

感薬第 436 号の 5
令和 6 年 7 月 29 日

新潟県医師会長 様
郡市医師会長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課長

令和 6 年度感染症流行予測調査の実施について（協力依頼）

本県の福祉保健行政の推進につきまして、日頃格別の御協力を賜り深く感謝申し上げます。

厚生労働省では、総合的な感染症対策に役立てる目的で、例年、標記調査を実施しております。

このたび、県においても、厚生労働省からの依頼を受け、別紙 1「令和 6 年度感染症流行予測調査の実施について」により実施することとしました。

つきましては、下記により御協力をお願いします。

郡市医師会長におかれましては、貴会会員へ周知くださるようお願いいたします。

記

- 1 調査対象となる疾病
 - ・ 侵襲性肺炎球菌感染症
 - ・ 侵襲性インフルエンザ菌感染症
- 2 依頼事項
対象疾病の検体（菌株）及び別紙 3 の同意書を管内保健所にご提出ください。
- 3 注意事項
本調査は原則として、別紙 2 を参考に本調査の趣旨及びプライバシーの保護について適切な予防措置が行われることを十分に説明した上で、別紙 3 の様式により同意が得られた者についてのみ行います。

担当 感染症対策班 渡辺 Tel 025-280-5200 E-Mail: ngt040330@pref.niigata.lg.jp
--

別紙 1

令和6年度 感染症流行予測調査の実施について

1 目的

厚生労働省の定める「令和6年度感染症流行予測調査実施要領」に基づき事業を実施するとともに、当県の状況について独自の分析を加え、感染症の流行予測に資することを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は、新潟県とする。

3 事業内容

(1) 調査項目

- ア インフルエンザ感受性調査
- イ 風しん感受性調査
- ウ 麻しん感受性調査
- エ 日本脳炎感染源調査
- オ インフルエンザ菌感染症感染源調査
- カ 肺炎球菌感染症感染源調査
- キ ロタウイルス感染症感染源調査

(2) 調査内容

ア 上記ア～エ

ヒト（上記アからウまでについて）及びブタ（上記エについて）から検体（血液）を採取し、新潟県保健環境科学研究所において血清中の抗体価の測定を行う。

イ 上記オ～キ

患者発生があれば新潟県保健環境科学研究所で検査を行い、情報提供を受ける。（キは調査要件に当てはまるものに限る）

(3) 検査客体数

ヒト：別紙のとおり

ブタ：80頭

(4) 調査時期（検体採取（菌株送付）時期）

ア 上記ア～ウ ：7月から9月までの間

イ 上記エ ：6月から9月までの間

ウ 上記オ及びカ：7月～当該年度内

エ 上記キ ：当該年度内

4 調査方法

(1) 検体の採取

ア ヒトからの検体採取について

(ア) 3 (1) ア～ウの検体採取について

- ・ 0～19歳の者からの検体採取について

医療機関等の協力を得て、受診者のうち、調査への協力の承諾を得られた者から血液を採取する。

- ・ 20歳以上の者からの検体採取について

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会の協力を得て、新潟県職員一般定期健康診断を受診した者のうち、調査への協力の承諾を得られた者から血液を採取する。

(イ) 3 (1) オ及びカの患者からの菌株の送付について

県内医療機関の協力を得て、本県で発生した3 (1) オ及びカの患者から分離された菌株のうち、調査への協力の承諾を得られた者の菌株を送付する。(小児・成人同様)

(ウ) 3 (1) キの患者からの検体の送付について

県内特定の医療機関の協力を得て、本県で発生した3 (1) キの患者(調査要件に当てはまる場合に限る)から採取された検体(便もしくは直腸スワブ)のうち、調査への協力の承諾を得られた者の検体を送付する。

イ 3 (1) エからの検体採取について

新潟市食肉衛生検査所の協力を得て、ブタから血液を採取する。

(2) 検査

上記で得られた検体について、保健環境科学研究所及び国立感染症研究所において検査を行う。

(3) 結果の通知

上記(1)のアの(ア)、(イ)により得られた検体の結果については、本人に通知する。

5 その他

当該調査で得られた氏名、年齢、生年月日、現住所等個人を特定しうる情報は新潟県で全て厳重に管理し、当該調査以外の目的には使用しない。

感染源調査（オ及びカ）

（全医療機関対象）

疾患名	侵襲性肺炎球菌感染症	侵襲性インフルエンザ菌感染症
年齢区分	なし	なし
対象者	侵襲性肺炎球菌感染症と 診断された患者	侵襲性インフルエンザ菌感染症と 診断された患者
各都道府県の調査対象数	50	20

感染源調査（キ）

（特定医療機関のみ対象・参考）

疾患名	ロタウイルス感染症	調査要件
年齢区分	15歳以下	・ 1日3回以上の水様性下痢を認め、経静脈輸液を行った者を対象とする。 ※受診時点で下痢の持続時間が2週間以上の者、血便を認める者、院内感染が疑われる者を除く。 ※過去に対象となったことがある者は、前回から2か月以上経過していることとする。
各都道府県の調査対象数	120（月10を目安）	

令和6年度感染症流行予測調査への御協力をお願い

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

感染症流行予測調査事業とは、総合的な感染症対策に役立てる目的で厚生労働省が例年行っている事業で、その一環として新潟県においても肺炎球菌感染症及びインフルエンザ菌感染症を調査することといたしました。

ついては、本調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださるようお願いいたします。

1 調査の目的

集団における免疫の保有状況を調査することにより、予防接種事業の効果的な運用を図り、さらに総合的に感染症の流行を予測することを目的としています。

2 調査の方法

医療機関で肺炎球菌感染症及びインフルエンザ菌感染症患者から分離された菌株について新潟県の試験研究機関（保健環境科学研究所）において検査（血清型別）を行います。

測定されたデータはその後厚生労働省及び国立感染症研究所に報告しますが、報告する時点でデータは匿名化され、データから個人の特定は出来ない仕組みになっています。また、報告されたデータは統計処理され、調査報告書として後日公表され、今後のワクチン接種計画等に役立てる資料として活用されております。

3 個人情報の保護

調査を行う上で当県が得た情報のうち、氏名、年齢、現住所等個人を特定しうる情報は全て厳重に管理し、本調査以外の目的には使用いたしません。

4 調査の実施への同意及び個人記録票の記入

調査の実施に同意いただける場合は、個人記録票（別紙3）に必要事項を記入してください。なお、調査の実施への同意はあくまで自由意志によるものであり、同意しないこと、また同意した後でも辞退することができます。

裏面に続く

5 その他

- ① 本調査にかかる費用は、厚生労働省及び新潟県が負担します。
- ② 本調査における菌株提供者に対しては、謝礼品をお送りします。
- ③ 別途同意が得られた場合に限り、菌株は、保健環境科学研究所において保存し、同じ血清型の菌が分離された場合に過去の菌と遺伝子型を比較する検査等に利用させていただきます。

☆本調査に関し御不明な点は、下記までお問い合わせください。

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課感染症対策班

電話 025-280-5200 担当 渡辺

令和 6 年度 感染症流行予測調査個人記録票

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

調査を行う疾病は「肺炎球菌感染症」です。

○ 下記に必要事項を記入してください。

予防接種歴や罹患歴については、統計データとして使用します。

母子手帳等で確認するなどして、できるだけ正確に記入してください。

* 記載にあたり母子手帳での確認 あり ・ なし

(フリガナ)

- ・ お名前： _____ 性別： 男 / 女
- ・ 生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳 (0歳の場合： _____ か月)
- ・ 現住所： _____
〒 _____

・ 予防接種歴 (あてはまるところに○をつけて下さい。受けた場合は最後に受けた年月を記入してください。)

肺炎球菌ワクチン	受けていない	受けた (1 回 ・ 2 回以上 ・ 回数不明) 最後に受けたのは 西暦 _____ 年 _____ 月	不明
----------	--------	---	----

新潟県保健環境科学研究所長 _____ 様

○ 私は本調査の趣旨を理解し、調査の実施にあたり、分離された菌株を

・ 今回の調査に使用することを承諾します。 はい ・ いいえ・ 保健環境科学研究所に保存して他の用途に用いることを承諾します。 はい ・ いいえ

_____ 年 _____ 月 _____ 日 署名

(未成年の場合は保護者署名)

* ご協力ありがとうございました。

令和 6 年度 感染症流行予測調査個人記録票

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

調査を行う疾病は「インフルエンザ菌感染症」です。

○ 下記に必要事項を記入してください。

予防接種歴や罹患歴については、統計データとして使用します。

母子手帳等で確認するなどして、できるだけ正確に記入してください。

* 記載にあたり母子手帳での確認 あり ・ なし

(フリガナ)

・ お名前： _____ 性別： 男 / 女

・ 生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳

・ 現住所： _____ 〒 _____

・ 予防接種歴（あてはまるところに○をつけて下さい。受けた場合は最後に受けた年月を記入してください。）

ヒブワクチン	受けていない	受けた (1 回 ・ 2 回以上 ・ 回数不明)			不明
		最後に受けたのは	西暦	年 月	

国 立 感 染 症 研 究 所 長 様
新潟県保健環境科学研究所長 様

○ 私は本調査の趣旨を理解し、調査の実施にあたり、分離された菌株を

・ 今回の調査に使用することを承諾します。 はい ・ いいえ・ 保健環境科学研究所に保存して他の用途に用いることを承諾します。 はい ・ いいえ

年 月 日 署名

(未成年の場合は保護者署名)

* ご協力ありがとうございました。