

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集

平成24年（2012年）

平成25年3月

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

序

ここ数年は感染症発生動向調査と関連が深い予防接種の話題が続いています。定期予防接種対象疾患のポリオは平成24年9月に単味の不活化ポリオワクチン（IPV）、11月にDPTとの4種混合ワクチン（DPT-IPV）が導入され、低下していた接種率の改善が期待されます。子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業により公費助成が行われたインフルエンザ菌b型（ヒブ）ワクチン、小児用肺炎球菌結合型ワクチン、ヒトパピローマウイルスワクチンは平成25年4月から定期接種化される予定です。すでにヒブ、肺炎球菌による小児の細菌性髄膜炎の減少が報告され、より正確な把握のために、平成25年4月からは侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症が新たに五類感染症に加えられました。一方では定期接種化への期待が高かった水痘、おたふくかぜ、B型肝炎、成人用肺炎球菌の4ワクチンは任意接種のままに据え置かれました。これらの疾患も接種率が上がると感染症発生動向調査で把握されている発生数に大きな影響がでると考えられます。

麻疹は3期、4期のワクチン接種は平成24年度で終了しますが、報告数は非常に少なくなり、日本土着株（D型）の発生は平成22年5月を最後に報告がありません。しかし、麻疹は平成23年より増加し、24年、25年と増加の一途で、先天性麻疹症候群も増加しています。小児のみではなく、幅広い年齢層を対象としたワクチン接種の推進が必要です。

ワクチン関連以外では感染性胃腸炎、特にノロウイルスの流行とそれに関連する死亡例が目立ちました。またRSウイルス感染症は例年にない夏期からの流行で多発しました。新しい疾患の報告もありました。平成25年1月に重症熱性血小板減少症候群の国内発生が確認され、3月に四類感染症に追加されました。国内発生はありませんが、平成24年9月から新種のコロナウイルス（HCoV-EMC）による重症例の報告もあります。最新の情報では中国での鳥インフルエンザA/H7N9のヒト感染の広がりが報告され、新型インフルエンザ発生の不安が強まっています。

本事業は福岡県と福岡県医師会の合同事業として、昭和53年（1978年）7月に開始され、長い歴史を持っていますが、本県独自のシステムとして福岡県医師会に委託、運営する方法を継続しています。発生が多い五類感染症の定点把握対象疾患、福岡県独自のいくつかの疾病、及び結核を中心に情報収集・解析を行っていますが、276の患者定点、39の検査定点を中心に多数の医療機関の先生方、県庁、県保健環境研究所をはじめ関係各機関の協力で成り立つ事業です。我が国の感染症発生動向調査は、平成11年4月1日に施行された感染症法により法律に基づく調査となりました。類型化されたすべての感染症が対象となっており、本資料集にも一類から五類の全数把握対象感染症について記載しております。県内の感染症の調査解析に対する本事業、委員会の役割は大きいと考えています。

この事業資料集は福岡県医師会松田峻一良会長の下に行われた活動の平成24年1年間の総括です。ファックス・電子メールでの週報による情報収集・還元を基本とし、県医師会等におけるWEBサイトでの情報公開、県医報に掲載の月報、そして本資料集を年報として刊行し、今年は本資料集の大幅なカラー化も行いました。平成21年9月から資料集の主な内容を、23年10月からインフルエンザ報告状況マップを医師会のホームページで閲覧できるようにいたしました。これらの情報を県民の健康維持と増進のために、県内及び国内の感染症情報、感染症の流行予測、予防接種の問題点の資料として、十分に活用していただくことを願っています。

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

委員長 青木知信

目 次

I) 事業実施方法	
1) 事業一覧表	1
2) 事業フローチャート	2
3) 患者情報フローチャート	3
4) 検査情報フローチャート	4
5) 定点医療機関数の年次推移	5
6) 定点医療機関所在地図	6
II) 各疾病の動向	
1) 全体の概要	11
2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表	
1. インフルエンザ [小児科・内科定点]	16
2. RSウイルス感染症 [小児科定点]	18
3. 咽頭結膜熱 [小児科定点]	20
4. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 [小児科定点]	22
5. 感染性胃腸炎 [小児科定点]	24
6. 水痘 [小児科定点]	28
7. 手足口病 [小児科定点]	30
8. 伝染性紅斑 [小児科定点]	32
9. 突発性発しん [小児科定点]	34
10. 百日咳 [小児科定点]	36
11. 風しん [小児科定点]	38
12. ヘルパンギーナ [小児科定点]	40
13. 麻しん [小児科定点]	42
14. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]	44
15. 川崎病 (MCLS) [小児科定点]	46
16. 急性脳炎 [小児科定点]	48
17. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]	50
18. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]	52
19. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]	54
20. クラミジア肺炎 [小児科定点]	56
21. 急性出血性結膜炎 [眼科定点]	58
22. 流行性角結膜炎 [眼科定点]	60
3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表	
1. 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎はのぞく) [基幹定点]	62
2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]	64
3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]	66
4. クラミジア肺炎 (オウム病を除く) [基幹定点]	68

5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕	70
6. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症〔基幹定点〕	72
7. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症〔基幹定点〕	74
8. 薬剤耐性アシネトバクター感染症〔基幹定点〕	76
9. 薬剤耐性緑膿菌感染症〔基幹定点〕	78
4) 性感染症の解説と図表	80
1. 性器クラミジア感染症	84
2. 性器ヘルペスウイルス感染症	85
3. 尖圭コンジローマ	86
4. 淋菌感染症	87
5. 梅毒	88
5) 結核の解説と図表	90
6) 福岡県における全数把握対象疾患について	94
III) 検査情報	
検査情報の解説	
1) ウイルス編	97
2) 細菌編	111
IV) 患者報告数情報	
1) 地域別・疾病別年間報告数	113
2) 年齢区分別・疾病別年間報告数	115
3) 週別・疾病別年間報告数	119
4) 年齢区分別・疾病別年間報告数	122
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較	123
6) 各還元形式（週報・月報・福岡県医師会ホームページのサンプルを掲載）	126
V) 記 事	
1) 平成24年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿	139
2) 平成24年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会	140
3) 平成24年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿	141
VI) 参考資料	
1) 感染症発生動向調査事業実施要綱	149
2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準	154
3) 検査結果コード表（基幹定点通報用）	196
4) 平成24年通知文書一覧	198
VII) 編集委員	

I) 事業実施方法

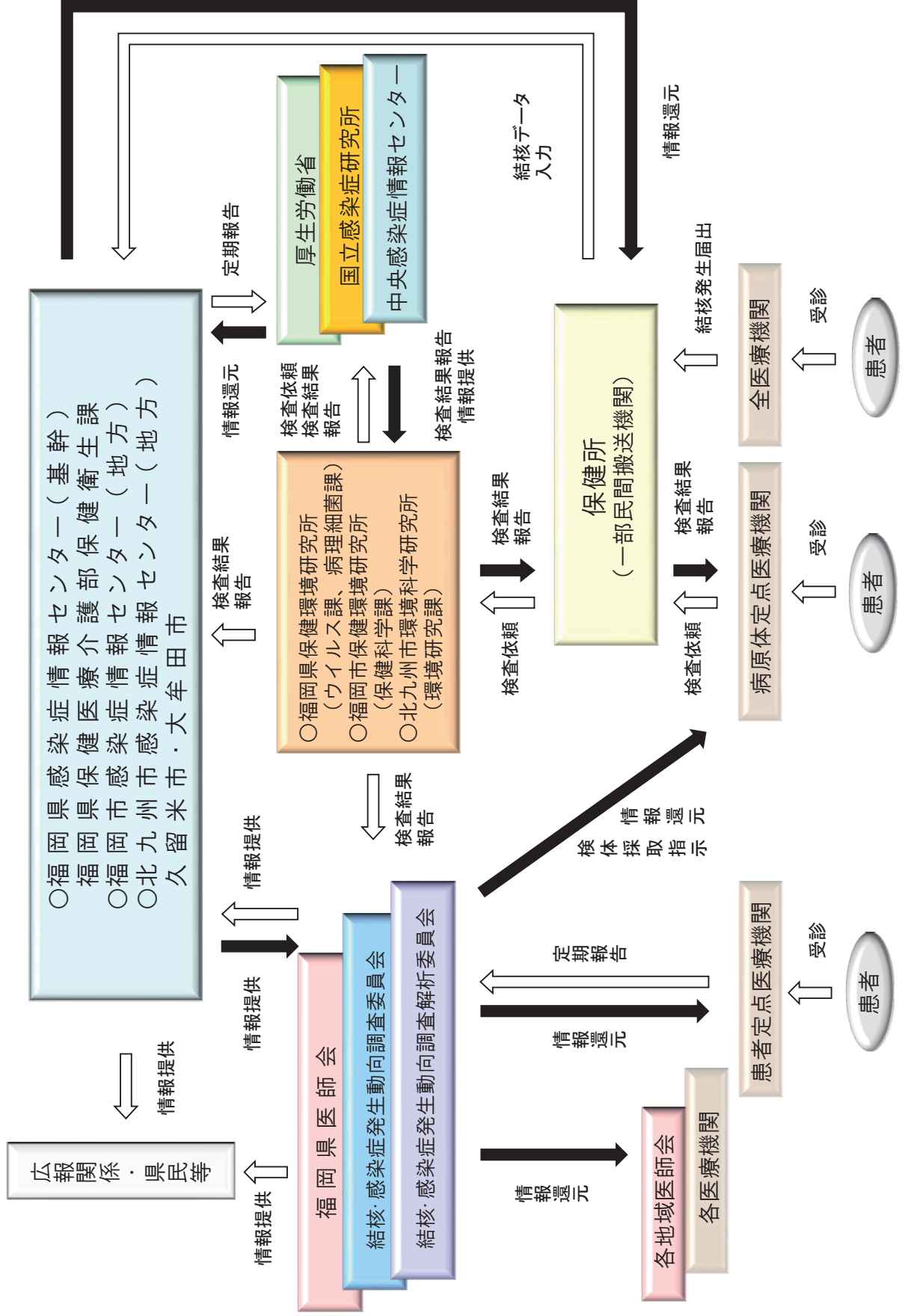
1) 事業一覧表

福岡県結核・感染症発生動向調査事業一覧表

区 分	内 容	
実 施 主 体	福岡県・北九州市・福岡市・大牟田市・久留米市	
実 施 方 法	福岡県医師会に委託	
要 綱・要 領 等	感染症発生動向調査事業実施要綱	
委 員 会 の 設 置	結核・感染症発生動向調査委員会(福岡県医師会内)	
発 生 情 報 及 び 還 元 方 法	対 象 疾 病	インフルエンザ定点(内科定点+小児科定点): インフルエンザ 小児科定点: RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳、風しん、ヘルパンギーナ、麻しん、流行性耳下腺炎、川崎病(MCLS)、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎 眼科定点: 急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎 性感染症定点: 性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症、梅毒 基幹定点: 細菌性髄膜炎(髄膜炎菌性髄膜炎は除く)、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、インフルエンザ(入院)、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症 ※結核は全医療機関からの報告
	情 報 収 集 方 法	定点医療機関から福岡県医師会に報告
	報 告	週報、月報、年報及びホームページ
	定 点 医 療 機 関 数	総数 276 (種別: 内科 78、小児科 120、眼科 26、皮膚・泌尿器・産婦人科 37、基幹 15 / ブロック別: 北九州 62、福岡 125、筑豊 33、筑後 56 / 管轄別: 北九州市 51、福岡市 70、福岡県 155)
検 査 及 び 還 元 等	還 元 方 法	<pre> graph LR A[医療機関] --> B[福岡県] A --> C[北九州市] A --> D[福岡市] A --> E[大牟田市] A --> F[久留米市] B --> B1[保健所] B --> B2[保健環境研究所] B --> B3[県教育委員会] B --> B4[西日本各県・指定都市] B --> B5[その他] C --> C1[保健所] C --> C2[環境科学研究所] C --> C3[市立医療センター] C --> C4[その他] D --> D1[保健所] D --> D2[保健環境研究所] D --> D3[こども病院・感染症センター] D --> D4[その他] E --> E1[保健所] E --> E2[その他] F --> F1[保健所] F --> F2[その他] </pre>
	検 査 対 象 疾 病	インフルエンザ、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、手足口病、百日咳、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、急性脳炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎
	検 体 搬 送 方 法	病原体定点 { 保健福祉環境事務所 — 福岡県保健環境研究所 北九州中央臨床検査センター — 北九州市環境科学研究所 シー・アール・シー — 福岡市保健環境研究所
	検 査 機 関	福岡県保健環境研究所・北九州市環境科学研究所・福岡市保健環境研究所
	還 元 方 法	福岡県保健環境研究所 — 福岡県・北九州市・福岡市 北九州市環境科学研究所 — 保 健 所 — 病原体定点 福岡市保健環境研究所 — 福岡県医師会
情 報 分 析・検 討	結核・感染症発生動向調査委員会(結核・感染症発生動向調査解析委員会)	
疾 病 予 防 対 策 の 実 施	福岡県・北九州市・福岡市・大牟田市・久留米市・福岡県医師会	
広 報 等	広報室または広報課(定期・随時)、インターネット、新聞、ラジオ、テレビ、福岡県医報(毎月・急を要するものは週報)	

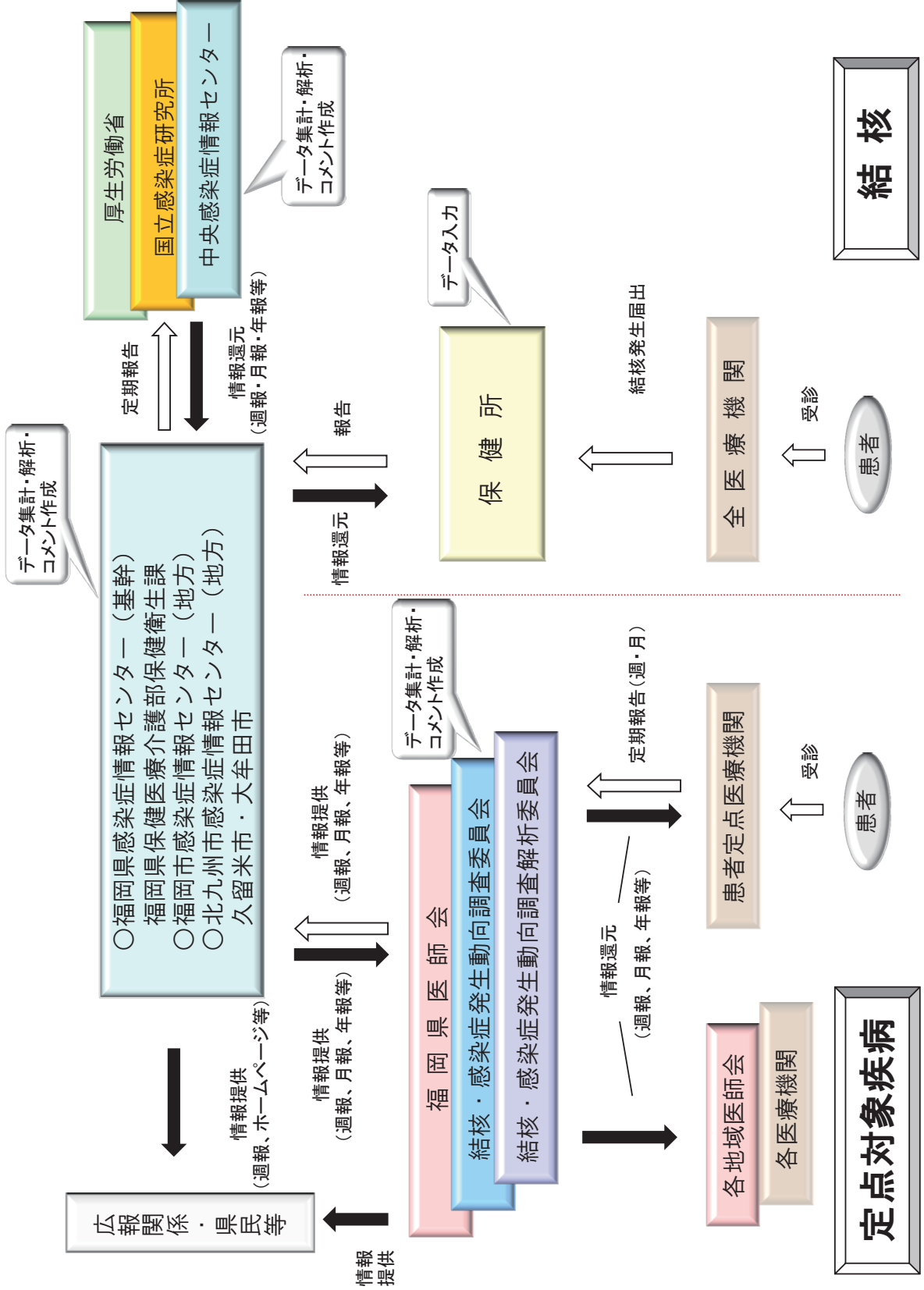
2) 事業フローチャート

感染症発生動向調査事業フローチャート



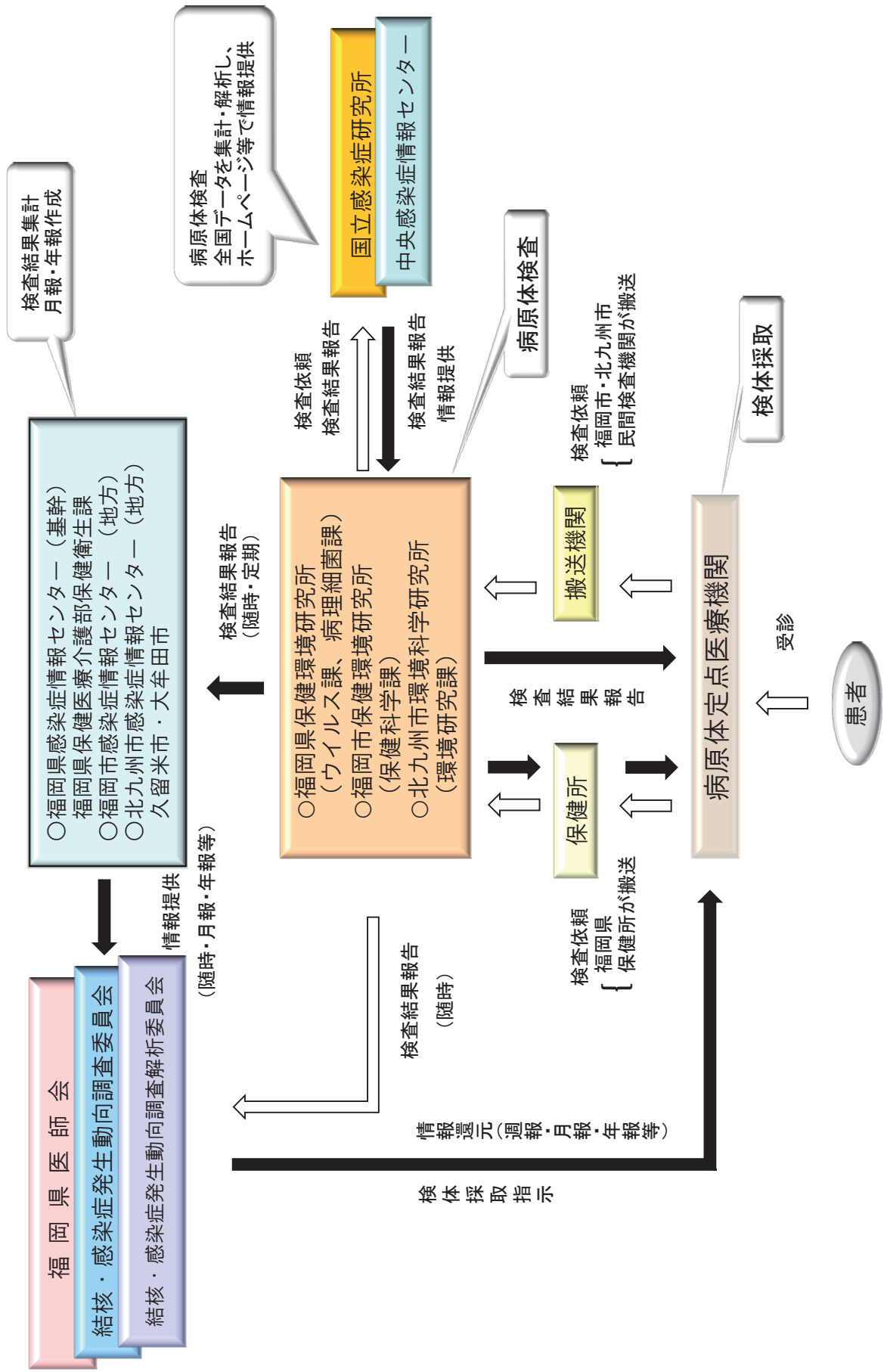
3) 患者情報フローチャート

患者情報（結核及び定点対象疾病）のフローチャート



4) 検査情報フローチャート

検査情報（病原体定点）のフローチャート



5) 定点医療機関数の年次推移

※宗像及び遠賀保健福祉環境事務所の統合により、平成22年から遠賀中間地区を、北九州ブロックから福岡ブロックへ移行した。従って、定点数合計に変化はないが、北九州ブロックと福岡ブロックの定点数が変更されている。

(1) ブロック別にみた定点医療機関総数(平成15年～平成24年)

	平成15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年
北九州	71	71	71	71	71	71	71	62	62	62
福岡	116	116	116	116	116	116	116	125	125	125
筑豊	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
筑後	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
合計	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

(2) ブロック別にみた小児科定点(旧 内科・小児科定点)医療機関総数(平成15年～平成24年)

	平成15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年
北九州	34	34	34	34	34	34	34	29	29	29
福岡	49	49	49	49	49	49	49	54	54	54
筑豊	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
筑後	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
合計	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

注)平成12年から内科定点はインフルエンザのみを報告する定点

(3) ブロック別にみた眼科定点医療機関数(平成15年～平成24年)

	平成15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年
北九州	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7
福岡	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12
筑豊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
筑後	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
合計	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26

(4) ブロック別にみた性感染症定点医療機関数(平成15年～平成24年)

	平成15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年
北九州	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
福岡	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
筑豊	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
筑後	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
合計	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37

注)性感染症定点医療機関は皮膚科、泌尿器科あるいは産婦人科を標榜する医療機関

(5) ブロック別にみた病原体定点医療機関数(平成15年～平成24年)

	平成15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年
北九州	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
福岡	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
筑豊	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
筑後	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
合計	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39

注)平成12年から小児科定点、内科定点、眼科定点の約10%、基幹定点の全数

(6) ブロック別・政令市別にみた定点医療機関数(平成24年)

種類	合計	北九州(うち北九州市)	福岡(うち福岡市)	筑豊	筑後
小児科定点	120	29(24)	54(29)	14	23
内科定点	78	14(11)	39(22)	8	17
眼科定点	26	7(6)	12(7)	3	4
性感染症定点	37	9(8)	15(10)	5	8
基幹定点	15	3(2)	5(2)	3	4
定点総数	276	62(51)	125(70)	33	56

定点*の種別別対象疾病一覧

(平成24年12月31日現在)

疾病名	内科定点	小児科定点	眼科定点	性感染症定点	基幹定点
	(78 定点)	(120 定点)	(26 定点)	(37 定点)	(15 定点)
インフルエンザ	○	○			○(入院)
RSウイルス感染症		○			
咽頭結膜熱		○			
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		○			
感染性胃腸炎		○			
水痘		○			
手足口病		○			
伝染性紅斑		○			
突発性発しん		○			
百日咳		○			
風しん		○			
ヘルパンギーナ		○			
麻しん		○			
流行性耳下腺炎		○			
川崎病(MCLS)		○			
急性脳炎		○			
細菌性髄膜炎		○			○
無菌性髄膜炎		○			○
マイコプラズマ肺炎		○			○
クラミジア肺炎		○			○
急性出血性結膜炎			○		
流行性角結膜炎			○		
性器クラミジア感染症				○	
性器ヘルペスウイルス感染症				○	
尖圭コンジローマ				○	
淋菌感染症				○	
梅毒				○	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症					○
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症					○
薬剤耐性アシネトバクター感染症					○
薬剤耐性緑膿菌感染症					○

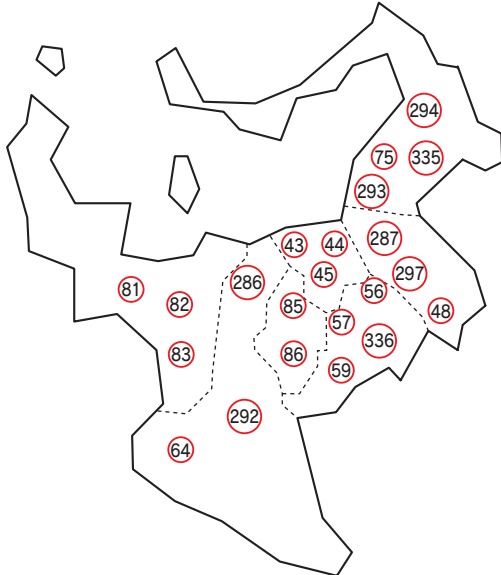
* 定点についての詳細は、VI参考資料「感染症発生動向調査事業実施要綱」(P149～P153)を参照ください。

6) 定点医療機関所在地地図

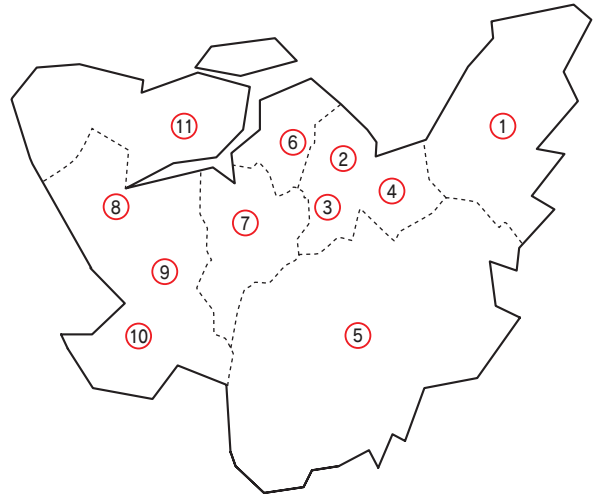
※宗像及び遠賀保健福祉環境事務所の統合により、平成22年から遠賀中間地区を、北九州ブロックから福岡ブロックへ移行した。

(1) 平成24年内科定点 (78定点)

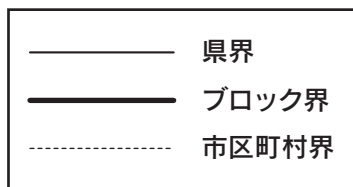
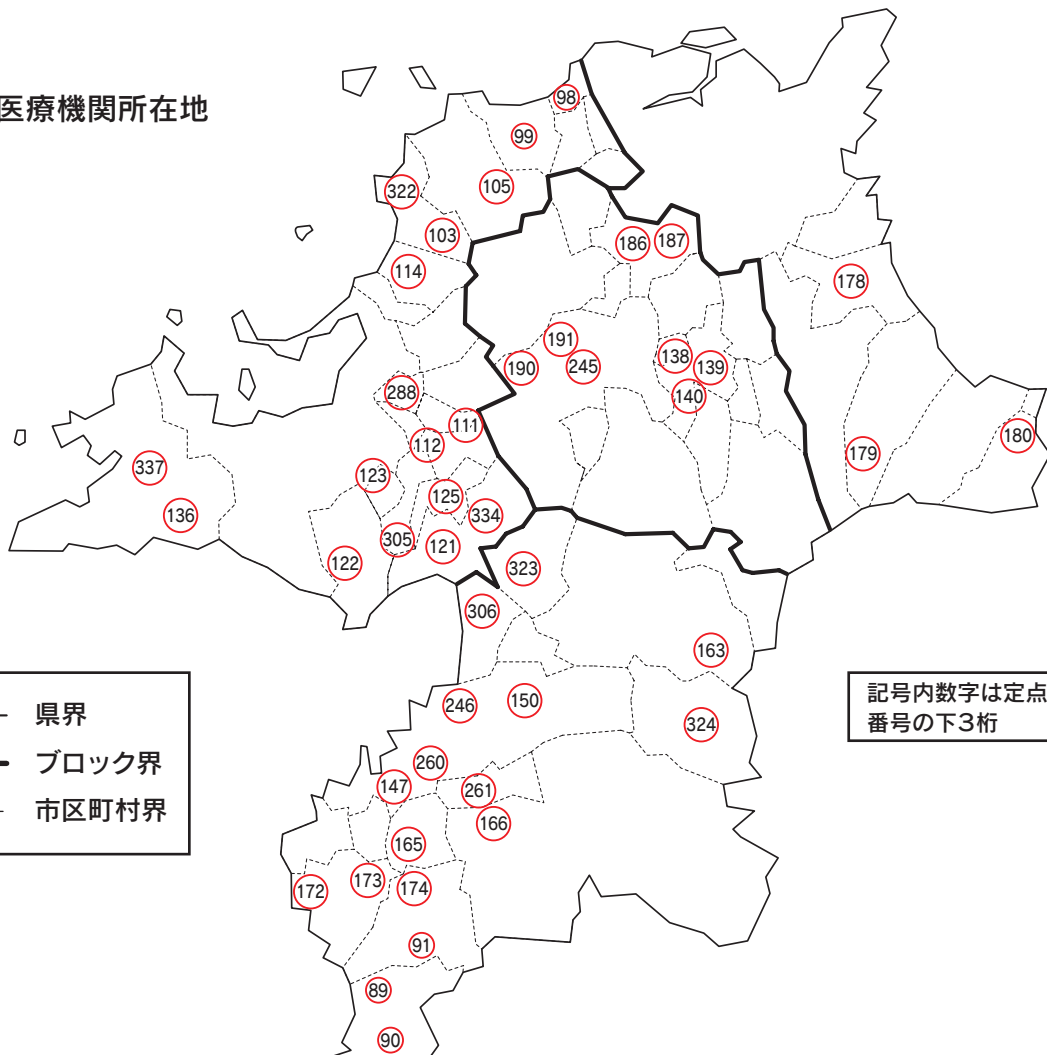
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地

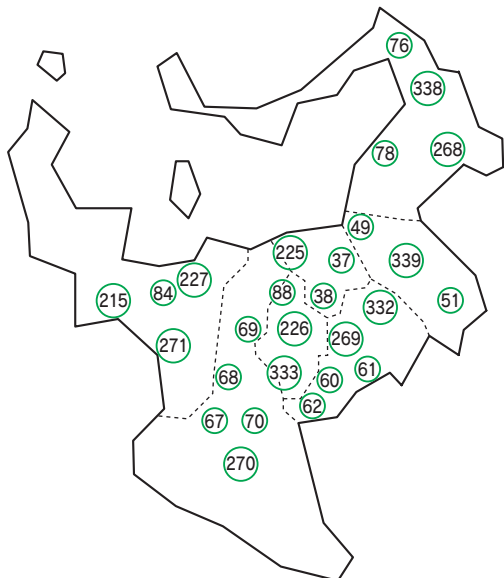


記号内数字は定点コード番号の下3桁

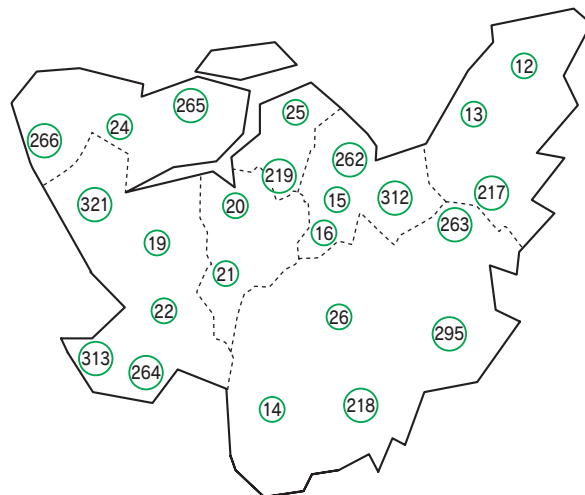
(平成24年12月31日現在)

(2) 平成24年小児科定点 (120定点)

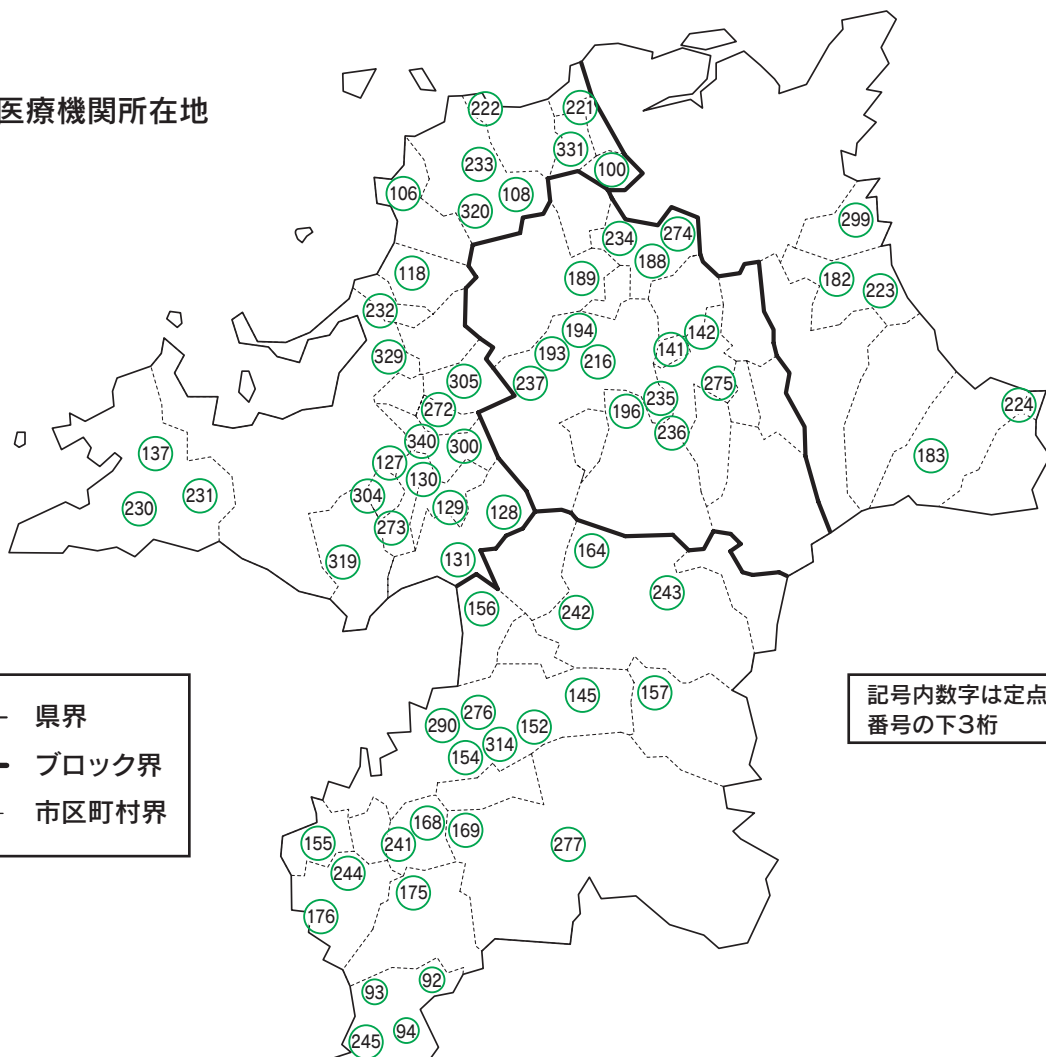
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



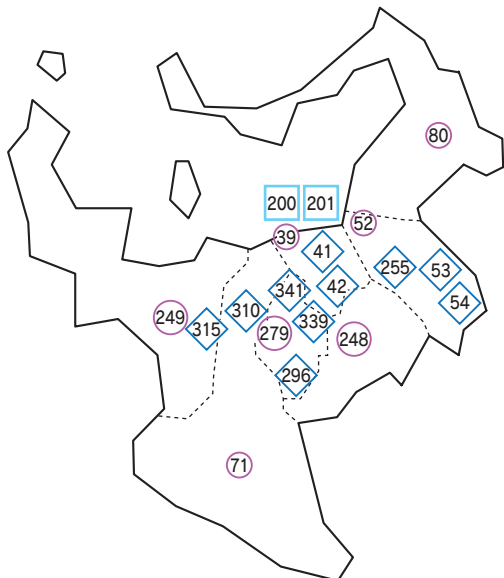
——— 県界
 ——— ブロック界
 - - - - - 市区町村界

記号内数字は定点コード番号の下3桁

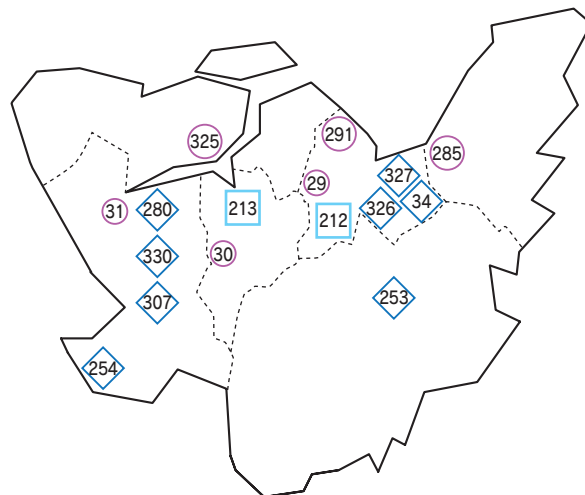
(平成24年12月31日現在)

(3) 平成24年眼科 (26定点)・性感染症 (37定点)・基幹定点 (15定点)

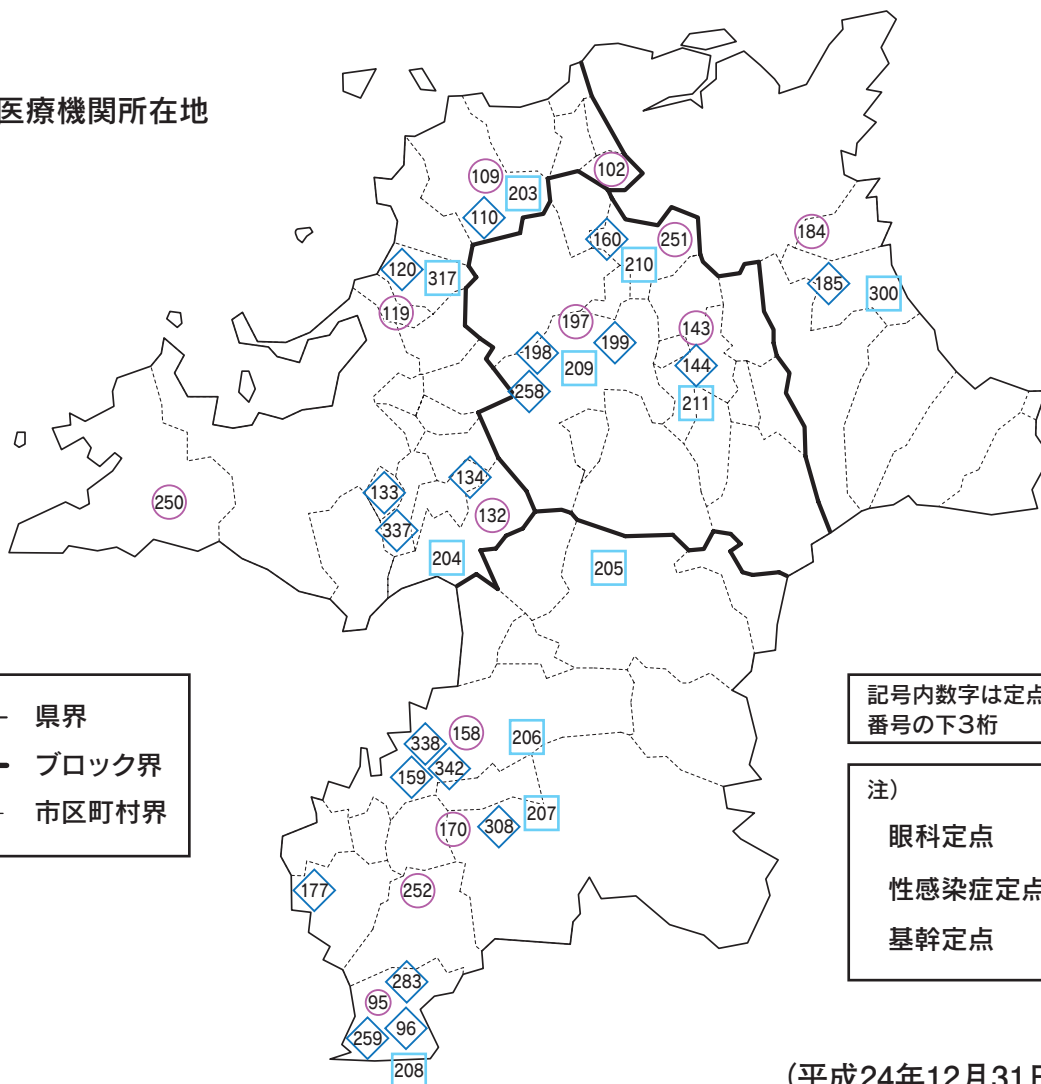
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



——— 県界
 ——— ブロック界
 - - - - - 市区町村界

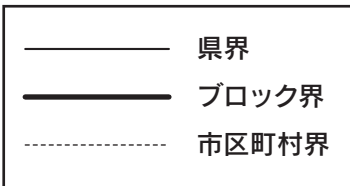
記号内数字は定点コード番号の下3桁

注)
 眼科定点 ○
 性感染症定点 ◇
 基幹定点 □

(平成24年12月31日現在)

付 図

福岡県4ブロック市区町村地図



(平成24年12月31日現在)

Ⅱ) 各 疾 病 の 動 向

1) 全体の概要

活動の概要

この資料集は、第1週、平成24年（2012年）1月2日から第52週、平成24年（2012年）12月30日までの1年間の総括である。平成11年4月に施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）に基づいた新しい感染症発生動向調査は、福岡県では平成12年の第1週から開始した。平成15年11月5日に感染症法が一部改正され、対象疾病の追加や、類型化が変更された。その結果、本事業でも平成16年から①RSウイルス感染症を小児科定点疾病に追加、②急性脳炎を全数把握となったため基幹定点疾病から削除、③尖形コンジロームを尖圭コンジローマへ名称変更、などを行った。平成19年からウイルス性肝炎を、全数把握でありかつ報告数が少ないため、小児科定点から削除した。平成20年1月1日の改正では麻しん、風しんが定点把握から全数把握対象となったが、本県では麻しん、風しんを小児科定点把握対象疾病に残し、成人麻しんは平成21年に削除した。インフルエンザ（A/H1N1）pdm 2009 は平成21年4月28日に新型と認定され、当初は全数把握であったが、平成21年7月24日からは定点把握へ移行され、従来の季節性インフルエンザと同じ感染症発生動向調査制度の中に包括されている。平成23年2月1日にチクングニアが四類感染症に、薬剤耐性アシネトバクター感染症が基幹定点疾患に、平成23年9月5日にインフルエンザ入院サーベイランスが基幹定点疾患に追加された。なお、活動の根拠となる「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」、及び「感染症発生動向調査事業実施要綱」は随時変更され、最新版を資料として添付している。

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

平成11年の法施行に伴い「感染症発生動向調査事業実施要綱」の算定方法による定点数調整を平成12年からの3年間で行い、平成15年以降は地区別・保健所別の定点数の変更を行っていなかったが、北九州ブロックの遠賀保健福祉環境事務所が福岡ブロックの宗像保健福祉環境事務所と統合されたため、両管内は平成22年1月から福岡ブロックに組み入れた（5ページ参照）。また、人口の変化を考慮して定点配置の見直しを検討していたが、平成22年以降一部変更を行っている。福岡県の定点は平成11年までの6年間は91（小児科・内科定点66、眼科定点9、STD定点16）で、総数、

定点種別とも変化なかった。平成12年から国指定の疾患は、①小児科疾病（現在12疾病；平成16年からはRSウイルス感染症を追加；平成19年からはウイルス性肝炎を削除、平成20年からは麻しん、風しんを削除）を報告する小児科定点、②インフルエンザを専門に報告する内科定点（但し、③インフルエンザ定点とは小児科定点と内科定点の合計となる）、④眼科疾病（2疾病）の眼科定点、⑤性感染症（4疾病）の性感染症定点、⑥主に入院となる疾病（現在5疾病；平成16年から急性脳炎、平成21年から成人麻しんを削除、平成23年からインフルエンザ入院を追加）と耐性菌感染症（現在4疾患；平成23年から薬剤耐性アシネトバクター感染症を追加）を対象として新たに作られた基幹定点の分類となった。各々の定点数は平成12年が①79、②78、③157、④18、⑤25、⑥15（総計215）、平成13年が①105、②78、③183、④24、⑤32、⑥15（総計254）、平成14年以降は①120、②78、③198、④26、⑤37、⑥15（総計276）である。

対象疾病に関して、従来から福岡県が先進的に実施していた事業内容を踏襲するため、前記の国が指定している感染症以外に小児科定点による川崎病、風しん、麻しん、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎、及び性感染症定点による梅毒が含まれている。また、二類感染症の結核も含まれている。なお、一類、二類、三類、四類感染症、及び全数把握対象の五類感染症は平成14年の資料集から県庁でまとめたデータを入れている（94、95ページ参照）。

病原体定点は、基幹定点の全医療機関、小児科、内科、眼科の定点ではおおむね10%の医療機関を対象とすることになっており、検査対象疾病も指定されている（1ページ参照）。

検査機関

検査機関は福岡県保健環境研究所、北九州市環境科学研究所、福岡市保健環境研究所である。検査の実行は、北九州市環境科学研究所が、北九州市の定点分を、福岡市保健環境研究所が福岡市の定点分を担当し、両政令市を除く定点分を福岡県保健環境研究所が担当するとともに、全県を統括する。なお、これまでの各種情報はすべて県保健環境研究所のコンピュータに保存され、この後に述べる月報、年間資料集などの過去の情報源として蓄積されている。

情報の還元

週報、月報による還元を行い、本年報を発行している。週報は、前週の月曜日から日曜日までの

報告、前々週の全国情報を集計整理し、コメントをつけて水曜日に全定点、関係機関にファックスで還元している。なお、希望者には電子メールによる還元も行ってきた。平成19年2月からインターネットが利用できる定点では、電子メールによる情報の収集、還元を開始した。検査機関からの検出情報や、定点からの任意の情報、日本・海外の感染症情報も、重要性和迅速性を考慮して週報に載せている。月報は、小児科・内科・眼科感染症をまとめ、図表化して還元し、検査機関の検出情報もまとめて還元している。また、性感染症及び、結核を別個にまとめ、簡潔に要点を記載して同様に還元している。県医師会のホームページ (<https://www.fukuoka.med.or.jp>) を利用して、平成12年1月から会員専用で週報コメントの掲載、平成14年6月からは一般市民への情報提供、各疾病の週別発生動向のグラフ提供を行っている。平成21年9月16日から本事業資料集の各疾患の図・表・解説などもPDF化して掲載し、平成23年10月19日からインフルエンザ報告状況マップを掲載している。

従来から福岡県庁のホームページ (<http://www.pref.fukuoka.lg.jp>) に、平成17年11月からは県保健環境研究所のホームページ (<http://www.fihes.pref.fukuoka.jp>) にも感染症発生動向情報が掲示されている。

資料集の主な内容

平成24年の包括的な情報のまとめで、長い周期性流行性疾病の動向も分かるように編集した。

主な内容は、本県の活動及び情報機構、各疾病数、検査成績、それぞれの図表、及び編集委員による疾病毎の簡潔な解説、補足説明文からなる。長期的疾病動向は過去35年間のうち、33年間のコンピュータ保存データの中から、最近10年間の推移を図として掲載した。平成15年からはブロック別年別推移は5年間の経過で示し、また、週別発生動向をグラフ化して5年間掲載した。厚生労働省規定の性感染症は26年目となるが、紙幅の関係で最近の10年分とし、福岡県独自の梅毒も22年目となるが、10年分とした。平成12年からの対象感染症は13年目となるが、10年分とした。疾病発生状況は、県内を北から北九州、福岡、筑豊、筑後の4ブロック(7~10ページ参照)に分けて比較し、北九州市と福岡市の政令市は、その行政単位の年間データを別掲した。なお、前記のように平成21年10月1日から北九州ブロックに属していた遠賀保健福祉環境事務所が宗像保健福祉環境事務所とともに宗像・遠賀保健福祉環境事務所(福岡ブロッ

ク)となったが、平成21年中の統計では旧分類のままで行い、平成22年からは新分類で実施した。

週報は1週分(126~130ページ)、月報は1か月分(132~135ページ)のみをサンプルとして掲載した。平成23年資料集から福岡県医師会ホームページのサンプル(136~138ページ)も掲載したが、ホームページをリアルに表示するために3ページ分のみをカラー印刷とした。今年からは図表なども理解しやすさを考慮して、カラー印刷とした。

資料の整理、図表作成に、編集委員の依頼により、福岡県保健環境研究所の坂本龍彦氏、吉富秀亮氏、村上光一氏、市原祥子氏のご協力を得たことを感謝し、ここに記します。

友石小児科医院の友石泰輔、福岡市博多区石橋内科循環器科医院の石橋明人、大西医院の大西純一、福岡市早良区たさき小児科クリニックの田崎宏介、以上の先生方が平成24年で辞退されました。ご協力ありがとうございました。長年ご協力いただきました北九州市門司区岡崎小児科医院岡崎薫先生、福岡市中央区後藤小児科後藤元継先生がご逝去されました。ご冥福をお祈りいたします。

疾病の概況

活動の概要でも述べたように定点数、対象疾病、対象医療機関などに平成12年に大きな変化があり、その後も更に定点数が増加しており、単純に比較はできないが、前年比などは主に1定点当たりの患者数を用いた。

平成24年(2012年)における結核以外の総報告数は、185,960人(前年225,811)、ブロック別では北九州42,299人(同56,430)、福岡91,842人(同110,796)、筑豊14,481人(同19,683)、筑後37,338人(同38,902)。また、北九州市34,375人(同45,848)、福岡市53,955人(同64,703)、両政令市以外の県内97,630人(同115,260)で前年と比較してすべて減少している。疾病による増減はあり、感染性胃腸炎が58,726(前年46,212)、RSウイルス感染症が7,521(同3,801)と増加しているが、インフルエンザが平成21年の新型インフルエンザ流行時の159,315から、前々年の9,419、前年の86,864と推移し、今年は71,233へと減少し、手足口病が前年27,553から今年1,103へと著減している影響が大きいと考えられる。

小児科・内科・眼科疾病中で報告総数の多い順に疾病名を挙げると、第1位はインフルエンザ(前年は第1位)で、総報告数の39.0%を占めた。第2位は感染性胃腸炎(前年は第2位)で、32.2%、第3位はA群溶血性レンサ球菌咽頭炎(前年は第4位)で、6.7%となり、昨年大流行した手足口病

(前年は第3位)は著減した。以下第4位から10位までは、水痘、RSウイルス感染症、突発性発しん、流行性耳下腺炎、ヘルパンギーナ、咽頭結膜熱、マイコプラズマ肺炎であった。年により順位は入れ替わり、今年は上位に入ってくる疾病にも流行の影響が見られた。

小児科・内科・眼科疾病の中で前年より定点当たりで30%以上増加した疾病は、RSウイルス感染症(前年比198%)、細菌性髄膜炎〔小児科定点〕(同157%;7人→11人)、急性脳炎〔小児科定点〕(0人→5人)、などであった。逆に手足口病(前年比4%)、伝染性紅斑(同4%)、クラミジア肺炎(同48%)、マイコプラズマ肺炎(同53%)、無菌性髄膜炎(同598%)、百日咳(同60%)などは減少した。

定期予防接種対象疾病では前年と比較して、麻疹(0人;前年0人、前々年3人、3年前5人、4年前212人)は変わらず、風しん(7人;前年9人、前々年3人、3年前10人、4年前4人)は78%、百日咳(241人;前年400人、前々年375人、3年前534人、4年前517人)は60%と変動している。

小児科・内科の定点数は平成11年までは66であったが、平成12年からは小児科定点は、79→105→120→120→120→120→120→120→120→120→120→120、インフルエンザ定点(内科定点と小児科定点の合計)は、157→183→198→198→198→198→198→198→198→198→198と推移している。

眼科疾病では、定点数が平成11年から9→18→24→26→26→26→26→26→26→26→26→26と推移している。流行性角結膜炎が777人(前年850人、前々年747人)と報告数は多いが、前年の91%に減少した。急性出血性結膜炎は20人(前年20人、前々年20人)と前年と同数で、非常に少ない。

基幹定点群感染症は平成12年からの集計で、15定点から報告を受け、定点数の変更はない。メチシリン耐性ブドウ球菌感染症615人(前年比82%)、マイコプラズマ肺炎150人(同53%)、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症92人(同57%)、無菌性髄膜炎41人(同114%)、細菌性髄膜炎29人(同85%)などであった。

性感染症では、定点数が平成11年から16→25→32→37→37→37→37→37→37→37→37→37→37と推移している。総数(及び1定点当たり患者数)は平成10年以降で、2,656(166.0)、3,524(220.3)、4,194(167.8)、5,416(169.3)、6,202(167.6)、5,593(151.2)、4,866(131.5)、4,564(123.4)、4,258(115.1)、3,094(83.6)、2,672(72.2)、2,980(80.5)、2,843(76.8)、2,874(77.7)、2,597(70.2)であった。今年は減

少し、過去最も少ない報告数であった。例年、性器クラミジア感染症が最も多く、総数の55.7%を占め、次は淋菌感染症で21.1%である。

結核の報告数は月毎の報告数の積算であり、速報値で示されている。結核の新登録患者数(及び人口10万対罹患率)は福岡県は858(16.9)で、罹患率を対前年比でみると福岡県は1.6ポイント低下した。平成20年は8年ぶりに上昇したが、その後4年連続減少している。感染源となる塗抹陽性者数も低下している。

病原体検査では、病原体定点数が平成11年から20→35→39→39→39→39→39→39→39→39→39→39→39と推移している。ウイルス検査の検体数は、今年813(前年972、前々年848、3年前1,845、4年前878)で、今年は昨年より減少した。感染性胃腸炎の検体は増加したが、インフルエンザ、手足口病の検体が減少したことが影響している。ウイルス検出は415検体で、そのうち同定されたものは35種、420件であった。疾病から検討すると、インフルエンザは検体153(前年255、前々年138、3年前1,316)から、A/H3(香港)型が113件、B型が11件検出され、A/H1 pdm 2009型は検出されなかった。2011/2012年シーズンではA/H3型が95件、B型が11件で、AH3型の流行が大きく、B型がやや遅れて流行した。2012/2013年シーズンは、11月以降にAH3型がのみが17件検出されている。感染性胃腸炎では244検体(前年183)から150件(検出率61.5%)のウイルスが検出され、ロタ36件、アデノ13件、ノロ72件(前年32件)、サボ20件、アストロ6件などであった。ロタ、アデノは各定点医療機関でも多数検査され、週報で還元し、本資料集にも掲載した(25ページ)。定点からのノロウイルスの報告が今年急増し、検査が健康保険適用となった影響と考えられる。無菌性髄膜炎は32検体(前年40、前々年46、3年前54)から、コクサッキーウイルスB5型3件、エコーウイルス6型2件、エコーウイルス9型2件、パレコウイルス1型2件、ムンプスウイルス1件が検出され、陽性率は31.3%(前年7.5%、前々年10.9%、3年前20.4%)と高かった。ヘルパンギーナは33検体(前年43、前々年47件)で、コクサッキーA群14件、コクサッキーB4型4件、エコー9型2件などが検出され、陽性率は72.7%(前年55.8%、前々年66.0%)であった。手足口病は22検体からコクサッキーA9型1件、エコー9型1件、エコー18型1件などが検出された。咽頭結膜熱は13検体からアデノが4件検出された。流行性角結膜炎は25検体からアデノが9件検出された。

細菌検査は各医療機関で実施されることが大部

分であり、例年少なく、今年は1検体（前年は9検体）だった。細菌性髄膜炎の髄液で、細菌は検出されなかった。

各疾病の動向

定点からの報告数または、1定点当たりの数をもとに各疾病の動向、合併症などを概観する。

インフルエンザは71,233人、1定点当たり359.8で、前年の82%に減少した。2011/2012年シーズンは平成23年52週（最終週）に1定点当たり1.0を超え、平成24年第6週の48.3をピークとし、第20週に1.0未満になった。平成23年10月～平成24年6月にA/H3型が流行し、B型が遅れて平成24年1月～4月に流行した。2012/2013年シーズンは年内の第50週に1定点当たり1.28と1.0を超え、流行が始まっている。なお、11～12月にA/H3型が検出されている。

RSウイルス感染症は今年は調査開始9年目で、7,521例、1定点当たり62.7、前年比198%に倍増した。夏期の7月から多発し、9月に大きなピークを示し、平成20年と同様に夏から秋の流行であった。

咽頭結膜熱は3,765例、1定点当たり31.4、前年比111%。夏にピークを示す疾患であるが、平成21年から夏のピークがほとんど見られず、年間を通して報告がある。前年、今年は12月にも多発している。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎は1定点当たり101.3、前年比88%に減少した。患者12,160例のうち、発疹合併が356例（前年417例）報告され、糸球体腎炎、紫斑病が各1例報告された。

感染性胃腸炎は今年58,726例、1定点当たり489.4、前年比127%と増加した。今年は3月と11月にピークがあるが、11月のピークの方が高かった。原因微生物は多種類あり、各定点からの原因報告は25ページの表にまとめた。カンピロバクターとロタが多い。ノロは定点からの報告が522件（前年31件、前々年93件）と急増し、検査定点の75件と合計すると今年は597件（前年64件、前々年159件）と多い。

水痘は10,067例、1定点当たり83.9、前年の77%と減少した。季節性の年次変化はあまりない。脳炎合併はなかった。予防接種歴ありの患者報告は567例（前年470例）と多いが、約90%は軽症である。

手足口病は1,103例、1定点当たり9.2、前年比4%に著減した。前年まで5年連続の流行で、平成23年は過去10年間では最多の流行であったが、今年は非流行年であった。全国的にはCA16型とEV71型が多かった。なお、福岡県では平成12、15年にEV71型、13、16年にCA16型、19年はEV71型と

CA16型、20年はCA16型、21年、22年はEV71型、23年はCA16型とCA6型の流行であった。

伝染性紅斑は186例、1定点当たり1.6、前年比4%と著減であった。前回は平成17年をピークとする流行、今回は平成22年、23年に大きな流行であったが、今年はほとんど報告がなかった。

突発性発しんは5,057例、1定点当たり42.1、前年比96%と少なかった。

百日咳は241例、1定点当たり2.0で、前年比60%であった。20歳以上の報告は37.8%（前年29.3%、前々年52.5%）と成人が多く、10～14歳も17.8%（前年29.0%）と多かった。

風しんは今年7人（前年9人、前々年9人、3年前10人、4年前4人）、1定点当たり0.06と非常に少ない。全数報告では全国2,353人中、福岡県は39人であった。先天性風しん症候群は全国で5人（前年1人、前々年0人、3年前2人）と平成16年（10人）以来の多発であった。

ヘルパンギーナは4,151例、1定点当たり34.6、前年比843%と減少。毎年夏期に流行し、今年は6～9月に多く、7月に大きなピークを示した。エンテロウイルスが20件検出され、そのうち14件がコクサッキー A群であった。

麻疹は今年0人（前年0人、前々年3人、3年前5人、4年前212人、5年前313人）で、2年連続ゼロであった。全数報告では全国293人、福岡県は0人であった。平成18年4月からはMRワクチン2回目接種（1期、2期）、平成20年4月から25年3月までの5年間限定で3期（中学1年生相当年齢）と4期（高校3年生相当年齢）のワクチン接種が行われている。麻疹排除に向かって一例一例のPCRなどによる診断確定が求められる。

流行性耳下腺炎は1定点当たり41.4、前年比84%で3年連続減少している。患者4,972人中、髄膜炎11例の合併報告がある。

川崎病は257人、1定点当たり2.1、前年比110%であった。

急性脳炎〔小児科定点〕は今年5人、前年0人、前々年2人、3年前5人と推移した。週報には5人中2人はインフルエンザA型、1人はインフルエンザB型に合併と報告されている。

細菌性髄膜炎〔小児科定点〕は今年11人、前年7人、前々年18人、3年前12人、4年前20人と推移している。11人中4人がB群溶レン菌、1人が肺炎球菌、1人が大腸菌などで、インフルエンザb型菌の報告はなかった。

無菌性髄膜炎〔小児科定点〕は55人、1定点当たり0.5、前年比59%と減少した。検査情報ではコクサッキーウイルスB5型3件、エコーウイルス

6型2件、エコーウイルス9型2件など複数のウイルスが検出されている。週報には流行性耳下腺炎に合併11人（前年36人、前々年44人、3年前31人、4年前10人）が報告されている。

マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕は今年2,083人、1定点当たり17.4で、前年の53%と、2年連続の流行後で減少であった。

クラミジア肺炎〔小児科定点〕は平成12年からのスタートで、今年23人、前年48人、前々年78人、3年前87人と推移し、前年比48%であった。報告数はマイコプラズマ肺炎と比較して少ない。

急性出血性結膜炎は20人で、前年20人、前々年20人、3年前14人と、今年も報告数が少ない。

流行性角結膜炎は777人、1定点当たり29.9、前年比91%であった。前年まで2年連続で増加であったが、今年はやや減少している。以前と比較して報告数は少ない。アデノウイルスが9件検出されている。

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

細菌性髄膜炎（髄膜炎菌性髄膜炎はのぞく）〔基幹定点〕は29人（前年34人）、**無菌性髄膜炎**〔基幹定点〕は41人（前年36人）、**マイコプラズマ肺炎**〔基幹定点〕は150人（前年285人）、**クラミジア肺炎**〔基幹定点〕は11人（前年1人）と増減少している。**耐性菌感染症**では、**メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症**は615人（前年748人）、**ペニシリン耐性肺炎球菌感染症**は92人（前年162人）、**薬剤耐性緑膿菌感染症**は5人（前年8人）と減少であった。平成23年2月から開始の**薬剤耐性アシネトバクター感染症**は0人（前年0人）、平成23年9月から開始のインフルエンザによる入院患者は322人（前年は9月からで17人）で、ICU入室8例、人工呼吸器使用3例の報告がある。

性感染症で最も多い疾病は**性器クラミジア感染症**で1,446人、前年比92%とやや減少した。以下報告数が多い順に**淋菌感染症**549人（前年比83%）、**性器ヘルペス**370人（同90%）、**尖圭コンジローマ**214人（同105%）、**梅毒**18人（同56%）であった。報告数の順位は前年と同じである。

結核（平成24年は速報値）の福岡県新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は858例（16.9）で、前年938例（18.5）より減少し、全国統計でも21,135例（16.5）で、前年22,681例（17.7）より減少した。北九州市保健所管内では198例（人口10

万対罹患率20.4；前年比86.1%）、福岡市保健所管内では233例（同15.6；105.9%）、県保健所管内は427例（同16.3；87.5%）と福岡市保健所管内が増加していた。感染源となる喀痰塗抹陽性患者数も283例で前年の368例から減少した。高齢者により多く、40歳以上が88.2%、50歳以上が82.3%、60歳以上が72.1%、70歳以上が60.7%、80歳以上が37.3%を占め、結核患者の高齢化を示している。

解説と図表

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

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

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

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

参考資料

感染症発生動向調査事業実施要綱、医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準、検査結果コード表、平成24年通知文書一覧を掲載している。

2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表

1. インフルエンザ [小児科・内科定点]

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年359.8（71,233例）で、昨年の438.7（86,864例）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ100.4、254.7、212.2、175.5、529.9、38.8、47.7、228.1、193.7、342.3、105.9、135.9、302.8、25.9、429.3、164.2、210.7、267.8、385.6、199.6、64.2、246.1、285.9、179.8、344.5、220.4、356.6、186.4、804.6、47.6、438.7、359.8であった。全国の発生状況と比較すると高い数値であった。

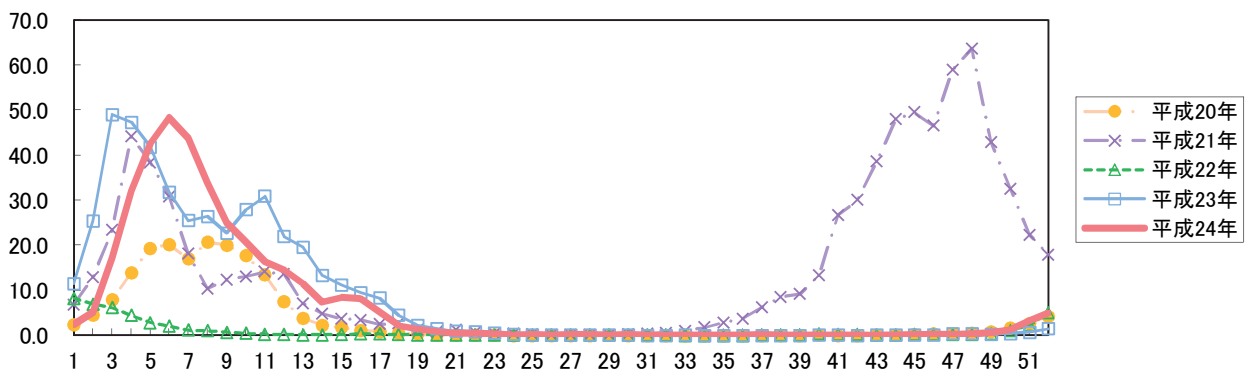
福岡県では、2011-12年期の流行は、平成23年の第52週に定点当たりの患者数が1.0を超え、平

成24年第6週にピークとなり（定点当たりの患者数は48.3）、平成24年第20週に定点当たりの患者数が1.0以下となった。2012-13年期の流行の始まりとして、平成24年の第50週に定点当たりの患者数が1.0を越えた。

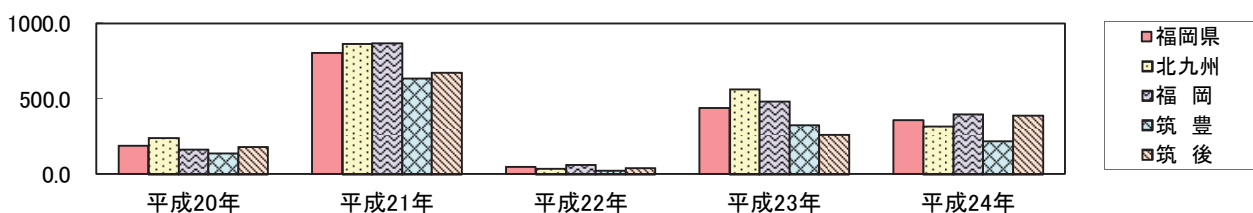
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州565.8（24,329）[北九州市581.0（20,334）]、福岡482.7（44,895）[福岡市514.0（26,212）]、筑豊325.9（7,169）、筑後261.8（10,471）で北九州、福岡が多かった。

年齢別の患者数は、1歳～9歳までが多く、全体の60%以上を占めていた。平成21年度は10歳～19歳までの割合が例年に比較して多かったが、今年度は昨年と同程度であった。60歳以上は全体の1.7%と例年と同様に少なかった。男女比は1.00で差はなかった。

検査情報では、分離されたウイルスは、A/H3（香港）型が1月から3月に95件、11月から12月に17件、B型が1から4月に11件であった。全国では、2011-12年流行期はA/H1pdm09は0.2%で、A/H3型が71%、B型が28%分離されている。オセルタミビル、ザナミビル、ラニナミビル、ペラミビルに対する耐性ウイルスの出現や耐性化への注意の喚起はされなかった。



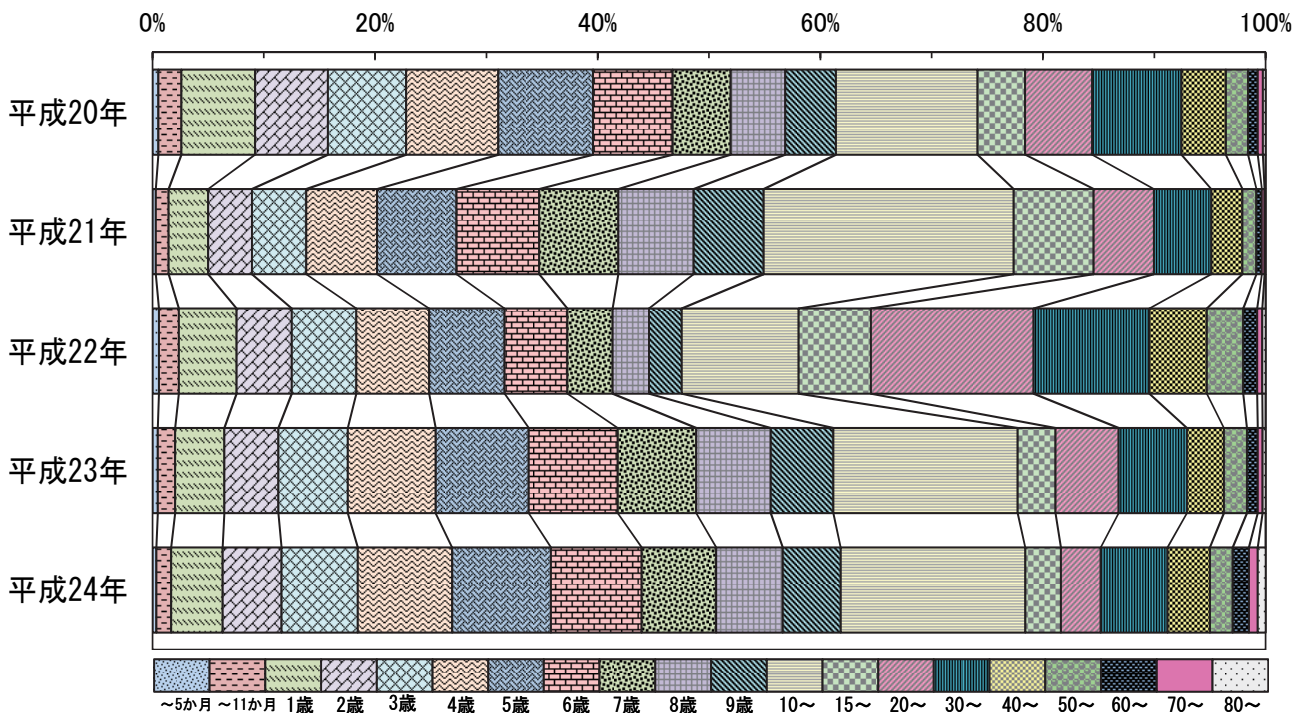
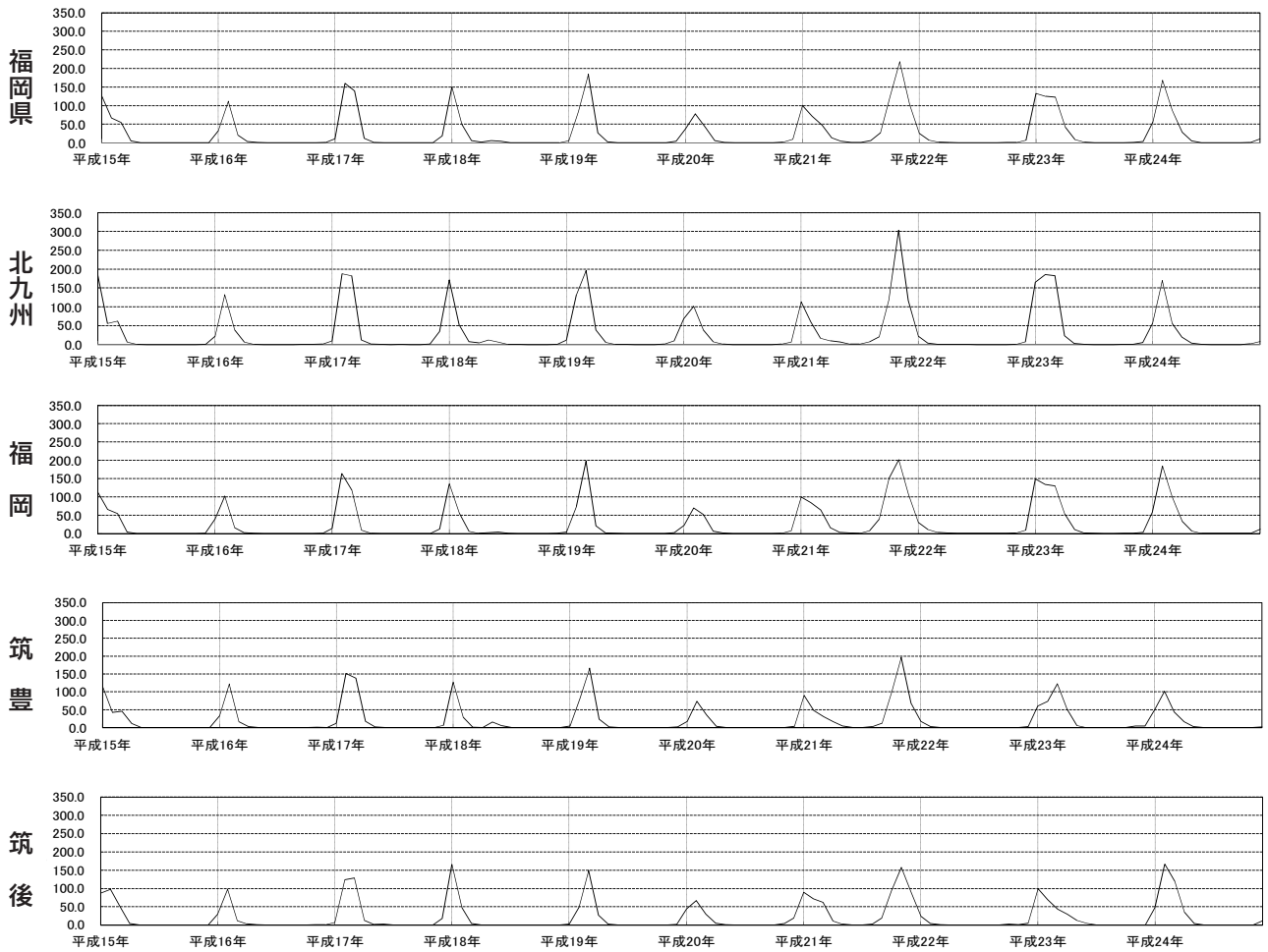
インフルエンザの1 定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザのブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ

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



2. RSウイルス感染症 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により五類感染症に指定され、平成16年より小児科定点から報告を受けている。報告を求めるRSウイルス感染症とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断がなされたもの」である。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は62.7（7,521例）で、昨年の31.7（3,801例）から198%に倍増した。1定点当たり患者数は、平成16年（2004年）から平成24年（2012年）までそれぞれ6.8、9.2、17.2、30.2、37.0、29.7、46.1、31.7、62.7と推移し、過去最大の報告数となった。

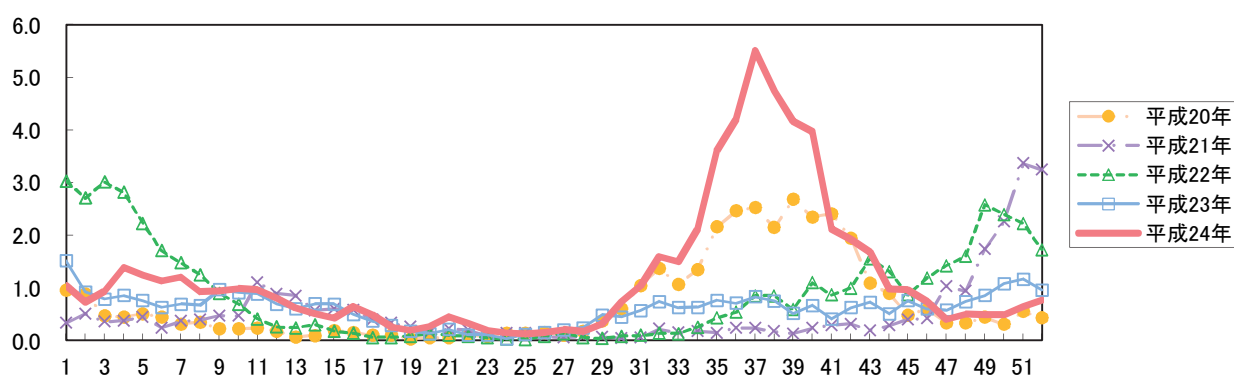
通常は冬期の疾病で、月別発生では例年12月をピークとしている。2011/12年シーズンは7月から多発がみられ、12月が最も多いが、例年ほど大きなピークを示さず、2012年1月以降も発生が続いた。2012/13年シーズンは7月から多発し、9月に大きなピークを示し、高く長い流行であった。夏期の流行は平成20年（2008年）にも経験されており、その理由は明らかではない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州64.1（1,858）[北九州市63.8（1,532）]、福岡67.1（3,622）[福岡市79.6（2,308）]、筑豊44.9（629）、筑後61.4（1,412）で、各地区とも増加している。

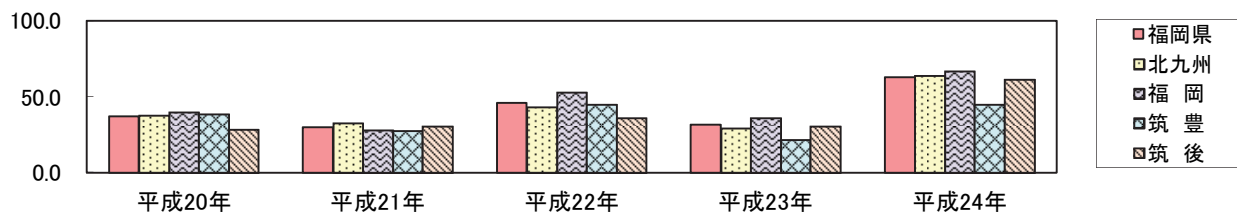
罹患年齢は0～5か月15.1%、6～11か月21.9%、1歳36.9%、2歳14.5%、3歳7.0%、4歳3.0%、5歳1.1%、6歳0.3%、7歳0.1%、8歳0.0%、9歳0.0%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20歳以上0.1%（8例）であった。1歳当たり換算では6～11か月が最も多く、3歳未満が88.3%を占める。前々年までは0歳、1歳の割合が減少し、2歳以上の割合が増加の傾向であったが、前年・今年も0歳、1歳が大部分を占めていた。なお、RSウイルス迅速診断検査の健康保険適用は、入院患者の3歳未満であったが、平成18年4月に入院患者で年齢制限がはずされ、さらに平成23年10月17日からは、外来患者も1歳未満の乳児、及びパリビズマブ製剤の適用となる患者にも拡大された。

男女比は1.16（男4,036人、女3,485人）で男がやや多かった。

週報には細気管支炎、肺炎、気管支炎、クループ等の病名が多く、細気管支炎で入院の報告は多い。無呼吸・肺炎で人工換気、痙攣重積・呼吸困難でICU入室、呼吸障害で入院など重症例の報告も散見された。幼稚園・保育園・その他の施設内での流行や家族感染の報告も多く、学級閉鎖の報告もあった。キット陽性報告は従来から上記の健康保険適用ではない対象患者にも多数実施され、報告があがっている。



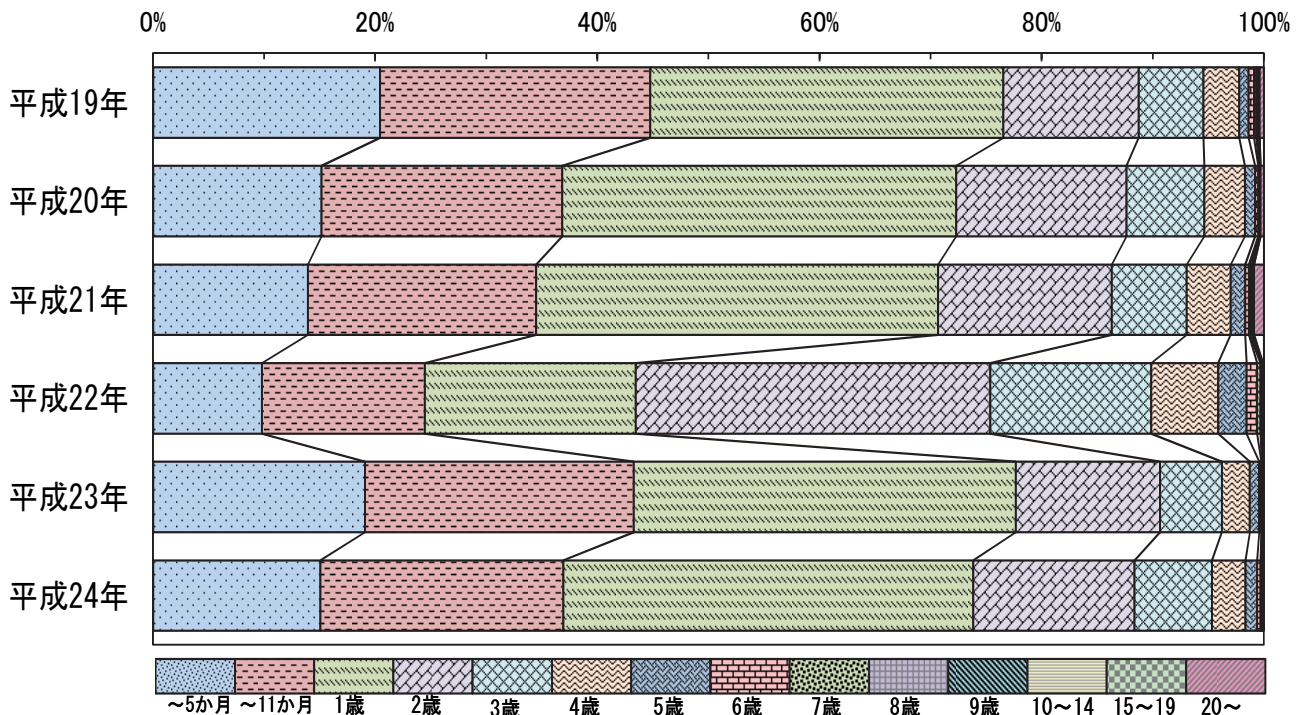
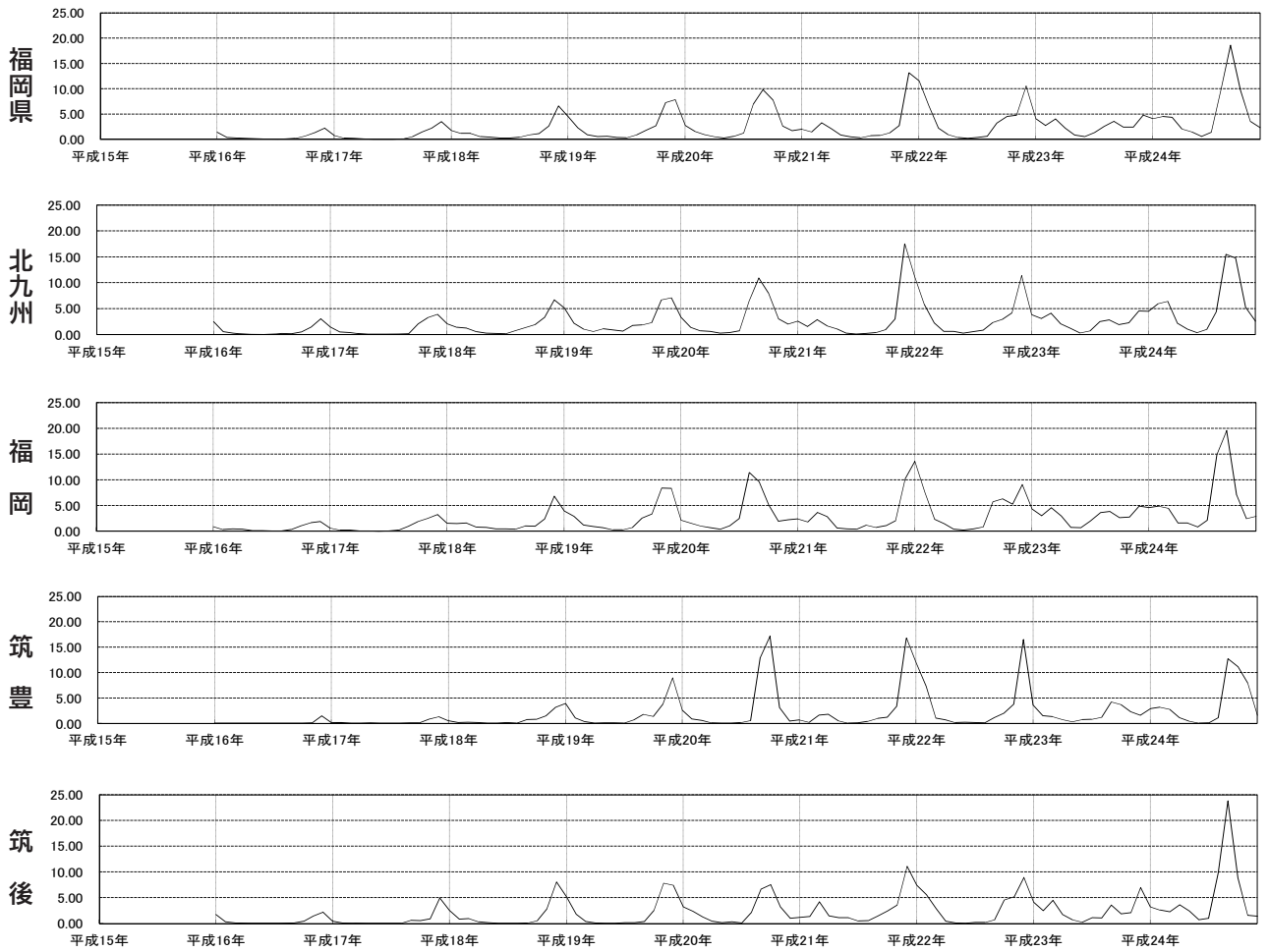
RSウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



RSウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

RSウイルス感染症

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



3. 咽頭結膜熱 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。報告を求める咽頭結膜熱とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、発熱、咽頭発赤、結膜充血の基準を全て満たすもの」である。診断キットなどの検査は必須ではない。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は31.4（3,765例）で、昨年の28.2（3,386例）の111%に増加した。1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ7.1、3.8、13.6、9.8、15.0、6.0、3.9、4.5、4.5、5.4、2.7、5.2、1.8、11.3、3.1、2.8、5.0、9.5、6.7、5.2、8.3、6.2、22.2、12.8、28.9、35.5、18.2、29.2、18.9、21.4、28.2、31.4であった。3年連続で増加し、報告が多かった。

月別発生では従来夏にピークを示す疾患であったが、平成21年（新型インフルエンザ流行年）からは夏のピークがほとんど見られず、かつ3年連続で12月にも多発している。週別発生では5月末から6月に多発が見られるが、以前のように夏期の流行が見られなくなった理由は不明である。全国情報でも夏の流行は少なく、12月の多発もみられている。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州27.8（805）〔北九州市27.3（655）〕、

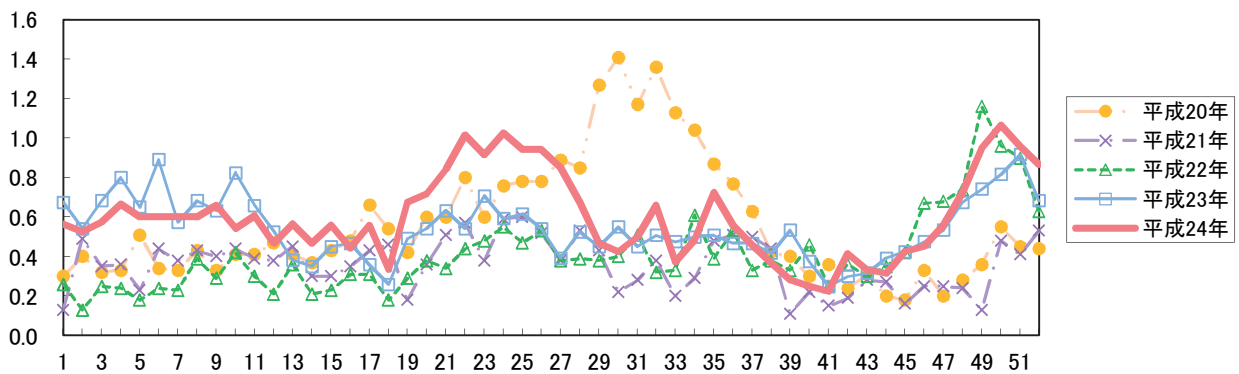
福岡38.0（2,051）〔福岡市37.1（1,076）〕、筑豊12.2（171）、筑後32.1（738）で、例年のように福岡地区と筑後地区が多く、筑豊地区が少ない。

罹患年齢は0～5か月0.7%、6～11か月6.9%、1歳21.7%、2歳11.8%、3歳12.9%、4歳13.8%、5歳11.0%、6歳7.0%、7歳4.1%、8歳3.0%、9歳1.8%、10～14歳3.3%、15～19歳0.3%、20～29歳0.5%、30歳以上1.3%と分布した。小児の疾病であり、年次変化は少ない。1～5歳が多く、78.7%、10歳未満が94.7%を占め、10歳以上は少なかった。なお、1歳が最も多く21.7%（816例）、0～5か月は27例（前年15例）、6～11か月は258例（同191例）で、0歳児では6～11か月が多い。

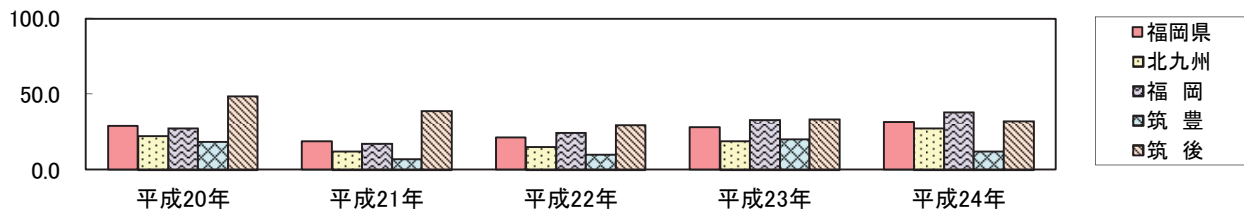
男女比は1.19（男2,045、女1,720）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるとされ、複数の型のアデノが原因となる。本県の検査情報では13検体中の4検体がアデノ陽性で、アデノウイルス2型/6型2件、4型1件、5型1件であった。他にコクッサーキー A5型1件、エコーウイルス9型1件、ヒトメタニューモウイルスが1件が検出されている。

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



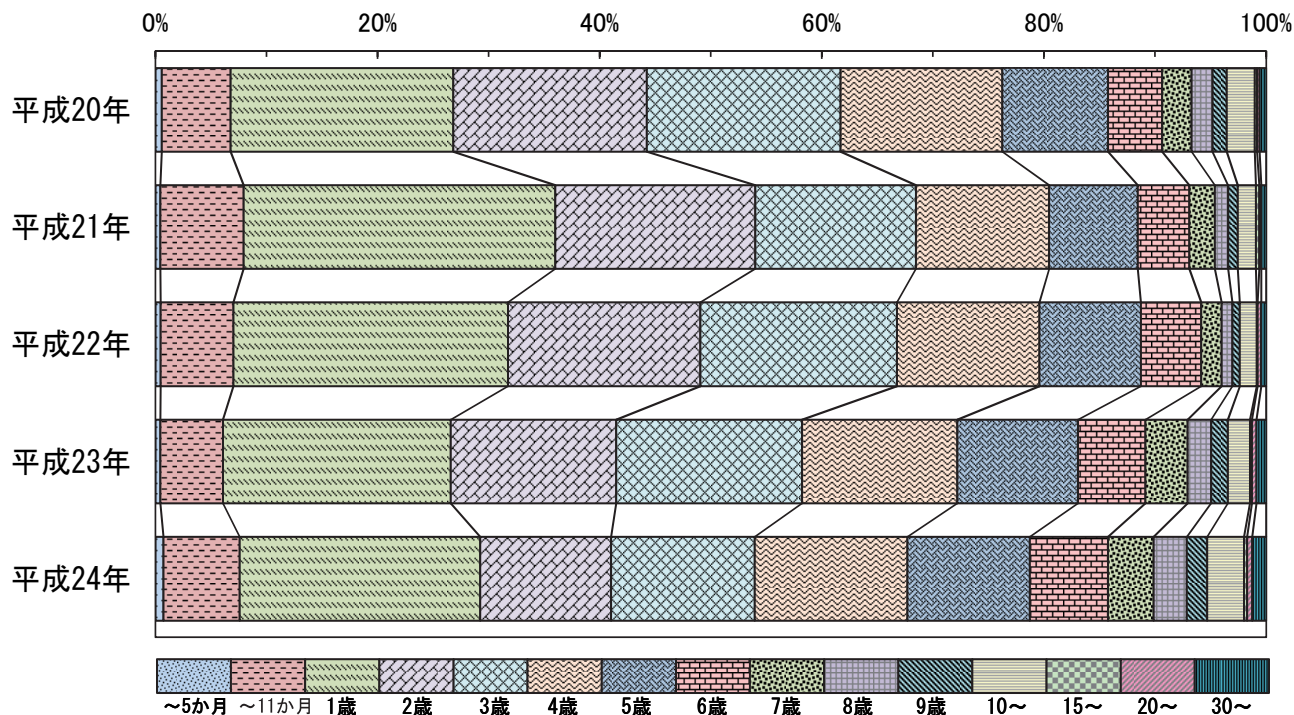
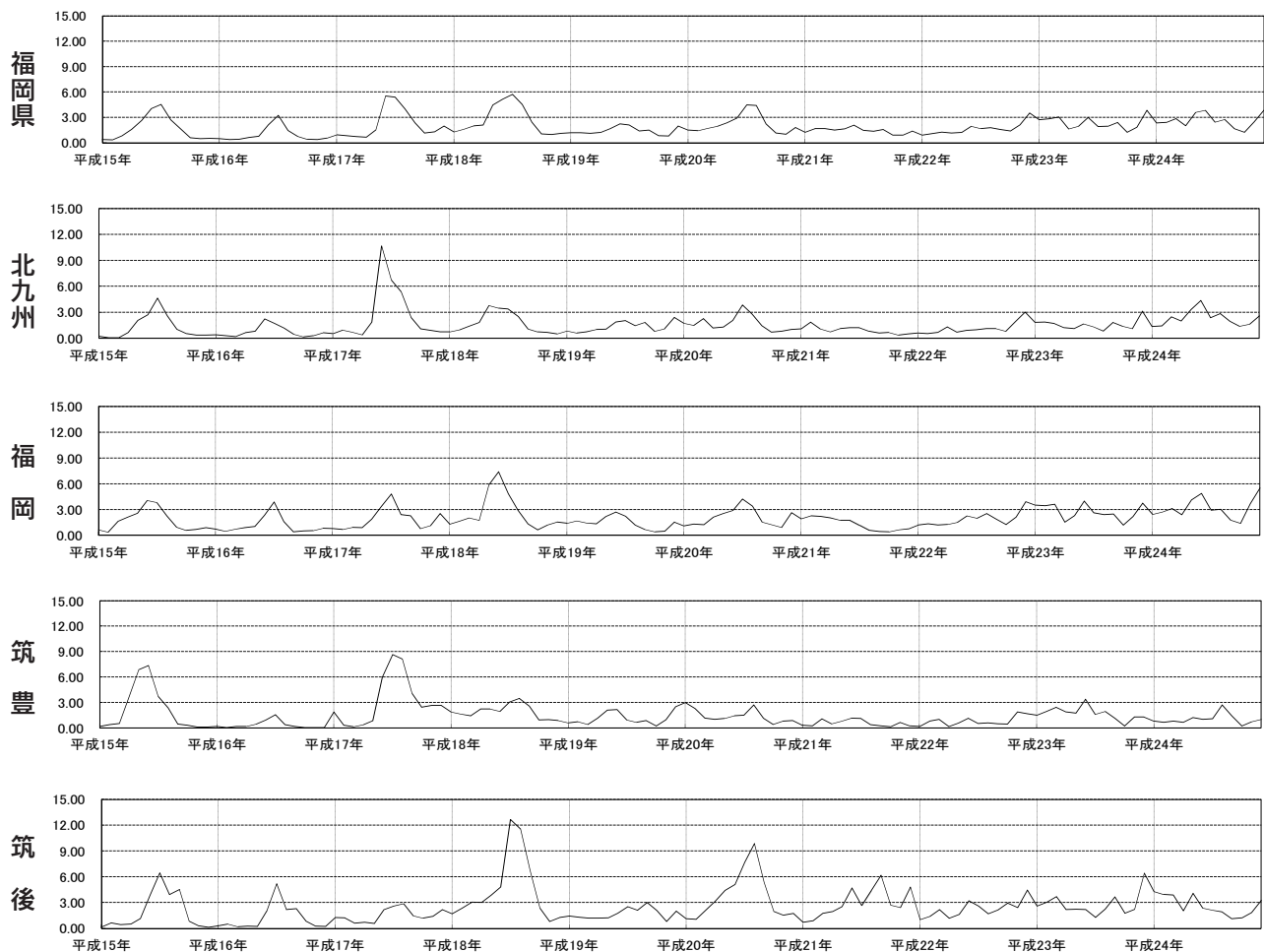
咽頭結膜熱の1定点当たりの週別報告数推移



咽頭結膜熱のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

咽頭結膜熱

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



4. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、101.3（12,160例）で調査開始後最も多かった昨年よりやや減少した（前年比0.88）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、23.1、24.4、29.7、28.5、23.3、16.3、19.4、32.7、24.5、17.1、29.0、29.0、32.4、56.8、30.8、27.3、45.5、40.0、36.4、48.0、69.5、84.7、70.9、94.9、77.4、101.5、82.8、103.5、77.5、73.1、114.7、101.3であった。

季節性は、8～9月が少ない傾向に変化はない。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区106.3（3,083）〔北九州市94.2（2,261）〕、福岡地区119.8（6,471）〔福岡市136.7（3,964）〕、筑豊地区72.2（1,011）、筑後地区69.3（1,593）で、北九州地区、筑豊地区でやや増加、福岡地区と筑後地区でやや減少した。全国的には、北海道、山形県、富山県、石川県、福井県、長野県、鳥取県、山口県、大分県、宮崎県が多かった。

罹患年齢は0歳0.5%、1歳2.4%、2歳5.5%、3歳10.6%、4歳16.2%、5歳16.4%、6歳12.7%、7歳9.6%、8歳7.2%、9歳5.5%、10～14歳9.6%で、大きな変化はなかった。

男女比は1.13で昨年と同じく男にやや多かった。

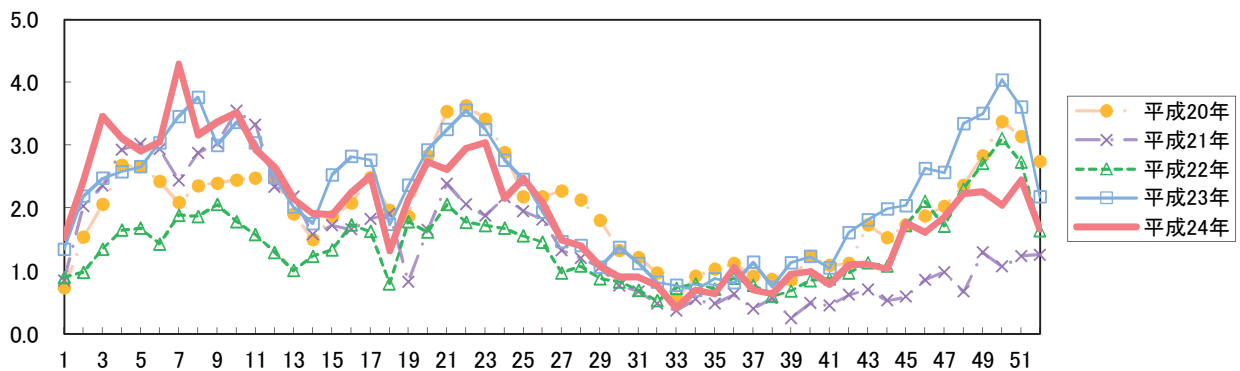
発疹を伴った例は356例（前年417例）であった。年齢は、0歳5例（前年7例）、1歳34例（同23例）、2歳37例（同54例）、3歳60例（同57例）、4歳78例（同86例）、5歳40例（同72例）、6歳34例（同34例）、7歳26例（同28例）、8歳13例（同20例）、9歳9例（同13例）と、2～9歳までで83.4%（同87.3%）を占めた。

昨年11例報告された猩紅熱様発疹例はなかった。

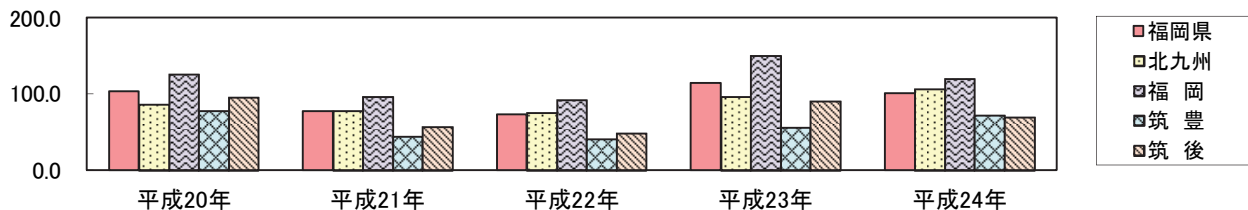
再燃が98例（昨年64例）、2回目の感染が64例（同47例）、3回目24例（同41例）、4回目5例（同13例）、5回目3例（同10例）、6回目以上2例（同11例）が報告された。

迅速診断キットによる報告が多いが、9例は培養陽性であった。

併発症は、アデノウイルス感染症5例、水痘3例、ヘルパンギーナ1例、手足口病1例、インフルエンザA1例であった。合併症は糸球体腎炎1例、紫斑病1例、頸部リンパ節炎1例、膿痂疹1例、熱性けいれん1例が報告された。



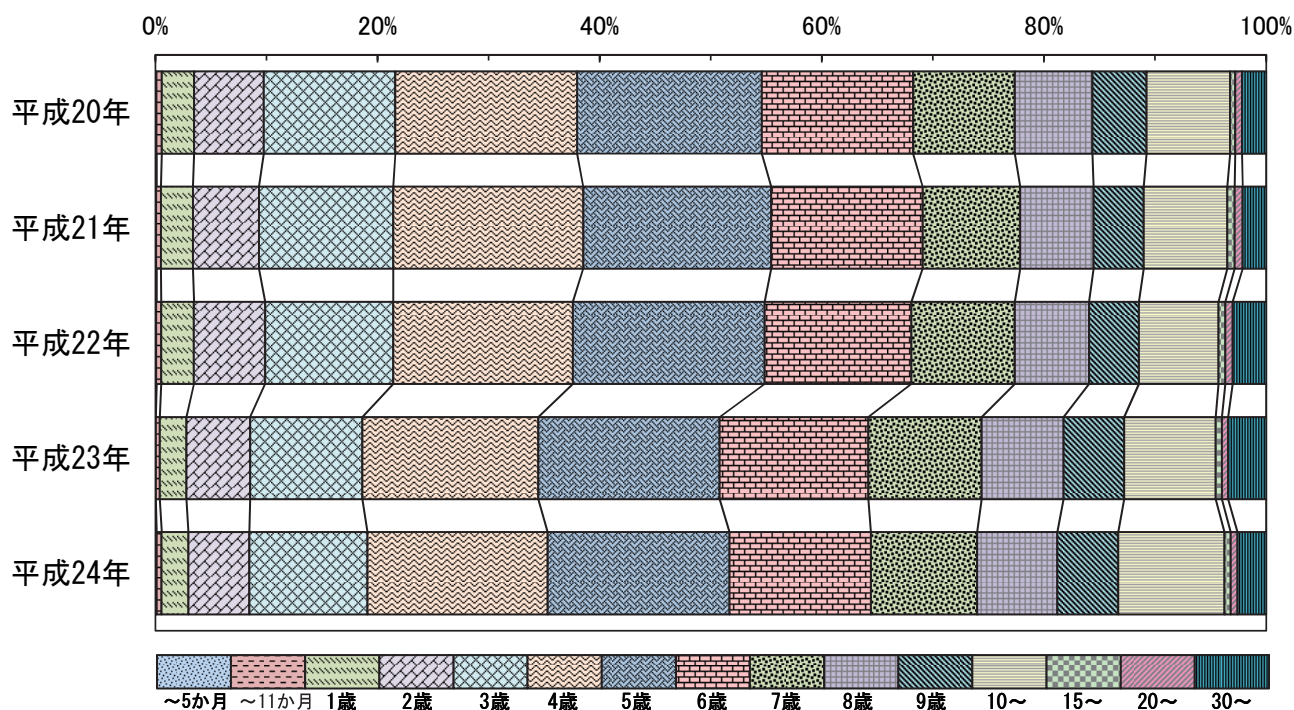
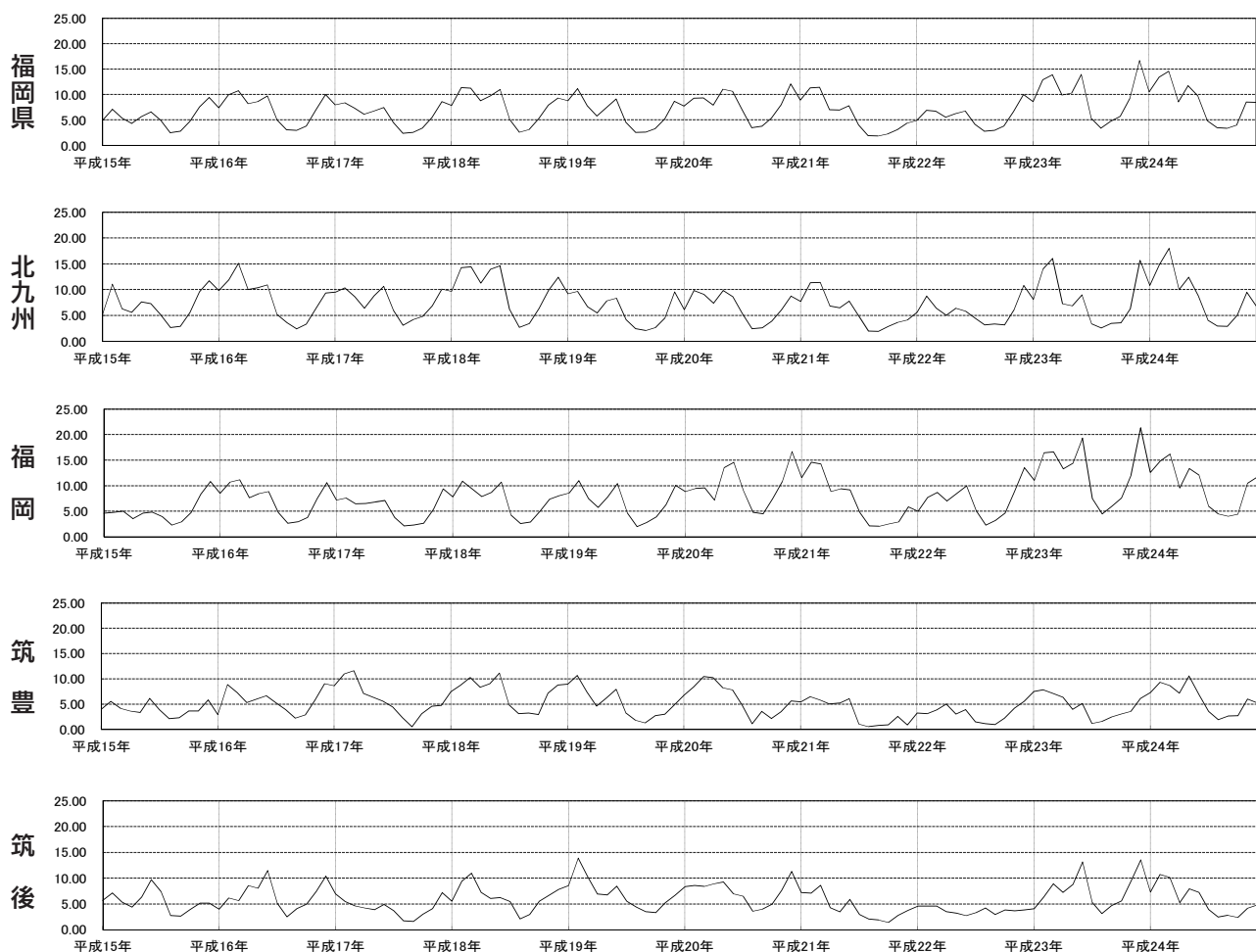
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の1定点当たりの週別報告数推移



A群溶血性レンサ球菌咽頭炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎

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



5. 感染性胃腸炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。平成11年までは0～3歳の臨床的にロタウイルス感染症を疑う胃腸炎を乳児嘔吐下痢症、それ以外は感染性胃腸炎として報告されていたが、両疾病を1疾病に集計し直して統計データを作成した。原因の届出は義務ではないが、定点から任意に報告を受けた原因菌などは集計し、表にまとめた。定点から報告を受けた3類感染症の細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症も含まれている。

福岡県の内科・小児科・眼科疾病の総報告数中では感染性胃腸炎が32.2%（前年20.8%、前々年44.6%）を占め、総報告数で第2位（定点当たり患者数でも第2位）であった。感染性胃腸炎の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、今年489.1（58,726例）、昨年385.1（46,212例）で、前年の127%に増加した。1定点当たりの患者数は昭和62年（1987年）から平成24年（2012年）までそれぞれ264.1、312.5、282.2、253.4、284.8、251.5、290.3、349.5、388.3、342.4、364.3、356.6、354.5、495.6、417.9、428.3、429.4、449.9、404.3、469.0、452.5、444.1、331.5、478.9、385.1、489.1と推移し、昨年は比較的少なかったが、今年は過去10年間では最も多かった。

季節的には今年は3月と11月にピークがあり、11月のピークの方が高かった。

地区別発生では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州559.8（16,235）[北九州市567.2（13,613）]、福岡453.1（24,466）[福岡市483.1（14,011）]、筑豊368.6（5,160）、筑後559.3（12,864）で、今年は各地区とも増加し、特に北九州地区が増加している。前年と同様に筑豊地区は少ない。

罹患年齢は0～5か月1.2%、6～11か月8.1%、1歳17.2%、2歳12.5%、3歳11.1%、4歳10.6%、5歳8.6%、6歳5.9%、7歳4.3%、8歳3.7%、9歳2.8%、10～14歳7.4%、15～19歳1.6%、20～29歳1.5%、30歳以上3.5%で、年齢分布に大きな年次変化は

ない。0～3歳は50.2%（前年50.4%、前々年51.0%）で、1歳が最も多い。0歳も多いが、0～5か月は1.2%と少ない（「患者数」は707例）。

男女比は1.11（男24,335、女21,877）で男にやや多かった。

定点から報告された病原体（表）のうち細菌ではカンピロバクターが687例（前年例890、前々年1,096、3年前1,144例）と報告が多いが減少している。推定食品として鳥刺、鳥タタキ、砂ズリ刺、レバ刺、焼肉、焼き鳥などが報告されている。薬剤感受性が報告されたカンピロバクター3株中では耐性がFOM2株、CPFX1株、LVFX1株、FMOX1株、CFDN1株に認められたが、マクロライド耐性報告はない。サルモネラは54例（前年87例、前々年123例、3年前106例）で、群別ではO7群17例、O9群15例、O4群10例であった。例年最も多かったO9群は15例（前年26例、前々年52例、3年前42例）と減少し、S. Enteritidisは3例のみであった。腸管出血性大腸菌（EHEC）は28例（前年16例）で、O157が10例、O145が10例、O103が3例、O111が3例などであった。その他の大腸菌が多数報告されたが、ほとんどの病原性因子は明らかではない。

ウイルスではロタウイルスが検出報告2,048例（前年1,378例、前々年1,138例、3年前1,214例）と非常に多い。年齢不詳を除き3歳以下が89%と多数を占めるが、年長児、成人例も報告されている。ノロウイルスが定点から522例（前年31例、前々年93例、3年前26例）と急増した。ノロの検査キットは健康保険適用ではなかったが、平成24年4月から3歳未満、65歳以上、悪性腫瘍、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者には適用となった。その他各研究所からロタウイルスが36件、アデノウイルスが13件、ノロウイルスが72件（前年32件）、サポウイルスが20件、アストロウイルスが6件などが検出された。

表 定点（平成24年120定点）から報告された感染性胃腸炎の病原

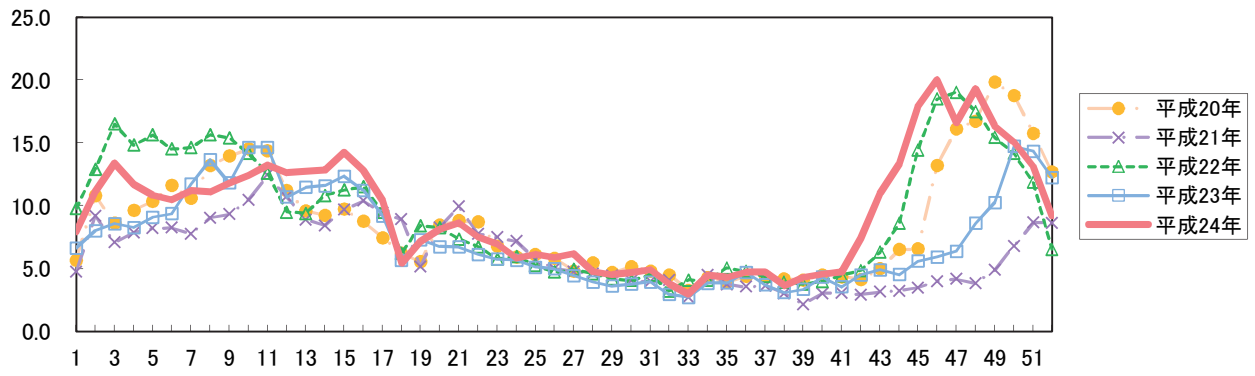
病原	年齢																計
	0～5 か月	6～11 か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～ 14歳	15～ 19歳	20～ 29歳	30歳 以上	不詳	
<i>Campylobacter</i> ^{*1}	1	13	27	32	51	50	50	50	50	52	56	196	41	11	7		687
<i>Salmonella</i> O4群			4		1	2	2					1					10
O7群		2	2	3	1		2		1		2	2		1	1		17
O8群					1						1						2
O9群		1	3		2	1		3		2		2	1				15
群不詳・その他		1		2	1	1	1			1		2	1				10
<i>Yersinia</i>			2	1	1	1		1	1	2		4					13
<i>Aeromonas</i>		1					2	1				2					6
<i>Plesiomonas shigelloides</i>										1		1					2
<i>Staphylococcus aureus</i>	10	9	5		1			1	2	1	1	3					33
EHEC O157,VT(+)				1	1	1	1	1		1		4					10
O145,VT(+)			5	1		2	1	1									10
O103,VT(+)				1		1		1									3
O111,VT(+)			1			2											3
O26,VT(+)			1														1
O型不明,VT(+)						1					1						1
その他の <i>E. coli</i>	58	137	217	105	103	72	74	52	50	45	41	95	19	6	12		1086
Rotavirus ^{*2,*3}	71	371	906	286	166	123	41	30	10	8	3	11	1	1	2	18	2048
Adenovirus ^{*3}	13	41	74	33	13	14	10	2	1	5		2					208
Noro virus ^{*3}	30	118	214	67	26	15	12	5	1	1	2	5	4	2	10	10	522
Rotavirus(検査) ^{*4}	2	3	24	4		1	2										36
Adenovirus(検査) ^{*4}		4	5	2	1	1											13
Noro virus(検査) ^{*4}	5	18	26	9	7	3			1			1	1		1		72
Sapo virus(検査) ^{*4}	1	5	8	5								1					20
Astro virus(検査) ^{*4}		2	3	1													6

*1 *Campylobacter*と同時感染例:4例に*Salmonella*、2例に*Aeromonas*、1例にEHEC O145、1例に*P.shigelloides*、1例にノロウイルス

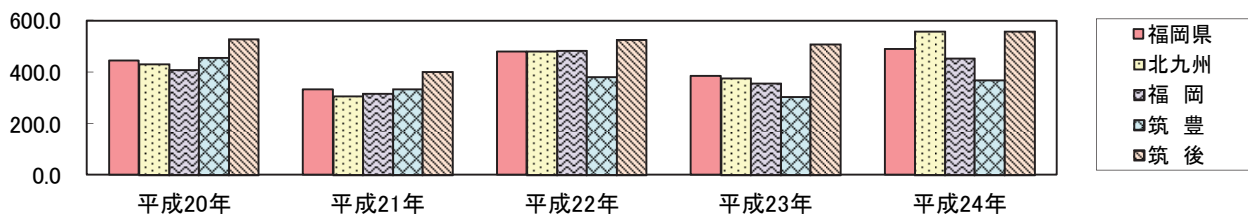
*2 ロタウイルスと同時感染例:42例にアデノウイルス、8例にノロウイルス

*3 定点からの情報による

*4 検査情報による



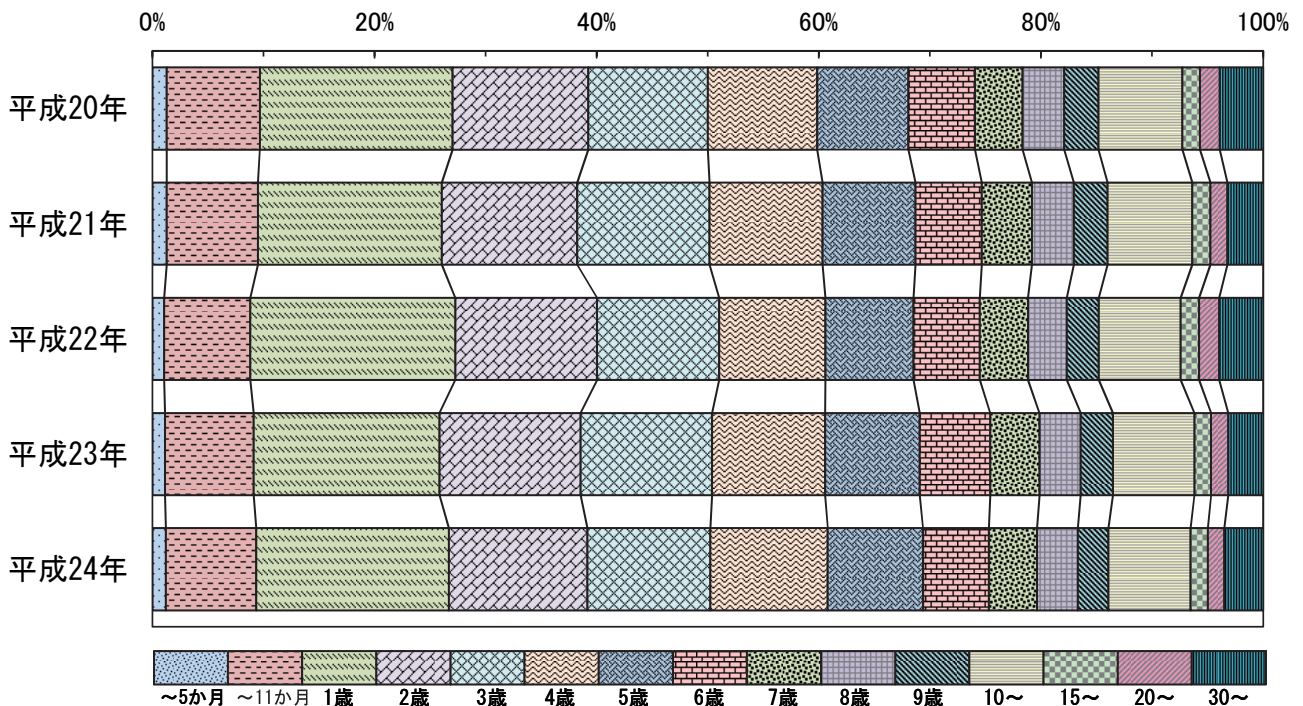
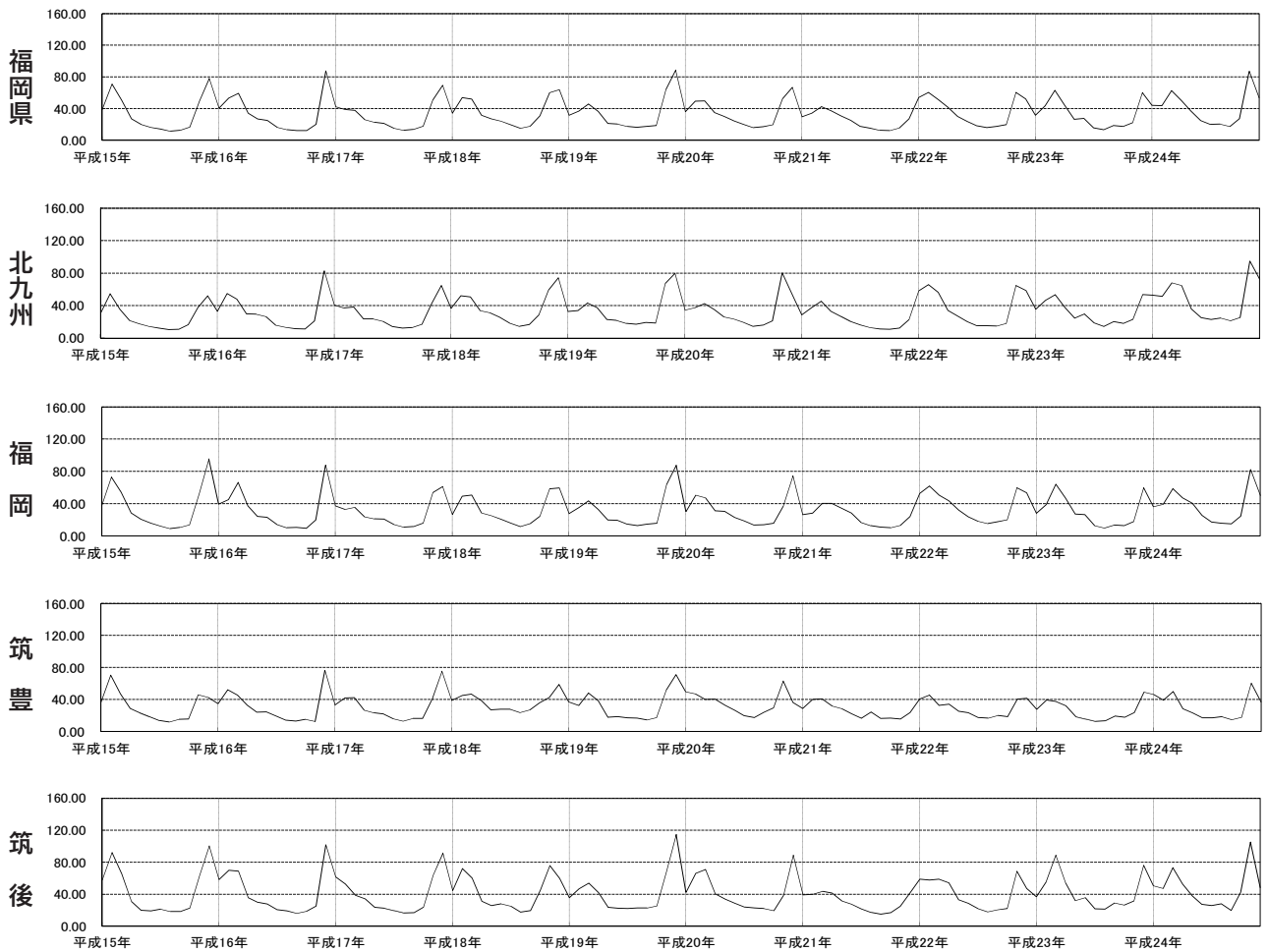
感染性胃腸炎の1定点当たりの週別報告数推移



感染性胃腸炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

感染性胃腸炎

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



6. 水痘 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、83.9（10,067例）と昨年より減少した（前年比0.77）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、193.2、143.3、166.3、133.9、154.4、153.2、157.0、113.8、113.4、86.0、122.6、103.5、99.9、107.3、86.2、96.2、85.2、84.1、87.0、118.2、121.4、117.1、117.2、112.1、106.6、119.1、102.6、99.5、96.3、108.3、109.3、83.9となり、これまでで最も少なかった。

季節性は、8～10月が最も少なく、冬が多い傾向は変わっていない

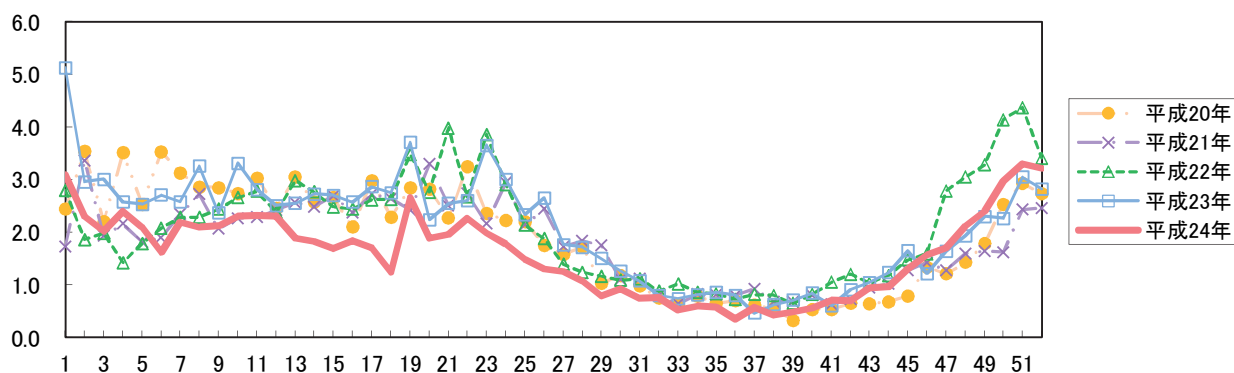
地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区67.0（1,943）〔北九州市66.5（1,596）〕、福岡地区100.3（5,416）〔福岡市91.8（2,663）〕、筑豊地区62.6（877）、筑後地区79.6（1,831）であった。4地区とも減少している。

九州地区は全国的に多く、福岡県、佐賀県、大分県、宮崎県、鹿児島が多い傾向は昨年と同じであった。九州地区以外では高知県、長野県、山形県、宮城県が多かった。

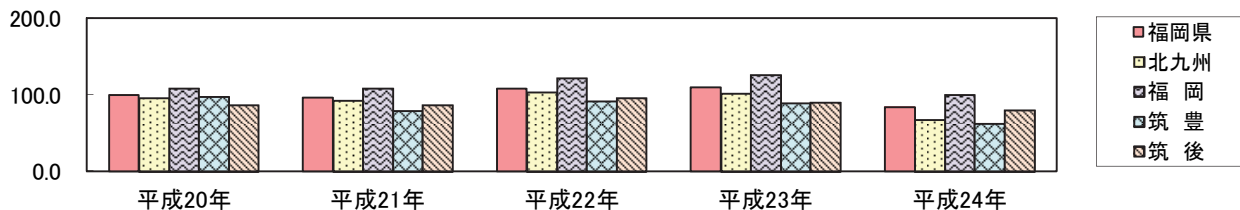
罹患年齢は、0歳6.8%（6～11か月5.2%）、1歳20.4%（昨年19.9%）、2歳19.7%（同19.7%）、3歳16.4%（同17.9%）、4歳13.8%（同14.4%）で4歳までが77.1%（同78.9%）で、昨年と同じ分布であった。

男女比は1.07で昨年同様、差はなかった。

ワクチン接種後の罹患報告例は、567例（昨年470例）と前年よりやや増加した（前年比1.21、前々年比1.28）。罹患年齢は、1歳9.9%（昨年6.8%）、2歳20.5%（同16.2%）、3歳21.9%（同19.4%）、4歳16.9%（同18.5%）、5歳12.2%（同14.5%）と5歳までで全体の81.5%（同75.3%）を占めた。頻度は、患者1,000人あたり56.3（昨年35.8）と年々増加している。軽症が500例88.2%（昨年89.4%）であった。ワクチン接種後から発症までの期間は、暴露後接種を除いた543例中、1年以内28.5%（昨年29.3%）、1～2年以内25.8%（同21.0%）、2～3年以内15.1%（同17.7%）、3～4年以内7.9%（同12.9%）、4～5年以内4.4%（同6.6%）5年以上は9.8%（同8.8%）と昨年と同様であった。



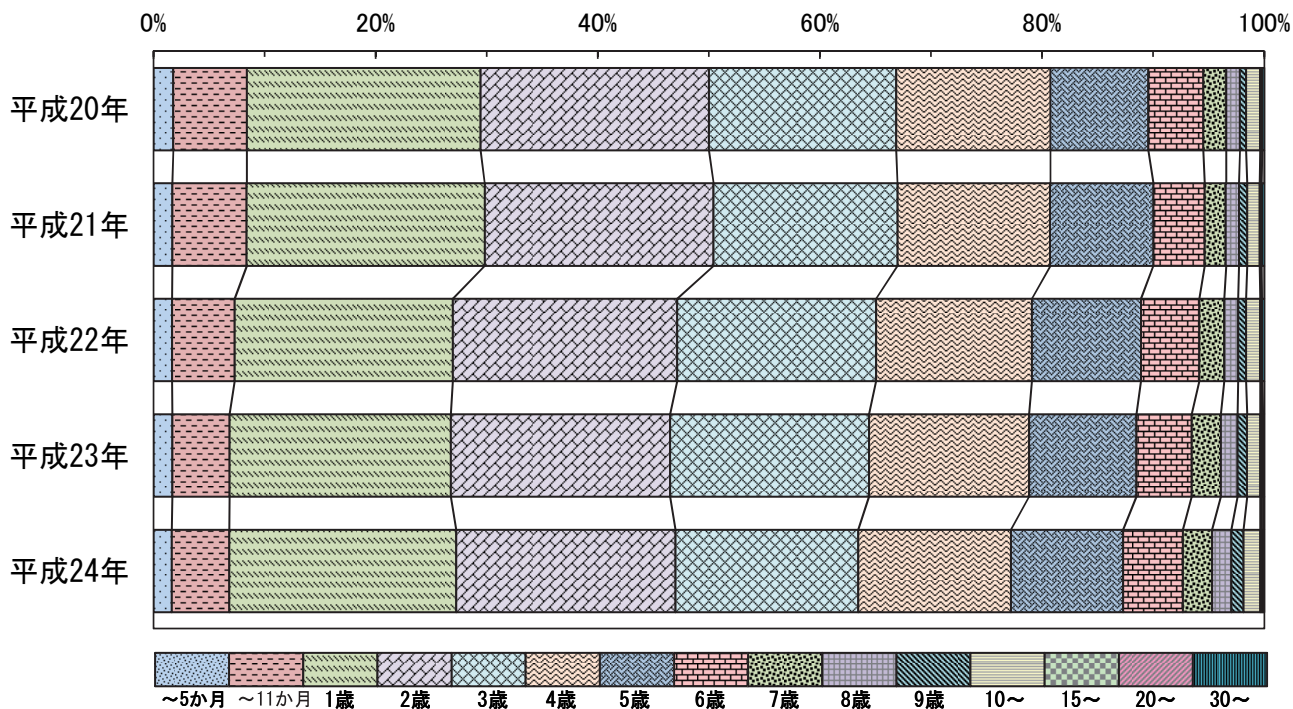
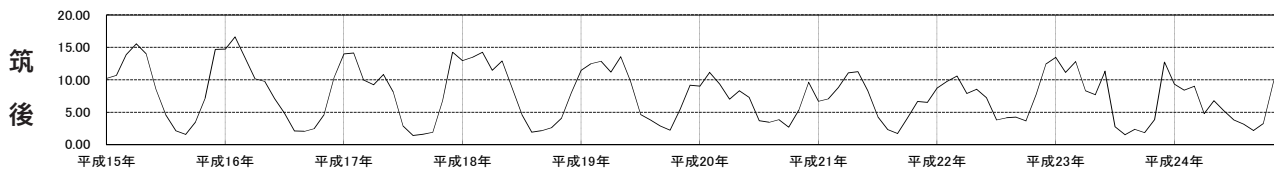
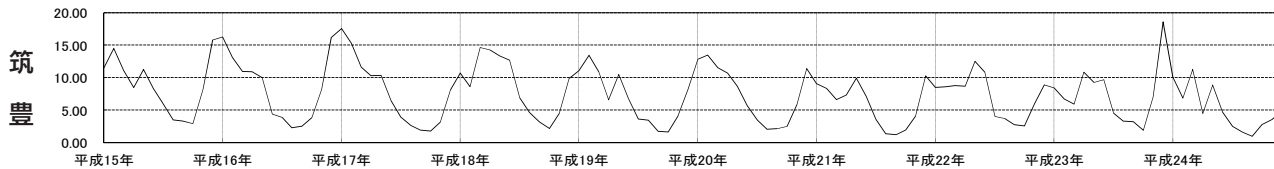
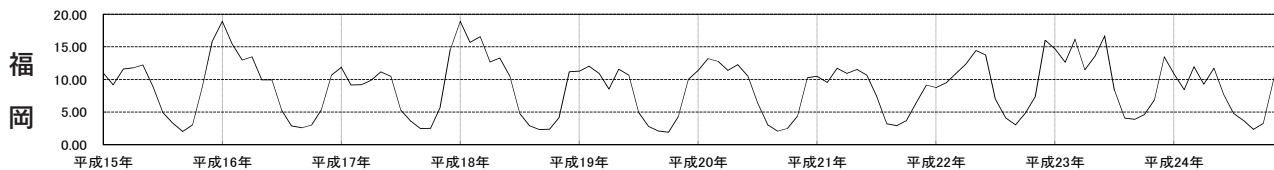
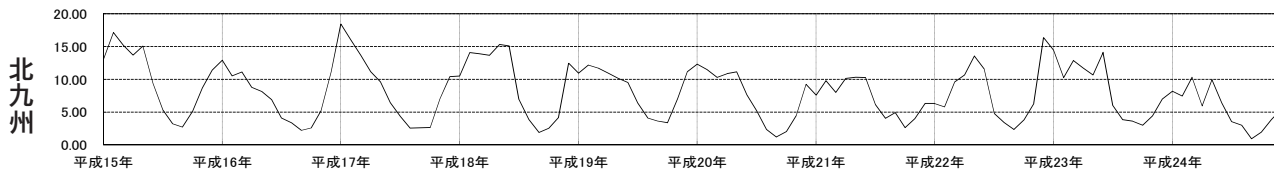
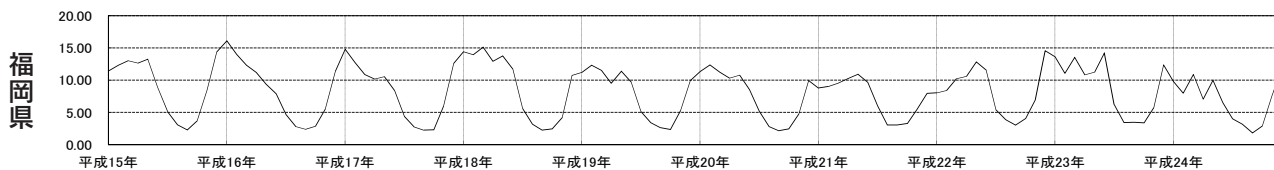
水痘の1定点当たりの週別報告数推移



水痘のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

水痘

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



7. 手足口病 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は9.2（1,103例）で、前年は調査開始後最多であったが、本年は著減した（前年比0.04）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間報告数は、13.8、88.3、41.3、37.2、31.4、14.7、90.9、26.3、9.1、85.0、5.4、37.5、24.5、28.3、91.4、21.9、20.5、42.9、16.6、114.9、121.4、7.5、76.8、62.8、19.3、18.8、70.3、43.1、77.6、49.1、229.6、9.2であった。

報告数は少なかったため、ピークは、はっきりしなかったが、夏季に多い傾向は変わらない。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区12.8（370）〔北九州市13.3（320）〕、福岡地区8.3（449）〔福岡市11.0（318）〕、筑豊地区10.8（151）、筑後地区5.8（133）で、各地区で著減した。

全国的には、青森県、岩手県、秋田県、宮城県、山形県、福島県、新潟県、福井県、宮崎県が多かった。

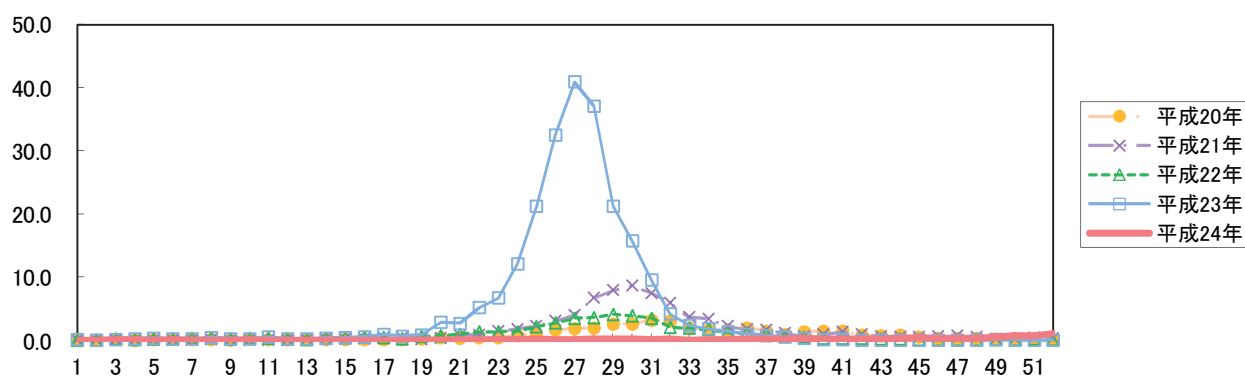
年齢割合は、0歳11.6%（昨年8.2%）、1歳41.2%（同24.2%）、2歳19.5%（同19.6%）、3歳11.1%（同16.3%）、4歳6.6%（同11.9%）、5歳4.0%（同8.2%）、6歳2.3%（同4.6%）、7歳0.8%（同2.6%）、8歳1.5%（同1.4%）、9歳0（同0.8%）、10～14歳0.6%（同1.3%）で、0～5歳までの乳幼児が93.9%（同88.5%）で、昨年と同様であった。

男女比は1.20で昨年同様、男がやや多かった。

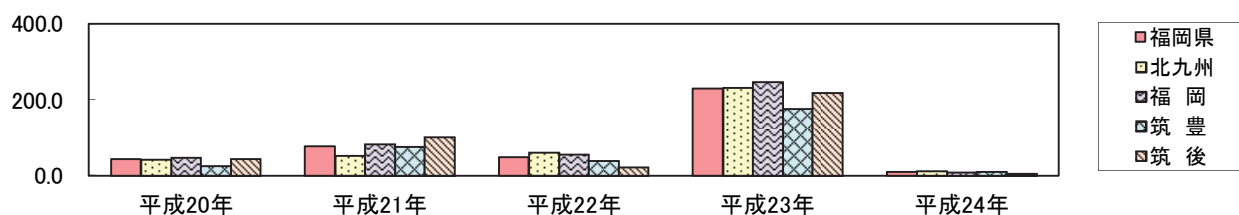
2例は、東京および大阪から帰省中に発症していた。

合併症は、報告されていない。

全国的な検出ウイルスはコクサッキーウイルスA16型とエンテロウイルス71型がほぼ同数で、大半を占めていた。本県では咽頭ぬぐい液や糞便などの22検体から、4件が検出されているが、手足口病の原因と考えられるウイルスは検出されなかった。



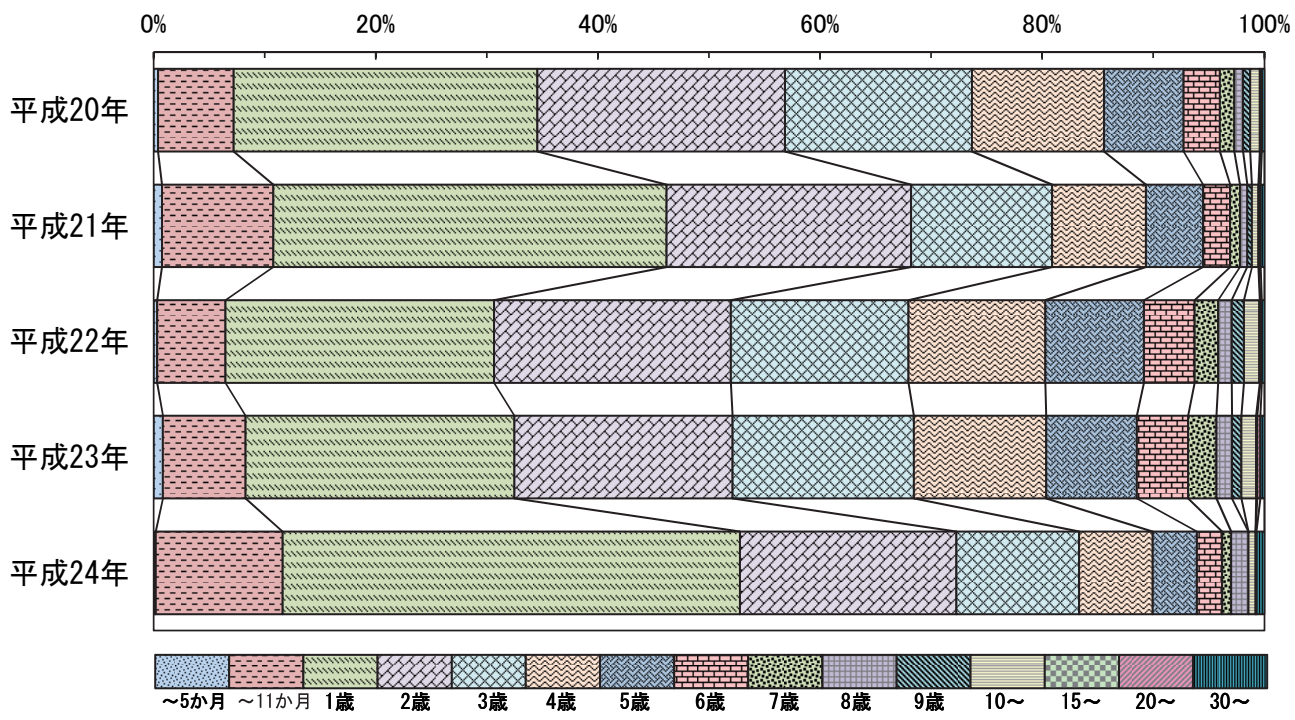
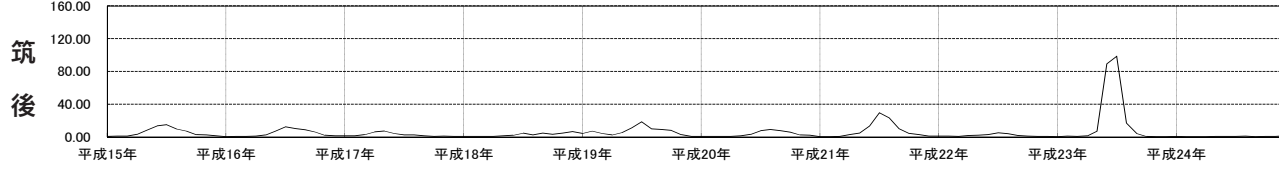
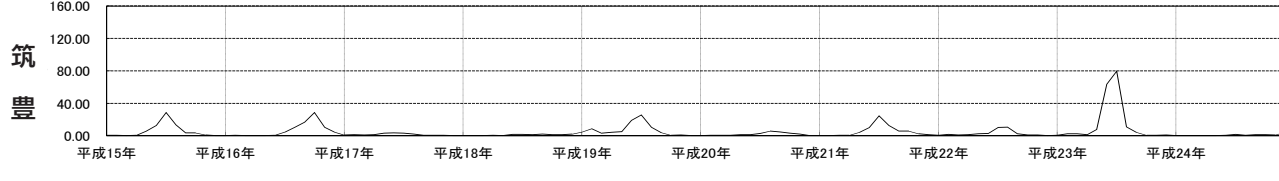
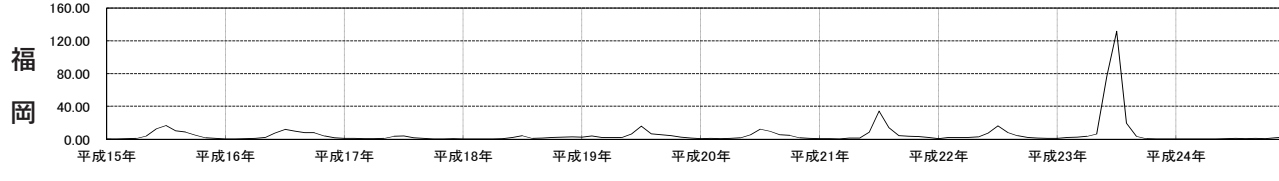
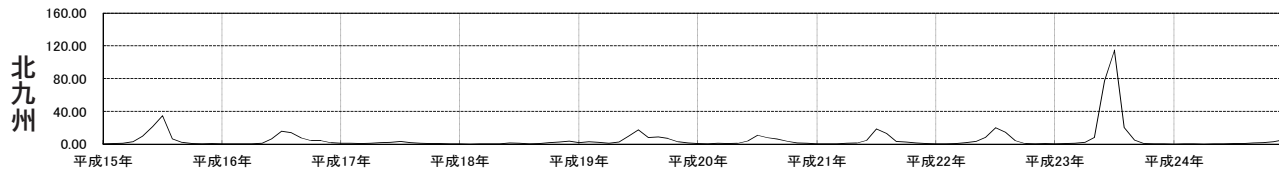
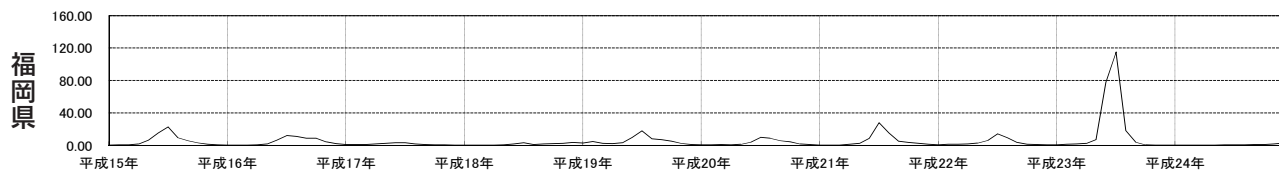
手足口病の1定点当たりの週別報告数推移



手足口病のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

手足口病

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



8. 伝染性紅斑 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は1.6（186例）で流行年であった昨年より著減した（前年比0.04）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、42.6、13.0、6.0、1.5、0.7、8.6、69.3、3.8、1.1、1.6、17.6、43.2、3.3、2.5、12.4、30.9、10.0、7.1、9.0、15.8、37.0、8.7、4.4、13.8、38.0、19.5、11.4、3.1、1.4、41.9、37.3、1.6となった。

季節性は、報告数が少なくピークは認められなかった。

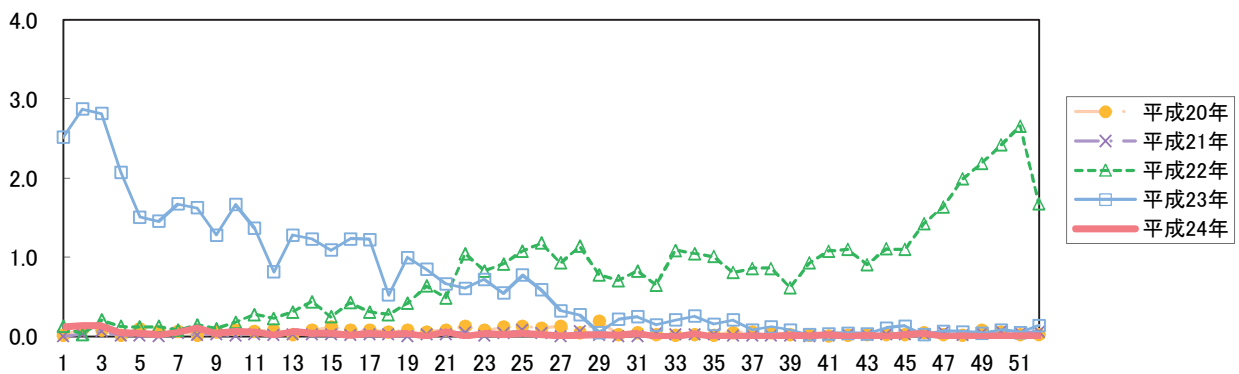
地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区2.4（71）〔北九州市2.4（58）〕、福岡地区1.2（66）〔福岡市0.8（24）〕、筑豊地区1.0（14）、筑後地区1.5（35）で、各地区で

減少した。全国的には、岩手県、福島県、長野県、岐阜県、鳥取県、島根県、山口県、愛媛県、高知県が多かった。

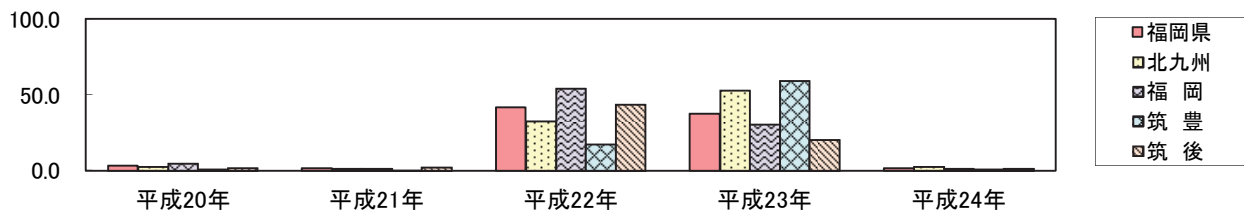
年齢割合は0～5か月2.2%（昨年0.1%）、6～11か月11.3%（同1.4%）、1歳9.7%（同4.6%）、2歳11.8%（同7.5%）、3歳9.1%（同11.6%）、4歳14.0%（同15.5%）、5歳11.8%（同18.2%）、6歳7.0%（同14.3%）、7歳7.0%（同10.3%）、8歳3.8%（同6.4%）、9歳4.3%（同3.8%）、10～14歳7.0%（同5.3%）、15歳以上0.5%（同1.0%）であった。2～6歳までが53.8%を占め、昨年と同様の年齢構成であった。

男女比は0.84であった。

合併症や併発症の報告はなかった。



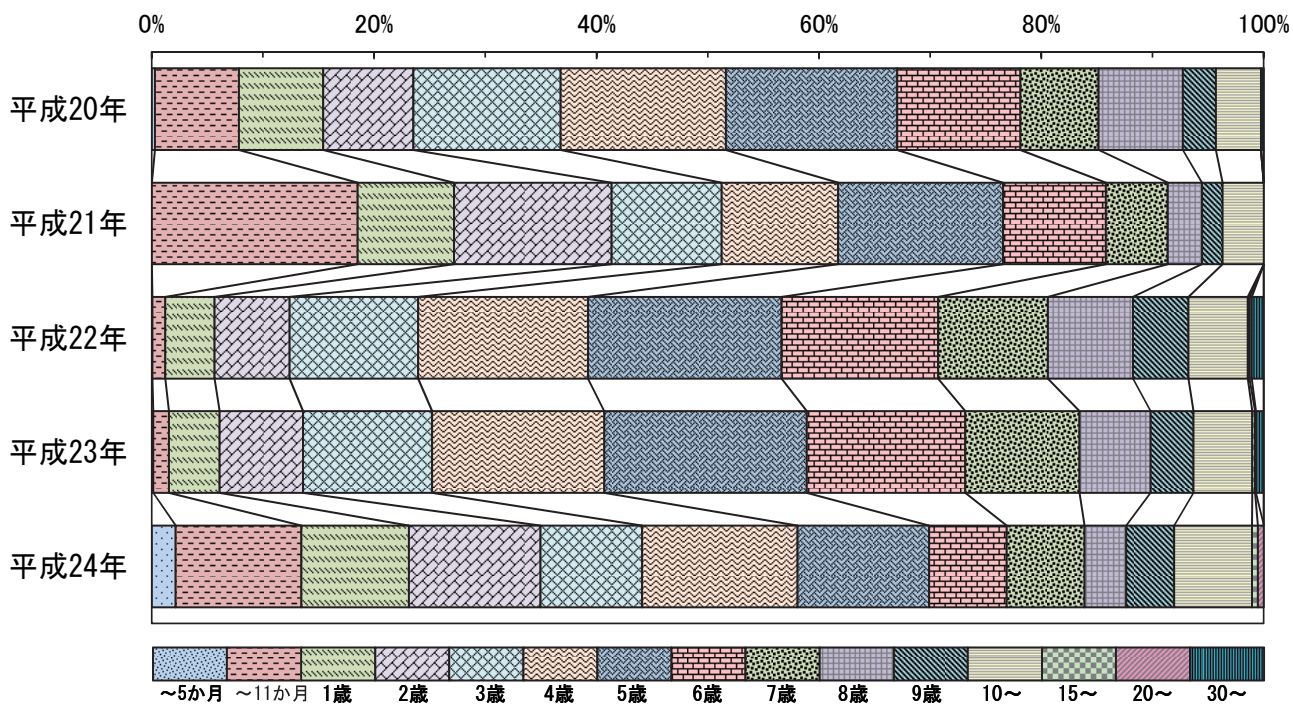
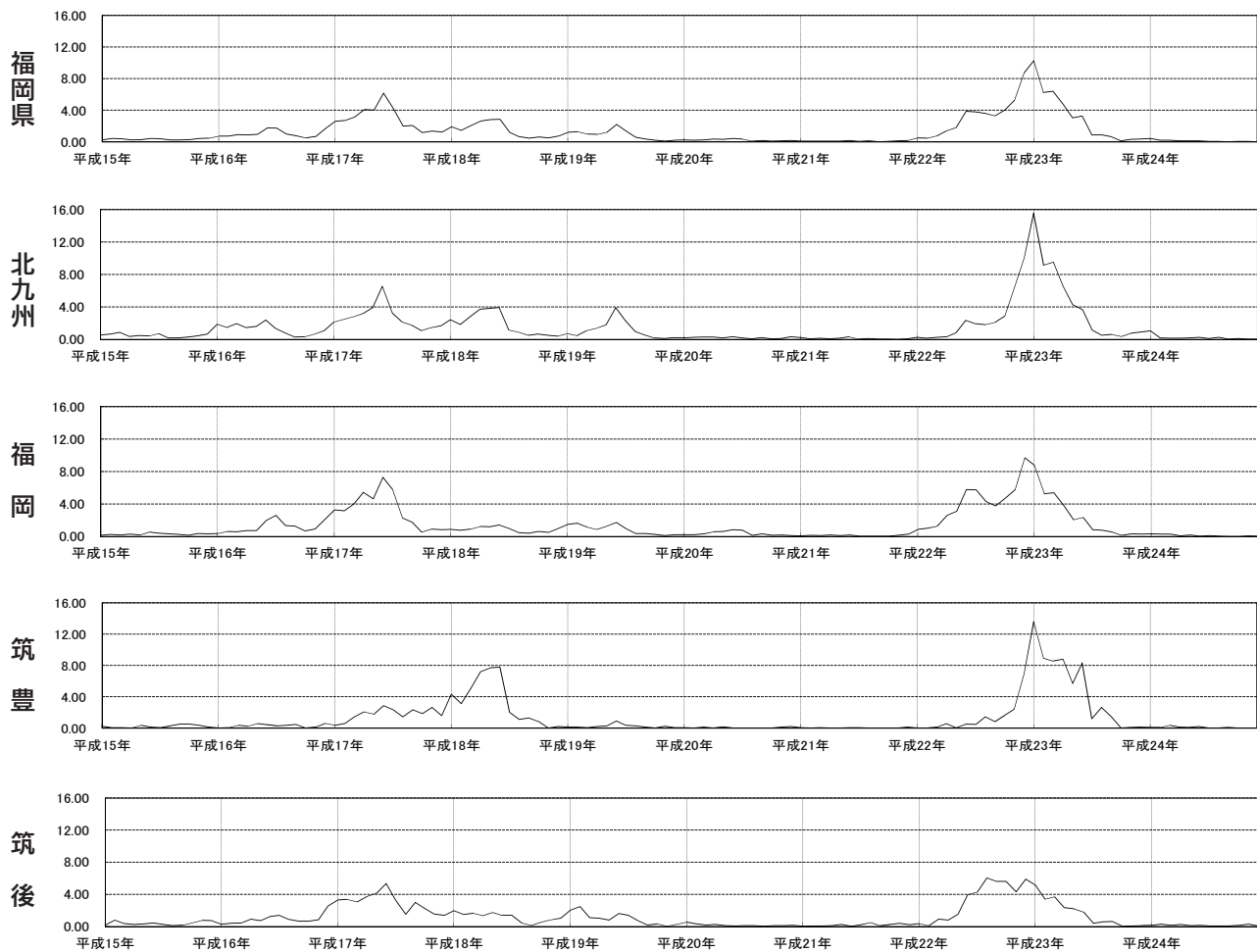
伝染性紅斑の1定点当たりの週別報告数推移



伝染性紅斑のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

伝染性紅斑

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



9. 突発性発しん [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は42.1（5,057例）で、前年とほぼ同じであった（前年比0.96）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、46.4、63.0、63.1、59.1、57.9、60.7、58.2、49.6、48.5、49.0、44.3、47.5、46.8、56.1、54.6、52.0、48.8、45.9、46.4、52.3、60.8、57.4、53.5、51.1、51.4、46.7、46.8、47.4、46.2、43.4、43.7、42.1で、昨年とほとんど変化はない。

ワクチンや抗ウイルス薬もないため、本疾病の定点当たりの報告数の推移は報告システムの精度を表していると考えられる。今後の動向を注視していく必要がある。

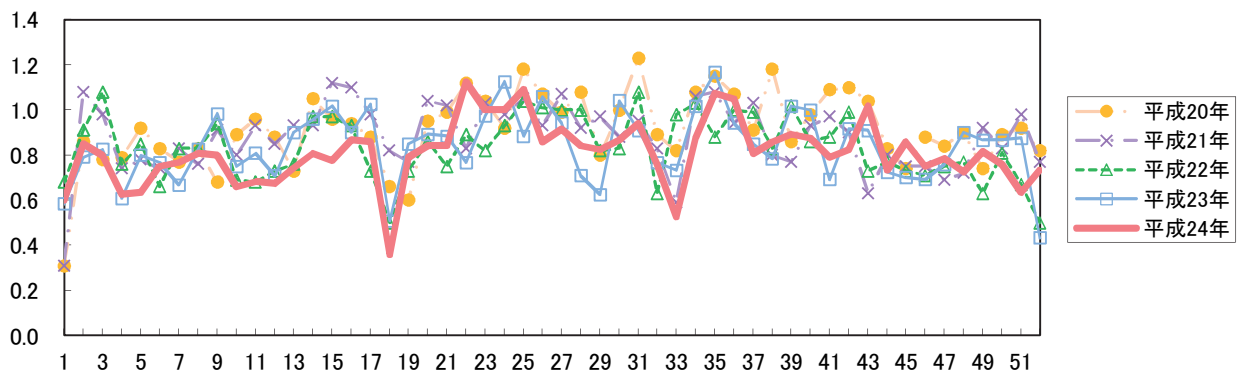
週別報告では1週、18週、33週の報告数がやや少ないのは、正月やゴールデンウィーク、お盆の影響が考えられる。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区37.0（1,072）〔北九州市34.5（827）〕、福岡地区46.6（2,519）〔福岡市47.2（1,369）〕、筑豊地区35.9（502）、筑後地区41.9（964）で、昨年と同じく福岡地区、筑後地区がやや多い。全国的には、福岡県は山形県、島根県、山口県、愛媛県、徳島県、佐賀県、大分県、熊本県、宮崎県と同じく報告数が多い県のひとつとなっている。

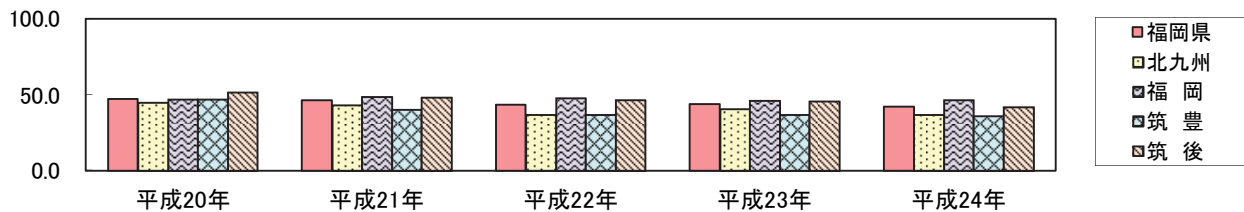
年齢割合は0～5か月3.1%（昨年3.1%）、6～11か月50.7%（昨年54.5%）、1歳41.9%（昨年39.1%）と0歳児が53.4%であった。乳児の割合が、平成17年以降72.9%、70.5%、67.3%、65.5%、63.8%、59.9%、57.6%、53.4%と少しずつ減少している。

男女比は1.11であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



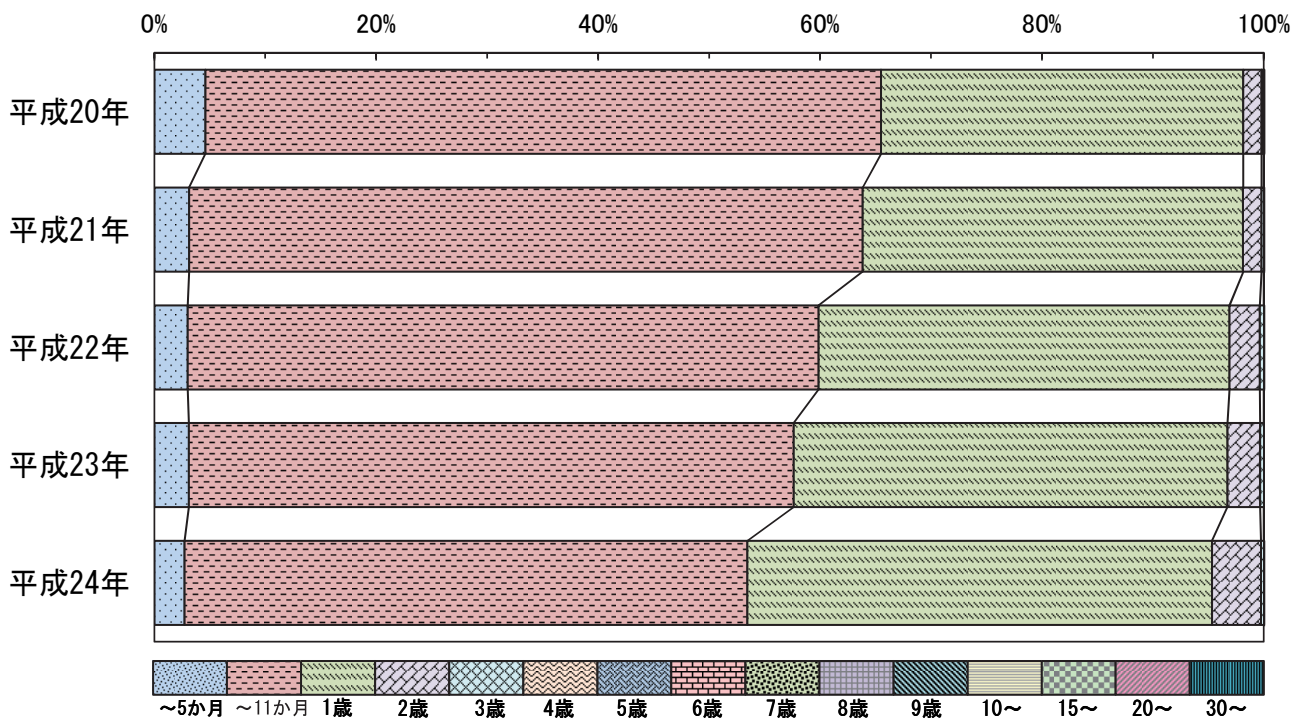
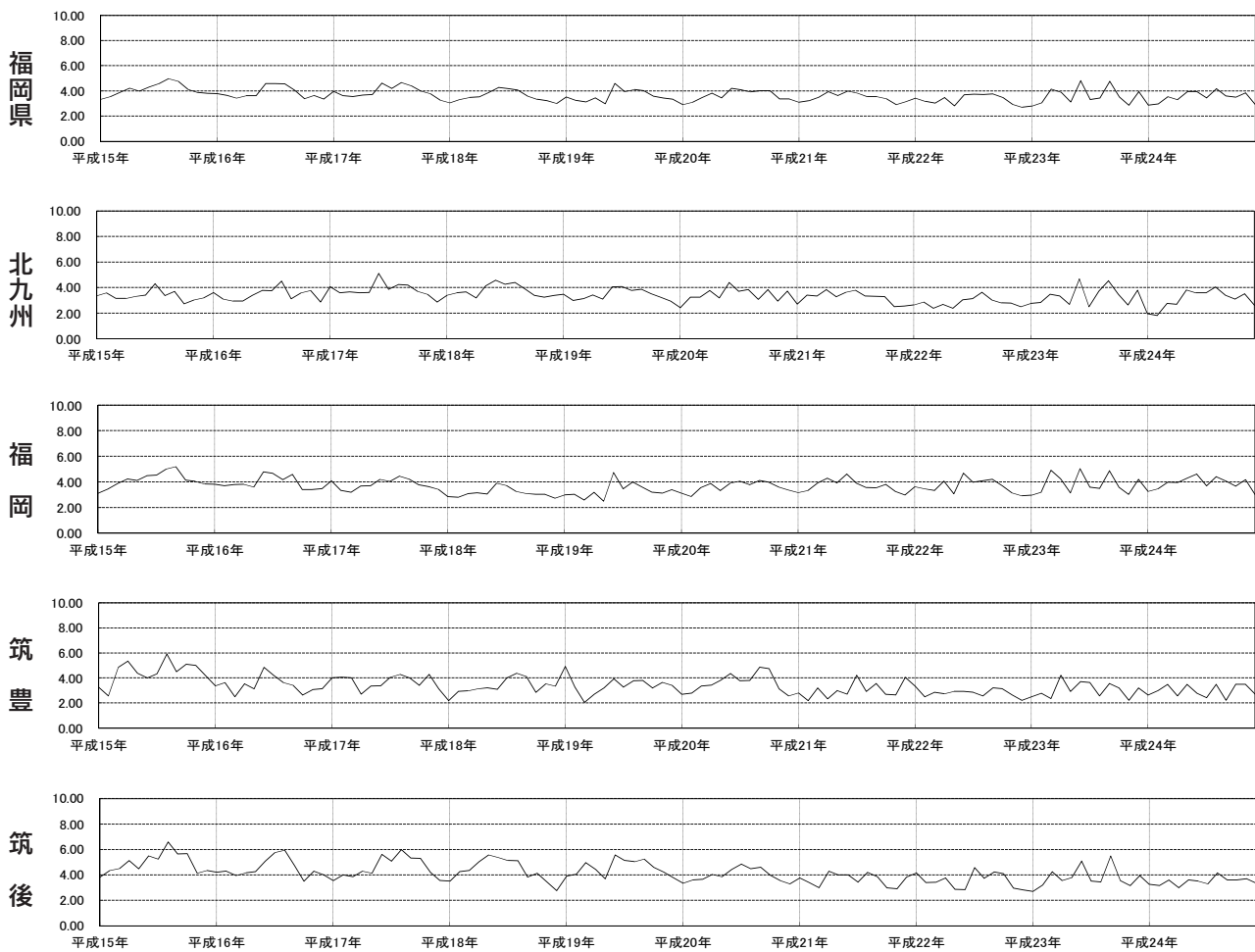
突発性発しんの1定点当たりの週別報告数推移



突発性発しんのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

突発性発しん

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



10. 百日咳 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は2.0（241例）で、昨年より減少した（前年比0.60）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、11.6、13.6、11.0、9.6、5.4、6.3、12.8、8.0、9.2、15.0、22.1、15.2、11.6、12.9、6.2、8.9、3.6、2.2、2.6、2.3、1.3、1.1、0.9、1.7、1.5、1.3、1.8、4.3、4.5、3.1、3.3、2.0で、1991年の流行以後2003年まで減少が続き2004年以降わずかな増減をくり返していたが、本年は昨年より減少した。

季節性は、平成20年のような5～6月のピークがはっきりしなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区2.4（70）[北九州市2.6（63）]、福岡地区2.9（150）[福岡市4.2（123）]、筑豊地区0.1（2）、筑後地区0.6（13）で、福岡地区だけが多い傾向は変わらない。福岡県は岩手県、新潟県、栃木県、群馬県、千葉県、広島県、高知県、大分県と同じく報告数が多い県となっている。

年齢割合は、0～5か月10.8%（昨年4.8%）、6～11か月5.0%（同2.5%）となり0歳児は15.8%（同7.3%）で昨年より多かった。年長児は6歳2.9%（昨年4.3%）、7歳0.8%（同3.0%）、8歳4.1%（同

4.0%）、9歳2.5%（同3.8%）、10～14歳17.8%（同29.0%）と各年齢で減少した。15～19歳は1.7%（昨年5.0%）、20歳代7.1%（同4.0%）、30歳以上30.7%（同25.3%）ととなり、30歳以上がやや増加した。平成12年以降10歳以上の割合は、5.5%、10.6%、12.6%、9.9%、14.3%、36.6%、55.1%、59.7%、65.0%、64.6%、68.5%、63.3%、57.2%となっている。

男女比は0.84で女性に多い。

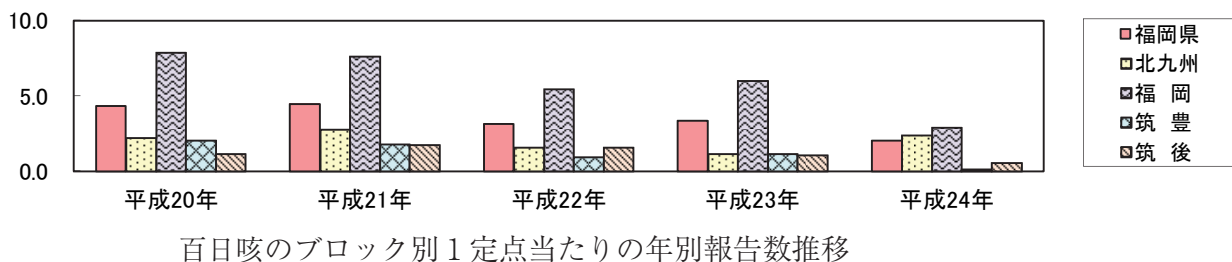
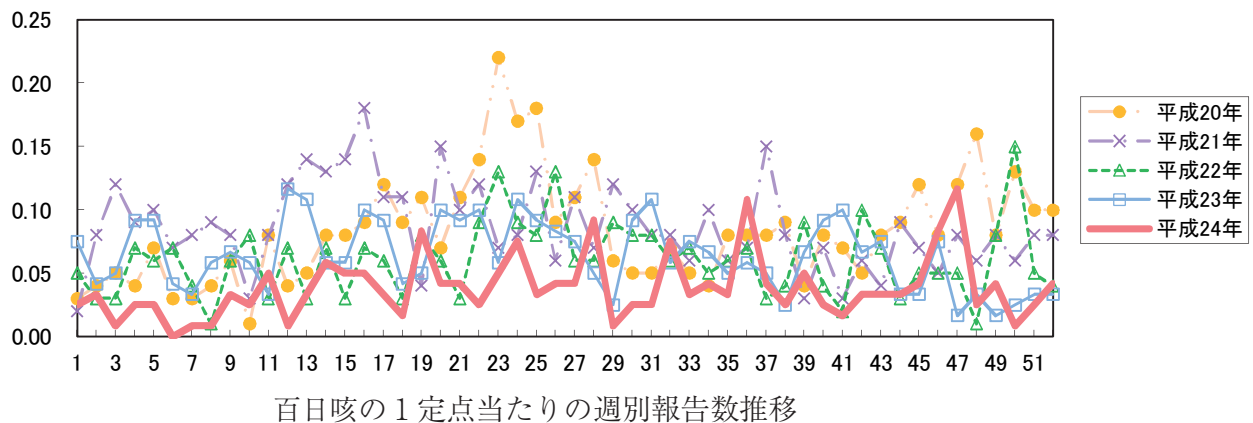
重症化のリスクのある3か月未満児が1例（2か月児）報告された。

LAMP法陽性は8例（昨年21例）、このうち培養陽性は6例（昨年12例）であった。培養陽性者の年齢は、4か月、5か月、6歳、12歳2例、28歳で年長児や成人からも分離されている。

血清診断は単血清での正確な診断は難しく、ペア血清での診断が望ましい（本年度2例）。非特異反応が課題となっていた凝集法は、順次EIA法に全国的に変更されようとしている。

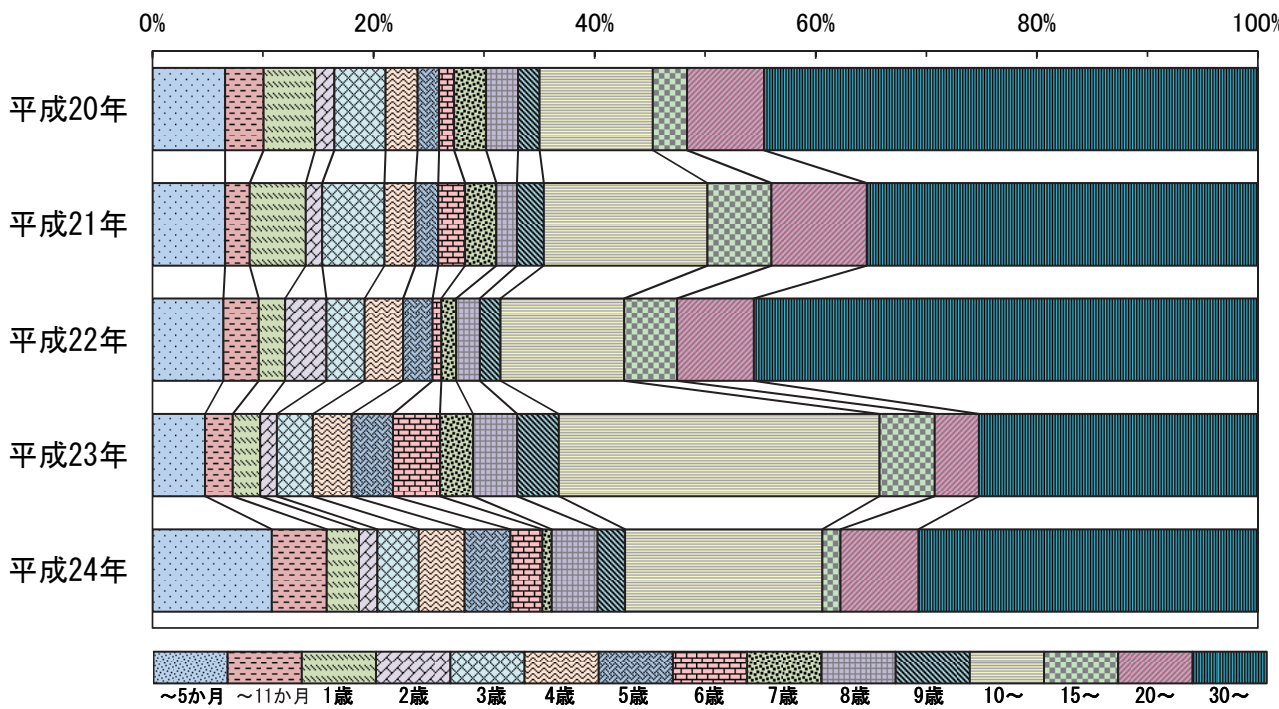
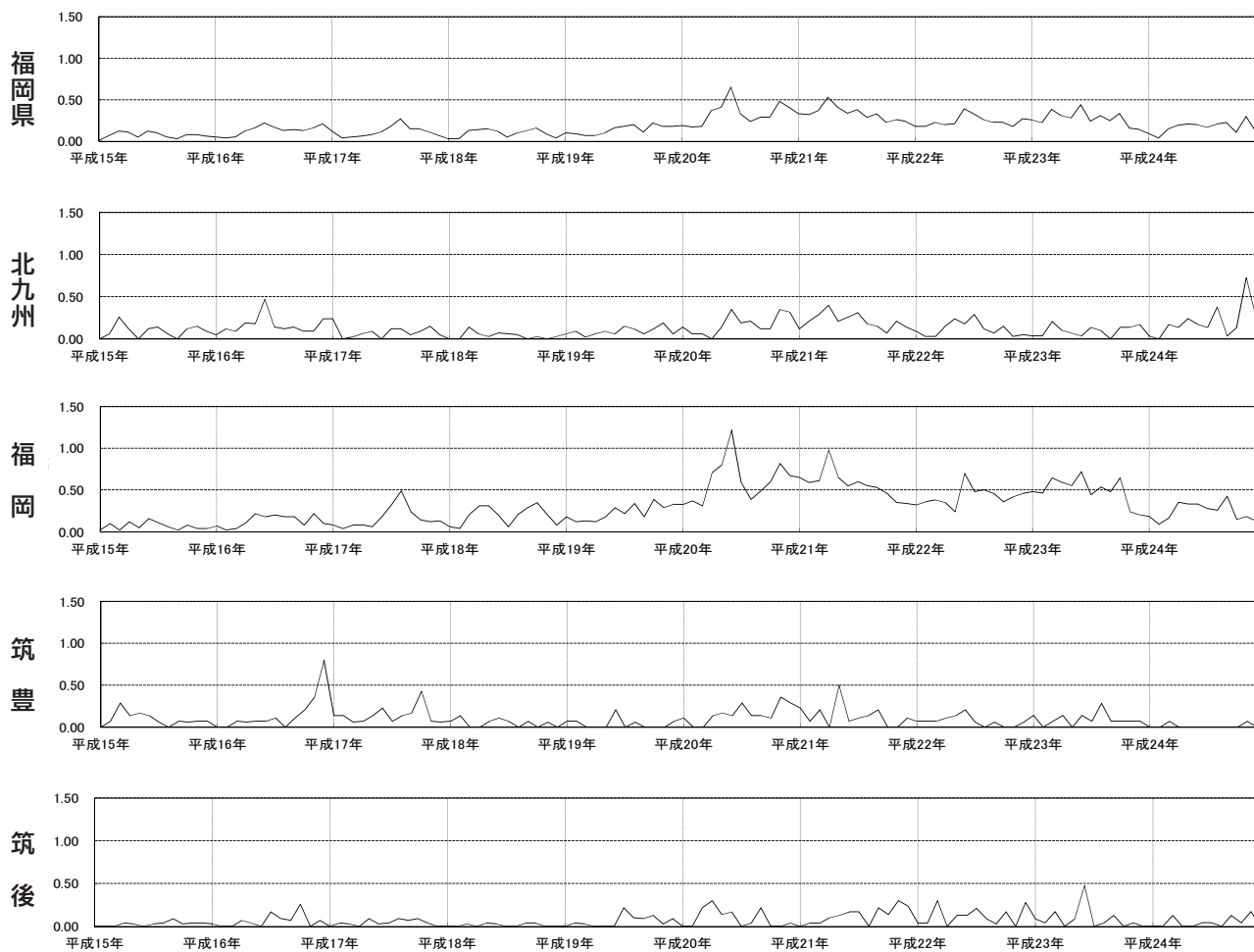
ワクチン接種済での報告は2例あった。

生後3か月になったらDTPワクチン接種を開始し、できるだけ早く3回までは終了しておくことが望ましい。



百日咳

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



11. 風しん [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.06(7例)であった(前年9例)。平成20年1月1日からは、全国的に麻しんおよび風しんは5類全数把握対象疾病となっている。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、42.2、275.9、68.1、14.2、4.5、12.6、389.7、73.9、17.3、2.2、4.6、48.5、179.3、4.5、4.1、3.4、6.7、4.5、1.3、0.8、1.7、9.7、0.4、3.0、0.1、0.03、0.02、0.03、0.08、0.03、0.08、0.06であった。

季節性は、報告数が少なく、明瞭でない。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区0.1（4）[北九州市0.1（4）]、福岡地区0.1（1）[福岡市0（0）]、筑豊地区0（0）、筑後地区0.1（2）であった。

週報には、1週に福岡市西区保育園で流行あり、11か月男（ワクチン未接種：IgM+PCR+）、2週には同じ保育園での母子感染例で1歳男（ワクチン未接種：IgM+）、21歳母親（ワクチン歴不明で児より感染）、24週には北九州から25歳男（発熱、頭痛、関節痛、全身の小発疹：IgM+）、26週には北九州から3例（児と両親）：9か月男（ワクチン未接種：IgM+）、父親31歳（ワクチン歴不明：HI抗体）、母親31歳（ワクチン未接種：臨床診断）、筑後地区から14歳男（ワクチン未接種：父親の周囲に流行があり父から感染）、28週には前記の北九州の9か月児の双子の弟が発症しIgM+（父親が東京で感染を受け家族内に拡がったと推測）、33

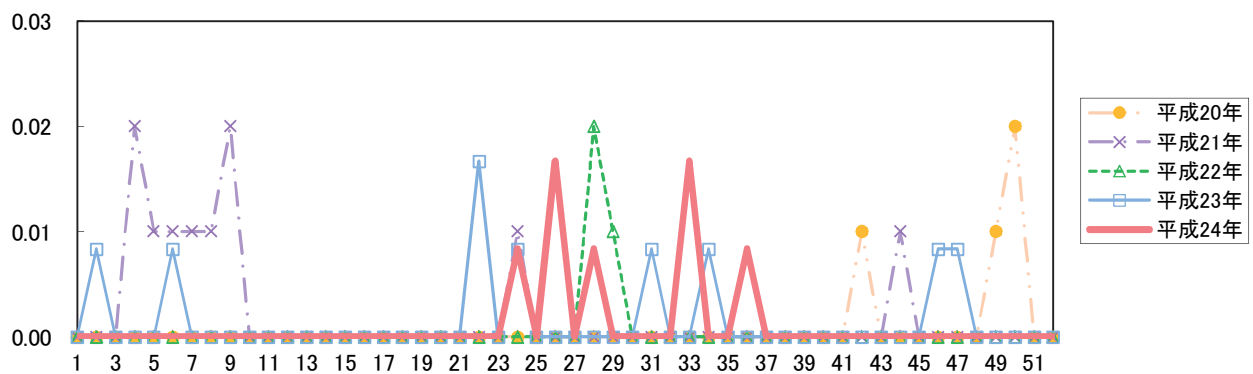
週には遠賀中間地区から報告されたが翌週取り下げ、筑後地区から14歳男（H24.3月にMRワクチン接種、微熱・発疹・倦怠感：IgM+）、36週には北九州から30歳男（発症17日前東京滞在、ワクチン歴なし、熱・発疹・倦怠感・軽度肝機能障害：IgM+）と報告された。

全国の発生状況は全数報告で把握されており、全国で2,391例（昨年368例）であった。東京都668例、大阪府407例、兵庫県282例、神奈川県255例と関東・関西地区が多かった。福岡県は前年全国最多、本年は41例で9位の報告数であった。

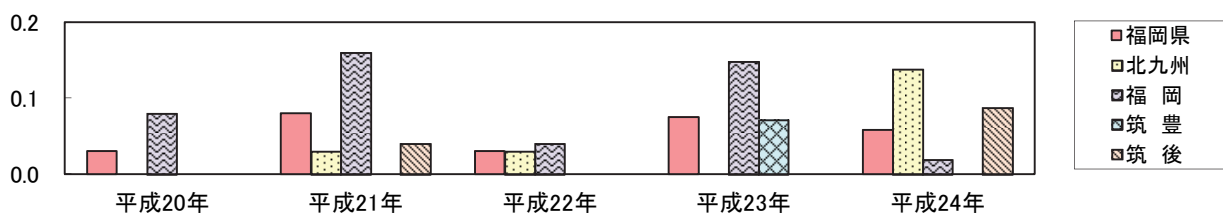
先天性風しん症候群は5例（埼玉県、大阪府、兵庫県2例、香川県）報告された。

2013年になり、東京ではさらに患者数が急増し、妊婦への感染も報告されている。風しん注意報として、1. 女性は妊娠前に風しんの予防接種をご検討ください、2. 成人男性はかかったことがない方、ワクチンを受けていない方、どちらも不明な方は、ワクチン接種をご検討ください、3. 妊娠中の女性の家族は予防接種をご検討くださいとするポスターが作製され、風しんワクチン接種を広く呼びかけている。

県内のMRワクチン3期、4期の接種率は、全国的にみても低い。週報にも流行地で感染し、県内で発症した例が報告されている。ワクチン接種の啓発をお願いします。



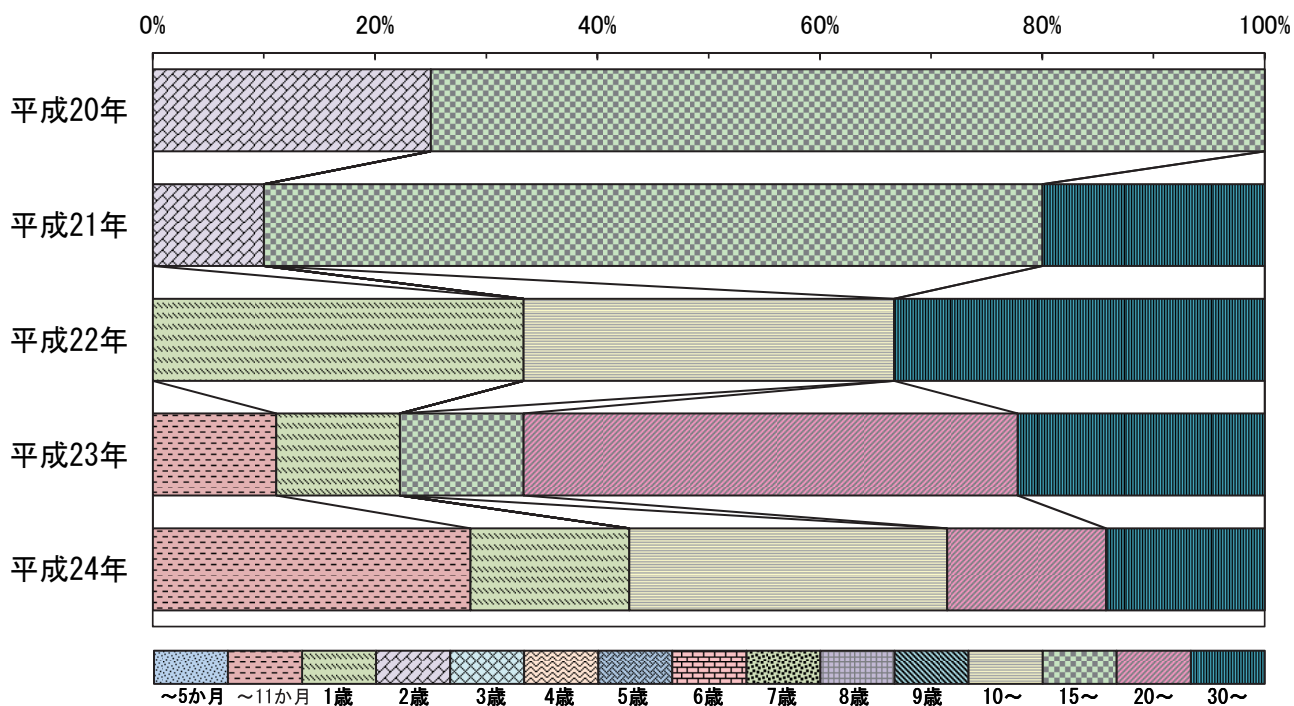
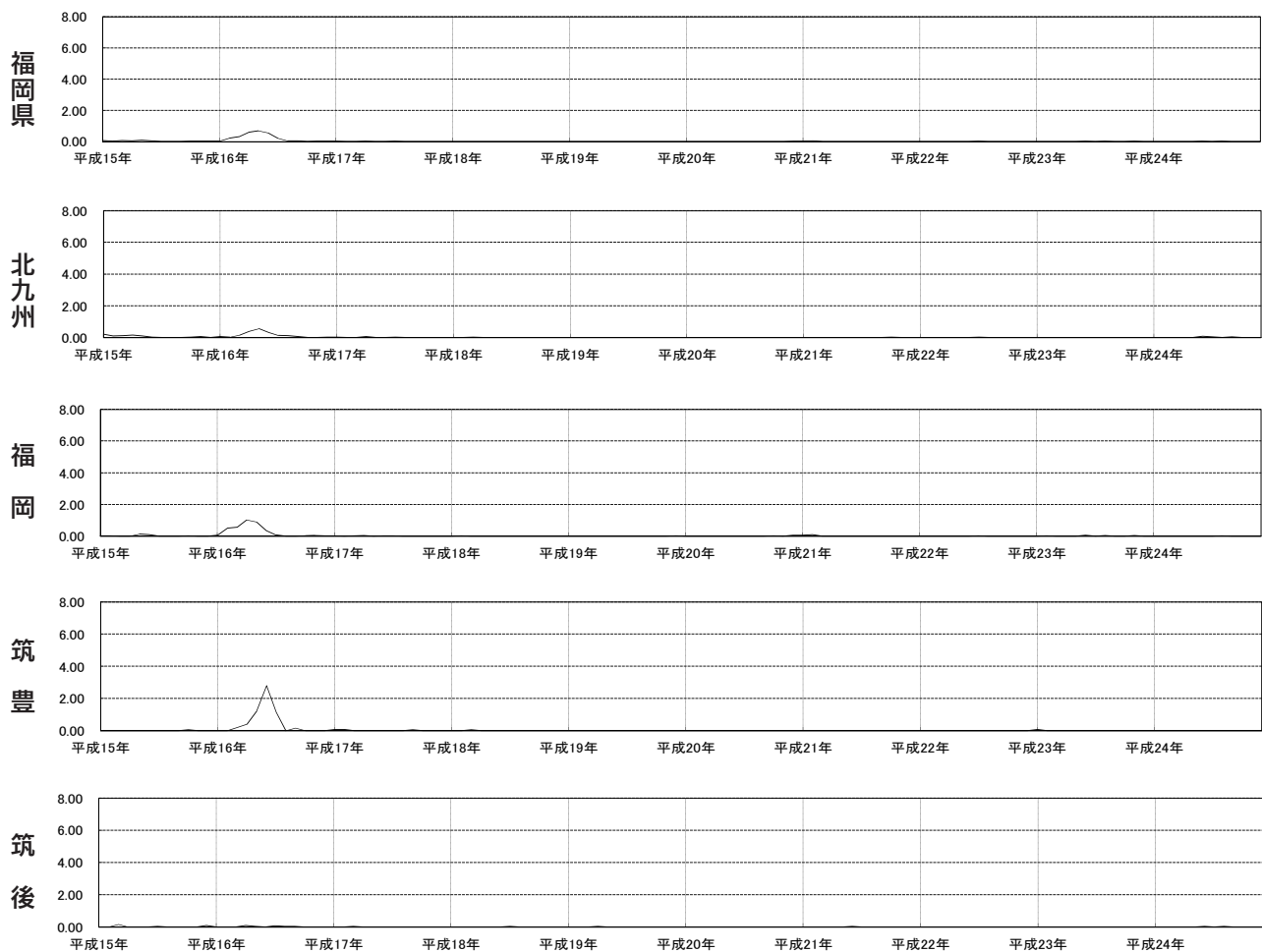
風しんの1定点当たりの週別報告数推移



風しんのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

風しん

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



12. ヘルパンギーナ [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は34.6(4,151例)と昨年よりやや減少した(前年比0.84)。1定点当たり患者数は昭和56年(1981年)から、それぞれ66.1、80.3、71.5、134.9、53.3、61.4、63.2、64.3、30.4、39.7、43.5、55.2、31.9、45.4、33.8、64.4、39.2、38.1、52.0、37.2、31.9、41.1、51.5、35.9、39.6、42.8、49.8、29.1、30.9、33.4、41.1、34.6であった。

季節性を月別発生で見ると、6月から増加し7月にピークをつくっている。

地域的には、年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は北九州32.4(940)[北九州市33.8(811)]、福岡44.6(2,406)[福岡市53.8(1,559)]、筑豊20.9(292)、筑後22.3(513)となり、昨年多かった筑後地区の減少が目立った。全国的には山形県、新潟県、群馬県、埼玉県、三重県、山口県、熊本県、大分県、宮崎県が多かった。

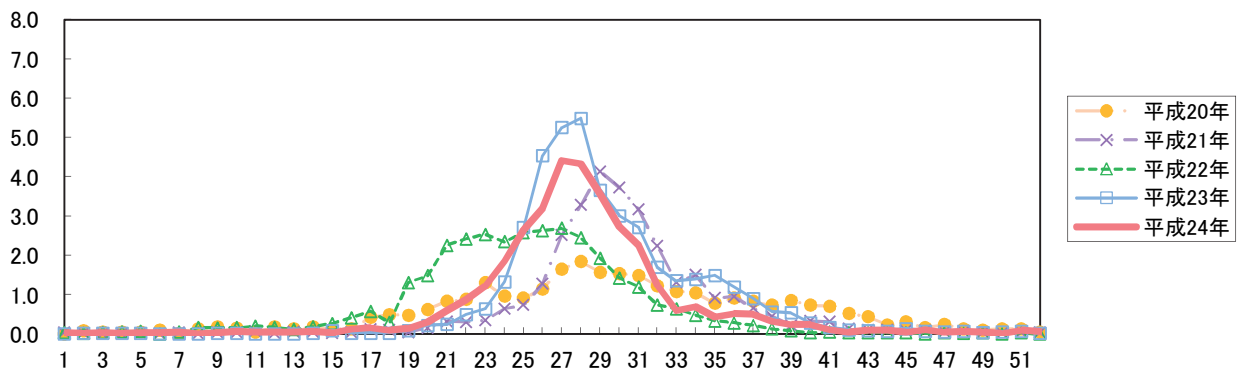
罹患年齢は0～5か月0.6%、6～11か月8.6%、1

歳29.1%、2歳20.5%、3歳15.4%、4歳11.7%、5歳7.3%、6歳2.9%、7歳1.3%、8歳1.0%、9歳0.8%、10～14歳0.6%であった。1歳がピークで、3歳までで74.1%、5歳までで93.1%を占める乳幼児の疾病である。年齢構成に大きな年次変化は認められない。

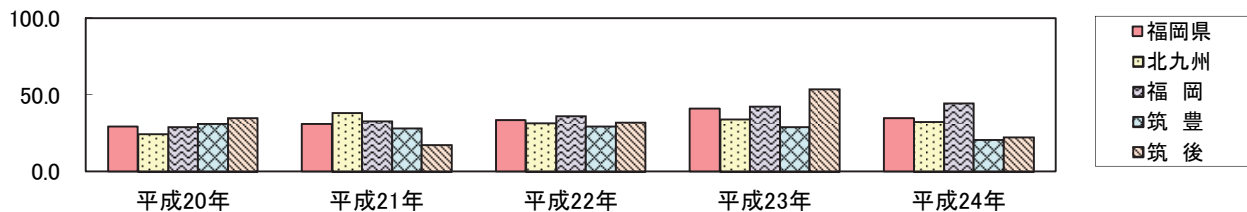
男女比は1.05であった。

本疾病の原因はコクサッキーウイルスA群が多く、まれにコクサッキーウイルスB群、エコーウイルスでも起こるとされている。全国的には、コクサッキーウイルスA4型が最多で、次いでA2型、A5型が多かった。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの33検体から、24検体が陽性で、多種類のウイルスが検出されている。コクサッキーウイルスA2型9件、A5型4件、A4型1件、B4型4件、ライノウイルス3件、エコー9型2件、単純ヘルペスウイルス1件であった。



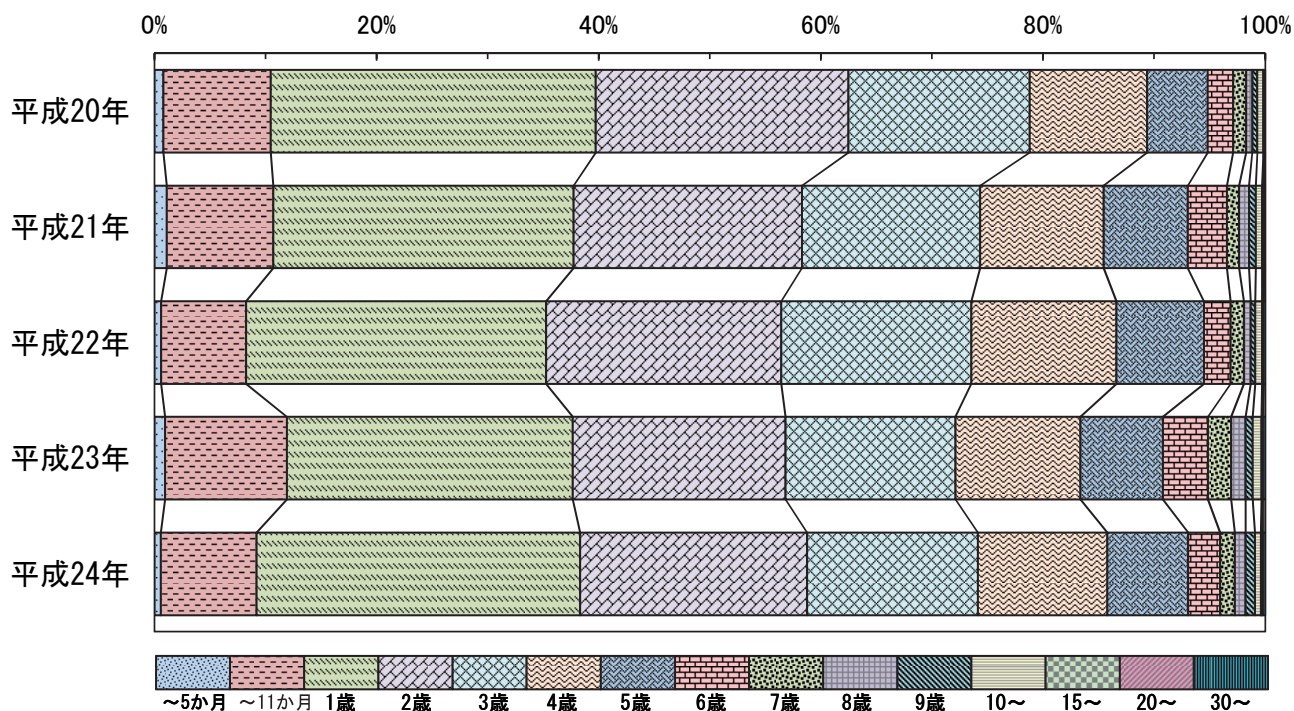
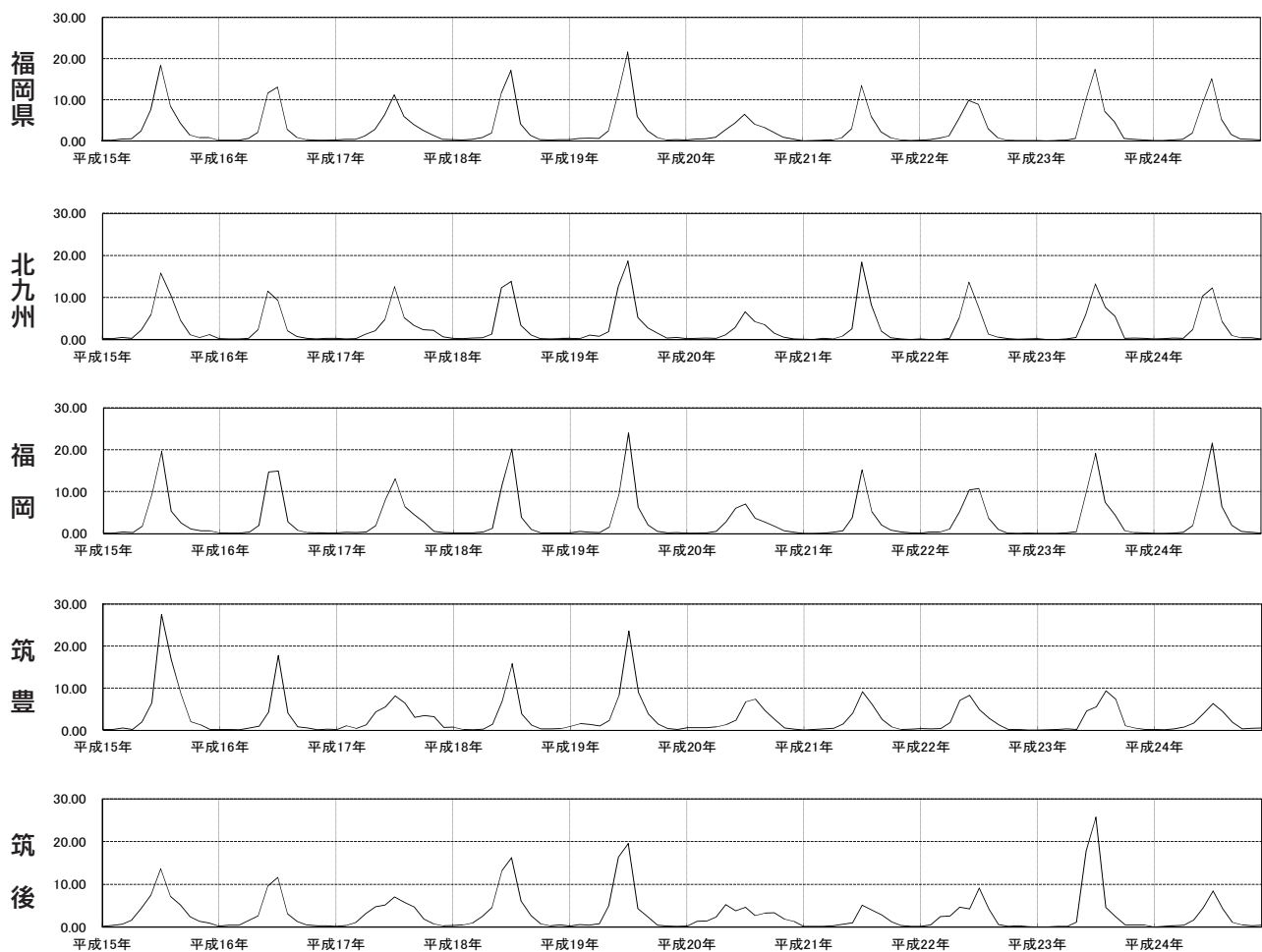
ヘルパンギーナの1定点当たりの週別報告数推移



ヘルパンギーナのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

ヘルパンギーナ

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



13. 麻しん [小児科定点]

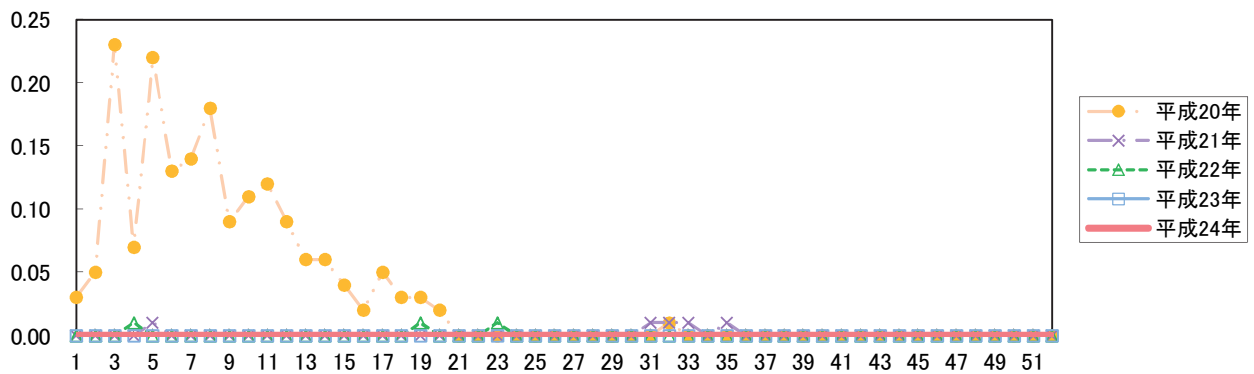
年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は0.0(0例)で、昨年と同様であった。平成20年1月1日からは、全国的に麻しんおよび風しんは5類全数把握対象疾病となっている。昭和56年(1981年)からの1定点当たり年間患者数は81.8、14.3、56.1、123.4、4.9、16.8、57.8、9.3、9.9、20.3、83.3、7.1、4.2、17.9、32.4、15.5、15.7、9.6、1.0、8.4、33.8、2.3、1.8、0.4、0.1、0.03、2.9、1.8、0.04、0.03、0、0となり、2年連続で報告はなかった。

全国の発生状況は全数報告で把握されており、全国で285例(昨年434例)であった。最多は、東京都84例、次いで愛知県39例、埼玉県32例、神奈川県29例となっていた。PCRが実施されていない例も含まれている。なお福岡県は報告はなかった(昨年6例)。

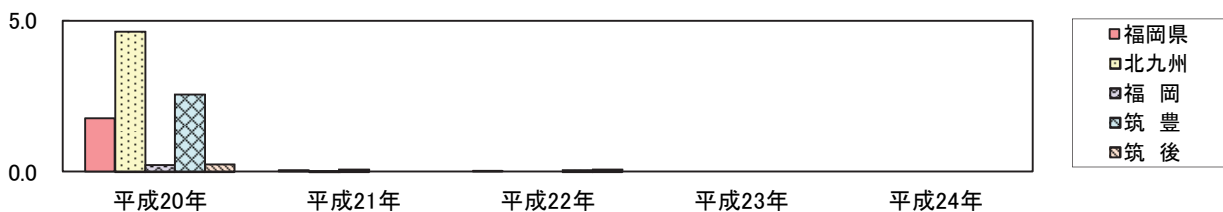
麻しんに関する特定感染症予防指針改正が行われ、平成25年4月1日から適用される。目標は、平成27年度までに麻しん排除を達成し、世界保健機関による麻しん排除の認定を受け、かつ、その後も麻しん排除の状態を維持することとされる。届

出・検査・相談体制の充実も求められている。「(1)原則として診断後24時間以内の臨床診断としての届出、(2)血清IgM抗体検査等の血清抗体価測定の実施及びウイルス遺伝子検査用検体の提出を求め、必要時には届出の取り下げを求めることとする。可能な限り、国立感染症研究所及び地方衛生研究所において、遺伝子配列の解析を行う。(3)都道府県等は、麻しん対策の会議を設置した上で、地域における施策の進捗状況を評価するものとし、必要に応じて、関係団体と連携して、麻しんの診断等に関する助言を行うアドバイザー制度の設置を検討する」となっている。

第3期・第4期の定期接種は3月で終了したが、第1期及び第2期の定期接種の接種率目標(95%以上)の達成・維持も課題である。2011年度最終の福岡県のMRワクチン接種率は1期(1歳児)では47都道府県中15位の96.0%(全国平均95.3%)、2期(年長児)は94.7%(全国平均92.8%)で14位であった。今後、県内の1期・2期の接種率をともに95%以上にし、維持していくことが求められている。



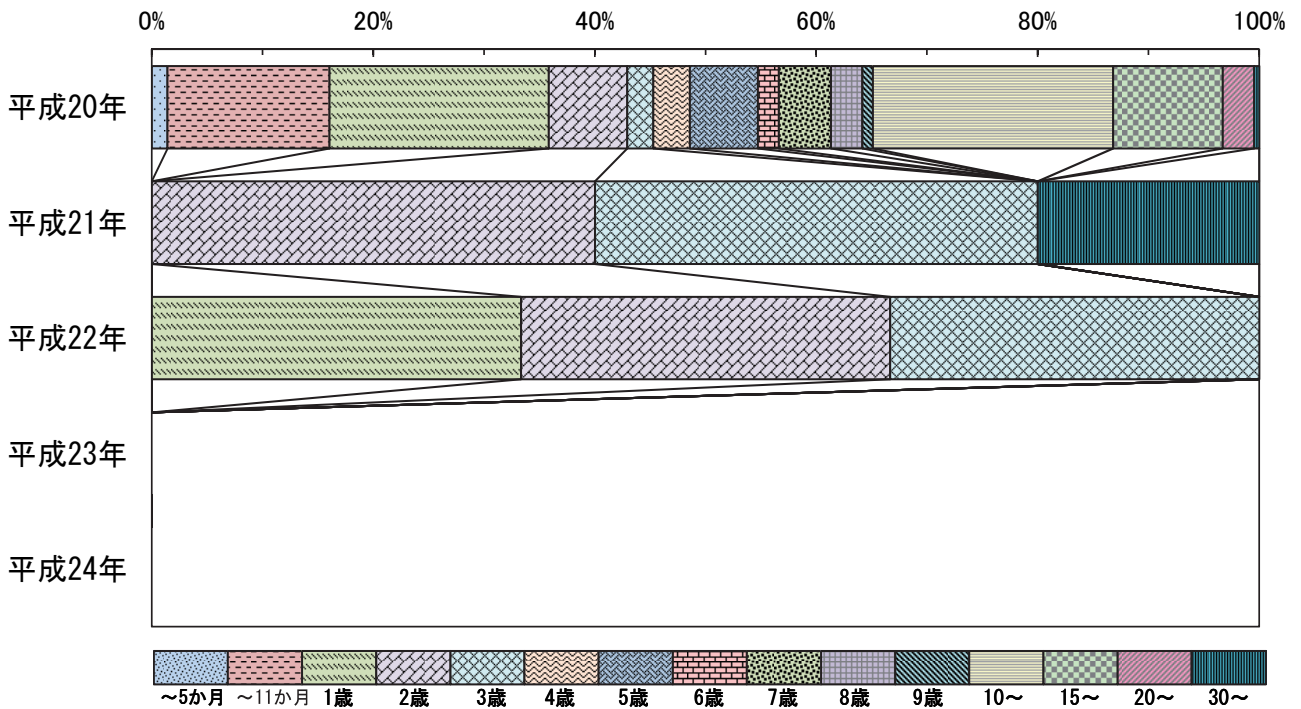
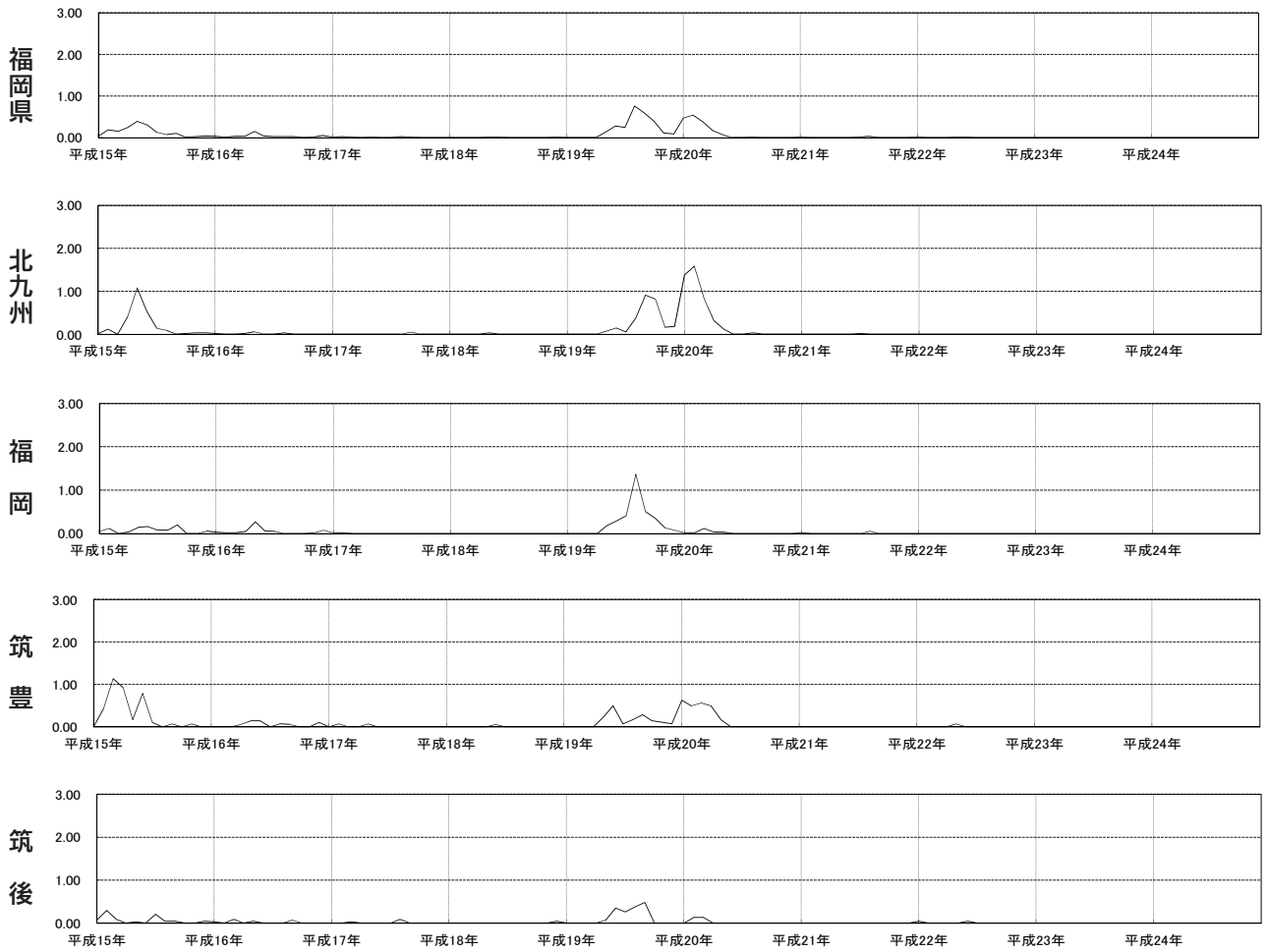
麻しんの1定点当たりの週別報告数推移



麻しんのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

麻しん

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



14. 流行性耳下腺炎 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は41.4（4,972例）で、前年より減少した（前年比0.74）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、79.3、173.2、67.6、35.7、163.0、76.3、17.4、45.4、173.1、23.1、6.6、17.8、31.5、89.1、29.3、50.4、104.8、70.2、25.7、54.8、166.6、54.8、24.7、85.2、95.6、52.1、30.4、43.8、82.5、65.6、56.1、41.4であった。MMRワクチンとして接種されていた期間の報告数は比較的低値であったが、中止以後増減を繰り返している。3年続けてやや減少した。

明瞭な季節性は、例年と同じく認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区21.8（631）〔北九州市7.4（178）〕、福岡地区67.1（3,621）〔福岡市56.8（1,647）〕、筑豊地区13.9（194）、筑後地区22.9（526）で、福岡地区だけが増加し、その他の地区は減少した。

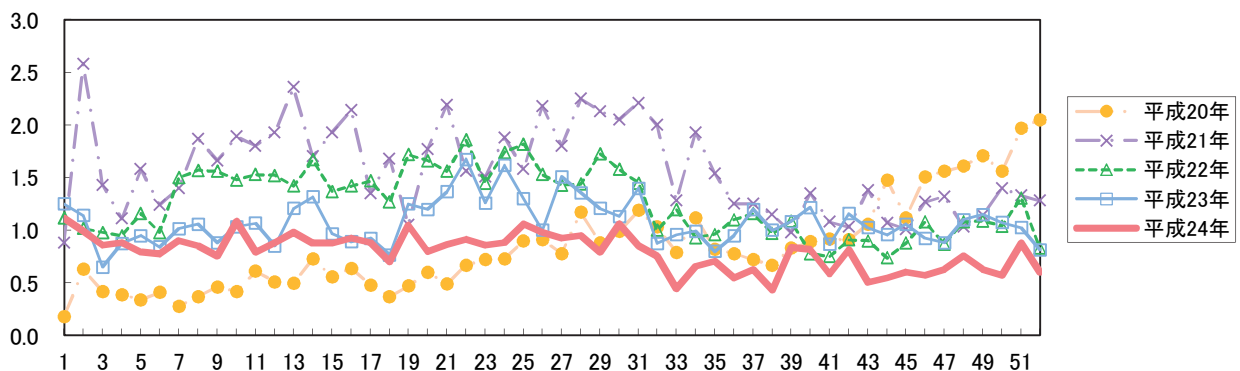
年齢割合は、0歳0.5%、1歳5.5%、2歳11.3%、3歳14.8%、4歳18.5%、5歳17.6%、6歳10.7%で、4歳・5歳をピークとし、6歳までで78.8%を占めている。

男女比は1.20であった。

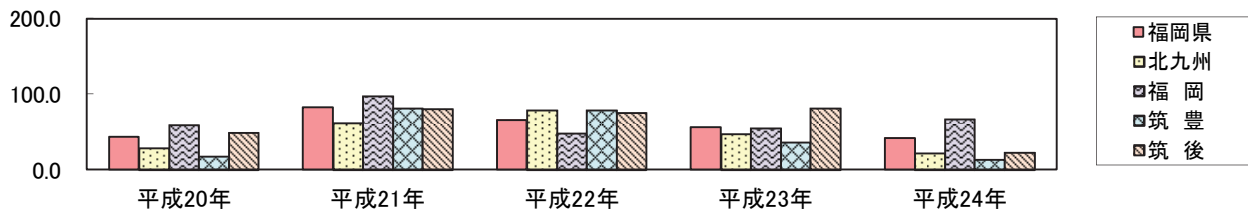
合併症では、無菌性髄膜炎が11例（昨年36例）で昨年より減少した（前年比0.31）。患者1,000人当たりの頻度は2.2人（昨年5.3人）となり半減した。男8例、女3例と男児に多い傾向は変わらない。1歳から11歳までが報告された。1歳1例、3歳2例、5歳1例、6歳2例、7歳1例、8歳1例、9歳1例、11歳2例であった。その他、15歳男と16歳男は精巣炎合併、1歳男ヘルパンギーナの併発が報告された。

予防接種後の罹患は224例（昨年153例）で、患者1,000人当たり45.0（昨年22.7）と増加した。年齢は1歳5例（昨年4例）、2歳12例（同9例）、3歳36例（同18例）、4歳51例（同31例）、5歳27例（同31例）、6歳29例（同18例）、7歳23例（同10例）、8歳9例（同13例）、9歳13例（同8例）、10歳6例（同3例）、11歳6例（同3例）、12歳2例（同3例）、13歳以上5例（同2例）であった。3～10歳までで、83.9%を占めた。症状は、軽症166例、中等症57例、重症0例であった。

日本小児科学会では、2回のワクチン接種を勧めている。



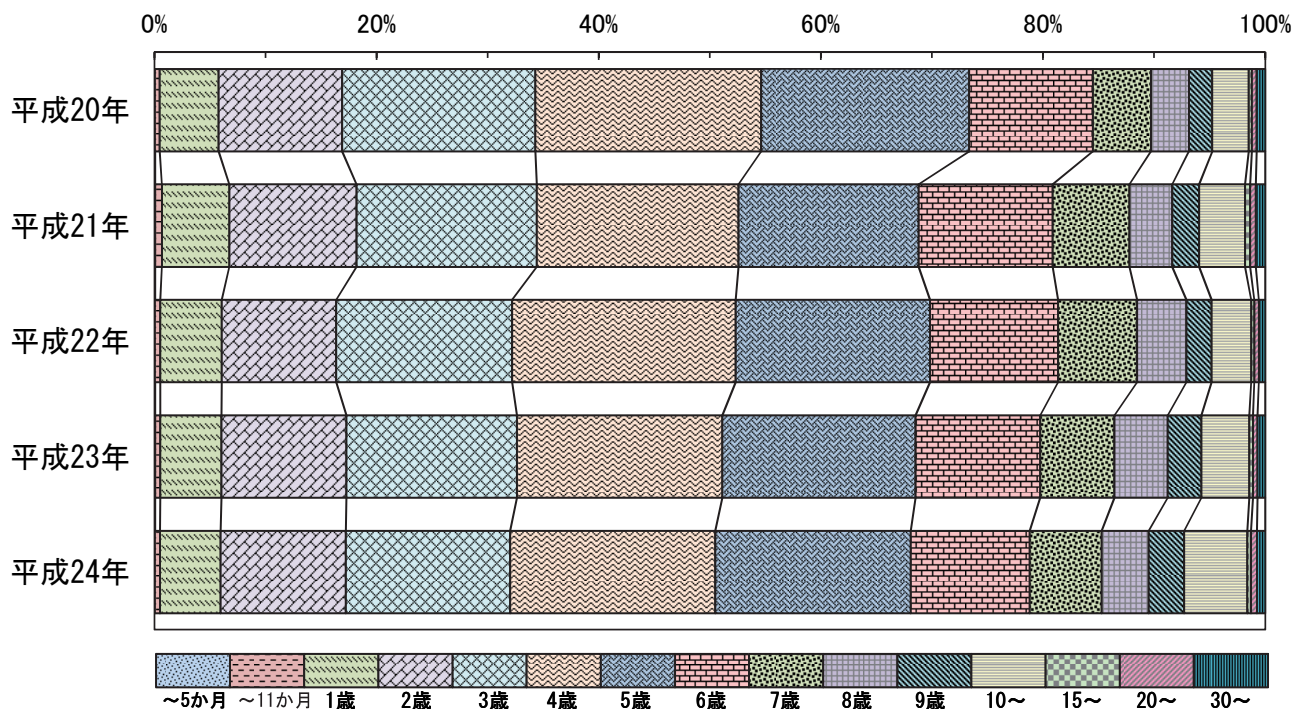
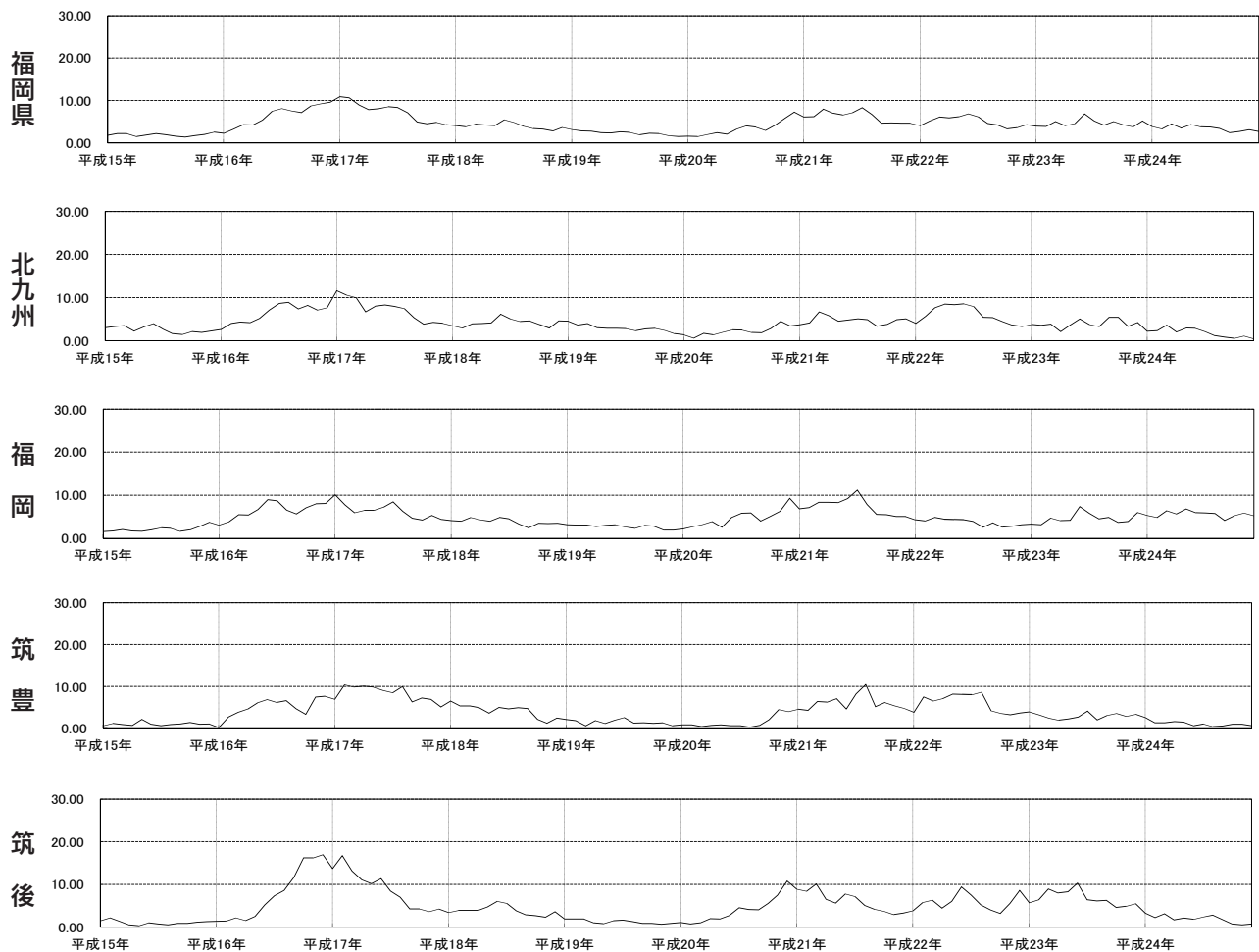
流行性耳下腺炎の1定点当たりの週別報告数推移



流行性耳下腺炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

流行性耳下腺炎

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



15. 川崎病 (MCLS) [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により川崎病 (MCLS) は感染症発生動向調査の対象外となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、小児科定点の対象疾病として平成12年以降も報告を受けている。

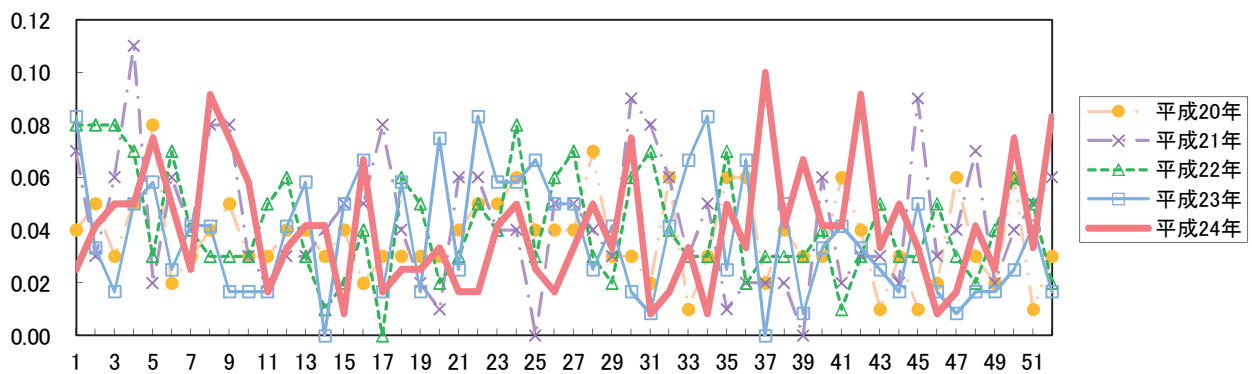
年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年2.1 (257例)、昨年2.0 (231例) で、前年比110%である。全県1定点当たりの患者数は、昭和56年 (1981年) から平成24年 (2012年) までそれぞれ3.4、2.9、2.8、2.9、2.6、4.1、2.4、1.9、2.5、2.4、2.5、2.3、2.5、2.8、3.7、3.6、2.8、3.1、3.4、2.7、2.2、1.6、1.8、1.7、1.6、2.0、2.0、1.9、2.2、2.1、2.0、2.1であった。

季節性は特に見られない。

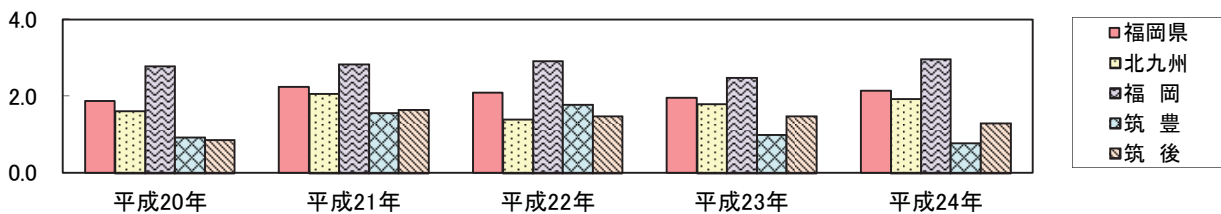
地域的には、1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州1.9 (56) [北九州市2.3 (55)]、福岡3.0 (160) [福岡市5.0 (145)]、筑豊0.8 (11)、筑後1.3 (30) で、各地区から報告がある。例年と同様に福岡地区からの報告が最も多い。

罹患年齢は0～5か月6.6% (17例；前年11例、前々年18例)、6～11か月17.5%、1歳30.0%、2歳15.2%、3歳12.1%、4歳6.6%、5歳5.8%、6歳3.5%、7歳0.0%、8歳0.4% (1例)、9歳1.2% (3例)、10～14歳0.8% (2例)、15～19歳0.0%、20～29歳0.4% (1例)、30歳以上0.0%であった。ピークは1歳で、5歳未満が87.9%と大多数を占めるのは例年と同様である。10歳以上は3人報告がある。

男女比は1.25 (男143、女114) で男が多かった。



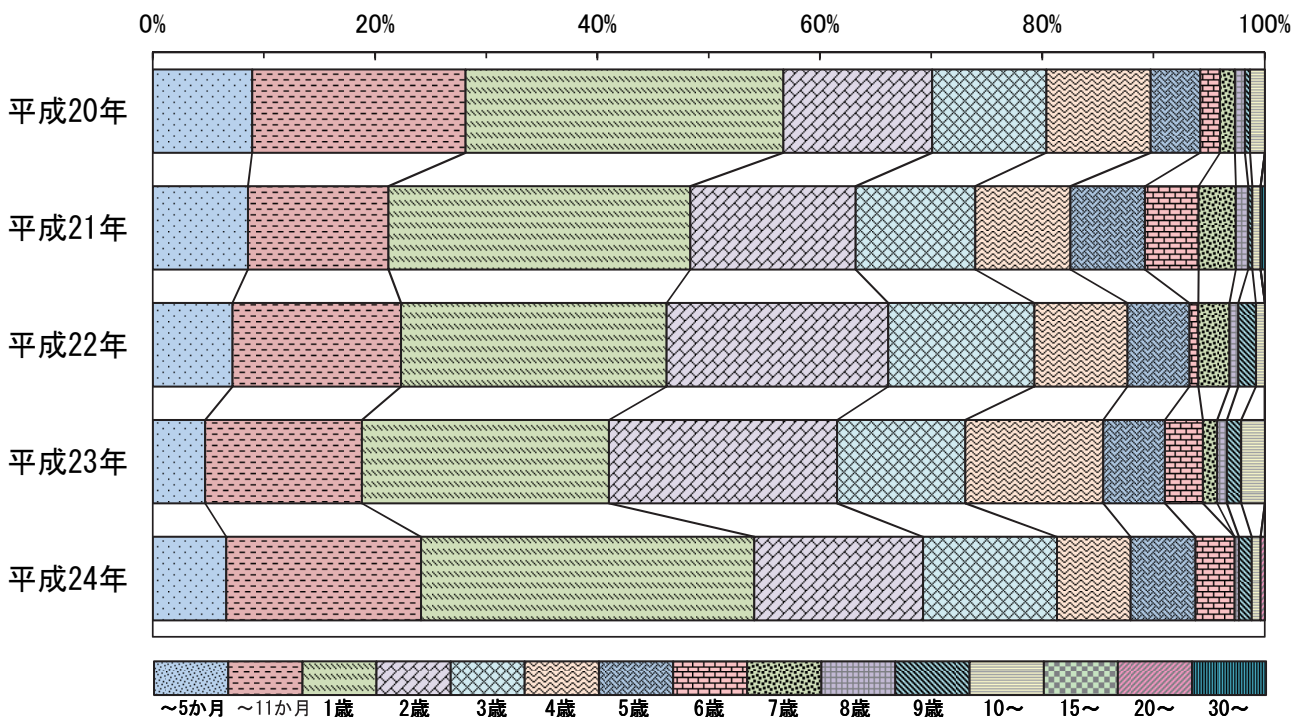
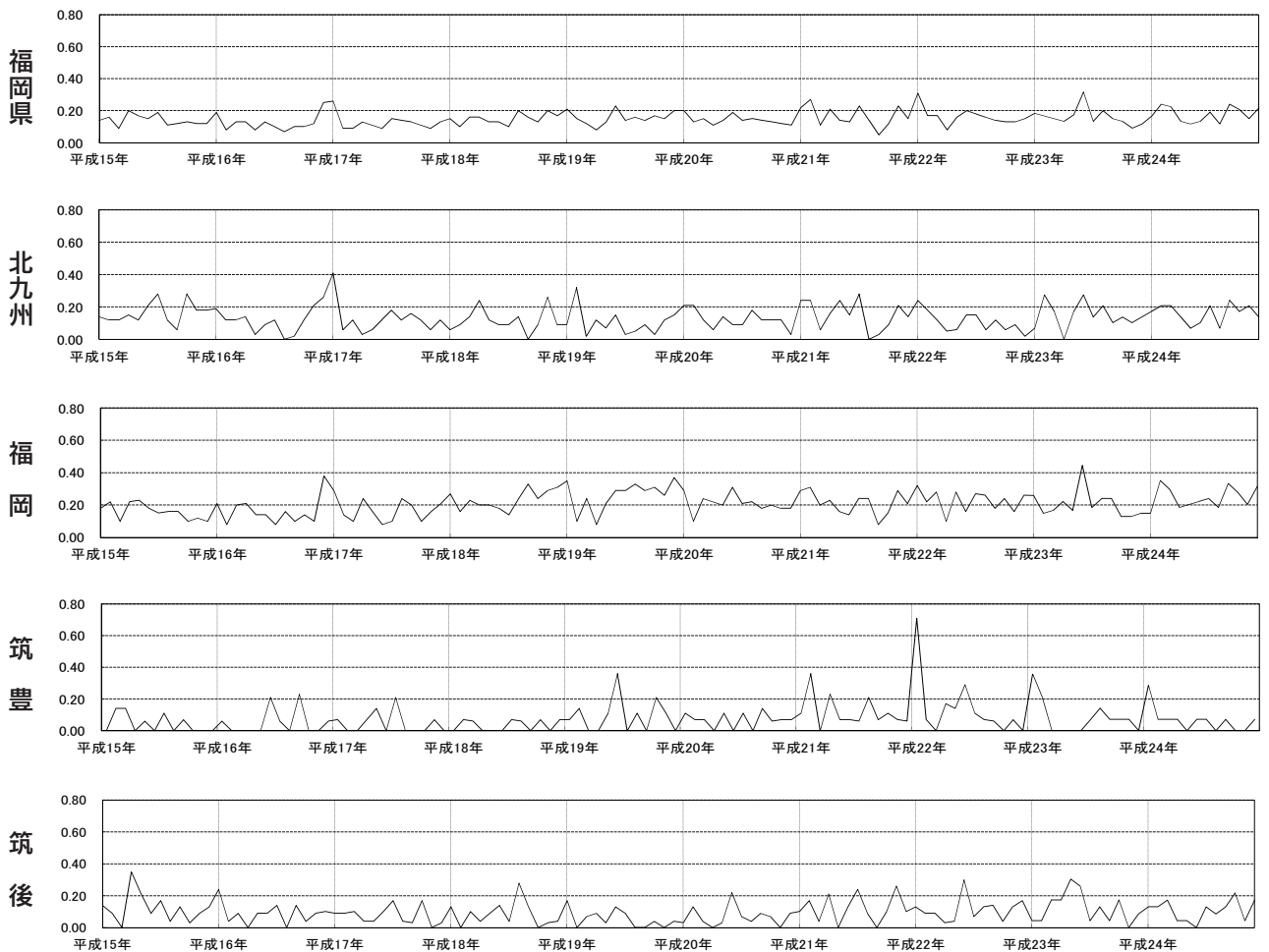
川崎病 (MCLS) の1 定点当たりの週別報告数推移



川崎病 (MCLS) のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

川崎病 (MCLS)

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



16. 急性脳炎 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により、急性脳炎は全数把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成16年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.04（5例）、昨年0.00（0例）であった。全県1定点当たりの患者数（および「患者数」）は昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ0.2（11）、0.4（18）、0.4（20）、0.4（19）、0.4（23）、0.2（12）、1.1（62）、1.2（66）、0.3（17）、0.2（10）、0.3（19）、0.2（13）、0.7（39）、0.2（9）、0.2（12）、0.3（17）、0.4（24）、0.3（18）、0.3（19）、0.2（17）、0.09（9）、0.08（10）、0.05（6）、0.0（0）、0.05（6）、0.08（9）、0.04（5）、0.03（3）、0.04（5）、0.02（2）、0.00（0）、0.04（5）であった。

発生季節には、3月2人、4月1人、11月1人、12月1人であった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）、北九州0.0（1）[北九州市0.0（1）]、福岡0.1

（4）[福岡市0.1（4）]、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）で、北九州地区と福岡地区からの報告であった。

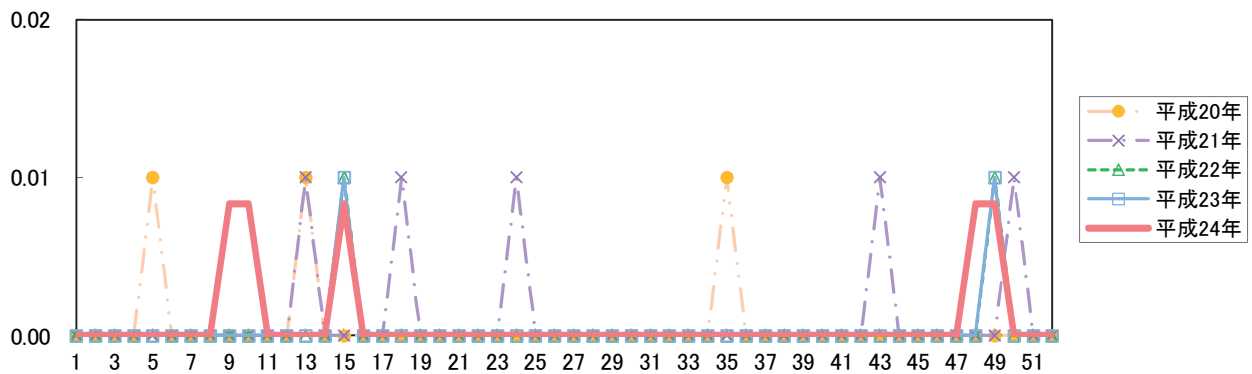
5人の罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳40.0%（2人）、2歳20.0%（1人）、3歳40.0%（2人）、4歳以上0.0%であった。小児科を中心に報告を受けており、1～3歳のみで、4歳以上の報告はなかった。

男女比は1.50（男3人、女2人）であった。

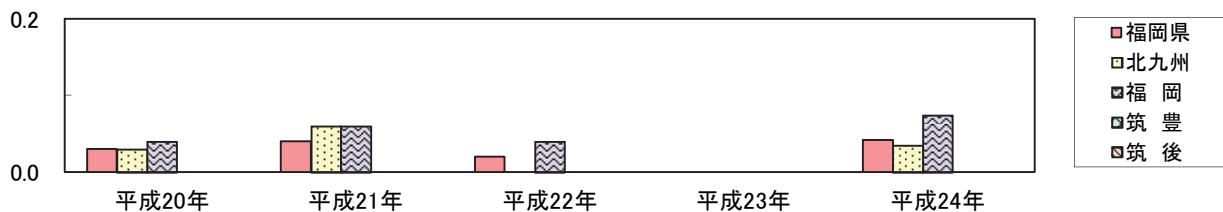
検査情報（基幹定点分を含む）では、検体提出がなかった。

週報に原因が報告されているのは、インフルエンザA型に合併（1歳男、3歳男）、インフルエンザB型に合併（3歳男）がある。

全数報告には福岡県から1例（前年4例）の日本脳炎が報告され、75歳女であった。なお、福岡県では7月17日から9月4日まで毎週ブタの血清の日本脳炎検査が行われ、7月31日採血のブタ10頭すべてに日本脳炎ウイルス感染が確認された。



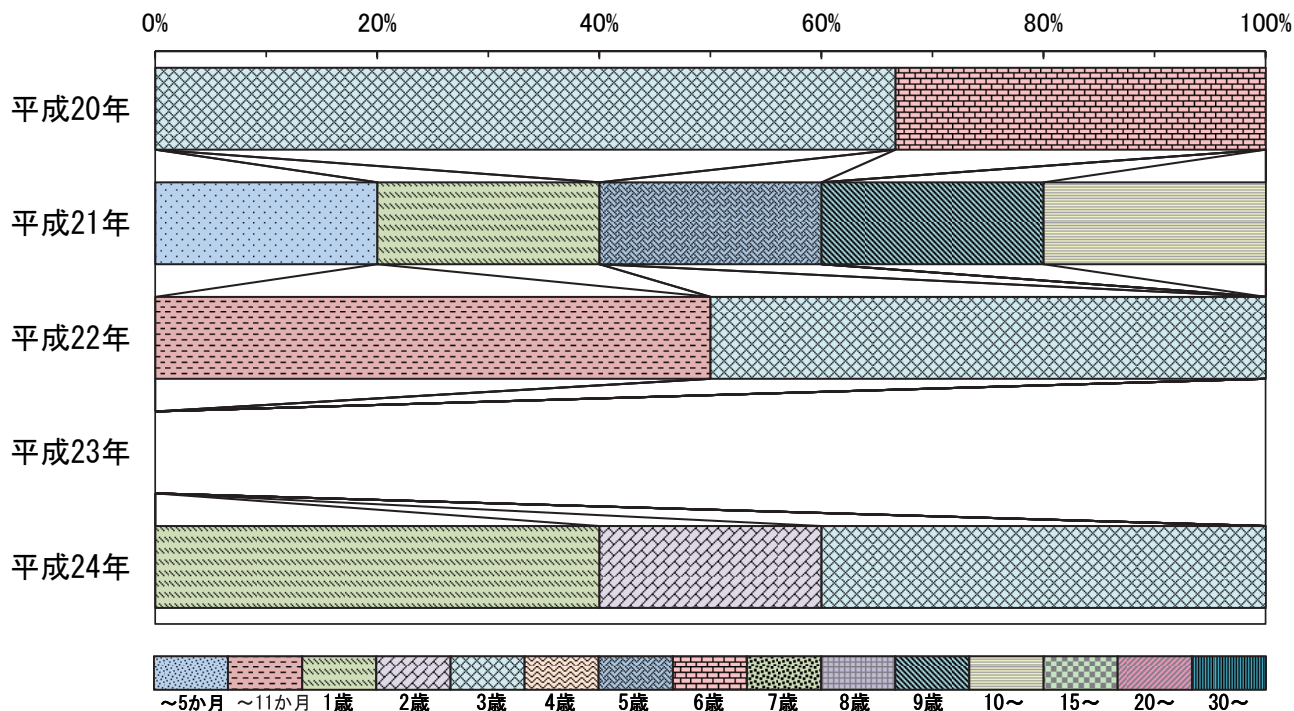
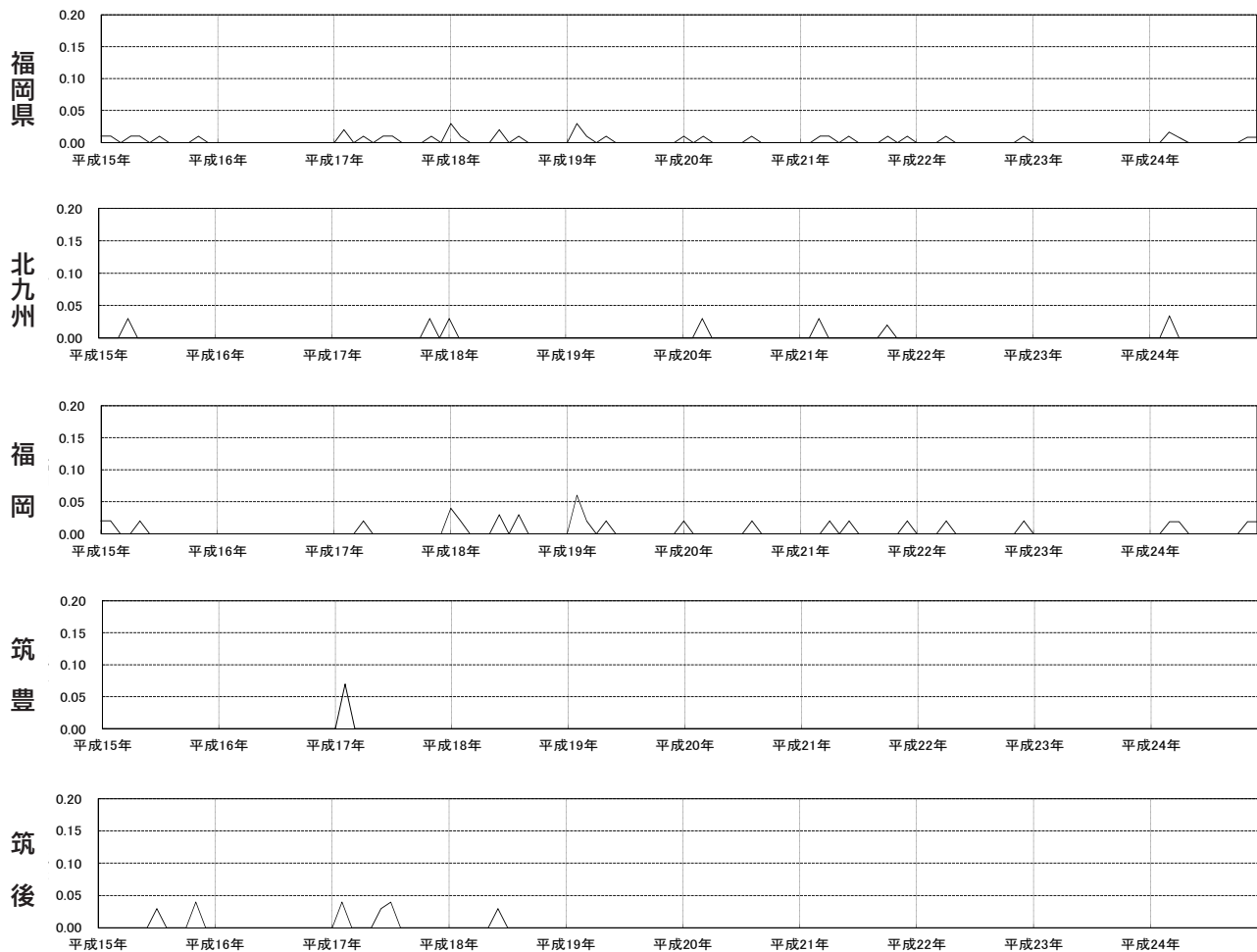
急性脳炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



急性脳炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

急性脳炎 [小児科]

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



17. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.09 (11例)、昨年は0.06 (7例) であった。全県1定点当たりの患者数では昭和56年 (1981年) から平成24年 (2012年) までそれぞれ1.0、0.8、1.2、0.9、0.7、0.8、0.5、0.4、0.3、0.7、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.3、0.2、0.2、0.2、0.2、0.2、0.1、0.2、0.1、0.15、0.06、0.09と推移している。

季節的には、2月2人、3月4人、6月2人、8月1人、10月1人、11月1人と分布した。

地域的には、1定点当たり患者数 (及び「患者数」)、北九州0.0 (2) [北九州市0.0 (1)]、福岡0.1 (5) [福岡市0.1 (4)]、筑豊0.1 (1)、筑後0.1 (3) であった。

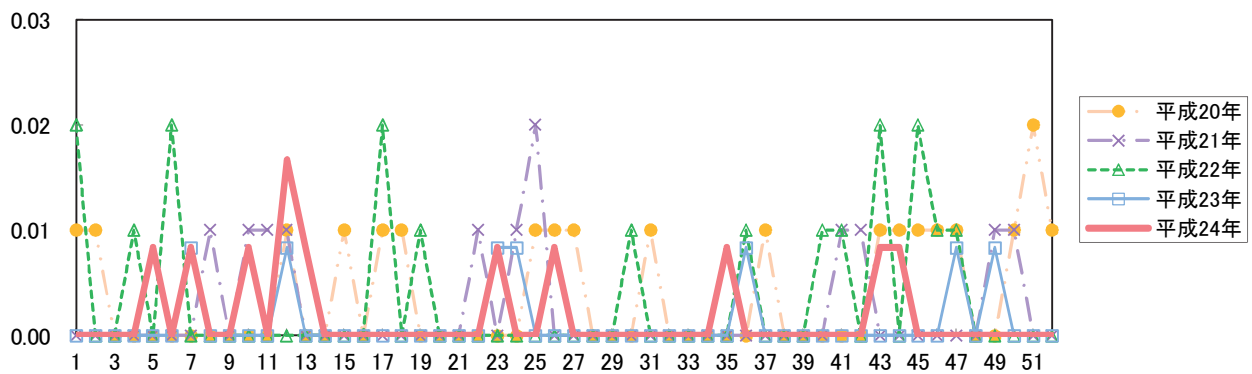
11人の罹患年齢は0～5か月54.5% (6人)、6～11か月0.0%、1歳9.1% (1人)、2歳0.0%、3歳9.1% (1人)、4歳0.0%、5歳9.1% (1人)、6歳0.0%、7歳

0.0%、8歳0.0%、9歳9.1% (1人)、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20～29歳9.1% (1人)、30歳以上0.0%と分布した。小児科を中心に報告を受けており、0～5か月6人が多く、3歳1人、5歳1人と6歳未満が大部分で、20歳以上は1人であった。

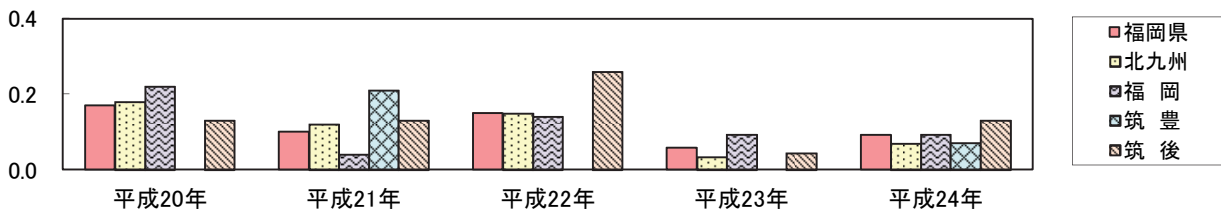
男女比は0.83 (男5人、女6人) であった。

原因菌について週報に報告されたものは総数11例中の8例で、B群溶レン菌4例 (16生日女、26生日男、1か月女、3か月女)、肺炎球菌1例 (9か月男)、大腸菌1例 (7生日女)、CNS1人 (3歳女)、球菌1例 (4生日男)、でインフルエンザ菌は今年ゼロであった (昨年3例)。肺炎球菌1例はPSSPと報告されている。

子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金により、ヒブ (ヘモフィルスインフルエンザ菌b型) ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの公的負担が平成22年11月26日に実施され、一時中断もあったが、平成24年度も継続され、さらに平成25年度からは定期接種化が決まっている。今後も両菌による細菌性髄膜炎発生の減少が期待される。



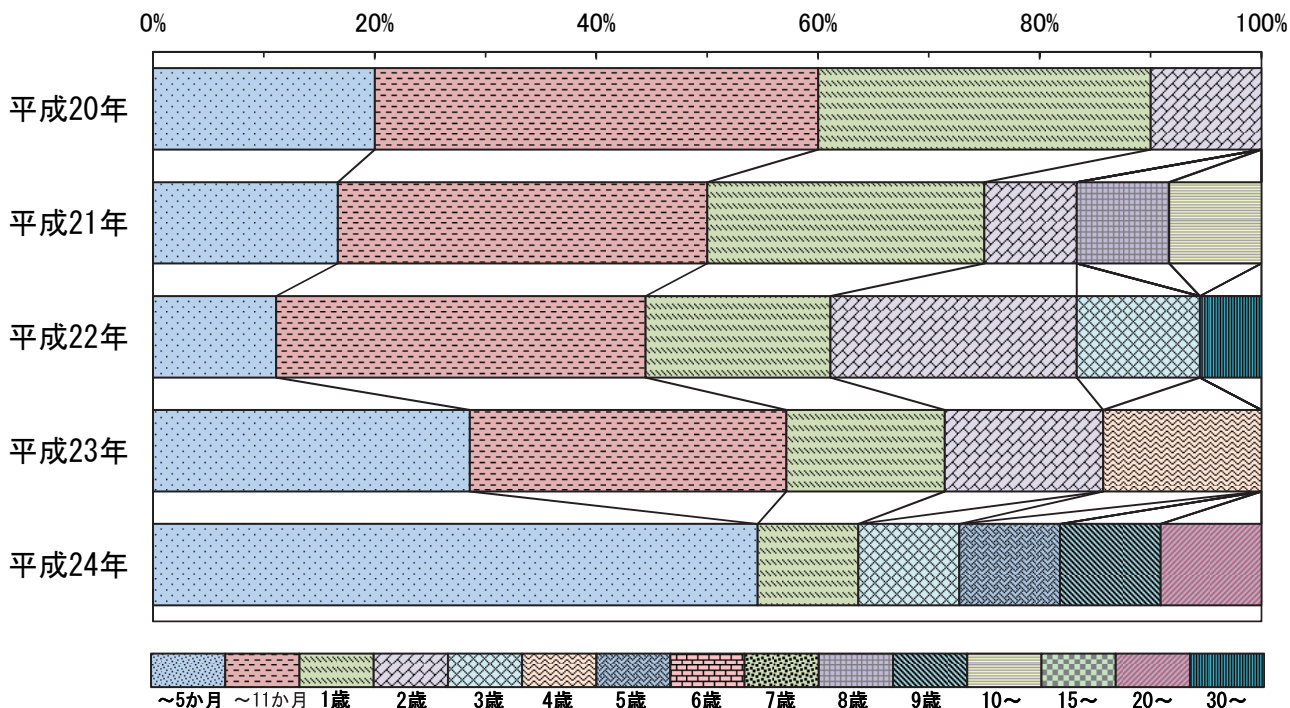
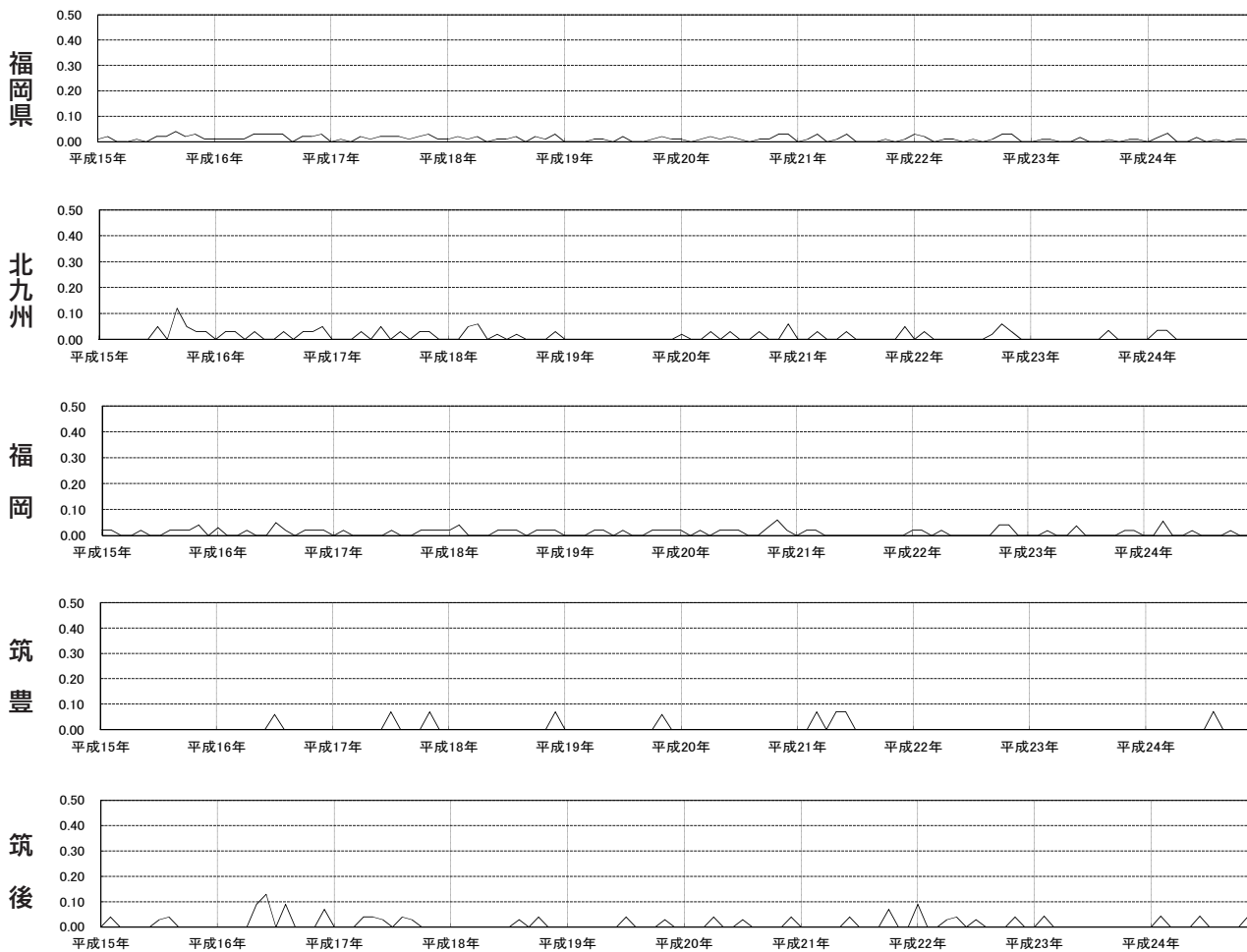
細菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎 [小児科]

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



18. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年0.5 (55例)、昨年0.8 (93例) で前年比59%に減少した。全県1定点当たりの患者数は昭和56年 (1981年) から平成24年 (2012年) までそれぞれ3.9、4.6、15.0、7.1、8.4、8.8、2.9、2.3、6.1、6.2、6.0、2.9、3.6、7.7、2.1、3.6、13.3、20.5、5.3、4.2、3.0、3.4、1.4、2.0、1.2、1.9、0.4、0.8、0.5、0.9、0.8、0.5と推移し、前年より減少している。報告数は以前ほど多くはない。

季節的には夏期に多発する疾病である。福岡県の週別報告数をみると夏期の多発が認められるが、他の季節にも発生がある。

地域的には、1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州1.1 (31) [北九州市1.3 (30)]、福岡0.3 (18) [福岡市0.6 (16)]、筑豊0.1 (2)、筑後0.2 (4) と各地区から報告があるが、北九州地区が特に多い。筑後地区、筑豊地区は少なかった。

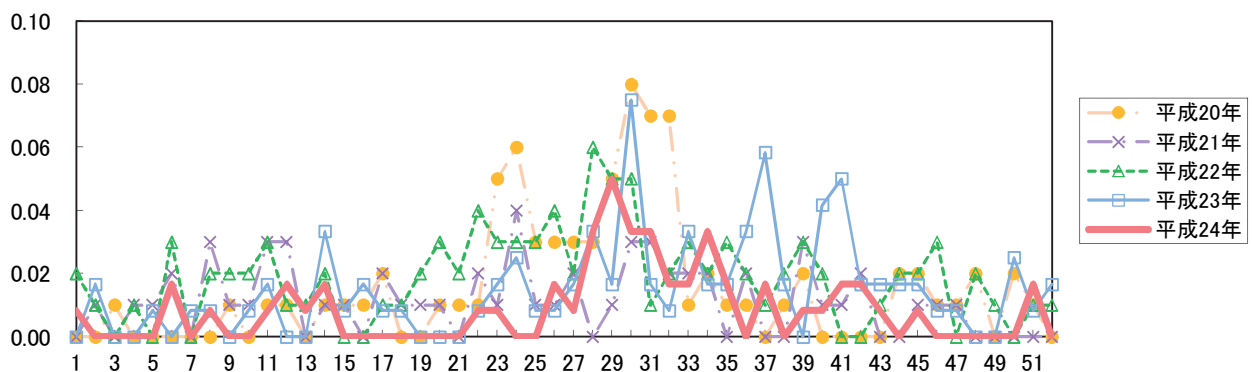
罹患年齢は0～5か月25.5% (14例；前年15.1%、前々年14.%)、6～11か月1.8%、1歳3.6%、2歳0.0%、3歳9.1%、4歳0.0%、5歳10.9%、6歳16.4%、7歳

9.1%、8歳1.8%、9歳9.1%、10～14歳10.9% (6例)、15～19歳0.0%、20～29歳0.0%、30歳以上1.8% (1例) と分布した。小児科を中心に報告を受けており、小児期、特に7歳未満が67.3% (37例) と多く、7～14歳が30.9% (17例) であった。20歳以上は1例 (前年1例、前々年0例) であった。0～5か月は14例、6～11か月は1例と、0歳の中では例年と同様に0～5か月が多い。

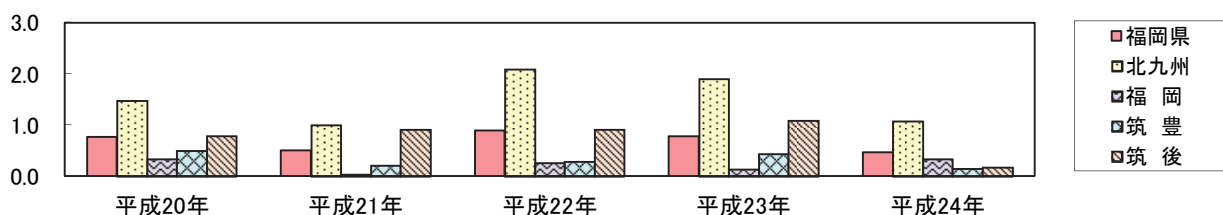
男女比は2.06 (男37人、女18人) で、男が非常に多かった。

検査情報では32件 (前年40件、前々年46件、3年前54件) の検体から陽性は10検体、陽性率は31.3% (前年7.5%、前々年10.9%、3年前22.2%) であった。分離ウイルスはコクサッキーウイルスB5型3件、エコーウイルス6型2件、エコーウイルス9型2件、パレコウイルス1型2件、ムンプスウイルス1件などが検出されている。全国情報ではエコー6型、コクサッキーB5型、エコー7型、コクサッキーA9型など複数のウイルスが検出されている。

週報に報告されている原因では、ムンプス11例 (男8人、女3人) (前年36例、前々年46例、3年前31例、4年前10例、5年前17例) で、マイコプラズマ (前年1例) や手足口病 (前年0例、前々年8例) などは報告がなかった。



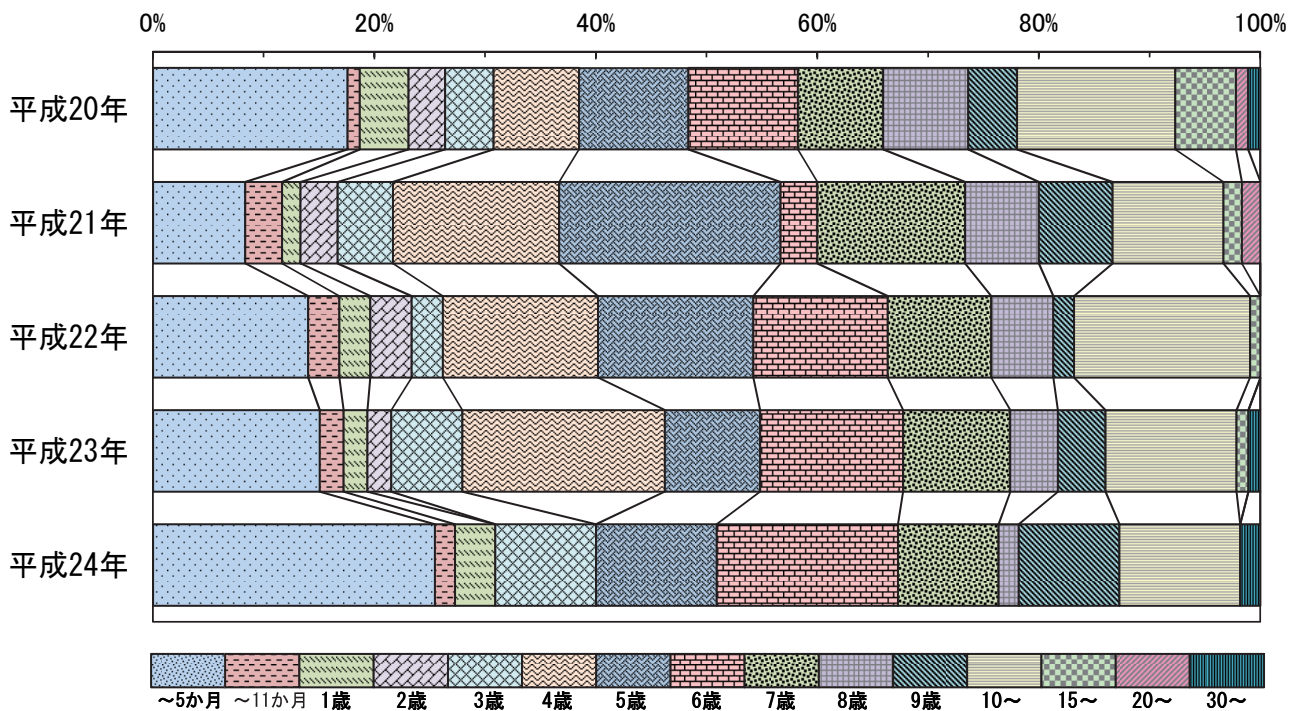
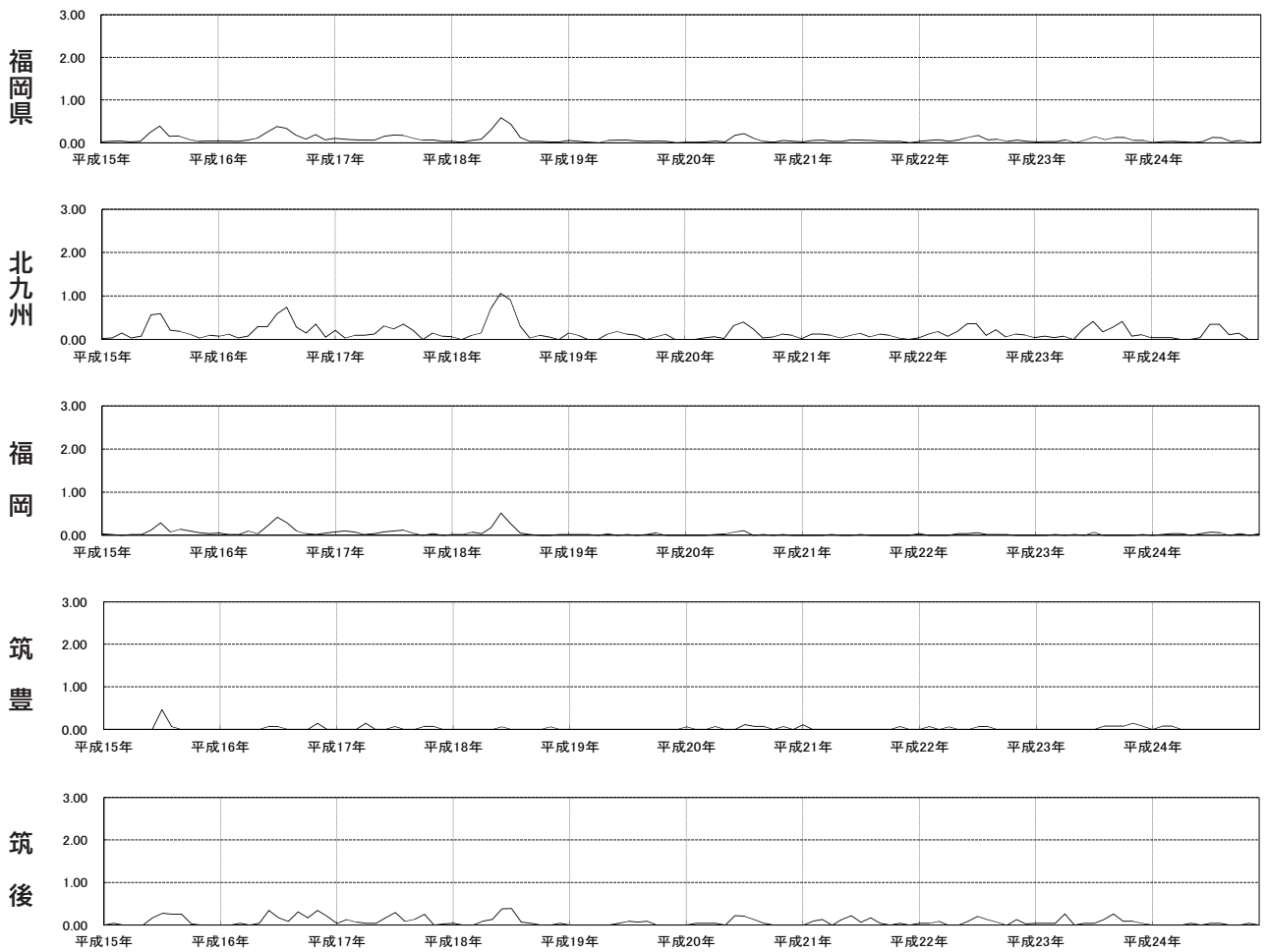
無菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



無菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

無菌性髄膜炎 [小児科]

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



19. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年17.4（2,083例）、昨年32.7（3,928例）で前年比53％に半減した。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ12.0、6.9、18.0、29.0、22.3、9.5、10.5、26.3、25.8、18.8、33.8、46.7、32.3、35.2、31.6、30.4、22.2、20.2、11.5、8.7、19.4、12.1、8.9、8.6、12.4、23.8、14.0、10.1、10.5、21.2、32.7、17.4と推移した。平成23年をピークとした大きな流行であった。

非多発年では通年性の発生である。平成22年から流行が始まり、平成23年12月をピークに流行は減衰し、今年は季節性ははっきりしなかった。

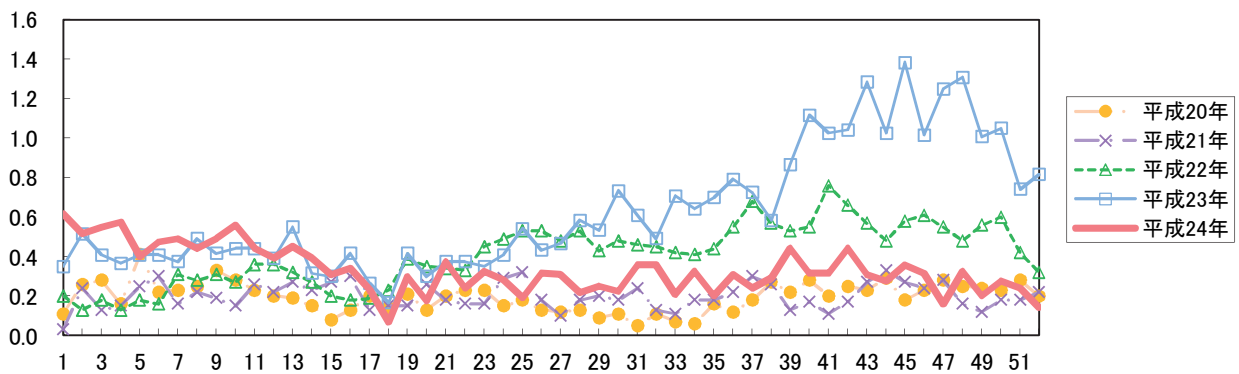
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）

は北九州24.8（720）〔北九州市25.8（618）〕、福岡19.0（1,027）〔福岡市15.6（451）〕、筑豊9.9（138）、筑後8.6（198）であった。今年は前年から反転して各地区とも減少している。北九州地区の報告が多かった。

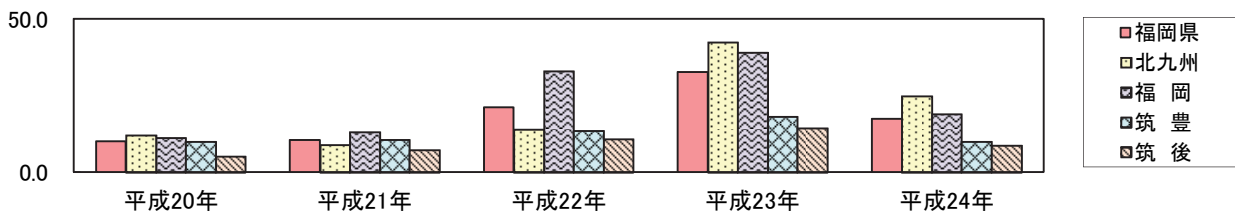
罹患年齢は0～5か月0.0％（1例）、6～11か月0.9％（18例）、1歳6.5％、2歳5.9％、3歳9.6％、4歳13.6％、5歳12.5％、6歳9.3％、7歳9.0％、8歳7.9％、9歳5.9％、10～14歳14.2％、15～19歳1.9％、20～29歳0.3％、30歳以上2.6％であった。小児科を中心に報告を受けており、7歳未満で58.2％、0歳は少なく、2～5歳が41.6％を占める。15歳以上は4.8％であった。

男女比は0.89（男978人、女1,105人）でやや女が多かった。

週報には肝障害例などの報告がある。なお、定点からはPA法、イムノカード法による血清マイコプラズマ抗体価測定結果が多数報告され、週報に記載している。今年には核酸同定検査による診断もみられた。PA法による抗体測定では有意な上昇や、異常高値を示す例が多いが、報告の時点では血清学的にはマイコプラズマ肺炎と確定できないと判断される例もみられた。



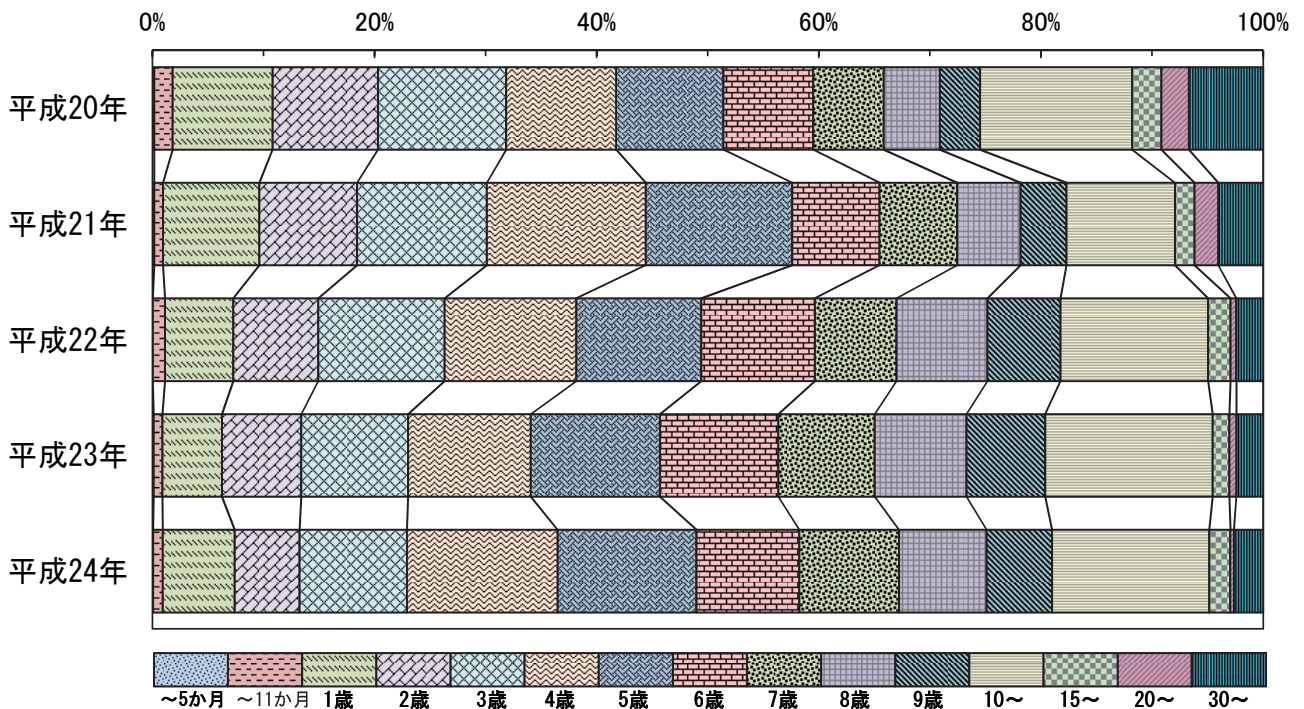
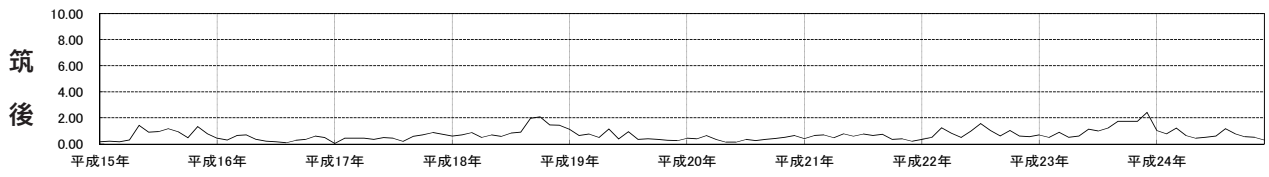
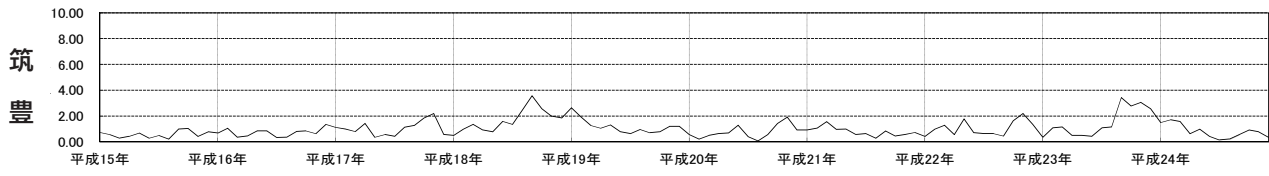
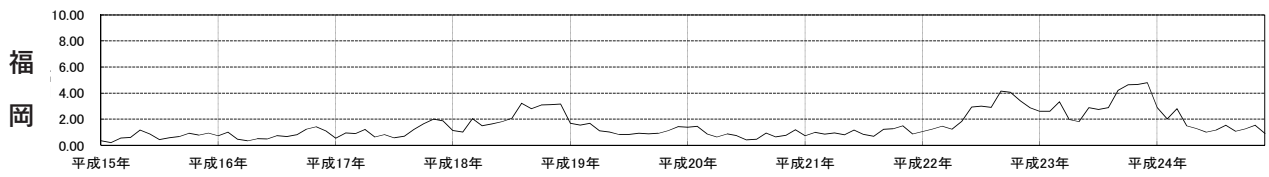
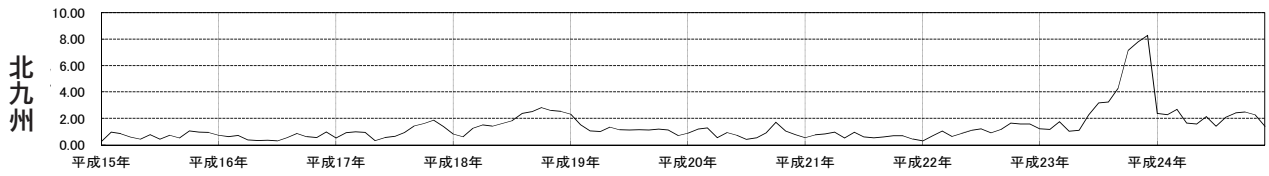
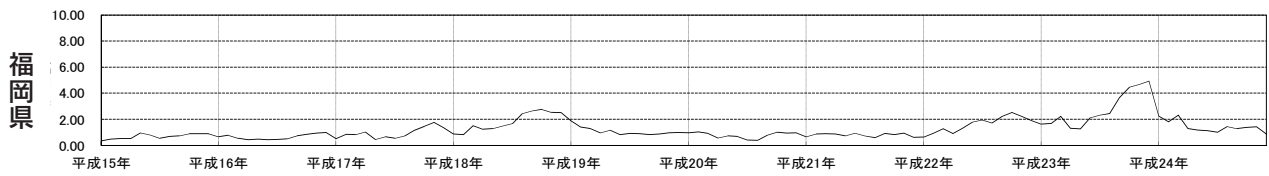
マイコプラズマ肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [小児科]

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



20. クラミジア肺炎 [小児科定点]

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

年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は今年0.2(23例)、昨年0.4(48例)と前年比48%であった。全県1定点当たりの患者数(及び「患者数」)は平成12年(2000年)から平成24年(2012年)まで0.5(36)、1.1(114)、0.3(38)、0.4(48)、0.3(35)、1.6(197)、1.1(135)、0.5(57)、0.4(48)、0.7(87)、0.7(78)、0.4(48)、0.2(23)と推移し、今年は報告が少なかった。マイコプラズマ肺炎と比較すると報告数は少ない。

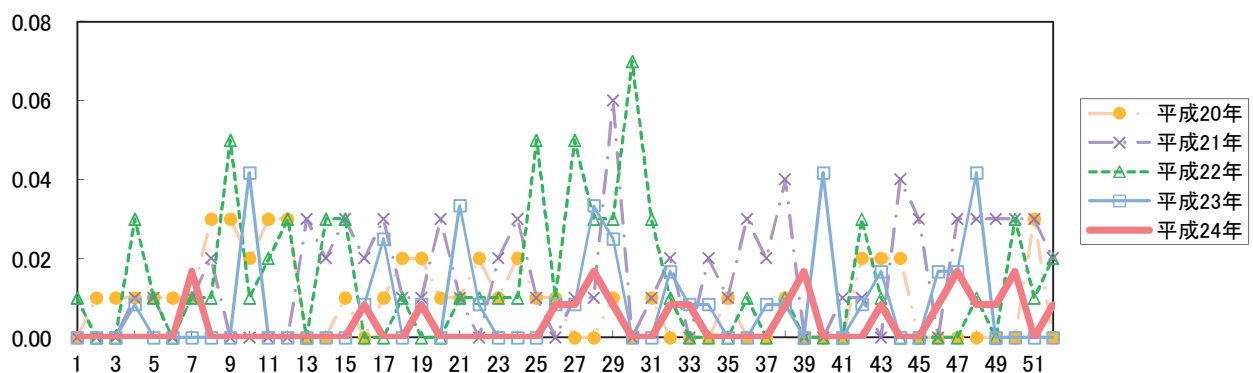
季節性ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数(及び「患者数」)は北九州0.2(7)[北九州市0.3(6)]、福岡0.1(7)[福岡市0.0(1)]、筑豊0.2(3)、筑後0.3(6)と各地区から報告がある。

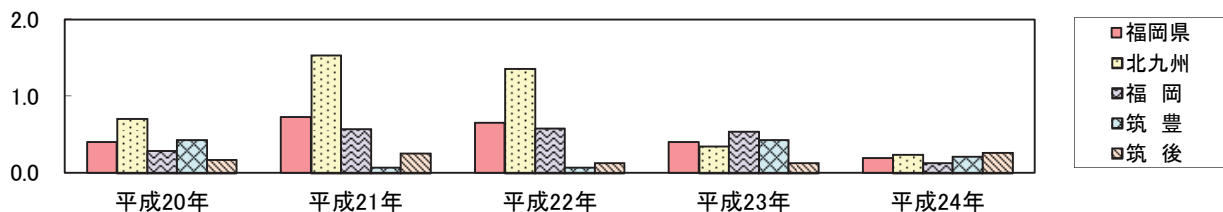
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳4.3%、2歳0.0%、3歳13.0%、4歳17.4%、5歳13.0%、6歳8.7%、7歳4.3%、8歳8.7%、9歳13.0%、10～14歳8.7%、15～19歳4.3%、20～29歳0.0%、30歳以上4.3%であった。小児科を中心に報告を受けているが、小児では1～14歳の幅広い年齢に分布し、今年は20歳以上は4.3%(1例;前年4.2%、前々年9.0%、3年前25.3%、4年前36.4%)であった。

男女比は0.92(男11人、女12人)と男女差はなかった。

週報にはクラミジア・ニューモニエIgM抗体陽性例が報告されている。



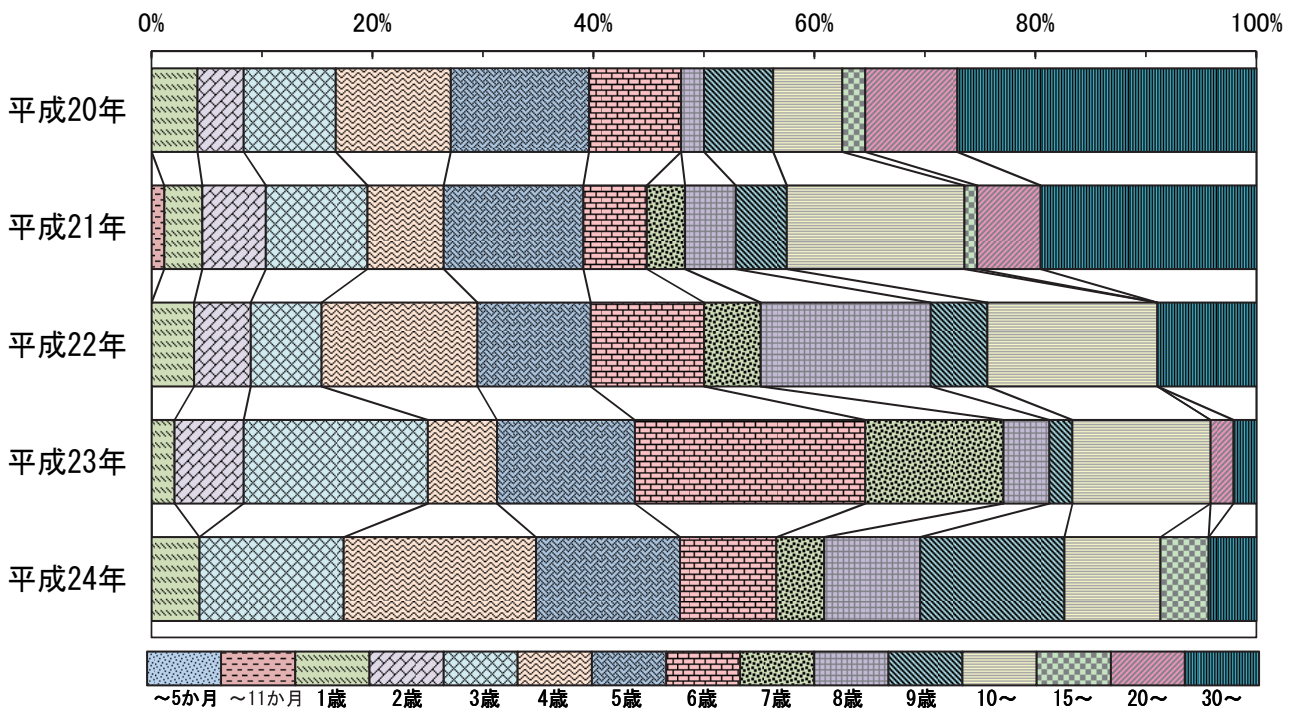
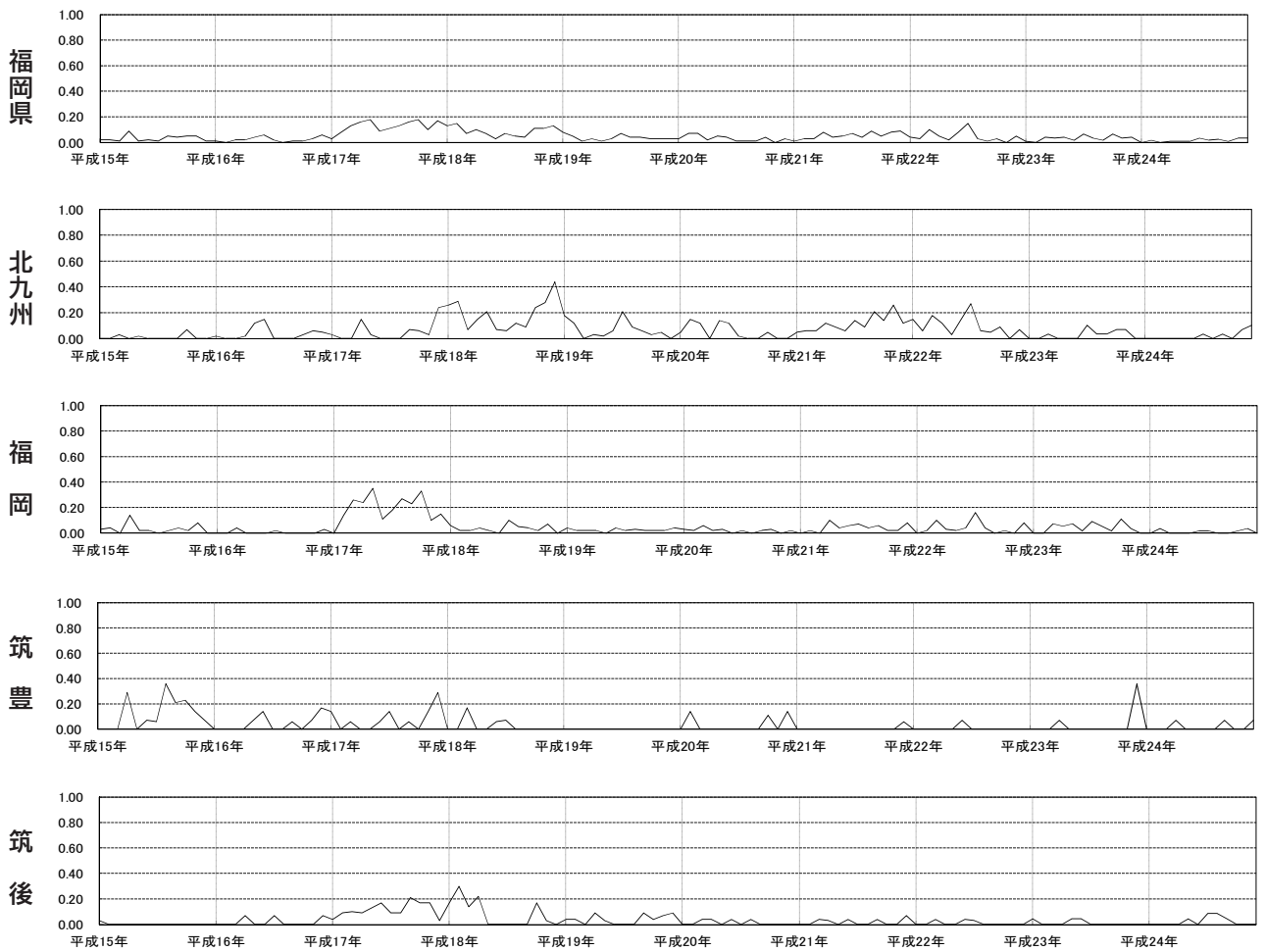
クラミジア肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [小児科]

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



21. 急性出血性結膜炎 [眼科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.8（20例）、昨年0.8（20例）で、前年比100%であった。昭和58、59年（1983、84年）（526例、217例）の流行以来報告数は低レベルのまま推移している。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ0.04、5.3、131.5、54.3、7.2、3.5、5.6、3.0、2.6、2.6、1.3、3.6、2.0、0.7、0.7、0.6、1.0、1.4、1.7、1.3、1.0、2.0、2.8、2.2、2.7、2.0、1.9、2.1、0.5、0.8、0.8、0.8と推移し、報告数は少ない。

季節性は明らかではない。

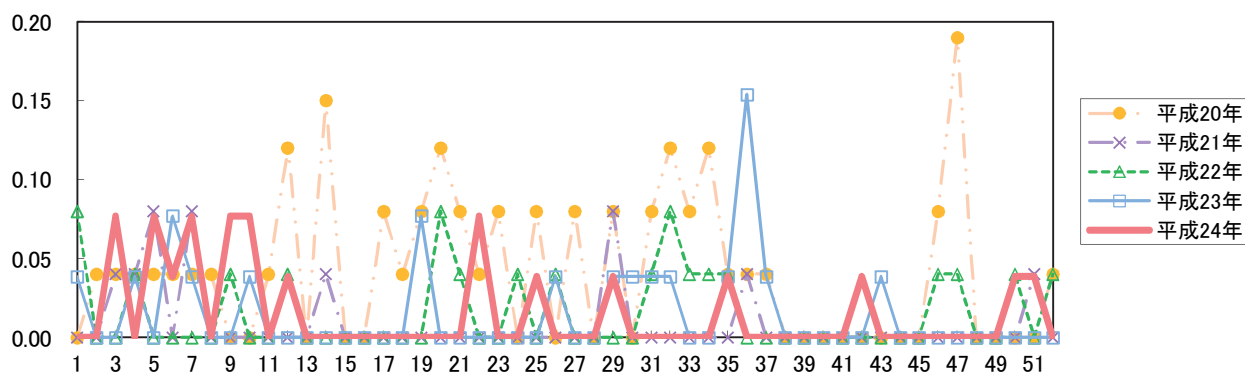
地区別報告では1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州1.4（10）[北九州市1.7（10）]、福岡0.8（9）[福岡市1.0（7）]、筑豊0.0（0）、筑後0.3（1）

であった。

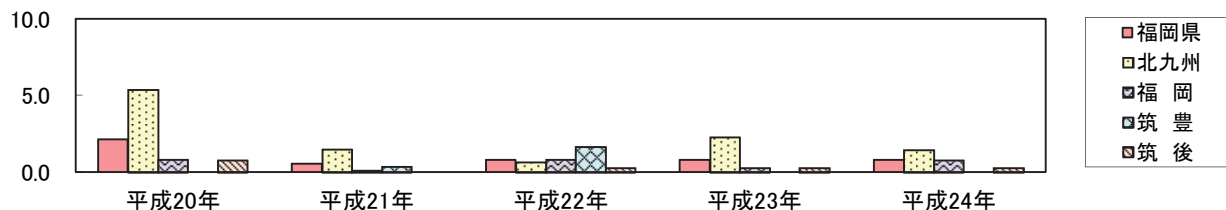
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳5.0%（1例）、3歳10.0%、4歳0.0%、5歳5.0%、6歳0.0%、7歳0.0%、8歳0.0%、9歳0.0%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20～29歳15.0%（3例）、30～39歳25.0%、40～49歳15.0%、50～59歳0.0%、60～69歳25.0%、70歳以上0.0%であった。20歳以上が80.0%を占めている。

男女比は0.25（男4人、女16人）であった。

本県の検査では今年結膜ぬぐい液などの検体は提出されておらず、病因ウイルスは不明だが、主な起因ウイルスとしてエンテロウイルス70型とコクサッキーA群24型変異株があげられている。



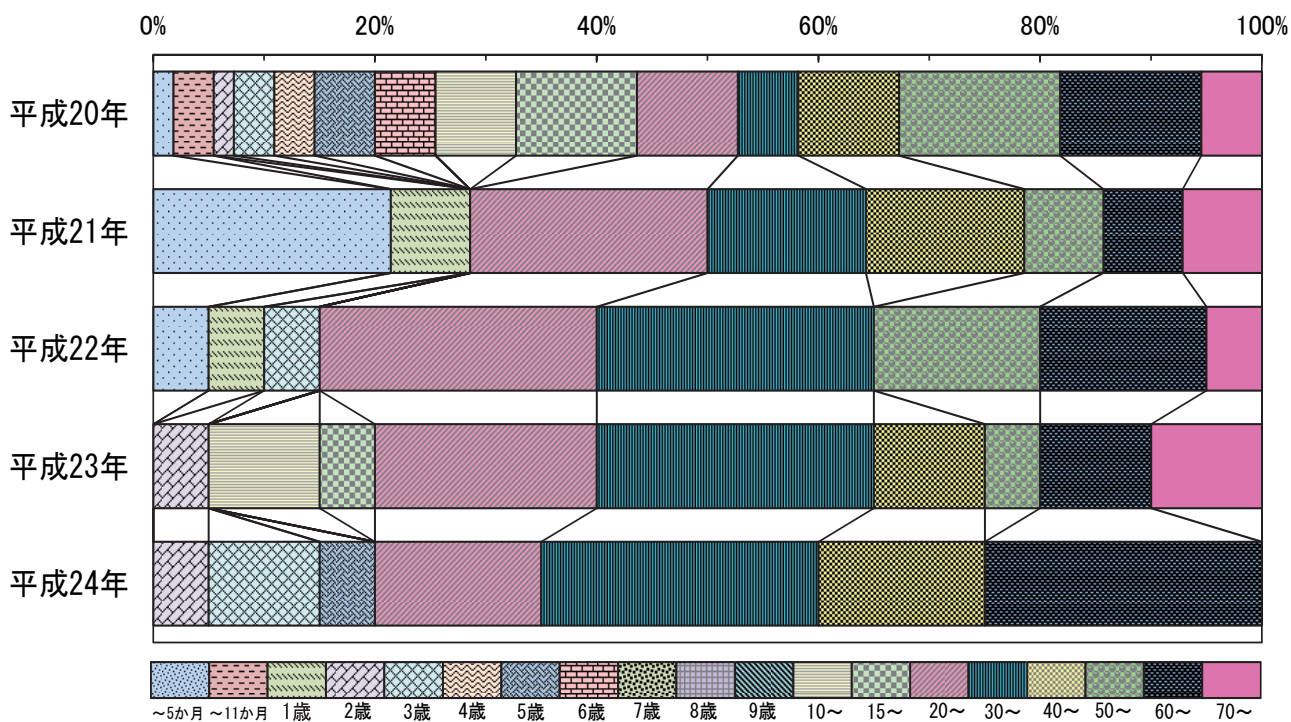
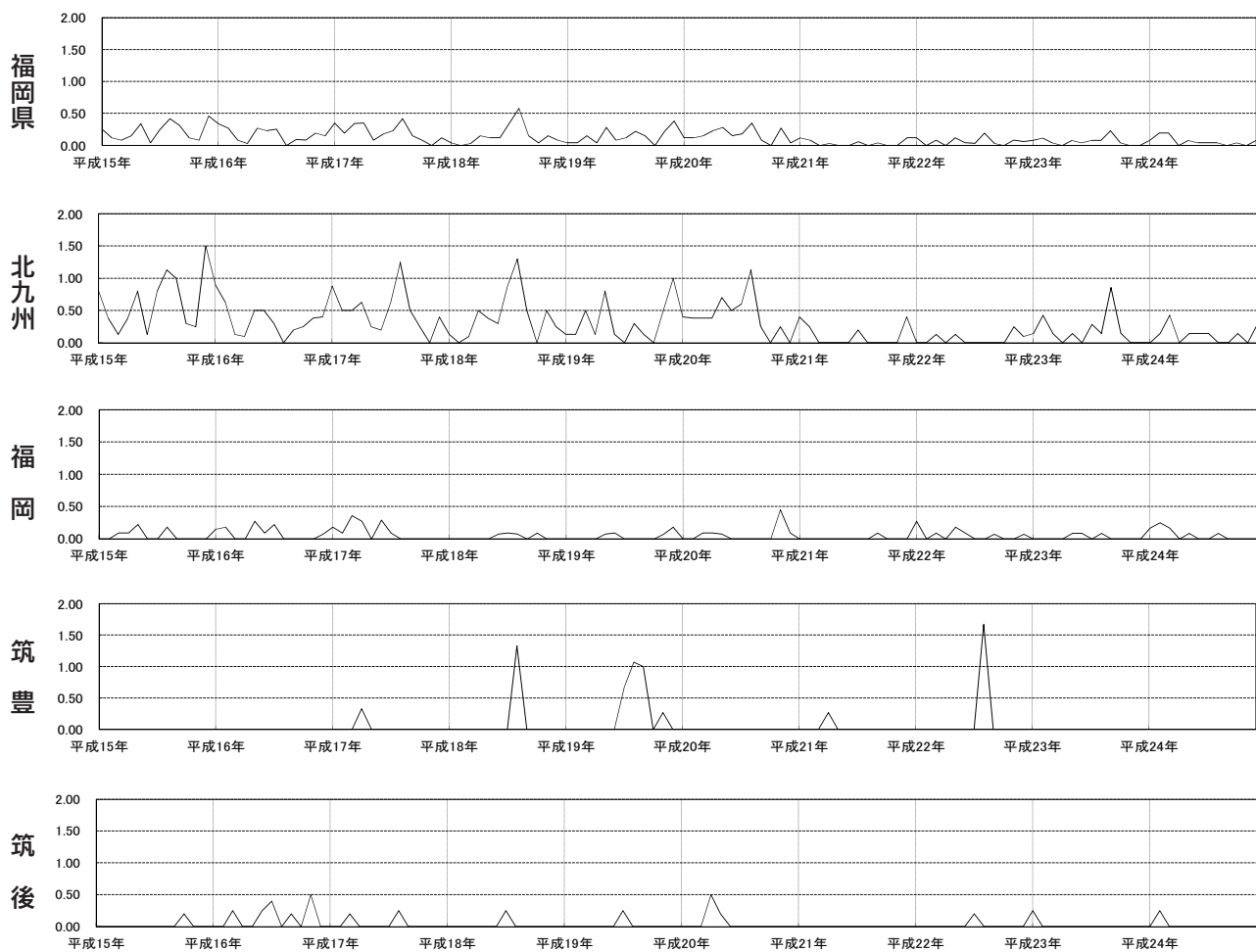
急性出血性結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



急性出血性結膜炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

急性出血性結膜炎

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



22. 流行性角結膜炎 [眼科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年29.9（770例）、昨年32.7（850例）と前年比91%に減少した。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から平成24年（2012年）までそれぞれ1.0、240.8、485.8、410.3、172.0、136.5、165.1、186.4、211.4、327.3、233.3、131.6、69.1、74.1、136.0、171.8、108.4、120.1、125.9、106.6、105.3、85.6、64.0、34.7、43.5、54.3、41.0、38.2、22.3、28.7、32.7、29.9と推移している。以前に比べて報告数は少ない。

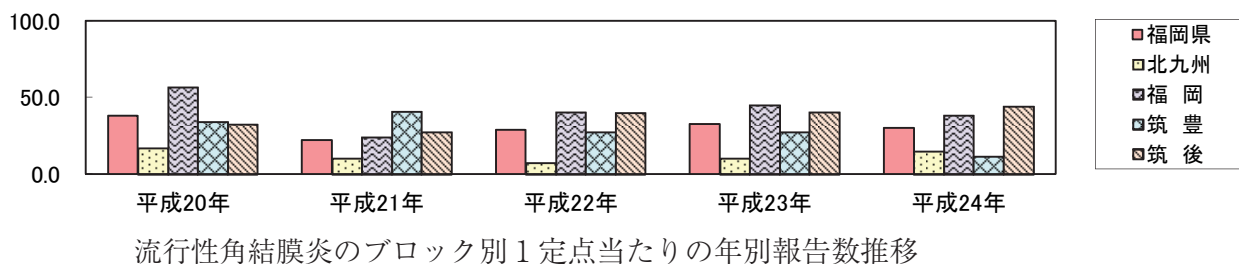
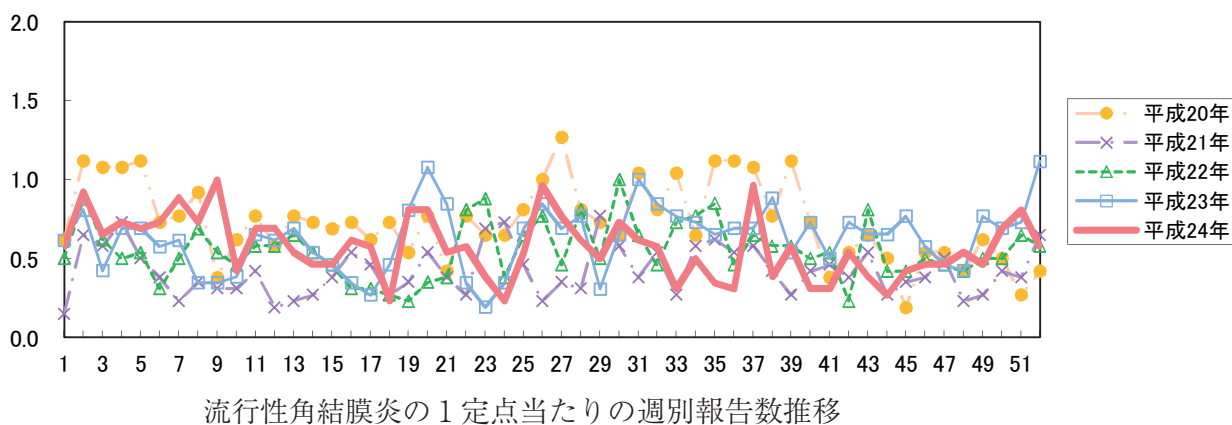
季節性では、通年性で発生がみられ、はっきりしたピークは認められない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州15.0（105）[北九州市13.7（82）]、福岡38.5（462）[福岡市46.7（327）]、筑豊11.3（34）、筑後44.0（176）で、各地から報告があるが、例年のように北九州地区は少なく、今年は筑豊地区も少ない。

罹患年齢は0～5か月0.8%、6～11か月0.5%、1歳2.1%、2歳1.2%、3歳1.9%、4歳2.3%、5歳1.9%、6歳1.7%、7歳1.0%、8歳1.5%、9歳1.3%、10～14歳2.3%、15～19歳4.5%、20～29歳15.6%、30～39歳25.6%、40～49歳12.2%、50～59歳9.7%、60～69歳8.9%、70歳以上5.6%であった。0～5か月児からも報告はあるが、20歳以上が77.0%と成人に多い。年齢分布に大きな変動はない。

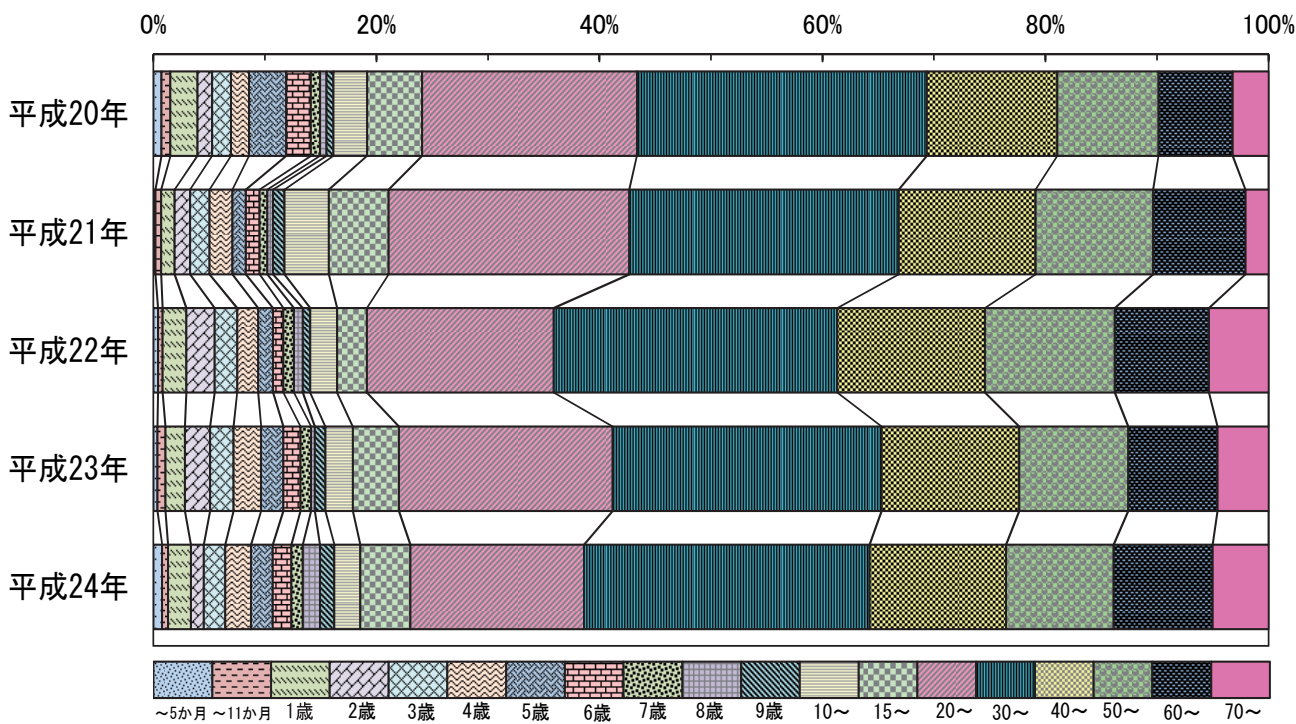
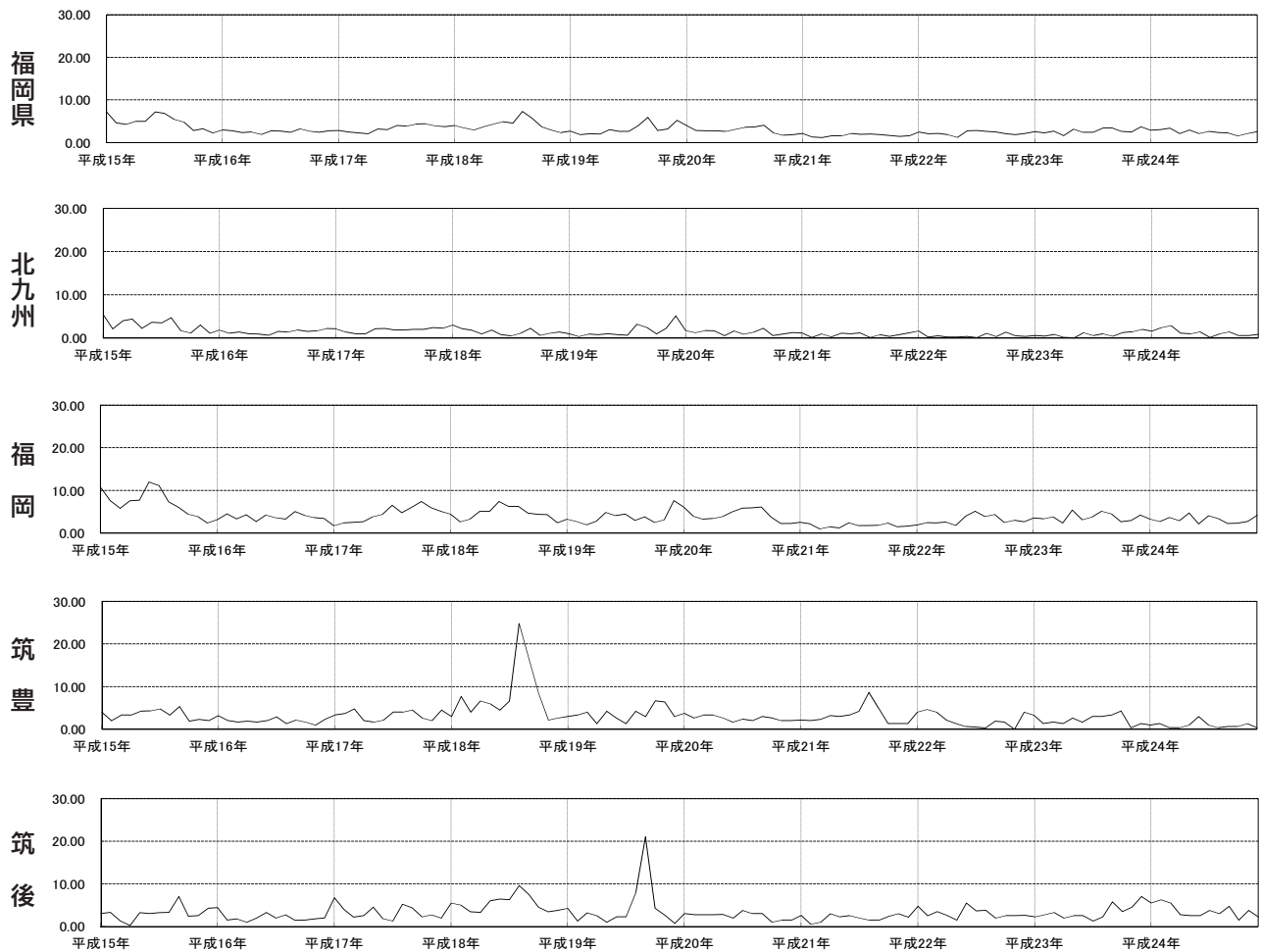
男女比は1.15（男415人、女362人）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるが、複数の血清型が原因になりうる。本県の検査情報では結膜ぬぐい液25検体が提出され、アデノ4型7件、アデノ型別不明2件の9件が検出された。なお、週報には眼科定点、及び眼科定点以外からもアデノウイルス迅速抗原検出キットによる陽性報告がある。家族内発生の報告は多く、クラブ内の流行も報告があった。



流行性角結膜炎

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



3) 基幹定点把握対象感染症

1. 細菌性髄膜炎（髄膜炎菌性髄膜炎はのぞく）〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に細菌性髄膜炎〔小児科定点〕があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年1.9（29例）、昨年2.3（34例）と前年比85%であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から平成24年（2012年）まで1.5（22）、1.0（15）、0.8（12）、0.7（11）、1.1（17）、0.8（12）、0.7（11）、0.5（8）、1.1（16）、0.6（9）、0.8（12）、2.3（34）、1.9（29）と推移し、最も多かった昨年より減少したが報告数は多い。

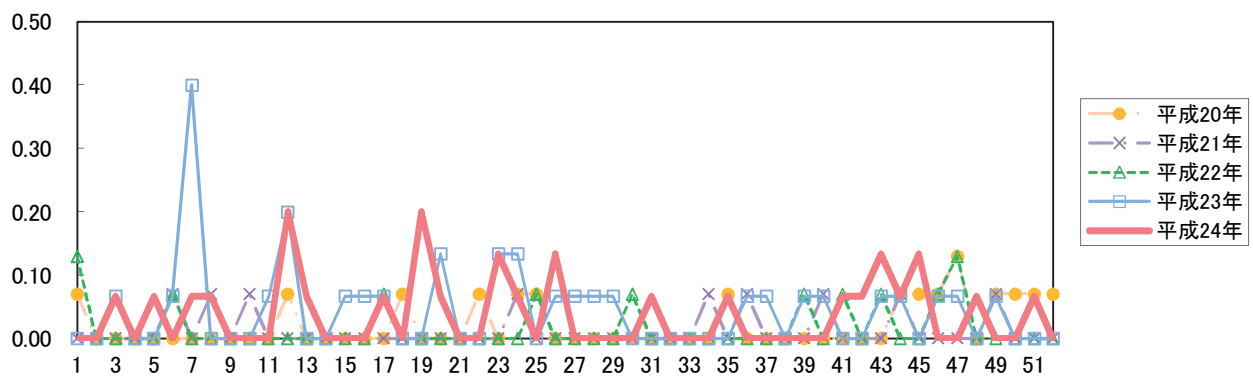
季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.3（1）〔北九州市0.5（1）〕、福岡1.2（6）〔福岡市3.0（6）〕、筑豊1.3（4）、筑後4.5（18）と、今年は筑後地区からの報告が多かった。

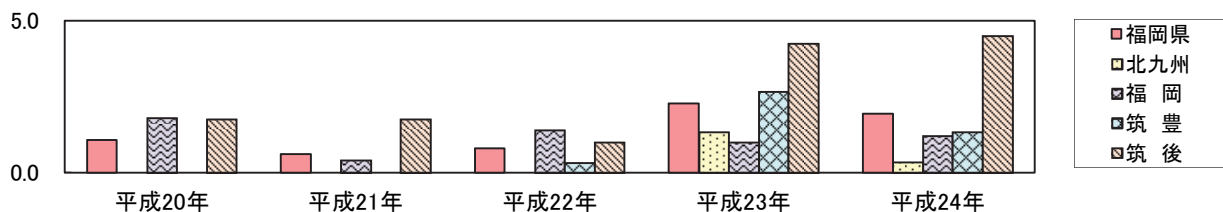
罹患年齢は0～5か月27.6%（8例）、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳0.0%、3歳0.0%、4歳0.0%、5歳3.4%（1例）、6歳0.0%、7歳0.0%、8歳0.0%、9歳3.4%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20～29歳6.9%、30～39歳3.4%、40～49歳6.9%、50～59歳6.9%、60～69歳13.8%、70～79歳20.7%、80歳以上6.9%であった。0～5歳の小児9人、20歳以上の成人19人に分布している。今年は成人例が多かった。

男女別では男21人、女13人であった。

病原体として報告されたのは、*Stre.pneumoniae* 4例（9歳、50～59歳、60～69歳、70～79歳）、*Stre.agalactiae* 4例（0～5か月4人）、*S.aureus* 3例（70～79歳2人、80歳以上）、*Stre.pyogenes* 1例（60～69歳）、*C.neoformance* 1例（70～79歳）、*Staphylococcus* sp 1例（40～49歳）など計18例であった。



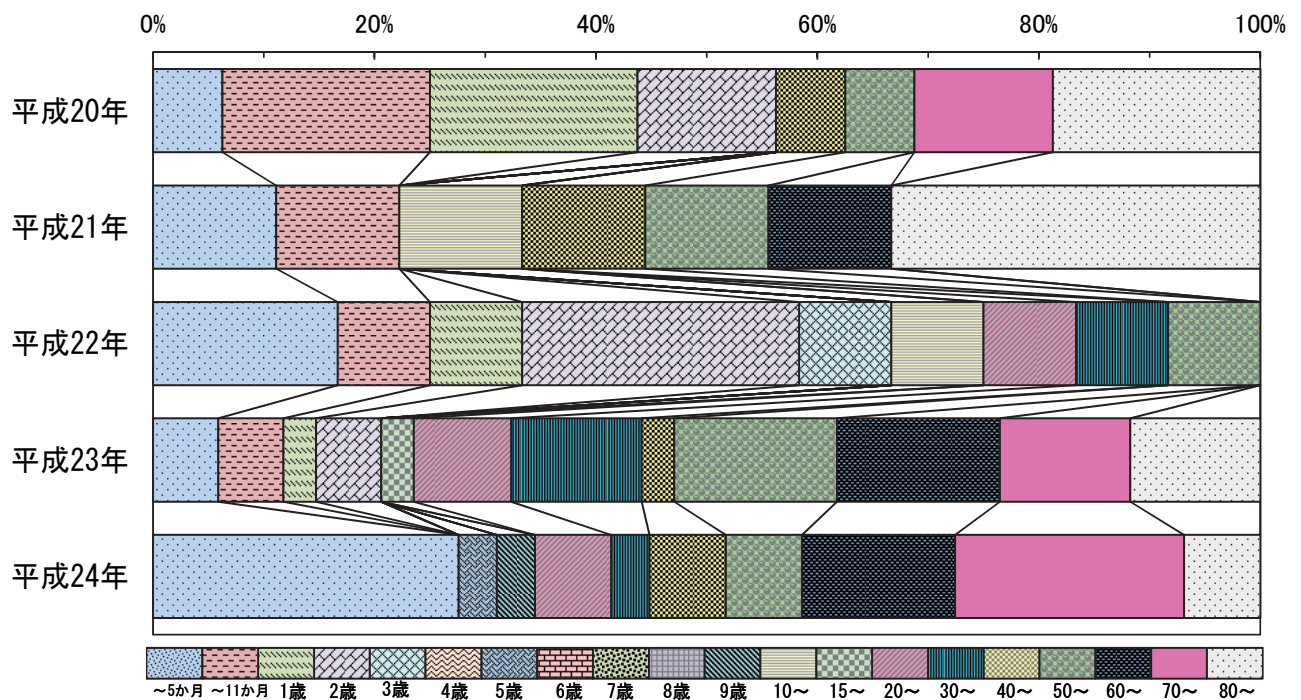
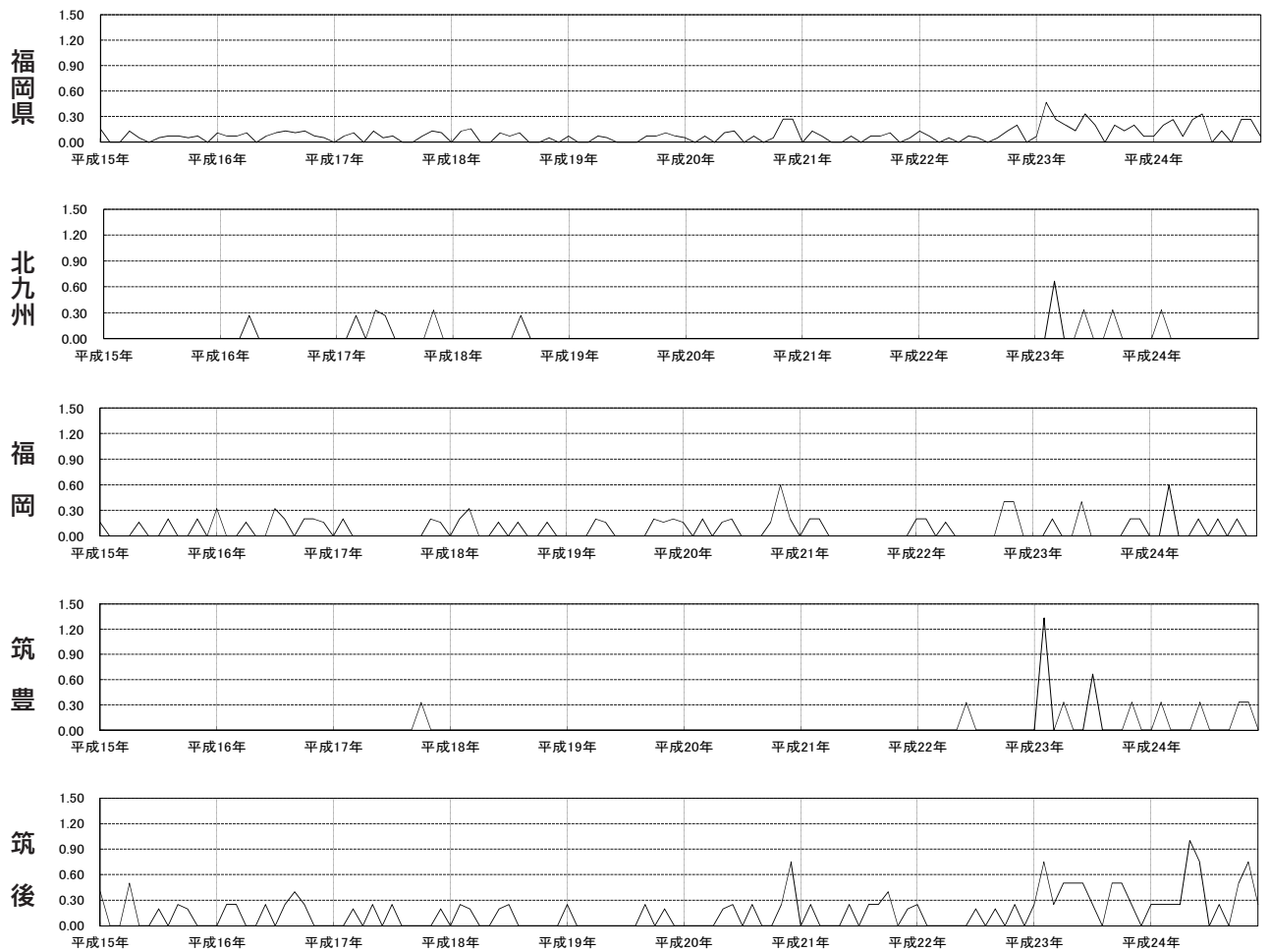
細菌性髄膜炎〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎 [基幹]

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



2. 無菌性髄膜炎 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に無菌性髄膜炎 [小児科定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は今年2.7 (41例)、昨年2.4 (36例) と前年比114%に増加している。全県1定点当たりの患者数 (及び「患者数」) は平成12年 (2000年) から平成24年 (2012年) まで4.2 (63)、4.2 (63)、2.5 (37)、2.1 (32)、2.1 (32)、0.9 (13)、1.3 (19)、0.8 (12)、0.8 (12)、0.5 (8)、0.9 (13)、2.4 (36)、2.7 (41) と推移している。前年、今年と比較的多かった。

報告数が少なく季節性ははっきりしない。

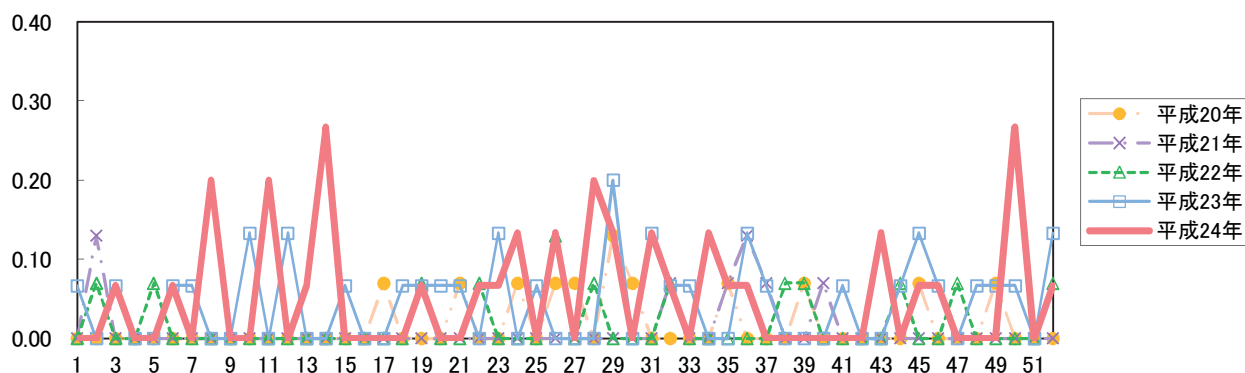
地域的には、1定点当たり患者数 (及び「患者数」) は北九州0.7 (2) [北九州市1.0 (2)]、福岡3.0 (15) [福岡市7.5 (15)]、筑豊5.3 (16)、筑後2.0 (8) と、

今年筑豊地区からの報告が多かった。

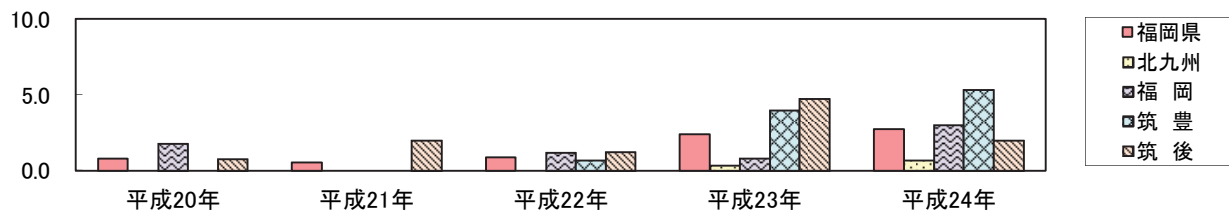
罹患年齢は0～5か月17.1% (7例)、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳0.0%、3歳0.0%、4歳0.0%、5歳4.9%、6歳4.9%、7歳0.0%、8歳2.4%、9歳2.4%、10～14歳4.9%、15～19歳4.9%、20～29歳14.6%、30～39歳19.5%、40～49歳4.9%、50～59歳0.0%、60～69歳7.3%、70～79歳4.9%、80歳以上7.3%と分布した。今年15歳未満が36.6% (15例; 前年、38.9%、前々年69.3%)、20歳以上は58.5% (24例; 前年58.3%、前々年30.7%) で、前年と同様の年齢分布で、例年より成人の報告数が多かった。

男女比は1.16 (男22人、女19人) であった。

病原体名称として報告されたのはMumps virus 5例 (8歳、10～19歳、15～19歳、20～29歳、30～39歳)、*Myco.pneumoniae* 1例 (60～69歳)、*C.neoformance* 1例 (80歳以上) であった。



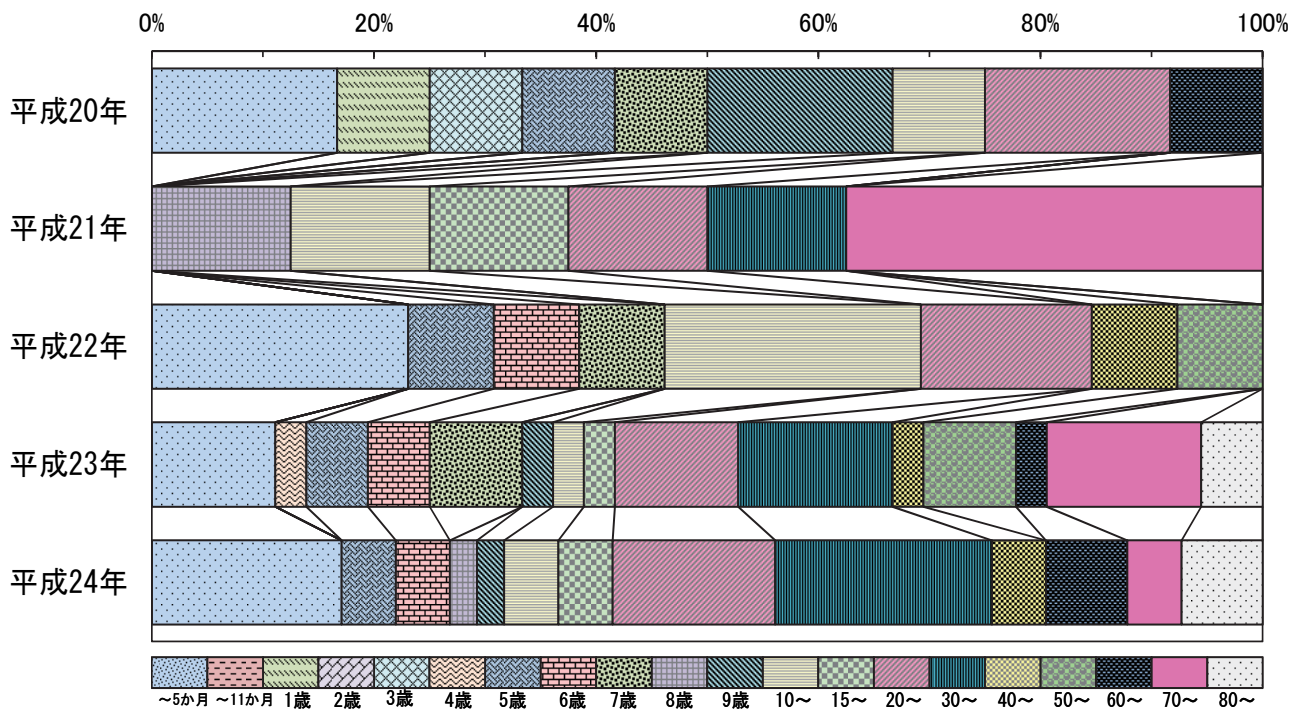
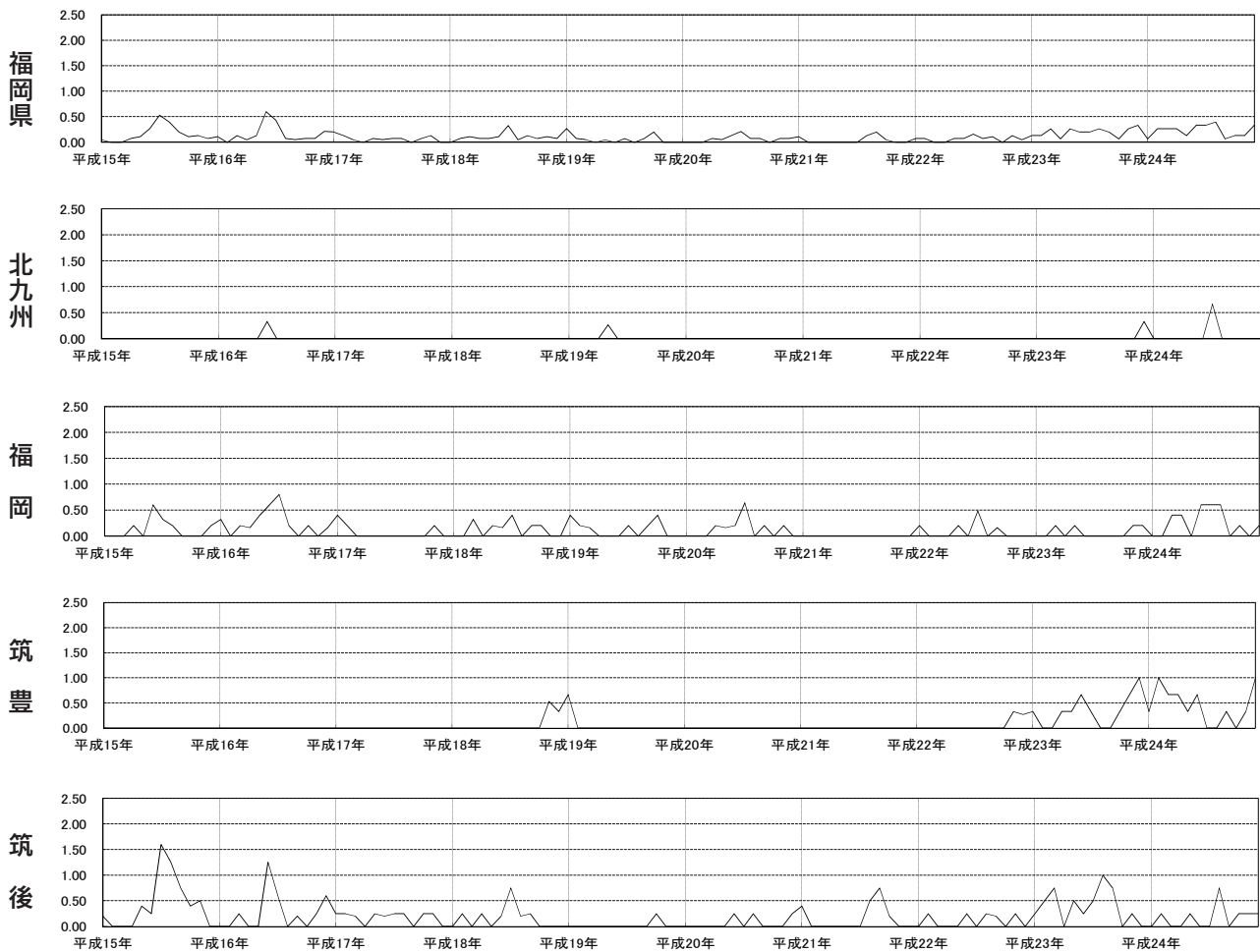
無菌性髄膜炎 [基幹] の1定点当たりの週別報告数推移



無菌性髄膜炎 [基幹] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

無菌性髄膜炎 [基幹]

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



3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年10.0（150例）、昨年19.0（285例）と前年比53%に減少した。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から平成24年（2012年）まで1.6（24）、10.7（161）、5.7（85）、3.0（45）、6.4（96）、4.5（67）、11.2（168）、4.0（60）、3.6（54）、4.0（60）、11.3（170）、19.0（285）、10.0（150例）と推移し、平成23年をピークに減少した。小児科定点のマイコプラズマ肺炎と同様の傾向である。

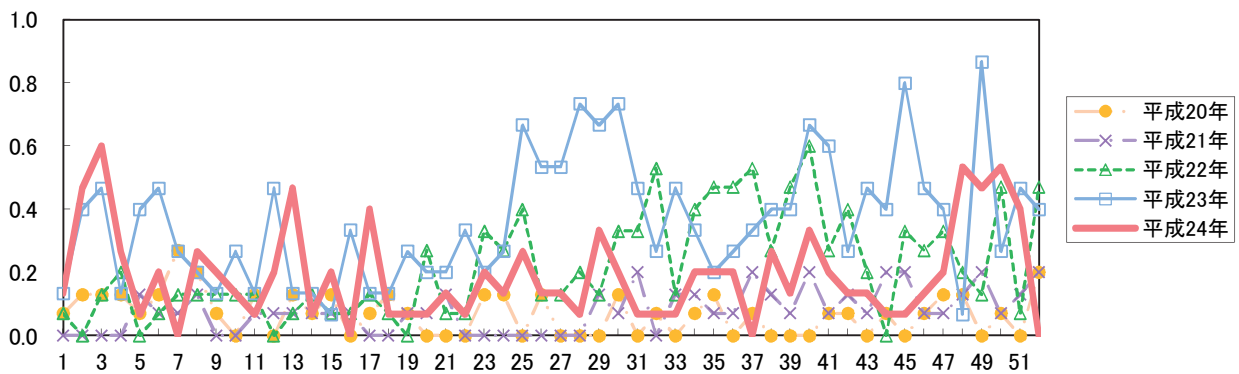
季節性では、小児科定点のマイコプラズマ肺炎と同様のパターンで、平成22年、23年は流行年、平成24年は非流行年で、ほぼ通年性に報告があり

季節性ははっきりしなかった。

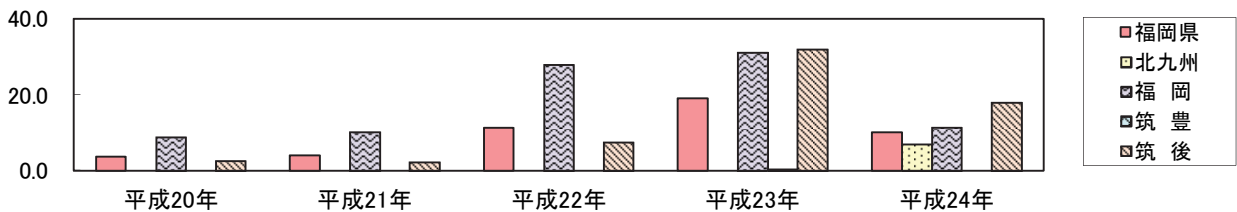
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州7.0（21）[北九州市10.5（21）]、福岡11.4（57）[福岡市28.5（57）]、筑豊0.0（0）、筑後18.0（72）と、筑後地区からの報告が多く、筑豊地区は報告がなかった。

罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳7.3%、2歳6.7%、3歳5.3%、4歳10.7%、5歳13.3%、6歳5.3%、7歳10.7%、8歳6.0%、9歳4.0%、10～14歳14.7%、15～19歳3.3%、20～29歳4.0%、30～39歳0.7%、40～49歳2.0%、50～59歳1.3%、60～69歳2.7%、70～79歳1.3%、80歳以上0.7%と分布した。0歳の報告はなく、7歳未満が48.7%（前年44.6%、前年49.6%）と小児に多く、20歳以上は12.7%（前年12.3%、前々年7.1%）であった。前年、今年も成人からの報告が多かった。

男女比は1.05（男77人、女73人）で男女差はなかった。



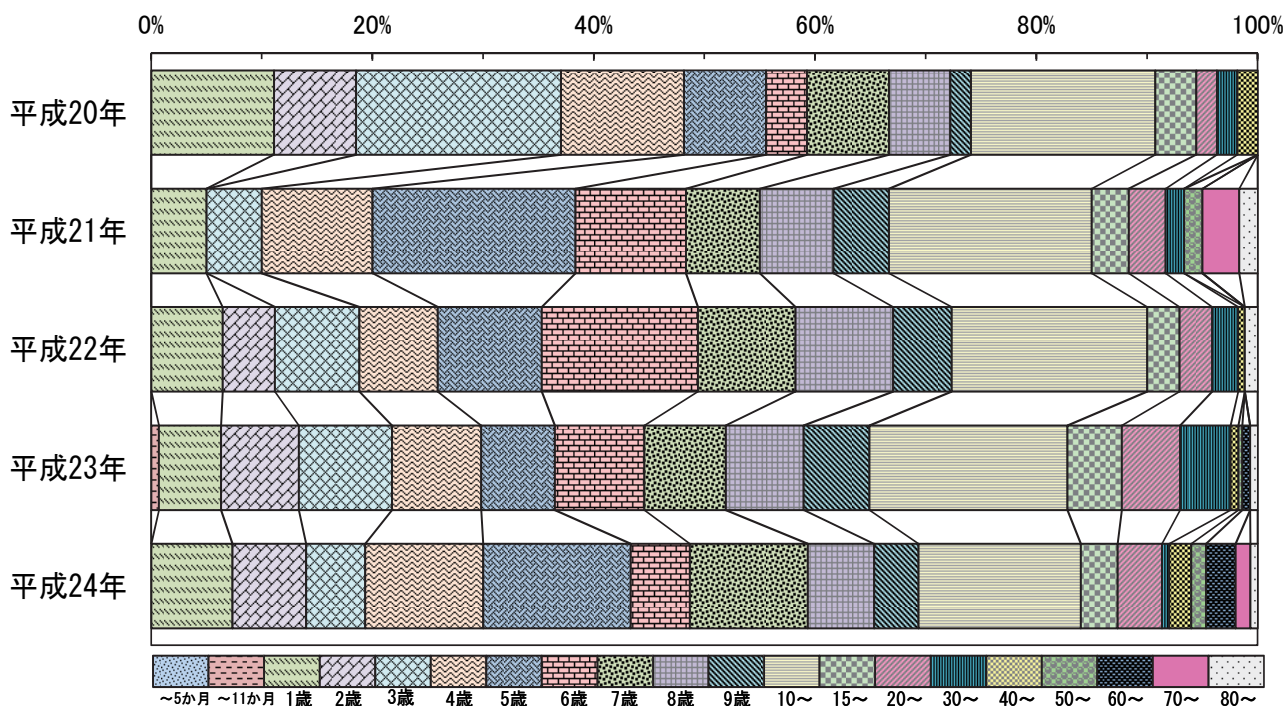
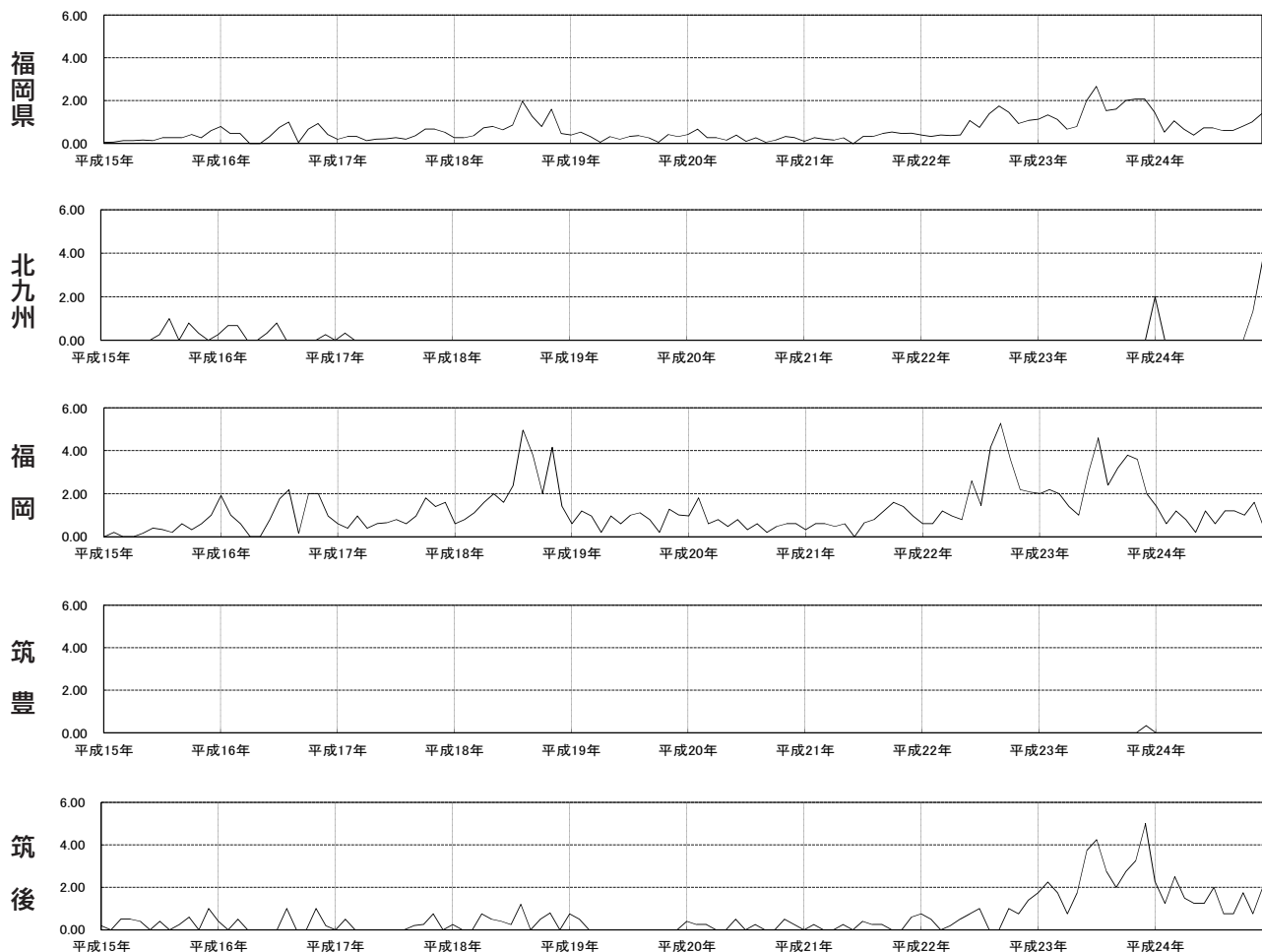
マイコプラズマ肺炎 [基幹] の1 定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [基幹] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [基幹]

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



4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）[基幹定点]

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

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.7（11例）、昨年0.1（1例）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から平成24年（2012年）まで0.3（4）、0.7（10）、1.4（21）、0.2（3）、1.7（25）、1.1（16）、0.5（7）、0.3（5）、0.1（2）、0.3（5）、1.0（15）、0.1（1）、0.7（11）と推移し、少なかった前年から増加した。マイコプラズマ肺炎と比較すると報告数は少なく、診断法の開発、普及が進んでいないことも影響していると考えられる。

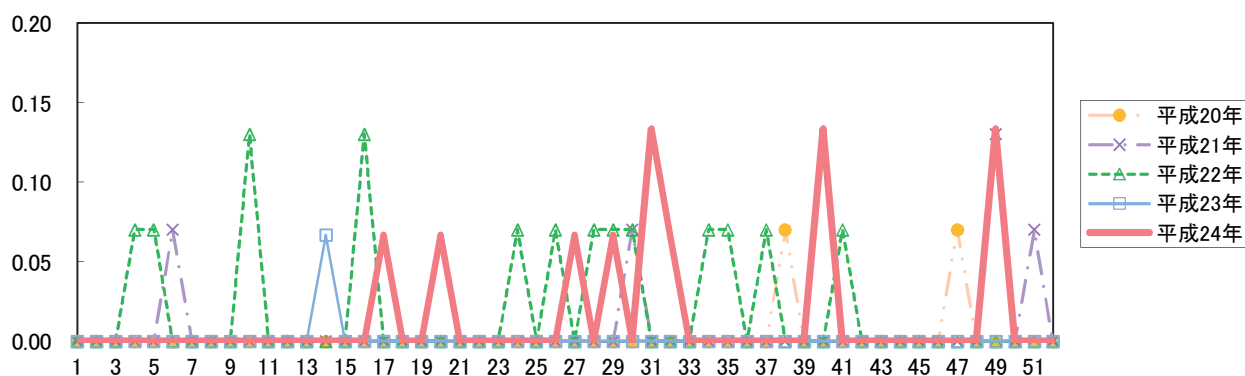
季節性ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.0（0）〔福岡市0.0（0）〕、筑豊0.0（0）、筑後2.8（11）と筑後地区からのみの報告であった。

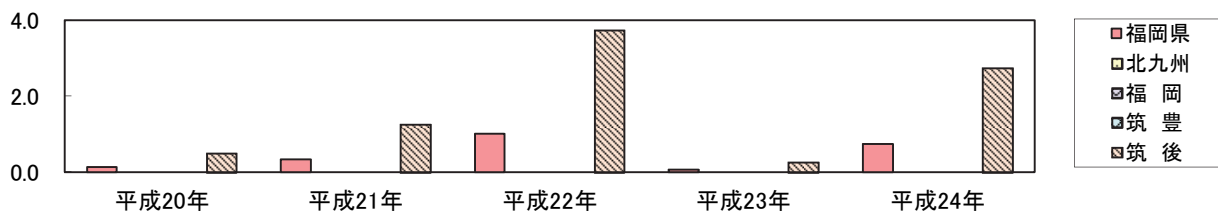
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.0%、1歳9.1%（1例）、2歳9.1%、3歳0.0%、4歳18.2%、5歳18.2%、6歳0.0%、7歳9.1%、8歳0.0%、9歳9.1%、10～14歳0.0%、15～19歳0.0%、20～29歳9.1%、30～39歳0.0%、40～49歳0.0%、50～59歳9.1%、60～69歳0.0%、70～79歳0.0%、80歳以上9.1%と分布した。

男女別では男6人、女5人である。

病原体名称として報告されたのは、Chlam. pneumonie 11例であった。



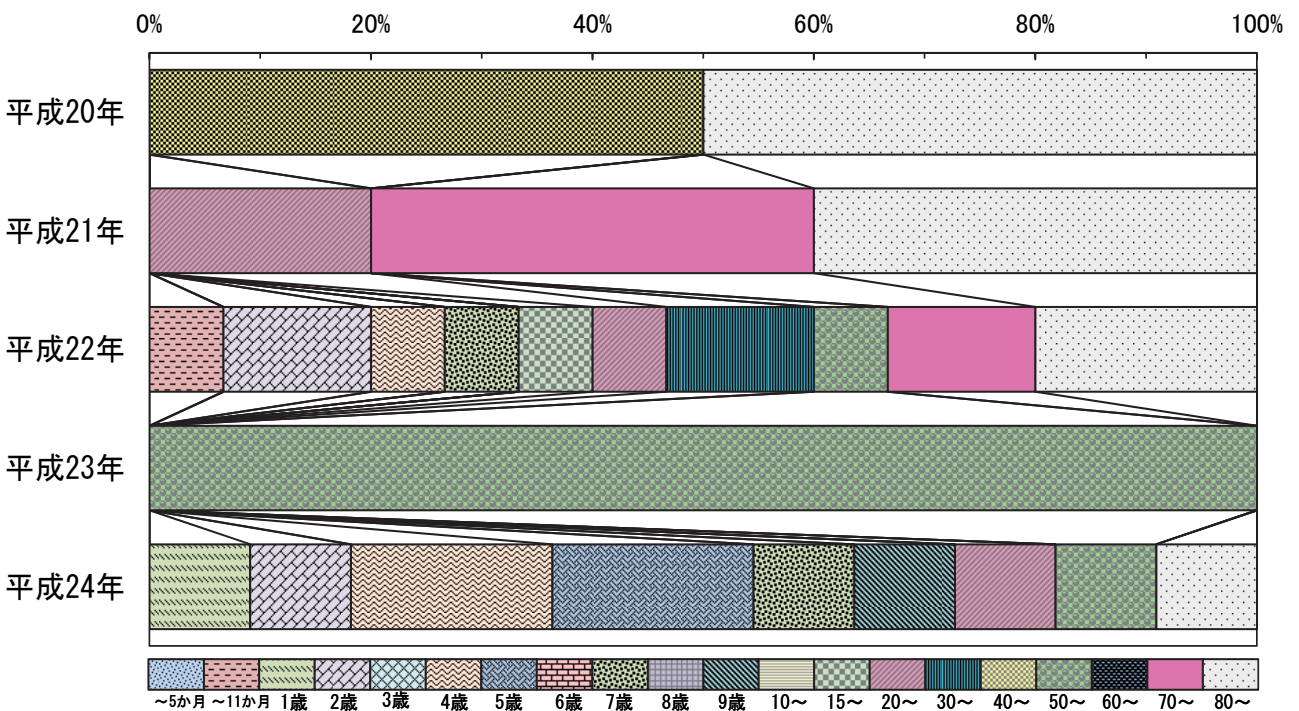
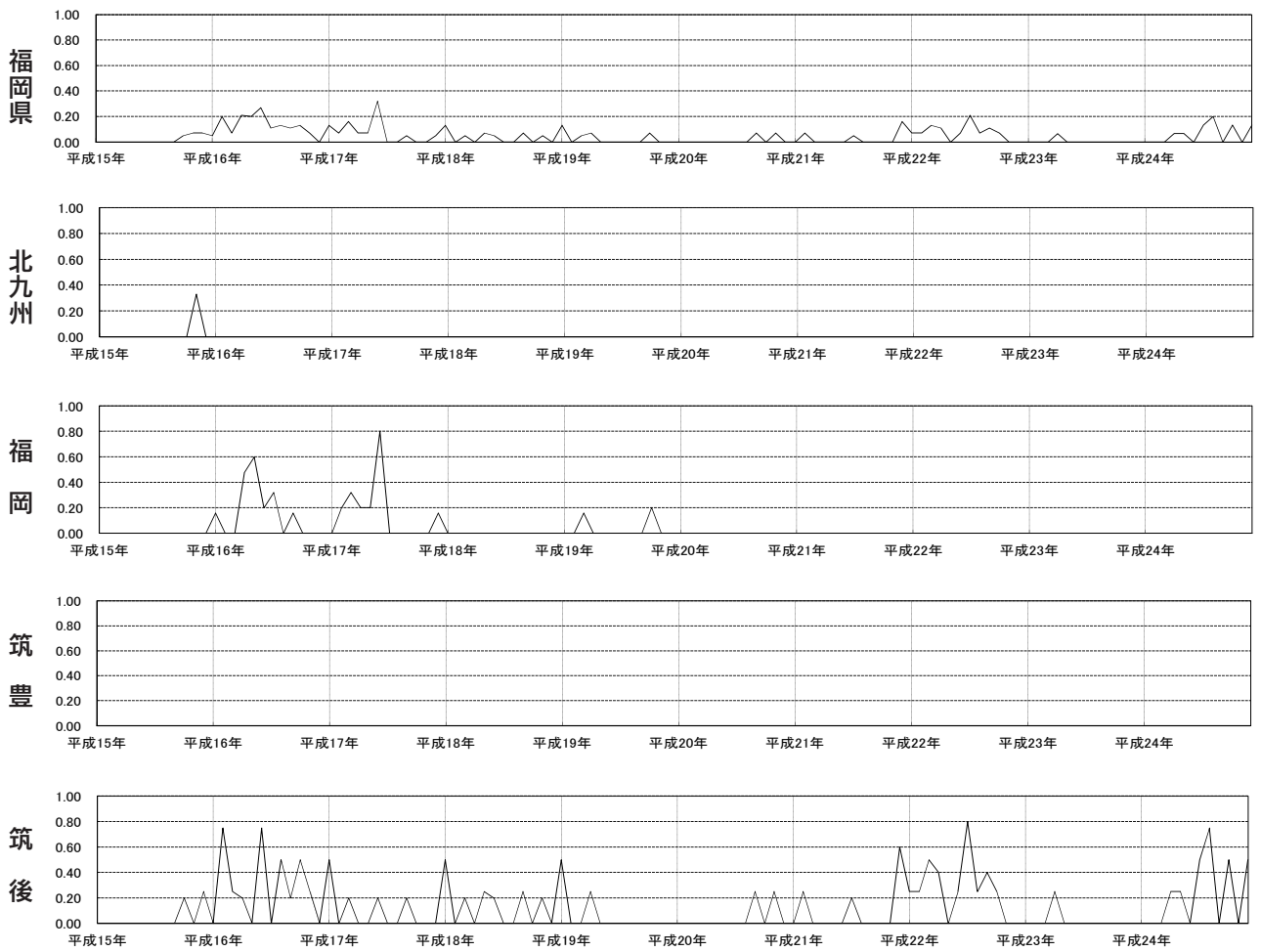
クラミジア肺炎〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎 [基幹]

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



5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成23年9月5日より感染症法施行規則（指定届出機関の指定の基準）に規程され、基幹定点から報告されるようになった。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年21.5（322例）であった。福岡県では、2011-12年期の流行による入院は、平成24年2月にピークとなり（患者数は157）、5月まで入院が報告された。2012-13年期の流行として、12月に22人の報告があった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州18.7（56）〔北九州市27.0（54）〕、福岡27.2（136）〔福岡市54.0（108）〕、筑豊12.7（38）、筑後23.0（92）で福岡、特に福岡市が多かった。

罹患年齢は0～5か月4.0%、6～11か月2.5%、1歳8.1%、2歳6.5%、3歳3.7%、4歳4.3%、5歳3.1%、6歳2.2%、7歳1.6%、8歳2.2%、9歳0.9%、10～14歳5.0%、15～19歳2.8%、20～29歳1.20%、30～39歳1.6%、40～49歳1.9%、50～59歳3.4%、60～69歳6.5%、70～79歳15.5%、80歳以上23.0%で、60歳以上の割合が44.5%であった。

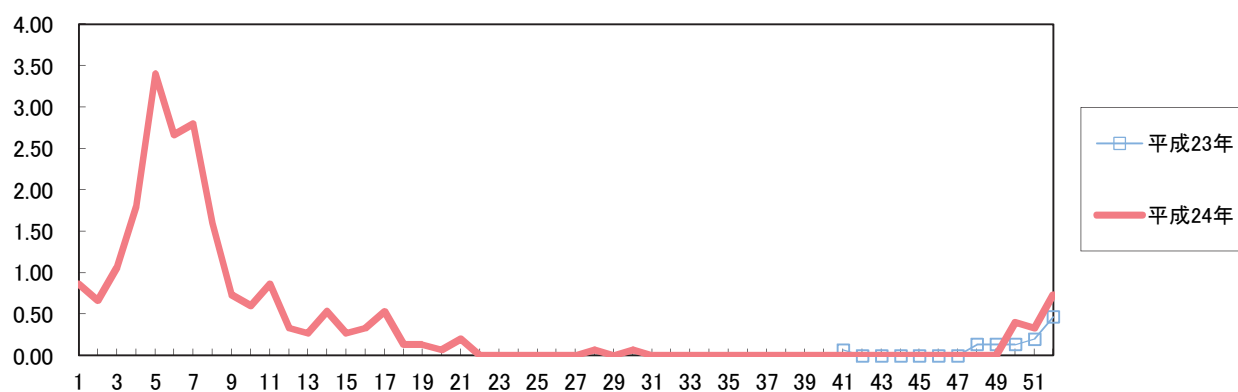
男女比は0.99で男女差はみられなかった。

入院時の状況としてはICU入室が8人、人工呼吸器の利用が3人であった。前年度のデータがないため重症化率の程度について正確な検討を行うことができないが、2011-12年期の流行での重症例は少なかったと思われる。

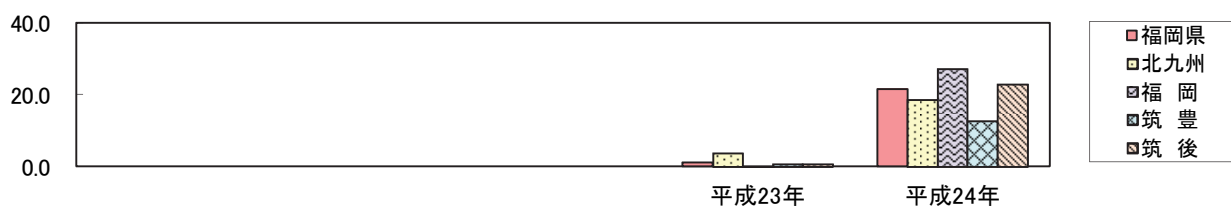
入院時の状況と年齢別内訳（総数：322人）

年 齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	21人	73人	32人	16人	9人	4人	5人	6人	11人	21人	50人	74人	322人
ICU入室*	0人	2人	3人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	2人	8人
人工呼吸器の利用*	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	2人	3人
頭部CT検査、頭部MRI検査、脳波検査のいずれかの実施（予定含む）*	2人	7人	7人	0人	0人	0人	0人	1人	0人	1人	3人	4人	25人
いずれにも該当せず	19人	66人	25人	16人	9人	4人	5人	5人	11人	20人	47人	68人	295人

※一部重複あり。



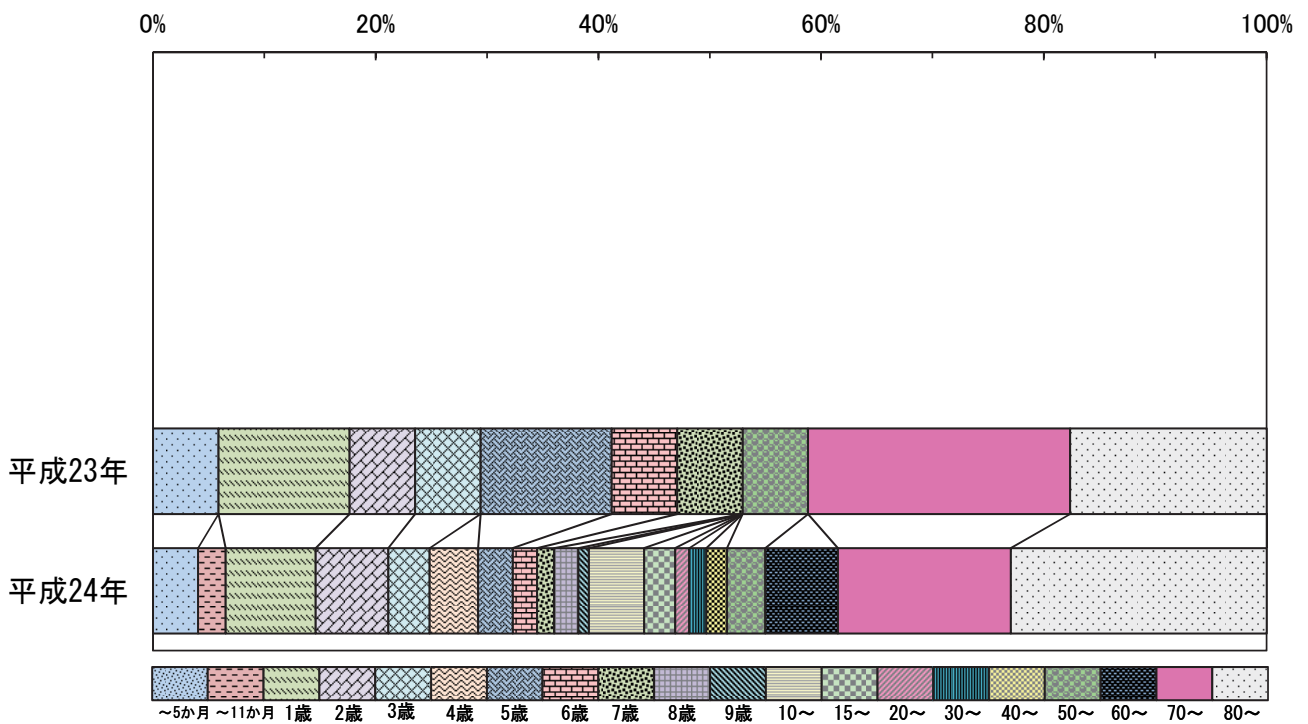
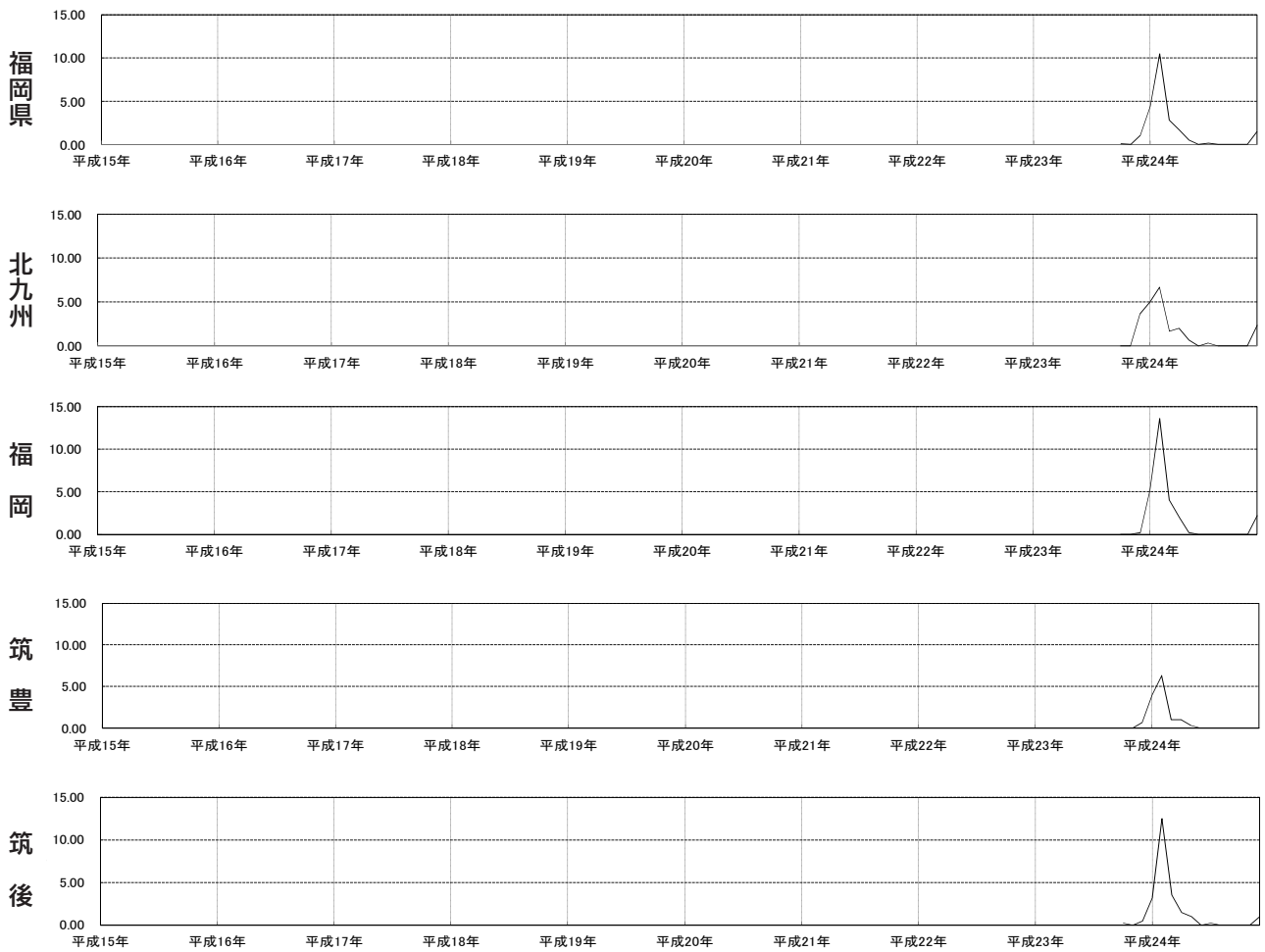
インフルエンザ（入院）の1定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザ（入院）のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ（入院）〔基幹〕

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



6. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年41.0（615例）で、昨年の49.9（748例）より報告数は減少していた。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から平成24年（2012年）までそれぞれ45.4、35.6、50.2、41.4、56.4、48.5、49.1、34.9、32.2、42.8、29.5、49.9、41.0である。季節的な特徴ははっきりせず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

年間の1定点当たり患者数は、全国的には平成19年までは徐々に増加傾向にあったが平成20年以

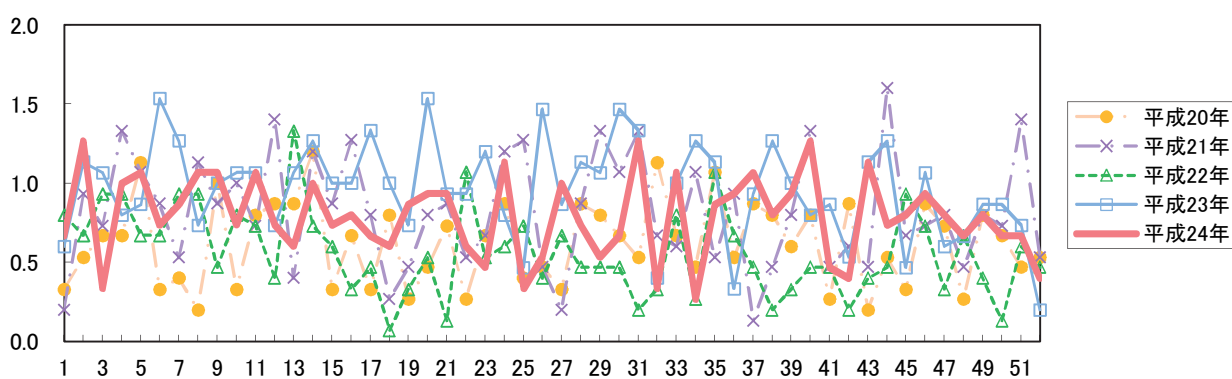
降はわずかに減少している。福岡県では平成16年以降は全体として減少傾向を示していたが、昨年は再び増加し、今年も同程度であった。

地域的には、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州63.7（191）〔北九州市92.0（184）〕、福岡30.0（150）〔福岡市45.0（90）〕、筑豊46.7（140）、筑後33.5（134）と各地区から報告があり、地域的分布は昨年と同様であった。

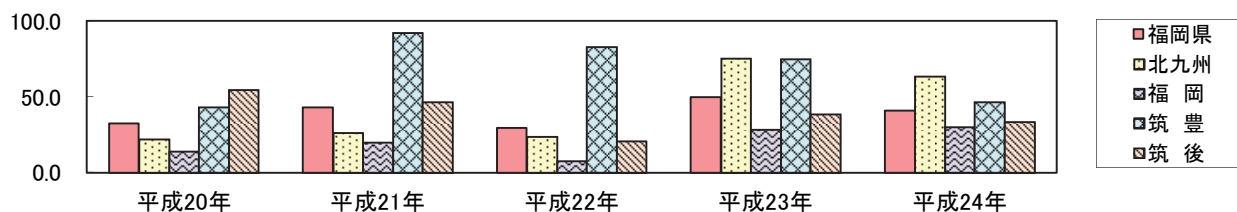
罹患年齢は0～5か月3.9%、6～11か月から15～19歳までの年齢層では2.0%未満で、20～29歳2.3%、30～39歳2.4%、40～49歳3.7%、50～59歳5.2%、60～69歳14.0%、70～79歳22.9%、80歳以上35.8%で、例年と同様に60歳以上が多く、60歳以上の割合が70%以上となっていた。

男女比は1.70で男が昨年と同様に多かった。

採取部位別では、喀痰（肺炎）252例、血液59例、髄液2例、胸水4例、腹水2例、術創部4例、その他259例であった。



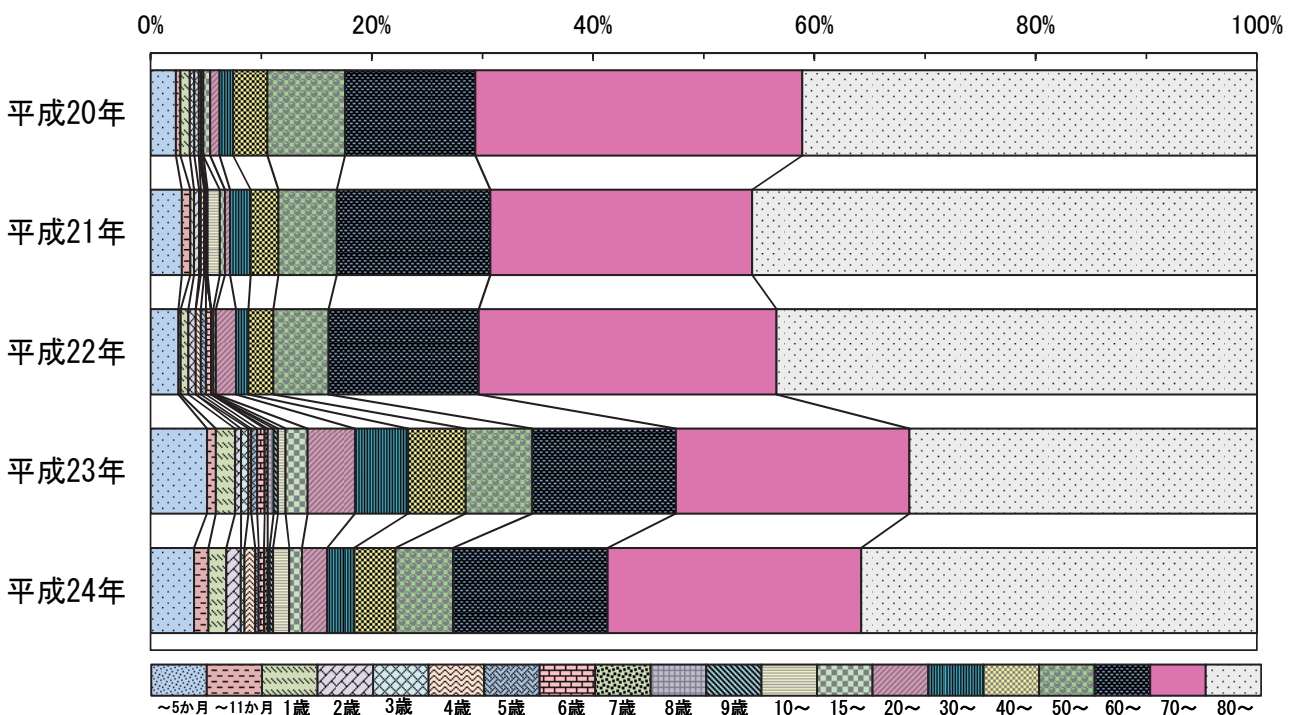
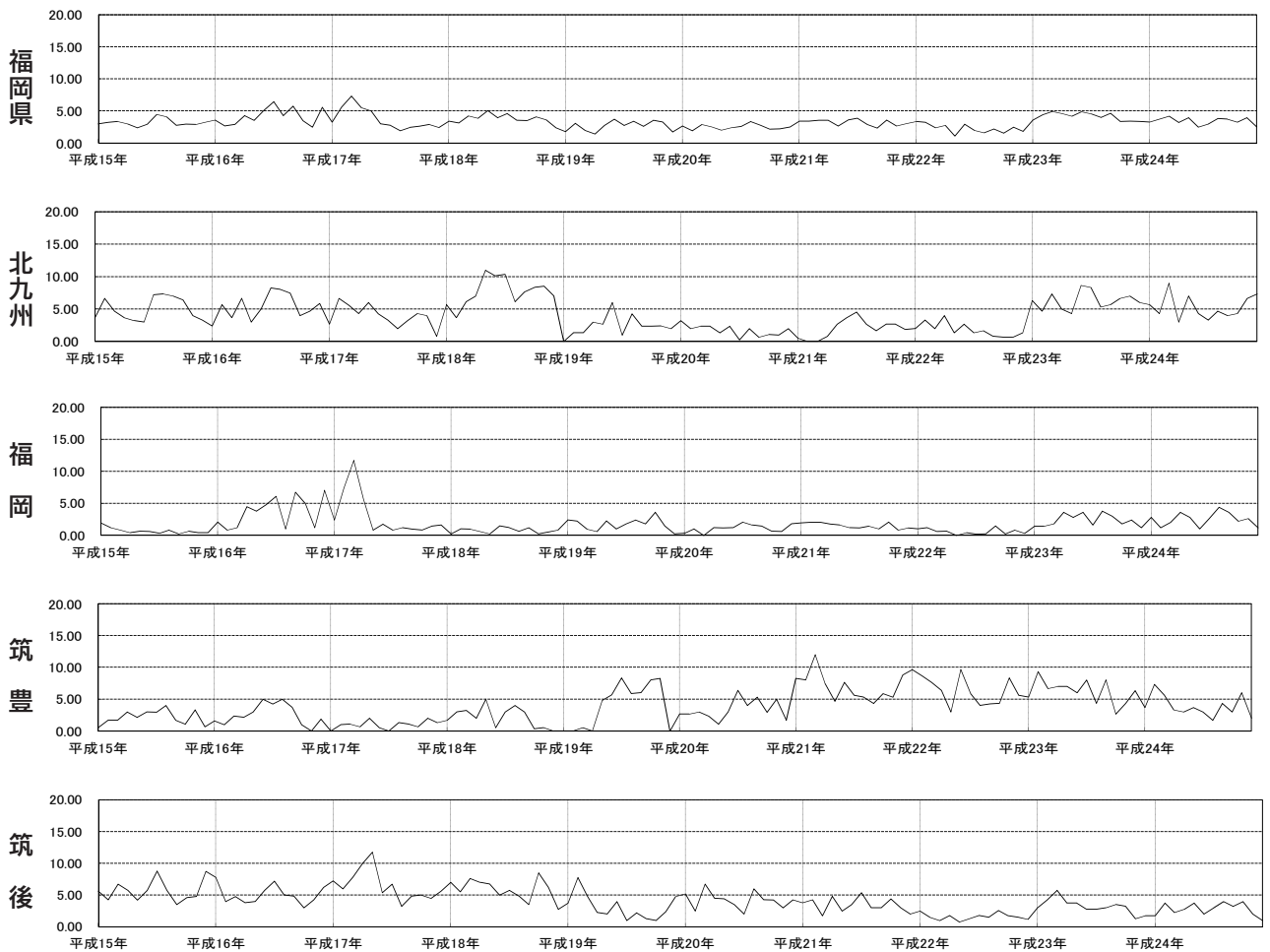
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

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



7. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるペニシリン耐性肺炎球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年6.1（92例）の報告があり、昨年の10.8（162例）から減少した。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から平成24年（2012年）までそれぞれ4.3、4.8、8.7、7.3、19.6、14.0、13.0、2.9、7.0、6.3、5.4、10.8、6.1である。季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報では、7～9月は少ない傾向がみられているが、福岡県では明らかな傾向はみられなかった。年間の1定点当たり患者数は、全国では平成20年より減少傾向がみられ増加傾向に歯止めがかかっている。福岡県では昨年は増加していたが今年は再び減少傾向

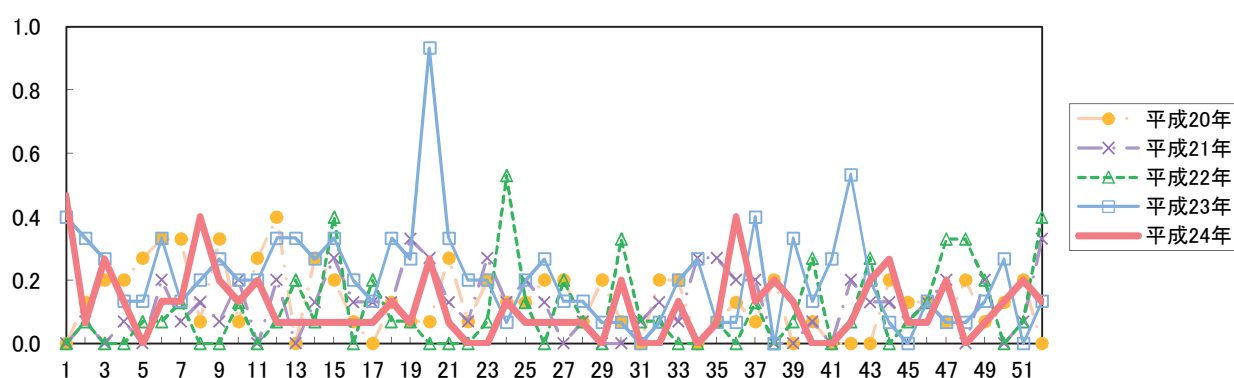
を示した。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州11.3（34）〔北九州市17.0（34）〕、福岡0.2（1）〔福岡市0.5（1）〕、筑豊4.0（12）、筑後11.3（45）と今年も北九州と筑後からの報告が多かったが、昨年と比較すると筑後からの報告は著しく減少していた。

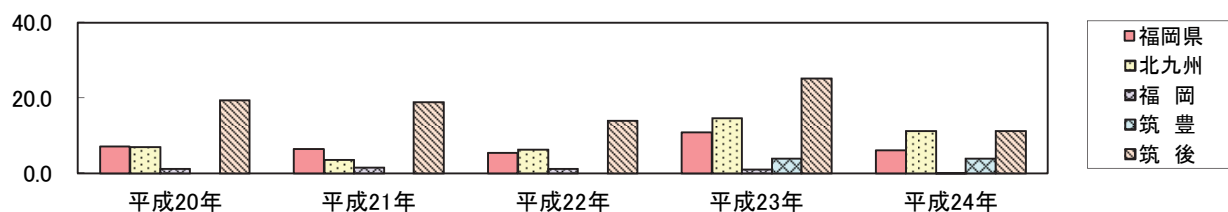
罹患年齢は0～5か月5.4%、6～11か月6.5%、1歳23.9%、2歳9.8%、3歳7.6%、4歳0.0%、5歳2.2%、6歳3.3%、7歳1.1%、10～14歳1.1%、20～29歳0.0%、30～39歳2.2%、40～49歳0.0%、50～59歳5.4%、60～69歳5.4%、70～79歳14.1%、80歳以上12.0%で、3歳までが全体の50%以上を占めていた。成人層に報告は少なく、60歳以上の割合が31.4%であった。

男女比は1.09で昨年と同様に男がわずかに多かった。

採取部位別では、喀痰（肺炎）49例、血液9例、髄液1例、胸水1例、腹水1例、その他28例であった。



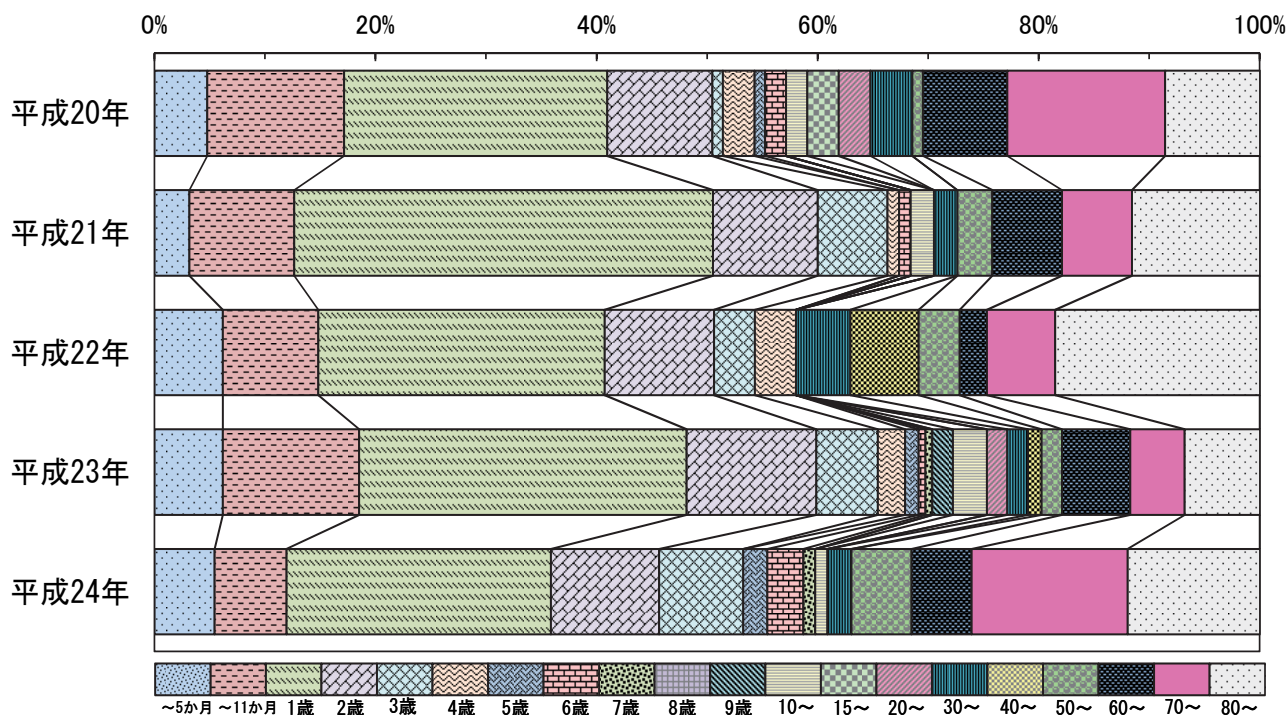
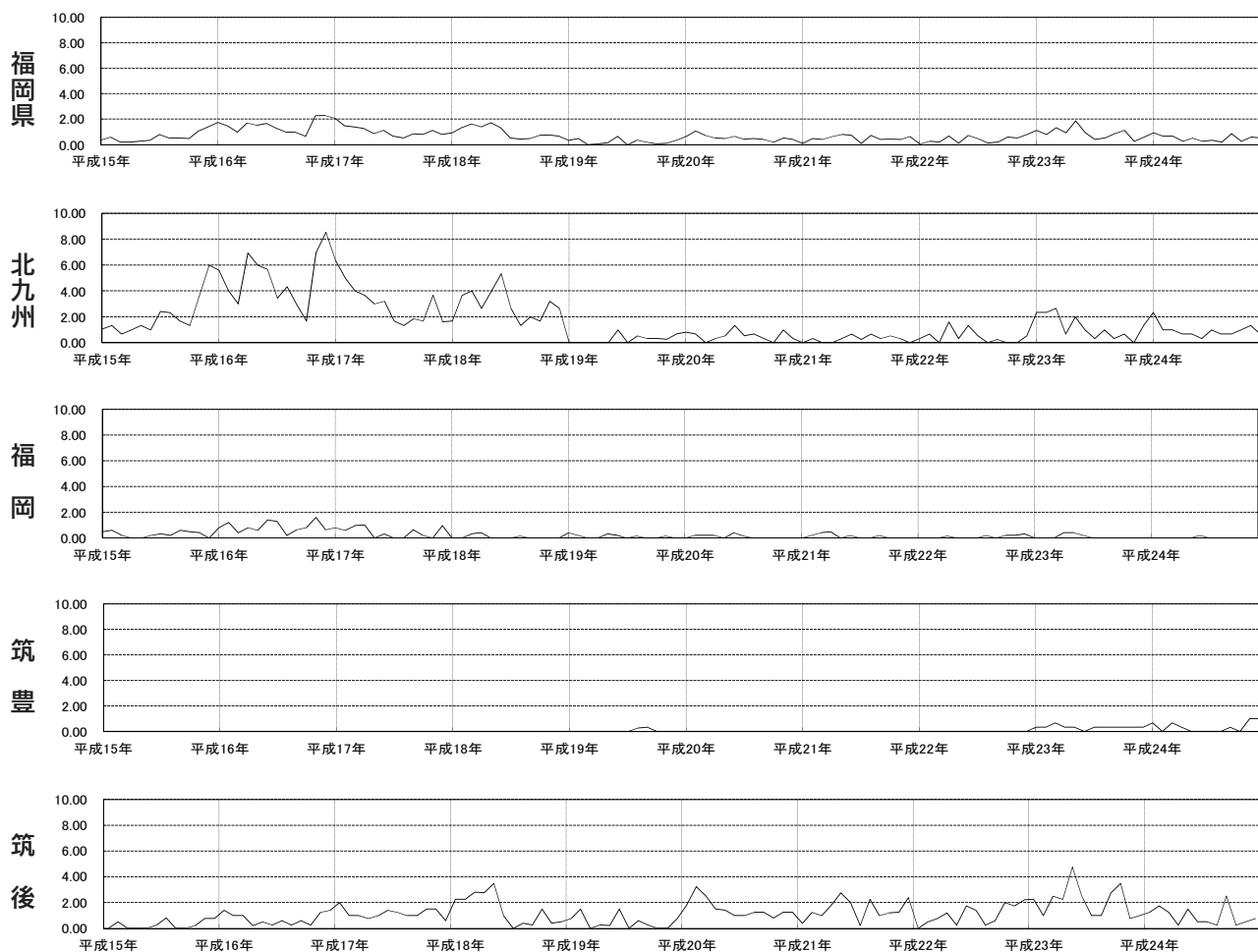
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



ペニシリン耐性肺炎球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

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

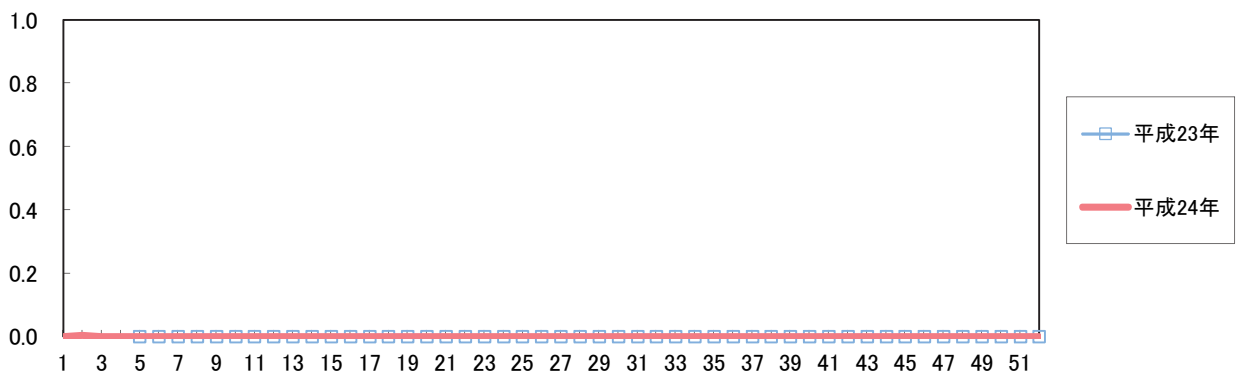


8. 薬剤耐性アシネトバクター感染症 [基幹定点]

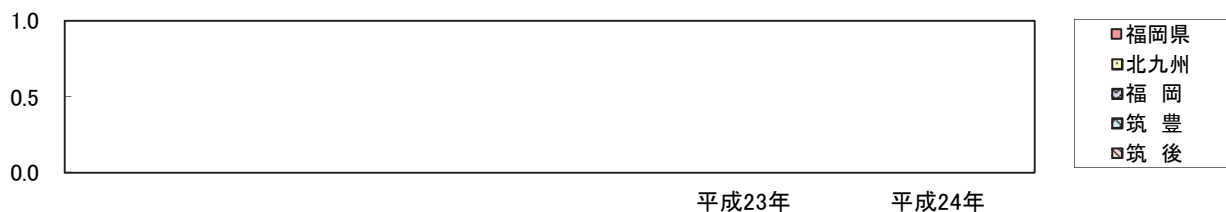
平成23年2月1日より感染症法の改正に基づき、5類感染症に追加され、基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。多剤耐性アシネトバクターとはアシネトバクター属と報告され、かつカルバペネム、アミノグリコシド、フルオロキノロンの3系統の抗菌薬に耐性を示す株と定義されている。日本で検出される多剤耐性ア

シネトバクターは、その多くが海外から流入してきた菌株と考えられている。

昨年福岡県からの報告はなかった。今年も福岡県からの報告はなかった。全国でも昨年2月から報告が始まったが、まだ報告数は少なく、今年の報告も散発的で、傾向の分析や過去との比較はまだできない状況である。



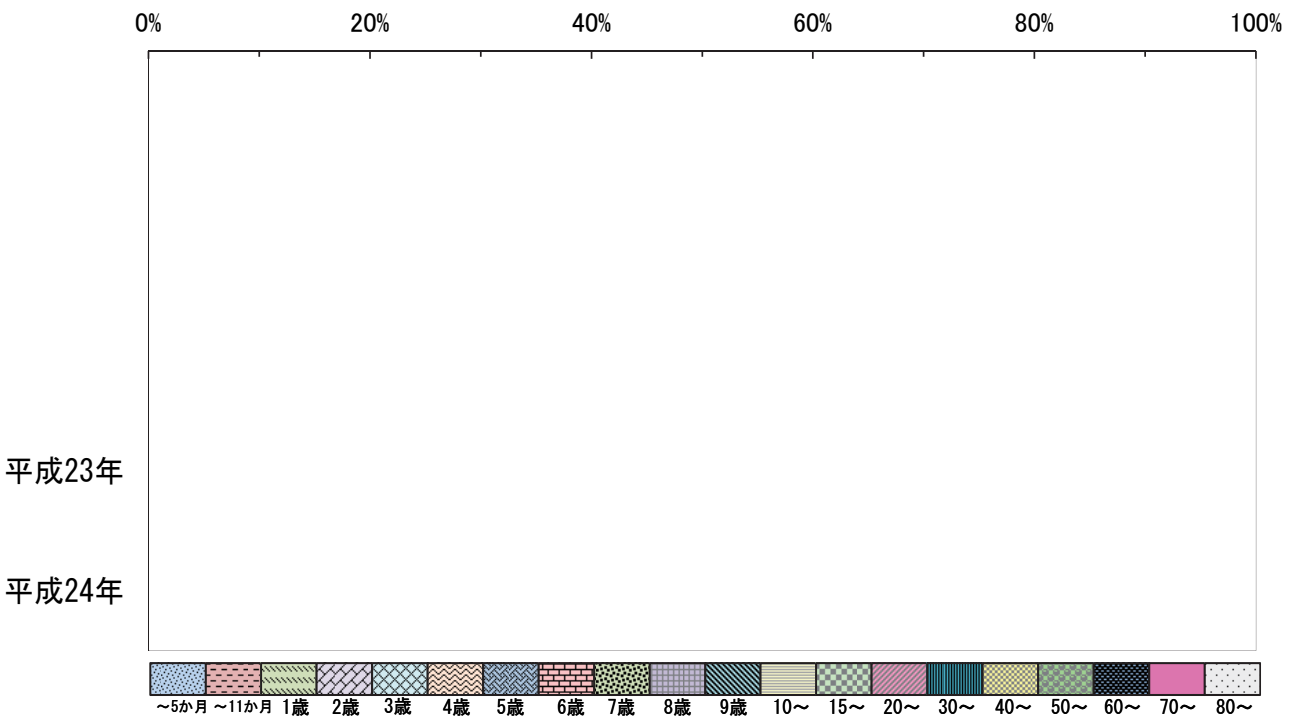
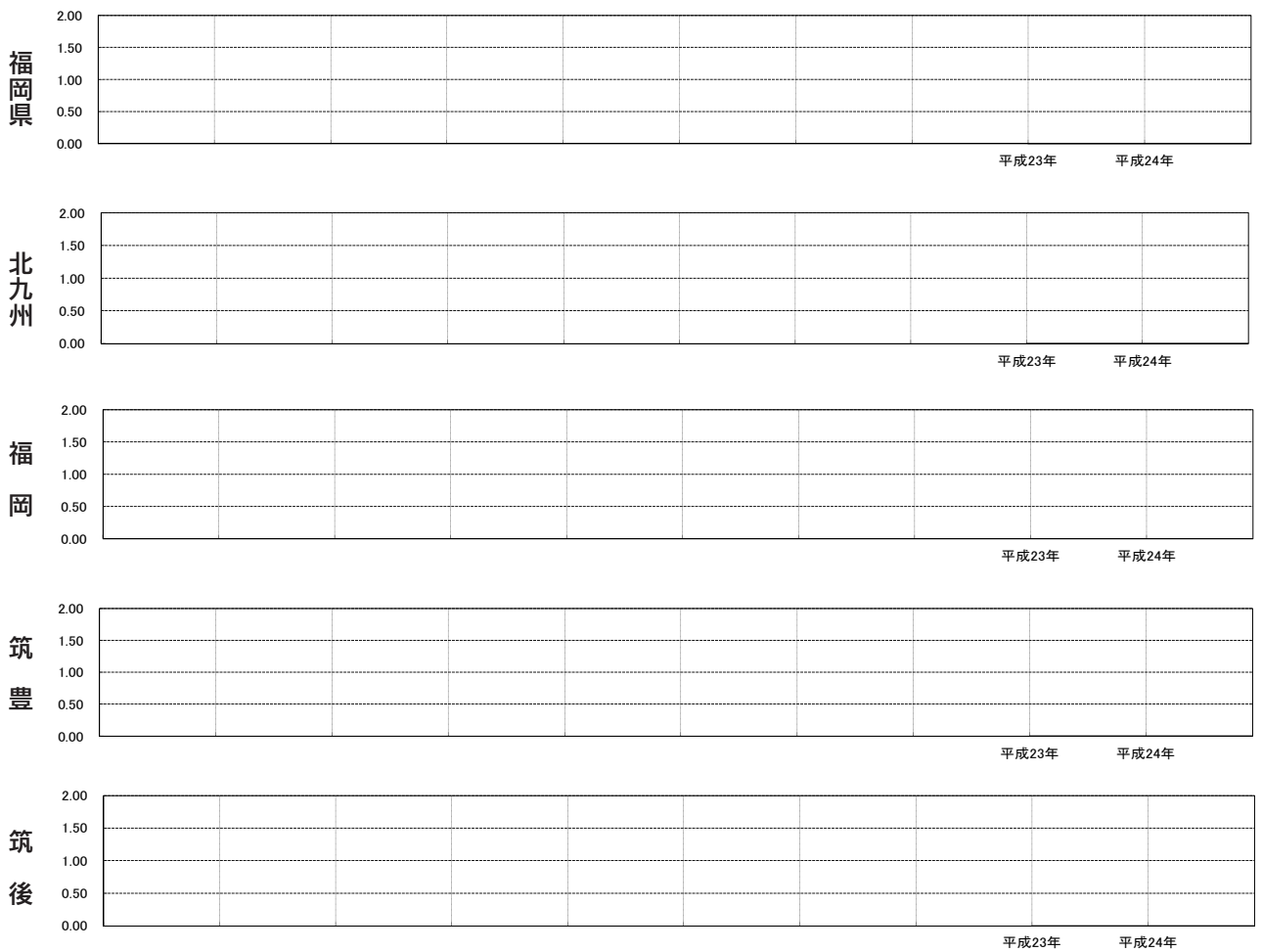
薬剤耐性アシネトバクター感染症の1 定点当たりの週別報告数推移



薬剤耐性アシネトバクター感染症のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

薬剤耐性アシネトバクター感染症

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



9. 薬剤耐性緑膿菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求める薬剤耐性緑膿菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.3（5例）で、昨年0.5（8例）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は、平成12年（2000年）から平成24年（2012年）までそれぞれ0.6、0.2、0.4、0.5、0.5、0.1、0.5、0.5、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3であった。季節的な特徴ははっきりしない。全国情報では、年間の1定点当たり患者数は年々増加傾向を示していたが、この数年は減少傾向にある。

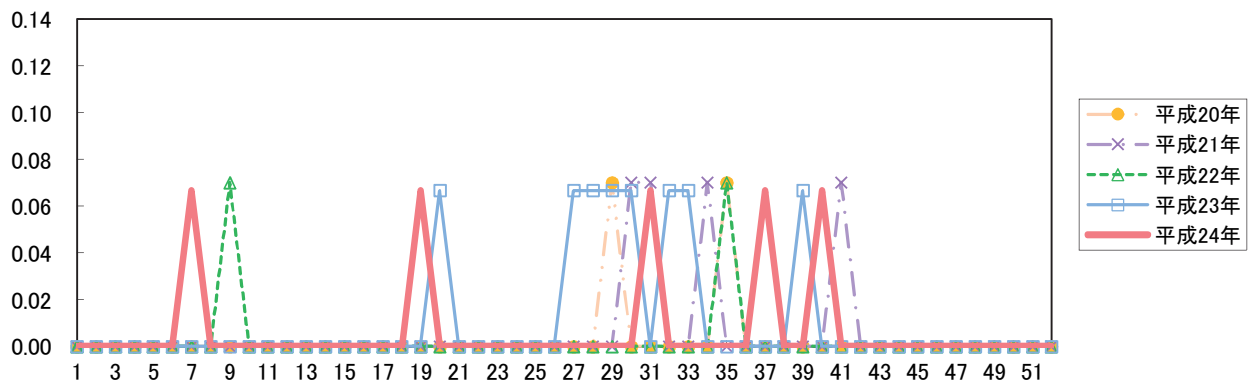
福岡県ではこの10年間に大きな変動はみられていない。全国では1～4月がわずかに少なく、7～10月が若干多い傾向がみられているが、季節的な特徴といえる程のものではない。福岡県においても一年を通じて散発的に報告があった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、昨年と同様に北九州からの報告はなく、福岡0.4（2例）、筑豊0.3（1例）、筑後0.5（2例）の報告があった。

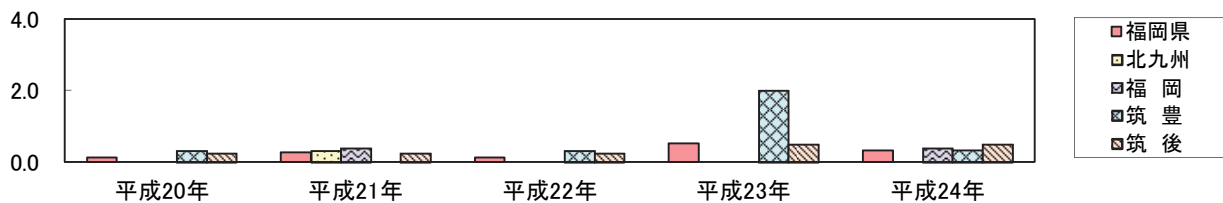
罹患年齢は、50～59歳 1例、60～69歳 1例、70～79歳 2例、80歳以上 1例で、高齢者に集中していた。

男女比は0.25で今年は女に多かった。

採取部位別では、喀痰（肺炎）2例、血液2例、その他1例であった。



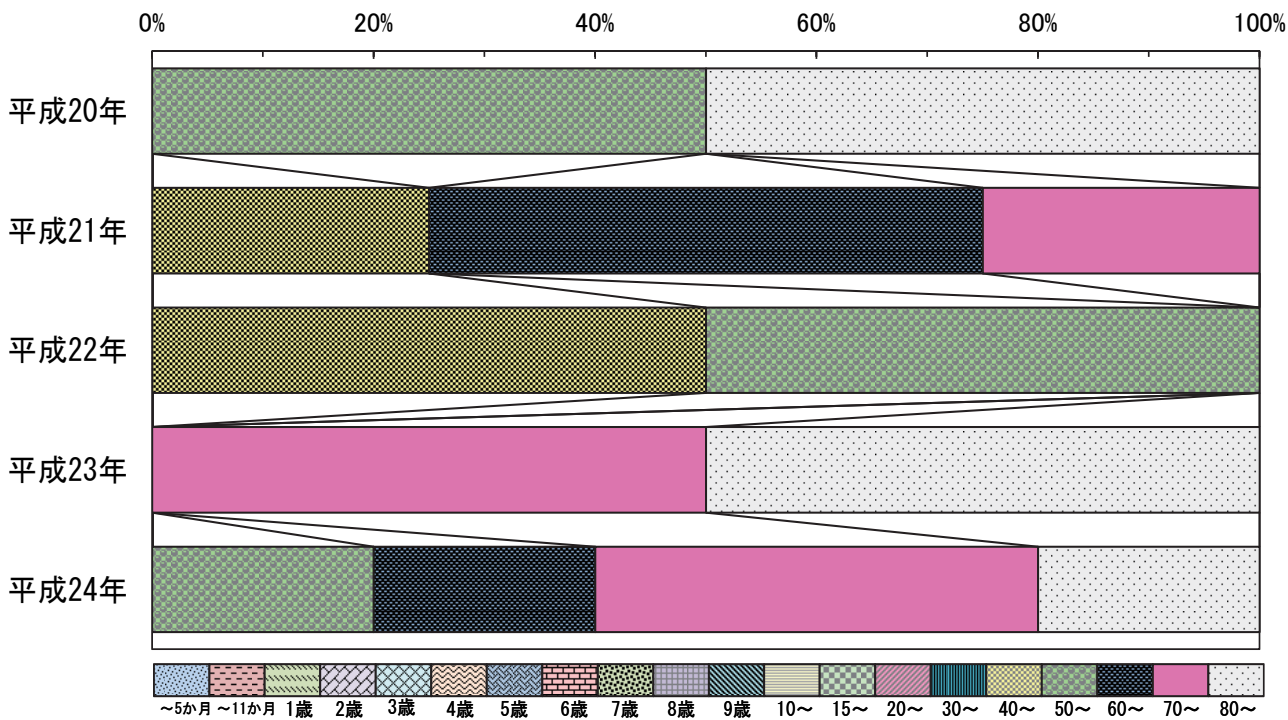
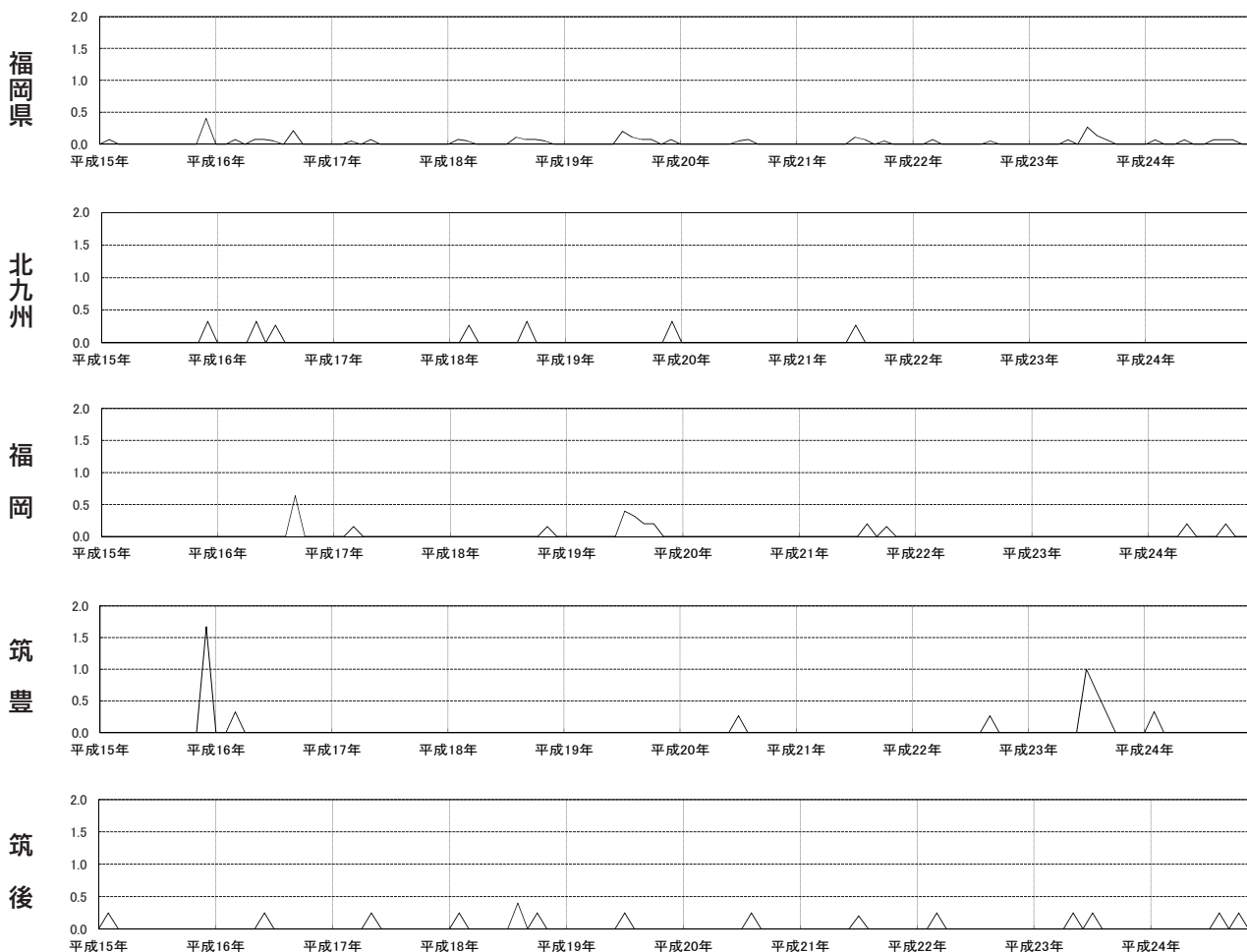
薬剤耐性緑膿菌感染症の1定点当たりの週別報告数推移



薬剤耐性緑膿菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

薬剤耐性緑膿菌感染症

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



4) 性感染症 (sexually transmitted diseases : S T D)

性感染症動向調査は、昭和62年1月より開始され、26年を経過した。対象疾病は、淋病様疾病、陰部クラミジア感染症、陰部ヘルペス、尖形コンジローム、トリコモナス症の5疾病であったが、平成元年1月より梅毒様疾病が加わり6疾病となった。平成10年より性器クラミジア感染症、性器ヘルペスへ、平成12年より淋菌感染症、性器ヘルペスウイルス感染症へ、平成16年より尖圭コンジロームへそれぞれ名称の変更があった。平成22年よりトリコモナス症の報告は中止された。報告定点数は、昭和62年の14定点で開始され、平成6年は16定点、平成12年は25定点、平成13年は32定点であり、平成14年より37定点（皮膚・泌尿器科19、婦人科20）となった。ブロック別の内訳は、北九州9（皮膚・泌尿器科5、婦人科5）、福岡15（皮膚・泌尿器科7、婦人科8）、筑豊5（皮膚・泌尿器科2、婦人科3）、筑後8（皮膚・泌尿器科5、婦人科4）である。

性感染症の全県の報告患者総数は、昭和62年2,382（梅毒を含まず）、昭和63年2,391（梅毒を含まず）、平成元年2,613、平成2年2,420、平成3年2,574、平成4年2,259、平成5年1,783、平成6年2,328、平成7年2,173、平成8年2,053、平成9年2,559、平成10年2,656、平成11年3,524、平成12年4,194、平成13年5,416、平成14年6,202、平成15年5,593、平成16年4,866、平成17年4,564、平成18年4,258、平成19年3,094、平成20年2,672、平成21年2,980、平成22年2,851（以後トリコモナス症を含まず）、平成23年2,874、平成24年2,597であった。比較する為に、定点当たり患者総数を示すと、昭和62年168.7、昭和63年163.6、平成元年189.9、平成2年172.9、平成3年183.9、平成4年161.4、平成5年127.4、平成6年145.5、平成7年144.9、平成8年136.9、平成9年159.9、平成10年166.0、平成11年220.2、平成12年167.8、平成13年169.3、平成14年167.2、平成15年151.2、平成16年131.5、平成17年123.3、平成18年115.1、平成19年83.6、平成20年72.2、平成21年80.5、平成22年77.1（以後トリコモナス症を含ま

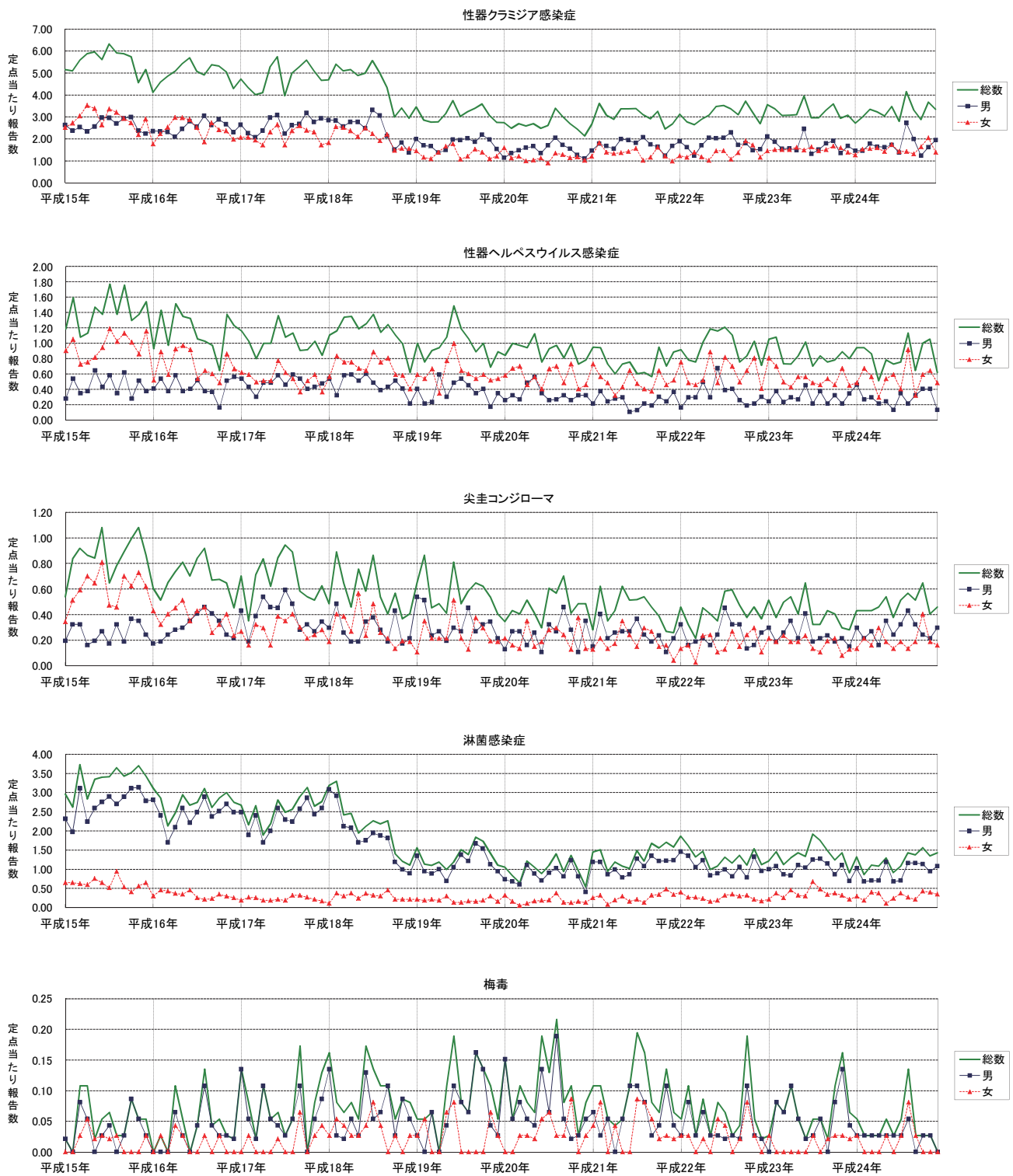
ず）、平成23年77.7、平成24年70.2であり昨年より減少した。平成24年のブロック別・疾病別患者数は113ページの表1を参照下さい。

性別・年次別・月別・定点当たり患者数の10年間の推移を図1に示した。平成24年の月別（4週間換算）では、性器クラミジア感染症（クラミジア）は6月、8月、12月に増加し、5月に減少した。ヘルペスウイルス感染症（ヘルペス）は1月、2月、8月、10月に増加し、4月、5月、12月に減少した。尖圭コンジローム（コンジローム）は10月に増加し、3月、11月に減少した。淋菌感染症（淋菌）は1月、10月、12月に増加し、2月、3月、6月に減少した。全体は、10月、12月に増加し、3月、5月に減少した。各疾病の男女計の推移を見ると、クラミジアは、平成15年より20年まで減少し、21年に増加し、24年まで横這いであった。ヘルペスは、15年は増加し、平成16年より21年まで減少し、22年は増加し23年、24年は減少した。コンジロームは、15年より22年まで減少し、23年、24年は横這いであった。淋菌は、平成15年より20年まで減少し、22年は増加し23年、24年は横這いであった。梅毒（顕性、潜伏）は、平成15年、16年は変化なく、17年より増加し、22年から24年は減少した。

年次別・性別・疾病別百分比を図2に示した。男は、平成13年は淋菌が1位であったが、平成16年はクラミジアと淋菌はほぼ同数で、平成17年よりクラミジアが1位であった。平成24年はクラミジア、淋菌、ヘルペス、コンジローム、梅毒の順であった。女は、平成13年はクラミジアが63%を占めていたが、平成20年には54%となり平成24年は59%であった。平成24年はクラミジア、ヘルペス、淋菌、コンジローム、梅毒の順であった。

その他の性感染症について、毛虱4（男2、女2）、非淋菌非クラミジア性尿道炎190（男186、女4）、トリコモナス症14（女14）、咽頭淋菌22（女22）、咽頭クラミジア15（女15）や、クラミジアと淋菌、クラミジア尿道炎と精巣上体炎の合併症などが各定点より任意に報告された。

図1 性感染症の性別 年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移



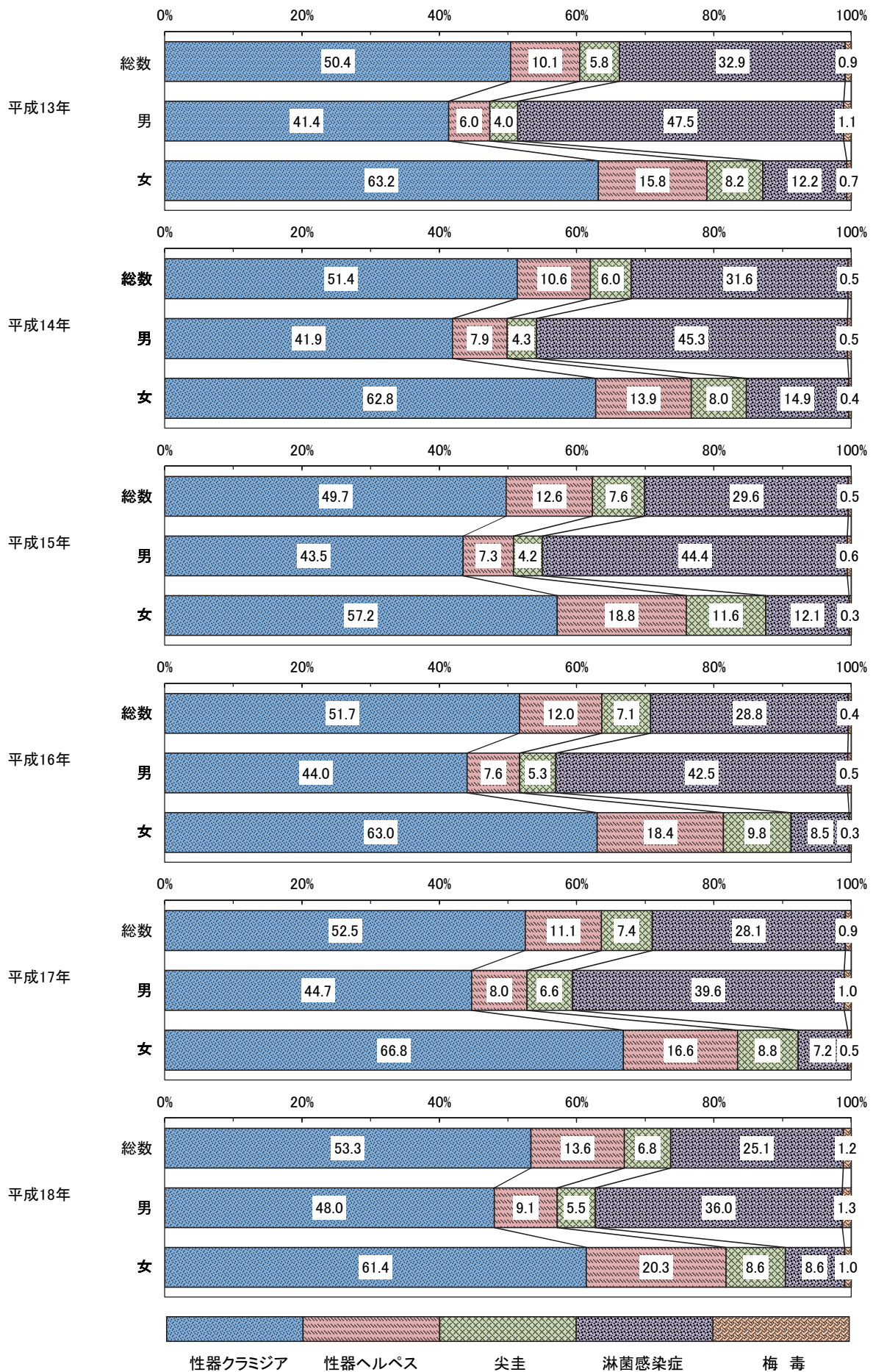


図 2 - 1 STDの年次別・性別・疾病別百分比

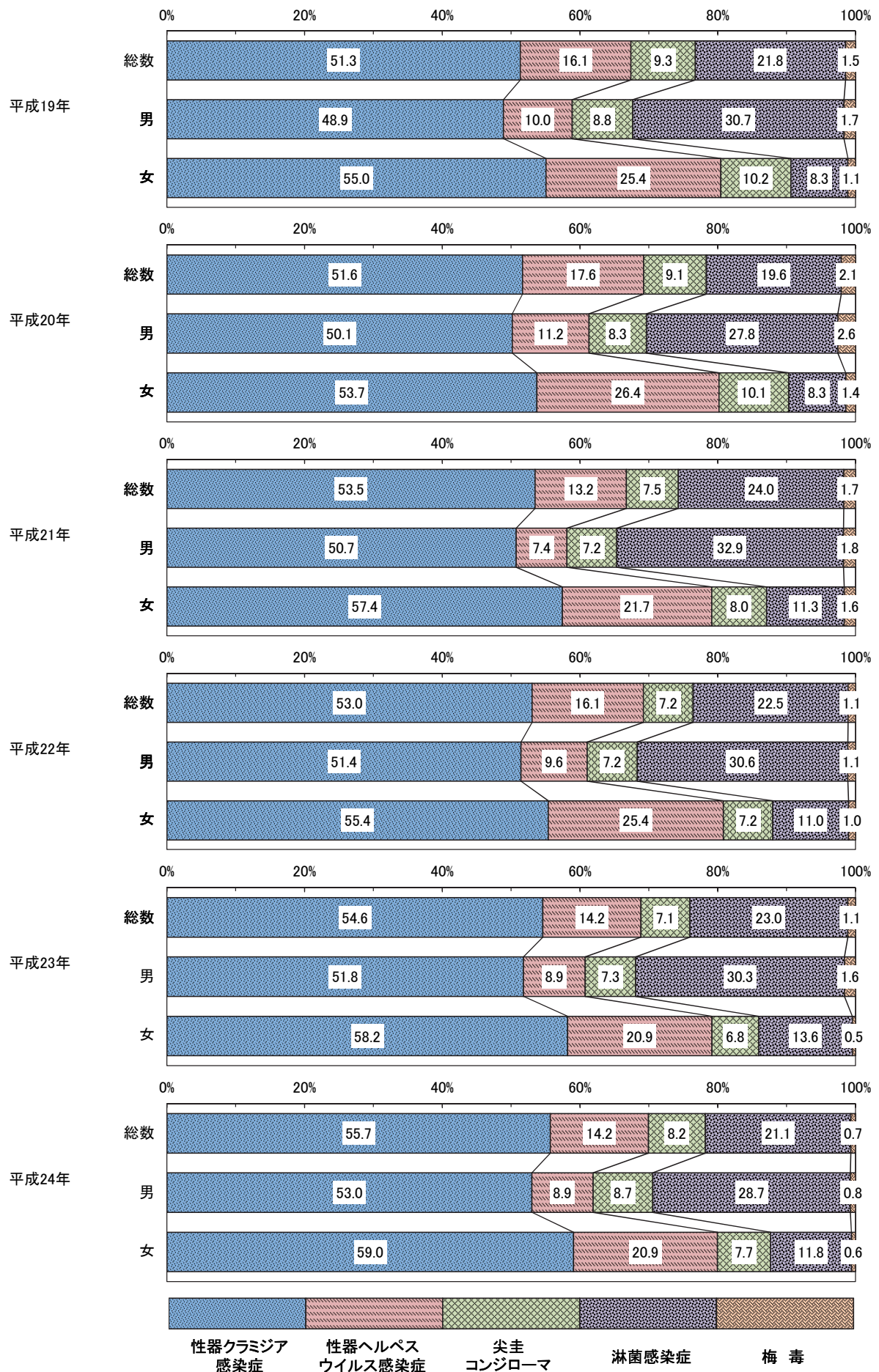


図 2 - 2 STDの年次別・性別・疾病別百分比

1. 性器クラミジア感染症

全県の年次別患者数を表1に示した。平成24年は前年と比較し、男は92%、女は93%で増減なく、合計は92%で増減なかった。男/女比は1.12で男が多かった。

平成20年から24年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図3に示した。平成24年の定点当たりの患者数は、北九州27、福岡54、筑豊32、筑後29であり、前年と比較し、北九州が減少し、福岡、筑豊、筑後は増減なかった。

年齢区分別百分比の平成24年は前年と比較し、男は、50～54、55～59歳で増加し、15～19、35～39、60～64歳で減少した。女は、15～19、30～34歳で増加し、20～24、35～39、40～44、45～49歳で減少した（図4）。女の年齢別割合は、10～14歳が0.1%、15～19歳が18.3%、20～24歳が31.3%、25～29歳が24.5%、30～34歳が13.9%であった（図4）。

表1 性器クラミジア感染症年次別患者数

	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)	平成14年 (2002)	平成15年 (2003)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
男	621	893	1117	1257	1375	1276	1240	1280	1187	871	723	840	859	833	763
女	572	679	739	1359	1700	1417	1127	1045	1002	644	563	662	649	736	683
男/女比	1.09	1.32	1.51	0.92	0.81	0.90	1.10	1.22	1.18	1.35	1.28	1.27	1.32	1.13	1.12
合計	1193	1572	1856	2616	3075	2693	2437	2325	2189	1515	1286	1502	1508	1569	1446
定点当たり	74.6	98.3	74.2	81.8	83.1	72.8	65.9	62.8	59.2	40.9	34.8	40.6	40.8	42.4	39.1

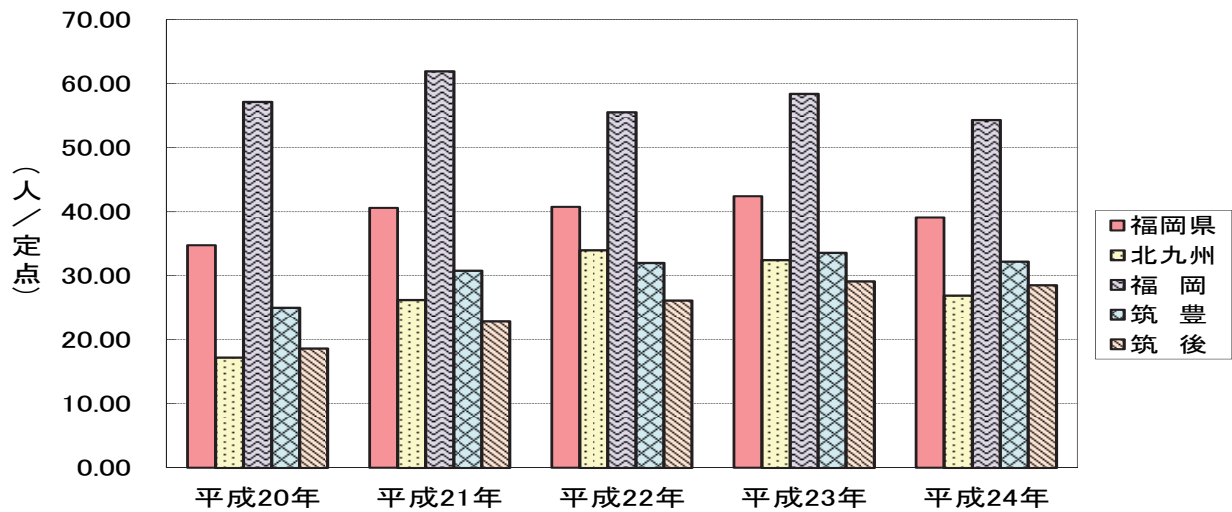


図3 性器クラミジア感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

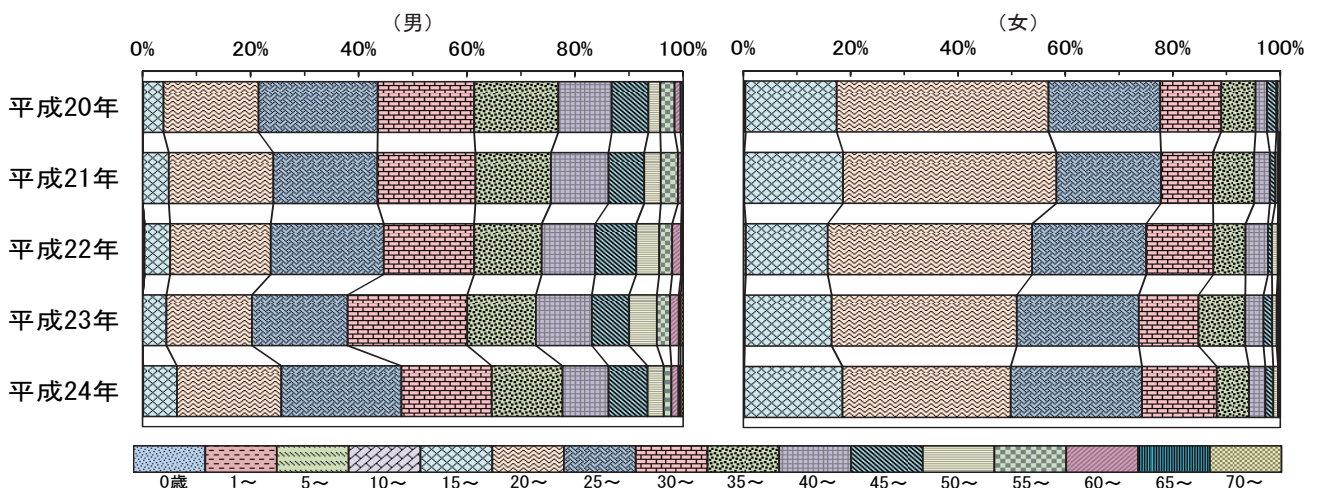


図4 性器クラミジア感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

2. 性器ヘルペスウイルス感染症

全県の年次別患者数を表2に示した。平成24年は前年と比較し、男は89%、女は91%で減少し、合計は90%で減少した。男/女比は0.53で女が多かった。

平成20年から24年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図5に示した。平成24年の定点当たりの患者数は、北九州8、福岡14、筑豊

4、筑後8であり、前年と比較して、北九州、筑豊、筑後が減少し、福岡は増減なかった。

年齢区分別百分比の平成24年は前年と比較し、男は、25～29歳で増加し、30～34、40～44、45～49歳で減少した。女は、25～29、40～44歳で増加し、30～34、35～39、50～54歳で減少した（図6）。

表2 性器ヘルペスウイルス感染症年次別患者数

	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)	平成14年 (2002)	平成15年 (2003)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
男	198	177	226	182	260	215	215	230	226	178	161	122	161	144	128
女	94	143	199	340	377	466	350	260	332	297	277	250	298	265	242
男/女比	2.11	1.24	1.14	0.54	0.69	0.46	0.61	0.88	0.68	0.60	0.58	0.49	0.54	0.54	0.53
合計	292	320	425	522	637	681	565	490	558	475	438	372	459	409	370
定点当たり	18.3	20.0	17.0	16.3	17.2	18.4	15.3	13.2	15.7	12.8	11.8	10.1	12.7	11.1	10.0

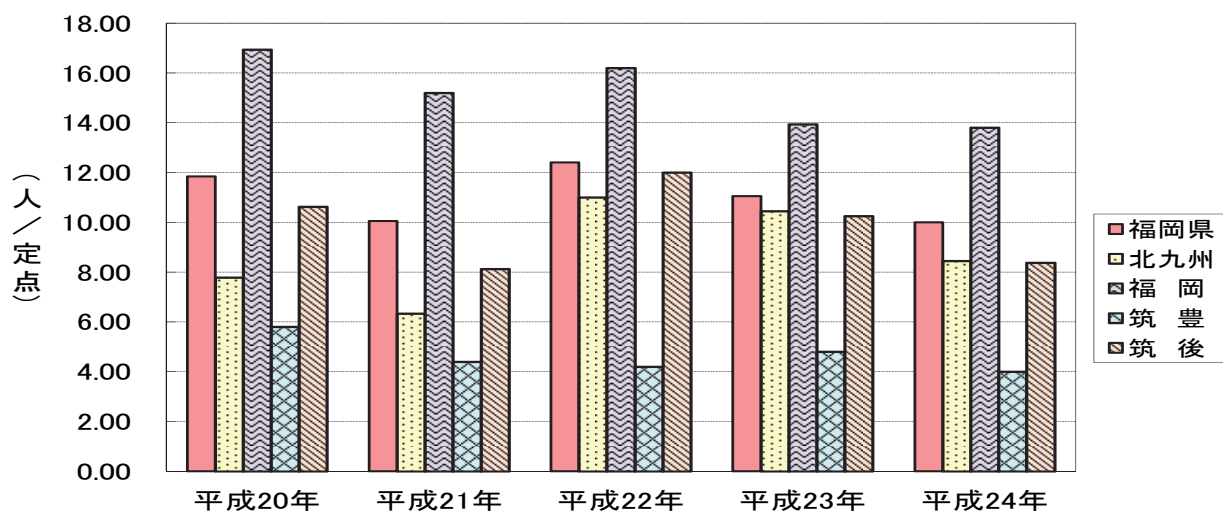


図5 性器ヘルペスウイルス感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

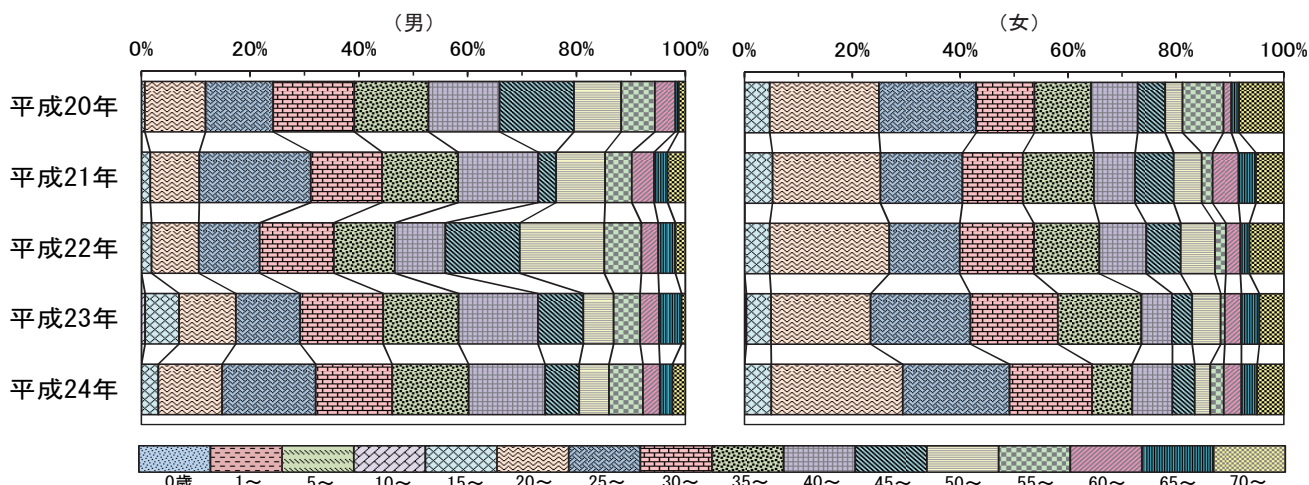


図6 性器ヘルペスウイルス感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

3. 尖圭コンジローマ

全県の年次別患者数を表3に示した。平成24年は前年と比較し、男は105%、女は103%で増減なく、合計は105%で増減なかった。男/女比は1.40で男が多かった。

平成20年から24年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図7に示した。平成24年の定点当たりの患者数は、北九州3、福岡9、筑豊2、筑後4であり、前年と比較し、筑豊、筑後が増加

し、北九州は減少し、福岡は増減なかった。

年齢区分別百分比の平成24年は前年と比較し、男は、30～34、35～39、40～44歳で増加し、20～24、25～29歳で減少した。女は、15～19、25～29、30～34歳で増加し、20～24歳で減少した(図8)。女の年齢別割合は、15～19歳が14.6%、20～24歳が29.2%、25～29歳が31.5%、30～34歳が11.2%、35～39歳が5.6%であった(図8)。

表3 尖圭コンジローマ年次別患者数

	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)	平成14年 (2002)	平成15年 (2003)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
男	79	91	113	123	140	124	148	190	137	157	120	120	121	118	125
女	54	99	92	176	217	287	187	138	141	119	106	92	84	86	89
男/女比	1.46	0.92	1.23	0.70	0.65	0.43	0.79	1.38	0.97	1.32	1.13	1.30	1.44	1.37	1.40
合計	133	190	205	299	357	411	335	328	278	276	226	212	205	204	214
定点当たり	8.3	11.8	8.2	9.3	9.6	11.1	9.1	8.9	7.5	7.5	6.1	5.7	5.5	5.5	5.8

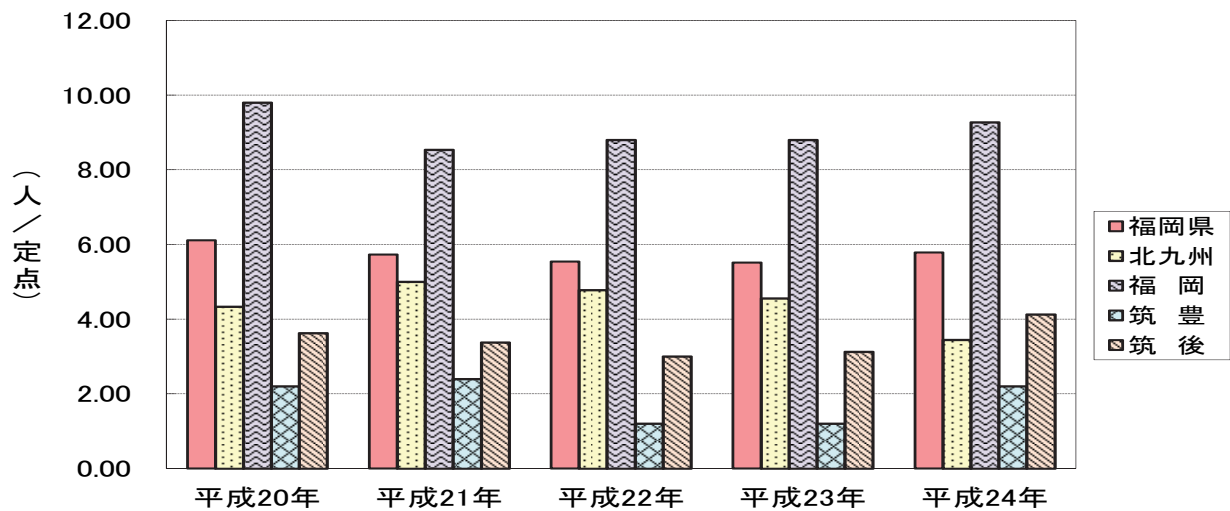


図7 尖圭コンジローマのブロック別一定点当たりの年別報告数

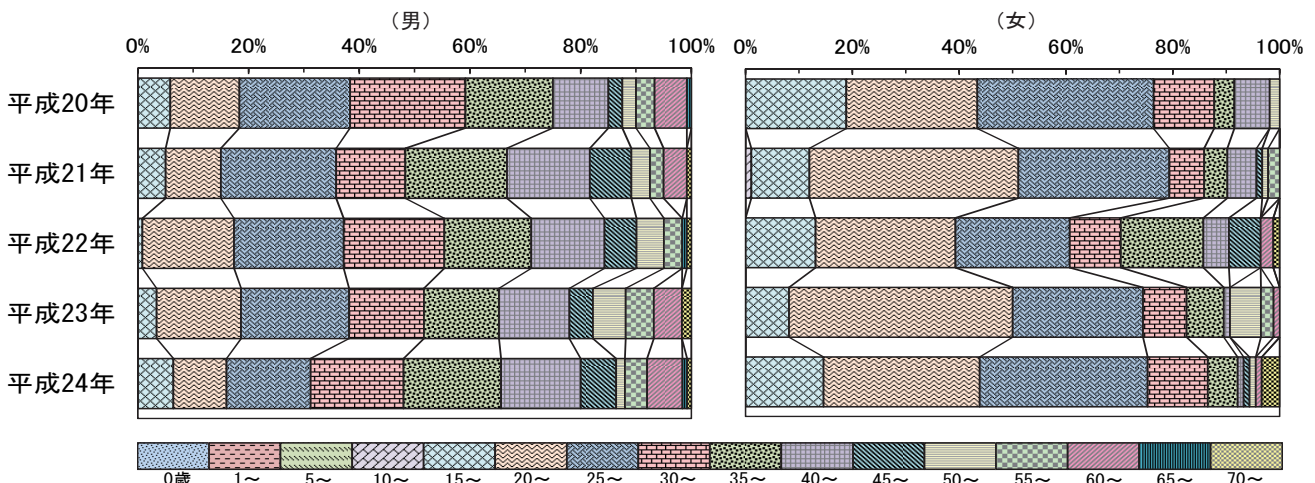


図8 尖圭コンジローマの年齢区分別患者発生状況の推移

4. 淋菌感染症

全県の年次別患者数を表4に示した。平成24年は前年と比較し、男は85%、女は79%で減少し、合計は83%で減少した。男/女比は3.04で男が多かった。

平成20年から24年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図9に示した。平成24年の定点当たりの患者数は、北九州7、福岡24、筑豊13、筑後6であり、前年と比較し、筑豊が増加し、北九州、福岡、筑後は減少した。

年齢区分別百分比の平成24年は前年と比較し、男は、15～19、20～24、35～39、40～44、45～49、50～54歳で減少した。女は、30～34、35～39歳で増加し、15～19、20～24、25～29歳で減少した（図10）。男の年齢別割合は、15～19歳が8.0%、20～24歳が22.3%、25～29歳が25.2%、30～34歳が16.9%、35～39歳が9.4%、40～44歳が9.4%であった（図10）。

表4 淋菌感染症年次別患者数

	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)	平成14年 (2002)	平成15年 (2003)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
男	724	1120	1341	1444	1487	1304	1197	1133	890	547	401	545	511	488	413
女	145	162	207	263	404	301	161	113	141	97	87	130	129	172	136
男/女比	4.90	6.91	6.48	5.49	3.68	4.33	7.43	10.03	6.31	5.64	4.61	4.19	3.96	2.84	3.04
合計	869	1282	1548	1707	1891	1605	1358	1246	1031	644	488	674	640	660	549
定点当たり	54.3	80.1	61.9	55.3	51.1	43.3	36.7	33.7	27.9	17.4	13.2	18.2	17.3	17.8	14.9

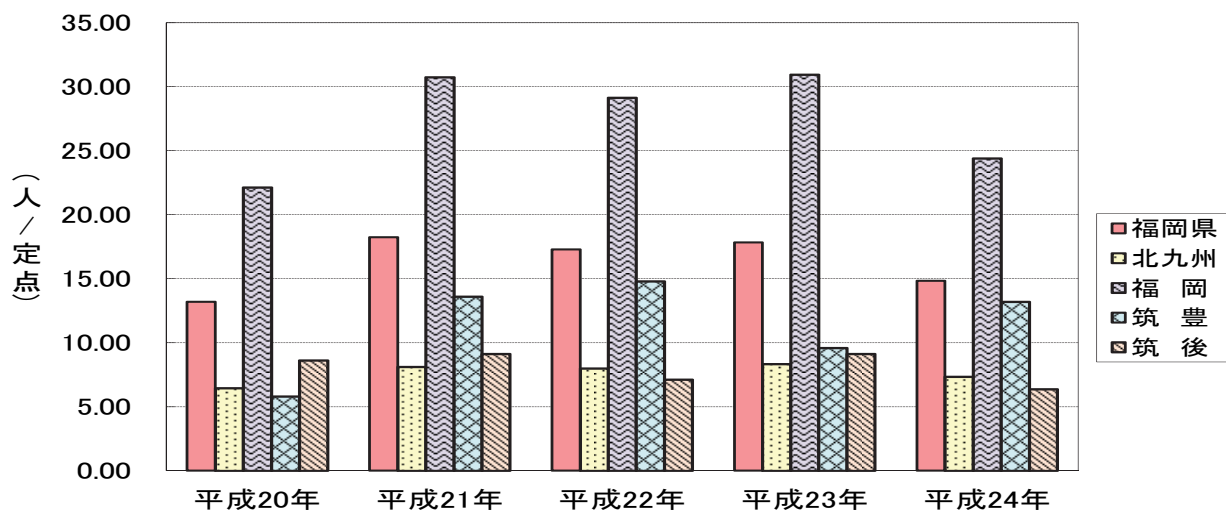


図9 淋菌感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

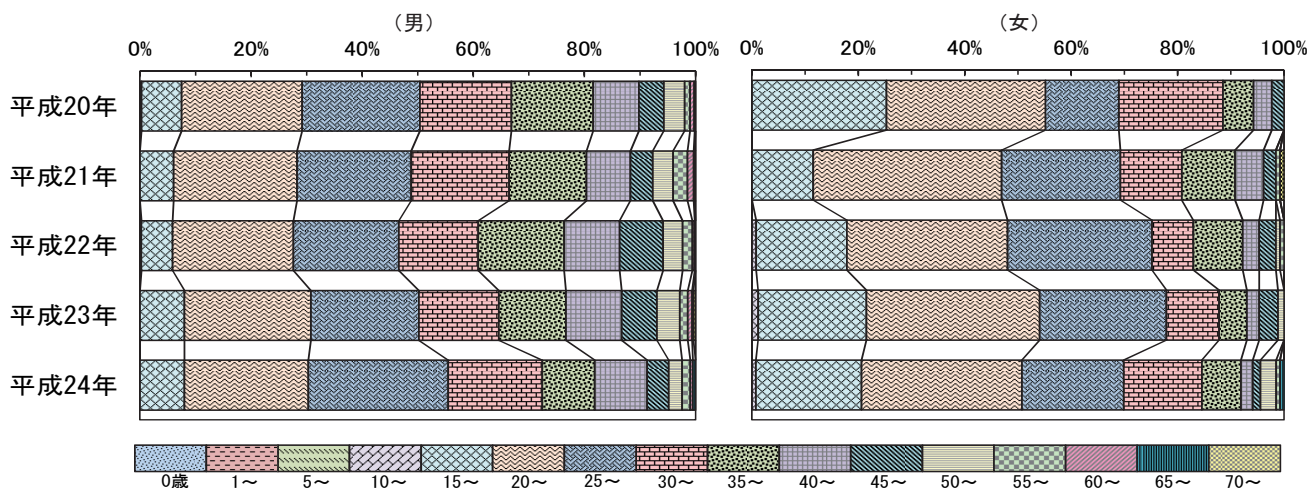


図10 淋菌感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

5. 梅毒

全県の年次別患者数を表5に示した。平成24年は前年と比較し、男は61%、女は50%で減少し、合計は56%で減少した。男/女比は1.57で男が多かった。

平成20年から24年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図11に示した。平成24年の

定点当たりの患者数は、北九州0.1、福岡0.7、筑豊0.2、筑後0.8であり、前年と比較し、筑後が増加し、福岡、筑豊は減少し、北九州は増減なかった。

年齢区分別百分比の平成20年から24年を図12に示した。前年との比較は、症例数が少数のため各年齢階級での増減の比較はしていない。

表5 梅毒（顕性：潜伏）年次別患者数

	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)	平成14年 (2002)	平成15年 (2003)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)
男	44(28:16)	33(26:7)	18(12:6)	17(14:4)	15(13:2)	30(25:5)	32(19:13)	30(21:9)	37(33:4)	29(22:7)	19(12:7)	18(16:2)	11(7:4)
女	22(16:6)	14(5:9)	10(3:7)	8(1:7)	6(2:4)	8(4:4)	16(10:6)	13(8:5)	15(8:7)	19(12:7)	12(5:7)	14(10:4)	7(4:3)
男/女比	2.00	2.36	1.80	2.13	2.50	3.75	2.00	2.31	2.47	1.53	1.58	1.29	1.57
合計	66	47	28	25	38	38	48	43	52	48	31	32	18
定点当たり	2.6	1.5	0.76	0.68	1.0	1.0	1.3	1.2	1.4	1.3	0.84	0.86	0.49

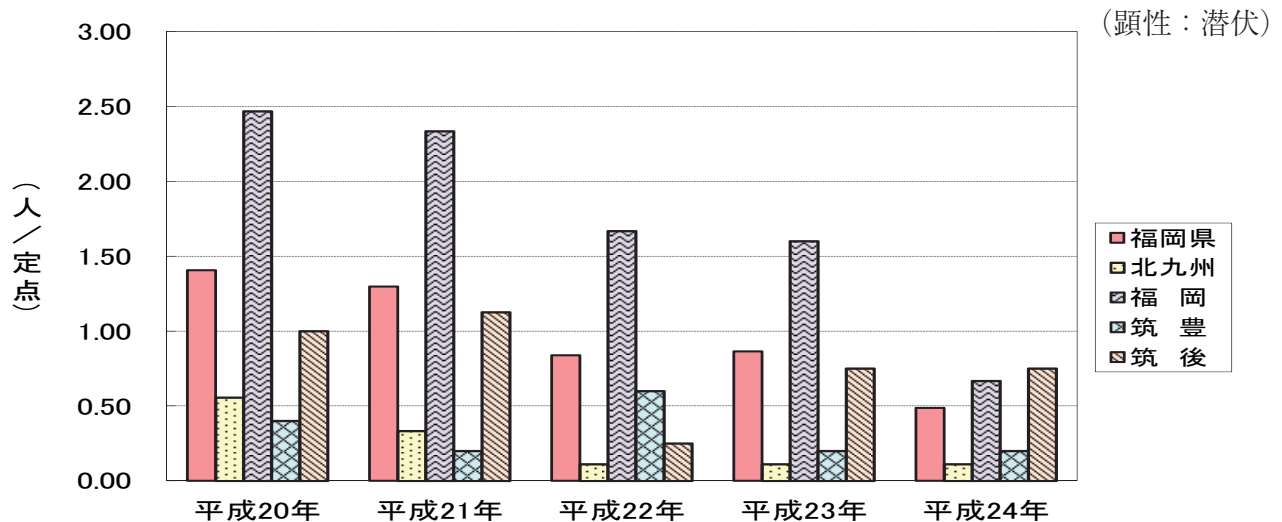


図11 梅毒（顕性：潜伏）のブロック別一定点当たりの年別報告数

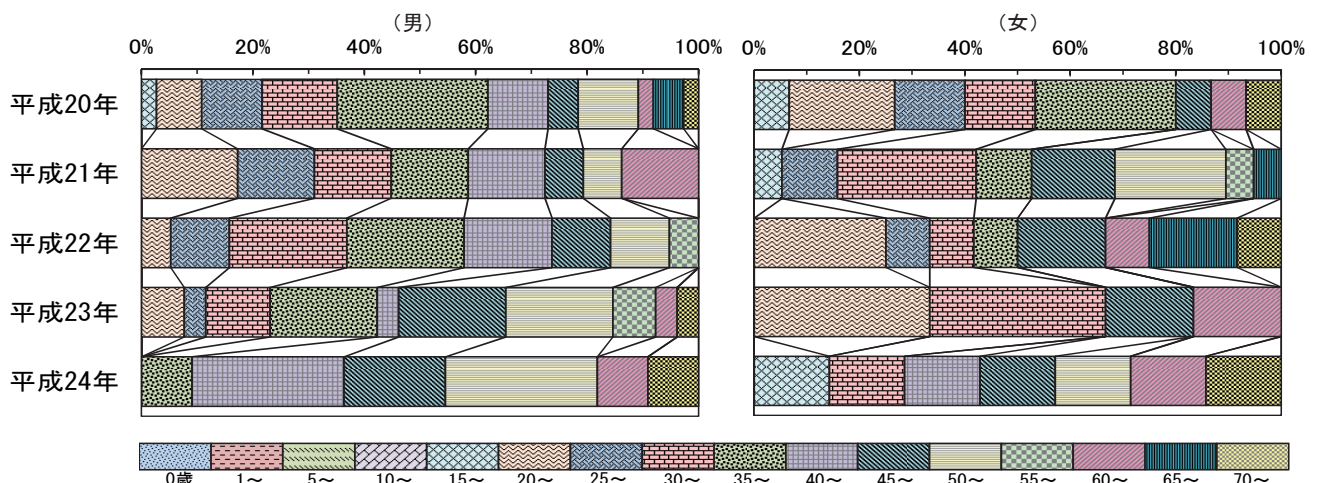


図12 梅毒（顕性：潜伏）の年齢区分別患者発生状況の推移

5) 結 核

平成24年の福岡県の結核発生動向について報告する。但し、平成24年のデータは月別速報値を合算したもので、後日報告される正式の統計値とは異なるものである。

過去3年間の全国、福岡県及び保健所別新登録患者数と罹患率（人口10万対）の推移を表1-1に示した。平成24年1年間に新たに保健所に登録された結核患者数（潜在性結核感染症は除く）は、全国21,135人、福岡県858人、罹患率は全国16.5、福岡県16.9であった。男女比は全国1.57：1、福岡県1.48：1で、男性が多く女性の約1.5倍である。

福岡県の新登録患者数及び喀痰塗抹陽性患者数の年次推移（図1）をみると、平成20年に8年ぶりに増加に転じた新登録患者数は、その後4年連続で減少している。平成24年の速報値は858人で、前年比-80人と大きく減少した。また喀痰塗抹陽性患者数も283人で、前年より83人減と大幅な減少であった。

罹患率の年次推移（図2-1）をみると、平成24年は人口10万対16.9人で、前年より1.6ポイント低下した。依然として全国平均を上回っているが、その差は0.4ポイントで、前年（0.8ポイント差）より縮小している。

喀痰塗抹陽性罹患率の年次推移（図2-2）は、平成24年は人口10万対5.6人で、前年より1.6ポイ

ント低下した。これは全国平均（6.1ポイント）よりも0.5ポイント低く、7年ぶりに全国平均を下回った。

保健所別の動向（表1-1）では、平成23年に患者数が48人減と大きく減少した福岡市は、平成24年は13人増加し、罹患率も0.7ポイント増加した。一方、2年連続で患者数が増加していた北九州市は、平成24年は32人減少した。罹患率も3.2ポイント低下し、罹患状況の改善がみられた。政令都市以外の地域でも、患者数61人減、罹患率2.3ポイント低下と、罹患状況の改善がみられている。

次に、県保健所別の患者数と罹患率の動向（表1-2）をみると、罹患率が前年より上昇した地区は3地区で、低下した地区は8地区であった。患者数が10人以上増加したのは宗像・遠賀地区で、10人以上減少したのは北筑後と、嘉穂・鞍手地区であった。

政令都市を含めると、北九州市、久留米市と田川の3地区が罹患率10万人対20を超えていたが、全国平均（16.5）を下回ったのは福岡市など7地区であった。罹患率の地域格差は15.7で、前年（18.0）より縮小した。

最近3年間の年齢別新登録患者数の推移（図3-1）をみると、平成24年は10歳代と50歳代の患者数が増加したが、他の年齢層は減少した。とく

表1-1 新登録結核患者数及び罹患率（人口10万対）（平成24年は速報値）

年 別 区 分	平成22年		平成23年		平成24年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
全 国	23,261	18.2	22,681	17.7	21,135	16.5
福 岡 県 総 数	973	19.2	938	18.5	858	16.9
福 岡 市 保 健 所	268	18.3	220	14.9	233	15.6
北 九 州 市 保 健 所	224	22.9	230	23.6	198	20.4
県 保 健 所	481	18.3	488	18.6	427	16.3

表1-2 県保健所別新登録結核患者数及び罹患率（人口10万対）（平成24年は速報値）

年 別 区 分	平成22年		平成23年		平成24年		
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	
県 保 健 所	大 牟 田 市	36	29.1	25	20.4	17	14.1
	久 留 米 市	82	27.1	87	28.8	72	26.2
	宗 像 ・ 遠 賀	52	17.8	40	13.7	52	17.9
	粕 屋	37	13.6	41	14.9	34	12.2
	筑 紫	69	16.3	49	11.6	45	10.5
	糸 島	13	13.2	15	15.3	11	11.2
	田 川	27	20.1	24	18.0	30	22.8
	北 筑 後	30	15.5	57	29.6	27	14.1
	南 筑 後	52	17.2	43	14.4	47	15.8
	京 築	33	17.4	41	21.7	32	17.0
	嘉 穂 ・ 鞍 手	50	16.6	66	22.1	53	17.9

に60歳代が前年より40人減少したのが目立っている。

新登録患者の年齢構成の推移（図3-2）をみると、高齢者とくに70歳以上の患者の割合が年々増加している。平成24年は70歳以上の割合は60.7%と初めて6割を越えた。患者の高齢化が一層顕著である。

喀痰の菌検査結果（図4-1）では、感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者の割合は47.0%と低下し、5割を下回った。一方、遺伝子検査や培養検査陽性などの「その他の陽性」の割合が増加した。その要因として診断技術の進歩により早期に診断される症例が増加してきたことが考えられる。

患者発見方法別（図4-2）では、医療機関受診例の割合が全体の8割以上を占め、平成24年は85.8%であった。自覚症状のある高齢者患者が多くを占めていることを反映している。

次に化学療法の内容の推移（図4-3）についてみると、RFP、INH、PZAを含む標準治療の割合は56.2%であった。標準治療の普及は頭打ちの状態、平成23年の全国平均（60.0%）を下回っている。PZAが使用しにくい高齢者患者の増加などが影響していると思われるが、治療成績向上のためには標準治療の適正な実施への努力が必要である。

潜在性結核感染症患者数（予防内服対象者）の年次推移を図5に示した。平成22年まではピーク時（平成17年、695人）の6分の1程度に減少していたが、平成23年から増加に転じている。平成24

年は365人とさらに増加した。その要因としては、平成22年の接触者健診の手引きの改訂でQFT検査の適用年齢に関する上限（50歳未満）が撤廃されたこと、発病リスクの大きい既感染者に対する予防内服が推奨され普及してきたことなどが考えられる。

以上、平成24年の福岡県の結核発生動向について報告した。

結核新登録患者数は4年連続で減少、平成24年の速報値は858人で前年より-80人と大きく減少した。罹患率は16.9で1.6ポイント低下、感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数も85人減少した。罹患率は依然として全国平均を上回っているが、塗抹陽性罹患率は7年ぶりに全国平均を下回った。地域別の罹患率では、福岡市は0.7ポイント上昇したが、北九州市は3.2ポイント、政令都市以外の地区は2.3ポイント低下した。県保健所別では3地区が上昇し、8地区が低下、地域格差は縮小した。年齢階層別では70歳以上の高齢者が年々増加し、平成24年は70歳以上の患者の割合が6割を超えた。治療面では、PZA含む標準治療の普及は頭打ちの状態、全国平均より低い。治療成績向上のためには標準治療の適正な実施への努力が必要である。潜在性結核感染症患者数は2年続けて増加したが、その要因としては、接触者健診の手引きの改訂でQFT検査の適用年齢に関する上限が撤廃されたこと、発病リスクの大きい既感染者に対する予防内服が普及してきたことなどが考えられる。

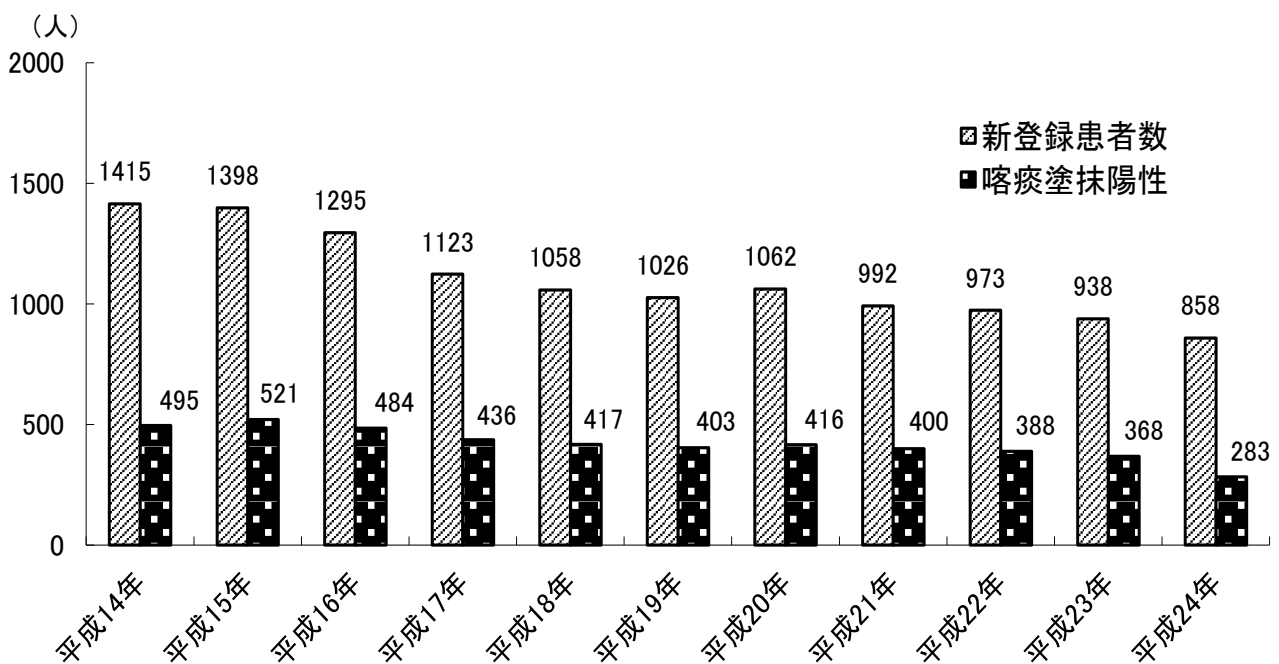


図1 福岡県新登録患者数（年次推移）（平成24年は速報値）

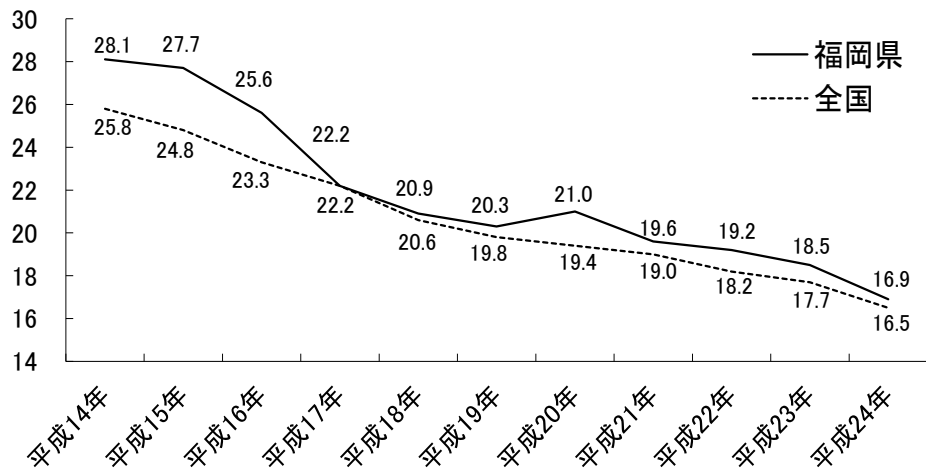


図2-1 全結核罹患率年次推移（人口10万対）
（平成24年は速報値）

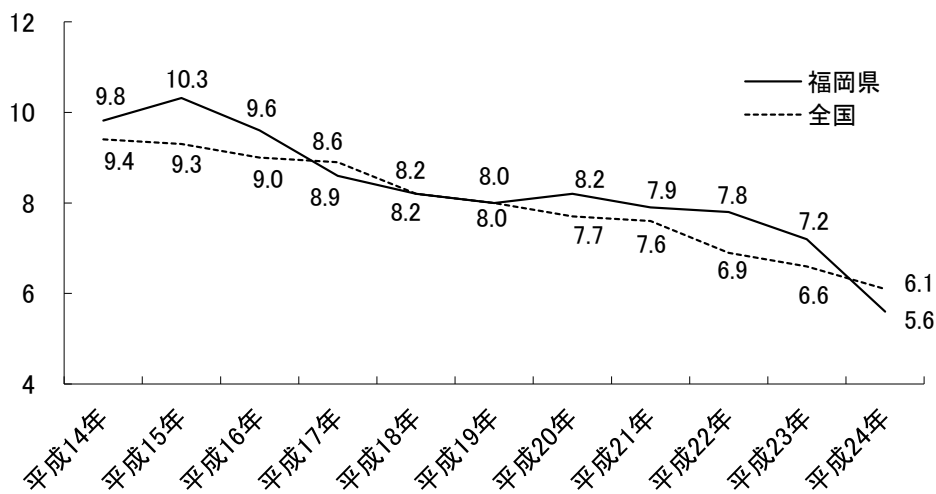


図2-2 喀痰塗抹陽性罹患率年次推移（人口10万対）
（平成24年は速報値）

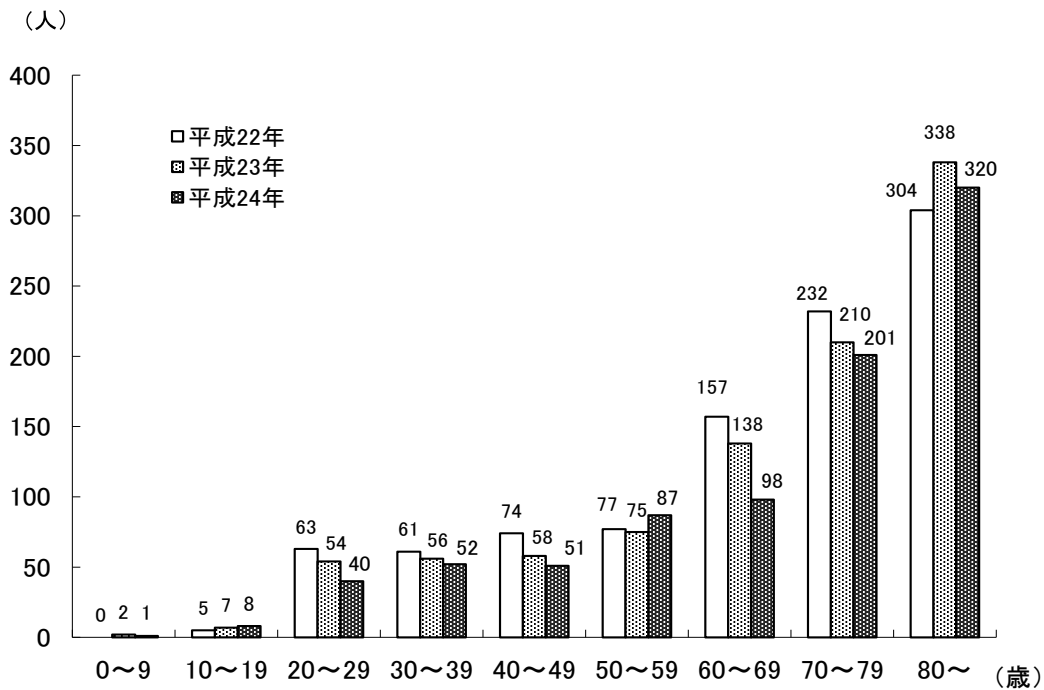


図3-1 福岡県新登録患者数（年齢階級別）
（平成24年は速報値）

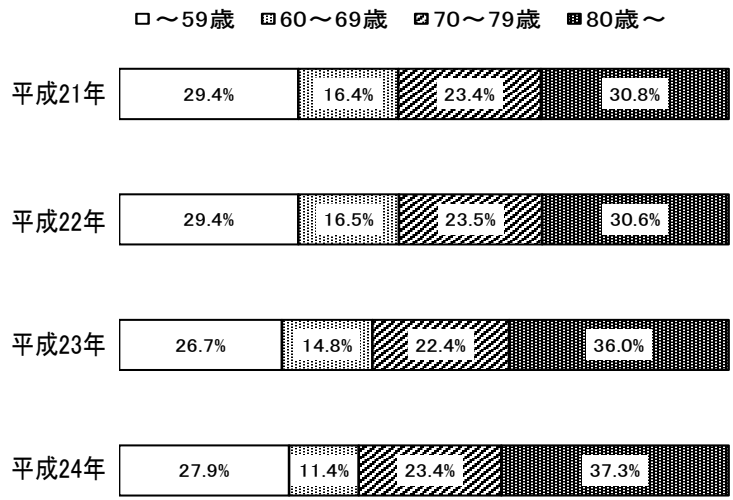


図3-2 新登録患者の年齢構成の推移（年齢階級別）
（平成24年は速報値）

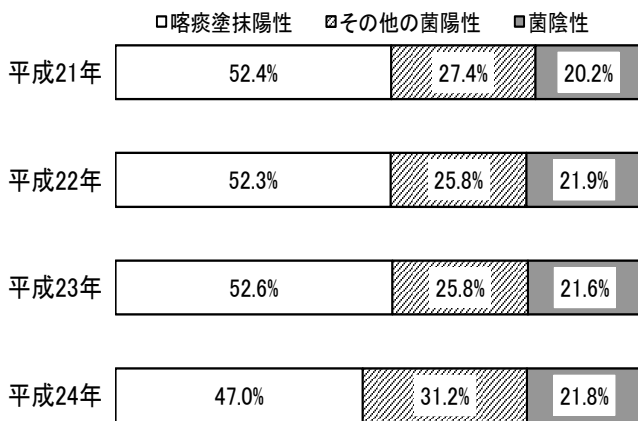


図4-1 活動性肺結核喀痰検査結果
（平成24年は速報値）

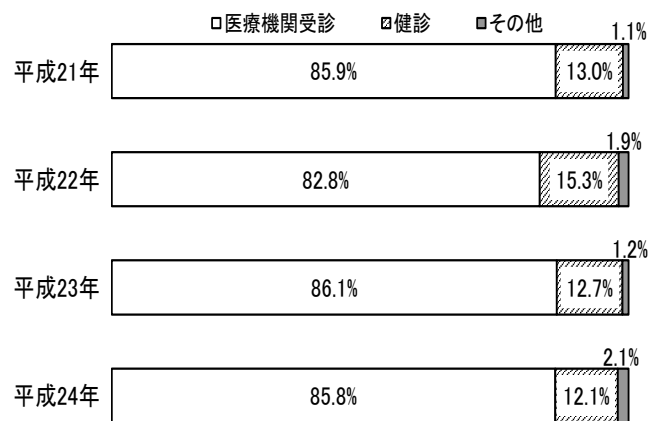


図4-2 患者発見方法別（速報値）

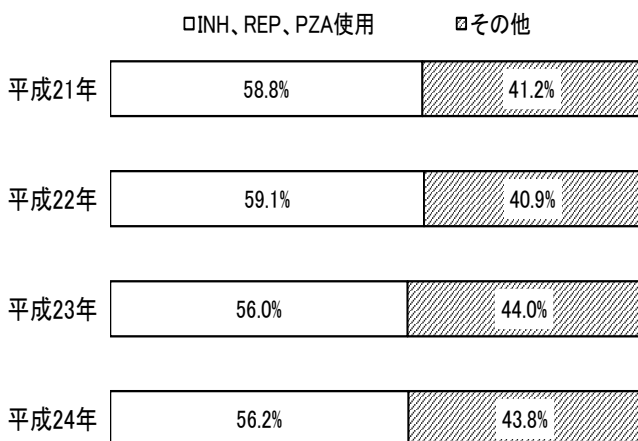


図4-3 INH、REP、PZA使用
（平成24年は速報値）

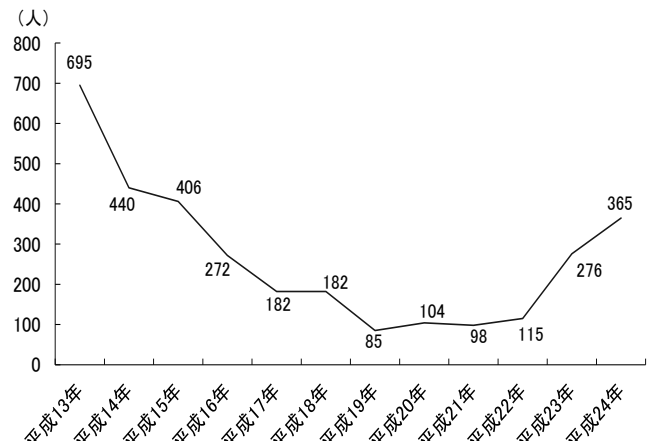


図5 潜在性結核感染症患者数（年次推移）

6) 福岡県における全数把握対象疾患について

一類感染症の届出はなかった。二類感染症は総計1,262件、三類感染症は総計288件、四類感染症は総計62件、全数把握対象五類感染症は総計225件の届出があった。

二類感染症について

- ・結核は、1,262件の届出があった。
- ・ポリオ、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、鳥インフルエンザ（H5N1）の届出はなかった。

三類感染症について

- ・細菌性赤痢は2件届出があった。性別では男性1人、女性1人であった。年齢別では、20歳代1人、50歳代1人であった。推定感染地域は国内1件、国外1件であった。
- ・腸管出血性大腸菌感染症は284件届出があった。血清群別では、O157が128件、O26が18件、その他・不明が138件であった。毒素型別では、VT1及びVT2産生株115件、VT1産生株79件、VT2産生株73件、毒素型不明17件であった。診断類型別では、患者173人、感染症死亡疑い者の死体1件、無症状病原体保有者110人であった。
- ・腸チフスは2件届出があった。性別では、男性1人、女性1人であった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・コレラ、パラチフスの届出はなかった。

四類感染症について

- ・E型肝炎は3件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・A型肝炎は5件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・オウム病は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・チクングニア熱は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・つつが虫病は4件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・デング熱は7件届出があった。推定感染地域は全て国外であった。
- ・日本紅斑熱は2件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・日本脳炎は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。

- ・マラリアは3件届出があった。推定感染地域は全て国外であった。
- ・レジオネラ症は34件届出があった。性別では、男性26人、女性8人であった。年齢別では、50歳代7人、60歳代8人、70歳代10人、80歳代以上9人であった。
- ・レプトスピラ症は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・他の四類感染症の届出はなかった。

全数把握対象五類感染症について

- ・アメーバ赤痢は40件届出があった。性別では、男性39人、女性1人であった。
- ・ウイルス性肝炎は13件届出があった。内訳は、B型肝炎9件、C型肝炎2件、その他2件であった。
- ・急性脳炎は5件届出があった。推定感染地域別は全て国内であった。
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病は7件届出があった。病型別では、孤発性プリオン病5件、遺伝性プリオン病2件であった。
- ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症は17件届出があった。
- ・後天性免疫不全症候群は60件届出があった。性別は全て男性であった。診断類型別では、無症状病原体保有者が42人、患者が18人であった。感染経路別では、異性間性的接触10件、同性間性的接触41件、性的接触（異性間か同性間かは不明）4件、その他不明が5件であった。
- ・ジアルジア症は2件届出があった。
- ・髄膜炎菌性髄膜炎は2件届出があった。
- ・梅毒は28件届出があった。性別では、男性16人、女性12人であった。年齢別では、10歳代3人、20歳代12人、30歳代3人、40歳代2人、50歳代4人、60歳代2人、70歳代1人、80歳代以上1人であった。病型別では、早期顕症梅毒19人、晩期顕症梅毒1人、無症候8人であった。
- ・破傷風は5件届出があった。
- ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症は5件届出があった。
- ・風しんは41件届出があった。性別では、男性34人、女性7人であった。年齢別では、10歳未満5人、10歳代3人、20歳代11人、30歳代11人、40歳代10人、50歳代1人であった。
- ・他の全数把握対象五類感染症の届出はなかった。

表 福岡県における全数把握対象疾患の患者報告数

	平成22年(H22.1~H22.12)						平成23年(H23.1~H23.12)						平成24年(H24.1~H24.12)						全国 (速報値)	
	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	大牟田市	久留米市	計		
1類感染症																				
1 エボラ出血熱						0						0						0	0	
2 クリミア・コンゴ出血熱						0						0						0	0	
3 痘そう						0						0						0	0	
4 南米出血熱						0						0						0	0	
5 ベスト						0						0						0	0	
6 マールブルグ病						0						0						0	0	
7 ラッサ熱						0						0						0	0	
2類感染症																				
1 急性灰白髄炎						0						0						0	0	
2 結核	428	242	307	37	92	1,106	469	286	346	29	130	1,260	492	280	349	22	119	1,262	28,951	
3 ジフテリア						0						0						0	0	
4 重症急性呼吸器症候群						0						0						0	0	
5 鳥インフルエンザ(H5N1)						0						0						0	0	
3類感染症																				
1 コレラ					1	1						0						0	0	
2 細菌性赤痢	4		9	1		14	1	3	13			17			2			2	214	
3 腸管出血性大腸菌感染症	157	50	88	1	17	313	100	28	61	2	7	198	142	19	104	2	17	284	3,765	
4 腸チフス						0			2			2			2			2	2	36
5 パラチフス	1					1						0						0	24	
4類感染症																				
1 E型肝炎			1			1		1	2			3		2	1			3	119	
2 ウエストナイル熱						0						0						0	0	
3 A型肝炎	8	2	14	1	9	34	2	3	1	1	4	11	2		3			5	158	
4 エキノコックス症						0						0						0	17	
5 黄熱						0						0						0	0	
6 オウム病						0						0	1					1	8	
7 オムスク出血熱						0						0						0	0	
8 回帰熱						0						0						0	1	
9 キャサナル森林病						0						0						0	0	
10 Q熱						0						0						0	1	
11 狂犬病						0						0						0	0	
12 コクシジオイデス症						0						0						0	2	
13 サル痘						0						0						0	0	
14 腎症候性出血熱						0						0						0	0	
15 西部ウマ脳炎						0						0						0	0	
16 ダニ媒介脳炎						0						0						0	0	
17 炭疽						0						0						0	0	
18 チクングニア熱						0						0						1	10	
19 つつが虫病	1		1			2	1		3			4	3		1			4	436	
20 デング熱		1	4			7	1		2			3	2	1	4			7	221	
21 東部ウマ脳炎						0						0						0	0	
22 鳥インフルエンザ(H5N1を除く)						0						0						0	0	
23 ニバウイルス感染症						0						0						0	0	
24 日本紅斑熱						0			1	1		2			2			2	170	
25 日本脳炎						0	1		1		2	4					1	1	2	
26 ハンタウイルス肺症候群						0						0						0	0	
27 Bウイルス病						0						0						0	0	
28 鼻疽						0						0						0	0	
29 ブルセラ症						0						0						0	0	
30 ペネズエラウマ脳炎						0						0						0	0	
31 ヘンドラウイルス感染症						0						0						0	0	
32 発しんチフス						0						0						0	0	
33 ボツリヌス症			1			1						0						0	3	
34 マラリア					1	1						0		1			2	3	73	
35 野兔病						0						0						0	0	
36 ライム病						0						0						0	11	
37 リッサウイルス感染症						0						0						0	0	
38 リフトバレー熱						0						0						0	0	
39 類鼻疽						0						0						0	0	
40 レジオネラ症	9	9	8		2	28	8	6	9	1		24	16	7	10		1	34	898	
41 レプトスピラ症						0						0				1		1	30	
42 ロッキー山紅斑熱						0						0						0	0	
5類感染症																				
1 アーバ赤痢	13	7	16		1	37	7	4	12		1	24	9	4	24		3	40	931	
2 ウイルス性肝炎	2	6	3			11	2	10	3			15	2	7	3	1		13	235	
(B型)	2	4	3			9	1	8	3			12	2	5	2			9	-	
(C型)		2				2	1	2				3		2				2	-	
(その他/不明)						0						0			1	1		2	-	
3 急性脳炎	1	1	6		1	9		2	2		1	5	2	1	1		1	5	361	
4 クリプトスポリジウム症						0						0						0	6	
5 クロイツフェルト・ヤコブ病	1	1		3	1	6	2	2	2		2	8		1	6			7	183	
6 劇症型溶血性レンサ球菌感染症	1	3		1		5	8	3	6		2	19	4	8	3		2	17	243	
7 後天性免疫不全症候群	5	9	40	1	3	58	3	9	42		5	59	4	9	41		6	60	1,427	
8 ジアルジア症					2	2		1	1			2		1				1	2	72
9 髄膜炎菌性髄膜炎						0					1	1	1		1			2	15	
10 先天性風しん症候群						0						0						0	5	
11 梅毒	6	2	10	2	8	28	10	6	27	1	5	49	7	3	16	1	1	28	891	
12 破傷風		1	2			3	2	1	1			4	4		1			5	117	
13 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症						0						0						0	0	
14 バンコマイシン耐性腸球菌感染症	3	4	3			10	1	3				4		1	3	1		5	91	
15 風しん		1	1			2	17	1	62		6	86	12	10	16		3	41	2,391	
16 麻しん	10	2	11	1	1	25		1	5			6						0	285	

Ⅲ) 検 査 情 報

検査情報の解説

1) ウイルス編

本年の検査体制を表1に示した。検査情報は、前年度と同様に北九州市環境科学研究所と福岡市保健環境研究所がそれぞれの当該市分を、福岡県保健環境研究所がその他の県内地域（久留米市、大牟田市を含む）の検査を分担して行った。本編ではこれらの検査情報を集計して記録した。

検査材料及び検査方法

平成24年に本調査事業において採取された検体は、9疾病813件であった。過去5年間の疾病別検体採取状況を表2に、本年の北九州市、福岡市、久留米市、大牟田市、その他の地域の疾病別検体採取状況を表3に示した。検体総数は、前年と比べると約16%の減少（972→813）であった。本年の疾病別検体数では、その他の疾患を除くと感染性胃腸炎が244件と最も多く、前年からすると約33%の増加（183→244）であった。次いでインフルエンザが153件と多かったが、前年に比べると40%の減少（255→153）であった。その他では前年と比べて検体数が著しく増加した疾病は無く、大きく減少したものは手足口病（67→22）、及びその他の疾患（360→290）であった。疾病別の検査材料と検査方法については表4に示した。

検査結果と考察

疾病別、地域別の検査結果を表5～8に、過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果を表9-1、2に、検出されたウイルスの月別地域別検出状況を表10、11に示した。本年ウイルスが検出された検体は415件であった。その全てが同定され、検出されたウイルスは35種類、420件（複数のウイルスが検出された検体5件を含む）であった。検出数が最も多かったものは、インフルエンザウイルスで125件、次いでエンテロウイルスが87件、ノロウイルスが75件、アデノウイルスが46件、ロタウイルスが39件であった。

次にウイルス毎の検出状況について述べる。インフルエンザウイルスでは、A/H3N2型が1月から3月に95件検出され、2011/2012シーズンの主な原因ウイルスであったと考えられる。同ウイルスは、11～12月にも17件が検出され、2012/2013シーズンにおいても流行が予想された。また、B型は、例年と同じくA型より少し遅くまで、1～4月に11件検出された。一方、前シーズンの主な流行型であったA/H1pdm09重型は、全く検出されなかった。

感染性胃腸炎は患者報告数が前年より増加したが、検出ウイルスでは、ノロウイルスが72件と前年の32件から大幅に増加した。一方、ロタウイルスは前年の48件から36件に減少した。他にサポウイルスが20件、アストロウイルスが6件検出された。ノロウイルスは主に前年11月から4月にかけて検出され、ロタウイルスは主に2～5月に、サポウイルスは10、11月を除き年間を通じて検出された。

エンテロウイルスは、本年は87件検出された。疾病別では、その他の疾患から46件検出された以

外では、ヘルパンギーナから20件検出された。また、それぞれの疾病について検出ウイルスを型別に見ると、ヘルパンギーナからはコクサッキーウイルスA2型が9件と、コクサッキーウイルスA5型が4件検出された。しかし、全国的に検出が多かったコクサッキーウイルスA4型は1件のみで、本県の状況は全国的な傾向とやや異なっていた可能性がある。前年大きな流行となった手足口病は、今年は患者発生が少なく、それに伴い搬入検体数も少なかったため、原因と思われるウイルスは検出されなかった。次に、無菌性髄膜炎からは、エンテロウイルスでは、コクサッキーウイルスB5型が3件、エコーウイルス6型、9型、パレコウイルス1型が各2件検出されたが、患者報告数は少なかった。

アデノウイルスでは4型が18件と最も多く検出されているが、そのうち7件は流行性角結膜炎から検出されており、同疾患の主な原因だったと考えられる。また、咽頭結膜熱からは、アデノウイルスは2/6型が2件、4型、5型が各1件検出された。さらに、感染性胃腸炎からもアデノウイルスが、13件検出されている。

インフルエンザウイルス以外の呼吸器ウイルスとしては、本年はライノウイルスが7件、RSウイルスが4件、メタニューモウイルスが3件検出された。

図1～4にインフルエンザ、手足口病、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎の過去5年間の月別患者報告数の推移と主な検出ウイルスを示した。インフルエンザは、21年の夏から初冬にかけて新型A/H1pdm09重型の大きな流行があった後、23年1～3月には同ウイルスにA/H3N2型も加わった流行があり、やや遅れてB型が流行した。その後、A/H1pdm09重型はほとんど検出されなくなり、A/H3N2型が本年になって多数検出された。手足口病では、前年は患者報告数が非常に多く、コクサッキーウイルスA16型、及びA6型が多く検出されたが、本年は患者報告数も少なく、原因と考えられるウイルスも検出されなかった。ヘルパンギーナでは、患者報告数は前年と同程度であったが、前年主流であったコクサッキーウイルスA6型とA10型が検出されず、コクサッキーウイルスA2、A5型が主であった。コクサッキーウイルスA4型とA6型が隔年に流行していた状況は、前年まで6年間継続していたが、本年はA4型が1件しか検出されなかった。また、無菌性髄膜炎からは、コクサッキーウイルスB5型、エコーウイルス6、9型、パレコウイルス1型が少数ずつ検出されただけで、患者報告数も前年同様に少数にとどまっている。無菌性髄膜炎の合併症については、表12に示した。また、表13に、インフルエンザの合併症を示した。

「その他の疾患」についての検査結果を表14-12に示す。検査対象疾病以外の検体は、この事業の本来の目的から逸脱するが、多数のウイルスが検出されているので、参考までに示す。

本年の病原体検査におけるウイルスの検出率は52%（419/813）となり、一昨年の47%、昨年の49%から、また少し向上した。

本年の本県におけるウイルス検出状況において、ヘルパンギーナ以外では、全国的な傾向と大きく異なるものはなかった。

表1 病原体定点、検体搬送機関及び検査機関

病原体定点一覧表

定点コード	医療機関名	区分	管理者	連絡責任者
北九州市 5002	霧ヶ丘つだ病院	インフルエンザ	津田 徹	津田 徹
5007	北九州市立八幡病院第2夜間休日センター	インフルエンザ	市川 光太郎	加茂 雅之
6019	(医) みやけクリニック	小児科	三宅 巧	三宅 巧
6025	(医) 佐久間小児科医院	小児科	佐久間 孝久	佐久間 孝久
6218	きしだ小児科クリニック	小児科	岸田 邦雄	岸田 邦雄
7029	三村眼科医院	眼科	三村 守親	三村 守親
9212	北九州市立医療センター	基幹	光山 昌珠	真柴 晃一
9213	北九州市立八幡病院	基幹	市川 光太郎	市川 光太郎
福岡市 5335	中村内科医院	インフルエンザ	中村 晋	中村 晋
5086	(医) 博和会 武元内科クリニック	インフルエンザ	武元 和博	武元 和博
6038	福岡市立こども病院・感染症センター	小児科	福重 淳一郎	青木 知信
6060	独立行政法人国立病院機構福岡病院	小児科	岩永 知秋	岡田 賢司
6076	(医) もりやす小児科医院	小児科	森安 眞文	森安 眞文
6084	高崎小児科医院	小児科	高崎 好生	高崎 好生
7052	(医) 松井医仁会 大島眼科病院	眼科	松井 孝明	田代 憲司
9200	独立行政法人国立病院機構九州医療センター	基幹	村中 光	井口 厚司
9201	福岡市立こども病院・感染症センター	基幹	福重 淳一郎	青木 知信
福岡県 5121	(医) 文杏堂 杉病院	インフルエンザ	杉 東 明	梶原 直美
5190	飯塚病院 内科	インフルエンザ	田中 二郎	山本 英彦
6131	(医) 西尾小児科医院	小児科	西尾 健	西尾 健
6142	田川市立病院小児科	小児科	池田 喜彦	穂吉 秀隆
6157	とよた小児科	小児科	豊田 温	豊田 温
6194	飯塚病院 小児科	小児科	田中 二郎	岩元 二郎
6223	(医) ゆげ子どもクリニック	小児科	弓削 建	弓削 建
6320	あいだ医院	小児科	間 克 磨	間 克 磨
7132	(医) 鬼木眼科医院	眼科	鬼木 信乃夫	鬼木 信乃夫
9203	宗像医師会病院	基幹	大塚 毅	上田 良輝
9204	福岡県済生会二日市病院	基幹	間野 正 衛	福岡 博文
9205	朝倉医師会病院	基幹	上野 隆 登	黒田 直宏
9207	公立八女総合病院	基幹	小野 典之	大原 敦子
9209	飯塚病院	基幹	田中 二郎	中村 権一
9210	社会保険直方病院	基幹	大谷 晃	坂本 茂
9211	田川市立病院	基幹	池田 喜彦	藤田 拓司
9301	新行橋病院	基幹	正久 康彦	中村 恵一
9317	独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター	基幹	上野 道雄	園田 昌彦
久留米市 5150	(医) いのくち医院	インフルエンザ	猪口 哲彰	猪口 哲彰
6154	聖マリア病院 小児科	小児科	島 弘志	大部 敬三
9206	聖マリア病院	基幹	島 弘志	今村 豊
大牟田市 9208	大牟田市立総合病院	基幹	中山 顕児	野口 和典

搬送機関一覧表

機 関 名	電話番号	対象検査定点
筑紫保健福祉環境事務所	092-513-5584	杉病院、西尾小児科、鬼木眼科、済生会二日市病院
粕屋保健福祉事務所	092-939-1534	福岡東医療センター
宗像・遠賀保健福祉環境事務所	0940-36-2366	宗像医師会病院、あいだ医院
北筑後保健福祉環境事務所	0946-22-3964	朝倉医師会病院、とよた小児科
嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	0948-21-4972	飯塚病院、社会保険筑豊病院
田川保健福祉事務所	0947-42-9345	田川市立病院
南筑後保健福祉環境事務所	0943-22-6960	公立八女総合病院
京築保健福祉環境事務所	0930-23-3935	高尾医院、ゆげ小児科クリニック、新行橋病院
久留米市保健所	0942-30-9730	いのくち医院、聖マリア病院
大牟田保健所	0944-41-2669	大牟田市立総合病院
北九州中央臨床検査センター	093-551-3181	北九州市内の検査定点
シー・アール・シー	092-623-2111	福岡市内の検査定点

検査機関一覧表

機 関 名	電話番号	対象検査定点
北九州市環境科学研究所	093-882-0333	北九州市内の検査定点
福岡市保健環境研究所	092-831-0683	福岡市内の検査定点
福岡県保健環境研究所	092-921-9945	その他の検査定点

表2 過去5年間の疾病別年次別検体採取状況

疾病名	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
インフルエンザ	198	1316	138	255	153
咽頭結膜熱	24	48	12	5	13
感染性胃腸炎	234	121	172	183	244
手足口病	30	46	39	67	22
ヘルパンギーナ	44	44	47	43	33
流行性耳下腺炎	0	2	7	6	1
急性脳炎	13	2	0	0	0
無菌性髄膜炎	67	54	46	40	32
流行性角結膜炎	6	4	12	13	25
その他の疾患	262	208	375	360	290
合計	878	1845	848	972	813

表3 地域別疾病別検体採取状況（平成24年）

疾病名	北九州市	福岡市	久留米市	大牟田市	その他の市町村	合計
インフルエンザ	30	28	14	0	81	153
咽頭結膜熱	1	0	0	0	12	13
感染性胃腸炎	185	9	0	0	50	244
手足口病	5	8	0	0	9	22
ヘルパンギーナ	26	3	0	0	4	33
流行性耳下腺炎	0	1	0	0	0	1
急性脳炎	0	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	9	16	2	0	5	32
流行性角結膜炎	13	3	0	0	9	25
その他の疾患	206	46	0	1	37	290
合計	475	114	16	1	207	813

表4 疾病別検査材料及び検査方法

ウイルス検査

疾病名	検査材料	ウイルス検査方法
インフルエンザ	咽頭ぬぐい液・うがい液	培養細胞へ接種、PCR法
咽頭結膜熱	咽頭ぬぐい液・眼結膜ぬぐい液・糞便	培養細胞へ接種、PCR法
感染性胃腸炎	糞便・咽頭ぬぐい液・吐物	仏ノコマト法、PCR法及び電子顕微鏡による観察
手足口病	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	培養細胞及び乳のみマウスへ接種、PCR法
ヘルパンギーナ	咽頭ぬぐい液・糞便	〃
流行性耳下腺炎	咽頭ぬぐい液・髄液	培養細胞へ接種、PCR法
急性出血性結膜炎	眼結膜ぬぐい液	〃
流行性角結膜炎	眼結膜ぬぐい液	〃
急性脳炎	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液	〃
無菌性髄膜炎	〃	〃
その他の疾患	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液・尿 その他	〃

表5 感染症発生動向調査検査結果（平成24年、福岡県全体）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	1～6, 11～12月	153	NP	151	陽性	127 (NP127)	インフルエンザウイルスAH3型	113件 (NP113)
			SF	2	陰性	26	インフルエンザウイルスB型	11件 (NP11)
							ライノウイルス	2件 (NP2)
							アデノウイルス4型	1件 (NP1)
咽頭結膜熱	4, 6～8, 12月	13	NP	13	陽性	7 (NP7)	アデノウイルス2or6型	2件 (NP2)
					陰性	6	アデノウイルス4型	1件 (NP1)
							アデノウイルス5型	1件 (NP1)
							エコーウイルス9型	1件 (NP1)
							コクサッキーウイルスA5型	1件 (NP1)
							ヒトメタニューモウイルス	1件 (NP1)
感染性胃腸炎	1～12月	244	FC	239	陽性	150 (FC149, NP1)	ノロウイルスGⅡ	52件 (FC52)
			NP	4	陰性	94	ロタウイルス	34件 (FC34)
			SF	1			サボウイルス	19件 (FC19)
							ノロウイルスGⅡ/4	11件 (FC11)
							アデノウイルス	10件 (FC10)
							アストロウイルス	5件 (FC5)
							ノロウイルスGⅠ/GⅡ	4件 (FC4)
							A群ロタウイルス	2件 (FC2)
							ノロウイルスGⅡ4+コクサッキーウイルスA9型	2件 (FC2)
							アデノウイルス1型	1件 (FC1)
							アデノウイルス2型+ライノウイルスA型	1件 (FC1)
							アデノウイルス4型	1件 (NP1)
							コクサッキーウイルスA4型	1件 (FC1)
							コクサッキーウイルスA14型	1件 (FC1)
							コクサッキーウイルスB4型	1件 (FC1)
							ノロウイルスGⅠ	1件 (FC1)
							ノロウイルスGⅡ/2	1件 (FC1)
							ノロウイルスGⅡ4+コクサッキーウイルスA5型	1件 (FC1)
							サボウイルス+アストロウイルス	1件 (FC1)
							ポリオウイルス3型 (ワクチン株)	1件 (FC1)
手足口病	1, 4～8, 10～12月	22	NP	15	陽性	4 (NP2, FC2)	アデノウイルス4型	1件 (NP1)
			FC	6	陰性	18	エコーウイルス9型	1件 (FC1)
			EX	1			エコーウイルス18型	1件 (NP1)
							コクサッキーウイルスA9型	1件 (FC1)
ヘルパンギーナ	6～8, 10～12月	33	NP	31	陽性	24 (NP23, SF1)	コクサッキーウイルスA2型	9件 (NP9)
			FC	1	陰性	9	コクサッキーウイルスA5型	4件 (NP4)
			SF	1			コクサッキーウイルスB4型	4件 (NP4)
							エコーウイルス9型	2件 (NP1, SF1)
							ライノウイルスC型	2件 (NP1)
							コクサッキーウイルスA4型	1件 (NP1)
							ライノウイルスB型	1件 (NP1)
							単純ヘルペスウイルス1型	1件 (NP1)
流行性耳下腺炎	7月	1	NP	1	陽性	0		
					陰性	1		
無菌性髄膜炎	1～8, 10月	32	SF	20	陽性	10 (SF6, FC3, NP1)	コクサッキーウイルスB5型	3件 (SF2, FC1)
			FC	9	陰性	22	エコーウイルス6型	2件 (SF2)
			NP	3			エコーウイルス9型	2件 (FC1, SF1)
							パレコウイルス1型	2件 (FC1, SF1)
				ムンプスウイルス	1件 (NP1)			
流行性角結膜炎	1～10, 12月	25	ES	25	陽性	9 (ES9)	アデノウイルス4型	7件 (ES7)
					陰性	16	アデノウイルス型別不明	2件 (ES2)
その他の疾患	1～12月	290	NP	227	陽性	84 (NP66, FC16, UR1, EX1)	エコーウイルス9型	11件 (NP8, FC3)
			FC	41	陰性	206	コクサッキーウイルスA2型	8件 (NP8)
			SF	10			コクサッキーウイルスA9型	8件 (NP7, UR1)
			EX	7			コクサッキーウイルスB4型	8件 (NP8)
			UR	4			アデノウイルス4型	7件 (NP6, FC1)
			ES	1			アデノウイルス1型	4株 (NP4)
							アデノウイルス2型	4株 (NP3, FC1)
							RSウイルス	4件 (NP3, EX1)
							コクサッキーウイルスA4型	3件 (NP3)
							コクサッキーウイルスB5型	3件 (NP2, FC1)
							ロタウイルス	3件 (FC3)
							単純ヘルペスウイルス1型	3件 (NP3)
							エコーウイルス18型	2件 (FC2)
							ヒトメタニューモウイルス	2件 (NP2)
							ノロウイルスGⅡ	2件 (FC2)
							アデノウイルス5型	1株 (NP1)
							アデノウイルス6型	1件 (NP1)
							アデノウイルス	1株 (FC1)
							コクサッキーウイルスA7型	1件 (NP1)
							エコーウイルス7型	1件 (NP1)
							パレコウイルス1型	1件 (FC1)
							インフルエンザウイルスAH3型	1件 (NP1)
							ヒトコロナウイルスNL63	1件 (NP1)
							ライノウイルス9型	1件 (NP1)
							マイコプラズマ	1件 (NP1)
							ヘルペスウイルス6型	1件 (NP1)
							ノロウイルスGⅠ+GⅡ	1件 (FC1)

検体数： 813件

陽性 415

415

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

表6 感染症発生動向調査検査結果（平成24年、北九州市）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数	
インフルエンザ	1~3, 12月	30	NP	29	陽性	19 (NP19)	インフルエンザウイルスA/H3型	18件 (NP18)
			SF	1	陰性	11	アデノウイルス4型	1件 (NP1)
咽頭結膜熱	12月	1	NP	1	陽性 陰性	0 1		
感染性胃腸炎	1~12月	185	FC	184	陽性	121 (FC121)	ノロウイルスGII	50件 (FC50)
			NP	1	陰性	64	ロタウイルス	33件 (FC33)
							サボウイルス	17件 (FC17)
							アデノウイルス	10件 (FC10)
							アストロウイルス	5件 (FC5)
							ノロウイルスGI/II	4件 (FC4)
							ノロウイルスGI	1件 (FC1)
							サボウイルス+アストロウイルス	1件 (FC1)
手足口病	8, 10月	5	NP	4	陽性	1 (NP1)	アデノウイルス4型	1件 (NP1)
			FC	1	陰性	4		
ヘルパンギーナ	6~8, 10~12月	26	NP	25	陽性	21 (NP20, SF1)	コクサッキーウイルスA2型	8件 (NP8)
			SF	1	陰性	5	コクサッキーウイルスB4型	4件 (NP4)
							コクサッキーウイルスA5型	3件 (NP3)
							エコーウイルス9型	2件 (NP1, SF1)
							コクサッキーウイルスA4型	1件 (NP1)
							ライノウイルスB型	1件 (NP1)
							ライノウイルスC型	1件 (NP1)
							単純ヘルペスウイルス1型	1件 (NP1)
無菌性髄膜炎	1, 2, 5~8月	9	SF	8	陽性	1 (SF1)	エコーウイルス6型	1件 (SF1)
			FC	1	陰性	8		
流行性角結膜炎	1~3, 6, 9, 10, 12月	13	ES	13	陽性	6 (ES6)	アデノウイルス4型	4件 (ES4)
					陰性	7	アデノウイルス型別不明	2件 (ES2)
その他の疾患	1~12月	206	NP	182	陽性	63 (NP55, FC8)	エコーウイルス9型	9株 (NP8, FC1)
			FC	16	陰性	143	コクサッキーウイルスA2型	8株 (NP8)
			SF	4			コクサッキーウイルスB4型	8株 (NP8)
			UR	2			コクサッキーウイルスA9型	7株 (NP7)
			EX	2			アデノウイルス4型	5株 (NP5)
							アデノウイルス1型	3株 (NP3)
							アデノウイルス2型	3株 (NP3)
							コクサッキーウイルスA4型	3株 (NP3)
							ロタウイルス	3件 (FC3)
							単純ヘルペスウイルス1型	3件 (NP3)
							コクサッキーウイルスB5型	2株 (NP2)
							ノロウイルスGII	2件 (FC2)
							アデノウイルス5型	1株 (NP1)
							アデノウイルス	1株 (FC1)
							コクサッキーウイルスA7型	1株 (NP1)
							エコーウイルス7型	1株 (NP1)
							インフルエンザウイルスA/H3型	1株 (NP1)
				RSウイルス	1件 (NP1)			
				ノロウイルスGI/GII	1件 (FC1)			
検体数；					475件	陽性	232	232

FC:糞便, NP:咽頭ぬぐい液及びうがい液, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, EX:その他(水疱内容液等)

表7 感染症発生動向調査検査結果（平成24年、福岡市）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	株数	
インフルエンザ	1~3, 5, 12月	28	NP	27	陽性	18 (NP18)	インフルエンザウイルスAH3型	15件 (NP15)
			SF	1	陰性	10	インフルエンザウイルスB型	3件 (NP3)
感染性胃腸炎	4, 5, 8, 9, 12月	9	FC	6	陽性	3 (FC3)	ノロウイルスGII	1件 (FC1)
			NP	2	陰性	6	ロタウイルス	1件 (FC1)
			SF	1			アデノウイルス1型	1件 (FC1)
手足口病	1, 4~7, 12月	8	NP	5	陽性	1 (FC1)	エコーウイルス9型	1件 (FC1)
			FC	3	陰性	7		
ヘルパンギーナ	7, 8月	3	NP	2	陽性	0		
			FC	1	陰性	3		
流行性耳下腺炎	7月	1	NP	1	陽性	0		
					陰性	1		
無菌性髄膜炎	4~8, 10月	16	FC	8	陽性	6 (FC3, SF2, NP1)	エコーウイルス9型	2件 (FC1, SF1)
			SF	5	陰性	10	パレコウイルス1型	2件 (FC1, SF1)
			NP	3			ムンプスウイルス	1件 (NP1)
							コクサッキーウイルスB5型	1件 (FC1)
流行性角結膜炎	5~7月	3	ES	3	陽性	2 (ES2)	アデノウイルス4型	2件 (ES2)
					陰性	1		
その他の疾患	1~3, 5~12月	46	NP	21	陽性	5 (FC3, NP2)	アデノウイルス4型	2件 (FC1, NP1)
			FC	16	陰性	41	アデノウイルス1型	1株 (NP1)
			SF	5			エコーウイルス18型	1件 (FC1)
			EX	3			パレコウイルス1型	1件 (FC1)
			UR	1				
検体数：				114件	陽性	35	35	

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

表8 感染症発生動向調査検査結果（平成24年、その他の市町村）

疾病名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検出ウイルス	検出数
インフルエンザ	1~6, 11~12月	95	NP 95	陽性	90 (NP90)	インフルエンザウイルスAH3型	80件 (NP80)
				陰性	5	インフルエンザウイルスB型 ライノウイルス	8件 (NP8) 2件 (NP2)
咽頭結膜熱	4, 6~8, 12月	12	NP 12	陽性	7 (NP7)	アデノウイルス2or6型	2件 (NP2)
				陰性	5	アデノウイルス4型	1件 (NP1)
						アデノウイルス5型	1件 (NP1)
						コクサッキーウイルスA5型	1件 (NP1)
						エコーウイルス9型 ヒトメタニューモウイルス	1件 (NP1) 1件 (NP1)
感染性胃腸炎	1, 2, 4, 6~12月	50	FC 49 NP 1	陽性	26 (NP1, FC25)	ノロウイルスGⅡ/4	11件 (FC11)
				陰性	24	サポウイルス	2件 (FC2)
						A群ロタウイルス	2件 (FC2)
						ノロウイルスGⅡ4+コクサッキーウイルスA9型	2件 (FC2)
						アデノウイルス4型	1件 (NP1)
						ポリオウイルス3型（ワクチン株）	1件 (FC1)
						コクサッキーウイルスA4型	1件 (FC1)
						コクサッキーウイルスA14型	1件 (FC1)
						コクサッキーウイルスB4型	1件 (FC1)
						ノロウイルスGⅡ	1件 (FC1)
						ノロウイルスGⅡ/2	1件 (FC1)
						アデノウイルス2型+ライノウイルスA型	1件 (FC1)
						ノロウイルスGⅡ4+コクサッキーウイルスA5型	1件 (FC1)
手足口病	1, 5~7, 10, 11月	9	NP 6 FC 2 EX 1	陽性	2 (NP1, FC1)	コクサッキーウイルスA9型	1件 (FC1)
				陰性	7	エコーウイルス18型	1件 (NP1)
ヘルパンギーナ	7, 8, 12月	4	NP 4	陽性	3 (NP3)	コクサッキーウイルスA5型	1件 (NP1)
				陰性	1	コクサッキーウイルスA2型	1件 (NP1)
						ライノウイルスC型	1件 (NP1)
無菌性髄膜炎	3, 4, 7, 8月	7	SF 7	陽性	3 (SF3)	コクサッキーウイルスB5型	2件 (SF2)
				陰性	4	エコーウイルス6型	1件 (SF1)
流行性角結膜炎	3~5, 7, 8月	9	ES 9	陽性	1 (ES1)	アデノウイルス4型	1件 (ES1)
その他の疾患	1~10, 12月	38	NP 24 FC 9 EX 2 SF 1 ES 1 UR 1	陽性	16 (NP9, FC5, EX1, UR1)	RSウイルス	3件 (NP2, EX1)
				陰性	22	ヒトメタニューモウイルス	2件 (NP2)
						エコーウイルス9型	2件 (FC2)
						アデノウイルス2型	1件 (FC1)
						アデノウイルス6型	1件 (NP1)
						エコーウイルス18型	1件 (FC1)
						コクサッキーウイルスA9型	1件 (UR1)
						コクサッキーウイルスB5型	1件 (FC1)
						ライノウイルス9型	1件 (NP1)
						ヒトコロナウイルスNL63	1件 (NP1)
						マイコプラズマ	1件 (NP1)
		ヘルペスウイルス6型	1件 (NP1)				
検体数： 224件 陽性 148							148
FC:糞便, NP:咽頭ぬぐい液及びびうがい液, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, EX:その他（水疱内容液等）							

表9-1 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その1）

疾病名	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
インフルエンザ	A/H1 (58)	A/H1 (22)	A/H1pdm09 (114)	A/H1pdm09 (116)	A/H3 (113)
	A/H3 (30)	A/H3 (14)	A/H3 (8)	A/H3 (75)	B (11)
	B (9)	B (15)	B (2)	B (16)	hRV (2)
	Ad 2 (1)	A/H1pdm09 (990)	Ec3 (1)	Ad 2 (2)	Ad 4 (1)
	Ad 3 (1)	CB 4 (5)		Ad 5 (1)	
	Ad 4 (1)	Ad 1 (2)		CA 16 (1)	
	CA 2 (1)	Ad 3 (2)			
	CB 5 (1)	Ad 2 (1)			
	HSV1 (1)	Ad 5 (1)			
		CA 9 (1)			
		Ec30 (1)			
咽頭結膜熱	Ad 2 (2)	Ad 3 (2)	Ad 2 (2)	Ad 4 (3)	Ad 2/6 (2)
	Ad 1 (1)	CB 4 (2)		Ad 2/6 (1)	Ad 4 (1)
	Ad 3 (1)	HSV1 (2)		RSV (1)	Ad 5 (1)
	CA 2 (1)	Ad 1 (1)			Ec 9 (1)
		Ad 6 (1)			CA 5 (1)
				hMPV (1)	
感染性胃腸炎	Noro (87)	Rota (34)	NoG II (58)	Rota (48)	NoG II (71)
	Rota (29)	NoG II (25)	Rota (16)	NoG II (30)	Rota (36)
	Ad N (7)	AST (4)	Sapo (7)	Sapo (13)	Sapo (20)
	Po 3 (3)	Sapo (4)	Ad N (6)	Ad N (8)	Ad N (10)
	Po 1 (1)	Ad N (2)	Noro (5)	Po 2 (3)	AST (6)
	Sapo (1)	NoG I (1)	NoG I (3)	Po 3 (2)	CA 9 (2)
	SRSV (1)	Ad 5 (1)	EV71 (3)	Pa 1 (2)	NoGI (1)
	AST (1)	CB 4 (1)	Ad41 (2)	NoG I (2)	Ad 1 (1)
	Ad 1 (1)	Po 1 (1)	AST (1)	Po 1 (1)	Ad 2 (1)
	Ad 2 (1)	Pa 1 (1)	Po 1 (1)	Aichi (1)	Ad 4 (1)
	CB 4 (1)	Noro (1)	Ec25 (1)	Ad 2 (1)	Po 3 (1)
			CB 1 (1)	Ad 2/6 (1)	CA 4 (1)
			Mump (1)	Ad41 (1)	CA 5 (1)
					CA 14 (1)
					CB 4 (1)
					hRV (1)
	手足口病	CA16 (12)	Ev71 (2)	Ev71 (24)	CA16 (19)
Ec30 (1)		CA 6 (2)	CA 4 (1)	CA 6 (10)	CA 9 (1)
Ev N (1)		CA 9 (1)		CA10 (2)	Ec 9 (1)
				Mump (1)	Ec 18 (1)
ヘルパンギーナ	CA 4 (8)	CA 6 (6)	CA 4 (17)	CA 6 (10)	CA 2 (9)
	CA10 (6)	CA 5 (2)	CA 2 (5)	CA10 (10)	CA 5 (4)
	CA 2 (3)	CA10 (2)	Ev71 (2)	CA 4 (1)	CB 4 (4)
	Ev N (3)	CA 2 (1)	HSV1 (2)	Ad 2 (1)	hRV (3)
	CA 3 (2)	CA 9 (1)	Ad 2 (1)	HSV1 (1)	Ec 9 (2)
	CB 5 (2)	Ad 5 (2)	CA 5 (1)	Pinf1 (1)	CA 4 (1)
	Ad 1 (1)	HSV1 (2)	CB 2 (1)		HSV (1)
	CB 2 (1)	Ec25 (1)	CB 3 (1)		
	Pa 3 (1)		Ec25 (1)		

Ad : アデノウイルス、CA : コクサッキーA、CB : コクサッキーB、Ec : エコー、Ev : エンテロウイルス、Po : ポリオウイルス

A/H1 : インフルエンザ A/H1亜型、A/H3 : インフルエンザ A/H3亜型、B : インフルエンザ B型、A/H1pdm09 : 新型インフルエンザ、Pinf : パラインフルエンザ

Rota : ロタウイルス、NoG I : ノロウイルス G I、NoG II : ノロウイルス G II、Noro : ノロウイルス、Sapo : サポウイルス、AST : アストロウイルス、SRSV : SRSV様粒子、

Mump : ムンプスウイルス、Meas : 麻疹ウイルス、HSV : 単純ヘルペスウイルス、Pa : パレコウイルス、hRV : ライノウイルス、Aichi : アイチウイルス

表9-2 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その2）

疾病名	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
流行性耳下腺炎		Mump(1)	CB 2(1)	Mump(1) CA 9(1)	
急性脳炎		Ad 2(1)			
無菌性髄膜炎	CB 5(14) Ec30(4) CB 3(3) Ec24(2) Ad 3(1) Ev71(1)	CB 4(3) Pa (2) Po 2(2) CB 2(1) Ad 2(1) Ev N(2)	Ev71(3) CA 2(1) Mump(1)	Ec 7(2) Mump(1)	CB 5(3) Ec 6(2) Ec 9(2) Pa 1(2) Mump(1)
流行性角結膜炎		Ad 8(1) Ad37(1)	Ad 3(2) Ad37/53(2) Ad37(1) Ad N(1)	Ad56(3) Ad 4(2) Ad37(1)	Ad 4(7) Ad NT(2)
その他の疾患	CB 5(11) Ad 1(9) Ad 3(8) Ad 2(5) Ad N(3) CA 4(3) CA10(3) Po 2(3) A/H1(3) HSV1(3) Noro(3) Ad 5(2) Ad 6(2) CB 3(2) CB 4(2) Ec 9(2) Ec30(2) Ad 7(1) Ad31(1) Po 1(1) RSV (1) Pa 3(1)	CA 9(6) A/H1pdm09(4) Ad 1(3) CB 2(3) CB 4(3) Ad 2(2) CA10(2) Ec18(2) Pa 1(2) Ad N(2) Ad 3(1) Ec 7(1) A/H1(1) Rota(1) RSV (1) Meas(1) hMPV(1) VZV (1) hRV (1)	CB 2(12) CA 4(11) Ad 2(9) Ec25(8) CA 2(6) Ec 3(7) Ad 3(6) Ad 1(4) CB 1(4) CB 3(4) Pinf(3) Ad 5(2) Ec 6(2) EV68(2) HSV1(2) HHV6(2) Pa 1(2) Ad11(1) CB 4(1) Ec11(1) Ev71(1) hRV11(1) hRV16(1) hRV19(1) hRV N(1) NoG II (1) Rota(1) Meas(1) Co (1) M. P. (1)	CB 1(14) Ec 7(10) RSV(6) Ec 3(5) Ad 3(5) hRV (5) CA10(4) Ec 6(3) Rota(3) Ad 2(4) Po 3(2) CA 6(2) EBV(2) Ad 1(2) Ad 5(2) Pinf3(2) Ad 2/6(1) Ad 4(1) hMPV(1) hRV40(1) Co (1) HSV1(1) Meas(1) Po 2(1) CB 4(1) Ec 16(1) CA 9(1) Ec 9(1) NoG II (1) Sapo(1)	Ec 9(11) CA 2(8) CA 9(8) CB 4(8) Ad 4(7) Ad 1(4) Ad 2(4) RSV(4) CA 4(3) CB 5(3) Rota(3) HSV(3) NoVGII(3) Ec 18(2) Ad 5(1) Ad 6(1) Ad N(1) Ec 7(1) CA 7(1) Pa 1(1) A/H3(1) hRV(1) CoNL63(1) M. P(1) HHV 6(1) NoVGI(1)

Ad : アデノウイルス、CA : コクサッキーA、CB : コクサッキーB、Ec : エコー、Ev : エンテロウイルス、Po : ポリオウイルス

A/H1 : インフルエンザ A/H1 亜型、A/H3 : インフルエンザ A/H3 亜型、B : インフルエンザ B 型、A/H1pdm : 新型インフルエンザ、Pinf : パラインフルエンザ

Rota : ロタウイルス、NoG I : ノロウイルスG I、NoG II : ノロウイルスG II、Noro : ノロウイルス、Sapo : サポウイルス、AST : アストロウイルス、SRSV : SRSV 様粒子、

Mump : ムンプスウイルス、Meas : 麻疹ウイルス、HSV : 単純ヘルペスウイルス、HHV : ヘルペスウイルス、Pa : パレコウイルス、hRV : ライノウイルス、Co : コロナウイルス

M. P : マイコプラズマニューモニエ、hMPV : ヒトメタニューモウイルス、RSV : RSV

表10 ウイルス型ごとの月別地域別検出状況（平成24年）

検出ウイルス	地域ブロック	採取月												計	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
アデノ1型	北九州			1		1	1								3
	福岡			1										1	2
アデノ2型	北九州	1				1									3
	福岡												1	1	
	筑豊									1				1	
アデノ2/6型	筑後						1	1						2	
アデノ4型	北九州	1		3					1	4	1			1	11
	福岡			2				1	1	1				5	
	筑後												2	2	
アデノ5型	北九州	1												1	
	筑後				1									1	
アデノ6型	筑後	1												1	
アデノ型別不明	北九州	1	3		2	2	2				1	1	1	13	
ポリオ3型	筑後				1									1	
コクサッキーA2型	北九州	1					4	10	1					16	
	筑後							1						1	
コクサッキーA4型	北九州					1	2	1						4	
	筑後									1				1	
コクサッキーA5型	北九州							3						3	
	筑後							1	1				1	3	
コクサッキーA7型	北九州							1						1	
コクサッキーA9型	北九州			1				2	2				2	7	
	筑豊											1		1	
	筑後											3		3	
コクサッキーA14型	筑後								1					1	
コクサッキーB4型	北九州						3	9						12	
	筑後						1							1	
コクサッキーB5型	北九州							1	1					2	
	福岡								1					1	
	筑豊									1				1	
	筑後								1	1				2	
エコー6型	北九州									1				1	
	筑豊								1					1	
エコー7型	北九州		1											1	
エコー9型	北九州						2	6	2	1				11	
	福岡						2	1						3	
	筑豊						1				1			2	
	筑後							1						1	
エコー18型	福岡						1						1	2	
	筑豊											1		1	
バレコウイルス1型	福岡								2				1	3	
インフルエンザ(A/H3)	北九州	7	9	3										19	
	福岡	19	41	9		1	1					1	15	87	
	筑後	3	3	1									1	8	
インフルエンザ(B)	福岡	3	1	1										5	
	筑後		1	2	3									6	
ライノウイルス	北九州										1	1		2	
	福岡				2								1	3	
	筑後				1								1	2	
RSウイルス	北九州												1	1	
	福岡										2			2	
	筑後										1			1	
ヒトメタニューモ	筑豊	1			1									2	
	筑後								1					1	
ムンプスウイルス	福岡										1			1	
コロナウイルス	筑豊				1									1	
マイコプラズマ	筑豊								1					1	
ロタウイルス	北九州		2	13	15	6								36	
	福岡				1									1	
	筑豊				1									1	
	筑後			1										1	
ノロウイルス	北九州	12	8	1	2	1		1		1	2	15	15	58	
	福岡											1	1	2	
	筑豊												1	1	
	筑後	2	1							1	4	5	1	14	
サポウイルス	北九州	1	1	1	7	3	1	2		1			1	18	
	筑後								2					2	
アストロウイルス	北九州				1			2					3	6	
単純ヘルペス1型	北九州				1			1					2	4	
ヘルペス6型	筑後			1										1	
合計		54	72	40	40	16	23	48	19	14	16	29	49	420	

表11 地域ごとの月別ウイルス型別検出状況（平成24年）

地域ブロック	検出ウイルス	採 取 月												計		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
北九州	アデノ	1型			1		1	1								3
		2型	1				1							1		3
		4型	1		3					1	4	1			1	11
		5型	1													1
		不明	1	3		2	2	2			1	1	1			13
	アデノ型別 コクサッキー	A2型	1					4	10	1						16
		A4型					1	2	1							4
		A5型							3							3
		A7型							1							1
		A9型			1				2	2			2			7
		B4型						3	9							12
		B5型							1	1						2
	エコー	6型								1						1
		7型		1												1
		9型						2	6	2	1					11
	インフルエンザ (A/H3)	7	9	3												19
	ライノウイルス											1	1			2
	RSウイルス												1			1
	ロタウイルス		2	13	15	6										36
	ノロウイルス	12	8	1	2	1		1		1	2	15	15			58
	サポウイルス	1	1	1	7	3	1	2		1					1	18
	アストロウイルス				1			2								3
	単純ヘルペス				1			1								2
小計		25	24	23	28	15	15	39	8	8	5	20	23		233	
福岡	アデノ	1型			1										1	2
		2型												1		1
		4型			2			1	1	1						5
	コクサッキー	B5型						1	1							1
		9型						2	1							3
	エコー	18型						1					1			2
		1型								2					1	3
	インフルエンザ (A/H3)	19	41	9		1	1					1	15		87	
	インフルエンザ (B)	3	1	1												5
	ライノウイルス				2									1		3
	RSウイルス									2						2
	ムンプスウイルス											1				1
	ロタウイルス				1											1
ノロウイルス													1	1	2	
小計		22	42	13	3	1	5	3	3	2	1	3	20		118	
筑豊	アデノ	2型									1				1	
		コクサッキー	A9型									1				1
	エコー	B5型								1						1
		6型							1							1
		9型						1				1				2
	ヒトメタニュー	モ	1			1										2
		コロナウイルス				1										1
	マイコプラズマ								1							1
	ロタウイルス				1											1
	ノロウイルス														1	1
小計		1			3		1	1	2	1	3			1	13	
筑後	アデノ	2/6型					1	1								2
		4型												2		2
		5型				1										1
		6型	1													1
		3型				1										1
	ポリオ コクサッキー	A2型							1							1
		A4型									1					1
		A5型							1	1			1			3
		A9型										3				3
		A14型								1						1
		B4型						1								1
	エコー	B5型							1	1						2
		9型							1							1
	インフルエンザ (A/H3)	3	3	1									1			8
	インフルエンザ (B)		1	2	3											6
	ライノウイルス				1									1		2
	RSウイルス										1					1
	ヒトメタニュー	モ								1						1
	ロタウイルス		1													1
	ノロウイルス	2	1								1	4	5	1		14
サポウイルス									2						2	
ヘルペス	6型			1											1	
小計		6	6	4	6		2	5	6	3	7	6	5		56	
合計		54	72	40	40	16	23	48	19	14	16	29	49		420	

表12 無菌性髄膜炎の合併症（平成24年）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	7 (NP2, FC2, SF3)	Ec6 (SF1), Mump (NP1)
胃腸炎	3 (SF3)	Ec6 (SF1)
嘔吐	8 (NP1, FC3, SF4)	Ec6 (SF1), CB5 (FC1)
嘔気	3 (SF3)	Ec6 (SF1)
腹痛	2 (FC1, SF1)	
下痢	1 (SF1)	
中枢神経系症状	1 (SF1)	
意識障害	4 (NP1, FC1, SF2)	
脳炎	4 (NP1, FC1, SF2)	CB5 (FC1)
脳症	1 (SF1)	
上気道炎	9 (NP2, FC4, SF3)	CB5 (FC1), Mump (NP1), Pa1 (SF1, FC1)
肺炎	1 (SF1)	
関節痛	1 (SF1)	
発疹	2 (FC1, SF1)	
紅斑	1 (FC1)	
リンパ節腫脹	1 (FC1)	
頸部腫脹	2 (FC1, SF1)	
肝機能障害	1 (FC1)	Mump (NP1)
けいれん	6 (NP1, FC2, SF3)	

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液

Ec:エコーウイルス, CB:コクサッキーB群ウイルス
Mump:ムンプスウイルス, Pa:パレコウイルス

表13 インフルエンザの合併症（平成24年）

臨床症状	例数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	46 (NP46)	A/H3 (NP42), B (NP2)
関節痛	47 (NP47)	A/H3 (NP42), B (NP3)
筋肉痛	24 (NP24)	A/H3 (NP20), B (NP2)
口内炎	2 (NP2)	A/H3 (NP2)
上気道炎	65 (NP64, SF1)	A/H3 (NP45), B (NP7), hRV9 (NP1)
下気道炎	12 (NP12)	A/H3 (NP7), B (NP1), hRV9 (NP2)
気管支炎	9 (NP9)	A/H3 (NP4), B (NP2), hRV9 (NP2)
発疹	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
水疱	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
胃腸炎	7 (NP7)	A/H3 (NP4), B (NP1)
下痢	2 (NP2)	A/H3 (NP1)
嘔気	2 (NP2)	A/H3 (NP1)
嘔吐	6 (NP6)	A/H3 (NP4), B (NP1)
腹痛	2 (NP2)	A/H3 (NP1)
中枢神経系症状	3 (NP2, SF1)	A/H3 (NP1)
その他（中枢神経系症状）	4 (NP3, SF1)	A/H3 (NP2)
脳炎	1 (SF1)	
髄膜炎	1 (NP1)	A/H3 (NP1)
意識障害	2 (NP1, SF1)	A/H3 (NP1)
麻痺	1 (NP1)	A/H3 (NP1)

FC:糞便, SF:髄液

hRV:ライノウイルス

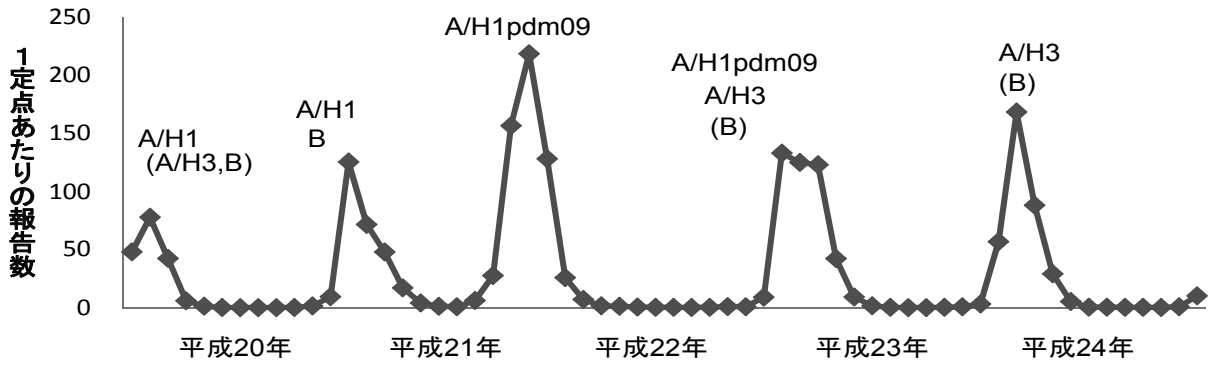


図1 インフルエンザの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

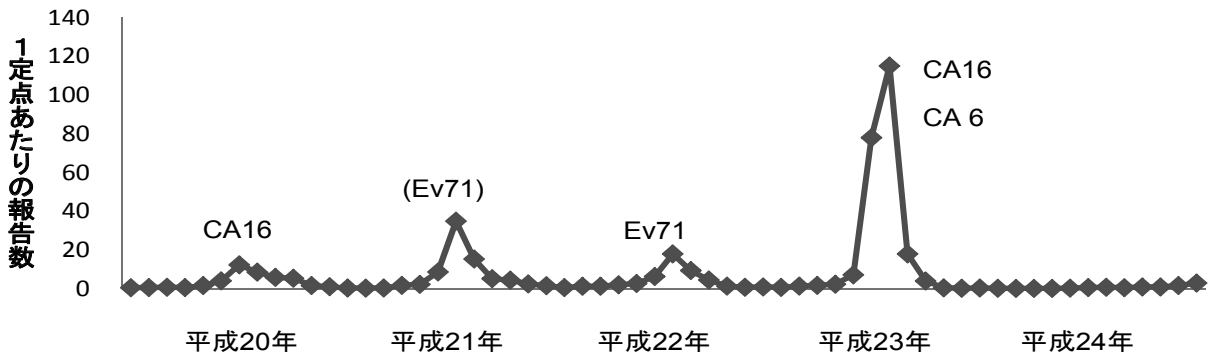


図2 手足口病の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

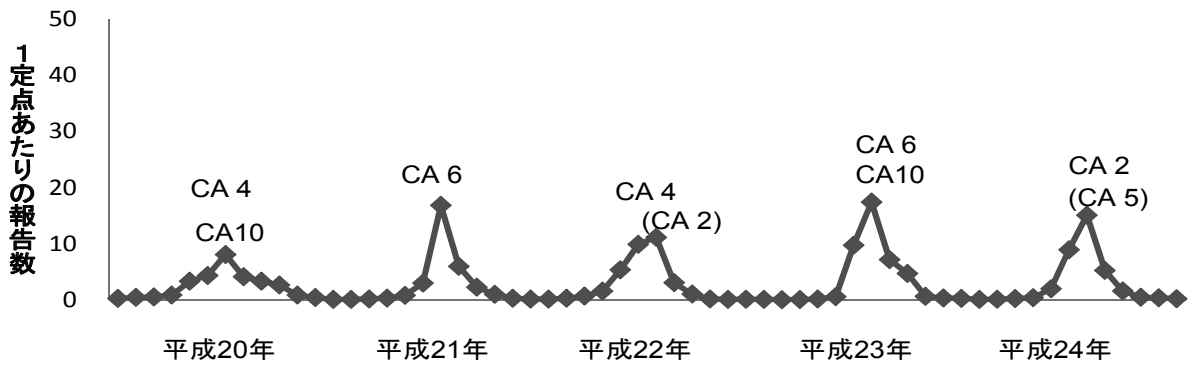


図3 ヘルパンギーナの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

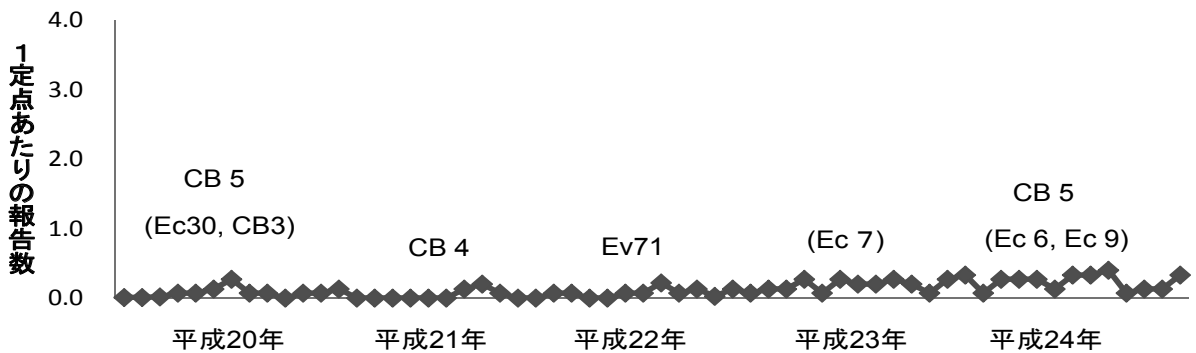


図4 無菌性髄膜炎の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

表14 その他の疾患検査結果

北 九 州 市

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
アンギーナ	19件 (NP19)	コクサッキーウイルスA2型	4件
		コクサッキーウイルスB4型	4件
		アデノウイルス4型	2件
		コクサッキーウイルスA4型	2件
		アデノウイルス1型	1件
		アデノウイルス2型	1件
		アデノウイルス5型	1件
		コクサッキーウイルスA9型	1件
		エコーウイルス7型	1件
		インフルエンザウイルスA/H3	1件
		単純ヘルペスウイルス1型	1件
アデノ	4件 (NP4)	アデノウイルス1型	1件
		アデノウイルス2型	1件
		アデノウイルス4型	1件
		アデノウイルス5型	1件
夏かぜ	18件 (NP18)	エコーウイルス9型	6件
		コクサッキーウイルスA2型	4件
		コクサッキーウイルスB4型	2件
		コクサッキーウイルスB5型	2件
		コクサッキーウイルスA4型	1件
		コクサッキーウイルスA7型	1件
		コクサッキーウイルスA9型	1件
		単純ヘルペスウイルス1型	1件
ウイルス性咽頭炎	1件 (NP1)	コクサッキーウイルスA9型	1件
ウイルス性発疹症	4件 (NP2)	エコーウイルス9型	2件
		コクサッキーウイルスA9型	1件
		コクサッキーウイルスB4型	1件
気管支炎	2件 (NP2)	アデノウイルス2型	1件
		RSウイルス	1件
不明熱	1件 (NP1)	アデノウイルス4型	1件
不明・記載なし	15件 (NP8, FC7)	コクサッキーA9型	3件
		ロタウイルス	3件
		ノロウイルスGⅡ	2件
		アデノウイルス1型	1件
		アデノウイルス2型	1件
		アデノウイルス4型	1件
		アデノウイルス	1件
		コクサッキーB4型	1件
		ノロウイルスGⅠ/GⅡ	1件
		単純ヘルペスウイルス1型	1件

福 岡 市

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
肝炎、急性発疹症	1件 (FC1)	エコーウイルス18型	1件
ギランバレー症候群	2件 (NP1, FC1)	アデノウイルス4型	2件
ウイルス性肝炎	1件 (FC1)	パレコウイルス1型	1件
アデノウイルス肺炎	1件 (NP1)	アデノウイルス1型	1件

そ の 他 の 市 町 村

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
RSウイルス疑い	3件 (NP1, FC1, SP1)	RSウイルス	2件
		アデノウイルス2型	1件
アデノウイルス疑い	1件 (FC1)	アデノウイルス2型	1件
ウイルス性発疹症	1件 (FC1)	エコーウイルス18型	1件
マイコプラズマ疑い	1件 (NP1)	マイコプラズマ	1件
咽頭炎	2件 (NP2)	ヒトメタニューモウイルス	2件
気管支炎	1件 (NP1)	ライノウイルス9型	1件
口内炎	1件 (NP1)	ヘルペスウイルス6型	1件
新生児発熱	1件 (FC1)	エコーウイルス9型	1件
腸間膜リンパ節炎	1件 (FC1)	エコーウイルス9型	1件
不明熱	1件 (NP1)	アデノウイルス6型	1件
麻疹	1件 (UR1)	コクサッキーA9型	1件
扁桃炎	1件 (NP1)	ヒトコロナウイルスNL63	1件
不明・記載なし	1件 (NP1)	RSウイルス	1件

2) 細菌編

検査材料及び検査方法

平成24年（2012年）に結核・感染症発生動向調査事業として、採取・搬入された検体は 1 名分、1 件であった。患者は大牟田市内の病院の細菌性髄膜炎に罹患した0歳児であり、検体である髄液は平成24年5月9日に採取され、同月16日に搬入された。各種培地により、好気、微好気、嫌気の条件下で培養を試みた。

検査結果

細菌の発育を認めなかった。

IV) 患者報告数情報

1) 地域別・疾病別年間報告数

表1 地域（ブロック）別・疾病別年間報告数（平成24年1週～52週）

感染症	北九州	福岡	筑豊	筑後	合計
小児科・内科・眼科感染症					
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	13,620 (316.7)	37,138 (399.3)	4,857 (220.8)	15,618 (390.5)	71,233 (359.8)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,858 (64.1)	3,622 (67.1)	629 (44.9)	1,412 (61.4)	7,521 (62.7)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	805 (27.8)	2,051 (38.0)	171 (12.2)	738 (32.1)	3,765 (31.4)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	3,083 (106.3)	6,471 (119.8)	1,011 (72.2)	1,595 (69.3)	12,160 (101.3)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	16,235 (559.8)	24,466 (453.1)	5,160 (368.6)	12,865 (559.3)	58,726 (489.4)
(6) 水痘[小児科]	1,943 (67.0)	5,416 (100.3)	877 (62.6)	1,831 (79.6)	10,067 (83.9)
(7) 手足口病[小児科]	370 (12.8)	449 (8.3)	151 (10.8)	133 (5.8)	1,103 (9.2)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	71 (2.4)	66 (1.2)	14 (1.0)	35 (1.5)	186 (1.6)
(9) 突発性発しん[小児科]	1,072 (37.0)	2,519 (46.6)	502 (35.9)	964 (41.9)	5,057 (42.1)
(10) 百日咳[小児科]	70 (2.4)	156 (2.9)	2 (0.1)	13 (0.6)	241 (2.0)
(11) 風しん[小児科]	4 (0.1)	1 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.1)	7 (0.1)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	940 (32.4)	2,406 (44.6)	292 (20.9)	513 (22.3)	4,151 (34.6)
(13) 麻しん[小児科]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(14) 流行性耳下腺炎[小児科]	631 (21.8)	3,621 (67.1)	194 (13.9)	526 (22.9)	4,972 (41.4)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	56 (1.9)	160 (3.0)	11 (0.8)	30 (1.3)	257 (2.1)
(16) 急性脳炎[小児科]	1 (0.0)	4 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.0)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	2 (0.1)	5 (0.1)	1 (0.1)	3 (0.1)	11 (0.1)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	31 (1.1)	18 (0.3)	2 (0.1)	4 (0.2)	55 (0.5)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	720 (24.8)	1,027 (19.0)	138 (9.9)	198 (8.6)	2,083 (17.4)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	7 (0.2)	7 (0.1)	3 (0.2)	6 (0.3)	23 (0.2)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	10 (1.4)	9 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.3)	20 (0.8)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	105 (15.0)	462 (38.5)	34 (11.3)	176 (44.0)	777 (29.9)
小 計	41,634	90,074	14,049	36,663	182,420
基幹定点把握対象感染症					
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	1 (0.3)	6 (1.2)	4 (1.3)	18 (4.5)	29 (1.9)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	2 (0.7)	15 (3.0)	16 (5.3)	8 (2.0)	41 (2.7)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	21 (7.0)	57 (11.4)	0 (0.0)	72 (18.0)	150 (10.0)
(4) クラミジア肺炎[基幹]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (2.8)	11 (0.7)
(5) インフルエンザ(入院)	56 (18.7)	136 (27.2)	38 (12.7)	92 (23.0)	322 (21.5)
(6) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	191 (63.7)	150 (30.0)	140 (46.7)	134 (33.5)	615 (41.0)
(7) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	34 (11.3)	1 (0.2)	12 (4.0)	45 (11.3)	92 (6.1)
(8) 薬剤耐性アシネトバクター感染症	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(9) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0 (0.0)	2 (0.4)	1 (0.3)	2 (0.5)	5 (0.3)
小 計	305	367	211	382	1,265
性感染症					
(1) 性器クラミジア感染症	242 <102,140>	815 <519, 296>	161 <30,131>	228 <112,116>	1,446 <763, 683>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	76 <20, 56>	207 <85, 122>	20 <2, 18>	67 <21, 46>	370 <128, 242>
(3) 尖圭コンジローマ	31 <17, 14>	139 <84, 55>	11 <7, 4>	33 <17, 16>	214 <125, 89>
(4) 淋菌感染症	66 <53, 13>	366 <304, 62>	66 <18, 48>	51 <38, 13>	549 <413, 136>
(5) 梅毒(顕性)	0 <0, 0>	9 <5, 4>	0 <0, 0>	2 <2, 0>	11 <7, 4>
(6) 梅毒(潜伏)	1 <0, 1>	1 <1, 0>	1 <0, 1>	4 <3, 1>	7 <4, 3>
小 計	416 <192,224>	1,537 <998, 539>	259 <57,202>	385 <193,192>	2,597 <1440,1157>
合 計	42,355	91,978	14,519	37,430	186,282

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

表2 地域（管轄）別・疾病別年間報告数（平成24年1週～52週）

感染症	北九州市	福岡市	福岡県 (両政令市を除く)	合計
小児科・内科・眼科感染症				
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	11,051 (315.7)	22,542 (442.0)	37,640 (336.1)	71,233 (359.8)
(2) RSウイルス感染症[小児科]	1,532 (63.8)	2,308 (79.6)	3,681 (54.9)	7,521 (62.7)
(3) 咽頭結膜熱[小児科]	655 (27.3)	1,076 (37.1)	2,034 (30.4)	3,765 (31.4)
(4) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	2,261 (94.2)	3,964 (136.7)	5,935 (88.6)	12,160 (101.3)
(5) 感染性胃腸炎[小児科]	13,613 (567.2)	14,011 (483.1)	31,102 (464.2)	58,726 (489.4)
(6) 水痘[小児科]	1,596 (66.5)	2,663 (91.8)	5,808 (86.7)	10,067 (83.9)
(7) 手足口病[小児科]	320 (13.3)	318 (11.0)	465 (6.9)	1,103 (9.2)
(8) 伝染性紅斑[小児科]	58 (2.4)	24 (0.8)	104 (1.6)	186 (1.6)
(9) 突発性発疹[小児科]	827 (34.5)	1,369 (47.2)	2,861 (42.7)	5,057 (42.1)
(10) 百日咳[小児科]	63 (2.6)	123 (4.2)	55 (0.8)	241 (2.0)
(11) 風しん[小児科]	4 (0.2)	0 (0.0)	3 (0.0)	7 (0.1)
(12) ヘルパンギーナ[小児科]	811 (33.8)	1,559 (53.8)	1,781 (26.6)	4,151 (34.6)
(13) 麻しん[小児科]	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(14) 流行性耳下腺炎[小児科]	178 (7.4)	1,647 (56.8)	3,147 (47.0)	4,972 (41.4)
(15) 川崎病(MCLS)[小児科]	55 (2.3)	145 (5.0)	57 (0.9)	257 (2.1)
(16) 急性脳炎[小児科]	1 (0.0)	4 (0.1)	0 (0.0)	5 (0.0)
(17) 細菌性髄膜炎[小児科]	2 (0.1)	5 (0.2)	4 (0.1)	11 (0.1)
(18) 無菌性髄膜炎[小児科]	30 (1.3)	16 (0.6)	9 (0.1)	55 (0.5)
(19) マイコプラズマ肺炎[小児科]	618 (25.8)	451 (15.6)	1,014 (15.1)	2,083 (17.4)
(20) クラミジア肺炎[小児科]	6 (0.3)	1 (0.0)	16 (0.2)	23 (0.2)
(21) 急性出血性結膜炎[眼科]	10 (1.7)	7 (1.0)	3 (0.2)	20 (0.8)
(22) 流行性角結膜炎[眼科]	82 (13.7)	327 (46.7)	368 (28.3)	777 (29.9)
小 計	33,773	52,560	96,087	182,420
基幹定点把握対象感染症				
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	1 (0.5)	6 (3.0)	22 (2.0)	29 (1.9)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	2 (1.0)	15 (7.5)	24 (2.2)	41 (2.7)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	21 (10.5)	57 (28.5)	72 (6.5)	150 (10.0)
(4) クラミジア肺炎[基幹]	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (1.0)	11 (0.7)
(5) インフルエンザ(入院)	54 (27.0)	108 (54.0)	160 (14.5)	322 (21.5)
(6) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	184 (92.0)	90 (45.0)	341 (31.0)	615 (41.0)
(7) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	34 (17.0)	1 (0.5)	57 (5.2)	92 (6.1)
(8) 薬剤耐性アシネトバクター感染症	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
(9) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0 (0.0)	2 (1.0)	3 (0.3)	5 (0.3)
小 計	242	279	690	1,265
性感染症				
(1) 性器クラミジア感染症	218 < 78,140 >	653 < 453, 200 >	575 < 232,343 >	1,446 < 763, 683 >
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	75 < 19, 56 >	142 < 63, 79 >	153 < 46,107 >	370 < 128, 242 >
(3) 尖圭コンジローマ	24 < 11, 13 >	103 < 67, 36 >	87 < 47, 40 >	214 < 125, 89 >
(4) 淋菌感染症	42 < 29, 13 >	319 < 259, 60 >	188 < 125, 63 >	549 < 413, 136 >
(5) 梅毒(顕性)	0 < 0, 0 >	6 < 3, 3 >	5 < 4, 1 >	11 < 7, 4 >
(6) 梅毒(潜伏)	1 < 0, 1 >	1 < 1, 0 >	5 < 3, 2 >	7 < 4, 3 >
小 計	360 < 137,223 >	1,224 < 846,378 >	1,013 < 457,556 >	2,597 < 1440,1157 >
合 計	34,375	54,063	97,790	186,282

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

2) 年齢区分別・疾病別年間報告数

インフルエンザ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	63	198	672	775	994	1207	1211	1054	870	746	629	2121	400	572	872	560	284	199	115	78	13620
福岡	106	490	1731	1868	2419	3186	3254	3133	2687	2405	1984	6376	1172	1203	2180	1480	700	444	210	110	37138
筑豊	26	79	268	359	384	418	389	366	279	235	211	753	134	201	274	115	112	106	78	70	4857
筑後	42	182	631	766	1071	1243	1467	1238	941	876	878	2568	568	580	952	548	370	279	177	241	15618
総数	237	949	3302	3768	4868	6054	6321	5791	4777	4262	3702	11818	2274	2556	4278	2703	1466	1028	580	499	71233

RSウイルス感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	322	446	722	222	96	32	12	3	1	1	0	0	0	1	0	1858
福岡	510	826	1336	534	240	111	40	9	5	1	0	2	1	3	4	3622
筑豊	125	150	218	85	34	11	6	0	0	0	0	0	0	0	0	629
筑後	176	222	500	250	155	73	22	11	1	1	1	0	0	0	0	1412
総数	1133	1644	2776	1091	525	227	80	23	7	3	1	2	1	4	4	7521

咽頭結膜熱

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	4	40	162	102	112	108	82	44	35	32	20	39	3	9	13	805
福岡	10	138	437	251	259	297	234	155	87	56	39	54	4	3	27	2051
筑豊	3	14	33	25	24	22	15	12	5	7	3	5	1	0	2	171
筑後	10	66	184	65	92	91	84	54	27	18	7	27	2	5	6	738
総数	27	258	816	443	487	518	415	265	154	113	69	125	10	17	48	3765

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	1	13	65	165	372	519	474	380	287	239	193	295	16	23	41	3083
福岡	8	30	168	334	644	1003	1046	808	631	495	344	647	43	42	228	6471
筑豊	0	3	18	60	109	189	171	156	108	63	46	71	2	1	14	1011
筑後	4	8	44	106	170	260	299	204	137	83	82	152	5	8	33	1595
総数	13	54	295	665	1295	1971	1990	1548	1163	880	665	1165	66	74	316	12160

感染性胃腸炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	235	1506	2956	1969	1787	1638	1315	976	714	590	444	1120	266	262	457	16235
福岡	267	1868	4054	2962	2704	2700	2239	1512	1105	923	693	2000	345	286	808	24466
筑豊	41	397	791	710	558	515	410	326	284	250	153	353	117	88	167	5160
筑後	164	1002	2383	1688	1453	1354	1073	660	450	386	337	862	199	230	624	12865
総数	707	4773	10184	7329	6502	6207	5037	3474	2553	2149	1627	4335	927	866	2056	58726

水痘

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	36	85	407	401	349	273	177	89	44	25	21	25	4	2	5	1943
福岡	77	263	1046	1002	860	759	602	344	171	108	62	105	6	7	4	5416
筑豊	16	58	181	184	113	143	84	49	20	10	7	8	2	1	1	877
筑後	37	115	423	398	334	211	152	62	28	33	19	13	3	2	1	1831
総数	166	521	2057	1985	1656	1386	1015	544	263	176	109	151	15	12	11	10067

手足口病

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	45	138	64	47	28	21	9	3	7	0	4	0	0	4	370
福岡	1	47	201	85	43	26	16	13	3	8	0	2	0	1	3	449
筑豊	0	20	66	27	24	10	1	1	1	1	0	0	0	0	0	151
筑後	1	14	49	39	8	9	6	2	2	1	0	1	0	0	1	133
総数	2	126	454	215	122	73	44	25	9	17	0	7	0	1	8	1103

伝染性紅斑

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	9	13	4	5	8	6	3	6	5	3	5	1	1	0	71
福岡	0	7	2	11	7	10	7	9	6	1	2	4	0	0	0	66
筑豊	0	2	0	3	2	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	14
筑後	2	3	3	4	3	6	8	1	1	0	1	3	0	0	0	35
総数	4	21	18	22	17	26	22	13	13	7	8	13	1	1	0	186

突発性発しん

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	34	572	435	29	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1072
福岡	61	1250	1065	133	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2519
筑豊	20	250	218	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	502
筑後	23	492	401	47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	964
総数	138	2564	2119	223	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5057

百日咳

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	17	7	7	3	2	5	4	3	0	0	0	10	1	5	6	70
福岡	6	3	0	1	6	5	6	3	2	7	6	30	3	12	66	156
筑豊	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
筑後	3	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	3	0	0	2	13
総数	26	12	7	4	9	10	10	7	2	10	6	43	4	17	74	241

風しん

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

ヘルパンギーナ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	2	84	271	208	133	95	81	31	14	10	7	2	0	1	1	940
福岡	14	200	696	484	372	295	174	67	29	26	21	15	1	4	8	2406
筑豊	5	22	89	57	51	29	18	8	4	3	2	4	0	0	0	292
筑後	3	51	153	100	82	65	29	13	8	1	5	2	1	0	0	513
総数	24	357	1209	849	638	484	302	119	55	40	35	23	2	5	9	4151

麻疹

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

流行性耳下腺炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	3	28	59	68	124	118	68	60	27	26	42	3	2	3	631
福岡	1	13	190	407	541	645	657	410	227	161	116	195	10	20	28	3621
筑豊	0	5	12	19	30	41	32	15	9	10	6	14	1	0	0	194
筑後	0	3	41	75	97	108	68	40	26	12	11	31	3	4	7	526
総数	1	24	271	560	736	918	875	533	322	210	159	282	17	26	38	4972

川崎病(MCLS)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	4	10	19	9	3	2	1	4	0	1	3	0	0	0	0	56
福岡	11	29	45	23	22	13	10	4	0	0	0	2	0	1	0	160
筑豊	0	1	3	4	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
筑後	2	5	10	3	4	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	30
総数	17	45	77	39	31	17	15	9	0	1	3	2	0	1	0	257

急性脳炎[小児科]

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

細菌性髄膜炎[小児科]

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

無菌性髄膜炎[小児科]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	6	1	2	0	4	0	2	5	3	0	3	4	0	0	1	31
福岡	7	0	0	0	0	0	2	4	2	0	1	2	0	0	0	18
筑豊	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
筑後	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
総数	14	1	2	0	5	0	6	9	5	1	5	6	0	0	1	55

マイコプラズマ肺炎[小児科]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	6	31	33	75	93	100	58	67	59	53	117	15	0	13	720
福岡	1	9	97	76	98	138	111	95	78	73	56	133	22	3	37	1027
筑豊	0	3	2	6	17	14	12	17	14	20	7	25	1	0	0	138
筑後	0	0	5	7	11	38	37	23	28	12	7	20	1	4	5	198
総数	1	18	135	122	201	283	260	193	187	164	123	295	39	7	55	2083

クラミジア肺炎[小児科]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	総数
北九州	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	7
福岡	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	7
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
筑後	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	6
総数	0	0	1	0	3	4	3	2	1	2	3	2	1	0	1	23

急性出血性結膜炎

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

流行性角結膜炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	総数
北九州	1	0	2	0	2	1	2	0	1	0	2	7	6	16	24	11	9	14	7	105
福岡	5	4	11	9	7	16	8	7	6	8	4	8	11	82	121	67	28	39	21	462
筑豊	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	2	2	1	1	13	2	7	1	1	34
筑後	0	0	2	0	4	1	4	6	1	4	2	1	17	22	41	15	31	15	10	176
総数	6	4	16	9	15	18	15	13	8	12	10	18	35	121	199	95	75	69	39	777

細菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
筑後	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	6	2	18	
総数	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2	4	6	2	29	

無菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
福岡	7	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	15	
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	6	1	0	1	1	1	2	16
筑後	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	8	
総数	7	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	2	2	6	8	2	0	3	2	3	41	

マイコプラズマ肺炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数	
北九州	0	0	2	1	2	3	5	1	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
福岡	0	0	5	7	4	7	10	3	6	3	1	8	1	1	0	1	0	0	0	0	0	57
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	4	2	2	6	5	4	9	3	5	11	4	5	1	2	2	4	2	1	72	
総数	0	0	11	10	8	16	20	8	16	9	6	22	5	6	1	3	2	4	2	1	150	

クラミジア肺炎[基幹]

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

インフルエンザ(入院)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	6	1	8	9	4	4	4	0	2	1	0	5	3	2	1	0	0	0	3	3	56
福岡	6	2	11	5	4	8	3	4	0	2	0	4	3	2	2	6	7	12	31	24	136
筑豊	0	1	5	3	0	1	0	1	1	3	1	3	2	0	0	0	1	3	2	11	38
筑後	1	4	2	4	4	1	3	2	2	1	2	4	1	0	2	0	3	6	14	36	92
総数	13	8	26	21	12	14	10	7	5	7	3	16	9	4	5	6	11	21	50	74	322

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	16	5	5	5	1	4	2	3	2	0	0	1	1	1	8	9	8	22	43	55	191
福岡	4	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	7	26	39	64	150
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	4	12	5	7	11	13	28	54	140
筑後	4	2	5	0	1	2	0	0	0	1	1	2	2	1	1	3	6	25	31	47	134
総数	24	8	10	8	2	6	2	3	2	1	2	9	7	14	15	23	32	86	141	220	615

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	2	5	9	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	5	3	34
福岡	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
筑豊	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	2	12
筑後	3	1	11	5	6	0	2	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	5	6	45
総数	5	6	22	9	7	0	2	3	1	0	0	1	0	0	2	0	5	5	13	11	92

薬剤耐性アシネトバクター感染症

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

薬剤耐性緑膿菌感染症

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

性器クラミジア感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	11	15	15	23	10	12	6	6	1	3	0	0					102
福岡	0	0	0	0	20	92	125	85	75	52	32	18	12	4	4	0					519
筑豊	0	0	0	0	4	8	6	8	1	0	2	0	1	0	0	0					30
筑後	0	0	0	0	8	32	27	15	5	8	7	5	3	0	1	1					112
総数	0	0	0	0	43	147	173	131	91	72	47	29	17	7	5	1					763

性器クラミジア感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	23	44	38	18	7	5	1	3	0	0	0	1					140
福岡	0	0	0	0	46	101	64	46	23	11	4	1	0	0	0	0					296
筑豊	0	0	0	1	31	25	34	21	7	4	4	2	2	0	0	0					131
筑後	0	0	0	0	25	44	31	10	4	1	1	0	0	0	0	0					116
総数	0	0	0	1	125	214	167	95	41	21	10	6	2	0	0	1					683

性器ヘルペスウイルス感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	2	2	4	2	1	3	1	2	2	1	0	0					20
福岡	0	0	0	0	1	11	13	15	13	14	5	4	3	2	1	3					85
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0					2
筑後	0	0	0	0	1	2	5	1	3	0	2	1	3	1	2	0					21
総数	0	0	0	0	4	15	22	18	18	18	8	7	8	4	3	3					128

性器ヘルペスウイルス感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	3	10	12	4	5	6	4	3	2	2	2	3					56
福岡	0	0	0	0	7	35	26	16	10	6	6	3	1	6	2	4					122
筑豊	0	0	0	0	4	2	2	2	2	2	0	0	1	0	2	3					18
筑後	0	0	0	0	2	10	8	15	1	4	0	1	2	0	1	2					46
総数	0	0	0	0	12	59	48	37	18	18	10	7	6	8	7	12					242

尖圭コンジローマ(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	1	0	3	7	1	2	0	0	1	2	0	0					17
福岡	0	0	0	0	2	10	14	9	15	14	7	2	4	6	1	0					84
筑豊	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1					7
筑後	0	0	0	0	3	2	2	4	4	2	0	0	0	0	0	0					17
総数	0	0	0	0	8	12	19	21	22	18	8	2	5	8	1	1					125

尖圭コンジローマ(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	2	4	3	2	1	0	0	0	0	1	0	1					14
福岡	0	0	0	0	9	14	18	8	2	1	0	1	0	0	0	2					55
筑豊	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0					4
筑後	0	0	0	0	2	6	5	0	2	0	1	0	0	0	0	0					16
総数	0	0	0	0	13	26	28	10	5	1	1	1	0	1	0	3					89

淋菌感染症(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	4	15	14	10	4	0	3	2	0	1	0	0					53
福岡	0	0	0	0	18	60	77	54	31	35	13	8	5	1	2	0					304
筑豊	0	0	0	0	7	2	2	3	2	1	0	0	1	0	0	0					18
筑後	0	0	0	0	4	15	11	3	2	3	0	0	0	0	0	0					38
総数	0	0	0	0	33	92	104	70	39	39	16	10	6	2	2	0					413

淋菌感染症(女)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	0	6	1	2	2	1	0	1	0	0	0	0					13
福岡	0	0	0	0	7	23	13	10	6	1	0	2	0	0	0	0					62
筑豊	0	0	0	0	12	8	12	8	2	1	2	1	1	0	1	0					48
筑後	0	0	0	1	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					13
総数	0	0	0	1	27	41	26	20	10	3	2	4	1	0	1	0					136

梅毒(男)

ブロック	0歳	1～	5～	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～	65～	70～					総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0					6
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1					5
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	3	0	1	0	1					11

梅毒(女)

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

3) 週別・疾病別年間報告数

平成24年（その1）

	(1)インフルエンザ		(2)RSウイルス感染症		(3)咽頭結核熱		(4)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		(5)感染性胃腸炎		(6)水痘		(7)手足口病		(8)伝染性紅斑	
	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	71233	359.76	7521	62.68	3765	31.38	12160	101.33	58726	489.38	10067	83.89	1103	9.19	186	1.55
1週	487	2.46	126	1.05	68	0.57	184	1.53	952	7.93	372	3.10	4	0.03	14	0.12
2週	1016	5.13	87	0.73	63	0.53	292	2.43	1336	11.13	276	2.30	5	0.04	16	0.13
3週	3412	17.23	113	0.94	69	0.58	416	3.47	1604	13.37	242	2.02	9	0.08	16	0.13
4週	6324	31.94	166	1.38	80	0.67	374	3.12	1403	11.69	288	2.40	9	0.08	5	0.04
5週	8449	42.67	149	1.24	72	0.60	350	2.92	1303	10.86	252	2.10	2	0.02	4	0.03
6週	9562	48.29	136	1.13	72	0.60	367	3.06	1258	10.48	195	1.63	8	0.07	3	0.03
7週	8654	43.71	145	1.21	72	0.60	318	2.65	1342	11.18	263	2.19	5	0.04	6	0.05
8週	6685	33.76	111	0.93	72	0.60	380	3.17	1331	11.09	252	2.10	2	0.02	13	0.11
9週	4941	24.95	113	0.94	79	0.66	404	3.37	1417	11.81	254	2.12	4	0.03	4	0.03
10週	4105	20.73	119	0.99	65	0.54	423	3.53	1492	12.43	276	2.30	9	0.08	7	0.06
11週	3244	16.38	116	0.97	73	0.61	352	2.93	1590	13.25	278	2.32	2	0.02	6	0.05
12週	2860	14.44	96	0.80	56	0.47	318	2.65	1512	12.60	276	2.30	1	0.01	3	0.03
13週	2286	11.55	75	0.63	68	0.57	258	2.15	1528	12.73	226	1.88	1	0.01	7	0.06
14週	1455	7.35	62	0.52	56	0.47	230	1.92	1539	12.83	220	1.83	0	0.00	4	0.03
15週	1664	8.40	51	0.43	67	0.56	227	1.89	1708	14.23	203	1.69	4	0.03	4	0.03
16週	1614	8.15	77	0.64	53	0.44	270	2.25	1538	12.82	221	1.84	5	0.04	2	0.02
17週	1025	5.18	59	0.49	67	0.56	302	2.52	1250	10.42	204	1.70	5	0.04	4	0.03
18週	434	2.19	30	0.25	40	0.33	159	1.33	660	5.42	149	1.24	2	0.02	3	0.03
19週	281	1.42	23	0.19	81	0.68	257	2.14	862	7.18	319	2.66	3	0.03	4	0.03
20週	156	0.79	32	0.27	86	0.72	329	2.74	977	8.14	226	1.88	6	0.05	1	0.01
21週	90	0.45	54	0.45	101	0.84	314	2.62	1035	8.63	235	1.96	10	0.08	7	0.06
22週	77	0.39	40	0.33	122	1.02	355	2.96	906	7.55	272	2.27	15	0.13	1	0.01
23週	46	0.23	24	0.20	110	0.92	365	3.04	838	6.98	238	1.98	15	0.13	4	0.03
24週	9	0.05	18	0.15	123	1.03	259	2.16	699	5.83	214	1.78	18	0.15	3	0.03
25週	15	0.08	14	0.12	113	0.94	297	2.48	738	6.15	179	1.49	21	0.18	4	0.03
26週	11	0.06	18	0.15	113	0.94	252	2.10	705	5.88	156	1.30	14	0.12	3	0.03
27週	15	0.08	25	0.21	102	0.85	179	1.49	742	6.18	151	1.26	17	0.14	1	0.01
28週	19	0.10	21	0.18	81	0.68	168	1.40	574	4.78	128	1.07	26	0.22	2	0.02
29週	14	0.07	38	0.32	56	0.47	129	1.08	545	4.54	95	0.79	28	0.23	3	0.03
30週	26	0.13	87	0.73	51	0.43	108	0.90	559	4.66	111	0.93	19	0.16	2	0.02
31週	9	0.05	124	1.03	60	0.50	108	0.90	594	4.95	89	0.74	15	0.13	4	0.03
32週	13	0.07	191	1.59	79	0.66	93	0.78	458	3.82	90	0.75	23	0.19	1	0.01
33週	6	0.03	180	1.50	45	0.38	50	0.42	358	2.98	63	0.53	6	0.05	0	0.00
34週	7	0.04	255	2.13	58	0.48	84	0.70	538	4.48	72	0.60	12	0.10	4	0.03
35週	8	0.04	433	3.61	87	0.73	77	0.64	619	4.33	69	0.58	9	0.08	0	0.00
36週	11	0.06	504	4.20	67	0.56	127	1.06	566	4.72	42	0.35	22	0.18	0	0.00
37週	15	0.08	661	5.51	55	0.46	84	0.70	568	4.73	68	0.57	22	0.18	1	0.01
38週	11	0.06	568	4.73	44	0.37	439	3.66	51	0.43	51	0.43	27	0.23	0	0.00
39週	3	0.02	500	4.17	34	0.28	115	0.96	520	4.33	58	0.48	34	0.28	2	0.02
40週	9	0.05	477	3.98	30	0.25	120	1.00	551	4.59	67	0.56	28	0.23	1	0.01
41週	8	0.04	255	2.13	27	0.23	95	0.79	567	4.73	85	0.71	29	0.24	3	0.03
42週	4	0.02	231	1.93	50	0.42	132	1.10	892	7.43	84	0.70	27	0.23	0	0.00
43週	11	0.06	202	1.68	40	0.33	133	1.11	1318	10.98	113	0.94	25	0.21	2	0.02
44週	3	0.02	117	0.98	38	0.32	124	1.03	1599	13.33	115	0.96	40	0.33	0	0.00
45週	32	0.16	115	0.96	51	0.43	212	1.77	2146	17.88	156	1.30	47	0.39	3	0.03
46週	23	0.12	89	0.74	54	0.45	194	1.62	2403	20.03	188	1.57	35	0.29	4	0.03
47週	23	0.12	48	0.40	67	0.56	223	1.86	1993	16.61	205	1.71	37	0.31	1	0.01
48週	55	0.28	60	0.50	87	0.73	2316	2.23	2316	19.30	255	2.13	40	0.33	1	0.01
49週	103	0.52	59	0.49	114	0.95	271	2.26	1960	16.33	288	2.40	62	0.52	0	0.00
50週	253	1.28	58	0.48	128	1.07	246	2.05	1808	15.07	356	2.97	81	0.68	1	0.01
51週	658	3.32	77	0.64	115	0.96	295	2.46	1574	13.12	396	3.30	84	0.70	1	0.01
52週	992	5.01	92	0.77	104	0.87	200	1.67	1106	9.22	386	3.22	129	1.08	1	0.01

平成24年（その2）

	(9)突発性発疹		(10)百日咳		(11)風しん		(12)ヘルパンギーナ		(13)麻疹		(14)流行性耳下腺炎		(15)川崎病(MCLS)		(16)急性脳炎 [小児科]	
	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	5057	42.14	241	2.01	7	0.06	4151	34.59	0	0.00	4972	41.43	257	2.14	5	0.04
1:週	72	0.60	3	0.03	0	0.00	3	0.03	0	0.00	134	1.12	3	0.03	0	0.00
2:週	102	0.85	4	0.03	0	0.00	1	0.01	0	0.00	119	0.99	5	0.04	0	0.00
3:週	96	0.80	1	0.01	0	0.00	4	0.03	0	0.00	103	0.86	6	0.05	0	0.00
4:週	75	0.63	3	0.03	0	0.00	2	0.02	0	0.00	106	0.88	6	0.05	0	0.00
5:週	76	0.63	3	0.03	0	0.00	3	0.03	0	0.00	95	0.79	9	0.08	0	0.00
6:週	90	0.75	0	0.00	0	0.00	3	0.03	0	0.00	93	0.78	6	0.05	0	0.00
7:週	92	0.77	1	0.01	0	0.00	6	0.05	0	0.00	108	0.90	3	0.03	0	0.00
8:週	97	0.81	1	0.01	0	0.00	0	0.00	0	0.00	102	0.85	11	0.09	0	0.00
9:週	96	0.80	4	0.03	0	0.00	3	0.03	0	0.00	91	0.76	9	0.08	1	0.01
10:週	79	0.66	3	0.03	0	0.00	7	0.06	0	0.00	130	1.08	7	0.06	1	0.01
11:週	82	0.68	6	0.05	0	0.00	5	0.04	0	0.00	95	0.79	2	0.02	0	0.00
12:週	81	0.68	1	0.01	0	0.00	5	0.04	0	0.00	106	0.88	4	0.03	0	0.00
13:週	89	0.74	4	0.03	0	0.00	6	0.05	0	0.00	118	0.98	5	0.04	0	0.00
14:週	97	0.81	7	0.06	0	0.00	7	0.06	0	0.00	105	0.88	5	0.04	0	0.00
15:週	93	0.78	6	0.05	0	0.00	4	0.03	0	0.00	105	0.88	1	0.01	1	0.01
16:週	104	0.87	6	0.05	0	0.00	15	0.13	0	0.00	111	0.93	8	0.07	0	0.00
17:週	103	0.86	4	0.03	0	0.00	19	0.16	0	0.00	106	0.88	2	0.02	0	0.00
18:週	43	0.36	2	0.02	0	0.00	10	0.08	0	0.00	84	0.70	3	0.03	0	0.00
19:週	95	0.79	10	0.08	0	0.00	16	0.13	0	0.00	126	1.05	3	0.03	0	0.00
20:週	101	0.84	5	0.04	0	0.00	37	0.31	0	0.00	96	0.80	4	0.03	0	0.00
21:週	101	0.84	5	0.04	0	0.00	71	0.59	0	0.00	104	0.87	2	0.02	0	0.00
22:週	135	1.13	3	0.03	0	0.00	104	0.87	0	0.00	110	0.92	2	0.02	0	0.00
23:週	120	1.00	6	0.05	0	0.00	147	1.23	0	0.00	103	0.86	5	0.04	0	0.00
24:週	120	1.00	9	0.08	1	0.01	223	1.86	0	0.00	106	0.88	6	0.05	0	0.00
25:週	131	1.09	4	0.03	0	0.00	319	2.66	0	0.00	127	1.06	3	0.03	0	0.00
26:週	103	0.86	5	0.04	2	0.02	383	3.19	0	0.00	118	0.98	2	0.02	0	0.00
27:週	110	0.92	5	0.04	0	0.00	530	4.42	0	0.00	111	0.93	4	0.03	0	0.00
28:週	101	0.84	11	0.09	1	0.01	520	4.33	0	0.00	114	0.95	6	0.05	0	0.00
29:週	99	0.83	1	0.01	0	0.00	429	3.58	0	0.00	95	0.79	4	0.03	0	0.00
30:週	104	0.87	3	0.03	0	0.00	329	2.74	0	0.00	127	1.06	9	0.08	0	0.00
31:週	113	0.94	3	0.03	0	0.00	272	2.27	0	0.00	102	0.85	1	0.01	0	0.00
32:週	91	0.76	9	0.08	0	0.00	149	1.24	0	0.00	91	0.76	2	0.02	0	0.00
33:週	63	0.53	4	0.03	2	0.02	72	0.60	0	0.00	53	0.44	4	0.03	0	0.00
34:週	105	0.88	5	0.04	0	0.00	83	0.69	0	0.00	79	0.66	1	0.01	0	0.00
35:週	129	1.08	4	0.03	0	0.00	53	0.44	0	0.00	85	0.71	6	0.05	0	0.00
36:週	126	1.05	13	0.11	1	0.01	62	0.52	0	0.00	66	0.55	4	0.03	0	0.00
37:週	97	0.81	5	0.04	0	0.00	60	0.50	0	0.00	75	0.63	12	0.10	0	0.00
38:週	103	0.86	3	0.03	0	0.00	39	0.33	0	0.00	52	0.43	5	0.04	0	0.00
39:週	107	0.89	6	0.05	0	0.00	28	0.23	0	0.00	100	0.83	8	0.07	0	0.00
40:週	105	0.88	3	0.03	0	0.00	28	0.23	0	0.00	98	0.82	5	0.04	0	0.00
41:週	95	0.79	2	0.02	0	0.00	12	0.10	0	0.00	70	0.58	5	0.04	0	0.00
42:週	99	0.83	4	0.03	0	0.00	5	0.04	0	0.00	98	0.82	11	0.09	0	0.00
43:週	122	1.02	4	0.03	0	0.00	10	0.08	0	0.00	61	0.51	4	0.03	0	0.00
44:週	88	0.73	4	0.03	0	0.00	10	0.08	0	0.00	66	0.55	6	0.05	0	0.00
45:週	103	0.86	5	0.04	0	0.00	6	0.05	0	0.00	72	0.60	4	0.03	0	0.00
46:週	90	0.75	10	0.08	0	0.00	13	0.11	0	0.00	69	0.58	1	0.01	0	0.00
47:週	94	0.78	14	0.12	0	0.00	5	0.04	0	0.00	75	0.63	2	0.02	0	0.00
48:週	87	0.73	3	0.03	0	0.00	8	0.07	0	0.00	91	0.76	3	0.03	1	0.01
49:週	98	0.82	5	0.04	0	0.00	5	0.04	0	0.00	75	0.63	5	0.04	1	0.01
50:週	91	0.76	1	0.01	0	0.00	2	0.02	0	0.00	69	0.58	9	0.08	0	0.00
51:週	76	0.63	3	0.03	0	0.00	10	0.08	0	0.00	105	0.88	4	0.03	0	0.00
52:週	88	0.73	5	0.04	0	0.00	8	0.07	0	0.00	72	0.60	10	0.08	0	0.00

平成24年（その3）

	(17)細菌性髄膜炎 【小児科】		(18)無菌性髄膜炎 【小児科】		(19)マイコプラズマ 肺炎【小児科】		(20)クラミジア肺炎 【小児科】		(21)急性出血性結膜炎		(22)流行性角結膜炎	
	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり
総数	11	0.09	55	0.46	2083	17.36	23	0.19	20	0.77	777	29.88
1週	0	0.00	1	0.01	74	0.62	0	0.00	0	0.00	15	0.58
2週	0	0.00	0	0.00	62	0.52	0	0.00	0	0.00	24	0.92
3週	0	0.00	0	0.00	66	0.55	0	0.00	2	0.08	17	0.65
4週	0	0.00	0	0.00	69	0.58	0	0.00	0	0.00	19	0.73
5週	1	0.01	0	0.00	48	0.40	0	0.00	2	0.08	18	0.69
6週	0	0.00	2	0.02	57	0.48	0	0.00	1	0.04	19	0.73
7週	1	0.01	0	0.00	59	0.49	2	0.02	2	0.08	23	0.88
8週	0	0.00	1	0.01	53	0.44	0	0.00	0	0.00	19	0.73
9週	0	0.00	0	0.00	59	0.49	0	0.00	2	0.08	26	1.00
10週	1	0.01	0	0.00	67	0.56	0	0.00	2	0.08	11	0.42
11週	0	0.00	1	0.01	53	0.44	0	0.00	0	0.00	18	0.69
12週	2	0.02	2	0.02	47	0.39	0	0.00	1	0.04	18	0.69
13週	1	0.01	1	0.01	54	0.45	0	0.00	0	0.00	14	0.54
14週	0	0.00	2	0.02	47	0.39	0	0.00	0	0.00	12	0.46
15週	0	0.00	0	0.00	37	0.31	0	0.00	0	0.00	12	0.46
16週	0	0.00	0	0.00	41	0.34	1	0.01	0	0.00	16	0.62
17週	0	0.00	0	0.00	28	0.23	0	0.00	0	0.00	15	0.58
18週	0	0.00	0	0.00	8	0.07	0	0.00	0	0.00	6	0.23
19週	0	0.00	0	0.00	36	0.30	1	0.01	0	0.00	21	0.81
20週	0	0.00	0	0.00	21	0.18	0	0.00	0	0.00	21	0.81
21週	0	0.00	0	0.00	45	0.38	0	0.00	0	0.00	14	0.54
22週	0	0.00	1	0.01	29	0.24	0	0.00	2	0.08	15	0.58
23週	1	0.01	1	0.01	39	0.33	0	0.00	0	0.00	10	0.38
24週	0	0.00	0	0.00	34	0.28	0	0.00	0	0.00	6	0.23
25週	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	1	0.04	14	0.54
26週	1	0.01	2	0.02	38	0.32	1	0.01	0	0.00	25	0.96
27週	0	0.00	1	0.01	37	0.31	1	0.01	0	0.00	20	0.77
28週	0	0.00	4	0.03	26	0.22	2	0.02	0	0.00	16	0.62
29週	0	0.00	6	0.05	30	0.25	1	0.01	1	0.04	13	0.50
30週	0	0.00	4	0.03	27	0.23	0	0.00	0	0.00	19	0.73
31週	0	0.00	4	0.03	43	0.36	0	0.00	0	0.00	16	0.62
32週	0	0.00	2	0.02	43	0.36	1	0.01	0	0.00	15	0.58
33週	0	0.00	2	0.02	25	0.21	1	0.01	0	0.00	8	0.31
34週	0	0.00	4	0.03	39	0.33	0	0.00	0	0.00	13	0.50
35週	1	0.01	2	0.02	24	0.20	0	0.00	1	0.04	9	0.35
36週	0	0.00	0	0.00	37	0.31	0	0.00	0	0.00	8	0.31
37週	0	0.00	2	0.02	29	0.24	0	0.00	0	0.00	25	0.96
38週	0	0.00	0	0.00	35	0.29	1	0.01	0	0.00	10	0.38
39週	0	0.00	1	0.01	53	0.44	2	0.02	0	0.00	15	0.58
40週	0	0.00	1	0.01	38	0.32	0	0.00	0	0.00	8	0.31
41週	0	0.00	2	0.02	38	0.32	0	0.00	0	0.00	8	0.31
42週	0	0.00	2	0.02	53	0.44	0	0.00	1	0.04	14	0.54
43週	1	0.01	1	0.01	37	0.31	1	0.01	0	0.00	10	0.38
44週	1	0.01	0	0.00	33	0.28	0	0.00	0	0.00	7	0.27
45週	0	0.00	1	0.01	43	0.36	0	0.00	0	0.00	11	0.42
46週	0	0.00	0	0.00	38	0.32	1	0.01	0	0.00	12	0.46
47週	0	0.00	0	0.00	19	0.16	2	0.02	0	0.00	12	0.46
48週	0	0.00	0	0.00	39	0.33	1	0.01	0	0.00	14	0.54
49週	0	0.00	0	0.00	24	0.20	1	0.01	0	0.00	12	0.46
50週	0	0.00	0	0.00	33	0.28	2	0.02	1	0.04	18	0.69
51週	0	0.00	2	0.02	29	0.24	0	0.00	0	0.00	21	0.81
52週	0	0.00	0	0.00	17	0.14	1	0.01	0	0.00	15	0.58

4) 性別・疾病別年間報告数および男女比

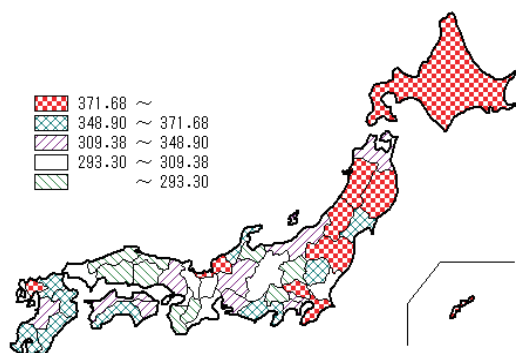
表 性別・疾病別患者報告数および男女比 (平成24年)

疾病名	報告数		男女比(男/女)
	男	女	
インフルエンザ	35,833	35,400	1.01
	総数	71,233	
RSウイルス感染症	4,036	3,485	1.16
	総数	7,521	
咽頭結膜炎	2,045	1,720	1.19
	総数	3,765	
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	6,460	5,700	1.13
	総数	12,160	
感染性胃腸炎	30,663	28,063	1.09
	総数	58,726	
水痘	5,205	4,862	1.07
	総数	10,067	
手足口病	602	501	1.20
	総数	1,103	
伝染性紅斑	85	101	0.84
	総数	186	
突発性発しん	2,660	2,397	1.11
	総数	5,057	
百日咳	110	131	0.84
	総数	241	
風しん	6	1	6.00
	総数	7	
ヘルパンギーナ	2,126	2,025	1.05
	総数	4,151	
麻疹	0	0	-
	総数	0	
流行性耳下腺炎	2,713	2,259	1.20
	総数	4,972	
川崎病 (MCLS)	143	114	1.25
	総数	257	
急性脳炎[小児科]	3	2	1.50
	総数	5	
細菌性髄膜炎[小児科]	5	6	0.83
	総数	11	
無菌性髄膜炎[小児科]	37	18	2.06
	総数	55	
マイコプラズマ肺炎[小児科]	978	1,105	0.89
	総数	2,083	
クラミジア肺炎[小児科]	11	12	0.92
	総数	23	
急性出血性結膜炎	4	16	0.25
	総数	20	
流行性角結膜炎	415	362	1.15
	総数	777	
性器クラミジア感染症	763	683	1.12
	総数	1,446	
性器ヘルペスウイルス感染症	128	242	0.53
	総数	370	
尖圭コンジローマ	125	89	1.40
	総数	214	
淋菌感染症	413	136	3.04
	総数	549	
梅毒(顕性)	7	4	1.75
	総数	11	
梅毒(潜伏)	4	3	1.33
	総数	7	
梅毒	11	7	1.57
	総数	18	
細菌性髄膜炎[基幹]	18	18	0.61
	総数	29	
無菌性髄膜炎[基幹]	22	19	1.16
	総数	41	
マイコプラズマ肺炎[基幹]	77	73	1.05
	総数	150	
クラミジア肺炎(オウム病を除く)[基幹]	6	5	1.20
	総数	11	
インフルエンザ(入院)[基幹]	160	162	0.99
	総数	322	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症[基幹]	387	228	1.70
	総数	615	
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症[基幹]	48	44	1.09
	総数	92	
葉緑耐性アシネトバクター感染症[基幹]	0	0	-
	総数	0	
葉緑耐性緑膿菌感染症[基幹]	1	4	0.25
	総数	5	

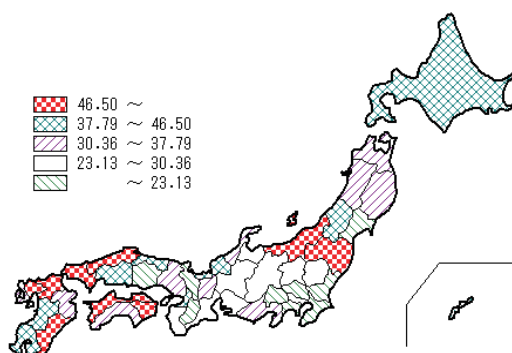
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（平成24年）

（1 定点当たり患者報告数）

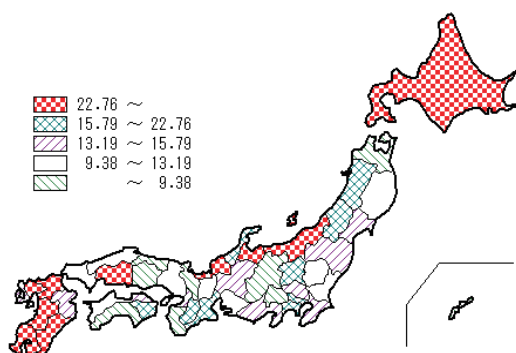
インフルエンザ



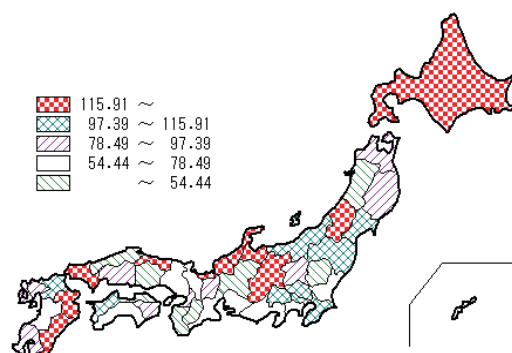
RSウイルス感染症



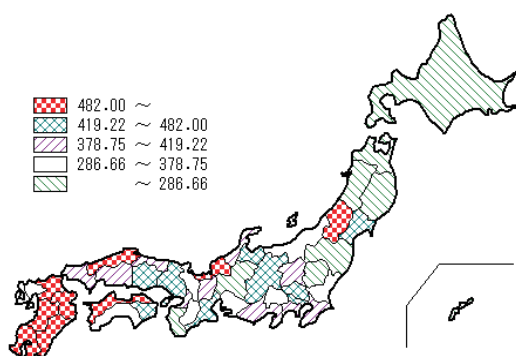
咽頭結膜熱



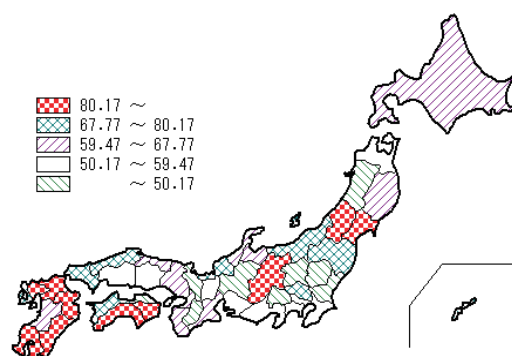
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



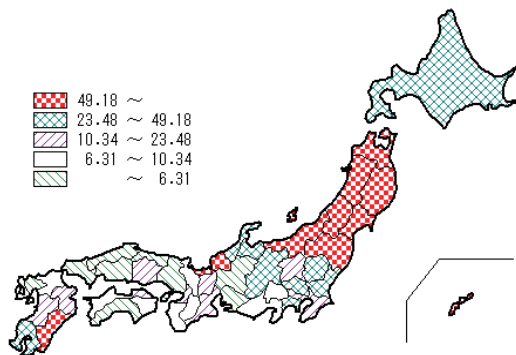
感染性胃腸炎



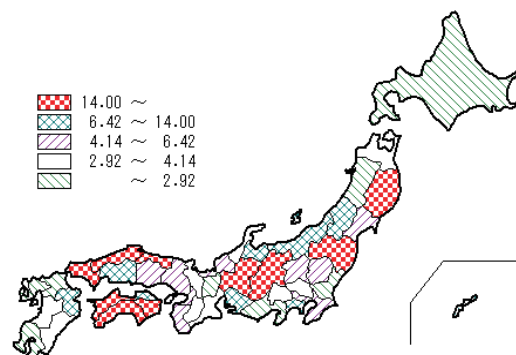
水痘



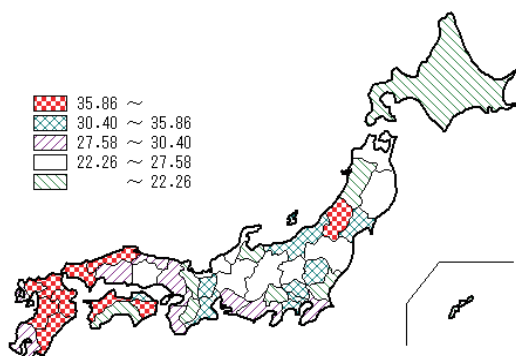
手足口病



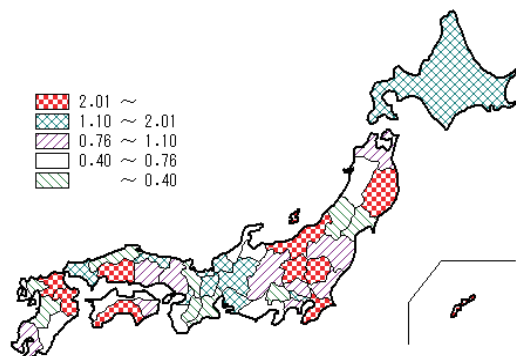
伝染性紅斑



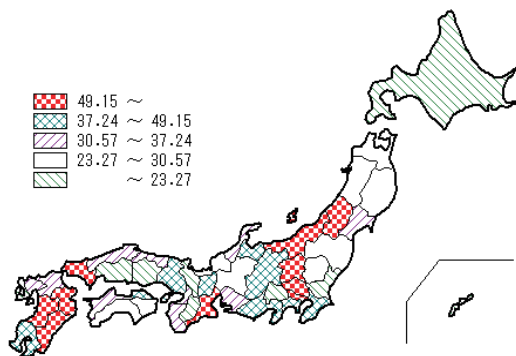
突発性発しん



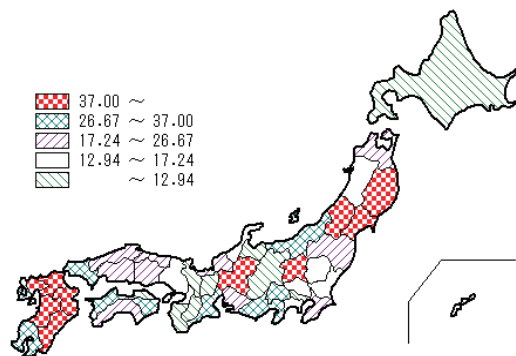
百日咳



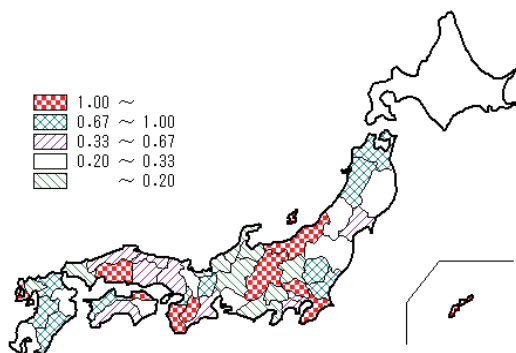
ヘルパンギーナ



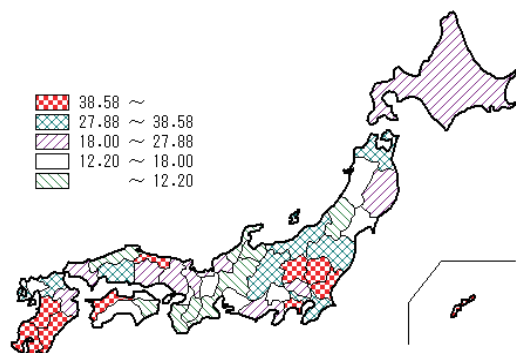
流行性耳下腺炎



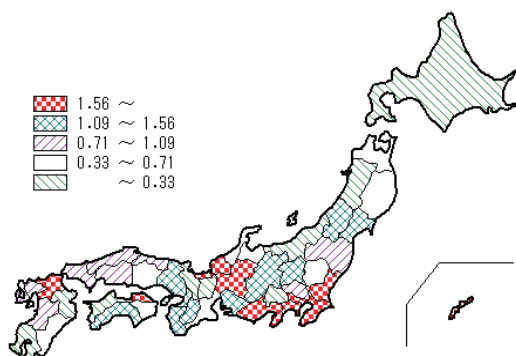
急性出血性結膜炎



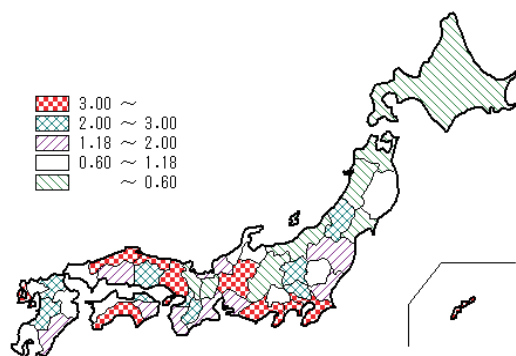
流行性角結膜炎



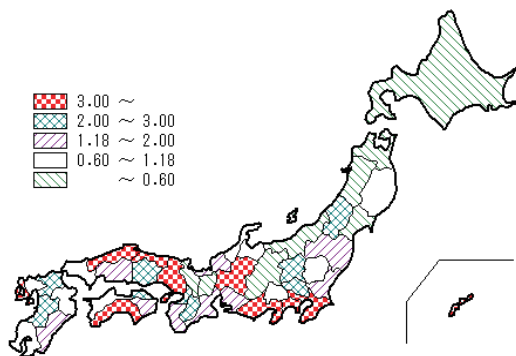
細菌性髄膜炎[基幹]



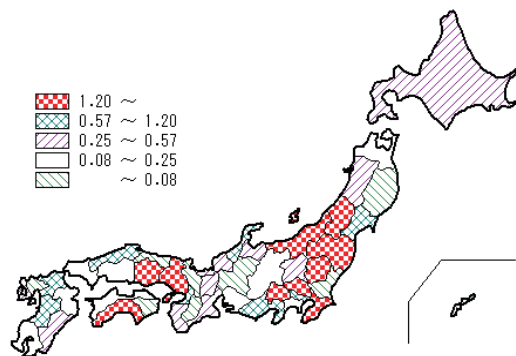
無菌性髄膜炎[基幹]



マイコプラズマ肺炎[基幹]



クラミジア肺炎[基幹]



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

福岡県医第135号(地)
 平成24年 4月11日

各感染症対策主管課長
 各 医 師 会 長 殿
 定点観測医療機関長

福 岡 県 医 師 会
 会 長 松 田 峻 一 良

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 週報 平成24年—第14週 (H24.4.2~H24.4.8)

※ 福岡県医師会ホームページ <http://www.fukuokamed.or.jp> の感染症情報欄にも掲載されていますのでご参照下さい。

病 名	報告数	前週比	主な増加地区等	1 定点当たりの患者数	
				福岡県	全 国
インフルエンザ	1445	63%	福岡649、筑後511	7.30	10.15
RSウイルス感染症	62	83%	福岡20、筑後19	0.52	0.26
咽頭結核熱	56	82%	福岡23、北九州18	0.47	0.21
A群溶レン菌咽頭炎	230	89%	福岡118、北九州71	1.92	1.69
感染性胃腸炎	1539	101%	福岡602、北九州507	12.83	7.06
水痘	220	97%	福岡107、北九州47	1.83	1.24
手足口病	0	-1		0.00	0.08
伝染性紅斑	4	-3	筑後2、北九州1	0.03	0.16
突発性発しん	97	109%	福岡57、北九州19	0.81	0.50
百日咳	7	+3	福岡6、北九州1	0.06	0.02
風しん	0	±0		0.00	
ヘルパンギーナ	7	+1	北九州3、筑豊2	0.06	0.02
麻しん	0	±0		0.00	
流行性耳下腺炎	105	89%	福岡80、北九州12	0.88	0.49
川崎病 (MCLS)	5	±0	福岡3、筑後1	0.04	
マイコプラズマ肺炎	47	87%	福岡27、北九州14	0.39	0.71
クラミジア肺炎	0	±0		0.00	0.03
細菌性髄膜炎	0	-1		0.00	0.02
無菌性髄膜炎	2	+1	福岡2	0.02	0.03
急性髄炎	0	±0		0.00	
急性出血性結膜炎	0	±0		0.00	0.01
流行性角結膜炎	10	-4	福岡7、北九州2、	0.38	0.45
性器クラミジア感染症	33	+9	福岡17、北九州9	0.89	
性器ヘルペス	8	±0	福岡6、筑後2	0.22	
尖圭コンジローマ	5	+2	福岡4、北九州1	0.14	
淋菌感染症	10	+4	福岡7、筑豊2	0.27	
梅毒	0	±0		0.00	

全国情報も平成24年13週分です。全国情報ではマイコプラズマ肺炎330、クラミジア肺炎13例、平成24年第13週までの累積数は、急性灰白髄炎0、結核6556、コレラ1、細菌性赤痢72(県内0)、腸管出血性大腸菌感染症157(今週16、県内31)、腸チフス8、パラチフス4、E型肝炎38、A型肝炎31(県内1)、オウム病1、チクングニア熱0、つつが虫病61、デング熱36(県内0)、日本紅斑熱0、日本脳炎0、マラリア11、レジオネラ症153、アメーバ赤痢201、ウイルス性肝炎45(県内4)、急性髄炎144(県内4)、クロイツフェルト・ヤコブ病44、劇症型溶レン菌感染症75、後天性免疫不全症候群316(県内8)、髄膜炎細菌性髄膜炎4、先天性風しん症候群0、梅毒187(県内6)、風しん107(今週11、県内4)、麻しん94(今週7、県内0)例、1類感染症の報告はあり。

▽ インフルエンザは今週1445例、定点当たり7.30と8週連続減少中で各地区減少です。キットではB型がさらに増加しています。感染性胃腸炎ではロタウイルスの報告が非常に多くなっています。その他の疾患はほとんど横ばい・減少ですが、新年度開始で集団生活による感染症の発生・拡大にご注意下さい。

※ インフルエンザ:10週前より6324→8449→9562→8654→6685→4941→4105→3244→2860→2286→1445(20歳以上23.6%)と8週連続減少。北九州201(前週253)、福岡649(1151)、筑豊84(110)、筑後511(772)と各地区減少。全国(13週)は定点当たり10.2(前週14.2)と8週連続減少、全国では定点当たり2.5-25.1。

○年齢分布:今週は0-4歳33.5%(昨年25.4%)、5-9歳28.3(35.7)、10-14歳10.7(16.6)、15-19歳4.0(3.4)、20歳代5.6(5.7)、30歳代7.7(6.1)、40歳代3.6(3.3)、50歳以上6.9(3.8)。

○キット陽性:小倉南区ひらの子どもクリニック1人A+、7人B+、小倉南区そお小児科1人A+、2人B+、小倉南区佐藤子どもクリニックの2人A+、10人B+、小倉南区さしだ小児科5人B+、前週分4人B+、小倉南区ひらのサンタキッズクリニック1人A+(今期A+2回目)、6人B+(今期A+B+3人)、小倉南区東和病院1人A+、1人B+、北九州市立医療センター小児科1人B+、小倉北区よしだ小児科5人B+、小倉北区田中子どもクリニック7人B+、小倉北区松井病院1人A+、2人B+、北九州市立第2急患センター3人A+、19人B+、八幡西区みやけクリニック2人B+(ワクチン1回1人)、八幡西区ともなが小児科5人A+、16人B+;(ワクチン2回7人、1回3人)、八幡西区たけいらく小児科2人A+、2人B+;(ワクチン2回1人2、1回1人)、八幡西区のむらクリニック1人A+、2人B+(ワクチン済2人)、八幡西区こがねまるクリニック1人A+、1人B+(ワクチン2回)、八幡西区二階堂クリニック2人B+、戸畑区大原小児科1人A+、5人B+、若松区あまもと小児科10人B+(ワクチン1回4人)、若松区つだ子どもクリニック4人B+、若松区松島医院2人B+、岡垣町田中ひろし小児科5人B+、水巻町つだ小児科13人B+、行橋市高尾医院2人B+、行橋市みやげ子どもクリニック4人B+(ワクチン2回1人)、豊前市まえた小児科9人B+、上毛町野中内科2人B+、吉富町東病院31人B+、東区まえた子ども医院3人A+(ワクチン1回1人)、8人B+(ワクチン2回1人)、東区さかもと小児科1人A+(ワクチン2回1人)、10人B+(ワクチン2回3人、1回1人)、東区もりやす小児科1人B+、東区あおぞらクリニック8人B+(ワクチン1回1人)、東区なんり小児科6人B+(ワクチン2回1人、1回2人)、東区荒木小児科1人A+、13人B+、東区うへの内科3人B+(ワクチン済1人)、東区増田内科小児科2人B+(今期A+B+1人;ワクチン1回2人)、博多区梅野医院10人B+、博多区中尾小児科4人B+、博多区高岸小児科9人B+(ワクチン2回1人)、博多区石橋医院2人B+、博多区大西医院2人B+(ワクチン1回1人)、中央区まつざき小児科2人B+、中央区後藤小児科2人B+、福岡市立子ども病院1人A+、1人B+、中央区三宅内科1人A+、2人B+(ワクチン済1人)、中央区平田内科胃腸科4人B+、中央区梶山医院3人B+、南区福岡病院小児科17人B+、南区やまひ小児科6人B+、南区くろかわみちこ小児科1人A+(ワクチン済)、14人B+(ワクチン済10人)、南区諸岡小児科2人A+、16人B+;(ワクチン2回3人、1回1人)、南区井上小児科8人B+、南区長住医院1人A+、3人B+、南区小林医院1人B+、南区徳永内科1人A+、6人B+、城南区内田子どもクリニック19人B+、城南区しんどう小児科10人B+(ワクチン2回4人、1回2人)、城南区井上四郎小児科1人A+、14人B+(ワクチン2回4人、1回1人)、早良区松本小児科14人B+、早良区岡田子どもクリニック22人B+、早良区中野子どもクリニック1人A+、14人B+、早良区たさき小児科1人A+、10人B+(ワクチン2回3人)、早良区中村医院1人A+、13人B+、早良区加来内科消化器科2人A+(ワクチン済1人)、1人B+、早良区しばおクリニック7人B+、西区下村小児科8人B+(ワクチン2回5人)、西区高崎小児科7人B+(ワクチン2回1人)、西区木下小児科3人B+、西区石神小児科4人B+、前週分4人B+、西区大内医院2人A+、5人B+、西区ひろかたクリニック2人B+、西区佐野医院2人B+、大野城市うえ木子どもクリニック2人A+、6人B+、大野城市松田小児科2人A+、11人B+、大野城市井本内科小児科1人A+、2人B+、春日市ほの子どもクリニック16人B+(ワクチン2回4人)、春日市横山小児科12人B+、春日市樋口病院2人A+、4人B+、筑紫野市みぞぐち小児科7人A+(ワクチン2回1人、1回1人)、5人B+(ワクチン2回2人、1回1人)、筑紫野市西尾小児科2人A+、11人B+(ワクチン2回2人)、筑紫野市伊藤医院1人A+、1人B+、筑紫野市杉須院5人B+(ワクチン済2人)、那珂川町おお小児科1人A+、4人B+、那珂川町香月内科1人A+、糸島市隼小児科4人B+、糸島市やました小児科9人B+、糸島市田中みのる内科7人B+、糸島市藤尺内科10人B+、宇美町いりえ小児科12人B+、宇美町中西内科3人B+、粕屋町森小児科7人B+、志免町うかじ小児科1人A+(ワクチン済)、6人B+(ワクチン済4人)、志免町満安内科2人B+、志免町社果仲原病院2人A+、6人B+、新宮町よしおクリニック1人

A+(ワクチン2回)、12人B+(ワクチン2回2人)、須恵町水戸病院小児科3人B+、福津市まつなが小児科15人B+、福津市あいたい医院12人B+(今期A+B+1人)、宗像市一木こどもクリニック3人B+、宗像市宮原小児科2人A+、4人B+、直方市大庭小児科1人B+、直方市あざかみこどもクリニック11人A+、宮若市尾上小児科1人B+、直方市栗原クリニック8人B+、田川市たなかのぶお小児科4人A+、10人B+、糸田町立緑ヶ丘病院4人A+、2人B+、川崎町荒木小児科1人B+、飯塚市細川医院1人A+(ワクチン済)、3人B+、飯塚市永山小児科2人A+、1人B+、飯塚市こどもクリニックもりた5人A+(ワクチン2回4人)、3人B+(ワクチン1回2人)、嘉麻市平野医院3人A+、2人B+、久留米市原田医院24人B+、久留米市河野小児科1人A+、11人B+(ワクチン2回1人)、久留米市小児科井上医院2人B+、久留米市むた小児科3人A+(ワクチン済2人)、18人B+(ワクチン済10人)、久留米市かとう小児科3人A+、13人B+、久留米市安本病院8人B+、久留米市のかち医院1人A+、3人B+、久留米市大善寺医院1人A+、1人B+、久留米市田中内科1人B+、大牟田市こが小児科2人A+、16人B+(ワクチン済7人)、大牟田市やまかわクリニック22人B+、大牟田市社保大牟田天領病院3人B+、大牟田市立病院小児科1人A+、内科3人B+、八女市いしもと小児科9人B+(ワクチン済3人)、八女市富田医院3人A+、12人B+、八女市戸次医院6人B+、広川町合原医院1人B+、筑後市杉村こどもクリニック2人A+、11人B+、筑後市川上小児科2人B+、筑後市永田医院5人B+、朝倉市富田小児科20人B+(ワクチン2回6人、1回3人)、朝倉市きたの小児科1人A+、35人B+、朝倉市たかせ小児科1人A+、25人B+；(ワクチン2回11人、1回2人)、朝倉市田辺医院2人B+、筑前町やまもと内科消化器科3人A+、7人B+、小郡市きのした小児科3人A+、50人B+、大川市西井医院30人B+、柳川市よこち医院23人B+、柳川市津末医院11人B+(ワクチン済2人)、柳川市益子医院3人B+、柳川市川口内科2人B+、みやま市入江医院2人B+、みやま市ヨコクラ病院6人B+、みやま市山内医院1人A+、4人B+、うきは市とよた小児科52人B+(今期A+B+8人；ワクチン済20人)。

- ※ RSウイルス感染症：5週前より113→119→116→96→75→62(4歳以上1人)。北九州17(前週29)、福岡20(34)、筑豊6(4)、筑後19(8)。北九州市立八幡病院小児科の2か月-3歳8人、戸畑区大原小児科の8か月(市立八幡病院入院)、行橋市ゆげ子どもクリニックの3、5か月、南区くろかわみちこ小児科の10か月2人、2歳、南区諸岡小児科の11か月、1歳、城南区井上四郎小児科の9か月、早良区たさき小児科の2か月、直方市あざかみこどもクリニックの4か月と9か月(気管支炎)、田川市たなかのぶお小児科の10か月、小郡市きのした小児科の8か月-3歳15人。
- ※ 咽頭頸部炎：5週前から79→65→73→56→68→56。北九州18(前週19)、福岡23(27)、筑豊3(6)、筑後12(16)。キット陽性：小倉南区佐藤こどもクリニックの1歳、小倉南区きしだ小児科の2歳、小倉北区よしだ小児科の1-9歳4人、行橋市ゆげ子どもクリニックの5か月、東区さかもと小児科の8か月、博多区中尾小児科の1歳、南区くろかわみちこ小児科の1、1歳、城南区内田こどもクリニックの7歳、筑紫野市西尾小児科の11か月(別子1-4歳4人)、糸島市やました小児科の2歳、田川市たなかのぶお小児科の8、10か月、久留米市河野小児科の4歳、八女市富田医院の2歳、大川市西井医院の7歳。
- ※ A群溶血性連鎖球菌咽頭炎：5週前から404→423→352→318→258→230。北九州71(前週63)、福岡118(130)、筑豊14(24)、筑後27(41)。東区なんり小児科の18人中7家族16人、13歳男と44歳女は4回目、うきは市とよた小児科の5歳と12歳は兄弟。発疹合併：戸畑区大原小児科の8歳男、東区なんり小児科の2歳男、城南区井上四郎小児科の4歳男、宗像市宮原小児科の4歳男(ジアンotty様)、田川市たなかのぶお小児科の2歳女、大川市西井医院の3歳男、うきは市とよた小児科の3歳女。
- ※ 感染性胃腸炎：5週前から1417→1492→1590→1512→1528→1539(3歳以下66.4%と多い)。北九州507(前週509)、福岡602(556)、筑豊104(117)、筑後326(346)。
 - ・カンピロバクター：小倉南区ひらの子どもクリニックの2歳女、八幡東区橋爪小児科の4歳男、若松区あまもと小児科の48歳女、東区まえたこども医院の8歳男、東区あおぞらクリニックの13歳男、南区くろかわみちこ小児科の5歳女、城南区井上四郎小児科の10歳男、11歳男、早良区岡田こどもクリニックの5歳女、7歳男、10歳女、筑紫野市みぞぐち小児科の7歳女、新宮町よしおクリニックの6歳男、小郡市きのした小児科の4歳女。
 - ・サルモネラ：09群S. Enteritidis：東区あおぞらクリニックの10歳女。
 - ・大腸菌：小倉南区ひらの子どもクリニックの2歳男に01、小倉北区よしだ小児科の1歳男に025、1歳女に018、女に044、13歳女に020+025、戸畑区大原小児科の9か月男に0103、若松区あまもと小児科の1歳女に

06、東区まえたこども医院の9歳男に044、西区下村小児科の5歳女に01、8歳女に018、新宮町よしおクリニックの1歳女に0127a、飯塚市こどもクリニックもりたの1歳女に025、久留米市かとう小児科の1歳男に01、2歳男に0166、大牟田市立病院小児科の1歳男に01、男に06、3歳女に025。

- ・黄色ブドウ球菌：久留米市もた小児科の9歳女。
- ・ロタウイルス：小倉南区佐藤こどもクリニックの1歳男3人、女3人、2歳男、女、3歳女、小倉北区よしだ小児科の1歳女、3歳女、6歳女、北九州市立八幡病院小児科の4か月男、5か月女、6か月女2人、7か月男2人、8か月男、9か月女、10か月男2人、1歳男12人、女10人、2歳男4人、女3人、3歳男4人、女2人、4歳男4人、女、6歳男、7歳女、8歳男、戸畑区佐久間小児科の11か月男、戸畑区大原小児科の1歳男、遠賀中間医師会おんか病院的の11か月男、1歳女、2歳女、4歳男、6歳女、13歳男、行橋市ゆげ子どもクリニックの1歳男、女、吉富町東病院の6か月男、女、7か月男、8か月女、1歳男、女3人、2歳男2人、女2人、3歳男5人、女4人、4歳男2人、5歳女、6歳男、東区まえたこども医院の1歳男、前週分1歳男、東区さかもと小児科の11か月男、1歳女、2歳男2人、東区あおぞクリニックの6か月男、1歳男3人、東区ふんり小児科の9か月女、1歳男、東区荒木小児科の1か月男(東医療センター入院)、8か月男、10か月男、11か月女、1歳男、女、2歳女、3歳男3人、女、4歳男、5歳男、女、博多区高岸小児科の11か月女、1歳男、女、福岡市立こども病院の9か月女、11か月女、1歳男、2歳女、南区くろかわみちこ小児科の6か月男、8か月女、1歳男7人、女3人(1人はアデノ)、4歳女2人、10歳女、南区福岡小児科の1歳男2人、2歳男2人、3歳女、南区井上小児科の5か月男、西区下村小児科の4か月女、11か月女、1歳女5人、大野城市うえ木こどもクリニックの1歳男、2歳男、女、春日市横山小児科の9か月女、1歳女、3歳女、4歳女、筑紫野市西尾小児科の10か月男、1歳男、女2人、3歳男、志免町うかじ小児科の1歳男、福津市まつなが小児科の3か月女、1歳男2人、女5人、2歳男、4歳男、5歳女、福津市あいた医院の6歳男、宗像市一木こどもクリニックの1歳男4人、女、2歳女、3歳女、4歳女、5歳女、宗像市宮原小児科の1歳男、女、2歳男、女(2歳女以外はアデノ)、直方市大庭小児科の1歳女4人、2歳女、3歳男、女、6歳男、直方市あざかみこどもクリニックの7か月女、10か月男、女、4歳女、田川市たなかのぶお小児科の1歳男4人、女、2歳男2人、女、久留米市もた小児科の9か月男、女、1歳男2人、女、3歳女、4歳女、大牟田市こが小児科の2か月男、9か月女、1歳男、女5人、2歳男、女、3歳男、大牟田市社保大牟田天領病院的の1歳男、女(ノロ)、3歳女、八女市富田医院の8か月女、1歳男、朝倉市富田小児科の7か月女、1歳男、女、小郡市きのした小児科の9か月男、10か月女、1歳男3人、2歳男4人、女、3歳男2人、3歳女、うきは市とよた小児科の6か月女、1歳女2人、3歳男3人、4歳男。
- ・アデノウイルス：八幡東区橋爪小児科の1歳男、東区あおぞクリニックの2歳女、南区くろかわみちこ小児科の1歳男、2歳男、3歳男、宗像市一木こどもクリニックの7か月女、2歳女。
- ・ノロウイルス：遠賀中間医師会おんか病院的の10か月女、博多区高岸小児科の11か月女2人、2歳女、宗像市一木こどもクリニックの1歳女、八女市富田医院の56歳女。

※ 水痘：5週前から254→276→278→276→226→220(15歳以上3人)。北九州47(前週60)、福岡107(111)、筑豊39(20)、筑後27(35)。ワクチン済例：小倉南区きしだ小児科の前週分2歳女(H23.9/20；VZ072；軽症)、4歳男(H22.6/15；VZ062；軽症)、小倉南区ひらのサンタキッズクリニックの11歳女(H16.8/27；VZ030；軽症)、小倉北区よしだ小児科の2歳女(H22.8/10；VZ059；軽症)、八幡西区ともなが小児科の1.5歳男(H24.1/16；VZ072；中等症)、戸畑区大原小児科の4歳男(H22.3/12；VZ060；軽症)、博多区高岸小児科の5歳男(H20.7/4；VZ050；軽症)、城南区内田こどもクリニックの3歳男(H23.6月；ロット不明；中等症)、西区下村小児科の1.7歳女(H24.2/4；VZ072；軽症)、2歳男(H22.5/11；VZ061；軽症)、3歳男(1歳時；ロット不明；軽症)、前週分の5歳女(H20.6/3；VZ049；軽症)、大野城市うえ木こどもクリニックの3歳女(H22.7/30；VZ064；軽症)、春日市おの子どもクリニックの1.5歳女(H24.2/14；VZ074；中等症)。

※ 手足口病：5週前から4→9→2→1→1→0。北九州0(前週0)、福岡0(1)、筑豊0(0)、筑後0(0)。

※ 伝染性紅斑：5週前から4→7→6→3→7→4。北九州1(前週1)、福岡1(3)、筑豊0(3)、筑後2(0)。

※ 百日咳：5週前から4→3→6→1→4→7(15歳以上2人)。南区福岡病院小児科の40歳女(東兵320、山口40)、50歳男(東兵1280、山口40)、城南区内田こどもクリニックの11歳男(東兵160、山口10)。

※ 風しん：10週前から0→0→0→0→0→0→0→0→0→0。全数報告こも今週は県内からの報告がない。

※ 麻疹：10週前から0→0→0→0→0→0→0→0→0→0。全数報告こも今週は県内からの報告がない。

- ※ 流行性耳下腺炎:5週前から91→130→95→106→118→105(15歳以上2人)。北九州12(前週21)、福岡80(67)、筑豊3(9)、筑後10(21)。ワクチン済例:東区なみり小児科の3歳女(H22.1/15;武田G207;軽症)、4歳女(H21.8/10;北研LB003;軽症)、4歳男(H21.2/27;武田G203;軽症)、南区諸岡小児科の3歳男(H23.1/28;武田G304;軽症)、筑紫野市西尾小児科の7歳男(H18.8/28;武田G906;軽症)、福津市あいたい病院の7歳男(H18.12/6;北研LA001;軽症)。
- ※ マイコプラズマ肺炎:5週前から59→67→53→47→54→47(15歳以上3人)。北九州市立八幡病院小児科の1歳男(PA:10240)、4歳女(640)、6歳男(640)、8歳男(640)、10歳男(640)、15歳女(640)、若松区あまもと小児科の9歳男(160)、荻田町たじり小児科の9歳男(320)、行橋市みづ子どもクリニックの4歳女(320)、8歳男(320)、博多区梅野野院の8歳女(160→2560)、福岡市立こども病院的7歳男(1280)、南区福岡病院小児科の7歳女(320)、14歳女(320)、70歳男(320)、76歳男(40→80)、春日市おの子どもクリニックの1歳女(320)、2歳女(160)、5歳男2人(320)、男(160)、女(640)、春日市横山小児科の13歳女(320)、筑紫野市みぞぐち小児科の11歳男(20480)、12歳男(320)、大牟田市立病院小児科の8歳女(640)、朝倉市福田小児科の3歳女(1280)、9歳男(1280)。小倉南区佐藤こどもクリニックの5歳男、小倉北区よしだ小児科の4歳男、女、10歳女、東区なみり小児科の1歳女、2歳女(イムノカード陽性)。
- ※ 無菌性髄膜炎:5週前から0→0→1→2→1→2。北九州0(前週0)、福岡2(1)、筑豊0(0)、筑後0(0)。福岡市立こども病院的69生日女と6歳男。
- ※ 流行性角結膜炎:5週前から26→11→17→17→14→10。キット陽性:筑紫野市鬼木眼科の46歳女。
- ※ その他の疾患:アデノウイルス扁桃炎:小倉南区そお小児科の10歳、北九州市立八幡病院小児科の1-4歳4人、博多区梅野野院の1、5歳、南区井上小児科の1、2、5歳、城南区井上四郎小児科の3歳、早良区岡田こどもクリニックの3歳、筑紫野市みぞぐち小児科の2か月-17歳5人、新宮町よしおかクリニックの3、5歳、福津市まつなが小児科の1歳、久留米市もた小児科の1歳、大牟田市こが小児科の11か月-10歳4人、大牟田市やまかわクリニックの3-14歳5人(キット陽性)。ヘルペス歯肉口内炎:博多区梅野野院の1歳、早良区岡田こどもクリニックの2歳、新宮町よしおかクリニックの4歳。IM:北九州市立八幡病院小児科の4歳男、10歳男。
- ※ STDで他の疾患:非淋菌性非クラミジア性尿道炎:八幡西区林皮膚科泌尿器科の19歳男、32歳男、42歳男、50歳男、行橋市行橋クリニックの25歳男2人、大牟田市林田泌尿器科皮膚科の42歳男。中央区森レディークリニックの38歳女(咽喉頭淋菌)。
- △ 基準定点:飯塚市飯塚病院の30歳女、77歳男に無菌性髄膜炎。
- ★ ウイルス分離:インフルエンザ:2/24-3/2:筑紫野市杉病院の21-75歳4人、久留米市のくち医院の12歳からA/B型。胃腸炎:3/13-17の小倉南区きしだ小児科の1歳女4人と戸畑区佐久間小児科の1歳男からロタ、うきは市とよた小児科の1/28の1歳男と2/8の2歳男からノロGII型。流行性角結膜炎:小倉北区三村眼科の3/4の32歳男からアデノ4型(県保健環境研究所、北九州市環境科学研究所)
- ☆ 国際情報:FORIH(海外旅行者のための感染症情報)ホームページ等より
 - ・鳥インフルエンザH5N1(2003年以降):4/5;アゼルバイジャン8(死亡5)、バングラデシュ6(0)、カンボジア20(18)、中国42(28)、ジブチ1(0)、エジプト166(59)、インドネシア188(156)、イラク3(2)、ラオス2(2)、ミャンマー1(0)、ナイジェリア1(1)、パキスタン3(1)、タイ25(17)、トルコ12(4)、ベトナム123(61)人、計601(死亡354)人。
- ☆ 国内情報:感染症情報センターホームページ等より
 - ・麻しん(全数):今週7人(13週:累計H24年94人;23年434人;22年457人、21年741人)。
 - ・風しん(全数):今週11人(13週:累計H24年107人;23年369人;22年89人、21年147人、20年294人)。
- ▽ 全国情報で麻しんの発生続き、風しんの報告も続いています。麻しんと診断される場合もあり、臨床診断のみではなく、周囲の発生状況・ワクチン歴の確認、抗体・分離・PCR等の確認検査を実施して下さい。

青木 知信

〈月 報〉

(公印省略)

24保環研第14号-2

平成24年5月25日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健環境研究所長

平成24年度福岡県結核・感染症発生動向調査事業に係る情報解析について（送付）

このことについて、4月分の集計コメント及び資料を別紙のとおり送付しますので
よろしくお願ひします。

1. 集計コメント（4月分）

福岡県における主要感染症（性感染症を除く）の患者報告数は14,963人であった。
最も報告数が多かったのは感染性胃腸炎であり、6,035人であった。次いで、インフル
エンザが5,758人、A群溶血性連鎖球菌咽頭炎が1,029人であった。

4月に新たに採取された検体は80件であり、先月（76件）より減少した。内訳は、
インフルエンザ5件（先月26件）、感染性胃腸炎36件（先月24件）、手足口病3
件、無菌性髄膜炎2件、咽頭結膜炎1件、流行性角結膜炎3件、A群溶血性レンサ球
菌咽頭炎1件であった。また、その他の疾患が29件搬入された。

今月、新たに同定されたウイルスは、インフルエンザからアデノウイルス4型が1
件、インフルエンザウイルスB型が4件、インフルエンザウイルスA/H3型が1件、
感染性胃腸炎からアストロウイルスが1件、ロタウイルスが19件、ノロウイルスG
Ⅱが1件、サポウイルスが2件、咽頭結膜熱からアデノウイルス5型が1件検出され
た。また、その他の疾患から、アデノウイルス1型が1件、アデノウイルス4型が3
件、パレコウイルス3型が1件、ヒトメタニューモウイルスが1件、ヒトコロナウイ
ルスNL63が1件、不明・記載なしの検体からコクサッキーウイルスA9型が1件検出
された。

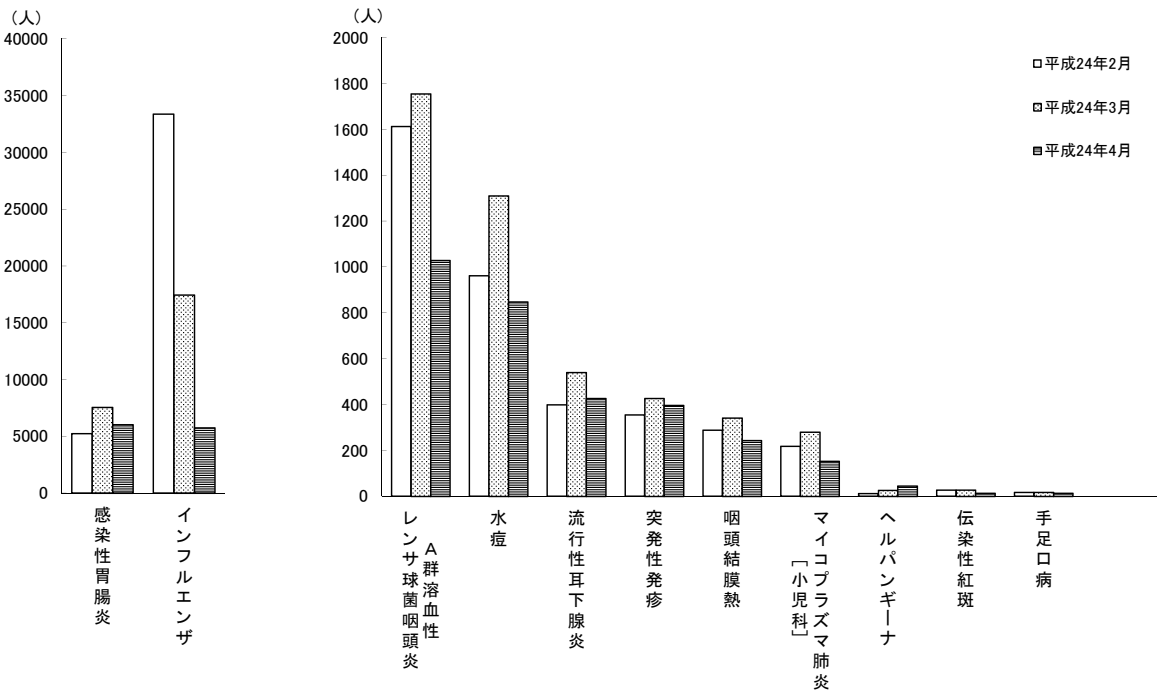


図1 主要感染症の月別報告数

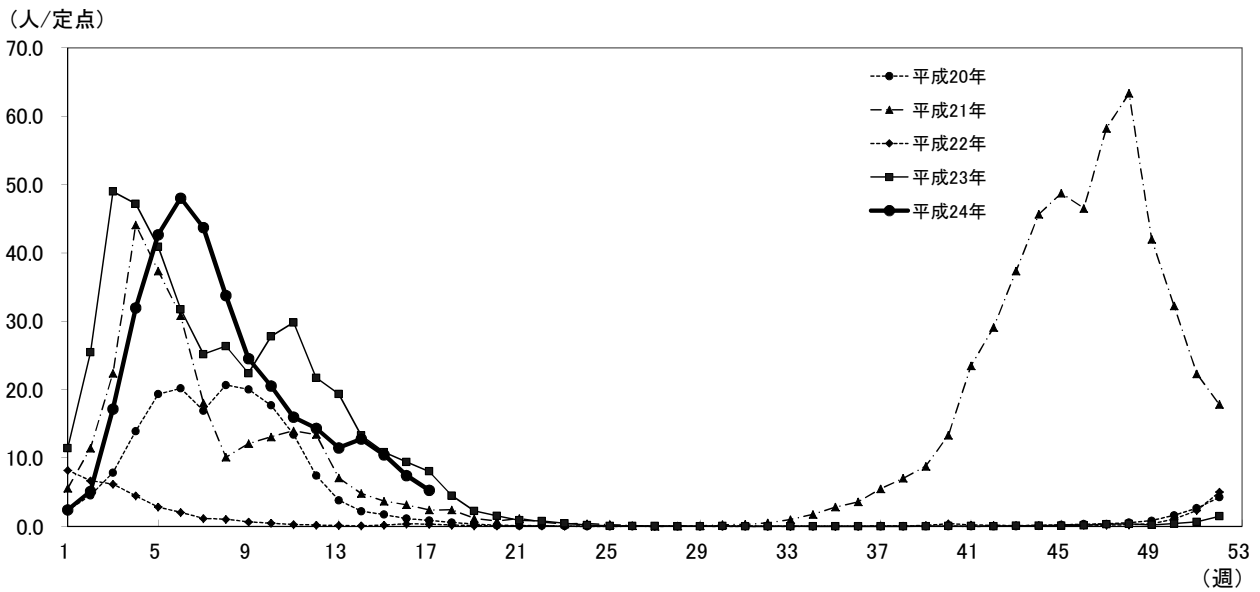


図2 インフルエンザの定点当たり報告数の推移

Ⅲ 性感染症情報

5月（平成24年04月31日～平成24年06月03日：5週間）の全県37定点の性感染症報告患者数は、性器クラミジア感染症113、性器ヘルペスウイルス感染症29、尖圭コンジローマ20、淋菌感染症48、梅毒様疾患（顕性）2、梅毒様疾患（潜伏）0、総計212（男127、女85、男女比1：0.67）で男が多かった。先月と比較し（4週間換算）、総計は増減無く、ブロック別では、北九州が減少し、筑豊が著明に増加した。性別の疾患頻度は、男は、クラミジア（47%）、淋菌（35%）、コンジローマ（10%）、ヘルペス（7%）の順で、女は、クラミジア（62%）、ヘルペス（23%）、コンジローマ（8%）、淋菌（5%）の順であった。

月別（4週間換算）の報告件数の変遷をグラフにし、左端に平成23年の月平均を示した。疾患別では前月と比較して、男は、コンジローマが著明に増加し、淋菌が増加し、クラミジアが減少し、女は、ヘルペスが増加し、淋菌が著明に減少し、コンジローマとクラミジアが減少した。

その他には、非淋菌非クラミジア尿道炎16（男16）、咽頭淋菌2（女2）、トリコモナス3（女3）が報告された。

福岡県感染症発生動向調査（性感染症）

平成24年5月（5週間集計）

疾患名 (定点数)	性	北九州 (9)	福岡 (15)	筑豊 (5)	筑後 (8)	合計 (37)	定点当
性器クラミジア 感染症	男	3	46	2	9	60	1.6
	女	6	36	6	6	53	1.4
性器ヘルペス ウイルス感染症	男	0	6	0	3	9	0.2
	女	5	13	0	2	20	0.5
尖圭コンジローマ	男	1	10	0	2	13	0.4
	女	1	4	0	2	7	0.2
淋菌感染症	男	6	32	0	6	44	1.2
	女	1	2	0	1	4	0.1
梅毒様疾患（顕性）	男	0	1	0	0	1	0.0
	女	0	1	0	0	1	0.0
梅毒様疾患（潜伏）	男	0	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0	0
合計		23	151	8	30	212	5.7

IV 結核情報

平成 24 年 9 月コメント

- 1、9月の新登録患者数は53人（8月より21人減）で、昨年9月（81人）と比較すると-28人の大幅な減少であった。
- 2、年齢別では、70歳以上の高齢者が30人で56.6%を占めた。80歳以上は43.4%と全体の4割を超えている。
- 3、発見方法別では、医療機関受診例が88.7%で、約9割を占める状況は変わらない。
- 4、喀痰塗抹陽性例は13人（8月より12人減）で、活動性肺結核に占める割合は36.1%であった。昨年9月（26人）から半減している。
- 5、今年4月から結核登録者情報システムの不具合により月報の報告が出来ませんでした。ようやく復旧し9月分から報告が行えるようになりました。9月の患者数及び塗抹陽性患者数は昨年9月より大きく減少しています。

1. 新登録患者数

計	男	女
53	33	20
(74)	(42)	(32)

2. 年齢別

計	0~9歳	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~79歳	80歳以上
53	0	0	1	4	4	9	5	7	23
(74)	(0)	(1)	(5)	(6)	(4)	(3)	(7)	(17)	(31)

3. 患者発見方法別

計	健診	医療機関受診	その他	不明
53	6	47	0	0
(74)	(10)	(58)	(2)	(4)

4. 活動性肺結核

計	喀痰塗抹陽性		その他の菌陽性	菌陰性・その他
	初回治療	再治療		
36	12	1	12	11
(54)	(24)	(1)	(20)	(9)

5. 潜在性結核感染症（別掲）

計	男	女
30	8	22
(45)	(9)	(36)

（ ）内は前月の実数

〈福岡県医師会ホームページ〉

福岡県医師会ホームページ



感染症発生動向調査ページへ

疾病別 推移グラフへ

感染症発生動向調査 週間コメント

感染症発生動向調査 週間コメント

【疾病別 推移グラフ】

第14週 (H24.4.2~H24.4.8)

■今週のトピックス
インフルエンザは今週1445例、定点当たり7.30と6週連続減少中で各地区減少です。キッドでは8割がさらけ増加しています。感染性胃腸炎ではロタウイルスの報告が非常に多くなっています。その他の疾患はほとんど横ばい、減少ですが、新年度開始で集団生活による感染症の発生、拡大にご注意下さい。

病名	報告数	前週比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	
				福岡県	全国
インフルエンザ	1445	83%	福岡649、筑後511	7.30	10.15
RSウイルス感染症	62	83%	福岡20、筑後19	0.52	0.26
咽頭結核熱	56	82%	福岡23、北九州18	0.47	0.21
A群溶連菌感染症	230	89%	福岡110、北九州71	1.92	1.59
感染性胃腸炎	1539	101%	福岡802、北九州507	12.83	7.06
水痘	220	97%	福岡107、北九州47	1.83	1.24
手足口病	0	-1		0.00	0.08
伝染性紅斑	4	-3	筑後2、北九州1	0.03	0.16
	97		福岡22、北九州19	0.80	0.50
H19	198	120		37	15
H20	198	120	26	37	15
H21	198	120	26	37	15
H22	198	120	26	37	15
H23	198	120	26	37	15
全国	約5,000	約3,000	約500	約900	約500

※報告数は、福岡県内の定点医療機関からの報告数です。県内全医療機関での発生件数ではありません。
※一定点当たりの患者数=1週間の報告数÷報告医療機関数 となります。

■最新の感染症発生情報 | ■疾病別 推移グラフ | ■過去5週間の推移 | ■過去一覧 |

事業資料集(2008年) | 事業資料集(2009年) | 事業資料集(2010年) | 事業資料集(2011年)

公益社団法人 福岡県医師会
(C)2007 Fukuoka Prefecture Medical Association, All Rights Reserved.

疾病別 推移グラフ(インフルエンザ)

感染症発生動向調査 推移グラフ

現在までの推移をグラフで表示します。(2008年～2012年現在)
疾病名をクリックしてください。(※グラフメニューで一定点当たりの1週間の報告数です。)

インフルエンザ | RSウイルス感染症 | 咽頭結核熱 | A群溶連菌感染症 | 感染性胃腸炎 | 水痘
手足口病 | 伝染性紅斑 | 突発性聴力減損 | 百日咳 | 風しん | ヘルパンギーナ
風しん | 流行性目下腺炎 | 川崎病(MCLS) | マイコプラズマ肺炎 | クラミジア肺炎 | 細菌性髄膜炎
無菌性髄膜炎 | 急性脳炎 | 急性出血性結膜炎 | 流行性角結膜炎 | 性器クラミジア感染症 | 性器ヘルペス

■インフルエンザ (福岡県全県) 2012年 第14週 現在

■インフルエンザ (地域ブロック別) 2012年 第14週 現在

地域	報告数	前週比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	全国
H19	198	120		37	15
H20	198	120	26	37	15
H21	198	120	26	37	15
H22	198	120	26	37	15
H23	198	120	26	37	15
全国	約5,000	約3,000	約500	約900	約500

※報告数は、福岡県内の定点医療機関からの報告数です。県内全医療機関での発生件数ではありません。
※一定点当たりの患者数=1週間の報告数÷報告医療機関数 となります。

公益社団法人 福岡県医師会
(C)2007 Fukuoka Prefecture Medical Association, All Rights Reserved.

福岡県医師会ホームページ

公益社団法人 福岡県医師会 FUKUOKA PREFECTURE MEDICAL ASSOCIATION

緊急情報

- 中国における鳥インフルエンザ(H7N9)情報について
- 平成24年度介護報酬改定について
- 平成24年度診療報酬改定について

最新情報

- 2013.4.19 厚生労働省医務総務課資料(その13)
- 2013.4.17 福岡県医師会4月号(特集:新公益法人制度移行への視覚)を福岡県医師会バックナンバーページに掲載しました
- 2013.4.15 県民健康づくりセミナーのご案内
- 2013.4.9 一人医療師療法士認定申請説明会について(ご案内)

県民の皆様へ

- 医師会の紹介
- イベント情報
- お子さんをお持ちの方へ
- 健康情報(感染症、花粉など)
- 医療機関を探す
- 医療に関する相談窓口
- アイバンクについて
- 妊婦健診について
- 女性特有のがん検診について
- 肝炎対策促進事業
- 医師会立看護学校 募集要項について
- 福岡県地域産業保健センターについて
- 各種検診精密検査実施医療機関一覧
- 福岡県医師会防犯通信

医師・医療関係の皆様へ

- 入会のご案内
- 行事予定
- 生涯教育講座
- イベント情報
- アイバンクについて
- 女性医師・子育て支援
- 勤務医・臨床研修医の皆様へ
- ドクターバンク
- 医療保険・介護保険
- 予防接種広域化情報
- 感染症情報
- 認定産業医・認定スポーツ医講習会
- 肝炎対策促進事業
- 女性がん検診促進事業
- 福岡県訪問看護ステーション連絡協議会
- がん診療連携

ビデオライブラリーは、配信サーバ調整中のため、ご利用いただけません。ご迷惑をお掛けして申し訳ございません。

福岡県認知症支援ネットワーク

福岡県医学会

インフルエンザ報告状況マップへ (会員専用)

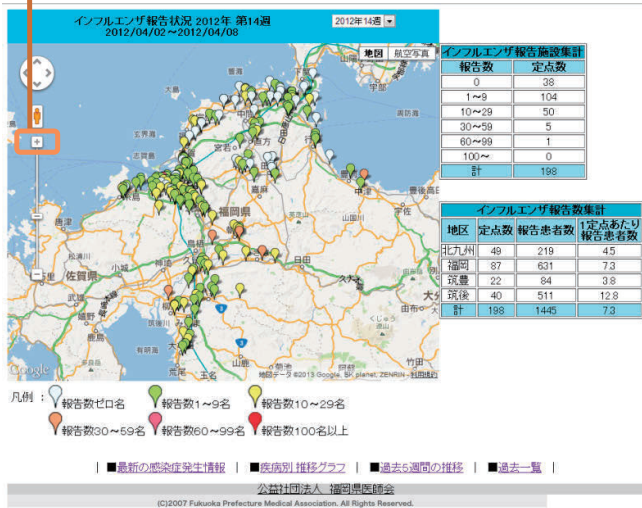
働く人のメンタルヘルスマネジメント「こころの耳」

日本医師会女性医師バンク

インフルエンザ報告状況マップ 随時更新中 (会員専用)

拡大へ

インフルエンザ報告状況マップ



拡大及びバルーンの詳細表示



V) 記

事

1) 平成24年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿

	氏 名	住 所	
◎	青 木 知 信	福岡市中央区唐人町2-5-1	福岡市立こども病院・感染症センター
◎	岡 田 賢 司	福岡市南区屋形原4-39-1	国立病院機構福岡病院
○	池 松 秀 之	福岡市東区馬出3-1-1	九州大学先端医療イノベーションセンター 臨床試験部門
○	中牟田 誠 一	福岡市博多区下呉服町2-13 双和ビル2階	原三信泌尿器クリニック
○	松 崎 義 和	福岡市博多区東公園7-7	結核予防会福岡県支部 県庁内診療所
○	江 崎 卓 弘	古賀市千鳥1-1-1	国立病院機構福岡東医療センター
	吉 富 文 昭	太宰府市宰府2-9-13	太宰府吉富眼科医院
	宮 原 通 義	久留米市国分町1159	産科婦人科宮原クリニック
	野見山 朋 彦	北九州市八幡東区祇園2-12-9	野見山医院
○	平 田 輝 昭	太宰府市大字向佐野39	福岡県保健環境研究所
○	岩 本 治 也	福岡市博多区東公園7-7	福岡県保健医療介護部保健衛生課
○	古 賀 佐 代 子	北九州市小倉北区内1-1	北九州市保健福祉局保健医療部保健医療課
○	眞 野 理 恵 子	福岡市中央区天神1-8-1	福岡市保健福祉局保健医療部保健予防課
	西 岡 和 男	大牟田市不知火町1-5-1	大牟田市保健所
	岩 佐 一 弘	久留米市城南町15-5	久留米市保健所
	田 中 正 章	北九州市小倉北区篠崎3-11-5	田中こどもクリニック
	池 田 幹 久	古賀市舞の里3丁目17-10	いけだ内科クリニック
	細 川 清	飯塚市鯉田1772	細川小児科内科医院
	富 田 泰 生	朝倉市甘木1523-1	富田内科医院
○	原 口 宏 之	北九州市戸畑区金比羅町4-19	金刀比羅診療所
○	上 野 道 雄	古賀市千鳥1-1-1	国立病院機構福岡東医療センター

◎…委員長・解析委員長

順不同

◎…副委員長・副解析委員長

○…解析委員

2) 平成24年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会

平成24年度結核・感染症発生動向調査研修会

△と き：平成25年3月30日（土）15：00～17：10

△ところ：福岡県医師会館 5階研修室2

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

1. 開 会

2. 挨拶
福岡県医師会 会 長 松 田 峻一良
結核・感染症発生動向調査委員会委員長 青 木 知 信

3. 1年間の経過報告

①一般感染症
結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 平 田 輝 昭
福岡県保健環境研究所保健科学部長 千々和 勝 己

②予防接種対象疾患
結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 岡 田 賢 司

③S T D
結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 中牟田 誠 一

④結 核
結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 松 崎 義 和

⑤総 括
結核・感染症発生動向調査委員会委員長 青 木 知 信

4. 特別講演

演 題：「予防接種はどう変わる？」

～明日から診療に役立つV P D情報～

講 師：国立感染症研究所感染症情報センター 第三室長 多 屋 馨 子

座 長：結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 岡 田 賢 司

5. 閉 会

3) 平成24年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	6115	5001	(医)木村内科医院	木村南樹	木村南樹	北九州市門司区高田	内	インフルエンザ	
北九州市	6115	5005	東和病院	東 泰宏	今井昌一	北九州市小倉南区守恒本町	内・児	インフルエンザ	
北九州市	6115	5002	霧ヶ丘つだ病院	津田 徹	津田 徹	北九州市小倉北区霧ヶ丘	内・呼	インフルエンザ	○
北九州市	6115	5003	松井病院	松井 豊	松井 豊	北九州市小倉北区黄金	内	インフルエンザ	
北九州市	6115	5004	北九州市立夜間・休日急患センター	西野 冽子	古賀 知明	北九州市小倉北区馬借	内・児	インフルエンザ	
北九州市	6115	5007	北九州市立八幡病院第2夜間休日センター	市川光太郎	加茂 雅之	北九州市八幡東区西本町	内・児	インフルエンザ	○
北九州市	6115	5008	のむら内科・消化器科クリニック	野村幸弘	野村幸弘	北九州市八幡西区菅原町	内	インフルエンザ	
北九州市	6115	5009	二階堂内科呼吸器科クリニック	二階堂義彦	二階堂義彦	北九州市八幡西区千代ヶ崎	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	6115	5010	こがねまるクリニック	小金丸史隆	小金丸史隆	北九州市八幡西区大字野面	内	インフルエンザ	
北九州市	6115	5006	(医)日野内科医院	日野雄二	日野雄二	北九州市戸畑区福柳木	内・消・循	インフルエンザ	
北九州市	6115	5011	松島医院	松島敏夫	松島敏夫	北九州市若松区高須北	内・児	インフルエンザ	
北九州市	6115	6013	(医)貝塚小児科医院	貝塚博美	貝塚博美	北九州市門司区下馬寄	児	小児科	
北九州市	6115	6217	友石小児科医院	友石泰輔	友石泰輔	北九州市門司区恒見町	児	小児科	
北九州市	6115	6014	(医)そお小児科クリニック	宗 稔	宗 稔	北九州市小倉南区上曾根	児・内	小児科	
北九州市	6115	6026	佐藤子どもクリニック	佐藤克子	佐藤克子	北九州市小倉南区富士見	児・内・ア	小児科	
北九州市	6115	6218	きしだ小児科クリニック	岸田邦雄	岸田邦雄	北九州市小倉南区徳力	児・内	小児科	○
北九州市	6115	6263	ひらのサンタキッズクリニック	平野稔喜	平野稔喜	北九州市小倉南区上吉田	児	小児科	
北九州市	6115	6295	ひらの子どもクリニック	平野英敏	平野英敏	北九州市小倉南区南方	児	小児科	
北九州市	6115	6015	北九州市立夜間・休日急患センター	西野 冽子	古賀 知明	北九州市小倉北区馬借	内・児	小児科	
北九州市	6115	6016	北九州市立医療センター小児科	光山昌珠	日高靖文	北九州市小倉北区馬借	児・内	小児科	
北九州市	6115	6262	よしだ小児科医院	吉田ゆかり	吉田雄司	北九州市小倉北区馬借	児	小児科	
北九州市	6115	6312	田中子どもクリニック	田中正章	田中正章	北九州市小倉北区篠崎	児	小児科	
北九州市	6115	6020	橋爪小児科内科医院	橋爪廣好	橋爪廣好	北九州市八幡東区大蔵	児・内	小児科	
北九州市	6115	6021	北九州市立八幡病院小児科	市川光太郎	市川光太郎	北九州市八幡東区西本町	児・内	小児科	
北九州市	6115	6019	(医)みやげクリニック	三宅 巧	三宅 巧	北九州市八幡西区陣山	内・児	小児科	○
北九州市	6115	6022	(医)古村内科循環器科クリニック	古村 尚	古村 皎	北九州市八幡西区折尾	内・循	小児科	
北九州市	6115	6264	(医)ともなが小児科医院	朝長恭二	朝長恭二	北九州市八幡西区大字木屋瀬宇長堀	児	小児科	
北九州市	6115	6313	医)だいらく小児科医院	大柴雅史	大柴雅史	北九州市八幡西区大浦	児	小児科	
北九州市	6115	6321	いわさき小児科内科	岩崎哲巳	岩崎哲巳	北九州市八幡西区浅川学園台	児・内	小児科	
北九州市	6115	6025	(医)佐久間小児科医院	佐久間孝久	佐久間孝久	北九州市戸畑区小芝	児	小児科	○
北九州市	6115	6219	大原小児科医院	大原延年	大原延年	北九州市戸畑区千防	児	小児科	
北九州市	6115	6024	こむら小児科医院	古村 進	古村 進	北九州市若松区下原町	児	小児科	
北九州市	6115	6265	つだ子どもクリニック	津田恵次郎	津田恵次郎	北九州市若松区本町	児	小児科	
北九州市	6115	6266	(医)あまもと小児科医院	天本祐輔	天本祐輔	北九州市若松区高須東	児・内	小児科	
北九州市	6115	7285	(医)清光会藤井眼科医院	藤井清一	藤井清一	北九州市門司区高田	眼	眼科	
北九州市	6115	7029	三村眼科医院	三村守親	三村守親	北九州市小倉北区堅町	眼	眼科	○
北九州市	6115	7291	武田眼科医院	武田師利	武田師利	北九州市小倉北区足原	眼	眼科	
北九州市	6115	7030	(医)青木眼科クリニック	青木昭彦	青木昭彦	北九州市八幡東区荒生田	眼	眼科	
北九州市	6115	7031	眼科 向野医院	向野利彦	向野利彦	北九州市八幡西区折尾	眼	眼科	
北九州市	6115	7325	鈴木眼科クリニック	鈴木 亨	鈴木 亨	北九州市若松区東二島	眼	眼科	
北九州市	6115	8253	北九州総合病院	永田直幹	袴田祥子	北九州市小倉南区湯川	産・婦・泌	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	6115	8034	北九州市立医療センター泌尿器科	光山昌珠	安東 定	北九州市小倉北区馬借	泌	STD	
北九州市	6115	8326	かわい泌尿器科クリニック	川井修一	川井修一	北九州市小倉北区馬借	泌	STD	
北九州市	6115	8327	レディースクリニックくわのきみこ	桑野貴巴子	桑野貴巴子	北九州市小倉北区船場町	産・婦	STD	
北九州市	6115	8254	エンゼル病院	廣瀬賢三	下川 浩	北九州市八幡西区友田	産・婦	STD	
北九州市	6115	8280	井上産婦人科クリニック	井上俊司	井上俊司	北九州市八幡西区黒崎	産・婦	STD	
北九州市	6115	8307	さとうレディースクリニック	倉島雅子	倉島雅子	北九州市八幡西区鷹の巣	産・内	STD	
北九州市	6115	8330	林皮膚科泌尿器科医院	林 讓治	林 讓治	北九州市八幡西区萩原	皮・泌	STD	
北九州市	6115	9212	北九州市立医療センター	光山昌珠	真柴晃一	北九州市小倉北区馬借	内・児・外	基幹	○
北九州市	6115	9213	北九州市立八幡病院	市川光太郎	市川光太郎	北九州市八幡東区西本町	児・内・外	基幹	○
宗像・遠賀	4054	5098	須子医院	須子 保	須子 保	遠賀郡芦屋町山鹿	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4054	5099	田中ひろし小児内科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	児・循	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4054	6222	田中ひろし小児内科医院	田中耕一	田中耕一	遠賀郡岡垣町大字高倉	児	小児科	
宗像・遠賀	4054	6331	遠賀中間医師会おんが病院	杉町圭蔵	北島直子	遠賀郡遠賀町大字尾崎	児	小児科	
宗像・遠賀	4054	6221	(医)つだ小児科医院	津田文史朗	津田文史朗	遠賀郡水巻町梅ノ木団地	児	小児科	
宗像・遠賀	4054	6100	木村小児科医院	木村嘉幸	木村嘉幸	中間市鍋山町	児	小児科	
宗像・遠賀	4054	7102	山名眼科医院	山名泰生	山名泰生	中間市鍋山町	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	5103	(医)林内科医院	林 俊行	林 俊行	福津市東福岡	内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5322	上田医院	上田 寛	上田 寛	福津市宮司	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5105	田上医院	田上三雄	田上三雄	宗像市徳重	内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	6106	(医)まつなが小児科医院	松永伸二	松永伸二	福津市宮司	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6320	あいだ医院	間 克麿	間 克麿	福津市東福岡	内・児	小児科	○
宗像・遠賀	4057	6108	(医)一木こどもクリニック	一木貞徳	一木貞徳	宗像市東郷	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6233	宮原小児科医院	宮原道生	宮原道生	宗像市自由ヶ丘西町	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	7109	宗像眼科クリニック	松井弘治	松井弘治	宗像市田熊	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	8110	ありよしレディースクリニック	有吉徳雄	有吉徳雄	宗像市村山田字堤	産・婦	STD	
宗像・遠賀	4057	9203	宗像医師会病院	大塚 毅	上田良輝	宗像市田熊	内	基幹	○
京 築	4075	5178	(医)起生会大原病院	大原紀彦	楠根英司	行橋市宮市町	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5180	野中内科クリニック	野中史郎	野中史郎	築上郡上毛町大字宇野	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5179	(医)二見医院	二見玄次郎	二見玄次郎	築上郡築上町大字築城	内・外	インフルエンザ	
京 築	4075	6299	たじり小児科医院	田尻京子	田尻京子	京都郡刈田町神田町	児	小児科	
京 築	4075	6182	高尾医院	高尾信義	高尾信義	行橋市行事	児	小児科	
京 築	4075	6223	(医)ゆげ子どもクリニック	弓削 建	弓削 建	行橋市南大橋	児	小児科	
京 築	4075	6183	まえだ小児科医院	前田公史	前田公史	豊前市大字八屋	児・内	小児科	
京 築	4075	6224	(医)けやき会東病院	東 雅司	東 隆司	築上郡吉富町大字広津	内・児	小児科	
京 築	4075	7184	小波瀬病院	山家 仁	川内 彰	京都郡刈田町大字新津字	眼	眼科	
京 築	4075	8185	(医)行橋クリニック	小宮俊秀	小宮俊秀	行橋市西宮市	泌	STD	
京 築	4075	9301	新行橋病院	正久康彦	中村 恵一	行橋市道場寺	外・消・内	基幹	○
福岡市東	6212	5075	千早病院内科	三好 晃	道免和文	福岡市東区千早	内・児	インフルエンザ	
福岡市東	6212	5293	増田内科小児科医院	増田 登	増田 登	福岡市東区馬出	内・児	インフルエンザ	
福岡市東	6212	5294	うえの内科クリニック	上野俊幸	上野俊幸	福岡市東区香椎浜	内	インフルエンザ	
福岡市東	6212	5335	中村内科医院	中村 晋	中村 晋	福岡市東区舞松原	内	インフルエンザ	○

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市東	6212	6076	(医)もりやす小児科医院	森安眞文	森安眞文	福岡市東区御島崎	児	小児科	○
福岡市東	6212	6302	まえだこども医院	前田泰史	前田泰史	福岡市東区若宮	児・内	小児科	
福岡市東	6212	6268	(医)あおばクリニック	伊藤瑞子	伊藤瑞子	福岡市東区青葉	児・内	小児科	
福岡市東	6212	6318	さかもと小児科医院	坂本博文	坂本博文	福岡市東区原田	児	小児科	
福岡市東	6212	6329	なんり小児科	南里月美	南里月美	福岡市東区千早	児	小児科	
福岡市東	6212	6338	(医)荒木小児科	荒木速雄	荒木速雄	福岡市東区香椎駅前	児・アレ	小児科	
福岡市東	6212	7080	竹中眼科医院	竹中剛一	竹中剛一	福岡市東区名島	眼	眼科	
福岡市博多	6209	5048	石橋内科循環器科医院	石橋明人	石橋明人	福岡市博多区竹丘町	内・循・児	インフルエンザ	
福岡市博多	6209	5287	大西医院	大西純一	大西純一	福岡市博多区吉塚本町	内・児	インフルエンザ	
福岡市博多	6209	5297	(医)森クリニック	森幸司	森幸司	福岡市博多区下川端町	内・胃	インフルエンザ	
福岡市博多	6209	6049	(医)梅野小児科内科医院	梅野英輔	柴田芳明	福岡市博多区千代1丁目	児・内	小児科	
福岡市博多	6209	6051	中尾小児科医院	中尾太	中尾太	福岡市博多区中呉服町	児	小児科	
福岡市博多	6209	6339	高岸小児科医院	高岸智也	高岸智也	福岡市博多区銀天町	児・麻	小児科	
福岡市博多	6209	7052	(医)松井医仁会大島眼科病院	松井孝明	田代憲司	福岡市博多区上呉服町	眼	眼科	
福岡市博多	6209	8053	原三信病院泌尿器科	平祐二	山口秋人	福岡市博多区大博町	泌	STD	
福岡市博多	6209	8054	原三信病院産婦人科	平祐二	津田知輝	福岡市博多区大博町	産・婦・不	STD	
福岡市博多	6209	8255	(医)森下産婦人科医院	森下哲哉	森下裕	福岡市博多区店屋町	産・婦	STD	
福岡市中央	6208	5043	梶山医院	梶山涉	梶山涉	福岡市中央区春吉	内・児	インフルエンザ	
福岡市中央	6208	5044	(医)愛生会三宅内科クリニック	三宅恒徳	三宅恒徳	福岡市中央区葉院	内・呼	インフルエンザ	
福岡市中央	6208	5045	(医)平田内科・胃腸科クリニック	平田泰彦	平田泰彦	福岡市中央区鳥飼	内	インフルエンザ	
福岡市中央	6208	6037	後藤小児科医院	後藤元宏	後藤元宏	福岡市中央区高砂	児	小児科	
福岡市中央	6208	6038	福岡市立こども病院・感染症センター	福重淳一郎	青木知信	福岡市中央区唐人町	内・児・呼	小児科	○
福岡市中央	6208	6328	まつざき小児科医院	松崎彰信	松崎彰信	福岡市中央区伊崎	児	小児科	
福岡市中央	6208	7039	(医)清澤眼科医院	清澤晋	清澤晋	福岡市中央区波辺通	眼	眼科	
福岡市中央	6208	8041	占部医院	占部篤道	占部篤道	福岡市中央区西中洲	皮・泌	STD	
福岡市中央	6208	8042	(医)皆見医院	皆見紀久男	皆見紀久男	福岡市中央区高砂	皮・泌	STD	
福岡市中央	6208	8339	さぎやま泌尿器科クリニック	鷺山和幸	鷺山和幸	福岡市中央区天神	泌	STD	
福岡市中央	6208	8341	森レディースクリニック	森俊介	森俊介	福岡市中央区高砂	産婦・内	STD	
福岡市中央	6208	9200	国立病院機構九州医療センター	村中光	井口厚司	福岡市中央区地行浜	内・児・泌	基幹	○
福岡市中央	6208	9201	福岡市立こども病院・感染症センター	福重淳一郎	青木知信	福岡市中央区唐人町	内・児・呼	基幹	○
福岡市南	6210	5056	徳永内科医院	徳永尚登	徳永尚登	福岡市南区横手	内・呼	インフルエンザ	
福岡市南	6210	5057	(医)明幸会長住医院	漢孝太郎	漢幸太郎	福岡市南区長住	内・呼	インフルエンザ	
福岡市南	6210	5059	小林内科小児科医院	小林研次	小林研次	福岡市南区高宮	内・児	インフルエンザ	
福岡市南	6210	5336	野口内科クリニック	野口秀哉	野口秀哉	福岡市南区屋形原	内	インフルエンザ	
福岡市南	6210	6060	国立病院機構福岡病院	岩永知秋	岡田賢司	福岡市南区屋形原	内・児・外	小児科	○
福岡市南	6210	6061	諸岡小児科	諸岡達也	諸岡達也	福岡市南区井尻	児	小児科	
福岡市南	6210	6062	(医)賢寿会井上小児科医院	井上寿郎	井上寿郎	福岡市南区柏原	児	小児科	
福岡市南	6210	6269	やない小児科クリニック	梁井信司	梁井信司	福岡市南区長住	児	小児科	
福岡市南	6210	6332	くろかわみちこ小児科クリニック	黒川美知子	黒川美知子	福岡市南区大橋	児	小児科	
福岡市南	6210	7248	にしだ眼科医院	西田博	西田博	福岡市南区大橋	眼	眼科	
福岡市南	6210	8296	すみい婦人科クリニック	澄井敬成	澄井敬成	福岡市南区平和	婦	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市城南	6214	5085	英内科クリニック	田中英明	田中英明	福岡市城南区茶山	内・児	インフルエンザ	
福岡市城南	6214	5086	(医)博和会武元内科クリニック	武元 和博	武元 和博	福岡市城南区樋井川	内・児	インフルエンザ	○
福岡市城南	6214	6088	しんどう小児科医院	進藤 静生	進藤 静生	福岡市城南区神松寺	児	小児科	
福岡市城南	6214	6226	(医)井上四郎小児科医院	井上 秀一郎	井上 秀一郎	福岡市城南区樋井川	児	小児科	
福岡市城南	6214	6333	内田子どもクリニック	内田 智子	内田 智子	福岡市城南区別府	児	小児科	
福岡市城南	6214	7279	(医)安武眼科医院	安武 哲朗	安武 哲朗	福岡市城南区金山団地	眼	眼科	
福岡市早良	6211	5064	中村医院	中村 尚徳	中村 尚徳	福岡市早良区内野	内	インフルエンザ	
福岡市早良	6211	5289	(医)しばおクリニック	芝尾 敬吾	芝尾 敬吾	福岡市早良区百道浜	循・内・児	インフルエンザ	
福岡市早良	6211	5292	加来内科消化器科医院	加来 数馬	加来 数馬	福岡市早良区小田部	内・消	インフルエンザ	
福岡市早良	6211	6067	中野子どもクリニック	中野 光郎	中野 光郎	福岡市早良区田村	児	小児科	
福岡市早良	6211	6068	福岡市立急患診療センター	樋口 正士	中村 明人	福岡市早良区百道浜	児・内	小児科	
福岡市早良	6211	6069	(医)松本小児科医院	松本 一郎	松本 一郎	福岡市早良区西新	児	小児科	
福岡市早良	6211	6070	岡田子どもクリニック	岡田 象二郎	岡田 象二郎	福岡市早良区藤崎	児	小児科	
福岡市早良	6211	6270	たさき小児科クリニック	田崎 宏介	田崎 宏介	福岡市早良区星の原団地	児	小児科	
福岡市早良	6211	7071	(医)社団福光会福岡眼科病院	福田 量	福田 量	福岡市早良区藤崎	眼	眼科	
福岡市早良	6211	8310	佐々木レディースクリニック	佐々木 淑	佐々木 淑	福岡市早良区室見	産	STD	
福岡市西	6213	5081	大内医院	大内 伸夫	大内 伸夫	福岡市西区横浜	内	インフルエンザ	
福岡市西	6213	5082	(医)ひろかたクリニック	廣方 洋一郎	廣方 洋一郎	福岡市西区姪の浜	内	インフルエンザ	
福岡市西	6213	5083	佐野内科胃腸科医院	佐野 栄二郎	佐野 栄二郎	福岡市西区周船寺	内	インフルエンザ	
福岡市西	6213	6084	高崎小児科医院	高崎 好生	高崎 好生	福岡市西区下山門	児	小児科	○
福岡市西	6213	6215	木下小児科医院	木下 正教	木下 正教	福岡市西区今宿町	児	小児科	
福岡市西	6213	6227	(医)下村小児科医院	下村 国寿	下村 国寿	福岡市西区姪の浜	児	小児科	
福岡市西	6213	6271	石神小児科医院	石神 喜久	石神 喜久	福岡市西区野方	児	小児科	
福岡市西	6213	7249	上原眼科医院	上原 真幸	上原 真幸	福岡市西区石丸	眼	眼科	
福岡市西	6213	8315	(医)新堂産婦人科医院	新堂 昌治	新堂 昌文	福岡市西区橋本	産	STD	
粕 屋	4058	5111	(医)中西内科クリニック	中西 眞之	中西 眞之	粕屋郡宇美町宇美	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5112	社会保険仲原病院内科	木村 壽成	岡田 泰代	粕屋郡志免町御手洗	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5288	満安内科医院	満安 清孝	満安 清孝	粕屋郡志免町別府	内・呼	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5114	いけだ内科クリニック	池田 幹久	池田 幹久	古賀市舞の里	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	6300	いりえ小児科医院	入江 勝一	入江 勝一	粕屋郡宇美町貴船	児	小児科	
粕 屋	4058	6311	森小児科クリニック	森 俊憲	森 俊憲	粕屋郡粕屋町仲原	小	小児科	
粕 屋	4058	6340	うかじ小児科医院	宇梶 光太郎	宇梶 光太郎	粕屋郡志免町志免中央	児	小児科	
粕 屋	4058	6232	よしおか小児科クリニック	吉岡 玲子	吉岡 玲子	粕屋郡新宮町下府	児・内	小児科	
粕 屋	4058	6272	正信会水戸病院小児科	白橋 斉	藤原 崇	粕屋郡須恵町旅石	内・児	小児科	
粕 屋	4058	6118	矢野小児科医院	矢野 雄	矢野 雄	古賀市天神	児	小児科	
粕 屋	4058	7119	(医)篠田眼科医院	篠田 泰治	篠田 泰治	粕屋郡新宮町美咲	眼	眼科	
粕 屋	4058	8120	(医)豊資会加野病院	藤澤 保仁	古藤 幸子	古賀市花見南	泌	STD	
粕 屋	4058	9317	国立病院機構福岡東医療センター	上野 道雄	藤山 哲也	古賀市千鳥	内・児・外	基幹	○
筑 紫	4059	5305	(医)鴻佑 井本内科小児科医院	井本 公重	井本 公重	大野城市白木原	内・児	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5123	(医)春成会樋口病院	松村 順	小野 里美	春日市紅葉ヶ丘東	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5125	(医)恵山会丸山病院	丸山 直人	村嶋 紀雄	太宰府市大字坂本	内	インフルエンザ	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
筑 紫	4059	5121	(医)文杏堂杉病院	杉 東 明	梶 原 直 美	筑紫野市二日市中央	内	インフルエンザ	○
筑 紫	4059	5334	(医)徒然会 伊藤医院	伊 藤 俊 一	伊 藤 俊 一	筑紫野市二日市南	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5122	(医)香月内科クリニック	香 月 司	香 月 司	筑紫郡那珂川町道善	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	6130	(医)松田小児科医院	松田健太郎	松田健太郎	大野城市下大利	児	小児科	
筑 紫	4059	6273	うえ木こどもクリニック	植 木 一 博	植 木 一 博	大野城市月の浦	児	小児科	
筑 紫	4059	6127	(医)横山小児科医院	横 山 隆 人	横 山 隆 人	春日市春日原東町	児	小児科	
筑 紫	4059	6304	(医)おの子どもクリニック	小野栄一郎	小野栄一郎	春日市一の谷	小	小児科	
筑 紫	4059	6129	(医)まつもと小児科医院	松 本 正	松 本 正	太宰府市通古賀	児	小児科	
筑 紫	4059	6128	(医)みぞぐち小児科医院	溝 口 康 弘	溝 口 康 弘	筑紫野市大字筑紫駅前通	児	小児科	
筑 紫	4059	6131	(医)西尾小児科医院	西 尾 健	西 尾 健	筑紫野市湯町	児	小児科	○
筑 紫	4059	6319	いわお小児科医院	岩 尾 初 雄	岩 尾 初 雄	筑紫郡那珂川町五郎丸	小	小児科	
筑 紫	4059	7132	(医)鬼木眼科医院	鬼木信乃夫	鬼木信乃夫	筑紫野市二日市中央	眼	眼科	○
筑 紫	4059	8337	(医)あまがせ産婦人科医院	天ヶ瀬寛信	森 田 佑 加	大野城市東大利	産	STD	
筑 紫	4059	8133	(医)春成会樋口皮膚泌尿器科医院	樋 口 満 成	樋 口 満 成	春日市春日原北町	皮・泌	STD	
筑 紫	4059	8134	(医)山野皮膚科医院	山 野 龍 文	山 野 龍 文	太宰府市通古賀	皮・形・ア	STD	
筑 紫	4059	9204	福岡県済生会二日市病院	間 野 正 衛	福 嶋 博 文	筑紫野市湯町	内・児	基幹	○
糸 島	4060	5136	(医)藤沢内科クリニック	藤 澤 和 明	藤 澤 和 明	糸島市萩浦	内・呼	インフルエンザ	
糸 島	4060	5337	田中みのる内科	田 中 実	田 中 実	糸島市南風台	内	インフルエンザ	
糸 島	4060	6137	よしい小児科医院	吉 井 薫	吉 井 薫	糸島市前原西	児	小児科	
糸 島	4060	6230	奥小児科医院	奥 郁 美	奥 郁 美	糸島市前原中央	児	小児科	
糸 島	4060	6231	(医)やました小児科医院	山 下 祐 二	山 下 祐 二	糸島市浦志	児	小児科	
糸 島	4060	7250	福田眼科クリニック	福 田 成 彦	福 田 成 彦	糸島市前原中央	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4076	5186	健康保険直方中央病院内科	野 田 晏 宏	野 田 晏 宏	直方市大字感田	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4076	5187	社会保険筑豊病院内科	大 谷 晃	坂 本 茂	直方市大字山部	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4076	6188	(医)あざかみこどもクリニック	阿座上才紀	阿座上才紀	直方市頓野	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4076	6234	(医)栗原小児科内科クリニック	栗 原 潔	栗 原 潔	直方市神正町	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4076	6274	(医)大庭小児科医院	大 庭 利 道	大 庭 利 道	直方市大字感田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4076	6189	尾上小児科医院	尾 上 嘉 浩	尾 上 嘉 浩	宮若市宮田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4076	7251	はやし眼科	林 洋 一	林 洋 一	直方市大字頓野	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4076	8160	大森医院	大 森 皓 一	大 森 皓 一	直方市日吉町	泌・皮	STD	
嘉穂・鞍手	4076	9210	社会保険直方病院	大 谷 晃	坂 本 茂	直方市大字山部	内	基幹	○
嘉穂・鞍手	4077	5190	飯塚病院内科	田 中 二 郎	山 本 英 彦	飯塚市芳雄町	内・児	インフルエンザ	○
嘉穂・鞍手	4077	5191	(医)梶原内科医院	梶 原 健 伯	梶 原 健 伯	飯塚市下三緒	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5245	(医)おおたき医院	大 滝 光 生	大 滝 光 生	飯塚市伊川	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	6193	細川小児科内科医院	細 川 清	細 川 清	飯塚市鯉田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6194	飯塚病院小児科	田 中 二 郎	岩 元 二 郎	飯塚市芳雄町	児	小児科	○
嘉穂・鞍手	4077	6216	永山小児科医院	永 山 清 高	永 山 清 高	飯塚市西徳前	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6237	こどもクリニックもりた	森 田 潤	森 田 潤	飯塚市横田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6196	平野医院	平 野 義 人	平 野 義 人	嘉麻市鴨生	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	7197	(医)下津眼科医院	下 津 一 秀	下 津 一 秀	飯塚市菰田東	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	8198	飯塚病院婦人科	田 中 二 郎	江 口 冬 樹	飯塚市芳雄町	婦・産	STD	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
嘉穂・鞍手	4077	8199	藤井泌尿器科医院	藤井善隆	藤井善隆	飯塚市飯塚	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8258	(医)松岡産婦人科医院	松岡良任	松岡良任	飯塚市飯塚	産・婦	STD	
嘉穂・鞍手	4077	9209	飯塚病院	田中二郎	中村権一	飯塚市芳雄町	内・児・泌	基幹	○
田 川	4065	5139	田川市立病院内科	池田喜彦	松村安洋	田川市大字糺	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5140	社会保険田川病院内科	田中裕穂	向野達也	田川市上本町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5138	糸田町立緑ヶ丘病院内科	清澤雷太	水上行房	田川郡糸田町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	6142	田川市立病院小児科	池田喜彦	穉吉秀隆	田川市大字糺	児	小児科	○
田 川	4065	6236	社会保険田川病院小児科	田中裕穂	廣島 淳	田川市上本町	児	小児科	
田 川	4065	6275	(医)たなかのぶ小児科医院	田中信夫	田中信夫	田川市宮尾町	児	小児科	
田 川	4065	6141	糸田町立緑ヶ丘病院小児科	清澤雷太	河野一郎	田川郡糸田町	児	小児科	
田 川	4065	6235	(医)正久会荒木小児科医院	荒木久昭	荒木久昭	田川郡川崎田原	児	小児科	
田 川	4065	7143	倉員眼科医院	倉員健一	倉員健一	田川市番田町	眼	眼科	
田 川	4065	8144	社会保険田川病院婦人科	田中裕穂	黒松 肇	田川市上本町	産・婦	STD	
田 川	4065	9211	田川市立病院	池田喜彦	藤田拓司	田川市大字糺	内・児・外	基幹	○
久留米市	4067	5147	(医)白壽会安本病院内科	安本 潔	石橋百合子	久留米市三瀬町玉満	内	インフルエンザ	
久留米市	4067	5150	(医)いのくち医院	猪口哲彰	猪口哲彰	久留米市国分町	内	インフルエンザ	○
久留米市	4067	5246	やの医院	矢野秀樹	矢野秀樹	久留米市善導寺町与田	内・呼	インフルエンザ	
久留米市	4067	5260	大善寺医院	宮原 孝	宮原 孝	久留米市大善寺町宮本	内	インフルエンザ	
久留米市	4067	5306	田中内科医院	田中泰之	田中泰之	久留米市北野町今山	内	インフルエンザ	
久留米市	4067	6145	原田医院	原田 豊	原田 豊	久留米市田主丸以真恵	児	小児科	
久留米市	4067	6152	河野小児科医院	河野信晴	河野信晴	久留米市国分町	児	小児科	
久留米市	4067	6154	聖マリア病院小児科	鳥 弘志	大部 敬三	久留米市津福本町	児・内	小児科	○
久留米市	4067	6276	小児科井上医院	井上 治	井上 治	久留米市櫛原町	児	小児科	
久留米市	4067	6290	いむた小児科	伊牟田富佐恵	伊牟田富佐恵	久留米市諏訪野町	児	小児科	
久留米市	4067	6314	かとう小児科医院	加藤栄司	加藤栄司	久留米市大善寺町夜明	児	小児科	
久留米市	4067	7158	石川眼科医院	石川有加里	石川有加里	久留米市荘島	眼	眼科	
久留米市	4067	8159	社会保険久留米第一病院婦人科	津田英照	富岡良仁	久留米市櫛原町	皮・泌・婦	STD	
久留米市	4067	8338	みやはら産婦人科医院	宮原 研一	宮原 研一	久留米市日吉町	産	STD	
久留米市	4067	8342	添田医院	添田道太	添田道太	久留米市上津町	泌	STD	
久留米市	4067	9206	聖マリア病院	鳥 弘志	今村 豊	久留米市津福本町	内・外・児	基幹	○
大牟田	4041	5089	大牟田市立病院内科	中山顕児	村上義比古	大牟田市宝坂町	内	インフルエンザ	
大牟田	4041	5090	済生会大牟田病院	菊池 茂	田中雅久	大牟田市田隈	内	インフルエンザ	
大牟田	4041	6092	(医)こが小児科医院	古賀龍夫	古賀龍夫	大牟田市大字岬	児・乳	小児科	
大牟田	4041	6093	社会保険大牟田天領病院小児科	杉本峯時	生田正幸	大牟田市天領町	児	小児科	
大牟田	4041	6094	大牟田市立病院小児科	中山顕児	村上義比古	大牟田市宝坂町	児	小児科	
大牟田	4041	6240	やまかわクリニック	山川良一	山川良一	大牟田市中白川町	児・内	小児科	
大牟田	4041	7095	向坂眼科医院	向坂裕夫	向坂裕夫	大牟田市上町	眼	眼科	
大牟田	4041	8096	林田泌尿器皮膚科医院	林田健一郎	林田健一郎	大牟田市東新町	泌・皮	STD	
大牟田	4041	8259	村尾産婦人科クリニック	深川公一	深川公一	大牟田市古町	産・婦	STD	
大牟田	4041	8283	(医)杏東会東原産婦人科医院	東原 徹	東原 徹	大牟田市大字倉永	産・婦	STD	
大牟田	4041	9208	大牟田市立病院	中山顕児	野口和典	大牟田市宝坂	内・児・外	基幹	○

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北 筑 後	4068	5163	(医)田辺医院	田 邊 庸 一	田 邊 庸 一	朝倉市池田	内・児	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	5323	やまもと内科消化器科	山 本 智 文	山 本 智 文	朝倉郡筑前町依井	消	インフルエンザ	
北 筑 後	4067	5324	田中医院	田 中 浩 一	田 中 浩 一	うきは市浮羽町山北	内	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	6164	富田小児科医院	富 田 哲 生	富 田 哲 生	朝倉市甘木	児	小児科	
北 筑 後	4068	6242	きたの小児科医院	北 野 明 子	北 野 明 子	朝倉市屋永	児	小児科	
北 筑 後	4068	6243	たかせ小児科医院	高 瀬 英 生	高 瀬 英 生	朝倉市来春	児	小児科	
北 筑 後	4067	6156	(医)きのした小児科クリニック	木 下 昇 平	木 下 昇 平	小郡市小坂井	児	小児科	
北 筑 後	4067	6157	とよた小児科	豊 田 温	豊 田 温	うきは市吉井町	児	小児科	○
北 筑 後	4068	9205	朝倉医師会病院	上 野 隆 登	黒 田 直 宏	朝倉市来春	内・児	基幹	○
南 筑 後	4071	5166	(医)戸次循環器科内科医院	戸 次 久 敏	戸 次 久 敏	八女市馬場	循・内	インフルエンザ	
南 筑 後	4071	5261	(医)合原会合原医院	合 原 正 二	合 原 正 二	八女郡広川町大字長延	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4071	5165	(医)永田医院	永 田 一 良	永 田 一 良	筑後市大字鶴田	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5172	益子医院	益 子 直 己	益 子 直 己	柳川市茂庵町	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5173	川口内科医院	川 口 新 一 郎	川 口 新 一 郎	柳川市三橋町高畑	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5091	(医)弘恵会ヨコクラ病院	横 倉 義 武	小田原晋一	みやま市高田町濃施	内・循	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5174	(医)喜明会山内医院	山 内 一 明	山 内 一 明	みやま市瀬高町大江	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4071	6169	(医)いしもと小児科医院	石 本 耕 治	石 本 耕 治	八女市岩崎	児	小児科	
南 筑 後	4071	6277	富田医院	富 田 尚 文	富 田 尚 文	八女市黒木町大字黒木	児	小児科	
南 筑 後	4071	6168	杉村子どもクリニック	杉 村 徹	杉 村 徹	筑後市水田	児	小児科	
南 筑 後	4071	6241	川上小児科医院	川 上 晃	川 上 晃	筑後市大字徳久	児	小児科	
南 筑 後	4067	6155	酒井小児科内科医院	酒 井 良	酒 井 良	大川市大字榎津字油田	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6176	(医)よこち小児科・循環器科・内科	横 地 一 興	横 地 一 興	柳川市上宮永	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6244	津末医院	津 末 美 和 子	津 末 美 和 子	柳川市三橋町久末	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6175	入江内科小児科医院	入 江 章	入 江 章	みやま市瀬高町大字本郷	内・児	小児科	
南 筑 後	4071	7170	(医)平野眼科医院	平 野 剛 史	平 野 剛 史	八女市馬町	眼	眼科	
南 筑 後	4074	7252	(医)石橋眼科医院	石 橋 理 生	石 橋 理 生	みやま市瀬高町下庄	眼	眼科	
南 筑 後	4071	8308	医)古賀泌尿器クリニック	古 賀 弘	古 賀 弘	八女市馬場	泌	STD	
南 筑 後	4074	8177	大熊泌尿器科皮膚科医院	大 熊 謙 彰	大 熊 謙 彰	柳川市本町	泌・皮	STD	
南 筑 後	4071	9207	公立八女総合病院	小 野 典 之	合 原 る み	八女市高塚	内・循・児	基幹	○

(平成24年12月 時点)

VI) 参 考 资 料

1) 感染症発生動向調査事業実施要綱 (平成25年4月1日 一部改正)

第1 趣旨及び目的

感染症発生動向調査事業については、昭和56年7月から18疾病を対象に開始され、昭和62年1月からはコンピュータを用いたオンラインシステムにおいて27疾病を対象にする等、充実・拡大されて運用されてきたところである。平成10年9月に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下「法」という。)が成立し、平成11年4月から施行されたことに伴い、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の国民や医療関係者への的確な提供・公開について、同法第三章(第12条～第16条)による施策として感染症発生動向調査を位置づけ、医師等の医療関係者の協力のもと、的確な体制を構築していくこととする。

第2 対象感染症

本事業の対象とする感染症は次のとおりとする。

1 全数把握の対象

一類感染症

(1) エボラ出血熱、(2) クリミア・コンゴ出血熱、(3) 痘そう、(4) 南米出血熱、(5) ペスト、(6) マールブルグ病及び(7) ラッサ熱

二類感染症

(8) 急性灰白髄炎、(9) 結核、(10) ジフテリア及び(11) 重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限り)及び(12) 鳥インフルエンザ(H5N1)

三類感染症

(13) コレラ、(14) 細菌性赤痢、(15) 腸管出血性大腸菌感染症、(16) 腸チフス及び(17) パラチフス

四類感染症

(18) E型肝炎、(19) ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎を含む)、(20) A型肝炎、(21) エキノコックス症、(22) 黄熱、(23) オウム病、(24) オムスク出血熱、(25) 回帰熱、(26) キャサスル森林病、(27) Q熱、(28) 狂犬病、(29) コクシジオイデス症、(30) サル痘、(31) 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り)、(32) 腎症候性出血熱、(33) 西部ウマ脳炎、(34) ダニ媒介脳炎、(35) 炭疽、(36) チクングニア熱、(37) つつが虫病、(38) デング熱、(39) 東部ウマ脳炎、(40) 鳥インフルエンザ(H5N1を除く)、(41) ニバウイルス感染症、(42) 日本紅斑熱、(43) 日本脳炎、(44) ハンタウイルス肺症候群、(45) Bウイルス病、(46) 鼻疽、(47) ブルセラ症、(48) ベネズエラウマ脳炎、(49) ヘンドラウイルス感染症、(50) 発しんチフス、(51) ボツリヌス症、(52) マラリア、(53) 野兎病、(54) ライム病、(55) リッサウイルス感染症、(56) リフトバレー熱、(57) 類鼻疽、(58) レジオネラ症、(59) レプトスピラ症、(60) ロッキーマウンテン紅斑熱

五類感染症(全数)

(61) アメーバ赤痢、(62) ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)、(63) 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)、(64) クリプトスポリジウム症、(65) クロイツフェルト・ヤコブ病、(66) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症、(67) 後天性免疫不全症候群、(68) ジアルジア症、(69) 侵襲性インフルエンザ菌感染症、(70) 侵襲性髄膜炎菌感染症、(71) 侵襲性肺炎球菌感染症、(72) 先天性風し

ん症候群、(73) 梅毒、(74) 破傷風、(75) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(76) バンコマイシン耐性腸球菌感染症、(77) 風しん、(78) 麻しん

新型インフルエンザ等感染症

(105) 新型インフルエンザ、(106) 再興型インフルエンザ

2 定点把握の対象

五類感染症(定点)

(79) RSVウイルス感染症、(80) 咽頭結膜熱、(81) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(82) 感染性胃腸炎、(83) 水痘、(84) 手足口病、(85) 伝染性紅斑、(86) 突発性発しん、(87) 百日咳、(88) ヘルパンギーナ、(89) 流行性耳下腺炎、(90) インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、(91) 急性出血性結膜炎、(92) 流行性角結膜炎、(93) 性器クラミジア感染症、(94) 性器ヘルペスウイルス感染症、(95) 尖圭コンジローマ、(96) 淋菌感染症、(97) クラミジア肺炎(オウム病を除く)、(98) 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)、(99) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(100) マイコプラズマ肺炎、(101) 無菌性髄膜炎、(102) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(103) 薬剤耐性アシネトバクター感染症、(104) 薬剤耐性緑膿菌感染症

法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

(107) 摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状(明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く。)若しくは(108) 発熱及び発しん又は水疱(ただし、当該疑似症が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合を除く。)

3 オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の対象

二類感染症

(12) 鳥インフルエンザ(H5N1)

第3 実施主体

実施主体は、国、都道府県及び保健所を設置する市(特別区を含む)とする。

第4 実施体制の整備

1 中央感染症情報センター

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

2 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

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

感染症情報センターに送付するものとする。

なお、以下の実施方法において、地方感染症情報センターが都道府県等の本庁の役割を代替する機能を担うことができるものとする。

3 指定届出機関（定点）

都道府県は、定点把握対象の五類感染症について、患者情報、疑似症情報及び病原体情報を収集するため、患者定点、疑似症定点及び病原体定点をあらかじめ選定する。

4 感染症発生動向調査企画委員会

(1) 中央感染症発生動向調査企画委員会

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

(2) 地方感染症発生動向調査企画委員会

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

第5 事業の実施

1 一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断した医師

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症を届出基準等通知に基づき診断した場合は、別に定める基準に基づき直ちに最寄りの保健所に届出を行う。また保健所から当該患者の病原体検査のための検体又は病原体情報の提供の依頼を受けた場合にあつては、協力可能な範囲において、検体又は病原体情報について、保健所の協力を得て別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所（地方衛生研究所を設置しない都道府県等にあつては、検査事務を適法に委託した他の都道府県等の設置する地方衛生研究所。以下同じ。）に送付する。

イ 保健所

- ① 当該届出を受けた保健所は、直ちに感染症発生動向調査システムに届出内容を入力するものとする。また保健所は、当該患者（第2の(52)を除く）を診断した医師に対して、必要に応じて病原体検査のための検体又は病原体情報の地方衛生研究所への提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。
- ② 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

ウ 地方衛生研究所

- ① 地方衛生研究所は、別記様式の検査票及び検体又は病原体情報が送付された場合にあつては、当該検体を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、別記様式により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。
- ② 検査のうち、地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。

③ 地方衛生研究所は、患者が一類感染症と診断されている場合、都道府県域を超えた集団発生があつた場合等の緊急の場合にあつては、検体を国立感染症研究所に送付する。

エ 国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

オ 都道府県等の本庁

- ① 都道府県等の本庁にあつては、それぞれの管内の患者情報について、保健所からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。
- ② 都道府県等の本庁にあつては、別記様式をもって地方衛生研究所から送付された検査情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

- ① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下カ及びキにおいても同じ）を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。
- ② 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

- ① 中央感染症情報センターは、都道府県等で確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、全数把握の五類感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等の本庁に提供する。
- ② 中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及びエに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報（月単位の場合は月報）等に掲載する。

2 全数把握対象の五類感染症

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断した医師

五類感染症（全数）の患者を診断した医師は、別に定める基準に基づき診断後7日以内に最寄りの保健所に届出を行う。また保健所から当該患者の病原体検査のための検体又は病原体情報の提供の依頼を受けた場合にあつては、協力可能な範囲において、検体又は病原体情報について、保健所の協力を得て別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所に送付する。

イ 保健所

- ① 当該届出を受けた保健所は、直ちに感染症発生動向調査システムに届出内容を入力するものとする。また保健所は、第2の(61)、(63)、(65)、(66)、(67)、(70)、(72)、(74)、(75)、(76)、(77)又は(78)の患者を診断した医師に対して、必要に応じて病原体検査のための検体又は病原体情報の地方衛生研究所への提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。
- ② 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、

指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

ウ 地方衛生研究所

- ① 地方衛生研究所は、別記様式の検査票と検体又は病原体情報等が送付された場合にあっては、当該検体を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、別記様式により保健所、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。
- ② 検査のうち、当該地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。
- ③ 地方衛生研究所は、都道府県域を超えた集団発生があった場合等の緊急の場合にあっては、検体を国立感染症研究所に送付する。

エ 国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

オ 都道府県等の本庁

- ① 都道府県等の本庁にあっては、それぞれの管内の患者情報について、保健所が診断した医師から届出を受けてから7日以内に、登録情報の確認を行う。
- ② 都道府県等の本庁にあっては、別記様式をもって地方衛生研究所から送付された検査情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

- ① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下カ及びキにおいて同じ）を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。
- ② 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

- ① 中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁で確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報について、一類感染症から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等の本庁に提供する。
- ② 中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及びエに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報（月単位の場合は月報）等として掲載する。

3 定点把握対象の五類感染症

(1) 対象とする感染症の状態

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

(2) 定点の選定

ア 患者定点

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

- ① 対象感染症のうち、第2の(79)から(89)までに掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関（主として小児科医療を提供しているもの）を小児科定点として指定すること。小児科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。この場合において、小児科定点として指定された医療機関は、②のインフルエンザ定点として協力するよう努めること。

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

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

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

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

- ③ 対象感染症のうち、第2の(91)及び(92)に掲げるものについては、眼科を標榜する医療機関（主として眼科医療を提供しているもの）を眼科定点として指定すること。眼科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～12.5万人	0
12.5万人～	$1 + (\text{人口} - 12.5\text{万人}) / 15\text{万人}$

- ④ 対象感染症のうち、第2の(93)から(96)に掲げるものについては、産婦人科若しくは産科若しくは婦人科（産婦人科系）、医療法施行令（昭和二十三年政令第三百二十六号）第三条の二第一項第一号ハ及びニ(2)の規定により性感染症と組み合わせた名称を診療科名とする診療科又は泌尿器科若しくは皮膚科を標榜する医療機関（主として各々の標榜科の医療を提供しているもの）を性感染症定点として指定すること。性感染症定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～7.5万人	0
7.5万人～	$1 + (\text{人口} - 7.5\text{万人}) / 13\text{万人}$

- ⑤ 対象感染症のうち、第2の(97)から(104)までに掲げるものについては、対象患者がほとんど入院患者であるため、患者を300人以上収容する施設を有する病院であって内科及び外科を標榜する病院（小児科医療と内科医療を提供しているもの）を2次医療圏域毎に1カ所以上、基幹定点として指定すること。

イ 病原体定点

病原体の分離等の検査情報を収集するため、都道府県は、病原体定点を選定する。この場合においては、次の点に留意する。

① 原則として、患者定点として選定された医療機関の中から選定すること。

② アの①により選定された患者定点の概ね10%を小児科病原体定点として、第2の(80)、(81)、(82)、(84)、(87)、(88)及び(89)を対象感染症とすること。

③ アの②により選定された患者定点の概ね10%をインフルエンザ病原体定点として、第2の(90)を対象感染症とすること。

④ アの③により選定された患者定点の概ね10%を眼科病原体定点として、第2の(91)及び(92)を対象感染症とすること。

⑤ アの⑤により選定された患者定点は、全て基幹病原体定点として、第2の(98)及び(101)を対象感染症とすること。

(3) 調査単位等

ア 患者情報のうち、(2)のアの①、②、③及び⑤(第2の(99)、(102)、(103)及び(104)に関する患者情報を除く)により選定された患者定点に関するものについては、1週間(月曜日から日曜日)を調査単位として、(2)のアの④及び⑤(第2の(99)、(102)、(103)及び(104)に関する患者情報のみ)により選定された患者定点に関するものについては、各月を調査単位とする。

イ 病原体情報については、原則として結果がまとまり次第、報告することとする。

(4) 実施方法

ア 患者定点

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

② (2)のアにより選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める基準に従い、それぞれ調査単位の患者発生状況等を記載する。

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 病原体定点

① 病原体定点として選定された医療機関は、別に定める病原体検査指針により、微生物学的検査のために検体を採取する。

② 病原体定点で採取された検体は、別記様式の検査票を添えて、速やかに地方衛生研究所へ送付する。

ウ 保健所

① 保健所は、患者定点から得られた患者情報が週単位の場合は調査対象の週の翌週の火曜日までに、月単位の場合は調査対象月の翌月の3日までに、感染症発生動向調査システムに入力するものとする。また、対象感染症についての集団発生その他特記すべき情報についても都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへ報告する。

② 保健所は、定点把握の対象の五類感染症の発生状況等を把握し、市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所

① 地方衛生研究所は、別記様式の検査票及び検体が送付された場合においては、当該検体を検査し、その結果を病原体情報として病原体定点に通知するとともに、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付するものとする。

② 検査のうち、当該地方衛生研究所において実施することが困難なものについては、必要に応じて国立感染症研究所に検査を依頼する。

③ 地方衛生研究所は、都道府県域を超えた集団発生があった場合等の緊急の場合にあっては、検体を国立感染症研究所に送付する。

オ 国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から検査依頼を受けた検体について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所及び中央感染症情報センターへ通知する。

カ 都道府県等の本庁

① 都道府県等の本庁にあっては、それぞれの管内の患者情報について、保健所からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 都道府県等の本庁にあっては、別記様式をもって地方衛生研究所から送付された病原体情報について、直ちに中央感染症情報センターに報告する。

キ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報(月単位の場合は月報)等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

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

ク 中央感染症情報センター

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

② 中央感染症情報センターは、都道府県等の本庁から報告された病原体情報及び前記オに基づいて国立感染症研究所が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報(月単位の場合は月報)等に掲載する。

4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

(1) 対象とする疑似症の状態

各々の疑似症について、別に定める報告基準を参考とし、当該疑似症の患者と診断される場合とする。

(2) 定点の選定

ア 疑似症定点

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

対象疑似症のうち、第2の(107)に掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関(主として小児科医療を提供しているもの)又は内科を標榜する医療機関(主として内科医療を提供しているもの)を第一号疑似症定点として指定すること。

また、第2の(108)に掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関(主として小児科医療を提供しているもの)、内科を標榜する医療機関(主として内科医療を提供しているもの)又は皮膚科を標榜

する医療機関（主として皮膚科医療を提供しているもの）を第二号疑似症定点として指定すること。

なお、各疑似症定点の数は下記の計算式を参考として算定するとともに、内科を標榜する医療機関については、第5の3(2)ア⑥に掲げる基幹定点の要件を満たす病院を2次医療圏域毎に1カ所以上含むよう考慮すること。

保健所管内人口	定点数
～3万人	3
3万人～7.5万人	4
7.5万人～12.5万人	7
12.5万人～	$7 + 6 \times (\text{人口} - 12.5\text{万人}) / 10\text{万人}$

(3) 実施方法

ア 疑似症定点

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

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

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 保健所

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

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

ウ 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁にあっては、それぞれの管内の疑似症情報について、保健所からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

エ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週報等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

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

オ 中央感染症情報センター

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

5 オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の実施方法

(1) 保健所

鳥インフルエンザ(H5N1)に係る積極的疫学調査を実施した保

健所は、別に定める基準に従い、直ちに疑似症例調査支援システムに調査内容を入力するものとする。

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

(2) 地方衛生研究所

ア 地方衛生研究所は、検体が送付された場合にあっては、当該検体を検査し、その内容を直ちに疑似症例調査支援システムに入力する。

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

(3) 国立感染症研究所

国立感染症研究所は、地方衛生研究所から送付された検体について検査を実施し、その結果を直ちに疑似症例調査支援システムに入力する。

6 その他

(1) 感染症発生動向調査は、全国一律の基準で実施されるべきものであるが、上記の実施方法以外の部分について、必要に応じて、各都道府県等の実状に応じた追加を行い、地域における効果的・効率的な感染症発生動向調査体制を構築していくことが求められる。

(2) 政令市又は特別区において、当該検査事務を他の地方公共団体に委託する場合には、地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の14の規定の定めるところによること。

(3) 本実施要綱に定める事項以外の内容については、必要に応じて健康局長が定めることとする。

第6 費用

国は、本事業に要する費用のうち、都道府県が支弁する法第14条から第16条の規定に基づく本事業の事務に要する費用に対して、法第61条の規定に基づき負担する。

第7 実施時期

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

この実施要綱の改正は、平成14年11月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成15年11月5日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年6月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年11月22日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成19年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。

この実施要項の一部改正は、平成20年5月12日から施行する。

この実施要項の一部改正は、平成23年2月1日から施行する。

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

この実施要項の一部改正は、平成25年3月4日から施行する。

この実施要項の一部改正は、平成25年4月1日から施行する。

2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準

平成25年4月1日

1. 全数把握の対象

一類感染症

1	エボラ出血熱
2	クリミア・コンゴ出血熱
3	痘そう
4	南米出血熱
5	ペスト
6	マールブルグ病
7	ラッサ熱

二類感染症

1	急性灰白髄炎
2	結核
3	ジフテリア
4	重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）
5	鳥インフルエンザ（H5N1）

三類感染症

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

四類感染症

1	E型肝炎
2	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）
3	A型肝炎
4	エキノкокクス症
5	黄熱
6	オウム病
7	オムスク出血熱
8	回帰熱
9	キャサスル森林病
10	Q熱
11	狂犬病
12	コクシジオイデス症
13	サル痘
14	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）
15	腎症候性出血熱
16	西部ウマ脳炎
17	ダニ媒介脳炎
18	炭疽
19	チクングニア熱
20	つつが虫病
21	デング熱
22	東部ウマ脳炎
23	鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）
24	ニパウイルス感染症
25	日本紅斑熱
26	日本脳炎
27	ハンタウイルス肺炎候群
28	Bウイルス病
29	鼻疽
30	ブルセラ症
31	ベネズエラウマ脳炎
32	ヘンドラウイルス感染症
33	発しんチフス
34	ボツリヌス症
35	マラリア
36	野兎病
37	ライム病
38	リッサウイルス感染症
39	リフトバレー熱
40	類鼻疽
41	レジオネラ症
42	レプトスピラ症
43	ロッキー山紅斑熱

五類感染症

1	アメーバ赤痢
2	ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）
3	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）
4	クリプトスポリジウム症
5	クロイツフェルト・ヤコブ病
6	劇症型溶血性レンサ球菌感染症
7	後天性免疫不全症候群
8	ジアルジア症
9	侵襲性インフルエンザ菌感染症
9-1	侵襲性髄膜炎菌感染症
9-2	侵襲性肺炎球菌感染症
10	先天性風しん症候群
11	梅毒
12	破傷風
13	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
14	バンコマイシン耐性腸球菌感染症
14-2	風しん
14-3	麻しん

新型インフルエンザ等感染症

1	新型インフルエンザ
2	再興型インフルエンザ

2. 定点把握の対象

五類感染症

15	RSウイルス感染症
16	咽頭結膜熱
17	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
18	感染性胃腸炎
19	水痘
20	手足口病
21	伝染性紅斑
22	突発性発しん
23	百日咳
25	ヘルパンギーナ
27	流行性耳下腺炎
28	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）
29	急性出血性結膜炎
30	流行性角結膜炎
31	性器クラミジア感染症
32	性器ヘルペスウイルス感染症
33	尖圭コンジローマ
34	淋菌感染症
35	クラミジア肺炎（オウム病を除く）
36	細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）
37	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
38	マイコプラズマ肺炎
40	無菌性髄膜炎
41	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
42	薬剤耐性アシネトバクター感染症
43	薬剤耐性緑膿菌感染症

法第14条第1項に規定する厚生労働省で定める疑似症

1	摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状（明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く。）
2	発熱及び発しん又は水泡（二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合を除く）

3. オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の対象

二類感染症

1	鳥インフルエンザ（H5N1）
---	----------------

第1 全般的事項

1 検査方法に関する留意事項

分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法（LAMP法等の核酸増幅法全般をいう。以下同じ。）による同定など、種々の同定方法を含む。

抗体検査による感染症の診断には、

(1) 急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること）

(2) 急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇

(3) 急性期のIgM抗体の検出

(4) 単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。

のいずれかが用いられる。

なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。

2 発熱と高熱

本基準において、「発熱」とは体温が37.5℃以上を呈した状態をいい、「高熱」とは体温が38.0℃以上を呈した状態をいう。

3 留意点

(1) 本通知に定める各疾患の検査方法については、現在行われるものを示しており、今後開発される同等の感度又は特異度を有する検査も対象となり得るため、医師が、本通知に定めのない検査により診断を行うとする場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。

(2) 医師が、病原体診断又は病原体に対する抗体の検出による診断を行う場合において、疑義がある場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。

第2 一類感染症

1 エボラ出血熱

(1) 定義

エボラウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～21日（平均約1週間）で、発症は突発的である。

症状は発熱（ほぼ必発）、疼痛（頭痛、筋肉痛、胸痛、腹痛など）、無力症が多い。

2～3日で急速に悪化し、死亡例では約1週間程度で死に至ることが多い。出血は報告にもよるが、主症状ではないことも多い（2000年ウガンダの例では約20%）。

ザイール型では致死率は約90%、スーダン型では致死率は約50%である。

ヒトからヒトへの感染は血液、体液、排泄物等との直接接触により、空気感染は否定的である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の

左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、 尿
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法又はELISA法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

2 クリミア・コンゴ出血熱

(1) 定義

クリミア・コンゴウイルス（ブニヤウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～9日。初期症状は特異的ではない。時に突発的に発生する。発熱、頭痛、悪寒、筋肉痛、関節痛、腹痛、嘔吐がみられ、続いて咽頭痛、結膜炎、黄疽、羞明及び種々の知覚異常が現れる。点状出血が一般的にみられ、進行すると紫斑も生ずる。特に針を刺した部位から拡がる。重症化するとさらに全身出血、血管虚脱を来し、死亡例では消化管出血が著明である。肝・腎不全も出現することがある。血液と体液は感染力がきわめて強い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、 尿
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は補体結合反応による抗体の検出	血清

3 痘そう

(1) 定義

痘そうウイルスによる急性の発疹性疾患である。現在、地球上では根絶された状態にある。

(2) 臨床的特徴

主として、飛沫感染によりヒトからヒトへ感染する。患者や汚染された物品との直接接触により感染することもある。エアロゾルによる感染の報告もあるが、まれである。潜伏期間は約12日(7～17日)で、感染力は病初期(ことに4～6病日)に最も強く、発病前は感染力はないと考えられている。すべての発疹が痂皮となり、これが完全に脱落するまでは感染の可能性がある。

主な症状は、

ア 前駆期：急激な発熱(39℃前後)、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は2～3日で40℃以上に達する。第3～4病日頃には、一時解熱傾向となり、発疹が出る。

イ 発疹期：発疹は、紅斑→丘疹→水疱→膿疱→結痂→落屑と規則正しく移行する。その時期に見られる発疹はすべて同一のステージであることが特徴である。第9病日頃に膿疱となるが、この頃には再び高熱となり、結痂するまで続く。疼痛、灼熱感が強い。

ウ 回復期：2～3週間の経過で、脱色した痂痕を残し治癒する。痂皮(かさぶた)の中には、感染性ウイルスが長期間存在するので、必ず、滅菌消毒処理をする。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

4 南米出血熱

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症の診断

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

5 ペスト

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

ア 腺ペスト（ヒトペストの80～90%を占める）

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

イ 敗血症ペスト（約10%を占める）

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

ウ 肺ペスト

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

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

エ 感染症死亡者の死体

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

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

6 マールブルグ病

(1) 定義

マールブルグウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

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

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

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、 尿
ELISA法による病原体の特異抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

7 ラッサ熱

(1) 定義

ラッサウイルス（アレナウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

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

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、 尿
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1) 定義

ポリオウイルス1～3型（ワクチン株を含む）の感染による急性弛緩性麻痺を主症状とする急性運動中枢神経感染症である。また、ポリオウイルス1～3型には、地域集団において継続的に伝播している野生株ポリオウイルス、親株であるOPV株からのVP1全領域の変異率が1-15%のワクチン由来ポリオウイルス（VDPV）及びOPV株からのVP1全領域の変異率が1%未満のワクチン株ウイルスがある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は3～12日で、発熱（3日間程度）、全身倦怠感、頭痛、吐き気、項部・背部硬直などの髄膜刺激症状を呈するが、軽症例（不全型）では軽い感冒様症状又は胃腸症状で終わることもある。髄膜炎症状だけで麻痺を来さないもの（非麻痺型）もあるが、重症例（麻痺型）では発熱に引き続きあるいは一旦解熱し再び発熱した後に、突然四肢の随意筋（多くは下肢）の弛緩性麻痺が現れる。罹患部位の腱反射は減弱ないし消失し、知覚感覚異常を伴わない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。ただしワクチン株による無症状病原体保有者は届出の対象ではない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

2 結核

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

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

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

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

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

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、結核の疑似症患者と診断するに足る高度の蓋然性が認められる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。疑似症患者の診断に当たっては、集団発生状況、疫学的関連性なども考慮し判断する。

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

3 ジフテリア

(1) 定義

ジフテリア毒素を産生するコリネバクテリウム属の *Corynebacterium diphtheriae* の感染による急性感染症である。

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌におけるジフテリア毒素の確認	病変（感染）部位からの採取材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

(※) 本感染症は、*Corynebacterium diphtheriae* によるものであるが、*Corynebacterium ulcerans* 及び *Corynebacterium pseudotuberculosis* においてもジフテリア毒素を産生する株が確認されているので、分離・同定による病原体の検出、病原体の毒素遺伝子の検出の際に留意が必要である。

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

(1) 定義

SARSコロナウイルスの感染による重症急性呼吸器症候群である。

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 疑似症患者

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

(4) 疑似症患者の判断に必要な事項

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

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

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

- ① 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者
- ② 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域 (WHOが公表したSARSの伝播確認地域) へ旅行した者
- ③ 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域 (WHOが

公表したSARSの伝播確認地域) に居住していた者

- ④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っている研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性がある者
- ⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、他にこれら症状を説明できる診断が見つからない場合

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

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

(ウ) 次のいずれかの条件を満たす者

- ① 胸部レントゲン写真で肺炎、又は急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者
- ② 病理解剖所見が肺炎、呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がない者

注) 他の診断によって症状の説明ができる場合は除外すること。

5 鳥インフルエンザ (H5N1)

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は概ね2～8日である。症例の初期症状の多くが、高熱と急性呼吸器症状を主とするインフルエンザ様疾患の症状を呈する。下気道症状は早期に発現し、呼吸窮迫、頻呼吸、呼吸時の異常音がよく認められ、臨床的に明らかな肺炎が多く見られる。

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

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

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

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

ウ 疑似症患者

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

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

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

エ 感染症死亡者の死体

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

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

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

オ 感染症死亡疑い者の死体

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

第4 三類感染症

1 コレラ

(1) 定義

コレラ毒素(CT)産生性コレラ菌(*Vibrio cholerae* O1)又は*V. cholerae* O139による急性感染性腸炎である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は数時間から5日、通常1日前後である。近年のエルトールコレラは軽症の水様性下痢や軟便で経過することが多いが、まれに“米のとぎ汁”様の便臭のない水様便を1日数リットルから数十リットルも排泄し、激しい嘔吐を繰り返す。

その結果、著しい脱水と電解質の喪失、チアノーゼ、体重の減少、頻脈、血圧の低下、皮膚の乾燥や弾力性の消失、無尿、虚脱などの症状、及び低カリウム血症による腓腹筋(ときには大腿筋)の痙攣がおこる。胃切除を受けた人や高齢者では重症になることがあり、また死亡例もまれにみられる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

鑑別を必要とする疾患は、食中毒、その他の感染性腸炎である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラの無症状病原体保有者と診断した場

合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	便

2 細菌性赤痢

(1) 定義

赤痢菌(*Shigella dysenteriae*、*S.flexneri*、*S.boydii*、*S.sonnei*)の経口感染で起こる急性感染性大腸炎である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は1～5日(大多数は3日以内)。主要病変は大腸、特にS状結腸の粘膜の出血性化膿性炎症、潰瘍を形成することもある。

このため、発熱、下痢、腹痛を伴うテネスマス(tenesmus;しぶり腹一便意は強いがなかなか排便できないこと)、膿・粘血便の排泄などの赤痢特有の症状を呈する。近年、軽症下痢あるいは無症状に経過する例が多い。症状は一般に成人よりも小児の方が重い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

鑑別を必要とする疾患は、カンピロバクター、赤痢アメーバ、腸管出血性大腸菌等による他の感染性腸炎である。

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便

3 腸管出血性大腸菌感染症

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

4 腸チフス

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は7～14日で発熱を伴って発症する。

患者、保菌者の便と尿が感染源となる。

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

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

が多く、永続保菌者となることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

5 パラチフス

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

第5 四類感染症

1 E型肝炎

(1) 定義

E型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

2 ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎含む)

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
ペア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	血清

3 A型肝炎

(1) 定義

A型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。

(2) 臨床的特徴

主たる感染経路は、汚染された食品や水などを介した経口的な感染である。潜伏期間は平均4週間である。感染期間は、ウイルスが便に排泄される発病の3～4週間前から発症後数か月にわたる。主な臨床症状は発熱、全身倦怠感、食欲不振で、黄疸、肝腫大などの肝症状が認められる。一般に予後は良く、慢性化することはないが、まれに劇症化することがある。小児では不顕性感染や軽症のことが多い。特異的な治療法はなく、対症療法が中心となる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見か

らA型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液、便
IgM抗体の検出	血清

4 エキノコックス症

(1) 定義

エキノコックス(*Echinococcus*)による感染症で、単包条虫(*Echinococcus granulosus*)と多包条虫(*Echinococcus multilocularis*)の2種類がある。

(2) 臨床的特徴

ヒトへの感染は、キツネやイヌなどから排泄された虫卵に汚染された水、食物、埃などを経口的に摂取した時に起こる。体内に発生した嚢胞は緩慢に増大し、周囲の臓器を圧迫する。多包虫病巣の拡大は極めてゆっくりで、肝臓の腫大、腹痛、黄疸、貧血、発熱や腹水貯留などの初期症状が現れるまで、成人では通常10年以上を要する。放置すると約半年で腹水が貯留し、やがて死に至る。

発症前や早期の無症状期でも、スクリーニング検査の超音波、CT、MRIの所見から検知される場合がある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
包虫あるいは包虫の一部の検出	肝臓の摘出組織、生検組織
ELISA法又はWestern Blot法による抗体の検出	血清

5 黄熱

(1) 定義

フラビウイルス科に属する黄熱ウイルスの感染によるウイルス性出血熱である。ネッタイシマカなどにより媒介される。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は3～6日間で、発症は突然である。悪寒又は悪寒戦慄とともに高熱を出し、嘔吐、筋肉痛、出血(鼻出血、歯齦出血、黒色嘔吐、下血、子宮出血)、蛋白尿、比較的徐脈、黄疸等を来す。普通は7～8病日から治癒に向かうが、重症の場合には乏尿、心不全、肝性昏睡などで、5～10病日に約10%が死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
ペア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	

6 オウム病

(1) 定義

オウム病クラミジア *Chlamydia (Chlamydia) psittaci* を病原体とする呼吸器疾患である。

(2) 臨床的特徴

主にオウムなどの愛玩用のトリからヒトに感染し、肺炎などの気道感染症を起こす。1～2週間の潜伏期の後に、突然の発熱で発病する。初期症

状として悪寒を伴う高熱、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、筋肉痛、関節痛などがみられる。呼吸器症状として咳、粘性性痰などがみられる。軽い場合はかぜ程度の症状であるが、高齢者などでは重症になりやすい。胸部レントゲンで広範な肺病変はあるが、理学的所見は比較的軽度である。重症になると呼吸困難、意識障害、DICなどがみられる。発症前にトリとの接触があったかどうか診断のための参考になる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

7 オムスク出血熱

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するオムスク出血熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類のあいだで感染環が維持されている。ヒトは主にマダニの刺咬により感染するが、げっ歯類等の尿や血液による接触感染もありうる。また、稀にはヒト-ヒト感染、飛沫感染もあるとされる。潜伏期間は3～9日で、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状を生じ、稀には出血熱となる。患者の30～50%は二相性の発熱を示し、第二期には髄膜炎、腎機能障害、肺炎などを生じる。致死率は0.5～3%であるが、難聴や脱毛、神経精神障害などの後遺症を残すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

8 回帰熱

(1) 定義

シラミあるいはヒメダニ（Ornithodoros属：ヒメダニ属）によって媒介されるスピロヘータ（回帰熱ボレリア）感染症である。

(2) 臨床的特徴

コロモジラミ媒介性 *Borrelia recurrentis* やヒメダニ媒介性 *B.duttonii* 等がヒトに対する病原体である。

菌血症による発熱期、菌血症を起こしていない無熱期を3～5回程度繰り返す、いわゆる回帰熱を主訴とする。感染後5～10日を経て菌血症による頭痛、筋肉痛、関節痛、羞明、咳などをともなう発熱、悪寒がみられる（発熱期）。

また、このとき点状出血、紫斑、結膜炎、肝臓や脾臓の腫大、黄疸もみられる。

発熱期は3～7日続いた後、一旦解熱する（無熱期）。

無熱期では血中から菌は検出されない。発汗、全身倦怠感、時に低血圧や斑状丘疹をみることもある。この後5～7日後再び発熱期に入る。

上記症状以外で肝炎、心筋炎、脳出血、脾破裂、大葉性肺炎などがみられる場合もある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回

帰熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液（発熱期）
暗視野顕微鏡下鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による末梢血スミアの観察による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

9 キャサナル森林病

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するキャサナル森林病ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、マダニとげっ歯類を主とする脊椎動物のあいだで感染環が維持されている。ヒトへの感染もマダニの刺咬によって生じる。潜伏期間は3～12日であり、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳嗽、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状、出血などを来す。約40%に出血性肺水腫がみられ、ときに腎不全も生じる。患者の15～50%では1～3週間寛解が続いた後、再度発熱がみられ、髄膜炎や脳炎を生じて項部硬直、精神障害、振戦、めまいなどを来す。致死率は3～5%であり、後遺症を残すことはない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

10 Q熱

(1) 定義

コクシエラ科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

通常は家畜やネコなどのペットの流産や出産に関連して、胎盤に感染している *C. burnetii* を吸入するなどによって、2～3週間の潜伏期を経て発症する。急性Q熱ではインフルエンザ様で突然の高熱、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感、眼球後部痛の症状が始まる。自然治癒傾向が強く、多くは14日以内に解熱する。間質性肺炎が主体の肺炎型や肝機能異常が主体の肝炎型がある。予後は一般に良い。1割程度が慢性Q熱に移行するとされ、弁膜症などの基礎疾患を持つ例で心内膜炎を起こすと難治性となり、致死率が高くなる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でIgM抗体64倍以上若しくはIgG抗体256倍以上、又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

11 狂犬病

(1) 定義

ラブドウイルス科に属す狂犬病ウイルスの感染による神経疾患である。

(2) 臨床的特徴

狂犬病は狂犬病ウイルスを保有するイヌ、ネコ、コウモリ、キツネ、スカンク、コヨーテなどの野生動物に咬まれたり、引っ掻かれたりして感染し、発症する。

潜伏期は1～3カ月で、まれに1年以上に及ぶ。臨床的には咬傷周辺の知覚異常、疼痛、不安感、不穏、頭痛、発熱、恐水発作、麻痺と進む。発症すると致命的となる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から狂犬病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病

患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料、唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織及び脳乳剤
Fluorescent Focus Inhibition Test 又はELISA法による抗体の検出	髄液

12 コクシジオイデス症

(1) 定義

真菌の *Coccidioides immitis* の感染症である。

(2) 臨床的特徴

強風や土木工事などにより土壌中の *C. immitis* の分節型分生子が土埃と共に空中に舞い上がり、これを吸入することにより肺感染が起り、そのうち約0.5%の患者が全身感染へと進む。この病原体を取り扱う実験者、検査従事者などの2次感染の危険性が高い。本邦では、慢性肺コクシジオイデス症がみられることが多く、CTなどの画像診断において、結節や空洞病変が確認される。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コクシジオイデス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症により死亡したと判断した場合には、法第

12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管支洗浄液、肺又は皮膚の病理組織
鏡検による病原体の検出	
免疫拡散法による抗体の検出	血清、髄液

13 サル痘

(1) 定義

サル痘ウイルス (Monkeypox virus) による急性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

げっ歯類やサルなどの野生動物、あるいはそれらから感染したペットに咬まれる、あるいは血液、体液、発疹などに触れることで感染する。ヒトからヒトへの感染はまれではあるが、飛沫による感染、あるいは体液、患者の体液や飛沫で汚染された衣類・寝具などとの接触による感染がありうる。潜伏期間は7～21日（大部分は10～14日）である。発熱、不快感、頭痛、背部痛、発疹など、痘そうとよく似た症状がみられるが、局所リンパ節の腫脹がある。致死率は低い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	水疱、膿疱、血液、リンパ節
ウイルス粒子の直接観察（電子顕微鏡）による病原体の検出（確定例からの二次感染時又は感染動物からの感染が強く疑われる場合）	
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

1 4 重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 SFTSウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属の重症熱性血小板減少症候群 (Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome: SFTS) ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

主にSFTSウイルスを保有するマダニに刺咬されることで感染する。潜伏期間は6～14日。発熱、消化器症状（嘔気、嘔吐、腹痛、下痢、下血）を主徴とし、時に、頭痛、筋肉痛、神経症状、リンパ節腫脹、出血症状などを伴う。血液所見では、血小板減少（10万/mm³未満）、白血球減少（4000/mm³未満）、血清酵素（AST、ALT、LDH）の上昇が認められる。致死率は10～30%程度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、血清、咽頭拭い液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

1 5 腎症候性出血熱

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

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

ア 重症アジア型

ドブネズミ、高麗セズジネズミが媒介する。潜伏期間は10～30日で、発熱で始まる有熱期、低血圧期（ショック）（4～10日）、乏尿期（8～

13日）、利尿期（10～28日）、回復期に分けられる。全身皮膚に点状出血が出ることもある。発症から死亡までの時間は4～28日で、尿素窒素は50～300mg/dlに達する。常時高度の蛋白尿、血尿を伴う。

イ 軽症スカンジナビア型

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

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

1 6 西部ウマ脳炎

(1) 定義

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

(2) 臨床的特徴

自然界では、イエカと鳥の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬による。潜伏期間は5～10日であり、頭痛、発熱、情緒不安、振戦、易興奮性、項部硬直、羞明、ときに異常な精神状態などがみられる。脳炎を生じると意識障害、弛緩性/痙性麻痺がみられる。特に乳児では急速な経過を取り、固縮、痙攣、泉門膨隆などがみられ、生残者の60%以上で脳に障害を残し、進行性の知能発育不全をきたす。年長になるほど回復は早く、通常は5～10日で回復する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の

左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

17 ダニ媒介脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するダニ媒介脳炎ウイルスによる感染症であり、中央ヨーロッパダニ媒介脳炎とロシア春夏脳炎の2型に分けられる。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類との間に感染環が維持されているが、マダニでは経卵伝播もありうる。ヒトへの感染は主にマダニの刺咬によるが、ヤギの乳の飲用によることもある。潜伏期間は通常7～14日である。中央ヨーロッパ型では、発熱、筋肉痛などのインフルエンザ様症状が出現し、2～4日間続く。症例の三分の一では、その後数日経って第II期に入り、髄膜脳炎を生じて痙攣、眩暈、知覚異常などを呈する。致死率は1～2%であるが、神経学的後遺症が10～20%にみられる。ロシア春夏脳炎では、突然に高度の頭痛、発熱、悪心、羞明などで発症し、その後順調に回復する例もあるが、他では髄膜脳炎に進展し、項部硬直、痙攣、精神症状、頸部や上肢の弛緩性麻痺などがみられる。致死率は20%に上り、生残者の30～40%では神経学的後遺症を来す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

18 炭疽

(1) 定義

本症は炭疽菌（*Bacillus anthracis*）によるヒトと動物の感染症である。

(2) 臨床的特徴

ヒト炭疽には4つの主要な病型がある。

ア 皮膚炭疽

全体の95～98%を占める。潜伏期は1～7日である。初期病変はニキビや虫さされ様で、かゆみを伴うことがある。初期病変周囲には水疱が形成され、次第に典型的な黒色の痂皮となる。およそ80%の患者では痂皮の形成後7～10日で治癒するが、20%では感染はリンパ節及び血液へと進展し、敗血症を発症して致死性である。

イ 肺炎炭疽

上部気道の感染で始まる初期段階はインフルエンザ等のウイルス性呼吸器感染や軽度の気管支肺炎に酷似しており、軽度の発熱、全身倦怠感、筋肉痛等を訴える。数日して第2の段階へ移行すると突然呼吸困難、発汗及びチアノーゼを呈する。この段階に達すると通常、24時間以内に死亡する。

ウ 腸炭疽

本症で死亡した動物の肉を摂食した後2～5日で発症する。腸病変部は回腸下部及び盲腸に多い。初期症状として悪心、嘔吐、食欲不振、発熱があり、次いで腹痛、吐血を呈し、血液性の下痢を呈する場合もある。毒血症へと移行すると、ショック、チアノーゼを呈し死亡する。腸炭疽の致死率は25～50%とされる。

エ 髄膜炭疽

皮膚炭疽の約5%、肺炎炭疽の2/3に引き続いて起こるが、まれに初感染の髄膜炭疽もある。髄膜炭疽は治療を行っても、発症後2～4日で100%が死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣組織、血液、髄液、胸水、皮膚病変部
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

19 チクングニア熱

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するチクングニアウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

チクングニアウイルスを保有するヤブカ属のネッタイシマカ、ヒトスジシマカなどに刺されることで感染する。潜伏期間は3～12日(通常3～7日)で、患者の大多数は急性熱性疾患の症状を呈する。発熱と関節痛は必発であり、発疹は8割程度に認められる。関節痛は四肢(遠位)に強く対称性で、その頻度は手首、足首、指趾、膝、肘、肩の順であり、関節の炎症や腫脹を伴う場合もある。関節痛は急性症状が軽快した後も、数週間から数ヶ月にわたって続く場合がある。その他の症状としては、全身倦怠感・頭痛・筋肉痛・リンパ節腫脹である。血液所見では、リンパ球減少、血小板減少が認められる。重症例では神経症状(脳症)や劇症肝炎が報告されている。アフリカ、インド洋島嶼国、インド、東南アジアの熱帯・亜熱帯地域を中心として流行がみられている。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
ELISA法(IgG抗体)、中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出(ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

20 つつが虫病

(1) 定義

つつが虫病リケッチア(*Orientia tsutsugamushi*)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

つつが虫病リケッチアを保有するツツガムシに刺されて5～14日の潜伏期の後に、全身倦怠感、食欲不振とともに頭痛、悪寒、発熱などを伴って発症する。体温は段階的に上昇し数日で40℃にも達する。刺し口は皮膚の柔らかい隠れた部分に多い。刺し口の所属リンパ節は発熱する前頃から次第に腫脹する。第3～4病日より不定型の発疹が出現するが、発疹は顔面、体幹に多く四肢には少ない。テトラサイクリン系の有効な抗菌薬による治療が適切に行われると劇的に症状の改善がみられる。重症になると肺炎や脳炎症状を来す。北海道、沖縄など一部の地域を除いて全国で発生がみられる。

発生時期は春～初夏及び晩秋から冬であるが、媒介ツツガムシの生息地域によって異なる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出(IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

21 デング熱

(1) 定義

フラビウイルス科に属するデングウイルス感染症である。

(2) 臨床的特徴

2～15日(多くは3～7日)の潜伏期の後に突然の高熱で発症する。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続する(二峰性であることが多い)。初期症状に続いて全身の筋肉痛、骨関節痛、全身倦怠感を呈する。発症後3～4日後胸部、体幹からはじまる発疹が出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では高度の白血球減少、血小板減少がみられる。出血やショック症状を伴う重症型としてデング出血熱(※)があり、全身管理が必要となることもある。ヒトからヒトへの直接感染はないが、熱帯・亜熱帯(特にアジア、オセア

ニア、中南米)に広く分布する。日本国内での感染はないが、海外で感染した人が国内で発症することがある。

(※)デング出血熱：デング熱とほぼ同様に発症経過するが、解熱の時期に血漿漏出や血小板減少による出血傾向に基づく症状が出現し、死に至ることもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

下記の4つの基準を全て満たした場合にはデング出血熱として届け出ること。

項目	内容
臨床症状	2～7日持続する発熱(時に二峰性のパターンをとる)
血管透過性の亢進	以下の血漿漏出症状のうち1つ以上 ・ヘマトクリットの上昇(補液なしで同性、同年代の者に比べ20%以上の上昇) ・ショック症状の存在 ・血清蛋白の低下あるいは、胸水又は腹水の存在
血小板の減少	100,000 /mm以下
出血傾向	以下の出血傾向のうち1つ以上 ・Tourniquetテスト陽性 ・点状出血、斑状出血あるいは紫斑 ・粘膜あるいは消化管出血、あるいは注射部位や他の部位からの出血 ・血便

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原(NS1)の検出	血清
IgM抗体の検出	
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出(ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

22 東部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する東部ウマ脳炎ウイルスによ

る感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では蚊と鳥の間で感染環が維持されており、鳥への媒介蚊は主にハポシカ属の蚊であるが、キンイロヤブカなども関係する。ヒトへの感染は主にヤブカの刺咬による。潜伏期間は3～10日であり、高熱、悪寒、倦怠感、筋肉痛などを生じるが、1～2週間で回復することが多い。しかし、ときには脳炎を発症して、昏睡、死亡に至ることがある。脳炎は50歳以上や15歳以下で起こりやすく、致死率は33%にも上り、生残者の半数は軽度～高度の永続的な神経学的後遺症を残す。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出(ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

23 鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く。)

(1) 定義

トリに対して感染性を示すA型インフルエンザウイルス(H5N1亜型を除く。)のヒトへの感染症である。

(2) 臨床的特徴

鳥インフルエンザウイルスに感染した家禽などからヒトへウイルスが感染することがごくまれに起こる。H5、H7、H9亜型ウイルスのヒトへの感染が報告されており、1997年の香港でのA/H5N1、2003年オランダでのA/H7N7による事例では、ヒトからヒトへの感染伝播も起こったと報告されている。

鳥インフルエンザウイルスのH5、H7亜型の感染例では、潜伏期間は通常のインフルエンザと同じく1～3日と考えられており、症状は突然の高熱、咳などの呼吸器症状の他、下痢、重篤な肺炎、多臓器不全などの全身症状を引き起こす重症例もある。

A/H7N7亜型ウイルスの感染では結膜炎を起こした例が多い。

香港などで数例報告されているA/H9N2亜型ウイルスによる感染では、発熱、咳等の通常のインフルエンザ様症状を呈したと報告されている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く。）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く。）患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

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

24 ニパウイルス感染症

(1) 定義

ニパウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染経路は感染動物（主にブタ）の体液や組織との接触によると考えられている。通常、発熱と筋肉痛などのインフルエンザ様症状を呈し、その一部が意識障害、痙攣などを伴い、脳炎を発症する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ニパウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第

12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液(急性期)、咽頭拭い液、鼻腔拭い液、尿、病理組織
免疫染色による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出（剖検例は中枢神経系組織からも検出される）	
ELISA法又は中和試験による抗体の検出（IgM抗体の検出（ELISA法のみ）又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

25 日本紅斑熱

(1) 定義

日本紅斑熱リケッチア（*Rickettsia japonica*）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

日本紅斑熱リケッチアを保有するマダニ（キチマダニ、フタトゲチマダニなど）に刺されることで感染する。刺されてから2～8日頃から頭痛、全身倦怠感、高熱などを伴って発症する。刺し口を見つけることは診断の助けとなる。高熱とほぼ同時に紅色の斑丘疹が手足など末梢部から求心性に多発する。リンパ節腫脹はあまりみられない。CRP陽性、白血球減少、血小板減少、肝機能異常などはつつが虫病と同様であるが、つつが虫病に比べDICなど重症化しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

26 日本脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科に属する日本脳炎ウイルスの感染による急性脳炎である。ブタが増幅動物となり、コガタアカイエカなどの蚊が媒介する。

(2) 臨床的特徴

感染後1～2週間の潜伏期を経て、急激な発熱と頭痛を主訴として発症する。その他、初発症状として全身倦怠感、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹痛も存在する。その後、症状は悪化し、項部硬直、羞明、意識障害、興奮、仮面様顔貌、筋硬直、頭部神経麻痺、眼振、四肢振戦、不随意運動、運動失調、病的反射が出現する。知覚障害はまれである。発熱は発症4～5日に最も高くなり、熱はその後次第に低下する。致死率は約25%、患者の50%は後遺症を残し、その他は回復する。死亡する場合は発症後1週間程度で死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
中和試験又は赤血球凝集阻止法又は補体結合反応による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

27 ハンタウイルス肺症候群

(1) 定義

ブニヤウイルス科、ハンタウイルス属の新世界ハンタウイルス（シンノンプレウイルス等）による急性呼吸器感染症である。

(2) 臨床的特徴

前駆症状として発熱と筋肉痛がみられる。次いで咳、急性に進行する呼吸困難が特徴的で、しばしば消化器症状及び頭痛を伴う。頻呼吸、頻拍の出現頻度が高い。半数に低血圧等を伴う。発熱・悪寒は1～4日続き、次いで進行性呼吸困難、酸素不飽和状態に陥る（肺水腫、肺浮腫による）。早い場合は発症後24時間以内の死亡も頻繁にみられる。肺水腫等の機序は心原性ではない。X線で肺中に広範な滲出液の貯留した特徴像が出る。致死率は40～50%である。

感染経路としては、①ウイルスを含む排泄物（尿、便）、唾液により汚

染されたほこりを吸い込む（これが最も多い）、②手足の傷口からウイルスに汚染されたネズミの排泄物、唾液が接触して入る、③ネズミに咬まれる等である。

媒介動物は、米国ではシカシロアシネズミが、南米ではコットンラットがウイルス保有動物として最も一般的である。ウイルスを媒介するこの群のネズミは米国、カナダ、中南米（チリ、アルゼンチン等）にも存在する。このネズミとウイルスは日本では見つかっていない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、肺組織材料（生検、剖検による新鮮・凍結組織）
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はELISA法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

28 Bウイルス病

(1) 定義

マカク属のサルに常在するBウイルス（ヘルペスウイルス科・アルファヘルペスウイルス亜科）による熱性・神経性疾患である。

(2) 臨床的特徴

サルによる咬傷後、症状発現までの潜伏期間は早い場合2日、通常2～5週間である。早期症状としては、サルとの接触部位（外傷部）周囲の水疱性あるいは潰瘍性皮膚粘膜病変、接触部位の疼痛、掻痒感、所属リンパ節腫脹を来し、中期症状としては発熱、接触部位の感覚異常、接触部位側の筋力低下あるいは麻痺を、眼にサルの分泌物等がはねとんだ際には結膜炎を来す。晩期には副鼻腔炎、項部強直、持続する頭痛、悪心・嘔吐、脳幹部症状として複視、構語障害、目まい、失語症、交差性麻痺及び知覚障害、意識障害、脳炎症状を来し、無治療での致死率は70～80%。生存例でも重篤な神経障害が後遺症としてみられる。

感染経路は実験室、動物園あるいはペットのマカク属サルとの接触（咬傷、擦過傷）及びそれらのサルの唾液、粘液とヒト粘膜との接触（とびはね）による。また実験室ではサルに使用した注射針の針刺し、培養ガラス器具による外傷によっても感染する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見か

らBウイルス病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、脳脊髄液、咬傷部・擦過部位の生検組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法(ドットプロット法を含む)による抗体の検出 (注)ヒトではHSV-1とBウイルスの抗原性は交差するので、従来の抗原抗体反応系(蛍光抗体法等)は使用できない。	血清

29 鼻疽

(1) 定義

鼻疽菌 (*Burkholderia mallei*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は、ウマの分泌物の吸入あるいはそれらとの接触感染である。潜伏期間は通常1～14日であるが、まれに年余にわたることもある。初発症状は発熱、頭痛などであるが、重篤な敗血症性ショックを生じやすい。特徴的な局所症状はほとんどないが、皮膚に潰瘍を形成することもある。また、肺炎(急性壊死性肺炎)や肺膿瘍を発症する例もある。慢性感染の場合は、皮下、筋肉、腹部臓器などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出

を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

30 ブルセラ症

(1) 定義

本症はウシ、ブタ、ヤギ、イヌ及びヒツジの感染症であるが、原因菌 (*Brucella abortus*, *B. suis*, *B. melitensis*, 及び *B. canis*) がヒトに感染して発症する。波状熱、マルタ熱、地中海熱などの名前でも呼ばれる。

(2) 臨床的特徴

感染源は感染動物の組織、乳汁、血液、尿、胎盤、膣排泄物、流産胎児などである。*B. canis* に感染したイヌの尿も感染源になるとされる。潜伏期間は1～18週、通常2～8週との報告がある。臨床所見として比較的共通のものは脾腫、リンパ節(特に頸部、鼠径部リンパ節)の腫脹、関節の腫脹と痛みがあり、その他に20～50%の患者に、進行の時期によって泌尿生殖器症状があらわれる。

B. melitensis の感染では、約70%の患者に肝腫大が認められる。本感染による致死率は一般的には低いが、心内膜炎を併発している場合には致死率は上昇し、ヒトのブルセラ症による死亡の多くはこれが原因である。ヒトブルセラ症の3～5%に神経症状や精神神経的な症状が出現するとされる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出(抗原がアポルタスの場合は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価)	血清

3.1 ベネズエラウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するベネズエラウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではイエカとげっ歯類の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬によって生じる。潜伏期間は2～5日であり、発熱、頭痛、筋肉痛、硬直などを生じる。中枢神経病変を生じると項部硬直、痙攣、昏睡、麻痺などがみられるが、これらは15歳未満の小児患者の4%にみられる。致死率は10～20%とされている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

3.2 ヘンドラウイルス感染症

(1) 定義

パラミクソウイルス科ニパウイルス属に属するヘンドラウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然宿主はオオコウモリである。ヒトへの感染は、動物（主にウマ）の体液や組織との接触感染によると考えられている。ヒト症例は非常に少数であり、臨床像の詳細は明らかでないが、発熱や筋肉痛などのインフルエンザ様症状から、重篤な肺炎、さらには脳炎による意識障害、痙攣などありうる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液（急性期）、 咽頭拭い液、鼻腔
免疫染色による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出（剖検例は中枢神経系組織からも検出される）	拭い液、尿、病理組織
ELISA法又は中和試験による抗体の検出（IgM抗体の検出（ELISA法のみ）又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

3.3 発しんチフス

(1) 定義

Rickettsia prowazekii による急性感染症で、コロモジラミによって媒介される。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、悪寒、脱力感、手足の疼痛を伴って突然発症する。熱は39～40℃に急上昇する。発疹は発熱第5～6病日に、体幹から全身に広がるが、顔面、手掌、足底に出現することは少ない。発疹は急速に点状出血斑となる。患者は明らかな急性症状を呈するが、発熱からおよそ2週間後に急速に解熱する。重症例の半数に精神神経症状が出現する。

初感染後、潜伏感染し数年後に再発することがある（Brill-Zinsser病）が、症状は軽度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
補体結合反応又は間接酵素抗体法による抗体の検出	血清

34 ボツリヌス症

(1) 定義

ボツリヌス菌(*Clostridium botulinum*)が産生するボツリヌス毒素、又は *C. butyricum*、*C. baratii* などが産生するボツリヌス毒素により発症する神経、筋の麻痺性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ボツリヌス毒素又はそれらの毒素を産生する菌の芽胞が混入した食品の摂取などによって発症する。潜伏期は、毒素を摂取した場合（食餌性ボツリヌス症）には、5時間～3日間（通常12～24時間）とされる。

神経・筋接合部、自律神経節、神経節後の副交感神経末端からのアセチルコリン放出の阻害により、弛緩性麻痺を生じ、種々の症状（全身の違和感、複視、眼瞼下垂、嚥下困難、口渇、便秘、脱力感、筋力低下、呼吸困難など）が出現し、適切な治療を施さない重症患者では死亡する場合がある。

感染経路の違いにより、以下の4つの病型に分類される。

ア 食餌性ボツリヌス症（ボツリヌス中毒）

食品中でボツリヌス菌が増殖して産生された毒素を経口的に摂取することによって発症

イ 乳児ボツリヌス症

1歳以下の乳児が菌の芽胞を摂取することにより、腸管内で芽胞が発芽し、産生された毒素の作用によって発症

ウ 創傷ボツリヌス症

創傷部位で菌の芽胞が発芽し、産生された毒素により発症

エ 成人腸管定着ボツリヌス症

ボツリヌス菌に汚染された食品を摂取した1歳以上のヒトの腸管に数ヶ月間菌が定着し毒素を産生し、乳児ボツリヌス症と類似の症状が長期にわたって持続

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
ボツリヌス毒素の検出	血液、便、吐物、腸内容物、創部の浸出液
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	
原因食品からのボツリヌス毒素の検出	
ボツリヌス抗毒素抗体の検出（数か月後）	血清

35 マラリア

(1) 定義

マラリアは *Plasmodium* 属原虫の *Plasmodium vivax*（三日熱マラリア原虫）、*Plasmodium falciparum*（熱帯熱マラリア原虫）、*Plasmodium malariae*（四日熱マラリア原虫）、*Plasmodium ovale*（卵形マラリア原虫）などの単独又は混合感染に起因する疾患であり、特有の熱発作、貧血及び脾腫を主徴とする。ハマダラカによって媒介される。

(2) 臨床的特徴

最も多い症状は発熱と悪寒で、発熱の数日前から全身倦怠感や背部痛、食欲不振など不定の前駆症状を認めることがある。熱発は間隔を空けて発熱期と無熱期を繰り返す。発熱期は悪寒を伴って体温が上昇する悪寒期（1～2時間）と、悪寒がとれて熱感を覚える灼熱期（4～5時間）に分かれる。典型的には三日熱及び四日熱マラリアでは悪寒期に戦慄を伴うことが多い。

発熱期には頭痛、顔面紅潮や吐き気、関節痛などを伴う。その後に発汗・解熱し、無熱期へ移行する。発熱発作の間隔は虫種により異なり、三日熱と卵形マラリアで48時間、四日熱マラリアで72時間である。熱帯熱マラリアでは36～48時間、あるいは不規則となる。他の症状としては脾腫、貧血、血小板減少などがあげられるが、原虫種、血中原虫数及び患者の免疫状態によって異なる。

未治療の熱帯熱マラリアは急性の経過を示し、錯乱など中枢神経症状（マラリア脳症）、急性腎不全、重度の貧血、低血糖、DICや肺水腫を併発して発病数日以内に重症化し、致死的となる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのマラリア原虫の証明、かつ、原虫種の確認による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

36 野兎病

(1) 定義

野兎病菌 (*Francisella tularensis*) による発熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

保菌動物の解体や調理の時の組織又は血液との接触や、マダニ、アブなど節足動物の刺咬により感染する。また、汚染した生水からも感染する。ヒトは感受性が高く、健康な皮膚からも感染する。ヒトからヒトへの感染の報告はない。潜伏期間は3日をピークとする1〜7日である。初期症状は菌の侵入部位によって異なり、潰瘍リンパ節型、リンパ節型、眼リンパ節型、肺炎型などがある。一般的には悪寒、波状熱、頭痛、筋肉痛、所属リンパ節の腫脹と疼痛などの症状がみられる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣部拭い液、摘出リンパ節、リンパ節穿刺液、咽頭拭い液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
菌凝集反応法による抗体の検出 (単一血清で40倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

37 ライム病

(1) 定義

マダニ (*Ixodes*属) 刺咬により媒介されるスピロヘータ (ライム病ボレリア; *Borrelia burgdorferi sensu lato*) 感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染初期 (stage I) には、マダニ刺咬部を中心として限局性に特徴的な遊走性紅斑を呈することが多い。随伴症状として、筋肉痛、関節痛、頭

痛、発熱、悪寒、全身倦怠感などのインフルエンザ様症状を伴うこともある。紅斑の出現期間は数日から数週間といわれ、形状は環状紅斑又は均一性紅斑がほとんどである。

播種期 (stage II) には、体内循環を介して病原体が全身性に拡散する。これに伴い、皮膚症状、神経症状、心疾患、眼症状、関節炎、筋肉炎など多彩な症状が見られる。

感染から数か月ないし数年を経て、慢性期 (stage III) に移行する。患者は播種期の症状に加えて、重度の皮膚症状、関節炎などを示すといわれる。本邦では、慢性期に移行したとみられる症例は現在のところ報告されていない。症状としては、慢性萎縮性肢端皮膚炎、慢性関節炎、慢性脳脊髄炎などがあげられる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液 (髄膜炎、脳炎の場合)
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

38 リッサウイルス感染症

(1) 定義

狂犬病ウイルスを除くリッサウイルス属のウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

本ウイルスを保有する野生のコウモリとの接触により感染すると考えられている。潜伏期間は狂犬病ウイルスに準じた期間と考えられる (20〜90日が基本的な潜伏期間。咬傷部位や数によって潜伏期間も異なってくると思われる)。

臨床症状としては、頭痛、発熱、全身倦怠感、創傷部位の知覚過敏や疼痛を伴う場合があり、興奮、恐水症状、精神錯乱などの中枢神経症状を伴う場合もある。一般的に、発症後2週間以内に死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料及び唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織

39 リフトバレー熱

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属に属するリフトバレー熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、主にヤブカ属の蚊と牛や羊の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染は、主に蚊あるいは他の吸血性昆虫の刺咬によるが、動物の血液や他の体液による接触感染もありうる。潜伏期間は2～6日で、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛等のインフルエンザ様症状を呈し、項部硬直、肝機能障害、羞明、嘔吐を呈することもあるが、通常は4～7日で回復する。重症例では網膜炎(0.5～2%)、出血熱(<1%)、脳炎(<1%)を発症することがある。致死率は全体としては1%程度であるが、出血熱を呈した場合には50%にも達する。後遺症としては、網膜炎後の失明が重要である。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	

40 類鼻疽

(1) 定義

類鼻疽菌 (*Burkholderia pseudomallei*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は土壌や地上水との接触感染であるが、粉塵の吸入や飲水などによることもある。潜伏期間は通常3～21日であるが、年余にわたることもある。皮膚病変としてはリンパ節炎をともなう小結節を形成し、発熱を伴うこともある。呼吸器系病変としては気管支炎、肺炎を発症するが、通常は高熱を伴い、胸痛を生じ、乾性咳嗽、あるいは正常喀痰の湿性咳嗽がみられる。HIV感染症、腎不全、糖尿病などの基礎疾患を有する場合には、敗血症性ショックを生じることがある。慢性感染では関節、肺、腹部臓器、リンパ節、骨などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚病変組織・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

41 レジオネラ症

(1) 定義

Legionella 属菌 (*Legionella pneumophila* など) が原因で起こる感染症で

ある。

(2) 臨床的特徴

在郷軍人病（レジオネラ肺炎）とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上）	血清

4.2 レプトスピラ症

(1) 定義

病原性レプトスピラ（*Leptospira interrogans* など）による、多様な症状を示す急性の熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

病原性レプトスピラを保有しているネズミ、イヌ、ウシ、ウマ、ブタなどの尿で汚染された下水や河川、泥などにより経皮的に、時には汚染された飲食物の摂取により経口的にヒトに感染する。

黄疸、出血、腎障害などの症状が見られる。重症型の黄疸出血性レプトスピラ病（ウイルス病）と、軽症型の秋季レプトスピラ病やイヌ型レプトスピラ病などがある。

ウイルス病は黄疸、出血、蛋白尿を主徴とし、最も重篤である。

潜伏期間は3～4日目で、突然の悪寒、戦慄、高熱、筋肉痛、眼球結膜の充血が生じ、4～5病日後、黄疸や出血傾向が増強する場合もある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

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

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
顕微鏡下凝集試験法（MAT）による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

4.3 ロッキー山紅斑熱

(1) 定義

紅斑熱群リケッチアに属するロッキー山紅斑熱リケッチア（*Rickettsia rickettsii*）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではダニ、げっ歯類、大動物（イヌなど）の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染はダニの刺咬による。潜伏期間は3～12日であり、頭痛、全身倦怠感、高熱などで発症する。通常、つつが虫病などでみられるような刺し口は生じない。高熱とほぼ同時に、紅色の斑丘疹が手足などの末梢部から求心性に多発し、部位によっては点状出血を伴う。ときにリンパ節腫脹がみられる。その後、中枢神経系症状、不整脈、乏尿、ショックなどの合併症を呈する。診断・治療の遅れ、高齢者、発疹がみられない、ダニの刺咬歴がある、冬季の発症などでは、致死率が高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

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

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱の無症状病原体保有者と

診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

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

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

エ 感染症死亡疑い者の死体

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はELISA法による抗体の検出 (IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

第6 五類感染症

1 アメーバ赤痢

(1) 定義

赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の感染に起因する疾患で、消化器症状を主症状とするが、それ以外の臓器にも病変を形成する。

(2) 臨床的特徴

病型は腸管アメーバ症と腸管外アメーバ症に大別される。

ア 腸管アメーバ症

下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛、不快感などの症状を伴う慢性腸管感染症であり、典型的にはイチゴゼリー状の粘血便を排泄するが、数日から数週間の間隔で増悪と寛解を繰り返すことが多い。潰瘍の好発部位は盲腸から上行結腸にかけて、S字結腸から直腸にかけての大腸である。まれに肉芽腫性病変が形成されたり、潰瘍部が壊死性に穿孔したりすることもある。

イ 腸管外アメーバ症

多くは腸管部よりアメーバが血行性に転移することによるが、肝膿瘍が最も高頻度に見られる。成人男性に多い。高熱(38~40℃)、季肋部痛、吐き気、嘔吐、体重減少、寝汗、全身倦怠感を伴う。膿瘍が破裂すると腹膜、胸膜や心外膜にも病変が形成される。その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からアメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、アメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下での病原体の検出	便、病変部(大腸粘膜組織、膿瘍液)
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血清
抗体の検出	

2 ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)

(1) 定義

ウイルス感染を原因とする急性肝炎(B型肝炎、C型肝炎、その他のウイルス性肝炎)である。慢性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。

(2) 臨床的特徴

一般に全身倦怠感、感冒様症状、食欲不振、悪感、嘔吐などの症状で急性に発症して、数日後に褐色尿や黄疸を伴うことが多い。発熱、肝機能異常、その他の全身症状を呈する発病後間もない時期には、かぜあるいは急性胃腸炎などと類似した症状を示す。

潜伏期間は、B型肝炎では約3か月間、C型肝炎では2週間から6か月間である。

臨床病型は、黄疸を伴う定型的急性肝炎のほかに、顕性黄疸を示さない無黄疸性肝炎、高度の黄疸を呈する胆汁うっ滞性肝炎、急性肝不全症状を呈する劇症肝炎などに分類される。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

(ア) B型肝炎

検査方法	検査材料
IgM HbC抗体の検出(明らかなキャリアからの急性増悪例は含まない)	血清

(イ) C型肝炎

検査方法	検査材料
抗体陰性で、HCV RNA又はHCVコア抗原の検出	血清
ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇	

(ウ) その他のウイルス性肝炎

その他のウイルス性肝炎の届出を行う際には、病原体の名称と、検査方法、検査材料についても届け出る。

ウ その他

ウイルス性肝炎の届出基準を満たすもので、かつ、劇症肝炎となったものについては、届出票の「症状」欄にその旨を記載する。

劇症肝炎については、以下の基準を用いる。

ア 肝炎のうち、症状発現後8週以内に高度の肝機能障害に基づいて肝性昏睡Ⅱ度以上の脳症をきたし、プロトロンビン時間40%以下を示すもの。

イ 発病後10日以内の脳症の発現は急性型、それ以降の発現は亜急性型とする。

3 急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）

(1) 定義

ウイルスなど種々の病原体の感染による脳実質の感染症である。

炎症所見が明らかではないが、同様の症状を呈する脳症もここには含まれる。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、高熱に続き、意識障害や痙攣が突然出現し、持続する。髄液細胞数が増加しているものを急性脳炎、正常であるものを急性脳症と診断することが多いが、その臨床症状に差はない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

意識障害を伴って死亡した者、又は意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、以下のうち、少なくとも1つの症状を呈した場合である。熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷など、明らかに感染性とは異なるものは除外する。

ア 38℃以上の高熱
イ 何らかの中樞神経症状
ウ 先行感染症状

4 クリプトスポリジウム症

(1) 定義

クリプトスポリジウム属原虫 (*Cryptosporidium* spp.) のオーストを経口摂取することによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は4～5日ないし10日程度と考えられ、無症状のものから、食欲不振、嘔吐、腹痛、下痢などを呈するものまで様々である。

患者の免疫力が正常であれば、通常は数日間で自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全状態にある場合は、重篤な感染を起こすことがあり、1日に3～5リットル、時に10リットルをこえる下痢によって死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オースト）の証明による病原体の検出	便
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

5 クロイツフェルト・ヤコブ病

(1) 定義

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下「CJD」という。）に代表されるプリオン病とは、その感染因子が細菌やウイルスと異なり、核酸を持たない異常プリオン蛋白と考えられている伝播可能な致死性疾患である。すべてのプリオン病は中枢神経に異常プリオン蛋白が蓄積することによって発症し、致死性である。長い潜伏期を有する等の共通した特徴があるが、その臨床像は多彩である。

(2) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる者を診察し、かつ、(3)届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる死体を検案し、かつ、(3)届出に必要な要件を満たし、クロイツフェルト・ヤコブ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(3) 届出に必要な要件

ア 孤発性プリオン病

(ア) 進行性認知症を示し、表1に掲げる疾患等の疾病を除外できる症例

(イ) ①ミオクローヌス、②錐体路又は錐体外路症状、③小脳症状又は視覚異常、④無動性無言の4項目のうち2項目以上の症状を示す症例

(ウ) 脳波に周期性同期性放電 (PSD) を認める症例

(エ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又はWestern Blot法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

・疑い (possible) 上記 (ア)、(イ) の両方を満たす症例

・ほぼ確実 (probable) 上記 (ア)～(ウ) をすべて満たす症例

・確実 (definite) 上記 (エ) を満たす症例

イ 遺伝性プリオン病

遺伝性プリオン病には、ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病 (GSS) 及び家族性致死性不眠症 (FFI) がある。

(ア) 表2、3に掲げる疾患等の他の疾病を除外できる症例

(イ) 遺伝性プリオン病を示唆する家族歴がある症例

(ウ) 遺伝性プリオン病として臨床所見が矛盾しない症例

(エ) プリオン蛋白遺伝子変異が証明された症例

(オ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又はWestern Blot法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

・疑い (possible) 上記 (ア)～(ウ) をすべて満たす症例

・ほぼ確実 (probable) 上記 (ア)、(ウ)、(エ) をすべて満たす症例

・確実 (definite) 上記 (エ)、(オ) の両方を満たす症例

ウ 感染性プリオン病

(ア) 医原性CJD

弧発性プリオン病と同様の症状、所見を有する症例のうち、ヒト由来乾燥硬膜移植、ヒト由来角膜移植、ヒト下垂体由来の成長ホルモンやゴナドトロピンの使用等の既往がある症例。診断の確実度は(3)ア弧発性プリオン病と同じ。

(イ) 変異型CJD

I

A. 進行性精神・神経障害

B. 経過が6か月以上

C. 一般検査上、他の疾患が除外できる

D. 医原性の可能性が低い

E. 家族性プリオン病を否定できる

II

- A. 発病初期の精神症状 a
- B. 遷延性の痛みを伴う感覚障害 b
- C. 失調
- D. ミオクローヌスか、舞踏運動か、ジストニア
- E. 認知症

III

- A. 脳波でPSD陰性 c (又は脳波が未施行)
- B. MRIで両側対称性の視床枕の高信号 d

IV

- A. 口蓋扁桃生検で異常プリオン陰性 e
 - ・ 確実例：I A と神経病理で確認したもの f
 - ・ ほぼ確実例：I + II の4/5項目 + III A + III B 又は I + IV A
 - ・ 疑い例：I + II の4/5項目 + III A

V 表4に掲げる疾患等の他の疾病を除外できる症例

- a 抑鬱、不安、無関心、自閉、錯乱
- b はっきりとした痛みや異常感覚
- c 約半数で全般性三相性周期性複合波
- d 大脳灰白質や深部灰白質と比較して
- e 口蓋扁桃生検をルーチンに施行したり、孤発性CJDに典型的な脳波所見を認める例に施行することは推奨されないが、臨床症状は矛盾しないが視床枕に高信号を認めない変異型CJD疑い例には有用である。
- f 大脳と小脳の全体にわたって海綿状変化と広範なプリオン蛋白陽性の花弁状クラーベ斑

表1. 孤発性プリオン病と鑑別を要する疾患

- ・ アルツハイマー病
- ・ 非定型アルツハイマー病
- ・ 前頭葉・側頭葉型認知症
- ・ 脳血管障害
- ・ パーキンソン痴呆症候群
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ 認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・ 悪性リンパ腫
- ・ 神経梅毒
- ・ てんかん
- ・ 脳炎、髄膜炎
- ・ エイズ脳症
- ・ 自己免疫性脳症
- ・ 傍腫瘍性症候群
- ・ 代謝性脳症 (ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝不全、腎不全、薬物中毒等)
- ・ 低酸素脳症
- ・ ミトコンドリア脳筋症
- ・ その他の原因による老年期認知症性疾患 (大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、レビー小体病等)
- ・ 内因性精神病
- ・ 孤発性プリオン病以外のプリオン病

表2. ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病 (GSS) と鑑別を要する疾患

- ・ 家族性痙性対麻痺
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ アルツハイマー病
- ・ 脳血管障害
- ・ 脳炎、髄膜炎
- ・ 自己免疫性脳症

- ・ 傍腫瘍性症候群
- ・ パーキンソン痴呆症候群
- ・ 認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・ 代謝性脳症 (リビドーシス、薬物中毒等)
- ・ ミトコンドリア脳筋症
- ・ その他の病因による老年期認知症性疾患 (進行性核上性麻痺等)
- ・ GSS以外のプリオン病

表3. 家族性致死性不眠症 (FFI) と鑑別を要する疾患

- ・ 視床変性症
- ・ 非定型アルツハイマー病
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ 純粋自律神経不全症 (pure autonomic failure)
- ・ シャイ・ドレーガー症候群
- ・ 脳血管障害
- ・ 自己免疫性脳症
- ・ 代謝性脳症 (ウェルニッケ脳症等)
- ・ 悪性リンパ腫
- ・ ミトコンドリア脳筋症
- ・ 脳炎、髄膜炎
- ・ その他の病因による視床症候群
- ・ その他の病因による老年期認知症性疾患 (進行性核上性麻痺、レビー小体病等)
- ・ FFI以外のプリオン病

表4. 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病 (vCJD) と鑑別を要する疾患

- ・ 内因性精神病
- ・ 視床変性症
- ・ アルツハイマー病
- ・ 非定型アルツハイマー病
- ・ 脳血管障害
- ・ 自己免疫性脳症
- ・ 代謝性脳症 (Wilson病、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、薬物中毒、リビドーシス等)
- ・ 脳炎、髄膜炎
- ・ 悪性リンパ腫
- ・ 神経梅毒
- ・ その他の病因による視床症候群
- ・ 変異型CJD以外のプリオン病

6 劇症型溶血性レンサ球菌感染症

(1) 定義

β溶血を示すレンサ球菌を原因とし、突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態である。

(2) 臨床的特徴

初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状 (食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢)、全身倦怠感、低血圧などの敗血症症状、筋痛などであるが、明らかな前駆症状がない場合もある。後発症状としては軟部組織病変、循環不全、呼吸不全、血液凝固異常 (DIC)、肝腎症状など多臓器不全を来し、日常生活を営む状態から24時間以内に多臓器不全が完結する程度の進行を示す。A群レンサ球菌等による軟部組織炎、壊死性筋膜炎、上気道炎・肺炎、産褥熱は現在でも致命的となりうる疾患である。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見か

ら劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、劇症型溶血性レンサ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。(4)届出に必要な要件(以下のアの(ア)及び(イ)かつイを満たすもの)
ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) ショック症状
(イ) (以下の症状のうち2つ以上)
肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群、DIC、軟部組織炎(壊死性筋膜炎を含む)、全身性紅斑性発疹、痙攣・意識消失などの中枢神経症状

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	通常無菌的な部位(血液、髄液、胸水、腹水)、生検組織、手術創、壊死軟部組織

7 後天性免疫不全症候群

(1) 定義

レトロウイルスの一種であるヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus; HIV)の感染によって免疫不全が生じ、日和見感染症や悪性腫瘍が合併した状態。

(2) 臨床的特徴

HIVに感染した後、CD4陽性リンパ球数が減少し、無症候性の時期(無治療で約10年)を経て、生体が高度の免疫不全症に陥り、日和見感染症や悪性腫瘍が生じてくる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、(4)アの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、(4)イの届出に必要な要件により、後天性免疫不全症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4)届出に必要な要件(サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)抜粋)

ア HIV感染症の診断(無症候期)

(ア) HIVの抗体スクリーニング検査法(酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等)の結果が陽性であつて、以下のいずれかが陽性的場合にHIV感染症と診断する。

- ① 抗体確認検査(Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等)
- ② HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法(PCR等)等の病原体に関する検査(以下「HIV病原検査」という。)

(イ) ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくともHIVの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にHIV感染症と診断する。

- ① HIV病原検査が陽性
- ② 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽

性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

イ AIDSの診断

アの基準を満たし、下記の指標疾患(Indicator Disease)の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。ただし、(ア)の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何らかの症状を認める場合には、その他とする。

指標疾患(Indicator Disease)

A. 真菌症

1. カンジダ症(食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症(肺以外)
3. コクシジオイデス症
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. ニューモシスティス肺炎
(注) P. cariniiの分類名がP. jiroveciに変更になった

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症(生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、2つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)
 - ① 敗血症、② 肺炎、③ 髄膜炎、④ 骨関節炎
 - ⑤ 中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍
10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)
11. 活動性結核(肺結核又は肺外結核)^(※)
12. 非結核性抗酸菌症
 - ① 全身に播種したもの
 - ② 肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
 - ① 1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
 - ② 生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの
15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カポジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫(LSG分類により、①大細胞型(免疫芽球型)、②Burkitt型)
19. 浸潤性子宮頸癌^(※)

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満)
22. HIV脳症(認知症又は亜急性脳炎)
23. HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)

(※) C11活動性結核のうち肺結核及びE19浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する所見がみられる者に限る。

8 ジアルジア症

(1) 定義

消化管寄生虫鞭毛虫の一種であるジアルジア（別名ランブル鞭毛虫）(*Giardia lamblia*) による原虫感染症である。

(2) 臨床的特徴

糞便中に排出された原虫嚢子により食物や水が汚染されることによって、経口感染を起こす。健康な者の場合には無症状のことも多いが、食欲不振、腹部不快感、下痢（しばしば脂肪性下痢）等の症状を示すこともあり、免疫不全状態では重篤となることもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、十二指腸液、胆汁
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

9 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。発症は一般に突発的であり、上気道炎や中耳炎を伴って発症することがある。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等の症状を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱や発疹を呈すが、臨床症状が特異的ではないことも多く、急速に重症化して肺炎や喉頭蓋炎並びにショックを来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

9-1 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

Neisseria meningitidis による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～10日(平均4日)で、発症は突発的である。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱を呈し、重症化を来すと紫斑の出現、ショック並びにDIC (Waterhouse-Friedrichsen症候群) に進展することがある。本疾患の特徴として、点状出血が眼球結膜や口腔粘膜、皮膚に認められ、また出血斑が体幹や下肢に認められる。

世界各地に散発性又は流行性に発症し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾期に多発する。

学生寮などで共同生活を行う10代が最もリスクが高いとされているため、特に共同生活をしている例ではアウトブレイクに注意が必要である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液

9-2 侵襲性肺炎球菌感染症

(1) 定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症のうち、本菌が髄液又は血液から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。小児及び高齢者を中心とした発症が多く、小児と成人でその臨床的特徴が異なる。

ア 小児

成人と異なり、肺炎を伴わず、発熱のみを初期症状とした感染巣のはっきりしない菌血症例が多い。また、髄膜炎は、直接発症するもの他、肺炎球菌性の中耳炎に続いて発症することがある。

イ 成人

発熱、咳嗽、喀痰、息切れを初期症状とした菌血症を伴う肺炎が多い。髄膜炎例では、頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状等の症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査

方法により、侵襲性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

10 先天性風しん症候群

(1) 定義

風しんウイルスの胎内感染によって先天異常を起こす感染症である。

(2) 臨床的特徴

先天異常の発生は妊娠週齢と明らかに相関し、妊娠12週までの妊娠初期の初感染に最も多くみられ、20週を過ぎるとほとんどなくなる。

三徴は、白内障、先天性心疾患、難聴であるが、その他先天性緑内障、色素性網膜症、紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、骨のX線透過性所見、生後24時間以内に出現する黄疸などを来しうる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から先天性風しん症候群が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、先天性風しん症候群が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のア及びイの両方を満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) CRS典型例；「①から2項目以上」又は「①から1項目と②から1項目以上」

(イ) その他；「①若しくは②から1項目以上」

① 白内障又は先天性緑内障、先天性心疾患、難聴、色素性網膜症
② 紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、X線透過性の骨病変、生後24時間以内に出現した黄疸

イ 病原体診断又は抗体検査の方法

(ア) 以下のいずれか1つを満たし、出生後の風しん感染を除外できるもの

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、唾液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	尿
IgM抗体の検出	血清
赤血球凝集阻止抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続（出生児の赤血球凝集阻止抗体価が、月あたり1/2の低下率で低下していない。）	

11 梅毒

(1) 定義

スピロヘータの一種である梅毒トレポネーマ（*Treponema pallidum*）の感染によって生じる性感染症である。

(2) 臨床的特徴

I期梅毒として感染後3～6週間の潜伏期の後に、感染局所に初期硬結や硬性下疳、無痛性の鼠径部リンパ節腫脹がみられる。

II期梅毒では、感染後3か月を経過すると皮膚や粘膜に梅毒性バラ疹や丘疹性梅毒疹、扁平コンジローマなどの特有な発疹が見られる。

感染後3年以上を経過すると、晩期顕症梅毒としてゴム腫、梅毒によると考えられる心血管症状、神経症状、眼症状などが認められることがある。なお、感染していても臨床症状が認められないものもある。

先天梅毒は、梅毒に罹患している母体から出生した児で、①胎内感染を示す検査所見のある症例、②II期梅毒疹、骨軟骨炎など早期先天梅毒の症状を呈する症例、③乳幼児期は症状を示さずに経過し、学童期以後にHutchinson 3徴候（実質性角膜炎、内耳性難聴、Hutchinson歯）などの晩期先天梅毒の症状を呈する症例がある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左下欄に掲げる検査方法により、抗体（①カルジオリピンを抗原とする検査では16倍以上又はそれに相当する抗体価）を保有する者で無症状病原体保有者と見なされる者（陳旧性梅毒と見なされる者を除く。）を診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
パーカーインク法による病原体の検出	発疹（初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹）
・以下の①と②の両方に該当する場合 ①カルジオリピンを抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・RPRカードテスト、凝集法、ガラス板法 ② <i>T. pallidum</i> を抗原とする以下のいずれかの検査で陽性 ・TPHA法、FTA-ABS法	血清

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
イ 血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く超えて持続する場合
ウ <i>T. pallidum</i> を抗原とするIgM抗体陽性
エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

12 破傷風

(1) 定義

破傷風毒素を産生する破傷風菌（*Clostridium tetani*）が、外傷部位などから組織内に侵入し、嫌気的な環境下で増殖した結果、産生される破傷風毒素により、神経刺激伝達障害を起こす。

(2) 臨床的特徴

外傷部位などで増殖した破傷風菌が産生する毒素により、運動神経終板、脊髄前角細胞、脳幹の抑制性の神経回路が遮断され、感染巣近傍の筋肉の

こわばり、顎から頸部のこわばり、開口障害、四肢の強直性痙攣、呼吸困難（痙攣性）、刺激に対する興奮性の亢進、反弓緊張（opisthotonus）などの症状が出現する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、破傷風患者と診断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、破傷風により死亡したと判断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

1 3 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 定義

獲得型バンコマイシン耐性遺伝子を保有し、バンコマイシン耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

バンコマイシンの長期間投与を受けた患者の検体などから検出される可能性がある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌であるとの判定。	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

1 4 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシンに対して耐性を示す腸球菌（VRE）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に悪性疾患などの基礎疾患を有する易感染状態の患者において、日和見感染症や術後感染症、カテーテル性敗血症（line sepsis）などを引き起こす。発熱やショックなどの症状を呈し、死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症患者と診断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

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

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16μg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

1 4-2 風しん

(1) 定義

風しんウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

飛沫感染により感染し、潜伏期は通常 2～3 週間である。冬から春に流行する。症状は、小紅斑や紅色丘疹、リンパ節腫脹（全身、特に頸部、後頭部、耳介後部）、発熱を三主徴とする。リンパ節腫脹は発疹出現数日前に出現し、3～6 週間で消退する。発熱は 38～39℃で、3 日程度続き、皮疹も 3 日程度で消退する。脳炎、血小板減少性紫斑病を合併することがある。

妊婦の風しんウイルス感染が、先天性風しん症候群の原因となることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4) の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4) の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第 1 2 条第 1 項の規定による届出を 7 日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 検査診断例

届出に必要な臨床症状の 1 つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状の 3 つすべてを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 全身性の小紅斑や紅色丘疹
イ 発熱
ウ リンパ節腫脹

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、尿
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

14-3 麻疹

(1) 定義

麻疹ウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常10～12日間であり、症状はカタル期（2～4日）には38℃前後の発熱、咳、鼻汁、くしゃみ、結膜充血、眼脂、羞明などであり、熱が下降した頃に頬粘膜にコプリック斑が出現する。発疹期（3～4日）には一度下降した発熱が再び高熱となり（39～40℃）、特有の発疹（小鮮紅色斑が暗紅色丘疹、それらが融合し網目状になる）が出現する。発疹は耳後部、頸部、顔、体幹、上肢、下肢の順に広がる。回復期（7～9日）には解熱し、発疹は消退し、色素沈着を残す。肺炎、中耳炎、クループ、脳炎を合併する場合がある。麻疹ウイルスに感染後、数年から十数年以上経過してSSPE（亜急性硬化性全脳炎）を発症する場合がある。

なお、上記症状を十分満たさず、一部症状のみの麻疹（修飾麻疹）もみられることがある。これはワクチンによる免疫が低下してきた者に見られることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から麻疹が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から麻疹が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 麻疹（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 麻疹（臨床診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

ウ 修飾麻疹（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 麻疹に特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、尿
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

15 RSウイルス感染症

(1) 定義

RSウイルス（respiratory syncytial virus）による急性呼吸器感染症である。乳児期の発症が多く、特徴的な病像は細気管支炎、肺炎である。

(2) 臨床的特徴

2日～1週間（通常4～5日）の潜伏期間の後に、初感染の乳幼児では上気道症状（鼻汁、咳など）から始まり、その後下気道症状が出現する。38～39℃の発熱が出現することがある。25～40%の乳幼児に気管支炎や肺炎の兆候がみられる。

1歳未満、特に6か月未満の乳児、心肺に基礎疾患を有する小児、早産児が感染すると、呼吸困難などの重篤な呼吸器疾患を引き起こし、入院、

呼吸管理が必要となる。乳児では、細気管支炎による喘鳴（呼吸性喘鳴）が特徴的である。

その後、多呼吸、陥没呼吸などの症状あるいは肺炎を認める。新生児期あるいは生後2～3か月未満の乳児では、無呼吸発作の症状を呈することがある。再感染の幼児の場合には、細気管支炎や肺炎などは減り、上気道炎が増える。中耳炎を合併することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からRSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、RSウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

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

(4) 届出に必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	い液、咽頭拭い液
中和反応又は補体結合反応による抗体の検出（補体結合反応にて、急性期と2～3週間以後の回復期に抗体陽転又は抗体価の有意の上昇を認めれば確定）	血清

16 咽頭結膜熱

(1) 定義

発熱・咽頭炎及び結膜炎を主症状とする急性のウイルス感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は5～7日、症状は発熱、咽頭炎（咽頭発赤、咽頭痛）、結膜炎が三主症状である。アデノウイルス3型が主であるが、他に4、7、11型なども本症を起こす。発生は年間を通じてみられるが、さまざまな規模の流行的発生をみる。特に夏季に流行をみることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（3つすべてを満たすもの）

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 結膜充血

17 A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

(1) 定義

A群レンサ球菌による上気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児では咽頭炎、年長児や成人では扁桃炎が現れ、発赤毒素に免疫のない人は猩紅熱といわれる全身症状を呈する。気管支炎を起こすことも多い。発疹を伴うこともあり、リウマチ熱や急性糸球体腎炎などの二次疾患を起こすこともある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（3つすべてを満たすもの）

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 莓舌

(5) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の培養・同定による病原体の検出	咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
ASO法又はASK法による抗体の検出（ヘア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

18 感染性胃腸炎

(1) 定義

細菌又はウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とする感染症である。原因はウイルス感染（ロタウイルス、ノロウイルスなど）が多く、毎年秋から冬にかけて流行する。また、エンテロウイルス、アデノウイルスによるものや細菌性のももみられる。

(2) 臨床的特徴

乳幼児に好発し、1歳以下の乳児は症状の進行が早い。

主症状は嘔吐と下痢であり、種々の程度の脱水、電解質喪失症状、全身症状が加わる。嘔吐又は下痢のみの場合や、嘔吐の後に下痢がみられる場合と様々で、症状の程度にも個人差がある。37～38℃の発熱がみられることもある。年長児では吐き気や腹痛がしばしばみられる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状及び要件（2つすべてを満たすもの）

ア 急に発症する腹痛（新生児や乳児では不明）、嘔吐、下痢
イ 他の届出疾患によるものを除く

19 水痘

(1) 定義

水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症である。

(2) 臨床的特徴

冬から春の感染症であるが、年間を通じて患者の発生をみる。飛沫、飛沫核、接触感染で感染し、潜伏期は2～3週間である。乳幼児や学童いずれの年齢でも罹患する。母子免疫は麻しんほど強力ではなく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発疹である。それぞれの発疹は紅斑、紅色丘疹、水疱形成、痂皮化を順次約3日で経過するが、同一段階の皮疹が同時に全身に出現するのではなく、新旧種々の段階の発疹が同時に混在する。

発疹は体幹に多発し、四肢に少ない。発疹は頭皮及び口腔などの粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好であるが、免疫不全状態の小児の罹患は重症で、致死経過をとることもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 全身性の漿液性丘疹や水疱の突然の出現
イ 新旧種々の段階の発疹（丘疹、水疱、痂皮）が同時に混在すること

20 手足口病

(1) 定義

主として乳幼児にみられる手、足、下肢、口腔内、口唇に小水疱が生ずる伝染性のウイルス感染症である。コクサッキーA16型、エンテロウイルス71型のほか、コクサッキーA10型その他によっても起こることが知られている。

(2) 臨床的特徴

典型的なものでは、軽い発熱、食欲不振、のどの痛み等で始まり、発熱から2日ぐらい過ぎた頃から、手掌、足底にやや紅暈を伴う小水疱が多発し、舌や口腔粘膜に浅いびらんアフタを生じる。水疱はやや楕円形を呈し、臀部、膝部などに紅色の小丘疹が散在することもある。皮疹は1週間から10日で自然消退する。ごくまれに髄膜炎や脳炎などが生じることがあるので、発熱や嘔吐、頭痛などがある場合は注意を要する。エンテロウイルス71型による手足口病の場合にその頻度が高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(2つすべてを満たすもの)

ア 手のひら、足底又は足背、口腔粘膜に出現する2～5mm程度の水泡
イ 水泡は痂皮を形成せずに治癒

2.1 伝染性紅斑

(1) 定義

B19ウイルスの感染による紅斑を主症状とする発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

幼少児(2～12歳)に多いが、乳児、成人が罹患することもある。潜伏期は4～15日。顔面、特に頬部に境界明瞭な平手で頬を打ったような紅斑が突然出現する。つづいて四肢に対称性にレース様の紅斑が出現する。消退後さらに日光照射、外傷などによって再度出現することがある。発疹の他に発熱、関節痛、咽頭痛、鼻症状、胃腸症状、粘膜疹、リンパ節腫脹、関節炎を合併することがある。予後は通常、良好である。但し、溶血性貧血の患者では、汎血球減少を起こすことがある。妊婦の場合には、胎児水腫又は流産を起こすことがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(2つすべてを満たすもの)

ア 左右の頬部の紅斑の出現
イ 四肢のレース様の紅斑の出現

2.2 突発性発しん

(1) 定義

乳幼児がヒトヘルペスウイルス6、7型の感染による突然の高熱と解熱前後の発疹を来す疾患である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児期、特に6～18か月の間に罹患することが多い。5歳以上はまれである。

突然、高熱で発症、不機嫌で大泉門の膨隆をみることがある。咽頭部の発赤、特に口蓋垂の両側に強い斑状発赤を認めることがある。軟便若しくは下痢を伴うものが多く、発熱は3～4日持続した後に解熱する。

解熱に前後して小さな紅斑や紅色丘疹が出現し、散在性、時に斑状融合性に分布する。発疹は体幹から始まり上肢、頸部の順に広がるが、顔面、下肢には少ない。発疹は1～2日で消失する。脳炎を合併することがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しん患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

届出の対象は、上記の臨床的特徴に合致するものであるため、届出の対象は5歳未満のみとする。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しんにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出な

ければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(2つすべてを満たすもの)

ア 突然に発熱し、2～4日間持続
イ 解熱に前後して体幹部、四肢、顔面の発疹が出現

2.3 百日咳

(1) 定義

Bordetella pertussis によって起こる急性の気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常5～10日(最大3週間程度)であり、かぜ様症状で始まるが、次第に咳が著しくなり、百日咳特有の咳が出始める。典型的な臨床像は、顔を真っ赤にしてコンコンと激しく咳込み(スタッカート)、最後にヒューッと音を立てて大きく息を吸う発作(ウープ)となる。嘔吐も伴い、眼瞼の浮腫や顔面の点状出血がみられることがある。幼若乳児や、年長児、また成人では典型的な症状がみられず、診断が難しいことも少なくない。

乳児では重症になり、特に新生児がかかると無呼吸となり、致死性的となることがある。肺炎、脳症を合併することがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(ア及びイを満たすもの)

ア 2週間以上持続する咳嗽
イ 以下のいずれかの要件のうち少なくとも1つを満たすもの (ア) スタッカート及びウープを伴う咳嗽発作 (イ) 新生児や乳児で、他に明らかな原因がない咳嗽後の嘔吐又は無呼吸発作

2.5 ヘルパンギーナ

(1) 定義

主にコクサッキーウイルスA群による口咽部に特有の小水泡と発熱を主症状とする夏かぜの一種である。多くは、コクサッキーウイルスA群2～8、10、12型、まれにその他のエンテロウイルスも病原として分離されることがある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は2～4日、初夏から秋にかけて、乳幼児に多い。突然の38～40℃の発熱が1～3日間続き、全身倦怠感、食欲不振、咽頭痛、嘔吐、四肢痛などがある場合もある。咽頭所見は、軽度で発赤し、口蓋から口蓋帆にかけて1～5mmの小水泡、これから生じた小潰瘍、その周辺に発赤を伴ったものが数個認められる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に

届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 突然の高熱での発症
イ 口蓋垂付近の水疱疹や潰瘍や発赤

2.7 流行性耳下腺炎

(1) 定義

ムンプスウイルス感染により耳下腺が腫脹する感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道を介して飛沫感染し潜伏期は2～3週間で、両側又は片側の耳下腺が腫脹し、ものを噛むときに顎に痛みを訴えることが多い。このとき数日の発熱を伴うものが多い。耳下腺腫脹は有痛性で、境界不鮮明な柔らかい腫脹が耳朶を中心として起こる。他の唾液腺の腫脹をみることもある。耳下腺開口部の発赤が認められるが、膿汁の排泄はない。合併症としては、髄膜炎、脳炎、肺炎、難聴などがあり、その他成人男性には睾丸炎、成人女子には卵巣炎がみられることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 片側ないし両側の耳下腺の突然の腫脹と、2日以上持続
イ 他に耳下腺腫脹の原因がないこと

2.8 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

(1) 定義

インフルエンザウイルス（鳥インフルエンザの原因となるA型インフルエンザウイルス及び新型インフルエンザ等感染症の原因となるインフルエンザウイルスを除く。）の感染による急性気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴うことを特徴とする。流行期（我が国では、例年11月～4月）にこれらの症状のあったものはインフルエンザと考えられるが、非流行期での臨床診断は困難である。合併症として、脳症、肺炎を起こすことがある。

(3) 届出基準（インフルエンザ定点における場合）

ア 患者（確定例）

指定届出機関（インフルエンザ定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、インフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

①届出のために必要な臨床症状（4つすべてを満たすもの）

ア 突然の発症
イ 高熱
ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

②届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液

(4) 届出基準（基幹定点における場合）

ア 入院患者

指定届出機関（基幹定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、(3)①のすべてを満たすか、(3)①のすべてを満たさなくても(3)②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

2.9 急性出血性結膜炎

(1) 定義

エンテロウイルス70型及びコクサッキーウイルスA24変異型の感染によって起こる急性結膜炎である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は1日で強い眼の痛み、異物感で始まり、結膜の充血、特に結膜下出血を伴うことが多い。眼瞼の腫脹、眼脂、結膜浮腫、角膜表層のび慢性混濁などがみられ眼痛、異物感がある。約1週間経って治癒することが多いが、この疾患に罹患したのち6～12か月後に四肢の運動麻痺を来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、急性出血性結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（下記のうち2つ以上）

ア 急性濾胞性結膜炎
イ 眼脂、眼痛、異物感などを伴う眼瞼腫脹
ウ 結膜下出血

3.0 流行性角結膜炎

(1) 定義

アデノウイルス8、19、37、4型などによる眼感染症である。

(2) 臨床的特徴

約1～2週間の潜伏期の後、急性濾胞性結膜炎の臨床症状を示して発病する。結膜の浮腫や充血、眼瞼浮腫が強く、流涙や眼脂を伴う。耳前リンパ節の腫脹と圧痛を来す。角膜にはび慢性表層角膜症がみられ、異物感、眼痛を訴えることがある。偽膜を伴うことも多い。発病後2～3週間で治癒することが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的

特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性角結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性角結膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、流行性角結膜炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性角結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（下記のうち2つ以上）

ア 重症な急性濾胞性結膜炎
イ 角膜点状上皮混濁
ウ 耳前リンパ節腫脹・圧痛

3.1 性器クラミジア感染症

(1) 定義

Chlamydia trachomatis による性感染症である。

(2) 臨床的特徴

男性では、尿道から感染して急性尿道炎を起こすが、症状は淋菌感染症よりも軽い。さらに、前立腺炎、精巣上体炎を起こすこともある。女性では、まず子宮頸管炎を起こし、その後、感染が子宮内膜、卵管へと波及し、子宮内膜炎、卵管炎、骨盤内炎症性疾患、肝周囲炎を起こす（しかし男女とも、症状が軽く自覚のないことも多い）。

また、子宮外妊娠、不妊、流産の誘因ともなる。妊婦が感染している場合には、主として産道感染により、新生児に封入体結膜炎を生じさせることがある。また、1～2か月の潜伏期を経て、新生児、乳児の肺炎を引き起こすことがある。淋菌との混合感染も多く、淋菌感染症の治癒後も尿道炎が続く場合には、クラミジア感染症が疑われる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

スクリーニングによる病原体・抗原・遺伝子に関する検査陽性例は報告対象に含まれるが、抗体陽性のみ場合は除外する。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道、性器から採取した材料
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

3.2 性器ヘルペスウイルス感染症

(1) 定義

単純ヘルペスウイルス（herpes simplex virus:HSV, HSV 1型又は2型）が感染し、性器又はその付近に発症したものを性器ヘルペスという。

(2) 臨床的特徴

性器ヘルペスは、外部から入ったウイルスによる初感染の場合と、仙髄神経節に潜伏しているウイルスの再活性化による場合の2つがある。初感染では、感染後3～7日の潜伏期の後に外陰部に小水疱又は浅い潰瘍性病変が数個ないし集簇的に出現する。発熱などの全身症状を伴うことが多い。2～4週間で自然に治癒するが、治癒後も月経、性交その他の刺激が誘因となって、再発を繰り返す。発疹は外陰部のほか、臀部、大腿にも生じることがある。

病変部位は男性では包皮、冠状溝、亀頭、女性では外陰部や子宮頸部である。口を介する性的接触によって口唇周囲にも感染する。HSV 2型による場合は、より再発しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

明らかに再発であるもの及び血清抗体のみ陽性のものは除外する。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

男女ともに、性器や臀部にヘルペス特有な有痛性の1から多数の小さい水疱性又は浅い潰瘍性病変を認めるもの
--

3.3 尖圭コンジローマ

(1) 定義

尖圭コンジローマは、ヒトパピローマウイルス（ヒト乳頭腫ウイルス、HPV）の感染により、性器周辺に生じる腫瘍である。ヒトパピローマウイルスは80種類以上が知られているが、尖圭コンジローマの原因となるのは主にHPV 6型とHPV 11型であり、時にHPV 16型の感染でも生じる。

(2) 臨床的特徴

感染後、数週間から2～3か月を経て、陰茎亀頭、冠状溝、包皮、大小陰唇、肛門周囲等の性器周辺部に、イボ状の小腫瘍が多発する。腫瘍は、先の尖った乳頭状の腫瘍が集簇した独特の形をしており、乳頭状、鶏冠状、花キャベツ状等と形容される。尖圭コンジローマ自体は、良性の腫瘍であり、自然に治癒することも多いが、時に癌に移行することが知られている。特に、HPV 16, 52, 58, 18型などに感染した女性の場合、子宮頸部に感染し、子宮頸癌の発癌要因になることもあると考えられている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日

に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

男女ともに、性器及びその周辺に淡紅色又は褐色調の乳頭状、又は鶏冠状の特徴的病変を認めるもの

3.4 淋菌感染症

(1) 定義

淋菌 (*Neisseria gonorrhoeae*) による性感染症である。

(2) 臨床的特徴

男性は急性尿道炎として発症するのが一般的であるが、放置すると前立腺炎、精巣上体炎となる。後遺症として尿道狭窄が起こる。

女子は子宮頸管炎や尿道炎を起こすが、自覚症状のない場合が多い。感染が上行すると子宮内膜炎、卵管炎等の骨盤内炎症性疾患を起こし、発熱、下腹痛を来す。後遺症として不妊症が起きる。

その他、咽頭や直腸などへの感染や産道感染による新生児結膜炎などもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から淋菌感染症が疑われ、かつ、(4) の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症患者と診断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、淋菌感染症が疑われ、かつ、(4) の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道及び性器から採取した材料、眼分泌物、咽頭拭い液
鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

3.5 クラミジア肺炎 (オウム病を除く)

(1) 定義

Chlamydia (Chlamydia) pneumoniae, Chlamydia trachomatis の感染による肺炎である。

(2) 臨床的特徴

C.trachomatis は子宮頸管炎を発症している母体からの産道感染で新生児、乳児に間質性肺炎を発症し無熱性である。*C.pneumoniae* は、飛沫感染により 3~4 週間の潜伏期を経て軽症の異型肺炎を発症する。小児及び高齢者で多く見られる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4) により、クラミジア肺炎患者と診断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、クラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4) により、クラミジア肺炎により死亡したと判断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取した検体
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値)	血清

3.6 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)

(1) 定義

髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌が原因として同定された場合を除く種々の細菌感染による髄膜炎の感染症である。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られることがあるが、新生児や乳児などではこれらの臨床症状が明らかではないことが多い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4) 及び (5) により、細菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4) により、細菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状 (2 つすべてを満たすもの)

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状

(※) いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。

(5) 届出のために必要な検査所見 (2 つすべてを満たすもの)

ア 髄液細胞数の増加 (多核球優位であることが多い)
イ 髄液蛋白量の増加と糖の減少

3.7 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

(1) 定義

ペニシリン G に対して耐性を示す肺炎球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

小児及び成人の化膿性髄膜炎や中耳炎で検出されるが、その他、副鼻腔炎、心内膜炎、心嚢炎、腹膜炎、関節炎、まれには尿路生殖器感染から菌血症を引き起こすこともある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4) の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μ g/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMIC値が0.125 μ g/ml以上又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が19mm以下、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

38 マイコプラズマ肺炎

(1) 定義

Mycoplasma pneumoniae の感染によって発症する肺炎である。

(2) 臨床的特徴

好発年齢は、6～12歳の小児であり、小児では発生頻度の高い感染症の一つである。潜伏期は2～3週間とされ、飛沫で感染する。異型肺炎像を呈することが多い。頑固な咳嗽と発熱を主症状に発病し、中耳炎、胸膜炎、心筋炎、髄膜炎などの合併症を併発する症例も報告されている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマイコプラズマ肺炎が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、マイコプラズマ肺炎が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、セラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出(迅速診断キット))	血清

40 無菌性髄膜炎

(1) 定義

種々のウイルスを中心とした病原体の感染による髄膜炎の感染症である。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とするが、新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られるが同じく新生児や乳児などではこれらが明らかではないことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状

(※) いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。

(5) 届出のために必要な検査所見（2つすべてを満たすもの）

ア 髄液細胞数の増加（単核球優位であることが多い）
イ 髄液蛋白量、糖量が正常

41 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 定義

メチシリンなどのペニシリン剤をはじめとして、 β -ラクタム剤、アミノ配糖体剤、マクロライド剤などの多くの薬剤に対し多剤耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

外科手術後の患者や免疫不全者、長期抗菌薬投与患者などに日和見感染し、腸炎、敗血症、肺炎などを来し、突然の高熱、血圧低下、腹部膨満、下痢、意識障害、白血球減少、血小板減少、腎機能障害、肝機能障害などの症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検索した結果、症状や所見から、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が10mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつオキサシリンのMIC値が4 µg/ml以上、又はオキサシリンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が10mm以下、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

4.2 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示すアシネトバクター属菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎、皮膚、粘膜面、軟部組織、眼などに多彩な感染症を起こす。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が15mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ以下の3つの条件を全て満たし、かつ分離菌が感染症の起原菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が15mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、

その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

4.3 薬剤耐性緑膿菌感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示す緑膿菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、敗血症や骨髄、気道、尿路、皮膚、軟部組織、耳、眼などに多彩な感染症を起こす。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検察した結果、症状や所見から、薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

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

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が15mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起原菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク (KB) の阻止円の直径が15mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

第7 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

1 摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状（明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く。）

(1) 定義

①摂氏38度以上の発熱及び②呼吸器症状の両者を呈し、かつ、それらの症状が明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものではない状態を指す。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(1)の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及びいわゆる普通感冒など感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、例えば新型インフルエンザ等の感染症の発生を想定して、原因不明の重症の感染性呼吸器疾患の発生動向を把握することを目的としており、当該患者の初期症状、主症状その他の状態を総合的に勘案して、届出を行うものである。

このため、(1)の②の「呼吸器症状」とは、入院を要する程度に重症であり、呼吸困難の状態等を指すものとする。

2 発熱及び発しん又は水疱

(1) 定義

①発熱及び②発しん又は水疱の両者を呈する状態を指す。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(1)の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及び発熱及び発しんを呈するが感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、原因不明の感染性皮膚疾患等の発生動向を把握するために行うものであることから、当該患者の初期症状、主症状その他の状態を総合的に勘案して、届出を行うものである。

3 全般的注意事項

1及び2において、当該症状が

ア 感染症法に規定する感染症によるものでないことが明らかである場合には、本届出の対象とはならない。

イ 感染症法に規定する感染症によるものであることが明らかであり、かつ、いずれの感染症であるかが特定可能な場合には、当該感染症の届出基準に基づき届出を行うこととなるため、本届出の対象とはならない。

3) 検査結果コード表 (基幹定点通報用)

10000	Virus NT	10140	Adeno 40	10820	Coxa. A20
10100	Adeno NT	10141	Adeno 41	10821	Coxa. A21
10101	Adeno 1	10142	Adeno 40/41	10822	Coxa. A22
10102	Adeno 2	10143	Adeno 43	10824	Coxa. A24
10103	Adeno 3	10144	Adeno 44	10900	Coxa. B NT
10104	Adeno 4	10145	Adeno 45	10901	Coxa. B1
10105	Adeno 5	10146	Adeno 46	10902	Coxa. B2
10106	Adeno 6	10147	Adeno 47	10903	Coxa. B3
10107	Adeno 7	10190	Adeno 34/35	10904	Coxa. B4
10108	Adeno 8	10191	Adeno 42	10905	Coxa. B5
10109	Adeno 9	10300	Parainf. NT	10906	Coxa. B6
10110	Adeno 10	10301	Parainf. 1	11000	Echo NT
10111	Adeno 11	10302	Parainf. 2	11001	Echo 1
10112	Adeno 12	10303	Parainf. 3	11002	Echo 2
10113	Adeno 13	10304	Parainf. 4	11003	Echo 3
10114	Adeno 14	10313	Nipah	11004	Echo 4
10115	Adeno 15	10314	Hendra	11005	Echo 5
10116	Adeno 16	10400	RS	11006	Echo 6
10117	Adeno 17	10430	Human metapneumo	11007	Echo 7
10118	Adeno 18	10500	Rhino	11009	Echo 9
10119	Adeno 19	10600	Aichi	11011	Echo 11
10120	Adeno 20	10800	Coxa. A NT	11012	Echo 12
10121	Adeno 21	10801	Coxa. A1	11013	Echo 13
10122	Adeno 22	10802	Coxa. A2	11014	Echo 14
10123	Adeno 23	10803	Coxa. A3	11015	Echo 15
10124	Adeno 24	10804	Coxa. A4	11016	Echo 16
10125	Adeno 25	10805	Coxa. A5	11017	Echo 17
10126	Adeno 26	10806	Coxa. A6	11018	Echo 18
10127	Adeno 27	10807	Coxa. A7	11019	Echo 19
10128	Adeno 28	10808	Coxa. A8	11020	Echo 20
10129	Adeno 29	10809	Coxa. A9	11021	Echo 21
10130	Adeno 30	10810	Coxa. A10	11022	Parecho 1
10131	Adeno 31	10811	Coxa. A11	11023	Parecho 2
10132	Adeno 32	10812	Coxa. A12	11024	Echo 24
10133	Adeno 33	10813	Coxa. A13	11025	Echo 25
10134	Adeno 34	10814	Coxa. A14	11026	Echo 26
10135	Adeno 35	10815	Coxa. A15	11027	Echo 27
10136	Adeno 36	10816	Coxa. A16	11029	Echo 29
10137	Adeno 37	10817	Coxa. A17	11030	Echo 30
10138	Adeno 38	10818	Coxa. A18	11031	Echo 31
10139	Adeno 39	10819	Coxa. A19	11032	Echo 32

★：NTは not typed で未同定の意味

11033	Echo 33	11802	HIV	91400	Enterobacter sp
11050	Parecho NT	11900	Parvo	91420	Serratia sp
11053	Parecho 3	11901	B19	91430	Proteus sp
11100	Polio NT	12000	Inf. A (H1)	00111	Y. enterocolitica
11101	Polio 1	12010	Inf. A NT	00112	Y. pseudotuberculosis
11102	Polio 2	12011	Inf. A H1N1	91490	Haemophilus sp
11103	Polio 3	12020	Inf. A (H2)	00301	H. influenzae
11568	Entero 68	12022	Inf. A H2N2	91550	Fusobacterium sp
11569	Entero 69	12030	Inf. A (H3)	91600	Staphylococcus sp
11570	Entero 70	12032	Inf. A H3N2	00171	S. aureus
11571	Entero 71	12050	Inf. A (H5)	91602	S. epidermidis
11502	Picorna NT	12051	Inf. A H5N1	91610	Peptococcus
11503	Entero NT	12203	Inf. B	91630	Neisseria sp
11200	Mumps	12204	Inf. C	00321	N. meningitidis
11300	HV group NT	13000	SARS corona	00322	N. gonorrhoeae
11301	HSV NT	00270	Legionella sp.	91640	Acinetobacter sp
11306	HSV-1	00271	L. pneumophila	91670	Peptostreptococcus sp
11307	HSV-2	00361	Myco. pneumoniae	00221	Stre. pyogenes
11303	VZV	20099	Chlamydia sp.	00222	Stre. agalactiae
11302	EBV	20100	Chlam. trachomatis	00223	Stre. C
11556	CMV	20700	Chlam. psittaci	00224	Stre. G
11308	HHV 6	20800	Chlam. pneumoniae	00226	Streptococcus 群不明
11309	HHV 7	21401	Cox. burnetti	00227	Stre. pneumoniae
11310	HHV 8	21402	Other Ric.	00241	E. faecalis
11304	Herpes B	21403	R. prowazeki	00242	E. faecium
11521	Measles	21404	R. tsutsugamushi	91710	Listeria sp
11522	Rubella	21405	R. japonica	00101	L. monocytogenes
11552	Rabies	91100	Pseudomonas sp	91720	Propionibacter. sp
11553	LCM	00281	P. aeruginosa	91750	Mycobacterium sp
11555	Papova	91120	Campylobacter sp	00291	M. tuberculosis
11562	Reo NT	00161	C. jejuni	00292	M. bovis
11564	Rota	00162	C. coli	00293	M. avium
11566	Noro	00163	C. jejuni/coli	91770	Nocardia sp
11671	Noro G I	00011	Salmonella Typhi	00331	T. pallidum
11672	Noro G II	00012	Salmonella Paratyphi	94301	Cryptococcus
11681	Sapo	00013	Salmonella 02 群	00371	C. neoformance
11650	Astro NT	00014	Salmonella 04 群	94303	Candida
11670	SRSV	00015	Salmonella 07 群	94304	Candida albicans
11702	JE	00016	Salmonella 08 群	94498	Pneumocystis sp
11709	Other Arbo	00017	Salmonella 09 群	94499	P. carinii
11710	Dengue NT	00043	Salmonella 群不明	00998	その他の原虫・寄生虫
11724	West Nile	91380	Citrobacter sp	00999	その他の細菌
11751	Hantaan	91390	Klebsiella sp	99999	陰性, Negative
11801	HTLV	00311	K. pneumoniae	00000	“検出せず”

★ ; NTは not typed で未同定の意味

4) 平成24年通知文書一覧 (詳細は福岡県医師会ホームページを参照して下さい。)

- 2012年2月6日 性感染症に関する特定感染症予防指針の一部改正について
- 2012年2月6日 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の改正について
- 2012年2月28日 予防接種後健康状況調査事業実施医療機関の推薦について (回答)
- 2012年3月10日 感染症発生動向調査事業における性感染症の発生動向調査について
- 2012年3月10日 麻疹風しんの第2期・第3期・第4期の予防接種における未接種者に対する積極的な勧奨等について
- 2012年3月10日 「日本脳炎の定期的予防接種について」の一部改正について
- 2012年3月27日 ボツリヌス食中毒の発生について
- 2012年3月30日 ポリオ (急性灰白髄炎) の予防接種の状況調査結果、ポリオワクチンに関する広報及び急性弛緩性麻痺患者の正確な診断に係る周知について
- 2012年4月3日 感染症発生動向調査事業等においてゆうパックにより検体を送付する際の留意事項について
- 2012年4月6日 日本脳炎ワクチン接種に係るQ & A (平成24年3月改定版) について
- 2012年4月25日 平成24年度麻疹・風しんの予防接種リーフレットについて
- 2012年5月16日 予防接種ガイドライン2012年度版について
- 2012年5月25日 新型インフルエンザ等対策特別措置法の公布について
- 2012年5月25日 新型インフルエンザ対策に関する研修会の共催について
- 2012年5月26日 平成24年度インフルエンザHAワクチン製造株の決定について
- 2012年6月1日 平成24年度インフルエンザHAワクチン製造株の決定についての訂正について
- 2012年6月15日 不活化ポリオワクチン導入に係る関係自治体担当者会議資料の送付について
- 2012年6月26日 不活化ポリオワクチンの予診票の様式について
- 2012年6月29日 入管法等の規定により本邦に在留することができる外国人以外の在留外国人に対する予防接種について
- 2012年7月2日 風しん患者の地域的な増加について
- 2012年7月13日 麻疹・風しん患者の届出について
- 2012年7月13日 福岡県新型インフルエンザ対策行動計画 (改定版) について
- 2012年7月13日 予防接種後健康状況調査の実施についての一部改正について
- 2012年7月21日 季節性インフルエンザワクチンの供給について
- 2012年7月27日 福岡県の結核2011の送付
- 2012年7月27日 4種混合ワクチン (DPT-IPV) の定期接種導入について
- 2012年7月30日 風しん対策のさらなる徹底について
- 2012年8月9日 精神科病院 (認知症病棟) における結核集団感染事例の発生について
- 2012年8月13日 人を発病させるおそれほとんどないものとして厚生労働大臣が指定する病原体等の一部を改正する件の交付について
- 2012年8月13日 麻疹風しんの第3期・第4期予防接種の促進について
- 2012年8月13日 予防接種実施規則の一部を改正する省令の施行等について
- 2012年8月22日 不活化ポリオワクチン導入後の予防接種後健康状況調査に係る実施医療機関の推薦について (回答)
- 2012年8月24日 チクングニヤ熱の輸入感染症例について
- 2012年8月24日 不活化ポリオワクチンに係る予防接種者数の把握について
- 2012年9月3日 予防接種実施規則の一部を改正する省令案に関する意見募集について
- 2012年9月7日 4種混合ワクチンの導入に係る準備方依頼について
- 2012年9月7日 不活化ポリオワクチンの安定供給について
- 2012年9月19日 厚生労働省「平成24年度動物由来感染症対策 (狂犬病を含む) 技術研修会」の開催について
- 2012年9月20日 厚生労働省主催「平成24年度新型インフルエンザの診療に関する研修」の開催について
- 2012年9月20日 平成24年度結核予防週間について
- 2012年9月20日 国内で検定を受けていない不活化ポリオワクチンの使用について
- 2012年9月20日 不活化ポリオワクチンの導入に関する母子健康手帳の記載事項の取扱いについて
- 2012年9月27日 「予防接種ガイドライン2012年度版」、「予防接種と子どもの健康2012年度版」の改訂について
- 2012年10月4日 新種のコロナウイルスによる感染症の発生について
- 2012年10月18日 インフルエンザ様疾患時の異常行動の情報収集に関する研究に対する協力について
- 2012年10月26日 日本脳炎の定期的予防接種の実施について
- 2012年11月2日 予防接種実施規則の一部を改正する省令の施行等について
- 2012年11月26日 抗インフルエンザウイルス薬の安定供給等について
- 2012年11月26日 感染性胃腸炎の流行に伴うノロウイルスの予防啓発について
- 2012年11月26日 今冬のインフルエンザ総合対策の推進について
- 2012年12月12日 「予防接種ガイドライン2012年度版」、「予防接種と子どもの健康2012年度版」の改訂について
- 2012年11月27日 4種混合ワクチンの供給量について
- 2012年12月14日 「集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する研究」アンケート調査について
- 2012年12月14日 感染性胃腸炎の流行状況を踏まえたノロウイルスの一層の予防の啓発について
- 2012年12月14日 新種のコロナウイルスによる感染症の発生について (症例定義の変更)
- 2012年12月28日 医療機関におけるノロウイルスに関する院内感染事案の報告等について
- 2012年12月28日 「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業の実施について」の一部改正について
- 2012年12月28日 予防接種健康被害救済制度に関するリーフレットについて
- 2012年12月28日 予防接種法改正による7ワクチンの定期接種化を実現するための署名活動の実施について (お願い)

平成24年福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集編集委員

青 木 知 信 (総括)
岡 田 賢 司 (内科・小児科・眼科疾患)
池 松 秀 之 (内科・小児科・眼科疾患)
中牟田 誠 一 (性感染症)
松 崎 義 和 (結核)
平 田 輝 昭 (統計・検査の総括)
千々和 勝 己 (検査の総括)
岩 本 治 也 (全数把握対象感染症)
原 口 宏 之 (担当理事)
上 野 道 雄 (担当理事)

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
平成24年(2012年)

平成25年3月発行

非売品

発 行 福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

事務局 福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
福岡県医師会館4階

TEL 092-431-4564

FAX 092-481-1837

e-mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

<https://www.fukuoka.med.or.jp>

印 刷 正光印刷株式会社

この本の本文は再生紙を使用しています