

## 第2 行政評価・監視結果

### 1 感染症対策をめぐる背景事情

調査の結果	説明図表番号
<p><b>(1) 近年における感染症の発生動向</b></p> <p>感染症は、大気、水、土壌及び人を含む動物に存在する病原性の微生物（細菌及びウイルス）が人体に侵入することで引き起こされる疾病である。厚生労働省の「感染症発生動向調査」の結果によれば、我が国における感染症の発生数は、平成23年から27年までの5年間で、結核（2類感染症）、腸管出血性大腸菌感染症（3類感染症）を中心に（注1）、4万人台から5万人台の間で推移している。我が国においては、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。）が制定される前の昭和62年にラッサ熱の輸入例が1例報告されたほかは、平成11年の感染症法の施行以降、1類感染症の患者の発生は報告されていない。</p> <p>一方、国外における感染症の発生動向をみると、近年では、1類感染症のエボラ出血熱の大規模流行が、平成25年12月のギニアに端を発し、シエラレオネ、リベリアを加えた西アフリカ3か国を中心に拡大した。平成26年8月6日及び7日には、世界保健機関（World Health Organization。以下「WHO」という。）においてエボラ出血熱に関する緊急委員会が開催され、同年8月8日、この流行は「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」と宣言され、世界的に対策が強化された。平成28年3月29日によりやく緊急事態の終結が宣言されたものの、2万8,000人以上の感染者、1万1,000人以上の死亡者を出し、大きな傷跡を残した。現地では、エボラ出血熱患者の診療に従事した800人以上の医療従事者が感染し、500人以上が死亡した。また、米国やスペインでも、エボラ出血熱患者の診療を介して、医療従事者への院内感染が発生した。ちなみに、我が国においては、平成26年10月に国内初のエボラ出血熱の疑似症患者（感染症の臨床的特徴を呈する者）が確認されたのを始め、9件の感染疑い事例が発生したものの、最終的にはエボラ出血熱患者ではないことが確認された。</p> <p>エボラ出血熱については、平成27年9月から12月にかけてリベリア、シエラレオネ及びギニアでそれぞれ終息が宣言されたが、その後も、エボラ出血熱の患者は発生している（最近では、平成29年5月にコンゴ民主共和国で発生）。</p> <p>また、平成24年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦等の中東地域の国々を中心に、2類感染症である中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome。以下「MERS」という。）の患者が発生しており、29年10月9日現在、2,090人の感染者（うち死亡者は少なくとも730人）が確認されている（注2）。世界各国においてもMERSの輸入症例が確認さ</p>	<p>表1-(1)-1</p> <p>図1-(1)-2</p> <p>図1-(1)-3</p> <p>図1-(1)-4</p> <p>図1-(1)-5</p> <p>図1-(1)-6</p> <p>図1-(1)-7</p> <p>図1-(1)-8</p>

れており、平成 27 年 5 月、韓国において輸入症例が発生し、医療機関を中心に感染が拡大した。平成 27 年 12 月に WHO の基準に基づく感染終息が発表されるまでに 186 人の感染者（うち死亡者 38 人）が発生している。

このほか、2 類感染症の鳥インフルエンザ（H5N1）については、東南アジアを中心に、中東、アフリカ等において、平成 15 年 11 月から 29 年 9 月 27 日までの間に、860 人の感染者（うち死亡者 454 人）が発生している。また、平成 25 年 3 月以降、中国を中心に、同じく 2 類感染症の鳥インフルエンザ（H7N9）の患者が発生しており、29 年 9 月 27 日現在、1,564 人の感染者（うち死亡者 612 人）が発生している（注 3、4）。

このように、国外においては、国際的に脅威となる感染症（注 5）の発生及び流行について、引き続き十分な注意が必要な状況となっている。

（注）1 感染症法は、感染症の感染力、罹患した場合の重篤性、予防方法や治療方法の有効性等により、感染症の類型を 1 類感染症から 5 類感染症等に整理し、類型ごとに就業制限、入院等の措置を講ずることができると定めている。

1 類感染症は、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症であり、対象疾病はエボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病及びラッサ熱である。

2 類感染症は、感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症であり、対象疾病は急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome。以下「SARS」という。）、MERS 及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）である。

3 類感染症は、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症であり、対象疾病はコレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス及びパラチフスである。

結核及び腸管出血性大腸菌感染症以外に発生数の多い感染症としては、レジオネラ症（4 類感染症）、アメーバ赤痢、後天性免疫不全症候群（無症候性キャリア）、侵襲性肺炎球菌感染症、風しん（いずれも 5 類感染症）等がある。

2 最近でも、平成 29 年 1 月から 9 月にかけて、サウジアラビアやカタール、アラブ首長国連邦で発生している（感染者 205 人、うち死亡者 52 人）。

3 最近でも、平成 29 年 1 月から 9 月にかけて、鳥インフルエンザ（H7N9）が中国や台湾で発生している（感染者 599 人、うち死亡者 90 人）ほか、鳥インフルエンザ（H5N1）も同年 2 月、4 月及び 8 月にエジプト及びインドネシアで発生している（感染者 4 人、うち死亡者 2 人）。

4 なお、蚊媒介感染症の一つであるジカウイルス感染症は、平成 27 年 5 月以降、ブラジル等中南米で多数の患者が報告されているが、ジカウイルス感染とギラン・バレー症候群や胎児の小頭症との関連が疑われ、28 年 2 月 1 日、WHO は小頭症及び神経障害の集団発生について「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」に該当すると宣言した。これを踏まえ、我が国では、ジカウイルス感染症は 4 類感染症及び検疫感染症に位置付けられている（検疫感染症は、①1 類感染症、②新型インフルエンザ等感染症及び③国内に常在しない感染症のうち、その病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして検疫法施行令（昭和 26 年政令第 377 号）で定めるもの（例えば、MERS、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）から成るが、ジカウイルス感染症は、③に該当するものである。）。ちなみに、平成 28 年 11 月 18 日、WHO はジカウイルス感染症に関する「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」の終了を宣言した。

図 1-(1)-9

図 1-(1)-10

表 1-(1)-11

表 1-(1)-12  
表 1-(1)-13

5 「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」(平成 27 年 9 月 11 日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議決定)において、「エボラ出血熱、MER S等、国境を越えて感染が拡大し、我が国でも、国民の生命、健康はもとより広く国民生活、経済活動等に対して重大な影響を与えるおそれがある感染症」とされている。

## (2) 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移と我が国への感染症の侵入リスク

近年の急速なグローバル化の進展に伴い、国境を越えた人や物資の移動がより一層迅速・大量となったことにより、感染症は世界規模で拡大しやすい状況となっている。

このような状況の下、我が国に入国する外国人や出国する日本人の動向について、日本政府観光局(Japan National Tourism Organization: J N T O)の資料による「訪日外国人旅行者数・出国日本人数」の推移をみると、前回の東京オリンピック競技大会が開催された昭和 39 年当時は 48 万人(訪日 35 万人、出国 13 万人)であったものが、感染症法が施行された平成 11 年で 2,080 万人(訪日 444 万人、出国 1,636 万人)、25 年では 2,784 万人(訪日 1,036 万人、出国 1,747 万人。なお、四捨五入の関係で( )外の訪日外国人旅行者数・出国日本人数と( )内の訪日外国人旅行者数及び出国日本人数の合計は一致しない。)、28 年には 4,115 万人(訪日 2,404 万人、出国 1,712 万人。なお、四捨五入の関係で( )外の訪日外国人旅行者数・出国日本人数と( )内の訪日外国人旅行者数及び出国日本人数の合計は一致しない。)に達している。特に訪日外国人旅行者数については、政府が観光立国実現に向けた各種施策を推進してきたこともあって、近年急増しており、「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成 28 年 3 月 30 日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)において、東京オリンピック・パラリンピック競技大会が開催される平成 32 年の訪日外国人旅行者数の目標が「4,000 万人」と設定され、その達成に向けた各種取組が実施されること等を踏まえると、今後も訪日外国人旅行者数は一層増加することが見込まれる。

上記(1)で述べたとおり、我が国においては、これまでのところ、感染力や罹患した場合の重篤性等からみた危険性が極めて高い 1 類感染症の患者の発生はほとんどみられず、そのような実績や地理的条件を考慮すると、我が国に 1 類感染症の患者が侵入するリスクは比較的低いという指摘も見受けられる。しかしながら、国外においては、エボラ出血熱やMER S等の国際的に脅威となる感染症の発生及び流行に引き続き十分な注意が必要な状況となっている中で、平成 32 年の東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催を控え、世界の各地域から我が国を訪れる外国人旅行者の数が今後更に増加すると予想されること等を踏まえると、我が国への感染症、取り分け 1 類感染症の侵入リスクに対し十分な注意が必要なのでは

表 1-(2)-1

図 1-(2)-2

ないかと考えられる。

### (3) 感染症対策の概要

#### ア 感染症対策に係る法的制度の概要

我が国の感染症対策に係る法律としては、①感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策を推進し、感染症の発生の予防とそのまん延の防止を図ることを目的とする感染症法を始めとして、②国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止すること等を目的とする検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）や、③新型インフルエンザ等に対する対策の強化を図ることで、その発生時に国民の生命・健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを目的とする新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号）が挙げられる。

本行政評価・監視結果に基づく勧告の柱である「検疫所における水際対策の徹底・充実」及び「感染症のまん延防止対策の徹底・充実」に関わるものとして、感染症法及び検疫法に係る制度の概要について、以下のとおり述べていく。

#### (7) 感染症法に係る制度の概要

我が国の感染症対策については、従前は伝染病予防法（明治 30 年法律第 36 号）、性病予防法（昭和 23 年法律第 167 号）等に基づき行われていたが、①これまで知られていなかった感染症（新興感染症）の出現等（注 6）や、②感染症を取り巻く状況の変化（注 7）等を背景に、伝染病予防法等に代わる新たな法律として感染症法が平成 10 年 10 月 2 日に公布され、11 年 4 月 1 日から施行された（感染症法の制定により、伝染病予防法、性病予防法及び後天性免疫不全症候群の予防に関する法律（平成元年法律第 2 号）は廃止）。

感染症法の制定により構築された感染症対策の概要は、以下のとおりである。

- ① 感染症の発生・拡大に備えた事前対応型行政の構築
  - ・ 感染症発生動向調査体制の整備・確立
  - ・ 国及び都道府県における総合的な取組の推進（関係各方面との連携を図るため、国が感染症予防の基本指針、都道府県が予防計画をあらかじめ策定し、公表）
  - ・ インフルエンザ、性感染症等に係る特定感染症予防指針の策定・公表
- ② 感染症類型と医療体制の再整理
  - ・ 各感染症の感染力、感染した場合の重篤性、予防方法や治療方法の有効性等を踏まえ、感染症の類型を 1 類感染症から 4 類感染

症、指定感染症及び新感染症に整理

- ・ 感染症の類型ごとに、健康診断、就業制限、入院等の実施について規定
- ③ 患者等の人権尊重に配慮した入院手続の整備
- ・ 感染症の類型に応じた就業制限や入院の実施
  - ・ 患者の意思に基づく入院を促す入院勧告制度の導入
  - ・ 都道府県知事（保健所長）による 72 時間を限度とする入院の実施
- ④ 感染症のまん延防止に資する必要十分な消毒等の措置の整備
- ・ 1 類感染症、2 類感染症又は 3 類感染症のまん延を防止するための消毒等の実施
  - ・ 1 類感染症のまん延防止のための建物に対する立入制限等

その後、感染症法については、平成 15 年 10 月（注 8）、18 年 12 月（注 9）、20 年 5 月（注 10）及び 26 年 11 月（注 11）にそれぞれ一部改正が行われている。

（注）6 昭和 45 年以降、少なくとも 30 以上の新興感染症（例えば、エボラ出血熱、後天性免疫不全症候群（AIDS）、腸管出血性大腸菌感染症（O157）、C 型肝炎）が出現し、また、近い将来克服されると考えられてきた結核、マラリア等の感染症（再興感染症）が人類に再び脅威を与えている状況があった。

7 旧伝染病予防法は、明治 30 年の制定以来 100 年以上経過していたが、この間、医学・医療の進歩、衛生水準の向上、国民の健康・衛生意識の向上、人権の尊重及び行政の公正性・透明性の確保の要請、国際交流の活発化、航空機による大量輸送の進展など、感染症を取り巻く状況は大きく変化していた。

8 平成 15 年改正法の内容は、同年の海外における新興感染症である SARS の発生等を踏まえ、①感染症の類型の見直し（1 類感染症に SARS 及び痘そうを追加するとともに、従前の 4 類感染症を新たな 4 類感染症と 5 類感染症に区分）、②緊急時における疫学調査や患者の入院、消毒等に関する国から都道府県等に対する指示の創設、③海外での動物由来感染症の発生に対応した動物の輸入届出制の創設等である。

9 平成 18 年改正法の内容は、①病原体等の管理体制の確立（病原性、感染力、重篤度等に応じて、病原体等を 1 種病原体等から 4 種病原体等までに分類し、所持、輸入等の禁止、許可、届出、基準の遵守等の規制を創設）、②感染症の類型の見直し（南米出血熱を 1 類感染症に、結核を 2 類感染症にそれぞれ追加するとともに、SARS を 1 類感染症から 2 類感染症に、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス及びパラチフスを 2 類感染症から 3 類感染症にそれぞれ変更）、③結核予防法（昭和 26 年法律第 96 号）の廃止及び感染症法への統合、④患者の人権尊重のための手続の改善（入院勧告を行う際の患者側の意見聴取手続や患者の処遇等に関する苦情申出制度の創設等）等である。

10 平成 20 年当時、鳥インフルエンザ（H5N1）が鳥から人に感染する事例が増えており、この鳥インフルエンザのウイルスが人から人に感染する形に変異し、人類にとって新型のインフルエンザが出現するのではないかと危惧されていた。これを踏まえ、平成 20 年改正法により、感染症の類型に「新型インフルエンザ等感染症」（新型インフルエンザ及び再興型イ

ンフルエンザ)が追加されるとともに、新型インフルエンザ等感染症が発生した場合の措置等に関する諸規定が整備された。

11 平成 26 年改正法の内容は、①感染症の類型の見直し（政令により暫定的に 2 類感染症として扱われていた鳥インフルエンザ（H7N9）及び MERS を 2 類感染症に位置付け）、②感染症に関する情報の収集体制の強化（都道府県知事（緊急時は厚生労働大臣）は、全ての感染症の患者等に対し検体の採取等に応じること、また、医療機関等に対し保有する検体を提出すること等を要請できる旨の規定を整備等）等である。

#### (4) 検疫法に係る制度の概要

検疫法は、「国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止するとともに、船舶又は航空機に関してその他の感染症の予防に必要な措置を講ずること」を目的としている。

検疫法において、外国から来航した船舶又は外国から来航した航空機（以下「船舶等」という。）の長は、検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、当該船舶を国内の港に入れ、又は当該航空機を検疫飛行場以外の国内の場所（港の水面を含む。）に着陸させ、若しくは着水させてはならないとされている。また、船舶等の長が検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、何人も、当該船舶から上陸し、若しくは物を陸揚げし、又は当該航空機及び検疫飛行場ごとに検疫所長が指定する場所から離れ、若しくは物を運び出してはならないとされている。

検疫所長は、①検疫感染症につき、船舶等に乗って来た者、水先人等に対する診察及び船舶等に対する病原体の有無に関する検査を行い、又は検疫官をしてこれを行わせることができ、②当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがないと認めるときは、当該船舶等の長に対して、検疫済証を交付しなければならず、③検疫済証を交付することができない場合においても、当該船舶等を介して検疫感染症の病原体が国内に侵入するおそれがほとんどないと認めるときは、当該船舶等の長に対して、一定の期間を定めて、仮検疫済証を交付することができることとされている。また、④検疫感染症の病原体に汚染し、又は汚染したおそれのある船舶等について、合理的に必要と判断される限度において、i) 1 類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者を隔離し、又は検疫官をして隔離させること、ii) 1 類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者を停留し、又は検疫官をして停留させること、iii) 検疫感染症の病原体に汚染し、若しくは汚染したおそれのある物若しくは場所を消毒し、若しくは検疫官をして消毒させ、又はこれらの物であって消毒により難しいものの廃棄を命ずること等の措置の全部又は一部を採ることができることとされている。

平成 10 年 10 月、国内への感染症の侵入防止のための施策の充実及び感染症法における国内の感染症対策と連携した対応を図るため、感染症法の制定に合わせて検疫法の一部改正が行われ、以下のような措置が講じられた。

- ① 1 類感染症を検疫感染症に追加し、1 類感染症の患者や 1 類感染症に感染したおそれのある者を隔離・停留の対象とすること。
- ② 隔離・停留の方法、場所等を改めるとともに、隔離・停留の解除に係る所要の手続を定めること。
- ③ 検疫所長は、出入国しようとする者に対し、検疫感染症の外国における発生の状況等について情報の提供を行うこととするとともに、そのための情報の収集、整理及び分析に努めるものとする。

平成 15 年 10 月には、同年の海外における S A R S の発生等を踏まえ、感染症法と併せて検疫法の一部改正が行われ、以下のような措置が講じられた（注 12）。

- ① 検疫感染症に「国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるもの」を追加したこと。
- ② 仮検疫済証が交付された場合において、検疫所長は、検疫感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、i）旅券の提示を求め、ii）当該者の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検疫感染症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、iii）一定の期間内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こととしたこと。
- ③ 検疫所長は、上記②の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、保健所その他の医療機関において診察を受けるべき旨その他検疫感染症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等に、当該者の健康状態及び当該指示した事項並びに上記②により報告を求めた事項を通知しなければならないこととしたこと。
- ④ 厚生労働大臣は、外国に新感染症が発生した場合において、当該新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、検疫所長に、当該新感染症にかかっていると疑われる者に対する診察を行わせることができることとしたこと。

(注) 12 その後、平成 18 年 12 月に、コレラ及び黄熱を検疫感染症から除外すること等を内容とする検疫法の一部改正が、20 年 5 月には、①新型インフルエンザ等感染症を隔離、停留等を実施する検疫感染症とすること、②新型インフルエンザ等感染症の患者の隔離や新型インフルエンザ等感

染症の病原体に感染したおそれのある者の停留について、その方法等を定めること、③検疫所長は、仮検疫済証を交付する場合に、新型インフルエンザ等感染症の病原体に感染したおそれのある者で停留されないものに対し、旅券の提示を求め、又は国内における居所、連絡先、氏名、旅行の日程等について報告を求めることができるものとするとともに、報告された事項を当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事に通知しなければならないこととする等とすること等を内容とする検疫法の一部改正が行われた。

## イ 国際的に脅威となる感染症対策の強化に係る取組の概要

平成 25 年から 26 年にかけてエボラ出血熱が西アフリカで大規模流行した際、我が国では、海外で邦人の感染が確認された場合や国内で感染が確認された場合に備え、26 年 10 月に内閣総理大臣を主宰とする「エボラ出血熱対策関係閣僚会議」を設置し、政府一体となった取組を行った。また、平成 27 年 5 月の韓国における M E R S の感染拡大の際にも、我が国において水際対策等の強化を行った。

西アフリカにおけるエボラ出血熱や韓国における M E R S の感染拡大事案は、流行国の国民生活及び経済活動への甚大な影響のみならず、国際社会にも大きな衝撃と不安を与えたところであり、これらと同様に国際的に脅威となる感染症は今後も発生する可能性があるとして、政府は、このような感染症への対策について、関係行政機関の緊密な連携の下、その効果的かつ総合的な推進を図るため、平成 27 年 9 月に内閣総理大臣を主宰とする「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」を設置し、「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」を同閣僚会議で決定した。この基本方針では、まず「基本的な方向性」として、①国際的に脅威となる感染症に係る国際的な対応と国内対策の一体的推進、②国際的に脅威となる感染症の発生国・地域に対する我が国の貢献及び役割の強化、③国際的に脅威となる感染症に対する国内の対応能力の向上による危機管理体制の強化の 3 点が示されている。次に「重点的に強化すべき事項」として、①国際協力及び海外情報収集等の強化、②国内における感染症に係る危険性の高い病原体等の検査・研究体制の整備、③国際社会において活躍する我が国の感染症対策に係る人的基盤の充実方策、④国内における感染防止対策及び在外邦人の安全対策の強化といった事項が挙げられている。

また、上記閣僚会議は、平成 28 年 2 月、上記基本方針に基づき、32 年度までを計画期間とする「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」（以下「感染症対策強化基本計画」という。）を策定した。感染症対策強化基本計画では、五つの重点プロジェクト（施策群）及び 67 の各分野別施策が定められている。このうち、重点プロジェクト（施策群）の一つである「感染症国内対処能力強化プロジェクト」における「国内関係機関の体制等の強化」では、



① 検疫所において、諸外国における感染症の発生や訪日外国人旅行者の増加に対応するため、人的体制を整備するとともに、感染症の疑いのある者の待機室（陰圧室）、空調等の設備、発熱者を発見するためのサーモグラフィー等の機器の整備を計画的に進めることにより、必要な検疫機能の強化を図る

② 国内における感染症発生時に適切な対応を行うため、1類感染症及び2類感染症に対する感染症指定医療機関（注13）の運営に対する継続的な補助を行うとともに、第1種感染症指定医療機関が未整備の県の解消を図る

等とされている。加えて、各分野別施策についても、「国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」における「検疫所等関係機関の対処能力の向上及び国内で感染（疑いを含む）が確認された場合の対応の確保」では、

① 検疫所において、関係機関と連携したエボラ出血熱患者の搬送訓練等の感染症措置訓練、検査に関する最新の知見・検査技術を習得する検査技術研修等を毎年度実施する

② 地方自治体及び感染症指定医療機関等において、関係機関間で連携したエボラ出血熱等の患者の搬送訓練等感染症発生時等の対応訓練及び研修会等を継続的に実施する

③ 感染症患者の移送について、保健所等の体制が十分に整っていない地域における消防機関と保健所等との連携体制の構築に向けた取組を促進する

等とされている。

（注）13 感染症指定医療機関は、感染症患者に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐため、新感染症の所見がある者又は1類感染症、2類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる医療機関として、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定するものであり、担当する感染症の類型等に応じて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関及び第2種感染症指定医療機関に区分される（項目3細目(1)参照）。

表1-3)

#### ウ 1類感染症への対応に関する検討の状況

厚生労働省は、西アフリカを中心に感染拡大したエボラ出血熱への対応での様々な経験を踏まえつつ、今後国際的に脅威となる感染症が発生する可能性を見据えて、これらの感染症の発生予防及びまん延防止のための対策を強化することが重要であるとして、1類感染症のうち、特にウイルス性出血熱（エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、ラッサ熱）に対する行政機関等における対応指針を整備することとし（注14）、平成27年9月、ウイルス学、疫学、感染症の診療等の専門家及び行政関係者による検討会議として「1類感染症に関する検討会」を設置した。同検討会では、ウイルス性出血熱に関する行政の対応体制、患者の移送、検体の採取と輸送、医療体制（医療機関における治療指針）、積

極的疫学調査、消毒方法、広報、情報提供の在り方等について検討が行われ、その結果、28年6月に「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」が取りまとめられた。あわせて、この手引きを補足する目的で、同検討会が出された議論や意見について、今後も継続的に検討すべき課題を中心に報告書として取りまとめられた。

この報告書においては、今後も継続的に検討すべき課題として、①特定及び第1種感染症指定医療機関に求められる要件、②感染症指定医療機関における医療提供の在り方、③一般医療機関における対応、④情報公開の在り方、⑤ウイルス性出血熱の病原体を保持していないことの確認方法と退院の目安、⑥危機発生時における研究の実施体制、⑦外国人への対応が挙げられている。

(注) 14 前出の「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」において、「国内における感染防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」に係る事項の一つとして、1類感染症についての行政機関等における対応方針を整備する旨が盛り込まれており、また、感染症対策強化基本計画においても、「国内における感染症防止対策及び在外邦人の安全対策の強化」に係る事項の一つとして、「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」等を作成し、医療関係団体等の協力も得て、行政機関（検疫所、地方自治体・保健所・地方衛生研究所）等におけるより迅速で適切な対応を促すことが定められている。

表 1-(1)-1 我が国における感染症の発生数の状況（平成 23 年から 27 年まで）

（単位：人）

分類	感染症名	平成23年	24年	25年	26年	27年
1 類感染症		0	0	0	0	0
2 類感染症	急性灰白髄炎	1	0	1	0	0
	結核	31,483	29,317	27,052	26,629	24,523
	小計	31,484	29,317	27,053	26,629	24,523
3 類感染症	コレラ	12	3	4	5	7
	細菌性赤痢	300	214	143	158	156
	腸管出血性大腸菌感染症	3,940	3,768	4,044	4,151	3,573
	腸チフス	21	36	65	53	37
	パラチフス	23	24	50	16	32
	小計	4,296	4,045	4,306	4,383	3,805
4 類感染症	E 型肝炎	61	121	127	154	212
	A 型肝炎	176	157	128	433	243
	エキノкокクス症 (単包条虫)	3	2	2	0	2
	エキノкокクス症 (多包条虫)	22	15	18	28	25
	オウム病	12	8	6	8	5
	回帰熱	0	1	1	1	4
	Q 熱	1	1	6	1	0
	コクシジオイデス症	2	2	4	2	3
	重症熱性血小板減少症候群	—	—	48	61	60
	チクングニア熱	10	10	14	16	17
	つつが虫病	462	436	344	320	422
	デング熱	113	221	249	341	293
	日本紅班熱	190	171	175	241	215
	日本脳炎	9	2	9	2	2
	ブルセラ症	2	0	2	10	5
	ボツリヌス症 (食餌性)	0	2	0	0	0
	ボツリヌス症 (乳児)	5	0	0	0	1
	ボツリヌス症 (不明)	1	1	0	1	0
	マラリア (三日熱)	29	19	7	11	8
	マラリア (四日熱)	3	2	2	0	2
	マラリア (卵形)	1	4	2	4	1
	マラリア (熱帯熱)	44	40	29	42	26
	マラリア (不明)	1	7	7	3	3
	野兔病	0	0	0	1	2
ライム病	9	12	20	17	9	

	類鼻疽	3	0	4	0	1
	レジオネラ症	818	899	1,124	1,248	1,592
	レプトスピラ症	26	30	29	48	33
	小計	2,003	2,163	2,357	2,993	3,186
5 類感染症	アメーバ赤痢	814	932	1,047	1,134	1,109
	ウイルス性肝炎（B型）	200	186	236	188	206
	ウイルス性肝炎（C型）	36	38	30	27	35
	ウイルス性肝炎（その他）	14	12	20	11	14
	カルバペネム耐性腸内細菌科 細菌感染症	—	—	—	314	1,671
	急性脳炎	258	371	369	459	511
	クリプトスポリジウム症	8	6	25	98	15
	クロイツフェルト・ヤコブ病	138	185	203	177	192
	劇症型溶血性レンサ球菌感染 症	197	242	203	268	415
	後天性免疫不全症候群（無症 候性キャリア）	961	871	977	951	876
	後天性免疫不全症候群（A I D S）	468	443	486	450	429
	後天性免疫不全症候群（その 他）	106	124	123	137	126
	ジアルジア症	65	72	82	68	81
	髄膜炎菌性髄膜炎	12	15	2	—	—
	侵襲性髄膜炎菌感染症	—	—	23	37	34
	侵襲性インフルエンザ菌感染 症	—	—	108	200	252
	侵襲性肺炎球菌感染症	—	—	1,001	1,825	2,403
	水痘（患者が入院を要すると 認められるものに限る。）	—	—	—	143	313
	先天性風しん症候群	1	4	32	9	0
	梅毒（早期顕症梅毒Ⅰ期）	141	160	217	337	776
	梅毒（早期顕症梅毒Ⅱ期）	291	315	475	620	982
	梅毒（晩期顕症梅毒）	54	48	66	81	90
	梅毒（先天梅毒）	6	4	4	10	13
	梅毒（無症候）	335	348	466	613	829
	播種性クリプトコックス症	—	—	—	37	120
	破傷風	118	118	128	126	120
	バンコマイシン耐性腸球菌感 感	73	91	55	56	66

	感染症					
	風しん	378	2,386	14,344	319	163
	麻疹	439	283	229	462	35
	薬剤耐性アシネトバクター感 染症	—	—	—	15	38
	小計	5,113	7,254	20,951	9,172	11,914
	合 計	42,896	42,779	54,667	43,177	43,428

- (注) 1 「感染症発生動向調査」(厚生労働省)に基づき当省が作成した。
- 2 各欄の数値は感染症の発生数を、「—」は発生数が不明であることを示す。
- 3 記載した感染症は、平成23年1月1日から27年12月31日までの間に発生したものである。
- 4 重症熱性血小板減少症候群は、平成25年3月4日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 5 カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 6 侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症及び侵襲性肺炎球菌感染症は、平成25年4月1日から新たに感染症法の対象に追加された疾病であり、髄膜炎菌性髄膜炎は、これら疾病との重複を避けるため、感染症法の対象から削除された。
- 7 水痘(患者が入院を要すると認められるものに限る。)は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 8 播種性クリプトコックス症は、平成26年9月19日から新たに感染症法の対象に追加された疾病である。
- 9 薬剤耐性アシネトバクター感染症は、平成26年9月19日より定点把握対象疾患から全数把握対象疾患となったものである。

## 図 1-(1)-2 我が国における 1 類感染症患者の発生例

### 参考 ● わが国におけるラッサ熱患者および停留事例

1976 年 2 月、ラッサ熱患者（米国平和部隊の隊員）と偶然同じ飛行機に搭乗した日本人 5 名が、荏原病院検疫伝染病棟へ収容され、健康観察が行われた。このとき日本人からの発病はなかった。

1987 年、49 歳の男性（水道工事技師）が JICA により水道援助調査団の一員として、2 月 23 日、西アフリカのシエラレオネ国に出張し、フリータウン市等に在住し、3 月 14 日に帰国した。それまで症状はなかったが、3 月 16 日の朝から、発熱、頭痛、咽頭痛が始まった。当日は、会社に出勤し、夜には 38～39℃の稽留熱となった。悪寒戦慄はなかった。

3 月 17 日にも症状は続いたが、そのまま終日出勤した。18 日は、会社を休んで近医を受診し、風邪薬を服用し、19 日も会社を休み服薬を続けた。症状が重くなったので、20 日に東京大学付属医科学研究所を受診した。

医科研では検査を行い、マラリアの疑いでクロロキンを投与した。その夜から 1 日 1～3 回の水様性下痢が始まった。21 日、22 日は自宅でクロロキンを服用したが、症状は悪化した。

23 日朝、救急車で医科研に入院した。38℃の発熱、心窩部痛、吸気時の胸痛、1 日 2 回の下痢が見られ、顔面、手掌の強い高潮、頸部リンパ節と耳下腺の両側の腫脹、結膜炎、咽頭炎を認めた。また、胸水の少量の貯留を認めた。治療として安静、点滴、強心剤が投与された。

その後、27 日まで、38℃以上の熱発が続いた。下肢に小紅斑紋丘疹が出現したが、1 日で消失した。心嚢液の貯留が始まり、心筋障害を認めた。30 日にリンパ節生検が行われた。

4 月 18 日には、軽度の心筋障害以外の症状がない状態で改善した。

4 月 20 日、ウイルス性出血熱を疑って、ウイルス分離を試みたが陰性。しかし、抗ラッサ熱ウイルス抗体は、IgG 陽性、IgM 陰性であった。

5 月 27 日、「ウイルス性出血熱の疑い」との診断で、医科研を退院となる。

7 月末に心不全をきたし、心嚢炎と腹膜炎のため 8 月 8 日、医科研に再入院となった。8 月 15 日、保健所に届出があり、同日、患者は都立荏原病院の高度安全病棟に隔離入院となる。9 月 16 日、ウイルスが検出されなかったため、一般病棟に転床となった。

(東京都資料より引用)

(注) 「ウイルス性出血熱—診療の手引き—」(平成 23 年度～25 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)。平成 28 年 3 月改訂)による。

図 1-(1)-3 エボラ出血熱の概要

## エボラ出血熱の感染経路・感染リスク

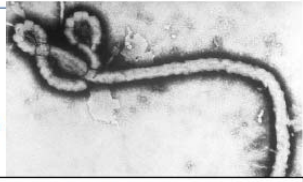
### 基本情報

**病原体** ・フィロウィルス科エボラウィルス属のウィルス

**潜伏期間** ・2-21日

**症状** ・初期症状は発熱、倦怠感、筋肉痛、頭痛、咽頭痛など  
 ・症状出現から約5日で嘔吐、下痢、腹痛などの消化器症状が出現する  
 ・重症例では腎不全、肝不全、出血症状などがみられる

**治療** ・輸液、輸血、透析などの支持療法



出典：国立感染症研究所ホームページ

### 感染源・感染経路

**感染源** ・感染した動物の死体や生肉との接触、またその生肉の摂取により感染する  
 ・感染した人の血液、便、尿、唾液、精液などの体液に直接接触した際に粘膜等から感染する  
 ・空気感染はしない  
 ・患者の発症前に接触した者が感染するリスクは低い

### 曝露様式と感染予防策の有無によるリスクレベルの区分

曝露様式	感染予防策※あり	感染予防策※なし
針刺し・粘膜・傷口への曝露		高リスク
患者や遺体の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等に接触	低リスク	高リスク
患者や遺体の検体処理	低リスク	高リスク
患者や遺体の概ね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等	低リスク	高リスク
上記に該当しない、患者や遺体に関わった医療従事者や搬送従事者(救急用自動車等)、患者や遺体の同居の家族など	低リスク	低リスク

※感染予防策：適切な个人防护服の使用

「ウイルス出血熱に対する積極的疫学調査実施要領～地方実地対向け」より改変

## エボラ出血熱の感染経路・感染リスク

← 発症前はウイルス量は低いため 他者に感染させるリスクは低い
 → 発症するとウイルス量は増加する


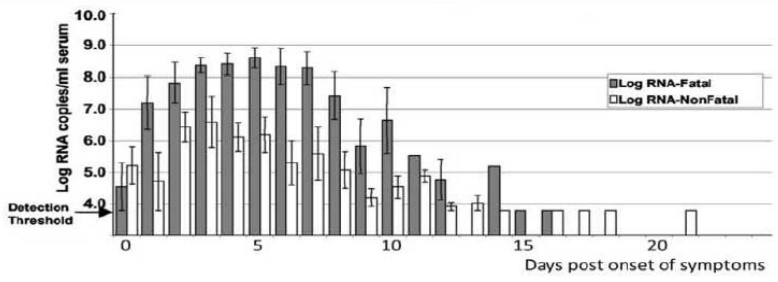


Figure 1. Ebola virus RNA copy levels in sera over time from 45 Ebola Virus Disease (EVD) patients (27 fatal, 18 non-fatal)<sup>35</sup>

Figure 1.



Each bar represents the arithmetic mean value, and the error bars represent 1 standard error of the mean for each time point.

Figure 3A from Towner JS et al. J Virol. 2004. 78(8):4330. DOI: 10.1128/JVI.78.8.4330-4341.2004.

出典：米国CDCホームページ

2～21日
約5日

▲


感染

▲

潜伏期


▲

初期症状が出現



▲

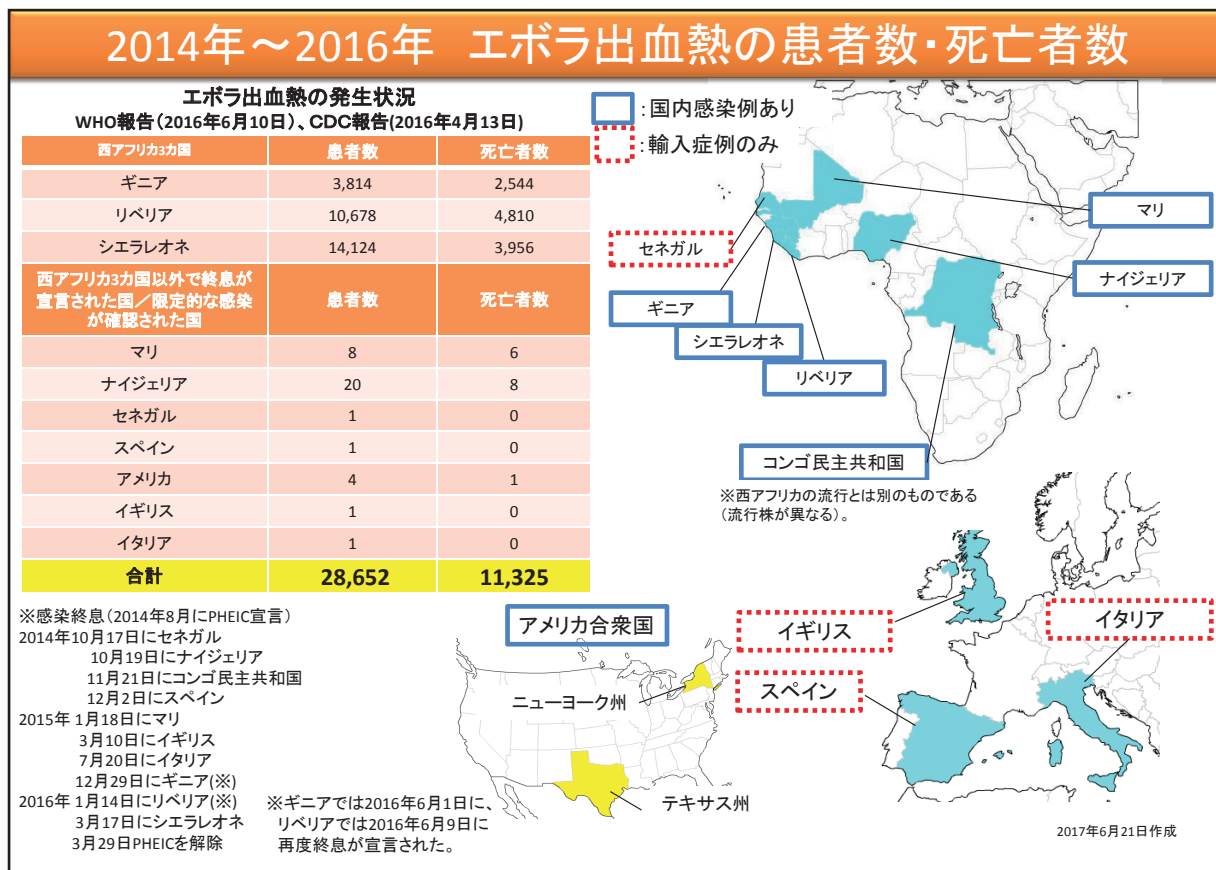
嘔吐、下痢、出血症状などが出現



(注) 厚生労働省の資料による。



図 1-1-4 エボラ出血熱による被害状況



(注) 厚生労働省の資料による。

図 1-1-5 先進国におけるエボラ出血熱患者の状況 (平成 27 年 10 月時点)

	国名	感染者	転帰	発表日 or 発症日
①	スペイン	スペインで治療に従事していた看護師	退院	2014/10/6
②	米国	リベリアからの旅行者	死亡	2014/9/30
③		米国で②の治療に従事していた看護師	退院	2014/10/12
④		米国で②の治療に従事していた看護師	退院	2014/10/15
⑤		ギニアで医療活動を行っていた医師	退院	2014/10/23
⑥	英国	シエラレオネで活動していた医療従事者	退院	2014/12/29
⑦	イタリア	シエラレオネで活動していた医療従事者	退院	2015/5/10

(注) 厚生労働省の資料による。



図1-1-6 我が国においてエボラ出血熱への感染を疑い対応した事例

No.	第一報 報告日	年齢	性別	国籍	住所/地	滞在国	報告の経緯	検査 結果	備考
	所在地								
1	10月27日 (H26)	40代	男性	-	-	西アフリカ	羽田空港到着時に発熱あり。	陰性	本人の希望により、これ以上の情報は非公開
2	11月7日 (H26)	60代	男性	日本	東京都	リベリア	本人から検疫所に連絡。	陰性	近医を受診。近医は扁桃腺炎と診断。
3	11月7日 (H26)	20代	女性	ギニア	-	ギニア	関西国際空港到着時に発熱あり。	陰性	マラリア陽性。
4	12月29日 (H26)	30代	男性	日本	東京都	シエラレオネ	本人から保健所に連絡。	陰性	遺体袋との接触歴あり。急性副鼻腔炎と診断。
5	1月18日 (H27)	70代	女性	日本	東京都	シエラレオネ	本人から検疫所に連絡。	陰性	インフルエンザ陽性。
6	3月15日 (H27)	40代	男性	外国籍	東京都	リベリア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
7	5月18日 (H27)	40代	男性	日本	福岡県	ギニア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
8	7月1日 (H27)	40代	男性	日本	静岡	ギニア	本人から検疫所に連絡。	陰性	マラリア陽性。
9	7月15日 (H27)	30代	男性	ギニア	-	ギニア	成田空港到着時に発熱あり。	陰性	感染性腸炎疑い。

(注) 厚生労働省の資料による。

図1-1-7 海外における1類感染症等の発生状況

2017年		1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月	
		症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
一類 感染症	エボラ出血熱	0	0	0	0	0	0	0	0	8※1	4※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	コンゴ民主共和国	0	0	0	0	0	0	0	0	8※1	4※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	クミア・コンゴ出血熱※2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	痘そう(天然痘)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	南米出血熱 (アルゼンチン出血熱、ポリビア出血熱、 ベネズエラ出血熱※3、ブラジル出血熱)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ペスト※4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	マダガスカル	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	マールブルグ病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ラッサ熱※5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	急性灰白髄炎(ポリオ)	3	-	2	-	1	-	8	-	16	-	8	-	8	-	5	-	-	-	-	-
二類 感染症(一部)	バキスタン	1	-	1	-	0	-	0	-	0	-	1	-	0	-	2	-	-	-	-	-
	アフガニスタン	2	-	1	-	0	-	1	-	0	-	1	-	1	-	0	-	-	-	-	-
	コンゴ民主共和国	0	-	0	-	1	-	1	-	0	-	0	-	7	-	0	-	-	-	-	-
	シリア・アラブ共和国※6	0	-	0	-	0	-	6	-	16	-	6	-	0	-	3	-	-	-	-	-
	重症急性呼吸器症候群(SARS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	中東呼吸器症候群(MERS)	19	9	20	8	22	3	15	3	21	8	61	8	11	7	32	5	4	1	-	-
	サウジアラビア	19	9	20	8	20	2	13	3	18	8	60	8	10	7	30	5	4	1	-	-
	カタール	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
	アラブ首長国連邦	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	-	-
	レバノン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-	-
オマーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	-	-	
鳥インフルエンザ(H5N1)	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	-	-	
エジプト	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
インドネシア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	-	-	
鳥インフルエンザ(H7N9)	227	29	106	13	82	12	97	24	56	6	23	4	2	0	5	2	1	0	-	-	
中国(香港・マカオを含む)	225	29	106	13	82	12	97	24	56	6	23	4	2	0	5	2	1	0	-	-	
台湾	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	

(注) WHO Disease outbreak news等で報告された発症日(不明の場合は確定日又は報告日)に基づいた数を厚生労働省健康局結核感染症課において集計。各数値は暫定値であり、変更される可能性あり。  
 ※1: 疑い事例を含む。なお、確定事例は5例。 ※2: トルコ、イラン、ロシア、ウズベキスタン等のアフリカ、アジア、ヨーロッパで発生しており、年間50例以上の発生報告がある。  
 ※3: ベネズエラにおいて2017年1月2日から2月26日までに疑い事例を含め57例(うち6例死亡)の報告あり。  
 ※4: 2010~2015年の報告数は世界全体で3248例(うち584例が死亡)。 ※5: 年間10万~30万人の感染者が発生。 ※6: 後に除外された1名を含む。

平成29年10月11日作成

(注) 1 厚生労働省の資料による。

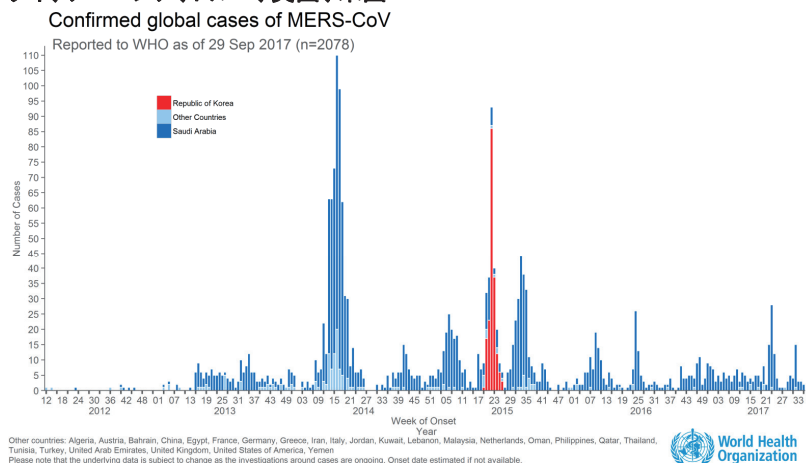
2 太線枠は当省が付した。

図 1-(1)-8 MERS の発生状況

## 中東呼吸器症候群 (MERS) の発生状況 (2012年9月以降)

- 2012年9月以降、アラビア半島諸国を中心に発生の報告がある重症呼吸器感染症で、2017年10月9日 WHO発表によると、報告された診断確定患者数は2090名 (うち、少なくとも730名死亡)。
- 患者が報告されている国: サウジアラビア、アラブ首長国連邦、ヨルダン、カタール、オマーン、クウェート、イエメン
- 輸入症例が報告されている国: アルジェリア、オーストリア、バーレーン、中国、エジプト、フランス、ドイツ、ギリシャ、イラン、イタリア、レバノン、マレーシア、オランダ、フィリピン、韓国、タイ、チュニジア、トルコ、英国、米国

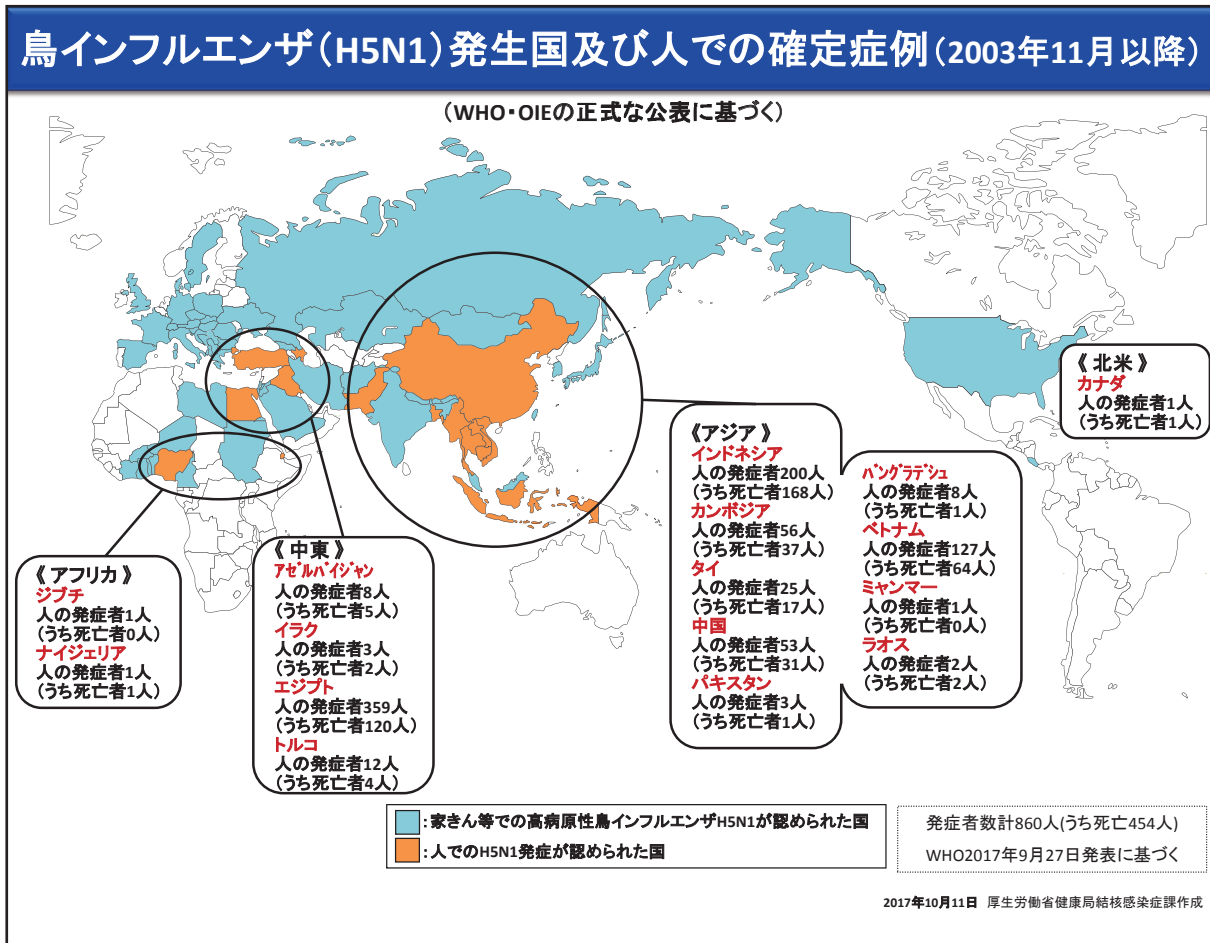
発生が報告されている中東諸国



厚生労働省健康局結核感染症課 平成29年10月10日作成

(注) 厚生労働省の資料による。

図1-1-9 鳥インフルエンザ（H5N1）の発生状況

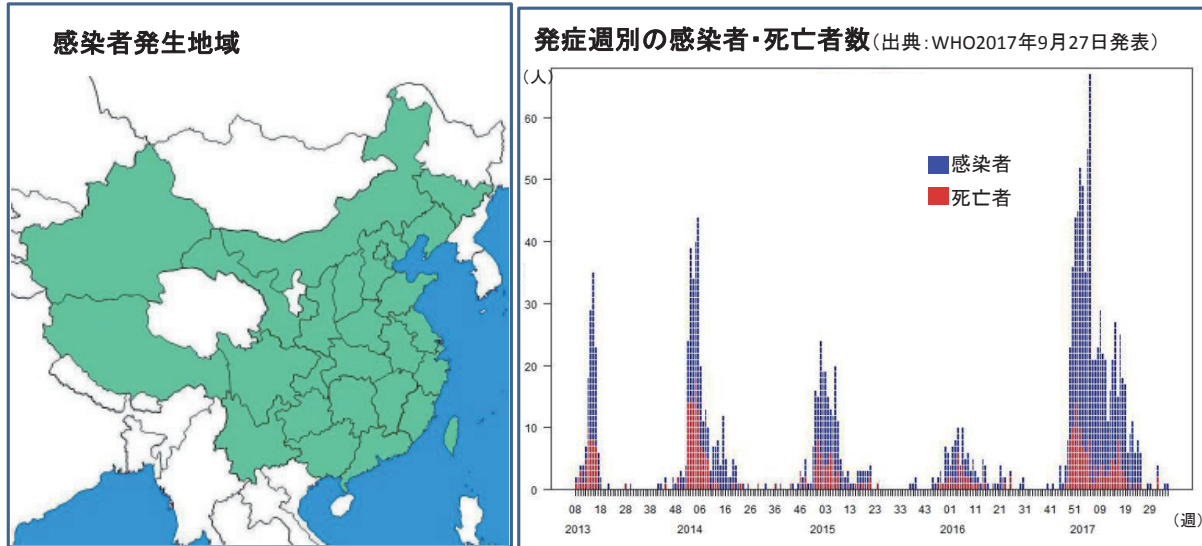


(注) 厚生労働省の資料による。

図1-(1)-10 鳥インフルエンザ (H7N9) の発生状況

## 鳥インフルエンザA(H7N9)の発生状況(2013年3月以降)

2017年9月27日WHO発表によると、2013年3月以降、ヒト感染患者は1564名(うち、少なくとも612名死亡)。  
 発生地域は中国(4市19省4自治区)、香港特別区、マカオ特別区、台湾で、輸入症例はマレーシア、カナダにて報告がある。



感染者数: 中国(香港及びマカオを含む)1556名、台湾5名、マレーシア1名(輸入症例)、カナダ2名(輸入症例)

厚生労働省健康局結核感染症課 H29.10.11作成

(注) 厚生労働省の資料による。

表 1-(1)-11 感染症法に基づく感染症の分類

感染症類型	性質	対象疾病	該当 疾病数
1 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	7
2 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)、中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。)、鳥インフルエンザ(H5N1)、鳥インフルエンザ(H7N9)	7
3 類感染症	特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	5
4 類感染症	動物、飲食物等の物件を介して感染する感染症	E型肝炎、A型肝炎、マラリア、エキノコックス症、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、チクングニア熱、つつが虫病、日本紅斑熱、デング熱、レジオネラ症、レプトスピラ症等	44
5 類感染症	国が感染症発生動向調査を行い、必要な情報を一般国民等に提供・公開していくことが必要な感染症	インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、後天性免疫不全症候群、梅毒、麻しん、アメーバ赤痢、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、風しん等	46
新型インフルエンザ等感染症	新たに人から人に伝染するようになったインフルエンザ又はかつて流行したインフルエンザが	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	2

	再興したものであって、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの		
指定感染症	1～3 類に準じた対応の必要が生じた感染症	(該当なし)	0
新感染症	既知の感染症と症状等が明らかに異なり、その伝染力及び罹患した場合の重篤度から判断した危険性が極めて高い感染症	(該当なし)	0

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき当省が作成した。

2 平成 29 年 10 月現在の分類である。

3 5 類感染症は、平成 15 年の感染症法改正により追加されたものである。

4 新型インフルエンザ等感染症は、平成 20 年の感染症法改正により追加されたものである。

表 1-(1)-12 検疫感染症の関係法令

<p>○ 検疫法（昭和 26 年法律第 201 号）＜抜粋＞</p> <p>（検疫感染症）</p> <p>第 2 条 この法律において「検疫感染症」とは、次に掲げる感染症をいう。</p> <p>一 <u>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（平成十年法律第百十四号）に規定する一類感染症</u></p> <p>二 <u>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に規定する新型インフルエンザ等感染症</u></p> <p>三 <u>前二号に掲げるもののほか、国内に常在しない感染症のうちその病原体が国内に侵入することを防止するためその病原体の有無に関する検査が必要なものとして政令で定めるもの</u></p>
<p>○ 検疫法施行令（昭和 26 年政令第 377 号）＜抜粋＞</p> <p>（政令で定める検疫感染症）</p> <p>第 1 条 検疫法（以下「法」という。）第二条第三号の政令で定める感染症は、<u>ジカウイルス感染症、チクングニア熱、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MER S コロナウイルスであるものに限る。別表第二において単に「中東呼吸器症候群」という。）、</u> <u>デング熱、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであつてその血清亜型が H5N1 又は H7N9 であるものに限る。同表において「鳥インフルエンザ（H5N1・H7N9）」という。）及びマラリアとする。</u></p>

（注）下線は当省が付した。

表 1-(1)-13 検疫感染症の種類

検疫法の分類	感染症法の分類	感染症の種類
第 2 条第 1 号	1 類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルク病、ラッサ熱 計 7 種類
第 2 条第 2 号	新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ 計 2 種類
第 2 条第 3 号	2 類感染症	MERS、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9） 計 3 種類
	4 類感染症	ジカウイルス感染症、チクングニア熱、デング熱、マラリア 計 4 種類

（注）検疫法及び感染症法に基づき当省が作成した。

表1-(2)-1 訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移（昭和39年から平成28年まで）

年 Year		旅行者数 International Travelers			
		訪日外客数(*1) Visitor Arrivals	伸率 Change	出国日本人数(*2) Japanese Overseas Travelers	伸率 Change
		人 persons	%	人 persons	%
1964	昭和39年	352,832	15.5	127,749	27.7
1965	昭和40年	366,649	3.9	158,827	24.3
1966	昭和41年	432,937	18.1	212,409	33.7
1967	昭和42年	476,771	10.1	267,538	26.0
1968	昭和43年	519,004	8.9	343,542	28.4
1969	昭和44年	608,744	17.3	492,880	43.5
1970	昭和45年	854,419	40.4	663,467	34.6
1971	昭和46年	660,715	△22.7	961,135	44.9
1972	昭和47年	723,744	9.5	1,392,045	44.8
1973	昭和48年	784,691	8.4	2,288,966	64.4
1974	昭和49年	764,246	△2.6	2,335,530	2.0
1975	昭和50年	811,672	6.2	2,466,326	5.6
1976	昭和51年	914,772	12.7	2,852,584	15.7
1977	昭和52年	1,028,140	12.4	3,151,431	10.5
1978	昭和53年	1,038,875	1.0	3,525,110	11.9
1979	昭和54年	1,112,606	7.1	4,038,298	14.6
1980	昭和55年	1,316,632	18.3	3,909,333	△3.2
1981	昭和56年	1,583,043	20.2	4,006,388	2.5
1982	昭和57年	1,793,164	13.3	4,086,138	2.0
1983	昭和58年	1,968,461	9.8	4,232,246	3.6
1984	昭和59年	2,110,346	7.2	4,658,833	10.1
1985	昭和60年	2,327,047	10.3	4,948,366	6.2
1986	昭和61年	2,061,526	△11.4	5,516,193	11.5
1987	昭和62年	2,154,864	4.5	6,829,338	23.8
1988	昭和63年	2,355,412	9.3	8,426,867	23.4
1989	平成元年	2,835,064	20.4	9,662,752	14.7
1990	平成2年	3,235,860	14.1	10,997,431	13.8
1991	平成3年	3,532,651	9.2	10,633,777	△3.3
1992	平成4年	3,581,540	1.4	11,790,699	10.9
1993	平成5年	3,410,447	△4.8	11,933,620	1.2
1994	平成6年	3,468,055	1.7	13,578,934	13.8
1995	平成7年	3,345,274	△3.5	15,298,125	12.7
1996	平成8年	3,837,113	14.7	16,694,769	9.1
1997	平成9年	4,218,208	9.9	16,802,750	0.6
1998	平成10年	4,106,057	△2.7	15,806,218	△5.9
1999	平成11年	4,437,863	8.1	16,357,572	3.5
2000	平成12年	4,757,146	7.2	17,818,590	8.9
2001	平成13年	4,771,555	0.3	16,215,657	△9.0
2002	平成14年	5,238,963	9.8	16,522,804	1.9
2003	平成15年	5,211,725	△0.5	13,296,330	△19.5
2004	平成16年	6,137,905	17.8	16,831,112	26.6
2005	平成17年	6,727,926	9.6	17,403,565	3.4
2006	平成18年	7,334,077	9.0	17,534,565	0.8
2007	平成19年	8,346,969	13.8	17,294,935	△1.4
2008	平成20年	8,350,835	0.0	15,987,250	△7.6
2009	平成21年	6,789,658	△18.7	15,445,684	△3.4
2010	平成22年	8,611,175	26.8	16,637,224	7.7
2011	平成23年	6,218,752	△27.8	16,994,200	2.1
2012	平成24年	8,358,105	34.4	18,490,657	8.8
2013	平成25年	10,363,904	24.0	17,472,748	△5.5
2014	平成26年	13,413,467	29.4	16,903,388	△3.3
2015	平成27年	19,737,409	47.1	16,213,789	△4.1
2016	平成28年	24,039,700	21.8	17,116,420	5.6

◆注 (\*1): 法務省資料に基づき、外国人正規入国者のうちから日本に永続的に居住する外国人を除き、さらに一時上陸客等を加えて集計した。  
(\*2): 法務省資料による。  
(\*3): 値はすべて確定値である。

(注) 日本政府観光局 (JNTO) の資料による。



図1-(2)-2 「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)の概要



(注) 「明日の日本を支える観光ビジョン」(平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定)の概要資料による。

表 1－(3) 感染症指定医療機関の種類等

区分	指定権限者	担当する感染症の類型	配置基準
特定	厚生労働大臣	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新感染症</li> <li>・1類感染症</li> <li>・2類感染症</li> <li>・新型インフルエンザ等感染症</li> </ul>	なし
第1種	都道府県知事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1類感染症</li> <li>・2類感染症</li> <li>・新型インフルエンザ等感染症</li> </ul>	原則として都道府県ごとに1か所指定、病床数は2床
第2種		<ul style="list-style-type: none"> <li>・2類感染症</li> <li>・新型インフルエンザ等感染症</li> </ul>	原則として二次医療圏ごとに1か所指定、病床数は二次医療圏の人口に応じた次の病床数 <ul style="list-style-type: none"> <li>・30万人未満：4床</li> <li>・30万人以上100万人未満：6床</li> <li>・100万人以上200万人未満：8床</li> <li>・200万人以上300万人未満：10床</li> <li>・300万人以上：12床</li> </ul>

(注) 1 感染症法、「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」(平成 11 年厚生省告示第 115 号)及び「感染症指定医療機関の指定について」(平成 11 年 3 月 19 日付け健医発第 457 号厚生省保健医療局長通知)に基づき当省が作成した。

2 「特定」は特定感染症指定医療機関、「第 1 種」は第 1 種感染症指定医療機関、「第 2 種」は第 2 種感染症指定医療機関である(後掲の図表において同じ)。

3 「配置基準」欄は、「感染症指定医療機関の指定について」に定められた第 1 種病室又は第 2 種病室の病床数の基準に基づき、その内容を記載した。

なお、特定感染症指定医療機関については、国が直接指定するため、病床数の基準はない。