

健感発 0219 第 1 号
生食検発 0219 第 1 号
平成 28 年 2 月 19 日

各 検 疫 所 長 殿

健 康 局 結 核 感 染 症 課 長
(公 印 省 略)
医 薬 ・ 生 活 衛 生 局 生 活 衛 生 ・ 食 品 安 全 部
企 画 情 報 課 検 疫 所 業 務 管 理 室 長
(公 印 省 略)

西アフリカにおけるエボラ出血熱への検疫対応について

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

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

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

記

1 渡航者への対応

空港における検疫所においては、ポスター（別添 1， 2）を掲示すること等により、出国者に対する注意喚起及び帰国・入国者に対する自己申告を促すこと。

2 仮検疫済証の交付

検疫においては、検疫感染症等の非流行地から来航した船舶及び航空機であっても、西アフリカ 3 カ国から帰国した乗組員又は乗客を確認し、隔離、停留、健康監視などの措置を実施した場合は、一定の期間を定めて仮検疫済証を交付すること。

3 西アフリカ 3 カ国からの入国者の取扱い

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

(1) 診察等

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

- ア 到着前 21 日以内にエボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等（血液、体液、吐瀉物、排泄物など）との接触歴（感染予防策の有無を問わない）がある者
- イ 到着前 21 日以内にエボラ出血熱発生地域（※2）由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴がある者

※1 嘔吐、下痢、食思不振、全身倦怠感等

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

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

(2) 健康監視

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

健康監視に付した者が発生した場合には、健康監視発生報告書（様式 2）により直ちに検疫所業務管理室（結核感染症課へは、検疫所業務管理室から報告）へ報告を行うとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあつては、市長又は区長。以下同じ。）に対して、エボラ出血熱患者との接触状況、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業並びに旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所を健康監視発生連絡票（様式 3）により通知すること。

健康監視の期間中、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、法第 18 条第 3 項の規定に基づき、当該者に対し、自宅に待機するべき旨等その他エボラ出血熱の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事に対して、当該者の健康状態及び当該者に対して指示した事項を通知書（様式 4）により通知すること。

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

ら報告があったこととして対応すること。

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

(3) 健康カード

西アフリカ3カ国に渡航又は滞在していたことが確認された者で、(1)のア又はイに該当しない者については、健康カード(様式5)を手渡すこと。

4 患者等の搬送

エボラ出血熱が疑われると判断し、隔離等の措置をとる場合、各検疫所が作成する検疫感染症措置要領等に従い搬送すること。また、搬送に際しては、感染防御対策を徹底すること。

検体の輸送については、国立感染症研究所までの輸送体制など、必要な検討をあらかじめ済ませておくこと。

5 渡航者への情報提供

渡航者に対し、エボラ出血熱の発生及び流行の状況並びに必要な注意事項について、ポスターやホームページ等を活用し、情報提供すること。

6 報告

隔離又は停留の措置が必要となる者を確認した場合は、直ちに検疫所業務管理室(結核感染症課へは、検疫所業務管理室から報告)に報告すること。

別添1：入国用ポスター(西アフリカ(ギニア、リベリア、シエラレオネ)から帰国された方は、検疫官にお申し出ください)

別添2：出国用ポスター(西アフリカ(ギニア、リベリア、シエラレオネ)へ渡航される方へ)

様式1：健康監視対象者用指示書

様式2：健康監視発生報告書

様式3：健康監視発生連絡票

様式4：通知書

様式5：健康カード

西アフリカ(ギニア、リベリア、シエラレオネ)から帰国された方は、検疫官にお申し出ください

終息宣言後もエボラ出血熱患者が発生しています。

<終息宣言後の患者等の発生数>

○ギニア

0名(0名)【2015年12月29日以降】

○リベリア

9名(3名)【2015年5月9日以降】

○シエラレオネ

2名(1名)【2015年11月7日以降】

※括弧内は死亡者数を再掲。

2016年2月17日付けWHO情報



エボラ出血熱 は、ウイルスに感染した動物やヒトに接触することにより感染し、死亡率の高い(25~90%)病気です。

潜伏期間は、2~21日(通常は7日程度)で突然の発熱、疲労感、筋肉痛、頭痛、咽頭(のど)痛で発症します。それらに引き続き、嘔吐、下痢、腎機能や肝機能の低下がみられ、進行すると全身に出血傾向がみられ死亡します。



西アフリカ（ギニア、リベリア、シエラレオネ）へ渡航される方へ

終息宣言後もエボラ出血熱患者が発生しています。

＜終息宣言後の患者等の発生数＞

○ギニア

0名(0名)【2015年12月29日以降】

○リベリア

9名(3名)【2015年5月9日以降】

○シエラレオネ

2名(1名)【2015年11月7日以降】

※括弧内は死亡者数を再掲。

2016年2月17日付けWHO情報



エボラ出血熱 は、ウイルスに感染した動物やヒトに接触することにより感染し、死亡率の高い(25～90%)病気です。

潜伏期間は、2～21日(通常は7日程度)で突然の発熱、疲労感、筋肉痛、頭痛、咽頭(のど)痛で発症します。それらに引き続き、嘔吐、下痢、腎機能や肝機能の低下がみられ、進行すると全身に出血傾向がみられ死亡します。

この病気に対する確立された治療法やワクチンは今のところありません。流行地域に近づかないことが重要です。

感染した人の血液や体液、これらに汚染された可能性のあるもの、動物(死体を含む)に触らないでください。



よくお読みになって西アフリカ3カ国出発後21日間保管してください。

健康監視対象者用指示書

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

平成 年 月 日

〇〇検疫所長

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

記

連絡先： 厚生労働省 〇〇 検疫所 電話：〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

調査票番号： _____

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

なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第36条第7号の規定により
6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。

事 務 連 絡
平成 年 月 日

検疫所業務管理室 御中

○ ○ 検 疫 所

エボラ出血熱に係る健康監視対象者の発生について

標記について、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生しましたので、下記のとおりご連絡します。

なお、当該情報はエボラ出血熱に関する積極的疫学調査のため行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第8条第2項第3号の規定により提供するものです。

記

1. 接触状況

	有り	無し
(1) 必要な感染予防策 ^{*1} なし ^{*2} で、		
① 症例 ^{*3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理 ^{*4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(2) 必要な感染予防策を講じて、		
① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(3) (1)、(2) 以外で症例に関わった者		
① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 基本情報

項目	氏名	年齢	性別	国籍	職業
内容					

3. 国内における居所及び連絡先、旅行の日程

(1) 国内における居所及び連絡先

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

(2) 健康監視期間中における旅行の日程

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

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

4 エボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所

感染したことが疑われる国名等：

西アフリカにおける用務（渡航目的等）：

5 航空機の情報

便名	発航地	到着日時	検疫開始時間	乗員数	乗客数

※1 「必要な感染予防策」：二重手袋、サージカルマスク又はN95マスク、ゴーグル又はフェイスシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の装着を言う。

※2 「必要な感染予防策なしで」：上記を装着しなかった又はただしく着脱しなかった（例：脱ぐときに体液が付着）ことをいう。

※3 「症例」：確定患者、死亡患者の死体

※4 「検体処理」：検査室等において検体を取り扱うこと。適切に梱包された検体の輸送は含まない。

事務連絡
平成 年 月 日

都道府県
各保健所設置市 衛生主幹部(局) 御中
特別区

〇〇 検疫所

エボラ出血熱に係る健康監視対象者の発生について

標記について、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生しましたので、下記のとおりご連絡します。

なお、当該情報はエボラ出血熱に関する積極的疫学調査のため行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第58号)第8条第2項第3号の規定により提供するものです。

記

1. 接触状況

	有り	無し
(1) 必要な感染予防策 ^{*1} なし ^{*2} で、		
① 症例 ^{*3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理 ^{*4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(2) 必要な感染予防策を講じて、		
① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(3) (1)、(2) 以外で症例に関わった者		
① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 基本情報

項目	氏名	年齢	性別	国籍	職業
内容					

3. 国内における居所及び連絡先、旅行の日程

(1) 国内における居所及び連絡先

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

(2) 健康監視期間中における旅行の日程

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

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

4 エボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所

感染したことが疑われる国名等：

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

通 知 書

平成 年 月 日

(都道府県知事、保健所設置市市長、特別区区長)

_____ 殿

_____ 検疫所長

下記のエボラ出血熱の健康監視対象者について、検疫法第18条第2項の規定に基づく帰国後の健康状態の報告を求めていたところ、健康状態に異状を生じたことを確認したので、同法第18条第3項の規定に基づき次のとおり通知します。

記

ふりがな			
氏名：	年齢：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍：

当該者の国内における居所、連絡先、渡航先、検疫時の状況等については、別添の調査票（又は健康状態質問票）を参照してください。

入 国 後 の 状 況	当該者に指示した事項、感染症のまん延防止・医療に必要な事項等
	確定のための検査 国立感染症研究所へ・依頼中 ・結果 () 検体番号：
	入国後 年 月 日の健康状況 体温 ℃
	その他特記事項
参 考	当該者の濃厚接触者 無・有

よくお読みになって21日間保管してください。

西アフリカ3カ国（ギニア、リベリア、シエラレオネ） に滞在された方へ

エボラ出血熱の潜伏期間は、患者の体液等に触れた後、21日とされています。あなたは、患者等との接触がないとの申告でしたが、念のため、本日から21日間、以下のように行動してください。

- (1) 朝夕、体温測定し、ご自身で健康状態をよく観察してください。
- (2) 「38℃以上の発熱」又は「嘔吐」、「下痢」、「食思不振」、「全身倦怠感」等のうち、いずれかひとつの症状でも出て医療機関を受診する場合には、「西アフリカ3カ国に滞在していた」ことを伝え、指示に従ってください。

厚生労働省 ○○検疫所

TEL : ○○-○○○-○○○○