



福岡医発第2925号（地）

平成25年 3月13日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

（ 公 印 省 略 ）

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の検査について

今般、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）につきましては、平成25年3月4日からは4類感染症として届け出対象となることについて、福岡医発第2923号（地）をもってご連絡申しあげました。

当該感染症にかかる検査については、現在、国立感染症研究所のみの実施体制しか無いため、今般、当該検査の国立感染症研究所への依頼等について、厚生労働省より日本医師会宛を通して情報提供がありましたので、ご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知協力方につき、よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

(地Ⅲ225F)

平成25年3月6日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

小 森 貴

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の検査について

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）につきましては、平成25年3月4日から
は4類感染症として届け出対象となることについて2月27日付(地Ⅲ218)文書をも
ってご連絡申しあげました。

当該感染症にかかる検査については、現在、国立感染症研究所のみの実施体制しか
無いため、今般、当該検査の国立感染症研究所への依頼等について、厚生労働省より
各都道府県等衛生主管部（局）宛事務連絡がなされましたので情報提供いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会、
関係医療機関等に対する周知方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。



事務連絡
平成25年3月1日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の検査について

日頃より感染症対策にご協力賜りありがとうございます。

平成25年1月30日付け健感発0130第1号「重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の国内での発生について（情報提供及び協力依頼）」により、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の疑いのある患者を診察した場合について情報提供をお願いしてきたところですが、平成25年2月22日付け健感発0222第2号「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条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等の一部改正について」により、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）は平成25年3月4日から4類感染症として届出対象となるところです。

また、当該感染症にかかる検査については、現在、国立感染症研究所のみの実施体制しか無いため、検査診断は臨床検体を国立感染症研究所に引き続き送付していただくこととなります。

については、国立感染症研究所に検査依頼をする際のマニュアルを別添のとおりお知らせしますとともに、引き続き過去の症例の掘り起こしも含め当該感染症が疑われる患者があった際は、国立感染症研究所への情報提供及び検査等の相談をするよう、お願いします。

なお、各地方衛生研究所においてもSFTS検査を実施いただけるよう、検査キットを現在開発中であり、3月末を目途に検査マニュアルとともに配布する予定です。

以上、よろしくお願いいたします。

重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) 検査のための検体及び
その処理法等に関するお願い (検査依頼マニュアル)

2013 年 3 月 1 日

国立感染症研究所ウイルス第一部

国立感染症研究所ウイルス第一部に重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) の検査依頼される方々への検体採取, 検体の種類, 検査内容, 検体送付, 手続き等について予め説明いたします。

1. 検体の種類について

(ア) 検体の種類

血液, 血清, 咽頭スワブ, 尿 (血液, 血清が診断のためには最も重要です。咽頭スワブおよび尿についてもお送りいただきたいと思います)。
検体量は 2ml. ただし, 少量しかない場合には, ご相談ください。

(イ) 剖検例における病理検査については, 別途連絡をお願いします。

2. 実施する検査

(ア) ウイルス検出

ウイルス分離, ウイルス遺伝子検出 (RT-PCR 法または real-time PCR 法)

(イ) ウイルス抗体検出

IgG-ELISA 法または間接蛍光抗体法

3. 検体の採取および処理法

(ア) 急性期患者の診断の場合

急性期患者から採取された血液, 血清, 尿. 血液は生化学的検査用のスピッツに採取し, 血清分離等の処理することなく, 冷蔵しながらお送りください。なお, 末梢血液検査用のスピッツは使用しないでください (EDTA, ヘパリン, クエン酸などの抗凝固剤は添加しないでください)。

※ 血清分離等の処理をしないのは, 検査担当者への感染リスクを低減させるためでもありますので, よろしくをお願いします。

尿は, 冷蔵で送付してください。

咽頭スワブは, ウイルス分離用輸送培地に入れて送付してください。

(イ) 回復期患者の場合

急性期および回復期血清を送付してください。急性期および回復期における IgG 抗体の有意な上昇を確認しない限り診断はつきません (この診断法が最も確実です)。急性期の血液を既に感染研ウイルス第一部に送

付済みの場合には、回復期の血液または血清のみの送付で結構です。咽頭スワブおよび尿でも送付していただいて結構です。

(ウ) 検体の一次包装

スクリュートタイプの蓋はしっかりとしめる、ゴム栓の場合にはしっかりとしめた後にテープで補強する、など検体が一次容器から漏れることのないよう確認してください。

4. 検査依頼の手続き

場合によっては研究ベースでの検査を受けることもありますが、できるだけ行政による検査依頼もご検討ください。

5. 患者情報の提供について

次の情報提供を併せてお願いします。

(ア) 依頼者の情報

検査依頼者（主治医等の所属病院、診療科、連絡先等）

(イ) 患者情報

別添の参考様式を流用していただいて構いません。

(ウ) その他、重要と考えられる事項

6. 送付する方法

(ア) 急性期および回復期患者から採取された血液、咽頭スワブ、尿は三重包装で検体が外部にもれることのないように処理し、冷蔵のまま（凍らせることなく）送付してください。（なお、患者検体については、感染症法に基づく病原体管理規制の対象とはなりませんが、輸送中の漏出事故等、公衆衛生上の危害を及ぼすことのないよう、「感染症発生動向調査事業等においてゆうパックにより検体を送付する際の留意事項について」（平成24年3月15日付け健感発0315第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）等を参考に、検体の安全な輸送に万全を期して下さい。）

(イ) 既に血清分離し、凍らせている場合には冷凍のままの送付でも結構です。

(ウ) 事務手続き上、受け取れませんので、検体が週末（土日）に感染研に届くことのないようお願いします。

(エ) 到着予定日をあらかじめ教えてください。

(オ) 容器の返送を希望される場合、返送用伝票（着払い）を同封していただくようお願いします。

7. 送付先

〒208-0011 東京都武蔵村山市学園4-7-1

国立感染症研究所（村山庁舎）ウイルス第一部第一室長

下島昌幸

Tel: 042-561-0771 (内線 3320)

Fax: 042-561-2039

E-mail: shimoji-@niid.go.jp

8. その他

(ア) 病理検査について

病理学的検査については、事前連絡をいただきますよう、お願いします。

連絡先：国立感染症研究所感染病理部 [電話 03-5285-1111 (代表)]

(イ) 検査に関する問い合わせ先

- 下島昌幸 (国立感染症研究所ウイルス第一部第一室長 ; shimoji-@niid.go.jp)
- 福士秀悦 (同主任研究官 ; fukushi@niid.go.jp)
- 西條政幸 (同部長 ; msaijo@niid.go.jp, 〒162-8640 東京都新宿区戸山 1-23-1 国立感染症研究所ウイルス第一部, 電話 03-4582-2660)

(ウ) 学術 (学会, 論文) 発表に関するお願い

検査成績に基づいた研究成果 (患者報告を含む) を学会や論文発表される場合は事前にご相談ください。

チェックリスト

- ☐ : 検体の種類, 量の確認
- ☐ : 一次容器
- ☐ : 梱包, 三重包装
- ☐ : 送付先の確認
- ☐ : 容器返却希望時の返送用伝票
- ☐ : 送付日および到着日の確認

〇〇県〇〇部〇〇課

重症熱性血小板減少症候群 (SFTS)について

標記について、下記のとおり重症熱性血小板減少症候群 (SFTS)に係る情報提供がありました。

記

平成25年2月〇日(〇)〇〇保健所管内〇〇病院より連絡

<患者について(任意)>

〇〇市(区・町)在住

性別: 〇性

年齢: 〇歳

発症前1ヶ月の海外渡航歴:

ダニ等との接触状況:

<症例定義への合致状況(必須)>

- ・38度以上の発熱 : 〇or×
- ・消化器症状 : 〇or× (分かる限りで詳しく)
- ・血小板減少 : 〇or× ($\text{〇}/\text{mm}^3 \rightarrow \text{〇}/\text{mm}^3$)
- ・白血球減少 : 〇or× ($\text{〇}/\text{mm}^3 \rightarrow \text{〇}/\text{mm}^3$)
- ・血清酵素の上昇 : 〇or× (AST: 〇、ALT: 〇、LDH: 〇 ←全て合致している場合のみ)
- ・集中治療を要する、若しくは要した、又は死亡: 〇or× (集中治療 or 死亡)

<症状の経過(分かる限りで)>

H〇.〇.〇~ (症状・発症日)

H〇.〇.〇~ (症状)

入院日(救急搬送日): H〇年〇月〇日

H〇.〇.〇~ (症状)

<現在の症状等(分かる限りで)>

現在の症状(分かる限り細かく) :

対処・治療状況(分かる限り細かく):

検体の有無(有の場合は種類、無の場合は今後の採取の可否):

他に疑われる感染症等の検査結果 :

ダニの刺し口 : 〇or×

その他: