

事務連絡
平成21年6月10日

各〔都道府県
保健所設置市
特別区〕衛生主管部（局）長 殿

新型インフルエンザ対策推進本部事務局

新型インフルエンザの早期探知等にかかるサーベイランスについて（依頼）

平成21年5月22日健感発第0522001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知「新型インフルエンザに係る症例定義及び届出様式の再改定について」及び5月24日厚生労働省結核感染症課事務連絡「新型インフルエンザに係る症例定義及び届出様式の再改定について」において、症例定義に基づいた連絡・報告、及び新型インフルエンザの診断のための検査を行っているところです。

国内外で新型インフルエンザの発生が続いており、都道府県、保健所設置市及び特別区（以下、「都道府県等」という。）や国において、新型インフルエンザ発生早期探知、及びウイルスの性状変化の監視強化をはかるため、これまでの症例定義に基づいた対応に加え、下記について、ご報告及び運用をお願いするとともに、地域医師会、関係医療機関及び地方衛生研究所等への周知をあわせてお願いいたします。

なお、5月16日付け厚生労働省新型インフルエンザ対策本部事務局事務連絡「新型インフルエンザのサーベイランスの強化について」は廃止します。

また、新型インフルエンザにかかるサーベイランスの全体については検討中であり、とりまとめ次第、改めて示す予定です。

記

1. 早期探知にかかるサーベイランスの現状調査

集団（学校、施設、家族等さまざまな集団）におけるインフルエンザの続発にかかる情報収集（いわゆるクラスターサーベイランス）について、貴自治体におけるお取り組みの現状を把握するため、別紙1について、6月12日（金）12：00までに、ご回答くださいますようお願いいたします。

2. 新型インフルエンザの早期探知等の強化・報告

新型インフルエンザの早期探知等の強化のため、当分の間、以下の要領にて運用いただきますようお願いいたします。

1) 報告の対象

①発生の早期探知の監視

軽症、重症にかかわらず、同一の集団（学校、施設、同一集会への参加者、家族など）に属する者の間でインフルエンザ（疑い例を含む）が連続していることを知った場合、診断した医師は所管の保健所に報告すること。

②ウイルスの性状変化の監視

インフルエンザ定点医療機関（入院のための病床を有するものに限る）は、1週間のインフルエンザの入院患者数について、毎週定期的に、別紙2を所管の保健所に報告すること。（患者数0人の報告を含む。）

インフルエンザ定点医療機関以外の医療機関においては、入院を要するものと判断されるインフルエンザの患者を医師が診断した場合、医師は所管の保健所に報告すること。

2) 検体の採取・検査

1) の報告を受けた保健所は、①の当該集団の一部の患者及び②の入院患者について、迅速診断キットB型陽性等、新型インフルエンザが除外される場合を除き、インフルエンザ迅速診断キットA型の結果に関わらず、新型インフルエンザのPCR検査を行うこと。

3) 報告

都道府県等は、6月8日（月）から6月14日（日）において、所管している地方衛生研究所において、上記の事例について実施した全ての検査について、別紙3にとりまとめの上、6月16日（火）12時までに厚生労働省（SARSOPC@mhlw.go.jp）にメールにて報告すること。

以後、1週間（月曜日から日曜日まで）分の検査実施数等を、翌週の火曜日までに報告すること。

注1) 地方衛生研究所を所管していない自治体については、3) の報告をする必要はない。

注2) 検査の結果、新型インフルエンザが陽性であった場合は、引き続き、NESIDの「病原体検出情報システム」の病原体個票及び集団発生病原体票にデータを登録すること。

4) 公表

厚生労働省は、都道府県等からの報告をとりまとめ、自治体ごとに実施した検査件数の結果等について、公表する予定である。

別紙1

自治体名 (入力してください)
連絡先(部署名) (入力してください)
(TEL) (入力してください)
(担当者) (入力してください)
地方衛生研究所 (検査を実施している研究所を入力してください)

現在、都道府県等が報告を受けている、集団内(集団行動している者、家族など)で続発したインフルエンザの報告基準について記入してください。

自治体名	報告者	報告基準	報告の開始日	6月9日までの報告数 (件)
(記入例) 〇〇県	学校医	(「続発」の基準となる人数を含め、記入してください。)	4月29日	10

別紙2

インフルエンザ入院患者調査(インフルエンザ定点医療機関)

医療機関: _____

調査期間:平成 年 月 日～ 年 月 日

		10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
インフルエンザ (入院)	男								
	女								

※当様式は、定点医療機関から保健所に報告する際に参考とすること

自治体名 (入力してください)
 連絡先(部署名) (入力してください)
 (TEL) (入力してください)
 (担当者) (入力してください)

調査期間: 月第 週 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

1. 集団内の発生について、以下の表に記入してください。

地方衛生研究所名 (検査を実施している研究所を入力してください)	集団の所属	集団発生の総数 (件)	新型インフルエンザ 検査を実施した総人数(人)	結果	
				陽性(件)	陰性(件)
				学校	
医療機関					
福祉施設					
その他					
計					

2. インフルエンザの入院患者について、以下の表に記入してください。

地方衛生研究所名 (検査を実施している研究所を入力してください)	検体提出医療機関	インフルエンザ入院 患者の総数(人)	新型インフルエンザ 検査を実施した総人数(人)	結果		新型インフルエンザの診断で、感染症法第19条に基づき、入院措置となった人数(人)(再掲)
				陽性(件)	陰性(件)	
				定点医療機関		
その他の医療機関						
計						

※件数は、数字(半角)のみ入力すること

※1週間(月曜日から日曜日まで)分の検査実施数等を記入し、翌週の火曜日までに報告すること

※新型インフルエンザと診断が確定し、措置入院をしている者については、再掲として表に記入すること