

(H5N1)に感染している、またはその疑いのある鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）や他の動物もしくはそれらの体液・排泄物等との接触歴を有する者（接触歴は国内外を問わない）。

ア. 高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）感染鶏発生農場や当該感染鶏を取り扱った食鳥処理場（もしくは高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）による感染が発生した他の動物施設）等の職員で、感染鶏発生鶏舎や感染鶏を食鳥として処理した施設もしくは他の感染動物発生飼育施設内の業務、汚染の可能性のある鶏舎もしくは飼育施設外の業務、感染の疑いのある鳥の取り扱い、糞便等の処理等に PPE を着用しないかまたは正しく着用せずに携わった者。

イ. 高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）感染鶏発生農場等における臨時的殺処分作業従事者（生鳥もしくは他の患畜の捕獲、袋詰め、殺処理、搬送、死鳥もしくはそれに類するもの処分、糞便等の処理、車両消毒等に PPE を着用しないかまたは正しく着用せずに携わった者）。

②家禽や他の鳥もしくは動物の飼育施設外（例えば一般家庭や海外のマーケット、渡り鳥の棲息地域等）において、インフルエンザ（H5N1）に感染している、またはその疑いのある鳥（家禽、水禽等）や他の動物もしくはそれらの体液・排泄物等との接触歴を有する者（国内外を問わない）。

ア. 10 抗日以内に高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）の浸淫地域へ立ち入り、病鳥、あるいは死鳥（飼育鳥または野鳥を問わない）もしくは高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）感染の可能性が高い他の動物に PPE を着用しないかまたは正しく着用せずに直接接触した者。この接触には、病鳥・死鳥を手で持った、触れた、羽毛をむしった、販売されていた生鳥市場を歩き回った、手を伸ばせば届く範囲に近付いた等の行為が該当する。

イ. 愛玩動物として、もしくは家庭内において肉、卵等を採取するために高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）感染の可能性の高い鳥もしくは他の動物を飼育していた家屋に生活する者。

ウ. アもしくはイにおいて、PPE を着用しないかまたは正しく着用せずに、感染の可能性のある鳥もしくは他の動物をと殺したり、そのと殺されたばかりの肉等で調理をした者。

添付資料

患者滞在場所に対する環境整備・消毒について

通常の季節性インフルエンザの場合、その感染経路は『飛沫感染』が主であり、他に『接触感染』、更に特殊な条件下（エアロゾルを発生させるような患者に対する処置や検査等）における患者周囲での『空気感染』が考慮されているが、これまでに『飛沫感染』以外の感染経路による感染伝播に関する明確なエビデンスはない。

インフルエンザ（H5N1）の感染経路、感染対策に関する詳細は『医療施設における感染対策ガイドライン』を参照されたいが、以上のことを踏まえて、以下に患者が滞在していた場所に対する環境整備・消毒の方針を示す。公衆衛生関係者には、これらを踏まえて発病者の家族や関係者に対する指導を実施されたい。

1. 環境整備

（1）床の清掃：

有機物にくるまれたウイルスの除去をおこなうために、患者が滞在した場所の床は濡れたモップ、雑巾による拭き取り清掃を行う。その際に洗剤を使用するとより効果的である。明らかに患者由来の血液、体液、分泌物（汗を除く）、排泄物などが存在している箇所は消毒を行う。

（2）患者が接触した箇所の清掃：

患者が頻回に接触したと考えられる箇所（ドアノブ、トイレの便座、スイッチ、階段の手すり、テーブル、椅子、ベッド柵等）についても、濡れタオルや雑巾で拭き取り清掃を行う。洗剤を使用するとより効果的である。パソコン、電話、FAX等の電子機器類等、水分が入ることによって故障の可能性のあるものはアルコール製剤による消毒を行う。

（3）壁、天井の清掃：

患者由来の血液、体液、分泌物（汗を除く）、排泄物などが明らかに付着していない場合は通常以上の清掃の必要はない。患者由来の血液、体液、分泌物（汗を除く）、排泄物などが付着している場合は当該箇所を広めに消毒する。

（4）食器・衣類・リネン：

食器・衣類・リネンは通常の洗浄・清掃でよい。衣類やリネンに患者由来の血液、体液、分泌物（汗を除く）、排泄物などが付着しており、洗濯等が不可能である場合は、当該箇所をアルコール製剤を用いて消毒する。また、可能であれば熱水消毒（80℃、10分以上）を実施する方法もある。

（5）物品：

患者が使用していた物品は、適宜拭き取り清掃を行う。

2. 消毒について：

消毒は次亜塩素酸ナトリウム溶液かあるいはイソプロパノールもしくは消毒用エタノール製剤を用いて行う。

(1) 次亜塩素酸ナトリウム溶液：

濃度は0.05～0.5w/v% (500～5,000ppm) の溶液を用いる。30分間の浸漬かあるいは消毒液を浸したタオル、雑巾等による拭き取り消毒を行う。消毒剤の噴霧は不完全な消毒や、ウイルスの舞い上がりを招く可能性があり、また消毒実施者の健康障害につながる危険性もあるため、実施してはならない。

(2) イソプロパノールもしくは消毒用エタノール：

70v/v%イソプロパノールもしくは消毒用エタノールを用いて消毒を行う。消毒液を十分に浸したタオル（ペーパータオル等）、脱脂綿を用いた拭き取り消毒を行う。消毒剤の噴霧は不完全な消毒、ウイルスの舞い上がりを招く可能性があり、推奨されない。

3. 環境整備の際に着用すべきもの：

清掃、消毒等の環境整備を行う際に、実施者はマスク（原則的にサージカルマスク）。ゴーグルもしくは眼を防御するもの、手袋を着用する。手袋は滅菌である必要はなく、頑丈で水を通さない材質のものを使用する。

4. 手指衛生について

環境整備後あるいは消毒後には手袋を外した後に流水・石鹼による手洗いかもしくは速乾性擦式消毒用アルコール製剤による手指衛生を必ず実施する。手指衛生はあらゆる感染対策の基本であり、室内で患者の所有していた物品を触った後、食事配膳前、食事接種前、排便・排尿後にも手指衛生を実施すべきである。また、患者発生後地域において新型インフルエンザの流行が発生する可能性があり、外出からの帰宅後にも必ず手指衛生を実施するように指導する。

(添付1)

新型ノ鳥インフルエンザ症例(確定診断・疑似症・要観察例)
基本情報・臨床情報調査票

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：		
2	調査日時： 年 月 日 時	調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()		
3	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名()	本人との関係()		
	調査回答者連絡先： 自宅電話： - -	携帯電話： - -		
4	感染症発生届受理番号：	5 患者居住地保健所：		
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：		
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -		
10	届出受理日時：平成 (西暦) 年 月 日 時 分	11 届出受理自治体： 都・道・府・県・市		
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：		
14	患者氏名：	15 性別： 男・女	16 生年月日： 年 月 日 (歳)	
17	患者住所：			
18	患者電話番号： 自宅： - -	携帯： - -		
19	職業・業種・学校等： 最終勤務・出席日(年 月 日) (* 児童・生徒の場合所属クラス等詳細に記入すること)			
20	勤務先/学校名：			
	勤務先/学校所在地：			
21	勤務先/学校電話番号： - -			
22	届出受理日現在の患者所在地： <input type="checkbox"/> 届出医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明			
23	連絡先電話番号： 自宅： - -			携帯： - -
24	同居者 (氏名) (続柄) (生年月日)	25 本人以外の連絡先		
	① 年 月 日(歳)	氏名：		
	② 年 月 日(歳)	本人との関係：		
	③ 年 月 日(歳)	住所：		
	④ 年 月 日(歳)			
	⑤ 年 月 日(歳)	自宅： - -		
	⑥ 年 月 日(歳)	携帯： - -		
26	38度以上の発熱	(年 月 日)		
27	咳	(年 月 日)		
28	咽頭痛	(年 月 日)		
29	息苦しさ・呼吸困難感	(年 月 日)		
30	下痢	(年 月 日)		
31	全身倦怠感	(年 月 日)		
32	意識混濁	(年 月 日)		
33	その他1 ()	(年 月 日)		
34	その他2 ()	(年 月 日)		

35	発症日時： 年 月 日 時			
36	初診： 年 月 日 時 医療機関名： 電話： - - 主治医：			
37	感染推定日： 年 月 日			
38	疑われる感染源： 感染源： <input type="checkbox"/> ヒト <input type="checkbox"/> 鳥→ (<input type="checkbox"/> 病鳥 <input type="checkbox"/> 死鳥) <input type="checkbox"/> その他 () 感染源所在地 (国名・地域名など)： 感染源の新型/鳥インフルエンザ診断状況： 接触状況： 最終接触日時： 年 月 日 時			
新型/鳥インフルエンザ の発生が報告されている 国・地域への立ち入り および滞在歴 (今後発生地域により右記 地域は随時変更される)	<input type="checkbox"/>	日本国内 (地域：)		
	40	<input type="checkbox"/> インドネシア	45	発生報告地域滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	41	<input type="checkbox"/> ベトナム		
	42	<input type="checkbox"/>	46	同行者： 名
	43	<input type="checkbox"/>	47	旅行会社名： 電話番号： - -
	44	帰国日 () 帰国時の到着港 () 搭乗便、搭乗船舶 ()	48	ツアー名： ツアー期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
49	既往歴			
50	供血歴 (献血歴・症状出現前7日以内)： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 供血日： 年 月 日 供血場所：			
51	臓器移植歴 (症状出現前7日以内)： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術日： 年 月 日 医療機関：			
52	現病歴			
53	治療経過			
治療薬				
54	タミフル内服： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬開始日： 年 月 日		
55	他の抗インフルエンザ薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	服薬開始日： 年 月 日		
56	他の主な薬剤： ()			
57	入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	58 入院医療機関名： 59 主治医名：		
60	入院医療機関所在地： 電話：			

61	入院日： 年 月 日	62 退院日： 年 月 日	63 死亡日： 年 月 日
	検査項目	検査値または所見	検査日
64	胸部X線	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
65	胸部CT	肺炎像 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見)	年 月 日
66	白血球数	/ μ l	年 月 日
67	リンパ球	% (/ μ l)	年 月 日
68	血小板数	/ μ l	年 月 日
69	CRP	mg/dl	年 月 日
70	その他		年 月 日

71	調査時の状態		
72	総合所見： <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽～中等症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	判定		
73	<input type="checkbox"/> 確定診断	年 月 日	
74	<input type="checkbox"/> 疑似症	年 月 日	
75	<input type="checkbox"/> 要観察例	年 月 日	
76	<input type="checkbox"/> 保留	年 月 日	
77	症例棄却		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	理由
78	初回調査後の経過		

* 患者の行動および接触者調査については、別添の調査票を用いる。

インフルエンザ特異的検査結果				
抗原検査 (迅速検査)		79 <input type="checkbox"/> 陽性 (A型・B型・AB不明) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施		検体採取日: 年 月 日 結果判定日: 年 月 日
	検体材料	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
80	RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
81	RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日	陰性・陽性・検査中 その他 ()	
82	ウイルス分離同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
83	血清抗体検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
	検査法	検体採取・結果判定日	結果	検査実施施設
84	追加・その他	採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		
		採取: 年 月 日 判定: 年 月 日		

* 口欄は該当項目にしをつけること。

インフルエンザ以外の病原体検査結果					
アデノウイルス抗原	85	+	-	未実施	年 月 日
RSウイルス抗原	86	+	-	未実施	年 月 日
その他	87				年 月 日
	88				年 月 日

