

感染症対策に関する行政評価・監視
—国際的に脅威となる感染症への対応を中心として—

結果に基づく勧告

平成 29 年 12 月

総 務 省

前 書 き

グローバリゼーションの進展等により、国境を越えて国際社会全体に広がる感染症が脅威となっており、近年は、西アフリカにおけるエボラ出血熱の感染拡大、アラビア半島諸国を中心に発生が確認された中東呼吸器症候群（MER S）の韓国における感染拡大などがみられる。

これらの事案は、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影響と不安を与えたところであり、今後、エボラ出血熱やMER S以外にも国際的に脅威となる感染症が発生するおそれがあるとされている。

このような中で、国は、検疫法（昭和26年法律第201号）により、検疫所において国内に常在しない感染症の病原体の国内侵入を防止するとともに、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）により、感染症指定医療機関の整備を促進するなど国内対策としての備えを行ってきた。また、平成27年9月、「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）を定め、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り危機管理体制を強化することとしている。

しかし、感染症対策への取組については、感染症に感染したおそれのある者に対する入国後の健康状態等の把握や、適切な患者搬送を行うための体制・機材の確保や関係機関の連携が不十分な状況がみられるほか、感染症指定医療機関の中には診療体制等が不十分なものがあるとの指摘もある。

この行政評価・監視は、以上のような状況を踏まえ、国際的に脅威となる感染症を中心として、感染症が発生した際の迅速・的確な対応を確保する観点から、検疫所における水際対策の実施状況及び感染症のまん延防止対策の実施状況を調査するとともに、今後の感染症危機への対応のために必要な関係行政機関等の連携の実態を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

目 次

1	感染症対策をめぐる背景事情	1
2	検疫所における水際対策の徹底・充実	14
(1)	健康監視の的確な実施	14
(2)	検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保	28
ア	検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の適切な確保	28
イ	総合的訓練の適切な実施	33
3	感染症のまん延防止対策の徹底・充実	36
(1)	感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備	36
(2)	国内で発生した感染症患者等の移送措置の実効性の確保	51

1 感染症対策をめぐる背景事情

(1) 近年における感染症の発生動向

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。

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。

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)。

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。

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、MERS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

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：JNTO）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MERS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。

(イ) 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たときは、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たときは、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。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内容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見て、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）。

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、同検討会で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。

2 検疫所における水際対策の徹底・充実

(1) 健康監視の的確な実施

(検疫感染症の水際対策の重要性の高まり)

近年、西アフリカにおけるエボラ出血熱の感染拡大、アラビア半島諸国を中心に発生したMER Sの韓国における感染拡大など、国境を越えて国際社会全体に広がる感染症が脅威となっている。

これらエボラ出血熱やMER S等の国内に常在しない検疫感染症が海外から国内に入り、その感染が拡大するようになれば、国民の生命・健康に対しても著しい危害が及ぶばかりでなく、国民生活及び経済活動へも甚大な影響を与えるものとなる。

我が国においては、平成32年に東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催が予定され、また、同年における訪日外国人観光客数の目標が4,000万人、42年には6,000万人とされ、その目標を達成するため外国人が全国どこでも快適に旅行できるような取組等訪日外国人観光客の受入れ環境の整備を図ることとなっている。また、日本人の海外旅行の促進についても、「観光立国推進基本計画」（平成29年3月28日閣議決定）に基づき、官民を挙げて取り組まれているところである。

このような状況の下、今後、ますます多くの外国人の入国が見込まれ、かつ、全国どこにでも観光等で訪れることにもなるとともに、海外渡航の日本人の増加も見込まれることから、検疫感染症が日本国内に侵入する可能性も高まり、その水際対策がますます重要なものとなっている。

こうした中、厚生労働省は、水際対策を担う検疫所について、平成26年度から職員の緊急増員を実施し、検疫体制の整備を進めているが、その対策の徹底が求められるところである。

(検疫所の業務)

検疫法により、外国から来航した船舶等の長は、検疫済証又は仮検疫済証の交付を受けた後でなければ、当該船舶等を国内の港等に入れてはならないとされ、当該船舶等の長が検疫済証等の交付を受けた後でなければ、何人も上陸等をしてはならないとされている。また、検疫所長は、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ことを防止するため、海外からの来航者等について必要な質問や診察を行い、又は検疫官にこれを行わせることができることとされている。

これにより、検疫所では、海外からの入国者に対し、サーモグラフィーによる体温の確認や有症者の診察・健康相談等を行い、検疫感染症の有無を入国前に確認しているほか、発見された有症者等については、渡航状況などに応じて医師による診察及び検査を行っている。

(検疫所の配置・体制)

検疫所は、平成29年4月1日現在、全国に検疫所本所13か所、支所14か所及び出張所83か所の計110か所に設置されており（以下、検疫所本所、支所及び出張所を総称して「検疫所」という。）、これらの検疫所に配置されている検疫所長及び検疫官が検疫業務を行っている。

平成25年以降の全国の検疫実績の推移をみると、訪日外国人旅行者の増加を受け、25年は約3,541万件、26年は約3,804万件、27年は約4,391万件と増加している。これに伴い、検疫所職員の定員も、平成25年度末時点で910人、26年度末時点で943人、27年度末時点で966人と増加している。

(健康監視制度)

平成15年2月に香港及び中国広東省等において新たに出現したSARSが世界中に急速に拡大したことを受け、検疫強化を図るため、同年10月に検疫法が一部改正された。これにより、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（以下「健康監視対象者」という。）に対し、検疫所長又は検疫官は、一定期間、体温その他の健康状態（以下「健康状態等」という。）について報告を求め、若しくは質問を行う（以下、これらの業務を「健康監視」という。）ことができることとする等、検疫の強化を図るとともに、都道府県知事等（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）と検疫所の更なる連携の強化が図られた。

また、検疫法では、健康監視対象者からの報告の励行を図るため、健康監視対象者が健康状態等の報告をしなかった又は虚偽の報告をした場合、6か

月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処すとされている。ちなみに、この罰則規定が整備された平成15年度以降、罰則が適用された実績はない。

(健康監視対象者の選定)

厚生労働省は、各検疫所に対し、「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成26年8月8日付け健感発0808第2号・食安検発0808第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）（注1）、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成26年7月24日付け健感発0724第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）、「鳥インフルエンザA（H5N1又はH7N9）における検疫対応について」（平成18年10月17日付け健感発第1017001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。平成25年4月26日一部改正）等の通知により、エボラ出血熱、MERS及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）を対象とする健康監視の取扱いを定めており、エボラ出血熱及びMERSについては、次のとおり、国外の流行状況等を踏まえ、健康監視対象者の要件を適宜改正している。

- ① エボラ出血熱に係る健康監視対象者については、WHOがエボラ出血熱を「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」と判断したことを受け、平成26年8月8日から10月20日までの間は、ギニア、リベリア及びシエラレオネ（以下、これらの国を合わせて「エボラ流行国」という。）（注2）からの入国者のうち、到着前21日以内に、i）エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等との接触歴がある者又はii）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が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、エボラ流行国から入国した場合は検疫官にその旨申し出るよう求め、i）又はii）に該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している。

平成26年10月21日からは、アメリカ及びスペインにおけるエボラ出血熱の輸入症例や医療従事者への二次感染の発生等を踏まえ、WHOによる終息宣言が出るまで（注3）の間は、エボラ流行国に渡航又は滞在していたことをもって上記i）に該当するとみなし、到着前21日以内にエボラ

流行国に渡航又は滞在していた者の全てを健康監視対象者とするものとされた。

特にエボラ流行国の国籍を持つ入国者に対しては、平成26年8月16日からWHOによる終息宣言が出るまでの間は、入国審査の際に提示を求められる書類（検疫所が発行した検疫所確認済書、健康監視対象者用指示書又は健康カード）を検疫官から渡すので、必ず検疫官にその旨申し出るよう求め、当該申出がなかった場合も、入国管理局が入国審査の際に、パスポートを確認し、エボラ流行国の国籍を有することが確認でき、検疫所が発行した上記書類を所持していなければ入国させずに検疫所に差し戻すなどの対応を行い、検疫所で改めて健康監視対象者に該当するか確認することとされた。

平成28年2月19日から29年10月1日までの間は、WHOによるエボラ出血熱の終息宣言後も流行が再燃する危険性があるとして、エボラ流行国からの入国者のうち、到着前21日以内に、i) エボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等との接触歴（感染予防策の有無を問わない。）がある者又はii) エボラ出血熱発生国（注4）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が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、エボラ流行国から入国した場合は検疫官にその旨申し出るよう求め、i) 又はii) に該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している（注5）。

- ② MER Sに係る健康監視対象者については、MER Sが検疫法第2条第3号に規定する検疫感染症とされた（注6）ことに伴い、平成26年7月24日から27年9月17日までの間は、アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア及びヨルダン（以下、これらの国を合わせて「MER S流行国」という。）からの入国者のうち、到着前14日以内に、i) 医療機関の受診又は訪問歴がある者、ii) MER S患者との濃厚接触歴がある者、iii) ラクダとの濃厚接触歴がある者が健康監視対象者とされた。

また、韓国において、死亡例を含むMER S患者が発生したことを踏ま

え、平成27年6月4日から9月17日までの間は、韓国からの入国者のうち、到着前14日以内に、i) MER Sが疑われる患者を診察、看護又は介護していた者、ii) MER Sが疑われる患者と同居していた者、iii) MER Sが疑われる患者の気道分泌液又は体液等の汚染物質に直接接触した者であって、MER S疑似症患者と診断されなかった者が健康監視対象者とされた。

平成27年9月18日からは、韓国でのMER Sの新規患者が報告されていないことから、前述の韓国に係る検疫対応を取りやめ、29年7月7日に健康監視対象者の定義を改正するまでの間は、MER S流行国からの入国者のうち、i) 医療機関を受診又は訪問した者、ii) MER S患者との接触歴がある者、iii) ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者、iv) MER Sが疑われる患者を診察、看護又は介護していた者、v) MER Sが疑われる患者と同居していた者、vi) MER Sが疑われる患者の気道分泌液又は体液等の汚染物質に直接接触した者、vii) MER S疑似症患者（MER S患者を除く。）が健康監視対象者とされた。これを受け、検疫所では、入国者に対し、発熱や咳などの呼吸器症状がある場合や、MER Sが疑われる患者又はラクダと接触した可能性がある場合は、必ず検疫官にその旨申し出るよう求め、i) からvii) までのいずれかに該当することが確認された場合、健康監視対象者に選定している。このほか、i) からvii) までに該当しない場合でも、入国後14日以内に発熱や咳などの呼吸器症状が出た場合は、保健所に速やかに電話連絡するよう求めている。

(注) 1 当該通知は、平成27年12月29日に廃止され、その後、「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」（平成28年2月19日付け健感発0219第1号・生食検発0219第1号厚生労働省健康局結核感染症課長・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通知）が発出され、29年10月2日に廃止されるまで、同通知により健康監視が実施されていた。

2 平成26年9月5日にナイジェリア及びコンゴ民主共和国がエボラ出血熱の発生国に追加されたが、ナイジェリアは同年10月24日、コンゴ民主共和国は同年11月21日にWHOによる終息宣言がなされたことを踏まえ、検疫強化を取りやめている。

3 ギニアは平成27年12月29日、シエラレオネは同年11月9日、リベリアは同年5

月 11 日にWHOによる終息宣言がなされている。

- 4 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、コンゴ民主共和国及びコンゴ共和国
- 5 平成 29 年 9 月 30 日をもってコンゴ民主共和国による強化サーベイランスが終了したことを受け、国立感染症研究所により「エボラ出血熱についてのリスクアセスメント」の更新が行われたことに伴い、「エボラ出血熱についてのリスクアセスメントの更新とそれに伴う対応の変更について」（平成 29 年 10 月 2 日付け健感発 1002 第 6 号・薬生食検発 1002 第 4 号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫所業務管理室長通知）が発出された。これをもって上記 1 の平成 28 年 2 月 19 日付け通知が廃止され、同通知に基づく検疫対応は取りやめとなった。
- 6 検疫法施行令の一部を改正する政令（平成 26 年政令第 258 号）及び検疫法施行規則の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第 82 号）が平成 26 年 7 月 26 日に施行された。

（検疫所における健康監視）

厚生労働省は、前述の通知等により健康監視の取扱いを定めており、健康監視対象者に健康監視対象者用指示書を交付するとともに、発熱の症状が出た場合、速やかに検疫所に連絡することを求めることとしている。また、エボラ出血熱及びMERSについては、健康監視対象者に対し、1日2回（朝・夕）健康状態等の報告を求めることとし、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）については、発症時等に検疫所に自己申告を促すこととしている。

また、「西アフリカにおけるエボラ出血熱発生への対応について」（平成 26 年 11 月 21 日付け健感発 1121 第 15 号・食安検発 1121 第 5 号厚生労働省健康局結核感染症課長・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室長通知）及び「健康監視に関する留意事項について」（平成 26 年 11 月 21 日付け厚生労働省健康局結核感染症課・医薬食品局食品安全部企画情報課検疫所業務管理室事務連絡）により、西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行を機に国内へのエボラ出血熱の侵入防止を徹底するため、健康監視の強化を図ることとして、検疫所に対し、i) 健康監視対象者に絶対に直接医療機関に行かな

いことを説明すること、ii) 健康監視対象者から電子メールで健康状態等について報告があった場合は、必ず本人に電話をかけ、連絡がつく状態にあることを確認すること及びiii) 本人に数度電話をかけても連絡がつかない場合には、健康監視対象者本人以外の者と連絡を取り、本人と連絡がつく状態となるように対応することを求めている。

さらに、万一、発症した場合の行政対応に万全を期すため、検疫所に対し、i) 健康監視対象者が発生した場合、あらかじめ当該者の居所の所在地を管轄する都道府県等に、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について、上記事務連絡で示された報告様式により通知をし、ii) 健康監視対象者が健康監視期間中、国内における居所が変わることが判明した場合、滞在する地域を管轄する全ての都道府県等に対しても、i) と同様の通知をし、iii) 健康監視期間中に健康状態に異状が生じた旨の連絡があった場合、健康監視対象者の居所の所在地を管轄する都道府県等にその旨通知をするよう求めている。

また、MERSについても、「中東呼吸器症候群における検疫対応について」（平成27年9月18日付け健感発0918第7号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、検疫所が健康監視対象者を選定した場合にあっては、同通知で示された報告様式により、直ちに健康監視対象者の居住地を管轄する都道府県等に対し健康監視の実施について情報提供するものとされている。

【調査結果】

今回、全国110か所の検疫所のうち、検疫感染症の流行国からの入国者が多い空港検疫所を中心として18検疫所（本所2、支所5及び出張所11。以下同じ。）を選定し、平成25年1月1日から28年7月31日までの間における健康監視対象者の選定状況を調査した結果、7検疫所においては1,147人の健康監視対象者（エボラ出血熱に係るもの360人、MERSに係るもの756人、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）に係るもの31人）を選定していたが、以下のとおり、健康監視対象者の選定については、流行国から入国した事実等を検疫所に申告する必要性が入国者に十分認知されていない事例もあり、的確に選定されているか危惧

される状況がみられた。また、①健康監視対象者においては、健康状態等の検疫所への報告の重要性が十分認知されていないこと、②厚生労働省本省においては、検疫所における i) 健康監視対象者からの報告徴収の方法や健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の対応の方法、ii) 関係の都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等について具体的に示していないため、健康状態等の報告徴収及び都道府県等への情報提供等に関する取組が検疫所ごとに区々となっており、中には、健康監視対象者からの報告徴収が不十分なまま健康監視期間が終了しているものや関係の都道府県等への情報提供に不備があるものがみられるなど、健康監視制度が十分に機能せず、検疫感染症の国内における感染拡大が危惧される状況がみられた。

ア 健康監視対象者の選定状況

① 健康監視対象者の選定漏れ

エボラ出血熱及びMERSが流行していた時期を踏まえ、平成 27 年における健康監視対象者の選定状況についてみると、エボラ出血熱に係る健康監視対象者に関しては、6 検疫所において 319 人の健康監視対象者（この人数は全国の検疫所が選定したエボラ出血熱に係る健康監視対象者の数でもある。）が、MERSに係る健康監視対象者に関しては、6 検疫所において 315 人の健康監視対象者（この人数は全国の検疫所が選定したMERSに係る健康監視対象者の数でもある。）が選定されていた。

他方、調査した 45 感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱又はMERSに係る疑似症患者又は疑似症の定義には当てはまらないが感染のおそれがある者（以下、これらを「疑似症患者等」という。）の受入れ状況について、平成 27 年 1 月 1 日から調査日時点である 28 年 7 月 31 日までの間でみると、入国時の検疫時点において疑似症患者等又は健康監視対象者とされず、入国後、これらの医療機関が疑似症患者等として受け入れた事例は、エボラ出血熱に関してはない。ただし、検疫所に対し、到着前 21 日以内にエボラ流行国に滞在していたことを自己申告することなく入国した者がいるとの情報（情報元は、別の空港から入国し検疫所に自己申告して健康監視対象者となった同行者）を受けて、入国後に健康監視対象者とな

った事例（2人）が発生している。

また、MERSに関しては、MERS流行国に渡航又は滞在し、入国時の検疫時点において疑似症患者等又は健康監視対象者とされなかったものの、入国後発熱等の症状が出たものが11事例あり、うち、i)ラクダとの接触歴や入国時に発熱があったとするものが6事例、ii)保健所に事前連絡もなく医療機関を直接訪問しているものが7事例、iii)疑似症患者として入院に至ったものが7事例となっており、これらの中には、入国時の検疫所への申出の必要性を知らなかったとする者がみられた。さらに、MERS流行国に滞在歴があり、ラクダのミルクを喫食していたが、検疫所への申出の必要性を知らず、入国後に知人の指摘により、検疫所に自ら相談したところ、都道府県等による健康観察（感染症法第15条に基づく積極的疫学調査）が行われた事例も発生している。

② 健康監視対象者数の規模

i) 平成27年の流行期におけるエボラ出血熱に係る外国人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、千歳空港1人、東京空港42人、成田空港90人、中部空港4人、関西空港10人、福岡空港2人と計149人となっている。ちなみに、法務省の出入国管理統計により、平成27年におけるエボラ流行国の国籍を持つ外国人の入国者数を調査した検疫所ごとにみたところ、同年の流行期におけるエボラ出血熱に係る健康監視対象者は到着前21日以内にエボラ流行国に渡航又は滞在した者が対象となり、エボラ流行国の国籍を持つ外国人の入国者が必ずしもそれに該当するとは限らないため、単純な比較はできないものの、千歳空港3人、東京空港109人、成田空港198人、中部空港8人、関西空港29人、福岡空港8人のほか、広島空港1人と計356人となっている。

また、平成27年の流行期におけるエボラ出血熱に係る日本人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、東京空港70人、成田空港76人、中部空港6人、関西空港15人、福岡空港3人と計170人となっている。ちなみに、出入国管理統計では、日本人の出入国情報を訪問先の国別に集計していないため、エボラ流行国から帰国した日本人の数は不明であ

るが、国連世界観光機関（以下「UNWTO」という。）が把握している平成27年のギニア及びシエラレオネへの日本人訪問者数（UNWTOが各国の統計情報を基に分析・集計した日本から各国・地域への到着者数。以下同じ。）をみたところ、全国で162人となっている。

ii) 平成27年におけるMER Sに係る外国人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、中部空港1人、関西空港4人（東京空港、成田空港、福岡空港はいずれも0人）と計5人となっている。ちなみに、法務省の出入国管理統計により、平成27年におけるMER S流行国の国籍を持つ外国人の入国者数を調査した検疫所ごとにみたところ、27年のMER Sに係る健康監視対象者はMER S流行国からの入国者のうち感染源との接触歴等があった者が対象となり、MER S流行国の国籍を持つ外国人の入国者が必ずしもそれに該当するとは限らないため、単純な比較はできないものの、東京空港5,328人、成田空港9,695人、中部空港329人、関西空港2,625人、福岡空港356人のほか、千歳空港56人、広島空港12人、長崎空港2人など計1万8,407人となっている。

また、平成27年におけるMER Sに係る日本人の健康監視対象者数を調査した検疫所ごとにみると、東京空港7人、新潟空港17人、成田空港53人、中部空港104人、関西空港101人、福岡空港28人と計310人となっている。ちなみに、上記i)と同様に、UNWTOが把握している平成27年のヨルダン、クウェート及びサウジアラビアへの日本人訪問者数をみたところ、全国で2万9,566人となっている。

イ 健康監視対象者からの報告徴収状況

エボラ出血熱、MER S及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）（注7）のうち、一定期間、毎日1日2回（朝・夕）健康状態等について報告することとされているエボラ出血熱及びMER Sについては、調査した18検疫所のうち7検疫所において1,116人の健康監視対象者が選定されていた。

（注）7 鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）については、1日2回の報告は義務付けられておらず、発症時等に検疫所に自己申告することとされている。

このうち、エボラ出血熱については、健康監視対象者が最も多かった平成27年の1年間、MER Sについては、1日2回（朝・夕）健康状態等の報告を求めることが通知により規定された27年9月18日から調査日時点である28年7月31日までの間に選定された6検疫所911人の健康監視対象者（エボラ出血熱関係319人、MER S関係592人）について健康状態等の報告徴収状況をみると、

① エボラ出血熱に係る健康監視対象者（6検疫所319人）については、健康監視対象者から事前に把握した連絡先に架電又はメールしても連絡が取れず、報告徴収の遅延・中断（今回、当省の調査において、i）朝の報告が正午までに、夕刻の報告が午前0時までになく、当該報告時刻までに健康状態等を確認できなかつたことを「遅延」、ii）1日間以上全く報告がなかつた又は報告があつたものの体温を測定・報告しておらず、健康状態等を確認できなかつたことを「中断」とそれぞれ整理した。以下同じ。）となつた者が5検疫所において179人（56.1%）、このうち中断が4検疫所において16人（5.0%）みられ、これらの者のうち、2日間以上連続して中断した者が3検疫所において3人（0.9%）おり、中には報告の中断期間が2週間以上に及び、検疫所が健康状態等の確認や居所の特定ができないまま健康監視期間が終了している者（1人）もあつた。

② MER Sに係る健康監視対象者（5検疫所592人）については、健康監視対象者から事前に把握した連絡先に架電又はメールしても連絡が取れず、報告徴収の遅延・中断となつた者が5検疫所において394人（66.6%）、このうち中断が5検疫所において190人（32.1%）みられ、これらの者のうち、i）2日間以上連続して中断した者が5検疫所において58人（9.8%）、ii）i）のうち、1週間以上連続して中断した者が4検疫所において11人（1.9%）おり、中には報告の中断期間が1週間以上に及び、検疫所が健康状態等を十分に確認できないまま健康監視期間が終了している者（10人）もあつた。

一方、調査した検疫所における報告の遅延・中断となつた者への対応方針をみると、検疫所によって区々となつており、健康監視対象者から報告を受ける時間帯（目安）を設定し、当該時間帯を経過しても報告がない場合には繰り返し架電する方針とする等、積極的に取り組んでいる検疫所がある一方で、特段対応方針を定めていないものや、健康監視対象者からの報告がなく

ても翌日に連絡すればよいと認識している等不十分な対応を行っているものがみられた。

また、検疫所の中には、i) 厚生労働省の通知に体温測定を2回行うことは明記されているが、報告回数についての言及はないこと、ii) 健康監視対象者が多数発生し2回の報告徴収が困難となったことを理由に、1日1回、朝・夕に体温を測定した結果をまとめて報告させているもの(2検疫所)がみられた。

以上のような状況の下、調査した45感染症指定医療機関におけるエボラ出血熱に係る疑似症患者等の受入れ状況をみると、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発熱症状等を呈し、検疫所や保健所に事前連絡することなく一般の医療機関を直接受診したものが2事例あり、このうち1事例は、当該健康監視対象者となかなか連絡が取れず、検疫所が本人からのメール受信に気付いてから本人が感染症指定医療機関に搬送されるまでに9時間を要していた。

ウ 関係都道府県等に対する情報提供の状況

前述のエボラ出血熱及びMERSに係る健康監視対象者計911人に係る6検疫所に関し、入国時に健康監視対象者から把握した健康監視期間中の居所等に関する情報について、当該居所及び移動先の所在地を管轄する都道府県等への厚生労働省本省から示された報告様式による通知の状況をみると、健康監視対象者の入国日に通知していないものが4検疫所で94人(10.3%)にあり、これらのうち2日以上経過してから通知しているものが2検疫所で33人(3.6%)についてみられた。

これらの通知の遅延については、健康監視対象者の発生から都道府県等への通知までの間に、夜間・休日を挟んでいることが主な原因となっているが、i) 健康監視対象者の発生が夜間・休日であっても当日中に都道府県等に通知している検疫所がある一方、ii) 健康監視対象者が発生した時点では都道府県等に対しその旨を一報として電話連絡し、都道府県等が希望する夜間・休日明けに通知書をファクシミリにより送信するとしている検疫所もみられた。

他方、検疫所から情報提供を受ける都道府県等の中には、i) 緊急連絡網

に担当者の連絡先を記載する等により夜間・休日も24時間対応可能な体制をとっているため、夜間・休日を避けて通知書を送信するよう検疫所に依頼することはないとするものがある一方、ii) 夜間・休日に発生した健康監視対象者については、当日は担当者が電話連絡を受け、夜間・休日明けに通知書を受信しているとするものもみられた。このように、検疫所による都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等や都道府県等における検疫所からの健康監視対象者に関する情報の受付対応が区々となっている。

また、中には、次のとおり、関係の都道府県等への健康監視対象者に関する情報提供について、報告様式による通知が適切に行われていない事例がみられた。

- ① エボラ出血熱に係る健康監視対象者について、健康監視期間中、当該者から居所の移動報告を受け、移動先のホテルも判明しているにもかかわらず、移動先の都道府県等に通知していなかったもの（1事例）
- ② エボラ出血熱に係る健康監視対象者について、入国時に当該者から入国後の旅行の予定を聴取していたものの、その時点では宿泊先が未定であり、確定的な情報ではなかったことから、健康監視期間中に当該者から決定した移動予定先の報告を受けてから通知したためとして、移動先の都道府県等への報告様式による通知が入国から8日後（移動先に当該者が到着する2日前）となっていたもの（1事例）

一方、当該健康監視対象者の移動予定先となっていた都道府県等では、検疫所から通知を受けた移動予定先は離島であり、1類感染症の健康監視対象者が発症した場合、特定感染症指定医療機関又は第1種感染症指定医療機関への搬送方策の検討や関係機関・団体との協議が必要と見込まれることから、可能な限り迅速に情報提供が行われることが望ましいとしている。

【所見】

したがって、厚生労働省は、検疫感染症の国内への侵入防止対策の徹底を図る観点から、検疫所における健康監視機能を十全に発揮させるため、次の措置を講ずる必要がある。

① 検疫所によるエボラ出血熱及びMERSに係る健康監視対象者の選定に当たっては、入国者のうち、流行国での滞在歴、感染源との接触歴等について検疫官による確認を要する者に対し、入国管理局による入国審査と連携して、その確認を要することについて周知徹底を図るとともに、今後より多くの入国者が見込まれることを踏まえ、こうした検疫官による必要な確認を確実にを行うための方策について、諸外国による取組等も参考にして、早急に検討すること。

あわせて、出国時における健康監視制度の効果的な周知に係る関係機関との連携協力についても検討し、早期に実施すること。

② 検疫所に対し、i) 健康監視対象者からの報告徴収の方法や健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の対応の方法、ii) 関係都道府県等への通知の時期、情報提供の方法等及びiii) 罰則適用の取扱いも含め、健康監視対象者に対する健康状態等の報告の遵守方策について検討し具体的に示すとともに、その運用実態を的確に把握し、適切な運用の徹底を図ること。

③ 都道府県等に対し、i) 検疫所において健康監視対象者に連絡がつかなかった場合の連携や、ii) 検疫所から健康監視対象者の居所等に関する情報提供があった場合における対応の在り方について具体的に示すとともに、その適切な対応について要請すること。

(2) 検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保

ア 検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の適切な確保

(検疫感染症患者等の隔離・停留)

検疫法において、検疫所長は、①1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(注1)又は新感染症の所見がある者を発見した場合は当該患者等を隔離することが、②1類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の病原体に汚染されたおそれのある者を発見した場合はその者を停留することができることとされている(以下、検疫法に基づく隔離・停留の対象となる者を総称して「検疫感染症患者等」という。)

(注) 1 検疫法第2条の2では、次のとおり、感染症法に定める1類感染症及び新型インフルエンザ等感染症等に係る疑似症を呈している者並びに1類感染症の無症状病原体保有者を患者とみなして検疫法を適用すると定めている。

- i) 感染症法に規定する1類感染症の疑似症を呈している者については、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。
- ii) 感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症の疑似症を呈している者であって当該感染症の病原体に感染したおそれのあるものについては、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。
- iii) 感染症法に規定する1類感染症の病原体を保有している者であって当該感染症の症状を呈していないものについては、当該感染症の患者とみなして、この法律を適用する。

この検疫感染症患者等の隔離・停留については、原則として、感染症法に基づき厚生労働大臣又は都道府県知事が指定する感染症指定医療機関に入院を委託して行うこととされている(検疫感染症の種類に応じて、特定感染症指定医療機関、第1種感染症指定医療機関又は第2種感染症指定医療機関に入院を委託)。厚生労働省は、各検疫所に対し、検疫感染症患者等を発見した場合に備え、検疫感染症患者等の入院を委託する感染症指定医療機関と入院委託契約を締結するよう求めている。

また、感染症指定医療機関の指定に当たっては、「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第38条第2項の規定に基づく厚生労働

働大臣の定める感染症指定医療機関の基準」(平成11年厚生省告示第43号。以下「指定基準」という。)及び「感染症指定医療機関の施設基準に関する手引きについて」(平成16年3月3日付け健感発第0303001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「施設基準に関する手引」という。)に基づき、病室の構造、排水設備など個別の施設・設備ごとに定められた基準に適合することが必要とされている。

(検疫感染症患者等の搬送)

厚生労働省は、検疫感染症患者等の隔離・停留のための搬送について、検疫所に対し、その基本的な検疫実施手順等を示した「検疫感染症患者発見時等の危機管理措置要領について」(平成28年2月10日付け健感発0210第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「基本要領」という。)により、①搬送専用車両又は適切な感染防止対策を講じた車両等を使用すること、②関係機関とあらかじめ連絡体制、役割分担、搬送方法等について取決めをしておくこと、③検疫感染症患者等の搬送中の汚染の拡大防止に十分に注意すること等について指示している。

なお、厚生労働省は、感染症患者の搬送車両の仕様や搬送体制等について、「感染症の患者の移送の手引きについて」(平成16年3月31日付け健感発第0331001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)により示している。

(措置マニュアルの作成)

検疫所においては、基本要領により、以上のような検疫感染症患者等の隔離・停留やその搬送に関するもののほか、i) 平時には、特に検疫感染症の流行地域からの入国者に対し、厚生労働省からの通知に従い、健康状態に関する質問やサーモグラフィーによる体温の確認等を実施し、有症者等には医師による診察及び検査を行うこと、ii) 1類感染症やその他国民の健康に重大な被害を及ぼす感染症が海外で発生し、我が国に侵入するおそれが高く、対策を講ずる必要があると判断された場合には特別検疫態勢を執り、1類感染症その他の重大な感染症侵入の危機が発生した場合には、航空機の場合は機内又は機側検疫、船舶の場合は臨船(着岸)検疫を実施

することとされ、各検疫所は、基本要領に基づき検疫感染症措置マニュアル（以下「措置マニュアル」という。）を整備するものとなっている。

【調査結果】

今回、18検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の確保状況について調査した結果、以下のとおり、検疫所において検疫感染症患者等が確認された場合における適切な対応が危惧される状況がみられた。

(7) 隔離・停留先の確保状況

調査した18検疫所ではいずれも、検疫感染症患者等の隔離・停留先として、感染症指定医療機関と入院委託契約を締結しているとしているが、その範囲・内容をみると、次のとおり、検疫感染症患者等の隔離・停留先の確保が不十分・不適切なものが4検疫所（22.2%）みられた。

- ① 新型インフルエンザ等感染症に係る隔離先の感染症指定医療機関は確保できているが、当該医療機関からは停留対象者の受入れについて理解が得られず、停留先となる感染症指定医療機関が確保できていないもの（2検疫所）
- ② 島内で1類感染症の患者等が発生した場合に備えた、島外の第1種感染症指定医療機関との入院委託契約の締結を行っておらず、当該患者等の隔離・停留先となる感染症指定医療機関を確保していないもの（1検疫所）
- ③ 新型インフルエンザ等感染症の患者等に係る隔離・停留先として第2種感染症指定医療機関を確保しているものの、当該医療機関が、搬送された患者等を一般病床に収容する取扱いとしているもの（1検疫所）

(4) 隔離・停留先への搬送手段の確保状況

調査した18検疫所における搬送手段の確保方策をみたところ、次のとおり、搬送手段が十分に確保されていないものや搬送の実効性が確保されていないものがみられた。

- ① 搬送手段の確保状況をみると、
 - i) 5検疫所では、搬送専用車両を自ら保有し、運転手を含む2人以上の搬

送体制を確保していた。

また、11検疫所では、消防機関や保健所、民間事業者との連携により搬送専用車両による検疫感染症患者等の搬送手段を確保しているが、うち2検疫所では、第2種感染症指定医療機関への搬送手段のみとなっていた。

残る2検疫所のうち1検疫所では、保有する公用車（普通乗用車）により検疫感染症患者等を搬送する方針とし、1検疫所は十分な搬送手段を確保していなかった。

- ii) 離島に所在する3検疫所の状況をみると、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、1類感染症の患者等が発生した場合、島外の特定又は第1種感染症指定医療機関に当該患者等を搬送する必要性が生じるが、いずれもその手段を確保していなかった。

また、このうち1検疫所では、公用車の配備もない上、消防機関や保健所との連携も十分ではないため、島内の第2種感染症指定医療機関への搬送手段も確保していなかった。

さらに、1検疫所では、措置マニュアルを作成し、ヘリコプターを保有する外部機関の協力を得て搬送することを想定していたが、実際には当該機関との協議が整っていなかった。

- ② 加えて、調査した検疫所における搬送の実効性の確保状況をみると、次のとおり、十分確保できていないもの（9検疫所）がみられた。

- i) 消防機関や保健所から、有事の際には検疫感染症患者等の搬送に協力する旨の承諾を得ているものの、これら関係機関との間で、有事の際の役割分担や具体的な搬送手順等に関する取決めを行っていないもの（3検疫所）
- ii) 保有する公用車（普通乗用車）では重症化した検疫感染症患者等の搬送に適さないと認識しているにもかかわらず、搬送専用車両を保有する消防機関や保健所を管轄する県との間で、重症化した検疫感染症患者等の搬送協力に係る協議が進んでいないもの（1検疫所）
- iii) 民間事業者に検疫感染症患者等の搬送業務を委託しているが、当該民間事業者に対し、具体的な搬送手順・方法等を全く示していないもの（1

検疫所)

- iv) 措置マニュアルでは、新型インフルエンザ等感染症の患者等の搬送を消防機関に依頼することになっているが、消防機関が取決めと異なるとして、これに応じないなどとしているもの(2検疫所)
- v) 措置マニュアルでは、検疫感染症に係る停留対象者の搬送手段をバスとしているが、実際にはバス会社との協議を行っていない又は中断していたもの(3検疫所(注2))

(注) 2 3検疫所のうち1検疫所は、ii) の1検疫所と同じ検疫所である。

厚生労働省は、各検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段の確保状況について、検疫感染症患者等の入院を委託する感染症指定医療機関との間で入院委託契約を新規に締結、更新又は変更した場合にその旨を当該検疫所に報告させているが、前述したような隔離・停留先やその搬送手段の確保が不十分となっている等の状況までは把握していない。

【所見】

したがって、厚生労働省は、検疫感染症患者等への対応措置の実効性の確保を図る観点から、各検疫所における検疫感染症患者等の隔離・停留先及びその搬送手段が適切に確保され、関係機関等との調整・取決めに基づき確実に実行されるものとなっているか総点検を行い、その結果、不十分又は不適切なものについては、その改善を指示する必要がある。

また、離島からの1類感染症の患者等の搬送手段の確保については、航空機や船舶といった搬送手段を有する関係機関等の協力を得て適切に対応する必要がある。

イ 総合的訓練の適切な実施

(総合的訓練の実施)

検疫所で実施されている検疫感染症に関する措置訓練については、「汚染船舶等措置訓練の実施について」（昭和36年3月27日付け衛発第258号厚生省公衆衛生局長通知。以下「昭和36年通知」という。）に基づき実施されており、各検疫所に対し、検疫伝染病が国内に侵入した場合、その処理に遺漏がないよう、実際に対応し得る総合的訓練（注3）を必ず年1回以上実施するよう求め、訓練終了後、訓練の成果等について評価を行うとともに訓練実施報告書を本省に報告するよう指示している。

（注）3 患者の発見から搬送、消毒に至る一連の訓練である。

(訓練の内容)

訓練内容については、昭和36年通知の別紙「汚染船舶等措置訓練方法について」に基づいて、i) 入港検疫班の行う処置、ii) 汚染船舶等の決定（診察・検査及び調査、措置の決定）、iii) 報告及び通報、iv) 措置（患者及び被停留者の輸送及び収容、被消毒物件等の輸送、消毒、予防接種、ねずみ族・虫類の駆除、回航）、v) 訓練記録の作成といった一連の訓練を行うものとなっているが、昭和36年通知が発出されて以来、見直しが行われていない。

また、厚生労働省は、基本要領により、有症者に対する措置の習熟及び措置マニュアルの検証のため、措置訓練を定期的の実施し、問題が生じた場合には、必要に応じ、措置マニュアルの見直しを図るべき旨を各検疫所に指示している。

さらに、「感染症対策強化基本計画」において、検疫所は、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ものとされている。

【調査結果】

調査した18検疫所について、平成25年度から27年度までの3年間における総

合的訓練の実施状況を調査した結果、昭和36年通知が発出された当時とは、出入国の状況等も大きく変化し、新たな検疫感染症も発生している中、昭和36年通知における措置訓練の内容も見直されず、厚生労働省本省から現状を踏まえた訓練の実施基準が示されていないことから、検疫所間で訓練方法・内容が区々となっている状況がみられ（注4）、18検疫所中8検疫所（44.4%）においては、以下のとおり訓練が適切に実施されていない状況がみられた。

（注）4 平成27年度に訓練実績があった17検疫所における訓練方法・内容をみると、i）訓練メニューについては、2検疫所本所、6検疫所支所及び8検疫所出張所において複数の訓練メニューを組み合わせている一方、1検疫所出張所では感染症の分類基準・感染経路に基づいた防護服（Personal Protective Equipment。以下「PPE」という。）着脱等の単独メニューのみ実施、ii）訓練方法については、2検疫所本所、6検疫所支所及び6検疫所出張所において関係機関と合同訓練を行っている一方、3検疫所出張所では当該出張所の職員のみで訓練を実施している状況がみられた。

① 3検疫所は、小規模な体制（検疫官等3人）で日々の検疫業務に対応しているため、総合的訓練を企画・実施するだけの余力がないなどとして、調査した平成25年度から27年度までの3年間、総合的訓練を実施しておらず、うち1検疫所については、過去、総合的訓練を全く実施していなかった。

一方、当該3検疫所と同規模の体制で検疫業務を実施している検疫所のうち、1検疫所では、毎年度、関係機関に参加を求め、機内検疫、患者搬送等の実動訓練を合同で行う等、積極的な取組を行っている。

② また、総合的訓練における訓練内容等についてみると、次のとおり、実効性に乏しく、実際に検疫感染症患者等が確認された場合に的確な対応措置が採れるか危惧されるものもみられた。

i）検疫感染症患者等の搬送に係る協力を得ることとしている消防機関が総合的訓練に参加しているものの、訓練の見学や患者発見を知らせるファクシミリの受信等にとどまっているもの（4検疫所）

ii）MERSの疑似症患者の搬送協力について合意が得られた保健所及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）、新型インフルエンザ等感染症患者の搬送を委託した民間事業者から訓練参加の要望を受けながら、参加させてい

ないもの（1検疫所）

- iii) 総合的訓練に参加した関係機関から、航空機で検疫感染症患者等が発生した想定で訓練を実施した方がよいと提案されたものの、検疫港での検疫業務多忙のため当該訓練の実施に至っていないもの（1検疫所）

なお、厚生労働省では、検疫所が実施する総合的訓練の実施状況については、検疫所から提出される訓練実施報告書によりある程度の状況は把握しているが、訓練内容等の適否を一律に判断することは困難であるとして、これまで特段の指示等をしていないとしている。

【所見】

したがって、厚生労働省は、検疫感染症の発生への対応措置の実効性の確保を図る観点から、各検疫所に対し、現在の出入国、検疫感染症等の実態及び検疫所の業務・体制を踏まえた総合的訓練の実施基準を示し、その定期的な実施を徹底するとともに、保健所、消防機関等の関係機関の参加も得て、実際に対応し得る措置訓練の実施に努めるよう指示する必要がある。また、各検疫所から提出される訓練実施報告書の検証結果や優良事例の収集・提供等を通じて、各検疫所における効果的な訓練の実施を支援する必要がある。

3 感染症のまん延防止対策の徹底・充実

(1) 感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備

(感染症に係る医療提供体制の整備)

国及び地方公共団体は、感染症法第3条第1項に基づき、感染症患者が良質かつ適切な医療を受けられるよう、必要な措置を講ずるよう努めなければならないとされ、感染症法第9条第1項に基づく「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。以下「基本指針」という。)において、医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な基盤を整備する責務を負うものとされている。

(感染症指定医療機関の種類)

感染症指定医療機関は、感染症法等に基づき、感染症患者に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐことを担当する医療機関として、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定するものであり、担当する感染症の種類等に応じて、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。

特定感染症指定医療機関は、新感染症の所見がある者又はエボラ出血熱等の1類感染症、MERS等の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(注1)の入院を担当させる医療機関として、厚生労働大臣が指定する病院である。また、第1種感染症指定医療機関は、1類感染症、2類感染症又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、都道府県知事が、原則として都道府県に1か所指定する病院である。さらに、第2種感染症指定医療機関は、2類感染症又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、都道府県知事が、管内の二次医療圏(注2)ごとに原則として1か所指定する病院である(以下、感染症法に基づく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又は新感染症の所見がある者を総称して「感染症患者等」という。)

(注)1 感染症法第8条では、次のとおり、疑似症患者及び無症状病原体保有者を患者とみなして感染症法を適用すると定めている。

i) 1類感染症の疑似症患者又は2類感染症のうち政令で定めるもの(※)の疑似症患者については、それぞれ1類感染症の患者又は2類感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

(※) 平成29年10月現在、結核、SARS、MERS及び鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)が指定されている。

ii) 新型インフルエンザ等感染症の疑似症患者であって当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のあるものについては、新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

iii) 1類感染症の無症状病原体保有者又は新型インフルエンザ等感染症の無症状病原体保有者については、それぞれ1類感染症の患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者とみなして、この法律の規定を適用する。

2 医療圏は、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供していくための場であり、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るために都道府県が設定する地域的単位である。その類型として、二次医療圏(一般の入院医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位)、三次医療圏(特殊な医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位)等がある。

感染症指定医療機関の指定状況については、平成29年4月1日現在、特定感染症指定医療機関が国内に4か所、第1種感染症指定医療機関が45都道府県に52か所、第2種感染症指定医療機関が全都道府県に346か所、それぞれ指定されている。第1種感染症指定医療機関については、平成29年4月1日現在、宮城県及び石川県の2県において未指定となっているが、両県とも速やかに指定することを目指している。

(感染症指定医療機関に求められる診療体制及び医療施設・設備)

感染症指定医療機関における診療体制や、感染症患者等に対する医療を提供するに際してその基本となる医療施設・設備について、厚生労働省は、感染症患者等に対し早期に良質かつ適切な医療を提供し、その重症化を防ぐことが十分に果たされるためには、感染症指定医療機関において、感染症患者等の診療に携わる医療従事者の確保や医療施設・設備の整備等を通じて、

実効性のある診療体制等が確実に構築されることが必要不可欠であることから、「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）、基本指針、指定基準、施設基準に関する手引により、具体的な事項・内容を示している。

第1種感染症指定医療機関については、診療体制にあつては、①病床数の基準（以下「基準病床数」という。）は2床（注3）であること、②感染症の医療の経験を有する医師が常時勤務していること、③重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること等が、医療施設・設備にあつては、④病室は、1床の感染症病床を設置する個室とし、前室を有すること、⑤病室内にトイレ及びシャワー室があること、⑥陰圧制御（室内の気圧をその外部の気圧より低くすること）が可能な空調設備等を有すること、⑦集中治療室や人工透析を行うことができる設備等を有すること等とされている。

また、第2種感染症指定医療機関については、診療体制にあつては、①基準病床数は、二次医療圏の人口に応じたもの（30万人未満は4床、30万人以上100万人未満は6床等（注3））であること、②感染症の医療の経験を有する医師が勤務していること、③重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていること等が、医療施設・設備にあつては、④病室に設置されている病床が全て感染症病床であること、⑤病室内又は病室に隣接してトイレ及びシャワー室があること等とされている。

（注）3 基準病床数について、厚生労働省は、基本指針において、第1種感染症指定医療機関にあつては、原則として当該都道府県内に2床とするが、複数の都道府県内の病床数が1都道府県当たり2床以上となればよいとし、第2種感染症指定医療機関にあつては、複数の二次医療圏内の人口を勘案して必要と認められる病床数の総和以上となればよいとして、個々の感染症指定医療機関の病床数がこの基準を満たしていなくてよいものとしている。

基準病床数に基づき、都道府県知事は、管内の第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を指定する際に、その感染症病床数（以下「指定病床数」という。）を決定している。

なお、特定感染症指定医療機関については、厚生労働大臣が直接指定する

ことから、第1種感染症指定医療機関や第2種感染症指定医療機関のような指定基準は存在しないものの、基本指針においては「総合的な診療機能とともに集中治療室又はこれに準ずる設備を有する病院」を指定することとされているほか、厚生労働省は、第1種感染症指定医療機関と同等以上（より強い陰圧室、より強力な排気装置、病室内の滅菌装置の設置等）の施設であるとしている。

（感染症指定医療機関運営費補助金の交付）

厚生労働省は、感染症指定医療機関の指定に伴う施設整備等の負担軽減を図るため、感染症指定医療機関に対し、①運営費に関する補助金（感染症指定医療機関運営費補助金。以下「運営費補助金」という。）、②施設の整備に関する補助金（保健衛生施設等施設整備費補助金）、③設備の整備に関する補助金（保健衛生施設等設備整備費補助金）を国庫補助として交付している。

このうち、運営費補助金は、感染症指定医療機関の運営の安定のために交付しているものであり、対象経費は、運営に必要な光熱水料、燃料費、備品購入費等とされ、特定感染症指定医療機関は1床当たり年額7,714千円を限度として国が定額を補助し、第1種感染症指定医療機関は4,629千円、第2種感染症指定医療機関は1,543千円を限度として国と都道府県が2分の1ずつ補助するものである。運営費補助金の国からの交付額の推移をみると、平成25年度は645,674千円、26年度は673,223千円、27年度は701,393千円と増加している。

（感染症指定医療機関に対する指導等）

感染症指定医療機関を指定した厚生労働省及び都道府県は、感染症法第38条に基づき、感染症指定医療機関が行う感染症患者等に係る医療について指導することとされており、感染症指定医療機関が感染症患者等の医療を担当するのに不適當であると判断した場合、感染症指定医療機関の指定を取り消すことができるとされている。

(感染症指定医療機関制度に関する指摘)

感染症指定医療機関をめぐっては、厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）を受けて国立研究開発法人国立国際医療研究センター（特定感染症指定医療機関）が実施した「一類感染症の患者発生時に備えた治療・診断・感染管理等に関する研究」における「感染症指定医療機関における新興感染症患者受け入れ準備に関する調査」（注4）の結果において、①感染症の専門科の常勤医師や感染管理認定看護師（「感染管理」の看護分野において熟練した看護技術と知識を有する看護師として日本看護協会が認定する者）等の確保、②新興感染症（エボラ出血熱、MERS等）患者発生時に診療に当たるスタッフの確保や労務管理等に関して課題のあることが指摘されている。

(注)4 国内の感染症指定医療機関における新興感染症患者の受け入れ準備の現状把握と課題を明らかにすることを目的として、平成27年9月から11月にかけて、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の院内感染対策担当者を対象として実施されたアンケート調査

また、厚生労働省の「一類感染症に関する検討会」の報告書（平成28年6月10日）では、今後も継続的に検討すべき課題として、感染症指定医療機関に関し、

- i) ウイルス性出血熱の患者の受け入れには高度な感染管理と我が国における標準的な集中治療とを同時に提供できる体制が不可欠であるが、現状では、全ての第1種感染症指定医療機関が高度な感染管理と集中治療を同時に行うような医療を実施することは困難と考えられるため、第1種感染症指定医療機関に求められる要件や役割の見直しが必要である、
- ii) 感染症指定医療機関における医療提供の在り方について、感染症指定医療機関間でのネットワークの構築といった柔軟な対応も含めた、指定要件の見直しや新たな仕組みの検討が必要である

といった指摘がなされている。

【調査結果】

今回、調査した検疫所が隔離・停留先として入院委託契約を締結している感染症指定医療機関を中心として、16都道府県管内の45感染症指定医療機関（特定感染症指定医療機関4機関、第1種感染症指定医療機関14機関、第2種感染症指定医療機関27機関）を選定し、感染症患者等の受入れ体制の整備状況を調査した結果、以下のとおり、受入れ可能な病床数が必ずしも十分に確保されているとは認め難い状況のほか、感染症法に基づく感染症指定医療機関制度が、平成11年の感染症法の施行以降、特に大きな変更は行われていない中、感染症指定医療機関によって医師等の確保や医療施設・設備の整備に係る対応が区々となっているとともに、指定後における指定基準等との適合状況の確認や指導が適切に行われていないとみられる状況など、感染症法第3条第1項に基づき国及び地方公共団体に求められている感染症患者が良質かつ適切な医療を受けられる体制の整備が適切に確保されているのか危惧される状況がみられた。

ア 感染症患者等の受入れ病床数

調査した16都道府県管内の第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の基準病床数、指定病床数及び実際に受入れ可能とする感染症病床数の実態を照らし合わせたところ、次のとおり、i) 第1種感染症指定医療機関については、都道府県ごとの基準病床数とされる2床を下回っているものが5都道府県、ii) 第2種感染症指定医療機関については、二次医療圏内の人口に応じた基準病床数を下回り、都道府県内の複数の二次医療圏内の人口を勘案した病床数の総和によっても基準病床数を満たしていないものが10都道府県発生している等、基準病床数が基準として十分機能していない状況がみられた。

① 感染症指定医療機関における基準病床数の充足状況

調査した16都道府県管内の第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の指定病床数の整備状況をみると、次のとおり、指定病床数が基準病床数を満たしていないものがみられた。

- i) 第1種感染症指定医療機関については、都道府県内の全第1種感染症指定医療機関における指定病床数の合計が、基準病床数とされる2床を満た

しているか確認したところ、16都道府県中4都道府県（25.0%）で基準病床数を満たさず0床ないし1床となっていた。

ii) 第2種感染症指定医療機関については、都道府県内の全第2種感染症指定医療機関における指定病床数の総和が、当該都道府県内全ての二次医療圏内の人口を勘案して必要と認められる基準病床数の総和以上を満たしているか確認したところ、16都道府県中6都道府県（37.5%）で基準病床数を満たしていなかった。

なお、特定感染症指定医療機関については、厚生労働大臣が直接指定することから、基準病床数は存在しないが、調査した4機関において2床ないし4床となっていた。

これらの指定病床数が基準病床数を満たしていない都道府県では、第1種感染症指定医療機関については、i) 都道府県内に第1種感染症病床に加え、特定感染症病床が2床あること、ii) 複数の都道府県と1類感染症患者等が複数発生した場合の受入れ協議を行っていることから、不足する病床の代替措置があるとしている。一方、第2種感染症指定医療機関については、感染症病床を整備するための敷地面積、建設費、医師等を確保できる医療機関がないことなどから、指定のめどが立っていないとしている。

② 感染症指定医療機関における実際に受入れ可能な病床数の状況

上記①の指定病床数に関し、調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について、診療体制の実態を踏まえた実際に受入れ可能な病床数について聴取したところ、i) 感染症患者等の診療に携わる医療従事者の数が不足していること、ii) 病室の構造や院内の動線からみて、他の入院患者への感染拡大を懸念していること、iii) 感染症病床を多床室として整備しているが、実際に感染症患者等を受け入れる場合、個室に収容するのが適当と判断していること、iv) 指定を受けたばかりで、設備・備品の一部が整備途上であるほか、患者受入れ訓練が未実施であることを理由に、10機関（22.7%）が指定病床数どおりに感染症患者等を受け入れることは困難としていた。

これにより、管内の第1種感染症指定医療機関又は第2種感染症指定医療

機関における受入れ可能な病床数が基準病床数を実際には満たさない都道府県は、第1種感染症指定医療機関にあつては1都道府県、第2種感染症指定医療機関にあつては4都道府県発生することになる。

上記①及び②により、基準病床数を満たしていない都道府県は、第1種感染症指定医療機関については計5都道府県（31.3%）、第2種感染症指定医療機関は計10都道府県（62.5%）となる。

また、上記②の指定病床数どおりに感染症患者等を受け入れることが困難としている10機関の状況をみると、8機関において運営費補助金の交付を受けているが、中には、次のとおり、指定病床数と実際に受入れ可能な病床数との間にかい離がみられるもの等がみられた。

- i) 指定病床数は4床であるが、感染防護措置が不十分な病院構造であることなどから、感染症患者等の受入れはできないとして、近隣の検疫所からの検疫感染症患者等に係る入院委託契約の締結要請を拒否しているもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約4床分に相当する約290万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成24年度から27年度までの4年間で約1,140万円）。）
- ii) 指定病床数は16床であるが、医療従事者の確保が不十分であるため、実際の受入れ可能な病床数は2床であるとしているもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約15床分に相当する約1,150万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成23年度から27年度までの5年間で約5,760万円）。）
- iii) 指定病床数は10床であるが、感染症病室に多床室が含まれるため、個室として利用すると6人程度の受入れとせざるを得ないとしているほか、個室1室を感染症外来の診察室として使用し、多床室2室を会議室及び倉庫として使用している状態にあるもの（運営費補助金については、1床当たりの基準限度額で換算して約7床分に相当する約550万円の国庫補助の交付を毎年度受けている（平成23年度から27年度までの5年間で約2,740万円）。）

イ 感染症患者等に対する医師等の体制

調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関について、感染症患者等の診療に携わる医師及び看護師の確保状況を見ると、次のとおり、これらの者の配置基準が示されていないことから、感染症指定医療機関によって区々となっていた。

- ① 調査した44機関全てにおいて、感染症患者等の診療に携わる常勤の医師を配置していた。

また、感染症の医療の経験を有する医師の配置については、どの程度の経験を有することが必要とされるのかについては指定基準に定めがないため、これを感染症専門医（感染症全般に精通する高度な専門知識、技術等を有する医師として日本感染症学会が認定する者）の配置でみると、感染症の医療の経験を有する常勤の医師を配置するものとされている特定感染症指定医療機関では調査した4機関中2機関（50.0%）、第1種感染症指定医療機関では調査した14機関中4機関（28.6%）で常勤の感染症専門医が配置されておらず、配置されている医療機関においても、その配置数は区々となっていた。

また、第2種感染症指定医療機関では、感染症の医療の経験を有する医師を必ずしも常勤で配置するものとなっておらず、調査した26機関中16機関（61.5%）で常勤の感染症専門医が配置されていなかったが、残りの10機関（38.4%）では配置されていた。

- ② 看護師については、感染症に関する経験や知識を有する者の配置の必要性について指定基準に定めがないため、調査した44機関について、前述の国立研究開発法人国立国際医療研究センターによる調査結果において、その確保の必要性が指摘されている感染管理認定看護師の配置をみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関では調査した機関（それぞれ4機関、14機関）全てに配置されており、第2種感染症指定医療機関については、調査した26機関中21機関（80.8%）では配置されていたが、残りの5機関（19.2%）では配置されていなかった。

また、感染管理認定看護師が配置されていた医療機関においても、その

配置数は区々となっていた。

- ③ 感染症患者等の診療に携わる医師及び看護師の配置基準については、指定基準に定めがないため、調査した44機関においては、当該患者1人・1日当たりにより必要となる医療従事者数及び診療チームの編成方針について、症状が安定している場合と重症の場合とで診療チームの体制を事前に取り決め、医師及び看護師に加え、臨床検査技師及び放射線技師の人数及び勤務時間を想定したシフト例を作成しているなど具体的に想定していたもの（33機関）がある一方で、感染症の専門科がなく、疑似症患者の診療実績もないことから、具体的に想定していないもの（11機関）があり、感染症指定医療機関によって、対応が区々となっていた。

ウ 感染症患者等に対する必要な医療施設・設備の整備状況

感染症指定医療機関が備えるべき医療施設・設備の整備状況をみると、次のとおり、医療機関によって区々となっている状況がみられた。

① 感染症病室の整備

調査した45感染症指定医療機関から結核病床のみを整備する1機関を除く44機関についてみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関は、18機関全てにおいて個室で陰圧制御が可能な感染症病室が整備されている一方、第2種感染症指定医療機関（26機関）については、個室の感染症病室が一部ないものが12機関、個室の感染症病室が全くないものが6機関みられ、うち1機関では、陰圧制御のための設備も整備されていない。

第2種感染症指定医療機関では、2類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当し、2類感染症には呼吸器感染症のMER Sが含まれているものの、感染症病室の個室化及び陰圧化は義務付けられていないため、個室で陰圧制御が可能な感染症病室が整備されていないのがみられるが、その一方で、調査した第2種感染症指定医療機関の中には、MER Sの疑似症患者を受け入れたことを契機に簡易陰圧装置を整備したものもみられた。

また、調査した感染症指定医療機関のうち13機関からは、感染症指定医

療機関の指定基準が定められた平成11年当時は、2類感染症の中心はコレラ、細菌性赤痢等の腸管感染症であったが、感染症法も改正され、現在はMERS、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）等の呼吸器感染症に変化していることから、第2種感染症指定医療機関においても、空気感染や飛沫感染に対応できるよう、個室かつ陰圧制御が可能で前室のある感染症病室の整備が必要である等の意見が聴かれた。

② 集中治療室の整備

調査した45感染症指定医療機関のうち、集中治療室の整備状況を把握することができた43機関についてみると、特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関は、18機関のうち17機関でICU（Intensive Care Unitの略。重篤な急性機能不全の患者を収容し強力かつ集中的に治療看護を行うための施設）が設置されており、残りの1機関では、HCU（High Care Unitの略。ICUに準じた機能を持つ高度治療室）が設置されている。一方、第2種感染症指定医療機関（25機関）については、ICUが未設置のものが11機関みられた。

また、調査した特定感染症指定医療機関及び第1種感染症指定医療機関の中には、ICU又はHCUを設置しているが、感染症病床とは別棟にあり、院内感染防止の観点などから、感染症患者等の治療には使用しない方針とするもの（6機関）がみられた。

さらに、感染症指定医療機関は、前述のとおり、指定基準において、重症の救急患者に対し医療を提供する体制が常に確保されていることが義務付けられているが、i) 集中治療が必要となった重症患者は、より高機能の設備を有する他の病院に転院させる方針であること、ii) 1類感染症の患者の集中治療を行うための医療チームを結成するだけの数の医療従事者がいないこと等の理由から、感染症患者等に対し集中治療を行うことを想定していない又は困難であるとしているものが5機関（第1種感染症指定医療機関2機関、第2種感染症指定医療機関3機関）みられた。

また、調査した感染症指定医療機関のうち11機関からは、i) 感染症病室内で集中治療を行う必要が生じた場合、人工透析器や人工呼吸器を室内に持

ち込むと、現行の床面積の基準（15㎡以上）では医師や看護師が治療を行うためのスペースが確保できないおそれがある、ii）1類感染症患者に対する集中治療を全ての第1種感染症指定医療機関で行うことは現実的でなく、医療施設・設備の整った特定感染症指定医療機関で行う方が望ましいなどの意見が聴かれた。

③ その他の施設・設備の整備

前述のとおり、感染症指定医療機関の医療施設・設備については、指定基準及び施設基準に関する手引により具体的な事項・内容が定められているほか、「新しい感染症病室の施設計画ガイドライン」（平成13年5月1日）（注5）において、感染管理の観点から各施設・設備に係る具体的な仕様等が示されている。

（注）5 厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）を受けて組織された「感染症病棟の建築・設備に関する研究会」が作成したもの

しかし、調査した45感染症指定医療機関のうち、感染症病室及び集中治療室以外の施設・設備の整備状況を把握することができた43機関についてみると、次のように、感染管理の観点から問題となるものなど指定基準や施設基準に関する手引に適合しないとみられる事例が28機関（65.1%。内訳は特定感染症指定医療機関3機関、第1種感染症指定医療機関8機関、第2種感染症指定医療機関17機関）において62件みられた。

- i) トイレ及びシャワー室については、感染拡大防止の観点から病室内又は病室に隣接して設置する必要があるが、当該設備が病室内になく、シャワー室については別階に設置されており、当該設備に至る廊下も扉等で区画されていない等、動線管理が適切に行われておらず、感染拡大のおそれがあるもの（2機関3件）
- ii) 手洗い設備については、感染防止に係る管理を適切に行うため、患者ごとに一処置一手洗いが励行できるよう各病室に設ける必要があるが、病室内に手洗い設備が設置されていないもの（1機関1件）
- iii) 水栓器具については、感染源の器具等への付着や汚染を防ぐ目的から手

の指を使わないで操作できる自動水栓やレバー式水栓等とする必要があるが、水栓の操作が手の指を使う構造となっているもの（2機関2件）

エ 感染症指定医療機関に対する行政機関の指導等の状況

以上のとおり、当省が実地に感染症指定医療機関の受入れ可能な病床数、医師等の体制、病室の構造や設備等の状況を調査したところ、感染症指定医療機関における対応が区々となっているなど、感染症患者等を適切に受け入れることができるか危惧される状況にあった。

他方、今回調査した特定感染症指定医療機関を指導する立場にある厚生労働省、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を指導する立場にある16都道府県による感染症指定医療機関の診療体制や医療施設・設備の状況に関する確認、改善指導等の状況をみると、いずれも感染症患者等の診療に当たる医療従事者の確保状況、重症の感染症患者等に提供可能な医療施設・設備の整備状況に関する感染症指定医療機関の実情・実態を把握し、改善指導を行っているものはみられなかった。

また、厚生労働省及び調査した16都道府県において、次のとおり、感染症指定医療機関の指定後における医療施設・設備に係る指定基準等の適合性の維持が危惧される状況がみられた。

① 指定後における指定基準等の適合状況の確認

厚生労働省は、感染症指定医療機関の指定後における医療施設・設備の指定基準等の適合状況に関する確認について、その頻度や機会、範囲、内容等について何ら定めていないため、同省自体が特定感染症指定医療機関について確認する方針を有していないほか、16都道府県についてみると、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ついて、i) 確認する方針は特にないとすものが3都道府県、ii) 確認する方針があるとすものが13都道府県みられた。また、確認する方針があるとす13都道府県におけるその内容についてみると、a) 運営費補助金の申請があった感染症指定医療機関について、補助金の交付に当たり確認しているとするもの（4都道府県）、b) 移転新築や施設の改修があった感染症指定医療機関について、確認しているとするもの（7都道府県）、c) 感染症の流行期等

に確認しているとするもの（3都道府県）など、都道府県によって区々となっていた。

② 指定基準等に不適合とみられる事例に対する改善指導の状況

厚生労働省及び調査した16都道府県では、その全てで改善指導の実績がなかったが、指定した感染症指定医療機関における医療施設・設備を当省が実地に調査したところ、指定基準等に不適合とみられ改善指導すべき事例が、i) 確認する方針は特になしとする同省の指定に係る3機関、同じく確認する方針は特になしとする3都道府県全てにおける5機関について、ii) 確認する方針があるとする13都道府県のうち、前述のa) からc) までの確認する機会があった7都道府県では、5都道府県における10機関についてみられた。

これらの内容をみると、指定後に指定基準等の適合状況は確認しているが、不適合とみられる事例を看過しているもの（5都道府県）のほか、次のように、確認する方針としながら実際には確認していなかったものや不適合とみられる事例を把握しながら改善指導を行っていないものがみられた。

- a) 感染症指定医療機関の移転新築時に医療設備・施設を実地に確認する方針としながら、実際には確認していなかったもの（1都道府県）
- b) MERSの流行期に都道府県内の第2種感染症指定医療機関に対し、指定基準の適合状況を確認し、不適合とみられる状況を把握しながら、改善指導を行っていないもの（1都道府県）

オ 感染症指定医療機関の在り方に関する意見

調査した45感染症指定医療機関からは、感染症指定医療機関の在り方等に関して、次のように、現行の枠組みや基準の見直しを求める意見が聴かれた。

- i) 欧米諸国のエボラ出血熱患者発生時の対応を振り返ると、感染症指定医療機関は治療に加えて感染防止対応などの専門的な知識、技術及び設備が必要であることを再認識した。当院の体制では、このような診療体制を確保、維持することは困難である。高度な治療、感染防止を実践するためには、感染症指定医療機関間で、初期対応を行う病院、感染症患者等の本格

的な受入れ・治療を行う病院といった機能分担が必要である。

- ii) 当院は、地方公共団体が運営する公立病院であり、予算的制約等から十分な専門医療スタッフの確保が困難である。十分な専門医療スタッフの確保が可能な感染症指定医療機関への集約化・拠点化を行ってほしい。
- iii) 当院には、1類感染症患者の治療経験がある医師がおらず、1類感染症の確定患者に対する治療は困難である。特定感染症指定医療機関に感染症患者等の診療に携わる専門家のチームを設置し、感染症患者等を受け入れた感染症指定医療機関に同チームを派遣して当該患者等の治療に当たらせる仕組みを整備してほしい。

【所見】

したがって、厚生労働省は、感染症指定医療機関における診療体制等の適切な整備を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 全国の感染症指定医療機関を対象として、実効性のある診療体制等が構築されているかとの観点から、各感染症指定医療機関における感染症患者等の受入れ可能病床の状況、受け入れた感染症患者等の診察、検査等を行う医療従事者の状況、運営費補助金の交付状況、感染症患者等への対応を適切に行うために必要となる医療施設・設備の状況等について、都道府県と連携して実態把握を行うこと。
- ② 上記①の実態把握の結果、個々の感染症指定医療機関に関し、感染症患者等の受入れ・診療体制等の実効性が確保されていないと認められるものや院内感染防止等の観点から現行の指定基準等に照らし問題があると認められるものについては、当該感染症指定医療機関や都道府県等の関係機関とも連携して、その改善に向けた確に対応するとともに、感染症指定医療機関の診療体制等の整備について推奨すべき取組事例を積極的に収集し、感染症指定医療機関に対し、情報提供すること。
- ③ 上記②の措置では実効性のある診療体制等が確保できないと認められるものについては、医療機関における体制面・財政面の実態、感染症の発生状況等にも留意しつつ、現行の感染症指定医療機関制度の枠組み、指定基準等について見直しを検討すること。

(2) 国内で発生した感染症患者等の移送措置の実効性の確保

(国内で発生した感染症患者等の移送)

国内で感染症患者等が発生した場合、感染症法に基づき、都道府県知事等は、感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症患者等に対し、それぞれの感染症に対応した感染症指定医療機関への入院勧告又は入院措置（当該勧告に従わない場合）を行うことができるとされている。

また、この感染症患者等の感染症指定医療機関への移送については、保健所又は都道府県等の衛生主管部局（以下「保健所等」という。）において実施することとされており、保健所等は、入院勧告又は入院措置により感染症指定医療機関に入院する感染症患者等によって感染症がまん延しないよう配慮しながら、当該感染症指定医療機関に移送することとされている。

このため、国内のどの地域でエボラ出血熱等の感染症患者等が発生した場合においても、保健所等は、常時、当該患者等の移送を行うことができる基本的な体制を確保する責務を有している。

(感染症患者等の移送手段)

保健所等においては、感染症患者等の移送手段として、自ら専用車両等を保有したり、民間事業者に移送業務を委託したりして確保することとなる。

厚生労働省は、エボラ出血熱が西アフリカを中心に流行が続いている事態を踏まえ、国内におけるエボラ出血熱対策として、保健所等に対する消防機関の協力の在り方について総務省消防庁と協議を行い、その結果を取りまとめ、「エボラ出血熱患者等の移送に係る消防機関の協力について」（平成26年11月28日付け健感発1128第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）により、都道府県等に対し、通知している。

同通知においては、保健所等の移送体制がまだ十分に整っていない地域があり、早急に全国各地域において移送体制を確保していくため、消防機関から移送の協力を得るものとし、その協力を得るに当たっての留意点として、消防機関が移送に協力を行う基本的なケース及び条件を示すとともに、消防機関と保健所等との間で協定等を事前に締結しておくことについて定めて

いる。

また、感染症対策強化基本計画においても、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こととされている。

(感染症患者等の移送訓練)

地方公共団体及び感染症指定医療機関等については、感染症対策強化基本計画において、関係機関の対処能力の向上を図るため、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等を継続的に実施することとされているが、訓練の内容については、具体的に示されていない。

【調査結果】

今回、27保健所を対象として、感染症患者等の移送手段の確保状況及び移送に係る訓練の実施状況について調査した結果、以下のとおり、感染症患者等の適切な移送が確保されていないものがみられた。

ア 感染症患者等の移送手段の確保状況

14保健所では、感染症患者等を移送するため、その専用車両を保有し、運転手を含む2人以上の体制を確保するとともに、専用車両に同乗する医師等も確保していた。また、専用車両等を確保していない13保健所では、i) 消防機関との間で移送協力に係る協定を締結(8保健所)、ii) 民間事業者との間で移送委託契約を締結(8保健所)、iii) 都道府県との間で専用車両の貸与に係る覚書を締結(1保健所)、iv) 医療機関との間で専用車両の貸与に係る協定を締結(1保健所)すること等により移送手段の確保を図っていた。

他方、次のとおり、関係機関等との移送に関する合意が適切にできず、感染症患者等の移送手段を適切に確保できていない状況もみられた。

- ① 調査した27保健所のうち3保健所については、離島に所在し、島内には第2種感染症指定医療機関しか存在しないため、エボラ出血熱等の1類感染症の患者等が発生した場合、島外の特定感染症指定医療機関又は第1種感染症

指定医療機関に当該患者等を移送する必要性が生じるが、これらの離島を管轄する都道府県において、1類感染症の患者等の島外移送について、当該都道府県のドクターヘリや防災ヘリの利用、民間航空会社との移送契約の締結や自衛隊や海上保安庁への移送協力の要請等を検討したものの、いずれも契約や協定等の締結に至らず、移送手段を確保できない状況になっている。

このため、当該都道府県・保健所からは、自衛隊や海上保安庁への移送協力をに係る協議については、厚生労働省にも積極的に関わってほしい旨の意見も聴かれた。

- ② 民間事業者との間で感染症患者等の移送について協定・契約を締結しているものの、その実効性が確保されていないもの（2保健所）
 - i) 2類感染症の患者等の移送業務の委託契約において、MERS、SARS及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）を対象から除外しているもの（1保健所）
 - ii) 委託契約書に1類感染症の患者等の移送について明記されておらず、両者の協議の結果等に基づき交わしたその他の文書等もないことから、1類感染症の患者等が発生した場合における医療機関への移送手段の確保が担保されていないもの（1保健所）

イ 感染症患者等の移送に係る訓練の実施状況

27保健所のうち、消防機関との間で移送協力をに係る協定等を締結していることが確認できた17保健所を対象として、平成25年度から27年度までの3年間における1類感染症の患者等の移送に係る当該消防機関との合同訓練の実施状況をみると、14保健所では、実際に感染症指定医療機関まで移送する訓練、ストレッチャー操作や防護服（PPE）着脱の訓練等について、消防機関と合同で訓練していた。

他方、残る3保健所では、消防機関との合同訓練の具体的な進め方等が厚生労働省から示されていないこともあって、当該保健所が主催した感染症対応訓練において、複数の関係機関を参加させていながら、移送協力を得ることとしている消防機関を参加させておらず、これらの中には、消防機関から有

事に備えて訓練を実施してほしいとの要望があるもの（1保健所）や、移送協力に係る感染症法や消防法上の根拠がないとする意見が消防機関内にあるため合同訓練実施の働き掛けを行うまでに至っていないとしているもの（1保健所）がみられた。

【所見】

したがって、厚生労働省は、感染症患者等の感染症指定医療機関への移送措置の実効性の確保を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

① 保健所等における感染症患者等の感染症指定医療機関への移送手段の確保状況について確認すること。

また、その確認の結果、移送手段の確保が不十分な保健所等については、その理由・実情を把握した上で、都道府県等を通じて、当該保健所等が必要な改善措置を講ずるよう助言を行うとともに、都道府県等のみでは改善できないような特段の事情がある場合については、離島からの感染症患者等の移送に係る関係機関等との調整を含め、その改善に向けた対応について、必要な支援を行うこと。

② 消防機関との連携により感染症患者等の感染症指定医療機関への移送を行うこととしている保健所については、その適切な移送を確保するため、消防機関との合同訓練が定期的実施されるよう、効果的な訓練の取組事例を紹介するなど、都道府県等を通じて必要な助言を行うこと。