

- 1) Zaraket H, Saito R, Sato I, Suzuki Y, Li D, Dapat C, Caperig-Dapat I, Oguma T, Sasaki A, Suzuki H. Molecular evolution of human influenza A viruses in a local area during eight influenza epidemics from 2000 to 2007. *Arch Virol*. [Epub ahead of print] 2009.
  - 2) Zaraket H, Saito R, Tanabe N, Taniguchi K, Suzuki H. Association of early annual peak influenza activity with El Niño southern oscillation in Japan. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 2:127-130. 2008.
  - 3) Shobugawa Y, Saito R, Sato I, Li D, Suzuki Y, Sasaki A, Sato M, Suzuki H. Recurrence and Persistence of Fever in Children Who Shed Amantadine-Resistant Influenza Viruses after Treatment. *Tohoku J. Exp. Med*. 214: 129-138. 2008.
  - 4) Sato M, Saito R, Sato I, Tanabe N, Shobugawa Y, Sasaki A, Li D, Suzuki Y, Sato M, Sakai T, Oguma T, Tsukada H, Gejyo F and Suzuki H. Effectiveness of oseltamivir treatment among children with influenza A or B virus infections during four successive winters in Niigata City, Japan. *Tohoku J. Exp. Med*. 214:113-120. 2008.
  - 5) Sasaki A, Suzuki H, Sakai T, Sato M, Shobugawa Y, Saito R. Measles outbreaks in high schools closely associated with sporting events in Niigata, Japan. *J Infect*. 55: 179-83. 2007.
  - 6) Saito R, Li D, Suzuki H. Amantadine-Resistant Influenza A (H3N2) Virus in Japan, 2005-2006. *N Engl J Med* 2007; 356: 312-313.
  - 7) Hasegawa G, Kyaw Y, Danjuan L, Saito R, Suzuki H, Cho TM, et al. Influenza virus infections in Yangon, Myanmar. *J Clin Virol* 2006; 37: 233-234.
  - 8) 鈴木宏. 新型インフルエンザ発生時の患者対応策への提案. *日本医事新報*. 4422:45-48. 2009.
  - 9) 杉崎弘周, 齋藤玲子, 関奈緒, 鈴木宏. 小・中学校におけるインフルエンザ流行時の措置と意思決定の実態. *日本小児科学会雑誌*. 112:696-703. 2008.
  - 10) 鈴木宏, 齋藤玲子, 菖蒲川由郷, 鈴木康司, 李丹娟. 薬剤耐性インフルエンザウイルス. *小児科* 48: 1377-1384. 2007.
  - 11) 鈴木宏. 海外でのインフルエンザ対策の現状. *Progress in Medicine* 27: 2265-2269. 2007.
  - 12) 鈴木宏, 齋藤玲子, 菖蒲川由郷, 鈴木康司, 李丹娟. インフルエンザウイルスの薬剤耐性と病原性. *分子呼吸器病* 2007; 11: 25-31.
  - 13) 鈴木宏. 新型インフルエンザと重症急性呼吸器感染症(SARS) -国内に感染症が発生した場合の一般病院・診療所としてとるべき対策-. *診断と治療* 2007; 95: 119-123
  - 14) 鈴木宏. 医療・医学分野におけるGIS(地理情報システム)の役割と動向-医学部内の「ヒューマン・ヘルスGISセンター」開所を前にして-. *新潟県医師会報* 2007; 678: 1-5
2. 学会発表
- 1) 鈴木康司, 齋藤玲子, 西藤岳彦, 内田裕子, 佐藤勇, 日比成美, 生嶋聡, 藤原史博, 橋田哲夫, 白髭豊, 真崎宏則, 星野和彦, 菖蒲川由郷, 小熊妙子, Zaraket Hassan, 山口正治, Dapat Clyde, Dapat Isolde, 川上千春, 鈴木宏. 本邦6地域における2007/08シーズンのノイラミニターゼ阻害剤耐性H274Y変異A/H1N1インフルエンザウイルスの発生. 第56日本ウイルス学会. 2008年10月26-28 岡山
  - 2) 関奈緒, 佐々木亜里美, 齋藤玲子, 山口正治, 田辺直仁, 鈴木宏. 連続4シーズンにおける小児インフルエンザワクチン効果と同居

- 高齢者への波及効果。第 67 日本公衆衛生学会。2008 年 11 月 5-7 福岡
- 3) 杉崎弘周、齋藤玲子、関奈緒、鈴木宏。新潟県の小・中学校におけるインフルエンザ流行時の措置と意志決定の実態。第 39 全国学校保健・学校医大会。2008 年 11 月 08 新潟
- 4) Reiko Saito Hiroshi Suzuki. Prevalence of amantadine resistance influenza A in Japan and Asian countries. 12<sup>th</sup> International Conference on Emerging Infectious Diseases in the Pacific Rim December 4-6, 2007, Hainan, China.
- 5) Reiko Saito, Yasushi Suzuki, Danjuan Li, Hiroshi Suzuki. Circulation of amantadine resistance influenza A in Japan. 12<sup>th</sup> Annual Meeting. US-Japan Cooperative Medical Science Program-Acute Respiratory Infections (ARI) Panel. February 25-26, 2008. Bethesda, Maryland, USA.
- 6) 鈴木康司、齋藤玲子、鈴木宏、サイクリングプローブ法によるアマンタジン耐性 A 型インフルエンザ (S31N 変異) の迅速診断法の開発。第 48 回日本臨床ウイルス学会。2007 年 6 月 2-3 日。富山。
- 7) Reiko Saito Le Thi Quynh Mai, Nguyen Tran Hien, Hiroshi Suzuki. Prevalence of amantadine resistance influenza A (H3N2) in six prefectures, Japan, in the 2005-2006 seasons. 11<sup>th</sup> International Conference on Emerging Infectious Diseases in the Pacific Rim November 16-18, 2006, Singapore
- 8) Reiko Saito, Hiroshi Suzuki. H3N2 amantadine resistance in Japan. 11<sup>th</sup> Annual Meeting. US-Japan Cooperative Medical Science Program-Acute Respiratory Infections (ARI) Panel. January 22-23, 2007. Osaka, Japan.
- 9) Hiroshi Suzuki. Preparing health's 21<sup>st</sup> Century workforce for GIS. ESRI hemoeland security GIS summit & health GIS conference. 2006 年 10 月 23-26, Denver, Colorado.
- 10) 齋藤玲子、李丹娟、鈴木康司、佐藤勇、真崎宏則、西村秀一、川島崇、菖蒲川由郷、鈴木宏。2005-06 年シーズンの本邦 6 県におけるアマンタジン耐性 A 型インフルエンザ頻度。第 54 回日本ウイルス学会学術集会。2006 年 11 月 19-21 日。名古屋。
- 11) 鈴木康司、平良勝也、李丹娟、齋藤玲子、菖蒲川由郷、鈴木宏。沖縄での 2003-05 年の 3 年間におけるアマンタジン耐性 A/H3N2 株出現頻度とそれらの M2 蛋白、HA 遺伝子解析。第 54 回日本ウイルス学会学術集会。2006 年 11 月 19-21 日。名古屋。

#### H. 知的所有権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（新興再興感染症研究事業）  
総合研究報告書  
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

GISによるインフルエンザ定点報告データの解析

研究協力者 井内田 科子 国立感染症研究所 感染症情報センター  
主任研究者 谷口 清州 国立感染症研究所 感染症情報センター

要 旨

- ・シーズンのインフルエンザは小地域において、患者数の集中する核のような地区が存在し、これらを中心とする拡大の動きを示した。
- ・いくつかの地域では、流行したウイルス型に関わらず類似した患者の集積が生じやすい背景があると思われた。
- ・4大都市圏では、報告数の多い地域は、都市中心部よりも周辺の郊外エリアに偏り、1世帯あたりの人口との関わりが確認された。
- ・地域的な流行の広がりや検討を進める上で、本法は有用であると思われた。

1. 研究目的

感染症発生動向調査のデータシステムは平成18年度に行われたシステムの新規改良により、定点医療機関についての明確なコード化と住所データ基盤が整えられた。この新しい全国統一定点報告システムのデータを活用し、本研究では、GIS（地理情報システム）を用いて、定点報告の広がりや特徴を地図化し、地理的考察と検討を進めた。GISは、主に欧米などで感染症サーベイランスにおける積極的活用が進められ、地図上でのOnlineでリアルタイムの患者情報の特定や情報収集を可能とするなどシステムの構築がされている。感染症サーベイランスには、患者発生地域の把握により、社会的環境や背景を考慮しつつ、感染拡大の特徴やその要因を検討することは重要と考えられる。また各感染症アウトブレイクの封じ込めなど対策を備え

るためにも、感染状況を地図情報として整備をすることは重要と考えられ、本研究がこのようなサーベイランスの基盤づくりに向けた一つの足がかりとなることを期待する。

2. 研究方法

本研究ではまず、定点医療機関の約5,000定点を地図上にポイントデータとしてプロットし（H18、19年度）、2005/06、2006/07の2シーズンの各週のインフルエンザの定点報告数、シーズン中の報告総数（累積数）、また各定点で報告数が0を超えてから最大となるまでの1週あたりの報告数を伝播速度として読み込み、クリギング法によりサーフェス化（空間解析によって各ポイントのデータから同一の階級



値をもつ範囲を推計し、面的な表現とする方法)した。これによってインフルエンザ報告数の地理的な広がりを捉え、その動向を検討した。また病原微生物検出情報(国立感染症研究所感染症情報センター集計)より、検出されたA型(H1N1, H3N2)、及びB型のウイルス数より、各都道府県で流行したインフルエンザウイルスを特定し考察を加えた。(H19、20年度)更に、各県の定点の立地と配置状況を踏まえながら、平成17年度国勢調査統計結果を用いて、4大都市圏を中心にインフルエンザの地域的考察を進めた。(H20年度)

### 3. 全国的なインフルエンザ報告数の動き

2シーズンのインフルエンザの流行は、各地域で報告数の集中するクラスターを単位とした動きを示した。毎シーズンのインフルエンザは小地域において、患者数の集中する核のような地区が存在し、これらを中心に周辺へ拡大をしているとみられた。

また、全国的には2シーズンを通して、

報告数の多い範囲が拡大傾向にあったが、比較的多くの地域で前シーズンと報告数の集中する地区は一致し、2シーズンの報告総数、最大値における相関は、それぞれ0.71、0.66となった。

都道府県別インフルエンザウイルス分離・検出報告状況との検討では、2シーズンでA型、B型ともに検出されたウイルスの数が変化をしたいくつかの地域で、定点報告数の集中範囲の一致がみられた。よってこれらの地域では、ウイルス型や抗原性に因らない類似したインフルエンザの流行が生じやすい背景があるとみられた。

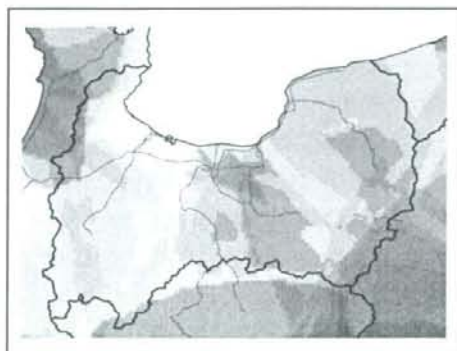
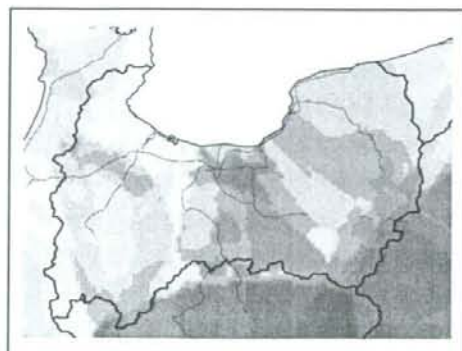
(図1-a-①、② 富山県、b-①、② 静岡県)また2シーズンで検出されたウイルスがあまり変化をしなかった地域では、前シーズンで流行が拡大した場合、次シーズンで患者数の規模や伝播速度が縮小化される傾向があり、同じウイルス型に対する免疫の獲得があったと思われる。(図2-c-①、② 山口県、d-①、② 滋賀県)またこれよりシーズンを越えての地域でのウイルスの現存性が示唆された。

流行したウイルス型が2シーズンで異なる事例

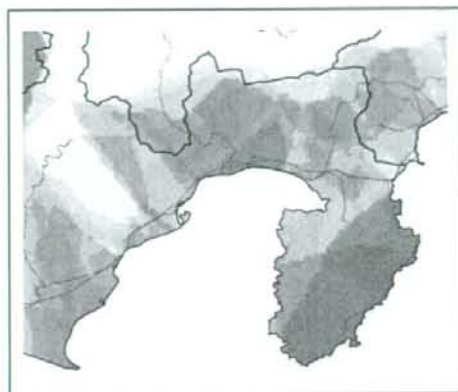
—— 鉄道

(図1-a-①) 05/06 報告総数 富山県

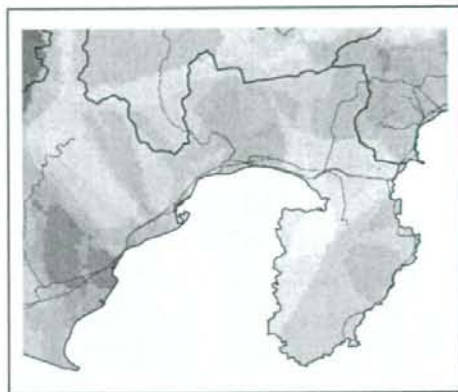
(図1-a-②) 06/07 報告総数 富山県



(図1-b-①) 05/06 報告総数 静岡県



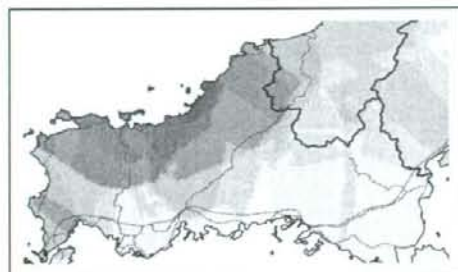
(図1-b-②) 06/07 報告総数 静岡県



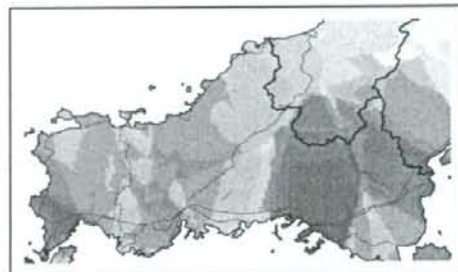
\* シーズンを越えてウイルス型は異なるが、報告数の集積が類似した。

2シーズンで流行したウイルス型が同記事例

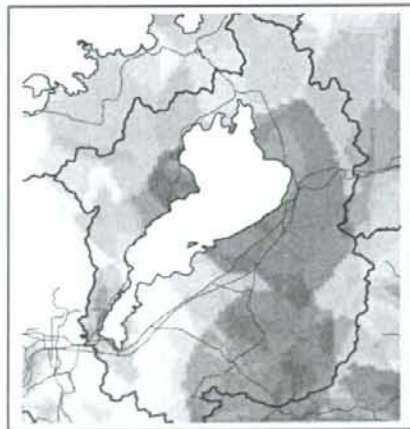
(図2-c-①) 05/06 報告総数 山口県



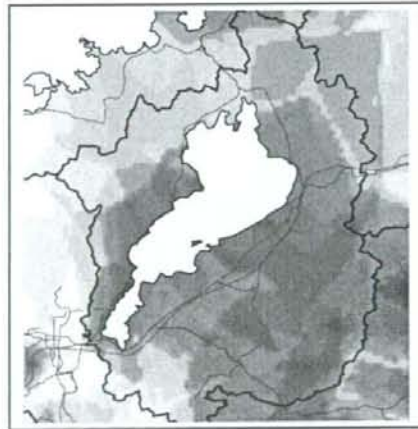
(図2-c-②) 06/07 報告総数 山口県



(図2-d-①) 05/06 報告総数 滋賀県



(図2-d-②) 06/07 報告総数 滋賀県



\* 2シーズンでウイルス型は同じで、報告数の広がりを変化した。

#### 4. 4大都市圏における特徴

インフルエンザは、人口の多い大都市圏での患者の増大が特に懸念をされていることから、ここで4大都市圏の東京、名古屋、大阪、福岡を取り上げ、その特徴を検討する。

4大都市圏では2シーズンで、報告数の広がり類似しており、前述のウイルス型に因らない拡大伝播があると思われる。また報告数の多い地域的な集積が都市中心部よりも周辺の郊外エリアに寄る傾向があり、(図3~6) それらの地域で伝播速度(週単位の患者数)が速かった。報告数は、人口の集中地区と一定の重なりをみせたが、同等に人口レベルが高い地域間でその規模は必ずしも一致をしていない。

東京では、特に報告数の高い地域分布が、人口の集中する中心エリアよりも周辺に偏る傾向があり、この要因を探るため、国勢調査等統計指標をもとに比較と検討を進めた。東京の基礎的バックグラウンドとしては、山手線の周辺を中心とする人口の超過密地域と、この周囲に広がる1世帯あたりの人口の高い地域があり、周辺部において単身や少人数世帯に対する中規模以上の世帯の割合が高くなっている(図3-A,B,C)。地図上での観察より、報告数の高い地域的クラスターは、この1世帯あたりの人口の多い地域分布とよく一致をしていることが確認された。(図3-C,D,E)

インフルエンザの拡大には一般に都市の人口密度との関わりが指摘されることが多いが、以上の観察より、感染の拡大には地域的な人口集中よりも、家族世帯の割合に伴う何らかの地域性によって影響を受ける傾向があると思われた。

さらに数値的な検討として、各定点周囲1kmを診療圏と仮定し、GISにより診療圏における3人以上世帯人口の人口総数

に対する割合、15歳未満人口及び総年齢人口を算出すると、報告総数、最大報告数、及び伝播速度は、診療圏の3人以上世帯人口の割合と相関をもつ傾向が示された。

(表1) また総年齢並びに15歳未満人口については相関がみられないかまたは負の相関の傾向として現われた。

また名古屋でも同様に、市内中心の人口集中地区で報告数レベルが低く、また1世帯あたり人口が多い周辺地域で高い報告数の広がりがあり、同じく各指標の相関が傾向として示された。(図4-A~D、表1)

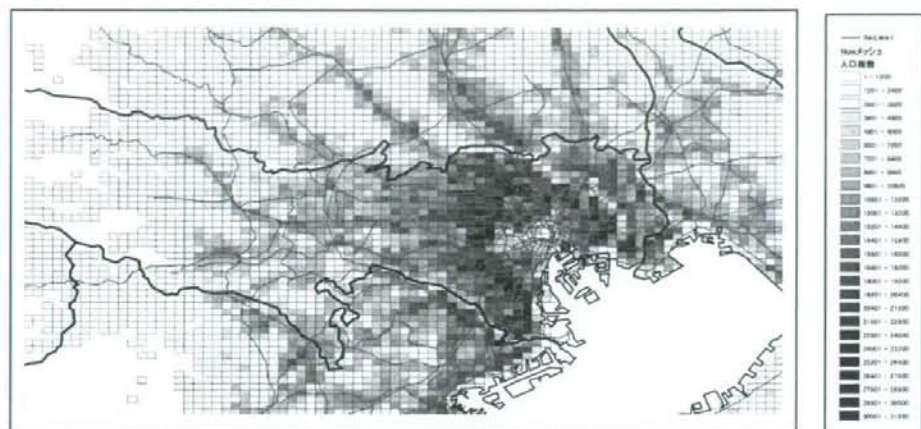
東京、名古屋では人口と家族世帯の多い範囲が地理的に相反するような広がりを見せており、(図5-A,B,C、図6-A,B) このように単身世帯の多い人口集中地区と家族世帯地域の区分により、報告数は診療圏の世帯あたりの人口、及び人口に対して正負逆の相関の傾向となっている。算出された相関係数は、評価値としては決して高くはないが、実際の診療圏の範囲、または学校や施設などその他の拡大要因などにも影響されると考えられる。また大阪や福岡では、同様に報告数の地域的集積が確認されるが(図5、6)、流行地域が偏在し、全体の相関としては算出されていない。

以上の結果よりインフルエンザは、家族世帯の割合に伴う何らかの地域因子によって、患者を増大していると考えられ、これらの因子については今後の検討が必要と考えられた。またこのような拡大特徴は、一般にはこれら大都市圏にのみならず、他の地方都市などでも同様に当てはまることが予想され、引き続きの検討が必要であると考えられた。

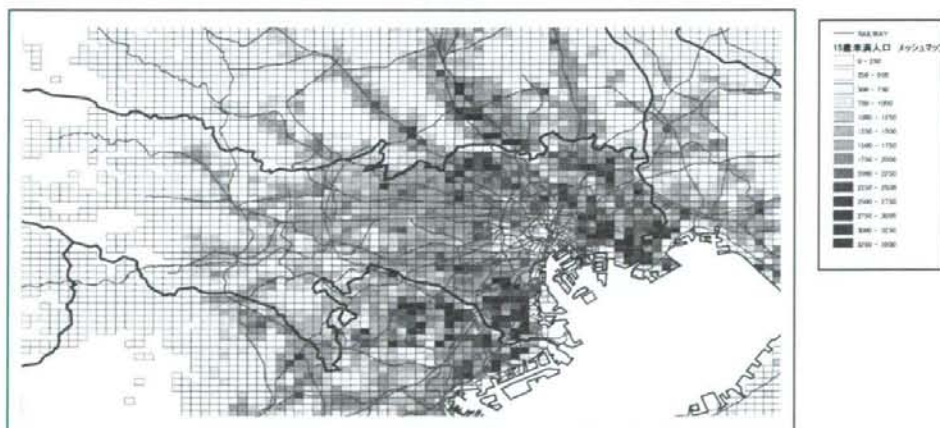


4 大都市圏の人口メッシュ、1世帯あたり人口、報告総数、伝播速度の広がり

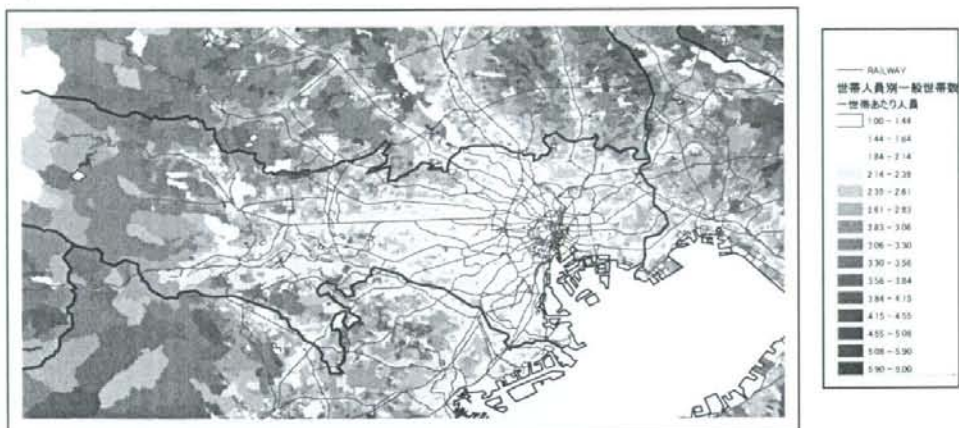
(図3-A) 東京 総年齢人口1 kmメッシュ



(図3-B) 東京 15歳未満人口1 kmメッシュ

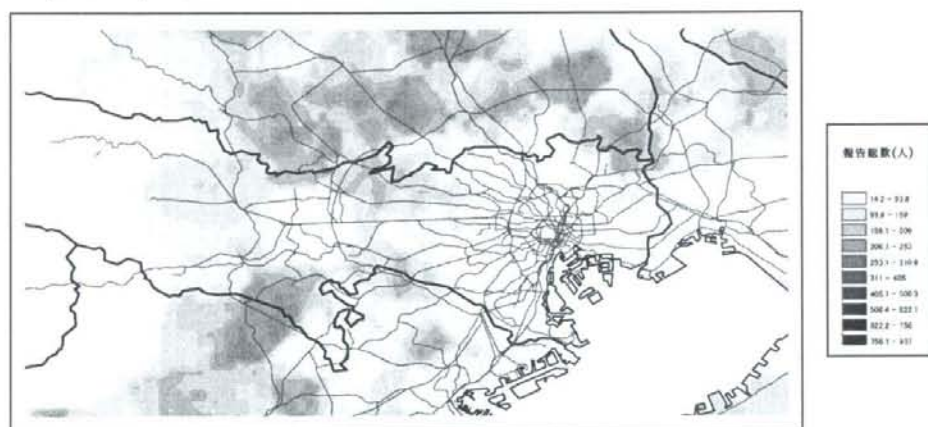


(図3-C) 東京 1世帯あたり人口 (国勢調査 町丁目統計)

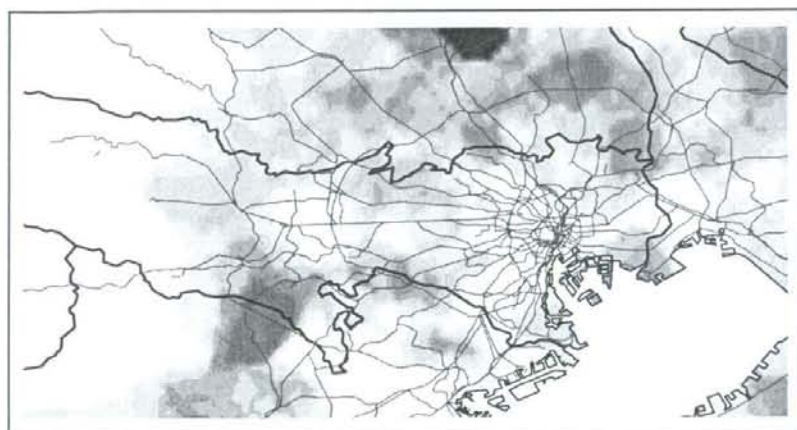


\* 1世帯あたり人口の多いエリアと人口集中地区は異なっている。

(図3-D) 東京 05/06シーズン 報告総数

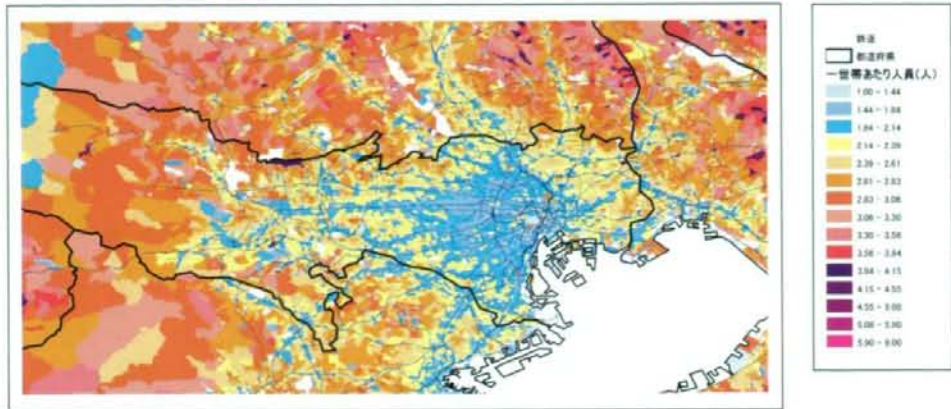


(図3-E) 東京 06/07シーズン 報告総数

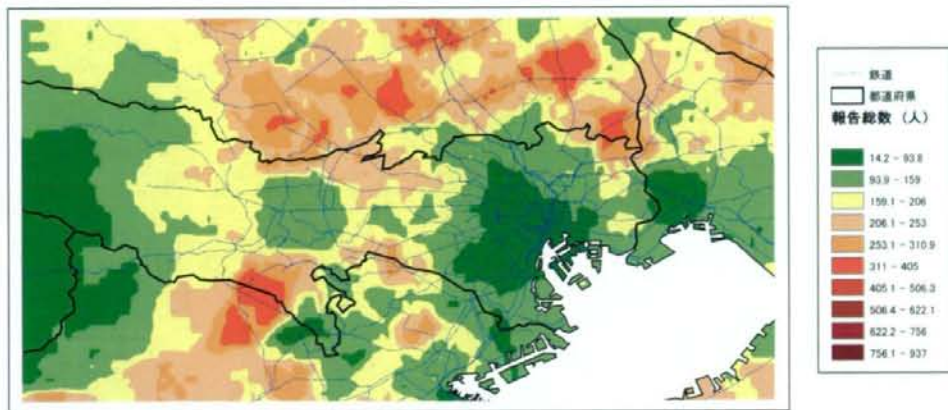




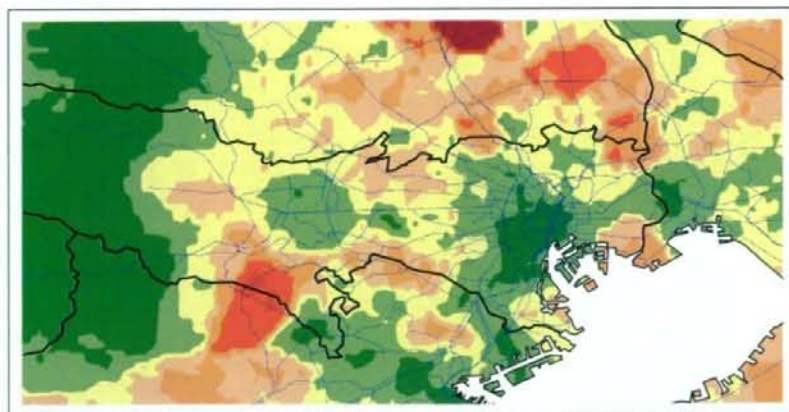
(図 3-C) 東京 1 世帯あたり人口 (国勢調査 町丁目字統計)



(図 3-D) 東京 05/06 シーズン 報告総数



(図 3-E) 東京 06/07 シーズン 報告総数



\* 2 シーズンの報告総数は 1 世帯あたり人口の広がりによく類似した。

(図3-F) 東京 05/06 伝播速度 (人/週)

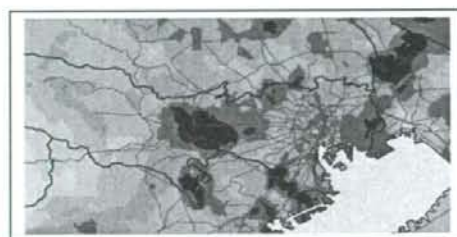


(図3-G) 東京 06/07 伝播速度 (人/週)



\* 報告総数、伝播速度は1世帯あたりの人口の広がりによく類似する。

(図3-H) 東京 05/06 患者発生週

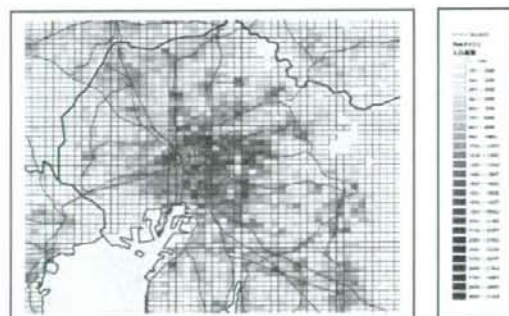


(図3-I) 東京 06/07 患者発生週



\* 患者発生週には規則性が特にみられない。

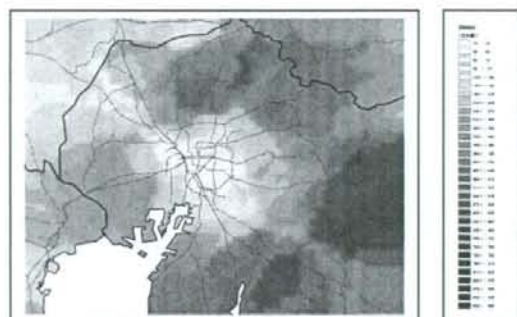
(図4-A) 名古屋 総年齢人口メッシュ



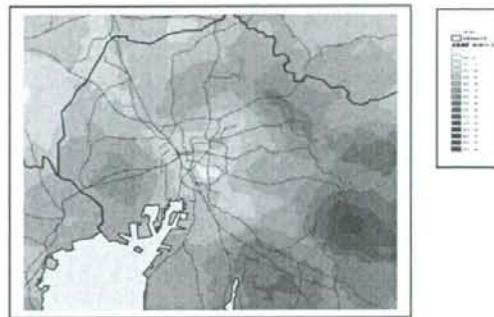
(図4-B) 名古屋 1世帯あたり人口



(図4-C) 名古屋 05/06 報告総数

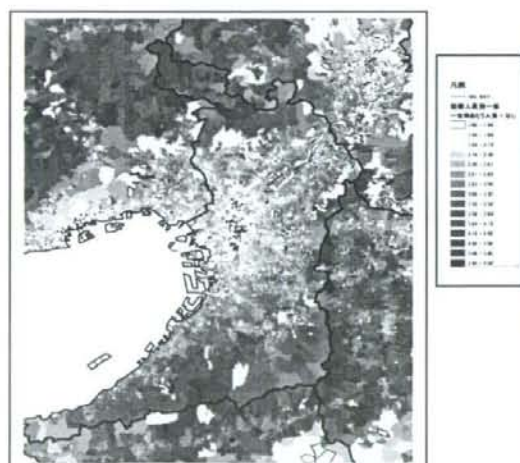


(図4-D) 名古屋 05/06 伝播速度 (人/週)

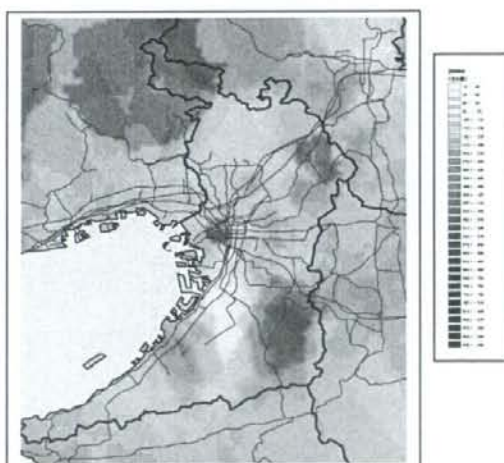


\* 名古屋でも、人口集中地区と世帯あたり人口は対称的な分布となり、報告数は郊外エリアで多くなる。

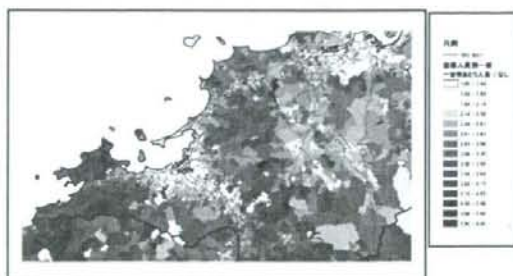
(図5-A) 大阪 1世帯あたり人口



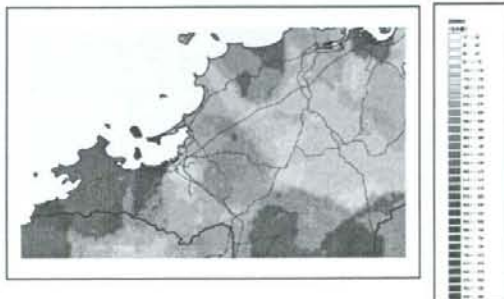
(図5-B) 大阪 05/06 報告総数



(図6-A) 福岡 1世帯あたり人口



(図6-B) 福岡 05/06 報告総数





(表1) 定点診療圏の人口及び世帯人口比率との相関係数

		05/06 シーズン				06/07 シーズン			
都市圏	診療圏(1km)による抽出データ	最大報告数	最小報告数	報告総数	伝播速度	最大報告数	最小報告数	報告総数	伝播速度
東京	3人以上世帯人口の人口総数に対する割合	0.41	0.21	0.43	0.34	0.40	0.17	0.36	0.36
	15歳未満人口	-0.02	0.05	-0.01	-0.03	0.16	0.04	0.16	0.07
	総年齢人口	-0.19	-0.07	-0.20	-0.15	-0.07	-0.07	-0.04	-0.13
名古屋	3人以上世帯人口の人口総数に対する割合	0.31	0.16	0.31	0.26	0.31	0.17	0.28	0.24
	15歳未満人口	-0.19	-0.11	-0.17	-0.17	-0.12	0.03	-0.14	-0.06
	総年齢人口	-0.30	-0.18	-0.29	-0.28	-0.26	-0.06	-0.27	-0.20

\* 定点診療圏(1km)の3人以上世帯人口と報告数の相関の傾向が見られた。

## 5. 考察

これらの結果より、インフルエンザは、その発生においては、特に規則性が確認されないが(図3-H,I)、伝播や拡大状況については、世帯構造などに関わる地域性に影響を受け、また人口密度よりも、家族世帯に伴う何らか地帯的特徴が拡大の要素となっていると考えられる。このような拡大パターンが毎シーズンで繰り返されているならば、定点設置や今後のインフルエンザ対策において、これら因子の考慮が必要となると考えられる。

本法では定点データのGISによる面化によって、都道府県や保健所管轄区域などの行政区に捕らわれない流行表現が可能となり、流行状況を見る上で有用と考えられた。このような検討は、地域間のサーベイランスを活性化し、各地域を連携した施策を投じる上でも有用であると思われる。また患者集積の各クラスターを単位に、過去のシーズンで流行したウイルス型とその規模を検証する

ことにより、次シーズンなど将来的な流行規模の予測が可能となると考えられる。また毎シーズンのインフルエンザの検証が、新型インフルエンザの検討にもつながるであろうとの指摘もされている。今後は引き続きこれらの特徴について更なる検討が求められると考えられる。

## 6. 最後に

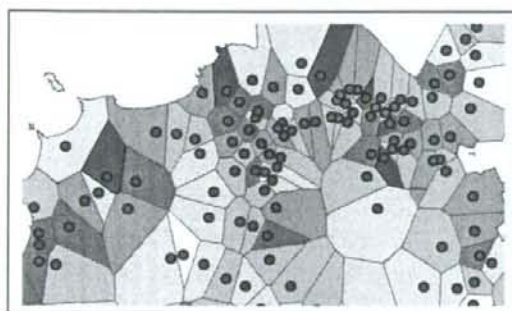
現在の定点の設置は、各都道府県により随時変更が可能となっており、また定点報告は、医療機関の規模や地域の病院数などによってもばらつきが出ることから、報告数からの流行の目安を一律に設けることは難しい。しかし、地域の医療統計などにに基づき、個々の地域を単位に評価基準を設け、小地域ごとの警報や注意報などを設置することで、効率的な流行監視システムの運用の促進が期待される。また今後はサーベイランス基盤

として、定点報告の現システムと小地域単位の免疫（抗体）保有状況、また病原体検出情報などの収集データとのリンクが確立されれば、各ウイルス型についての地域的検討が可能となる。また他の疾病情報とも合わせることで、地域特性の更なる検証が進められると考えられる。

本研究ではインフルエンザと並行し、感染性胃腸炎定点報告の2シーズンの動きについて検討し、またインフルエンザとの比較も含めてその伝播特徴にお

ける考察を進めた（別紙研究報告）。一方、定点設置状況の把握をするため、人口統計などを用いて定点の立地についての検討、さらに発熱外来設置に向けた地域検討等を進めている（図7）。

GISは、海外での公衆衛生分野や災害対策など行政的諸策における活用、また感染症など疾病データの解析で運用がされている。感染症サーベイランスにおけるGIS利用の可能性は幅広く、今後も様々な活用が期待されると考えられる。



（図7）A 県での発熱外来設置候補地とポロノイによる負荷人口の抽出

## <研究発表>

### ・学会発表

#### 1. 第49回日本臨床ウイルス学会

2008年6月14、15日

「GISを用いた全国インフルエンザ定点報告からみる地理的感染伝播」

井内田科子，谷口清州，岡部信彦

（抄録）臨床とウイルス Vol.36-No2,P.s72, 2008年5月

#### 2. 第57回日本感染症学会東日本地方会学術集会

2008年10月23、24日

「2シーズンにおける感染性胃腸炎定点報告の地理的広がり」

井内田科子，松野重夫，岡部信彦

（抄録）合同学会プログラム・抄録集, P. 158

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

STI（性感染症）サーベイランスの評価と改善

分担研究者 中瀬克己 岡山市保健所長

研究要旨

本研究では、1. 性感染症定点医療機関の設定方法に関する検討、2. 追加されたHIVサーベイランス項目による流行の地域差の検討、3. 自治体及び医療機関におけるSTIサーベイランス結果活用の評価と支援、4. 診療報酬明細書（レセプト）など発生動向調査以外の情報による性感染症サーベイランスの評価、5. パートナー健診の現状評価と制度化・標準化に向けた検討を行った。

1. 2006年に岡山県内の婦人科系、泌尿器科・皮膚科系診療科の全ての医師を対象に性感染症の診断状況の調査を行い、診断数上位10施設で男性患者の56%女性患者の44%が診断されていることが明らかになった。上位機関受診者はそれ以外の受診者と比較し、女性で20歳代患者割合が大きいなどの偏りがあった。三重県では地域医療機関等との協力により婦人科系、泌尿器科・皮膚科系全医療機関からの報告による通年の動向把握を行っており、5%の医療機関が20%を診断するなど少数の医療機関で多くの診断捕捉が可能なが確認された。一方都市部で必ずしも罹患率が高くないこと、疾患、地域、診療科によって捕捉患者の構成が異なること、現状の定点医療機関では地域によって動向把握が困難なことがしめされた。このことから、全国の罹患動向把握とは別に、地域での施策活用に適した若年者の動向把握に敏感な定点医療機関による把握が提案され、引き続き調査が継続される。

全国978の性感染症定点医療機関中、婦人科系48%、泌尿器科・皮膚科系51%とほぼ同数であったが、都道府県ごとにその割合の差は大きい。2006年4月からの7ヶ月間の報告数が0の定点は6%、57であったが、三重県の調査結果での年間診断報告がない医療機関割合が婦人科・泌尿器科系標準医療機関の半数を超えることとの乖離は大きい。感染症法施行後の7年で三分の二の自治体で定点を変更しているが、全国の罹患率推定の要件とされる定点医療機関の無作為な指定とはなっていないと考えられる。また、定点医療機関やそのカバー人口の連続性という前提は、産婦人科系医療機関の廃止や若年女性に人気の高い新規診療所の開設による受診動向の大きな変化により、危うい状況であることが自治体担当者から指摘された。

2. 2007年度追加されたHIVサーベイランス項目（居住地での都道府県区分）を利用して流行の地域差を検討したところ、従来の診断地による地域区分では患者数が大都市で過大に、その周辺部では過少に報告されていることが確かめられた。また、発見の遅れと自発検査提供などの施策評価の指標としての「いきなりAIDS」率の検討により、報告地区分では都市部で過小評価（発見遅れ割合が低く問題が少ないと見なされる）され、居住地都道府県での区分が望ましいことが明らかとなった。また大都市圏での受検者や患者の移動を考慮すると、都道府県単位の検討より都市圏としての評価が望ましいと思われる。検査提供やリスク認知と併せた対策検討のために患者の診断契機は必要な情報である。また、今後推定感染地報告を国外、国内区分から都道府県単位とすることで、動向の施策への反映が期待される。

3. 本研究班の成果の周知と自治体の情報交換によるサーベイランス結果活用推進を目的とし地方感染症情報センターおよび自治体性感染症対策担当者の会議を行った。会議の評価は高いが、自治体内でも情報センターと施策担当部門との意見交換は十分でなく、人事異動や他疾患の優先度が高いなど自治体での性感染症サーベイランスのシステムおよび活用の理解や経験の蓄積は十分でない。



定点医療機関設定やサーベイランス結果の解釈など実務的指針への要望が表明され、継続的な情報提供や自治体相互の意見交換が対策推進に有用と考えられた。また、HIV感染報告に発見契機の項目を加えるあるいは報告機関を類型化すること、推定感染地に都道府県区分を加える、県と市など自治体間のサーベイランス結果共有に制限があり改善が必要、などが提言された（詳細は別添）。性感染症集団発生の把握と対応が2自治体で行なわれたと報告され、改定された特定感染症予防指針に沿って、啓発等長期的施策改善と伴に短期的介入施策も推進する必要がある。

4. 診療報酬明細書（レセプト）に関する社会医療診療行為別調査の結果を用いたクラミジア・トラコマチス、淋菌に関する病原体確認検査（PCR）の3年間の動向では、定点サーベイランス結果とは異なり増加傾向にあること、検査実施診療科に占める内科の割合が泌尿器科より多いことが明らかとなり、今後処方薬剤情報と組み併せた分析により、STIサーベイランスへの影響を検証する可能性が示唆された。また、診療報酬明細書情報が電子化される予定であり、その活用方法の検討は重要である。

5. 発見された患者を発端とした性的接触者への検査勧奨等の介入（パートナー健診）は、active surveillance（積極的発見）による感染拡大の状況把握および治療勧奨策として重要である。米国・カナダ・オーストラリアなどではSTIサーベイランス報告をパートナー（接触者）への働きかけに用いることが定着・機能しており、HIV感染症に関しては、経済的なメリットも大きいことが報告されている。エイズ診療拠点病院でエイズ診療に携わる医師を対象とした調査により、201名の医師が患者に対しパートナー健診の勧奨を行った結果74名の医師から計185名の新規HIV感染者が発見されたと報告された。一方実施におけるガイドラインへの要望があり、条件整備などによる更なる実施普及の可能性が示唆された。HIV感染症を中心にパートナー健診の我が国での制度的導入と推進の条件を検討し、提言をまとめた（別添2）。また、三重県調査では男性の性器クラミジア感染症の15%が婦人科から報告され、パートナー健診を行う医療機関の存在が示唆されたこと、自治体実施の検査では60%以上でパートナーへの検査勧奨が行われている可能性もあることも踏まえた検討が今後必要と考えられる。

#### 研究結果を踏まえた総括的提言

1. 全国の罹患動向把握とは別に、地域での施策活用に適した若年者の動向把握に敏感な定点医療機関の選定による動向把握が必要
2. HIV感染症報告での「推定感染地」を国外、国内区分から「都道府県」単位とすることにより予防対策に活かすことが望まれる。
3. HIV感染症報告に、「診断の契機」の項目を加えるあるいは報告機関を類型化する、ことで自発検査、妊婦検査などの早期発見対策の寄与を明らかにし対策改善に反映させる。
4. 県と市など自治体間のサーベイランス結果の共有に制限があり改善が必要である。
5. 性感染症集団発生の把握と対応など、長期的施策改善と伴に短期的介入施策も推進する必要がある。
6. 定点医療機関設定やサーベイランス結果の解釈など実務的指針を作成すると共に継続的な情報提供や自治体相互の意見交換によりサーベイランスの性感染症対策への活用を推進する。
7. HIV感染症を中心に、パートナー健診の指針や説明補助資料を作成し我が国での制度的導入を図る。

#### 研究協力者

中谷友樹：立命館大学、山本英二：岡山理科大学、兒玉とも江：岡山大学、岡山市保健所、

堀成美：都立駒込病院、糸数公：沖縄県北部福祉保健所、谷原 真一：福岡大学医学部衛生学、神谷信行、灘岡陽子：東京都健康安全

センター、尾本由美子：滋賀県健康対策課、豊島区保健所、白井 千香：神戸市兵庫区保健福祉部、神戸市保健所、大前利市：京都市北保健所、五十嵐正巳、鈴木智之、阿保 満、宮城裕人、中島一敏、多田有希：国立感染症研究所感染症情報センター、高橋裕明、山内昭則、福田美和、松村義晴、大熊和行：三重県科学技術振興センター保健環境研究部疫学研究課、三重県保健環境研究所、鈴木智之、塩原正江：群馬県衛生環境研究所群馬県感染症制御センター、堀元栄詞：富山県衛生研究所、平野有紀：岡山市保健所、川畑拓也：大阪府立公衆衛生研究所

#### A. 研究目的

HIV を含む性感染症サーベイランスの評価および改善を目的に、感染症法による感染症発生動向調査およびその他の調査等によって性感染症の動向把握とその結果活用方法の検討を行う。

#### B. 研究方法

感染症発生動向調査結果の検討、性感染症の診断に関する医療機関に対する調査、地方感染症情報センターおよび自治体の性感染症対策担当者に対する調査、診療報酬明細書(レセプト)に関する既存資料を用いた調査、性感染症の動向や対策に関する文献を用いた検討、自治体における対策に関する調査を行い、研究協力者とともに検討した。研究方法の詳細は各報告に記した。

#### C. 研究結果 D. 考察 E. 結論

##### 平成 18 年度研究の概要

平成 18 年度は、1. 性感染症定点医療機関の設定方法に関する検討、2. STI サーベイランス結果活用の評価と支援、3. 医療機関における STI の報告とパートナー検診の検討を行った。

##### 1. 性感染症定点医療機関の設定方法に関する検討

岡山県内の婦人科系、泌尿器科・皮膚科系診療科の全ての医師を対象に性感染症の診断状況の調査を行い、患者数上位 10 施設で男性患者の 56% 女性患者の 44% が診断されていること。上位機関受診者は、それ以外受診者と比較し、女性で、20 歳代患者割合が大きい、この年齢分布を反映して性器ヘルペス患者割合が小さい、他市町村居住者割合が高という偏りがあったが、男性では統計的に有意な差はなかった。

2006 年 4 月から定点医療機関の診療科報告が加わったためこれを分析した結果、全国 978

定点中婦人科系 48%、泌尿器科・皮膚科系 51% とほぼ同数であった。しかし都道府県ごとにその割合の差は大きく、2006 年 4 月からの 7 ヶ月間の報告数が 0 の定点は 6%、57 あった。

現在の都道府県および婦人科系、泌尿器科・皮膚科系という 2 つの層からの層別無作為抽出法に、患者数による層を加えることで推定精度が高まる可能性が示唆された。

診断数上位機関の選定と定点施設以外の受診動向の把握可能性等を検討するために、保険診療報酬明細書(レセプト)を用いた性感染症動向把握に関する検討を行い、これら情報の活用に関する制約が多いことが分かったため、引き続き利用可能な範囲やその手続きについても併せて検討を行う。

##### 2. STI サーベイランス結果活用の評価と支援

岡山県内の婦人科系、皮膚科・泌尿器科系の全医師 566 名を対象に調査した結果、性感染症に関する感染症発生動向調査結果は、5 から 7 割の泌尿器科系、婦人科系医師が時々あるいはよく見るとし、意義が高い。地域単位では国あるいは県で現行どおり、頻度は年あるいは四半期と現行より少なくてもよいとの回答が多かった。一方、感染部位や伝播経路、感染地域などの情報が診療に有用との回答が多かったことから、現行の発生動向調査での提供内容との差が明らかとなり、充実すべき内容と考えられた。

全国の地方感染症情報センターを対象に調査した結果、性感染症集団発生に対応した自治体が 2 箇所報告された。また、感染症法施行以降の 7 年で性感染症定点医療機関を変更した自治体は三分の二に上った。過半数の自治体で性感染症サーベイランス結果を施策や広報に活用していた。一方、婦人科系医療機関の閉鎖(地方)や若年者受診が多い診療所の開設(都市部)などによる患者動向の変化も考慮すべきである。また、地方感染症情報センターからは、全国での STI 減少という結果の解釈や地域で活用できる情報への要望がある。検査手法では確保されている、全国的な技術担保のための研修機会が疫学的分野ではなく、今回行った STI サーベイランスに関する研究成果伝達と情報交換の場の評価は高く継続の要望が多かった。地方での STI サーベイランスの適切な運用と活用の推進には、このような解釈や他との情報交換の機会等によって、地方感染症情報センターの強化が必要である。



### 3. 医療機関における STI の報告とパートナー検診の検討

性感染症におけるパートナー検診 (Contact Tracing) は、米国・カナダ・オーストラリアでは広く普及し、サーベイランスによる症例把握と連携した有効な対策として定着・機能している。また、HIV 感染症に関しては、疾患の罹患率が低い地域での効率は一般的な検診推奨より高く経済的なメリットも大きいことが報告されている。これら諸国とわが国とは、背景となる法・制度整備や歴史の違いはあるものの、平成 18 年 (2006 年) に改正された「性感染症に関する特定感染症予防指針」において「都道府県等は検査の結果、受診者の感染が判明した場合は、当該受診者および性的接触者の相手方に対し、性感染症のまん延防止に必要な事項について十分説明する」「医療機関において性感染症に係る受診の機会を捉え、コンドームの使用による性感染症の予防について啓発してゆく必要がある」が位置づけられたことを受け、パートナー検診の適切な実施方法を具体化すべきである。わが国でも沖縄県において主に 1966 年から 1972 年まで、売春等による感染を主な対象に保健所職員による調査とパートナー検診受検指示が行われており、把握できた記録中最も多い 1969 年には 3179 名の調査対象者中 81% の 2584 名に調査し 19%、487 名の患者が診断され公費による治療がなされた。米軍統治下で行われた、治療費が全額公費負担などの制度上の違いはあるものの、サーベイランス結果に基づく接触者検診がわが国で行われた実績があることとの意義は高い。

啓発等長期的施策改善と伴に active surveillance (積極的患者発見) としてサーベイランスの一環と位置づけられる短期的介入の施策を推進する必要がある。

#### 平成 19 年度研究の概要

平成 19 年度は、1. 追加された HIV サーベイランス項目による流行の地域差の検討、2. STI サーベイランス結果活用の評価と支援、3. 既存統計資料による性感染症サーベイランスの評価、4. HIV 診療におけるパートナー検診の現状と課題に関する調査、を行った。

#### 1. 2007 年度追加された HIV サーベイランス項目 (居住地での都道府県区分) による流行の地域差の検討

HIV 感染症は、都道府県をまたいだ受診があり、居住地と診断地との乖離が他の性感染症に比べ大きいことが指摘されている。2007 年 4 月より新たな感染症発生動向調査シ

ステムの導入に併せて、居住地情報に都道府県区分が加わった。

従来のサーベイランス結果の分析では、居住地情報が国内・国外区分しきれないため、診断地情報 を利用していた。

居住地情報を用いて流行の地域差を検討したところ、従来の診断地による地域区分では患者数が大都市で過大に、その周辺部では過少に報告されていることが確かめられた。予防策を検討する自治体にとって、居住地情報による課題認識は重要である。さらに今回他の感染症では導入された推定感染地の都道府県区分が HIV 感染症については見送られた。予防対策に活かすという観点からは、HIV 感染症サーベイランスにおける感染地情報が国内・国外区分に止まっていることは、その有用性の大きな限界となっている。今後推定感染地情報を都道府県単位とすることで予防対策に活かすことが望まれる。

#### 2. STI サーベイランス結果の地方自治体による活用の評価と支援

地方での STI サーベイランスの適切な運用と活用の推進に資することを目的に、昨年度より規模を拡大して、地方感染症情報センター・自治体 HIV・性感染症担当者への研究班成果の提供および意見交換の会議を行い 42 自治体からの参加があった。自治体でのサーベイランス活用例として、性感染症定点医療機関と報告との関係の基礎的検討、定点報告との関連を含めた性感染症全数調査とその還元、性感染症集団発生時の対応方針が報告された。参加者のアンケートから、当会議の評価は高かったが、STI サーベイランスを実質的に活用できている自治体は多く無いことが推察され、定点医療機関設定などによる適切な情報取得とサーベイランス結果活用の推進には地方感染症情報センターへの支援が引き続き必要と考えられた。また、今後サーベイランス担当に加え、定点医療機関指定を担当する都道府県の HIV・性感染症担当者への情報提供も重要と考えられた。

#### 3. 既存統計資料による性感染症サーベイランスの評価

感染症サーベイランスの評価のために、患者数に関する代表的な統計調査である患者調査 (平成 17 年) における推計患者数と STI サーベイランスにおける梅毒および淋菌感染症の報告数を比較した。梅毒は比較的一致していたが、淋菌感染症では乖離が比較的大きくなる傾向が認められた。梅毒と淋菌感染症は治療に必要な期間が異なっているなど、方法



論や疾患の特性を注意深く考察することによって、患者調査は性感染症サーベイランスを補完する情報源として期待できる。

また、診療報酬明細書は定点医療機関の報告と異なる経路から得られ、定点の運用状況に左右されにくいという長所を有しており、主傷病の選択などの問題点を十分整理すれば、性感染症サーベイランスの評価にも応用可能と考えられる。特に診療報酬明細書情報が電子化される予定であり、その活用方法の検討は重要である。

#### 4. HIV診療におけるパートナー健診の現状と課題に関する調査

HIV感染症は全数報告される疾患であるが、実際の感染者に対する補足率は低いと指摘されている。特に無症候感染者では自発的検査による発見・報告では、大きな偏りがあることが推定される。発見された患者を発端とした性的接触者への検査勧奨は、自発的な受検を期待しにくいグループへの効果的な介入と諸外国でも位置づけられ、active surveillance（積極的的患者発見）による感染拡大の状況把握および治療勧奨策として重要である。HIV以外の性感染症においても介入策として行われ、わが国でも沖縄県において実施されていた。今年度は、HIVに関しパートナーへの検査勧奨の現状把握と改善策の検討を目的に調査を行った。

エイズ診療拠点病院でエイズ診療に携わる医師を対象とした調査により、201名の医師が、患者に対しパートナー健診の勧奨を行った結果74名の医師から計185名の新規HIV感染者が発見されたと報告された。

また、医師からはエイズ学会・性感染症学会等のパートナー健診に関するガイドライン、公的ななかかわりの制度化などの対応の標準化への要望があること、説明資料への要望が多いことが明らかとなった。

#### 平成20年度研究の概要

平成20年度1. HIVサーベイランスに'07年に加わった居住地の都道府県区分情報を活用した「いきなりAIDS」の地理学的検討、2. STIサーベイランス結果の地方自治体による活用の評価と支援、3. 三重県性感染症4疾患全数把握調査による検討、4. クラミジア及び淋菌感染症検査件数の診療科目別分析、5. 本邦におけるパートナー健診の制度化・標準化に向けた検討を行った。各々の概要を以下に示し、次いで詳細な報告をしめす。

1. サーベイランスの居住地情報を活用した「いきなりAIDS」の地理学的検討

サーベイランスに基づく地理的な評価指標の利用は、地域の状況に対応した流行対策を議論する上で重要である。さらに、現行のSTI定点設定が地域的な流行状況の比較を想定しておらず、全数把握であるHIV感染症のサーベイランス報告は、性感染症(STI)の地域的動向を把握する指標としても意義深い。HIV感染症では通常のSTIに比べ、患者の居住地と診断地の乖離が大きい、2007年より居住地の都道府県がサーベイランスの報告項目に含まれるようになったため、「いきなりAIDS」率の都道府県間格差を、患者の受診行動(居住地から診断地への地理的移動)を考慮して検討した。

・HIV流行の拡大が顕著にみられる東京・大阪を核とする2大都市圏は総じて「いきなりAIDS」率が低く、それ以外の地域との差が確認される。しかし、都道府県で見ると東京都では低いもの、大阪府では低いとは言えない。都市圏としての観点が必要である。また、愛知県では全国値よりも有意に高い点は注意が必要である。

・未発症者は居住地から大都市圏中心へ移動しての診断が多く「いきなりAIDS」率は、大都市圏中心部で過小(発見遅れ割合が低く問題が少ないと見なされる)に、その周辺では過大な値となる傾向が認められた。HIVの早期発見の度合いや自発的検査の提供と関連づけて評価するためには、居住地別に指標値を作成すべきである。

・「いきなりAIDS」率は、HIV感染の早期診断を評価する簡便な地域指標である。移動者での「いきなりAIDS」率は低く、リスク認知が高いため積極的に移動してでも早期診断している可能生がある。サーベイランス結果を対策へ活用するには、診断地・居住地と合わせて、患者や受検者の移動、地域ごとのリスク認知の差、自発検査か術前検査での診断かといった診断の契機を考慮したサーベイランスの実施・分析が必要である。この検討のために患者の診断契機は必要な情報である。

#### 2. STIサーベイランス結果活用の評価と支援

地域でのSTIサーベイランスの適切な運用と活用を資することを目的に、地方感染症情報センター、自治体HIV・性感染症担当者への研究班成果の提供および意見交換の会議を行い20自治体からの参加があり、会議への評価は高かった。

意見交換およびアンケートから、定点医療機関設定の考え方、サーベイランス結果還元時のコメントに代表される結果解釈など共通



する疑問や困難が表明された。

また、STIサーベイランスの有効な還元や施策への活用ができていない自治体は多く無いこと、集団発生の探知や対応も進んでいないことが推察された。サーベイランスの運用および還元について基本的な指針への要望があり、情報提供や情報交換の場が引き続き必要と考えられ以下（一部抜粋）のような提言をまとめた。

また、参加自治体においては自治体実施検査で HIV 診断時にパートナーへの検査勧奨を 60%以上で行っており、全国のより正確な状況の把握が必要と思われた。

・HIV 感染症報告の推定感染地情報を都道府県別とする

・HIV 感染症報告に発見契機の項目を増やすあるいは報告機関を類型化する

・県と指定都市など自治体間の性感染症サーベイランス結果の共有ができるようにする。

・HIV を含む性感染症サーベイランスの実務的な運用や活用の具体的指針が必要

・安価で利便性が高い医療機関での検査機会の提供が必要

### 3. 三重県性感染症 4 疾患全数把握調査による検討

三重県内の産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、性病科を標榜する 338 医療機関に協力を依頼し、性感染症 4 疾患（性器クラミジア感染症、性器ヘルペス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症）患者全数把握調査を実施した。調査開始にあたり 221 機関（対象の 65.4%）から協力する旨の回答を得た。平成 19 年 4 月～20 年 3 月の 1 年間に診断報告があった医療機関数は 107 ヶ所（実施医療機関の 48.4%）で患者報告数は 3,467 人（男性 1,321 人、罹患率 145/人口 10 万人・年、女性 2,146 人、同 224）であった。

三重県の全年齢に対する性感染症 4 疾患の罹患率は、患者報告の多い地域間でも、男で 1.5 倍以上女で 2 倍以上の差があり、人口集積地で高い訳ではなかった。

またこの罹患率は、2006 年 1 月下旬からの 5 週間に岡山県で行った類似の調査での定点 4 疾患+梅毒+非淋菌性・非クラミジア性尿道炎合計 6 疾患の罹患率、男 401.8（人口 10 万人・年、患者数 453 名中で梅毒 4 名、非淋菌性・非クラミジア性尿道炎は 96 名）女 518.5（人口 10 万人・年、患者数 514 名）と比べ、2 分の 1 以下であった。また、岡山県調査での罹患率は都市部（岡山市、倉敷市）でそれ以外より男女ともに高く（男性 1.6 倍、女性 2.2 倍）地域の動向は三重県とは異なっていた。

診療科別では、男性の 69%が泌尿器科から、女性の 77%が産婦人科からの報告であった。男性の性器クラミジア感染症の 15%が婦人科から報告されたことは、パートナー健診を行う医療機関の存在を示唆する。調査開始 1 ヶ月後の平成 19 年 5 月から 9 月までは 300 人台の報告があったが、その後の報告数は 200 人台に減少した。年間での診断患者数の季節変動は明らかでなかったが、複数年の結果を踏まえて更に検討が必要と思われる。

医療機関所在地の保健所の管外からの受診者の割合が最も高かったのは、尖圭コンジローマ 20%、主な診療科別では総合病院 17%であった。また、国籍別受診者数は 3.5%が外国籍であった。

また、性器クラミジア感染症では男女とも診断の多い上位 20%（婦人科系 11、泌尿器科系 7 施設）の医療機関で 50%以上の診断がなされるなど、各疾患とも報告数上位の少数の医療機関で半数以上の患者報告が得られることがわかった。しかし、診断の多い医療機関と他とでは、所在地域、疾患の種類、年齢構成など把握する患者の傾向が異なる点に留意が必要と考えられた。一方、現在の定点医療機関は、地域によっては診断がほとんど捕捉できないなど代表性が十分でないことが示唆された。

三重県における性感染症は、疾患、地域、医療機関の種類等により患者の性、年齢構成が異なり、限られた定点数（三重県内 15 カ所）では、狭い地域ほど、その地域の代表性を担保したサーベイランスは困難と考えられた。全国の傾向を把握するためのサーベイランスと都道府県等地域を対象としたサーベイランスを区別し、全国サーベイランスは無作為抽出した定点からの情報により、地域では発生予防・まん延防止に有用な若い年代の動向に敏感なサーベイランスに移行するなど、患者発生実態に即した体制が必要と考えられる。

### 4. クラミジア及び淋菌感染症検査件数の診療科目別分析

感染症サーベイランスシステムの評価を実施するためには、サーベイランスシステム以外の経路から対象疾患の状況を把握する必要がある。今回、2005-7 年の各 5 月分診療に対する社会医療診療行為別調査を用いて診療科目別のクラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査と淋菌核酸増幅同定精密検査の実施件数を検討した。

クラミジア及び淋菌に関連する検査の実施数は、感染症発生動向とは異なり、この 3 年増加傾向にあった。また、両病原体への検査



とも産婦人科の割合がもっとも多く泌尿器科は内科よりも少ないことが明らかになった。

定点医療機関の設定や利用の変化による実際の診断との乖離の可能性、性感染症定点医療機関に内科が入っていないことの動向把握への影響の検証は感染症サーベイランスの評価上、有益な知見をもたらす可能性が示された。

社会保険診療報酬請求(レセプト)情報は、報告に関する医療機関の負荷を考慮する必要がなく、回収率などの通常の学術研究における問題点の影響を受けにくいという長所を有している。処方された薬剤などの情報を併せて分析することで、性感染症サーベイランスの問題点を検証可能になると期待できる。

#### 5. 本邦におけるパートナー健診の制度化・標準化に向けた検討

2007年に実施したエイズ拠点病院 HIV 診療担当医師を対象とした調査(回答率 50%、256名)では、法律やガイドラインが未整備の状況下においても 66.5%の医師がほぼすべての患者にパートナー健診の説明を実施しており、我が国の性感染症診療においても他の先進国と同様の実践が可能であることが示唆された。今後は、法的根拠やガイドライン等の整備と、より有効な手法、その標準化のための具体的な戦略が必要である。そのためには、諸外国で実証研究済みの手法の応用や適用を含め、我が国の臨床・文化に適した手法を開発し、その妥当性および有効性の検証が重要である。米国、カナダ等ではパートナーへの働きかけに公的関与があり、我が国でも自治体検査では実施率が高い可能性があることも踏まえ、公的役割の検討が必要である。また、研究成果を踏まえ以下が提言された。

・パートナー健診概念の普及と適切な実施のために、法的根拠および具体的な手法を示すガイドラインの作成が必要である。

HIV 感染症のみならず、他の性感染症においても適用が可能であること、関連する学会などの協力の下作成し実効性を高めること、研修や環境整備などの体制の整備を合わせて行うこと。

・HIV 感染症の報告に「診断契機」項目を設け、パートナー健診を含めて、自発検査や発症時診断等の発見への寄与が評価し、施策に還元する必要がある。

#### F. 健康危険情報 無し

#### G. 研究発表

##### 2. 学会発表

レセプトデータによる定点感染症サーベイランス対象疾患受診状況に関する分析。谷原真一、今任拓也、百瀬義人、畝博. Suppl J Epidemiol 2009;19(1):90.

山内昭則、高橋裕明、他：三重県における性感染症4疾患患者全数把握調査—平成19年度まとめ—、第21回日本性感染症学会、東京、2008

「本邦における HIV 症例パートナーへの働きかけの現状と各国における工夫」、第22回日本エイズ学会サテライトシンポジウム「パートナー検査—患者を通じた早期発見と予防への働きかけ—」

Hori N. Baseline survey of physicians' practice and attitude to recommend partner HIV testing, Japan 2007, Global Scientific Conference 5th TEPHINET, pp157, Malaysia 2008

#### H. 知的所有権の取得状況 無し

#### 別添 1. 性感染症サーベイランスの運用等に 関連した提言

##### ○届出について

HIV 感染症について

- ・推定感染地情報を都道府県別とする
- ・発見契機の項目を増やすあるいは報告機関を類型化する
- ・自治体検査における診断した医師からの届け出を徹底する

##### ○システムの運用等について

- ・県と指定都市など自治体間の性感染症サーベイランス結果の共有ができるようにする。
- ・病原体サーベイランスと症例サーベイランスとの個別関連づけによる活用や還元が必要。
- ・長期間のデータ集計・解析が自治体で容易に行えるような整備が必要である。

システム変更前後のデータを一貫して集計・分析できる中央感染症情報センターからの支援

年集計等での基準日を統一する

##### ○自治体における性感染症サーベイランス活用能力向上について

- ・HIV を含む性感染症サーベイランスの実務的な運用や活用の具体的な指針が必要
- ・性感染症サーベイランスおよび施策担当者間の意見交換を密にすると共に、中央感染症情報センターおよび自治体間の情報交換を定期的に行う