

F 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）  
特になし

図1. 中国・四国地方への流行

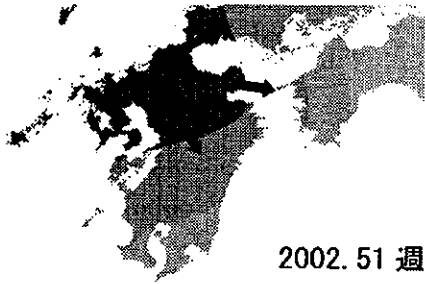
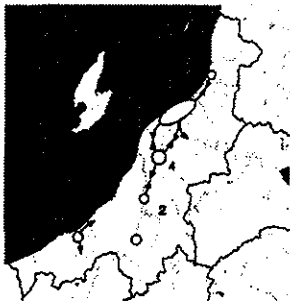


図2. 日本全体のインフルエンザ流行の流れ



図3. 小中学校閉鎖措置から見たインフルエンザ流行の  
新潟県内地域伝播



総人口  
1. 新潟 : 約52万人  
2. 長岡 : 19  
3. 上越 : 14  
4. 奥・三条: 13

分担研究報告書

2004/2005シーズンにおける ML インフルエンザ流行前線情報データベースの運用と検討

分担研究者	国立感染症研究所感染症情報センター	岡部信彦
研究協力者	西藤こどもクリニック理事長	西藤成雄
	国立感染症研究所感染症情報センター	砂川富正
	国立感染症研究所感染症情報センター	大日康史

要約

目的:自主的な報告による ML インフルエンザ流行前線情報データベースにおいて、発症日別とした報告医師当たりの報告、および警報・注意報を試行し、その妥当性を検討する。

方法:発症日と受診日のずれの分布から報告医師数、および患者数を推定し、その比として発症日別報告医師当たり患者数をもとめる。また、基本的には感染症発生動向調査での警報、注意報に合わせて、週当たり報告医師当たり報告数が10以上で注意報、30以上で警報、前日が警報で当日10以下に低下すれば警報解除とする。

結果と考察:ML インフルエンザ流行前線情報データベースの報告医師当たりの発症日別患者数は、同じ補正を行った毎日患者報告とほぼ同じ動きを示しており、毎日患者報告と同じ精度を持つことが明らかにされた。しかしながら試作した警報、注意報は、やや1月までの警報が多くでっており、また不安定である。

結論:より有効性の高いインフルエンザの迅速把握を実現するためには、国が行っている毎日患者報告との連携、情報の共有がはかられることが望まれる。また公衆衛生機関が利用可能なパンデミック対策用サーベイランスとしてのML インフルエンザ流行前線情報データベースの改善の方向性の一つは、迅速性に優れた病原体サーベイランスの特徴をさらに活かした、csvファイルからの入力、電子カルテからの自動入力のシステム構築、運用かもしれない。

A. 緒言

ML インフルエンザ流行前線情報データベース(参考文献1)は 1999 年から、より迅速にインフルエンザの流行状況の把握するために、国立感染症研究所感染症情報センター砂川富正主任研究官のアイデアを西藤こどもクリニック理事長西藤成雄医師が Web 入力、解析、還元システムを開発する形で運営されている。参加者は有志医師で例年350名を超える医

師が自主的に協力している。これまでは、運営も自主的に行われていたためにその金銭的、労力的な負担は主催者個人によって負われていたが、本年度から本研究補助金の助成を受け、安定的な運営を行えた。また、本年度から国立感染症研究所のホームページからのリンクも張っている。

報告する項目は発症日、診断日、都道府県、市区町村、性別、年齢、診断に用いたキット、

判定、タイプ(A型・B型)、ワクチン接種歴、治療薬、公衆衛生上重要な情報(病気の鳥あるいはブタとの接触、SARSの疑い、タミフル鑑別が必要な症例についてはコメントを設けた。

ML インフルエンザ流行前線情報データベースはインフルエンザの流行を把握する様々なシステム(参考文献2)ではもっとも細かい情報を日次で情報収集、還元しているという点(情報の精度および迅速性)では非常に優れたシステムであるが、若干の問題がある。一つ目の問題点は、発症日は患者の自己申告に基づいており、受診に至る日数においても個人差があること、またこれらの数の合計は、報告医師あるいは医療機関当たりの概念として計算できない点がある(代表性および感度)。そのためにこれまで ML インフルエンザ流行前線情報データベースは、診察日別患者数、あるいは発症日別でも報告医師当たりではない患者数のみを報告してきた。しかしながら、ML インフルエンザ流行前線情報データベースは有志である故に、参加医師数が変動する。特に最流行期には医療現場の多忙が極めるために、参加医師数が減じる可能性があり、これは見かけ上患者数を減少させてしまう。感染症発生動向調査あるいはそれに基づくインフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)では定点という固定された概念を持つので、こうした参加医療機関の変動といった問題は小さい(本報告書「2004/2005シーズンにおけるインフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)の暫定的な概要と課題」図1参照)。ML インフルエンザ流行前線情報データベースではその影響は大きい。

もう一つの問題は、先の問題点と密接に関わるが、ML インフルエンザ流行前線情報デ

ータベースでは流行期の定義が難しいという点である。現時点では ML インフルエンザ流行前線情報データベースでは、都道府県あるいは市区町村での週当たり報告患者数が5を越えると注意報、10を越えると警報として標記されてきた。しかしながら、これは人口やあるいは報告医師数の違いを考慮していないので、人口が多い地域や、参加医師が多い地域ではすぐに警報が出る傾向がある。本稿ではこの問題を、一般的に用いられている感染症発生動向調査における警報、注意報に近い概念で試行し、その妥当性を検討する。

## B.方法

発症日別および診察日別患者総数を比較した上で、発症日別患者数を ML インフルエンザ流行前線情報データベースと毎日患者報告との比較する、またその規模を調整するためにそれぞれの最大値を100に指数化した上で動きを比較する。

発症日の患者数は疫学的な意味での流行を捉えるにはより適切な概念であるが、受診までの日数に個人差があること、また報告医師あたりの概念に簡単にすることができないという問題がある。それで本稿では、発症日別医師当たり患者数を以下のように定義する。発症日から受診日までの日数の分布を  $g(d)$ 、 $x$  日の診療医師数を  $f(x)$ 、 $t$  日を発症日とする患者総数を  $h(t)$  として、発症日別医師当たり患者数を

$$h(t)/(g(0)f(t)+g(1)f(t+1)+g(2)f(t+2)+g(3)f(t+3)+g(4)f(t+4)\cdots)$$

として定義する。ここで分母の次数は  $g(d)$  が十分に低くなるまでの期間とする。ただし、 $t$  が直近の場合には  $h(t)$  が確定しないので  $h(t)$  の代わりにその推定値  $h(t)/(g(0)+g(1)+\cdots+g(T-t))$  とする。ここで、 $T$

はデータの最終日とする。報告医師数は日々変わり、また0報告も求められていないので、報告医師数をあらかじめ確定できない。そこで以下のように扱う。報告医師数は当日を含む今シーズンこれまでの中で最も報告が多かった医師数とする。但し、それが100(都道府県単位での分析では2)を越えない場合には、100(あるいは2)とする。これは、報告医師数が少ない状態での極端な動きを取り除くための措置である。これを同様に実施した毎日患者報告と比較する。

また、ML インフルエンザ流行前線情報データベースの問題点である警報、注意報を都道府県別に以下のように定義する。基本的には感染症発生動向調査での警報、注意報に合わせて、週当たり報告医師当たり報告数が10以上で注意報、30以上で警報、前日が警報で当日10以下に低下すれば警報解除とする。週は当日を含む過去7日間とする。ただし先の報告医師数の補正の際に述べたように、その都道府県での報告医師数が一人の場合には、週当たり報告医師当たり報告数を半分とする(つまり週あたり60人以上ではじめて警報とする)。この定義で都道府県単位で警報、注意報を求める。

用いるデータはシーズン途中であるが3月13日時点での登録されているデータとする。

### C. 結果

結果は図1～5に示されている。図1から、いかに診察日患者数の変動が激しく、ピークの判断も不可能であることが確認される。図2ではML インフルエンザ流行前線情報データベースは毎日患者報告の約半分の報告数であるが、指数化すれば(図3)その動きはほぼ同じである。したがって、少なくとも国単位ではML インフルエンザ流行前線情報データベ

スは毎日患者報告と同じ精度がある。

さて、次からがML インフルエンザ流行前線情報データベースの試行的な改善であるが、報告医師当たりの発症日別患者数が図4に示されている。最後に、本稿での定義に基づく警報、注意報が出た都道府県数の推移を図5に示す。

### D. 考察

図3、4から、ML インフルエンザ流行前線情報データベースは毎日患者報告と同じ精度を持つことが明らかにされた。元々情報量でははるかに凌駕しているので、今後は、ML インフルエンザ流行前線情報データベースの問題点であった参加医師の安定性、またその参加医師数の増加をはかることが、さらにより有効性の高いインフルエンザの迅速把握を実現することにとって重要であろう。そのためには、国が行っている毎日患者報告との連携、特に情報の共有がはかられることが、望まれる。また、ML インフルエンザ流行前線情報データベースとしてもcsvファイルからの入力、電子カルテからの自動入力のシステム構築、運用を行うことで、将来的なシステム上の改善が期待出来る。

また、本稿では、ML インフルエンザ流行前線情報データベースの試行的な改善をはかった。報告医師当たりの発症日別患者数は、同じ補正を行った毎日患者報告とほぼ同じ動きを示している。但し2月に入ってやや低調となっている。これは、おそらく流行期に入って、患者数の多い医師ほど入力を断念、あるいは全数を報告できなくなったのではと推測される。また、報告医師数を固定していることから逆に土日の報告医師数が過大となり、報告医師数あたり患者数が過小となっている。これは曜日

補正をかければ比較的容易にできると思われることから今後の課題としたい。

警報、注意報も試作されたが、やや1月までの警報が多くでており、また不安定である点が問題である。この時期は報告医師数がそもそも少ないので、警報がしやすい。従来のML インフルエンザ流行前線情報データベースでの警報、注意報も同様の問題を抱えているので、流行初期の報告医師数の(統計上の)少なさという問題は今回の試行においても解決されていない。

タイ・ベトナムでの高病原性鳥インフルエンザの流行が制圧できていない状況を鑑み、新型インフルエンザへの対策が必要であることはいうまでもない。そこではサーベイランスの重要性が常に指摘されるが、パンデミックは冬に発生するとは限らないし、WHOの宣言以降に準備期間を経て世界的な流行がはじまると思えない。つまり、いつどの様な形で日本への侵入が行われるかは全く分からない。そうしたパンデミックの性質に対応したサーベイランスを準備しておく必要がある。つまり、そのサーベイランスにはインフルエンザのタイプ、SARSや鳥インフルエンザの疑い例、抗インフルエンザ薬の有効性、ウイルス分離の結果などの質的情報を収集を、常時(通年)収集し、解析し、また必要に応じて調査項目を随時変更する柔軟性が求められる。ML インフルエンザ流行前線情報データベースは、常時運用されているわけでもないし、パンデミック対策に特化したシステムではないことは間違いないが、現時点で公衆衛生当局が利用可能なシステムの中で最も有望であることも間違いない。今後はこのシステムを土台に合格点にまで改善していくことが、今できるパンデミック対策の一つである。

## E. 結論

ML インフルエンザ流行前線情報データベースは元々迅速性と診断の陽性的中率に優れたサーベイランスであるという特徴があるが、発症日別とした報告医師当たりの報告、および警報・注意報の妥当性についても毎日患者報告と同じ精度を持つことが明らかにされた。しかしながら試作した警報、注意報は、やや1月までの警報が多くでており、また不安定である。ただし、本データベースが潜在的にパンデミック対策となり得る可能性を秘めていることから、改善の方向性の一つはcsvファイルからの入力、電子カルテからの自動入力のシステム構築、運用かもしれない。

## 参考文献

- [1] 西藤なるを メーリングリスト有志によるインフルエンザ流行情報の集積と公開－ML インフルエンザ流行前線情報データベースの運用について－, 東京都小児科医会雑誌.vol.23,no.2,2004 :64-70.
- [2] 大日康史「インフルエンザの流行状況把握システム」季刊インフルエンザ, vol.6, no.1,2005,51-60.
- [3] 「定点サーベイランスの評価に関するグループ研究報告書感染症発生動向調査に基づく流行の警報・注意報及び全国年間罹患患者数の推計－その4－」(グループ長永井正規)平成 16 年度厚生科学研究費補助金「効果的な感染症動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」(主任研究者:谷口清州),2004

図1: MLflu2004/2005シーズン

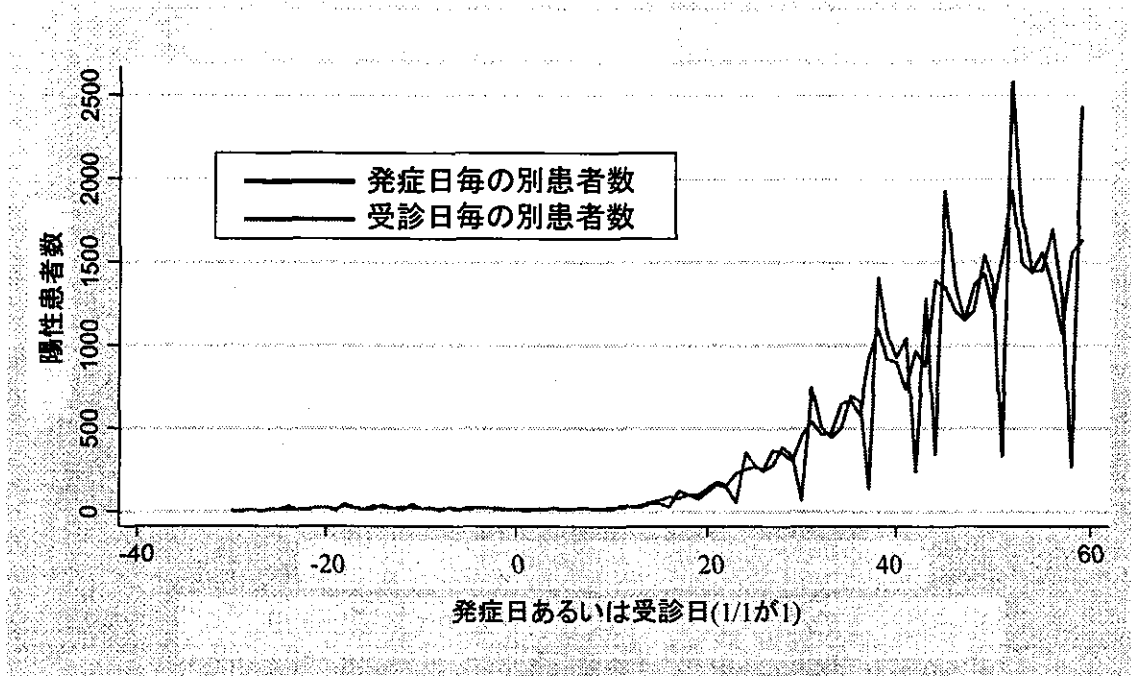


図2: MLfluと毎日患者報告との比較

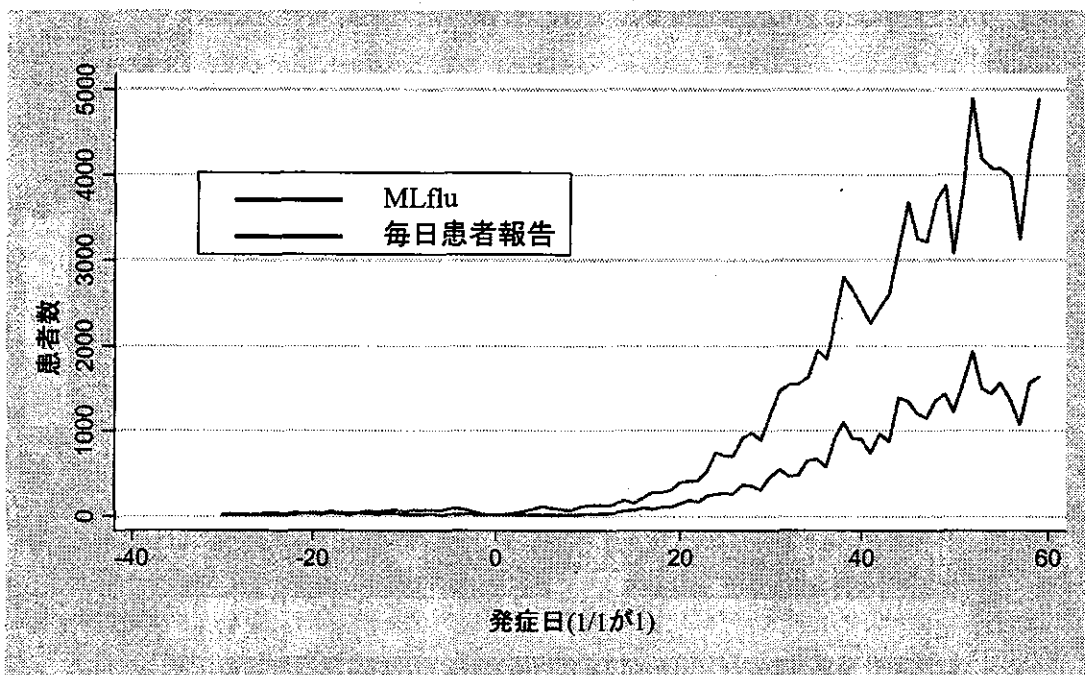


図3: MLfluと毎日患者報告との比較  
(調整済み)

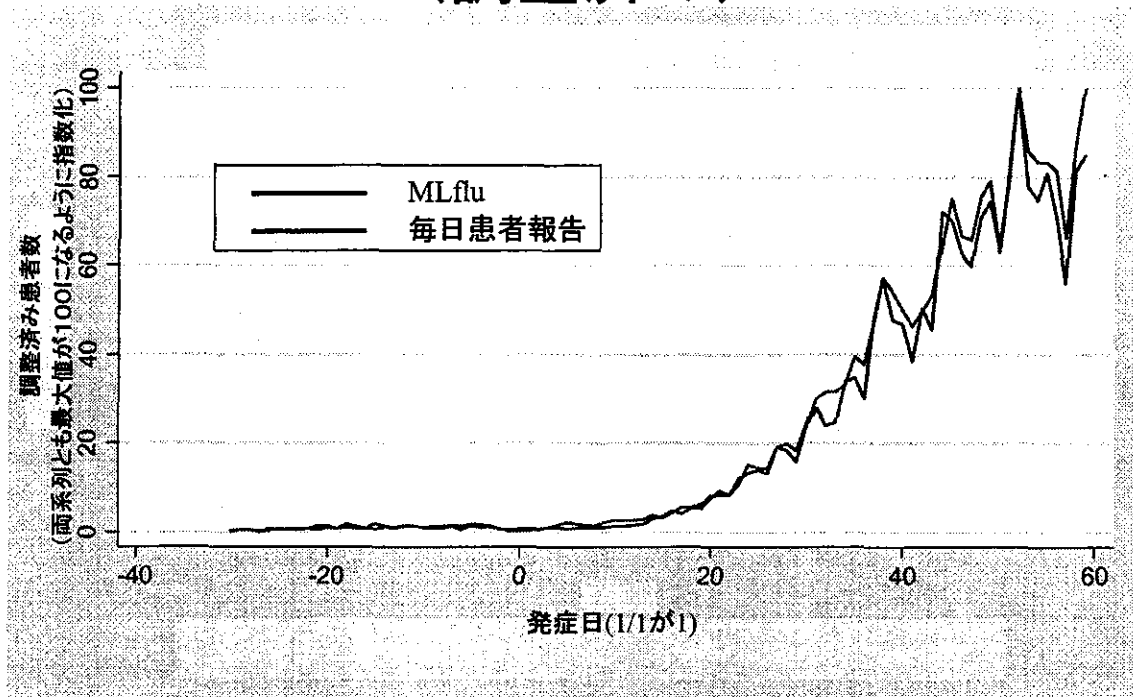
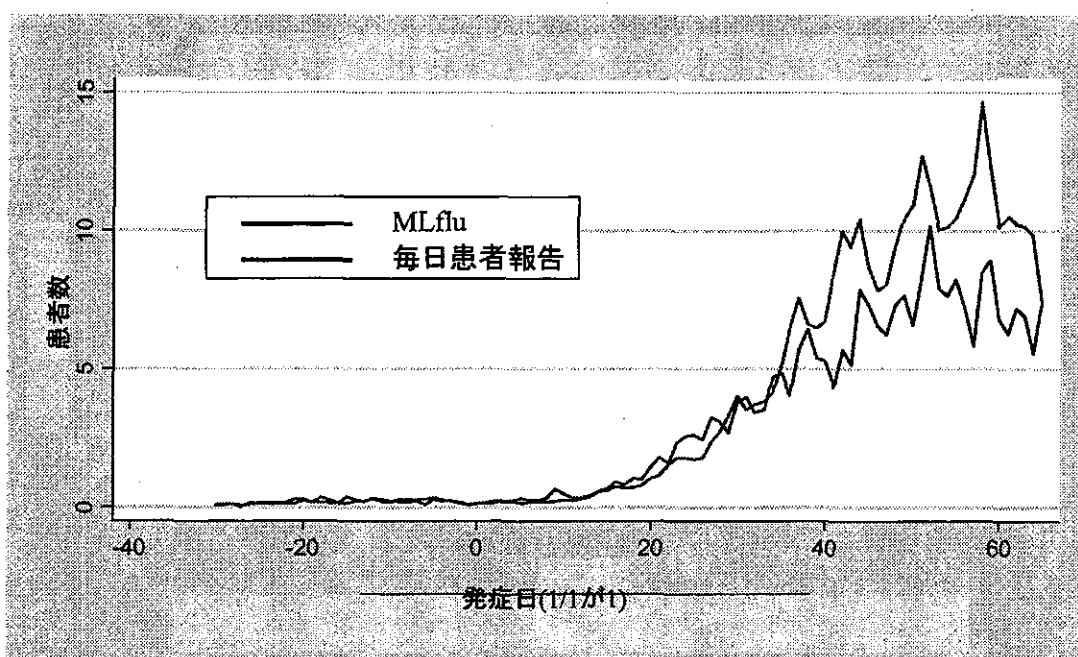
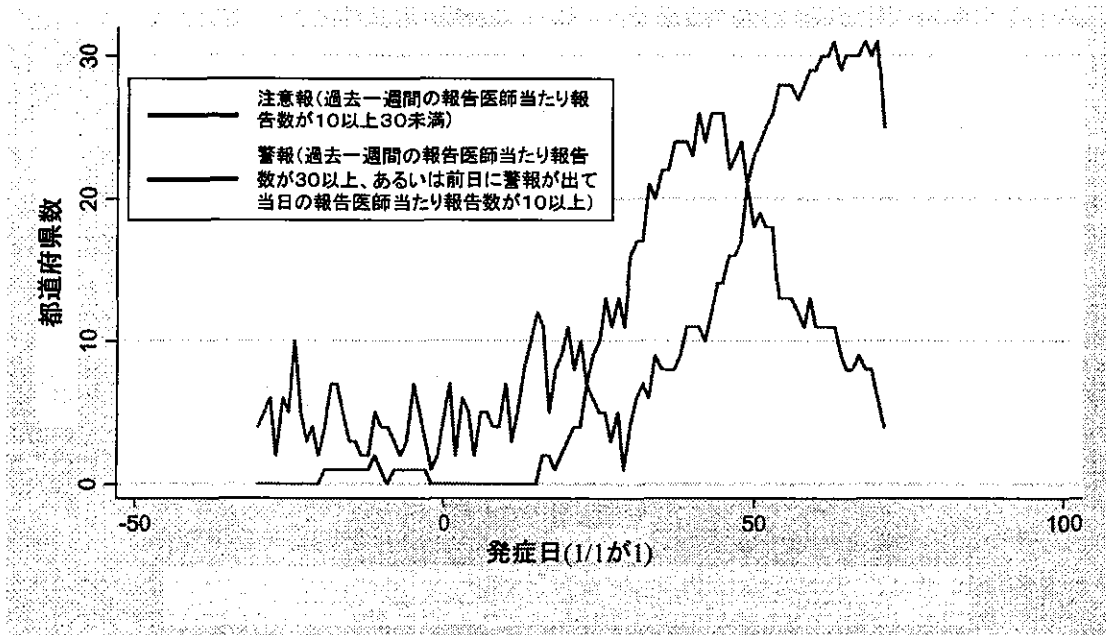


図4: 報告医師(医療機関)当たり患者数



Note: MLfluでの報告医師数は100あるいは今シーズンその日までの最大報告医師数の大きい方  
Note: MLfluの方が毎日患者報告より若干低いのは報告医療機関の規模を反映していると思われる。

図5: (暫定)警報、注意報都道府県数の推移



Note: 報告医師数は2あるいは今シーズンその日までの各都道府県別での最大報告医師数の大きい方



効果的な感染症動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究

分担研究報告書

2004/2005シーズンにおける

インフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)の運用と検討

分担研究者	国立感染症研究所感染症情報センター	谷口清州
研究協力者	国立感染症研究所感染症情報センター	重松美加
	国立感染症研究所感染症情報センター	大日康史

要約

目的:平成 16 年度の「インフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)」の概要を報告し、また、発症日別報告医療機関数を推定し、発症日別報告医療機関当たり患者数を試作し検討する。

方法:発症日と受診日のずれの分布から報告医療機関数、および患者数を推定し、その比として発症日別報告医療機関あたり患者数をもとめる。特に直近でまだ未受診者がいる段階で最終的な患者数を推定する。

結果と考察:補正によって直近の発症日の急激な落ち込みは回避された。他方で医療機関数の変動から、わずかながら曜日効果が増幅される結果となった。しかしながら、先の重大なミスリーディングを比較考慮すると、この修正の方が望ましいと結論づけられる。

結論:来シーズンもより安定的かつより有効なシステムとして機能させるために、以下を提言する。

- ・ 直近4日間の発症日別患者数に対して本報告書で検討された補正を行い、報告医療機関当たり患者数とすること
- ・ また、その間は点線として推定であることを明記すること
- ・ 特定のフォーマットによる csv ファイルからの入力を受け付ける機能を持たせること
- ・ ML インフルエンザ流行前線情報データベースとの情報共有化を行う

A. 緒言

平成 16 年度の「インフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)」は、健感発第 1125002 号(平成 16 年 11 月 25 日)に基づき、平成 16 年 12 月 1 日から実施された。この事業は、平成 11 年度より現行の発生動向調査事業を補完し、より迅速な患者発生状況の把握を目的として、各都道府県のイン

フルエンザ定点(5000 定点)のうち約 1 割の医療機関の協力を得て実施している。

実施要領に基づき、インターネットを使用して、厚生労働省へ毎日報告を行うことを原則とした。日曜等休診日の場合には報告を必要とせず、入力設備が無い場合には保健所等で代行入力を実施することとした。収集情報は、毎日解析を実施し、全国的な情報(当日

の発生数、対前日比、対前週比)としてインターネットを通じ公開し(<http://www.flu.msi.co.jp/graph/>)、都道府県情報については本事業関係者のみの公開とした。

本年度の調査項目は、診察日、外来患者数に加えて発症日、迅速診断キット試行の有無とその結果(陽性、陰性)を調査している。

本報告書ではシーズン途中ではあるがその概要を報告する。また、発症日別報告医療機関数を推定し、発症日別報告医療機関当たり患者数を試作し検討する。

## B.方法

報告医療機関数(0報告含む)、発症日別患者数、診察日別患者数、診察日別患者数と発症日別患者数の比較、診察日別報告医療機関当たり患者数、発症日と受診日のずれの分布、発症日別(推定)報告医療機関当たり患者数、報告医療機関当たり診察日別患者数と発症日別患者数の比較、診察日別ILI患者比率(ILI患者数/総外来患者数)、発症日別ILI患者比率(ILI患者数/総外来患者数)、診察日別キット実施率(キット実施患者数/ILI患者数)、発症日別陽性率(陽性患者数/キット実施患者数)で検討する。

発症日別医療機関当たり患者数を以下のよう  
に定義する。発症日から受診日までの日数の分布を  $g(d)$ 、 $x$  日の診療医療機関数を  $f(x)$ 、 $t$  日を発症日とする患者総数を  $h(t)$ として、発症日別医療機関当たり患者数を  $h(t)/(g(0)f(t)+g(1)f(t+1)+g(2)f(t+2)+g(3)f(t+3)+g(4)f(t+4)+\dots)$ として定義する。ここで分母の次数は  $g(d)$ が十分に低くなるまでの期間とする。ただし、 $t$  が直近の場合には  $h(t)$ が確定しないので  $h(t)$ の代わりにその推定値  $h(t)/(g(0)+g(1)+\dots+g(T-t))$ とする。ここで、

$T$ はデータの最終日とする。

用いるデータはシーズン途中であるが3月7日時点での登録されているデータとする。

## C.結果

結果は、それぞれ図1～図12に示されている通りである。

## D.考察

前述したように本年度は発症日に基づいて情報還元を行った。図4からも分かるように、昨年度までの診察日に基づく激しい曜日効果は薄れ、流行状況を的確に把握することが可能となった。これは本年度のシステムの大きな特徴である。しかしながら同時にこのことはこれまでになかったいくつかの問題を引き起こした。

まず、図6でも示されているように発症から受診まで最大で4日のずれが生じる。換言すれば、4日間を経過しなければ確定しない。また、診察日の場合には明確であった医療機関当たりの標記が自明ではない。そのために本年度は発症日毎の患者数そのものを標記した。そのために、図2に見られるように常に直近の発症日の患者数は大幅に低下し、これが流行のピークが3、4日前であったという印象を常に与える。これは重大なミスリーディングである。

その対策として図6の受診日と発症日のずれの分布から、4日後に確定する発症日が昨日の患者数を推定した。また同じ方法で医療機関数を推定し、医療機関当たりの発症日別患者数を求めた。これによって少なくとも直近の発症日の急激な落ち込みは回避される。他方で医療機関数の変動から、わずかながら曜日効果が増幅される結果となった。しかしながら、先の重大なミスリーディングと比較考量す

ると、この修正の方が望ましいと結論づけられよう。

他方で web 入力は負担が大きい。特に流行が大きければ大きいほど入力負担が増し、それによって参加率が低くなり本システムの有効性が失われる。あるいはそこまで行かなくても、医療機関に多大な負担をかける。また、修正を行う場合もその比の全入力を再度行わなければならない、ほぼ不可能である。そこで、web 入力と併行して特定のフォーマットによる csv ファイルからの入力が行えるようにすることが望まれる。この場合、修正も csv ファイル上で行えば十分で、その再入力の手間も最小である。

また、こうしたファイルでの入力機能を備えることは、本報告書の別の分担報告書である「2004/2005シーズンにおける ML インフルエンザ流行前線情報データベースの暫定的な概要と問題点」で議論されているように、国のシステムとしての本システムと、有志医師による ML インフルエンザ流行前線情報データベースあるいはその地方版である茨城県や石川県の取り組みとの間で、情報の共有化、多重入力の負担軽減を具体的に実現する手段としても機能しうる。

もちろんインフルエンザによる患者数の迅速把握事業(毎日患者報告)には、選択されたインフルエンザ定点からの安定的な入力という良さがあり、また逆に ML インフルエンザ流行前線情報データベースにはその情報量の豊かさ、という利点がある。そうした双方の利点を生かしつつ逆に欠点を補いつつ、せめてインフルエンザ患者数のより包括的な把握という一点のみで情報を交換できるように願ってやまない。このことが、医療機関における入力の手間を最小限に抑えつつ、公衆衛生的あるいは医療現場での最大の利益を国民に提

供する。

#### E. 結論

今シーズンのインフルエンザ流行は、当初の予想を裏切って流行が長期化し、また規模もこの数年で最大級となった。その間における本システムが提供した情報の価値は測り知れない。来シーズンもより安定的かつより有効なシステムとして機能させるために、以下を提言する。

- ・直近4日間の発症日別患者数に対して本報告書で検討された補正を行い、報告医療機関当たり患者数とすること
- ・また、その間は点線として推定であることを明記すること
- ・特定のフォーマットによる csv ファイルからの入力を受け付ける機能を持たせること
- ・ML インフルエンザ流行前線情報データベースとの情報共有化を行う

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 論文発表

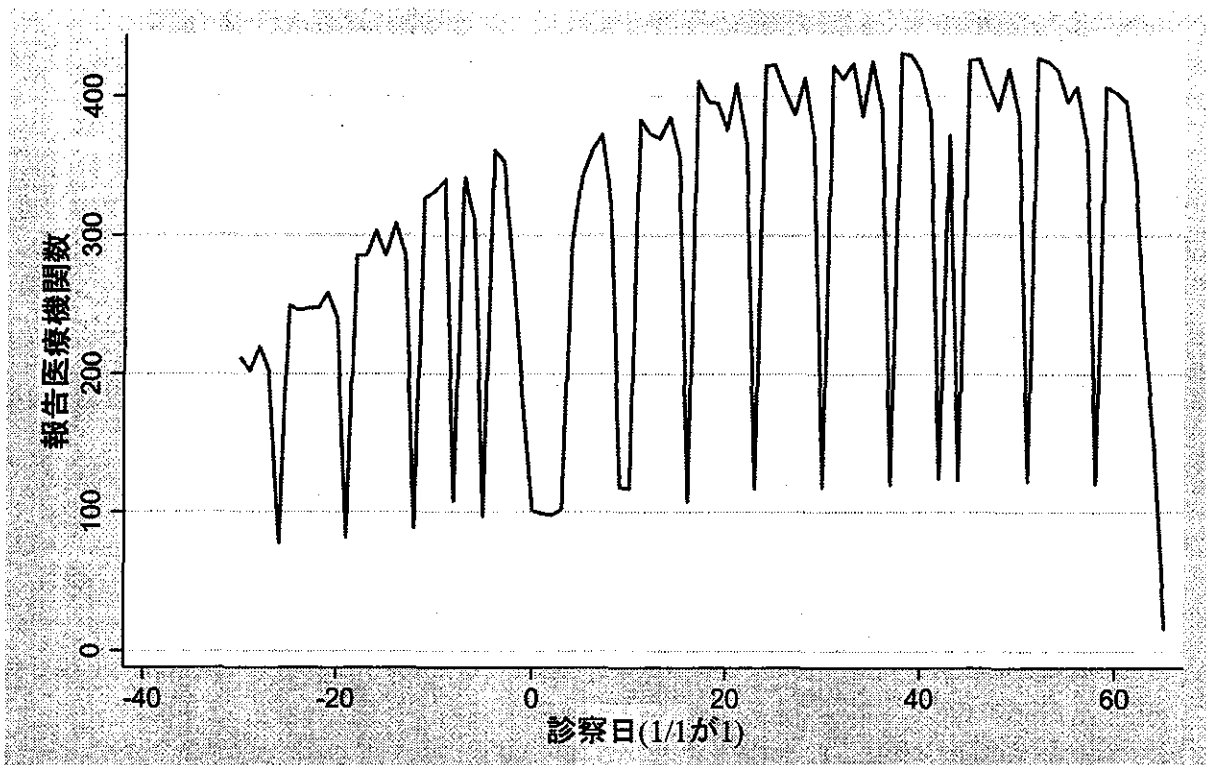
特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録情報

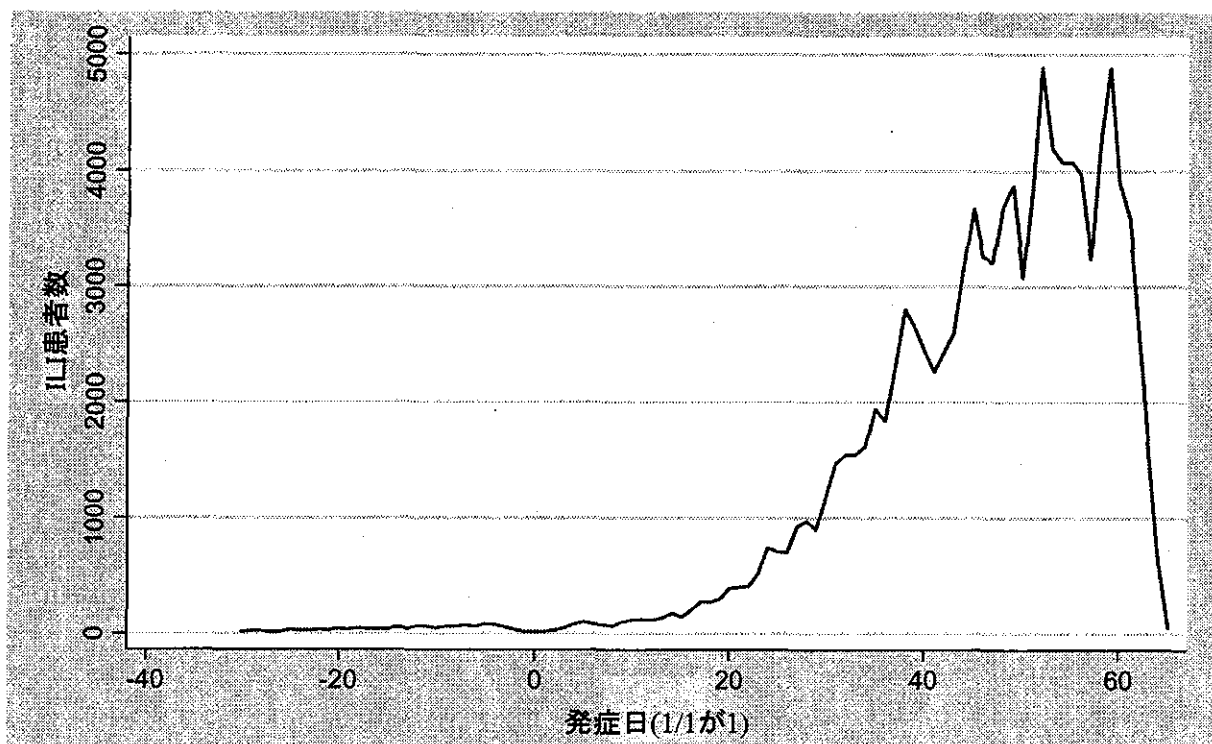
(予定を含む)

特になし

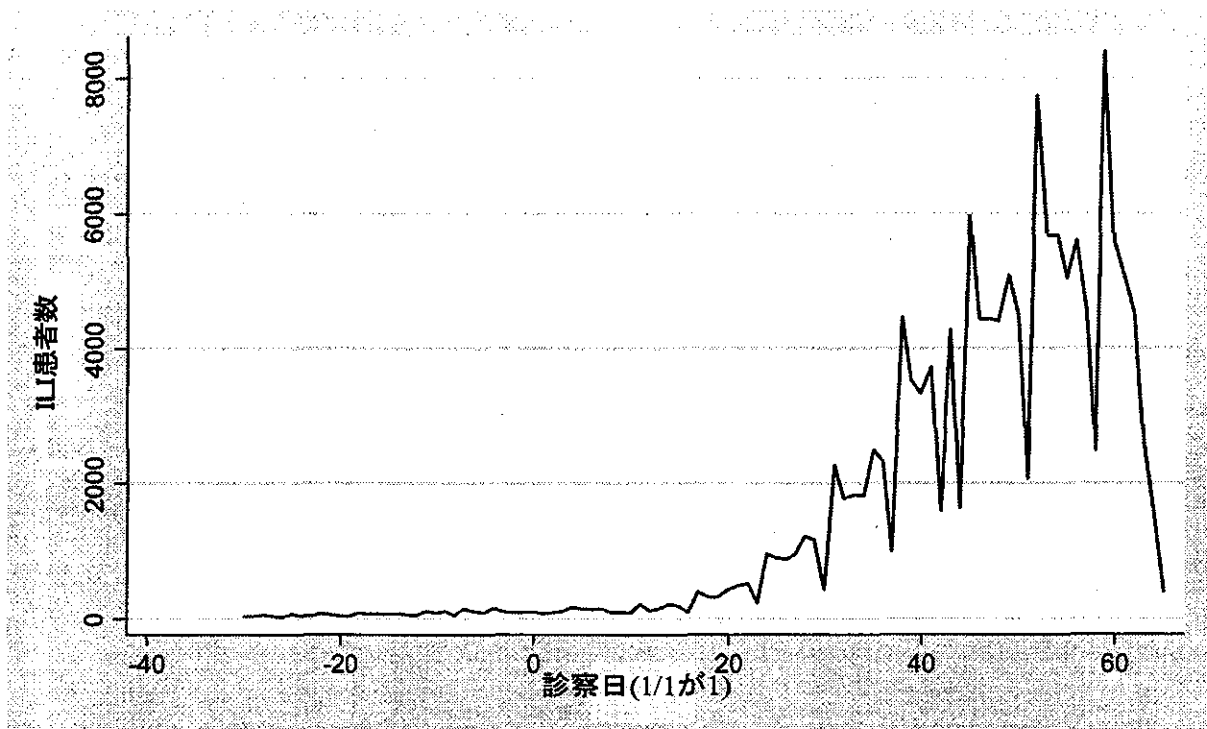
# 図1: 報告医療機関数(0報告含む)



# 図2: 発症日別患者数



### 図3: 診察日別患者数



### 図4: 診察日別患者数と発症日別患者数の比較

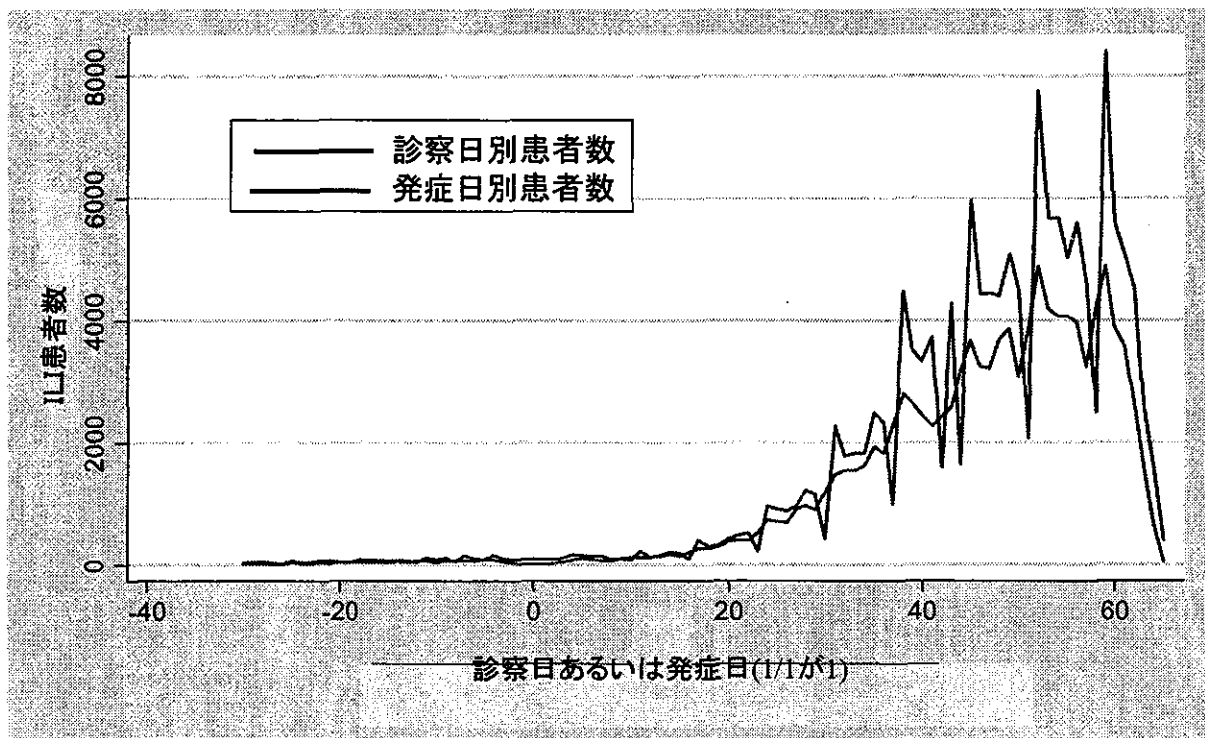


図5: 診察日別報告医療機関当たり患者数

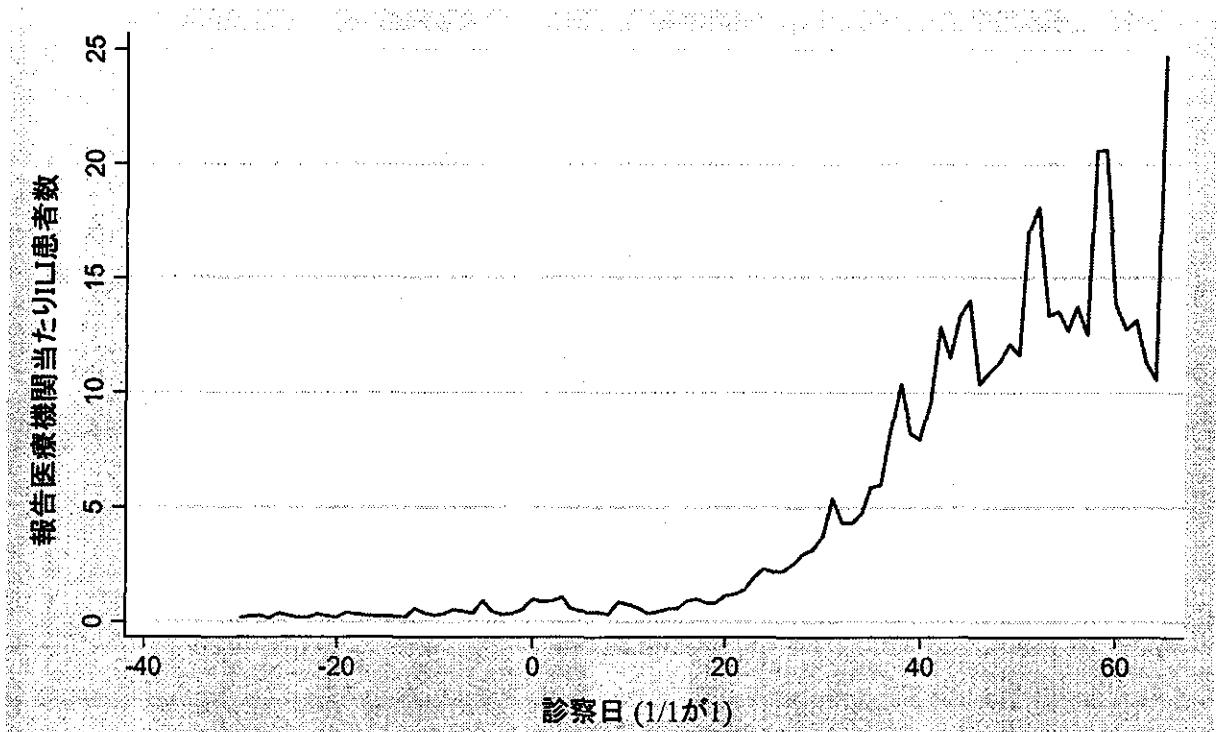
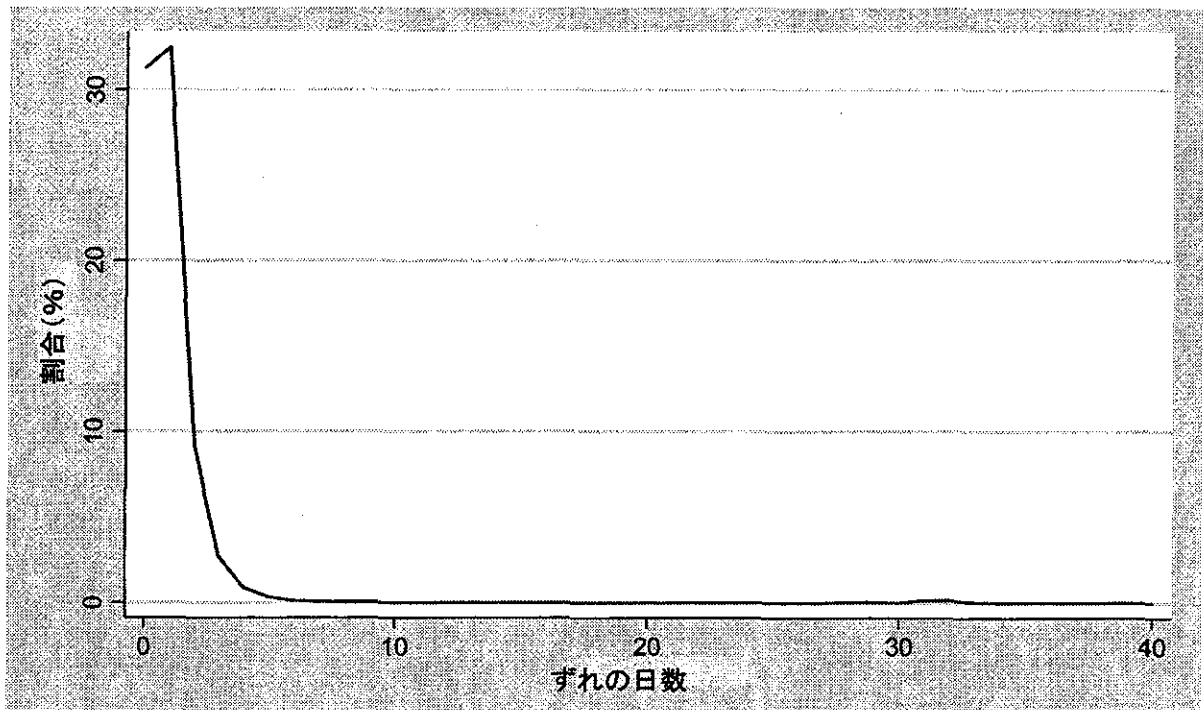
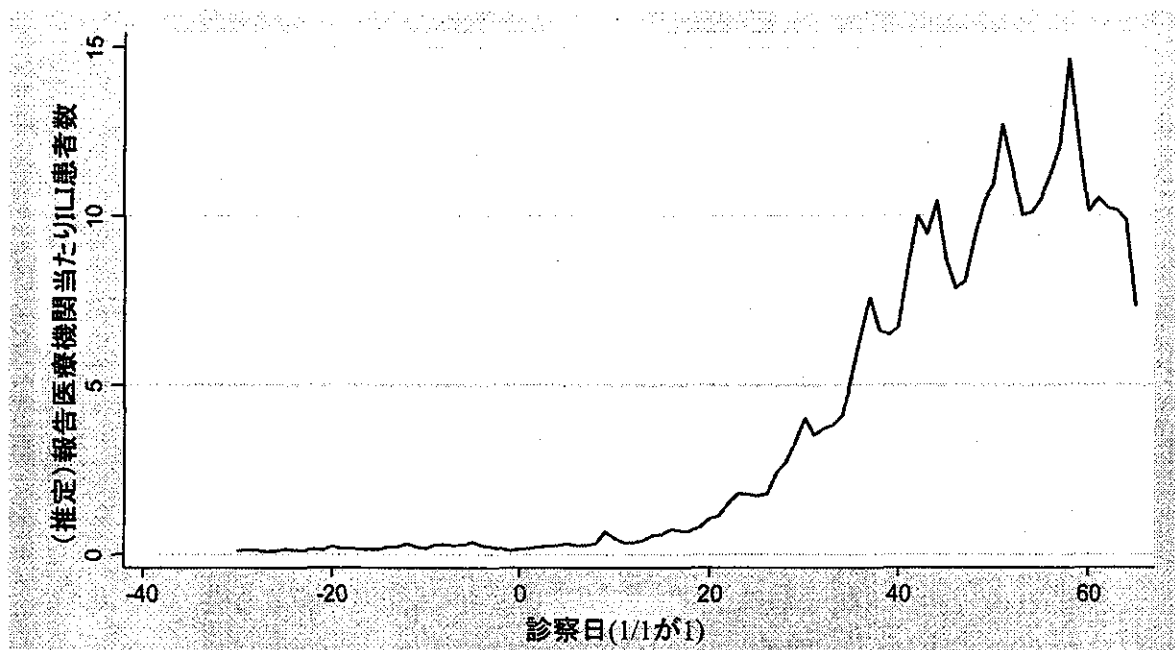


図6: 発症日と受診日のずれの分布



Note: 4日までに98.78%

## 図7: 発症日別(推定)報告医療機関 当たり患者数



Note: 推定報告医療機関数は図6での4日までの分布から推定。

## 図8: 報告医療機関当たり診察日別患者 数と発症日別患者数の比較

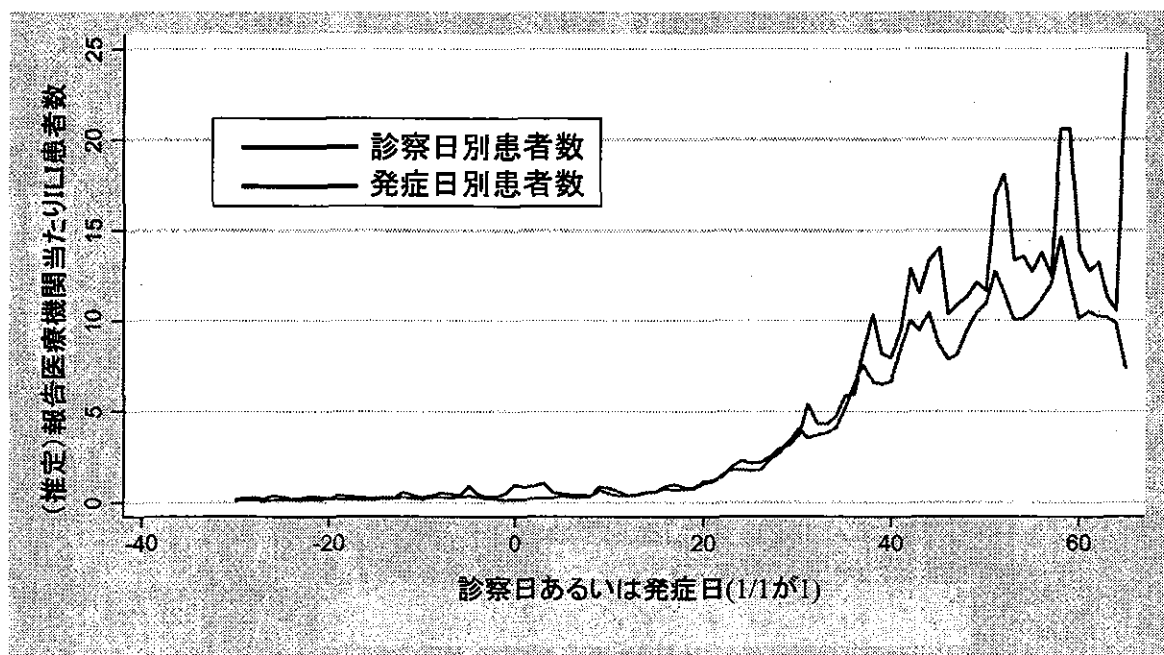


図9: 診察日別ILI患者比率 (ILI患者数 / 総外来患者数)

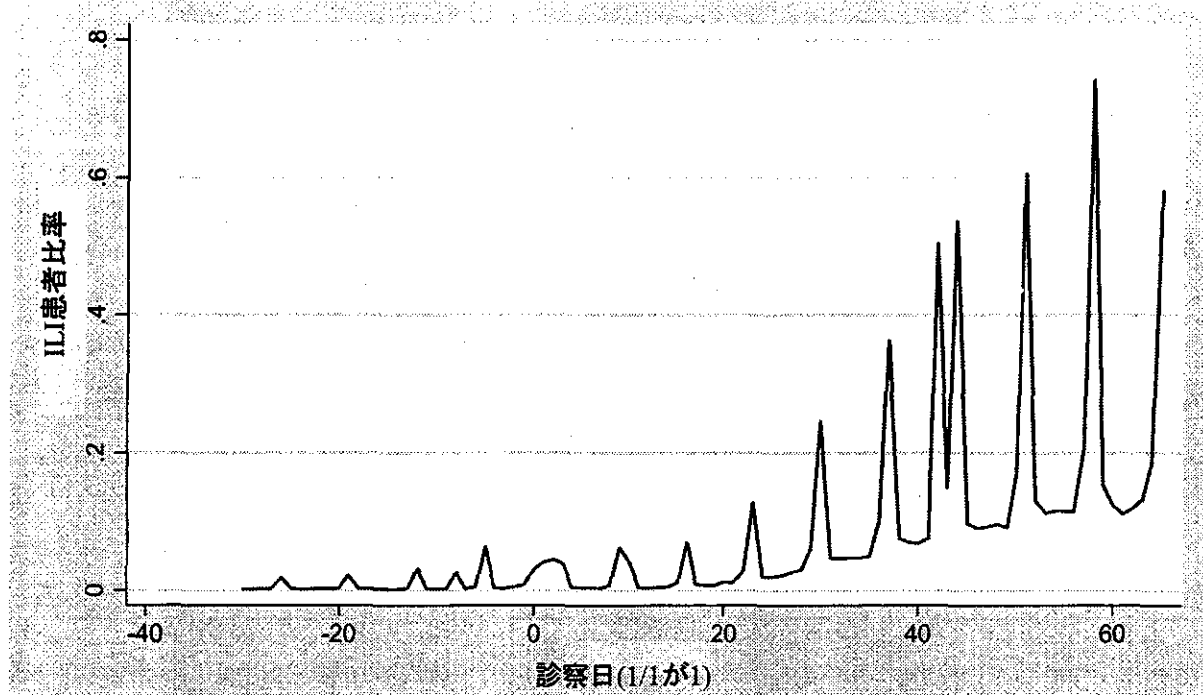
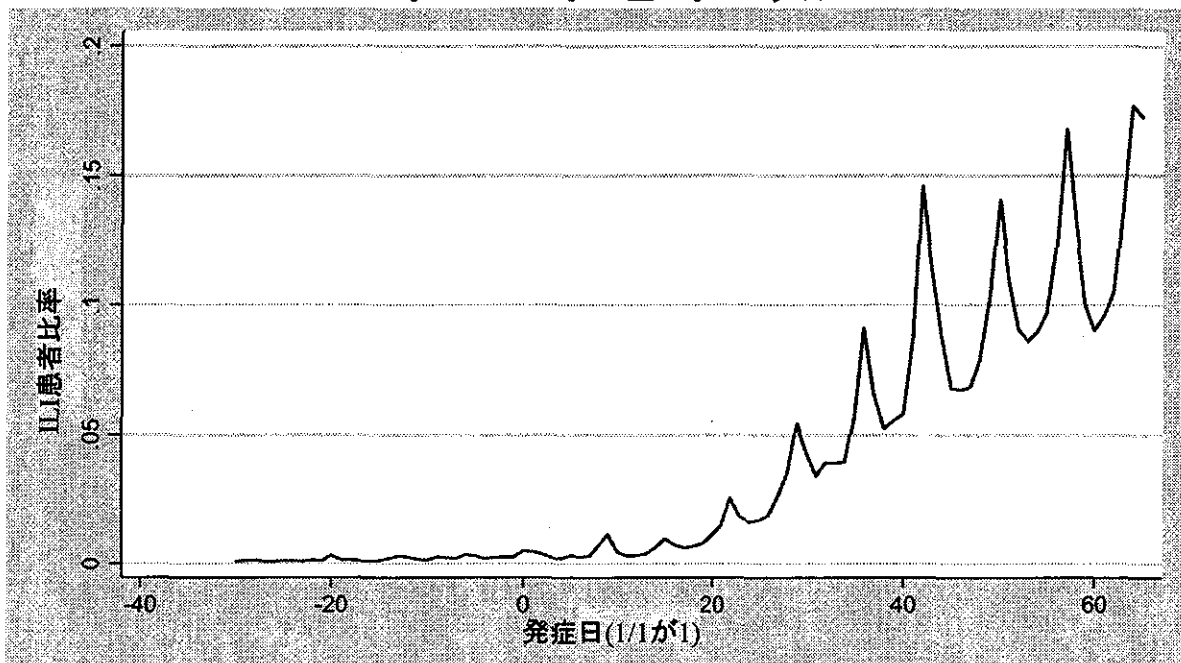


図10: 発症日別ILI患者比率 (ILI患者数 / 総外来患者数)



Note: 総外来患者数は医療機関当たり患者数と同様に調整



図11: 診察日別キット実施率(キット実施患者数/ILI患者数)

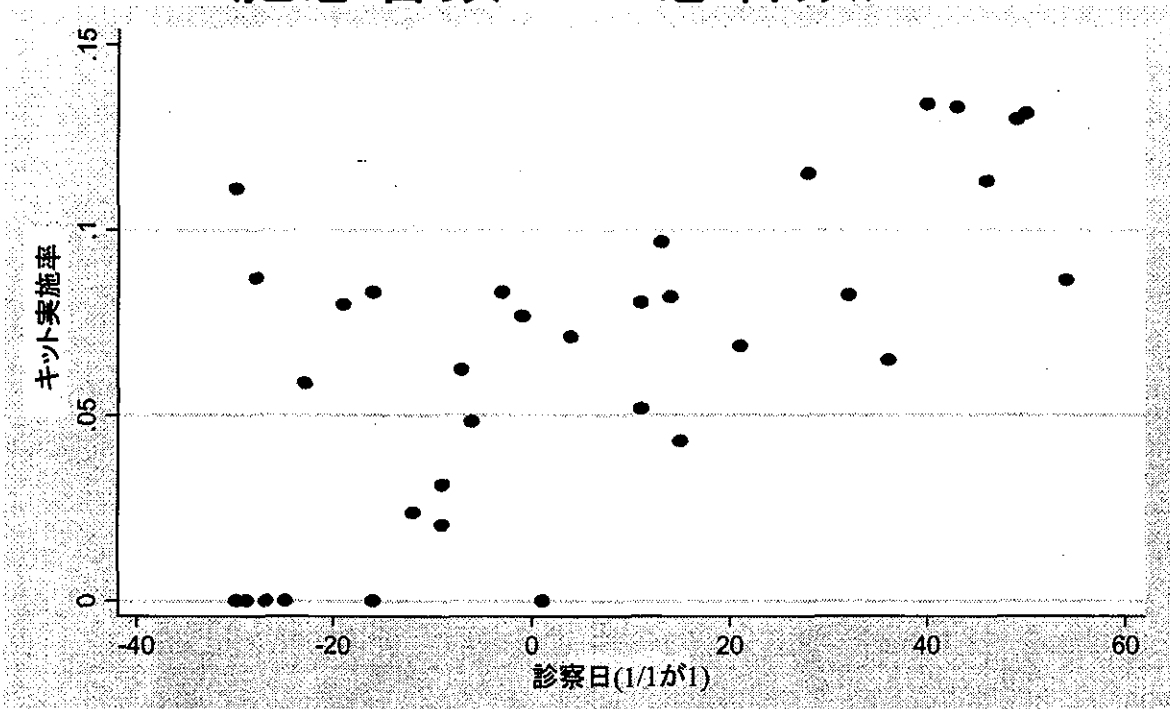
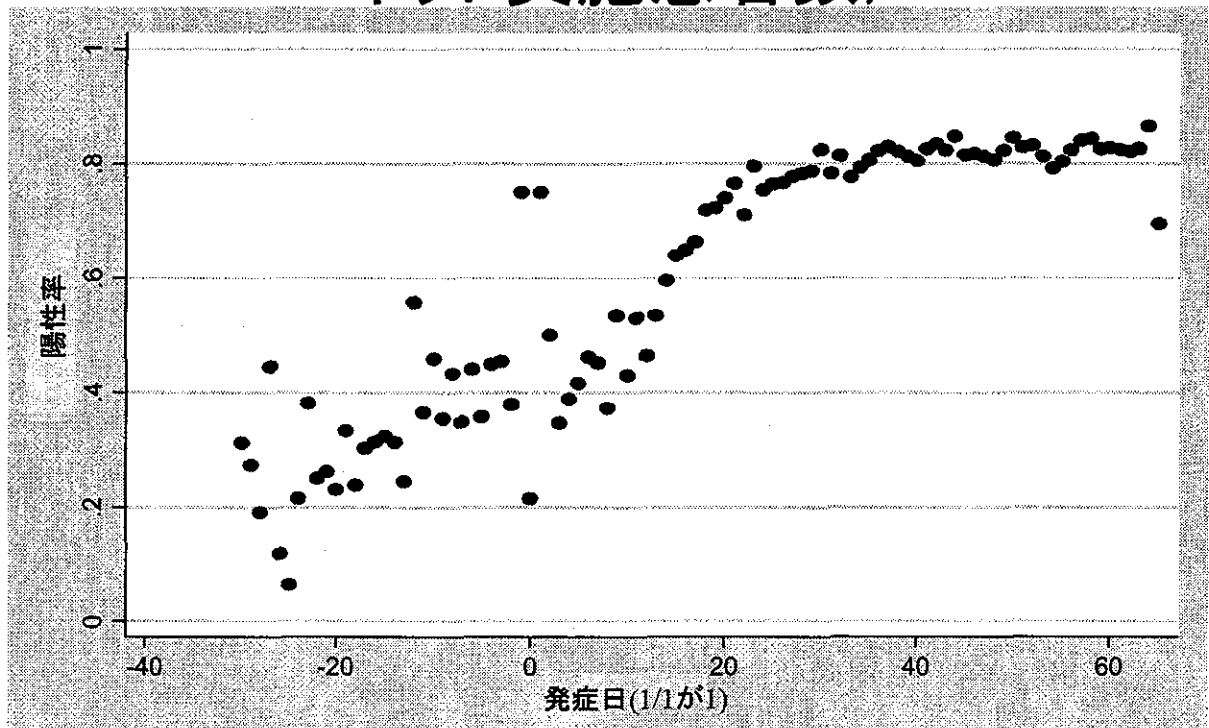


図12: 発症日別陽性率(陽性患者数/キット実施患者数)



平成 16 年度厚生科学研究補助金（新興・再興感染症研究事業）

「効果的な感染症発生動向調査のための国および県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」（主任研究者：谷口清州）

分担研究者報告書

「性感染症サーベイランスの評価と改善に関する研究」

分担研究者 中瀬克己（岡山市保健所 所長）

報告要旨：

全国 7 府県の性感染症全数調査結果を用い、淋菌尿道・性器感染症、性器ヘルペス、性器クラミジアに関して検討した結果、疾患ごとに罹患率の差があり、全国の罹患状況のみではなく、都道府県単位の発生動向報告の重要性が明らかとなった。

定点報告の代表性および適切な定点設計について検討するため、兵庫県における全数調査の資料を利用して、患者の特定機関への集中度を検討した。兵庫県を 4 つに区分し、各地域において医療機関単位での STI 患者数分布を検討した結果、どの地域でも、特定の医療機関への集中が明瞭に観察された。この結果から、STI サーベイランスによる地域的な STI 発生動向を効果的に把握するには、患者報告数の多い医療機関を選択的に選定することが望ましいと考えられた。

平賀分担研究者の協力を得て保健所を対象とし質問紙調査を行った。性感染症集団発生の把握経験はなく、保健所における性感染症結果は、性感染症定点が少なく情報が限られている現状でも 40% で活用されており、設置主体別では中核市で高い。淋菌感染症の全数報告への移行は現状では困難と思われるが、活用の具体例などが今後有用と考えられる。

感染症発生動向調査における性感染症定点報告で得られる 4 疾病の結果と性感染症全数調査研究の結果（熊本班データ）とを比較した結果、淋菌感染症の若年齢女性報告数の過少報告が見られ、定点構成の偏りに起因すると思われた。一方、疾患の比、患者の年齢分布、経時的な動向に関して大きなずれは見られなかった。男女比、地域差を推定できない、罹患率を直接推計できないという現行の発生動向調査の限界を理解するならば、わが国の性感染症の動向を監視する上で、一定の役割を果たしていると評価できた。

（別紙）

東京都で定点医療機関から報告を受けている梅毒様疾患と全数報告疾患である梅毒との届出状況を比較した結果、症例定義上包含されることが考えられる梅毒様疾患報告に梅毒が含まれる例はほとんど無く、報告医師の性感染症発生動向調査に対する受容性の低さが推察され、性感染症発生動向調査に関する周知徹底が求められると思われた。

10 代男性における性感染症を疑った際の受診行動に関する質的研究および男女におけ

るその要因の比較を行った。受診の阻害要因として、女性からは保険証をどう親から借りるか等の金銭的な問題、親や友達など周囲からの反応への不安、内診を含めた診療・治療内容への不安が挙げられた。男性からは性器を見せることへの羞恥心、医療関係者、友人、病院で出会った人など自分以外の誰かに性感染症であることを知られることへの不安が挙げられた。

性感染症サーベイランス結果の普及・活用を進める方策として、ホームページによる情報提供を行い、利用が期待される医療関係者、教育関係者および若者を対象としたアンケートを実施した。データ分析中であり、結果報告は2005年度に行う。

#### 研究協力者:

谷畑健生: 国立保健医療科学院

中谷友樹: 立命館大学 助教授

山本英二: 岡山理科大学・教授

橋戸円: 国立感染症研究所感染症情報センター・主任研究員

増田和貴: 国立感染症研究所 FETP

中島一敏: 国立感染症研究所感染症情報センター・主任研究員

重松美香: 国立感染症研究所感染症情報センター・主任研究員

金子典代: 岡山大学医学部保健学科・助手

犬飼昌子: 岡山大学医学部保健学科・助手

岡本里香: 滋賀県立大学人間看護学部・助手

安酸史子: 福岡県立看護大学看護学部・教授

兒玉とも江: 岡山大学大学院

尾本由美子: 滋賀県大津保健所・主幹

宮川圭子: 沖縄県中央保健所

松岡宏明: 岡山市保健所・課長補佐

### I. STI全数調査研究結果を活用した感染症発生動向調査報告の偏りの検討(その1)

研究協力者: 谷畑健生 国立保健医療科学院

#### A. 研究目的

感染症サーベイランス機能の向上のためには、定点の設計と設計通りの定点の抽出が重要なところである。わが国ではサーベイランスの情報は全国一律で公表されているが、都道府県による違いについては、現在の定点設計では言及されていない。今回全国値が公表されている淋菌尿道・性器感染症、性器ヘルペス、性器クラミジアで地域別の差について言及し、サーベイランス情報の都道府県単位の報告の重要性について考察した。

#### B. 方法

調査対象機関は、全国7つの地方よりそれぞれ調査モデル県(北海道、岩手県、茨城県、愛知県、兵庫県、広島県、福岡県)を設定し、性感染症の診察が多いと考えられる産婦人科、泌尿器科、皮膚科、性病科を標榜するすべての医療機関(開業医、診療所および病院)とした。1998年、1999年の6月および11月を調査期間とし、調査期間中に受診した性感染症症例について全数調査を行った。調査項目は診療科目、初診日、性、年齢、配偶者の有無、性感染症の種類とした。対象とした性感染症の種類は軟性下疳(臨床診断による)、梅毒(感染2年以内の初期梅毒症例)、尖圭コンジ

ローム(臨床診断による), 淋菌感染症(男子尿道炎, 女子子宮頸管炎のうち淋菌を確診した例), 性器クラミジア感染症(男子尿道炎, 女子子宮頸管炎のうちクラミジア菌体を確認した例), 非淋非クラミジア性性器炎(男子尿道炎, 女子子宮頸管炎のうち淋菌およびクラミジア菌体陰性例)であった。全国値の比較のために、標準人口を用いて、人口調整を行った。

(倫理面への配慮) 本研究の資料は個人識別情報を付加しない形で研究者に提供されている。

### C.結果

性器ヘルペスの地域差(図1)

性器ヘルペスは男女ともに福岡が多かった。男は岩手が少ないが、女は若干の差異がある

が福岡を除いて、ほぼ同程度であった。

淋菌尿道・性器感染症の地域差(図2)

淋菌による尿道・性器感染症は広島が男女ともに低く、北海道・福岡が高かった。

性器クラミジア感染症の地域差(図3)

クラミジアによる性器の感染症は北海道が多く、男は広島、女は兵庫が少なかった。

### D.考察

3種類の性器感染症について検討した。感染症によって地域罹患率が全く異なることが明らかになった。

本研究は、厚生(労働)科学研究費補助金(熊本悦明主任研究者)によって行われた研究結果を用いて検討した。

図1 性器ヘルペス

