

イラノスの本質を理解し、サーベイランスに関わるすべてのプレイヤーからの意見を集約して、長期的にサーベイランスを改善するための基本となるスタンダードを明文化し、これを共有してこそ、サーベイランスの改善に繋がるものと考えられる。

E. 結論

サーベイランスというものは、国家だけでできるものではない。個人の感染症対策の意識を高めることにより、はじめて地域において効果的なサーベイランスができるのであり、地域単位のサーベイランスができてはじめて、地方自治体レベルのサーベイランスができるものであり、国家のサーベイランス体制というものは、これらの集合体とそれらを適切にコントロールできる、意志決定体制であると考え。この意味で、国家としての感染症対策のための明確な戦略をもち、システムとして見直すことによって、国家としての体制と共に地域の体制も同時に構築するような全体の体制が必要である。このためには、感染症対策の戦略に基づいたサーベイランス戦略を明文化することが必要であり、今年度作成した案は、今後検討を加え、他の疾患にも広げて今後のサーベイランス改善の方向性を示していくことが重要と考えられた。

F. 健康危険情報

特記事項無し

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Han H-J, Kuwae A, Abe A, Arakawa Y, Kamachi K. Differential expression of type III effector BteA protein due to IS481 insertion in

Bordetella pertussis. PLoS ONE, in press.

2) Nakamura Y, Kamachi K, Toyozumi-Ajisaka H, Otsuka N, Saito R, Tsuruoka J, Katsuta T, Nakajima N, Okada K, Kato T, Arakawa Y. Marked difference between adults and children in *Bordetella pertussis* DNA load in nasopharyngeal swabs. *Clin Microbiol Infect.* 17:365-70, 2011.

3) Kamano H, Mori T, Taminato T, Ishida T, Kishimoto N, Katami T, Sato M, Kamachi K, Mochida Y. Analysis of *Bordetella pertussis* agglutinin titers during an outbreak of pertussis at a university in Japan. *Jpn J Infect Dis*, 63:108-12, 2010.

4) 中瀬, 槌田, 溝口, 山本, 津田, 鹿島, 土橋, 頼藤, 鈴木, 土居 (2010). 食中毒の疫学研修講座21: 連載を終わるにあたって. 食品衛生研究60巻6号、33-44 頁

5) 鹿島, 土橋, 頼藤, 鈴木, 土居, 槌田, 中瀬, 溝口, 山本, 津田 (2010). 食中毒の疫学研修講座20: 記述疫学と地理情報システム (GIS). 食品衛生研究60巻5号、47-56 頁

6) 中瀬, 槌田, 溝口, 津田, 山本, 土居, 土橋, 頼藤, 鈴木 (2010). 食中毒の疫学研修講座19: 症例対照研究(3): 古典的調査法では対応できない広域散发事例. 食品衛生研究60巻4号、29-38 頁

7) 津田, 槌田, 中瀬, 溝口, 山本, 土居, 土橋, 頼藤, 鈴木, 鹿島 (2010). 食中毒の疫学研修講座18: 食中毒の「原因」と回収問題. 食品衛生研究60巻3号、37-46 頁

8) 森兼啓太. 変わりゆく新型インフルエンザ対策 臨床病理 2010;58(3):254-262

9) 森兼啓太. 新型インフルエンザ—現状と今後の対応—. 医学のあゆみ 2010;232(13):1303-1309

- 10) 森兼啓太. オーストラリアにおける新型インフルエンザ対応. 感染制御 2010;6(1):7-10
- 11) 森兼啓太. 感染症法に基づく感染症類型内科 2010;105(6):1244-48
- 12) 森兼啓太. 新型インフルエンザ pandemic(H1N1)2009.内科 2010;105(6):1254
- 13) Ohnishi M, Ono E, Shimuta K, Watanabe H, Okamura N. Identification of TEM-135 β -lactamase in penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* in Japan. *Antimicrob Agents Chemother*, 54: 3021-3023, 2010.
- 14) Ohnishi M, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, Nakayama S, Watanabe H, Kitawaki J. Emerging ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae*. *Emerging Infectious Diseases* (in press)
- 15) 中野貴司. パンデミックインフルエンザ A (H1N1) 2009 の特徴. 小児内科. 第 42 巻、9 号。P1493-1496、2010 年 9 月 1 日. 東京医学社.
- 16) 藤本嗣人、花岡希、岡部信彦、渡部 香、五十嵐郁美、長谷川道弥、中村雅子、加瀬哲男、廣井 聡、榎本美貴、秋吉京子、須賀知子、阿部勝彦、山本美和子、三浦美穂、山本正悟:新型アデノウイルス 53 型と 54 型の同定について. 31, 236-237, 2010.
- 17) 榎本美貴、高井伝仕、藤本嗣人、近平雅嗣:兵庫県におけるポリオ感染源調査(2002 年~2009 年)—健常児の糞便からのウイルス分離—。兵庫県立健康生活科学研究所健康科学研究センター研究報告.1, 5-8, 2010.
- 18) 藤本嗣人、花岡希、安井良則、小長谷昌未、岡部信彦、高崎智彦、清水博之:エンテロウイルス遺伝子が検出され EV71 抗体上昇が確認された急性脳炎(辺縁系脳炎)症例、2010 年 4 月. 病原微生物検出情報. 31, 235, 2010.
- 19) 中村雅子、平野映子、小和田和誠、石畝史、望月典郎、藤本嗣人、花岡希、谷口清州、岡部信彦、山岸善也:2004~2009 年の6年間における流行性角結膜炎患者 113 名からのアデノウイルス検索—福井県. 病原微生物検出情報, 31, 237-238, 2010.
- 20) 近野真由美、吉岡政純、杉江真理子、馬口敏和、中村剛、木澤正人、梅垣康弘、安武廣、木戸毅、三宅健市、石川和弘、藤本嗣人: 14 年間(1996 年~2009 年)におけるコクサッキー A 群ウイルスの乳のみマウス, RD-18S および Vero 細胞による分離状況—京都市. 病原微生物検出情報, 32, 20-21, 2011.
- 21) Enomoto M, Fujimoto T, Konagaya M, Hanaoka N, Chikahira M, Taniguchi K, Okabe N.: Cultivation for 21 days should be considered to isolate respiratory adenoviruses from samples containing small numbers of adenoviral genomes. *Jpn J Infect Dis*. 63(5), 338-341, 2010.
- 22) Kaneko H, Aoki K, Ohno S, Ishiko H, Fujimoto T, Kikuchi M, Harada S, Gonzales G, Koyanagi K, Watanabe H, Suzutani T: Complete genome analysis of a novel intertypic recombinant human adenovirus causing epidemic keratoconjunctivitis in Japan. *J Clin Microbiol*, 49(2): 484-490, 2010.
- 23) Konno M, Yoshioka M, Sugie M, Maguchi T, Nakamura T, Kizawa M, Umegaki Y, Yasutake H, Ishikawa Y, Hanaoka N, Okabe N, Taniguchi K, Shimizu H, Fujimoto T: Fourteen years surveillance of Coxsackie virus group A in Kyoto 1996-2009, by using mouse, RS-18S and Vero cells. *Jpn J Infect Dis*. in press.
- 24) Dapat IC, Shobugawa Y, Sano Y, Saito R, Sasaki A, Suzuki Y, Kumaki A, Zaraket H,

Dapat C, Oguma T, Yamaguchi M, Suzuki H.: New genotypes within respiratory syncytial virus group B genotype BA in Niigata, Japan. J Clin Microbiol. 48:423-7, 2010.

25) Yamaguchi M, Sano Y, Dapat IC, Saito R, Sasaki A, Suzuki Y, Kumaki A, Shobugawa Y, Dapat C, Uchiyama M, Suzuki H. High frequency of repeated infections due to emerging genotypes of human respiratory syncytial viruses among children during eight successive epidemic seasons in Japan. J Clin Microbiol. 49: 2011 (in press). 26) インフルエンザの最新知識 Q & A 2010。パンデミック H1N1 2009 第一波を振り返って。医薬ジャーナル社 2010 年 8 月

27) 中瀬克己、佐野貴子、今井光信、性感染症の検査体制の現状と課題—保健所等における HIV 検査体制を中心に—、日本臨床 Vol67, No1, 30-36, 2009

28) 中瀬克己、加藤真吾、矢永由里子、青木眞、今村顕史、わが国における HIV 検査戦略、日本エイズ学会誌、vol12, 89-93, 2010

29) 中瀬克己、地域の状況を踏まえた HIV 検査プログラムの可能性、日本エイズ学会誌。Vol12, 302, 2010

30) 中瀬克己、堀成美、尾本由美子、高橋裕明、川畑拓也、山岸拓也、中谷友樹、神谷信行、白井千香、性感染症サーベイランスの地方自治体における運用と課題、日本性感染症学会誌、vol21, 60, 2010

31) 堀成美、感染拡大の阻止へ向けて：公衆衛生の立場から、日本内科学会雑誌、98(11)、91-98、2009 年

32) 堀成美、性感染症とヘルスプロモーション、『助産師基礎教育テキスト 第 2 巻 女性の健康とケア』日本看護協会出版会、216-238、

2009 年

33) 高橋裕明、山内昭則、福田美和、松村義晴、大熊和行、三重県性感染症 4 疾患全数把握調査 —2007 年度と 2008 年度調査結果の比較—、三重保環研年報 第 11 号(通巻第 54 号)、56 - 61 頁 (2009)

34) Nakaya T, 2010, "Geomorphology' of population health in Japan: looking through the cartogram lens" Environment and Planning A 42(12) 2807 – 2808

2. 学会発表

1) 太田晶子、永井正規、橋本修二、川戸美由紀、村上義孝、多田有希、重松美加、安井良則、谷口清洲。感染症発生動向調査に基づく検討第 1 報 新型インフルエンザ流行時の警報・注意報発生。日本公衆衛生雑誌、57(10) 特別付録:434. 2010

2) 川戸美由紀、橋本修二、太田晶子、永井正規、村上義孝、多田有希、重松美加、安井良則、谷口清洲。感染症発生動向調査に基づく検討第 2 報 新型インフルエンザの患者数推計。日本公衆衛生雑誌、57(10) 特別付録:434. 2010

3) 大塚菜緒、蒲地一成、豊泉裕美、中村幸嗣、荒川宜親。百日咳菌における定着因子 Prn 欠損株の細菌学的特性。第 93 回日本細菌学会関東支部総会、平成 22 年 10 月、東京

4) Kamachi K. Pertussis vaccine and Bordetella pertussis. The 7th Taiwan-Japan symposium on immunization and travel medicine, 2010, Taipei, Taiwan.

5) 中村幸嗣、蒲地一成、豊泉裕美、齋藤良一、鶴岡純一郎、勝田友博、立山悟志、徳竹忠臣、中島夏樹、岡田賢司、加藤達夫、荒川宜親。成人と小児における百日咳保菌量の差

- 異について. 第 84 回日本感染症学会総会, 平成 22 年 4 月, 京都
- 6) 小淵正次. 富山県におけるインフルエンザの流行. 平成 22 年度地方衛生研究所全国協議会東海・北陸支部 微生物部会, 福井, 2 月 (2010)
- 7) 神谷信行, 岸本剛, 尾関由姫恵, 堀元栄詞, 小野塚大介, 鈴木智之, 小澤邦壽, 灘岡陽子, 中西好子. 地方感染症情報センターの役割と課題. 第 69 回日本公衆衛生学会総会(2010 年 10 月)
- 8) 梶原聡子, 灘岡陽子, 増田和貴, 神谷信行, 他. 東京都の新型インフルエンザ対策② ネットワークの活用. 第 69 回日本公衆衛生学会総会(2010 年 10 月)
- 9) 灘岡陽子, 梶原聡子, 増田和貴, 神谷信行, 他. 東京都の新型インフルエンザ対策④ 各種サーベイランスの比較. 第 69 回日本公衆衛生学会総会(2010 年 10 月)
- 10) 梶原聡子, 灘岡陽子, 増田和貴, 神谷信行, 他. 基幹定点医療機関における報告状況の分析. 第 24 回公衆衛生情報研究協議会研究会(2011 年 1 月)
- 11) 高野つる代. 横浜市感染症情報センターの「リアルタイム情報還元」への取り組みと医師会の要望調査の結果報告. 第 24 回公衆衛生情報研究協議会研究会(2011 年 1 月)
- 12) 塩原正枝, 鈴木智之, 他. 感染制御センターにおける過去 5 年間の講演(実習を含む)実績及び手洗い実習による教育効果. 第 24 回公衆衛生情報研究協議会研究会(2011 年 1 月)
- 13) 和田美江子. 麻疹の予防対策について. 第 24 回公衆衛生情報研究協議会研究会(2011 年 1 月)
- 14) 尾関由姫恵, 山田文也, 岸本剛, 他. 埼玉県のレジオネラ症発生状況における東京都との比較. 第 24 回公衆衛生情報研究協議会研究会(2011 年 1 月)
- 15) 大西 真. 淋菌感染症と分子タイピング. 第 5 回 岐阜尿路・性器感染症研究会 岐阜, 2010 10 月
- 16) 大西 真. セフトリアキソン高度耐性株の出現とその分子機構. 第 23 回 日本性感染症学会 福岡, 2010 12 月
- 17) 志牟田健, 中山周一, 飛田収一, 伊東三喜雄, 藤原光文, 大前利一, 石川和弘, 上田朋宏, 大西真. 簡易的な淋菌のスクリーニング系の検討. 第 23 回 日本性感染症学会 福岡, 2010 12 月
- 18) 大西 真. セファロスポリン耐性淋菌の出現とその分子機構. 京滋性感染症研究会 京都, 2010 12 月
- 19) 池松秀之. インフルエンザの診断: 迅速診断キットを中心に 第 7 回日本臨床内科医学会 2010 年 10 月 金沢
- 20) 長尾みづほ 矢野桂子 平山淳也 田中孝明 伊東宏明 谷田寿志 細木興亜 一見良司 中野貴司 藤澤隆夫 井口光正 庵原俊昭. インフルエンザ A/H1N1 2009pdm 入院例の解析: 喘息との関連について. 第 57 回東海小児アレルギー談話会. 2010 年 2 月 20 日. 名古屋市.
- 21) 平山淳也, 谷田寿志, 田中孝明, 細木興亜, 伊東宏明, 鈴木由紀, 長尾みづほ, 一見良司, 菅秀, 高橋純哉, 下野吉樹, 中野貴司, 藤澤隆夫, 井口光正, 庵原俊昭. 2009/2010 シーズン新型インフルエンザ入院症例の呼吸器症状重症化リスクに関する検討. 第 249 回日本小児科学会東海地方会. 2010 年 5 月 16 日. 愛知県愛知郡長久手町.
- 22) 菅 秀, 中野 貴司, 庵原俊昭, 矢野 拓

弥、前田 一洋、奥野 良信. 小児病棟における入院患者から病棟勤務者への2009年新型インフルエンザ感染伝播事例の臨床的検討. 第51回日本臨床ウイルス学会.2010年6月19日 高松市.

23) 平山淳也 長尾みづほ 谷田寿志 細木興亜 藤澤隆夫. 2009/2010 シーズン 新型インフルエンザ入院症例の呼吸器症状重症化リスクと喘息の関連について. 第47回日本小児アレルギー学会.2010年12月4日. 横浜市.

24) 藤本嗣人:パネルディスカッション 1 感染症の遺伝子診断の進歩と今後の方向性:ウイルス疾患(アデノウイルスなど)の迅速疾患、第84回日本感染症学会総会学術集会、2010年4月(京都市)

25) 藤本嗣人、小長谷昌未、清水英明、石丸陽子、谷口清州、岡部信彦:インフルエンザAH1pdm の新規超高速 PCR(Hyper-PCR)による短時間検出同定、第84回日本感染症学会総会学術集会、2010年4月(京都市)

26) 藤本嗣人、谷口清州、岡部信彦:インフルエンザA H1N1 パンデミック時の他項目ウイルス検索、第51回日本臨床ウイルス学会、2010年6月(高松市).

27) 藤本嗣人:日本のアデノウイルス感染症サーベイランス、第11回日本アデノウイルス研究会シンポジウム、2010年10月(東京都)

28) 中村 雅子、平野 映子、小和田和誠、石畝 史、望月 典郎、藤本 嗣人、花岡 希、岡部 信彦:アデノウイルス54型と53型の福井県への侵淫状況、第58回日本ウイルス学会学術総会、2010年11月(徳島市)

29) 林 昌宏、藤本嗣人、小長谷昌未、モイメンリン、小滝徹、倉根一郎、高崎 智彦:近年のチクングニヤ熱の流行と迅速診断法の検討、第58回日本ウイルス学会学術総会、2010年

11月(徳島市)

H. 知的財産権の出願・登録状況
特記事項無し

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）
国際的な感染症情報の収集、分析、提供機能および
わが国の感染症サーベイランスシステムの改善・強化に関する研究
研究分担報告書

中央感染症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

研究分担者 多田有希 国立感染症研究所感染症情報センター
研究協力者 阿保 満 東京都多摩府中保健所
島田智恵 国立感染症研究所感染症情報センター
鈴木智之 群馬県衛生環境研究所
松舘宏樹 岩手県保健福祉部

研究要旨

感染症法のもとで実施されている感染症発生動向調査で得られるデータは、日本国内の感染症対策の基礎となっているものである。そのため、データの質には配慮が必要であり、届出基準に則った情報収集を徹底してデータの均一性を保つこと、また、行政対応の根拠や感染症対策に十分な情報であることが求められる。本研究では、感染症発生動向調査のデータに係わる現場における運用方法の向上により、データの質を確保することを目的として、医師からの届出内容を精査する過程で必要な、地方感染症情報センターが担う役割、保健所や中央感染症情報センターに照会すべきポイント、逆に保健所や中央感染症情報センターから照会があった場合の対応のポイント等を検討した。検討した内容は「感染症発生動向調査におけるデータ質管理のための地方感染症情報センター向けガイドライン（案）」としてまとめ、全国の地方感染症情報センター担当者に配布した。ガイドライン（案）が地方感染症情報センター等で活用され、データの質の確保に役立つことを期待したい。

A. 研究目的

感染症発生動向調査は、「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」（感染症法）に基づき、日本国内の感染症に関する情報収集および公表、発生状況および動向把握を、医師・獣医師の届出に基づいて行うものである。感染症発生動向調査から提供されるデータは、保健所が日常実施する積極的疫学調査から、都道府県

単位や全国単位での発生状況把握および感染症週報の発行、さらに国際保健規則（IHR）が世界保健機構（WHO）への報告を義務付けている PHEIC（Public Health Emergency of International Concern 国際的な公衆衛生上の脅威となりうる事象）への対応まで、あらゆるレベルの感染症対策の基礎となっている。このため、収集・登録されるデータの質には特に配慮すべきであり、関係機

関には各対象疾患の届出基準に則った情報収集を徹底し、データの均一性を確保すること、また、行政対応の根拠や感染症対策に十分な情報であることが必要であり、これをサポートするための継続的な取り組みやシステム構築・改良が求められる。

感染症発生動向調査（感染症サーベイランス）が備えるべき特性としては、データが正確で漏れないことを意味するデータの質（Data Quality）以外にも、分かりやすさ・扱いやすさ（Simplicity）、幅のあるデータに対応できる柔軟性（Flexibility）、関係者・関係機関の受け入れ度（Acceptability）、真の発生をシステムで捉える割合＝感度（Sensitivity）、届出が真の発生を正確に反映しているかという陽性的中度（Predictive Value Positive）、事象発生とその地域分布等を正確に反映すること（Representativeness）、システムの信頼性・可用性（Stability）等が挙げられるが、これらの多くはシステム設計の基礎的なレベルに依存している。一方、データの質については、現場における運用方法の改善によっても、その特性を一定程度確保できるものであり、逆に、運用方法によっては質の低下を招くこともあり得る。本研究では、これまで関係機関において取り組まれてきたデータの質に係わる作業を整理し提示することにより、感染症発生動向調査におけるデータの質を確保することを目的とする。

B. 研究方法

感染症発生動向調査のデータは、対象疾患を診断した医師からの届出を受理した保健所がその内容を精査の上、NESID（National Epidemiological Surveillance

of Infectious Diseases 感染症サーベイランスシステム）に登録する。地方感染症情報センターは、その登録データを精査し、都道府県知事に代わり国へ報告する実務を担う。また、国立感染症研究所内の中央感染症情報センター（IDSC）でも、全国からの登録データの精査を行っている。精査の過程においては、内容の漏れや矛盾がないか、届出基準を満たすかどうか等の基本的事項だけでなく、それぞれのレベルにおいて感染症対策上有用と思われる情報を追加で入手する必要が生じることがあり、この場合には、届出医師・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の間で情報交換されている。中央感染症情報センターでは、このような届出内容の精査・地方感染症情報センターへの問い合わせ作業を、担当職員および FETP（Field Epidemiology Training Program）研修生が、独自の実務的な内部マニュアルを作成し使用している。これをベースに、感染症発生動向調査の届出内容を精査する一連の過程で、感染症発生動向調査の目的や、間違いの生じやすい点、注目すべき点等を考慮し、地方感染症情報センターが担う役割や、保健所や中央感染症情報センターに照会すべきポイントなどを検討する。

倫理面への配慮

本研究では、個人を特定できる情報を扱わないため、倫理上の問題が発生する恐れはないと考える。

C. 研究結果

検討した内容は、地方感染症情報センターの中で、感染症発生動向調査の患者情報を扱う実務担当者を利用対象者と想定して、

「感染症発生動向調査におけるデータ質管理のための地方感染症情報センター向けガイドライン（案）」（中央感染症情報センターの視点からの感染症サーベイランス改善チーム）（別添）としてまとめ、2010年9月に、全国の地方感染症情報センターおよび中央感染症情報センターから個々の登録内容の問い合わせを行っている部署（102カ所）に送付した。

具体的な内容としては、『総論』として、患者情報に関するデータ処理の流れ、データの質管理の方法、追加情報の把握・収集と関連作業、病原体サーベイランスとの連携、また、『各論』として、届出票の症状や診断方法として非典型的な内容が入力されていた場合に届出基準を満たすかどうか保健所やIDSCに照会したり（されたり）、広域的発生が疑われる事例や、頻度は低いけれども対応の重要な疾患が発生して、追加の情報収集を保健所に求めたりする場面を想定し、このようなときに確認・照会すべきポイントを、疾患に共通したものから疾患個別のものまで具体的に記載した。また、国立感染症研究所担当部署一覧、三類感染症簡易調査票、A型肝炎簡易調査票（これらの簡易調査票は散発広域事例の探知を目的に、IDSCからの照会に用いられている）も併せて掲載した。

作成にはIDSC職員、FETP修了生、地方感染症情報センター職員、保健所職員等が協力研究員として係わった。

なお、第24回公衆衛生情報研究協議会総会・研究会（2010年1月20～21日：名古屋市）に合わせて開催された「地方感染症情報センター担当者会議」において、本ガイドライン（案）作成の背景・意図や内容について報告し、意見や要望をいただいた。

D. 考察

地方感染症情報センターおよび中央感染症情報センターにおいて、届出内容を精査する際、また互いにやり取りをする際に、ガイドライン（案）が役立てられ、データの質確保に繋がることを期待したい。必要に応じて保健所等の担当者と本ガイドラインを共有することも、スムーズな連携に寄与できると思われる。

ガイドライン（案）は現状（2010年3月現在）に則って作成したため、感染症法の改正、届出基準・届出様式の変更、システムの変更等に応じて、内容追加・修正をする必要がある。また今回言及できていない疾患もある。特に結核については、実務上の取り扱いを結核研究所が行っていることから今回記載しなかったが、要望の声が高いので、結核研究所の協力を得るなどして追加記載を考慮しなければならない。

E. 結論

感染症発生動向調査におけるデータの質確保のために求められる、データを精査する際のポイントを検討し、地方感染症情報センター向けガイドラインとしてまとめた。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

主要参考文献

David L. Heymann, Editor: Control of Communicable Diseases Manual 19th Edition

**感染症発生動向調査における
データの質管理のための
地方感染症情報センター向け
ガイドライン(案)**

中央感染症情報センターの視点からの
感染症サーベイランス改善チーム
2010年9月

目次

1. 概要	1	21) 鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)	18
1.1. 背景.....	1	22) ニパウイルス感染症.....	18
1.2. 内容.....	1	23) 日本紅斑熱.....	19
1.3. 成り立ち.....	2	24) 日本脳炎.....	19
1.4. 利用対象者.....	2	25) ハンタウイルス肺症候群.....	19
1.5. 関係機関の呼称.....	2	26) Bウイルス病.....	20
2. 総論	3	27) 鼻疽.....	20
2.1. 患者情報に関するデータ処理の流れ.....	3	28) ブルセラ症.....	20
2.2. データの質管理の方法.....	4	29) ベネズエラウマ脳炎.....	20
2.3. 追加情報の把握・収集と関連作業.....	5	30) ヘンドラウイルス感染症.....	21
2.4. 病原体サーベイランスとの連携.....	5	31) 発しんチフス.....	21
3. 各論(具体的な留意事項)	6	32) ポツリヌス症.....	21
3.1. 疾病共通.....	6	33) マラリア.....	21
1) 全数報告.....	6	34) 野兔病.....	22
2) 定点報告.....	8	35) ライム病.....	22
3.2. 二類感染症.....	9	36) リッサウイルス感染症.....	22
1) 急性灰白髄炎.....	9	37) リフトバレー熱.....	22
3.3. 三類感染症.....	9	38) 類鼻疽.....	23
1) コレラ.....	9	39) レジオネラ症.....	23
2) 細菌性赤痢.....	10	40) レプトスピラ症.....	24
3) 腸管出血性大腸菌感染症.....	10	41) ロッキー山紅斑熱.....	24
4) 腸チフス.....	11	3.5. 五類感染症(全数報告)	25
5) パラチフス.....	12	1) アメーバ赤痢.....	25
3.4. 四類感染症.....	12	2) ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く).....	25
1) E型肝炎.....	12	3) 急性脳炎.....	26
2) ウエストナイル熱.....	13	4) クリプトスポリジウム症.....	26
3) A型肝炎.....	13	5) クロイツフェルト・ヤコブ病.....	27
4) エキノコックス症.....	13	6) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症.....	27
5) 黄熱.....	14	7) 後天性免疫不全症候群.....	28
6) オウム病.....	14	8) ジアルジア症.....	29
7) オムスク出血熱.....	15	9) 髄膜炎菌性髄膜炎.....	29
8) 回帰熱.....	15	10) 先天性風しん症候群.....	29
9) キャサヌル森林熱.....	15	11) 梅毒.....	30
10) Q熱.....	15	12) 破傷風.....	30
11) 狂犬病.....	15	13) パンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症.....	30
12) コクシジオイデス症.....	15	14) パンコマイシン耐性腸球菌感染症.....	31
13) サル症.....	16	15) 風しん.....	31
14) 腎症候性出血熱.....	16	16) 麻しん.....	32
15) 西部ウマ脳炎.....	16	ANNEX1 国立感染症研究所担当部署一覧	34
16) ダニ媒介脳炎.....	16	ANNEX2 三類感染症調査票・様式	36
17) 炭疽.....	17	Annex2-1 コレラ簡易調査票.....	36
18) つつが虫病.....	17	Annex2-2 細菌性赤痢簡易調査票.....	37
19) デング熱.....	17	Annex2-3 腸チフス・パラチフス簡易調査票.....	38
20) 東部ウマ脳炎.....	18	Annex2-4 (別添)参考資料.....	39
		Annex2-5 HUS追加情報問い合わせ様式.....	40
		ANNEX3 A型肝炎簡易調査票	42

1. 概要

1.1. 背景

感染症発生動向調査（感染症サーベイランス）は、国内の感染症に関する情報の収集および公表、発生状況および動向の把握を、医師・獣医師の届出に基づいて行うものであり⁽¹⁾⁽²⁾、「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」（感染症法）を根拠としています。感染症サーベイランスから提供されるデータは、保健所が日常実施する積極的疫学調査から、都道府県単位や全国単位での発生状況把握および感染症週報の発行、国際保健規則（IHR）⁽³⁾が WHO への報告を義務づけている PHEIC（Public Health Emergency of International Concern 国際的な公衆衛生上の脅威となりうる事象）への対応まで、あらゆるレベルの感染症対策の基礎となっています。このため、収集・登録するデータの質には特に配慮すべきであり、関係機関には届出基準に則った情報収集を徹底してデータの均一性を保つこと、また、行政対応の根拠や感染症対策に十分な情報であることが必要なので、それをサポートするための継続的な取り組みやシステム構築・改良が求められます。

感染症サーベイランスシステムが備えるべき特性としては、データが正確で漏れないことを意味するデータの質（Data Quality）以外にも、わかりやすさ・扱いやすさ（Simplicity）、幅のあるデータに対応できる柔軟性（Flexibility）、関係者・関係機関の受け入れ程度（Acceptability）、真の発生をシステムで捉えられる割合＝感度（Sensitivity）、届出が真の発生を示しているかという陽性的中度（Predictive Value Positive）、事象発生とその地域分布等を正確に反映すること（Representativeness）、処理・対応が適時に行われること（Timeliness）、システムの信頼性・可用性（Stability）等が挙げられますが、これらの多くはシステム設計の基礎的なレベルに依存します。一方、データの質については、現場における運用方法の改善によってもその特性を一定程度確保できるものであり、逆に、運用方法によっては質の低下を招くこともありうるため、これまで関係機関において取り組まれてきたデータの質に係わる作業を一旦整理して提示することは、十分意義のあることと思われます。本ガイドラインはこのような背景のもとに作成されました。

1.2. 内容

対象疾患を診断した医師から届出がなされると、保健所はその内容を精査の上、NESID（National Epidemiological Surveillance of Infectious Disease 感染症サーベイランスシステム）に登録しており、地方感染症情報センターと国立感染症研究所（感染研）内の中央感染症情報センター（IDSC）でも、登録データを精査した上で集計を行なっています。精査の過程では、内容に漏れや矛盾がないか、あるいは届出基準を満たすかどうか等の基本事項の確認だけでなく、基準を満たしている場合でも、感染症対策上有用と思われる情報を追加で入手する必要があることがあり、これらの場合には保健所から主治医への問い合わせや、保健所、地方感染症情報センター、IDSC の間の情報交換をすることになります。

本ガイドラインは、このような感染症サーベイランスの届出内容を精査する過程で、地方感染症情報センターが担う役割や、保健所や IDSC に照会すべきポイント、保健所や IDSC から照会があった際の対応のポイントを示したものです。具体的には、届出票の症状や検査種類に非典型的な内容が記入されていた場合に届出基準を満たすかどうか保健所や IDSC に照会したり（された

¹ 感染症新法による感染症発生動向調査（サーベイランス）事業の概要
<http://idsc.nih.go.jp/iasr/20/230/dj2309.html>

² 感染症法に基づく医師及び獣医師の届出について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/01.html>

届出を要する感染症の種類と届出基準については、感染症法、感染症法施行規則、および通知「感染症法第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日 健感発0308001号）に示されています。

³ International Health Regulations (IHR)
<http://www.who.int/ihr/en/>

1 概要

り)、広域的発生が疑われる事例や、頻度は低いけれども対応の重要な疾患が発生して、追加の情報収集を保健所に求めたりする場面を想定しており、このようなときに確認・照会すべきポイントを、疾患に共通したものから疾患個別のものまで具体的に記載しています。(ただし、実務上の扱いが他と異なる二類感染症の結核は対象外としました。)

1.3. 成り立ち

全国レベルでの届出内容の確認作業は、IDSC 職員および FETP (Field Epidemiology Training Program) 研修生が行っており、このための実務的な内部マニュアルを使用しています。本ガイドラインはこれをベースに厚生労働科学研究班 (新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業国際的な感染症情報の収集、分析、提供機能およびわが国の感染症サーベイランスシステムの改善・強化に関する研究) の分担研究として作成したものであり、作成には IDSC 職員、FETP 修了生、地方感染症情報センター職員、保健所職員等が協力研究員として関わっています。

本ガイドラインは現状 (2010 年 3 月現在) に則って作成されているため、将来的な感染症法の改正、届出基準・届出様式の変更、システムの変更等に応じて内容が更新される可能性があります。また、各論では、言及できていない疾患があります。修正すべき箇所も生じることが予想され、必要に応じて改訂していきます。

1.4. 利用対象者

地方感染症情報センターの中で、NESID 上の患者情報 (全数報告および定点報告) を扱う実務担当者を利用対象者として想定しており、届出内容を精査する都度、特に発生頻度の低い疾患の場合に、本ガイドラインに目を通してポイントを確認いただくことが望まれます。また、直接の利用対象者とはしていませんが、必要に応じて保健所等の担当者と本ガイドラインを共有し、この内容を共通認識としていただければ、スムーズな連携に寄与できると思われれます。

1.5. 関係機関の呼称

感染症サーベイランスに係わる組織体制や組織毎の役割については、自治体によってある程度の相違があると思われれますが、本ガイドラインにおいては、「保健所」は、実地疫学調査、医療機関への直接の照会、届出内容の NESID への入力を行う組織を指し、「地方感染症情報センター」は、都道府県単位 (指定都市設置の感染症情報センターでは市単位) の情報集約と解析を行う組織、および IDSC が自治体に照会する際の窓口となる組織を指しています。

2. 総論

2.1. 患者情報に関するデータ処理の流れ

全数報告における患者情報のデータ処理の流れを、NESID 上の操作と業務ステータス（処理状況を示す属性）を中心に見ると以下ようになります（図 1）。

医療機関は届出票を保健所に FAX し、保健所はその内容を精査の上、NESID に登録（入力）します。登録時の NESID 上のステータスは未確認です。次いで地方感染症情報センターが確認処理を行い、内容に問題がなければステータスを確認済に設定します。確認済の患者情報が集計・公表の対象となります。

確認処理において要確認事項があればステータスを調査中に設定し、地方感染症情報センターが関連機関に照会したり、保健所が関連機関や患者・患者周辺への照会・調査を行ったりします。得られた追加情報にしたがって、保健所は患者情報の修正・追加を行います。これによりステータスが未確認に戻るため、地方感染症情報センターは再度確認処理を行う必要があります。また、一旦確認済とした患者情報でも、保健所が調査で得られた情報に基づいて更新した場合には未確認に戻るため、再度確認処理が必要です。

NESID 上で患者情報の登録、更新、削除を行えるのは原則保健所のみであり、確認処理を行えるのは、地方感染症情報センターのみです（ただし、地方感染症情報センターが保健所 ID を適切に運用することで、保健所の作業を代行することは可能です）。

患者情報がセントラルデータベースである NESID データセンターに一旦登録されると、感染研、厚生労働省（厚労省）担当課は全国の患者情報を、いずれのステータスであっても参照することができます。保健所、地方感染症情報センターは他自治体の患者情報の参照を制限されています。

定点報告においても、定点医療機関からの報告を保健所が NESID に入力し、地方感染症情報センターで国への報告処理を行う、という基本的な流れは共通していますが、調査中に相当するステータスとはらず、○（報告済）×（未報告）の 2 値をとります。

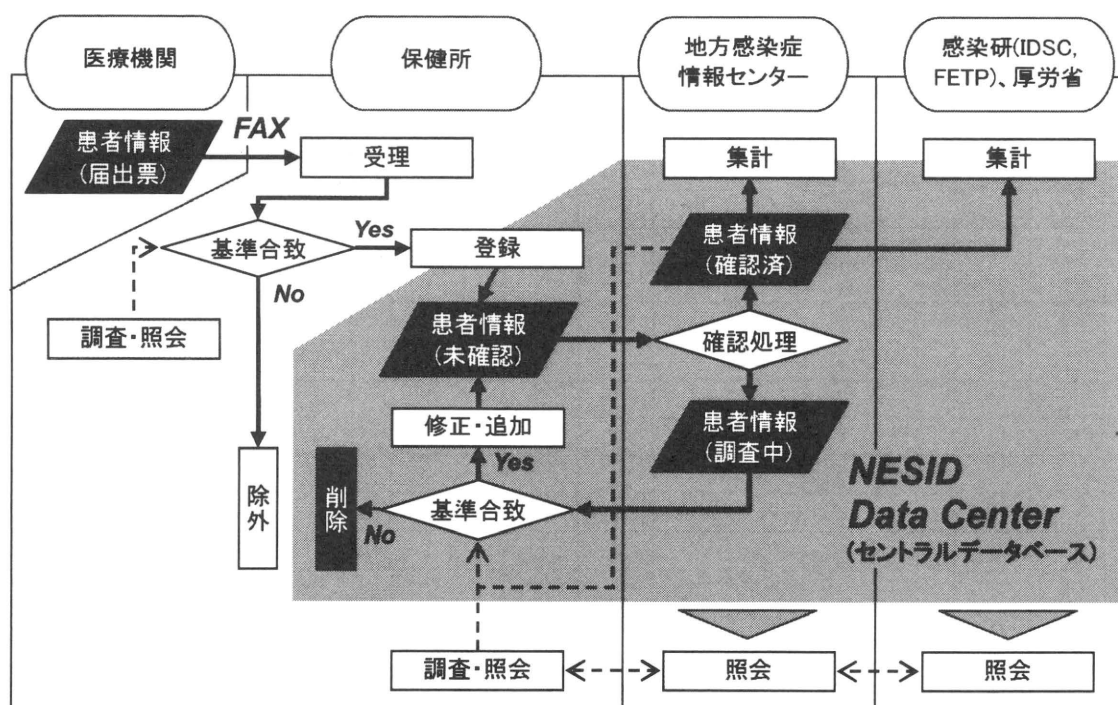


図 1 NESID における患者情報の処理

2.2. データの質管理の方法

NESIDにおけるデータの質管理には、システムと関係機関担当者の双方が係わっており、システムが提供する系統的な方法に沿った情報収集により、一定の情報量・正確さを確保するとともに、関係機関の担当者が情報の不足や不正確な点を精査し、必要に応じ追加の情報収集をすることで、システムの不十分な点を補っています。

感染症サーベイランス自体が、多数の疾患を対象にしていること、無症状・軽症例から入院・死亡例まで、重症度や経過日数について幅のある患者情報に対応しなければならないこと、個人の発症から集団発生・広域発生まで、広がりにも幅のある事象に対応しなければならないこと、診断方法や知見の進歩を適宜考慮しなければならないこと等により、複雑なシステムであるため、人手による個別的な精査の比重が高くなっています。

1) システム

複数機関の精査 患者情報の業務ステータスは、保健所の登録・更新時は未確認で、地方感染症情報センターの確認処理により確認済となるので、システム上、集計までには少なくとも保健所と地方感染症情報センターが患者情報を精査することになります。実際の作業では、これにIDSC、FETPが加わります。

ロジカルチェック 必須項目の入力漏れや入力内容の論理的矛盾がある場合、保健所が登録を実行するタイミングでシステムからエラーメッセージが返されるため、入力内容を修正する必要があります。論理的整合性のチェック項目として現在実装されているのは、類型と症状、一部の日付の前後関係等です（例えば、「無症状病原体保有者」なら「症状」は自動的に「なし」が選択される、診断日が報告日より後だとエラーになる等）。

二重登録チェック NESIDのメニューから呼び出すと、氏名、生年月日、疾病コード、性別を元に、二重登録（多重登録）の可能性がないかチェックが行われます。地方感染症情報センターメニューでは管轄保健所間の、感染研メニューでは県・市を跨ったチェックが行われます。該当データがあった場合は保健所に伝え、保健所が削除します。複数登録されたどのデータを残すかは当該自治体間での調整が必要です。

2) 人手による精査

届出医師 届出基準を理解の上で、届出様式に沿って適切に記入してもらうところが、データの質管理の始まりです。しかし、慣れた医師でなければ正確に理解しているとは限りませんので、必要に応じて保健所から内容の確認をすることになります。

そのときの届出医師だけでなく、機会をみて地域の医師に届出基準・届出様式を広く理解いただくようにすれば、データの質の改善、さらには感染症サーベイランスの感度や代表性の改善につながると考えられます（届出漏れが少なくなることも期待されます）。麻疹については医師向けの届出ガイドラインが作成されています⁴⁾。

保健所 届出票を受取り、内容を精査の上、NESIDに登録します。精査の際は、内容に記入漏れや矛盾が無い、届出基準を満たしているか等に注目します。届出医師や患者およびその周辺からの追加情報が必要な場合、原則として保健所が調査を行い、その結果に基づいて患者情報の更新を行います。

地方感染症情報センター 保健所がNESIDに登録した情報について、精査の上、確認処理を行います。登録情報と届出票のハードコピーを照合するなどして、保健所の誤入力・入力漏れがないかという点も確認します。精査のポイントは基本的に保健所と同様ですが、ダブルチェックになりますし、担当者がより多くの疾患、届出票を扱っていることから、より適切な判断ができると思われれます。また、保健所単独ではわからない周辺地域の情報もあわせて検討し、保健所が追加調査をする際の有用なポイントを示すこともできると思われれます。必要に応じ、保健所への照会、追加調査の依頼や、IDSCへの照会を行います。

感染研（IDSC、FETP） 疾患別に担当者を振り分けて、患者情報の精査を行っています。届

⁴⁾ 医師による麻疹届出ガイドライン 第二版（平成20年1月10日 国立感染症研究所 感染症情報センター）
http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/guideline/doctor_ver2.pdf

出基準との照合に加え、特異的または広域的なアウトブレイクに特に注目して精査します。必要に応じ、地方感染症情報センターに照会しますが、アウトブレイクが疑われる場合には、FETP による実地疫学調査を視野に情報交換することもあります。

2.3. 追加情報の把握・収集と関連作業

追加情報収集の目的 届出票に含まれる情報は、感染症法に則った項目に限定されていますが、感染症対策上はこれだけでは必ずしも十分ではなく、必要な情報を追加で入手するために、保健所から主治医への問い合わせや、保健所、地方感染症情報センター、IDSC 間での情報交換をすることになります。

追加情報の種類 追加情報は、NESID 上で患者情報ステータスを確認済とする前に、追加情報を得て更新する場合と、確認済とした後に更新する場合に大きく分けられます。前者としては、届出票の必須項目の不足分や届出基準との照合（診断方法等）のための情報が挙げられ、後者としては、急性脳炎における病原体情報（検索のために日数を要する場合が多い）、および、いくつかの疾患における患者の転帰（ポリオや急性脳炎における治癒、後遺症、死亡の有無等）、集団発生に関する情報が挙げられます。

保健所の作業 適切な時期に、患者や医療機関等に上記の情報を確認し、NESID 上で患者情報を更新することになります。更新後のステータスは、再度確認処理がされるまでは未確認となります。届出基準を満たさないことが確認できた場合には、備考欄に削除理由を入力した上で、削除とします。更新・削除を行った場合は、その後の作業を円滑に進めるために、別途、地方感染症情報センターに知らせることが勧められます。

地方感染症情報センターの作業 保健所が患者情報の更新を行ったことを把握したら、精査の上、確認処理を行います。もし、保健所が適切な時期に追加情報の収集を行っていないようであれば、適宜促します。

自治体間の情報共有 腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ症等では、推定感染地域が診断した医療機関の所在地と異なっていることも稀ではなく、自治体を跨った情報交換が必要になることがあります。

2.4. 病原体サーベイランスとの連携

全数把握疾患 感染症発生動向調査では、感染症発生動向調査事業実施要綱（平成 11 年 3 月 19 日健医発第 458 号厚生省保健医療局長通知）に基づき、患者の届出（患者サーベイランス）と合わせて、病原体サーベイランスが行われています。全数把握疾患については、ほとんどの疾患が病原体サーベイランスの対象となっており、患者届出票を受けた保健所は、当該患者を診断した医師に対して、必要に応じた病原体検査のための検体又は病原体情報の地方衛生研究所への提供について依頼するものとなっています。地方衛生研究所においては、病原体の遺伝子情報および薬剤耐性の解析等が行われ、それらの検査は、患者への適切な医療提供、広域・散在的発生の探知、原因究明および今後の発生予防の観点から極めて重要です。このため、地方感染症情報センターにおいて、全数把握疾患の発生届を確認した場合、地方衛生研究所（検査部門）や保健所と速やかに協議し、病原体検査のための検体や分離株等をできるだけ収集することが望まれます。

定点把握疾患 定点把握疾患についても、多くの疾患が病原体サーベイランスの対象疾患となっており、あらかじめ選定された病原体定点から、病原体検査のための検体が地方衛生研究所に提供され、地方衛生研究所の検査部門で検査が行われています。各疾患の患者の発生動向に加え、病原体の検出状況も、流行状況を評価するために有用なデータとなります。

病原体情報の公開 病原体サーベイランスにより得られた病原体情報は、NESID 病原体検出情報システムにより地方衛生研究所から IDSC へ報告され、病原微生物検出情報（IASR）や IDSC のウェブサイトで開催されています。

3. 各論（具体的な留意事項）

3.1. 疾病共通

1) 全数報告

再届出

- ・ 再感染の場合は再度届出対象です。
- ・ 三類感染症において、菌陰性化の確認後の再発は、運用上再届出として扱います。その際、備考欄に、初回届出時のID番号と〇月〇日に一度菌陰性化確認したことを入力します。
- ・ 結核では、再治療者は再登録（再届出）対象です（＝結核登録者システムと同様の扱い）。

国外で診断されたものの届出

- ・ 国内での検査が行われていなくても、国外での診断が届出基準を満たすものであることが紹介状などにより確認できたものは届出対象とします。

診断（検案）した者（死体）の類型の考え方

- ・ 初診時の患者の状態によって、患者（生きている人を診察した）か死亡者（死体を検案した）かに大きく分かります。生きている人を診察した場合は「患者（確定例）」あるいは「無症状病原体保有者」であり、死体の検案をした場合は、「感染症死亡者の死体」あるいは「感染症死亡疑い者の死体」です。

当該者職業

- ・ 職業・職種は、感染症の診断および対策において重要な項目です。公務員や会社員などにとどめずにできるだけ職種を確認し記載します。例えば、調理師・飲食店勤務等（食品を扱う）、獣医・ペットショップ等（動物と接する）、保育士・小学校教諭等（小児に接する）、高齢者施設介護士・ヘルパー等（高齢者や障害者等に接する）、医師・看護師・医院事務等（病院に勤務＝感染曝露機会、易感染者と接する）、ツアーコンダクター（海外感染機会）等の情報は感染機会や感染拡大の危険性を把握する上で必要です。
- ・ 5類の疾患の場合にも、調査等で把握できた場合には備考欄に入力します。

月日が曖昧な感染年月日・発病年月日の入力

- ・ 届出医に再確認をしても、月までしか把握できない場合には、月まで入力します。
- ・ 上旬、中旬、下旬等の情報があれば備考欄に入力します。

初診年月日

- ・ 当該感染症の初診年月日です。他の疾患で受診中あるいは入院中の場合、発病前の年月日が書かれていることがあるので注意します。

感染年月日と発病年月日の確認

- ・ 当該感染症の潜伏期間を考慮し、年月日の記載に誤りがないか確認します。

死亡年月日の入力

- ・ 届出様式上は、「死亡年月日（*）」とあり、「死亡者を検案した場合のみ記入すること」と記載されていますが、運用上、届出以降に患者の死亡が確認された場合にも、「死亡年月日」の項目に入力します。

診断方法

- ・ 診断のための検査が必要な場合の感染研への問い合わせ先は、Annex1 に示しています。その際には、地方衛生研究所担当者もしくは地方感染症情報センター担当者等から、検査を実施するかどうかを含めて相談します。

感染原因・感染経路

- ・ 感染源の特定、アウトブレイクの探知、感染拡大防止に有用な情報であり、また今後の感染予防の情報ともなるので非常に重要です。医師の届出時点で記載されている情報にとどまらず、その後の保健所等の調査によって、推定（又は確定）されるものを入力します。
 - ・ 推定、確定の判断基準は、感染症法上、特に示されたものがなく、医師または保健所の判断に依っています。
 - ・ 感染機会から発病年月日までの期間が各疾患の潜伏期間と合致しているかを確認します。
 - ・ 感染源などが入力されている場合には、保健所による調査実施の有無と結果を確認し、ポイントを備考欄などに入力し、記録として残します。
 - ・ 飛沫・飛沫核感染、接触感染では、誰から・どんな状況で感染したか、経口感染では、何から、どんな状況で感染したと考えられるかなどもできる限り確認し、入力します。
 - ・ その他とされているのに内容の記載がない場合は、確認します。
 - ・ 感染原因・感染経路が不明の記載の場合にも、保健所による調査実施の有無を確認し、なんらかの原因が推定（又は確定）できた場合は、その結果に応じ入力を修正します。不明のままの場合には「その他（不明）」とし、備考欄に「調査は実施せず」、「調査実施するも感染原因不明」のように記録として残しておくとい良いでしょう。
- ※ 届出様式上の感染原因・感染経路の並び順は、必ずしも当該感染症の感染原因・感染経路の頻度順にはなっていません。
- ※ 感染原因・感染経路が食品、輸血の場合、院内感染の可能性がある場合などには、必要に応じて担当課への情報提供を考慮します。
- ※ IDSC では、報告された情報から、広域事例の可能性がないかを確認するようにしています。早期探知のため、広域に及ぶ可能性のある場合など、必要に応じて IDSC に一報入れます。また、当該感染症の周辺自治体の発生状況を知りたい場合などには、IDSC に問い合わせます。

感染地域の入力

- ・ 感染地域が国内であるのに、国外の欄に国内の地域の名前を登録すると（またはその逆）、感染地域が誤って集計されるので、注意が必要です。

感染地域が国内か国外か不明の場合の入力

- ・ 国内の「都道府県不明」（都道府県の選択肢の最後にあります）及び国外の「渡航先不明」（国の選択肢の最後にあります）の両方を選択します。
- ・ 推定感染地域が国内と国外の両方にある場合（例：岩手県とインドネシア）には、それぞれ選択します（なおこの場合、国の年報集計表の感染地域（国内、国外、不明の3種類で集計されている）では、不明にカウントされます）。また後天性免疫不全症候群に限り、届出様式に既に不明の選択肢があり、入力画面上も不明をチェックできます。

集団発生の入力

- ・ 備考欄に「〇〇保育園集団発生」「△△すし店集団発生」などと統一した名称で入力します。集団発生の規模などが把握しやすくなります。

3 各論（具体的な留意事項）

2) 定点報告

0人報告、当該週報告が未着の場合の処理（保健所が実行する処理）

- ・ 定点医療機関から患者数0人との報告（0人報告）だった場合、定点報告入力画面で、何も入力せずに登録します。
- ・ 定点医療機関からの当該週報告が未着の場合、定点報告入力画面での操作はしません。
- ・ 定点当たり報告数の算出にあたって、0人報告をした医療機関は分母にカウントし、報告なしの医療機関はカウントしない仕様なので、両者を厳密に区別する必要があります。

報告処理実行後の保健所による更新

- ・ 国への報告後、保健所で「県・市への報告」を実行すると、地方感染症情報センターで国への報告を再度実行する必要があります。
- ・ 「県・市への報告」後に保健所で入力画面を開いた際に、閲覧だけで報告済みデータを変更しなかった場合でも、登録ボタンを押してしまうと、保健所で「県・市への報告」を再度実行する必要があります。これが国への報告後だった場合は、前述のとおり、こちらも再度実行する必要があります。

小児科定点医療機関の誤記入

- ・ 小児科定点医療機関は11種類を表形式の様式で報告するため、まれに記載する行を間違えて届け出られることがあります。
 - ・ 定点当たり報告数の推移、特に保健所単位での推移の急な変化、季節はずれの変化に注意し、このような誤記入によるものなのか、真のアウトブレイクなのか、保健所から医療機関に照会する等で追加情報を得た上で、慎重に判断する必要があります。
-

3.2. 二類感染症

1) 急性灰白髄炎

診断方法

- ・ 1回目の検査で陽性だった場合は、その時点で届出対象となります。
- ・ ポリオウイルス血清型同定結果が判明した場合は備考欄に結果を入力します。
- ・ 野生株/ワクチン株の確認には塩基配列解析が必要なので、検査実施機関とその結果を備考欄に入力します。
- ・ ウイルス分離前に、検体から直接のPCR法でポリオウイルスが確認された場合は、届出基準には記載されていませんが、届出をしてもらい、調査などの対応を開始することが勧められます。検体から直接のPCR法で陽性であっても、ウイルス培養は必ず実施します。万が一、ウイルスが分離・同定されなかった場合には、すぐに届出対象外として削除せずにIDSCに連絡します。

3.3. 三類感染症

1) コレラ

【参考】Responseに関すること

- ✓ 国内感染事例では、感染原因を特定し拡大を防止することが重要です。広域散发事例の一端の可能性もあるので、他の患者または無症状病原体保有者の有無、家族や友人の渡航歴の有無、外食の有無（店名）、輸入食品喫食の有無、購入店舗、食品残品等の検査実施状況などを把握します。
- ✓ 国内感染例は、IDSCから調査票（Annex2-1）と国立感染症研究所への菌株の提供依頼があります（赤痢菌等の菌株の送付について 平成20年10月9日 健感発第1009001号 食安監発第1009002号）。これは広域散发事例の発生を探知し、拡大防止につなげることを目的としたものです。
- ✓ 国外感染例でも特定の感染地域で複数の感染者が探知された場合等に、行程、喫食内容、行動等の疫学情報と菌株の提供依頼がIDSCからあります。

診断方法

- ・ コレラ毒素の確認は必須なので、いずれかの方法（①毒素産生、②PCR法による毒素遺伝子）によるかの確認が必要です。
- ・ 届出対象はO1かO139に限るので、血清型を確認して入力します。
- ・ O1の場合には、抗原型（小川型/稲葉型）と生物型（アジア型/エルトール型）を確認します。医療機関で実施されていない場合、地方衛生研究所（もしくは国立感染症研究所）で実施しその結果を入力します。実施できない場合は、備考欄に「〇〇の実施なし」と入力します。

感染原因・
感染経路

- （経口感染）
- ・ 届出時には不明であっても、他の患者または無症状病原体保有者の有無、外食の有無（店名）、輸入食品喫食の有無、購入店舗、食品残品等の検査実施状況などの結果に基づき入力します。

感染地域

- ・ 潜伏期間（数時間-5日、通常2-3日）内の海外居住歴・渡航もしくは国内旅行歴の有無を確認します。感染地域の欄に入力し、その滞在期間は備考欄に入力します。
- ・ 同行者の状況（感染・発病の有無）を確認し、備考欄に入力します。