

令和5年度 今シーズンのインフルエンザ対策実施要領

1 目的

本実施要領は、インフルエンザの流行が社会生活に及ぼす影響に鑑み、「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」（平成11年12月21日厚生省告示第247号）を基本とし、広く県民に対してインフルエンザの予防に関する正しい知識の普及を図るとともに、インフルエンザの流行状況を的確に把握し、その情報を迅速に県民や医療機関等に提供すること及びインフルエンザの予防接種の効果等の十分な周知を図ることにより、そのまん延の防止を図ることを目的とする。

2 実施期間

令和5年11月から令和6年6月下旬を目途とする。

3 普及啓発活動

インフルエンザの予防及びまん延防止においては、個々の県民が自ら予防に取り組むことが基本である。個人の予防の徹底により、社会全体のまん延の防止を図ることが重要であることから、インフルエンザ予防対策の普及啓発を図る。

(1) 普及啓発事項

- ア 不織布マスクの着用、手洗いの励行、こまめな換気等の普段の予防対策について
- イ 咳エチケットの実施について
- ウ インフルエンザワクチンの効果、副反応等についての正しい知識について

(2) 普及啓発方法

- ア 広報媒体を活用した普及啓発
県医療政策室、保健所及び県環境保健研究センターは、市町村等関係機関と連携し、ホームページ、テレビ・ラジオ、SNS等の広報媒体を活用するなど、インフルエンザの予防に関する正しい知識の普及啓発を図る。
- イ ポスターの配付等による普及啓発
県医療政策室及び保健所は、インフルエンザの予防に関するポスター等を、関係機関等の協力のもと、医療機関、社会福祉施設及び学校等に配付するほか、いわて感染制御支援チーム（ICAT）の協力を得るなどして、県民や医療・介護従業者等を対象とした研修の機会を提供する。

4 発生動向の把握と情報提供

インフルエンザの流行は、冬季に患者が急増し、患者発生数が頂点を迎えた後は終息に向かうという特性を有することから、患者の発生状況、ウイルス検査の結果等により、インフルエンザのまん延状況を早期に把握するとともに、その情報を迅速に公開する。

(1) インフルエンザの発生状況の把握と情報提供

ア インフルエンザ患者発生状況の把握

県感染症情報センターは、感染症発生動向調査事業により、県内のインフルエンザ患者の発生状況を把握するとともに、その情報を週単位で集計し、岩手日報の「感染症発生動向調査情報」及び県公式ホームページへの掲載などにより、情報を公開する。

保健所は、県内及び地域内のインフルエンザ患者の発生状況について、必要に応じ、市町村、社会福祉施設及び学校等に情報提供する。

イ 学校等におけるインフルエンザ様疾患の発生状況

保健所は、各学校及び各教育委員会等の関係機関の協力のもとに、保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、その他の施設（大学、各種学校等）におけるインフルエンザ様疾患による臨時休業（学校・施設閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖等）に関する状況を「インフルエンザ様疾患発生報告書」（学校：様式1、保育所・幼稚園等：様式2）により把握し、速やかにファクシミリ送信で県医療政策室まで報告するものとする。

県医療政策室は、厚生労働省から提供される全国のインフルエンザの発生状況を、県教育委員会、県保健福祉部内関係各課等に情報提供するとともに、適宜報道機関へ情報提供する。

なお、県内の状況については、県医療政策室及び盛岡市が適宜報道機関へ情報提供する。

(2) インフルエンザに係る関連死亡情報の提供

県医療政策室は、厚生労働省が政令指定都市の協力を得て実施する関連死亡情報について、必要な情報を随時市町村、医師会等の関係機関へ提供する。

5 インフルエンザウイルス検査

(1) 感染症発生動向調査事業による把握

県環境保健研究センターは、感染症発生動向調査事業により、県内の病原体定点である医療機関から採取された検体の検査を実施する。

(2) 集団感染事例等を対象とした調査

保健所は、管内でインフルエンザ様疾患の多発等がみられる施設又は学校等の協力を得て、インフルエンザ様疾患患者から、「インフルエンザウイルスの検体の採取方法について」（別紙）により検体を採取し、県環境保健研究センターに検査を依頼する。

(3) 入院患者を対象とした検査

保健所は、インフルエンザ入院サーベイランスにおいて、基幹病院定点よりインフルエンザによる入院患者について報告があった場合、必要に応じて、当該医療機関の

協力を得て検体を採取し、県環境保健研究センターに検査を依頼する。

(4) 病原体検査結果等の報告

県環境保健研究センターは、病原体検査結果が判明次第、速やかに保健所へ報告する。

6 インフルエンザ予防接種

(1) 正しい知識の普及

県医療政策室、保健所及び県環境保健研究センターは、インフルエンザの予防において、予防接種が最も基本となる予防方法であることから、県民に対し「インフルエンザQ&A」を活用し、ワクチンの効果、副作用等の正しい知識の普及に努める。

(2) 予防接種の実施計画

インフルエンザの定期接種については、流行シーズン前に免疫を確保するためにも、「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」（平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」に基づき、市町村は予防接種実施計画を策定する。策定にあたっては、接種希望者がインフルエンザの流行時期に入る前（通常は12月中旬頃まで）に接種を受けられるよう計画を策定することとされており、保健所は必要に応じて市町村に助言する。

7 インフルエンザに係る医薬品等の確保

(1) ワクチンの安定供給対策

県医療政策室及び県健康国保課は、ワクチンの需給状況が逼迫する事態が発生した場合には、必要に応じて、安定供給対策の実施等について、県医師会、医療機関、県医薬品卸業協会等関係機関に要請する。

(2) 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給対策

県医療政策室及び県健康国保課は、抗インフルエンザウイルス薬及びインフルエンザウイルス抗原検出キットの適切な供給確保について、県医師会、医療機関、県医薬品卸業協会等に協力を要請する。

8 施設内感染防止対策の推進

インフルエンザウイルスは感染力が非常に強く、集団生活の場に侵入することにより、大規模な集団感染を起こすことがあるため、特に、高齢者が多く入所又は通所する施設において、ウイルスの侵入の阻止と侵入した場合のまん延防止のための対策を推進する。

(1) 「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」の普及

県医療政策室及び保健所は、厚生労働省及び日本医師会感染症危機管理対策室が作成した「インフルエンザ施設内感染予防の手引き」について普及を図る。

(2) 集団発生状況の把握と積極的疫学調査の実施

ア 保健所は、高齢者が多く入所又は通所する社会福祉施設（成人施設）及び介護老

人保健施設等（以下「高齢者入所・通所施設等」という。）におけるインフルエンザの集団発生状況を把握するため、これらの施設等に対して、次の事項に該当する場合は「インフルエンザ患者発生報告書」（様式3）により報告を求める。

○インフルエンザと診断された者が高齢者入所・通所施設等利用者数の概ね1割を超えた場合

イ 保健所は、アの報告を県医療政策室に報告するとともに、報告のあった高齢者入所・通所施設等について、多数の死亡者が発生しているなど、通常の流行と照らし合わせて異常と考えられる状況の場合には、当該施設等の協力を得て感染症法第15条に規定する積極的疫学調査を実施し、施設内感染の拡大及び再発防止に役立てる。

ウ 保健所は、高齢者入所・通所施設等におけるインフルエンザ対策の推進に当たっては、市町村及び広域振興局の保健福祉環境部等と十分な連携を図るものとする。

インフルエンザ様疾患発生報告書 (新規、継続)

保健所 御中

(ふりがな) 学校名		(ふりがな) 学校長氏名			
所在地		TEL : 担当者名 :			
措置内容	<input type="checkbox"/> 学校閉鎖	月 日 (校時) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> 学年閉鎖	学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで			
		学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで			
		学年 月 日 (校時) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> 学級閉鎖	在籍数	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数	(B)のうち 欠席者数	
		(A)	(B)	(C)	
年 組 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
年 組 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
年 組 月 日 (校時) ~ 月 日 まで					
学年	学級数	在籍者数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)	主な症状(該当部分に○印)
1					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
2					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
3					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
4					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
5					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
6					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
計					
インフルエンザ様疾患による入院者(重症者)		____ 学年 ____ 人 入院時期 日 ~ 日 (予定)		症状(具体的に記入のこと)	
その他特記事項		<input type="checkbox"/> 罹患患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 <input type="checkbox"/> 発症10日以内の海外渡航者 本人()人 家族()人			

注1 本年度9月以降に初めて臨時休業を行った場合又は前回の新規・継続の報告から1週間以上経過している場合には「新規」として報告すること。

2 前回の新規・継続の報告から1週間に満たない間に、報告の措置内容に変更が生じた場合には、「継続」として報告すること。(措置内容に変更がない場合は「継続」の報告不要。)

2 学年・学級閉鎖の場合も、学校全体の状況を記入すること。

3 特別支援学級在籍者についても、各学年の人数に含めること。

4 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。

5 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

インフルエンザ様疾患発生報告書(新規、継続)

保健所 御中

(ふりがな) 施設名		(ふりがな) 施設長氏名			
所在地		Tel : 担当者名 :			
措置内容	<input type="checkbox"/> 施設閉鎖	月 日 (時) ~ 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖	歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで	
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで	
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで	
		歳児クラス	月 日 (時) ~	月 日 まで	
	<input type="checkbox"/> クラス閉鎖 (同年クラスが複数ある場合)		在籍数	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数	(B)のうち 欠席者数
			(A)	(B)	(C)
		歳児 組 月 日 (時) ~ 月 日 まで			
歳児 組 月 日 (時) ~ 月 日 まで					
歳児 組 月 日 (時) ~ 月 日 まで					
歳児 組 月 日 (時) ~ 月 日 まで					
クラス	クラス数	在籍数 (A)	(A)のうち インフルエンザ様 疾患罹患患者数 (B)	(B)のうち 欠席者数 (C)	主な症状(該当部分に○印)
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
歳児					熱(°C)、頭痛、腹痛、咳、咽頭痛、鼻水、その他()
計					
インフルエンザ様疾患 による入院者(重症者)		歳児 人 入院時期 月 日 ~ 月 日(予定)		症状(具体的に記入のこと)	
その他特記事項		<input type="checkbox"/> 罹患患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) <input type="checkbox"/> インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 <input type="checkbox"/> 発症10日以内の海外渡航者 本人()人 家族()人			

- 注1 本年度9月以降に初めて臨時休業を行った場合又は前回の新規・継続の報告から1週間以上経過している場合には「新規」として報告すること。
- 2 前回の新規・継続の報告から1週間に満たない間に、報告の措置内容に変更が生じた場合には、「継続」として報告すること。(措置内容に変更がない場合は「継続」の報告不要。)
- 2 クラス閉鎖の場合も、施設全体の状況を記入すること。
- 3 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。
- 4 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

インフルエンザ患者発生報告書(新規、継続)

保健所 御中

(ふりがな) 施設名			(ふりがな) 施設長氏名			
所在地			Tel :			
			担当者名 :			
罹患者発生状況	入所者		通所者		職員	
在籍者数	人		人		人	
罹患者数 (月 日現在)	人		人		人	
予防接種実施者数 (R1.9月以降)	人		人		人	
主な症状 (該当部分に○印)	熱(℃)、頭痛、腹痛、下痢、咽頭痛、鼻水、咳 その他()					
罹患者が顕著 になった時期	月 日から		罹患者 人			
重症者 (入院・死亡)者	死亡	男・女	年齢	歳	死亡時の状況	入院中・入所中・その他
	入院	男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)
		男・女	年齢	歳	入院時期	月 日～ 月 日(予定)
重症者の状況 (該当部分に○印)	熱(℃)、腹痛、下痢、肺炎併発、その他() <input type="checkbox"/> 重症化 <input type="checkbox"/> 快方に向かう					
予防接種の 実施状況	1回目	年 月 日	実施	費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
	2回目	年 月 日	実施	費用状況	・個人負担 ・措置費(運営費)等	
その他 特記事項	○罹患者数は、増加・減少 傾向 (該当部分に○印) ○インフルエンザウイルスの型 A型 B型 不明 ○発症10日以内の海外渡航者 本人()人 家族()人					
嘱託医名						

注1 罹患者数が施設利用者数の(入院または通所)のおおむね1割を超えた場合に、報告すること。
 2 死亡者については、施設から医療機関へ入院した後に死亡した者も含めること。
 3 罹患者数については、医療機関への入院のため施設を退所した者も含めること。
 4 インフルエンザウイルスの型(A型、B型)の情報が得られたときは、「その他」の欄にその旨記載すること。
 5 「発症10日以内の海外渡航者」については、確認できる範囲で記入すること。

別紙

インフルエンザウイルスの検体の採取方法について

1 保健所において実施する事項

- (1) 検体の採取（患者の咽頭部または鼻腔を綿棒でぬぐった液を採取する。）
- (2) インフルエンザウイルス分離調査表の作成（別紙1の各項目について調査し、記入する。）
- (3) 検査対象となった施設等におけるインフルエンザ流行期間の把握

2 検体採取対象者

- (1) 対象者は発病初期の患者（発病3日以内で抗ウイルス薬を服用していない者）に限定すること。（病日の進行に伴い、咽頭へのウイルス排泄量が減少し、ウイルス検査においてウイルス分離率が低下するため。）
- (2) 1施設について5名から10名の患者を対象とする。

3 咽頭ぬぐい液の採取方法について

患者から次により咽頭ぬぐい液を採取する。

- (1) 乾燥した綿棒で、咽頭上部等を擦過し、その綿棒をぬぐい液に浸す。
- (2) 綿棒の軸を折り、蓋をしっかりと閉める。
- (3) 油性マジックを用いて試験管に番号と患者名を記入する。

4 検体の保存及び搬送について

- (1) 採取した検体（咽頭ぬぐい液）は冷蔵し、速やかに環境保健研究センターに搬送する。
- (2) 保健所に検体を保存する場合は冷蔵庫に保管する。搬送には三重包装容器を用いて冷蔵で搬送する。
- (3) 検体にはインフルエンザウイルス分離調査表（別紙1）及び検査依頼書（別紙2）を添付する。

5 使用する器材の保管について

- (1) ぬぐい液及び綿棒は室温保存すること。
- (2) ぬぐい液及び綿棒の容器包装に記載されている使用期限を遵守すること。
- (3) 器材は環境保健研究センターから送付する。

6 検査対象となった施設等におけるインフルエンザ流行期間の把握

施設内での流行終息後、保健所は施設等からインフルエンザ流行期間を確認し環境保健研究センターに報告を行う。（ウイルスが検出された場合には、環境保健研究センターから、国立感染症研究所感染症情報センターに報告するが、その際流行期間の情報が必要であること。）

(別紙1)

インフルエンザウイルス分離調査表

保健所

No.	性別・年齢・氏名	医療機関の名称等	診断名及び検体の種類	発病年月日 検体採取年月日	発生状況	最近のインフルエンザ ワクチン接種歴	臨床症状・徴候等	検体採取前の抗 インフルエンザウ イルス薬投与の 有無
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 歳	名称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から()日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 歳	名称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から()日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 歳	名称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から()日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 歳	名称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から()日間
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 歳	名称 医師名	診断名 <input type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい <input type="checkbox"/> その他 ()	発病年月日 年 月 日 検体採取年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 散発 <input type="checkbox"/> 地域流行 <input type="checkbox"/> 家族内発生 <input type="checkbox"/> 集団発生 施設名:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 接種年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 多臓器不全 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 月 日 から()日間

(別紙2)

文書番号

年月日

環境保健研究センター所長 様

保健所長

試 験 検 査 依 頼 書

このことについて、下記のとおり試験検査を依頼します。

記

依頼番号	
------	--

試験・検査項目	インフルエンザウイルス
---------	-------------

検体番号	検体名	生年月日	検体採取日	備 考

検体の詳細は、別紙1のとおり

担 当
職・氏名
電話
FAX
E-mail