

感薬第564号の5
令和8年8月6日

新潟県医師会長 様
郡市医師会長 様
病 院 長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課長

令和8年度感染症流行予測調査の実施について（依頼）

本県の福祉保健行政につきまして、日頃からご理解ご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、厚生労働省から、令和8年度の標記調査に係る協力依頼がありました。

つきましては、下記により、侵襲性細菌感染症（インフルエンザ、肺炎球菌）に係る標記調査について御協力くださいますようお願いいたします。

また、郡市医師会長様におかれましては、貴会会員へ周知くださいますようお願いいたします。

記

1 調査の目的、内容等について

別紙1「令和8年度感染症流行予測調査の実施について」のとおり

2 依頼事項

対象疾病の菌株及び「別紙3の1・2 個人記録票」を管内保健所にご提出ください。

3 その他

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。

ただし、同意が得られない場合であっても、研究班[※]での調査は行うため、当該研究班における菌株の収集について、御協力をお願いします。

※侵襲性細菌感染症に係る研究について（協力依頼）

（令和8年8月6日付け感薬第580号）

担当 感染症対策班 倉田

Tel 025-280-5200（直通）

E-Mail ngt040330@pref.niigata.lg.jp

令和8年度 感染症流行予測調査について

1 目的

厚生労働省の「令和8年度感染症流行予測調査実施要領（以下「要領」という。）」を踏まえ、本県における状況を把握し、感染症の流行予測に資することを目的とする。

2 調査内容等

（1）調査内容

県内において、下記疾病の患者が発生した場合、新潟県保健環境科学研究所において、菌株の検査を行う。

（2）対象疾病

要領に定める疾病のうち、「侵襲性インフルエンザ菌感染症」「侵襲性肺炎球菌感染症」

（3）患者の年齢区分等

なし

（4）検査菌株数

侵襲性インフルエンザ菌感染症：20

侵襲性肺炎球菌感染症：50

（5）調査期間（菌株送付時期）

令和8年度内

3 調査方法等

（1）菌株の採取

県内医療機関の協力を得て、調査への協力の承諾を得られた患者から分離された菌株の送付を受ける。

（2）検査

新潟県保健環境科学研究所において菌株の検査を行う。

（3）結果の通知

検査結果については、患者に通知する。

4 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、全て新潟県が厳重に管理し、調査以外の目的には使用しない。

令和8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健康危機管理研究機構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の1、2）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 倉田

令和8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。

予防接種歴は統計データとして使用します。

予防接種記録（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。

＊記載にあたり予防接種記録（母子手帳等）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。）

Hib(ヒブ)含有ワクチン 接種回数	受けていない	受けた 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上 ・ 回数不明	接種歴不明

◆接種したHib(ヒブ)含有ワクチンの種類（ワクチン種類に○をつけ、接種日を記載してください。）

ワクチン接種1回目	Hib ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) ・ 不明	西暦 年 月	接種年月不明
ワクチン接種2回目	Hib ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) ・ 不明	西暦 年 月	接種年月不明
ワクチン接種3回目	Hib ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) ・ 不明	西暦 年 月	接種年月不明
ワクチン接種4回目	Hib ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) ・ 不明	西暦 年 月	接種年月不明
ワクチン接種5回目	Hib ・ 5種混合 (DPT-IPV-Hib) ・ 不明	西暦 年 月	接種年月不明

国立健康危機管理研究機構 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

西暦 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。