

図V-1 フェーズ3 インフルエンザ(H5N1)ヒト発生例における積極的疫学調査

対面で会話や挨拶等の接触のあった者。接触時間は短時間でもよい。勤務先、学校、会食やパーティー、カラオケボックス等での近距離接触者等が該当する。

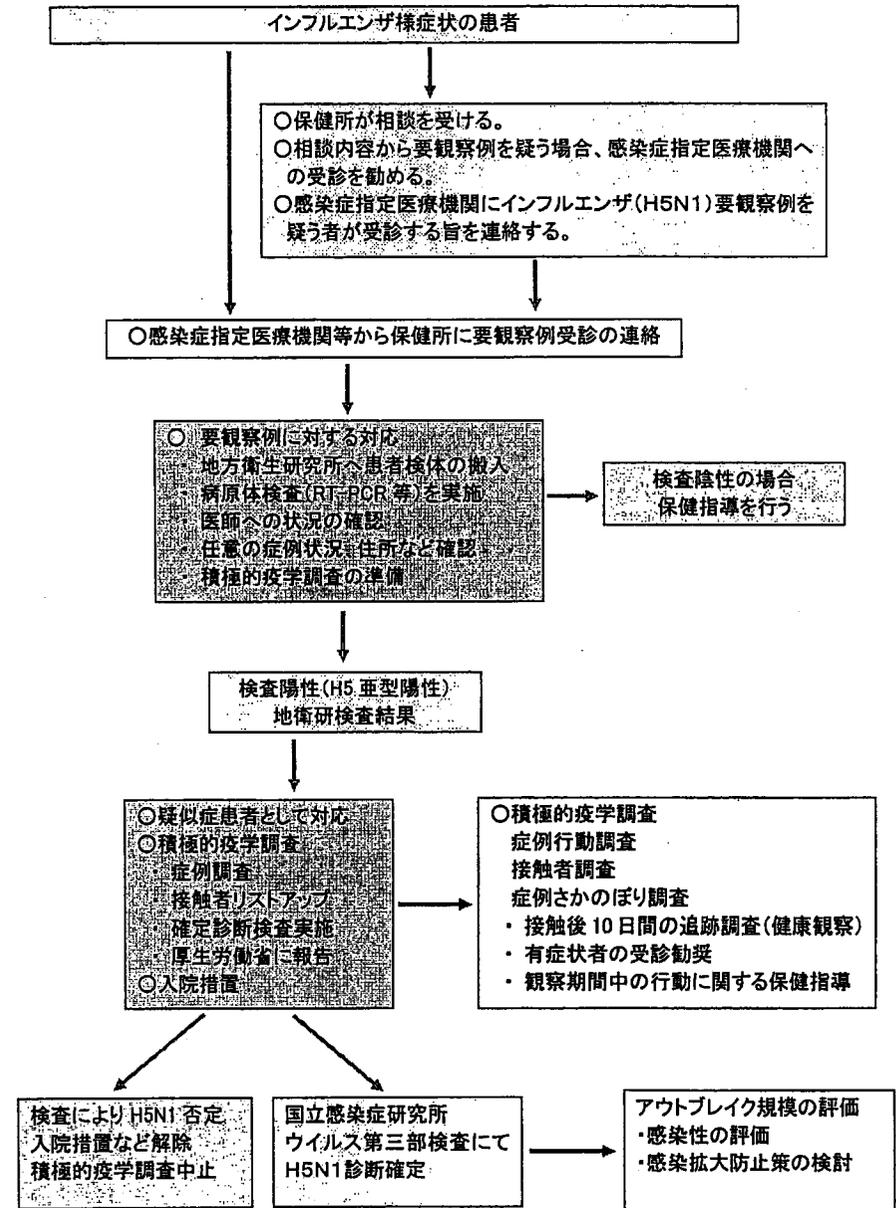
(4)被害の最小化・感染拡大速度の遅延のための感染拡大防止策

ア 隔離・自宅待機

インフルエンザ(H5N1)患者(疑似症患者を含む)や要観察例は、陰圧個室に入院とする。要観察例は、法的には入院勧告等の規制の対象とはならないが、原則として、任意入院を勧奨する。入院の際には、個室管理とする。患者が入院に同意しない場合は、検査の結果が判明するまで自宅待機でも可とするが、その際には、患者はサージカルマスクを着用する、人混みを避ける等適切な感染対策について指導する。

イ 接触者の治療

フェーズ3では、追跡調査により接触者に発熱等の症状が認められた場合には、すぐに感染症指定医療機関にて、患者検体を採取し、インフルエンザ(H5N1)血清型H5の有無を確認し、疑似症患者あるいは患者(確定例)であれば、治療を行う。



インフルエンザ(H5N1)接触者調査票(接触者モニタリング用紙)

1.調査担当保健所 調査者氏名 調査年月日

2.接触者番号:
3.接触患者発生届受理番号: 4.患者居住地保健所

接触者詳細 5.居住地保健所
6.氏名:
7.住所:
8.電話番号:
9.職業(仕事先):
10.生年月日: 11.年齢: 12.性別:
13.同居人の状況
氏名① (続柄) 氏名④ (続柄)
氏名② (続柄) 氏名⑤ (続柄)
氏名③ (続柄) 氏名⑥ (続柄)

14. 患者もしくは患者との接触状況(調査日から10日前まで)日付および場所、接触内容を記載する
15.患者(患者)との最終接触日時: 年 月 日 時頃
16. 高 低 要観察例 感染防護有り ←該当する項目を☑する

接触者の調査時の状態 (17.調査日時 年 月 日 時)

18. 発熱 有: (発熱 ℃) ・ 無
19. 呼吸器症状 有: 咽頭痛 ・ 咳嗽 ・ 呼吸困難 ・ 低酸素症 ・ その他() 無
21. 消化器症状 有: 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ その他() 無
20. 発熱・呼吸器症状以外の症状 有: 頭痛 ・ 筋肉痛 ・ 関節痛 ・ 全身倦怠感
その他の症状() 無
検査所見: 血算(月日): 白血球 赤血球 血小板 その他()
インフルエンザ抗原検査(月日): 陽性(A型・B型・AB不明) ・ 陰性 ・ 未実施
胸部レントゲン(月日): 《所見》
ウイルス分離・同定(月日)(検体材料:): 陽性(亜型:) ・ 陰性 ・ 検査中
RT-PCR検査(月日): 陽性(亜型:) ・ 陰性 ・ 検査中 ・ 未実施
血清抗体価(月日)検査法() (亜型:): 抗体価()倍 ・ 検査中 ・ 未実施

§ 太枠内は必須。検査所見に関しては、判っていれば記載のこと。

接触者氏名

接 触 者 モ ニ タ リ ン グ

患者(or患者)との最終接触日時: 年 月 日 時頃

月日	最終接触 より	連絡手段	体温(℃)	呼吸器症状の有無	呼吸器以外の症状	確認者
/	0日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	1日	夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	2日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	3日	夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	4日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	5日	夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	6日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	7日	夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	8日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	9日	夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/	10日	朝		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	
/		夕		無・咳・痰・呼吸困難・他()	無・下痢・嘔吐・倦怠感・他()	

連絡先 TEL 担当者名

添付 2

《 体温記録用紙 》

* インフルエンザ(H5N1)観察期間は最長でも10日です。
 * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱や急性呼吸器症状がなければ、ほぼ感染はなく、もちろん他への感染力もないと思われます。
 * 気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所にご連絡下さい(☆)。
 * なお無症状であり、かつ(☆)を確実に守りいただけるという同意のもとで、多くの方について、この期間も通常の生活が可能です。しかし不急不要な外出等は控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願い致します。

氏名 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

接触日より	日	測定時間	体温(°C)	他呼吸器等症状等	備考欄(行先等)
接触日	H 年 月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 1日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 2日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 3日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 4日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 5日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 6日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 7日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 8日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 9日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 10日目	月 日	朝 :			
		夕 :			

問い合わせ・返信先
 保健所名 _____
 住 所 _____
 電 話 _____ FAX _____ 担当者名 _____

添付 2

《 体温記録用紙 》

* インフルエンザ(H5N1)観察期間は最長でも10日です。
 * 接触があった日から10日間、38度以上の急な発熱や急性呼吸器症状がなければ、ほぼ感染はなく、もちろん他への感染力もないと思われます。
 * 気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健所にご連絡下さい(☆)。
 * なお無症状であり、かつ(☆)を確実に守りいただけるという同意のもとで、多くの方について、この期間も通常の生活が可能です。しかし不急不要な外出等は控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願い致します。

氏名 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

接触日より	日	測定時間	体温(°C)	他呼吸器等症状等	備考欄(行先等)
接触日	H 年 月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 1日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 2日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 3日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 4日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 5日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 6日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 7日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 8日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 9日目	月 日	朝 :			
		夕 :			
接触後 10日目	月 日	朝 :			
		夕 :			

問い合わせ・返信先
 保健所名 _____
 住 所 _____
 電 話 _____ FAX _____ 担当者名 _____

インフルエンザ(H5N1)患者(疑似症患者を含む)・要観察例 患者調査票

※口欄の場合、該当する項目を☑すること

1. 調査担当保健所() 2. 調査年月日(年 月 日)

インフルエンザ(H5N1)患者調査票		3.患者居住地保健所()	
4. 感染症発生届受理 No. _____		調査者氏名 _____	
5.届出医療機関名 _____		6.主治医名 _____	
7.届出医療機関所在地 _____		8.TEL () _____	
9. 届出受理日 平成 (西暦) 年 月 日 (時 分)		10. 受理自治体 (都・道・府・県・市)	
11. 受理保健所 保健所		12. 受理者名 _____	
13. 患者氏名 _____		14. 性別 男・女 15. 生年月日 年 月 日生 (歳)	
16. 職業業種(注1) _____ 注1) 職業・業種:保育園、幼稚園、学校などの所属組名等、やや詳細に記入すること。			
17. 勤務先名・所在地 _____		18. TEL () _____	
19. 自宅住所 _____		20. TEL () _____	
21. 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		22. TEL () _____	
23. 同居者	氏名① (続柄) _____	24. 保護者氏名(注2) _____	
	氏名② (続柄) _____	注2) 保護者氏名・住所:届出患者が未成年の場合	
	氏名③ (続柄) _____	25. 保護者住所 _____	
	氏名④ (続柄) _____	TEL () _____	
	氏名⑤ (続柄) _____		
	氏名⑥ (続柄) _____		
症状発現日 <input type="checkbox"/> 26. 38度以上の発熱 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 27. 咳 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 28. 咽頭痛 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 29. 息苦しさ、呼吸困難感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 30. 下痢 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 31. 全身倦怠感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 32. 意識混濁 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 33. その他1 () (年 月 日) <input type="checkbox"/> 34. その他2 () (年 月 日)			
35. 発病年月日(原則発熱開始日) 年 月 日 時		36. 初診年月日 年 月 日 時	

37. 診断日 年 月 日 時		38. 感染推定日 年 月 日 時				
39. 退院日 年 月 日 時		40. 死亡日 年 月 日 時				
41. 疑われる感染源		感染源	接触状況	所在地	最終接触日	感染源のインフルエンザ診断(ヒトの場合のみ)
						要観察例・疑似症・確定・不明
						要観察例・疑似症・確定・不明
						要観察例・疑似症・確定・不明
インフルエンザ(H5N1)の発生が報告されている地域・都市名への立ち入りおよび滞在歴(今後の発症地域により、右記地域は随時変更される)		<input type="checkbox"/> 42. 日本国内(地域: _____) <input type="checkbox"/> 43. _____ 47. 滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 44. _____ 48. 同行者 () 名 <input type="checkbox"/> 45. _____ 49. 旅行会社名 () <input type="checkbox"/> 46. _____ 50. 利用交通機関(飛行機等) ()				
51. 既往歴						
52. 献血歴(症状出現前7日以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 献血日 年 月 日 献血場所 _____						
53. 臓器移植歴(症状出現前7日以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ドナー □レシピエント) 手術日 年 月 日 医療機関 _____						
54. 現病歴						
55. 治療経過						
56. タミフル内服の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬開始日 年 月 日						
57. 他の抗インフルエンザウイルス薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬開始日 年 月 日						
58. 他の主な薬剤 () _____						
59. (入院)医療機関名 _____		60. 主治医名() _____		61. 入院の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
62. (入院)医療機関所在地 _____		63. TEL () _____				
64. 入院期間 _____		年 月 日 ~ 年 月 日				

検査結果	検査項目	検査値もしくは所見	検査日
	65. 胸部 X 線	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (所見)	年 月 日
	66. 胸部 CT	肺炎像 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (所見)	年 月 日
	67. 白血球数	/μl	年 月 日
	68. リンパ球	% (/μl)	年 月 日
	69. 血小板数	/μl	年 月 日
	70. CRP	mg/dl	年 月 日
	71. その他		年 月 日

72. 調査時の状態	
73. 総合所見: <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ様症状 <input type="checkbox"/> 肺炎発症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> その他()	
判定	<input type="checkbox"/> 74. 確定 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 75. 疑似症 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 76. 要観察例 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 77. 保留 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 78. 否定(不安例を含む) 年 月 日
<input type="checkbox"/> 79. 年 月 日	
80. 症例棄却の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日 理由	
81. 初回調査後の経過	
* 患者行動調査及び接触者調査については、別添の調査票を用いる	

インフルエンザ以外の病原体検査結果		
アデノウイルス抗原	82. + - - - 未実施	年 月 日
RS ウイルス抗原	83. + - - - 未実施	年 月 日
その他	84.	年 月 日
	85.	年 月 日

インフルエンザウイルス特異的検査結果					
抗原検査 86. <input type="checkbox"/> 陽性 (A 型 ・ B 型 ・ AB 不明) 年 月 日					
(迅速検査) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査未実施					
	検体材料	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
87. RT-PCR <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
88. RT-LAMP <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
		年 月 日	年 月 日	H5 陽性 ・ H5 陰性 ・ 検査中 その他()	
89. ウイルス分離 同定 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
90. 血清抗体検査 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設
		年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日		
91. 追加・その他	検査法	検体採取日	結果判定日	結果	検査実施施設

※欄の場合、該当する項目を☑すること

インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む）・要観察例 行動調査票Ⅰ

添付 4

患者発生届受理番号: _____ 患者氏名[_____] 調査実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日までの行動記録記入) 居住地保健所(_____)
 ※本調査は症状発現前10日～初回調査日までの行動を記録するものである 調査実施保健所(_____) 記入者氏名[_____]

発症日より	月日	時間	発症者の行動(訪問先、面会者、旅行などについて)の詳細	接触者氏名(住所、携帯電話もしくは連絡先電話番号、職業、年齢、発症者との関係)
	記入例	1:00~ 8:30~ 10:00 10:30~ 11:00 12:00 13:00頃 17:30頃	・夜中1時より悪寒あり朝熱っぽかった ・8時30分頃家をでてA医院受診(どんな服装で、何人位の患者が待合室にいた等。) ・10時頃一旦帰宅 ・10時30分頃会社へ行くためB電鉄を利用し乗車(C行の急行) ・11時D駅下車、タクシー(社名、何色のタクシー等)で会社へ(会社で同席した人は別途調査)。 ・12時頃、会社をでて徒歩でE飲食店に行き食事 ・13時頃帰社 ・17時30分B電鉄の各駅停車で駅より徒歩で早退帰宅	・SK(…市、090-…/…、〇〇スーパーでパート、妻) ・TM(…市、…/…、医師、かかりつけ医) →以下、同様に記載
発症2日前	月 日			
発症1日前	月 日			

備考欄:

インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む）・要観察例 行動調査票Ⅱ

患者発生届受理番号: _____ 患者氏名[_____]

発症日より	月日	時間	所在地、滞在先、施設名 (住所、連絡先、窓口等)	発症者の行動と接触状況 (2メートル以内の濃厚接触については詳細に記載すること)	接触者(氏名・年齢・性別・濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者連絡先 (TEL、携帯TEL等)
発症日	月 日						

備考:

インフルエンザ（H5N1）患者（疑似症患者を含む）・要観察例 行動調査票Ⅲ

患者発生届受理番号:

患者氏名〔

発症日より	月日	時間	所在地、滞在先、施設名 (住所、連絡先、窓口等)	発症者の行動と接触状況 (2メートル以内の濃厚接触については詳細に記載すること)	接触者(氏名・年齢・性別・ 濃厚接触の有無等)	接触者住所	接触者連絡先 (TEL、携帯TEL等)
発症()日後	月	日					

備考:

VI

検疫ガイドライン

1 目的

本ガイドラインは、新型インフルエンザ対策行動計画におけるフェーズ3 A (海外においてヒトへの新しい亜型のインフルエンザ感染が確認されているが、ヒトからヒトへの感染は基本的に無い)の段階から、インフルエンザ (H5N1) に対し、検疫業務の強化等、水際においてできる限りの侵入防止対策を講じることを目的とする。

2 基本的事項

(1) 検疫所における対応

世界各国の発生・流行状況を適切に把握しつつ、インフルエンザ (H5N1) の患者発生国からの入国者について、検疫前の通報 (検疫法第6条)、質問 (検疫法第12条)、医師の診察 (検疫法第13条) を踏まえ、要観察例や発熱及び急性呼吸器症状を呈している者若しくは要観察例の同行者等*に対し、①検査 ②健康監視(2-(5)参照) ③健康管理カード「鳥インフルエンザの発生地域に滞在された入国者の方へ」(以下、健康管理カードという。)(別紙様式2)等を用いた入国後の健康管理指導、の3段階により対応する。

* : 発熱及び急性呼吸器症状を呈している者若しくは要観察例の同行者等

- ・ 発熱及び急性呼吸器症状を呈している者若しくは要観察例と渡航中行動をともにした家族、友人、ツアー同行者等。
- ・ 航空機(船舶)内で、1 mないし2 mの範囲内に搭乗着座していた乗客。

(2) 診察及び検査

検疫所長は、入国者に対し、質問及び診察を行い、要観察例と判断した場合には、病原体の有無に関する検査を実施する。検査材料は、咽頭ぬぐい液を原則として採取し、ウイルス遺伝子検査を実施する。要観察例に該当する者が確認された場合には、検疫所業務管理室へ報告する。

検査の結果、H5陽性が判明した場合には、国立感染症研究所ウイルス第三部に確定診断のため、検体を送付するとともに、四類感染症である高病原性鳥インフルエンザ及び指定感染症であるインフルエンザ(H5N1)疑似患者として、感染症法第12条第1項の規定により届出を行う。

さらに確定診断の結果、H5N1亜型が検出された場合には、検疫法第26条の3の規定に基づき、当該者の居住地(居住地がないか、又は明らかでない時は現在地)を管轄する都道府県知事に厚生労働省令で定める事項を通知する。

なお、検査機器の設備を有していない、又は、検査実施検疫所まで検体搬送が不可能な検疫所支所及び出張所については、採取した検体について、最寄りの地方衛生研究所に依頼するなどにより、検査を実施できる体制を整える。地方衛生研究所に依頼するにあたっては、事前に当該都道府県と協議し、委託体制を整えておくこと。

なお、検体は別添 検査材料の輸送(国立感染症研究所作成)に従い梱包の上、搬送することとする。

検査結果については、随時、検疫所業務管理室へ報告する。要観察例、疑似症患者や患者に関する報道機関等への対外的な対応は、検疫所業務管理室及び結核感染症課で協議の上、厚生労働本省にて対応することとする。

(3) 健康監視

検疫所長は、検疫法第18条第2項の規定に基づき、入国時、発熱等の症状がみられない者で、下記①から③のうち、一項目以上に該当する者については、当該者の国内における居所、連絡先及び氏名並びに旅行の日程その他厚生労働省令で定める事項について報告を求め、検疫法施行規則第6条の規定により定めた期間内(最大240時間)において当該者の体温、その他の健康状態について報告を求め、若しくは質問を行い、又は検疫官をしてこれらを行わせることができる。

健康監視期間中、報告又は質問の結果、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、当該者に対し、保健所その他医療機関で診察を受けるべき旨指示するとともに、当該者の居所を管轄する都道府県知事に指示した事項等を通知する。併せて、検疫所業務管理室を通じて結核感染症課へ報告することとする。

- ① 10日以内にインフルエンザウイルス(H5N1)に感染している、又はその疑いがある鳥(鶏、あひる、七面鳥、うずら等)、若しくは死亡鳥との接触歴を有する者。
- ② 10日以内にインフルエンザ(H5N1)患者(疑い例も含む)との接触歴を有する者。
- ③ 発熱及び急性呼吸器症状を呈している者若しくは要観察例と濃厚接触のあった同行者等。

検疫所長は情報を的確に収集し、初動の防疫体制を指示することが重要であることから、各検疫所で作成した危機管理マニュアルに従って、指揮命令系統及び役割分担の明確化を事前に確認しておくことが必要である。なお、必要に応じて、各検疫所が有機的に連携を取ることも重要である。

(4) 健康状態質問票及び健康管理カードの取り扱い

フェーズ4の宣言を前に、ある国でヒトヒト感染が発生している可能性があるという情報を得た場合においては、結核感染症課で確認の上、検疫所業務管理室を通じて、早急に各検疫所に情報を提供する。情報を受けた各検疫所は、ただちに発生国から来航する入国者に対し、健康状態質問票（別紙様式1）を配布し検疫対応することとする。その結果、異状のない者については健康管理カード（別紙2参照）を配布し、帰宅後の健康管理等について指導を行う。

(5) 仮検疫済証の交付

インフルエンザ(H5N1)の患者発生国を発航し、または寄港してから、インフルエンザ(H5N1)潜伏期間内に来航する航空機、又は、インフルエンザ(H5N1)の患者発生国を出港若しくは寄港してから潜伏期間内に我が国に来航する船舶については、検疫の結果、インフルエンザウイルス(H5N1)の国内への侵入のおそれがほとんどないと判断した場合には、潜伏期間（最大240時間）を超えない範囲で一定の期間を定めて、仮検疫済証を交付する。

(6) 検疫業務に対応する検疫官について

検疫所長は、検疫官が機内及び検疫ブース、臨船検疫等、検疫業務に従事した後は、除染のための手洗いやうがいの励行について周知徹底を図る。

また、検疫官が発熱及び急性呼吸器症状を呈している者及び要観察例等と接触する場合には、マスク、手袋の着用、また、咽頭拭い液の採取については、マスク、手袋、防護衣、ゴーグル等の着用等、状況に応じ適切と判断される感染防止策を講じるよう指示する。

なお、検査を実施した当該要観察例が、インフルエンザ(H5N1)患者であると確定した場合には、当該患者と接触のあった検疫官に

対し、患者と接触した以後の健康状態について10日間の観察を行う。体調に異状を生じた場合には、就業の制限を行う。また、発症後速やかにノイラミターゼ阻害薬（オセルタミビル）の投与が開始できるよう体制を整えておく。

(7) 関係機関等との連携及び情報の提供

ア 関係機関、都道府県等との連携

インフルエンザ(H5N1)の国内における感染拡大を防止するためには、検疫所と関係機関(国土交通省、入国管理局、税関等)、港湾管理者及び保健所等との情報の共有、連携強化を図り、対応に当たることが重要である。

検疫所が、入国する者からの健康状態の申告等により、要観察例を把握した場合には、診察、ウイルス遺伝子検査を実施し、検査の結果、H5陽性が確認された場合には、速やかに、感染症法第12条第1項の規定に基づく届出を行う。

また、検査結果が出るまでの間、当該者については原則として医療機関への受診を強く勧奨することとし、感染症指定医療機関（陰圧施設を有する又は個室を有し当該者の隔離が可能な施設を有する病院等）へ当該者を搬送することとする。

イ 航空会社、船舶代理店等との協力

検疫所は、航空会社、船舶代理店、旅行会社等、空港や港湾における検疫業務に係る事業所等に対し、十分な情報提供を行う。これらの情報を踏まえ、関係者は、事前の情報提供の把握に努めるとともに、必要に応じた感染防御対策を講じることとする。

また、緊急時における各事業所の窓口担当者・連絡先を事前に定め、危機管理に備えた迅速な対応及び指示等が行えるよう