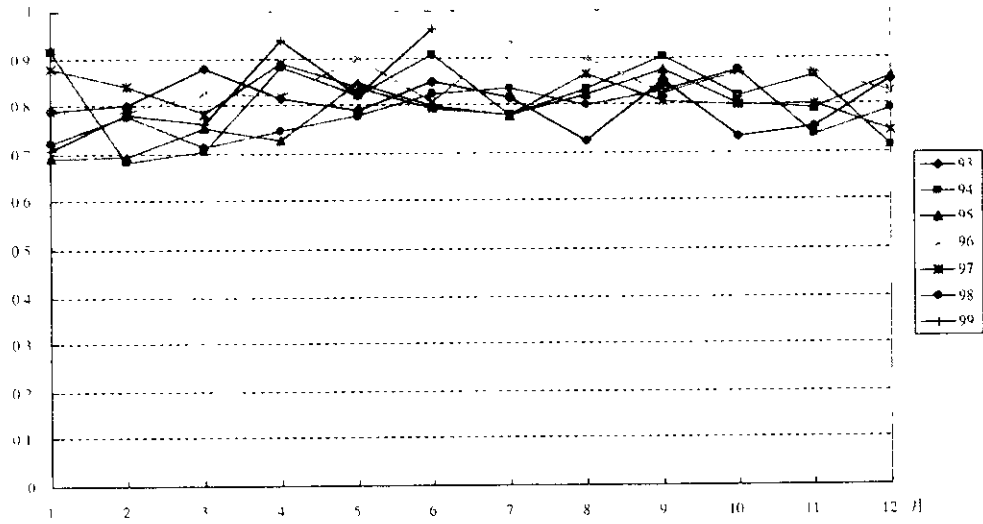
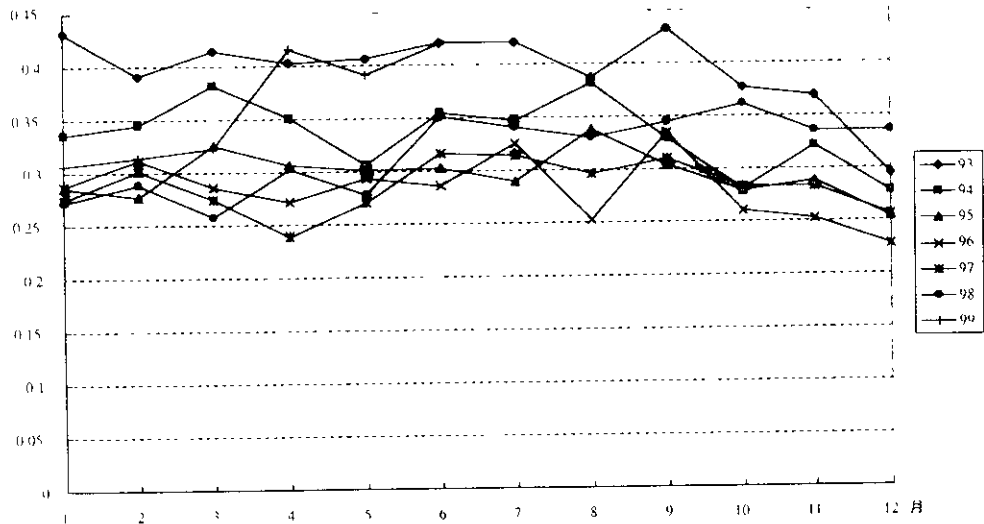


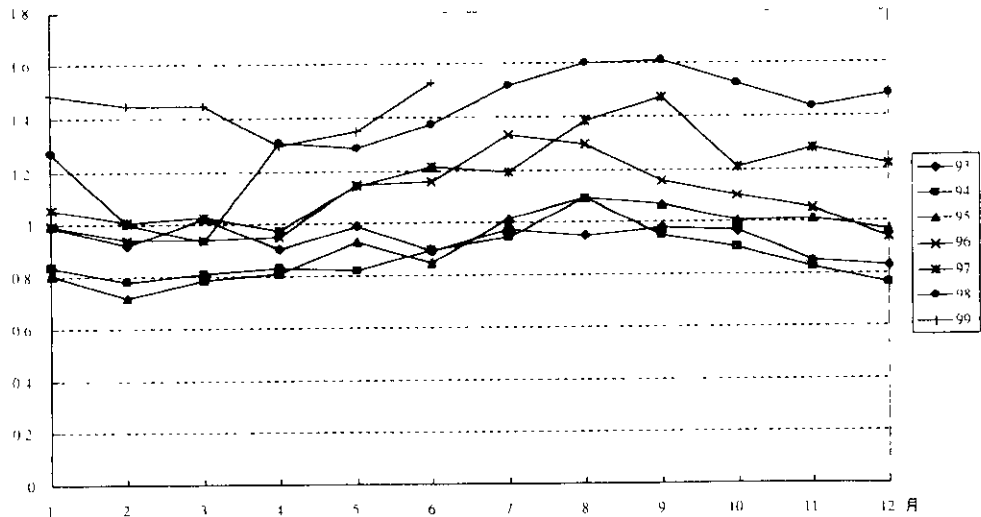
図Ⅲ-4-5 月別定点あたり報告数、性器ヘルペスウイルス感染症



図Ⅲ-4-6 月別定点あたり報告数、尖圭コンジローム



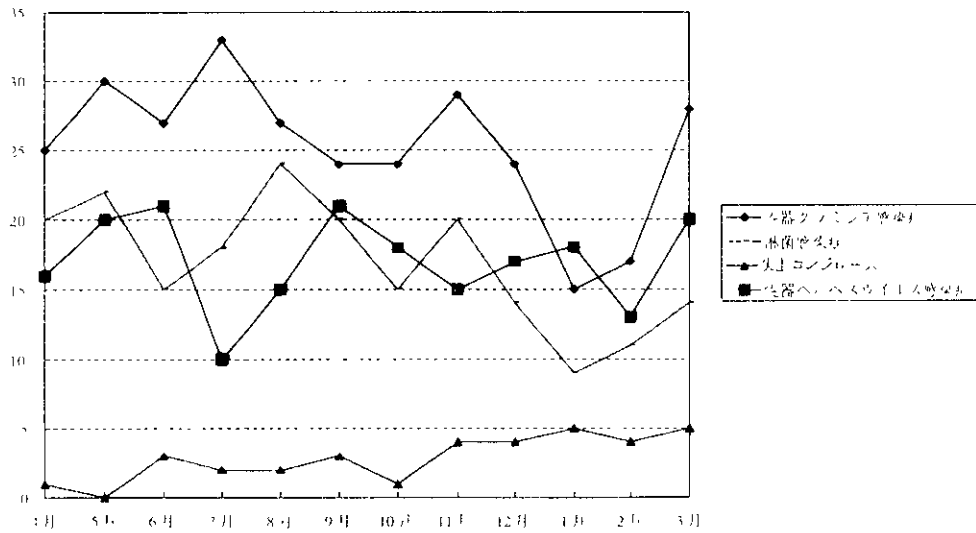
図Ⅲ-4-7 月別定点あたり報告数、淋病様疾患



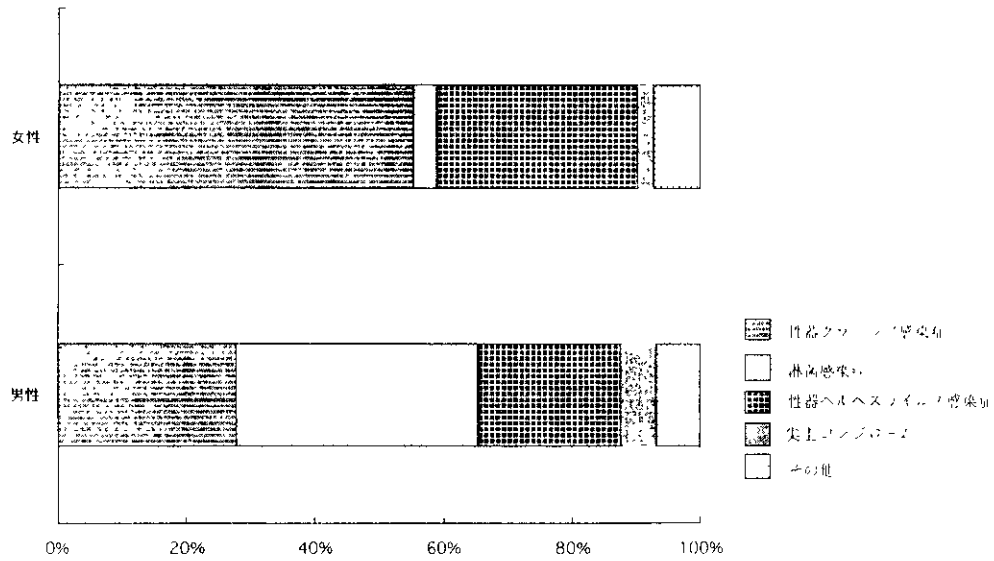
表Ⅲ-4-1 都道府県・政令市別、定点あたり年間報告数（1997年）－STD定点－

都道府県・政令市	淋菌感染症	性器クラミジア 感染症	性器ヘルペス ウイルス感染症	尖圭 コンジローム
全国	14.15	26.14	9.83	3.44
1 北海道	36.91	74.78	11.22	2.35
2 青森	4.56	3.33	4.89	0.56
3 岩手	38.90	30.50	9.80	14.80
4 宮城	3.62	5.85	1.31	0.38
5 秋田	0.00	6.88	0.88	0.75
6 山形	5.33	37.44	1.44	0.56
7 福島	7.09	12.82	1.36	1.55
8 茨城	9.56	32.78	5.00	2.22
9 栃木	15.18	39.55	1.55	3.64
10 群馬	19.14	62.79	5.43	0.93
11 埼玉	6.39	36.78	2.30	1.96
12 千葉	8.13	13.33	6.60	2.33
13 東京	27.02	43.80	26.73	9.59
14 神奈川	8.78	25.36	3.81	1.75
15 新潟	10.53	15.12	7.35	3.18
16 富山	9.86	53.57	9.14	13.86
17 石川	5.80	17.30	6.80	2.00
18 福井	11.00	30.75	8.50	1.00
19 山梨	0.50	1.00	1.50	1.50
20 長野	4.92	14.00	7.25	4.00
21 岐阜	9.43	6.79	7.29	3.79
22 静岡	3.33	16.33	4.33	1.33
23 愛知	22.84	32.66	9.34	3.75
24 三重	5.62	7.92	3.85	1.54
25 滋賀	19.14	18.71	3.86	3.14
26 京都	1.44	16.17	5.39	0.83
27 大阪	24.29	33.51	32.29	6.98
28 兵庫	9.24	14.69	10.38	3.17
29 奈良	1.75	2.25	1.00	0.00
30 和歌山	10.44	7.00	9.56	1.78
31 鳥取	13.67	17.00	1.33	0.00
32 島根	5.25	18.50	3.50	0.75
33 岡山	4.90	9.20	2.20	0.80
34 広島	10.74	12.89	7.68	1.84
35 山口	7.38	10.13	7.38	1.75
36 徳島	7.25	20.75	10.75	1.50
37 香川	5.43	24.86	6.43	5.00
38 愛媛	4.75	2.75	2.00	2.88
39 高知	3.80	7.80	3.40	1.00
40 福岡	48.63	76.50	18.31	6.13
41 佐賀	23.17	26.50	3.67	1.83
42 長崎	3.43	13.00	15.00	2.00
43 熊本	10.93	2.53	4.60	0.67
44 大分	21.40	19.80	13.40	4.60
45 宮崎	6.00	13.00	28.00	4.50
46 鹿児島	7.25	13.50	7.42	1.83
47 沖縄	5.00	2.75	0.00	1.50
51 札幌市	89.25	108.50	21.25	4.50
52 仙台市	5.25	5.25	0.00	0.00
53 千葉市	6.50	7.00	9.50	7.00
54 横浜市	8.22	5.17	2.61	0.89
55 川崎市	5.00	72.71	6.57	3.71
56 名古屋市	33.23	38.23	9.38	3.08
57 京都市	0.92	14.25	5.83	0.92
58 大阪市	46.00	61.53	72.65	11.94
59 神戸市	7.11	15.67	17.44	4.56
60 広島市	17.33	16.22	10.33	2.00
61 北九州市	20.00	19.50	17.50	4.75
62 福岡市	98.33	167.17	30.50	11.83

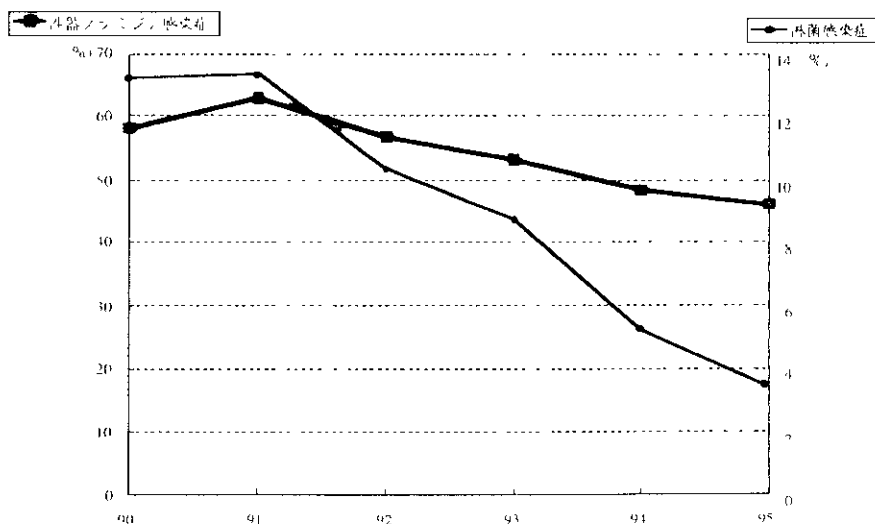
図Ⅲ-4-8 1997年4月から1998年3月間の北九州市における性病感染症の報告数



図Ⅲ-4-9 1997年北九州市STD研究会における男女別各種性感染症の頻度



図Ⅲ 4-10 性病感染症スクリーニング検査における商業セックスワーカーの感染率



### Ⅲ－５． 一般的留意点

サーベイランスは伝染病及び感染症の対策を樹立するために実施されたものであるが、近年では感染症以外の重要な疾病及び公衆衛生的問題まで対象が広がられている。感染症に限らず、全てのサーベイランスシステムが備えるべき要件として以下のものがあげられる。

**単純性** 報告に要する事務手続きが簡便であればそれだけ精度の高い報告が得られる。また、システム自体が簡素であればそれだけ運営が容易である。

**柔軟性** 時間、人的資源、予算などをそれほど追加しなくても、状況の変化に対応可能なシステムが望ましい。未知の感染症について対応する場合に重要である。

**受容可能性** サーベイランスシステムは医療機関からの報告により成り立っている以上、臨床医などがシステムの重要性を理解していることが必要である。報告すべき情報が完全にそろっているか、遅滞なく報告されているか、等について評価を行うことは重要である。

**代表性** 対象となる疾病の発生状況について時系列的な分布及び、好発する地域ならびに年齢階級などが正確に得られることが重要である。

**適時性** 収集された情報などが次の段階に移されるまでにかかる時間を議論する上で重要な点は、サーベイランスが対象とする疾患の性質とサーベイランスが何を目的するかである。感染症の場合、潜伏期間が短いことから迅速さが重要であり、臨床診断や発症日が重要である。

以上のような点をふまえた上で、サーベイランスシステム全般における警告システムを考慮する上で留意すべき点を仮想データと実際に観察されたデータの両方を用いて検討する。

「警告」を発生する状況としては「通常状態では考えられない異常な報告数」が定義として考えられる。具体的な警告発生の方法論については別の部分で取り上げるので、ここでは異常発生を「警告」するだけではなく、サーベイランスシステムから得られた情報の性質を中心に議論する。「警告」という表現からは大流行発生に伴う急激な症例数の増加というイメージが伴うが、システムから得られる情報の精度を一定以上に保っておかなければ、実態を反映しているとはいえない。報告される患者数が極端に低い場合に対しても、「警告」を行い、サーベイランスシステムの状況を確認することが必要である。

図Ⅲ－５－１に1990～94年の全国における定点あたり突発性発疹報告数を週ごとに示す。全ての年で第1週、第18週、第32～33週は前後の週と比較して定点あたり患者報告数が大きく低下していた。定点医療機関がこれらの週では他の週より少ない日数しか稼働していないことによると考えられる。

図Ⅲ－５－２に仮想データによる一時的な報告数の上昇のグラフを示す。第1, 2週では20を越えていた定点あたり報告数はその後10前後を推移するようになった。第25週では一時的に定点あたり報告数は80まで増加したが、その翌週よりほぼ従来通りの報告数となった。一度限りの暴露に

よる集団発生で二次感染が生じていない場合に、このような推移をとることも考えられるが、集計の誤りや入力 of 誤りが起こっている可能性も否定できない。

図Ⅲ-5-3に別の仮想データによる報告数上昇状況の一例を示す。第1～19週までの定点あたり報告数は3前後を推移しており、最大となった第7週でも6にしかすぎなかった。しかし、第21週以後は第21、22週はともに23となり、その後やや低下したが、10前後を推移するようになった。第40週は最小値であったが、それでも3と第1～19週までの平均的報告数であった。このような場合、小規模の流行が持続的に発生している可能性も否定できないが、定点からの報告がある時期から増加していることも考えられる。

図Ⅲ-5-4に実際のデータとして、1994,95年の岡山県における定点あたり麻疹報告数を週別に示す。1994年は週別の定点あたり報告数は年間平均1.66、最大値は第20週の11であったが、1995年には週あたり平均報告数は4.4、最大値は第22週の22となった。流行曲線の形には大きな変化がなく、定点からの報告が変化した可能性も考えられる。

図Ⅲ-5-5に仮想データによる報告数減少の事例をあげる。第24週までの週あたり平均報告数は7.8、最大値は第5、17、20週の15、最小値は第8、21週の2であった。しかし、第25週以後は全く発生報告がなくなっている。何らかの予防対策により、疾病が根絶された可能性も存在するが、その疾病を専門とする医療機関が設立されたことにより、これまでの定点機関を受診する患者の受療行動が変化した可能性もある。

ここまでにあげた実例及び仮想データはかなり極端な場合であるが、サーベイランスシステムを運営する上で注意すべきいくつかの点を含んでいる。第一に、「警告」という言葉からは感染症の異常発生にのみ注意が向くが、システムの機能が低下した場合には患者発生状況にかかわらず患者報告数は低下することである。もちろん、第一類疾患のように希にしか発生しないことが前提条件であり、報告がまったくないことが仮定されている場合も存在する。しかし、図Ⅲ-5-5のように長期間にわたって、ある程度の報告が持続していた疾患が一時期を境目に全く報告されなくなった場合には、何らかの形で「警告」を行い、システムの稼働状況を確認することが必要である。

このことは流行発生時にも該当し、急激な報告数の低下が認められた場合に、流行の終息と判断される場合もあるが、あまりにも急激な場合にはサーベイランスシステムの運営面で何らかの問題が起こっている可能性も否定できないからである。

## 1) 流行拡大について

感染症サーベイランスの主要な目的の一つは、流行の早期把握と感染拡大の予防である。そのためには、近隣地域における流行発生は可能な限り早く周辺に伝達されるべきである。実際の都道府県別データにより、流行の拡大状況を示す。

図Ⅲ-5-6に1995年の香川県、愛媛県における定点あたり麻疹報告数を週別に示す。愛媛県では第1週から48と比較的高い値であり、その後変動しながらも上昇傾向が持続し、第15週に最大266となる流行が認められた。第5週以後で初めて50を下回ったのは第29週になってからと、

長期間にわたる流行が考えられた。香川県では第8週より徐々に増加していき、第20週には46、第22週には最大108となった。第23、24週に一時落ち込んだが第25週に104となり、その後減少に転じた。第33週では21となった後は10以下で推移し、第43週の21など、たまに増加することはあってもほぼ横這いとなった。両県では流行のピークにおける定点あたり報告数は異なるが、この年の推移からは2つの県の間で流行が伝播した可能性も考えられた。

図Ⅲ-5-7に九州地方における1995～96年の手足口病の定点あたり報告数を各県別に示す。佐賀県では第23週に1011と他の県よりも早くピークが生じた。続いて福岡県（第24週、1063）、長崎県（第25週、698）、沖縄県（第25週、360）と相次いで流行の頂点が生じた。鹿児島県（第28週、217）、大分県（第28週、1511）、宮崎県（第28週、851）は同一週に頂点が生じた。流行の頂点の時期から、佐賀県、福岡県、長崎県、沖縄県と、鹿児島県、大分県、宮崎県の2群に大別され、九州地方内で都道府県単位での集計でも流行発生が地域から地域へ伝播する傾向を示した。

図Ⅲ-5-8に全国各都道府県（北海道、宮城県、東京都、石川県、山梨県、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県）における1995～96年の手足口病の定点あたり報告数を各県別に示す。北海道（第31週、325）、宮城県（第29週、1278）、東京都（第28週、870）、山梨県（第29週、637）、愛知県（第25週、1040）、大阪府（第28週、462）、広島県（第28週、957）、香川県（第24週、1067）、福岡県（第24週、1063）、にそれぞれ流行の頂点が認められた。しかし、大阪府では第25週に455と一時的なピークが生じている。また、北海道については、第34週に181まで減少した後、再び上昇に転じ、第38週に280まで上昇した。第24週前後に頂点に達するもの（愛知県、大阪府、香川県、福岡県）と第28週以後に頂点に達するもの（北海道、宮城県、東京都、山梨県、広島県）に大きく分類でき、全国各地の都道府県においても流行発生が地域から地域へ伝播する傾向を示した。

今回時系列的に検討した情報は都道府県単位のものであり、保健所単位で見たときと比較して、同一県内で地域格差が生じている場合や県境をまたがった地域で流行が発生する場合について十分に考察されているとは限らない。また、全国のどこから流行が開始するのかについては、ある特定の地域より広がるのか、同時に複数の箇所ではじめた流行が別個に伝播するのか、の分類は行われていない。しかし、近隣地区の状況を早期に把握することで、流行の早期発生をある程度予測可能と考えられる。

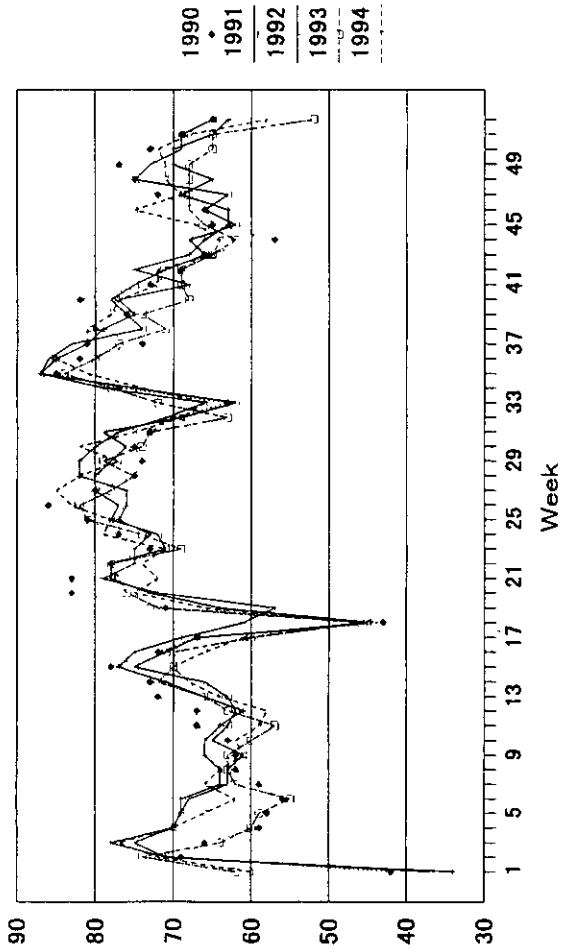
## 2) システムの維持

感染症サーベイランスは基本的には受動的情報収集により運営される。報告される患者数などの情報は疾病の発生数以外にも情報提供がどのように行われているかにも大きく依存する。以前の食品衛生法における医師の届出による食中毒情報収集が十分に機能していなかったという指摘は、情報提供がいかに行われていたかの問題が大半であると見るべきである。感染症サーベイランスシステムを維持する上では、伝染病に関する関心を高め、情報提供に協力する者を増やすと共に、情報提供者が情報を提供しやすい環境づくりを行う必要がある。

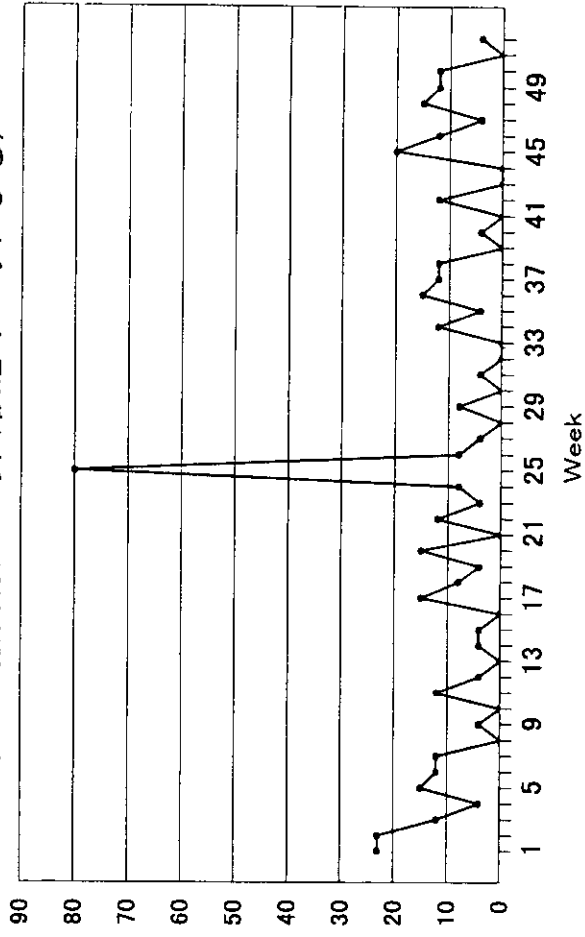
感染症新法の下で新たに定点が選定され、新しいシステムによる情報が蓄積されつつあり、過去のシステムとの比較も可能になりつつある。だが、定点医療機関の担当医が交代した場合には、以前の担当者とは必ずしも同様に情報提供を継続するとは考えられない。安定したサーベイランスシステムを継続させ、情報の質を維持するためには、定点医療機関における担当者に必要に応じて感染症予防及び疫学に関する教育を提供することも重要である。また、医師会などの協力を得ることにより、全ての臨床医の感染症への関心を高める必要がある。また、臨床医と行政担当者のコミュニケーションを円滑にし、異常に高い報告数や長期間全く報告がない医療機関に行政担当者が状況を直接確認することや、医療機関側から行政担当者に他施設における患者発生状況を問い合わせることが可能な状況になれば理想的である。

サーベイランスシステムにより収集された情報を速やかに還元することは、「警告」を発令する上で非常に重要である。もし仮に保健所管内の報告数を入力した瞬間に「警告」が発生され、その場で流行発生が確認されれば、より早い段階で対策が実施されるであろう。また、近隣の行政機関担当者相互で情報交換が行われることで、流行の伝播をより早期に察知可能となる。適切かつ迅速な情報還元により現場での診断・治療・予防に有用であることを実感してもらうことができれば、臨床医の情報提供に関する意識を高め、さらに質の高い情報を得ることが可能になる。

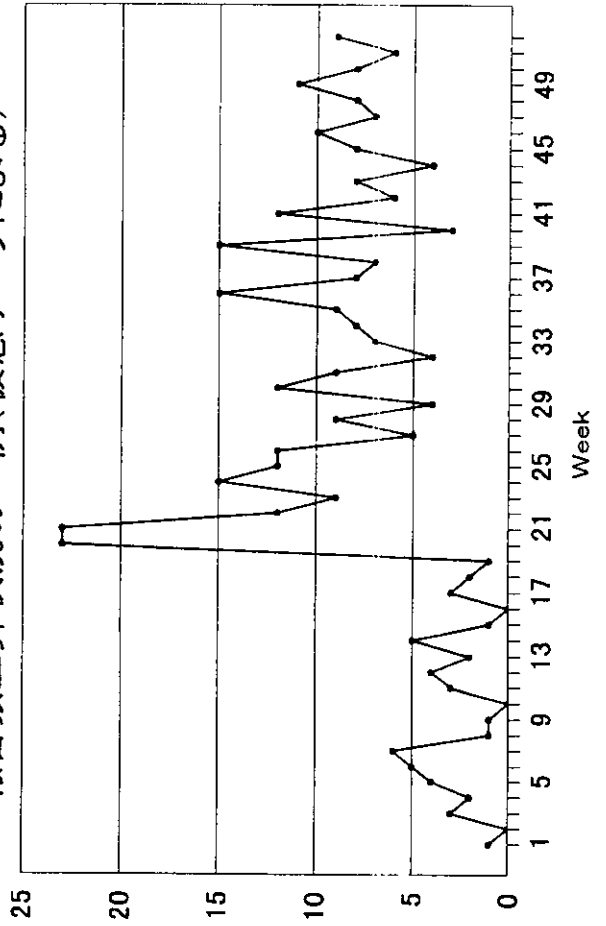
図Ⅲ-5-1  
1990～94年の定点あたり突発性発疹報告数(全国)



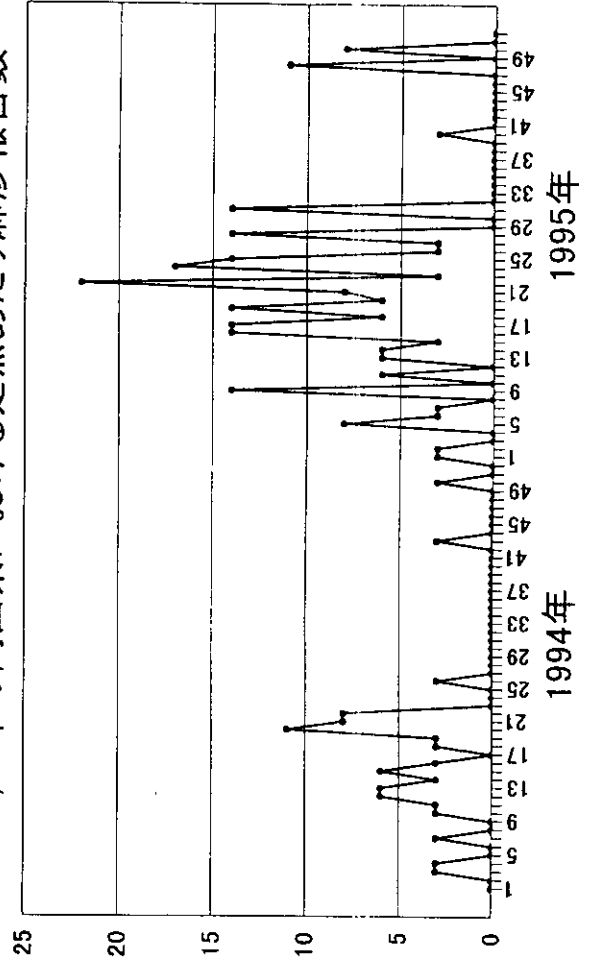
図Ⅲ-5-2  
一時的な報告数の上昇(仮想データによる)



図Ⅲ-5-3  
報告数上昇状況の一例(仮想データによる)

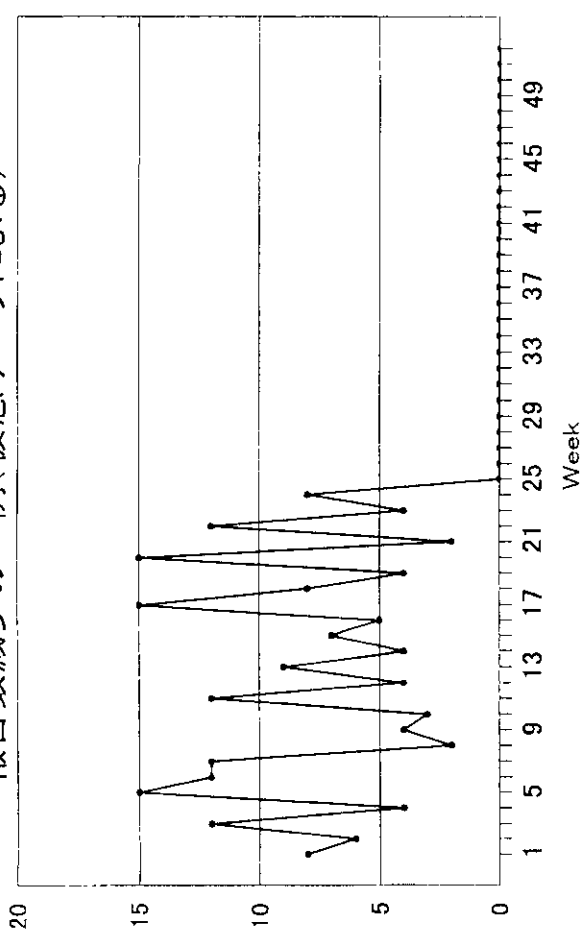


図Ⅲ-5-4  
1994,95年の岡山県における定点あたり麻疹報告数

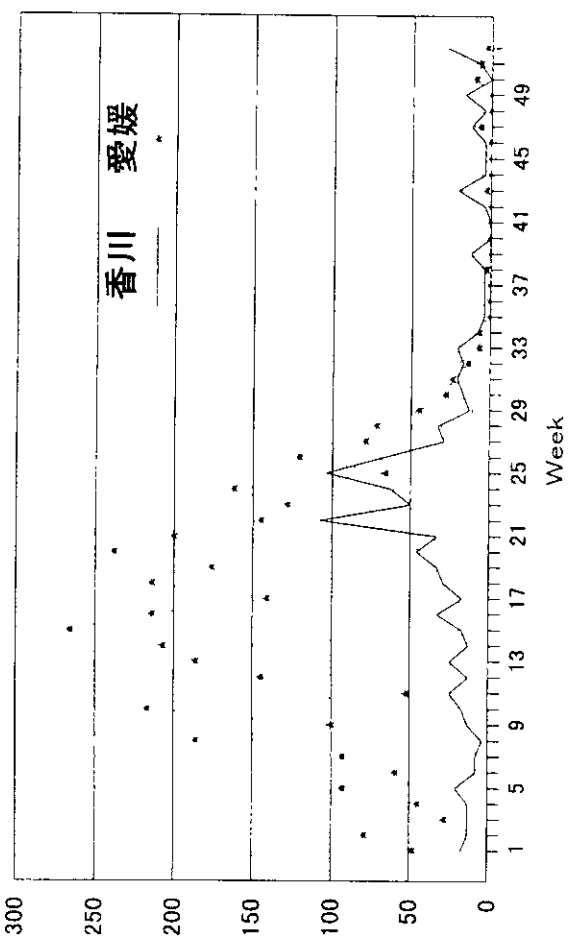




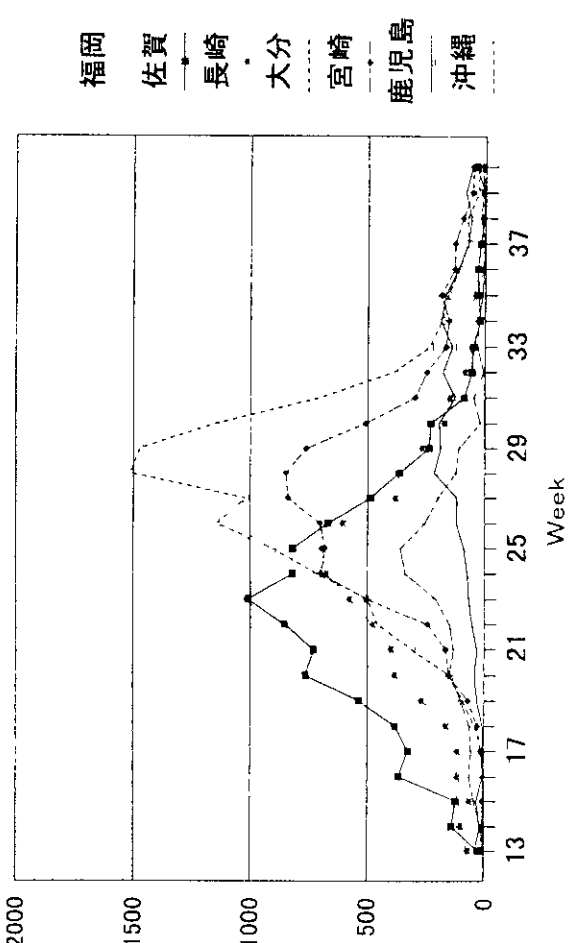
図Ⅲ-5-5  
報告数減少の一例(仮想データによる)



図Ⅲ-5-6  
1995年の香川県、愛媛県における定点あたり麻疹報告数

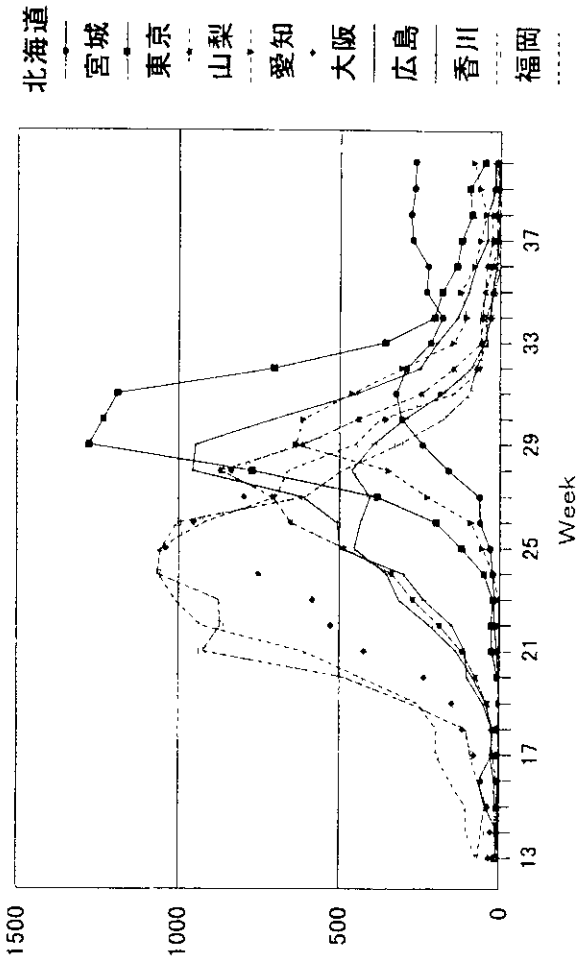


図Ⅲ-5-7 1995,96年の九州地方における  
第13~40週の手足口病報告数



福岡  
佐賀  
長崎  
大分  
宮崎  
鹿児島  
沖縄

図Ⅲ-5-8 1995年第13~40週における  
全国各都道府県(抜粋)の定点あたり手足口病報告数



北海道  
宮城  
東京  
山梨  
愛知  
大阪  
広島  
香川  
福岡

### Ⅲ－６．警告発生システムの役割

第Ⅰ章で、ここで検討する警告システムは、注目すべき流行現象あるいは異常状態、非常状態（常ならざる状況）が起きていること、あるいは起きている可能性が高いこと、もしくは起きているかどうかさらに詳細に検討すべき状況にあることを、関知し、警告を発生するシステムであるとした。ここで言う異常状態とはどんな状態であるか、必ずしも明確になったいるわけではない。実はしばしば主観的印象として述べられている。ここではこの異常状態についての考え方、それに対応して出される警告が持つ役割、意味について、いくつかの考え方を取り上げ、ここで提案しようとする警告システムの意義、特徴を明示したい。

#### 1) 異常状態の考え方

感染症は、時々あるいは所々で流行する。ここで流行というのは、限られた時間または地域に通常期待されるよりも多数の患者が発生することを指すものである。患者（罹患）の頻度が時間と場所の二つの視点から観察され、これによって流行が認識される事を確認したい。このように定義される流行を異常事態とするのが一つの考え方である。この場合、通常期待される患者数とは、特定地域あるいは基準となる全国などのより広い地域の、過去1年なり、数年の患者数の平均のように、過去の経験をもとに設定されるものである。

通常の流行というものを考える別の考え方がある。例えばインフルエンザのように、毎年必ず特定の時季（冬）に流行がある疾患については、その流行は通常の状態であると考え、流行期には特にその流行が特別である（大きい）時に限って異常状態であるとする考え方である。また、同様に、特定の地域（例えば南、あるいは九州四国地方）で頻度が比較的高い疾患では、その地域については通常値を比較的高い値に設定するのがよいとする考え方である。この場合は、季節ごと、地域ごとに通常とする基準値を設定することになる。そのため、システムが複雑となり、判定基準や判定結果についての合理的理解が得にくいという欠点がある。また基準値を定めるための基礎データが不安定になりやすい、例えば同じ患者数であるにも関わらず、時期が一週違っただけで、あるいは隣り合う地域なのに、異常と判断されたりされなかったりするといった解釈上の問題が生じやすくなるという欠点もある。流行の季節変動について、適切なモデル（周期）を設定して、観察された患者数がこのモデルから乖離するかどうかで異常かどうかを判定しようとする試みが行われることがあるが、安定的で信頼できるモデルを得るために必要な十分な量の時系列データを得ることが困難なことが多い。実際、異常事態が発生したという判定は恣意的に設定されるモデル次第で出たり出なかったりすることになり、一般に受け入れられる基準とはなりにくい。

前者の考え方では、判定基準は季節あるいは地域によらず一定で、後者の考え方では通常の流行とされる程度のものでも、異常事態と判定することになる。一方後者の考え方では、流行期であれば、あるいは通常の患者数が多い地域では異常と判定しない程度の患者数であっても、非流行期であれば、または通常の患者数が少ない地域では、それを異常と判定することになる。

## 2) 異常状態判定の基準、threshold

通常の状態を、季節（時間）に依らず同じにする考え方と、季節によって変更する考え方があり、また、地域によらず同じにする考え方と地域によって変更する考え方があがるが、いずれにしても通常の患者数を過去の経験に基づいて設定し、これよりも患者数が多くなった場合に異常と判定することには変わりはない。通常よりもどの程度患者数が多くなった場合に異常であるかという基準には定められた普遍的な基準はない。通常の患者数との比をとってその値で異常の判断基準を作ることとも可能であり、通常の患者数との差をとって基準を作ることとも可能である。一般的に通常の患者数が比較的少ない場合、比をとると差をとる場合よりも異常と判定される頻度が高くなり、通常の患者数が比較的多い場合には逆に比をとると差をとる場合よりも異常と判定される頻度が低くなる傾向を持つ。比と差のいずれをとるかについても普遍的な基準はなく、いずれをとった場合でもその値がどの程度であれば異常と判定するという客観的な基準も存在しない。比や差をとるまでもなく、経験的に適切と考えられる患者数の絶対値を選んで、判断基準とすることも可能であり、この方が柔軟性をもった基準にし易いという利点もある。

科学的な対処をするすなわち科学的な基準、threshold を作るためには、経験、過去のデータに基づかなければならない。データをもとに判断するためには過去の経験の中から、検出すべき異常状態の例をある程度の数だけ、具体的に指定する必要がある。「真の流行」とか、「真の異常」といった抽象的な概念があり、それを関知したいという漠然とした期待があったり、「何らかの特別な対処が必要な程度の患者数の増大」を関知して警報を出したいという期待を持つことがあっても、それぞれの状況を具体的に定義、明示し、過去のデータ、経験の中にそれを指定することができなければその判断基準を科学的に示すことは不可能である。十分なデータの蓄積がない状態で、科学的に正しい基準を求めることは可能ではなく、基準は経験的な実用性を考慮した、便宜的なものにならざるを得ないし、それこそ合理的であるという事を確認しておくことは重要である。

## 3) 専門家の判断、主観的判断と客観的判定基準

流行の判定、あるいは異常状態の判定は客観的であることが望ましいことは事実である。感染症の専門家に判断をゆだねる、専門家にしかできないような判定であるということは、一面では専門家が変われば判定が変わりうるということでもある。感染症に関する専門的な知識が無くても判定ができるような、数値として明示されたような基準ができれば、迅速で安定的、そして受け取る者にとって理解しやすい判定ができることになる。しかし反面、この場合は判断に用いる情報の量が少なく、画一的になるため、適切でない判断も起こりやすくなる。警告は、ある程度適切性を犠牲にして、客観的で比較的簡潔、理解しやすい判断基準を用いて行い、これをそのまますぐに対策の実施に結びつけるのではなく、専門家によるより詳しい検討のきっかけとして利用するというのが当面は適切な方針であると考えられる。専門家は警告発生 の根拠となったデータの信頼性の検討を含めて、患者発生の時間的地理的特徴、周辺地域についての検討、患者の属性、特徴の検討等、詳細な検討をしたうえで具体的な対策実施実行の可否を判定することとなる。もちろん今後データの蓄積が進み、異常状態の

判断の経験を積み重ねることによって、より一層客観的で適切な判断が可能となることが期待できる。

#### 4) 地域別の警告－地域の単位

国全体で流行あるいは異常状態が起こっているとか、ある特定の県全体で異常状態が起こっているということは当然あり得るが、感染症の特性として、一斉に広範囲の地域で異常状態が起こるということは無く、流行、異常状態の開始は多かれ少なかれ常に小さな地域から始まると考えるのが合理的である。異常状態の関知はできる限り早い方が効果的であり、また狭い範囲の異常状態、異常状態が狭い範囲に起こっているときに関知することが望ましい。感染症発生動向の観察単位としては府県は大き過ぎで、保健所単位が適切であると考えられる。それぞれの県全体の異常状態、国全体の異常状態は、複数の保健所あるいは複数の府県の異常状態の総合的判断として判定することが合理的である。保健所以上の広域を単位とした警報発生システムも、保健所を単位としたシステムを基礎として設定することが可能である。

## IV. 感染症発生動向調査に基づく感染症の流行状況

本章では、1993-1997年の5年間の感染症発生動向調査のデータを使用し、わが国における感染症の流行状況を記述する。まず1節で、本章で使用した基礎資料とデータの作成方法、解析方法について説明する。ついで2節では定点あたり報告数の現状を示す。3節では感染症発生動向調査対象疾患の流行期間、流行期の頻度について記述する。4節で対象疾患の流行期に関し地理的、時間的分布を記述する。最後に5節で本章のまとめを述べる。

### IV-1. 基礎資料と方法

#### 1) 基礎資料

本章で使用した基礎資料を表IV-1-1に示す。保健所別の週別報告数、月別報告数は、1993-97年の5年間の感染症発生動向調査の週報データ、月報データを使用した。保健所別定点数は1993-97年の感染症サーベイランス報告を使用した。本章の解析で使用した保健所別の定点あたり報告数は、上記週別(月別)報告数を保健所別定点数で除することにより算出した。今回検討した疾患を感染症発生動向調査の定点種別に、表IV-1-2に示す。本章で検討した小児科・内科定点の対象疾患は麻疹様疾患、風しん、水痘、流行性耳下腺炎、百日せき様疾患、溶連菌感染症、異型肺炎、感染性胃腸炎、乳児嘔吐下痢症、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、MCLS、咽頭結膜熱、インフルエンザ様疾患の16疾患であり、眼科定点の対象疾患は咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎の3疾患、STD定点の対象疾患は淋病様疾患、陰部クラミジア感染症、陰部ヘルペス、尖形コンジローム、トリコモナス症の5疾患、病院定点の対象疾患はMCLS、肝炎(A型、B型、その他)の2疾患である。

#### 2) 方法

本章で、感染症発生動向調査に基づく感染症の流行状況を検討するために、上記基礎資料から解析データを作成した。解析データは、保健所別の週別(月別)報告数のデータと保健所別定点数のデータを、保健所番号をキーとして結合することにより作成した。なお、保健所数は1998年4月1日現在の保健所区分(663保健所)とした。定点あたり報告数は、各保健所の報告数を定点数で除することにより算出した。解析データのオブザベーション数は、週別報告数データで約17万件(=663保健所×261週(5年))、月別報告数データで約4万件(=663保健所×60カ月(5年))である。

1993-1997年の感染症発生動向調査に基づく感染症の流行状況は①定点あたり報告数の分布、②流行期間、流行回数の分布、③感染症流行の地理的、時間的分布について、各保健所の定点あたり報告

数をもとに検討した。

①定点あたり報告数の分布については、まずはじめに1993-1997年の5年間の感染症発生動向調査のデータ(週報データ約17万、月報データ約4万)に関し、疾患ごとに定点あたり報告数の分布を算出した。次に算出した90%点、95%点、99%点を流行の基準とし、基準を下回る保健所の割合を週(月)別に記述したグラフを作成、流行状況を検討した。上記の検討は小児科・内科定点、眼科定点、STD定点、病院定点の全対象疾患について実施した。小児科・内科定点、眼科定点については、都道府県ごとに定点あたり報告数の平均、標準偏差、変動係数を算出し、47都道府県の平均の標準偏差、変動係数を都道府県間差、47都道府県の標準偏差、変動係数を保健所間差とし、検討した。

②流行期間、流行回数の分布については、流行を定義し、流行期間、流行回数をデータから求め、分布をまとめた。流行の定義は流行開始、終息の基準値を設定、流行開始の基準値を超えた週を流行開始週とし、終息の基準値を4週連続下回った場合を流行終了とし、開始、終了の間を流行期間とした。流行の開始の基準値は、①定点あたり報告数の分布の95%から99%点の間の値とし、流行終息の基準値は90%点付近の値とした。なお、流行開始の基準値の変動による流行期間、流行回数の影響を検討するため、流行開始の基準値を大きくした場合、小さくした場合についても検討した。あわせて流行終息の条件を「4週連続」下回った場合でなく、「1週」とした場合についても検討した。

③感染症流行の地理的、時間的分布については、②の流行の定義を使用、検討した。感染症流行の地理的分布については、都道府県ごとに平均流行期間、年間平均流行回数を算出、その最大値、最小値、平均、標準偏差を算出した。感染症流行の時間的分布については、保健所全体(眼科定点：定点のある保健所全体)の流行のある保健所の割合を週別に算出、グラフを作成した。

表IV-1-1 資料の一覧

項目	年次	延べ 週数(月数)	資料名
保健所別報告数(週別)	1993-1997年	261週	感染症発生動向調査週報
保健所別報告数(月別)	1993-1997年	60カ月	感染症発生動向調査月報
保健所別定点数	1993-1997年		感染症サーベイランス報告

表IV-1-2 定点種別対象疾患

定点の種類	対象疾患				
小児科	麻疹様疾患 溶連菌感染症 伝染性紅斑 インフルエンザ様疾患	風しん 異型肺炎 突発性発しん	水痘 感染性胃腸炎 ヘルパンギーナ MCLS	流行性耳下腺炎 乳児嘔吐下痢症	百日せき様疾患 手足口病 咽頭結膜熱
眼科	咽頭結膜熱	流行性角結膜炎	急性出血性結膜炎		
STD	淋病様疾患	陰部クラミジア感染症	陰部ヘルペス	尖形コンジローム	トリコモナス症
病院	MCLS	肝炎(A型、B型、その他)			

## IV-2. 定点あたり報告数の分布

表IV-2-1に1993～1997年の5年間のデータから求めた、保健所別の定点あたり報告数の分布を示す。表には分布に関する情報として、平均、最小値、最大値、パーセント点(5%,25%,50%,75%,90%,95%,99%)を示した。またパーセント点については、報告数0の部分に網掛けにより強調した。多くの疾患で50%点が報告数0であり、定点あたり報告数は右に裾を引く分布になっていることがわかる。特に百日せき様疾患、MCLS(小児科・内科)、咽頭結膜熱(小児科・内科)、咽頭結膜熱(眼科)、急性出血性結膜炎ではこの傾向が著しい。

麻疹様疾患の定点あたり報告数の平均は0.21、最小値0.00、最大値57.33、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.00、90%点0.50、95%点1.00、99%点3.33、風しんの定点あたり報告数の平均は0.53、最小値0.00、最大値175.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.20、90%点1.00、95%点2.60、99%点9.00、水痘の定点あたり報告数の平均は1.65、最小値0.00、最大値67.00、5%点0.00、25%点0.33、50%点1.00、75%点2.17、90%点4.00、95%点5.50、99%点10.00、流行性耳下腺炎の定点あたり報告数の平均は1.01、最小値0.00、最大値76.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.45、75%点1.13、90%点2.60、95%点4.00、99%点8.67、百日せき様疾患の定点あたり報告数の平均は0.04、最小値0.00、最大値15.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.00、90%点0.00、95%点0.25、99%点1.00、溶連菌感染症の定点あたり報告数の平均は0.66、最小値0.00、最大値59.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.20、75%点0.80、90%点2.00、95%点3.00、99%点6.00、異型肺炎の定点あたり報告数の平均は0.22、最小値0.00、最大値38.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.14、90%点0.64、95%点1.00、99%点3.00、感染性胃腸炎の定点あたり報告数の平均は3.65、最小値0.00、最大値172.00、5%点0.00、25%点0.25、50%点2.00、75%点4.80、90%点9.50、95%点13.50、99%点25.00、乳児嘔吐下痢症の定点あたり報告数の平均は0.80、最小値0.00、最大値55.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.86、90%点2.33、95%点4.00、99%点9.00、手足口病の定点あたり報告数の平均は0.73、最小値0.00、最大値124.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.50、90%点2.00、95%点3.50、99%点11.00、伝染性紅斑の定点あたり報告数の平均は0.23、最小値0.00、最大値22.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.20、90%点0.71、95%点1.18、99%点3.00、突発性発しんの定点あたり報告数の平均は0.74、最小値0.00、最大値18.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.50、75%点1.00、90%点1.83、95%点2.25、99%点4.00、ヘルパンギーナの定点あたり報告数の平均は0.75、最小値0.00、最大値72.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.40、90%点2.00、95%点4.09、99%点11.00、インフルエンザ様疾患の定点あたり報告数の平均は3.97、最小値0.00、最大値727.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.40、90%点9.50、95%点22.60、99%点68.63、MCLS(小児科・内科)の定点あたり報告数の平均は0.01、最小値0.00、最大値6.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.00、90%点0.00、95%点0.00、99%点0.38、咽頭結膜熱(小児科・内科)の定点あたり報告数の平均は0.07、最小値0.00、最大値34.00、5%点0.00、25%点0.00、50%点0.00、75%点0.00、90%点0.00、95%点0.33、99%



点 1.50、咽頭結膜熱(眼科)の定点あたり報告数の平均は 0.05、最小値 0.00、最大値 26.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.00、90%点 0.00、95%点 0.00、99%点 2.00、流行性角結膜炎の定点あたり報告数の平均は 1.16、最小値 0.00、最大値 117.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 1.00、90%点 3.00、95%点 5.00、99%点 14.00、急性出血性結膜炎の定点あたり報告数の平均は 0.08、最小値 0.00、最大値 230.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.00、90%点 0.00、95%点 0.00、99%点 1.00、淋病様疾患の定点あたり報告数の平均は 1.10、最小値 0.00、最大値 48.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 1.00、90%点 3.00、95%点 5.00、99%点 12.00、陰部クラミジア感染症の定点あたり報告数の平均は 2.28、最小値 0.00、最大値 93.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 1.00、75%点 2.67、90%点 6.00、95%点 10.00、99%点 21.50、陰部ヘルペスの定点あたり報告数の平均は 0.84、最小値 0.00、最大値 33.50、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 1.00、90%点 2.00、95%点 4.00、99%点 9.00、尖形コンジロームの定点あたり報告数の平均は 0.34、最小値 0.00、最大値 12.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.22、90%点 1.00、95%点 2.00、99%点 4.00、トリコモナス症の定点あたり報告数の平均は 0.52、最小値 0.00、最大値 16.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.50、90%点 2.00、95%点 3.00、99%点 6.00、MCLS(病院)の定点あたり報告数の平均は 0.38、最小値 0.00、最大値 15.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.50、90%点 1.00、95%点 2.00、99%点 4.00、肝炎(A型、B型、その他)の定点あたり報告数の平均は 0.61、最小値 0.00、最大値 46.00、5%点 0.00、25%点 0.00、50%点 0.00、75%点 0.25、90%点 2.00、95%点 3.00、99%点 10.00 であった。

図IV-2-1 から図IV-2-26 に、表IV-2-1 の 90%点、95%点、99%点の値を基準とし、定点あたり報告数が基準を下回る保健所の割合を算出、その週別(月別)変化をまとめたグラフを示した。これらのグラフで谷になっている部分は、基準値を上回る保健所の割合が多いことを示している。各疾患ごとにみると、MCLS(小児科・内科)を除く小児科・内科定点対象疾患では流行の周期性が見られる。眼科定点対象疾患においても若干の流行変動が見られる。それに対し STD 定点、病院定点対象疾患は、ほとんど変動していないことがわかる。

表IV-2-2 から表IV-2-6 に、各年次の定点あたり報告数の都道府県間差、保健所間差に関する情報をまとめたものを示した。都道府県別平均の変動係数が 100%以上の都道府県間差の大きい疾患は、麻疹様疾患(1995,96年)、風しん(1994,95年)、伝染性紅斑(1994年)、咽頭結膜熱(小児科・内科)(1993,95,96,97年)、咽頭結膜熱(眼科)(1993,94,95,96,97年)、急性出血性結膜炎(1993,94,95,96,97年)であった。都道府県別の変動係数の平均が 100%である保健所間差の大きい疾患は、麻疹様疾患(1993,94,95,96,97年)、風しん(1993,94,95,96,97年)、百日せき様疾患(1993,94,95,96,97年)、溶連菌感染症(1995年)、異型肺炎(1993,94,95,96,97年)、乳児嘔吐下痢症(1993,94,95,96,97年)、伝染性紅斑(1994,95年)、インフルエンザ様疾患(1994年)、MCLS(1993,94,95,96,97年)、咽頭結膜熱(小児)(1993,94,95,96,97年)、咽頭結膜熱(眼科)(1993,94,95,96,97年)、流行性角結膜炎(1994,95,96年)、急性出血性結膜炎(1993,94,95,96,97年)であった。

表IV-2-2 に 1993 年の定点あたり報告数の都道府県間差、保健所間差を示す。麻疹様疾患の定点あたり報告数の平均 15.4、標準偏差 28.5、都道府県別平均の変動係数(%)88.2、都道府県別の変動係

数 (%) の平均 115.2、風しんの定点あたり報告数の平均 73.3、標準偏差 101.7、都道府県別平均の変動係数 (%) 74.9、都道府県別の変動係数 (%) の平均 98.1、水痘の定点あたり報告数の平均 84.2、標準偏差 66.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 30.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 62.9、流行性耳下腺炎の定点あたり報告数の平均 42.5、標準偏差 56.7、都道府県別平均の変動係数 (%) 68.8、都道府県別の変動係数 (%) の平均 99.5、百日せき様疾患の定点あたり報告数の平均 1.8、標準偏差 7.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 100.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 129.8、溶連菌感染症の定点あたり報告数の平均 31.5、標準偏差 39.5、都道府県別平均の変動係数 (%) 50.9、都道府県別の変動係数 (%) の平均 95.8、異型肺炎の定点あたり報告数の平均 12.6、標準偏差 27.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 71.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 130.1、感染性胃腸炎の定点あたり報告数の平均 180.5、標準偏差 203.2、都道府県別平均の変動係数 (%) 56.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 95.2、乳児嘔吐下痢症の定点あたり報告数の平均 40.2、標準偏差 54.7、都道府県別平均の変動係数 (%) 70.2、都道府県別の変動係数 (%) の平均 105.9、手足口病の定点あたり報告数の平均 39.9、標準偏差 43.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 63.8、都道府県別の変動係数 (%) の平均 79.6、伝染性紅斑の定点あたり報告数の平均 7.4、標準偏差 12.2、都道府県別平均の変動係数 (%) 73.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 106.8、突発性発しんの定点あたり報告数の平均 37.3、標準偏差 33.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 41.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 73.5、ヘルパンギーナの定点あたり報告数の平均 32.4、標準偏差 43.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 71.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 93.2、インフルエンザ様疾患の定点あたり報告数の平均 280.6、標準偏差 306.7、都道府県別平均の変動係数 (%) 41.2、都道府県別の変動係数 (%) の平均 81.8、MCLS の定点あたり報告数の平均 0.5、標準偏差 0.8、都道府県別平均の変動係数 (%) 62.7、都道府県別の変動係数 (%) の平均 144.4、咽頭結膜熱 (小児科・内科) の定点あたり報告数の平均 2.3、標準偏差 10.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 174.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 204.6、咽頭結膜熱 (眼科) の定点あたり報告数の平均 2.2、標準偏差 8.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 179.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 191.8、流行性角結膜炎の定点あたり報告数の平均 46.0、標準偏差 91.9、都道府県別平均の変動係数 (%) 95.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 102.6、急性出血性結膜炎の定点あたり報告数の平均 7.5、標準偏差 49.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 307.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 161.7 であった。

表IV-2-3 に 1994 年の定点あたり報告数の都道府県間差、保健所間差を示す。麻疹様疾患の定点あたり報告数の平均 10.1、標準偏差 24.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 79.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 124.5、風しんの定点あたり報告数の平均 19.7、標準偏差 64.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 206.8、都道府県別の変動係数 (%) の平均 119.8、水痘の定点あたり報告数の平均 80.7、標準偏差 60.9、都道府県別平均の変動係数 (%) 28.6、都道府県別の変動係数 (%) の平均 61.4、流行性耳下腺炎の定点あたり報告数の平均 58.0、標準偏差 68.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 61.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 86.7、百日せき様疾患の定点あたり報告数の平均 2.2、標準偏差 8.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 97.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 127.5、溶連菌感染症の定点あたり報告数の平均 37.2、標準偏差 49.0、都道府県別平均の変動係数 (%) 61.5、都道府県別の変動係

数 (%) の平均 93.1、異型肺炎の定点あたり報告数の平均 10.0、標準偏差 20.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 63.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 125.4、感染性胃腸炎の定点あたり報告数の平均 178.0、標準偏差 184.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 46.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 89.2、乳児嘔吐下痢症の定点あたり報告数の平均 36.5、標準偏差 51.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 70.7、都道府県別の変動係数 (%) の平均 107.8、手足口病の定点あたり報告数の平均 26.4、標準偏差 33.7、都道府県別平均の変動係数 (%) 64.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 88.1、伝染性紅斑の定点あたり報告数の平均 5.5、標準偏差 9.9、都道府県別平均の変動係数 (%) 106.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 116.3、突発性発しんの定点あたり報告数の平均 39.0、標準偏差 33.2、都道府県別平均の変動係数 (%) 39.1、都道府県別の変動係数 (%) の平均 72.2、ヘルパンギーナの定点あたり報告数の平均 40.9、標準偏差 41.4、都道府県別平均の変動係数 (%) 49.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 85.5、インフルエンザ様疾患の定点あたり報告数の平均 49.2、標準偏差 78.5、都道府県別平均の変動係数 (%) 72.2、都道府県別の変動係数 (%) の平均 130.3、MCLS の定点あたり報告数の平均 0.6、標準偏差 1.2、都道府県別平均の変動係数 (%) 59.6、都道府県別の変動係数 (%) の平均 141.0、咽頭結膜熱 (小児科・内科) の定点あたり報告数の平均 5.3、標準偏差 12.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 91.8、都道府県別の変動係数 (%) の平均 165.7、咽頭結膜熱 (眼科) の定点あたり報告数の平均 2.5、標準偏差 8.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 188.1、都道府県別の変動係数 (%) の平均 179.9、流行性角結膜炎の定点あたり報告数の平均 47.7、標準偏差 80.8、都道府県別平均の変動係数 (%) 73.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 107.1、急性出血性結膜炎の定点あたり報告数の平均 8.2、標準偏差 76.0、都道府県別平均の変動係数 (%) 519.0、都道府県別の変動係数 (%) の平均 161.1 であった。

表IV-2-4 に 1995 年の定点あたり報告数の都道府県間差、保健所間差を示す。麻疹様疾患の定点あたり報告数の平均 9.0、標準偏差 20.0、都道府県別平均の変動係数 (%) 122.2、都道府県別の変動係数 (%) の平均 136.3、風しんの定点あたり報告数の平均 8.0、標準偏差 20.6、都道府県別平均の変動係数 (%) 157.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 118.6、水痘の定点あたり報告数の平均 84.9、標準偏差 62.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 23.9、都道府県別の変動係数 (%) の平均 62.1、流行性耳下腺炎の定点あたり報告数の平均 34.4、標準偏差 54.5、都道府県別平均の変動係数 (%) 87.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 91.6、百日せき様疾患の定点あたり報告数の平均 2.8、標準偏差 7.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 79.5、都道府県別の変動係数 (%) の平均 128.0、溶連菌感染症の定点あたり報告数の平均 27.4、標準偏差 45.8、都道府県別平均の変動係数 (%) 75.3、都道府県別の変動係数 (%) の平均 101.8、異型肺炎の定点あたり報告数の平均 10.7、標準偏差 25.3、都道府県別平均の変動係数 (%) 59.2、都道府県別の変動係数 (%) の平均 127.0、感染性胃腸炎の定点あたり報告数の平均 208.4、標準偏差 196.2、都道府県別平均の変動係数 (%) 44.1、都道府県別の変動係数 (%) の平均 86.2、乳児嘔吐下痢症の定点あたり報告数の平均 53.3、標準偏差 67.0、都道府県別平均の変動係数 (%) 62.6、都道府県別の変動係数 (%) の平均 100.0、手足口病の定点あたり報告数の平均 73.9、標準偏差 65.1、都道府県別平均の変動係数 (%) 44.4、都道府県別の変動係数 (%) の平均 71.2、伝染性紅斑の定点あたり報告数の平均 5.7、標準偏差 8.8、都道府県別平均の変動係数 (%) 77.6、都道府県別の変動係数 (%)

の平均 109.8、突発性発しんの定点あたり報告数の平均 37.3、標準偏差 31.1、都道府県別平均の変動係数(%)38.7、都道府県別の変動係数(%)の平均 71.5、ヘルパンギーナの定点あたり報告数の平均 34.7、標準偏差 33.8、都道府県別平均の変動係数(%)40.2、都道府県別の変動係数(%)の平均 86.6、インフルエンザ様疾患の定点あたり報告数の平均 342.0、標準偏差 325.4、都道府県別平均の変動係数(%)38.1、都道府県別の変動係数(%)の平均 73.8、MCLS の定点あたり報告数の平均 0.6、標準偏差 1.2、都道府県別平均の変動係数(%)62.5、都道府県別の変動係数(%)の平均 139.5、咽頭結膜熱(小児科・内科)の定点あたり報告数の平均 4.4、標準偏差 14.4、都道府県別平均の変動係数(%)139.7、都道府県別の変動係数(%)の平均 176.7、咽頭結膜熱(眼科)の定点あたり報告数の平均 2.6、標準偏差 9.8、都道府県別平均の変動係数(%)163.6、都道府県別の変動係数(%)の平均 183.4、流行性角結膜炎の定点あたり報告数の平均 71.2、標準偏差 152.2、都道府県別平均の変動係数(%)94.3、都道府県別の変動係数(%)の平均 111.8、急性出血性結膜炎の定点あたり報告数の平均 2.3、標準偏差 12.8、都道府県別平均の変動係数(%)309.5、都道府県別の変動係数(%)の平均 163.1であった。

表IV-2-5 に 1996 年の定点あたり報告数の都道府県間差、保健所間差を示す。麻疹様疾患の定点あたり報告数の平均 10.4、標準偏差 19.1、都道府県別平均の変動係数(%)107.9、都道府県別の変動係数(%)の平均 117.9、風しんの定点あたり報告数の平均 11.4、標準偏差 19.6、都道府県別平均の変動係数(%)97.7、都道府県別の変動係数(%)の平均 113.5、水痘の定点あたり報告数の平均 86.0、標準偏差 60.0、都道府県別平均の変動係数(%)25.8、都道府県別の変動係数(%)の平均 57.5、流行性耳下腺炎の定点あたり報告数の平均 52.8、標準偏差 52.4、都道府県別平均の変動係数(%)42.7、都道府県別の変動係数(%)の平均 88.1、百日せき様疾患の定点あたり報告数の平均 2.6、標準偏差 6.0、都道府県別平均の変動係数(%)71.3、都道府県別の変動係数(%)の平均 115.8、溶連菌感染症の定点あたり報告数の平均 34.1、標準偏差 47.6、都道府県別平均の変動係数(%)64.0、都道府県別の変動係数(%)の平均 98.0、異型肺炎の定点あたり報告数の平均 12.4、標準偏差 22.6、都道府県別平均の変動係数(%)50.6、都道府県別の変動係数(%)の平均 124.0、感染性胃腸炎の定点あたり報告数の平均 175.3、標準偏差 163.8、都道府県別平均の変動係数(%)41.6、都道府県別の変動係数(%)の平均 85.7、乳児嘔吐下痢症の定点あたり報告数の平均 35.0、標準偏差 46.5、都道府県別平均の変動係数(%)65.4、都道府県別の変動係数(%)の平均 100.5、手足口病の定点あたり報告数の平均 11.0、標準偏差 17.3、都道府県別平均の変動係数(%)95.6、都道府県別の変動係数(%)の平均 96.0、伝染性紅斑の定点あたり報告数の平均 16.5、標準偏差 20.3、都道府県別平均の変動係数(%)66.4、都道府県別の変動係数(%)の平均 96.9、突発性発しんの定点あたり報告数の平均 36.6、標準偏差 30.0、都道府県別平均の変動係数(%)37.7、都道府県別の変動係数(%)の平均 71.0、ヘルパンギーナの定点あたり報告数の平均 43.0、標準偏差 42.2、都道府県別平均の変動係数(%)45.9、都道府県別の変動係数(%)の平均 85.0、インフルエンザ様疾患の定点あたり報告数の平均 157.1、標準偏差 164.5、都道府県別平均の変動係数(%)44.6、都道府県別の変動係数(%)の平均 82.4、MCLS の定点あたり報告数の平均 0.6、標準偏差 1.3、都道府県別平均の変動係数(%)71.9、都道府県別の変動係数(%)の平均 150.7、咽頭結膜熱(小児科・内科)の定点あたり報告数の平均 2.7、標準偏差 12.7、都道府県別平均の変動係数(%)192.0、都道