

再確認などが必要と考えられた。また、入力ミスを防ぐための入力支援機能について、更なる検討が必要と考えられる。次に、腸管出血性大腸菌感染症の HUS 発症率の捕捉状況を検討した。HUS の届出基準を拡大したこと、症状を任意記載から選択式としたことにより、捕捉率は向上し、これらの変更によるデータの Completeness の向上が認められた。さらに届出後の発症の追加報告の必要性も検討すべきと考えられた。

「麻疹サーベイランス」について、2008 年 1 月に始まった現行の全数サーベイランスと、旧定点サーベイランスを比較・検討した。定点サーベイランスによる動向把握では対策に繋がる麻疹の発生状況の把握はできないと言え、麻疹を全数把握疾患としたことは有意義で、elimination に向けた必要不可欠な改正であったと言えた。

F. 研究発表

1. 鈴木智之、森田幸雄：高校生における麻疹・MR ワクチンの認知度と麻疹予防講演会の効果、第 67 回公衆衛生学会総会 2008 年、福岡市

G. 知的所有権の取得状況

なし

参考文献

1. 多田有希、森山和郎：感染症発生動向調査における情報の迅速性と正確性に関する検討。厚生労働科学研究費補助金（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）平成 17 年度 総括・分担研究報告書 p11-13, 2006

2. Klaucke D, Buehler J, et al. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 37(suppl 5):1-8. 1988.

3. 竹田美文, 腸管出血性大腸菌感染症, 感染症の診断・治療ガイドライン 2004. 日本医師会雑誌 Vol. 132 No. 12:98-101. 2004

4. 永井正規他：流行の警報・注意報に関する研究。「疫学的・統計学的なサーベイランスの評価と改善グループ」研究報告書

〔厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）効果的な感染症サーベイランスの評価並びに改良に関する研究（主任研究者 谷口清州）分担研究〕p2-39. 2007

図1 データ入力の流れ

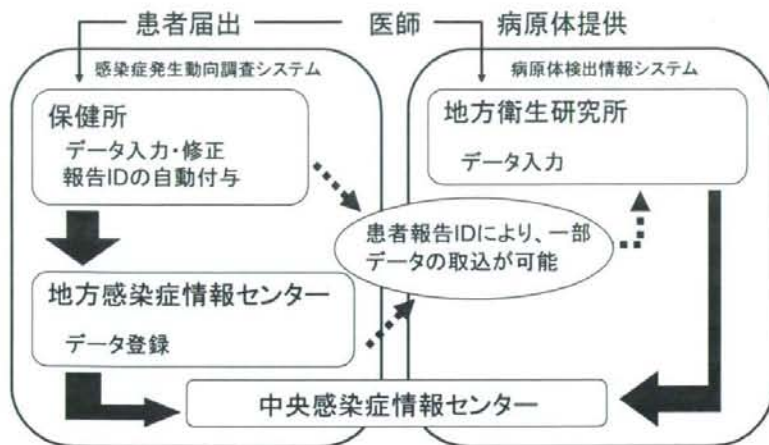


図2 病原体情報への患者情報の取り込み

感染症発生動向調査システム(患者情報)

医師報告年月日、保健所受理年月日
 医師の氏名、病院名(所在地・電話番号)
 1 診断した者の類型、2 当該者氏名、3 性別、4 生年月日、5 診断時の年齢、6 当該者職業、7 当該者住所、8 当該者所在地、9 保護者氏名、10 保護者連絡先、11 症状、12 診断方法、13 初診年月日、14 診断年月日、15 感染したと推定される年月日、16 発病年月日、17 死亡年月日、18 感染原因・感染経路・感染地域、19 その他・・・、20 備考

患者情報の取込
 (下線斜体記載)

病原体検出情報システム

共通項目部(報告機関、報告年月日、検出病原体等)
 検体提供者(性別、年齢、月齢、検体採取機関名、診断名、症状、発病年月日、転帰)
 型別結果
 陽性となった分離材料
 臨床症状・徴候等
 陽性となった検出方法
 疫学的事項(発生の状況、集団発生の場所、最近の海外渡航歴、渡航先、渡航期間、発生地市町村(都道府県)、発生地市町村(地区)、当該疾患のワクチン接種歴、ワクチン名
 備考
 管理No. (→ 患者報告IDを入力すると、患者情報の取込が可能)

図3 研究対象とした各報告数の関係略図

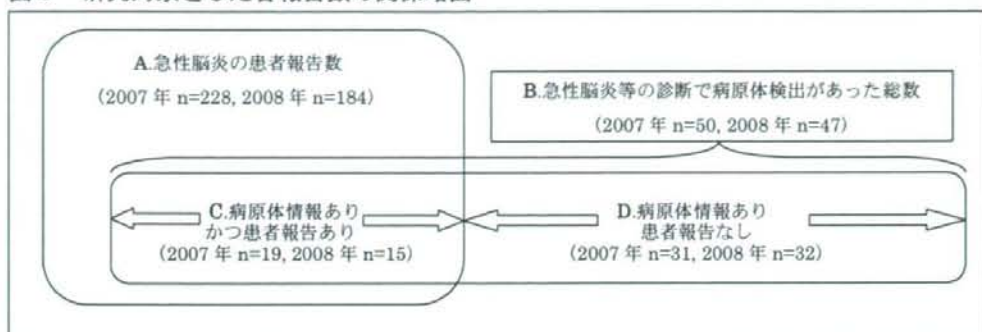
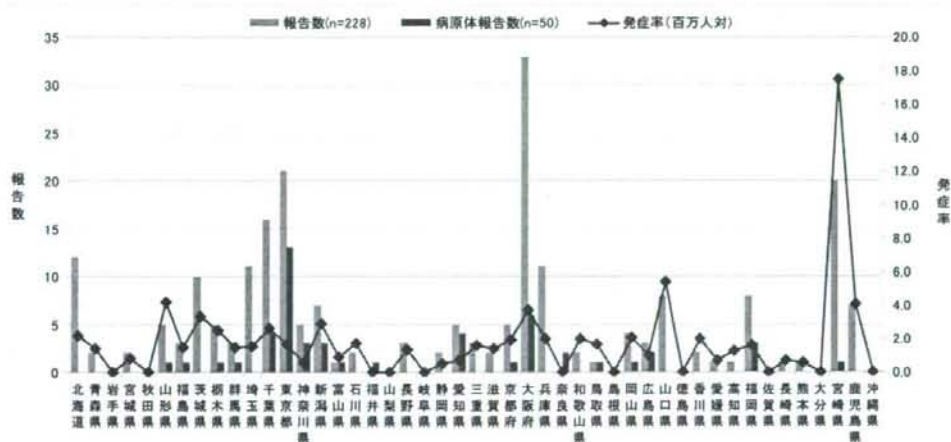


図4 都道府県別報告数、病原体報告数、人口百万対発症率

a. 2007年



b. 2008年

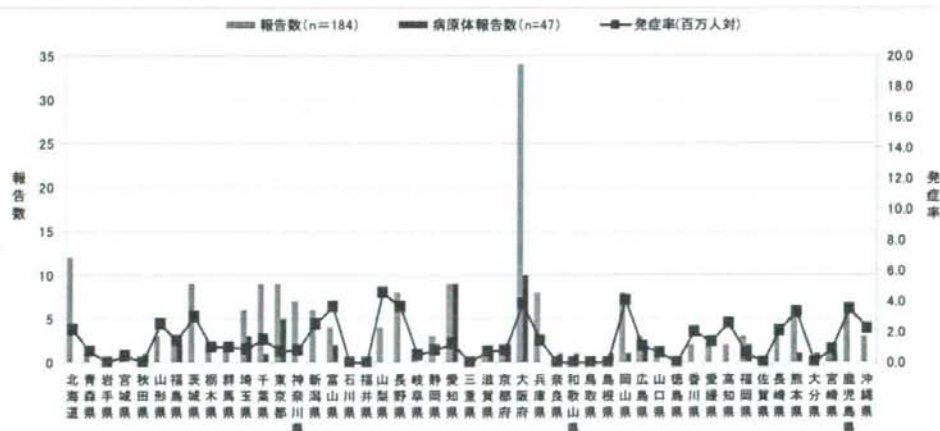


図5 発症率と病原体報告数のプロット図 [左: 2007年 ($r^2=0.005$) 右: 2008年 ($r^2=0.019$)]

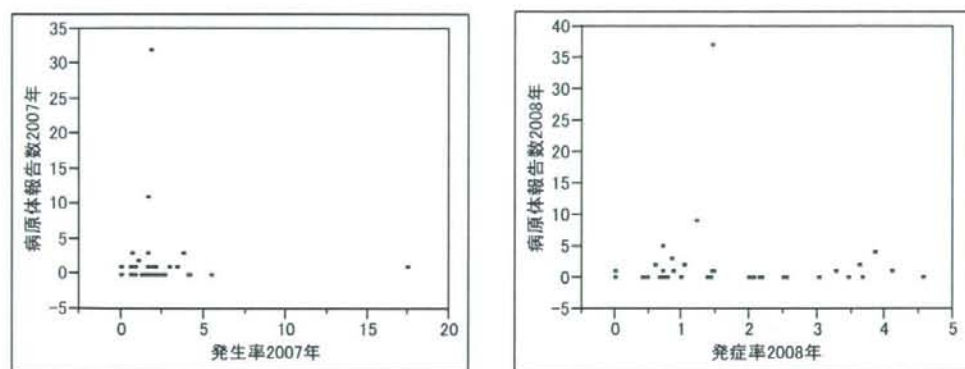
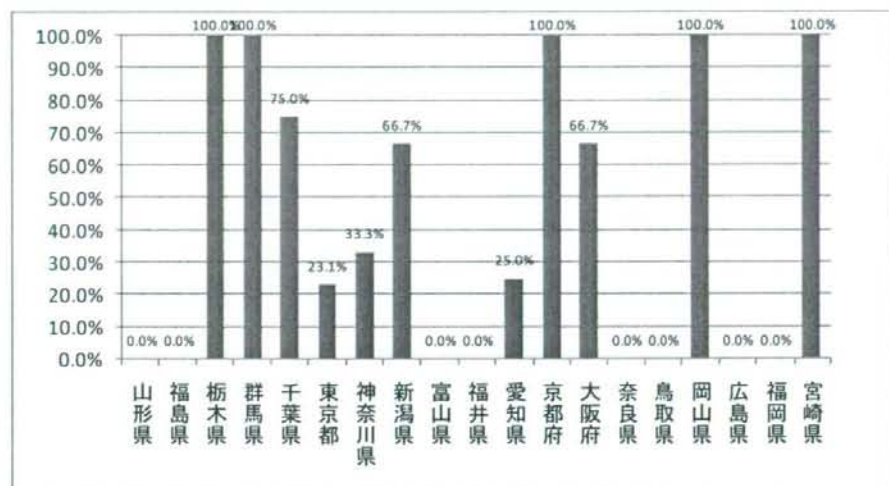


図6 Completeness:指標①「病原体個票総数」に占める、「病原体報告、患者報告どちらもあり」の割合(%)

a. 2007年 (n=19、平均 41.6 (%)、標準偏差 43.4、95%信頼区間 20.6 - 62.5)



b. 2008年 (n=19、平均 31.8 (%)、標準偏差 40.7 (%)、95%信頼区間 12.1 - 51.4)

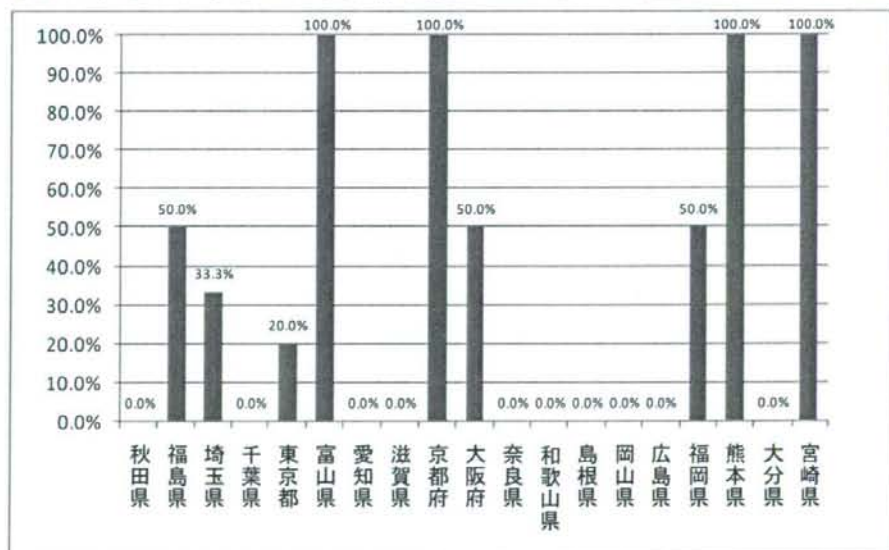
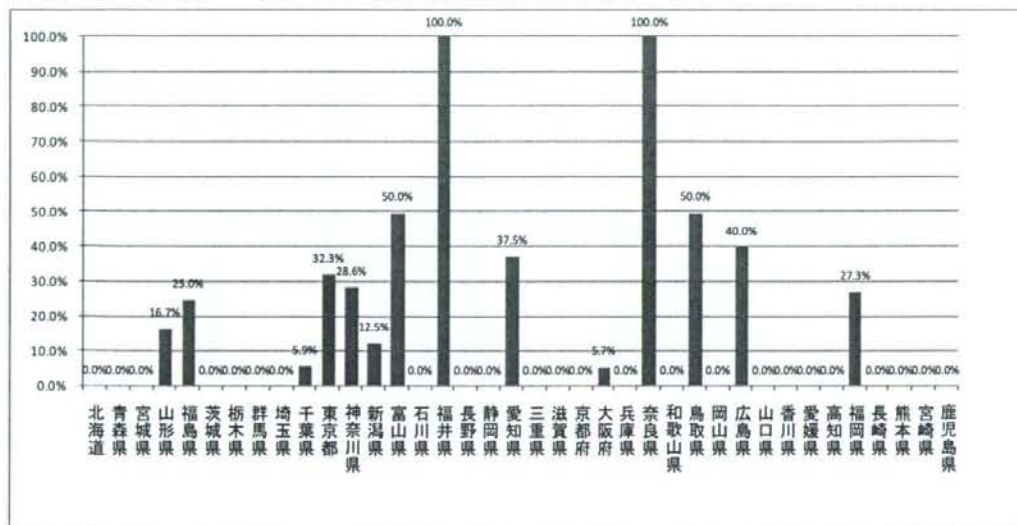


図7 Completeness:指標②「NESIDへの患者報告数」と「病原体報告あり、患者報告なし」を合わせた数のうちの「病原体報告あり、患者報告なし」の占める割合(%)

a. 2007年 (n=38、平均 14.0 (%), SD 25.6、95%CI 5.6 - 22.4)



b. 2008年 (n=40、平均 19.5 (%), SD 33.8、95%CI 8.7 - 30.3)

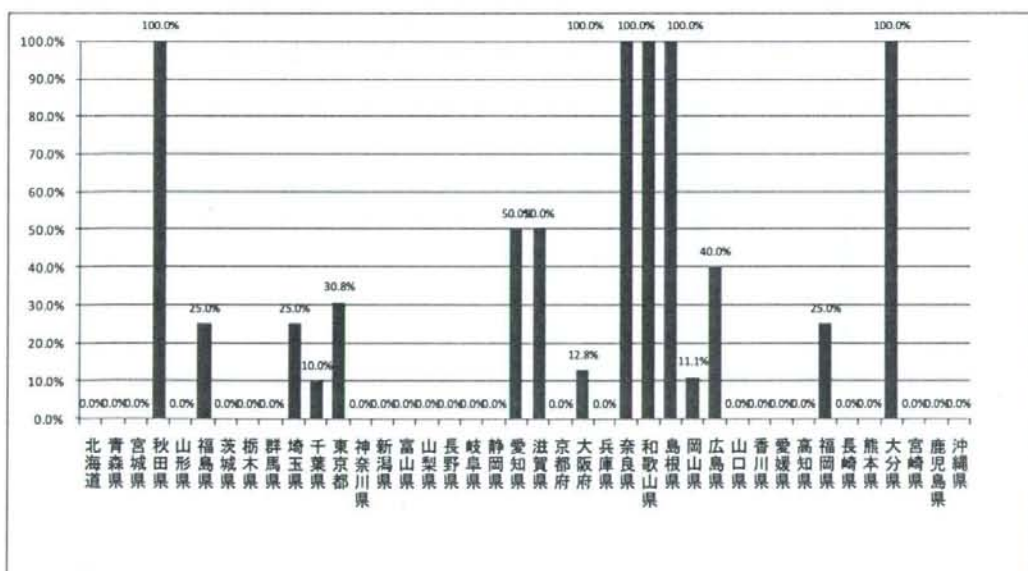


図8 ツールの出力を利用した都道府県別病型別累積報告数のグラフ（麻疹）

3. 都道府県別病型別麻疹累積報告数 (n=11,005) 2008年第1週-52

Cumulative measles cases by prefecture and methods of diagnosis from week 1 to week 52, 2008 (as of January 6, 2009).

■ Clinically diagnosed ■ Laboratory diagnosed ■ Modified measles, laboratory diagnosed

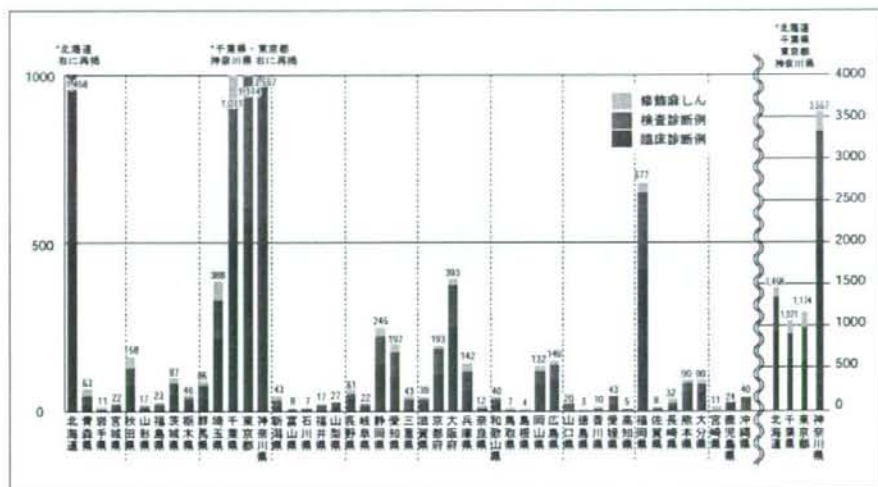


図9 ツールの出力を利用した年齢群別接種歴別累積報告数のグラフ（麻疹）

5. 年齢群別接種歴別麻疹累積報告数 2008年第1週-52週 (n=11,005)

Cumulative measles cases by age and vaccinated status from week 1 to week 52, 2008 (as of January 6, 2009).

■ None ■ MCV1 ■ MCV2 ■ Unknown

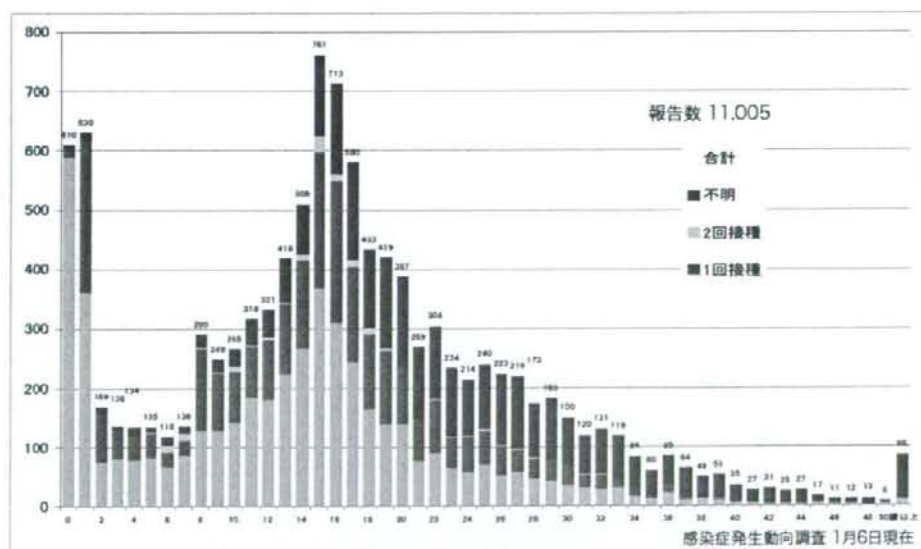


図 1 0 ツールの出力による血清型・毒素型別週別報告数のグラフ (EHEC)

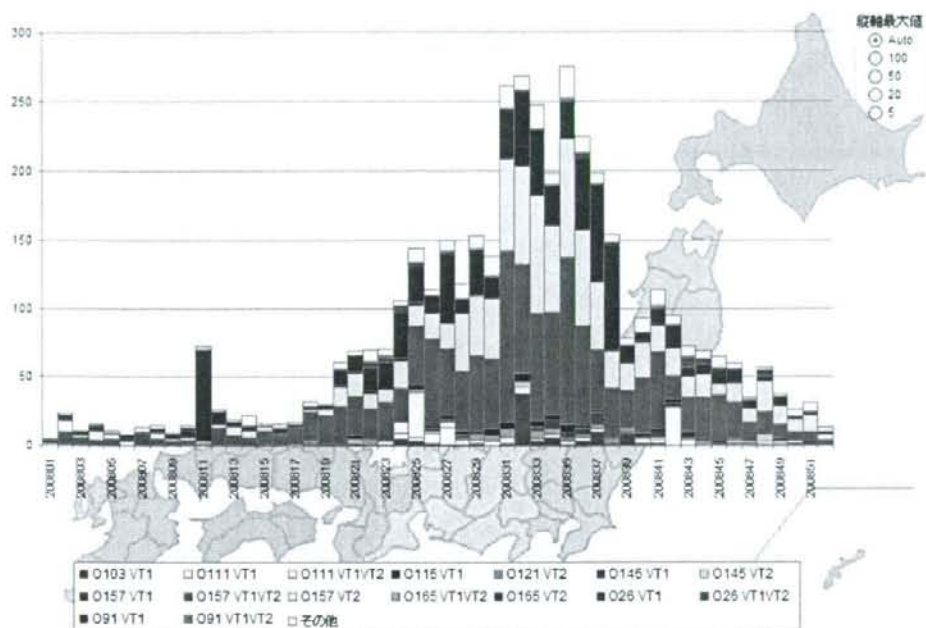


図 1 1 ツールの出力による関東7都県別週別報告数のマップに重ねたグラフ (EHEC O26VT1)

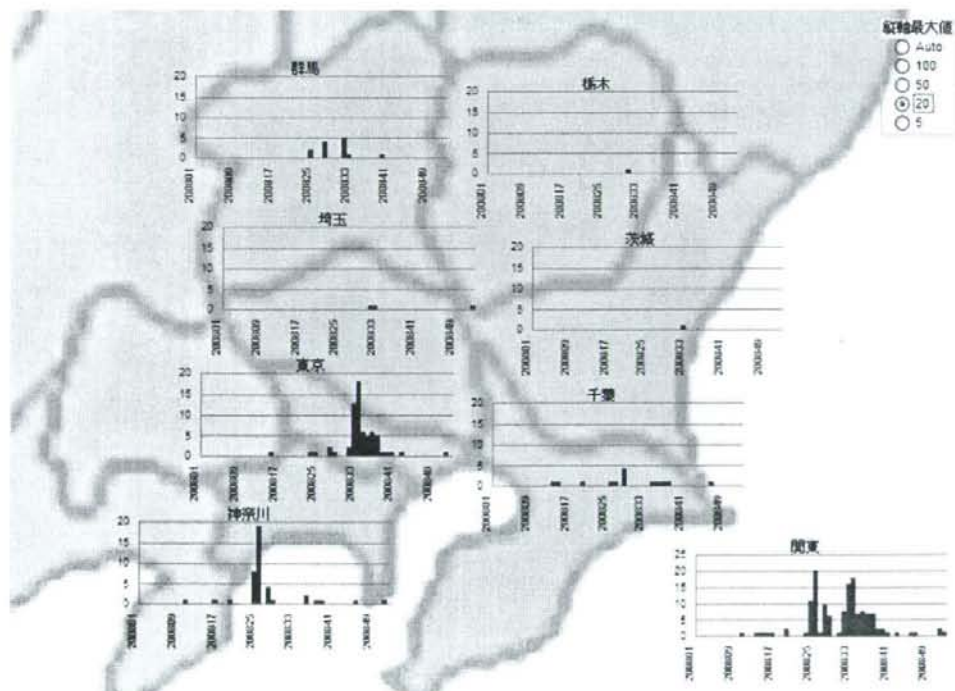


表 腸管出血性大腸菌感染症における HUS 発症例の報告 2000-2007 年

	報告数	有症状者数	HUS発症例数-1 (菌分離例)	有症状者に 占めるHUS 発症例数-1 の割合(%)	HUS発症例数-2 (抗体検出・便か ら直接のVT検出 例を含む)	有症状者に 占めるHUS 発症例数-2 の割合(%)
2000	3648	2265	35	1.5		
2001	4435	2943	42	1.4		
2002	3183	1994	22	1.1		
2003	2999	1623	17	1.0		
2004	3764	2551	48	1.9		
2005	3589	2426	42	1.7		
2006	3922	2515	71	2.8(2.9*)	102	4.1
2007	4617	3083	81	2.6(2.7*)	129	4.2

*: 有症状者から菌分離されなかったHUS発症例を除き算出

図 1 2 麻しんの発生動向（群馬県：2007 年第 14-47 週）n=210

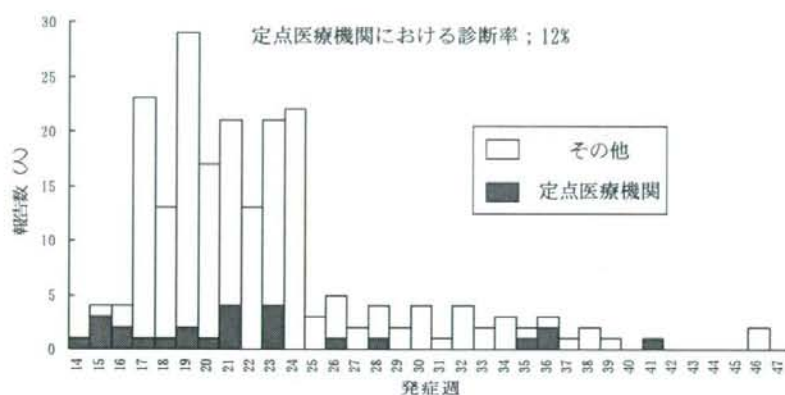


図 1 3 医療機関初診から報告まで日数（群馬県：2007 年第 14-47 週）n=210

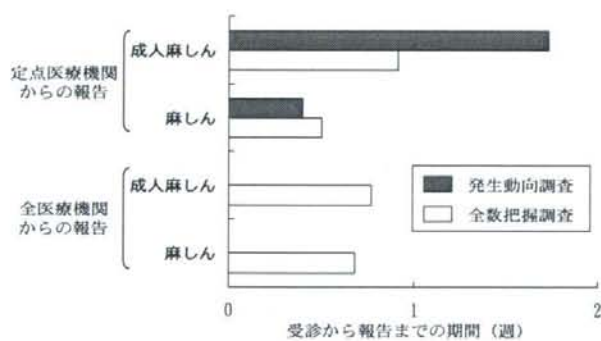


図 1 4 A 保健所管内における麻しんの発生動向（群馬県：2007 年第 14-47 週）n=50

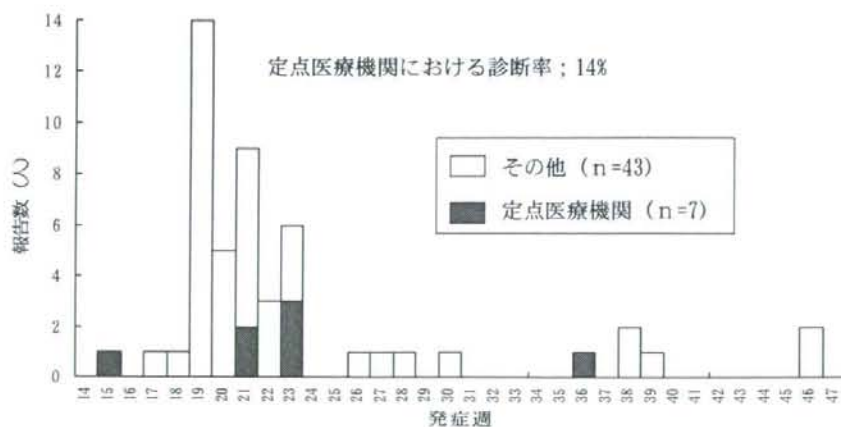


図15 B小学校における麻しんの集団発生（群馬県：2007年第14-47週）n=15

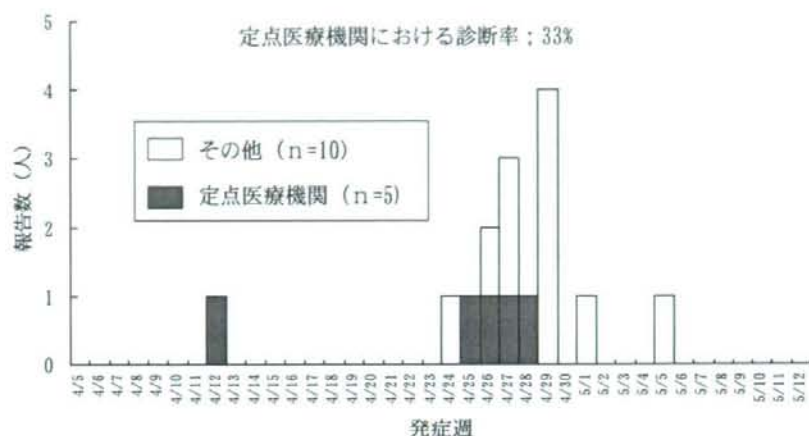
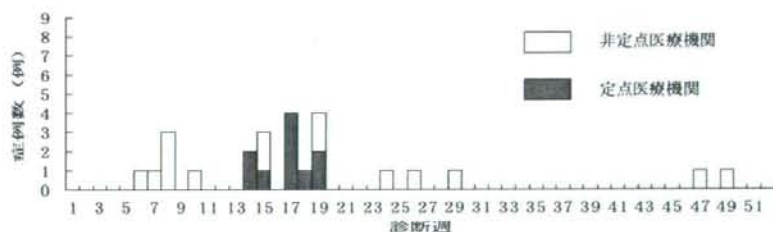


図16 麻しんの発生動向（群馬県：2008年第1-52週）n=86

15歳未満 (n=25)



15歳以上 (n=61)

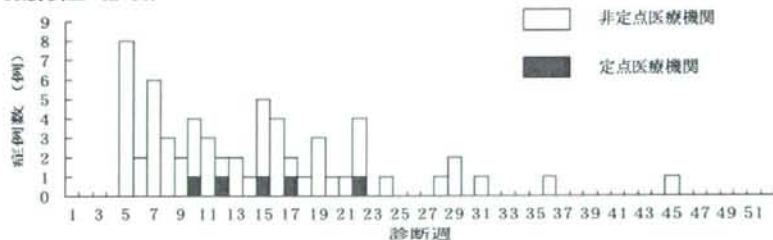
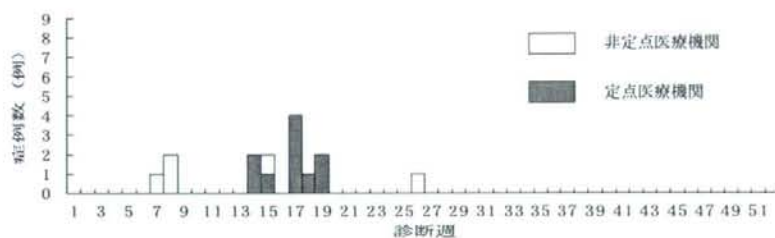
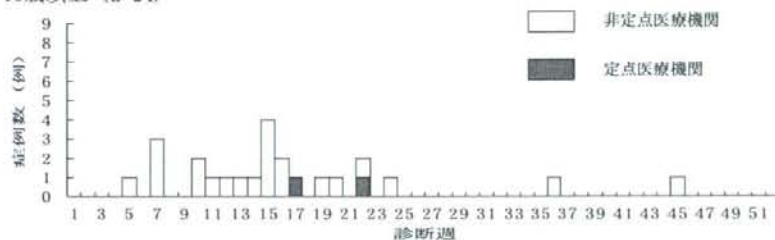


図17 A保健所管内における麻しんの発生動向（群馬県：2008年第1-52週）n=39

15歳未満 (n=15)



15歳以上 (n=24)



「地方衛生研究所、地方感染症情報センター、および
中央情報センターの視点からの感染症サーベイランスの評価と改善」

分担研究者 神谷 信行 (東京都健康安全研究センター疫学情報室)
分担研究者 小野塚 大介 (福岡県保健環境研究所企画情報管理課)
分担研究者 多田 有希 (国立感染症研究所感染症情報センター)
分担研究者 島田 智恵 (国立感染症研究所感染症情報センター)

研究要旨 1999年4月に施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」では感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の国民や医療関係者への的確な提供、公開が大きな柱となっており、全国規模で感染症発生動向調査事業が行われている。2006年4月からは感染症発生動向調査事業を支える情報ネットワークシステムである「感染症サーベイランスシステム」が再構築され、NESIDの略称でその運用が開始された。

本研究では「感染症サーベイランスシステム(NESID)」について中央感染症情報センター、地方感染症情報センター、地方衛生研究所、保健所のそれぞれの視点からシステムの評価を行った。アクセス権を含めた情報共有や運用面での課題がある一方、情報還元を有効に利用した取り組みも進んでいることが明らかとなった。また、地方感染症情報センターは感染症発生動向調査事業を行うだけでなく、各地域で感染症情報を収集、解析し、その情報を提供する拠点として大きな役割を担っている。新型インフルエンザ対策が求められる状況の中、地方感染症情報センターの機能強化に向けた取り組みが求められている。現状を把握し、今後のあり方についても検討した。

研究協力者
末尾に記載。

A. 研究目的

感染症発生動向調査は、「感染症発生動向調査事業実施要綱」に基づいて全国規模で実施されている。事業の実施にあたり、保健所、地方感染症情報センター、中央感染症情報センターを結ぶコンピュータネットワークシステムが構築され、患者の発生状況、病原体検査情報などの情報共有が図

られている。2006年4月、従来のオンラインシステムは「感染症サーベイランスシステム(NESID)」として再構築され、その運用が開始された。このシステムはこれまでのシステムとは全く違った設計方針に従って開発されており、運用開始とともにその使い勝手や実行性、実際の感染症対策への貢献について評価を行う必要がある。また、問題となるところは、速やかに改善していくことが求められる。

B. 研究方法

1 地方感染症情報センターの現状把握

全国の地方感染症情報センターを対象にアンケート調査を実施した。感染症サーベイランスシステムへの意見、要望を求めるとともに、地方感染症情報センターの業務態勢についても質問を行った。

2 NESIDの運用と課題

アンケート調査を実施するとともに、定期的に開催している地方感染症情報センター担当者情報交換会において議論した。

3 新たなシステムの試み

(1) インフルエンザ首都圏患者報告数ホームページ

隣接する自治体の流行状況を把握することは感染症対策を行う上できわめて重要である。感染症発生動向調査は各自治体単位で集計、公表されていおり、隣接地域の情報を閲覧する場合は各地方感染症情報センターのホームページを個別に参照して情報を取得する必要がある。そこで、インフルエンザを対象に、複数の地方感染症情報センターの情報を一覧できるホームページを作成し2005～2006年シーズンより運用を行った。

(2) 定点把握対象疾患Web報告システム

感染症発生動向調査における定点把握対象疾患は医療機関から管轄保健所へ主にファクシミリで報告される。保健所ではその情報をNESIDに医療機関単位にキーボードより入力する。一方、NESIDの保健所メニューにはCSVファイルでのアップロードによる登録機能が用意されている。

本システムは定点医療機関が患者数をインターネット上のWebサイトに登録し、保健所がその情報をCSVファイル形式でダウンロードする。CSVファイルのNESIDへの登録はアップロード機能を利用する。

(3) 感染症情報を集計、解析するためのシステム(ツール)

感染症情報を集計、解析するためのシステムを作成している地方感染症情報センターの実態調査を行い、NESIDの還元情報の利用の状況について考察した。

4 アメリカにおける感染症サーベイランスの現状

2008年8月23日(土)～30日(土)にアメリカ合衆国ジョージア州アトランタで開催されたCDC(Centers for Disease Control and Prevention)主催の国際会議である「6th Annual Public Health Information Network (PHIN) Conference」に出席し、感染症サーベイランスをはじめとした健康危機管理対策に関する取り組みや課題について情報収集および意見交換を行った。

C. 研究結果

1 地方感染症情報センターの現状把握

2006年度にアンケート調査を行い、2007年度に追加調査を行った。感染症発生動向調査事業実施要綱では地方感染症情報センターを地方衛生研究所(地研)等の中に設置すると記載されている。地研に設置している自治体は78.3%(都道府県83%、政令指定都市61.5%)で僅かに増加したが、政令指定都市で地研への設置が進んでいない実情が明らかとなった。ブロック単位では北海道東北新潟ブロックが90%で、以下、東海北陸ブロックが86%、近畿ブロックが80%となっている。

その後、新たに政令指定都市となった自治体でも地研へ設置は進んでおらず、今後の課題となる。

感染症情報の提供にホームページを利用しているところは97%にのぼり、インターネットを利用した情報提供が定着したものと思われる。

週報情報を公開するまでの時間は短縮される傾向にあり、81.5%がデータを収集したその週の内に週報を発行しており、情報

の提供に積極的な姿勢がうかがえた。

職員の配置では保健所における疫学調査の支援と疫学研究の実施、感染症に関連する様々な情報の収集解析、保健所職員の研修など感染症情報センター機能の強化を目指した配置を行っている機関がある一方で、感染症発生動向調査の実施に必要な最小限の職員しか配置していない機関があり、今後の感染症情報センターのあり方に課題が残った。

2 NESIDの運用と課題

本システムは中央で一元管理されたデータベース(セントラルデータベース)にWebシステムを使用してアクセスする方法が採用された。そのことで、①データベースの管理が不要、②安全性が高い。③アクセス権が限定されているので、安心して使える。④報告者の責任が明確になった、等の意見が多く述べられた。

また、地方感染症情報センターでは、CSVファイルのダウンロードにより容易に還元情報にアクセスできることから、週報の内容の充実、発行までの期間短縮などの効果が認められた。

一方、システムに関する意見、要望としては通信回線(LGWN)の速度が遅いことへの意見が依然として多く、保健所での入力作業が集中する週前半には、タイムアウトになる保健所もあることが明らかとなり、早急に対応することが望まれる。地方感染症情報センターでは保健所での登録、修正を確認できる機能を求める意見が多かった。

NESIDはアクセス権の考え方から同一の自治体であっても他の保健所の届出状況や症例データを閲覧することができない。一方、地方感染症情報センターでは届出患者が管轄内の居住者であっても、届出保健所が他の自治体である場合はそのデータを閲覧することができない(図1)。複数の自治体にまたがる集団発生などが起きた場合、

迅速な情報共有が難しい点が指摘された。

今後の課題として厚生労働省、中央および地方感染症情報センター間での議論が早急に必要であるとの認識が示された。

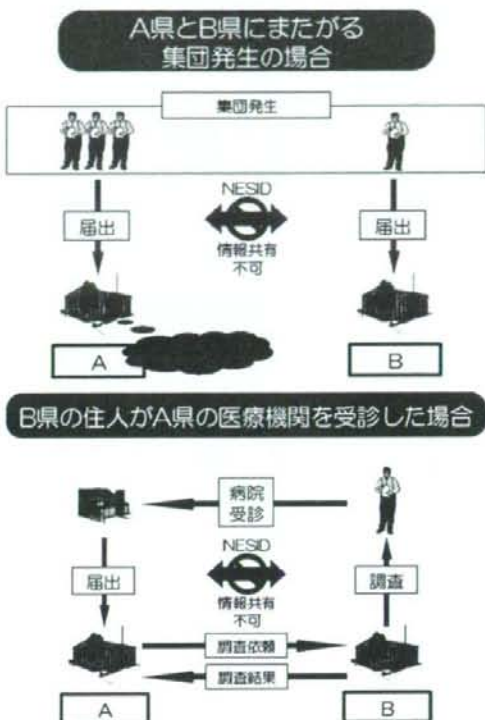


図1 アクセス権の制限により情報を閲覧できない事例

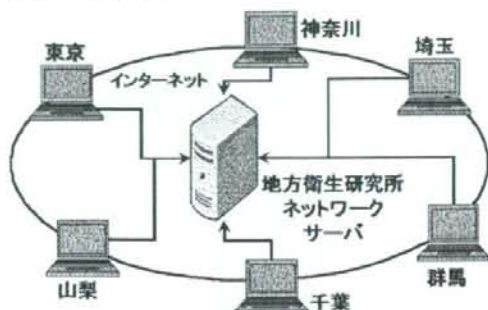
3 新たなシステムの試み

(1) インフルエンザ首都圏患者報告数ホームページ

患者報告数の登録はそれぞれの地方感染症情報センターが各自自治体の情報をインターネット上のWebサイトに入力する。入力された情報はリアルタイムで表とグラフで表示され、地域間の情報の比較が容易に可能となる(図2)。また、データのCSV形式でのダウンロード機能を用意し、独自の情報加工もできるように配慮した。

2008~2009年シーズン:患者数のピークは2009年4週で6都県全てで30人/定点を超え、埼玉県、千葉県、神奈川県は40人/

定点を超えた。週単位で患者報告数が最も多かったのは神奈川県47.1人/定点（4週）であった。



インフルエンザ首脳患者報告数

感染症発生動向調査

2006年10月1日現在 2007年12月31日現在

2006年 40週 41週 42週 43週 44週 45週 46週 47週 48週 49週 50週 51週 52週

東京都	0.02	0.02	0.08	0.03	0.04	0.11	0.21	0.52	0.65	1.67	2.27	4.03	5.17
神奈川県	0.03	0.02	0.02	0.03	0.11	0.18	0.26	0.36	0.40	1.36	2.10	3.64	5.29
埼玉県	0.03	0.02	0.06	0.02	0.04	0.02	0.14	0.36	0.47	1.06	2.03	3.47	7.16
千葉県	0.03	0.03	0.01	0.01	0.27	0.11	0.22	0.81	1.24	1.85	2.16	3.38	4.44
群馬県	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.11	0.14	0.23	0.61	1.34	3.08	4.36
山梨県	0.01	0.02	0.02	0.02	1.52	3.25	5.16	5.26	5.85	3.66	6.03	6.03	4.68

2006年 1週 2週 3週 4週 5週 6週 7週 8週 9週 10週 11週 12週 13週

東京都	2.14	10.00	14.56	21.54	30.81	17.33	10.59						
神奈川県	2.02	10.77	20.84	47.07	45.45	26.43							
埼玉県	6.86	10.36	22.89	45.25	41.30	24.94	15.31						
千葉県	2.41	11.90	22.02	49.36	37.12	23.80	15.60						
群馬県	2.80	10.26	24.71	30.74	32.25	18.80	16.77						
山梨県	2.10	6.46	13.08	24.23	24.25	24.36	10.26						

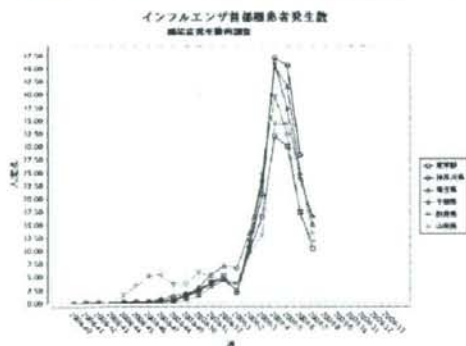


図2 システムの概要と表示例

2007～2008年シーズン：43週頃から患者の増加が見られ、51週でピークを迎えた後、一度減少し5週で再度ピークを迎える二峰性の推移を示した。患者報告数で20人/定点を超えるところはなく、小規模な流行であった。詳細に見ると、山梨県では前半のピークの方が患者数が多く、群馬県では従来と同様の傾向で二峰性の推移は示さな

かった。患者報告数が最も多かったのは群馬県の18.1人/定点（5週）であった（図3）。

2006-2007年シーズン：11週～12週でピークとなり、埼玉県、千葉県、群馬県、山梨県で30人/定点を超え、東京都、神奈川県でも20人/定点を超える比較的大きな流行となった。患者報告数が最も多かったのは埼玉県の38.8人/定点（12週）であった（図3）。

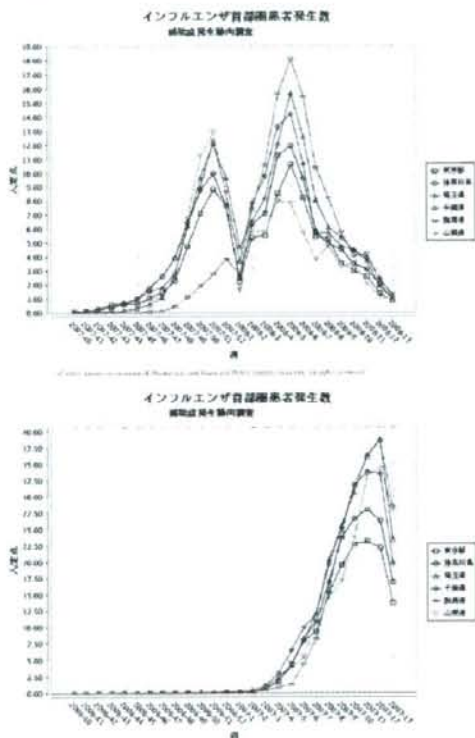
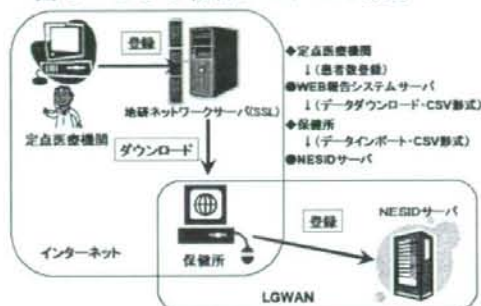


図3 2007～2008年シーズン（上段）
2006～2007年シーズン（下段）

(2) 定点把握対象疾患Web報告システム
感染症発生動向調査で医療機関から管轄保健所へは主にファクシミリで報告されるため保健所ではNESIDへの登録作業に多くの時間が割かれ、入力ミスが起こる可能性も否定できない。本システムは小児科、インフルエンザ、眼科の各定点医療機関が患

者数をインターネット上のWebサイトに登録し、保健所がその情報をCSVファイル形式でダウンロードし、そのCSVファイルをNESIDのCSVインポート機能を利用して登録するものである。

図4 Web報告システムの概要



本システムでは情報のセキュリティを担保するためにインターネット上で情報を暗号化して送受信する通信方法であるSSL (Secure Sockets Layer) に対応したシステムとなっている。

① 定点医療機関での患者数入力

ユーザ名、パスワードを入力することでシステムに接続する。小児科定点と同様に従来の報告様式に沿った入力画面を作成することで違和感のない入力環境を構築した(図5)。

東京都 感染症発生動向調査患者数入力システム

図5 小児科定点での患者数登録

② 保健所での入力確認およびCSVファイルのダウンロード

保健所では、各医療機関の入力状況を確認し、医療機関ごとにCSVファイルをダウンロードする。小児科定点はインフルエンザ定点を兼ねることから、小児科疾患とインフルエンザのデータが1回の操作でダウンロード出来るようにシステムの対応を行った(図6)。

東京都 感染症発生動向調査患者数入力システム

東京都 感染症発生動向調査患者数入力システム

図6 保健所でのデータ確認とダウンロード

ダウンロードしたCSVファイルはNESIDのCSVインポート機能を利用して登録する。

図7 NESIDへの登録 (CSVインポート)

(3) 感染症情報を集計、解析するためのシステムツール

地方感染症情報センターのほとんどで感染症情報を集計、解析するためのシステムツールを利用している。表計算ソフト（エクセル等）のマクロ機能の利用を中心に、データベースを構築しているところも半数近くにのぼっている。1クリックで週報のPDFファイルを出力するマクロを作成するなど迅速化、効率化に向けた取り組みが進んでいる。

NESIDの構築に際して、情報還元機能が大幅に強化がされたが、この機能の利用が定着したことがうかがえる。

4 アメリカにおける感染症サーベイランスの現状

アメリカでのサーベイランスでは、感染症に関する情報だけでなく、医療資源、人口動態、地図情報等の様々なシステムを統合した危機管理対策システムとして開発や利用が進められている。システムの開発、運用においても、既存の高価な商用ソフトウェアやシステムが利用されている反面、無料のアプリケーション（EpiInfoやGoogle Earth等）の積極的な利用も進んでいる。また、開発上のプログラムを公開・共有も行われ、様々な専門家によって学際的に取り組まれている。

サーベイランスシステムの基本的な部分はCDCが中心となって開発、整備が行われているものの、各届出疾病やシステムの拡張については各州で独自に取り組んでいるケースも多くみられた。このため、特に州レベルのサーベイランスデータは、互換性がみられないのが通常であり、州によって届出義務のある疾患が異なることも指摘された。したがって州を超えたアウトブレイクが発生した場合には情報共有が容易でないことが大きな課題となっており、その解

決に向けた取り組みの報告も見られた。

D. まとめ

1 地方感染症情報センターの現状

感染症発生動向調査を軸に地域の感染症情報の基幹組織としての役割を果たすことが期待されている。法定届出疾患以外の疾患を含む独自の情報を収集している地方感染症情報センターは40%近くにのぼっている。麻疹、百日咳、感染性胃腸炎の集団感染事例、HIVの患者数の増加、新型インフルエンザ対策の推進など感染症に関する情報が報道機関を通じて提供される機会が増え、医療機関や行政機関は勿論のこと、地域住民の情報提供への期待が大きくなっているものと推察される。

独自に収集している情報としては、性感染症の全数把握、小児科定点でのマイコプラズマ肺炎、不明発しん症、川崎病(MCLS)などの疾患や予防接種状況、学校や社会福祉施設等からの感染症集団発生事例、積極的疫学調査の情報など多岐にわたる情報が収集されていた。

今後、地方感染症情報センターが自治体の感染症対策や感染症情報の拠点としてその機能を強化していくうえでこれらの取り組みの事例は、地方感染症情報センターの業務のあり方を考えるうえで参考となる。

警報・注意報の利用は約半数に、全国罹患数推計を利用しているのは20%あまりであった。罹患数推計は都道府県、政令指定都市の単位で算出できないことが利用が進まない原因と考えられる

2 NESIDの運用と課題

NESIDに関する意見、要望としては通信回線(LGWAN)の速度が遅いことへの意見が多くを占めた。保健所での入力作業中にタイムアウトが発生するようなことは早急に対応することが必要である。新型インフルエンザ発生時のサーベイランスを実施する

にあたって大きな課題となる。

地方感染症情報センターでは保健所で行った作業（登録、修正）を随時、確認できるようにメール送信等の機能を求める意見が多かった。そのほか、過去データの一元的な閲覧機能、CSV出力の汎用化（期間、疾病の選択）、入力項目の設定不備による備考への入力を解消などの意見が寄せられた。

ユーザのアクセス権に関する意見も多く寄せられた。届出保健所と住所地保健所あるいは推定感染地の保健所との情報共有が関係機関の迅速な対応を可能とする。そのためにも、アクセス権の見直しについて早急に検討する必要がある。

3 新たなシステムの試み

感染症情報の提供は地方感染症情報センターがそれぞれに行っている。広域的な情報の参照に適した提供サイトが存在しない。インフルエンザ首都圏患者報告数ホームページは関係する各地方感染症情報センターが連携し情報発信を行うモデルとなった。今後の情報発信のあり方を示しているといえよう。

NESIDは先進の情報システムであるが、医療機関からの届出は依然としてファクシミリが主に使用されている。保健所では送付された情報をキーボードから各医療機関単位で入力することから、転記ミスが起こる可能性もあり、効率的とはいえない状況である。この部分のシステム化に向けた取り組みが今後の課題となろう。

本研究で作成した**定点把握対象疾患Web報告システム**は保健所での入力作業の効率化に大きな効果が期待できる。また、全ての医療機関の情報を一括してダウンロードすることも可能となっているが、現時点でNESIDのCSVインポート機能には対応していない。

今後は、複数の医療機関から情報を一括

して登録できるCSVインポート機能の強化を期待したい。さらには、CSVファイルをダウンロードすることなく、保健所での登録ができるシステムへの改善も検討する必要がある。

NESID還元情報の利用は幅広く進んでおり情報発信の迅速化、効率化はもとより、還元情報を駆使した情報解析などに大きく貢献している。特に週報発行までの時間は大きく短縮されているほか、医療機関ごとの情報分析、定点把握対象から全数把握対象に変更された麻疹、風しん情報の連続的な解析等に利用され、NESIDの構築時に目指した考え方が評価された。

4 アメリカにおける感染症サーベイランスの現状

アメリカでは各州の権限が非常に大きく、人的資源、財政資源も充分確保されており、各州での独自の取り組みが進んでいる。そのため州を超える情報共有が容易でないという課題が指摘された。CDCを中心に解決に向けた様々な取り組みがされているが、容易でない現状が示された。

日本では全国的に統一された届出基準に基づき、各地域の医療機関から保健所、地方感染症情報センター、国への報告に至るまで、単一のシステムが活用され、情報が一元的に集約されている。このことは、各州でバラバラに開発、運用が進められているアメリカと比較すると、非常に効率的、効果的なサーベイランスシステムが運用されていると評価できる。

ただし、アメリカと同様の問題点として、アウトブレイク調査の際、データ収集方法、聞き取り内容、入力様式が保健所間で違うことも多く、複数の保健所管内をまたいだアウトブレイク調査では、収集データの統一性を確保することが難しい状況であることが挙げられる。また、アメリカのように、

サーベイランスの情報を学際的に活用するケースがまだまだ少ないのが今後の課題となるであろう。

PHIN Conferenceには研究機関の研究者、現場担当者のみならず、衛生行政部門の政策決定担当者などの出席も多く見られた。

感染症発生動向調査事業は勿論のこと、感染症対策の今後の課題解決に向け、また地方感染症情報センターの機能強化を進めるためにも、このような公式の会議の場を設け、議論を積み重ねていくことが必要だと考える。地方感染症情報センター担当者情報交換会の強化、活用も1つの方策と思われる。

E. 健康危機情報

なし

F. 研究発表

(1)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 神谷信行, 灘岡陽子, 池田一夫, 阿保満(東京都健康安全研究センター), 地方感染症情報センターの現状(アンケート調査の結果から)

(2)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 中野道晴(北海道立衛生研究所), 北海道感染症情報センターの取り組みと課題

(3)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 岸本剛(埼玉県衛生研究所), 埼玉県における地方感染症情報センターの活動

(4)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 山田文也, 岸本剛(埼玉県衛生研究所), 埼玉県における腸管出血性大腸菌感染症の保育施設内患者発生の特徴

(5)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 堀元栄詞(富山県衛生研究所)富山県におけるインフルエンザサーベイランスについて

(6)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 高橋裕明(三重県科学技術振興センター), 三重県感染症情報センターにおける取り組みの現状と課題

(7)第21回公衆衛生情報研究協議会研究会(2008年2月), 小野塚大介, 吉村健清(福岡県保健環境研究所)地方感染症情報センターに望むもの

(8)第22回公衆衛生情報研究協議会研究会(2009年1月), 神谷信行, 灘岡陽子, 池田一夫, 阿保満(東京都健康安全研究センター)他, 感染症発生動向調査(定点把握対象疾患)Web報告システム

(9)第22回公衆衛生情報研究協議会研究会(2009年1月), 中野道晴(北海道立衛生研究所)他, 感染症発生動向調査における定点報告評価の試み—2008年北海道の麻しん全数報告と旧定点報告との比較—

(10)第22回公衆衛生情報研究協議会研究会(2009年1月), 灘岡陽子, 梶原聡子, 池田一夫, 阿保満, 神谷信行(東京都健康安全研究センター)他, 東京都におけるインフルエンザ定点追加指定とサーベイランス結果への影響

(11)第22回公衆衛生情報研究協議会研究会(2009年1月), 高橋裕明(三重県保健環境研究所)他, 三重県における麻しん・風しん患者全数把握調査情報の分析結果からみた検査診断の重要性について

(12)第22回公衆衛生情報研究協議会研究会(2009年1月), 塩原正枝, 鈴木智之(群馬県衛生環境研究所)他, 群馬県感染症発生動向調査で報告された百日咳に対する医療機関へのアンケート調査結果(ワクチン接種歴と診断方法)

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし