

(スライド7)

患者・保菌者 年齢別分布

	男	女	合計
0～9	9	10	19
10～19	6	2	8
20～29	0	2	2
30～39	1	2	3
40～49	0	4	4
50～59	0	3	3
60以上	4	1	5
合計	20	24	44

- (スライド8)
- 感染症部局の判断
- Diffuse Outbreakが進行中
 - 感染源はGカットセンター(H市)、又は更に源流
 - 対策が緊急に必要
 - 営業停止
 - 喫食者(不特定)への注意喚起等

- (スライド9)
- 焼肉チェーン名の公表(5/10～5/13)
- 感染症法
 - 蔓延防止のため積極的情報公開、チェーン名を公表したい。
- VS
- 食品衛生法
 - 食材からの検出がない。
 - 1店舗から同一日に2名以上の患者がない。
 - 疫学的裏付けもない(食中毒調査マニュアル)
- 公表できない！(課題2)

(スライド10)

原因食品追求の方法
(食中毒調査マニュアル)

食材A	発病者	非発病者
食べた	a	b
食べない	c	d

カイニ乗検定で原因食材を判断

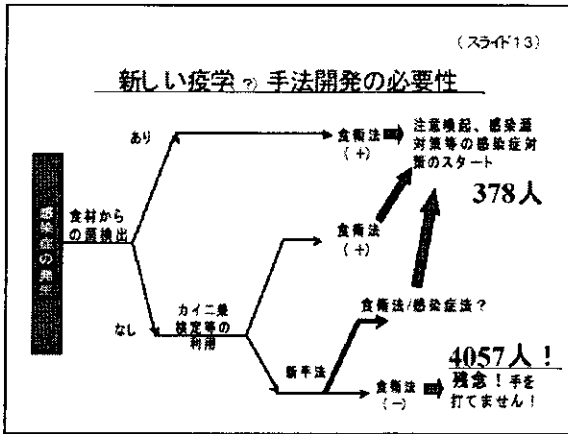
Diffuse Outbreakの場合

非発病者(b, d)は極めて多数かつ、特定不能。
古典的手法の限界 (課題3)

- (スライド11)
- PFGEによるDNA分析の実施(1)
- ①兵庫県衛研に集めて分析できないか？
和歌山が調整にかかったが・・・
→ 大阪、奈良はそれぞれで検査する意向 (課題4)
- 5/14: Gが主要紙に社告掲載

 - 5/13(月)に全店舗の徹底清掃を実施
 - 安全宣言?

- (スライド12)
- PFGEによるDNA分析の実施(2)
- ②結局兵庫県衛研でのDNA分析に参加したのは兵庫県4件、岡山県2件、和歌山県1件(合計7件)のみ
すべて一致 (5/15)
 - ③しかし、DNA分析だけでは公表(及び行政処分)できない → 他の分析手法が必要 (課題5)



(スライド14)

国立感染症研究所の関与

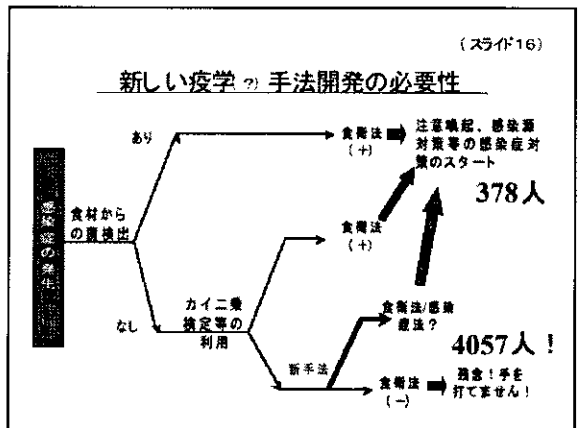
①危機管理時
各府県の菌株のDNA分析 (課題⑥)
(5/17日開始 → 20日 結果すべて一致)

②通常のサーベイランス
感染研に集積されるDNAデータの迅速な分析
及び都道府県への迅速な還元 (課題⑦)

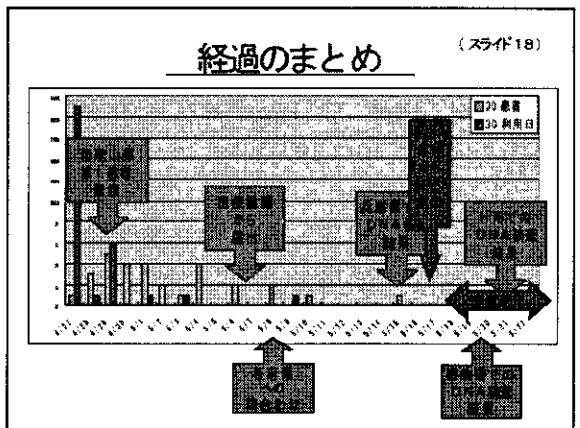
(スライド15)

行政処分の決め手 (姫路市・兵庫県における食肉検査)

区市	店舗	検出	検体数	実施日
姫路市	カットセンター	0	14	3月10日
		1	4	3月13日
		0	17	5月14日
	G各店	2	13	5月18日
		0	10	5月18日
	0	0	5月18日	
結局、食材から0/157検出				
	0	1	1	5月18日
	3	62	65	
兵庫県	検査施設業務所にて	検出	検体数	備考
U 店	1	7	8	開店25/14人検分
V 店	0	3	0	
W 店	1	4	0	開店25/10人検分
X 店	0	11	1	
	3	21	24	



- (スライド17)
- ### 各自治体の対応
- 流通の本拠地としての姫路市
 - ▶ カットセンターの営業禁止処分
 - 店舗が所在する各府県市の対応
 - ▶ 営業自粛指導



(スライド19)

問題点(1)：察知

如何にDiffuse Outbreakの進行を察知するか。

自治体相互の情報交換のシステム化

感染症研のサーベイランス情報の迅速還元

(スライド20)

問題点(2)：判断手法

察知しても;

1. Diffuse Outbreakの場合、食材からの原因菌の検出が困難。
2. 「集団食中毒」を前提としたマニュアルは、行政判断に役立たない。
3. 感染源対策や蔓延防止策等が迅速に行えない。
4. DNA分析を土台にした新しい判断基準の確立が必要。

(スライド21)

問題点(3)：指揮系統

府県を超える感染症の場合、指揮・判断の責任は誰に？

都道府県・中核市は対等な関係

他府県の事業者には介入できない

国の役割 vs 自治事務

(スライド22)

問題点(4)：今後の重点領域

感染症としての腸管出血性大腸菌対策

麻疹型の感染症対策？

- ・「菌がお尻に付ってしまった」との認識のもと
- ・感染源・ルート対策には重点を置かない
- ・教育・啓発、医療の充実

食中毒型対策？

- ・感染源・ルート対策に重点

(スライド23)

腸管出血性大腸菌 届出患者数等年次推移

	感染症法による届出		食糧衛生法による届出	
	患者数	死亡者数	患者数	死亡者数
H10	2,077	5	16	3
H11	3,225	1	46	0
H12	3,642	7	113	1
H13	4,435	5	378	0

1. 感染者数は急増、現行の対策は有効か？
2. Diffuse Outbreak 対策強化の必要あり。

添付資料 2 基調講演資料（分担研究者 角野文彦）

保健所の活動状況

H保健所管内で発生した患者への対応と同時に、原因物質に対する調査、指導を行い被害の拡大防止を図ったが、原因施設の業者らから正確な情報をすみやかに得ることができず、初動調査がうまく行かなかったために、結果的には回収対象商品の特定が遅れ、被害の拡大を防止できなかった。

課題

- ・調査に非協力的な業者に対して、保健所としてどこまで強権的に調査を認めるか。（積極的疫学調査）
- ・県外での散発を一連のものとして気づくには、食中毒事例における全国的なサーベイランスシステムを導入する必要がある。

感染症の類型別発生件数

1112年度 全国保健所長会「地域保健の推進に関する委員会」報告書

感染症類型	疾病名	件数	患者数	死亡数
2類	細菌性赤痢	7	20~118	0
3類	腸管出血性大腸菌	16	18~138	1~3
4類	MRSA	1	1	1
	ウイルス性肝炎	1	2	2
	レジオネラ症	1	45	3
	インフルエンザ	2	34~48	5~8
その他	感染性胃腸炎	3	43~245	0
	セラチア	1	10	5
	複数菌感染症	1	5	1

SRSVによる集団下痢嘔吐症感染事例(概要)

平成12年3月17日金曜日午前10時30分、S県E町教育委員会から「E東小学校の児童70人が欠席し、出席児童中53人が有症状を訴え21人が早退した。前日の3月16日(木)の給食時間に1年1組の児童4人が嘔吐した。症状は嘔吐、微熱、倦怠感、腹痛であった。」との連絡がH保健所に入った。当所は教育委員会と情報確認を図りながら、食中毒、感染症および毒物の混入等の疑いで調査を開始した。

最終的に児童340名、教師20名のうち150名が嘔吐下痢症を発症した。調査の結果、食中毒、毒物混入は否定されSRSVを原因とする集団感染と断定した。

保健所の活動状況 (その1)

- ・初動体制の整備: 健康増進課、生活衛生課、健康福祉課で食中毒、感染症および毒物等の原因究明のための調査方針を検討。
- ・情報提供: 県庁およびE警察署に情報提供。
- ・調査体制の整備: 近隣の2保健所に人員派遣を要請。
- ・事件の概要把握: 現地に17名(医師、保健師、薬剤師、栄養士、食監)を派遣。

保健所の活動状況 (その2)

- ・検査検体の確保: H保健所食品監視係の派遣を依頼。
- ・地域医療機関に受診患者の状況確認。
- ・センター給食を食べている他校の欠席者状況等を確認。
- ・原因として可能性のあるセンター給食の自粛を要請。
- ・保健所長がE町主催の対策本部会議に出席。

課 題

- ・情報源と情報の真偽をいかに早く確認するか。
- ・保健所と警察の調査活動の役割分担を明確にする必要がある。
- ・指揮・命令系統の明確化。

13

保健所における危機管理の状況

14

保健所と福祉事務所との統合

(H12年実績)

	統合組織数	保健所長がセンター長	保健所長以外がセンター長
20府県	164	70	94
4市区	8	6	2

【保健所等における地域健康危機管理のあり方に関する研究報告書】
(藤本眞一主任研究者、H13年3月)による

15

統合組織での保健所の 辞令発令の形式

統合組織のみを発令し、保健所の辞令は発令していない	7
保健所長に対してのみ兼務辞令を発令している	3
統合組織の所属及び保健所の兼務辞令を発令している	7
その他	7

【保健所等における地域健康危機管理のあり方に関する研究報告書】
(藤本眞一主任研究者、H13年3月)による

16

マニュアルの有無

N=534

	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合
健康危機管理全般のマニュアルがある	83	15.5%	74	13.8%	197	36.9%	24	4.5%	28	5.2%	83	15.5%	20	3.7%	12	2.3%	12	2.3%
保健所長危機管理分野を中心としたマニュアルがある	210	39.3%	84	15.5%	23	4.3%	1	0.2%	183	34.1%	94	17.4%	5	0.9%	23	4.3%	183	34.1%
マニュアルない	171	31.8%	278	51.9%	307	57.3%	415	77.5%	353	66.1%	353	66.1%	289	54.1%	409	76.6%	289	54.1%
担当者	23	4.3%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%	31	5.8%

【健康危機管理のための保健所機能に関する調査報告書(平成12年3月)より

17

情報の最初の受取者 職位別(平日昼間)

N=534

	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合	調査数	割合
市長	201	37.6%	204	38.2%	288	53.9%	255	47.8%	174	32.6%	188	35.2%	137	25.7%	80	15.0%	137	25.7%
市長	197	36.9%	189	35.4%	119	22.3%	97	18.2%	104	19.5%	102	19.1%	143	26.9%	100	18.7%	143	26.9%
市長	28	5.2%	24	4.5%	12	2.3%	4	0.7%	17	3.2%	19	3.6%	23	4.3%	23	4.3%	23	4.3%
市長	1	0.2%	1	0.2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
市長	1	0.2%	1	0.2%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%	2	0.4%
市長	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
その他	23	4.3%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%	18	3.4%
市長	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%
市長	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%	1	0.2%

18

夜間・休日の初期対応の指示者 (職別)

Table with 13 columns: 感染症, 食中毒, 飲料水汚染, 人畜共通感染症, 新興感染症, 汚染食品, 医療事故, 自然災害, イライラ, 遺棄物, その他. Rows include categories like マニュアルに基づく, マニュアルはあるが、責任者が最初に情報, etc.

初期対応の取り決めの有無 (平日昼間)

Table with 13 columns: 感染症, 食中毒, 飲料水汚染, 人畜共通感染症, 新興感染症, 汚染食品, 医療事故, 自然災害, イライラ, 遺棄物, その他. Rows include categories like マニュアルに基づく, マニュアルはあるが、責任者が最初に情報, etc.

初期対応の取り決めの有無 (夜間・休日)

Table with 13 columns: 感染症, 食中毒, 飲料水汚染, 人畜共通感染症, 新興感染症, 汚染食品, 医療事故, 自然災害, イライラ, 遺棄物, その他. Rows include categories like マニュアルに基づく, マニュアルはあるが、責任者が最初に情報, etc.

情報を最初に受理する職員の研修体制の有無

Table with 13 columns: 感染症, 食中毒, 飲料水汚染, 人畜共通感染症, 新興感染症, 汚染食品, 医療事故, 自然災害, イライラ, 遺棄物, その他. Rows include categories like 所内で研修を受ける研修, 所内で研修だけでなく、事例演習による研修, etc.

責任者たる職員の研修体制の有無

Table with 13 columns: 感染症, 食中毒, 飲料水汚染, 人畜共通感染症, 新興感染症, 汚染食品, 医療事故, 自然災害, イライラ, 遺棄物, その他. Rows include categories like 所内で研修を受ける研修, 所内で研修だけでなく、事例演習による研修, etc.

まとめ(その1)

- 統合組織においては保健所職員としての辞令が発令されていないところがある。
• 統合組織の半数以上では保健所長以外が所属長になっている。
• 「感染症」「食中毒」のマニュアルはよく整備されているが、その他の分野は未整備である。

まとめ(その2)

- 保健所長（医師）が初期対応の指示者である分野は多い。従って、保健所長は健康危機対応能力を高めるとともに、健康危機管理対応のエキスパートであるとの自負を持つべきである。
- 初期対応が職員の資質に頼っている傾向がある。

31

まとめ(その3)

- 責任者も含めて職員の研修体制が極めてお粗末である。
- 保健所が健康危機管理の中心である限り、保健所長はもとより全職員が情報探知から初期対応まで行なえるように、平時からシミュレーション訓練を行なうことが大切である。

32

**保健所は健康危機管理の
中心組織である!!!**

33

添付資料 3 発表資料（分担研究者 吉田哲彦・研究協力者 砂川富久）

平成14年11月16日

『 感染症国際対策研究班ワークショップ 』

**感染症対策と地方分権：
検疫所の現状と課題**

横浜検疫所
所長 吉田 哲彦
砂川 富久（ 感染研 主任研究官）

検疫所が対応している事象

- 海外からもたらされる感染症の発見・対応
（ 背景 ） わが国からの海外渡航者は年間1600万人超
 > 航空機や船舶を介したコレラなどへの対応
 > エボラ出血熱等の感染症への対応
 > 海外での感染症罹患を予防するために必要な方策・情報提供の必要性
- 輸入食品の安全性確保
（ 背景 ） 食糧の約6割（ カロリーベース ）を輸入食品に依存
 > 食中毒細菌
 > 食品添加物
 > 残留農薬
 > 畜水産物等動物用医薬品の残留
 > 安全性未審査の遺伝子組換え食品
 > 狂牛病汚染牛肉等の問題

検疫業務が準拠している法律

(1) 検疫法に基づく 検疫・衛生業務
 (2) 食品衛生法に基づく 輸入食品等監視・指導業務

機能区分による設置数

- ・ 検疫本所(13カ所) 検疫、食品監視、管理機能
- ・ 検疫所支所(14カ所) 検疫、食品監視機能
- ・ 検疫所出張所(77カ所) 検疫機能

検疫の目的

- 検疫法第一条(目的)
 - この法律は、国内に常在しない感染症の病原体が船舶又は航空機を介して国内に侵入することを防止するとともに、船舶又は航空機に関してその他の感染症の予防に必要な措置を講ずることを目的とする。

“ 国内に常在しない感染症の侵入防止 ” とは？

- 検疫感染症
 - 感染症法に規定される一類感染症
 - ・ エボラ出血熱、ラッサ熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱、肺ペスト・腺ペスト
 - コレラ
 - 黄熱

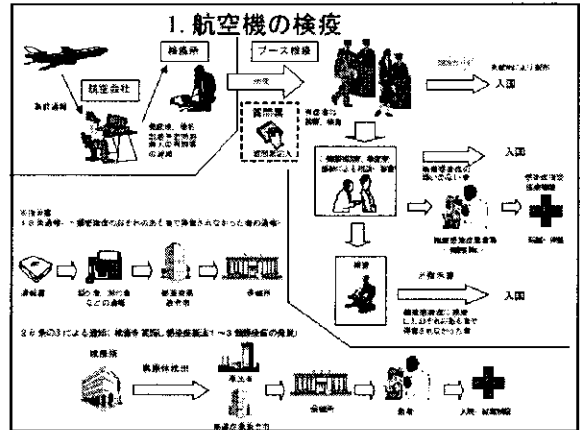
現行検疫の状況はどうか？
 また、これからの輸入感染症対策として十分か？
 （ 米国におけるウエスト ナイル熱出現などの事象）

検疫所において可能な、人に関する感染症検査

病原体名	横浜・神戸検疫センター（2ヶ所）	検査所（5ヶ所）	検査所（8ヶ所）	支所（支）（7ヶ所）	支所（支）（3ヶ所）	計27ヶ所
コレラ	2	5	8	7	4	26
腸炎性志願	2	5	8	7	4	26
チフス	2	4	8	7	1	13
HIV	2	5	3			10
デング熱	2	2	2	2		8
腸管出血性大腸菌						
感染症	2	4	1	1		8
腸・ノロウイルス	2	3		1		6
アメーバ(赤痢)	1	1	2	1		5
ジアルジア症	1	1	3	1		6
ペスト	2	2		1		5
炭疽	2	1				3
ジフテリア	2	1				3
梅毒	2	1				3
その他、ウイルス感染症（1地域含む）	2					2

現行の検疫の状況

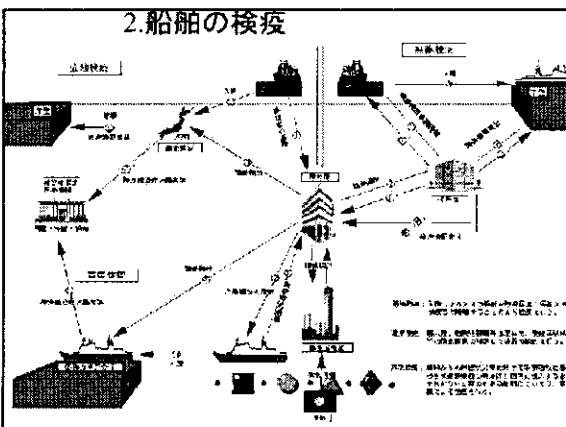
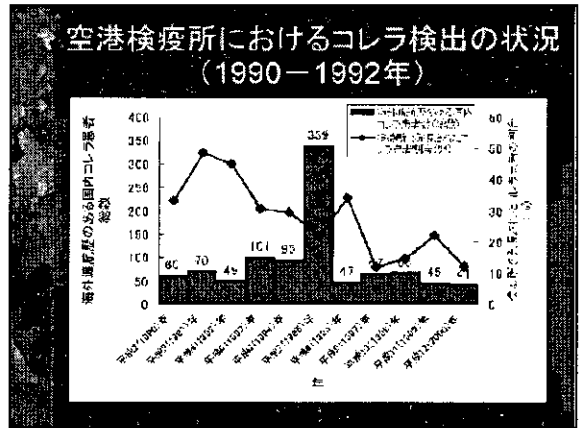
1. 航空機の検疫 2. 船舶の検疫



**空港における検疫感染症検査で陽性となる率は
入国者100万人あたり1.3件(1999年)、0.2件
(2000年)であった**

年	飛行場区分	国別	航空機数	検疫人員数 (乗務員・乗客 数合計)	乗客検閲 の乗客	発見した感染症 検疫感染症 その他の 感染症	隔離・検 査 消毒		
平成11 (1999) 年	検疫 飛行場	日本	42,383	9,645,385	—	61	0	33	
		外国	79,536	16,281,307	—	177	0	98	
		計	121,919	25,926,702	7,911	24(*)	238	0	131
平成12 (2000) 年	検疫 飛行場	日本	43,578	10,434,188	2,755	1	64	0	36
		外国	82,304	17,267,569	6,127	4	189	0	80
		計	125,882	27,701,767	8,882	5(*)	263	0	126

空港からの入国者：年間約1,500万人（*）印はすべてコレラ
出典：平成11年、12年検疫所業務年報（厚生労働省医薬局食品保健部企画課検疫所業務管理室）



検疫方式別船舶検疫実施表 (平成11—13年)

()内は横浜検疫所及び全国の検疫方式別の%

年	区分	検地検疫	預岸検疫	無線検疫	計
平成11年	横浜検疫所	(0.3)	17	(99.2)	3,748
	全国	(1.6)	(4.0)	(94.4)	68,697
平成12年	横浜検疫所	(0.1)	14	(99.5)	3,970
	全国	(1.0)	(3.0)	(96.0)	71,320
平成13年	横浜検疫所	(0.8)	10	(99.0)	3,778
	全国	—	—	—	—

- ・ 随船検疫を要する事例においても無線検疫に必要な書類の不備等によるものが少なくない

感染症患者の情報に基づいた 臨船検疫の状況

- ・ 事例数は少ないが慎重な対応が必要と考えられる
- ・ 検疫感染症以外の感染症への対応が必要な場合がある

実際の感染症患者発生による 臨船検疫の一部事例

- ・ 平成12年4月
 - 世界一周客船で咳・血痰患者が発生（本人は空路帰国）。この船舶が東京港に入港（一検疫感染症外）
- ・ 平成12年6月
 - 高校の遠洋漁業実習船内で、ハワイで結核を発症し入院した乗員あり。この船舶が三崎港に入港（一検疫感染症外）
- ・ 平成14年3月
 - パナマ船籍貨物船内で発熱と水泡を生じた患者が複数発生し、横浜港へ入港（一検疫感染症外）

発熱・水泡患者が発生した事例

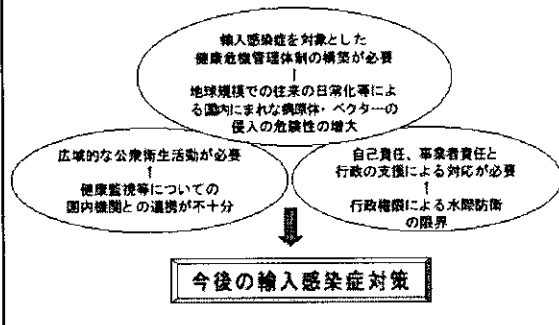


- ・ 水泡はいずれも体幹に多く出現。
 - ・ 一部は頭髮皮膚面に散在、紅斑点状、紅丘疹状、水泡、痂皮が混在
- 結局、水痘であったことが判明

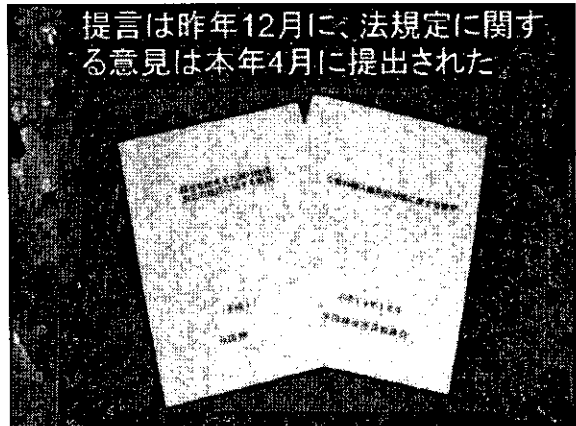
検疫所に求められる これからの感染症対策

1. 今後の輸入感染症対策とは
2. 全国検疫所長協議会による提言
3. まとめ

輸入感染症対策における検疫所の 今後の役割とは何か



提言は昨年12月に、法規定に関する意見は本年4月に提出された



提言は積極的な検疫のあり方について言及している

- ・ “人” への対策
 - ・ 渡航者の自己防衛の支援
 - ・ ハイリスク者の監視と支援
 - ・ 患者の人権を基本とした適切な医療の提供
- ・ “物” への対策
 - ・ 輸入動物対策
 - ・ ベクター対策
 - ・ 生体材料等の輸入に対する対策
- ・ 情報に関する対策
 - ・ 国内での情報収集
 - ・ 海外での情報収集
 - ・ 情報の解析・評価及び提供体制の確立
- ・ 危機管理体制の整備（次スライド）

提言4: 危機管理体制の整備

- ・ 危機対応組織の創設
 - ・ 国内外での恒常的な情報収集及び評価
 - ・ 継続的な訓練及び研修
 - ・ 地方公共団体等関係機関との連携
 - ・ 危機予測時の監視の強化及び警報の発令
- ・ 危機時の派遣・対応
 - ・ 該当する船舶・航空機への迅速な初期活動の実施
 - ・ 侵入経路等の原因究明
 - ・ 地方公共団体等との連携によるまん延防止策の展開
 - ・ フォローアップ及び情報公開の徹底による再発防止

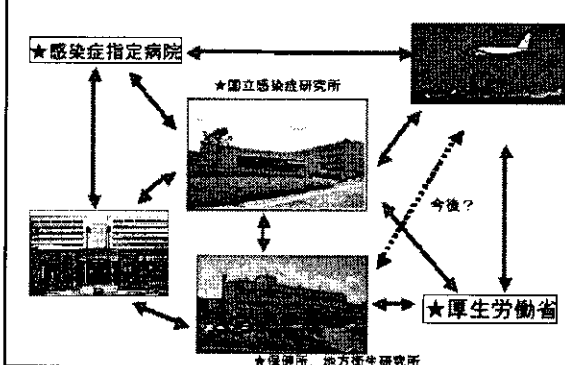
ウエストナイル熱対応に関する通知

検査所ではより有効な役割を如何に果たすか、および他機関との連携強化について現在模索中である

今後への期待

- ・ 輸入感染症情報・検査の窓口としての検疫所
 - ↑↓
 - ・ 国内外の感染症ネットワークの要としての感染症研
 - ↑↓
 - ・ 各地域における国内感染症対策の要としての保健所・地方衛生研究所
- さらに機能的な連携、協同の推進を望む

望まれる双方向のネットワーク



まとめ

- ・ 国内外を問わず、感染症を取り巻く状況は近年大きく変化しており、輸入感染症に関わる現状の検疫のシステムでは不十分である
- ・ 全国検疫所長協議会は、新しい時代に即した科学的かつ合理的な検疫のあり方について提言を行っている
- ・ 特に感染症危機管理の上で、国家機関、地方自治体との双方向のネットワークが今後重要である

添付資料 4 ワークショップ「感染症と地方分権」討論記録

日時：2002年11月16日（土曜日）14：30～18：00

場所：ホテル京阪・京都

参加者氏名および所属（順不同）：

佐原康之 和歌山県福祉保健部（基調報告者・研究協力者）

小川晃弘 和歌山県福祉保健部（研究協力者）

角野文彦 滋賀県長浜保健所（基調報告者・分担研究者）

山口亮 北海道網走保健所（研究協力者）

中澤広 北海道岩見沢保健所（研究協力者）

森田公一 長崎大学熱帯医学研究所（分担研究者）

吉田哲彦 横浜検疫所（分担研究者）

砂川富正 国立感染症研究所感染症情報センター（研究協力者）

丸山浩 関西空港検疫所（研究協力者）

宮城島一明 京都大学医学部公衆衛生学（主任研究者）

里村一成 京都大学医学部公衆衛生学（研究協力者）

（班長：宮城島）

今日はぜひ自由ご関連にご意見を議論いただきたいと思っております。

この研究班は平成12年に立ちあがりました。今年が平成14年度ということで3年目の最後ということになっております。

研究班の班員ですけれども、2年目から3年目に行く間に入れ替えがございました。結核研究所の下内先生が大阪市に転出なさったため、同じ結核研究所の大菅先生に分担研究者にご就任いただきましたが、本日ご都合が悪くお見えいただいております。

諸外国の地方自治体における感染症対策ということでも研究者の交代がありまして、滋賀県の角野先生に今年度から加わっていただいております。他の先生は特に変更はございません。

本日は、私が懇意にさせていただいております和歌山県の佐原先生と角野先生に話題提供していただいた後、それに基づいて議論をしていただきたいと思います。本日は横浜の検疫所吉田先生からもご発表の用意があるということをお聞きしております。大体このような予定を考えております。

そもそも本日のワークショップを企画いたしましたのは、この3年間の研究班が終わるにあたりまして、このまま終わってしまいますと、外国のことを単にドキュメントしただけの結果になる。もちろんそれが外国の状況を調査しようという研究班の本旨ではございますが、国内の対策につながる要素が最後に少しあってもいいのではないかなと考えたのが一つの理由です。

もう一つは、厚生省からこの研究班を仰せつかった時に、ひとつの問題意識を持ってほしいと。日本の場合には様々な公衆衛生行政が国から都道府県に、あるいは都道府県から市町村へ降りてきつつあるけれども、はたして感染症対策というのはそのまま地方分権の流れにすんなり乗って良いのだろうか。意外と情報の集中化、迅速な対応のようなどころで、ある程度国あるいは都道府県に事務を残して、市町村にあまり安易に事務を降ろすのは果たしてどうかという問題意識です。そのあたりを海外の事例との関連で日本の今後のあり方について考えてほしいということ、実はこの研究班の立ち上げのときに厚生労働省から言われていた訳です。ということで、今回は今年度最後の研究班会議を兼ねまして、今までの調査研究の成果をもとに、感染症行政の対策が地方分権の中でどう位置付けられるべきなのか、法律との関係で今後日本の地方自治体はどういう風に国と連携しながら対策を進めていくべきなのかということについて、地方自治体、県庁の立場、保健所の立場、あるいは国としては感染症研究所や検疫所の立場から、自由関連にご議論いただきたいと思います。

私のイメージでは、最終的な成果として研究班として提言のようなものを出せればいいかな、と思っただけなのですが、必ずしもそういう方向に皆さんの議論が流れていかない場合には、とりあえず今日の議事録を起こさせていただきます。適宜編集の後に研究報告書の一部にさせていただきますという形を取りたいと思います。

本日は最初に和歌山県の佐原次長から基調報告をいただき、そしてそのあと、角野長浜保健所長から基調報告をしていただきまして、その後は自由討論ということを考えて

おります。

感染症行政に何が求められているかということになりますと、感染症の事件が散発的あるいは集積的な outbreak として発生したときに如何に迅速に対応するか、正確に対応するか、効率的あるいは効果的に対応するかということであろうかと思えます。

勿論、健康危機管理事態の中で感染症に関するもの、あるいはバイオテロリズムのようなものもございますので、他の健康危機管理の状況との関連の視点も必要になってくるかと思えます。

一時、何々マニュアルというのかはやりました。けれども、マニュアルさえ作ればよいのかという問題もありますし、感染症の診断をつけてから対応するのか症候群の段階で対応していくのかという問題があります。それから緊急事態と通常の事態をどのように区別していくのか、国・都道府県の分担はどうなるのか、あるいは隣り合う自治体相互でどのように情報を交換していくのかという問題。専門性といっても極めて稀なウイルス感染症みたいなものから、非常にありふれたものまであるわけですがけれども、それぞれの専門性を一体どこに集積すべきなのか。保健所なのか地方衛生研究所なのか、本庁なのか、国の感染症研究所なのか。これまで整理された役割分担表としては定義されていないと思えますので、このような問題意識を持った上で今日の議論に続けていただければ有難いというふうに思っております。

それでは最初のプレゼンテーションということで和歌山県の佐原次長からお願いしたいと思います。

（佐原：和歌山県福祉保健部次長）

こんにちは。和歌山県庁福祉保健部の佐原と申します。今日はお招きいただきまして有難うございます。本日お集まりの中には保健所の先生もおられると思うのですが、第一線に近いところではどういうことをやっていて、どういうことで悩んでいるかという事を聞いていただければと思います。

最近、近畿府県で O157 の感染症いわゆる diffuse outbreak という散発型集団感染事例がありましたので、そのことを通して感じたことをお話したいと思います。皆さんご承知のように、腸管出血性大腸菌は食由来の感染症であると同時に感染症予防法では第 3 類感染症になっています。食中毒の場合は食品衛生法に基づく届出が必要ということであります(スライド 2)。

こちらの数字を見て何を感じるでしょうか(スライド 3)。まずこちらは感染症予防法による届出、こちらは食品衛生法による届出でありまして、患者数は平成 10 年に 2 千人であります、そのあと非常に早いスピードで増えており

ます。13 年で 4230 人ですので、倍以上になっております。一方、食品衛生法による届出はこういう感じでありまして、仮に食中毒ということになれば食品衛生法による届出もされ、感染症法による届出でもされる、理論的には両方届け出されるわけです。しかし、この表を見ますと食由来の感染症にもかかわらず 9 割近くは食品衛生法による届出はされていない。食品衛生法上の届出はわずか 1 割しかないということです。

問題意識としては、感染症、特に O157 を含む腸管出血性大腸菌はとて今増えているので色々対策をやっているように見えるけれども、本当に機能しているのでしょうかということ。もう一つは食由来なのに、なぜ 1 割しか食品衛生法による届出がされていないのかということでもあります。そこで、今年の 5 月に近畿府県にまたがる食中毒事例がありましたのでそれを紹介させていただきます。

まず今年の 5 月 7 日に和歌山県北部の A 町から O157 の患者さんが二人、これは同一家族内で出ました(スライド 4)。そして同じ日にすぐ近くの B 市からもう一人別の患者が出まして、二組とも焼肉チェーンの G に行っているということでもあります。けれども店舗は異なるということで、これをもってして、食中毒であるとはなかなか言えないわけでありまして、G チェーンの肉が原因かもしれないが、全然違うかもしれないわけです。

ただ 8 日になって、これら焼肉店にはチェーンですので、カットセンターというのが H 市にあります。そこから生肉がカットされて送られていることがわかりました。他府県、まず大阪府に問い合わせたところ、大阪府には O157 のケースが 13 件くらい 5 月に入ってある。兵庫県は 4 月後半から 6 件ばかりあって、5 月の 2 件では G の関連らしいということだったんですが、まだ各府県ともどうなんだろう、よく判らないな…という感じでありました。そして、われわれも色んな府県の担当者と情報交換しているうちに、当県で次の日 3 例目が出ました(スライド 5)。

近隣府県でも G 関連のケースがつつぎ出てきてどうもおかしいぞ、ということになりました。5 月 10 日に 1 府 4 県の合計 23 ケースで、G での喫食歴が判明しました。ただしこの間に食材をチェックしておりますが、食材から O157 は出てこない。ということでこの G 各店は営業を継続しているわけでありまして、つまりまだどんどん患者が出るかもしれないということです。この段階で、大阪、兵庫、京都、奈良、和歌山、岡山とさまざまな府県から 20~30 くらいの患者・感染者報告がありまして(スライド 6)、食べた肉がいずれも H 市のカットセンターから来ていることが判りました。患者保菌者の年齢別分布を見ますと(スライド 7)、全部で 45 人のうち 0 歳から 9 歳までは 19 人、非常に多くの割合で、子供が感染し発症しました。

各県の感染症部局の判断は(スライド 8)、いわゆる diffuse outbreak が進行している、何か対策をたてなくてはいけぬ、というものでした。そして感染源は多分 G 社のカットセンター、あるいは海外の可能性も含め、もっと源流かもしれない。いずれにしてもカットセンターに共通点があるということで、我々としては対策が緊急に必要である。たとえば営業停止にするとか、あるいは喫食者への注意喚起だとか。ただ喫食者については、仕出し弁当等の場合と異なり、どの人が何を食べたか判るわけではありません。それを明らかにする為には、G という名前を公表して G チェーン各店舗に行ったかもしれない人は注意してください、というようなことをやっていくしかないということで各県の感染症担当部局は動いたんです(スライド 9)。

けれども、これが洗ほどの 5 月 10 日から 5 月 13 日のところで、各県の感染症部局は感染症法に基づいて積極的に情報公開しよう、チェーン名も公表したいということだったのですが、食品衛生法が我々の前に立ちはだかりました。食品衛生法では、まずは食材から原因菌が検出されないと店舗名の公表などできないのです。しかし、各店舗の肉を検査してもなかなか菌が出てこない。患者の数を見ても全体で見れば 40 人ほど出ているんですけども、1 店舗あたり 1 人とか 2 人とか、3 人出ている日と違っていたりなど、食中毒とはなかなか言えない。古典的には食中毒調査マニュアルというのがありますが、原因食材を判断するときには疫学的手法があるわけですけども、その疫学的手法も使えない。ということでなかなか店舗名を公表できない、つまり感染症部局としては何も出来ない。そうはいっても、G チェーンは営業しているし、子供も食べているかもしれないし、困ったものだと思っておりました。さきほどマニュアルの限界という話がありましたが、食品衛生法では原因食品追求の方法というのは通常マスターテーブルを作って発病した人、発病しない人、食べた人、食べない人ということで統計学的にやっていくわけですけども(スライド 10)、今回のような diffuse outbreak の場合にはなかなかこういうことは出来ないんですね。例えば、仕出し弁当の中のイクラが原因の食中毒であれば、イクラを食べた人が何人、仕出し弁当を食べた人が何人と判りますからマスターテーブルを作ってカイニ乗検定に持ち込むことができるわけですが、G のようなチェーン店で食べている場合はいったい食べた人がどのくらいいるのか、各店舗で一日何十人来て、その人たちの住所がどこかなんて全然判りませんし、こういうふうな手法は使えない。古典的なマニュアルの手法は役立たないわけでありまして、結局は店舗名も公表できず、公表できないということは注意喚起も出来ないわけですし、また事業者に対しても、自主規制をやって下さいと言うのがせいぜい、という状況でした。

それなら DNA 鑑定をやろうということになりまして PFGE (Pulsed-Field Gel Electro-phoresis) という DNA 分析をやろうと(スライド 11)。カットセンターがちょうど H 市にありましたので兵庫県衛研で患者の便から検出された O157 を集めてこの検査を出来ないかということで調整に入ったんですけども、ある県は難色を示しました。そこには立派な公衆衛生研究所がありますし。。一ヶ所に集めてやらないと DNA 分析のパターン比較ができないのですが、結局なかなかうまく各県の足並みが揃わないというようなことがありました。

そんなことを言っている間に G 社は新聞に社告を出しました。5 月 14 日付けなのですが、14 日というのは火曜日です。そこで何を言っているかといいますと G では前日の月曜日に全店舗で一斉清掃をしたということで、安心して食べくださいとは書いていないのですが、一日休みまして一斉清掃して、G としては何とか収めようという感じであります。

先ほどの PFGE については結局兵庫県の衛研での検査に参加したのは 3 県だけでした。この段階で PFGE で調べた事例 7 件すべてについてパターンが一致したのです(スライド 12)。ではそこで行政的に G チェーン店の肉がクロといえるかと思ったのですが、どうもそうではない。この DNA の分析だけでは公表とか行政処分が出来ない。DNA のパターンが一致したといっても、そもそもたまたま一致したのか、どれくらい有意なのか、統計学的手法が確立されていないと、この 7 件の PFGE パターンが合っていたということだけでは G チェーンでの喫食が原因とは言い切れない、ということでした。今後の課題として他の分析手法の必要性を感じました。

それではここで整理をしてみたいと思います(スライド 13)。一般に感染症が食由来であることが疑われた場合に、食材から原因菌が出れば、食品衛生法で食中毒となり、住民に対する注意喚起も出来るし、事業者に対する指導、感染源対策というようなことも出来る。色んな対策がスタートしていけるわけです。あるいはその食材から出ていなくても、先ほど言ったようなカイニ乗検定が使えるような古典的な集団発生の場合であればなんとかなります。ところが、こういうふうな diffuse outbreak の場合で食材からも出ないし、同じ日に何人も一ヶ所から出てくるわけでもないしカイニ乗検定も使えないということになると、結局、食品衛生法では何の行政的対応もできない。といって食品衛生法が発動しないと、やっぱり感染症部局だけでは「何も手を打てません」ということになってしまうのが現状であります。新しい手法の開発というのは、それがその PFGE になるのかどうか良くわからないのですが、感染症法と食品衛生法とをきっちりつなげていくというものが無いとい

けないのではないかと。

もう一つ国立感染症研究所の関与というのがあります（スライド 14）。このケースの場合、先ほどの G 店の社告が出たのは 1 4 日なんですけれども、そこから遅れること 3 日後に感染研は DNA 分析を開始、結果が出たのは 20 日。結果的には全て陽性ですが、だからといって何も出来なかった。遅れたのは感染研だけが悪いというのではなくて、本省が悪いというわけでもない。各府県の連携も悪かったということで、感染研にお願いするについても、県の間で意見がなかなかまとまらないということでありました。

この事件の中で感じたのですが、食中毒に限らず O157 が発生したら、菌株はすべて都道府県から感染研に送られているわけです。感染研は PFGE やっているんだけど、PFGE パターンの結果が出るまでに 2 ヶ月とか 3 ヶ月かかる。また、どういうパターンだったかが県の方に十分かつ迅速に還元されていない。迅速な分析が出来ていなくて、統計結果の迅速な還元もない。しかし、そういうことがもし出来れば、今頻りに *diffuse outbreak* がおきていると思うのですけれども、感染研から、たとえば、近畿の南の方で先週あたりから同じ PFGE パターンの DNA の O157 がずいぶん来てるよ、ちょっと注意しなさいとか、そういうことを教えてもらおうと、県としても他府県との連携等もやりやすいわけです。現状では、*diffuse outbreak* が起きているかどうかは、勘のいい担当者が他府県の担当者といつも電話でやりとりしていると判るんだけど、そうでないとなかなかわからない。もう少し感染研がサーベイランスの面で積極的に動いていただけるといい。

最終的にこのカットセンターがどうなったかという H 市が非常に根気強く食材の検査をやっている一斉清掃のあとの 5 月 13 日に菌が出て、さらにそれ以降に出荷されている肉からも出ている（スライド 15）。最終的に食材から出たんですね。結局食材から O157 が出て、古典的な判断基準で「これは食中毒」となったのであります（スライド 16）。そのあと各自治体がどうしたかといいますと、H 市はカットセンターを営業禁止処分とし、各府県では各店舗の営業自粛となりました（スライド 17）。

経過をまとめますと（スライド 18）、赤は患者さんが利用した日で、青は患者が発症した日です。4 月 27 日から 5 月 9 日くらい、この間 2 週間くらい患者が出ていたということになります。そして和歌山県では医療機関に届出があったのが 5 月 6 日で、ここからちょっと遅いのですが、この頃はちょうどゴールデンウィークだったので医療機関が休みだったり、検査会社がスムーズに検査できなかったりとか、そしてこのへんで各府県に問い合わせたり、そして DNA の検査もやった。この辺もずっと業者に対する行政指導は出来ていたのですけれども、ゆるい指導は何か

できるのだけれども、患者さんの発生がこうだとか、G チェーンで今こういうことが起きていますと注意喚起することは出来ない。感染症行政サイドとしてはジレンマの日がずっと続きまして、ようやく 5 月 18 日に食材から O157 が出てそのあと営業禁止になって、この話は一件落着となりました。

最後に整理させていただきます。問題点としては 4 つあるのです。まず一つ目は察知ということ（スライド 19）。*diffuse outbreak* の信号はどういう風に察知するのか？古典的に感染症が集団発生ということでドーンと爆弾のように爆発しているときは目立ちますけれども、ゲリラ戦のように色んなところに入り込んでいると、自治体はいつも情報交換をするとか、もう少し *systematic* に我々としても努力していかないといけないし、もう一つ期待したいのは感染源のサーベイランスデータの還元をもう少し早く出来ないのかという事であります。

それから問題点の二つ目は、仮に察知したとしても、今回のケースのようになかなか感染症部局としても食品衛生部局としてもアクションを起こせない（スライド 20）。3 年ぐらい前に埼玉県で O157 が誤って検出されてしまい保健所が大変な目があったという、そういうことも頭の中にあると思いますが、やはり確証が、*evidence* がないと行政がなかなか動けなくなってきている。察知したとしても *diffuse outbreak* の場合、食材からの原因菌検出がなかなか出来ない。もう一つ、集団食中毒を前提としたマニュアルはこういう場合の行政判断に役立たない。したがって感染源対策であるとか、蔓延防止対策が迅速にスタートできないということであって、おそらくこういう理由で O157 感染事例が食中毒統計から消えていて、冒頭で紹介した感染症予防法と食品衛生法による届け出件数の差になっていると思う。この状況を改善するには、先ほどのフローチャートのような新しい判断基準が必要で、そのためには PFGE パターン分布などの基礎データをしっかり蓄積して、*diffuse outbreak* と疑われる菌の PFGE パターンの一致度が、このくらいであったらクロとかシロとか、そういう判断手法の開発が必要なのではないかということでもあります。

そして問題点 3 番目として指揮命令系統であります（スライド 21）。特に今回のような府県を超える感染症の場合に、指揮とか判断の責任は誰がとるのかということ。まず都道府県庁は互いに対等な関係にありますので、和歌山県が大阪府にこうしてくださいとなかなか言う訳にはいかない。こういう場面でリーダーシップが取れる人がなかなかいない、事がスムーズに進んでいかないということ。県は他府県の業者には介入できない。例えばカットセンターがおかしいといっても、結局そこを所管している H 市がそうだと判断しないとそれは向こうの自治事務ですので、

そこには介入できない。食中毒対策も、感染症対策も自治事務です。国からもアウトブレイクとなるべく早い段階から相談してくれと言われていたわけですが、国の役割を今後もうちょっと考えないといけないなど。

最後に問題点の4番目で、今度の重点領域ということで（スライド 22）。感染症としての腸管出血性大腸菌対策、O157 の感染症対策を考える場合にその中の重点領域は何かかなど。というのは今回のようなケースがおこった時に、これは食中毒だ、食中毒だと突き詰めていって、感染源対策とか感染ルート対策とかをガンガンやるのか。それとも、麻疹のように、菌が出ちゃうのは仕方がない、肉にも野菜にもはいっているという認識の元に感染源対策にはあまり重点をおかないで、むしろ教育啓発に重点をおいて、低年齢の子には生肉を食べさせないで下さいとか、そういうことをきちんと言ったり、あるいは医療機関にかかったときにお医者さんがすぐに診断して適切な治療をするというような医療の充実重点を置いていった方がいいのか。多分両方やらないといけないとは思いますが。

最後に統計に戻りますけれども、感染症としての O157 の届出は増えている（スライド 23）。現行の対策は本当に有効なんでしょうか。diffuse outbreak への対策の有効性を評価することが必要ではないか。でなければこのまま感染症予防法での届出はどんどん増えつづけるし、こちらの食品衛生法での届け出数との格差が大きくなりつづけるのではないか。つまり食由来の感染症だけれども食品衛生法では対処できず、感染症対策としてやってゆかざるを得ない。本当にそれでよいのでしょうか。以上であります。

（宮城島）

有難うございました。佐原先生から2つの法律にまたがる感染症を例にとって都道府県あるいは中核市間の連携の難しさ、あるいはまた国に対する期待というようなことでお話をまとめていただきました。あとでもう少し細かい集中的な議論をしていただきたいと思いますが、特に個別な具体的な質問点があれば今、佐原先生にお答えいただきたいと思います。

（参加者 1）

最後の国の役割の話で、誰がリーダーシップを取るかと、今回は少なくとも感染症法上から言えば何府県かにまたがって、しかも同時期。情報は国に来ていたんでしょうかね？

（佐原）

話は行っていました。

（参加者 2）

先ほどリーダーシップの話ですが、都道府県、たとえば和歌山県がとるわけにはいかないから、リーダーシップという言葉が良いのかどうか分かりませんが、国がなにかやりますかということにはならなかったのですか？

（佐原）

そこも府県によって温度差があるのです。あまり国がガンガン出てきてやってほしくないというところもあるんですね…。今回のケースの場合には厚生労働省の食品サイドが主としてバックアップをやってくれたんですが、前にグッと乗り出していくというわけではない。忙しいし、もっと大規模な diffuse outbreak だったら乗り出してくるかもしれないけれども、こういう小規模なものにいちいちタッチしてられない。今回はたまたま感染源がわかっただけでも、どのような規模のアウトブレイクの時にどこまで徹底的に感染源を追いかけるか、どこまで国が乗り出すかという問題があるのではないのでしょうか。

（参加者 3）

私の質問は推測に過ぎないんですが、G店は自主的な清掃をなさっていますよね。そのあと発症等見ますと、これは推測なんですが、もしかしたら清掃なり何なりがうまくいったのではないのでしょうか。プレッシャーのかけ方も自粛するように行政指導するのか、指導するのか、お話するのか、お願いするのかと色々あると思うんですが、一応多分そういう形で業者には動いているはずですよ。こういうものが出ているようだからおたくかもしれないよ、という話はしていると思うですよ。それで危機感をもったこの焼肉店は自主的に清掃をなさっていますよね。ユッケなんかを食べさせないということをごここに貼っていますよね。そのせいかしらとも思うのですが、その後も食べた方で発症したような動きはあったのでしょうか？

（佐原）

その後で食べた人で発症した人というのはいないです。

（参加者 3）

確証はないが、この清掃がうまくいった可能性が…。

（佐原）

いや、最後の営業停止に踏み切ったのは、清掃した後の食材を検査したら、そこで菌が出たからなんです。自主的にやる清掃というのはどこまでやったことなのか…。自主的にというのがいいのか、本来なら営業停止なり施設の使用停止なりということをするべきだったのでは。もしかしたら御指摘の通り指導なり、お願いがうまく作用したのかもしれない。最後は食材から出たのですけれども、患者さ

んの発生した、県が怪しいのじゃないかと言っていたときに、やっぱり業者も注意していたと思うので、実際に感染者は減ってきていたと思います。

（参加者 4）

もし食材から出なかった場合、感染源不明の diffuse outbreak ということで G チェーン店はお咎めなし。チェーンの各店舗から患者さんは出ているし患者から検出された菌の DNA も一致しているけれど、食材から出ないから食品衛生法では処罰できない。食材から出なくても疫学的にはかなりクロに近い灰色なんでしょうけれども。

（参加者 2）

灰色ですよ、クロじゃない。

（参加者 4）

DNA は一致しているけれども G チェーンとは限らない。となると営業停止とは限らないですよ。

（佐原）

そうなんです。そういう判断だったんです。

（参加者 4）

自肅を要請するとか自肅のお願いをするという程度で、営業停止をかけると逆に業者から補償請求という可能性もありますしね。

（佐原）

営業停止をかけなければ、つまり処分ではなく自肅である限り、行政は対外的に「G チェーンが原因です」とは言えない。その間も、不特定の沢山の子供が食べているかもしれないが。。

（参加者 2）

苦しんでいても、判らない。新聞見ている、店の名前が出ていなければ、関係ないと思うかもしれない。

（参加者 5）

自分のところで検査なさりたいという府県の話がありました。北海道は政令市はいくつかありますけれども、やりたいところがあったら、他はそこにみんな任せてしまうようなところがあるんです。

じゃ、全部そしたらお願いできますか、ということに。私は地域事情とか全然判んないのですが。そういうふうな積極性は無いのですか？おたくは大都市ですから、どうかやってくださいっていうのは？

（参加者 3）

それは、ないです。それはまず出来ない。それは簡単に出来ない。

（参加者 5）

行政区界を超えて税収が無い違うところの人たちのところをやるというのは基本的には難しいということですか。

（参加者 3）

それは出せませんからね。

（佐原）

行政検査になりますから費用の点については今回問題にはならなかったのです。むしろ、施設のプライドとか方針がなかなか固まらないというようなところがあって、うちから声をかけた時点で、「それでは検査はまとめて H 県で」、という話にはならなかった。

（参加者 2）

もしもこの会社が、こちらはマニュアルに沿ってやっているんだから絶対大丈夫ってつぶって、しかも汚染が残っていればもっと患者は増えた可能性ありますよね。非常に被害が拡大して、もしかしたら亡くなった方がでてしまっているかもしれない。

（佐原）

患者個人個人については感染症法で対応できるんですが、感染源への対応ということになってきた時に、なかなか法的な措置ができないということですね。

（参加者 2）

私も全容がわからないんですが、赤痢で入院した、貝が原因か、色んな県で出たのがありましたね。

（参加者 3）

牡蠣ですね。

（参加者 2）

あれの時はもう少しスムーズにいったような気がするんです。国が音頭を取ったのかどうかかわからないですが、これもかなり苦しいですよ。どういう汚染だったのか非常に興味深いですね。

（参加者 3）

牡蠣の場合は少なくとも牡蠣という食材から出ていますよね。非常に食品衛生法にはのりやすいですよ、diffuse

であっても。今回のような場合はそぐわないと。

（参加者 4）

マスコミの反応なのでですけども、14日に新聞に出ていますよね。マスコミはすでに各県が動いていたのがわかっていたのでしょうか？ で、こんな前から判っているのに行政は何もしなかったのかという批判は無かったですか？

（佐原）

そこが、僕らも一番心配したところですよ。県庁の中でも議論していた時に、広報室は発表すべきだと言うけど、食品サイドはまだちょっと早いです、ということで心配を常に持ちながらいいたんです。けれども、記事が出た後そういう批判は無かったです。多分、H市はずいぶん言われていたと思う。H市とかH県は地元でしたのでガンガン言われていて、僕らが電話をかけてもなかなか通じないとか、そういう状態でした。

（参加者 3）

うちのほうでも、市町村は変わりますけれども、立て続けに3件ほど出てきた時点では集団ではないのかというような突っ込みはされました。これは、うちはその都度その都度感染症担当部局の方は資料提供するようにしてるんです、一件出るごとに。その都度やっぱりマスコミは、どういふ風な突き方をしてくるかというのは中で議論しましたけれども…。

（参加者 7）

今度の食品衛生法の改正案で、医師の届出が無くても保健所長が独自に動けるような案が出ていますよね。まさにこのO157のように食品衛生法の届出が無くても感染症法上の情報が入った時点で動くという形が今度の改正法で取れるんじゃないか…。

（参加者 3）

そうなるという部分も…。

（参加者 2）

ただ、それはそういう情報を得たらすぐ動けというマニュアルがないと恐らく全国が動かないような気がするんですよ。またあとで議論が出てくるかも…。

（参加者 4）

下手をすると却ってまたバラバラに動き始めるようになってしまう可能性もありますよね。

（参加者 7）

疫学の立場から言わせていただきますと、O157だけが腸管出血性大腸菌感染症ではない。2000年頃のデータしか見れなかったんですけど、O26とか、O11とか、そういったのも4分の1くらいは占めているんです。接触感染も多いので、食品衛生法にすべて乗っからなくても不自然ではありません。

広域発生への対応というのはアメリカでも1999年にデイスカッションが始まったばかりで、日本が決して遅れてるというわけではないんです。その中で非常に重要なのが、PFGEサーベイランスというおっしゃり方をされたのですけれども、サーベイランスというシステムではないとは思うんですね。今後それが必要だということであればPFGE解析の部分というのをサーベイランスの中に組み込んでいくというような、そういった情報の把握みたいなのが絶対必要になってくる…。

（参加者 2）

確かに今なんか感染症発生動向調査＝サーベイランスということであればその中にも入っていないですか？

（参加者 7）

違います。ペロトキシンの型を求めていますのでそれは絶対に必要だと僕らは解析しながら常に感じているんですが。

食中毒ということで最初にスタートすると感染症側としてはなかなかタッチできない、それは改善する必要があるだろうと思う。

（宮城島）

私から一つお聞きしたいのは、いわゆる裁判の影響です。堺市のケースでは大阪地方裁判所ですか、一審で国が敗訴するような実質的な内容が出ています。この事は皆さんそれぞれの現場で仕事される中で、業者名の公表のときにさらにもっと考える要素になっていますか？

（佐原）

なっています。それがプレーキになっているし、だからこそ何か新しいもう少し科学的な手法というのが我々の道具とか武器としてないと、こういうケースでは太刀打ちできないと思っています。

（宮城島）

では、また他にもご質問があるかもしれませんが、最後の総合討論もありますので、続いて角野先生に話題の提供をお願いしたいと思います。

（角野）

長浜保健所の角野でございます。今年度、分担研究者として一緒にやらせていただいています。

今日の基調報告はこの間の公衆衛生学会のシンポジウムでした健康危機管理の話から一部今日のところに関するお話をしたいと思います。

健康危機管理分野につきましてはご存知のように8つの分野が規定されているわけでございます。本日は特に感染症、そして O157、SRSV もそうですが、本来食中毒といわれていたものが今は感染症としてよく取り扱われることがあるということで、このあたりは密接に関連しているのではないかなというところをお話したいなと。

地域保健総合推進事業の、健康危機管理のための保健所機能に関する調査報告書がございます。

その研究事業で平成 8 年から 12 年まで、健康危機を思わせる事例はどれくらいあったか、アンケートで聞いているわけですから、そこは勝手に判断しているだけですが、そうしますと保健所や本庁あわせて 145 あった。そのうちの大半ですね、感染症が 52、食中毒が 53 ということでから 105 になりますね。3分の2ぐらいは、感染症・食中毒による健康危機を思わせる事例があるという実態でございます。

食中毒の場合、原因となっているのは何かとなりますと、やはりサルモネラが一番多い。これは別の報告書でして、全国保健所長協議会の地域保健推進感染委員会が平成 12 年度にアンケートで調査したものの。調査機関は平成 7 年 1 月から平成 12 年 12 月までのこの間にということで聞いています。

同じように聞いていて、1年ずれているんですけども、先ほどと数が全然違うんですね。食中毒が原因となっているのは食中毒の健康危機管理と思わせるものは何件あったかという質問に 197 件と答えているわけですね。さきほどのを見ていただくと、わずか 53 件なんです。時期が一年ずれて聞いているだけなんですけれども、答え方が全然違って、健康危機管理の定義といいますが、そこがちょっと曖昧ということも言えるんです。しかし食中毒というようなものに対して 197 のうち 3割がサルモネラと、あとは腸炎ピブリオと腸管出血性大腸菌ということですね。

患者数です。発生件数も全国保健所長会のものであります。100 人以上患者数があったもの、あるいは 100 人未満のものは死亡例があったものを健康危機管理の扱いとしたわけです。そうしますと 100 人から 199 人というのが全体の 43%という数で、中には 1 万人以上出たという黄色ブドウ球菌も 1 件ありました。1000 人以上というのはサルモネラ 1 件、腸炎ピブリオ 1 件、腸管出血性大腸菌 1 件、死亡

事例というのは 20%ほど出ております。

これは一つの事例でありまして、ご存知の A 県の保健所管内の製造施設が出荷した、いか乾製品によるところのサルモネラ食中毒事例であります。これも先ほどのお話にありましたように diffuse な食中毒といえると思います。これはなんと 6ヶ月間にわたって全国 46 都道府県で散発的に起こっているわけで患者は 1634 名という結果であったわけです。

どうい対応をしたかということですが、当然患者への対応とともに原因が何かという調査をやっているわけです。ところがこの場合、原因施設、大体判っていたにもかかわらず、そこの業者から正確な情報を得ることができなかったということですね。拒否されているわけです。初動調査が全然うまくいってなくて結果的に回収対象商品の特定が遅れ被害の拡大を防止できなかった。ですから、こういう調査に非協力的な業者に対して保健所はどこまで強権的に調査を認めるかということなんです。どの程度、保健所が強く相手方に調査に入ったかはわかりません。我々の経験からいきまして、担当によって全然違いますから、遠慮がちな人はちょっと行って「嫌や」言われたらスッと帰ってきますね。力のある人は強引にガンガンやりますから…。ただ、いずれの場合でも、その結果に対して保健所長がどう判断するか、これは大きいと思います。仮にスッと帰ってきたとしても、代わりにもっと元気な人を送り出すとか、自ら行くとかすればいいわけです。けれども、このケースで、はとにかく非協力的であって仕方が無いかな、ということで終わっているわけです。おそらくこれは、意識の中では自分のところだけの話という、事がそんなに大層ではないという気持ちがあったのではと思いますね。こういう県外での散発を一連において気づくには食中毒事件における全国的規模のサーベイランス・システムを導入するのが課題であります。

感染症の類型別発生件数、これは感染症のほうです。II 類では細菌性赤痢、III 類では 18 人から 138 人ぐらいの幅で起こっていて、死亡は 1~3 人。あとインフルエンザ、感染性胃腸炎 SRSV も含んでいるわけですが、患者数としてはたくさん出てきている。

これはあるところの SRSV による集団下痢嘔吐症感染事例です。あるところというか、自分が平成 10 年に経験した事例です。ちょうど今日おいでの砂川先生にこの時はある程度まとまって相談に上がった時です。当時、I 県などあちこちでよく似た事例がありました。これは 10 時半に、こういうのは大体週末に起こることが多いんですけど、これはちょうど 3 連休の前の日だったんですね。学校で 70 人が欠席、53 人が有症状、21 人が早退と。それだけだったら食中毒かなと思うんですけども、前日の 3 月 16