

医療機関の皆さまへ

横浜市保健所長

エボラ出血熱に関する対応について (情報提供)

日ごろから、横浜市の感染症対策に御協力いただき厚くお礼申し上げます。

平成26年3月以降、西アフリカの3か国（ギニア、リベリア及びシエラレオネ）を中心にエボラ出血熱の流行が続いております。

このたび、厚生労働省結核感染症課からエボラ出血熱の対応について事務連絡(別添)がありましたので、以下の対応についてお願いします。

1 保健所への情報提供について

一般の日本人旅行者に対する感染リスクは非常に低いと考えられますが、届出基準に基づき、発熱、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、胸痛、腹痛、嘔吐、下痢、食思不振、脱力、原因不明の出血などの症状や所見、渡航歴*1、接触歴*2等からエボラ出血熱が疑われると判断した場合*3には、保健所へ情報提供をお願いします。

*1 現在の流行地域は西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリア

これまで発生報告があるアフリカ地域は、3か国に加え、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボアール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国。

*2 エボラ出血熱患者やエボラ出血熱疑い患者の血液などの体液等との直接接触や現地のコウモリ、霊長類などとの直接的な接触。

*3 潜伏期間は2～21日間（平均約1週間）。突然の発熱で発症。鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等。

2 検査体制について

- 検査の実施については主治医と保健所が相談の上、決定します。
- 検査に必要な検体は、血液（血清含む）、咽頭ぬぐい液、尿等です

3 入院、治療について

第一種感染症指定医療機関である横浜市立市民病院で対応します。

* 疑い症例があった場合は下記情報提供先まで、ご連絡をお願いいたします。

【情報提供先】

横浜市保健所 健康安全課 健康危機管理担当

電話：671-2463 (平日8:30~17:15)

664-7293 (上記時間外：緊急通報ダイヤル)

FAX：641-6074

【別添】

- ・平成26年8月7日 厚生労働省結核感染症課 事務連絡
- ・届出基準

担 当：横浜市健康安全課

電 話：671-2463 FAX：641-6074

E-mail：kfkenkoukiki@city.yokohama.jp

事務連絡
平成26年8月7日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省健康局結核感染症課

エボラ出血熱に関する対応について（情報提供）

平成26年3月以降、西アフリカの3か国（ギニア、リベリア及びシエラレオネ）を中心にエボラ出血熱の流行が続いており、今月4日までに、1,711名の患者（疑い例も含む。うち932名死亡。）が報告されています。

エボラ出血熱は、主として患者の体液等（血液、分泌物、吐物・排泄物）に触れることにより感染する疾病であることから、一般の日本人旅行者に対する感染リスクは非常に低いと考えられます。しかしながら、流行地からの帰国者・入国者でエボラ出血熱の疑いがある者について、医療機関等から相談があった場合、別添1の対応フローを参考として、対応をお願いします。あわせて、貴管内でエボラ出血熱に感染した疑いのある患者が発生した場合における感染症指定医療機関への当該患者の搬送や当該患者の検体の送付に関する手続等について、今一度、確認をお願いいたします。

また、参考情報として、エボラ出血熱に関するQ&Aを別添2のとおり作成しましたので御活用下さい。

参考資料

別添1：エボラ出血熱疑い患者が発生した場合の標準的対応フロー

別添2：エボラ出血熱に関するQ&A

エボラ出血熱疑い患者が発生した場合の標準的対応フロー(※) (別添1)

平成26年8月7日版

エボラ出血熱様症状の患者

※当該対応は、今後の状況により変更予定

医療機関

- 届出基準に基づき、発熱、激しい頭痛、関節痛、筋肉痛、胸痛、腹痛、嘔吐、下痢、食思不振、脱力、原因不明の出血などの症状や所見、渡航歴※1、接触歴※3等からエボラ出血熱が疑われると判断した場合※4、最寄りの保健所への情報提供を行う。なお、この時点では感染症法に基づく疑似症としての届出は不要※5。
- 保健所と相談の上、検査を実施する場合は、検体(血液(血清含む)、咽頭拭い液、尿等)の採取を行う※6。

参考: 医療機関から検体提供を求める要件は以下の1、2及び3のいずれにも合致する場合とする
ただし、必ずしもこの要件に限定されるものではない

- 38℃以上の発熱に加え、上記のようなエボラ出血熱を疑う症状がある
- 発症前3週間に疫学的なリスクがある(以下の3項目は例示)
 - エボラ出血熱患者(疑い患者含む)の体液等(血液・体液や吐物・排泄物など)との直接接触がある
 - エボラ出血熱流行地域※1への渡航歴や居住歴があること
 - 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
- 他の感染症によることが明らかな場合又は他の病因が明らかな場合は除く

保健所

- 症例についての概要を取りまとめ、都道府県等へ報告
- 検査の実施を都道府県等と相談

検査を実施しない場合

検査を実施する場合

行政による対応終了
注)必要があれば、フォローする。

都道府県等

- 厚生労働省へ報告、検査の実施について厚生労働省と相談
- 検査の実施を決定
- 国立感染症研究所へ検査依頼

厚生労働省

- 専門家の意見も踏まえ、検査の実施の有無について助言
- 検査を実施する場合には、国立感染症研究所へ検査依頼

保健所・都道府県等

- 医療機関から患者検体を確保※6
- 国立感染症研究所と検体の送付方法を相談した上で、国立感染症研究所へ検体送付※6
- 患者の同意を得た上で、特定・第1種感染症指定医療機関へ移送することを検討※7

国立感染症研究所ウイルス第一部へ
検体を送付

国立感染症研究所

- エボラウイルスの確認検査の実施
- 厚生労働省(結核感染症課)へ報告

陽性

厚生労働省

- 当該都道府県等への検査結果の連絡・調整
- 公表

陰性

連絡・調整

厚生労働省

- 当該都道府県等へ連絡

都道府県等

- 保健所へ連絡
- 厚生労働省と連絡・調整
- 公表
- 保健所
- 医療機関へ報告

報告

医療機関

- 保健所を経て、都道府県知事に確定例として届出

※1 現在流行している地域は西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリア

※2 これまで発生した報告があるアフリカ地域は、上記※1に加え、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボアール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国

※3 エボラ出血熱患者やエボラ出血熱疑い患者の血液などの体液等との直接接触や現地のコウモリなどとの直接的な接触

※4 潜伏期間は2~21日間(平均約1週間)。突然の発熱で発症。鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱等

※5 現時点では、国内において症例が確認されていないことから、慎重な対応を行うため、症状のみでの疑似症の届出は不要とする。

※6 エボラ出血熱診断マニュアル(国立感染症研究所 病原体検出マニュアルhttp://www.nih.go.jp/niid/images/lab-manual/ebora_2012.pdf)を参照

※7 「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号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)

エボラ出血熱に関する Q&A

(平成 26 年 8 月 7 日作成)

2014 年 3 月以降、西アフリカのギニア、シエラレオネ及びリベリアを中心に流行しているエボラ出血熱について解説します。

問 1 エボラ出血熱とはどのような病気ですか？

答 エボラ出血熱は、エボラウイルスによる感染症です。エボラウイルスに感染すると、2～21 日（通常は 7～10 日）の潜伏期の後、突然の発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛、咽頭痛等の症状を呈します。次いで、嘔吐、下痢、胸部痛、出血（吐血、下血）等の症状が現れます。現在、エボラ出血熱に対するワクチンや特異的な治療法はないため、患者の症状に応じた治療（対症療法）を行うことになります。

問 2 どのようにしてエボラウイルスに感染するのですか？

答 エボラウイルスに感染し、症状が出ている患者の体液等（血液、分泌物、吐物・排泄物）や患者の体液等に汚染された物質（注射針など）に十分な防護なしに触れた際、ウイルスが傷口や粘膜から侵入することで感染します。一般的に、症状のない患者からは感染しません。空気感染もしません。

また、流行地では、エボラウイルスに感染した野生動物（オオコウモリ（果実を餌とする大型のコウモリ）、サル、アンテロープ（ウシ科の動物）等）の死体やその生肉（ブッシュユミート）に直接接触した人がエボラウイルスに感染することで、自然界から人間社会にエボラウイルスが持ち込まれていると考えられています。

なお、WHO（世界保健機関）は、流行地でエボラ出血熱に感染するリスクが高い集団を、

- 医療従事者
- 患者の家族・近親者
- 埋葬時の儀式の一環として遺体に直接触れる参列者
- 熱帯雨林で動物の死体に直接触れる狩猟者

としています。

エボラ出血熱は、咳やくしゃみを介してヒトからヒトに感染するインフルエンザ等の疾患とは異なり、簡単にヒトからヒトに伝播する病気ではありません。病気に関する知識を持ち、しっかりした対策を行うことで感染を防ぐことができます。

問 3 エボラ出血熱はどこで発生していますか？

答 1970 年代以降、中央アフリカ諸国（コンゴ民主共和国、スーダン、コンゴ共和国、ウガンダ、ガボン等）で、しばしば流行が確認されています。西アフリカでの流行が確認されたのは、今回が初めてです。

なお、流行状況に関する最新の情報は、WHO（世界保健機関）の Disease Outbreak News のサイト（英語）（<http://www.who.int/csr/don/en/>）でみるすることができます。

参考：過去のエボラ出血熱の発生状況

発生前年	国名	症例数	死亡者数	致命率
2012	コンゴ民主共和国	57	29	51%
2012	ウガンダ	7	4	57%
2012	ウガンダ	24	17	71%
2011	ウガンダ	1	1	100%
2008	コンゴ民主共和国	32	14	44%
2007	ウガンダ	149	37	25%
2007	コンゴ民主共和国	264	187	71%
2005	コンゴ	12	10	83%
2004	スーダン	17	7	41%
2003	コンゴ	35	29	83%
2003	コンゴ	143	128	90%
2001-2002	コンゴ	59	44	75%
2001-2002	ガボン	65	53	82%
2000	ウガンダ	425	224	53%
1996	南アフリカ(ガボンからの輸入症例)	1	1	100%
1996	ガボン	60	45	75%
1996	ガボン	31	21	68%
1995	コンゴ民主共和国	315	254	81%
1994	コートジボワール	1	0	0%
1994	ガボン	52	31	60%
1979	スーダン	34	22	65%
1977	コンゴ民主共和国	1	1	100%
1976	スーダン	284	151	53%
1976	コンゴ民主共和国	318	280	88%

(出典：WHO)

問4 日本はどのような水際対策を行っていますか？

答 検疫所のホームページや空港等におけるポスターの掲示を通じて、流行地域への渡航者や帰国者に対する注意喚起を行っています。万一、流行地域からの帰国者でエボラウイルスへの感染が疑われる方がいた場合、感染症指定医療機関に搬送するなどの対策を取れるよう、体制が整備されています。

参考：感染症指定医療機関の指定状況（平成26年4月1日現在）

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

問5 万一、日本国内でエボラ出血熱の患者が発生した場合、どのような対応が取られるのですか？

エボラ出血熱は、感染症法において、マールブルグ病やラッサ熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペストなどの感染症とともに、一類感染症に指定されています。

流行地域からの帰国者で、一類感染症に感染した疑いのある人について医療機関等から連絡があった場合、国立感染症研究所で迅速に検査を行い、感染の有無を確認する体制が整備されています。検査の結果、感染していることが明らかになれば、患者は感染症指定医療機関に移送され、感染防御対策の施された病室において適切な医療が公費により提供されることになります。

問6 エボラ出血熱が日本国内で流行する心配はありませんか？

答 エボラ出血熱は、インフルエンザなどとは異なり、主として患者に直接接触することにより感染すること（問2）、流行地域はアフリカに限定されていること（問3）から、通常の日本人旅行者が現地で感染するリスクは非常に低いと考えられます。また、日本国内の医療体制（問4、問5）や生活環境から考え合わせると、日本国内でエボラ出血熱が流行する可能性は、現時点ではほとんどありません。

問7 流行地域を旅行しても安全でしょうか？

現在（平成26年8月7日時点）、WHOは、ギニア・シエラレオネ・リベリアについて、いかなる渡航制限も勧告していませんが、日本の外務省は、この3か国について、「渡航の是非を検討して下さい。」とする危険情報を発出しています（治安等の関係で、渡航の延期が推奨されている地域もあります。）。

渡航する必要がある場合は、渡航前に、厚生労働省検疫所や外務省の海外安全情報のホームページなどで現地の流行状況等、最新情報を確認して下さい。また、流行地域では、基本的な衛生対策（手を洗う、病人・動物との接触を避けるなど）を確実にを行い、エボラ出血熱を含め、様々な感染症にかからないよう注意して下さい。

万一、流行地域からの帰国後21日以内に、突然の発熱や頭痛などの症状がみられた場合、最寄りの医療機関を受診する際には、事前に医療機関に連絡の上、エボラ出血熱の流行地域に滞在していたことを教えてください。

参考：

厚生労働省検疫所ホームページ <http://www.forth.go.jp/>

外務省 海外安全情報ホームページ <http://www.anzen.mofa.go.jp/>

第2 一類感染症

1 エボラ出血熱

(1) 定義

エボラウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～21日（平均約1週間）で、発症は突発的である。

症状は発熱（ほぼ必発）、疼痛（頭痛、筋肉痛、胸痛、腹痛など）、無力症が多い。

2～3日で急速に悪化し、死亡例では約1週間程度で死に至ることが多い。出血は報告にもよるが、主症状ではないことも多い（2000年ウガンダの例では約20%）。

ザイル型では致死率は約90%、スーダン型では致死率は約50%である。

ヒトからヒトへの感染は血液、体液、排泄物等との直接接触により、空気感染は否定的である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、エボラ出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法又はE L I S A法によるI g M抗体若しくはI g G抗体の検出	血清

