

ウイルス性出血熱への行政対応の手引き（案）

平成 28 年〇〇月

厚生労働省健康局結核感染症課

目次

1	はじめに.....	4
2	基本的事項とリスク評価.....	4
2.1	エボラ出血熱.....	4
2.1.1	病原体.....	4
2.1.2	感染源・感染経路.....	5
2.1.3	流行地.....	5
2.1.4	臨床像.....	5
2.1.5	国内侵入に関するリスク.....	7
2.2	クリミア・コンゴ出血熱.....	7
2.2.1	病原体.....	7
2.2.2	感染源・感染経路.....	8
2.2.3	流行地.....	8
2.2.4	臨床像.....	8
2.2.5	国内侵入に関するリスク.....	8
2.3	南米出血熱.....	9
2.3.1	病原体.....	9
2.3.2	感染源・感染経路.....	9
2.3.3	流行地.....	9
2.3.4	臨床像.....	9
2.3.5	国内侵入に関するリスク.....	10
2.4	マールブルク病.....	10
2.4.1	病原体.....	10
2.4.2	感染源・感染経路.....	10
2.4.3	流行地.....	10
2.4.4	臨床像.....	11
2.4.5	国内侵入に関するリスク.....	11
2.5	ラッサ熱.....	11

2.5.1	病原体.....	11
2.5.2	感染源・感染経路.....	12
2.5.3	流行地.....	12
2.5.4	臨床像.....	12
2.5.5	国内侵入に関するリスク	12
2.6	ウイルス性出血熱の感染性期間.....	13
2.7	ウイルス性出血熱の治療法.....	14
2.8	ウイルス性出血熱の予防法.....	14
3	想定すべき国内発生状況.....	15
3.1	検疫での患者発見	15
3.2	国内での患者発見	15
4	対応時の組織体制	16
4.1	厚生労働省の組織体制.....	16
4.2	政府の組織体制.....	16
4.3	地方自治体の組織体制.....	17
5	感染症法に基づく届出基準	17
6	感染のリスクがある者及び患者等発生時の初期対応.....	18
6.1	国内での患者発生時の基本的な対応フロー.....	18
6.2	検疫所での初期対応.....	18
6.2.1	ウイルス性出血熱における初期対応	18
6.2.2	2014～2015 年エボラ出血熱対応	19
6.3	保健所での初期対応.....	19
6.3.1	ウイルス性出血熱における初期対応	19
6.3.2	感染症法に基づく事務の実務について	20
6.4	対応者の安全管理	20
6.4.1	個人防護具及び備品	20
6.4.2	対応者の健康管理.....	21
6.5	関係機関との連携	21
6.5.1	患者の移送等への協力について	21
6.5.2	旅館業の宿泊施設における対応について	21
7	検査診断.....	22
7.1	検査材料の採取.....	22
7.2	検体材料の輸送.....	22
7.3	検査法	23
8	疫学調査及び接触者の管理	24
8.1	積極的疫学調査.....	24

8.2	接触者の管理	24
9	消毒・汚染除去等	25
10	医療体制.....	25
10.1	入院医療体制の確保	25
10.2	一類感染症の治療に関する専門家会議.....	26
10.3	退院基準	27
10.4	廃棄物処理におけるウイルス性出血熱対策について	28
11	遺体の管理	28
12	広報及び情報提供	28
12.1	地方自治体への情報提供	29
12.2	入国者・帰国者への情報提供	29
12.3	疑似症患者及び患者（確定例）に関する情報公開について.....	29
13	調査研究の実施.....	30

1 はじめに

エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、マールブルグ病、ラッサ熱、(以下「ウイルス性出血熱」という。)は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。)において、一類感染症に位置づけられている。感染症法上、ウイルス出血熱と診断された患者(疑似症患者を含む)は入院措置の対象となるため、特定又は第一種感染症指定医療機関に移送され、入院の上、感染防御対策の施された病室で治療される。また、ウイルス性出血熱は検疫法(昭和 26 年法律第 201 号)において検疫感染症に位置づけられ、質問、診察・検査、隔離、停留、消毒等の措置の対象となる。平成 11 年の感染症法の施行以降、国内ではこれまでウイルス性出血熱の確定患者は確認されていない。

2014～2015 年に西アフリカで発生したエボラ出血熱アウトブレイクは、史上最大規模の流行となり、多くの感染者と死亡者が発生し、北米や欧州でも輸入症例や二次感染者の発生を認めた。こうした状況を踏まえ、我が国でも政府一丸となり、水際対策としての検疫対応の強化、患者の国内発生時の対応体制の整備、患者や検体の搬送訓練の全国的な実施等が進められた。2015 年 12 月現在、確定患者は発生していないものの、2014 年のアウトブレイク以降 9 例の疑似症患者に対して、患者移送等の対応を行った。これらの対応の経験と反省、エボラ出血熱に関して新たに得られた知見等を踏まえ、各種通知や事務連絡、マニュアル等を整理し、都道府県等が行う公衆衛生対応に資する基本的な技術的指針としての対応方針を総括し、将来の患者の国内発生時や国際的な大規模アウトブレイク発生時に、迅速かつ円滑な対応を行うための一助となるよう本手引きを作成する。

2 基本的事項とリスク評価

2.1 エボラ出血熱

2.1.1 病原体

エボラ出血熱の病原体は、フィロウイルス科エボラウイルス属に分類されるエボラウイルスである。エボラウイルスは、ザイールエボラウイルス、スーダンエボラウイルス、タイフォレスト(アイボリーコースト)エボラウイルス、ブンディブギョエボラウイルス、レストンエボラウイルスの 5 亜属の存在が知られている。一本鎖陰性極性 RNA ウイルスで、糸状(filamentous)、U 状型、環状の形態を呈し、多形性である。アフリカ中央部に生息するオオコウモリの臓器からエボラウイルス遺伝子が検出されたことから、それら

のオオコウモリが宿主であると推定されている。霊長類（チンパンジーやゴリラ等）も、同ウイルスに感染するとヒトの場合と同様に出血熱を発症して死亡している。レストンエボラウイルスはフィリピンに、それ以外のエボラウイルスはアフリカに存在する。¹ レストンエボラウイルスはヒトでは病原性を示さないと考えられているが、科学的に証明されているわけではない。

2.1.2 感染源・感染経路

感染したヒト又は動物の血液などの体液と直接接触した場合に感染の危険が生じる。流行の最初の患者は、食用目的で野生動物（ブッシュミート）を捕獲し、解体作業の過程で感染すると考えられ、その後、病院内や家族内で感染が拡がり、地域で流行する。感染拡大の要因のひとつに、貧弱な医療環境を背景とした院内感染、伝統的な葬儀・埋葬の風習（遺体に直接接触することや遺体を清めた水との濃厚な接触）があげられ、2014～2015年の西アフリカのアウトブレイクの要因となった。

医療従事者においては、適切に個人防護具が使用されていない事例や、汚染された医療器具などを介して感染する事例の報告もある。

2014～2015年のリベリアにおける流行では、これまでに2度、流行終息宣言後に新たな患者が発生しており、いずれの場合もエボラ回復者の精液に残存していたウイルスが性交渉によりパートナーに伝播した可能性があるとみられており、ゲノム解析結果もそれを支持している¹。

2.1.3 流行地

1976年にスーダンでエボラ出血熱の流行が初めて確認されて以来、2015年に至るまでサハラ以南の主にアフリカ中央部において20回以上の流行事例が報告されている。2014～2015年に、初めて西アフリカのギニア、リベリア、シエラレオネにおいて大規模な流行が起こり、隣国のマリやナイジェリアにも流行が波及した。総患者数は28,637人、死亡者数は11,315人（2016年1月8日時点WHO）と過去最大規模となった。

2.1.4 臨床像

エボラウイルスは、粘膜や傷のある皮膚から侵入し、単球、樹状細胞に感染し、その後全身の多様な細胞に感染する。

潜伏期は2～21日間で、当初は発熱、倦怠感、食欲低下、頭痛等の非特異的症状を呈し、発症後7日前後になると次第に嘔吐、下痢、腹痛といった消化器症状が出現する²。下痢は1日に8リット

ルを超える例もあることが示されており³、脱水・電解質異常・代謝性アシドーシス等が起こる。回復する事例では、発症から6～11日目頃から回復が見られるが⁴、回復が見られない事例では症状が増悪し、この場合血圧低下、意識障害などの神経学的障害、出血等の症状が出現し死に至る²。

エボラ出血熱では発症後の病態の進行とともに歯肉などの粘膜からの出血症状を認める。従来はその名の通り出血症状が主たる臨床像であると考えられてきたが、2014～2015年の西アフリカのアウトブレイクでは、出血症状が認められた患者は全体の18%に留まり¹、出血症状を呈しないエボラウイルス感染症である場合が比較的多いことが明らかになった。こうした状況を受け、出血症状を示さないエボラ出血熱患者を的確に把握して流行拡大を阻止するため、病名を「エボラ出血熱」に代わって「エボラウイルス病」と呼ぶようになってきている。

致死率はアウトブレイクの原因となるエボラウイルス亜属によって異なる事が示されており、そのなかでもザイールエボラウイルスは、最高で90%前後の致死率が報告されている。2014～2015年のアウトブレイクでは、致死率は約70%と推測されている¹。特に、血中ウイルス量が高い群、年齢が40歳以上の群で致死率が高いことが報告された。欧米で治療を受けた患者の致死率はこれより低かったことから、下痢や嘔吐による脱水・電解質異常に対して早期から支持療法を開始し、必要に応じて人工呼吸や血液浄化療法といった支持療法を行うことによって致死率の低減が期待できると推測されている。

また、2014～2015年のアウトブレイクでは、エボラ出血熱から回復した患者において比較的高頻度で関節痛（76%）、視野・視力障害（60%）、聴力障害（24%）といった後遺症がみられることが明らかとなっている⁵。

1. Mate SE et al. Molecular Evidence of Sexual Transmission of Ebola Virus. *N Engl J Med*. 2015; 373:2448-2454.
2. WHO Ebola Response Team, Ebola virus disease in West Africa--the first 9 months of the epidemic and forward projections. *New Engl J Med*. 2014;371:1481-95.
3. Kreuels B, et al. A case of severe Ebola virus infection complicated by gram-negative septicemia. *New Engl J Med*. 2014;371:2394-401.

4. Beeching NJ, Fenech M, Houlihan CF. Ebola virus disease. *BMJ*, 2014;349:g7348.
5. Mattia JG et al. Early clinical sequelae of Ebola virus disease in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2015 Dec 22. pii: S1473-3099(15)00489-2. [Epub ahead of print]

2.1.5 国内侵入に関するリスク

アフリカ中央部や西部のエボラ出血熱発生国に渡航した人が、又は、流行発生国で生活している人がエボラウイルスに感染している、患者の体液に触れるなどの機会があった場合、そこでウイルスに感染し入国することにより、国内にウイルスを持ち込む可能性は否定できない。そのため、流行国からの帰国者が発熱などの症状を呈した場合には、渡航歴と現地での曝露歴を適切に聴取し、必要に応じてウイルス性出血熱によるか否かを調べることで重要である。2014～2015年の西アフリカにおける大規模流行では、流行地から非流行地への輸出例や患者が搬送された、スペインや米国の医療機関で、医療従事者における二次感染が発生した。

注) フィリピンのオオコウモリ及びブタに感染が確認されたレストンエボラウイルスは、ヒトでの発症例が報告されていないため、本記述はヒトへの病原性が明らかなアフリカ起源のエボラウイルスについて記述している。

2.2 クリミア・コンゴ出血熱

2.2.1 病原体

クリミア・コンゴ出血熱の病原体は、ブニヤウイルス科ナイロウイルス属に分類されるクリミア・コンゴ出血熱ウイルスである。1944～1945年に旧ロシア（現、ウクライナ）のクリミア半島で野外作業中の旧ソ連軍兵士の間で重篤な出血を伴う急性熱性疾患が発生し、患者血液やマダニからウイルスが分離され、クリミア出血熱ウイルスと命名された。このクリミア出血熱ウイルスが、1956年にコンゴ民主共和国（旧ザイール）で熱性疾患患者の血液から分離されたウイルス（コンゴウイルス）と同一であることが後に明らかにされ、クリミア・コンゴ出血熱ウイルスと名前が統一された。

ウシ、ヒツジ、ヤギなどの家畜が自然宿主で、マダニ（*Hyalomma* genus）が媒介する。経卵巣伝播の経路にて成虫ダニから幼ダニへも伝播され、マダニからマダニ間のサイクルとマダニから哺乳動物間のサイクルの中でウイルスは維持されている。また、感染したマ

ダニが渡り鳥により遠隔地に運ばれる可能性も指摘されている。

2.2.2 感染源・感染経路

ウイルスを有するマダニに咬まれたりマダニをつぶしたりするなどしてマダニから感染する経路、ウイルス血症を伴う家畜（ヒトへの感染に関わる動物はヒツジなどの家畜である）の解体・屠殺作業における家畜の組織の接触による感染経路、及び感染者や患者の血液等の体液、血液の混入した排泄物や汚物などに接触して感染する経路がある。このため、流行地の羊飼いや、キャンパー、農業従事者、獣医師等、マダニや家畜の多い環境で生活する人、病院で患者に接する医療関係者、介護にあたる家族などが、ハイリスクグループと考えられる。院内感染の事例も報告されており、パキスタン、ドバイなどの院内感染事例は、いずれも手術に伴う（急性腹症として開腹されることが多い）血液との直接接触により発生し、医師、看護師が感染している。他の出血熱ウイルス同様、空気感染は否定されている。

2.2.3 流行地

アフリカ大陸から東欧、中近東、中央アジア諸国、中国西部に広く分布している。近年では、コソボ、アルバニア、トルコ、イラン、パキスタン、南アフリカなどでの流行が報告されている。また、インド北西部でも患者の発生が確認されている。北半球では4～6月に流行し、秋に流行することは少ないが、春から初夏にかけて、マダニの活動が高まること、子ヒツジが増え、それがマダニに咬まれて感染し、ウイルス血症を伴う個体が増加することが関係していると考えられる。

2.2.4 臨床像

潜伏期間は2～10日で、発熱、頭痛、筋肉痛、関節痛、上腹部痛、結膜炎症状、顔面や胸部の紅潮、下痢、紫斑、下血、意識障害などがみられる。クリミア・コンゴ出血熱の病態に、多臓器不全、播種性血管内凝固症候群（DIC, disseminated intravascular coagulation）以外に骨髓所見からウイルス関連血球貪食症候群（VAHS、virus-associated hemophagocytic syndrome）が関与していると報告されている。致死率は15～40%で、感染者の発症率は20%と推定されている。

2.2.5 国内侵入に関するリスク

東欧、中央アジア、中近東、アフリカなどのクリミア・コンゴ出血熱の発生国に渡航し、マダニ咬傷、ウシ、ヒツジ、ヤギなどに直

接接触する等の機会があった場合、そこでウイルスに感染し入国にともなって国内にウイルスが持ち込まれる危険性がある。過去の輸入例としては、2004年にセネガルでボランティア活動をしていたフランス人女性が感染し、フランスに医療搬送された。2008年に米国兵士がアフガニスタンでマダニに刺されて感染し、ドイツへ医療搬送された。2012年に英国人の男性がアフガニスタンで動物のと畜に関わり、帰国後に発症した。また、2014年にブルガリアの黒海の近くで野外活動中にマダニに咬まれ、マダニを指で潰し、その後現地で発症し、症状を有したまま帰国した米国男性事例がある。

また、国内で感染者がクリミア・コンゴ出血熱を発症した場合、初期症状からクリミア・コンゴ出血熱と診断することは難しい。患者の渡航歴と現地での曝露歴を適切に聴取し、必要に応じてウイルス性出血熱によるか否かを調べることが重要である。

2.3 南米出血熱

2.3.1 病原体

南米出血熱は、アルゼンチン出血熱、ブラジル出血熱、ベネズエラ出血熱及びボリビア出血熱の総称である。病原体は、ラッサ熱同様アレナウイルス科アレナウイルス属のウイルスで、アメリカ大陸に存在するフニンウイルス、マチュポウイルス、ガナリトウイルス、サビアウイルス、チャパレウイルスなどであり新世界アレナウイルス群に分類される（ラッサウイルスは旧世界アレナウイルス群に分類される）。それぞれのアレナウイルスは、固有の宿主の進化とともに進化していると考えられる。

2.3.2 感染源・感染経路

ウイルスが含まれる動物（ネズミなど）との接触や、その尿や体液の吸入により感染する。

2.3.3 流行地

中南米のアルゼンチン、ブラジル、ベネズエラ、ボリビアで見られる。

2.3.4 臨床像

潜伏期間は7～14日で、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、最終的には回復に数ヶ月かかることが多い。

2.3.5 国内侵入に関するリスク

ボリビア出血熱以外の南米出血熱では、ヒト-ヒト感染例(家族内、医療機関)の報告はほとんどない。南米出血熱のうち、地域的な流行が発生しているのは、アルゼンチン出血熱のみで、残りは発生そのものが極めて稀で地域限定的である。アルゼンチン出血熱に関しては、比較的大きな流行が続いていたが、ワクチンが導入されてから患者数は減少している。一方で、検査実施上のリスクは非常に高いことが知られており、アルゼンチン出血熱やブラジル出血熱は検査実験室における感染事例がある。(ブラジル出血熱はこれまでに患者は 3 例のみ報告があり、うち一例がアメリカでの検査実験室感染である。)

2.4 マールブルグ病

2.4.1 病原体

マールブルグ病の病原体は、フィロウイルス科マールブルグウイルス属に分類されるマールブルグウイルスである。マールブルグウイルスは、エボラウイルスの場合と異なり、レイクビクトリアマールブルグウイルスの 1 亜属のみの存在が確認されている。マールブルグウイルスの形態も、エボラウイルス同様糸状 (filamentous)、U 状型、環状の形態を呈し、多形性である。

ウガンダの洞窟に生息するオオコウモリからマールブルグウイルスが分離され、肝臓や腎臓組織にウイルス抗原が検出されたことにより、オオコウモリ (オオコウモリ科のルーセットオオコウモリ等のコウモリ) がマールブルグウイルスの宿主であることが証明された。

2.4.2 感染源・感染経路

感染したヒト又は感染動物の血液などの体液と直接接触した場合に感染の危険が生じる。洞窟や採掘坑でのオオコウモリの糞やエアロゾルへの曝露による感染の可能性が指摘されている事例がある。医療従事者においては、適切に个人防护具が使用されていない事例や、汚染された医療器具などを介した院内感染の報告もある。

2.4.3 流行地

マールブルグ病の流行地は、サハラ以南のアフリカ中央部、アフリカ東部である。2000 年以降に、コンゴ民主共和国やウガンダ、

アンゴラで比較的大きな流行が起こっている。2004 年のアンゴラにおける流行は約 400 人にのぼる患者が発生し、かつてない大規模の流行となり、医療従事者を含む 200 人以上の死者を出した。

流行地以外での発生状況としては、1967 年に、ウガンダから輸入されたサルが感染源となる出血熱の流行がドイツとユーゴスラビアで発生し、この流行時の患者からマールブルグウイルスが初めて分離された。その他、1980 年、1987 年にケニアのエルゴン山国立公園の洞窟（Kitum Cave）を訪問した旅行者が発症した事例、1990 年にロシアの実験室で 1 名が感染事故を起こした事例、2008 年 1 月に米国人女性が、7 月にオランダ人女性がウガンダのクイーンエリザベス国立公園の洞窟（Python Cave）を訪れ、発症した事例がある。

2.4.4 臨床像

潜伏期間は 3～10 日で、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛、悪心・嘔吐、胸痛、腹痛、咽頭痛、下痢、紫斑、吐血、下血、意識障害などを呈する。致死率は 30～90%である。ウイルス株によって致死率に違いが認められる。

2.4.5 国内侵入に関するリスク

アフリカのマールブルグ病発生国の洞窟（洞窟内はマールブルグウイルスに汚染されている）等に入り、そこで感染する、又は、感染したヒト（患者）の体液に触れ、マールブルグウイルスに感染する場合が想定される。そのような過程でマールブルグウイルスに感染し、帰国後に国内に入国してから発症する場合が想定される。流行国からの帰国者が発熱などの症状を呈した場合には、渡航歴と現地での曝露歴を適切に聴取し、必要に応じてウイルス性出血熱によるか否かを調べることが重要である。

2.5 ラッサ熱

2.5.1 病原体

ラッサ熱の病原体は、アレナウイルス科アレナウイルス属に分類されるラッサウイルスである。1969 年にナイジェリア北東部のラッサ村の病院で、ひとりの修道女が死亡し、その患者の遺体に接触した医療従事者（病理解剖医を含む）も同様の症状を呈して死亡した。その時に分離されたウイルスが、新規のウイルスであることが証明され、ラッサウイルスと命名された。2 分節の一本鎖 RNA 遺伝子（S-RNA と L-RNA）を有するウイルスで、直径 50～300 nm

(平均 120 nm) の大きさの球形から多形性の形態のウイルスである。アフリカにおいてヒトに出血熱を起こすアレナウイルス科アレナウイルス属のウイルスには、ラッサウイルスの他に、最近ザンビアで発生した出血熱患者から分離されたルジョウイルスがある。ラッサウイルスの宿主は中央～西アフリカに分布するげっ歯類 (*Mastomys natalensis*、マストミス) である。ヒトは、ラッサウイルスが含まれる感染宿主の尿や体液を経気道経路で吸入することにより感染する。アレナウイルスは旧世界アレナウイルスと新世界アレナウイルスとに分類され、前者にはラッサウイルスやルジョウイルスの他、リンパ球性脈絡髄膜炎ウイルス (lymphocytic choriomeningitis virus) が、後者にはアメリカ大陸に分布するフニンウイルス、サビアウイルス、ガナリトウイルスなどが含まれる。後者の新世界アレナウイルスは中南米に生息するネズミが保有するウイルスで、南米出血熱の原因となる。

2.5.2 感染源・感染経路

感染したネズミや、その糞や尿に汚染された環境や物品への直接接触、汚染された食品の摂取、感染したヒトの体液や排泄物への直接接触等の場合に感染の危険が生じる。呼吸器症状が伴うことが多いが、飛沫やエアロゾルなどの感染の報告はない。

医療従事者においては、適切に個人防護具が使用されていない事例や、汚染された医療器具などを介した院内感染の報告もある。

2.5.3 流行地

宿主であるマストミスが生息するナイジェリアからシエラレオネ、ギニアに至るアフリカ西部一帯が流行地であり、年間 10～30 万人の感染者が発生していると推計されている。

2.5.4 臨床像

潜伏期間は 5～21 日で、発熱、倦怠感、筋肉痛、腹痛、嘔吐、下痢、咽頭炎症状、胸背部痛、咳、結膜炎症状、顔面浮腫、紫斑、意識障害などを引き起こす。後遺症として難聴を残すことがあることが特徴である。入院患者の致死率は 15～20% である。

2.5.5 国内侵入に関するリスク

流行地における年間感染者数はウイルス性出血熱 4 疾患の中で最も多く、流行国以外でのウイルス性出血熱輸入感染事例についてもラッサ熱が最も多い。1987 年 3 月、シエラレオネ滞在歴のある日本人男性が、帰国後に発症した。2000 年以降、シエラレオネ、ナイジェリア、リベリアなどで感染し、ドイツ、英国、オランダ、

米国でラッサ熱を発症した事例が報告されている。直近では、2015年 5 月にリベリアでの感染者が米国帰国後にラッサ熱を発症した事例が報告されている。このように、西アフリカ一帯のラッサ熱の発生国に渡航し、ウイルスに汚染された食品を摂取したり、患者の体液に触れたりすることで、ラッサウイルスに感染した人が帰国後発症する可能性がある。また、国内で感染者がラッサ熱を発症したとしても、初期症状が発熱、咽頭痛、咳など一般的な上気道炎と区別し難いため、患者の渡航歴と現地での曝露歴を適切に聴取し、必要に応じてウイルス性出血熱によるか否かを調べることが重要である。

2.6 ウイルス性出血熱の感染性期間

ウイルス性出血熱は、発症前の患者が他のヒトへの感染源になるリスクは低いとされている。一方で、エボラ出血熱から回復した者の精液等の体液中において、6～9ヶ月以上の長期にわたってエボラウイルスが検出されうる場合があることが報告されているが、精液等に残留するエボラウイルスが原因で感染が広がるリスクは低いとされており、今後研究が進んでいて新しい知見が待たれるところである。

表 1 ウイルス性出血熱の潜伏期、感染性期間、致命率

The Management of Viral Haemorrhagic Fevers in Ireland, Nov 2012, p31（一部改変）

疾患	潜伏期(範囲)	感染性期間*	致命率
エボラ出血熱	2-21 日	精液：発症後 91 日以下**	50-90%
マールブルグ病	3-10 日	肝臓、前眼房液：2 か月以下、精液 12 週以下	90%以下
ラッサ熱	5-21 日	尿：32 日以下、 精液：3 か月以下	全体で 1%、院内 感染では 20%以下
クリミア・ コンゴ出血熱	2-10 日 (1-13 日)		10-50%

* 回復後も長期間ウイルスが排泄される

**西アフリカにおけるエボラ出血熱の大規模流行で、今後詳細な研究がなされ、この期間より長くなる可能性がある。

(参考) Interim advice on the sexual transmission of the Ebola virus disease, World Health Organization

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/ebola-virus-semen/en/> (2016 年 1 月 7 日閲覧)

2.7 ウイルス性出血熱の治療法

基本的に、ウイルス性出血熱に特異的な治療法はなく、対症（支持）療法しかないが、動物モデルにおいて有効性が示唆される試験的抗ウイルス薬は存在する。また、ザイールエボラウイルスに対する中和活性を有する単クローン抗体のカクテル（ZMapp）や抗インフルエンザウイルス薬として開発されたファビピラビル（favipiravir、商品名 Avigan）が、西アフリカにおけるエボラ出血熱患者に投与された。ファビピラビルはエボラ出血熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱、ラッサ熱の原因ウイルスの増殖を強く抑制する活性を有することが報告されているが、ヒトでのエボラ出血熱を含むウイルス性出血熱に有効か否かの結論は得られていない。

クリミア・コンゴ出血熱とラッサ熱には、現時点ではリバビリン投与が推奨されるが、早期投与されない限り、治療効果は期待できない。（関連項目「10.2 一類感染症の治療に関する専門家会議」）

2.8 ウイルス性出血熱の予防法

基本的に、患者体液等に触れることにより感染する、いわゆる接触感染経路で感染が拡がり、空気感染、飛沫感染はない。ただし、特にエボラ出血熱やマールブルグ病の場合、感染が起こるウイルス感染価は極めて低く、厳重な感染予防策の徹底が必要である。

エボラ出血熱やマールブルグ病には、水疱性口炎ウイルスをベクターにした試験的ワクチンが開発されている。また、チンパンジーアデノウイルスをベクターとしたザイールエボラウイルスに対するワクチンが開発されている。水疱性口炎ウイルスをベクターにした試験的エボラワクチンを、エボラ出血熱患者に接触した可能性のある人々に接種することで感染の拡がりを予防できることが明らかにされている。

ラッサ熱やクリミア・コンゴ出血熱に対してもワクチン開発研究がなされているが、臨床応用されているものはない。

参考資料

- 1) WHO. Health topics, Haemorrhagic fevers, Viral.

<http://www.who.int/topics/haemorrhagic-fevers-viral/en/> (2015 年 11 月 9 日閲覧)

- 2) CDC. Viral Special Pathogens Branch (VSPB),
<http://www.cdc.gov/ncezid/dhcpp/vspb/index.html> (2015 年 11 月 9 日閲覧)
- 3) GOV.UK. Guidance, Viral haemorrhagic fevers: origins, reservoirs, transmission and guidelines,
<https://www.gov.uk/guidance/viral-haemorrhagic-fevers-origins-reservoirs-transmission-and-guidelines> (2015 年 11 月 9 日閲覧)
- 4) The Management of Viral Haemorrhagic Fevers in Ireland. November 2012, Health Protection Surveillance Centre,
<http://www.hpsc.ie/A-Z/Vectorborne/ViralHaemorrhagicFever/Guidance/File,12936,en.pdf> (2015 年 11 月 9 日閲覧)
- 5) 「ウイルス性出血熱—診療の手引き—」 第 1 版 (厚生労働科学研究),
http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/ebola/ebola_guide.pdf (2016 年 1 月 7 日閲覧)

3 想定すべき国内発生状況

3.1 検疫での患者発見

流行国に滞在していた入国者が、航空機内あるいは降機後の検疫ブース等で発熱や消化器症状（下痢、腹痛等）を訴え、感染動物や患者等への接触歴からウイルス性出血熱に罹患している可能性が否定できないケースが想定される。滞在国で患者が発生していなくても、自覚のないままにマダニや動物等から排泄される体液から感染する場合がありますので注意が必要である。

3.2 国内での患者発見

まず、滞在歴や接触歴等から、検疫所による健康監視下に置かれた者が入国後に発症し、検疫所や保健所へ報告するケースが想定される。また、感染リスクの認識がないことなどから、検疫に自己申告を行わなかった者が入国後に発症し、滞在歴等の事前連絡なく来院するケースも想定される。医療従事者が感染に気付かず不十分な感染管理体制下で診療対応した場合には、医療機関内での二次感染の発生が患者発見の契機となる可能性もある。

ウイルス性出血熱の国内輸入感染症例は、1987 年にシエラレオネから帰国後、ラッサ熱が発症した症例だけであるが、発症時は診断がつかず、回復後に診断が確定した。このように、潜伏期間内に帰国した者が、検疫で発見されずに国内で発症する可能性に留意する。

4 対応時の組織体制

4.1 厚生労働省の組織体制

厚生労働省健康危機管理基本指針及び感染症健康危機管理実施要領に基づき、緊急時対応をとる。具体的には、世界保健機関（以下「WHO」という。）が「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態（以下「PHEIC」という。）」であることを宣言した場合、又は国内で患者が発生した場合、初期対応として、内閣情報調査室（対策室）への通報、厚生労働省健康危機管理調整会議の開催及び厚生労働省対策本部の設置、関係省庁及び関係機関への協力要請、厚生科学審議会感染症部会等の開催、国際保健規則に基づく WHO への報告、海外の機関への協力要請、国民への情報提供について、対応方針の決定を行う。また、必要に応じて、「一類感染症の治療に関する専門家会議」を開催する。

参考 4.1-1 国際保健規則 日本語（仮訳）

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/kokusaihoke_n_j.html (2016 年 1 月 7 日閲覧)

（資料 4.1-1）厚生労働省健康危機管理基本指針

（資料 4.1-2）感染症健康危機管理実施要領（厚生労働省健康局 平成 25 年 10 月一部改正）

（資料 4.1-3）一類感染症の治療に関する専門家会議開催要綱

（資料 4.1-4）一類感染症に関する検討会開催要項

4.2 政府の組織体制

2014～2015 年、西アフリカにおけるエボラ出血熱のアウトブレイクにおいては、WHO が PHEIC を宣言し、その後も感染拡大が見られ、海外での邦人の感染や国内での感染が確認された場合に適切に対応するなど、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって対応するため、2014 年 10 月 28 日、内閣総理大臣の下、エボラ出血熱対策関係閣僚会議が開催された。これに伴い、総理大臣官邸内危機管理センターに情報連絡室が、内閣官房に対策室が設置された。これを受け、外務省領事局内に領事局長を長とする「エボラ出血熱対策室」も設置された。

なお、国内で患者が発生した場合は、速やかに関係閣僚会議を開催することとなっている。

（資料 4.2-1）我が国のエボラ出血熱への対応

4.3 地方自治体の組織体制

都道府県等は、地域保健法第4条第1項の規定に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年12月1日厚生省告示第374号）」に基づき、地域において発生しうる健康危機に対して、迅速かつ適切な危機管理を行えるよう、平時より地域における健康危機管理体制を構築する。

平時対応として、発生時における対応を定めた手引書を作成するとともに、当該手引書の有効性を検証するための訓練、健康危機に対する迅速かつ適切な危機管理を行うことができる人材の育成、当該危機管理に必要な機器及び機材の整備等を行う必要がある。また、平時から関係機関の連絡体制を確認しておくとともに、検疫所のホームページ（<http://www.forth.go.jp/>）等で海外における感染症の発生状況について把握しておく。

（資料 4.3.1-1）地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針（最終改定平成27年3月27日厚生労働省告示第185号）

5 感染症法に基づく届出基準

感染症法第12条第1項に基づき、ウイルス性出血熱と診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届出なければならない。ウイルス性出血熱の届出基準については、厚生労働省ホームページ「感染症法に基づく医師の届出のお願い（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html）」を参考にする。なお、ウイルス性出血熱は初期症状が非特異的であり臨床診断が困難であることを踏まえ、渡航地におけるウイルス性出血熱流行状況や曝露歴等も考慮し、国立感染症研究所（以下「感染研」という。）等の専門家と十分に相談した上で、検査実施が必要な疑似症患者か判断する。

一方、海外での大規模流行の発生等のため、検疫や国内での患者発見の蓋然性が高まったと考えられる状況等において、疑似症患者の新たな定義について通知等が発出された場合は、それに従う。2014～2015年の西アフリカのエボラ出血熱アウトブレイクにおいては、流行状況に応じて疑似症患者を定義した通知が適宜発出されたが、2015年9月18日付けで、流行地の過去21日以内の滞在歴と発熱のみを以て疑似症患者と定義することを取りやめた。2016年1月現在、エボラ出血熱については、（資料5-2）「エボラ出血熱の国内発生を想定した

対応について（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）」で疑似症患者が定義されており、滞在歴のみならず、曝露歴も考慮した上で、医師の診察の下、疑似症と診断することになっている。

（参考）届出基準：感染症法に基づく医師の届出のお願い
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html

（資料 5-1）発生動向調査実施要綱抜粋

（資料 5-2）「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）

6 感染のリスクがある者及び患者等発生時の初期対応

6.1 国内での患者発生時の基本的な対応フロー

国内での患者発生時は、前掲(資料 5-2)「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）添付のフローチャートを参考に対応する。

健康監視対象者が発熱等の症状を呈した場合は、その旨連絡を受けた検疫所から当該者が現にいる場所（以下「居所」という。）の所在地を管轄する都道府県知事に連絡が入る。連絡があった場合、当該者の居所の所在地を管轄する保健所長は、当該者の患者や動物等との接触歴を確認し、定義に該当する場合は、ウイルス性出血熱疑似症患者として適切に対応を行う。疑似症患者の定義に該当しない場合には、疑似症患者として対応を行う必要はないが、当該者からの相談等に応じて、一般的な感染予防策の実施、受診する医療機関の選定及び必要な情報提供等の適切な対応を行う。また、当該者が受診した医療機関における診断や治療内容等について確認するとともに、連絡のあった検疫所と情報を共有する。

（資料 5-2）「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）

6.2 検疫所での初期対応

6.2.1 ウイルス性出血熱における初期対応

ウイルス性出血熱は、検疫法第 2 条第 1 項に規定する検疫感染症に位置づけられ、質問、診察・検査、隔離、停留、健康監視、消毒等の措置が可能である。ウイルス性出血熱が疑われる者と判断された場合は、診察、検査などを実施し、隔離又は停留の措置を行う。隔離等の措置をとる場合は、

各検疫所が作成する検疫感染症措置要領等に従い、感染症指定医療機関へ搬送する。搬送に際しては、感染防御対策を徹底する。

また、感染が疑われる者で、隔離、停留措置が行われない者は健康監視対象となり、検疫法第 18 条第 2 項の規定に基づき一定期間内において、当該者の体温その他健康状態について報告を求め、又は質問を行う。

海外での大規模流行がない状況下におけるウイルス性出血熱に対する平時の検疫対応については、求めに応じて健康相談を行い、結果により必要な場合においてのみ健康監視の対象とすることとなっている。ただし、海外での大規模流行が発生した場合等において、疑似症患者の定義や健康監視対象者の定義及びその者に対する検疫対応が変更された場合は、それに従う。

6.2.2 2014～2015 年エボラ出血熱対応

2014～2015 年、西アフリカにおけるエボラ出血熱のアウトブレイクにおいては、エボラ出血熱の疑似症患者又は健康監視対象者への対応について、諸外国の流行状況に応じて、適宜各検疫所に対して通知を発出し、対応手順書を示した。検疫所では 2014 年 8 月 1 日より、サーモグラフィーによる体温測定に加え、複数カ国語のポスターや検疫官による呼びかけ等、流行国からの入国・帰国者に対して確実に健康相談・問診等を行う体制を整備した。またエボラ出血熱の疑似症患者の隔離や、健康監視中に健康状態に異常を生じた者への対応などの手順等、検疫所における流行国からの入国・帰国者の具体的な取り扱いを明確化した。そして、西アフリカにおけるエボラ出血熱の終息を踏まえた対応として 2015 年 12 月 29 日付けで、西アフリカに 21 日以内に渡航又は滞在していたことのみをもって健康監視対象とする対応を取りやめた（「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」の廃止について」平成 27 年 12 月 29 日付健感発 1229 第 1 号・生食検発 1229 第 1 号健康局結核感染症課長通知）。

6.3 保健所での初期対応

6.3.1 ウイルス性出血熱における初期対応

疑似症患者が発生した場合は、感染症法第 19 条に基づき感染症指定医療機関への入院措置等を行い、同法第 21 条に基づき、移送車両等により患者の移送を行う。移送を行う際は、移送に携わる者は適切な個人防護具を着用(関連項目 6.5.2 参照)し、(資料 6.3-1)「感染症の患者の移送の手引きについて」を参考に安全な移送を行う。

疑似症患者が入院した医療機関において、確定診断のための検査に必要な検体を採取し、都道府県等が感染研へ搬送する(関連項目「7 検査診断」)。

なお、検体採取については、迅速な危機管理体制を構築することを目的に、患者等が検体の提出要請に応じない場合、都道府県知事等（緊急時は厚生労働大臣）が強制的に検体を採取できることが、同法第 16 条の 3 に規定された（平成 28 年 4 月施行予定）。

ウイルス性出血熱の診断が確定した場合、同法第 15 条に基づき積極的疫学調査を実施する（関連項目「9 疫学調査及び接触者の管理」）。その際、患者及び接触者に対しての、プライバシーや人権の保護に関する配慮、調査にあたる調査員の安全確保にも十分に考慮する。

（資料 5-2）「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）

（資料 6.3-1）「感染症の患者の移送の手引きについて」（平成 16 年 3 月 31 日健感発第 0331001 号）

6.3.2 感染症法に基づく事務の実務について

疑似症として対応する場合、患者の居所の所在地を管轄する都道府県知事等が、患者に対して入院勧告（入院延長を含む。）及び入院の解除を行い、患者から申請があれば、その間の入院医療費を公費で負担する。入院勧告（入院延長を含む。）及び就業制限について、居所の所在地を管轄する都道府県知事等が、書面により患者に通知する。入院勧告（入院延長を含む。）の諮問又は報告は、入院先の医療機関の所在地を管轄する保健所の感染症の診査に関する協議会（以下「協議会」という。）に対して行う。就業制限通知の諮問又は報告は、患者の居住地を所管する保健所の協議会に対して行う。

NESID への登録は、通知等によって届出基準を変更したため入力できない項目を除いて登録し、疑似症が否定された場合は削除する。

6.4 対応者の安全管理

6.4.1 個人防護具及び備品

ウイルス性出血熱の患者（疑似症患者を含む。）に対応する者の安全を確保するため、以下の資料を参考に、個人防護具等の必要備品を事前に準備しておく。

個人防護具を用いる者は、適切な方法で着脱を行う必要がある。近年、個人防護具を適切に使用した場合でも二次感染を起こした症例が西アフリカで報告されており、着脱の際には複数の人間が個人防護具に破綻がないかを確認するなどの配慮を行うことが望ましい。

(資料 6.4.1-1) エボラ出血熱に対する個人防護具(暫定版)医療従事者に関する個人防護具ガイドライン (平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業)

(資料 6.4.1-2) 国立感染症研究所ウイルス性出血熱実地疫学調査における個人防護具の着脱 第二版 (国立感染症研究所)

6.4.2 対応者の健康管理

ウイルス性出血熱患者 (疑似症患者を含む。) に直接接触するなどの対応を行う者は、事前に自身の健康状態について十分に確認を行う。また発熱等の症状を呈しているなど、健康状態が万全でない場合は患者対応への従事を避ける。

ウイルス出血熱患者に接触した者等への対応については、「9.2 接触者の管理」で述べる。

6.5 関係機関との連携

6.5.1 患者の移送等への協力について

「一類感染症に係る患者及び検体の搬送について」に基づき、緊急走行して搬送する必要がある場合には、当該搬送業務を行う車両に対し、警察車両による緊急走行での先導支援等の協力を得ることも可能であるので、あらかじめ関係する都道府県警察と調整を図る。また、エボラ出血熱患者の移送については、「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所等に対する消防機関の協力について」に基づき、事前の協定等の締結のもと、消防機関の協力を得ることができる。他のウイルス性出血熱患者の移送についても、エボラ出血熱患者への対応に準じる。

(資料 6.5.1-1) 「一類感染症に係る患者及び検体の搬送について」(事務連絡 平成 27 年 11 月 7 日)

(資料 6.5.1-2) 「エボラ出血熱患者の移送に係る保健所等に対する消防機関の協力について」

6.5.2 旅館業の宿泊施設における対応について

宿泊施設に対しては、「旅館業の宿泊施設におけるエボラ出血熱への対応について」(平成 26 年 12 月 15 日健感発 1215 第 1 号・健衛発 1215 第 3 号) により、営業者が日頃留意すべき事項、健康監視の対象者の宿

泊を監視の対象となっていることのみを理由に拒否してはならないこと、保健所から「エボラ出血熱への感染が疑われる者が宿泊している」との連絡を受けた場合等について、留意事項を示している。他のウイルス性出血熱についても、エボラ出血熱への対応に準じる。

(資料 6.5.2-1)「旅館業の宿泊施設におけるエボラ出血熱への対応について」(平成 26 年 12 月 15 日健感発 1215 第 1 号・健衛発 1215 第 3 号)

7 検査診断

7.1 検査材料の採取

ウイルス性出血熱の検査に最も適している検査用検体は血液（全血、血清）である。検体材料の採取については、感染研の制定した病原体診断マニュアル「エボラ出血熱診断マニュアル」「マールブルグ病診断マニュアル」に基づき行う。他のウイルス性出血熱についても、これらの対応に準じる。

(資料 7.1-1) エボラ出血熱診断マニュアル（国立感染症研究所）

(資料 7.1-2) マールブルグ病診断マニュアル（国立感染症研究所）

7.2 検体材料の輸送

一類感染症に分類されるウイルス性出血熱に関連する検査は、感染研にて実施され、地方衛生研究所では原則として行われなため、検体を安全かつ迅速に、輸送感染研へ輸送する必要がある。ウイルス性出血熱の病原体は、感染症法上の一種病原体等であるが、直接生物テロに使用されるおそれが低い確定患者疑似症患者の臨床検体については、病原体等管理の規制の対象である。しかし、臨床検体の取扱いに関しては、十分留意した上で特定病原体等に準じた取扱いをする。

検体の包装は、(資料 7.2-1)「特定病原体等の運搬に係る容器等に関する基準(平成 19 年 6 月 1 日厚生労働省告示第 209 号)及び(資料 7.2-2)「感染症の病原体等の運搬容器の適正使用の徹底について（平成 23 年 11 月 7 日健感発 1107 第 8 号）」に基づいて行う。また、輸送については、(資料 7.2-3)「特定病原体等の安全運搬マニュアル」及び(資料 7.2-4)「感染性物質の輸送規制に関するガイダンス 2013-2014 版」を参考に輸送を行う。また、感染研（ウイルス第一部第一室（村山庁舎：東京都武蔵村山市学園 4-7-1））に検査を依頼する場合には、(資料 7.1-1) エボラ出血熱診断マニュアル等も参考にする。

また、検体輸送において、警察車両による緊急走行による検体輸送が必要な場合は、警察の協力を得ることも可能であるので、あらかじめ関係する都道府県警察と調整を図る（資料 6.6.1-1）。

（資料 6.5.1-1）「一類感染症に係る患者及び検体の搬送について」（事務連絡 平成 27 年 11 月 7 日）

（資料 7.2-1）「特定病原体等の運搬に係る容器等に関する基準」（平成 19 年 6 月 1 日厚生労働省告示第 209 号）

（資料 7.2-2）「感染症の病原体等の運搬容器の適正使用の徹底について」（平成 23 年 11 月 7 日健感発 1107 第 8 号）

（資料 7.2-3）特定病原体等の安全運搬マニュアル（厚生労働省健康局結核感染症課）

（資料 7.2-4）感染性物質の輸送規制に関するガイダンス 2013・2014 版（翻訳・監修 国立感染症研究所）

7.3 検査法

ウイルス学的検査法については、感染研で制定されている前掲（資料 7.1-1）「エボラ出血熱診断マニュアル」及び（資料 7.1-2）「マールブルグ病診断マニュアル」に従って実施される。

感染研には、エボラ出血熱等の一類感染症の遺伝子増幅検査（コンベンショナル RT-PCR、リアルタイム RT-PCR、高感度 nested RT-PCR）、抗体検査（ELISA、間接蛍光抗体法等）、抗原検出法（抗原検出 ELISA、病理組織における抗原検出法（免疫組織化学法））等の診断システムが整備されている。エボラ出血熱に対しては、ウイルス及び抗体を検出するための検査システムが整備されている。急性期患者の診断にはウイルスの検出が必須となる。回復した患者の診断には、抗体検査による急性期及び回復期のペア血清における抗体価の有意な上昇を確認する必要がある。

急性期患者の検査の場合、迅速性と正確性等を勘案して遺伝子増幅検査を優先して実施することとしている。検体を受け取った後には、血液から RNA と呼ばれる遺伝子を抽出（約 0.5 から 1 時間程度を要する）し、上記の遺伝子検査に供する。リアルタイム RT-PCR 及びコンベンショナル RT-PCR の第 1 回目の PCR にそれぞれ約 2 時間と 4 時間を要する。さらに高感度 nested RT-PCR まで終えるのに約 10 時間を要する。

当該患者がエボラ出血熱等、一類感染症に罹患していることが確認された場合には、病原体診断以外に、患者検体（特に血液）中におけるウ

ウイルス量の測定、感染性ウイルスの存在の有無、病原ウイルスに対する抗体の有無等の検査が必要である。

8 疫学調査及び接触者の管理

8.1 積極的疫学調査

ウイルス性出血熱の患者が発生した場合、二次感染の拡大を防止するため、感染症法第 15 条に基づき、都道府県等職員は積極的疫学調査を行い、調査結果を厚生労働大臣へ報告しなければならない。

積極的疫学調査を実施する場合は、「ウイルス性出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け」に基づき行う。また、調査を実施する職員への感染防止に万全を期す（関連項目「6.5.2 個人防具具の着脱」）。なお、積極的疫学調査を行う都道府県等の要請に応じて、感染研から疫学の専門家を派遣等の協力を求めることができる。

（資料 8.1-1） 「ウイルス性出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け」（平成 28 年 X 月改定 国立感染症研究所）

8.2 接触者の管理

ウイルス性出血熱は発症後に感染力をもつため、患者の体液等への接触により感染したとしても無症状である期間（潜伏期間）は他者に感染させるリスクは低い。しかしながら、この無症状者が発症した場合の他者への感染を未然に防止する観点から、接触状況等に応じて、入院措置、健康観察、外出自粛要請等の対応を行う。エボラ出血熱における接触状況に応じたリスク分類については、（資料 5-2）「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）の「5 エボラ出血熱患者に接触した者等で無症状である者への対応」に基づいて行う。また、ウイルス性出血熱に対する接触者への対応については、前掲（資料 9.1-1）「ウイルス性出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け」を参照する。

なお、2016 年 1 月現在、ウイルス性出血熱の発症予防について、効果と安全性が認められ承認されたワクチンや医薬品は存在しないため、針刺し・粘膜・傷口への曝露を受けた者に対する曝露後の発症予防としての抗ウイルス薬投与やワクチン接種については、一類感染症の治療に関する専門家会議の意見を聞き迅速に対処する。（曝露後発症予防における治験薬及び治験ワクチンについての連絡先：国立国際医療研究センター 国際感染症センター 国際感染症対策室）

なお、2016 年 1 月現在、ウイルス性出血熱の発症予防について、効果と安全性が認められ承認されたワクチンや医薬品は存在しないため、針刺し・粘膜・傷口への曝露を受けた者に対する曝露後の発症予防としての抗ウイルス薬投与やワクチン接種については、一類感染症の治療に関する専門家会議の意見を聞き迅速に対処する。（曝露後発症予防における治験薬及び治験ワクチンについての連絡先：国立国際医療研究センター 国際感染症センター 国際感染症対策室）

（資料 5-2） 「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」（平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号）

（資料 8.1-1） ウイルス性出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方自治体向け（平成 28 年 X 月改定 国立感染症研究所）

9 消毒・汚染除去等

一類感染症の病原体に汚染された場所等の消毒・滅菌に関する取り扱いについては、「感染症法に基づく消毒・滅菌の手引き」に従う。エボラウイルスを始めとする感染のおそれのある病原体が含まれる、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物の処理については、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に基づき、排出時、運搬時、処分時において作業者への感染防止に万全を期す。

（資料 9-1）「感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて」（平成 16 年 1 月 30 日健感発第 0130001 号）

（資料 9-2）廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル（平成 24 年 5 月環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部）

10 医療体制

10.1 入院医療体制の確保

一類感染症であるウイルス性出血熱患者（疑似症患者を含む）については、原則として、厚生労働大臣が指定する特定感染症指定医療機関（全国 4 医療機関。平成 28 年 1 月 4 日時点）又は都道府県知事が指定する第一種感染症指定医療機関（全国 47 医療機関。ただし、2 か所は特定感染症指定医療機関と重複。）に入院させる。第一種感染症指定医療機関がない都道府県においては、あらかじめ患者の発生を想定して、近隣県等と調整の上、

入院医療体制を確保する。

各医療機関での対応や診療に当たっては、厚生労働科学研究費により作成された「ウイルス性出血熱―診療の手引き―」を参考にする。

なお、患者の治療に当たる医療機関の要請に応じて、国立国際医療研究センターから専門家を派遣できる。

(参考) 感染症指定医療機関の指定状況 (平成 28 年 1 月 4 日現在)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html>

(参考) 「ウイルス性出血熱―診療の手引き―」第 1 版 (厚生労働科学研究), http://dl.med.or.jp/dl-med/kansen/ebola/ebola_guide.pdf (2015 年 11 月 9 日閲覧)

(資料 5-2) 「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」 (平成 27 年 10 月 2 日健感発 1002 第 1 号)

10.2 一類感染症の治療に関する専門家会議

一類感染症の患者の治療に当たっては、「一類感染症の治療に関する専門家会議」が基本的な治療方針を示す。効果や安全性が確認されていない治療等の実施に当たっては、同会議の意見を聞く。これまでに示されている基本的な治療方針を表 2 に示す。

エボラ出血熱の治療に関して、補液・電解質補正、血圧維持、合併する感染症の治療など、基本的な支持療法を行うことの重要性が確認され、また、未承認薬剤などの追加治療は、倫理的・医学的判断が十分された方法で行われるべきとされた。他のウイルス性出血熱に対する治療もこれに準じたものになると考えられる。

表 2 一類感染症の治療に関する専門家会議結果概要 (平成 27 年 2 月 24 日)

- | |
|--|
| <p>1. エボラ出血熱の患者に対する<u>基本的な支持療法</u>としては、先進国におけるこれまでの治療経験を踏まえ、以下の治療が望ましいこと。</p> <ul style="list-style-type: none">① 補液及び電解質補正② 血圧維持 (昇圧薬の投与等)③ 他に感染症が合併する場合の当該感染症の治療 (抗菌薬等の投与) <p>これらの治療は、全てのエボラ出血熱の患者に対して行われるべきものであること。</p> |
|--|

2. エボラ出血熱の患者に対する追加的な治療としては、未承認薬の投与や血液透析等の侵襲的な治療等があること。

これらの治療は、状況に応じて、以下の点に留意して実施を検討することが望ましいこと。

(ア) 未承認薬等による治療は、有効性及び安全性が未確立であることから、患者又は家族の同意を得るとともに、臨床研究プロトコル等の倫理的、医学的な判断が十分なされた方法に従って実施すべきものであること。

(イ) 血液透析等の侵襲的な治療は、エボラ出血熱の致命率の高さ、患者の容態及び医療従事者への感染リスクに留意した上で、実施すべきものであること。

10.3 退院基準

感染症法第 22 条第 1 項に基づき、入院しているウイルス性出血熱の患者について、病原体を保有していないことの確認をもって退院させることとしている。病原体を保有していないことの確認方法については、(資料 10.3-1)「感染症の病原体を保有していないことの確認方法について」(平成 11 年 3 月 30 日健医感発第 43 号)に基づいて検査を実施する。

ウイルス出血熱については、急性期症状消失後、一週間以上の間隔を置いた二回の検査(感染症の種類毎に別表一に定める検体全てにおけるウイルス分離)の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものとする。別表二に定める発病後の期間を超えた後の場合にあっては、一回の検査の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものとする。

しかしながら、WHO 等によりエボラ出血熱から回復した者(以下「回復者」という。)の精液等の体液中において、6～9 ヶ月以上の長期にわたってエボラウイルスが検出されうる場合があること等が報告されていることから、今後、最新の知見を踏まえた新たな退院基準に関する通知を発出する予定である。

(参考) Interim advice on the sexual transmission of the Ebola virus disease, World Health Organization

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/ebola-virus>

[s-semen/en/ \(2016 年 1 月 7 日閲覧\)](#)

(参考) Clinical Management of Patients with Viral Haemorrhagic Fever:
A Pocket Guide for the Front-line Health Worker: 13 April
2014, World Health Organization
<http://www.who.int/csr/resources/publications/clinical-management-patients/en/> (2016 年 1 月 7 日閲覧)

(資料 10.3-1)「感染症の病原体を保有していないことの確認方法について」(平成 11 年 3 月 30 日健医感発第 43 号)

10.4 廃棄物処理におけるウイルス性出血熱対策について

感染性廃棄物の処理は前掲(資料 9-2)「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に基づいてこれを行う。ウイルス性出血熱が国内で確認された場合、関連する医療機関等から排出される廃棄物を適切に処理するため、感染防止に万全を期する必要がある。

(資料 10.4-1)「廃棄物処理におけるエボラ出血熱対策について」(平成 26 年 10 月 2 日環廃対発第 1410297 号・環廃産発第 1410292 号)

11 遺体の管理

ウイルス性出血熱により死亡した患者の御遺体を埋葬するに当たっては、厚生労働省健康局結核感染症課長・生活衛生課長通知「一類感染症により死亡した患者の御遺体の火葬の取扱いについて」(平成 27 年 9 月 24 日健感発第 1 号健衛発 0924 第 1 号)を参照の上これを行うこと。

(資料 11-1)「一類感染症により死亡した患者の御遺体の火葬の取扱いについて」(平成 27 年 9 月 24 日健感発第 1 号健衛発 0924 第 1 号)

12 広報及び情報提供

ウイルス性出血熱の発生は、例え 1 例であっても感染症危機と考えるべきであり、発生に伴う広報活動は、危機発生に伴うリスク・コミュニケーションとして戦略的に実施すべきである。

アウトブレイク発生時のリスク・コミュニケーションは、不要な混乱を最小化し情報を必要としている市民に適切な情報を提供することで、被害を最小限に抑えることを目的とする。PHEIC が宣言された場合、ホームページや SNS 等の媒体を通じ、ウイルス性出血熱に関する QandA やリスクアセスメント、注意喚起などの国民への情報提供を行う。状況に応じて、接触者に対する相談窓口を設置する等、適切なリスク・コミュニケーションを図る。また、健康監視対象者からの相談については、当該者の居住地を管轄する保健所が対応する。

12.1 地方自治体への情報提供

海外でのウイルス性出血熱の発生状況については、WHO が PHEIC を宣言した場合など、必要に応じて、厚生労働省から事務連絡等で自治体に情報提供を行う。

12.2 入国者・帰国者への情報提供

海外でのウイルス性出血熱の発生状況については、厚生労働省検疫所ホームページで随時情報提供を行う。また、発生状況に応じて、検疫所は、ポスターの掲示、健康カードの配布等により発生状況を周知するための方策を強化する。なお、厚生労働省のホームページにおいて、エボラ出血熱に関する QandA を掲載している。

参考 厚生労働省ホームページ「エボラ出血熱について」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/ebola.html> (2016 年 1 月 7 日閲覧)

12.3 疑似症患者及び患者（確定例）に関する情報公開について

エボラ出血熱疑似症患者が発生した場合は、内容を調整した上で

厚生労働省及び都道府県等の双方が公表する。その際は診断目的で検査検体を搬送したこと、該当者の属性（年齢、性別、滞在国等）、患者が航空機内で発生した場合にはその疑似症患者搭乗便に関する情報を併せて公開するが、人権に配慮し不必要な個人情報公開しないよう留意する。検体検査にて確定診断に至った場合は、確定患者発生を厚生労働省から記者発表する。その際は疑似症患者発生時に準じた内容に加え、患者家族・航空機同乗者等への対応を公開することとする。他のウイルス性出血熱についても、エボラ出血熱の対応に準じる。

（資料 13.3-1）（別添）エボラ出血熱の感染が疑われる入国後の患者が見

つかった場合の情報開示方法. 平成 26 年 11 月 21 日.

13 調査研究の実施

ウイルス性出血熱の国内での患者発生は 1987 年を最後に確認されておらず、また先進国での診断・治療例も限られている。ファビピラビル等の国内未承認薬の効果や安全性が確認されておらず、科学的な評価が定まっていない治療、予防方法等が最良の選択肢となりうる場合も想定される。その使用に当たっては、10.2 に示した一類感染症の治療に関する専門家会議の意見を聞きつつ、倫理的検討を尽くしたうえで判断すべきである。また、実験的使用に当たっては、可能な限り、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則って、事前に承認されたプロトコールに従って行うことが望ましい。2014～2015 年の西アフリカにおけるエボラ出血熱流行時には、国立国際医療センターにおいて、ファビピラビルの治療に関する臨床研究を実施する体制が整えられた。