

重症急性呼吸器症候群 (SARS) に係る岩手県行動計画 (第3版) の概要

保健福祉部保健衛生課

岩手県では、平成14年11月に中国に端を発し、世界中に流行した重症急性呼吸器症候群 (SARS) の地域での感染拡大防止を図るため、平成15年4月に『重症急性呼吸器症候群(SARS)に係る岩手県行動計画(第1版)』を策定した。平成15年6月には症例定義や医療機関での対応、疫学調査法等について見直しを行い、『重症急性呼吸器症候群(SARS)に係る岩手県行動計画(暫定第2版)』を策定した。

その後、平成15年11月に感染症法が改正され SARS が新たに一類感染症に指定されたほか、SARS に関する新しい検査法の確立等、最新の知見の更新を踏まえ、加筆・修正したものである。

見直しの概要は以下のとおりである。

1. 感染症法改正による変更を反映

- ・SARS が新たに一類感染症に指定されたことより、医師からの届出基準と様式について追加
- ・感染症法上の一類感染症に基づく医療体制を追加

2. 非流行時における報告について

- ・非流行時における報告基準と様式について追加し、併せて保健所の対応も追加

3. 岩手県の SARS への対応状況に合わせた修正

- ・アイソレーターと移送車両の配備

4. 最新の知見を反映

1) 行政検査の見直し

- ・SARS コロナウイルスの検査対応については、新しい遺伝子検出法(LAMP法)の追加
- ・最新の検査対応指針である『SARS コロナウイルスに関する検査対応について(5訂)』(国立感染症研究所)を反映

2) 消毒方法

- ・新た効果が高いことが確認された界面活性剤を追加

5. 資料の追加と見直し

- ・感染症による患者の届出用紙の追加(別紙1)
- ・非流行期における届出用紙の追加(別紙3)
- ・全体フロー図の見直し(資料1)
- ・一類感染症の入院に係わる手続きの見直し(資料3)
- ・感染症対策用防護用品等の配備状況の追加(資料6)
- ・インターネットアドレスの更新と整理(資料9)
- ・Q&Aについて最新の知見にあわせ更新(資料10)
- ・その他、最新の知見にあわせた資料の整理

**重症急性呼吸器症候群(SARS)に係る岩手県
行動計画(第3版)**

平成16年8月20日改訂

岩 手 県

目 次

第1 基本方針	1
第2 重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSであるものに限る）の感染症法に基づく .. 2 医師から都道府県等への届出のための基準	
第3 症例定義に基づく医療機関からの疑い例・可能性例の報告基準	4
1 症例定義	
2 医療機関からの報告基準	
3 SARSの非流行時における報告	
第4 医療体制	6
1 基本的事項	
2 医療機関の役割分担	
第5 保健所における初期対応	9
1 相談・報告の受理	
2 初動体制の確立	
第6 行政検査	10
1 検査材料の採取	
2 検査材料の保存と輸送	
第7 患者等の搬送	15
1 患者等の搬送	
2 搬送に当たっての留意事項	
3 搬送車両の消毒	
4 搬送に携わった者の健康管理	
第8 標準予防策及び消毒	16
1 標準予防策	
2 感染経路別予防策	
3 消毒方法	
4 その他の措置	
第9 疫学調査	19
1 調査の基本的考え方	
2 患者の疫学調査	
3 接触者の把握のための調査	
4 接触者の定義	
5 接触者の追跡調査	
6 接触者の管理	

様式編

(別紙1) 感染症発生届出票	23
(別紙2) 重症急性呼吸器症候群(SARS)「疑い例」「可能性例」報告用紙	24
(別紙3) SARS の非流行時における報告用紙	27
(別紙4) 個人票(SARS検査用)	30
(別紙5) SARS患者(可能性例・疑い例)発生時の患者調査票	31
(別紙6) 発症者の行動の記録	32
(別紙7) 接触者モニタリング用紙	33

資料編

(資料1) 全体フロー図	34
(資料2) 重症急性呼吸器症候群(SARS)管理指針「疑い例」の外来での管理	35
(資料3) 一類感染症・二類感染症の患者等の入院に係る手続	38
(資料4) 患者搬送車の内部構造(例)	39
(資料5) 患者搬送に必要な器材一覧	44
(資料6) 感染症対策用防護用品等の配備状況	45
(資料7) 搬送の準備着用手順	46
(資料8) SARS講習会資料15.06.22	47
(資料9) SARSに係るインターネットアドレス	49
(資料10) SARS Q&A(感染症情報センター)	50

第1 基本方針

重症急性呼吸器症候群(以下「SARS」という。)については、当面次のような基本方針で対応する。

- 1 SARSについては、当初空気感染の可能性も示唆されたが、現時点では、その可能性は薄まったとされている。
しかしながら、依然として有効な治療法が見出されないまま、わが国への感染拡大が懸念されている。こうした中で県内の関係機関・団体は「最悪の事態も想定した万全の対策」を早急に講じなければならない。
- 2 原因は、SARS コロナウイルス(行政上の名称)によることが判明したが、いまだワクチン接種法や有効な治療法が確立されておらず、当面は「予防が最大の対策」となることを共通認識し、必要な対策を講ずる。
- 3 関係機関・団体は、最新の情報入手とその情報の相互共有に努めるとともに、その有する広報媒体を通じて県民に最新の情報を提供する。
- 4 医療体制については、当面「一般の医療機関」、「協力医療機関」及び「入院対応医療機関」の3グループに分け、それぞれが連携して対応する。
- 5 実際に国内において患者が発生する(した)場合には、その状況も見ながらあらためて検討するが、感染拡大防止に重点を置き、診察や治療を行う医療機関をできる限り絞り込んで対応する。
- 6 診察や治療を行う医療機関は、標準予防策を行った上で、感染拡大に注意しながら冷静に対応する。
- 7 SARSの診断においては除外診断(鑑別診断)が重要であることから検査体制の充実を図る。
- 8 患者等の搬送の必要がある場合には、関係する行政機関が連携し、病状に応じた適切な搬送を行う。
- 9 患者等が発生した場合には二次感染を防止するため、医療機関、保健所が協力して疫学調査、接触者調査を行う。
- 10 対策の全ての過程を通じて、患者等とされた者のプライバシーには最大限の配慮を行う。
- 11 休日の対応も含め、関係機関・団体における緊急の連絡体制の再確認を行う。
- 12 行動に当たっては、本計画によるほか「岩手県感染症対策マニュアル」及び「天然痘対応指針」(厚生労働省策定)、さらにはインターネット上の関連サイト等の新たな知見等を参考とする。
- 13 これまでの経験から、SARS は症例の早期発見と隔離、接触者の追跡調査、手洗いや個人防御装備の使用を含む適切な感染防御対策などの基本的な公衆衛生学的手法に忠実に従えば感染拡大防止ができることが示されている。

第2 重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSであるものに限る）の感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準

（平成15年11月5日付け健感発第 1105006 号・厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

SARS は感染症法上の一類感染症であり、以下の基準で SARS 患者及び疑似症患者を診断した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出なければならない。（別紙様式1）

《定 義》

SARSコロナウイルスの感染による重症急性呼吸器症候群である。

《臨床的特徴》

多くは2～7日、最大10日間の潜伏期間の後に、急激な発熱、咳、全身倦怠、筋肉痛などのインフルエンザ様の前駆症状が現れる。2～数日間で呼吸困難、乾性咳嗽、低酸素血症などの下気道症状が現れ、胸部CT、X線写真などで肺炎像が出現する。肺炎になった者の 80～90%が1週間程度で回復傾向になるが、10～20%が ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) を起こし、人工呼吸器などを必要とするほど重症となる。致死率は10%前後で、高齢者での致死率はより高くなる。

《届出基準》

○ 確定例の判断基準

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

【材料】鼻咽頭ぬぐい液、喀痰、尿、便、血清など

・病原体の検出

例、ウイルス分離 など

・病原体の遺伝子の検出

例、RT-PCR 法 など

・血清抗体の検出

例、酵素免疫測定法 (ELISA)、免疫蛍光法 (IFA)、中和試験 など

注)これらの検査所見(特に RT-PCR 法、ウイルス分離)で陰性になった場合でもSARSを否定することはできない。この場合には、医師の総合判断により、疑似症例として取り扱うこととする。

○ 疑似症の判断基準

臨床所見、渡航歴などにより判断する。

以下の 1)又は 2)に該当し、かつ 3)の条件を満たすものとする。

1) 平成14年11月1日以降に、38度以上の急な発熱及び咳、呼吸困難などの呼吸器症状を示して受診した者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

(一)発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者

(二)発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域(WHOが公表したSARSの伝播確認地域)へ旅行した者

(三)発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域(WHOが公表したSARSの伝播確認地域)に居住していた者

- 2) 平成14年11月1日以降に死亡し、病理解剖が行われていない者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者
- (一) 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者
 - (二) 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域(WHOが公表したSARSの伝播確認地域)へ旅行した者
 - (三) 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域(WHOが公表したSARSの伝播確認地域)に居住していた者
- 3) 次のいずれかの条件を満たす者
- (一) 胸部レントゲン写真で肺炎、または急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者
 - (二) 病理解剖所見が呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がないもの
- 注) 他の診断によって症状の説明ができる場合は除外すること。

《備考》

SARSの伝播確認地域が指定されていない期間においては、報告基準の「確定例の判断基準」を満たすもののみとする。

第3 症例定義に基づく医療機関からの疑い例・可能性例の報告基準

(平成15年5月8日付け健感発第0508003号・厚生労働省健康局結核感染症課長通知)

以下に定めた SARS の症例定義に基づき、医療機関に対して SARS も疑い例、可能性例について報告を求める。

1 症例定義

(1) 疑い例

ア 平成14年11月1日以降に、38度以上の急な発熱及び咳、呼吸困難等の呼吸器症状を示して受診した者のうち、次のいずれか一つ以上の条件を満たす者

- 発症前10日以内に SARS の「疑い例」・「可能性例」を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者
- 発症前、10日以内に、SARS の発生が報告されている地域(WHO が公表した SARS の伝播確認地域)へ旅行した者 ※4
- 発症前、10日以内に、SARS の発生が報告されている地域(WHO が公表した SARS の伝播確認地域)に居住していた者

イ 平成14年11月1日以降に死亡し、病理解剖が行われていない者のうち、次のいずれか一つ以上の条件を満たす者

- 発症前10日以内に SARS の「疑い例」・「可能性例」を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接接触した者
- 発症前、10日以内に、SARS の発生が報告されている地域(WHO が公表した SARS の伝播確認地域)へ旅行した者
- 発症前、10日以内に、SARS の発生が報告されている地域(WHO が公表した SARS の伝播確認地域)に居住していた者

※ 平成16年7月現在で WHO が公表している地域内伝播が確認されている地域はない。

(2) 可能性例

SARS 疑い例のうち、次のいずれかの条件を満たす者

- 胸部レントゲン写真で肺炎、または呼吸窮迫症候群の所見を示す者
- 病理解剖所見が呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がないもの
- SARS コロナウイルス検査の1つ又はそれ以上で陽性となった者

(3) 除外基準

他の診断によって症状が説明できる場合は除外する。

2 医療機関からの報告基準

医療機関は、上記1の症例定義の「疑い例」、「可能性例」に該当すると考えられる者を診察や治療した場合には、次に留意のうえ、別紙2※により保健所又は保健衛生課に報告することとなっている。

(※平成15年5月16日付け健感発第0516001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)

- 報告に当たっては、可能な限り胸部レントゲン撮影、血液検査(CBC)、生化学検査、インフルエンザ等の検査を行い、必要な除外診断を行う。

3 SARSの非流行時における報告

疑い例・可能性例の届出等の基準には、伝播確認地域への渡航が要件とされているため、伝播確認地域が存在しない非流行期において、万一SARSの患者が国内に発生した場合には、上記の届出等が迅速に行われない場合も考えられる。

このような状況に鑑み、SARSに罹患している疑いのある者を早期に把握し、ウイルス検査や接触者調査等必要な対応を迅速かつ的確に実施するため、SARSについては、院内感染による患者の発生が多かったことに着目し、別紙様式3のとおり非流行時における報告を求める。

(平成15年12月15日付け健感発第1215001号・厚生労働省健康局結核感染症課長通知)

1) 報告基準

医療機関(※1)で、SARSの臨床的症例定義(※2)を満たす医師・看護師等(※3)が、1人以上発生した場合

※1 当該医療機関では、医師等の発症の前10日以内において、「海外渡航から帰国後10日以内に、SARSの臨床的症例定義(※2に同じ)を満たす原因不明の肺炎患者」の診療が行われていること

※2 SARSの臨床的症例定義

以下の条件をすべて満たす者であること ・ 発熱(38℃以上)

- ・ 一つ以上の下気道症状(咳嗽、呼吸困難、息切れ)を有する
- ・ 肺炎またはRDSの肺浸潤影と矛盾しない放射線学的所見、あるいは、明らかな他の原因がなく、肺炎またはRDSの病理所見と矛盾しない病理解剖所見がある
- ・ 以下に掲げた条件のいずれにも該当し、かつ、SARSの他にこの病態を十分に説明できる診断がつかない

- ① インフルエンザの検査結果は陰性である
- ② 適切な抗生物質の投与にもかかわらず解熱しない

※3 医師・看護師等とは、当該患者またはその検体と濃厚に接触した医師、看護師等、又はそれと同等の暴露を受けた者を意味する

2) 対応

(1) 医療機関からの報告 ・ 医療機関が報告基準を満たした事例(以下「報告事例」という。)を探知した場合には、速やかに最寄りの保健所に所定の報告用紙(別添1)をもって報告する。

・ 保健所は、都道府県・保健所設置市・特別区(以下「都道府県等」という。)の本庁を通じて、厚生労働省結核感染症課に報告する。

(2) 医療機関における報告事例についての対応

・ 医療機関においては、報告事例の対象者について、別添2に掲げる予防策、個室対応を実施する。

(3) 検査・調査

・ 地方衛生研究所は、報告事例から採取された検体について、必要な検査を行う。

・ 都道府県等は、報告事例について接触者調査等必要な積極的疫学調査を行う。

第4 医療体制

1 基本的事項

- 患者等の受入体制については、現状(国内の患者発生がない状態)が続く場合と、実際に患者が発生する(した)場合とでは対応が異なる。
- 現状が続く場合には、不安を感じる県民や患者等が一部の医療機関へ集中することを避けるため、また、医療機関における感染拡大を防止するため、当面、県内の医療機関を、
 - ①電話による問診までを行う医療機関(一般の医療機関)
 - ②実際に診察して簡単な除外診断までを行う医療機関(協力医療機関)
 - ③入院させて詳細な除外診断や治療までを行う医療機関(入院対応医療機関)以上のおおよそ3つのグループに分け、それぞれが連携しながら対応することとする。
- ③の入院対応医療機関については、当面県内で1か所程度に絞り込むが、状況を見ながら県内各地域にも同様の医療機関を拡大していく。
- 一方、実際に国内において患者が発生する(した)場合には、その状況も見ながらあらためて検討するが、感染拡大の防止を最重点に置き、実際に診察や治療を行う医療機関をできる限り絞り込んで対応する必要がある。
- 診察や治療を行う医療機関は、標準予防策(「第8標準予防策及び消毒」参照)を行った上で、感染拡大に注意しながら冷静に対応する。

2 現状(国内の患者発生がない状態)が続く場合

(1) 各医療機関共通の事項

- ア 受付での事前申し出の徹底(掲示の掲出等)
- イ 必要に応じてマスクの装着や待合室の分離
- ウ 標準予防策の徹底(「第8 標準予防策及び消毒」参照)
- エ 入院の調整は、当面保健衛生課が実施

(2) 一般の医療機関(「かかりつけ医」を含む)

- ア 基本的には電話による問診に限定
- イ 必要がある場合には、保健所とも相談の上、協力医療機関を紹介

(3) 協力医療機関 ※1

- ア 主に外来で対応
- イ 除外診断等、必要に応じて治療を実施
- ウ 可能であれば入院による対応
- エ より詳細な検査や治療、管理が必要な場合には、保健所とも相談の上、入院対応医療機関を紹介

※1 現行、第二種感染症指定医療機関及び一部の専門的な医療機関の中から県内数カ所を選定。ただし、医療機関名は関係機関及び団体以外には非公表

(4) 入院対応医療機関 ※2 ※3

患者等を入院させて詳細な除外診断、治療、管理(感染症法に基づく入院)

※2 現行、第二種感染症指定医療機関の中から選定。ただし、医療機関名は関係機関及び団体以外には非公表

※3 本県における当面の対応は次のとおり。

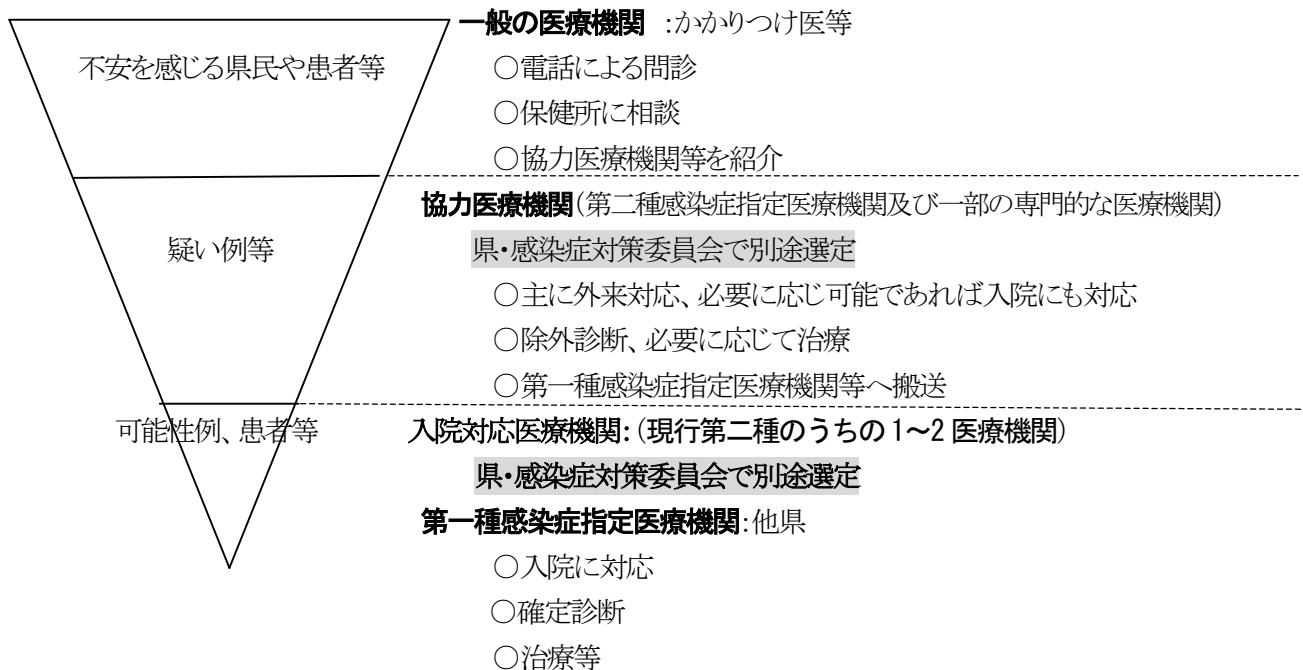
- ・専門の医師の充足状況及び医療機関の設備状況等を考慮し、当面は県内1か所とする。
- ・実際の対応に当たっては、近隣の医療機関から人的応援を行うこととし、より具体的な手続きや方法については、保健衛生課が中心になって早急に調整を図る。
- ・さらにその状況を見ながら、県内各地域に同様の医療機関と応援の体制を拡大していく。

3 実際に患者が発生する(した)場合

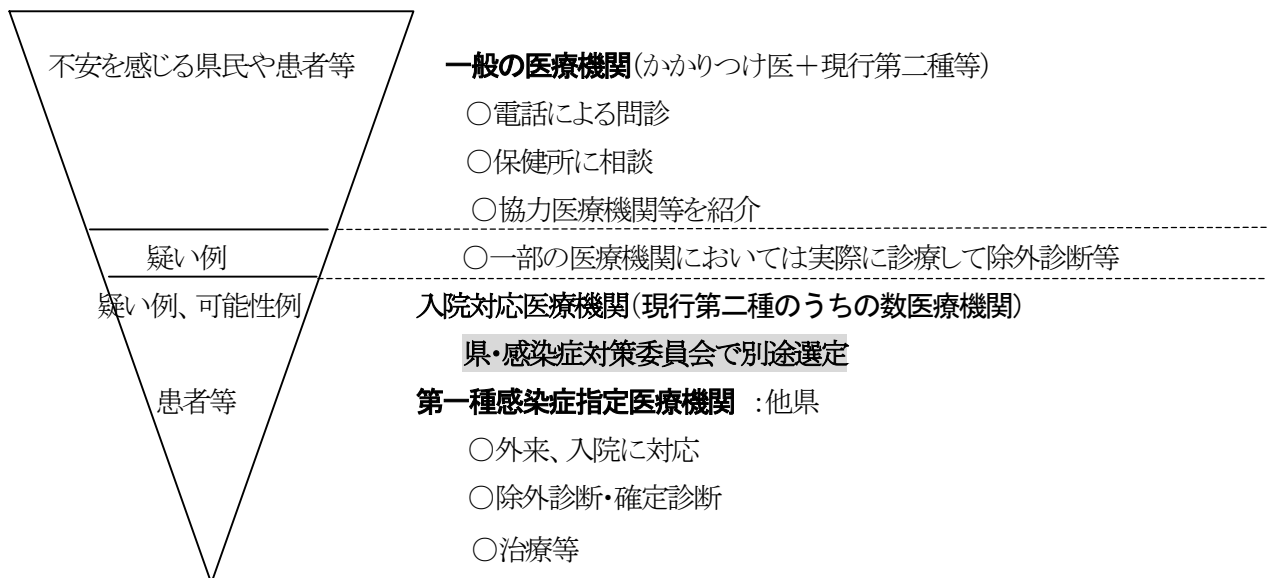
- (1) 診断の確実性、症状の程度、発生数、発生地域、感染の広がり等の状況を総合的に勘案し再度体制を検討
- (2) 基本的には感染拡大の防止を最重点に置き、実際に診察や治療を行う医療機関をさらに絞り込んで対応(「入院対応医療機関」の数の拡大)
- (3) その他、次のような対応が考えられる。
 - ア テント等の活用により患者等をいきなり院内に入れない工夫
 - イ さらに感染拡大の危険が高まる場合には県内の遊休施設の活用の検討

医療機関の役割分担の概念図

1. 現状(国内の患者発生がない状態)が続く場合



2. 実際に患者が発生する(した)場合



第5 保健所における初期対応

保健所は、最新の情報入手と広報媒体を通じた情報の提供を積極的に行うことにより、地域における感染症予防対策の中心的役割を果たすものである。

1 相談・報告の受理

(1) 不安を感じる県民や患者等から相談を受けた場合

県民や患者等から相談を受けた場合は、「重症急性呼吸器症候群(SARS)報告書」様式を参考に、情報を収集する。

その結果、「疑い例」に該当した場合等、必要により、協力医療機関を受診するよう説明するとともに、その者が受診を希望する協力医療機関に連絡し、調整する。

(2) 医療機関からの相談・報告があった場合

ア 医療機関から SARS の「疑い例」又は「可能性例」が発生したとの報告や相談があった場合は、「重症急性呼吸器症候群(SARS)「疑い例」「可能性例」報告用紙(別紙2)」により報告を求める。非流行期においては別紙3による報告を求める。

イ 報告書に基づき症状、発症時期、渡航歴等の確認を行う。

また、勤務先や家族の状況等についても、併せて情報収集を行う。

(医療機関から保健衛生課に相談があった場合にも、保健所へ報告がなされる。)

2 初動体制の確立

上記(1)、(2)以外の場合で、医療機関等から大規模な発生の報告があった場合は次のような初動体制を確立する。

保健所で相談や報告を受理した場合は、とりあえず保健衛生課に第一報を報告する。

その後、所内会議を開催し、初動体制等下記事項について協議を行う。

- 届出の情報内容の確認
- 初動体制の整備
 - ・ 初動方針の決定
 - ・ 搬送等医療の確保、検体の搬入、疫学調査の範囲、関係者から確認すべき事項の整理
 - ・ 現地調査班による調査(医療機関、患者宅等)
 - ・ 予防策機材(N95 マスク、ゴーグル等)の準備

(調査の詳細は「第9 疫学調査」参照)

第6 行政検査

現在用いられているSARSコロナウイルス検査法は確立されたものではないことから、患者の診断に当たってはSARSコロナウイルス検査と並行して、臨床所見、血液検査、胸部レントゲン撮影及びSARSコロナウイルス以外の既知の病原体の検査を実施することが必要である。

このうち、既知の病原体の検査は除外診断にも繋がるので実施可能な項目については医療機関において行うことが望ましい。

当面、以下の検査項目について行政検査を実施する。なお、医療機関からの検査依頼は保健所を通して保健衛生課が受け付けるものとし、症例によっては保健衛生課が、国立感染症研究所に検査を依頼する。

1 検査材料の採取 (平成16年7月23日 岩手県環境保健研究センター 改正)

(1) 検査材料の種類と検査項目

○ 症例の届出時に採取する検査材料

病期	検査材料	検出対象病原体	検査法
急性期	咽頭拭い液	A型インフルエンザウイルス	PCR、市販キット
		B型インフルエンザウイルス	PCR、市販キット
		RSウイルス	PCR、市販キット
		アデノウイルス	PCR、市販キット
		パラインフルエンザウイルス	PCR
		ヒトメタニューモウイルス	PCR
		マイコプラズマ	PCR
		クラミジアニューモニエ	PCR
		レジオネラ属菌	PCR
		肺炎球菌	培養
		SARS コロナウイルス	培養、PCR、LAMP
急性期血清	SARS コロナウイルス	抗体検出	

○ 病日を選んで採集する検査材料

病期	検査材料	検出対象病原体	検査法
発病10日頃	糞便	SARS コロナウイルス	培養、PCR、LAMP
発病10日頃	尿	SARS コロナウイルス	培養、PCR、LAMP
発病10日頃	咽頭拭い液又は喀痰	SARS コロナウイルス	培養、PCR、LAMP
発病20日以降	回復期血清	SARS コロナウイルス	抗体検出

(2) 検査材料の採取法

医療機関は、個人票（別紙4）に記入するとともに、患者1名につき以下の8件の検査材料を採取する。検査材料の保存容器には患者のイニシャルと採取月日を記入する。

ア 症例の届出時に採取する検査材料

(ア) 咽頭拭い液（ウイルス検査用）：2件

- ・ウイルス用保存液と綿棒を用い採取する。
- ・滅菌綿棒で咽頭後壁及び扁桃領域をよくぬぐい、ウイルス用保存液にその綿棒を浸す。綿棒の柄の部分を持ち落とすか、または、綿棒をよく絞った後、取り除くかし密栓する。

(イ) 咽頭拭い液（細菌検査用）：1 件

- ・カルチャースワブプラスで咽頭をぬぐい、スワブを培地チューブに差し込み密栓する。

(ウ) 急性期血清：1 件

- ・診断時に採血し、血清 1～2ml を血清保存容器に入れ密栓する。
- ・容器には AS と記入する。

イ 病日を選んで採集する検査材料

(ア) 糞便：1 件

- ・発病 10 日頃、採取する。
- ・糞便 約 10g を糞便保存容器に入れ密栓する。

(イ) 尿：1 件

- ・発病 10 日頃、採取する。
- ・尿 約 10ml を容器(15ml 遠沈管)に入れ密栓する。

(ウ) 咽頭拭い液又は喀痰：1 件

- ・発病 10 日頃、採取する。咽頭拭い液は上記の①咽頭拭い液（ウイルス検査用）と同様に、
喀痰は以下の方法により採取する。
- ・通常の方法にて、自分で出せる場合には滅菌生理食塩水又は水道水で複数回うがいをして口
腔内雑菌を除いた後、喀痰を採取してもらう（唾液の混入は可能な限り避け、口腔内常在菌
の混入を抑える。）。
- ・喀痰専用容器（滅菌済み）に入れてフタをしてジップ付きプラスチック袋に入れる。検体採取
の際は、周りの人に飛沫が飛ばないように、区切られた部屋で行うなどの対策を講じる必要が
ある。採痰ブース（陰圧）があればより理想的である。
- ・人工呼吸器管理の場合には無菌的な操作のもとに、滅菌されたカテーテルを使って気管吸引液
を採取する。採痰容器は密栓できる喀痰専用容器（滅菌済み）に採取後、ジップ付きプラス
ティック袋に入れる。

(エ) 回復期血清：1 件

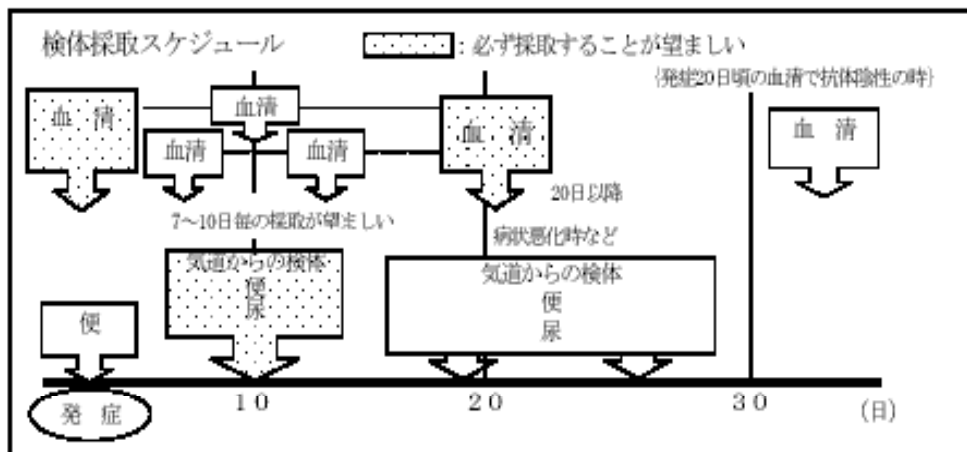
- ・発病 20 日以降に、患者から採血し、血清 1～2ml を血清保存容器に入れ密栓する。
- ・容器には CS と記入する。

3) 検査結果の報告

- 環境保健研究センターでは、検査結果を保健所及び保健衛生課に報告する。
- 保健所では、患者の受診医療機関へ連絡する。

参考 検体の採取時期: (平成15年6月6日付け SARS コロナウイルスに関する検査対応について(3訂) 国立感染症研究所)

(検体採取スケジュール)



ウイルス量は発症10日頃をピークとしているため、発症10日後の便、気道からの検体（鼻咽頭ぬぐい液、喀痰等）は必ず採取することが診断上望ましい。

また、抗体価測定のための血清は(1)発症10日以内（通常初診時）と(2)発症20日以降（陽性率約65%）のペアが望ましい。

ただし、発症20-29日の検体で抗体陰性であった場合は、発症30日以降（陽性率約95%）の検体を必ず採取することが診断上望ましい。

ア 気道からの検体（鼻咽頭拭い液、喀痰等）は、特に発症10日頃の検体が有用である（Peiris et al. Lancet 361, 1767-1772, 2003）。

イ 尿はRT-PCR法を用いても発症早期の場合ウイルスが検出されないため、少なくとも発症4日以降の検体を用いる。発症10日頃が最も検出率が高いがその場合の検出率も50%との報告がある（Peiris et al. Lancet 361, 1767-1772, 2003）。

ウ 便については、RT-PCR法を用いると発症早期より検出が可能であり、発症10日頃をピーク（ほぼ100%検出可能）として発症1カ月頃まで検出が可能である。尚、発症1カ月後の便の感染性については不明である。

エ 血清はできれば1週間毎に1-2mlを冷凍保存し、可能な限り多くの病日で経時的に抗体価を測定する。上記に記載した通り抗体価測定のための血清は(1)発症10日以内（通常初診時）と(2)発症20日以降（陽性率約65%）のペアで必ず採取することが望ましい。

ただし、発症20-29日の検体で抗体陰性であった場合は、発症30日以降（陽性率約95%）の検体を必ず採取することが望ましい。

2 検査材料の保存と輸送

(1) 検査材料の保存

検体は採取後直ちに冷蔵庫に保存する。

(2) 検査材料の輸送

ア 医療機関から環境保健研究センターへの輸送

- 輸送は保健所が担当し、持参を原則とする。
- 医療機関において採取された検査材料は、直ちに、冷蔵(保冷剤)で環境保健研究センターに搬入する。
- 検査材料の包装は以下により行う(使用する器具、器材、包装方法を図1, 2に示す)。

図1 使用する器具、器材



図2 検体保存容器の包装方法



1 検体保存容器をビニール袋に入れる。



2 ビニール袋に入れた検体保存容器をティッシュペーパーなどの吸収用材とともに二次容器に入れる。



3 二次容器を密栓する。



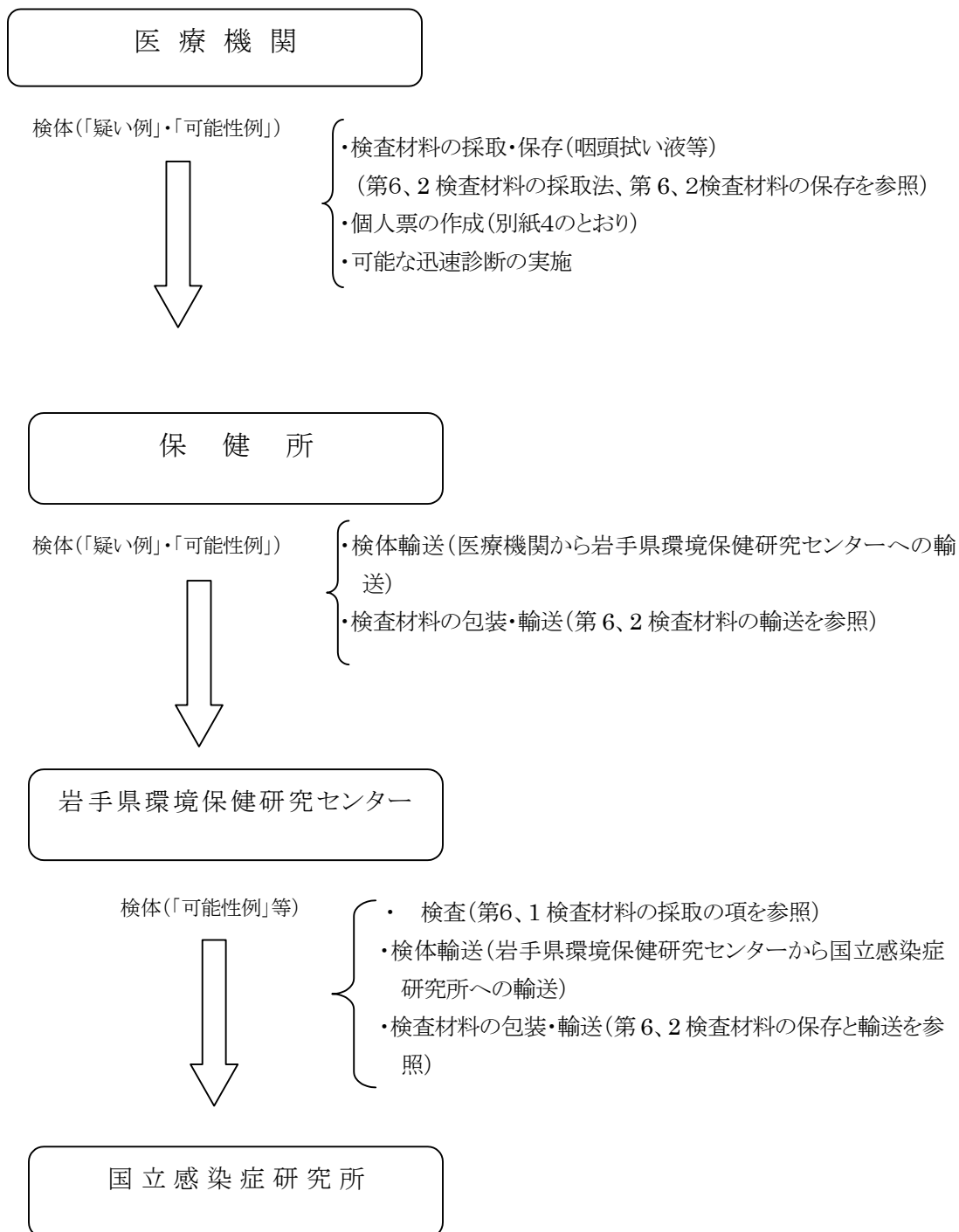
4 二次容器を保冷剤入りの三次容器に入れる。

5 三次容器の蓋をガムテープなどでとめる。

イ 環境保健研究センターから国立感染症研究所への輸送

- 「可能性例」については国立感染症研究所に検体を送付し、SARS の病原体検索を行う。
また、「疑い例」であっても、すでに二次感染と考えられる症例が出ている場合やその他の臨床検査所見において強く感染が疑われる場合には国立感染症研究所に検体を送付する。
- 当初「疑い例」に分類された患者であっても、経過により「可能性例」になった患者は、その時点で「可能性例」として扱う。
- 検査材料の国立感染症研究所への輸送は環境保健研究センターが担当する。検査材料の輸送は、持参の場合には厚生労働省から示された感染性材料の輸送法により、郵送の場合には WHO が推奨する Laboratory Biosafety Manual 2nd edition に示されている郵送のための包装法により取り扱う。

検査材料の採取、保存及び輸送のフロー図



第7 患者等の搬送

SARS患者及び疑似症患者については感染症法に基づく「一類感染症」患者として、知事(保健所)が搬送しなければならないことになっている。ただし、症状によっては、救急車両による搬送を行う場合もある。

1 患者等の搬送

- 医療機関の申し出があった場合には、保健衛生課で調整の上、保健所が搬送を行う。
- 原則として、県所有のアイソレーター付移送車両を使用する。
- また、岩手県高度救命救急センターの「ドクター・カー」を搬送車両として確保済。
(参考 資料4参照)
- 症状によっては「救急車両」による搬送を行う場合もある。

2 搬送に当たっての留意事項

- 搬送に当たっては、次の4項目を遵守する。
 - ・病原体の特性に応じた感染拡大防止の実施
 - ・人権への配慮
 - ・適切な資機材による搬送
 - ・搬送従事者の安全の確保
- 搬送には保健所職員が2名以上同行し、搬送中の状況を医療機関に報告する。
- 搬送に際し、車両には次のものを用意する。(参考 資料5、6参照)
 - ・標準予防策に必要な機材(例)
手袋・ガウン・マスク・保護眼鏡・リネン類・防水シート等
 - ・その他消毒用物品等(例)
ペーパータオル・消毒用アルコール・次亜塩素酸ナトリウム・廃棄物容器・ゴム長靴等
- 医療機関に収容した後は、直に搬送用物品を回収し、感染性廃棄物容器に密封する。
また、可能な限り滅菌処理を行う。
- 搬送従事者は、事後の手洗いを入念に行い、逆性石鹼や消毒用アルコールで消毒する。
(厚生科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業「感染症の患者の搬送の手引」を参照)

4 搬送車両の消毒

搬送終了後、直に車両の消毒を実施する。(「第8 標準予防策及び消毒」参照)

5 搬送に携わった者の健康管理

- 患者等の搬送に携わった者は医師である保健所長が健康観察を行う。症状が出現した場合は直に専門医の診察を受けさせる。

第8 標準予防策及び消毒

感染症対策としては、病院感染対策の標準ともいえる米国CDC（疾病管理予防センター）ガイドラインが、簡便性・合理性から広く我が国でも認知され利用されている。

このガイドラインは、標準予防策と感染経路別予防策の2つの方法から成り立ち、前者はすべての患者に適用される方法であり、後者は、感染力の強い重篤な病態を引き起こす疾患に対し、前者に適宜、追加し適用される。

なお、上述した予防策は、患者治療、患者配置・搬送等に従事する全ての者に徹底すべきものである。

1 標準予防策

患者の湿性生体物質（血液・体液、分泌物及び排泄物）は、感染の危険があると見なし次の方法を実施する。（表1）

- (1) 湿性生体物質に触れたら手を洗う。
- (2) 湿性生体物質に触れる可能性がある時は、手袋、マスク、エプロン等を着用する。

2 感染経路別予防策

感染経路を推定し遮断するが、特に 空気感染、飛沫感染、接触感染の経路が最も重要であり、その性質をよく理解することが重要である。（表1，2）

3 消毒方法（国立感染症研究センターホームページ 参照）

消毒薬は、最近になって、台所用合成洗剤がSARS コロナウイルスの処理に効果が高いことが実験的に確認され、家庭などでの消毒としての選択肢が増えた。現在のところ、その効果と入手の容易さなどから、消毒用エタノール及び界面活性剤の使用が推奨される。

(1) 表面

汚染された床などの水平表面は、消毒薬を染みこませた不織布、モップなどで拭き取る。

(2) リネン類

リネン類は、他の患者・環境を汚染しないよう操作し、適切に処理する。

(3) 部屋・施設

ドアノブ、トイレの便座等患者が触れたものは、消毒薬を染みこませた不織布等で清拭する。

(4) 搬送車両の内部（ストレッチャーを含む。）

車内全体に、消毒液を散布し、ドアを閉め20分以上放置する。次いで、内部表面及び外部ドアハンドルを消毒する。

(5) 消毒液及び使用濃度

ア 消毒用アルコール（70 v/v%イソプロパノール）

イ 次亜塩素酸ナトリウム（家庭用の塩素系漂白剤5%）を100倍希釈又は50倍希釈で用いる。
（0.05%=500ppmで使用）

(ア) 100倍希釈での使用：ドアノブ、電話機、照明スイッチ、便座等に適用し「完全に拭く」。

(イ) 50倍希釈での使用：特に手などが触れる部分に適用し、清拭後に「から拭き」をする。

なお、薬品の使用では、注意書きをよく読み、手袋等を着用し皮膚に消毒薬が付着しないようにすること。また、電化製品では機器に水分が入り込まないよう細心の注意を払うこと。

ウ 界面活性剤

- ・効果が確認されているのは食器・野菜洗浄用の家庭用合成洗剤であり、成分として直鎖アルキルベンゼンスルホン酸ナトリウムもしくはアルキルエーテル硫酸エステルナトリウムを16%以上含むものである。
- ・家庭用合成洗剤における界面活性剤の濃度は製品により異なるが、SARS コロナウイルスの消毒として推奨される「界面活性剤をぬるま湯に溶かしたもの(台所用合成洗剤として濃度0.5%以上)」は15-17%の界面活性剤を含む台所用合成洗剤の濃度として計算されている。これより濃度が高いものはもちろん有効である。

4 その他の措置

県は、患者・家族の人権に配慮し、まん延を防止するため保護者、施設管理者、市町村へ汚染された場所等の消毒について命令又は消毒方法等の指示を書面により通知する。

表1 病院における隔離予防策のガイドライン

	標準予防策 (全患者共通)	感染経路別予防策		
		空気感染予防策	飛沫感染予防策	接触感染予防策
手洗い	・体液・体物質に触れた後 ・手袋を外した後 ・患者接触の間 ・通常、ふつうの石鹸を使う	規定なし	規定なし	規定なし
手袋	・体液・体物質に触るとき ・粘液・傷のある皮膚に触るとき ・使用后、非汚染物・環境表面に触る前、他の患者の所に行くときは外し、手洗いをする	規定なし	規定なし	・部屋に入るときは手袋を着用する ・汚染物に触った時は交換する ・部屋を出るときは外し、毒薬で手洗いをする
マスク	・体液・体物質が飛び散って目、鼻、口を汚染しそうとき	・部屋に入るとき N95 マスクを着ける	・患者の 1m 以内で働くときはサージカルマスクを着ける	規定なし
ガウン	・衣服が汚染しそうとき ・汚れたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いをする	規定なし	規定なし	・患者に接触しそうときは、部屋に入る前に着用し、部屋を離れるときに脱ぐ
器具	・汚染した器具は、粘膜、衣服、環境などを汚染しないように注意深く操作する	規定なし	規定なし	・できれば専用にする ・できなければ、他の患者に使用する前に消毒
リネン	・汚染されたリネンは粘膜、衣服、他の患者や環境を汚染しないように操作、移送、処理する	規定なし	規定なし	規定なし
患者配置	・環境を汚染させるおそれのある患者は個室に入れる ・個室がないときは専門家に相談する	・個室隔離：部屋の条件①陰圧、②1時間に6回の換気、③院外排気	・個室隔離あるいは集団隔離あるいは1m以上離す	・個室隔離あるいは集団隔離あるいは病原体の疫学と患者集団を考慮して対処する。
患者移送	規定なし	・制限する ・必要とき、サージカルマスクを着用	・制限する ・必要とき、マスクを着用	・制限する
その他	・針刺し事故対策 ・毎日の清掃	規定なし	規定なし	・バンコマイシン耐性菌対策

出典原図：日医雑誌 第127巻第3号(2002年2月)

表 2 感染経路別予防策での主要な感染経路及び性質

主要な感染経路	性 質
空気感染	飛沫核(直径 $5\mu\text{m}$ 未満)を介して伝播し、飛沫核は、空中に長く浮遊し、病室から他の病室へと拡散する。
飛沫感染	患者の咳・くしゃみ等の口から撒き散らかされる粒子(直径 $5\mu\text{m}$ 以上)であり、水分を含んでいるため1m程度しか飛ばない。
接触感染	(1)直接接触 患者を介護した後に手から腕、白衣を介して次の患者に伝播する。 (2)間接接触 汚染した物品を介して伝播する。

第9 疫学調査

「第5保健所における初期対応」を踏まえ、医療機関と保健所が連携し、患者の疫学調査、接触者の把握と健康状態の追跡調査を行う。

1 調査の基本的考え方

- 感染源を明らかにし、二次感染を防止することを目的とする。
- 調査にあたっては当該者の人権を尊重し、個人情報などプライバシーの保護に留意する。
- 聞き取り調査は、調査の目的を説明し、実施の承諾を受けてから行う。
- 二次感染のおそれがある場合は、予防に関する指導も併せて行う。

2 患者の疫学調査

感染源の情報を得るため、次の事項について調査を行う。(SARS患者(可能性例・疑い例)発生時の患者調査票 別紙5、発症者の行動の記録 別紙6)

- (1) 発症前1.0日以内の渡航歴がある場合、その状況について詳細に調査を行う。
渡航の日程、行先、経路、利用した交通機関、宿泊先ホテル、立ち寄り先、同行者、団体ツアーであったか、往復の航空便(船便)の特定。渡航中の接触者、同行者等で発熱や呼吸器症状を訴えていた者の有無、いる場合は状態と接触の程度。(航空機内も含む。)
- (2) 発症前1.0日以内のSARS患者との接触の有無と状況
SARSの「疑い例」「可能性例」との接触の有無と状況。特に看護・介護を行っていたか、同居の有無、患者の気道分泌物や体液に触れたかどうかの確認を行う。

3 接触者の把握のための調査

二次感染者の発見・防止のため、次の事項について調査を行う。(接触者モニタリング用紙 別紙7)

- (1) 発症前1.0日以内の渡航歴がある場合の帰国後の行動調査
 - ア 国内に入ってから、自宅までの経路と交通機関、この間の発熱や呼吸器症状の有無、この間の接触者と接触の程度
 - イ 自宅に戻ってからの生活の状況、特に症状の出現前後から医療機関受診までの時期について重点をおいて詳細な行動調査を行う。
(発熱、咳その他の症状の出現時期、日常生活と家族との接触状況、勤務していれば通勤手段や経路、利用した交通機関、立ち寄り先、飲食店の利用、近所の人や友人との接触、受診の際の交通手段、医療機関における待ち時間や待合の間の状況など)
- (2) 渡航歴がなく、SARS患者との接触がある場合は(1)のイと同様

4 接触者の定義

(1)可能性例との高危険接触者

可能性例の発熱あるいは咳が出現した以降、解熱後 48 時間までの間に接触し、かつ以下の定義のいずれか一つ以上を満たす者

ア 直接対面接触者

2メートル以内で上記患者と対面で接触のあった者（仕事及び会食など日常生活における接触のあった者並びに医療関係者及び救急隊員が含まれる。）

イ 世帯内接触者

上記患者と同一住所に居住する者全員、及び感染期にこの住所で比較的長時間過ごした訪問者

ウ 閉鎖空間の共有者

比較的閉鎖された空間において、2メートル以内の距離で空間を共有した者

エ 汚染物質の接触者

上記患者の血液、喀痰、尿、便などすべての分泌物に、防護器材なしで接触のあった者

(2)可能性例との低危険接触者

可能性例の発熱あるいは咳が出現した以降、解熱後 48 時間までの間に接触したもの、かつ以下の定義のいずれか一つ以上を満たす者

ア 直接対面接触者のうち、(1)、アの定義を満たさない者

イ 可能性例と同じ施設、または公共交通機関（バス、鉄道、地下鉄及び航空機）を利用した者のうち、(1)、ウの定義を満たさない者

ウ 共通の空調設備を有する施設を可能性例患者と共有した者

(3)疑い例との接触者

疑い例の発熱あるいは咳が出現した以降、解熱後 48 時間までの間に接触した者、かつ以下の定義のいずれか一つ以上を満たす者

ア 直接対面接触者 2メートル以内で上記患者と対面で接触のあった者

2メートル以内で上記患者と対面で接触のあった者（仕事及び会食など日常生活における接触のあった者並びに医療関係者及び救急隊員が含まれる。）

イ 世帯内接触者

上記患者と同一住所に居住する者全員、及び感染期にこの住所で比較的長時間過ごした訪問者

ウ 閉鎖空間の共有者

比較的閉鎖された空間において、2メートル以内の距離で空間を共有した者

エ 汚染物質の接触者

上記患者の血液、喀痰、尿、便など全ての分泌物に、防護器材なしで接触のあった者

5 接触者の追跡調査

(1) 接触者リストの作成

上記3の調査により、上記4に基づき接触者のリストを作成し、どの範囲の者について健康調査を実施するか、所内で協議し決定する。(追跡調査リストの作成。旅行同伴者や同居家族、職場の同僚、医療関係者など濃厚な接触者と考えられる者を中心とし、必要以上に拡大しない。)

(2) 健康状態の確認

- ア 追跡調査リスト対象者に対し、面接し健康状態を確認する。SARSの概要を説明し、健康状態の確認の必要性について説明の上、発熱や呼吸器症状の有無、その他の症状の有無を聴取する。
- イ 症状のある者については、受診を勧め、受診結果を確認する。(必要に応じ、医療機関との調整を行う。)
- ウ 症状のない者についても、患者との接触後10日以内に症状が発現した場合、すぐ保健所に連絡するよう指導を行う。また、併せて感染防止策の指導を行う。
- エ 接触後10日以上経過して発症がない場合は、追跡終了とし、順次リストから削除する。
- オ 追跡調査の結果については、適宜保健衛生課に報告を行う。

6 接触者の管理

(1) 可能性例との高危険接触者

- ア 原則的に毎日の居住場所へ連絡し、健康状態を確認する。
- イ 体温計(モニタリング期間後に廃棄処分可能なプラスチック製体温計が望まれる)、体温記録表、体温測定・記録法の解説書、一般的アドバイス及び連絡相談担当の電話番号を記録したものを配付する。
- ウ 体温を毎日朝夕2回記録し、その結果及び他の全身症状の有無を毎日連絡担当の電話番号に報告するよう依頼。担当者は接触者と十分コミュニケーションをとることが重要である。
- エ 毎日の連絡のとれなかった接触者に対しては電話又は訪問などで積極的に状況把握を行うことなどをあらかじめ接触者と打ち合わせておく。
- オ 接触者は症状がない場合は日常の行動を続けていて良いと考えられているが、WHOは任意による自宅内での隔離を奨めていることもあり、上記期間は念のため人ごみへの外出や出勤、登校は控え、同居人、知人との接触も最小限に留めるように依頼する。接触者の同居人も接触者として扱う。欠勤中の収入等に関する補償など、関係省庁との連絡・調整が必要な事項がある。
- カ 発熱又は何らかの症状が発現した場合には、自宅に留まり、速やかにあらかじめ指定した連絡先に連絡するよう指導する。
- キ 入院対応医療機関と連絡を取り、搬送する。

(2) 可能性例との低危険接触者及び疑い例との接触者

- ア 原則的に自主管理とするが、今後の状況の変化により、高危険接触者に準じて行われることも想定される。②記録を残すために、これらの接触者にはあらかじめ指定した連絡先を含む記録様式を配付する。
- イ 体温と症状について毎日朝記録し、発熱又は何らかの症状が発現した場合には、自宅に留まり、速やかにあらかじめ指定した連絡先に連絡するように指導する。
- ウ 接触者は症状がない場合は日常の行動を続けてよいと考えられている。しかしながら、場合によっては、本人の職場或いは学校での不当な扱いを避ける目的で上記期間は念のため人ごみへの外出や出勤、登校は控えるようにした方が現実的なこともあり、本人と十分話をする必要がある。

急性重症呼吸器症候群発生届出票

保健所コード 西 暦 I D

岩手県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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12条の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日（ 年 月 日）

医師の氏名 _____ 印（自署または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____

上記施設の住所・電話番号 * _____ (電話 _____)

(* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること)

1 患者氏名	2 性別 男・女	3 診断時の年齢 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	4 患者職業
5 患者住所 電話()		6 患者所在地 電話()	
7 保護者氏名	8 保護者連絡先 (7, 8は患者が未成年の場合のみ記入) 電話()		

9 病 名 ・ 重症急性呼吸器症候群	10 診 断 方 法 ・ 病原検査 (検体) (法) ・ 臨床決定 ・ その他 ()	11 症 状 ・ 有 [] ・ 無	12 発病年月日 平成 年 月 日
			13 初診年月日 平成 年 月 日
			14 診断(検索)年月日 平成 年 月 日
			15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日
			16 死亡年月日※ 平成 年 月 日
			17 推定される感染地域・感染原因・感染経路 ・ 最近数年間の主な居住地 1 日本国内 2 その他 () 3 不明 ・ 推定される感染地域 1 日本国内 2 その他 () 3 不明 ・ 推定される感染原因・感染経路 []
18 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要と認める事項			

この届出は診断後直ちに行ってください

(2, 10, 11, 17欄は該当する番号等を○で囲み、3, 4, 12, 13, 14, 15, 16欄は年齢・年月日等を記入すること。※欄は、死亡者を検索した場合のみ記入すること)

重症急性呼吸器症候群 (SARS) 「疑い例」「可能性例」報告用紙

太枠内は必ずご記入ください。

報告年月日：平成 年 月 日

医療機関名： _____ 医師名： _____	
医療機関連絡先 〒 _____ 住所 _____	
電話： _____ FAX： _____	電子メール： _____ @ _____
イニシャル(姓・名) ・ _____	男・女 _____
明・大 昭・平 _____	年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
現住所(国内の場合) 都道府県 _____ 市区町村 _____	
国籍 _____	主な居住地 (国・都市名) _____
職業 _____	伝播確認地域への渡航及び期間 地域 [_____] 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 地域 [_____] 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 便)
発病日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
前医 1 なし 2 あり：医療機関名(_____)	
疑い例 「1」又は「2」で、 3,4,5のいずれかを満たすもの (数字に)	1 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他(_____) 2 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者 3 発症前10日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液に触れた者〔内容を記載： _____ 〕 4 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域へ旅行した者。 5 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域に居住していた者。
可能性例 疑い例に加え1,2,3 のいずれかを満たすもの(数字に)	1 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者 2 1つまたはそれ以上の検査法でSARSコロナウイルスが陽性となった者 3 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者
他の症状	1 頭痛 2 悪寒戦慄 3 食欲不振 4 倦怠感 5 意識混濁 6 発疹 7 下痢 8 その他(_____)
画像診断	胸部X-P所見(_____ 月 _____ 日) 1：あり(右に記入) 2：なし 胸部CT所見(_____ 月 _____ 日) 1：あり(_____) 2：なし 3：未試行
血液検査 (_____ 月 _____ 日)	白血球数 [_____] μ l CPK [_____] IU/l 好中球分画 [_____] % AST(GOT) [_____] IU/l リンパ球分画 [_____] % ALT(GPT) [_____] IU/l 血小板数 [_____] 万/ μ l LDH [_____] IU/l CRP [_____] mg/dl ESR [_____] mm/h
抗菌薬・抗ウイルス薬投与状況	1： _____ [_____ 病日 ~ _____ 病日・投与中] 効果 (_____) 2： _____ [_____ 病日 ~ _____ 病日・投与中] 効果 (_____)
微生物学的検査 (検査を行った場合、記載)	検査項目(例) 結果 詳細(検査方法や力価など) 1 インフルエンザ [未施行・陰性・陽性] (_____) 2 RSウイルス [未施行・陰性・陽性] (_____) 3 クラミジア [未施行・陰性・陽性] (_____) 4 マイコプラズマ [未施行・陰性・陽性] (_____) 5 _____
濃厚接触者(患者との関係)	接触状況 _____ 発病・隔離の有無 _____
備考(初診後の経過、現在の状態、その他特記事項など)	

記載不要ID

(管轄保健所名) _____ 県 _____ 保健所

なお、以下の1～6の内容について、後日お伺いしますので、あらかじめご了承ください。

追加報告の内容 (該当する項目に)

- 1: 患者の「疑い例」「可能性例」への区分の変更
- 2: 病状の変化(軽快・退院・外来フォローアップ終了・悪化・死亡)
- 3: 治療に関する情報の追加
- 4: 重要な病原体検査結果の追加
- 5: 新たな接触者情報の追加
- 6: その他(主治医の判断で必要と思われる時)

1: 区分の変更 (追加になった項目に)

疑い例 「1」又は「2」 で3,4,5のいずれか を満たすもの (数字に)	1 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他() 2 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者 3 発症前10 日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液に触れた者〔内容を記載： 〕 4 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域へ旅行した者。 5 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域に居住していた者。
可能性例 疑い例に加え 1,2,3のいずれか を満たすもの(数字に)	1 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者 2 1つまたはそれ以上の試験法でSARSコロナウイルスが陽性となった者 3 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者
他の症状	1 頭痛 2 悪寒戦慄 3 食欲不振 4 倦怠感 5 意識混濁 6 発疹 7 下痢 8 その他()




2: 病状の変化

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体温			
症状	・咳 ・呼吸困難 ・()	・咳 ・呼吸困難 ・()	・咳 ・呼吸困難 ・()
全身状態	・良好 ・比較的良好 ・不良	・良好 ・比較的良好 ・不良	・良好 ・比較的良好 ・不良
退院日:	年 月 日	外来フォローアップ終了日:	年 月 日
悪化傾向	(具体的な内容・その日時)		
死亡日: 年 月 日	死亡までの経過:		

3: 治療に関する情報の追加

抗菌薬・抗ウイルス薬	1: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果() 2: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果() 3: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果() 4: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果()
ステロイド使用	1:薬品名 _____ mg/day [病日～ 病日・投与中] 効果()
その他の治療	

4：重要な検査結果の追加

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血液検査	白血球数[] / μ l 好中球分画 [] % リンパ球分画[] % 血小板数[]万/ μ l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK []IU/l AST(GOT) []IU/l ALT(GPT) []IU/l LDH []IU/l [] []	白血球数[] / μ l 好中球分画 [] % リンパ球分画[] % 血小板数[]万/ μ l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK []IU/l AST(GOT) []IU/l ALT(GPT) []IU/l LDH []IU/l [] []	白血球数[] / μ l 好中球分画 [] % リンパ球分画[] % 血小板数[]万/ μ l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK []IU/l AST(GOT) []IU/l ALT(GPT) []IU/l LDH []IU/l [] []
画像診断	胸部X-P所見 1：あり ()  2：なし	胸部X-P所見 1：あり ()  2：なし	胸部X-P所見 1：あり ()  2：なし
酸素投与	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理

微生物学的検査 (検査を行った場合、記載)	検査項目 (例)	結果	詳細(検査方法や力価など)
	日付 (月/日)		
1 インフルエンザ	[未施行・陰性・陽性]	() (/)	
2 RSウイルス	[未施行・陰性・陽性]	() (/)	
3 クラミジア	[未施行・陰性・陽性]	() (/)	
4 マイコプラズマ	[未施行・陰性・陽性]	() (/)	
5	[未施行・陰性・陽性]	() (/)	
6			
SARSコロナウイルス検査の実施の有無	・あり ・なし 地方衛生研究所名 ()	1:検体提出済み [検体ID] (提出済みのものにして下さい) 1 鼻咽頭拭い・洗浄、口腔咽頭拭い液あ るいは気管支肺胞洗浄液 2 喀痰 3 尿 4 便 5 血清 (シングル・ ペア) (検査結果については、結果表を添付してください。)	2:検体未提出
その他	特記事項などあれば記載		

5：新たな接触者情報の追加

濃厚接触者(患者との関係)	接触状況	発病・隔離の有無

6：その他 ()

--

記載不要 ID

別添 1 報告用紙 (1 / 2 ページ)

送付年月日： 年 月 日 時 分

送付先 保健所行き

S A R S の非流行時における報告について

医療機関名 _____
 医療機関の住所 _____
 担当者氏名 _____
 電話番号 _____

1 医療従事者

イニシャル	
年齢・性別	() 歳 男・女
職種	医師・看護師・その他の職種 ()
発症時期	年 月 日
症状等	発熱 () 呼吸器症状 (咳・息切れ・呼吸困難) 胸部 X 線所見 使用抗生剤 (: 日間) (: 日間) (: 日間) インフルエンザ検査 (陽性・陰性)
経過	
備考	

別添 1 報告用紙 (2 / 2 ページ)

2 医療従事者の感染源となった初発患者

イニシャル	
年齢・性別	() 歳 男・女
渡航歴	渡航先 () その期間 年 月 日から 年 月 日
発症時期	年 月 日
症状等	発熱 () 呼吸器症状 (咳・息切れ・呼吸困難) 胸部 X 線所見 使用抗生剤 (: 日間) (: 日間) (: 日間) インフルエンザ検査 (陽性・陰性)
経過	
備考	

別添 2

予防策

- ・手洗い：体液・体物質あるいは患者が直接接触したと思われるものに接触後、手袋を外した後、患者から患者へ接触するとき（通常は石鹸と流水）
- ・手袋：体液に接触、粘膜接触、傷のある皮膚に接触する場合は手袋着用
使用後は手袋を外し、直ちに手洗いの励行
- ・マスク：着用（サージカルマスク以上）
- ・ガウン：衣類が汚染しそうなき、着用
汚染したガウンはすぐに脱ぎ、手洗い励行

個人票 (SARS検査用)

別紙様式 4

医療機関で記入

医療機関名		
担当医師名		
患者	イニシャル	
	性	男 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	年齢	歳
	住所	市 町 村
	職業	(医療従事者かどうか、多くの人に接触する可能性のある職業かどうか)
発症日		平成 年 月 日
(入院日)		平成 年 月 日
(退院日)		平成 年 月 日
初診日		平成 年 月 日
報告時点の症例区分と状況		「疑い例」「可能性例」、外来・入院・死亡
SARS患者との接触歴		有 無
伝播確認国への渡航歴		有 無
		渡航国()
		滞在期間(平成 年 月 日から 平成 年 月 日)
		同行者の有無(有 無)
		同行者での同様の症状の有無(有 無)
家族での同様の症状の有無		有 無
初発時発熱		平成 年 月 日 (体温 .)
報告日直近の体温		平成 年 月 日 (体温 .)
咳(発症日)		平成 年 月 日
呼吸困難(RDS含む)発症日		平成 年 月 日
人工呼吸器の使用		有(平成 年 月 日から)、無
その他症状		
胸部レントゲン所見		
血液検査・生化学検査所見		WBC数 ()
		リンパ球数 ()
		血小板数 ()
		CRP ()
		赤沈 ()
		CPK ()
		GOT ()
		GPT ()
		LDH ()
その他の検査結果 (微生物検査等)		
他疾患の可能性・コメント		
投与薬剤と使用開始日、反応		薬剤名() :平成 年 月 日から) 反応状況
検査材料採取日時		平成 年 月 日 AM PM 時 分

環境保健研究センターで記入

症例ID		
報告日		平成 年 月 日
症例区分		「疑い例」「可能性例」「除外例」 判断した日:平成 年 月 日
その後の経過と転帰		症例区分変更()
検体ID		

SARS 患者（可能性例・疑い例）発生時の患者調査票

重症急性呼吸器症候群（SARS）患者調査票							
1. 感染症発生届受理							
2. 届出受理日	年 月 日	時 分	3. 受理保健所	保健所			
			4. 受理者名				
5. 患者氏名	6. 性 別 男・女		7. 生年月日	S . H	年 月 日		
8. 患者職業							
9. 勤務先住所			10. 電 話	()			
11. 住 所			12. 電 話	()			
13. 受理日現在の患者 所在地	届出医療機関		14. 電 話	()			
	自宅	勤務先等				不明	
15. 家族構成 (人数等)			16. 保護者氏名				
			17. 保護者連絡先		()		
症状及び病日	18. 38 度以上の急な発熱		19. 年 月 日				
	20. 咳		21. 年 月 日				
	22. 息苦しさ、呼吸困難感		23. 年 月 日				
	24. 全身倦怠感		25. 年 月 日				
	26. 意識混濁		27. 年 月 日				
	28. 発疹		29. 年 月 日				
	30. 下痢		31. 年 月 日				
	32. その他 1 (33.)		34. 年 月 日				
35. その他 2 (36.)		37. 年 月 日					
38. 発病年月日		年 月 日					
39. 初診年月日		年 月 日					
40. 診断日		年 月 日					
41. 死亡日		年 月 日					
42. 推定感染日		年 月 日					
44. 誰からの感染 を疑っているか。	氏 名	患者との関係	現在の居住地	最終接触日	診断(で囲む)		
					疑い・可能・正常・異常・不明		
					疑い・可能・正常・異常・不明		
					疑い・可能・正常・異常・不明		
地域内伝播確認地 域への立入及び滞 在歴	香港・台湾以外の中国 (45. 北京 46. 広東省 47. 山西省 48. 天津 49. その他 () で囲む。複数可						
	50. 香港		55. 同行者			名	
	51. 台湾		56. 海外旅行会社				
	52. シンガポール		57. 帰国便名：複数の場合、全て記入				
	53. ウランバートル		()				
54. その他		()					
54. その他		()					
患者の治療経過及び検査結果							
58. 主治医名			59. 医療機関名				
60. 医療機関所在地			61. 電話番号 ()				
62. 既往歴							
治 療	63. 治療薬の有無		無	有	64. 服薬開始日	年 月 日	
	65. 投薬薬剤名 ()						
66. 初診日	年 月 日		67. 入院の有無		有 無 不明		
入院期間	入院 (68. 年 月 日 ~		69. 年 月 日)				
検体採取	70. 咽頭ぬぐい液	71. 喀痰	72. B A L	73. 血液	74. 便	75. 尿	76. その他
	76. 検体提出日 (年 月 日)		77. 提出先				
判定	78. 疑い例		81. 年 月 日				
	79. 可能性例		82. 年 月 日				
	80. 確定例		83. 年 月 日				
84. 症例棄却の有無	有 無	85. 年 月 日					
86. 理由							

発症者の行動の記録

発症者の発病後の行動を把握することが最も緊急性を有し、以後の防疫活動の重要な情報となる。

調査班は、以下の様式に添って1) 発症者の症状発現後の行動(立ち寄った場所、使用した交通機関等を含む)詳細に記録しその中で2) 濃厚な接触者の一覧を作成する(ラインリスティング)。この調査により、接触者の同定が可能となり、患者が複数認められた場合、共通の立ち寄り場所、交通機関の使用などから、感染の危険因子を推定し感染源を同定することが可能になる。

感染期における行動(訪問先、面会者、旅行などについて日付及び詳細を記載すること)		接触者氏名(住所・携帯もしくは連絡先電話番号・職業・発症者との関係)
d - 1日 月 日		
発症日(d) 月 日		
d + 1日 月 日		
d + 2日 月 日		
d + 2日 月 日		

接触者モニタリング用紙

保健担当者の緊急連絡先 () 保健所 : 緊急連絡先 ()

接触者番号
 症例番号 (二次接触者の場合には一次接触者の症例番号):

接触者詳細

氏名: 住所: 電話番号: ()

職業 (仕事先):

生年月日: 年 月 日 性別: 年齢:

10日以内の接触の種類 該当する項目に し、日付及び場所接触内容を記載する。

可能性例との高危険接触:

可能性例との低危険接触:

疑い例との接触 :

高 低 疑い 感染防護有り

接触者の同定時の状態

発熱 : 有 (体温 (度)・無

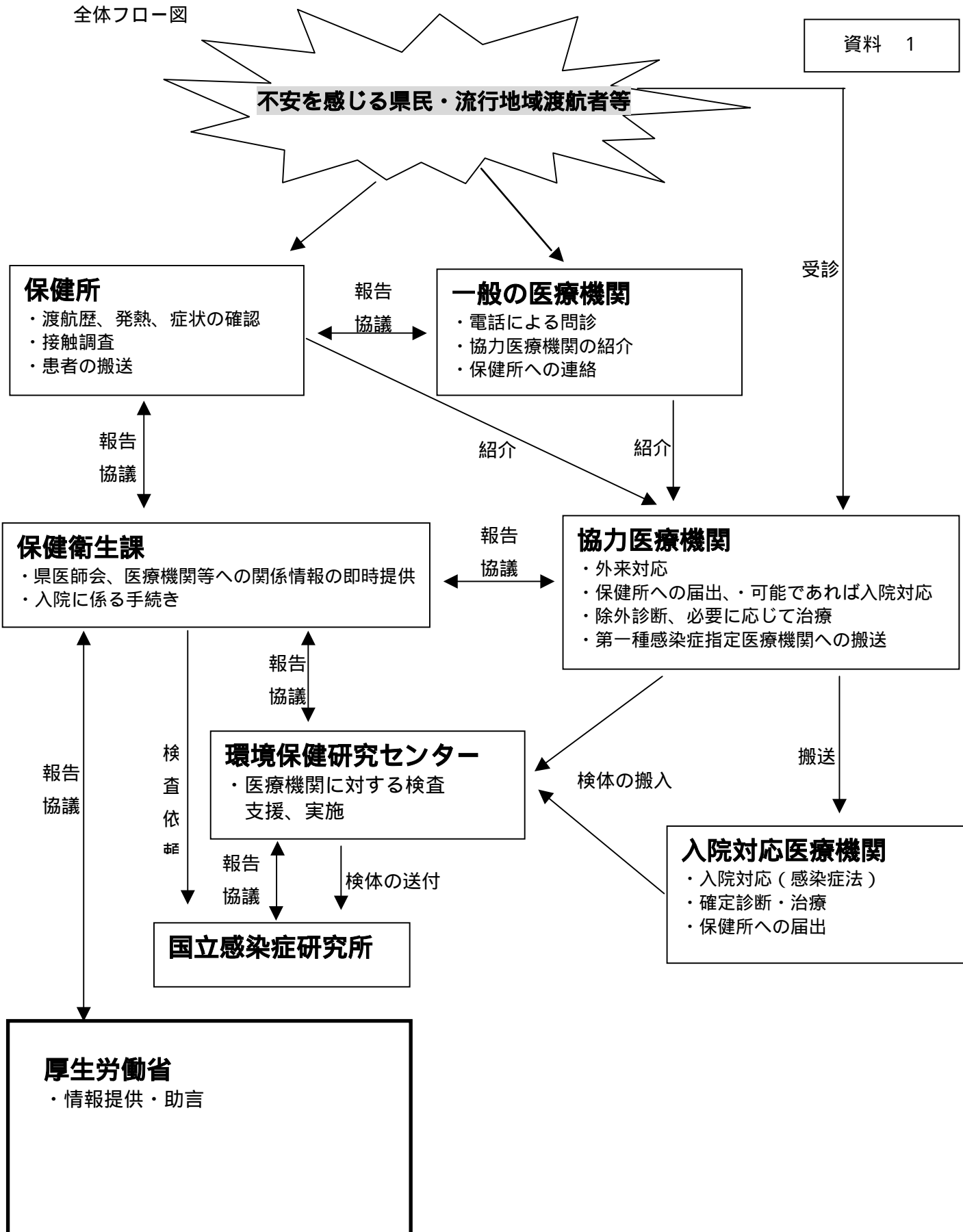
呼吸器症状: あり: 咳嗽、多呼吸、呼吸困難、低酸素症、その他 () なし

症例と最後に接触のあった日時:

発熱呼吸器症状以外の症状:

接触者の公式モニタリング

日	日時	電話連絡の有無	接触者訪問の有無	体温	呼吸器症状	他症状の有無	確認者名
d+1							
d+2							
d+3							
d+4							
d+5							
d+6							
d+7							
d+8							
d+9							
d+10							
d+11							
d+12							
d+13							
d+14							
d+15							
d+16							
d+17							



重症急性呼吸器症候群（SARS）管理指針（厚生労働省策定）

1 「疑い例（Suspected case）」の外来での管理

1. SARS（渡航歴、発熱、呼吸器症状）を心配されている患者には、すみやかに受け付けなどに申し出てもらう（患者への注意書き等で掲示しておくことが望ましい）。マスク（外科用）を着用してもらい、出来るだけ他の患者と接触しないような隔離室・個室等の場所に誘導する。
2. 診療に当たる医療従事者は接触感染及び空気感染に対する予防策をとり、N95マスク（なければ外科用マスク）を着用する。
3. ①発熱、②咳又は呼吸困難感、③伝播確認地域への発症前10日以内の旅行歴又は居住歴があるか確認する。
4. 上記3点をみたま「疑い例（Suspected case）」であると考えられた場合にはすみやかに胸部レントゲン撮影、血球検査（CBC）、生化学検査、インフルエンザ等の可能な迅速診断法を行う。この際、病原体検査用の検体採取等を行う。
5. 胸部レントゲン写真に異常所見が無い場合は、
 - （1）マスク（外科用又は一般用）着用、手洗いの励行等の個人衛生的な生活に努め、人ごみや公共交通機関の使用をできるだけ避ける。回復するまで自宅にいますよう指導する。
 - （2）呼吸器症状が悪化すれば直ちに医療機関に連絡した上で受診するよう指導して、帰宅させる。
注）帰宅させる際、患者に以下の通り説明する。
 - ①発熱後5日を経て症状の悪化がない場合、SARSの可能性は少ない。
 - ②発熱後10日を過ぎれば、通常心配ないと考えられる。
6. 胸部レントゲン写真で、片側、または両側性の肺浸潤影を認めた場合は、「可能性例」として対応する。

II 「可能性例 (Probable case)」の管理

1. 可能性例は入院を原則とする。
2. 病室は個室を原則とする。病室は陰圧、独立した空調設備である方がより望ましい。個室が不足している場合は、SARS の可能性例と診断された複数の患者を同室に入室させ入院とする。
3. 以下の臨床検体を採取し、既知の異型肺炎の病原体感染を除外する。
 - (1) 病原体検索用の検体；咽頭拭い液、血清、尿、(便)
 - (2) 一般検査項目；CBC, CPK, ALT, AST, BUN、電解質、CRP は必須
 - (3) 血液培養
 - (4) 状況に応じて、気管支肺胞洗浄液
4. 通常の肺炎（異型肺炎を含む）に対する治療および臨床症状に応じた治療を開始する。（飛沫を生じる可能性のある治療あるいは処置には特別の注意を払い、これらが必要な場合には、適切な感染予防措置を講ずること）
5. SARS においては多数の抗菌薬が試用されてきたが、明らかな効果のあるものはなかった。海外では、ステロイド併用あるいは併用なしで静注用リバビリン（国内未承認薬）使用の報告があるが、その明確な効果は証明されていない。
6. 臨床状態の改善をみた場合、個々の症例により退院時期を決定する。

(注) 臨床経過、検査その他により SARS 以外の疾患であることが説明できる場合、標準の抗生剤治療で改善する等、病状の改善を医師が認めるものについては、SARS の可能性は低い。

III 「疑い例」、「可能性例」との接触者の管理

接触者とは、SARS の「疑い例」あるいは「可能性例」の患者が症状を呈している間に、濃厚な接触をもった者とする。濃厚な接触とは、「疑い例」あるいは「可能性例」の SARS 患者の介護、同居、又は体液や気道分泌物に直接接触した場合を言う。

1. SARS に関する情報を提供する。
2. 症状がない場合は、日常の行動を続けてよい。
3. 発熱や呼吸器症状が出た場合は、すみやかに医療機関に連絡し、受診すること。
4. その際は、「疑い例」、「可能性例」に準じた取り扱いをすること。

IV SARS の可能性例に対する院内感染対策

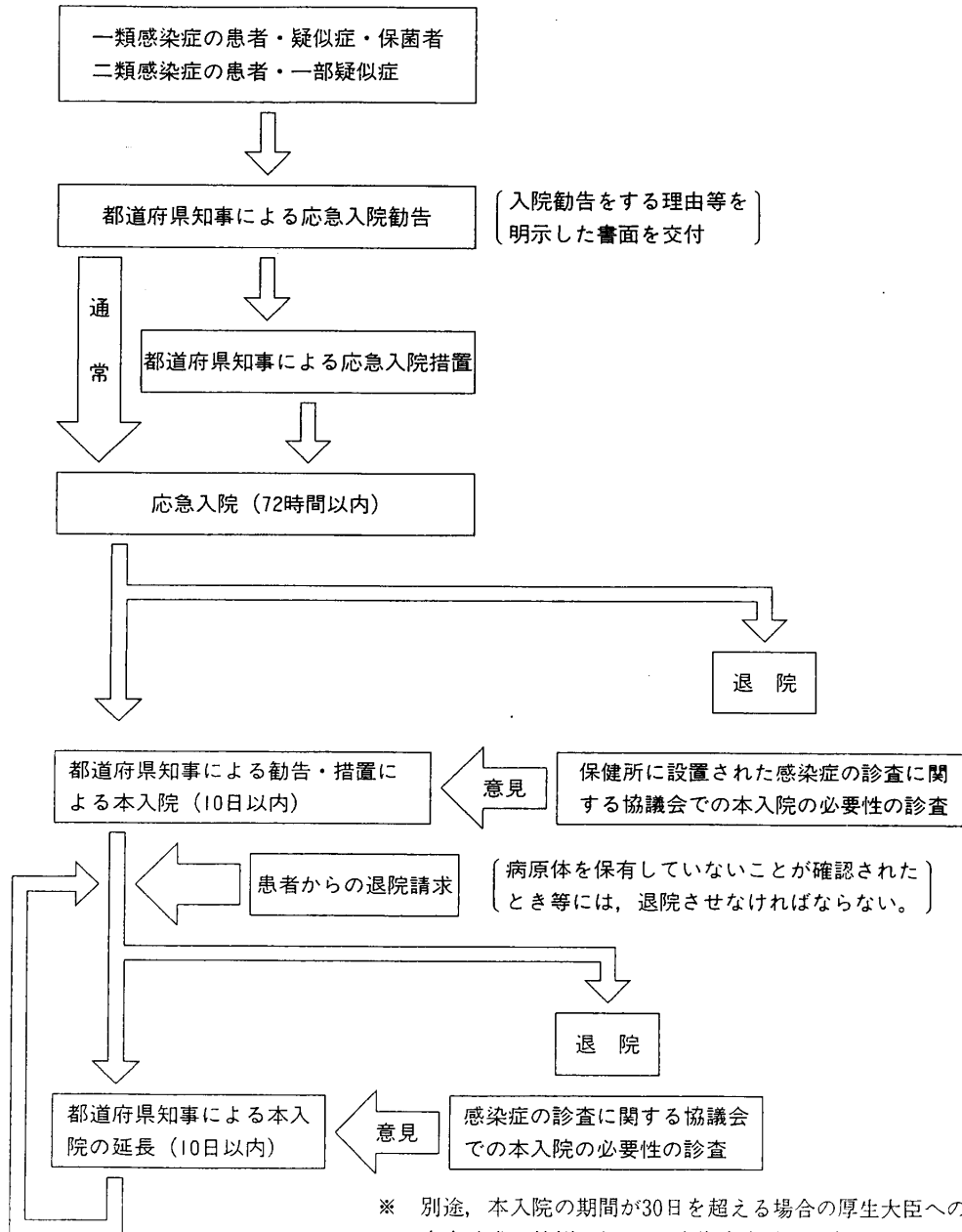
SARS 症例に対しては、空気、飛沫、接触感染への予防措置を全て含めた、バリアナーシング手技（注：病原体封じ込め看護）が推奨されている。

1. 医療機関にインフルエンザ様の症状を呈する患者が受診した場合、待合室で他の患者への伝播を最小限に止めるため、担当看護師は速やかにその患者を、出来るだけ他の患者と接触しないような隔離室・個室等の場所に誘導する。SARS が否定されるまで、患者には外科用マスクを着用させる。
2. SARS 可能性例は次の優先順位に従って病室に入院させる。
 1. ドアが閉鎖された陰圧の病室
 2. 手洗い、風呂を備えた個室
 3. 独立した給気と排気システムを持つ大部屋など

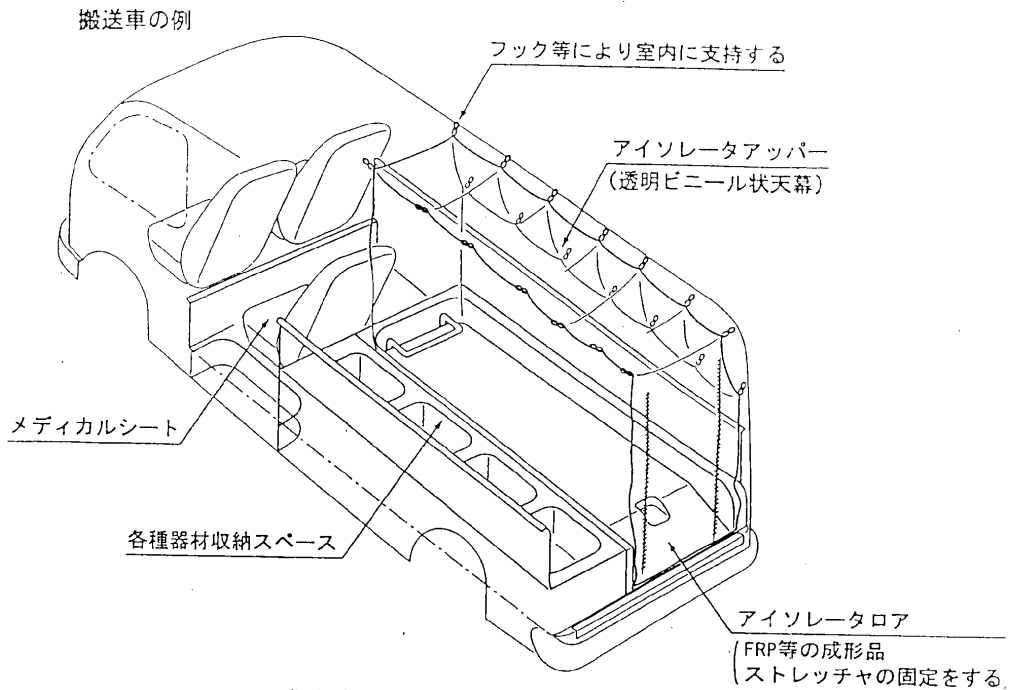
可能であれば、SARS の疑いで検査を受けている患者と、診断が確定した患者は同室にしない。

3. 可能な限り SARS の患者には使い捨て医療器具を用いる。再使用する時は、製造業者の仕様書に沿って消毒する。器具の表面は細菌、真菌、ウイルスに有効な広域の消毒剤で消毒する。
4. 患者の移動は可能な限り避ける。移動させる必要が生じた場合、飛沫の拡散を避けるため、外科用マスクを着用させる。SARS 可能性例または疑い例患者の病室に入る全ての面会者、スタッフに N95 マスクを着用させる。
5. 手洗いが感染予防のためには重要であり、手袋を使えば手洗いは不要と考えてはならない。どのような患者であっても接触した後、病原体に暴露される可能性のある医療行為を行った後、および手袋をはずした後も手洗いする。手洗いでできない場合には、アルコールを含む手指消毒剤を用いる。看護師は全ての患者の看護を行う際には手袋を着用する事が推奨される。手袋は、患者毎に、または患者の気道分泌物に汚染される可能性がある酸素マスク、酸素チューブ、経鼻酸素チューブ、ティッシュペーパーなどの物品に触れた後は必ず交換する。
6. 患者の気道分泌物、血液、その他の体液の飛沫や飛散が発生する可能性のある処置や看護の際には、N95 マスク、耐水性ガウン、頭部カバー、ゴーグル、顔面カバー等を使用する。SARS の患者に付き添う場合であっても同様とする。
7. いかなる医療廃棄物の取り扱いにおいても、標準予防策を適応する。全ての医療廃棄物の取り扱いの際には、紛れ込んだ注射針などによる外傷に注意する。医療廃棄物の入ったゴミ袋、ゴミ箱を取り扱う場合も、手袋と防護服を着用し、素手では取り扱わない。なお医療廃棄物はバイオハザードが印された漏出しない強靱な袋、ゴミ箱に入れ、安全に廃棄する。

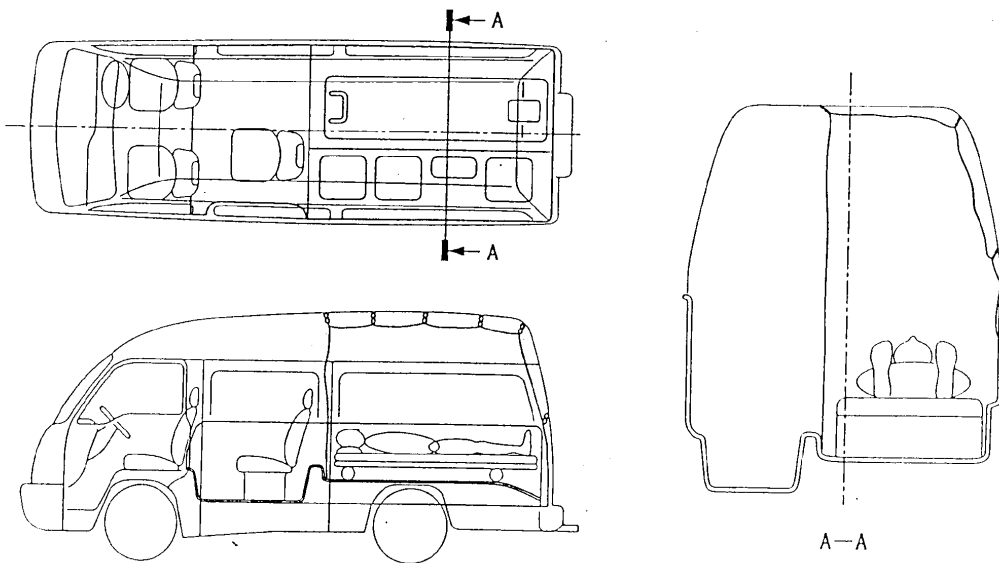
一類感染症、二類感染症の患者等の入院に係る手続



※ 別途、本入院の期間が30日を超える場合の厚生大臣への審査請求の特例として、公衆衛生審議会の意見を聴いて、5日以内に裁決しなければならないようにする。



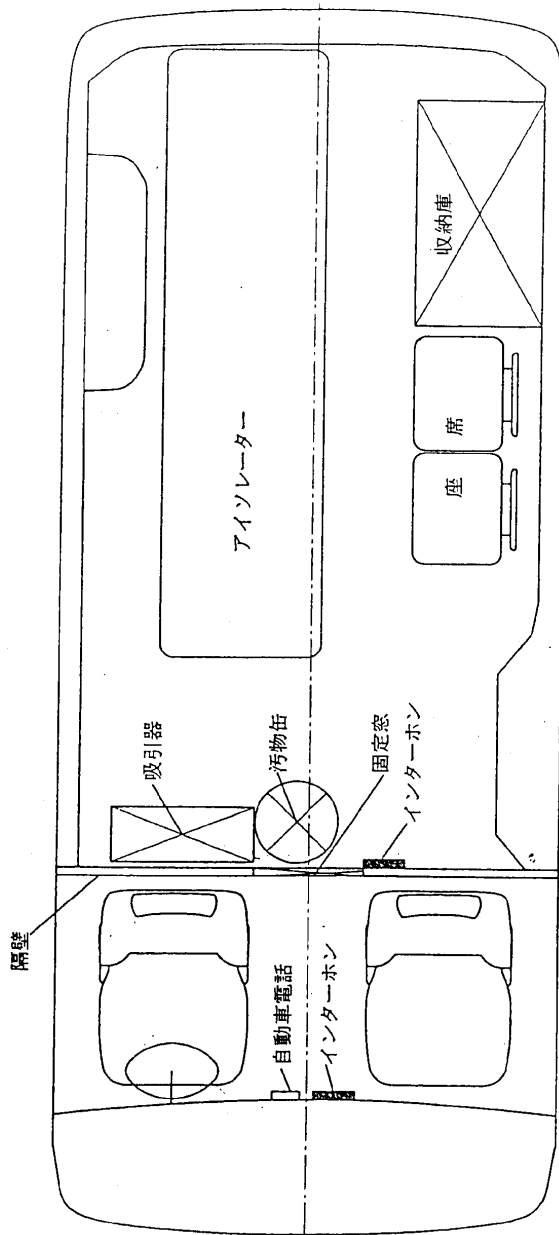
感染症患者搬送専用車
架装例 鳥瞰図



感染症患者搬送専用車
架装例 二面図

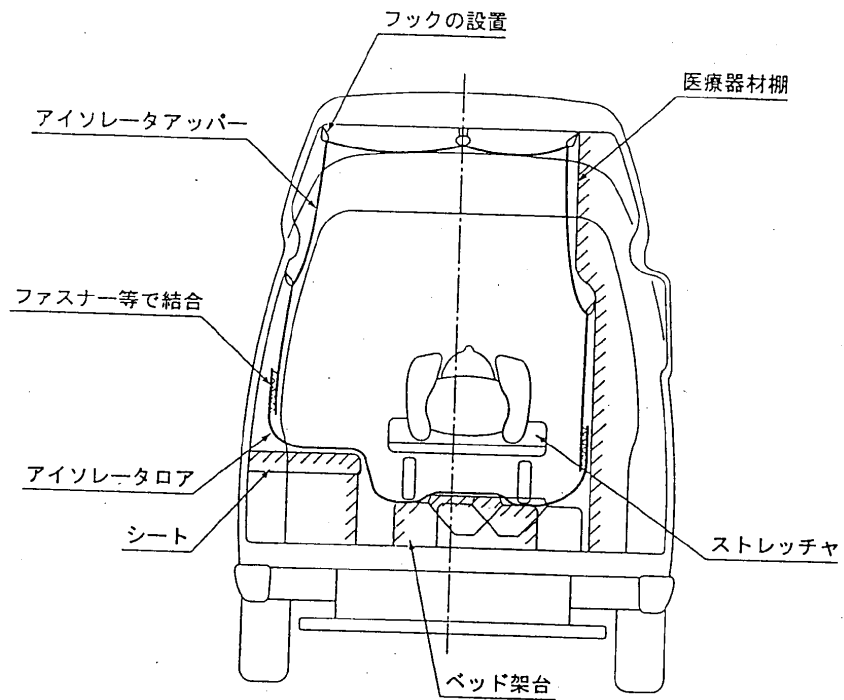
出典：「感染症の患者の搬送の手引き」

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）



出典：「感染症の患者の搬送の手引き」

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）

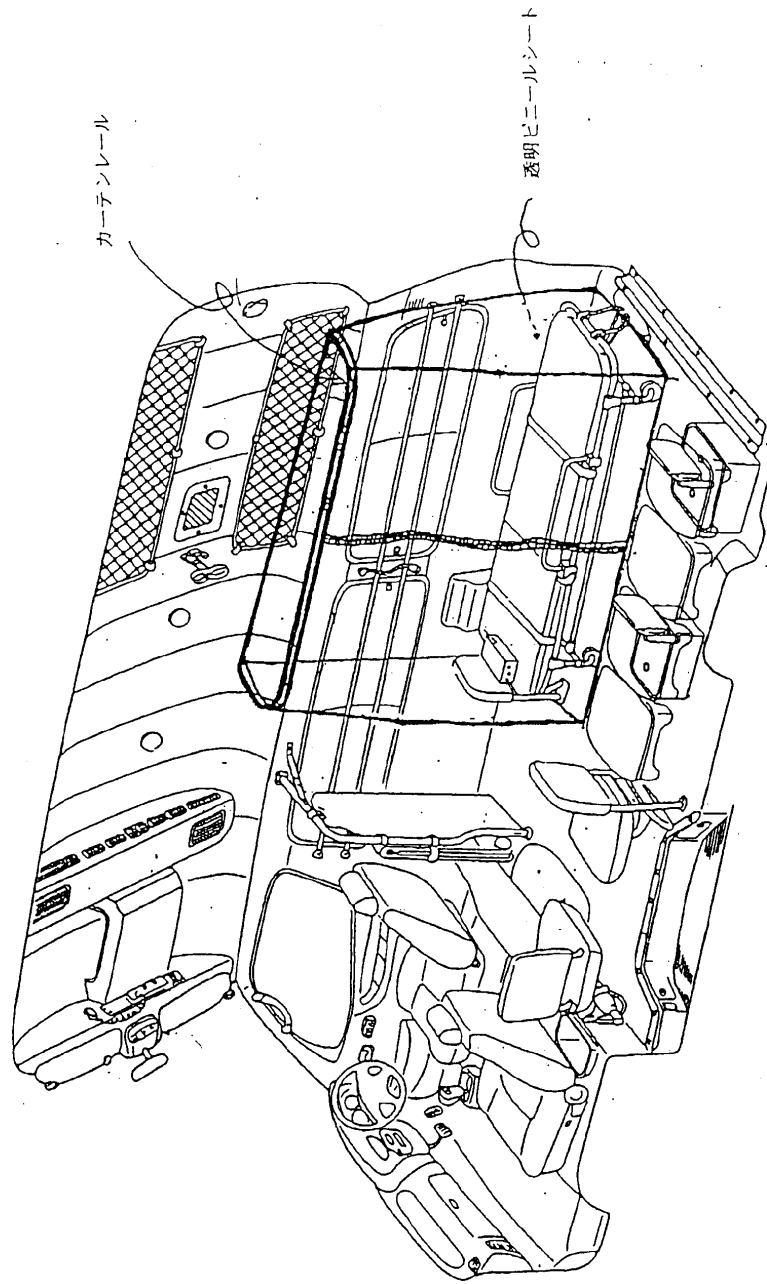


救急使用過程車
 感染症患者搬送用への改造例

出典：「感染症の患者の搬送の手引き」

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）

室内架装例



出典：「感染症の患者の搬送の手引き」

平成10年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）

搬送車両患者収容部の分画実施例（ビニールシートと両面テープを使用）

車両内を前後に分画した例(後方から)



車両内を前後に分画した例(前方から)



患者収容部分を分画した例(内部)



患者収容部分を分画した例(車外から)



患者収容先へ到着後の措置

患者搬出後の撤去作業



患者搬出後の撤去作業



患者に面していた側を内側にして
ビニールシートをまとめている。

撤去作業は必ず外側(清潔側)から行う。

出典：「天然痘対応指針 第3版」

平成15年4月23日 厚生労働省健康局結核感染症課

患者搬送に必要な器材一覧

資 材	数 量	備 考
マ ス ク	乗務員等の数 × 2 +	使い捨てタイプ
手 袋	乗務員等の数 × 2 +	
ゴーグル	乗務員等の数 × 2 +	
ガ ウ ン	乗務員等の数 × 2 +	
ヘッドカバー	乗務員等の数 +	
靴カバー	乗務員等の数 × 2 +	
ゴム長靴	乗務員等の数 +	
ビニールシート	2 m × 5 m 1 枚以上 2 m × 2 m 2 枚以上	感染者収容部分 簡易間仕切り
両面テープ	40mm × 20m 1 本以上	"
消毒薬剤	消毒用アルコール500ml 1 本 従事者の手指等消毒用 は別にスプレータイプを 1 以上	
	次亜塩素酸ナトリウム溶 液 500ml 1 本	
噴 霧 器	1 台以上	
ペーパータオル	1 箱以上	
タオル(布)	1 本以上	患者咳嗽防御用
防水シート	患者の全身を包み込める サイズを 1 枚以上	
感染性廃棄物処理用ビニール袋	適 宜	

上記は、一移送に必要な数量の目安である

感染症対策用防護用品等の配備状況

(平成16年03月31日 現在)

保 健 所	N95 マスク	つなぎ服 (M)	つなぎ服 (L)	ガウン (F)	アンダ ーウエ	ゴーグル	ラテックス 手袋	ゴム 手袋	スッポリマ スク	フェイス シールド	シューズカ バー	キャップ	消毒用アル コール	噴霧器
盛 岡	300	10	140	100	144	180	2,000	100	80	72	500	500	1	1
花 巻	300	10	10	100		10	200		20	24	200	200	1	
北 上	300	10	10	100		10	200		20	24	200	200	1	
水 沢	300	10	10	100		10	200		20	24	200	200	1	
一 関	300	10	140	100		110	400	100	20	24	300	300	1	1
大 船 渡	300	10	110	100		110	200	100	20	24	200	200	1	
釜 石	300	10	10	100		10	200		20	24	200	200	1	
宮 古	300	10	30	100		10	400		20	24	300	300	1	1
久 慈	300	10	110	100		110	200	100	20	24	200	200	1	
二 戸	300	10	130	100		110	400	100	20	24	300	300	1	1
合 計	3,000	100	700	1,000	144	670	4,400	500	260	288	2,600	2,600	10	4

1. 長靴の着用 ズボンの裾は中に入れる。 2. 1層目の防護ガウンを装着



裾が床に触れない事、背部と長靴が覆われていることを確認する。

3. 1層目の手袋を装着 4. マスク、ヘッドカバー、ゴーグルを装着



頭髮が覆われていることを確認する。
装着が完了したら、他の人にも見てもらい、装備の確認を二重に行う。

患者に接触せず、移送のみを行う場合は、これで十分である。

患者の搬入・搬出作業を直接介助する場合は、ガウン・手袋を二重にする。

5. 2層目の防護ガウンを装着 6. 2層目の手袋を装着



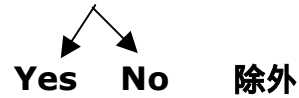
裾が床に触れないこと、背部が覆われていること、長靴が覆われていることを確認する。

出典：「天然痘対応指針 第3版」

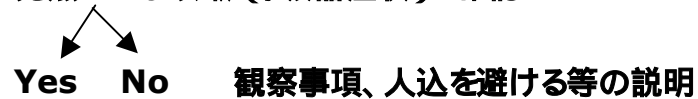
平成15年4月23日 厚生労働省健康局結核感染症課

患者からの問い合わせの場合

1. 10日以内の流行地旅行歴の確認



2. 発熱および咳嗽(呼吸器症状)の確認



3. 保健所へ相談することを指導

原図：H15.6.22 SARS 講習会 倉辻

どちらか分からない人

流行地旅行歴ないが、流行地旅行歴のある人あるいは在住の人との接触のみ 発熱、咳等あっても通常通り

流行地旅行歴あり あるいは流行地在住の人：

発熱または咳等呼吸器症状



3日間観察



「疑い」

原図：H15.6.22 SARS 講習会 倉辻

来院してしまった患者への対応

お知らせ (張り紙)

1. 入り口 (外側) :10日以内の流行地旅行歴
および
発熱 および 呼吸器症状
2. 受付 :10日以内の流行地旅行歴 優先
発熱または呼吸器症状
3. 待合室 :マスクの着用、手洗い、うがい
4. 診察室 :マスクの着用、手洗い、うがい

原図 : H15.6.22 SARS 講習会 倉辻

診察者、介助者

1. マスク、手袋、ゴーグル (フェイスシールド)
予防衣、エプロンなどの個人防護具を使用
2. 手洗い (流水および石けん)
3. 手指の消毒
3. うがい
4. 診察器具、部屋等の消毒

原図 : H15.6.22 SARS 講習会 倉辻

SARSに係るインターネットのアドレス**1 全般**

岩手県保健福祉部保健衛生課	http://www.pref.iwate.jp/~hp0360/
World Health Organization (WHO)	http://www.who.int/csr/sars/en/
厚生労働省	http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0318-1.html
米国疾病管理予防センター(CDC)	http://www.cdc.gov/ncidod/sars/
感染症情報センター	http://idsc.nih.gov/others/sars/index.html
東京都健康安全研究センター	http://www.tokyo-eiken.go.jp/IDSC/SARS/sars.html

2 ガイドライン等(感染症情報センターから)**【SARS に関する Q&A】**

<http://idsc.nih.gov/others/sars/QA/QAver2.html>

【外来・入院・接触者・帰国者】 重症急性呼吸器症候群(SARS) 管理例(6訂)

<http://idsc.nih.gov/others/sars/mgmt-06.html>

【家庭・消毒】 SARS に関する消毒(三訂版)(平成 15 年 12 月 18 日)

<http://idsc.nih.gov/others/sars/sars03w/index.html>

【日本・報告】

<http://idsc.nih.gov/rapid/pr2824.html>

【WHO によるガイドラインと勧告】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/GDmed-list.html>

【WHO アップデート】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/WHOup-list.html>

【検査と診断のガイドライン】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/GDID-03.html>

【患者管理・感染制御のガイドライン】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/GDID-02.html>

【非流行期における SARS 対応のガイドライン】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/update99-GL.html>

【米国 CDC によるガイドライン】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/GDcdc-list.html>

【SARS コロナウイルスに関する研究】

<http://idsc.nih.gov/others/sars/GDlab-list.html>

SARS に関する Q&A

(出典:国立感染症研究所感染症情報センター 2004年5月7日 第2訂)

1 SARS とはどんな病気ですか？

SARS は Severe Acute Respiratory Syndrome の略で、日本では「重症急性呼吸器症候群」と呼びます。中国広東省に端を発し、2003 年に世界中で大きな問題となった、新しく発見された感染症です。

新型のコロナウイルスの、「SARS コロナウイルス」が原因であると確認されています。

主な症状としては、38℃以上の発熱、咳、息切れ、呼吸困難などの呼吸器症状があり、胸部レントゲン写真で肺炎または呼吸窮迫症候群 (ARDS) の所見 (スリガラス状陰影) が見られます。また香港からの報告では、下痢症状も比較的多くの方にみられ、頭痛、悪寒戦慄、食欲不振、全身倦怠感、意識混濁などの症状が見られることもあります。

曝露後の潜伏期は通常 2～10 日 (平均 5～6 日) と推計されており、最短 1 日、最長 14 日間という報告があります。急激な発熱、咳などのインフルエンザ様の前駆症状で発症し、この期間には感染力は弱く、約 1 週間後に呼吸困難、乾性の咳などの肺炎症状が現れ始め、それとともに感染力も増強するとされています。潜伏期や無症状期における他への感染力は無いか、またはきわめて感染の可能性は低いと考えられています。また現在までのところ、解熱後 10 日以上経過した症例が感染の拡大を起こしたという報告はありません。

2 SARS の病原体は何ですか？

世界保健機関 (WHO) が SARS の原因となる病原体を解明するために、9 カ国 13 カ所の研究施設からなるネットワークを組織し、国際的な共同研究が行われた結果、コロナウイルス科に分類される新型のウイルスが起病病原体として特定されました。WHO は 2003 年 4 月 16 日に、「SARS コロナウイルス: SARS-associated coronavirus (SARS-CoV)」と名付けて公表しました。

コロナウイルスの名称の由来は、電子顕微鏡で見るとウイルス表面から花弁状の突起が出ており、太陽のコロナのように見えることです。従来のコロナウイルスは、ヒトに軽度～中等度のかぜ様症状をおこすウイルスとして、また、ブタ、マウス、ニワトリ、七面鳥などの動物で呼吸器系、消化管、肝臓、神経系などの病気をおこすウイルスとして知られており、SARS のように重症化するものは知られていませんでした。SARS コロナウイルスは従来知られていたコロナウイルスとは遺伝子的にかなり異なっており、既存のウイルスの突然変異と考えられていますが、詳細は依然解明されていません。

SARS コロナウイルスは統計学的モデルから、ひとりの感染者から約 3 人に感染すると推定されており ($R_0=2\sim4$)、他のほとんどの呼吸器疾患に比べ感染伝播の確率が低いとされています。低温に比較的強く、高温に弱いことや、一般に用いられている様々な消毒剤で不活化されることも報告されています。消毒薬としては 70～80%の消毒用アルコール、グルタールアルデヒド、界面活性剤などがあり、消毒対象などで使い分ける必要があります。

3 SARS の感染経路はわかっていますか？

SARS コロナウイルスは基本的に、発症したヒトからヒトへ感染すると考えられています。流行期の初期の感染がどのようにして起こったかは依然として不明ですが、これまでの疫学的検討から、最も感染の危険性が高いと考えられる状況は、SARS 患者の看護・介護をしたか、同居をしたか、あるいはその体液や気道分泌物に直接接触したなど、「SARS 患者との濃厚な (密接な) 接触があった場合」です。

感染経路としては、患者さんに咳や肺炎などの呼吸器症状があることから、気道分泌物による飛沫感染が中心であると考えられますが、種々の SARS の集団発生事例を疫学的に検討すると、それ以外の感染経路がありうることも示唆されます。例えば、手指や物を介した接触感染、排泄物からの経口感染、特別な条件下での空気感染(特定の航空機内や香港の集合住宅の事例)の可能性なども、完全に否定することはできませんが低いと考えられています。

また、野生動物との接触後に血清学的に感染が確認された例の報告もありますので、一部の動物との密接な接触による感染の可能性も否定できません。現在までに、ハクビシンやタヌキを始め幾つかの野生動物からこのヒトに感染した SARS コロナウイルスに非常に類似したウイルスが検出され、宿主候補として報告されています。しかし、自然宿主であるのか、感染にどのような役割を果たしているのかを含め、現時点では検討中であり科学的に確認されていません。

4 SARS はどのように診断されますか？

38℃以上の発熱、咳、呼吸困難などがあり、胸部レントゲン写真で肺炎または呼吸窮迫症候群(ARDS)の所見(スリガラス状陰影)が見られる場合に SARS を疑います。しかし、同様の呼吸器症状を示す感染症は他にも多くあるため、SARS の診断を確定するには、血清検査や病原体検査などのいわゆる実験室的診断を行い、SARS コロナウイルス感染の確認と他の疾患の除外診断を行うことが必要となります。

5 SARS の検査法はありますか？

大きく分けて血清学的検査と病原体検査の 2 種類があります。

病原体検査は 2 種類あり、ウイルス遺伝子の断片があるかどうかを調べる逆転写酵素ポリメラーゼを用いた遺伝子増幅法と、生きたウイルスを培養して分離・同定する方法で、いずれも咽頭ぬぐい液、喀痰、血液、便、尿などを検査材料とします。遺伝子増幅法には PCR 法があり、一般に感度が高く、発病初期に陽性に出ることの多い診断法ですが、SARS コロナウイルスについては、現段階では感染していても検出されないこともあり(陽性予測値が低い)、引き続き検査方法を改良中です。最近、LAMP (Loop-mediated Isothermal Amplification) 法という遺伝子増幅法が開発されました。LAMP 法は PCR 法に比べ感度が高く、迅速に診断ができる検査法ですが、PCR 法と同様に感染初期の診断には問題点が残っています。ウイルス分離培養は、生きたウイルスの存在を確認することができ、陽性であれば感染の証明ができますが、培養には時間を要します。いずれの検査方法でも、陰性だからといって、それだけで感染を否定することはできません。

血清学的検査は血液中の抗体を調べるもので、これには酵素免疫測定法 (ELISA) と免疫蛍光法 (IFA)、中和抗体法 (NT) の 3 つの方法があります。しかし、これらはいずれも発病初期には検出されず、感染後 10 日頃から抗体が検出され始め (WHO によると ELISA の場合は発病後 20 日を過ぎてから、IFA の場合は発病後 10 日を過ぎてから)、殆どの感染者が抗体陽性になるのには 3~4 週間かかります。

6 SARS にはどのような治療法がありますか？

有効な根治的治療法はまだ確立されておらず、対症療法が中心となります。発症初期には SARS 以外の肺炎との鑑別が困難なので、一般的な細菌性肺炎を対象とした抗菌薬による治療を行うこととなります。また、肺病変が進行する場合には、酸素投与や人工呼吸器での管理が必要なこともあります。

抗ウイルス剤であるリバビリンの静脈内注射とステロイド剤の併用療法、インターフェロン α 、 β 、 γ 、グリチルリチン、HIV/AIDS 治療薬などによる治療を行い、効果が期待できるとの報告もありますが、有効性は確

立されておらず、明確な効果が科学的に証明されたと言える段階ではありません。

7 ワクチンなどの予防法はありますか？

実用化されたワクチンはまだありません。ワクチンの研究・開発は行われていますが、使用されるようになる前には、動物を用いた試験など、その有効性や安全性について種々の検討を重ねる必要があります。

8 SARS の流行期と非流行期はどのように判断するのですか？

SARS は、2002 年 11 月 16 日に中国広東省仏山市で発症した最初の症例の報告に始まり、香港、北京などから世界中へ拡大し、大きな問題となりました。2003 年 7 月 5 日に、台湾での最後の症例が隔離されてから、平均の潜伏期の 2 倍にあたる 20 日が過ぎ、新たな症例が発生しなかったことから WHO (世界保健機関) が、世界的な流行が終息したと宣言しました。従って、2002 年 11 月から 2003 年 7 月 5 日までを流行期と呼び、それ以降を非流行期あるいは流行間期と呼びます。

2003 年 9 月にシンガポール、12 月に台湾から実験室での感染例の報告と、中国の広東省から感染例の報告がありましたが、いずれも独立に発生し、二次感染も無いことから孤発例と判断されました。

これらから分かるように、感染者が集中して大量に発生するか、あるいはヒトからヒトへと次々に感染が広がって行った場合に始めて、再び流行期に入ったと判断されることとなります。

感染の状況などは、感染症情報センターのウェブサイト上へ随時提供して行きますので、最新の情報を参考にしてください。

9 どのくらいの SARS 症例が報告されているのですか？

2002 年 11 月から 2003 年 7 月 5 日までの流行期には、最終的に 8,098 症例と 774 死亡例が報告されました。各国からの報告数などは、「重症急性呼吸器症候群 (SARS) の国別報告数のまとめ (2002 年 11 月 1 日～2003 年 7 月 31 日)」を参照してください。

日本国内の医療機関から届けられた報告症例総数は、2003 年 6 月末で 68 例 (疑い例 52 例、可能性例 16 例) ですが、すべてが除外規定 {1.他の診断によって病状が説明できるもの、2.標準の抗生剤治療等で、3 日以内に症状の改善を見るもの (細菌性感染等抗生剤反応性疾患の可能性が高い)} に一致したため、最終的に流行期を通じて SARS の確認例はありませんでした (IASR Vol.24 No.7 p 156-159)。

10 SARS 感染の危険因子はありますか？

前回の流行について WHO がまとめた報告によると、SARS として報告された症例中 21% が、エアロゾルを発生するような医療手技 (気管内挿管や加圧バッグ使用など) にかかわっていた医療従事者でした。このため、医療従事者であることが危険因子のひとつとされていますが、患者との接触密度や実施する医療手技によってその危険度が変化します。

これ以外に、家庭内に発症した SARS 患者がいること、高年齢、男性であること、基礎疾患がある場合に感染発症の危険が増すと報告されています。高年齢は特に後述の致死率との関連が目立ちます。

また、妊婦の死亡も 10 人中 3 人と、比較的に高かったと報告されたが、経験症例数が少ないため妊娠の危険度への関連の分析は十分にできていません。

接触密度の上昇という点から、発症した SARS 患者と閉鎖された狭い空間を共有することも危険を増幅すると考えられていますが、航空機内での感染事例が少ないことから、このような場合の危険は低く、特殊な条件下に限られたものであると、現時点では理解されています。

11 SARS の致死率はどのくらいですか？

SARS の発症率が不明であり、実際にどれだけの感染者がいるか明らかでないことから、正確な致死率を提示することは難しいとされています。

前回の世界的流行では、最終的に 8,098 症例(Probable cases)と 774 死亡例が報告され、WHO が集団発生終息後に発表した全体の致死率は 9.6%でした。報告の中でも言及されているように、致死率は国別、年齢群別で大きな差があることが分かっています。

高齢者での致死率が高いのは各国とも同様ですが、カナダの 61 歳以上で 83%、中国の 70 歳以上で約 27%と大きな開きがあり、それぞれの年齢区分や計算方法の違いから標準化が難しいことも問題とされています。

小児は報告例も少ないのですが、死亡者も報告されていません。この理由については現在研究対象となっており、まだ解明されていません。

12 SARS に感染すると必ず発症しますか？

SARS の発症率は明らかになっていませんが、血清学的に研究した幾つかの報告があります。香港の Prince of Wales 病院での研究では、軽症あるいは無症状の病院スタッフからは SARS コロナウイルスに対する抗体が確認されず、無症状の感染者はまれであるだろうと結論されましたが、香港の献血者と健康な医療従事者を中心に行われた調査では肺炎所見の無い人でも抗体陽性が確認されています。こういった報告から、SARS の不顕性感染、あるいは極めて軽症な症例が存在する可能性も、現時点では否定できません。

13 国や自治体で SARS に対してどのような対策がとられていますか？

現時点で日本の国内には SARS 患者はいないため、輸入例の検知に力が注がれており、流行地域からの入国者で SARS が疑われる人を対象に検疫所でスクリーニングし、疾患の国内への侵入を防ぐために、体温測定用のサーモグラフィーや到着時の質問票の配布などが行われています。また、出入国者数の多い空港などには、SARS 検査用キット(LAMP 法)の配備も行われました。

SARS コロナウイルスに類似したウイルスが分離されたハクビシン、タヌキ等の輸入も禁止されています。

SARS 患者を受け入れるための病床の整備は、都道府県単位で行われています。

各自治体では、患者移送用陰圧装置や、SARS 診断用迅速検査キットの配備が進められ、様々な団体を中心となり、最新の知識を得るためのセミナーや講習会などが開催されるとともに、全都道府県で患者発生時を想定した模擬演習が実施されました。医療機関における院内感染対策の徹底や、消毒法を始めとした情報の周知も引き続き行われています。

14 「感染症指定医療機関」とは何ですか？

改正された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」によると、保健所長は、SARS 患者及び疑似症患者に対して、SARS のまん延を防止するため必要があると認めるときは、72 時間を限度として、特定感染症指定医療機関もしくは第1種感染症指定医療機関(以下「指定医療機関」という)に入院を勧告することになっています。

SARS 患者を受け入れるための病床の整備は、都道府県単位で行われており、平成 16 年 1 月現在で、1,290 床確保されています。また、SARS が疑われる場合、診療体制の整った医療機関で受診できるように、外来診療協力医療機関も 766 カ所準備されています。

15 SARS に罹患した場合の医療費はどうなりますか？

SARS と診断された患者については、都道府県知事が入院勧告を出して入院措置をとることになります。この勧告を受けて入院する場合には、患者ご本人の医療費の負担は原則ありません。しかし、疑いの段階で SARS として診断がついていない場合には、一般の医療として取り扱われますので、通常の保険診療と同様の自己負担があります。

16 現在、海外渡航すると SARS の感染の危険がありますか？

平成 16 年 4 月現在、WHO はいずれの国に対しても渡航自粛の勧告は出していません。これは、今冬の患者報告がすべて孤発例であり、その地域内でのヒトからヒトへの感染が認められていないからです。したがって、通常の観光等で海外を訪問することで、特に感染を恐れる必要はありません。

しかしながら一方で、野生動物などとの接触により(他のコロナウイルス抗体との交叉反応を完全に否定はできないものの)、血清学的に感染が確認された報告があるため、SARS 罹患の危険が報告されている場所へ不用意に行くことや、感染の可能性がある行為をわざわざ行うようなことは避けることが重要です(臨床&病原体Q3参照)。また、流行時にも推奨されたような、手洗い、うがいといった呼吸器感染症の標準的な予防対策の励行も大切になります。

同様に、かつて流行が確認された地域から帰国した人との接触も問題はありません。しかしながら、上述のような感染危険がある場所を訪れたり、感染の危険が高い行為を行ったりした人で、発熱等の臨床症状を呈している人へは、念のため医療機関への受診を勧めるべきでしょう。

17 SARS 患者と同じ飛行機に乗り合わせた場合に感染しますか？

飛行機の内部の様な閉鎖空間では、感染の危険が高いのではないかと心配されますが、WHO が 2003 年 11 月に出した報告によると、2003 年 7 月までに 40 機の機体に、感染の原因となり得る SARS が疑われる症例が 37 例搭乗しましたが、実際に感染が起こったのは 5 つのフライトでした。

感染伝播の具体的な経路や頻度に関しては、現時点では情報が少なく、これらの事例についての詳細な研究の結果を待つ必要がありますが、ひとつのスーパー・スプレディング事例を除くと、感染は極限られた、非常に近い距離で長時間同乗した人に限られています。SARS の非流行期にある現在、個々人が、体調の悪いときの旅行を自粛し、各空港で現在のように、発熱および SARS 様症状のある患者の渡航を警戒している状況下では、特に心配は無いと考えられます。

注:「スーパー・スプレディング事例」とは、平均より遙かに多い二次感染者数を生じる感染の伝播事例のことを言う。

18 2004 年 4 月現在の SARS の状況を教えてください。

2003 年 9 月にシンガポール、12 月に台湾から実験室での感染例の報告と、2003 年末から 2004 年 1 月にかけて広東省から合計 3 例の確定例と、1 例の「可能性例」が報告されています。これらの症例はいずれも孤発例であり、お互いに関連を見いだすことができていません。

SARS については、各国が各々サーベイランスの対象として報告を義務づけるとともに、WHO が世界的規模でサーベイランスを行っています。個々の症例の確定診断とは別に、サーベイランスへの報告のために決められた症例の定義がありますので、参照してください。

1) WHO が提唱する世界的サーベイランスへの報告のための症例定義

(WHO Global Surveillance)

WHO が提唱する世界的サーベイランスへの報告のための症例定義(非流行時): 下の1) および2) の定義を同時に満たすもの。

1) 臨床定義: 以下の4つすべてを満たす。

- (1) 38°C以上の発熱
- (2) ひとつ以上の下気道症状(咳、呼吸困難、息切れ)
- (3) i) 肺炎または RDS(呼吸窮迫症候群)の肺浸潤影と矛盾しない放射線学的所見、または
ii) 明らかな他の原因がなく、肺炎または RDS の病理所見と矛盾しない病理解剖所見
- (4) 他に疾患を説明できる診断が考えられない

2) 実験室検査による定義: 以下の SARS コロナウイルスの実験室検査がひとつ以上陽性となる。

- (1) SARS コロナウイルス用ポリメラーゼ連鎖反応(PCR) 検査
- (2) 血清学的検査(i) 酵素免疫測定法(ELISA) または ii) 免疫蛍光法(IFA) による
- (3) ウイルスの分離培養
(実験室検査は、WHO の勧告にもとづいたレファレンスラボで行うこと)

2) 日本の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく感染症発生動向調査の1類感染症として報告する際の症例定義(届け出基準)

「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく感染症発生動向調査の1類感染症として報告する際の症例定義(非流行時)

診断した医師の判断により、症状や所見から SARS が疑われ、かつ、以下の方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの:

- ・ 病原体の検出(例、ウイルス分離など)
- ・ 病原体の遺伝子の検出(例、PCR 法、LAMP 法など)
- ・ 血清抗体の検出(例、酵素免疫測定法(ELISA)、免疫蛍光法(IFA)、中和試験など)
(検体は、鼻咽頭ぬぐい液、喀痰、尿、便、血清など)

19 SARS アラートとは何ですか?

SARS アラートとは、非流行期において SARS の集団発生をいち早く検知するために WHO により提唱されました。具体的には、

- (A) 同一の医療機関内で 10 日間に、複数の医療従事者が以下の基準を満たす急性の呼吸器感染症を発症した場合
あるいは
- (B) 同一の医療機関に関連した医療従事者を含む職員、患者、来訪者のあいだで、10 日間に 3 人以上が以下の基準を満たす急性の呼吸器感染症を発症した場合
を SARS アラートと呼びます。

基準

- ・発熱(≥38℃)及び1つ以上の下気道症状(咳嗽、呼吸困難、息切れ)を有する。
- ・肺炎またはRDS(呼吸窮迫症候群)の肺浸潤影と矛盾しない放射線学的所見、あるいは、明らかな他の原因がなく、肺炎またはRDSの病理所見と矛盾しない病理解剖所見がある。
- ・他にこの病態を完全に説明できる診断(例えば嚥下性肺炎など)がない。

ただし、クラスター(患者の集積)の発生を監視する医療機関の施設単位の定義は、その施設の状況などに基づき、病院が大きい場合は、ひとつの科、あるいは病棟を対象とします。

なお、厚生労働省結核感染症課の平成15年12月15日健感発第1215001号通知「SARSの非流行時における報告等について(PDF)」にて、非流行時における報告基準等を示しています。

20 非流行期におけるSARSに対する備えを教えてください。

感染症情報センターで作成した「非流行期におけるSARS対応のガイドライン」をご参照下さい。

21 SARSを疑うべき症状を教えてください。

SARSの症状はQ1にあるように、急な発熱と呼吸器症状を主とします。しかし臨床症状だけでは他にたくさんある感染症と区別がつかない場合が多いのが特徴です。しかも例年インフルエンザだけで、年間1,000万人前後の患者が日本国内で発生していると推定されます。臨床的に、急な発熱と下気道症状といったSARSの臨床症状を満たす患者のすべてに、SARSコロナウイルスの検査を施行することは非現実的であり、対象を絞る必要があります。臨床的所見以外に、他の病原体による疾患を常に念頭に置き、その検査を行うとともに、疫学的要因(患者が発生した中国の各都市などへの旅行・滞在歴など)を十分考慮した上でSARSを疑って検査を進める必要があります。

22 SARSを疑わせる患者さんが院内で発生した場合の対応を教えてください。

2004年4月現在、日本の医療機関の外来を受診し、臨床症状においてSARSを疑わせる患者さんが、本当にSARSである確率は非常に低く、他の既知の呼吸器系疾患の可能性が高いと思われます。また、WHOの報告によると発症後5日以内に、つまり、肺炎期以前にその症例が隔離された場合には二次感染例は出ていませんし、ウイルス排出量も発症初期には少ないことが報告されています。

SARSに限らず、咳をしている患者さんにはマスク着用を促し、診察待合いは他の患者さんとできるだけ離れた場所とします。医療従事者もマスクを着用して対応し、臨床的診断評価を行います。このような対策で、SARS以外の多くの呼吸器感染症の、医療機関での感染拡大予防、医療関係者への曝露予防になります。より詳しい記載は感染症情報センターで作成した「非流行期におけるSARS対応のガイドライン」の「3-4」にありますのでご参照下さい。

23 外来(診療所)にSARSを疑わせる患者さんが来ました。どう対応すればよいですか？

SARSは基本的に症状と、渡航歴や、SARS「疑い例」あるいは「可能性例」の人との接触の有無により、SARSかどうかを疑うことから始まります。検査としては、「可能性例」の判定には胸部レントゲン検査が必要です。また、血液検査(血球検査、生化学検査)、尿検査などの一般的検査を行い、さらに、喀痰や咽頭ぬぐい液などを用いて通常の肺炎を起こす病原体を調べることも重要です。

さらに、国立感染症研究所ウイルス第三部において、SARS コロナウイルスに感染しているかどうかの病原体検査が行われます。この病原体検査は大きく3種類に分かれます。ひとつは、血液中の抗体を調べるもので、これには酵素免疫測定法（ELISA）と免疫蛍光法（IFA）の二つの方法があります。しかし、これらはいずれも発病初期には検出されず、ELISA の場合は発病後 20 日を過ぎてから、IFA の場合は発病後 10 日を過ぎてから検出されます。

あとの2種類はウイルス遺伝子の断片があるかどうかを調べるPCR法と、生きたウイルスを培養して分離・同定する検査で、いずれも咽頭ぬぐい液、喀痰、血液、便、尿などで検査します。PCR法は、一般に発病初期に陽性に出ることの多い診断法ですが、SARS コロナウイルスについては、未だ不完全な段階で、現段階では SARS ウイルスに感染していても検出されないこともあり、検査方法を改良しつつあるところです。ウイルス培養検査は、生きたウイルスの存在を調べることができ、陽性であれば感染の証明ができますが、培養には時間を要します。いずれの検査方法も、陰性だからといって感染を否定することはできません。