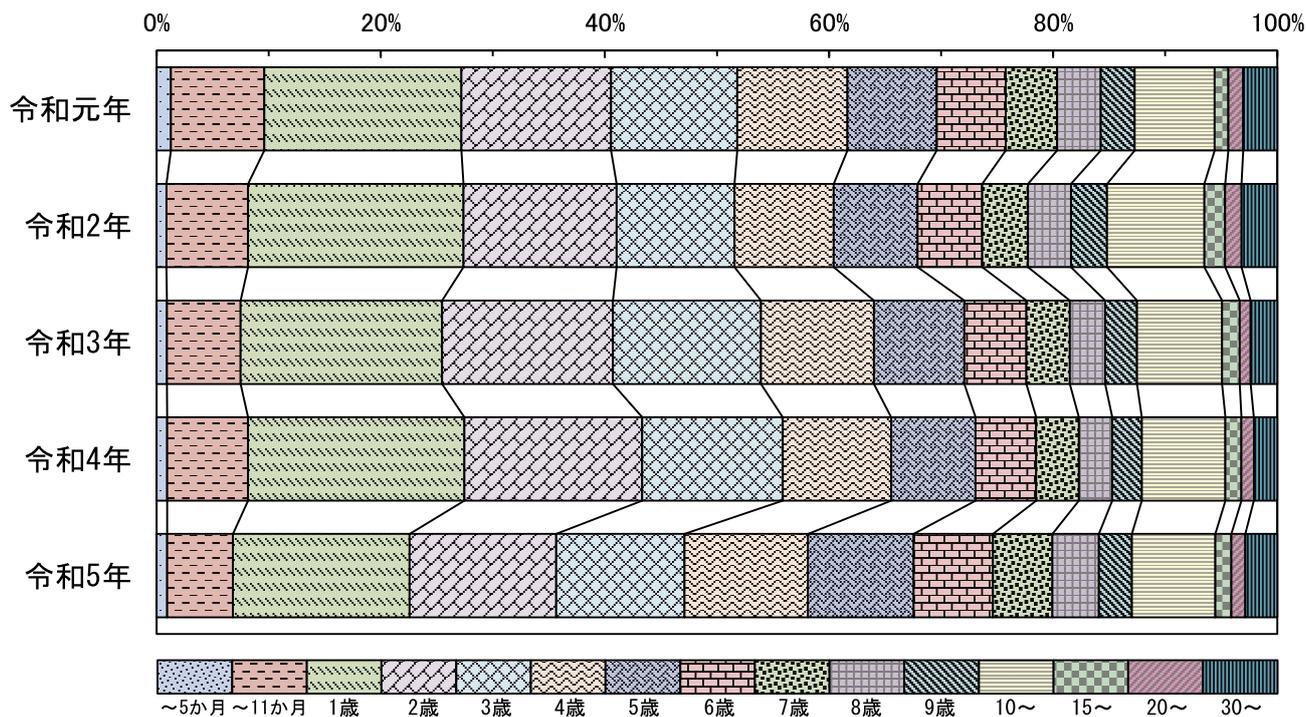
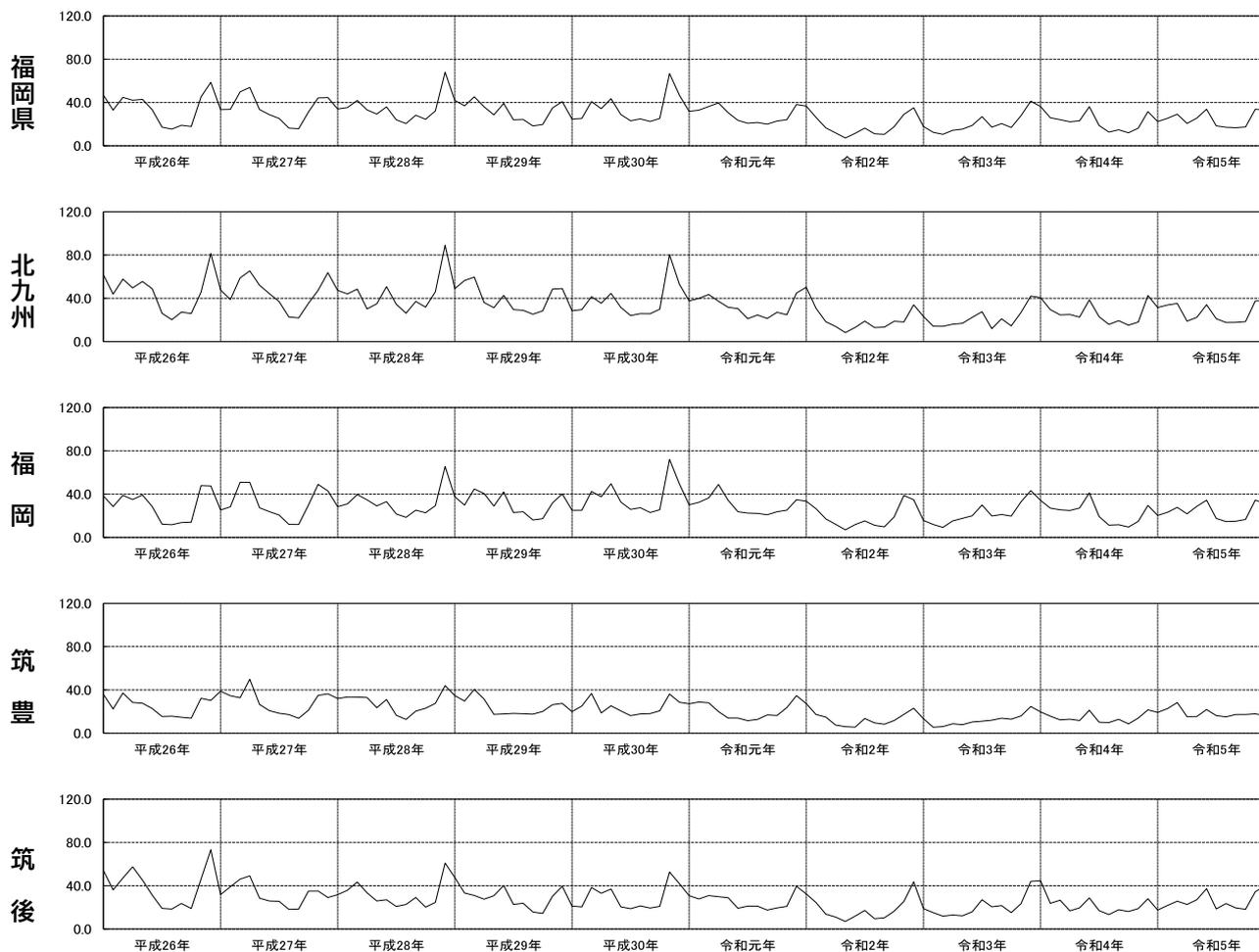
感染性胃腸炎の1 定点当たりの週別報告数推移



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）



7. 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7.7（921）であった（前年比1.40）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、193.2、143.3、166.3、133.9、154.4、153.2、157.0、113.8、113.4、86.0、122.6、103.5、99.9、107.3、86.2、96.2、85.2、84.1、87.0、118.2、121.4、117.1、117.2、112.1、106.6、119.1、102.6、99.5、96.3、108.3、109.3、83.9、91.7、75.4、32.0、26.3、28.0、23.2、27.6、17.6、7.9、5.5、7.7で調査開始後、最も少なかった前年より、わずかに増加した。

平成26（2014）年10月から開始されたワクチンの定期接種化の効果で、季節性は認められなくなった。

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6.0（173）[北九州市6.7(161)]、福岡地区8.8(501)[福岡市8.9(257)]、筑豊地区5.1（56）、筑後地区8.3（191）であった。全地区でわずかに増加した。

全国的に東京都、埼玉県、富山県、福井県、滋賀県、三重県、高知県、福岡県、熊本県、大分県が多かった。

罹患年齢は、0歳5.7%（昨年5.5%；6～11か月4.5%（同4.9%）、1歳11.6%（同12.5%）、2歳4.5%（同6.2%）、3歳6.5%（同6.4%）、4歳6.9%（同7.3%）で4歳までが35.2%（同37.8%）とわずかに減少した。定期接種となっていなかった2013年と今年の年齢別割合の比は、1歳0.54（2023年11.6/2013年21.6）、2歳0.23（同4.5/20.0）、3歳0.39（同6.5/16.7）、4歳0.53（同

6.9/13.1）と5歳未満は年々減少し、定期接種の効果が確認できる。一方、8歳7.36（同10.3/1.4）、9歳10.9（同8.7/0.8）、10歳～14歳14.1（同18.3/1.3）となり定期接種の対象外である10歳以上では、定期接種化の効果は認められていない。

男女比は1.25であった。

家族の帯状疱疹が感染源と推定された11例（祖母2例、母親6例、父親2例、同胞1例）が報告された。水痘が感染源と推定されたのが3例で兄2例、姉1例であった。

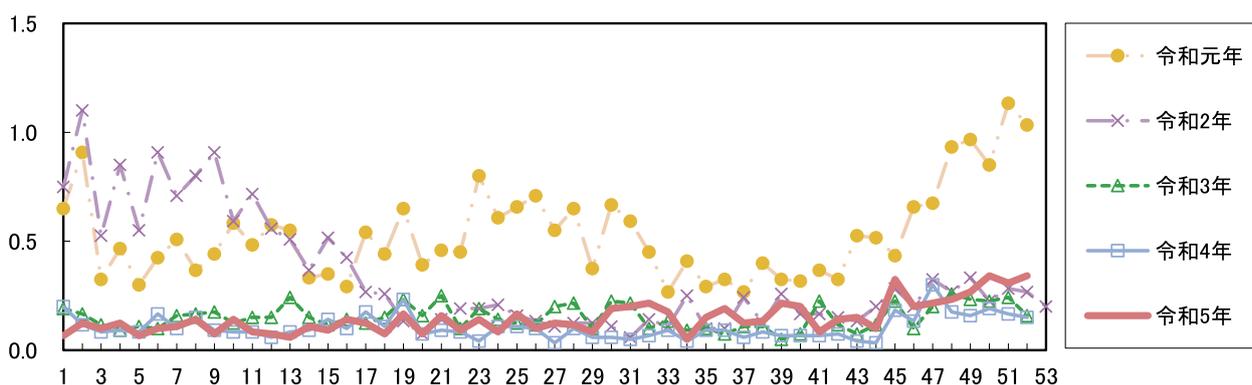
併発症の報告はなかった。

ワクチン接種後の罹患報告例は、361例（昨年314例）と増加した（前年比1.15）。罹患年齢は、1歳9.4%（昨年11.5%）、2歳3.0%（同5.4%）、3歳6.9%（同5.1%）、4歳5.3%（同7.0%）、5歳9.1%（同7.6%）と5歳までで全体の33.8%（昨年36.6%）を占めた。頻度は、患者1,000人当たり391（昨年408）と前年よりわずかに減少した。

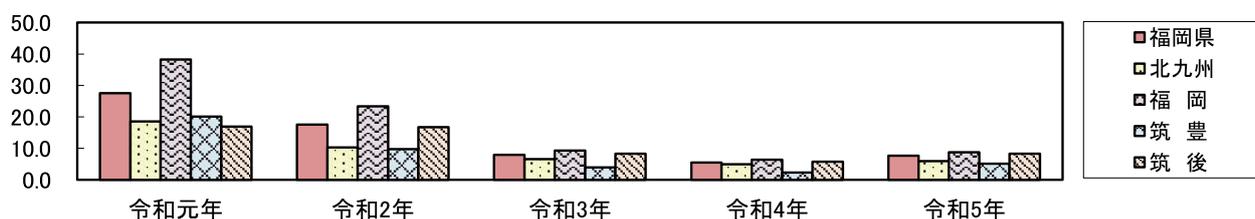
ワクチン接種後から発症までの期間は、1年以内10.2%（昨年16.6%）、1～2年以内5.0%（同4.1%）、2～3年以内6.4%（同4.8%）、3～4年以内6.6%（同8.9%）、4～5年以内8.0%（同7.6%）、5年以上は47.9%（同45.2%）となった。軽症が82.4%（昨年78.7%）であった。

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

2回目の接種を忘れずに！



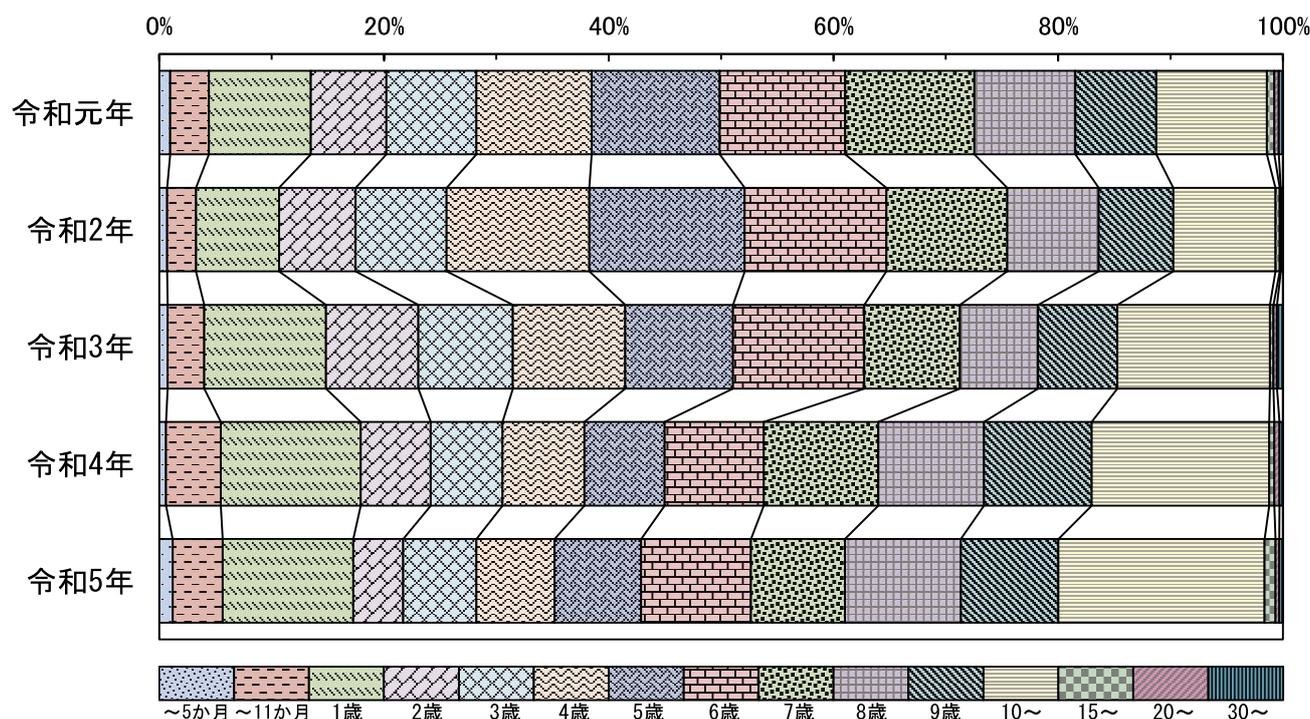
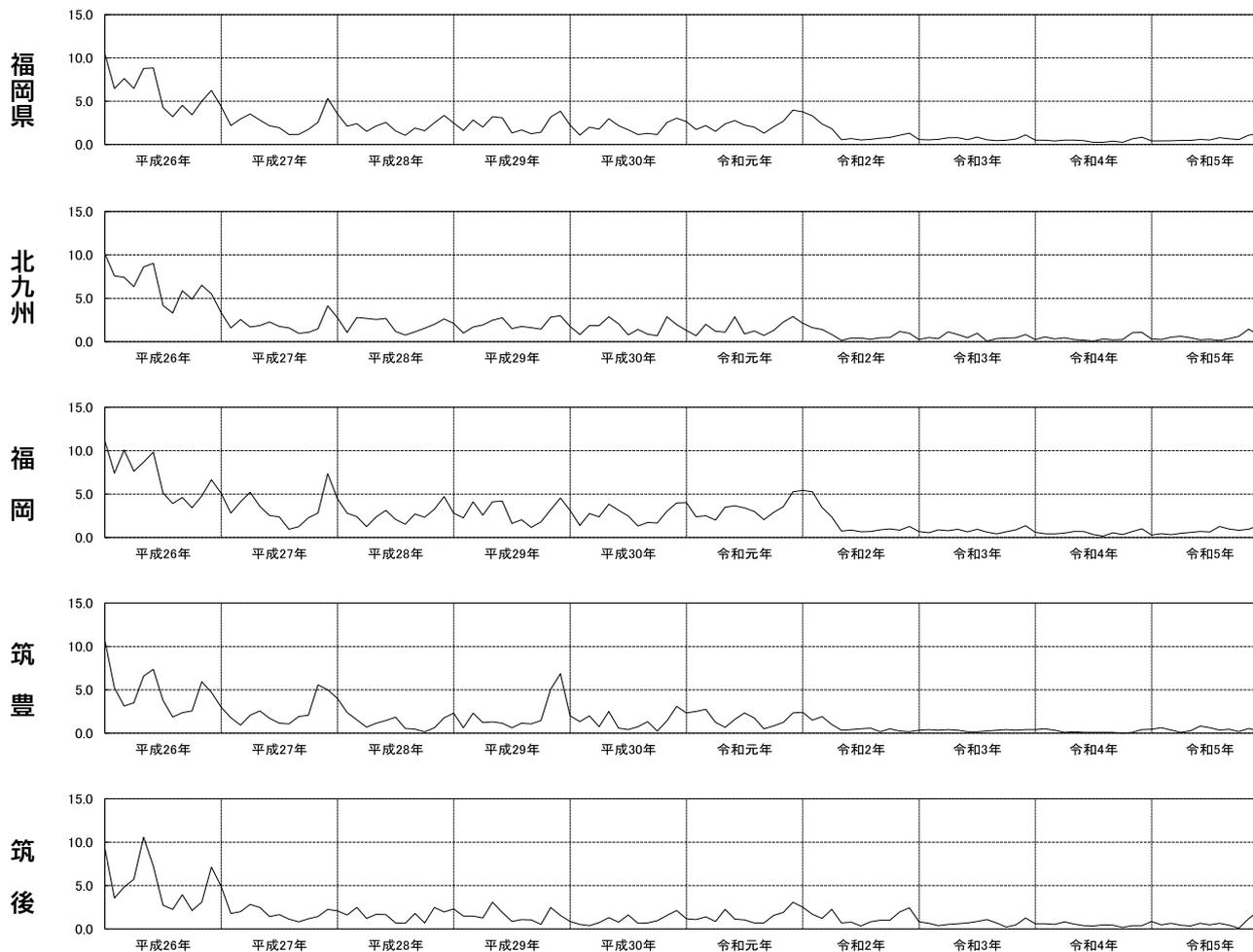
水痘の1定点当たりの週別報告数推移



水痘のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

水痘

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



8. 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68.1(8,166人)で、前年より倍増した(前年比2.16)。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間報告数は、13.8、88.3、41.3、37.2、31.4、14.7、90.9、26.3、9.1、85.0、5.4、37.5、24.5、28.3、91.4、21.9、20.5、42.9、16.6、114.9、121.4、7.5、76.8、62.8、19.3、18.8、70.3、43.1、77.6、49.1、229.6、9.2、129.0、72.7、144.9、31.3、118.8、96.0、168.1、10.6、91.2、31.6、68.1と前年より増加した。

季節性は、流行年ほど目立たないが、7月～10月になだらかなピークが認められた。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区50.7（1,469）[北九州市50.9（1,222）]、福岡地区73.4（4,184）[福岡市66.3（1,923）]、筑豊地区49.1（540）、筑後地区85.8（1,973）で、4地区とも大きく増加した。

都道府県別では、新潟県、茨城県、福井県、島根県、山口県、福岡県、佐賀県、熊本県、宮崎県が多かった。

年齢割合は、0歳9.1%（昨年10.2%）、1歳35.7%（同44.2%）、2歳22.3%（同23.4%）、3歳13.4%（同11.3%）、4歳8.1%（同5.7%）、5歳5.8%（同2.9%）、6歳2.8%（同1.1%）、7歳1.0%（同0.3%）、8歳0.5%（同0.3%）、9歳0.6%（同0.3%）、10～14歳0.6%（同0.2%）で、0～5歳までの乳幼児が94.3%（同97.7%）であった。

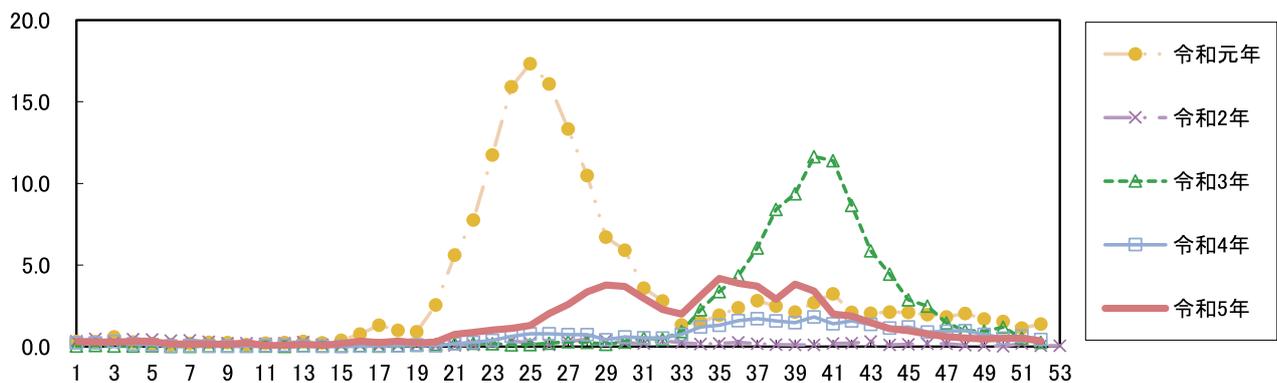
男女比は1.22であった。

35週に保育園での流行で24人報告された。

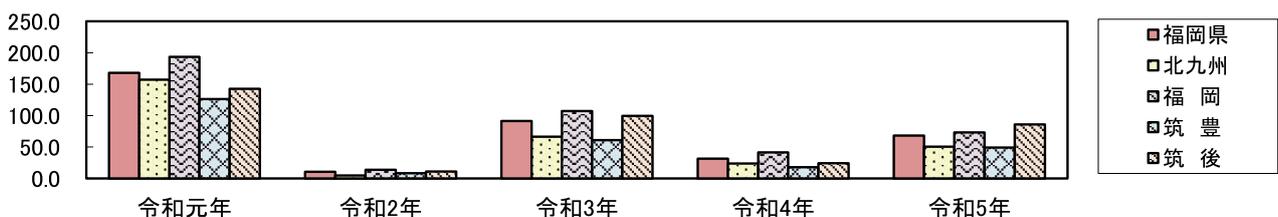
併発症の報告はなかった。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの49検体中30件からウイルスが検出された。コクサッキーウイルスA6型が14件と昨年と同様に最も多く、次いでエンテロウイルス71型が8件、コクサッキーウイルスA10型が4件であった。

全国的には、2023年はエンテロウイルス71型が最も多く、次いでコクサッキーウイルスA6型、コクサッキーウイルスA16型が多かった。



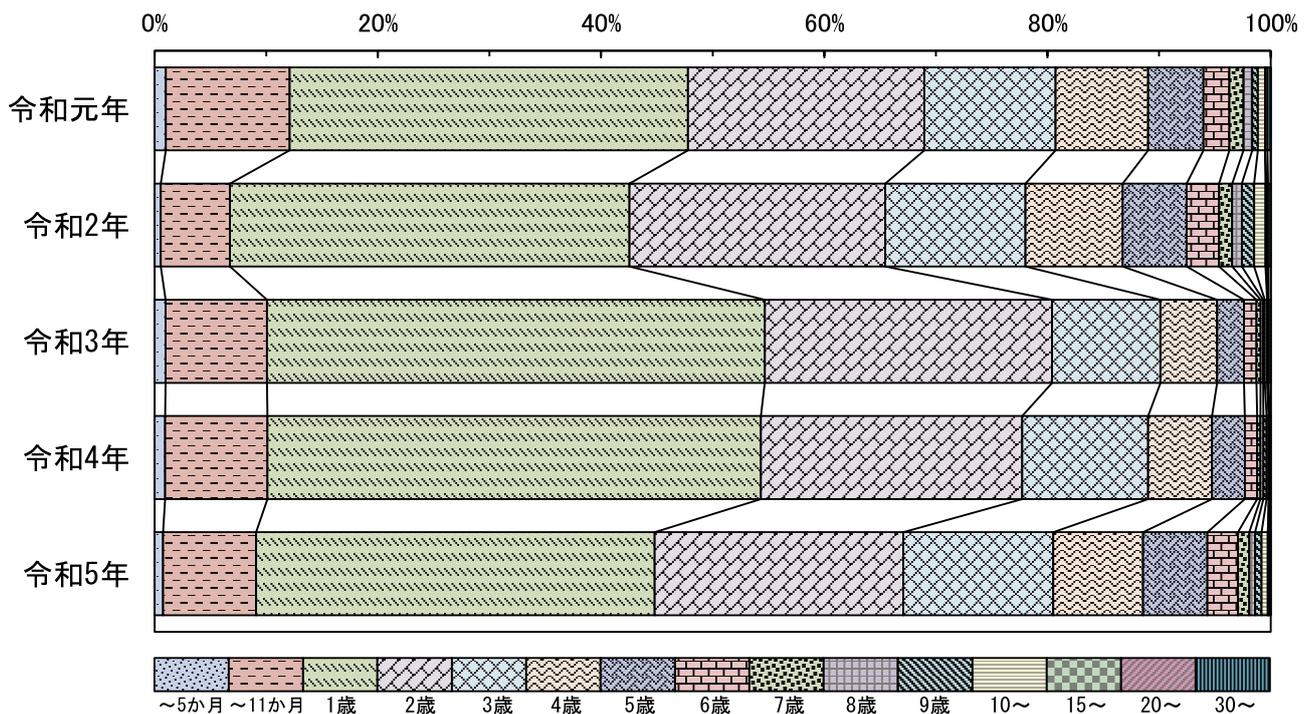
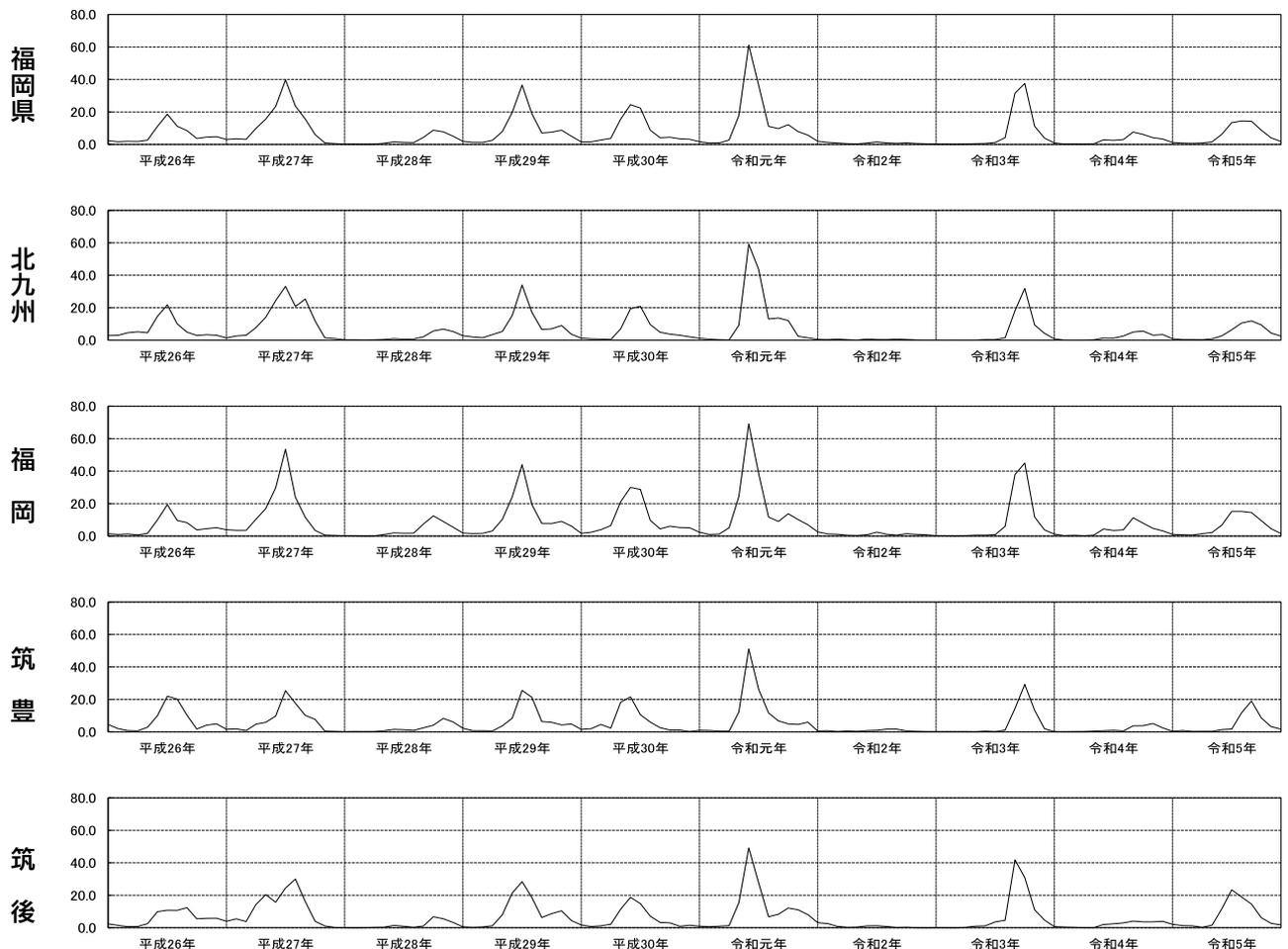
手足口病の1定点当たりの週別報告数推移



手足口病のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

手足口病

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



9. 伝染性紅斑 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.5(59人)で前年と変化はなかった(前年比0.92)。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、42.6、13.0、6.0、1.5、0.7、8.6、69.3、3.8、1.1、1.6、17.6、43.2、3.3、2.5、12.4、30.9、10.0、7.1、9.0、15.8、37.0、8.7、4.4、13.8、38.0、19.5、11.4、3.1、1.4、41.9、37.3、1.6、1.1、4.4、44.0、17.4、2.9、7.1、64.8、9.2、0.9、0.5、0.5となり、調査開始後最も少なかった。

季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区0.6（18）[北九州市0.6（15）]、福岡地区0.2（14）[福岡市0.3（10）]、

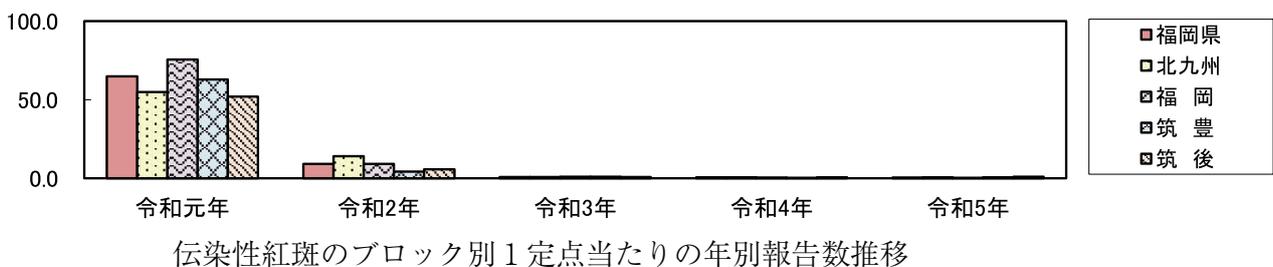
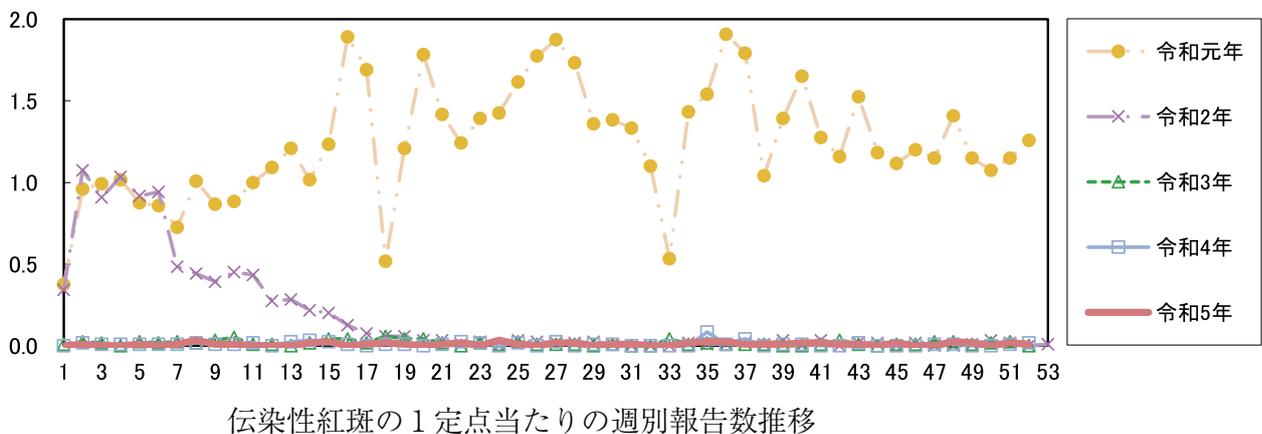
筑豊地区0.5（6）、筑後地区0.9（21）であった。

全国的には、岩手県、福島県、茨城県、東京都、神奈川県、静岡県、福井県、高知県、大分県、鹿児島県が多かった。

年齢割合は0～5か月0.0%（昨年0.0%）、6～11か月5.1%（同9.4%）、1歳20.3%（同18.8%）、2歳13.6%（同21.9%）、3歳16.9%（同7.8%）、4歳16.9%（同15.6%）、5歳8.5%（同10.9%）、6歳8.5%（同3.1%）、7歳3.4%（同7.8%）、8歳1.7%（同4.7%）、9歳0.0%（同0.0%）、10～14歳5.1%（同0.0%）、15歳以上0.0%（同0.0%）で、10歳未満が94.9%であった。

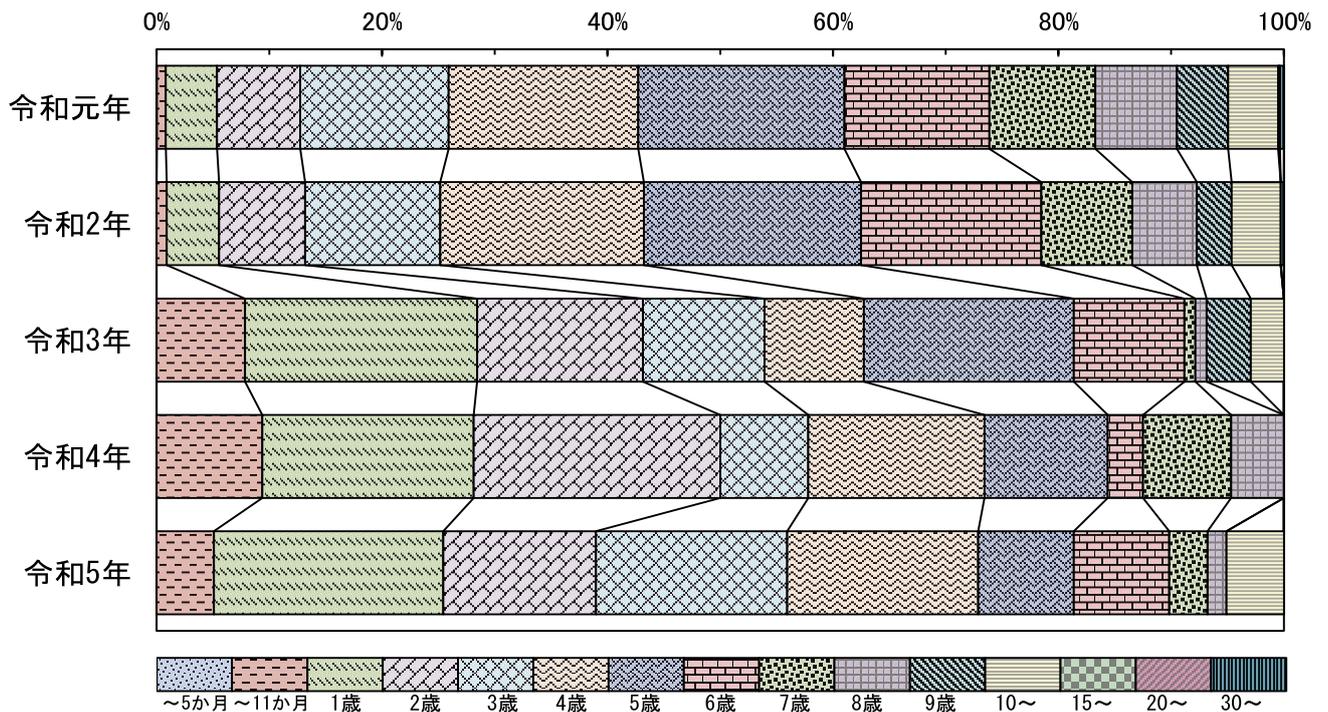
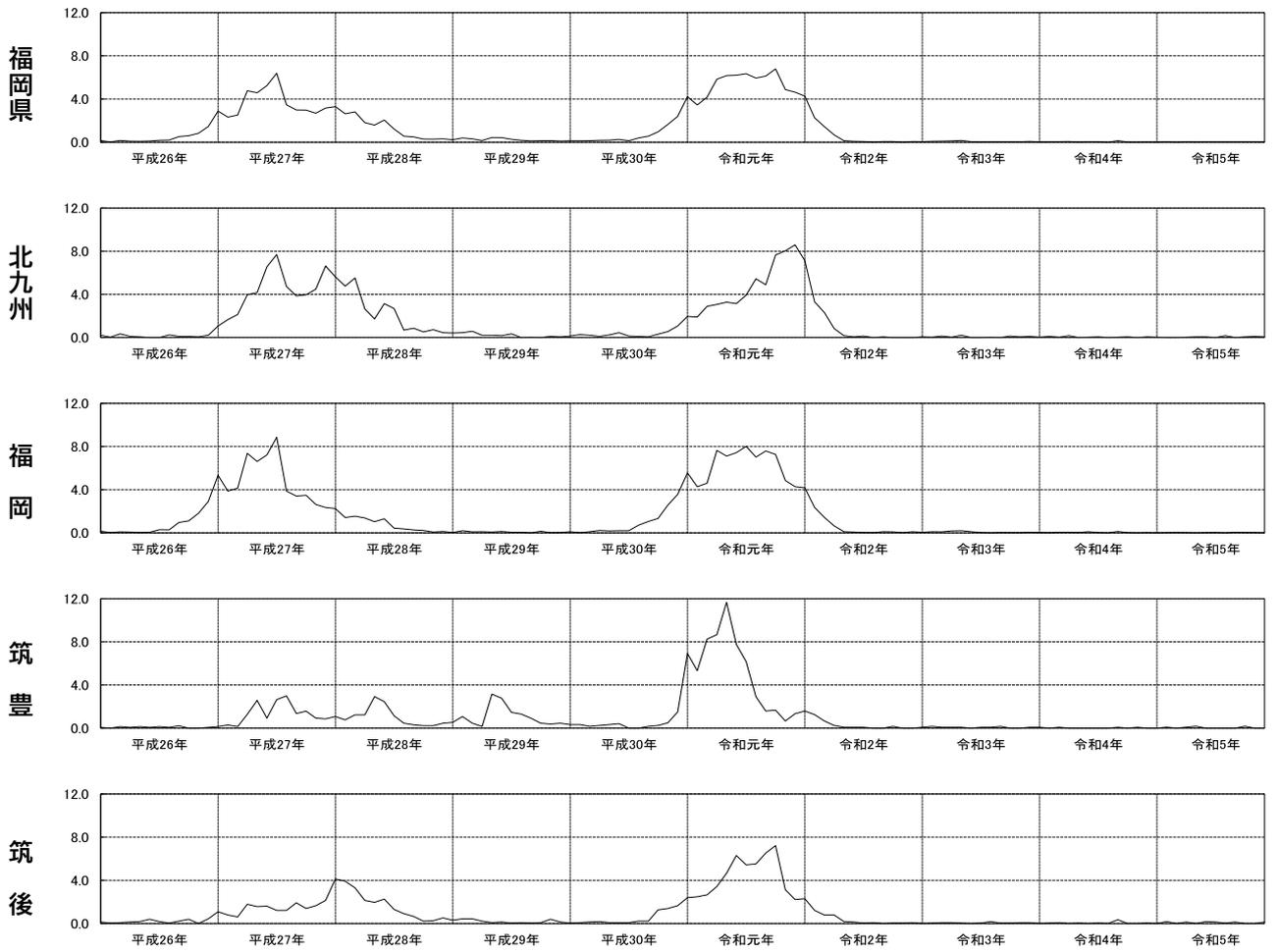
男女比は0.84であった。

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）



10. 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19.2（2,308人）で、前年よりやや減少した（前年比0.78）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、46.4、63.0、63.1、59.1、57.9、60.7、58.2、49.6、48.5、49.0、44.3、47.5、46.8、56.1、54.6、52.0、48.8、45.9、46.4、52.3、60.8、57.4、53.5、51.1、51.4、46.7、46.8、47.4、46.2、43.4、43.7、42.1、41.6、43.3、41.1、35.6、33.2、34.2、31.0、32.7、30.0、24.5、19.2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り、今後の動向を注視していく必要がある。

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

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区15.7（454）[北九州市15.2（364）]、福岡地区19.4（1,107）[福岡市

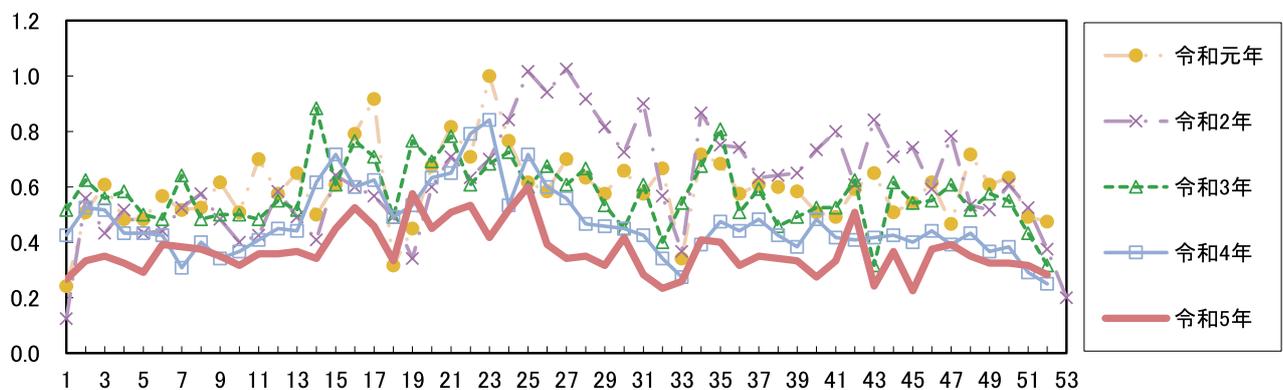
18.4（534）]、筑豊地区18.6（205）、筑後地区23.6（542）で、例年と同じく筑後地区がやや多い。

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

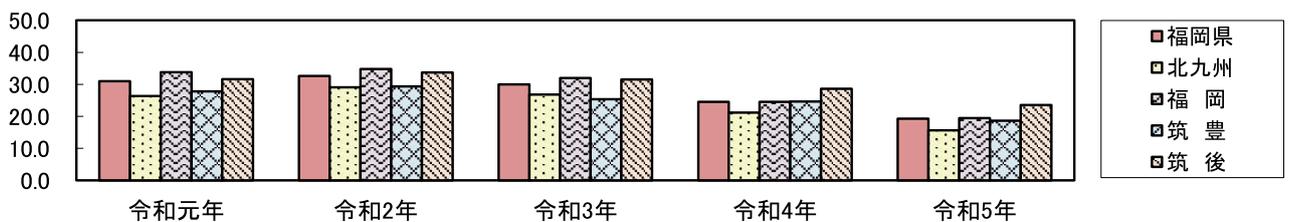
年齢割合は0～5か月1.0%（昨年1.3%）、6～11か月26.6%（同29.7%）、1歳57.6%（同57.7%）と0歳児が27.7%（同31.0%）であった。0歳児の割合は、平成17年以降72.9%、70.5%、67.3%、65.5%、63.8%、59.9%、57.6%、53.4%、50.1%、48.6%、47.6%、46.4%、40.8%、40.0%、37.2%、35.9%、32.2%、31.0%、27.7%と少しずつ減少している。相対的に1歳の割合が増加し、5年連続50%以上となった。

男女比は1.05であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



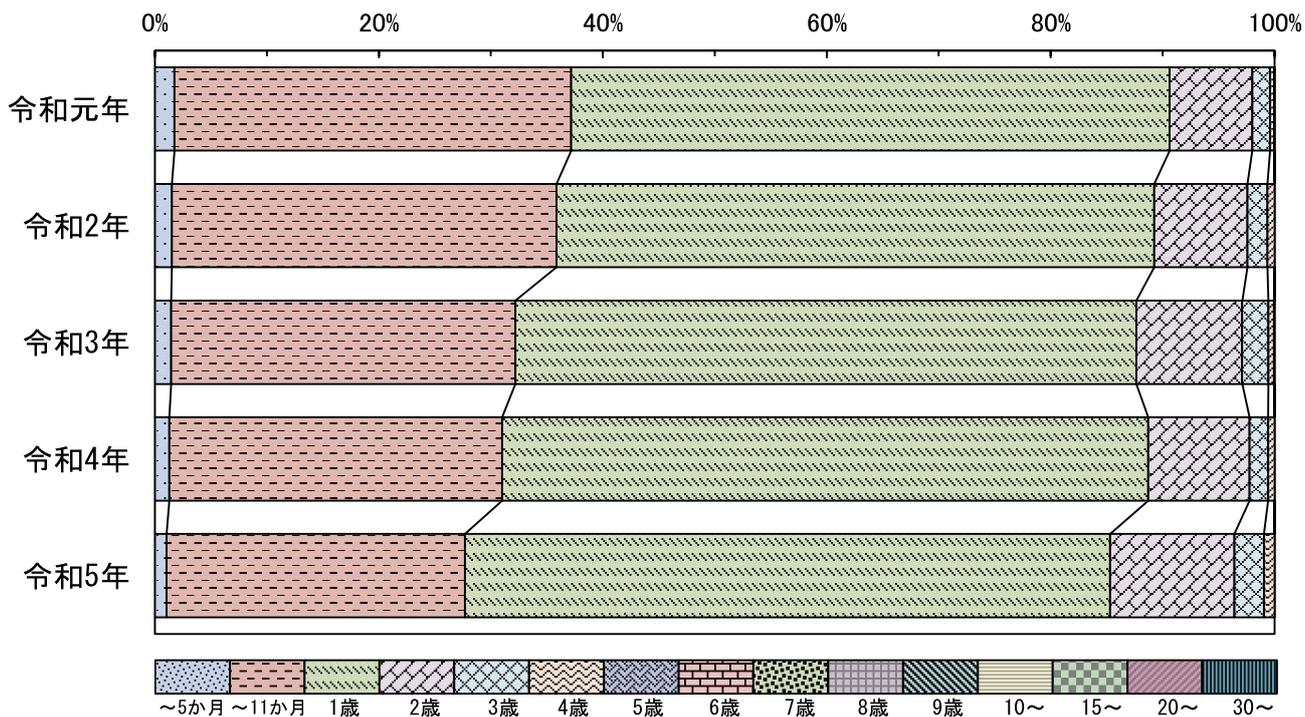
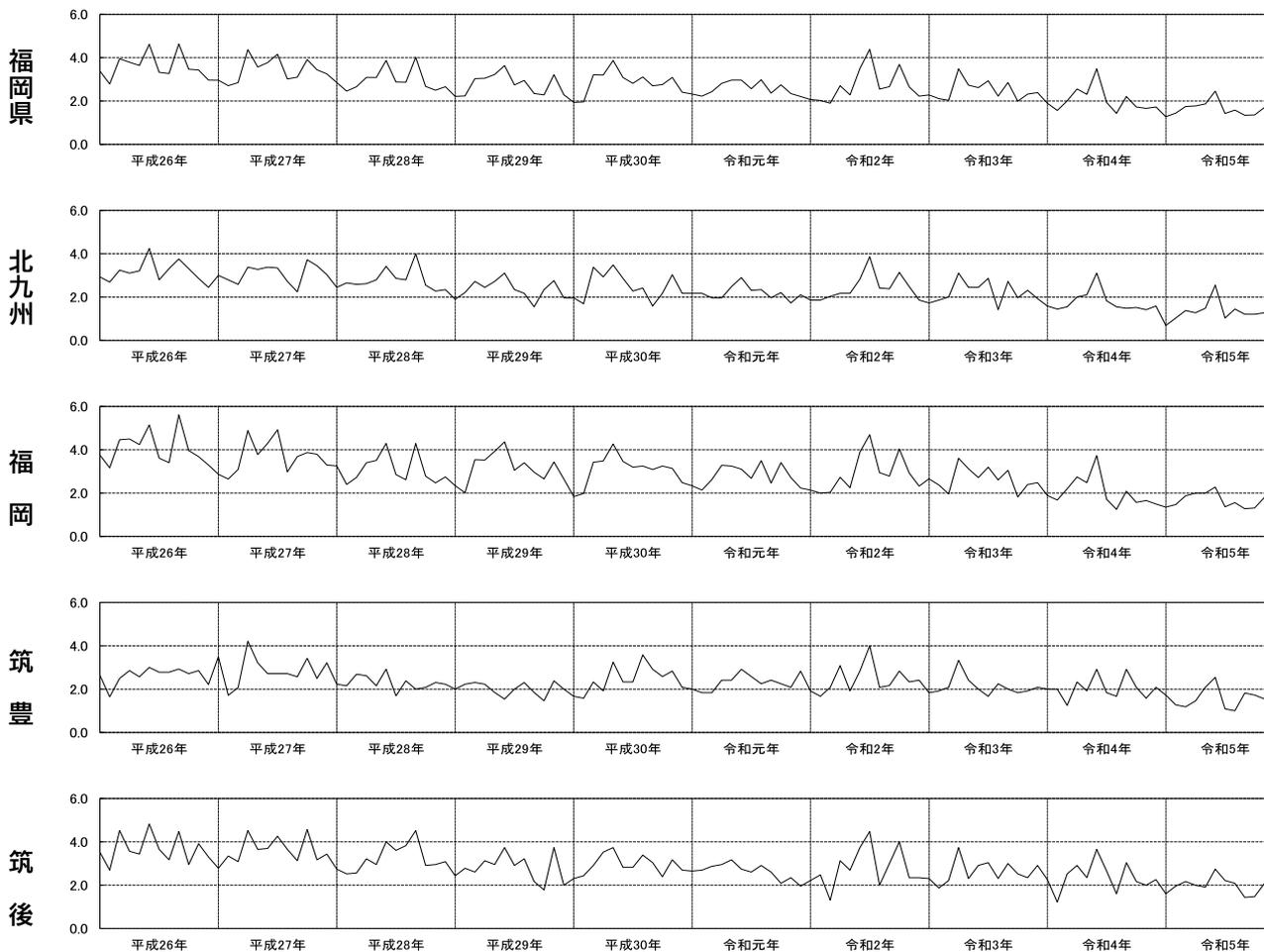
突発性発しんの1定点当たりの週別報告数推移



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）



11-1. 百日咳 [小児科定点]

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

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は0.1(14人)で、前年より2人増加した(前年比1.17)。昭和56年(1981年)からの1定点当たり年間患者数は11.6、13.6、11.0、9.6、5.4、6.3、12.8、8.0、9.2、15.0、22.1、15.2、11.6、12.9、6.2、8.9、3.6、2.2、2.6、2.3、1.3、1.1、0.9、1.7、1.5、1.3、1.8、4.3、4.5、3.1、3.3、2.0、0.9、1.7、1.2、1.5、1.0、1.1、3.3、0.4、0.2、0.1、0.1で、報告開始後最も少なかった前年よりわずかに増加した。

季節性は、確認できなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は、北九州地区0.0 (0) [北九州市0.0 (0)]、福岡地区0.2 (14) [福岡市0.3 (10)]、筑豊地区0.0 (0)、筑後地区0.0 (0) であった。

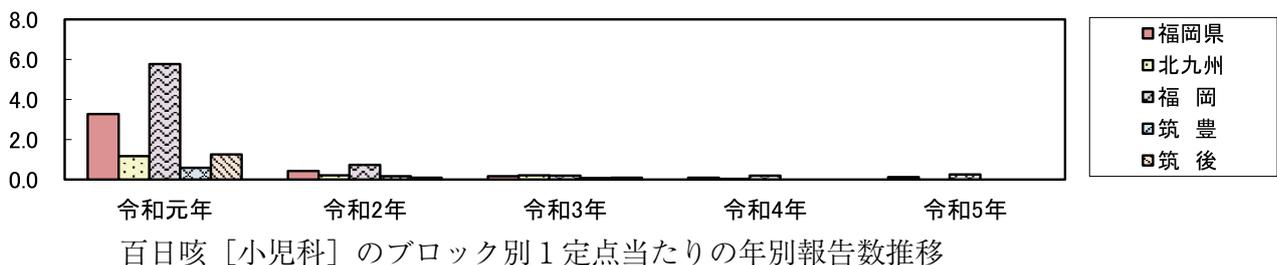
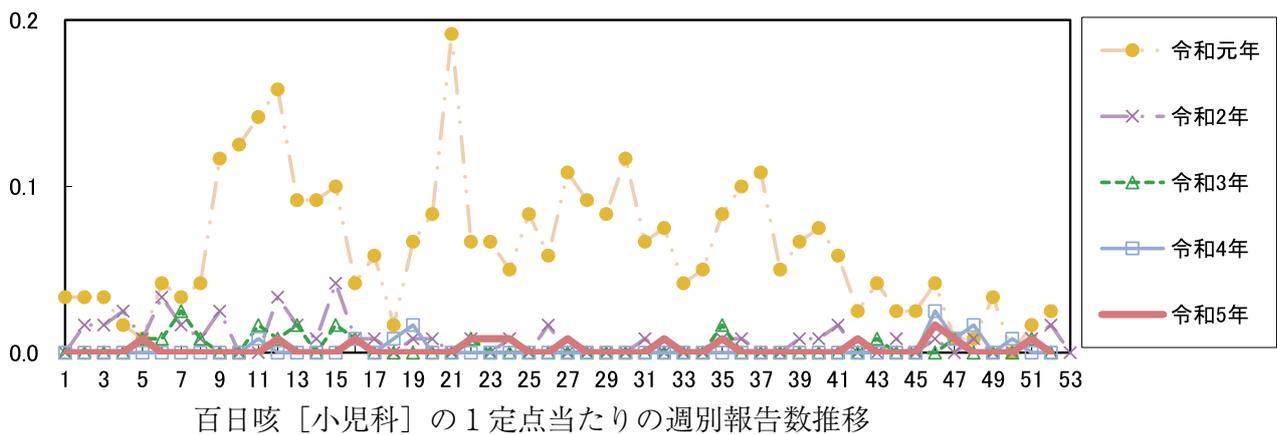
年齢割合は、0～5か月0% (昨年8.3%)、6～11

か月0% (同0%) となり、0歳児は0% (同8.3%) で昨年より減少した。1歳35.7% (同8.3%)、2歳0% (同0%)、3歳7.1% (同0%)、4歳0% (同0%)、5歳7.1% (同0%)、6歳0% (同0%)、7歳14.3% (同0%)、8歳0% (同0%)、9歳0% (同16.7%) であった。10～14歳14.3% (同33.3%)、15～19歳は0% (同25.0%)、20歳代0.0% (同0%)、30歳以上21.4% (同8.3%) と10歳以上は全体の35.7% (同66.7%) であった。平成12年以降10歳以上の割合は、5.5%、10.6%、12.6%、9.9%、14.3%、36.6%、55.1%、59.7%、65.0%、64.6%、68.5%、63.3%、57.2%、47.2%、52.7%、46.2%、44.0%、37.7%、35.1%、35.6%、33.3%、45.0%、66.7%、35.7%となっている。

男女比は1.00であった。

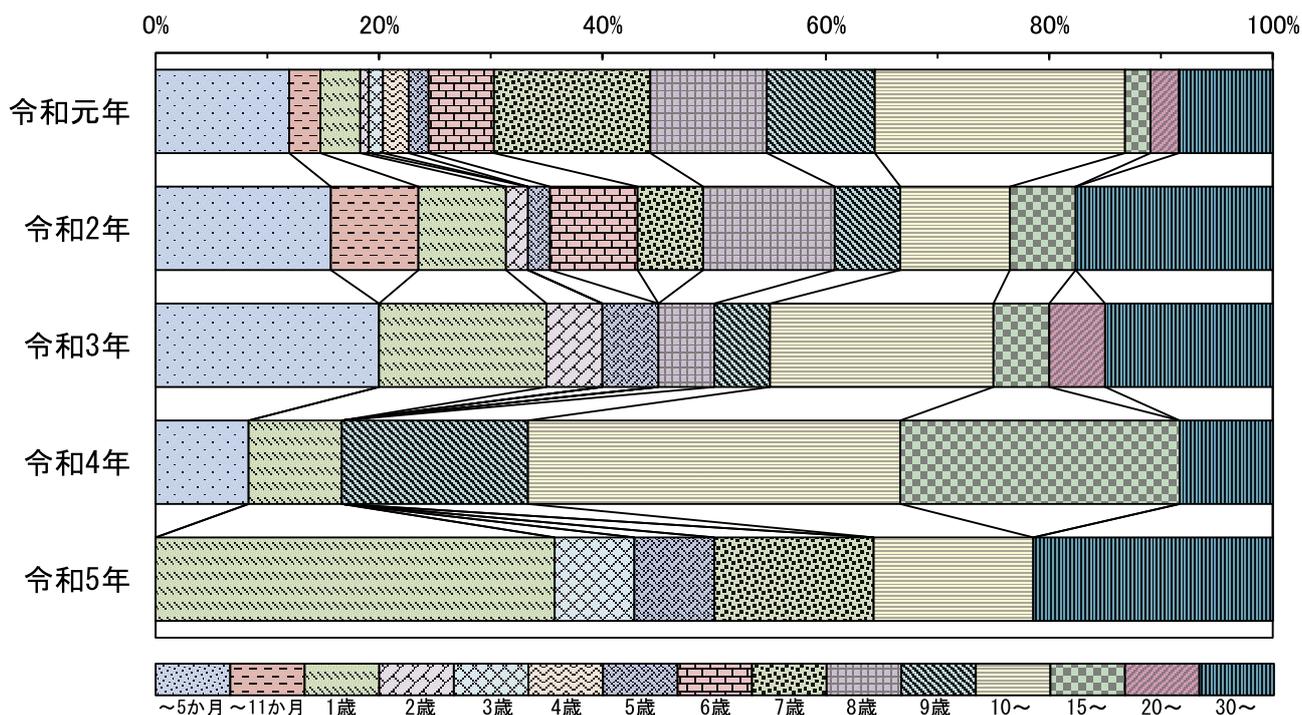
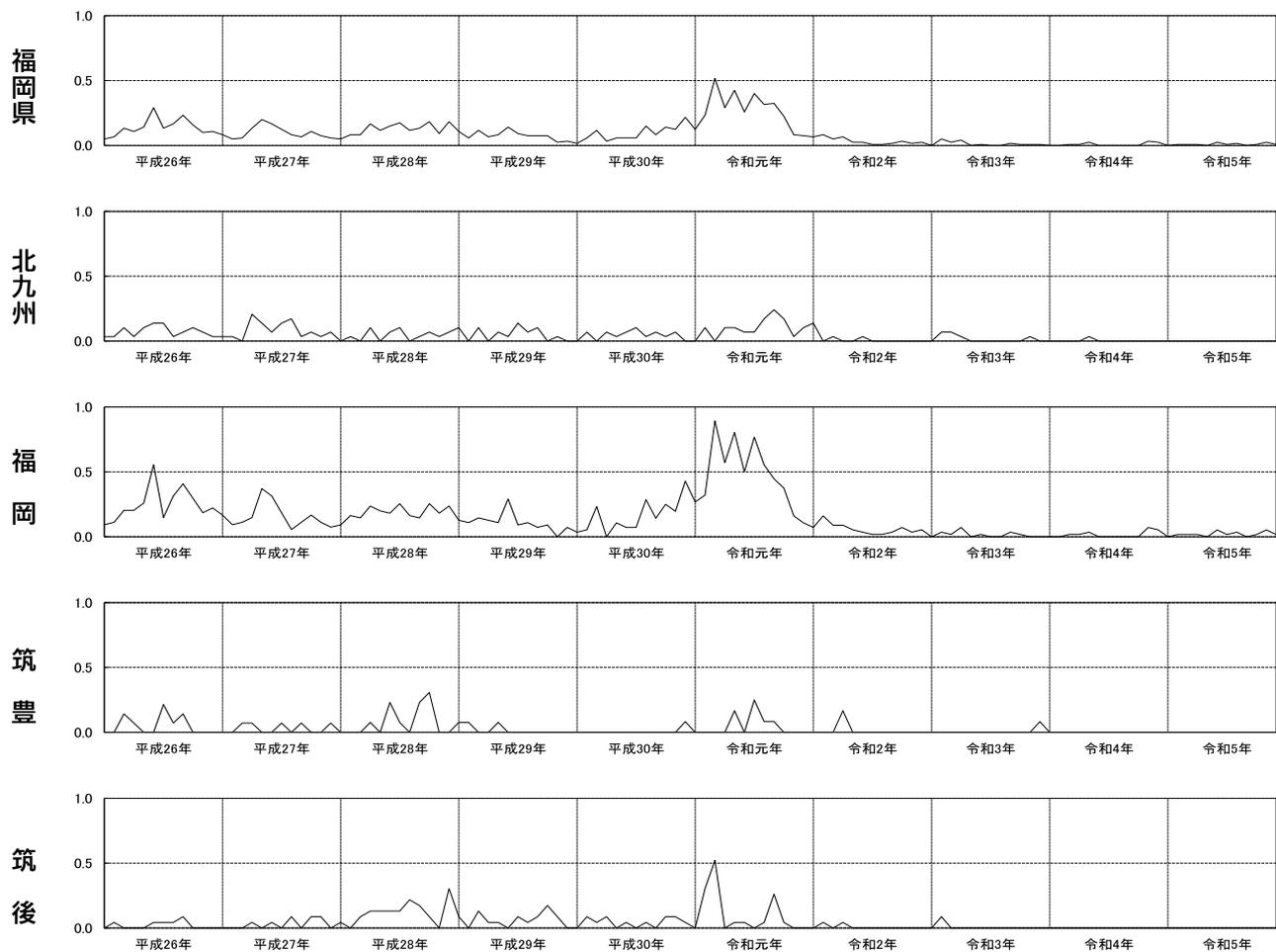
生後3か月未満児は0例 (前年1例) であった。診断は抗原陽性が2例、IgM抗体陽性が2例、IgA抗体陽性が1例、PT-IgG抗体価高値が3例であった。

令和5年4月から4種混合ワクチンの接種開始月齢が生後2か月からとなった。令和6年4からは、4種混合ワクチンにヒブワクチンが追加された5種混合ワクチンが定期接種となる。できるだけ早く3回までは終了しておくことが望まれる。



百日咳 [小児科]

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)



11-2. 百日咳 [5類全数]

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

2019年（令和元年）～2023年（令和5年）の週別報告数を図1に示す。2023年は24人（昨年25人）が報告された。

2019年（令和元年）～2023年（令和5年）のブロック別報告数を図2に示す。2023年は、昨年同様に

福岡地区が最多で19例（昨年21例）で、全体の79.1%（同84.0%）を占めた。

年齢別では、2023年は60代以上が最多で6例（25.0%）あった（前年は10歳代が最多で9例（36.0%））（図3）。

予防接種歴別の報告では、百日咳含有ワクチン4回接種済みの患者（接種歴不明を除く）が69.2%（昨年64.3%）を占めた（図4）。

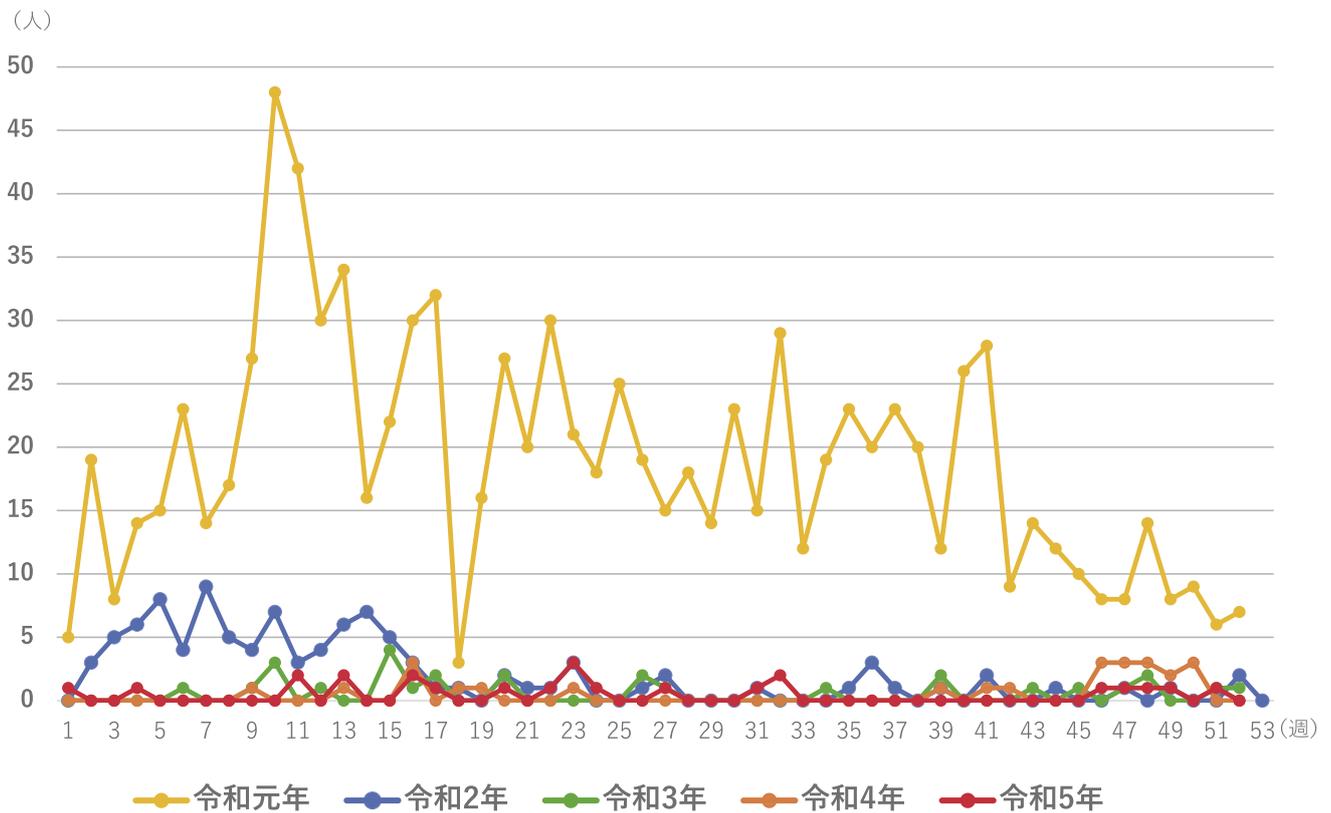


図1. 百日咳 [全数] の週別報告数の推移

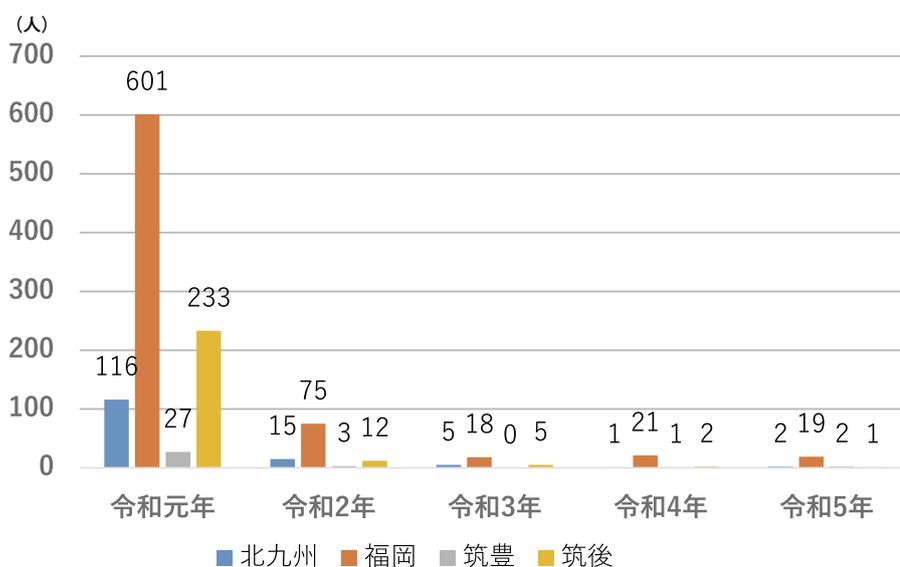


図2. 百日咳 [全数] のブロック別報告数

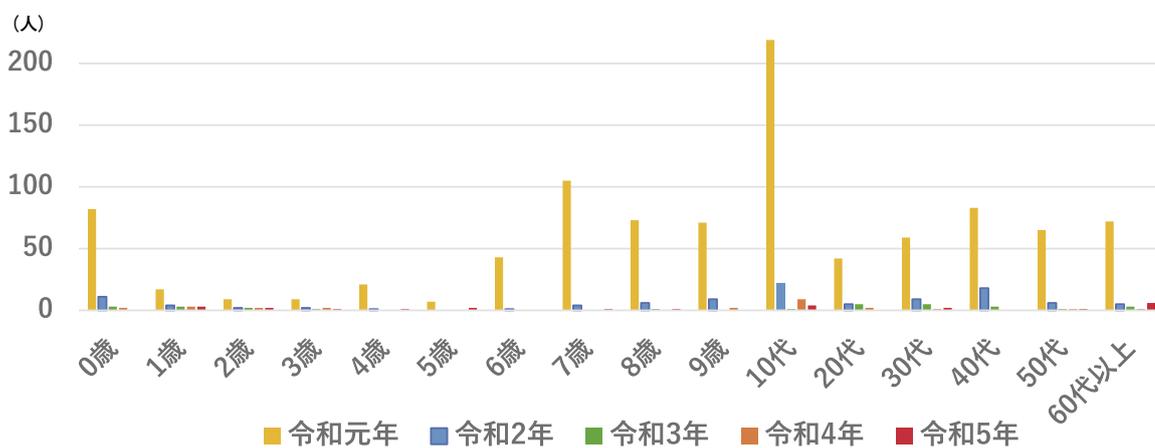


図3. 百日咳 [全数] の年齢別報告数

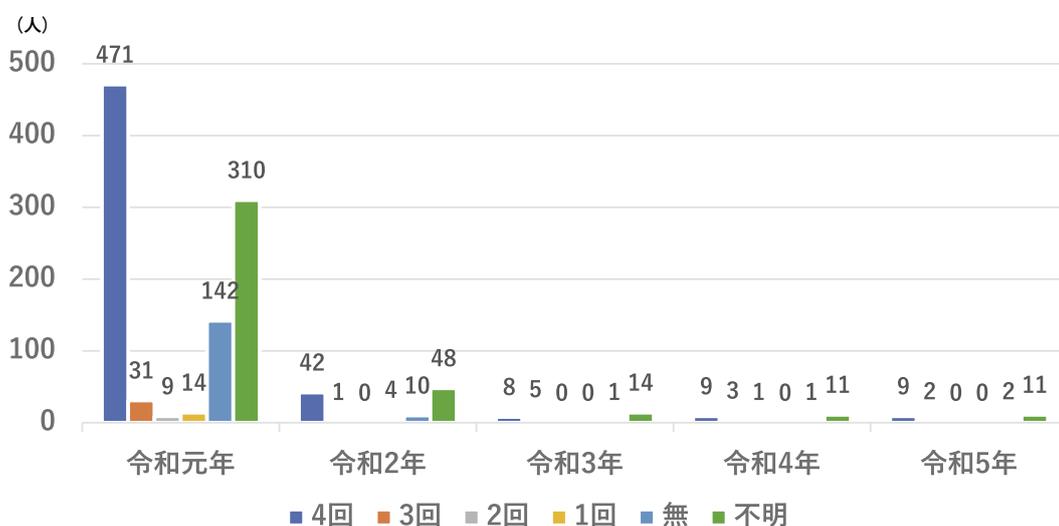
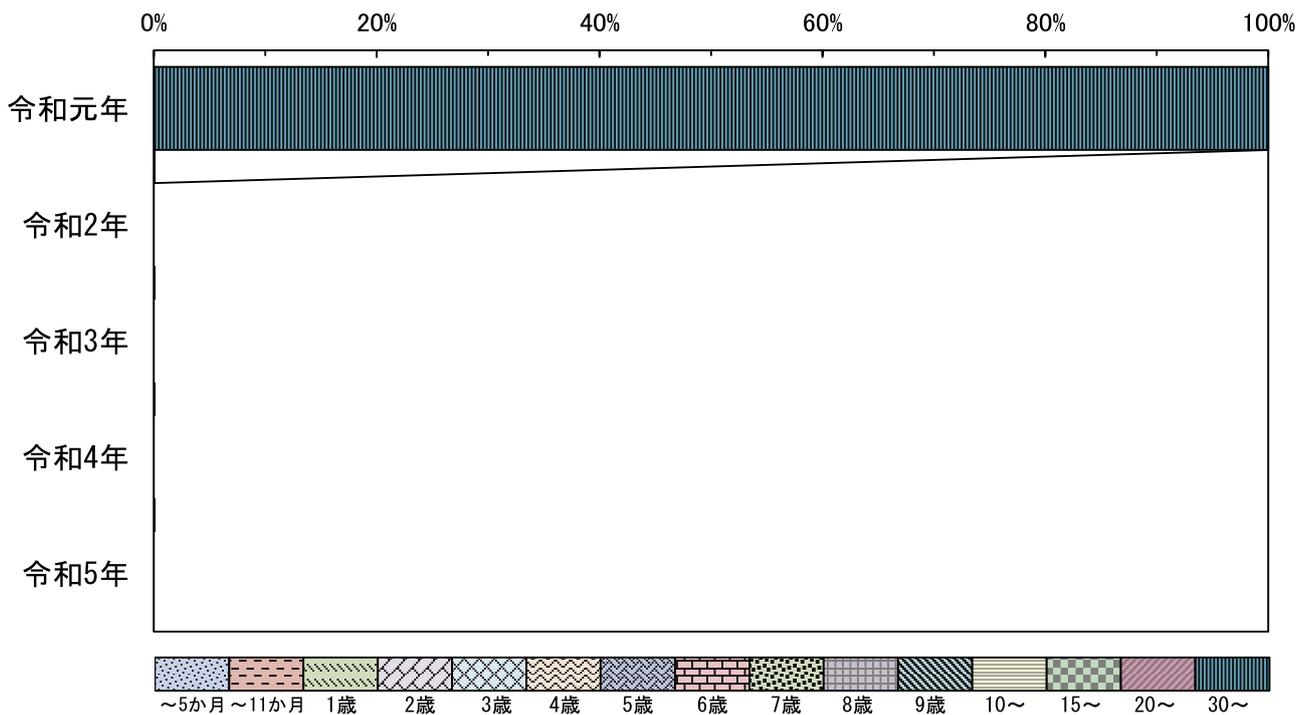
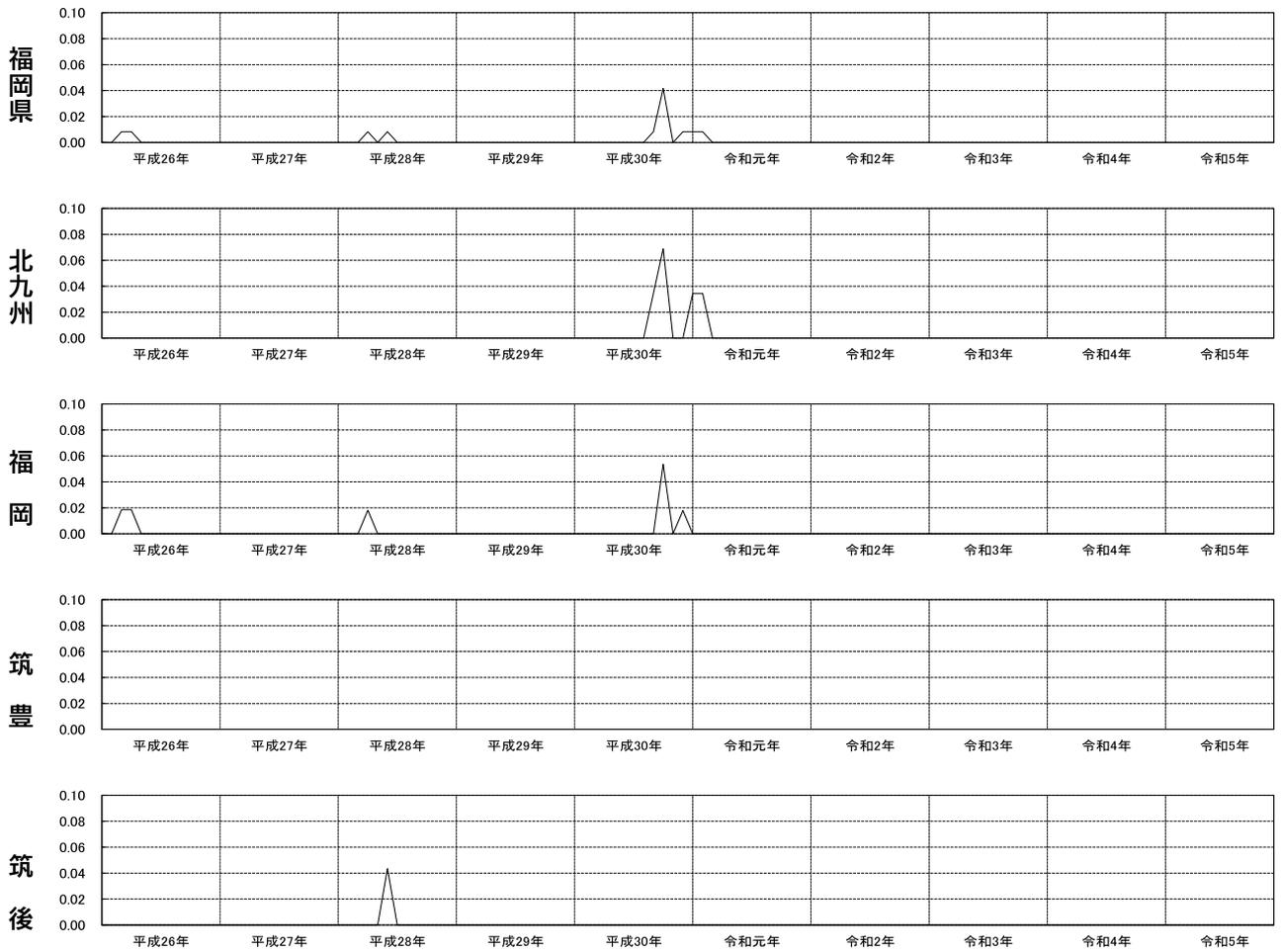


図4. 百日咳 [全数] の予防接種歴別報告割合

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）



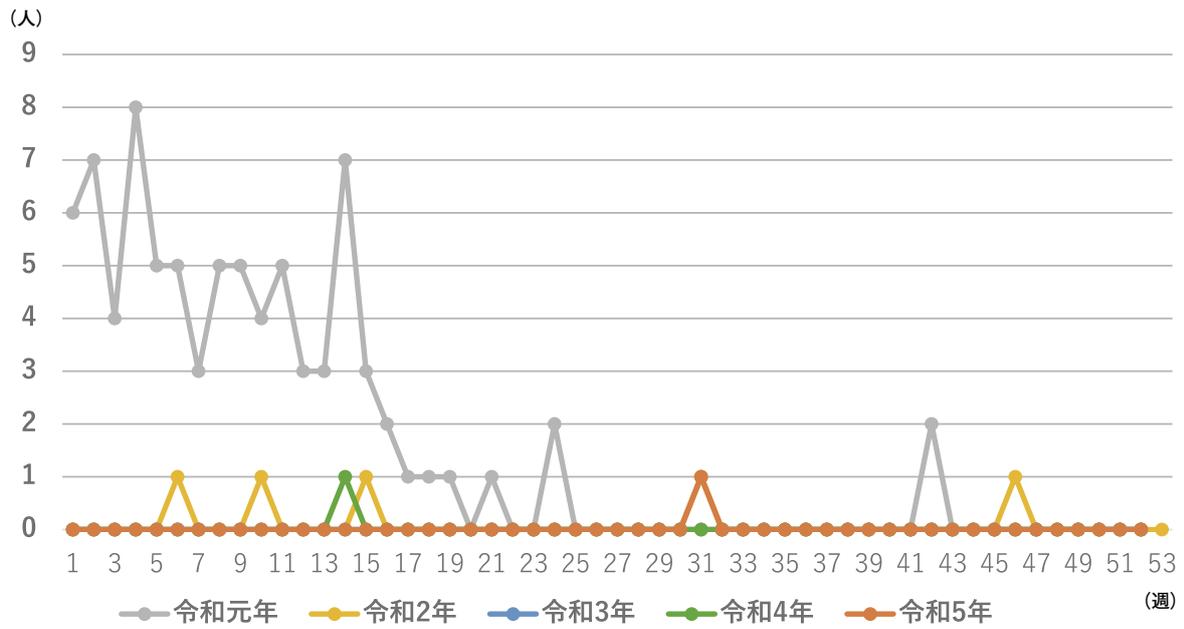


図1. 風しん [全数] の年別・週別報告数

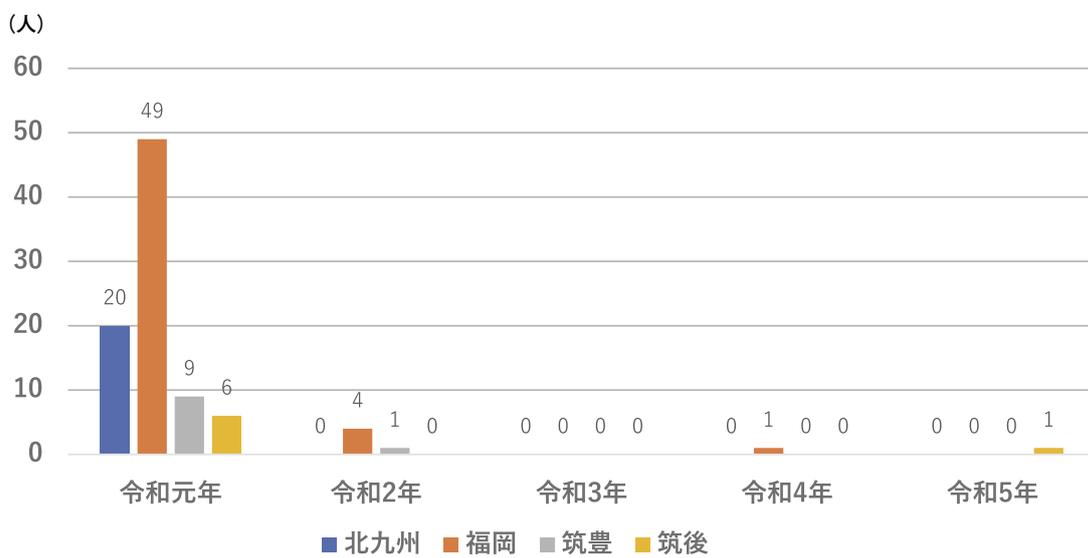


図2. 風しん [全数] の年別・ブロック別報告数

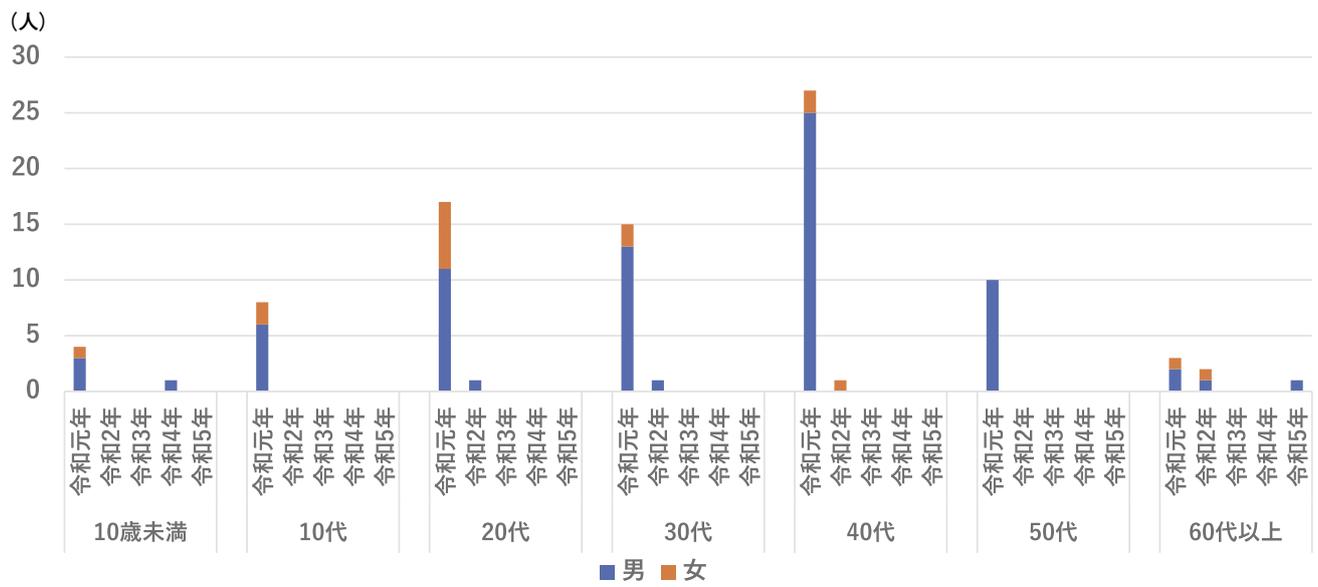


図3. 風しん [全数] の性別・年齢階級別報告数

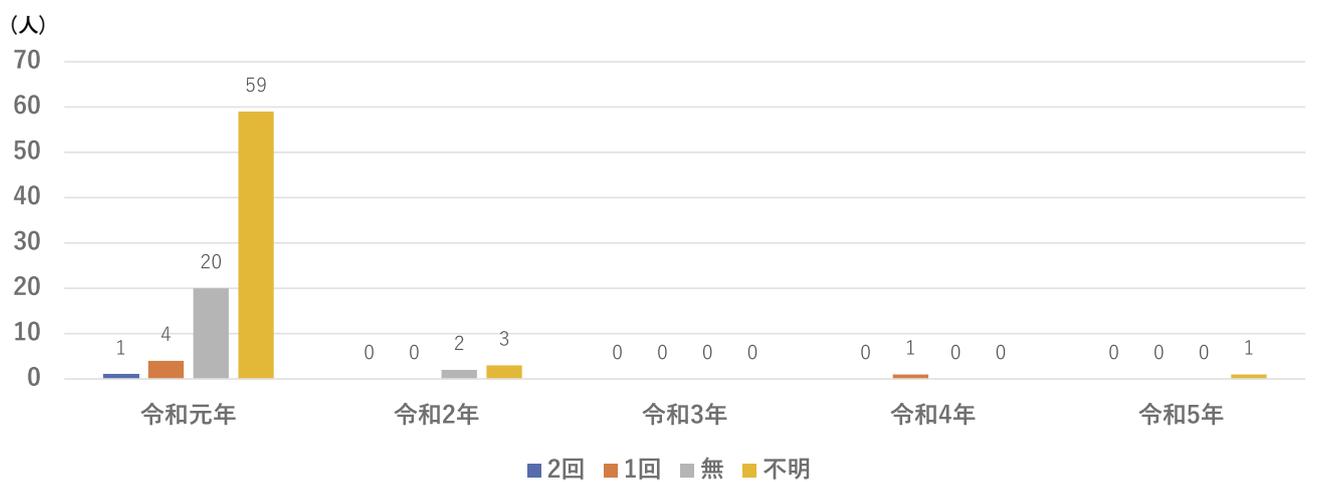


図4. 風しん [全数] の予防接種歴別報告数

13. 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65.3（7,838人）と前年より大幅に増加した（前年比3.88）。1定点当たり患者数は昭和56年（1981年）から、それぞれ66.1、80.3、71.5、134.9、53.3、61.4、63.2、64.3、30.4、39.7、43.5、55.2、31.9、45.4、33.8、64.4、39.2、38.1、52.0、37.2、31.9、41.1、51.5、35.9、39.6、42.8、49.8、29.1、30.9、33.4、41.1、34.6、25.4、39.2、58.8、30.6、57.6、28.0、44.1、31.6、16.7、16.8、65.3で、1988年以來の大きな流行となった。

季節性は、令和元年と同様な推移を示し、ピークは7月であった。

地域ブロック別では、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州52.3（1,517）〔北九州市58.4（1,402）〕、福岡78.4（4,471）〔福岡市78.1（2,264）〕、筑豊53.4（587）、筑後54.9（1,263）となり、全地区大幅に増加し、とくに筑豊地区の増加が目立った。

全国的には、北海道、岩手県、宮城県、山形県、新潟県、長野県、三重県、佐賀県、宮崎県、鹿児島県が多かった。

罹患年齢は0～5か月0.8%（昨年1.0%）、6～11

か月8.3%（同6.2%）、1歳26.3%（同33.3%）、2歳20.8%（同26.9%）、3歳15.9%（同14.1%）、4歳11.1%（同9.1%）、5歳8.2%（同4.2%）、6歳3.9%（同2.8%）、7歳1.7%（同0.7%）、8歳1.1%（同0.6%）、9歳0.7%（同0.6%）、10～14歳0.9%（同0.5%）であった。1歳がピークで、3歳までで72.2%（昨年81.4%）、5歳までで91.5%（同94.7%）を占める乳幼児の疾病である。

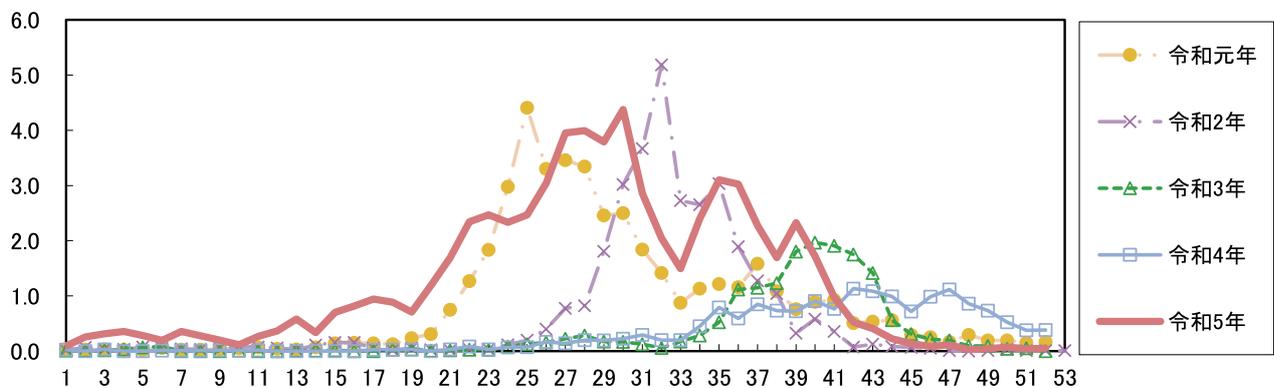
年齢構成に大きな年次変化は認められない。

男女比は1.06であった。

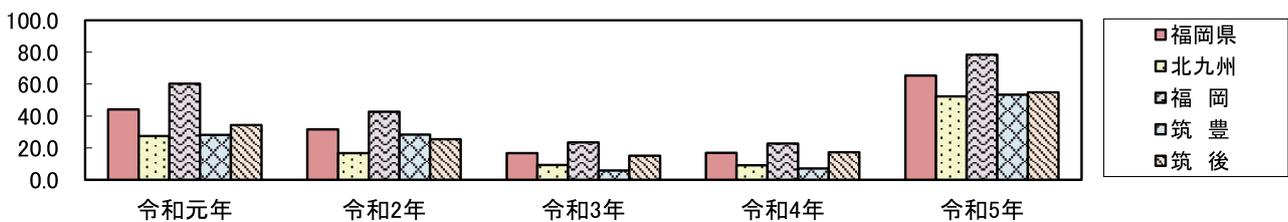
本疾病の原因はコクサッキーウイルスA群が多い。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの38検体中19件からウイルスが検出された。コクサッキーウイルスA10型7件、コクサッキーウイルスA2型4件、コクサッキーウイルスA6型3件が検出された。

全国的には、2023年シーズンはコクサッキーウイルスA2型が最も多かった。次いで、コクサッキーウイルスA10型、コクサッキーウイルスA4型が多かった。



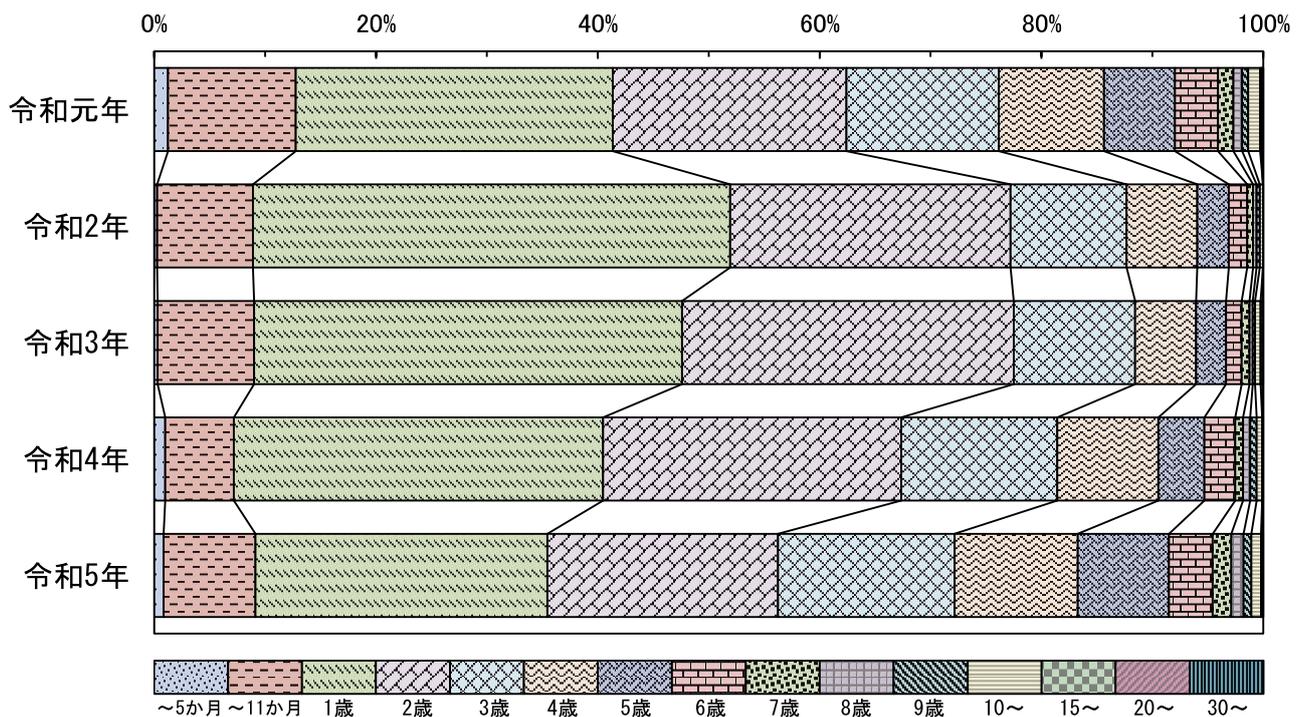
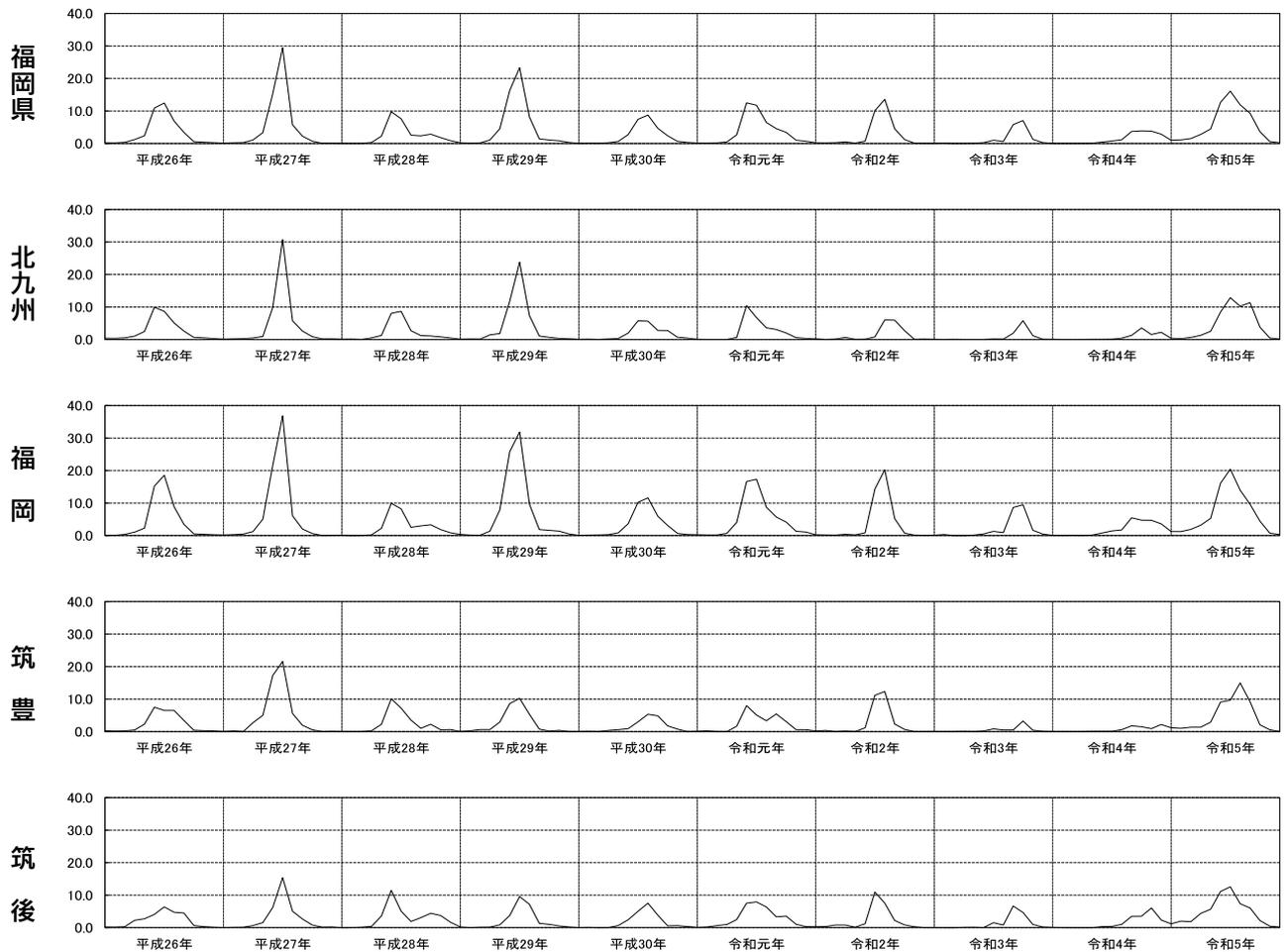
ヘルパンギーナの1定点当たりの週別報告数推移



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）



14. 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。

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

全数報告での令和元年以降の週別の報告数を示す（図1）。令和元年は14人、令和2年は1人、令和3年は1人で、令和4年、令和5年はゼロであった。

ブロック別では、令和元年北九州地区から7例、福岡地区から7例、令和2年は北九州地区から1例、令和3年は福岡地区から1例の報告があった（図2）。

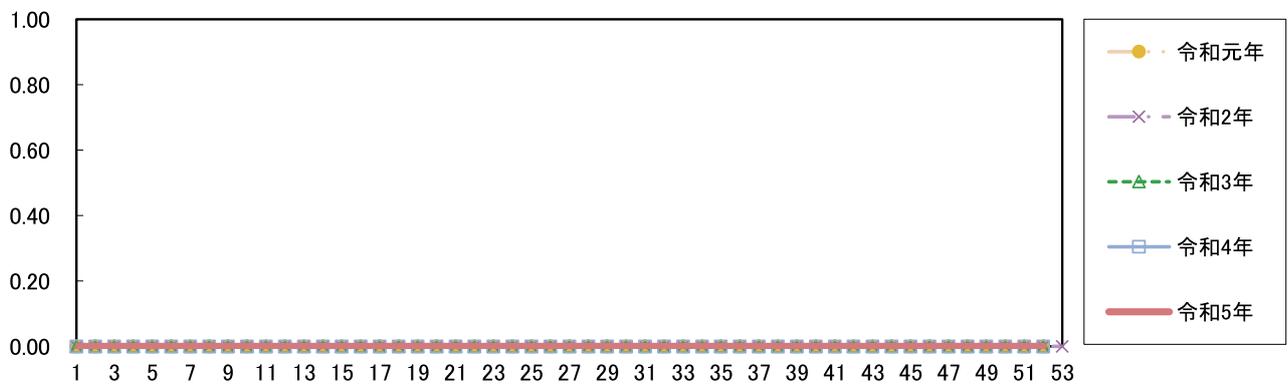
性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。令和元年は20代男性5例、20代女性4例、30代男性2例、30代女性1例、50代女性1例であった。令和2年は30代男性1例、令和3年は10歳未満女性であった。

予防接種歴別報告数を図4に示す。令和3年の1例はワクチン1回であった。

平時から麻しんワクチンの高い接種率が求められている。2022年（令和4年）度の福岡県の麻しんワクチン接種率は1期（1歳児）では94.8%（全国平均95.4%）で、前年度から0.6%増加した（全国は1.9%増）。2期（年長児）は92.3%（全国平均92.4%）で、前年度から2.3%減少した（全国は1.4%減）。

県内の市町村間には接種率に格差があり、95%以上の接種率の市町村は1期では27/60（45.0%）（前年度：31.7%）、2期では17/60（28.3%）（前年度：40.0%）であった。

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



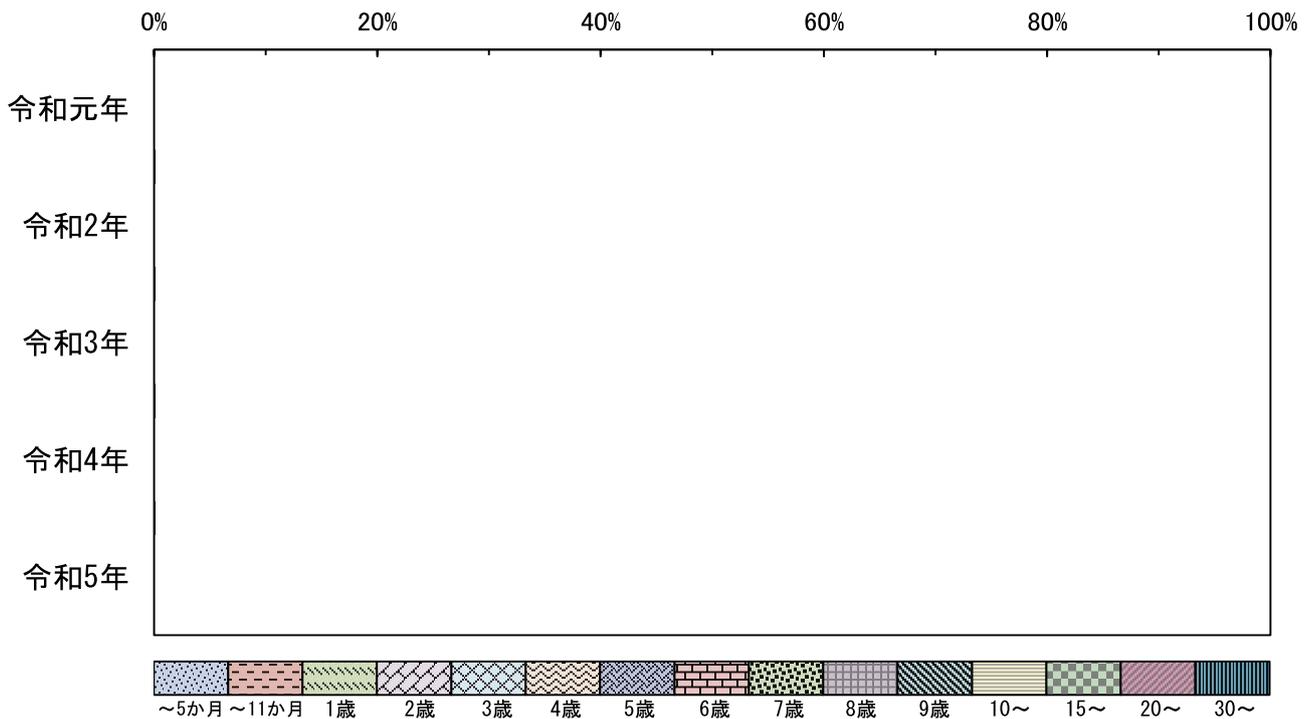
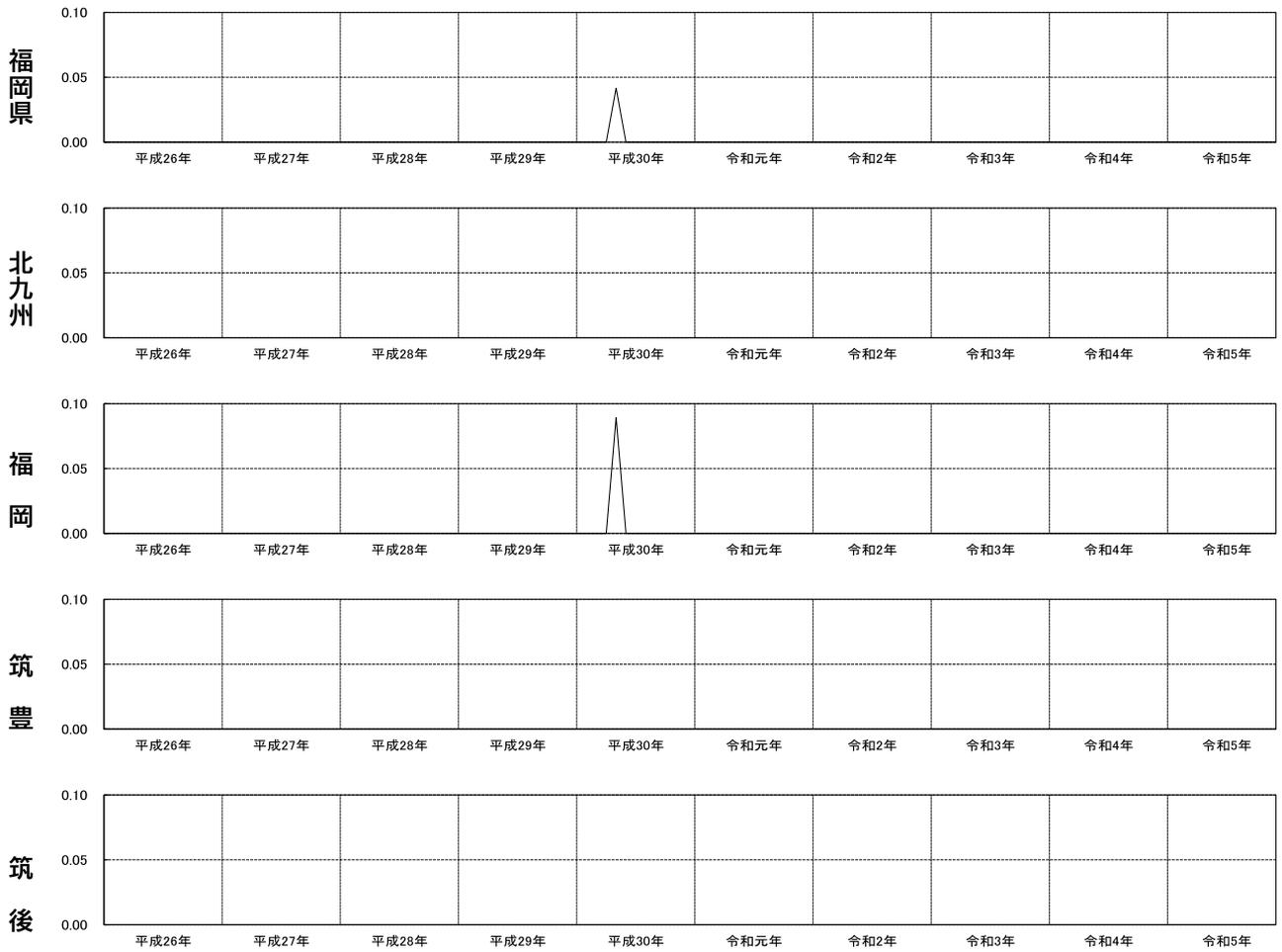
麻しん [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



麻しん [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

麻しん [小児科]

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



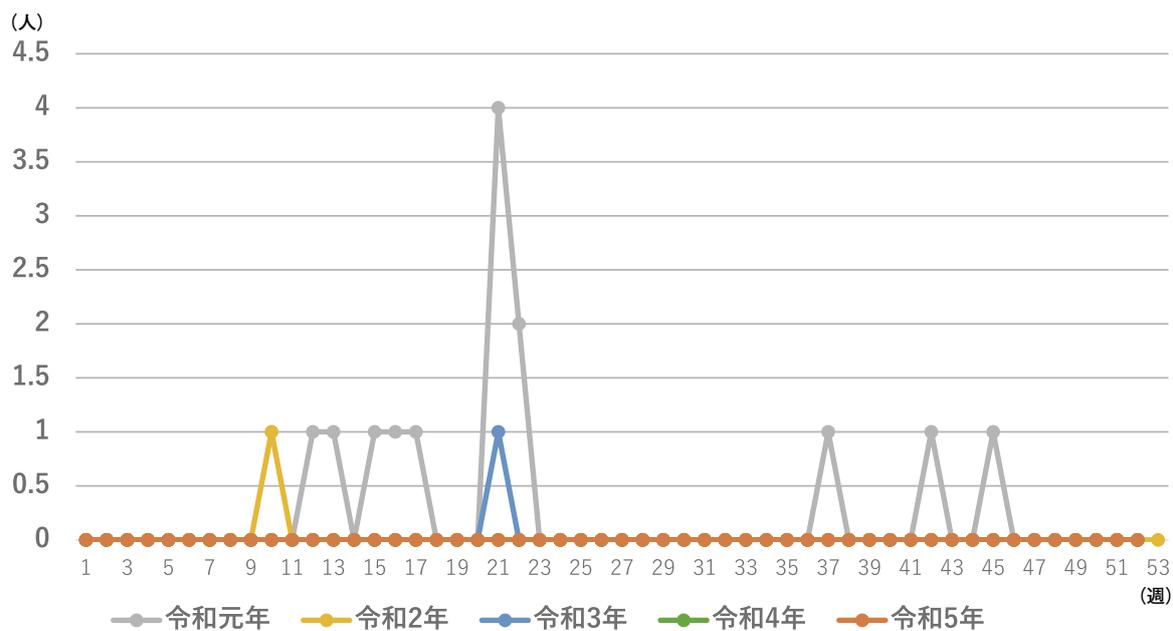


図1. 麻しん [全数] の年別・週別報告数

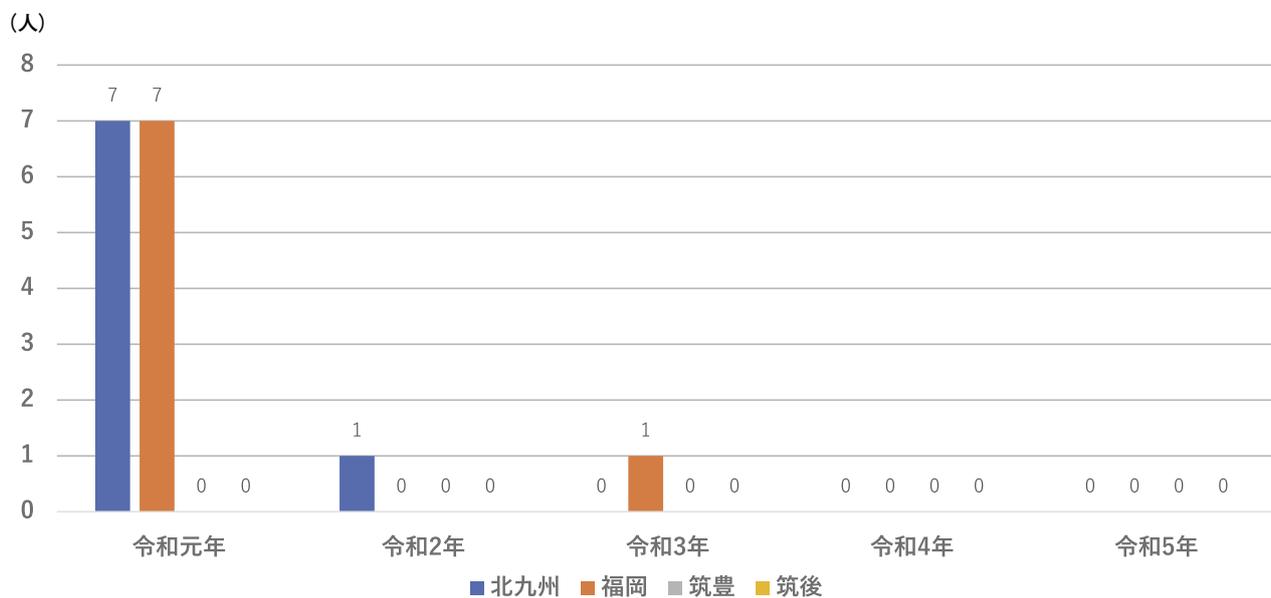


図2. 麻しん [全数] の年別・ブロック別報告数

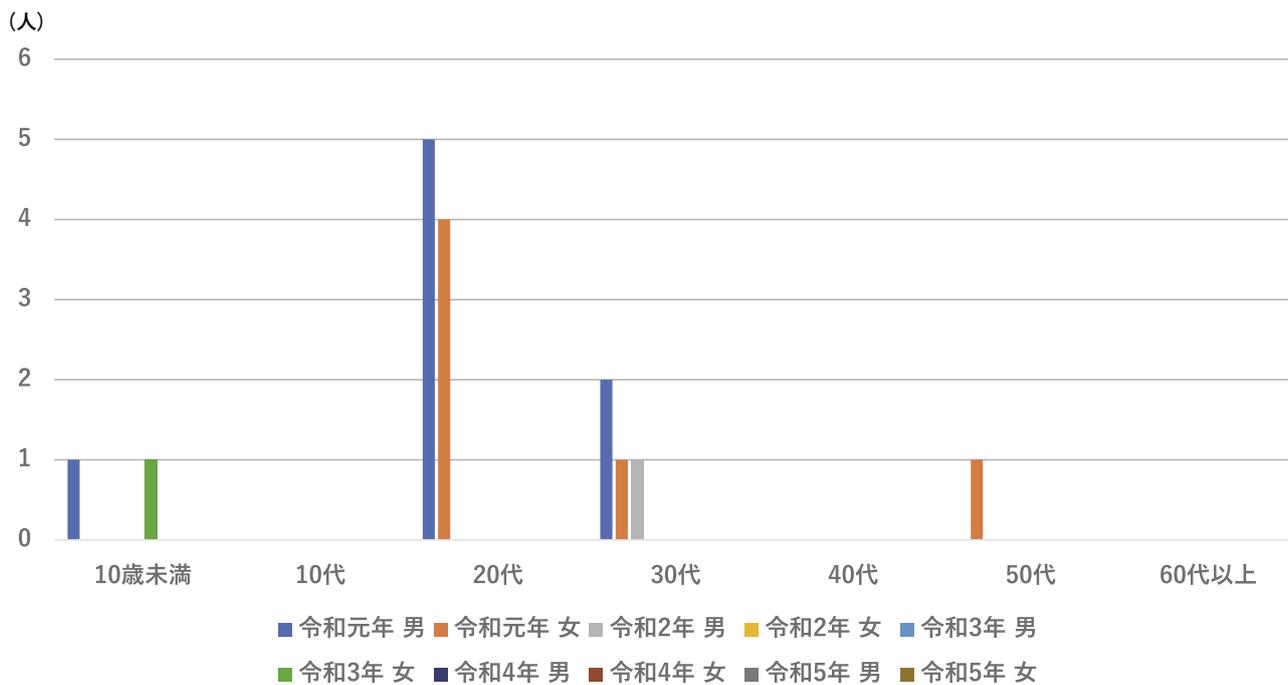


図3. 麻しん [全数] の性別・年齢階級別報告数

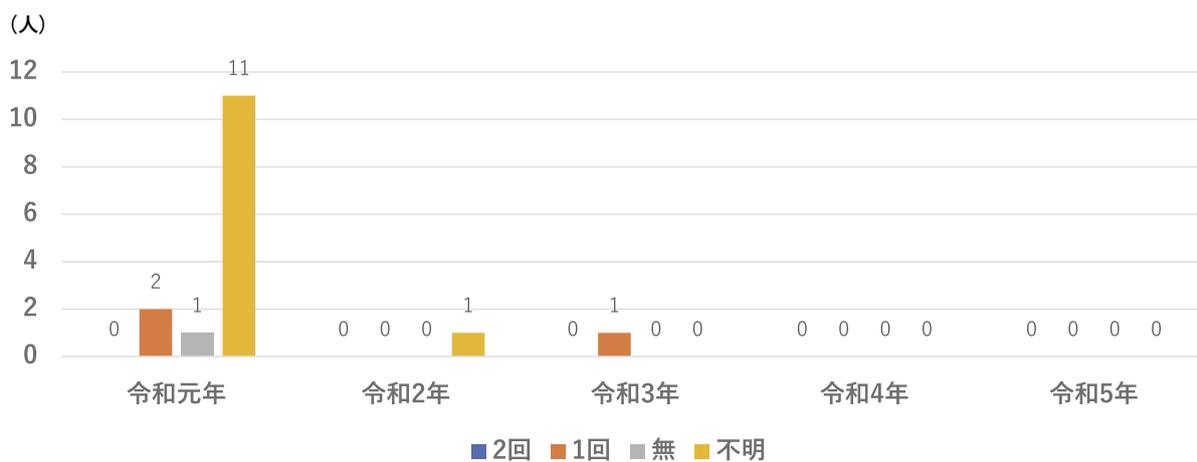


図4. 麻しん [全数] の予防接種歴別報告数

15. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は2.5（304人）で、前年よりわずかに増加した（前年比1.29）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、79.3、173.2、67.6、35.7、163.0、76.3、17.4、45.4、173.1、23.1、6.6、17.8、31.5、89.1、29.3、50.4、104.8、70.2、25.7、54.8、166.6、54.8、24.7、85.2、95.6、52.1、30.4、43.8、82.5、65.6、56.1、41.4、34.4、39.0、55.3、66.0、28.9、15.2、11.4、4.1、3.4、2.0、2.5と、調査開始後最も少なかった前年よりわずかに増加した。MMRワクチンとして接種されていた期間（平成元年度から平成4年度）の報告数は比較的低値であった。中止以後増減を繰り返していたが平成29年以降は減少傾向である。

明瞭な季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区1.8（52）[北九州市1.9（46）]、福岡地区3.0（169）[福岡市2.5（72）]、筑豊地区2.1（23）、筑後地区2.6（60）で、全地区大きな変化はなかった。

全国的には、群馬県、埼玉県、神奈川県、大阪府、岡山県、香川県、愛媛県、大分県、熊本県、鹿児島県が多かった。

年齢割合は、0歳0.0%（昨年0.4%）、1歳2.3%（同

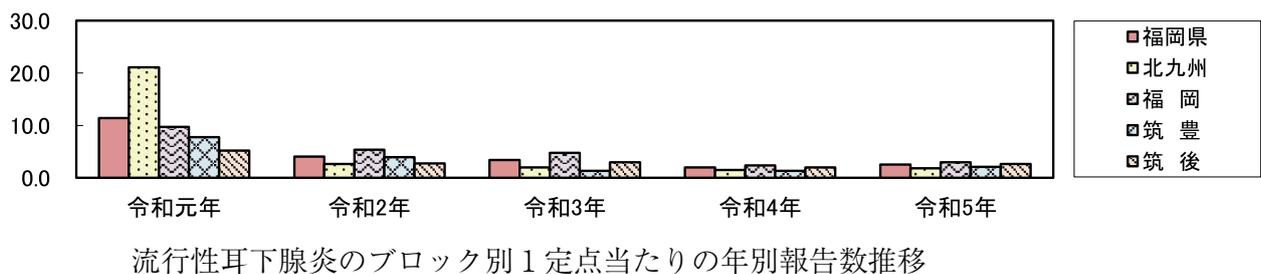
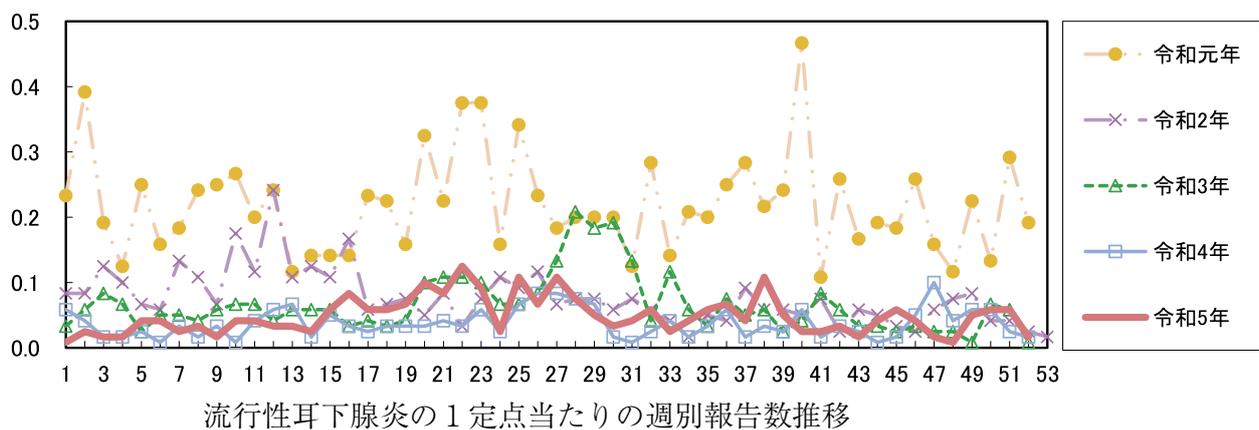
1.7%）、2歳5.9%（同4.2%）、3歳8.2%（同9.3%）、4歳14.1%（同19.9%）、5歳18.8%（同18.6%）、6歳13.2%（同12.7%）であった。4歳～6歳をピークとし、6歳までで62.5%（同67.0%）を占めた。20歳以上は0人（同1人）であった。

男女比は1.30であった。

無菌性髄膜炎を含めた合併例は、本年は報告がなかった。

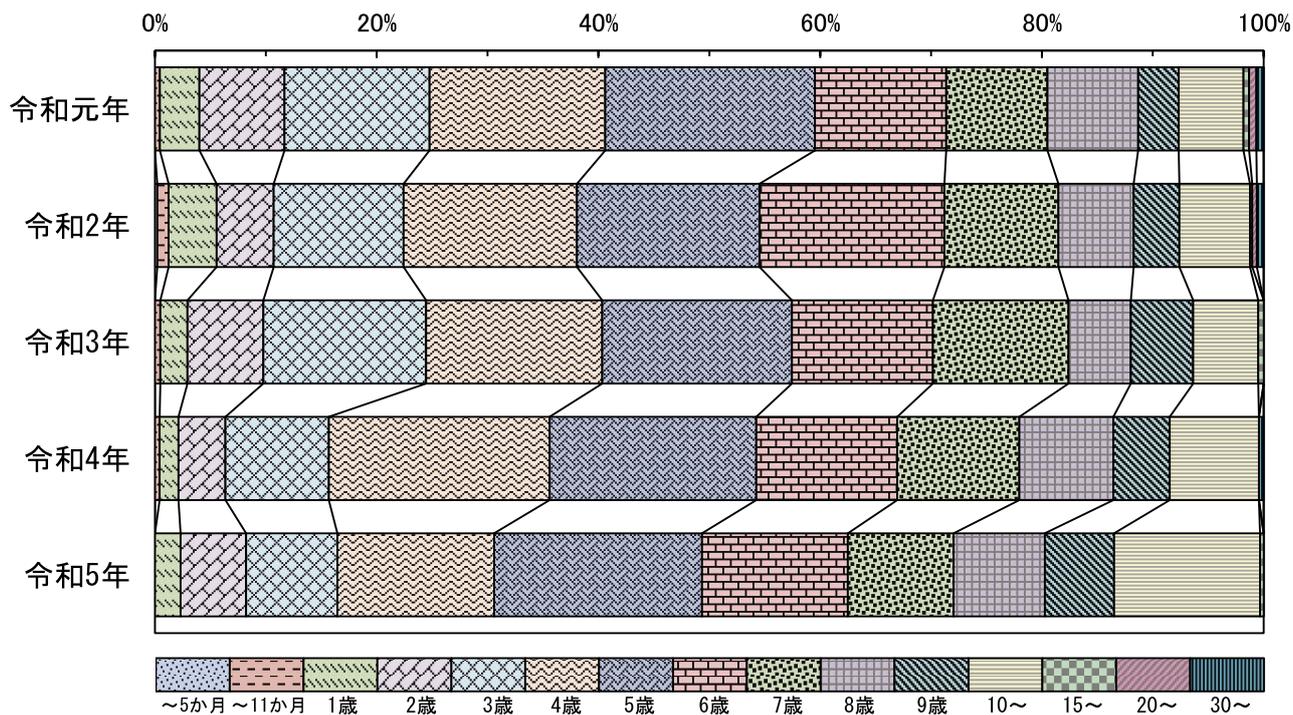
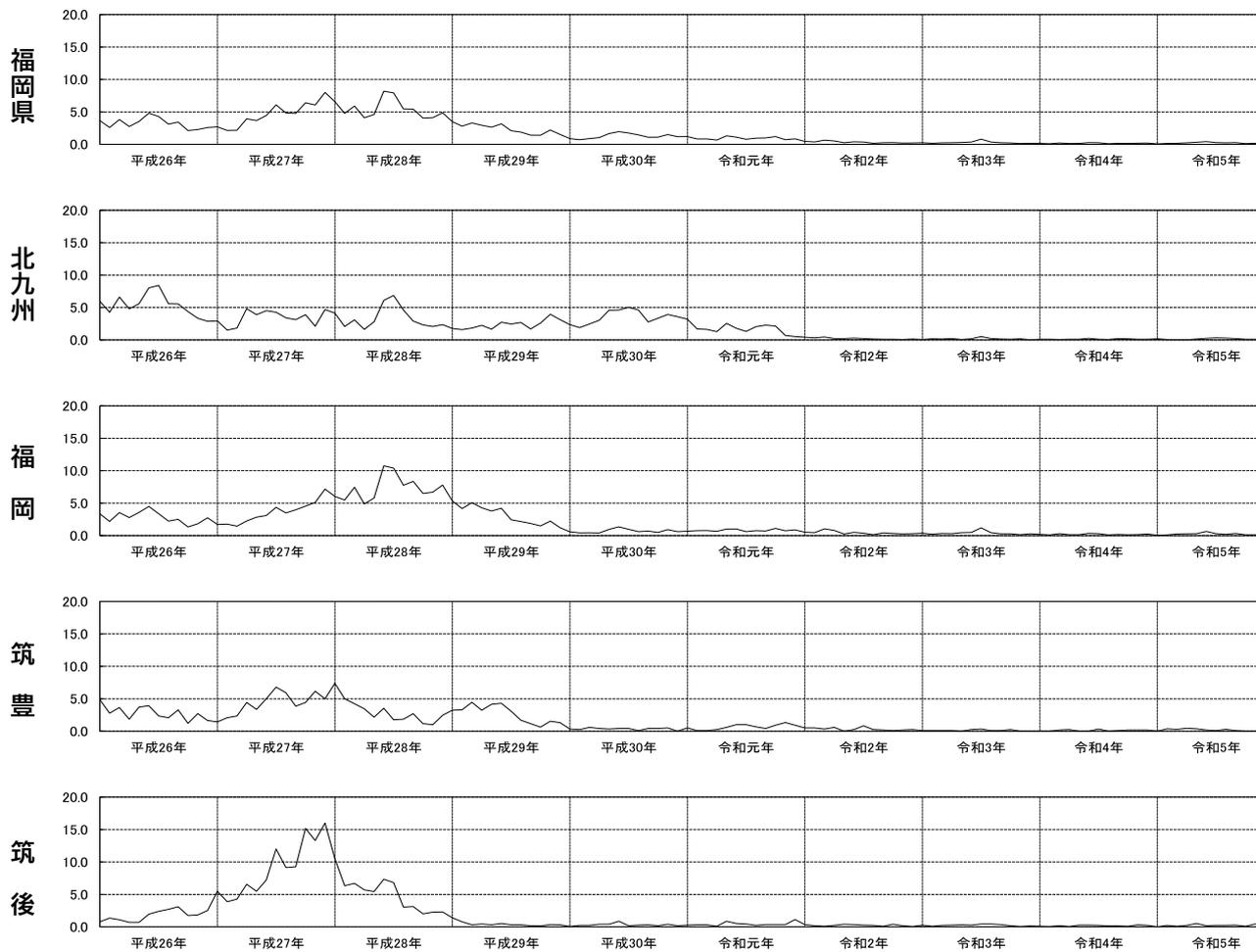
予防接種後の罹患は84例（昨年52例）で、患者1,000人当たり276（同220）であった。年齢は1歳3例（昨年2例）、2歳3例（同2例）、3歳6例（同4例）、4歳15例（同12例）、5歳19例（同9例）、6歳10例（同9例）、7歳4例（同8例）、8歳9例（同3例）、9歳5例（同2例）、10歳6例（同1例）、11歳2例（同0例）、12歳1例（同0例）、13歳以上1例（同0例）であった。2～5歳までで40.5%（昨年51.9%）を占めた。症状は、軽症71例（84.5%）、中等症12例（14.3%）、重症0例であった。

国内のおたふくかぜワクチンによる無菌性髄膜炎発症率は、これまでの報告では、10万接種あたり1.3～62.5まで様々であった。日本小児科学会で行った「おたふくかぜワクチン接種後の副反応に関する全国調査」では、10万接種あたり13.4～20.4であった。



流行性耳下腺炎

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



16. 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。

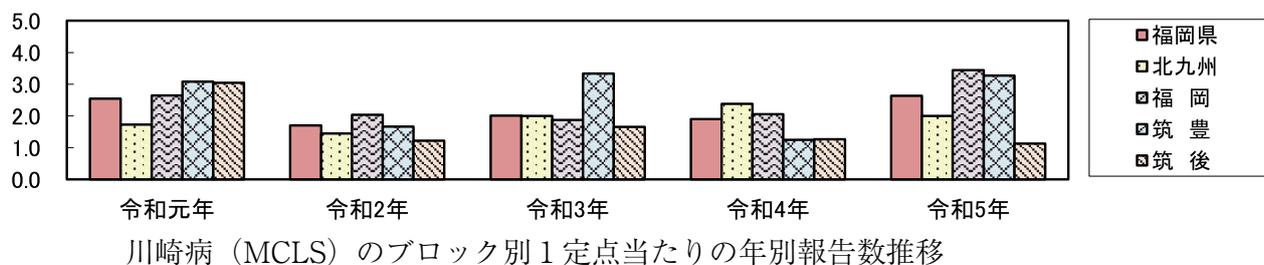
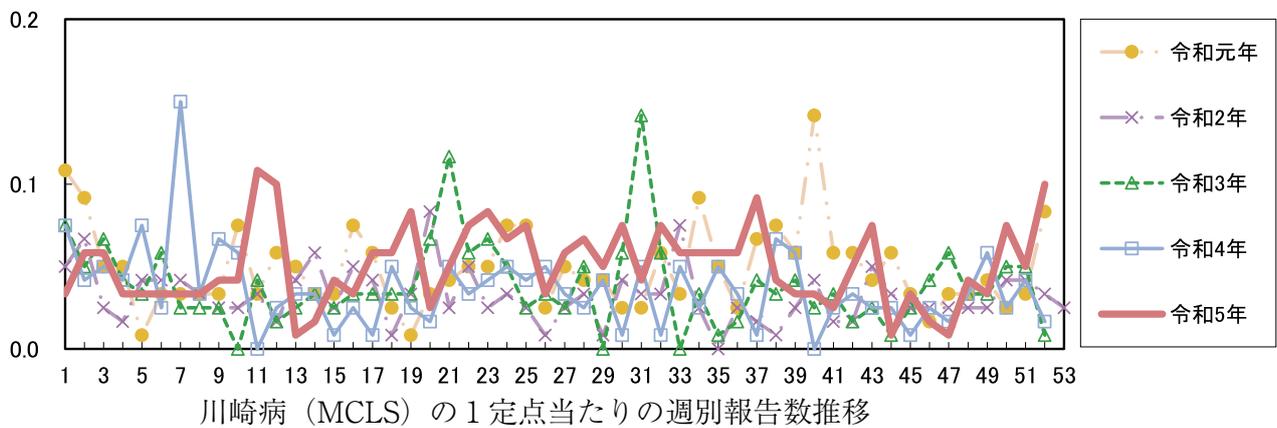
年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年2.6 (316人)、前年1.9 (228人) で、前年比139%である。全県1定点当たりの患者数は、昭和56年 (1981年) から令和5年 (2023年) までそれぞれ3.4、2.9、2.8、2.9、2.6、4.1、2.4、1.9、2.5、2.4、2.5、2.3、2.5、2.8、3.7、3.6、2.8、3.1、3.4、2.7、2.2、1.6、1.8、1.7、1.6、2.0、2.0、1.9、2.2、2.1、2.0、2.1、2.1、2.6、2.9、3.2、3.0、3.5、2.5、1.7、2.0、1.9、2.6と推移した。平成26年から増加傾向となり、平成30年は過去20年間で最多であった。その後は報告数がやや少なかったが、令和5年は増加した。

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2.0 (58) [北九州市2.3 (55)]、福岡3.4 (196) [福岡市6.5 (188)]、筑豊3.3 (36)、筑後1.1 (26) で、筑後地区が少なかった。

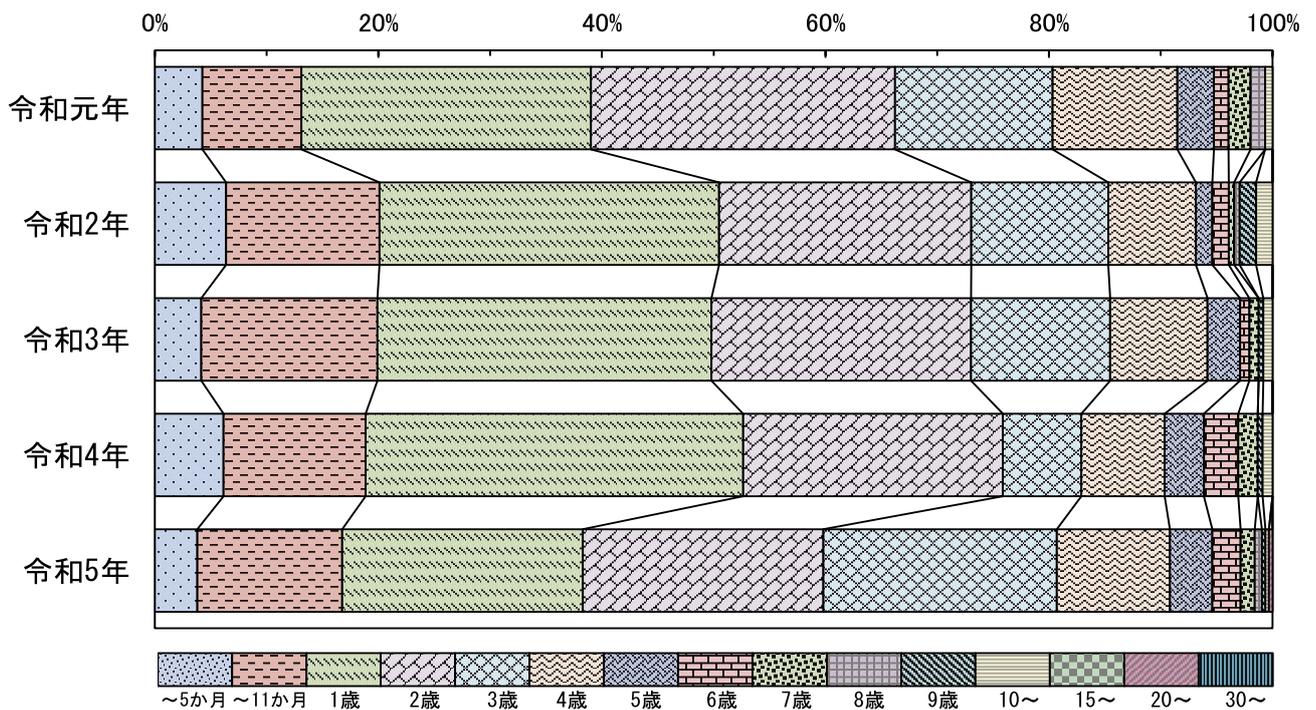
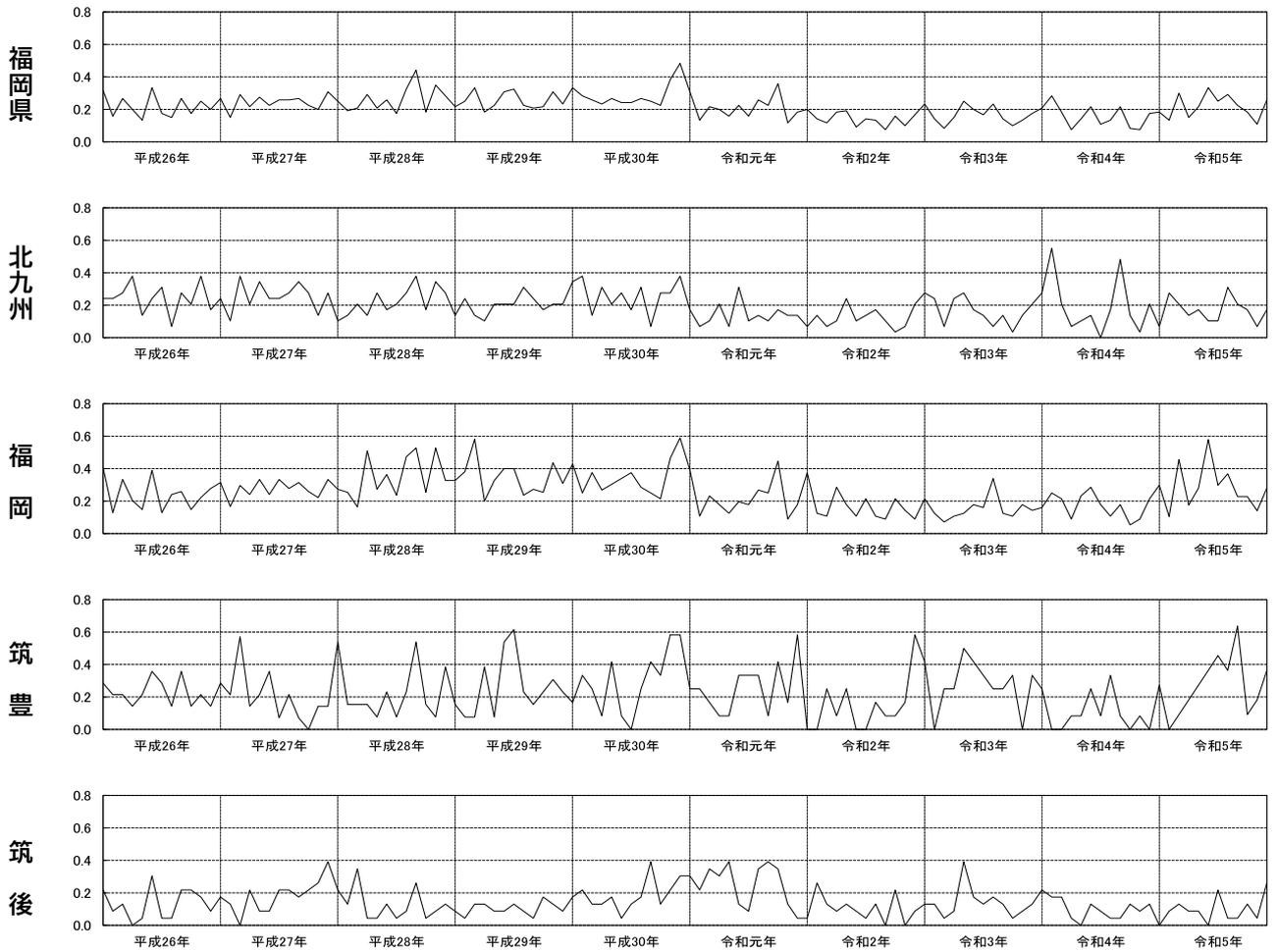
罹患年齢は0～5か月3.8% (12人;前年14人、前々年10人、3年前13人)、6～11か月13.0%、1歳21.5%、2歳21.5%、3歳20.9%、4歳10.1%、5歳3.8%、6歳2.5%、7歳1.3%、8歳0.6%、9歳0.3%、10～14歳0.3% (1人)、15～19歳0.0%、20～29歳0.3% (1人)、30歳以上0.0%であった。ピークは、例年は1歳であるが、今年は1、2、3歳が同程度の割合で、1歳が減少、3歳以上が増加している。5歳未満が90.8% (前年90.4%) と大多数を占め、10歳以上は今年は2人であった (前年2人、前々年2人、3年前3人)。

男女比は1.61 (男195人、女121人) で男が多かった。



川崎病 (MCLS)

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



17. 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0.08（9人）、前年0.03（4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5年（2023年）までそれぞれ0.2（11）、0.4（18）、0.4（20）、0.4（19）、0.4（23）、0.2（12）、1.1（62）、1.2（66）、0.3（17）、0.2（10）、0.3（19）、0.2（13）、0.7（39）、0.2（9）、0.2（12）、0.3（17）、0.4（24）、0.3（18）、0.3（19）、0.2（17）、0.09（9）、0.08（10）、0.05（6）、0.0（0）、0.05（6）、0.08（9）、0.04（5）、0.03（3）、0.04（5）、0.02（2）、0.00（0）、0.04（5）、0.05（6）、0.05（6）、0.04（5）、0.10（12）、0.07（8）、0.10（12）、0.18（22）、0.02（2）、0.01（1）、0.03（4）、0.08（9）で、令和2、3、4年は少なかったが、令和5年はやや多かった。

9人の発生月は1月、2月、3月、6月、8月、9月、10月各1人と12月2人で季節性は見られない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）

が北九州0.0（1）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.1（8）〔福岡市0.3（8）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）であった。

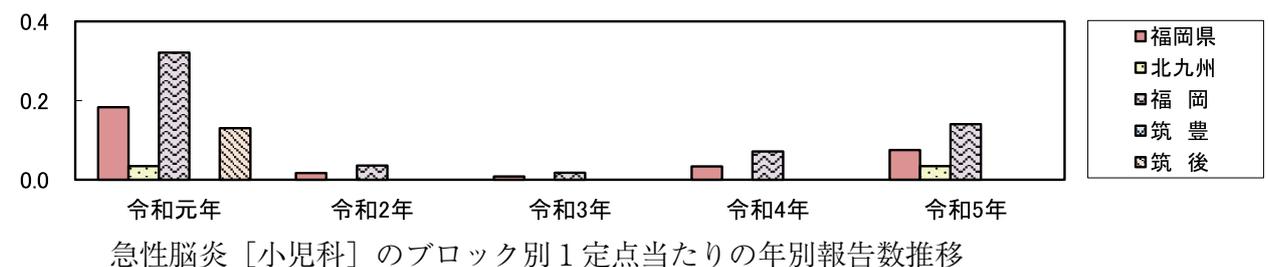
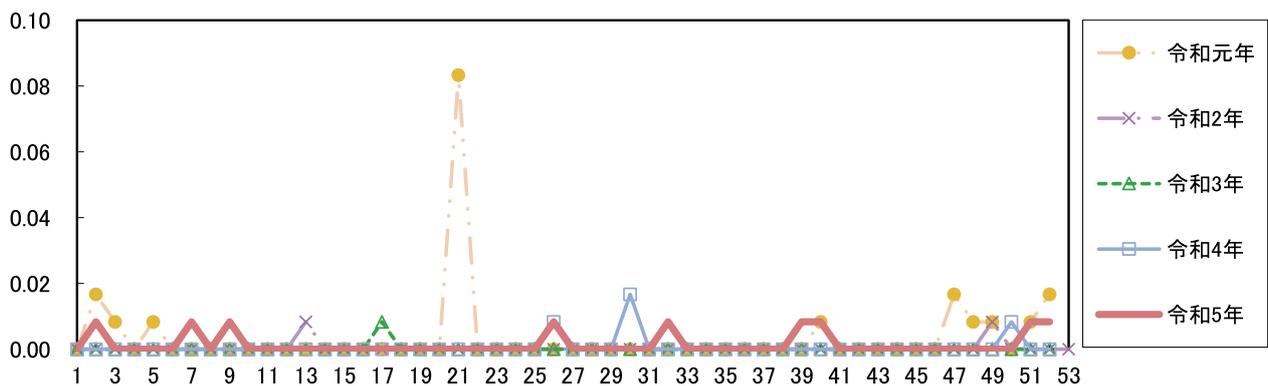
9人の罹患年齢は2歳1人、3歳2人、4歳1人、6歳1人、7歳1人、8歳1人、10-14歳2人であった。

男女別は男5人、女4人であった。

検査情報（基幹定点分を含む）には本年も検体提出はなかった。

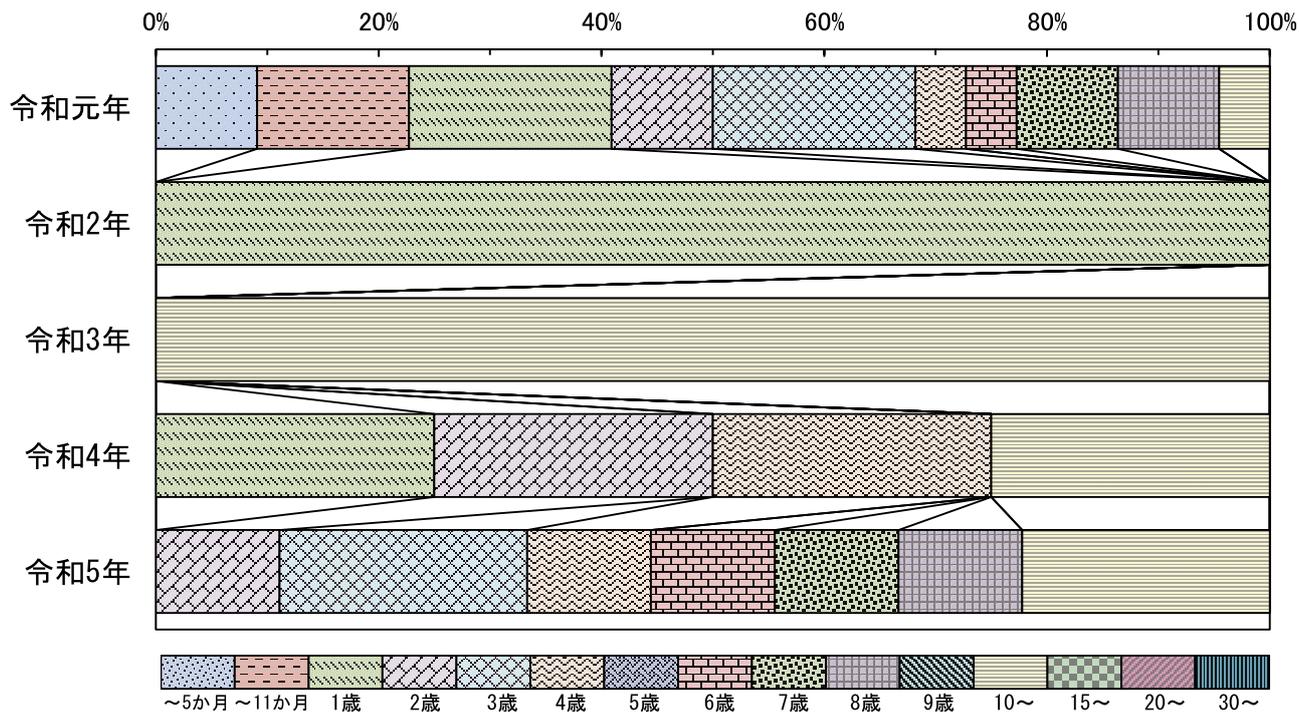
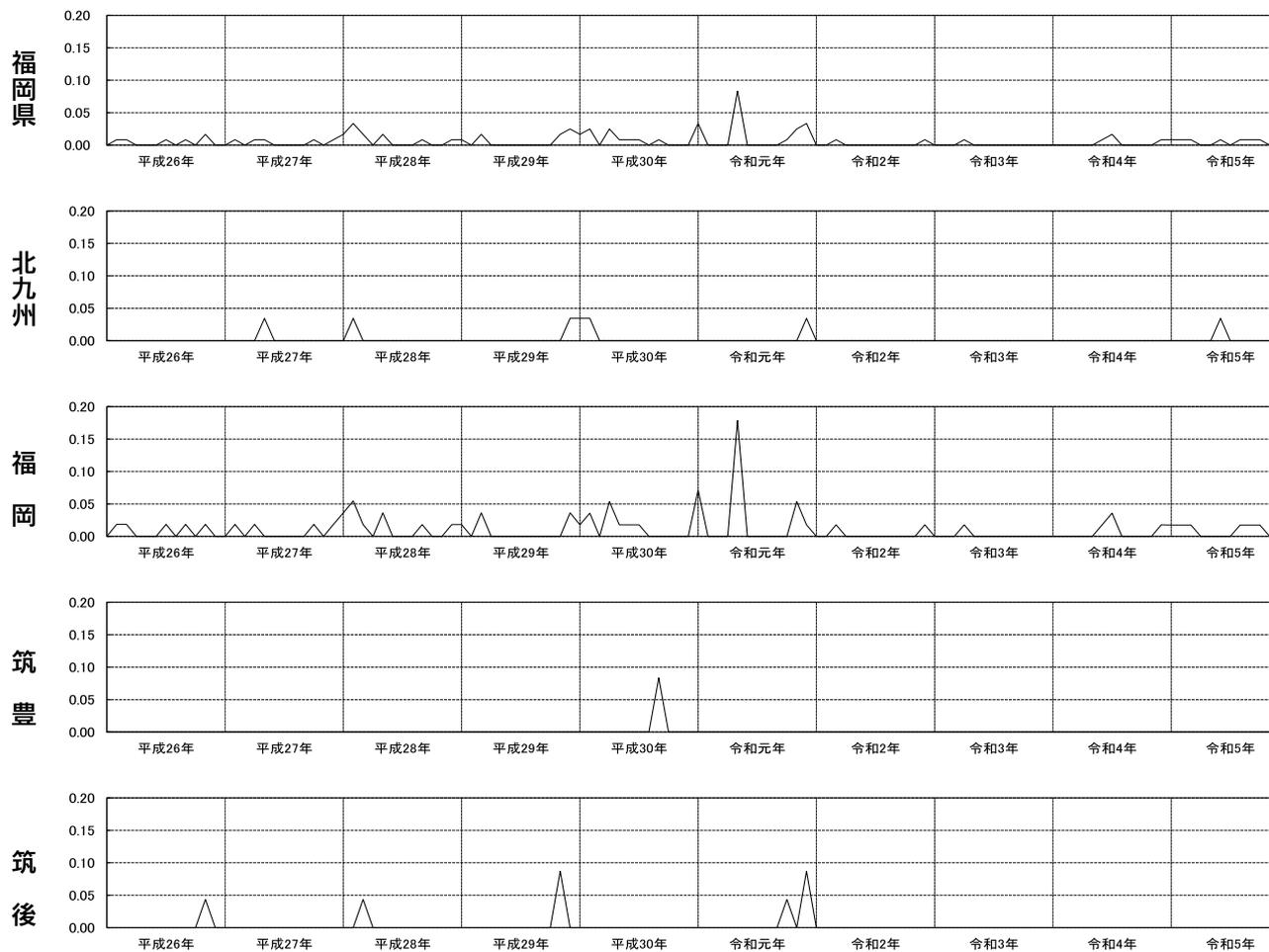
週報にはインフルエンザ脳症4例（3歳男と12歳男はA/H3型、7歳男はA型、13歳女はA/H3型でMERS）、新型コロナウイルス関連脳症1例（2歳男）、ADEM 3例（3歳女、4歳男、8歳女）が記載されている。

日本脳炎は全数報告に全国で6例（前年5例、前々年3例、3年前5例、4年前8例、5年前0例、6年前3例、7年前11例、8年前2例）、福岡県は0例（10年前まで0例、11年前1例、12年前4例）であった。なお、福岡県では7月3日から8月21日まで毎週ブタの血清の日本脳炎抗体検査が行われ、8月21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、9月14日に日本脳炎感染注意情報が福岡県庁から出された。



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）



18. 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0.01（1人）、前年は0.03（3人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）では昭和56年（1981年）から令和5年（2023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）、0.07（8）、0.03（4）、0.08（10）、0.02（2）、0.06（7）、0.01（1）、0.03（3）、0.03（3）、0.01（1）と推移し、報告数が少ない。

1人の発生時期は1月であった。

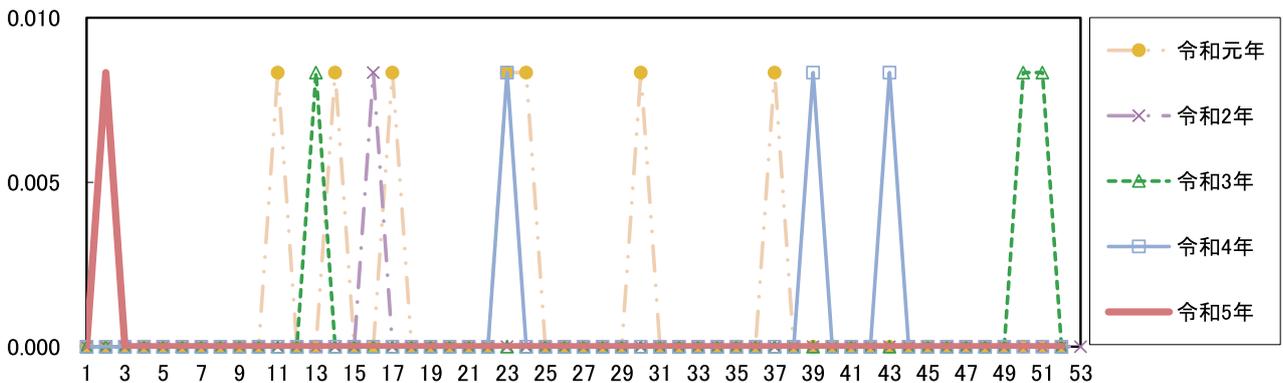
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州0.0（1）[北九州市0.0（1）]、福岡0.0（0）[福岡市0.0（0）]、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）であった。

1人の罹患年齢は0～5か月であった。

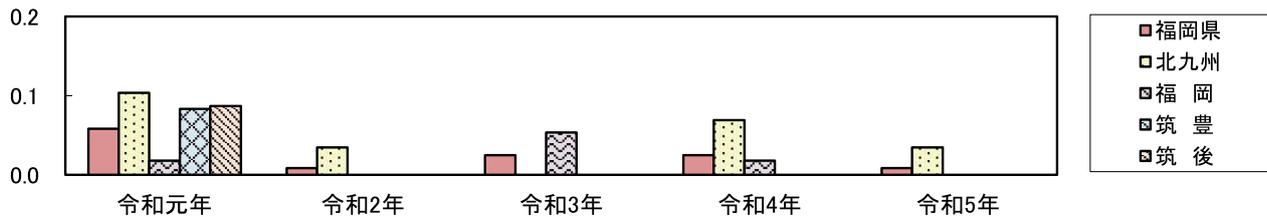
男女別は男0人、女1人であった。

原因菌について週報には大腸菌（5か月女）の1例が報告された。今年もインフルエンザ菌b型の確認例はなかった（11年前から0例）。

子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金により、ヒブ（ヘモフィルスインフルエンザ菌b型）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの公的負担が平成22年11月26日に実施され、一時中断もあったが、平成24年度も継続され、さらに平成25年4月からは定期接種となった。全国的に両菌、特にインフルエンザ菌b型による細菌性髄膜炎の報告は減少している。全数報告でも福岡県からはHibは9年連続ゼロとなっている。



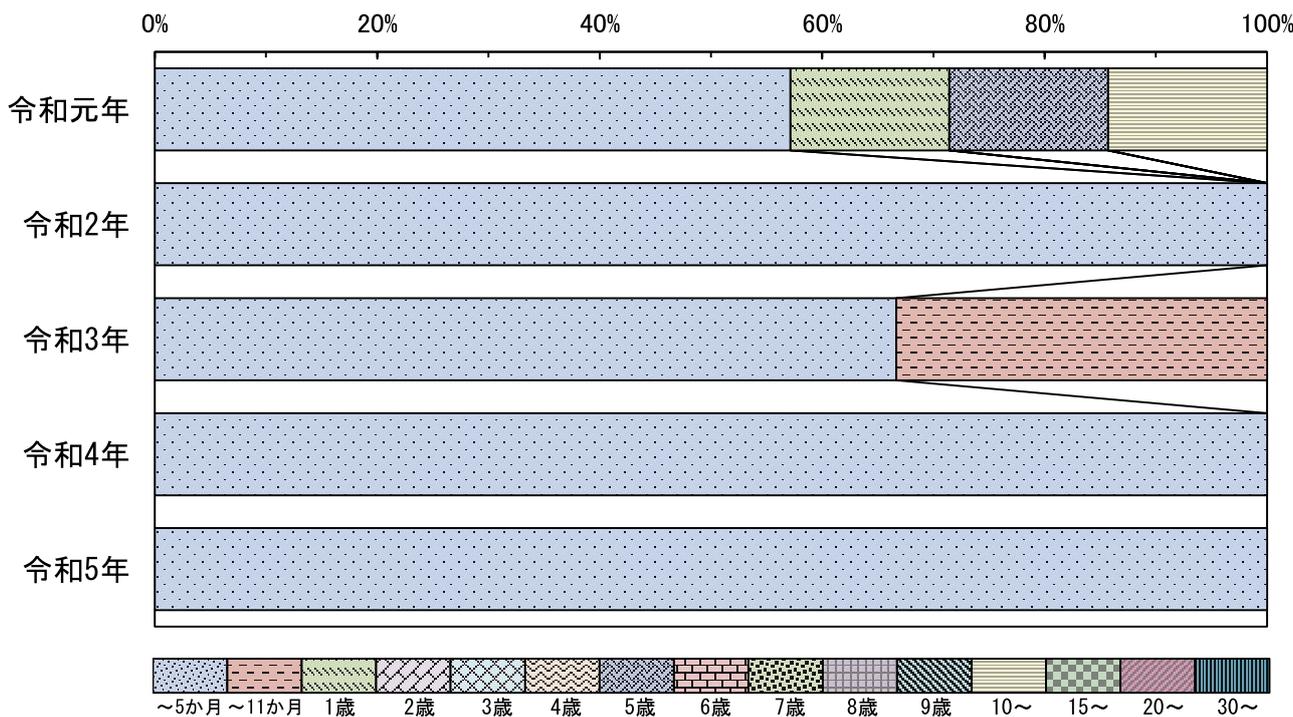
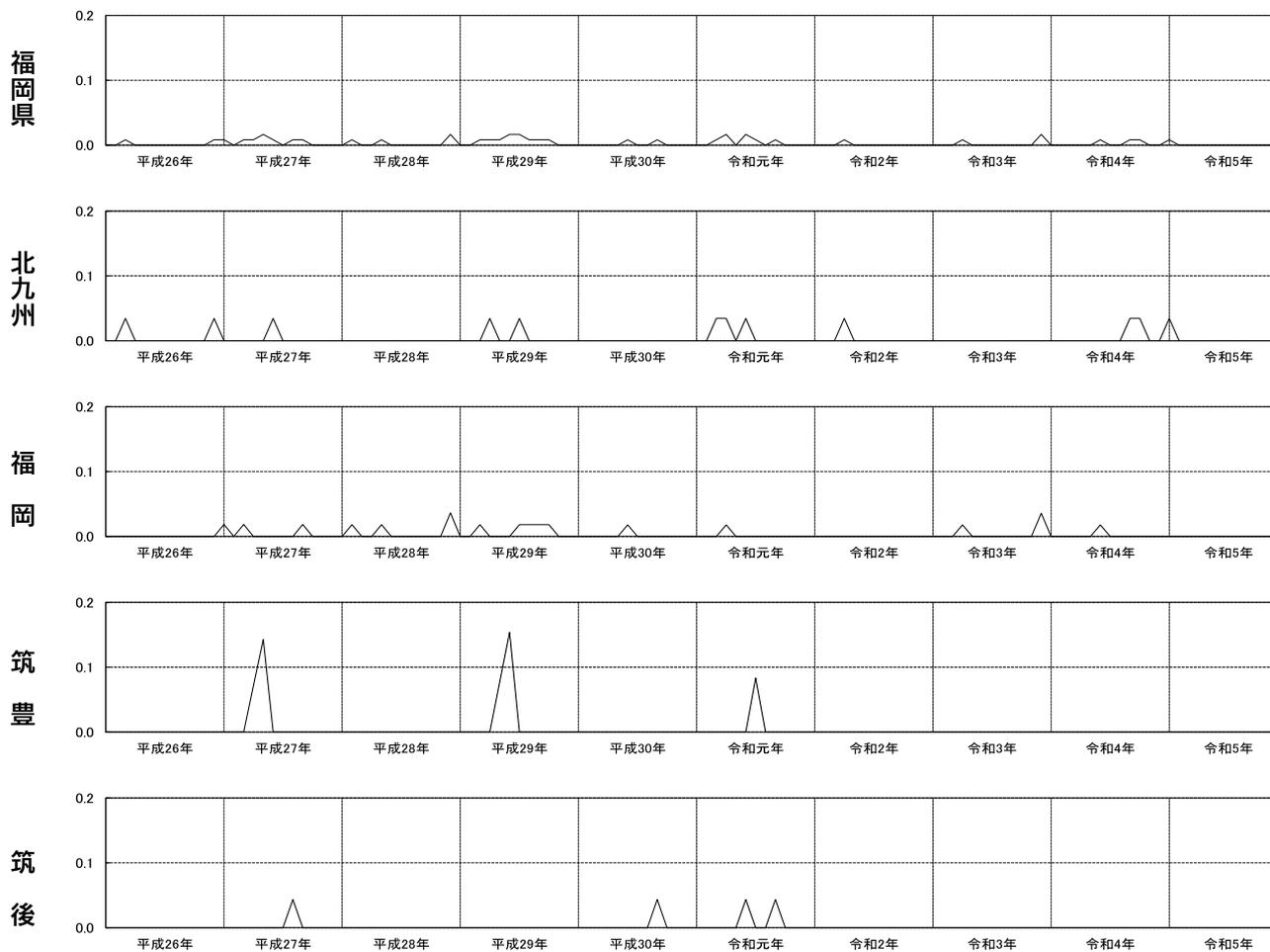
細菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



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）



19. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.1 (8人)、前年0.1 (7人) であった。全県1定点当たりの患者数は昭和56年 (1981年) から令和5年 (2023年) までそれぞれ3.9、4.6、15.0、7.1、8.4、8.8、2.9、2.3、6.1、6.2、6.0、2.9、3.6、7.7、2.1、3.6、13.3、20.5、5.3、4.2、3.0、3.4、1.4、2.0、1.2、1.9、0.4、0.8、0.5、0.9、0.8、0.5、2.0、0.7、0.9、0.9、0.6、0.2、0.3、0.03、0.2、0.1、0.1と推移した。平成25年に7年ぶりに多発したがその後はやや低いレベルで推移し、平成30年からは特に少ない。

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

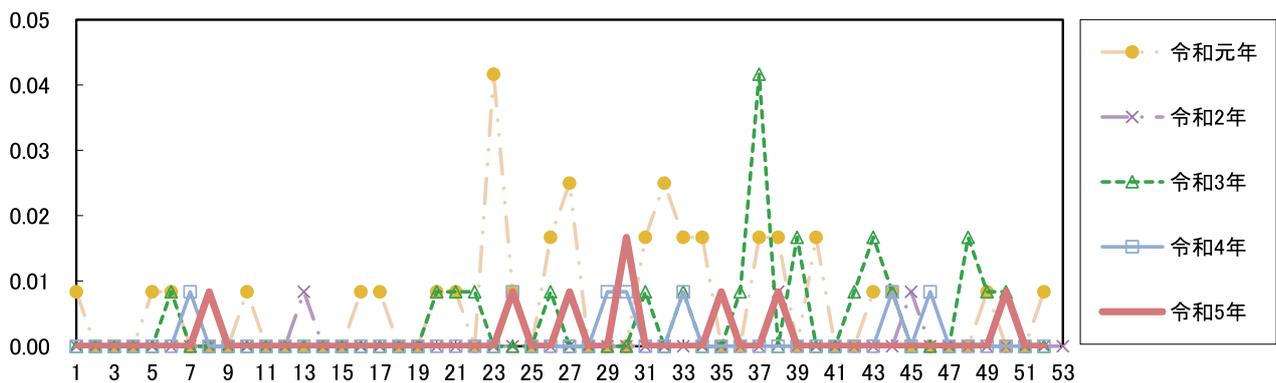
地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」)

は北九州0.0 (0) [北九州市0.0 (0)]、福岡0.1 (7) [福岡市0.2 (7)]、筑豊0.0 (0)、筑後0.0 (1) であった。

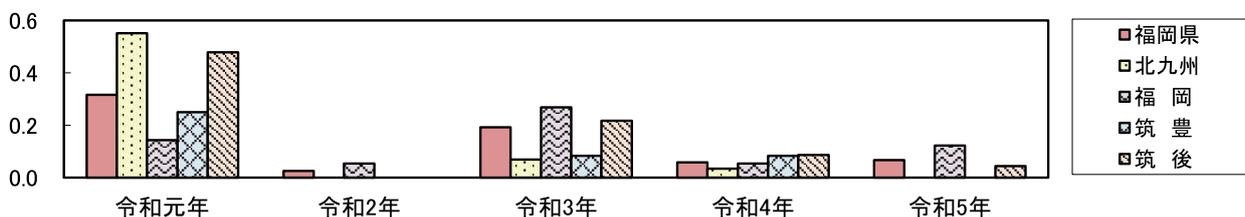
8人の罹患年齢は0~5か月6人、7歳2人であった。男女別は男3人、女5人であった。

検査情報では33検体 (前年20、前々年60、3年前25検体) から陽性は15検体で、陽性率は45.5% (前年20.0%、前々年26.7%、3年前4.0%) であった。分離ウイルスはコクサッキーB5型12件、B2型3件、B4型2件、ムンプスウイルス (ワクチン株) 1件であった。全国的にはコクサッキーウイルスB5型、エコー6型、エンテロウイルス71型などが多かった。

週報に原因として報告されているのは遺伝子検査によるエンテロウイルス4件 (18生日男、20生日女、1か月女2人) である。なお、ムンプスに合併は0例 (前年0例、前々年0例、3年前0例、4年前5例、5年前3例、6年前11例、7年前44例、8年前28例、9年前27例、10年前39例)、手足口病に合併も0例 (前年0例、前々年0例、2年前0例、4年前0例、5年前2例、6年前0例、7年前0例、8年前0例、9年前2例、10年前1例) である。



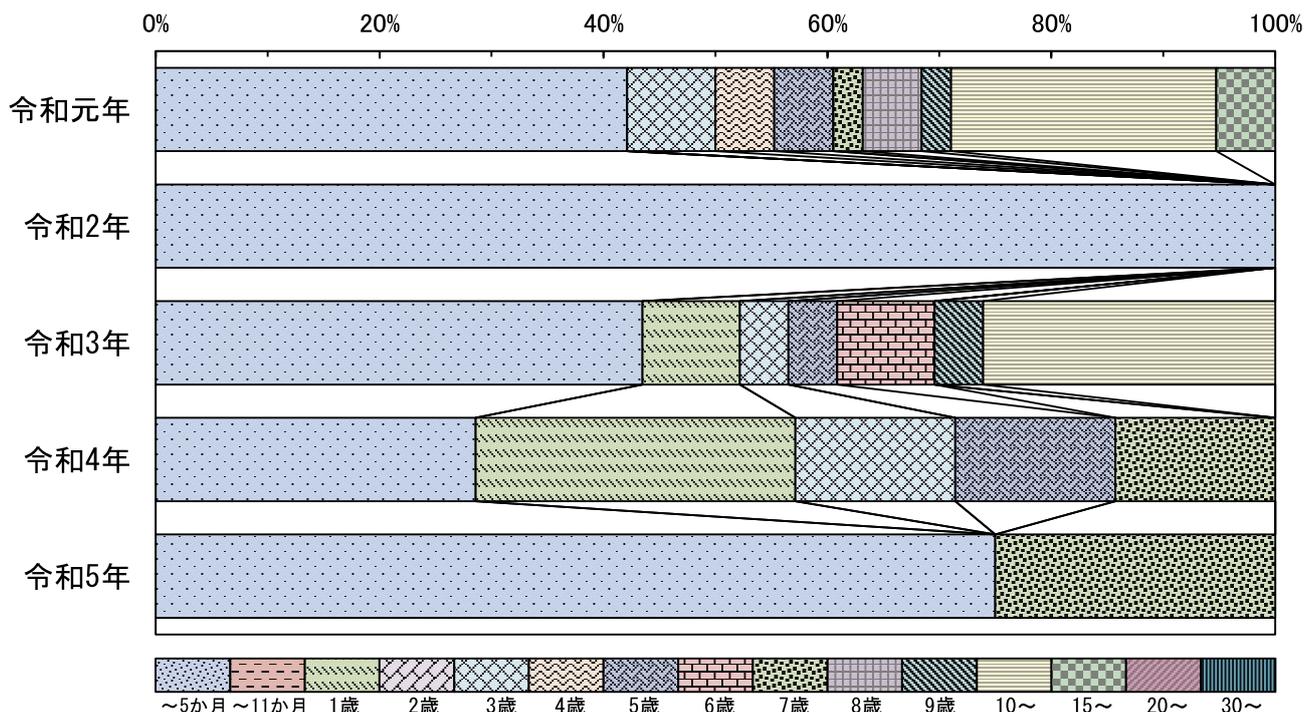
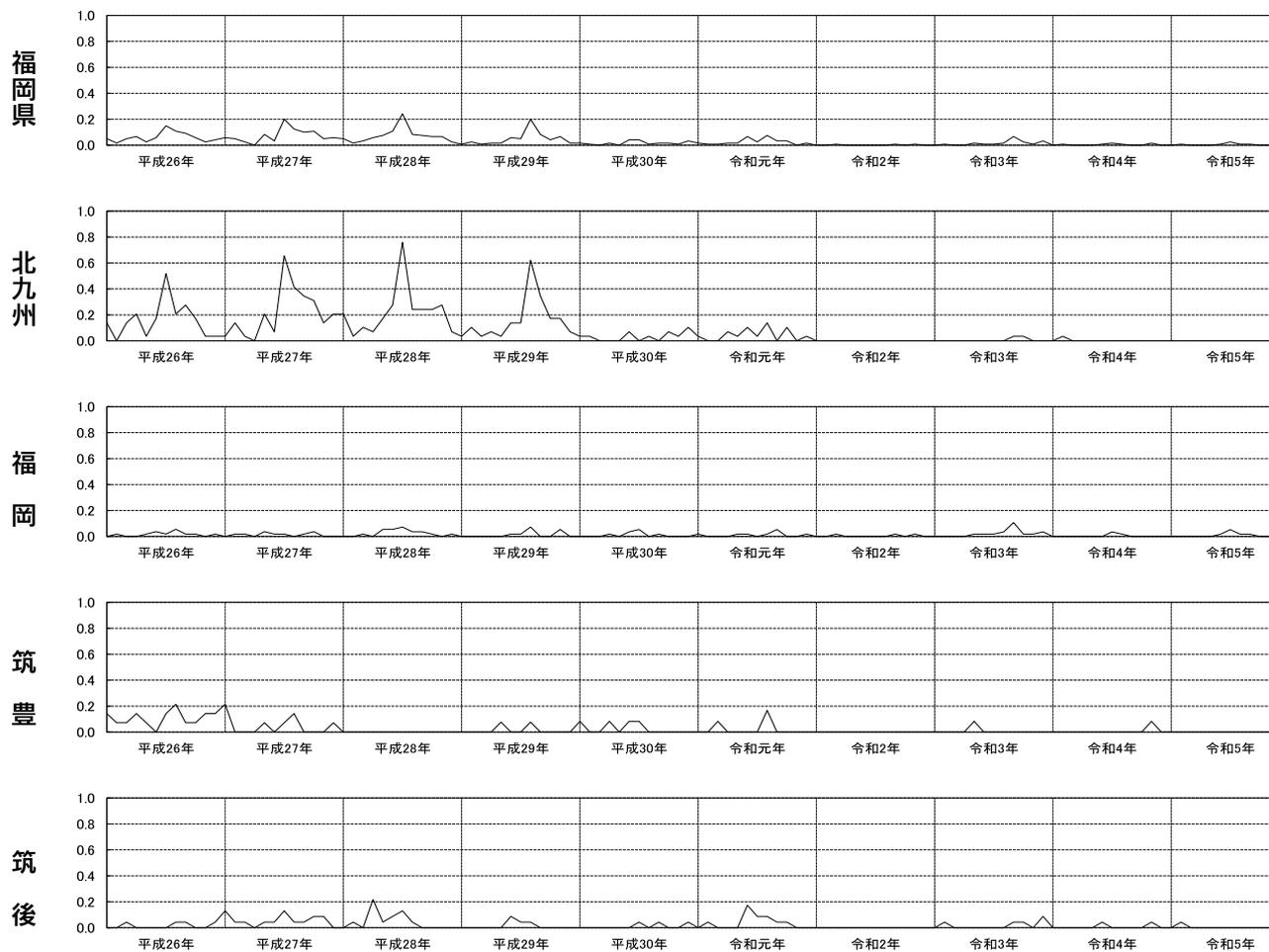
無菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



無菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

無菌性髄膜炎 [小児科]

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



20. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.5 (54人)、前年0.2 (24人) で前年比225%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5年 (2023年) までそれぞれ12.0、6.9、18.0、29.0、22.3、9.5、10.5、26.3、25.8、18.8、33.8、46.7、32.3、35.2、31.6、30.4、22.2、20.2、11.5、8.7、19.4、12.1、8.9、8.6、12.4、23.8、14.0、10.1、10.5、21.2、32.7、17.4、6.6、6.6、22.0、39.6、10.4、4.9、7.0、5.2、0.6、0.2、0.5と推移し、令和3年、4年、5年と非常に少ない。平成28年をピークとした大きな流行ののちは報告数が少ない。

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

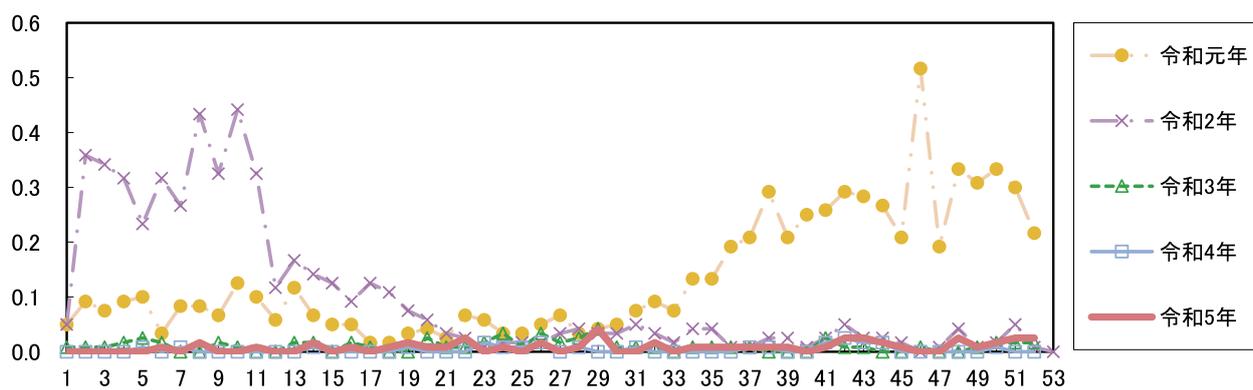
あった。今回は令和元年後半からやや増加し、流行開始と思われたが、令和2年春先までで終息し、小さな流行であり、令和3年、4年、5年は非流行年であった。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.4 (12) [北九州市0.4 (10)]、福岡0.5 (29) [福岡市0.6 (17)]、筑豊0.2 (2)、筑後0.5 (11) で各地区とも非常に少ない。

罹患年齢は0～5か月0.0% (0人; 前年0人、前々年0人)、6～11か月0.0% (0人; 前年0人、前々年0人)、1歳1.9%、2歳5.6%、3歳11.1%、4歳11.1%、5歳14.8%、6歳7.4%、7歳3.7%、8歳5.6%、9歳1.9%、10～14歳18.5%、15～19歳3.7%、20～29歳1.9%、30歳以上13.0%であった。小児科を中心に報告を受けており、7歳未満で51.9%、0歳はゼロで、2～5歳が42.6%を占める。15歳以上は18.5% (前年29.2%、前々年28.8%) と前年、前々年は多かったが、今年は少ない。

男女比は0.50 (男18人、女36人) で女が多かった。

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



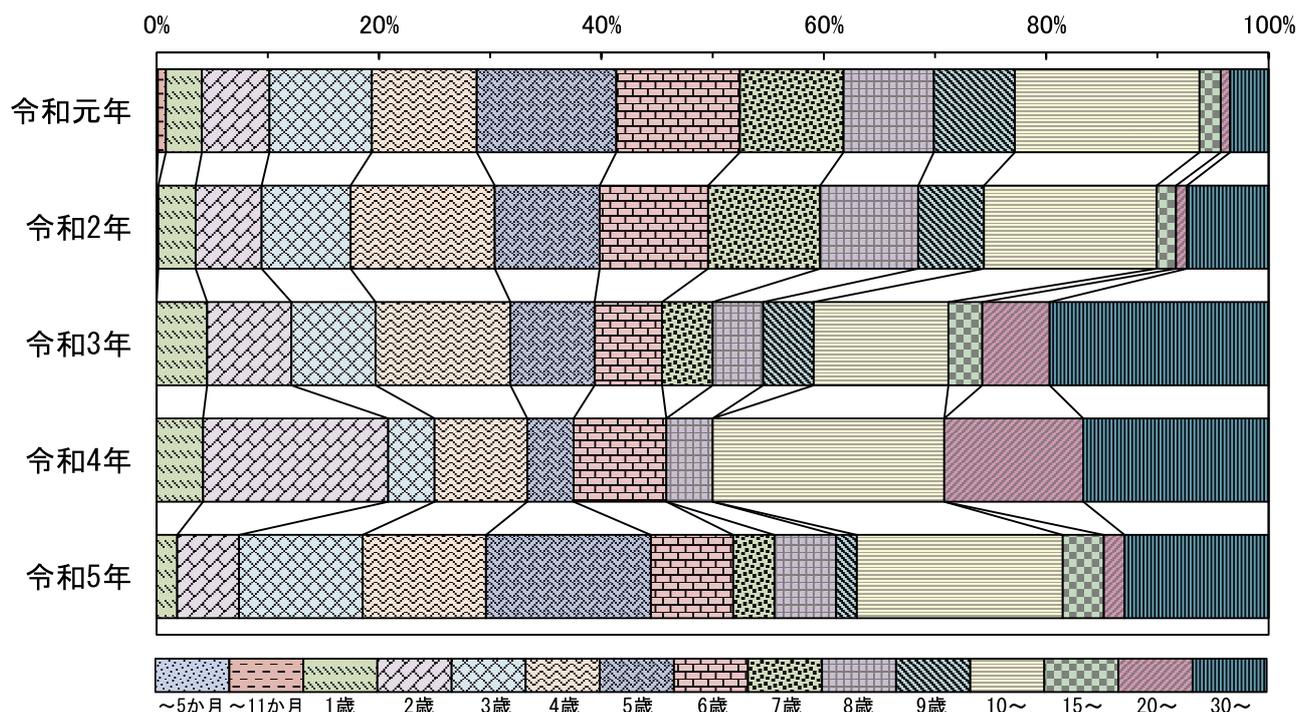
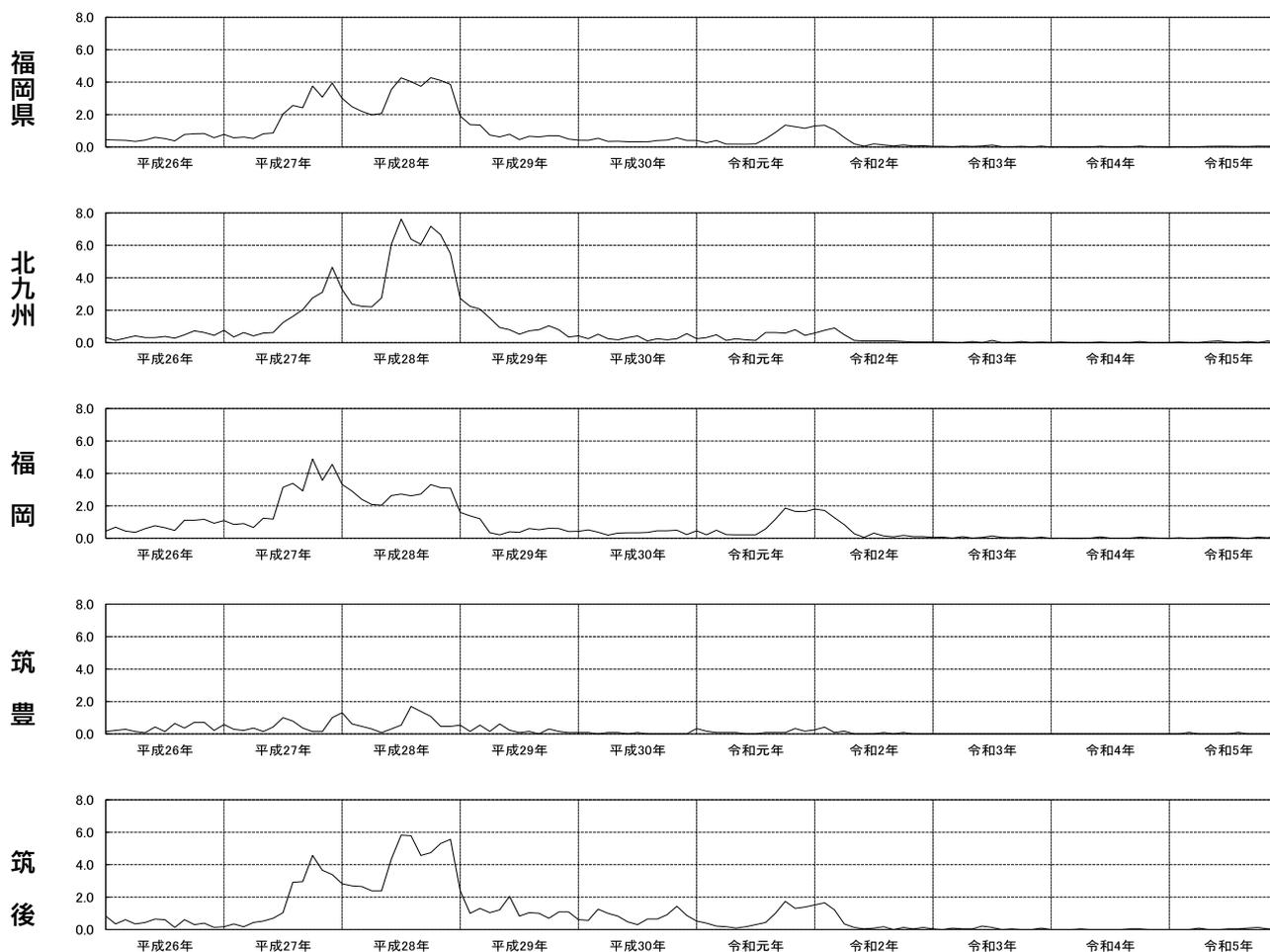
マイコプラズマ肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [小児科]

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



21. 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0.01 (1人)、前年0.0 (0人) であった。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) は平成12年 (2000年) から令和5年 (2023年) まで0.5 (36)、

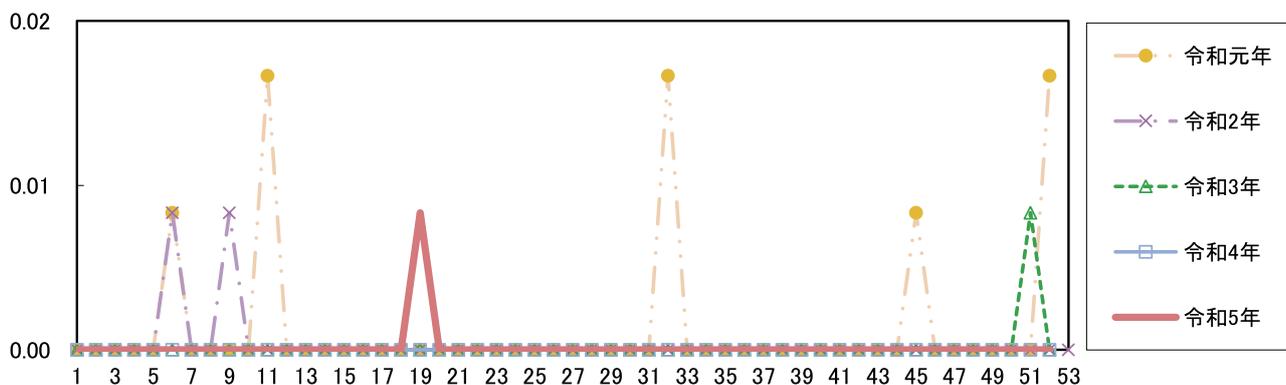
1.1 (114)、0.3 (38)、0.4 (48)、0.3 (35)、1.6 (197)、1.1 (135)、0.5 (57)、0.4 (48)、0.7 (87)、0.7 (78)、0.4 (48)、0.2 (23)、0.7 (81)、0.6 (69)、0.4 (43)、0.3 (34)、0.2 (20)、0.1 (7)、0.1 (8)、0.02 (2)、0.01 (1)、0.0 (0)、0.01 (1) と推移している。マイコプラズマ肺炎と比較すると報告数は少なく、過去6年間は特に少ない。

1人の発生月は5月であった。

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

1人の罹患年齢は5歳であった。

男女別は男1人、女0人であった。



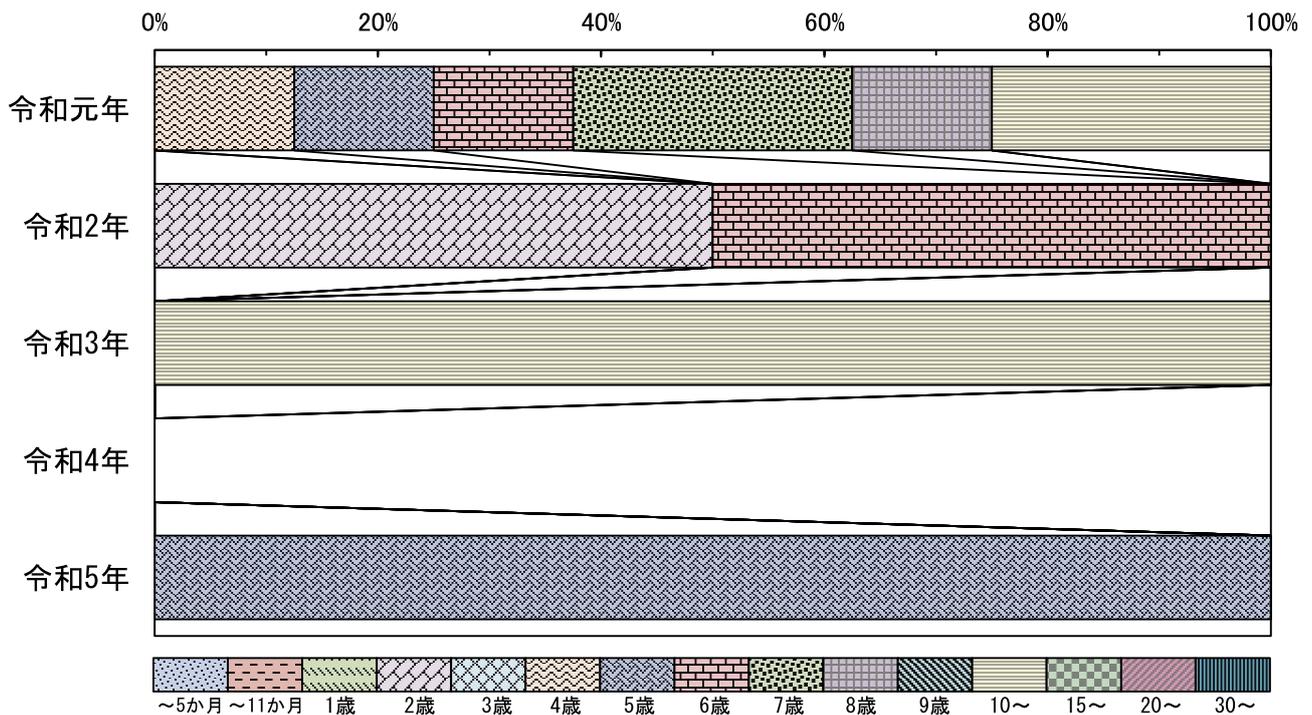
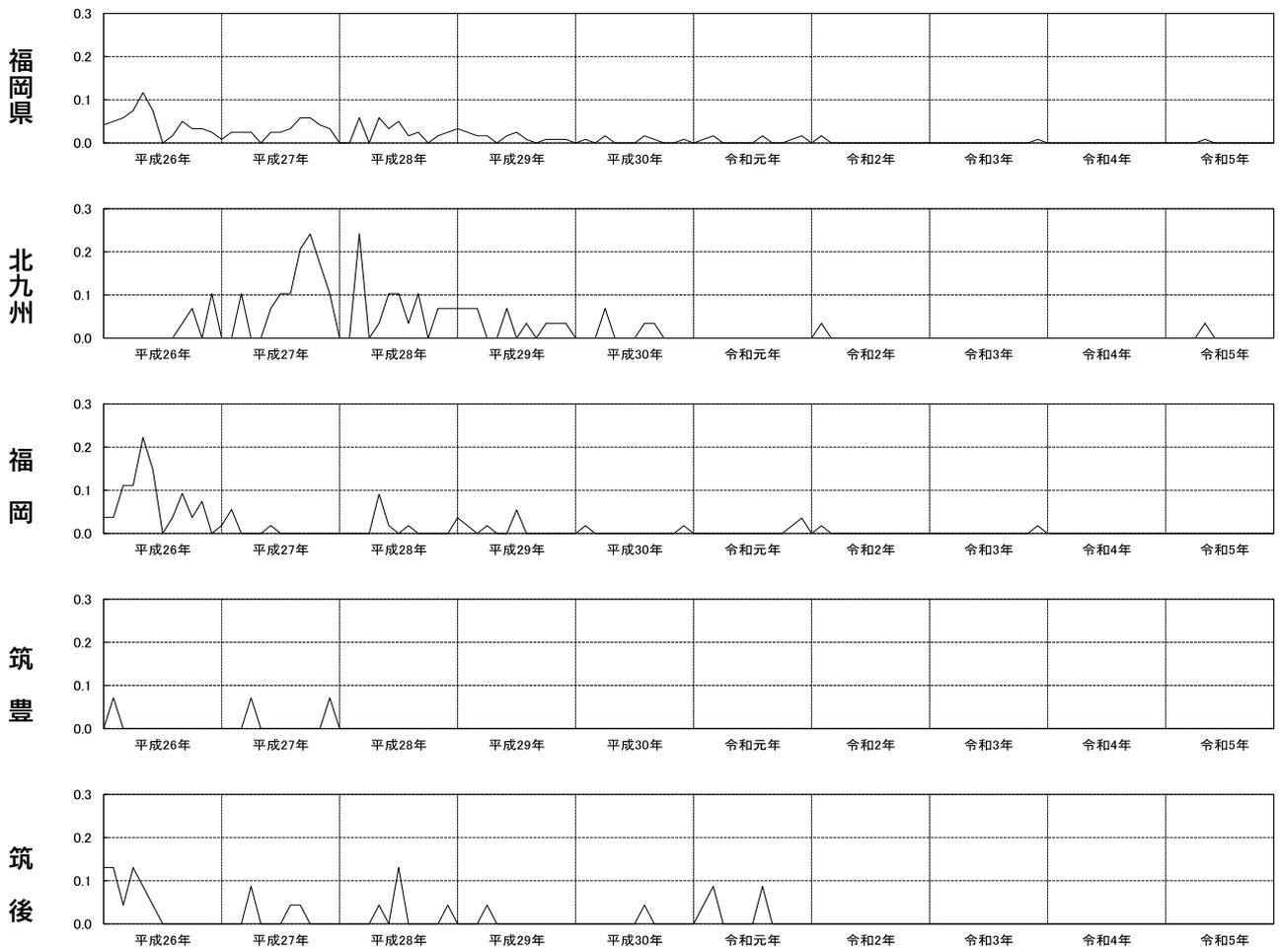
クラミジア肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [小児科]

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



22. 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0.5（14人）、前年0.3（7人）で、前年比200%（7人増加）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5年（2023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、0.8、1.0、0.5、1.7、0.8、0.1、0.6、0.6、0.1、0.5、0.3、0.5と推移している。

季節性ははっきりしない。

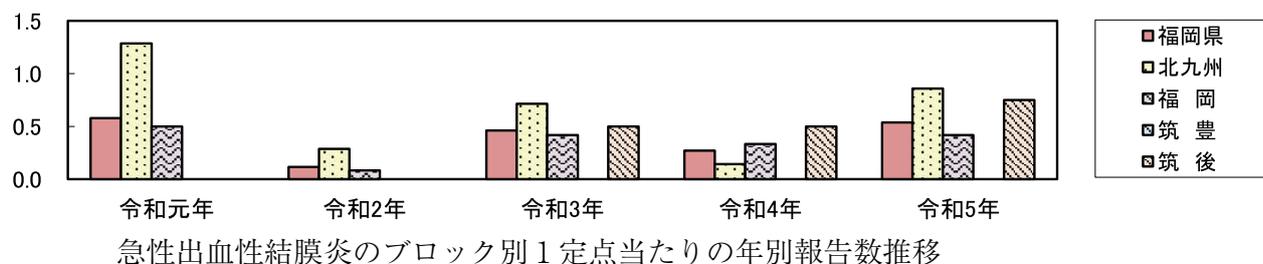
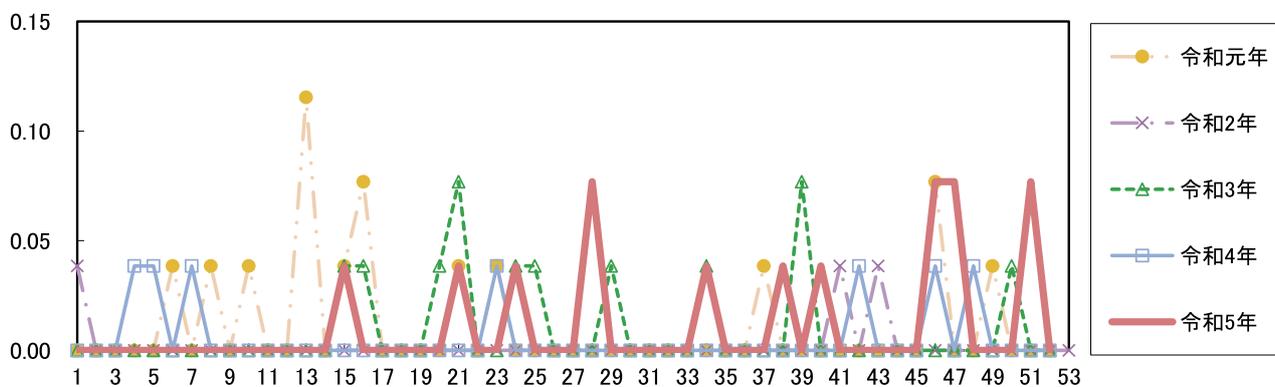
地区別報告では1定点当たり患者数（及び「患

者数」）は北九州0.9（6）〔北九州市1.0（6）〕、福岡0.4（5）〔福岡市0.7（5）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.8（3）であった。

14人の罹患年齢は4歳1人、6歳1人、10～14歳1人、20～29歳4人、30～39歳3人、40～49歳1人、50～59歳3人であった。成人が多く、20歳以上が78.6%（前年71.4%、前々年100%、3年前66.7%）であった。

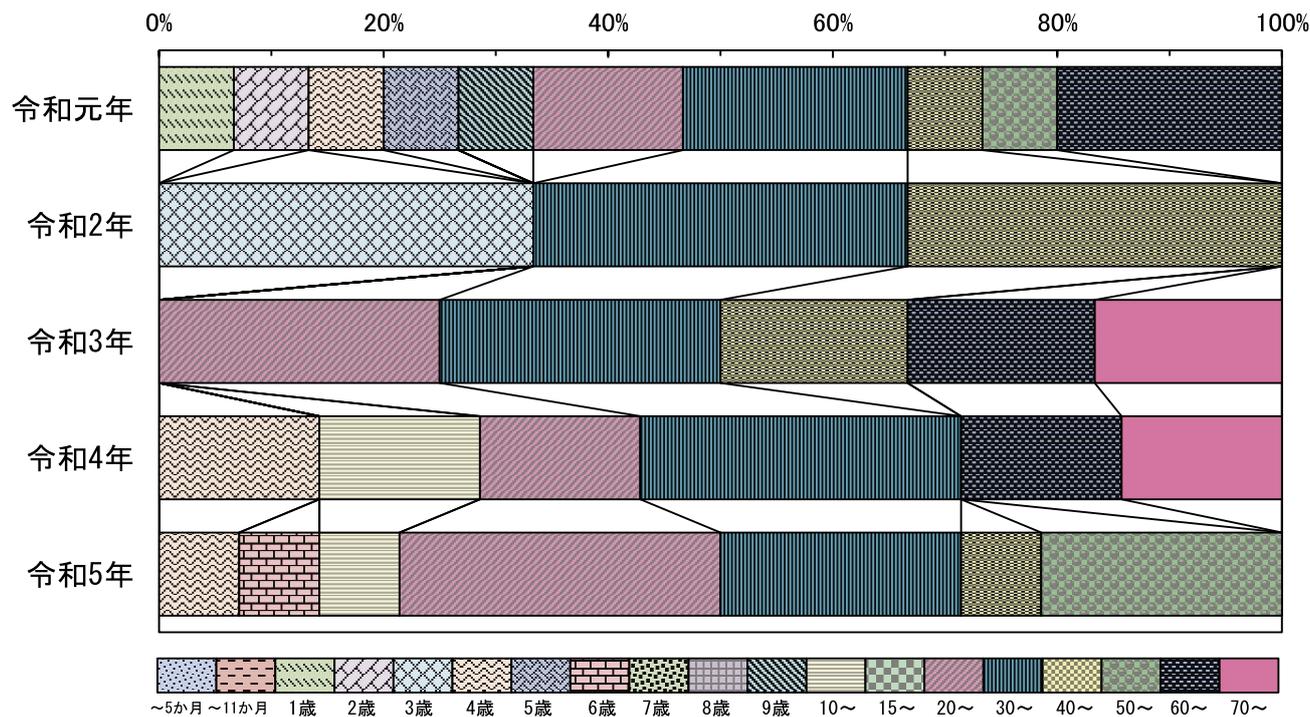
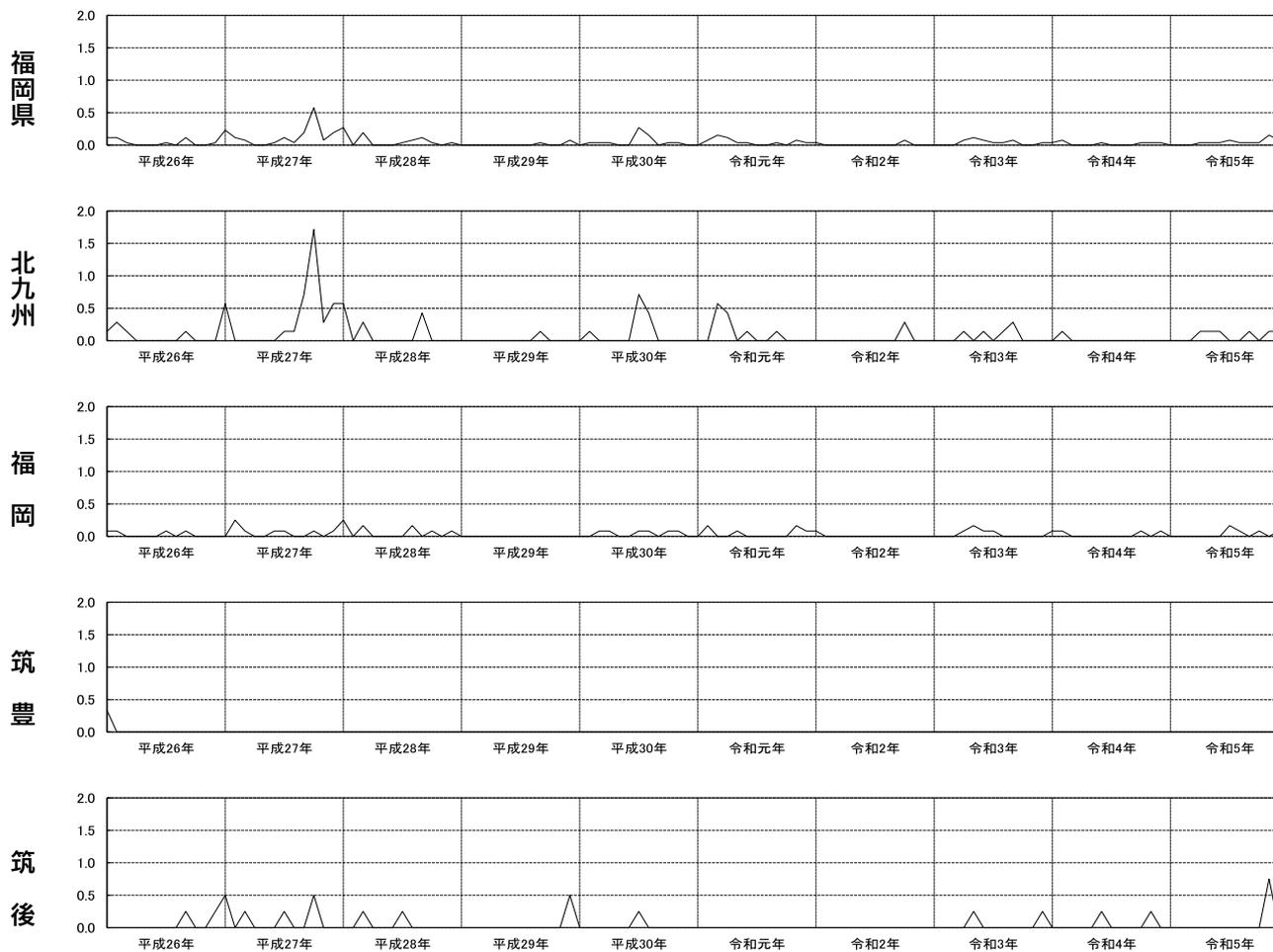
男女別は男6人、女8人であった。

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

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）



23. 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33.1（861人）、前年6.8（177人）と前年比486%であった。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和5年（2023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、52.9、38.9、74.6、54.5、10.6、11.5、6.8、33.1と推移した。令和2年に著減し、令和3年、4年と少ない状況が続いていたが、令和5年は増加した。

季節的にはもともと通年性の発生であるが、今年はやや後半に多発した。

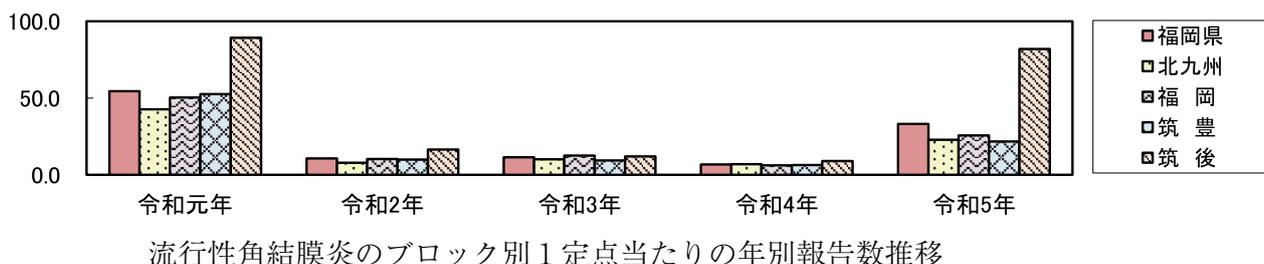
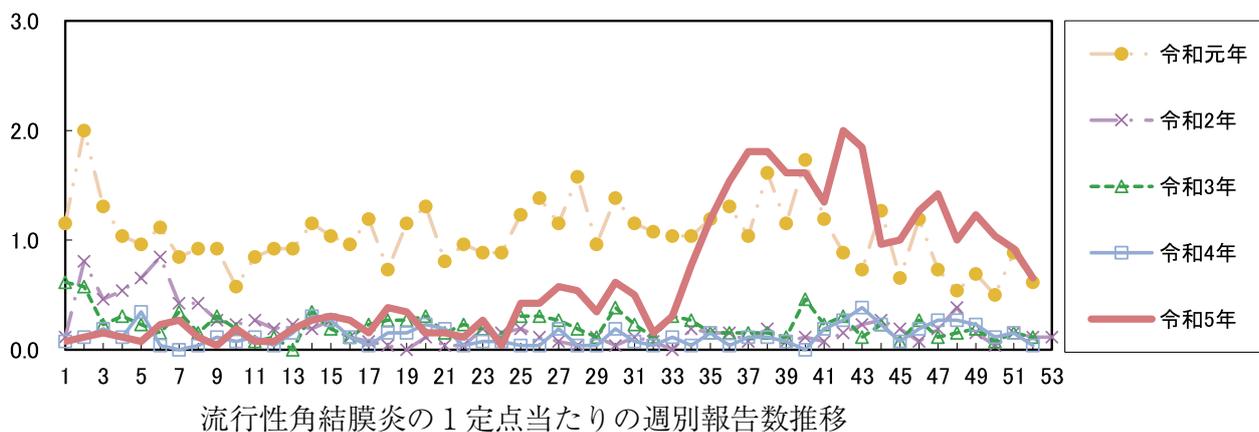
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州22.9（160）[北九州市18.8（113）]、福岡25.7（308）[福岡市26.4（185）]、筑豊21.7（65）、筑後82.0（328）で、各地区とも増加し、特に筑

後地区が多かった。

罹患年齢は0～5か月1.0%、6～11か月1.6%、1歳6.0%、2歳5.1%、3歳4.3%、4歳5.1%、5歳4.3%、6歳2.8%、7歳0.9%、8歳1.0%、9歳0.6%、10～14歳2.6%、15～19歳2.1%、20～29歳14.5%、30～39歳22.2%、40～49歳12.2%、50～59歳6.4%、60～69歳3.9%、70歳以上3.3%であった。20歳以上が62.5%（前年77.4%、前々年81.2%、3年前83.3%）と成人の割合が高い。

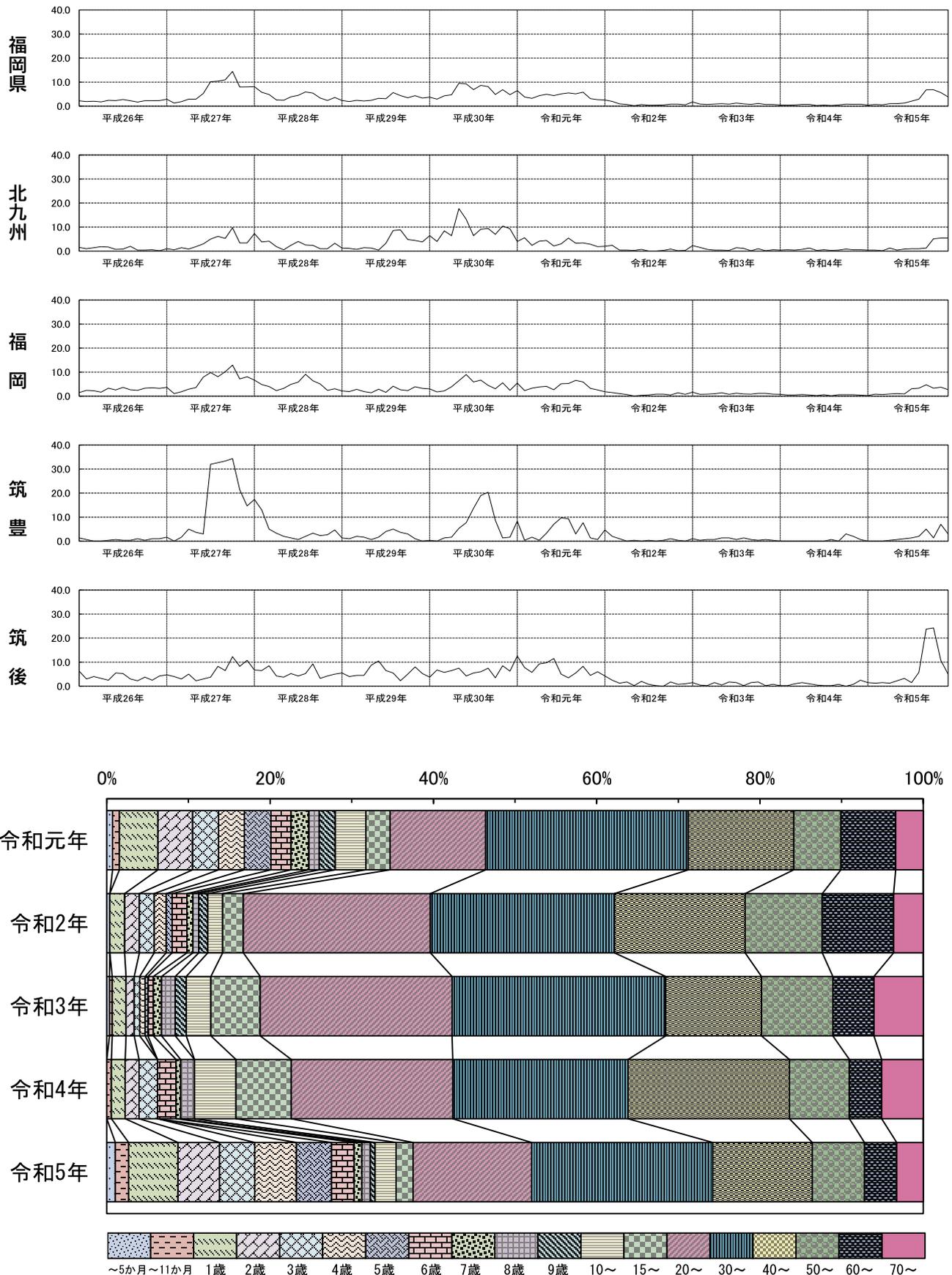
男女比は1.12（男455人、女406人）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるが、複数の血清型が原因になりうる。本県の検査情報では今年はやや1検体が提出され、分離は陰性であった。なお、週報には眼科定点、及び眼科定点以外からもアデノウイルス迅速抗原検出キットによる陽性報告がある。眼科定点からは家族内感染の報告がある。



流行性角結膜炎

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1.1（16人）、前年0.6（9人）と前年比178%（7人増加）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5年（2023年）まで1.5（22）、1.0（15）、0.8（12）、0.7（11）、1.1（17）、0.8（12）、0.7（11）、0.5（8）、1.1（16）、0.6（9）、0.8（12）、2.3（34）、1.9（29）、1.1（17）、1.1（17）、1.2（18）、1.6（24）、1.5（23）、1.3（20）、1.0（15）、1.1（17）、0.9（14）、0.6（9）、1.1（16）と推移している。

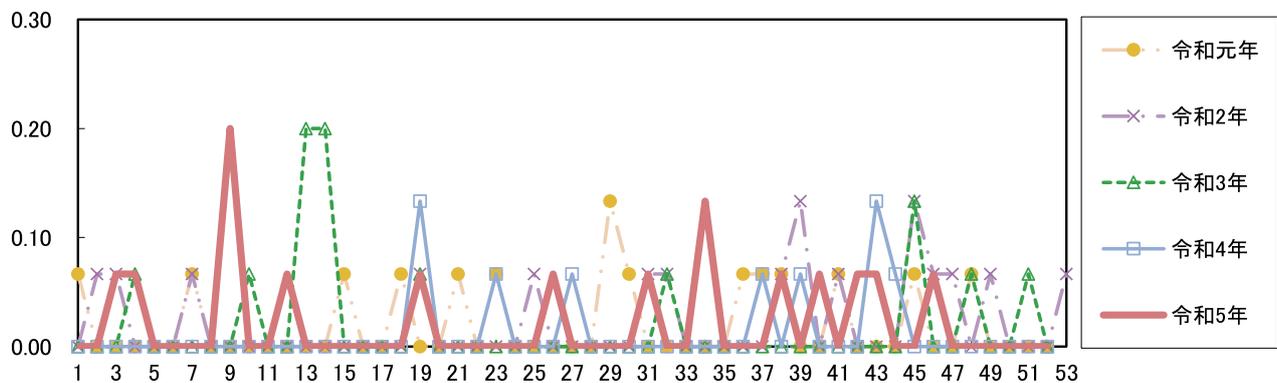
季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.7（2）[北九州市0.5（1）]、福岡0.2（1）[福岡市0.5（1）]、筑豊2.7（8）、筑後1.3（5）と各地区から報告があるが、筑豊地区からの報告が多い。

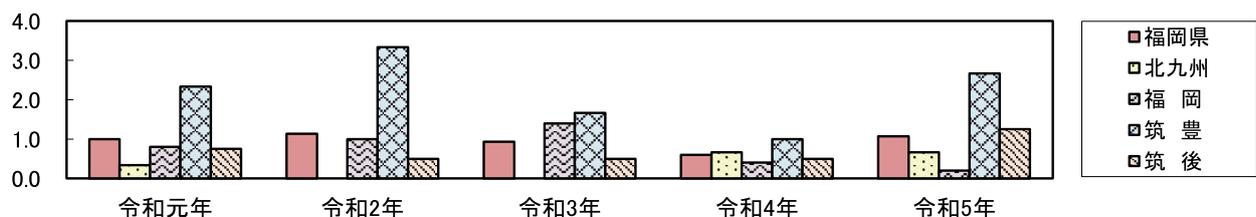
16人の罹患年齢は0～5か月1人、3歳1人、10～14歳1人、20～29歳1人、30～39歳2人、40～49歳2人、50～59歳1人、70～79歳5人、80歳以上2人であった。15歳未満3人、20歳以上13人で、成人が大部分であった。

男女別では男8人、女8人であった。

病原体として報告されたのは、*Stre.agalactiae* 1人（40～49歳男）、*S.epidermidis* 1人（30～39歳女）、*Staphylococcus* sp 2人（3歳男、70～79歳女）、*L.monocytogenes* 1人（70～79歳女）、*Listeria* sp 1人（8歳以上女）、*K.pneumoniae* 1人（40～49歳女）、*Campylobacter* sp 3人（70～79歳男3人）、*Sal* O8群 1人（30～39歳男）、その他の細菌 2人（20～29歳女、50～59歳男）の計13人であった。



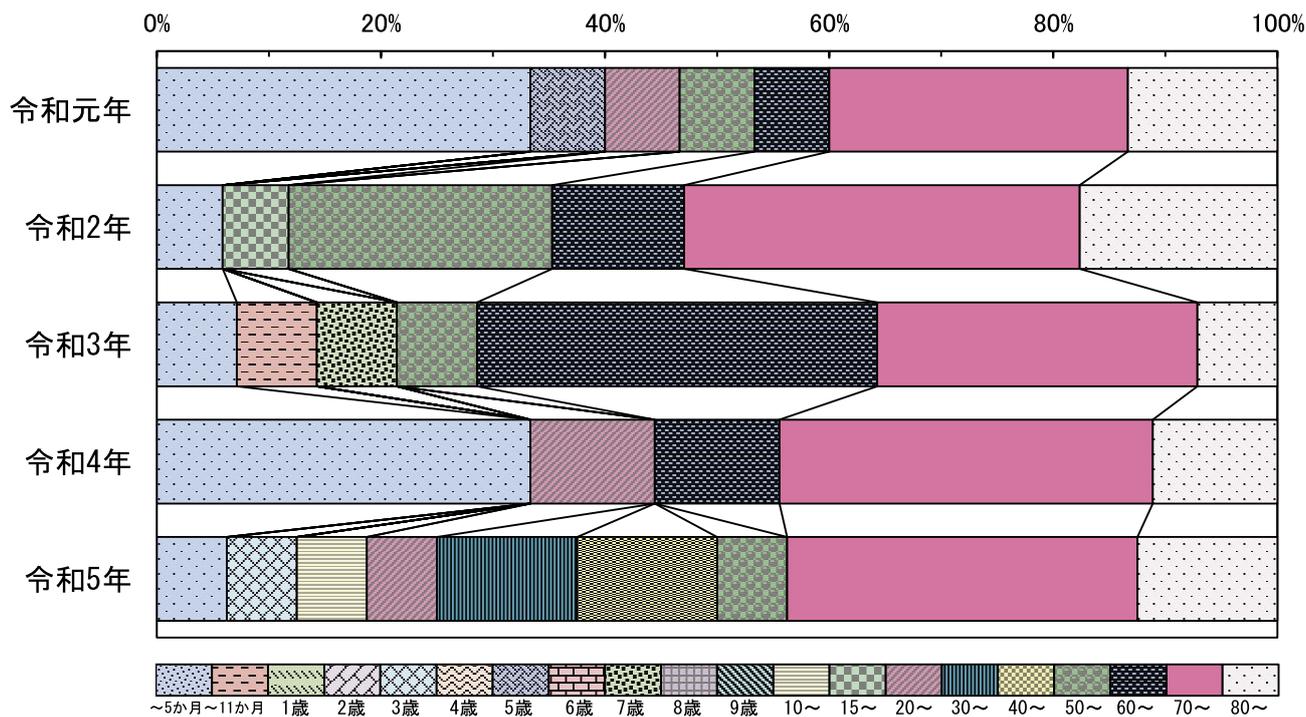
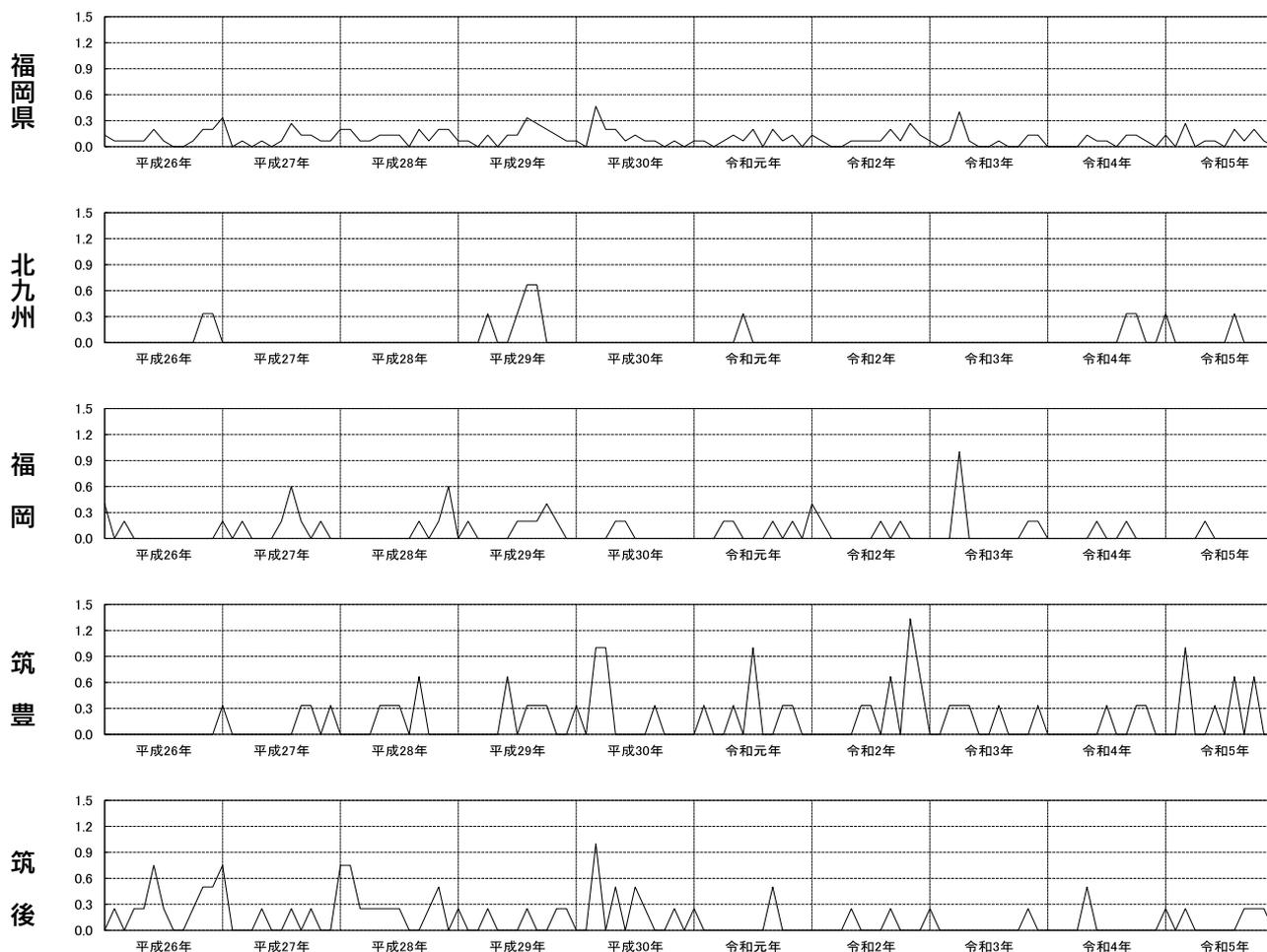
細菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎 [基幹]

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



2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年1.7 (26人)、前年1.6 (24人) と前年比108%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5年 (2023年) まで4.2 (63)、4.2 (63)、2.5 (37)、2.1 (32)、2.1 (32)、0.9 (13)、1.3 (19)、0.8 (12)、0.8 (12)、0.5 (8)、0.9 (13)、2.4 (36)、2.7 (41)、15.1 (227)、3.7 (55)、7.7 (115)、9.7 (146)、5.5 (82)、3.5 (53)、3.1 (46)、1.7 (26)、2.7 (40)、1.6 (24)、1.7 (26) と推移している。令和3年は増加したが、令和4年、5年は報告数が少ない。

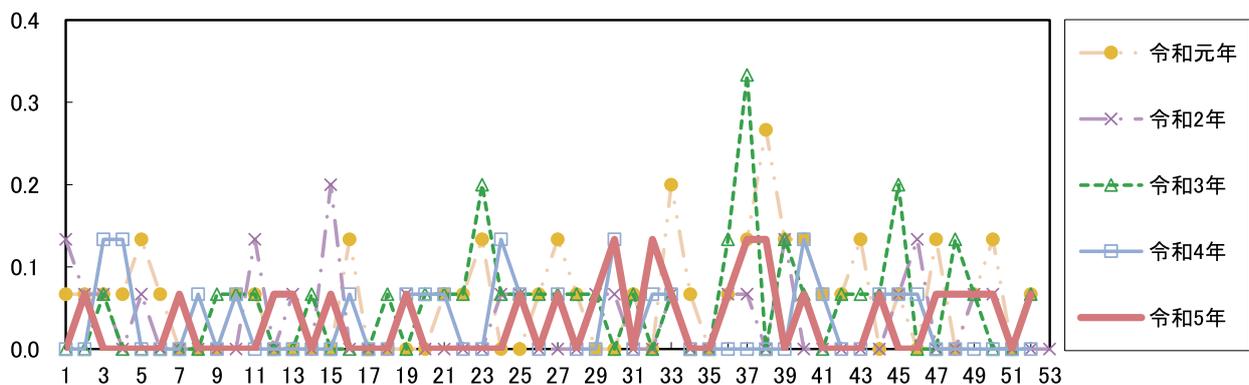
季節的には夏期に多発する疾患であるが、今年も夏期の多発は目立たなかった。

地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.0 (0) [北九州市0.0 (0)]、福岡3.2 (16) [福岡市5.5 (11)]、筑豊2.0 (6)、筑後1.0 (4) であった。

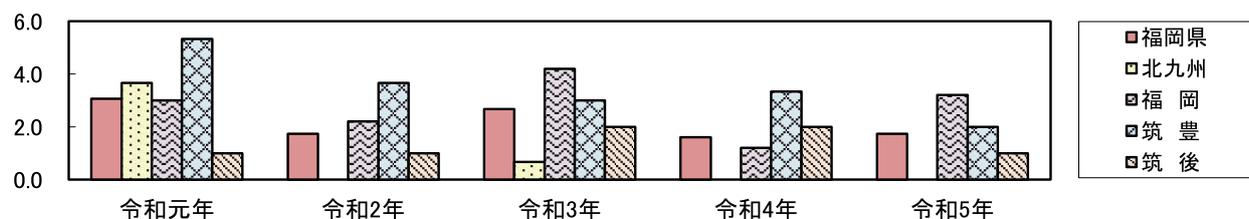
罹患年齢は0～5か月15.4%、6～11か月0.0%、1歳～14歳0.0%、15～19歳3.8%、20～29歳7.7%、30～39歳23.1%、40～49歳15.4%、50～59歳15.4%、60～69歳3.8%、70～79歳3.8%、80歳以上11.5%と分布した。今年15歳未満が15.4% (4人；前年16.7%、前々年42.5%、3年前7.7%)、20歳以上は80.8% (21人；前年66.7%、前々年57.5%、3年前84.6%) で、成人の報告数が多かった。

男女比は1.00 (男13人、女13人) であった。

病原体として報告されたのはVZV 8人 (30～39歳女1人、40～49歳女1人、50～59歳男1人、60～69歳男1人、70～79歳男1人、80歳以上男1人、女2人)、HSV-2型 1人 (50～59歳女)、Parainf.3型1人 (50～59歳女)、Enterovirus NT 4人 (0～5か月女2人、30～39歳男1人、40～49歳女1人) であった。



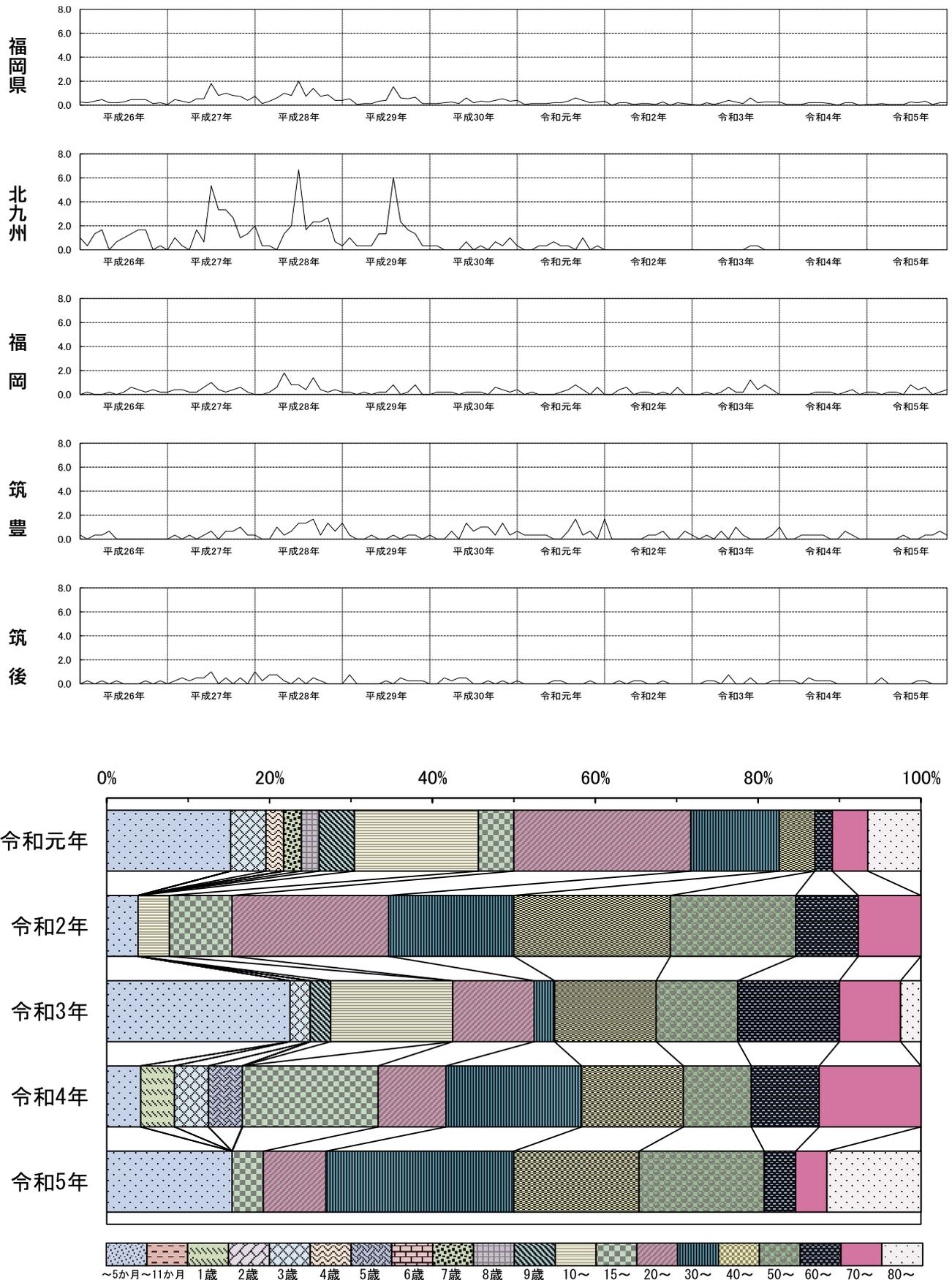
無菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



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0.5 (7人)、前年0.1 (2人) であった。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) は平成12年 (2000年) から令和5年 (2023年) まで1.6 (24)、10.7 (161)、5.7 (85)、3.0 (45)、6.4 (96)、4.5 (67)、11.2 (168)、4.0 (60)、3.6 (54)、4.0 (60)、11.3 (170)、19.0 (285)、10.0 (150)、7.5 (113)、5.5 (82)、34.2 (513)、96.3 (1,445)、28.2 (423)、11.8 (177)、10.2 (153)、7.3 (110)、0.8 (12)、0.1 (2)、0.5 (7) と推移している。平成23年をピークとする流行の

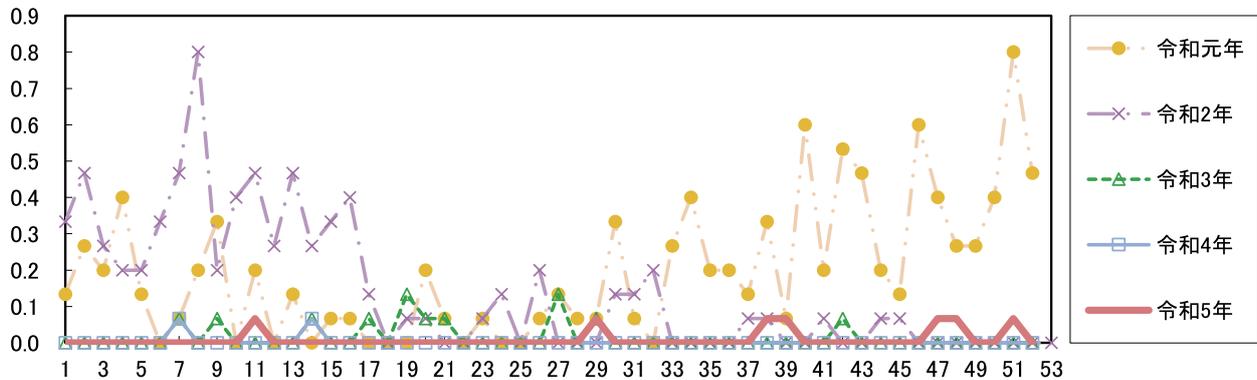
後に3年連続で減少し、次に平成28年に大きなピークを示す流行があり、その後は7年連続で減少し、令和3年、4年、5年は特に少ない。

今年も報告数が少なく、季節性ははっきりしない。

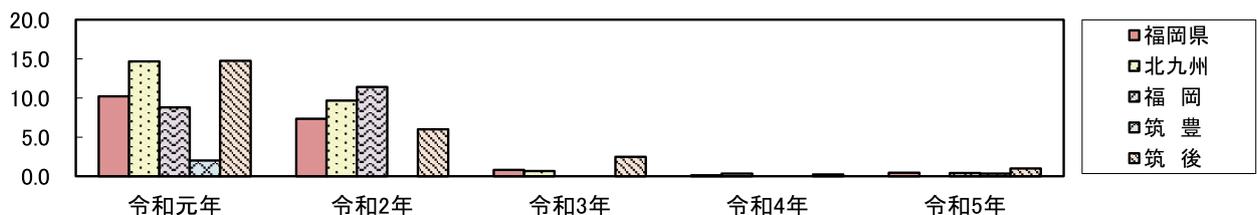
地域的には1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.0 (0) [北九州市0.0 (0)]、福岡0.4 (2) [福岡市1.0 (2)]、筑豊0.3 (1)、筑後1.0 (4) であった。

7人の罹患年齢は5歳1人、8歳1人、9歳2人、10～14歳1人、15～19歳1人、20～29歳1人であった。7歳未満が14.3% (前年0.0%、前々年75.0%、3年前52.7%)、20歳以上も14.3% (前年0.0%、前々年0.0%、3年前8.2%) であった。

男女別は男3人、女4人であった。



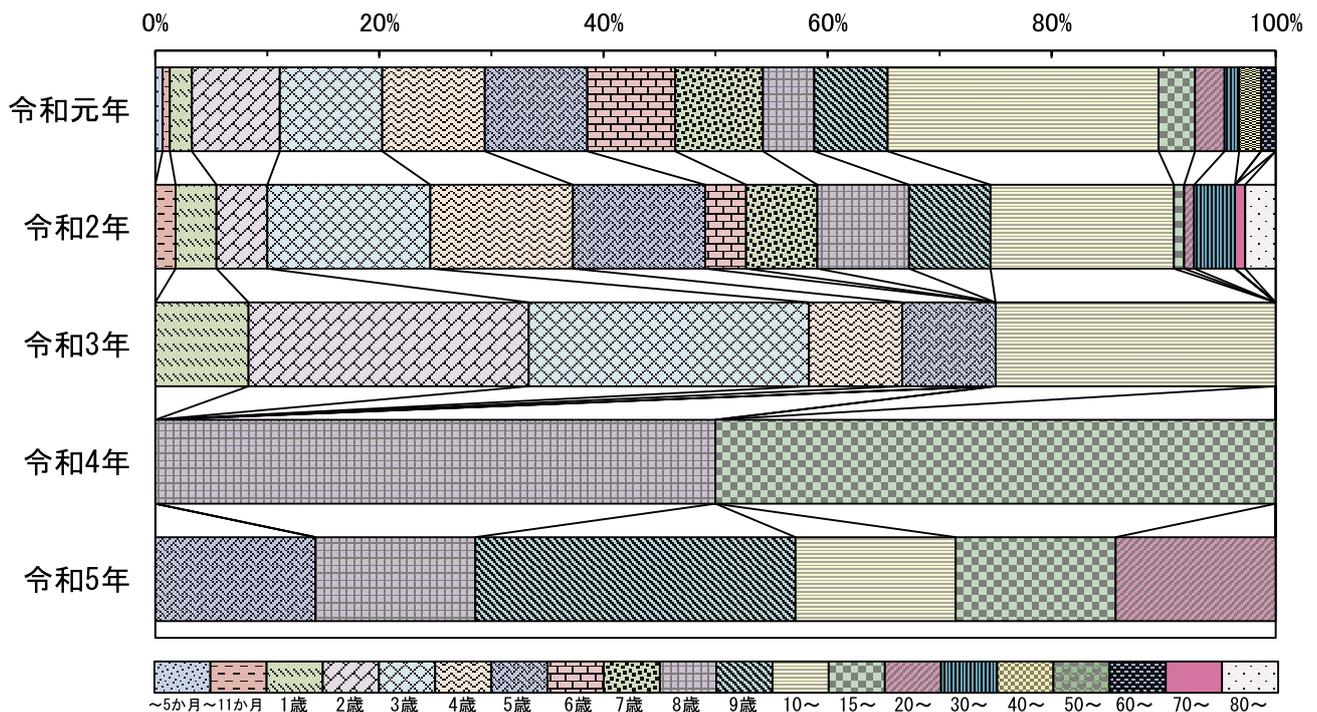
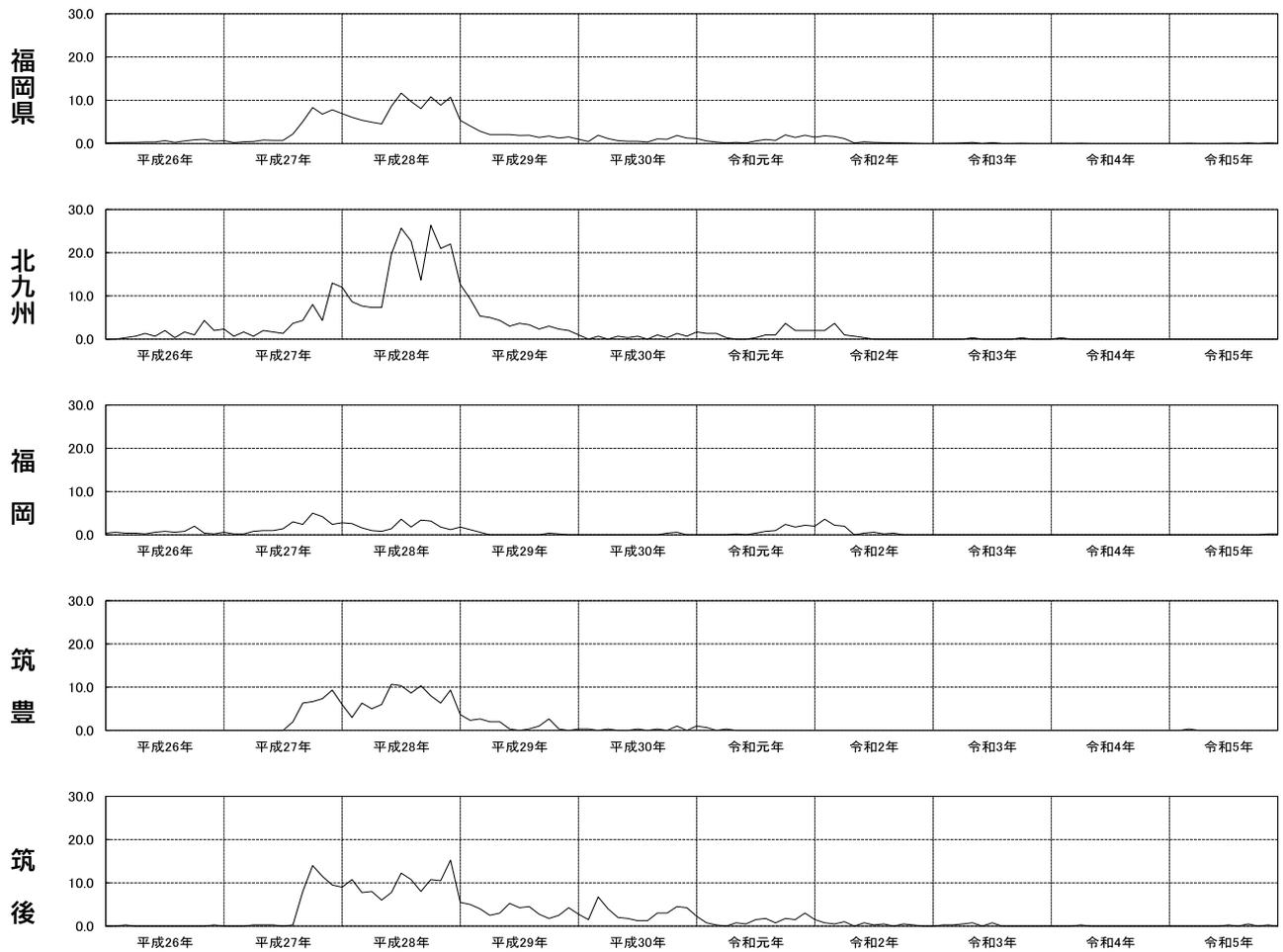
マイコプラズマ肺炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [基幹]

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



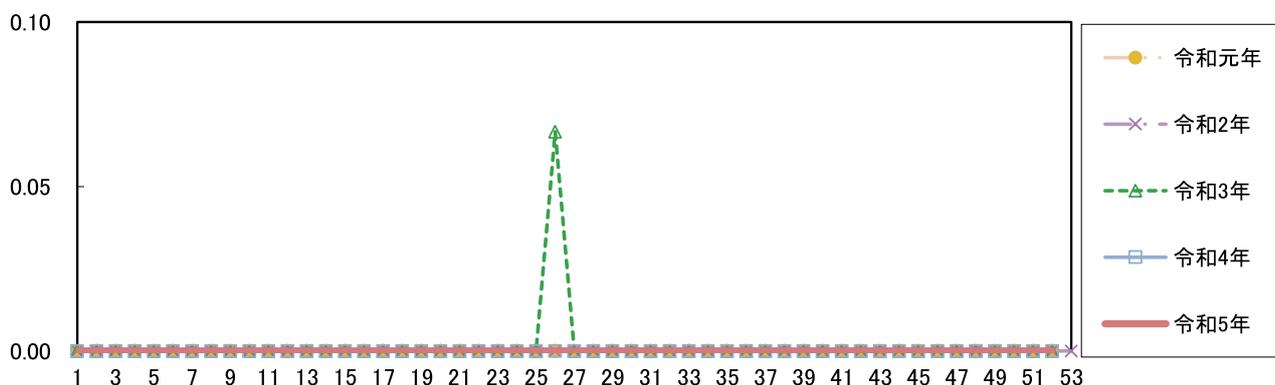
4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）[基幹定点]

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

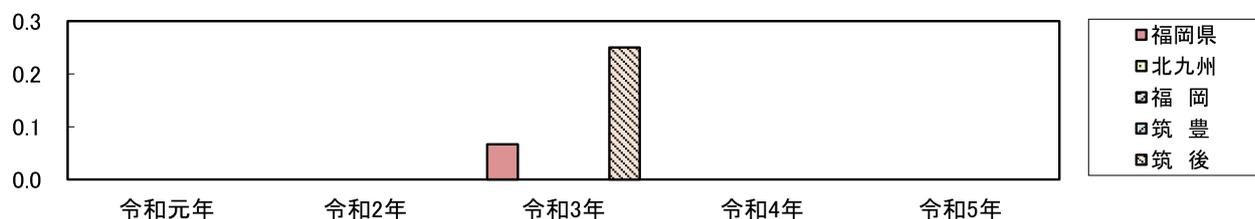
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.0（0人）、前年0.0（0人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和5年（2023年）まで0.3（4）、

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

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



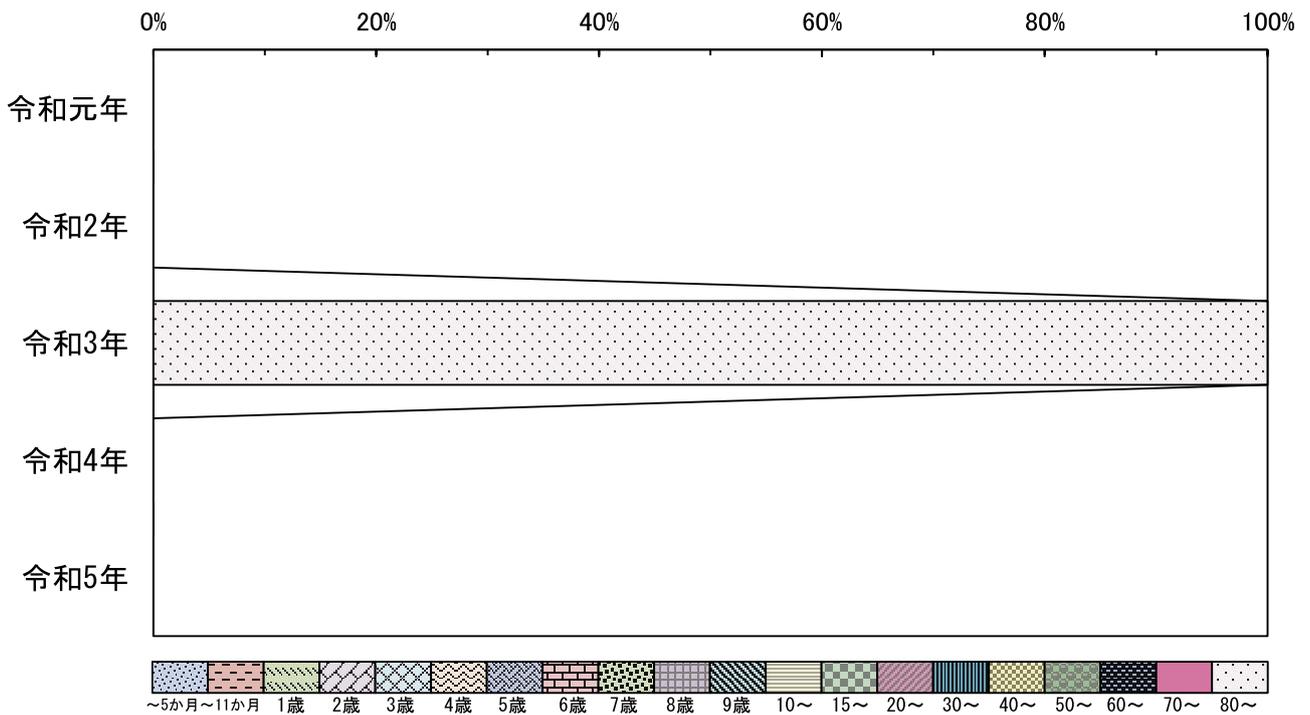
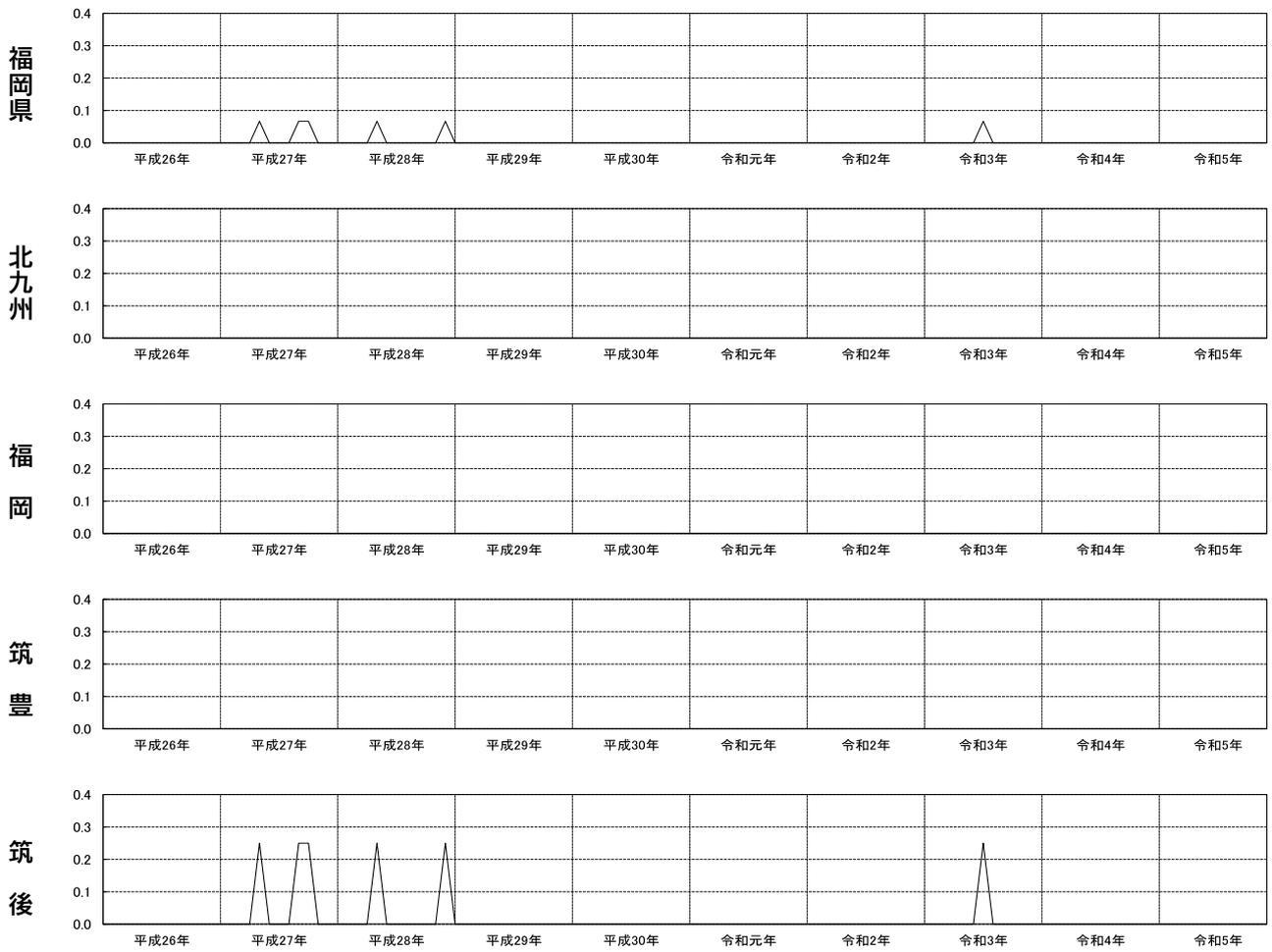
クラミジア肺炎 [基幹] の1 定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎 [基幹] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [基幹]

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



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。

令和5年（2023年）の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、54.7（820人）で、前年の0.8（12人）より大幅に増加した。全県1定点当りの患者数は平成24年（2012年）から令和5年（2023年）まで、それぞれ21.5、12.1、21.9、22.3、37.5、41.6、58.3、69.1、26.7、0.1、0.8、54.7で、新型コロナウイルス感染症の出現以前のレベルに戻った。

定点当たりの入院患者数は、第7週に2.1となり、一度ピークを迎えた後減少し、第26週の0.24から徐々に増加傾向を示し、第48週に4.6のピークを示した。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州28.0（84）〔北九州市36.5（73）〕、福岡

71.2（356）〔福岡市112.5（225）〕、筑豊68.3（205）、筑後43.8（175）で、全地域から報告があり、令和元年と同様に、福岡と筑豊からの報告が多かった。

入院患者年齢は、0～5か月2.9%、6～11か月1.2%、1歳4.8%、2歳4.5%、3歳4.5%、4歳5.2%、5歳4.6%、6歳3.9%、7歳3.4%、8歳2.2%、9歳2.2%、10～14歳6.5%、15～19歳2.4%、20～29歳1.2%、30～39歳2.6%、40～49歳2.1%、50～59歳3.4%、60～69歳6.8%、70～79歳14.8%、80歳以上20.7%で、70歳以上が多く、その割合は35.5%であった。

男女比は1.14で男性が多かった。

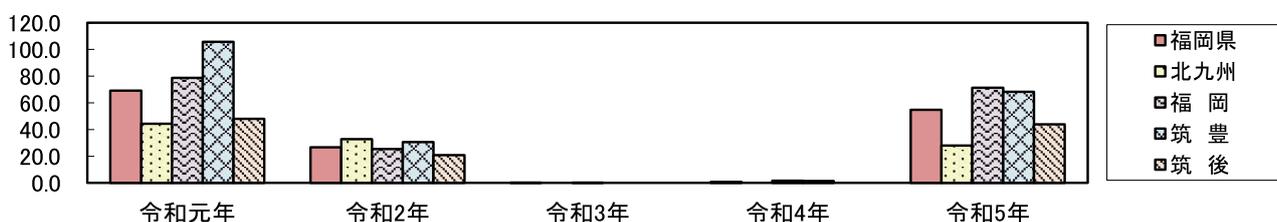
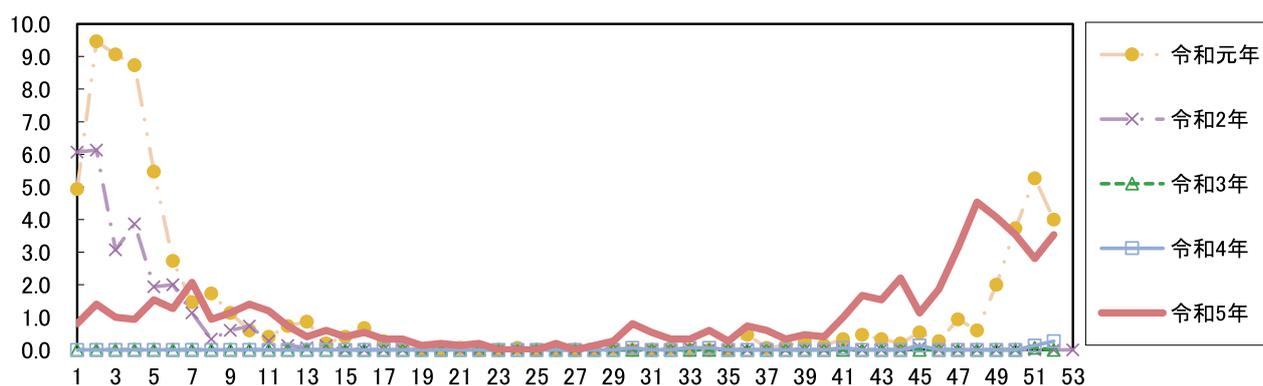
入院時の状況としてICU入室は30人（3.7%）、人工呼吸器の利用は5人（0.6%）であった。

迅速診断キットの結果はA型が650人、B型が36人、A型B型両方陽性が3人で、A型では70歳以上が40.3%、B型では70歳以上が66.7%で、B型で高齢者の割合が例年と比較して高かった。

入院時の状況と年齢別内訳（総数：820人）

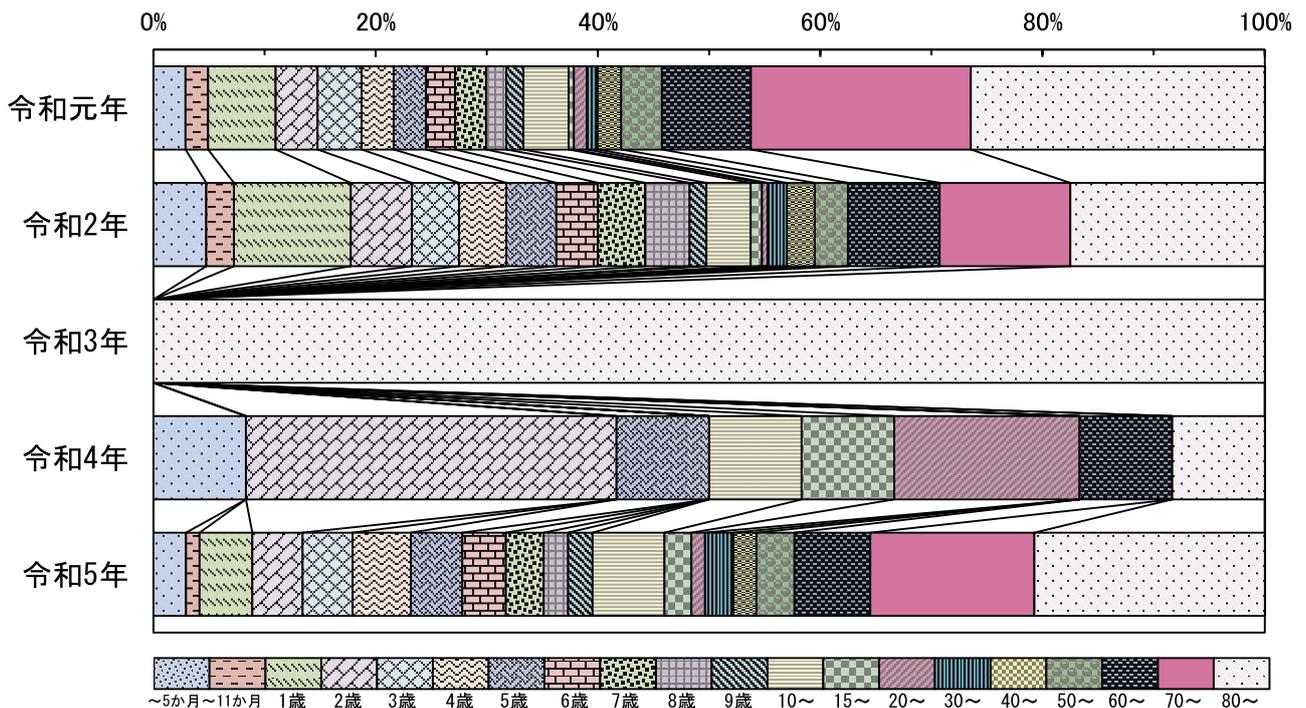
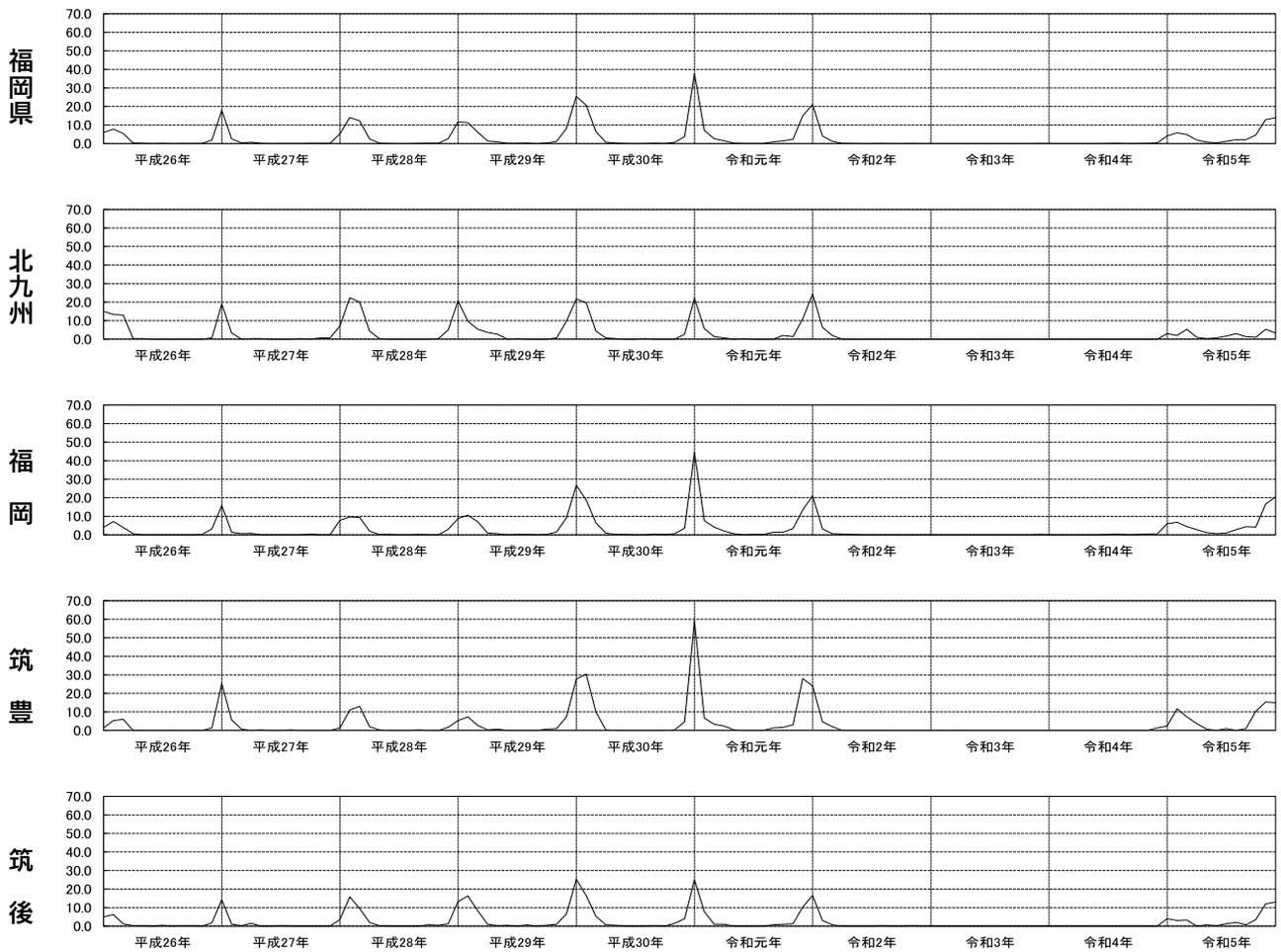
年齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	34	156	134	53	20	10	21	17	28	56	121	170	820
ICU入室*	2	9	6	2	1	0	0	1	1	1	3	4	30
人工呼吸器の利用*	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	5
頭部CT検査、頭部MRI検査、脳波検査のいずれかの実施（予定含む）*	1	22	15	6	2	1	0	2	2	3	14	16	84
いずれにも該当せず	31	132	118	44	17	9	21	14	25	52	105	150	718
迅速キット（A+）	24	99	95	35	17	7	18	15	27	51	111	151	650
迅速キット（B+）	0	1	0	1	1	1	2	2	1	3	9	15	36
迅速キット（A+B+）	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
PCR	10	50	33	18	2	1	1	1	0	0	1	0	117
ウイルス分離	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
その他	0	6	6	0	0	1	0	0	0	1	0	3	17

※一部重複あり。



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. 新型コロナウイルス感染症（入院）[基幹定点]

「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」（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知）の一部が改正され、令和5年9月25日より指定届出機関（基幹定点）から報告されるようになった。基幹定点で検査によりCOVID-19と診断した患者のうち、入院をしたものについて週単位の報告されるようになってきている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、令和5年は、28.9（433人）であった。

福岡県では、令和5年第39週の定点当たり入院患者数は3.1で、その後減少傾向を示し、第44週に0.9まで減少したが、その後は増加傾向を示し、第52週には5.4となった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州7.0（21）〔北九州市8.0（16）〕、福岡31.0（155）〔福岡市33.5（67）〕、筑豊28.7（86）、筑後42.8（171）で、筑後からの報告が多く、北九州からは少なかった。

入院患者年齢は、0～5か月2.8%、6～11か月1.4%、1歳0.9%、2歳0.9%、3歳0.9%、4歳0.2%、5歳0.2%、6歳0.5%、7歳1.4%、8歳0.2%、9歳0%、10～14歳0.2%、15～19歳0.5%、20～29歳0.7%、30～39歳2.1%、40～49歳1.6%、50～59歳5.1%、60～69歳11.3%、70～79歳24.0%、80歳以上45.0%で、80歳以上が最も多く、60歳以上が占める割合が80%以上であった。

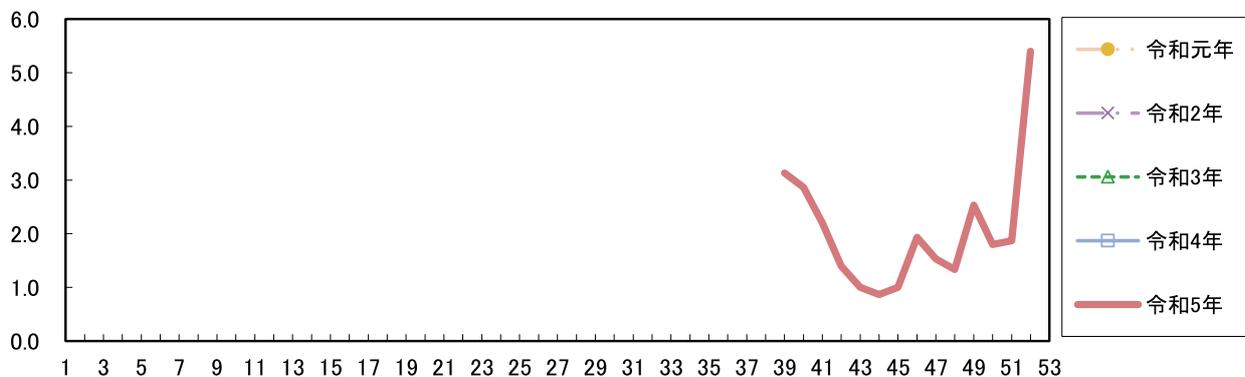
男女比は1.28で男性が多かった。

入院時の状況としてICU入室は43人（9.9%）、人工呼吸器の利用は9人（2.1%）であった。

入院時の状況と年齢別内訳（総数：433人）

年 齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	18	13	10	1	2	3	9	7	22	49	104	195	433
ICU入室*	0	2	3	0	0	0	0	1	5	6	14	12	43
人工呼吸器の利用*	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	2	9
いずれにも該当せず	18	11	7	1	2	3	9	6	17	41	90	181	386

※一部重複あり。



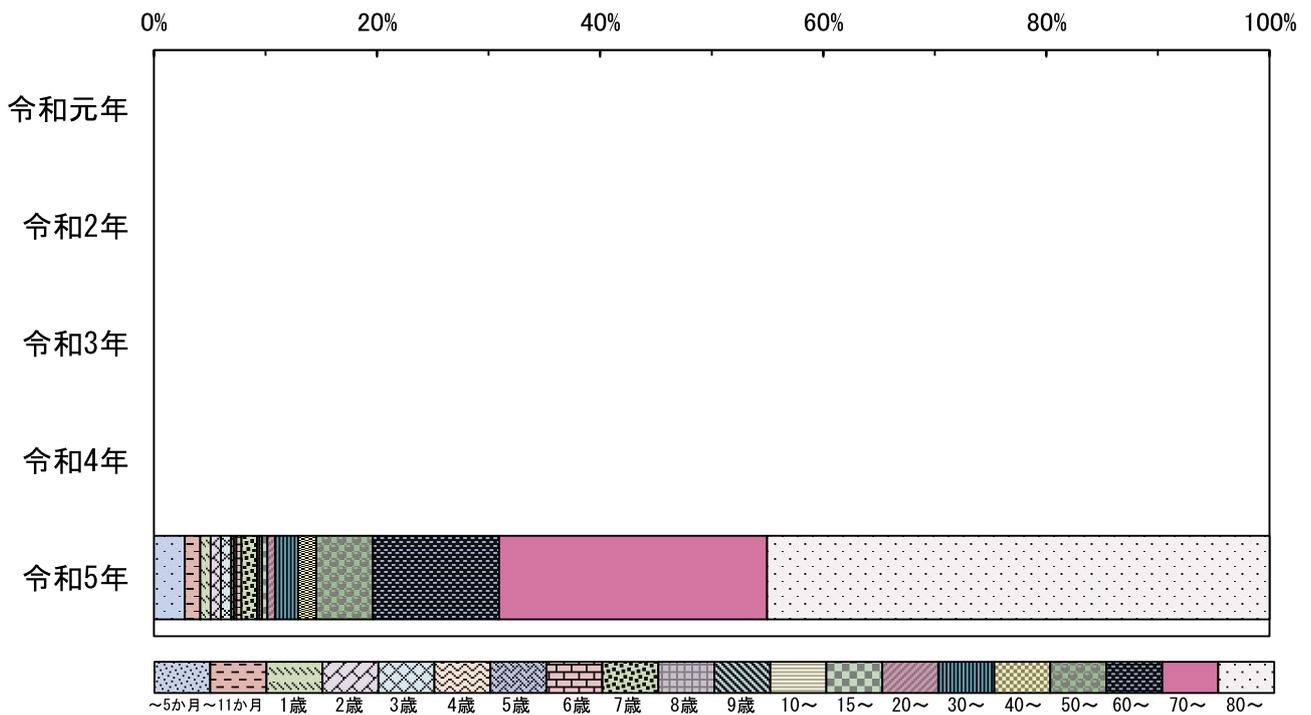
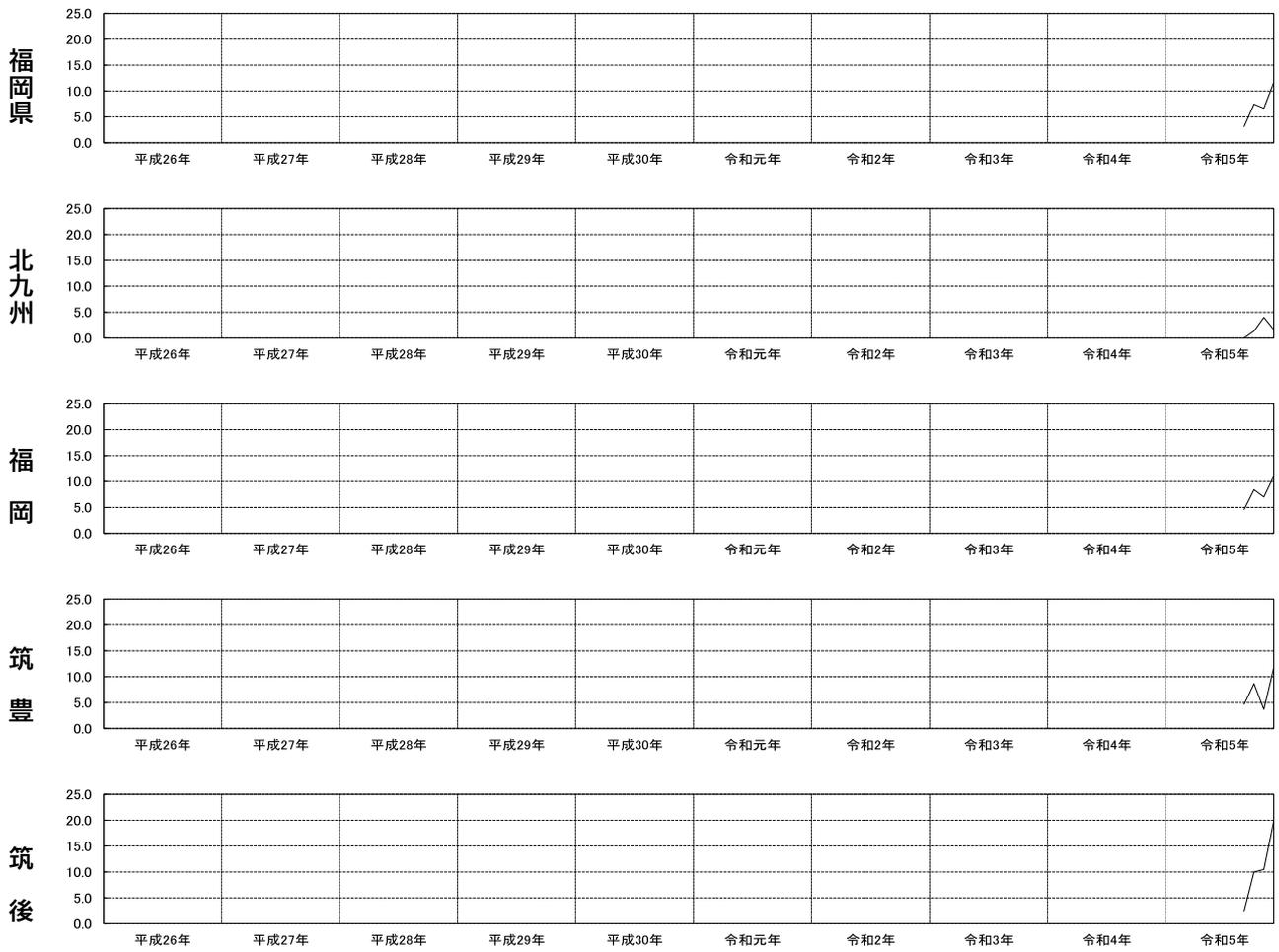
新型コロナウイルス感染症（入院）[基幹]の1定点当たりの週別報告数推移



新型コロナウイルス感染症（入院）[基幹]のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

新型コロナウイルス感染症（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）



7. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は

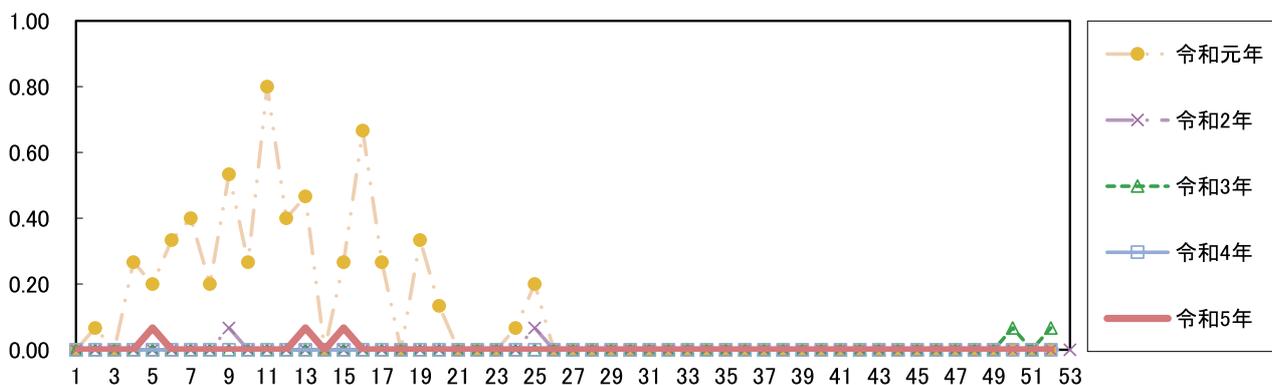
今年0.2（3人）、前年0.0（0人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成25年（2013年）から令和5年（2023年）まで0.0（0）、2.6（39）、2.1（32）、2.0（30）、3.6（54）、5.4（81）、5.9（88）、0.1（2）、0.1（2）、0.0（0）、0.2（3）と推移し、4年連続で非常に少ない。ロタワクチンの効果と考えられる。

3人の発生月は2、3、4月でロタウイルス胃腸炎の多発時期と一致している。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.4（2）〔福岡市1.0（2）〕、筑豊0.3（1）、筑後0.0（0）であった。

3人の罹患年齢は2歳、3歳、7歳であった。

男女別は男1人、女2人であった。



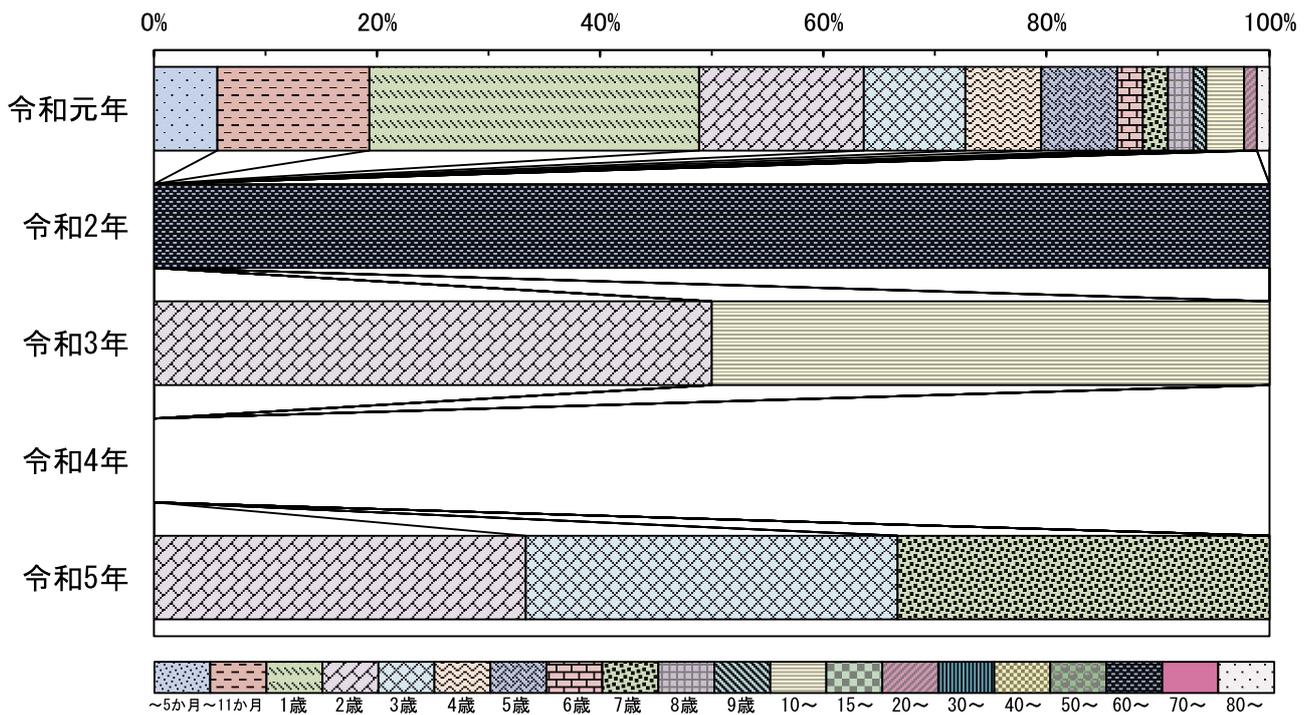
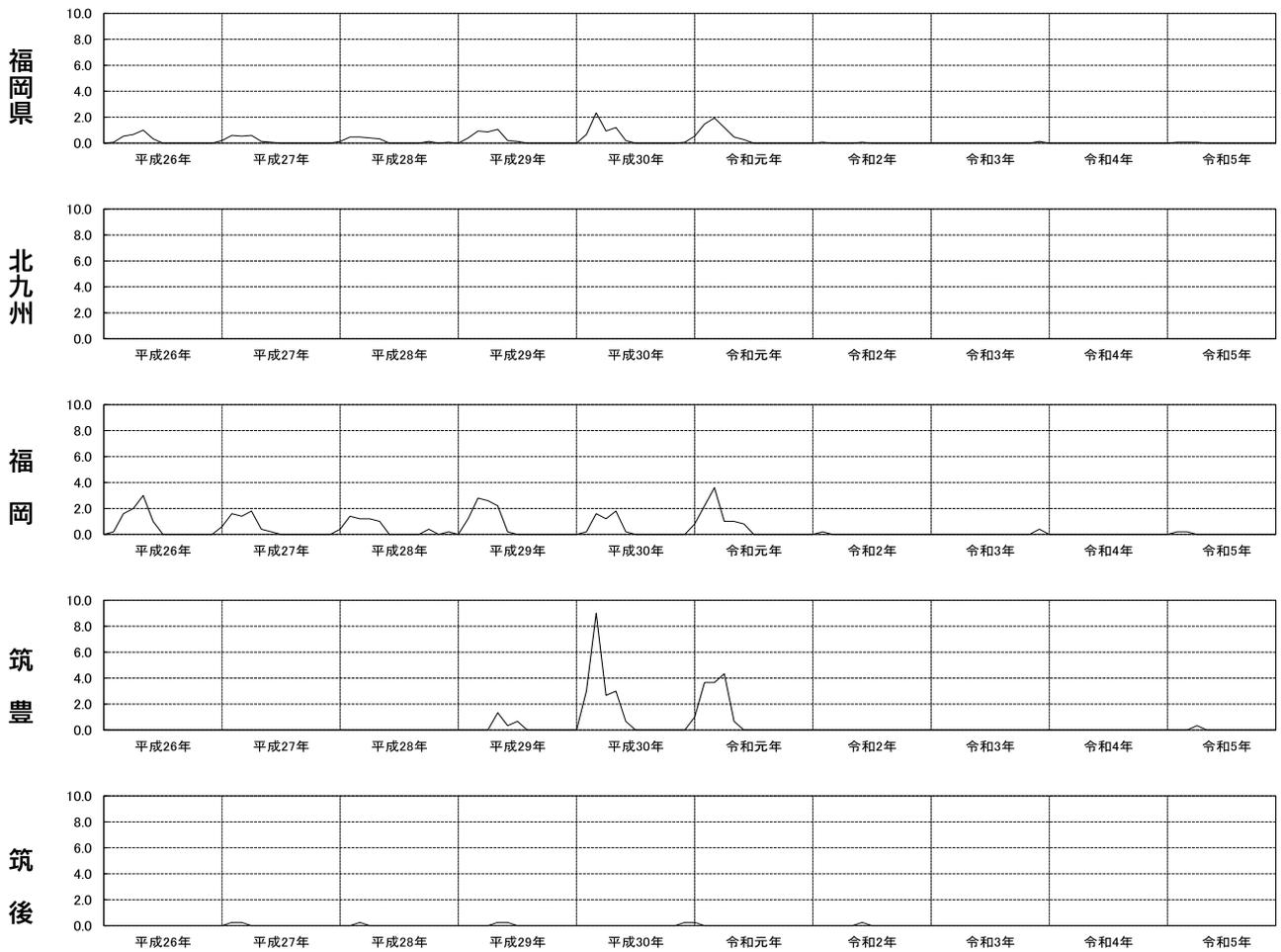
感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



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）



8. 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58.2（873人）で、前年の45.5（683人）より増加した。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和5年（2023年）まで、それぞれ45.4、35.6、50.2、41.4、56.4、48.5、49.1、34.9、32.2、42.8、29.5、49.9、41.0、33.8、30.6、36.8、50.3、54.1、56.8、50.9、44.0、42.7、45.5、58.2である。

年間の1定点当たり患者数は、全国的には平成27年まで減少しており、その後増加はみられていない。令和3年以降の報告数は減少しており、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる。福岡県では平成28年度以降報告が増加していたが、令和2年以降は減少して横ばい状態が続いていた

が、令和5年の報告はこれまでで最大となっている。

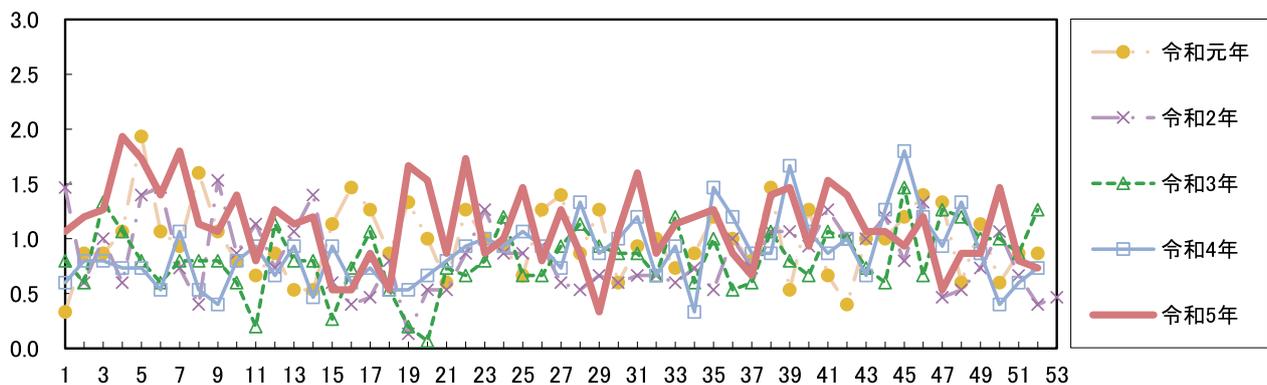
報告数に季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州92.3（277人）〔北九州市132.0（264人）〕、福岡54.8（274人）〔福岡市85.0（170人）〕、筑豊58.3（175人）、筑後36.8（147人）と各地区から報告があり、昨年度と同様に北九州からの報告が多かったが、福岡での増加が顕著であった。

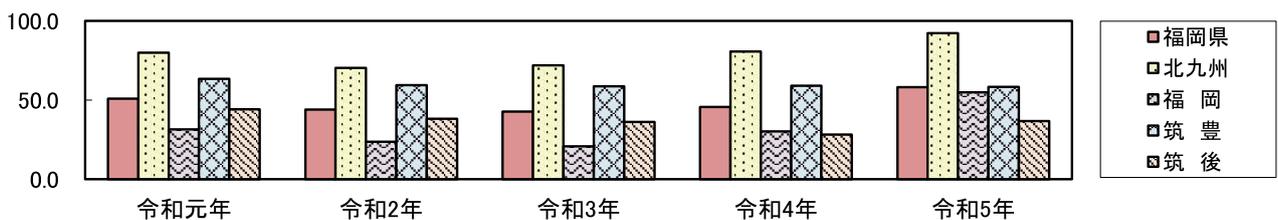
罹患年齢は0～5か月5.5%、6～11か月0.6%、1歳3.4%、2歳1.7%、3歳1.0%、4歳1.8%、5歳1.8%、6歳0.9%、7歳0.7%、8歳0.3%、9歳0.6%、10～14歳2.3%、15～19歳0.8%、20～29歳0.9%、30～39歳1.5%、40～49歳3.0%、50～59歳5.7%、60～69歳10.3%、70～79歳23.1%、80歳以上33.9%で、これまで同様に60歳以上が多く、その割合は67.4%であった。

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283例、血液158例、胸水14例、腹水3例、膿227例、尿51例、便18例、髄液2例、その他116例、不明1例で、喀痰と膿からの分離が多かった。



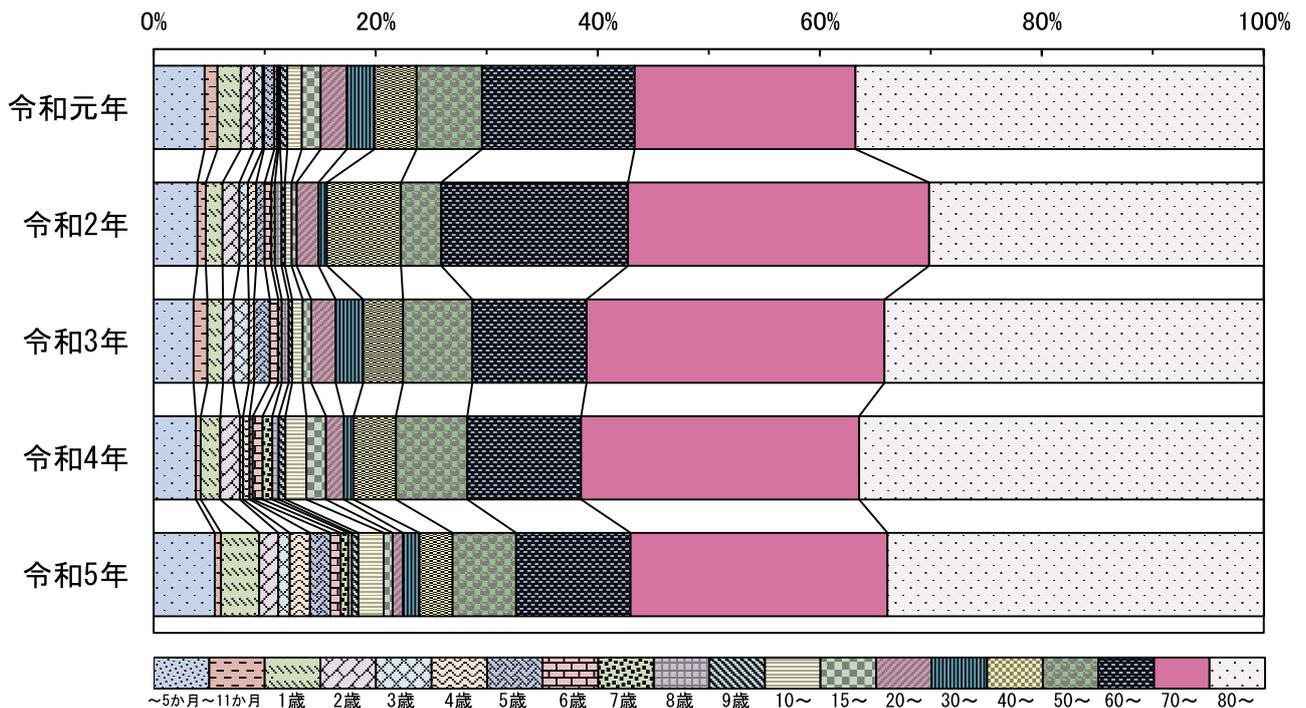
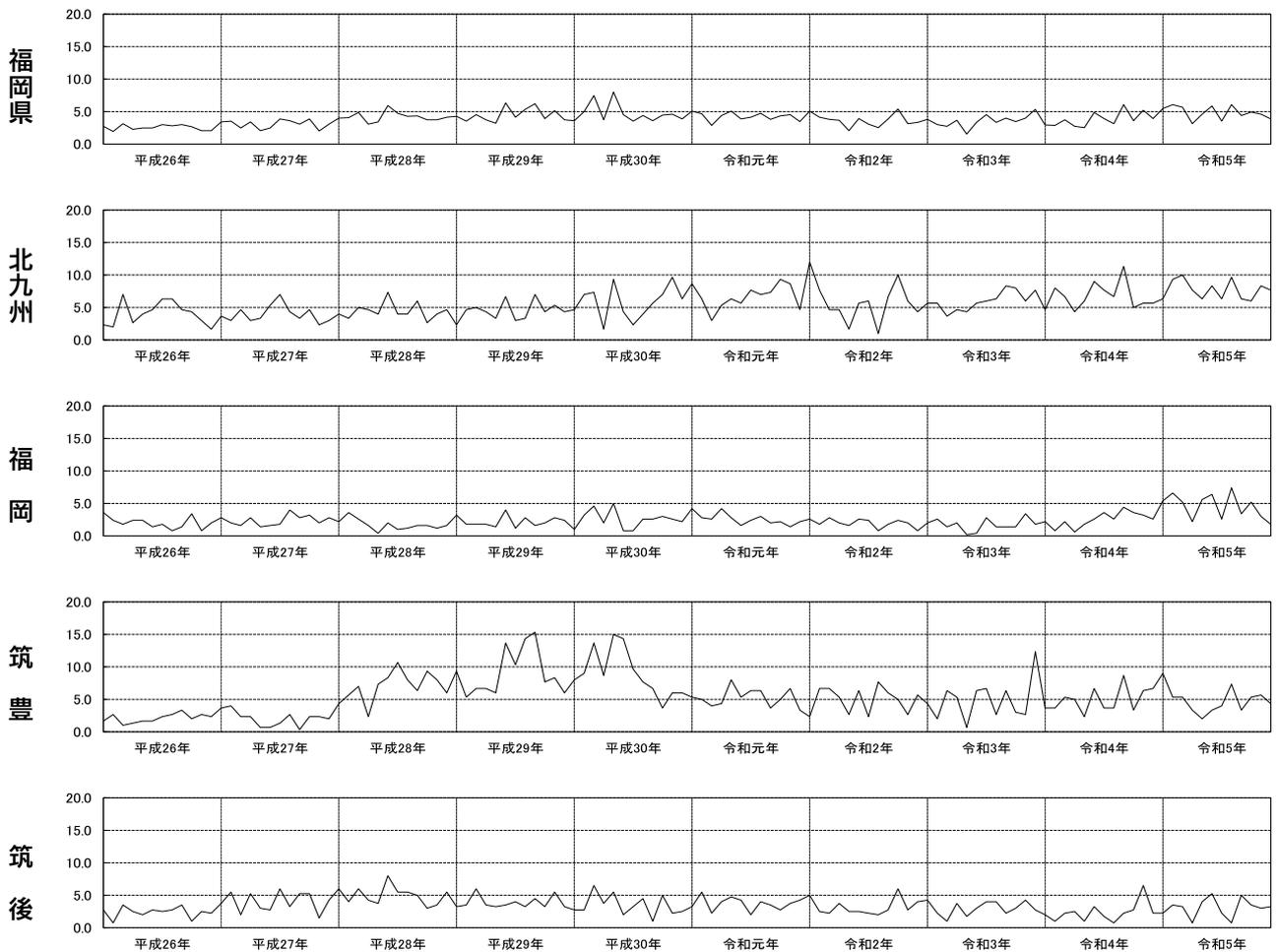
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

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



9. 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、7.0(105人)であり、前年の4.3(65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5年(2023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、2.1、4.5、4.3、7.0である。

年間の1定点当たり患者数は、全国では平成20年より減少傾向がみられ、平成26年以降は横ばいとなっていたが、令和2年以降の報告数は著しく減少しており、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる。福岡県では、平成24年度以降はほぼ横ばいとなり、令和2年以降は全国と同様に少なかったが、今年度は令和元年を超える増加がみ

られた。

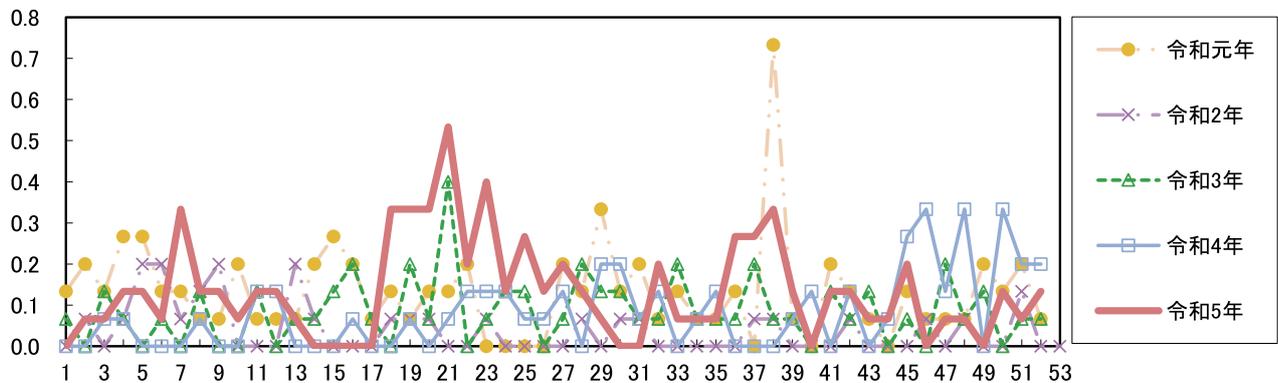
季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数(及び「患者数」)は北九州3.0(9)[北九州市4.5(9)]、福岡15.8(79)[福岡市39.5(79)]、筑豊1.3(4)、筑後3.3(13)と、福岡地区からの報告は令和2年以降増加傾向をしており、今年度はその傾向が顕著であった。

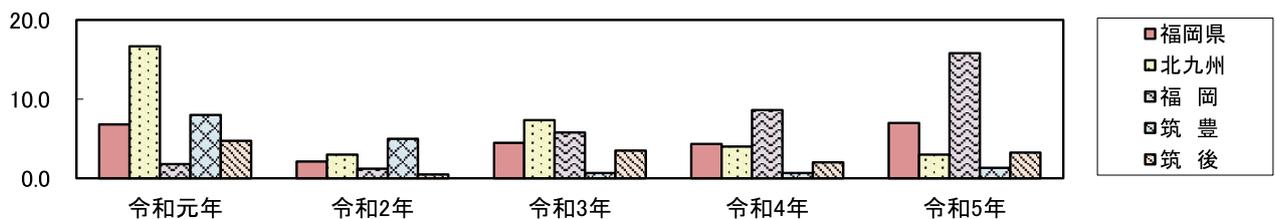
罹患年齢は0～5か月5.7%、6～11か月15.2%、1歳33.3%、2歳11.4%、3歳8.6%、4歳4.8%、5歳2.9%、6歳0%、7歳2.9%、8歳0%、9歳0%、10～14歳1.0%、15～19歳0%、20～29歳0%、30～39歳0%、40～49歳0%、50～59歳0%、60～69歳1.0%、70～79歳10.5%、80歳以上2.9%で、4歳までが全体の約80%を占めていた。60歳以上の割合は14.3%で、令和元年以降では最も低かった。

男女比は0.91で、今年度は女性が少し多かった。

採取部位別では、喀痰85例、血液2例、膿4例、髄液1例、胸水2例、その他11例で、例年と同様に喀痰からの分離が多かった。



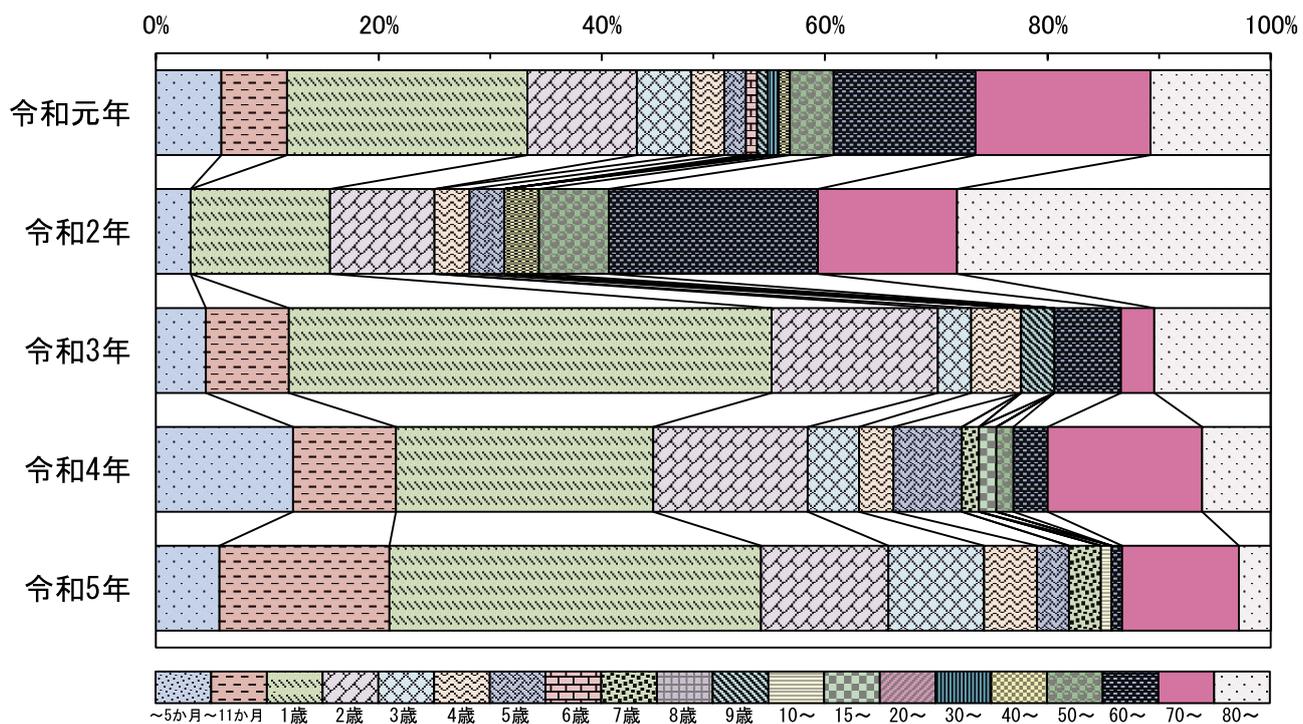
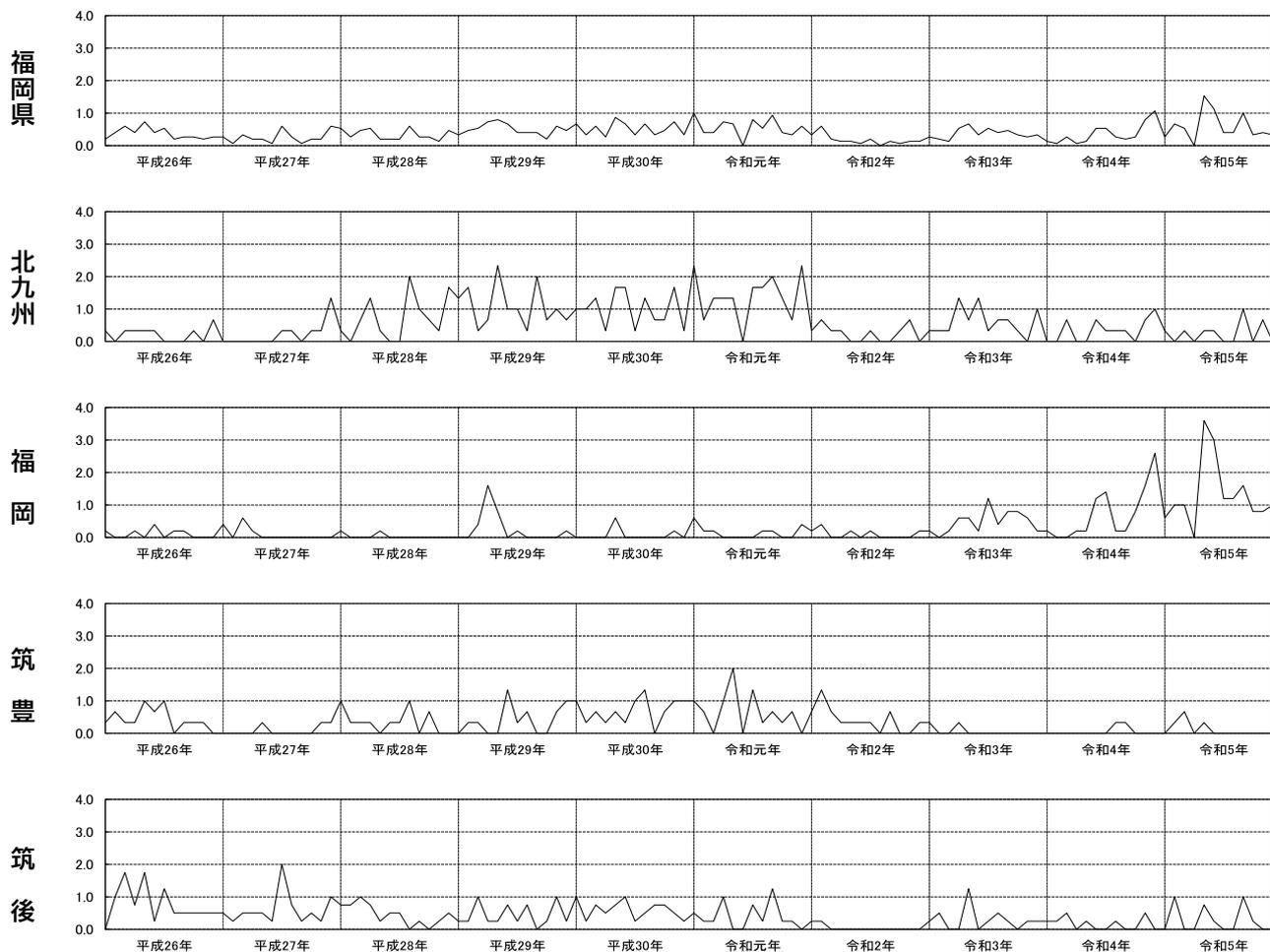
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



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）



10. 薬剤耐性緑膿菌感染症 [基幹定点]

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.3（4人）で、前年の0.3（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5年（2023年）までそれぞれ0.6、0.2、0.4、0.5、0.5、0.1、0.5、0.5、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.1、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.3、0.5、0.9、0.3、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平成26年以降減少傾向にあり、平成28年以降は少ない状況が続いている。福岡県での患者数は全国情報と同様に、少ないまま経過しており、大きな変動はみられていない。

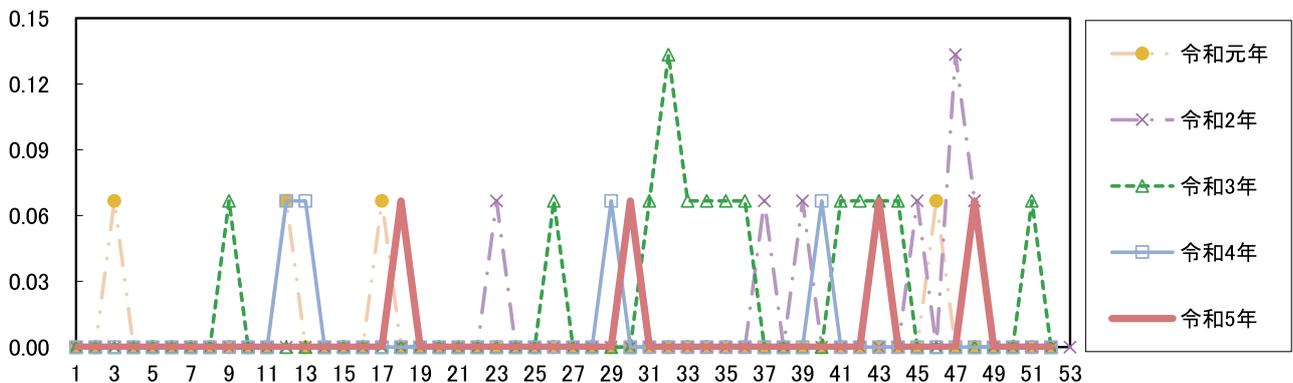
季節的な特徴ははっきりせず、全国情報でも年間を通じて報告がみられている。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.0（0）〔福岡市0.0（0）〕、筑豊0.3（1）、筑後0.8（3）で、筑豊と筑後からの報告であった。

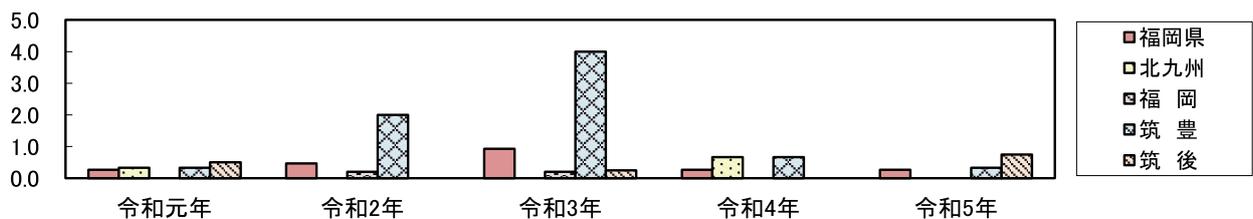
罹患年齢は、20～29歳で1人みられているが、70～79歳2人、80歳以上1人で、これまでと同様に70歳以上の高齢者に集中していた。

男女比は1.0で、性差はみられなかった。

採取部位別は、喀痰1例、尿3例であった。



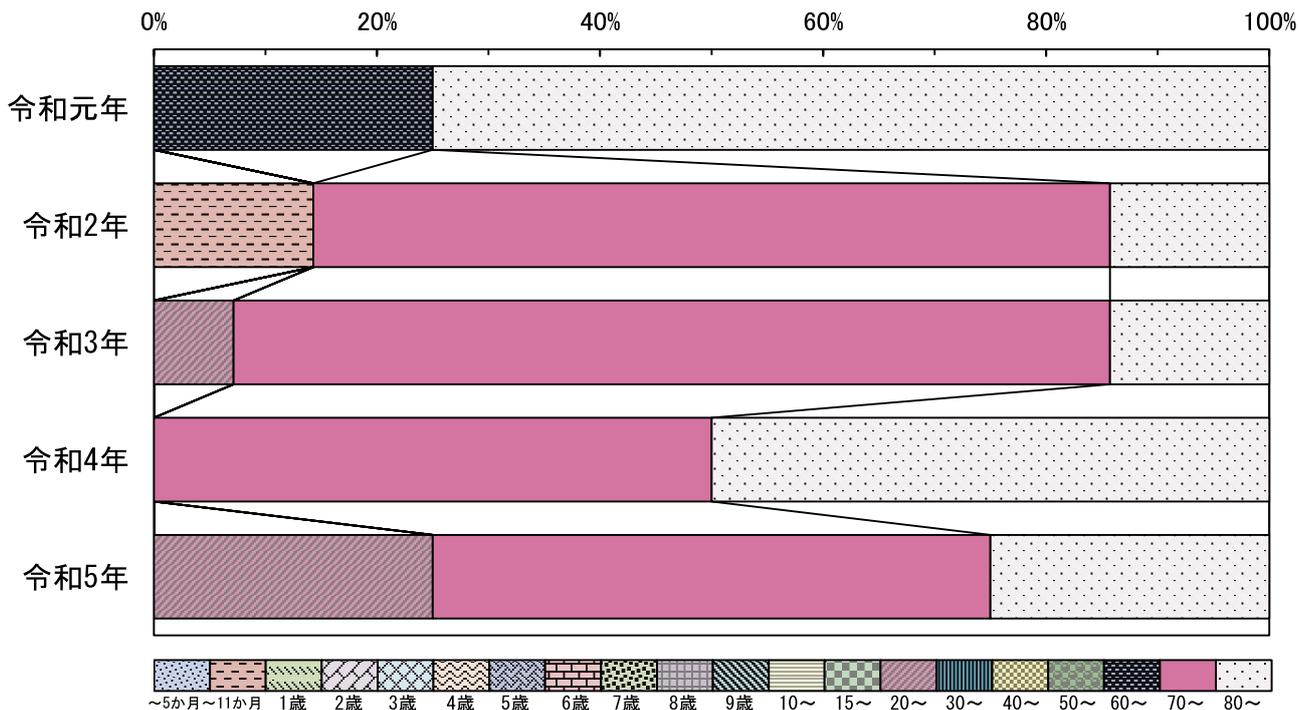
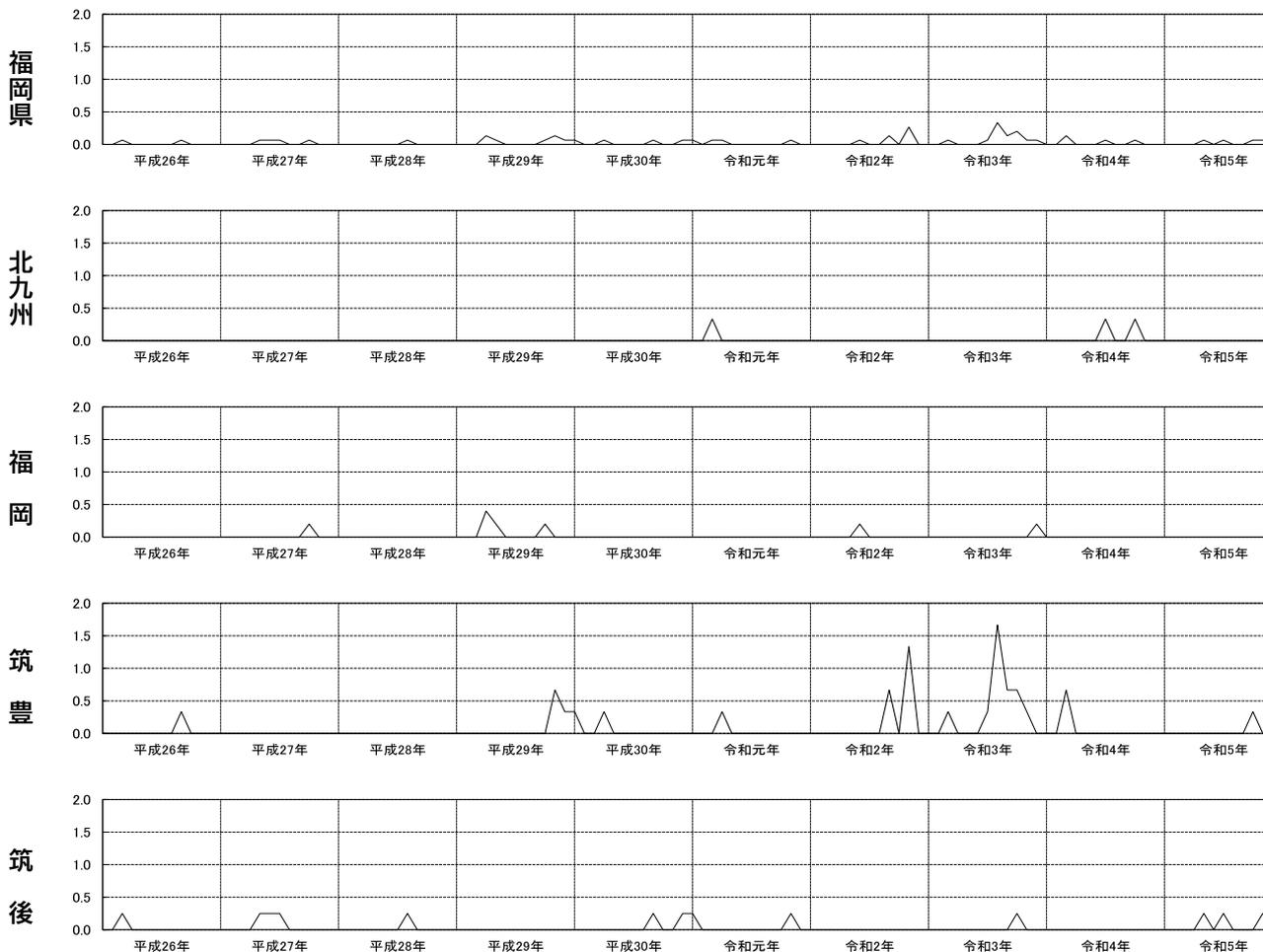
薬剤耐性緑膿菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



薬剤耐性緑膿菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

薬剤耐性緑膿菌感染症

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



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

性感染症の発生動向調査は、昭和62年1月より開始され35年を経過した。対象疾病は、淋病様疾病、陰部クラミジア感染症、陰部ヘルペス、尖形コンジローム、トリコモナス症の5疾病であったが、平成元年1月より梅毒様疾病（以下梅毒）が加わり6疾病となった。平成10年より性器クラミジア感染症（以下クラミジア）、性器ヘルペスへ、平成12年より淋菌感染症（以下淋菌）、性器ヘルペスウイルス感染症（以下ヘルペス）へ、平成16年より尖圭コンジローム（以下コンジローム）へそれぞれ名称の変更があった。平成22年よりトリコモナス症の報告は中止された。報告定点数は、昭和62年の14定点で開始され、平成6年は16定点、平成12年は25定点、平成13年は32定点であり、平成14年より37定点（皮膚・泌尿器科17、婦人科20）となった。ブロック別の内訳は、北九州9（皮膚・泌尿器科4、婦人科5）、福岡15（皮膚・泌尿器科7、婦人科8）、筑豊5（皮膚・泌尿器科2、婦人科3）、筑後8（皮膚・泌尿器科4、婦人科4）である（5、6ページ参照）。

性感染症の全県の報告患者総数は、昭和62、63年は2,382人、2,391人、平成元年からは梅毒を含み2,613人、2,420人、2,574人、2,259人、1,783人、2,328人、2,173人、2,053人、2,559人、2,656人、3,524人、4,194人、5,416人、6,202人、5,593人、4,866人、4,564人、4,258人、3,094人、2,672人、2,980人と推移した。平成22年以降はトリコモナス症を含めず2,851人、2,874人、2,597人、2,813人、2,522人、2,115人、2,035人、2,272人、2,078人、2,078人と推移した。令和2年は2,321人、令和3年は2,456人、令和4年は2,448人、令和5年は2,883人であった。定点当たり患者数は、昭和62年以降168.7、163.6、189.9、172.9、183.9、161.4、127.4、145.5、144.9、136.9、159.9、166.0、220.2、167.8、169.3、167.2、151.2、131.5、123.3、115.1、83.6、72.2、80.5、77.1、77.7、70.2、76.3、68.2、57.2、55.0、61.4、56.2、56.2、62.7、66.4、66.2と推移し、令和5年は77.9であった。総患者数は平成11年頃より増加し、平成14年をピークにして以降減少した。しかし、平成21年頃より減少は止まり、以降小さな増減を繰り返し、令和2年より増加傾向にある。令和5年のブロック別・疾病別患者数は121ページの表1を参照頂きたい。

性別・年次別・月別・定点当たり患者数の10年間の推移を図1に示した。各疾病の男女合計の推

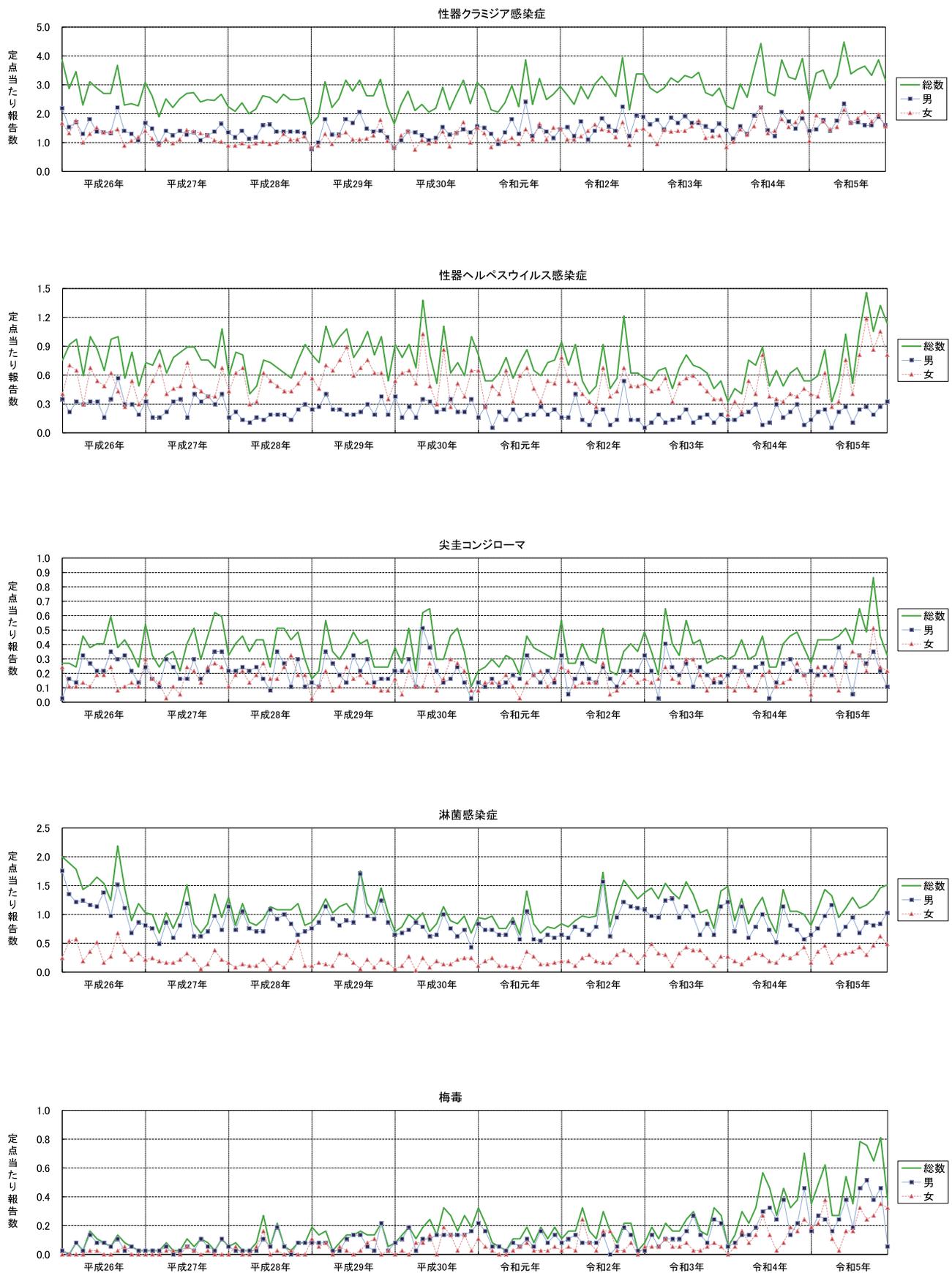
移を見ると、クラミジアは平成26年以降減少傾向にあったが、令和3年より男女とも増加傾向にある。ヘルペスは平成29～30年に一時増加し、以降は減少傾向であったが、令和5年は女性の増加が目立った。コンジロームは平成26年より減少傾向にあったが、令和2年より徐々に増加し、令和5年は男女とも増加した。淋菌は平成25年より男性で増減を繰り返しているが、令和2年に増加し、以降横ばいである。梅毒（顕性、潜伏）は、平成23年から27年までは年30人前後の報告数であったが、28年以降に徐々に増加し、平成30年には85人となった。令和元年には62人と減少したが、令和2年以降75人、87人、155人と増加し、令和5年には232人と急増した。

年次別・性別・疾病別百分比を図2に示した。男性では、平成16年は淋菌とクラミジアが44%と43%で1位であったが、平成17年にクラミジアが45%で1位となり、以降、クラミジアが第1位である。令和5年の男性は、クラミジア（51.6%）、淋菌（25.9%）、梅毒（9.0%）、コンジローム（7.1%）、ヘルペス（6.5%）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5年はクラミジア（53.5%）、ヘルペス（20.4%）、淋菌（11.4%）、コンジローム（7.6%）、梅毒（7.1%）の順であった。

令和5年における性別、月別の報告数をみると、クラミジアは女性がやや多く、男性では3月、6月、11月に、女性では2月、6月、9月、11月に報告数が多かった。ヘルペスは女性に多く、男性では6月、9月、12月に、女性で3月、6月、9月、11月に報告数が多かった。コンジロームは男女ほぼ同数で、男性では5月、8月、10月に、女性では7月、8月、10月に報告数が多かった。淋菌は男性に多く、4月、7月、12月に報告数が多かった。梅毒は男性に多かったが、女性も増加していた。男性では6月、8月、9月、11月に、女性では3月、8月、11月に多かった。

その他の性感染症について、淋菌とクラミジアの合併64人（男性50、女性14）、咽頭淋菌14人（女性14）、咽頭クラミジア12人（女性12）など任意に合計98人が報告された。女性の咽頭からの淋菌、クラミジアの検出症例は依然多く、梅毒の増加とともに、感染経路や性行動など性感染症の予防を考慮するうえで注目すべきである。

図1 性感染症の性別 年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移



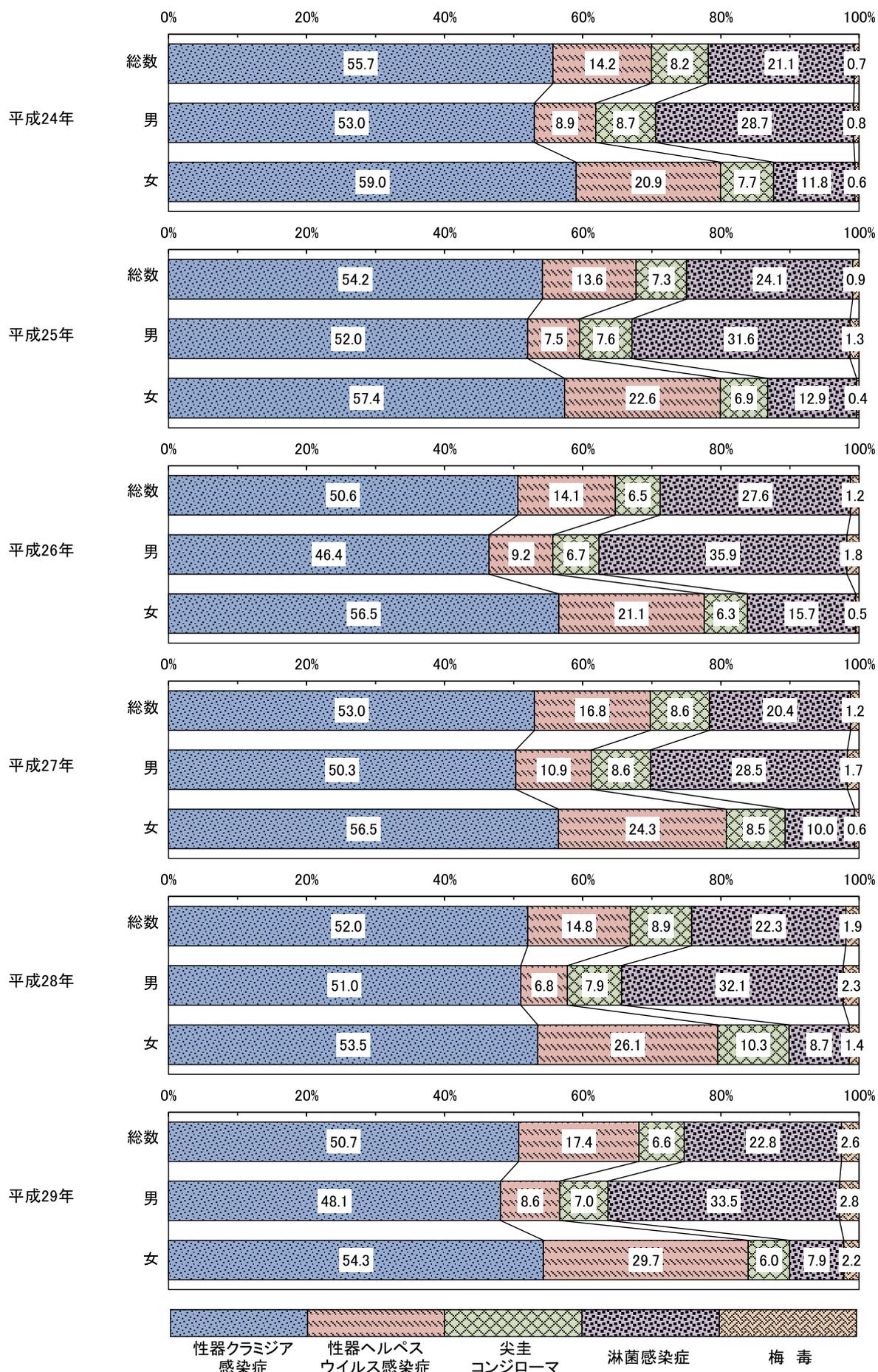


図 2 - 1 STDの年次別・性別・疾病別百分比

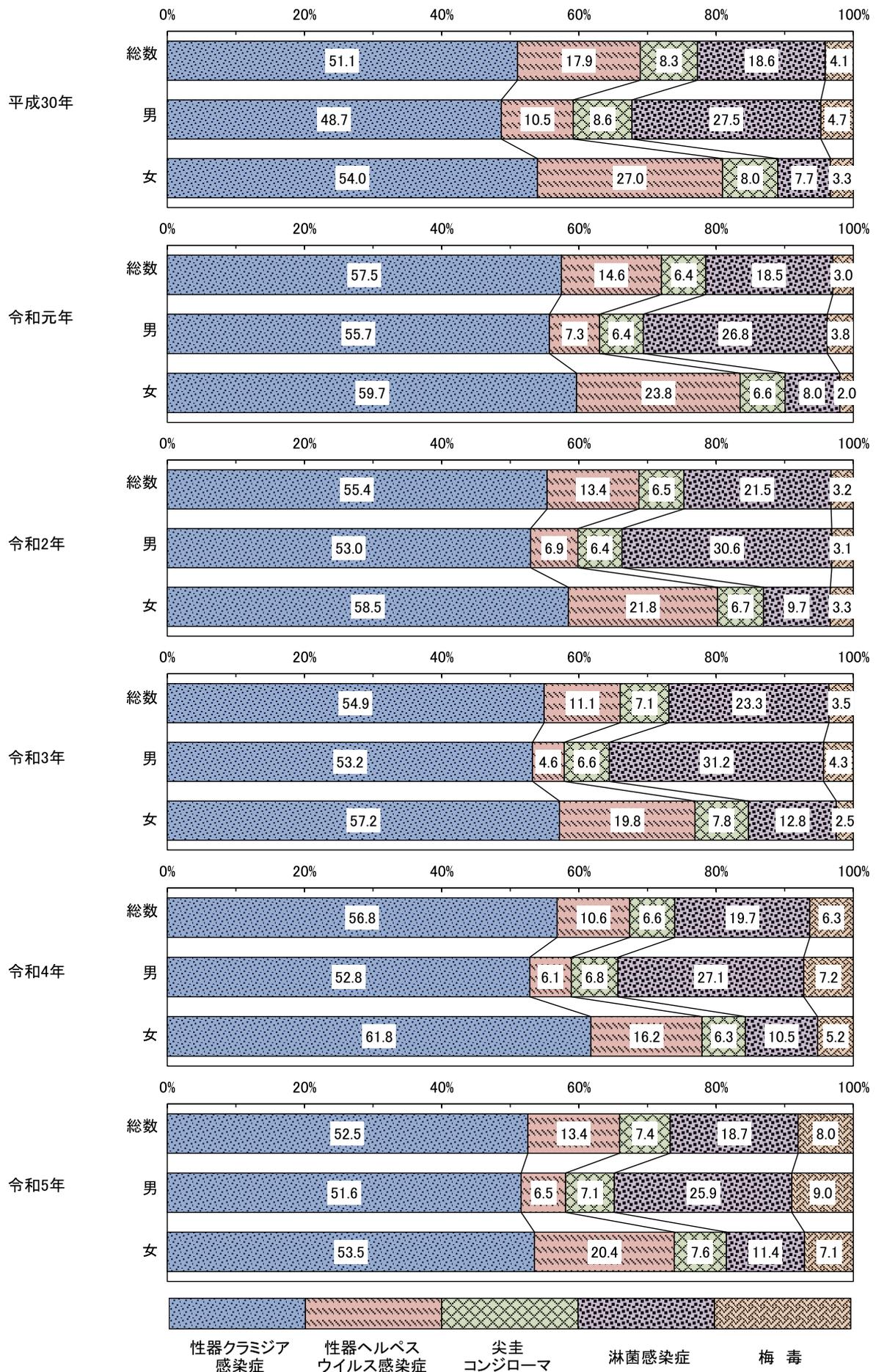


図 2 - 2 STDの年次別・性別・疾病別百分比

1. 性器クラミジア感染症

全県の年次別患者数を表1に示した。令和5年は前年と比較し、男は104%、女は114%と男女とも増加し、合計は109%と増加した。男/女比は0.98と初めて女の報告が多くなった。

令和元年から令和5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5年の定点当たりの患者数は、北九州40.9（男13.4、女27.4）、福岡51.9（男26.5、女25.3）、筑豊34.2（男16、女18.2）、筑後24.8（男18.6、女6.1）で、福岡、筑豊、筑後で増加、北九州でわずかに減少した。

男は福岡、筑豊、筑後で増加、女は北九州、福岡、筑豊で増加した。

令和5年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が29.1%、25～29歳が21.5%、30～34歳が16.6%の順に多く、前年と比較し30～34歳がやや増加、35～39歳でやや減少した。女では20～24歳が38.7%、25～29歳が25.7%、15～19歳が13.8%の順に多く、前年と比較し15～24歳が増加し、25～34歳が減少した。男女で比較すると、男では20～34歳、女では15～29歳の割合が多かった（図4）。

表1 性器クラミジア感染症年次別患者数

	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
男	723	840	859	833	763	878	688	598	604	634	557	648	691	747	716	748
女	563	662	649	736	683	651	588	523	455	518	504	546	594	602	675	767
男/女比	1.28	1.27	1.32	1.13	1.12	1.35	1.17	1.13	1.15	1.22	1.11	1.19	1.16	1.24	1.06	0.98
合計	1286	1502	1508	1569	1446	1529	1276	1121	1059	1152	1061	1194	1285	1349	1391	1515
定点当たり	34.8	40.6	40.8	42.4	39.1	41.3	34.5	30.3	28.9	31.1	28.7	32.3	34.7	36.5	37.6	40.9

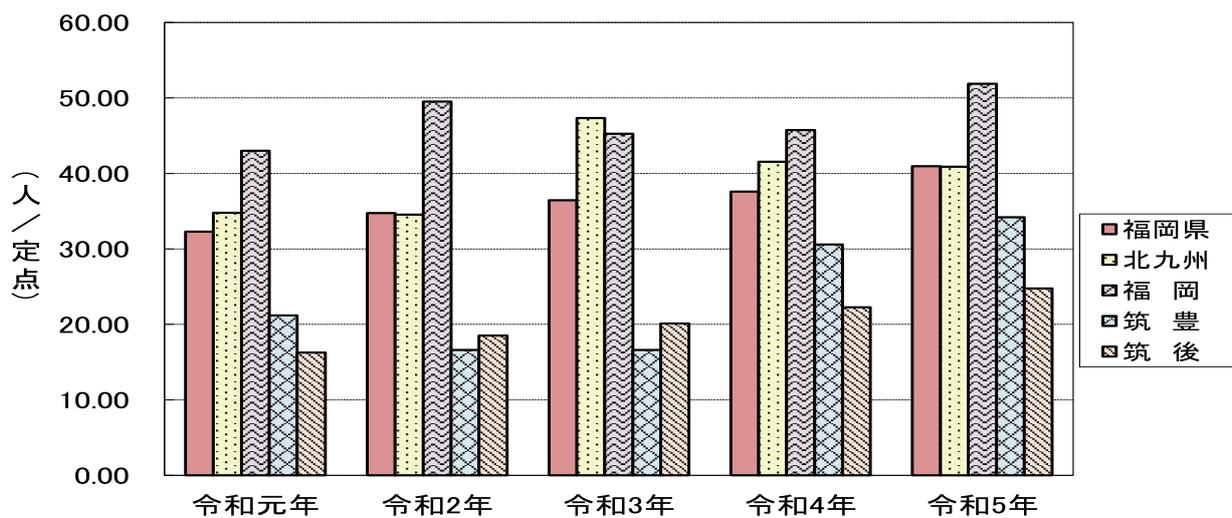


図3 性器クラミジア感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

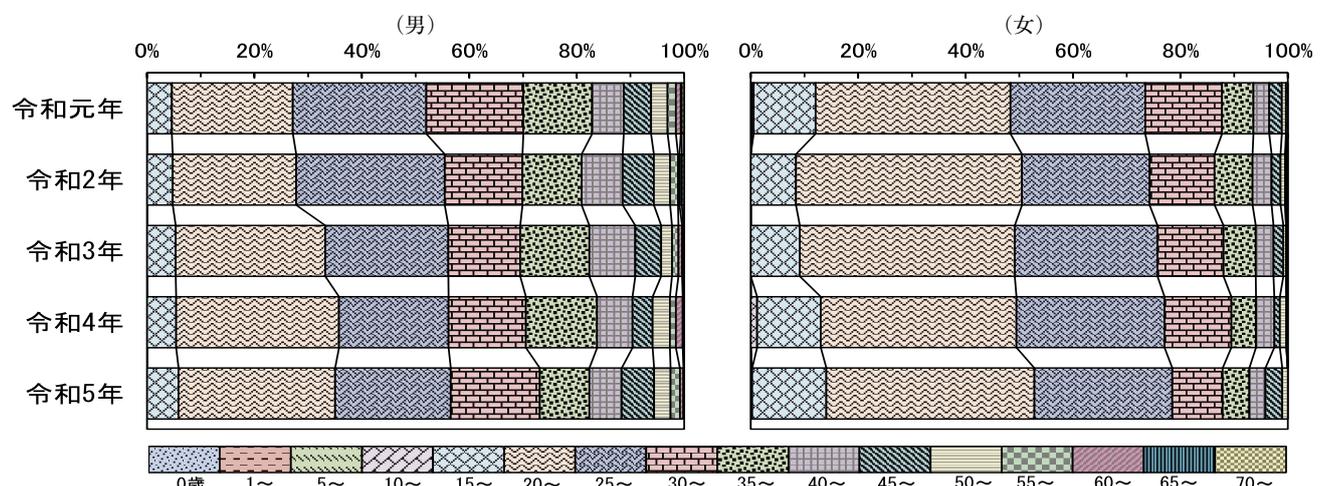


図4 性器クラミジア感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

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5年は前年と比較し、男は115%、女は165%と男女とも増加し、合計は149%と増加した。男/女比は0.32で女が多かった。

令和元年から令和5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5年の定点当たりの患者数は、北九州8.2（男0.3、女7.9）、福岡13.1（男3.9、女9.2）、筑豊10.4（男0.8、女9.6）、筑後8.0（男3.6、女4.4）であり、前年と比較して北

九州、福岡、筑豊で増加、筑後で減少した。

令和5年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が22.3%、20～24歳が18.1%、50～54歳が11.7%の順に多く、前年と比較し20～29歳が増加し、30～44歳が減少した。女では25～29歳が18.2%、20～24歳が16.1%、70歳以上が12.7%、35～39歳が11.0%の順に多く、前年と比較し20～24歳、30～34歳の割合は減少した。（図6）。

表2 性器ヘルペスウイルス感染症年次別患者数

	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
男	161	122	161	144	128	127	137	130	80	113	120	85	90	65	82	94
女	277	250	298	265	242	256	219	225	222	283	252	218	221	208	177	292
男/女比	0.58	0.49	0.54	0.54	0.53	0.5	0.63	0.58	0.36	0.4	0.48	0.39	0.41	0.31	0.46	0.32
合計	438	372	459	409	370	383	356	355	302	396	372	303	311	273	259	386
定点当たり	11.8	10.1	12.7	11.1	10	10.4	9.6	9.6	8.2	10.7	10.1	8.2	8.4	7.4	7.0	10.4

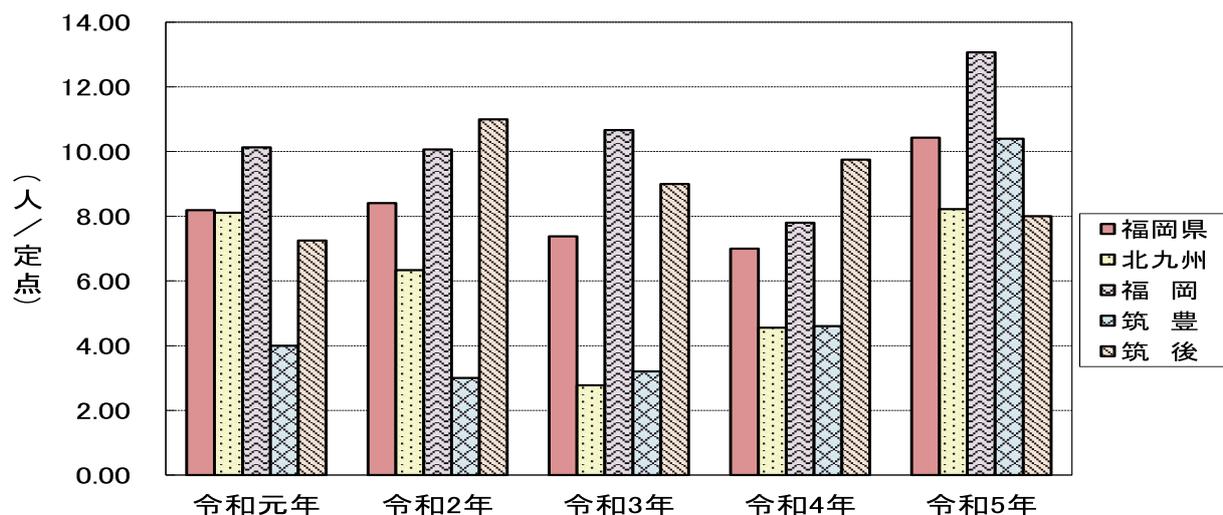


図5 性器ヘルペスウイルス感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

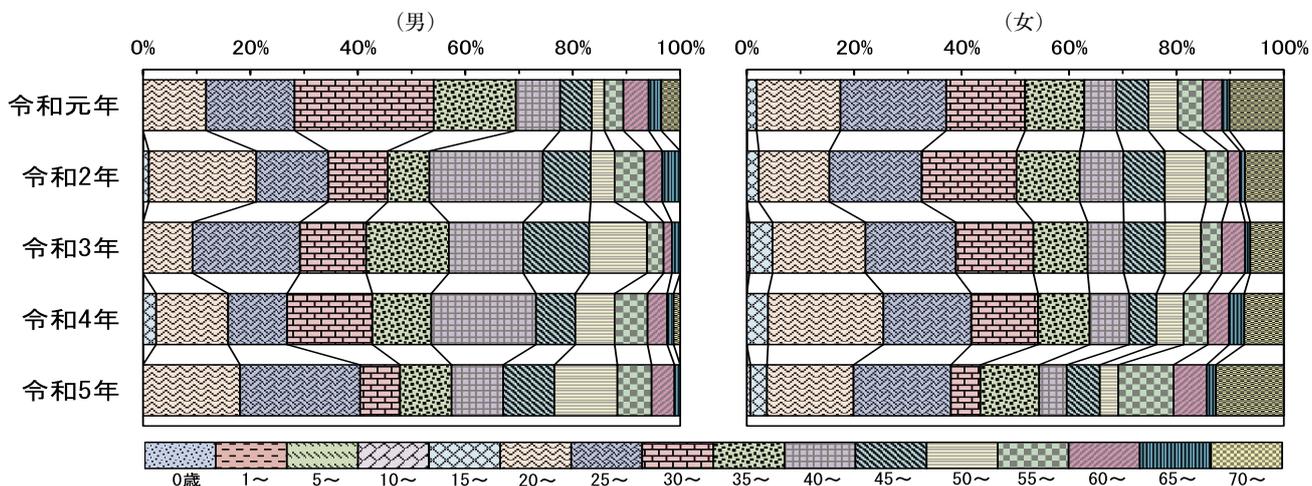


図6 性器ヘルペスウイルス感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

3. 尖圭コンジローマ

全县の年次別患者数を表3に示した。令和5年は前年と比較し、男は112%、女は158%と男女とも増加し、合計は132%で増加した。男/女比は0.94で女が多かった。

令和元年から令和5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5年の定点当たりの患者数は、北九州3.0（男0.7、女2.3）、福岡9.3（男4.9、女4.4）、筑豊3.2（男0.8、女2.4）、筑後3.6（男2.4、女1.3）であり、前年と

比較し北九州と福岡で増加、筑豊と筑後でやや減少した。

令和5年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が25.2%、30～34歳が14.6%、20～24歳が13.6%の順に多く、前年と比較し25～34歳で増加、20～24歳と35～49歳で減少した。女では20～24歳が33.0%、30～34歳が22.0%、25～29歳が18.3%の順に多く、前年と比較し20～24歳と30～34歳で増加、15～19歳と25～29歳が減少した（図8）。

表3 尖圭コンジローマ感染症年次別患者数

	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
男	120	120	121	118	125	128	99	102	93	92	98	74	84	92	92	103
女	106	92	84	86	89	78	65	79	88	57	75	60	68	82	69	109
男/女比	1.13	1.3	1.44	1.37	1.4	1.64	1.52	1.29	1.06	1.61	1.31	1.23	1.24	1.12	1.33	0.94
合計	226	212	205	204	214	206	164	181	181	149	173	134	152	174	161	212
定点当たり	6.1	5.7	5.5	5.5	5.8	5.6	4.4	4.9	4.9	4.0	4.7	3.6	4.1	4.7	4.7	5.7

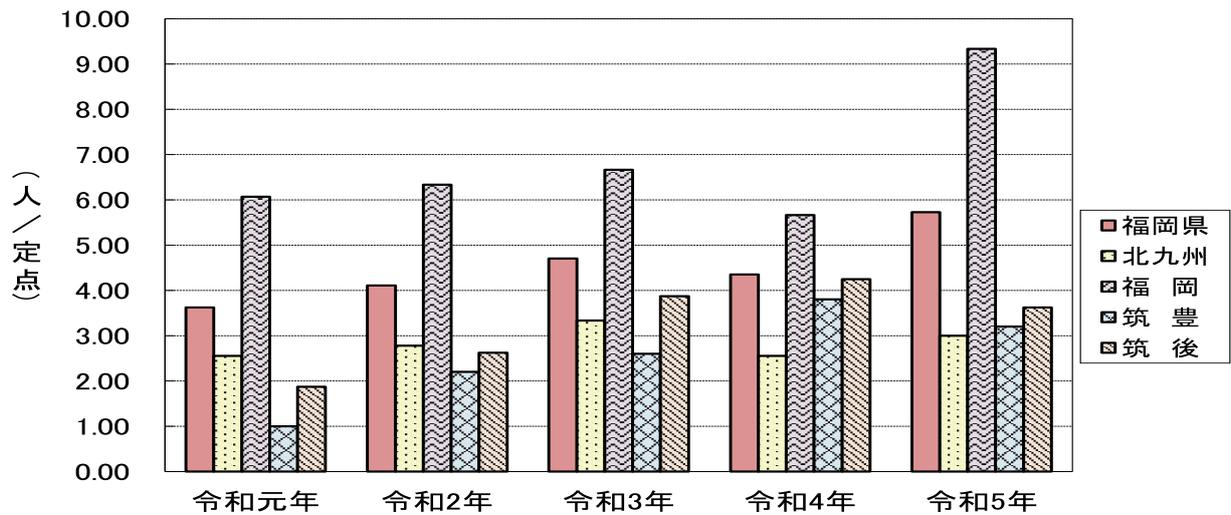


図7 尖圭コンジローマのブロック別一定点当たりの年別報告数

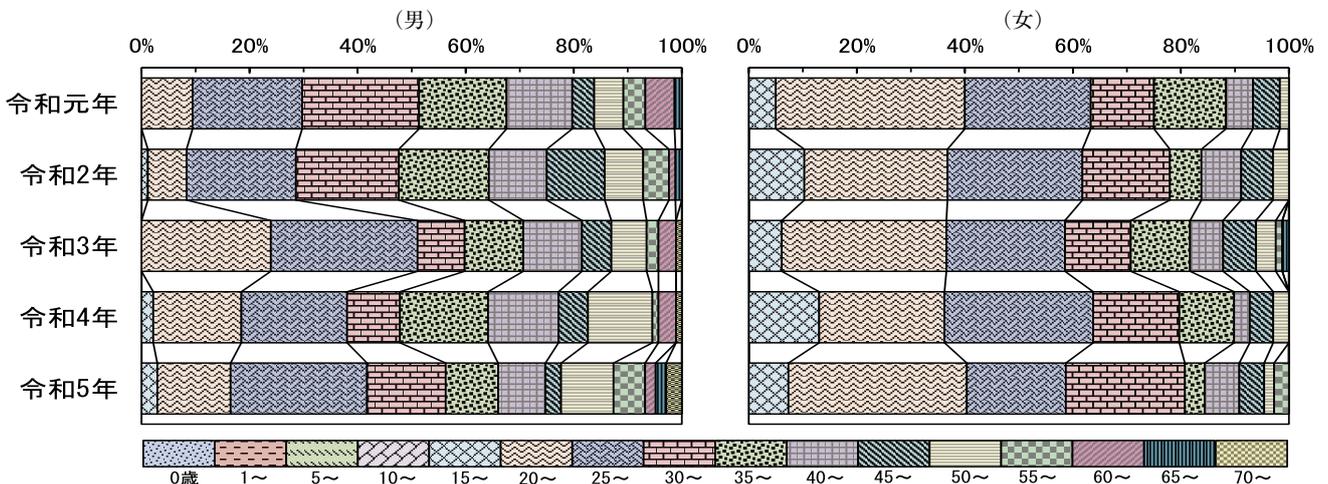


図8 尖圭コンジローマの年齢区分別患者発生状況の推移

4. 淋菌感染症

全県の年次別患者数を表4に示した。令和5年は前年と比較し、男は102%、女は142%、合計は112%と増加した。男/女比は2.30で男が多かった。

令和元年から令和5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5年の定点当たりの患者数は、北九州11.4（男6.7、女4.8）、福岡20.8（男14.6、女6.2）、筑豊10.2（男6.8、女3.4）、筑後9.0（男7.8、女1.3）であり、前年と比

較して全ブロックで増加した。

令和5年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が32.8%、25～29歳が19.7%、30～34歳が14.1%、35～39歳が10.4%の順に多く、前年と比較し20～34歳が増加した。女では20～24歳が35.0%、15～19歳が22.1%、25～29歳が17.2%、30～34歳が9.8%の順に多く、前年と比較し15～19歳が増加、20～34歳が減少した（図10）。

表4 淋菌感染症年次別患者数

	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
男	401	545	511	488	413	533	532	339	380	442	315	312	399	438	367	375
女	87	130	129	172	136	146	163	93	74	75	72	73	99	135	115	163
男/女比	4.61	4.19	3.96	2.84	3.04	3.65	3.26	3.65	5.14	5.89	4.38	4.27	4.03	3.24	3.19	2.30
合計	488	674	640	660	549	679	695	432	454	517	387	385	498	573	482	538
定点当たり	13.2	18.2	17.3	17.8	14.9	18.4	18.8	11.7	12.3	14	10.5	10.4	13.5	15.5	13.0	14.5

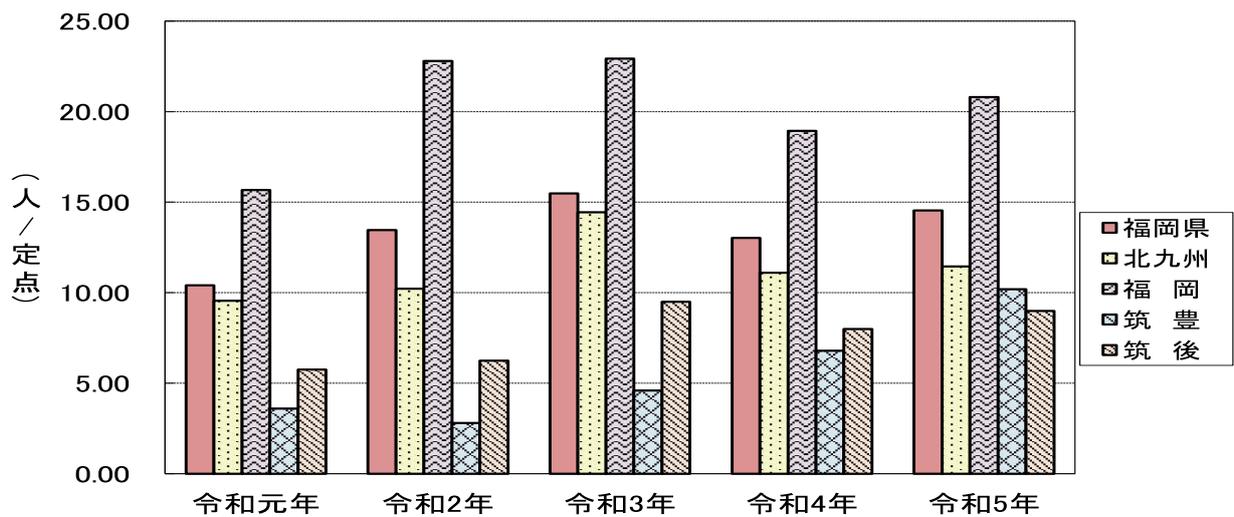


図9 淋菌感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

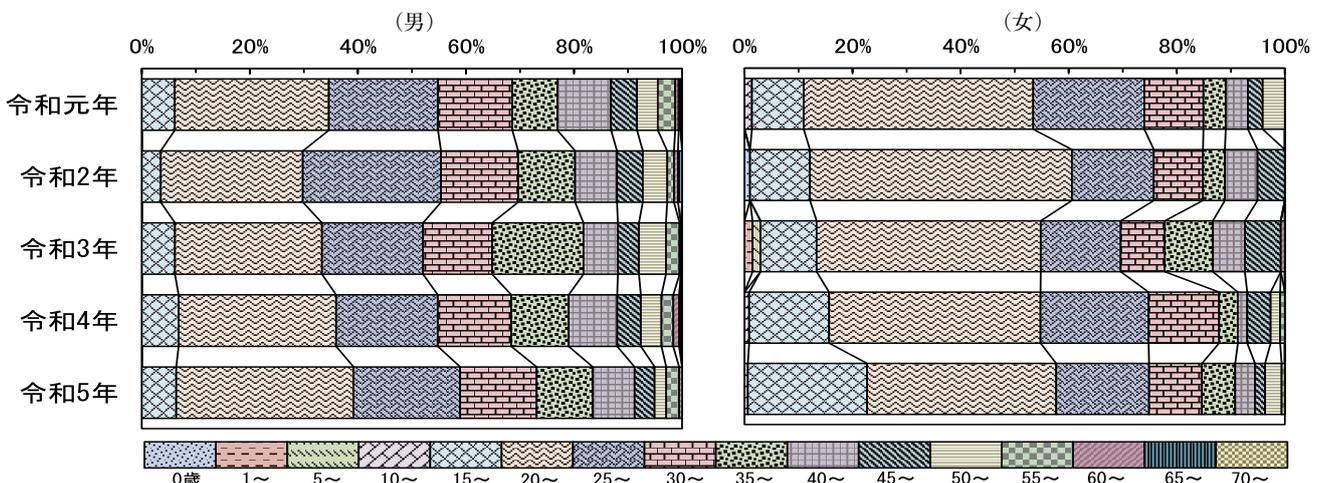


図10 淋菌感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

5. 梅毒

全县の年次別患者数を表5に示した。令和5年は前年と比較し、男は133%、女は179%といずれも増加、合計は150%と増加した。男/女比は1.27で男が多かった。

令和元年から令和5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5年の定点当たりの患者数は、北九州2.4（男1.6、女0.9）、福岡8.7（男4.1、女4.6）、筑豊10.6（男5.8、女4.8）、筑後3.3（男3.1、女0.1）であり、前年と比較していずれのブロックでも増加し、特に福岡、

筑豊で著増した。

令和5年の年齢区分別百分比は、男では30～34歳が13.8%、50～54歳が13.1%、25～29歳が12.3%、35～39歳と45～59歳が10.8%の順に多く、前年と比較し50～54歳の割合が増加し、20～29歳が減少した。女では20～24歳が27.5%、25～29歳が19.6%、30～34歳が14.7%の順に多く、前年と比較し30～34歳が増加し、20～29歳がやや減少した。（図12）。

梅毒は全数調査対象疾患であり、定点報告と比

表5 梅毒（顕性：潜伏）年次別患者数

	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
男	37 (33:4)	29 (22:7)	19 (12:7)	26 (16:10)	11 (7:4)	22 (20:2)	26 (19:7)	20 (15:5)	27 (19:8)	37 (33:4)	54 (48:6)	44 (38:6)	41 (28:13)	61 (52:9)	98 (87:11)	130 (106:24)
女	15 (8:7)	19 (12:7)	12 (5:7)	6 (2:4)	7 (4:3)	4 (1:3)	5 (2:3)	6 (3:3)	12 (5:7)	21 (12:9)	31 (21:10)	18 (11:7)	34 (20:14)	26 (17:9)	57 (24:33)	102 (49:53)
男/女比	2.47	1.53	1.58	1.29	1.57	5.5	5.2	3.33	2.25	1.76	1.76	2.44	1.21	1.26	1.72	1.27
合計	52	48	31	32	18	26	31	26	39	58	85	62	75	87	155	232
定点当たり	1.4	1.3	0.8	0.9	0.5	0.7	0.8	0.7	1.1	1.6	2.3	1.7	2.0	2.4	4.2	6.3

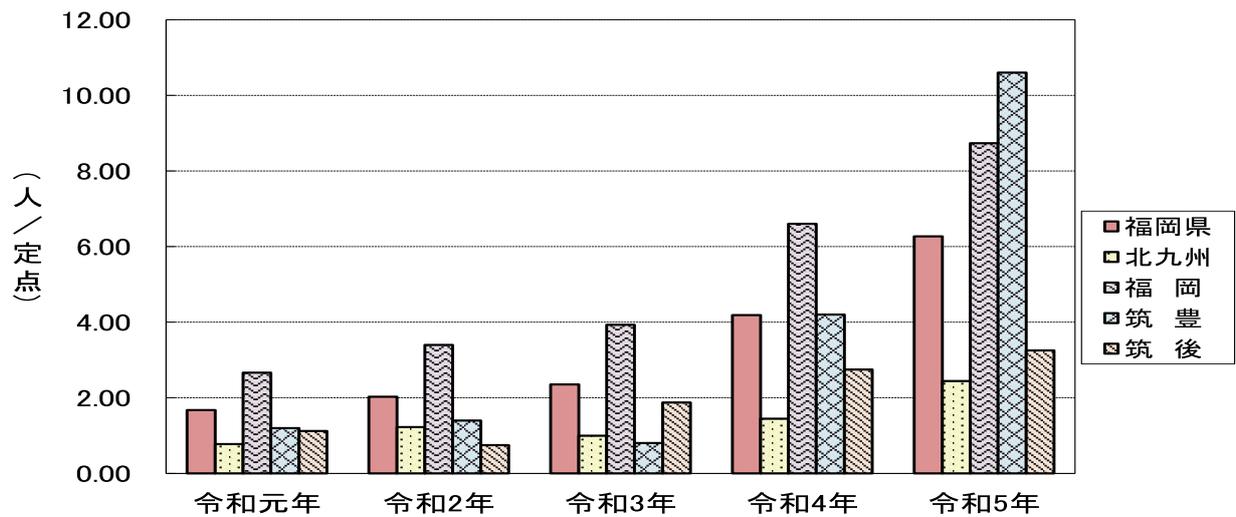


図11 梅毒（顕性：潜伏）のブロック別一定点当たりの年別報告数

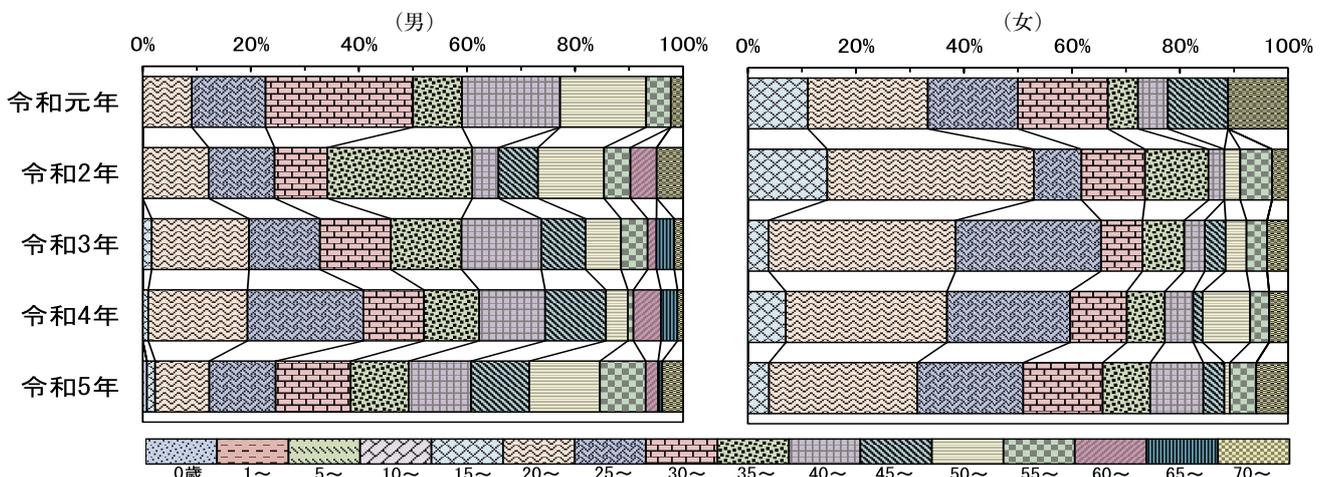


図12 梅毒（顕性：潜伏）の年齢区分別患者発生状況の推移

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も示す。令和元年には福岡県全体では平成26年に51人であったが、平成28年より急増し、平成30年には321人、令和元年に277人、令和2年に314人、令和3年に348人、令和4年に569人、令和5年に942人となり、平成26年の1847%となった。令和5年の報告数を5年前の令和元年と比較すると、北九州で611%、福岡で314%、筑豊で367%、筑後で200%と増加した（図13）。前年と比較し

ても北九州、福岡、筑豊では倍増した。令和5年において性・年齢が確定している症例では、男性594人、女性348人で男女比は1.71と男性が多く、令和4年と比較して男で245人、女で131人増加した。男性では20歳代が23.9%、30歳代が23.2%、40歳代が24.4%、50歳代が17.7%（図14）、女性では20歳代が44.8%、30歳代が19.8%、40歳代が18.7%であった（図15）。男性は20歳から50歳代まで幅広く分布し、女性では20歳代が約半数を占めた。

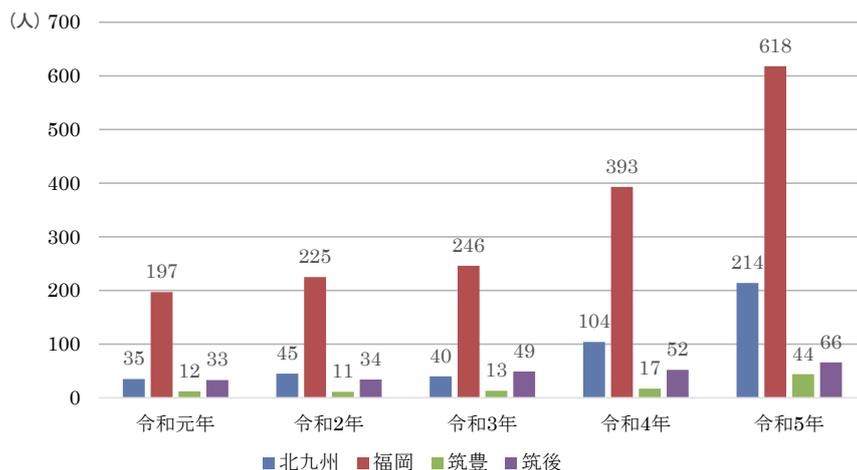


図13 梅毒 [全数] のブロック別の年別報告数推移（5年分）

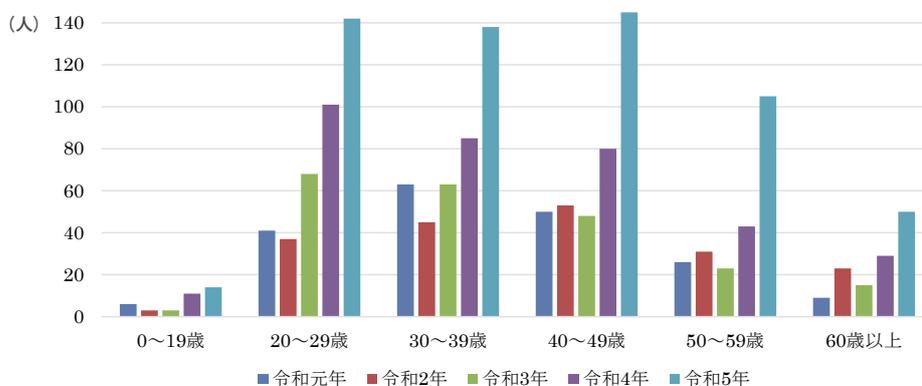


図14 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移（男性）

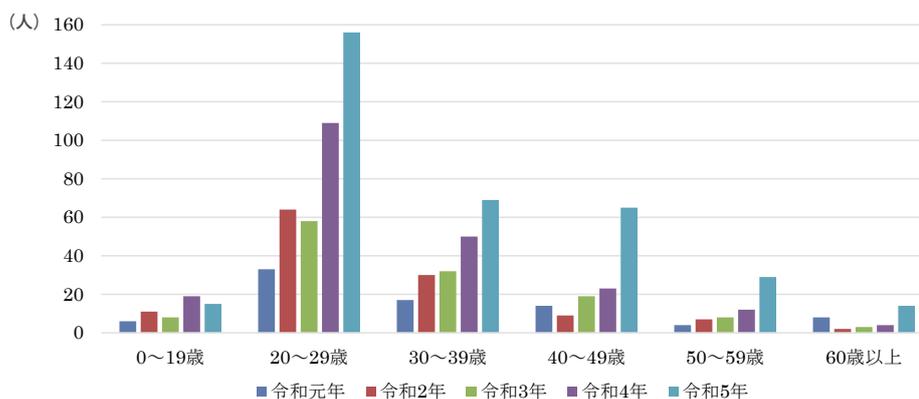


図15 梅毒 [全数] の性別・年齢区分別患者発生割合の推移（女性）

5) 結 核

令和5年の福岡県の結核発生動向について報告する。但し、令和5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5年1年間に新たに保健所に登録された結核患者数（潜在性結核感染症は除く）は、全国10,058人、福岡県430人、罹患率は全国8.0、福岡県8.4であった。都道府県別の結核罹患率では、福岡県は16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1.43：1、福岡県1.13：1で、全国よりやや男女比が小さい傾向にある。

福岡県の新登録患者数及び喀痰塗抹陽性患者数の年次推移（図1）をみると、新登録患者数は年々減少傾向にあり、令和4年の437人から令和5年の速報値は430人で、前年より7人の減少であった。また感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数は131人で、前年より10人減少している。

罹患率の年次推移（図2-1）をみると、令和5年は8.4で、前年より0.1ポイント減少し、全国平均（8.0）を0.4ポイント上回った。喀痰塗抹陽性罹患率の年次推移（図2-2）は、令和5年は2.6で、前年より0.1ポイント減少し、全国平均より0.1ポイント下回った。

保健所別の動向（表1-1）では、福岡市、北九州市では患者数が前年より減少し、県保健所管轄地域では前年より増加した。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、患者数が前年より増加した地区は久留米市、粕屋、筑紫、糸島、北筑後、

嘉穂・鞍手の6地区であった。糸島、北筑後、嘉穂・鞍手は前年に比し2ポイント以上の罹患率上昇となっている。また前述の6地区以外は全て減少しており、特に南筑後は一昨年から一貫して減少している。

地域別の罹患率では、全国平均（8.0）を上回ったのは、県内12地区の内の福岡市、北九州市、田川、北筑後、嘉穂・鞍手の5地区であり、大都市や高齢化率が高い地域で特に高い傾向が見られた。その他7地区では罹患率は全国平均を下回った。地域間の格差は9.3と大きいまま推移している。

最近5年間の年齢別新登録患者数の推移（図3-1）をみると、大半の年齢層では減少傾向であるが、20歳代、40歳代、50歳代、90歳代ではやや増加した。20歳代においては新型コロナウイルス感染症流行等で一時流入が減少していた外国人の入国が再増加してきた影響が考えられる。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ないが、令和5年は60歳以上の割合が67.9%であり、前年（74.7%）より減少した。また80歳以上は43.5%（前年比1.6%減）、90歳以上は15.1%（前年比0.9%増）であった。新型コロナウイルス感染症流行下で高齢者の結核感染者発見が遅れている可能性も危惧される。若年層で注目すべき20歳代の患者の推移（図3-3）では、平成25年より増加傾向が続いていたものの、令和2年は45人と前年より52人減って、全患者数の8.8%に減少した。令和5年は77人と26人増加し、全体に占める割合も17.9%と大きくなっている。

外国出生者の結核患者については、新型コロナウイルス感染症による入国制限等の影響にて一時的に減少が見

表1-1 新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和5年は速報値）

年 別 区 分	令和3年		令和4年		令和5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	11,519	9.2	10,235	8.2	10,058	8.0
福 岡 県 総 数	535	10.4	437	8.5	430	8.4
福 岡 市 保 健 所	138	8.5	143	8.8	141	8.6
北 九 州 市 保 健 所	142	15.2	103	11.1	95	10.4
県 保 健 所	255	9.9	191	7.5	194	7.6

表1-2 県保健所別新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和5年は速報値）

年 別 区 分	令和3年		令和4年		令和5年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
久 留 米 市	31	10.3	22	7.3	23	7.7
宗 像 ・ 遠 賀	13	4.4	21	7.1	12	4.1
粕 屋	27	9.2	18	6.1	20	6.8
筑 紫	36	8.2	30	6.8	31	7.0
糸 島	15	15.0	3	3.0	5	5.0
田 川	15	12.9	16	14.0	15	13.4
北 筑 後	27	14.4	12	6.5	24	13.2
南 筑 後	40	10.4	34	9.0	27	7.2
京 築	19	10.4	22	11.9	9	5.0
嘉 穂 ・ 鞍 手	32	11.5	13	4.5	28	10.3

られた令和2年以降増加傾向が続いている。令和5年は前年に比べ24人増えて89人であり全国的にも増加傾向であった。新登録患者に占める割合（図4）も令和4年には15.1%であったが、令和5年は20.7%と上昇している。福岡市も令和4年に25.9%であったところ、令和5年は36.9%と上昇している。近年増加していた若年層の結核患者の今後の動向については、高まん延国出身者の入国状況も鑑み、引き続き注意と対策が必要と思われる。

喀痰の菌検査結果（図5-1）では、感染源として重要な「喀痰塗抹陽性」の割合は42.3%であり、令和4年の47.5%と比較し減少した。一方、「その他の菌陽性」の割合が以前より増加しているが、その要因としては、診断技術の進歩により菌の検出率が上昇し、塗抹陽性に至る前に早期に診断される症例が増加してきたことが考えられる。

患者発見方法別（図5-2）では、今までと同様医療機関受診例が主体であった。新型コロナウイルス感染症流行下では医療機関、健診ともに受診抑制がかかっていたと思われたが、令和5年は健診発見例が17.0%と令和4年の14.4%と比べ回復傾向であった。

次に化学療法の内容の推移（図5-3）についてみると、RFP、INH、PZAを含む3剤以上を用いた標準治療の割合は、令和5年は61.6%と令和4年の56.5%と比べ増加した。超高齢者や合併症などの要因で標準治療が困難となることもあるが、治療成績向上のためには可能な限り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。治療対象者の拡大に伴い一時増加していたが、平成22年はピーク時（平成13年、695人）の6分の1程度に減少していた。平成23年から

再増加し、その後は年間300人程度を推移していた。新型コロナウイルス感染症の影響で令和2年には減少が見られたが令和3年以降は流行前の状況に戻っているものと思われた。

以上、令和5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、さらに令和3年にも4年ぶりの増加を認めていたが令和4年以降は減少に転じている。令和5年の速報値は430人で、前年より7人の減少であり、罹患率は84で0.1ポイント改善した。罹患率は全国平均を上回ったが、感染源として重要な塗抹陽性罹患率は全国平均を僅かに下回った。地域別の患者数では、久留米市、粕屋、筑紫、糸島、北筑後、嘉穂・鞍手の6地区で増加し、他の6地区では減少した。年齢別では、60歳以上が67.9%を占め、80歳以上が43.5%、90歳以上が15.1%を占めている。ほとんどの世代で新登録患者数の減少を認めたが、20歳代、40歳代、50歳代、90歳代では減少を認めなかった。外国出生者の令和5年の患者数は24人増えて89人であり、全患者に占める割合も15.1%から20.7%に増加した。治療面では、PZA含む標準治療の割合は61.6%であった。また潜在性結核感染症患者数は、平成25年からは年間300人程度であり、新型コロナウイルス感染流行下一時減少が見られていたが令和5年は273人とほぼ流行前の状況に戻っている。

全体の患者数は減少しているが、当県の罹患率は全国平均より高く都道府県別で高い方から16位となっている。県内での罹患率や感染者の特徴については地域間での差が大きく、外国人などの流入が多い地域や高齢化率の高い地域などそれぞれの地域ごとの特色に応じた対策が必要だと思われる。

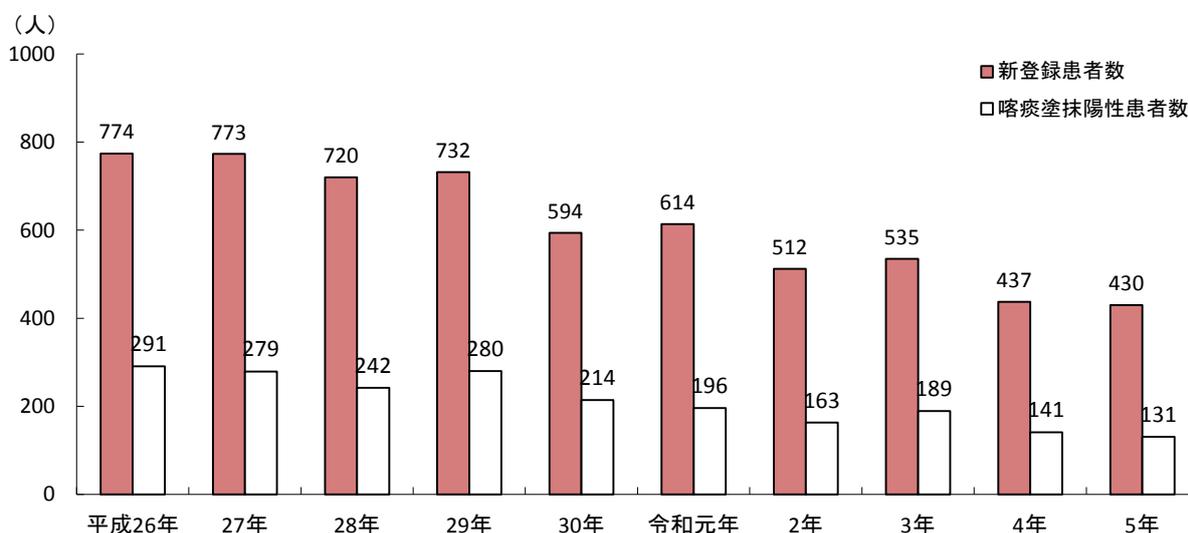


図1 福岡県新登録患者数年次推移（令和5年は速報値）

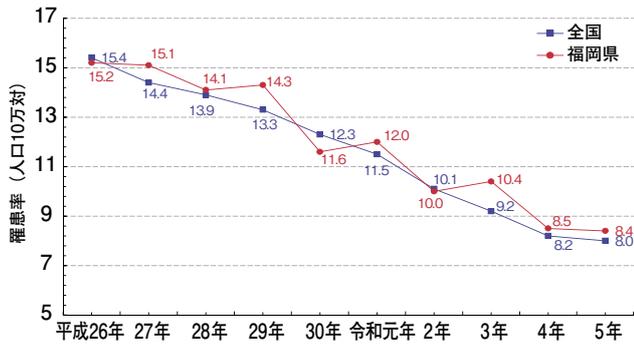


図2-1 全結核罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和5年は速報値)

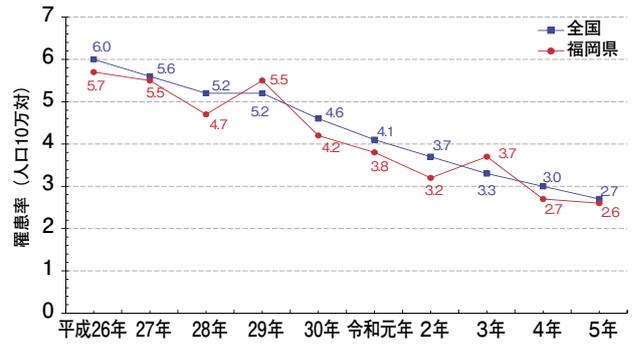


図2-2 喀痰塗抹陽性罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和5年は速報値)

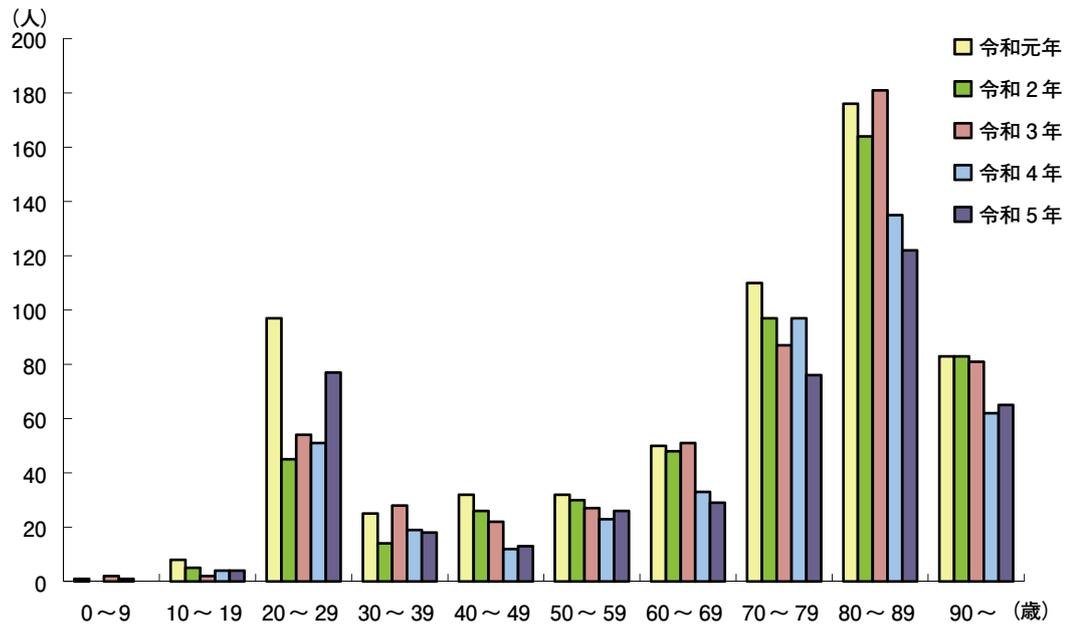


図3-1 福岡県年齢階級別新登録患者数
(令和5年は速報値)

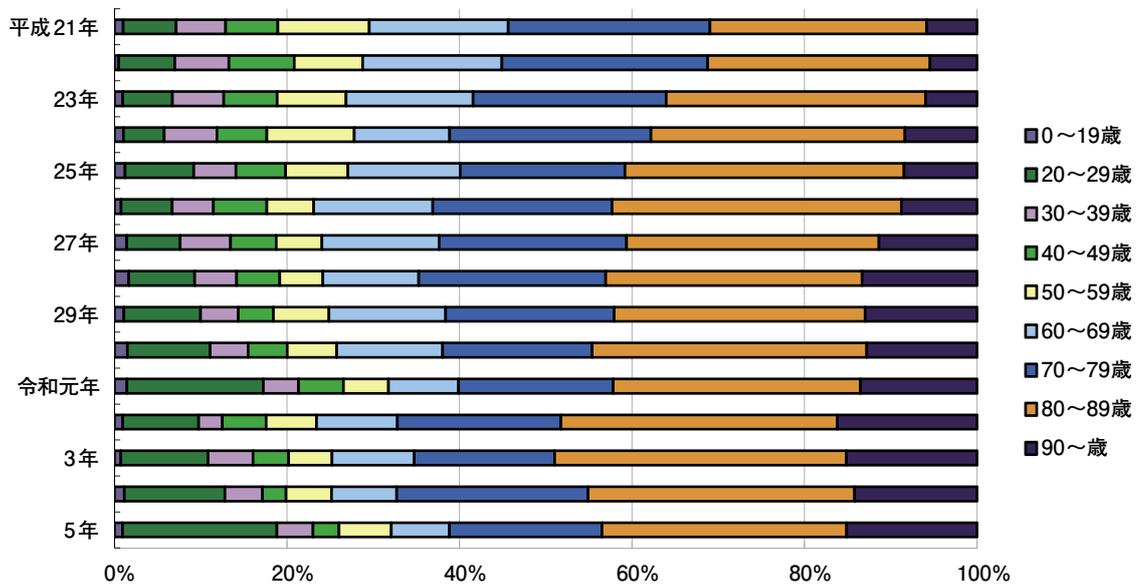


図3-2 福岡県新登録患者年齢階級別比率
(令和5年は速報値)

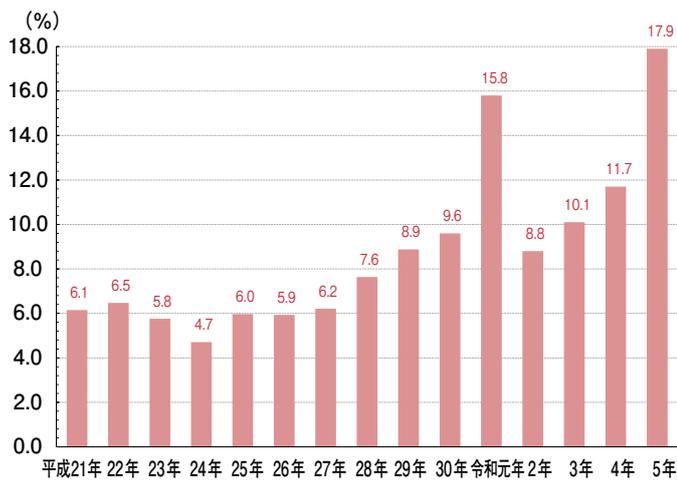


図3-3 福岡県新登録患者のうち20~29歳の占める割合 (令和5年は速報値)

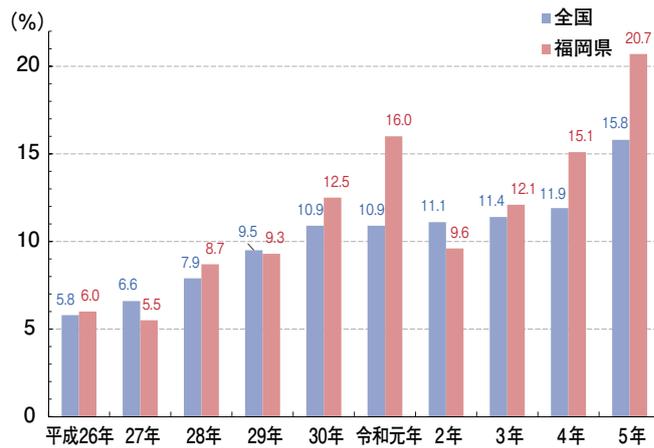


図4 新登録患者のうち外国出生者割合の年次推移 (令和5年は速報値)

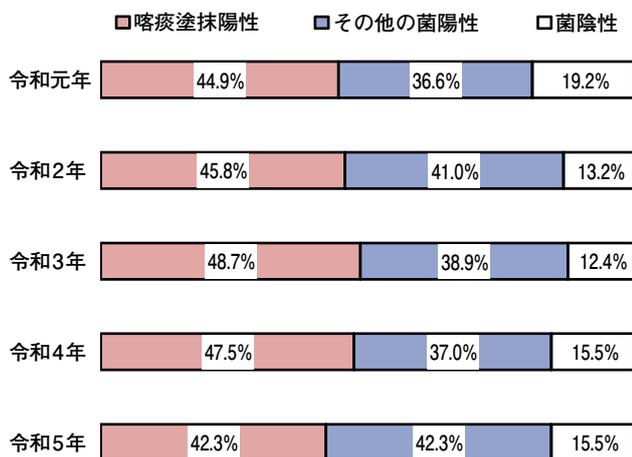


図5-1 福岡県活動性肺結核喀痰検査結果 (令和5年は速報値)

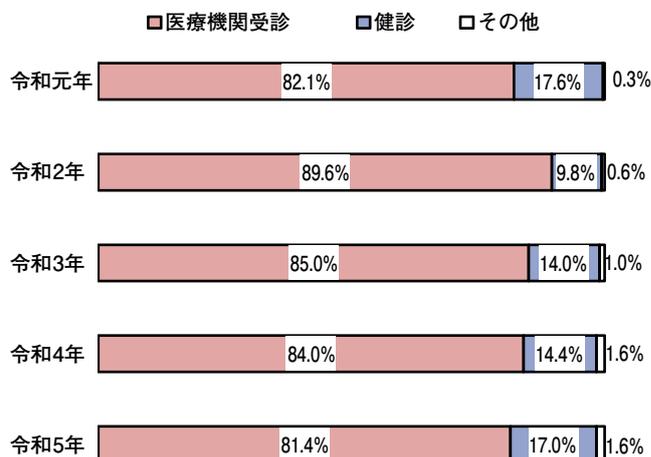


図5-2 福岡県患者発見方法別 (令和5年は速報値)

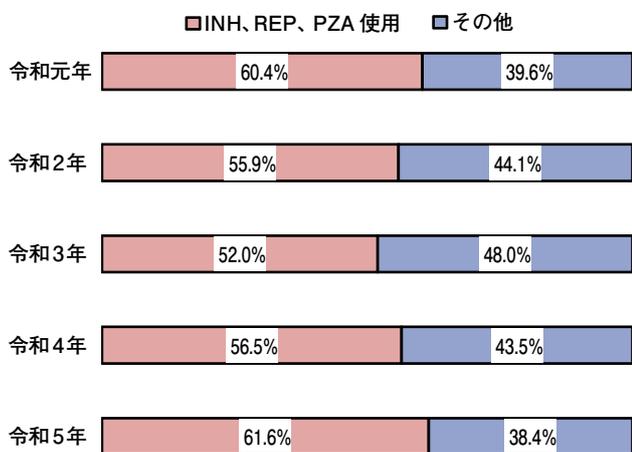


図5-3 福岡県INH、REP、PZAを含む3剤以上使用 (令和5年は速報値)



図6 福岡県潜在性結核感染症患者数 (年次推移) (令和5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718件、三類感染症は総計218件、四類感染症は総計140件、全数把握対象五類感染症は総計1406件の届出があった。

二類感染症について

- ・結核は718件届出があった。
- ・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1件届出があった。
- ・腸管出血性大腸菌感染症は215件届出があった。血清群別では、O157が129件、O26が10件、O111が6件、その他・不明が70件であった。毒素型別では、VT1産生株41件、VT2産生株105件、VT1及びVT2産生株66件、毒素型不明2件、その他1件であった。診断類型別では、患者158人、無症状病原体保有者57人であった。
- ・腸チフスは2件届出があった。
- ・コレラ、パラチフスの届出はなかった。

四類感染症について

- ・E型肝炎は9件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・A型肝炎は3件届出があった。推定感染地域は国外が2件、その他・不明が1件であった。
- ・エムポックスは1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・ジカウイルス感染症は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・重症熱性血小板減少症候群は2件届出があった。性別では、全て女性であった。年代別では、70歳代1人、80歳代1人であった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・チクングニア熱は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・つつが虫病は6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14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11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。推定感染地域は全て国外であった。
- ・ライム病は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・レジオネラ症は89件届出があった。性別では、男性59人、女性30人であった。年代別では、30歳代1人、40歳代1人、50歳代9人、60歳代28人、70歳代23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

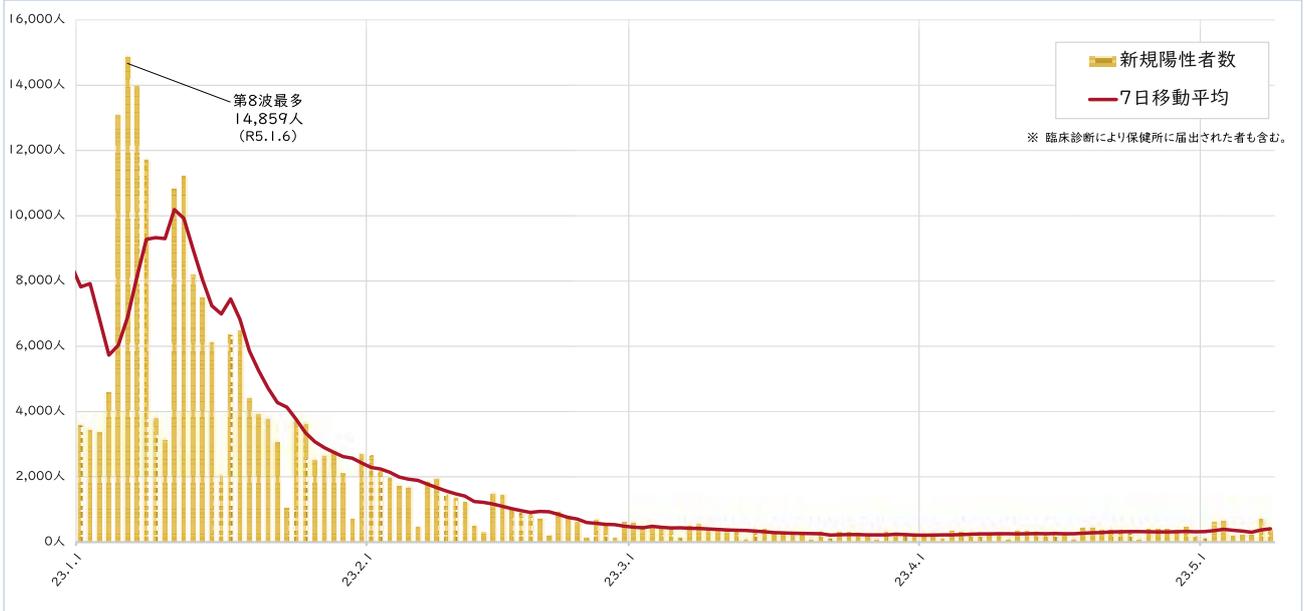
- ・アメーバ赤痢は22件届出があった。性別では、男性18人、女性4人であった。
 - ・ウイルス性肝炎は9件届出があった。内訳は、B型肝炎5件、その他4件であった。
 - ・カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症は112件届出があった。
 - ・急性弛緩性麻痺は5件届出があった。
 - ・急性脳炎は35件届出があった。推定感染地域は国内33件、その他・不明2件であった。
 - ・クロイツフェルト・ヤコブ病は6件届出があった。病型別では、孤発性プリオン病2件、遺伝性プリオン病4件であった。
 - ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症は48件届出があった。
 - ・後天性免疫不全症候群は59件届出があった。性別では、男性58人、女性1人であった。診断類型別では、患者15人、無症状病原体保有者44人であった。感染経路別では、異性間性的接触9件、同性間性的接触42件、その他・不明8件であった。
 - ・ジアルジア症は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
 - ・侵襲性インフルエンザ菌感染症は19件届出があった。
 - ・侵襲性肺炎球菌感染症は89件届出があった。
 - ・水痘（入院例に限る）は12件届出があった。
 - ・梅毒は942件届出があった。性別では、男性594人、女性348人であった。年代別では、10歳未満2人、10歳代27人、20歳代298人、30歳代207人、40歳代210人、50歳代134人、60歳代41人、70歳代16人、80歳代以上7人であった。病型別では、早期顕症梅毒770件、晩期顕症梅毒3件、先天梅毒2件、無症候167件であった。
 - ・播種性クリプトコックス症は10件届出があった。
 - ・破傷風は6件届出があった。
 - ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症は4件届出があった。
 - ・百日咳は24件届出があった。性別では、男性13人、女性11人であった。年代別では、10歳未満11人、10歳代4人、30歳代2人、50歳代1人、60歳代4人、70歳代2人であった。
 - ・風しんは1件届出があった。性別は、男性であった。年代別は、70歳代であった。推定感染地域は国内であった。
 - ・他の全数把握対象五類感染症の届出はなかった。
- ### 新型インフルエンザ等感染症について
- ・新型コロナウイルス感染症は221,714件報告があった。（※）

新型コロナウイルス感染症発生状況等



新規陽性者数

令和5年1月1日～令和5年5月8日



新型コロナウイルス感染症発生状況等



発生月別陽性者年代割合

令和5年1月1日～令和5年5月8日



※新型コロナウイルス感染症は、5月7日まで全数把握の対象だったため、報告件数は5月8日現在の数値である。



月別・年代別新規陽性者数(上:総数 下:人口10万人あたり)

※ 年代不明を除く

令和5年1月1日～令和5年5月8日

月	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
1月	19,557	17,824	26,583	25,296	25,595	20,108	14,092	11,039	7,325	3,436	170,855
2月	5,033	3,725	2,966	4,362	4,491	2,923	2,200	1,827	1,574	859	29,960
3月	1,268	1,034	1,175	1,261	1,327	1,080	738	708	509	249	9,349
4月	729	905	1,331	1,192	1,248	1,185	831	629	382	133	8,565
5月	140	294	533	395	460	450	304	226	131	47	2,980
計	26,727	23,782	32,588	32,506	33,121	25,746	18,165	14,429	9,921	4,724	221,709

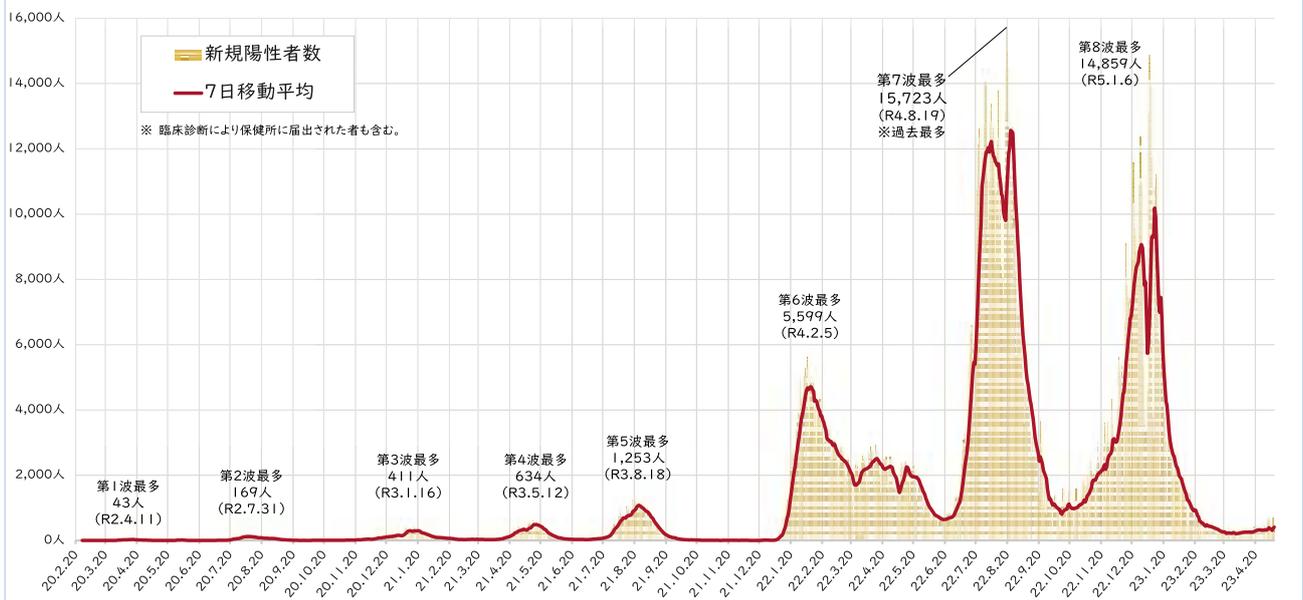
(人/10万人)

月	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	合計
1月	4,714.4	3,857.8	5,232.6	4,661.1	3,738.5	3,139.8	2,382.7	1,736.2	2,016.8	3,251.7	3,452.5
2月	1,213.3	806.2	583.8	803.8	656.0	456.4	372.0	287.4	433.4	812.9	605.4
3月	305.7	223.8	231.3	232.4	193.8	168.6	124.8	111.4	140.1	235.6	188.9
4月	175.7	195.9	262.0	219.6	182.3	185.0	140.5	98.9	105.2	125.9	173.1
5月	33.7	63.6	104.9	72.8	67.2	70.3	51.4	35.5	36.1	44.5	60.2
計	6,442.8	5,147.4	6,414.6	5,989.7	4,837.7	4,020.1	3,071.3	2,269.4	2,731.5	4,470.6	4,480.1
人口	415千人	462千人	508千人	542千人	685千人	640千人	5191千人	636千人	363千人	106千人	4949千人



新規陽性者数

令和2年2月20日～令和5年5月8日



※新型コロナウイルス感染症は、5月7日まで全数把握の対象だったため、報告件数は5月8日現在の数値である。

表 福岡県における全数把握対象疾病の患者報告数

	令和3年 (R3.1~R3.12)					令和4年 (R4.1~R4.12)					令和5年 (R5.1~R5.12)					全国 (速報値)
	県域	北九州市	福岡市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	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 ペスト					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	358	205	230	52	845	284	164	234	51	733	277	164	237	40	718	15,382
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	2
2 細菌性赤痢					0					0		1			1	47
3 腸管出血性大腸菌感染症	58	28	78	18	182	56	29	129	40	254	90	25	86	14	215	3,813
4 腸チフス					0					0			2		2	39
5 パラチフス					0					0					0	9
4類感染症																
1 E型肝炎		2	4		6		1			1	1	4	3	1	9	552
2 ウエストナイル熱					0					0					0	0
3 A型肝炎	1		1		2	2	2		1	5	1		2		3	56
4 エキノコックス症					0					0					0	13
5 エムボックス					0					0			1		1	225
6 黄熱					0					0					0	0
7 オウム病					0					0					0	8
8 オムスク出血熱					0					0					0	0
9 回帰熱					0					0					0	23
10 キャサナル森林病					0					0					0	0
11 Q熱					0					0					0	1
12 狂犬病					0					0					0	0
13 コクシジオイデス症					0					0					0	4
14 ジカウイルス感染症					0					0			1		1	2
15 重症熱性血小板減少症候群				1	1	3		1	1	5	1			1	2	134
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			1		1			1		1	7
21 つつが虫病	3				3	3	1	3		7	5		1		6	444
22 デング熱					0		1	9		10			13	1	14	176
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		2	5		7	2		4		6	4		6	1	11	501
27 日本脳炎					0					0					0	6
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	0
30 鼻疽					0					0					0	0
31 プルセラ症					0					0					0	2
32 ベネズエラウマ脳炎					0					0					0	0
33 ヘ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 ポツリヌス症					0					0					0	0
36 マラリア					0			1		1		1	1		2	36
37 野兎病					0					0					0	0
38 ライム病					0			1		1			1		1	28
39 リッサウイルス感染症					0					0				1	0	0
40 リフトバレー熱					0					0					0	0
41 類鼻疽					0					0					0	0
42 レジオネラ症	31	10	15	4	60	32	12	21	6	71	43	17	23	6	89	2,288
43 レプトスピラ症	1				1		3			3					0	49
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	5	3	9		17	6	3	15	2	26	3	4	14	1	22	489
2 ウイルス性肝炎	2	3	3		8	2	1	3		6	1	2	3	3	9	244
(B型)	2	1	1		4	1		1		2	1	2	1	1	5	152
(C型)					0					0					0	26
(その他/不明)		2	2		4	1	1	2		4			2	2	4	66
3 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症	54	24	38	12	128	47	19	32	16	114	41	12	34	25	112	2,113
4 急性弛緩性麻痺					0			3		3	3	2			5	55
5 急性脳炎	1	7	14		22		4	18		22	4	7	23	1	35	658
6 クリプトスポリジウム症					0					0			2		2	16
7 クロイツフェルト・ヤコブ病		2	2	3	7	1	5	2	1	9			1	5	6	170
8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症	9	7	6	1	23	7	7	12	5	31	16	11	14	7	48	949
9 後天性免疫不全症候群	6	6	39	3	54	6	5	48	4	63	2	13	41	3	59	951
10 ジアルジア症		1	1		2			2		2		1			1	39
11 侵襲性インフルエンザ菌感染症	3	7	4		14	3	7	3		13	6	3	9	1	19	567
12 侵襲性髄膜炎菌感染症					0			1		1					0	21
13 侵襲性肺炎球菌感染症	26	20	29	6	81	19	16	27	2	64	27	22	34	6	89	1,988
14 水痘 (入院例に限る)	2	7	5	2	16	1	2	2		5	1	2	9		12	407
15 先天性風しん症候群					0					0					0	0
16 梅毒	62	38	215	33	348	94	92	338	42	566	195	202	505	40	942	15,078
17 播種性クリプトコックス症	1	3	1		5	1	1	1		3	3	3	4		10	173
18 破傷風	1			1	2			1	2	3	2		2	2	6	110
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		1	2		3	1	1	3		5	1		3		4	115
21 百日咳	14	5	7	3	29	11	1	12	1	25	11	2	10	1	24	1,015
22 風しん					0			1		1	1				1	12
23 麻しん			1		1					0					0	28
24 薬剤耐性アシネトバクター感染症		1			1		1			1					0	14

Ⅲ) 検 査 情 報

検査情報の解説

1) ウイルス編

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

検査材料及び検査方法

令和5年に本調査事業において採取された検体は、11疾病458件であった。過去5年間の疾病別検体採取状況を表2に、本年の北九州市、福岡市、久留米市、その他の市町村の疾病別検体採取状況を表3に示した。疾病別検体数では、インフルエンザが158件と最も多く、次いで、感染性胃腸炎が76件、手足口病が53件と多かった。検体総数は、新型コロナウイルス感染症の流行の影響が少なくなったことにより前年と比べると2.3倍の増加（199→458）であった。疾病別ではインフルエンザが151件（7→158）、咽頭結膜熱が30件（16→46）、ヘルパンギーナが27件（11→38）、手足口病が18件（35→53）、無菌性髄膜炎が15件（20→35）、突発性発疹が5件（7→12）、RSウイルス感染症が2件（18→20）、感染性胃腸炎が1件（75→76）、流行性耳下腺炎が1件（3→4）、流行性角結膜炎が1件（0→1）いずれも増加した。一方、伝染性紅斑が3件（3→0）、水痘が2件（2→0）、急性出血性結膜炎が1件（1→0）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9～12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293件で、複数のウイルスが検出された検体は14件であった。検出されたウイルスは全て同定され、合計33種類、311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A/H3亜型（A/H3亜型）で96件であった。

次に、疾病毎の検出状況について述べる。インフルエンザからは、A/H3亜型が96件と最も多く、インフルエンザウイルスA/H1pdm09亜型（A/H1pdm09亜型）が31件、インフルエンザウイルスB/Victoria系統（B/Victoria系統）が9件検出された。A/H3亜型は年間通して検出された。2023/24シーズンにおいて、9月以降にA/H1pdm09亜型が検出され、B/Victoria系統は11月以降に検出された。このことは全国的な傾向とほぼ同じであった。2023/24シーズンはこれら3種類のウイルスによる混合流行になると推測される。感染性胃腸炎からは、ノロウイルスGⅡが16件（うちノロウイルスGⅡ.7が10件、ノロウイルスGⅡ.4が4件）と最も多く、次いでサポウイルスが6件、アストロウイルスが5件の順で検出された。ノロウイルスGⅡはほぼ年間を通して検出された。手足口病からは、昨年に引き続きコクサッキーウイルスA6型（CA6）が15件と最も多く検出され、エンテロウイルス71型（EV71）が8件、コクサッキーウイルスA10型（CA10）が5件検出された。CA6は6月

以降毎月検出された。

ウイルス別の検出状況を見ると、アデノウイルスは48件、エンテロウイルスは80件、インフルエンザウイルスは137件、ノロウイルスは16件検出された。検出されたアデノウイルスのうちアデノウイルス3型（Ad3）が33件と最も多く、アデノウイルス2型が9件、アデノウイルス1型が5件の順であった。Ad3は8月から12月にかけて検出され、主に咽頭結膜熱から検出された。検出されたエンテロウイルスのうちCA6及びコクサッキーウイルスB5型（CB5）がいずれも19件、CA10が14件検出された。CA6は主に手足口病から検出され、CB5は主に無菌性髄膜炎から検出された。また、本年度は令和元年以降検出されていなかったEV71が検出されている。EV71は無菌性髄膜炎を併発し重症化することが知られており、今後注意する必要があると考えられる。インフルエンザウイルス以外の呼吸器ウイルスとしては、ライノウイルスが7件、RSウイルスが5件検出された。

図1～4にインフルエンザ、手足口病、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎の過去5年間の月別患者報告数の推移と主な検出ウイルスを示した。検出されたインフルエンザウイルスは、令和元年1月から3月はA/H1pdm09亜型とA/H3亜型が、令和元年9月以降はA/H1pdm09亜型が主に検出されていたが、新型コロナウイルス感染症の流行の影響で令和2年、令和3年は患者数の報告がほとんどなく、インフルエンザウイルスを検出することができなかった。しかし、令和4年末から患者報告数が増加し、主にA/H3亜型が検出された。令和5年7月から再び患者報告数が増加し始めた。A/H3亜型は年間を通して検出されたが、A/H1pdm09亜型は5月に登場し、8月からは毎月検出された。11月以降はB/Victoria系統を加えたA/H3亜型、A/H1pdm09亜型と共に混合流行したと考えられる。手足口病では、令和元年は5月から7月にかけてCA6型が、8月以降はコクサッキーウイルスA16型が主に検出された。令和2年には大きな流行は見られなかったが、令和3年はCA6が多く検出された。令和4年は流行の規模は小さいものの令和3年と同様にCA6が多く検出された。令和5年はCA6、EV71、CA10が多く検出された。ヘルパンギーナでは、令和元年はCA10及びCA5、令和2年はコクサッキーウイルスA4型（CA4）、令和3年はCA6、令和4年はCA4とCA6、令和5年はCA10、CA6、コクサッキーウイルスA2型が検出されておりCA4が隔年で流行する傾向が続いている。無菌性髄膜炎では、令和元年はエコーウイルス11型及びCB5が主に検出された。令和2年は搬入された検体からはウイルスは検出されなかった。令和3年はエコーウイルス6型、令和4年は例年と異なりエンテロウイルスは検出されず、パレコウイルスが多く検出された。令和5年はCB5が多く検出された。

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

本調査事業における本年のウイルスの検出率は64.0%（293/458）となり、昨年の28.6%より増加した。

最後に、本年の本県におけるウイルス検出状況は全国的な傾向とほぼ一致した。

表1 検査体制

1) 病原体定点一覧表

定点コード	医療機関名	区分	管理者	連絡責任者
北九州市	5002 霧ヶ丘つだ病院	インフルエンザ	津田 徹	津田 徹
	5007 北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	インフルエンザ	岡本 好司	今村 徳夫
	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	岡崎 巧年	岡崎 巧年
	6219 大原小児科医院	小児科	大原 延年	大原 延年
	7029 三村眼科	眼科	仙石 昭仁	仙石 昭仁
	9212 北九州市立医療センター	基幹	中野 徹	真柴 晃一
	9213 北九州市立八幡病院	基幹	岡本 好司	岡本 好司
福岡市	5335 中村内科医院	インフルエンザ	中村 晋	中村 晋
	5086 (医) 博和会武元内科クリニック	インフルエンザ	武元 良祐	武元 良祐
	6038 福岡市立こども病院	小児科	楠原 浩善	古野 安憲
	6076 (医) もりやす小児科医院	小児科	森安 一生	吉野 善生
	6060 国立病院機構福岡病院	小児科	吉田 誠生	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	熊野 御堂
	9200 国立病院機構九州医療センター	基幹	岩崎 浩己	長崎 洋司
	9201 福岡市立こども病院	基幹	楠原 浩一	古野 憲司
久留米市	5150 (医) いのくち医院	インフルエンザ	猪口 哲彰	猪口 哲彰
	6154 聖マリア病院小児科	小児科	谷口 雅彦	秋田 幸大
	9206 聖マリア病院	基幹	谷口 雅彦	本田 順一
福岡県	5121 (医) 文杏堂杉病院	インフルエンザ	杉本 雄介	宮内 美代子
	5190 飯塚病院内科	インフルエンザ	増本 陽秀	的野 多加志
	6320 あいだ医院	小児科	間 克	間 克
	6223 (医) ゆげ子どもクリニック	小児科	弓 削	弓 削
	6131 (医) 西尾小児科医院	小児科	西尾 健	西尾 健
	6194 飯塚病院小児科	小児科	増本 陽秀	的野 多加志
	6142 田川市立病院小児科	小児科	松隈 哲人	スビヤントケイジ
	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	中根 博	宮 武子
	9204 福岡県済生会二日市病院	基幹	壁村 哲平	末安 禎子
	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	スビヤントケイジ
	9208 大牟田市立病院	基幹	鳥村 拓司	鳥村 拓司
9205 朝倉医師会病院	基幹	志波 直人	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	対象病原体定点
筑紫保健福祉環境事務所	092-513-5584	文杏堂杉病院、西尾小児科医院、鬼木眼科医院、福岡県済生会二日市病院
粕屋保健福祉事務所	092-939-1534	国立病院機構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、大牟田市立病院
京築保健福祉環境事務所	0930-23-3935	新行橋病院、ゆげ子どもクリニック
久留米市保健所	0942-30-9730	いのくち医院、聖マリア病院
北九州中央臨床検査センター	093-551-3181	北九州市内の病原体定点
シー・アール・シー	092-623-2111	福岡市内の病原体定点

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	北九州市内の病原体定点
福岡市保健環境研究所	092-831-0683	福岡市内の病原体定点
福岡県保健環境研究所	092-921-9940	その他の病原体定点

表2 過去5年間の疾病別年次別検体採取状況

疾病名	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
インフルエンザ	209	74	7	7	158
咽頭結膜熱	57	30	26	16	46
感染性胃腸炎	119	52	35	75	76
手足口病	125	23	40	35	53
ヘルパンギーナ	37	37	12	11	38
流行性耳下腺炎	7	3	7	3	4
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	33	25	68	20	35
急性出血性結膜炎	0	0	0	1	0
流行性角結膜炎	3	0	0	0	1
RSウイルス感染症	19	9	24	18	20
突発性発疹	43	10	10	7	12
伝染性紅斑	14	1	3	3	0
水痘	7	8	5	2	0
その他の疾患	87	12	13	1	15
合計	760	284	250	199	458

表3 地域別疾病別検体採取状況（令和5年）

疾病名	北九州市	福岡市	久留米市	その他の市町村	合計
インフルエンザ	72	11	29	46	158
咽頭結膜熱	7	1	0	38	46
感染性胃腸炎	2	8	0	66	76
手足口病	26	6	0	21	53
ヘルパンギーナ	10	12	0	16	38
流行性耳下腺炎	3	0	0	1	4
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	1	27	0	7	35
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	0	0	0	1	1
RSウイルス感染症	0	2	0	18	20
突発性発疹	0	5	0	7	12
伝染性紅斑	0	0	0	0	0
水痘	0	0	0	0	0
その他の疾患	15	0	0	0	15
合計	136	72	29	221	458

表4 ウイルス感染症の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・糞便・結膜ぬぐい液	〃
感染性胃腸炎	咽頭ぬぐい液・糞便・吐物	免疫クロマト法・PCR法
手足口病	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	培養細胞へ接種・PCR法
ヘルパンギーナ	咽頭ぬぐい液・糞便	〃
流行性耳下腺炎	咽頭ぬぐい液・髄液	〃
急性脳炎	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	〃
無菌性髄膜炎	〃	〃
急性出血性結膜炎	結膜ぬぐい液	〃
流行性角結膜炎	〃	〃
RSウイルス感染症	咽頭ぬぐい液	〃
突発性発疹	咽頭ぬぐい液・血液・髄液	〃
伝染性紅斑	〃	〃
水痘	水疱内容液・咽頭ぬぐい液・髄液	〃
その他の疾患	咽頭ぬぐい液・糞便・その他	〃

表5 感染症発生動向調査検査結果（令和5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	158	NP 158	陽性	135 (NP135)	インフルエンザウイルスA/H3型	93件 NP93
						インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	28件 NP28
						インフルエンザウイルスB/Victoria系統	9件 NP9
						インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型	3件 NP3
						アデノウイルス2型	1件 NP1
						インフルエンザウイルスA型（亜型不明）	1件 NP1
咽頭結膜熱	2, 5, 7～12月	46	NP 45 FC 1	陽性	30 (NP30)	アデノウイルス3型	24件 NP24
						アデノウイルス2型	3件 NP3
						ライノウイルス	1件 NP1
						アデノウイルス3型+エコーウイルス3型	1件 NP1
						アデノウイルス3型+コクサッキーウイルスB5型	1件 NP1
感染性胃腸炎	1～12月	76	FC 70 NP 3 EX 3	陽性	38 (FC38)	ノロウイルスGII.7	5件 FC5
						コクサッキーウイルスB5型	4件 FC4
						アストロウイルス	4件 FC4
						サポウイルス	3件 FC3
						ノロウイルスGII.4	3件 FC3
						A群ロタウイルス	2件 FC2
						アデノウイルス2型	2件 FC2
						ライノウイルス	2件 FC2
						ノロウイルスGII.7+サポウイルス	2件 FC2
						ノロウイルスGII.7+アデノウイルス2型	2件 FC2
						アデノウイルス3型	1件 FC1
						エンテロウイルス71型	1件 FC1
						コクサッキーウイルスA10型	1件 FC1
						ノロウイルスGII	1件 FC1
						ノロウイルスGII.2	1件 FC1
						アデノウイルス3型+アストロウイルス	1件 FC1
						コクサッキーウイルスA2型+アデノウイルス41型	1件 FC1
						ノロウイルスGII.4+ライノウイルス	1件 FC1
						ノロウイルスGII.7+サポウイルス+エコーウイルス3型	1件 FC1
手足口病	1, 5～12月	53	NP 48 EX 3 FC 2	陽性	31 (NP31)	コクサッキーウイルスA6型	14件 NP14
						エンテロウイルス71型	8件 NP8
						コクサッキーウイルスA10型	5件 NP5
						コクサッキーウイルスA2型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA16型	1件 NP1
						ヒトパルボウイルスB19型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA6型+サイトメガロウイルス	1件 NP1
ヘルパンギーナ	2, 4, 6～10, 12月	38	NP 29 FC 6 EX 2 SP 1	陽性	19 (NP18, FC1)	コクサッキーウイルスA10型	7件 NP7
						コクサッキーウイルスA2型	4件 NP4
						コクサッキーウイルスA6型	3件 NP3
						ライノウイルス	2件 NP2
						エンテロウイルス71型	1件 FC1
						エンテロウイルス71型+アデノウイルス2型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA4型+アデノウイルス3型	1件 NP1
流行性耳下腺炎	5, 7, 9月	4	NP 4	陽性	1 (NP1)	コクサッキーウイルスB5型	1件 NP1
無菌性髄膜炎	2, 4～12月	35	SF 16 FC 8 NP 7 SP 2 UR 1 EX 1	陽性	18 (SF9, FC4, NP3, SP2)	コクサッキーウイルスB5型	12件 SF6, FC3, SP2, NP1
						コクサッキーウイルスB2型	3件 NP1, FC1, SF1
						コクサッキーウイルスB4型	2件 NP1, SF1
						ムンプスウイルス（ワクチン株）	1件 SF1
流行性角結膜	7月	1	ES 1	陽性	0		
RSウイルス感染症	2～6, 8月	20	NP 18 FC 2	陽性	8 (NP8)	RSウイルス	5件 NP5
						アデノウイルス1型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA6型	1件 NP1
						ライノウイルス	1件 NP1
突発性発しん	5, 6, 9, 11月	12	NP 8 FC 3 EX 1	陽性	6 (NP5, FC1)	アデノウイルス3型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA2型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスA9型	1件 NP1
						コクサッキーウイルスB5型	1件 NP1
						単純ヘルペスウイルス1型	1件 FC1
						ヘルペスウイルス6型+アデノウイルス3型	1件 NP1
その他の疾患	5～7, 9～12月	15	NP 12 FC 2 UR 1	陽性	7 (NP7)	アデノウイルス1型	4件 NP4
						アデノウイルス3型	2件 NP2
						コクサッキーウイルスA10型	1件 NP1
検体数：		458件				293件	

NP:咽頭ぬぐい液, 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5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	1～12月	72	NP 72	陽性 61 (NP61)		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A/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型 インフルエンザウイルスA型（亜型不明）	44件 NP44 8件 NP8 5件 NP5 3件 NP3 1件 NP1
咽頭結膜熱	5, 9～11月	7	NP 6 FC 1	陽性 4 (NP4)		アデノウイルス3型	4件 NP4
感染性胃腸炎	3, 4月	2	FC 2	陽性 1 (FC1)		ノロウイルスGII	1件 FC1
手足口病	5～12月	26	NP 26	陽性 12 (NP12)		コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA10型 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA16型 ヒトパルボウイルスB19型	7件 NP7 2件 NP2 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1
ヘルパンギーナ	4, 6, 8, 9月	10	NP 10	陽性 4 (NP4)		コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスA2型 コクサッキーウイルスA6型	2件 NP2 1件 NP1 1件 NP1
流行性耳下腺炎	5, 7月	3	NP 3	陽性 0			
無菌性髄膜炎	4月	1	SF 1	陽性 0			
その他の疾患	5～7, 9～12月	15	NP 12 FC 2 UR 1	陽性 7 (NP7)		アデノウイルス1型 アデノウイルス3型 コクサッキーウイルスA10型	4件 NP4 2件 NP2 1件 NP1
検体数：		136	件				89

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿

表7 感染症発生動向調査検査結果（令和5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	9～12月	11	NP 11	陽性 11 (NP11)		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/Victoria系統	7件 NP7 3件 NP3 1件 NP1
咽頭結膜熱	10月	1	NP 1	陽性 0			
感染性胃腸炎	1, 3, 5月	8	FC 4 NP 2 EX 2	陽性 3 (FC3)		A群ロタウイルス サボウイルス	2件 FC2 1件 FC1
手足口病	5, 9, 11月	6	NP 3 FC 2 EX 1	陽性 1 (NP1)		エンテロウイルス71型	1件 NP1
ヘルパンギーナ	2, 7, 8月	12	FC 5 NP 4 EX 2 SP 1	陽性 0			
無菌性髄膜炎	5～8月, 10～12月	27	SF 9 NP 7 FC 7 SP 2 UR 1 EX 1	陽性 16 (SF7, FC4, NP3, SP2)		コクサッキーウイルスB5型 コクサッキーウイルスB2型 コクサッキーウイルスB4型	11件 SF5, FC3, SP2, NP1 3件 NP1, FC1, SF1 2件 NP1, SF1
RSウイルス感染症	2月	2	NP 1 FC 1	陽性 1 (NP1)		RSウイルス	1件 NP1
突発性発しん	6, 11月	5	NP 2 FC 2 EX 1	陽性 0			
検体数：		72	件				32

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, 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5年、その他の市町村）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数
インフルエンザ	1～12月	75	NP	75 陽性	63 (NP63)	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A/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 アデノウイルス2型	46件 NP46 13件 NP13 3件 NP3 1件 NP1
咽頭結膜熱	2,7～12月	38	NP	38 陽性	26 (NP26)	アデノウイルス3型 アデノウイルス2型 ライノウイルス アデノウイルス3型+エコーウイルス3型 アデノウイルス3型+コクサッキーウイルスB5型	20件 NP20 3件 NP3 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1
感染性胃腸炎	2～12月	66	FC NP EX	64 陽性	34 (FC34) 1 1	ノロウイルスGII.7 アストロウイルス コクサッキーウイルスB5型 ノロウイルスGII.4 アデノウイルス2型 サポウイルス ライノウイルス ノロウイルスGII.7+サポウイルス ノロウイルスGII.7+アデノウイルス2型 アデノウイルス3型 ノロウイルスGII.2 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA10型 アデノウイルス3型+アストロウイルス コクサッキーウイルスA2型+アデノウイルス41型 ノロウイルスGII.4+ライノウイルス ノロウイルスGII.7+サポウイルス+エコーウイルス3型	5件 FC5 4件 FC4 4件 FC4 3件 FC3 2件 FC2 2件 FC2 2件 FC2 2件 FC2 2件 FC2 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1 1件 FC1
手足口病	1,5～12月	21	NP EX	19 陽性	18 (NP18) 2	コクサッキーウイルスA6型 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスA2型 コクサッキーウイルスA6型+サイトメガロウイルス	7件 NP7 6件 NP6 3件 NP3 1件 NP1 1件 NP1
ヘルパンギーナ	2,6,7,9,10,12月	16	NP FC	15 陽性	15 (NP14, FC1) 1	コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスA2型 コクサッキーウイルスA6型 ライノウイルス エンテロウイルス71型 エンテロウイルス71型+アデノウイルス2型 コクサッキーウイルスA4型+アデノウイルス3型	5件 NP5 3件 NP3 2件 NP2 2件 NP2 1件 FC1 1件 NP1 1件 NP1
流行性耳下腺炎	9月	1	NP	1 陽性	1 (NP1)	コクサッキーウイルスB5型	1件 NP1
無菌性髄膜炎	2,4,7,9月	7	SF FC	6 陽性	2 (SF2) 1	コクサッキーウイルスB5型 ムンプスウイルス（ワクチン株）	1件 SF1 1件 SF1
流行性角結膜炎	7月	1	ES	1 陽性	0		
RSウイルス感染症	2～6,8月	18	NP FC	17 陽性	7 (NP7) 1	RSウイルス アデノウイルス1型 コクサッキーウイルスA6型 ライノウイルス	4件 NP4 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1
突発性発しん	5,6,9,11月	7	NP FC	6 陽性	6 (NP5, FC1) 1	アデノウイルス3型 コクサッキーウイルスA2型 コクサッキーウイルスA9型 コクサッキーウイルスB5型 単純ヘルペスウイルス1型 ヘルペスウイルス6型+アデノウイルス3型	1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 NP1 1件 FC1 1件 NP1
		検体数：		250件		172件	

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, EX:その他

表9-1 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その1）

疾病名	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
インフルエンザ	A/H1pdm09 (95) A/H3 (82) B/Vic (12) B (5) A (1) CB 4 (1)	A/H1pdm09 (54) B/Vic (8) B (4) A/H3 (1) Ad 1 (1)	hRV (1)	A/H3 (7)	A/H3 (96) A/H1pdm09 (31) B/Vic (9) Ad 2 (1) A (1)
咽頭結膜熱	Ad 3 (7) Ad 2 (2) hRV (2) Ad 1 (1) CA 4 (1) CA 6 (1) Ec 30 (1)	CA 4 (5) Ad 2 (3) Ad 1 (1) Ad 3 (1) Ad 5 (1) Ad 11 (1) HHV 1 (1) Ec 9 (1) CB 4 (1)	hRV (2) Ad 1 (1) Ad 5 (1) RSV (1)	Ad 2 (1)	Ad 3 (26) Ad 2 (3) hRV (1) Ec 3 (1) CB 5 (1)
感染性胃腸炎	Rota (20) NoGII (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)	NoGII (8) AST (3) Ad 2 (2) hRV (2) Ad 31 (1) Ad 41 (1) CA 4 (1) CA 9 (1) A/H1pdm09 (1)	NoGII (5) AST (2) CA 6 (2) Ec 6 (2) CA 16 (1) hRV (1) Sapo (1)	NoGII (11) Ad 41 (5) Ad 1 (2) NoG I (1) AST (1) CA 10 (1) Sapo (1) hRV (1) Ev D68 (1)	NoGII (16) Sapo (6) AST (5) Ad 2 (4) CB 5 (4) hRV (3) Rota (2) Ad 3 (2) Ev 71 (1) CA 10 (1) CA 2 (1) Ad 41 (1) Ec 3 (1)
手足口病	CA 6 (35) CA 16 (14) Ad 2 (3) Ad 1 (3) CA 5 (2) CA 10 (2) HHV 1 (1) Ev (1)	Ad 2 (1) HHV 1 (1)	CA 6 (18) Ec 6 (3) HHV 1 (3) CA 16 (2) Ad 1 (1) HHV 3 (1) PVB19 (1)	CA 6 (6) CA 10 (4) RSV (1) Ad 1 (1)	CA 6 (15) Ev 71 (8) CA 10 (5) CA 2 (1) CA 16 (1) PVB19 (1) HHV 5 (1)
ヘルパンギーナ	CA 10 (8) CA 5 (6) CA 6 (3) HPeV (3)	CA 4 (6) Ec 9 (1)	CA 6 (1) Ec 6 (1) HHV 1 (1)	CA 4 (1) CA 6 (1)	CA 10 (7) CA 2 (4) CA 6 (3) hRV (2) Ev 71 (2) Ad 2 (1) CA 4 (1) Ad 3 (1)

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

表9-2 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その2）

疾病名	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
流行性耳下腺炎	Mump (3)	Mump (1)	Ec 6 (1) HPeV (1)		CB 5 (1)
急性脳炎					
無菌性髄膜炎	Ec 11 (4) CB 5 (2) Ad 1 (1) HPeV (1)	HHV 3 (1)	Ec 6 (17)	HPeV (4)	CB 5 (12) CB 2 (3) CB 4 (2) Mump (1) (ワクチン株)
流行性角結膜炎	Ad 56 (1)				
RSウイルス感染症	RSV (4) Co (1)	hRV (1) Ec 9 (1)	RSV (5) hRV (1)	RSV (2) hRV (2) CA 6 (1)	RSV (5) Ad 1 (1) CA 6 (1) hRV (1)
突発性発しん	HHV 6 (2) hRV (2) Ad 1 (2) CA 5 (2) CA 10 (2) Ad 2 (1) CA 6 (1) Ad 3 (1) Ec 30 (1)	HHV 6 (2) CA 4 (1) HHV 1 (1)	Ad 2 (1) HPeV (1)	CA 9 (1)	Ad 3 (2) CA 2 (1) CA 9 (1) CB 5 (1) HHV 1 (1) HHV 6 (1)
伝染性紅斑	PVB19 (5) hRV (2)		HHV 1 (1)	Ev D68 (1)	
水痘	HHV 1 (3) HHV 3 (1) hRV (1)	HHV 3 (2) CA 16 (1)			
その他の疾患	HPeV (11) CA 6 (2) hRV (1) HHV 6 (1) Ad 2 (1) A/H1pdm09 (1)	Ad 5 (2) Ad 64 (2) Ad 2 (1) AST (1)	HPeV (2) Ad 2 (1)	Ad 11 (1)	Ad 1 (4) Ad 3 (2) CA 10 (1)

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

表10 検出ウイルスごとの地域別採取月別検出状況（令和5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					2	2								4
	筑豊					1									1
アデノウイルス 2型	筑豊												1		2
	筑後		1		1			1				1	1	2	7
アデノウイルス 3型	北九州										1	2	1	2	6
	福岡										2				2
	筑豊											1			1
	筑後								3	2	8	6	5		24
アデノウイルス 41型	筑後					1								1	
コクサッキーウイルス A2型	北九州				1										1
	福岡						1								1
	筑豊					1	1								2
	筑後		1			1	1								3
コクサッキーウイルス A4型	筑後									1				1	
コクサッキーウイルス A6型	北九州							1	2	5					8
	福岡						2								2
	筑豊											1			1
	筑後						1			4		2	1		8
コクサッキーウイルス A9型	筑後									1				1	
コクサッキーウイルス A10型	北九州									4		1		5	
	筑後	2								5	2			9	
コクサッキーウイルス A16型	北九州										1			1	
コクサッキーウイルス B2型	福岡											3		3	
コクサッキーウイルス B4型	福岡								2					2	
コクサッキーウイルス B5型	福岡						3	8							11
	筑豊							1		1					2
	筑後							3		2			1		6
エコーウイルス 3型	筑後										1		1	2	
エンテロウイルス 71型	北九州						1								1
	福岡									1					1
	筑豊												1		1
	筑後						5	2	1						8
インフルエンザウイルス A/H1pdm09型	北九州									1	2	3	5	11	
	福岡									1	2	1	4	8	
	筑豊											2	2	4	
	筑後					2			1	2		2	1	8	
インフルエンザウイルス A/H3型	北九州	5	7	2	3	3	2	1	4	5	6	3	6	47	
	福岡	2	1				1		1	1	6		1	13	
	筑豊										2	3	1	6	
	筑後	3	6	3	1		1	1	1	2	4	3	5	30	
インフルエンザウイルス A型	北九州										1			1	
インフルエンザウイルス B/Victoria系統	北九州			3	1								1	5	
	福岡											1	2	3	
	筑後												1	1	
ライノウイルス	筑豊								1				1	2	
	筑後		1			1		1	2					5	
RSウイルス	福岡		1											1	
	筑後		1			1	2							4	
アストロウイルス	筑豊										1			1	
	筑後					3						1		4	
サポウイルス	福岡				1									1	
	筑後											3	2	5	
ノロウイルス GII.2	筑後					1								1	
ノロウイルス GII.4	筑豊											1	1	2	
	筑後		1				1							2	
ノロウイルス GII.7	筑後							1				7	2	10	
ノロウイルス GII	北九州			1										1	
A群ロタウイルス	福岡	1		1										2	
ヘルペスウイルス 1型	筑後					1								1	
ヘルペスウイルス 6型	筑後											1		1	
サイトメガロウイルス	筑豊										1			1	
ムンプスウイルス ワクチン株	筑豊				1									1	
ヒトパルボウイルス B19型	北九州							1						1	
合計		13	20	10	8	19	24	21	18	39	45	45	49	311	

表11 地域ごとの検出ウイルス別採取月別検出状況（令和5年）

地域ブロック	検出ウイルス	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					2	2							4	
	アデノウイルス 3型									1	2	1	2	6	
	コクサツキウイルス A2型				1									1	
	コクサツキウイルス A6型							1	2	5				8	
	コクサツキウイルス A10型									4		1		5	
	コクサツキウイルス A16型										1			1	
	エンテロウイルス 71型						1							1	
	インフルエンザウイルス A/H1pdm09型									1	2	3	5	11	
	インフルエンザウイルス A/H3型	5	7	2	3	3	2	1	4	5	6	3	6	47	
	インフルエンザウイルス A系統										1			1	
	インフルエンザウイルス B/Victoria系統			3	1									5	
	ノロウイルス GII			1										1	
	ヒトパルボウイルス B19型								1					1	
小計		5	7	6	5	5	5	3	6	16	12	8	14	92	
福岡	アデノウイルス 3型										2			2	
	コクサツキウイルス A2型						1							1	
	コクサツキウイルス A6型						2							2	
	コクサツキウイルス B2型											3		3	
	コクサツキウイルス B4型								2					2	
	コクサツキウイルス B5型													11	
	エンテロウイルス 71型						3	8						11	
	インフルエンザウイルス A/H1pdm09型										1			1	
	インフルエンザウイルス A/H3型	2	1				1		1	1	6		1	13	
	インフルエンザウイルス B/Victoria系統												1	2	3
	RSウイルス			1											1
	サボウウイルス A群						1								1
	小計		1		1										2
		3	2	1	0	1	7	8	3	3	10	5	7	50	
筑豊	アデノウイルス 1型					1								1	
	アデノウイルス 2型													1	
	アデノウイルス 3型										1		1	2	
	コクサツキウイルス A2型					1	1							2	
	コクサツキウイルス A6型										1			1	
	コクサツキウイルス B5型								1		1			2	
	エンテロウイルス 71型													1	
	インフルエンザウイルス A/H1pdm09型												2	2	4
	インフルエンザウイルス A/H3型										2	3	1	6	
	ライノウイルス								1					1	2
	アストロウイルス										1				1
	ノロウイルス GII.4												1	1	2
	サイトメガロウイルス											1			1
ムンプスウイルス ワクチン株				1										1	
小計		0	0	0	1	2	1	1	1	1	7	6	7	27	
筑後	アデノウイルス 2型		1		1			1			1	1	2	7	
	アデノウイルス 3型								3	2	8	6	5	24	
	アデノウイルス 41型					1								1	
	コクサツキウイルス A2型			1		1	1							3	
	コクサツキウイルス A4型									1				1	
	コクサツキウイルス A6型						1			4		2	1	8	
	コクサツキウイルス A9型									1				1	
	コクサツキウイルス A10型	2								5	2			9	
	コクサツキウイルス B5型								3		2			1	6
	エンテロウイルス 3型											1			1
	エンテロウイルス 71型						5	2	1						8
	インフルエンザウイルス A/H1pdm09型					2				1	2		2	1	8
	インフルエンザウイルス A/H3型	3	6	3	1		1	1	1	2	4	3	5	30	
	インフルエンザウイルス B/Victoria系統													1	1
	ライノウイルス		1			1		1	2						5
	RSウイルス		1			1	2								4
	アストロウイルス					3							1		4
サボウウイルス											3	2		5	
ノロウイルス GII.2					1									1	
ノロウイルス GII.4							1							2	
ノロウイルス GII.7			1					1				7	2	10	
ヘルペスウイルス 1型					1									1	
ヘルペスウイルス 6型												1		1	
小計		5	11	3	2	11	11	9	8	19	16	26	21	142	
合計		13	20	10	8	19	24	21	18	39	45	45	49	311	

表12 無菌性髄膜炎の合併症（令和5年、35件）

臨床症状	件数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	9 (NP2, FC2, SF3, UR1, BL1)	
発熱	33 (NP6, FC7, SF16, UR1, SP2, BL1)	コクサッキーウイルスB2型 (NP1, FC1, SF1), コクサッキーウイルスB4型 (NP1, SF1), コクサッキーウイルスB5型 (NP1, FC3, SF6, SP2), ヘルペスウイルス (SF1)
熱性けいれん	5 (NP1, FC1, SF3)	コクサッキーウイルスB2型 (NP1, FC1, SF1), コクサッキーウイルスB5型 (SF1), ヘルペスウイルス (SF1)
関節痛	5 (NP1, FC1, SF1, UR1, BL1)	
上気道炎	14 (NP2, FC2, SF6, UR1, SP2, BL1)	コクサッキーウイルスB2型 (NP1, FC1, SF1), コクサッキーウイルスB5型 (SF3, SP2)
出血傾向	2 (NP1, FC1)	
ショック症状	2 (NP1, FC1)	
低血圧	4 (NP1, FC2, SF1)	コクサッキーウイルスB5型 (FC1, SF1)
循環不全	4 (NP1, FC2, SF1)	コクサッキーウイルスB5型 (FC1, SF1)
肝機能障害	2 (NP1, FC1)	
胃腸炎	3 (NP1, FC1, SF1)	コクサッキーウイルスB5型 (FC1, SF1)
嘔気	1 (SF1)	ヘルペスウイルス (SF1)
嘔吐	1 (SF1)	ヘルペスウイルス (SF1)
髄膜炎	24 (NP4, FC5, SF11, UR1, SP2, BL1)	コクサッキーウイルスB2型 (NP1, FC1, SF1), コクサッキーウイルスB4型 (NP1, SF1), コクサッキーウイルスB5型 (FC1, SF4, SP2), ヘルペスウイルス (SF1)
意識障害	2 (SF2)	
中枢神経系症状	1 (SF1)	
脳炎	1 (SF1)	
脊髄炎	1 (SF1)	
その他の中枢神経系症状	1 (SF1)	
心不全	2 (FC1, SF1)	コクサッキーウイルスB5型 (FC1, SF1)
腎機能障害	2 (NP1, FC1)	
乏尿	2 (NP1, FC1)	
腎不全	2 (NP1, FC1)	
その他の症状	5 (FC1, SF4)	

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, SP:喀痰, BL:血液

表13 インフルエンザの合併症（令和5年、158件）

臨床症状	件数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	39 (NP39)	A/H1pdm09+A/H3 (NP1), A/H1pdm09 (NP7), A/H3 (NP26)
発熱	155 (NP155)	Ad 1 (NP1), A/H1pdm09+A/H3 (NP3), A/H1pdm09 (NP27), A/H3 (NP92), A (NP1), B/Vic (NP8)
熱性けいれん	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
関節痛	14 (NP14)	A/H1pdm09 (NP2), A/H3 (NP9), B/Vic (NP1)
筋肉痛	5 (NP5)	A/H1pdm09 (NP2), A/H3 (NP3)
口内炎	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
上気道炎	78 (NP78)	Ad 1 (NP1), A/H1pdm09 (NP16), A/H3 (NP46), B/Vic (NP4)
下気道炎	38 (NP38)	A/H1pdm09 (NP3), A/H3 (NP24), A (NP1), B/Vic (NP1)
気管支炎	36 (NP36)	A/H1pdm09 (NP3), A/H3 (NP22), A (NP1), B/Vic (NP1)
胃腸炎	3 (NP3)	A/H1pdm09+A/H3 (NP1), A/H3 (NP1)
下痢	4 (NP4)	A/H3 (NP1), B/Vic (NP1)
嘔気	4 (NP4)	A/H1pdm09+A/H3 (NP1), A/H3 (NP1)
嘔吐	6 (NP6)	A/H1pdm09 (NP2), A/H3 (NP1), B/Vic (NP1)
腹痛	2 (NP2)	A/H3 (NP1)
意識障害	1 (NP1)	A/H1pdm09 (NP1)
結膜炎	1 (NP1)	Ad 1 (NP1)
腎不全	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
その他の症状	23 (NP23)	A/H1pdm09+A/H3 (NP1), A/H1pdm09 (NP3), A/H3 (NP12), B/Vic (NP2)

NP:咽頭ぬぐい液

表14 その他の疾患検査結果

北九州市（陽性：7件）

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
不明熱	5件 (NP5)	アデノウイルス1型	4件
		アデノウイルス3型	1件
急性上気道炎	1件 (NP1)	コクサッキーウイルスA10型	1件
不明・記載なし	1件 (NP1)	アデノウイルス3型	1件

NP:咽頭ぬぐい液

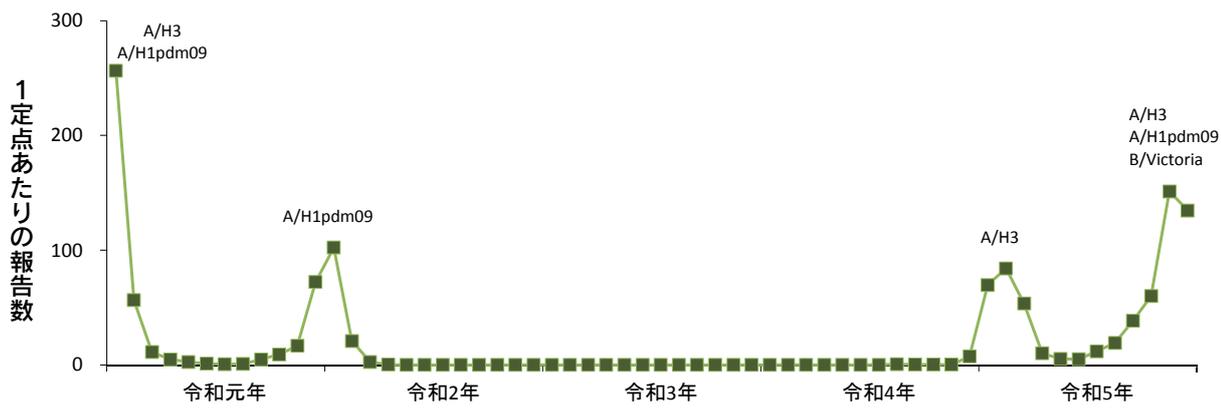


図1 インフルエンザの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

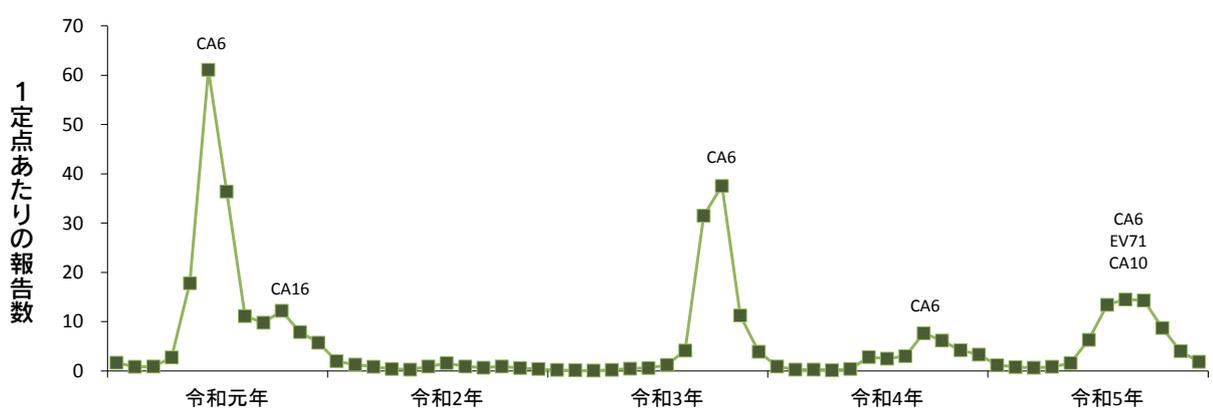


図2 手足口病の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

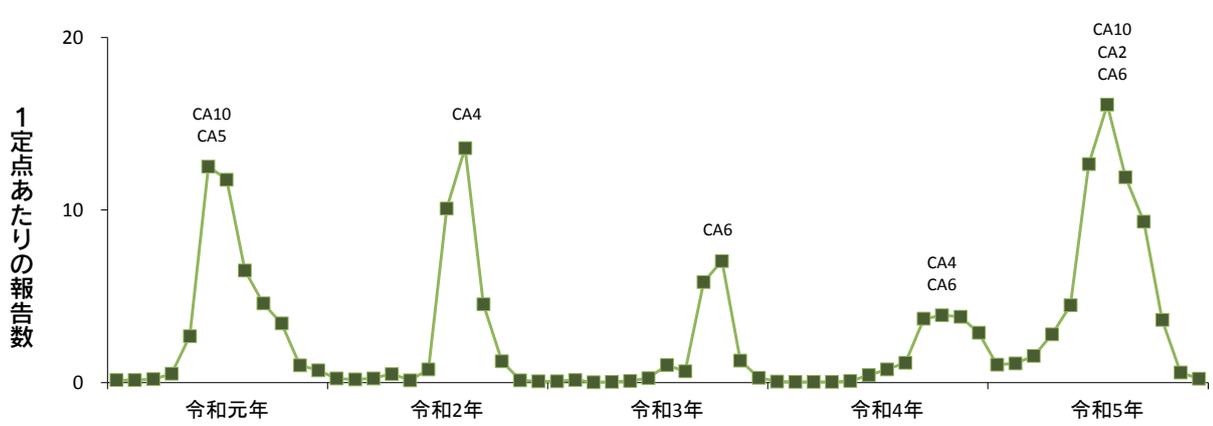


図3 ヘルパンギーナの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

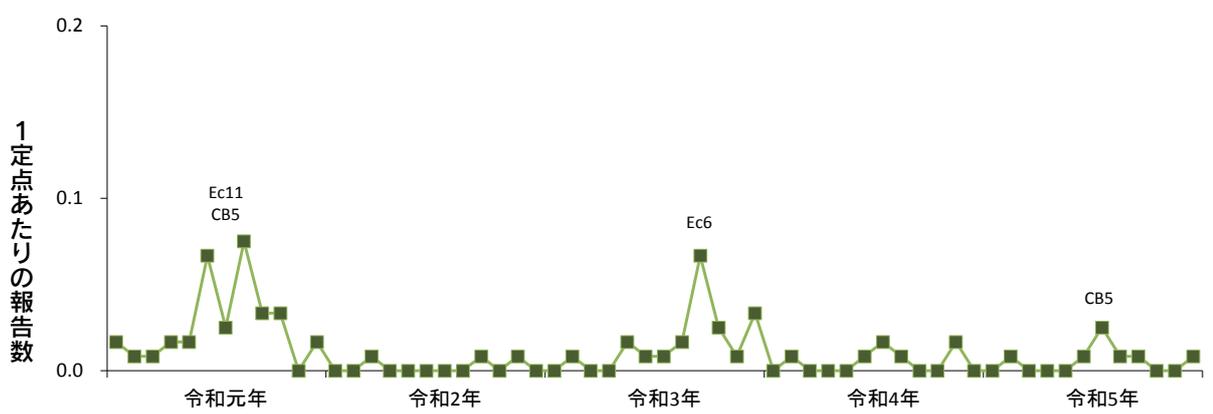


図4 無菌性髄膜炎の1定点（小児科定点）あたりの患者報告数と検出ウイルス型

2) 細菌編

検査材料及び検査方法

令和5年（2023年）に結核・感染症発生動向調査事業で採取・搬入された細菌検査検体は116件であった。内訳は、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症として届出された患者に由来する菌株113件、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症として届出された患者に由来する菌株3件であった。検体搬入後、必要な検査を実施した。

検査結果

CRE感染症として届出された患者に由来する菌株113件のうち、20件（17.7%）はカルバペネマーゼ産生株であった（表1）。VRE感染症として届出された患者に由来する検査材料3件のうち、菌株3件は*Enterococcus faecium*と同定され、2件からvanAを、1件からvanBを検出した（表2）。

表1 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症検査結果（令和5年、福岡県全体）

診断名	診断月	件数	検査材料	検査結果(カルバペネマーゼ)	
カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	1月	6	菌株	陽性	1
				陰性	5
	2月	13	菌株	陽性	6
				陰性	7
	3月	8	菌株	陽性	0
				陰性	8
	4月	10	菌株	陽性	0
				陰性	10
	5月	7	菌株	陽性	2
				陰性	5
	6月	13	菌株	陽性	2
				陰性	11
7月	7	菌株	陽性	0	
			陰性	7	
8月	15	菌株	陽性	2	
			陰性	13	
9月	11	菌株	陽性	5	
			陰性	6	
10月	6	菌株	陽性	0	
			陰性	6	
11月	10	菌株	陽性	1	
			陰性	9	
12月	7	菌株	陽性	1	
			陰性	6	
合計		113		陽性	20
				陰性	93

表2 バンコマイシン耐性腸球菌感染症検査結果（令和5年、福岡県全体）

診断名	診断月	件数	検査材料	検査結果
バンコマイシン耐性腸球菌感染症	7月	1	菌株	<i>Enterococcus faecium</i> vanA陽性
	10月	1	菌株	<i>Enterococcus faecium</i> vanA陽性
	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（令和5年第1週～令和5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]	25,873	(601.7)	73,798	(760.8)	6,747	(355.1)	20,761	(532.3)	127,179	(642.3)	
(2) 新型コロナウイルス感染症[内科・小児科]	10,076	(234.3)	30,453	(313.9)	3,855	(202.9)	9,200	(235.9)	53,584	(270.6)	
(3) RSウイルス感染症[小児科]	2,068	(71.3)	5,020	(88.1)	632	(57.5)	1,182	(51.4)	8,902	(74.2)	
(4) 咽頭結膜熱[小児科]	3,317	(114.4)	8,808	(154.5)	573	(52.1)	2,464	(107.1)	15,162	(126.4)	
(5) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	1,820	(62.8)	15,684	(275.2)	383	(34.8)	2,706	(117.7)	20,593	(171.6)	
(6) 感染性胃腸炎[小児科]	9,467	(326.4)	16,283	(285.7)	2,455	(223.2)	7,046	(306.3)	35,251	(293.8)	
(7) 水痘[小児科]	173	(6.0)	501	(8.8)	56	(5.1)	191	(8.3)	921	(7.7)	
(8) 手足口病[小児科]	1,469	(50.7)	4,184	(73.4)	540	(49.1)	1,973	(85.8)	8,166	(68.1)	
(9) 伝染性紅斑[小児科]	18	(0.6)	14	(0.2)	6	(0.5)	21	(0.9)	59	(0.5)	
(10) 突発性発しん[小児科]	454	(15.7)	1,107	(19.4)	205	(18.6)	542	(23.6)	2,308	(19.2)	
(11) 百日咳[小児科]	0	(0.0)	14	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	14	(0.1)	
(12) 風しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
(13) ヘルパンギーナ[小児科]	1,517	(52.3)	4,471	(78.4)	587	(53.4)	1,263	(54.9)	7,838	(65.3)	
(14) 麻しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
(15) 流行性耳下腺炎[小児科]	52	(1.8)	169	(3.0)	23	(2.1)	60	(2.6)	304	(2.5)	
(16) 川崎病(MCLS)[小児科]	58	(2.0)	196	(3.4)	36	(3.3)	26	(1.1)	316	(2.6)	
(17) 急性脳炎[小児科]	1	(0.0)	8	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	9	(0.1)	
(18) 細菌性髄膜炎[小児科]	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	
(19) 無菌性髄膜炎[小児科]	0	(0.0)	7	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.0)	8	(0.1)	
(20) マイコプラズマ肺炎[小児科]	12	(0.4)	29	(0.5)	2	(0.2)	11	(0.5)	54	(0.5)	
(21) クラミジア肺炎[小児科]	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)	
(22) 急性出血性結膜炎[眼科]	6	(0.9)	5	(0.4)	0	(0.0)	3	(0.8)	14	(0.5)	
(23) 流行性角結膜炎[眼科]	160	(22.9)	308	(25.7)	65	(21.7)	328	(82.0)	861	(33.1)	
小計	56,543		161,059		16,165		47,778		281,545		
基幹定点把握対象感染症											
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	2	(0.7)	1	(0.2)	8	(2.7)	5	(1.3)	16	(1.1)	
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	0	(0.0)	16	(3.2)	6	(2.0)	4	(1.0)	26	(1.7)	
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	0	(0.0)	2	(0.4)	1	(0.3)	4	(1.0)	7	(0.5)	
(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)	84	(28.0)	356	(71.2)	205	(68.3)	175	(43.8)	820	(54.7)	
(6) 新型コロナウイルス感染症(入院)	21	(7.0)	155	(31.0)	86	(28.7)	171	(42.8)	433	(28.9)	
(7) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	2	(0.4)	1	(0.3)	0	(0.0)	3	(0.2)	
(8) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	277	(92.3)	274	(54.8)	175	(58.3)	147	(36.8)	873	(58.2)	
(9) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	9	(3.0)	79	(15.8)	4	(1.3)	13	(3.3)	105	(7.0)	
(10) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)	3	(0.8)	4	(0.3)	
小計	393		885		487		522		2,287		
性感染症											
(1) 性器クラミジア感染症	368	<121, 247>	778	<398, 380>	171	<80, 91>	198	<149, 49>	1,515	<748, 767>	
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	74	<3, 71>	196	<58, 138>	52	<4, 48>	64	<29, 35>	386	<94, 292>	
(3) 尖圭コンジローマ	27	<6, 21>	140	<74, 66>	16	<4, 12>	29	<19, 10>	212	<103, 109>	
(4) 淋菌感染症	103	<60, 43>	312	<219, 93>	51	<34, 17>	72	<62, 10>	538	<375, 163>	
(5) 梅毒(顕性)	17	<12, 5>	85	<49, 36>	30	<23, 7>	23	<22, 1>	155	<106, 49>	
(6) 梅毒(潜伏)	5	<2, 3>	46	<13, 33>	23	<6, 17>	3	<3, 0>	77	<24, 53>	
小計	594	<204, 390>	1,557	<811, 746>	343	<151, 192>	389	<284, 105>	2,883	<1450, 1433>	
合計	57,530		163,501		16,995		48,689		286,715		

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

表2 地域（管轄）別・疾病別年間報告数（令和5年第1週～令和5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]	21,988	(628.2)	38,920	(763.1)	66,271	(591.7)	127,179	(642.3)
(2) 新型コロナウイルス感染症[内科・小児科]	8,407	(240.2)	16,542	(324.4)	28,635	(255.7)	53,584	(270.6)
(3) RSウイルス感染症[小児科]	1,630	(67.9)	3,043	(104.9)	4,229	(63.1)	8,902	(74.2)
(4) 咽頭結膜熱[小児科]	2,824	(117.7)	3,724	(128.4)	8,614	(128.6)	15,162	(126.4)
(5) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	1,537	(64.0)	9,416	(324.7)	9,640	(143.9)	20,593	(171.6)
(6) 感染性胃腸炎[小児科]	8,486	(353.6)	6,135	(211.6)	20,630	(307.9)	35,251	(293.8)
(7) 水痘[小児科]	161	(6.7)	257	(8.9)	503	(7.5)	921	(7.7)
(8) 手足口病[小児科]	1,222	(50.9)	1,923	(66.3)	5,021	(74.9)	8,166	(68.1)
(9) 伝染性紅斑[小児科]	15	(0.6)	10	(0.3)	34	(0.5)	59	(0.5)
(10) 突発性発疹[小児科]	364	(15.2)	534	(18.4)	1,410	(21.0)	2,308	(19.2)
(11) 百日咳[小児科]	0	(0.0)	10	(0.3)	4	(0.1)	14	(0.1)
(12) 風しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(13) ヘルパンギーナ[小児科]	1,402	(58.4)	2,264	(78.1)	4,172	(62.3)	7,838	(65.3)
(14) 麻しん[小児科]	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
(15) 流行性耳下腺炎[小児科]	46	(1.9)	72	(2.5)	186	(2.8)	304	(2.5)
(16) 川崎病(MCLS)[小児科]	55	(2.3)	188	(6.5)	73	(1.1)	316	(2.6)
(17) 急性脳炎[小児科]	0	(0.0)	8	(0.3)	1	(0.0)	9	(0.1)
(18) 細菌性髄膜炎[小児科]	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)
(19) 無菌性髄膜炎[小児科]	0	(0.0)	7	(0.2)	1	(0.0)	8	(0.1)
(20) マイコプラズマ肺炎[小児科]	10	(0.4)	17	(0.6)	27	(0.4)	54	(0.5)
(21) クラミジア肺炎[小児科]	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.0)
(22) 急性出血性結膜炎[眼科]	6	(1.0)	5	(0.7)	3	(0.2)	14	(0.5)
(23) 流行性角結膜炎[眼科]	113	(18.8)	185	(26.4)	563	(43.3)	861	(33.1)
小計	48,268		83,260		150,017		281,545	
基幹定点把握対象感染症								
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	1	(0.5)	1	(0.5)	14	(1.3)	16	(1.1)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	0	(0.0)	11	(5.5)	15	(1.4)	26	(1.7)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	0	(0.0)	2	(1.0)	5	(0.5)	7	(0.5)
(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)	73	(36.5)	225	(112.5)	522	(47.5)	820	(54.7)
(6) 新型コロナウイルス感染症(入院)	16	(8.0)	67	(33.5)	350	(31.8)	433	(28.9)
(7) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	2	(1.0)	1	(0.1)	3	(0.2)
(8) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	264	(132.0)	170	(85.0)	439	(39.9)	873	(58.2)
(9) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	9	(4.5)	79	(39.5)	17	(1.5)	105	(7.0)
(10) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(0.4)	4	(0.3)
小計	363		557		1,367		2,287	
性感染症								
(1) 性器クラミジア感染症	344	<121, 223>	671	<350, 321>	500	<277, 223>	1,515	<748, 767>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	68	< 3, 65>	104	< 48, 56>	214	< 43, 171>	386	< 94, 292>
(3) 尖圭コンジローマ	25	< 6, 19>	111	< 62, 49>	76	< 35, 41>	212	< 103, 109>
(4) 淋菌感染症	102	< 60, 42>	268	<191, 77>	168	<124, 44>	538	< 375, 163>
(5) 梅毒(顕性)	15	< 12, 3>	69	< 39, 30>	71	< 55, 16>	155	< 106, 49>
(6) 梅毒(潜伏)	5	< 2, 3>	32	< 10, 22>	40	< 12, 28>	77	< 24, 53>
小計	559	<204, 355>	1,255	<700, 555>	1,069	<546, 523>	2,883	<1450, 1433>
合計	49,190		85,072		152,453		286,715	

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	83	238	794	1003	1292	1611	1846	1932	1823	1806	1613	5632	1780	1006	1351	1123	500	230	134	76	25873
福岡	255	649	2343	3112	3899	5085	5844	5867	5273	5316	4781	16340	4267	2513	3047	2723	1277	713	349	145	73798
筑豊	30	64	206	247	322	445	478	421	423	421	396	1401	517	270	310	279	144	144	126	103	6747
筑後	63	205	658	801	1151	1387	1562	1561	1386	1375	1218	4194	1391	716	1219	958	404	264	165	83	20761
総数	431	1156	4001	5163	6664	8528	9730	9781	8905	8918	8008	27567	7955	4505	5927	5083	2325	1351	774	407	127179

新型コロナウイルス感染症

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～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	106	226	277	251	184	235	216	230	278	270	274	1394	841	868	958	1042	947	577	520	382	10076
福岡	396	638	822	682	614	640	633	667	749	840	858	4155	2251	2801	2891	3285	3093	2018	1554	866	30453
筑豊	40	49	59	38	38	42	46	60	39	56	57	330	222	334	326	380	332	383	471	553	3855
筑後	109	194	335	270	237	280	290	250	218	233	1095	575	616	784	930	792	663	523	556	9200	
総数	651	1107	1493	1241	1073	1197	1185	1207	1316	1384	1422	6974	3889	4619	4959	5637	5164	3641	3068	2357	53584

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	267	345	651	374	235	112	51	17	6	4	2	1	1	0	2	2068
福岡	711	839	1740	898	458	184	104	39	12	15	3	15	0	0	2	5020
筑豊	64	120	207	118	65	34	16	3	0	0	3	1	0	1	0	632
筑後	179	196	390	216	103	60	23	6	3	2	0	3	0	0	1	1182
総数	1221	1500	2988	1606	861	390	194	65	21	21	8	20	1	1	5	8902

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	8	115	501	498	555	517	447	260	148	93	53	81	6	13	22	3317
福岡	52	323	1492	1365	1476	1432	1085	653	376	228	114	161	10	11	30	8808
筑豊	4	16	99	98	93	73	68	58	22	16	6	7	2	2	9	573
筑後	13	83	425	342	432	410	342	193	86	62	34	24	2	5	11	2464
総数	77	537	2517	2303	2556	2432	1942	1164	632	399	207	273	20	31	72	15162

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	4	14	47	80	181	246	249	229	181	167	106	250	20	10	36	1820
福岡	14	59	456	877	1498	1965	2217	2009	1686	1399	1072	1857	173	58	344	15684
筑豊	0	3	14	21	33	52	51	58	31	33	21	45	5	4	12	383
筑後	3	27	213	220	246	357	387	316	255	213	132	277	15	14	31	2706
総数	21	103	730	1198	1958	2620	2904	2612	2153	1812	1331	2429	213	86	423	20593

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	95	655	1567	1279	1135	1043	875	598	455	327	242	677	169	124	226	9467
福岡	170	943	2610	2100	1784	1818	1612	1268	938	771	523	1188	145	131	282	16283
筑豊	11	103	343	310	270	206	220	171	127	109	68	192	71	64	190	2455
筑後	57	367	1037	919	847	821	614	460	350	255	208	561	120	123	307	7046
総数	333	2068	5557	4608	4036	3888	3321	2497	1870	1462	1041	2618	505	442	1005	35251

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	3	4	13	9	10	16	16	23	17	21	15	23	1	1	1	173
福岡	7	23	64	18	34	25	32	45	42	56	43	106	3	2	1	501
筑豊	1	3	7	2	3	6	5	2	4	5	7	9	1	0	1	56
筑後	0	11	23	12	13	17	18	20	14	13	15	31	4	0	0	191
総数	11	41	107	41	60	64	71	90	77	95	80	169	9	3	3	921

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	5	130	508	314	209	125	71	46	19	10	11	13	1	2	5	1469
福岡	30	395	1528	906	518	322	259	113	40	22	22	21	1	3	4	4184
筑豊	8	43	211	114	83	41	18	9	6	3	3	1	0	0	0	540
筑後	19	112	669	485	287	170	122	57	18	7	11	10	1	1	4	1973
総数	62	680	2916	1819	1097	658	470	225	83	42	47	45	3	6	13	8166

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	0	1	3	3	3	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	18
福岡	0	1	2	3	1	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	14
筑豊	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
筑後	0	1	5	1	6	1	1	2	1	1	0	2	0	0	0	21
総数	0	3	12	8	10	10	5	5	2	1	0	3	0	0	0	59

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	10	136	275	25	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	454
福岡	12	260	619	161	39	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1107
筑豊	0	87	109	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	205
筑後	2	132	327	63	13	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	542
総数	24	615	1330	256	61	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2308

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	5	0	1	0	1	0	2	0	0	2	0	0	3	14
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	5	0	1	0	1	0	2	0	0	2	0	0	3	14

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	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

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	11	119	384	326	273	165	132	50	24	15	10	6	0	1	1	1517
福岡	39	403	1204	885	676	486	367	198	77	50	35	41	5	2	3	4471
筑豊	6	48	152	148	92	70	39	14	5	6	2	4	1	0	0	587
筑後	10	80	323	271	206	150	107	47	25	16	7	18	0	1	2	1263
総数	66	650	2063	1630	1247	871	645	309	131	87	54	69	6	4	6	7838

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	0	2	2	0	9	11	9	7	4	2	6	0	0	0	52
福岡	0	0	4	11	15	18	31	24	18	14	11	22	1	0	0	169
筑豊	0	0	0	1	2	3	2	1	2	3	3	6	0	0	0	23
筑後	0	0	1	4	8	13	13	6	2	4	3	6	0	0	0	60
総数	0	0	7	18	25	43	57	40	29	25	19	40	1	0	0	304

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	3	8	14	11	9	7	1	2	1	1	1	0	0	0	0	58
福岡	6	28	40	40	45	19	10	3	3	1	0	0	0	1	0	196
筑豊	2	3	10	7	8	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	36
筑後	1	2	4	10	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	26
総数	12	41	68	68	66	32	12	8	4	2	1	1	0	1	0	316

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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	8
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	1	2	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	9

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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	5	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	7
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	0	0	0	0	0	0	0	0	1
総数	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8

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	0	0	1	0	0	2	0	1	0	5	1	1	1	12
福岡	0	0	1	3	3	2	3	1	2	2	1	4	1	0	6	29
筑豊	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
筑後	0	0	0	0	2	3	5	1	0	0	0	0	0	0	0	11
総数	0	0	1	3	6	6	8	4	2	3	1	10	2	1	7	54

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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	6
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	5
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	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
総数	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	3	1	3	0	0	14

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	1	1	6	3	5	10	4	2	0	1	1	2	1	28	44	30	8	9	4	160
福岡	2	6	18	14	13	13	12	9	3	3	1	8	14	42	66	37	26	10	11	308
筑豊	0	1	3	3	1	5	3	2	1	1	0	3	0	14	12	8	7	0	1	65
筑後	6	6	25	24	18	16	18	11	4	4	3	9	3	41	69	30	14	15	12	328
総数	9	14	52	44	37	44	37	24	8	9	5	22	18	125	191	105	55	34	28	861

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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4	0	8	
筑後	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	5	
総数	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	1	0	5	2	16	

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	2	0	0	1	16
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	6
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	4
総数	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	4	4	1	1	3	26

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	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	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
総数	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7

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
福岡	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
筑後	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

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	5	0	5	2	4	7	7	4	9	7	3	17	2	0	1	0	1	0	4	6	84
福岡	11	5	23	24	21	19	15	15	8	5	13	21	6	4	7	6	5	16	44	84	356
筑豊	4	1	3	7	6	8	5	4	5	2	0	6	5	4	5	6	12	30	50	42	205
筑後	4	4	8	4	6	9	7	9	6	4	2	9	7	2	8	5	10	10	23	38	175
総数	24	10	39	37	37	43	38	32	28	18	18	53	20	10	21	17	28	56	121	170	820

新型コロナウイルス感染症(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	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	8	6	21
福岡	9	4	1	1	2	0	2	2	2	0	0	1	1	6	4	4	4	11	27	80	155
筑豊	0	0	0	0	2	1	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	6	19	23	29	86
筑後	3	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3	2	11	17	46	80	171
総数	12	6	4	4	4	1	1	2	6	1	0	1	2	3	9	7	22	49	104	195	433

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
福岡	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑後	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	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

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	15	0	6	1	3	1	2	0	0	0	3	6	1	5	7	11	15	21	68	112	277
福岡	28	5	17	13	6	12	12	6	5	3	1	12	4	1	4	3	6	21	49	66	274
筑豊	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	11	18	33	53	55	175
筑後	4	0	7	1	0	3	2	1	1	0	1	1	2	1	1	11	15	32	63	63	147
総数	48	5	30	15	9	16	16	8	6	3	5	20	7	8	13	26	50	90	202	296	873

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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1	9
福岡	6	13	30	11	8	5	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
筑後	0	2	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	13
総数	6	16	35	12	9	5	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	11	3	105

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	0
福岡	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
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	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	5	31	25	25	11	9	6	3	3	3	0	0	121
福岡	0	0	0	0	17	117	101	67	29	14	27	18	6	1	1	0	398
筑豊	0	0	0	0	9	24	16	6	4	9	9	0	2	1	0	0	80
筑後	0	0	0	0	13	46	19	26	25	13	3	2	2	0	0	0	149
総数	0	0	0	0	44	218	161	124	69	45	45	23	13	5	1	0	748

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	1	0	0	1	36	100	53	30	12	4	9	1	0	0	0	0	247
福岡	0	0	0	0	47	147	105	28	20	15	12	6	0	0	0	0	380
筑豊	0	0	0	0	13	40	21	7	4	4	1	1	0	0	0	0	91
筑後	0	0	0	0	10	10	18	7	2	0	2	0	0	0	0	0	49
総数	1	0	0	1	106	297	197	72	38	23	24	8	0	0	0	0	767

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	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
福岡	0	0	0	0	0	11	12	5	5	5	7	7	2	3	1	0	58
筑豊	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
筑後	0	0	0	0	0	5	8	2	4	2	1	3	3	1	0	0	29
総数	0	0	0	0	0	17	21	7	9	9	9	11	6	4	1	0	94

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	5	8	8	3	6	4	6	5	4	6	2	14	71
福岡	0	0	0	2	25	26	7	15	7	7	1	20	7	2	17		138
筑豊	0	0	0	0	2	7	9	1	7	2	5	2	3	4	1	5	48
筑後	0	0	0	0	0	7	10	5	4	2	0	2	3	1	0	1	35
総数	0	0	0	2	9	47	53	16	32	15	18	10	30	18	5	37	292

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	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	6
福岡	0	0	0	0	2	9	21	10	5	6	3	9	3	2	2	2	74
筑豊	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
筑後	0	0	0	0	1	5	2	3	4	2	0	0	1	0	0	1	19
総数	0	0	0	0	3	14	26	15	10	9	3	10	6	2	2	3	103

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	2	8	1	2	2	1	2	2	1	0	0	0	21
福岡	0	0	0	0	4	20	16	17	1	4	3	0	1	0	0	0	66
筑豊	0	0	0	0	1	5	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	12
筑後	0	0	0	0	1	3	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	10
総数	0	0	0	0	8	36	20	24	4	7	5	2	3	0	0	0	109

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	1	13	11	10	9	5	4	5	0	2	0	0	60
福岡	0	0	0	0	12	83	50	28	17	11	9	2	7	0	0	0	219
筑豊	0	0	0	0	2	11	4	3	5	6	0	1	2	0	0	0	34
筑後	0	0	0	0	9	16	9	12	8	7	1	0	0	0	0	0	62
総数	0	0	0	0	24	123	74	53	39	29	14	8	9	2	0	0	375

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	1	10	10	11	5	2	1	1	1	1	0	0	0	43
福岡	0	0	0	0	18	42	12	9	6	1	1	4	0	0	0	0	93
筑豊	0	0	0	0	3	2	5	1	1	4	1	0	0	0	0	0	17
筑後	0	0	0	0	5	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	10
総数	0	0	0	1	36	57	28	16	10	6	3	5	1	0	0	0	163

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	1	1	3	1	0	3	1	2	0	1	1	0	14
福岡	1	0	0	0	1	8	11	10	6	5	7	8	5	0	0	0	62
筑豊	0	0	0	0	0	2	0	5	4	4	3	3	3	1	0	4	29
筑後	0	0	0	0	0	2	2	2	4	3	3	4	3	1	0	1	25
総数	1	0	0	0	2	13	16	18	14	15	14	17	11	3	1	5	130

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	3	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	8
福岡	0	0	0	0	4	21	15	8	8	7	4	0	2	0	0	0	69
筑豊	0	0	0	0	0	4	4	4	0	3	0	1	2	0	0	6	24
筑後	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
総数	0	0	0	0	4	28	20	15	9	10	4	1	5	0	0	6	102

3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数

令和5年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数（その1）

	(1)インフルエンザ		(2)新型コロナウイルス感染症		(3)RSウイルス感染症		(4)咽頭結膜熱		(5)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		(6)感染性胃腸炎		(7)水痘		(8)手足口病	
	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	127179	642.32	53584	270.63	8902	74.18	15162	126.35	20593	171.61	35251	293.76	921	7.68	8166	68.05
1週	1912	9.66	-	-	41	0.34	19	0.16	55	0.46	532	4.43	8	0.07	37	0.31
2週	3465	17.50	-	-	24	0.20	25	0.21	121	1.01	698	5.82	15	0.13	33	0.28
3週	4098	20.70	-	-	64	0.53	24	0.20	152	1.27	825	6.88	12	0.10	33	0.28
4週	4306	21.75	-	-	45	0.38	19	0.16	115	0.96	635	5.29	15	0.13	37	0.31
5週	4822	24.35	-	-	67	0.56	22	0.18	158	1.32	772	6.43	8	0.07	38	0.32
6週	4828	24.38	-	-	47	0.39	25	0.21	103	0.86	734	6.12	12	0.10	18	0.15
7週	3930	19.85	-	-	57	0.48	23	0.19	194	1.62	871	7.26	13	0.11	18	0.15
8週	3060	15.45	-	-	60	0.50	23	0.19	192	1.60	678	5.65	17	0.14	19	0.16
9週	2886	14.58	-	-	53	0.44	28	0.23	181	1.51	805	6.71	9	0.08	17	0.14
10週	2942	14.86	-	-	82	0.68	34	0.28	217	1.81	820	6.83	17	0.14	27	0.23
11週	2026	10.23	-	-	87	0.73	32	0.27	198	1.65	770	6.42	10	0.08	8	0.07
12週	1726	8.72	-	-	91	0.76	40	0.33	179	1.49	618	5.15	9	0.08	8	0.07
13週	1008	5.09	-	-	83	0.69	36	0.30	280	2.33	495	4.13	7	0.06	17	0.14
14週	604	3.05	-	-	106	0.88	36	0.30	244	2.03	518	4.32	13	0.11	11	0.09
15週	512	2.59	-	-	185	1.54	38	0.32	289	2.41	550	4.58	11	0.09	20	0.17
16週	523	2.84	-	-	200	1.67	54	0.45	306	2.55	713	5.94	17	0.14	39	0.33
17週	358	1.81	-	-	154	1.28	60	0.50	334	2.78	700	5.83	15	0.13	30	0.25
18週	323	1.63	-	-	157	1.31	48	0.40	204	1.70	432	3.60	9	0.08	39	0.33
19週	236	1.19	477	2.41	175	1.46	101	0.84	323	2.69	764	6.37	20	0.17	28	0.23
20週	233	1.18	613	3.10	237	1.98	65	0.54	411	3.43	920	7.67	9	0.08	34	0.28
21週	248	1.25	617	3.12	344	2.87	117	0.98	529	4.41	962	8.02	19	0.16	89	0.74
22週	239	1.21	841	4.25	386	3.22	108	0.90	513	4.28	858	7.15	11	0.09	105	0.88
23週	210	1.06	1153	5.82	518	4.32	127	1.06	540	4.50	836	6.97	17	0.14	121	1.01
24週	226	1.14	1180	5.96	651	5.43	137	1.14	528	4.40	841	7.01	10	0.08	134	1.12
25週	123	0.62	1141	5.76	669	5.58	158	1.32	486	4.05	823	6.86	20	0.17	154	1.28
26週	153	0.77	1427	7.21	637	5.31	153	1.28	512	4.27	694	5.78	12	0.10	243	2.03
27週	261	1.32	2160	10.91	753	6.28	143	1.19	486	4.05	620	5.17	15	0.13	310	2.58
28週	364	1.84	2559	12.92	1713	5.94	159	1.33	448	3.73	623	5.19	14	0.12	403	3.36
29週	635	3.21	3706	18.72	607	5.06	152	1.27	364	3.03	480	4.00	10	0.08	453	3.77
30週	1076	5.43	4284	21.64	448	3.73	165	1.38	392	3.27	496	4.13	23	0.19	443	3.69
31週	1132	5.72	4186	21.14	343	2.86	220	1.83	298	2.48	458	3.82	24	0.20	354	2.95
32週	842	4.25	3491	17.63	210	1.75	205	1.71	257	2.14	385	3.21	26	0.22	273	2.28
33週	462	2.33	2915	14.72	104	0.87	226	1.88	211	1.76	348	2.90	21	0.18	238	1.98
34週	525	2.65	2998	15.14	107	0.89	225	1.88	302	2.52	438	3.65	6	0.05	372	3.10
35週	823	4.16	3032	15.31	70	0.58	322	2.68	322	2.68	423	3.53	18	0.15	501	4.18
36週	1497	7.56	3289	16.61	90	0.75	446	3.72	381	3.18	549	4.58	23	0.19	465	3.87
37週	1923	9.71	2780	14.04	65	0.54	574	4.78	430	3.58	462	3.85	15	0.13	444	3.70
38週	1844	9.31	2150	10.86	31	0.26	545	4.54	303	2.53	454	3.78	16	0.13	348	2.90
39週	2378	12.01	1684	8.51	34	0.28	700	5.83	416	3.47	540	4.50	26	0.22	459	3.83
40週	2273	11.48	928	4.69	26	0.22	706	5.88	411	3.43	395	3.29	24	0.20	409	3.41
41週	2346	11.85	563	2.84	19	0.16	685	5.71	386	3.22	511	4.26	10	0.08	239	1.99
42週	3153	15.92	453	2.29	18	0.15	760	6.33	491	4.09	538	4.48	17	0.14	225	1.88
43週	4086	20.84	368	1.86	4	0.03	839	6.99	526	4.38	650	5.42	18	0.15	175	1.46
44週	4444	22.44	314	1.59	7	0.06	790	6.58	626	5.22	541	4.51	12	0.10	132	1.10
45週	3736	18.87	285	1.44	6	0.05	892	7.43	617	5.14	798	6.65	39	0.33	118	0.98
46週	5508	27.82	258	1.30	2	0.02	795	6.63	688	5.73	909	7.58	24	0.20	93	0.78
47週	8289	41.86	352	1.78	5	0.04	876	7.30	711	5.93	870	7.25	26	0.22	74	0.62
48週	7945	40.13	401	2.03	7	0.06	796	6.63	722	6.02	936	7.80	28	0.23	62	0.52
49週	9097	45.94	542	2.74	1	0.01	734	6.12	786	6.55	1087	9.06	32	0.27	56	0.47
50週	7489	37.82	626	3.16	4	0.03	665	5.54	983	8.13	975	8.13	41	0.34	61	0.51
51週	4933	24.91	738	3.73	4	0.03	522	4.35	905	7.54	978	8.15	37	0.31	60	0.50
52週	5121	25.86	1073	5.42	4	0.03	488	3.90	767	6.39	923	7.69	41	0.34	42	0.35

令和5年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数（その2）

	(9)伝染性紅斑		(10)突発性発しん		(11)百日咳 【小児科】		(12)風しん 【小児科】		(13)ヘルパンギーナ		(14)麻疹 【小児科】		(15)流行性耳下腺炎		(16)川崎病(MCLS)	
	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	59	0.49	2308	19.23	14	0.12	0	0.00	7898	65.32	0	0.00	304	2.53	316	2.63
1週	0	0.00	32	0.27	0	0.00	0	0.00	11	0.09	0	0.00	1	0.01	4	0.03
2週	1	0.01	40	0.33	0	0.00	0	0.00	31	0.26	0	0.00	3	0.03	7	0.06
3週	0	0.00	42	0.35	0	0.00	0	0.00	38	0.32	0	0.00	2	0.02	7	0.06
4週	0	0.00	39	0.33	0	0.00	0	0.00	43	0.36	0	0.00	2	0.02	4	0.03
5週	1	0.01	35	0.29	1	0.01	0	0.00	34	0.28	0	0.00	5	0.04	4	0.03
6週	0	0.00	47	0.39	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	5	0.04	4	0.03
7週	1	0.01	46	0.38	0	0.00	0	0.00	43	0.36	0	0.00	3	0.03	4	0.03
8週	4	0.03	45	0.38	0	0.00	0	0.00	33	0.28	0	0.00	4	0.03	4	0.03
9週	1	0.01	42	0.35	0	0.00	0	0.00	24	0.20	0	0.00	2	0.02	5	0.04
10週	1	0.01	38	0.32	0	0.00	0	0.00	14	0.12	0	0.00	5	0.04	5	0.04
11週	0	0.00	43	0.36	0	0.00	0	0.00	32	0.27	0	0.00	5	0.04	13	0.11
12週	0	0.00	43	0.36	1	0.01	0	0.00	44	0.37	0	0.00	4	0.03	12	0.10
13週	0	0.00	44	0.37	0	0.00	0	0.00	70	0.58	0	0.00	4	0.03	1	0.01
14週	2	0.02	41	0.34	0	0.00	0	0.00	40	0.33	0	0.00	3	0.03	2	0.02
15週	3	0.03	54	0.45	0	0.00	0	0.00	84	0.70	0	0.00	7	0.06	5	0.04
16週	0	0.00	63	0.53	1	0.01	0	0.00	98	0.82	0	0.00	10	0.08	4	0.03
17週	1	0.01	55	0.46	0	0.00	0	0.00	113	0.94	0	0.00	7	0.06	7	0.06
18週	2	0.02	40	0.33	0	0.00	0	0.00	106	0.88	0	0.00	7	0.06	7	0.06
19週	1	0.01	69	0.58	0	0.00	0	0.00	85	0.71	0	0.00	8	0.07	10	0.08
20週	0	0.00	54	0.45	0	0.00	0	0.00	143	1.19	0	0.00	12	0.10	3	0.03
21週	1	0.01	61	0.51	0	0.00	0	0.00	203	1.69	0	0.00	10	0.08	6	0.05
22週	2	0.02	64	0.53	1	0.01	0	0.00	281	2.34	0	0.00	15	0.13	9	0.08
23週	0	0.00	50	0.42	1	0.01	0	0.00	296	2.47	0	0.00	11	0.09	10	0.08
24週	4	0.03	62	0.52	1	0.01	0	0.00	280	2.33	0	0.00	3	0.03	8	0.07
25週	1	0.01	72	0.60	0	0.00	0	0.00	296	2.47	0	0.00	13	0.11	9	0.08
26週	0	0.00	47	0.39	0	0.00	0	0.00	365	3.04	0	0.00	8	0.07	4	0.03
27週	2	0.02	41	0.34	1	0.01	0	0.00	474	3.95	0	0.00	13	0.11	7	0.06
28週	2	0.02	42	0.35	0	0.00	0	0.00	479	3.99	0	0.00	9	0.08	8	0.07
29週	0	0.00	38	0.32	0	0.00	0	0.00	455	3.79	0	0.00	6	0.05	6	0.05
30週	1	0.01	50	0.42	0	0.00	0	0.00	525	4.38	0	0.00	4	0.03	9	0.08
31週	1	0.01	34	0.28	0	0.00	0	0.00	343	2.86	0	0.00	5	0.04	5	0.04
32週	0	0.00	28	0.23	1	0.01	0	0.00	245	2.04	0	0.00	7	0.06	9	0.08
33週	0	0.00	31	0.26	0	0.00	0	0.00	179	1.49	0	0.00	3	0.03	7	0.06
34週	2	0.02	49	0.41	0	0.00	0	0.00	288	2.40	0	0.00	5	0.04	7	0.06
35週	3	0.03	48	0.40	1	0.01	0	0.00	372	3.10	0	0.00	7	0.06	7	0.06
36週	3	0.03	38	0.32	0	0.00	0	0.00	363	3.03	0	0.00	8	0.07	7	0.06
37週	1	0.01	42	0.35	0	0.00	0	0.00	273	2.28	0	0.00	5	0.04	11	0.09
38週	1	0.01	41	0.34	0	0.00	0	0.00	203	1.69	0	0.00	13	0.11	5	0.04
39週	1	0.01	40	0.33	0	0.00	0	0.00	279	2.33	0	0.00	6	0.05	4	0.03
40週	2	0.02	33	0.28	0	0.00	0	0.00	206	1.72	0	0.00	3	0.03	4	0.03
41週	2	0.02	40	0.33	0	0.00	0	0.00	117	0.98	0	0.00	3	0.03	3	0.03
42週	1	0.01	61	0.51	1	0.01	0	0.00	63	0.53	0	0.00	4	0.03	6	0.05
43週	1	0.01	29	0.24	0	0.00	0	0.00	49	0.41	0	0.00	2	0.02	9	0.08
44週	0	0.00	44	0.37	0	0.00	0	0.00	27	0.23	0	0.00	5	0.04	1	0.01
45週	2	0.02	27	0.23	0	0.00	0	0.00	16	0.13	0	0.00	7	0.06	4	0.03
46週	0	0.00	45	0.38	2	0.02	0	0.00	10	0.08	0	0.00	5	0.04	2	0.02
47週	0	0.00	47	0.39	1	0.01	0	0.00	14	0.12	0	0.00	2	0.02	1	0.01
48週	3	0.03	42	0.35	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	1	0.01	5	0.04
49週	2	0.02	39	0.33	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	6	0.05	4	0.03
50週	0	0.00	39	0.33	0	0.00	0	0.00	9	0.08	0	0.00	7	0.06	9	0.08
51週	2	0.02	38	0.32	1	0.01	0	0.00	5	0.04	0	0.00	7	0.06	6	0.05
52週	1	0.01	34	0.28	0	0.00	0	0.00	6	0.05	0	0.00	2	0.02	12	0.10

令和5年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数（その3）

	(17)急性脳炎 〔小児科〕		(18)細菌性髄膜炎 〔小児科〕		(19)無菌性髄膜炎 〔小児科〕		(20)マイコプラズマ 肺炎〔小児科〕		(21)クラミジア肺炎 〔小児科〕		(22)急性出血性結膜炎		(23)流行性角結膜炎	
	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	9	0.08	1	0.01	8	0.07	54	0.45	1	0.01	14	0.54	861	33.12
1週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
2週	1	0.01	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
3週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
4週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.12
5週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
6週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	6	0.23
7週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	0.27
8週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	2	0.02	0	0.00	0	0.00	3	0.12
9週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04
10週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
11週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	2	0.08
12週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08
13週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.19
14週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	7	0.27
15週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04	8	0.31
16週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	7	0.27
17週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.15
18週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	10	0.38
19週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.02	1	0.01	0	0.00	9	0.35
20週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	4	0.15
21週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	1	0.04	4	0.15
22週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	0	0.00	3	0.12
23週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	0.27
24週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	1	0.01	0	0.00	1	0.04	1	0.04
25週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	11	0.42
26週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	11	0.42
27週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	0.58
28週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	2	0.08	14	0.54
29週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	0	0.00	9	0.35
30週	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	0.62
31週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	13	0.50
32週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	4	0.15
33週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	0.31
34週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	1	0.04	20	0.77
35週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	1	0.01	0	0.00	0	0.00	31	1.19
36週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	40	1.54
37週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	47	1.81
38週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	1	0.01	0	0.00	1	0.04	47	1.81
39週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	42	1.62
40週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.04	42	1.62
41週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	35	1.35
42週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	0	0.00	52	2.00
43週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	0	0.00	48	1.85
44週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.02	0	0.00	0	0.00	25	0.96
45週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	26	1.00
46週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08	33	1.27
47週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.08	37	1.42
48週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	0	0.00	26	1.00
49週	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	0	0.00	0	0.00	32	1.23
50週	0	0.00	0	0.00	1	0.01	2	0.02	0	0.00	0	0.00	27	1.04
51週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	2	0.08	24	0.92
52週	1	0.01	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	0	0.00	17	0.65

4) 性別・疾病別年間報告数および男女比

表 疾病別・性別患者報告数および男女比（令和5年）

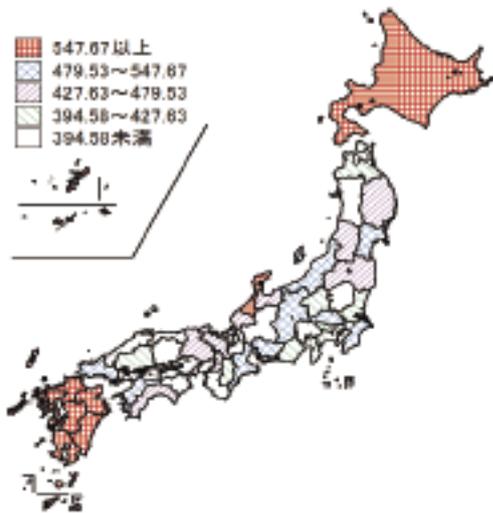
疾病名	性別	報告数	男女比(男/女)
インフルエンザ	男	66,693	1.10
	女	60,486	
	総数	127,179	
新型コロナウイルス感染症	男	25,774	0.93
	女	27,810	
	総数	53,584	
RSウイルス感染症	男	4,561	1.05
	女	4,341	
	総数	8,902	
咽頭結膜熱	男	8,039	1.13
	女	7,123	
	総数	15,162	
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男	10,968	1.14
	女	9,625	
	総数	20,593	
感染性胃腸炎	男	18,807	1.14
	女	16,444	
	総数	35,251	
水痘	男	512	1.25
	女	409	
	総数	921	
手足口病	男	4,489	1.22
	女	3,677	
	総数	8,166	
伝染性紅斑	男	27	0.84
	女	32	
	総数	59	
突発性発しん	男	1,182	1.05
	女	1,126	
	総数	2,308	
百日咳	男	7	1.00
	女	7	
	総数	14	
風しん	男	0	—
	女	0	
	総数	0	
ヘルパンギーナ	男	4,041	1.06
	女	3,797	
	総数	7,838	
麻疹	男	0	—
	女	0	
	総数	0	
流行性耳下腺炎	男	172	1.30
	女	132	
	総数	304	
川崎病(MCLS)	男	195	1.61
	女	121	
	総数	316	
急性脳炎[小児科]	男	5	1.25
	女	4	
	総数	9	
細菌性髄膜炎[小児科]	男	0	0.00
	女	1	
	総数	1	
無菌性髄膜炎[小児科]	男	3	0.60
	女	5	
	総数	8	
マイコプラズマ肺炎[小児科]	男	18	0.50
	女	36	
	総数	54	

疾病名	性別	報告数	男女比(男/女)
クラミジア肺炎[小児科]	男	1	—
	女	0	
	総数	1	
急性出血性結膜炎	男	6	0.75
	女	8	
	総数	14	
流行性角結膜炎	男	455	1.12
	女	406	
	総数	861	
性器クラミジア感染症	男	748	0.98
	女	767	
	総数	1,515	
性器ヘルペスウイルス感染症	男	94	0.32
	女	292	
	総数	386	
尖圭コンジローマ	男	103	0.94
	女	109	
	総数	212	
淋菌感染症	男	375	2.30
	女	163	
	総数	538	
梅毒(顕性)	男	106	2.16
	女	49	
	総数	155	
梅毒(潜伏)	男	24	0.45
	女	53	
	総数	77	
梅毒	男	130	1.27
	女	102	
	総数	232	
細菌性髄膜炎[基幹]	男	8	1.00
	女	8	
	総数	16	
無菌性髄膜炎[基幹]	男	13	1.00
	女	13	
	総数	26	
マイコプラズマ肺炎[基幹]	男	3	0.75
	女	4	
	総数	7	
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	436	1.14
	女	384	
	総数	820	
新型コロナウイルス感染症(入院)[基幹]	男	243	1.28
	女	190	
	総数	433	
感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]	男	1	0.50
	女	2	
	総数	3	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症[基幹]	男	505	1.37
	女	368	
	総数	873	
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症[基幹]	男	50	0.91
	女	55	
	総数	105	
薬剤耐性緑膿菌感染症[基幹]	男	2	1.00
	女	2	
	総数	4	

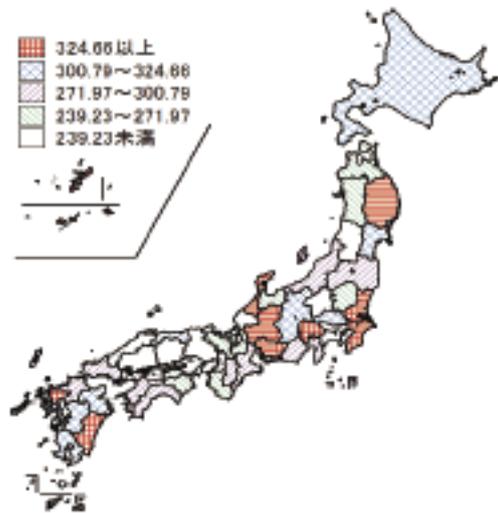
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和5年）

（定点当たり報告数）

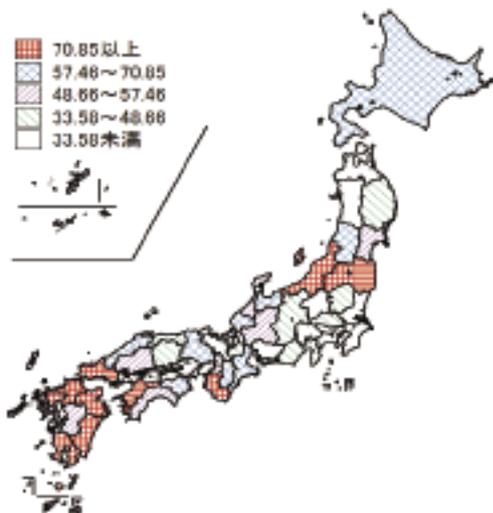
インフルエンザ



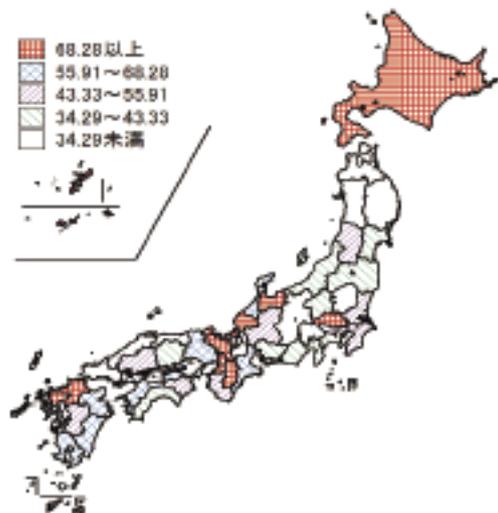
新型コロナウイルス感染症



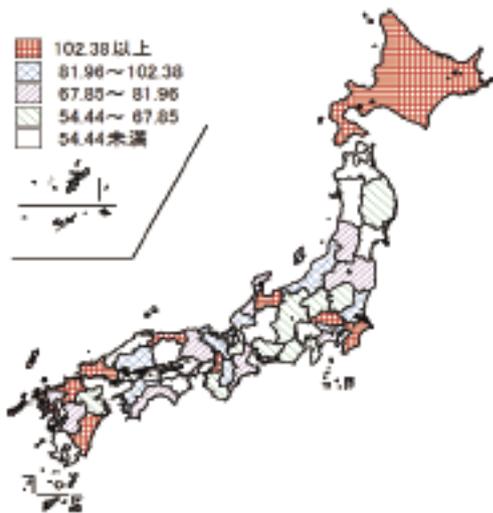
RSウイルス感染症



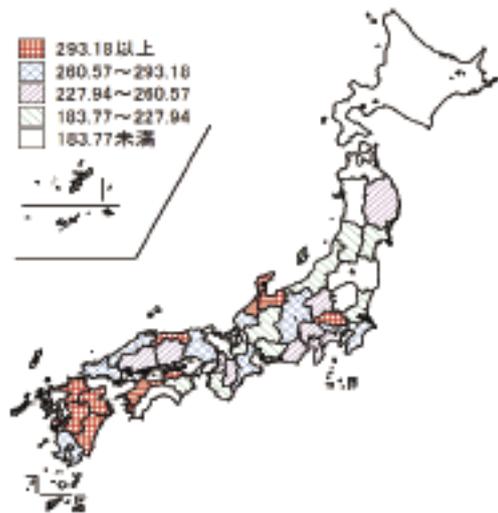
咽頭結膜熱



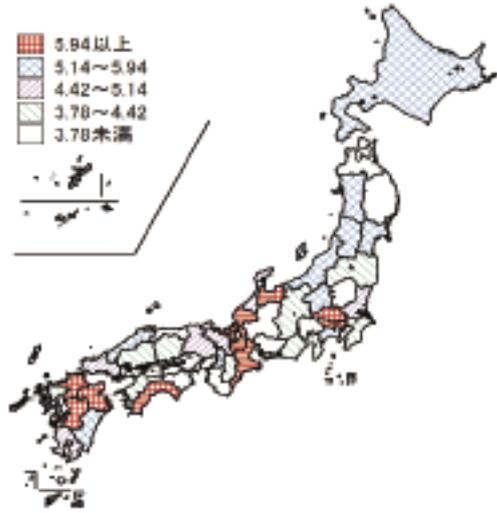
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



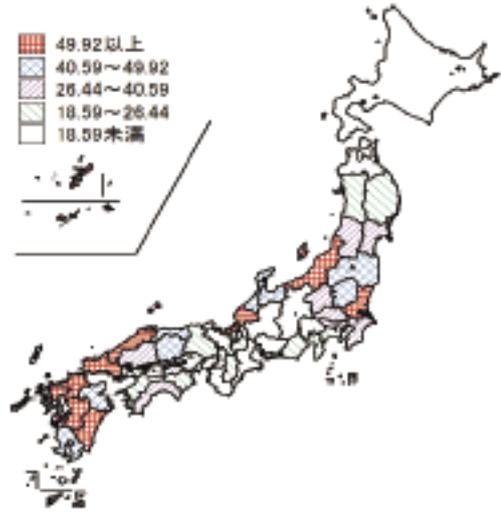
感染性胃腸炎



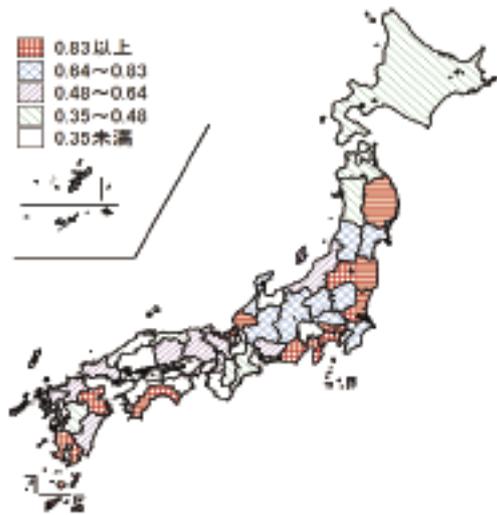
水痘



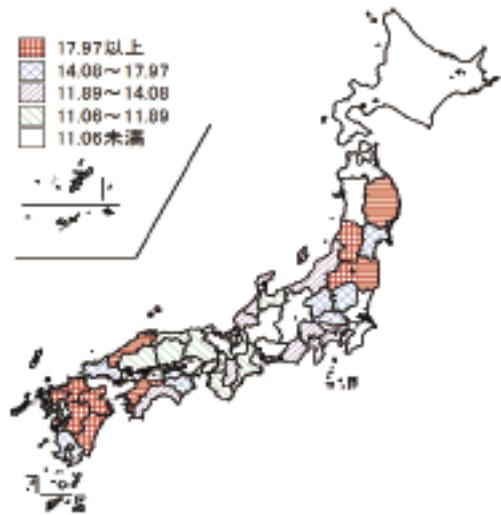
手足口病



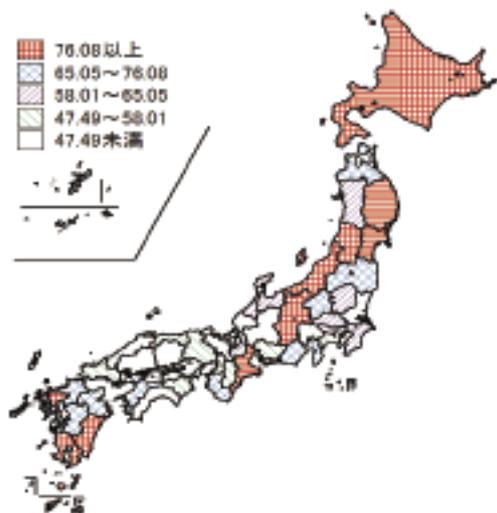
伝染性紅斑



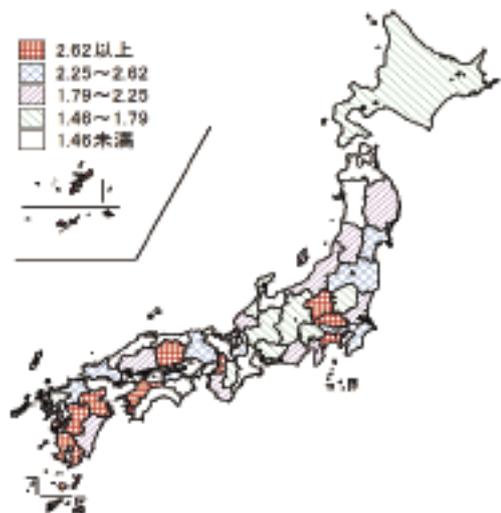
突発性発しん



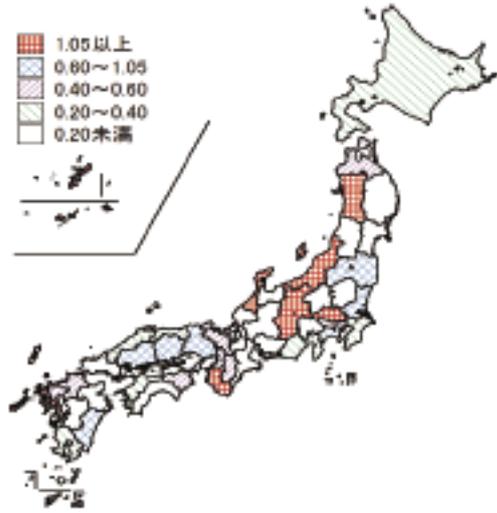
ヘルパンギーナ



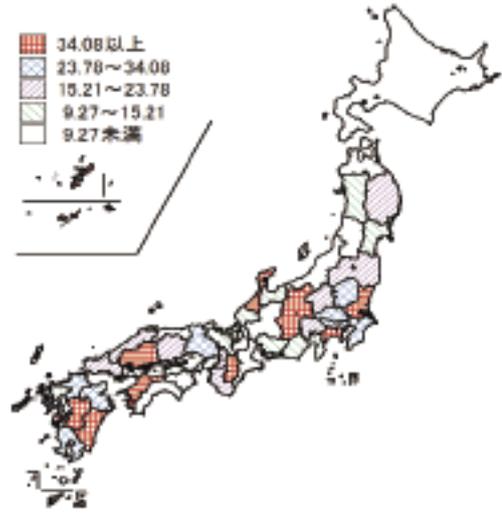
流行性耳下腺炎



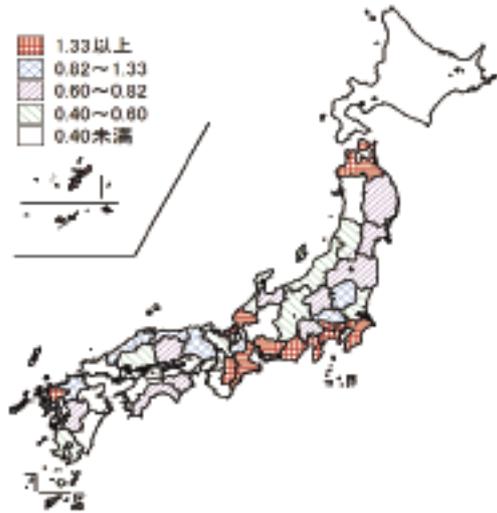
急性出血性結膜炎



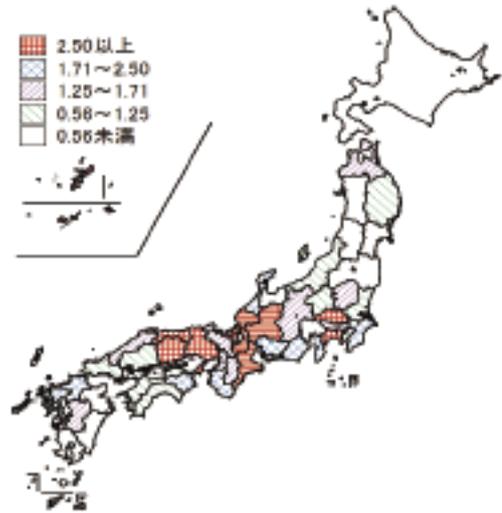
流行性角結膜炎



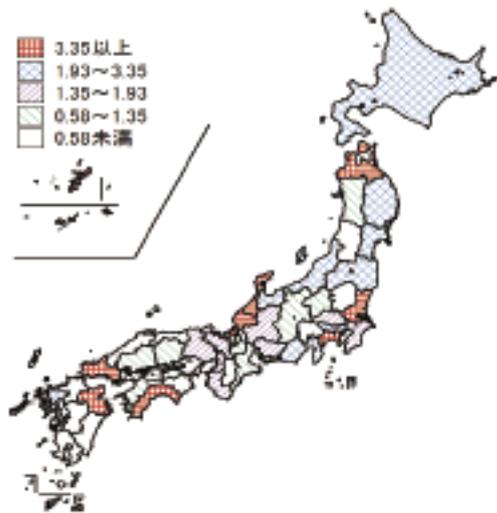
細菌性髄膜炎[基幹]



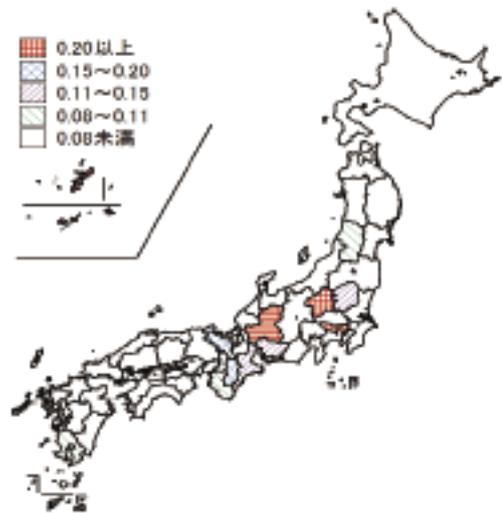
無菌性髄膜炎[基幹]



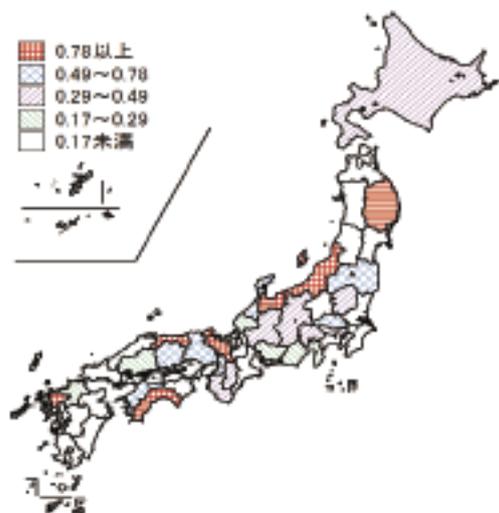
マイコプラズマ肺炎[基幹]



クラミジア肺炎[基幹]



感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]



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

(公印省略)

福岡県第24号(地)
 令和5年4月5日

各感染症対策主管課長
 各 医 師 会 長 殿
 定点観測医療機関長

福岡県医師会
 会長 蓮澤 浩 明

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 週報 令和5年-13週 (R5.3.27~R5.4.2)

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

病 名	定点報告数	前週比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	
				福岡県	全 国
インフルエンザ	1008	58%	福岡486、北九州293	5.09	6.44
RSウイルス感染症	83	91%	福岡36、北九州22	0.69	0.42
咽頭結核熱	36	90%	福岡28、筑後5	0.30	0.16
A群溶レン菌咽頭炎	280	156%	福岡235、筑後32	2.33	0.48
感染性胃腸炎	495	80%	福岡211、北九州141	4.13	4.21
水痘	7	-2	福岡3、筑後2	0.06	0.07
手足口病	17	+9	福岡10、筑後5	0.14	0.07
伝染性紅斑	0	±0		0.00	0.01
突発性発しん	44	102%	福岡26、筑後13	0.37	0.20
ヘルペギーナ	70	159%	福岡39、筑後15	0.58	0.06
流行性耳下腺炎	4	±0	福岡4	0.03	0.03
川崎病 (MCLS)	1	-11	福岡1	0.01	
マイコプラズマ肺炎	0	±0		0.00	0.03
クラミジア肺炎	0	±0		0.00	0.00
細菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.01
無菌性髄膜炎	0	±0		0.00	0.03
急性脳炎	0	±0		0.00	
急性出血性結核膜炎	0	±0		0.00	0.01
流行性角結核膜炎	5	+3	福岡3、筑後1	0.19	0.16
性器クラミジア感染症	29	+2	北九州12、福岡9	0.78	
性器ヘルペス	4	-2	北九州2、筑豊1	0.11	
尖圭コンジローマ	1	-3	筑豊1	0.03	
淋菌感染症	12	-1	福岡5、北九州4	0.32	

全数報告疾病 12週 (定点報告数は13週分)

病 名	定点報告数	全数報告数(累計)	主な報告地区等	全国報告数(累計)
百日咳	0	0(4)		4(125)
風しん	0	0(0)		0(1)
麻疹	0	0(0)		0(1)
梅毒	2	9(169)	福岡7、北九州2	148(3152)

全国情報は今和5年12週分です。全国情報ではマイコプラズマ肺炎15、クラミジア肺炎0例。
 令和5年12週までの累計は、急性灰白髄炎0、結核2782(県内120)、コレラ1、細菌性赤痢6(県内0)、腸管出血性大腸菌感染症212(今週20、県内今週2、計9)、腸チフス13(県内0)、パラチフス5、E型肝炎132、A型肝炎17(今週2、県内1)、オウム病2、ジカウイルス感染症0、SFTS11(県内0)、チクングニア熱1、つが虫病50、デング熱11(県内0)、日本紅斑熱6、急性出血性結核膜炎11(今週2、県内2)、日本脳炎0(県内0)、マラリア4(県内0)、レジオネラ症298、アメーバ赤痢121、ウイルス性肝炎54(県内3)、急性脳炎100(県内14)、クロイツフェルト・ヤコブ病28、劇症型溶レン菌感染症198(県内8)、後天性免疫不全症候群193(県内11)、侵襲性インフルエンザ菌感染症59(県内1)、侵襲性髄膜炎菌感染症4、侵襲性肺炎球菌感染症398(県内15)、水痘(入院64(県内3)、先天性風しん症候群0、1類感染症の報告はなし)。

▽ 今週(2023年第13週:R5.3/27-4/2)は前週に休日を1日含みます。インフルエンザ報告は前週1726人、今週10082人、定点当たり5.1と連続減少で、A型が大部分だがB型の報告もある。RSウイルス感染症は横いゝが続く。ヘルパンギーナは2週連続で増加あり今後の動向に注意が必要です。感染性胃腸炎ではノロウイルス・ロタウイルスの報告が続く。ヒトメタニューモは少なくなり、新型コロナの報告はまた続き定点からの任意の報告を記載していますが減少傾向です。 インフルエンザ病原体定点ごは検体提出をお願いします。

※ インフルエンザ:10週前から4098→4306→4822→4828→3930→3060→2886→2942→2026→1726→1008と連続減少で、A型が大部分だがB型もある。定点当たり5.09(前週8.72;20歳以上12.8%)。北九州293(前週477)、福岡486(883)、筑豊88(159)、筑後141(207)。

○年齢分布:今週は0-4歳27.8%(R2年25.0%)、5-9歳40.3(30.3)、10-14歳14.8(16.2)、15-19歳3.9(3.6)、20歳代3.4(3.8)、30歳代5.4(5.8)、40歳代1.7(6.6)、50歳以上2.1(8.2)。

○キット陽性:門司区まっとり小児科3人A+、小倉南区おかざきこども2人A+、1人B+、小倉南区そお小児科1人A+、小倉南区佐藤こども6人A+、小倉南区ひらのサンタキッズ5人A+(ワクチン2回3人)、3人B+(11歳は1月にA+)、小倉南区ひらの子ども5人A+、小倉北区よした小児科8人A+、小倉北区田中こども2人A+、1人B+、北九州市立医療センター小児科1人A+、北九州市立急患センター12人A+、1人B+、小倉北区霧ヶ丘つだ病院1人A+、小倉北区小倉さふお病院1人B+、北九州市立八幡南院小児科15人A+、八幡西区みやナクリニック13人A+(ワクチン1回3人)、八幡西区ともなが小児科18人A+、1人B+;(ワクチン2回4人、1回2人)、八幡西区たいらく小児科13人A+、八幡西区いわさき小児科内科7人A+、八幡西区永犬丸小児科46人A+、戸畑区大原小児科7人A+、戸畑区日野内科1人A+、若松区あまもと小児科10人A+、1人B+、若松区こむら小児科10人A+(ワクチン済2人)、若松区つだこども1人A+、若松区手島内科3人A+、岡垣町田中ひろし小児・内科3人A+、10人B+、水巻町つだ小児科24人A+(ワクチン2回2人)、荻田町たじり小児科56人A+、行橋市高尾病院13人A+(ワクチン2回1人)、行橋市ゆげ子ども11人A+(ワクチン2回6人、1回1人)、吉富町東病院2人A+、東区もりやす小児科14人A+(ワクチン2回1人、1回1人)、東区なんり小児科3人A+(ワクチン2回1人)、東区荒木小児科23人A+、福岡市立こども病院1人A+(A/H3)、博多区梅野小児科内科4人A+、博多区中尾小児科9人A+、博多区高岸小児科2人A+、博多区やまじ内科1人A+、中央区大名よねくら小児科22人A+(4歳は溶レン菌も)、中央区かむのキッズ8人A+、中央区平田内科・胃腸科1人B+、中央区梶山医院1人A+、南区やない小児科5人A+、1人B+、南区井上小児科3人A+、1人B+、南区くろかわみちこ小児科8人A+、1人B+;(ワクチン2回1人)、南区福岡病院小児科1人A+、南区野口内科1人A+、城南区井上四郎小児科3人A+、城南区内田こども9人A+、城南区英内科1人A+、1人B+、早良区まいこ小児科2人A+、早良区中野こども1人A+、早良区松本小児科3人A+、5人B+(家族、福岡市立急患センター38人)、早良区しほりクリニック4人A+、西区伊都こども5人A+(同胞・同保育園あり)、西区高崎小児科8人A+、西区木下小児科6人A+、西区下村小児科24人A+(ワクチン2回7人、1回2人)、大野城市松田小児科3人A+、1人B+、大野城市のうこども4人A+、大野城市井本内科小児科1人A+、春日市おの子ども9人A+、春日市横山小児科8人A+、1人B+、春日市樋口病院6人A+、1人B+、筑紫野市もり小児科6人A+、1人B+;(ワクチン2回1人、1回1人)、筑紫野市伊藤医院1人A+、1人B+、那珂川市たかたかこども6人A+、3人B+(3姉妹)、那珂川市香月内科1人A+、糸島市奥小児科2人A+、糸島市やました小児科1人A+、宇美町いりえ小児科23人A+、篠栗町おしまこども5人A+、志免町うかじ小児科8人A+、志免町満安医院1人A+、新宮町よしお小児科5人A+、須恵町水戸病院小児科2人A+、古賀市こでまり小児科28人A+、古賀市わかた内科2人A+、福津市まつなが小児科13人A+(今期A+2回1人)、福津市あんだ医院3人A+(ワクチン済1人)、福津市上田医院3人A+、宗像市一本こども3人A+、宗像市片山医院8人A+、1人B+、宗像市さから内科循環器科1人A+、直方市あざかみこども16人A+、直方市栗原クリニックの21人A+、宮若市尾上小児科18人A+、田川市立病院小児科1人A+、糸田町緑ヶ丘病院内科9人A+、川崎町荒木小児科4人A+、飯塚市ひじい小児科2人A+、飯塚市細川小児科内科2人A+、飯塚市飯塚病院小児科1人A+、同内科1人A+、嘉麻市平野医院6人A+、1人B+、久留米市原田医院2人A+、久留米市かとう小児科16人A+、久留米市小児科井上医院2人A+、久留米市むた小児科1人A+(ワクチン2回)、久留米市田中内科1人A+、大牟田市やまかわクリニック6人A+、大牟田市末吉小児科内科9人A+、大牟田市立病院小児科2人A+、八女市戸次循環器科内科1人A+、広川町合原医院1人A+、筑後市杉村こどもクリニック9人A+、筑後市川上小児科1人A+、朝倉市きたの小児科1人A+、朝倉市たかせ小児科6人A+、朝倉市田辺医院1人A+、小郡市きのした小児科10人A+、大川市酒井医院13人A+、柳川市よこち医院4人A+、1人B+。

※ RSウイルス感染症:5週前より60→53→82→87→91→83と今週も横いゝ(4歳以上6人)。北九州22(前週27)、福岡36(34)、筑豊4(8)、筑後21(22)。小倉南区そお小児科の10か月-5歳6人、小倉南区佐藤こどもの3歳、北九州市立八幡南院小児科の10か月-2歳4人、荻田町たじり小児科の1、2、4歳、福岡市立こども病院の2か月-2歳5人、博多区梅野小児科内科の2歳、中央区かむのキッズの2歳、南区福岡病院小児科の1歳2人、城南区しんどう小児科の1、1、4歳、城南区内田こどもの7か月(福岡赤十字病院入院)、1、1歳、筑紫野市西尾小児科の7か月(福大筑紫南院入院)、那珂川市たかたかこどもの1-3歳4人、田川市立病院小児科1歳、大牟田市こが小児科の1、2歳、八女市富田医院の11か月、柳川市よこち医院の9か月。

- ※ 咽頭結核熱：5週前から23→28→34→32→40→36。北九州2(前週6)、福岡28(25)、筑豊1(0)、筑後5(9)。キット陽性：東区なんり小児科の2、32、37歳、東区荒木小児科の1歳、中央区かわのキッズの2、3歳、城南区しんどう小児科の1-2歳4人、城南区内田こどもの1歳2人、篠栗町はおしまこどもの6-11か月、柳川市よこち医院の8歳。
- ※ A群溶レン菌咽頭炎：5週前から192→181→217→198→179→280。北九州8(前週13)、福岡235(117)、筑豊5(8)、筑後32(41)。南区くろかわみちこ小児科の4歳女は再発。発疹合併：西区伊都こどもの5歳男。
- ※ 感染性胃腸炎：5週前から678→805→820→770→618→495(3歳以下46.8%)。北九州141(前週166)、福岡211(265)、筑豊55(63)、筑後88(124)。
 - ・カンピロバクター：戸畑区大原小児科の12歳男(黄色ブドウ球菌も)、若松区あまもと小児科の13歳女、西区下村小児科の15歳男。
 - ・大腸菌：久留米市かとう小児科の6か月女に01、1歳女、4歳男、女に018。
 - ・ロタウイルス：西区伊都こどもの2歳男(ワクチン2回)、9歳男(ワクチン2回)。
 - ・アデノウイルス：那珂川市たかまつこどもの1歳男。
 - ・ノロウイルス：北九州市立八幡病院小児科の7か月女、5歳男、中央区かわのキッズの2歳男、南区くろかわみちこ小児科の1歳男(アデノも)、1歳女、早良区中野こどもの1歳女2人、4歳女、5歳男、那珂川市たかまつこどもの1歳男。
- ※ 水痘：5週前から17→9→17→10→9→7(15歳以上0人)。北九州2(前週2)、福岡3(3)、筑豊0(0)、筑後2(4)。ワクチン済例：八幡西区ともなが小児科の12歳女(接種時期等不明；軽症)。
- ※ 手足口病：5週前から19→17→27→8→8→17。北九州2(前週0)、福岡10(7)、筑豊0(0)、筑後5(1)。
- ※ 伝染性紅斑：5週前から4→1→1→0→0→0。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
- ※ 百日咳：5週前から0→0→0→0→1→0(15歳以上0人)。
- ※ 風しん：5週前から0→0→0→0→0→0。全数報告に第12週に県内から0例：(県内累計R5年0人、R4年1人、R3年0人、R2年5人、R1年85人、H30年167人、H29年1人)。
- ※ ヘルパンギーナ：5週前から33→24→14→32→44→70と今週も増加。北九州9(前週4)、福岡39(26)、筑豊7(6)、筑後15(8)。
- ※ 麻しん：5週前から0→0→0→0→0→0。全数報告に第12週に県内から0例：(県内累計R5年0人、R4年0人、R3年1人、R2年1人、R1年14人、H30年20人、H29年4人)。
- ※ 流行性耳下腺炎：5週前から4→2→5→5→4→4(15歳以上0人)。北九州0(前週0)、福岡4(2)、筑豊0(1)、筑後0(1)。ワクチン済例：城南区しんどう小児科の4歳男(R2.4/16にZVA009A；軽症)、8歳男(R2.4/8にZVA008A；軽症)。
- ※ マイコプラズマ肺炎：5週前から2→0→0→1→0→0(15歳以上0人)。
- ※ 無菌性髄膜炎：5週前から1→0→0→0→0→0。北九州0(前週0)、福岡0(0)、筑豊0(0)、筑後0(0)。
- ※ 流行性角結膜炎：5週前から3→1→5→2→2→5。キット陽性：西区上原眼科の4歳女。
- ※ その他の疾患：アデノ咽頭扁桃炎：北九州市立八幡病院小児科の5、6歳、博多区中尾小児科の1歳、南区くろかわみちこ小児科の1歳、早良区中野こどもの2歳、福津市まつなが小児科の5歳、田川市立病院小児科の1歳、小郡市きのした小児科の1、3歳(キット陽性)。帯状疱疹：門司区まっとり小児科の12歳女。ヒトメタニューモ：北九州市立八幡病院小児科の2歳、行橋市ゆげ子どもの2歳、篠栗町はおしまこどもの2歳。COVID-19：小倉南区そお小児科の8歳と12歳(兄弟で母から)、2歳、八幡西区みやナクリニックの1、34歳親子、戸畑区大原小児科の6か月、12歳、東区なんり小児科の10か月、10、29歳、博多区梅野小児科内科の1-39歳4人、南区くろかわみちこ小児科の5か月と31歳(家族)、西区伊都こどもの2歳、春日市おの子どもに1人、志免町うかじ小児科の9か月、17歳、須恵町水戸病院小児科の8、12歳、直方市あざかみこどもの8歳、直方市栗原クリニックの12歳、大牟田市末吉小児科内科の41歳、小郡市きのした小児科の5歳、大川市酒井医院の1-97歳4人。
- ※ STDで他の疾患：中央区さぎやま泌尿器の20-24歳男にクラミジアと淋菌併発、中央区森レディースクリニックの27歳女、34歳女に咽頭淋菌、27歳女に咽頭クラミジア。
- △ 基幹定点：無菌性髄膜炎：大牟田市立病院の44歳女(検出せず)。ロタウイルス胃腸炎：中央区九州医療センターの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(全国全数)：今週0人(R5年第12週：累計R5年1(東京1)：R4年6；R3年6；R2年13；R1年744；H30年282；29年189；28年159；27年35；26年461；25年232)。
 - ・風しん(全国全数)：今週2人(R5年第12週：累計R5年2(神奈川1、愛媛1)：R4年15；R3年12；R2年100；R1年2306；H30年2917；29年93；28年125；27年162；26年321；25年14357)。

青木 知 信

感染症情報

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 月 報 令和5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21,160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16,640人、次いで、感染性

胃腸炎が3,055人、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が647人であった。

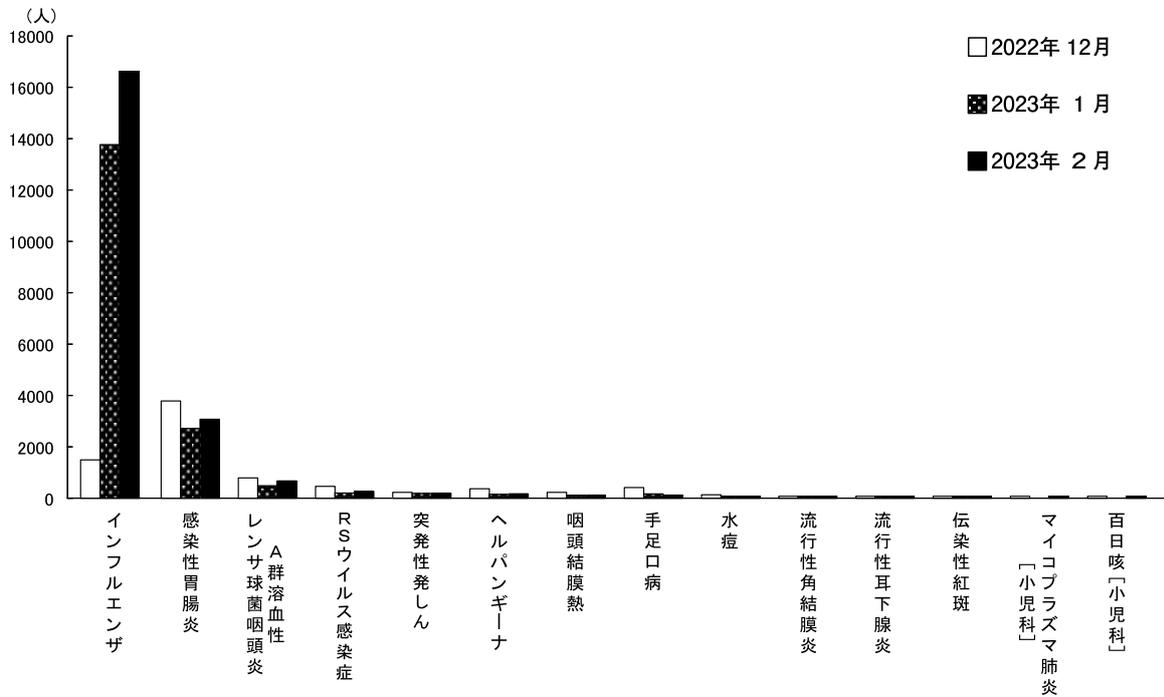


図1 主要感染症の月別報告数

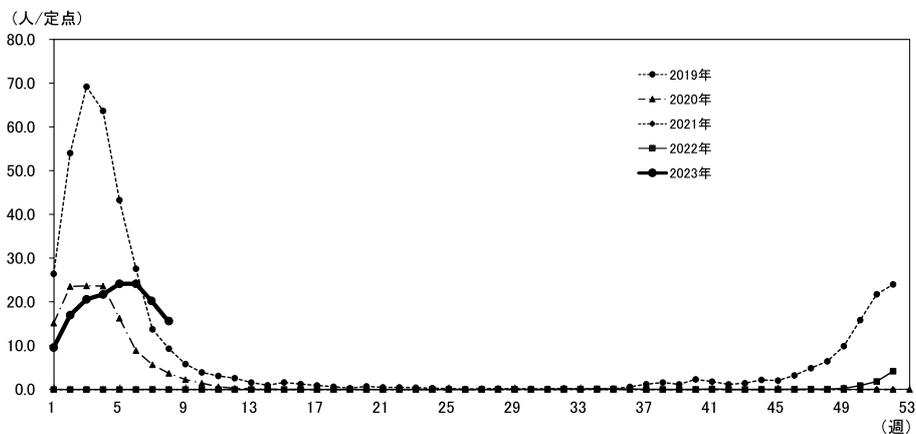


図2 インフルエンザの定点当たり報告数の推移

II. ウイルス検査情報

2月に新たに搬入された検体は23件であった。内訳は、インフルエンザ14件、咽頭結膜熱1件、感染性胃腸炎2件、ヘルパンギーナ2件、無菌性髄膜炎1件、RSウイルス感染症3件であった。

2月に新たに同定されたウイルスは13件であった。内訳はインフルエンザの検体からインフルエンザウイルスA/H3型が8件、咽頭結膜熱の検体からアデノウイルス2型が1件、感染性胃腸炎の検体からA群ロタウイルスが1件、RSウイルス感染症の検体からRSウイルスが1件、伝染性紅斑の検体からエンテロウイルスD68型が1件、その他の検体からアデノウイルス11型が1件検出された。

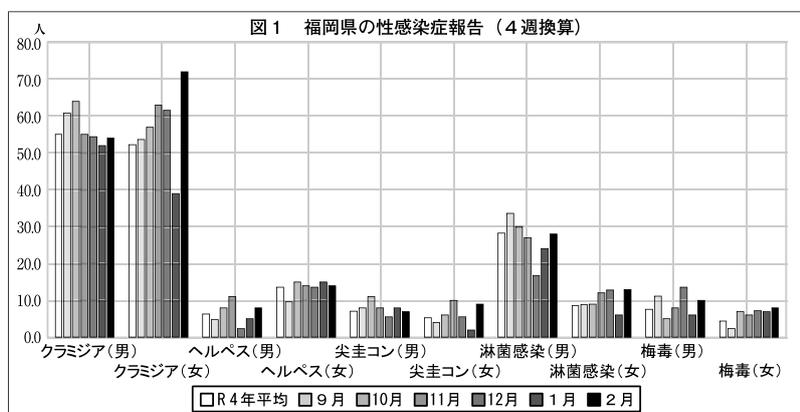
III. 性感染症情報

2月(令和5年1月30日～令和5年2月26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126、性器ヘルペスウイルス感染症22、尖圭コンジローマ16、淋菌感染症41、梅毒様疾患(顕性)7、梅毒様疾患(潜伏)11、総計223(男107、女116)、男女比1:1.08で女が多かった。2月(4週間集計)の報告数を先月(4週間集計)と比較すると、合計では59増加(男12増加、女47増加)し、女の増加が著明であった。性別による疾患頻度は、男はクラミジア(50%)、淋菌(26%)、梅毒(9%)、コンジローマ(7%)、ヘルペス(7%)の順で、女はクラミジア(62%)、ヘルペス(12%)、淋菌(11%)、

コンジローマ(8%)、梅毒(7%)の順であった。梅毒を含めた月別(4週間換算)の疾患別の報告件数の変遷をグラフにし、左端に令和4年の月平均を示した(図1、梅毒は顕症及び潜伏を合計して表示)。疾患別では、前月と比較して男の淋菌、ヘルペス、梅毒が増加、女のクラミジアが著増、コンジローマ、淋菌が増加した。ブロック別では4週間換算で比較すると、北九州で女のクラミジア、男女の淋菌が増加、福岡で男女のクラミジア(女は著増)、男のヘルペス、梅毒、女のコンジローマが増加、筑豊で男の淋菌、女のクラミジアが増加、筑後で男のクラミジアが減少、女のクラミジアが増加した。その他に淋菌とクラミジアの合併5(男5)、咽頭クラミジア2(女2)が任意に報告された。また、新生児の梅毒症例が報告された。

表1 福岡県感染症発生動向調査(性感染症) 令和5年2月(4週間集計)

疾患名 (定点数)	性	北九州 (9)	福岡 (15)	筑豊 (5)	筑後 (8)	合計 (37)	定点当
性器クラミジア感染症	男	9	35	5	5	54	1.46
	女	20	36	11	5	72	1.95
性器ヘルペス ウイルス感染症	男	0	7	0	1	8	0.22
	女	3	6	3	2	14	0.38
尖圭コンジローマ	男	0	5	1	1	7	0.19
	女	0	7	2	0	9	0.24
淋菌感染症	男	4	18	3	3	28	0.76
	女	3	7	2	1	13	0.35
梅毒様疾患(顕性)	男	1	2	0	2	5	0.14
	女	0	2	0	0	2	0.05
梅毒様疾患(潜伏)	男	0	4	1	0	5	0.14
	女	0	4	2	0	6	0.16
合計		40	133	30	20	223	6.03

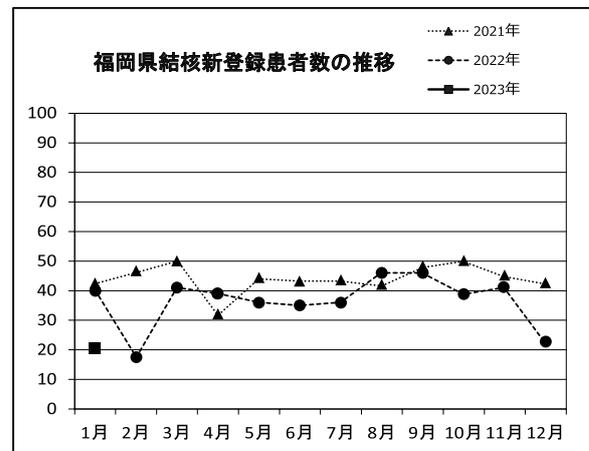


(梅毒は顕症および潜伏症例を合計して表示)

IV. 結核情報（令和5年1月分）

- 1月の新登録患者数は21人であり、先月より2人減っており、昨年1月（40人）と比較すると19人減っている。
- 性別では男女ほぼ同数であり、年齢別では、60歳以上が61.9%、80歳以上は47.6%と高齢者の占める割合は高い水準となっている。
- 発見方法別では医療機関受診例が81.0%と最も多く、健診発見例は14.3%と割合を回復している。
- 喀痰塗抹陽性例は4人で、活動性肺結核に占める割合は28.6%であった。また、何らかの検査で菌陽性が確認できた割合は92.9%である。
- 潜在性結核感染症者は、先月より14人減って8人であった。
- 新登録患者数は先月よりやや減少していたが、今後も患者数の動向を注視すべきと思われる。

*記載の値は速報値である。



計	男	女
21	10	11
(23)	(15)	(8)

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
21	0	0	4	1	3	0	2	1	10
(23)	(0)	(0)	(4)	(0)	(1)	(2)	(0)	(4)	(12)

計	健診	医療機関受診	その他	不明
21	3	17	1	0
(23)	(1)	(22)	(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		
14	4	0	9	1
(19)	(9)	(1)	(8)	(1)

計	男	女
8	4	4
(22)	(15)	(7)

()は前月の実数

〈福岡県医師会ホームページ〉

福岡県医師会ホームページ



感染症発生動向調査ページへ

疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

疾病別 推移グラフ(インフルエンザ)

感染症発生動向調査 週間コメント

【疾病別 推移グラフ】

【月別 累計コメント】

第12週 (8.5.3-27-8.5.4.2)

■今週のトピックス

今週(2023年第13週:8.5.3/27-4/2)は前週に休日を1日含みます。インフルエンザ報告は前週1726人、今週1002人、定常値5.1と遅延減少で、A型が大部分だがB型の増加もある。RSウイルス感染症は発生が低く、ヘルパンギーナは2週連続でゼロあり今後の動向に注意が必要です。感染症情報誌ではノロウイルス、ロタウイルスの増加が続く。ヒトメタニューモウイルスは少なく、新型コロナウイルス報告は未だ増え続けているものの報告を減らしていますが減少傾向です。インフルエンザワクチン接種は接種率を上げたいです。

病名	定点報告数	前週比	主な発症地域等	1週累計の患者数 福岡県 全国
インフルエンザ	1002	↓	福岡県全域	1002 1002

● 最新の感染症発生動向調査 | ● 旬別・月別コメント | ● 旬別・月別発生状況 | ● 過去10年 | ● 感染症発生動向調査

※ 報告数は、福岡県内の定点医療機関からの報告数です。県内全医療機関での発生件数ではありません。
 ※ 一宮合計の患者数 = 1 福岡県報告数 + 2 他県医療機関からの報告数 となります。
 (公報刊行先) 福岡県医師会

感染症発生動向調査 推移グラフ

現在までの推移をグラフで表示します。(2019年～2023年現在)
 疾病名をクリックしてください。(※グラフは一年間の推移の概観です。)

インフルエンザ 新型コロナウイルス感染症 水痘・麻疹感染症 細菌性髄膜炎 人畜共通感染症 感染症情報誌
 A型 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 B型 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 ヒトメタニューモウイルス 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 ノロウイルス 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 RSウイルス 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 ヘルパンギーナ 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数
 手足口病 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数 全報告数

● インフルエンザ (福岡県全域)

2023年 第13週 現在

2023年 第13週 現在

定点医療機関別の年次推移		インフルエンザ	小児科	内科	内科 (皮膚科 泌尿器科 産婦人科)	他科	合計
定点数	福岡県	H12年	137	79	18	25	15 259
	H13年	182	105	24	32	15 358	
	H14年～ H17年	198	120	26	37	15 396	
	全国	約5,000	3,000	約600	約400	約500	

※ 報告数は、福岡県内の定点医療機関からの報告数です。県内全医療機関での発生件数ではありません。
 ※ 一宮合計の患者数 = 1 福岡県報告数 + 2 他県医療機関からの報告数 となります。
 (公報刊行先) 福岡県医師会

福岡県医師会ホームページ・会員専用ページ



感染症発生動向調査 ページ(会員用)へ

疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

感染症発生動向調査 週間コメント

【疾病別 推移グラフ】
【月別累計コメント】

第42週 (R5.3.27-R5.4.2)

■今回のトピックス
今週(2023年第13週：R5.3/27-4/2)は前週に休日を1日減みます。インフルエンザ報告は前週1728人、今週1002人、定常より5.1と連続減少で、A型が主成分だがB型の報告もある。RSウイルス感染症は横断りが続く。ヘルパンギーナは2週連続で増加しており今後の動向に注意が必要で、咽頭結核菌感染症はノロウイルス・ロタウイルスの報告が続く。ヒトメタニューモウイルスは少なく、新型コロナウイルスの報告は引き続き定常以下の水準の報告を継続しています。インフルエンザの流行体感には検体提出をお願いします。

1.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.101.102.103.104.105.106.107.108.109.110.111.112.113.114.115.116.117.118.119.120.121.122.123.124.125.126.127.128.129.130.131.132.133.134.135.136.137.138.139.140.141.142.143.144.145.146.147.148.149.150.151.152.153.154.155.156.157.158.159.160.161.162.163.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176.177.178.179.180.181.182.183.184.185.186.187.188.189.190.191.192.193.194.195.196.197.198.199.200.201.202.203.204.205.206.207.208.209.210.211.212.213.214.215.216.217.218.219.220.221.222.223.224.225.226.227.228.229.230.231.232.233.234.235.236.237.238.239.240.241.242.243.244.245.246.247.248.249.250.251.252.253.254.255.256.257.258.259.260.261.262.263.264.265.266.267.268.269.270.271.272.273.274.275.276.277.278.279.280.281.282.283.284.285.286.287.288.289.290.291.292.293.294.295.296.297.298.299.300.301.302.303.304.305.306.307.308.309.310.311.312.313.314.315.316.317.318.319.320.321.322.323.324.325.326.327.328.329.330.331.332.333.334.335.336.337.338.339.340.341.342.343.344.345.346.347.348.349.350.351.352.353.354.355.356.357.358.359.360.361.362.363.364.365.366.367.368.369.370.371.372.373.374.375.376.377.378.379.380.381.382.383.384.385.386.387.388.389.390.391.392.393.394.395.396.397.398.399.400.401.402.403.404.405.406.407.408.409.410.411.412.413.414.415.416.417.418.419.420.421.422.423.424.425.426.427.428.429.430.431.432.433.434.435.436.437.438.439.440.441.442.443.444.445.446.447.448.449.450.451.452.453.454.455.456.457.458.459.460.461.462.463.464.465.466.467.468.469.470.471.472.473.474.475.476.477.478.479.480.481.482.483.484.485.486.487.488.489.490.491.492.493.494.495.496.497.498.499.500.501.502.503.504.505.506.507.508.509.510.511.512.513.514.515.516.517.518.519.520.521.522.523.524.525.526.527.528.529.530.531.532.533.534.535.536.537.538.539.540.541.542.543.544.545.546.547.548.549.550.551.552.553.554.555.556.557.558.559.560.561.562.563.564.565.566.567.568.569.570.571.572.573.574.575.576.577.578.579.580.581.582.583.584.585.586.587.588.589.590.591.592.593.594.595.596.597.598.599.600.601.602.603.604.605.606.607.608.609.610.611.612.613.614.615.616.617.618.619.620.621.622.623.624.625.626.627.628.629.630.631.632.633.634.635.636.637.638.639.640.641.642.643.644.645.646.647.648.649.650.651.652.653.654.655.656.657.658.659.660.661.662.663.664.665.666.667.668.669.670.671.672.673.674.675.676.677.678.679.680.681.682.683.684.685.686.687.688.689.690.691.692.693.694.695.696.697.698.699.700.701.702.703.704.705.706.707.708.709.710.711.712.713.714.715.716.717.718.719.720.721.722.723.724.725.726.727.728.729.730.731.732.733.734.735.736.737.738.739.740.741.742.743.744.745.746.747.748.749.750.751.752.753.754.755.756.757.758.759.760.761.762.763.764.765.766.767.768.769.770.771.772.773.774.775.776.777.778.779.780.781.782.783.784.785.786.787.788.789.790.791.792.793.794.795.796.797.798.799.800.801.802.803.804.805.806.807.808.809.810.811.812.813.814.815.816.817.818.819.820.821.822.823.824.825.826.827.828.829.830.831.832.833.834.835.836.837.838.839.840.841.842.843.844.845.846.847.848.849.850.851.852.853.854.855.856.857.858.859.860.861.862.863.864.865.866.867.868.869.870.871.872.873.874.875.876.877.878.879.880.881.882.883.884.885.886.887.888.889.890.891.892.893.894.895.896.897.898.899.900.901.902.903.904.905.906.907.908.909.910.911.912.913.914.915.916.917.918.919.920.921.922.923.924.925.926.927.928.929.930.931.932.933.934.935.936.937.938.939.940.941.942.943.944.945.946.947.948.949.950.951.952.953.954.955.956.957.958.959.960.961.962.963.964.965.966.967.968.969.970.971.972.973.974.975.976.977.978.979.980.981.982.983.984.985.986.987.988.989.990.991.992.993.994.995.996.997.998.999.1000.1001.1002.1003.1004.1005.1006.1007.1008.1009.1010.1011.1012.1013.1014.1015.1016.1017.1018.1019.1020.1021.1022.1023.1024.1025.1026.1027.1028.1029.1030.1031.1032.1033.1034.1035.1036.1037.1038.1039.1040.1041.1042.1043.1044.1045.1046.1047.1048.1049.1050.1051.1052.1053.1054.1055.1056.1057.1058.1059.1060.1061.1062.1063.1064.1065.1066.1067.1068.1069.1070.1071.1072.1073.1074.1075.1076.1077.1078.1079.1080.1081.1082.1083.1084.1085.1086.1087.1088.1089.1090.1091.1092.1093.1094.1095.1096.1097.1098.1099.1100.1101.1102.1103.1104.1105.1106.1107.1108.1109.1110.1111.1112.1113.1114.1115.1116.1117.1118.1119.1120.1121.1122.1123.1124.1125.1126.1127.1128.1129.1130.1131.1132.1133.1134.1135.1136.1137.1138.1139.1140.1141.1142.1143.1144.1145.1146.1147.1148.1149.1150.1151.1152.1153.1154.1155.1156.1157.1158.1159.1160.1161.1162.1163.1164.1165.1166.1167.1168.1169.1170.1171.1172.1173.1174.1175.1176.1177.1178.1179.1180.1181.1182.1183.1184.1185.1186.1187.1188.1189.1190.1191.1192.1193.1194.1195.1196.1197.1198.1199.1200.1201.1202.1203.1204.1205.1206.1207.1208.1209.1210.1211.1212.1213.1214.1215.1216.1217.1218.1219.1220.1221.1222.1223.1224.1225.1226.1227.1228.1229.1230.1231.1232.1233.1234.1235.1236.1237.1238.1239.1240.1241.1242.1243.1244.1245.1246.1247.1248.1249.1250.1251.1252.1253.1254.1255.1256.1257.1258.1259.1260.1261.1262.1263.1264.1265.1266.1267.1268.1269.1270.1271.1272.1273.1274.1275.1276.1277.1278.1279.1280.1281.1282.1283.1284.1285.1286.1287.1288.1289.1290.1291.1292.1293.1294.1295.1296.1297.1298.1299.1300.1301.1302.1303.1304.1305.1306.1307.1308.1309.1310.1311.1312.1313.1314.1315.1316.1317.1318.1319.1320.1321.1322.1323.1324.1325.1326.1327.1328.1329.1330.1331.1332.1333.1334.1335.1336.1337.1338.1339.1340.1341.1342.1343.1344.1345.1346.1347.1348.1349.1350.1351.1352.1353.1354.1355.1356.1357.1358.1359.1360.1361.1362.1363.1364.1365.1366.1367.1368.1369.1370.1371.1372.1373.1374.1375.1376.1377.1378.1379.1380.1381.1382.1383.1384.1385.1386.1387.1388.1389.1390.1391.1392.1393.1394.1395.1396.1397.1398.1399.1400.1401.1402.1403.1404.1405.1406.1407.1408.1409.1410.1411.1412.1413.1414.1415.1416.1417.1418.1419.1420.1421.1422.1423.1424.1425.1426.1427.1428.1429.1430.1431.1432.1433.1434.1435.1436.1437.1438.1439.1440.1441.1442.1443.1444.1445.1446.1447.1448.1449.1450.1451.1452.1453.1454.1455.1456.1457.1458.1459.1460.1461.1462.1463.1464.1465.1466.1467.1468.1469.1470.1471.1472.1473.1474.1475.1476.1477.1478.1479.1480.1481.1482.1483.1484.1485.1486.1487.1488.1489.1490.1491.1492.1493.1494.1495.1496.1497.1498.1499.1500.1501.1502.1503.1504.1505.1506.1507.1508.1509.1510.1511.1512.1513.1514.1515.1516.1517.1518.1519.1520.1521.1522.1523.1524.1525.1526.1527.1528.1529.1530.1531.1532.1533.1534.1535.1536.1537.1538.1539.1540.1541.1542.1543.1544.1545.1546.1547.1548.1549.1550.1551.1552.1553.1554.1555.1556.1557.1558.1559.1560.1561.1562.1563.1564.1565.1566.1567.1568.1569.1570.1571.1572.1573.1574.1575.1576.1577.1578.1579.1580.1581.1582.1583.1584.1585.1586.1587.1588.1589.1590.1591.1592.1593.1594.1595.1596.1597.1598.1599.1600.1601.1602.1603.1604.1605.1606.1607.1608.1609.1610.1611.1612.1613.1614.1615.1616.1617.1618.1619.1620.1621.1622.1623.1624.1625.1626.1627.1628.1629.1630.1631.1632.1633.1634.1635.1636.1637.1638.1639.1640.1641.1642.1643.1644.1645.1646.1647.1648.1649.1650.1651.1652.1653.1654.1655.1656.1657.1658.1659.1660.1661.1662.1663.1664.1665.1666.1667.1668.1669.1670.1671.1672.1673.1674.1675.1676.1677.1678.1679.1680.1681.1682.1683.1684.1685.1686.1687.1688.1689.1690.1691.1692.1693.1694.1695.1696.1697.1698.1699.1700.1701.1702.1703.1704.1705.1706.1707.1708.1709.1710.1711.1712.1713.1714.1715.1716.1717.1718.1719.1720.1721.1722.1723.1724.1725.1726.1727.1728.1729.1730.1731.1732.1733.1734.1735.1736.1737.1738.1739.1740.1741.1742.1743.1744.1745.1746.1747.1748.1749.1750.1751.1752.1753.1754.1755.1756.1757.1758.1759.1760.1761.1762.1763.1764.1765.1766.1767.1768.1769.1770.1771.1772.1773.1774.1775.1776.1777.1778.1779.1780.1781.1782.1783.1784.1785.1786.1787.1788.1789.1790.1791.1792.1793.1794.1795.1796.1797.1798.1799.1800.1801.1802.1803.1804.1805.1806.1807.1808.1809.1810.1811.1812.1813.1814.1815.1816.1817.1818.1819.1820.1821.1822.1823.1824.1825.1826.1827.1828.1829.1830.1831.1832.1833.1834.1835.1836.1837.1838.1839.1840.1841.1842.1843.1844.1845.1846.1847.1848.1849.1850.1851.1852.1853.1854.1855.1856.1857.1858.1859.1860.1861.1862.1863.1864.1865.1866.1867.1868.1869.1870.1871.1872.1873.1874.1875.1876.1877.1878.1879.1880.1881.1882.1883.1884.1885.1886.1887.1888.1889.1890.1891.1892.1893.1894.1895.1896.1897.1898.1899.1900.1901.1902.1903.1904.1905.1906.1907.1908.1909.1910.1911.1912.1913.1914.1915.1916.1917.1918.1919.1920.1921.1922.1923.1924.1925.1926.1927.1928.1929.1930.1931.1932.1933.1934.1935.1936.1937.1938.1939.1940.1941.1942.1943.1944.1945.1946.1947.1948.1949.1950.1951.1952.1953.1954.1955.1956.1957.1958.1959.1960.1961.1962.1963.1964.1965.1966.1967.1968.1969.1970.1971.1972.1973.1974.1975.1976.1977.1978.1979.1980.1981.1982.1983.1984.1985.1986.1987.1988.1989.1990.1991.1992.1993.1994.1995.1996.1997.1998.1999.2000.2001.2002.2003.2004.2005.2006.2007.2008.2009.2010.2011.2012.2013.2014.2015.2016.2017.2018.2019.2020.2021.2022.2023.2024.2025.2026.2027.2028.2029.2030.2031.2032.2033.2034.2035.2036.2037.2038.2039.2040.2041.2042.2043.2044.2045.2046.2047.2048.2049.2050.2051.2052.2053.2054.2055.2056.2057.2058.2059.2060.2061.2062.2063.2064.2065.2066.2067.2068.2069.2070.2071.2072.2073.2074.2075.2076.2077.2078.2079.2080.2081.2082.2083.2084.2085.2086.2087.2088.2089.2090.2091.2092.2093.2094.2095.2096.2097.2098.2099.2100.2101.2102.2103.2104.2105.2106.2107.2108.2109.2110.2111.2112.2113.2114.2115.2116.2117.2118.2119.2120.2121.2122.2123.2124.2125.2126.2127.2128.2129.2130.2131.2132.2133.2134.2135.2136.2137.2138.2139.2140.2141.2142.2143.2144.2145.2146.2147.2148.2149.2150.2151.2152.2153.2154.2155.2156.2157.2158.2159.2160.2161.2162.2163.2164.2165.2166.2167.2168.2169.2170.2171.2172.2173.2174.2175.2176.2177.2178.2179.2180.2181.2182.2183.2184.2185.2186.2187.2188.2189.2190.2191.2192.2193.2194.2195.2196.2197.2198.2199.2200.2201.2202.2203.2204.2205.2206.2207.2208.2209.2210.2211.2212.2213.2214.2215.2216.2217.2218.2219.2220.2221.2222.2223.2224.2225.2226.2227.2228.2229.2230.2231.2232.2233.2234.2235.2236.2237.2238.2239.2240.2241.2242.2243.2244.2245.2246.2247.2248.2249.2250.2251.2252.2253.2254.2255.2256.2257.2258.2259.2260.2261.2262.2263.2264.2265.2266.2267.2268.2269.2270.2271.2272.2273.2274.2275.2276.2277.2278.2279.2280.2281.2282.2283.2284.2285.2286.2287.2288.2289.2290.2291.2292.2293.2294.2295.2296.2297.2298.2299.2300.2301.2302.2303.2304.2305.2306.2307.2308.2309.2310.2311.2312.2313.2314.2315.2316.2317.2318.2319.2320.2321.2322.2323.2324.2325.2326.2327.2328.2329.2330.2331.2332.2333.2334.2335.2336.2337.2338.2339.2340.2341.2342.2343.2344.2345.2346.2347.2348.2349.2350.2351.2352.2353.2354.2355.2356.2357.2358.2359.2360.2361.2362.2363.2364.2365.2366.2367.2368.2369.2370.2371.2372.2373.2374.2375.2376.2377.2378.2379.2380.2381.2382.2383.2384.2385.2386.2387.2388.2389.2390.2391.2392.2393.2394.2395.2396.2397.2398.2399.2400.2401.2402.2403.2404.2405.2406.2407.2408.2409.2410.2411.2412.2413.2414.2415.2416.2417.2418.2419.2420.2421.2422.2423.2424.2425.2426.2427.2428.2429.2430.2431.2432.2433.2434.2435.2436.2437.2438.2439.2440.2441.2442.2443.2444.2445.2446.2447.2448.2449.2450.2451.2452.2453.2454.2455.2456.2457.2458.2459.2460.2461.2462.2463.2464.2465.2466.2467.2468.2469.2470.2471.2472.2473.2474.2475.2476.2477.2478.2479.2480.2481.2482.2483.2484.2485.2486.2487.2488.2489.2490.2491.2492.2493.2494.2495.2496.2497.2498.2499.2500.2501.2502.2503.2504.2505.2506.2507.2508.2509.2510.2511.2512.2513.2514.2515.2516.2517.2518.2519.2520.2521.2522.2523.2524.2525.2526.2527.2528.2529.2530.2531.2532.2533.2534.2535.2536.2537.2538.2539.2540.2541.2542.2543.2544.2545.2546.2547.2548.2549.2550.2551.2552.2553.2554.2555.2556.2557.2558.2559.2560.2561.2562.2563.2564.2565.2566.2567.2568.2569.2570.2571.2572.2573.2574.2575.2576.2577.2578.2579.2580.2581.2582.2583.2584.2585.2586.2587.2588.2589.2590.2591.2592.2593.2594.259

福岡県医師会ホームページ



インフルエンザ報告
状況マップへ
(会員専用)

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



拡大

V) 記

事

1) 令和5年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿

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

◎…委員長・解析委員長

◎…副委員長・副解析委員長

○…解析委員

順不同

2) 令和5年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会

令和5年度結核・感染症発生動向調査研修会（ハイブリッド開催）

△と き：令和6年3月23日（土）15:00~17:30

△ところ：福岡県医師会館 5階大ホール及びWeb（Zoom）

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

1. 開 会

2. 挨拶

3. 1年間の経過報告

- | | | |
|-----------|---------------------|---------|
| ①一般感染症 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 田 中 義 人 |
| ②予防接種対象疾患 | 結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 | 岡 田 賢 司 |
| ③S T D | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 濱 砂 良 一 |
| ④結 核 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 原 田 英 治 |
| 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

「発生届の電磁的な方法による届出について」

講 師：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課企画監 川 原 明 子

5. 特別講演

演 題：「陰部潰瘍を主症状とする性感染症」

講 師：日本性感染症学会梅毒委員会委員

元・そねざき古林診療所所長

古 林 敬 一

座 長：結核・感染症発生動向調査委員会解析委員長

青 木 知 信

6. 閉 会

3) 令和5年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿

保健所名	保健所コード	定点コード	医療機関名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	4015	5005	東和病院	益川理美子	今井昌一	北九州市小倉南区守恒本町	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5002	霧ヶ丘つだ病院	津田 徹	津田 徹	北九州市小倉北区霧ヶ丘	内・呼	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5003	小倉きふね病院	松井 豊	松井 豊	北九州市小倉北区貴船	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5004	北九州市立夜間・休日急患センター	吉本勝彦	藤木 稔	北九州市小倉北区馬借	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5007	北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	岡本好司	今村徳夫	北九州市八幡東区尾倉	内・児	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5009	二階堂内科呼吸器科クリニック	二階堂義彦	二階堂義彦	北九州市八幡西区千代ヶ崎	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5371	大島呼吸器内科クリニック	大島 司	大島 司	北九州市八幡西区熊手	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5381	谷内科クリニック	谷 良樹	谷 良樹	北九州市八幡西区西神原町	内・循・アレ	インフルエンザ	
北九州市	4015	5006	(医)日野内科医院	日野雄二	日野雄二	北九州市戸畑区福柳木	内・消・循	インフルエンザ	
北九州市	4015	5366	手島内科医院	手島久文	手島久文	北九州市若松区今光	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5363	(医)鵜木医院	鵜木秀明	鵜木秀明	北九州市門司区社ノ木	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	6341	ふくむら小児科	古賀敦子	古賀敦子	北九州市門司区錦町	児	小児科	
北九州市	4015	6365	小松医院	小松千代	小松千代	北九州市門司区東本町	児・内	小児科	
北九州市	4015	6377	吉村子どもクリニック	吉村和子	吉村和子	北九州市門司区大里戸ノ上	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	佐藤子どもクリニック	佐藤克子	佐藤克子	北九州市小倉南区若園	児・内・アレ	小児科	
北九州市	4015	6263	ひらのサタンキッズクリニック	平野 稔喜	平野 稔喜	北九州市小倉南区上吉田	児	小児科	
北九州市	4015	6295	ひらの子どもクリニック	平野英敏	平野英敏	北九州市小倉南区南方	児	小児科	
北九州市	4015	6346	おかざき子どもクリニック	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	田中子どもクリニック	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	岡本好司	今村徳夫	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	6264	(医)ともなが小児科医院	朝長恭二	朝長恭二	北九州市八幡西区木屋瀬東	児	小児科	
北九州市	4015	6313	(医)だいらく小児科医院	大楽雅史	大楽雅史	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	眞名子彩香	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	6378	西村医院	西村慎太郎	西村慎太郎	北九州市八幡西区楠橋上方	内・児	小児科	
北九州市	4015	6024	こむら小児科医院	古村 速	古村 速	北九州市若松区塩屋	児	小児科	
北九州市	4015	6265	つだ子どもクリニック	津田恵次郎	津田恵次郎	北九州市若松区本町	児・アレ	小児科	
北九州市	4015	6266	(医)あまもと小児科医院	天本祐輔	天本祐輔	北九州市若松区高須東	児・内	小児科	
北九州市	4015	7285	(医)清光会藤井眼科医院	藤井清一	藤井清一	北九州市門司区高田	眼	眼科	
北九州市	4015	7029	三村眼科	仙石昭仁	仙石昭仁	北九州市小倉北区大門	眼	眼科	○
北九州市	4015	7340	にしだ眼科医院	西田進五	西田進五	北九州市小倉南区朽綱東	眼	眼科	
北九州市	4015	7325	鈴木眼科クリニック	鈴木 亨	鈴木 亨	北九州市若松区東二島	眼	眼科	
北九州市	4015	7341	ゆかりアイクリニック	黒田由賀里	黒田由賀里	北九州市八幡西区折尾	眼	眼科	
北九州市	4015	7342	荒川眼科医院	荒川 聡	荒川 聡	北九州市八幡西区岡田町	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	吉村宜純	高尾幸介	北九州市八幡西区友田	産・婦	STD	
北九州市	4015	8280	井上産婦人科クリニック	井上統夫	井上統夫	北九州市八幡西区黒崎	産・婦	STD	
北九州市	4015	8307	さとうレディースクリニック	倉島雅子	倉島雅子	北九州市八幡西区鷹の巣	産・内	STD	
北九州市	4015	8345	(医)山元泌尿器科医院	山元明治	山元明治	北九州市若松区高須東	泌・内	STD	
北九州市	4015	9212	北九州市立医療センター	中野 徹	真柴晃一	北九州市小倉北区馬借	内・児・外	基幹	○
北九州市	4015	9213	北九州市立八幡病院	岡本好司	岡本好司	北九州市八幡東区尾倉	児・内・外	基幹	○
宗像・遠賀	4057	5098	須子医院	須子 保	須子 保	遠賀郡芦屋町山鹿	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5099	田中ひろし小児科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	内・児・循	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5322	(医)寛晴会 上田医院	上田 寛	上田 寛	福津市宮司	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5373	葉山クリニック	撫中正博	撫中正博	宗像市葉山	内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5355	(医)さがら内科循環器科医院	相良洋治	相良洋治	宗像市田熊	循・内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	6222	田中ひろし小児・内科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6331	遠賀中間医師会おんが病院	杉町圭蔵	北島直子	遠賀郡遠賀町大字尾崎	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6221	(医)つだ小児科医院	津田文史朗	津田文史朗	遠賀郡水巻町梅ノ木団地	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6106	(医)まつなが小児科医院	松永 遼	松永 遼	福津市宮司	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6320	あいだ医院	間 克麿	間 克麿	福津市東福岡	児・内	小児科	○
宗像・遠賀	4057	6108	(医)一木こどもクリニック	一木貞徳	一木貞徳	宗像市東郷	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6372	(医)片山医院	片山幸樹	片山幸樹	宗像市稲元	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	7102	山名眼科医院	山名泰生	山名泰生	中間市鍋山町	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	7109	宗像眼科クリニック	松井弘治	松井弘治	宗像市田熊	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	8349	宗像セントラルクリニック	川浪大郎	川浪大郎	宗像市宮田	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	8352	内田産婦人科医院	内田克彦	内田克彦	行橋市西宮市	産	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	5382	かわさき内科循環器科クリニック	川崎純也	山下順子	福岡市東区香椎浜	内・循・呼	インフルエンザ	
福岡市東	4012	5075	千早病院内科	道免和文	道免和文	福岡市東区千早	内	インフルエンザ	
福岡市東	4012	5293	増田内科小児科医院	増田 登	増田 登	福岡市東区馬出	内・児	インフルエンザ	
福岡市東	4012	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	楠原 浩一	古野 憲司	福岡市東区香椎照葉	児	小児科	○
福岡市東	4012	6076	(医)もりやす小児科医院	森安 善生	森安 善生	福岡市東区御島崎	児	小児科	○
福岡市東	4012	6268	(医)あおばクリニック	伊藤 大樹	渡部 なつき	福岡市東区青葉	児・内	小児科	
福岡市東	4012	6329	なんり小児科	南里 月美	岩田 美香	福岡市東区千早	児	小児科	
福岡市東	4012	6338	(医)荒木小児科	荒木 速雄	荒木 速雄	福岡市東区香椎駅前	児・アレ	小児科	
福岡市東	4012	7339	福岡和白病院	富永 隆治	村田 浩司	福岡市東区和白丘	眼	眼科	
福岡市東	4012	9201	福岡市立こども病院	楠原 浩一	古野 憲司	福岡市東区香椎照葉	児	基幹	○
福岡市博多	4009	5297	(医)森クリニック	森 幸司	森 幸司	福岡市博多区下川端町	内・胃	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5326	やまじ内科クリニック	山路浩三郎	山路浩三郎	福岡市博多区住吉	内・糖内・ 肝内・循内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5345	(医)相生会ピーエスクリニック	都留 智巳	都留 智巳	福岡市博多区店屋町	内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	6049	(医)梅野小児科内科医院	古山 正大	中 蘭 絵理	福岡市博多区千代	児・内	小児科	
福岡市博多	4009	6051	中尾小児科医院	中尾 太	中尾 太	福岡市博多区中呉服町	児	小児科	
福岡市博多	4009	6339	高岸小児科医院	高岸 智也	高岸 智也	福岡市博多区銀天町	児	小児科	
福岡市博多	4009	6358	(医)くらかししょうこどもクリニック	倉岡 抄子	倉岡 抄子	福岡市博多区諸岡	小	小児科	
福岡市博多	4009	7052	(医)松井医仁会大島眼科病院	松井 孝明	熊埜御堂太	福岡市博多区上呉服町	眼	眼科	○
福岡市博多	4009	8053	原三信病院泌尿器科	原 直彦	横 満 晃	福岡市博多区大博町	泌	STD	
福岡市博多	4009	8054	原三信病院産婦人科	原 直彦	弓削乃利人	福岡市博多区大博町	婦・不	STD	
福岡市博多	4009	8255	(医)森下産婦人科医院	森下 哲哉	森下 裕	福岡市博多区店屋町	産・婦	STD	
福岡市中央	4008	5043	梶山医院	梶山 涉	梶山 涉	福岡市中央区春吉	内・児	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5367	(医)佐藤クリニック	佐藤 茂	佐藤 茂	福岡市中央区平尾	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5045	(医)平田内科・胃腸科クリニック	平田 泰彦	平田 泰彦	福岡市中央区鳥飼	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	6352	(医)大名よねくら小児科クリニック	米倉 順孝	米倉 順孝	福岡市中央区大名	児	小児科	
福岡市中央	4009	6356	桜坂なかやまこどもクリニック	中山 英樹	中山 英樹	福岡市中央区桜坂	児	小児科	
福岡市中央	4008	6359	(医)かわのキッズ・クリニック	河野 輝宏	河野 輝宏	福岡市中央区平和	児	小児科	
福岡市中央	4008	7039	(医)清澤眼科医院	清澤 崇昂	清澤 崇晃	福岡市中央区渡辺通	眼	眼科	
福岡市中央	4008	8041	占部医院	占部 篤道	占部 篤道	福岡市中央区西中洲	皮・泌	STD	
福岡市中央	4008	8339	さぎやま泌尿器クリニック	鷺山 和幸	鷺山 和幸	福岡市中央区天神	泌	STD	
福岡市中央	4008	8341	森レディースクリニック	森 俊介	森 俊介	福岡市中央区高砂	産婦・内	STD	
福岡市中央	4008	9200	国立病院機構九州医療センター	岩崎 浩己	長崎 洋司	福岡市中央区地行浜	内・児・泌	基幹	○
福岡市南	4010	5383	たけや内科胃腸科医院	武谷 慎司	武谷 慎司	福岡市南区大橋	内・消内・糖内	インフルエンザ	
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	5059	徳永内科医院	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	6379	あおみ小児科医院	青見 裕子	青見 裕子	福岡市南区向野	児	小児科	
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	6374	いでこどもアレルギークリニック	井手 康二	井手 康二	福岡市南区横手	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	6332	くろかわみちこ小児科クリニック	黒川美知子	黒川美知子	福岡市南区大橋	児	小児科	
福岡市南	4010	7248	にしだ眼科医院	西田 博	西田 博	福岡市南区大橋	眼	眼科	
福岡市南	4010	8296	(医)すみい婦人科クリニック	澄井 敬成	澄井 敬成	福岡市南区平和	婦	STD	
福岡市城南	4014	5085	英内科クリニック	田中英明	田中英明	福岡市城南区茶山	内・児	インフルエンザ	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市城南	4014	5086	(医)博和会武元内科クリニック	武元良祐	武元良祐	福岡市城南区樋井川	内・消	インフルエンザ	○
福岡市城南	4014	6088	しんどう小児科医院	進藤静生	進藤静生	福岡市城南区神松寺	児	小児科	
福岡市城南	4014	6226	(医)井上四郎小児科医院	井上秀一郎	井上秀一郎	福岡市城南区樋井川	児	小児科	
福岡市城南	4014	6333	内田子どもクリニック	内田理彦	内田理彦	福岡市城南区別府	児	小児科	
福岡市城南	4014	7279	(医)安武眼科医院	安武哲朗	安武哲朗	福岡市城南区金山団地	眼	眼科	
福岡市早良	4011	5064	中村医院	中村尚徳	中村尚徳	福岡市早良区内野	内	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5289	(医)しばおクリニック	芝尾敬吾	芝尾敬吾	福岡市早良区百道浜	循・内・児	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5325	さかうえ内科循環器科クリニック	坂上明彦	坂上明彦	福岡市早良区藤崎	内・循	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	6067	中野子どもクリニック	中野光郎	中野光郎	福岡市早良区田村	児	小児科	
福岡市早良	4011	6068	福岡市立急患診療センター	平田泰彦	前田光輝	福岡市早良区百道浜	児・内	小児科	
福岡市早良	4011	6069	(医)松本小児科医院	松本一郎	松本一郎	福岡市早良区西新	児	小児科	
福岡市早良	4011	6070	(医)岡田子どもクリニック	岡田純一郎	岡田純一郎	福岡市早良区藤崎	児	小児科	
福岡市早良	4011	6343	(医)まいこクリニックまいこ小児科クリニック	藤川麻衣子	藤川麻衣子	福岡市早良区有田	児	小児科	
福岡市早良	4011	7071	(医)社団福光会福田眼科病院	福田量	平山美智子	福岡市早良区藤崎	眼	眼科	
福岡市早良	4011	8310	佐々木レディースクリニック	佐々木淑	佐々木淑	福岡市早良区室見	産	STD	
福岡市早良	4011	8344	(医)啓林堂クリニック	鐘ヶ江重宏	鐘ヶ江重宏	福岡市早良区原	皮・泌	STD	
福岡市西	4013	5384	西福岡病院	安藤文英	渡邊憲太郎	福岡市西区生の松原	内・呼内	インフルエンザ	
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	佐野クリニック	佐野栄二郎	佐野兼	福岡市西区周船寺	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	6084	高崎小児科医院	高崎好生	高崎好生	福岡市西区下山門	児	小児科	○
福岡市西	4013	6215	木下小児科医院	木下正教	木下正教	福岡市西区今宿	児	小児科	
福岡市西	4013	6227	(医)下村小児科医院	下村豪	下村豪	福岡市西区姪の浜	児	小児科	
福岡市西	4013	6364	伊都子どもクリニック	山口覚	山口覚	福岡市西区西都	児	小児科	
福岡市西	4013	7249	上原眼科医院	上原浩嗣	瀧原彩	福岡市西区下山門	眼	眼科	
福岡市西	4013	8315	(医)新堂産婦人科医院	新堂昌文	新堂昌文	福岡市西区橋本	産	STD	
粕屋	4058	5385	くどう内科	工藤国弘	工藤国弘	糟屋郡粕屋町原町	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	5387	森塚内科クリニック	森塚達也	森塚達也	糟屋郡志免町片峰	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	5112	社会保険仲原病院内科	岡嶋泰一郎	岡田泰代	粕屋郡志免町別府北	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	5288	満安内科医院	安森耕	安森耕	粕屋郡志免町別府	内・呼	インフルエンザ	
粕屋	4058	5114	いけだ内科クリニック	池田幹久	池田幹久	古賀市舞の里	内	インフルエンザ	
粕屋	4058	6300	いりえ小児科医院	入江勝一	入江勝一	粕屋郡宇美町貴船	児	小児科	
粕屋	4058	6311	森小児科クリニック	森俊憲	森俊憲	粕屋郡粕屋町長者原東	小	小児科	
粕屋	4058	6351	おおしま子どもクリニック	大嶋昭雄	大嶋昭雄	糟屋郡篠栗町尾仲	児	小児科	
粕屋	4058	6340	うかじ小児科医院	宇梶光太郎	宇梶光太郎	粕屋郡志免町志免中央	児	小児科	
粕屋	4058	6232	よしおか小児科クリニック	吉岡玲子	吉岡玲子	粕屋郡新宮町下府	児・内	小児科	
粕屋	4058	6272	正信会水戸病院小児科	白橋 斉	藤原 崇	粕屋郡須恵町旅石	内・児	小児科	
粕屋	4058	6354	こでまり小児科クリニック	堤 康	堤 康	古賀市今の庄	児・アレ・腎	小児科	
粕屋	4058	7119	(医)篠田眼科医院	篠田泰治	篠田泰治	粕屋郡新宮町美咲	眼	眼科	
粕屋	4058	8120	(医)豊資会加野病院	恩塚雅子	恩塚雅子	糟屋郡新宮町中央駅前	泌	STD	
粕屋	4058	9317	国立病院機構福岡東医療センター	中根 博	宮 武	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	

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	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	
筑 紫	4059	5125	(医)恵山会丸山病院	丸 山 直 人	村 嶋 紀 雄	太宰府市大字坂本	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5121	(医)文杏堂杉病院	杉 雄 介	宮内美代子	筑紫野市二日市中央	内	インフルエンザ	○
筑 紫	4059	5334	(医)徒然会 伊藤医院	伊 藤 俊 一	伊 藤 俊 一	筑紫野市二日市南	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5122	(医)香月内科クリニック	香 月 司	香 月 司	那珂川市道善	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	6130	(医)松田小児科医院	松田健太郎	松田健太郎	大野城市下大利	児	小児科	
筑 紫	4059	6347	いのうえこどもクリニック	井 上 和 彦	松 田 和 恵	大野城市山田	児	小児科	
筑 紫	4059	6127	(医)横山小児科医院	横 山 隆 人	横 山 隆 人	春日市春日原東町	児	小児科	
筑 紫	4059	6304	(医)おの子どもクリニック	小野栄一郎	小野栄一郎	春日市一の谷	小	小児科	
筑 紫	4059	6375	きたやま小児科	喜 多 山 昇	喜 多 山 昇	春日市小倉	児	小児科	
筑 紫	4059	6350	日高小児科	日 高 秀 信	日 高 秀 信	太宰府市大佐野	児	小児科	
筑 紫	4059	6131	(医)西尾小児科医院	西 尾 健	西 尾 健	筑紫野市湯町	児	小児科	○
筑 紫	4059	6353	ひろたこどもクリニック	廣 田 雄 一	廣 田 雄 一	筑紫野市針摺東	児	小児科	
筑 紫	4059	6319	たかはたこどもクリニック	高 畑 靖	高 畑 靖	那珂川市五郎丸	小	小児科	
筑 紫	4059	6360	(医)もり小児科医院	森 勝 義	森 勝 義	筑紫野市美しヶ丘南	児	小児科	
筑 紫	4059	7132	(医)鬼木眼科医院	鬼木信乃夫	鬼木信乃夫	筑紫野市二日市中央	眼	眼科	○
筑 紫	4059	8337	(医)天信会あまがせ産婦人科	天ヶ瀬寛信	天ヶ瀬寛信	大野城市東大利	産	STD	
筑 紫	4059	8133	(医)春成会樋口皮膚泌尿器科医院	樋口満成	樋口満成	春日市春日原北町	皮・泌	STD	
筑 紫	4059	8347	ちさと皮ふ科	權 藤 知 聡	權 藤 知 聡	筑紫野市永岡	皮・内	STD	
筑 紫	4059	9204	福岡県済生会二日市病院	壁 村 哲 平	末 安 禎 子	筑紫野市湯町	内・児	基幹	○
糸 島	4060	5136	(医)藤沢内科クリニック	藤 澤 和 明	藤 澤 和 明	糸島市荻浦	内・呼	インフルエンザ	
糸 島	4060	5368	やなぎもと内科	柳 本 親 利	柳 本 親 利	糸島市井田	内・小	インフルエンザ	
糸 島	4060	6380	進藤医院	進 藤 憲 文	進 藤 洋 一 郎	糸島市高田	内・児	小児科	
糸 島	4060	6230	奥小児科医院	奥 郁 美	奥 郁 美	糸島市前原中央	児	小児科	
糸 島	4060	6231	(医)やました小児科医院	山 下 祐 二	山 下 祐 二	糸島市浦志	児	小児科	
糸 島	4060	6348	田中医院	田 中 美 紀	田 中 美 紀	糸島市高田	児	小児科	
糸 島	4060	7250	福田眼科クリニック	福 田 成 彦	福 田 成 彦	糸島市前原中央	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	5186	福岡ゆたか中央病院	松 本 高 宏	海 野 聡 美	直方市大字感田	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5187	社会保険直方病院内科	田中伸之介	平 川 靖 久	直方市須崎町	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5190	飯塚病院内科	増 本 陽 秀	的 野 多 加 志	飯塚市芳雄町	内・児	インフルエンザ	○
嘉穂・鞍手	4077	5369	松浦医院	松 浦 尚 志	松 浦 尚 志	飯塚市飯塚	内・小	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5327	(医)林医院	林 俊 治	林 俊 治	飯塚市相田	内・呼・児	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	6188	(医)あざかみこどもクリニック	阿座上才紀	阿座上才紀	直方市嶺野	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	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	直方市大字嶺野	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	

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	8348	おおにし腎泌尿器科医院	大西 怜	大西 怜	直方市感田	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8198	飯塚病院婦人科	増本 陽秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	婦・産	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8199	藤井泌尿器科医院	藤井 善隆	藤井 善隆	飯塚市飯塚	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8258	(医)松岡産婦人科医院	松岡 良衛	松岡 良衛	飯塚市飯塚	産・婦	STD	
嘉穂・鞍手	4077	9210	社会保険直方病院	田中伸之介	平川 晴久	直方市須崎町	内	基幹	○
嘉穂・鞍手	4077	9209	飯塚病院	増本 陽秀	的野多加志	飯塚市芳雄町	内・児・泌	基幹	○
田 川	4065	5139	田川市立病院内科	松隈 哲人	スピヤントケイジ	田川市大字糺	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5140	社会保険田川病院内科	黒松 肇	吉富宗重	田川市上本町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5138	糸田町立緑ヶ丘病院内科	水上 行房	水上 行房	田川郡糸田町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	6142	田川市立病院小児科	松隈 哲人	スピヤントケイジ	田川市大字糺	児	小児科	○
田 川	4065	6236	社会保険田川病院小児科	黒松 肇	酒井さやか	田川市上本町	児	小児科	
田 川	4065	6275	(医)たなかのぶ小児科医院	田中 信夫	田中 信夫	田川市宮尾町	児	小児科	
田 川	4065	6235	(医)正久会荒木小児科医院	荒木 久昭	荒木 久昭	田川郡川崎町田原	児	小児科	
田 川	4065	7143	倉員眼科医院	倉員 健一	倉員 健一	田川市番田町	眼	眼科	
田 川	4065	8144	社会保険田川病院婦人科	黒松 肇	藤井 毅	田川市上本町	産・婦	STD	
田 川	4065	9211	田川市立病院	松隈 哲人	スピヤントケイジ	田川市大字糺	内・児・外	基幹	○
久留米市	4042	5147	(医)白壽会安本病院	安本 潔	秦 亜希子	久留米市三瀬町玉満	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5150	(医)いのくち医院	猪口 哲彰	猪口 哲彰	久留米市国分町	内	インフルエンザ	○
久留米市	4042	5246	やの医院	矢野 秀樹	矢野 秀樹	久留米市善導寺町与田	内・呼	インフルエンザ	
久留米市	4042	5260	大善寺医院	宮原 孝	宮原 孝	久留米市大善寺町宮本	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5306	田中内科医院	田中 泰之	田中 泰之	久留米市北野町今山	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	6145	原田医院	原田 豊	原田 豊	久留米市田主丸以真恵	児	小児科	
久留米市	4042	6152	河野小児科医院	河野 信晴	河野 信晴	久留米市国分町	児	小児科	
久留米市	4042	6154	聖マリア病院小児科	谷口 雅彦	秋田 幸大	久留米市津福本町	児・内	小児科	○
久留米市	4042	6276	小児科井上医院	井上 治	井上 治	久留米市櫛原町	児	小児科	
久留米市	4042	6290	いむた小児科	伊牟田富佐恵	伊牟田富佐恵	久留米市諏訪野町	児	小児科	
久留米市	4042	6314	かとう小児科医院	加藤 栄司	加藤 栄司	久留米市大善寺町夜明	児	小児科	
久留米市	4042	7158	石川眼科医院	石川有加里	石川有加里	久留米市荘島	眼	眼科	
久留米市	4042	8159	久留米総合病院	田中 眞紀	畑 瀬 哲郎	久留米市櫛原町	皮・泌・婦	STD	
久留米市	4042	8351	いづみレディスクリニック	泉 茂樹	泉 茂樹	久留米市新合川	産	STD	
久留米市	4042	8342	添田医院	添田 道太	添田 道太	久留米市上津町	泌	STD	
久留米市	4042	9206	聖マリア病院	谷口 雅彦	本田 順一	久留米市津福本町	内・外・児	基幹	○
南 筑 後	4041	5089	大牟田市立病院内科	鳥村 拓司	村上義比古	大牟田市宝坂町	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	5090	済生会大牟田病院	稲吉 康治	末吉 晋	大牟田市大字	外科	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	6092	(医)こが小児科医院	古賀 龍夫	古賀 龍夫	大牟田市大字岬	児・アレ	小児科	
南 筑 後	4074	6370	末吉小児科内科医院	末吉 圭子	末吉 圭子	大牟田市船津町	小・内	小児科	
南 筑 後	4041	6094	大牟田市立病院小児科	鳥村 拓司	村上義比古	大牟田市宝坂町	児	小児科	
南 筑 後	4041	6240	(医)やまかわクリニック	山川 良一	山川 良一	大牟田市中白川町	児・内	小児科	
南 筑 後	4041	7095	(医)向坂眼科医院	向坂 裕夫	向坂 裕夫	大牟田市上町	眼	眼科	
南 筑 後	4041	8096	林田クリニック	林田 健蔵	林田 健蔵	大牟田市東新町	泌	STD	
南 筑 後	4041	8259	(医)村尾産婦人科クリニック	深川 公一	深川 公一	大牟田市古町	産・婦	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
南 筑 後	4041	8283	(医)杏東会東原産婦人科医院	東 原 徹	東 原 徹	大牟田市大字倉永	産・婦	STD	
南 筑 後	4041	9208	大牟田市立病院	鳥 村 拓 司	鳥 村 拓 司	大牟田市宝坂町	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	6164	冨田小児科医院	中 村 舞	中 村 舞	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	5386	上田内科胃腸科医院	上 田 隆	上 田 隆	うきは市浮羽町高見	内・胃腸	インフルエンザ	
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	志 波 直 人	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	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)尚恵会冨田医院	冨 田 尚 文	冨 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	6376	辻小児科・アレルギークリニック	辻 功 介	辻 功 介	柳川市三橋町下百町	児・アレ	小児科	
南 筑 後	4074	6175	入江内科小児科医院	入 江 章	入 江 章	みやま市瀬高町大字本郷	内・児	小児科	
南 筑 後	4074	7252	(医)石橋眼科医院	石 橋 理 生	石 橋 理 生	みやま市瀬高町下庄	眼	眼科	
南 筑 後	4074	7334	長崎眼科クリニック	長 崎 比 呂 志	長 崎 比 呂 志	八女市本町	眼	眼科	
南 筑 後	4074	8308	(医)古賀泌尿器クリニック	古 賀 弘	古 賀 弘	八女市馬場	泌	STD	
南 筑 後	4074	8346	医療法人MIRIZE中川ごうクリニック	中 川 剛	中 川 剛	柳川市三橋町木元	泌	STD	
南 筑 後	4074	9207	公立八女総合病院	平 城 守	大 原 敦 子	八女市高塚	内・循・児	基幹	○

(令和5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) エムボックス、(25) 黄熱、(26) オウム病、(27) オムスク出血熱、(28) 回帰熱、(29) キャサスル森林病、(30) Q熱、(31) 狂犬病、(32) コクシジオイデス症、(33) ジカウイルス感染症、(34) 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、(35) 腎症候性出血熱、(36) 西部ウマ脳炎、(37) ダニ媒介脳炎、(38) 炭疽、(39) チクングニア熱、(40) つつが虫病、(41) デング熱、(42) 東部ウマ脳炎、(43) 鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9を除く。)、(44) ニパウイルス感染症、(45) 日本紅斑熱、(46) 日本脳炎、(47) ハンタウイルス肺炎症候群、(48) Bウイルス病、(49) 鼻疽、(50) プルセラ症、(51) ベネズエラウマ脳炎、(52) ヘンドラウイルス感染症、(53) 発しんチフス、(54) ボツリヌス症、(55) マラリア、(56) 野兎病、(57) ライム病、(58) リッサウイルス感染症、(59) リフトバレー熱、(60) 類鼻疽、(61) レジオネラ症、(62) レプトスピラ症、(63) ロッキー山紅斑熱

五類感染症(全数)

(64) アメーバ赤痢、(65) ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、(66) カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、(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

(113) 新型インフルエンザ、(114) 再興型インフルエンザ、(115) 新型コロナウイルス感染症、(116) 再興型コロナウイルス感染症

指定感染症

該当なし

2 定点把握の対象

五類感染症(定点)

(88) RSウイルス感染症、(89) 咽頭結膜熱、(90) 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。)、(91) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(92) 感染性胃腸炎、(93) 急性出血性結膜炎、(94) クラミジア肺炎(オウム病を除く。)(95) 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。)、(96) 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。)、(97) 水痘、(98) 性器クラミジア感染症、(99) 性器ヘルペスウイルス感染症、(100) 尖圭コンジローマ、(101) 手足口病、(102) 伝染性紅斑、(103) 突発性発しん、(104) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(105) ヘルパンギーナ、(106) マイコプラズマ肺炎、(107) 無菌性髄膜炎、(108) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(109) 薬剤耐性緑膿菌感染症、(110) 流行性角結膜炎、(111) 流行性耳下腺炎、(112) 淋菌感染症

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(定点)

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

3 法第14条第8項の規定に基づく把握の対象

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

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

第3 実施主体

実施主体は、国、都道府県及び保健所を設置する市（特別区を含む。）とする。

第4 実施体制の整備

1 中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下「都道府県等」という。）から報告された患者情報、疑似症情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下同じ。）を収集、分析し、その結果を全国情報として速やかに都道府県等に提供・公開するための中心的役割を果たすものとして、国立感染症研究所感染症疫学センター内に設置する。

2 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは各都道府県等域における患者情報、疑似症情報及び病原体情報を収集・分析し、都道府県等の本庁に報告するとともに、全国情報と併せて、これらを速やかに医師会等の関係機関に提供・公開することとして、各都道府県等域内に1カ所、原則として地方衛生研究所の中に設置する。また、都道府県、保健所を設置する市、特別区間等の協議の上、当該都道府県内の地方感染症情報センターの中で1カ所を基幹地方感染症情報センターとして、都道府県全域の患者情報、疑似症情報及び病原体情報を収集、分析し、その結果を各地方感染症情報センターに送付するものとする。

なお、都道府県等の本庁が地方感染症情報センターの役割を代替することができるものとする。

3 指定届出機関及び指定提出機関（定点）

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

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

4 感染症発生動向調査委員会

(1) 中央感染症発生動向調査委員会

本事業の適切な運用を図るために、厚生労働省に国立感染症研究所の代表、全国の保健所及び地方衛生研究所の代表、その他感染症対策に関する学識経験者からなる中央感染症発生動向調査委員会を置く。同委員会の事務局は中央感染症情報センターとする。

(2) 地方感染症発生動向調査委員会

各都道府県域内における情報の収集、分析の効果的・効率的な運用を図るため、都道府県に小児科、内科、眼科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、微生物学、疫学、獣医学、昆虫学等の専門家、保健所及び地方衛生研究所の代表、地域の医師会の代表等（10名程度）からなる地方感染症発生動向調査委員会を置く。

5 検査施設

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

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

第5 事業の実施

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

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断又は検案した医師

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

イ 検体等を所持している医療機関等

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

ウ 保健所

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

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

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体等を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、保健所、都道府県等の本庁、地方感染症情報センター又は中央感染症情報センター等と情報共有する。また、病原体情報について、速やかに中央感染症情報センターに報告する。（検査事務を委託している都

道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。)

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、患者が一類感染症と診断されている場合、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等を国立感染症研究所に送付する。

オ 国立感染症研究所

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

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

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

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、全数把握の五類感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及びオに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

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

ケ 情報の報告等

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

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

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

・法第15条の規定による積極的疫学調査の一連の事務の中で、同

条第13項の報告を行う場合

は、併せて都道府県知事に報告する。

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

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

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

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断又は検案した医師

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

イ 検体等を所持している医療機関等

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

ウ 保健所

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

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

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

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

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

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

オ 国立感染症研究所

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

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

- ① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。
- ② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。
- ③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

- ① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類感染症から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。
- ② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及びオに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

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

3 定点把握対象の五類感染症

(1) 対象とする感染症の形態

各々の定点把握対象の五類感染症について、別に定める報告基準を参考とし、当該疾病の患者と診断される場合及び当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体と検案される場合とする。

(2) 定点の選定

ア 患者定点

定点把握対象の五類感染症の発生状況を地域的に把握するため、都道府県は次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て、医療機関の中から可能な限り無作為に患者定点を選定する。また、定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案して、できるだけ当該都道府県全体の感染症の発生状況を把握できるよう考慮すること。

- ① 対象感染症のうち、第2の(88)、(89)、(91)、(92)、(97)、(101)から(103)まで、(105)及び(111)に掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関（主として小児科医療を提供しているもの）を小児科定点として指定すること。小児科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。この場合において、小児科定点として指定さ

れた医療機関は、②のインフルエンザ定点、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」とする）定点として協力するよう努めること。なお、インフルエンザ定点と COVID-19 定点は同一とする（インフルエンザ／COVID-19 定点）。

保健所管内人口	定点数
～3万人	1
3万人～7.5万人	2
7.5万人～	3 + (人口 - 7.5万人) / 5万人

- ② 対象感染症のうち、第2の(90)に掲げるインフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。以下同じ。）及び(96)新型コロナウイルス感染症については、前記①で選定した小児科定点のうちインフルエンザ定点及び COVID-19 定点として協力する小児科定点に加え、内科を標榜する医療機関（主として内科医療を提供しているもの）を内科定点として指定し、両者を合わせたインフルエンザ定点、COVID-19 定点及び別途後記⑤に定める基幹定点とすること。内科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～7.5万人	1
7.5万人～12.5万人	2
12.5万人～	3 + (人口 - 12.5万人) / 10万人

なお、基幹定点における届出基準は、インフルエンザ定点及び COVID-19 定点と異なり、入院患者に限定されることに留意すること。

- ③ 対象感染症のうち、第2の(93)及び(110)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(98)から(100)まで及び(112)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(92)のうち病原体がロタウイルスであるもの、(94)、(95)、(104)及び(106)から(109)までに掲げるものについては、対象患者がほとんど入院患者であるため、患者を300人以上収容する施設を有する病院であって内科及び外科を標榜する病院（小児科医療と内科医療を提供しているもの）を2次医療圏域毎に1カ所以上、基幹定点として指定すること。

イ 病原体定点

病原体の分離等の検査情報を収集するため、都道府県は、次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て病原体定点を選定する。また、定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案して、できるだけ当該都道府県全体の感染症の発生状況を把握できるよう考慮

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)、(89)、(91)、(92)、(97)、(101)から(103)まで、(105)及び(111)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(90)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(93)及び(110)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(92)のうち病原体がロタウイルスであるもの、(95)及び(107)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(104)、(108)及び(109)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(104)、(108)及び(109)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(90)に掲げるインフルエンザの流行期((2)のアの②により選定された患者定点当たりの患者発生数が都道府県単位で1を超えた時点から1を下回るまでの間)には1週間(月曜日から日曜日)を調査単位とし、非流行期(流行期以外の期間)には各月を調査単位とする。その他の病原体定点に関するものについては、各月を調査単位とする。

(4) 実施方法

ア 患者定点

① 患者定点として選定された医療機関は、速やかな情報提供を図る趣旨から、調査単位の期間の診療時における別に定める報告基準により、患者発生状況の把握を行うものとする。

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

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 病原体定点

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

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

③ (2)のイの②により選定された病原体定点においては、第2の(88)、(89)、(91)、(92)、(97)、(101)から(103)まで、(105)及び(111)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(90)に掲げるインフルエンザ(インフルエンザ様疾患を含む。)について、調査単位ごとに、少なくとも1検体を送付するものとする。

ウ 検体等を所持している医療機関等

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

エ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医療機関からの届出である場合には、患者定点から得られた患者情報が週単位の場合は調査対象の週の翌週の火曜日までに、月単位の場合は調査対象月の翌月の3日までに、感染症サーベイランスシステムに入力するものとし、併せて、対象感染症についての集団発生その他特記すべき情報についても都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへ報告する。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合は、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

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

③ 保健所は、定点把握の対象の五類感染症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

オ 地方衛生研究所等

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

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立感染症研究所に協力を依頼する。

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

カ 国立感染症研究所

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

キ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

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

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報(月単

位の場合は月報)等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報(月単位の場合は月報)等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

ク 中央感染症情報センター

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、全数把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報(月単位の場合は月報)等として作成して、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、オの①により報告された病原体情報及びカに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報(月単位の場合は月報)等として作成して、都道府県等に提供する。

ケ 都道府県等の本庁

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

4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症(定点)

(1) 対象とする疑似症の状態

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

(2) 定点の選定

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

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

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

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

イ 法に基づく感染症指定医療機関

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

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

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

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

(3) 実施方法

ア 疑似症定点

① 疑似症定点として選定された医療機関は、速やかな情報提供を図る趣旨から、診療時における別に定める届出基準により、直ちに疑似症発生状況の把握を行うものとする。

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

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 保健所

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

② 保健所は、疑似症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

ウ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

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

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週報等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週報等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

エ 中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された疑似症情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、全数把握の五類感染症及び定点把握の五類感染症の収集、分析結果とともに、週報等として作成し、都道府県等に提供する。

オ 都道府県等の本庁

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

5 その他

(1) 感染症発生動向調査は、全国一律の基準で実施されるべきもの

であるが、上記の実施方法以外の部分について、必要に応じて、各都道府県等の実状に応じた追加を行い、地域における効果的・効率的な感染症発生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・生活衛生局感染症対策部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。)、第44条の3の2、第44条の11並びに第50条の3の規定に基づく本事業の事務に要する費用に対して、法第61条の規定に基づき負担する。

第7 実施時期

この実施要綱は、平成11年4月1日から施行する。ただし、病原体情報及び病原体定点に関する項目については、各都道府県等において実施可能となり次第、実施することとして差し支えない。

この実施要綱の改正は、平成14年11月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成15年11月5日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年6月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年11月22日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成19年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年5月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成23年2月1日から施行する。

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

この実施要綱の一部改正は、平成25年3月4日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年5月6日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年10月14日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年7月26日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年9月19日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年1月21日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年5月21日から施行する。

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

この実施要綱の一部改正は、平成30年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年3月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年5月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成31年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年2月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年5月29日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和3年2月13日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和4年10月31日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年5月8日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年5月26日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年9月25日から施行する。

2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準

令和6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MERSCORONAウイルスであるものに限る）
6	鳥インフルエンザ（H5N1）
7	鳥インフルエンザ（H7N9）

三類感染症

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

四類感染症

1	E型肝炎
2	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）
3	A型肝炎
4	エキノコックス症
5	エムボックス
6	黄熱
7	オウム病
8	オムスク出血熱
9	回帰熱
10	キャサナル森林病
11	Q熱
12	狂犬病
13	コクシジオイデス症
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	ヘンドライウイルス感染症
34	発しんチフス
35	ポツリヌス症
36	マラリア
37	野兔病
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目細菌感染症
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・ヤコブ病
8	劇症型溶血性レンサ球菌感染症
9	後天性免疫不全症候群
10	ジアルジア症
11	侵襲性インフルエンザ菌感染症
12	侵襲性髄膜炎菌感染症
13	侵襲性肺炎球菌感染症
14	水痘（入院例に限る）
15	先天性風しん症候群
16	梅毒
17	播種性クリプトコックス症
18	破傷風
19	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
20	バンコマイシン耐性腸球菌感染症
21	百日咳
22	風しん
23	麻しん
24	薬剤耐性アシネトバクター感染症

新型インフルエンザ等感染症

1	新型インフルエンザ
2	再興型インフルエンザ

2. 定点把握の対象

五類感染症

25	RSウイルス感染症
26	咽頭結膜熱
27	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
28	感染性胃腸炎
29	水痘
30	手足口病
31	伝染性紅斑
32	突発性発しん
33	ヘルパンギーナ
34	流行性耳下腺炎
35	インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）
36	新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）
37	急性出血性結膜炎
38	流行性角結膜炎
39	性器クラミジア感染症
40	性器ヘルペスウイルス感染症
41	尖圭コンジローマ
42	淋菌感染症
43	細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く）
44	無菌性髄膜炎
45	マイコプラズマ肺炎
46	クラミジア肺炎（オウム病を除く）
47	インフルエンザ入院
48	新型コロナウイルス感染症入院
49	感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）
50	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
51	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
52	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
---	--

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、脱色した痂痕を残し治癒する。痂皮(かさぶた)の中には、感染性ウイルスが長期間存在するので、必ず、滅菌消毒処理をする。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

4 南米出血熱

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑いの死体

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

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

5 ペスト

(1) 定義

腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌である *Yersinia pestis* の感染によって起こる全身性疾患である。

(2) 臨床的特徴

リンパ節炎、敗血症等を起こし、重症例では高熱、意識障害などを伴う急性細菌性感染症であり、死に至ることも多い。臨床的所見により以下の3種に分けられる。

ア 腺ペスト (ヒトペストの80~90%を占める)

潜伏期は2~7日。感染部のリンパ節が痛みとともに腫れる。菌は血流を介して全身のリンパ節、肝や脾でも繁殖し、多くは1週間くらいで死亡する。

イ 敗血症ペスト (約10%を占める)

時に局所症状がないまま敗血症症状が先行し、皮膚のあちこちに出血斑が生じて全身が黒色となり死亡する。

ウ 肺ペスト

ペスト菌による気管支炎や肺炎を起こし、強烈な頭痛、嘔吐、39~41℃の弛張熱、急激な呼吸困難、鮮紅色の泡立った血痰を伴う重篤な肺炎像を示し、2~3日で死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

鑑別を必要とする疾患は、類鼻疽 (臨床症状が肺ペストと類似)、野兔病 (臨床症状が腺ペストに類似し、かつ共通抗原決定基を持つ) である。

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

疑似症患者の診断に当たっては、臨床所見、ペスト流行地への渡航歴、齧歯類に寄生しているノミによる咬傷の有無を参考にする。

エ 感染症死亡者の死体

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

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

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

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

6 マールブルグ病

(1) 定義

マールブルグウイルス (フィロウイルス科) による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は3~10日間である。発症は突発的である。発熱、頭痛、筋肉痛、皮膚粘膜発疹、咽頭結膜炎に続き、重症化すると下痢、鼻口腔・消化管出血が見られる (エボラ出血熱に類似する)。

マールブルグウイルスの自然界からヒトへの感染経路は不明である。ヒトからヒトへは血液、体液、排泄物との濃厚接触及び性的接触によりウイルスが伝播する。

ドイツにおける集団発生 (1967年) においてはアフリカミドリザルの血液、組織との接触によるものであった。アフリカ (ケニア等) での発生例にはサルは無関係であった。治療法はなく、対症療法のみである。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑いの死体

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

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

7 ラッサ熱

(1) 定義

ラッサウイルス（アレナウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

発症は突発的で行は緩やかである。マストミスに咬まれたり尿や血液に触れたり、あるいは感染発症者の血液、体液、排泄物等に直接接触する等の後、潜伏期間（7～18日）を経て、高熱（39～41℃）、全身倦怠感に続き、3～4日目に大関節痛、咽頭痛、咳、筋肉痛、次いで心窩部痛、後胸部痛、嘔吐、悪心、下痢、腹部痛等が認められる。

重症化すると顔面頸部の浮腫、眼球結膜出血、消化管出血、心のう炎、胸膜炎、ショック。重症経過で治癒後、一側あるいは両側のろう（難聴）を示すことが20%以上ある。発症期の症状はインフルエンザ様である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

潜伏期は3～12日で、発熱（3日間程度）、全身倦怠感、頭痛、吐き気、項部・背部硬直などの髄膜刺激症状を呈するが、軽症例（不全型）では軽い感冒様症状又は胃腸症状で終わることもある。髄膜炎症状だけで麻痺を来さないもの（非麻痺型）もあるが、重症例（麻痺型）では発熱に引き続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 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

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

(※※) 野生株ポリオウイルス・VDPV以外のポリオウイルスをワクチン株ポリオウイルスとする。

2 結核

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

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

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

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

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

ウ 疑似症患者

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

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑いの死体

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

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

3 ジフテリア

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

ジフテリア菌が咽頭などの粘膜に感染し、感染部位の粘膜や周辺の軟部組織の障害を引き起こし、扁桃から咽頭粘膜表面の偽膜性炎症、下顎部から前頸部の著しい浮腫とリンパ節腫脹(bullneck)などの症状が出現する。重症例では心筋の障害などにより死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

イ 無症状病原体保有者

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑いの死体

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

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

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

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

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

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

多くは2～7日、最大10日間の潜伏期間の後に、急激な発熱、咳、全身倦怠感、筋肉痛などのインフルエンザ様の前駆症状が現れる。2～数日間で呼吸困難、乾性咳嗽、低酸素血症などの下気道症状が現れ、胸部CT、X線写真などで肺炎像が出現する。肺炎になった者の80～90%が1週間程度で回復傾向になるが、10～20%がARDS（Acute Respiratory Distress Syndrome）を起こし、人工呼吸器などを必要とするほど重症となる。致死率は10%前後で、高齢者及び基礎疾患のある者での致死率はより高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

(4) 疑似症患者の判断に必要な事項

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

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

(ア) 平成14年11月1日以降に、38℃以上の急な発熱及び咳、呼吸困難などの呼吸器症状を示して受診した者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

- ① 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接触れた者
- ② 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）へ旅行した者
- ③ 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）に居住していた者
- ④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っている研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性がある者
- ⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、他にこれら症状を説明できる診断が見つからない場合

(イ) 平成14年11月1日以降に死亡し、病理解剖が行われていない者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

- ① 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接触れた者
- ② 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）へ旅行した者
- ③ 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）に居住していた者
- ④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っていた研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性があった者
- ⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、死亡までに、他にこれら症状を説明できる診断がついていなかった場合

(ウ) 次のいずれかの条件を満たす者

- ① 胸部レントゲン写真で肺炎、又は急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者
 - ② 病理解剖所見が肺炎、呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がない者
- 注) 他の診断によって症状の説明ができる場合は除外すること。

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

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

潜伏期間は2～14日（中央値は5日程度）。無症状例から急性呼吸窮迫症候群（ARDS）を来す重症例までである。典型的な病像は、発熱、咳嗽等から始まり、急速に肺炎を発症し、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 感染症死亡疑い者の死体

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

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

(4) 感染が疑われる患者の要件

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

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

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

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

6 鳥インフルエンザ(H5N1)

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

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

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

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

7 鳥インフルエンザ(H7N9)

(1) 定義

鳥インフルエンザA(H7N9)ウイルスのヒトへの感染による急性疾患である。

(2) 臨床的特徴

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

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

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

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

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

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

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

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、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	便
①毒素産生の確認	
②PCR法による毒素遺伝子の検出	

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案した結果、症状や所見

から、細菌性赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便

3 腸管出血性大腸菌感染症

(1) 定義

ベロ毒素(Verotoxin, VT)を産生する腸管出血性大腸菌(enterohemorrhagic *E. coli*, EHEC、Shigatoxin-producing *E. coli*, STECなど)の感染によって起こる全身性疾患である。

(2) 臨床的特徴

臨床症状は、一般的な特徴は腹痛、水様性下痢及び血便である。嘔吐や38℃台の高熱を伴うこともある。

さらにベロ毒素の作用により溶血性貧血、急性腎不全を来し、溶血性尿毒症候群(Hemolytic Uremic Syndrome, HUS)を引き起こすことがある。小児や高齢者では痙攣、昏睡、脳症などによって致命症となることがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

4 腸チフス

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴潜伏期間は7~14日で発熱を伴って発症する。

患者、保菌者の便と尿が感染源となる。

39℃を超える高熱が1週間以上も続き、比較的徐脈、バラ疹、脾腫、下痢などの症状を呈し、腸出血、腸穿孔を起こすこともある。

重症例では意識障害や難聴が起きることもある。無症状病原体保有者はほとんどが胆嚢内保菌者であり、胆石保有者や慢性胆嚢炎に合併することが多く、永続保菌者となることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

5 パラチフス

(1) 定義

パラチフスA菌(*Salmonella* serovar Paratyphi A)の感染によって起こる全身性疾患である(*Salmonella* Paratyphi B、*Salmonella* Paratyphi Cによる感染症はパラチフスから除外され、サルモネラ症として取り扱われる)。

(2) 臨床的特徴

臨床的症状は、腸チフスに類似する。7~14日の潜伏期間の後に38℃以上の高熱が続く。比較的徐脈、脾腫、便秘、時には下痢等の症状を呈する。症状は腸チフスと比較して、軽症の場合が多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1) 定義

E型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。

(2) 臨床的特徴

途上国では主に水系感染であるが、我が国では汚染された食品や動物の臓器や肉の生食による経口感染が指摘されている。潜伏期間はA型肝炎より長く、平均6週間といわれている。臨床症状はA型肝炎と類似しており、予後も通常はA型肝炎と同程度で、慢性化することはない。しかし、妊婦(第3三半期)に感染すると劇症化しやすく、致死率も高く20%に達することもある。特異的な治療法はなく、対症療法が中心となる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

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

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

2 ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎含む)

(1) 定義

フラビウイルス科に属するウエストナイルウイルスによる感染症で、蚊によって媒介される。

(2) 臨床的特徴

2~14日の潜伏期の後に高熱で発症する。発熱は通常3~6日間持続する。同時に頭痛、背部の痛み、筋肉痛、食欲不振などの症状を有する。発疹が胸部、背、上肢に認められる場合もある。通常リンパ節腫脹が認められる。症状は通常1週間以内で回復するが、その後全身倦怠感が残ることも多い。特に高齢者においては、上記症状とともに、さらに重篤な症状として、激しい頭痛、悪心、嘔吐、方向感覚の欠如、麻痺、意識障害、痙攣等の症状が出現し髄膜炎、脳炎を発症することがある。重篤な例で筋力低下が約半数に認められている。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
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
E L I S A法又はWestern Blot法による抗体の検出	血清

5 エムボックス

(1) 定義

エムボックスウイルス(Monkeypox virus)による急性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ウイルスを保有するヒトやげっ歯類などの動物との接触、及びそれらの皮膚粘膜病変、血液、体液との接触により感染する。感染したヒトとの接触(性的接触を含む)の他、接近した対面による飛沫への長時間の曝露、体液や飛沫で汚染された寝具等との接触によっても感染する。

潜伏期間は通常7～14日(5～21日)である。皮疹、粘膜疹、その他の皮膚粘膜病変、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、咽頭痛、肛門直腸痛、倦怠感、リンパ節腫脹がみられる。致死率は低い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエムボックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムボック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、エムボック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、エムボックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムボック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、エムボック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	皮膚又は粘膜病変、水疱内容液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、肛門直腸拭い液、その他粘膜拭い液、血液、尿、その他検査方法に適する材料
病原体の特異抗原の検出	
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	

6 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索した結果、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索した結果、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
ベ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	

7 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

合は軽微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診断のための参考になる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、喀痰、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でIgM抗体の検出若しくはIgG抗体256倍以上、又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

8 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案した結果、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案した結果、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
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（ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

9 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	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	

10 キャサナル森林病

(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ナ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ナル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサナ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、キャサナ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、キャサナル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサナ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、キャサナ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
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（ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

1.1 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流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、眼球後部痛の症状で始まる。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	血清
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清で1gM抗体64倍以上若しくは1gG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）	

1.2 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

1.3 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	
免疫拡散法による抗体の検出	血清、髄液

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こととされている。

(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、ヘア血清による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抗体の検出又はヘア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清
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）	

16 腎症候性出血熱

(1) 定義

ハンタウイルス（ブニヤウイルス科ハンタウイルス属）による熱性・腎性疾患である。

(2) 臨床的特徴

主にネズミの排泄物に接触（エアロゾルの吸入を含む）することにより、ヒトにウイルスが伝播する。このウイルスはヒトに感染すると状況により重篤な全身感染、あるいは腎疾患を生じ、以下の型が知られている。

ア 重症アジア型

ドブネズミ、高麗セスジネズミが媒介する。潜伏期間は10～30日で、発熱で始まる有熱期、低血圧期（ショック）（4～10日）、乏尿期（8～13日）、利尿期（10～28日）、回復期に分けられる。全身皮膚に点状出血が出ることもある。発症から死亡までの時間は4～28日で、尿素窒素は50～300mg/dlに達する。常時高度の蛋白尿、血尿を伴う。

イ 軽症スカンジナビア型

ヤチネズミによる。ごく軽度の発熱、蛋白尿、血尿のみみられるのみで、極めてまれに重症化する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、尿（急性期）
PCR法による病原体の遺伝子の検出（白血球を用いる）	
ELISA法又は間接蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

17 西部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する西部ウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、イエカと鳥の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬による。潜伏期間は5～10日であり、頭痛、発熱、情緒不安、振戦、易興奮性、項部硬直、羞明、ときに異常な精神状態などがみられる。脳炎を生じると意識障害、弛緩性/痙攣性麻痺がみられる。特に乳児では急速な経過を取り、固縮、痙攣、泉門膨隆などがみられ、生残者の

60%以上で脳に障害を残し、進行性の知能発育不全をきたす。年長になるほど回復は早く、通常は5～10日で回復する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

18 ダニ媒介脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するダニ媒介脳炎ウイルスによる感染症であり、中央ヨーロッパダニ媒介脳炎とロシア春夏脳炎の2型に分けられる。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類との間に感染環が維持されているが、マダニでは経卵伝播もありうる。ヒトへの感染は主にマダニの刺咬によるが、ヤギの乳の飲用によることもある。潜伏期間は通常7～14日である。中央ヨーロッパ型では、発熱、筋肉痛などのインフルエンザ様症状が出現し、2～4日間続く。症例の三分の一では、その後数日経って第Ⅱ期に入り、髄膜脳炎を生じて痙攣、眩暈、知覚異常などを呈する。致死率は1～2%であるが、神経学的後遺症が10～20%にみられる。ロシア春夏脳炎では、突然に高度の頭痛、発熱、悪心、羞明などで発症し、その後順調に回復する例もあるが、他では髄膜脳炎に進展し、項部硬直、痙攣、精神症状、頸部や上肢の弛緩性麻痺などがみられる。致死率は20%に上り、生残者の30～40%では神経学的後遺症を来す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出(ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

19 炭疽

(1) 定義

本症は炭疽菌(*Bacillus anthracis*)によるヒトと動物の感染症である。

(2) 臨床的特徴

ヒト炭疽には4つの主要な病型がある。

ア 皮膚炭疽

全体の95～98%を占める。潜伏期は1～7日である。初期病変はニキビや虫さされ様で、かゆみを伴うことがある。初期病変周囲には水疱が形成され、次第に典型的な黒色の痂皮となる。およそ80%の患者では痂皮の形成後7～10日で治癒するが、20%では感染はリンパ節及び血液へと進展し、敗血症を発症して致死性である。

イ 肺炭疽

上部気道の感染で始まる初期段階はインフルエンザ等のウイルス性呼吸器感染や軽度の気管支肺炎に酷似しており、軽度の発熱、全身倦怠感、筋肉痛等を訴える。数日して第2の段階へ移行すると突然呼吸困難、発汗及びチアノーゼを呈する。この段階に達すると通常、24時間以内に死亡する。

ウ 腸炭疽

本症で死亡した動物の肉を摂食した後2～5日で発症する。腸病変部は回腸下部及び盲腸に多い。初期症状として悪心、嘔吐、食欲不振、発熱があり、次いで腹痛、吐血を呈し、血液性の下痢を呈する場合もある。毒血症へと移行すると、ショック、チアノーゼを呈し死亡する。腸炭疽の致死率は25～50%とされる。

エ 髄膜炭疽

皮膚炭疽の約5%、肺炭疽の2/3に引き続いて起こるが、まれに初感染の髄膜炭疽もある。髄膜炭疽は治療を行っても、発症後2～4日で100%が死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣組織、血液、髄液、胸水、皮膚病変部
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

20 チクングニア熱

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するチクングニアウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

チクングニアウイルスを保有するヤブカ属のネッタイシマカ、ヒトスジシマカなどに刺されることで感染する。潜伏期間は3～12日(通常3～7日)で、患者の大多数は急性熱性疾患の症状を呈する。発熱と関節痛は必発であり、発疹は8割程度に認められる。関節痛は四肢(遠位)に強く対称性で、その頻度は手首、足首、指趾、膝、肘、肩の順であり、関節の炎症や腫脹を伴う場合もある。関節痛は急性症状が軽快した後も、数週間から数ヶ月にわたって続く場合がある。その他の症状としては、全身倦怠感・頭痛・筋肉痛・リンパ節腫脹である。血液所見では、リンパ球減少、血小板減少が認められる。重症例では神経症状(脳症)や劇症肝炎が報告されている。アフリカ、インド洋島嶼国、インド、東南アジアの熱帯・亜熱帯地域を中心として流行がみられている。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からチクングニア熱が疑われ、かつ、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
ELISA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、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、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)	
ELISA法又は中和試験による抗体の検出(1gM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)	血清

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(1gM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、膵炎を呈することがある。未治療時の致死率は5%程度で、心内膜炎が死亡原因の大半を占める。男性では20%程度の患者に、精巣上体炎・精巣痛があらわれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出（抗原がアポルトラスの場合は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案した結果、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案した結果、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案した結果、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案した結果、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、症状や所見からマラリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリア患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのマラリア原虫の証明、かつ、原虫種の確認による病原体の検出	血液
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
フローサイトメトリー法によるマラリア原虫感染赤血球の検出	

37 野兔病

(1) 定義

野兔病菌 (*Francisella tularensis*) による発熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

保菌動物の解体や調理の時の組織又は血液との接触や、マダニ、アブなど節足動物の刺咬により感染する。また、汚染した生水からも感染する。ヒトは感受性が高く、健康な皮膚からも感染する。ヒトからヒトへの感染の報告はない。潜伏期間は3日をピークとする1～7日である。初期症状は菌の侵入部位によって異なり、潰瘍リンパ節型、リンパ節型、眼リンパ節型、肺炎型などがある。一般的には悪寒、波状熱、頭痛、筋肉痛、所属リンパ節の腫脹と疼痛などの症状がみられる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病の無症状病原体保有者と診断した

合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣部拭い液、摘出リンパ節、リンパ節穿刺液、咽頭拭い液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
菌凝集反応法による抗体の検出(単一血清で40倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

38 ライム病

(1) 定義

マダニ(Ixodes 属)刺咬により媒介されるスピロヘータ(ライム病ボレリア; *Borrelia burgdorferi sensu lato*)感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染初期(stage I)には、マダニ刺咬部を中心として限局性に特徴的な遊走性紅斑を呈することが多い。随伴症状として、筋肉痛、関節痛、頭痛、発熱、悪寒、全身倦怠感などのインフルエンザ様症状を伴うこともある。紅斑の出現期間は数日から数週間といわれ、形状は環状紅斑又は均一性紅斑がほとんどである。

播種期(stage II)には、体内循環を介して病原体が全身性に拡散する。これに伴い、皮膚症状、神経症状、心疾患、眼症状、関節炎、筋肉炎など多彩な症状が見られる。

感染から数か月ないし数年を経て、慢性期(stage III)に移行する。患者は播種期の症状に加えて、重度の皮膚症状、関節炎などを示すといわれる。本邦では、慢性期に移行したとみられる症例は現在のところ報告されていない。症状としては、慢性萎縮性肢端皮膚炎、慢性関節炎、慢性脳脊髄炎などがあげられる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液(髄膜炎、脳炎の場合)
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

39 リッサウイルス感染症

(1) 定義

狂犬病ウイルスを除くリッサウイルス属のウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

本ウイルスを保有する野生のコウモリとの接触により感染すると考えられている。潜伏期間は狂犬病ウイルスに準じた期間と考えられる(20~90日が基本的な潜伏期間。咬傷部位や数によって潜伏期間も異なると思われる)。

臨床症状としては、頭痛、発熱、全身倦怠感、創傷部位の知覚過敏や疼痛を伴う場合があり、興奮、恐水症状、精神錯乱などの中枢神経症状を伴う場合もある。一般的に、発症後2週間以内に死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料及び唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織

4.0 リフトバレー熱

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属に属するリフトバレー熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、主にヤブカ属の蚊と牛や羊の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染は、主に蚊あるいは他の吸血性昆虫の刺咬によるが、動物の血液や他の体液による接触感染もありうる。潜伏期間は2～6日で、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛等のインフルエンザ様症状を呈し、項部硬直、肝機能障害、羞明、嘔吐を呈することもあるが、通常は4～7日で回復する。重症例では網膜炎(0.5～2%)、出血熱(<1%)、脳炎(<1%)を発症することがある。致死率は全体としては1%程度であるが、出血熱を呈した場合には50%にも達する。後遺症としては、網膜炎後の失明が重要である。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	

4.1 類鼻疽

(1) 定義

類鼻疽菌(*Burkholderia pseudomallei*)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は土壌や地上水との接触感染であるが、粉塵の吸入や飲水などによることもある。潜伏期間は通常3～21日であるが、年余にわたることもある。皮膚病変としてはリンパ節炎をともなう小結節を形成し、発熱を伴うこともある。呼吸器系病変としては気管支炎、肺炎を発症するが、通常は高熱を伴い、胸痛を生じ、乾性咳嗽、あるいは正常喀痰の湿性咳嗽がみられる。HIV感染症、腎不全、糖尿病などの基礎疾患を有する場合には、敗血症性ショックを生じることがある。慢性感染では関節、肺、腹部臓器、リンパ節、骨などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚 病変組織・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

4.2 レジオネラ症

(1) 定義

*Legionella*属菌(*Legionella pneumophila*など)が原因で起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

在郷軍人病(レジオネラ肺炎)とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レ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
L A M P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（ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、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(M A T)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

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 抗体の検出又はヘア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からアメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、アメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下での病原体の検出	便、病変部(大腸粘膜組織、膿瘍液)
E L I S A法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	便
抗体の検出	血清

2 ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)

(1) 定義

ウイルス感染を原因とする急性肝炎(B型肝炎、C型肝炎、その他のウイルス性肝炎)である。慢性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。

(2) 臨床的特徴

一般に全身倦怠感、感冒様症状、食欲不振、悪感、嘔吐などの症状で急性に発症して、数日後に褐色尿や黄疸を伴うことが多い。発熱、肝機能異常、その他の全身症状を呈する発病後間もない時期には、かぜあるいは急性胃腸炎などと類似した症状を示す。

潜伏期間は、B型肝炎では約3か月間、C型肝炎では2週間から6か月間である。

臨床病型は、黄疸を伴う定型的急性肝炎のほかに、顕性黄疸を示さない無黄疸性肝炎、高度の黄疸を呈する胆汁うっ滞性肝炎、急性肝不全症状を呈する劇症肝炎などに分類される。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

(ア) B型肝炎

検査方法	検査材料
I g M H B c抗体の検出(明らかなキャリアからの急性増悪例は含まない)	血清

(イ) C型肝炎

検査方法	検査材料
抗体陰性で、H C V RNA又はH C Vコア抗原の検出	血清
ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇	

(ウ) その他のウイルス性肝炎

その他のウイルス性肝炎の届出を行う際には、病原体の名称と、検査方法、検査材料についても届け出る。

ウ その他

ウイルス性肝炎の届出基準を満たすもので、かつ、劇症肝炎となったものについては、届出票の「症状」欄にその旨を記載する。

劇症肝炎については、以下の基準を用いる。

ア 肝炎のうち、症状発現後8週以内に高度の肝機能障害に基づいて肝性昏睡Ⅱ度以上の脳症をきたし、プロトロンビン時間40%以下を示すもの。

イ 発病後10日以内の脳症の発現は急性型、それ以降の発現は亜急性型とする。

3 カルバベネム耐性腸内細菌目細菌感染症

(1) 定義

メロベネムなどのカルバベネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌目細菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に感染防御機能の低下した患者や外科手術後の患者、抗菌薬を長期にわたって使用している患者などに感染症を起こす。健康者に感染症を起こすこともある。肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎その他多様な感染症を起こす。ただし、無症状で腸管等に保菌されることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からカルバベネム耐性腸内細菌目細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバベネム耐性腸内細菌目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索した結果、症状や所見から、カルバベネム耐性腸内細菌目細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバベネム耐性腸内細菌目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目細菌の検出、かつ、次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認 ア メロベネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はメロベネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること イ 次のいずれにも該当することの確認 (ア) イミペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること (イ) セフメタゾールのMIC値が64μg/ml以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12mm以下であること	血液、腹水、胸水、髄液その他の通常無菌的であるべき検体
次のいずれにも該当することの確認 ア 分離・同定による腸内細菌目細菌の検出 イ 次のいずれかによるカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対する耐性の確認 (ア) メロベネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はメロベネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること (イ) 次のいずれにも該当することの確認 a イミペネムのMIC値が2μg/ml以上であること、又はイミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が2mm以下であること b セフメタゾールのMIC値が64μg/ml以上であること、又はセフメタゾールの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が12mm以下であること ウ 分離菌が感染症の起因为と判定されること	喀痰、膿、尿その他の通常無菌的ではない検体

4 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）

(1) 定義

ウイルスなどの種々の病原体の感染により弛緩性の運動麻痺症状を呈する感染症である。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、手足や呼吸筋などに筋緊張の低下、筋力低下、深部腱反射の減弱ないし消失、筋萎縮などの急性の弛緩性の運動麻痺症状を呈する。発症機序が同一ではないが、同様の症状を呈するポリオ様麻痺、急性弛緩性脊髄炎、急性脳脊髄炎、急性脊髄炎、ギラン・バレー症候群、急性横断性脊髄炎、Hopkins 症候群等もここには含まれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)届出に必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者の死体を検索した結果、症状や所見から、急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（3つすべてを満たすもの）

ア 15歳未満
イ 急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者
ウ 明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと

5 急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）

(1) 定義

ウイルスなど種々の病原体の感染による脳実質の感染症である。

炎症所見が明らかではないが、同様の症状を呈する脳症もここには含まれる。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、高熱に続き、意識障害や痙攣が突然出現し、持続する。髄液細胞数が増加しているものを急性脳炎、正常であるものを急性脳症と診断することが多いが、その臨床症状に差はない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

意識障害を伴って死亡した者、又は意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、以下のうち、少なくとも1つの症状を呈した場合である。

熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷など、明らかに感染性とは異なるものは除外する。

ア 38℃以上の高熱
イ 何らかの中樞神経症状
ウ 先行感染症状

6 クリプトスポリジウム症

(1) 定義

クリプトスポリジウム属原虫 (*Cryptosporidium spp.*) のオーシストを経口摂取することによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は4～5日ないし10日程度と考えられ、無症状のものから、食欲不振、嘔吐、腹痛、下痢などを呈するものまで様々である。

患者の免疫力が正常であれば、通常は数日間自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全状態にある場合は、重篤な感染を起こすことがあり、1日に3～5リットル、時に10リットルをこえる下痢によって死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見

から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、臍液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

7 クロイツフェルト・ヤコブ病

(1) 定義

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下「CJD」という。）に代表されるプリオン病とは、その感染因子が細菌やウイルスと異なり、核酸を持たない異常プリオン蛋白と考えられている伝播可能な致死性疾患である。すべてのプリオン病は中枢神経に異常プリオン蛋白が蓄積することによって発症し、致死性である。長い潜伏期を有する等の共通した特徴があるが、その臨床像は多彩である。

(2) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる者を診察し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死者の死体

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる死体を検案し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たし、クロイツフェルト・ヤコブ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(3) 届出に必要な要件

ア 孤発性プリオン病

(ア) 進行性認知症を示し、表1に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) ①ミオクローヌス、②錐体路又は錐体外路症状、③小脳症状又は視覚異常、④無動性無言の4項目のうち2項目以上の症状を示す症例

(ウ) 脳波に周期性同期性放電（PSD）を認める症例

(エ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又は Western Blot 法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

・疑い（possible）上記（ア）、（イ）の両方を満たす症例

・ほぼ確実（probable）上記（ア）～（ウ）をすべて満たす症例

・確実（definite）上記（エ）を満たす症例

イ 遺伝性プリオン病

遺伝性プリオン病には、ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（GSS）及び家族性致死性不眠症（FFI）がある。

(ア) 表2、3に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) 遺伝性プリオン病を示唆する家族歴がある症例

(ウ) 遺伝性プリオン病として臨床所見が矛盾しない症例

(エ) プリオン蛋白遺伝子変異が証明された症例

(オ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又は Western Blot 法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

・疑い（possible）上記（ア）～（ウ）をすべて満たす症例

・ほぼ確実（probable）上記（ア）、（ウ）、（エ）をすべて満たす症例

・確実（definite）上記（エ）、（オ）の両方を満たす症例

ウ 感染性プリオン病

(ア) 医原性CJD

孤発性プリオン病と同様の症状、所見を有する症例のうち、ヒト由来乾燥硬膜移植、ヒト由来角膜移植、ヒト下垂体由来の成長ホルモンやゴナドトロピンの使用等の既往がある症例。診断の確実度は(3)ア 弧

発性プリオン病と同じ。

(イ) 変異型CJD

I

- A. 進行性精神・神経障害
- B. 経過が6か月以上
- C. 一般検査上、他の疾患が除外できる
- D. 医原性の可能性が低い
- E. 家族性プリオン病を否定できる

II

- A. 発病初期の精神症状^a
- B. 遷延性の痛みを伴う感覚障害^b
- C. 失調
- D. ミオクローヌスか、舞踏運動か、ジストニア
- E. 認知症

III

- A. 脳波でPSD陰性^c（又は脳波が未施行）
- B. MRIで両側対称性の視床枕の高信号^d

IV

- A. 口蓋扁桃生検で異常プリオン陰性^e
 - ・確実例：I Aと神経病理で確認したもの^f
 - ・ほぼ確実例：I + IIの4/5項目 + III A + III B又はI + IV A
 - ・疑い例：I + IIの4/5項目 + III A

V 表4に掲げる疾患等の他の疾病を除外できる症例

^a抑鬱、不安、無関心、自閉、錯乱

^bはっきりとした痛みや異常感覚

^c約半数で全般性三相性周期性複合波

^d大脳灰白質や深部灰白質と比較して

^e口蓋扁桃生検をルーチンに施行したり、孤発性CJDに典型的な脳波所見を認める例に施行することは推奨されないが、臨床症状は矛盾しないが視床枕に高信号を認めない変異型CJD疑い例には有用である。

^f大脳と小脳の全体にわたって海綿状変化と広範なプリオン蛋白陽性の花弁状クラーブ斑

表1. 孤発性プリオン病と鑑別を要する疾患

- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・前頭葉・側頭葉型認知症
- ・脳血管障害
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・脊髄小脳変性症
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・てんかん
- ・脳炎、髄膜炎
- ・エイズ脳症
- ・自己免疫性脳症・傍腫瘍性症候群
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝不全、腎不全、薬物中毒等）
- ・低酸素脳症
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の原因による老年期認知症性疾患（大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・内因性精神病
- ・孤発性プリオン病以外のプリオン病

表2. ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（GSS）と鑑別を要する疾患

- ・家族性痙性対麻痺
- ・脊髄小脳変性症
- ・アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・脳炎、髄膜炎
- ・自己免疫性脳症
- ・傍腫瘍性症候群
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・代謝性脳症（リビドーシス、薬物中毒等）
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺等）
- ・GSS以外のプリオン病

表3. 家族性致死性不眠症（FFI）と鑑別を要する疾患

- ・視床変性症
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脊髄小脳変性症
- ・純粋自律神経不全症（pure autonomic failure）
- ・シャイ・ドレーガー症候群
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症等）
- ・悪性リンパ腫
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・脳炎、髄膜炎
- ・その他の病因による視床症候群
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・FFI以外のプリオン病

表4. 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）と鑑別を要する疾患

- ・内因性精神病
- ・視床変性症
- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（Wilson病、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、薬物中毒、リビドーシス等）
- ・脳炎、髄膜炎
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・その他の病因による視床症候群
- ・変異型CJD以外のプリオン病

8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症

(1) 定義

β溶血を示すレンサ球菌を原因とし、突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態である。

(2) 臨床的特徴

初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状（食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢）、全身倦怠感、低血圧などの敗血症症状、筋痛などであるが、明らかな前駆症状がない場合もある。後発症状としては軟部組織病変、循環不全、呼吸不全、血液凝固異常（DIC）、肝腎症状など多臓器不全を来し、日常生活を営む状態から24時間以内に多臓器不全が完結する程度の進行を示す。

す。A群レンサ球菌等による軟部組織炎、壊死性筋膜炎、上気道炎・肺炎、産褥熱は現在でも致命的となりうる疾患である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、劇症型溶血性レンサ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のアの（ア）及び（イ）かつイを満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) ショック症状

(イ) (以下の症状のうち2つ以上)

肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群、DIC、軟部組織炎（壊死性筋膜炎を含む）、全身性紅斑性発疹、痙攣・意識消失などの中枢神経症状

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	通常無菌的な部位（血液、髄液、胸水、腹水）、生検組織、手術創、壊死軟部組織

9 後天性免疫不全症候群

(1) 定義

レトロウイルスの一種であるヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus; HIV）の感染によって免疫不全が生じ、日和見感染症や悪性腫瘍が合併した状態。

(2) 臨床的特徴

HIVに感染した後、CD4陽性リンパ球数が減少し、無症候性の時期（無治療で数年から10年程度）を経て、生体が高度の免疫不全症に陥り、日和見感染症や悪性腫瘍が生じてくる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、(4)アの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件により、後天性免疫不全症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件

ア HIV感染症の診断（無症候期）

(ア) HIVの抗体スクリーニング検査法（酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性的場合にHIV感染症と診断する。

- ① 抗体確認検査（Western Blot法等）
- ② HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（PCR等）等の

病原体に関する検査（以下「HIV病原検査」という。）

(イ) ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくともHIVの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にHIV感染症と診断する。

- ① HIV病原検査が陽性
- ② 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

イ AIDSの診断

アの基準を満たし、下記の指標疾患（Indicator Disease）の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。ただし、(ア)の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何らかの症状を認める場合には、その他とする。

指標疾患（Indicator Disease）

A. 真菌症

1. カンジダ症（食道、気管、気管支、肺）
2. クリプトコッカス症（肺以外）
3. コクシジオイデス症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. ニューモシスティス肺炎
(注) *P. carinii*の分類名が*P. jirovecii*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って、経口感染を起こす。健康な者の場合には無症状のことも多いが、食欲不振、腹部不快感、下痢（しばしば脂肪性下痢）等の症状を示すこともあり、免疫不全状態では重篤となることもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、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	

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 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、先天性風しん症候群が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のア及びイの両方を満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

- (ア) CRS典型例；「①から2項目以上」又は「①から1項目と②から1項目以上」
 (イ) その他；「①若しくは②から1項目以上」

① 白内障又は先天性緑内障、先天性心疾患、難聴、色素性網膜症
② 紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、X線透過性の骨病変、生後24時間以内に出現した黄疸

イ 病原体診断又は抗体検査の方法

- (ア) 以下のいずれか1つを満たし、出生後の風しん感染を除外できるもの

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、唾液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
赤血球凝集阻止抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続（出生児の赤血球凝集阻止抗体価が、月あたり1/2の低下率で低下していない。）	

16 梅毒

(1) 定義

スピロヘータの一種である梅毒トレポネーマ（*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 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
染色法またはPCR検査等による病原体の検出	病変（初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹）
・次の1)、2)の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1) カルジオリピンを抗原とする検査 例) RPRカードテスト、凝集法、自動化法等	血清

- 2) *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、百日咳特有の咳が始まる。乳児（特に新生児や乳児早期）ではまれに咳が先行しない場合がある。

典型的な臨床像は顔を真っ赤にしてコンコンと激しく発作性に咳込み（スタッカート）、最後にヒューと音を立てて息を吸う発作（ウーブ）となる。嘔吐や無呼吸発作（チアノーゼの有無は問わない）を伴うことがある。血液所見としては白血球数増多が認められることがある。乳児（特に新生児や乳児早期）では重症になり、肺炎、脳症を合併し、まれに致死的となることがある。

ワクチン既接種の小児や成人では典型的な症状がみられず、持続する咳が所見としてみられることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。ただし、検査確定例と接触があり、(2)の臨床的特徴を有する者については、必ずしも検査所見を必要としない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔、咽頭、気管支などから採取された検体
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	鼻咽頭拭い液
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

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 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 麻しん（臨床診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

ウ 修飾麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 麻しんに特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（IgM抗体の検出、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 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が15mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起原菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が15mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

2.5 RSウイルス感染症

(1) 定義

RSウイルス（respiratory syncytial virus）による急性呼吸器感染症である。乳児期の発症が多く、特徴的な病像は細気管支炎、肺炎である。

(2) 臨床的特徴

2日～1週間（通常4～5日）の潜伏期間の後に、初感染の乳幼児では上気道症状（鼻汁、咳など）から始まり、その後下気道症状が出現する。38～39℃の発熱が出現することがある。25～40%の乳幼児に気管支炎や肺炎の兆候がみられる。

1歳未満、特に6か月未満の乳児、心肺に基礎疾患を有する小児、早産児が感染すると、呼吸困難などの重篤な呼吸器疾患を引き起こし、入院、呼吸管理が必要となる。乳児では、細気管支炎による喘鳴（呼吸性喘鳴）

が特徴的である。

その後、多呼吸、陥没呼吸などの症状あるいは肺炎を認める。新生児期あるいは生後2～3か月未満の乳児では、無呼吸発作の症状を呈することがある。再感染の幼児の場合には、細気管支炎や肺炎などは減り、上気道炎が増える。中耳炎を合併することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からRSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、RSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

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

(4) 届出に必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
中和反応又は補体結合反応による抗体の検出(補体結合反応にて、急性期と2～3週間以後の回復期に抗体陽転又は抗体価の有意の上昇を認めれば確定)	血清

26 咽頭結膜熱

(1) 定義

発熱・咽頭炎及び結膜炎を主症状とする急性のウイルス感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は5～7日、症状は発熱、咽頭炎(咽頭発赤、咽頭痛)、結膜炎が三主症状である。アデノウイルス3型が主であるが、他に4、7、11型なども本症を起こす。発生は年間を通じてみられるが、さまざまな規模の流行的発生をみる。特に夏季に流行をみることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 結膜充血

27 A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

(1) 定義

A群レンサ球菌による上気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児では咽頭炎、年長児や成人では扁桃炎が現れ、発赤毒素に免疫のない人は猩紅熱といわれる全身症状を呈する。気管支炎を起こすことも多い。発疹を伴うこともあり、リウマチ熱や急性糸球体腎炎などの二次疾患を起こすこともある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 莓舌

(5) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の培養・同定による病原体の検出	咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
A S O法又はA S K法による抗体の検出(ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

28 感染性胃腸炎

(1) 定義

細菌又はウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とする感染症である。原因はウイルス感染(ロタウイルス、ノロウイルスなど)が多く、毎年秋から冬にかけて流行する。また、エンテロウイルス、アデノウイルスによるものや細菌性のももみられる。

(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日ぐらいつぎた頃から、手掌、足底にやや紅暈を伴う小水疱が多発し、舌や口腔粘膜に浅いびらんアフタを生じる。水疱はやや楕円形を呈し、臀部、膝部などに紅色の小丘疹が散在することもある。皮疹は1週間から10日で自然消退する。ごくまれに髄膜炎や脳炎などが生じることがあるので、発熱や嘔吐、頭痛などがある場合は注意を要する。エンテロウイルス71型による手足口病の場合にその頻度が高い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 手のひら、足底又は足背、口腔粘膜に出現する2～5mm程度の水疱
イ 水疱は痂皮を形成せずに治癒

31 伝染性紅斑

(1) 定義

B19ウイルスの感染による紅斑を主症状とする発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

幼少児 (2～12歳) に多いが、乳児、成人が罹患することもある。潜伏期は4～15日。顔面、特に頬部に境界明瞭な平手で頬を打ったような紅斑が突然出現する。つづいて四肢に対側にレース様の紅斑が出現する。消退後さらに日光照射、外傷などによって再度出現することがある。発疹の他に発熱、関節痛、咽頭痛、鼻症状、胃腸症状、粘膜疹、リンパ節腫脹、関節炎を合併することがある。予後は通常、良好である。但し、溶血性貧血の患者では、汎血球減少を起こすことがある。妊婦の場合には、胎児水腫又は流産を起こすことがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 左右の頬部の紅斑の出現
イ 四肢のレース様の紅斑の出現

32 突発性発しん

(1) 定義

乳幼児がヒトヘルペスウイルス6、7型の感染による突然の高熱と解熱前後の発疹を来す疾患である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児期、特に6～18か月の間に罹患することが多い。5歳以上はまれである。

突然、高熱で発症、不機嫌で大泉門の膨隆をみることがある。咽頭部の発赤、特に口蓋垂の両側に強い斑状発赤を認めることがある。軟便若しくは下痢を伴うものが多く、発熱は3～4日持続した後に解熱する。

解熱に前後して小さな紅斑や紅色丘疹が出現し、散在性、時に斑状融合性に分布する。発疹は体幹から始まり上肢、頸部の順に広がるが、顔面、下肢には少ない。発疹は1～2日で消失する。脳炎を合併することがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しん患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

届出の対象は、上記の臨床的特徴に合致するものであるため、届出の対象は5歳未満のみとする。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しんにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

ければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 突然に発熱し、2～4日間持続
イ 解熱に前後して体幹部、四肢、顔面の発疹が出現

3.3 ヘルパンギーナ

(1) 定義

主にコクサッキーウイルスA群による口咽部に特有の小水泡と発熱を主症状とする夏かぜの一種である。多くは、コクサッキーウイルスA群2～8、10、12型、まれにその他のエンテロウイルスも病原として分離されることがある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は2～4日、初夏から秋にかけて、乳幼児に多い。突然の38～40℃の発熱が1～3日間続き、全身倦怠感、食欲不振、咽頭痛、嘔吐、四肢痛などがある場合もある。咽頭所見は、軽度で発赤し、口蓋から口蓋帆にかけて1～5mmの小水泡、これから生じた小潰瘍、その周辺に発赤を伴ったものが数個認められる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 突然の高熱での発症
イ 口蓋垂付近の水疱疹や潰瘍や発赤

3.4 流行性耳下腺炎

(1) 定義

ムンプスウイルス感染により耳下腺が腫脹する感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道を介して飛沫感染し潜伏期は2～3週間で、両側又は片側の耳下腺が腫脹し、ものを嚙むときに顎に痛みを訴えることが多い。このとき数日の発熱を伴うものが多い。耳下腺腫脹は有痛性で、境界不鮮明な柔らかい腫脹が耳朶を中心として起こる。他の唾液腺の腫脹をみることもある。耳下腺開口部の発赤が認められるが、膿汁の排泄はない。合併症としては、髄膜炎、脳炎、肺炎、難聴などがあり、その他成人男性には睾丸炎、成人女子には卵巣炎がみられることがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2つすべてを満たすもの)

ア 片側ないし両側の耳下腺の突然の腫脹と、2日以上持続
イ 他に耳下腺腫脹の原因がないこと

3.5 インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)

(1) 定義

インフルエンザウイルス (鳥インフルエンザの原因となるA型インフルエンザウイルス及び新型インフルエンザ等感染症の原因となるインフルエンザウイルスを除く。)の感染による急性気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴うことを特徴とする。流行期 (我が国では、例年11月～4月)にこれらの症状のあったものはインフルエンザと考えられるが、非流行期での臨床診断は困難である。合併症として、脳症、肺炎を起こすことがある。

(3) 届出基準 (インフルエンザ定点における場合)

ア 患者 (確定例)

指定届出機関 (インフルエンザ定点)の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、インフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

①届出のために必要な臨床症状 (4つすべてを満たすもの)

ア 突然の発症
イ 高熱
ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

②届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液

(4) 届出基準 (基幹定点における場合)

ア 入院患者

指定届出機関 (基幹定点)の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、(3)①のすべてを満たすか、(3)①のすべてを満たさなくても(3)②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

3.6 急性出血性結膜炎

(1) 定義

エンテロウイルス70型及びコクサッキーウイルスA24変異型の感染によって起こる急性結膜炎である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は1日で強い眼の痛み、異物感で始まり、結膜の充血、特に結膜下出血を伴うことが多い。眼瞼の腫脹、眼脂、結膜浮腫、角膜表層のび慢性混濁などがみられ眼痛、異物感がある。約1週間続いて治癒することが多いが、この疾患に罹患したのち6～12か月後に四肢の運動麻痺を来す

ことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（下記のうち2つ以上）

ア 急性濾胞性結膜炎
イ 眼脂、眼痛、異物感などを伴う眼瞼腫脹
ウ 結膜下出血

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週間で自然に治癒するが、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1gM抗体の検出（迅速診断キット））	血清

4.7 無菌性髄膜炎

(1) 定義

種々のウイルスを中心とした病原体の感染による髄膜の感染症である。

(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32 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14mm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15mm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16 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13mm以下	
イ アミカシンのM I C値が32 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14mm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15mm以下	

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

第7 新型コロナウイルス感染症

1 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）

(1) 定義

新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）（以下「COVID-19」という）による急性呼吸器症候群である。

(2) 臨床的特徴等（2020年5月13日時点）

臨床的な特徴としては、潜伏期間は1～10日（通常2～4日）である。主な症状は、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。

(3) 届出基準（COVID-19 定点における場合）

ア 患者（確定例）

指定届出機関（COVID-19 定点）の管理者は、(2)の臨床的特徴を有する者について、次の表の左欄に掲げる検査方法により当該者を新型コロナウイルス感染症と診断した場合又は発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、COVID-19であることが確定したものと同居している者（飲食、入浴、就寝等を共にする家族や同居者）であり、医師が総合的に判断した結果、COVID-19と臨床的に診断する場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用

いること。

イ 感染症死者の死体

指定届出機関（COVID-19 定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、当該者をCOVID-19により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、その他検査方法に適する材料
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	
抗原定性検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液
抗原定量検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液

(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COVID-19が疑われ、かつ、以下の表に掲げる検査方法により、当該者をCOVID-19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。

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を。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、1の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及び感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、原因不明の重症の感染症の発生動向を把握することを目的としており、当該患者の症状、渡航歴その他の情報を総合的に勘案して、届出を行うものである。

(4) 全般的注意事項

(1) において、当該症状が

ア 感染症法に規定する感染症によるものでないことが明らかである場合には、本届出の対象とはならない。

イ 感染症法に規定する感染症によるものであることが明らかであり、かつ、いずれの感染症であるかが特定可能な場合には、当該感染症の届出基準に基づき届出を行うこととなるため、本届出の対象とはならない。

3) 検査結果コード表 (基幹定点通報用)

10000	Virus NT	10141	Adeno 41	10822	Coxa. A22
10100	Adeno NT	10142	Adeno 40/41	10824	Coxa. A24
10101	Adeno 1	10143	Adeno 43	10900	Coxa. B NT
10102	Adeno 2	10144	Adeno 44	10901	Coxa. B1
10103	Adeno 3	10145	Adeno 45	10902	Coxa. B2
10104	Adeno 4	10146	Adeno 46	10903	Coxa. B3
10105	Adeno 5	10147	Adeno 47	10904	Coxa. B4
10106	Adeno 6	10190	Adeno 34/35	10905	Coxa. B5
10107	Adeno 7	10191	Adeno 42	10906	Coxa. B6
10108	Adeno 8	10300	Parainf. NT	11000	Echo NT
10109	Adeno 9	10301	Parainf. 1	11001	Echo 1
10110	Adeno 10	10302	Parainf. 2	11002	Echo 2
10111	Adeno 11	10303	Parainf. 3	11003	Echo 3
10112	Adeno 12	10304	Parainf. 4	11004	Echo 4
10113	Adeno 13	10313	Nipah	11005	Echo 5
10114	Adeno 14	10314	Hendra	11006	Echo 6
10115	Adeno 15	10400	RS	11007	Echo 7
10116	Adeno 16	10430	Human metapneumo	11009	Echo 9
10117	Adeno 17	10500	Rhino	11011	Echo 11
10118	Adeno 18	10600	Aichi	11012	Echo 12
10119	Adeno 19	10800	Coxa. A NT	11013	Echo 13
10120	Adeno 20	10801	Coxa. A1	11014	Echo 14
10121	Adeno 21	10802	Coxa. A2	11015	Echo 15
10122	Adeno 22	10803	Coxa. A3	11016	Echo 16
10123	Adeno 23	10804	Coxa. A4	11017	Echo 17
10124	Adeno 24	10805	Coxa. A5	11018	Echo 18
10125	Adeno 25	10806	Coxa. A6	11019	Echo 19
10126	Adeno 26	10807	Coxa. A7	11020	Echo 20
10127	Adeno 27	10808	Coxa. A8	11021	Echo 21
10128	Adeno 28	10809	Coxa. A9	11022	Parecho 1
10129	Adeno 29	10810	Coxa. A10	11023	Parecho 2
10130	Adeno 30	10811	Coxa. A11	11024	Echo 24
10131	Adeno 31	10812	Coxa. A12	11025	Echo 25
10132	Adeno 32	10813	Coxa. A13	11026	Echo 26
10133	Adeno 33	10814	Coxa. A14	11027	Echo 27
10134	Adeno 34	10815	Coxa. A15	11029	Echo 29
10135	Adeno 35	10816	Coxa. A16	11030	Echo 30
10136	Adeno 36	10817	Coxa. A17	11031	Echo 31
10137	Adeno 37	10818	Coxa. A18	11032	Echo 32
10138	Adeno 38	10819	Coxa. A19	11033	Echo 33
10139	Adeno 39	10820	Coxa. A20	11050	Parecho NT
10140	Adeno 40	10821	Coxa. A21	11053	Parecho 3

★ ; NTはnot typed で未同定の意味

11100	Polio NT	11901	B19	91420	Serratia sp
11101	Polio 1	12000	Inf. A (H1)	91430	Proteus sp
11102	Polio 2	12010	Inf. A NT	00111	Y. enterocolitica
11103	Polio 3	12011	Inf. A H1N1	00112	Y. pseudotuberculosis
11568	Entero 68	12020	Inf. A (H2)	91490	Haemophilus sp
11569	Entero 69	12022	Inf. A H2N2	00301	H. influenzae
11570	Entero 70	12030	Inf. A (H3)	91550	Fusobacterium sp
11571	Entero 71	12032	Inf. A H3N2	91600	Staphylococcus sp
11502	Picornia NT	12050	Inf. A (H5)	00171	S. aureus
11503	Entero NT	12051	Inf. A H5N1	91602	S. epidermidis
11200	Mumps	12203	Inf. B	91610	Peptococcus
11300	HV group NT	12204	Inf. C	91630	Neisseria sp
11301	HSV NT	13000	SARS corona	00321	N. meningitidis
11306	HSV-1	00270	Legionella sp.	00322	N. gonorrhoeae
11307	HSV-2	00271	L. pneumophila	91640	Acinetobacter sp
11303	VZV	00361	Myco. pneumoniae	91670	Peptostreptococcus sp
11302	EBV	20099	Chlamydia sp.	00221	Stre. pyogenes
11556	CMV	20100	Chlam. trachomatis	00222	Stre. agalactiae
11308	HHV 6	20700	Chlam. psittaci	00223	Stre. C
11309	HHV 7	20800	Chlam. pneumoniae	00224	Stre. G
11310	HHV 8	21401	Cox. burnetti	00226	Streptococcus 群不明
11304	Herpes B	21402	Other Ric.	00227	Stre. pneumoniae
11521	Measles	21403	R. prowazeki	00241	E. faecalis
11522	Rubella	21404	R. tsutsugamushi	00242	E. faecium
11552	Rabies	21405	R. japonica	91710	Listeria sp
11553	LCM	91100	Pseudomonas sp	00101	L. monocytogenes
11555	Papova	00281	P. aeruginosa	91720	Propionibacter. sp
11562	Reo NT	91120	Campylobacter sp	91750	Mycobacterium sp
11564	Rota	00161	C. jejuni	00291	M. tuberculosis
11566	Noro	00162	C. coli	00292	M. bovis
11671	Noro G I	00163	C. jejuni/coli	00293	M. avium
11672	Noro G II	00011	Salmonella Typhi	91770	Nocardia sp
11681	Sapo	00012	Salmonella Paratyphi	00331	T. pallidum
11650	Astro NT	00013	Salmonella 02 群	94301	Cryptococcus
11670	SRSV	00014	Salmonella 04 群	00371	C. neoformance
11702	JE	00015	Salmonella 07 群	94303	Candida
11709	Other Arbo	00016	Salmonella 08 群	94304	Candida albicans
11710	Dengue NT	00017	Salmonella 09 群	94498	Pneumocystis sp
11724	West Nile	00043	Salmonella 群不明	94499	P. carinii
11751	Hantaan	91380	Citrobacter sp	00998	その他の原虫・寄生虫
11801	HTLV	91390	Klebsiella sp	00999	その他の細菌
11802	HIV	00311	K. pneumoniae	99999	陰性, Negative
11900	Parvo	91400	Enterobacter sp	00000	検出せず

★ ; NTはnot typed で未同定の意味

4) 令和5年通知文書一覧

- 令和5年1月5日 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給等について
- 令和5年1月5日 新型コロナ自宅療養者オンライン診療センターの対象者拡大について
- 令和5年1月6日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロピッド®パック）の医療機関及び薬局への配分について（別紙、質疑応答集の改正）
- 令和5年1月10日 新型コロナウイルス感染症・季節性インフルエンザ同時期流行に備えた高齢者施設等の入所者に対する同時検査キットの利用環境の整備について
- 令和5年1月11日 福岡県休日等診療・検査体制整備協力金の対象期間の延長について
- 令和5年1月11日 高病原性鳥インフルエンザ（H5亜型）が疑われる事例の発生について
- 令和5年1月13日 新型コロナウイルス感染拡大を踏まえたコロナ病床の運用及び退院基準を満たした回復患者の積極的な受け入れについて
- 令和5年1月13日 新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方のご遺体の取扱いについて
- 令和5年1月20日 院内感染によりクラスターが発生した医療機関に対する福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金について
- 令和5年1月21日 抗原定性検査キットの配付対象者について（第2期 その2）
- 令和5年1月21日 医療用解熱鎮痛薬等の在庫逼迫に伴う協力依頼について
- 令和5年1月23日 ウガンダ共和国におけるエボラ出血熱の終息宣言について
- 令和5年1月26日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の医療機関及び薬局への配分について
- 令和5年2月2日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更等に関する対応方針について（情報提供）
- 令和5年2月3日 新型コロナ自宅療養者オンライン診療センターの閉所について
- 令和5年2月3日 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の病床確保料の執行に係る調査依頼について
- 令和5年2月3日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の使用にあたっての注意喚起について
- 令和5年2月8日 催物（イベント・集会等）の開催制限等について
- 令和5年2月8日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の変更について
- 令和5年2月8日 令和3年度ダニ・蚊媒介感染症対策に関する周知啓発に係るポスターの掲示中止について
- 令和5年2月14日 抗原定性検査キットの配付停止について（第2期 その3）
- 令和5年2月14日 福岡オミクロン警報の解除について
- 令和5年2月14日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ5→フェーズ4）について
- 令和5年2月16日 保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）（2022（令和4）年10月一部改訂）の一部修正について
- 令和5年2月20日 マスク着用の考え方の見直し等について（令和5年3月13日以降の取扱い）
- 令和5年2月22日 赤道ギニア共和国におけるマールブルグ病の発生に係る注意喚起について
- 令和5年2月24日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロピッド®パック）の医療機関及び薬局への配分等について
- 令和5年2月24日 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針の変更について
- 令和5年2月24日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第9.0版」の周知について
- 令和5年2月28日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼について（一部改正）
- 令和5年3月2日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ4→フェーズ3）について
- 令和5年3月10日 タンザニア連合共和国におけるマールブルグ病の発生に係る注意喚起について
- 令和5年3月15日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）
- 令和5年3月22日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について
- 令和5年3月22日 B.1.1.529系統（オミクロン株）が主流である間の当該株の特徴を踏まえた感染者の発生場所毎の濃厚接触者の特定及び行動制限並びに積極的疫学調査の実施について
- 令和5年3月22日 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の改正について

- 令和5年3月22日 保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）（2022（令和4）年10月一部改訂）の一部修正について（その2）
- 令和5年3月22日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について
- 令和5年3月23日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の構築及び令和5年度の病床確保料の取扱いについて
- 令和5年3月24日 「ロナブリーブ注射液セット300及び同注射液セット1332の使用期限の取扱いについて」の一部訂正について
- 令和5年3月27日 新型コロナウイルス感染症対応に係るパルスオキシメーターの医療機関への無償譲渡について
- 令和5年3月28日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッドパック）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その2）
- 令和5年3月29日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について
- 令和5年3月29日 陽性者登録事業の対象者の一部変更について
- 令和5年3月30日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その2）
- 令和5年3月31日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ3→フェーズ2）について
- 令和5年3月31日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッドパック）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その3）
- 令和5年4月6日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の薬価収載に伴う医療機関及び薬局への配分等について（その3）
- 令和5年4月6日 新型コロナウイルス感染症の検査実施に係る福岡県との集合契約期間の延長について
- 令和5年4月10日 コロナ患者の入院受入れに係る調査について
- 令和5年4月10日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資料について
- 令和5年4月10日 新型コロナウイルス感染症患者の全数届出の見直しに伴う受検者へのチラシの一部改訂について
- 令和5年4月10日 院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に係る医療機関の参加要件について
- 令和5年4月14日 5月の大型連休における診療・検査等の体制確保について
- 令和5年4月17日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の公布及び一部施行について
- 令和5年4月17日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の一部施行について
- 令和5年4月17日 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の改正及びQ&Aについて
- 令和5年4月17日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更後の基本的な感染対策の考え方について（令和5年5月8日以降の取扱いに関する事前の情報提供）
- 令和5年4月19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の一部改正に伴う医療機関における新型コロナウイルスに感染する危険のある寝具類の取扱いについて」及び「医療機関における新型コロナウイルスに感染する危険のある寝具類の取扱いについて」の廃止について
- 令和5年4月19日 新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえた人工呼吸器の単回使用構成品の例外的取扱いの終了について
- 令和5年4月21日 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲブリオ®カプセル及びパキロビッド®パック）の活用方法について（再改定）
- 令和5年4月22日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更後の療養期間の考え方について（令和5年5月8日以降の取扱いに関する事前の情報提供）
- 令和5年4月22日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資料について（第二報）
- 令和5年4月24日 「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」のID付与について
- 令和5年4月25日 新型コロナウイルス感染症の5類移行後のゲノム解析等に係る検体提供の協力について
- 令和5年4月27日 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の改正について（Q&Aの追加）
- 令和5年4月27日 風しんの第5期の定期接種に係る委託料の改定について
- 令和5年4月28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
- 令和5年4月28日 「有毒植物による食中毒防止の徹底について」の送付について

- 令和5年5月1日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う事業の終了について
- 令和5年5月1日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の一部を改正する政令等の公布について
- 令和5年5月1日 「医療機関等における医療用物資の緊急時の対応について」の一部改正について
- 令和5年5月1日 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の改正について
- 令和5年5月8日 サル痘に関する情報提供及び協力依頼並びに患者発生に備えた検体採取等医療機関の確保等について
- 令和5年5月12日 「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」の廃止について
- 令和5年5月12日 5月8日以降の病床確保計画のフェーズについて（フェーズ1）
- 令和5年5月12日 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の改正について（Q&Aの追加等）
- 令和5年5月12日 新型コロナウイルス感染症の経口抗ウイルス薬の提供可能な薬局リストの公表について
- 令和5年5月15日 麻しんの国内伝播事例の増加に伴う注意喚起について
- 令和5年5月16日 「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」操作マニュアル等について
- 令和5年5月18日 福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部の廃止について
- 令和5年5月18日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧の送付について
- 令和5年5月18日 改正後の感染症法に基づく新型コロナウイルス感染症に関する自費検査を提供する者に対する協力要請等について（一部改正）
- 令和5年5月18日 新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後の対応について
- 令和5年5月18日 新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴う受検者へのチラシの一部改訂について
- 令和5年5月19日 令和5年度HIV / AIDS出前研修について
- 令和5年5月22日 「保育所における感染症対策ガイドライン」の一部改定について
- 令和5年5月25日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧の送付について
- 令和5年5月26日 多剤耐性で重篤な感染症を引き起こす恐れのあるカンジダ・アウリス（Candida auris）について（情報提供及び依頼）
- 令和5年5月26日 「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」の一部改正について
- 令和5年5月27日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準（一部改正）及び感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正等について
- 令和5年5月29日 ダニ媒介感染症の予防啓発及び対策の推進について
- 令和5年6月5日 「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」の改正について（Q&Aの追加等）
- 令和5年6月14日 エムボックスに関する情報提供及び協力依頼について
- 令和5年6月16日 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材について（第三報）
- 令和5年6月19日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年6月9日現在）の送付について
- 令和5年6月19日 ヒアりに刺された場合の医療的留意事項について（再周知）
- 令和5年6月21日 「国立健康危機管理研究機構法」及び「国立健康危機管理研究機構法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律」の公布について
- 令和5年6月21日 タンザニア連合共和国及び赤道ギニア共和国におけるマールブルグ病の終息について
- 令和5年6月22日 新型コロナウイルス感染症の院内感染に関する保健所への報告及び相談について
- 令和5年6月24日 高齢者施設等における経口抗ウイルス薬（ラゲプリオカプセル及びパキロビッドバック）の活用方法について（再改定）
- 令和5年6月29日 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の改正について
- 令和5年6月29日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年6月16日現在）の送付について
- 令和5年7月7日 病床確保計画のフェーズ移行について（フェーズ1→フェーズ2）
- 令和5年7月12日 インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金の補助金の返還にかかる厚生労働省から医療機関へのご連絡について

- 令和5年7月12日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令附則第四項の規定によりなおその効力を有するものとされた同令第二条の規定による改正前の予防接種法施行規則の一部を改正する省令の公布について
- 令和5年7月12日 オズウイルスによる心筋炎と診断された患者の報告について
- 令和5年7月18日 福岡県外来対応医療機関の指定について
- 令和5年7月18日 コロナ患者の入院受入れについて（協力及び調査依頼）
- 令和5年7月19日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコバ錠125mg及びラゲブリオ®カプセル200mg）の適正使用について（再周知）
- 令和5年7月20日 院内感染が発生した医療機関に対する福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金の交付について
- 令和5年7月21日 後方支援医療機関一覧表について
- 令和5年7月21日 パキロビッドパック（国購入品）の使用期限の訂正について
- 令和5年7月21日 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う消毒用エタノール関連事務連絡の廃止について
- 令和5年7月26日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年7月14日現在）の送付について
- 令和5年7月26日 令和5年度新型コロナウイルス感染症により休業等となった医療機関の継続・再開支援に要する事業費補助金について
- 令和5年7月28日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年7月21日現在）の送付について
- 令和5年7月28日 新型コロナウイルス感染症に係る今後の対応について（依頼）
- 令和5年7月28日 改正感染症法に基づく医療措置協定に係る事前調査（病院、診療所）について
- 令和5年7月31日 新型コロナウイルス感染症に係る今後の対応について
- 令和5年7月31日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ2→フェーズ5）及び7月末までを確保期間とする病床の確保期間延長について
- 令和5年7月31日 RSウイルス感染症予防啓発リーフレットの送付について
- 令和5年8月4日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年7月27日現在）の送付について
- 令和5年8月4日 院内感染が発生した医療機関に対する福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金の交付について
- 令和5年8月4日 「保育所における感染症対策ガイドライン」の一部改定について
- 令和5年8月10日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年8月4日現在）の送付について
- 令和5年8月17日 新型コロナウイルス感染症に係るコロナ患者の受入れ協力について
- 令和5年8月18日 改正感染症法に基づく医療措置協定に係る事前調査（病院、診療所）について（再周知）
- 令和5年8月24日 後方支援医療機関一覧表について
- 令和5年8月24日 令和5年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業「支援チーム派遣事業」の実施について
- 令和5年8月25日 新型コロナウイルス感染症に関するシンポジウム（国立病院機構主催）について
- 令和5年8月28日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年8月18日現在）の送付について
- 令和5年8月28日 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いに係る福岡県外来対応医療機関の指定内容について
- 令和5年8月30日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第10.0版」の周知について
- 令和5年9月1日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年8月25日現在）の送付について
- 令和5年9月4日 病床確保計画のフェーズ移行（フェーズ5→フェーズ4）及び軽症・中等症Ⅰの患者に対応する病床の確保期間終了について
- 令和5年9月7日 欧州及び米国における小児の原因不明の急性肝炎の発生について（保健所における調査の終了、研究班への協力依頼）
- 令和5年9月9日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年9月1日現在）の送付について
- 令和5年9月9日 院内感染が発生した医療機関に対する福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金の交付について
- 令和5年9月9日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）

- 令和5年9月12日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠125mg）の使用にあたっての注意喚起に係る追加の情報提供（資材の活用の徹底及び相談窓口について）
- 令和5年9月12日 デング熱に関する注意喚起等について
- 令和5年9月12日 保育所、認定こども園等におけるRSウイルス感染症等への対応について
- 令和5年9月13日 令和5年度結核予防週間について
- 令和5年9月15日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年9月8日現在）の送付について
- 令和5年9月15日 令和5年度院内感染対策講習会（厚生労働省主催）について
- 令和5年9月25日 新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（パキロビッドバック）の取扱いについて（承認条件の取扱いの変更に伴う修正）
- 令和5年9月26日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年9月15日現在）の送付について
- 令和5年9月28日 緊急配布（SOS）要請の受付停止について
- 令和5年9月28日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の一部を改正する政令等の公布及び「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について（指示）」の一部改正について
- 令和5年9月29日 新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の公費支援に関するリーフレットについて
- 令和5年10月4日 新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制の状況把握のための医療機関等情報支援システム（G-MIS）への入力等について（協力依頼）（その2）
- 令和5年10月6日 10月1日以降のコロナ患者用病床の確保に係る調査について
- 令和5年10月6日 院内感染が発生した医療機関に対する福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金の交付について
- 令和5年10月6日 新型コロナウイルス感染症における抗ウイルス薬のレムデシビル製剤（ベクルリー）の所有権の移転及び国購入品の取り扱いについて
- 令和5年10月6日 新型コロナウイルス感染症の受検者へのチラシの一部改正について
- 令和5年10月6日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年9月29日現在）の送付について
- 令和5年10月6日 信用保証協会によるセーフティネット保証5号の指定期間延長について
- 令和5年10月11日 後方支援医療機関一覧表について
- 令和5年10月12日 感染症法第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等（一部改正）並びに感染症発生动向調査事業実施要綱の一部改正について
- 令和5年10月16日 医療用解熱鎮痛薬等の安定供給に関する相談窓口について（対象医薬品・相談方法の追加）
- 令和5年10月16日 鎮咳薬（咳止め）・去痰薬の在庫逼迫に伴う協力依頼について
- 令和5年10月19日 インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金の補助金の返還にかかる厚生労働省から医療機関へのご連絡について（続報）
- 令和5年10月20日 独立行政法人福祉医療機構による感染症等当該施設の責に帰することができない事由により機能を停止したこと等に伴い必要な経営資金・長期運転資金に関する融資について（情報提供）
- 令和5年10月20日 「保育所における感染症対策ガイドライン」の一部改定について
- 令和5年10月20日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年10月13日現在）の送付について
- 令和5年10月25日 野鳥における高病原性鳥インフルエンザウイルス（H5亜型）の検出について
- 令和5年10月31日 「新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き別冊罹患後症状のマネジメント（第3.0版）」の周知について
- 令和5年10月31日 「ワンヘルスフェスタ2023in福岡」の周知について
- 令和5年11月7日 新型コロナウイルス感染症の対応に関する医療機関向けの啓発資材について
- 令和5年11月7日 福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業費補助金（旧福岡県新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業費補助金（院内感染発生分））の交付について
- 令和5年11月7日 令和5年度今シーズンのインフルエンザ総合対策の推進について
- 令和5年11月10日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年10月27日現在）の送付について
- 令和5年11月17日 エムボックスに関する情報提供及び協力依頼について
- 令和5年11月20日 公益社団法人日本医師会・公益社団法人日本獣医師会・厚生労働省による連携シンポジウム「わたしたちの身近にせまる感染症－ワンヘルスの視点から新たな感染症と再流行する感染症を考える－」の開催について

- 令和5年11月24日 コロナ患者の入院受入れに係る調査（11月）について
- 令和5年11月25日 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給について
- 令和5年11月28日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年11月17日現在）の送付について
- 令和5年11月28日 （令和6年1月始期）新型コロナウイルス感染症対応日本医師会休業補償制度について
- 令和5年11月28日 新型インフルエンザ等感染症等への備えに係る平時における都道府県と検疫所の連携の確保について
- 令和5年11月28日 妊婦にとって禁忌とされている新型コロナウイルス感染症治療薬の処方並びに調剤に関する合同声明文について
- 令和5年11月30日 新型コロナウイルス感染症に関する年末年始の診療・検査体制について
- 令和5年12月4日 中華人民共和国における小児の呼吸器感染症の増加について
- 令和5年12月4日 「抗微生物薬適正使用の手引き 第三版」の周知について
- 令和5年12月12日 令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業費補助金の申請について
- 令和5年12月19日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年12月8日現在）の送付について
- 令和5年12月23日 コロナ患者の入院受入れ実施医療機関一覧（令和5年12月19日現在）の送付について
- 令和5年12月23日 福岡県外来対応医療機関の拡充について
- 令和5年12月23日 年末年始の海外渡航者に対する感染症予防啓発について

令和5年福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集編集委員

青木知信 (総括・小児科・眼科・基幹定点疾病)
岡田賢司 (小児科疾病)
池松秀之 (内科・小児科・基幹定点疾病)
濱砂良一 (性感染症)
原田英治 (結核)
田中義人 (統計・検査の総括)
牟田口 徹 (全数把握対象感染症)
稲光 毅 (担当理事)
宗 宏 伸 (担当理事)

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
令和5年(2023年)

令和6年3月発行

非売品

発行 福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

事務局 福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
福岡県医師会館4階

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

e-mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

<https://www.fukuoka.med.or.jp>

印刷 瞬報社写真印刷株式会社

