

病院・診療所における
新型インフルエンザ患者への対応に係るガイドライン
Ver. 2

2019年11月

千葉県医師会

目次

I	はじめに	1
II	新型インフルエンザとは	2
III	新型インフルエンザ等が発生した場合の国が考える健康被害の想定	3
IV	新型インフルエンザ等の患者の発生状況と状況に応じた医療提供体制	4
1	新型インフルエンザ等の患者の発生段階	4
2	新型インフルエンザ等の患者の各発生段階における医療提供体制	5
(1)	海外発生期から県内発生早期（地域発生早期）	5
(2)	県内感染期（地域感染期）	7
V	インフルエンザウイルスの感染経路と医療機関等における感染予防対策	8
1	インフルエンザウイルスの感染経路（新型インフルエンザウイルスを含む）	8
2	インフルエンザウイルスの飛沫感染と接触感染について	9
(1)	飛沫感染	9
(2)	接触感染	9
3	医療機関の施設内でインフルエンザウイルスの感染拡大を防ぐために実施すべき対策	9
(1)	受診者に対する対策	10
(2)	施設等に関する対策	10
(3)	医師、看護師、受付事務等の医療関係者の感染予防対策	10
(4)	新型インフルエンザ等の患者や疑似症患者との医療施設内での濃厚接触者の報告	13
4	抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬	13
VI	県内感染期（地域感染期）における外来患者の診断と重症度評価	14
1	小児の診断、治療、重症度評価	14
(1)	診断にあたってのフロー	15
(2)	出席停止期間について	17
2	成人の診断、治療、重症度評価	17
(1)	外来診療でのインフルエンザ患者の重症度から見た分類	18
(2)	インフルエンザ肺炎の病型	19
VII	治療	20
1	抗インフルエンザウイルス薬による治療	20
(1)	抗インフルエンザウイルス薬治療の推奨	20
(2)	抗インフルエンザウイルス薬による治療が推奨されるインフルエンザ合併症のリスクが高いヒト	20
2	インフルエンザ患者の病態による抗インフルエンザウイルス薬の選択	21
3	小児等のインフルエンザ患者に対する抗インフルエンザウイルス薬の使用	23
4	肺炎を合併しているインフルエンザ患者に対する抗菌剤の使用	24

5	抗インフルエンザウイルス薬の併用や増量、投与期間の延長について の考え方	25
VIII	新型インフルエンザ等患者の各医療科に係る入院医療機関との連携	25
1	新型インフルエンザ等感染症の発生時期による入院医療機関との連携	25
2	海外発生期から県内発生早期（地域発生早期）	27
3	県内感染期（地域感染期）	27
(1)	成人（内科）が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の 受入れ体制	27
(2)	小児等が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ 体制（千葉県小児科医会の方針）	28
(3)	妊産婦（産婦人科）が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者 の受入れ体制（千葉県産科婦人科医学会の方針）	29
(4)	透析療養者が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ 体制（千葉県透析医会の方針）	30
(5)	精神疾患患者が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の 受入れ体制	31

I はじめに

季節性のインフルエンザに見られるように、インフルエンザウイルスの流行は、一旦始まると短期間の内に感染が拡大する。特に、新型インフルエンザウイルスについては、誰も感染をした経験がないことから、発生たびに世界的なパンデミック（大流行）を繰り返してきた。1900年以降で見ても、人類は1918年のスペインインフルエンザの原因となったA(H1N1)亜型ウイルス、1957年のアジアインフルエンザの原因であるA(H2N2)亜型ウイルス、1968年の香港インフルエンザを引き起こしたA(H3N2)亜型ウイルス、そして2009年に発生したA(H1N1)pdm09ウイルスによるパンデミックを経験している。この史実に基づけば、新型インフルエンザウイルスによるパンデミックは10年から40年の周期で発生しているが、今後のパンデミック発生の時期を予測することは困難であり、さらにパンデミックを起こすインフルエンザウイルスの亜型、発生した際にどの年齢層に多く罹患しどのような症状が主体で致死率がどのくらいになるかを予想することもまた困難である。

一方、2009年のA(H1N1)pdm09ウイルスによるパンデミックの経験から解るように、感染防御対策に加え、感染早期の抗インフルエンザウイルス薬の投与、さらに肺炎等を合併し重症化した際の治療方法の進歩など、適切な医療が受けやすい環境にある我が国の現状を踏まえると、かつてのパンデミック発生時とは異なり、新型インフルエンザウイルス感染による重症化や死亡者は大幅に減少することが想定される。このような状況下にあっても、新型インフルエンザウイルスが発生した際には、健康被害を最小限にとどめることが必須であり、そのためには、新型インフルエンザ患者（疑い患者を含める）が診療所・一般病院を受診した際の感染予防・拡大防止対策、診断・治療方針、そして重症化した時の急性期医療施設への紹介・転送など、新型インフルエンザ患者の国内発生に備えた仕組みを構築しておくことが喫緊の課題と考える。

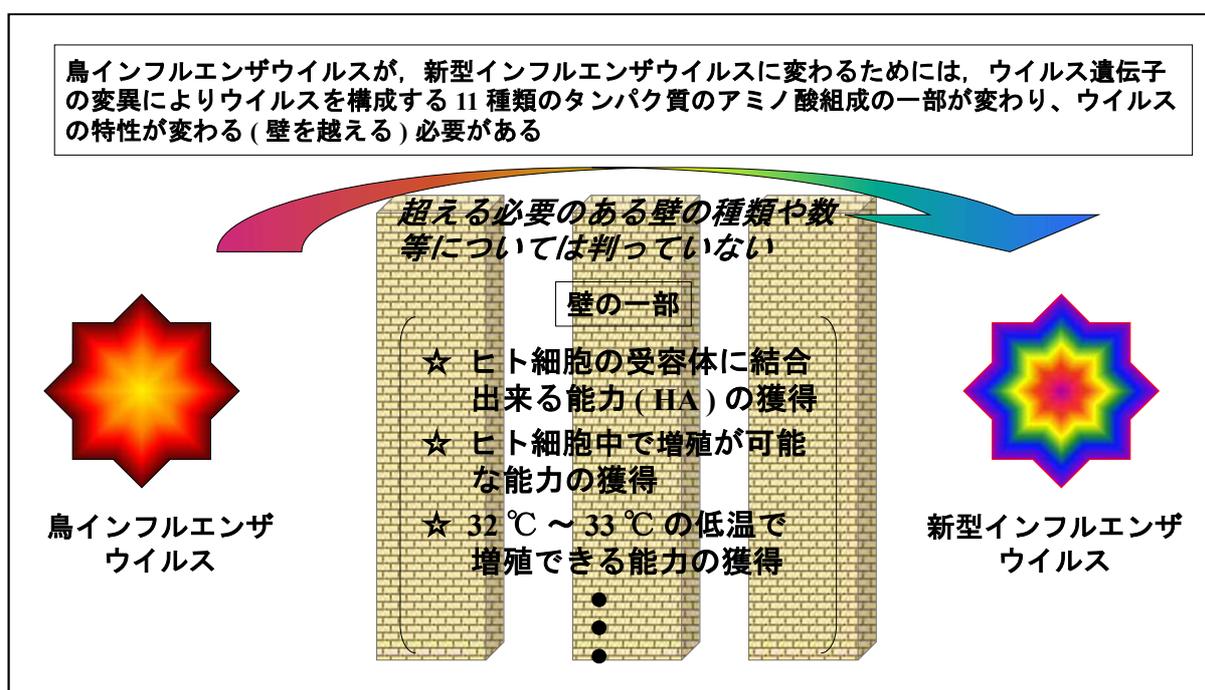
本ガイドラインは、新型インフルエンザの国内発生早期から県内感染期（地域感染期）までを想定し、他の疾患で医療機関を受診する患者や家族、医療機関の職員に対する感染予防対策ならびに新型インフルエンザが疑われる患者への診断・治療方針等について、厚生労働省、国立感染症研究所、学会ならびに日本医師会が示している知見等を基本として記載している。さらに、千葉県の医療実態を勘案し、新型インフルエンザ患者が重症化した場合について、重症度に応じて入院治療が可能な医療施設への紹介や移送など千葉県医師会新型インフルエンザ等対策委員会での検討結果を踏まえて策定した。患者の重症度に応じた入院受入れ医療機関については、小児科、産婦人科および透析については2018年の調査に基づいており、成人（内科）および精神科については現状では具体化されていないため、考え方の提案に留めている。

なお、新型インフルエンザワクチンやプレパンデミックワクチンの接種体制や接種方法など、県および市町村が実施主体となっていくものについては、本ガイドラインには記載しないものとする。

II 新型インフルエンザとは

新型インフルエンザとは、過去にヒトへの感染歴がない動物（主に鳥やブタ）を宿主としている A 型インフルエンザウイルスが、遺伝子の変異によってヒトの体内で増殖できるように変化し、さらにはヒトからヒトへ容易に感染できるようになったウイルス（新型インフルエンザウイルス）により起こる疾患である。しかし、A 型インフルエンザウイルス遺伝子がどのように変化することで新型インフルエンザウイルスになるのか、新型インフルエンザウイルスがいつ発生するのかということについては、残念ながら解ってはいない（図 1）。

図 1 鳥インフルエンザウイルスから新型インフルエンザウイルスへの変異



ひとたび新型インフルエンザウイルスが発生すると、ヒトはこのウイルスに対して免疫がないことから、感染は短時間のうちに拡大しパンデミックを起こし、多くのヒトに健康被害をもたらす。過去に発生した新型インフルエンザウイルスによる健康被害について見ると、1918年に発生した A(H1N1) 亜型ウイルスによるスペインかぜでは、全世界人口の約 30% が罹患し 2~4 千万人が死亡したとされている。さらに、1957年のアジアかぜ (A(H2N3) 亜型ウイルス) では 200 万人、1968年の香港かぜ (A(H3N2) 亜型ウイルス) では 100 万人が死亡し、2009年に発生した新型インフルエンザ (A(H1N1) 亜型ウイルス) では、死亡者は約 2 万人と推定されている。

この間、医療は時代とともに進歩し、インフルエンザワクチンや抗インフルエンザウイルス薬の開発、重症化した場合の医療に供する器具・機材や医療対応の高度化、さらに衛生環境や個人予防意識の向上等が、新型インフルエンザによる死亡率の大幅な減少に寄与していると推察される。

なお、日本において新型インフルエンザは、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（以下、「感染症法」という。）により「新型インフルエンザ等感染症」として表1の通り定義されている。

表1 新型インフルエンザ等感染症の法律上の定義

<p>新型インフルエンザ等感染症の感染症法律上の定義（感染症法第6条7項）</p> <p>この法律において「新型インフルエンザ等感染症」とは、次に掲げる感染性の疾病をいう。</p> <p>1 新型インフルエンザ（新たに人から人に伝染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の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と認められるものをいう。）</p> <p>2 再興型インフルエンザ（かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているものとして厚生労働大臣が定めるものが再興したものであって、一般に現在の国民の大部分が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の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と認められるものをいう。）</p>

III 新型インフルエンザ等が発生した場合の国が考える健康被害の想定

政府は、「新型インフルエンザ等対策行動計画（平成29年9月12日 変更）」において、新型インフルエンザ等感染症の発生時期および発生した場合の健康被害想定としての患者数等について、正確に予測することは不可能としているが、現時点の科学的知見や過去にパンデミックを起こした新型インフルエンザのデータを参考にして、被害想定例を示している（表2）。

しかし、これらの推計に当たり政府は、新型インフルエンザワクチンや抗インフルエンザウイルス薬による介入の影響（効果）、現在の我が国の医療体制、衛生状況等を一切考慮していないことに留意する必要があると述べている。さらに、被害想定については、現時点においても多くの議論があり、科学的知見が十分とは言えないことから、最新の科学的知見の収集に努め、必要に応じて見直しを行うとしている。

表2 過去のデータを基にした新型インフルエンザ等感染症が発生した場合の健康被害想定例

	アジアインフルエンザ等 ※1 (中程度)	スペインインフルエンザ ※1 (重度)
新型インフルエンザのり患率	全人口の25%が新型インフルエンザに罹患すると想定	
受診者数	医療機関を受診する患者数は、約1,300万人～2,500万人と推計	

入院患者数 ※2 (上限)	約 53 万人	約 200 万人
1 日当たりの 最大入院患者数 ※3	10.1 万人 (流行発生から 5 週目)	39.9 万人 (流行発生から 5 週目)
死亡率と死亡者数 ※2 (上限)	約 17 万人	約 64 万人

※1 健康被害の状況は、スペインインフルエンザのデータを参考に重度、アジアインフルエンザ等のデータを参考に中等度としている

※2 入院患者数、死亡者数は、受診者数の上限である約 2,500 万人を基に算出している

※3 全人口の 25% がり患し、流行が約 8 週間続くと仮定した

IV 新型インフルエンザ等の患者の発生状況と状況に応じた医療提供体制

1 新型インフルエンザ等の患者の発生段階

国および WHO は、新型インフルエンザウイルスが発生した際の患者発生(感染者)の状況に応じて発生段階を分けている(表 3、図 2)。しかし、新型インフルエンザウイルスが発生すれば、国内への侵入は避けられず、さらに国内でのまん延を阻止することはできない。そこで、国は感染の拡大を可能な限り抑制することで流行のピーク時における患者数をなるべく少なくし、患者数が医療のキャパシティを超えないようにすることで患者が適切な医療を受けられるようにしている。

この方針に基づき、患者に対する医療提供についても、それぞれの段階に即した体制により行う必要がある。

表 3 新型インフルエンザ等の患者の発生段階

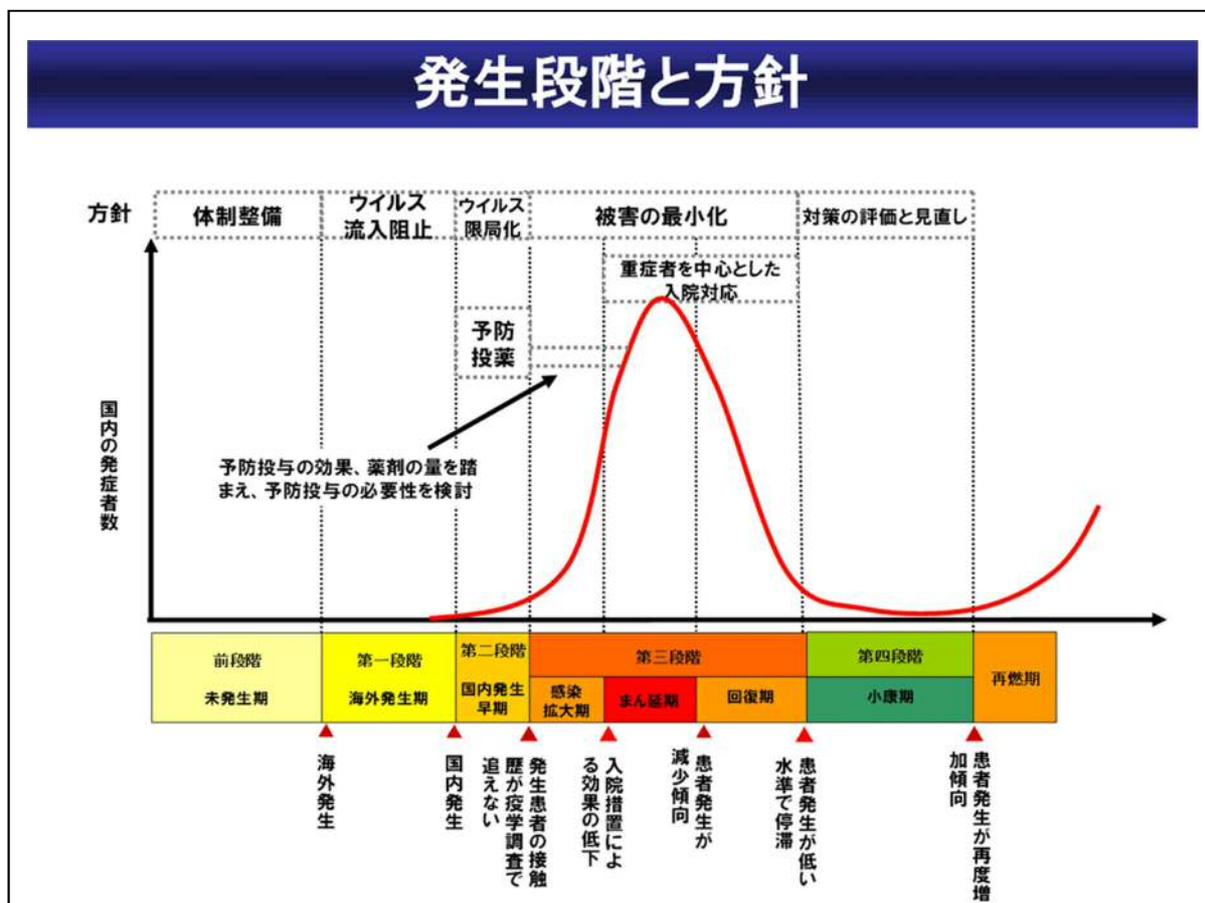
政府行動計画の 発生段階	WHO の流行段階	新型インフルエンザ等の患者の発生状況
未発生期	Interpandemic phase (流行間期)	新型インフルエンザウイルスによる流行が発生するまでの期間
—	Alert phase (警戒期)	新しい亜型のインフルエンザウイルスがヒトで見つかり、地域、国、国際的なレベルで警戒の増加や慎重なリスク評価が必要な段階(※1)
海外発生期 (国内未発生)	Pandemic phase (流行期)	海外で新型インフルエンザ等が発生した状態
国内発生早期		国内のいずれかの都道府県で新型インフルエンザ等の患者が発生しているが、全ての患者の接触歴を疫学調査で追跡できる状態 (各都道府県においては、「地域未発生」、「地域発生早期」(※2)のいずれかの発生段階)
国内感染期		国内のいずれかの都道府県で、新型インフルエンザ等の患者の接触歴が疫学調査で追跡できなくなった状

		態 (各都道府県においては、「地域未発生期」、「地域発生早期」、「地域感染期」(※2)のいずれかの発生段階)
小康期	Transition phase (移行期)	新型インフルエンザ等の患者の発生が減少し、低い水準でとどまっている状態

※1 新しいインフルエンザウイルスが大流行を起こす系統 (strain) に進化しない場合には、流行と流行の間の期間 (流行間期) の段階の活動へ段階的に縮小する可能性がある。

※2 「地域発生早期」および「地域感染期」については、地域での発生状況に応じて地域 (都道府県) レベルで発生段階を定める。

図2 患者発生段階に応じた対応方針 (厚生労働省)



2 新型インフルエンザ等の患者の各発生段階における医療提供体制

(1) 海外発生期から県内発生早期 (地域発生早期)

この間は、新型インフルエンザウイルス等の感染の拡大をできる限り防止しながら医療提供を行うこととされており、県内には帰国者・接触者相談センターが設置されるとともに帰国者・接触者外来が設置され、新型インフルエンザウイルスの感染の可能性のある外来患者に対する医療提供を行う。さらに、感染が確認できた患者については、感染症法に基づいて感染症指定医療機関への入院勧告および当該機関での入院治療が行われる。

一方、2009年に発生した新型インフルエンザのパンデミック時には、この間であっても新型インフルエンザ等の患者が診療所・一般病院等の外来を受診していた事実があることから、これらを踏まえ、帰国者・接触者外来が設置されている間における診療所・一般病院外来での医療提供等については次のとおりとする（図3）。

また、この間それぞれの医療機関では、新型インフルエンザの患者や感染者が受診した場合に備え院内での感染拡大防止対策を講ずる必要がある。

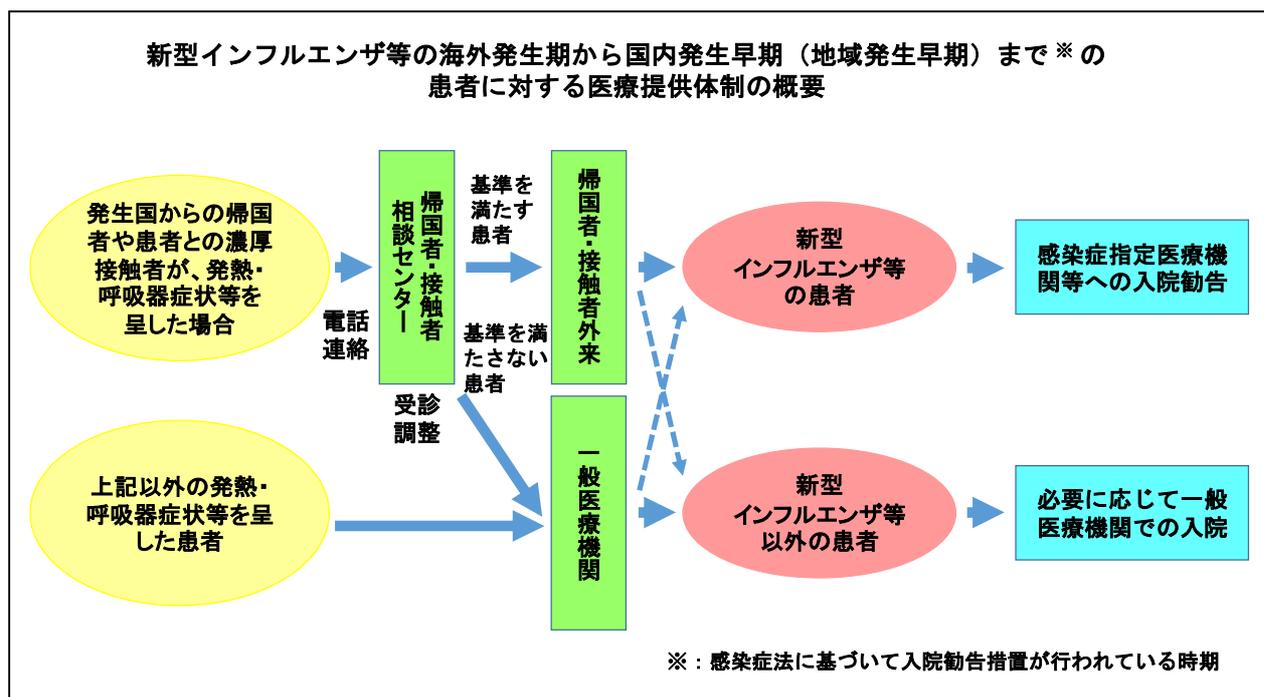
診療所・一般病院等における感染の拡大を防ぐための対策については、「V インフルエンザウイルスの感染経路と医療機関等における感染予防対策」を参照し実施する。

なお、この間、感染予防対策を講ずることなしに医療機関内において患者と接触した者（濃厚接触者）については、保健所による接触者調査の対象となることから、医療機関の管理者に対し当該接触者の名簿等の提出を求められる（詳細は、V-3（4）「新型インフルエンザ等の患者や疑似症患者との医療施設内での濃厚接触者の報告」を参照）。

【 診療所・一般病院等における医療等の提供 】

- ① 新型インフルエンザ等の発生国からの帰国者や新型インフルエンザ等の患者との濃厚接触者で発熱・呼吸器症状を有する者から電話により受診に関する問い合わせが診療所・一般病院外来にあった場合は、帰国者・接触者相談センターに連絡し、指示を仰ぐよう案内する。
- ② 発熱・呼吸器症状を有する患者が、診療所・一般病院外来を受診した場合には、新型インフルエンザ等の発生国への渡航歴あるいは新型インフルエンザ等の患者との濃厚接触歴について確認し、いずれかに該当する場合には当該医療機関の管内にある保健所に連絡し、指示を仰ぐ。
- ③ 新型インフルエンザ等の発生国への渡航歴あるいは新型インフルエンザ等の患者との濃厚接触歴がないか、あるいは確認できない発熱・呼吸器症状を有する患者で、既存のインフルエンザ検査キットでA型インフルエンザウイルスの感染が確認できた場合には、抗インフルエンザウイルス薬を処方するとともに、管内の保健所に連絡し、新型インフルエンザウイルス検査のための検体採取等について指示を仰ぐ。
- ④ ③と同様の患者で、既存のインフルエンザ検査キットでA型・B型インフルエンザウイルス感染が陰性の患者については、発熱・呼吸器症状が翌日になっても改善しない場合に再度来院するよう指示したうえで帰宅させる。翌日、再受診した患者については、必要に応じて再度インフルエンザ検査キットで検査を行い、A型インフルエンザウイルスの感染が確認できた場合には③と同様の対応を行う。

図3 海外発生期から国内発生早期（地域発生早期）までの医療提供体制



(2) 県内感染期（地域感染期）

この時期になると、市中感染により感染が拡大しているため感染の拡大を止めることは困難であることから、帰国者・接触者相談センター、帰国者・接触者外来および感染症法に基づく感染症指定医療機関への入院勧告は中止される。一方、医療提供が必要な新型インフルエンザ等の患者に対しは、適切な医療を提供することで健康被害を最小限にとどめることが求められることから、新型インフルエンザ等の患者に対しても、一般の医療機関において以下の通り医療提供を行う（図4）。このため、この時期は一般の患者と新型インフルエンザ等の患者が医療機関内で混在することから、それぞれの医療機関では院内での感染の拡大防止に努める必要がある。

診療所・一般病院等における感染の拡大を防ぐための対策については、「Vインフルエンザウイルスの感染経路と医療機関内等における感染予防対策」を参照すること。

【医療等の提供】

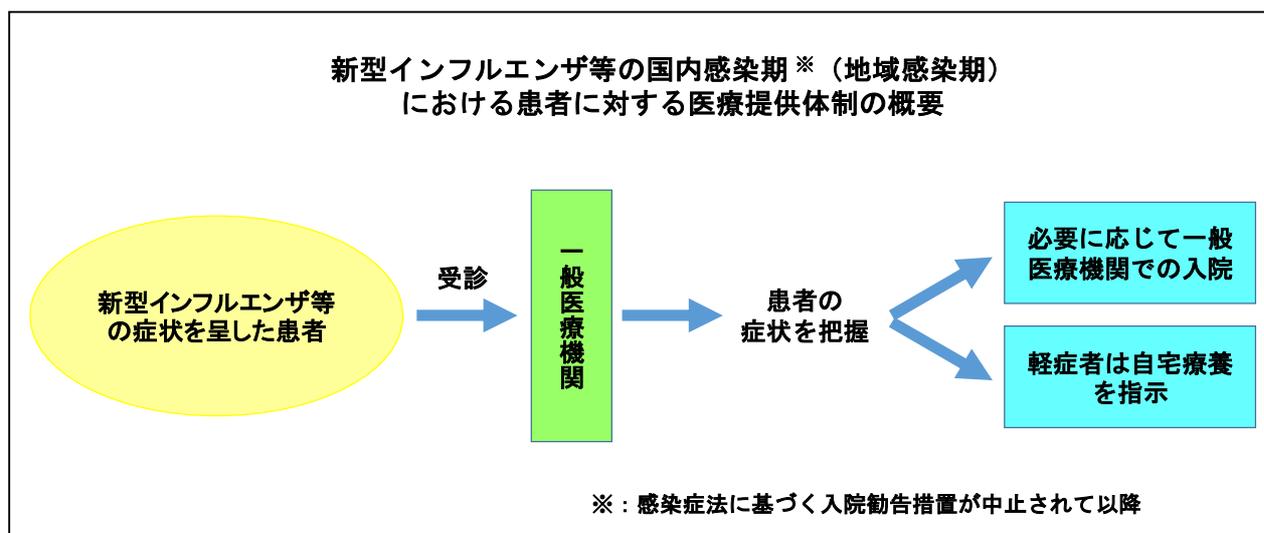
- ① 発熱・呼吸器症状を有する患者でインフルエンザが疑われる場合には、既存のインフルエンザ検査キットを用いて検査を行い、インフルエンザウイルスの感染が確認できた場合には、抗インフルエンザウイルス薬を処方するとともに、入院による治療が必要ではない患者については在宅での療養を要請する。
- ② インフルエンザウイルスの感染が確認できた患者で入院による治療が必要と判断した場合には、症状に基づき適切な医療提供が可能な入院施設を有する病院へ

の入院を勧奨する。

※ 患者に対して入院を勧奨する病院については、入院の勧奨を行う前に患者の入院受入れについて調整を行う。

- ③ 在宅で療養する患者については、電話による診察で新型インフルエンザ等と診断できた場合、医師は抗インフルエンザウイルス薬等の処方箋を発行し、ファクシミリ等により患者に送付する。

図4 国内感染期（地域感染期）における医療提供体制



V インフルエンザウイルスの感染経路と医療機関等における感染予防対策

1 インフルエンザウイルスの感染経路（新型インフルエンザウイルスを含む）

季節性のインフルエンザの場合、ヒトからヒトへ感染が拡大する際のインフルエンザウイルスの主な感染経路は、インフルエンザの患者から放出される飛沫を介する飛沫感染とウイルスで汚染されている環境に触れた手指を介し、口や鼻腔から感染する接触感染となっている。加えて、ごく限られた環境下においては空気感染（飛沫核感染）を起こす場合があるとされている。

新型インフルエンザウイルスの感染経路については、当該ウイルスが発生していない時点で感染経路を特定することはできないが、ヒトからヒトへ感染するインフルエンザウイルスであることから、季節性のインフルエンザウイルスと感染経路が大きく異なるとは考えづらい。そこで、基本的には、季節性のインフルエンザウイルスの主な感染経路と考えられている飛沫感染と接触感染に対する対策を講じることが重要になる。

2 インフルエンザウイルスの飛沫感染と接触感染について

(1) 飛沫感染

飛沫感染は、インフルエンザウイルスに感染したヒトが咳やくしゃみをした時に放出されるウイルスを含む飛沫を、健康なヒトが口や鼻から吸い込むことで感染する経路を指す。

飛散した飛沫は、1 ～ 2m の範囲内で床に落下し、空気中を浮遊し続けることはない。このため、飛沫感染は患者と1 ～ 2m の範囲内に接近することで起こる。

(2) 接触感染

インフルエンザウイルスの接触感染とは、インフルエンザ患者の咳・くしゃみによる飛沫や鼻水などのウイルスを含んだ体液が付着した机、ドアノブや各種スイッチ等を健康なヒトが手で触り、その手で自分の眼、口、鼻を触ることで、結膜や口腔・鼻腔内の粘膜を通して感染する経路を指す。

インフルエンザウイルスは、ステンレススチールやプラスチックなど多孔質ではない物の表面に付着した場合には 24～48 時間感染性を有し、多孔質な布、紙やティッシュペーパーに付着した場合には 8～12 時間感染性を保持する¹。

1 J. Infect. Dis., 1982, Vol.146(1), 47-51 : Survival of influenza viruses on environmental surfaces.

(参考) 空気感染 (飛沫核感染)

患者から放出されたウイルス等の病原体を含む飛沫核 (飛沫より小さな粒子) を、健康なヒトが口や鼻から吸い込むことで感染する経路を指す。飛散した飛沫核は、空中に長時間浮遊することから、感染は患者から 1 ～ 2m の範囲にとどまらず広範囲におよび、さらに、患者が居た空間を共有することでも成立する。

飛沫感染を起こす病原体 (インフルエンザ、SARS 等) でも、飛沫核を生じさせる気管内挿管を伴う医学的な手技を実施する場合には、飛沫核による感染の危険が増すとされている。

3 医療機関の施設内でインフルエンザウイルスの感染拡大を防ぐために実施すべき対策

先にも述べた通り、新型インフルエンザウイルスが発生していない現状で新型インフルエンザウイルスの感染経路を特定することは困難であるが、ヒトからヒトへ感染することから季節性のインフルエンザウイルスと同じ感染経路を持つとの考えに基づき、本来、日ごろから実施している (あるいは実施すべき) 季節性インフルエンザウイルスの感染予防対策の徹底を図ることが、新型インフルエンザウイルスの感染拡大を防ぐうえで合理的な考え方である。

加えて、新型インフルエンザウイルスが発生し、感染様式は季節性のインフルエンザウイルスと同じであっても、病原性が高いことに起因して飛沫感染・接触感染の予防対策を強化すること (日ごろ行っていないガウンやゴーグルの使用等) は、医師等

の安全を担保する上で重要である。

(1) 受診者に対する対策

ア 医療機関を受診する患者には、新型等のインフルエンザウイルス（新型、季節性インフルエンザウイルスを含む。以下同じ。）に感染している患者とそれ以外の患者が混在することから、医療施設内での接触感染予防対策として入口に手指の消毒薬を設置し、医療施設へ入る者全員に対して入る前の手指の消毒の実施を徹底する。

イ さらに、施設内での飛沫感染を予防するために、受診者、保護者、付添人等、医療施設に入る者全員に対し、施設の入口でのサージカルマスクの着用を徹底する。

(2) 施設等に関する対策

ア 可能であれば、新型等のインフルエンザウイルスの感染が疑われる患者とそれ以外の患者の待合室を分ける、診療時間を別にするなど、新型等のインフルエンザウイルスの感染が疑われる患者とその他の患者が同一時間に同一空間を共有することが無いようにする。

イ 医療機関の規模等により（ア）の対応が困難な場合には、待合室を衝立等により2つに分け新型等のインフルエンザウイルスの感染が疑われる患者とそれ以外の患者の待合スペースを分ける。あるいは、待合室の椅子の間隔を1m以上開けることにより新型等のインフルエンザウイルスの感染が疑われる患者の飛沫が直接その他の患者に届かないようにする。

ウ インフルエンザ患者が触れる可能性が高い部分（ドアハンドル、待合室等の椅子、机、蛇口の把手、自動販売機のボタン、エレベーターのボタン等）の定期的[※]な清掃とアルコール系消毒薬等による消毒を行う。

※ 定期的とは、受診者数や触れる頻度等に基づき、1回 / 1時間から1回 / 半日程度とする。

(3) 医師、看護師、受付事務等の医療関係者の感染予防対策

ア 新型等のインフルエンザウイルスの検査用検体を採取する場合など、患者の飛沫を直接浴びる可能性のある医療手技を行う場合には、使い捨ての手袋、サージカルマスク²、使い捨てガウン、帽子および眼の粘膜保護のためのゴーグルの個人防護具を着用する（図5）。

イ 診察等で患者と相対する場合や必要に応じて患者の体や衣服に触れる場合には、サージカルマスクおよび使い捨て手袋を着用する。また、診察の間に患者の飛沫を直接浴びる可能性がある場合には、ガウン、ゴーグルの使用も検討する（図5-2、5-3）。

ウ 患者の飛沫を直接浴びることが無い職員は、新型等のインフルエンザウイルスで汚染されているドアノブ等に触れた手指で無意識のうちに口、鼻あるいは目を触ることで、手指に付着したウイルスが口や鼻等を介して感染することを防ぐた

めに、サージカルマスクを着用する（図 5-1）。

エ 患者に対して、飛沫核を生じさせる気管内挿管等を伴う医学的な手技を実施する場合には、（ア）と同様に使い捨ての手袋、使い捨てガウン、帽子および眼の粘膜保護のためのゴーグルの個人防護具を着用し、さらに飛沫核による感染の危険が増すことからサージカルマスクに代えて N95 マスク²を使用する（図 5-4）。

オ 使用した使い捨て手袋（患者の飛沫が付着するような医療手技を行った場合や患者の衣服や体に触れた場合）は、その都度交換する。サージカルマスクは、一度外したら再度の使用はせず、新しいものを使用する。ガウンは一度脱いたら再度の着用は行わず、新しいものを使用する。

使い捨て手袋を外した時や休憩等を取る場合には、必ず手洗いとアルコール系消毒薬等による手指の消毒を行う（図 6-1、6-2）。

2 Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections. (WHO), 2014

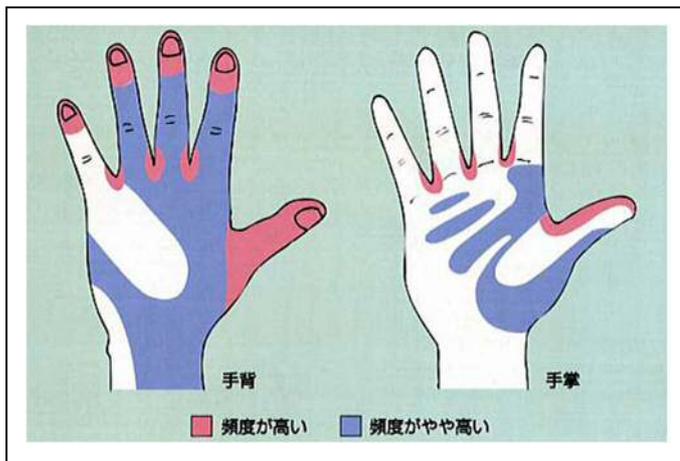
図 5 個人防護具（PPE）の着用例



PPE : personal protective equipment



図 6-1 手洗いミスの発生場所



厚生労働省 高齢者の介護施設における感染対策マニュアルより抜粋
(平成 25 年 3 月)

図 6-2 手洗いの順序



(4) 新型インフルエンザ等の患者や疑似症患者との医療施設内での濃厚接触者の報告
海外発生期から県内発生早期（地域発生早期）においては、個人防護具の着用等をせずに新型インフルエンザ等の患者や疑似症患者と接触した者（濃厚接触者※）は感染症法に基づいた接触者調査の対象となり、保健所職員等による調査が実施される。

この時期に、医療施設内で濃厚接触者が発生した場合には、該当者に対する保健所職員等による接触者調査に当たって、保健所から医療施設の管理者等に対し、医療施設内での濃厚接触者に該当する者の氏名、住所、連絡先等を記載した名簿の提出が求められることから、これら名簿の作成を行う必要がある。

（※ 参考）濃厚接触者に該当する者（新型インフルエンザ等対策ガイドライン（新型インフルエンザ等に関する関係省庁会議）参照）

「濃厚接触者」とは、症例（患者（確定例）、疑似症患者）が発生したと推定される日の1日前から接触した者のうち、次の範囲に該当する者。

ア 世帯内接触者

症例（患者（確定例）、疑似症患者）と同一住所に居住する者。

イ 医療関係者等

個人防護具（PPE）を装着しなかった又は正しく着用しないなど、必要な感染症対策なしで、症例（患者（確定例）、疑似症患者）の診察、処置、搬送等に直接関わった医療関係者や搬送担当者。

ウ 汚染物質への接触者

症例（患者（確定例）、疑似症患者）由来の血液、体液、分泌物（痰など（汗を除く。））などに、必要な感染対策なしで接触した者等。

※ その他、手で触れること又は対面で会話することが可能な距離（約1m）で、必要な感染対策なしで、症例（患者（確定例）、疑似症患者）と接触があった者

4 抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬

新型インフルエンザウイルスが発生した時の抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬については、原則、新型インフルエンザ等対策ガイドラインに従って実施する（表4）。

海外発生期及び地域発生早期においては、濃厚接触者等への予防投薬により患者数の増加のタイミングを遅らせることで流行のピークの到来を遅らせ、さらに医療従事者の発症を予防することで医療機能の維持を図る目的で、対象者に対し抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬を実施する。この際に使用される抗インフルエンザウイルス薬は、国及び千葉県が備蓄している抗インフルエンザウイルス薬を用いる。

一方、地域感染期においては、新型インフルエンザ患者への治療を優先することか

ら、予防投薬は原則行わない。

表 4 抗インフルエンザウイルス薬の予防投薬対象者（新型インフルエンザ対策ガイドライン（新型インフルエンザ等に関する関係省庁会議）から抜粋）

<p>1 海外発生期及び地域発生早期</p> <p>ア 患者の同居者は、新型インフルエンザウイルスの暴露を受けている可能性が高く、予防投薬を検討する。</p> <p>イ 同居者を除く患者との濃厚接触者[※]及び患者と同じ学校、職場等に通う者 感染症法の規定（第15条）に基づき、積極的疫学調査を行った結果特定された患者との濃厚接触者（同居者を除く）、患者と同じ学校、職場に通う者のうち新型インフルエンザウイルスの暴露を受けたと考えられる者については、必要に応じて予防投薬の対象とする。（予防投薬は保健所等の医師が行う）</p> <p>ウ 十分な感染対策を行わずに、患者と濃厚に接触した医療従事者は、必要に応じて予防投薬の対象とする。ただし、有効性が確認された新型インフルエンザワクチンの接種を受けている場合は、原則予防投薬を行わない。（予防投薬は医療機関の医師が行う）</p> <p>2 地域感染期以降</p> <p>ア 患者の同居者の感染予防を目的とした抗インフルエンザウイルス薬の予防投与については、厚生労働省が予防投薬の効果を評価した上で、継続するかどうかを決定する。</p> <p>イ 同居者を除く患者との濃厚接触者及び患者と同じ学校、職場等に通う者については、予防投薬を原則行わない。</p> <p>※ 濃厚接触者とは、新型インフルエンザの確定患者（confirmed）、疑似症患者（probable）、あるいは疑わしい（suspected）人のケアをマスク等の个人防护具を着用しないで行ったか同居している者、または感染がある人の呼吸器飛沫や体液に接触した可能性が高い人と定義する。濃厚接触の例はキスまたは抱擁、食器の共有、身体活動、あるいは結果的に呼吸器分泌物へ曝露したと思われるその他の接触などである。濃厚接触は通常、感染者のそばを歩行した、あるいは待合室またはオフィスで有症状の患者の向かいに座っていた、などの行為は含まれない。</p>

VI 県内感染期（地域感染期）における外来患者の診断と重症度評価

1 小児の診断、治療、重症度評価

千葉県小児科医会では、2009年に発生した新型インフルエンザウイルスによるパンデミック時に、外来患者に対し問診票（表5）を用いた問診ならびに必要なに応じたインフルエンザ迅速診断キットを用いた検査と診察による重症度の判断を行うことで、自宅療養と要入院を識別する方式をとり実用的であったことから、原則、この方法により対応する。

表 5 問診時に使用する新型インフルエンザの症状に関する問診票

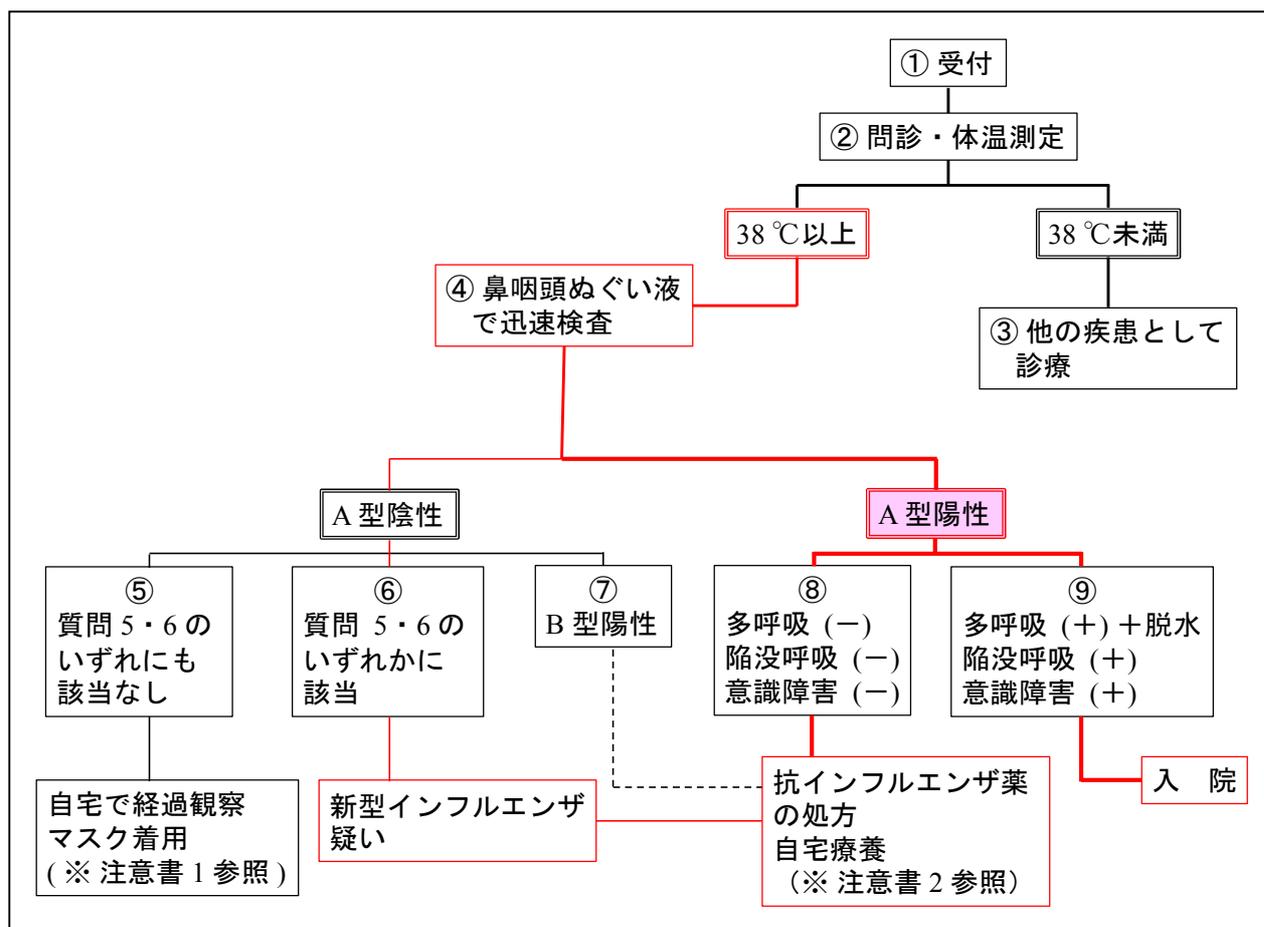
新型インフルエンザの罹患が疑われる人をスクリーニングし、他の患者との接触をさげ、感染拡大を防ぐために、診察前に患者（保護者）に次の項目に関する回答を依頼する。

- 1 38℃以上の発熱、熱感や悪寒の有無、何℃が何時から
- 2 鼻汁・鼻閉、咽頭痛の有無
- 3 全身のだるさ・頭痛・筋肉痛の有無
- 4 下痢・嘔吐の有無
- 5 近所や家庭内における新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）の有無
- 6 保育園、幼稚園、学校における新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）の有無
- 7 気管支ぜん息・心疾患・腎疾患・免疫不全などの有無と疾患名

(1) 診断にあたってのフロー（図 7 参照）

- ① 受付時に、問診票（表 5）の項目について患者の保護者（又は患者本人）から回答を得る。
- ② 診察時に、問診と体温測定を行う。
- ③ 体温が 38℃未満で、新型インフルエンザ患者（疑似症患者を含む）との接触歴がない場合には、原則、この時点では他の疾患として取り扱うが、翌日にも発熱がある場合には、再度受診するよう指示する。
- ④ 体温が 38℃以上の場合には、鼻咽頭のぬぐい液を採取しインフルエンザウイルスの迅速検査キットを用いて検査を行う。
- ⑤ 検査の結果、A 型インフルエンザウイルス陰性で、かつ、問診票の 5、6 のいずれの項目にも該当しない場合には、注意書 1*を説明し自宅での経過観察を指示する。
- ⑥ A 型インフルエンザウイルス陰性であっても、問診票の 5、6 のいずれかの項目に該当する場合には、新型インフルエンザの疑いがある患者として抗インフルエンザウイルス薬を処方し、さらに注意書 2*を説明した上で自宅療養を指示する。
- ⑦ インフルエンザウイルスの迅速検査キットで B 型インフルエンザウイルスが陽性となった場合には、抗インフルエンザウイルス薬を処方し自宅療養を指示する
- ⑧ インフルエンザウイルスの迅速検査キットで A 型インフルエンザウイルスが陽性となり、多呼吸、陥没呼吸、意識障害がない場合には、抗インフルエンザウイルス薬を処方し自宅療養を指示する。
- ⑨ インフルエンザウイルスの迅速検査キットで A 型インフルエンザウイルスが陽性となり、さらに、多呼吸と脱水、陥没呼吸、意識障害のいずれかの症状がある場合には、症状の重症度を考慮した上で表 10 を参考にして入院医療機関の選定を行うとともに入院患者の受入れについての調整を行う。

図7 小児の新型インフルエンザ診断フロー（千葉県小児科医会）



【 ※ 小児科における新型インフルエンザ外来診療時の注意書 】

注意書1：患者等との接触歴がなく迅速検査でA型陰性の患者用注意書

あなたは、新型インフルエンザの患者や感染が疑われる人との接触が明らかではなく、さらにインフルエンザウイルスの迅速検査でA型が陰性でしたので、今は新型インフルエンザとは診断できません。したがって、今日はマスクを着用して帰宅し、自宅で経過を観察して下さい。

しかし、新型インフルエンザが完全に否定されたわけではありませんので、明日になっても38℃以上の発熱が続いたり、鼻汁、のどの痛み、咳などの風邪症状がでた場合には再度来院するか、当院にご相談下さい。

また、今の症状が悪化し、つらくなった場合にも再来院するか、あるいはご相談下さい。

注意書2：新型インフルエンザが考えられ投薬した患者用

あなたは、新型インフルエンザに罹患していると考えられますので、処方されているインフルエンザ治療薬を全て、確実に服用して下さい。また、新型インフルエンザウイルスを他人にうつす危険性がありますので、「発症（発熱）した日から8日

間（翌週の同じ曜日）」または「熱が下がってから2日間」のいずれか長い方が経過するまで自宅で療養し※、外出をしないで下さい。また、この間、家族や面倒をみる人にうつさないように、マスクをし、せきエチケット（鼻水、痰や唾液が他の人にかからないよう、せきやくしゃみをするときに鼻や口をティッシュペーパー等で覆う）をまもり、よく手洗いをして下さい。

インフルエンザに罹患すると、抗インフルエンザウイルス薬の服用のいかんに関わらず異常行動の心配があります。家族の方々は少なくとも今後2日間は、注意深い観察をお願いいたします。

熱の下がりが悪く（5日以上高熱が続いた場合）、咳がひどく息苦しさを感ず呼吸の数が何時もより速い場合、水分が充分取れず脱水症状がある場合には、入院を要することがあるため、かかりつけ医にご相談下さい。

また、ぼーっとしたり、すぐにウトウトするような場合、変なことを言ったり、理由もなく笑う・泣く・叫ぶ・暴れる・高いところから飛び降りようとするなどの異常行動がみられる場合には、すぐ受診して下さい。

※ 自宅療養の期間については、例として示したものであり、新型インフルエンザウイルスが出現した場合には、症状やウイルスの排泄期間等を考慮し、厚生労働省から自宅療養の期間が新たに示されるものと考えられることから、当該期間を基に患者に対し指示を行う。

(2) 出席停止期間について

新型インフルエンザ等感染症は、学校保健衛生法において第一種の感染症※¹に位置づけられており、出席停止の期間は「治癒するまで」とされている※²。

新型インフルエンザの患者が発生すると、文部科学省は、この「治癒するまで」に関する具体的な考え方を明示するものと推察される。

なお、出席停止期間経過後の登園・登校等に当たって、医療機関が登校等の許可書あるいは治癒証明書等を学校等から求められる場合にあっては、当該書類の要請には法律的な根拠がないことから、当該書類の発行については、原則、文部科学省から示される方針に従うものとする。

※¹ 学校保健衛生法施行規則第18条2項

「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六条第七項から第九項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症は、前項の規定にかかわらず、第一種の感染症とみなす。」

※² 学校保健衛生法施行規則第19条

「令第六条第二項の出席停止の期間の基準は、前条の感染症の種類に従い、次のとおりとする。

一 第一種の感染症にかかった者については、治癒するまで。」

2 成人の診断・治療・重症度評価

2017年11月に、日本医療研究開発機構の新興・再興感染症に対する革新的医薬品

等開発推進研究事業による新型インフルエンザ等への対応に関する研究の一環として作成された「成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン（第2版）」が発出されていることから、当ガイドラインに基づき、外来での新型インフルエンザ患者の重症度の分類と評価を実施する。

※ [成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン 第二版](#)

(1) 外来診療でのインフルエンザ患者の重症度から見た分類

インフルエンザ患者に対する診療の窓口は、各医療機関の外来である。そこで、まず外来診療において患者の重症度を把握し、入院の要否や外来治療が可能な患者に対する治療方針を決定する。重症度の把握に当たっては、成人の新型インフルエンザ診断・重症度フロー（成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン（第2版））等を参考に行う（表6、図8）。

図8 成人の新型インフルエンザ診断・重症度フロー（成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン（第2版））

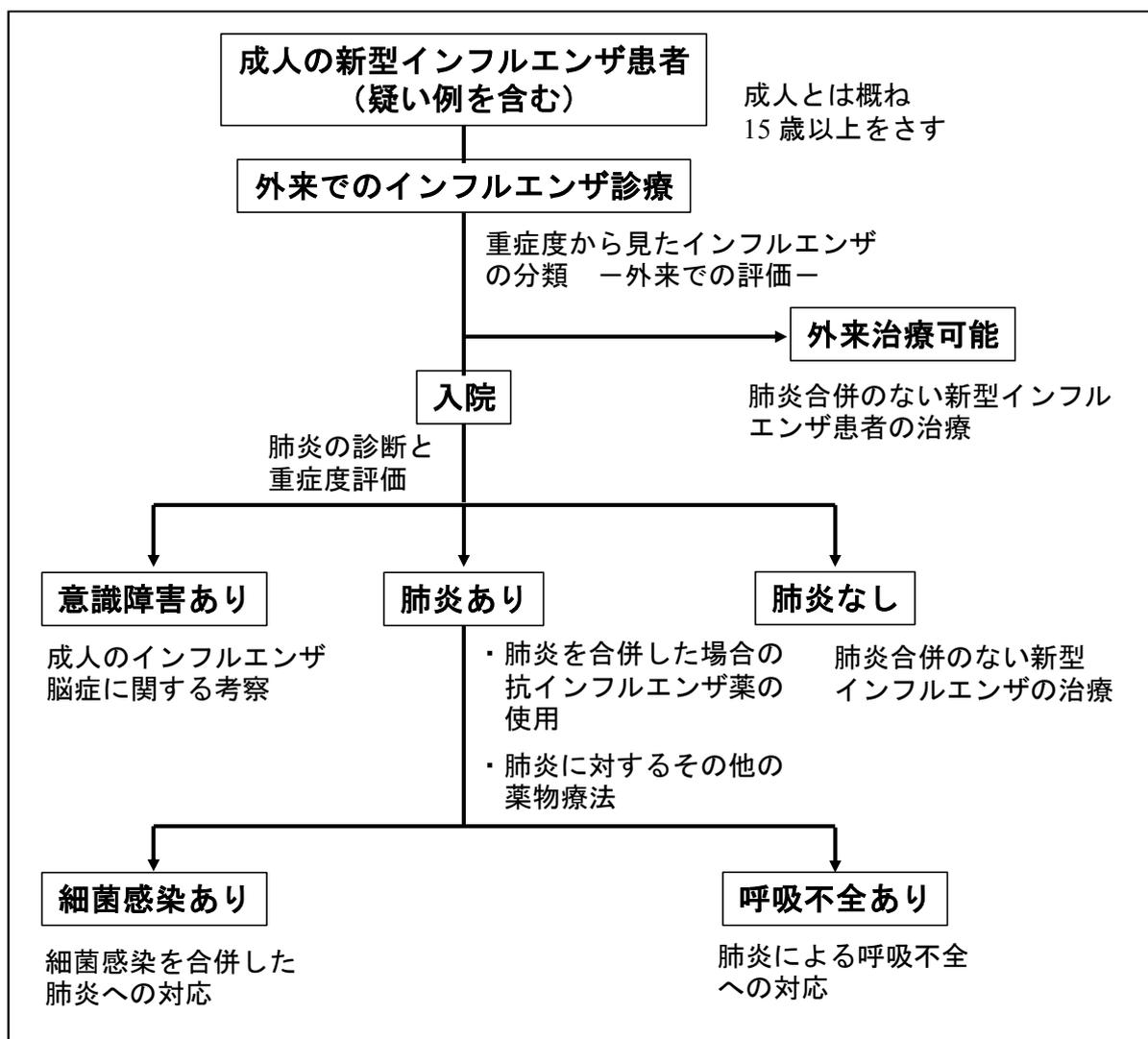


表 6 重症度から見たインフルエンザ患者の分類（成人の新型インフルエンザ治療ガイドラインから抜粋）

<p>A 群 入院管理が必要とされる患者</p>	<p>A-1 群： 重症で生命の危険がある患者 たとえば、昇圧薬投与や人工呼吸器管理等の全身管理が必要な例、肺炎・気道感染による呼吸状態の悪化例、心不全併発例、精神神経症状や意識障害を含むその他の重大な臓器障害例、経口摂取困難や下痢などによる著しい脱水で全身管理が必要な例、などがこれにあたる。</p> <p>A-2 群： 生命に危険は迫っていないが入院管理が必要と判断される患者 A-1 群には該当しないが医師の判断により入院が必要と考えられる患者、合併症等により重症化する恐れがある患者、などがこれに当たる。なお、この群を、次の 2 群に分ける。 A-2-1 群 肺炎を合併している患者 A-2-2 群 肺炎を合併していない患者</p>
<p>B 群 外来治療が相当と判断される患者</p>	<p>上記 A 群のいずれにも該当しないインフルエンザ患者</p>

(2) インフルエンザ肺炎の病型（成人の新型インフルエンザ治療ガイドラインから抜粋）。

インフルエンザ肺炎は通常以下の 3 型に分類することが多い。明確に分類できない症例もあり得るが、治療方針の決定に有用な情報となる。

① 原発性インフルエンザウイルス肺炎（ウイルス性肺炎）

- ・インフルエンザウイルスによる肺炎
- ・インフルエンザ発症後3日間以内に急速に進行し、呼吸不全となる
- ・発熱、呼吸困難、チアノーゼを認める。喀痰は少ないが血液混入痰を見ることがある
- ・胸部画像では、両側性の網状影、すりガラス影や間質性陰影や浸潤影を見る
- ・気道からインフルエンザウイルスが検出されるが、有意な病原細菌は認めない
- ・心肺疾患を持つ者や妊婦が多いが、若年者でも発症する

② ウイルス細菌混合性肺炎

- ・インフルエンザの経過中に細菌性肺炎を併発するもの
- ・発熱や咳嗽の遷延、痰の膿性化などを認める
- ・65歳以上の高齢者など、合併症のハイリスク者に多い
- ・原発性インフルエンザウイルス肺炎と細菌性肺炎とが混在した臨床像を呈す
- ・気道からインフルエンザウイルスが検出され、また病原細菌（肺炎球菌、黄色

ブドウ球菌、インフルエンザ菌が多い) も検出される (細菌感染を合併した肺炎への対応はⅦ参照)

③ 二次性細菌性肺炎

- ・インフルエンザが一旦軽快し、その数日後に細菌性肺炎を続発するもの
- ・65歳以上の高齢者など、合併症のハイリスク者に多い
- ・発熱、咳嗽、膿性痰などの臨床症状、末梢血白血球数増加、CRP陽性などの検査所見は、いずれも細菌性肺炎に一致する
- ・胸部画像ではコンソリデーションを認める
- ・この肺炎は、院内肺炎の要素が強くなり、上述した原因菌に加え、緑膿菌、アシネトバクター、腸内細菌、MRSAなどの抗菌薬耐性菌が原因となるリスクが高まる
- ・インフルエンザウイルス感染後時間が経過しているためウイルスは検出されないことも多い

Ⅶ 治療

1 抗インフルエンザウイルス薬による治療^{3,4}

(1) 抗インフルエンザウイルス薬治療の推奨

ア 臨床データ等から、早期からの抗インフルエンザウイルス薬による治療が、発熱等の病状の持続時間を短くすることができ、インフルエンザによる合併症のリスクを減少させるかもしれないとされている。

- ・入院した成人のインフルエンザ患者への早期の治療は死亡を減少させる
- ・入院した小児において、早期の抗インフルエンザウイルス薬による治療は入院期間を短くする
- ・インフルエンザ発症後 48 時間以内に抗インフルエンザウイルス薬が投与された時、臨床上の便益が最も大きい

イ 次のような患者でインフルエンザ感染が確定あるいは疑われた場合には、可能な限り早期の抗インフルエンザウイルス薬による治療が推奨される。

- ・入院患者
- ・重篤な疾患患者、合併症を有する患者、あるいは進行性疾患を持つ患者
- ・インフルエンザによる合併症のリスクが高い患者

ウ もしも発症後 48 時間以内に治療が始められるのであれば、インフルエンザが確定あるいは疑われる有症者 (高リスクに限らず) について、臨床判断に基づいた抗インフルエンザウイルス薬による治療を考慮する。

(2) 抗インフルエンザウイルス薬による治療が推奨されるインフルエンザ合併症のリスクが高いヒト

- ・ 2 歳以下の小児
- ・ 65 歳以上の高齢者
- ・ 慢性肺疾患（ぜん息を含む）、循環器疾患、腎疾患、肝疾患、血液疾患（鎌状赤血球症を含む）、代謝障害（糖尿病を含む）、神経障害および神経発達障害
- ・ HIV 感染あるいは薬物治療による原因を含め、免疫抑制のある者
- ・ 妊婦あるいは出産後 2 週間以内の女性
- ・ 長期間アスピリン治療を受けている 19 歳以下の若者
- ・ 病的肥満者（肥満度指数（BMI）が 40 以上）
- ・ 特別養護老人ホームやその他の慢性ケア施設の入所者

3 Center for Disease Control and Prevention. Influenza antiviral medication: Summary for clinicians. CDC

4 Center for Disease Control and Prevention. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza. MMWR, January 21, 2011

2 インフルエンザ患者の病態による抗インフルエンザウイルス薬の選択

抗インフルエンザウイルス薬（ノイラミニダーゼ阻害薬）の投与は、発症からできるだけ早期（48 時間以内）に開始すべきである。特に、インフルエンザ合併症のリスクが高いヒト（1 項（2））については、抗インフルエンザウイルス薬による治療が重要であることから、発症後 48 時間を超えても投与を行うべきとされている（図 9、表 7）。

図 9 抗インフルエンザウイルス薬（ノイラミニダーゼ阻害薬）の使用例（成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン参照）

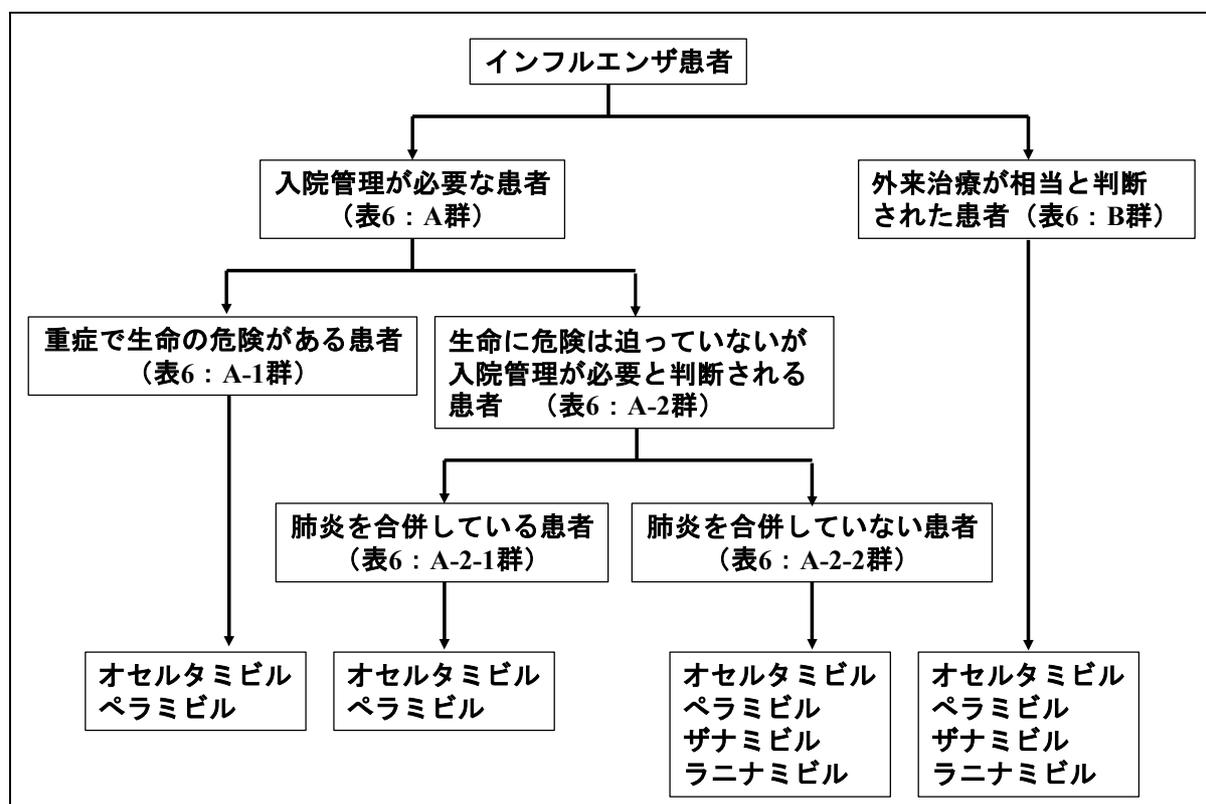


表 7 推奨される抗インフルエンザウイルス薬（ノイラミニダーゼ阻害剤）と注意事項（成人の新型インフルエンザ治療ガイドラインから抜粋）

A 群 入院管理が必要とされる患者	
A-1 群： 重症で生命の危険がある患者	
オセルタミビル（タミフル） ペラミビル（ラピアクタ）	重症例での治療経験はオセルタミビルがもっとも多い。経口投与が困難な場合や確実な投与が求められる場合、また、その他の事情により静注治療が適当であると医師が判断した場合にはペラミビルの使用を考慮する。その際、1 日 1 回 600mg を投与し、重症度に応じて反復投与を考慮するが、副作用の発現等に十分留意しながら投与する（3 日間以上反復投与した経験は限られている）。なお、A-1 群では吸入の困難な患者が多いと考えられるため、吸入剤の投与は避けるべきである。
A-2-1 群： 生命に危険は迫っていないが入院管理が必要と判断される患者で、肺炎を合併している患者	
オセルタミビル（タミフル） ペラミビル（ラピアクタ）	オセルタミビルの使用を考慮するが、経静脈補液を行う場合、その他の事情により静注治療が適当であると医師が判断した場合にはペラミビルの使用を考慮する。なお、肺炎を合併しているこの群の患者では吸入剤の効果は限定されると考えられるため、吸入用製剤を投与適応から除外した。また、前述したように、ペラミビルの増量例や反復投与例における安全性は慎重に観察すべきである。
A-2-2 群： 生命に危険は迫っていないが入院管理が必要と判断される患者で、肺炎を合併していない患者	
オセルタミビル（タミフル） ラニナミビル（イナビル） ザナミビル（リレンザ） ペラミビル（ラピアクタ）	オセルタミビルの使用を考慮するが、経静脈補液を行う場合、その他の事情により静注治療が適当であると医師が判断した場合にはペラミビルの使用を考慮する。なお、吸入投与が可能な例ではザナミビル、ラニナミビルの投与も考慮する。また、前述したように、ペラミビルの増量例や反復投与例における安全性は慎重に観察すべきである。
B 群 外来治療が相当と判断される患者	
オセルタミビル（タミフル） ラニナミビル（イナビル） ザナミビル（リレンザ） ペラミビル（ラピアクタ）	オセルタミビルやラニナミビルあるいはザナミビルの使用を考慮する。ラニナミビルは 1 回で治療が完結するので、医療機関で服用することにより確実なコンプライアンスが得られるが、吸入剤であるので吸入可能な患者に使用することを考慮する。経口や吸入が困難な場合や、その他の事情により静注治療が適当であると医師が判断した場合にはペラミビルの使用も考慮できる。なお、外来での点滴静注や吸入投与に際しては患者の滞留時間も考慮し、特に診療所等で有効空間が狭い場合でも、飛沫感染予防策・

	空気感染予防策など他の患者等へのインフルエンザ感染拡散の防止策を考慮することが必要である。
--	---

3 小児等のインフルエンザ患者に対する抗インフルエンザウイルス薬の使用

CDC や WHO は、新生児および乳児のインフルエンザウイルス感染が疑われる患者あるいは感染が確認された患者に対するオセルタミビル（タミフル）の使用を勧奨している^{4,5}。

本邦においても 2017年 3月 24日に、新生児、乳児（1 歳未満）のインフルエンザウイルス感染の治療にタミフルドライシロップの使用が承認されたことを受け、日本小児科学会が設置した新興・再興感染症対策小委員会、予防接種・感染症対策委員会は、小児等が季節性インフルエンザウイルスに感染した際に用いる抗インフルエンザウイルス薬の治療指針を示している⁶（表8）。

新型インフルエンザが発生した時の小児等の治療に当たっての抗インフルエンザウイルス薬の使用方法については、今後、関係団体等から示された場合には参照することとするが、それまでの間は、日本小児学会が毎シーズンの季節性インフルエンザの流行に先立って発出する当該治療指針を参照することを考慮する。

5 World Health Organization. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. WHO, 2010

6 2019/2020 シーズンのインフルエンザ治療指針（日本小児科学会 新興・再興感染症対策小委員会、予防接種・感染症対策委員会）

表8 インフルエンザ患者の年齢別に推奨される抗インフルエンザウイルス薬

	オセルタミビル	ザナミビル	ラニナミビル ※3	ペラミビル	バロキサビル マルボキシル
新生児・ 乳児（1歳未満）	推奨 ※1	推奨されない		左記 3 剤 の使用が 困難な時に 考慮する	推奨については （※4）を参照
幼児（1歳～4歳）	推奨	吸入困難と考える			
小児（5歳～9歳）	推奨	吸入が出来ると判断された 場合に限る			
10 歳以上 ※2	推奨	推奨			
呼吸器症状が強い・ 呼吸器疾患のある場合	推奨	要注意			

オセルタミビル（タミフル®）、ザナミビル（リレンザ®）、ラニナミビル（イナビル®）、ペラミビル（ラピアクタ®）、バロキサビル マルボキシル（ゾフルーザ®）

※1 平成29年3月24日に承認されたオセルタミビルの投与は、生後 2 週以降の新生児が対象である。体重 2,500g 未満の児または生後 2 週未満の新生児は使用経験が得られていないため、投与する場合は、下痢や嘔吐の消化器症状やその他の副作用症状の出現に十分注意す

る。（ <http://jsnhd.or.jp/pdf/20170925theflu.pdf> 参照 ）

※2 就学期以降の小児・未成年者には、異常行動などの有害事象について注意を行った上で投与を考慮し、「少なくとも発熱から2日間、保護者は異常行動に伴って生じる転落等の重大事故に対する防止対策を講ずること」について、患者・家族に対し説明を行うことが必要である。

（注：平成30年日本医療研究開発機構（AMED）研究班の検討等により、インフルエンザ罹患後の異常行動がオセルタミビル使用者に限った現象ではないと判断され、全ての抗インフルエンザウイルス薬の添付文書には、副作用の項に「因果関係は不明であるものの、インフルエンザ罹患時には、転落等に至るおそれのある異常行動（急に走り出す、徘徊する等）があらわれることがある。」と追記されている。

※3 ラニナビル懸濁液「イナビル吸入懸濁用160mgセット」が、2019年6月18日に製造販売承認され、2019年10月25日から発売されているが、同薬の使用については日本小児科学会の委員会で現在検討中である。

※4 バロキサビル マルボキシル（ゾフルーザ®）は、インフルエンザウイルスのキャップ依存性エンドヌクレアーゼ活性を選択的に阻害することで、ウイルスのmRNA合成を阻害し、インフルエンザウイルスの増殖を抑制する新しい作用機序を持つ抗インフルエンザウイルス薬として、2018年2月に製造販売承認を受けている。

バロキサビル マルボキシルの臨床的効果については、インフルエンザに罹患した12歳以上の健康な小児および成人を対象としたランダム化比較試験において、オセルタミビルと同様の有効性と安全性が報告されている。一方、12歳未満の小児に対しバロキサビル マルボキシルの使用については、使用経験に関する報告が少ないことや薬剤耐性ウイルスの出現が認められることから、当該委員会では12歳未満の小児に対する同薬の積極的な投与を推奨しないとしている。

（参考）新生児、乳児、幼小児へのオセルタミビルの用法・用量

	用法・用量
新生児、乳児 (1歳未満)	通常、オセルタミビルとして、1回 3mg/kg（ドライシロップ剤として100mg/kg）を1日2回、5日間
幼小児 (1歳以上)	通常、オセルタミビルとして、1回 2mg/kg（ドライシロップ剤として66.7mg/kg）を1日2回、5日間

4 肺炎を合併しているインフルエンザ患者に対する抗菌薬の使用（成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン参照）

インフルエンザに肺炎を合併して入院が必要な症例においては、細菌性肺炎合併の診断の有無に関わらず、入院後直ちに抗菌薬療法を開始することが重要である。

インフルエンザに合併する細菌性肺炎の原因としては肺炎球菌、黄色ブドウ球菌、A群溶血性連鎖球菌などのグラム陽性球菌が重要である。欧米では初期抗菌薬としてレスピラトリーキノロンあるいはβ-ラクタム系薬＋マクロライド系薬が推奨されている。重症例や市中感染型MRSAによる壊死性肺炎（気道出血、胸水、白血球減少、

ARDS) を疑う症例においては入院時からバンコマイシンあるいはリネゾリドの併用投与が考慮される。また高齢、長期療養型施設入所、透析、免疫抑制剤投与など医療介護関連肺炎としてのリスクが高い宿主においては、緑膿菌、腸内細菌、アシネトバクターなどのグラム陰性菌や MRSA などの耐性菌を考慮した抗菌薬療法を行う。

抗菌薬を選択するに当たっては、日本呼吸器学会が市中肺炎、院内肺炎、医療・介護関連肺炎の診療のガイドラインを出版しており、これらを参考に行い、呼吸器検体、血液などから原因菌と考えられる病原体が分離された場合には、その抗菌薬感受性試験結果をもとにより適切な抗菌薬へと de-escalation することが望ましい。

5 抗インフルエンザウイルス薬の併用や増量、投与期間の延長についての考え方 (成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン参照)

インフルエンザ患者に対する現存のノイラミニダーゼ阻害薬の併用による治療の相乗効果のエビデンスは存在しておらず、オセルタミビルとザナミビルの併用に関する研究結果では、それぞれの単独使用と有効性に差はなかったとされている⁷。

インフルエンザの全重症患者に対するノイラミニダーゼ阻害薬の増量や投与期間の延長による治療への有効性のエビデンスについては、これまで整理されていなかった。平成 28 年度、29 年度の厚生労働省研究班（田辺、谷口ら）により検討された結果、少なくともオセルタミビルに関しては、常用量の倍量・倍期間投与の有効性の証拠は現在までのところ無いと結論付けられたことから、平成 29 年 6 月に行われた新型インフルエンザ等対策有識者会議において、以下の通り整理されている。

○ 新型インフルエンザ等対策有識者会議（平成 29 年 6 月 29 日）－重症患者への倍量・倍期間投与に関する論文等の精査－

研究班による倍量・倍期間投与に関する論文等の精査の結果は妥当であり、倍量・倍期間投与の有効性について十分なエビデンスがなく、全重症患者への倍量・倍期間投与を標準的治療方針として推奨すべきではない。なお、臨床現場で、医師の判断に基づき個々の症例において倍量・倍期間投与を行うことについて、妨げるものではない。

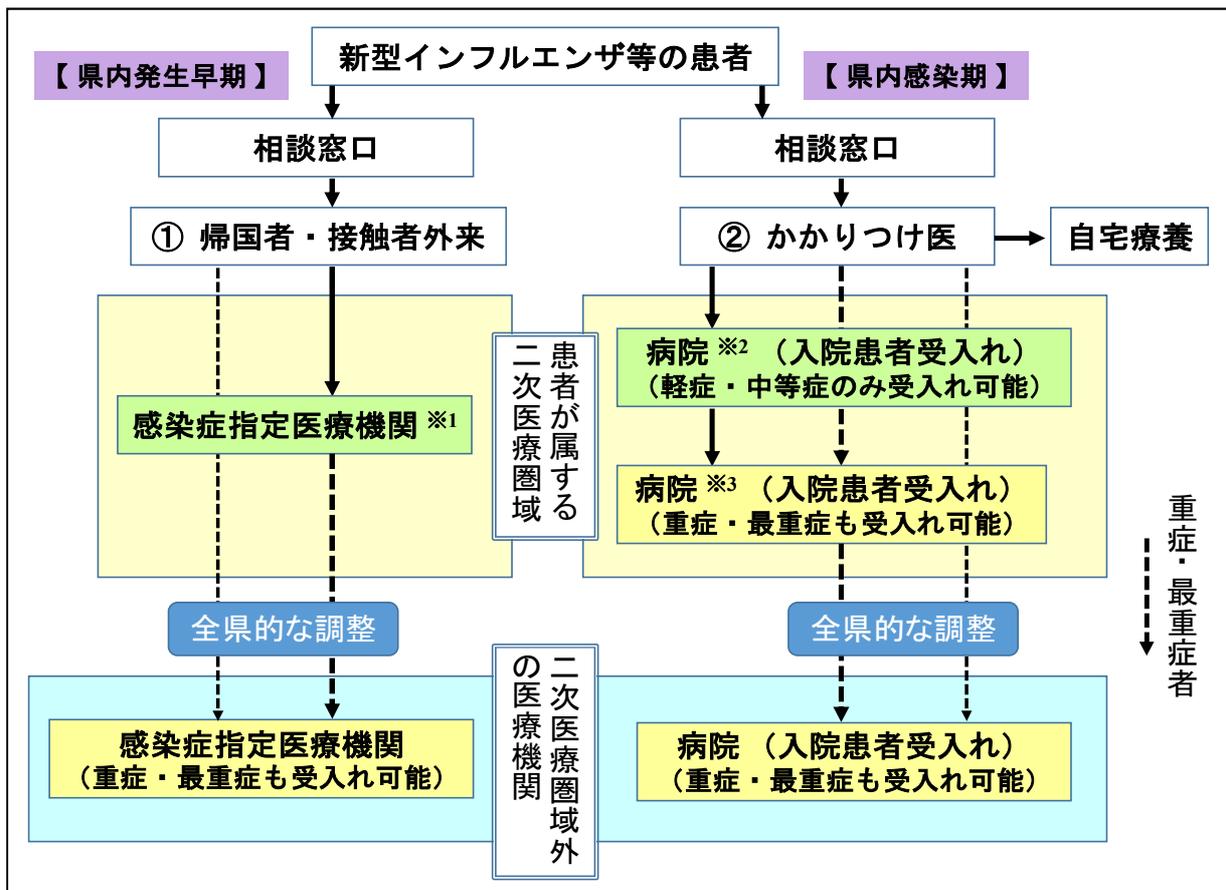
7 PLoS Med. 2010, 7, e1000362 : Efficacy of oseltamivir-zanamivir combination compared to each monotherapy for seasonal influenza: a randomized placebo-controlled trial.

Ⅷ 新型インフルエンザ等患者の各医療科に係る入院医療機関との連携

1 新型インフルエンザ等感染症の発生時期による入院医療機関との連携

新型インフルエンザ等感染症の海外発生期から県内発生早期までの患者の入院医療機関と県内感染期の入院医療機関については、図に示すとおり異なることから、この図に基づいた対応が求められる（図 10）。

図 10 新型インフルエンザ等の発生時における患者の病態に応じた医療提供体制のフロー



① 県内発生早期には、IV - 2 項で示した通り、新型インフルエンザ等感染症が疑われる患者については、原則、帰国者・接触者外来において診療が行われるが、当該患者が診療所あるいは一般病院の外来を受診した場合には、これら医療機関が属する二次医療圏内にある保健所に連絡し、入院勧告などの患者への対応について相談をする。

※ 入院患者を受入れる感染症指定医療機関で、入院患者の受入れ要請が保健所からあったにも関わらず、患者の重症度等により自医療機関で受入れが困難な場合には、受入れ要請があった感染症指定医療機関と保健所の協議により受入れ可能な医療機関の確保・調整を行う。

② 県内感染期には、新型インフルエンザ等感染症の患者はかかりつけ医（診療所、一般病院の外来）を受診する。かかりつけ医は、原則、自らが属する二次医療圏内の医療機関で、患者の重症度に応じて入院可能な医療機関を選択し患者の受入れについての依頼を行う。

入院患者を受入れた医療機関で、患者の状態が増悪するなどして治療が困難になった場合は、医療機関が自ら患者の治療が可能な医療機関を選択し患者の受入

れについての依頼を行う。

※ 重症・最重症な入院患者の受入れが可能な医療機関が二次医療圏内に無い場合や、かかりつけ医自ら重症・最重症な入院患者の受入れについて医療機関との調整ができない場合には、かかりつけ医が属する地域の保健所と協議をし、受入れ可能な医療機関の確保・調整を行う。

なお、入院患者受入れの調整を行うコーディネーターが設置された場合には、コーディネーターに入院医療機関の確保・調整を依頼する。

2 海外発生期から県内発生早期（地域発生早期）

この期間は、新型インフルエンザウイルス等の感染の拡大をできる限り防止するという目的により、新型インフルエンザ等感染症の患者に対し感染症法に基づいて感染症指定医療機関等への入院勧告が実施される（表9）。

表9 感染症指定医療機関の一覧（2018年5月現在）

医療圏	指定医療機関名	病床数
特定感染症指定医療機関		
全域	成田赤十字病院	2
第1種感染症指定医療機関		
全域	成田赤十字病院	1
第2種感染症指定医療機関		
千葉	千葉市立青葉病院	6
	千葉大学医学部附属病院	1
東葛北部	松戸市立総合医療センター	8
東葛南部	船橋中央病院	4
	東京ベイ・浦安市川医療センター	4
印旛	成田赤十字病院	4
山武長生夷隅	高根病院	4
	いすみ医療センター	4
香取海匝	国保旭中央病院	6
安房	南房総市立富山国保病院	4
君津	君津中央病院	6
市原	千葉大学医学部附属病院	4

3 県内感染期（地域感染期）

(1) 成人（内科）が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ体制

内科は、受診する患者の年齢分布が広く、基礎疾患を有する者も含まれるなど守

備範囲が広範囲におよんでおり、新型インフルエンザ等が発生した場合には中心となって活動することが期待される。

県内感染期において、日常的に医療機関を受診している慢性疾患を有する患者が新型インフルエンザ等に罹患し入院が必要となった場合の受入れ医療機関および一般市民が新型インフルエンザ等に罹患した場合の重症度に応じた入院受入れ医療機関については、受入れ可能な医療機関リストの整備と受入れを行う際のシステムを構築しておく必要がある。入院医療機関のリストを整備するに当たっては、入院対応をする医療機関がそれぞれの役割を承知することが重要であり、さらにその仕組みを利用する医療機関が、入院患者を依頼する際の方法や活用にあたってのルールを早急に定める必要がある。

(2) 小児等が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ体制（千葉県小児科医会の方針）

新型インフルエンザ患者の県内発生早期においては、年齢や重症度等に関係なく、原則、感染症指定医療機関が当該患者の入院の受入れおよび治療に当たる。

県内感染期に新型インフルエンザ等に罹患した小児等の患者については、患者の病態（軽症・中等症・重症・最重症）に基づいて受入れ可能な医療機関を定め、適切な医療を提供する必要がある。入院患者の受入れが可能な医療機関（病院）については、患者の病態に応じて対応が可能な医療機関を表示した（表 10）。

表 10 新型インフルエンザウイルス等に感染した小児等の患者の入院受入れ医療機関（2018年5月現在）

医療圏	受入れ医療機関	軽症	中等症	重症	最重症
千葉	千葉大学医学部附属病院				○
	千葉こども病院				○
	千葉市立海浜病院			○	
	国立病院機構千葉東病院		○		
	国立病院機構千葉医療センター	○			
	千葉市立青葉病院	○			
	千葉メディカルセンター	○			
東葛南部	船橋市立医療センター			○	
	東京女子医科大附属八千代医療センター				○
	順天堂大学医学部附属浦安病院				○
	船橋二和病院		○		
	千葉県済生会習志野病院		○		
	東京歯科大学市川総合病院		○		
	谷津保健病院	○			

	東京ベイ・浦安市川医療センター	○			
東葛北部	松戸市立総合医療センター				○
	東京慈恵会医科大学附属柏病院			○	
	新松戸中央総合病院		○		
	柏厚生総合病院		○		
	岡田病院		○		
	東葛病院		○		
	キッコーマン総合病院		○		
	小張総合病院	○			
	千葉愛友会記念病院		○		
印旛	日本医科大学千葉北総病院			○	
	東邦大学医療センター佐倉病院			○	
	成田赤十字病院			○	
	国立病院機構下志津病院			○	
	聖隷佐倉市民病院		○		
	白井聖仁会病院	○			
香取海匝	旭中央病院			○	
山武長生 夷隅	公立長生病院		○		
	さんむ医療センター	○			
	東千葉メディカルセンター		○		
安房	亀田総合病院			○	
君津	君津中央病院				○
市原	帝京大学ちば総合医療センター			○	
	千葉労災病院			○	
	千葉県循環器病センター	○			

(3) 妊産婦（産婦人科）が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ体制（千葉県産科婦人科医学会の方針）

ア 切迫早産、前期破水等の介入が必要な新型インフルエンザ等の患者（ハイリスクでの外来紹介、母体搬送に相当する者）

県内発生早期では、原則、切迫早産、前期破水への対応が可能な医療科を有する感染症指定医療機関において患者の治療に当たる。

県内感染期においては、平時の母体搬送ネットワークと同様に、二次医保健医療圏内で重症度に合わせた入院受入れ医療機関を選定する。医療機関の選定に当たっては、表を参考に行う（表 11）。二次医保健医療圏内で入院が必要な患者を受入れることができない場合には、母体搬送コーディネーターが調整に当たる。

イ 上記のような産科介入が不要な場合
非妊娠女性と同様に対応する。

表 11 新型インフルエンザウイルス等に感染した妊婦等の患者の入院受入れ医療機関（2018年5月現在）

医療圏	軽症・中等症のみ受入れ可能医療機関	重症・最重症受入れ可能医療機関
千葉	千葉市立海浜病院	千葉大学医学部附属病院
		千葉市立青葉病院
東葛南部	東京女子医科大付属八千代医療センター	船橋中央病院
	船橋市立医療センター	
	順天堂大学医学部附属浦安病院	
	東京歯科大学市川総合病院	
東葛北部	東京慈恵会医科大学附属柏病院	松戸市立総合医療センター
印旛	東邦大学医療センター佐倉病院	成田赤十字病院
香取・海匝	旭中央病院	旭中央病院
山武	旭中央病院	旭中央病院
夷隅・長生	亀田総合病院	亀田総合病院
安房	亀田総合病院	亀田総合病院
君津	君津中央病院	君津中央病院
市原	帝京大学ちば総合医療センター	君津中央病院

(4) 透析療養者が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ体制
(千葉県透析医会の方針)

県内感染期における透析患者のインフルエンザウイルス感染による重症化対策は、透析機能を有する施設でないと対応が困難であるので、透析医療機関の現在のネットワーク機能を中心に対応していく（表 12）。透析のネットワークは、全国的組織なので、場合によっては県外施設の協力を得ることも可能である。

透析施設を有し、呼吸器管理ができる県内の医療機関は5施設（日本医科大学千葉北総病院、旭中央病院、亀田総合病院、成田赤十字病院、千葉社会保険病院）。重症患者が多くなった場合、レスピレーターを有する透析施設での対応を考慮。

表 12 透析施設を有する県内の医療機関（一部）（2018年5月現在）

医療圏	医療機関	救命救急		感染症	
		救命救急センター	救急基幹センター	感染症指定医療機関	感染症外来協力医療機関
千葉	千葉大学医学部附属病院			○	
	千葉県救急医療センター	○			

	ジェイコー千葉病院				
東葛南部	東京女子医科大附属八千代医療センター				○
	順天堂大学医学部附属浦安病院	○			
	東京歯科大学市川総合病院				
	東京ベイ・浦安市川医療センター			○	○
東葛北部	東京慈恵会医科大学附属柏病院	○			
	小張総合病院				○
印旛	日本医科大学千葉北総病院	○			
	成田赤十字病院	○		○	
香取海匝	旭中央病院	○		○	
山武夷隅長生	さんむ医療センター		○		
安房	亀田総合病院	○			
君津	君津中央病院	○		○	○
市原	帝京大学ちば総合医療センター		○		○

(5) 精神疾患患者が新型インフルエンザに罹患した場合の入院患者の受入れ体制

新型インフルエンザによる症状の程度と精神疾患による症状の程度との組み合わせに基づき、原則的な対応を定める（表 13）。

ア 症状の定義

○ 新型インフルエンザによる症状

- ・ 軽 度：自宅での経過観察
- ・ 中等度：呼吸管理等は不要であるが、当分の間医療の管理下に置く必要がある
- ・ 重 度：呼吸管理等の十分な医療的処置が必要

○ 精神疾患による症状

- ・ 軽 度：治療のための指示を理解し、概ね独力で実行できる
- ・ 中等度：不穏、興奮等があり、医療の管理下に置く必要がある
- ・ 重 度：行動制限等を伴う十分な医療的管理が必要

イ 精神疾患患者が新型インフルエンザに罹患した場合の対応

表 13 症状の組合せによる対応表

		精神疾患による症状		
		軽度	中等度	重度
インフルエ ンザの 症状	軽度	自宅療養	入院 (地域の精神科病床)	入院 (地域の精神科病床)
	中等度	入院 (地域の一般病床)	入院 (地域の内科併設病院 の精神科病床)	入院 (地域の内科併設病院 の精神科病床)
	重度	入院 (地域の救命センター または一般病床)	入院 (全県において、精神 科病床を有する病院の 救命センターまたは一 般病床)	入院 (全県において、精神 科病床を有する病院の 救命センターまたは一 般病床)