

2/13

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

つきもと
 りょうとう
 をうら東
 京都
 とも
 いう表現
 についで
 思ひまし
 うとスた
 ても「免
 疫学的
 上」で疾
 患も
 解釈方法
 対象を現
 り、方表
 さいとい
 うとさう
 くの国
 とも、サ
 ー抗
 体
 ちん統
 うばら「抗
 原」をこ
 う思はし
 めるは基
 礎といふ
 こと、定
 める意味
 である生
 意なう
 ても、あ
 るもの
 長あ道
 員とい
 委の少
 員は竹
 部域も
 ところ
 地域は
 せ

○竹内委員
 そうではありません。こういうふうにはクリアにした方が、むしろ誤解を招かないとい
 うのを前提に置いて、方法そのものは免疫学的方法なんですけれども、抗原の検出と
 抗体検査というのは全然意味が違うので、やはりこれはそこまで踏み込んで同意したとい
 うことで。後で両方とも免疫学的方法じゃないかと言われるとき、いや、実はそうい
 う議論がありましてとかというふうにしておけばいいと思うんですが。

○岡部委員長
中には抗原検出は難しいので「抗体」といったような表現を使っている疾患もたしかあったと思います。
岩本先生。

閑い無え、きまる抗と
ないは、例のさう、う
熱に今ではくよくよ
出當が、それこそこれだ
非、非に、をこし面けん
は合まて、法前すとな
能うりつて、發聲は割ん
人可いかに感もするに
なうとは題の今かると
件ういて問いとこと要
うな反對と振ふとさ
者、さは反人と權ある
有、くははんは權ある
保となんはん人に譲れ
物うえさは人議論の
原ひあるもの、常おけ
状かある患も、皆拾かる
味にはばな、どうわけ
無生うにも、教はる
は場合、因これにか
目発のな、原げう書
一多SARSな染せえて、健
に、にに感をもつて、タ
が、常に所にと重し、ス
すで保けるくるて告氣聞
て例保するといふと
ん本、者を要とといふ
あの日も、是は關と方
いぬればけい私出た
員者け本は突なかど
委そう抗ののがれつ
本々の所ころう見が
若して症候は、いたかも
きて健康保のとのか体

○岡部委員長
つまり、公表の問題に絡んでくるということになりますか。それとも届出の段階で既に名前が出てくることが問題であると。

○岩本委員
届けた場合に、その方にどういうふうになるかですね。検査に行って抗体陽性だと。

○岡部委員長
SARSについて言えば、あれはたしか2年で見直しでしたが、あると思うので、今後の動向によって多少変化は出てくると思うんですけども、ほかの出血熱や何かのこともあるので、その辺はいかがでしょう。

○岩本委員
今はあれでいいんですけども、私は多分担当ですが、一人ではよう結論を出さんかなと思っていますけれども。事務局さんに相談してみます。

かに検疫とエネク
 状態で無なる分付
 症たそれなり区て
 々、ゆるゆたとし
 全て、わがつかつに
 にはいては、より
 つてあかしてちく
 多移がにうはとう
 に推下と方のひま
 体とうのとうはし
 病つじとたいたし
 病すじに我つたこれ
 が、でエ然か人、
 が状の然ながら、
 ず症前かても見て
 無つかれまでも保
 んて年見したる
 し何か、ました
 なこにしてた保つ
 に起壁てた然あ無
 氣を染、類して原
 が染、類して原
 の感と、種々感
 う性のか2移した
 い緒うおは移とし
 と持ないはつとあ
 者と、な、す
 有かたで、その後
 保なかつた、その
 原ばか症いた、と
 原つ掛無と症な
 病よは者無つた
 病し引て有あら
 委員、で態保か
 内、でけ実体初
 内のいだた原最
 竹こいたし病は
 出、抗検査きし

○前田課長補佐
その定義の考え方で申し上げますと、その届出時点ということですね。

○竹内委員
我々の考え方は、どこかで3年か4年までエピソードがあって、それからあと慢性化していつて無症状になった場合というのは、基本的にはやはり治療対象というふうには一応の原生動物や何かの場合には、そういうふうにはしているんですが。

まる全部 かす
 今、こころを
 と、源へかかん
 す、それなら
 で感、よな題
 毒もいつて問
 梅でとつた
 づれとわつた
 えあげた、な
 例でその、の
 合、状でなら
 場、無にう
 状と原因も
 状か、原と縛
 無、い感、持
 上、なは、だ
 の、倍であ、だ
 け、16で、何
 けた、た、状、
 法、方、に、
 び、方、に、
 の、感、に、
 み、ん、る、
 込、び、る、
 路、り、う、
 に、に、
 患、い、に、
 疾、しい、
 別、は、と、
 個、は、と、
 力、は、と、
 委、方、は、
 員、と、方、
 委、と、方、
 本、よ、か、
 者、の、能、
 の、で、可、
 例、が、あ、
 づ、れ、

○岡部委員長
梅毒については、STD学会の方でもう一回この点は検討すると言ってはおります。無症状病原体保有の考え方というのをもうちょっと明確にするという返事も頂いております。

○岩本委員　うーん、後で申し上げた方がいかもしれないですけども、再発のことが全然、ついても、要するに、梅毒が再感染者というのは今非常に増えていると思うが、最近でも書きましたけれども、「初発」と記載するところか「再発」と記載するところかというの

○岡部委員長
それは、梅毒についてですね。

○岩本委員

- もともとTPHA陽性で、凝集法は低いとわかっている人が症状を出す場合と出さない場合とあります。
- 岡部委員長
基本的に届けられたときに症状があつて、抗原が出ているのであれば、届出の対象にはなりますよね。
- 岩本委員
届出の対象になると思いますけれども、例えば、我々の場合などは別の疾患で診ているので、そういうときに、梅毒は例えば凝集法はゼロだけれども、既往歴のTPHAは陽性だと、途中で症状を出して、岡方タイタがガンとある場合と、症状は出ないけれども、タゲがガンと上がある場合があつて、それは梅毒との治療をしますから、基本的には梅毒だと考えているんですが、無症状を外すと、その新しい感染者を全然ピックアップしない、治療の根拠もなくなるような気がしますけれども。
- 岡部委員長
今の再発の問題は、ほかの疾患と共通する部分がありますか。
- 岩本委員
いや、わからない。今、自分で梅毒……。
- 竹内委員
赤痢アメーバも同じで、一旦ガンと症状が起きて、3年ぐらい経って持続性感染の状態になって、全く同じです。
- 岩本委員
だから、淋菌とかも一緒だと思うんですけども、抗体が残らないじゃないですか。アメーバとか梅毒は抗体価が残るので、そういうものも再発をどう扱うかというのはちょっと、急性感染で割と一過性で抗体が残らないような感染症をどういうふうにするのかを考えておいた方がいかなと思います。
- 岡部委員長
慢性の感染としてはCJDとかHIVがちょっと別扱いになるので、これもそちらの専門の方から意見をいただくということになっているんですけども、基本的には、一部の例外を除くとサーベイランスの対象は大体急性感染症で、なおかつ感染の可能性がある場合を届けてもらうということがポイントだと思うんです。ですから、再発であつたとしても、その時点で有症状で抗原も検出されるような場合は、これは再発だから届けないということになるとおかしいですよね。どうして再発という項目があつた方がいいということになりますか。
- 岩本委員
再発とこういう項目もどけるのか、それとも、無症状でやつた場合に再発者が症状が出にくい可能性というのは検証されていないと私は思うんです。要するに、一旦抗体があるわけですから、そういう人たちが再感染したときというのは初感染と同じくらい症状が出ますかということに関しては、要するに教科書に書いていないです。現在も本当にアメリカでも大都市の梅毒というのはすごい勢いで増えているわけですから、そういうものを見ると、要するに無症状だから感染の原因にならないということは要注意だと思えます。なり得ると思っています。
- 岡部委員長
なり得るから届出の対象にはなっているわけですよね。
- 岩本委員
いやいや、無症状者は外すとうなるんだということが、私たちは抗体がもともと陽性者で再発したときに症状を出さない人を結構診るんです。その人たちは私は感染させ得ると思っているので治療しますし、そういうときに今度は報告しないわけですよね。そうすると、要するに再発性の患者が増えてきたときに報告を見逃すという可能性が、私は梅毒に関してはあると思います。赤痢アメーバも……。
- 竹内委員
病気によっては、まだ無症状病原体保有者というのが結構中にバリエーションがあつて、岩本先生が言ったように、そのままばこんとまたエピソードにつながる無症状病原体保有者と、そうではなくて、結構すつといてしまつて自然に落ちるとかいろいろなものがあるので、ひとくくりにされてしまうと非常に困るのは、具体例を挙げますと、例えば、知的障害者の施設で感染が広がっていく場合、1人が持ち込むんですよ、無症状の人が。1人が持ち込んで、その1人の人が同じ遺伝子背景を持ったアメーバを広げていくんですよ。たつたその1人の人をつかまえて何かすればいいんですけども、その人が偶然またまた入所時に無症状だったら全く引掛からない感染源であつて、あつという間に1人から数十人、数百人と感染が広がっていくんですよ。だから、やはり無症状の病原体保有者というのは、病気によつてもうちょっと細かく対応して、再発の可能性とか何か、もうちょっと岩本先生のおっしゃるとおり、何かきめ細かな。そうかといつて、「医師の負担にも配慮し」というものもあるから。
- 岡部委員長
そうすると、その部分で、赤痢アメーバは先生のところで多分担当になってくると思うんですが、それと、梅毒の方は白石先生だと思うので、白石先生にその旨をお伝えしながら検討していただくことにしたいと思います。基本的には無症状者ですべて対象とするのは、それこそ人権の問題等々に絡んでくるので、ちょっとデリケートな部分もあると思うので、個別のところでもやると致したいと思います。
- 吉澤委員
ちょっと伺っていいですか。本当に基本的なことですが、サーベイランスでは急性感染例をとらえるのがまず基本ですね。急性感染例をとらえるということは、急性感染例がどれくらい広がっているか、と同時に二次感染が起こるのを防ぐという観点もこのサーベイランスにはあるんですね。そうすると、症状があるのが分かるのが病原体を排出している人は当然感染源になったんです。実は0157の大騒ぎのときは無症状で排便している人はどうするかと問題になったんですけど、あの時は野放しだったわけですが、結果としては大丈夫だったわけですが、今の再発の問題もありますけれども無症状の人で他に対して感染源となり得る人というのは、急性感染の場合にはとらえなければいけないでしょうが持続感染の場合はどうなんですか。
- 岡部委員長
持続感染は期間や何かで問題が出てくるんですけども、少なくとも対象になっているものでは、例えば、0157は症状がなくても病原体が出ることであり、ペロ毒素も入ってくるわけですが、そのペロ毒素によっては、やはり報告はしていただくという案になっていると思います。報告までは。
- 吉澤委員
身柄の拘束といいますか、行動制限は掛けないということですね。
- 岡部委員長
身柄の拘束は三類はなりません、職業上の問題にはなると思いますけれども。
- 吉澤委員
流行ですと病原体は一緒ですよね。
- 岡部委員長
前田さん、お願いします。
- 前田課長補佐
0157は今、腸管出血性大腸菌感染症ということで三類感染症でございますので、就業制限までは掛けられるんですが、入院勧告はできないということになってございます。
- 吉澤委員
わかりました。
- 竹内委員
岡部先生が言われたような、今の持続性感染、これで我々のレベルの方で少し疾病ごとにそれらが問題になっているのが明らかになっている、例えばアメーバとか梅毒というのであれば、備考のところで書き込むということですね。
- 岡部委員長
そうですね。余り例外、例外だと非常に難しいときもありますけれども、疾患の特殊性というものは出てくる可能性があります。
- 岩本委員
さっき申し上げたのが、1つは熱の目安はどうでもいいと思うんですが、高熱、発熱を分けるのもいいんですが、0.5℃というのは間が狭過ぎるように思います。だから100人ぐらいの医師の意見を聞くとか、小児科と50人ずつ聞くとか、それで決めてしまつと。下を37.5℃にするなら39℃にするとか、0.5だと現場からかなりブーイングという気がしますけれども。
- 竹内委員
教科書などを見ると高熱、中等度発熱、発熱と3段階に分けているもあるし。

○神谷委員
これも年齢によって大分違いますよね。だから、小児科的にいけば37.5℃以上で、高熱と言ったら38.5℃以上にならないと、これはちょっと狭いということになりますよね。だけれども、大人だと37℃でも、そこから先は発熱と見た方がいいという御意見もあるでしょうね。

○相楽委員
よろしいですか。私の感覚もやはり高熱というのは38.5℃。大人と子どもということもありますけれども、38.5℃以上あれば、やはり高熱になると思います。

○吉澤委員
肺炎についてのことになるんですけども、感染と発病との関係が、肝炎の場合ははっきりしません。多くの場合、医師が発病と診断しなければ、たとえ急性感染例であったとしても届出の対象にならないことがおこります。ですからある種の流行が起こったときに発病と診断しなければそのままわからない状態になってしまう。その辺どう考えるかなんですか。新たに急性感染した人をきっちり検査して、症状の有無にかかわらずに診断すればほとんどの例ではＡＬＴが上昇しており発病ということになります。けれども、通常の場合、症状が出にくいから、そこまで診断をしない場合が多いんですね。その辺はどうなのでしょう。いつも問題になるんですが。

○岡部委員長
結局、そのときにはきっかけになるケースが有症状で何らかの検査をして陽性になって届出があって、必要になるとアクティブサーベイランスが掛かってくることになると思うんです。そのときには、例えば一斉の検査をしてやるとか、幾つかのことで拾い上げてくる可能性はあると思うんですけども、先生おっしゃるように、何もないとくろから何もならない人だけでポツと出てくるというのは、なかなかこれは難しいかもしれないです。

○吉澤委員
アクティブサーベイランスを行った場合には、診断した例は症状があろうがなかろうが届け出るわけですね。

○岡部委員長
それはアクティブサーベイランスとしての調査であって、法に基づいての届出に基づいての調査ではないという意味ですね。

○吉澤委員
はい。

○岡部委員長
アクティブサーベイランスの場合にはですね。

○吉澤委員
ええ、見つけた場合はですね。

○岡部委員長
熱の方については38.5℃の方が妥当ではないかという御意見も多いので、ちょっとそういう目で後でケースデフィニションを見ていただいて、それで妥当であるならば、これは38.5℃ということところで問題はないのではないかと思います。

○岩本委員
修正報告の期間を届出後3か月まで変更可能とするというのは、主にどういうポイントなのでしょう。

○岡部委員長
一旦届出が出て……。これは前田さんの方がいいですね。

○前田課長補佐
一旦届出が出てから、臨床決定届出した後に診断が確定したケースで、結局その疾患ではなかったケースというのがございますので、その時点が半年後に出てくるとか、1年近く経ってから出てくるということになる、いつまで経ってもその年の感染症数が確定しないということになりますので、もう3か月で区切ろうという考えでございます。

○岩本委員
1点だけ申し上げてよろしいですか。これは個別疾患に入りますけれども、ＨＩＶとエイズというのは、今検査が迅速とか確認を入れても7日以内に出来ますので、まずＨＩＶ感染症として必ず報告が出るんですね。ところが、症状もあって、要するにエイズ指標疾患を発症しておいた人は、エイズ指標疾患はものによっては培養に3週間掛かるとか、結核とかの抗酸菌の場合、そうすると、今のところは症状が変わりましたというのが任意報告なんですね。病変報告というのは任意ですね。そうすると、例えばこういうメッセージがＨＩＶ感染者の場合には3か月可能にするから、例えば最初からエイズをいというメッセージを出すのか、今、非常にそこところが疾病対策課では問題になっていると思います。どうするんだというのが。これもＨＩＶのところで議論していただければいいんですが。

○岡部委員長
ＨＩＶは疾病対策課の方からも意見が来ると聞いていますので、今の意見はエイズ動向委員会の方などを通じてお伝えいただければ反映されてくると思います。3か月ということにしたもう一つの意味は、サーベイランスというのは1年でやっているのだから区切り、カレンダーイヤーでやっているんですね。12月末で一応しめて、確定をその年度の3月までにやらないと、結局、年としての統計が出てこないというようなことも、この3か月には含まれています。

○竹内委員
細かいところで、吉川先生が担当のエキノコックスというのがあるんですけども、これは今の総論のところを見ると最近数年間の主な居住地になっていますよね。それで、もう片方の届出基準を見ると10年以上潜伏期があるというので、最近2～3年の居住地なんて調べてもしょうがないんじゃないかと思うんですけども。これも疾患によって、もうちょっときめ細かにやっていただいた方が。

○岡部委員長
エキノコックスも例外的に慢性です。

○竹内委員
だから、これがちょっときめ細かに。

○岡部委員長
では、そこは、吉川先生に見ていただくということで。
あと、一類、二類、三類、四類の辺りではいかがですか。五類はちょっと数が多いので四類まで。
二類のポリオなんですけど、「ワクチン由来患者を報告対象」になっていますけれども、これは「ワクチン由来患者も報告対象」ですね。

○前田課長補佐
そうです。

○神谷委員
要するに、ここはVAPPも含めてということですね。

○岡部委員長
そういうことです。従来はワイルドだけしかとれない疾病でしたので。

○神谷委員
親の感染も一緒に入れるんですね。

○相楽委員
よろしいですか。三類感染症でＨＵＳの有無の記載を求めるということですが、これは当然、診断してすぐに出ることもありますが、ないこともありますね。その場合は修正報告とかそういう形になるんでしょうか。

○前田課長補佐
岡方あるかと思いますが。一応この次の議題でございますが、届出用紙の方では29ページのところに0157の発生届出様式を考えてございまして、この29ページの10番の診断時の症状の中にＨＵＳを○付けできるようにしておいたと。これがＨＵＳをある程度報告できるようにしたということでございます。こちらについて、診断時にない場合で、その後、臨床転帰などについて保健所の方で記載できるようにしてございますが、それは今後の届出を受けた保健所がその後、臨床転帰をフォローアップしていく段階でＨＵＳ発症とした場合に、ここでまた臨床転帰欄に書くということも考えられますし、あと、医師からの修正報告という形で3か月以内にＨＵＳが発生した場合に修正報告いただくと、それはどちらかの形で把握できるのが必要ではないかと思っております。

けれども。

○岡部委員長
それでは、ちょっと時間的に急いでしまいますけれども、細かい点はまた先生方に見ていただいて、必要があればもう一回討議をするか、あるいはそれぞれの意見を書類あるいはメールでやりとりということになりますので、今、議論になったようなことをちょっと念頭に置いて見ていただくというようなことになろうと思います。
五類の全数と定点については、何か今ここで御意見がありましたら、お願いいたします。

○相楽委員
成人麻しんの対象年齢ですが、16歳と書いてあるんですけども、私は15歳の方がよろしいと思います。と申しますのは、小児科は15歳になるとすぐ内科に寄りますからね。ですから、15歳が漏れると思います。

○岡部委員長
神谷先生、これは何か御意見ございますか。

○神谷委員
その分け方は、病院によってもちっと違うんでしょうね。私たちは15歳まで診てしまいますけれども、そこは落ちないように報告するというのが大事なので15にしておいて、それは別に内科がしなければいかんとか小児科がしなければいかんということではないので、いいのではないですかね。

○岡部委員長
ですから、小児科定点で見た17歳は別に届けても構わないわけですから。

○神谷委員
そうです。

○岡部委員長
重複する可能性が出てきますけれども。

○神谷委員
ただ、同じ症例が2つ出ないようにだけはしないといけないので、そこら辺は一つの報告定点だったら関連はできますよね。

○岡部委員長
麻しんはeliminationがだんだんそれに近づいていけば、さらに工夫が必要になってくるかもしれないんですけども。
岩本先生、どうぞ。

○岩本委員
五類感染症全数の第1の「・」ですけれども、今、保健所から報告が厚生労働省へ上がりますよね。そうすると、数の把握は保健所の所在地になるわけですよね。居住地を書いたときに、要するに違いが起こってきますよね、当然。それはどういうふうに調整していくんですか。

○岡部委員長
そこは調整のしようのないところで、最寄りの保健所に届けるということになっていきますから、北海道の人が九州で発症すれば九州で届けられるんですね。

○岩本委員
だから、それは書かせても、もうそこは要するに何かのときの情報にするだけで、要するに国としての情報把握は保健所単位でいくわけですよね。だから、都道府県レベルの患者所在地を書くということが、どのぐらいの実効性なのかということをちょっと疑問に思っただけなんです。

○岡部委員長
それなので、全数の場合には都道府県レベルの患者所在地が記載されることによって、できるだけチェックが入ると。

○岩本委員
どのレベルでのチェックが。

○岡部委員長
これは、中央情報センターないし地方感染症情報センターレベルだと思います。つまり地方感染症レベルならば同じ県内かあるいは同じ管内でチェックできるし、情報センターの場合だと、その人の地域別ということがわかれば問い合わせができますので。

○岩本委員
意味はないことはない。私は別に反対ではないんですけども、例えばH I Vの場合だと南新宿ですごく増えた場合に、それが首都圏全体で増えているのかということがわからないですから、これは意味はあると思うんですけども、だけれども、報告の数としては実効性がないわけですよね。保健所から出ていくわけですから。

○岡部委員長
そうです。

○吉澤委員
過去に透析施設で劇症肝炎の集団発生があったときに、発病が疑われた患者を診断する前に、関西から関東へ送ってしまったケースがありました。そうしたら、患者を受けて取った病院から届出を出してもらうまでその患者がトレースできなくて、調整が止まってしまったところがあります。最終的には、その主治医に早く届けを出してもらおうと要請を出すところまでいったんです。患者の居住地というのは書いてもらわないと、集団発生の場合に県域を越えたときにわからなくなってしまうんですね。ですから、患者の居住地はやはり書いてもらうべきだと思うんですが。

○岡部委員長
いかがですか。

○前田課長補佐
このペーパー上、今は「患者所在地」という記載になっていますが、これはどちらかというと「患者居住地」の方がいいかという御意見でございますか。

○吉澤委員
そうですね。主たる居住地といいますか。

○岩本委員
患者所在地というのは確かに余り。

○岡部委員長
当初は、当初というのは感染症法によるサーベイランスをスタートしたころに、問い合わせをしてもそういうことは届出の義務はないとか、一旦届けたんだから、それ以上は言えないとか、トレースできないということが少なからずあったんですが、これは積極的に調査ができるということが今回あるので、対策上必要であればトレースを掛けることができるというのが、今までとちょっと違っているところだと思いますので。

○前田課長補佐
もし、医師の届出対象として入れるのが難しいとしたら、例えば、保健所届出様式に保健所記載欄がございまして、そこで積極的疫学調査をした結果、患者居住地がこうでしたというのを保健所の調査による報告という形で盛り込むというのはできるかと思えます。

○岡部委員長
それは対策上。では、その辺の工夫をお願いいたします。

○雪下委員
小児科定点を増やすということですが、これは現在でも小児科定点はインフルエンザ定点と両方一緒に受けてもらっているというのが現状でありまして、これは結構大変な仕事で、なかなか受け手がいないというのが現実であります。その辺のところを委員長が言われている「届出医師の負担にも配慮し」というのを十分配慮してほしいと思っております。又、いろいろな点で現場の先生方も勉強しておられるわけですから、何か質問体制のとれるようにしていただければいいとか地方衛生研究所にあってお互いに連携の現場の先生方から、これは1年間報告していただくわけですが、1年間のこれだけの努力に対する報酬は、わずかに診断書1枚分くらいの報酬しかないということで、これはちょっとひどいのではないかとこの声もかなり強く言われておりますので、その辺も御配慮いただきたいと思います。
それから、いろいろな検査法とかそういうものを明確化されて指示されるについて、も、それに対する保険点数というのが算定されていないことも多く、その辺のところ、これは医師会もこれから努力していかなければならないのだらうと思いますが、そんなこともあるということを言わせていただきます。
それから、もう一つ、やはりSTDサーベイランスから上がってくる結果と実体との

の記載が長いものについては工夫が必要かとは思いますが、基本的に1枚で両面印刷できるような形で考えております。
それから、あと小児科定点などにつきましては、後ろの方の123ページでございます。123ページの小児科定点の発生届については、表面の別記様式7というのは今と同じものを当面イメージだと考えておりますが、その裏にRSウイルスから流行性耳下腺炎までの届出のときに、考慮すべき一番概要的なものを簡単に抜書きしたものを裏に印刷できるようにしたいと考えております。
それから、あとインフルエンザ定点についても、定点報告の様式と裏に届出基準の記載という形で眼科定点、それから、STD定点、そして、基幹定点という形で考えているところでございます。
届出様式の改正案については以上でございます。

○岡部委員長
ありがとうございます。
それから、たしか届出は、今はこういったような紙ベースですけれども、この案を基にして、システムの改善の方がまた別のWGで動いていますので、入力そのものの作業は随分電子化されてくる可能性がある。ただし、それは端末が各先生のところに行くという点では恐らくないと思うんですけども、少なくとも保健所レベルでは集まってきたものについて電子化で入れていくという作業も、これがないと進まないものですから、このWGの議論に基づいて、それなりの入力様式や何かをつくるということが前提になっています。
以上のところで、届出様式についての御意見をいただきたいと思います。

○岩本委員
推定される感染源・感染経路等なんですけれども、例えば、エボラを見ると経口感染から始まっていますが、こういう書式はある程度、全体的統一性があるからこの方がいいのか、例えば、一類感染症で経口感染が主になるようなものはまずないですから、それそれで、これは統計のとる側の問題になるかもしれませんが、その辺はある程度残しながら必要なものを選択できるように加えていくのか、それともその他に入れていくのか、その辺り基本的なお考えを伺っておければありがたいんですが。

○前田課長補佐
もうこれは各疾患ごと個別の特徴をしたものでございますので、絶対にあり得ないものについては削除していただいた方がいいかと思います。

○岩本委員
主なものから挙げていいということですか。

○前田課長補佐
はい。

○岡部委員長
それは先生のところでチェックをしていただくという意味で。

○岩本委員
もう一点なんですけれども、一類だけではないんですが、発生源の場合に例えばテロが疑われる感染症がありますね。そういうものを書き込む欄がある疾患に関してつくるといふ点についてはいかがでしょうか。例えば、炭疽ですか。いや、テロかと疑うということではなくて、異常な感染かどうかというように、これは要するに、感染症法のこの発生源のときに全くそういう記述は書かないというのも一つの考えたと思っています。

○岡部委員長
これは結局、欄外のところでその分をもし気づけば書いていただくということではないかと思うんですが、前田さん、どうですか。

○前田課長補佐
炭疽発生届につきましては、この様式案の57ページにあるところでございまして、現在の様式の案で申し上げますと、診断時の症状に「○」していただいて、発病年月日の記載などでございますが、推定される感染源・感染経路なのか、あと、16番のその他の必要な事項なのか、そこに該当するものかと思います。ですから、この推定される感染経路のその他に記載していただくということもあり得るかと思います。

○岡部委員長
今たまたま炭疽の話が出ましたけれども、炭疽は従来の届出は、牛から来る感染症であるといったようなところを、備考としてバイオテロに使われる可能性が高い病原体なので、症例を見た場合に注意が必要でというようなところを加え、これをその他必要と認める事項に書いていただきたいという、それぞれの説明になっていくと思うんですけども。

○岩本委員
今度は説明があるわけですね。

○岡部委員長
はい。ほかに御意見がありましたらどうぞ。

○雪下委員
これは今度、1疾患1枚ずつというふうになるわけですけれども、実際にこれは各医療機関でこれだけのものをそろえておかねばいけないということになるわけですね。その辺のところ配布方法みたいなことについてはどうなっているのか。

○前田課長補佐
基本的には、よく医療機関で診て、診断機会の多いものをそろえていっていただいと、珍しいものが発生したときに最寄りの保健所には届出用紙が絶対ございますし、あと、すぐに本番に掲載してダウンロードもできるような形にしたいと思いますが、そういう形で分厚い様式を常に診察のときに携帯しておかねばいけないということではないということでございます。

○岡部委員長
植田先生、何かその辺の御意見について。

○植田委員
そういうことが可能だから、こうなったのだろーと思いますので、疾患ごとに非常に記載しやすくなるのではないかと考えて意見を聞いております。
それから、保健所管内がまずは電話で連絡、レアなケースはそういうものがございますので、私どもは用紙を持っていったりとかいたします。届出をきちんと、まずやりとりをします。こうなれば、情報化の中で解決できるのではないかと考えて聞いておりました。

○岡部委員長
これは、張りつけるような形にして、いつでもやがては取り出せるようになるわけですよ。今度のシステムの改善が行われれば、例えば、様式や何かは、保健所の方でいつでも印刷したものがあるというわけではないということもあると思うんですけども、そうすると、これは引っ張り出せるわけですね、すぐダウンロードで可と。

○滝本感染症情報管理室長
はい。

○吉川委員
さっきの各疾患別だから、疾患別に順位も項目も勝手に変更可という説明がありましたよね。例えば、エボラは経口感染なんかありっこないんだから削除してしまおう、その代わり、これを入れようという格好で入れていったとき、本当に最後にデータを収集するところは大丈夫なんですか。要するに、情報センターに集まってくるときに、さまざまな物すごい項目になりにかねないような気がするんですが。

○岡部委員長
物すごい項目になるには、やはりスペースにも限りがあるので、この中で収まらなくてはいけないと思うんですけども、実際に使われないような項目がもし含まれているのだとすれば、あるだけむだなので、それは削除するというようなことで。

○吉川委員
追加する方は。

○岡部委員長
追加も数限りなくはないんですけども、重要な項目で落ちているところは当然あると思いますので、それを入れていただければ、全体の整合性や何かは恐らく事務局の方で調整してくださると思うので、遠慮なく入れておいていただいた方がいいと思います。案として。

○吉川委員
わかりました。
一類の感染症は結構確かに抗体が上がるまで何ともなっていないくて、あるいはキャプチャーとかでできればいいけれども、結構電頭とかそういうのは多いですね。材料をバカッと見てしまつて。免疫反応よりはフィロが出たとかすると、抗原検出というもので

- も 案外、全然別の診断法をとるケースは確かに多いと思います。
- 岡部委員長
その辺の診断の部分も含めて意見を入れておいていただければいいですね。
- 前田課長補佐
様式についてですけれども、基本的にこのイメージでございますので、文字の大きさもある程度大きくするために、行数とか文字数は大体これくらいのイメージでということとでお願いできればと思います。
- 神谷委員
これは縦にA4になるんでしょう。そういうことですね。
- 相楽委員
1つよろしいですか。診断時の症状というところに、いろいろたくさん書いてあるんですが、こういうのは必要なのか、あるいは最小限と言っていいた方がいいんですが、もう少し整理をしていただいた方が、私たちは書く方なんですけれども、書く方は楽じゃないかなと思うんですが。
- 前田課長補佐
この診断時の症状について、この案を策定させていただいた背景としては、この臨床的特徴に書いてある症状ですとか、あと所見みたいなものをみんな抜き書きして書いたものでございます。ですので、臨床的特徴とこの様式とセットで各御担当の先生に見ていただくので、それで臨床的特徴で確実に見られるものはこの幾つかであると。そして、まれに見られるものはこういうものであるというふうに分けていただいて、確実に見られるものをこの様式の方に書いていただくというやり方もあろうかと思えます。
- 相楽委員
全身検体とか何か……。
- 岡部委員長
従来は症状あり・なしで、「あり」で自由記載みたいな形になっていたんですね。これは、「○」だけをつけていただければいいので、なければそのまま無視というような形でいいので、その方が書きやすいのではないかなという議論があったんですけども。では、その症状は何を書くかといったときに、補佐の説明にあった届出の基準のところにある主な症状を記載しておいたということになります。ですから、ここで細かく何が何%というのをとるという意味ではないんですが、全体の把握という意味での方なんですけれども。
- 相楽委員
そうですか。
- 岡部委員長
でも、余りにこれはあっても意味がないと思われるような症状がありましたら、それも赤でチェックをしておいていただければ。ただ、サーベランスをやっている側の立場で言うと「症状あり」「○」、だけというものだと余りにもう漠然としているときもあるものですから、でもいちいち全部の症状を書くのも大変だろうということになります。では、これでざっと見ていただいて、あと、割り振りの部分があるんですけども、割り振りの部分についても補佐の方から説明をお願いします。
- 前田課長補佐
では、割り振りの疾病分担表、2枚のものでございます。各委員ごとに事務局で策定させていただきましたものですが、岩本委員におかれましては、一類感染症などということで、エボラ、クリミアコンゴ出血熱など8疾患でございます。植田委員におかれましては、眼科系疾患などということで、あと○157などもございますが、4疾患でございます。大野委員におかれましては、神経系疾患などということでコレラ、RSもございしますが、5疾患でございます。岡部委員におかれましては、呼吸器系疾患ということでSARSを初め10疾患程度でございします。神谷委員におかれましては、予防接種関係疾患ということで疾患名を挙げさせていただいております。相楽委員におかれましては、二類、三類感染症などということで、細菌性赤痢などの疾患を挙げさせていただいております。本日御欠席の白井委員におかれましては、性感染症関係疾患ということで、リッサもでございますが、エイズ、梅毒などの疾患でございます。竹内委員におかれましては、寄生虫疾患、動物由来感染症疾患ということで、黄熱、回帰熱等の疾患でございます。丹野委員におかれましては、院内感染症関係疾患ということで、レジオネラ、レプトスピラなどでございます。雪下委員におかれましては、小児科系疾患ということで、咽頭結膜熱などの疾患でございします。吉川委員におかれましては、動物由来感染症疾患ということで、ウエストナイル、エキノコックスなどの疾患でございます。吉澤委員におかれましては、肝臓関係疾患ということで、E型肝炎、A型肝炎などの疾患でございまして、主な御専門の分野に近いような形で疾病分担案を考えさせていただいたところでございます。
- 岡部委員長
これは、仮の割り振りとして、という言い方をするとちょっと失礼になってしまうかもしれないんですが、一応数や何かのことでもあるのでバランスを考えて振ったと思われるんですが、これはこの分のところでは適当ではないし、むしろ他の先生方のところがいいと思えば、うちがこのところを話していたら、あるいはこれは自分のところの方がいいのではないかなという御意見がありましたら、遠慮なくおっしゃっていただいた方がいいかと思えます。それから、誰もやりようがないところは仕方がないので、言い出しっぱなしということで私のところでやりますけれども、一応私たちのところで案をつくっているんで、できればほかの先生方に目を通していただいた方がいとおもっております。代表で先に言ってしまうと、私のところにある39のマラリアは、やはり竹内先生に見ていただかないといけないのではないかと。
- 竹内委員
私のところの31番のニパウイルスというのは岡部先生か……。
- 岡部委員長
取り替えてこしましょうか。
- 竹内委員
そうしてください。
- 岡部委員長
という目で今ざっと見ていただければ。
- 丹野委員
この疾患について基準と様式を見るということですね。
- 岡部委員長
だから、その様式の入力する側の立場に立って考えるといったようなところも必要でしょうし、届出基準については、実は一部については学会の先生にちょっとお尋ねをしたり、あるいは病原体の専門家の方に聞いたりというようなことは、一応案をつくる段階ではやっているんですけども、先生方で必要であればご相談していただいて勿論構わないと思います。
- 丹野委員
それで、先ほどの基準については棒線を引いてあるところは削除して、下線のところを変えたり、加えたりということ。
- 岡部委員長
そうですね。
- 前田課長補佐
前回の届出基準改正案の資料で、取り消し線とかアンダーラインがございしますが、現行の届出基準に対して削除が必要ではないか、つけ加えることが必要ではないかというのが事務局の現在の案でございします。これについて、また御意見をいただいて、削除する部分またはつけ加えなければいけない部分について修正いただいて、連絡をいただければと思います。
- 岡部委員長
修正の場合は赤で入れていただいて郵送の方がいいわけですか。それとも電子化。
- 前田課長補佐
電子媒体もございしますが、それは委員の方で。

- 岡部委員長
では、もし電子媒体の方がやりやすいという先生がおられたら、事務局の方に言っていただければ、そこの部分で配付ということも可能だそうです。
- 丹野委員
自分の分だけをいただくと。
- 岡部委員長
ほかの人の部分も当然見ていただいて構わないので。
- 丹野委員
いえいえ、その基準としては、法改正がないようなところというのは、疾病を原則変えないということですね。
- 岡部委員長
これは絶対二類に入れろとかそういうのは今回の議論から外れると。
- 丹野委員
ちょっと私が心配だったのは、保健所に相談するというのが結構ありますよね。相談するというのは、きちんと伝えていただけるんですよね。
- 岡部委員長
さっきの相談窓口と雪下先生からそんな御意見が出ましたが、でも結局、実際的には保健所が一番フロントになるでしょうし、それから、地域での先生のところもそうでしょうけれども、感染症情報センターが充分充実しているので、その辺も窓口であるといったようなことも大きくどこかで話してもいいのではないですか。
- 丹野委員
だから、正式に届出が出ればある程度いいんですけども、先ほど言ったように何もなければ、抗体が出たのを相談するというのは、何を相談するんですか。というのは、相談されたとき多分、保健所の方が困るのは、この方をどうしましょうかという、そこら辺はちゃんと、もしこれが決まった後には、保健所にはちゃんと伝わるようになるんですよね。
- 前田課長補佐
よくある事例として、病院の中でVREの保菌者が見つかったと。例えば、たまたまおむつを処分するときに、VREの検査キットがあるから調べてみようというふうにしただけで、全然症状は出ていないんですけども見つかったと。そういう方の場合には、院内でVREがどういうふうに感染していったかという疫学調査を保健所としてする必要が生じてくると思っています。そして、その院内感染の拡大を防止する必要があると。そういうときには、例えばVREについては、五類の全数把握疾患ですけれども、無菌状態を保つべきには、例えば対象ではないわけですよね。そういうときに、届出は医師に罰則の掛かる義務規定などですが、それは届出対象ではないということでは届かなくても罰則は掛からないという状況でありますが、そういう疫学調査を行うためのきっかけとして、任意の報告によって保健所が調査に入れるようにすることが、相談された保健所の行う動きとしては、疫学調査を実施するということが一つの役割として期待されるものだと思います。ですので、ここで報告するというのは、今後その報告を受けて保健所が疫学調査を行う必要性のあるものについて今の事務局案では入れているということでございます。そういう理解で考えております。
- 丹野委員
そうしますと、その代表みたいなものもあるわけですか。
- 前田課長補佐
保健所が積極的疫学調査を行うための様式ということです。
- 丹野委員
そうですね。では、電話でも例えばFAXでも、病院側が保健所にここに書いてあるから何か相談しましょうという、その様式は特になくて、電話でも何でもよくて、受けた側の保健所の判断……。
- 前田課長補佐
よくあるのは、「発生届」というところを「情報提供」というふうに書き直してもらってFAXで送ってもらおうというケースはよくあるケースです。ただ、届出はないんだけれども情報提供の様式としてこの様式を用いるとか。
- 丹野委員
そこら辺をちゃんとしておかないと、診た先生、そして、結構何人が家族とかそういうものを検査したりする場合もありますよね。その場合に、抗体を持っていたという場合にならなくて、臨床の先生は相談されると思うんですよ。そうすると、保健所側とすると、それに対して相談されて抗体は出たんですけどもと言われても、その人の状況は先生しかわからないわけですよね。では、どういうふうにした方がいいのかなというのは多分まちまちになってしまうかなと思うので、ある程度決めておいた方がいいかなと。
- 岡部委員長
余り決めようと、マニュアルに固められてしまうと思うんです。だから、困ったときはここは保健所の現場の人の判断になりますけれども、もう一つ例えば、所長に相談するとか、検査的なことなら衛研に聞いて見るとか、そういうルートがありますよということ徹底しておいた方が大切で、紙ですつと行くだけでは相談にならないのではないかなと思うんですけども。
- 丹野委員
だから、そこの相談というものをきちんとっておかないと、担当者は困ってしまうと。
- 大野委員
すみません、現場の者として丹野先生のおっしゃることはとてもよくわかります。かえって紙にするとマニュアルになってしまうという心配もあるんですけども、一方で、既にみんな職員そのものがマニュアル化して動いているというか、紙に書いたものでないとか動かない体制が下手すると起こり得る。勿論、細かい規定は要らないと思いますけれども、そういうことを保健所はする必要があるんだということを、むしろ国側としてきちんと示していただいた方が、やはり所長としても指示しやすいという感じは受けています。
- 岡部委員長
実は今日の夕方から、地域保健法の見直しに絡んで、地域保健を考える検討会が地域保健室担当やられます。その中に、地域保健の計画に対するワーキンググループと健康危機管理に対するワーキンググループというものがあって、健康危機管理ワーキンググループが、まさに今言ったような初動体制をどうするかとか、あるいは相談があったときにどうするかということが恐らく検討材料になってくると思います。ですから、ここで決まっているような、検討されたようなことが、地域の方でもうちょっと形あるものとして流れていくというようなことはディスカッションされると思います。私はその委員長になっていますので、今のお話を伝えるようにしますので。
- 大野委員
お願いいたします。私どもも努力いたしますけれども。
- 岡部委員長
現場をなるべくそこで反映するような形にしなければいけないと思うので。現場のところでも感染症の法律でできる部分とできない部分がありますよね。
- 前田課長補佐
ですから、積極的疫学調査として届出以外のものでも保健所が動けるようにはなっていますから、その情報を受けたときに保健所がどう動くかというのは、やはり各保健所ごとに考えておく必要があらうかと思います。
- 滝本感染症情報管理室長
我々今まで心配していたのは、届出対象ではないから一切の情報が保健所の方に来ないというところによって、初動体制が遅れるあるいは積極的疫学調査できないというところな事例が多かったものであったり、そこはやはり幅広く義務が掛からないというふうにも相談できるような体制というのは必要ではないかということで、今回こういうふうにご提案させていただいております。
- 雪下委員
特に、岡部先生は地域医療対策に参加されるということでお願いがあるのですが、特に24時間、医師が張りついている特別養護老人ホーム等においては、嘱託医というのは何科の先生かわからないので、そのときに何か怪しい、みんな下痢しているというような情報を受けても、相談するところがないと見逃してしまうということになってしまいます。そのときにどうもちょっと怪しいのではないかと、そういう段階で相談できるのは、やはり保健所でやっていただかないとできないかなと思うんですけども。

○岡部委員長
ちよつと今のはこの検討とは違うんですけれども、例えば、広島の場合の事例のときに、今度は福山市と広島県と施設の方々であるいはバックアップする病院ということでも、もうちょっとネットワークづくりをして、今、先生がおっしゃったような問題が出たときに、相談ができるような形にするというのをもっと積極的に取り組むというふうになっていきます。それが一つのモデルになって広がってくるといいなと思うんですけれども。

○雪下委員
一応、病院もそういう指定病院というのがあるんですけれども、そういうときに相談しても、すぐに対応というのはなかなかしてもらえないというのが現実で、やはり保健所に対応していただきたい。

○岡部委員長
それでは、今の割り振りについては、もし変更の必要があったら数日以内に事務局に届けていただいて、あるいはお互いで調整をしていただいてというようなところもあるのかと思いますけれども、それで見ていっていただいて、この日程などは後でまた最後の説明のところでもしていただくようにして、時間もまいりましたので、残りはフリーディスカッションというようないかなことも用意はしておいたんですが、大分議論の中でいろいろな話が出てきたのではないかと思います。一応また限られた時間の中でしたけれども、いろいろな話がお話が伺えたので、今のお話を基にして、それから、いただいた御意見を基にして、事務局とまた私たちの情報センターの方でも最終的な案を出して、再度、先生方に見ていただくことにいたしたいと思います。

○滝本感染症情報管理室長
先生方、お忙しいところ大変申し訳ないんですけれども、届出基準の案と様式の案に対する御意見を今月中に事務局の方に御連絡をいただければと考えております。よろしくお願ひいたします。

○岡部委員長
あと、事務局からはございませんか。

（照会先）
健康局結核感染症課情報管理係
電話：03-5253-1111（内線2932）