

からの全国累積罹患数の推計値を示す。累積罹患数では各年とも第 30 週あたりで傾きがなだらかになるなど、グラフの形状に大きな違いはなく、流行の状況は各年とも同程度であることが示されている。

図Ⅳ-4-4 に、感染性胃腸炎の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも週別罹患数では第 50 週前後に山があり、累積罹患数では第 45 週あたりから傾きが急になるなど、グラフの形状に大きな違いはなく、流行の状況は各年とも同程度であることが示されている。

図Ⅳ-4-5 に、水痘の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも第 45 週あたりから翌年第 30 週あたりまで流行が見られ、累積罹患数のグラフの形状に大きな違いはなく、流行の状況は各年とも同程度であることが示されている。

図Ⅳ-4-6 に、手足口病の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも第 20 週あたりから第 35 週前後まで流行が見られ、累積罹患数にも急激な増加が見られている。累積罹患数の規模は各年で異なっているが、グラフの形状にあまり大きな違いはみられなかった。

図Ⅳ-4-7 に、伝染性紅斑の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。週別罹患数は各年とも第 25 週あたりから第 30 週あたりに山が見られ、その後急激に減少しているが、累積罹患数には各年で大きな違いが見られた。

図Ⅳ-4-8 に、突発性発疹の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも週別罹患数は年間を通してほぼ一定数であり、このことより累積罹患数のグラフもほぼ直線となっている。

図Ⅳ-4-9 に、百日咳の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。2000 年は累積罹患数も大きく、週別罹患数に年の中央を中心としたやや山形の傾向が見られているが、2001 年、2002 年では、週別罹患数は（増減はあるものの）年間を通して一定であった。

図Ⅳ-4-10 に、風疹の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも週別罹患数は第 1 週～第 30 週に多くなっていた。累積罹患数のグラフの傾きも第 30 週あたりまでが急で、その後はなだらかに上昇しているなど、各年とも同様の形状をしていた。

図Ⅳ-4-11 に、ヘルパンギーナの 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも週別罹患数は第 25 週～第 40 週前後までに山が見られ、対応して累積罹患数のグラフもこの期間に急激に立ち上がる形状であった。この流行期の週別罹患数の違いが、年間の累積罹患数の違いとなっていることが読みとれる。

図Ⅳ-4-12 に、麻疹の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年とも週別罹患数は第 20 週前後が山となっているが、その程度には大きな違いがあり、各年の累積罹患数の差も大きなものとなっている。

図Ⅳ-4-13 に、流行性耳下腺炎の 2000 年～2002 年の週別全国罹患数と各年第 1 週からの全国累積罹患数の推計値を示す。2000 年や 2002 年と比較すると、2001 年は年間を通して週別罹患数が大きく、累積罹患数のグラフの規模や形状も各年毎に異なった形状であった。

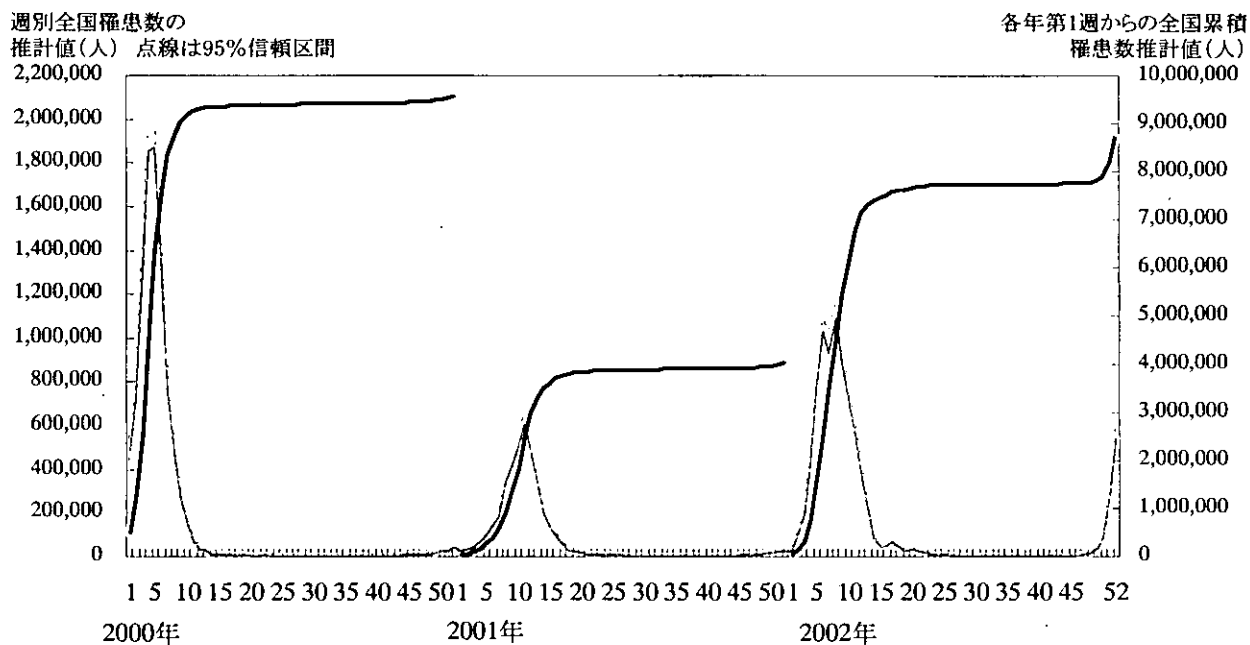
(3)眼科定点対象疾患

図Ⅳ-4-14に、急性出血性結膜炎の2000年～2002年の週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値を示す。各年ともに週別罹患数は年間を通してほぼ一定であり、累積罹患数のグラフの形状もほぼ直線に近くなっていた。

図Ⅳ-4-15に、流行性角結膜炎の2000年～2002年の週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値を示す。2000年、2001年では、第20週から第40週あたりに週別罹患数が増えているが、2002年ではそのような傾向は見られず、累積罹患数も2002年は小さくなっていた。しかし、累積罹患数のグラフの形状にはあまり大きな違いは見られなかった。

以上、インフルエンザ、小児科定点対象疾患、眼科定点対象疾患のそれぞれについて、週別の全国罹患数と年間累積罹患数を示した。ここでは、基本的に各年第1週からの累積罹患数を示したが、インフルエンザやヘルパンギーナ、手足口病などのように明らかな流行期がある疾患について、流行開始からの累積罹患数を示すことによって、各期の流行規模などをとらえやすくなるのは、インフルエンザでも例示したとおりである。いくつかの疾患では、推計値が小さくなるために、推計値自体を見る場合にはその推定精度には注意しなければならないが、週別罹患数および累積罹患数を示すことにより、疾患の流行の開始や流行の規模などをわかりやすくとらえることが可能と考えられる。

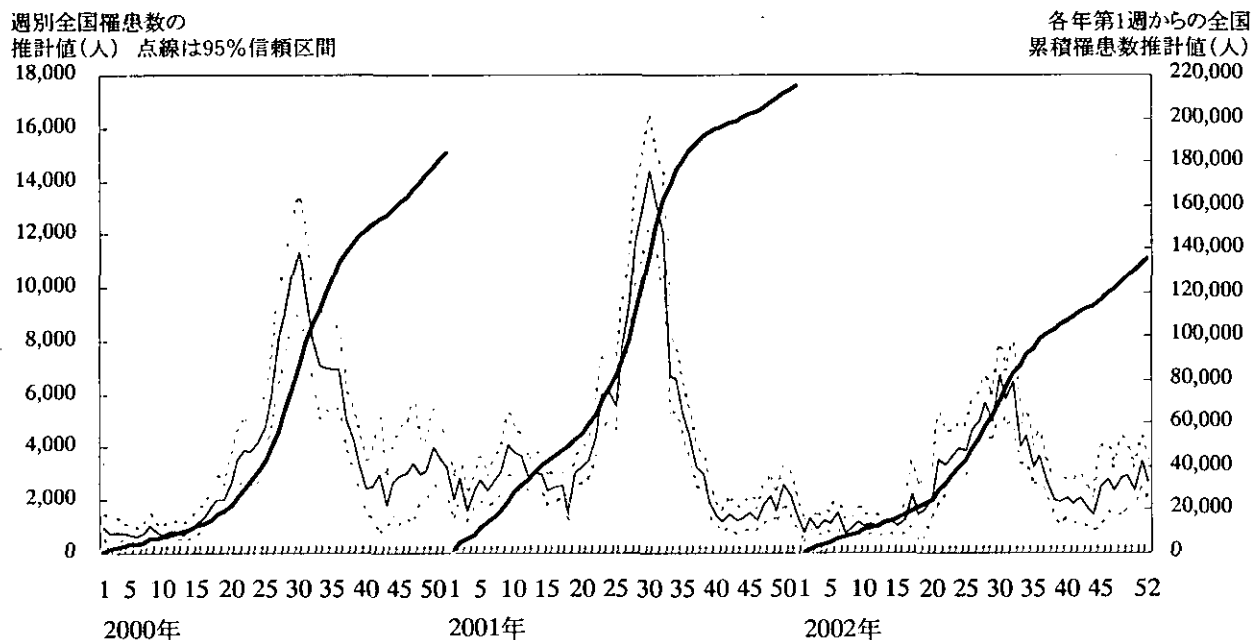
図IV-4-1 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（インフルエンザ）



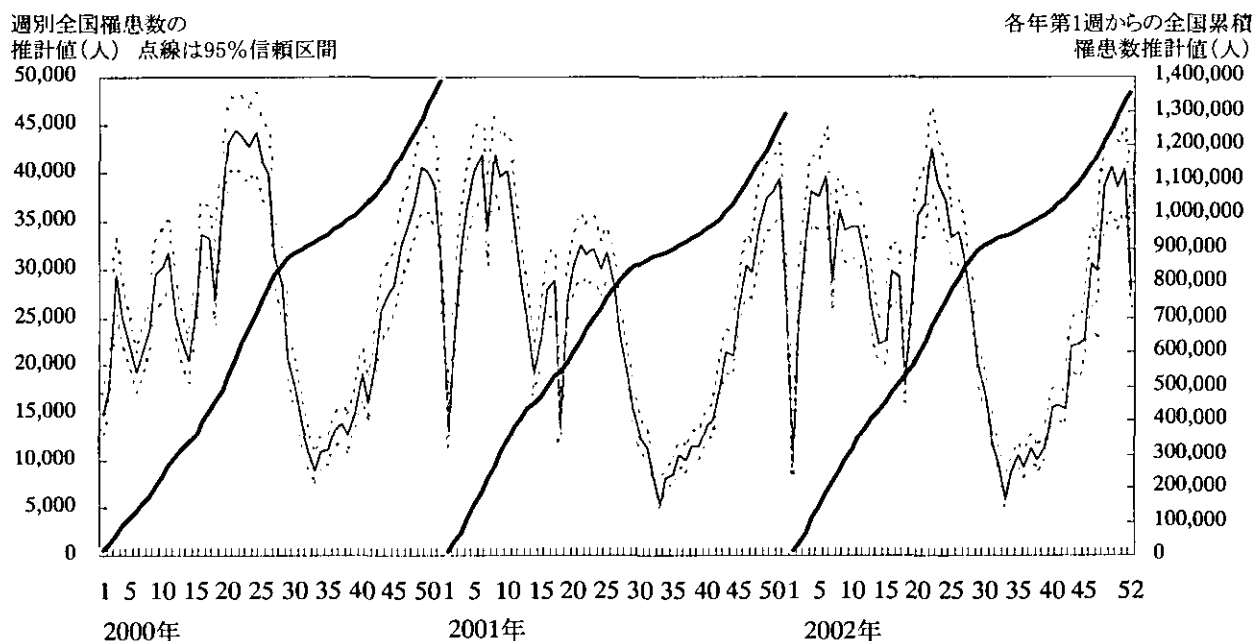
表IV-4-1 各年第45週から翌年第24週までの全国累積罹患数の推計値（インフルエンザ）

	全国累積罹患数		
	2000年第1週 ～第25週	2000年第45週 ～2001年第24週	2001年第45週 ～2002年第24週
総数	939 万人	403 万人	729 万人
内訳			
第45週～第52週	—	15	11
第1週～第8週	878	92	345
第9週～第16週	58	279	295
第17週～第24週	3	16	23

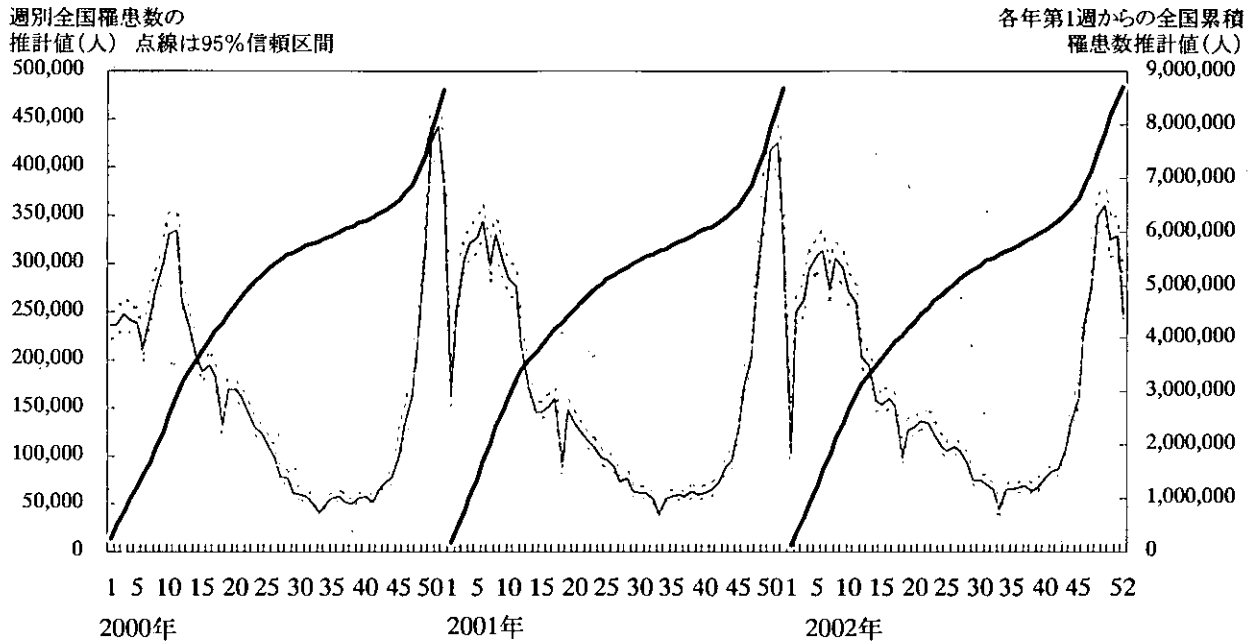
図IV-4-2 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（咽頭結膜熱）



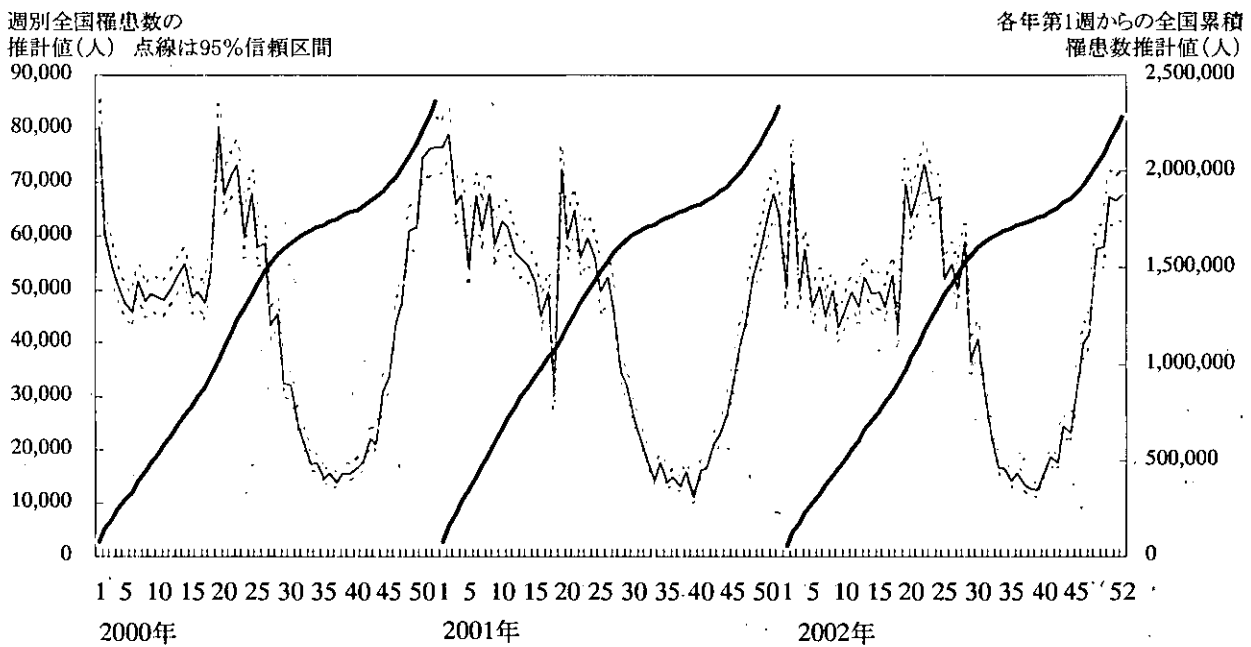
図IV-4-3 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値
(A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎)



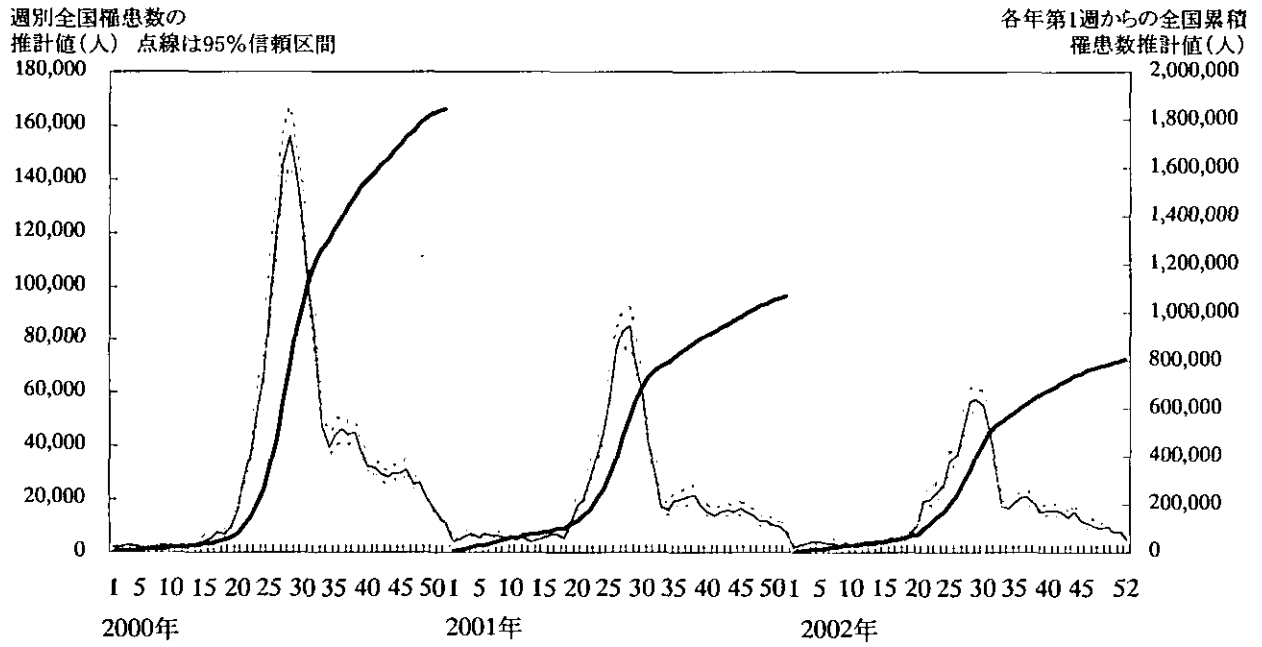
図Ⅳ-4-4 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（感染性胃腸炎）



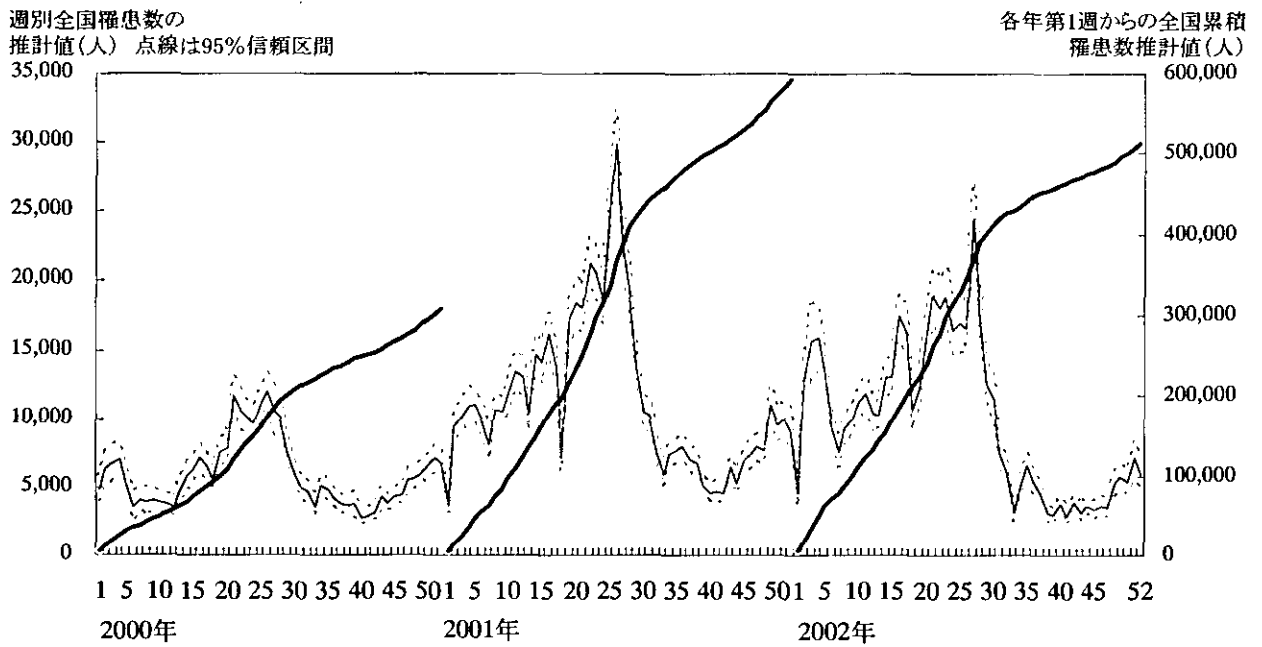
図Ⅳ-4-5 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（水痘）



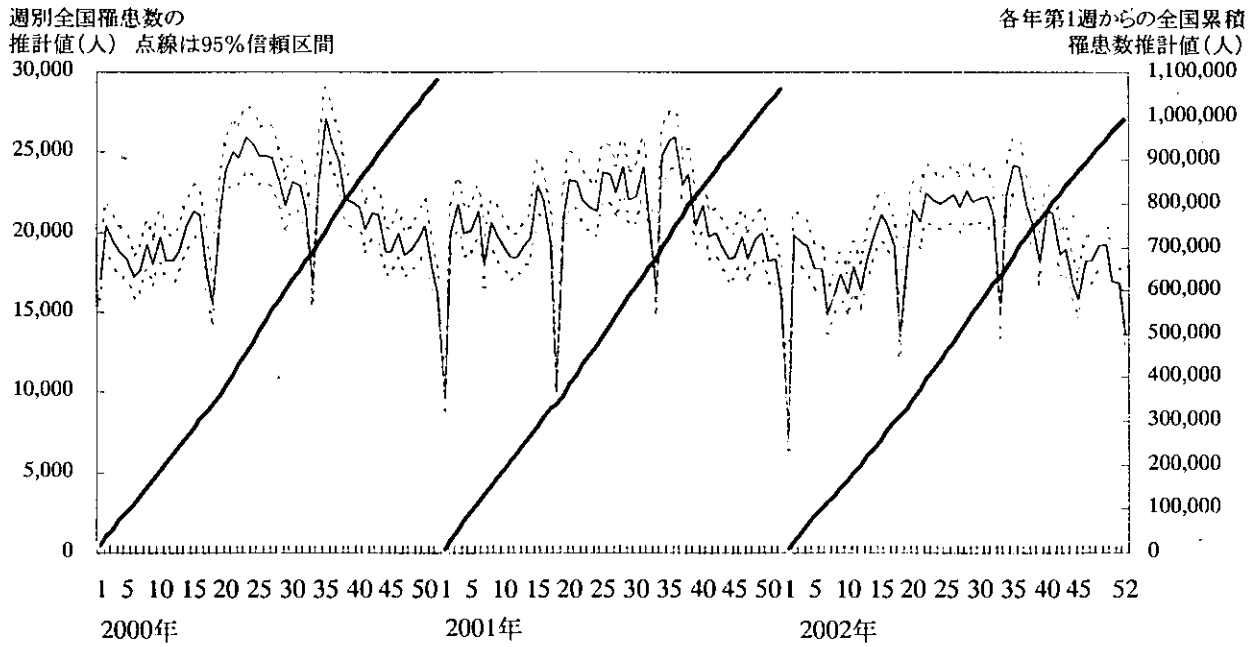
図IV-4-6 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（手足口病）



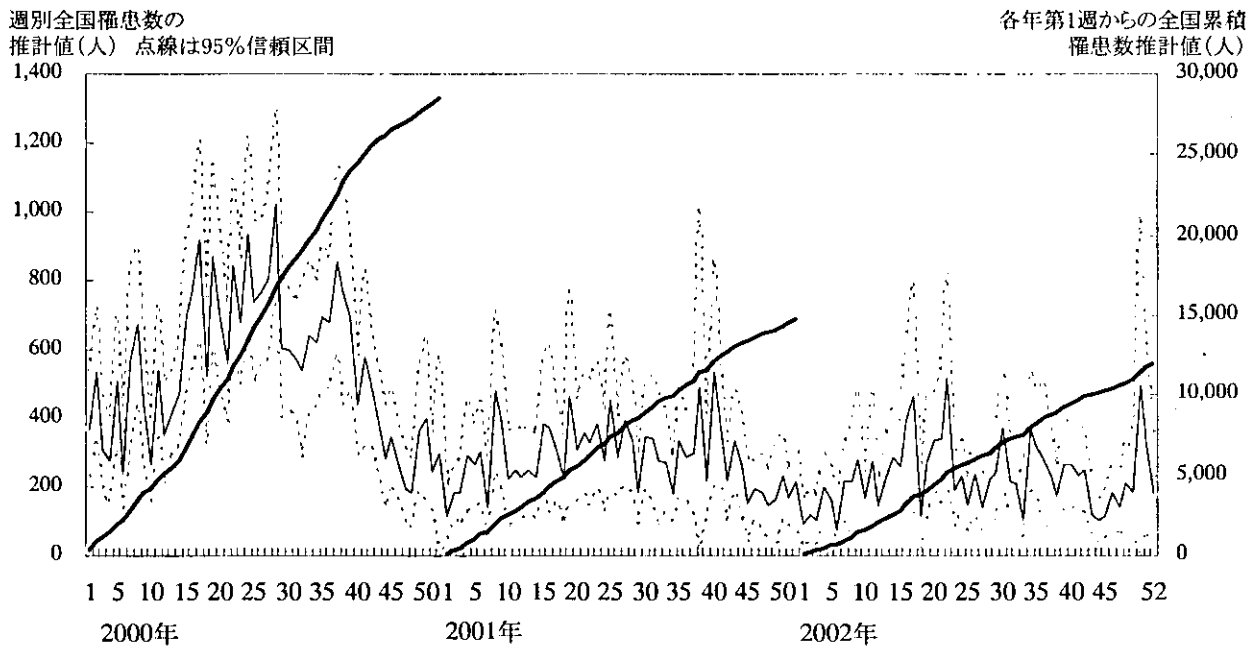
図IV-4-7 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（伝染性紅斑）



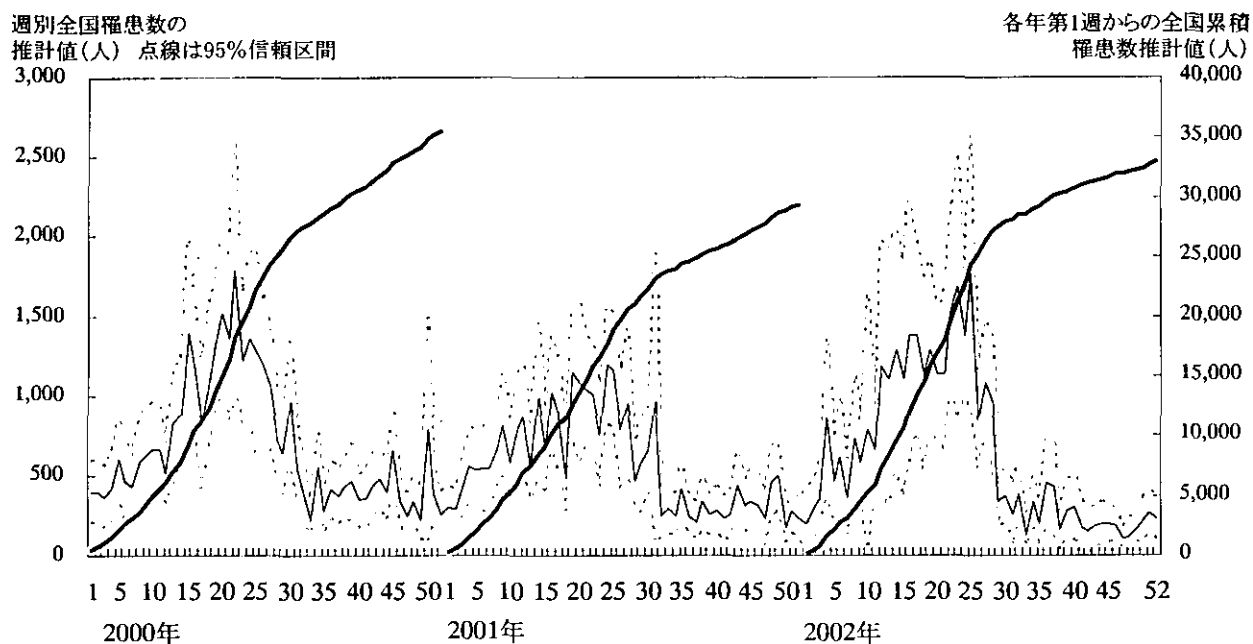
図IV-4-8 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（突発性発疹）



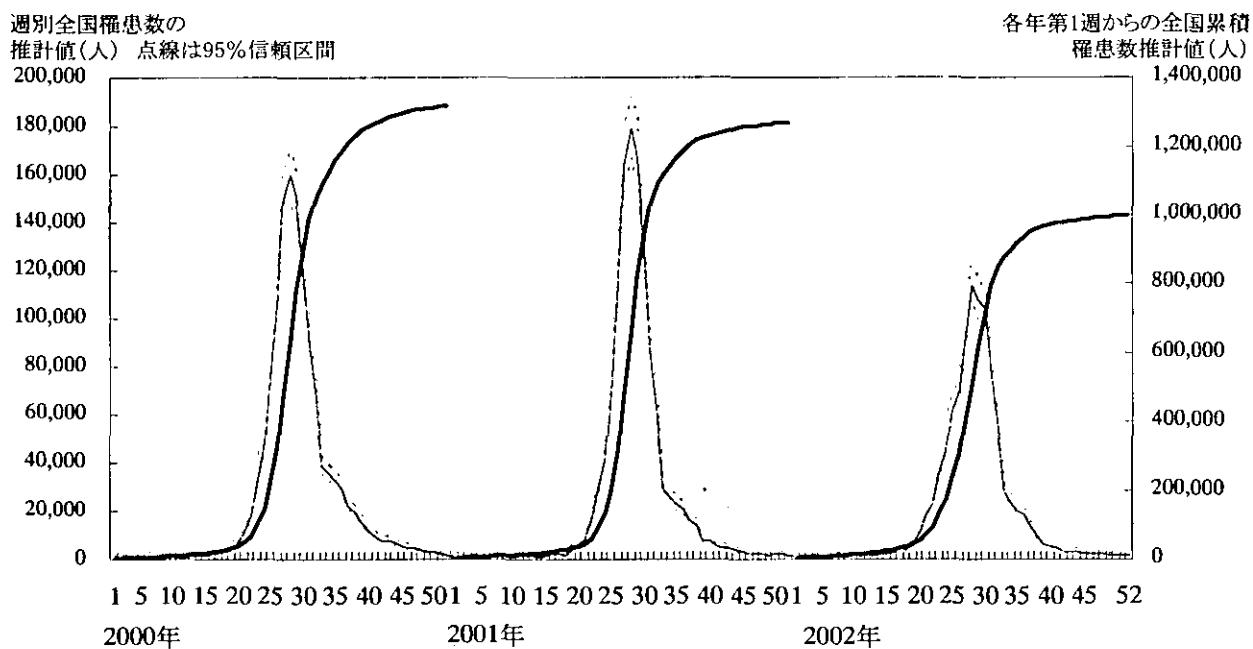
図IV-4-9 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（百日咳）



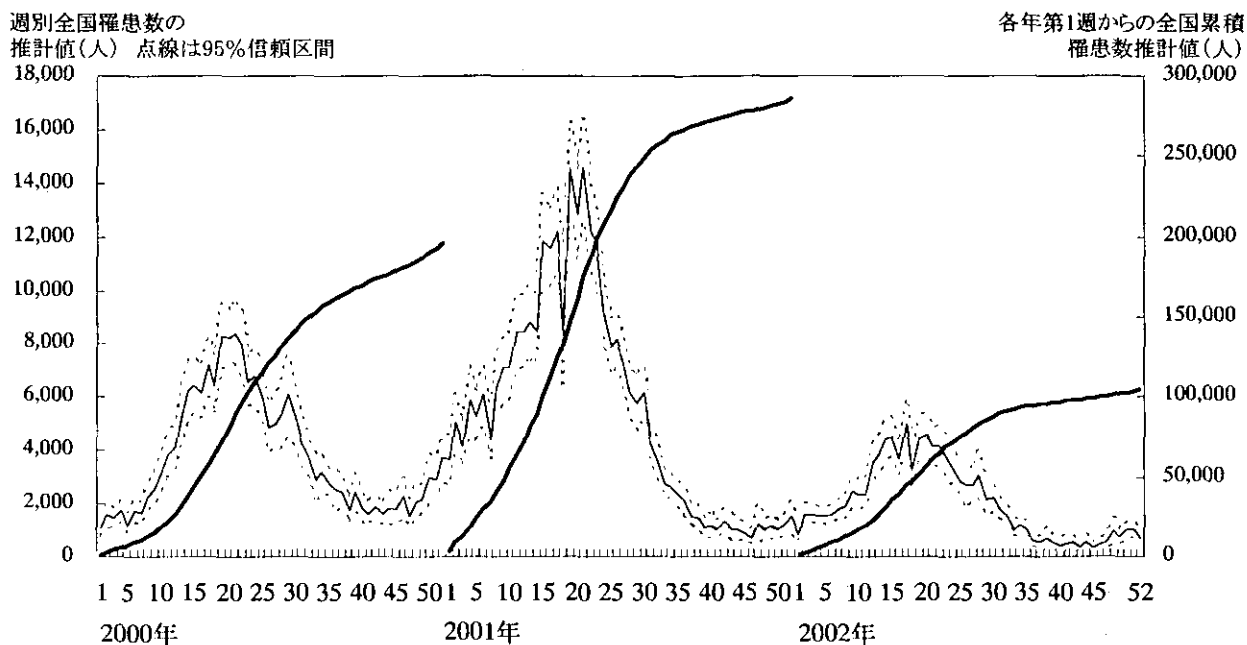
図IV-4-10 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（風疹）



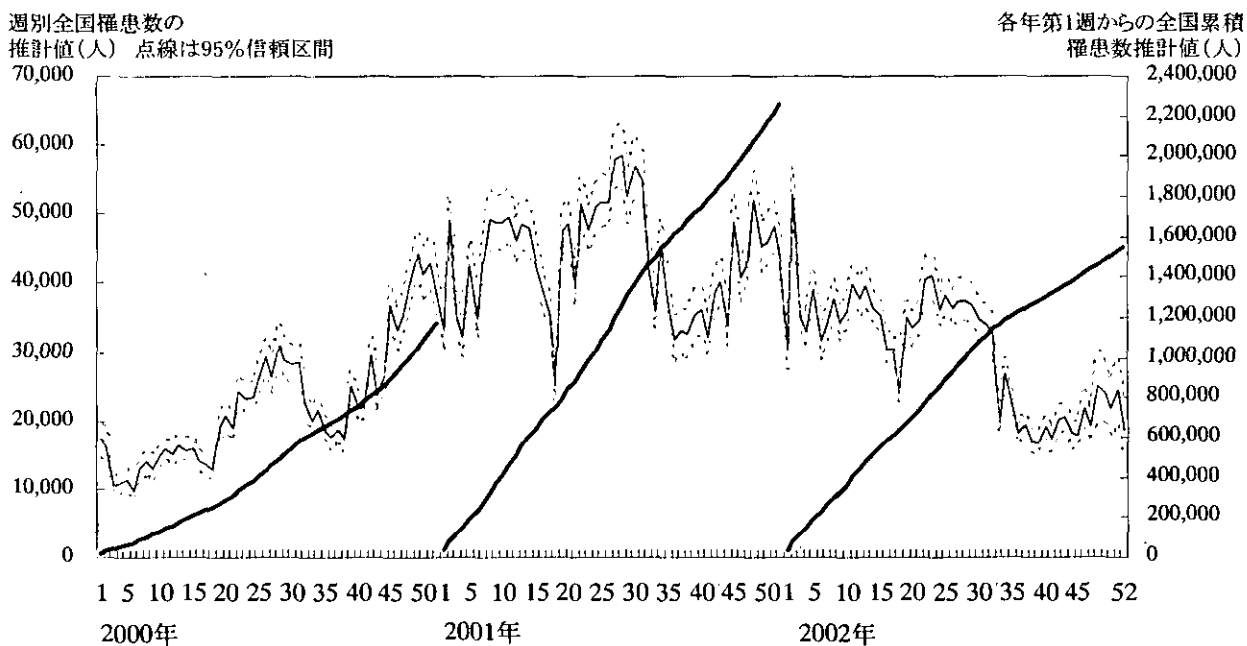
図IV-4-11 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（ヘルパンギーナ）



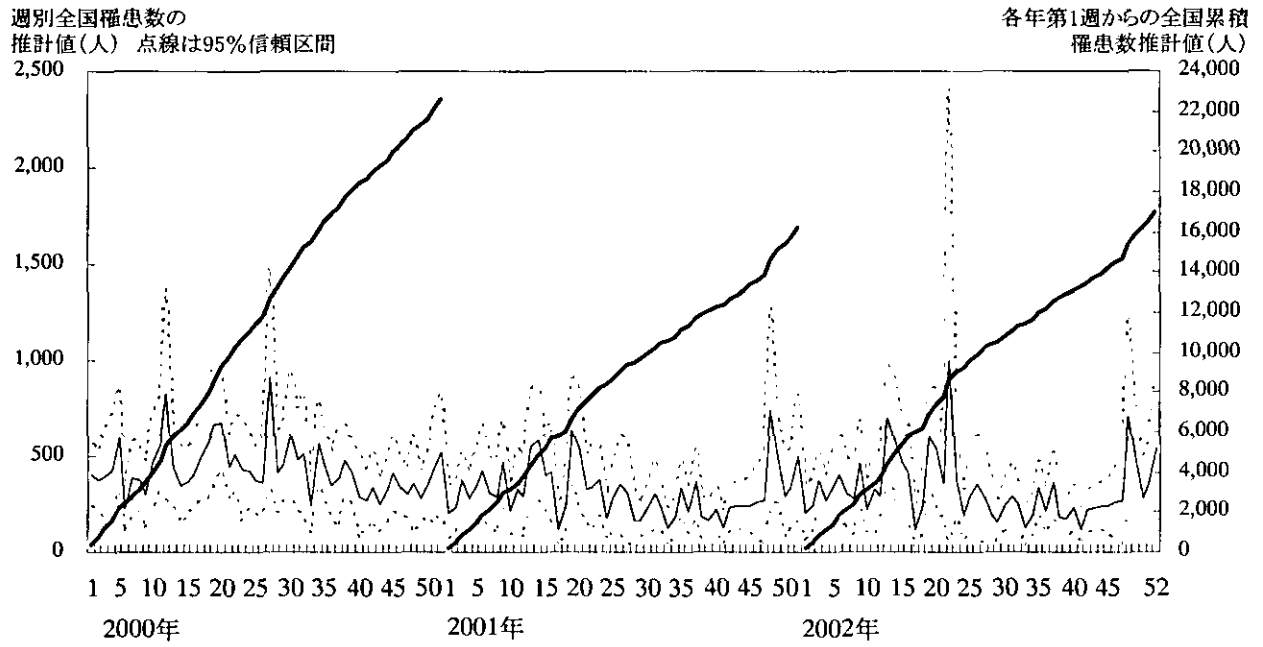
図Ⅳ-4-12 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（麻疹）



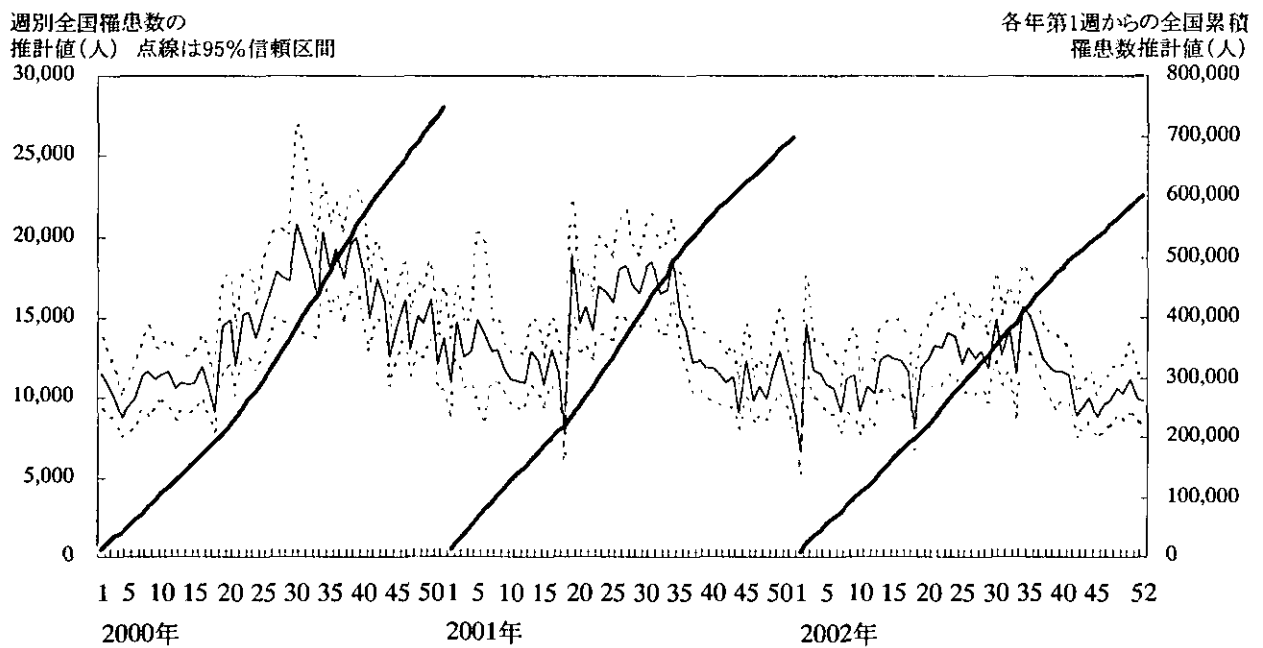
図Ⅳ-4-13 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（流行性耳下腺炎）



図IV-4-14 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（急性出血性結膜炎）



図IV-4-15 週別全国罹患数と各年第1週からの全国累積罹患数の推計値（流行性角結膜炎）



IV-5. 推計結果の総括と今後の課題

インフルエンザと小児科定点対象疾患、眼科定点対象疾患の2000年～2002年における全国年間罹患数の推計結果を総括するとともに、性感染症定点対象疾患を含めて、今後の課題を議論する。

1) 推計結果の総括

インフルエンザ、小児科定点対象12疾患と眼科定点対象2疾患における全国年間罹患数の推計値と95%信頼区間は本章の表IV-1-3、表IV-2-3～14、表IV-3-3～4に示されている。

全国年間罹患数の推計値は、インフルエンザでは2000年が959万人、2001年が403万人、2002年が874万人であった。小児科定点対象疾患では2000年が百日咳の2.8万人から感染性胃腸炎の865万人の範囲、2001年が百日咳の1.5万人から感染性胃腸炎の865万人、2002年が百日咳の1.2万人から感染性胃腸炎の874万人の範囲に渡っていた。眼科定点対象疾患では、急性出血性結膜炎と流行性角結膜炎について2000年が2.3万人と74.7万人、2001年が1.6万人と73.7万人、2002年が1.7万人と60.4万人であった。

全国年間罹患数推計値の標準誤差率は、インフルエンザで2.1～2.7%、小児科定点対象疾患で2.0～15.2%であった。咽頭結膜熱、百日咳では5～9%、風疹では6～16%とやや大きい。それ以外の疾患は5%未満であったことから、推計精度はある程度に保たれているといえる。眼科定点対象疾患では5.5～14.5%であり、流行性角結膜炎で10%を超えていたことから、推計精度はそれほど高くないと考えられる。全国年間罹患数の推計値は95%信頼区間を一緒にみることが基本であり、とくに、推計精度が必ずしも高くない疾患ではその重要性が大きいであろう。

これらの推計値と95%信頼区間をみる上で、推計方法が都道府県・医療施設特性による層内で「定点選定が無作為」であることを前提としていること、および、その前提の崩れに伴って過大評価の可能性が高いことに留意する必要がある。その過大評価程度はインフルエンザで1.06～1.22倍、小児科定点対象疾患で1.00～1.33倍、眼科定点対象疾患で0.92～1.38倍と試算された(表IV-1-6、表IV-2-27と表IV-3-7を参照)。これはあくまでも試算に過ぎないが、ある程度の参考となろう。

性、年齢、都道府県と週の各々別の罹患数推計値については、本章の表IV-1-4～5、表VI-2-3～26、表IV-3-3～6、図IV-4-1～15に示されている。これらの罹患数推計値をみる上では、全国年間罹患数推計値での注意がそのまま当てはまる。さらに、性、年齢、週別の全国罹患数推計値については、推計精度が高くないケースもあり、推計値と95%信頼区間を一緒にみる必要性がより大きいといえる。都道府県別の年間罹患数推計値については、多くの疾患で推計精度が低く、推計値と95%信頼区間を一緒にみることが必要であるが、それだけでなく、推計値の提示の可否自体を慎重に議論する必要がある。

2) 今後の課題

今後の課題とその対応については、昨年度も報告書にて詳細に検討しており、本年度も昨年度と同様、基礎データの整備、全国年間罹患数の推計方法、推計値の偏りについての検討、定点選定方法、などの点が課題としてあげられる。ここでは、そのなかで最も重要な課題である基礎データの整備について述べる。特にこの点は、全国罹患数の週毎の逐次的推計を可能とすることにもなる。

全国年間罹患数推計では、それを可能とする基礎データを整備することが必要である。現在の感染

症発生動向調査のシステムは、基礎データの整備の面で不十分であり、現行のシステムにおいて、本章で検討したような全国年間罹患数の推計を業務として継続的に実施することは大変難しい。また、性感染症定点対象疾患では、昨年度の報告書で検討しているとおり、現行システムでは推計に必要な情報が不足しており、現行システムから得られる情報のみでは、全国年間罹患数の推計は実施することができない。

その対応としては、3つの段階があり、そのすべての段階が実施されて、はじめて、推計に必要な情報が十分に整備されることになる。第1の段階は、保健所データベースで必要な情報の管理を行うことである。その情報としては、すべての各定点（年間の少なくとも1週以上で定点に指定された医療施設）について、医療施設特性（病院・診療所の別、有する診療科、定点指定された診療科）、週（または月）別の定点指定状況と報告情報（疾患・性・年齢別報告数、および、報告なし）が含まれる。情報の管理にあたっては、各定点に都道府県で固有の定点番号を付与すること、全国统一されたコード・フォーマットを用いることが重要である。

第2の段階は、保健所データベースに含まれる全情報を、すべての保健所から中央感染症情報センターに、漏れなく収集することである。年に1回まとめてすべての情報を収集する方法もあるが、システムとして、毎週（あるいは毎月）における保健所から地方感染症情報センターと中央感染症情報センターへの情報転送を利用する方が適切と考えられる。すなわち、転送する情報として、現在の保健所単位の報告数でなく、定点単位の報告数にするわけである。

第3の段階は、全国の保健所から集めた情報を、中央感染症情報センターで管理・運営することである。このとき、全医療施設（定点以外を含む）の医療施設特性の情報を含めることが必要である。この情報は、都道府県からの収集、あるいは、国が実施している医療施設調査の使用により得ることができる。また、これらの全情報を、容易に利用できるように、データベースを構築することも重要である。とくに、データベースでは各年次の情報を蓄積することを想定すべきである。

本検討において示した全国罹患数の週毎の逐次的な推計は、感染症発生動向調査の情報の還元方法としては大変有用である。今後、感染症発生動向調査システムにおいて基礎データの整備を行い、全国罹患数の年間推計および週毎の逐次的推計を可能とすることが重要であろう。

V. 情報の有効活用に関する検討

感染症発生動向調査には様々な情報が含まれており、また、その情報は様々な形で活用されている。たとえば、報告状況の概況は、毎週、週報を通して公表され、また、詳細は年報などを通してまとめられている。4類感染症の定点把握対象疾患の報告状況は警報・注意報の発生に利用され、全国罹患数の推計などへの活用も検討されている。また、中央感染症情報センター、地域感染症情報センター、都道府県や保健所では、それぞれが様々な工夫を行って、感染症発生動向調査の情報の活用を進められているものと思われる。ただ、感染症発生動向調査の情報の有効活用について、これまで、必ずしも十分に検討されていないと考える。感染症の予防を一層進める上で、この情報のより有効な活用を体系的に議論する意義は小さくないといえよう。

情報の有効活用の検討としては、各疾患の報告状況などを考慮しつつ、有効活用のための目的と方法を議論していくものとする。報告状況の1つとして、感染症法施行以降の報告数をみると、1類感染症では過去に報告例がない。2類と3類感染症および4類感染症の全数把握対象疾患では、報告なしの疾患から報告の多い疾患まで様々である。4類感染症の定点把握対象疾患ではほとんどの疾患で報告が多い。一方、報告内容をみると、1～3類感染症および4類感染症の全数把握対象疾患では詳細な情報が含まれている。4類感染症の定点把握対象疾患では、週（または月）・定点ごとの性・年齢階級別の報告数などに限られている。

ここでは、情報の有効活用のための基礎的検討として、4類感染症の全数把握対象疾患（後天性免疫不全症候群とクロイツフェルト・ヤコブ病を除く）について、各疾患の報告状況を観察する。まず、情報の内容について、その詳細を確認する。次いで、報告数について時間的分布、地域的分布と感染特性別分布を検討する。最後に、今後の検討を進める上での課題を整理する。

V-1. 情報の内容

1) 検討方法

基礎資料としては、2000～2002年の3年間における感染症発生動向調査データである。4類感染症の全数把握対象疾患（後天性免疫不全症候群とクロイツフェルト・ヤコブ病を除く）を対象とする。観察する疾患の単位としては、当該31疾患の中で、29疾患および急性ウイルス性肝炎の7細分類と梅毒の4細分類の計40疾患とする。なお、2000～2001年の検討には確定データ、2002年のそれには暫定データを用いることを注意しておく。

2) 検討結果

(1) 報告の件数

表V-1-1に報告の件数を示す。2000～2002年の3年間の合計をみると、40疾患の中で、報告なしが10疾患であり、報告数1～9人が3疾患、10～99人が8疾患、100～199人が8疾患、200～499人が5疾患、500人以上が6疾患であった。1,000人以上はアメーバ赤痢（1,267人）、急性ウイルス性肝炎A型（1,369人）とB型（1,084人）、ツツガムシ病（1,633人）と無症状梅毒（1,016人）

であった。年次別の報告数をみると、多くの疾患は年次で大きな変化がなかった。3年間の合計報告数が100人以上の19疾患の中で、年次で報告数が2倍以上違うのは、オウム病（2000～2002年が18人、35人、56人）、クリプトスポリジウム症（同、3人、11人、109人）、ツツガムシ病（同、791人、491人、351人）、デング熱（同、18人、50人、52人）の4疾患であった。

(2) 報告の項目

表V-1-2に報告の項目を示す。報告の項目は、基本情報として「病名」、「都道府県」と「診断（検案）年月日」がある。「診断（検案）」以外の時点の情報として「発病」、「初診」、「感染（推定）」と「死亡（死亡者の検案した場合）」の年月日がある。感染者の属性として「性別」と「年齢」がある。診断の情報として「診断方法」と「診断時の症状」がある。感染場所に関する情報として「最近数年間の主な居住地」、「推定される感染場所」と「病原体や媒介動物等との接触または生息場所での活動」がある。感染源と感染経路に関する情報として、7つの感染経路等（「経口」「性行為」「静注薬物乱用」「母子」「輸血」「媒介動物等」「その他」）および「同疾患または同等の症状の者の発症」がある。また、先天性風疹症候群では母親の風疹罹患歴、風疹抗体価や風疹予防接種歴がある。

以上、2000～2002年の3年間における報告数をみると、40疾患の中で、報告のきわめて少ない疾患（3年間の合計報告数が0～9人）が13疾患であった。これらの疾患については、情報の有効活用における目的と方法として、症例の発生の存在を示すこと、個別症例の詳細を提示することなどが中心になるものと思われる。一方、これら以外の疾患については、情報の有効活用として、様々な目的と方法があり得ると考えられる。報告の項目からみると、感染の基本的な情報がある程度揃っているものと思われる。

表V-1-1 報告の件数

疾病名	2000年	2001年	2002年	計
アメーバ赤痢	378	429	460	1,267
エキノкокクス症	22	15	10	47
黄熱	0	0	0	0
オウム病	18	35	56	109
回帰熱	0	0	0	0
急性ウイルス性肝炎	991	929	940	2,860
内訳				
A型	381	491	497	1,369
B型	425	330	329	1,084
C型	119	65	61	245
D型	0	0	0	0
E型	4	0	16	20
その他	40	29	23	92
不明	22	14	14	50
Q熱	24	42	47	113
狂犬病	0	0	0	0
クリプトスポリジウム症	3	11	109	123
劇症型溶血性レンサ球菌感染症	47	47	93	187
コクシジオイデス症	1	2	3	6
ジアルジア症	98	137	115	350
腎症候性出血熱	0	0	0	0
髄膜炎菌性髄膜炎	15	8	8	31
先天性風疹症候群	1	1	1	3
炭疽	0	0	0	0
ツツガムシ病	791	491	351	1,633
デング熱	18	50	52	120
日本紅斑熱	38	40	36	114
日本脳炎	7	5	8	20
乳児ポツリヌス症	0	0	0	0
梅毒	759	585	576	1,920
内訳				
早期顕症梅毒	286	238	218	742
晩期顕症梅毒	45	40	54	139
無症状梅毒	420	301	295	1,016
先天梅毒	8	6	9	23
破傷風	91	80	107	278
バンコマイシン耐性腸球菌感染症	36	40	44	120
ハンタウイルス肺症候群	0	0	0	0
Bウイルス病	0	0	0	0
ブルセラ症	0	0	1	1
発疹チフス	0	0	0	0
マラリア	154	109	82	345
ライム病	12	15	15	42
レジオネラ症	154	86	169	409

表 V - 1 - 2 報告の項目

項目	回答内容
病名	疾患番号（一部の疾患で細分類）
都道府県	1～47
診断（検案）年月日	年月日
発病年月日	年月日
初診年月日	年月日
感染したと推定される年月日	年月日
死亡年月日（死亡者を検案した場合）	年月日
性別	男、女
年齢	歳
診断方法	有無、検体、方法、型
病原検査	有無、検体、方法、型
血清学的検査	有無
臨床決定	詳細
その他	有無、詳細
診断時の症状	有無、詳細
最近数年間の主な居住地	日本国内、その他（詳細）
推定される感染地域	日本国内、その他（詳細）
病原体や媒介動物等との接触または生息場所での活動	有無、詳細
推定される感染源・感染経路等	有無、詳細
経口感染	有無、異性間・同性間
性行為感染	有無
静注薬物乱用	有無
母子感染	有無
輸血	有無
媒介動物等からの感染	有無、動物の種類
その他	有無、詳細
不明	有無
同疾患または同等の症状の者の発症	同居者、同じ職場や学校等、その他（詳細）、いない
母親の妊娠中の風疹罹患歴（先天性風疹症候群のみ）	有無
母親の風疹抗体価と測定時期（先天性風疹症候群のみ）	詳細
母親の風疹予防接種歴（先天性風疹症候群のみ）	有無

V-2. 報告数の時間的分布

1) 検討方法

基礎資料としては、前述の通り、2000～2002年の3年間における感染症発生動向調査データとした。4類感染症の全数把握対象疾患（後天性免疫不全症候群とクロイツフェルト・ヤコブ病を除く）の中で、3年間の合計報告数が10人以上の25疾患（17疾患および急性ウイルス性肝炎の4細分類と梅毒の4細分類）を本検討の対象とした。なお、急性ウイルス性肝炎の「その他」と「不明」は3年間の合計報告数が10人以上であるが、検討の対象外とした。

疾患ごとに、2000～2002年の合計156週について、各週の報告数を観察した。観察にあたって、偶然変動の範囲を参考として定めた。偶然変動の範囲としては、3年間の合計報告数に基づいて、各週の報告数が一定という仮定の下で、ポアソン分布を基礎とする99%信頼区間を用いた。なお、かりに、各週の報告数が一定という仮定が成り立っていれば、 $156 \times 0.01 = 1.5$ 週が信頼区間を超えると期待される。

2) 検討結果

図V-2-1にアメーバ赤痢の週別報告数を示す。全国的にみて、週別報告数の変動は偶然変動の範囲内であった。これより、流行が期間中にみられない、あるいは、流行が各地域で期間を通して散発的に発生しているなどが考えられる。報告数の地域的分布については次節で議論する。図V-2-2にエキノкокクス症の週別報告数を示す。2000年はじめに大きな流行がみられ、その後は偶然変動の範囲内であった。図V-2-3にオウム病の週別報告数を示す。期間を通して何回かの流行が見られたが、極端に大きなものでなかった。

図V-2-4～7に、それぞれ、急性ウイルス性肝炎のA型、B型、C型とE型の週別報告数を示す。A型では週別報告数は流行の波がみられ、2000年はじめ、2001年半ばと2002年15週頃が高かった。B型では週別報告数はほぼ偶然変動の範囲内であった。C型では週別報告数は2001年がやや高く、その後、偶然変動の範囲内であった。E型では週別報告数は2002年終わりに大きな流行がみられた。

図V-2-8にQ熱の週別報告数を示す。週別報告数には期間を通して何回かの流行が見られ、とくに2001年40週頃に比較的大きな流行があった。図V-2-9にクリプトスポリジウム症の週別報告数を示す。週別報告数には2002年10週頃に大きな流行が見られ、それ以外は少なかった。図V-2-10に劇症型溶血性レンサ球菌感染症の週別報告数を示す。週別報告数は2002年はじめが高い傾向であったが、極端に大きなものでなかった。図V-2-11にジアルジア症の週別報告数を示す。週別報告数にはいくつかの流行がみられるが、極端なものでなかった。

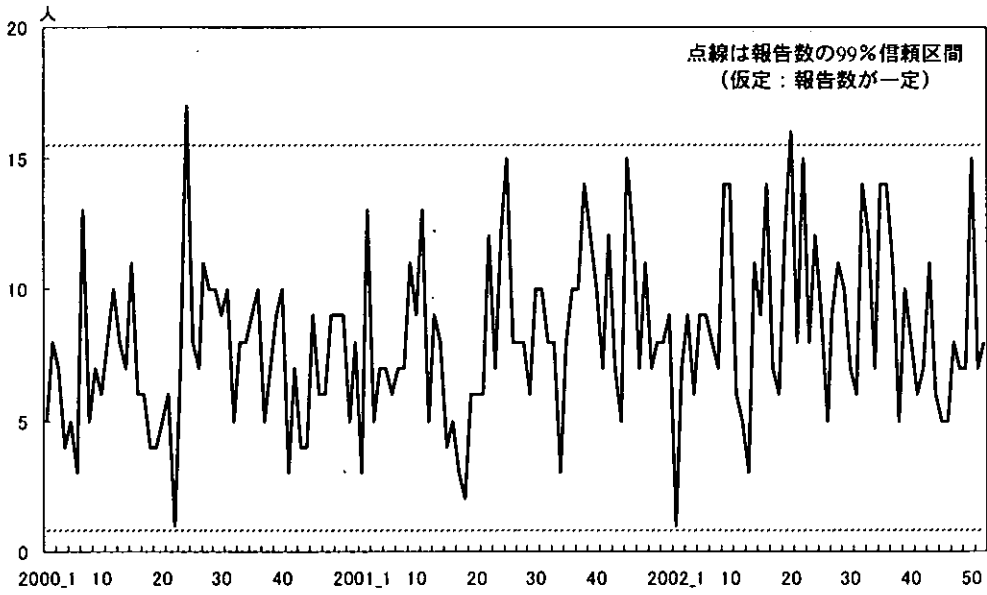
図V-2-12に髄膜炎菌性髄膜炎の週別報告数を示す。週別報告数は偶然変動の範囲内であった。図V-2-13にツツガムシ病の週別報告数を示す。週別報告数には周期性がみられ、とくに2000年終わりに大きな流行が見られた。図V-2-14にデング熱の週別報告数を示す。週別報告数は2000年が少なく、2001年30週頃から比較的多くなっていた。図V-2-15に日本紅斑熱の週別報告数を示す。週別報告数は毎年20～50週に多く、それを考慮すると偶然変動の範囲内に近いとみなされた。図V-2-16に日本脳炎の週別報告数を示す。週別報告数は毎年30週以降にみられ、それを考慮すると偶然変動の範囲内とみなされた。

図V-2-17~20に、それぞれ、早期顕症梅毒、晩期顕症梅毒、無症状梅毒と先天梅毒の週別報告数を示す。早期顕症梅毒では、週別報告数は年次のはじめと終わりでやや低く、中央で高い周期性がやや見られるが、偶然変動の範囲内とみなされた。晩期顕症梅毒では、週別報告数はほぼ偶然変動の範囲内とみなされた。無症状梅毒では、週別報告数は2000年のはじめに高い傾向であったが、ほぼ偶然変動の範囲内とみなされた。先天梅毒では、週別報告数は偶然変動の範囲内とみなされた。

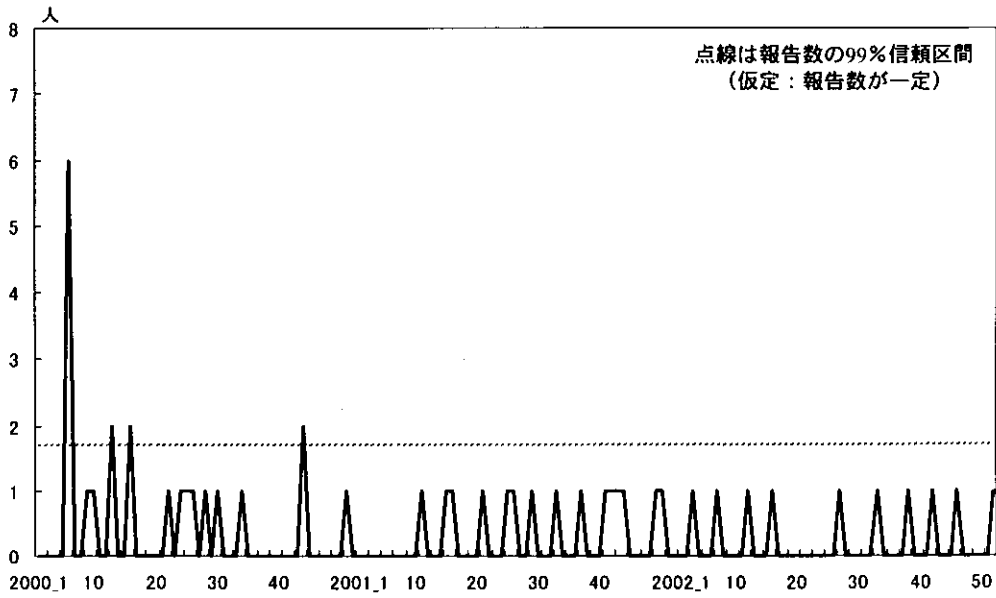
図V-2-21に破傷風の週別報告数を示す。週別報告数はやや周期性がみられたが、それを考慮すると偶然変動の範囲内とみなされた。図V-2-22にバンコマイシン耐性腸球菌感染症の週別報告数を示す。週別報告数は偶然変動の範囲内とみなされた。図V-2-23にマラリアの週別報告数を示す。週別報告数は2000年でやや高かったが、偶然変動の範囲内とみなされた。図V-2-24にライム病の週別報告数を示す。週別報告数は15~40週頃にみられ、それを考慮すると偶然変動の範囲内とみなされた。図V-2-25にレジオネラ症の週別報告数を示す。週別報告数は2000年のはじめが高く、また、2002年30週頃がかなり高かった。

以上、疾患ごとに報告数の時間的分布に特徴が見られた。週別報告数が偶然変動の範囲内の疾患や周期性を有する疾患が少なからずみられ、一方、極端な流行を示す疾患も見られた。

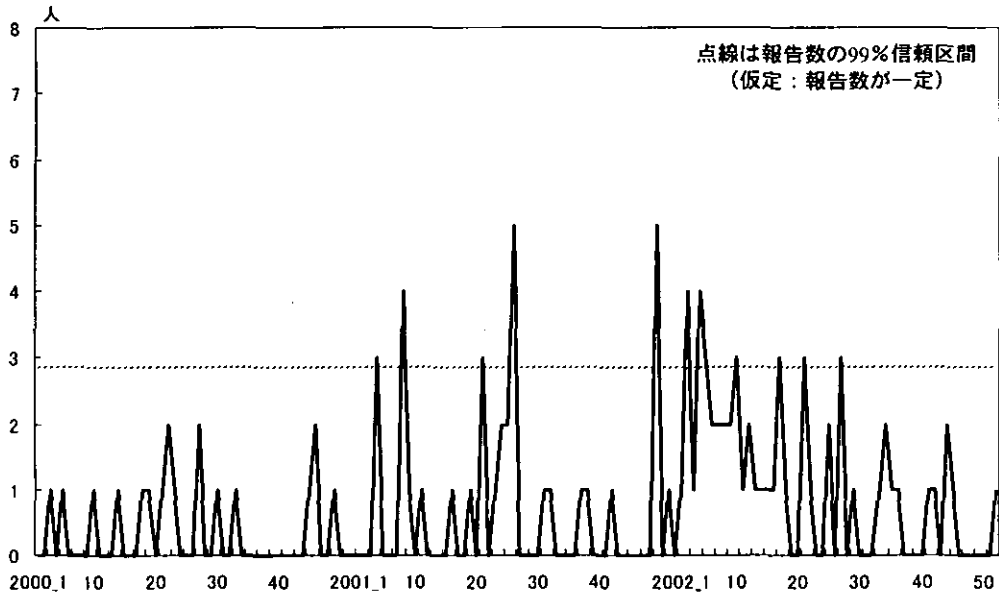
図V-2-1 週別、報告数（アメーバ赤痢）



図V-2-2 週別、報告数（エキノкокクス症）



図V-2-3 週別、報告数（オウム病）



図V-2-4 週別、報告数（急性ウイルス肝炎A型）

