



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉

「ニパウイルス感染症」を第5類法定感染症に指定

衛生福利部

www.mohw.gov.tw

2026-01-27

來源：疾病管制署

疾病管制署（以下疾管署）は本日（1月27日）、「国際的にニパウイルス感染症の流行が続いていることから、その死亡率、発症率、伝播速度を評価し、台湾人の健康を守り、感染の脅威軽減を図るため、台湾は1月16日よりニパウイルス感染症を第5類の届出感染症に指定すると発表した。これは、早期警報システムを強化し、国民の感染症予防意識を高め、リソースを迅速に動員し、将来起こりうるパンデミックに適切に備えるものだ」と発表した。

疾管署は、「ニパウイルス感染症は人獣共通感染症であり、自然宿主はオオコウモリ（**Pteropus** 属）で、豚などの中間宿主に感染後、ヒトに感染する。感染経路は主に、動物からヒトへの感染、食品媒介感染及び限定的なヒトヒト感染の3つに分類されるが、感染は、ウイルス感染している豚との直接接触やオオコウモリ（**Pteropus** 属）の尿または唾液に汚染された食物の摂取、或いは感染者の血液や体液、気道分泌物との濃厚接触によって起こる。臨床症状は無症候性感染や急性呼吸器症状から致死的な脳炎まで多岐にわたる」と説明している

疾管署のデータによると、ニパウイルスは1998年にマレーシアで初めてヒト感染の症例が出ているが、翌年にはシンガポールでもまた発生している。近年、症例は主にバングラデシュとインドで発生しており、うち、バングラデシュにおいては、流行は季節性で、通常12月～翌年5月までの間に発生し、オオコウモリ（**Pteropus** 属）の活動期および生のナツメヤシの樹液を飲むことなどの曝露要因に関連している。しかし、バングラデシュでは、昨年8月に南部にあるボラ島で症例が初めて確認されて以来、アウトブレイクが季節性のものから通年化し、また局所的感染から全国的感染へと移行する傾向が示されており、国内64県中35以上の地区で症例が報告されている；インドでの流行はまず南部ケララ州で集中的に発生し、その感染は、汚染された果物との接触や医療施設内でのヒトヒト感染（院内感染）に起因しており、主に小規模なコミュニティで発生したが、大規模で持続的な流行ではなかった。だが、最近東部の西ベンガル州では1月25日までに重症者2例を含む計5例の確認症例が報告されている。現在、承認された治療法やワクチンは無く、WHOのデータによれば、致死率は約40%～75%とされており、世界保健機関（WHO）は、バングラデシュやインドおよび近隣地域では依然発生のリスクが続いているが世界的にはそのリスクは低いレベルにある。

疾管署は「現在ニパウイルス感染症が法定感染症に分類されている国には、日本やシンガポール、韓国、タイ、インドが含まれているが、台湾における届出プロシージャの実施後、3月中旬には正式に第5類感染症として届出対象感染症として分類される予定であり、医師が届出定義に該当する疑いのある症例を発見した場合、24時間以内に国家感染症報告システム（**NIDRS**）に報告し、検体を採取して検査に送付せねばならず、その後、患者は指定された隔離治療施設に収容されるようになる。医療機構のスタッフは、ニパウイルスの感染が疑われる、或いはニパウイルスに感染している患者のケア時には、医療看護の処置項目に従い、接触感染や飛沫感染、空気感染を含む標準的な防護対策を講じることを推奨する」と指摘している。

疾管署は2000年からニパウイルス検査体制を構築しており、農業部と共同で複数経路でのニパウイルス監視を行っている。「ニパウイルス脳炎」は、2012年から農業委員会（現農業部）により乙（B）類動物感染症に指定されているが、疾管署は、症例監視を強化するため、2018年からニパウイルス感染症を「重点監視項目」に挙げており、現在までに台湾ではヒト或いは動物における症例は確認されていない。疾管署は本日既に、医療界通知を出し、医師に患者の渡航歴を尋ねるよう注意を促しており、法定感染症警戒期間中、医師が入院患者にニパウイルス感染症の流行地域（バングラデシュやインドのケララ州、西ベンガル州）への渡航歴があり、且つ発熱や発作、脳の画像検査で脳症の症状を示し、脳の病変（24時間以上の意識変容或いは人格変化）或いは運動障害を発見した場合、その他のウイルス性脳炎排除の後、国の感染症報告システム（**NIDRS**）の「重点監視項目」セクションに「ニパウイルス感染症」を報告し、検体採取の後に検査に出すものとする。

疾管署は、感染リスクを軽減するため、ニパウイルスが蔓延している地域への旅行を避けるよう国民に呼び掛けており、もし流行地に渡航する場合、個人の衛生状態を良好に保ち、コウモリや豚との接触を避ける、或いはコウモリにより汚染されていると思われる環境や物品への接触を避けるとともに、ヤシの樹液を生で飲んだり、汚染された果物を食べたりしないように注意喚起している。関連情報については、疾管署のグローバル情報サイトのニパウイルスのサイト (<https://gov.tw/BF4>) 或いは、国内フリー・ダイヤル **1922** (或いは **0800-001922**) から入手可能だ。

https://www.cdc.gov.tw/Bulletin/Detail/uyGn5mXv3-AgOOe_wmLO_g?typeid=9

The announcement states that "Nipah Virus Infection" will be listed as a Category 5 notifiable infectious disease.

Ministry of Health and Welfare
Disease Control

www.mohw.gov.tw

2026-01-27

Source: Department of

The Centers for Disease Control (CDC) announced today (January 27) that, considering the ongoing international outbreaks of Nipah Virus Infection and assessing its risk levels, including mortality, morbidity, and transmission rate, and in order to protect the health of the public and reduce the threat of disease, it has announced that, effective January 16, Nipah Virus Infection will be classified as a Category 5 notifiable infectious disease. This is to strengthen systemic early warning, raise public awareness of disease prevention, rapidly mobilize resources, and appropriately respond to potential future outbreaks.

CDC explains that Nipah virus infection is a zoonotic infectious disease. Its natural host is the megabat (Pteropus), and it can infect intermediate hosts such as pigs before transmitting the virus to humans. Transmission routes are mainly divided into three categories: animal-to-human transmission, foodborne transmission, and limited human-to-human transmission. These include direct contact with infected pigs, consumption of food contaminated with the urine or saliva of megabat (Pteropus), or infection through close contact with the blood, bodily fluids, or respiratory secretions of infected individuals. Clinical symptoms are wide-ranging, ranging from asymptomatic infection and acute respiratory symptoms to fatal encephalitis.

According to data from CDC, the first human case of Nipah virus was discovered in Malaysia in 1998, followed by an outbreak in Singapore the following year. In recent years, cases have primarily occurred in Bangladesh and India. Among them, the Bangladesh epidemic is seasonal, usually occurring from December to May of the following year, and is related to exposure factors such as the activities of megabat (Pteropus) and drinking raw date palm sap. However, after the country first detected infection cases in the southern island of Bora in August last year, the epidemic tends to spread from seasonal to year-round, and from local to nationwide. More than 35 of the country's 64 counties have recorded infection cases; The outbreak in India was initially concentrated in the southern state of Kerala, with infections primarily stemming from contact with contaminated fruit or person-to-person transmission within healthcare facilities (nosocomial infections). Cases mainly occurred in small-scale community outbreaks, rather than sustained large-scale epidemic. However, the recent outbreak has occurred in West Bengal in the east, with a cumulative total of 5 confirmed cases as of January 25, including 2 severe cases. There are currently no approved treatments or vaccines. WHO data shows a mortality rate of approximately 40%-75%, and the World Health Organization (WHO) assesses that there is still a risk of outbreaks in Bangladesh, India, and neighboring regions, although the global risk remains low.

CDC points out that countries currently classifying Nipah virus infection as a notifiable infectious disease include Japan, Singapore, South Korea, Thailand, and India. Following the implementation of the notification procedure in Taiwan, it is expected to be officially listed as a Category 5 notifiable infectious disease in mid-March. If a physician identifies a suspected case that meets the reporting definition, they should report it to the National Infectious Disease Reporting System (NIDRS) and submit samples for testing within 24 hours, and place the patient in a designated isolation and treatment facility for isolation and treatment. When healthcare personnel care for patients suspected of having or infected with Nipah virus, it is recommended that they adopt standard protective measures, contact transmission, droplet transmission, and airborne transmission prevention measures in accordance with medical care procedures.

CDC has established Nipah virus testing capabilities since 2000 and collaborates with the Ministry of Agriculture to monitor the disease through multiple channels. Nipah virus encephalitis has been classified as a Class B animal infectious disease by the Council of Agriculture (now the Ministry of Agriculture) since 2012. CDC has listed Nipah

virus infection as a "key surveillance item" since 2018 to strengthen case monitoring. To date, there have been no confirmed cases in humans or animals in Taiwan. CDC issued a circular to the medical community today, reminding physicians to inquire about travel history. During the statutory infectious disease reporting period, if a physician discovers that a hospitalized patient has a travel history to an endemic area of Nipah virus infection (Bangladesh, Kerala, and West Bengal in India) and has symptoms of encephalopathy such as fever, seizures, and abnormal brain imaging examinations, and has encephalopathy (altered consciousness ≥ 24 hours or personality changes) or motor incoordination, after ruling out other diagnoses of viral encephalitis, the physician may report "Nipah virus infection" under the "Key Surveillance Items" section of the National Infectious Disease Reporting System (NIDRS) and collect samples for testing.

CDC reminds that in order to reduce the risk of infection, it is recommended that the public avoid traveling to areas where Nipah virus is prevalent. If traveling to areas where Nipah virus is prevalent, they should maintain good personal hygiene and avoid contact with bats and pigs, or contact with environments and items that may be contaminated by bats. and avoid drinking raw date palm sap and eating contaminated fruits. For relevant information, please visit the "Nipah Virus Infection" section of the CDC's global information website (<https://gov.tw/BF4>) or call the domestic toll-free epidemic prevention hotline 1922 (or 0800-001922).

..... 以下是中国語原文

預告「立百病毒感染症」列為第五類法定傳染病

衛生福利部

www.mohw.gov.tw

2026-01-27

來源： 疾病管制署

疾病管制署(下稱疾管署)今(27)日表示，經考量國際間持續有立百病毒感染症疫情發生及評估其致死率、發生率與傳播速度等危害風險程度，為維護國人健康，降低疾病威脅，自 1 月 16 日起預告將「立百病毒感染症(Nipah Virus Infection)」列為第五類法定傳染病，以加強系統預警、提升國民防疫意識、迅速動員資源及妥適因應未來可能疫情。

疾管署說明，立百病毒感染症為人畜共通傳染病，其自然宿主為果蝠(狐蝠屬)，並可感染豬隻等中間宿主，再傳染給人類。傳播途徑主要分為動物傳人、食物傳播以及有限的人傳人三類，包含直接接觸病豬、食用受果蝠(狐蝠屬)尿液或唾液污染的食品等，或經由密切接觸病人的血液、體液、呼吸道分泌物造成感染。臨床症狀表現廣泛，包括無症狀感染、急性呼吸道症狀到致命性腦炎均可能發生。

疾管署監測資料顯示，立百病毒於 1998 年在馬來西亞首次發現人類感染案例，隔年新加坡亦曾出現疫情。近年病例主要發生於孟加拉及印度，其中孟加拉疫情具季節性，通常發生在 12 月至隔年 5 月，與果蝠(狐蝠屬)活動及飲用生椰棗樹汁等暴露因素相關，惟該國去年 8 月首次在南部波拉島檢測到感染病例後，疫情有從季節性向全年化、從局部向全國擴散的趨勢，該國 64 個縣，已有超過 35 個縣曾記錄過感染病例；印度疫情則原先集中於南部喀拉拉州，感染多源於接觸受污染的水果，或是在醫療機構中發生的人傳人(院內感染)，且病例主要是小規模社區發生疫情，非持續性大規模流行。但近期疫情發生於東部的西孟加拉州，截至 1 月 25 日累積報告 5 例確定病例，其中 2 例病況嚴重。目前尚無核准之治療藥物或疫苗，WHO 資料顯示致死率約 40%-75%，並世界衛生組織(WHO)評估孟加拉、印度及鄰近地區仍有持續發生風險，惟全球風險仍屬低度。

疾管署指出，現行已將立百病毒感染症列為法定傳染病之國家包含日本、新加坡、南韓、泰國及印度等國，我國踐行預告程序後，預計於 3 月中正式列為第五類法定傳染病，醫師如發現符合通報定義之疑似個案，應於 24 小時內於傳染病通報系統(NIDRS)通報與採檢送驗，並將病人留置指定隔離治療機構施行隔離治療。醫療機構人員照護疑似或感染立百病毒的病人時，建議依醫療照護處置項目，採取標準防護措施、接觸傳染、飛沫傳染及空氣傳染防護措施。

疾管署自 2000 年起即已建置立百病毒檢測能力並與農業部共同透過多元管道監測。「立百病毒腦炎」自 2012 年起已由農委會(現為農業部)列為乙類動物傳染病，疾管署則自 2018 年起將立百病毒感染症列為「重點監視項目」以加強病例監測，迄今均無國內確診人類或動物病例。疾管署已於今日發布致醫界通函，提醒醫師詢問旅遊史，於法定傳染病預告期間，醫師如發現住院病人具立百病毒感染症流行地區(孟加拉、印度喀拉拉州及西孟加拉州)之旅遊史、且有發燒、抽搐、腦部影像學檢查異常等腦病變症狀，合併腦病變(意識改變 ≥ 24 小時或人格改變)或運動失調，在排除其他病毒性腦炎診斷後，可於傳染病通報系統(NIDRS)之「重點監視項目」項下通報「立百病毒感染症」並採檢送驗。

疾管署提醒，為減少受感染的風險，建議民眾避免前往立百病毒流行地區，如前往流行疫情區域，應維持良好

個人衛生，避免接觸蝙蝠與豬隻，或接觸可能被蝙蝠污染的環境與物品，並應避免飲用生椰棗樹汁及食用受污染水果。相關資訊可至疾管署全球資訊網「立百病毒感染症」專區(<https://gov.tw/BF4>) 或撥打國內免付費防疫專線 1922 (或 0800-001922) 洽詢。

20260127H「ニパウイルス感染症」を第 5 類法定感染症に指定(衛生福利部)