

地域別では、インフルエンザ疑い、マラリア疑いを除いてコレラ汚染地域が非汚染地域より割合が高かった。コレラ汚染地域のコレラ疑いは1%近くに達している。

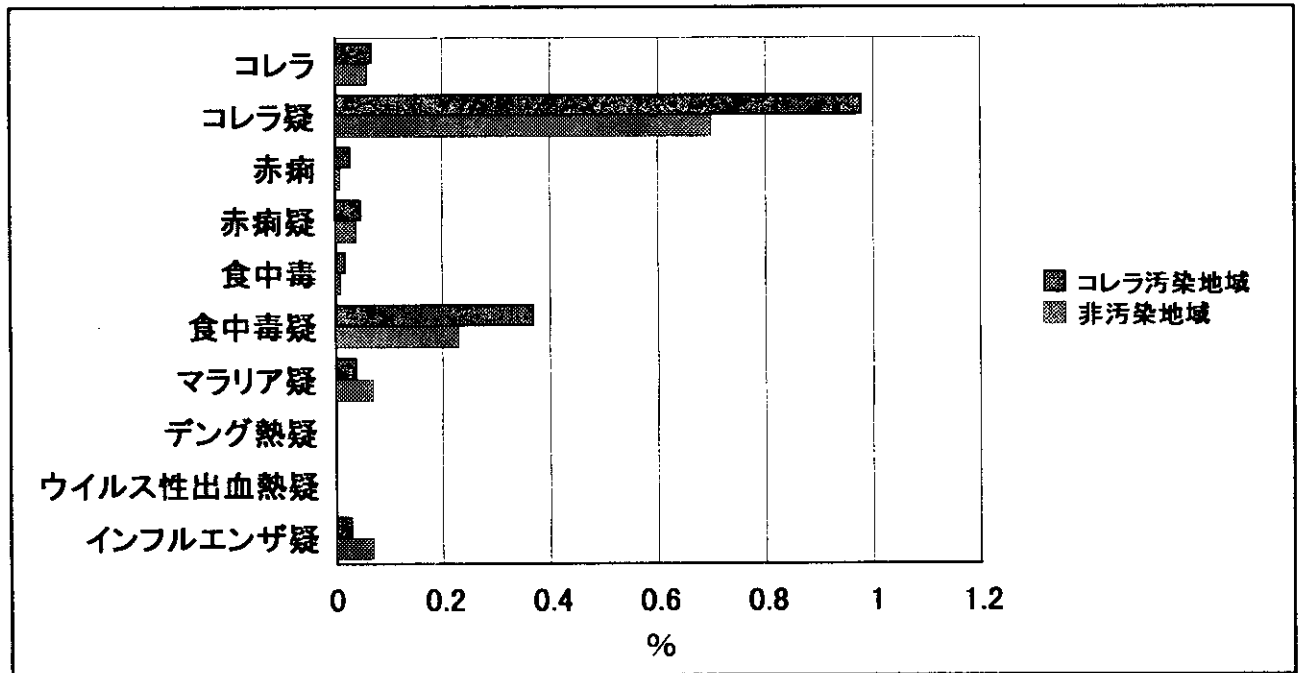


図19 地域別症候群 割合

(2) 滞在国、滞在州別症候群割合

滞在国、滞在州別に症状の組み合わせによる各症候群の訴え割合を集計した。表17～19に結果を示す。コレラ疑いはインド、ネパール、カンボジアで高くそれぞれ8%、7%、4%であった。食中毒疑いがインドで約3%、ウイルス性出血熱様症状はネパールとインドでのみ、デング熱は該当者が存在せず、デング熱疑いはインドでのみ該当者が存在した。

表17-a 滞在国別症候群訴え割合

	コレラ	赤痢	食中毒	急性消化器症候群	推定滞在者数
アメリカ合衆国	0.32	0.02	0.13	0.46	121539
オーストラリア	0.36	0.01	0.07	0.43	100312
韓国	0.57	0.06	0.12	0.69	59873
タイ	3.09	0.20	1.04	4.14	58592
イギリス	0.53	0.04	0.26	0.79	51810
イタリア	0.56	0.06	0.16	0.72	47499
フランス	0.87	0.04	0.26	1.13	42461
シンガポール	1.69	0.04	0.54	2.23	30462
香港	0.30	0.00	0.04	0.34	23023
マレーシア	2.93	0.09	0.94	3.87	22218
ドイツ	0.21	0.04	0.14	0.35	21582
スペイン	0.73	0.04	0.09	0.82	21434
オランダ	0.86	0.04	0.09	0.95	20420
インドネシア	2.64	0.19	0.96	3.60	15987
ベトナム	2.49	0.30	1.25	3.74	12301
フィリピン	0.43	0.11	0.15	0.58	11501
ニュージーランド	0.24	0.01	0.13	0.37	9628
メキシコ	0.60	0.00	0.59	1.19	9054
台湾	0.08	0.00	0.01	0.10	8338
スイス	0.92	0.00	0.06	0.99	8017
中国	0.58	0.00	0.16	0.75	7790
ベルギー	0.49	0.00	0.00	0.49	7314
ギリシャ	0.55	0.00	0.03	0.58	6881
インド	9.11	1.34	3.48	12.59	5941
南アフリカ共和国	1.70	0.02	0.21	1.91	4608
ポルトガル	0.98	0.00	0.19	1.17	4562
ミャンマー	1.59	0.13	0.97	2.55	3860
オーストリア	0.46	0.23	0.23	0.69	3817
ネパール	7.75	0.51	1.51	9.27	3137
スウェーデン	0.31	0.31	0.04	0.35	2809
カンボジア	5.22	0.00	0.23	5.45	2135
モロッコ	2.57	0.43	0.90	3.47	2048

表17-b 滞在国別症候群訴え割合

	マラリア疑	デング熱疑	インフルエンザ疑	ウイルス性出血熱疑	推定滞在者数
アメリカ合衆国	0.01	0.00	0.06	0.00	121539
オーストラリア	0.11	0.00	0.04	0.00	100312
韓国	0.00	0.00	0.03	0.00	59873
タイ	0.02	0.00	0.04	0.00	58592
イギリス	0.20	0.00	0.12	0.00	51810
イタリア	0.09	0.00	0.11	0.00	47499
フランス	0.10	0.00	0.15	0.00	42461
シンガポール	0.01	0.00	0.04	0.00	30462
香港	0.01	0.00	0.01	0.00	23023
マレーシア	0.01	0.00	0.06	0.00	22218
ドイツ	0.00	0.00	0.17	0.00	21582
スペイン	0.17	0.00	0.09	0.00	21434
オランダ	0.09	0.00	0.09	0.00	20420
インドネシア	0.07	0.00	0.07	0.00	15987
ベトナム	0.18	0.00	0.01	0.00	12301
フィリピン	0.04	0.00	0.03	0.00	11501
ニュージーランド	0.00	0.00	0.02	0.00	9628
メキシコ	0.00	0.00	0.00	0.00	9054
台湾	0.00	0.00	0.01	0.00	8338
スイス	0.01	0.00	0.01	0.00	8017
中国	0.05	0.00	0.13	0.00	7790
ベルギー	0.00	0.00	0.01	0.00	7314
ギリシャ	0.00	0.00	0.00	0.00	6881
インド	0.10	0.02	0.12	0.02	5941
南アフリカ共和国	0.00	0.00	0.00	0.00	4608
ポルトガル	0.19	0.00	0.02	0.00	4562
ミャンマー	0.00	0.00	0.00	0.00	3860
オーストリア	0.00	0.00	0.23	0.00	3817
ネパール	0.06	0.00	0.06	0.03	3137
スウェーデン	0.00	0.00	0.00	0.00	2809
カンボジア	0.00	0.00	0.00	0.00	2135
モロッコ	0.00	0.00	0.00	0.00	2048

表18-a 滞在州別症候群訴え数

	コレラ	赤痢	食中毒	急性消化器症候群	推定滞在者数
アフリカ	206	21	64	270	7754
オセアニア	389	12	86	475	110641
ヨーロッパ	766	62	223	990	140113
中東	57	0	1	58	3953
東アジア	437	36	94	530	92237
東南アジア	2615	168	999	3614	134873
南アジア	699	92	245	944	10433
南米	76	9	3	79	1922
北米	422	26	189	611	126181

表18-b 滞在州別症候群訴え数

	マラリア疑	デング熱疑	インフルエンザ疑	ウイルス性出血熱疑	推定滞在者数
アフリカ	9	1	0	1	7754
オセアニア	115	0	47	0	110641
ヨーロッパ	186	0	145	0	140113
中東	1	0	0	0	3953
東アジア	8	0	30	0	92237
東南アジア	50	0	40	1	134873
南アジア	6	1	7	2	10433
南米	2	0	0	0	1922
北米	15	0	79	0	126181

表19-a 滞在州別症候群訴え割合

	コレラ	赤痢	食中毒	急性消化器症候群
アフリカ	2.66	0.26	0.82	3.48
オセアニア	0.35	0.01	0.08	0.43
ヨーロッパ	0.55	0.04	0.16	0.71
中東	1.43	0.00	0.03	1.46
東アジア	0.47	0.04	0.10	0.58
東南アジア	1.94	0.12	0.74	2.68
南アジア	6.70	0.88	2.35	9.05
南米	3.96	0.46	0.16	4.12
北米	0.33	0.02	0.15	0.48

表19-b 滞在州別症候群訴え割合

	マラリア疑	デング熱疑	インフルエンザ疑	ウイルス性出血熱疑
アフリカ	0.11	0.01	0.00	0.01
オセアニア	0.10	0.00	0.04	0.00
ヨーロッパ	0.13	0.00	0.10	0.00
中東	0.03	0.00	0.00	0.00
東アジア	0.01	0.00	0.03	0.00
東南アジア	0.04	0.00	0.03	0.00
南アジア	0.06	0.01	0.07	0.02
南米	0.10	0.00	0.00	0.00
北米	0.01	0.00	0.06	0.00

表20 症状の組み合わせによる症候群分類

	下痢	腹痛	嘔吐	発熱	頭痛	のどの痛み	発疹	黄疸	激しい咳	呼吸困難	異常な出血	けいれん
コレラ(軽症型)	◎	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
赤痢	◎	○	×	◎	×	×	×	×	×	×	×	×
食中毒	◎	◎	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×
急性消化器症候群	◎	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×
マラリア	×	×	×	◎	◎	×	×	○	×	×	×	×
デング熱	×	×	×	◎	◎	×	◎	×	×	×	○	×
感冒(インフルエンザ)	○	×	○	◎	◎	◎	×	×	○	○	×	×
出血熱(ウイルス熱)	×	×	○	◎	◎	◎	○	×	×	×	◎	×

◎：必須 ○：ある場合もある ×：なし

コレラと食中毒はともに排他的であるが、急性消化器症候群は両者の合計であるので、コレラ、食中毒と重複している。

出血熱の臨床症状は、GDC: Viral hemorrhagic fever. Ann. Intern. med. 101:73-81, 1984. によった。

◎印は必須の症状、○印は必須ではないが多くの場合示す症状、×は通常はない症状とした。便宜的にこの基準に該当した場合○○様症候群と呼ぶ。ただし、必須の症状のみを訴えている場合は疑いとし、表で○印が付いている症状も訴えている場合をその症候群とした。例えば、下痢のみを訴えている場合はコレラ疑い様症候群、下痢と嘔吐のみを訴えている場合はコレラ様症候群とした。急性消化器症候群はコレラ(軽症型)又は食中毒の症状を示すものとした。これは、コレラが腹痛及び発熱を欠くものの、実際には食中毒との混合感染により腹痛及び発熱を呈する可能性があることを考慮したためである。

7) 健康相談受診者の検査結果

(1) 菌検出割合

健康相談を受診し、検査を受けた者について検便の結果を集計した。コレラ菌は1名のみに、赤痢菌は15名に、食中毒菌は144名に検出された。コレラ菌、赤痢菌、食中毒菌は検便検査を受けた者のそれぞれ0.2%、3.2%、30.7%、質問票で何らかの症状を訴えた者の0.02%、0.29%、2.76%に相当した。菌検査の結果赤痢菌が検出された者のうち、下痢、腹痛、嘔吐を訴えていた者はそれぞれ100%、60%、20%であった。一方、食中毒菌が検出された者ではそれぞれ100%、57%、19%であった。両菌で症状に特に差はなかった。逆に検査を受けた者で下痢を訴えていた者のうち、赤痢菌、食中毒菌が検出された割合は3.2%、30.8%であった。同じく腹痛は3.6%、32.7%、嘔吐は3.1%、28.6%とほとんど差はなかった。これより、既に見たように消化器症状で赤痢と食中毒を分けることは困難であると考えられる。

表21 検便検査結果

	コレラ菌	赤痢菌	食中毒菌
実数	1	15	144
%	0.2	3.2	30.7

(%の分母は全検体数：469名)

(2) 性・年齢階級別の菌検出割合

赤痢菌は男性の2.3%、女性の4.3%とやや女性に多く検出された。食中毒菌は男性の30.8%、女性の30.6%と検出割合はほぼ同程度であった。コレラ菌は20代女性1名に検出された。

表22 性別・年齢階級別 菌検出数と割合 (%)

		コレラ菌		赤痢菌		食中毒菌		合計		被験者数
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	
男性	0-9	0	0.0	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4
	10-19	0	0.0	1	6.3	4	25.0	5	31.3	16
	20-29	0	0.0	4	2.3	51	29.5	55	31.8	173
	30-39	0	0.0	0	0.0	11	37.9	11	37.9	29
	40-49	0	0.0	1	4.8	7	33.3	8	38.1	21
	50-59	0	0.0	0	0.0	4	36.4	4	36.4	11
	60-69	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	5
	70-79	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
	合計	0	0.0	6	2.3	80	30.8	86	33.1	260
女性	0-9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
	10-19	0	0.0	3	21.4	2	14.3	5	35.7	14
	20-29	1	0.6	5	2.9	57	32.9	63	36.4	173
	30-39	0	0.0	0	0.0	2	25.0	2	25.0	8
	40-49	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5
	50-59	0	0.0	1	20.0	2	40.0	3	60.0	5
	60-69	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2
	70-79	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
	合計	1	0.5	9	4.3	64	30.6	74	35.4	209
男女計	0-9	0	0.0	0	0.0	2	33.3	2	33.3	6
	10-19	0	0.0	4	13.3	6	20.0	10	33.3	30
	20-29	1	0.3	9	2.6	108	31.2	118	34.1	346
	30-39	0	0.0	0	0.0	13	35.1	13	35.1	37
	40-49	0	0.0	1	3.8	7	26.9	8	30.8	26
	50-59	0	0.0	1	6.3	6	37.5	7	43.8	16
	60-69	0	0.0	0	0.0	2	28.6	2	28.6	7
	70-79	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
	合計	1	0.2	15	3.2	144	30.7	160	34.1	469

(%の分母は、各年齢階級別被験者数)

(3) 菌種別検出率

表23 食中毒菌種別検出数

	NAG	V.P.	V.flu	V.fur	Sal	P.shi	A.sobria	A.hydro
実数	5	21	0	1	7	105	26	5
%	1.1	4.5	0.0	0.2	1.5	22.4	5.5	1.1

(%の分母は全検体数：469名)

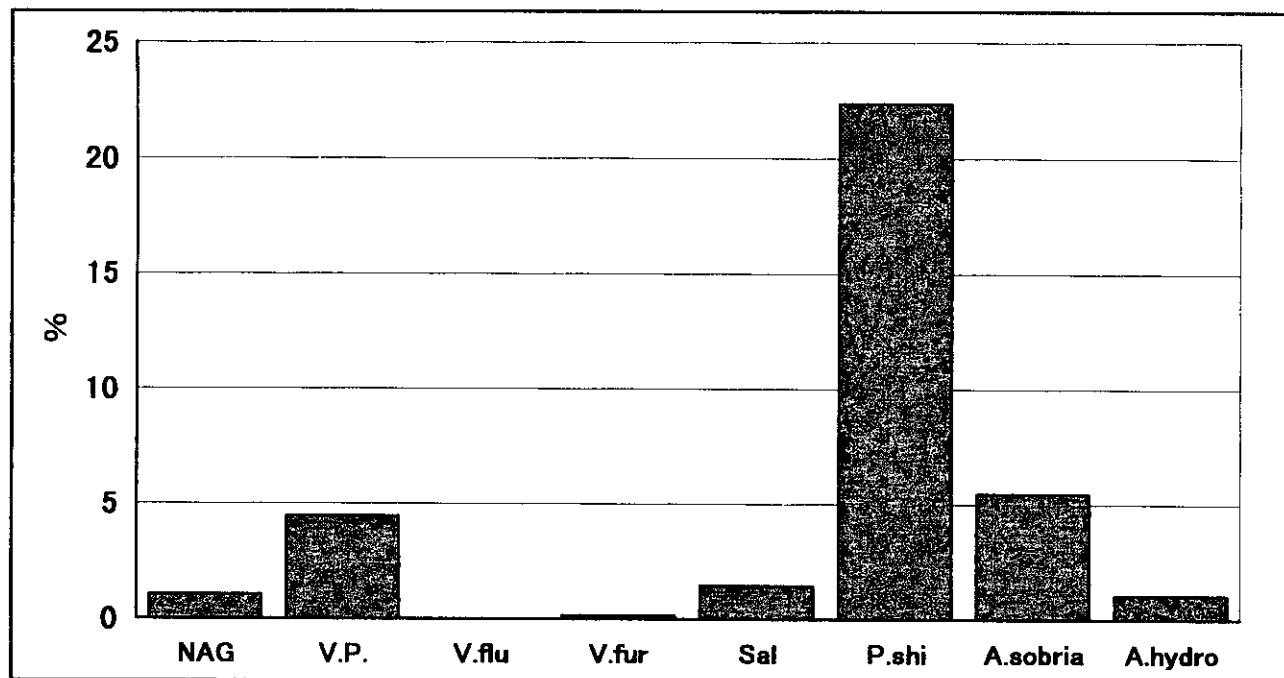


図20 食中毒菌種別検出数 (割合)

食中毒菌のうち最も多く検出されたのは、*Plesiomonas shigelloides*であり、次に *Vibrio parahaemolyticus* (腸炎ビブリオ菌)であった。複数の菌が検出された者もあるため、表23の割合は各菌について陽性者の合計を検体数で割っており、表21の食中毒菌の陽性者率とは異なる。

(4) 滞在州別菌検出割合

菌が検出された者が滞在していた州を検討するために、滞在州別滞在中の菌が検出された者の割合を算出した。図21にその結果を示す。アフリカが最も高く、次いで南アジア、東南アジア、南米であった。検出菌ではアフリカは全て食中毒菌、南アジアと東南アジアは赤痢菌が検出された。赤痢菌は南アジア滞在中の検出割合が高かった。

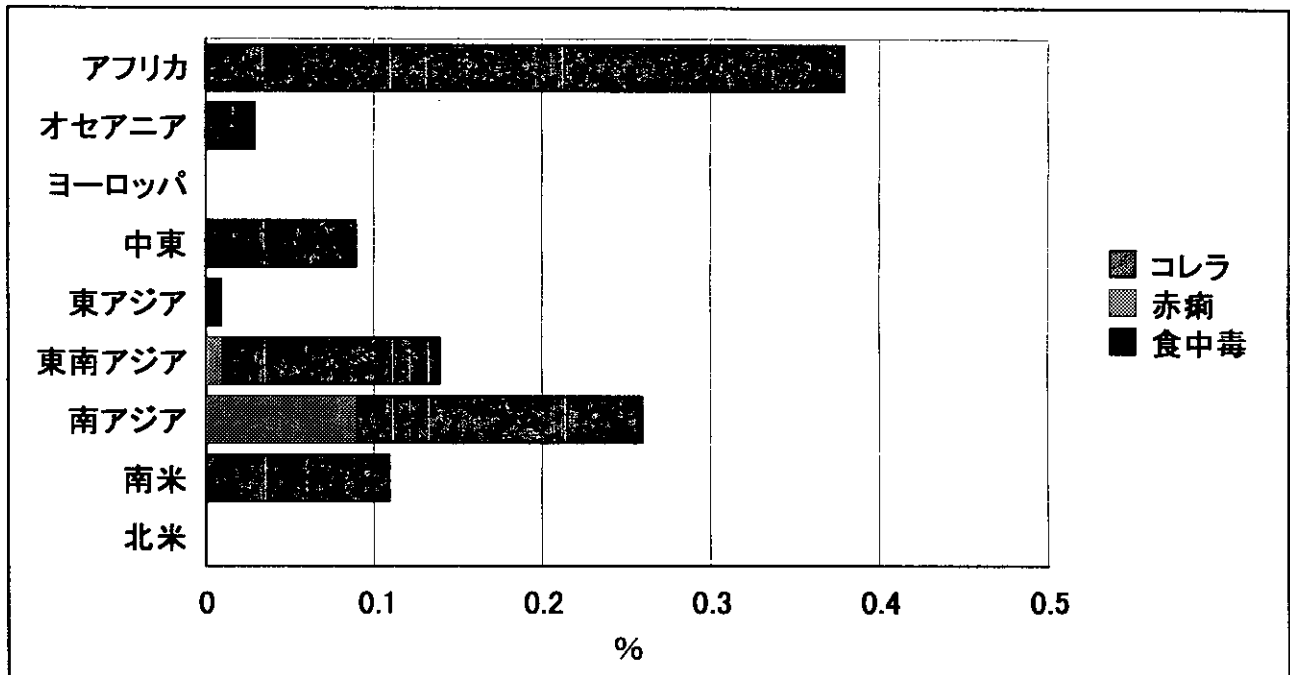


図21 滞在州別検査結果

いくつかの州に滞在した場合、滞在した州により影響を受けていることが考えられる。この影響を除くために、滞在州が1州のみの者だけについて菌が検出された者の割合を計算した。1州のみの滞在であるため、滞在中者は少くなる。図22に結果を示す。

アフリカ、オセアニア、中東はその州にのみ滞在した者について算出した菌検出割合は低くなった。特にアフリカにのみ滞在した者からは菌は検出されなかったため大幅に減少した。その他の州については、複数州滞在した者も含む滞在州別検査結果とほぼ同じ傾向を示した。食中毒菌感染者割合は、南アジア、東南アジア、南米が0.1%強と同程度であり、赤痢菌感染者割合は南アジアが0.1%弱と最も高かった。



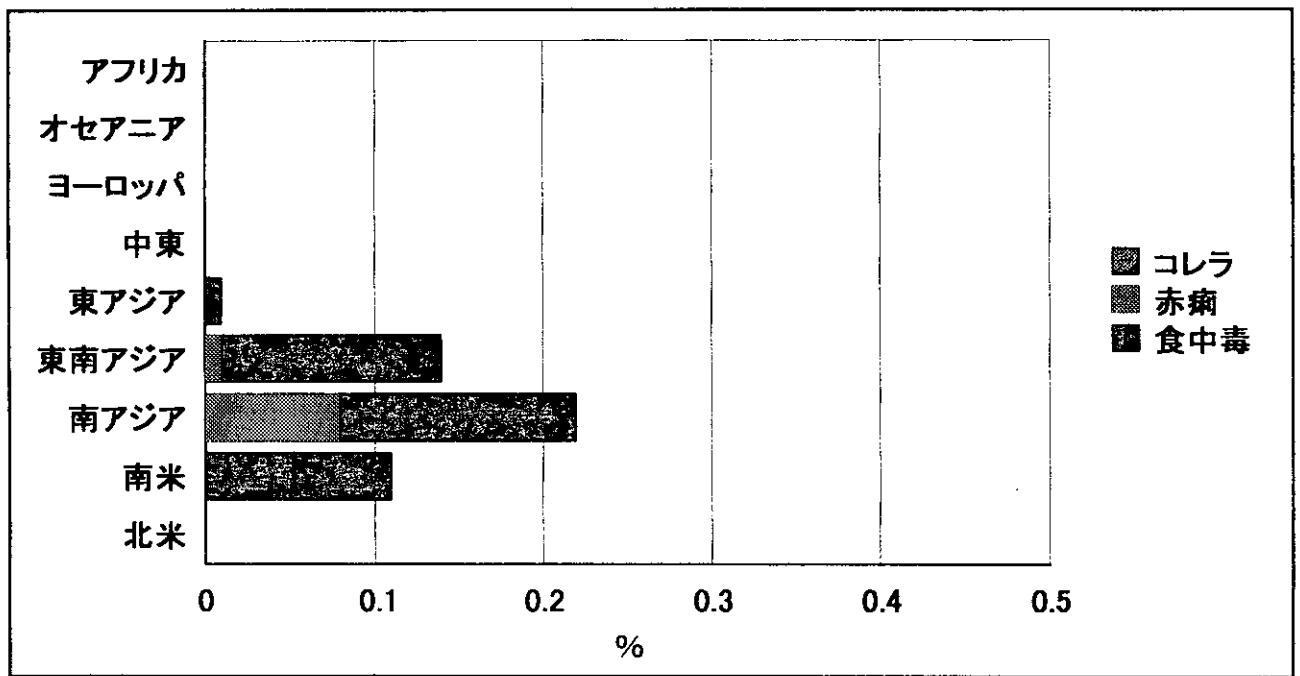


図22 1州のみ滞在した者の滞在州別検査結果

## 8) 症候群分類と検査結果

質問票により、医学的管理が必要な疾患のスクリーニングがどの程度可能かを検討する目的で、疾患を疑わせる症状を訴えている者について、検査結果と照合した。集計は、コレラ汚染地域からの来航者のみを対象とした。検査結果により診断が症状別にどの症候群に分類されたかを表24、図23に示す。また、症状によって分類された症候群別に検査で判定した疾患の割合を表25、図24で示す。いずれの表も疑いも含めた分類で示している。

### ①コレラ

検査の結果コレラと診断された者は1名のみであったが、今回の分類では食中毒様症候群として分類された。逆に、コレラ様症候群と分類された者の0.05%が赤痢、2.6%が食中毒であった。

### ②赤痢

検査の結果赤痢と診断された者の約13%は赤痢様症候群と分類された。食中毒様症候群と分類された者は20%、いずれの分類にも該当しなかった者が約6割存在した。今回の分類では、赤痢様症候群と分類された者の1.4%が赤痢、3.5%が食中毒であった。

### ③食中毒

検査の結果食中毒と診断された者の約1/3が食中毒様症候群と分類された。コレラと分類された者が同じく1/3%、該当しなかった者が3割に達した。症状より食中毒と分類された者の6%が食中毒、0.4%が赤痢であった。

表24 検査結果別該当症候群分類 (コレラ汚染地域のみ)

検査結果による疾患名	症候群			
	コレラ	赤痢	食中毒	該当せず
コレラ	0.0	0.0	100.0	0.0
赤痢	6.7	13.3	20.0	60.0
食中毒	34.0	3.5	28.5	34.0

症候群の各分類は疑いも含めている 分母は検査結果別人数 (コレラ汚染地域のみ)

表25 症候群別検査による判定割合 (%) (コレラ汚染地域のみ)

症候群	検査による疾患名		
	コレラ	赤痢	食中毒
コレラ	0.00	0.05	2.60
赤痢	0.00	1.38	3.45
食中毒	0.15	0.44	6.04
該当せず	0.00	0.19	1.04

症候群の各分類は疑いも含めている 分母は症候群別人数 (コレラ汚染地域のみ)

今回の分類では、腹痛のみの者はいずれの分類にも該当しない。症状の組み合わせからはいずれの症候群にも該当しない者の中では食中毒が最も多かったことから、腹痛のみの場合には食中毒の可能性が最も高いと考えられる。食中毒とコレラは腹痛及び発熱の有無で分けたが、この分類では食中毒とコレラを分類することは困難と思われる。また、菌検査によりコレラ又は赤痢と診断された例数が少ないため、感染の可能性を推定することができる症状の組み合わせを検討できなかったが、今後の重要な課題であると考えられる。

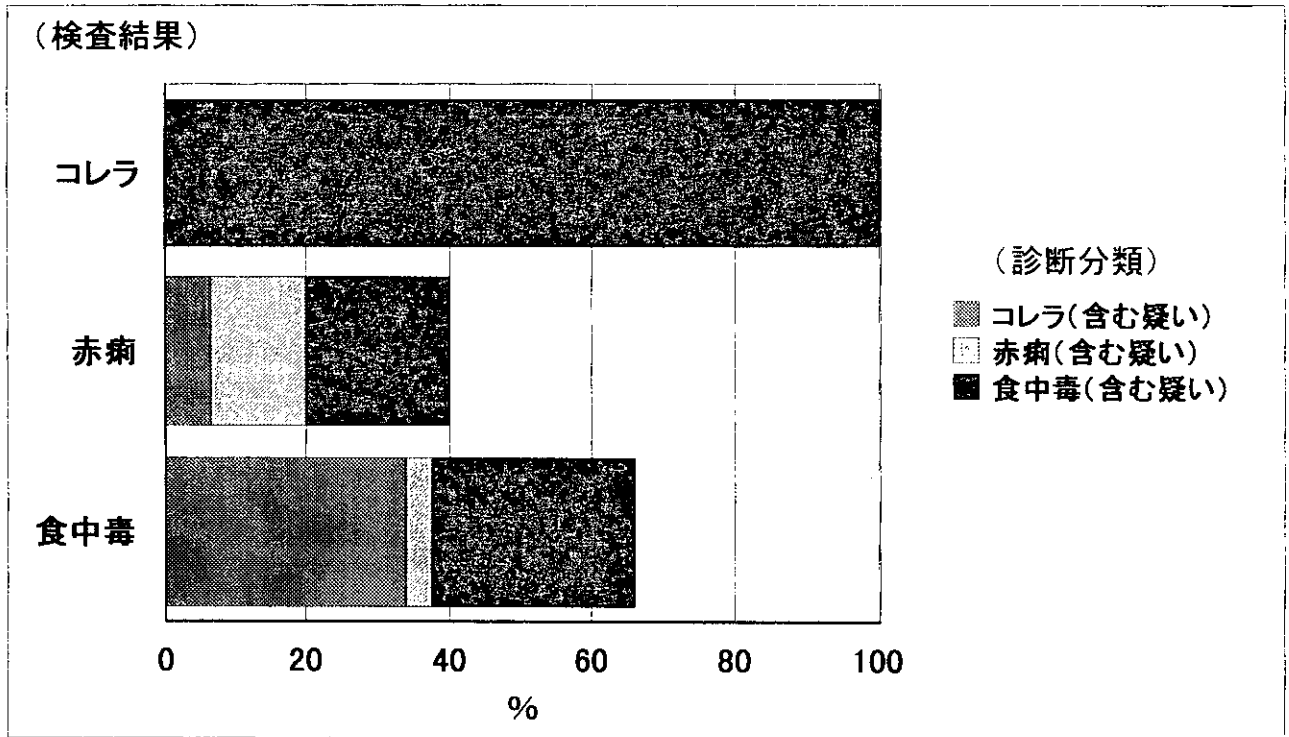


図23 検査による診断別の該当症候群分類割合 (コレラ汚染地域のみ)

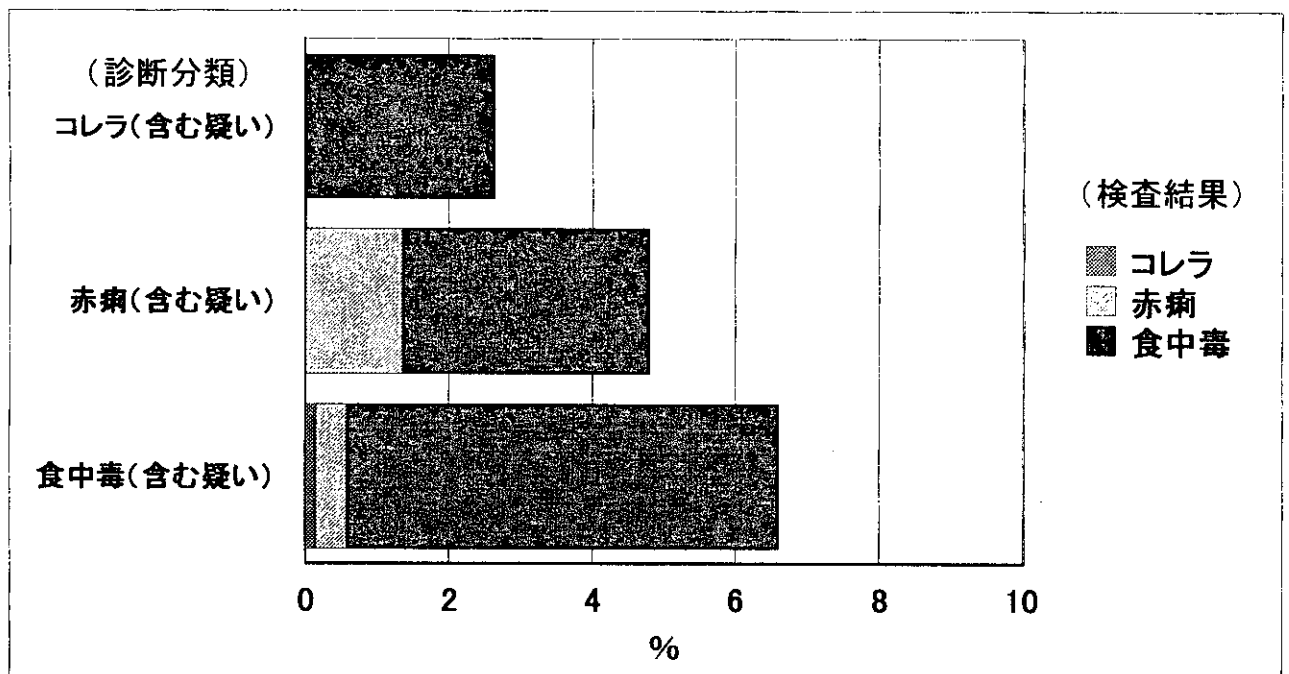


図24 症候群分類別検査結果の割合

## 9) 推定感染国

コレラ汚染地からの有症状者のうち、健康相談を受診した474名のうち、海外滞在中の症状の経過、摂取食品等より感染国が推定できた438名について集計し、国別、州別の感染者割合を推定した。

感染国の推定は、医療専門職員が診療録より判断した。健康相談は通常業務の一環として行われており、コレラ汚染地域からの帰国者を主な対象としていたため、滞在中の割合はコレラ汚染地域からの帰国者に対する割合として示した。同じ理由で表26の推定滞在中者数はコレラ汚染地域から来航機による入国者のみを対象としているために、他の表の推定滞在中者数とは異なる。

表27に州別の感染者割合を示す。

感染者の絶対数ではタイが最も多いが、滞在中者数に対する割合では0.5%以下である。また、アフリカに属する国の滞在中者に対する割合は高いが、滞在中者は少数であるため信頼区間は計算できなかった。これを州ごとにまとめると、アフリカ州が最も高く3.5%、次いで南アジア1.5%、東南アジア0.3%、南米、中東が0.2%であった。

表26 推定感染国及び滞在中者に対する割合

	推定滞在中者数	感染者数	感染者割合(%)	95%CI上限	95%CI下限
バングラデシュ	219	4	1.83	0.81	21.05
インド	5205	93	1.79	1.43	2.38
モロッコ	102	1	0.98	0.34	50.00
ネパール	2892	28	0.97	0.72	1.46
ベトナム	7384	42	0.57	0.47	0.73
インドネシア	12963	65	0.50	0.43	0.60
スリランカ	206	1	0.49	0.21	16.67
タイ	37047	148	0.40	0.37	0.44
ミャンマー	2896	10	0.35	0.25	0.53
カンボジア	1136	3	0.26	0.17	0.61
ブラジル	919	2	0.22	0.13	0.60
マレーシア	15083	24	0.16	0.14	0.19
フィリピン	10624	9	0.08	0.07	0.10
ニジェール	1	1	100.00	-	-
マダガスカル	2	2	100.00	-	-
ウガンダ	2	1	50.00	-	-
ガーナ	2	1	50.00	-	-
タンザニア	11	1	9.09	-	-
ケニア	31	2	6.45	-	-

95%CI : 95%信頼区間

ニジェール以下は滞在中者数が少ないため信頼区間は計算できなかった

表27 推定感染国及び滞在中者に対する割合 (州別)

	推定滞在中者数	感染者数	感染者割合(%)	95%CI上限	95%CI下限
アフリカ	260	9	3.46	1.7	15.0
中東	1122	2	0.18	0.1	0.4
東アジア	24947	17	0.07	0.1	0.1
東南アジア	101285	307	0.30	0.3	0.3
南アジア	8724	130	1.49	1.3	1.8
南米	923	2	0.22	0.1	0.6

## まとめ

今回の検疫質問票を中心とした調査で以下の点が明らかになった。

1. 年齢別、性別における海外での感染症の罹患を疑わせる症状を持つ者は、若年者、特に若年男性は有症率が高いことから、出国前の健康指導が望まれる。
2. 州別では南アジアへの渡航者は他の地域に渡航する者よりも有症率が高いことから、この地域の渡航者に対する健康指導が望まれる。
3. 海外、特にコレラに汚染されている複数国を旅行する者は、感染リスクが高くなることから、複数国での感染症罹患に関連する要因を明らかにする必要がある。

## 参考文献

- 1) 平成9年度厚生科学研究特別研究 国際健規則改正案の我が国への適用に関する研究 研究報告書、矢野周作他、1998
- 2) 世界地図、中野尊正監修、国際地学協会、1997
- 3) 第38出入国管理統計年報（平成11年版）、法務大臣官房司法法制調査部編、1999

(別紙1)

●このカードは、検疫手続きを簡略にするためのものですから、ボールペンを使用し、楷書体で正確に記入して下さい。

## 質 問 票

到着年月日 \_\_\_\_\_ 航空会社  
便名 \_\_\_\_\_  
船名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

国 籍 \_\_\_\_\_ 性別  男  女 年齢 \_\_\_\_\_

住所、連絡先 〒    -

電話 \_\_\_\_\_

過去3週間の滞在国名を記入して下さい。

過去2週間に次の症状があれば該当欄に・(チェック)を記入して下さい。

- |                                |                                       |   |                             |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下痢    | <input type="checkbox"/> 腹痛           | <input type="checkbox"/> おう吐              | <input type="checkbox"/> 発熱 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛    | <input type="checkbox"/> のどの痛み        | <input type="checkbox"/> 発疹               | <input type="checkbox"/> 黄疸 |
| <input type="checkbox"/> 激しいせき | <input type="checkbox"/> 呼吸困難         | <input type="checkbox"/> 異常な出血(皮膚、粘膜、鼻血等) |                             |
| <input type="checkbox"/> けいれん  | <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |   |                             |

厚生省・検疫所

(平成10年2月現在)



平成10年度 厚生科学特別研究  
『検疫所における総合医学研究』  
(主任研究者 小竹久平)

国際保健規則 (IHR) 改正を考慮した  
検疫体制に関する調査研究 (下)

研 究 報 告 書

平成11年3月

主任研究者

小 竹 久 平



## 目次

I. はじめに	-----	1
II. 研究目的	-----	2
III. 研究方法	-----	3
IV. 調査結果	-----	4
V. 都道府県でのグループ討論の内容	-----	14
VI. 考察	-----	16
VII. まとめ	-----	19
VIII. 謝辞	-----	20
IX. 添付資料	-----	21
参考資料 I 改訂国際保健規則暫定案	-----	22
参考資料 II 改正国際保健規則実地調査実施要綱	-----	64

## I. はじめに

現行の国際保健規則は、世界保健機関（WHO）に加盟している各国に対して、黄熱、コレラ及びペストの 3 疾患を診断した場合に WHO に報告を求めることとしている。しかし、エボラ出血熱に代表される新興感染症、あるいはマラリア、結核などの再興感染症の出現や航空交通の発達によって短時間で病原体が広がる可能性が高まったことなど、昨今の感染症を取り巻く状況は大きく変化してきており、このような変化に伴って現行の規則が採用している 3 つの疾患を診断した場合に報告する方式だけでは感染症に対する十分な対応がとれない可能性が指摘されてきた。

このため、1995 年の WHO 総会において国際保健規則を改訂する主旨の決議が加盟各国よりなされ、WHO が中心になって改訂の作業を進めてきた。

主な改訂点の一つに、これまでの 3 疾患を診断してから報告する方式に代えて症候群の段階で報告する方式の採用がある。この方式は、報告までの期間を短縮できること、未知の疾患にも対応できること等の利点があるが、実際にどのような疾患が捕捉できるか、あるいは加盟各国におけるサーベイランスに適合するかなどが検討課題として挙げられている。WHO では、この症候群による方式で実際にはどの程度疾患が把握できるのか（感度）、この方式を行うためにはどのような体制が必要なのかを明らかにすることを目的に、このたび世界 21 カ国において改訂（案）を用いて調査を行うこととし、我が国にも調査が要請された。

我が国では、この要請を受けて調査を行うために、厚生科学特別研究として研究班が設置され、昨年度より検討が行われてきたが、今般実際に我が国においてこの方式を適用した場合に、どのような疾患がどの程度把握できるか、あるいは我が国の実状に適合させることが出来るか、あるいは適合させるためにはどのような体制が必要かなどを検討するために、研究班の分担研究の一環として実地調査を実行した。研究結果は厚生本省より WHO 本部に対して、我が国の意見として報告されているが、本報告書では、国際保健規則改訂案を紹介するとともに、実地調査にて報告された症例の詳細や報告期間の集計などデータとともに、実地調査の全体を述べ、実地調査にご協力いただいた各都道府県において議論された内容を含め、報告する。

## II. 研究目的

現行の国際保健規則（以下 IHR）は黄熱、コレラ、ペストの 3 疾患のみが対象であり、各国はこれらの疾患を診断した場合に世界保健機関（以下 WHO）に報告することになっている。しかしながら、近年の新興・再興感染症、特に国際的に脅威となっている疾患について対応できない状況にあるとの懸念から、WHO 加盟国（現在 190 カ国）は、1995 年 5 月の WHO 総会において事務局長に対して、IHR を近年の国際的交通および物流の状況に適合し、かつ新興感染症を含む感染症疫学の最近の傾向にあわせて改革することを求める決議を採択した。その後、1995 年 12 月には、疫学、ウイルス学、細菌学、寄生虫学、環境衛生学等幅広い分野の専門家から構成される委員会が設置され、検討されるとともに、各国の担当者もいれた非公式のワーキンググループにおいても議論がなされてきた。

大きな改正点の一つとして、報告を促進するために、従来の診断名による報告から、臨床症候群によるアプローチ、すなわち臨床症状から報告基準を作成しこれに合致した疾病を症候群として報告する形態を取り入れている点が上げられる。新 IHR は、この症候群の定義に合致する疾患のアウトブレイクと、国際的に緊急の重要性をもつ疾患のアウトブレイクについて報告されることになる。また、新 IHR では地域流行的している疾患については報告義務はなく、例えば、コレラは国際的緊急自体、すなわち通常流行のない国でのアウトブレイク、新種の株によるもの、異常な重症度のもの、あるいは他の加盟国によって旅行・輸入制限が必要になる場合を除いては報告義務はない。

症候群の定義は、国際的脅威となるすべての感染症のアウトブレイクをカバーするべく、次の 6 種類に整理されている。1) 急性出血熱症候群、2) 急性呼吸器症候群、3) 急性下痢症候群、4) 急性黄疸症候群、5) 急性神経症候群、6) 感染症と考えられる他の疾患を含める。これらの報告の後、確定診断がつけばそれも報告することとなっている。もし、診断名が判明すれば、症候群名でなくとも、疾患名で報告することも可能である。

1998 年 2 月には最終案を加盟各国に対して送付され、世界 20 カ国を対象としてパイロット実地調査を行うことが決定され、日本もその一つとして選ばれた。参考として、巻末に改定案を添付する（参考資料 1）。本研究の目的は、新しい症候群アプローチについて評価することにある。ひとつはこのアプローチを使用することにより既存のサーベイランスシステムのなかで、疾患アウトブレイクの探知、およびそれに対する反応を促進することができるかどうかを試行することであり、もうひとつは症候群定義の感度と特異度を検討することである。

### Ⅲ. 研究方法

#### Ⅲ-1. 調査対象

全国都道府県のうち、協力の得られた茨城県、新潟県、静岡県、石川県、千葉県、大阪府（大阪市含む）、福岡県、和歌山県、鳥取県、愛知県、岐阜県、宮崎県、岡山県の 13 府県において、原則として、厚生省感染症発生動向調査事業の定点医療機関を調査定点として、参考資料 2 に示すような改正国際保健規則実地調査実施要綱に基づき、別紙に示す症候群定義によるサーベイランスのパイロットスタディを行った。報告時期については、症候群定義 I（WHO 定義）に合致すると診断した場合には速やかに管轄保健所を經由して研究班事務局（国立感染症研究所感染症情報センター）に報告することとし、それ以外の定義に合致するものについては 2 週間を調査単位とした。

厚生省感染症発生動向調査事業とは定点サーベイランスであるが、保健所毎の管轄人口により定点数が決められ、医師会との協力により定点医療機関が設定されており、現在では全国で 3833 の定点医療機関からの報告を基礎としている。全国で 2409 の小児科・内科診療所定点より、麻疹、風疹、水痘、インフルエンザ、手足口病など 15 疾患の週単位の患者発生報告が、316 の眼科定点から咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎の 3 疾患について週単位で、504 の病院定点から急性肝炎、髄膜炎、脳炎／脳症など 14 疾患について月単位の発生報告が、604 の性行為感染症（STD）定点から淋病、性器クラミジア症など 6 つの STD について月単位で報告されているものである。定点からのデータは、保健所に郵送で報告され、そこからオンラインにて中央にデータが集められ、集計されているものである。

#### Ⅲ-2. 調査期間

原則として、1998 年 11 月 15 日から、12 月 31 日までの合計 6 週間と 5 日とした。

#### Ⅲ-3. 調査内容

症候群定義として、WHO 定義の重症例を原則とする急性出血熱症候群、急性呼吸器症候群、急性消化器症候群、急性神経症候群の 4 種類を定義 I とし、これに理学的所見を加味した若干軽症と考えられる急性呼吸器症候群、急性消化器症候群、急性神経症候群の 3 種（定義 II）、より軽症であるが、入院必要例を把握できると考えられる急性呼吸器症候群、急性消化器症候群、急性神経症候群の 3 種（定義 III）の合計 10 種類を用いた（参考資料 2 別紙）。

調査期間中に、これらに合致した症例を診断した場合には、別添の調査票により、患者生年月日、保健所への報告年月日、入院日に加えて、疾患名診断が付いた日とその診断名、診断方法、可能であれば病原診断、症状を報告するものとした。