

(2) 案から削除する方がよいと思われる項目があれば、その理由とともにご記入下さい。

	削除する項目	理 由
1		
2		
3		

Q4 新しい報告様式（案：資料3）のような形式で調査への協力をお願いした場合、協力の可否についてお伺いします。

(1) 協力の頻度

- ①月毎の調査に協力可能    ②年2ヶ月程度（例：9～10月等）であれば協力可能  
③協力困難

(2) 協力方法（上記質問で、①又は②とお答えいただいた方にお伺いします。）

- ①E-mailによる情報提供に協力可能    ②ファックスであれば協力可能  
③どちらでも協力可能

Q5 今後の性感染症サーベイランスについて、充実の方向性、協力の条件、その他、ご意見があればご記入下さい。

◆貴機関の名称、主な診療科、ご連絡先についてご記入下さい。

- 1 医療機関名 ( )  
2 主な診療科 ( )  
3 ご担当者名 ( )  
4 電話番号 ( ) Fax番号 ( )  
5 E-mail ( )

ご回答は、返信用封筒により平成22年11月19日（金曜）までをお願いします。

ご協力ありがとうございました。

<調査に関するお問い合わせ先>

三重県保健環境研究所 疫学研究課

高橋裕明、山内昭則、福田美和

〒512-1211 四日市市桜町3684-11

Tel 059-329-2914 Fax 059-329-8101

E-mail center@kansen.kenkou.pref.mie.jp

感染症発生動向調査(STD定点)

調査期間 平成 年 月 日 ~ 月 日

医療機関名:

疾患名	年齢性別		0歳	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70歳以上	合計	
	男	女																		
性器クラミジア感染症																				
性器ヘルペスウイルス感染症																				
尖圭コンジローマ																				
淋菌感染症																				

特記事項

三重県性感染症患者全数把握調査報告書(案)

資料3

【基本情報等入力欄】

(1)施設種類 コード	(2)所管保健所 コード	(3)医療機関名	(4)主な診療科 コード	(5)報告年月 (入カ例) 2011年1月 ↓ 201101	(6)今月の 新規受診 者数(人)
1:病院 2:診療所	2451:桑名 2452:四日市市 2453:鈴鹿 2454:津 2456:松阪 2457:伊勢 2458:伊賀 2460:尾鷲 2461:熊野		1:産婦人科 2:泌尿器科 3:皮膚科 4:内科 5:その他		

【患者情報入力欄】

(7)患者番号 通し番号	(8)性別 1:男 2:女	(9)年齢	(10)住所 市町名・ (県外の場合) 県名	(11)国籍 1:日本 2:外国	(12)診断された感染症名					(13)受診契機 1:有症状 2:パートナー が有症状 3:妊婦健診 4:感染可能性 の行動履歴 5:その他	(14)パートナー 健診 1:勸奨	(15) HIV検査 1:勸奨 2:検査実施 (結果不明) 3:検査実施 (陰性判明) 4:検査実施 (陰性判明)	(16)特記事項
					性器クラミ ジア感染症 (検査陽性例)	性器 ヘルペス 感染症	淋菌 感染症 (検査陽性例)	尖圭コン ジローマ	その他				
(入カ例:1)	1	23	津市	1	1					1	1	1	(12)のその他 の内容、HPV感染が判 明した場合等について 入力してください。
(入カ例:2)	2	35	愛知県	1				2		3		2	HPV感染

## <STIサーベイランス e-メール報告の手順>

### 1 患者データ入力用ファイルによる患者リストの作成

エクセル「STI 報告入力ファイル」を”マクロを有効にする”として開く

「患者データ」シートの各項目（黄色セル）にデータをご入力ください。

その際、以下のことにご留意ください。

- ・数字は半角でご入力ください。
- ・項目(5)以降の前月入力データを削除してから、当該月データをご入力ください。

### 2 メール送信による報告ファイル（CSV ファイル）の作成

1) 「マクロボタン」シートの「報告用 CSV ファイル作成ボタン」をクリックしてください。

2) 作成されるファイルの名前は「STI 報告.csv」とし、ファイル保存先（デスクトップなど）を指定してください。なお、ファイル作成後に修正が見つかった場合、「患者データ」シートを修正し、再度マクロボタンから同ファイル名で CSV ファイルを作成すると、自動上書き保存されます。

### 3 所管保健所あてメール送信

作成された CSV ファイル「STI 報告.csv」を e-メールに添付し、所管保健所へ送信してください。

### 4 その他

ご報告いただいた貴機関のデータが必要な場合には、CSV ファイルをメール送信いたしますので、ご連絡ください。なお、CSV ファイルはエクセルで開いてお使いください。

## <性器クラミジア感染症、淋菌感染症の検査陽性の所見について>

### ●性器クラミジア感染症

次の(1)の①～③、(2)の①～②のいずれかに該当する検査所見を認めるもの

(1)検査材料が尿道、性器から採取した材料の場合

- ①分離・同定による病原体の検出
- ②蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体抗原の検出
- ③PCR法による病原体遺伝子の検出

(2)検査材料が血清の場合

- ①ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇
- ②単一血清で抗体価の高値

### ●淋菌感染症

尿道、性器から採取した材料、眼分泌物、咽頭拭い液のいずれかを検査材料として、次のいずれかに該当する検査所見を認めるもの

- ①分離・同定又は鏡検による病原体の検出
- ②蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体抗原の検出
- ③PCR法による病原体遺伝子の検出

## <パートナー検診について>

性感染症の症例と性的接触をもった過去及び現在の性的パートナーへ曝露リスクを伝え、検査を推奨していただいた場合には「1」をご入力ください。

## <HIV 検査について>

保健所で無料で HIV 検査が受けられること、または性感染症が認められる場合で HIV 感染症を疑わせる自覚症状がある場合は医療機関で保険が適用され HIV 検査が受けられることを説明し、検査を推奨していただいた場合には「1」、検査を実施していただいた場合には「2」～「4」のいずれかをご入力ください。

## <特記事項について>

(12)、(13) のその他の内容、HPV 感染が判明した場合等についてご入力ください。

## I. サーベイランス情報に基づいた2000年代HIV感染症流行の動向I

### A. 研究目的

全数報告疾患である HIV 感染症のサーベイランス登録情報は、1999 年 4 月の感染症新法の施行時以降、現在までに 10 年以上の期間にわたってデータが蓄積されてきた。その結果、HIV 感染症の流行状況に関する時期的変動の詳細を検討することも可能となってきた。ただし、2006 年度に登録形式の大きな変更がある点に注意が必要である。本年度はサーベイランス情報の HIV 感染症患者に関する形式を統一したデータセットを作成する作業の途中経過として、2000 年代の前半（2000～2004 年）と後半（2005 年から 2009 年）に分けて、HIV 感染症の動向を検討する基礎的なデータ整理を行う。

### B. 研究方法

（統合データの作成）2011 年 12 月末時点までに登録された HIV 感染症患者（全 13936 名）について、データ内容の確認と形式の統一をはかり、注意すべき点について整理した。

（主要感染経路別の発生動向の把握）2010 年度については未確定情報も含むこともあり、年次の比較を容易なものとするために、2000 年代の前半（2000～2004 年）と後半（2005 年から 2009 年）に分けて、日本国籍の患者について比較を行うこととした。ここでは、HIV 感染者および AIDS 患者に分けて、新規登録者数の感染モード別患者数推移（2 期間の変化）を観察した。なお、感染モードは、性・推定感染地（国内・国外）・感染経路別にカテゴリを定義した。また、AIDS 指標疾患が未発症である患者を HIV 感染者、発症した患者を AIDS 患者とする。AIDS 患者は、これまで HIV 感染者としての届出がなかった AIDS 指標疾患を発症した患者である。こうした新規登録 AIDS 患者は、HIV 感染が発病まで見逃されていた患者であり、その大きさは HIV/AIDS 検査の体制の有効性を評価する 1 つの指標とも考えられている。

なお、とくに患者数の多い主要な感染モードについては、年齢 2 区分別（40 歳未満、40 歳以上）・地方別に単純な罹患率（新規 HIV 感染者報告数／地域人口）を求め、発生動向の地域差を観察した。ただし、大都市圏内では居住都道府県と報告都道府県のずれが比較的大きいため、ここでは関東、近畿、東海、それ以外の 4 地域区分による地域コードを新たに作成し、地域間比較に利用した。

### C. 研究結果

#### (i) 統合データの作成

発生動向の把握のために、サーベイランス情報の中の各種日付、性・年齢、感染者区分（AIDS か否か）、報告都道府県、感染経路、推定感染地、国籍、居住都道府県に絞った整理を図ることにした。全データに対して個別識別番号を振り直した後、登録内容の統一と

エラーと思しき情報を整理した。

日付、性・年齢、感染者区分、報告都道府県については、データの欠損はなく、情報の統一は容易であった。ただし、報告年月日が1936年の患者情報が2件あるなど、日付の情報については、若干の内容エラーと考えられる登録内容が観察された。

感染経路は、2006年度以前は、主要経路のカテゴリ毎に該当する場合に1、そうでない場合に2を記録しており、符号化が比較的容易であった。一方で、2006年度以降の情報には、登録内容は文字列による表現とともに、想定される感染経路が複数ある場合に、その表記の順番もまちまちである。いずれの場合でも、複数の感染経路が推定される場合が多く、感染経路別の集計結果を比較するのに不便であるため、排他的な感染経路のカテゴリを設定した。

このカテゴリ化については、現時点では、暫定的な対応表（表1）を作成して作業しているが、今後の作業によっては、多少の変更が生じるかもしれない。ここでは、感染経路が複数想定される場合には、リスクの高い経路として血液および静注薬物使用を優先したカテゴリ化を行っている。また、感染経路が同性間と異性間のどちらの性的接触でもありえると報告されている場合は、同性間に区分し、同性間感染というカテゴリにbisexualな性行動による感染を含めた。

推定感染地、国籍については、とくに国名について登録内容のゆらぎが大きかった。また、「国外1（日本国）」のような判断の困難な情報も7件確認されたため、今後の入力方式について改善が必要と考えられた。

## (ii) 2000年代の発生動向

表2～表5に、性・推定感染地（国内・国外）・感染経路別のHIV感染者数およびAIDS患者数分布を示す。ただし、日本国籍の患者のみを集計しており、表1・3は、報告年月日が2000～2004年、表2・4は、報告年月日が2005～2009年である場合の集計結果である。

いずれの集計結果においても、主要な感染モードは、国内での性的接触によるものであり、とりわけ男性同性間を推定感染経路とするHIV感染者数、AIDS患者数は、その絶対数の大きさとともに、2000年代前半に比べ後半の値は、それぞれ2.1倍、1.9倍と大きく拡大している。異性間感染は、男性の国内異性間感染が1.5倍と増加が著しいが、それ以外ではほぼ横ばいである。なお、HIV感染者に比べてAIDS患者では、異性間感染、とくに海外での異性間感染による感染モードの割合が大きくなる傾向にある。

主要な感染モードとして、国内における男性の異性間および同性間のHIV患者数について、4地域区分別の罹患率を、2000年代の前半と後半で比較した（図1-2）。ただし、ここで定義する罹患率は、15～39歳および40～64歳の新規HIV感染者数を、地域別の15歳から39歳人口、および40歳から64歳人口で単純に除した値である。なお、地域人口は各年の都道府県別人口を利用し、図の縦軸にあたる罹患率は年率に換算した100万人あたりの新規HIV感染者数とした。

表1 感染経路カテゴリの定義

感染経路	感染経路(登録情報:詳細)
1.同性間	同性間
	同性間+その他
	同性間+不明
	異性間+同性間
	異性間+同性間+その他
	性的接触(同性異性不明)
2.異性間	異性間
	異性間+その他
	異性間+不明
3.IVDU	静注薬物使用
	静注薬物使用+同性間
	静注薬物使用+異性間
	静注薬物使用+異性間+同性間
	静注薬物使用+その他
4.輸血	輸血
	輸血+同性間
	輸血+異性間
	輸血+異性間+同性間
	輸血+異性間+その他
	輸血+同性異性不明
	注射針など
5.母子	母子感染
6.その他・不明	感染経路不明
	その他
	その他(不明)
	不明

表 2 日本国籍 HIV 感染者の感染モード別報告数（報告年月日が 2000 年から 2004 年）

推定感染地域	1.同性間	2.異性間	3.IVDU	4.輸血	5.母子	6.その他・不明	総計
国内	1,322 (63.9)	355 (17.2)	10 (0.5)	5 (0.2)	2 (0.1)	113 (5.5)	1,807 (87.3)
国外	23 (1.1)	66 (3.2)	2 (0.1)	0 (0.0)	2 (0.1)	5 (0.2)	98 (4.7)
不明	58 (2.8)	38 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (3.3)	164 (7.9)
合計	1,403 (67.8)	459 (22.2)	12 (0.6)	5 (0.2)	4 (0.2)	186 (9.0)	2,069 (100.0)
国内	0 (0.0)	119 (66.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.6)	10 (5.6)	132 (73.3)
国外	0 (0.0)	19 (10.6)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	3 (1.7)	23 (12.8)
不明	0 (0.0)	9 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (8.9)	25 (13.9)
合計	0 (0.0)	147 (81.7)	2 (1.1)	1 (0.6)	1 (0.6)	29 (16.1)	180 (100.0)
総計	1,403 (62.4)	606 (26.9)	14 (0.6)	6 (0.3)	5 (0.2)	215 (9.6)	2,249 (100.0)

表 3 日本国籍 HIV 感染者の感染モード別報告数（報告年月日が 2005 年から 2009 年）

推定感染地域	1.同性間	2.異性間	3.IVDU	4.輸血	5.母子	6.その他・不明	総計
国内	2,815 (73.3)	516 (13.4)	21 (0.5)	3 (0.1)	0 (0.0)	172 (4.5)	3,527 (91.8)
国外	35 (0.9)	63 (1.6)	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)	3 (0.1)	105 (2.7)
不明	66 (1.7)	50 (1.3)	1 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	93 (2.4)	211 (5.5)
合計	2,916 (75.9)	629 (16.4)	24 (0.6)	6 (0.2)	0 (0.0)	268 (7.0)	3,843 (100.0)
国内	2 (1.1)	127 (68.6)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (7.0)	143 (77.3)
国外	0 (0.0)	16 (8.6)	2 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.5)	3 (1.6)	22 (11.9)
不明	1 (0.5)	11 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (4.3)	20 (10.8)
合計	3 (1.6)	154 (83.2)	3 (1.6)	0 (0.0)	1 (0.5)	24 (13.0)	185 (100.0)
総計	2,919 (72.5)	783 (19.4)	27 (0.7)	6 (0.1)	1 (0.0)	292 (7.2)	4,028 (100.0)



表 4 日本国籍 AIDS 患者の感染モード別報告数（報告年月日が 2000 年から 2004 年）

推定感染地域	1.同性間	2.異性間	3.IVDU	4.輸血	5.母子	6.その他・不明	総計	
男性	国内	583 (36.6)	451 (28.3)	10 (0.6)	7 (0.4)	2 (0.1)	176 (11.0)	1,229 (77.1)
	国外	17 (1.1)	112 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	17 (1.1)	147 (9.2)
	不明	30 (1.9)	57 (3.6)	1 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)	128 (8.0)	218 (13.7)
	合計	630 (39.5)	620 (38.9)	11 (0.7)	9 (0.6)	3 (0.2)	321 (20.1)	1,594 (100.0)
女性	国内	1 (0.8)	59 (50.0)	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	18 (15.3)	80 (67.8)
	国外	0 (0.0)	11 (9.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	2 (1.7)	15 (12.7)
	不明	0 (0.0)	6 (5.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (14.4)	23 (19.5)
	合計	1 (0.8)	76 (64.4)	2 (1.7)	2 (1.7)	0 (0.0)	37 (31.4)	118 (100.0)
総計	631 (36.9)	696 (40.7)	13 (0.8)	11 (0.6)	3 (0.2)	358 (20.9)	1,712 (100.0)	

表 5 日本国籍 AIDS 患者の感染モード別報告数（報告年月日が 2005 年から 2009 年）

推定感染地域	1.同性間	2.異性間	3.IVDU	4.輸血	5.母子	6.その他・不明	総計	
男性	国内	1,105 (50.4)	473 (21.6)	15 (0.7)	1 (0.0)	1 (0.0)	215 (9.8)	1,810 (82.5)
	国外	20 (0.9)	112 (5.1)	1 (0.0)	2 (0.1)	0 (0.0)	8 (0.4)	143 (6.5)
	不明	48 (2.2)	51 (2.3)	2 (0.1)	1 (0.0)	0 (0.0)	138 (6.3)	240 (10.9)
	合計	1,173 (53.5)	636 (29.0)	18 (0.8)	4 (0.2)	1 (0.0)	361 (16.5)	2,193 (100.0)
女性	国内	2 (2.2)	47 (51.6)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	11 (12.1)	61 (67.0)
	国外	0 (0.0)	14 (15.4)	1 (1.1)	2 (2.2)	0 (0.0)	3 (3.3)	20 (22.0)
	不明	0 (0.0)	2 (2.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (7.7)	10 (11.0)
	合計	2 (2.2)	63 (69.2)	2 (2.2)	3 (3.3)	0 (0.0)	21 (23.1)	91 (100.0)
総計	1,175 (51.4)	699 (30.6)	20 (0.9)	7 (0.3)	1 (0.0)	382 (16.7)	2,284 (100.0)	

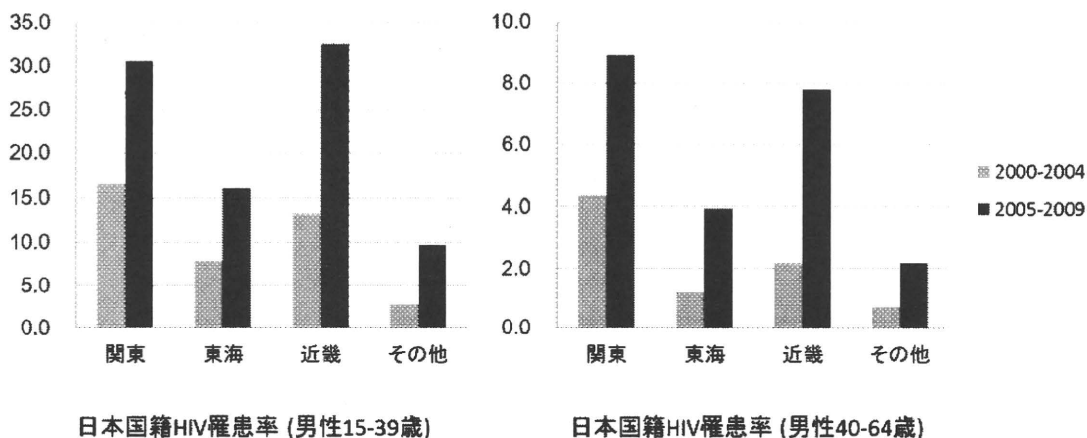


図1 国内同性間感染による日本国籍 HIV 罹患率の変化

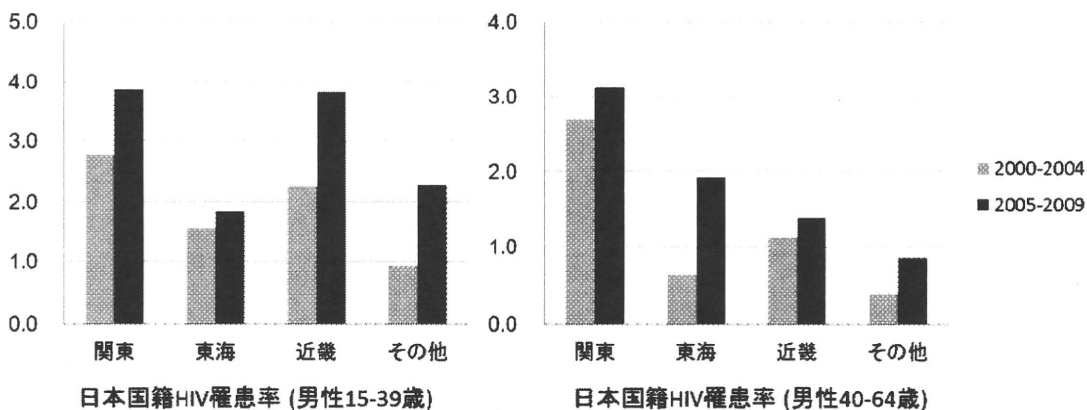


図2 国内異性間感染による日本国籍 HIV 罹患率の変化

#### D. 考察

(1) サーベイランス情報による HIV 感染症の流行動向を分析するには、データの前処理が必要であるが、とくに感染経路と地理的情報（推定感染地と居住地域）については、統一したコードづけが困難な場合も多く、再度のカテゴリ定義の精査とともに、今後の登録システムのインターフェースの改善も必要と思われた。

とくに推定感染地や居住地域などの地理的な情報登録のインターフェースにおいては、入力時にカテゴリを選択して入力でき、その結果を自動的に標準的なコードにおきかえる仕組みが好ましいと考えられる。関連するコードとしては、都道府県の JIS コードや国・地域の ISO3166 などが考えられる。ただし、不明や数カ所の可能性がある場合には、予備的なコード（例えば不明コードを 999）を設定するといった措置は必要である。

(2) 2000 年代においても、日本国籍の患者についてみれば、主要な感染経路は男女とも性

的接触である。HIV 感染者の新規報告数は、とりわけ男性の同性間および異性間感染による増加が著しい。一方で女性の新規感染者、AIDS 患者数は横ばいであり、感染者数・患者数の性差は拡大の傾向にある。推定感染地に着目すると、海外での感染者数は横ばいであり、構成比は減少している。一方、国内での同性間・異性間感染による日本国籍男性の HIV 罹患率は、2000 年代にいずれの地域でも増加している。2000 年代前半では、感染経路（同性間か異性間）および 4 地域のいずれにおいても関東地方の罹患率がもっとも高かったが、2000 年代後半には、近畿圏の罹患率が急増し、とくに 15~39 歳人口では、同性間感染で関東圏を上回り、異性間感染でも関東圏とほぼ同じ水準に達している。東海地方やその他の地域での罹患率でも、関東地方を上回る罹患率の増加が広く認められた。

#### E. 結論

1999 年以降 10 年以上の期間にわたって蓄積されたサーベイランス情報を利用することで、HIV 感染症の推移についても、これまでより詳細に検討することが可能となる。ただし、分析に活用するには、途中のフォーマット変更や、登録されている情報のゆらぎ、内容の不備、分析用のカテゴリの設定について整理する必要がある。とくに感染経路や地理的な情報については、統一したコーディングをあてはめた結果が記録されるような使いやすい入力インターフェースが必要と思われた。

現時点では、活用の事例として日本国籍男性の性的接触による感染者数の増加について整理し、とくに近畿圏の 40 歳以下の層で注目すべき罹患率の増加が認められる点を再度確認した。

同様な情報の整理を容易なものとし、対策を考える上でも活用しやすい年齢・地域・感染経路に関するカテゴリ区分の割り当て方法や指標化については、継続した議論を予定している。また、より詳細な年次推移や、報告地と居住地のずれの補正、欠損した情報の扱いなど、登録されている情報を最大限に活用する方法論についても、今後さらなる検討を加えることにしたい。

F. 健康危険情報 無し

G. 研究発表 無し

H. 知的所有権の取得状況 無し

文責 中谷友樹（立命館大学文学部准教授）

谷口班

## 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サーベイランスの評価と改善

2011.1.19.

**IDSC**



## 本年度研究結果

- STI発生動向調査結果活用および還元ガイドラインの作成、全国担当者アンケートおよび評価
- 昨年度当班のSTIサーベイランス改善に関する提言を踏まえ予防指針変更に資する検討
  - サーベイランス結果の地域における対策と評価への活用
- 病原体サーベイランスに関する検討

**IDSC**



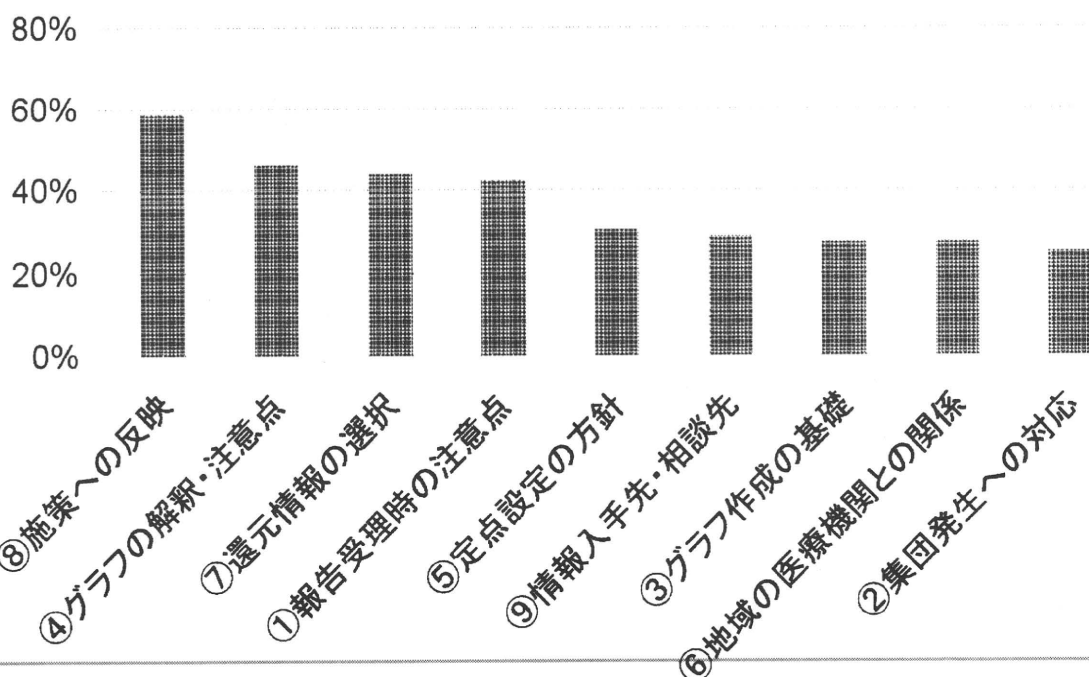
# STI発生動向調査結果活用・還元ガイドラインの作成、評価

- 地方感染症情報センター、保健所、感染症研究所によるガイドライン案の検討
- 担当部門の全国アンケート結果を参考にする
- 先進地である三重県での結果還元や定点設定への活用策を参考にする

内容:

- 発生検知・対応、サーベイランス発生動向調査結果の基本的解析 等
- 担当者研修時、意見交換による評価

## HIV/STI対策・サーベイランス担当部門のガイドラインへの要望項目 ‘10.12. N=127



# STI発生動向調査結果活用・還元 ガイドライン 項目案

保健所・地方感染症情報センターの対応

- サーベイランス担当になったら
- 報告受理時にすること
- 情報還元手法：グラフの解釈・注意点
- 疾患ごとのデータの特殊性
- 地域でのSTIサーベイランス体制の改善
- 相談先

## 本年度研究結果

- STI発生動向調査結果活用および還元ガイドラインの作成、全国担当者アンケートおよび評価
- 昨年度当班のSTIサーベイランス改善に関する提言を踏まえ予防指針変更に関する検討
  - サーベイランス結果の地域における対策と評価への活用
  - HIV報告：報告地・居住地の乖離、感染経路の地域差
  - HIVと他のSTIとの動向の違い：感染経路の地域的特徴
- 病原体サーベイランスに関する検討

# 性感染症に関する特定感染症予防指針 〔2006年改正〕ニ 発生動向の調査の活用

前回改正から5年が経過し2010年には改定見込みで検討中

- 当研究班の提言と厚労省検討会での認識は下線部で一致
- 全数調査を行なった(小野寺班)が罹患率推定は未。  
地域により定点と乖離はあるがトレンドの極端な違いはない。
- HIVと他のSTIとの間に動向や罹患集団に違いがあり、予防指針に独自部分が必要。前回と変更。
- トレンドだけでなく年代別の性行動を考慮したコホート調査等が必要では？
- 前回の予防指針改訂以降の自治体での対策は？また疫学的観点を含めた評価がなされているか→パートナー検査の推進
- 保健所等で適切な検査ができていないのでは(クラミジアなど)

## HIVと他のSTIとの動向の違い(仮説) 主要な感染経路・集団の地域的差

	都市部		地方		長野等	
	罹患率が高い	罹患数が多い	罹患率が高い	罹患数が多い	罹患率が高い	罹患数が多い
HIV	MSM	MSM	MSM? 他は不明?	多くで MSM?	特定困 難?	中年男性? 外国人女性?
梅毒	MSM	MSM		ない?		ない?
STI	M,Y,C	Y,C?	Y,C?	Y,C?	Y,C?	Y,C?

M:MSM、C:CSW、Y:若年層

# 本年度研究結果

## ■ 病原体サーベイランスに関する検討

- 淋菌の薬剤耐性: 医療機関との密接な協力が必要で現時点では研究的。
- STI動向把握の目的: 検査機関からの結果提供には医療機関・患者からの同意について未整備で法的基盤がない。青森県で試行あり。
- HIV動向把握の目的: 遺伝子タイプの動向は研究として感染研で実施。

## 研究協力者

中谷友樹: 立命館大学、堀成美: 聖路加看護大学、神谷信行、灘岡陽子: 東京都健康安全センター、尾本由美子: 江東区保健所、高橋裕明、山内昭則、福田美和、松村義晴、大熊和行: 三重県保健環境研究所、川畑拓也: 大阪府立公衆衛生研究所、蓮尾豊: 白井千香: 神戸市保健所、兒玉とも江: 岡山市保健所、塩原正枝、鈴木智之: 群馬県感染症情報センター、堀元栄詞: 富山県衛生研究所、山岸拓也、豊川貴生、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、大西真: 国立感染症研究所細菌第一部



---

Thank you

---

**IDSC**



### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鈴木宏	パンデミックH1N1 2009第一波を振り返って	鈴木宏 松本慶蔵	インフルエンザの最新知識Q &A2010	医薬ジャーナル社	東京	2010	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Han H-J, Kuwae A, Abe A, Arakawa Y, Kamachi K	Differential expression of type III effector BteA protein due to IS481 insertion in <i>Bordetella pertussis</i>	PLoS ONE,			in press
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 <i>Bordetella pertussis</i> DNA load in nasopharyngeal swabs	Clin Microbiol Infect	17	365-370	2011
Kamano H, Mori T, Taminato T, Ishida T, Kishimoto N, Katami T, Sato M, Kamachi K, Mochida Y	Analysis of <i>Bordetella pertussis</i> agglutinin titers during an outbreak of pertussis at a university in Japan.	Jpn J Infect Dis	63	108-112	2010
津田, 槌田, 中瀬, 溝口, 山本, 土居, 土橋, 頼藤, 鈴木, 鹿島	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	2010
中瀬, 槌田, 溝口, 津田, 山本, 土居, 土橋, 頼藤, 鈴木	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発事例	食品衛生研究	60巻4号	29-38	2010
鹿島, 土橋, 頼藤, 鈴木, 土居, 槌田, 中瀬, 溝口, 山本, 津田	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	2010
中瀬, 槌田, 溝口, 山本, 津田, 鹿島, 土橋, 頼藤, 鈴木, 土居	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	2010
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

Dapat IC, Shobugawa Y, Sano Y, Saito R, Sasaki A, Suzuki Y, Kumaki A, Zaraket H, Dapat C, Ogunuma T, Yamaguchi M, Suzuki H	New genotypes within respiratory syncytial virus group B genotype BA in Niigata, Japan.	J Clin Microbiol.	48	423-427	2010
西藤成雄	Web 報告による新型インフルエンザの動向	小児科	第 51 卷	p1607-1616	2010 年
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	病原微生物検出情報	31	236-237	2010
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)ー健康児の糞便からのウイルス分離ー	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
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
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ー福井県	病原微生物検出情報	31	237-238	2010
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ー京都市	病原微生物検出情報	32	220-21	2011
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