

令和7年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業

# 「新興再興感染症等対策事業」

## 報告書

令和8年3月

一般財団法人 日本公衆衛生協会  
分担事業者 田中 英夫  
(大阪府守口保健所)

## はじめに

令和7年度の地域保健総合推進事業「新興・再興感染症等対策事業」の活動は、前年度と同じく、

- ① 保健所や県庁が保有するデータを活用した新興感染症対応のための課題解決型の知見の創出
- ② 感染拡大防止と感染者の人権や社会経済活動の抑制との調和に関する調査・研究
- ③ 健康危機管理能力の基盤となる分析・評価能力の向上を目指した公衆衛生医師等の人材育成に資するコンテンツの作成

の3本柱で実施しました。

今年度の成果として、本報告書では、①は麻疹、新型コロナウイルスおよび今年度大きな流行を起こしました百日咳の調査研究で4タイトル掲載しました。また、②は昨年度の報告書に掲載しました結核患者の在院日数調査で、新たに発見しました特徴的な退院（在院）行動について、これらが掲載された原著論文を引用する形で紹介しました。③は保健所・県庁職員を対象とした動画の作成について、その作成意図を明記し、今年度新たにYouTube上で公開しました11タイトルを含む既存の全タイトルのリストを掲載しました。さらに、保健所が麻疹の発生届出を受理した時に、感染拡大防止のために感染症チーム職員が迅速、的確、効率よく対応するための「麻疹発生届への対応チェックリスト」を作成し、掲載しています。

本事業を実施するにあたり、全国の多くの保健所の感染症担当職員の皆様のご協力を得ました。また4人のアドバイザー(厚労省感染症対策課 小谷聡志先生、慶應義塾大・磯部哲先生、結核予防会研究所・内村和弘先生、国立国際医療セ・石金正裕先生)に貴重な助言を得ました。また、日本公衆衛生協会の若井友美課長はじめ協会の皆様に大変お世話になりました。ここに謝意を表します。

令和8年3月10日

令和7年度地域保健総合推進事業  
「新興・再興感染症等対策事業」

分担事業者 大阪府守口保健所 田中英夫



令和7年度「地域保健総合推進事業」新興・再興感染症等対策事業班 構成員

役名	氏名	所属
(分担事業者)		
所長	田中英夫	大阪府守口保健所
(協力事業者)		
所長	緒方 剛	茨城県潮来保健所
所長	白井千香	枚方市保健所
副理事	柴田敏之	大阪府健康医療部
所長	服部早苗	茨城県筑西保健所
医療監	岩橋慶美	広島市保健所
所長	薄井真悟	茨城県土浦保健所
所長	四宮博人	愛媛県立衛生環境研究所
副所長	加藤裕一	山形市保健所
主幹	白石 守	さいたま市保健所
技師	高橋佑紀	大阪府健康医療部健康医療総務課
技師	畑崎祐志	神奈川県健康医療局
主任専門員	中神宏章	愛知県半田保健所
課長補佐	木村聡子	熊本県健康福祉部
感染症担当係長	湯川 達	足立区保健所
保健師	神崎早紀子	大阪府泉佐野保健所
課長補佐	渡邊愛可	新宿区保健所
(アドバイザー)		
教授	磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科
課長補佐	小谷聡志	厚労省感染症対策課
医師	石金正裕	国立国際医療研究センター国際感染症センター
副部長	内村和広	結核予防会結核研究所臨床・疫学部



## 目 次

### I 新興感染症対応のための知見の創出

1. 麻疹の感染力に影響する初発症例側の要因 ..... 1
2. 住民における新型コロナウイルス JN.1 ワクチンの  
総死亡への影響 ..... 7
3. 新型コロナウイルス 2 価ワクチンの高齢者死亡率  
に対する効果の持続性 ..... 9
4. 新宿区における百日咳の発生動向  
および疫学的特徴 ..... 11

### II 感染防止と感染者の人権抑制との調和に関する調査研究

- 感染症法に基づく結核入院治療を受けた  
生存退院患者における在院日数の分布とその規定要因 ..... 16

### III 公衆衛生医師等の人材育成

- 保健所職員等を対象とした感染症の危機管理にも  
役立つ動画の作成と公開 ..... 20

### IV その他

- 麻疹発生届への対応チェックリスト作成 ..... 23



## 麻疹の感染力に影響する初発症例側の要因

高橋 佑紀<sup>1</sup>, 田中 英夫<sup>2</sup>, 柴田 敏之<sup>1</sup>, 谷掛 千里<sup>3</sup>, 森脇 俊<sup>4</sup>,  
宮園 将哉<sup>5</sup>, 松本 小百合<sup>6</sup>, 木下 優<sup>7</sup>, 永井 仁美<sup>1</sup>, 白井 千香<sup>8</sup>,  
高山 佳洋<sup>9</sup>, 岡田 めぐみ<sup>10</sup>, 津田 侑子<sup>10</sup>, 狭間 礼子<sup>11</sup>, 大原 俊剛<sup>12</sup>,  
吉田 英樹<sup>13</sup>, 倉田 貴子<sup>14</sup>, 上林 大起<sup>14</sup>, 本村 和嗣<sup>14</sup>

<sup>1</sup>大阪府健康医療部, <sup>2</sup>大阪府守口保健所, <sup>3</sup>高槻市保健所, <sup>4</sup>大阪府泉佐野保健所,  
<sup>5</sup>大阪府岸和田保健所, <sup>6</sup>東大阪市保健所, <sup>7</sup>大阪府茨木保健所, <sup>8</sup>枚方市保健所,  
<sup>9</sup>八尾市保健所, <sup>10</sup>大阪市保健所, <sup>11</sup>大阪府藤井寺保健所, <sup>12</sup>大阪府和泉保健所,  
<sup>13</sup>大阪市健康局, <sup>14</sup>大阪健康安全基盤研究所

**【目的】** 麻疹の感染伝播に関連する初発症例側の要因を定量的に評価する。

**【方法】** 2018年11月から2019年3月までに大阪府で報告された麻疹の初発症例およびその接触者のデータを収集した。初発症例の接触者における二次感染率（secondary attack rate：SAR）を算出し、初発症例の予防接種歴、症状（麻疹3徴候の充足状況）、その他のリスク因子に応じて比較した。さらに、二項ロジスティック回帰分析を実施し、SARに対する調整オッズ比（adjusted odds ratio：aOR）を算出した。

**【結果】** 初発症例105例を解析対象とし、接触者は9,846人であった。このうち二次症例は72例であった。初発症例の予防接種回数と接触者における二次感染リスクとの間には、有意な負の関連を認めた（ $p < 0.01$ ）。初発症例が1回接種であった場合の調整オッズ比（aOR）は0.22（95%信頼区間：0.08–0.65）、2回以上接種していた場合は0.25（95%信頼区間：0.07–0.85）であった。また、麻疹3徴候のうち1~2徴候のみを満たした初発症例（修飾麻疹）は、3徴候すべてを満たした症例（典型麻疹）と比較して、二次感染を引き起こすリスクが有意に低かった（aOR：0.12、95%信頼区間：0.03–0.39）。以上より、麻疹予防接種には間接的な感染防御効果が存在する可能性が示された。

### 1. 背景

予防接種歴のある麻疹症例は、未接種例と比較して感染性が低いことが報告されている。しかし、予防接種が二次感染リスクをどの程度低減するかについて、定量的に評価した解析疫学研究は限られている。

本研究では、2018年から2019年に大阪府で発生した麻疹症例およびその接触者のデータを用い、初発症例の特徴と二次感染発生リスクとの関連を検討した。

## 2. 方法

### 1) 研究対象

本研究の対象は、2018年11月から2019年3月までに大阪府で報告された麻疹の初発症例およびその接触者とした。疫学調査により、当該初発症例以外の国内麻疹症例との疫学的関連が確認された接触者は除外した。本研究における麻疹症例は、麻疹を疑う臨床症状を呈し、PCR検査またはIgM抗体検査により麻疹と診断された者と定義した。

### 2) 情報収集項目

医師の届出および保健所の聞き取り調査に基づき、以下の情報を収集した。

#### ① 初発症例の情報

- ・基本情報（性別、年齢、予防接種回数）
- ・麻疹3徴候（38.5°C以上の発熱、発疹、カタル症状）の充足状況  
※「3徴候すべて満たす(典型麻疹)」「1~2徴候満たす(修飾麻疹)」の2区分で分類
- ・検査結果（IgM抗体検査、PCR検査）

#### ② 各初発症例の接触者の情報

- ・接触者数
- ・二次感染者数

接触者の範囲は、主に各初発症例を担当する保健所が判断したが、感染可能期間（麻疹症状出現1日前から解熱3日後まで）に患者と直接接触した者、患者の咳・くしゃみ・会話による飛沫を2メートル以内で吸入した可能性がある者、または空調を含む閉鎖空間を患者と共有した者を基本的な基準としていた。

### 3) 解析方法

二次感染率（Secondary Attack Rate : SAR）は、各初発症例における二次感染者数を接触者数で除して算出した。SARは初発症例の性別、年齢、接触者数、予防接種回数、症状、IgM検査結果別に比較した。統計学的検定にはカイ二乗検定を用いた。多変量解析では、二次感染に影響する交絡因子を調整するため二項ロジスティック回帰分析を実施し、調整オッズ比を算出した。調整因子は性別、年齢、接触者数、予防接種歴、症状とした。

## 3. 結果

### 1) 初発症例の要素別二次感染率（SAR）

研究期間中に105例の初発症例を確認した。これらの症例に対応する接触者の総数

は 9,846 人であり、初発症例 1 例あたりの平均接触者数は 93.7 人であった (表 1)。接触者における全体の SAR は 0.73% (72/9,846) であった。

初発症例が 2 回以上の予防接種を受けていた場合、その接触者の SAR は未接種例と比較して有意に低かった (0.13% vs 1.19%、 $p < 0.05$ )。また、接種回数の増加と接触者の二次感染リスクとの間には有意な負の相関が認められた ( $p < 0.01$ )。さらに、麻疹 3 徴候のうち 1~2 徴候満たす初発症例(修飾麻疹)の接触者の SAR は、3 徴候すべて満たす初発症例(典型麻疹)と比較して有意に低かった (0.12% vs 0.93%、 $p < 0.01$ )。

## 2) 初発症例の要因と二次感染リスクとの関連

初発症例の予防接種回数と接触者の二次感染リスクとの間には有意な負の関連が認められた ( $p < 0.01$ ) (表 2)。予防接種を 1 回受けていた初発症例の調整オッズ比 (aOR) は 0.22 (95%信頼区間: 0.08-0.65)、2 回以上受けていた場合は 0.25 (95%信頼区間: 0.07-0.85) であった。また、麻疹 3 徴候のうち 1~2 徴候満たす初発症例(修飾麻疹)の場合、3 徴候すべて満たす初発症例(典型麻疹)と比較して二次感染を引き起こすリスクは有意に低かった (aOR: 0.12、95%信頼区間: 0.03-0.39)。

## 4. 考察

本研究では、初発症例が予防接種を受けている場合、接触者に二次感染を引き起こすリスクが有意に低いことが示された。また、麻疹 3 徴候のうち 1~2 徴候満たす初発症例(修飾麻疹)についても、接触者に対する二次感染リスクは有意に低かった。予防接種歴のある麻疹症例では、ウイルス排出量が少ないことが報告されている[1,2]。これは免疫学的機序によるウイルス増殖抑制が、予防接種歴のある初発症例における二次感染リスク低下に関与している可能性を示唆する。修飾麻疹は、予防接種を受けた症例だけでなく、母体由来抗体を保持している小児にも認められる[3]。典型症状が軽度である場合には一定の免疫が維持されている可能性があり、症状数の減少と感染性低下との関連を説明し得る。

本研究の制限としては、接触者の予防接種歴を把握できなかった点があげられる。予防接種歴は居住地、宗教、社会経済状況、教育水準などの影響を受けることが知られており、これらの背景は家族や友人間で類似する傾向がある[4]。そのため、未接種初発症例による二次感染リスクが過大評価された可能性がある。

本研究は、初発症例の予防接種歴および麻疹 3 徴候の充足状況が二次感染リスクと強く関連することを示した。特に麻疹予防接種の間接的防御効果は、今後の予防接種政策の強化を支持する重要な科学的根拠となると考えられる。

## 参考文献

- [1] Tranter I, Smoll N, Lau CL, Williams D-L, Neucom D, Barnekow D, et al. Onward Virus Transmission after Measles Secondary Vaccination Failure. *Emerging Infectious Diseases Journal - CDC* 2024;30. <https://doi.org/10.3201/eid3009.240150>.
- [2] Evans I, Jury S, Morrison A, Best E, King V, Reynolds E. Onward transmission of measles virus among vaccinated cases in a large community outbreak in Auckland, New Zealand, 2019. *Vaccine* 2024;42:126257. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.126257>.
- [3] Minnesota Department of Health. Measles Clinical Information - MN Dept. of Health 2023. <https://www.health.mn.gov/diseases/measles/hcp/clinical.html> (accessed December 9, 2024).
- [4] Gastañaduy PA, Funk S, Lopman BA, Rota PA, Gambhir M, Grenfell B, et al. Factors Associated With Measles Transmission in the United States During the Postelimination Era. *JAMA Pediatr* 2020;174:56–62. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4357>.

## 備考

本研究は *Journal of Epidemiology* (日本疫学会発行) に受理され、掲載予定である。  
<https://jeaweb.jp/> (日本疫学会ホームページ)

表 1. 麻疹初発症例の接触者における二次感染率(SAR)

初発症例側の属性	初発症例数	接触者数	二次症例数	二次感染率 (SAR)	95% 信頼区間	p 値
性別						p<0.01 <sup>a</sup>
男性	52	4566	52	1.14%	0.83% - 1.45%	
女性	53	5280	20	0.38%	0.21% - 0.54%	
年齢(歳)						
14 歳以下	12	1479	7	0.47%	0.12% - 0.82%	p<0.05 <sup>b</sup>
15~24 歳	29	1952	24	1.23%	0.74% - 1.72%	-
25~39 歳	51	4387	30	0.68%	0.44% - 0.93%	p<0.05 <sup>b</sup>
40 歳以上	13	2028	11	0.54%	0.22% - 0.86%	p<0.05 <sup>b</sup>
接触者数						p<0.01 <sup>c</sup>
1~9 名 <sup>a</sup>	27	105	7	6.67%	1.90% - 11.44%	
10~99 名	49	2069	27	1.30%	0.82% - 1.79%	
100 名以上	29	7672	38	0.50%	0.34% - 0.65%	
予防接種回数						p<0.01 <sup>c</sup>
0 回	54	5035	60	1.19%	0.89% - 1.49%	
1 回	21	2019	4	0.20%	0.00% - 0.39%	
2 回以上	22	2283	3	0.13%	0.00% - 0.28%	
不明	8	509	5	0.98%	0.13% - 1.84%	
症状(麻疹 3 徴候)						p<0.01 <sup>a</sup>
3 徴候(典型麻疹)	61	7414	69	0.93%	0.71% - 1.15%	
1~2 徴候(修飾麻疹)	44	2432	3	0.12%	0.00% - 0.26%	
IgM 抗体						p<0.01 <sup>a</sup>
陽性	47	4922	61	1.24%	0.93% - 1.55%	
陰性	10	748	0	0.00%	0.00% - 0.00%	
不明	48	4176	11	0.26%	0.11% - 0.42%	
合計	105	9846	72	0.73%	0.56% - 0.90%	

a 不明データを除外して算出したカイニ乗検定の p 値

b 15~24 歳を基準として比較したカイニ乗検定の p 値

c 不明データを除外して算出した傾向 p 値

表 2. 麻疹初発症例における接触者の二次感染リスクに関連する要因

初発症例の属性	調整オッズ比 (95% CI) <sup>a</sup>	傾向p値 <sup>b</sup>
性別		-
男性	-	
女性	0.42 (0.24-0.73)	
年齢		-
14 歳以下	0.32 (0.13-0.77)	
15～24 歳	-	
25～39 歳	0.63 (0.36-1.10)	
40 歳以上	0.37 (0.17-0.78)	
接触者数		p<0.01
1～9 名 <sup>a</sup>	-	
10～99 名	0.10 (0.04-0.26)	
100 名以上	0.04 (0.02-0.09)	
予防接種回数		p<0.01
0 回	-	
1 回	0.22 (0.08-0.65)	
2回以上	0.25 (0.07-0.85)	
不明	0.77 (0.29-2.04)	
症状(麻疹 3 徴候)		-
3徴候(典型麻疹)	-	
1～2徴候(修飾麻疹)	0.12 (0.03-0.39)	

a 性別・年齢・接触者数・予防接種回数・症状で調整

b 予防接種回数不明者は除外

## 住民における新型コロナウイルス JN.1 ワクチンの総死亡への影響

令和6年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業全国保健所長会協力事業  
事業分担者：田中英夫 事業協力者：緒方剛、服部早苗

### 【目的】

新型コロナウイルス感染症に対するワクチン JN.1 単価ワクチンは、2024/2025 シーズンに導入されたが、その効果はまだ十分明らかではない。本研究は、新型コロナウイルス感染の罹患の有無にかかわらず、住民における JN.1 ワクチンの死亡率への影響を評価することを目的とする。

### 【方法】

対象は潮来保健所管内の1つの自治体に居住し、新型コロナウイルスワクチンを6回または7回接種した65歳以上の住民であった。第6回および第7回接種は、令和5年5月から令和6年3月までに行われた。第7回接種の多くはXBBワクチンで実施された。自治体から、住民の性、年齢、ワクチン接種状況と転帰(死亡、転出)について情報収集した。

対象の期間は、JN.1 ブースター接種が始まった令和6年10月から令和7年3月までであった。

対象者のうち JN.1 ワクチン未接種者コホートは、第6回または第7回接種を受けたが JN.1 ワクチン未接種の者であった。転出、死亡があった者については、観察期間を終了し、JN.1 ワクチン接種を受けた後は JN.1 ワクチン接種者コホートに移行した。JN.1 ワクチン接種者コホートについては、観察期間を、接種後3日以内、4-60日、61-120日、121日以降に区分した。転出、死亡があった者については、観察期間を終了した。

JN.1 ワクチン接種者と JN.1 ワクチン未接種者の総死亡率を、変数毎に比較して、死亡率比を求めた。本研究は茨城県疫学倫理審査委員会の承認を得た。

### 【結果】

JN.1 ワクチン未接種者は13997人であり、総観察期間は5744人年であった。JN.1 ワクチン接種者は3380人であり、総観察期間は1226人年であった。100人年当たり死亡率は、未接種者群では4.09であり、接種者群では3.11人であり、死亡率比は76%(住民へのワクチン効果24%)であった。性・年齢に関しては女性を除いて概ね横断的に効果が認められた。JN.1 ワクチン接種後日数に関しては、接種後4-60日では未接種者と比較した非調整の効果は32%であった(表1)。

表 1 変数別の JN.1 ワクチン接種者と未接種者間の死亡率の比較

性・年齢	JN.1 ワクチン 接種者			JN.1 ワクチン 未接種者			死亡率 比
	人数	観察期間	死亡率	人数	観察期間	死亡率	
単位	人	人年	/100 人年	人	人年	/100 人年	%
計	3380	1126	3.11	13997	5744	4.09	76.0
男	1587	536	1.68	6734	2772	4.22	51.1
女	1793	580	4.41	7263	2972	3.97	111
65-74 歳	1270	425	0.47	6395	2734	1.35	34.7
75-歳	2110	700	4.71	7602	3010	6.56	71.6
接種前(未接種)				13997	5744	4.09	
接種後 0-3 日	3380	28	3.61				88.2
接種後 4-60 日	3363	504	2.78				67.8
接種後 61-日	3089	594	3.37				82.3

コックス回帰分析では、JN.1 ワクチン接種後 2 か月以内では比例ハザード比は 4 分の 1 程度であったが、これを超えると有意な効果は認められなかった。(表 2)

表 2 性・年齢調整コックス回帰分析

JN.1 ワクチン接種後日数	比例ハザード比	95%信頼区間下限	95%信頼区間上限
0-3	0.86	0.12	6.1
4-60	0.73	0.55	0.96
61-	0.99	0.98	1.01

【考察】

JN.1 ワクチンは接種後 60 日以内において住民の死亡率を 2-3 割減少させたが、それ以降で有意な効果を認めなかった。ワクチン効果の値が低いのは、罹患率や致死率が低いために総死亡に対するインパクトが小さいためである可能性があった。女性では効果を検出できなかった。

先行文献はなかった。

本研究にはいくつかの限界があった。第一に、観察人年が比較的小さかった。第二に、住民のリスクや合併症による評価は行わなかった。第三に、本研究では対象者の感染の有無は確認しなかった。したがって、ワクチン接種の評価は、感染症に対する死亡予防効果ではなく、住民集団に対する死亡率の影響であった。第四に、対照集団は一地域の 1 自治体に限られた。

## 新型コロナウイルス 2 価ワクチンの高齢者死亡率に対する効果の持続性

令和 7 年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業全国保健所長会協力事業  
事業分担者：田中英夫 事業協力者：緒方剛、服部早苗、石金正裕

令和 6 年度より分析を行ってきた表記について、研究をまとめた。

### (要旨)

本住民コホート研究においては、日本の 60 歳以上住民における新型コロナウイルス 2 価（祖先/BA. 4-5）ワクチンの追加接種の効果（VE）の持続性について、全死亡率に対する影響により評価した。

2022 年 10 月から 2023 年 9 月までにおいて、2 価ワクチンの 3 回目追加接種者（30,557 人）の全死亡率を、1 価ワクチンの 2 回目追加接種者（34,075 人）と比較した。

調整相対ワクチン効果（95%信頼区間）は、接種後 15～90 日で 80%（73%～85%）、接種後 91～180 日で 69%（57%～77%）、接種後 181～270 日で 31%（-3%～53%）であった。2023 年 4 月から 9 月において、接種後 91～180 日における相対ワクチン（95%信頼区間）は 62%（44%～74%）であった。

新型コロナウイルス 2 価ワクチンの追加接種は、SARS-CoV-2 オミクロン XBB 株の優勢期前および期間中において、接種後少なくとも 180 日間有効であった。

上記報告について、「ワクチン誌(エルゼビア)」に投稿し、令和 7 年 10 月 24 日に下記のように掲載された。

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X2501093X> （全文添付）

また、第 3 回国際疫学会西太平洋地域合同学術集会(長崎市)において、令和 8 年 1 月 29 日にポスターセッションで発表した。(ポスター添付)

# Durability of effectiveness of booster COVID-19 bivalent vaccine against all-cause mortality

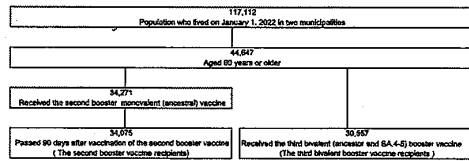
Tsuyoshi Ogata a, Hideo Tanaka b, Kana Kawachi a, Sanae Hattori c, Masahiro Ishikane d  
 a Itako Public Health Center, b Chikusei Public Health Center, c Disease Control and Prevention Center of NCGM of JIHS, d Moriguchi Public Health Center

## Introduction

The follow-up period for evaluating the durability of vaccine effectiveness (VE) of bivalent vaccines against COVID-19-related death was relatively short in early report. This population-based cohort study aimed to evaluate the durability of VE of the COVID-19 bivalent (ancestral/BA.4-5) booster vaccine against all-cause mortality in older adults.

## Methods

The study population was individuals aged 60 years or older in the jurisdiction of the Itako Health Center in Japan. From October 2022 to September 2023, the all-cause mortality rate in those who had received a third booster dose with bivalent vaccine (n = 30,557) was compared with those who had received two booster doses of monovalent vaccine more than 90 days previously (n = 34,075).



The all-cause mortality rate for each time since vaccination category in the cohort was evaluated using Cox regression, with adjustment for sex, age, and municipality. We used calendar time as the underlying time scale and time since vaccination category was included as a time-varying variable.

## Results

Comparison of all-cause mortality rates between the second booster vaccine recipients and the third booster bivalent (ancestral/BA.4-5) vaccine recipients against all-cause mortality by sex, age, municipality, predominant periods, and time since vaccination.

Unit	Second booster bivalent vaccine recipients		Third booster bivalent vaccine recipients		Crude hazard ratio	(95% confidence interval)
	Person-years	Death /100 person-years	Person-years	Death /100 person-years		
Total	5,691	285	5.01	17,804	415	2.33 (0.400–0.541)
Sex						
Male	2,562	149	5.82	8,509	236	2.77 (0.389–0.585)
Female	3,129	136	4.35	9,295	179	1.93 (0.354–0.554)
Age						
60–69	1,988	19	0.96	6,229	42	0.67 (0.410–1.21)
70–79	2,291	66	2.88	7,741	117	1.51 (0.388–0.709)
80–89	1,133	121	10.7	3,286	160	4.87 (0.360–0.578)
>90	279	79	28.3	549	96	17.5 (0.458–0.832)
Municipality						
City A	2,752	139	5.05	7,028	162	2.31 (0.391–0.533)
City B	2,939	146	4.97	10,776	253	2.35 (0.417–0.535)

Time since the third booster bivalent vaccination (days)	Second booster bivalent vaccine recipients		Third booster bivalent vaccine recipients		Crude hazard ratio	(95% CI)
	Observation period	Death rate	Observation period	Death rate		
Unvaccinated	5,691	285	5.01		Reference	
0–14				1,171	8	0.68 (0.066–0.276)
15–90				6,304	126	2.00 (0.323–0.492)
91–180				7,195	164	2.28 (0.376–0.352)
181–270				2,909	99	3.40 (0.341–0.854)
>271				221	18	8.16 (1.01–2.62)

Sex-, age-, and municipality-adjusted Cox regression analyses on vaccine effectiveness of receiving a third booster dose of COVID-19 bivalent (ancestral/BA.4-5) vaccine against all-cause mortality by time since vaccination and calendar period.

Time since the third booster bivalent vaccination (days)	No. of persons	Observation period (person-years)	Adjusted hazard ratio (95% CI)	Adjusted VE (%) (95% CI)
<b>Whole study period</b>				
0–14	30,557	1,171	0.111 (0.054–0.227)	88.9 (77.3 to 94.6)
15–90	30,463	6,303	0.202 (0.154–0.266)	79.8 (73.4 to 84.6)
91–180	30,213	7,195	0.307 (0.229–0.412)	69.3 (58.8 to 77.1)
181–270	26,796	2,909	0.695 (0.470–1.028)	30.5 (–2.8 to 53.0)
>271	2,886	221	1.56 (0.665–3.66)	–56 (–2.26 to 33.5)
<b>October 2022 to March 2023 (BA.5 predominant)</b>				
0–14	30,355	1,163	0.111 (0.054–0.229)	88.9 (77.1 to 94.6)
15–90	30,305	6,066	0.184 (0.140–0.242)	81.6 (75.8 to 86.0)
91–180	26,080	2,037	0.220 (0.135–0.358)	78.0 (64.2 to 86.5)
<b>April to September 2023 (XBB predominant)</b>				
0–14	232	7	0.003 (0.002–0.004)	99.7 (99.6 to 99.8)
15–90	4,266	877	0.683 (0.325–1.44)	31.7 (–44 to 67.5)
91–180	30,160	5,159	0.383 (0.261–0.563)	61.7 (43.8 to 73.9)
181–270	26,796	2,909	0.704 (0.475–1.043)	29.6 (–4.3 to 32.5)
>271	2,886	221	1.53 (0.654–3.57)	–53 (–257 to 34.6)

## Discussion

The COVID-19 bivalent booster vaccine was effective for at least 180 days after vaccination, before and during the SARS-CoV-2 Omicron XBB-dominant period.

The author declares he has no conflict of interest with respect to this research study and paper.

## 新宿区における百日咳の発生動向および疫学的特徴（特に 2025 年の急増に注目して）

新宿区保健所 渡邊愛可

**【目的】** 2018 年 1 月 1 日以降、百日咳は感染症法に基づく 5 類全数把握疾患となり、国内において疫学や発生動向の把握が可能となった。2025 年には国内における百日咳の累積報告数は過去最多となったが、感染拡大の要因は明らかではない。本研究は新宿区における百日咳の発生動向および疫学的特徴を明らかにし、感染症対策に資することを目的とした。

**【方法】** 2018 年第 1 週～2025 年第 40 週までに新宿区に届出された百日咳の発生動向調査のデータを用いて検討を行った。

**【結果】** 期間中に届出された患者数は 251 例であり、年別では 2018 年 39 例、2019 年 25 例、2020 年 4 例、2021 年 2 例、2022 年 1 例、2023 年 1 例、2024 年 9 例、2025 年 170 例と推移した（図 1）。年齢区分別では 10 代の患者の報告が 2018 年 9 例（23.1%）、2019 年 5 例（20.0%）、2020 年～2023 年 0 例、2024 年 4 例（44.4%）、2025 年 57 例（33.5%）であった（図 2）。期間中に届出された患者のうち、り患すると重症化しやすいとされる 6 カ月未満の乳児は 8 例（3.2%）あり、届出時点の死亡例はなかった。また、0～5 歳、6～9 歳、10 代の患者のうち、4 回の予防接種歴があったのはそれぞれ 50.0%、70.9%、64.0%であった（図 3）。本来、少なくとも 1 回の定期接種を受けていると想定される 1～4 歳の年齢区分の患者においては、1 例の「不明」を除き全例に 3～4 回の接種歴があった。期間別では、2018 年～2024 年は女性 56 例（69.1%）、年齢中央値 9 [四分位範囲(IQR):7～17] 歳であったが、2025 年は女性 79 例（46.5%）、年齢中央値 16 [IQR:10～38] 歳であった。また、2018 年～2024 年はワクチン接種歴が「あり」66.7%、「なし」7.4%、「不明」25.9%であり、推定感染経路は各年齢区分で「家族」が 44.4%～80.0%を占めた。一方、2025 年はワクチン接種歴が「あり」37.1%、「なし」7.1%、「不明」55.9%であり、推定感染経路は各年齢区分で「不明」が 22.2%～85.2%を占めた（表 1, 表 2）。

**【考察】** 分析の結果、患者数が急増した 2025 年に届出された百日咳患者の疫学的特徴は 2018 年～2024 年とは異なっていた。2025 年はワクチン接種歴、推定感染経路ともに「不明」の割合が多く、感染拡大の要因を推定できなかった。国内の発生動向<sup>1)</sup>と同様、年齢区分別には 2024 年と 2025 年には 10 代の患者が占める割合が増加していた。これは新型コロナウイルス感染症パンデミック期である 2020 年～2023 年に百日咳の自然感染機会が減少<sup>2)</sup>したことにより、パンデミック後である 2024 年以降に、抗体保有割合が低いとされる 10 代に患者が集積したことが一因であると考えられた。重症化リスクが高い乳児や高齢者への感染拡大を防ぐことが感染症対策の要であるため、引き続き定期接種の勧奨を行うことが重要である。本研究は限られた疫学情報を用いた分析であり、マクロライド系抗菌薬の耐性菌との関連性や個別の感染経路については検討できなかった。今後、百日咳の感染拡大の要因解明のためには、疫学情報に病原体情報を統合させた多角的な検討が必要である。

【結論】新宿区における百日咳の発生動向および疫学的特徴を検討した。今後も疫学情報に基づく感染症対策および予防の推進が重要である。

参考文献

- 1) 病原微生物検出情報 Vol.47, No.1 (No.551), 2026 年 1 月
- 2) Wang S, et al. ,Hum Vaccin Immunother 21: 2513729, 2025  
<https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2513729>



図3. 新宿区における百日咳患者の年齢区分別ワクチン接種歴分布, 2018年第1週～2025年第40週 (n=251)

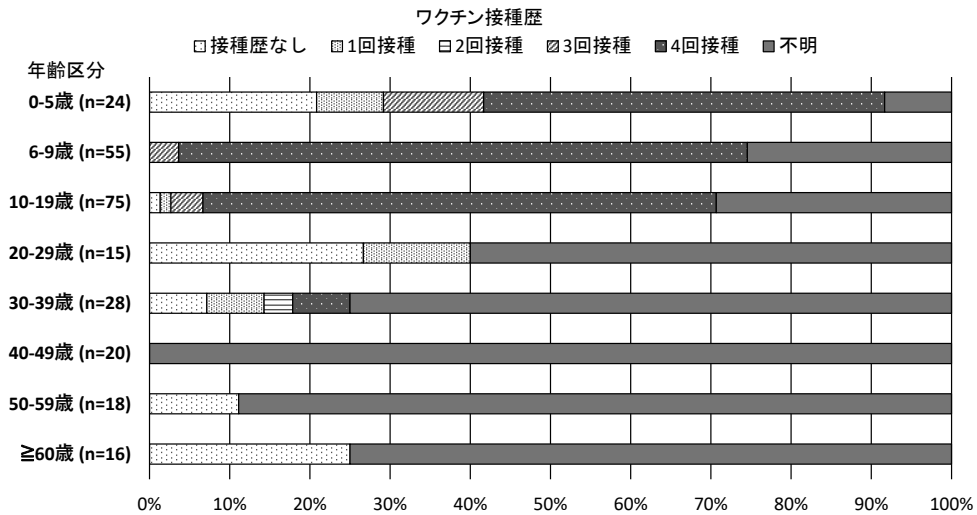


表1. 新宿区における百日咳患者の年齢区分別ワクチン接種歴の比較, 2018年第1週～2025年第40週 (n=251)

1) 2018-2024年

	0-5歳 (n=15)	6-9歳 (n=28)	10-19歳 (n=18)	20歳以上 (n=20)	計 (n=81)
<b>ワクチン接種歴</b>					
あり (%)	11 (73.3)	26 (92.9)	<b>16 (88.9)</b>	1 (5.0)	54 (66.7)
なし (%)	3 (20.0)	0 (0)	0 (0)	3 (15.0)	6 (7.4)
不明 (%)	1 (6.7)	2 (7.1)	<b>2 (11.1)</b>	16 (80.0)	21 (25.9)

2) 2025年

	0-5歳 (n=9)	6-9歳 (n=27)	10-19歳 (n=57)	20歳以上 (n=77)	計 (n=170)
<b>ワクチン接種歴</b>					
あり (%)	6 (66.7)	15 (55.6)	<b>36 (63.2)</b>	6 (7.8)	63 (37.1)
なし (%)	2 (22.2)	0 (0)	1 (1.8)	9 (11.6)	12 (7.1)
不明 (%)	1 (11.1)	12 (44.4)	<b>20 (35.1)</b>	62 (80.5)	95 (55.9)

表2. 新宿区における百日咳患者の年齢区分別推定感染経路の比較,  
2018年第1週～2025年第40週 (n=251)

1) 2018-2024年

	0-5歳 (n=15)	6-9歳 (n=28)	10-19歳 (n=18)	20歳以上 (n=20)	計 (n=81)
<b>推定感染経路</b>					
家族 (%)	9 (60.0)	15 (53.6)	<b>8 (44.4)</b>	16 (80.0)	<b>48 (59.3)</b>
学校 (%)	0 (0)	5 (17.9)	2 (11.1)	0 (0)	7 (8.6)
その他 (%)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	1 (5.0)	8 (9.8)
不明 (%)	1 (6.7)	12 (42.9)	<b>8 (44.4)</b>	3 (15.0)	<b>24 (29.7)</b>

2) 2025年

	0-5歳 (n=9)	6-9歳 (n=27)	10-19歳 (n=57)	20歳以上 (n=77)	計 (n=170)
<b>推定感染経路</b>					
家族 (%)	7 (77.8)	4 (14.8)	<b>8 (14.0)</b>	31 (40.3)	<b>50 (29.4)</b>
学校 (%)	0 (0)	0 (0)	9 (15.8)	0 (0)	9 (5.3)
その他 (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3.9)	3 (1.8)
不明 (%)	2 (22.2)	23 (85.2)	<b>40 (70.2)</b>	43 (55.8)	<b>108 (63.5)</b>

感染症法に基づく結核入院治療を受けた生存退院患者における在院日数の分布と  
その規定要因 (高屋龍生 他 Kekkaku 100(7):201-207, 2025 より抜粋)

田中英夫

1. はじめに

当事業班の活動の2本目の柱である「感染拡大防止と感染者の人権や社会経済活動の抑制との調和に関する調査・研究」の活動として、表記研究を令和5年度から開始した。その研究成果は原著論文として2015年11月にKekkakuに掲載された<sup>1)</sup>。本稿では、この論文の中で上記活動主旨に照らして特に重要と思われる3つの事項について抜粋し、若干の考察を追記する形で示すことにする。

2. 本研究に参加した保健所

能代、伊勢崎、さいたま市、潮来、つくば、小田原、豊橋市、岐阜、岐阜市、関、西濃、茨木、高槻市、豊中市、枚方市、寝屋川市、四條畷、守口、大阪市、堺市、八尾市、東大阪市、藤井寺、富田林、和泉、岸和田、泉佐野、奈良市、和歌山市、徳島県三好、宮崎県中央、宮崎市、西之表、屋久島、沖縄県南部の、13の政令・中核市を含む36保健所

3. 対象者

上記の36保健所が発生届出を受理し感染症法に基づく結核入院治療を受けた者のうち、診断日が2018年4月～2022年3月で、かつ生存退院した2,013人。

4. 結果と考察

(1) 入院勧告期限の最終日に退院者が集中する傾向が見られた(図)

対象者の平均在院日数は78.6日で、その分布は全体としては対数正規分布に近い形をしていた。しかし、法20条による入院期限の最終日(図の黒い棒で示す)に退院者が集中する傾向が見られた。

入院期限の最終日に結核の感染性が突然消失したり、合併症が急に改善することは考えられない。つまり、感染性の有無や病状の改善とは別の要因で、隔離入院の期間が規定されている患者が一部であるにせよ存在していたことが強く示唆された<sup>2)</sup>。このことは結核入院患者のADLや人権に配慮した制度運用の見直しの必要性を示すものと考えられた。

(2) 培養連続陰性確認回数は在院日数の長さに大きく影響する(表)

入院中に3回以上これを確認された患者の在院在院日数(平均値:90.2日)は、これを

1度も確認しなかった患者のそれ(52.6日)に比べて、約40日長かった。

在院日数の長さに影響すると思われ、単変量解析でその長さに有意な関連が見られた、①患者の年齢、②出身国、③入院した時期がコロナ禍中か前か、④入院前の居場所、⑤結核の病型、⑥結核性胸膜炎合併の有無、⑦入院時の最大塗抹、⑧糖尿病合併の有無、⑨認知症または精神疾患合併の有無、⑩免疫抑制剤使用の有無、⑪治療開始時がHREZか否か、⑫入院中の治療中断の有無、⑬REF耐性または多剤耐性の有無、⑭退院時のDOTSランク、および⑮入院した病院の種類を、重回帰分析で説明変数に投入し調整した。その結果、上記確認回数が0回であった者に比べて、1回の者では14.0日、2回の者では21.9日、3回以上の者では25.0日と、有意に在院日数が長くなっていた。

結核の入院患者に対して入院中に培養陰性確認を複数回することが退院後の患者の結核の再発率や退院後の感染の実効再生産数の減少に有効であるとのエビデンスは今日まで存在していない。エビデンスが存在しない状態でこの退院基準を患者の一部に適用し続けることは、対策実施の正当性を欠く状態で一部の患者を隔離していることになる。なお、当事業班はこの研究と同じ調査対象者における退院後の再発率が、入院中のこの確認回数によって違いがあるかについて、来年度に詳細に分析し、明らかにする予定である。

### (3) 患者が入院する病院の種類は患者の在院日数の長さに大きく影響する(表)

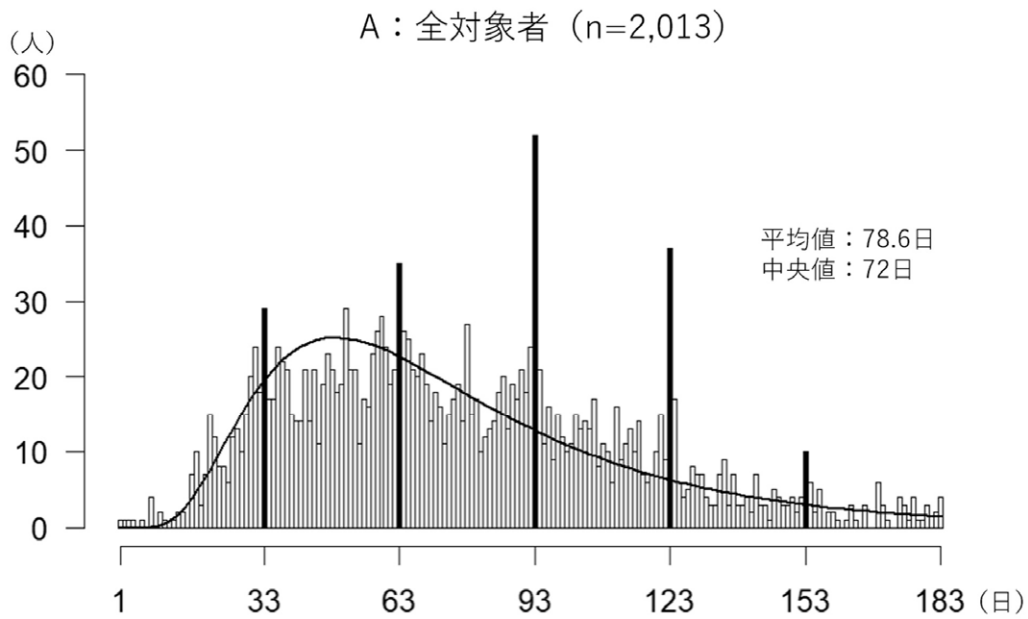
入院した病院が国立病院機構系とその他の公立病院の場合は患者の平均在院日数は70日程度であったが、これ以外の病院の場合は99.6日と、平均で約40日長くなっていた。その差を上記要因に培養連続陰性確認回数を加えて調整した重回帰分析結果でも、その他の病院に入院した患者の在院日数は国立病院機構系の病院に入院した患者に比べて22.4日、有意に長くなっていた。

在院日数の長さに影響すると思われた上記要因を調整しても、このような差異が見られたことは、退院基準の適用や患者の感染性の有無や病状の改善以外の理由で一部の病院で患者の一部に対して隔離が行われていることを示すものと考えられる。これは、患者の感染性や身体状況や病状経過が同じであっても、入院する病院が違えば、隔離される日数に違いが生じる可能性があることを示すものである。このことはたとえ一部の患者のことであったとしても、隔離入院治療全体の正当性に関わる重要な現状課題であると認識している。

日本結核・非結核性抗酸菌症学会 予防委員会・治療委員会は、現状の結核患者の退院基準とその運用の中に、エビデンスに照らして問題のある点を指摘し、入院と退院に関する新たな基準を2025年に提案した<sup>3)</sup>。この提案の主旨に沿った形で、まずは行政機関側の結核隔離入院に関する意識改革が必要であると考えられる。

## 文献

- 1) 高屋龍生、田中英夫、中山浩二、藤井史敏、白石 守、松本小百合、松浪 桂、中村こず枝、緒方 剛、永井宗之. 感染症法に基づく結核入院治療を受けた生存退院患者における在院日数の分布とその規定要因. *Kekkaku* 100(7):201-207, 2025
- 2) 田中英夫. 新興再興感染症等推進事業(令和 6 年度)の活動. *公衆衛生情報* 55(11): 17-19, 2026
- 3) 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 予防委員会・治療委員会. 結核患者の入院と退院に関する新たな基準の提案. *Kekkaku* 100(4): 81-87, 2025



図A. 結核生存退院患者における在院日数の度数分布  
 183日以下のみ示す。曲線は、33、63、93、123、153日での退院を除いた度数分布から最尤推定により求めた対数正規分布  
 (対数変換後の平均値4.19, 標準偏差0.558)を、縦軸を度数に合わせて重ねたもの。当該日数とそれ以外の日数(ただし183日  
 以下)での退院者数の分布をMann-WhitneyのU検定で比較した結果、当該日数での退院者数が有意に多かった( $p = 0.002$ )。

## 表. 結核生存退院患者における在院日数とその要因(重回帰分析)

年齢、出生国、コロナ禍か否か、入院前居所、認知症の有無、糖尿病の有無、病型、入院時最大塗抹、  
 結核性胸膜炎合併の有無、RFPまたは多剤耐性の有無、培養連続陰性回数、入院した病院等を調整

属性	平均値 (日数)	標準化回帰係数 (日)	標準化回帰係数の95%信頼区間
<b>培養連続陰性回数</b>			
0回	52.6	reference	
1回	74.2	14.0	6.6 - 21.3*
2回	83.4	21.9	14.8 - 25.5*
3回以上	90.2	25.6	21.0 - 26.2*
<b>入院した病院</b>			
国立病院機構系	70.3	reference	
その他の公立病院	70.6	1.3	-3.0 - 5.6
その他	99.6	22.4	17.8 - 27.1*

## 保健所職員等を対象とした感染症の危機管理にも役立つ動画の作成と公開

令和 7 年度「新興再興感染症等対策推進事業」事業協力者動画作成チーム

### 1 動画作成の狙い

保健所で感染症業務を行うためには、まず個別の感染症に関する知識が必要です。具体的には、病原体や感染経路、症状、診断、治療法、予防策についての理解が求められます。また、流行状況の把握や患者の隔離・入院、就業制限、消毒、接触者への健康診断、検体の確保といった行政的な対応も重要です。さらに、調査手法や収集した情報の分析方法を習得することも必要です。これらの知識やスキルは、教育機関や職場での業務を通じて学ぶことができますが、基礎的な知識や理論については自己学習を通じて効率的に身につけることができます。自己学習のツールとして、「いつでもどこでも何度でも」視聴できるネット上に公開した動画は、学ぶ意欲の高い行政職員にその accessibility が高いものと考えました。この動画は、そのような自己学習を支援することを目的としています。

また、2020 年～22 年のような災害級の新興感染症が再来した場合には、感染対策の指揮を執る立場の行政職員は、状況の素早い変化(Volatility)に対応し、対策のエビデンスが不確実(Uncertainty)で、リスクアセスメントに必要な情報がはっきりせず(Ambiguity)、しかも、リスクの大きさ、対応できる現地の医療・公衆衛生資源の質と量、感染者の人権やリスクコミュニケーションなど、同時に考慮すべき要素の数が多くあるという複雑性(Complexity)の中で状況判断と意思決定を迫られることとなります。このような危機事象発生時にも対応できる人材は、少なくとも平時の感染症対策を的確にかつ精神的に余裕を持って対応できている人であると思われます。本企画の「基礎レベル編」は、そのような人材の育成をも企図して、マニュアル的知識(How to)だけでなく、応用の効きやすい感染症対策の本質や基本原理(Why? Because)を視聴者が腹落ちすることにフォーカスして作成しました。

また、危機事象発生時における状況判断と意思決定を限られた時間に自信をもって行うには、これまでの知識や経験が生かせない、正解のない中で自分なりの解決策を見出すことに親和性があることが求められます。それにはベーシックな思考スキル(ロジカルシンキング、クリティカルシンキング)が必要とされています。そのトレーニング的要素を含んだ動画を主に「専門レベル編」にいくつか入れています。

### 2 制作にあたって留意したその他の事項

まず、基礎レベル編のテーマの選定とその内容は、実際に保健所や県庁の職員として感染症対策に当たった経験から、教科書や他の研修会等でこれまであまり取り上げられてこなかった対策実施上のコツや落とし穴的情報も取り入れることにしました。次に、専門レベ

ル編につきましては、危機事象に対応するスキル・コンピテンシーの強化として、オールハザードアプローチを意識した分析・評価力の向上を念頭に置いてテーマを選定し、内容の作成に努めました。さらに、動画制作の企画、コンテンツ作り、実写、編集作業に従事することは、論理的思考力やコミュニケーション能力の訓練にもなることから、若手の事業協力者の人材育成を兼ねて、積極的に制作に関与してもらうようにしました。

### 3 今年度の進捗

今年度は、基礎レベル編では「保健所・自治体の感染症対策オリエンテーション」をはじめ10本、専門レベル編では外部の専門家に依頼して作成・出演いただいた「災害時の避難所での感染管理」1本の、計11本の動画を作成しました。そしてこれらは全て日本公衆衛生協会ホームページからYou Tubeに公開しました。本企画によりこれまでに公開された動画は累積で20本となりました。

### 4 動画内容(過去掲載分含む、\*は今年度公開したもの)

動画のカテゴリー、タイトルと主たる製作者の氏名を一覧表に示します。

#### <謝辞>

動画の作成とその公開にあたっては、日本公衆衛生協会の若井友美課長に多大のご支援・ご協力を頂きました。此処に謝意を表します。

自治体感染症対策職員のための研修シリーズ \*は今年度にYou Tube配信した

基礎レベル	知識編	保健所・自治体の感染症対策オリエンテーション*	緒方 剛 (敬称略)
	知識編	保健所の感染症疫学調査	高屋龍生
	知識編	保健所自治体の感染予防策*	仙田順子
	知識編	感染症診療の基礎知識*	石金正裕
	知識編	保健所の感染症対策についての法制度	岩橋慶美
	知識編	HIV検査の全体像：担当になった貴方が最初を知っておくこと*	木内 英
	知識編	保健医療職でない担当者のための基礎知識	
	実践編	エクセルによる感染症疫学調査の簡単な集計	倉本玲子
	実践編	保健所自治体の麻しん風しんへの対応*	柴田敏之
	実践編	保健所・自治体の食中毒対応*	柴田敏之
	実践編	保健所自治体のノロウイルスへの対応*	柴田敏之
	実践編	結核接触者調査の留意点*	薄井真悟
	実践編	動物環境由来感染症：4類感染症への対応*	服部早苗
	実践編	保健所が主体となる訓練	
	実践編	保健所の感染症対策における医療機関との連携*	近内美乃里

(続き)

\*は今年度にYou Tube配信した。

専門レベル	知識編	行政で働く職員のための失敗しない学会抄録の作り方	田中英夫
	知識編	保健所の疫学調査データと対策 (撮影前)	緒方 剛
	知識編	リスク評価 (計画中)	
	知識編	感染症法の詳細 (計画中)	岩橋慶美
	実践編	行政で働く職員のための失敗しない学会抄録の作り方その2	田中英夫
	実践編	統計ソフトRのダウンロードとデータの読み込み	柴田敏之
	実践編	保健所の疫学調査データによる単変量解析	緒方 剛
	実践編	保健所の疫学調査データによるロジスティック解析	緒方 剛
	実践編	二次感染率分析 (計画中)	
	実践編	致死率 (計画中)	田中英夫
	実践編	生存分析 (計画中)	
	実践編	潜伏期間分析 (計画中)	
	実践編	簡単な実効再生産数の求め方 (計画中)	緒方剛
	実践編	検索サイトで論文を検索しよう!	緒方剛
	実践編	避難所の感染管理*	菅原えりさ

## 麻しん発生届への対応チェックリスト作成

令和7年度地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業全国保健所長会協力事業  
新興再興感染症等対策事業班  
茨城県潮来保健所 緒方 剛

麻しん患者の発生届(臨床診断例)が保健所に提出された場合、保健所は感染拡大防止のために迅速に積極的疫学調査を実施し対応する必要がある。保健所職員が迅速かつ手順の漏れなくこれを実行するためには、時間経過に沿った対応の手順を示した行動のチェックリストがあれば有用だと考えた。そこで、簡易なチェックリストの案を作成した。

チェックリストは、

1. 発生届の受理時
2. 患者本人・家族・医療機関への調査
3. 検査対応
4. リスク評価・リスク管理
5. 接触者調査・対応
6. 病原体診断後の対応

の6つのカテゴリーで構成されている。複数の職員が1つの事例について役割を分担して同時並行して対応する場合でも、各担当者がこのチェックリストに書き込みながら作業を進めることで、対応が重複したり漏れが生じたりする可能性を減らすことができると思われる。

なお、対応は保健所や地域の患者発生などの状況および届出の要件に依ることから、案は項目や時間の記録などを適宜追加・変更して使用することが適切である。

麻疹発生届への対応について

患者氏名 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

1 発生届

- 記載内容確認
- 医療機関 \_\_\_\_\_ に内容確認

2 患者の調査・対応（本人、家族、医療機関など） ○1例でもすぐに対応

- 発症日 月 日
  - 麻疹患者との接触歴 \_\_\_\_\_ (潜伏期間) 日
  - 渡航歴 \_\_\_\_\_
  - ワクチン接種歴 \_\_\_\_\_ 回 ( 母子健康手帳確認)  罹患歴 \_\_\_\_\_
- 症状・経過 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

行動歴調査、発病日1日前から解熱後3日の間の接触者・接触日時特定

- 同一世帯家族 \_\_\_\_\_
  - 受診医療機関・受診日時 \_\_\_\_\_
  - 友人 \_\_\_\_\_
  - 学校・保育施設 \_\_\_\_\_
  - 職場(アルバイト) \_\_\_\_\_
  - 利用施設 \_\_\_\_\_
  - 交通機関 \_\_\_\_\_
  - その他 \_\_\_\_\_
- 自宅待機・陽性後の健康観察指導
  - 本庁など関係機関への報告
  - 応援職員の必要性検討

3 検査 ○1例でもすぐに対応

- 検体（咽頭ぬぐい・血液・尿）確保 \_\_\_\_\_
- 地方衛生研究所への検体搬入

4 リスク評価・リスク管理

- リスク評価・対応方針 \_\_\_\_\_
- ワクチン確保 \_\_\_\_\_
- 連携医療機関の検討 \_\_\_\_\_
- 接触者・機関の連絡先確認

管轄外の関係機関・保健所への連絡 \_\_\_\_\_

5 接触者調査・対応 可能なら現段階で (それ以外は検査陽性判明後すぐに)  
発病日1日前から解熱後3日の間に接触 かつ感受性(ワクチン未接種・未罹患)者

同居家族

- 健康状態確認
- 接種歴・罹患歴確認
- 健康観察説明

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 病院・診療所

- 接触(滞在 時間後まで)した従事者・受診患者リストアップ
- 従事者接触者の健康状態・接種歴・罹患歴確認

友人

- 健康状態確認 罹患歴・接種歴確認 健康観察

学校(部活動)・保育施設

- 接触者リストアップ
- 接触者の健康状態・接種歴・罹患歴確認

職場(アルバイト)

- 接触者リストアップ
- 接触者の健康状態・接種歴・罹患歴確認

交通機関・利用施設

- 接触した従事者・把握可能な利用者リストアップ
- 接触者の健康状態・接種歴・罹患歴確認
- 情報公表の可能性を説明

6 検査結果陽性確認後 陽性確認後ただちに

接触者・接触者のいる機関

- 検査結果連絡
- 未確認の場合に接触者(受診患者・利用者など)の健康状態・接種歴・罹患歴確認
- 感受性者について14日(21日)間の健康観察について説明、
- ばく露72時間以内等の未接種・未罹患患者への緊急接種  
(妊娠もしくは妊娠の可能性の確認および接種後2か月の避妊の説明)  
(または6日以内における免疫グロブリン製剤投与)
- 関係機関への情報提供
- 接触者を特定できない交通機関・利用施設の情報について利用時間を含めて公表

注: 本様式は適宜変更(例 時間の記録)してご使用ください

令和7年度 地域保健総合推進事業  
全国保健所長会協力事業  
「新興再興感染症等対策事業」

発行日 令和8年3月発行

編集・発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会  
分担事業者 田中 英夫 (大阪府守口保健所)  
〒570-0083 大阪府守口市京阪本通 2-5-5 守口市庁舎 8階  
電話 06-6993-3131  
FAX 06-6993-3136