

感染症対策に関する行政評価・監視
—国際的に脅威となる感染症への対応を中心として—

結果報告書

平成 29 年 12 月

総務省行政評価局

前 書 き

グローバリゼーションの進展等により、国境を越えて国際社会全体に広がる感染症が脅威となっており、近年は、西アフリカにおけるエボラ出血熱の感染拡大、アラビア半島諸国を中心に発生が確認された中東呼吸器症候群（MERS）の韓国における感染拡大などがみられる。

これらの事案は、流行国の国民生活及び経済活動への甚大な影響のみならず、国際社会にも大きな影響と不安を与えたところであり、今後、エボラ出血熱やMERS以外にも国際的に脅威となる感染症が発生するおそれがあるとされている。

このような中で、国は、検疫法（昭和26年法律第201号）により、検疫所において国内に常在しない感染症の病原体の国内侵入を防止するとともに、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）により、感染症指定医療機関の整備を促進するなど国内対策としての備えを行ってきた。また、平成27年9月、「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」（平成27年9月11日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議決定）を定め、国際的に脅威となる感染症に対する国内の対応能力の向上により危機管理体制を強化することとしている。

しかし、感染症対策への取組については、感染症に感染したおそれのある者に対する入国後の健康状態等の把握や、適切な患者搬送を行うための体制・機材の確保や関係機関の連携が不十分な状況がみられるほか、感染症指定医療機関の中には診療体制等が不十分なものがあるとの指摘もある。

この行政評価・監視は、以上のような状況を踏まえ、国際的に脅威となる感染症を中心として、感染症が発生した際の迅速・的確な対応を確保する観点から、検疫所における水際対策の実施状況及び感染症のまん延防止対策の実施状況を調査するとともに、今後の感染症危機への対応のために必要な関係行政機関等の連携の実態を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

目 次

第1 行政評価・監視の目的等	1
第2 行政評価・監視結果	2
1 感染症対策をめぐる背景事情	2
2 検疫所における水際対策の徹底・充実	28
(1) 健康監視の的確な実施	28
(2) 検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保	90
ア 検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の適切な確保	90
イ 総合的訓練の適切な実施	112
3 感染症のまん延防止対策の徹底・充実	122
(1) 感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備	122
(2) 国内で発生した感染症患者等の移送措置の実効性の確保	185

図 表 目 次

1 感染症対策をめぐる背景事情

(1) 近年における感染症の発生動向

表1-(1)-1 我が国における感染症の発生数の状況（平成23年から27年まで）	12
図1-(1)-2 我が国における1類感染症患者の発生例	15
図1-(1)-3 エボラ出血熱の概要	16
図1-(1)-4 エボラ出血熱による被害状況	17
図1-(1)-5 先進国におけるエボラ出血熱患者の状況（平成27年10月時点）	17
図1-(1)-6 我が国においてエボラ出血熱への感染を疑い対応した事例	18
図1-(1)-7 海外における1類感染症等の発生状況	18
図1-(1)-8 MERSの発生状況	19
図1-(1)-9 鳥インフルエンザ（H5N1）の発生状況	20
図1-(1)-10 鳥インフルエンザ（H7N9）の発生状況	21
表1-(1)-11 感染症法に基づく感染症の分類	22
表1-(1)-12 検疫感染症の関係法令	24
表1-(1)-13 検疫感染症の種類	24

(2) 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移と我が国への感染症の侵入リスク

表1-(2)-1 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移（昭和39年から平成28年まで）	25
図1-(2)-2 「明日の日本を支える観光ビジョン」（平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定）の概要	26

(3) 感染症対策の概要

表1-(3) 感染症指定医療機関の種類等	27
----------------------	----

2 検疫所における水際対策の徹底・充実

(1) 健康監視の的確な実施

図2-(1)-1 「観光立国推進基本計画」（平成29年3月28日閣議決定）の概要	39
表2-(1)-2 「2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会に向けた政府の取組」（平成28年10月7日内閣官房東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会推進本部事務局公表）〈抜粋〉	39
表2-(1)-3 検疫所の検疫業務に関する規定	40
図2-(1)-4 検疫業務の流れ	41
表2-(1)-5 検疫所本所・支所・出張所の設置状況（平成29年4月1日現在）	42
図2-(1)-6 全国における検疫所の設置状況（平成29年4月1日現在）	43
図2-(1)-7 検疫人員数、検疫所職員数及び訪日外国人旅行者数の推移	44
図2-(1)-8 検疫法の改正（平成15年）の概要	45
表2-(1)-9 健康監視制度に関する規定	46
表2-(1)-10 「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年8月8日付け健感発0808第2号・食安検発0808第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）〈抜粋〉	47
表2-(1)-11 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成26年7月24日付け健感発0724第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）〈抜粋〉	48
表2-(1)-12 「鳥インフルエンザA（H5N1又はH7N9）における検疫対応について」（平成18年10月17日付け健感発第1017001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。平成25年4月26日一部改正）〈抜粋〉	49

図2-(1)-13	エボラ出血熱に係る健康監視対象者の定義の変遷	50
図2-(1)-14	エボラ流行国からの入国者用のポスター（平成26年9月5日時点）	51
表2-(1)-15	「アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年10月21日付け健感発1021第2号・食安検発1021第3号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知） ＜抜粋＞	52
表2-(1)-16	エボラ出血熱に係る検疫対応に際しての入国管理局との連携強化の概要	53
表2-(1)-17	「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」（平成28年2月19日付け健感発0219第1号・生食検発0219第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知） ＜抜粋＞	55
表2-(1)-18	「エボラ出血熱についてのリスクアセスメントの更新とそれに伴う対応の変更について」（平成29年10月2日付け健感発1002第6号・薬生食検発1002第4号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫所業務管理室長通知） ＜抜粋＞	56
図2-(1)-19	MERSに係る健康監視対象者の定義の変遷	57
表2-(1)-20	「韓国で発生している中東呼吸器症候群（MERS）への検疫対応について」（平成27年6月4日付け健感発0604第2号厚生労働省健康局結核感染症課長通知） ＜抜粋＞	58
表2-(1)-21	「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成27年9月18日付け健感発0918第7号厚生労働省健康局結核感染症課長通知） ＜抜粋＞	59
表2-(1)-22	「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成29年7月7日付け健感発0707第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知） ＜抜粋＞	60
図2-(1)-23	MERSに関する出入国者用のリーフレット（平成27年9月18日時点）	61
図2-(1)-24	健康監視対象者用指示書の様式	62
表2-(1)-25	「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年11月21日付け健感発1121第15号・食安検発1121第5号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知） ＜抜粋＞	65
表2-(1)-26	「健康監視に関する留意事項について」（平成26年11月21日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡） ＜抜粋＞	66
図2-(1)-27	エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生した場合、当該対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等へ送付する通知書の様式	68
図2-(1)-28	MERSに係る健康監視対象者が発生した場合、当該対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等へ送付する通知書の様式	70
表2-(1)-29	調査した検疫所における健康監視対象者の選定状況	72
表2-(1)-30	全国の検疫所における健康監視対象者の選定状況	72
表2-(1)-31	調査した検疫所における健康監視対象者の選定状況（平成27年）	73
表2-(1)-32	調査した45感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱又はMERSに係る疑似症患者等の受入れ状況	73
表2-(1)-33	エボラ流行国に滞在歴がありながら入国時に自己申告しなかった事例	74
表2-(1)-34	MERSに係る健康監視対象者に選定されなかったものの、MERS流行国の滞在歴があり、入国後に発熱等の症状を呈し、感染症指定医療機関を受診等した事例	75
表2-(1)-35	MERS流行国に滞在シラクダとの濃厚接触歴がありながら入国時に自己申告しなかった事例	76
表2-(1)-36	エボラ流行国の国籍を持つ外国人の検疫所別の入国状況（平成27年）	77

表2-(1)-37	MERS 流行国の国籍を持つ外国人の検疫所別の入国状況 (平成27年)	78
表2-(1)-38	エボラ出血熱に係る健康監視対象者の報告の遅延・中断状況	79
表2-(1)-39	エボラ出血熱に係る健康監視対象者からの健康状態等の報告が2週間以上中断し、検疫所が健康状態等の確認や居所の特定ができないまま健康監視期間が終了した事例	79
表2-(1)-40	MERS に係る健康監視対象者の報告の遅延・中断状況	80
表2-(1)-41	MERS に係る健康監視対象者からの健康状態等の報告が1週間以上中断し、検疫所が健康状態等を十分に確認できないまま健康監視期間が終了した主な事例	81
表2-(1)-42	調査した検疫所における報告遅延・中断者への対応が区々となっている状況	84
表2-(1)-43	MERS に係る健康監視対象者からの健康状態等の報告を1日1回としている事例	85
表2-(1)-44	エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発熱症状等を呈し、検疫所に事前連絡することなく一般の医療機関を直接受診した事例	86
表2-(1)-45	健康監視対象者の居所及び移動先の所在地を管轄する都道府県等への通知の遅延状況	87
表2-(1)-46	健康監視期間中に健康監視対象者から居所の移動報告を受けながら、移動先の都道府県等に連絡していない事例	88
表2-(1)-47	入国時に健康監視対象者の居所の移動予定を把握していたものの、移動先の都道府県等への通知が入国日から1週間以上遅延している事例	89

(2) 検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保

ア 検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の適切な確保

表2-(2)-ア-1	隔離、停留等に関する規定	94
表2-(2)-ア-2	「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」(平成28年2月19日付け健感発0219第1号・生食検発0219第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>	96
表2-(2)-ア-3	「新型インフルエンザ等検疫要領」(平成25年11月29日厚生労働省策定) <抜粋>	97
表2-(2)-ア-4	隔離・停留の仕組み	98
表2-(2)-ア-5	「患者の委託収容に係る契約書について」(平成16年10月22日付け食安検発第1022005号厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>	99
表2-(2)-ア-6	「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成28年2月10日付け健感発0210第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>	99
表2-(2)-ア-7	「感染症の患者の移送の手引きについて」(平成16年3月31日付け健感発第0331001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>	100
表2-(2)-ア-8	「一類感染症発生時非常対応訓練に関する報告書の送付等について」(平成14年6月11日付け食検発第0611001号厚生労働省医薬局食品保健部企画課検疫所業務管理室長通知)	102
表2-(2)-ア-9	検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領に基づき各検疫所が措置マニュアルで手順を定める必要があると考えられる事項	102
表2-(2)-ア-10	調査した検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留に係る入院を委託する感染症指定医療機関の確保状況	103
表2-(2)-ア-11	新型インフルエンザ等感染症に係る停留対象者の収容先を確保していないもの	103

表2-(2)-ア-12	島外の第1種感染症指定医療機関との間で1類感染症の患者等の隔離・停留に係る入院委託契約を締結していないもの	104
表2-(2)-ア-13	新型インフルエンザ等感染症の患者等に係る隔離・停留先として第2種感染症指定医療機関を確保しているが、一般病床に収容する取扱いとなっているもの	105
表2-(2)-ア-14	調査した検疫所における検疫感染症患者等の搬送手段・体制の確保状況	106
表2-(2)-ア-15	検疫感染症患者等の搬送手段の確保状況(離島に所在する検疫所)	107
表2-(2)-ア-16	検疫感染症患者等を搬送するための車両を確保しておらず、関係機関との連携・協力体制も十分ではないため、検疫感染症患者等を発見した場合、搬送をめくり混乱するおそれが考えられるもの	107
表2-(2)-ア-17	エボラ出血熱に係る隔離・停留対象者の搬送方法として措置マニュアルに記載された手順・方法について、現状では実施が困難とみられるもの	108
表2-(2)-ア-18	消防機関及び保健所から検疫感染症患者等の搬送協力について承諾を得ているが、有事の際の役割分担や具体的な搬送手順等に関する取決めを行っていないもの	108
表2-(2)-ア-19	検疫所において、配備されている公用車(普通乗用車)は重症化した検疫感染症患者等の搬送に適さないと認識しているものの、関係機関との搬送協力に係る協議が進んでいないもの	109
表2-(2)-ア-20	検疫感染症患者等の搬送に係る民間事業者との連携が不十分なもの	109
表2-(2)-ア-21	措置マニュアルにおける新型インフルエンザ等感染症の患者等の搬送に係る内容と関係機関との取決め内容との間で齟齬があるもの	110
表2-(2)-ア-22	措置マニュアルにおいて停留対象者の搬送にバスを使用すると定めているが、バス事業者の合意を得ていないもの	111
イ 総合的訓練の適切な実施		
表2-(2)-イ-1	「汚染船舶等措置訓練の実施について」(昭和36年3月27日付け衛発第258号厚生省公衆衛生局長通知) <抜粋>	114
表2-(2)-イ-2	「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成28年2月10日付け健感発0210第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>	115
表2-(2)-イ-3	「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画～絶え間ない感染症の脅威に挑戦する日本のアクション～」(平成28年2月9日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) <抜粋>	115
表2-(2)-イ-4	調査した検疫所における総合的訓練の実施状況(平成25年度～27年度)	116
表2-(2)-イ-5	平成25年度から27年度までの3年間に総合的訓練を実施していないもの	116
表2-(2)-イ-6	年度ごとに訓練メニューを組み替えて実施しているもの(高松空港出張所)	117
表2-(2)-イ-7	検疫感染症患者等の搬送に係る協力を得ることとしている消防機関が総合的訓練に参加しているものの、その役割が訓練の見学や患者発見を知らせるファクシミリの受信等にとどまっているもの	118
表2-(2)-イ-8	搬送協力について合意が得られた保健所及び搬送業務を委託した民間事業者から訓練参加の要望を受けながら、参加させていないもの	120

表2-(2)-イ-9 総合的訓練の参加機関から提案された問題点・課題に検疫所が対応していないもの	121
--	-----

3 感染症のまん延防止対策の徹底・充実

(1) 感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備

表3-(1)-1 感染症に係る医療提供体制の整備に関する規定	134
表3-(1)-2 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)(感染症指定医療機関の指定等に関する規定関係) <抜粋>	135
表3-(1)-3 感染症指定医療機関の指定状況(平成29年4月1日現在)	136
表3-(1)-4 「感染症指定医療機関の指定について」(平成11年3月19日付け健医発第457号厚生省保健医療局長通知) <抜粋>	136
表3-(1)-5 「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(平成11年厚生省告示第115号) <抜粋>	137
表3-(1)-6 「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38条第2項の規定に基づく厚生労働大臣の定める感染症指定医療機関の基準」(平成11年厚生省告示第43号) <抜粋>	138
表3-(1)-7 「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」(平成16年3月3日付け健感発第0303001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)の概要	141
表3-(1)-8 感染症指定医療機関の主な要件	144
表3-(1)-9 感染症指定医療機関の施設・設備整備等に係る国庫補助制度の概要	145
表3-(1)-10 感染症指定医療機関の施設・設備整備等に係る国庫補助金の交付実績	146
表3-(1)-11 感染症指定医療機関に対する指導等に関する規定	147
表3-(1)-12 「感染症指定医療機関における新興感染症患者受け入れ準備に関する調査」(厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)一類感染症の患者発生時に備えた治療・診断・感染管理等に関する研究) <抜粋>	148
表3-(1)-13 「一類感染症に関する検討会報告書」(平成28年6月10日一類感染症に関する検討会) <抜粋>	149
表3-(1)-14 調査した都道府県のうち、管内の感染症指定医療機関における受け入れ可能な病床数が基準病床数を下回るもの	150
表3-(1)-15 管内の感染症指定医療機関における指定病床数が基準病床数を下回る理由等	151
表3-(1)-16 調査した感染症指定医療機関において指定病床数どおりの感染症患者等の受け入れが困難としているもの	153
表3-(1)-17 指定病床数どおりの感染症患者等の受け入れが困難としている感染症指定医療機関に対する運営費補助金(国庫補助)の交付状況	155
表3-(1)-18 調査した感染症指定医療機関において指定病床数と実際に受け入れ可能な病床数との間にかい離がみられるもの	156
表3-(1)-19 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療に係る医師の配置状況	158
表3-(1)-20 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療に係る看護師の配置状況	159
表3-(1)-21 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療チームに係る取決めの状況	160
表3-(1)-22 調査した特定感染症指定医療機関において感染症の診療チームの編成方針を具体的に取り決めているもの	160
表3-(1)-23 調査した感染症指定医療機関において感染症の診療チームの編成を具体的に想定していない理由	161

表3-1-24	調査した感染症指定医療機関における感染症病室の整備状況	162
表3-1-25	調査した第2種感染症指定医療機関においてMER Sの疑似症患者を受け入れたことを契機に簡易陰圧装置を設置したもの	163
表3-1-26	調査した感染症指定医療機関における第2種感染症指定医療機関の感染症病室に関する意見	164
表3-1-27	2類感染症の変遷	165
表3-1-28	調査した感染症指定医療機関における集中治療室の整備状況	166
表3-1-29	調査した特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関において感染症患者等の治療に集中治療室は使用しない方針としているもの	167
表3-1-30	調査した感染症指定医療機関において感染症患者等に集中治療を行うことは困難としているもの	168
表3-1-31	調査した感染症指定医療機関における感染症患者等に対する集中治療に関する意見	169
表3-1-32	「新しい感染症病室の施設計画ガイドライン」(平成13年5月1日感染症病棟の建築・設備に関する研究会(厚生科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業))<抜粋>	171
表3-1-33	調査した感染症指定医療機関における感染症病室及び集中治療室以外の医療施設・設備の指定基準等への適合状況	172
表3-1-34	調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる事例の項目別の内訳	173
表3-1-35	調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる主な事例	175
表3-1-36	厚生労働省及び調査した都道府県における感染症指定医療機関に対する指定後の医療施設・設備等の確認状況	177
表3-1-37	調査した都道府県における感染症指定医療機関の医療施設・設備等の確認や改善指導が不十分と考えられるもの	178
表3-1-38	調査した感染症指定医療機関における指定基準等に関する意見	180

(2) 国内で発生した感染症患者等の移送措置の実効性の確保

表3-2-1	感染症患者等の移送に関する規定	188
表3-2-2	「エボラ出血熱患者等の移送に係る消防機関の協力について」(平成26年11月28日付け健感発1128第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)	191
表3-2-3	「自治体におけるエボラ出血熱対応についての調査結果」(平成26年11月10日時点)<抜粋>	193
表3-2-4	「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画～絶え間ない感染症の脅威に挑戦する日本のアクション～」(平成28年2月9日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)<抜粋>	194
表3-2-5	調査した保健所における感染症患者等の移送手段・体制の確保状況	195
表3-2-6	島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関への1類感染症患者等の移送手段を確保していないもの	197
表3-2-7	民間事業者との感染症患者等の移送に係る連携の実効性が確保されていないもの	198
表3-2-8	調査した保健所における移送協力先の消防機関との合同訓練の実施状況	200
表3-2-9	調査した保健所において消防機関と合同でエボラ出血熱患者等の移送訓練を実施しているもの(具体例)	201
表3-2-10	調査した保健所において移送協力先の消防機関との合同訓練を実施していないもの	202

第1 行政評価・監視の目的等

1 目的

この行政評価・監視は、国際的に脅威となる感染症を中心として、感染症が発生した際の迅速・的確な対応を確保する観点から、検疫所における水際対策の実施状況及び感染症のまん延防止対策の実施状況を調査するとともに、今後の感染症危機への対応のために必要な関係行政機関等の連携の実態を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

2 対象機関

(1) 調査対象機関

厚生労働省、総務省、国土交通省、防衛省

(2) 関連調査等対象機関

都道府県（16）、市町村（11）、特別区（4）、医療機関（45）（※）、関係団体

（※）調査した医療機関の内訳は以下のとおりである。

（単位：機関）

医療機関の種類	開設者の種類				計
	国	公的医療機関	公益法人	医療法人	
特定感染症指定医療機関	1	3	0	0	4
第1種感染症指定医療機関	4	9	1	0	14
第2種感染症指定医療機関	4	22	0	1	27
計	9	34	1	1	45

（注）1 「国」は、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、国立高度専門医療研究センター又は独立行政法人地域医療機能推進機構が開設した病院である。

2 「公的医療機関」は、都道府県、市町村、地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会又は厚生（医療）農業協同組合連合会が開設した病院である。

3 「公益法人」は、公益財団法人が開設した病院である。

4 「医療法人」は、医療法人が開設した病院である。

3 担当部局

行政評価局

管区行政評価局 6局（北海道、関東、中部、近畿、中国四国、九州）

四国行政評価支局

行政評価事務所 2事務所（新潟、石川）

4 実施時期

平成28年8月～29年12月

第2 行政評価・監視結果

1 感染症対策をめぐる背景事情

調査の結果	説明図表番号
<p>(1) 近年における感染症の発生動向</p> <p>感染症は、大気、水、土壌及び人を含む動物に存在する病原性の微生物（細菌及びウイルス）が人体に侵入することで引き起こされる疾病である。厚生労働省の「感染症発生動向調査」の結果によれば、我が国における感染症の発生数は、平成23年から27年までの5年間で、結核（2類感染症）、腸管出血性大腸菌感染症（3類感染症）を中心に（注1）、4万人台から5万人台の間で推移している。我が国においては、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「感染症法」という。）が制定される前の昭和62年にラッサ熱の輸入例が1例報告されたほかは、平成11年の感染症法の施行以降、1類感染症の患者の発生は報告されていない。</p> <p>一方、国外における感染症の発生動向をみると、近年では、1類感染症のエボラ出血熱の大規模流行が、平成25年12月のギニアに端を発し、シエラレオネ、リベリアを加えた西アフリカ3か国を中心に拡大した。平成26年8月6日及び7日には、世界保健機関（World Health Organization。以下「WHO」という。）においてエボラ出血熱に関する緊急委員会が開催され、同年8月8日、この流行は「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」と宣言され、世界的に対策が強化された。平成28年3月29日によりやく緊急事態の終結が宣言されたものの、2万8,000人以上の感染者、1万1,000人以上の死亡者を出し、大きな傷跡を残した。現地では、エボラ出血熱患者の診療に従事した800人以上の医療従事者が感染し、500人以上が死亡した。また、米国やスペインでも、エボラ出血熱患者の診療を介して、医療従事者への院内感染が発生した。ちなみに、我が国においては、平成26年10月に国内初のエボラ出血熱の疑似症患者（感染症の臨床的特徴を呈する者）が確認されたのを始め、9件の感染疑い事例が発生したものの、最終的にはエボラ出血熱患者ではないことが確認された。</p> <p>エボラ出血熱については、平成27年9月から12月にかけてリベリア、シエラレオネ及びギニアでそれぞれ終息が宣言されたが、その後も、エボラ出血熱の患者は発生している（最近では、平成29年5月にコンゴ民主共和国で発生）。</p> <p>また、平成24年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦等の中東地域の国々を中心に、2類感染症である中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome。以下「MERS」という。）の患者が発生しており、29年10月9日現在、2,090人の感染者（うち死亡者は少なくとも730人）が確認されている（注2）。世界各国においてもMERSの輸入症例が確認さ</p>	<p>表1-(1)-1</p> <p>図1-(1)-2</p> <p>図1-(1)-3</p> <p>図1-(1)-4</p> <p>図1-(1)-5</p> <p>図1-(1)-6</p> <p>図1-(1)-7</p> <p>図1-(1)-8</p>

れており、平成 27 年 5 月、韓国において輸入症例が発生し、医療機関を中心に感染が拡大した。平成 27 年 12 月に WHO の基準に基づく感染終息が発表されるまでに 186 人の感染者（うち死亡者 38 人）が発生している。

このほか、2 類感染症の鳥インフルエンザ（H5N1）については、東南アジアを中心に、中東、アフリカ等において、平成 15 年 11 月から 29 年 9 月 27 日までの間に、860 人の感染者（うち死亡者 454 人）が発生している。また、平成 25 年 3 月以降、中国を中心に、同じく 2 類感染症の鳥インフルエンザ（H7N9）の患者が発生しており、29 年 9 月 27 日現在、1,564 人の感染者（うち死亡者 612 人）が発生している（注 3、4）。

このように、国外においては、国際的に脅威となる感染症（注 5）の発生及び流行について、引き続き十分な注意が必要な状況となっている。

（注）1 感染症法は、感染症の感染力、罹患した場合の重篤性、予防方法や治療方法の有効性等により、感染症の類型を 1 類感染症から 5 類感染症等に整理し、類型ごとに就業制限、入院等の措置を講ずることができると定めている。

1 類感染症は、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症であり、対象疾病はエボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病及びラッサ熱である。

2 類感染症は、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症であり、対象疾病は急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome。以下「SARS」という。）、MERS 及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）である。

3 類感染症は、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症であり、対象疾病はコレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス及びパラチフスである。

結核及び腸管出血性大腸菌感染症以外に発生数の多い感染症としては、レジオネラ症（4 類感染症）、アメーバ赤痢、後天性免疫不全症候群（無症候性キャリア）、侵襲性肺炎球菌感染症、風しん（いずれも 5 類感染症）等がある。

2 最近でも、平成 29 年 1 月から 9 月にかけて、サウジアラビアやカタール、アラブ首長国連邦で発生している（感染者 205 人、うち死亡者 52 人）。

3 最近でも、平成 29 年 1 月から 9 月にかけて、鳥インフルエンザ（H7N9）が中国や台湾で発生している（感染者 599 人、うち死亡者 90 人）ほか、鳥インフルエンザ（H5N1）も同年 2 月、4 月及び 8 月にエジプト及びインドネシアで発生している（感染者 4 人、うち死亡者 2 人）。

4 なお、蚊媒介感染症の一つであるジカウイルス感染症は、平成 27 年 5 月以降、ブラジル等中南米で多数の患者が報告されているが、ジカウイルス感染とギラン・バレー症候群や胎児の小頭症との関連が疑われ、28 年 2 月 1 日、WHO は小頭症及び神経障害の集団発生について「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」に該当すると宣言した。これを踏まえ、我が国では、ジカウイルス感染症は 4 類感染症及び検疫感染症に位置付けられている（検疫感染症は、①1 類感染症、②新型インフルエンザ等感染症及び③国内に常在しない感染症のうち、その病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして検疫法施行令（昭和 26 年政令第 377 号）で定めるもの（例えば、MERS、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）から成るが、ジカウイルス感染症は、③に該当するものである。）。ちなみに、平成 28 年 11 月 18 日、WHO はジカウイルス感染症に関する「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」の終了を宣言した。

図 1-(1)-9

図 1-(1)-10

表 1-(1)-11

表 1-(1)-12
表 1-(1)-13

5 「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」(平成 27 年 9 月 11 日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議決定)において、「エボラ出血熱、MER S等、国境を越えて感染が拡大し、我が国でも、国民の生命、健康はもとより広く国民生活、経済活動等に対して重大な影響を与えるおそれがある感染症」とされている。

(2) 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移と我が国への感染症の侵入リスク

近年の急速なグローバル化の進展に伴い、国境を越えた人や物資の移動がより一層迅速・大量となったことにより、感染症は世界規模で拡大しやすい状況となっている。

このような状況の下、我が国に入国する外国人や出国する日本人の動向について、日本政府観光局(Japan National Tourism Organization: J N T O)の資料による「訪日外国人旅行者数・出国日本人数」の推移をみると、前回の東京オリンピック競技大会が開催された昭和 39 年当時は 48 万人(訪日 35 万人、出国 13 万人)であったものが、感染症法が施行された平成 11 年で 2,080 万人(訪日 444 万人、出国 1,636 万人)、25 年では 2,784 万人(訪日 1,036 万人、出国 1,747 万人。なお、四捨五入の関係で()外の訪日外国人旅行者数・出国日本人数と()内の訪日外国人旅行者数及び出国日本人数の合計は一致しない。)、28 年には 4,115 万人(訪日 2,404 万人、出国 1,712 万人。なお、四捨五入の関係で()外の訪日外国人旅行者数・出国日本人数と()内の訪日外国人旅行者数及び出国日本人数の合計は一致しない。)に達している。特に訪日外国人旅行者数については、政府が観光立国実現に向けた各種施策を推進してきたこともあって、近年急増しており、「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成 28 年 3 月 30 日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)において、東京オリンピック・パラリンピック競技大会が開催される平成 32 年の訪日外国人旅行者数の目標が「4,000 万人」と設定され、その達成に向けた各種取組が実施されること等を踏まえると、今後も訪日外国人旅行者数は一層増加することが見込まれる。

上記(1)で述べたとおり、我が国においては、これまでのところ、感染力や罹患した場合の重篤性等からみた危険性が極めて高い 1 類感染症の患者の発生はほとんどみられず、そのような実績や地理的条件を考慮すると、我が国に 1 類感染症の患者が侵入するリスクは比較的低いという指摘も見受けられる。しかしながら、国外においては、エボラ出血熱やMER S等の国際的に脅威となる感染症の発生及び流行に引き続き十分な注意が必要な状況となっている中で、平成 32 年の東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催を控え、世界の各地域から我が国を訪れる外国人旅行者の数が今後更に増加すると予想されること等を踏まえると、我が国への感染症、取り分け 1 類感染症の侵入リスクに対し十分な注意が必要なのでは

表 1-(2)-1

図 1-(2)-2

ないかと考えられる。

(3) 感染症対策の概要

ア 感染症対策に係る法的制度の概要

我が国の感染症対策に係る法律としては、①感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策を推進し、感染症の発生の予防とそのまん延の防止を図ることを目的とする感染症法を始めとして、②国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止すること等を目的とする検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）や、③新型インフルエンザ等に対する対策の強化を図ることで、その発生時に国民の生命・健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的とする新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号）が挙げられる。

本行政評価・監視結果に基づく勧告の柱である「検疫所における水際対策の徹底・充実」及び「感染症のまん延防止対策の徹底・充実」に関わるものとして、感染症法及び検疫法に係る制度の概要について、以下のとおり述べていく。

(7) 感染症法に係る制度の概要

我が国の感染症対策については、従前は伝染病予防法（明治 30 年法律第 36 号）、性病予防法（昭和 23 年法律第 167 号）等に基づき行われていたが、①これまで知られていなかった感染症（新興感染症）の出現等（注 6）や、②感染症を取り巻く状況の変化（注 7）等を背景に、伝染病予防法等に代わる新たな法律として感染症法が平成 10 年 10 月 2 日に公布され、11 年 4 月 1 日から施行された（感染症法の制定により、伝染病予防法、性病予防法及び後天性免疫不全症候群の予防に関する法律（平成元年法律第 2 号）は廃止）。

感染症法の制定により構築された感染症対策の概要は、以下のとおりである。

- ① 感染症の発生・拡大に備えた事前対応型行政の構築
 - ・ 感染症発生動向調査体制の整備・確立
 - ・ 国及び都道府県における総合的な取組の推進（関係各方面との連携を図るため、国が感染症予防の基本指針、都道府県が予防計画をあらかじめ策定し、公表）
 - ・ インフルエンザ、性感染症等に係る特定感染症予防指針の策定・公表
- ② 感染症類型と医療体制の再整理
 - ・ 各感染症の感染力、感染した場合の重篤性、予防方法や治療方法の有効性等を踏まえ、感染症の類型を 1 類感染症から 4 類感染

症、指定感染症及び新感染症に整理

- ・ 感染症の類型ごとに、健康診断、就業制限、入院等の実施について規定
- ③ 患者等の人権尊重に配慮した入院手続の整備
- ・ 感染症の類型に応じた就業制限や入院の実施
 - ・ 患者の意思に基づく入院を促す入院勧告制度の導入
 - ・ 都道府県知事（保健所長）による 72 時間を限度とする入院の実施
- ④ 感染症のまん延防止に資する必要十分な消毒等の措置の整備
- ・ 1 類感染症、2 類感染症又は 3 類感染症のまん延を防止するための消毒等の実施
 - ・ 1 類感染症のまん延防止のための建物に対する立入制限等

その後、感染症法については、平成 15 年 10 月（注 8）、18 年 12 月（注 9）、20 年 5 月（注 10）及び 26 年 11 月（注 11）にそれぞれ一部改正が行われている。

（注）6 昭和 45 年以降、少なくとも 30 以上の新興感染症（例えば、エボラ出血熱、後天性免疫不全症候群（AIDS）、腸管出血性大腸菌感染症（O157）、C 型肝炎）が出現し、また、近い将来克服されると考えられてきた結核、マラリア等の感染症（再興感染症）が人類に再び脅威を与えている状況があった。

7 旧伝染病予防法は、明治 30 年の制定以来 100 年以上経過していたが、この間、医学・医療の進歩、衛生水準の向上、国民の健康・衛生意識の向上、人権の尊重及び行政の公正性・透明性の確保の要請、国際交流の活発化、航空機による大量輸送の進展など、感染症を取り巻く状況は大きく変化していた。

8 平成 15 年改正法の内容は、同年の海外における新興感染症である SARS の発生等を踏まえ、①感染症の類型の見直し（1 類感染症に SARS 及び痘そうを追加するとともに、従前の 4 類感染症を新たな 4 類感染症と 5 類感染症に区分）、②緊急時における疫学調査や患者の入院、消毒等に関する国から都道府県等に対する指示の創設、③海外での動物由来感染症の発生に対応した動物の輸入届出制の創設等である。

9 平成 18 年改正法の内容は、①病原体等の管理体制の確立（病原性、感染力、重篤度等に応じて、病原体等を 1 種病原体等から 4 種病原体等までに分類し、所持、輸入等の禁止、許可、届出、基準の遵守等の規制を創設）、②感染症の類型の見直し（南米出血熱を 1 類感染症に、結核を 2 類感染症にそれぞれ追加するとともに、SARS を 1 類感染症から 2 類感染症に、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス及びパラチフスを 2 類感染症から 3 類感染症にそれぞれ変更）、③結核予防法（昭和 26 年法律第 96 号）の廃止及び感染症法への統合、④患者の人権尊重のための手続の改善（入院勧告を行う際の患者側の意見聴取手続や患者の処遇等に関する苦情申出制度の創設等）等である。

10 平成 20 年当時、鳥インフルエンザ（H5N1）が鳥から人に感染する事例が増えており、この鳥インフルエンザのウイルスが人から人に感染する形に変異し、人類にとって新型のインフルエンザが出現するのではないかと危惧されていた。これを踏まえ、平成 20 年改正法により、感染症の類型に「新型インフルエンザ等感染症」（新型インフルエンザ及び再興型イ

ンフルエンザ)が追加されるとともに、新型インフルエンザ等感染症が発生した場合の措置等に関する諸規定が整備された。

11 平成 26 年改正法の内容は、①感染症の類型の見直し（政令により暫定的に 2 類感染症として扱われていた鳥インフルエンザ（H7N9）及び MERS を 2 類感染症に位置付け）、②感染症に関する情報の収集体制の強化（都道府県知事（緊急時は厚生労働大臣）は、全ての感染症の患者等に対し検体の採取等に応じること、また、医療機関等に対し保有する検体を提出すること等を要請できる旨の規定を整備等）等である。

(4) 検疫法に係る制度の概要

検疫法は、「国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止するとともに、船舶又は航空機に関してその他の感染症の予防に必要な措置を講ずること」を目的としている。

検疫法において、外国から来航した船舶又は外国から来航した航空機（以下「船舶等」という。）の長は、検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、当該船舶を国内の港に入れ、又は当該航空機を検疫飛行場以外の国内の場所（港の水面を含む。）に着陸させ、若しくは着水させてはならないとされている。また、船舶等の長が検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、何人も、当該船舶から上陸し、若しくは物を陸揚げし、又は当該航空機及び検疫飛行場ごとに検疫所長が指定する場所から離れ、若しくは物を運び出してはならないとされている。

検疫所長は、①検疫感染症につき、船舶等に乗って来た者、水先人等に対する診察及び船舶等に対する病原体の有無に関する検査を行い、又は検疫官をしてこれを行わせることができ、②当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがないと認めるときは、当該船舶等の長に対して、検疫済証を交付しなければならず、③検疫済証を交付することができない場合においても、当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがほとんどないと認めるときは、当該船舶等の長に対して、一定の期間を定めて、仮検疫済証を交付することができることとされている。また、④検疫感染症の病原体に汚染し、又は汚染したおそれのある船舶等について、合理的に必要と判断される限度において、i) 1 類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者を隔離し、又は検疫官をして隔離させること、ii) 1 類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者を停留し、又は検疫官をして停留させること、iii) 検疫感染症の病原体に汚染し、若しくは汚染したおそれのある物若しくは場所を消毒し、若しくは検疫官をして消毒させ、又はこれらの物であって消毒により難しいものの廃棄を命ずること等の措置の全部又は一部を採ることができることとされている。

平成 10 年 10 月、国内への感染症の侵入防止のための施策の充実及び感染症法における国内の感染症対策と連携した対応を図るため、感染症法の制定に合わせて検疫法の一部改正が行われ、以下のような措置が講じられた。

- ① 1 類感染症を検疫感染症に追加し、1 類感染症の患者や 1 類感染症に感染したおそれのある者を隔離・停留の対象とすること。
- ② 隔離・停留の方法、場所等を改めるとともに、隔離・停留の解除に係る所要の手続を定めること。
- ③ 検疫所長は、出入国しようとする者に対し、検疫感染症の外国における発生の状況等について情報の提供を行うこととともに、そのための情報の収集、整理及び分析に努めるものとする。

平成 15 年 10 月には、同年の海外における S A R S の発生等を踏まえ、感染症法と併せて検疫法の一部改正が行われ、以下のような措置が講じられた（注 12）。

- ① 検疫感染症に「国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるもの」を追加したこと。
- ② 仮検疫済証が交付された場合において、検疫所長は、検疫感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、i) 旅券の提示を求め、ii) 当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求め、iii) 一定の期間内において当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、若しくは質問を行い、又は検疫官をしてこれらを行わせることができることとしたこと。
- ③ 検疫所長は、上記②の報告又は質問の結果、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、当該者に対し、保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他検疫感染症の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事等に、当該者の健康状態及び当該指示した事項並びに上記②により報告を求めた事項を通知しなければならないこととしたこと。
- ④ 厚生労働大臣は、外国に新感染症が発生した場合において、当該新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、検疫所長に、当該新感染症にかかっていると疑われる者に対する診察を行わせることができることとしたこと。

(注) 12 その後、平成 18 年 12 月に、コレラ及び黄熱を検疫感染症から除外すること等を内容とする検疫法の一部改正が、20 年 5 月には、①新型インフルエンザ等感染症を隔離、停留等を実施する検疫感染症とすること、②新型インフルエンザ等感染症の患者の隔離や新型インフルエンザ等感

染症の病原体に感染したおそれのある者の停留について、その方法等を定めること、③検疫所長は、仮検疫済証を交付する場合に、新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、旅券の提示を求め、又は国内における居所、連絡先、氏名、旅行の日程等について報告を求めることができるものとするとともに、報告された事項を当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事に通知しなければならないこととする等とすること等を内容とする検疫法の一部改正が行われた。

イ 国際的に脅威となる感染症対策の強化に係る取組の概要

平成 25 年から 26 年にかけてエボラ出血熱が西アフリカで大規模流行した際、我が国では、海外で邦人の感染が確認された場合や国内で感染が確認された場合に備え、26 年 10 月に内閣総理大臣を主宰とする「エボラ出血熱対策関係閣僚会議」を設置し、政府一体となった取組を行った。また、平成 27 年 5 月の韓国における M E R S の感染拡大の際にも、我が国において水際対策等の強化を行った。

西アフリカにおけるエボラ出血熱や韓国における M E R S の感染拡大事案は、流行国の国民生活及び経済活動への甚大な影響のみならず、国際社会にも大きな衝撃と不安を与えたところであり、これらと同様に国際的に脅威となる感染症は今後も発生する可能性があるとして、政府は、このような感染症への対策について、関係行政機関の緊密な連携の下、その効果的かつ総合的な推進を図るため、平成 27 年 9 月に内閣総理大臣を主宰とする「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」を設置し、「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」を同閣僚会議で決定した。この基本方針では、まず「基本的な方向性」として、①国際的に脅威となる感染症に係る国際的な対応と国内対策の一体的推進、②国際的に脅威となる感染症の発生国・地域に対する我が国の貢献及び役割の強化、③国際的に脅威となる感染症に対する国内の対応能力の向上による危機管理体制の強化の 3 点が示されている。次に「重点的に強化すべき事項」として、①国際協力及び海外情報収集等の強化、②国内における感染症に係る危険性の高い病原体等の検査・研究体制の整備、③国際社会において活躍する我が国の感染症対策に係る人的基盤の充実方策、④国内における感染防止対策及び在外邦人の安全対策の強化といった事項が挙げられている。

また、上記閣僚会議は、平成 28 年 2 月、上記基本方針に基づき、32 年度までを計画期間とする「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」（以下「感染症対策強化基本計画」という。）を策定した。感染症対策強化基本計画では、五つの重点プロジェクト（施策群）及び 67 の各分野別施策が定められている。このうち、重点プロジェクト（施策群）の一つである「感染症国内対処能力強化プロジェクト」における「国内関係機関の体制等の強化」では、

① 検疫所において、諸外国における感染症の発生や訪日外国人旅行者の増加に対応するため、人的体制を整備するとともに、感染症の疑いのある者の待機室（陰圧室）、空調等の設備、発熱者を発見するためのサーモグラフィー等の機器の整備を計画的に進めることにより、必要な検疫機能の強化を図る

② 国内における感染症発生時に適切な対応を行うため、1類感染症及び2類感染症に対する感染症指定医療機関（注13）の運営に対する継続的な補助を行うとともに、第1種感染症指定医療機関が未整備の県の解消を図る

等とされている。加えて、各分野別施策についても、「国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」における「検疫所等関係機関の対処能力の向上及び国内で感染（疑いを含む）が確認された場合の対応の確保」では、

① 検疫所において、関係機関と連携したエボラ出血熱患者の搬送訓練等の感染症措置訓練、検査に関する最新の知見・検査技術を習得する検査技術研修等を毎年度実施する

② 地方自治体及び感染症指定医療機関等において、関係機関間で連携したエボラ出血熱等の患者の搬送訓練等感染症発生時等の対応訓練及び研修会等を継続的に実施する

③ 感染症患者の移送について、保健所等の体制が十分に整っていない地域における消防機関と保健所等との連携体制の構築に向けた取組を促進する

等とされている。

（注）13 感染症指定医療機関は、感染症患者に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐため、新感染症の所見がある者又は1類感染症、2類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる医療機関として、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定するものであり、担当する感染症の類型等に応じて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関に区分される（項目3細目(1)参照）。

表1-3)

ウ 1類感染症への対応に関する検討の状況

厚生労働省は、西アフリカを中心に感染拡大したエボラ出血熱への対応での様々な経験を踏まえつつ、今後国際的に脅威となる感染症が発生する可能性を見据えて、これらの感染症の発生予防及びまん延防止のための対策を強化することが重要であるとして、1類感染症のうち、特にウイルス性出血熱（エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、ラッサ熱）に対する行政機関等における対応指針を整備することとし（注14）、平成27年9月、ウイルス学、疫学、感染症の診療等の専門家及び行政関係者による検討会議として「1類感染症に関する検討会」を設置した。同検討会では、ウイルス性出血熱に関する行政の対応体制、患者の移送、検体の採取と輸送、医療体制（医療機関における治療指針）、積

極的疫学調査、消毒方法、広報、情報提供の在り方等について検討が行われ、その結果、28年6月に「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」が取りまとめられた。あわせて、この手引きを補足する目的で、同検討会が出された議論や意見について、今後も継続的に検討すべき課題を中心に報告書として取りまとめられた。

この報告書においては、今後も継続的に検討すべき課題として、①特定及び第1種感染症指定医療機関に求められる要件、②感染症指定医療機関における医療提供の在り方、③一般医療機関における対応、④情報公開の在り方、⑤ウイルス性出血熱の病原体を保持していないことの確認方法と退院の目安、⑥危機発生時における研究の実施体制、⑦外国人への対応が挙げられている。

(注) 14 前出の「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」において、「国内における感染防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」に係る事項の一つとして、1類感染症についての行政機関等における対応方針を整備する旨が盛り込まれており、また、感染症対策強化基本計画においても、「国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」に係る事項の一つとして、「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」等を作成し、医療関係団体等の協力も得て、行政機関（検疫所、地方自治体・保健所・地方衛生研究所）等におけるより迅速で適切な対応を促すことが定められている。

表 1-(1)-1 我が国における感染症の発生数の状況（平成 23 年から 27 年まで）

（単位：人）

分類	感染症名	平成23年	24年	25年	26年	27年
1 類感染症		0	0	0	0	0
2 類感染症	急性灰白髄炎	1	0	1	0	0
	結核	31,483	29,317	27,052	26,629	24,523
	小計	31,484	29,317	27,053	26,629	24,523
3 類感染症	コレラ	12	3	4	5	7
	細菌性赤痢	300	214	143	158	156
	腸管出血性大腸菌感染症	3,940	3,768	4,044	4,151	3,573
	腸チフス	21	36	65	53	37
	パラチフス	23	24	50	16	32
	小計	4,296	4,045	4,306	4,383	3,805
4 類感染症	E 型肝炎	61	121	127	154	212
	A 型肝炎	176	157	128	433	243
	エキノкокクス症 (単包条虫)	3	2	2	0	2
	エキノкокクス症 (多包条虫)	22	15	18	28	25
	オウム病	12	8	6	8	5
	回帰熱	0	1	1	1	4
	Q 熱	1	1	6	1	0
	コクシジオイデス症	2	2	4	2	3
	重症熱性血小板減少症候群	—	—	48	61	60
	チクングニア熱	10	10	14	16	17
	つつが虫病	462	436	344	320	422
	デング熱	113	221	249	341	293
	日本紅班熱	190	171	175	241	215
	日本脳炎	9	2	9	2	2
	ブルセラ症	2	0	2	10	5
	ボツリヌス症 (食餌性)	0	2	0	0	0
	ボツリヌス症 (乳児)	5	0	0	0	1
	ボツリヌス症 (不明)	1	1	0	1	0
	マラリア (三日熱)	29	19	7	11	8
	マラリア (四日熱)	3	2	2	0	2
	マラリア (卵形)	1	4	2	4	1
	マラリア (熱帯熱)	44	40	29	42	26
	マラリア (不明)	1	7	7	3	3
野兔病	0	0	0	1	2	
ライム病	9	12	20	17	9	

	類鼻疽	3	0	4	0	1
	レジオネラ症	818	899	1,124	1,248	1,592
	レプトスピラ症	26	30	29	48	33
	小計	2,003	2,163	2,357	2,993	3,186
5 類感染症	アメーバ赤痢	814	932	1,047	1,134	1,109
	ウイルス性肝炎（B型）	200	186	236	188	206
	ウイルス性肝炎（C型）	36	38	30	27	35
	ウイルス性肝炎（その他）	14	12	20	11	14
	カルバペネム耐性腸内細菌科 細菌感染症	—	—	—	314	1,671
	急性脳炎	258	371	369	459	511
	クリプトスポリジウム症	8	6	25	98	15
	クロイツフェルト・ヤコブ病	138	185	203	177	192
	劇症型溶血性レンサ球菌感染 症	197	242	203	268	415
	後天性免疫不全症候群（無症 候性キャリア）	961	871	977	951	876
	後天性免疫不全症候群（A I D S）	468	443	486	450	429
	後天性免疫不全症候群（その 他）	106	124	123	137	126
	ジアルジア症	65	72	82	68	81
	髄膜炎菌性髄膜炎	12	15	2	—	—
	侵襲性髄膜炎菌感染症	—	—	23	37	34
	侵襲性インフルエンザ菌感染 症	—	—	108	200	252
	侵襲性肺炎球菌感染症	—	—	1,001	1,825	2,403
	水痘（患者が入院を要すると 認められるものに限る。）	—	—	—	143	313
	先天性風しん症候群	1	4	32	9	0
	梅毒（早期顕症梅毒Ⅰ期）	141	160	217	337	776
	梅毒（早期顕症梅毒Ⅱ期）	291	315	475	620	982
	梅毒（晩期顕症梅毒）	54	48	66	81	90
	梅毒（先天梅毒）	6	4	4	10	13
	梅毒（無症候）	335	348	466	613	829
	播種性クリプトコックス症	—	—	—	37	120
	破傷風	118	118	128	126	120
	バンコマイシン耐性腸球菌感 感	73	91	55	56	66

	感染症					
	風しん	378	2,386	14,344	319	163
	麻疹	439	283	229	462	35
	薬剤耐性アシネトバクター感 染症	—	—	—	15	38
	小計	5,113	7,254	20,951	9,172	11,914
	合 計	42,896	42,779	54,667	43,177	43,428

- (注) 1 「感染症発生動向調査」(厚生労働省)に基づき当省が作成した。
- 2 各欄の数値は感染症の発生数を、「—」は発生数が不明であることを示す。
- 3 記載した感染症は、平成23年1月1日から27年12月31日までの間に発生したものである。
- 4 重症熱性血小板減少症候群は、平成25年3月4日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 5 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 6 侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症及び侵襲性肺炎球菌感染症は、平成25年4月1日から新たに感染症法の対象に追加された疾病であり、髄膜炎菌性髄膜炎は、これら疾病との重複を避けるため、感染症法の対象から削除された。
- 7 水痘(患者が入院を要すると認められるものに限る。)は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 8 播種性クリプトコックス症は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 9 薬剤耐性アシネトバクター感染症は、平成26年9月19日より定点把握対象疾患から全数把握対象疾患となったものである。

図 1-(1)-2 我が国における 1 類感染症患者の発生例

参考 ● わが国におけるラッサ熱患者および停留事例

1976 年 2 月、ラッサ熱患者（米国平和部隊の隊員）と偶然同じ飛行機に搭乗した日本人 5 名が、荏原病院検疫伝染病棟へ収容され、健康観察が行われた。このとき日本人からの発病はなかった。

1987 年、49 歳の男性（水道工事技師）が JICA により水道援助調査団の一員として、2 月 23 日、西アフリカのシエラレオネ国に出張し、フリータウン市等に在住し、3 月 14 日に帰国した。それまで症状はなかったが、3 月 16 日の朝から、発熱、頭痛、咽頭痛が始まった。当日は、会社に出勤し、夜には 38～39℃の稽留熱となった。悪寒戦慄はなかった。

3 月 17 日にも症状は続いたが、そのまま終日出勤した。18 日は、会社を休んで近医を受診し、風邪薬を服用し、19 日も会社を休み服薬を続けた。症状が重くなったので、20 日に東京大学付属医科学研究所を受診した。

医科研では検査を行い、マラリアの疑いでクロロキンを投与した。その夜から 1 日 1～3 回の水様性下痢が始まった。21 日、22 日は自宅でクロロキンを服用したが、症状は悪化した。

23 日朝、救急車で医科研に入院した。38℃の発熱、心窩部痛、吸気時の胸痛、1 日 2 回の下痢が見られ、顔面、手掌の強い高潮、頸部リンパ節と耳下腺の両側の腫脹、結膜炎、咽頭炎を認めた。また、胸水の少量の貯留を認めた。治療として安静、点滴、強心剤が投与された。

その後、27 日まで、38℃以上の熱発が続いた。下肢に小紅斑紋丘疹が出現したが、1 日で消失した。心嚢液の貯留が始まり、心筋障害を認めた。30 日にリンパ節生検が行われた。

4 月 18 日には、軽度の心筋障害以外の症状がない状態で改善した。

4 月 20 日、ウイルス性出血熱を疑って、ウイルス分離を試みたが陰性。しかし、抗ラッサ熱ウイルス抗体は、IgG 陽性、IgM 陰性であった。

5 月 27 日、「ウイルス性出血熱の疑い」との診断で、医科研を退院となる。

7 月末に心不全をきたし、心嚢炎と腹膜炎のため 8 月 8 日、医科研に再入院となった。8 月 15 日、保健所に届出があり、同日、患者は都立荏原病院の高度安全病棟に隔離入院となる。9 月 16 日、ウイルスが検出されなかったため、一般病棟に転床となった。

(東京都資料より引用)

(注) 「ウイルス性出血熱—診療の手引き—」(平成 23 年度～25 年度厚生労働科学研究費補助金(新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業)。平成 28 年 3 月改訂)による。

図1-(1)-3 エボラ出血熱の概要

エボラ出血熱の感染経路・感染リスク

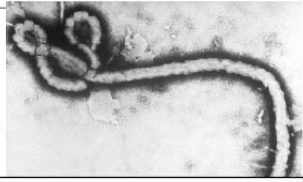
基本情報

病原体 ・フィロウィルス科エボラウィルス属のウィルス

潜伏期間 ・2-21日

症状 ・初期症状は発熱、倦怠感、筋肉痛、頭痛、咽頭痛など
 ・症状出現から約5日で嘔吐、下痢、腹痛などの消化器症状が出現する
 ・重症例では腎不全、肝不全、出血症状などがみられる

治療 ・輸液、輸血、透析などの支持療法



出典：国立感染症研究所ホームページ

感染源・感染経路

感染源 ・感染した動物の死体や生肉との接触、またその生肉の摂取により感染する
 ・感染した人の血液、便、尿、唾液、精液などの体液に直接接触した際に粘膜等から感染する
 ・空気感染はしない
 ・患者の発症前に接触した者が感染するリスクは低い

曝露様式と感染予防策の有無によるリスクレベルの区分

曝露様式	感染予防策※あり	感染予防策※なし
針刺し・粘膜・傷口への曝露		高リスク
患者や遺体の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等に接触	低リスク	高リスク
患者や遺体の検体処理	低リスク	高リスク
患者や遺体の概ね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等	低リスク	高リスク
上記に該当しない、患者や遺体に関わった医療従事者や搬送従事者(救急用自動車等)、患者や遺体の同居の家族など	低リスク	低リスク

※感染予防策：適切な个人防护服の使用

「ウイルス出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方実地対向け」より改変

エボラ出血熱の感染経路・感染リスク

← 発症前はウイルス量は低いため 他者に感染させるリスクは低い
 → 発症するとウイルス量は増加する


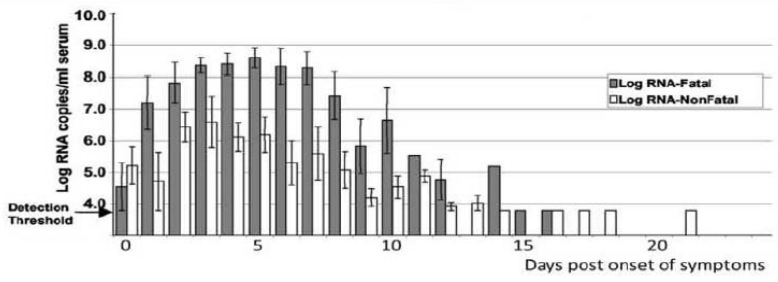


Figure 1. Ebola virus RNA copy levels in sera over time from 45 Ebola Virus Disease (EVD) patients (27 fatal, 18 non-fatal)³⁵

Figure 1.



Each bar represents the arithmetic mean value, and the error bars represent 1 standard error of the mean for each time point.

Figure 3A from Towner JS et al. J Virol. 2004. 78(B):4330. DOI: 10.1128/JVI.78.8.4330-4341.2004.

出典：米国CDCホームページ

2～21日
約5日

▲


感染

▲

潜伏期


▲

初期症状が出現



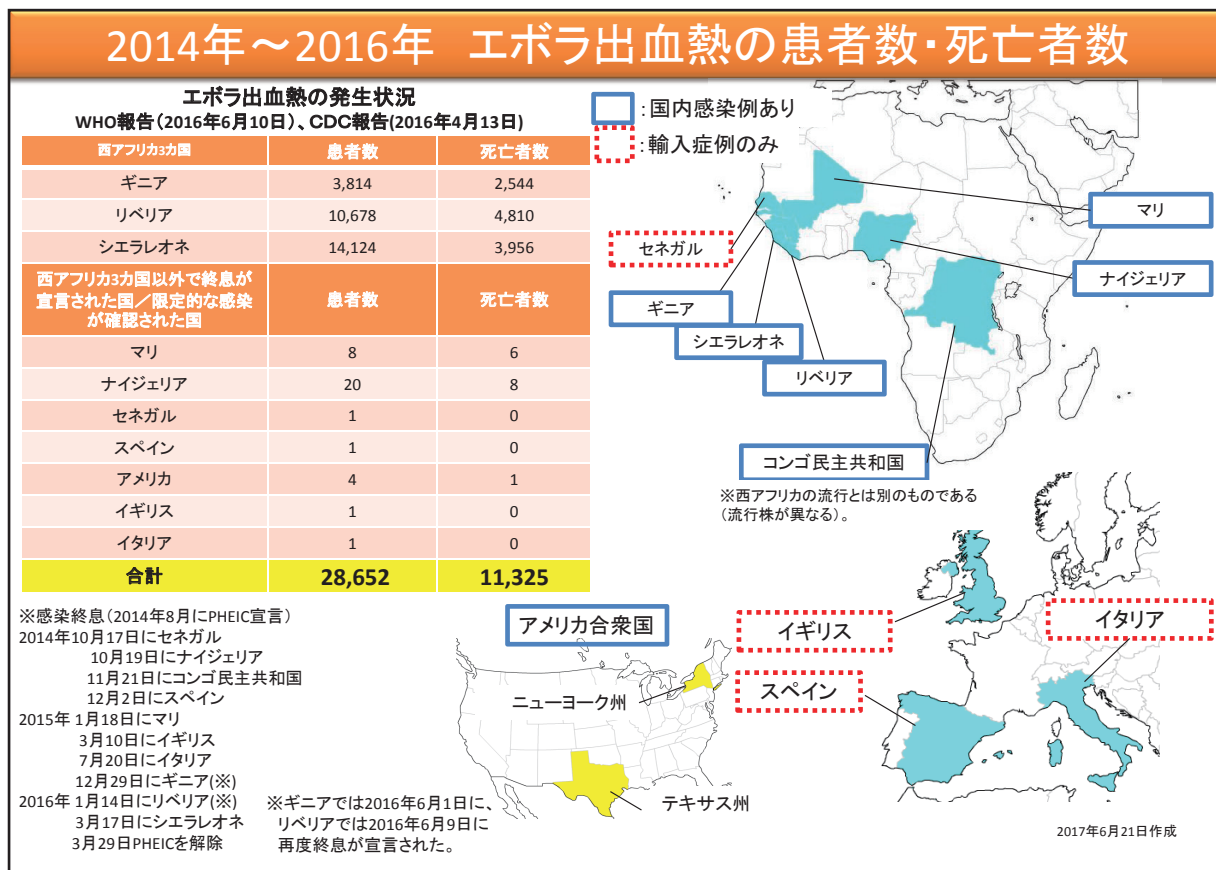
▲

嘔吐、下痢、出血症状などが出現



(注) 厚生労働省の資料による。

図 1-1-4 エボラ出血熱による被害状況



(注) 厚生労働省の資料による。

図 1-1-5 先進国におけるエボラ出血熱患者の状況 (平成 27 年 10 月時点)

	国名	感染者	転帰	発表日 or 発症日
①	スペイン	スペインで治療に従事していた看護師	退院	2014/10/6
②	米国	リベリアからの旅行者	死亡	2014/9/30
③		米国で②の治療に従事していた看護師	退院	2014/10/12
④		米国で②の治療に従事していた看護師	退院	2014/10/15
⑤		ギニアで医療活動を行っていた医師	退院	2014/10/23
⑥	英国	シエラレオネで活動していた医療従事者	退院	2014/12/29
⑦	イタリア	シエラレオネで活動していた医療従事者	退院	2015/5/10

(注) 厚生労働省の資料による。

図1-(1)-6 我が国においてエボラ出血熱への感染を疑い対応した事例

No.	第一報 報告日	年齢	性別	国籍	住所/地	滞在国	報告の経緯	検査 結果	備考
	滞在地								
1	10月27日 (H26)	40代	男性	-	-	西アフリカ	羽田空港到着時に発熱あり。	陰性	本人の希望により、これ以上の情報は非公開
2	11月7日 (H26)	60代	男性	日本	東京都	リベリア	本人から検疫所に連絡。	陰性	近医を受診。近医は扁桃腺炎と診断。
3	11月7日 (H26)	20代	女性	ギニア	-	ギニア	関西国際空港到着時に発熱あり。	陰性	マラリア陽性。
4	12月29日 (H26)	30代	男性	日本	東京都	シエラレオネ	本人から保健所に連絡。	陰性	遺体袋との接触歴あり。急性副鼻腔炎と診断。
5	1月18日 (H27)	70代	女性	日本	東京都	シエラレオネ	本人から検疫所に連絡。	陰性	インフルエンザ陽性。
6	3月15日 (H27)	40代	男性	外国籍	東京都	リベリア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
7	5月18日 (H27)	40代	男性	日本	福岡県	ギニア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
8	7月1日 (H27)	40代	男性	日本	静岡	ギニア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
9	7月15日 (H27)	30代	男性	ギニア	-	ギニア	成田空港到着時に発熱あり。	陰性	感染性腸炎疑い。

(注) 厚生労働省の資料による。

図1-(1)-7 海外における1類感染症等の発生状況

2017年		1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月	
		症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
一類 感染症	エボラ出血熱	0	0	0	0	0	0	0	0	8※1	4※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	コンゴ民主共和国	0	0	0	0	0	0	0	0	8※1	4※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	クミア・コンゴ出血熱※2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	痘そう(天然痘)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	南米出血熱 (アルゼンチン出血熱、ポリビア出血熱、ベネズエラ出血熱※3、ブラジル出血熱)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ペスト※4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	マダガスカル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	マールブルグ病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ラッサ熱※5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	急性灰白髄炎(ポリオ)	3	-	2	-	1	-	8	-	16	-	8	-	8	-	5	-	-	-	-	-
二類 感染症(一部)	バキスタン	1	-	1	-	0	-	0	-	0	-	1	-	0	-	2	-	-	-	-	-
	アフガニスタン	2	-	1	-	0	-	1	-	0	-	1	-	1	-	0	-	-	-	-	-
	コンゴ民主共和国	0	-	0	-	1	-	1	-	0	-	0	-	7	-	0	-	-	-	-	-
	シリア・アラブ共和国※6	0	-	0	-	0	-	6	-	16	-	6	-	0	-	3	-	-	-	-	-
	重症急性呼吸器症候群(SARS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	中東呼吸器症候群(MERS)	19	9	20	8	22	3	15	3	21	8	61	8	11	7	32	5	4	1	-	-
	サウジアラビア	19	9	20	8	20	2	13	3	18	8	60	8	10	7	30	5	4	1	-	-
	カタール	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
	アラブ首長国連邦	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	-	-
	レバノン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-	-
オマーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	-	-	
鳥インフルエンザ(H5N1)	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	-	-	
エジプト	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
インドネシア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	-	-	
鳥インフルエンザ(H7N9)	227	29	106	13	82	12	97	24	56	6	23	4	2	0	5	2	1	0	-	-	
中国(香港・マカオを含む)	225	29	106	13	82	12	97	24	56	6	23	4	2	0	5	2	1	0	-	-	
台湾	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	

(注) WHO Disease outbreak news等で報告された発症日(不明の場合は確定日又は報告日)に基づいた数を厚生労働省健康局結核感染症課において集計。各数値は暫定値であり、変更される可能性あり。
 ※1: 疑い事例を含む。なお、確定事例は5例。 ※2: トルコ、イラン、ロシア、ウズベキスタン等のアフリカ、アジア、ヨーロッパで発生しており、年間50例以上の発生報告がある。
 ※3: ベネズエラにおいて2017年1月2日から2月26日までに疑い事例を含め57例(うち6例死亡)の報告あり。
 ※4: 2010~2015年の報告数は世界全体で3248例(うち584例が死亡)。 ※5: 年間10万~30万人の感染者が発生。 ※6: 後に除外された1名を含む。

平成29年10月11日作成

(注) 1 厚生労働省の資料による。

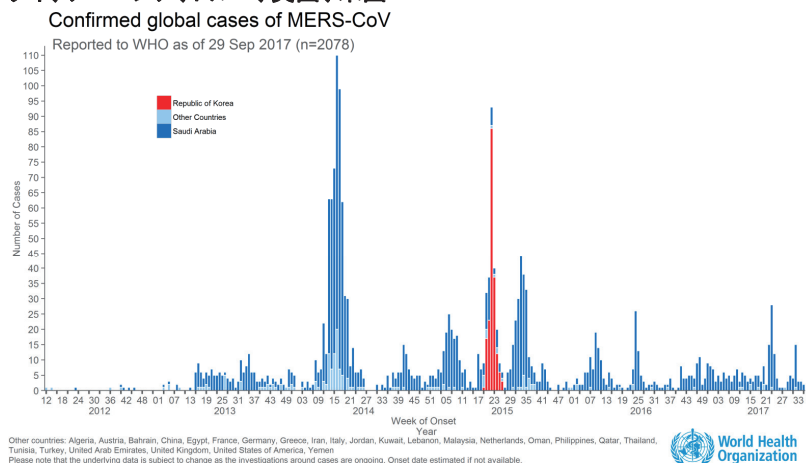
2 太線枠は当省が付した。

図 1-(1)-8 MERS の発生状況

中東呼吸器症候群 (MERS) の発生状況 (2012年9月以降)

- 2012年9月以降、アラビア半島諸国を中心に発生の報告がある重症呼吸器感染症で、2017年10月9日 WHO発表によると、報告された診断確定患者数は2090名 (うち、少なくとも730名死亡)。
- 患者が報告されている国: サウジアラビア、アラブ首長国連邦、ヨルダン、カタール、オマーン、クウェート、イエメン
- 輸入症例が報告されている国: アルジェリア、オーストリア、バーレーン、中国、エジプト、フランス、ドイツ、ギリシャ、イラン、イタリア、レバノン、マレーシア、オランダ、フィリピン、韓国、タイ、チュニジア、トルコ、英国、米国

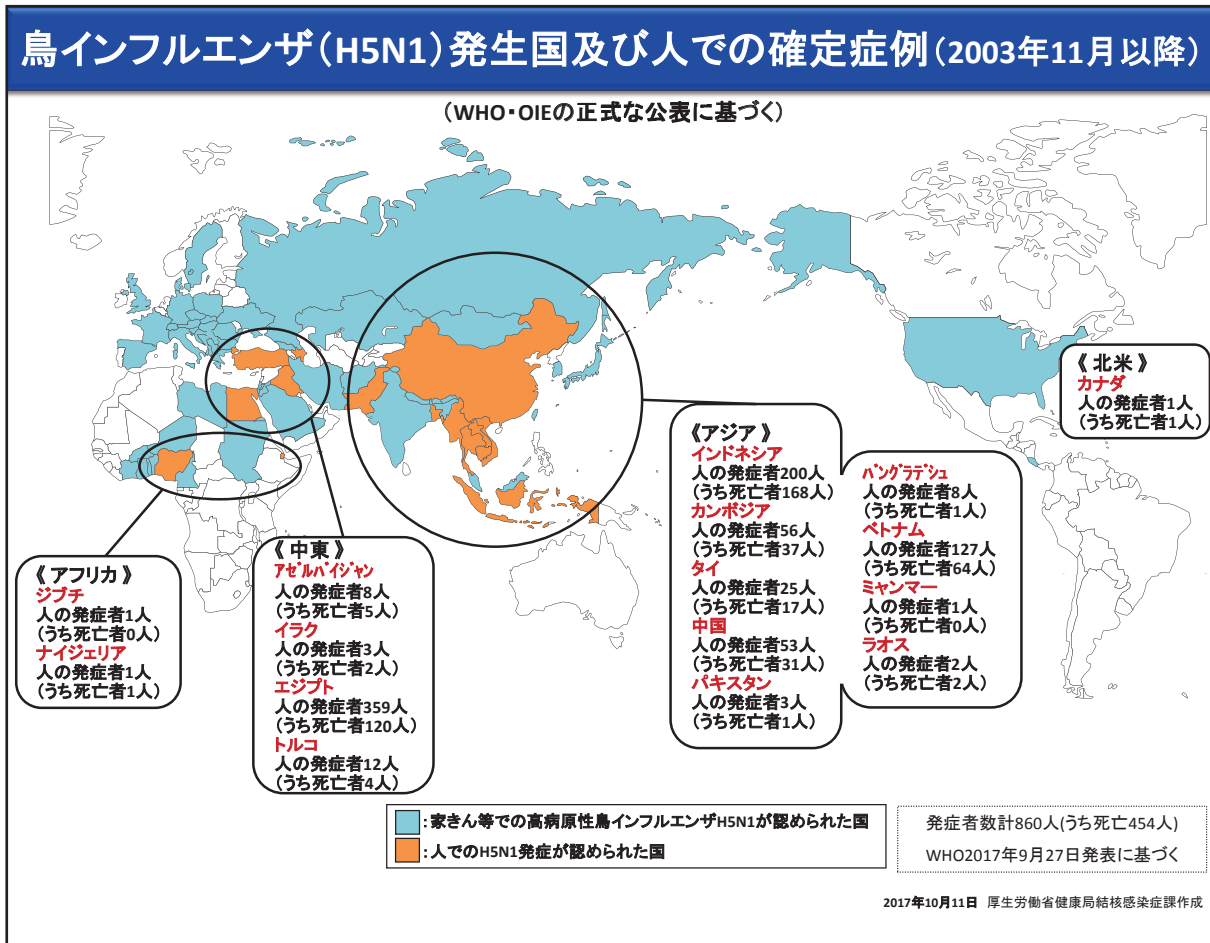
発生が報告されている中東諸国



厚生労働省健康局結核感染症課 平成29年10月10日作成

(注) 厚生労働省の資料による。

図1-1)-9 鳥インフルエンザ (H5N1) の発生状況

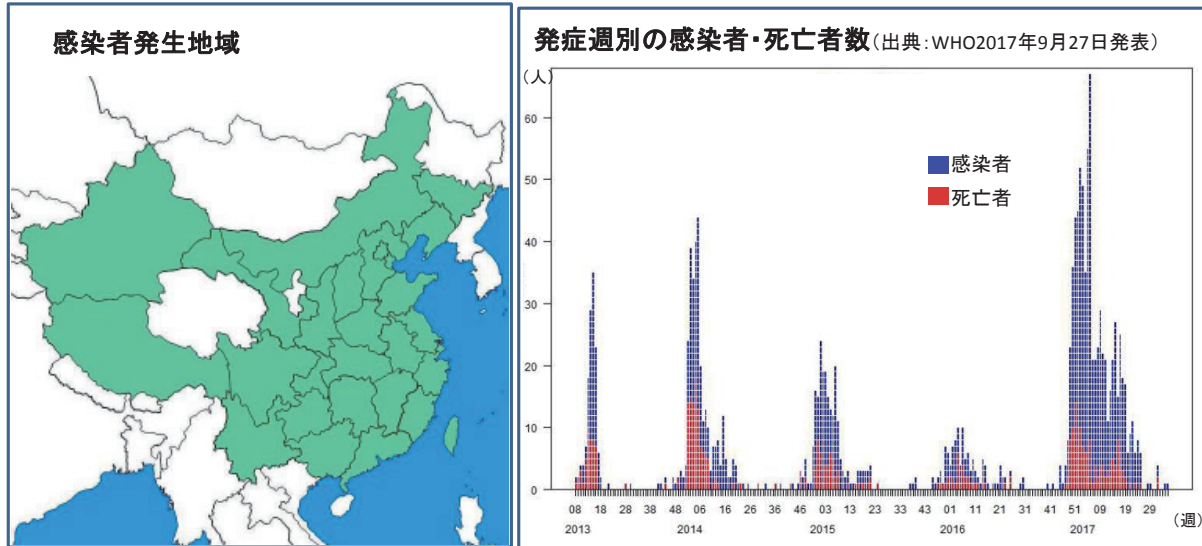


(注) 厚生労働省の資料による。

図 1-(1)-10 鳥インフルエンザ (H7N9) の発生状況

鳥インフルエンザA(H7N9)の発生状況(2013年3月以降)

2017年9月27日WHO発表によると、2013年3月以降、ヒト感染患者は1564名(うち、少なくとも612名死亡)。
発生地域は中国(4市19省4自治区)、香港特別区、マカオ特別区、台湾で、輸入症例はマレーシア、カナダにて報告がある。



感染者数: 中国(香港及びマカオを含む)1556名、台湾5名、マレーシア1名(輸入症例)、カナダ2名(輸入症例)

厚生労働省健康局結核感染症課 H29.10.11作成

(注) 厚生労働省の資料による。

表 1-(1)-11 感染症法に基づく感染症の分類

感染症類型	性質	対象疾病	該当 疾病数
1 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	7
2 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、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。)、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。)、鳥インフルエンザ(H5N1)、鳥インフルエンザ(H7N9)	7
3 類感染症	特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	5
4 類感染症	動物、飲食物等の物件を介して感染する感染症	E型肝炎、A型肝炎、マラリア、エキノコックス症、ジカウイルス感染症、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。)、チクングニア熱、つつが虫病、日本紅斑熱、デング熱、レジオネラ症、レプトスピラ症等	44
5 類感染症	国が感染症発生動向調査を行い、必要な情報を一般国民等に提供・公開していくことが必要な感染症	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。)、後天性免疫不全症候群、梅毒、麻しん、アメーバ赤痢、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、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。)、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、風しん等	46
新型インフルエンザ等感染症	新たに人から人に伝染するようになったインフルエンザ又はかつて流行したインフルエンザが	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	2

	再興したものであって、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの		
指定感染症	1～3 類に準じた対応の必要が生じた感染症	(該当なし)	0
新感染症	既知の感染症と症状等が明らかに異なり、その伝染力及び罹患した場合の重篤度から判断した危険性が極めて高い感染症	(該当なし)	0

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 平成 29 年 10 月現在の分類である。

3 5 類感染症は、平成 15 年の感染症法改正により追加されたものである。

4 新型インフルエンザ等感染症は、平成 20 年の感染症法改正により追加されたものである。

表 1-(1)-12 検疫感染症の関係法令

<p>○ 検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）＜抜粋＞</p> <p>（検疫感染症）</p> <p>第 2 条 この法律において「検疫感染症」とは、次に掲げる感染症をいう。</p> <p>一 <u>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（平成十年法律第百十四号）に規定する一類感染症</u></p> <p>二 <u>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に規定する新型インフルエンザ等感染症</u></p> <p>三 <u>前二号に掲げるもののほか、国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるもの</u></p>
<p>○ 検疫法施行令（昭和 26 年政令第 377 号）＜抜粋＞</p> <p>（政令で定める検疫感染症）</p> <p>第 1 条 検疫法（以下「法」という。）第二条第三号の政令で定める感染症は、<u>ジカウイルス感染症、チクングニア熱、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MER S コロナウイルスであるものに限る。別表第二において単に「中東呼吸器症候群」という。）、</u> <u>デング熱、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであつてその血清亜型が H5N1 又は H7N9 であるものに限る。同表において「鳥インフルエンザ（H5N1・H7N9）」という。）及びマラリアとする。</u></p>

（注）下線は当省が付した。

表 1-(1)-13 検疫感染症の種類

検疫法の分類	感染症法の分類	感染症の種類
第 2 条第 1 号	1 類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルク病、ラッサ熱 計 7 種類
第 2 条第 2 号	新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ 計 2 種類
第 2 条第 3 号	2 類感染症	MERS、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9） 計 3 種類
	4 類感染症	ジカウイルス感染症、チクングニア熱、デング熱、マラリア 計 4 種類

（注）検疫法及び感染症法に基づき当省が作成した。

表1-(2)-1 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移（昭和39年から平成28年まで）

年 Year		旅行者数 International Travelers			
		訪日外客数(*1) Visitor Arrivals	伸率 Change	出国日本人数(*2) Japanese Overseas Travelers	伸率 Change
		人 persons	%	人 persons	%
1964	昭和39年	352,832	15.5	127,749	27.7
1965	昭和40年	366,649	3.9	158,827	24.3
1966	昭和41年	432,937	18.1	212,409	33.7
1967	昭和42年	476,771	10.1	267,538	26.0
1968	昭和43年	519,004	8.9	343,542	28.4
1969	昭和44年	608,744	17.3	492,880	43.5
1970	昭和45年	854,419	40.4	663,467	34.6
1971	昭和46年	660,715	△22.7	961,135	44.9
1972	昭和47年	723,744	9.5	1,392,045	44.8
1973	昭和48年	784,691	8.4	2,288,966	64.4
1974	昭和49年	764,246	△2.6	2,335,530	2.0
1975	昭和50年	811,672	6.2	2,466,326	5.6
1976	昭和51年	914,772	12.7	2,852,584	15.7
1977	昭和52年	1,028,140	12.4	3,151,431	10.5
1978	昭和53年	1,038,875	1.0	3,525,110	11.9
1979	昭和54年	1,112,606	7.1	4,038,298	14.6
1980	昭和55年	1,316,632	18.3	3,909,333	△3.2
1981	昭和56年	1,583,043	20.2	4,006,388	2.5
1982	昭和57年	1,793,164	13.3	4,086,138	2.0
1983	昭和58年	1,968,461	9.8	4,232,246	3.6
1984	昭和59年	2,110,346	7.2	4,658,833	10.1
1985	昭和60年	2,327,047	10.3	4,948,366	6.2
1986	昭和61年	2,061,526	△11.4	5,516,193	11.5
1987	昭和62年	2,154,864	4.5	6,829,338	23.8
1988	昭和63年	2,355,412	9.3	8,426,867	23.4
1989	平成元年	2,835,064	20.4	9,662,752	14.7
1990	平成2年	3,235,860	14.1	10,997,431	13.8
1991	平成3年	3,532,651	9.2	10,633,777	△3.3
1992	平成4年	3,581,540	1.4	11,790,699	10.9
1993	平成5年	3,410,447	△4.8	11,933,620	1.2
1994	平成6年	3,468,055	1.7	13,578,934	13.8
1995	平成7年	3,345,274	△3.5	15,298,125	12.7
1996	平成8年	3,837,113	14.7	16,694,769	9.1
1997	平成9年	4,218,208	9.9	16,802,750	0.6
1998	平成10年	4,106,057	△2.7	15,806,218	△5.9
1999	平成11年	4,437,863	8.1	16,357,572	3.5
2000	平成12年	4,757,146	7.2	17,818,590	8.9
2001	平成13年	4,771,555	0.3	16,215,657	△9.0
2002	平成14年	5,238,963	9.8	16,522,804	1.9
2003	平成15年	5,211,725	△0.5	13,296,330	△19.5
2004	平成16年	6,137,905	17.8	16,831,112	26.6
2005	平成17年	6,727,926	9.6	17,403,565	3.4
2006	平成18年	7,334,077	9.0	17,534,565	0.8
2007	平成19年	8,346,969	13.8	17,294,935	△1.4
2008	平成20年	8,350,835	0.0	15,987,250	△7.6
2009	平成21年	6,789,658	△18.7	15,445,684	△3.4
2010	平成22年	8,611,175	26.8	16,637,224	7.7
2011	平成23年	6,218,752	△27.8	16,994,200	2.1
2012	平成24年	8,358,105	34.4	18,490,657	8.8
2013	平成25年	10,363,904	24.0	17,472,748	△5.5
2014	平成26年	13,413,467	29.4	16,903,388	△3.3
2015	平成27年	19,737,409	47.1	16,213,789	△4.1
2016	平成28年	24,039,700	21.8	17,116,420	5.6

◆注 (*1): 法務省資料に基づき、外国人正規入国者のうちから日本に永続的に居住する外国人を除き、さらに一時上陸客等を加えて集計した。
(*2): 法務省資料による。
(*3): 値はすべて確定値である。

(注) 日本政府観光局（JNTO）の資料による。

図1-(2)-2 「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)の概要



(注) 「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)の概要資料による。

表 1-(3) 感染症指定医療機関の種類等

区分	指定権限者	担当する感染症の類型	配置基準
特定	厚生労働大臣	<ul style="list-style-type: none"> ・新感染症 ・1類感染症 ・2類感染症 ・新型インフルエンザ等感染症 	なし
第1種	都道府県知事	<ul style="list-style-type: none"> ・1類感染症 ・2類感染症 ・新型インフルエンザ等感染症 	原則として都道府県ごとに1か所指定、病床数は2床
第2種		<ul style="list-style-type: none"> ・2類感染症 ・新型インフルエンザ等感染症 	原則として二次医療圏ごとに1か所指定、病床数は二次医療圏の人口に応じた次の病床数 <ul style="list-style-type: none"> ・30万人未満：4床 ・30万人以上100万人未満：6床 ・100万人以上200万人未満：8床 ・200万人以上300万人未満：10床 ・300万人以上：12床

(注) 1 感染症法、「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(平成 11 年厚生省告示第 115 号)及び「感染症指定医療機関の指定について」(平成 11 年 3 月 19 日付け健医発第 457 号厚生省保健医療局長通知)に基づき当省が作成した。

2 「特定」は特定感染症指定医療機関、「第 1 種」は第 1 種感染症指定医療機関、「第 2 種」は第 2 種感染症指定医療機関である(後掲の図表において同じ)。

3 「配置基準」欄は、「感染症指定医療機関の指定について」に定められた第 1 種病室又は第 2 種病室の病床数の基準に基づき、その内容を記載した。

なお、特定感染症指定医療機関については、国が直接指定するため、病床数の基準はない。

2 検疫所における水際対策の徹底・充実

(1) 健康監視の的確な実施

勸告	説明図表番号
<p>(検疫感染症の水際対策の重要性の高まり)</p> <p>近年、西アフリカにおけるエボラ出血熱の感染拡大、アラビア半島諸国を中心に発生したMERSの韓国における感染拡大など、国境を越えて国際社会全体に広がる感染症が脅威となっている。</p> <p>これらエボラ出血熱やMERS等の国内に常在しない検疫感染症が海外から国内に入り、その感染が拡大するようになれば、国民の生命・健康に対しても著しい危害が及ぶばかりでなく、国民生活及び経済活動へも甚大な影響を与えるものとなる。</p> <p>我が国においては、平成32年に東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催が予定され、また、同年における訪日外国人観光客数の目標が4,000万人、42年には6,000万人とされ、その目標を達成するため外国人が全国どこでも快適に旅行できるような取組等訪日外国人観光客の受入れ環境の整備を図ることとなっている。また、日本人の海外旅行の促進についても、「観光立国推進基本計画」（平成29年3月28日閣議決定）に基づき、官民を挙げて取り組まれているところである。</p> <p>このような状況の下、今後、ますます多くの外国人の入国が見込まれ、かつ、全国どこにでも観光等で訪れることにもなるとともに、海外渡航の日本人の増加も見込まれることから、検疫感染症が日本国内に侵入する可能性も高まり、その水際対策がますます重要なものとなっている。</p> <p>こうした中、厚生労働省は、水際対策を担う検疫所について、平成26年度から職員の緊急増員を実施し、検疫体制の整備を進めているが、その対策の徹底が求められるところである。</p>	<p>表1-(1)-12(再掲)</p> <p>表1-(1)-13(再掲)</p> <p>図2-(1)-1</p> <p>表2-(1)-2</p>
<p>(検疫所の業務)</p> <p>検疫法により、外国から来航した船舶等の長は、検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、当該船舶等を国内の港等に入れてはならないとされ、当該船舶等の長が検疫済証等の交付を受けた後でなければ、何人も上陸等をしてはならないとされている。また、検疫所長は、当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入することを防止するため、海外からの来航者等について必要な質問や診察を行い、又は検疫官にこれを行わせることができることとされている。</p> <p>これにより、検疫所では、海外からの入国者に対し、サーモグラフィーによる体温の確認や有症者の診察・健康相談等を行い、検疫感染症の有無を入国前に確認しているほか、発見された有症者等については、渡航状況などに応じて医師による診察及び検査を行っている。</p>	<p>表2-(1)-3</p> <p>図2-(1)-4</p>

<p>(検疫所の配置・体制)</p> <p>検疫所は、平成29年4月1日現在、全国に検疫所本所13か所、支所14か所及び出張所83か所の計110か所に設置されており（以下、検疫所本所、支所及び出張所を総称して「検疫所」という。）、これらの検疫所に配置されている検疫所長及び検疫官が検疫業務を行っている。</p> <p>平成25年以降の全国の検疫実績の推移をみると、訪日外国人旅行者の増加を受け、25年は約3,541万件、26年は約3,804万件、27年は約4,391万件と増加している。これに伴い、検疫所職員の定員も、平成25年度末時点で910人、26年度末時点で943人、27年度末時点で966人と増加している。</p>	<p>表 2-(1)-5 図 2-(1)-6 図 2-(1)-7</p>
<p>(健康監視制度)</p> <p>平成15年2月に香港及び中国広東省等において新たに出現したSARSが世界中に急速に拡大したことを受け、検疫強化を図るため、同年10月に検疫法が一部改正された。これにより、検疫感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないもの（以下「健康監視対象者」という。）に対し、検疫所長又は検疫官は、一定期間、体温その他の健康状態（以下「健康状態等」という。）について報告を求め、若しくは質問を行う（以下、これらの業務を「健康監視」という。）ことができることとする等、検疫の強化を図るとともに、都道府県知事等（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）と検疫所の更なる連携の強化が図られた。</p> <p>また、検疫法では、健康監視対象者からの報告の励行を図るため、健康監視対象者が健康状態等の報告をしなかった又は虚偽の報告をした場合、6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処すとされている。ちなみに、この罰則規定が整備された平成15年度以降、罰則が適用された実績はない。</p>	<p>図 2-(1)-8 表 2-(1)-9</p>
<p>(健康監視対象者の選定)</p> <p>厚生労働省は、各検疫所に対し、「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年8月8日付け健感発0808第2号・食安検発0808第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）（注1）、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成26年7月24日付け健感発0724第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）、「鳥インフルエンザA（H5N1又はH7N9）における検疫対応について」（平成18年10月17日付け健感発第1017001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。平成25年4月26日一部改正）等の通知により、エボラ出血熱、MERS及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）を対象とする健康監視の取扱いを定めており、エボラ出血熱及びMERSについては、次のとおり、国外の流行状況等を踏まえ、健康監視対象者の要件を適宜改正している。</p> <p>① エボラ出血熱に係る健康監視対象者については、WHOがエボラ出血熱</p>	<p>表 2-(1)-10 表 2-(1)-11 表 2-(1)-12 図 2-(1)-13</p>

<p>を「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」と判断したことを受け、平成26年8月8日から10月20日までの間は、ギニア、リベリア及びシエラレオネ（以下、これらの国を合わせて「エボラ流行国」という。）（注2）からの入国者のうち、到着前21日以内に、i）エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等との接触歴がある者又はii）コウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、エボラ流行国から入国した場合は検疫官にその旨申し出るよう求め、i）又はii）に該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している。</p>	<p>表2-(1)-10(再掲)</p>
<p>平成26年10月21日からは、アメリカ及びスペインにおけるエボラ出血熱の輸入症例や医療従事者への二次感染の発生等を踏まえ、WHOによる終息宣言が出るまで（注3）の間は、エボラ流行国に渡航又は滞在していたことをもって上記i）に該当するとみなし、到着前21日以内にエボラ流行国に渡航又は滞在していた者の全てを健康監視対象者とするものとされた。</p>	<p>図 2-(1)-14</p> <p>表 2-(1)-15</p>
<p>特にエボラ流行国の国籍を持つ入国者に対しては、平成26年8月16日からWHOによる終息宣言が出るまでの間は、入国審査の際に提示を求められる書類（検疫所が発行した検疫所確認済書、健康監視対象者用指示書又は健康カード）を検疫官から渡すので、必ず検疫官にその旨申し出るよう求め、当該申出がなかった場合も、入国管理局が入国審査の際に、パスポートを確認し、エボラ流行国の国籍を有することが確認でき、検疫所が発行した上記書類を所持していなければ入国させずに検疫所に差し戻すなどの対応を行い、検疫所で改めて健康監視対象者に該当するか確認することとされた。</p>	<p>表 2-(1)-16</p>
<p>平成28年2月19日から29年10月1日までの間は、WHOによるエボラ出血熱の終息宣言後も流行が再燃する危険性があるとして、エボラ流行国からの入国者のうち、到着前21日以内に、i）エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等との接触歴（感染予防策の有無を問わない。）がある者又はii）エボラ出血熱発生国（注4）由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、エボラ流行国から入国した場合は検疫官にその旨申し出るよう求め、i）又はii）に該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している（注5）。</p>	<p>表 2-(1)-17</p> <p>表 2-(1)-18</p>
<p>② MER Sに係る健康監視対象者については、MER Sが検疫法第2条第3号に規定する検疫感染症とされた（注6）ことに伴い、平成26年7月24日から27年9月17日までの間は、アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア及びヨルダン（以下、これらの国を合わせて「MER S流行国」という。）からの入国者のうち、到着前14日以内に、i）医療機関の受診又は訪問歴がある者、ii）MER S</p>	<p>図 2-(1)-19</p> <p>表2-(1)-11(再掲)</p>

<p>患者との濃厚接触歴がある者、iii) ラクダとの濃厚接触歴がある者が健康監視対象者とされた。</p>	
<p>また、韓国において、死亡例を含むMERS患者が発生したことを踏まえ、平成27年6月4日から9月17日までの間は、韓国からの入国者のうち、到着前14日以内に、i) MERSが疑われる患者を診察、看護又は介護していた者、ii) MERSが疑われる患者と同居していた者、iii) MERSが疑われる患者の気道分泌液又は体液等の汚染物質に直接接触した者であって、MERS疑似症患者と診断されなかった者が健康監視対象者とされた。</p>	表 2-1-20
<p>平成27年9月18日からは、韓国でのMERSの新規患者が報告されていないことから、前述の韓国に係る検疫対応を取りやめ、29年7月7日</p>	表 2-1-21 表 2-1-22
<p>に健康監視対象者の定義を改正するまでの間は、MERS流行国からの入国者のうち、i) 医療機関を受診又は訪問した者、ii) MERS患者との接触歴がある者、iii) ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者、iv) MERSが疑われる患者を診察、看護又は介護していた者、v) MERSが疑われる患者と同居していた者、vi) MERSが疑われる患者の気道分泌液又は体液等の汚染物質に直接接触した者、vii) MERS疑似症患者（MERS患者を除く。）が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、発熱や咳などの呼吸器症状がある場合や、MERSが疑われる患者又はラクダと接触した可能性がある場合は、必ず検疫官にその旨申し出るよう求め、i) からvii) までのいずれかに該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している。このほか、i) からvii) までに該当しない場合でも、入国後14日以内に発熱や咳などの呼吸器症状が出た場合は、保健所に速やかに電話連絡するよう求めている。</p>	図 2-1-23
<p>(注) 1 当該通知は、平成27年12月29日に廃止され、その後、「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」（平成28年2月19日付け健感発0219第1号・生食検発0219第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画情報課検疫所業務管理室長通知）が発出され、29年10月2日に廃止されるまで、同通知により健康監視が実施されていた。</p> <p>2 平成26年9月5日にナイジェリア及びコンゴ民主共和国がエボラ出血熱の発生国に追加されたが、ナイジェリアは同年10月24日、コンゴ民主共和国は同年11月21日にWHOによる終息宣言がなされたことを踏まえ、検疫強化を取りやめている。</p> <p>3 ギニアは平成27年12月29日、シエラレオネは同年11月9日、リベリアは同年5月11日にWHOによる終息宣言がなされている。</p> <p>4 ギニア、シエラレオネ、リベリア、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国及びコンゴ共和国</p> <p>5 平成29年9月30日をもってコンゴ民主共和国による強化サーベイランスが終了したことを受け、国立感染症研究所により「エボラ出血熱についてのリスクアセスメント」の更新が行われたことに伴い、「エボラ出血熱についてのリスクアセスメントの更新とそれに伴う対応の変更について」（平成29年10月2日付け健感発1002第6号・薬生食検発1002第4号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫所業務管理室長通知）が発出された。これをもって上記1の平成28年2月19日付け通知が廃止され、同通</p>	

<p>知に基づく検疫対応は取りやめとなった。</p> <p>6 検疫法施行令の一部を改正する政令（平成26年政令第258号）及び検疫法施行規則の一部を改正する省令（平成26年厚生労働省令第82号）が平成26年7月26日に施行された。</p>	
<p>（検疫所における健康監視）</p> <p>厚生労働省は、前述の通知等により健康監視の取扱いを定めており、健康監視対象者に健康監視対象者用指示書を交付するとともに、発熱の症状が出た場合、速やかに検疫所に連絡することを求めることとしている。また、エボラ出血熱及びMER Sについては、健康監視対象者に対し、1日2回（朝・夕）健康状態等の報告を求めることとし、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）については、発症時等に検疫所に自己申告を促すこととしている。</p>	<p>図 2-（1）-24</p>
<p>また、「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年11月21日付け健感発1121第15号・食安検発1121第5号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）及び「健康監視に関する留意事項について」（平成26年11月21日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡）により、西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行を機に国内へのエボラ出血熱の侵入防止を徹底するため、健康監視の強化を図ること</p>	<p>表 2-（1）-25</p>
<p>として、検疫所に対し、i）健康監視対象者に絶対に直接医療機関に行かないことを説明すること、ii）健康監視対象者から電子メールで健康状態等について報告があった場合は、必ず本人に電話をかけ、連絡がつく状態にあることを確認すること及びiii）本人に数度電話をかけても連絡がつかない場合には、健康監視対象者本人以外の者と連絡を取り、本人と連絡がつく状態となるように対応することを求めている。</p>	<p>表 2-（1）-26</p>
<p>さらに、万一、発症した場合の行政対応に万全を期すため、検疫所に対し、i）健康監視対象者が発生した場合、あらかじめ当該者の居所の所在地を管轄する都道府県等に、エボラ出血熱患者との接触状況、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所について、上記事務連絡で示された報告様式により通知をし、ii）健康監視対象者が健康監視期間中、国内における居所が変わることが判明した場合、滞在する地域を管轄する全ての都道府県等に対しても、i）と同様の通知をし、iii）健康監視期間中に健康状態に異状が生じた旨の連絡があった場合、健康監視対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等にその旨通知をするよう求めている。</p>	<p>図 2-（1）-27</p>
<p>また、MER Sについても、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成27年9月18日付け健感発0918第7号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、検疫所が健康監視対象者を選定した場合にあっては、同通知で示された報告様式により、直ちに健康監視対象者の居住地を管轄する都道府県等に対し健康監視の実施について情報提供するものとされている。</p>	<p>表2-（1）-21(再掲)</p> <p>図 2-（1）-28</p>

【調査結果】

今回、全国110か所の検疫所のうち、検疫感染症の流行国からの入国者が多い空港検疫所を中心として18検疫所（本所2、支所5及び出張所11。以下同じ。）を選定し、平成25年1月1日から28年7月31日までの間における健康監視対象者の選定状況を調査した結果、7検疫所においては1,147人の健康監視対象者（エボラ出血熱に係るもの360人、MER Sに係るもの756人、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）に係るもの31人）を選定していたが、以下のとおり、健康監視対象者の選定については、流行国から入国した事実等を検疫所に申告する必要性が入国者に十分認知されていない事例もあり、的確に選定されているか危惧される状況がみられた。また、①健康監視対象者においては、健康状態等の検疫所への報告の重要性が十分認知されていないこと、②厚生労働省本省においては、検疫所における i) 健康監視対象者からの報告徴収の方法や健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の対応の方法、ii) 関係の都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等について具体的に示していないため、健康状態等の報告徴収及び都道府県等への情報提供等に関する取組が検疫所ごとに区々となっており、中には、健康監視対象者からの報告徴収が不十分なまま健康監視期間が終了しているものや関係の都道府県等への情報提供に不備があるものがみられるなど、健康監視制度が十分に機能せず、検疫感染症の国内における感染拡大が危惧される状況がみられた。

表 2-(1)-29

表 2-(1)-30

ア 健康監視対象者の選定状況

① 健康監視対象者の選定漏れ

エボラ出血熱及びMER Sが流行していた時期を踏まえ、平成27年における健康監視対象者の選定状況についてみると、エボラ出血熱に係る健康監視対象者に関しては、6検疫所において319人の健康監視対象者（この人数は全国の検疫所が選定したエボラ出血熱に係る健康監視対象者の数でもある。）が、MER Sに係る健康監視対象者に関しては、6検疫所において315人の健康監視対象者（この人数は全国の検疫所が選定したMER Sに係る健康監視対象者の数でもある。）が選定されていた。

表 2-(1)-31

他方、調査した45感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱又はMER Sに係る疑似症患者又は疑似症の定義には当てはまらないが感染のおそれがある者（以下、これらを「疑似症患者等」という。）の受入れ状況について、平成27年1月1日から調査日時点である28年7月31日までの間でみると、入国時の検疫時点において疑似症患者等又は健康監視対象者とされず、入国後、これらの医療機関が疑似症患者等として受け入れた事例は、エボラ出血熱に関してはない。ただし、検疫所に対し、到着前21日以内にエボラ流行国に滞在していたことを自己申告すること

表 2-(1)-32

表 2-(1)-33

<p>なく入国した者がいるとの情報（情報元は、別の空港から入国し検疫所に自己申告して健康監視対象者となった同行者）を受けて、入国後に健康監視対象者となった事例（2人）が発生している。</p> <p>また、MER Sに関しては、MER S 流行国に渡航又は滞在し、入国時の検疫時点において疑似症患者等又は健康監視対象者とされなかったものの、入国後発熱等の症状が出たものが 11 事例あり、うち、i) ラクダとの接触歴や入国時に発熱があったとするものが 6 事例、ii) 保健所に事前連絡もなく医療機関を直接訪問しているものが 7 事例、iii) 疑似症患者として入院に至ったものが 7 事例となっており、これらの中には、入国時の検疫所への申出の必要性を知らなかったとする者がみられた。さらに、MER S 流行国に滞在歴があり、ラクダのミルクを喫食していたが、検疫所への申出の必要性を知らず、入国後に知人の指摘により、検疫所に自ら相談したところ、都道府県等による健康観察（感染症法第 15 条に基づく積極的疫学調査）が行われた事例も発生している。</p>	<p>表 2- (1)-34</p> <p>表 2- (1)-35</p>
<p>② 健康監視対象者数の規模</p> <p>i) 平成27年の流行期におけるエボラ出血熱に係る外国人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、千歳空港1人、東京空港42人、成田空港90人、中部空港4人、関西空港10人、福岡空港2人と計149人となっている。ちなみに、法務省の出入国管理統計により、平成27年におけるエボラ流行国の国籍を持つ外国人の入国者数を調査した検疫所ごとにみたところ、同年の流行期におけるエボラ出血熱に係る健康監視対象者は到着前21日以内にエボラ流行国に渡航又は滞在した者が対象となり、エボラ流行国の国籍を持つ外国人の入国者が必ずしもそれに該当するとは限らないため、単純な比較はできないものの、千歳空港3人、東京空港109人、成田空港198人、中部空港8人、関西空港29人、福岡空港8人のほか、広島空港1人と計356人となっている。</p> <p>また、平成27年の流行期におけるエボラ出血熱に係る日本人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、東京空港70人、成田空港76人、中部空港6人、関西空港15人、福岡空港3人と計170人となっている。ちなみに、出入国管理統計では、日本人の出入国情報を訪問先の国別に集計していないため、エボラ流行国から帰国した日本人の数は不明であるが、国連世界観光機関（以下「UNWTO」という。）が把握している平成27年のギニア及びシエラレオネへの日本人訪問者数（UNWTOが各国の統計情報を基に分析・集計した日本から各国・地域への到着者数。以下同じ。）をみたところ、全国で162人となっている。</p> <p>ii) 平成27年におけるMER Sに係る外国人の健康監視対象者数を調査</p>	<p>表 2- (1)-36</p> <p>表 2- (1)-37</p>

<p>した検疫所ごとにみると、中部空港1人、関西空港4人（東京空港、成田空港、福岡空港はいずれも0人）と計5人となっている。ちなみに、法務省の出入国管理統計により、平成27年におけるMER S流行国の国籍を持つ外国人の入国者数を調査した検疫所ごとにみたところ、27年のMER Sに係る健康監視対象者はMER S流行国からの入国者のうち感染源との接触歴等があった者が対象となり、MER S流行国の国籍を持つ外国人の入国者が必ずしもそれに該当するとは限らないため、単純な比較はできないものの、東京空港5,328人、成田空港9,695人、中部空港329人、関西空港2,625人、福岡空港356人のほか、千歳空港56人、広島空港12人、長崎空港2人など計1万8,407人となっている。</p> <p>また、平成27年におけるMER Sに係る日本人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、東京空港7人、新潟空港17人、成田空港53人、中部空港104人、関西空港101人、福岡空港28人と計310人となっている。ちなみに、上記 i)と同様に、UNWTOが把握している平成27年のヨルダン、クウェート及びサウジアラビアへの日本人訪問者数をみたところ、全国で2万9,566人となっている。</p>	
<p>イ 健康監視対象者からの報告徴収状況</p>	
<p>エボラ出血熱、MER S及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）（注7）のうち、一定期間、毎日1日2回（朝・夕）健康状態等について報告することとされているエボラ出血熱及びMER Sについては、調査した18検疫所のうち7検疫所において1,116人の健康監視対象者が選定されていた。</p> <p>（注）7 鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）については、1日2回の報告は義務付けられておらず、発症時等に検疫所に自己申告することとされている。</p>	<p>表2-(1)-29(再掲)</p>
<p>このうち、エボラ出血熱については、健康監視対象者が最も多かった平成27年の1年間、MER Sについては、1日2回（朝・夕）健康状態等の報告を求めることが通知により規定された27年9月18日から調査日時点である28年7月31日までの間に選定された6検疫所911人の健康監視対象者（エボラ出血熱関係319人、MER S関係592人）について健康状態等の報告徴収状況をみると、</p>	<p>表2-(1)-21(再掲)</p>
<p>① エボラ出血熱に係る健康監視対象者（6検疫所319人）については、健康監視対象者から事前に把握した連絡先に架電又はメールしても連絡が取れず、報告徴収の遅延・中断（今回、当省の調査において、i）朝の報告が正午までに、夕刻の報告が午前0時までになく、当該報告時刻までに健康状態等を確認できなかったことを「遅延」、ii）1日間以上全く報告がなかった又は報告があったものの体温を測定・報告しておらず、健康状態等を確認できなかったことを「中断」とそれぞれ整理した。</p>	<p>表2-(1)-38</p>

<p>以下同じ。)となった者が5検疫所において179人(56.1%)、このうち中断が4検疫所において16人(5.0%)みられ、これらの者のうち、2日間以上連続して中断した者が3検疫所において3人(0.9%)おり、中には報告の中断期間が2週間以上に及び、検疫所が健康状態等の確認や居所の特定ができないまま健康監視期間が終了している者(1人)もあった。</p>	<p>表 2-(1)-39</p>
<p>② MER Sに係る健康監視対象者(5検疫所592人)については、健康監視対象者から事前に把握した連絡先に架電又はメールしても連絡が取れず、報告徴収の遅延・中断となった者が5検疫所において394人(66.6%)、このうち中断が5検疫所において190人(32.1%)みられ、これらの者のうち、i) 2日間以上連続して中断した者が5検疫所において58人(9.8%)、ii) i)のうち、1週間以上連続して中断した者が4検疫所において11人(1.9%)おり、中には報告の中断期間が1週間以上に及び、検疫所が健康状態等を十分に確認できないまま健康監視期間が終了している者(10人)もあった。</p>	<p>表 2-(1)-40</p>
<p>一方、調査した検疫所における報告の遅延・中断となった者への対応方針をみると、検疫所によって区々となっており、健康監視対象者から報告を受ける時間帯(目安)を設定し、当該時間帯を経過しても報告がない場合には繰り返し架電する方針とする等、積極的に取り組んでいる検疫所がある一方で、特段対応方針を定めていないものや、健康監視対象者からの報告がなくても翌日に連絡すればよいと認識している等不十分な対応を行っているものがみられた。</p>	<p>表 2-(1)-41</p>
<p>また、検疫所の中には、i) 厚生労働省の通知に体温測定を2回行うことは明記されているが、報告回数についての言及はないこと、ii) 健康監視対象者が多数発生し2回の報告徴収が困難となったことを理由に、1日1回、朝・夕に体温を測定した結果をまとめて報告させているもの(2検疫所)がみられた。</p>	<p>表 2-(1)-42</p>
<p>以上のような状況の下、調査した45感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱に係る疑似症患者等の受入れ状況をみると、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発熱症状等を呈し、検疫所や保健所に事前連絡することなく一般の医療機関を直接受診したものが2事例あり、このうち1事例は、当該健康監視対象者となかなか連絡が取れず、検疫所が本人からのメール受信に気付いてから本人が感染症指定医療機関に搬送されるまでに9時間を要していた。</p>	<p>表 2-(1)-43</p>
<p>ウ 関係都道府県等に対する情報提供の状況</p> <p>前述のエボラ出血熱及びMER Sに係る健康監視対象者計911人に係る6検疫所に関し、入国時に健康監視対象者から把握した健康監視期間中の居所等に関する情報について、当該居所及び移動先の所在地を管轄する都</p>	<p>表 2-(1)-44</p>
<p>表 2-(1)-45</p>	<p>表 2-(1)-45</p>

道府県等への厚生労働省本省から示された報告様式による通知の状況を見ると、健康監視対象者の入国日に通知していないものが4検疫所で94人（10.3%）についてあり、これらのうち2日以上経過してから通知しているものが2検疫所で33人（3.6%）についてみられた。

これらの通知の遅延については、健康監視対象者の発生から都道府県等への通知までの間に、夜間・休日を挟んでいることが主な原因となっているが、i) 健康監視対象者の発生が夜間・休日であっても当日中に都道府県等に通知している検疫所がある一方、ii) 健康監視対象者が発生した時点では都道府県等に対しその旨を一報として電話連絡し、都道府県等が希望する夜間・休日明けに通知書をファクシミリにより送信するとしている検疫所もみられた。

他方、検疫所から情報提供を受ける都道府県等の中には、i) 緊急連絡網に担当者の連絡先を記載する等により夜間・休日も24時間対応可能な体制をとっているため、夜間・休日を避けて通知書を送信するよう検疫所に依頼することはないとするものがある一方、ii) 夜間・休日に発生した健康監視対象者については、当日は担当者が電話連絡を受け、夜間・休日明けに通知書を受信しているとするものもみられた。このように、検疫所による都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等や都道府県等における検疫所からの健康監視対象者に関する情報の受付対応が区々となっている。

また、中には、次のとおり、関係の都道府県等への健康監視対象者に関する情報提供について、報告様式による通知が適切に行われていない事例がみられた。

① エボラ出血熱に係る健康監視対象者について、健康監視期間中、当該者から居所の移動報告を受け、移動先のホテルも判明しているにもかかわらず、移動先の都道府県等に通知していなかったもの（1事例）

表 2-1-46

② エボラ出血熱に係る健康監視対象者について、入国時に当該者から入国後の旅行の予定を聴取していたものの、その時点では宿泊先が未定であり、確定的な情報ではなかったことから、健康監視期間中に当該者から決定した移動予定先の報告を受けてから通知したためとして、移動先の都道府県等への報告様式による通知が入国から8日後（移動先に当該者が到着する2日前）となっていたもの（1事例）

表 2-1-47

一方、当該健康監視対象者の移動予定先となっていた都道府県等では、検疫所から通知を受けた移動予定先は離島であり、1類感染症の健康監視対象者が発症した場合、特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関への搬送方策の検討や関係機関・団体との協議が必要と見込まれることから、可能な限り迅速に情報提供が行われることが望ましいとしている。

【所見】

したがって、厚生労働省は、検疫感染症の国内への侵入防止対策の徹底を図る観点から、検疫所における健康監視機能を十全に発揮させるため、次の措置を講ずる必要がある。

① 検疫所によるエボラ出血熱及びMERSに係る健康監視対象者の選定に当たっては、入国者のうち、流行国での滞在歴、感染源との接触歴等について検疫官による確認を要する者に対し、入国管理局による入国審査と連携して、その確認を要することについて周知徹底を図るとともに、今後より多くの入国者が見込まれることを踏まえ、こうした検疫官による必要な確認を確実にを行うための方策について、諸外国による取組等も参考にし、早急に検討すること。

あわせて、出国時における健康監視制度の効果的な周知に係る関係機関との連携協力についても検討し、早期に実施すること。

② 検疫所に対し、i) 健康監視対象者からの報告徴収の方法や健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の対応の方法、ii) 関係都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等及びiii) 罰則適用の取扱いも含め、健康監視対象者に対する健康状態等の報告の遵守方策について検討し具体的に示すとともに、その運用実態を的確に把握し、適切な運用の徹底を図ること。

③ 都道府県等に対し、i) 検疫所において健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の連携や、ii) 検疫所から健康監視対象者の居所等に関する情報提供があった場合における対応の在り方について具体的に示すとともに、その適切な対応について要請すること。

図 2-1-1 「観光立国推進基本計画」(平成 29 年 3 月 28 日閣議決定)の概要

新たな基本計画における観光立国の推進に関する目標			
	新たな基本計画の目標 (目標年:平成32年) <青字:平成27年実績> <赤字:平成28年実績>	<参考> 観光ビジョンの目標 (目標年:平成32年)	<参考> 旧基本計画の目標 (目標年:平成28年)
1. 国内旅行消費額	21兆円 <平成27年:20.4兆円> <平成28年:20.9兆円(速報値)>	21兆円	宿泊18兆円、 日帰り6.5兆円 ^{*2}
2. 訪日外国人旅行者数	4,000万人 <平成27年:1,974万人> <平成28年:2,404万人(推計値)>	4,000万人	1,800万人
3. 訪日外国人旅行消費額	8兆円 <平成27年:3.5兆円> <平成28年:3.7兆円(速報値)>	8兆円	3兆円 ^{*2}
4. 訪日外国人リピーター数	2,400万人 <平成27年:1,159万人> <平成28年:1,436万人(推計値)>	2,400万人	1,000万人程度 ^{*2}
5. 訪日外国人旅行者の 地方部 ^{*1} における延べ宿泊者数	7,000万人泊 <平成27年:2,514万人泊> <平成28年:2,845万人泊(速報値)>	7,000万人泊	【ゴールデンルート以外の地域】 2,400万人泊 ^{*2}
6. アジア主要国における 国際会議の開催件数に占める割合	3割以上・ アジア最大の開催国 <平成27年:26.1%・アジア最大>	(見直し)	【国際会議の開催件数】 5割以上増(1,111件以上)、 アジア最大の開催国
7. 日本人の海外旅行者数	2,000万人 <平成27年:1,621万人> <平成28年:1,712万人(推計値)>		2,000万人

*1:基本計画及び観光ビジョンの目標の「地方部」は三大都市圏(埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県)以外の地域、旧計画の目標の「ゴールデンルート以外の地域」は東京都、千葉県、大阪府、京都府以外の地域を指す。
*2:参考指標。

(注) 観光庁の資料による。

表 2-1-2 「2020 年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会に向けた政府の取組」(平成 28 年 10 月 7 日内閣官房東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会推進本部事務局公表) <抜粋>

<p>1. 大会の円滑な準備及び運営</p> <p>① セキュリティの万全と安全安心の確保</p> <p>○ 感染症対策の推進：厚生労働省</p> <p>これまで、<u>エボラ出血熱、ME R S等の諸外国の感染症発生動向を踏まえつつ、検疫所職員の増員など、検疫体制の整備を進めている。</u>中南米、東南アジアで流行しているジカウイルス感染症についても検疫感染症に位置付けるなど水際対策等に万全を期している。(以下略)</p> <p>② アスリート、観客等の円滑な輸送及び外国人受入れのための対策</p> <p>○ C I Q体制の強化等：法務省、財務省、厚生労働省、農林水産省等</p> <p><u>出入国審査・税関・検疫(C I Q)に係る人的体制の充実・強化を図るため、平成27年度当初予算及び平成28年度当初予算において、入国審査官、税関職員、検疫所職員、動植物検疫官を増員。</u>また、訪日外国人旅行者の急増等に対応するため、平成27年7月に入国審査官、税関職員、検疫所職員、動植物検疫官の緊急増員を、同年12月に入国審査官、税関職員の緊急増員を実施。さらに、平成28年9月においても、入国審査官、税関職員、検疫所職員、動植物検疫官の緊急増員を実施。(以下略)</p>

(注) 下線は当省が付した。

表 2-1)-3 検疫所の検疫業務に関する規定

○ 検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）〈抜粋〉

（入港等の禁止）

第 4 条 次に掲げる船舶又は航空機（以下それぞれ「外国から来航した船舶」又は「外国から来航した航空機」という。）の長（長に代ってその職務を行う者を含む。以下同じ。）は、検疫済証又は仮検疫済証の交付（第十七条第二項の通知を含む。第九条を除き、以下同じ。）を受けた後でなければ、当該船舶を国内（本州、北海道、四国及び九州並びに厚生労働省令で定めるこれらに附属する島の区域内をいう。以下同じ。）の港に入れ、又は当該航空機を検疫飛行場以外の国内の場所（港の水面を含む。）に着陸させ、若しくは着水させてはならない。ただし、外国から来航した船舶の長が、検疫を受けるため当該船舶を第八条第一項に規定する検疫区域若しくは同条第三項の規定により指示された場所に入れる場合若しくは次条ただし書第一号の確認を受けた者の上陸若しくは同号の確認を受けた物若しくは第十三条の二の指示に係る貨物の陸場のため当該船舶を港（第八条第一項に規定する検疫区域又は同条第三項の規定により指示された場所を除く。）に入れる場合又は外国から来航した航空機の長が、検疫所長（検疫所の支所又は出張所の長を含む。以下同じ。）の許可を受けて当該航空機を着陸させ、若しくは着水させる場合は、この限りでない。

一 外国を発航し、又は外国に寄航して来航した船舶又は航空機

二 航行中に、外国を発航し又は外国に寄航した他の船舶又は航空機（検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けている船舶又は航空機を除く。）から人を乗り移らせ、又は物を運び込んだ船舶又は航空機

（交通等の制限）

第 5 条 外国から来航した船舶又は外国から来航した航空機（以下「船舶等」という。）については、その長が検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、何人も、当該船舶から上陸し、若しくは物を陸揚げし、又は当該航空機及び検疫飛行場ごとに検疫所長が指定する場所から離れ、若しくは物を運び出してはならない。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、この限りでない。

一～三 （略）

（質問）

第 12 条 検疫所長は、船舶等に乗って来た者及び水先人その他船舶等が来航した後これに乗り込んだ者に対して、必要な質問を行い、又は検疫官をしてこれを行わせることができる。

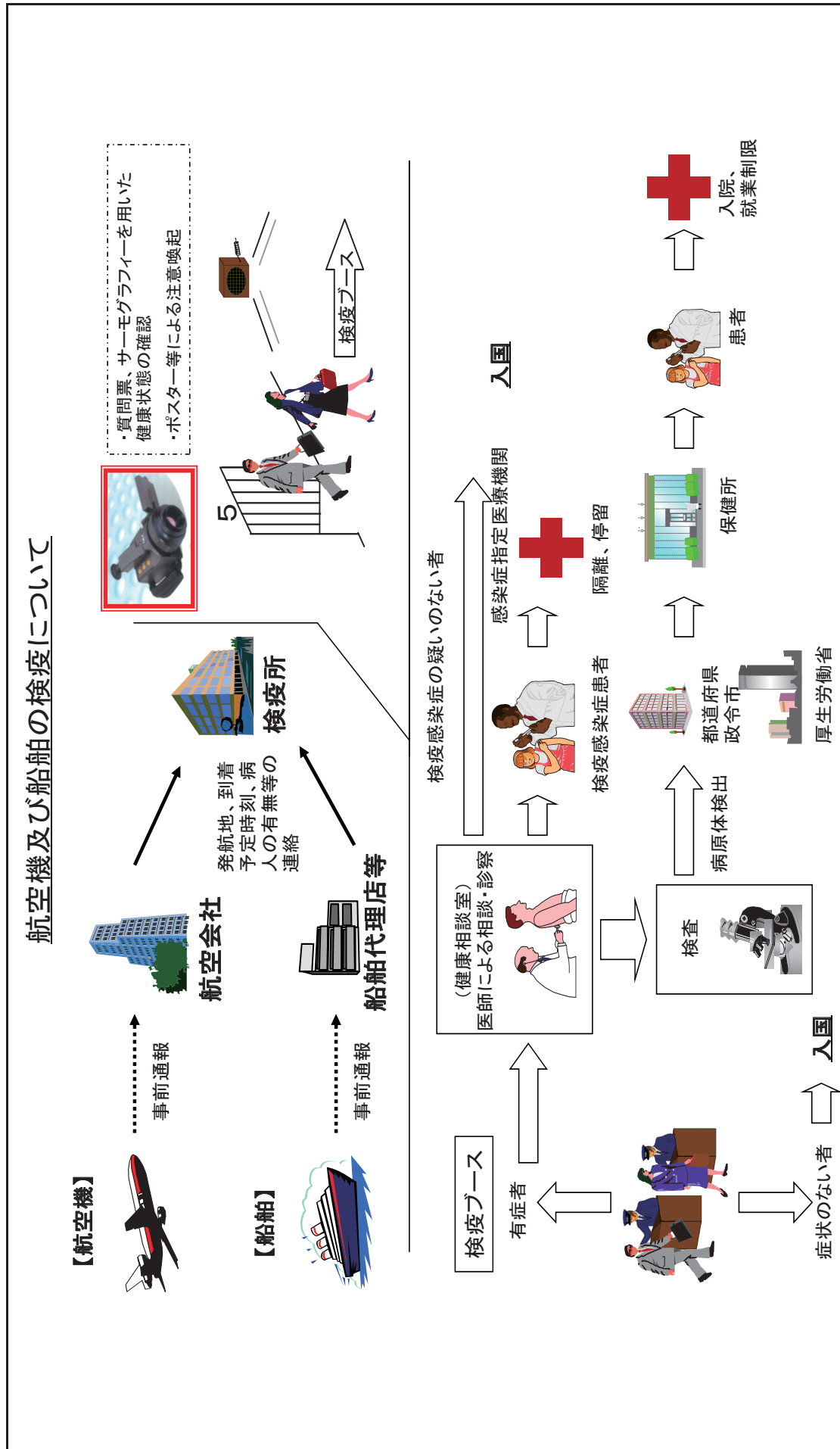
（診察及び検査）

第 13 条 検疫所長は、検疫感染症につき、前条に規定する者に対する診察及び船舶等に対する病原体の有無に関する検査を行い、又は検疫官をしてこれを行わせることができる。

2 （略）

（注）下線は当省が付した。

図 2-(1)-4 検疫業務の流れ



(注) 厚生労働省の資料による。

表 2-(1)-5 検疫所本所・支所・出張所の設置状況（平成 29 年 4 月 1 日現在）

	本所		支所	出張所	
		所在地			
小樽	1	北海道 小樽市	千歳空港	11	稚内、留萌・石狩、紋別、網走、花咲、釧路、苫小牧、室蘭、函館、函館空港、旭川空港
仙台	1	宮城県 塩釜市	仙台空港	12	青森、青森空港、八戸、宮古、釜石、大船渡・気仙沼、石巻、秋田船川、秋田空港、酒田、小名浜、福島空港
成田空港		千葉県 成田市			
東京	3	東京都 江東区	千葉、東京空港、川崎	4	鹿島、日立、木更津、茨城空港（小笠原）
横浜		神奈川県 横浜市		1	横須賀・三崎
新潟		新潟県 新潟市		6	新潟空港、直江津、富山空港、伏木富山、金沢・七尾、小松空港
名古屋	3	愛知県 名古屋市	清水、中部空港、四日市	5	焼津、三河・福江、衣浦、尾鷲・勝浦、静岡空港
大阪		大阪府 大阪市		5	敦賀、内浦、舞鶴、岸和田、和歌山下津
関西空港		大阪府 泉南郡田尻町			
神戸		兵庫県 神戸市			
広島	1	広島県 広島市	広島空港	17	境、米子空港、浜田、岡山空港、水島、福山、呉、徳山下松・岩国、宇部、徳島小松島、坂出、高松空港、三島川之江、新居浜、松山、松山空港、高知
福岡	4	福岡県 福岡市	門司、福岡空港、長崎、鹿児島	19	三池、唐津、伊万里、佐世保、長崎空港、厳原・比田勝、熊本空港、三角、水俣・八代、大分空港、大分・佐賀関、佐伯、細島、鹿児島空港、志布志、宮崎空港、串木野・喜入、北九州空港、佐賀空港
那覇	1	沖縄県 那覇市	那覇空港	3	金武・中城、平良、石垣
	13		14		83

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 検疫所の支所及び出張所については、本表以降の図表では、原則として、簡略化した名称（例：千歳空港、平良）を記載している。

3 検疫所本所・支所・出張所の設置数は、厚生労働省組織規則（平成 13 年厚生労働省令第 1 号）の別表第 1、別表第 2（1）及び別表第 2（2）に掲げる本所、支所及び出張所の数による。

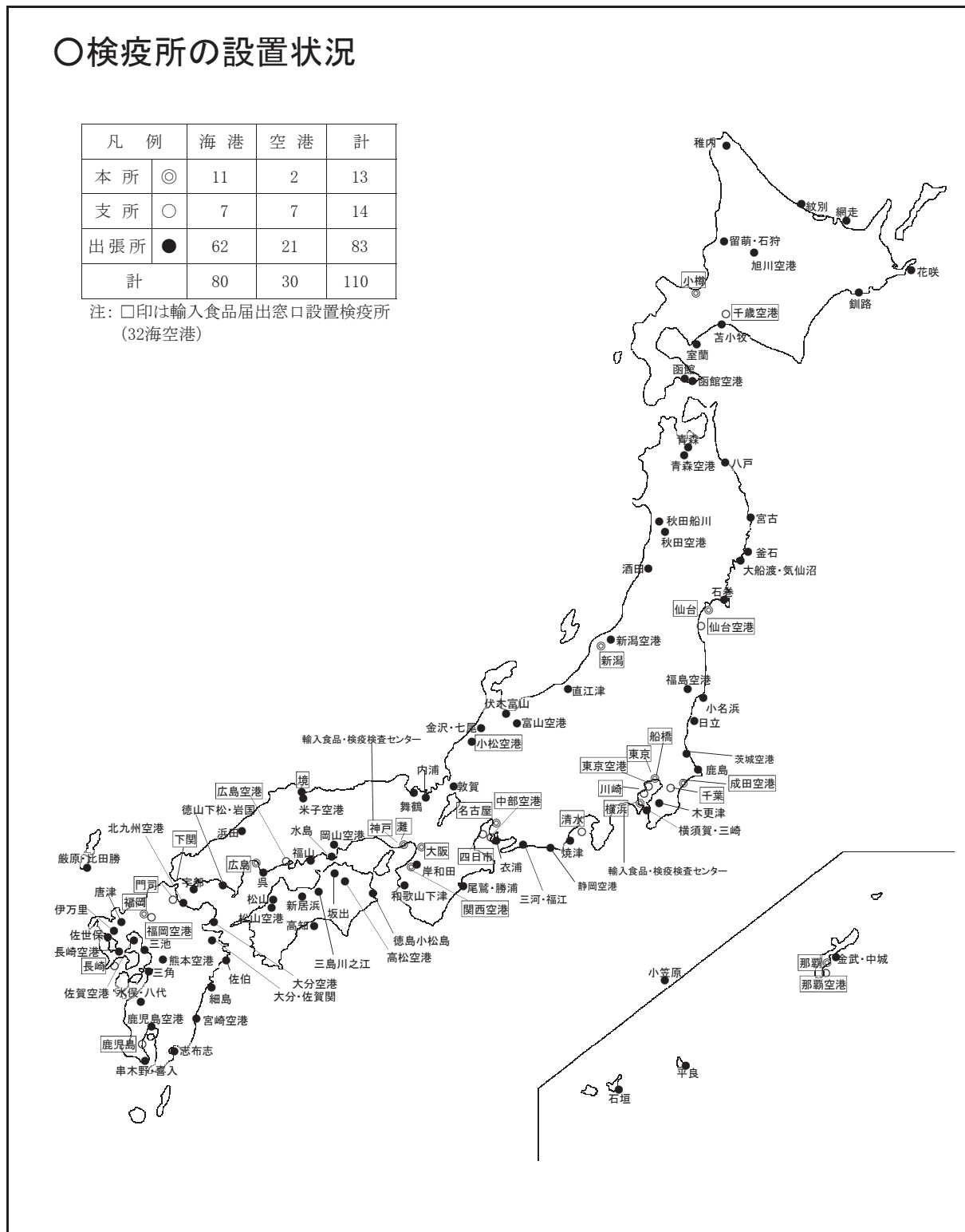
なお、小笠原出張所は、国土交通省小笠原総合事務所（小笠原諸島の復帰に伴う法令の適用の暫定措置等に関する法律（昭和 43 年法律第 83 号）第 26 条の規定により、小笠原諸島に係る国の行政機関の権限に属する事務を処理するため、現地における総合行政機関として設置されたもの。以下同じ。）の職員に検疫官発令を行って検疫業務を実施しているものであり、「出張所」欄中の「83」には含まれない。

図 2-1)-6 全国における検疫所の設置状況 (平成 29 年 4 月 1 日現在)

○検疫所の設置状況

凡 例	海港	空港	計	
本 所	◎	11	2	13
支 所	○	7	7	14
出張所	●	62	21	83
計		80	30	110

注: □印は輸入食品届出窓口設置検疫所 (32海空港)

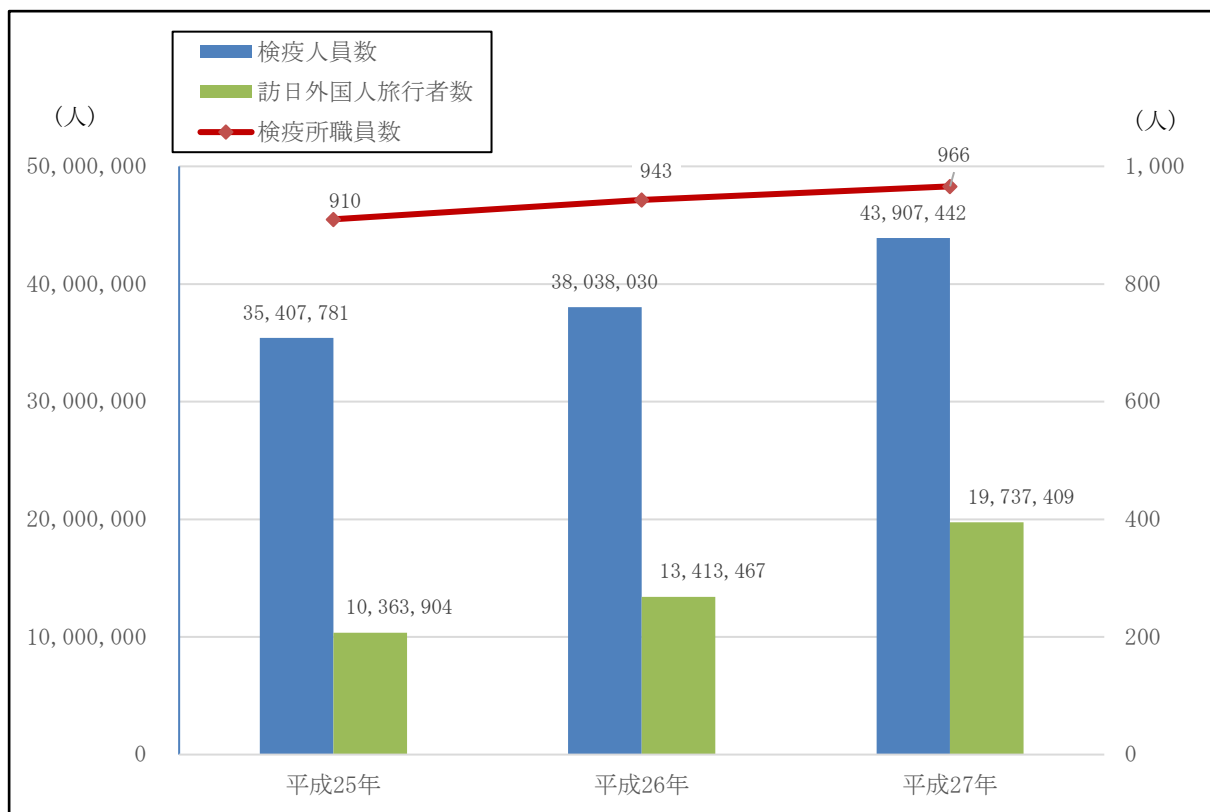


(注) 1 厚生労働省の資料による。

2 検疫所本所・支所・出張所の設置数は、厚生労働省組織規則の別表第 1、別表第 2 (1) 及び別表第 2 (2) に掲げる本所、支所及び出張所の数による。

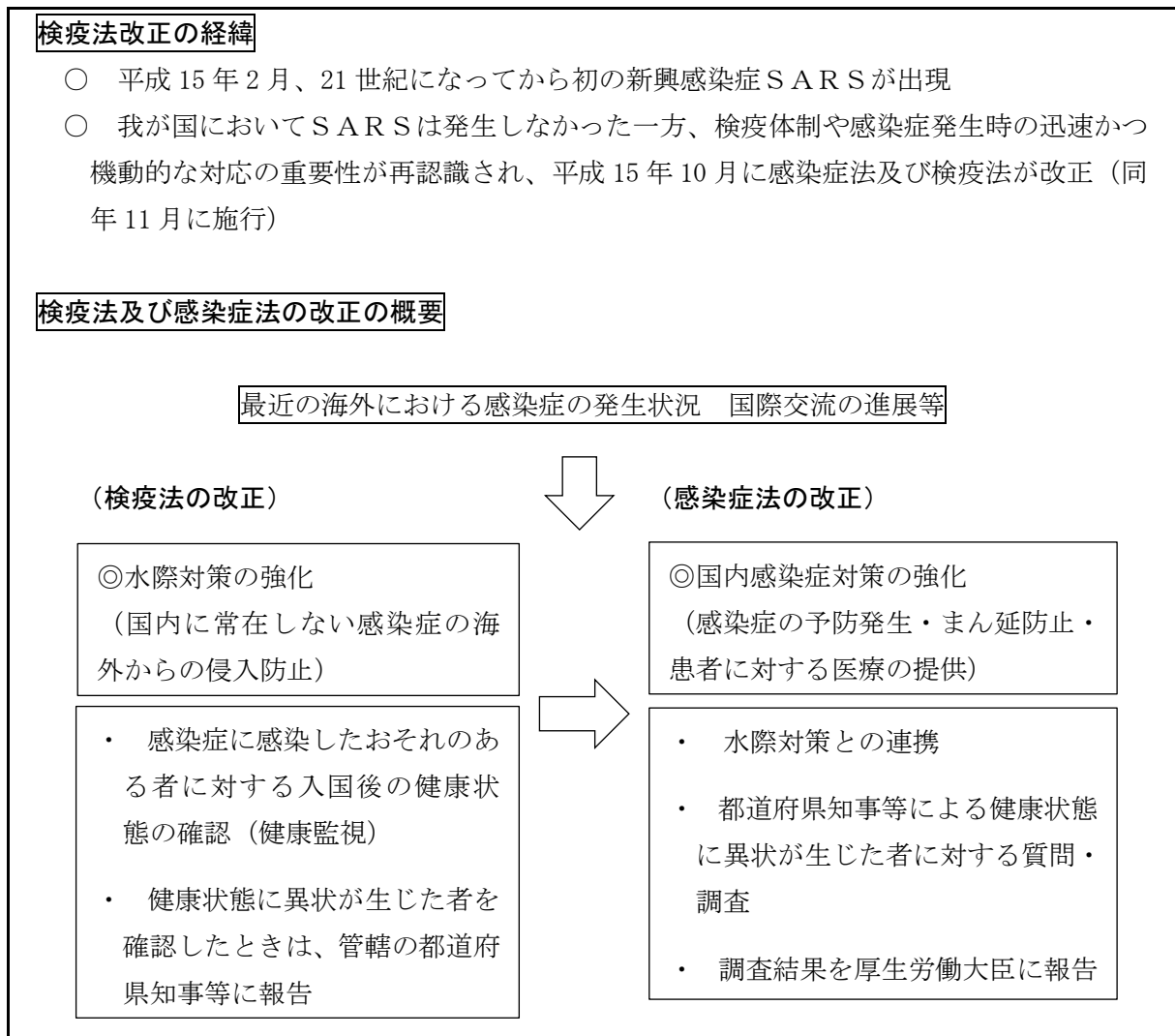
なお、小笠原出張所は、国土交通省小笠原総合事務所の職員に検疫官発令を行って検疫業務を実施しているものであり、「出張所」欄中の「83」には含まれない。

図 2-(1)-7 検疫人員数、検疫所職員数及び訪日外国人旅行者数の推移



- (注) 1 厚生労働省及び日本政府観光局（J N T O）の資料に基づき当省が作成した。
 2 「検疫人員数」は、船舶乗船者数及び航空機搭乗者数の和である。
 3 「検疫所職員数」は、年度末の定員数である。
 4 「訪日外国人旅行者数」は、日本政府観光局（J N T O）が公表している訪日外客数である。

図 2—(1)—8 検疫法の改正（平成 15 年）の概要



(注)「平成 16 年厚生労働白書」に基づき当省が作成した。

表 2-(1)-9 健康監視制度に関する規定

○ 検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）〈抜粋〉

（仮検疫済証の交付）

第 18 条 検疫所長は、検疫済証を交付することができない場合においても、当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがほとんどないと認めるときは、当該船舶等の長に対して、一定の期間を定めて、仮検疫済証を交付することができる。

2 前項の場合において、検疫所長は、検疫感染症（第二条第二号に掲げる感染症を除く。）の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、出入国管理及び難民認定法（昭和二十六年政令第三百十九号）第二条第五号に規定する旅券の提示を求め、当該者の国内における居所、連絡先及び氏名並びに旅行の日程その他の厚生労働省令で定める事項について報告を求め、同項の規定により定めた期間内において当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、若しくは質問を行い、又は検疫官をしてこれらを行わせることができる。

3 検疫所長は、前項の規定による報告又は質問の結果、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、当該者に対し、保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他検疫感染症の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長とする。第五項及び第二十六条の三において同じ。）に当該指示した事項その他の厚生労働省令で定める事項を通知しなければならない。

4・5 （略）

（罰則）

第 36 条 次の各号の一に該当する者は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

一～六 （略）

七 第十八条第二項の規定による旅券の提示（第三十四条の二第三項の規定により実施される場合を含む。）をせず、又は報告（同項の規定により実施される場合を含む。）をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは質問（同項の規定により実施される場合を含む。）に対し、答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした者

八～十一 （略）

○ 検疫法施行規則（昭和 26 年厚生省令第 53 号）〈抜粋〉

（検疫感染症の病原体に感染したおそれのある者から報告を求めることができる事項）

第 6 条の 2 法第十八条第二項及び第四項に規定する厚生労働省令で定める事項は、当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所とする。

（都道府県知事等への通知事項）

第 6 条の 3 法第十八条第三項に規定する厚生労働省令で定める事項は、当該者の健康状態及び当該者に対して指示した事項並びに当該者に係る前条に規定する事項とする。

（注）下線は当省が付した。

表 2-1-10 「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成 26 年 8 月 8 日
 付け健感発 0808 第 2 号・食安検発 0808 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長・
 医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）〈抜粋〉

現在、西アフリカのギニア、リベリア及びシエラレオネ（以下「エボラ出血熱の流行国」という。）においてエボラ出血熱の流行が続いており、世界保健機関（WHO）の報告によると約 1,711 名の患者のうち、約 932 名が死亡している（平成 26 年 8 月 4 日現在）。

また、WHOは、エボラ出血熱に関する緊急委員会を開催し、今月 8 日にエボラ出血熱が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」に該当すると判断したことから、下記のとおり対応するよう指示する。

1・2 （略）

3 エボラ出血熱の流行国からの入国者の取扱い

エボラ出血熱の流行国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、（1）のとおり医師による診察を行うとともに、（2）のとおり健康監視を行うこと。

（1）診察等

診察の結果、38℃以上の発熱に加え、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、胸痛、腹痛、嘔吐、下痢、食思不振、脱力、原因不明の出血などの症状があり、かつ、次のア又はイに該当する者について、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、検疫法（昭和 26 年法律第 201 号。以下「法」という。）第 14 条第 1 項第 1 号の規定に基づき隔離の措置をとること。

なお、隔離の措置をとった場合は、直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告すること。

ア 到着前 21 日以内に、エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等（血液、体液、吐物、排泄物など）との接触歴がある者

イ 到着前 21 日以内に、コウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者

（2）健康監視

エボラ出血熱の流行国に渡航又は滞在していたことが確認された者で、（1）のア又はイのいずれかに該当する者については、法第 18 条第 2 項の規定に基づき、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求めるとともに、504 時間（21 日）内において、1 日 2 回（朝・夕）の体温その他の健康状態について報告を求めるとすること。

（略）

（注）1 下線は当省が付した。

2 本通知は、平成 27 年 12 月 29 日に廃止され、その後、28 年 2 月 19 日から 29 年 10 月 1 日までの間は、「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」（平成 28 年 2 月 19 日付け健感発 0219 第 1 号・生食検発 0219 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知。表 2-1-17 参照）により健康監視が実施されていた。

平成 29 年 9 月 30 日をもってコンゴ民主共和国による強化サーベイランスが終了したことを受け、国立感染症研究所により「エボラ出血熱についてのリスクアセスメント」の更新が行われたことに伴い、「エボラ出血熱についてのリスクアセスメントの更新とそれに伴う対応の変更について」（平成 29 年 10

月2日付け健感発1002第6号・薬生食検発1002第4号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫所業務管理室長通知。表2-(1)-18参照)が発出された。これをもって上記の平成28年2月19日付け通知が廃止され、同通知に基づく検疫対応は取りやめとなった。

表2-(1)-11 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」(平成26年7月24日付け健感発0724第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>

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。以下単に「MERS」という。)については、「検疫法施行令の一部を改正する政令」(平成26年政令第258号)及び「検疫法施行規則の一部を改正する省令」(平成26年省令第82号)が、平成26年7月16日に公布され、同月26日から施行されることに伴い、下記のとおり対応に遺漏なきを期されたい。

第1 基本的事項

1. 定義

(1) 要観察例

検疫法(昭和26年法律第201号)第12条の規定に基づく質問及び同法第13条の規定に基づく診察により、38℃以上の発熱(解熱作用のある薬剤を使用している場合には、38℃以下であっても全身倦怠等の症状をもって発熱と同じ状態とみなす。以下同じ。)及び急性呼吸器症状があり、かつ、発症前14日以内にMERS患者の発生国において、次のアからウまでのいずれかに該当する者を要観察例とすること。

ア 医療機関の受診又は訪問歴がある。

イ MERS患者との濃厚接触歴(通常環境下では飛沫の飛散距離である2m以内を目安とする。)がある。

ウ ラクダとの濃厚接触歴(未殺菌乳の喫食など)がある。

なお、上記の規定にかかわらず、発熱又は急性呼吸器症状の症状があり、かつ、発症前14日以内にMERS患者の発生国において、アからウまでのいずれかに該当する者について、診察した医師がMERSの症状の疑いがあると判断した場合にも、要観察例とすることができること。

(2) 健康監視対象者

要観察例(MERS患者(確定例)を除く。)及び要観察例でないが検疫法第12条の規定に基づく質問により発症前14日以内にMERS患者の発生国において、(1)のアからウまでのいずれかに該当する者を健康監視対象者とすること。

(略)

(注)1 下線は当省が付した。

2 「MERS患者の発生国」については、「検疫法第2条第3号に規定する検疫感染症のうち中東呼吸器症候群の流行国について」(平成26年7月24日付け健感発0724第2号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)に定める中東地域(アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア及びヨルダン)を示す。

3 厚生労働省は、上記通知を平成27年9月18日及び29年7月7日に一部改正して健康監視対象者の定義を変更しており、29年10月1日現在、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」(平成29年7月7日付け健感発0707第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。表2-(1)-22参照)により健康監視を実

施している。

表 2-1(1)-12 「鳥インフルエンザ A (H5N1 又は H7N9) における検疫対応について」(平成 18 年 10 月 17 日付け健感発第 1017001 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。平成 25 年 4 月 26 日一部改正) <抜粋>

第 1 基本的事項

1. 定義

38℃以上の発熱 (解熱作用のある薬剤を使用している場合には、38℃以下であっても全身倦怠等の症状をもって発熱と同じ状態とみなす。以下同じ。)及び急性呼吸器症状があり、かつ、以下の(1)又は(2)のいずれかに該当する者 (以下「要観察例」という。) に対し、①質問、②診察、又は③健康監視(3参照)により対応することとする。

(1) 10日以内に鳥インフルエンザウイルス A (H5N1 又は H7N9) に感染している若しくはその疑いのある鳥※ (死体を含む。) への濃厚接触歴 (糞便・羽の吸引や死体・臓器への直接接触など)。

※鳥インフルエンザ A (H5N1) : 鶏、あひる、七面鳥、うずら。

鳥インフルエンザ A (H7N9) : 鶏、あひる、ハト。

(2) 10日以内に鳥インフルエンザ A (H5N1 又は H7N9) 患者 (疑い例も含む。) との濃厚接触歴 (通常環境下では飛沫の飛散距離である 2m 以内を目安とする。)

なお、(1)又は(2)に該当しない者であっても、必要に応じ、本人の同意を得て、①質問、②診察、又は③健康監視により対応するものとする。

2. (略)

3. 健康監視

検疫法第 12 条の質問及び同法第 13 条の診察により、要観察例と診断された者及び入国時発熱等の症状がみられない者で 同法第 12 条の質問により 1の(1)又は(2)の接触歴のいずれかが確認された者について、同法第 18 条第 2 項の規定により、当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について、「調査票」(様式 1) により報告を求め (要観察例と診断する際に健康状態質問票を使用した場合は、これに代えることも可)、健康監視対象者用指示書 (様式 2) を手渡し、240 時間を超えない範囲において、当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、若しくは質問を行い、又は検疫官をしてこれらを行わせること (基本的には、発症時等の自己申告を促すこととするが、検疫官においても健康状態を定期的に確認すること。)

(略)

(注) 1 下線は当省が付した。

2 上記通知は、平成 25 年 4 月 26 日の一部改正を踏まえた健康監視対象者の定義を記載している。

図 2-1)-13 エボラ出血熱に係る健康監視対象者の定義の変遷

検疫強化開始時	流行期	流行終息後
<p>【平成 26 年 8 月 8 日から同年 10 月 20 日まで】</p> <p>○ 健康監視対象者 エボラ出血熱の流行国（ギニア、リベリア、シエラレオネ）に滞在歴があり、以下のア又はイのいずれかにかに該当する者</p> <p>ア 到着前 21 日以内に、エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等（血液、体液、吐物、排泄物など）との接触歴がある者</p> <p>イ 到着前 21 日以内に、コウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者</p> <p>※ ナイジェリア及びコンゴ共和国がエボラ出血熱の流行国に追加（平成 26 年 9 月 5 日～）</p>	<p>【平成 26 年 10 月 21 日から 27 年 12 月 28 日まで】</p> <p>○ 健康監視対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> エボラ出血熱発生国（ギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリア、コンゴ共和国）に滞在歴があり、左記ア又はイのいずれかにかに該当する者 ギニア、リベリア、シエラレオネに滞在歴がある者は、左記アに該当するとみならず（当該 3 か国は滞在歴のみで健康監視の対象となる） <p>※ WHOの終息宣言が出るまで対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ナイジェリア終息宣言（平成 26 年 10 月 24 日） コンゴ共和国終息宣言（平成 26 年 11 月 21 日） リベリア終息宣言（平成 27 年 5 月 11 日） シエラレオネ終息宣言（平成 27 年 11 月 9 日） ギニア終息宣言（平成 27 年 12 月 29 日） 	<p>【平成 28 年 2 月 19 日から 29 年 10 月 1 日まで】</p> <p>○ 健康監視対象者</p> <p>西アフリカ 3 か国（ギニア、リベリア、シエラレオネ）に滞在歴があり、以下のア又はイのいずれかにかに該当する者</p> <p>ア 到着前 21 日以内に、エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等（血液、体液、吐物、排泄物など）との接触歴（感染予防策の有無を問わない）がある者</p> <p>イ 到着前 21 日以内に、エボラ出血熱発生国（※）由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者</p> <p>※ ギニア、シエラレオネ、リベリア、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国及びコンゴ共和国</p>

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 平成 29 年 10 月 2 日以降のエボラ出血熱に係る健康監視については、表 2-1)-10 の（注）参照

図 2-(1)-14 エボラ流行国からの入国者用のポスター（平成 26 年 9 月 5 日時点）


別紙1
(入国者用)

アフリカで エボラ出血熱が発生しています！

WHOの情報によると、アフリカ5カ国(ギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリア、コンゴ民主共和国)においてエボラ出血熱が発生し、3,764名の患者が報告され、このうち1,879名が死亡しました。(2014年9月3日現在)

<患者等の発生状況>


- ギニア
771名(494名)
- リベリア
1,698名(871名)
- シエラレオネ
1,216名(476名)
- ナイジェリア
21名(7名)
- コンゴ民主共和国
58名(31名)



※括弧内は死亡者数を再掲。

エボラ出血熱 は、ウイルスに感染した動物やヒトに接触することにより感染し、死亡率の高い(25～90%) 病気です。潜伏期間は、2～21日(通常は7日程度)で突然の発熱、疲労感、筋肉痛、頭痛、咽頭(のど)痛で発症します。それらに引き続き、嘔吐、下痢、腎機能や肝機能の低下がみられ、進行すると全身に出血傾向がみられ死亡します。

アフリカ5カ国(ギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリア、コンゴ民主共和国)から帰国された方へ念のため、健康状態等をお尋ねいたしますので、必ず、お近くの検疫官にお申し出ください。

**厚生労働省 検疫所**

(注) 1 「コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の発生への対応について」(平成 26 年 9 月 5 日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡) の別紙 1 による。
2 丸囲いは当省が付した。

表 2-(1)-15 「アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」(平成 26 年 10 月 21 日
付け健感発 1021 第 2 号・食安検発 1021 第 3 号厚生労働省健康局結核感染症課長・
医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>

現在、西アフリカのギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリア及びコンゴ民主共和国(以下「エボラ出血熱の発生国」という。)においてエボラ出血熱の発生が続いており、世界保健機関(WHO)の報告によると西アフリカ4カ国では9,211名の患者のうち、4,554名が死亡(平成26年10月17日現在)、コンゴ民主共和国では68名の患者のうち、49名が死亡(平成26年10月17日現在)している。

また、WHOは、エボラ出血熱に関する緊急委員会を開催し、8月8日にエボラ出血熱が「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC)」に該当すると判断したことから、下記のとおり対応するよう指示する。

1・2 (略)

3 エボラ出血熱の発生国からの入国者の取扱い

エボラ出血熱の発生国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、(1)のとおり医師による診察を行うとともに、(2)のとおり健康監視を行うこと。

(1) 診察等

診察の結果、38℃以上の発熱に加え、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、胸痛、腹痛、嘔吐、下痢、食思不振、脱力、原因不明の出血などの症状があり、かつ、次のア又はイに該当する者について、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、検疫法(昭和26年法律第201号。以下「法」という。)第14条第1項第1号の規定に基づき隔離の措置をとること。

ア 到着前21日以内に、エボラ出血熱患者(疑い患者を含む。)の体液等(血液、体液、吐物、排泄物など)との接触歴がある者

イ 到着前21日以内に、コウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者
(略)

(2) 健康監視

エボラ出血熱の発生国に渡航又は滞在していたことが確認された者で、(1)のア又はイのいずれかに該当する者((1)により隔離又は停留の措置を受ける者を除く。)については、法第18条第2項の規定に基づき、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求めるとともに、504時間(21日)内において、1日2回(朝・夕)の体温その他の健康状態について報告を求めるものとする。

また、ギニア、リベリア及びシエラレオネにおけるエボラ出血熱患者の発生状況等を踏まえ、当分の間、これらの国に渡航又は滞在していたことが確認された場合は、(1)のアに該当するとみなして対応すること。

(略)

(注) 1 下線は当省が付した。

2 WHOによるエボラ出血熱の終息宣言を踏まえ、ギニアは平成27年12月29日、シエラレオネは同年

11月9日、リベリアは同年5月11日にエボラ流行国としての対応を取りやめている。

表2-(1)-16 エボラ出血熱に係る検疫対応に際しての入国管理局との連携強化の概要

○ 「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」(平成26年8月15日付け厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡)

標記については、各検疫所において、空港等でポスターの掲示を行い、西アフリカ4カ国に滞在した場合は検疫官に申し出るよう検疫ブースにて呼び掛けを行うとともに、航空会社に同趣旨の機内アナウンスについて協力依頼を行うなど西アフリカ4カ国からの渡航者の把握に努めていただいているところです。

しかしながら、西アフリカ4カ国からの直行便が就航していないこと等を踏まえ、渡航者の把握をより徹底するため、平成26年8月16日から当分の間、入国管理局と連携しつつ、各空港の検疫所において下記の対応方をお願いします。

なお、別途、法務省入国管理局へ西アフリカ4カ国からの渡航者の把握についての協力依頼を行っていることを申し添えます。

記

入国者の確認方法

- (1) 検疫所においては、ギニア、リベリア、シエラレオネ又はナイジェリアの国籍を有する者に対して、検疫ブースへの動線上にポスター(別添1)を掲示し、検疫官による呼び掛けを行うこと等により、検疫官に申し出るよう働きかけること。
- (2) 検疫官は、(1)により申し出のあった当該4か国の国籍を有する者に対して、必要に応じて、質問事項(別添2)を用いて、当該者のパスポートを確認しながら、過去21日以内に当該4か国のうちのいずれかに滞在したかどうかを尋ねた上で、
 - ① 過去21日以内に当該4か国のうちのいずれかに滞在していないことが確認された場合には、「検疫所確認済書」(別添3)を手渡し、
 - ② 過去21日以内に当該4か国のうちのいずれかに滞在したことが確認された場合には、当該者の状況に応じて「健康監視対象者用指示書」(別添4)又は「健康カード」(別添5)を手渡すこと。

【参考】

入国管理局に依頼した対応

- (1) 入国しようとする者が、
 - ① ギニア、リベリア、シエラレオネ又はナイジェリアの国籍を有することが確認でき、かつ、
 - ② 検疫所が発行する「検疫所確認済書」、「健康監視対象者用指示書」又は「健康カード」のいずれをも所持していないときには、入国させずに、検疫所に差し戻すこと。
- (2) (1)の場合において、当該者が、自らパスポートを提示すること等により、過去21日以内に当該4か国のうちのいずれにも滞在していないことについて言明した場合には、この限りでないこと。

○ 「エボラ出血熱に係る検疫対応に際しての入国管理局との連携強化について」（平成 26 年 11 月 21 日付け厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡）＜抜粋＞

1 流行国の国籍を有する者への対応について

(1) 検疫所は、エボラ出血熱の流行国（ギニア、リベリア又はシエラレオネをいう。以下同じ。）の国籍を有する者に対して、検疫ブース等（仮設のものを含む。以下同じ）への動線上にポスターを掲示し、検疫官による呼び掛けを行うこと等により、検疫官に申し出るよう働きかけること。

(2) 検疫官は、(1)により申し出のあった流行国の国籍を有する者に対して、必要に応じて、質問事項（別添 1）を用いて、当該者のパスポートを確認しながら、過去 21 日以内に流行国のうちのいずれかに滞在したかどうかを尋ねた上で、

① 過去 21 日以内に流行国のうちのいずれかに滞在していないことが確認された場合には、「検疫所確認済書」（別添 2）を手渡し、

② 過去 21 日以内に流行国のうちのいずれかに滞在したことが確認された場合（隔離、停留措置を行った場合は除く。）には、当該者の状況に応じ、「健康監視対象者用指示書」（別添 3）又は「健康カード」（別添 4）を手渡すこと。

注) 平成 26 年 10 月 21 日以降、過去 21 日以内のギニア、リベリア又はシエラレオネへの滞在歴を有する者については、すべて、少なくとも健康監視以上の措置の対象となっており、また、平成 26 年 11 月 20 日以降、当該 3 か国以外にエボラ出血熱に係る検疫強化の対象国はないため、現時点では、「健康カード」の交付対象者は生じていない。
(略)

○ 「検疫所確認済書」、「健康監視対象者用指示書」及び「健康カード」の様式（平成 26 年 11 月 21 日時点）

<p>別添 2 (検疫所確認済書)</p> <p style="text-align: center;">Quarantine Confirmation Certificat de Lazaret 検疫所確認済書</p> <p>This Quarantine Confirmation shows a quarantine station officer has checked that the person did not stay in areas of Ebola hemorrhagic fever outbreak in the past 21 days.</p> <p>Ce Certificat de Lazaret atteste qu'un agent de poste de Quarantaine a bien vérifié que la personne concernée n'a pas séjourné dans un pays touché par l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola au cours des 21 derniers jours.</p> <p>この検疫所確認済書は、当該者が、過去 21 日間にエボラ出血熱の流行国に滞在していないことを検疫官が確認したことを示す書類です。</p> <p>※ Please submit this paper to an immigration inspector during the immigration procedure. ※ Veuillez remettre ce Certificat de Lazaret à un agent de l'immigration lors de la procédure d'immigration. ※ この検疫所確認済書は、入国審査を行う入国審査官にお渡しください。</p> <p>OO Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare Lazaret de OO, Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales 厚生労働省 OO 検疫所</p>	<p>別添 3 (健康監視対象者用指示書)</p> <p style="text-align: center;">よくお読みになって「エボラ出血熱流行国滞在後 21 日間監視」してください。</p> <p style="text-align: center;">健康監視対象者用指示書</p> <p>あなたは、検疫法第 18 条第 2 項に規定する健康監視対象となります。本日から（平成 26 年 月 日）までの間、次の項目を守ってください。</p> <p style="text-align: right;">平成 26 年 月 日 OO 検疫所長</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(1) 毎日 2 回（朝、夕）体温を測り、<u>正腔の連絡先に連絡してください。</u></p> <p>(2) 「発熱」の症状が出た場合には、ただちに下記の<u>保健所に連絡</u>するとともに、検疫所からの連絡を受けた保健所の指示があるまでは、他者への感染のおそれがありますので、<u>絶対に直接医療機関に行かない</u>でください。</p> <p>(3) 検疫所からもあなたの体調について、確認の連絡をすることがありますので、正腔にご報告ください。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>連絡先： 厚生労働省 OO 検疫所 電話：00-000-0000 調査番号： _____</p> </div> <p>注) 検疫法第 18 条第 2 項に規定する健康状態の報告書類です。正腔に報告してください。 なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第 36 条第 7 号の規定により 6 か月以下の懲役又は 50 万円以下の罰金に処される場合があります。</p>	<p>別添 4 (健康カード)</p> <p style="text-align: center;">よくお読みになって「21 日間監視」してください。</p> <p style="text-align: center;">エボラ出血熱の流行国に滞在された方へ</p> <p>エボラ出血熱の潜伏期間は、患者の体液等に触れた後、21 日とされています。あなたは、患者等との接触がないとの申告でしたが、念のため、本日から（平成 26 年 月 日）までの間、以下のように行動してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(1) 朝夕、体温測定し、ご自身で健康状態をよく観察してください。</p> <p>(2) 「38℃以上の発熱」に加え、「激しい頭痛」、「関節痛」、「筋肉痛」、「腰痛」、「腹痛」、「嘔吐」、「下痢」、「脱力」、「原因不明の出血」等のうち、いずれかひとつの症状でも出た場合には、<u>最寄りの保健所に、「エボラ出血熱の流行国に滞在していた」ことを伝え、指示に従ってください。</u></p> <p>(3) 保健所の指示があるまで、<u>絶対に直接医療機関に行かない</u>でください。 最寄りの保健所：OO 保健所 00-000-0000</p> </div> <p style="text-align: right;">厚生労働省 OO 検疫所 TEL：00-000-0000</p>
--	--	--

(注) 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

表 2-(1)-17 「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」(平成 28 年 2 月 19 日
 付け健感発 0219 第 1 号・生食検発 0219 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長・
 医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜
 粋>

西アフリカにおけるエボラ出血熱について、平成 28 年 1 月 14 日、リベリアにおけるエボラ出血熱の終息宣言が公表され、西アフリカ 3 カ国 (ギニア、リベリア、シエラレオネ) のすべてにおいて、エボラ出血熱の終息宣言がされたところです。

しかし、平成 28 年 2 月 12 日付け国立感染症研究所の「西アフリカ諸国におけるエボラ出血熱の流行に関するリスクアセスメント」により、検疫での対応として、「西アフリカ各国では、エボラウイルス病 (EVD) 流行の終息宣言後であっても EVD 流行が再燃する危険性がある。この危険性について渡航者へ注意喚起し、渡航歴・接触歴の自己申告を促す啓発活動を継続する必要があると考えられる。」とされています。

このような状況を踏まえ、西アフリカ 3 カ国からの入国者については、下記のとおり対応することとしましたので、その対応に遺漏なきを期すようお願いいたします。

1・2 (略)

3 西アフリカ 3 カ国からの入国者の取扱い

西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、(1) から (3) の対応を行うこと。

(1) 診察等

診察の結果、到着前 21 日以内に西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在し、38℃以上の発熱又はエボラ出血熱を疑うその他の臨床症状 (※ 1) を有し、かつ、次のア又はイに該当する者について、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、検疫法 (昭和 26 年法律第 201 号。以下「法」という。) 第 14 条第 1 項第 1 号の規定に基づき隔離の措置をとること。

ア 到着前 21 日以内にエボラ出血熱患者 (疑い患者を含む。) の体液等 (血液、体液、吐瀉物、排泄物など) との接触歴 (感染予防策の有無を問わない) がある者

イ 到着前 21 日以内にエボラ出血熱発生地域 (※ 2) 由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者

※ 1 嘔吐、下痢、食思不振、全身倦怠感等

※ 2 ギニア、シエラレオネ、リベリア、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国

(略)

(2) 健康監視

西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在していたことが確認された者で、(1) のア又はイに該当する者については、法第 18 条第 2 項の規定に基づき、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求め、健康監視対象者用指示書 (様式 1) を手渡し、西アフリカ 3 カ国出国後 (出国日時から起算することが不適当な場合は、入国後) 504 時間 (21 日) 内において、1 日 2 回 (朝・夕) の体温その他の健康状態について報告

を求めるものとする。

(略)

(注) 下線は当省が付した。

**表 2-1)-18 「エボラ出血熱についてのリスクアセスメントの更新とそれに伴う対応の変更に
ついて」(平成 29 年 10 月 2 日付け健感発 1002 第 6 号・薬生食検発 1002 第 4 号厚
生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫
所業務管理室長通知) <抜粋>**

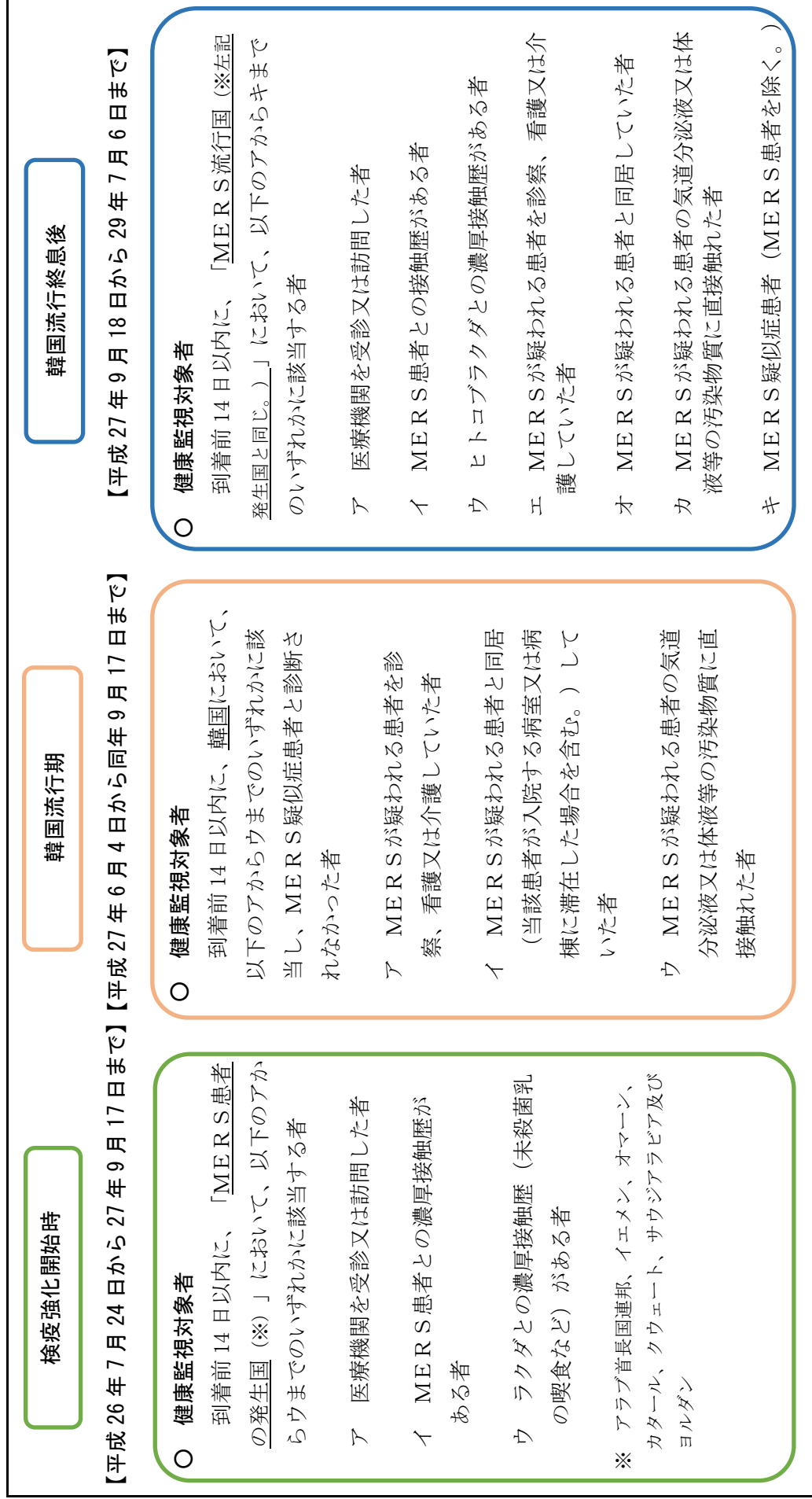
コンゴ民主共和国バ・ズエレ州において発生したエボラ出血熱に関しては、世界保健機関(WHO)による終息宣言以降もコンゴ民主共和国による強化サーベイランスが実施されてきたところであるが、終息宣言以降は新たな患者の発生が確認されていないことから、平成 29 年 9 月 30 日付けで強化サーベイランス期間が満了したところである。このことを受け、国立感染症研究所により、別紙「エボラ出血熱についてのリスクアセスメント」(平成 29 年 10 月 2 日)のとおりに、リスクアセスメントの更新が行われたことから情報提供する。

また、これまでエボラ出血熱への対応については、「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」(平成 28 年 2 月 19 日付け健感発 0219 第 1 号・生食検発 0219 第 1 号)に基づく対応を要請してきたところであるが、当該リスクアセスメントの更新に伴い、当該通知については本日をもって廃止とする。

なお、平時における検疫所での初期対応については、「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き(第二版)」に基づき、その対応に遺漏なきを期されたい。

(注) 下線は当省が付した。

図 2-1)-19 MERS に係る健康監視対象者の定義の変遷



(注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 厚生労働省は、平成 29 年 7 月 7 日以降、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 29 年 7 月 7 日付け健感発 0707 第 3 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、健康監視対象者の定義を変更している。

表 2-(1)-20 「韓国で発生している中東呼吸器症候群（MERS）への検疫対応について」（平成 27 年 6 月 4 日付け健感発 0604 第 2 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）＜抜粋＞

中東呼吸器症候群（MERS）の対応につきましては、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 26 年 7 月 24 日健感発 0724 第 3 号）により、検疫対応いただいているところと
ころです。

今般、韓国において、死亡例を含む多数の患者が発生していることを踏まえ、当面の間、韓国からの入国者については、下記のとおり対応することとしたので、対応に遺漏なきを期されたい。

第 1 基本的事項

1. 定義

(1) (略)

(2) 健康監視対象者

韓国において、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者、中東呼吸器症候群が疑われる患者と同居（当該患者が入院する病室又は病棟に滞在した場合を含む。）していた者又は中東呼吸器症候群が疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接接触した者であって、MERS 疑似症患者と診断されなかったものを健康監視対象者とすること。

(3) (略)

2. (略)

3. 健康監視

健康監視対象者について、検疫法第 18 条第 2 項の規定に基づく健康監視として、当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業、旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について、調査票（様式 2）により報告を求め、健康監視対象者用指示書（様式 3）を手渡し、336 時間を超えない範囲において、当該者の体温その他の健康状態について報告を求め、又は質問を行うこと。その際、基本的には、発症時等の自己申告を促すこととするが、検疫官においても健康状態を定期的に確認すること。

(略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(1)-21 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 27 年 9 月 18 日付け健感
発 0918 第 7 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）＜抜粋＞

第 1 基本的事項

1. 定義

(1) (略)

(2) 健康監視対象者

検疫法第 12 条の規定に基づく質問により 14 日以内に MERS の流行国において、医療機関を受診若しくは訪問した者、MERS であることが確定した者との接触歴がある者、ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者、MERS が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していた者、MERS が疑われる患者と同居していた者、MERS が疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接接触した者及び MERS 疑似症患者（MERS 患者（確定例）を除く。）を健康監視対象者とすること。

(3) (略)

2. (略)

3. 健康監視

健康監視対象者について、検疫法第 18 条第 2 項の規定に基づく健康監視として、当該者の国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業、旅行の日程並びに当該者が検疫感染症の病原体に感染したことが疑われる場所について、調査票（様式 3）により報告を求め、健康監視対象者用指示書（様式 4）を手渡し、出国日（接触の可能性のある日が特定できる場合は当該日）から 336 時間（14 日）内において、1 日 2 回（朝・夕）の体温その他の健康状態について報告を求めるものとする。

健康監視に付した者が発生した場合には、報告様式（様式 1）により直ちに検疫所業務管理室（結核感染症課へは、検疫所業務管理室を経由して報告）へ経過報告を行うとともに、報告様式（様式 2）により当該者の居住地を管轄する都道府県知事に対し健康監視の実施について情報提供すること。

(略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(1)-22 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」(平成 29 年 7 月 7 日付け健感発 0707 第 3 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>

第 1 基本的事項

1. 定義

(1) (略)

(2) 健康監視対象者

検疫法第 12 条の規定に基づく質問により、14 日以内に MERS の流行国において、① MERS であることが確定した患者との接触歴がある者及び②ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者を健康監視対象者とする。また、14 日以内に MERS の流行国に限らず、③ MERS であることが確定した患者を診察、看護若しくは介護していた者、④ MERS であることが確定した患者と同居していた者、⑤ MERS であることが確定した患者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接接触した者、⑥機内等で MERS 疑似症患者と接触した者を健康監視対象者とする。こと。

なお、⑥については、到着前に MERS の感染が疑われる者が確認され、機内検疫等を行った結果、定義 1 に該当する者が確認された場合において、当該者と同一旅程の同行者(ツアー等で出国から帰国まで行動を共にする者をいう。)並びに当該者に対応した乗員及び周辺座席の乗客のうち検疫所長が飛沫等を介し感染したおそれがあると判断した者とする。

(略)

(注) 下線は当省が付した。

(別添1)

中東呼吸器症候群(MERS)

【症状】

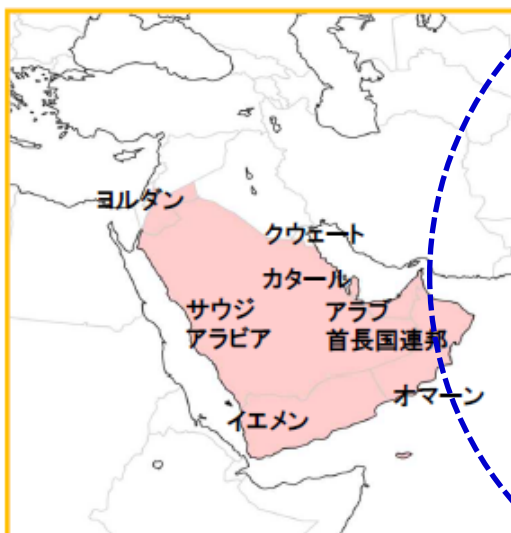
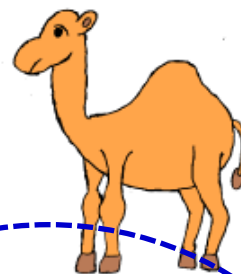
感染してから2～14日後に、呼吸器症状(発熱、咳、息切れや呼吸困難など)を引き起こします。感染しても症状が出ない場合もあります。

【治療】

特別な治療方法やワクチンはありません。

【予防対策】

- ・一般的な衛生対策として手洗いをを行う。
- ・咳やくしゃみなどの症状を示している人との接触はできる限り避ける。
- ・ラクダなど、動物との不要な接触を避ける。



【入国時に検疫所で】

発熱や咳などの呼吸器症状がある方や、MERSが疑われる患者又はラクダと接触した可能性がある方は、必ず、検疫官にお申し出ください。

【入国後症状が出たら】

入国後14日以内に、発熱や咳などの呼吸器症状がみられた方は、速やかに電話にて最寄りの保健所にご連絡ください。

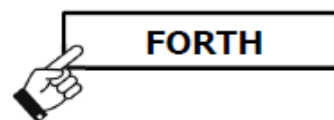
【発生が報告されている中東諸国】

国立感染症研究所ホームページ

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/>

検疫所ホームページ FORTH

<http://www.forth.go.jp>



厚生労働省 ○○検疫所

(注) 1 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」(平成 27 年 9 月 18 日付け健感発 0918 第 7 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) の別紙 1 による。

2 丸囲いは当省が付した。

図 2-(1)-24 健康監視対象者用指示書の様式

(エボラ出血熱)

(様式1)

よくお読みになって西アフリカ3カ国出発後21日間保管してください。

健康監視対象者用指示書

あなたは、検疫法第18条第2項に規定する健康監視対象となります。本日から
(平成 年 月 日)までの間、次の項目を守ってください。

平成 年 月 日

〇〇検疫所長

- (1) 毎日2回(朝、夕)体温を測り、下記の連絡先に連絡してください。
- (2) 「発熱」の症状が出た場合には、ただちに下記の検疫所に連絡するとともに、
検疫所からの連絡を受けた保健所の指示があるまでは、他者への感染のおそれ
がありますので、絶対に直接医療機関に行かないでください。
- (3) 検疫所からもあなたの体調について、確認の電話をする場合がありますので、
正確にご報告ください。

記

連絡先： 厚生労働省 〇〇 検疫所 電話：〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

調査票番号： _____

注) 検疫法第18条第2項に規定する健康状態の報告要請です。正確に報告してください。

なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により

6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。

健康監視対象者用指示書

あなたは、検疫法第18条第2項に規定する健康監視の対象となります。本日から平成 年 月 日までの間、次の項目を守ってください。

- (1) マスクを着用し、できるだけ人ごみを避けるようにしてください。
- (2) 毎日2回(朝、夕)体温を測り、下記の連絡先に連絡してください。
- (3) 体温が38度以上になったり、激しい咳が出たり、呼吸が苦しくなったら、ただちに下記の検疫所に連絡するとともに、検疫所からの連絡を受けた保健所の指示があるまでは、他者への感染のおそれがありますので、絶対に直接医療機関に行かないでください。
- (4) 検疫所からもあなたの体調について、確認の電話をする場合がありますので正確にご報告ください。

記

連絡先： 厚生労働省 検疫所 電話：

調査票番号： _____

※検疫所からもあなたの体調について定期的に確認の電話をします。

注) 検疫法第18条第2項に規定する健康状態の報告要請です。正確に報告してください。
なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。

(鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9))

様式2

(健康監視対象者用指示書)

鳥インフルエンザA (H5N1 又は H7N9) 発生国から帰国・入国された方へ

あなたは、鳥インフルエンザ発生国から帰国・入国されました。

あなたが、鳥インフルエンザに感染していた場合に備え、本日から10日間は、次の項目を守ってください。

(1) マスクを着用し、できるだけ人ごみを避けるようにしてください。

※インフルエンザは、症状の出る前から他の人にうつることがあります。

また、体力を消耗しないように心がけてください。

(2) 毎日2回(朝、夕)体温を測ってください。

(3) 体温が38度以上になったり、激しい咳が出たり、呼吸が苦しくなったら、ただちに下記に連絡し、あなたの名前、下記に示した調査票番号を伝えて指示に従ってください。

記

連絡先： 厚生労働省

検疫所 電話：

調査票番号： _____

※検疫所からもあなたの体調について定期的に確認の電話をすることがあります。

注) 検疫法第18条第2項に規定する健康状態の報告要請です。正確に報告してください。
なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。

(注) 厚生労働省の資料による。

表 2-(1)-25 「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」(平成 26 年 11 月 21 日付け健感発 1121 第 15 号・食安検発 1121 第 5 号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>

3 エボラ出血熱の発生国からの入国者の取扱い

エボラ出血熱の発生国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、(1) のとおり医師による診察を行うとともに、(2) のとおり健康監視を行うこと。

(1) (略)

(2) 健康監視

ギニア、リベリア又はシエラレオネに渡航又は滞在していたことが確認された者については、法第18条第2項の規定に基づき、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求めるとともに、エボラ出血熱の流行国出国後（出国日時から起算することが不適當な場合は、入国後）504時間（21日）内において、1日2回（朝・夕）の体温その他の健康状態について報告を求めるものとすること。

健康監視の際、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）に対して、エボラ出血熱患者との接触状況、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所を通知すること。

健康監視の期間中、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、法第18条第3項の規定に基づき、当該者に対し、自宅に待機するべき旨等その他エボラ出血熱の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事に対して、当該者の健康状態及び当該者に対して指示した事項を通知すること。

なお、都道府県知事が外出自粛を要請している者に対して調査を実施している場合、当該調査にて得られた体温等の健康状態の情報を入手することをもって当該者から報告があったこととして対応すること。

さらに、これらの通知を行った場合は、その内容を直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告すること。

エボラ出血熱の国内患者発生時の全体フローチャートについては別添1のとおりであり、都道府県にも通知したので承知のこと。

(略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(1)-26 「健康監視に関する留意事項について」(平成 26 年 11 月 21 日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡)
 <抜粋>

<p>1 健康監視の実施に当たって対象者に対して特に留意して説明等すべき事項</p>
<p>(1) <u>健康監視を実施する際には、健康監視対象者に対して、「健康監視対象者用指示書」(別添 1)を交付するとともに、</u></p> <p>① 特に「<u>発熱</u>」の症状が出た場合には、速やかに検疫所に連絡すること、</p> <p>② <u>絶対に直接医療機関に行かないこと</u>を、指示書の該当部分を指さすなどして、丁寧に説明すること。</p> <p>(2) 健康監視対象者と確実に連絡を取ることができるよう、</p> <p>① 健康監視対象者の国内の居所、連絡先(携帯番号、自宅や滞在するホテル等の電話番号及びメールアドレス)を聞き取るとともに、</p> <p>② 家族など健康監視対象者本人以外の方の連絡先も確認すること。</p> <p>(3) <u>健康監視対象者が所在地への移動中に発熱等の症状が現れた場合は、速やかに、検疫所まで連絡するよう説明すること。</u></p> <p>また、当該健康監視対象者が体調の変化なく帰宅した場合はその旨を検疫所に連絡するよう説明すること。</p> <p>(4)・(5) (略)</p>
<p>2 健康監視期間中に留意する事項</p>
<p>(1) <u>健康監視対象者から、電子メールで健康状態に係る報告があった場合には、必ず健康監視対象者本人に電話をかけることを原則とし、連絡がつく状態にあることを確認すること。</u></p> <p>また、<u>本人に数度電話をかけても連絡がつかない場合には、健康監視対象者本人以外の方と連絡をとって、本人と連絡がつく状態となるように対応すること。</u></p> <p>(2) 健康監視期間中に健康状態に異状を生じた旨の連絡があった場合は、当該者に対し、</p> <p>① 現在の所在地を確認し、自宅にいる場合はそのまま待機すること、外出している場合はできる限り人との接触を避けること、</p> <p>② 保健所から連絡があるのでその指示に従うこと、などの注意事項を伝えること。</p>
<p>3 都道府県等と連携する上で留意する事項</p>
<p>(1) <u>万一、発症した際の行政対応に万全を期すため、8月8日付基本通知の3の(2)の記載のとおり、あらかじめ健康監視対象者の居所の所在地を管轄する都道府県知事(保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長)に対して、エボラ出血熱患者との接触状況、国内における居所及び連絡先(健康監視対象者本人以外の方の連絡先も含む)、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所を別添2により通知すること。</u></p> <p>(略)</p> <p>(2) 検疫所での問診等により、<u>健康監視中に国内における居所が変わることが判明した場合、</u></p>

滞在（宿泊）する全ての地域を管轄する保健所に別添2により通知すること。また、健康監視期間中の電話やメールのやりとりにより居所の移動が判明した場合も同様に対応すること。

(注) 下線は当省が付した。

図 2-(1)-27 エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生した場合、当該対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等へ送付する通知書の様式

(別添 2)																																										
事務連絡 平成 年 月 日																																										
都道府県 各保健所設置市 衛生主幹部(局) 御中 特別区																																										
〇〇 検疫所																																										
エボラ出血熱に係る健康監視対象者の発生について																																										
<p>標記について、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生しましたので、下記のとおりご連絡します。</p> <p>なお、当該情報はエボラ出血熱に関する積極的疫学調査のため行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第58号)第8条第2項第3号の規定により提供するものです。</p>																																										
記																																										
<p>1. 接触状況</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">有り</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">無し</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="padding-left: 20px;">(1) 必要な感染予防策^{※1}なし^{※2}で、</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">① 症例^{※3}の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">② 症例の検体処理^{※4}の実施の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-left: 20px;">(2) 必要な感染予防策を講じて、</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">② 症例の検体処理の実施の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-left: 20px;">(3) (1)、(2)以外で症例に関わった者</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">② 症例の同居の家族等</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		有り	無し	(1) 必要な感染予防策 ^{※1} なし ^{※2} で、			① 症例 ^{※3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 症例の検体処理 ^{※4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) 必要な感染予防策を講じて、			① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) (1)、(2)以外で症例に関わった者			① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し																																								
(1) 必要な感染予防策 ^{※1} なし ^{※2} で、																																										
① 症例 ^{※3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
② 症例の検体処理 ^{※4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
(2) 必要な感染予防策を講じて、																																										
① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
(3) (1)、(2)以外で症例に関わった者																																										
① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								

2. 基本情報

項目	氏名（個人識別番号）	年齢	性別	国籍	職業
内容	()				

3. 国内における居所及び連絡先、旅行の日程

(1) 国内における居所及び連絡先

国内における居所	連絡先（携帯電話、電話番号、メールアドレス等）	家族など本人以外の連絡先（携帯電話、電話番号、メールアドレス等）

(2) 健康監視期間中における旅行の日程

日付	国内における居所、旅行先	連絡先	備考
/			
~ /			
/			
~ /			
/			
~ /			

健康監視起算日 / 出国日 到着日 その他 ()
 健康監視終了予定日 / (起算日から 21 日後)

4 エボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所
 感染したことが疑われる国名等：

- ※1 「必要な感染予防策」：二重手袋、サージカルマスク又はN95 マスク、ゴーグル又はフェイスシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の装着を言う。
- ※2 「必要な感染予防策なしで」：上記を装着しなかった又はただしく着脱しなかった（例：脱ぐときに体液が付着）ことをいう。
- ※3 「症例」：確定患者、死亡患者の死体
- ※4 「検体処理」：検査室等において検体を取り扱うこと。適切に梱包された検体の輸送は含まない。

(注) 「健康監視に関する留意事項について」(平成 26 年 11 月 21 日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡) の別添 2 による。

図 2-(1)-28 MERSに係る健康監視対象者が発生した場合、当該対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等へ送付する通知書の様式

様式 2	(報告様式) 平成〇〇年〇月〇〇日
都道府県等 御中	〇〇〇検疫所
中東呼吸器症候群 (MERS) について	
標記について、下記のとおり中東呼吸器症候群 (MERS) の (疑似症患者・健康監視対象者) に関する情報を報告します。	
記	
<疑似症患者・健康監視対象者について>	
〇〇市 (区・町) 在住 (外国人渡航者等の場合は宿泊ホテル名及び国内の行程を記載)	
→都道府県等への連絡状況 (都道府県等の担当者氏名、連絡時間等)	
国籍: (外国人渡航者等の場合は、使用言語を併せて記載)	
性別: 〇性	
年齢: 〇歳	
住所:	
職業:	
搭乗者区分: (外務省ルート、サーモグラフィー、検疫官による呼びかけ、自己申告 (機内アナウンス、ポスター、渡航前の事前情報)、その他 (自由記載))	
基礎疾患:	
国内の移動方法: 公共交通機関を使用 (具体的に)	
<旅行ツアー>	
内容: (ヒトコブラクダに乗るプラン等が組まれていたか。)	
旅行会社名: (ヒトコブラクダに乗るプラン等が組まれていた場合に記載。)	
旅行会社の連絡先: (旅行会社が国内の会社の場合に限る。)	
<同行者の有無>	
<渡航先等>	
H〇. 〇. 〇~〇. 〇 サウジアラビア	
H〇. 〇. 〇~〇. 〇 カタール	
H〇. 〇. 〇~	
<MERS が疑われる患者又はヒトコブラクダとの接触内容>	
日時: 〇. 〇 〇	
場所:	
内容: (医療機関の受診、訪問歴。MERS 確定患者との接触、ヒトコブラクダとの濃厚接触 (例: ヒトコブラクダに乗った、未殺菌乳の喫食、加熱が不十分な肉の喫食等))	
<健康監視期間>	

平成〇年〇月〇日まで

<症状の経過等（分かる限りで）>

H〇. 〇. 〇～（症状・発症日）

H〇. 〇. 〇～（症状・発症日）

現在の症状（分かる限り細かく）：

<健康相談記録内容>

（問診内容、疑似症患者又は健康監視対象者への伝達事項）

<検査実施の有無>（他に疑われる感染症等の検査結果を含む）

有 検査開始時間 〇〇：〇〇 検査結果判明予定時間 〇〇：〇〇

→（検査判定日時及び検査結果を記載）

無

<航空機の情報>

便名

発航地

到着日及び時間

検疫開始時間

乗員・乗客 〇名・〇〇名

座席番号

機内アナウンスの有無

（注） 「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 27 年 9 月 18 日付け健感発 0918 第 7 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）の様式 2 による。

表 2-(1)-29 調査した検疫所における健康監視対象者の選定状況

(単位：人)

検疫所名	感染症名			計
	エボラ出血熱	M E R S	鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9)	
千歳空港	1	0	0	1
東京空港	126	57	0	183
成田空港	187	151	2	340
新潟空港	0	17	0	17
中部空港	11	233	0	244
関西空港	30	246	29	305
福岡空港	5	52	0	57
計	360	756	31	1,147

- (注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。
 2 調査した 18 検疫所のうち、健康監視対象者を選定している 7 検疫所について整理した。
 3 平成 25 年 1 月 1 日から 28 年 7 月 31 日までの間に健康監視対象者を選定した人数である。

表 2-(1)-30 全国の検疫所における健康監視対象者の選定状況

(単位：人)

感染症名	平成25年	26年	27年	28年	計
エボラ出血熱	0	41	319	0	360
M E R S	0	12	315	429	756
鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9)	14	8	6	5	33
計	14	61	640	434	1,149

- (注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。
 2 平成 25 年から 27 年までは各年の 1 月 1 日から 12 月 31 日まで、28 年は 1 月 1 日から 7 月 31 日までの間に健康監視対象者を選定した人数である。
 3 健康監視対象者の人数が表 2-(1)-29 の 1,147 人より 2 人多いのは、平成 27 年に大阪検疫所で鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9) に係る健康監視対象者を選定していることによる。

表 2-1-31 調査した検疫所における健康監視対象者の選定状況（平成 27 年）

（単位：人）

検疫所名 感染症名	千歳	東京	新潟	成田	中部	関西	福岡	計
エボラ出血熱	1	112	0	166	10	25	5	319
MERS	0	7	17	53	105	105	28	315

（注）1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 調査した 18 検疫所のうち、平成 27 年の 1 年間にエボラ出血熱又は MERS に係る健康監視対象者を選定している 7 検疫所について整理した。

表 2-1-32 調査した 45 感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱又は MERS に係る疑似症患者等の受入れ状況

（単位：人）

感染症名	疑似症患者等の受入れ人数	①入国時に発熱等の症状を呈した疑似症患者	②健康監視期間中に発熱等の症状を呈した健康監視対象者	①又は②とされなかったが、流行国に滞在歴があり、入国後に発熱等の症状を呈した者
		エボラ出血熱	5	1
MERS	15	2	2	11

（注）1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関において、平成 27 年 1 月 1 日から 28 年 7 月 31 日までの間にエボラ出血熱又は MERS の疑似症患者等（感染症の臨床的特徴を呈する疑似症患者及び疑似症の定義に当てはまらないが感染のおそれがある者）として受け入れた人数を記載した。

3 「入国時に発熱等の症状を呈した疑似症患者」とは、入国の検疫時点で発熱等の症状を呈しており、疑似症患者として検疫所又は保健所が感染症指定医療機関に搬送又は移送した者である。

4 「健康監視期間中に発熱等の症状を呈した健康監視対象者」とは、入国の検疫時点では発熱等の症状がなかったが、流行国への滞在歴や病原体との接触歴から健康監視対象者に選定され、入国後に発熱等の症状を呈した者である。

表 2-1-33 エボラ流行国に滞在歴がありながら入国時に自己申告しなかった事例

事例の内容					
<p>当該健康監視対象者 2 人は、下表のとおり、6、7 人の同行者（全て日本人）とともに、平成 27 年 4 月にギニアに渡航し、同年 5 月 6 日に現地を出発するまで約 1 か月間にわたり首都コナクリに滞在していた。なお、滞在地については、ギニアの中でもエボラ出血熱患者の発生報告が多数みられた場所である。</p>					
<p>表 健康監視対象者（2 人）に係る渡航歴等</p>					
滞在国	国籍	流行国 出国日	入国日	都道府県等 への通知日	流行国での滞在状況
ギニア	日本	H27. 5. 6	H27. 5. 8	H27. 5. 10	6、7 人の同行者（全て日本人）とともに首都コナクリに約 1 か月間滞在
<p>当該 2 人は、平成 27 年 5 月 8 日に中部国際空港に到着する便を利用して帰国したが、中部空港検疫所支所において、ギニアでの滞在歴を申告せずに入国した。</p> <p>その後、当該 2 人とは別途、成田空港から入国し、ギニアでの滞在歴を検疫所に申告して健康監視対象者となった同行者から、成田空港検疫所に対し、中部国際空港を利用してギニアから帰国した仲間がいるとの情報提供があり、一連の事実が発覚した。</p> <p>これを受け、中部空港検疫所支所は、当該 2 人が利用した航空会社から連絡先の情報を得て検疫官が本人に電話連絡し、入国日の 2 日後に健康監視対象者とする手続を取った。このため、当該 2 人の居所の所在地を管轄する都道府県等への通知が、入国日から 2 日後の 5 月 10 日となっている。</p> <p>なお、当該 2 人は、健康状態等の異状なく、健康監視期間を終了している。</p>					

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(1)-34 MERSに係る健康監視対象者に選定されなかったものの、MERS 流行国の滞在歴があり、入国後に発熱等の症状を呈し、感染症指定医療機関を受診等した事例

No.	国籍	訪問先	感染源との接触 (入国前) 又は入 国時の発熱	事前連絡なしの病院受診 (入国 後)	疑似症患者として 入院
1	日本	アラブ首長 国連邦	○ ラクダに騎乗	○ 保健所に連絡することなく、一般の医療機関を受診	— 診察のみ (検査結果 は陰性)
2	日本	アラブ首長 国連邦	— (該当せず)	○ 保健所に連絡することなく、感染症指定医療機関を受診	— 診察及び入院
3	日本	アラブ首長 国連邦	○ ラクダに騎乗	○ 保健所に連絡することなく、感染症指定医療機関を受診	○ 疑似症患者 として入院
4	日本	アラブ首長 国連邦	○ ラクダに騎乗	○ 保健所に連絡することなく、一般の医療機関を2機関受診	○ 疑似症患者 として入院
5	カタール	カタール	— (該当せず)	○ 保健所に連絡することなく、一般の医療機関を受診	○ 疑似症患者 として入院
6	日本	クウェート	○ 入国時に発熱あり	— 保健所に事前連絡し、一般の医療機関を受診	○ 疑似症患者 として入院
7	日本	アラブ首長 国連邦	○ ラクダに騎乗	— 保健所に事前連絡し、感染症指定医療機関を受診	○ 疑似症患者 として入院
8	日本	アラブ首長 国連邦、オ マーン	○ 入国時に発熱あり	○ 保健所に連絡することなく、一般の医療機関を受診。検疫所への申出が必要と知らなかった	○ 疑似症患者 として入院
9	日本	サウジアラ ビア	— (該当せず)	— 保健所に事前連絡し、感染症指定医療機関を受診	○ 疑似症患者 として入院
10	日本	サウジアラ ビア	— (該当せず)	— 保健所に事前連絡し、感染症指定医療機関を受診	— 診察のみ (検査結果 は陰性)
11	日本	サウジアラ ビア	— (該当せず)	○ 保健所に連絡することなく、一般の医療機関を受診	— 診察のみ (検査結果 は陰性)
該当事例 (○印) 数			6	7	7

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関における MERS の疑似症患者等の受入れ状況 (平成 27 年 1 月 1 日から 28 年 7 月 31 日まで) について整理した。

3 表中の「疑似症患者として入院」における疑似症患者は、感染症法第 37 条第 1 項に基づく入院患者に対する公費負担の対象となった者である。

表 2-1-35 MERS 流行国に滞在しラクダとの濃厚接触歴がありながら入国時に自己申告し
なかった事例

事例の内容					
<p>当該者は、表 1 のとおり、平成 28 年 2 月にアラブ首長国連邦に渡航し、ヒトコブラクダに騎乗したほか、そのミルク（未殺菌乳であったかは不明）を喫食した。</p> <p>その後、当該者は、平成 28 年 2 月 29 日に関西国際空港経由で帰国したが、MERS 流行国に滞在し、ラクダとの濃厚接触歴があることを検疫所へ申し出る必要性を知らず、未申告で入国したとしている。</p>					
表 1 当該者に係る渡航歴等					
滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	都道府県等への相談日	感染源との接触状況
アラブ首長国連邦	日本	H28. 2. 22	H28. 2. 29	H28. 3. 3	ヒトコブラクダに騎乗、ミルクを喫食
<p>入国後、当該者は、知人の指摘により検疫所への申出の必要性を知り、関西空港検疫所に連絡したところ、同検疫所から、居所の都道府県等に相談するよう案内されたため、平成 28 年 3 月 3 日に最寄りの保健所（都道府県等）に相談を行った。</p> <p>相談を受けた都道府県等では、当該者から事情を聴取し、表 2 のとおり、「中東呼吸器症候群（MERS）の国内発生時の対応について」（平成 27 年 9 月 18 日付け健感発 0918 第 6 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）に基づき、保健所が 14 日間の健康観察を行う濃厚接触者又はその他接触者には該当しないものの、ラクダとの濃厚接触歴があることから、検疫所の通知である「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 27 年 9 月 18 日付け健感発 0918 第 7 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を準用し、入国日から 3 日後に健康観察を実施している。</p> <p>なお、当該者は、健康状態等の異状なく、健康観察期間を終了している。</p>					
表 2 健康観察と健康監視における対象者の違い					
健康観察の対象者（国内通知）			健康監視の対象者（検疫所通知）		
<p>i) <u>濃厚接触者</u> MERS 患者と同一住所に居住する者又は必要な感染予防策を講じずに、当該患者の診察、搬送等に従事した者等</p> <p>ii) <u>その他接触者</u> MERS 患者と同じ病棟に滞在する等の接触があった者のうち、上記に該当しない者又は必要な感染予防策を講じた上で当該患者の診察、搬送等に従事した者等</p>			<p>14 日以内に MERS の流行国において、</p> <p>i) 医療機関を受診又は訪問した者</p> <p>ii) MERS 患者との接触歴がある者</p> <p>iii) <u>ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者</u></p> <p>iv) MERS が疑われる患者を診察、看護又は介護していた者</p> <p>v) MERS が疑われる患者と同居していた者</p> <p>vi) MERS が疑われる患者の気道分泌液又は体液等の汚染物質に直接接触した者</p> <p>vii) MERS 疑似症患者（MERS 患者（確定例）を除く。）</p>		

(注) 当省の調査結果による。

表 2-1(1)-36 エボラ流行国の国籍を持つ外国人の検疫所別の入国状況（平成 27 年）

（単位：人）

検疫所 国籍	千歳	東京	成田	中部	関西	広島	福岡	計
ギニア	3	53	122	5	16	0	1	200
リベリア	0	42	34	0	9	0	6	91
シエラレオネ	0	14	42	3	4	1	1	65
入国者計	3	109	198	8	29	1	8	356
健康監視対象者数	1	112	166	10	25	0	5	319
日本人	0	70	76	6	15	0	3	170
外国人	1	42	90	4	10	0	2	149

（注）1 法務省の出入国管理統計及び厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 本表の 7 検疫所は、調査した 18 検疫所のうち、エボラ流行国の国籍を持つ者の入国が出入国管理統計から確認された検疫所及びエボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生した検疫所である。

なお、出入国管理統計では、日本人の出入（帰）国情報を訪問先の国別に集計していないため、エボラ流行国から帰国した日本人の数については不明であるが、UNWTO が各国の統計情報を基に分析・集計した日本からの各国・地域への到着者数によると、平成 27 年にエボラ流行国を訪問した日本人の数は、ギニア 99 人及びシエラレオネ 63 人（計 162 人）とされている（リベリアへの日本人訪問者数については不明）。

表 2-1(1)-37 MERS 流行国の国籍を持つ外国人の検査所別の入国状況 (平成 27 年)

(単位：人)

国籍	検査所	千歳	東京	新潟	成田	中部	小松	富山	関西	高松	広島	福岡	長崎	厳原 比田勝	計
	アラブ首長国連邦	22	1,369	0	2,854	106	0	0	580	0	2	15	0	0	4,948
	ヨルダン	6	237	0	818	63	0	1	359	0	1	50	0	0	1,535
	クウェート	6	913	0	1,047	30	0	0	302	0	2	61	0	0	2,361
	オマーン	4	226	0	282	28	0	0	111	0	3	38	1	0	693
	カタール	0	635	0	898	4	0	0	145	0	1	5	0	1	1,689
	サウジアラビア	17	1,877	0	3,663	92	1	0	1,071	1	3	181	1	0	6,907
	イエメン	1	71	0	133	6	0	0	57	0	0	6	0	0	274
	入国者計	56	5,328	0	9,695	329	1	1	2,625	1	12	356	2	1	18,407
	健康監視対象者数	0	7	17	53	105	0	0	105	0	0	28	0	0	315
	日本人	0	7	17	53	104	0	0	101	0	0	28	0	0	310
	外国人	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	5

(注) 1 法務省の出入国管理統計及び厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 本表の 13 検査所は、調査した 18 検査所のうち、MERS 流行国の国籍を持つ者の入国が出入国管理統計から確認された検査所及び MERS に係る健康監視対象者が発生した検査所である。

なお、出入国管理統計では、日本人の出入(帰)国情報を訪問先の国別に集計していないため、MERS 流行国から帰国した日本人の数については不明であるが、UN WTO が各国の統計情報を基に分析・集計した日本からの各国・地域への到着者数によると、平成 27 年に MERS 流行国を訪問した日本人の数は、ヨルダン 7,468 人、クウェート 5,238 人及びサウジアラビア 1 万 6,860 人(計 2 万 9,566 人)とされている(アラブ首長国連邦、オマーン、カタール及びイエメンへの日本人訪問者数については不明)。

表 2-1)-38 エボラ出血熱に係る健康監視対象者の報告の遅延・中断状況

(単位：人、%)

検疫所名	健康監視対象者数	遅延・中断人数	このうち、			
			中断人数	2日間以上連続して中断したもの	2週間以上連続して中断したもの	健康監視期間最終日に健康状態等を確認できなかったもの
千歳空港	1	0 (0.0)	0 (0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
東京空港	112	62(55.4)	5 (4.5)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)
成田空港	166	88(53.0)	6 (3.6)	1(0.6)	1(0.6)	1(0.6)
中部空港	10	5(50.0)	0 (0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
関西空港	25	19(76.0)	4(16.0)	1(4.0)	0(0.0)	0(0.0)
福岡空港	5	5(100.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
計	319	179(56.1)	16 (5.0)	3(0.9)	1(0.3)	1(0.3)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 健康監視を実施している7検疫所のうち、平成27年1月1日から12月31日までの1年間にエボラ出血熱に係る健康監視を実施した6検疫所について整理した。

3 ()内の数値は、健康監視対象者数に対する割合である。

4 今回、当省の調査において、i) 朝の報告が正午までに、夕刻の報告が午前0時までになく、当該報告時刻までに健康状態等を確認できなかったことを「遅延」、ii) 1日間以上全く報告がなかった又は報告があったものの体温を測定・報告しておらず、健康状態等を確認できなかったことを「中断」とそれぞれ整理した。

表 2-1)-39 エボラ出血熱に係る健康監視対象者からの健康状態等の報告が2週間以上中断し、検疫所が健康状態等の確認や居所の特定ができないまま健康監視期間が終了した事例

事例の内容					
<p>当該健康監視対象者は、下表のとおり、ギニア国籍を有し、到着前21日以内にギニアでの滞在歴があったことから、成田空港検疫所においてエボラ出血熱に係る健康監視対象者として選定された。</p>					
<p>表 健康監視対象者に係る渡航歴等</p>					
滞在国	国籍	流行国 出国日	入国日	健康監視期 間最終日	健康監視期間中における 旅行の日程
ギニア	ギニア	H27.3.13	H27.3.13	H27.4.2	H27.3.23 出国予定
<p>21日間の健康監視期間中、入国日(1日目)及び2日目までは健康状態等を確認することができたが、3日目以降、本人から連絡がなく、検疫所から連日、午前と午後の1日2回メール</p>					

を送信し、居所や体温等を報告するよう求めたが、最終日まで応答がなかった。

また、検疫所は、入国時に本人から聴取していた出国予定日に成田空港において本人と接触を図ろうと試みたが現れず、最終的に19日間健康状態等を確認することができないまま、健康監視期間を終了した。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 エボラ出血熱に係る健康監視期間は、流行国を出国した日（出国日時から起算することが適当でない場合は入国日）から21日間とされている。

表2-1)-40 MERSに係る健康監視対象者の報告の遅延・中断状況

(単位：人、%)

検疫所名	健康監視対象者数	遅延・中断人数	このうち、			
			中断人数	2日間以上連続して中断したもの	1週間以上連続して中断したもの	健康監視期間最終日に健康状態等を十分に確認できなかったもの
東京空港	57	38(66.7)	11(19.3)	3(5.3)	1(1.8)	1(1.8)
成田空港	120	88(73.3)	13(10.8)	4(3.3)	1(0.8)	1(0.8)
中部空港	184	49(26.6)	24(13.0)	8(4.3)	0(0.0)	0(0.0)
関西空港	200	195(97.5)	124(62.0)	36(18.0)	5(2.5)	4(2.0)
福岡空港	31	24(77.4)	18(58.1)	7(22.6)	4(12.9)	4(12.9)
計	592	394(66.6)	190(32.1)	58(9.8)	11(1.9)	10(1.7)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 健康監視を実施している7検疫所のうち、1日2回（朝・夕）の健康状態等の報告が厚生労働省の通知により規定された平成27年9月18日から28年7月31日までにMERSに係る健康監視を実施した5検疫所について整理した。

3 ()内の数値は、健康監視対象者数に対する割合である。

4 今回、当省の調査において、i)朝の報告が正午までに、夕刻の報告が午前0時までになく、当該報告時刻までに健康状態等を確認できなかったことを「遅延」、ii)1日間以上全く報告がなかった又は報告があったものの体温を測定・報告しておらず、健康状態等を確認できなかったことを「中断」とそれぞれ整理した。

表 2-(1)-41 MERSに係る健康監視対象者からの健康状態等の報告が1週間以上中断し、検疫所が健康状態等を十分に確認できないまま健康監視期間が終了した主な事例

No.	事例の内容																																																									
1	<p>当該健康監視対象者は、表1のとおり、アラブ首長国連邦に滞在し、ラクダに接触、騎乗したことから、東京空港検疫所支所においてMERSに係る健康監視対象者として選定された。</p> <p>表1 健康監視対象者に係る渡航歴等</p> <p>【事例1】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>滞在国</th> <th>国籍</th> <th>感染源との接触日</th> <th>入国日</th> <th>健康監視期間最終日</th> <th>感染源との接触状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アラブ首長国連邦</td> <td>日本</td> <td>H28. 5. 3</td> <td>H28. 5. 6</td> <td>H28. 5. 17</td> <td>ラクダに接触、騎乗</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該健康監視対象者による健康状態等の報告状況をみると、表2のとおり、14日間の健康監視期間中、入国日（3日目）から7日目までの間は、遅延・中断しつつも健康状態等を確認することができたが、8日目から健康監視期間最終日までの7日間、本人から報告がなく、検疫所から毎日本人に電話連絡するも応答がないため、健康状態等を確認できないまま健康監視期間を終了した。</p> <p>表2 健康監視対象者による健康状態等の報告状況</p> <p>【事例1】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>健康監視期間</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>朝</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>×</td> <td>△</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>夕</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>○</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> </tbody> </table>	滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日	感染源との接触状況	アラブ首長国連邦	日本	H28. 5. 3	H28. 5. 6	H28. 5. 17	ラクダに接触、騎乗	健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	朝	/	/	/	×	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	夕	/	/	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×
滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日	感染源との接触状況																																																					
アラブ首長国連邦	日本	H28. 5. 3	H28. 5. 6	H28. 5. 17	ラクダに接触、騎乗																																																					
健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14																																												
朝	/	/	/	×	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×																																												
夕	/	/	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×																																												
2	<p>当該健康監視対象者は、表1のとおり、アラブ首長国連邦に滞在し、入国時に検疫所に自己申告したため、成田空港検疫所においてMERSに係る健康監視対象者として選定された。</p> <p>表1 健康監視対象者に係る渡航歴等</p> <p>【事例2】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>滞在国</th> <th>国籍</th> <th>感染源との接触日</th> <th>入国日</th> <th>健康監視期間最終日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アラブ首長国連邦</td> <td>日本</td> <td>H28. 1. 18</td> <td>H28. 1. 19</td> <td>H28. 2. 1</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該健康監視対象者による健康状態等の報告状況をみると、表2のとおり、14日間の健康監視期間中、入国日（3日目）から7日目までの間は健康状態等を確認することができたが、8日目から健康監視期間最終日までの7日間、本人から報告がなく、検疫所から毎日本人に電話連絡するも応答がないため、健康状態等を確認できないまま健康監視期間を終了した。</p>	滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日	アラブ首長国連邦	日本	H28. 1. 18	H28. 1. 19	H28. 2. 1																																															
滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日																																																						
アラブ首長国連邦	日本	H28. 1. 18	H28. 1. 19	H28. 2. 1																																																						

表2 健康監視対象者による健康状態等の報告状況

【事例2】

健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
朝	/	/	/	○	△	○	○	×	×	×	×	×	×	×
夕	/	/	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×

3、4 当該健康監視対象者2人は、表1のとおり、アラブ首長国連邦に滞在し、ラクダとの接触歴があったことから、関西空港検疫所においてMERSに係る健康監視対象者として選定された。

表1 健康監視対象者に係る渡航歴等

【事例3及び事例4】

滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日	感染源との接触状況
アラブ首長国連邦	日本	H27.9.20	H27.9.23	H27.10.4	ラクダに接触

当該健康監視対象者2人による健康状態等の報告状況をみると、表2のとおり、14日間の健康監視期間中、入国日(3日目)に検疫所で体温を測定して以降、本人から報告がなく、検疫所から電話連絡するも不在のため連絡が取れなかった。このため、検疫所は、10日目に報告依頼の文書を本人の自宅に郵送し、13日目に健康状態等の確認ができた。しかし、健康監視最終日(※)にも、本人から連絡がなく、検疫所から本人に電話したところ、「外出中のため体温未測定」との連絡を受け、体温の確認はできなかった。ただし、発熱の有無を始め、その他MERSに該当するような兆候もないことを確認し、健康監視期間を終了したとしている。

表2 健康監視対象者による健康状態等の報告状況

【事例3】

健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
朝	/	/	/	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
夕	/	/	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	※

【事例4】

健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
朝	/	/	/	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△	×
夕	/	/	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	※

5 当該健康監視対象者は、表1のとおり、アラブ首長国連邦に滞在し、ラクダとの接触歴があったことから、関西空港検疫所においてMERSに係る健康監視対象者として選定された。

表1 健康監視対象者に係る渡航歴等

【事例5】

滞在国	国籍	感染源との接触日	入国日	健康監視期間最終日	感染源との接触状況
アラブ首長国連邦	日本	H28. 6. 22	H28. 6. 24	H28. 7. 6	ラクダに接触

当該健康監視対象者による健康状態等の報告状況をみると、表2のとおり、14日間の健康監視期間中、入国日(2日目)に検疫所で体温を測定して以降、本人から報告がなく、検疫所から毎日電話連絡するも不在のため連絡が取れなかった。このため、検疫所は、6日目及び12日目の2回にわたり報告依頼の文書を本人の自宅に郵送したところ、健康監視最終日(※)に本人と連絡が取れ、体温については未測定であったものの、その他の健康状態には異状がないことを確認し、健康監視期間を終了したとしている。

表2 健康監視対象者による健康状態等の報告状況

【事例5】

健康監視期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
朝			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
夕		○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	※

- (注) 1 当省の調査結果による。
 2 MERSに係る健康監視期間は、流行国を出国した日(感染源と接触した日を特定できる場合は当該日)から14日間とされている。
 3 健康監視対象者による健康状態等の報告状況に係る表中の「○」は、朝の報告が正午までに、夕刻の報告が午前0時までであり、当該報告時刻までに健康状態等の確認ができたものを示す。「△」は、朝・夕の当該報告時刻までに健康状態等を確認することができなかったものを示す。「×」は、当日中に健康状態等を確認することができなかったもの又は体温が未測定のものを示す。
 4 健康監視対象者による健康状態等の報告状況に係る表中の斜線は、入国前の期間を示す。

表 2-(1)-42 調査した検疫所における報告遅延・中断者への対応が区々となっている状況

検疫所名	健康状態等の報告を受ける頻度・時間帯	報告が遅延・中断した場合の対応方針	
		遅延した場合	中断が数日間に及ぶ場合
千歳空港	1日2回（朝・夕） ※時間帯の目安なし	連絡がない場合、電話、メール等により確認	特段の対応方針なし
東京空港	1日2回（10時・21時）	当該時刻までに連絡がない場合、1時間おきに健康監視対象者に連絡	特段の対応方針なし
成田空港	1日2回（10時・17時）	当該時刻までに連絡がない場合、健康監視対象者に連絡	何日間も健康監視対象者と連絡が取れない場合、検疫所の職員が本人の自宅への訪問や文書による報告依頼等の対応を実施
新潟空港	1日2回（10時前・15時15分）	当該時刻まで連絡がない場合、健康監視対象者に連絡	特段の対応方針なし
中部空港	1日2回（午前・午後） ※時間帯の目安なし	午前及び午後に健康監視対象者から連絡がない場合、電話、携帯メールにより本人に連絡	何日間も健康監視対象者と連絡が取れない場合、検疫所の職員が本人の自宅を訪問。本人の自宅が遠方の場合は、最寄りの保健所に対し、その職員に訪問してもらうよう依頼（実績なし）
関西空港	【エボラ出血熱】 1日2回（朝・夕） 【MERS】 1日1回 ※いずれも時間帯の目安なし	エボラ出血熱の場合、毎日朝・夕ごとに検疫所から健康監視対象者の連絡先に電話。MERSの場合、健康監視対象者から1日連絡がない場合は、翌日に検疫所から連絡	何日間も健康監視対象者と連絡が取れない場合、本人の自宅に文書による報告依頼を実施
福岡空港	【エボラ出血熱】 1日2回（朝・夕） 【MERS】 1日1回（夕方） ※いずれも時間帯の目安なし	連絡がない場合、電話、メール等により確認	何日間も健康監視対象者と連絡が取れない場合は健康監視期間最終日に、その居所の所在地を管轄する保健所に対し、その職員に本人の自宅を訪問してもらうよう依頼（実績なし）

(注) 1 当省の調査結果による。

2 健康監視を実施している7検疫所について整理した。

表 2-(1)-43 MERSに係る健康監視対象者からの健康状態等の報告を1日1回としている事例

No.	事例の内容
1	<p>厚生労働省は、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成 27 年 9 月 18 日付け健感発 0918 第 7 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下本表において「厚労省通知」という。）により、健康監視対象者に対し、出国日から 14 日以内において、1 日 2 回（朝・夕）の健康状態等について報告を求めるとし、厚労省通知に基づく健康監視対象者用指示書では、健康監視対象者に向けて「毎日 2 回（朝・夕）体温を測り、下記の連絡先に連絡してください」と明記している。</p> <p>関西空港検疫所は、厚労省通知の発出前から、MERSに係る健康監視対象者からの健康状態等の報告頻度を 1 日 2 回（朝・夕）としていたが、平成 27 年 9 月 28 日、同検疫所の「中東呼吸器症候群（MERS）検疫対応マニュアル」を改訂し、1 日 1 回の報告頻度に変更している。また、健康監視対象者用指示書についても、厚労省通知で定める様式を変更し、「症状がない方は、2 回分をまとめて 1 日 1 回報告してください」と記載している。</p> <p>当該検疫所は、これらの理由について、①厚労省通知には、1 日 2 回体温を測定すると記載されているが、報告頻度については明記されていないこと、②MERSに係る健康監視対象者数が多数発生したことに加え、健康監視対象者から報告を受ける電話回線が 1 本しか設けられていないため、厚労省通知どおりに対応することは困難であることを挙げている。</p>
2	<p>福岡空港検疫所支所は、厚労省通知を遵守せず、MERSに係る健康監視対象者に対し、1 日 2 回（朝・夕）の体温測定の結果を夕方まとめて 1 回同検疫所に報告するよう求めている。この取扱いは、特にマニュアル等で定めているものではない。</p> <p>当該検疫所では、この取扱いの理由について、①厚労省通知には、1 日 2 回体温を測定すると記載されているが、報告頻度については明記されていないこと、②エボラ出血熱のような致死率の高い検疫感染症については、1 日 2 回の報告頻度を厳守しており、MERSのような 2 類感染症とは取扱いを分けていることを挙げている。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(1)-44 エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発熱症状等を呈し、検疫所に事前連絡することなく一般の医療機関を直接受診した事例

No.	事例の内容										
1	<p>当該健康監視対象者は、下表のとおり、リベリア国籍を有し、到着前 21 日以内にリベリアでの滞在歴があったことから、成田空港検疫所においてエボラ出血熱に係る健康監視対象者として選定された。</p> <p>表 健康監視対象者に係る渡航歴等</p> <p>【事例 1】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>滞在国</th> <th>国籍</th> <th>流行国出国日</th> <th>入国日</th> <th>健康監視期間最終日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>リベリア</td> <td>リベリア</td> <td>H27. 2. 7</td> <td>H27. 2. 8</td> <td>H27. 2. 27</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該健康監視対象者は、21 日間の健康監視期間中、17 日目の 18 時頃、腹痛、嘔吐及び微熱の症状を呈したが、検疫所に事前連絡することなく、一般の医療機関を直接受診した。</p> <p>医療機関では、当該健康監視対象者からリベリアでの滞在歴を聴取し、発熱症状と併せてエボラ出血熱の疑いありと判断したため、病院内の 1 室に隔離した上で保健所に対応を相談した結果、保健所では、いまだ疑似症の要件は満たしていない状態ではあるものの、感染症指定医療機関での対応が適当として、当該健康監視対象者を移送した。</p> <p>その後、当該健康監視対象者は、3 日間の経過観察後、発熱等の症状もみられないことから退院している。</p>	滞在国	国籍	流行国出国日	入国日	健康監視期間最終日	リベリア	リベリア	H27. 2. 7	H27. 2. 8	H27. 2. 27
滞在国	国籍	流行国出国日	入国日	健康監視期間最終日							
リベリア	リベリア	H27. 2. 7	H27. 2. 8	H27. 2. 27							
2	<p>当該健康監視対象者は、下表のとおり、到着前 21 日以内にリベリアでの滞在歴があったことから、東京空港検疫所支所においてエボラ出血熱に係る健康監視対象者として選定された。</p> <p>表 健康監視対象者に係る渡航歴等</p> <p>【事例 2】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>滞在国</th> <th>国籍</th> <th>流行国出国日</th> <th>入国日</th> <th>健康監視期間最終日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>リベリア</td> <td>日本</td> <td>H26. 10. 26</td> <td>H26. 11. 4</td> <td>H26. 11. 16</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該健康監視対象者は、21 日間の健康監視期間中、12 日目の 11 時頃、39 度近くの発熱があり、検疫所に連絡せずにかかりつけ医を受診したとメールを検疫所に送信してきた。</p> <p>メール受信に気付いた検疫所は 11 時半頃に本人に電話連絡を試みるが連絡が取れず、当該健康監視対象者と連絡が取れたのは 17 時頃であった。その間、検疫所は、居所の所在地を管轄する都道府県等に連絡し、対応を依頼していたものの、本人が感染症指定医療機関に搬送されたのは 20 時半頃となり、検疫所がメール受信に気付いてから本人が感染症指定医療機関に搬送されるまで 9 時間を要する結果となった。</p>	滞在国	国籍	流行国出国日	入国日	健康監視期間最終日	リベリア	日本	H26. 10. 26	H26. 11. 4	H26. 11. 16
滞在国	国籍	流行国出国日	入国日	健康監視期間最終日							
リベリア	日本	H26. 10. 26	H26. 11. 4	H26. 11. 16							

(注) 1 当省の調査結果による。

2 エボラ出血熱に係る健康監視期間は、流行国を出国した日（出国日時から起算することが適当でない場合は入国日）から 21 日間とされている。

表 2-(1)-45 健康監視対象者の居所及び移動先の所在地を管轄する都道府県等への通知の遅延状況

(単位：人、%)

検疫所名	健康監視対象者数	遅延人数	
			2日以上遅延している人数
千歳空港	1	0 (0.0)	0 (0.0)
東京空港	169	91 (53.8)	31 (18.3)
成田空港	286	0 (0.0)	0 (0.0)
中部空港	194	2 (1.0)	2 (1.0)
関西空港	225	1 (0.4)	0 (0.0)
福岡空港	36	0 (0.0)	0 (0.0)
計	911	94 (10.3)	33 (3.6)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 健康監視を実施している7検疫所のうち、①エボラ出血熱については平成27年1月1日から12月31日までの1年間に健康監視を実施した6検疫所及び②MERSについては健康監視対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等へ送付する通知書の様式が厚生労働省の通知により規定された27年9月18日から28年7月31日までの間に健康監視を実施した5検疫所について整理した。

3 「遅延」とは、健康監視対象者の入国日にその居所及び移動先の所在地を管轄する都道府県等に厚生労働省の通知に基づく様式による通知を行っていないものを示す。

4 ()内の数値は、健康監視対象者数に対する割合である。

表 2-(1)-46 健康監視期間中に健康監視対象者から居所の移動報告を受けながら、移動先の都道府県等に連絡していない事例

事例の内容				
<p>当該健康監視対象者は、表 1 のとおり、到着前 21 日以内にシエラレオネでの滞在歴があったことから、福岡空港検疫所支所においてエボラ出血熱に係る健康監視対象者として選定された。</p>				
<p>表 1 健康監視対象者に係る渡航歴等</p>				
滞在国	国籍	流行国出国日	入国日	健康監視期間最終日
シエラレオネ	イギリス	H27. 7. 25	H27. 7. 27	H27. 8. 14
<p>当該健康監視対象者は、21 日間の健康監視期間中、国内の複数の都道府県等に移動することを検疫所に電話連絡しているが、検疫所は、移動先の所在地を管轄する都道府県等に健康監視対象者が発生した旨の通知書を送付していない。</p> <p>この理由について、検疫所では、当該健康監視対象者は日本語能力が十分でない外国人であったため、秘書を通じて健康状態等の報告を受けていたが、本人が秘書に連絡せずに移動予定を変更していたことや移動先で宿泊するホテルが未定であったことなどから、居所の把握が遅れがちになり、移動先の都道府県等に通知しなかったとしている。</p> <p>しかし、当該健康監視対象者に係る記録表をみると、表 2 のとおり、1 日 2 回の体温等の報告の際、宿泊先のホテルを知らされており居所が判明している日や移動先のホテルに 2 泊している日も確認できることから、感染拡大を防止する観点から、当該健康監視対象者の移動先の都道府県等に対しても、居所が判明した時点で直ちに連絡する必要があるものと考えられる。</p>				
<p>表 2 健康監視対象者における移動先の報告状況</p>				
健康監視期間	宿泊先	移動先の報告内容		
入国日から 17 日目までの間	居所の都道府県	移動予定の報告なし		
18 日目	A 市	1 回目の報告時、居所の都道府県を離れ、他都道府県 A 市に移動し、同市内のホテルに 1 泊する予定との報告あり（ホテル未定）。2 回目の報告時、宿泊先の報告あり		
19 日目	B 都道府県	1 回目の報告時、A 市を離れ、B 都道府県に移動し、同都道府県内のホテルに 1 泊する予定との報告あり（ホテル未定）。2 回目の報告時、宿泊先の報告あり		
20 日目	C 都道府県	1 回目の報告時、B 都道府県を離れ、他の都道府県に移動する予定との報告あり。2 回目の報告時、C 都道府県内のホテルに連泊すると報告あり		
21 日目（最終日）	C 都道府県	1 回目の報告時、C 都道府県内を移動中との報告あり。2 回目の報告時、前日と同じホテルに宿泊との報告あり		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 エボラ出血熱に係る健康監視期間は、流行国を出国した日（出国日時から起算することが適当でない場合は入国日）から 21 日間とされている。

表 2-(1)-47 入国時に健康監視対象者の居所の移動予定を把握していたものの、移動先の都道府県等への通知が入国日から1週間以上遅延している事例

事例の内容						
<p>当該健康監視対象者は、下表のとおり、到着前21日以内にギニアでの滞在歴があったことから、東京空港検疫所支所においてエボラ出血熱に係る健康監視対象者として選定された。</p>						
<p>表 健康監視対象者に係る渡航歴等</p>						
滞在国	国籍	流行国 出国日	入国日	健康監視期 間最終日	健康監視期間中 の旅行の日程	移動先の都道府 県等への通知日
ギニア	日本	H27.6.14	H27.6.23	H27.7.5	H27.7.3～7.5 A県B郡C村 (離島)	H27.7.1
<p>当該健康監視対象者は、平成27年6月23日に入国し、同年7月3日から5日までの間、国内を旅行する予定を入国時に検疫所に報告しているが、検疫所が移動先の都道府県等に通知したのは、入国から8日後（移動先に当該健康監視対象者が到着する2日前）の7月1日となっている。</p> <p>この理由について、検疫所では、入国時には宿泊先が未定であったため、宿泊先が未定のまま移動先の都道府県等に通知すると混乱を招くおそれがあったためとしている。毎日の健康状態等の報告時に当該健康監視対象者に宿泊先を確認しており、宿泊先が決定した7月1日に直ちに移動先の都道府県等に通知したとしている。</p> <p>しかし、当該都道府県等は、当該健康監視対象者が訪れる予定であった離島には感染症指定医療機関がなく、万一発症した場合、島外にある特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関に搬送するしかないが、現状では1類感染症患者を航空機や船舶で搬送する手段がなく、自衛隊や海上保安庁との協議が必要になることから、検疫所は、確定的な情報ではないとしても、健康監視対象者の情報を可能な限り迅速に提供してほしいとしている。</p> <p>また、当該都道府県等は、検疫所に対し、感染症指定医療機関も搬送手段もない離島に行くリスクを健康監視対象者に十分に説明してほしいとしている。なお、当該健康監視対象者は、離島への旅行を中止している。</p>						

(注) 1 当省の調査結果による。

2 エボラ出血熱に係る健康監視期間は、流行国を出国した日（出国日時から起算することが適当でない場合は入国日）から21日間とされている。

(2) 検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保

ア 検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の適切な確保

勸告	説明図表番号
<p>(検疫感染症患者等の隔離・停留)</p> <p>検疫法において、検疫所長は、①1類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者等（注1）又は新感染症の所見がある者を発見した場合は当該患者等を隔離することが、②1類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の病原体に汚染されたおそれのある者を発見した場合はその者を停留することができることとされている（以下、検疫法に基づく隔離・停留の対象となる者を総称して「検疫感染症患者等」という。）。</p> <p>（注）1 検疫法第2条の2では、次のとおり、感染症法に定める1類感染症及び新型インフルエンザ等感染症等に係る疑似症を呈している者並びに1類感染症の無症状病原体保有者を患者とみなして検疫法を適用すると定めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> i) 感染症法に規定する1類感染症の疑似症を呈している者については、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。 ii) 感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症の疑似症を呈している者であって当該感染症の病原体に感染したおそれのあるものについては、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。 iii) 感染症法に規定する1類感染症の病原体を保有している者であって当該感染症の症状を呈していないものについては、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。 <p>この検疫感染症患者等の隔離・停留については、原則として、感染症法に基づき厚生労働大臣又は都道府県知事が指定する感染症指定医療機関に入院を委託して行うこととされている（検疫感染症の種類に応じて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関又は第2種感染症指定医療機関に入院を委託）。厚生労働省は、各検疫所に対し、検疫感染症患者等を発見した場合に備え、検疫感染症患者等の入院を委託する感染症指定医療機関と入院委託契約を締結するよう求めている。</p> <p>また、感染症指定医療機関の指定に当たっては、「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38条第2項の規定に基づく厚生労働大臣の定める感染症指定医療機関の基準」（平成11年厚生省告示第43号。以下「指定基準」という。）及び「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」（平成16年3月3日付け健感発第0303001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「施設基準に関する手引」という。）に基づき、病室の構造、排水設備など個別の施設・設備ごとに定められた基準に適合することが必要とされている。</p>	<p>表2-(2)-ア-1 表2-(2)-ア-2 表2-(2)-ア-3</p> <p>表2-(2)-ア-4</p> <p>表2-(2)-ア-5</p>
<p>(検疫感染症患者等の搬送)</p> <p>厚生労働省は、検疫感染症患者等の隔離・停留のための搬送について、検疫所に対し、その基本的な検疫実施手順等を示した「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」（平成28年2月10日付け健感発0210第4号厚</p>	<p>表2-(2)-ア-6</p>

<p>生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「基本要領」という。)により、①搬送専用車両又は適切な感染防止対策を講じた車両等を使用すること、②関係機関とあらかじめ連絡体制、役割分担、搬送方法等について取決めをしておくこと、③検疫感染症患者等の搬送中の汚染の拡大防止に十分に注意すること等について指示している。</p> <p>なお、厚生労働省は、感染症患者の搬送車両の仕様や搬送体制等について、「感染症の患者の移送の手引きについて」(平成16年3月31日付け健感発第0331001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)により示している。</p>	<p>表2-(2)-ア-7</p>
<p>(措置マニュアルの作成)</p> <p>検疫所においては、基本要領により、以上のような検疫感染症患者等の隔離・停留やその搬送に関するもののほか、i) 平時には、特に検疫感染症の流行地域からの入国者に対し、厚生労働省からの通知に従い、健康状態に関する質問やサーモグラフィーによる体温の確認等を実施し、有症者等には医師による診察及び検査を行うこと、ii) 1類感染症やその他国民の健康に重大な被害を及ぼす感染症が海外で発生し、我が国に侵入するおそれが高く、対策を講ずる必要があると判断された場合には特別検疫態勢を執り、1類感染症その他の重大な感染症侵入の危機が発生した場合には、航空機の場合は機内又は機側検疫、船舶の場合は臨船(着岸)検疫を実施することとされ、各検疫所は、基本要領に基づき検疫感染症措置マニュアル(以下「措置マニュアル」という。)を整備するものとなっている。</p>	<p>表2-(2)-ア-8 表2-(2)-ア-9</p>
<p>【調査結果】</p> <p>今回、18検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の確保状況について調査した結果、以下のとおり、検疫所において検疫感染症患者等が確認された場合における適切な対応が危惧される状況がみられた。</p>	
<p>(7) 隔離・停留先の確保状況</p> <p>調査した18検疫所ではいずれも、検疫感染症患者等の隔離・停留先として、感染症指定医療機関と入院委託契約を締結しているとしているが、その範囲・内容をみると、次のとおり、検疫感染症患者等の隔離・停留先の確保が不十分・不適切なものが4検疫所(22.2%)みられた。</p> <p>① 新型インフルエンザ等感染症に係る隔離先の感染症指定医療機関は確保できているが、当該医療機関からは停留対象者の受入れについて理解が得られず、停留先となる感染症指定医療機関が確保できていないもの(2検疫所)</p> <p>② 島内で1類感染症の患者等が発生した場合に備えた、島外の第1種感染症指定医療機関との入院委託契約の締結を行っておらず、当該患者等の</p>	<p>表2-(2)-ア-10 表2-(2)-ア-11 表2-(2)-ア-12</p>

<p>隔離・停留先となる感染症指定医療機関を確保していないもの(1検疫所)</p> <p>③ 新型インフルエンザ等感染症の患者等に係る隔離・停留先として第2種感染症指定医療機関を確保しているものの、当該医療機関が、搬送された患者等を一般病床に収容する取扱いとしているもの(1検疫所)</p>	<p>表2-(2)-ア-13</p>
<p>(イ) 隔離・停留先への搬送手段の確保状況</p>	
<p>調査した18検疫所における搬送手段の確保方策をみたところ、次のとおり、搬送手段が十分に確保されていないものや搬送の実効性が確保されていないものがみられた。</p>	
<p>① 搬送手段の確保状況をみると、</p> <p>i) 5検疫所では、搬送専用車両を自ら保有し、運転手を含む2人以上の搬送体制を確保していた。</p> <p>また、11検疫所では、消防機関や保健所、民間事業者との連携により搬送専用車両による検疫感染症患者等の搬送手段を確保しているが、うち2検疫所では、第2種感染症指定医療機関への搬送手段のみとなっていた。</p> <p>残る2検疫所のうち1検疫所では、保有する公用車(普通乗用車)により検疫感染症患者等を搬送する方針とし、1検疫所は十分な搬送手段を確保していなかった。</p>	<p>表2-(2)-ア-14</p>
<p>ii) 離島に所在する3検疫所の状況をみると、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、1類感染症の患者等が発生した場合、島外の特定又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を搬送する必要性が生じるが、いずれもその手段を確保していなかった。</p>	<p>表2-(2)-ア-15</p>
<p>また、このうち1検疫所では、公用車の配備もない上、消防機関や保健所との連携も十分ではないため、島内の第2種感染症指定医療機関への搬送手段も確保していなかった。</p>	<p>表2-(2)-ア-16</p>
<p>さらに、1検疫所では、措置マニュアルを作成し、ヘリコプターを保有する外部機関の協力を得て搬送することを想定していたが、実際には当該機関との協議が整っていなかった。</p>	<p>表2-(2)-ア-17</p>
<p>② 加えて、調査した検疫所における搬送の実効性の確保状況をみると、次のとおり、十分確保できていないもの(9検疫所)がみられた。</p>	
<p>i) 消防機関や保健所から、有事の際には検疫感染症患者等の搬送に協力する旨の承諾を得ているものの、これら関係機関との間で、有事の際の役割分担や具体的な搬送手順等に関する取決めを行っていないもの(3検疫所)</p>	<p>表2-(2)-ア-18</p>
<p>ii) 保有する公用車(普通乗用車)では重症化した検疫感染症患者等の搬送に適さないと認識しているにもかかわらず、搬送専用車両を保有する消防機関や保健所を管轄する県との間で、重症化した検疫感染症患者等の搬送協力に係る協議が進んでいないもの(1検疫所)</p>	<p>表2-(2)-ア-19</p>

<p>iii) 民間事業者に検疫感染症患者等の搬送業務を委託しているが、当該民間事業者に対し、具体的な搬送手順・方法を全く示していないもの(1検疫所)</p> <p>iv) 措置マニュアルでは、新型インフルエンザ等感染症の患者等の搬送を消防機関に依頼することになっているが、消防機関が取決めと異なるとして、これに応じないなどとしているもの(2検疫所)</p> <p>v) 措置マニュアルでは、検疫感染症に係る停留対象者の搬送手段をバスとしているが、実際にはバス会社との協議を行っていない又は中断していたもの(3検疫所(注2))</p>	<p>表2-(2)-ア-20</p> <p>表2-(2)-ア-21</p> <p>表2-(2)-ア-22</p>
<p>(注) 2 3検疫所のうち1検疫所は、ii)の1検疫所と同じ検疫所である。</p>	
<p>厚生労働省は、各検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の確保状況について、検疫感染症患者等の入院を委託する感染症指定医療機関との間で入院委託契約を新規に締結、更新又は変更した場合にその旨を当該検疫所に報告させているが、前述したような隔離・停留先やその搬送手段の確保が不十分となっている等の状況までは把握していない。</p>	
<p>【所見】</p>	
<p>したがって、厚生労働省は、検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保を図る観点から、各検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段が適切に確保され、関係機関等との調整・取決めに基づき確実に実行されるものとなっているか総点検を行い、その結果、不十分又は不適切なものについては、その改善を指示する必要がある。</p>	
<p>また、離島からの1類感染症の患者等の搬送手段の確保については、航空機や船舶といった搬送手段を有する関係機関等の協力を得て適切に対応する必要がある。</p>	

表2-(2)-ア-1 隔離、停留等に関する規定

○ 検疫法（昭和26年法律第201号）〈抜粋〉

（検疫感染症）

第2条 この法律において「検疫感染症」とは、次に掲げる感染症をいう。

- 一 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（平成十年法律第百十四号）に規定する一類感染症
- 二 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に規定する新型インフルエンザ等感染症
- 三 前二号に掲げるもののほか、国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるもの

（疑似症及び無症状病原体保有者に対するこの法律の適用）

第2条の2 前条第一号に掲げる感染症の疑似症を呈している者については、同号に掲げる感染症の患者とみなして、この法律を適用する。

- 2 前条第二号に掲げる感染症の疑似症を呈している者であつて当該感染症の病原体に感染したおそれのあるものについては、同号に掲げる感染症の患者とみなして、この法律を適用する。
- 3 前条第一号に掲げる感染症の病原体を保有している者であつて当該感染症の症状を呈していないものについては、同号に掲げる感染症の患者とみなして、この法律を適用する。

（汚染し、又は汚染したおそれのある船舶等についての措置）

第14条 検疫所長は、検疫感染症が流行している地域を発航し、又はその地域に寄航して来航した船舶等、航行中に検疫感染症の患者又は死者があつた船舶等、検疫感染症の患者若しくはその死体、又はペスト菌を保有し、若しくは保有しているおそれのあるねずみ族が発見された船舶等、その他検疫感染症の病原体に汚染し、又は汚染したおそれのある船舶等について、合理的に必要と判断される限度において、次に掲げる措置の全部又は一部をとることができる。

- 一 第二条第一号又は第二号に掲げる感染症の患者を隔離し、又は検疫官をして隔離させること。
- 二 第二条第一号又は第二号に掲げる感染症の病原体に感染したおそれのある者を停留し、又は検疫官をして停留させること（外国に当該各号に掲げる感染症が発生し、その病原体が国内に侵入し、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認めるときに限る。）。

三～七 （略）

2 （略）

（隔離）

第15条 前条第一項第一号に規定する隔離は、次の各号に掲げる感染症ごとに、それぞれ当

該各号に掲げる医療機関に入院を委託して行う。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、当該各号に掲げる医療機関以外の病院又は診療所であつて検疫所長が相当と認めるものにその入院を委託して行うことができる。

- 一 第二条第一号に掲げる感染症 特定感染症指定医療機関（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に規定する特定感染症指定医療機関をいう。以下同じ。）
又は第一種感染症指定医療機関（同法に規定する第一種感染症指定医療機関をいう。以下同じ。）
- 二 第二条第二号に掲げる感染症 特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関又は第二種感染症指定医療機関（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に規定する第二種感染症指定医療機関をいう。以下同じ。）

2～5 （略）

（停留）

第 16 条 第十四条第一項第二号に規定する停留は、第二条第一号に掲げる感染症の病原体に感染したおそれのある者については、期間を定めて、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関に入院を委託して行う。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であつて検疫所長が相当と認めるものにその入院を委託し、又は船舶の長の同意を得て、船舶内に収容して行うことができる。

2 第十四条第一項第二号に規定する停留は、第二条第二号に掲げる感染症の病原体に感染したおそれのある者については、期間を定めて、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関若しくは第二種感染症指定医療機関若しくはこれら以外の病院若しくは診療所であつて検疫所長が相当と認めるものに入院を委託し、又は宿泊施設の管理者の同意を得て宿泊施設内に収容し、若しくは船舶の長の同意を得て船舶内に収容して行うことができる。

3～7 （略）

（新感染症に係る措置）

第 34 条の 2 厚生労働大臣は、外国に新感染症（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に規定する新感染症であつて同法第五十三条の規定により政令で定められる新感染症以外のものをいう。以下この条において同じ。）が発生した場合において、当該新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、検疫所長に、当該新感染症にかかっていると疑われる者に対する診察を行わせることができる。この場合において、検疫所長は、検疫官をして当該診察を行わせることができる。

2 検疫所長は、第十三条第一項、第二十四条、第二十六条第一項、第二十六条の二又は前項に規定する診察において、新感染症の所見がある者を診断したときは、直ちに、厚生労働大臣に当該所見がある者の氏名、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項を報告しなければならない。

3 検疫所長は、前項の報告をした場合には、厚生労働大臣の指示に従い、当該新感染症を第二条第一号（第十八条第四項及び第五項に規定する事務にあつては、第二条第二号）に掲げる感染症とみなして、第十三条、第十三条の二、第十四条第一項第一号から第六号まで、第十七条、第十八条、第十九条第二項及び第三項並びに第二十条に規定する事務の全部又は一部を実施することができる。

4・5 (略)

(新感染症に係る隔離)

第34条の3 前条第三項の規定により検疫所長が実施する第十四条第一項第一号に規定する隔離は、特定感染症指定医療機関に入院を委託して行う。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該検疫所長が適当と認めるものにその入院を委託して行うことができる。

2～6 (略)

(新感染症に係る停留)

第34条の4 第三十四条の二第三項の規定により検疫所長が実施する第十四条第一項第二号に規定する停留は、特定感染症指定医療機関に入院を委託して行う。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該検疫所長が適当と認めるものにその入院を委託して行うことができる。

2～6 (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(2)-ア-2 「西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について」(平成 28 年 2 月 19 日付け健感発 0219 第 1 号・生食検発 0219 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>

3 西アフリカ 3 カ国からの入国者の取扱い

西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、(1) から (3) の対応を行うこと。

(1) 診察等

診察の結果、到着前 21 日以内に西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在し、38℃以上の発熱又はエボラ出血熱を疑うその他の臨床症状(※1)を有し、かつ、次のア又はイに該当する者について、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、検疫法(昭和 26 年法律第 201 号。以下「法」という。)第 14 条第 1 項第 1 号の規定に基づき隔離の措置をとること。

ア 到着前 21 日以内にエボラ出血熱患者(疑い患者を含む。)の体液等(血液、体液、吐瀉物、排泄物など)との接触歴(感染予防策の有無を問わない)がある者

イ 到着前 21 日以内にエボラ出血熱発生地域（※2）由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者

※1 嘔吐、下痢、食思不振、全身倦怠感等

※2 ギニア、シエラレオネ、リベリア、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国

また、西アフリカ 3 カ国に渡航又は滞在し、かつ、症状のない者であって、針刺し・粘膜・傷口への曝露などで直接ウイルスの曝露を受けたものについて、エボラ出血熱に感染したおそれがあると判断した場合、同法第 14 条第 1 項第 2 号の規定に基づき停留の措置をとること。

(2)・(3) (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(2)-ア-3 「**新型インフルエンザ等検査要領**」(平成 25 年 11 月 29 日厚生労働省策定)
＜抜粋＞

第 3 章 具体的な対応

1. 総論

(1) 対象者ごとの対応等

ア) 有症者への対応

検査所長は、疫学的情報（症例定義）等を勘案し、有症者を疑い患者と判断した場合は、原則として、検査所で PCR 検査を実施するとともに隔離措置を行う。有症者を疑い患者でないと判断し、検査を実施しない場合は、健康カードを配付し、所定の手続きを経て入国させる。

イ) (略)

ウ) 停留対象者への対応

① 検査所長は、停留が必要と判断した者については、医療機関又は宿泊施設で、一定期間内停留措置を行う。なお、搬送の準備に時間を要する場合は、準備が整うまでの間、海空港又は船舶内等の適切な場所で一時待機させる。

②～⑪ (略)

エ) (略)

停留について 【水際対策に関するガイドライン（抜粋）P44】

(1) (略)

(2) 停留対象者の範囲

① 停留は、個人の行動を数日間にわたり制限することから、人権に配慮し、その実施及び対象者の範囲については、判断の時点における最新の科学的知見を踏まえ、最小

の対象範囲かつ日数とするとともに、健康監視での対応も含めて検討する必要がある。

② 病原体の病原性・感染力等を考慮し、停留対象者を限定することを検討する。停留を行う場合の対象者（入国予定者に限る。）の範囲については、以下のa、bの範囲が考えられるが、原則としてaの範囲とする。

a 患者と同一旅程の同行者（出発空港・港で初めて合流した者を除く。以下同じ。）

b 患者と同一機内・船内の者で次のうち厚生労働省と調整の上、検疫所長が必要と判断した者

i 患者と同一旅程の同行者

ii 患者の座席周囲の者

iii 乗務員等で患者の飛沫に曝露した者

(3) (略)

(注) 1 下線は当省が付した。

2 表中における「水際対策に関するガイドライン」は、「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」（平成25年6月26日新型インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議。平成28年3月25日一部改定）を構成する各種ガイドラインの一つである。

表 2-(2)-ア-4 隔離・停留の仕組み

感染症	患者等の分類	措置区分		入院委託先及び収容先施設					
		隔離	停留	特定	第1種	第2種	その他の医療機関	宿泊施設	船舶
1類感染症	患者	○		○	○		○		
	病原体に感染したおそれのある者		○	○	○		○		○
新型インフルエンザ等感染症	患者	○		○	○	○	○		
	病原体に感染したおそれのある者		○	○	○	○	○	○	○
新感染症	患者	○		○			○		
	病原体に感染したおそれのある者		○	○			○		

(注) 1 検疫法に基づき当省が作成した。

2 検疫法第14条及び第34条の2に基づく隔離・停留の対象となる感染症は、1類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び新感染症である。

- 3 「その他の医療機関」は、緊急その他やむを得ない理由がある場合、検疫所長が入院委託先として適当と認めた医療機関である。
- 4 「宿泊施設」への収容は、新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者について、宿泊施設の管理者の同意を得た場合に可能とされている。
- 5 「船舶」への収容は、1類感染症の病原体に感染したおそれのある者について、緊急その他やむを得ない理由があり船舶の長の同意を得た場合、また、新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者について、船舶の長の同意を得た場合に可能とされている。

表2-(2)-ア-5 「患者の委託収容に係る契約書について」(平成16年10月22日付け食安検発第1022005号厚生労働省医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知) <抜粋>

各検疫所においては、検疫法第2条第1号、第2号及び第34条の2第1項に掲げる検疫感染症、新感染症及び新感染症にかかっていると疑われる者について、第15条第1項及び第16条第1項、第34条の3第1項及び第34条の4第1項により隔離・停留の措置を実施するにあたっては、すでに医療施設等との委託契約を締結されていることと思います。

今般、新たに国立国際医療センターが、特定感染症指定医療機関となったことに伴い、新感染症及び新感染症にかかっていると疑われる者の委託収容に係る契約を締結するにあたり、患者の隔離・停留に係る医療費の支払い、また、委託収容に係る手続きを明確にする必要があることから、様式1を関係各機関と協議の上、作成しましたので、下記留意事項を確認の上、本様式を基に委託契約を締結されますようお願いします。

また、国立国際医療センター以外との医療施設において、新たに委託契約を締結する場合、または委託契約を更新、委託契約を締結させている医療施設を変更する場合等は、下記留意事項を確認の上、様式2を基に委託契約を締結されますようお願いします。

なお、上記、委託契約(新規、更新、変更)を締結した場合は、すみやかに当室担当係まで連絡下さいますようお願いします。

(注) 1 下線は当省が付した。

- 2 隔離・停留措置に係る入院委託契約に関する運用については、本通知発出後、入院委託契約書の様式の見直し等に伴う類似の通知が発出されている。

表2-(2)-ア-6 「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成28年2月10日付け健感発0210第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>

検疫感染症患者発見時等の措置につきましては、「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成20年3月31日健感発第0331005号健康局結核感染症課長通知)により実施しているところです。

その後、新たにジカウイルス感染症等が検疫感染症に追加されるなど、検疫法施行令の一部が改正されたこと等を踏まえ、別添のとおり再度取りまとめました。

本要領は、検疫所における基本的な検疫実施手順等を示した基本要領であり、各検疫所におかれましては、これに基づき、検疫感染症措置マニュアルを整理していただき、万全な体制の構築に努められるようお願いします。

別添「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」

II 平時の危機管理体制

5. 患者輸送体制の整備

一類感染症患者の隔離や、その病原体に感染したおそれのある者の停留のための搬送は、搬送専用車両または適切な感染防止対策を講じた車両等を使用すること。

また、関係機関とは予め、連絡体制、役割分担、搬送方法、その他有症者への措置等について取り決めをしておくこと。

IV 検疫及び措置

3. 危険度別対応

(1) 検疫感染症に感染したおそれがあり隔離、停留する者

隔離又は停留の対象となる検疫感染症に感染したおそれがあると判断された者は、速やかに感染症指定医療機関へ搬送する。当該有症者等に対して、実施する検疫措置に関して事前に詳細に説明すること。

感染したおそれがあると判断された者の搬送中の汚染の拡大防止に十分に注意し、医療機関への引き渡し時においても搬送を担当する職員の除染に留意すること。

(注) 下線は当省が付した。

表2-(2)-ア-7 「感染症の患者の移送の手引きについて」(平成16年3月31日付け健感発第0331001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) <抜粋>

1 (略)

2 移送に関する基本的な考え方

感染症対策の基本は、感染源対策、感染経路対策、感受性対策の3つであり、感染症の患者の移送に伴う感染症対策もその基本は変わらない。特に感染経路対策は重要であり、病原体の特性に応じた適切な感染経路の遮断を行なうことが重要であり、ともすれば大袈裟な隔離等になりがちであるが、人権に配慮した必要最小限の感染防御に心がけることが重要である。

ときに、緊急に医療行為を伴った移送が必要とされることもあり、患者に対して適切な資機材をもって処置を行なうことが重要であり、かつ同時に移送に携わる者が感染しないことが求められる。また、患者を安全に移送することは最も基本である。

なお、移送に耐えられない患者等の移送は、やむをえない場合を除いて、当然ながら避けるべきである。

移送のポイント

- ・ 病原体の特性に応じた感染拡大防止の実施
- ・ 人権への配慮
- ・ 適切な資機材による移送
- ・ 移送従事者の安全の確保

3 移送の実際

(1)～(3) (略)

(4) 疾患別移送の実際

a) ウイルス性出血熱

(前略) 移送する車両は、感染拡大防止措置が十分図れる構造の車両であることが望ましい。吐血・喀血などで汚染域が拡大しないように機器類や壁面をシートで覆い、床側もビニールシート上に吸湿性のシーツや不織布を敷き、移送後はビニールシートごと撤去し感染性廃棄物として処理する。吐血・喀血・失禁など患者周囲への汚染が明らかなきは、透明ビニールなどで患者空間を作り、同乗移送者が長時間患者空間に曝されないようにする。車両の患者空間の壁面・床は、まずガーゼなどで汚れを拭き取った後、次亜塩素系の消毒剤を用いて拭き、それを水で拭き取ることが原則（中略）。これらの清掃物品も感染性廃棄物として処理する。（後略）

b)～g) (略)

4・5 (略)

6 移送に必要な標準的な機材

(1)～(3) (略)

(4) 移送車

感染症の患者の移送に当たっては、移送のポイントで述べた4項目が遵守されることが必要である。従って、移送に使用する車についてもそれらが守られる構造であることが望ましく、特に移送中の安全の確保、移送後の消毒については移送車において重要な点となる。(以下略)

7 (略)

8 移送に必要な体制

都道府県は、感染症法に基づいて入院する感染症の患者を適切な移送車で移送する体制を確保する。移送は、運転者を含む最低2人の体制で行なうこととし、2人の内1名は、感染症に関する一定の知識を有する者とすることが望ましい。移送に携わる者は、ジフテリアなど必要な予防接種をあらかじめ受けておくことが重要である。なお、必要に応じて医師が同乗する。いずれにしてもこのような対応に携わる医療チームは、前もって知識・訓練等を受け対応に習熟した者が加わっていることが必要である。（以下略）

(注) 1 下線は当省が付した。

2 本手引については、後出の図表において「移送の手引」と略称する。

表 2-(2)-ア-8 「一類感染症発生時非常対応訓練に関する報告書の送付等について」(平成14年6月11日付け食検発第0611001号厚生労働省医薬局食品保健部企画課検疫所業務管理室長通知)

一類感染症患者の入国を想定して本年3月、関西空港検疫所において一類感染症発生時非常対応訓練を実施したところでありますが、今般、報告書がまとまり別途関西空港検疫所より送付することといたしております。

つきましては、各検疫所においては、本報告書を参考にそれぞれの検疫所の実情に応じた対応マニュアルを作成するとともに、定期的に適宜の方法により実地訓練を実施する等、万全な体制の構築に努められるようお願いします。

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(2)-ア-9 検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領に基づき各検疫所が措置マニュアルで手順を定める必要があると考えられる事項

- I 平時の危機管理体制
 - 1 平時の質問、診察、検査等
 - 2 感染症情報の収集、評価及び提供
 - (1) 情報の収集
 - (2) 情報の分析・評価
 - (3) 情報の提供
 - 3 連絡網の整備及び確認
 - (1) 検疫所業務管理室との連絡体制
 - (2) 所内の指揮命令系統
 - (3) 他の検疫所との連絡体制
 - (4) 海港・空港関係官署、海上保安庁、消防、警察、空港管理機関等との連絡体制
 - (5) 地方自治体との連絡体制
 - (6) 感染症指定医療機関との連絡体制
 - (7) 国立感染症研究所との連絡体制
 - 4 措置に係る機材等の整備及び管理
 - 5 患者搬送体制の整備
 - 6 措置訓練の実施
- II 有事の危機管理体制
 - 1 特別検疫態勢の実施
 - 2 特別検疫態勢時における検疫
 - 3 対策本部
- III 検疫及び措置
 - 1 目的
 - 2 検疫手順の原則
 - 3 危険度別対応

- 4 消毒
- 5 職員の健康監視

- (注) 1 「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成20年3月31日付け健感発第0331005号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)の別紙「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」に基づき当省が作成した。
- 2 本通知の発出後、新型インフルエンザ等感染症、MER S、ジカウイルス感染症等が検疫感染症に追加されたことに伴い、厚生労働省は、平成28年2月10日に、「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」を再度取りまとめた同名の通知(健感発0210第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)を発出している(上記の事項に変更はない)。

表 2-(2)-ア-10 調査した検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留に係る入院を委託する感染症指定医療機関の確保状況

(単位：検疫所、%)

区 分	1 類感染症	新型インフルエンザ等感染症	新感染症
隔離・停留先を確保しているもの	17(94.4)	16(88.9)	18(100)
隔離・停留先を確保していないもの	1(5.6)	2(11.1)	0(0)
	厳原・比田勝	石垣及び平良	
計	18(100)	18(100)	18(100)

(注) 当省の調査結果による。

表2-(2)-ア-11 新型インフルエンザ等感染症に係る停留対象者の収容先を確保していないもの

事例の内容
<p>石垣出張所及び平良出張所は、新型インフルエンザ等感染症に係る隔離又は停留を行うための委託先として、それぞれの検疫所が所在する島内にある第2種感染症指定医療機関と入院委託契約を締結するとともに、本島にある第1種感染症指定医療機関と入院委託契約を締結していたが、平成26年に、第1種感染症指定医療機関からの要望を契機として、新型インフルエンザ等感染症に係る停留対象者をこれら入院委託契約から除外している。</p> <p>当該第1種感染症指定医療機関は、検疫所との新型インフルエンザ等感染症に係る停留対象者の入院委託契約を解除した理由について、隔離対象者は、危険性・重篤性の高い1類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の症状を明らかに呈するものであり、感染拡大防止に万全を期しながら治療に専念する必要があるものの、症状の出していない停留対象者にまで対応する余裕がないためとしている。</p> <p>その後、両検疫所とも、新型インフルエンザ等感染症に係る停留先の確保に向けた医療機関や宿泊施設との協議を行っておらず、有事の際に停留先の確保をめぐり混乱するおそれがあると考えられる。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表2-(2)-ア-12 島外の第1種感染症指定医療機関との間で1類感染症の患者等の隔離・停留に係る入院委託契約を締結していないもの

事例の内容
<p>巖原・比田勝出張所は、所在する島内に第1種感染症指定医療機関が整備されておらず、当該検疫所でエボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関まで当該患者等を搬送し、隔離・停留措置を行う必要があるが、島外の近傍に所在する第1種感染症指定医療機関と入院委託契約を締結していない。なお、当該検疫所では、島内に所在する第2種感染症指定医療機関と1類感染症の患者等の一時収容について協議していなかった。</p> <p>当該検疫所では、1類感染症の患者等が発生しても島外に搬送する手段がないため、入院委託契約を先行して締結する意義に乏しいとしており、有事の際、島内に所在する第2種感染症指定医療機関から、1類感染症の患者等の一時収容について了承を得られない場合、検疫港ターミナル内の健康相談室にアイソレーションテント（ビニール製の隔離用テント）を設置し、その内部に1類感染症の患者等を収容した上で厚生労働省本省に指示を仰ぐとしている。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-13 新型インフルエンザ等感染症の患者等に係る隔離・停留先として第2種感染症指定医療機関を確保しているが、一般病床に收容する取扱いとなっているもの

事例の内容

松山空港出張所は、新型インフルエンザ等感染症の患者等に係る隔離・停留先として第2種感染症指定医療機関との間で入院委託契約を締結している。当該第2種感染症指定医療機関には感染症病床はなく、結核病床として20床（20人部屋1室）が整備されている。

隔離・停留対象者を收容する病床について、入院委託契約書においては「感染症病床と同等と思われる病床」と記載されているが、検疫所は、結核病床に隔離・停留対象者を收容するものと認識している一方、感染症指定医療機関では、一般病室に收容する方針としている。

感染症指定医療機関は、一般病室に收容する理由について、結核病床は多床室となっており、新型インフルエンザ等感染症に係る隔離・停留対象者を收容した場合、結核患者に感染が拡大するおそれがあるとしている。

しかしながら、当該一般病室の設備を調査したところ、①手洗い設備に取り外して洗浄することが困難な構造のオーバーフローを設置している、②收容者と会話するための電話機が設置されておらず、指定基準等に照らし、新型インフルエンザ等感染症に係る隔離・停留対象者を收容する病室には適さない状況がみられた。

表 手洗い設備に取り外して洗浄することが困難な構造のオーバーフローを設置している状況



(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-14 調査した検疫所における検疫感染症患者等の搬送手段・体制の確保状況

検疫所名	搬送車両		搬送体制			消防機関		保健所		民間委託
	専用車両	公用車	運転手	医療従事者	その他	協力要請	合意	協力要請	合意	
千歳空港	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—
東京空港	—	—	—	○	—	○	—	—	—	○
成田空港	○	○	○	○	○	○	—	—	—	—
新潟空港	—	○	○	○	○	○	○	○	○	—
中部空港	○	—	○	○	○	○	○	—	—	—
富山空港	—	○	○	○	○	○	○	○	○	—
小松空港	—	○	○	○	○	—	—	—	—	—
関西空港	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—
広島空港	—	○	○	○	○	○	○	—	—	—
米子空港	—	—	—	—	—	○	—	○	○	—
高松空港	—	○	○	○	○	—	—	○	○	—
松山空港	—	—	—	○	—	○	○	—	—	○
福岡空港	○	—	○	○	○	○	—	○	—	—
長崎空港	—	○	○	○	○	—	—	○	○	○
宮崎空港	—	○	○	○	○	—	—	○	○	—
巖原・比田勝	—	○	○	○	○	○	○	—	—	—
石垣	—	—	—	○	○	○	○	○	○	—
平良	—	—	—	—	○	○	△	○	○	—

(注) 1 当省の調査結果による。

- 2 「専用車両」欄の「○」は移送の手引で示されている感染症専用の車両に適合すると考えられる車両を保有しているもの、「—」は当該車両を保有していないもの、また、「公用車」欄の「○」は公用車（普通乗用車）を保有しているもの、「—」は保有していないものである。
- 3 「運転手」欄の「○」は保有車両の運転手を検疫所自身で確保しているもの、「—」は確保していないものである。
- 4 「医療従事者」欄の「○」は医師又は看護師を確保しているもの、「—」は確保していないものである。
- 5 「その他」欄の「○」は関係機関との連絡要員、補助職員等を確保しているもの、「—」は確保していないものである。
- 6 「協力要請」欄の「○」は消防機関又は保健所に検疫感染症患者等の搬送協力要請を行っているもの、「—」は行っていないものである。
- 7 「合意」欄の「○」は消防機関又は保健所との間で検疫感染症患者等の搬送協力について合意が得られているもの、「—」は合意が得られていないもの、「△」は消防機関との間で車両運転に係る協力について協議中のものである。
- 8 「民間委託」欄の「○」は民間事業者に検疫感染症患者等の搬送委託を行っているもの、「—」は行っていないものである。

表2-(2)-ア-15 検疫感染症患者等の搬送手段の確保状況（離島に所在する検疫所）

検疫所名	感染症指定医療機関（島内）			隔離・停留先の確保						搬送手段の確保				
	特 定	1 種	2 種	1類		新型インフル エンザ等感染症		新感染症		島外		島内		
				隔 離	停 留	隔 離	停 留	隔 離	停 留	自 衛 隊	海 上 保 安 庁	公 用 車	消 防 機 関	保 健 所
厳原・比田勝	—	—	○	×	×	○	○	○	○	×	×	○	○(重症者の搬送協力)	×
石垣	—	—	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	○(搬送専用車両の運転)	○(搬送専用車両の借用)
平良	—	—	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	○(搬送専用車両の借用)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「感染症指定医療機関（島内）」欄の「○」は当該感染症指定医療機関が島内に所在するもの、「—」は島内に所在しないものである。

3 「隔離・停留先の確保」欄の「○」は隔離・停留に係る入院委託契約が感染症指定医療機関との間で締結されているもの、「×

4 「搬送手段の確保」欄中、「島外」欄の「×

5 同じく「島内」欄中、「公用車」欄の「○」は公用車（普通乗用車）を確保しているもの、「×

6 同じく「消防機関」欄及び「保健所」欄の「○」は患者搬送に係る協定の締結実績があるものや口頭合意が得られたもの、「×

表2-(2)-ア-16 検疫感染症患者等を搬送するための車両を確保しておらず、関係機関との連携・協力体制も十分ではないため、検疫感染症患者等を発見した場合、搬送をめぐり混乱するおそれが考えられるもの

事例の内容
<p>平良出張所は、港湾において国際定期便等の船舶に対する検疫を実施しているほか、飛行場において国際チャーター便に対する検疫を実施している。</p> <p>当該検疫所で新型インフルエンザ等感染症の患者等が発生した場合、当該検疫所が島内の第2種感染症指定医療機関まで当該患者等を搬送する必要があるが、当該検疫所では、搬送専用車両及び公用車のいずれも確保していない。</p> <p>また、保健所及び消防機関との間で、搬送専用車両の借用及び当該車両の運転に係る協力に向けて協議が行われており、調査日現在（平成28年11月11日）、保健所との間で車両借用に</p>

係る協力について口頭での合意が得られているものの、消防機関との間での車両運転に係る協力の合意は得られていなかった。

(注) 当省の調査結果による。

表2-(2)-ア-17 エボラ出血熱に係る隔離・停留対象者の搬送方法として措置マニュアルに記載された手順・方法について、現状では実施が困難とみられるもの

事例の内容	
	<p>石垣出張所は、平成 27 年 9 月に「エボラ出血熱検疫対応マニュアル」を作成し、客船及び空港においてエボラ出血熱に係る隔離・停留対象者が発生した場合、①消防職員が運転する保健所の搬送専用車両により新石垣空港まで搬送し、②ヘリコプターを保有する外部機関の協力を得て本島まで搬送することを想定している。</p> <p>しかし、これらの役割分担について、①保健所及び消防機関の間では、搬送専用車両の借用及び運転について協力する旨の合意を得ているものの、②同マニュアルで想定している外部機関のヘリコプターの使用については、いまだ当該機関との協議が整っていないため、新石垣空港から先の搬送経路が途絶するおそれがある。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-18 消防機関及び保健所から検疫感染症患者等の搬送協力について承諾を得ているが、有事の際の役割分担や具体的な搬送手順等に関する取決めを行っていないもの

No.	事例の内容
1	<p>松山空港出張所では、検疫感染症患者等の搬送時に使用する医薬品や医療機材を確保しておらず、重症化した検疫感染症患者等については、消防機関にその搬送を依頼する方針としており、口頭で消防機関の了承も得ているが、具体的な搬送手順・方法について定めていない。</p> <p>このため、①移送の手引により 1 類感染症の患者等の搬送時に必要とされている車内のビニールシート等による養生作業を検疫所と消防機関のいずれが行うか取り決めていない、②感染拡大防止のため消防機関が導入を要望する D I F トランスバッグ (注1) が確保されていないほか、訓練時の消防機関の役割が情報伝達にとどまっている等の状況がみられ、有事の際の連携が円滑に行えるか懸念される。</p> <p>(注) 1 搬送時の二次感染を防止するための陰圧装置が付いた搬送用機材 (患者等を収容する内部の空気はフィルターを通過して排出されるため、ウイルスや細菌を外部に漏らさず搬送が可能) で、被覆部分がビニール製のもの</p> <p>2 なお、松山空港出張所では、重症化していない検疫感染症患者等の搬送については、民間救急事業者に委託する方針としており、検疫所が実施する措置訓練にも当該事業者を参加させている。</p>
2	<p>宮崎空港出張所では、移送の手引に沿った仕様の患者搬送車両を確保していないため、検疫感染症患者等が発生した場合、当該車両を保有している保健所に対し、搬送依頼を行う方針としている。</p>

	<p>これは、平成 17 年に検疫所が保健所を管轄する市に対し緊急時における検疫業務の支援依頼を文書で行った経緯を踏まえたものであるが、当該依頼文書には検疫感染症患者等の搬送に係る支援内容が具体的に記載されていない上、保健所では、検疫所が作成した各種措置マニュアルを保有しておらず、有事の際の保健所の役割を承知していなかった。</p> <p>また、検疫所では、平成 27 年度に措置訓練を実施し、保健所を参加させているが、訓練時の保健所の役割は搬送依頼の電話連絡を受けるものにとどまっている。</p>
3	<p>厳原・比田勝出張所では、移送の手引に沿った仕様の患者搬送車両を確保していないため、重症化した検疫感染症患者等が発生した場合、救急車を保有する消防機関にその搬送を依頼することとしており、口頭により消防機関の了承を得ている。</p> <p>しかし、当該患者等の搬送に係る具体的な搬送手順・方法を定めておらず、平成 25 年度に検疫所が実施した措置訓練においても、消防機関の役割はファクシミリを使用した情報伝達にとどまっている。</p> <p>消防機関は、1 類感染症の患者等の搬送時には搬送に当たる職員がつなぎ型の防護服を着用する必要があると認識しているが、これまで措置訓練でつなぎ型の防護服の着脱訓練を実施したことはなく、措置訓練のメニューに加えてほしいと要望している。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-19 検疫所において、配備されている公用車（普通乗用車）は重症化した検疫感染症患者等の搬送に適さないと認識しているものの、関係機関との搬送協力に係る協議が進んでいないもの

事例の内容
<p>小松空港出張所では、移送の手引に沿った仕様の患者搬送車両を確保しておらず、現在配備されている公用車（普通乗用車）では、検疫感染症患者等が重症化している場合の搬送には適さないことから、搬送協力に係る関係機関との連携が必要と認識しながらも、保健所を管轄する県や消防機関との間で、有事の際の患者搬送に係る協力についての協議が進んでいない。</p> <p>具体的には、新型インフルエンザの患者等の搬送協力に関しては最終的な結論が得られておらず、1 類感染症の患者等の搬送協力に関しては協議を行うまでに至っていなかった。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-20 検疫感染症患者等の搬送に係る民間事業者との連携が不十分なもの

事例の内容
<p>長崎空港出張所では、自力歩行が困難な新型インフルエンザ等感染症及び鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9）の患者等（疑似症患者を含む。）について、平成27年3月、福祉タクシー事業者との間で感染症指定医療機関までの搬送業務に係る委託契約を締結したが、当該民間事業者に対し、具体的な搬送手順・方法を示さず、訓練への参加要請や研修等も実施していなかったため、当該民間事業者は、患者搬送の手順、感染防護措置、防護服の着脱方法、搬送終了後の車両消毒、搬送従事者の健康観察等について、全く承知していなかった。</p>

また、当該民間事業者は、平成28年3月に福祉タクシー事業から撤退し車両も処分したため、検疫所からの患者搬送依頼に応じることができない状態となっているが、検疫所に対する契約解除の申入れを失念していたため、検疫所は、民間事業者が福祉タクシー事業から撤退していたことを把握していなかった。

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-21 措置マニュアルにおける新型インフルエンザ等感染症の患者等の搬送に係る内容と関係機関との取決め内容との間で齟齬があるもの

No.	事例の内容
1	<p>富山空港出張所では、自ら保有する公用車（普通乗用車）ではストレッチャーを搭載することができず、患者を寝かせた状態で搬送することができないため、自力歩行が困難なほど重症化した検疫感染症患者等の発生に備え、保健所に搬送協力を要請し、口頭により保健所の了解を得ている。</p> <p>また、保健所と消防機関との間でエボラ出血熱患者等の移送協力に係る取決めが行われており（平成 27 年 11 月）、消防機関では、検疫所でエボラ出血熱患者等が発生した場合についても、保健所からの移送協力依頼があれば応じる方針としている。</p> <p>一方、検疫所が平成 26 年 3 月に作成した新型インフルエンザ等感染症に係る措置マニュアルでは、関係機関との協議・合意を経ないまま、重症化した新型インフルエンザ等感染症の患者等の搬送について、保健所を通じて消防機関に依頼する内容となっている。</p> <p>消防機関では、エボラ出血熱以外の感染症の患者等の移送については保健所との合意内容に含まれておらず、エボラ出血熱以外の感染症の患者等の移送協力要請には応じない方針としており、検疫所において新型インフルエンザ等感染症の重症患者が発生した場合、搬送手段の確保をめぐり混乱するおそれがあると考えられる。</p> <p>これらの原因について、検疫所では、①新型インフルエンザ等感染症に係る措置マニュアルを作成した際、保健所及び消防機関に対して意見等を照会していないこと、②保健所や消防機関との合同訓練を実施しておらず、当該措置マニュアルに盛り込んだ役割について相互に検証する機会がなかったことによるとしている。</p>
2	<p>広島空港検疫所支所では、新型インフルエンザ等感染症の患者等が発生した場合、現在配備されている公用車（普通乗用車）を使用し感染症指定医療機関まで搬送することとしているが、自力歩行が困難なほど重症化した患者等の搬送には車両構造上適していないため、そのような事態の発生に備え、平成 28 年 2 月、消防機関との間で覚書を取り交わし、検疫所での「対応が困難な場合又は患者等を緊急に搬送する必要性が生じた場合」には、消防機関に搬送協力を依頼することとしている。</p> <p>しかし、検疫所が平成 24 年 11 月に作成した新型インフルエンザ等感染症に係る措置マニュアルでは、覚書と異なり、検疫所での対応が困難な場合等の条件を設けずに、消防機関に搬送を依頼する内容となっている。</p> <p>消防機関では、覚書に従い、飽くまでも検疫所による対応が困難な場合等に限り搬送依頼に応じる方針としており、検疫所が新型インフルエンザ等感染症に係る措置マニュアル</p>

	<p>に沿って無条件に搬送依頼を行った場合、協力依頼の応諾の可否をめぐり混乱するおそれがあると考えられる。</p> <p>検疫所では、新型インフルエンザ等感染症に係る措置マニュアルを作成した後に覚書を締結したことから、当該措置マニュアルに覚書の内容を反映していなかったためとしている。</p>
--	--

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-ア-22 措置マニュアルにおいて停留対象者の搬送にバスを使用すると定めているが、バス事業者の合意を得ていないもの

No.	事例の内容
1	<p>新潟検疫所では、「新潟検疫所検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」（平成 28 年 8 月 1 日）を策定し、管内の新潟空港出張所及び小松空港出張所における検疫感染症患者等の搬送手段について定めており、両出張所で停留対象者が発生した場合、少人数の場合は官用車を使用し、人数が多い場合はバス等の貸切りにより搬送手段を確保する旨を定めている。</p> <p>しかし、新潟検疫所、新潟空港出張所及び小松空港出張所のいずれも、管内の貸切バス事業者との間で停留対象者の搬送について協議・合意に至っておらず、多数の停留対象者が発生した場合、搬送手段の確保をめぐり混乱するおそれがある。</p>
2	<p>福岡空港検疫所支所では、「新型インフルエンザ等検疫マニュアル海外発生期」（平成 28 年 9 月 27 日改定）により、新型インフルエンザ等感染症に係る停留対象者の搬送については契約するバス等を利用することとしている。</p> <p>しかし、検疫所では、停留対象者の搬送要請先として想定するバス会社と協議が整っておらず、新型インフルエンザ等感染症に係る多数の停留対象者が発生した場合、停留先への搬送手段の確保をめぐり混乱するおそれがある。</p> <p>これについて、検疫所では、平成 20 年頃、管内の民間バス事業者に対し停留対象者に係る搬送委託契約の案を示し、25 年頃まで協議を継続していたものの現在は中断しているとしており、今後、協議の再開について検討したいとしている。</p>

(注) 当省の調査結果による。

イ 総合的訓練の適切な実施

勸	告	説明図表番号
<p>(総合的訓練の実施)</p> <p>検疫所で実施されている検疫感染症に関する措置訓練については、「汚染船舶等措置訓練の実施について」(昭和36年3月27日付け衛発第258号厚生省公衆衛生局長通知。以下「昭和36年通知」という。)に基づき実施されており、各検疫所に対し、検疫伝染病が国内に侵入した場合、その処理に遺漏がないよう、実際に対応し得る総合的訓練(注3)を必ず年1回以上実施するよう求め、訓練終了後、訓練の成果等について評価を行うとともに訓練実施報告書を本省に報告するよう指示している。</p> <p>(注)3 患者の発見から搬送、消毒に至る一連の訓練である。</p>		表2-(2)-イ-1
<p>(訓練の内容)</p> <p>訓練内容については、昭和36年通知の別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」に基づいて、i) 入港検疫班の行う処置、ii) 汚染船舶等の決定(診察・検査及び調査、措置の決定)、iii) 報告及び通報、iv) 措置(患者及び被停留者の輸送及び収容、被消毒物件等の輸送、消毒、予防接種、ねずみ族・虫類の駆除、回航)、v) 訓練記録の作成といった一連の訓練を行うものとなっているが、昭和36年通知が発出されて以来、見直しがなされていない。</p> <p>また、厚生労働省は、基本要領により、有症者に対する措置の習熟及び措置マニュアルの検証のため、措置訓練を定期的実施し、問題が生じた場合には、必要に応じ、措置マニュアルの見直しを図るべき旨を各検疫所に指示している。</p>		表2-(2)-イ-2
<p>さらに、「感染症対策強化基本計画」において、検疫所は、関係機関と連携したエボラ出血熱患者の搬送訓練等の感染症措置訓練、検査に関する最新の知見・検査技術を習得する検査技術研修等を毎年度実施するものとされている。</p>		表2-(2)-イ-3
<p>【調査結果】</p> <p>調査した18検疫所について、平成25年度から27年度までの3年間における総合的訓練の実施状況を調査した結果、昭和36年通知が発出された当時とは、出入国の状況等も大きく変化し、新たな検疫感染症も発生している中、昭和36年通知における措置訓練の内容も見直されず、厚生労働省本省から現状を踏まえた訓練の実施基準が示されていないことから、検疫所間で訓練方法・内容が区々となっている状況がみられ(注4)、18検疫所中8検疫所(44.4%)においては、以下のとおり訓練が適切に実施されていない状況がみられた。</p> <p>(注)4 平成27年度に訓練実績があった17検疫所における訓練方法・内容をみると、i) 訓練メニューについては、2検疫所本所、6検疫所支所及び8検疫所出張所において複数の訓練メニューを組み合わせている一方、1検疫所出張所では感染症の分類基準・感染経路に基づいた防護服(Personal Protective Equipment。以下「PPE」という。)着脱等の単独メニューのみ実施、ii) 訓練方法については、2検疫所本</p>		表2-(2)-イ-4

<p>所、6検疫所支所及び6検疫所出張所において関係機関と合同訓練を行っている一方、3検疫所出張所では当該出張所の職員のみで訓練を実施している状況がみられた。</p>	
<p>① 3検疫所は、小規模な体制（検疫官等3人）で日々の検疫業務に対応しているため、総合的訓練を企画・実施するだけの余力がないなどとして、調査した平成25年度から27年度までの3年間、総合的訓練を実施しておらず、うち1検疫所については、過去、総合的訓練を全く実施していなかった。</p>	表2-(2)-イ-5
<p>一方、当該3検疫所と同規模の体制で検疫業務を実施している検疫所のうち、1検疫所では、毎年度、関係機関に参加を求め、機内検疫、患者搬送等の実動訓練を合同で行う等、積極的な取組を行っている。</p>	表2-(2)-イ-6
<p>② また、総合的訓練における訓練内容等についてみると、次のとおり、実効性に乏しく、実際に検疫感染症患者等が確認された場合に的確な対応措置が採れるか危惧されるものもみられた。</p>	
<p>i) 検疫感染症患者等の搬送に係る協力を得ることとしている消防機関が総合的訓練に参加しているものの、訓練の見学や患者発見を知らせるファクシミリの受信等にとどまっているもの（4検疫所）</p>	表2-(2)-イ-7
<p>ii) MERSの疑似症患者の搬送協力について合意が得られた保健所及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）、新型インフルエンザ等感染症患者の搬送を委託した民間事業者から訓練参加の要望を受けながら、参加させていないもの（1検疫所）</p>	表2-(2)-イ-8
<p>iii) 総合的訓練に参加した関係機関から、航空機で検疫感染症患者等が発生した想定で訓練を実施した方がよいと提案されたものの、検疫港での検疫業務多忙のため当該訓練の実施に至っていないもの（1検疫所）</p>	表2-(2)-イ-9
<p>なお、厚生労働省では、検疫所が実施する総合的訓練の実施状況については、検疫所から提出される訓練実施報告書によりある程度の状況は把握しているが、訓練内容等の適否を一律に判断することは困難であるとして、これまで特段の指示等をしていないとしている。</p>	
<p>【所見】</p> <p>したがって、厚生労働省は、検疫感染症の発生への対応措置の実効性の確保を図る観点から、各検疫所に対し、現在の出入国、検疫感染症等の実態及び検疫所の業務・体制を踏まえた総合的訓練の実施基準を示し、その定期的な実施を徹底するとともに、保健所、消防機関等の関係機関の参加も得て、実際に対応し得る措置訓練の実施に努めるよう指示する必要がある。また、各検疫所から提出される訓練実施報告書の検証結果や優良事例の収集・提供等を通じて、各検疫所における効果的な訓練の実施を支援する必要がある。</p>	

表 2-(2)-イ-1 「汚染船舶等措置訓練の実施について」(昭和 36 年 3 月 27 日付け衛発第 258 号厚生省公衆衛生局長通知) <抜粋>

このため、それらの検疫伝染病が侵入した場合、その処理に間然するところのないよう平素より関係法規の研鑽、人員の配置、資材及び施設の整備、関係方面との協調連絡等諸般の方策を樹立しておくほか、別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」を参考のうえ、各検疫所ごとに訓練計画を立て必ず年一回以上実際に対応しうる総合的訓練を実施されたい。

なお、訓練の実施結果について終了後報告願いたい。

別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」

一 趣旨

汚染船舶等発生時における措置の万全を期するため、措置の個々について訓練を行うか、総合的訓練を行う。

二 想定

各々の検疫港の実情に応じ次の事項に留意して想定をたてる。

- 1 訓練日時
- 2 発航地及び寄航地
- 3 国籍
- 4 船種
- 5 トン数
- 6 乗組員乗客の数
- 7 検疫伝染病名
- 8 患者及び停留者の数

三 訓練内容

訓練は「汚染船舶等措置要領」に基づいて行う。訓練にあたっては次の事項に主眼点をおいて実施する。

- 1 入港検疫班の行う処置
- 2 汚染船舶等の決定
 - イ 診察、検査及び調査
 - ロ 措置の決定
- 3 報告及び通報
- 4 措置
 - イ 患者及び被停留者の輸送及び収容
 - ロ 被消毒物件等の輸送
 - ハ 消毒
 - ニ 予防接種
 - ホ ねずみ族、虫類の駆除
 - ヘ 回航
- 5 訓練記録の作成

四 訓練の方法

個々の訓練に際しては前項の訓練事項について個々に訓練を行う。

総合的訓練に際しては別表(患者発見報告から検査、患者搬送、消毒に至る一連の訓練)の順序を考慮のうえ、総合的訓練を行う。

五 訓練の評価

訓練終了後、訓練の成果等について評価を行うとともに本省あて訓練実施報告書を提出する。

(注) 1 下線は当省が付した。

2 別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」における「汚染船舶等」とは、検疫伝染病(当時)の病原体に汚染し若しくは汚染したおそれのある船舶又は航空機をいう。

3 別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」の別表については記載を省略した。

表 2-(2)-イ-2 「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」（平成 28 年 2 月 10 日付け健感発 0210 第 4 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）〈抜粋〉

検疫感染症患者発見時等の措置につきましては、「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」（平成 20 年 3 月 31 日健感発第 0331005 号健康局結核感染症課長通知）により実施しているところです。

その後、新たにジカウイルス感染症等が検疫感染症に追加されるなど、検疫法施行令の一部が改正されたこと等を踏まえ、別途のとおり再度取りまとめました。

本要領は、検疫所における基本的な検疫実施手順等を示した基本要領であり、各検疫所におかれましては、これに基づき、検疫感染症措置マニュアルを整理していただき、万全な体制の構築に努められますようお願いいたします。

別添「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」

I 目的

検疫感染症の病原体に汚染し、若しくは汚染したおそれのある航空機、船舶及びその乗員、乗客の発見時等、各種の事態に適切に対応し、国内における検疫感染症の侵入及びまん延防止が図れるように、関係法令等の理解の促進、人員配置、資材、施設の整備、関係方面との協調連絡等の方策を確立し、緊急時に即応しうる体制の確保と検疫所における整合性のとれた措置実施の実現を目的とする。

II 平時の危機管理体制

1～5 (略)

6. 措置訓練の実施

各検疫所においては、本要領に基づき「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領」を策定するとともに、有症者に対する措置の習熟及び危機管理措置要領の検証のため、措置訓練を定期的の実施し、問題が生じた場合には必要に応じ、改善を図ること。

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(2)-イ-3 「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画～絶え間ない感染症の脅威に挑戦する日本のアクション～」（平成 28 年 2 月 9 日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）〈抜粋〉

IV. 各分野別施策について

1～3 (略)

4. 国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化

(1) (略)

(2) 検疫所等関係機関の対処能力の向上及び国内で感染(疑いを含む)が確認された場合の対応の確保

○ 「感染症国内対処能力強化プロジェクト」における「国内関係機関の体制等の強化」に加え、以下により関係機関の対処能力の向上等を図る。

① 検疫所において、関係機関と連携したエボラ出血熱患者の搬送訓練等の感染症措

置訓練、検査に関する最新の知見・検査技術を習得する検査技術研修等を毎年度実施する。【厚生労働省】

②～⑦ (略)

(3)～(5) (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 2-(2)-イ-4 調査した検疫所における総合的訓練の実施状況 (平成 25 年度～27 年度)

実施頻度	検疫所数	検疫所名
① 毎年度実施しているもの	14	千歳空港、東京空港、成田空港、新潟空港、中部空港、関西空港、広島空港、米子空港、高松空港、松山空港、福岡空港、長崎空港、宮崎空港、石垣
② 1年間のみ実施しているもの	1	巖原・比田勝
③ 3年間とも実施していないもの	3	富山空港、小松空港、平良
計	18	

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-イ-5 平成 25 年度から 27 年度までの 3 年間に総合的訓練を実施していないもの

No.	事例の内容
1	<p>富山空港出張所は、小規模な体制（検疫官 3 人）で国際便の検疫業務に日々従事しており、総合的訓練を実施する余裕に乏しかったためとして、平成 25 年度から 27 年度までの間において、関係機関と合同の総合的訓練を実施しておらず、検疫所の職員のみで机上訓練（新型インフルエンザ対策に係るもの）及び P P E 着脱訓練を実施していた。</p> <p>また、富山空港出張所には搬送用車両が配備されていないなど、搬送体制・手段が十分に確保されていないため、保健所から搬送協力の合意を得ているが、総合的訓練を実施していないことから、保健所と口頭で打ち合わせた具体的な搬送手順・方法について、その習熟度や実効性の確認・検証は行われておらず、検疫感染症患者等を円滑・迅速に搬送できるか疑問が持たれる。</p>
2	<p>平良出張所は、通常は無人であり、外国船の入港等の都度、那覇検疫所から職員 2 人が出張して検疫業務に当たっているが、これまで総合的訓練及び検疫所の単独訓練のいずれも実施していなかった。</p> <p>また、平良出張所には搬送用車両が配備されておらず、検疫感染症患者等を搬送することができないため、有事の際は近傍に所在する保健所及び消防機関と連携して搬送に当たる必要があると考えられるが、調査日現在（平成 28 年 11 月 11 日）、保健所から車両借用に係る協力について口頭での合意を得ているものの、消防機関からは車両運転に係る協力の合意が得られていない。加えて、総合的訓練も実施していないため、平良出張所で検疫感染症患者等が発生した場合、搬送手段の確保をめぐる混乱するおそれがある。</p>

	ると考えられる。
3	<p>小松空港出張所は、小規模な体制（検疫官 5 人）につき、総合的訓練を企画・実施する余力がないとして、平成 25 年度から 27 年度までの間において、総合的訓練を実施していなかった。</p> <p>また、小松空港出張所では、重症の検疫感染症患者等が発生した場合、消防機関の救急車又は県が保有する搬送用車両を利用することを想定しているが、これら機関との間で、重症化した検疫感染症患者等の搬送協力についての協議が進んでおらず、最終的な結論を得るに至っていない。加えて、総合的訓練も実施していないため、小松空港出張所において重症の検疫感染症患者等が発生した場合、搬送手段の確保をめぐり混乱するおそれがあると考えられる。</p>

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-イ-6 年度ごとに訓練メニューを組み替えて実施しているもの（高松空港出張所）

訓練名	実施年月日	訓練項目	参加機関
平成 25 年度高松空港新型インフルエンザ合同措置訓練	H26. 1. 29	<input type="checkbox"/> 機内検疫訓練 <input type="checkbox"/> 有症者搬送訓練 <input type="checkbox"/> 検体採取・梱包・搬送訓練	<input type="checkbox"/> 広島検疫所本所 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県警察本部 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 感染症指定医療機関 等
平成 26 年度エボラ出血熱合同措置訓練	H26. 12. 22	<input type="checkbox"/> 機内検疫訓練 <input type="checkbox"/> 防護服脱衣訓練 <input type="checkbox"/> 有症者搬送訓練	<input type="checkbox"/> 広島検疫所本所 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県警察本部 <input type="checkbox"/> 保健所 等
平成 27 年度高松空港検疫措置訓練	H28. 2. 1	<input type="checkbox"/> 機内検疫訓練 <input type="checkbox"/> 検体採取・梱包・搬送訓練 <input type="checkbox"/> 健康監視対象者対応訓練	<input type="checkbox"/> 広島検疫所本所 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 感染症指定医療機関 等

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-イ-7 検疫感染症患者等の搬送に係る協力を得ることとしている消防機関が総合的訓練に参加しているものの、その役割が訓練の見学や患者発見を知らせるファクシミリの受信等にとどまっているもの

No.	事例の内容																				
1	<p>中部空港検疫所支所は、消防機関から検疫感染症患者等の搬送協力について口頭で合意を得ており、各種の措置マニュアル等において消防機関の役割を次表のとおり定めている。</p> <p>表① 検疫所が作成した措置マニュアル等における消防機関の役割</p> <table border="1" data-bbox="288 622 1385 1153"> <thead> <tr> <th data-bbox="288 622 663 667">措置マニュアル名</th> <th data-bbox="663 622 1385 667">消防機関の役割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="288 667 663 813">中部空港検疫所支所感染症危機管理マニュアル（平成 21 年 7 月 23 日作成）</td> <td data-bbox="663 667 1385 813">患者搬送は、基本的に検疫所の特別患者搬送車を使用するが、新型インフルエンザ等患者の容態が急を要する場合にあつては、救急車の出動を要請する。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 813 663 958">平成 25 年度検疫感染症措置訓練実施報告書添付資料（平成 25 年 12 月 5 日作成）</td> <td data-bbox="663 813 1385 958">複数の有症者が発生する等、検疫所限りでは対応できない場合、感染症指定医療機関への搬送を要請する。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 958 663 1153">中部空港検疫所支所からのエボラ出血熱疑い患者の対応について（平成 26 年 10 月 28 日作成）</td> <td data-bbox="663 958 1385 1153">複数の疑い患者発生時や救急業務対象となる場合は、救急車を要請する。 （検疫職員が添乗することや引渡しに際して D I F トランスバッグに患者を収容すること等の取決めあり）</td> </tr> </tbody> </table> <p>しかし、平成 25 年度から 27 年度にかけて検疫所が実施した総合的訓練の訓練内容をみると、消防機関の役割は、次表のとおり、有症者情報に係る電話対応や見学、説明会への参加にとどまり、搬送協力の実践性を確保するには不十分なものとなっている。</p> <p>表② 検疫所が実施した総合的訓練における消防機関の役割</p> <table border="1" data-bbox="288 1440 1385 1783"> <thead> <tr> <th data-bbox="288 1440 435 1485">年度</th> <th data-bbox="435 1440 906 1485">訓練名</th> <th data-bbox="906 1440 1385 1485">消防機関の役割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="288 1485 435 1585">平成 25</td> <td data-bbox="435 1485 906 1585">検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）</td> <td data-bbox="906 1485 1385 1585">有症者情報に係る電話対応</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1585 435 1686">26</td> <td data-bbox="435 1585 906 1686">検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）</td> <td data-bbox="906 1585 1385 1686">訓練後の説明会に参加</td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 1686 435 1783">27</td> <td data-bbox="435 1686 906 1783">検疫感染症措置訓練（エボラ出血熱対応訓練）</td> <td data-bbox="906 1686 1385 1783">見学</td> </tr> </tbody> </table> <p>消防機関では、ストレッチャーを使用した搬送用車両への患者搭載等、総合的訓練において実践的な役割を設けてほしいと要望している。</p>	措置マニュアル名	消防機関の役割	中部空港検疫所支所感染症危機管理マニュアル（平成 21 年 7 月 23 日作成）	患者搬送は、基本的に検疫所の特別患者搬送車を使用するが、新型インフルエンザ等患者の容態が急を要する場合にあつては、救急車の出動を要請する。	平成 25 年度検疫感染症措置訓練実施報告書添付資料（平成 25 年 12 月 5 日作成）	複数の有症者が発生する等、検疫所限りでは対応できない場合、感染症指定医療機関への搬送を要請する。	中部空港検疫所支所からのエボラ出血熱疑い患者の対応について（平成 26 年 10 月 28 日作成）	複数の疑い患者発生時や救急業務対象となる場合は、救急車を要請する。 （検疫職員が添乗することや引渡しに際して D I F トランスバッグに患者を収容すること等の取決めあり）	年度	訓練名	消防機関の役割	平成 25	検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）	有症者情報に係る電話対応	26	検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）	訓練後の説明会に参加	27	検疫感染症措置訓練（エボラ出血熱対応訓練）	見学
措置マニュアル名	消防機関の役割																				
中部空港検疫所支所感染症危機管理マニュアル（平成 21 年 7 月 23 日作成）	患者搬送は、基本的に検疫所の特別患者搬送車を使用するが、新型インフルエンザ等患者の容態が急を要する場合にあつては、救急車の出動を要請する。																				
平成 25 年度検疫感染症措置訓練実施報告書添付資料（平成 25 年 12 月 5 日作成）	複数の有症者が発生する等、検疫所限りでは対応できない場合、感染症指定医療機関への搬送を要請する。																				
中部空港検疫所支所からのエボラ出血熱疑い患者の対応について（平成 26 年 10 月 28 日作成）	複数の疑い患者発生時や救急業務対象となる場合は、救急車を要請する。 （検疫職員が添乗することや引渡しに際して D I F トランスバッグに患者を収容すること等の取決めあり）																				
年度	訓練名	消防機関の役割																			
平成 25	検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）	有症者情報に係る電話対応																			
26	検疫感染症措置訓練（新型インフルエンザ対応訓練）	訓練後の説明会に参加																			
27	検疫感染症措置訓練（エボラ出血熱対応訓練）	見学																			
2	<p>松山空港出張所では、平成 24 年頃、消防機関との間で、重症化した検疫感染症患者等の搬送協力について合意しているが、平成 25 年度から 27 年度にかけて検疫所が実施した総合的訓練の訓練内容をみると、消防機関の役割は、次表のとおり、情報伝達訓練に</p>																				

参加する程度にとどまり、搬送協力の実践性を確保するには不十分なものとなっている。

表 検疫所が実施した総合的訓練における消防機関の役割

年度	訓練名	消防機関の役割
平成 25	新型インフルエンザ検疫措置訓練 (情報伝達訓練、機内検疫措置模擬 訓練)	情報伝達訓練にてファクシミリの 返信、実地訓練にはオブザーバーと して参加
26	(未実施)	
27	新型インフルエンザ検疫措置訓練 (情報伝達訓練、検疫対応説明会、 患者対応実動訓練)	情報伝達訓練にてファクシミリの 返信、検疫対応説明会に参加

消防機関は、搬送用車両を使用した検疫感染症患者等の搬送訓練を実地に行い、搬送手順を確認する必要があるとしている。

(注) なお、松山空港出張所では、重症化していない検疫感染症患者等の搬送については、民間救急事業者に委託する方針としており、平成 25 年度及び 27 年度の総合的訓練にも当該事業者を参加させている。

3 長崎空港出張所では、平成 18 年 7 月に作成された「長崎検疫所支所新型インフルエンザ (H5N1) 対応マニュアル」において「疑い患者の容体あるいは複数の患者発見等状況に応じて保健所と協議して消防救急隊の要請を行う」と定められていることを踏まえ、有事の際は保健所や消防機関と連携し、対応することとしている。

また、MERS について、措置マニュアル等は作成されていないものの、検疫所では、新型インフルエンザ等感染症と同様、検疫所で MERS 患者等が発生した場合は、保健所及び消防機関と連携し、対応する方針としている。

これらについて、消防機関では、検疫所との間で搬送協力に係る特段の取決めはないが、検疫所から搬送要請があれば協力する意向であるとしている。

しかし、検疫所が平成 25 年度から 27 年度までの間に実施した総合的訓練の訓練内容をみると、消防機関の役割は、25 年度に実施された図上訓練の見学にとどまっている上、26 年度と 27 年度は訓練にも消防機関は参加していない。

消防機関では、検疫所で新型インフルエンザ等感染症や MERS が発生した場合、関係機関がどのように連携して当該患者等の搬送を行うのか実地に確認する必要があるとして、合同訓練の実施を要望している。

4 釧原・比田勝出張所では、平成 26 年頃に消防機関から検疫感染症患者等の搬送協力について口頭で合意を得ており、各種措置マニュアルにおいても次表のとおり消防機関の役割を定めている。

表 検疫所が作成した措置マニュアルにおける消防機関の役割

措置マニュアル名	消防機関の役割
新型インフルエンザ検疫マニュアル (平成 21 年 4 月 24 日作成)	感染症指定医療機関への搬送を消防機関に依頼

福岡検疫所感染症措置マニュアル (平成 16 年 9 月 28 日作成)	救急車による搬送が必要と判断される場合、 消防機関が搬送を担当
インフルエンザ(H5N1)検疫マニ アル(平成 18 年 11 月 1 日作成)	関係諸機関(福岡検疫所等)へ連絡し、搬送方 法を確定。搬送車については消防機関へ連絡

しかし、平成 25 年度から 27 年度にかけて検疫所が実施した総合的訓練の訓練内容をみると、25 年度に「新型インフルエンザ等検疫措置訓練」(机上訓練)を実施しているが、消防機関の役割は検疫感染症患者等の搬送要請に係るファクシミリの受信及び電話対応のみの参加にとどまっている上、26 年度及び 27 年度は、検疫所の単独訓練(机上訓練)のみ実施され、消防機関を含む関係機関との合同訓練は実施されていない。

検疫所は、関係機関を参集した患者発生から消毒までの一連の実動訓練の実施については、検疫所の人員体制がぜい弱で訓練に充当できる時間が限られていることから困難としている。

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-イ-8 搬送協力について合意が得られた保健所及び搬送業務を委託した民間事業者から訓練参加の要望を受けながら、参加させていないもの

No.	事例の内容
1	<p>○ MERS の疑似症患者の搬送協力について合意が得られた保健所から参加要望を受けながら、総合的訓練に参加させていないもの</p> <p>長崎空港出張所において MERS の疑似症患者が発生した場合、県との合意に基づき、保健所と連携協力しつつ、検疫所の職員が検疫所の車両を使用して当該患者の搬送を行うこととされている。</p> <p>平成 25 年度から 27 年度にかけて検疫所が実施した総合的訓練の訓練内容をみると、28 年 2 月に実施された訓練について、保健所では、検疫所における患者対応の様子を把握しておきたいとの考えから、当該訓練への参加を要望したが、検疫所では、訓練目的が検疫所職員の対応能力の向上、対応手順の確認等にあるとして、応じなかった。</p>
2	<p>○ 搬送業務を委託した民間事業者から要望がありながら、訓練実施等の対応をとっていないもの</p> <p>長崎空港出張所では、検疫感染症患者等の搬送手段の一つとして、県内の福祉タクシー事業者への搬送業務の委託(平成 27 年 3 月に契約締結)を挙げている。</p> <p>しかし、検疫所では、当該民間事業者を総合的訓練に参加させておらず、また、民間事業者から、搬送手順等を理解する必要があるとして、合同訓練の実施を提案されたものの、訓練実施に伴う費用負担が生じることや日程調整が困難であること等を理由として、これに応じなかった。</p>

	<p>なお、民間事業者は、平成 28 年 3 月に福祉タクシー事業から撤退していたが、検疫所はこの事実を把握していなかった。</p>
--	--

(注) 当省の調査結果による。

表 2-(2)-イ-9 総合的訓練の参加機関から提案された問題点・課題に検疫所が対応していないもの

事例の内容		
<p>石垣出張所では、毎年度、島内の関係機関に参加を求め合同での総合的訓練を実施しているが、その内容をみると、いずれの年度も船舶において検疫感染症患者等が発生した想定となっている。</p> <p>訓練に参加した関係機関からは、アンケートを通じて、航空機で検疫感染症患者等が発生した想定で訓練を実施してほしいとの要望が寄せられているが、検疫所では、検疫港での検疫業務が多忙であるとして、航空機において検疫感染症患者等が発生した想定での訓練を実施するには至っていない。</p>		
<p>表 検疫所における総合的訓練の実施状況等</p>		
実施時期	訓練名 (参加機関)	訓練内容
平成 25 年 10 月 22 日	新型インフルエンザ 対策検疫措置訓練 (海上保安部、保健所、病院、消防本部等)	石垣港において、①船舶で検疫感染症患者等が発生した事態を想定した検疫措置、②緊急車両への収容、③消毒 (仮想船内)、④代理通関の手続、⑤防護服の脱衣等を実施
	参加機関からの提案	次回は航空機を想定した訓練を希望する。
平成 26 年 12 月 11 日	新型インフルエンザ 対策検疫措置訓練 (海上保安部、保健所、病院、消防本部等)	石垣港において、①船舶 (仮想) で検疫感染症患者等が発生した事態を想定した船内検疫、②船内における有症者への問診・診察、③検体の採取・梱包・受渡し及び疑い患者の搬送準備、④消防隊員の患者収容及び搬送、⑤船内個室、トイレ等の消毒等を実施
	参加機関からの提案	特になし
平成 27 年 12 月 9 日	新型インフルエンザ 対策検疫措置訓練 (海上保安部、保健所、病院、消防本部等)	石垣港において、①船舶で検疫感染症患者等が発生した事態を想定した検疫措置、②船内での有症者への問診・診察、③疑い患者の診断・確定、④検体の採取・梱包・受渡し及び疑い患者の搬送準備、⑤消防隊員の患者収容及び搬送、⑥船内個室、トイレ等の消毒、⑦防護服の脱衣等を実施
	参加機関からの提案	航空機を想定した訓練も実施してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

3 感染症のまん延防止対策の徹底・充実

(1) 感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備

勸告	説明図表番号
<p>(感染症に係る医療提供体制の整備)</p> <p>国及び地方公共団体は、感染症法第3条第1項に基づき、感染症患者が良質かつ適切な医療を受けられるよう、必要な措置を講ずるよう努めなければならないとされ、感染症法第9条第1項に基づく「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(平成11年厚生省告示第115号。以下「基本指針」という。)において、医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な基盤を整備する責務を負うものとされている。</p>	表3-(1)-1
<p>(感染症指定医療機関の種類)</p> <p>感染症指定医療機関は、感染症法等に基づき、感染症患者に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐことを担当する医療機関として、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定するものであり、担当する感染症の類型等に応じて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関に区分される。</p>	表3-(1)-2
<p>特定感染症指定医療機関は、新感染症の所見がある者又はエボラ出血熱等の1類感染症、MERS等の2類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者等(注1)の入院を担当させる医療機関として、厚生労働大臣が指定する病院である。また、第1種感染症指定医療機関は、1類感染症、2類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる医療機関として、都道府県知事が、原則として都道府県に1か所指定する病院である。さらに、第2種感染症指定医療機関は、2類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる医療機関として、都道府県知事が、管内の二次医療圏(注2)ごとに原則として1か所指定する病院である(以下、感染症法に基づく1類感染症、2類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者等又は新感染症の所見がある者を総称して「感染症患者等」という。)</p> <p>(注)1 感染症法第8条では、次のとおり、疑似症患者及び無症状病原体保有者を患者とみなして感染症法を適用すると定めている。</p> <p>i) 1類感染症の疑似症患者又は2類感染症のうち政令で定めるもの(※)の疑似症患者については、それぞれ1類感染症の患者又は2類感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。</p> <p>(※) 平成29年10月現在、結核、SARS、MERS及び鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)が指定されている。</p> <p>ii) 新型インフルエンザ等感染症の疑似症患者であって当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のあるものについては、新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。</p> <p>iii) 1類感染症の無症状病原体保有者又は新型インフルエンザ等感染症の無症状病原体保有者については、それぞれ1類感染症の患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。</p> <p>2 医療圏は、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供していくための場であり、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るために都道府県が設</p>	表1-(3)(再掲)

<p>定する地域的単位である。その類型として、二次医療圏（一般の入院医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位）、三次医療圏（特殊な医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位）等がある。</p>	
<p>感染症指定医療機関の指定状況については、平成29年4月1日現在、特定感染症指定医療機関が国内に4か所、第1種感染症指定医療機関が45都道府県に52か所、第2種感染症指定医療機関が全都道府県に346か所、それぞれ指定されている。第1種感染症指定医療機関については、平成29年4月1日現在、宮城県及び石川県の2県において未指定となっているが、両県とも速やかに指定することを目指している。</p>	表 3-1-3
<p>（感染症指定医療機関に求められる診療体制及び医療施設・設備）</p> <p>感染症指定医療機関における診療体制や、感染症患者等に対する医療を提供するに際してその基本となる医療施設・設備について、厚生労働省は、感染症患者等に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐことが十分に果たされるためには、感染症指定医療機関において、感染症患者等の診療に携わる医療従事者の確保や医療施設・設備の整備等を通じて、実効性のある診療体制等が確実に構築されることが必要不可欠であることから、「感染症指定医療機関の指定について」（平成11年3月19日付け健医発第457号厚生省保健医療局長通知）、基本指針、指定基準、施設基準に関する手引により、具体的な事項・内容を示している。</p>	表 3-1-4～7
<p>第1種感染症指定医療機関については、診療体制にあつては、①病床数の基準（以下「基準病床数」という。）は2床（注3）であること、②感染症の医療の経験を有する医師が常時勤務していること、③重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること等が、医療施設・設備にあつては、④病室は、1床の感染症病床を設置する個室とし、前室を有すること、⑤病室内にトイレ及びシャワー室があること、⑥陰圧制御（室内の気圧をその外部の気圧より低くすること）が可能な空調設備等を有すること、⑦集中治療室や人工透析を行うことができる設備等を有すること等とされている。</p>	表 3-1-8
<p>また、第2種感染症指定医療機関については、診療体制にあつては、①基準病床数は、二次医療圏の人口に応じたもの（30万人未満は4床、30万人以上100万人未満は6床等（注3））であること、②感染症の医療の経験を有する医師が勤務していること、③重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること等が、医療施設・設備にあつては、④病室に設置されている病床が全て感染症病床であること、⑤病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること等とされている。</p>	
<p>（注）3 基準病床数について、厚生労働省は、基本指針において、第1種感染症指定医療機関にあつては、原則として当該都道府県内に2床とするが、複数の都道府県内の病床数が1都道府県当たり2床以上となればよいとし、第2種感染症指定医療機関にあつては、複数の二次医療圏内の人口を勘案して必要と認められる病床数の総和以上となればよいとして、個々の感染症指定医療機関の病床数がこの基準を満た</p>	表3-1-5（再掲）

<p>してなくてよいものとしている。</p> <p>基準病床数に基づき、都道府県知事は、管内の第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関を指定する際に、その感染症病床数（以下「指定病床数」という。）を決定している。</p> <p>なお、特定感染症指定医療機関については、厚生労働大臣が直接指定することから、第1種感染症指定医療機関や第2種感染症指定医療機関のような指定基準は存在しないものの、基本指針においては「総合的な診療機能とともに集中治療室又はこれに準ずる設備を有する病院」を指定することとされているほか、厚生労働省は、第1種感染症指定医療機関と同等以上（より強い陰圧室、より強力な排気装置、病室内の滅菌装置の設置等）の施設であるとしている。</p> <p>（感染症指定医療機関運営費補助金の交付）</p> <p>厚生労働省は、感染症指定医療機関の指定に伴う施設整備等の負担軽減を図るため、感染症指定医療機関に対し、①運営費に関する補助金（感染症指定医療機関運営費補助金。以下「運営費補助金」という。）、②施設の整備に関する補助金（保健衛生施設等施設整備費補助金）、③設備の整備に関する補助金（保健衛生施設等設備整備費補助金）を国庫補助として交付している。</p> <p>このうち、運営費補助金は、感染症指定医療機関の運営の安定のために交付しているものであり、対象経費は、運営に必要な光熱水料、燃料費、備品購入費等とされ、特定感染症指定医療機関は1床当たり年額7,714千円を限度として国が定額を補助し、第1種感染症指定医療機関は4,629千円、第2種感染症指定医療機関は1,543千円を限度として国と都道府県が2分の1ずつ補助するものである。運営費補助金の国からの交付額の推移をみると、平成25年度は645,674千円、26年度は673,223千円、27年度は701,393千円と増加している。</p> <p>（感染症指定医療機関に対する指導等）</p> <p>感染症指定医療機関を指定した厚生労働省及び都道府県は、感染症法第38条に基づき、感染症指定医療機関が行う感染症患者等に係る医療について指導することとされており、感染症指定医療機関が感染症患者等の医療を担当するのに不相当であると判断した場合、感染症指定医療機関の指定を取り消すことができることとされている。</p> <p>（感染症指定医療機関制度に関する指摘）</p> <p>感染症指定医療機関をめぐっては、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）を受けて国立研究開発法人国立国際医療研究センター（特定感染症指定医療機関）が実施した「一類感染症の患者発生時に備えた治療・診断・感染管理等に関する研究」における「感染</p>	<p>表 3-1-9</p> <p>表 3-1-10</p> <p>表 3-1-11</p> <p>表 3-1-12</p>
---	--

症指定医療機関における新興感染症患者受け入れ準備に関する調査」(注4)の結果において、①感染症の専門科の常勤医師や感染管理認定看護師(「感染管理」の看護分野において熟練した看護技術と知識を有する看護師として日本看護協会が認定する者)等の確保、②新興感染症(エボラ出血熱、MERS等)患者発生時に診療に当たるスタッフの確保や労務管理等に関して課題のあることが指摘されている。

(注)4 国内の感染症指定医療機関における新興感染症患者の受け入れ準備の現状把握と課題を明らかにすることを目的として、平成27年9月から11月にかけて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関の院内感染対策担当者を対象として実施されたアンケート調査

また、厚生労働省の「一類感染症に関する検討会」の報告書(平成28年6月10日)では、今後も継続的に検討すべき課題として、感染症指定医療機関に関し、

- i) ウイルス性出血熱の患者の受け入れには高度な感染管理と我が国における標準的な集中治療とを同時に提供できる体制が不可欠であるが、現状では、全ての第1種感染症指定医療機関が高度な感染管理と集中治療を同時に行うような医療を実施することは困難と考えられるため、第1種感染症指定医療機関に求められる要件や役割の見直しが必要である、
 - ii) 感染症指定医療機関における医療提供の在り方について、感染症指定医療機関間でのネットワークの構築といった柔軟な対応も含めた、指定要件の見直しや新たな仕組みの検討が必要である
- といった指摘がなされている。

【調査結果】

今回、調査した検疫所が隔離・停留先として入院委託契約を締結している感染症指定医療機関を中心として、16都道府県管内の45感染症指定医療機関(特定感染症指定医療機関4機関、第1種感染症指定医療機関14機関、第2種感染症指定医療機関27機関)を選定し、感染症患者等の受け入れ体制の整備状況を調査した結果、以下のとおり、受け入れ可能な病床数が必ずしも十分に確保されているとは認め難い状況のほか、感染症法に基づく感染症指定医療機関制度が、平成11年の感染症法の施行以降、特に大きな変更は行われていない中、感染症指定医療機関によって医師等の確保や医療施設・設備の整備に係る対応が区々となっているとともに、指定後における指定基準等との適合状況の確認や指導が適切に行われていないとみられる状況など、感染症法第3条第1項に基づき国及び地方公共団体に求められている感染症患者が良質かつ適切な医療を受けられる体制の整備が適切に確保されているのか危惧される状況がみられた。

表 3-1-13

ア 感染症患者等の受入れ病床数

調査した16都道府県管内の第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関の基準病床数、指定病床数及び実際に受入れ可能とする感染症病床数の実態を照らし合わせたところ、次のとおり、i) 第1種感染症指定医療機関については、都道府県ごとの基準病床数とされる2床を下回っているものが5都道府県、ii) 第2種感染症指定医療機関については、二次医療圏内の人口に応じた基準病床数を下回り、都道府県内の複数の二次医療圏内の人口を勘案した病床数の総和によっても基準病床数を満たしていないものが10都道府県発生している等、基準病床数が基準として十分機能していない状況がみられた。

表 3-1-14

① 感染症指定医療機関における基準病床数の充足状況

調査した16都道府県管内の第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関の指定病床数の整備状況をみると、次のとおり、指定病床数が基準病床数を満たしていないものがみられた。

i) 第1種感染症指定医療機関については、都道府県内の全第1種感染症指定医療機関における指定病床数の合計が、基準病床数とされる2床を満たしているか確認したところ、16都道府県中4都道府県(25.0%)で基準病床数を満たさず0床ないし1床となっていた。

ii) 第2種感染症指定医療機関については、都道府県内の全第2種感染症指定医療機関における指定病床数の総和が、当該都道府県内全ての二次医療圏内の人口を勘案して必要と認められる基準病床数の総和以上を満たしているか確認したところ、16都道府県中6都道府県(37.5%)で基準病床数を満たしていなかった。

なお、特定感染症指定医療機関については、厚生労働大臣が直接指定することから、基準病床数は存在しないが、調査した4機関において2床ないし4床となっていた。

これらの指定病床数が基準病床数を満たしていない都道府県では、第1種感染症指定医療機関については、i) 都道府県内に第1種感染症病床に加え、特定感染症病床が2床あること、ii) 複数の都道府県と1類感染症患者等が複数発生した場合の受入れ協議を行っていることから、不足する病床の代替措置があるとしている。一方、第2種感染症指定医療機関については、感染症病床を整備するための敷地面積、建設費、医師等を確保できる医療機関がないことなどから、指定のめどが立っていないとしている。

表 3-1-15

② 感染症指定医療機関における実際に受入れ可能な病床数の状況

上記①の指定病床数に関し、調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について、診療体制の実態を踏まえた実際に受入れ可能な病床数について聴取したところ、i) 感染症患

表 3-1-16

<p>者等の診療に携わる医療従事者の数が不足していること、ii) 病室の構造や院内の動線からみて、他の入院患者への感染拡大を懸念していること、iii) 感染症病床を多床室として整備しているが、実際に感染症患者等を受け入れる場合、個室に収容するのが適当と判断していること、iv) 指定を受けたばかりで、設備・備品の一部が整備途上であるほか、患者受入れ訓練が未実施であることを理由に、10機関（22.7%）が指定病床数どおりに感染症患者等を受け入れることは困難としていた。</p> <p>これにより、管内の第1種感染症指定医療機関又は第2種感染症指定医療機関における受入れ可能な病床数が基準病床数を実際には満たさない都道府県は、第1種感染症指定医療機関にあつては1都道府県、第2種感染症指定医療機関にあつては4都道府県発生することになる。</p> <p>上記①及び②により、基準病床数を満たしていない都道府県は、第1種感染症指定医療機関については計5都道府県（31.3%）、第2種感染症指定医療機関は計10都道府県（62.5%）となる。</p> <p>また、上記②の指定病床数どおりに感染症患者等を受け入れることが困難としている10機関の状況を見ると、8機関において運営費補助金の交付を受けているが、中には、次のとおり、指定病床数と実際に受入れ可能な病床数との間にかい離がみられるもの等がみられた。</p> <p>i) 指定病床数は4床であるが、感染防護措置が不十分な病院構造であることなどから、感染症患者等の受入れはできないとして、近隣の検疫所からの検疫感染症患者等に係る入院委託契約の締結要請を拒否しているもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約4床分に相当する約290万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成24年度から27年度までの4年間で約1,140万円）。）</p> <p>ii) 指定病床数は16床であるが、医療従事者の確保が不十分であるため、実際の受入れ可能な病床数は2床であるとしているもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約15床分に相当する約1,150万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成23年度から27年度までの5年間で約5,760万円）。）</p> <p>iii) 指定病床数は10床であるが、感染症病室に多床室が含まれるため、個室として利用すると6人程度の受入れとせざるを得ないとしているほか、個室1室を感染症外来の診察室として使用し、多床室2室を会議室及び倉庫として使用している状態にあるもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約7床分に相当する約550万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成23年度から27年度までの5年間で約2,740万円）。）</p>	<p>表3-(1)-14(再掲)</p> <p>表3-(1)-17</p> <p>表3-(1)-18</p>
---	--

<p>イ 感染症患者等に対する医師等の体制</p> <p>調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について、感染症患者等の診療に携わる医師及び看護師の確保状況をみると、次のとおり、これらの者の配置基準が示されていないことから、感染症指定医療機関によって区々となっていた。</p> <p>① 調査した44機関全てにおいて、感染症患者等の診療に携わる常勤の医師を配置していた。</p> <p>また、感染症の医療の経験を有する医師の配置については、どの程度の経験を有することが必要とされるのかについては指定基準に定めがないため、これを感染症専門医（感染症全般に精通する高度な専門知識、技術等を有する医師として日本感染症学会が認定する者）の配置でみると、感染症の医療の経験を有する常勤の医師を配置するものとされている特定感染症指定医療機関では調査した4機関中2機関（50.0%）、第1種感染症指定医療機関では調査した14機関中4機関（28.6%）で常勤の感染症専門医が配置されておらず、配置されている医療機関においても、その配置数は区々となっていた。</p> <p>また、第2種感染症指定医療機関では、感染症の医療の経験を有する医師を必ずしも常勤で配置するものとなっておらず、調査した26機関中16機関（61.5%）で常勤の感染症専門医が配置されていなかったが、残りの10機関（38.4%）では配置されていた。</p> <p>② 看護師については、感染症に関する経験や知識を有する者の配置の必要性について指定基準に定めがないため、調査した44機関について、前述の国立研究開発法人国立国際医療研究センターによる調査結果において、その確保の必要性が指摘されている感染管理認定看護師の配置をみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関では調査した機関（それぞれ4機関、14機関）全てに配置されており、第2種感染症指定医療機関については、調査した26機関中21機関（80.8%）では配置されていたが、残りの5機関（19.2%）では配置されていなかった。</p> <p>また、感染管理認定看護師が配置されていた医療機関においても、その配置数は区々となっていた。</p> <p>③ 感染症患者等の診療に携わる医師及び看護師の配置基準については、指定基準に定めがないため、調査した44機関においては、当該患者1人・1日当たりが必要となる医療従事者数及び診療チームの編成方針について、症状が安定している場合と重症の場合とで診療チームの体制を事前に取り決め、医師及び看護師に加え、臨床検査技師及び放射線技師の人数及び勤務時間を想定したシフト例を作成しているなど具体的に想定していたもの（33機関）がある一方で、感染症の専門科がなく、疑似症患者</p>	<p>表3-1-19</p> <p>表3-1-12(再掲)</p> <p>表3-1-20</p> <p>表3-1-21 表3-1-22 表3-1-23</p>
--	---

<p>者の診療実績もないことから、具体的に想定していないもの（11機関）があり、感染症指定医療機関によって、対応が区々となっていた。</p>	
<p>ウ 感染症患者等に対する必要な医療施設・設備の整備状況</p>	
<p>感染症指定医療機関が備えるべき医療施設・設備の整備状況をみると、次のとおり、医療機関によって区々となっている状況がみられた。</p>	
<p>① 感染症病室の整備</p>	
<p>調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関についてみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関は、18機関全てにおいて個室で陰圧制御が可能な感染症病室が整備されている一方、第2種感染症指定医療機関（26機関）については、個室の感染症病室が一部ないものが12機関、個室の感染症病室が全くないものが6機関みられ、うち1機関では、陰圧制御のための設備も整備されていない。</p>	表 3-1-24
<p>第2種感染症指定医療機関では、2類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当し、2類感染症には呼吸器感染症のMER Sが含まれているものの、感染症病室の個室化及び陰圧化は義務付けられていないため、個室で陰圧制御が可能な感染症病室が整備されていないものがみられるが、その一方で、調査した第2種感染症指定医療機関の中には、MER Sの疑似症患者を受け入れたことを契機に簡易陰圧装置を整備したのもみられた。</p>	表 3-1-25
<p>また、調査した感染症指定医療機関のうち13機関からは、感染症指定医療機関の指定基準が定められた平成11年当時は、2類感染症の中心はコレラ、細菌性赤痢等の腸管感染症であったが、感染症法も改正され、現在はMER S、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）等の呼吸器感染症に変化していることから、第2種感染症指定医療機関においても、空気感染や飛沫感染に対応できるよう、個室かつ陰圧制御が可能で前室のある感染症病室の整備が必要である等の意見が聴かれた。</p>	表 3-1-26 表 3-1-27
<p>② 集中治療室の整備</p>	
<p>調査した45感染症指定医療機関のうち、集中治療室の整備状況を把握することができた43機関についてみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関は、18機関のうち17機関でICU（Intensive Care Unitの略。重篤な急性機能不全の患者を収容し強力かつ集中的に治療看護を行うための施設）が設置されており、残りの1機関では、HCU（High Care Unitの略。ICUに準じた機能を持つ高度治療室）が設置されている。一方、第2種感染症指定医療機関（25機関）については、ICUが未設置のものが11機関みられた。</p>	表 3-1-28
<p>また、調査した特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関</p>	表 3-1-29

<p>の中には、ICU又はHCUを設置しているが、感染症病床とは別棟にあり、院内感染防止の観点などから、感染症患者等の治療には使用しない方針とするもの（6機関）がみられた。</p> <p>さらに、感染症指定医療機関は、前述のとおり、指定基準において、重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていることが義務付けられているが、i) 集中治療が必要となった重症患者は、より高機能の設備を有する他の病院に転院させる方針であること、ii) 1類感染症の患者の集中治療を行うための医療チームを結成するだけの数の医療従事者がいないこと等の理由から、感染症患者等に対し集中治療を行うことを想定していない又は困難であるとしているものが5機関（第1種感染症指定医療機関2機関、第2種感染症指定医療機関3機関）みられた。</p> <p>また、調査した感染症指定医療機関のうち11機関からは、i) 感染症病室内で集中治療を行う必要が生じた場合、人工透析器や人工呼吸器を室内に持ち込むと、現行の床面積の基準（15㎡以上）では医師や看護師が治療を行うためのスペースが確保できないおそれがある、ii) 1類感染症患者に対する集中治療を全ての第1種感染症指定医療機関で行うことは現実的でなく、医療施設・設備の整った特定感染症指定医療機関で行う方が望ましいなどの意見が聴かれた。</p>	<p>表3-(1)-8(再掲)</p> <p>表3-(1)-30</p> <p>表3-(1)-31</p>
<p>③ その他の施設・設備の整備</p> <p>前述のとおり、感染症指定医療機関の医療施設・設備については、指定基準及び施設基準に関する手引により具体的な事項・内容が定められているほか、「新しい感染症病室の施設計画ガイドライン」（平成13年5月1日）（注5）において、感染管理の観点から各施設・設備に係る具体的な仕様等が示されている。</p> <p>（注）5 厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）を受けて組織された「感染症病棟の建築・設備に関する研究会」が作成したもの</p> <p>しかし、調査した45感染症指定医療機関のうち、感染症病室及び集中治療室以外の施設・設備の整備状況を把握することができた43機関についてみると、次のように、感染管理の観点から問題となるものなど指定基準や施設基準に関する手引に適合しないとみられる事例が28機関（65.1%。内訳は特定感染症指定医療機関3機関、第1種感染症指定医療機関8機関、第2種感染症指定医療機関17機関）において62件みられた。</p> <p>i) トイレ及びシャワー室については、感染拡大防止の観点から病室内又は病室に隣接して設置する必要があるが、当該設備が病室内になく、シャワー室については別階に設置されており、当該設備に至る廊下も扉等で区画されていない等、動線管理が適切に行われておらず、感染拡大のおそれがあるもの（2機関3件）</p> <p>ii) 手洗い設備については、感染防止に係る管理を適切に行うため、患</p>	<p>表3-(1)-6(再掲)</p> <p>表3-(1)-7(再掲)</p> <p>表3-(1)-32</p> <p>表3-(1)-33</p> <p>表3-(1)-34</p> <p>表3-(1)-35</p>

者ごとに一処置一手洗いが励行できるよう各病室に設ける必要があるが、病室内に手洗い設備が設置されていないもの（1機関1件）

iii) 水栓器具については、感染源の器具等への付着や汚染を防ぐ目的から手の指を使わないで操作できる自動水栓やレバー式水栓等とする必要があるが、水栓の操作が手の指を使う構造となっているもの（2機関2件）

エ 感染症指定医療機関に対する行政機関の指導等の状況

以上のとおり、当省が実地に感染症指定医療機関の受入れ可能な病床数、医師等の体制、病室の構造や設備等の状況を調査したところ、感染症指定医療機関における対応が区々となっているなど、感染症患者等を適切に受け入れることができるか危惧される状況にあった。

他方、今回調査した特定感染症指定医療機関を指導する立場にある厚生労働省、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関を指導する立場にある16都道府県による感染症指定医療機関の診療体制や医療施設・設備の状況に関する確認、改善指導等の状況をみると、いずれも感染症患者等の診療に当たる医療従事者の確保状況、重症の感染症患者等に提供可能な医療施設・設備の整備状況に関する感染症指定医療機関の実情・実態を把握し、改善指導を行っているものはみられなかった。

また、厚生労働省及び調査した16都道府県において、次のとおり、感染症指定医療機関の指定後における医療施設・設備に係る指定基準等の適合性の維持が危惧される状況がみられた。

① 指定後における指定基準等の適合状況の確認

厚生労働省は、感染症指定医療機関の指定後における医療施設・設備の指定基準等の適合状況に関する確認について、その頻度や機会、範囲、内容等について何ら定めていないため、同省自体が特定感染症指定医療機関について確認する方針を有していないほか、16都道府県についてみると、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関について、i) 確認する方針は特になしとするものが3都道府県、ii) 確認する方針があるとするとするものが13都道府県みられた。また、確認する方針があるとするとする13都道府県におけるその内容についてみると、a) 運営費補助金の申請があった感染症指定医療機関について、補助金の交付に当たり確認しているとするもの（4都道府県）、b) 移転新築や施設の改修があった感染症指定医療機関について、確認しているとするもの（7都道府県）、c) 感染症の流行期等に確認しているとするもの（3都道府県）など、都道府県によって区々となっていた。

② 指定基準等に不適合とみられる事例に対する改善指導の状況

厚生労働省及び調査した16都道府県では、その全てで改善指導の実績

表 3-1-36

がなかったが、指定した感染症指定医療機関における医療施設・設備を当省が実地に調査したところ、指定基準等に不適合とみられ改善指導すべき事例が、i) 確認する方針は特にないとする同省の指定に係る3機関、同じく確認する方針は特にないとする3都道府県全てにおける5機関について、ii) 確認する方針があるとする13都道府県のうち、前述のa) からc) までの確認する機会があった7都道府県では、5都道府県における10機関についてみられた。

これらの内容をみると、指定後に指定基準等の適合状況は確認しているが、不適合とみられる事例を看過しているもの（5都道府県）のほか、次のように、確認する方針としながら実際には確認していなかったものや不適合とみられる事例を把握しながら改善指導を行っていないものがみられた。

- a) 感染症指定医療機関の移転新築時に医療設備・施設を実地に確認する方針としながら、実際には確認していなかったもの（1都道府県）
- b) MERSの流行期に都道府県内の第2種感染症指定医療機関に対し、指定基準の適合状況を確認し、不適合とみられる状況を把握しながら、改善指導を行っていないもの（1都道府県）

表 3-1-37

オ 感染症指定医療機関の在り方に関する意見

調査した45感染症指定医療機関からは、感染症指定医療機関の在り方等に関して、次のように、現行の枠組みや基準の見直しを求める意見が聴かれた。

表 3-1-38

- i) 欧米諸国のエボラ出血熱患者発生時の対応を振り返ると、感染症指定医療機関は治療に加えて感染防止対応などの専門的な知識、技術及び設備が必要であることを再認識した。当院の体制では、このような診療体制を確保、維持することは困難である。高度な治療、感染防止を実践するためには、感染症指定医療機関間で、初期対応を行う病院、感染症患者等の本格的な受入れ・治療を行う病院といった機能分担が必要である。
- ii) 当院は、地方公共団体が運営する公立病院であり、予算的制約等から十分な専門医療スタッフの確保が困難である。十分な専門医療スタッフの確保が可能な感染症指定医療機関への集約化・拠点化を行ってほしい。
- iii) 当院には、1類感染症患者の治療経験がある医師がおらず、1類感染症の確定患者に対する治療は困難である。特定感染症指定医療機関に感染症患者等の診療に携わる専門家のチームを設置し、感染症患者等を受け入れた感染症指定医療機関に同チームを派遣して当該患者等の治療に当たらせる仕組みを整備してほしい。

【所見】

したがって、厚生労働省は、感染症指定医療機関における診療体制等の適

切な整備を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 全国の感染症指定医療機関を対象として、実効性のある診療体制等が構築されているかとの観点から、各感染症指定医療機関における感染症患者等の受入れ可能病床の状況、受け入れた感染症患者等の診察、検査等を行う医療従事者の状況、運営費補助金の交付状況、感染症患者等への対応を適切に行うために必要となる医療施設・設備の状況等について、都道府県と連携して実態把握を行うこと。
- ② 上記①の実態把握の結果、個々の感染症指定医療機関に関し、感染症患者等の受入れ・診療体制等の実効性が確保されていないと認められるものや院内感染防止等の観点から現行の指定基準等に照らし問題があると認められるものについては、当該感染症指定医療機関や都道府県等の関係機関とも連携して、その改善に向けた確に対応するとともに、感染症指定医療機関の診療体制等の整備について推奨すべき取組事例を積極的に収集し、感染症指定医療機関に対し、情報提供すること。
- ③ 上記②の措置では実効性のある診療体制等が確保できないと認められるものについては、医療機関における体制面・財政面の実態、感染症の発生状況等にも留意しつつ、現行の感染症指定医療機関制度の枠組み、指定基準等について見直しを検討すること。

表 3-1-1 感染症に係る医療提供体制の整備に関する規定

○ 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）〈抜粋〉

（国及び地方公共団体の責務）

第 3 条 国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じた感染症に関する正しい知識の普及、感染症に関する情報の収集、整理、分析及び提供、感染症に関する研究の推進、病原体等の検査能力の向上並びに感染症の予防に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ感染症の患者が良質かつ適切な医療を受けられるように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。この場合において、国及び地方公共団体は、感染症の患者等の人権を尊重しなければならない。

2・3 （略）

（基本指針）

第 9 条 厚生労働大臣は、感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めなければならない。

2 基本指針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 感染症の予防の推進の基本的な方向
- 二 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
- 三 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
- 四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項
- 五 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
- 六 感染症に係る医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
- 七 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
- 八 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
- 九 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
- 十 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
- 十一 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策（国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。）に関する事項
- 十二 その他感染症の予防の推進に関する重要事項

3～5 （略）

○ 「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」（平成 11 年厚生省告示第 115 号）〈抜粋〉

第一 感染症の予防の推進の基本的な方向

一～四 （略）

五 国及び地方公共団体の果たすべき役割

- 1 国及び地方公共団体は、施策の実施に当たり、地域の特性に配慮しつつ、相互に連携して、感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策を講ずるとともに、正しい知識の普及、情報の収集及び分析並びに公表、研究の推進、人材の養成及び資質の

向上並びに確保、迅速かつ正確な検査体制の整備並びに社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮した医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な基盤を整備する責務を負う。この場合、国及び地方公共団体は、感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する国際的動向を踏まえるとともに、感染症の患者等の人権を尊重することが重要である。

2～4 (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 3-1(1)-2 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）（感染症指定医療機関の指定等に関する規定関係）〈抜粋〉

(定義等)

第 6 条

1～11 (略)

12 この法律において「感染症指定医療機関」とは、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関をいう。

13 この法律において「特定感染症指定医療機関」とは、新感染症の所見がある者又は一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院をいう。

14 この法律において「第一種感染症指定医療機関」とは、一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院をいう。

15 この法律において「第二種感染症指定医療機関」とは、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院をいう。

16 この法律において「結核指定医療機関」とは、結核患者に対する適正な医療を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院若しくは診療所（これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。）又は薬局をいう。

17～24 (略)

(感染症指定医療機関)

第 38 条 特定感染症指定医療機関の指定は、その開設者の同意を得て、当該病院の所在地を管轄する都道府県知事と協議した上、厚生労働大臣が行うものとする。

2 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関の指定は、厚生労働大臣の定める基準に適合する病院（結核指定医療機関にあつては、病院若しくは診療所（第六条第十六項の政令で定めるものを含む。）又は薬局）について、その開設者の同意を得て、都道府県知事が行うものとする。

3～9 (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 3-(1)-3 感染症指定医療機関の指定状況（平成 29 年 4 月 1 日現在）

区分	機関数	感染症病床数	所在都道府県数
特定	4	10	4（千葉県、東京都、愛知県、大阪府）
第 1 種	52	97	45（宮城県、石川県を除く。）
第 2 種	346	1,735	47

（注）厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

**表 3-(1)-4 「感染症指定医療機関の指定について」（平成 11 年 3 月 19 日付け健医発第 457 号
厚生省保健医療局長通知）＜抜粋＞**

<p>1 指定基準の第 3 中「第 1 種病室又は第 2 種病室の病床数が適当と認められる場合」とは、次の(1)及び(2)の基準（以下「配置基準」という。）のとおりであること。</p> <p>(1) <u>第 1 種感染症指定医療機関</u> <u>都道府県の区域ごとに 1 か所 2 床</u></p> <p>(2) <u>第 2 種感染症指定医療機関</u> <u>2 次医療圏ごとに 1 か所。その人口に応じ次の病床数とする。</u></p> <p><u>30 万人未満 4 床</u> <u>30 万人以上 100 万人未満 6 床</u> <u>100 万人以上 200 万人未満 8 床</u> <u>200 万人以上 300 万人未満 10 床</u> <u>300 万人以上 12 床</u></p> <p>(3) 大都市部等で配置基準によりがたい事由がある場合は、あらかじめ厚生省と調整をすること。</p> <p>2 第 1 種感染症指定医療機関について、指定基準を満たす医療機関がないこと等やむを得ない事由により、法施行時に指定できない場合には、関係各方面と協議を行い、可及的速やかに指定予定の医療機関を確定し、当該医療機関の施設の改修等所要の措置を進めること。</p>

（注）1 下線は当省が付した。

2 本表中の「指定基準」については、表 3-(1)-6 参照

表 3—(1)—5 「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(平成 11 年厚生省告示第 115 号) <抜粋>

<p>第四 感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項</p> <p>一 (略)</p> <p>二 国における感染症に係る医療を提供する体制</p> <p>1 <u>厚生労働大臣は、新感染症の所見がある者並びに一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として、総合的な診療機能とともに集中治療室又はこれに準ずる設備を有する病院について、その開設者の同意を得て、当該病院の所在地を管轄する都道府県知事と協議した上で、特定感染症指定医療機関を指定することとする。</u></p> <p>2～4 (略)</p> <p>三 都道府県における感染症に係る医療を提供する体制</p> <p>1 <u>都道府県知事は、主として一類感染症の患者の入院を担当させ、これと併せて二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、法第 38 条第 2 項に規定する厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第 1 種感染症指定医療機関を、原則として都道府県に 1 か所指定する。この場合において、当該指定に係る病床は、原則として 2 床とすることとする。ただし、地理的条件、社会的条件、交通事情等に照らし、一つの病院に複数の都道府県の区域内の一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させることが効率的であると認められるときは、病院の所在地を管轄する都道府県知事は、当該指定に係る病床が一都道府県当たり 2 床以上となる限りにおいて、当該病院について、当該複数の都道府県の区域内の一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる第 1 種感染症指定医療機関として指定することができる。</u></p> <p>2 <u>都道府県知事は、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、法第 38 条第 2 項に規定する厚生労働大臣の定める基準に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第 2 種感染症指定医療機関に指定することとする。</u></p> <p>3 <u>第 2 種感染症指定医療機関を、管内の二次医療圏（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 2 項第 12 号に規定する区域をいう。以下同じ。）ごとに原則として 1 か所指定し、当該指定に係る病床の数は、当該二次医療圏の人口を勘案して必要と認める数とする。ただし、地理的条件、社会的条件、交通事情等に照らし、一つの病院に複数の二次医療圏の区域内の二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させることが効率的であると認められるときは、当該指定に係る病床が当該複数の二次医療圏の区域内の人口を勘案して必要と認める病床数の総和以上となる限りにおいて、当該病院について、当該複数の二次医療圏の区域内の二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる第 2 種感染症指定医療機関として指定することができる。</u></p>

(注) 下線は当省が付した。

表 3-(1)-6 「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 38 条第 2 項の規定に基づく厚生労働大臣の定める感染症指定医療機関の基準」(平成 11 年厚生省告示第 43 号) <抜粋>

- 第一 第一種感染症指定医療機関の指定は、次に掲げる要件を満たしているものについて行うものとする。
- 一 次に掲げる要件を満たす病室(以下「第一種病室」という。)を有していること。
 - 1 病室の面積及び構造については、次に掲げる要件を満たしていること。
 - イ 病室は、一床の感染症病床(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項に規定する感染症病床をいう。以下同じ。)を設置する個室とし、前室(病室に隣接し、当該病室に外部から出入りする際に常に經由する室をいう。以下同じ。)を有すること。
 - ロ 病室内にトイレ及びシャワー室があること。
 - ハ 病室の床面積は、建築基準法施行令(昭和二十五年政令第三百三十八号)第二条第三号に規定する方法による測定で十五平方メートル以上であること。ただし、既存の病室の修繕を行った病院について指定を行う場合は、この限りでない。
 - ニ 病室の天井の高さが二・四メートル以上あること。ただし、既存の病室の修繕を行った病院について指定を行う場合は、この限りでない。
 - ホ 内部の空気が外部に漏れにくいような構造であること。
 - 2 病室の窓、扉等については、次に掲げる要件を満たしていること。
 - イ 外部と前室との間の扉及び前室と病室との間の扉が同時に開かないようにできること。ただし、都道府県知事が適当と認める場合は、この限りでない。
 - ロ 病室から外部までのベッドの出し入れが容易な構造であること。
 - ハ 前室と病室との間の扉は、手の指を使用しないで開閉でき、かつ、自動的に扉が閉まる構造とすること。
 - ニ 窓は、気密性が高く、かつ、非常時にのみ開くことができるものであること。
 - 3 病室の仕上げについては、次に掲げる要件を満たしていること。
 - イ 床面及び壁面は、その清掃及び消毒が容易な構造であること。
 - ロ 天井は、その清掃が容易な構造であること。
 - 4 次に掲げる要件を満たす空調設備を有すること。
 - イ 空調設備は、全外気方式(屋外の空気のみを給気に用いる方式をいう。)のもの又は再循環方式(病室からの排気の一部を循環させて給気の一部に用いる方式をいう。)であって感染症の病原体を第一種病室等(第一種病室及びこれに隣接する前室をいう。以下同じ。)内に再流入させないために十分な能力を有するフィルターを備えているものであること。
 - ロ 当該病院内の第一種病室等の区域(以下「特定区域」という。)に対する給気設備は、当該病院の他の区域に対する給気設備と同一のものとしなないこと。
 - ハ 給気設備には、外部に感染症の病原体を飛散させないために十分な能力を有するフィルターが設置され、又は空気の逆流を防止するような機能が設けられていること。
 - ニ 特定区域における排気は、当該病院のそれぞれの第一種病室等ごとに行われるものであること。

ホ 排気設備には、外部に感染症の病原体を拡散させないために十分な能力を有するフィルターが設置されていること。

ヘ 陰圧制御(それぞれの第一種病室等の内部の気圧をその外部の気圧より低くすることをいう。)が可能であること。

ト 特定区域内の換気を十分に行う能力を有すること。

5 給水、排水等については、次に掲げる要件を満たしていること。

イ 専ら特定区域のための排水処理設備(感染性の排水を消毒又は滅菌できる施設をいう。)を有すること。

ロ 病室及び前室にそれぞれ手洗い設備(手洗い、洗面等のための設備をいう。以下同じ。)が設置されていること。

ハ 第一種病室等における給水及び給湯のための設備は、逆流を防止するための機能を有すること。

ニ ロの手洗い設備の水栓は、手の指を使わないで操作できるものとする。

6 面会設備等については、次に掲げる要件を満たしていること。

イ 面会設備(患者と面会を希望する者とが面会を適切に行うための設備をいう。)を有していること。

ロ 病室に電話機及びテレビが設置されていること。

7 その他次に掲げる要件を満たしていること。

イ 前室に手袋、マスク、予防衣その他の必要な器具等を専用に収納できる場所があること。

ロ 吸引機器は、これを介して他の患者等が感染しないような構造であること。

ハ 第一種病室等の照明設備は、空気が漏れにくい構造とすること。

二 次に掲げる設備等を有すること。

1 当該病院で微生物学的検査を迅速に行うことができる設備

2 一類感染症に係る感染性廃棄物を消毒し、又は滅菌することができる設備

3 使用した医療器具等を消毒し、又は滅菌できる設備

4 集中治療室

5 人工透析を行うことができる設備

三 病院については、次に掲げる要件を満たしていること。

1 患者をおおむね三百人以上収容する施設を有すること。ただし、都道府県知事が適当と認める場合は、この限りではない。

2 その診療科名中に内科、小児科及び外科を有し、それぞれに常時勤務する医師があること。

3 感染症の医療の経験を有する医師が常時勤務していること。

4 重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること。

5 院内感染対策委員会が設けられており、かつ、専任の院内感染対策を行う者を配置していること。

第二 第二種感染症指定医療機関の指定は、次に掲げる要件を満たしているものについて行うものとする。

- 一 次に掲げる要件を満たしている病室(以下「第二種病室」という。)を有すること。
 - 1 病室に設置されている病床がすべて感染症病床であること。
 - 2 病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること。
 - 3 ベッドの出し入れが容易な構造であること。
 - 4 床面及び壁面は、その消毒及び清掃が容易な構造とすること。
 - 5 病室及びトイレに手洗い設備が設置されていること。
 - 6 5の手洗い設備の水栓は、手の指を使わないで操作できるものとする。
 - 7 感染症の排水を適切に処理できる設備を有すること。
 - 8 第二種病室における給水及び給湯のための設備は、逆流を防止するための機能を有すること。
 - 9 病室に電話機及びテレビが設置されていること。
- 二 感染症の医療の経験を有する医師が勤務していること。
- 三 微生物学的検査の結果が迅速に得られること。
- 四 使用した医療器具等を消毒し、又は滅菌できる設備を有すること。
- 五 重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること。
- 六 院内感染対策委員会が設けられていること。

第三 第一及び第二に定めるもののほか、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の指定は、対象区域(第一種感染症指定医療機関にあつては当該都道府県の区域をいい、第二種感染症指定医療機関にあつては当該指定に係る医療機関の所在地の二次医療圏(医療法第三十条の四第二項第九号に規定する区域をいう。)をいう。)の人口その他の事情を勘案し、当該指定に係る医療機関の第一種病室又は第二種病室の病床数が適当と認められる場合に行うものとする。

(注) 下線は当省が付した。

表 3-1-7 「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」(平成 16 年 3 月 3 日付け健感発第 0303001 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知) の概要

【第 1 種感染症指定医療機関】	
指定基準 (告示内容)	施設基準に関する手引 (主なもの)
<p>1 病室の面積及び構造</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病室は1床の感染症病床を設置する個室とし、前室を有する ・病室内にトイレ及びシャワー室がある ・病室の床面積は 15 m²以上 ・病室の天井の高さが 2.4m以上 ・内部の空気が外部に漏れにくいような構造 	<ul style="list-style-type: none"> ・出入口部に感染予防策を表す標識やサイン等を表示 ・便器はサイホン式、ブローアウト式。洗浄方式はフラッシュバルブ式 ・水(湯)がたまる浴槽を設けるのは好ましくない ・ロッカー等の家具は床面の清掃がしやすい壁掛け式など
<p>2 病室の窓、扉等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部と前室との間の扉及び前室と病室の間の扉が同時に開かないようにできる ・病室から外部までのベッドの出し入れが容易な構造 ・前室と病室との間の扉は、手の指を使用しないで開閉でき、かつ、自動的に扉が閉まる構造 ・窓は気密性が高く、非常時にのみ開くことができるもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・扉が同時に開く構造の場合、扉を同時に開かない利用方法を徹底 ・病室の気圧制御を定期的に書面に記録 ・出入口の幅は 1.2m 以上 ・ブラインド等は取り外して洗濯できる構造
<p>3 病室の仕上げ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・床面及び壁面は、清掃及び消毒が容易な構造 ・天井は、清掃が容易な構造 	<ul style="list-style-type: none"> ・床板は、コンクリート造など水等の浸透しがたい構造 ・床面の仕上げは、継目の少ない工法・材料、消毒薬等による清拭に耐えられる材料、ワックス等を塗布 ・壁面はほこりのたまらない構造 ・天井はほこりの除去がしやすい構造
<p>4 空調設備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空調設備は、全外気方式又は再循環方式で、感染症の病原体を第1種病室等に再流入させないフィルターを備える ・特定区域(第1種病室等の区域)に対する給気設備は、他の区域と同一のものとししない ・給気設備には、外部に感染症の病原体を飛散させないフィルターが設置又は空気の逆流を防止する機能がある ・特定区域の排気は、それぞれの第1種病室等ごとに行われる ・排気設備には、外部に感染症の病原体を拡散させないフィルターが設置 ・陰圧制御が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・再循環を行う場合、病室・前室ごとに行い、他の病室等に供給しない、HEPAフィルター付再循環設備を設置 ・給気系統にHEPAフィルター又は空気の逆流防止に有効なダンパ等を設置 ・排気ダクトは単独に末端まで導き、排気ファンは末端に設置 ・病室内は前室に対して陰圧、前室は特定区域外に対して陰圧 ・換気回数は12回/h以上、最小全風量(外気量)は2回/h以上行う ・室温調整は病室内でも調整可能とする。空調機器の運転・停止は病室内で行わない

<ul style="list-style-type: none"> ・特定区域内の換気を十分に行う能力を有する 	
5 給水、排水等 <ul style="list-style-type: none"> ・特定区域のための排水処理設備を有する ・病室及び前室にそれぞれ手洗い設備を有する ・第1種病室等の給水・給湯設備は逆流防止の機能を有する ・病室及び前室の手洗い設備の水栓は、手の指を使わないで操作できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・排水処理設備で消毒又は滅菌の上放流 ・手洗いは水のはね返りが少ない構造、手首まで十分に洗える大きさ、水のためられない構造、オーバーフローは取り外して洗浄できる構造 ・給湯は個別給湯設備による汚染されない方式 ・手洗い設備の水栓は自動・レバー・ペダル式など ・蛇口はグースネックタイプ等
6 面会設備 <ul style="list-style-type: none"> ・面会設備を有する ・病室に電話機及びテレビが設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・病室内に入らなくても面会できる設備を設置 ・ナースコール・電話・テレビ等が設置 ・電話はPHS等の携帯式のものでもよい
7 その他 <ul style="list-style-type: none"> ・前室に手袋、マスク、予防衣その他の必要な器具等を専用に収納できる場所がある ・吸引機器は、これを介して他の患者等が感染しない構造 ・第1種病室等の照明設備は、空気が漏れにくい構造 	<ul style="list-style-type: none"> ・前室に感染性廃棄物・使用済み手袋等の搬出物の専用保管スペースがある ・前室に診療器材置場、未使用の予防衣等を保管するカート置場や棚を設置 ・吸引は特定区域単独系統又はポータブル ・照明器具等の壁付けスイッチ等は取付ボックス内に塵埃がたまらない、病室外との空気の流通が少ない構造

【第2種感染症指定医療機関】	
指定基準（告示内容）	施設基準に関する手引（主なもの）
1 病室に設置されている病床が全て感染症病床	<ul style="list-style-type: none"> ・第2種病室は原則として個室 ・出入口部に感染予防策を表す標識やサイン等を表示
2 病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室がある	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ及びシャワー室が病室内にない場合、トイレ及びシャワー室に至る廊下を扉等で他の区域と区画する ・便器はサイホン式、ブローアウト式。洗浄方式はフラッシュバルブ式 ・水（湯）がたまる浴槽を設けるのは好ましくない
3 ベッドの出し入れが容易な構造	<ul style="list-style-type: none"> ・出入口の幅は1.2m以上
4 床面及び壁面は、その消毒及び清掃が容易な構造	<ul style="list-style-type: none"> ・床板は、コンクリート造など水等の浸透しがたい構造 ・床面の仕上げは、継目の少ない工法・材料、消毒薬等による清拭に耐えられる材料、ワックス等を塗布 ・壁面はほこりのたまらない構造 ・天井はほこりの除去がしやすい構造

5 病室及びトイレに手洗い設備が設置	<ul style="list-style-type: none"> ・手洗い器は水のはね返りが少ない構造、手首まで十分に洗える大きさ、水のためられない構造、オーバーフローは取り外して洗浄できる構造
6 病室及びトイレの手洗い設備の水栓は、手の指を使わないで操作できる	<ul style="list-style-type: none"> ・手洗い設備の水栓は自動・レバー・ペダル式など ・蛇口はグースネックタイプ等
7 感染症の排水を適切に処理できる設備を有する	<ul style="list-style-type: none"> ・公共下水道が整備されている地域は、直接の放流可 ・直接放流できない場合は、汚水処理槽を設置
8 第2種病室における給水及び給湯のための設備は、逆流を防止するための機能を有する	<ul style="list-style-type: none"> ・給水の逆流防止に有効な弁を設置し、第2種病室より下流に一般の水栓を持たない構造 ・給湯は個別給湯設備による汚染されない方式
9 病室に電話機及びテレビが設置	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースコール・電話・テレビ等が設置 ・電話はPHS等の携帯式のものでもよい ・ロッカー等の家具は床面の清掃がしやすい壁掛け式など

(注) 施設基準に関する手引に基づき当省が作成した。

表 3-1-8 感染症指定医療機関の主な要件

【診療体制】		
区 分	第 1 種	第 2 種
基準病床数	原則として 2 床	原則として二次医療圏の人口に応じた次の病床数 <ul style="list-style-type: none"> ・ 30 万人未満：4 床 ・ 30 万人以上 100 万人未満：6 床 ・ 100 万人以上 200 万人未満：8 床 ・ 200 万人以上 300 万人未満：10 床 ・ 300 万人以上：12 床
感染症の医療の経験を有する医師	常時勤務していること	勤務していること
重症の救急患者に対し医療を提供する体制	常に確保されていること	常に確保されていること
【医療施設・設備】		
区 分	第 1 種	第 2 種
病室関係	【指定基準（告示内容）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 個室（感染症病床）であること ・ 前室を有すること ・ 病室内にトイレ及びシャワー室があること 	【指定基準（告示内容）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病室に設置されている病床が全て感染症病床であること ・ 病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること 【施設基準に関する手引】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として個室 ・ 前室は設けなくてもよい
空調設備	【指定基準（告示内容）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 陰圧制御が可能であること 	【指定基準（告示内容）】 （陰圧制御に関する要件なし） 【施設基準に関する手引】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 空気感染に対応できる病室も設けることが望ましい
治療設備	【指定基準（告示内容）】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 集中治療室を有すること ・ 人工透析を行うことができる設備を有すること 	【指定基準（告示内容）】 （集中治療室及び人工透析を行うことができる設備に関する要件なし）

(注) 1 基本指針、指定基準及び施設基準に関する手引に基づき当省が作成した。

2 特定感染症指定医療機関については、厚生労働大臣が直接指定しているため診療体制や医療施設・設備に関する基準はないが、厚生労働省は、第 1 種感染症指定医療機関と同等以上の基準（より強い陰圧室、より強力な排気装置、病室内の滅菌装置の設置等）を求めている。

表 3—(1)—9 感染症指定医療機関の施設・設備整備等に係る国庫補助制度の概要

補助金名 区分	感染症指定医療機 関運営費補助金	保健衛生施設等施設・設備整備費補助金	
		施設整備費補助金	設備整備費補助金
対象経費	感染症指定医療機 関の運営に必要な 次の経費 1 需用費 2 役務費 3 委託料 4 使用量及び賃 貸料 5 材料費 6 備品購入費	感染症指定医療機関の新 設、増設又は改築のために 必要な工事費等	(初度設備費) 感染症指定医療機関の新設、増 設に伴う初度設備を購入する ために必要な需要費及び備品 購入費 (その他の設備費) 特定：新感染症等の重症患者へ の集中治療体制の強化に 必要な設備を購入するた めに必要な備品購入費 第2種：感染症病室簡易陰圧装 置を購入するために必 要な備品購入費
基準額	特定：1床当たり 年額771万 4,000円(補 助率：定額) 第1種：1床当たり 年額462万 9,000円(補 助率：国 1/2、都道府 県1/2) 第2種：1床当たり 年額154万 3,000円(補 助率：国 1/2、都道府 県1/2)	特定：厚生労働大臣が必要 と認めた額（補助 率：定額） 第1種：厚生労働大臣が必要 と認めた額（補助 率：国1/2、都道府県 1/2（沖縄県にあつて は、国3/4、沖縄県 1/4）） 第2種：次の(1)及び(2)によ り算出された額の合 計額(補助率：国1/2、 都道府県1/2（沖縄県 にあつては、国3/4、 沖縄県1/4）) (1)新設、増設及び改 築 基準単価×基準面 積×厚生労働大臣 の認めた病床数 (2)改造及び補修 厚生労働大臣の認 めた額	(初度設備費) 特定：13万3,000円×厚生労働 大臣の認めた病床数 第1種：13万3,000円×厚生労働 大臣の認めた病床数(補 助率：国1/2、都道府県 1/2（沖縄県にあつては、 国3/4、沖縄県1/4）) 第2種：13万3,000円×厚生労働 大臣の認めた病床数(補 助率：国1/2、都道府県 1/2（沖縄県にあつては、 国3/4、沖縄県1/4）) (その他の設備費) 特定：厚生労働大臣が必要と認 めた額（補助率：定額） 第2種：432万円×厚生労働大臣 が必要と認めた病床数 （補助率：国1/2、都道 府県1/2（沖縄県にあつ ては、国3/4、沖縄県 1/4）)
補助金交付 要綱	医療施設運営費等 補助金及び中毒情 報基盤整備事業費 補助金交付要綱	保健衛生施設等施設・設備整備費国庫補助金交付要綱	

(注) 「医療施設運営費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」(平成23年3月31日付け厚生労働省発医政0331第31号厚生労働事務次官通知)及び「保健衛生施設等施設・設備整備費国庫補助金交付要綱」(昭和62年7月30日付け厚生省発健医第179号厚生事務次官通知)に基づき当省が作成した。

表3-(1)-10 感染症指定医療機関の施設・設備整備等に係る国庫補助金の交付実績

(単位：機関、千円)

補助金名	種別	平成25年度		26年度		27年度	
		機関数	交付額	機関数	交付額	機関数	交付額
運営費補助金	特定	2	22,239	2	29,354	4	52,104
	第1種	37	78,295	39	88,496	42	101,046
	第2種	230	545,140	231	555,373	235	548,243
	計	269	645,674	272	673,223	281	701,393
施設整備費補助金	特定	1	3,814	1	201	0	0
	第1種	4	64,813	4	66,722	6	281,125
	第2種	3	9,787	17	47,100	11	30,122
	計	8	78,414	22	114,023	17	311,247
設備整備費補助金	特定	0	0	1	266	0	0
	第1種	3	283	0	0	3	265
	第2種	5	10,264	8	28,857	10	25,888
	計	8	10,547	9	29,123	13	26,153

(注) 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

表 3-1-11 感染症指定医療機関に対する指導等に関する規定

○ 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）〈抜粋〉

（入院患者の医療）

第 37 条 都道府県は、都道府県知事が第十九条若しくは第二十条（これらの規定を第二十六条において準用する場合を含む。）又は第四十六条の規定により入院の勧告又は入院の措置を実施した場合において、当該入院に係る患者（新感染症の所見がある者を含む。以下この条において同じ。）又はその保護者から申請があったときは、当該患者が感染症指定医療機関において受ける次に掲げる医療に要する費用を負担する。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 医学的処置、手術及びその他の治療
- 四 病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

2 都道府県は、前項に規定する患者若しくはその配偶者又は民法（明治二十九年法律第八十九号）第八百七十七条第一項に定める扶養義務者が前項の費用の全部又は一部を負担することができるものと認められるときは、同項の規定にかかわらず、その限度において、同項の規定による負担をすることを要しない。

3 第一項の申請は、当該患者の居住地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に対してしなければならない。

（感染症指定医療機関）

第 38 条 特定感染症指定医療機関の指定は、その開設者の同意を得て、当該病院の所在地を管轄する都道府県知事と協議した上、厚生労働大臣が行うものとする。

2 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関の指定は、厚生労働大臣の定める基準に適合する病院（結核指定医療機関にあっては、病院若しくは診療所（第六条第十六項の政令で定めるものを含む。）又は薬局）について、その開設者の同意を得て、都道府県知事が行うものとする。

3 感染症指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前二条の規定により都道府県が費用を負担する感染症の患者及び新感染症の所見がある者の医療を担当しなければならない。

4 特定感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち新感染症の所見がある者並びに一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に係る医療について、厚生労働大臣が行う指導に従わなければならない。

5 第一種感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に係る医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

6 第二種感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に係る医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

- 7 結核指定医療機関は、前条第一項に規定する医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。
- 8 感染症指定医療機関は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の一年前（結核指定医療機関にあつては、三十日前）までに、特定感染症指定医療機関については厚生労働大臣に、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関については都道府県知事にその旨を届け出なければならない。
- 9 感染症指定医療機関が、第三項から第七項までの規定に違反したとき、その他前二条に規定する医療を行うについて不相当であると認められるに至ったときは、特定感染症指定医療機関については厚生労働大臣、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関については都道府県知事は、その指定を取り消すことができる。

○ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則（平成 10 年厚生省令第 99 号）〈抜粋〉

（都道府県知事の指導）

第 21 条 都道府県知事は、感染症指定医療機関であつて大学の付属病院その他教育又は研究を主たる目的とするものに対し、法第三十八条第五項、第六項又は第七項に規定する指導を行うに当たっては、これらの教育又は研究に不当に関与しないよう配慮するものとする。

（注）下線は当省が付した。

表 3-1-12 「感染症指定医療機関における新興感染症患者受け入れ準備に関する調査」（厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）一類感染症の患者発生時に備えた治療・診断・感染管理等に関する研究）〈抜粋〉

E. 結論

全国の特定制・第一種および第二種感染症指定医療機関（結核病床のみを有する施設を除く）を対象に自記式質問紙票を用いて横断研究を行った。その結果、特定・第一種感染症指定医療機関に関しては、専門スタッフ、特に感染症内科、成人および小児集中治療科常勤医師の確保、患者の管理および治療、感染性廃棄物や遺体の処理や小児や妊婦、外国人といった対応が難しい事例への準備、新興感染症患者発生時に診療に当たるスタッフの確保、労務管理などに関して課題があることが、また第二種感染症指定医療機関に関しては、専門スタッフ、特に感染症内科、呼吸器内科、成人および小児集中治療科常勤医師、感染管理認定看護師の確保、マニュアルやガイドラインの整備、感染性廃棄物や EVD 疑い患者発生時に施設から特定および第一種感染症指定医療機関への患者搬送に関する準備、新興感染症患者発生時に診療に当たるスタッフの確保、労務管理などに関して課題があることがわかった。

今後、今回の調査で明らかになった課題に対する解決策を検討していくと共に定期的に評価、フィードバックを継続していくことが重要であると考えられた。

（注）下線は当省が付した。

表 3—(1)—13 「一類感染症に関する検討会報告書」(平成 28 年 6 月 10 日一類感染症に関する検討会) <抜粋>

2. 今後の課題

(1) 特定及び第一種感染症指定医療機関に求められる要件

平成 28 年 4 月 14 日現在で、全国の 51 医療機関が特定及び第一種感染症指定医療機関として認定されている。また、現状では、特定及び第一種感染症指定医療機関の指定要件には、隔離病床の基準や設備や診療科などの要件は含まれているが、当該医療機関で提供可能な医療の内容(いわゆる、ソフト面)に関する要件は含まれていない。

しかしながら NCGM での疑似症患者受け入れの経験及び、他の先進諸国におけるエボラ出血熱症例への対応を踏まえると、ウイルス性出血熱患者の受け入れには高度な感染管理と我が国における標準的な集中治療とを同時に提供できる体制が不可欠であると考えられる。第一種感染症指定医療機関の現状を鑑みるに、現状では、全ての第一種感染症指定医療機関が高度な感染管理と集中治療を同時に行うような医療を実施することは困難と考えられる。ウイルス性出血熱は、日本では昭和 62 年にラッサ熱患者が 1 例報告されているのみであるが(平成 28 年 4 月現在)、ウイルス性出血熱患者が国内で発生する場合に備え、第一種感染症指定医療機関に求められる要件や機能分担を行うなどして役割を見直す必要がある。

また、特定及び第一種感染症指定医療機関に求められる要件や役割が見直された場合、患者の移送体制を整備することが、今後、今以上に喫緊の課題となる。新たなウイルス性出血熱患者の発生に備え、患者発生地域や患者報告数等の疫学情報等を踏まえた対応方針を整理することが求められる。

(2) 感染症指定医療機関における医療提供のあり方

検討会では、隔離病床における集中治療が可能な体制の確保について意見が出された。特に、隔離措置が必要な感染症患者は、一定の頻度で発生するものではなく、不定期に一時的に発生する。そのため、持続した隔離病床の運用が求められる一方で、運用における問題点が生じる。その特殊性を鑑み、例えば、感染症指定医療機関間での診療支援体制(感染症専門従事者の派遣や患者の受け入れなど)や集中治療を専門とする医療関係者を外部から招聘できるよう登録制の医療チームを創設するなど、施設間の垣根を超えた柔軟な運用が可能となる仕組みの整備について検討がなされた。以上のようなネットワークの構築といった柔軟な対応も含め、今後、指定要件の見直しや新たな仕組みの検討が必要と考えられる。

(3) ～ (8) (略)

3. おわりに

検討会では、平成 26～27 年の、我が国におけるエボラ出血熱の疑似症患者対応の経験を踏まえ、かつ有識者からの意見も踏まえ手引きをとりまとめた。その際、検討会で出された議論や意見について、今後も継続的に検討すべき課題を中心に、検討会報告書として、手引きを補足する目的でとりまとめた。今後、厚生労働省において、対応体制の構築や制度改正等の際に、本報告書で指摘した課題について適切に検討がなされることを期待する。

(注) 下線は当省が付した。

表 3-(1)-14 調査した都道府県のうち、管内の感染症指定医療機関における受入れ可能な病床数が基準病床数を下回るもの

【第1種感染症指定医療機関】 (単位：床)				
都道府県	基準病床数 (A)	指定病床数	受入れ可能な病床数 (B)	(B-A)
①	2	1	1	-1
②	2	0	0	-2
③	2	0	0	-2
④	2	2	0	-2
⑤	2	1	1	-1

【第2種感染症指定医療機関】 (単位：床)				
都道府県	都道府県内全ての二次医療圏内の人口を勘案した必要病床数 (基準病床数) (A)	全第2種感染症指定医療機関における病床数の総和(指定病床数)	受入れ可能な病床数 (B)	(B-A)
①	96	92	92	-4
②	34	34	30	-4
③	72	68	68	-4
④	12	10	10	-2
⑤	34	28	10	-24
⑥	22	18	18	-4
⑦	26	26	24	-2
⑧	36	36	34	-2
⑨	30	30	29	-1
⑩	24	20	20	-4

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した16都道府県のうち、管内の感染症指定医療機関における受入れ可能な病床数(B)が基準病床数(A)を下回る延べ15都道府県(第1種感染症指定医療機関に係る表の都道府県と第2種感染症指定医療機関に係る表の都道府県とが一部重複しているため、実数は12都道府県)について整理した。

3 「受入れ可能な病床数」は、調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関において、実際に受入れ可能とした感染症患者等の人数を踏まえた感染症病床数である。

4 各病床数は、当省の調査時点(平成28年8月から11月まで)の数である。

5 網掛け部分は、当該都道府県管内の指定病床数が基準病床数を下回ることを示す。

表 3—(1)—15 管内の感染症指定医療機関における指定病床数が基準病床数を下回る理由等

【第 1 種感染症指定医療機関】	
都道府県	指定病床数が基準病床数を下回る理由及びその代替措置
①	元々、第 1 種感染症病床を 2 床整備していたところ、平成 17 年 1 月に国が当該 2 床を特定感染症病床として指定したことに伴い、第 2 種感染症病床を第 1 種感染症病床に振り替えて 1 床整備した。都道府県内に特定感染症病床が 2 床あることから、1 類感染症患者等が発生した場合でも、その受入りに支障を来すことはないと考えているが、今後、新たに第 1 種感染症指定医療機関を指定し、第 1 種感染症病床の不足を解消することを目指している。
②	平成 29 年度末までに第 1 種感染症指定医療機関を指定 (2 床整備) 予定。指定されるまでの間、隣接する 2 都道府県に所在する第 1 種感染症指定医療機関に 1 類感染症患者等を移送することについて両都道府県と調整済み。また、両都道府県の第 1 種感染症指定医療機関に移送できない場合、特定感染症指定医療機関に移送することについて当該機関の開設者である都道府県と調整済み
③	平成 28 年度末までに第 1 種感染症指定医療機関を指定 (2 床整備) 予定。指定されるまでの間、都道府県内で 1 類感染症患者等が発生した場合には、近隣の 2 都道府県に所在する第 1 種感染症指定医療機関のいずれかに当該患者等の受入れを要請することとしており、両都道府県から承諾を得ている。
④	平成 33 年度に第 1 種感染症指定医療機関を指定し、第 1 種感染症病床を 2 床整備する予定であったが、国から指定を急ぐよう指示があったことから、取り急ぎ 1 床指定した。不足する病床の代替措置として、近隣の 2 都道府県と 1 類感染症患者等が複数発生した場合の受入れ協議を行っている。
【第 2 種感染症指定医療機関】	
都道府県	指定病床数が基準病床数を下回る理由
①	敷地面積や建設費の不足、病院経営への影響等により、病院開設者の同意が得られないため
②	感染症指定医療機関として指定可能な機能を備えた総合病院が当該二次医療圏に存在しないため
③	指定候補の公立病院が含まれる二次医療圏には別途第 1 種感染症病床が整備されており、当該二次医療圏の人口規模を踏まえると、特に不都合がないと考えられるため (第 2 種感染症病床数が基準病床数を下回ることについて、厚生労働省と協議済み)
④	施設改築が困難であること、感染症の診療経験のある医師の確保が困難であること等から、病院開設者の同意が得られないため
⑤	感染症の診療経験がある専門医等の確保が困難であるため
⑥	配置基準では、人口 30 万人未満の二次医療圏は感染症病床を 4 床整備することとされているが、人口 5 万人程度の小規模な二次医療圏においても 4 床確保することは困難であるため

- (注) 1 当省の調査結果による。
- 2 表3-(1)-14において、管内の指定病床数が基準病床数を下回る延べ10都道府県（第1種感染症指定医療機関に係る表の都道府県と第2種感染症指定医療機関に係る表の都道府県とが一部重複しているため、実数は9都道府県）について、その理由等を整理した。
- 3 「指定病床数が基準病床数を下回る理由」は、当省の調査時点（平成28年8月から11月まで）に当該都道府県から聴取した内容である。
- 4 第1種感染症指定医療機関に係る表の①の都道府県では、その後、新たに第1種感染症指定医療機関として指定する病院が確保できたことから、所要の手続を進め、平成32年度に第1種感染症病床を新たに2床整備する予定であるとしている。
- 5 第1種感染症指定医療機関に係る表の③の都道府県では、平成29年3月24日に第1種感染症指定医療機関が指定されている。
- 6 第2種感染症指定医療機関に係る表の⑤の都道府県では、その後、当該二次医療圏で未指定であった第2種感染症指定医療機関の指定に向けた協議が進んでおり、平成30年度末までには基準病床数どおりの病床数を確保する予定であるとしている。

表 3-(1)-16 調査した感染症指定医療機関において指定病床数どおりの感染症患者等の受入れが困難としているもの

医療機関	指定病床数	受入れ可能人数	指定病床数どおりの受入れが困難な理由	
特定	2床	1人	現在の診療体制（医師6人、看護師13人）では、1類感染症、新型インフルエンザ、新感染症の陽性患者及び疑似症患者のいずれについても1人しか受け入れることはできないと判断している。	
第1種	2床	0人	感染症指定医療機関の指定を受けたばかりで、診療設備及び備品の一部が調達中であることに加え、感染症対応訓練（都道府県等と合同で実施する予定）が未実施であり、1類感染症患者の受入れ手順・方法について検証が済んでいないため	
第2種	①	4床	0人	感染症病室が結核病室と同一の建物に整備されており、両病室の区域が壁等で仕切られていない上、出入口も共用となっていることから、結核患者の入院中に結核以外の2類感染症の患者を受け入れた場合、感染拡大のおそれがある。また、結核以外の2類感染症の患者の診療に当たる医師の確保が困難であることから、原則として受入れはできないと判断している。
	②	3床	1人	感染症専門科を設けておらず、有事の際に2類感染症患者及び新型インフルエンザ等感染症患者の診療を担当する医師（4人）については、それぞれが所属する診療科から供出させる必要がある。その場合、これら医師が平時に受け持っている患者については、他の診療科の医師を応援に回し対応することになるが、現在の診療体制を踏まえると、受入れ可能な患者数は、重症・軽症にかかわらず2類感染症患者及び新型インフルエンザ等感染症患者のいずれか1人と判断している。
	③	16床	2人	指定病床数どおり16人の2類感染症患者を受け入れるためには現在の診療体制では医療従事者の数が不足しており、他の医療機関から医療従事者の派遣を受ける等の支援が必要となるが、都道府県や他の医療機関との協議が整っておらず、現状では、軽症の2類感染症患者2人までが受入れ可能と判断している。
	④	4床	2人	感染症病床4床のうち1床については、2類感染症患者を收容するための動線が、多くの一般病室を通過して感染症病室に入るかたちとなっており、感染防護を広範に行う必要があるが、それらの対応が難しい。また、別の1床については、他の感染症病床（3床）とは別の階に整備しているため、2類感染症患者を收容した場合、医療従事者の配置が分散してし

			まい、診療効率が損なわれる。加えて、それら 2 床とも前室を整備しておらず、2 類感染症の中心となる呼吸器系感染症に対応する上で防護措置が不十分と判断される。これらの理由から、4 床のうち 2 床については運用を想定していない。
⑤	4 床	2 人	感染症病室は 1 室に 2 床を設置した多床室であるが、2 類感染症患者を受け入れる場合、感染症病室を個室化して対応する必要があると判断している。このため、指定病床数は 4 床であるが、個室化により 2 人までが対応可能となる（ただし、同一病原体の感染症患者であって多床室での受入れが可能な場合を除く。）。
⑥	4 床	3 人	4 床のうち 1 床は、他の感染症病床（3 床）とは別の階に整備しているため、当該病床に 2 類感染症患者を収容した場合、医療従事者の配置が分散し、診療効率が損なわれる。このため、現状で受入れ可能な 2 類感染症患者は 3 人までと判断している。
⑦	10 床	6 人	感染症病床 10 床の内訳は、個室 4 室に 4 床及び多床室 2 室に 6 床であるが、①感染症外来の開設に当たり、個室 1 室を同外来の診察室として使用していること、②有事の際、多床室 2 室のうち 1 室を同一の感染症の確定患者の相部屋、もう 1 室を未確定患者の個室とすることから、受入れ可能人数は最多でも 6 人程度と判断している。
⑧	14 床	8 人	感染症病床 14 床の内訳は、個室 4 室に 4 床及び多床室 4 室に 10 床であるが、有事の際は、多床室 4 室を個室化して対応する必要があることから、受入れ可能人数は 8 人程度と判断している。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関のうち、指定病床数どおりの感染症患者等の受入れが困難としている 10 機関について整理した。

3 表中の「指定病床数どおりの受入れが困難な理由」は、当省の調査時点（平成 28 年 8 月から 11 月まで）に当該感染症指定医療機関から聴取した内容である。

なお、表中の第 1 種感染症指定医療機関では、その後、平成 28 年 12 月末までに診療設備及び備品の調達を終え、29 年 3 月に都道府県等と合同で感染症対応訓練を実施し、1 類感染症患者の受入れ体制を整えたとしている。

また、表中の⑤の第 2 種感染症指定医療機関では、平成 29 年 4 月の病棟の建て替えに伴い、感染症病室（4 床）が全て個室化されている。

表 3-(1)-17 指定病床数どおりの感染症患者等の受入れが困難としている感染症指定医療機関
 に対する運営費補助金（国庫補助）の交付状況

(単位：千円)

医療 機関	受入れ可能人数 ／指定病床数	平成23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	計
①	2人／4床	1,300	1,000	1,100	1,100	1,000	5,500
②	6人／10床	5,300	6,500	5,300	5,100	5,200	27,400
③	1人／2床	14,400	14,600	14,200	14,600	15,400	73,200
④	8人／14床	10,000	10,200	10,000	9,900	10,000	50,100
⑤	0人／4床		2,900	2,800	2,900	2,800	11,400
⑥	2人／16床	11,500	11,600	11,400	11,700	11,400	57,600
⑦	2人／4床	300	300	1,000	700	900	3,200
⑧	3人／4床	1,400	1,400	1,400	1,400	1,400	7,000

- (注) 1 厚生労働省の資料及び当省の調査結果による。
 2 表 3-(1)-16 の 10 機関のうち、運営費補助金が交付されている 8 機関について整理した。
 3 ⑤の医療機関は、平成 23 年度は運営費補助金の交付申請を行っていない。
 4 10 万円未満の端数については切り捨てた。

表 3-(1)-18 調査した感染症指定医療機関において指定病床数と実際に受入れ可能な病床数との間にかい離がみられるもの

No.	事例の内容
1	<p>当該感染症指定医療機関は、平成 24 年 4 月に第 2 種感染症指定医療機関の指定を受け、感染症病棟に感染症病床 4 床（全て個室）を整備している。</p> <p>しかしながら、①感染症病棟には、結核病床 16 床も設置されているが、感染症病床の区画と結核病床の区画とが構造上分離されていないなど感染防護措置が不十分であること、②感染症患者等の診療に携わる医師の確保が困難であることを理由として、当該感染症指定医療機関では、結核以外の 2 類感染症の患者等は原則として受け入れない方針としている。当該感染症指定医療機関は、実際にも、従前、近隣の検疫所から検疫感染症患者等に係る入院委託契約の締結要請を受けたことがあったが、同じ理由から当該要請を拒否していた。</p>
2	<p>当該感染症指定医療機関は、平成 11 年 4 月に第 2 種感染症指定医療機関の指定を受け、個室 4 室及び多床室（12 人部屋）1 室に計 16 床を整備している。</p> <p>しかしながら、当該感染症指定医療機関では、現在の診療体制では 16 人もの 2 類感染症患者等の診療に対応することは困難であるとしている。また、重症化した 2 類感染症患者等の集中治療を行うことのできる医療施設・設備が整備されていないこともあり、当該感染症指定医療機関が実際に受け入れることができるのは軽症の 2 類感染症患者等 2 人までとしており、実際に受入れ可能としている病床数は 2 床にとどまっている。当該感染症指定医療機関では、他の病院から医療スタッフを派遣してもらうことを検討中としているが、当省の調査時点（平成 28 年 9 月）において実現に至っていない。</p> <p>ちなみに、当該感染症指定医療機関の感染症病室を当省が実地に確認したところ、多床室（12 床）については、次のとおり、ベッド、ロッカー等が室内の 1 か所に集められ、直ちに感染症患者等を収容することが困難な状態となっていた。</p> <div data-bbox="365 1350 1326 2011" data-label="Image"> </div> <p>（注）当省が平成 28 年 9 月 14 日に当該感染症指定医療機関で撮影したものである。</p>

3

当該感染症指定医療機関は、平成 11 年 4 月に第 2 種感染症指定医療機関の指定を受け、旧伝染病予防法に基づく伝染病棟を感染症病棟に転換し、第 2 種病室 6 室に 10 床を整備している。

しかしながら、第 2 種病室 6 室のうち 2 室は多床室（それぞれ 3 床）であり、当該感染症指定医療機関では、基本的に多床室も個室として使用し、整備した 10 床のうちの 6 床程度の運用を目安とする方針としているため、実際に受入れ可能としている病床数は 6 床程度となっている。

また、当省が第 2 種病室 6 室の利用状況を確認したところ、次表のとおり、病室①は新型インフルエンザの発生等有事の際に感染症外来の診察室として使用されているほか、平時において病室⑤は会議室、病室⑥は倉庫としてそれぞれ使用されており、直ちに 2 類感染症患者等を収容することが可能な病床数は 3 床となっている実態がみられた。

表 当該感染症指定医療機関の第 2 種病室（6 室）の利用状況

病室	種類	平時又は有事の利用実態
①	個室	感染症外来の診察室として使用（有事）
②	個室	
③	個室	
④	個室	
⑤	多床室(3床)	会議室として使用（平時）
⑥	多床室(3床)	倉庫として使用（平時）

（注）当省の調査結果による。

表 3-1-19 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療に係る医師の配置状況

○ 感染症患者等の診療に携わる医師の確保状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	感染症患者等の診療に携わる医師数		
	1～5人	6～10人	11人以上
特定〔4〕	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
第1種〔14〕	8 (57.1)	3 (21.4)	3 (21.4)
第2種〔26〕	18 (69.2)	5 (19.2)	3 (11.5)

○ 感染症の医療の経験を有する医師の確保状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	感染症の医療の経験を有する医師数			
	1～5人	うち1人	6～10人	11人以上
特定〔4〕	0 (0.0)	0 (—)	2 (50.0)	2 (50.0)
第1種〔14〕	8 (57.1)	1 (7.1)	2 (14.3)	4 (28.6)
第2種〔26〕	15 (57.7)	6 (23.1)	6 (23.1)	5 (19.2)

○ 感染症専門医の配置状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	感染症専門医の資格を有する医師数				
	0人	1人	2人	3人	4人以上
特定〔4〕	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)
第1種〔14〕	4 (28.6)	3 (21.4)	2 (14.3)	3 (21.4)	2 (14.3)
第2種〔26〕	16 (61.5)	8 (30.8)	1 (3.8)	0 (0.0)	1 (3.8)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について整理した。

3 「感染症患者等の診療に携わる医師」とは、当該感染症指定医療機関が感染症患者等を受け入れた場合、その診療に携わると考えられる医師を示す。また、当該医師数には非常勤の医師を含む。

4 「感染症の医療の経験を有する医師」とは、当該感染症指定医療機関が感染症の医療の経験を有してい

ると認識している常勤の医師を示す。

- 5 「感染症専門医」とは、感染症全般に精通する高度な専門知識、技術等を有する医師として日本感染症学会が認定する者を示す。このため、「感染症専門医の資格を有する医師数」には米国の感染症専門資格など他の類似の資格を有する者は含まない。
- 6 () 内の数値は、種類ごとの感染症指定医療機関数全体に占める割合を示し、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100とならない場合がある。

表3-1)-20 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療に係る看護師の配置状況

○ 感染症患者等の診療に携わる看護師の確保状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	感染症患者等の診療に携わる看護師数			
	1～10人	11～20人	21～30人	31人以上
特定 [4]	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)
第1種 [14]	2 (14.3)	4 (28.6)	4 (28.6)	4 (28.6)
第2種 [26]	10 (38.5)	4 (15.4)	8 (30.8)	4 (15.4)

○ 感染管理認定看護師の配置状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	感染管理認定看護師の資格を有する看護師数			
	0人	1人	2人	3人
特定 [4]	0 (0.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
第1種 [14]	0 (0.0)	4 (28.6)	7 (50.0)	3 (21.4)
第2種 [26]	5 (19.2)	10 (38.5)	11 (42.3)	0 (0.0)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について整理した。

3 「感染症患者等の診療に携わる看護師」とは、当該感染症指定医療機関が感染症患者等を受け入れた場合、その診療に携わると考えられる看護師を示す。また、当該看護師数には非常勤の看護師を含む。

4 「感染管理認定看護師」とは、「感染管理」の看護分野において熟練した看護技術と知識を有する看護師として日本看護協会が認定する者を示す。

5 () 内の数値は、種類ごとの感染症指定医療機関数全体に占める割合を示し、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100とならない場合がある。

表 3-1-21 調査した感染症指定医療機関における感染症の診療チームに係る取決めの状況

(単位：機関)

区分	機関数	特定		
		特定	第1種	第2種
感染症患者等を受け入れる場合に感染症の診療チームの編成を具体的に想定しているもの	33	4	12	17
そのようなチームの編成を具体的に想定していないもの	11	0	2	9

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する 1 機関を除く 44 機関について整理した。

3 「感染症の診療チーム」とは、感染症患者等を受け入れる場合、事前に取り決められた方針の下、医師、看護師のほか、臨床検査技師、診療放射線技師等から編成されるチームを示す。

表 3-1-22 調査した特定感染症指定医療機関において感染症の診療チームの編成方針を具体的に取っているもの

○ 勤務体制

基本体制 (受け入れた感染症患者等の症状が安定している時)

- ・ 医師 1 勤務 2 人 (12 時間交替)
- ・ 看護師 1 勤務 2 人 (8 時間交替又は 12 時間交替)

重症時の体制

<感染症病棟スタッフの 1 日当たり必要な最少人数>

- ・ 医師 5 人 (診療担当 2 人、バックアップ 2 人、外回り 1 人)
- ・ 看護師 5 人 (診療担当 2 人、バックアップ 2 人、外回り 1 人)
- ・ 診療放射線技師 2 人 (随時出勤)
- ・ 臨床検査技師 2 人 (随時出勤)

<専門性を有するスタッフ>

感染症医、集中治療医、腎臓内科医師 (透析担当)、小児科医 (小児の事例を想定)、産婦人科医 (妊婦の事例を想定)、ICU 看護師

表 重症時の医師のシフト例

日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
勤務時間														
0:00-6:00	①	⑤	④	③	⑦	⑥	⑤	②	①	⑦	④	③	②	⑥
6:00-12:00	②	⑥	⑤	④	①	⑦	⑥	③	②	①	⑤	④	③	⑦
12:00-18:00	③	②	⑥	⑤	④	①	⑦	⑥	③	②	①	⑤	④	③
18:00-24:00	④	③	⑦	⑥	⑤	②	①	⑦	④	③	②	⑥	⑤	④
休養	⑥ ⑦	① ⑦	① ②	① ②	② ③	③ ④	③ ④	④ ⑤	⑤ ⑥	⑤ ⑥	⑥ ⑦	⑦ ①	⑦ ①	① ②

(注) 重症の感染症患者 1 人・1 日当たり、医師 7 人 (①から⑦まで) のうち、4 人が勤務

(注) 当該特定感染症指定医療機関のマニュアルに基づき当省が作成した。

表 3-(1)-23 調査した感染症指定医療機関において感染症の診療チームの編成を具体的に想定していない理由

(単位：機関)

感染症の診療チームの編成を具体的に想定していない理由	機関数
感染症の専門科がないため、事前に感染症の診療チームの編成を取り決めていない。感染症患者等の受入れ時に医師及び看護師のシフト表を作成する。	2
感染症患者等の診療実績がない又は現状の体制では感染症患者等の受入れが困難であるため、事前に感染症の診療チームの編成を取り決めていない。	3
感染症患者等の発生時の対応訓練を実施していないため、感染症患者等の診療に必要な医療従事者数や具体的な感染症の診療チームの想定ができていない。	1
感染症患者等の症状により、当該感染症患者等1人・1日当たり必要な医療従事者数が異なるため、感染症患者等の診察結果により対応する。	1
感染症患者等の診療に当たる担当科や医師及び看護師の人数の想定はしているが、感染症の診療チームの構成員やその勤務時間等の具体的な想定まではしていない。	4
計	11

(注) 1 当省の調査結果による。

2 表 3-(1)-21 における感染症の診療チームの編成を具体的に想定していない 11 機関について整理した。

3 「感染症の診療チーム」とは、感染症患者等を受け入れる場合、事前に取り決められた方針の下、医師、看護師のほか、臨床検査技師、診療放射線技師等から編成されるチームを示す。

4 「感染症の診療チームの編成を具体的に想定していない理由」は、当省の調査時点（平成 28 年 8 月から 11 月まで）に当該感染症指定医療機関から聴取した内容である。

表 3-1-24 調査した感染症指定医療機関における感染症病室の整備状況

○ 感染症病室の個室化の状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	個室化の状況		
	全室個室	一部非個室	全室非個室
特定・第1種 〔18〕	18 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)
第2種 〔26〕	8 (30.8)	12 (46.2)	6 (23.1)

○ 感染症病室の陰圧化の状況

(単位：機関、%)

区分〔機関数〕	陰圧化の状況		
	全室対応	一部非対応	全室非対応
特定・第1種 〔18〕	18 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)
第2種 〔26〕	20 (76.9)	5 (19.2)	1 (3.8)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について整理した。

3 ()内の数値は、種類ごとの感染症指定医療機関数全体に占める割合を示し、小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100とならない場合がある。

表 3-(1)-25 調査した第 2 種感染症指定医療機関において MERS の疑似症患者を受け入れたことを契機に簡易陰圧装置を設置したもの

当該感染症指定医療機関は、平成 11 年 4 月、伝染病床を感染症病床に転換して第 2 種感染症指定医療機関の指定を受け、下表のとおり、第 2 種病室を 8 室 14 床整備しており、その病室の内訳は、個室 4 室、多床室（2 人部屋及び 3 人部屋）4 室となっている。

表 当該感染症指定医療機関の第 2 種病室の概要

病室数（病床数）	内訳		
	個室	多床室（2 人部屋）	多床室（3 人部屋）
8 室（14 床）	4 室（4 床）	2 室（4 床）	2 室（6 床）

第 2 種感染症指定医療機関の指定を受けた当時、当該感染症指定医療機関は陰圧制御が可能な病室を整備していなかったが、平成 28 年 1 月に MERS の疑似症患者を受け入れたのを機に、今後同様の事態が生じた場合に備え、医療従事者の二次感染リスクを抑える必要があるとして、当該指定を行った都道府県からの補助を受け、28 年度に移動式の空気感染隔離装置を購入し、2 室分の陰圧制御が可能となるよう措置した。

ちなみに、当該都道府県は、国際空港及び海港を擁し、国外からの感染症侵入の可能性が高いとして、第 2 種感染症指定医療機関の開設者の協力を得て、可能な限り第 2 種病室の陰圧化を進めるとの方針の下、第 2 種感染症指定医療機関に対し、新設及び建て替え時には第 2 種病室に前室を設け陰圧化することを義務付けるなど国よりも厳しい基準での対応を求めている。

（注）当省の調査結果による。

表 3-1)-26 調査した感染症指定医療機関における第 2 種感染症指定医療機関の感染症病室に関する意見

医療機関	意見の概要
①	MERS のような急性呼吸器感染症の患者等を取り扱う第 2 種感染症指定医療機関では、感染症病室だけでなく、救急外来を含む外来用の陰圧室の拡充が必要である。感染症患者等が来院した時点からの院内感染対策をしないと医療安全の確保が困難である。
②	指定基準には第 2 種感染症指定医療機関に前室を設ける旨の規定はないが、環境汚染・感染拡大のリスクを踏まえると前室は必要と考えられる。指定基準の見直しを要望する。
③	第 2 種感染症指定医療機関は、当初、消化管の感染症の患者等を受け入れる施設として整備されていたため、MERS 等の呼吸器感染症の患者等に対応できないところが多い。陰圧制御ができる感染症病室を有する感染症指定医療機関だけが MERS 等の呼吸器感染症の診療を行えるよう指定基準を見直すべきである。
④	2 類感染症に MERS 等が加わっているため、第 2 種感染症指定医療機関においても、空気感染対策として、感染症病室に陰圧施設及び前室を整備することが必要である。
⑤	感染症法施行時 2 類感染症であったコレラ、腸チフス等がその後の法改正により 3 類感染症となる一方、空気・飛沫感染のものが現在の 2 類感染症となっているが、現行の指定基準はこのような変化に対応するものとはなっていない。また、第 2 種感染症指定医療機関については前室の設置は義務付けられていないが、空気・飛沫感染の 2 類感染症に対応できないおそれがあることから、指定基準に前室の設置を規定すべきである。
⑥	当院には多床室があるが、疑似症例の患者等と確定症例の患者等を同室にはできないため、全室個室が標準と考える。また、病室には前室もないため、2 類感染症の患者等の治療に望まれる施設・設備とはかい離している。
⑦	当院は、ナースステーションと病床とが密閉状態ではない上、前室がないため空気感染が疑われる症例の患者等を収容するには適さない構造である。
⑧	当院の感染症病室は陰圧対応になっているが、前室がなく、廊下を前室として使用しており、空気感染予防策が必要な感染症患者等を収容するには設備的に不安がある。
⑨	当院は、平成 11 年に感染症指定医療機関に指定されたが、その当時は、消化器感染症の患者等を受入れの対象とし、呼吸器感染症の患者等の受入れは想定していなかったと思われる。呼吸器感染症の患者等を収容するための施設を整備することは予算的な制約から容易ではない。
⑩	第 2 種感染症指定医療機関は、その感染症病室が陰圧であることが義務付けられていない。感染症は飛沫感染、接触感染による疾患が多いが、将来的に空気感染による罹患に備えるため、第 2 種感染症指定医療機関についても、感染症病室及び前室を陰圧とすることを義務付けるよう指定基準のレベルを上げるべきである。

⑪	指定基準が策定された平成 11 年当時と現在を比べれば、新たな呼吸器感染症が増えているため、当院では、感染症病室に陰圧装置を後付けで設置するなどの対応を行っている。指定基準も時代に合わせて見直す必要がある。
⑫	制定時の感染症法において、2 類感染症の主体はコレラ、赤痢等の消化管の感染症であったが、現在は、MERS、鳥インフルエンザなどの呼吸器感染症へと変化した。感染症法上、2 類感染症の種類が変わったのであれば、指定基準の変更やそれに伴う行政の支援が必要である。
⑬	現在の第 2 種病床の基準は、接触感染対策に偏り過ぎていて、空気感染対策の観点が希薄である。空気感染を考慮すれば、第 2 種病床を陰圧室にし、自動ドアや前室を設置することが必要と考える。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関のうち、第 2 種感染症指定医療機関の感染症病室に関する意見が聴かれた 13 機関について整理した。

表 3-1)-27 2 類感染症の変遷

感染症名	疾患の種類	感染症法の制定・改正（施行年月日）			
		(H11. 4. 1)	(H19. 4. 1)	(H20. 5. 12)	(H27. 1. 21)
コレラ	腸管感染症	2 類感染症	3 類感染症		
細菌性赤痢	腸管感染症	2 類感染症	3 類感染症		
腸チフス	腸管感染症	2 類感染症	3 類感染症		
パラチフス	腸管感染症	2 類感染症	3 類感染症		
急性灰白髄炎	神経感染症	2 類感染症			
ジフテリア	呼吸器感染症	2 類感染症			
結核	呼吸器感染症		2 類感染症		
SARS	呼吸器感染症		2 類感染症		
鳥インフルエンザ(H5N1)	呼吸器感染症			2 類感染症	
鳥インフルエンザ(H7N9)	呼吸器感染症				2 類感染症
MERS	呼吸器感染症				2 類感染症

(注) 感染症法並びに厚生労働省及び国立感染症研究所の資料に基づき当省が作成した。

表 3-(1)-28 調査した感染症指定医療機関における集中治療室の整備状況

(単位:機関、%)

区分〔機関数〕	I C Uの設置状況	
	設置済み	未設置
特定・第1種 [18]	17 (94.4)	1 (5.6)
第2種 [25]	14 (56.0)	11 (44.0)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関のうち、集中治療室の整備状況について把握できた 43 機関について整理した。

3 「特定・第1種」欄の I C Uが未設置の 1 機関については、I C Uに準じた機能を持つ H C Uを設置している。

4 ()内の数値は、種類ごとの感染症指定医療機関数全体に占める割合である。

表 3—(1)—29 調査した特定感染症指定医療機関及び第 1 種感染症指定医療機関において感染症患者等の治療に集中治療室は使用しない方針としているもの

医療機関	感染症患者等の治療に集中治療室は使用しない方針としている理由
特定	<p>ICUよりも重篤度の低い患者を治療するHCUを整備しているが、陰圧装置を備えておらず、前室もないことから、新感染症や1類感染症の患者に対応できる施設とはなっていない。特定感染症指定医療機関の指定を受けるに当たり、厚生労働省から、集中治療室は特定感染症病床内ではなく病院施設内に設置されていればよく、かつHCUでも構わないとの回答があったため、特定感染症病床外にHCUを設置した経緯があり、重症の感染症患者等を収容するために設けたものではない。</p>
第1種	<p>① 陰圧装置を備えるICUを整備しているが、空気感染を防御するための前室を設けていないため、重症・軽症にかかわらずICU病床では1類感染症患者の治療はできない上、ICU病床は感染症病床とは別棟にあり、そもそもICU病床で感染症患者等を治療することは考えていない。なお、感染症病床(2床)は、人工透析、人工呼吸器管理等の集中治療に対応できる構造になっている。</p> <p>② 感染症患者等は重症・軽症の程度を問わず感染症病室内で治療するものであり、重症化した感染症患者等をICUに移動して治療することはない。</p> <p>③ 陰圧装置を備えるICUを整備しているが、その吸排気系統は独立しておらず、感染症患者等をICUで治療すると他の病室等への感染リスクがあることから、感染症患者等への集中治療が必要となった場合、感染症病室に必要な医療資機材を持ち込んで治療する。</p> <p>④ ICUが感染症病床から離れた場所にあり、重症の感染症患者等を移動すると医療従事者の二次感染や院内感染のおそれがあることから、感染症患者等が重症化した場合でもICUは利用しない。集中治療に必要な人工呼吸器、人工透析回路、モニタリング機器等を感染症病床内に配備しているため、感染症病床内での集中治療は可能である。</p> <p>⑤ 感染症患者等とその他の患者との接触を避けるため、ICUでの感染症患者等に対する集中治療は行わない。感染症患者等が重症化し、集中治療が必要となった場合、ICUの機器類を感染症病床に持ち込み、対応する。</p>

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関(計18機関)のうち、感染症患者等の治療に集中治療室は使用しない方針としている6機関について整理した。

3 「感染症患者等の治療に集中治療室は使用しない方針としている理由」は、当省の調査時点(平成28年8月から11月まで)に当該感染症指定医療機関から聴取した内容である。

表 3-(1)-30 調査した感染症指定医療機関において感染症患者等に集中治療を行うことは困難としているもの

医療機関	指定病床数	ICU又はHCU病床数	感染症患者等に集中治療を行うことは困難としている理由
第1種	①	2床	ICU 2床 エボラ出血熱を含む1類感染症患者の治療経験がある医療従事者がおらず、スキルが不足していることから、実際に受け入れることができるのは軽症の1類感染症患者のみであり、重症の1類感染症患者の受入れ及び集中治療を行うことを想定していない。
	②	1床	ICU 6床 1類感染症の重症患者に集中治療を行う場合、透析管理、人工呼吸器管理などを行う必要があるが、透析管理を行う腎臓内科医や人工呼吸器を管理する呼吸器内科医及び臨床工学技士が不足しているため、他の医療機関の協力がなければ、専属の診療チームを編成し、継続して集中治療を行うことは困難である。
第2種	①	16床	— 当院にはICUがないため、集中治療が必要な重度の感染症患者等の受入れは困難である。
	②	4床	HCU 9床 当院はHCUを9床整備しており、重症の感染症患者等を受け入れることはできるが、近隣により高機能の設備を有し、かつ診療体制も充実している第1種感染症指定医療機関があることから、当院では重症の感染症患者等に対する集中治療は行わず、当該第1種感染症指定医療機関に転院させる旨の申合せができています。
	③	4床	— 当院にはICUがなく、重症の感染症患者等については、具体的な取決めはないが、県内の他の第2種感染症指定医療機関に転院させることを想定しており、重症の感染症患者等に対する治療は行わない。

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関のうち、感染症患者等に集中治療を行うことは困難としている5機関について整理した。

3 「感染症患者等に集中治療を行うことは困難としている理由」は、当省の調査時点（平成28年8月から11月まで）に当該感染症指定医療機関から聴取した内容である。

表 3-(1)-31 調査した感染症指定医療機関における感染症患者等に対する集中治療に関する意見

医療機関	意見の概要
①	<p>i) 感染症指定医療機関の指定基準は、感染症患者等の隔離による感染拡散防止を主要な目的として平成 11 年度に定められたものであるが、26 年度のエボラ出血熱の流行を機に、先進国の医療レベルでの治療やケアを提供することによって、救命率が高くなることが明らかになり、疑い患者を受け入れた感染症指定医療機関には、集中治療の提供が期待されるようになってきている。しかし、現行の指定基準は、感染症病室の床面積を 15 m²以上としているなど、様々な医療機器を感染症病室に設置することを前提としていない。</p> <p>ii) 全ての特定感染症指定医療機関及び第 1 種感染症指定医療機関が高度の感染管理、集中治療、遺体対応などを並行して行うことが困難な状況もあり得る。例えば、地方厚生局の管轄区域ごとに、最初に感染症患者等を受け入れる「初期対応のアセスメント病院」と感染症患者等を集約する「センター機能病院」に感染症指定医療機関の機能を分けるなど、より広域的な対応を検討してほしい。</p>
②	<p>現行の指定基準では、感染症病室の床面積は 15 m²以上とされているが、重症の感染症患者等に集中治療を行うためには、医師及び看護師以外に医療機器を操作する医療従事者が同時に入室する必要があるため、病室内が非常に狭くなり、円滑な診療活動ができないおそれがある。感染症病室の床面積は、ICU 管理料の施設基準並みに 20 m²以上は必要である。</p>
③	<p>感染症指定医療機関は、かつては他者への感染を防ぐために感染症患者等を隔離することが主眼であったが、近年はエボラ出血熱、MERS 等の全身管理を必要とする感染症が多く、提供できる全身管理の質によって患者アウトカム（治療成績）が大きな影響を受けるようになってきた。一般的な全身管理及び必要時に集中治療を提供できる設備、人的資源が確保されていることが、感染症指定医療機関の指定基準に必須である。</p>
④	<p>感染症病床の基準面積は 15 m²以上とされているが、集中治療を行うために人工呼吸器などの医療機器を病床内に入れると、この面積では狭いと考えられる。</p>
⑤	<p>i) 感染病棟内の陰圧個室での人工呼吸器、体外式膜型人工肺装置、透析機器等の使用を可能とし、かつ療養環境を維持するためには、現行の感染症病室の床面積の基準である 15 m²以上では不十分である。機器接続の配管等の設置、医療従事者の安全確保に関しても十分な広さと設備が必要であり、最低限でも ICU 管理料の施設基準である 20 m²以上は必要であると考えられる。</p> <p>ii) 重症の感染症患者等の受入れ態勢については、施設の特性或医療機器の配備状況のみならず、感染症専門医と集中治療医の配置人数などにより各施設間で大きな差が生じると思われる。都道府県単位で感染症患者等への医療提供体制を構築するのでは不十分であり、国による感染症患者等の総合的な管理体制の構築が必須である。</p>
⑥	<p>指定基準では、第 1 種感染症指定医療機関における 1 類感染症患者に対する治療</p>

	<p>に関する基本的な考え方は特に定められておらず、微生物学的検査のための設備や集中治療室の使用を含め、具体的な対応は各病院の判断に任されているが、全ての第1種感染症指定医療機関において1類感染症患者に対する専門的な治療はできないのが現状である。</p> <p>1類感染症患者に対する専門的な治療は、施設・設備の整った特定感染症指定医療機関で行う方が望ましく、第1種感染症指定医療機関の役割は、1類感染症患者を特定感染症指定医療機関に移送するまでの間の一時的な隔離とする方が現実的である。</p>
⑦	<p>1類感染症患者に対する集中治療については、都道府県単位で1類感染症患者への医療提供体制を整備して行うのではなく、アメリカやヨーロッパのように特定の医療機関にその機能を集約化して行うようにしてほしい。</p>
⑧	<p>現在の指定基準は適切に感染症患者等を隔離する点に主眼が置かれているが、欧米では、2014年のエボラ出血熱患者の受入れ経験を通して、“適切に隔離した病室”に加え、“適切な集中治療”を“長期間”提供できる施設・診療体制の必要性が指摘されている。例えば、現在の指定基準に基づいて整備された第1種病室の中には、血液透析機器、人工呼吸器、体外式膜型人工肺装置、経皮的心肺補助装置等の大型の医療機器を設置できない病室や、医療従事者が収容した感染症患者等をモニターするカメラやコミュニケーション通信機器、感染症患者等の臨床検体（血液や尿など）の検査を安全な収容区域内で実施するための検査機器を備えていない病室も少なくない。</p>
⑨	<p>現在の感染症病室の面積基準（15㎡以上）では、人工呼吸器や人工透析器を設置すると、医療従事者が治療を行うのに使えるスペースが少なくなる。医療機器を設置してもなお15㎡以上を確保するような基準としてほしい。</p>
⑩	<p>通常は使用しない全国の第1種感染症指定医療機関の感染症病床について重症化した1類感染症患者を治療するための医療体制や医療設備を整えることは、人的・物的資源を投入する上で不経済かつ非効率である。1類感染症患者に対する専門的な治療は、全国に診療拠点病院を数箇所設置した上で、1類感染症患者を当該病院に移送して行う方法が望ましい。</p>
⑪	<p>感染症病室に人工呼吸器や体外式膜型人工肺装置を持ち込む場合、感染症病室の面積が15㎡では狭いと思うので、ICU管理料の施設基準である20㎡以上は必要と考える。</p>

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関のうち、重症の感染症患者等に対する集中治療に関する意見が聴かれた11機関について整理した。

3 「ICU管理料の施設基準」とは、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日付け保医発0304第1号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官通知）に基づく特定集中治療室管理料に関する施設基準を示す。

表 3-1-32 「新しい感染症病室の施設計画ガイドライン」(平成 13 年 5 月 1 日感染症病棟の
 建築・設備に関する研究会(厚生科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業))
 <抜粋>

第 1 編 感染症法と病室設計のガイドライン

3. 感染症に対する病棟・病室の施設指針

III 感染症指定医療機関

4 感染症病室の基本的考え方

② 感染拡大防止

患者本人が疾患をよく理解することが第一である。ただ、幼児などの場合は必要に応じて看護婦や親などが常時付き添うことが前提となる。

トイレは廊下に出ることなく病室内または前室から直接入れる。シャワー設備も設置することが望ましい。とくに消化器系の感染症を扱う病室では必須である。

(以下略)

第 3 編 [参考]

6. 感染防止管理に配慮した手洗い設備

2 手洗い設備の設置場所と問題点

感染防止管理が適切に行われるためには、患者ごとに「一処置一手洗い」が励行できるように各病室に手洗い設備を設けることが原則となる。(以下略)

3 手洗い設備の要件

1) 汚染への配慮

① 水栓

感染源への器具への付着や汚染を防ぐ目的から、水栓金具は手指を使わないで手の甲や肘などで操作できるレバー式水栓等とする。自動水栓であればなお望ましい。

手首まで十分洗えるように、水栓形状はグースネックタイプとする。このタイプは手洗い器あふれ縁から水栓吐水口までの距離(吐水口空間)が十分とれる上、吐水口先端に感染源が付着して水が汚染された場合にも逆流しにくい。

2) 清掃のしやすさ

① オーバーフロー

一般的に従来の手洗い器は、水を溜めて洗うことを想定して、手洗い器の排水口を便宜的にふさぐポップアップやゴム栓を備えており、そのため溢水に備えてオーバーフロー穴を設けているが、この穴の内部は清掃が難しく細菌の温床になりやすい。手洗いは流水による手洗いが基本であり、手洗い器に水を溜めて手洗いすることはないために、オーバーフローを取りやめるか、設けるのであれば取り外して清掃しやすい構造とすること。

(注) 下線は当省が付した。

表 3-(1)-33 調査した感染症指定医療機関における感染症病室及び集中治療室以外の医療施設・設備の指定基準等への適合状況

○ 調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる事例の発生状況（機関数）

（単位：機関、％）

医療機関〔機関数〕	不適合とみられる事例があった機関数	不適合とみられる事例がなかった機関数
特定 [4]	3 (75.0)	1 (25.0)
第1種 [14]	8 (57.1)	6 (42.9)
第2種 [25]	17 (68.0)	8 (32.0)
計 [43]	28 (65.1)	15 (34.9)

○ 調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる事例の発生状況（事例数）

（単位：件）

医療機関	不適合とみられる事例数	指定基準	
		指定基準	施設基準に関する手引
特定	3	1	2
第1種	20	10	10
第2種	39	12	27
計	62	23	39

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した45感染症指定医療機関のうち、感染症病室及び集中治療室以外の医療施設・設備の指定基準等への適合状況を把握できた43機関について整理した。

3 指定基準及び施設基準に関する手引に定められた感染症指定医療機関の医療施設・設備の整備に係る基準計178項目のうち、「原則として〇〇すること」及び「〇〇することが望ましい」とされている項目、感染症病室の個室化及び陰圧化、集中治療室の設置並びに医療提供体制について定めた項目を除く121項目に関し、当省が目視で確認できたものについて整理した。

4 ()内の数値は、種類ごとの感染症指定医療機関数全体に占める割合である。

表 3-1-34 調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる事例の項目別の内訳

○ 特定・第 1 種感染症指定医療機関

(単位：件)

項目別	不適合とみられる事例		計
	指定基準	施設基準に関する手引	
1 病室の面積及び構造	0	5	5
2 病室の窓、扉等	4	2	6
3 病室の仕上げ	0	0	0
4 空調設備	0	0	0
5 給水、排水等	0	3	3
6 面会設備	5	0	5
7 その他	2	2	4
計	11	12	23

○ 第 2 種感染症指定医療機関

(単位：件)

項目別	不適合とみられる事例		計
	指定基準	施設基準に関する手引	
1 病室に設置されている病床が全て感染症病床であること	0	3	3
2 病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること	1	2	3
3 ベッドの出し入れが容易な構造であること	0	0	0
4 床面及び壁面は、その消毒及び清掃が容易な構造とすること	0	6	6
5 病室及びトイレに手洗い設備が設置されていること	1	12	13
6 5 の手洗い設備の水栓は、手の指を使わな いで操作できるものとする	2	0	2
7 感染症の排水を適切に処理できる設備を有 すること	0	0	0
8 病室における給水及び給湯のための設備 は、逆流を防止するための機能を有すること	0	0	0
9 病室に電話機及びテレビが設置されている こと	8	4	12
計	12	27	39

- (注) 1 当省の調査結果による。
- 2 調査した45感染症指定医療機関のうち、感染症病室及び集中治療室以外の医療施設・設備の指定基準等への適合状況を把握できた43機関について整理した。
 - 3 指定基準及び施設基準に関する手引に定められた感染症指定医療機関の医療施設・設備の整備に係る基準計178項目のうち、「原則として〇〇すること」及び「〇〇することが望ましい」とされている項目、感染症病室の個室化及び陰圧化、集中治療室の設置並びに医療提供体制について定めた項目を除く121項目に関し、当省が目視で確認できたものについて整理した。

表 3-1)-35 調査した感染症指定医療機関における不適合とみられる主な事例

区分	事例の内容
<p>病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室がないもの</p>	<p>指定基準では、病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があることとされ、施設基準に関する手引では、旧伝染病棟から第2種病室に転換する場合のみ、これらの設備が病室内になくてもやむを得ないが、その場合、病室からトイレ・シャワー室に至るための廊下を特定区域として、扉等で特定区域外の区域と区画する必要があるとされている。</p> <p>当該感染症指定医療機関の第2種病室は旧伝染病棟から転換したものであるが、整備した6室のうち、室内にトイレ及びシャワー室が設置されているのは2室のみであり、残りの4室については、同じ階に共同のトイレはあるものの、シャワー室が別の階にあり、病室に隣接して設置されていない。また、トイレ及びシャワー室に至る廊下等も扉等で区画されていない。</p> <p>このことについて、当該感染症指定医療機関では、当病院の感染症病棟全体が一般病棟とは別棟となっており、シャワー室は別の階ではあるものの感染症病棟内にあるため、両病棟間の患者や職員の往来はなく両病棟は完全に区分されていることから、指定基準等に適合していないとは考えていないとしている。また、感染症指定医療機関の指定を行った都道府県でも、感染症病棟と一般病棟とは別棟となっており、両病棟は渡り廊下でつながっているものの、施錠された扉で両病棟間の患者や職員の往来は遮断される構造となっているため、特定区域とそれ以外の区域とが区画されており、施設基準に関する手引で示されている基準に適合しているとの見解を示している。</p>
<p>病室及びトイレに手洗い設備が設置されていないもの</p>	<p>指定基準では、病室及びトイレに手洗い設備が設置されていることとされているが、第2種病室として整備した6室（個室4室、3床室2室）のうち5室（個室3室、3床室2室）には、病室内に手洗い設備が設置されていない。</p>
<p>手洗い設備の水栓が手の指を使わないで操作できない構造となっていないもの</p>	<p>指定基準では、手洗い設備の水栓は手の指を使わないで操作できるものとする事とされ、施設基準に関する手引では、自動水栓、レバー水栓、ペダル式など手の指を使わない構造とする事とされているが、手洗い設備の水栓が手の指を使う構造となっている。</p> <div data-bbox="587 1585 1209 2002" data-label="Image"> </div> <p>(注) 当省が平成28年10月18日に当該第2種感染症指定医療機関で撮影したものである。</p>

手洗い設備が水のたまる構造となっている上、オーバーフローが取り外せない構造となっているもの

施設基準に関する手引において、手洗い設備は水のためられない構造とし、洗面や洗浄等のために水をためる必要がある場合には、おけなどの水受け容器を使用することとされているが、手洗い設備に排水口を塞いで水をためるための器具（ゴム栓）を設置している。

また、施設基準に関する手引において、手洗い設備にオーバーフローを設ける場合には、取り外して洗浄できる構造とすることとされているが、オーバーフローが取り外して洗浄できる構造となっていない。



(注) 当省が平成 28 年 10 月 31 日に当該第 2 種感染症指定医療機関で撮影したものである。

(注) 当省の調査結果による。

表 3-(1)-36 厚生労働省及び調査した都道府県における感染症指定医療機関に対する指定後の
医療施設・設備等の確認状況

(単位：都道府県等、機関、件)

確認方針の有無 〔該当都道府県等数〕	確認する 機会	改善指導 の状況	不適合とみられる事例	
			該当都道 府県等数	該当感染症指 定医療機関数
確認方針なし [4]	0	—	4	8
〔厚生労働省〕	0	—	1	3
〔3 都道府県〕	0	—	3	5
確認方針あり [13]	7	0	5	10
i) 運営費補助金の交付に当たり確認 〔4 都道府県〕	4	0	4	9
ii) 感染症指定医療機関の移転新築や 施設の改修に際して確認 〔7 都道府県〕	2	0	0	0
iii) 感染症の流行期等に確認 〔3 都道府県〕	1	0	1	1

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「確認方針あり」の13都道府県のうち、複数の確認方針があるとしている都道府県があるため、該当する都道府県を重複して計上している。

3 「確認する機会」は、厚生労働省及び調査した16都道府県のうち、平成25年4月1日から28年7月31日までの間に、当省が調査した感染症指定医療機関に対し、指定後の医療施設・設備等の指定基準等の適合状況を確認する機会があったものの数を計上した。

4 「改善指導の状況」は、上記3の確認の結果に基づく当該感染症指定医療機関に対する改善指導の状況である。ちなみに、「確認方針なし」の厚生労働省及び3都道府県については、当該確認自体を行っていないため、「—」としている。

5 「不適合とみられる事例」は、調査した感染症指定医療機関において当省が実地に確認した結果、医療施設・設備等が指定基準等に適合していないとみられるものであり、各事例に該当する都道府県等や感染症指定医療機関の数を示した。特に、「確認方針あり」の5都道府県については、表中のi) からiii) により確認する機会がありながら不適合とみられる事例があったものである。

表 3-1-37 調査した都道府県における感染症指定医療機関の医療施設・設備等の確認や改善指導が不十分と考えられるもの

No.	事例の内容									
1	<p>当該感染症指定医療機関は、平成 11 年 4 月に伝染病隔離病舎からの転換により第 2 種感染症指定医療機関の指定を受け、23 年 11 月に施設の老朽化等に伴い現在地に移転し、施設を新築している。</p> <p>一方、当該指定を行った都道府県では、管内の感染症指定医療機関が移転や施設の建て替えを行った場合、その医療施設・設備が指定基準等に適合しているか現地で確認の上、改めて感染症指定医療機関として指定する運用方針としているが、平成 23 年 11 月の当該感染症指定医療機関の移転の際、当該都道府県は、新病院の医療施設・設備について設計図面での確認のみで現地確認を行っておらず、また第 2 種感染症指定医療機関の指定手続も執っていないかった。</p> <p>当該都道府県では、平成 28 年 11 月に当該感染症指定医療機関の医療施設・設備の現地確認を実施した上で、改めて第 2 種感染症指定医療機関の指定を行うとともに、今後、感染症指定医療機関の指定に係る事務手続を定め、再発防止に努めるとしている。</p> <p>なお、本件を契機として、厚生労働省においても、「第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の移転等に係る取扱いについて」（平成 29 年 3 月 9 日付健感発 0309 第 2 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、各都道府県に対し、感染症指定医療機関の移転等があった場合、新施設や新病室が指定基準に適合していることを必ず確認するよう要請している。</p>									
2	<p>当該都道府県は、韓国で MERS が流行したことを受け、当該都道府県内で MERS 患者が発生した場合の第 2 種感染症指定医療機関の入院医療体制や医療施設・設備に関する実態を把握するため、平成 27 年 6 月、管内の第 2 種感染症指定医療機関 4 機関を対象とした書面調査を実施している。これら 4 機関に対し、医療施設・設備等の指定基準等の適合状況についてチェックリストによる自己点検を求め、うち 3 機関から回答を得ているが、次表のとおり、その医療施設・設備等が指定基準等に適合していないことをうかがわせる実態がみられた。</p> <p>表 当該都道府県管内の第 2 種感染症指定医療機関における医療施設・設備等の指定基準等の適合状況</p> <table border="1" data-bbox="300 1630 1378 2042"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1630 395 1709">医療機関</th> <th data-bbox="395 1630 512 1709">回答の有無</th> <th data-bbox="512 1630 1378 1709">医療施設・設備等が指定基準等に適合していないことをうかがわせる回答内容（主なもの）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1709 395 1951">①</td> <td data-bbox="395 1709 512 1951">有</td> <td data-bbox="512 1709 1378 1951"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い器は手首まで十分に洗える大きさとするたとされているが、設置している手洗い器で手首まで十分に洗うことができるか不明である。 ○ 指定基準では、病室に電話機及びテレビが設置されていることとされているが、病室に電話機が設置されていない。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1951 395 2042">②</td> <td data-bbox="395 1951 512 2042">有</td> <td data-bbox="512 1951 1378 2042"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い設備は水のためられない構造とするたとされているが、全ての病室の手洗い器が水をため </td> </tr> </tbody> </table>	医療機関	回答の有無	医療施設・設備等が指定基準等に適合していないことをうかがわせる回答内容（主なもの）	①	有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い器は手首まで十分に洗える大きさとするたとされているが、設置している手洗い器で手首まで十分に洗うことができるか不明である。 ○ 指定基準では、病室に電話機及びテレビが設置されていることとされているが、病室に電話機が設置されていない。 	②	有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い設備は水のためられない構造とするたとされているが、全ての病室の手洗い器が水をため
医療機関	回答の有無	医療施設・設備等が指定基準等に適合していないことをうかがわせる回答内容（主なもの）								
①	有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い器は手首まで十分に洗える大きさとするたとされているが、設置している手洗い器で手首まで十分に洗うことができるか不明である。 ○ 指定基準では、病室に電話機及びテレビが設置されていることとされているが、病室に電話機が設置されていない。 								
②	有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設基準に関する手引では、手洗い設備は水のためられない構造とするたとされているが、全ての病室の手洗い器が水をため 								

		<p>られる構造となっている。</p> <p>○ 指定基準では、病室に電話機及びテレビが設置されていることとされているが、<u>電話機及びテレビが設置されていない病室がある。</u></p>
③	有	<p>○ 指定基準では、重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていることとされているが、人工呼吸器等の使用ができず、<u>重症の感染症患者等に対する集中治療はできない。</u></p>
④	無	—

(注) 当該都道府県が提出した資料に基づき当省が作成した。

しかしながら、当該都道府県では、管内の第2種感染症指定医療機関におけるこのような実態を把握していながら、当該感染症指定医療機関に対し、医療施設・設備等の指定基準等の適合状況に係る現地確認や改善指導を行っていない。

その理由について、当該都道府県では、①これまで感染症指定医療機関の指定後に医療施設・設備等の指定基準等の適合状況を確認する方針がなかったこと、②施設基準に関する手引は飽くまでもガイドラインであり、適合することが義務付けられているものではなく、指定基準等に適合させるための医療施設・設備の改修費用に係る予算を開設者の地方公共団体で要求しても、義務付けではないもの場合は要求がほとんど認められないため、当該感染症指定医療機関に対し強く指導できないことを挙げている。

(注) 当省の調査結果による。

表 3-1-38 調査した感染症指定医療機関における指定基準等に関する意見

1 感染症指定医療機関の集約化、拠点化、機能分担などの感染症指定医療機関の在り方に関するもの	
医療機関	意見の概要
①	特定の医療機関に感染症指定医療機関を集約する方向での検討を望む。その際、感染症患者等を受け入れた医療機関は一定期間、通常業務を行うことができなくなるため、経済的な補償、医療従事者が他の医療機関に派遣された場合の交通費・宿泊費、給与、防疫手当、死亡・事故時の補償の取扱い等についても併せて検討することが望まれる。
②	海外における感染症患者を収容する病院の規模をみると、欧州諸国では病院を数箇所に集約し、広域を担わせている。日本は国土が狭く、搬送に長時間を要さないことから、医療設備や人的資源を確保するためには、感染症指定医療機関の集約化が必要である。なお、集約化を進めるに当たっては、日本の感染症の発生状況等を勘案すると、平常時には多くの人員や病床が活用されないため、採算面で運営が困難となる。遊休人員・病床の活用対策を検討する必要がある。
③	エボラ出血熱の発生時の対応を振り返ると、感染症指定医療機関は治療に加えて感染防止対応などの専門的な知識、技術及び設備が必要であることを再認識した。現在の体制で日常の診療を行いながら、十分な感染症の診療体制を確保、維持することは困難と感じている。特に、複数の感染症科医師等の確保は、現在の専門医の指定状況では、現実的には不可能であると考え。高いレベルでの治療、感染防止対応を実践するためには、十分な専門医療スタッフを配備できる医療機関を広域に指定した方がよいと考える。
④	各都道府県がそれぞれ第1種感染症指定医療機関を確保、維持するよりは、例えば地域ブロック別に、一つの医療機関(国立大学医学部附属病院や独立行政法人国立病院機構医療センターなどの公的医療機関)に第1種感染症指定医療機関の感染症病床及び診療機能を集約させ、感染症診療のノウハウ、予算及び人員を当該医療機関に集中させる方が、施設・設備面の充実化や人材確保を効率的・効果的に行うことが可能であると考え。
⑤	<p>感染症指定医療機関のうち、地方公共団体が運営する公立病院の多くは、予算的制約等から十分な専門医療スタッフの確保が困難であるが、欧米諸国でのエボラ出血熱患者の診療の場合、患者の入院から退院まで平均3週間前後の入院加療が必要であることが判明しており、日本においても同様に、長期間の集中治療を患者に提供する必要があると予想される。</p> <p>i) 診療施設の集約化・拠点化、ii) 米国のような患者の一時的隔離施設、搬送までの短期収容施設、治療を行う施設等の役割分担化など国としてどのような診療体制が適切なのかを改めて検討する必要がある。その際、感染症医療の専門家や第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関に勤務する医療従事者から意見を収集し、新たな指定基準の策定や体制整備を進めてほしい。</p>
⑥	大学病院などの人的資源がある医療機関を感染症指定医療機関として指定し、感

	染症医療を担当してもらう方が望ましい。
⑦	感染症の指定病床は、いくつかの医療機関に集約して整備し、感染症患者等を受け入れる方が効率的と考える。

2 感染症患者等の診療に携わる専門家チームの派遣、感染症患者等の転院に関するもの	
医療機関	意見の概要
①	感染症指定医療機関間での診療支援（感染症の専門従事者の派遣や患者受入れなど）を行う、集中治療を専門とする医療従事者を外部から招へいできるよう登録制の医療チームを創設するなどの仕組みの構築を提案する。
②	i) 国内で感染症患者等が発生した際、通常の診療を行いながらその医療機関のスタッフのみで治療体制を構築することは、マンパワー的に不可能である。国内に感染症対応の緊急チームを早期に作り、医療機関に派遣する体制を構築してほしい。また、他の医療機関に医療従事者を派遣する際の交通費、宿泊費、給与、防疫手当、事故や死亡時の補償の仕組みを国として整備してほしい。 ii) 感染症患者等の病院への搬送システムを構築してほしい。遠隔の病院への患者搬送に用いる自衛隊機等を実際に使用した患者搬送実地訓練を行いたいと考えている。
③	感染症指定医療機関への医師派遣協定の締結に関して、現在は、全ての費用を派遣先医療機関が負担せざるを得ない状況であり、派遣先医療機関の負担が大きいため、国に派遣先医療機関の負担軽減の仕組みの構築を求める。
④	1 類感染症患者の指定病床数以上の受入れは、感染症病棟における清潔区域の破綻や高い緊張感の持続に伴う医療従事者の疲労・疲弊につながるため、対応は困難である。指定病床数以上の1類感染症患者が発生した場合、他の都道府県の第1種感染症指定医療機関において1類感染症患者を受け入れるよう国が調整してほしい。その際、国は、i) ヘリコプター、救急車、パトカー、自衛隊又は海上保安庁等による他の都道府県への搬送手段や、ii) 他の都道府県にある第1種感染症指定医療機関に1類感染症患者を搬送するための24時間での連絡体制を整備し、それらを第1種感染症指定医療機関等に明示してほしい。
⑤	重症化した感染症患者等への対応が必要となった際は、速やかに感染症の治療及び感染対策の専門家（実際に外国において1類感染症患者等に対応した経験が豊富な医師など）を派遣してほしい。
⑥	感染症病床に感染症患者が入院するケースが全国的にも極めてまれな中で、各感染症指定医療機関に相応の感染症の医療経験を有する医師を配置することは無理がある。このため、i) 国立国際医療研究センターなどの国の研究機関等から医師を派遣するシステム、ii) 都道府県単位又はより広域の単位で診療スタッフを確保するシステムの構築を望む。
⑦	当院は、軽症のエボラ出血熱の疑似症患者の受入れを想定しているが、エボラ出血熱の確定患者に対する治療は現在の体制では困難であるため、エボラ出血熱患者と確定した時点における対応として、高度な治療が可能な他の感染症指定医療機関

	への患者搬送や、国立国際医療研究センター等の医療チームの派遣について制度化してほしい。
⑧	感染症の医療体制については、災害時医療と同様の組織体制の構築が必要であり、感染症患者等が発生した際は、各都道府県に所在する第1種感染症指定医療機関が医療チームを派遣し対応に当たるような組織体制の構築を望む。また、国立国際医療研究センターが中心となって各派遣チームの招集と統制を行うようお願いしたい。
⑨	都道府県において感染症患者等の収容能力を超えた場合、地方公共団体の枠を超えて患者搬送を行う場合が想定される。地方自治体間の患者搬送がスムーズにいくよう、事前の法整備やシステムの構築（特に消防機関や自衛隊を含めた搬送体制の構築）をお願いしたい。
⑩	派遣された医療従事者が派遣先医療機関において感染症に罹患した場合、補償の問題だけではなく、派遣先医療機関への派遣拒否にもなりかねない。このため、国が医療機関の応援に当たる医療従事者を集約し、必要に応じて医療機関に医療従事者を派遣する仕組みを構築することが望ましい。
⑪	感染症対策として、DMAT（災害派遣医療チーム）のような特殊チームを配置することも必要ではないか。当該チームを各感染症指定医療機関に設置することは人的・経費的な面で負担が大きく、病院が独自に維持していくことは困難である。当該チームの設置と維持に当たっては、政策として国等の支援が必要である。また、当院は離島にあり、島内で対応しきれない重症の感染症患者等が発生した場合、島外の感染症指定医療機関に当該患者等を搬送できる手段を検討してほしい（現状では、ドクターヘリ、消防防災ヘリ、自衛隊ヘリ、船舶のいずれも感染症患者等の搬送不可）。
⑫	国内で感染症患者等を受け入れたことがある医療機関は少なく、感染症患者等の診療のノウハウを持たない医療機関同士で連携するよりも、国において、DMATのような組織を感染症分野で設け、当該組織を必要とする医療機関に対し必要な資機材とともに派遣するような仕組みを構築してほしい。
⑬	国や都道府県等で応援医師（感染症内科や呼吸器内科等の医師）を登録しておき、一つの医療機関で対応しきれない場合、速やかに当該医師を派遣できる体制を構築してほしい。
⑭	有事の際は医療スタッフが不足するため、他の医療機関からの派遣体制をあらかじめ整備しておくことが必要である。また、当院だけで他の医療機関との連携体制を構築することは困難であり、保健所等が中心となって地域の医療機関を集めた会合等を定期的に行い、医療スタッフの派遣等について話し合う機会を設けることが望ましい。
⑮	1類感染症患者（疑似症患者を含む。）又は重症化した2類感染症患者を他の医療機関に搬送する手段、受入先医療機関の選定などを広域に調整する制度の構築を希望する。当院は離島にあり、感染症患者以外の患者の島外搬送手段は確立しているが、感染症患者の島外搬送手段がない。

⑩	感染症患者等を受け入れた場合、一般患者の診療が困難となるため、有事の際は、国が権限をもって近隣施設に一般患者を転院させる体制を構築してほしい。
---	---

3 指定基準の見直し、その他国に対する意見・要望に関するもの	
① 感染症の医療の経験を有する医師、感染管理認定看護師について	意見の概要
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定基準の「感染症の医療の経験を有する医師」の経験の水準が不明確である。(1 機関) ・ 感染症に関する資格については、感染症専門医や感染管理認定看護師があるが、これらは民間資格であり、感染症病床での診療に従事できるだけの能力が担保されていると明言できない。感染症病床で診療に当たる人材について、国家資格等の統一的な制度を整備してほしい。(1 機関) ・ 感染管理認定看護師は、指定基準において必ず配置を要するものではないが、平時の感染症に対する取組に始まり、感染症病棟の稼働時には、当該病棟における医療従事者の安全対策の上でも欠くことができない存在である。感染管理認定看護師が多く養成されるよう、感染管理認定看護師の配置を指定要件に定めるべきである。(2 機関) ・ 感染管理認定看護師を養成するため、資格取得に要する費用（授業料、宿泊費、休業補償等）を感染症指定医療機関に対する補助金の対象経費として認めてほしい。(2 機関) ・ 感染管理認定看護師は配置することにより診療報酬の加算が行われるが、感染症専門医及び I C D（インフェクションコントロールドクター）には同様の加算がない。感染症専門医及び I C Dについても配置加算される制度がなければ、これらの医師数は増えないと考える。(2 機関)
② 病室の構造（前室、トイレ及びシャワーの設置）について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定基準には、第 1 種感染症指定医療機関について、病室ごとに前室を設置する旨の規定はないが、前室を病室 2 室の共用とした場合、2 室それぞれに異なる感染症の患者を入院させることは感染管理上望ましくなく、同時に複数の患者を受け入れることは困難である。(2 機関) ・ 施設基準に関する手引において、第 2 種感染症指定医療機関については、旧伝染病棟から転換した場合、トイレ及びシャワー室が病室内になくてもやむを得ないとされているが、病室内で医療処置や生活が完結できることが望ましく、トイレ等は病室内の設置が原則と考える。(1 機関)
③ 感染症病室内の電話機の設置について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定基準では、病室内に電話機を設置することとされているが、現在は携帯電話が普及しているため、電話機の設置を必須とする必要はないと考える。(4 機関) ・ 現在は携帯電話が普及しているが、全ての人が携帯電話を所持しているわけではなく、高齢者等の携帯電話の操作が困難な者もいるため、感染症病室内の電話機設置の義務付けは必要と考える。(3 機関)
④ 感染症指定医療機関にお	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定基準では、「感染症の医療の経験を有する医師が勤務していること」、「重症の救急患者に対し医療を提供する体制が確保されていること」が要

ける感染症対応訓練等の実施について	<p>件とされているが、必要な数の医療従事者が確保され、安全に治療を行うために必要となる教育や訓練が確保されているかどうかは要件とされていない。エボラ出血熱等を想定した個人防護具の着脱など医療従事者が日常の診療では用いない特殊な知識及び技能を事前に習得し、定期的に訓練を繰り返し受けることが担保されることが重要である。(1 機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> 他の特定感染症指定医療機関及び第 1 種感染症指定医療機関が 1 類感染症患者等の受入れについて、どのような対応、訓練を実施しているのか参考にしたいため、特定感染症指定医療機関及び第 1 種感染症指定医療機関の間での情報共有及び連携・協力の仕組みを構築してほしい。(3 機関)
⑤ 感染症指定医療機関に対する財政的支援について	<ul style="list-style-type: none"> 感染症指定医療機関の医療従事者への補償や手当は、各医療機関の規程で決められている。生命の危険性が高い医療従事者に対しては、国としての補償制度を創設して支援してほしい。(1 機関) 感染症患者の診療は一般診療と異なり、施設整備やその運営に対する費用負担が大きく、感染症指定医療機関に対する財政面での支援が不十分である。また、スタッフ間のコミュニケーションを最適化するための各種 IT 機器に対する補助、医療スタッフやオペレーション対応人員の配置など医療施設・設備以外のものに対する補助が必要である。(3 機関)
⑥ 感染症指定医療機関以外の一般の医療機関における感染症対策について	<p>感染症患者等の発生時の初動対応として、行政機関から感染症指定医療機関に対し、感染症患者等の受入れに関する連絡が入ることが前提となっているが、感染症患者等が直接一般の医療機関に来院するケースもある。このような場合に備え、一般の開業医における感染防止対策の徹底や 1 類感染症又は 2 類感染症を疑って診察を行うという認識の醸成を進めるとともに、感染症指定医療機関と一般の医療機関との連携体制を整えてほしい。(1 機関)</p>

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した 45 感染症指定医療機関のうち、指定基準等に関する意見が聴かれたものについて整理した。

(2) 国内で発生した感染症患者等の移送措置の実効性の確保

勧 告	説明図表番号
<p>(国内で発生した感染症患者等の移送)</p> <p>国内で感染症患者等が発生した場合、感染症法に基づき、都道府県知事等は、感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症患者等に対し、それぞれの感染症に対応した感染症指定医療機関への入院勧告又は入院措置（当該勧告に従わない場合）を行うことができるとされている。</p> <p>また、この感染症患者等の感染症指定医療機関への移送については、保健所又は都道府県等の衛生主管部局（以下「保健所等」という。）において実施することとされており、保健所等は、入院勧告又は入院措置により感染症指定医療機関に入院する感染症患者等によって感染症がまん延しないよう配慮しながら、当該感染症指定医療機関に移送することとされている。</p> <p>このため、国内のどの地域でエボラ出血熱等の感染症患者等が発生した場合においても、保健所等は、常時、当該患者等の移送を行うことができる基本的な体制を確保する責務を有している。</p>	<p>表 3-(2)-1</p>
<p>(感染症患者等の移送手段)</p> <p>保健所等においては、感染症患者等の移送手段として、自ら専用車両等を保有したり、民間事業者に移送業務を委託したりして確保することとなる。</p> <p>厚生労働省は、エボラ出血熱が西アフリカを中心に流行が続いている事態を踏まえ、国内におけるエボラ出血熱対策として、保健所等に対する消防機関の協力の在り方について総務省消防庁と協議を行い、その結果を取りまとめ、「エボラ出血熱患者等の移送に係る消防機関の協力について」（平成26年11月28日付け健感発1128第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、都道府県等に対し、通知している。</p> <p>同通知においては、保健所等の移送体制がまだ十分に整っていない地域があり、早急に全国各地域において移送体制を確保していくため、消防機関から移送の協力を得るものとし、その協力を得るに当たっての留意点として、消防機関が移送に協力を行う基本的なケース及び条件を示すとともに、消防機関と保健所等との間で協定等を事前に締結しておくことについて定めている。</p>	<p>表 3-(2)-2 表 3-(2)-3</p>
<p>また、感染症対策強化基本計画においても、感染症患者の移送について、保健所等の体制が十分に整っていない地域における消防機関と保健所等との連携体制の構築に向けた取組を促進することとされている。</p> <p>(感染症患者等の移送訓練)</p> <p>地方公共団体及び感染症指定医療機関等については、感染症対策強化基本計画において、関係機関の対処能力の向上を図るため、関係機関間で連携し</p>	<p>表 3-(2)-4</p>

たエボラ出血熱等の患者の搬送訓練等感染症発生時等の対応訓練等を継続的に実施することとされているが、訓練の内容については、具体的に示されていない。

【調査結果】

今回、27保健所を対象として、感染症患者等の移送手段の確保状況及び移送に係る訓練の実施状況について調査した結果、以下のとおり、感染症患者等の適切な移送が確保されていないものがみられた。

ア 感染症患者等の移送手段の確保状況

14保健所では、感染症患者等を移送するため、その専用車両を保有し、運転手を含む2人以上の体制を確保するとともに、専用車両に同乗する医師等も確保していた。また、専用車両等を確保していない13保健所では、i) 消防機関との間で移送協力に係る協定を締結（8保健所）、ii) 民間事業者との間で移送委託契約を締結（8保健所）、iii) 都道府県との間で専用車両の貸与に係る覚書を締結（1保健所）、iv) 医療機関との間で専用車両の貸与に係る協定を締結（1保健所）すること等により移送手段の確保を図っていた。

他方、次のとおり、関係機関等との移送に関する合意が適切にできず、感染症患者等の移送手段を適切に確保できていない状況もみられた。

① 調査した27保健所のうち3保健所については、離島に所在し、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、エボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を移送する必要性が生じるが、これらの離島を管轄する都道府県において、1類感染症の患者等の島外移送について、当該都道府県のドクターヘリや防災ヘリの利用、民間航空会社との移送契約の締結や自衛隊や海上保安庁への移送協力の要請等を検討したものの、いずれも契約や協定等の締結に至らず、移送手段を確保できない状況になっている。

このため、当該都道府県・保健所からは、自衛隊や海上保安庁への移送協力に係る協議については、厚生労働省にも積極的に関わってほしい旨の意見も聴かれた。

② 民間事業者との間で感染症患者等の移送について協定・契約を締結しているものの、その実効性が確保されていないもの（2保健所）

i) 2類感染症の患者等の移送業務の委託契約において、MERS、SARS及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）を対象から除外しているもの（1保健所）

ii) 委託契約書に1類感染症の患者等の移送について明記されておらず、両者の協議の結果等に基づき交わしたその他の文書等もないことか

表 3-2-5

表 3-2-6

表 3-2-7

<p>ら、1類感染症の患者等が発生した場合における医療機関への移送手段の確保が担保されていないもの（1保健所）</p>	
<p>イ 感染症患者等の移送に係る訓練の実施状況</p>	
<p>27保健所のうち、消防機関との間で移送協力に係る協定等を締結していることが確認できた17保健所を対象として、平成25年度から27年度までの3年間における1類感染症の患者等の移送に係る当該消防機関との合同訓練の実施状況をみると、14保健所では、実際に感染症指定医療機関まで移送する訓練、ストレッチャー操作や防護服（PPE）着脱の訓練等について、消防機関と合同で訓練していた。</p>	<p>表 3-(2)-8 表 3-(2)-9</p>
<p>他方、残る3保健所では、消防機関との合同訓練の具体的な進め方等が厚生労働省から示されていないこともあって、当該保健所が主催した感染症対応訓練において、複数の関係機関を参加させていながら、移送協力を得ることとしている消防機関を参加させておらず、これらの中には、消防機関から有事に備えて訓練を実施してほしいとの要望があるもの（1保健所）や、移送協力に係る感染症法や消防法上の根拠がないとする意見が消防機関内にあるため合同訓練実施の働き掛けを行うまでに至っていないとしているもの（1保健所）がみられた。</p>	<p>表 3-(2)-10</p>
<p>【所見】</p>	
<p>したがって、厚生労働省は、感染症患者等の感染症指定医療機関への移送措置の実効性の確保を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p>	
<p>① 保健所等における感染症患者等の感染症指定医療機関への移送手段の確保状況について確認すること。</p>	
<p>また、その確認の結果、移送手段の確保が不十分な保健所等については、その理由・実情を把握した上で、都道府県等を通じて、当該保健所等が必要な改善措置を講ずるよう助言を行うとともに、都道府県等のみでは改善できないような特段の事情がある場合については、離島からの感染症患者等の移送に係る関係機関等との調整を含め、その改善に向けた対応について、必要な支援を行うこと。</p>	
<p>② 消防機関との連携により感染症患者等の感染症指定医療機関への移送を行うこととしている保健所については、その適切な移送を確保するため、消防機関との合同訓練が定期的実施されるよう、効果的な訓練の取組事例を紹介するなど、都道府県等を通じて必要な助言を行うこと。</p>	

表3-(2)-1 感染症患者等の移送に関する規定

○ 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）〈抜粋〉

（定義等）

第6条 この法律において「感染症」とは、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症をいう。

2 この法律において「一類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 エボラ出血熱
- 二 クリミア・コンゴ出血熱
- 三 痘そう
- 四 南米出血熱
- 五 ペスト
- 六 マールブルグ病
- 七 ラッサ熱

3 この法律において「二類感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 急性灰白髄炎
- 二 結核
- 三 ジフテリア
- 四 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。）
- 五 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。）
- 六 鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型が新型インフルエンザ等感染症の病原体に変異するおそれが高いものの血清亜型として政令で定めるものであるものに限る。第五項第七号において「特定鳥インフルエンザ」という。）

4～6 （略）

7 この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。

- 一 新型インフルエンザ（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。）
- 二 再興型インフルエンザ（かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。）

8 この法律において「指定感染症」とは、既に知られている感染性の疾病（一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）であって、第三章から第

七章までの規定の全部又は一部を準用しなければ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるものとして政令で定めるものをいう。

9 この法律において「新感染症」とは、人から人に伝染すると認められる疾病であつて、既に知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。

10 この法律において「疑似症患者」とは、感染症の疑似症を呈している者をいう。

11 この法律において「無症状病原体保有者」とは、感染症の病原体を保有している者であつて当該感染症の症状を呈していないものをいう。

12～24 (略)

(疑似症患者及び無症状病原体保有者に対するこの法律の適用)

第8条 一類感染症の疑似症患者又は二類感染症のうち政令で定めるものの疑似症患者については、それぞれ一類感染症の患者又は二類感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

2 新型インフルエンザ等感染症の疑似症患者であつて当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のあるものについては、新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

3 一類感染症の無症状病原体保有者又は新型インフルエンザ等感染症の無症状病原体保有者については、それぞれ一類感染症の患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

(入院)

第19条 都道府県知事は、一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の患者に対し特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該患者を入院させるべきことを勧告することができる。

2 (略)

3 都道府県知事は、第一項の規定による勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、当該勧告に係る患者を特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関（同項ただし書の規定による勧告に従わないときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院又は診療所であつて当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。

4 第一項及び前項の規定に係る入院の期間は、七十二時間を超えてはならない。

5～7 (略)

(移送)

第 21 条 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前二条の規定により入院する患者を、当該入院に係る病院又は診療所に移送しなければならない。

(準用)

第 26 条 第十九条から第二十三条まで、第二十四条の二及び前条の規定は、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者について準用する。この場合において、第十九条第一項及び第三項並びに第二十条第一項及び第二項中「特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関」とあるのは「特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関若しくは第二種感染症指定医療機関」と、第十九条第三項及び第二十条第二項中「特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関」とあるのは「特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関又は第二種感染症指定医療機関」と、第二十一条中「移送しなければならない」とあるのは「移送することができる」と、第二十二条第一項及び第二項中「一類感染症の病原体を保有していないこと」とあるのは「二類感染症の病原体を保有していないこと若しくは当該感染症の症状が消失したこと又は新型インフルエンザ等感染症の病原体を保有していないこと」と、同条第四項中「一類感染症の病原体を保有しているかどうか」とあるのは「二類感染症の病原体を保有しているかどうか、若しくは当該感染症の症状が消失したかどうか、又は新型インフルエンザ等感染症の病原体を保有しているかどうか」と読み替えるほか、これらの規定に関し必要な技術的読替えは、政令で定める。

(新感染症の所見がある者の入院)

第 46 条 都道府県知事は、新感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、新感染症の所見がある者に対し十日以内の期間を定めて特定感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該新感染症の所見がある者を入院させるべきことを勧告することができる。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該新感染症の所見がある者を入院させるべきことを勧告することができる。

2 都道府県知事は、前項の規定による勧告を受けた者が当該勧告に従わないときは、十日以内の期間を定めて、当該勧告に係る新感染症の所見がある者を特定感染症指定医療機関（同項ただし書の規定による勧告に従わないときは、特定感染症指定医療機関以外の病院であつて当該都道府県知事が適当と認めるもの）に入院させることができる。

3～7 (略)

(新感染症の所見がある者の移送)

第 47 条 都道府県知事は、前条の規定により入院する新感染症の所見がある者を当該入院に係る病院に移送しなければならない。

○ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令（平成10年政令第420号）

<抜粋>

（特定鳥インフルエンザの病原体の血清型）

第1条 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（以下「法」という。）第
六条第三項第六号の政令で定める血清型は、次に掲げるものとする。

- 一 H五N一
- 二 H七N九

（疑似症患者を患者とみなす感染症）

第4条 法第八条第一項の政令で定める二類感染症は、次に掲げるものとする。

- 一 結核
- 二 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。）
- 三 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。）
- 四 鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルス
であってその血清型がH五N一又はH七N九であるものに限る。次条第九号において
「鳥インフルエンザ（H五N一・H七N九）」という。）

○ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則（平成10年厚生省令第
99号）<抜粋>

（入院患者の移送）

第12条 法第21条に規定する移送は、当該移送を行う患者に係る感染症がまん延しないよう
配慮して行わなければならない。

（注）下線は当省が付した。

表3-②-2 「エボラ出血熱患者等の移送に係る消防機関の協力について」（平成26年11月28日
付け健感発1128第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

エボラ出血熱は、現在、西アフリカを中心に流行が続いており、政府一丸となってその対策
に取り組んでいるところです。

国内において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第
114号）に規定する一類感染症患者又は疑似症を呈する者が発生した場合、都道府県知事、保健
所設置市長及び特別区長は、同法第21条の規定により、特定感染症指定医療機関又は第一種感
染症指定医療機関へ移送することとされており、この事務は保健所において実施されることと
しています。したがって、国内のどの地域でエボラ出血熱患者等（エボラ出血熱患者又は疑似
症を呈する者）が発生した場合においても、保健所又は都道府県衛生主管部（局）（保健所設
置市衛生主管部（局）を含む。）は、常時、エボラ出血熱患者等の移送を行うことができる基
本的な体制を確保する必要があります。

今般、エボラ出血熱患者等の移送について、別紙のとおり消防機関の協力を得られることとなりましたので、了知いただくとともに消防機関との事前の協定等の締結が必要となるなどの諸条件に留意願います。

なお、別紙の文書は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言です。

別紙 「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所等に対する消防機関の協力について」（平成26年11月28日総務省。厚生労働省）

西アフリカを中心に流行が続いているエボラ出血熱の対策については、内閣総理大臣が主宰する関係閣僚会議を中心として、政府一丸となって取り組んでいるところである。

国内においてエボラ出血熱の患者（疑似症を含む。以下同じ。）が発生した場合には、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）第21条の規定により、都道府県知事等が特定又は第一種感染症指定医療機関へ移送を行うこととなり、都道府県知事等は、国内のどの地域でエボラ出血熱の患者が発生した場合でも、常時保健所又は都道府県衛生主管部（局）（保健所設置市衛生主管部（局）を含む。以下「保健所等」という。）が移送を行うことのできる基本的な体制を確保する責務を有している。このため、厚生労働省においては、保健所等が移送を行うに当たって必要な車両・資器材の調達等について支援しているところであるが、現時点の実情としては、移送体制がまだ十分に整っていない地域があり、早急に全国各地域において移送体制を確保していく必要がある。

このような中で、厚生労働省から総務省消防庁に対して保健所等が行う移送について消防機関による協力の要請があったことから、今般、総務省と厚生労働省は、保健所等に対する消防機関の協力のあり方について協議を行い、下記のとおりその内容を定めることとする。

記

1 消防機関が移送に協力を行う基本的なケースについて

消防機関は、以下の2つの場合について、保健所等と事前に協定等を締結した上で協力を行うものとする。

- ① 保健所等において移送に係る車両・資器材を調達し、実際に移送を行うことができる基本的な移送体制は整備されているが、同一保健所管内で同時に複数のエボラ出血熱患者が発生するなど、保健所等の移送能力を超える事態が生じた場合において、当該保健所等の移送能力を超える部分の移送について、消防機関に協力の要請があった場合
- ② 保健所等において移送に係る車両・資器材を調達し、実際に移送を行うことができる基本的な移送体制の整備が行われるまでの間、暫定的に移送への協力の要請があった場合（なお、地域の実情によっては、基本的な移送体制の整備に当たって、保健所等において移送に係る車両・資器材を調達した上で、車両の運行行為等について消防機関が協力する形で行う場合には、恒常的に協力することも差し支えないものとする。）

2 消防機関が移送に協力を行う条件について

消防機関が移送に協力を行うに当たっては、保健所等が以下の事項を実施することを基

本とした上で、消防機関は、当該消防機関の人員体制、救急出動の状況等を踏まえ、可能な限り移送について協力を行うものとする。なお、消防機関の行う協力業務の内容については、両者による協定等の中で可能な限り明らかにするものとする。

- ・ 保健所等は、移送の実施の決定及び入院医療機関の選定を行うこと。
- ・ 保健所等は、その責任において移送車両に医師を同乗させること等により、患者及び移送に当たる職員を医学的管理下に置いた上で移送を行うこと。
- ・ 保健所等は、移送が終了した後の移送に当たった職員等の健康管理、車両の消毒及び廃棄物の処理を行うこと。
- ・ 保健所等は、原則として、移送に係る費用負担を行うこと。
- ・ 保健所等は、上記1②により暫定的に消防機関に協力を要請する場合には、いつまでに移送体制を整備するのか、その予定を明示すること。

3 消防機関と保健所等との間の協定等の締結について

消防機関が移送に協力を行うに当たっては、保健所等が中心となって開催する協議会等の場を活用し、協定等を事前に締結することとする。その際、消防機関と保健所の管轄区域は一致しない場合も多いことから、それぞれ、管轄区域の実情に応じて、各消防機関及び保健所ごとに、又は一の消防機関及び一の保健所を超える広域的な単位で行って差し支えないものとする。

また、当該協定等には、上記2に掲げる条件の明記を必須事項とした上で、必要に応じて、具体的な相互の連絡体制等、細目を定めるものとする。

(注) 下線は当省が付した。

表3-1(2)-3 「自治体におけるエボラ出血熱対応についての調査結果」(平成26年11月10日時点) <抜粋>

全国141自治体に対し、エボラ出血熱疑似症患者の移送における消防機関との連携の有無について調査した結果(平成26年11月10日時点)、68自治体が連携ありと回答している。

主な連携内容は次のとおりであった。

- ・ 消防機関の車両で移送してもらえるよう協定を締結
- ・ 保健所による移送が困難な場合、消防機関と協議の上、移送を依頼
- ・ 保健所が保有する公用車で移送できない容態の患者について消防機関が移送
- ・ 救命処置等が必要な患者について、消防機関の救急車による移送が可能な旨確認済み
- ・ 消防機関が保有する車両の貸出し
- ・ 消防機関から運転手の派遣協力
- ・ 防護服の着脱訓練を合同で実施

表 3-(2)-4 「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画～絶え間ない感染症の脅威に挑戦する日本のアクション～」(平成 28 年 2 月 9 日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) <抜粋>

IV. 各分野別施策について

1～3 (略)

4. 国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化

(1) (略)

(2) 検疫所等関係機関の対処能力の向上及び国内で感染(疑いを含む)が確認された場合の対応の確保

○ 「感染症国内対処能力強化プロジェクト」における「国内関係機関の体制等の強化」に加え、以下により関係機関の対処能力の向上等を図る。

①・② (略)

③ 地方自治体及び感染症指定医療機関等において、関係機関間で連携したエボラ出血熱等の患者の搬送訓練等感染症発生時等の対応訓練及び研修会等を継続的に実施する。【厚生労働省】

④ (略)

⑤ 消防庁において、各消防機関に対し、全ての傷病者に対して標準感染予防策を徹底するとともに、感染症が疑われる傷病者に接した場合の消防機関における基本的対応について、周知徹底する。また、感染症患者の移送について、保健所等の体制が十分に整っていない地域における消防機関と保健所等との連携体制の構築に向けた取組を促進する。【消防庁】

⑥・⑦ (略)

(3)～(5) (略)

(注) 下線は当省が付した。

表 3-(2)-5 調査した保健所における感染症患者等の移送手段・体制の確保状況

保健所No.	移送用車両		移送体制			消防機関との連携				民間委託	その他
	専用車両	公用車	運転手	医療従事者	その他	協力要請	合意	協定締結	協力内容		
①	—	○	○	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等及びMERS患者等の移送	—	—
②	○	—	○	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等の移送	—	—
③	—	—	—	○	○	○	○	○	1類感染症、新感染症、指定感染症の患者等の移送	○	—
④	—	—	—	○	○	○	○	○	1類感染症、新感染症、指定感染症の患者等の移送	○	—
⑤	—	—	—	○	—	○	○	○	1類感染症、新感染症、指定感染症の患者等の移送	○	—
⑥	—	○	○	○	○	○	○	○	1類感染症、新感染症、指定感染症の患者等の移送	○	—
⑦	—	○	○	○	○	○	—	—	—	○	—
⑧	○	—	○	○	○	○	○	○	1類・2類感染症、新感染症、指定感染症及び新型インフルエンザの患者等の移送	—	—
⑨	○	○	○	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等の移送	—	—
⑩	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	保健所設置市の専門の部局が移送業務を担当
⑪	○	—	○	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等の移送	—	—
⑫	○	—	○	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等の移送	—	都道府県が医療機関と移送委託契約を締結
⑬	○	—	—	○	○	○	○	○	エボラ出血熱患者等の移送	○	—
⑭	—	—	—	○	○	○	—	—	—	○	都道府県と車両の貸与に係る覚書を締結
⑮	○	○	○	○	○	○	—	—	—	○	—

⑩										エボラ出血熱患者等の移送	—	保健所設置市が医療機関と車両の貸与に係る協定を締結
⑪										エボラ出血熱患者等の移送	—	都道府県が医療機関と医師派遣の協定を締結
⑫										—	—	都道府県が医療機関と車両の貸与に係る協定を締結
⑬										—	—	—
⑭										全ての感染症患者等の移送	—	—
⑮										エボラ出血熱患者等の移送	—	—
⑯										エボラ出血熱患者等の移送	○	—
⑰										全ての感染症患者等の移送	—	—
⑱										エボラ出血熱、MERSの患者等の移送	—	—
⑲										エボラ出血熱、MERSの患者等の移送	—	—
⑳										全ての感染症患者等の移送	—	—
㉑										エボラ出血熱、MERSの患者等の移送	—	—

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「移送用車両」欄の「専用車両」欄の「○」は移送の手引で示されている感染症専用の車両に適合すると考えられる車両を保有しているもの（調査した保健所自体には当該車両が配備されていないが、当該保健所を管轄する都道府県等の本庁等に配備されている当該車両を有事の際に必要なに応じて使用することとしているものを含む。）、「—」は当該車両を保有していないもの、また、「公用車」欄の「○」は公用車（普通乗用車）を保有しているもの、「—」は保有していないものである。

3 「移送体制」欄の「運転手」欄の「○」は保有車両の運転手を調査した保健所自身で確保しているもの、「—」は確保していないもの、また、「医療従事者」欄の「○」は医師又は看護師を確保しているもの、「—」は確保していないもの、さらに、「その他」欄の「○」は保健師、関係機関との連絡要員、補助職員等を確保しているもの、「—」は確保していないものである。

4 「消防機関との連携」欄の「協力要請」欄の「○」は消防機関に対し協力要請を行っているもの、「—」は協力要請を行っていないもの、また、「合意」欄の「○」は消防機関から感染症患者等の移送協力（感染症指定医療機関への移送、調査した保健所が保有する専用車両の運転行為等に係る協力）について合意が得られているもの、「—」は合意が得られていないもの、さらに、「協定締結」欄の「○」は消防機関との間で感染症患者等の移送協力に係る協定の締結を行っているもの（覚書の締結や取扱要領の策定等を含む。）、「—」は協定締結を行っていないものである。

なお、「協力内容」欄の「患者等」は、移送協力の対象となる感染症の患者又は疑似症患者である。

- 5 「民間委託」欄の「○」は、民間事業者との間で感染症患者等の移送委託契約（民間事業者が保有する専用車両による移送、調査した保健所が保有する専用車両の運転行為等）を締結しているもの、又は感染症患者等の移送が必要な事案が発生した場合に、その都度移送委託契約を締結することとし、毎年度当初、民間事業者に対しその旨の意向を確認しているものである。一方、「－」はこれらに該当しないものである。

表3-2-6 島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関への1類感染症患者等の移送手段を確保していないもの

No.	事例の内容
1	<p>当該保健所は、離島に所在し、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、エボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、感染症法に基づき、当該保健所の責任において島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を移送する必要があるが、当該保健所はその移送手段を確保していない。</p> <p>当該保健所を管轄する都道府県では、これまでドクターヘリや防災ヘリによる島外移送を検討したものの、稼働時間の制約や地域医療に与える影響の大きさ等からいずれも断念している。また、自衛隊機による島外移送も検討しているものの、このことについて自衛隊と協議するまでには至っていない。その一方で、厚生労働省に対しては、離島で感染症患者等が発生した場合の対応策（自衛隊や海上保安庁への協力要請の可否等）について照会しているが、同省から明確な回答は得られていない。</p> <p>当該都道府県は、「有人離島からの感染症患者等の移送手段は、都道府県が努力するだけでは確保できない。都道府県に対応を一任せず、厚生労働省が防衛省や海上保安庁と協議し、一定の道筋を示してほしい」と要望している。</p>
2	<p>当該保健所は、離島に所在し、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、エボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、感染症法に基づき、当該保健所の責任において島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を移送する必要があるが、当該保健所ではその移送手段を確保しておらず、当該保健所を管轄する都道府県においても、ドクターヘリや防災ヘリ等による島外移送を検討したものの、運航委託先の民間事業者の運航規約上の制約等からいずれも実現しておらず、移送手段の確保には至っていない。</p>
3	<p>当該保健所は、離島に所在し、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、エボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、感染症法に基づき、当該保健所の責任において島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を移送する必要があるが、当該保健所はその移送手段を確保していない。</p> <p>当該保健所では、通常島外の医療機関への急患搬送は、自衛隊や海上保安庁のヘリコプターにより行われていることから、1類感染症の患者等についても、当該保健所を管轄する都道府県が自衛隊や海上保安庁への移送協力要請等を行うものと認識しているが、当該都道府県では、自衛隊や海上保安庁との間で移送協力に係る調整等を行う用意がなく、その他の移送手段についても、特段検討を進めているものはなかった。ちなみに、当該保健所では、平成27年度に海上保安庁と新型インフルエンザ等感染症を想定し</p>

	<p>た合同訓練を行い、陰圧機能を備えた移送用機材であるアイソポッドを同庁のヘリコプターに搭載できるか検証し、特段の問題なく移送できることを確認しているものの、1類感染症の患者等も含め、実際に島外移送を行うに当たり必要となる同庁との申合せ等を行うまでには至っていない。</p> <p>なお、当該都道府県では、平成28年10月、厚生労働省に対し、全国衛生部長会を通じて、離島からの1類感染症患者等の患者の移送に係る防衛省や海上保安庁との省庁間協力について見解を求めたところ、同省は、地域の実情に応じて各都道府県と関係機関との間で調整を進める旨を回答するにとどまっている。</p>
--	--

(注) 当省の調査結果による。

表 3-(2)-7 民間事業者との感染症患者等の移送に係る連携の実効性が確保されていないもの

No.	事例の内容
1	<p>当該保健所では、管内において2類感染症の患者等が発生した場合、民間事業者に感染症指定医療機関への当該患者等の移送を委託することとし、平成28年8月1日現在、1事業者との間で委託契約を締結しているが、その契約内容をみると、2類感染症のうちMERS、SARS及び鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)の患者等が移送対象から除外されており、実際に移送が可能なのは急性灰白髄炎、ジフテリア及び結核の患者等に限られている。</p> <p>その理由について、当該保健所では、委託先の民間事業者から、感染力の強いMERS、SARS及び鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9)の患者等を移送する場合、移送従事者に感染する危険性があるとの懸念が示されたため、これらを移送対象から除外したとしている。</p> <p>なお、当該保健所では、MERSの患者等については、前述の民間事業者から了承を得たため、平成29年度分の委託契約において移送対象に追加したとしている。</p>
2	<p>当該保健所設置市では、感染症患者等を移送するための専用車両を保有しており、平成19年から民間事業者との間で、当該車両の管理及び運転業務に係る委託契約を締結している。</p> <p>委託契約書においては、①2類感染症の患者等が発生した場合は当該保健所設置市の指示により民間事業者が当該患者等を感染症指定医療機関に移送する、②2類感染症以外の感染症患者等で同市が必要と認めた場合は、両方で協議の上、同市が指定する医療機関に移送することとされている。</p> <p>当該保健所設置市では、上記②の規定を根拠として、1類感染症の患者等が発生した場合、原則として当該民間事業者が第1種感染症指定医療機関への移送を依頼する方針としており、同市が作成したエボラ出血熱患者等への対応マニュアルにおいても、その旨が記載されている。</p> <p>当該保健所設置市では、1類感染症の患者等の移送について、感染症患者等の移送を委託している民間事業者においても移送対象として認識しているとしている。</p> <p>しかしながら、当該保健所設置市が同事業者との間で交わした移送に関する委託契約</p>

	<p>書においては、2類感染症以外の感染症患者については両者で協議の上医療機関に移送する旨記載されているのみで、1類感染症の患者等の移送を行うことについては、明記されておらず、両者の協議の結果等に基づき交わしたその他の文書等もないことから、1類感染症の患者等が発生した場合における医療機関への移送手段の確保が担保されていない状況にある。</p>
--	--

(注) 当省の調査結果による。

表 3-(2)-8 調査した保健所における移送協力先の消防機関との合同訓練の実施状況

保健所No.	合意時期 (合意文書等)	移送協力先の消防機関との合同訓練の実施状況		
			実施時期	訓練内容
①	27年2月27日 (協定締結)	実施	26年11月20日	ストレッチャー搭載
②	28年3月25日 (協定締結)	実施	28年2月19日	P P E 及び消毒セットの展示、アイソレータ操作、救急車への搬入等
③	21年9月7日 (協議書作成)	実施	27年4月9日	P P E 着脱
			27年4月10日	P P E 着脱
			27年5月13日	P P E 着脱、マスクフィットテスト
			26年11月15日	エボラ出血熱の現状及び感染症対策に関する講演会、P P E 着脱
④	27年6月8日 (協定書作成)	実施	27年1月20、21日	エボラ出血熱及び新型インフルエンザの現状並びに感染症対策に関する講義、P P E 着脱
			27年7月27日	患者移送、ストレッチャー操作、救急車の消毒
			27年11月10日	感染症の現状及び感染症対策に関する講演、P P E 着脱
⑤	27年2月9日 (協議書作成)	実施	28年2月19日	P P E 着脱
⑥	27年11月1日 (要領策定)	実施	25年11月26日	P P E 着脱
			26年11月22日	P P E 着脱
			28年2月27日	感染症及びその対策に係る講演会、P P E 着脱
⑦	27年7月21日 (覚書作成)	実施	25年4月22日	陰圧テント設置、アイソレータ操作
			27年8月頃	救急自動車養生
⑧	27年10月1日 (協定書作成)	実施	28年3月11日	救急車による移送
⑨	27年3月5日 (協力依頼)	実施	27年3月13日	ストレッチャー操作
⑩	28年3月23日 (協定書作成)	実施	26年12月18日	P P E 着脱
⑪	27年7月1日 (覚書作成)	実施	26年12月19日	患者移送、病院への収容、P P E 着脱
⑫	27年4月21日 (覚書作成)	実施	27年11月24日、 12月1日	エボラ出血熱の基礎知識に関する講演会、P P E 着脱、アイソレータ操作、車両消毒の手順確認

⑬	27年6月15日 (覚書作成)	実施	27年1月28、29日	アイソレータ操作、移送車への搬入
⑭	27年7月21日 (協定書作成)	未実施	—	—
⑮	27年3月9日 (協定書作成)	未実施	—	—
⑯	27年2月5日 (協定書作成)	未実施	—	—
⑰	26年12月24日 (協定書作成)	実施	25年10月31日	関係機関との連絡体制の確認
			26年10月15日	PPE着脱、患者移送
			27年1月21、22日	エボラ出血熱に関する予防対策講習会、PPE着脱
			27年3月22日	アイソポッドを使用した患者移送

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した27保健所のうち、消防機関との間で移送協力に係る合意がなされた事実が確認できた17保健所について、平成25年度から27年度までの間における当該消防機関との合同訓練の実施状況を整理した。

3 ⑯の保健所については、合意文書は作成していないが、移送協力要請に係る要領の作成時に消防機関に対し協力の意思を確認したとしている。

表3-(2)-9 調査した保健所において消防機関と合同でエボラ出血熱患者等の移送訓練を実施しているもの（具体例）

区分	内 容	
消防機関との合意状況	協定名	「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所に対する消防機関の協力に関する協定書」（平成27年6月8日）
	協力条件	① 患者が座位を保持できない場合 ② 保健所の公用車では対応できない医療的ケア（酸素吸入等）が必要と保健所所長が判断する場合 ③ その他やむを得ない理由により保健所の公用車が使用できない場合
	役割分担	（保健所） ① 移送の実施の決定及び入院医療機関の選定 ② 移送に際しての患者、従事職員等の医学的管理（医師の同乗等） ③ 移送に従事した職員等の健康管理 ④ 車両の消毒及び廃棄物の処理 ⑤ 移送に係る費用の負担 （消防機関） ① 車両提供 ② 運転業務

	訓練実施に係る規定	「対策の円滑な推進を図るため、各種情報共有及び事前の準備・研修・訓練を行い、相互の連携の強化に努めるものとする。」（協定書第4条）	
合同訓練の実施状況	訓練名	「エボラ出血熱患者発生対応訓練」（平成27年7月27日）	
	参加機関	主催：保健所 参加機関：消防機関、感染症指定医療機関、都道府県	
	訓練内容	機関名	役割分担
		保健所	患者の診断、患者移送・入院に関する関係機関への連絡、検体の受領・梱包、救急車の消毒
消防機関		感染症指定医療機関への疑似症患者の移送	
感染症指定医療機関	疑似症患者の受入れ		

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査した保健所と消防機関との間で移送協力に係る協定を締結した後、当該保健所が当該協定に従い実施したエボラ出血熱患者等の移送訓練について整理した。

表3-2-10 調査した保健所において移送協力先の消防機関との合同訓練を実施していないもの

No.	事例の内容																
1	<p>当該保健所は、平成27年7月21日、消防機関との間でエボラ出血熱患者等の移送に関する協定を締結し、協定書には、①当該保健所管内で同時に複数のエボラ出血熱患者が発生する等保健所の移送能力を超える事態が発生した場合、当該消防機関が移送用車両の運転行為により移送に協力すること、②両機関が事前に協議の上、移送業務に係る訓練及び研修を実施すること等が盛り込まれている。</p> <p>しかし、平成25年度から27年度までの間に、当該保健所が実施した感染症対応訓練の訓練内容をみると、当該消防機関と合同での移送訓練は実施されていなかった。</p> <p>表 保健所が実施した感染症対応訓練</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>訓練名</th> <th>参加機関</th> <th>訓練内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成25</td> <td>(未実施)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成26</td> <td>エボラ出血熱患者搬送訓練</td> <td>都道府県、市町村、感染症指定医療機関等(計7機関)</td> <td>疑い患者から連絡を受けた保健所が、疑い患者を自宅(保健所で代替)から感染症指定医療機関に移送</td> </tr> <tr> <td>平成27</td> <td>新型・鳥インフルエンザに係る防護服着脱訓練</td> <td>—</td> <td>保健所職員がPPEの着脱技術を習得するための単独訓練</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該消防機関では、管内で1類感染症の患者等が発生した場合に備えて、関係機関相互</p>	年度	訓練名	参加機関	訓練内容	平成25	(未実施)			平成26	エボラ出血熱患者搬送訓練	都道府県、市町村、感染症指定医療機関等(計7機関)	疑い患者から連絡を受けた保健所が、疑い患者を自宅(保健所で代替)から感染症指定医療機関に移送	平成27	新型・鳥インフルエンザに係る防護服着脱訓練	—	保健所職員がPPEの着脱技術を習得するための単独訓練
年度	訓練名	参加機関	訓練内容														
平成25	(未実施)																
平成26	エボラ出血熱患者搬送訓練	都道府県、市町村、感染症指定医療機関等(計7機関)	疑い患者から連絡を受けた保健所が、疑い患者を自宅(保健所で代替)から感染症指定医療機関に移送														
平成27	新型・鳥インフルエンザに係る防護服着脱訓練	—	保健所職員がPPEの着脱技術を習得するための単独訓練														

の連携体制やPPEの着脱方法等を確認しておく必要があるため、保健所が主体的に合同訓練を実施してほしいと要望している。

2 当該保健所は、平成27年3月9日、消防機関との間でエボラ出血熱患者等の移送に関する協定を締結し、協定書には、①当該消防機関は、保健所から要請があったとき、患者の所在地に車両を移動させ、保健所職員等と連携の上、車両の運転や車両への患者の搬入、入院医療機関への患者の搬入を行うこと、②両機関が事前に協議の上、移送業務に係る訓練及び研修を実施すること等が盛り込まれている。

しかし、平成25年度から27年度までの間に、当該保健所が実施した感染症対応訓練の訓練内容をみると、ほとんどが保健所の単独訓練の形で実施されており、当該消防機関と合同での移送訓練は実施されていなかった。

表 保健所が実施した感染症対応訓練

年度	訓練名	参加機関	訓練内容
平成25	感染症危機管理 対策チーム対応 訓練	— (単独訓練)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症危機管理に関する講話 ・新型インフルエンザ等の発生を想定した図上(机上)訓練 ・PPE着脱
平成26	感染症危機管理 対策チーム対応 訓練	— (単独訓練)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症危機管理に関する講話 ・新型インフルエンザ等の発生を想定した図上(机上)訓練 ・PPE着脱
	感染症対応訓練	都道府県、市郡医師会、厚労省本省等(計8機関)	<ul style="list-style-type: none"> ・アイソレータ貸与依頼 ・PPE着脱 ・患者移送 ・疫学調査 ・移送用車両消毒 ・検体梱包・搬送
平成27	感染症危機管理 対策チーム対応 訓練	— (単独訓練)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症危機管理に関する講話 ・新型インフルエンザ等の発生を想定した図上(机上)訓練 ・PPE着脱 ・アイソレータの救急車への搬入
	中東呼吸器症候群への感染症対応訓練	— (単独訓練)	<ul style="list-style-type: none"> ・MERSの病態、流行状況、感染防止対策、発生時の体制についての学習 ・問診票の確認 ・PPE着脱 ・検体の梱包

	<p>当該保健所及び当該消防機関では、エボラ出血熱の発生が終息しているため、合同訓練の実施予定や実施要望はないとしている。</p>																		
3	<p>当該保健所は、平成27年2月5日、消防機関との間でエボラ出血熱患者の移送に関する協定を締結し、協定書では、当該保健所の移送能力を超える事態が生じた場合等には、当該消防機関が移送に協力する旨を定めている。</p> <p>しかし、平成25年度から27年度までの間に、当該保健所が実施した感染症対応訓練の訓練内容をみると、当該消防本部と合同での移送訓練は実施されていなかった。</p> <p>表 保健所が実施した感染症対応訓練</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>訓練名</th> <th>参加機関</th> <th>訓練内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成25</td> <td>(未実施)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平成26</td> <td>エボラ出血熱対応訓練</td> <td>—</td> <td>自衛隊機によるエボラ出血熱の疑似症患者の移送を想定し、保健所職員による患者対応、患者移送、移送後の消毒訓練を実施</td> </tr> <tr> <td>平成27</td> <td>平成27年度MERS机上演習</td> <td>市町村、都道府県</td> <td>MERS患者発生時の関係機関の役割と取組について説明し、防護服の着脱訓練を実施するとともに、MERS患者の国内発生を想定した机上演習を実施</td> </tr> </tbody> </table> <p>当該消防機関は、①消防機関は保健所の移送能力では不十分な部分に限り協力すると協定書で明示していること、②保健所が移送訓練を実施していること、③消防機関は日常的に患者搬送業務を行っており、感染症患者の搬送も基本的には同じであること等を理由として、保健所との合同訓練は特に希望していない。</p> <p>一方、当該保健所では、感染症患者の移送は、防護服を装着し、感染管理に留意しながら行う特殊なものであり、有事を想定して実働訓練を実施し、基本的な動作を確認・習熟しておくことが極めて重要と認識しているが、エボラ出血熱患者の移送協力については、感染症法及び消防法のいずれの裏付けもないとする救急隊員の意見があり、合同訓練を呼び掛けるまでに至っていない。</p>			年度	訓練名	参加機関	訓練内容	平成25	(未実施)			平成26	エボラ出血熱対応訓練	—	自衛隊機によるエボラ出血熱の疑似症患者の移送を想定し、保健所職員による患者対応、患者移送、移送後の消毒訓練を実施	平成27	平成27年度MERS机上演習	市町村、都道府県	MERS患者発生時の関係機関の役割と取組について説明し、防護服の着脱訓練を実施するとともに、MERS患者の国内発生を想定した机上演習を実施
年度	訓練名	参加機関	訓練内容																
平成25	(未実施)																		
平成26	エボラ出血熱対応訓練	—	自衛隊機によるエボラ出血熱の疑似症患者の移送を想定し、保健所職員による患者対応、患者移送、移送後の消毒訓練を実施																
平成27	平成27年度MERS机上演習	市町村、都道府県	MERS患者発生時の関係機関の役割と取組について説明し、防護服の着脱訓練を実施するとともに、MERS患者の国内発生を想定した机上演習を実施																

(注) 当省の調査結果による。