

# 青森県麻しん対策ガイドライン

(発生時対応編)

平成20年9月5日



麻しん対策ロゴマーク  
(国立感染症研究所  
感染症情報センター作成)

「青森県麻しん対策ガイドライン（発生時対応編）」（以下、「発生時ガイドライン」という。）は、県内における麻しんの発生時における感染拡大防止を図るため関係機関が具体的に行うべき対応を示したものである。

なお、本ガイドラインに基づき得られた情報は、麻しん対策にのみ用いられるものであり、各関係機関は情報の取り扱いに留意しながら患者への偏見・不利益が生じないように努めなければならない。

I	主たる関係機関とその役割	1
1	関係機関	
2	関係機関の役割	
II	発生状況に応じた関係機関の対応	3
・	レベル1	3
・	レベル2	5
・	レベル3	6
・	麻しん発生時対応フロー	7
	(様式集)	
様式1	麻しん患者基本調査票	8
様式2	麻しん接触者調査票	9
様式3	麻しん接触者モニタリング票	10
	(別添)	
	麻しん発生時の情報提供について	11

## I 主たる関係機関とその役割

### 1 関係機関

- (1) 保健所
- (2) 市町村
- (3) 市町村教育委員会
- (4) 県・各郡市医師会及び各医療機関
- (5) 県総務部総務学事課（以下「総務学事課」という。）
- (6) 県教育庁スポーツ健康課（以下「スポーツ健康課」という。）
- (7) 県感染症情報センター（以下「感染症情報センター」という。）
- (8) 県健康福祉部こどもみらい課（以下「こどもみらい課」という。）
- (9) 県健康福祉部保健衛生課（以下「保健衛生課」という。）

### 2 関係機関の役割

#### (1) 保健所

保健所は、地域における麻しん対策の中核機関として、市町村、郡市医師会、学校等の関係機関と連携しつつ、管内の発生予防及びまん延防止に努める。

また、必要に応じ、地域麻しん対策会議（以下「地域会議」という。）を開催し、地域のまん延防止対策を図るものとする。

#### (2) 市町村

市町村は、予防接種の実施主体として定期予防接種の実施率の向上を図るとともに、早期接種の勧奨を行うなど、保健所等関係機関と連携しつつ、管内の麻しんの発生予防及びまん延防止に努める。

#### (3) 市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課

市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課及びこどもみらい課は、所管する学校及び保育所等（以下「学校等」という。）と連携しつつ、麻しんの発生予防及びまん延

防止に努める。

なお、本ガイドラインにおいて「保育所等」とは、児童福祉法に規定される児童福祉施設及び認可外保育施設を指すものとする。

(4) 県・各郡市医師会及び各医療機関

ア 県・各郡市医師会は、麻しんの情報について各会員に周知し、地域における発生予防及びまん延防止に努める。

イ 医師は、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。）第12条に基づき保健所に対し届出を行うとともに、患者、または患者の保護者に対し、定期予防接種及び患者の家族・近親者の予防接種の確認指導等を行うなど地域におけるまん延防止に努める。

また、麻しんは診断後7日以内に届出を行うこととされているが、迅速な行政対応の必要性から、診断後24時間以内を目途に届出を行うよう努める。

さらに、患者または患者の保護者に対し、保健所が行う調査に協力が必要な場合があること、及び当該患者の所属、氏名、年齢、連絡先を保健所に対し情報提供を行うことについて同意を得るよう努める。

ウ 医療機関においては、他の患者への院内感染防止を図るとともに、医療従事者自らが感染源とならないよう発生予防及びまん延防止に努める。

(5) 感染症情報センター

感染症情報センターは、県内における麻しん患者情報を分析し保健所及び保健衛生課に対し報告するとともに、全国情報と併せて週報等として県民に対し情報提供する。

(6) 保健衛生課

保健衛生課は、県における麻しん対策の調整機関として関係機関と連携しながら、発生予防及びまん延防止に努める。

また、必要に応じ、青森県麻しん対策会議（以下「県対策会議」という。）を開催し、関係機関と迅速かつ効果的なまん延防止対策を実施する。

Ⅱ 発生状況に応じた関係機関の対応

レベル1

1 定義

1 保健所管内で、感染症法第12条に基づく医師からの届出、若しくは学校等からの患者発生等の連絡が1例あった場合

2 関係機関の対応

(1) 保健所

ア 麻しんの発生の届出若しくは連絡をうけた保健所（以下「届出受理保健所」という。）は、麻しん患者基本調査票（様式1）（以下、「患者調査票」という。）に基づき医師、学校医、患者家族等から患者の情報を収集する。

また、患者の居住地及び所属等に関連する市町村・市町村教育委員会に連絡し、定期予防接種実施状況・所管する学校における発生状況等の情報を収集する。

さらに、患者の所属等に関連する施設等に対し、施設における発生状況の調査及び予防接種の確認指導等を実施するとともに、患者との接触者が確認された場合には麻しん接触者調査票（様式2）（以下「接触者調査票」という。）及び麻しん接触者モニタリング票（様式3）（以下「モニタリング票」という。）に基づき接触者調査も併せて実施する。

なお、患者の所属等に関連する施設等が、届出受理保健所の所管区域外にある場合には、速やかに施設等所在地を所管する保健所（以下「調査等実施保健所」という。）に対し連絡することとし、調査等実施保健所は、速やかに施設における発生状況の調査、予防接種の確認指導及び接触者調査等を実施する。

イ 届出受理保健所及び調査等実施保健所は、速やかに麻しんの発生情報を管内の郡市医師会及び患者の居住地及び所属等に関連する市町村内の医療機関に情報提供を行う。また、必要に応じて、管内のその他の医療機関・市町村・市町村教育委員会等の関係機関

に対して情報提供を行う。(情報提供にあたっては、別添「麻しん発生時の情報提供について」を参照。)

また、必要に応じて、一部の関係機関と初動会議を開催し緊急対応について協議する。

ウ 届出受理保健所及び調査等実施保健所は、発生の届出若しくは連絡の内容及びアの調査結果について速やかに保健衛生課に報告する。

(2) 市町村

麻しん発生があった市町村は、住民への情報提供を行い、未接種者に対する定期接種の早期接種を勧奨する。

集団接種を行っている市町村では、臨時の個別接種等を検討する。

(3) 市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課

市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課は、所管する学校等における麻しん発生の情報を探知した場合、当該学校等に対し「青森県麻しん対策ガイドライン（学校・保育所編）」(以下「学校・保育所編ガイドライン」という。)に基づいた施設内の発生状況の確認や予防接種未接種者への接種勧奨の実施により施設内のまん延防止を図るよう指導する。

(4) 県・都市医師会及び医療機関

ア 県及び各都市医師会は、保健衛生課若しくは保健所からの麻しん発生情報を各会員に周知する。

イ 医療機関は、乳幼児診察の際の母子保健手帳の確認に努め、未接種感受性者に対しては定期予防接種の勧奨を行う。

(5) 保健衛生課

届出受理保健所及び調査等実施保健所からの麻しん発生の報告について、関係機関に情報提供するとともに、ホームページ等により、県民に対し注意喚起しまん延防止に努める。

## レベル2

### 1 定義

同一保健所管内で、1週間以内に感染症法第12条に基づく医師からの届出、若しくは学校等からの患者発生等の連絡が複数例ある場合

### 2 関係機関の対応

#### (1) 保健所

届出受理保健所及び調査等実施保健所は、レベル1の2(1)ア～ウと同様の対応を行う。

また、一部の関係機関と初動会議、もしくは必要に応じ地域会議を開催し、地域のまん延防止対策を実施する。

#### (2) 市町村

麻疹発生があった市町村は、レベル1の2(2)と同様の対応を行う。

#### (3) 市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課

市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課は、麻疹発生があった学校等に対しては、レベル1の2(3)と同様に指導を行う。

また、まだ発生の見られない学校等に対しては、「学校・保育所編ガイドライン」に基づく平常時の対応を徹底するよう指導し、各施設のまん延防止を図る。

#### (4) 県・郡市医師会及び医療機関

ア 県及び各郡市医師会は、レベル1の2の(4)アと同様の対応を行う。

イ 医療機関は、レベル1の2の(4)イと同様の対応を行う。

#### (5) 保健衛生課

保健衛生課は、レベル1の2(5)と同様の対応を行う。

また、届出受理保健所及び調査等実施保健所と協議のうえ、必要に応じて報道機関に対し情報提供を行う。

**レベル3**

1 定義

複数の保健所管内で、感染症法第12条に基づく医師からの届出、若しくは学校等からの患者発生等の連絡が複数例あり、県内流行の兆しがある場合

2 関係機関の対応

(1) 保健所

ア 届出受理保健所及び調査等実施保健所は、レベル2の2(1)と同様の対応を行う。

イ 患者未発生 of 保健所においては、地域会議を開催し、関係機関と発生時の役割確認を行うなど地域のまん延防止対策を図るものとする。

(2) 市町村

ア 上記(1)アの保健所管内の市町村は、レベル1の2の(2)と同様の対応を行う。

イ 上記(1)イの保健所管内の市町村は、住民への情報提供を行い、未接種者に対する定期接種の早期接種を勧奨する。

(3) 市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課

市町村教育委員会、総務学事課、スポーツ健康課、こどもみらい課はレベル2の2(3)と同様に指導を行う。

(4) 県・郡市医師会及び医療機関

ア 県及び各郡市医師会は、レベル1の2(4)アと同様の対応を行う。

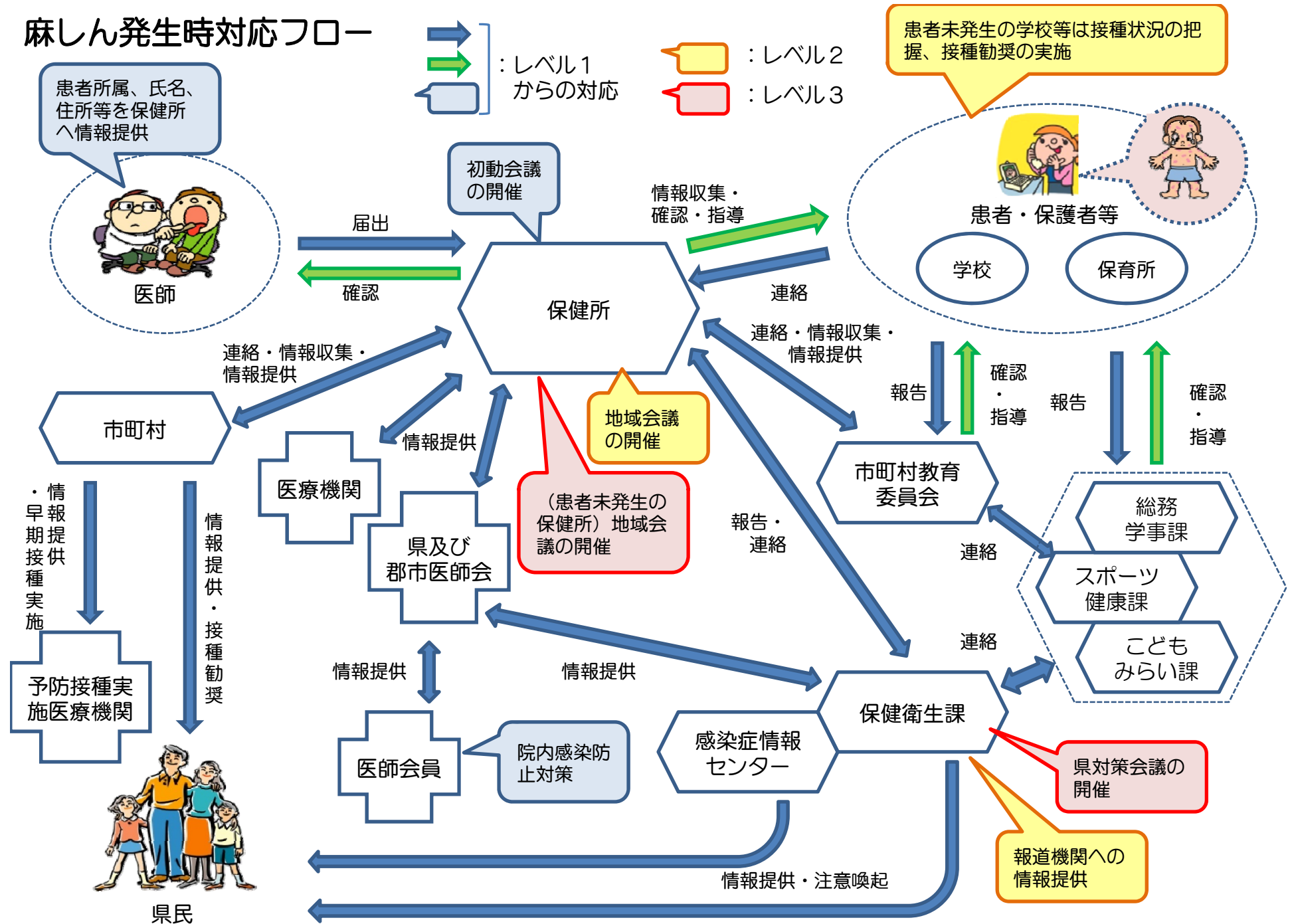
イ 医療機関は、レベル1の2(4)イと同様の対応を行う。

(5) 保健衛生課

保健衛生課は、レベル2の2(5)と同様の対応を行う。

また、県対策会議を開催し、県内の流行拡大防止を図る。

# 麻疹発生時対応フロー



## 麻しん患者基本調査票

※医師からの届出票がある場合には添付すること。

1	調査担当保健所名：		調査者氏名：	
2	調査日時：平成 年 月 日 時 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )			
3	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名( ) 本人との関係( )			
	調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -			
4	届出受理日時：平成 年 月 日 時 分			
5	届出受理保健所：			
6	届出受理担当者：			
7	調査等実施保健所：			
8	患者氏名：	性別：男・女	生年月日：	年 月 日 ( 歳)
9	患者住所：			
10	患者電話番号：自宅： - - 携帯： - -			
11	職業・業種・学校・保育所等： 最終勤務・出席日(平成 年 月 日) (※児童・生徒の場合は所属クラス等詳細に記入すること)			
12	勤務先/学校・保育所等名： 勤務先/学校・保育所等所在地：			
13	勤務先/学校・保育所等電話番号： - -			
14	届出受理日現在の患者の主たる所在場所( ) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校・保育所等 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明			
	所在地電話番号： - -			
15	通勤/通学方法： <input type="checkbox"/> 徒歩・自転車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車( 線 駅~ 駅間) <input type="checkbox"/> バス( 線 ~ 間) <input type="checkbox"/> その他( )			
	麻しん罹患歴 (母子健康手帳等の記録による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり( 歳 診断日： 年 月 日)			
17	麻しん含有ワクチン接種歴(母子健康手帳等の記録による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 1回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明)			
	2回目 有( 歳)・無・不明 ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 接種年月日( S・H 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明)			
18	同居者(氏名)(続柄)(生年月日)(所属施設(職場や学校等))			
	① ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	② ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	③ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	④ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	⑤ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
19	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 自宅： - - 携帯： - -			
	濃厚接触者(同居者を除く者について聞き取りの範囲) (氏名)(続柄)(生年月日)(所属施設(職場や学校等))			
20	① ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	② ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	③ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	④ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	⑤ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
	⑥ ( ) 年 月 日( 歳) ( )			
21	自由記載欄			

(様式2)

### 麻疹接触者調査票

※麻疹患者基本調査票を添付すること。

1	調査等実施保健所名：		調査者氏名：	
2	調査日時： 年 月 日 時 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )			
3	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名( ) 本人との関係( )			
	調査回答者連絡先： 自宅電話： - - 携帯電話： - -			
4	接触者居住地保健所：			
5	接触者氏名 接触者番号：	( )	性別： 男 ・ 女	生年月日： 年 月 日 ( 歳)
6	接触者住所：			
7	接触者電話番号： 自宅： - - 携帯： - -			
8	職業・業種・学校・保育所等：			
9	勤務先／学校・保育所等名：			
	勤務先／学校・保育所等所在地：			
10	勤務先／学校・保育所等電話番号：	- -		
11	麻疹罹患歴 (母子健康手帳等の記録による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( 歳 診断日： 年 月 日)			
12	麻疹含有ワクチン接種歴 (母子健康手帳等の記録による確認： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 1回目 有( 歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻疹単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明) 接種年月日 ( S・H 年 月 日 ・ 不明) 製造会社 / Lot番号 ( / ・ 不明)			
	2回目 有( 歳) ・ 無 ・ 不明 ワクチンの種類 (麻疹単抗原 ・ MR ・ MMR ・ 不明) 接種年月日 ( S・H 年 月 日 ・ 不明) 製造会社 / Lot番号 ( / ・ 不明)			
13	患者との接触状況 (日付、場所、状況等について聞き取りの範囲で記載)			
<b>接触者の調査時の状態</b>				
14	発熱： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( °C)			
15	カタル症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当するものに○) 咳 / 鼻汁 / 結膜充血 / その他 ( )			
16	発疹： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当するものに○) 頭部 / 体部 / 四肢 / 全身			
17	その他の症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に記載 ( )			
18	医療機関受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名： 診断名： 検査： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:ウイルス培養 / 血液検査			

(様式3)

### 麻しん接触者モニタリング票

接触者番号:

氏名:

麻しん患者との最終接触日時:

年 月 日 時頃

最終接触より	日付	連絡手段	測定時間	体温	カタル症状	発疹	確認者
0日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
1日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
2日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
3日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
4日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
5日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
6日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
7日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
8日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
9日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
10日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
11日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
12日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
13日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	
14日	/		:		なし・咳嗽・ 鼻汁・結膜充血	なし・頭部・ 体部・四肢・全身	

連絡先: 自宅 ( )

携帯 ( )

担当者:

## (別添) 麻しん発生時の情報提供について

保健所からの麻しん発生時の情報提供は、患者本人もしくは患者の保護者の同意が得られた上で、関係機関の迅速かつ効果的なまん延防止対策に役立てることを目的として行われるものである。

保健所は発生状況に応じて、下記のとおり関係機関に対し速やかな情報提供を行うことが必要である。

なお、一般県民等に対する公表とは異なるものであることから、情報提供時には関係機関に対し情報の取扱いに十分留意するよう周知することが必要である。

### 1 情報提供の対象と内容

#### (1) 管内の郡市医師会及び医療機関

保健所は管内郡市医師会及び患者の居住地及び所属等に関連する市町村内の医療機関に対して、レベル1の発生時から医師の診断に資するため以下の情報を提供するよう努める。

また、必要に応じて、管内のその他の医療機関に対しても同様に情報提供するよう努める。

- ① 発症年月日
- ② 診断年月日
- ③ 保健所受理年月日
- ④ 患者性別・年齢
- ⑤ 患者の居住地及び所属等に関連する市町村
- ⑥ 届出医療機関所在地市町村
- ⑦ 病型（麻しんまたは修飾麻しん）
- ⑧ 症状
- ⑨ 予防接種歴

(2) 管内市町村

ア 患者の居住地及び所属等に関連する市町村

保健所は、レベル1の発生時からの情報収集・調査を実施するにあたり、患者の居住地及び所属等に関連する市町村に対して上記(1)①～⑨の他必要な情報を提供するよう努める。

イ 管内のその他の市町村

保健所は、管内のその他の市町村に対し、必要に応じて(1)の①～⑤及び⑨について情報提供するよう努める。

(3) 管内市町村教育委員会

ア 患者の居住地及び所属等に関連する市町村教育委員会

保健所は、レベル1の発生時からの情報収集・調査を実施するにあたり、患者の居住地及び所属等に関連する市町村教育委員会に対して上記(1)①～⑨の他必要な情報を提供するよう努める。

イ 管内のその他の市町村教育委員会

保健所は、管内のその他の市町村教育委員会に対し、必要に応じて(1)の①～⑤及び⑨について情報提供するよう努める。

(4) その他

医師(小児科医、臨床内科医等)から情報提供の求めがあった場合には、1(1)と同様に提供するよう努める。

2 提供方法

保健所は、関係機関と調整のうえ、電子メール、電話またはFAX等により速やかに情報提供するよう努める。(参考様式「麻しん発生情報」)

(別添：参考様式1)

## 麻疹発生情報

医師会 御中

保健所

当保健所管内において、麻疹患者の発生が確認されましたので、青森県麻疹対策ガイドラインに基づき情報提供します。

つきましては、貴会会員の皆様に周知くださるようお願いいたします。

なお、当該情報については、貴会会員の診断等に資することを目的として提供するものであり、公表とは異なることから、情報の取扱いについては十分留意くださるようお願いいたします。

1 発症年月日	年 月 日
2 診断年月日	年 月 日
3 保健所受理年月日	年 月 日
4 患者性別・年齢	男 ・ 女 / 歳 ヶ月
5 患者の居住地・ 所属等に関連する市町村	居住地市町村 ( ) 所属等関連市町村 ( )
6 届出医療機関所在地市町村	
7 病型	麻疹 (検査診断例 ・ 臨床診断例) 修飾麻疹 (検査診断)
8 症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 結膜充血 ・ 眼脂 コプリック斑 ・ 発疹 ・ 肺炎 ・ 中耳炎 腸炎 ・ クループ ・ 脳炎 その他 ( )
9 予防接種歴	有 / 歳 ヶ月接種
	無 ・ 不明
10 備考	

(別添：参考様式2)

## 麻疹発生情報

(医療機関名)

御中

保健所

当保健所管内において、麻疹患者の発生が確認されましたので、青森県麻疹対策ガイドラインに基づき情報提供します。

なお、当該情報については、麻疹の診断等に資することを目的として提供するものであり、公表とは異なることから、情報の取扱いについては十分留意くださるようお願いいたします。

1 発症年月日	年 月 日
2 診断年月日	年 月 日
3 保健所受理年月日	年 月 日
4 患者性別・年齢	男 ・ 女 / 歳 ヶ月
5 患者の居住地・ 所属等に関連する市町村	居住地市町村 ( ) 所属等関連市町村 ( )
6 届出医療機関所在地市町村	
7 病型	麻疹 (検査診断例 ・ 臨床診断例) 修飾麻疹 (検査診断)
8 症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 結膜充血 ・ 眼脂 コプリック斑 ・ 発疹 ・ 肺炎 ・ 中耳炎 腸炎 ・ クループ ・ 脳炎 その他 ( )
9 予防接種歴	有 / 歳 ヶ月接種
	無 ・ 不明
10 備考	

(別添：参考様式3)

## 麻疹発生情報

各市町村（感染症対策・予防接種担当主管）課 御中

各市町村教育委員会 御中

保健所

当保健所管内において、麻疹患者の発生が確認されましたので、青森県麻疹対策ガイドラインに基づき情報提供します。

なお、当該情報については、貴管内の迅速かつ効果的な麻疹のまん延防止に資することを目的として提供するものであり、公表とは異なることから、情報の取扱いについては十分留意くださるようお願いいたします。

1 発症年月日	年 月 日
2 診断年月日	年 月 日
3 保健所受理年月日	年 月 日
4 患者性別・年齢	男 ・ 女 / 歳 ヶ月
5 患者の居住地・所属等に関連する市町村	居住地市町村 ( ) 所属等関連市町村 ( )
6 予防接種歴	有 / 歳 ヶ月接種
	無 ・ 不明
7 備考	