

病原微生物検出情報

月報

Vol.20 No.4 (No.230)
1999年4月発行

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)
http://idsc.nih.gov.jp/iasr/index-j.html

国立感染症研究所
厚生省保健医療局
結核感染症課

事務局 感染症情報センター
〒162-8640 新宿区戸山1-23-1
Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177
E-mail iasr-c@nih.gov.jp

(禁、無断転載)

テレビドラマの影響による HIV 抗体検査希望者の一時的急増：神奈川県 3, HIV 抗体陽性供血者の HIV サブタイプ：神奈川県 3, AIDS/HIV の調査：大阪府 3, HIV 抗体の迅速検査用免疫クロマト法キット 4, AIDS 診断基準 5, 1998/99 シーズンのインフルエンザ流行：埼玉県 6, 髄液からインフルエンザウイルスが分離された髄膜炎成人例 7, S. Oranienburg による広域集団感染：兵庫県 8, ヒトと食肉から分離された STEC OX3:H21：秋田県 8, 感染症新法下のサーベイランス 9, HIV 感染リスク群の HIV 検査：米国 12, HIV/AIDS：台湾 12, 来シーズン用インフルエンザワクチン推奨株：WHO12, 薬剤耐性菌情報 13, 日本のエイズ患者・HIV 感染者 14, 感染症発生動向調査情報 17

本誌に掲載した統計資料は、衛生微生物技術協議会、感染性腸炎研究会、生活衛生局食品保健課検疫所業務管理室などを通じて収集された各地の地方衛生研究所、医療機関、検疫所、一部伝染病院、民間検査所など協力検査機関および国立感染症研究所における検査成績を感染症情報センターにおいて集計したものである。

＜特集＞ 日本における HIV/AIDS サーベイランス (1998年12月31日現在)

厚生省のエイズ動向委員会は2カ月毎に委員会を開き、個票によって報告された HIV 感染者 (AIDS 未発症者、以下 HIV と省略) と AIDS 患者 (以下 AIDS と省略) の確認審査を行い、HIV/AIDS の発生動向を把握、公表している。わが国における HIV/AIDS 報告システムと情報解析の方法については前回特集に述べられている (本月報 Vol. 19, No. 4, 1998 参照)。本特集においては、エイズ動向委員会が1998年1年間

と1985~1998年のすべてのデータとを分析してまとめたわが国の HIV/AIDS の発生動向最新情報 (凝固因子製剤による感染例を除く) を要約する。

1. 1998年の HIV/AIDS 発生状況

1998年に HIV として報告された者は422人、AIDS として報告された者は231人であった。

感染経路別では、性的接触による感染例が最も多く、HIV 報告の74%、AIDS 報告の65%を占めた。国籍・性別では、日本人男性が HIV の62%、AIDS の68%と最も多い (図1)。男女比は HIV が約3:1、AIDS が約6.5:1である。感染地別では、日本人の大半が国内感染 (HIV 75%、AIDS 65%) である (図2)。報告地は、東京都その他の関東・甲信越ブロックが最も多く (HIV 75%、AIDS 74%)、次いで近畿ブロックが多い (HIV 12%、AIDS 8.2%)。

2. 1997年報告との比較

1998年の HIV 報告は、1997年の報告より25人多く、1993年以来最高の年間報告数を記録した。その内容は1997年同様、日本人男性の国内における性的接触が多く、特に同性間性的接触による HIV の増加が目立つ。また報告地域は、北海道、東北、関東・甲信越ブロック (東京を除く) および近畿ブロックが前年に比べて増加した。

これに対し、AIDS 報告は、日本人男性の同性間性

図1. HIV感染者およびAIDS患者の国籍・性別内訳, 1998年 (厚生省エイズ動向委員会)

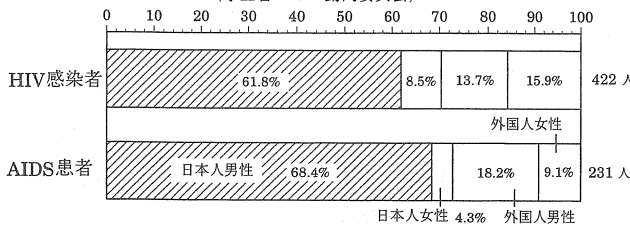


図2. HIV感染者およびAIDS患者の感染地別内訳, 1998年 (厚生省エイズ動向委員会)

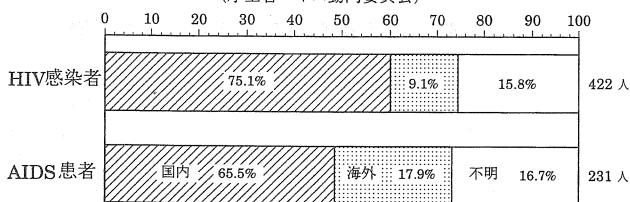
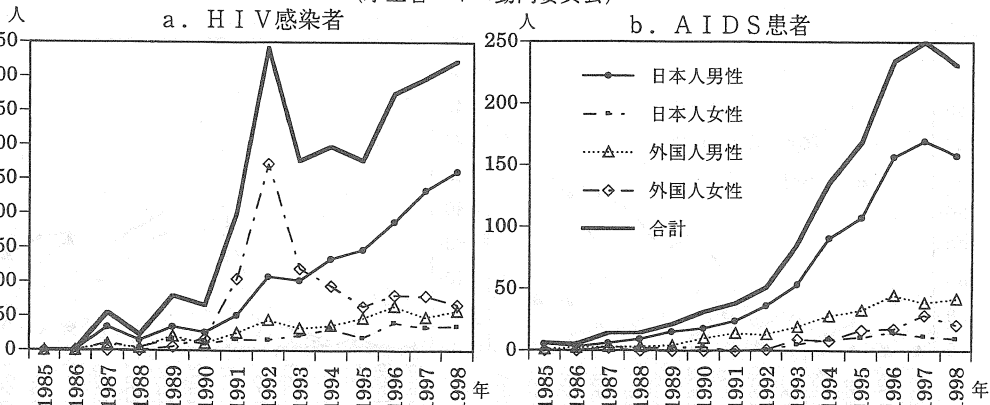


図3. HIV感染者およびAIDS患者の国籍・性別年次推移, 1985~1998年 (厚生省エイズ動向委員会)



(2ページにつづく)

(特集つづき)

的接触のみが増加したが、他のグループはすべて減り、年間 AIDS 報告数は減少に転じた (AIDS 報告数の減少が、最近急速に使用され始めた抗 HIV 薬の多剤併用療法の効果によるものなのか、あるいは他の原因によるものなのかは今のところ明らかでない)。

3. 1985年～1998年12月31日までの累積報告数と発生動向

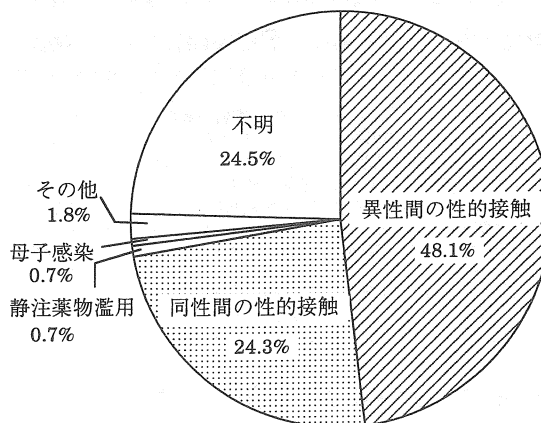
1) HIV の年間報告数は、1992年のピーク後減少したが、1995年以降一貫して増加傾向にある (前ページ図3)。AIDS の年間報告数は1997年までは増加を続けたが、上述したように1998年に初めて減少に転じた。HIV の増加は、日本人男性の国内感染例の増加によるもので、日本人女性、外国人男性・女性では過去5年間、横這いないし減少の傾向にある。外国人の割合は、HIV、AIDSともに1998年で約30%であるが、過去5年間、HIVでは漸減傾向、AIDSでは30～50%でほぼ一定している。

2) 1998年12月31日までの累積報告数 (本月報 Vol. 20, No. 2, 1999参照) は、HIV 2,913, AIDS 1,286であるが、この他に凝固因子製剤による感染例が全国調査によって確認されている (1998年7月13日時点; HIV 1,434, AIDS 631)。凝固因子製剤感染例以外の感染経路別にみると、性的接触による HIV 感染が最も多く (異性間48%, 同性間24%), 静注薬物濫用、母子感染によるものはいずれも0.7%と低い (図4)。AIDS もほぼ同様の割合を示した。

感染経路別分析結果の第一の特徴は、日本人の HIV が、男性の同性間性的接触で急増している他、感染経路不明例も増加傾向にあることである (図5a)。その割合は1998年には約16%に達した。感染経路不明例は特に外国人に多く、例年、外国人 HIV の約40%前後を占めている (図5b)。さらに AIDS では、外国人の約50%、日本人の20%以上が感染経路不明例である。

3) 感染地別では、HIV において、日本人男性の国内感染と感染地不明例が増加を続け、外国人男性の日

図4. HIV感染者の感染経路, 1985～1998年 (厚生省エイズ動向委員会)



本国内での感染が増加傾向にあることが注目される。

4) 日本に滞在する外国人の世界地域区別の解析結果では、HIV、AIDSともに南・東南アジアから来日した者が最も多く、次いでラテンアメリカ、サハラ以南アフリカが多い。

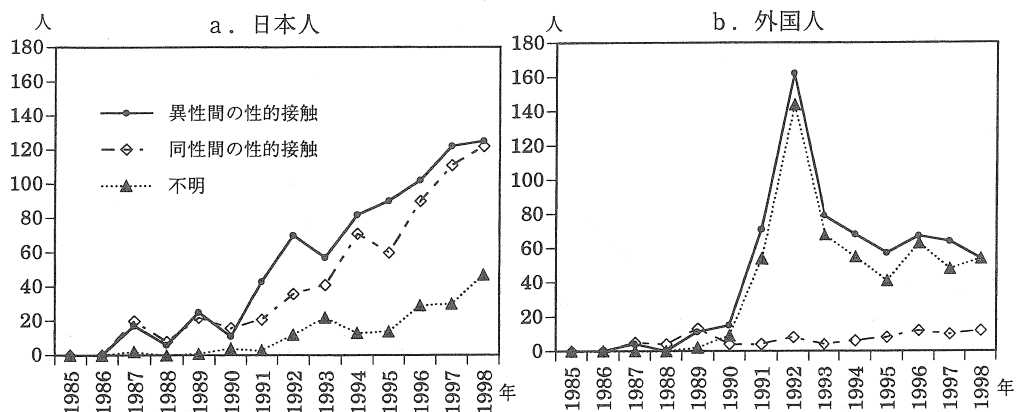
5) 年齢分布は、HIVでは国籍にかかわらず、男性では25～34歳、女性20～29歳にピークが見られる。AIDSでは、日本人男性の40～49歳が特に多く、日本人女性のピークは25～39歳にみられる。

6) AIDS報告における指標疾患の分布

日本人と外国人のAIDSの累積報告数 (各925と361) を分母として、各指標疾患の分布を調べた結果、両群とも類似しており、ニューモシスチス・カリニ肺炎が約40%と最多で、カンジダ症、HIV 消耗性症候群がいずれも10%台を占めることが判明した。両群では活動性結核に差が認められ、日本人では6.7%、外国人では14%と約2倍である。

7) 献血者の抗体陽性率は、2年 (1997, 1998年) 連続して10万件当たり0.9に達し (本号16ページ参照)、依然として検査目的の献血や、HIV 感染を自覚していない献血者が多いことを示唆している。このような状況下ではウインドウ期の献血の紛れ込みが懸念される。

図5. HIV感染者の国籍・感染経路別年次推移, 1985～1998年 (厚生省エイズ動向委員会)



<情報>

テレビドラマの影響による HIV 抗体検査希望者の一時的急増——神奈川県

保健所における HIV 抗体検査希望者は1992年に最も多く、その後神奈川県においてもまた全国的にも毎年減少傾向にあった。ところが HIV 感染を扱ったテレビドラマが放映された1998年7月～9月までの3か月間は神奈川県における HIV 抗体検査希望者が前年の同月比で7月には1.41倍、8月には1.89倍、9月には1.80倍と上昇した。しかし、放映終了後の10月以降には、前年同月比が1.19 (10月)、1.10 (11月)、1.09 (12月) とほぼ元のレベルに戻ってしまった。従って、テレビ等のマスコミの影響で HIV 感染に対する関心が高まると HIV 検査希望者が急増しうるが、その影響は一時的であり持続しないことが分かった。

神奈川県(保健所採血)のエイズ検査

	1997年	1998年	比(1998年/1997年)
1月	534 *	414	0.78
2月	516	396	0.77
3月	511 (1)	485	0.95
4月	458	394	0.86
5月	407	369	0.91
6月	461 (1)	418 (1)	0.91
7月	508	714	1.41
8月	501	945 (1)	1.89
9月	419	756 (1)	1.80
10月	497 (3)	592 (1)	1.19
11月	454 (1)	500 (2)	1.10
12月	441	479 (1)	1.09
合計	5,707 (6)	6,462 (7)	1.13

* 検査数(陽性数)

神奈川県衛生研究所

林 孝子 近藤真規子 今井光信

<情報>

HIV 抗体陽性供血者の HIV サブタイプ

(神奈川県, 日本赤十字社)

1998年の献血例数は6,137,378例で、そのうち HIV 抗体陽性と確認された献血例は56例(0.91例/10万例)であった。これら陽性例中、検体の入手できた33例について ENV 遺伝子の塩基配列を決定しサブタイプの解析を行った結果、サブタイプ B が27例、サブタイプ E が4例、サブタイプ A が2例であった。神奈川県内の医療機関を受診した最近の HIV 抗体陽性者のサブタイプは、異性間感染例ではサブタイプ E が、また同性間(男性)感染例ではサブタイプ B が主流の傾向が見られるが、献血者の HIV 抗体陽性者では、サブタイプ B が主流であった。また比較的日本では稀なサブタイプ A が2例献血者中にも見られたことは注目される。

神奈川県衛生研究所

近藤真規子 林 孝子 今井光信

日本赤十字社 山中烈次

<情報>

大阪府立公衆衛生研究所における AIDS/HIV の調査研究

1. ウイルス分離は発症マーカーのみならず治療マーカーとしても有用である

1987年より、150名の HIV 感染者について、病態と治療効果を調べる検査を行ってきた。この数年、病態と予後を示す良いマーカーとして、ウイルスロードと CD4 陽性細胞数が用いられていることはよく知られている。我々は1987年より、ウイルス分離により、病態の進行にともなう感染者の体内でのウイルス量の増加と T 細胞株に感染するいわゆる SI タイプのウイルスの出現を検出し、それらが発症マーカーとして有用であることを示してきた。分離には、感染者の末梢血単核球(PBMC)を多量の PHA 刺激済みの健常人 PBMC と共にフラスコ内で培養する方法を採用し、体内ウイルスの状態を示す指標として「分離指標」を設定した。これは分離の成否、分離に要する培養期間および分離ウイルスの T 細胞株(MT-4 または MT-2 細胞)への感染性の有無を表したものである。ウイルスが分離されず、または分離されても培養に2週間以上要し、分離ウイルスが NSI タイプの状態から、2週間以内の培養でウイルスが分離され、分離されたウイルスが SI タイプに変化すると発症に近いことが我々の観察において認められた。しかし、最近の2年間においては、ウイルス分離率は著しく低下し、SI タイプのウイルス株の出現も病態が進行した一部の例においてのみ認められるようになった。この現象は、同時期に普及した多剤コンビネーション治療により、体内の HIV の増殖が効果的に抑制され、ウイルスの変異の進行が遅れたり、元に戻ったりした結果であると推測された。実際、個々の感染者においても、薬剤による治療が効果を奏して血中ウイルス量が減少し、CD4 陽性細胞数が上昇した例では、治療開始以前に SI タイプのウイルスが検出されていたものでも、分離に要する培養期間が延長し、SI タイプのウイルスが消失し、さらにはウイルスが分離されなくなったりする例が少なからず見られた。このことから、ウイルス分離から得られるデータは、体内のウイルスの状態をよく反映しており、発症の予知のみならず、薬剤治療の効果を示す良いマーカーになりうる事が明らかとなった。今後、ウイルスロードと分離データを組み合わせることにより、より正確な治療効果の判定が可能となるとと思われる。

2. 薬剤耐性試験における問題点

現在までに、抗 HIV 剤投与を受けている80名の HIV-1 感染者について薬剤耐性を遺伝子解析により調べたが、53%の感染者(1年以上投与では69%)について薬剤耐性を示す遺伝子(アミノ酸)変異が検出された。薬剤耐性の内訳を見ると、45%以上が AZT 耐性を示

し最も多く、3TC耐性がそれに次ぎ、また3剤以上に耐性を示す例が8%近く見られた。約90%の感染者において、プロテアーゼ阻害剤の投与を受ける以前から1~3カ所の薬剤耐性に関与するアミノ酸変異が検出された。それらのうち最も出現頻度が高かったのは、Leuであるべき63番目のアミノ酸がProに変わっている例であり、次いで36, 77番目にも多く見られた。いくつかの例では、薬剤投与開始後に2~5カ所の新たな変異が観察され、それに伴う血中HIV量の増加が認められたため、プロテアーゼ阻害剤に対する耐性を獲得したものと判断された。しかしながら、投与以前より存在する変異が治療効果に及ぼす影響については今のところ明らかではない。また、明らかなアミノ酸変異が検出されないにもかかわらずin vitroにおけるウイルス株の薬剤感受性テストにおいて耐性を示す、いわゆる genotype と phenotype が一致しない例が少ないながら認められた。このことから、薬剤治療を開始する場合、あるいは遺伝子解析の結果と臨床データが一致しない場合などにおいては、体内ウイルスの薬剤感受性テストも合わせて行う必要があると考えられた。

3. 大阪府における医療機関受診者を対象にしたHIV感染のモニタリング

性感染症であるHIV感染症においては、性的行動が盛んで、感染について危険度の高い行動を取るグループにおけるHIV感染を把握することにより、HIV感染の拡大傾向の予測や、有効なAIDS対策のための重要な情報を得ることが可能であると思われる。1992年から、府下の性病科、泌尿器科、産婦人科を開業している6カ所の個人医療機関を受診した者のうち、同意を得た例について採血し、HIV抗体検査を行ってきた。1992年~1998年まで、7年間にのべ13,270名を調べ、32名のHIV-1抗体陽性者が発見された。特徴的な所見のひとつは、1996年を除く毎年、10~20歳代の外国人女性の陽性者（東南アジア国籍）が発見されてきた点である。外国人女性の被検者のうち陽性者の比率は0.63~3.1%と高率を示した。一方、日本人は男性に

おいて、1994年以来現在まで20~40歳代の陽性者が続けて発見されていることが注目される。日本人男性被検者に占める陽性者の割合は、1994~97年にかけて0.6から1.58%に毎年上昇する傾向が見られたが、1998年には0.48%と減少した。日本人男性陽性者については詳しい感染リスクは明らかではなかったが、20~40歳代の性的にアクティブな人々にハイリスクな性行動をとるものが多いことが推定され、これらの年齢層に対する啓発活動の強化が必要であると思われる。

大阪府立公衆衛生研究所病理課
大石 功 大竹 徹 森 治代
川畑拓也 泉本洋子

<情報>

HIV抗体の迅速検査用免疫クロマト法キットの感度および特異性

緊急時のHIV抗体検査として簡便・迅速、高感度でしかも安価なキットの開発が望まれていたが、従来の迅速キットは特に感度に問題があり、厚生省の承認が得られなかった。最近上記の条件をほぼ満たす（安価？）キット；「ダイナスクリーンHIV-1/2」（ダイナボット社製）（承認日：1998年8月25日）が入手可能になったのでその特徴を紹介する。

特徴：①手技が簡単、②特殊な設備および機器が不要、③短時間（15分）で判定、④血漿および全血で検査、⑤室温で保存可能（持ち運びや輸送に便利）、⑥大量検体の検査には不向き、などがあげられる。

原理および操作方法：免疫クロマトグラフィー法により、抗HIV-1抗体および抗HIV-2抗体を検出するキットである。1型と2型の区別はできない。検体中のHIV抗体はセレンウムコロイド標識HIV抗原と結合してシート上を移動し、シートの上部に固相されたHIV抗原に捕捉され、セレンウムコロイド由来の赤色のラインが現れる。

BB I セロコンバージョン期 (AF: PRB931) による感度比較

Day	方 法								
	ELISA Ab	PA Ab	ICA [*] Ab	ELISA Ag	ELISA AG+Ab	WB Ab	PCR RNA	TMA RNA	in house PCR RNA
0	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
2	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
7	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
9	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
15	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
28	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Pos	Pos	Pos
33	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos
35	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos
42	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos

* ダイナスクリーンHIV-1/2

感度および特異性：HIV-1/2 の感染初期における検出時期の比較を BBI 社のセロコンバージョンパネル血清を用いて既承認のキットと感度を比較した（前ページ表）。既承認の PA および ELISA と同等であり、感度は良好であった。また、血清/血漿と全血で感度差はなかった。サブタイプに関しては A, B, C, D, E, F, G, O のすべての亜型感染者の抗体が検出できた。HIV 抗体陰性血清 58 検体をこのキットで調べると、1 検体が偽陽性結果を示した。陽性検体の最終判定にはウエスタンブロット法などの確認試験が必要である。

国立感染症研究所

エイズ研究センター 吉原なみ子

<通知>

後天性免疫不全症候群の発生動向の把握のための診断基準について

健医疾発第17号

平成11年3月3日

各 〔都道府県〕
〔政令市〕 衛生主管部（局）長殿
〔特別区〕

厚生省保健医療局

エイズ疾病対策課長

標記については、平成6年10月11日付け健医感発第89号厚生省保健医療局エイズ結核感染症課長通知「サーベイランスのための AIDS 診断基準の改訂について」に基づき診断を行うようお願いしているところであるが、検査手法の改善、治療法の進歩等医療環境の変化から、当該基準改正の必要性の有無を含めた検討を行うことを目的として、エイズ動向委員会の下に「エイズ診断基準の再検討に関する小委員会」が設置され、検討が行われた結果、本年1月26日に別紙（略）のとおり「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準の見直しについて」が報告されたところである。

ついては、今般、我が国の後天性免疫不全症候群の発生動向の把握のための診断基準を別添のとおり定めるとともに、本年4月1日診断分より適用することとしたので、管下関係機関及び医療従事者等への周知方について遺漏のないよう、よろしく願います。

なお、今般の基準については、上記報告において、

①現行診断基準を大きく見直す具体的な必要性がないこと。

②今後の診断基準は一般臨床医にとっても、わかりやすい基準である必要があること。

③統計上の継続性が問題にならない範囲で、国際基準との整合性を保つ必要があること。

④小児の診断基準については、今後も継続的に検討

する必要があること。

と示されており、新基準についても同様な結果となっていることを申し添える。

おって、平成6年10月11日付け健医感発第89号厚生省保健医療局エイズ結核感染症課長通知「サーベイランスのための AIDS 診断基準の改訂について」は廃止する。

別 添

サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準 （厚生省エイズ動向委員会，1999）

我が国のエイズ動向委員会においては、下記の基準によって HIV 感染症/AIDS と診断され、報告された結果に基づき分析を行うこととする。この診断基準は、サーベイランスのための基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患（Indicator Disease）が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合（無症候性キャリア→AIDS, AIDS→死亡等）には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は、

- 1) 無症候性キャリアとは、I の基準を満たし、症状のないもの
- 2) AIDS とは、II の基準を満たすもの
- 3) その他とは、I の基準を満たすが、II の基準を満たさない何らかの症状があるものを指すことになる。

I. HIV 感染症の診断

1. HIV の抗体スクリーニング検査法 [酵素抗体法 (ELISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィ法 (IC) 等] の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合に HIV 感染症と診断する。

(1) 抗体確認検査 [Western Blot 法、蛍光抗体法 (IFA) 等]

(2) HIV 抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法 (PCR) 等の病原体に関する検査（以下、「HIV 病原検査」という。）

2. ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくとも HIV の抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合に HIV 感染症と診断する。

(1) HIV 病原検査が陽性

(2) 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4 陽性 T リンパ球数の減少、CD4 陽性 T リンパ球数/CD8 陽性 T リンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する

II. AIDS の診断

I の基準を満たし、III の指標疾患 (Indicator Disease)

の1つ以上が明らかに認められる場合に AIDS と診断する。

III. 指標疾患 (Indicator Disease)

A. 真菌症

1. カンジダ症 (食道, 気管, 気管支, 肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. コクシジオイデス症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺, 頸部, 肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺, 頸部, 肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. カリニ肺炎 (注) 原虫という説もある

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症 (13歳未満で, ヘモフィルス, 連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に, 二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)
 - ①敗血症
 - ②肺炎
 - ③髄膜炎
 - ④骨関節炎
 - ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍
10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので, チフス菌によるものを除く)
- *11. 活動性結核 (肺結核又は肺外結核)

12. 非定型抗酸菌症

- ①全身に播種したもの
- ②肺, 皮膚, 頸部, 肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で, 肝, 脾, リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
 - ①1か月以上持続する粘膜, 皮膚の潰瘍を呈するもの
 - ②生後1か月以後で気管支炎, 肺炎, 食道炎を併発するもの
15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カポジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫

18. 非ホジキンリンパ腫

LSG分類により

- ①大細胞型
免疫芽球型
- ②Burkitt型

*19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: LIP/PLH complex (13歳未満)
22. HIV 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)
23. HIV 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)
- *C11 活動性結核のうち肺結核及びE19 浸潤性子宮頸癌については, HIV による免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。

<情報>

1998/1999シーズンの埼玉県内におけるインフルエンザ流行とウイルス分離状況

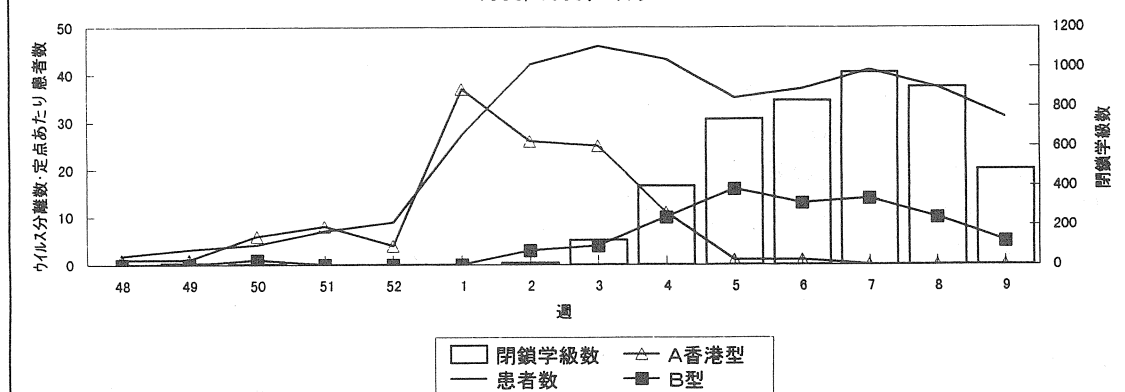
埼玉県衛生研究所疫学部は疫学科とウイルス科で構成されており, 県内のインフルエンザ対策については, 前者は, 感染症発生動向調査事業で, 各定点医療機関からのインフルエンザ様疾患の患者報告数, また, 各市町村教育委員会の協力を得て, インフルエンザによる学級閉鎖数についても週単位で集計・解析している。後者は, 医療機関からの依頼を受けて, 患者検体からウイルスの分離を行っている。今回1998/1999シーズンにおける患者報告数, 学級閉鎖数およびインフルエンザウイルス分離数についてその経時的推移について報告する。なお, 各情報の数値は1999年3月16日現在のものを使用した。

1) インフルエンザ様疾患の各定点あたりの患者報告数については次ページ図1に折れ線グラフで示した。患者報告数は1998年第48週(11/29~12/5)頃から始まり, 年内はゆるやかに増加していたが, 1999年に入り急増し, 第3週(1/17~1/23)には今シーズン最高値(3,684人: 定点あたり46.05人)に達した。その後やや減少していたが, 第7週(2/14~2/20)に再び増加し, 翌第8週(2/21~2/28)はやや減少に転じた。

2) インフルエンザによる学級閉鎖の閉鎖学級数については図1に縦棒グラフで示した。今シーズンは1998年12月4日に上尾市の小学校で初めて報告されたが, 年内はあまり報告数は増加せず, 1999年第4週(1/24~1/31)から急増し, 第7週に最高値(973学級)となり, その後減少に転じた。

3) インフルエンザウイルスの分離数についてはA香港型(分離数: 121件)とB型(分離数: 76件)に分けて図1に折れ線グラフで示した。A香港型については1998年12月2日採取の浦和市の48歳の患者から

図1 インフルエンザ流行とウイルス型別分離数の推移
1998/1999シーズン



今シーズンはじめて分離され、年内はゆるやかに増加傾向を示し、1999年初頭に急増し、その後減少に転じた。B型については1998年12月14日採取の八潮市の9歳の患者から今シーズンはじめて分離されたが、その後年内はほとんど分離されず、1999年第4週頃より増加し、第8週頃から減少傾向を示した。

上記の3者の推移より、インフルエンザ様疾患の報告患者数の2峰性ピークのうち、最初のピーク時はA香港型、2番目のピーク時はB型の感染によるものが主流と思われる。また、学級閉鎖数の増加には、A香港型よりB型の方が大きな影響を与えている可能性が高いことが示唆された。これについては患者報告数の年齢区分をみると、2番目のピーク時は最初のピーク時に比べ、5～14歳の占める割合が大きく、また、ウイルスが分離された患者の年齢で、5～14歳の占める割合がA香港型が分離された患者では28%であるのに対し、B型が分離された患者では91%と高くなっており、B型の好発年齢が学童期であり、これが今シーズン学級閉鎖を引き起こしている大きな要因であると考えられた。

埼玉県衛生研究所疫学部

岸本 剛 鈴木 章 遠藤ひろみ

島田慎一 篠原美千代 内田和江 後藤 敦

<情報>

髄液からインフルエンザウイルスA香港型が分離された髄膜脳炎の成人例

症例：32歳の女性

現病歴：1999（平成11）年1月9日頃（妊娠9週5日）から発熱・後頸部痛を認め、某医にて内服薬処方されるも軽快せず、精神不穏を認めたため1月13日某市民病院に入院となった。入院後も39℃以上の発熱、不穏症状の増悪を来し、1月18日に関西医科大学産婦人科に転院となった。呼吸状態の悪化を認め、1月22日救命センターに転科となった。

入院後経過：呼吸状態不良のため、気管内挿管し、

人工呼吸器管理とした。項部硬直を強度に認め、髄液所見（色調は無色で混濁は無し。パンジー（-）、トリプトファン（±）、糖69mg/dl、蛋白26mg/dl、細胞数167/mm³単核球/多核球は10：1）よりウイルス性の髄膜脳炎と診断した。入院時の血液検査所見はWBC 7,200/μl、CRP 1.0mg/dl、Na 141mEq/l、K 3.6mEq/l、Cl 111mEq/l、GOT 10U/l、GPT 11U/l、LDH 242U/l、総蛋白 5.7g/dl、アルブミン 2.4g/dlで、その他は特に異常所見を認めなかった。入院時の頭部CTは特に脳浮腫等異常所見を認めなかった。意識レベルは、JCS 100程度から改善傾向を認めなかった。また bacterial translocation 予防のため、経腸栄養を開始したが下痢を頻回に認め、栄養および水分補給が不十分なため、高カロリー輸液を併用した。入院後、連日39℃以上の発熱の低下傾向を認めないため、血液培養、喀痰培養、尿培養、便培養を施行し、抗生剤の投与を行った。意識障害が持続し、喀痰排泄も困難なため、2月13日に気管切開術を施行した。髄液所見等よりヘルペスウイルスによる脳炎を疑っていたが、1月20日の髄液のウイルス分離培養でインフルエンザウイルスA香港型が検出されたため、インフルエンザによる髄膜脳炎と診断した。2月9日から全身性痙攣を時折認め、意識レベルもJCS 20以上には改善せず、喀痰・口腔内分泌物量が多いことから呼吸器からの離脱は3月12日現在できていない。39℃以上の発熱も依然として連日認めている。3月5日の頭部CTでは、びまん性に軽度の脳萎縮を認めた。小児のインフルエンザ脳炎の報告は散見されるが、成人のインフルエンザ髄膜脳炎の報告は極めて稀である。

関西医科大学救急医学科

箱田 滋 松尾信昭 中谷壽男

同産婦人科 八百井雅美

同小児科 蓮井正史

大阪府立公衆衛生研究所ウイルス課

前田章子 加瀬哲男 奥野良信

<速報>

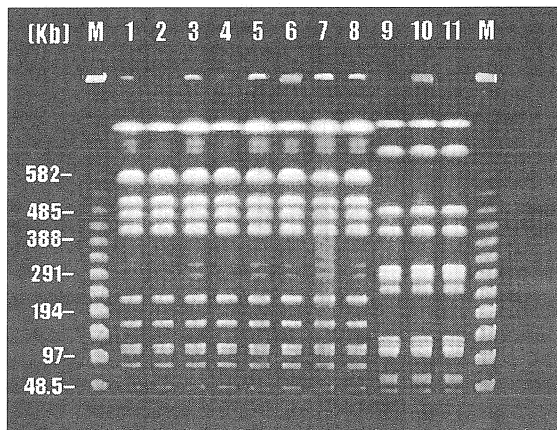
**Salmonella Oranienburg による広域集団感染症——
兵庫県**

1999年1月中旬～2月下旬に、下痢を伴う風邪様症状で受診した12名の保育園児・小学生等7名の糞便から *Salmonella* O7 が分離（分離機関：県立淡路病院5名，民間検査機関2名）されたと，兵庫県淡路島のUクリニックから2月末および3月初めに管内の津名保健所に連絡が入った。

当研究所に搬入された上記7菌株の菌型は，すべて *S. Oranienburg* であった。さらに，*BlnI* あるいは *XbaI* によるDNA切断産物のパルスフィールドゲル電気泳動（PFGE）を実施した。すべてそのパターンが同一（図）であることから，これらの菌株はほぼ同一であると推定された。

患児7名全員が下痢を呈し，他に嘔吐（3名），発熱（4名），腹痛（1名），血性便（1名）が認められた。患児の住所は，津名町3名，洲本市2名，北淡町1名，西淡町1名で島内全域にわたるが，津名町の2名が姉弟である他は互いに接触は考えられない。共通の原因食品は不明である。このことから，本サルモネラ感染は島内全域にわたる集団感染症と考えられた。

さらに，当所で1999年1月に分離した *S. Oranien-*



S. Oranienburg 分離株の *BlnI* および *XbaI* 切断パターン。
Lane 1-8 は *BlnI* 切断，lane 9-11 は *XbaI* 切断後のPFGEパターン。
Lane 1と9：洲本市保育園児（男，6才），lane 2：洲本市小学6年児童（男，12才），
lane 3：津名町S保育園児（女，3才），lane 4：北淡町小学5年児童（女，10才），
lane 5：津名町N保育園児（男，4才），lane 6と10：津名町男児（lane 3の弟，1才），
lane 7：西淡町女児（2才），lane 8と11：姫路市女児（4才），M：DNAサイズマーカー。

表1 ヒトおよび食肉由来STEC OX3:H21の性状

菌株番号	分離年月日	由来	<i>stx</i>	<i>eaeA</i>	CT ₂₃	Api profile/ID
EC-1401	1998 06. 12	給食従事者 ¹⁾	2	—	S ₂₃	5144572 <i>E. coli</i> 1(96.5%)
EC-1862	1998 11. 17	オーストラリア産牛肉	2	—	S	5144572 <i>E. coli</i> 1(96.5%)

burg 株（姫路市女児，4歳）も制限酵素切断パターンが同一であったことから（図），遺伝学的に同一の本サルモネラがさらに県下広域に侵淫している可能性もあり，今後の監視が必要と思われる。

本件では，たまたま1開業医を受診した患児7名から同一サルモネラを分離したが，島内全域ではさらに相当数の患者がいるものと推定されるので，詳しい調査が必要である。

兵庫県立衛生研究所
浜田耕吉 辻 英高 増田邦義

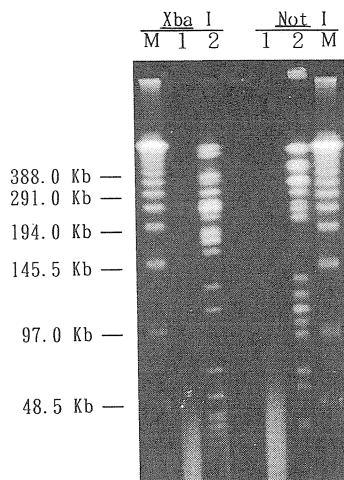
<情報>

ヒトと食肉から分離された志賀毒素産生性大腸菌（STEC）OX3:H21の性状——秋田県

志賀毒素産生性大腸菌（STEC）OX3:H21は稀な血清型のSTECであるが，ベルギー，デンマークおよびフィンランドにおいて下痢患者やHUS患者から分離されている（abstr. VTEC'97: 3rd International Symposium and Workshop on Shiga Toxin (Verocytotoxin)- Producing *Escherichia coli* Infections）。本月報に報告された国内におけるSTEC OX3:H21の分離例は，我々が給食従事者から分離した事例のみであった（本月報Vol.19, No.11, 1998）が，最近これに加えて，我々は1998年11月に県内で市販されていたオーストラリア産牛肉から分離されたSTECの血清型がOX3:H21であることを確認した。

表1に示すように，2株のSTEC OX3:H21はいずれも *stx-2* 遺伝子のみを保有し，*eaeA* 遺伝子を保有しなかった。また，いずれもCT-SMAC分離平板には発育せず，Api20Eプロファイルは定型的大腸菌であった。EC-1401株の血清型はStatens Serum Institutにおいて決定された。EC-1862株の血清型は，Statens Serum Institutから購入したOX3群参照株（*E. coli* C8-55: 2531株）を抗原としてEwingらの方法に従い自家調製した免疫血清を使用し，試験管内定量凝集法により決定した。なお，市販群別用血清キットでは，2株ともにO6群血清に非常に弱い凝集がみられた。2株の *XbaI* および *NotI* PFGEパターンを次ページ図1に示した。2株のうち，EC-1401株のパターンがスマアとなったことから2株の起源の比較はできなかった。

- 1) : 無症状保菌者、家族内感染なし
- 2) : Cefixime Tellurite
- 3) : Sensitive



1 : EC-1401(給食従事者)
2 : EC-1862(輸入食肉)
M : λ ladder

図1 ヒト及び食肉由来STEC OX3:H21のXba I、
Not I PFGEパターン

今回、STEC OX3:H21が輸入食肉を介して国内に侵淫している事実が初めて確認され、今後家畜の保菌状況など国内における感染源の実態についても解明が必要と考えられる。一方、STEC OX3の群別用血清が市販されていないことから、国内における該菌感染の発生実態はほとんど明らかになっていない。本菌のスクリーニングには *stx* 遺伝子を指標とする方法が確実である。また、CTを含む分離培地は使用することができないことに留意する必要がある。

秋田県衛生科学研究所 八柳 潤 齊藤志保子

<情報>

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

わが国における感染症サーベイランス（発生動向調査）は、これまでに1）患者発生状況サーベイランス、2）病原体サーベイランス、3）伝染病流行予測事業（ワクチン予防疾患に関する国民の免疫保有状況調査）の3つの体系で行われてきたが、これらは法的根拠に基づくものではなかった。1999（平成11）年4月施行の「感染症の予防及び感染症の患者の医療に関する法律（感染症新法）」では、その大きな柱の一つとして感染症サーベイランスが挙げられており、感染症に関する情報の収集および公表、感染症の発生状況および動向の把握そしてその原因の調査として医師の届け出に基づくサーベイランスシステムの強化が示されている。また感染症の病原体に関する情報も、患者への良質かつ適切な医療の提供のためには不可欠であり、感染症の予防と対策のためにも重要な意義があるとの認識から、患者発生状況サーベイランスと同様に病原体に関する情報の収集、分析および提供と公開も必要

であるとされている。提供・公開していく内容は、一般国民や第一線の医療現場にいる者にとって有益な情報になることとされている。また感染症新法においては、積極的疫学調査（感染症の発生状況、動向および原因の調査）の規定が設けられており、日常実施していく感染症サーベイランス調査等の結果に基づいた的確な実施が求められている。

感染症新法に基づいて定められた新たな感染症発生動向調査事業は、これまでの感染症サーベイランス体制を充実・強化し、情報を全国規模で迅速に収集、分析、提供・公開していくコンピュータ・オンラインシステムの再構築と積極的疫学調査の実施により、有効かつ確かな感染症対策の確立に資することを目的としている。実施の主体は、国・都道府県および保健所を設置する市（特別区を含む。以下都道府県等）である。

対象疾患：感染症新法では、新しい感染症類型の1類感染症から4類感染症まですべてをサーベイランスの対象疾患としている。1～3類感染症および4類全数把握疾患については、全例がサーベイランスの対象であり、4類定点把握疾患はあらかじめ定められた定点からの報告に基づいてサーベイランスが行われる。1類感染症および2類感染症のうちコレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスについては、患者および疑似症患者、無症状病原体保有者が対象となる。2類感染症のうち、ジフテリア、急性灰白髄炎および3類感染症の腸管出血性大腸菌感染症については、患者および無症状病原体保有者が対象となる。対象疾患を10ページ表に示した。

実施体制の整備：全国のサーベイランスの中心的な役割を果たすものとして中央感染症情報センターが国立感染症研究所・感染症情報センター内に設置される。各地方においては、その地域のサーベイランスの実施のために、各都道府県等域内に1カ所、地方衛生研究所（以下地研）内等に地方感染症情報センターが設置される。また都道府県、保健所を設置する市、特別区の地方感染症情報センターの中から1カ所を基幹地方感染症情報センターとし、都道府県全域の情報の収集・分析を行い、その結果を各地方感染症情報センターに送る。各方面の感染症専門家の参加を得て厚生省に中央感染症発生動向調査企画委員会が、各都道府県等には地方感染症発生動向調査企画委員会が設置される。

1類、2類、3類感染症のサーベイランス：

対象疾患を診断した医師：診断した医師は、直ちにその者の氏名・年齢・性別その他様式にある項目について最寄りの保健所に届出を行う。病原体検索などについて保健所から依頼があった場合には、可能な範囲で、検体または病原体情報などについて保健所の協力のもとに検査表・検体を地研に送付する。

保健所：保健所は直ちに都道府県等の本庁および地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインシ

感染症新法対象疾患（届け出の必要な1～4類感染症）

1類感染症（原則入院）

エボラ出血熱
クリミア・コンゴ出血熱
マールブルグ病
ラッサ熱
ベスト

2類感染症（状況に応じ入院）

コレラ
細菌性赤痢
腸チフス
パラチフス
ジフテリア
急性灰白髄炎

3類感染症（特定職種への就業制限）

腸管出血性大腸菌感染症

4類感染症（感染症発生状況の収集・分析とその結果の公開・提供）

全数把握疾患（すべての医師による届け出） 定点把握疾患（イ：インフルエンザ定点 小：小児科定点

アメーバ赤痢*
エキノкокクス症*

黄熱*

オウム病*

回帰熱*

急性ウイルス性肝炎

Q熱*

狂犬病*

クリプトスポリジウム症

クロイツフェルト・ヤコブ病*

劇症型溶血性レンサ球菌感染症*

後天性免疫不全症候群（AIDS）*

コクシジオイデス症*

ジアルジア症

腎症候性出血熱*

髄膜炎菌性髄膜炎*

先天性風疹症候群*

炭疽*

ツツガムシ病*

デング熱*

日本紅斑熱*

日本脳炎*

乳児ボツリヌス症*

梅毒

破傷風*

バンコマイシン耐性腸球菌感染症

ハンタウイルス肺炎症候群*

Bウイルス病*

ブルセラ症*

発疹チフス*

マラリア

ライム病*

レジオネラ症*

眼：眼科定点 S：STD定点

病：基幹定点からの届け出）

インフルエンザ（イ）*

咽頭結膜熱（小）*

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎（小）*

感染性胃腸炎（小）*

水痘（小）

手足口病（小）*

伝染性紅斑（小）

突発性発疹（小）

百日咳（小）*

風疹（小）

ヘルパンギーナ（小）*

麻疹（成人麻疹を除く）（小）*

流行性耳下腺炎（小）*

急性出血性結膜炎（眼）*

流行性角結膜炎（眼）*

性器クラミジア感染症（S）

性器ヘルペスウイルス感染症（S）

尖形コンジローム（S）

淋菌感染症（S）

急性脳炎（日本脳炎を除く）（病）*

クラミジア肺炎（オウム病を除く）（病）

細菌性髄膜炎（病）*

成人麻疹（病）*（麻疹は小児科定点より）

マイコプラズマ肺炎（病）

無菌性髄膜炎（病）*

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（病）

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（病）

薬剤耐性緑膿菌感染症（病）

*病原体サーベイランスの対象となる疾患

システムによって情報を電送する。必要に応じて診断した医師に対して、病原体検査または病原体情報の地研への提供を依頼する。また保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報および病原体情報について、週報などにより定期的に市町村、関係医療機関、医師会、教育委員会等に配布をする。なお届け出のあった保健所では、届け出の事実（個人情報に関する事項を除き）について、前述の関係諸機関に連絡をする。

地方衛生研究所：依頼された検査を行い、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知をする。病原体情報および検査結果は、保健所、都道府県の本庁および地方感染症情報センターに送付される。地研で実施困難な検査については、国立感染症研究所へ検査の依頼を行う。

国立感染症研究所：依頼された検査を実施し、その結果を依頼した地研および中央感染症情報センターへ通知する。

都道府県等の本庁：管内の情報について保健所からの電送があり次第、コンピュータ・オンラインシステムにより中央感染症情報センターへ電送する。また地研から送付された検査情報についても、直ちに中央感染症情報センターに報告をする。

地方（基幹地方）感染症情報センター：地方感染症情報センターは管内の患者情報・病原体情報の収集・分析を行うとともに、公表される全国情報とあわせて週報などの方法により保健所等の関係機関に情報の提供・公開をする。基幹地方情報センターは、管内の情報について同じく全国情報とあわせて地方感染症情報センター等に提供・公開をする。

中央感染症情報センター：都道府県等の本庁から送られた患者情報を速やかに集計し、分析評価して全国情報として4類感染症とともに週報などの方法で都道府県等の本庁に送付する。病原体情報については分析評価を行い、速やかにその結果を都道府県等の本庁に送付するとともに、必要に応じて週報等に掲載する。

4類（全数把握）感染症のサーベイランス：

対象疾患を診断した医師：診断した医師は、7日以内にその者の年齢・性別その他様式にある項目について最寄りの保健所に届出を行う。病原体検索などについては、1～3類感染症と同様に行われる。

保健所：保健所は7日以内（なるべく早く）都道府県等の本庁および地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインシステムによって情報を電送する。また表に掲げた4類感染症病原体サーベイランス対象疾患については、必要に応じて、診断した医師に対して病原体検査または病原体情報の地研への提供を依頼する。

また保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報および病原体情報について、週報などに

より定期的に市町村、指定医療機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に配布をする。

地方衛生研究所：1～3類感染症と同様。

国立感染症研究所：1～3類感染症と同様。

都道府県等の本庁：管内の情報について保健所が届け出を受けてから7日以内に、コンピュータ・オンラインシステムにより中央感染症情報センターへ電送する。また地研から送付された検査情報については、直ちに中央感染症情報センターに報告をする。

地方（基幹地方）感染症情報センター：1～3類感染症と同様。

中央感染症情報センター：都道府県等の本庁から送られた患者情報を速やかに集計し、分析評価して全国情報として1～3類感染症および定点把握4類感染症とともに週報などの方法で都道府県等の本庁に送付する。病原体情報については1～3類感染症と同様に行われる。

4類（定点把握）感染症のサーベイランス：

定点：保健所管内の人口の割合から配置され、都道府県全体の患者発生状況が把握できるよう考慮して、定点数が決定される。定点は、小児科定点（全国約3,000）、インフルエンザ定点（小児科定点3,000プラス内科定点約2,000）、眼科定点（全国約600）、STD定点（全国約900）および入院患者を対象とする基幹定点（小児科および内科医療を提供する300床以上の病院、全国約500）からなり、その対象疾患は表に示されている。病原体定点は、小児科、インフルエンザ、眼科各定点の約10%、基幹定点のすべてを病原体定点として、病原体サーベイランスを行う。対象疾患は表に示されている。

定点からの届け出：小児科、インフルエンザ、眼科定点の疾患および基幹定点から耐性菌感染症を除いた疾患は1週間を調査単位として、STD定点および基幹定点のうち薬剤耐性菌感染症については各月を調査単位とし、それぞれの様式にしたがって発生状況が保健所に連絡される。病原体は、地研に送付される。

保健所：保健所は患者定点から得られた患者発生状況を、都道府県等の本庁および地方感染症情報センターへコンピュータ・オンラインシステムによって情報を電送する（週単位報告は調査対象の翌週の火曜日まで、月単位の場合は調査対象月の翌月の3日までに電送する）。また保健所は、地方感染症情報センターから呼び出した患者情報および病原体情報について、1～3類感染症と同様に情報の還元を行う。

地方衛生研究所：依頼された検査を行い、その結果を病原体情報として病原体定点に通知するとともに、保健所、都道府県の本庁および地方感染症情報センターに送付する。地研で実施困難な検査については、国立感染症研究所に検査の依頼を行う。

国立感染症研究所：1～3類感染症と同様。

都道府県等の本庁：管内の情報について保健所から電送があり次第、コンピュータ・オンラインシステムにより中央感染症情報センターへ電送する。また地研から送付された検査情報については、直ちに中央感染症情報センターに報告をする。

地方（基幹地方）感染症情報センター：1～3類感染症と同様。

中央感染症情報センター：都道府県等の本庁から送られた患者情報を速やかに集計し、分析評価して全国情報として1～3類感染症および全数把握4類感染症とともに週報などの方法で都道府県等の本庁に送付する。病原体情報については1～3類感染症と同様に行われる。

積極的疫学調査：積極的疫学調査は、1～3類感染症が発生した場合、4類感染症の発生状況が通常と異なる傾向が見られた場合などに都道府県知事等が行えるものとして規定された。実施にあたっては、関係者の理解と協力、密接な連携が必要である。積極的疫学調査に携わる専門家養成のための研修コースを、1999（平成11）年度より国立感染症研究所で開始する。

個人・地域レベルから国のレベルまで、適切な感染症の治療、予防と対策には、疾患と病原体の動きを正しくとらえる質の高いサーベイランスが必須である。そのために各方面の理解と協力をお願いしたい。

国立感染症研究所

感染症情報センター・感染症情報室

<外国情報>

HIV 感染リスク群における HIV 検査、1995 年 11 月～1996 年 12 月——米国 9 州

拡大エイズサーベイランスシステムの一つとして、HIV 感染者の記名報告があるが、これは最近の HIV の伝播形式についての情報を提供することにより、公衆衛生当局の HIV 予防・治療サービスの計画や評価に寄与している。現在32州が記名サーベイランスを行っており、他の州でも施行が考慮されているが、このようなサーベイランスがあることにより感染リスクのある者が HIV 検査を受けることを躊躇することも危惧されている。

今回、異なる HIV 報告形式（記名式、個人識別コード式、いずれも行われていない）の9州において感染リスク者における縦断 HIV 検査サーベイ（HIV testing survey）を行った。ゲイバーから男性同性愛者（MSM）、街での救済活動から静注薬剤常用者（IDUs）、STD クリニックから異性愛者を募集し、質問票により HIV 報告の法律に関する知識、HIV 検査歴、HIV 検査が遅れたあるいはしなかった理由を調査した。

1995年12月～1996年11月の間に、2,570名がインタビューされ、このうち200名が HIV に感染していたため、解析から除外した。残りの HIV 陰性あるいは検

査を受けていない2,370名のうち1,810名（76%）が少なくとも1回は検査を受けていた。危険因子群別では、異性愛者851名中582（68%）、MSM 750名中596（79%）、IDUs 769名中632（82%）が検査を受けていた。検査率は性別、人種では変わらなかったが、年齢群別では、18～24歳群がより高齢者群より低い傾向があった。

ほとんどの回答者は自分の HIV 検査の記名の有無についてどのような方式で衛生当局に報告されるかどうかは知らなかったと答えた（記名式報告の州では60%、識別コード式報告の州60%、いずれも行われていない州66%）。少数の回答者は彼らの州の HIV 報告形式を知っていた（記名式報告の州では19%、識別コード式報告の州12%、いずれも行われていない州11%）。また来年1年間に検査を受けるかどうか尋ねたところ、もし匿名で検査が受けられて、結果が衛生当局に報告されないのであれば、全体で84%の回答者が来年1年間の間に検査を受けるだろうと答えた。もし匿名検査ができなければどうするかと尋ねたところ、報告無しの州では72%、識別コード報告の州73%、記名報告の州61%が検査を受けると答えた。

検査を受けないこと（556名）、あるいは検査が遅れること（1,810名）に影響した主要な理由について尋ねたところ、HIV 陽性と知ることへの恐れ（それぞれ25%、23%）、HIV に暴露されていないだろうと思った（18%、10%）、陰性だろうと思った（13%、11%）、HIV 陽性の可能性について考えなくなかった（8%、9%）、もし陽性でもなにもできないと思った（6%、4%）があげられた。検査を受けたことがない人で、名前が政府に報告される不安を検査を受けない理由のひとつにあげたのは19%で、主要な理由としてあげたのは2%であった。

（CDC, MMWR, 47, No. 50, 1086, 1998）

HIV/AIDS——台湾

1998年10月9日～12月31日に HIV 感染者が新たに81人報告された。従って、台湾における1984年～1998年末の HIV 感染者は2,131人であり、その内訳は台湾国籍1,908人、外国籍223人である。このうち、AIDS 発病者は692人であり、台湾国籍が677人、外国籍15人であった。台湾国籍の677人中398人（59%）が死亡している。（台湾疫情報導, 15, No.1, 18, 1999）

来シーズン（1999/2000）用インフルエンザワクチン推奨株——WHO

今シーズン（1998/1999）のインフルエンザは、12月に複数の流行報告があり、1月までにアフリカ、アジア、ヨーロッパ、北米のいくつかの国で広範囲に流行した。A(H3N2) およびB型ウイルスが主流であり、A(H1N1) 型ウイルスの分離は少なかった。

A(H3N2)型は多くの国で集団発生・散発例から分離された。そのほとんどがワクチン株であるA/Sydney/5/97に近いウイルスであり、A/Sydney/5/97類似株を含むワクチンは、ほとんどのH3N2分離株に対するHI抗体産生を誘導した。抗原性の異なる株の分離は少数であり、これらは抗原性も遺伝的にも多様であった。

A(H1N1)型は散発的に分離され、その大部分はA/Beijing/262/95類似株であった。この株を含む今シーズンのワクチンは、接種者に十分なHI抗体を産生した。

B型は広範囲に流行し、ヨーロッパのいくつかの国で主な流行を引き起こした。ほとんどの分離株は、ワクチン株であるB/Beijing/184/93類似株に近似していた。一方、アジア（特に日本）で分離されたウイルスの一部は、B/Shangdong/7/97類似株であった。B/Beijing/184/93類似株を含む今シーズンのワクチンは、流行したB/Beijing/184/93類似株には良好な抗体産生能を示したが、B/Shangdong/7/97類似株に対する反応は明らかに低かった。B/Shangdong/7/97株を含むワクチンは、HI試験でB/Beijing/184/93とB/Shangdong/7/97のどちらにも良好に反応する抗体を産生したというボランティアでの調査結果がある。

以上のことから、北半球の冬季1999/2000シーズン用ワクチンとして次の株が推奨される。

- ・ A/Sydney/5/97 (H3N2) 類似株
- ・ A/Beijing/262/95 (H1N1) 類似株
- ・ B/Beijing/184/93類似株（最も広く使用されているワクチン株はB/Harbin/7/94、またはB/Shangdong/7/97類似株）

(WHO, WER, 74, No. 8, 57, 1999)

(担当：感染研・梅田，山寺，谷口)

<薬剤耐性菌情報>

国内

フルオロキノロン剤耐性淋菌

淋病は淋菌によって引き起こされる性感染症であるが、現在世界で年間約6,200万人が罹患していると推定されている。わが国ではAIDSの影響で1987年から報告数が減少したが、近年再び増加傾向にある。

淋菌はペニシリン、テトラサイクリン、スペクチノマイシンといった薬剤に耐性を獲得してきており、フルオロキノロン剤と広域スペクトルβ-ラクタム剤が最も有効な治療薬とされている。近年になってフルオロキノロン剤に低感受性または耐性を示す淋菌がアジア、ヨーロッパ、米国、オーストラリアなどで見だされている(1)。

Tanakaらは、福岡市のある性病クリニックで臨床分離された淋菌について5種類のフルオロキノロン剤の耐性について検討している(2)。1981~1984年に分

離された27株では高度耐性となるのはノルフロキサシンで1株、スパルフロキサシンで1株のみであったが、1997~1998年に分離された157株では、シプロフロキサシンで24%、ノルフロキサシンで33%、レボフロキサシンで29%、スパルフロキサシンで22%、DU-6859aで8.3%に高度耐性菌がみられ、いずれの薬剤についても有意に増加傾向であった〔シプロフロキサシン：MIC \geq 1 μ g/ml、ノルフロキサシン：MIC \geq 2 μ g/ml、レボフロキサシン、スパルフロキサシン：MIC \geq 0.5 μ g/ml、DU-6859a：MIC \geq 0.25 μ g/mlを高度耐性と定義〕。

一方これらの菌株で他のβ-ラクタム剤やテトラサイクリン、スペクチノマイシンに対する感受性には変化はなかった。淋菌のフルオロキノロン剤耐性の機序としては、薬剤の取込みの低下、DNAジャイレース(*gyrA*, *gyrB*)やトポイソメラーゼIV(*parC*)の変異が報告されているが、臨床的に重要なレベルの耐性は*gyrA*および*parC*の変異によってもたらされる(3)。

今後こうした淋菌の薬剤耐性の動向には十分な注意が必要である。

参考文献

1. J.S. Knapp, et al., Emerg. Infect. Dis. 3: 33-39, 1997
2. M. Tanaka, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 43: 722-723, 1999
3. T. Deguchi, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 40: 1020-1023, 1996

国外

*Moraxella catarrhalis*の薬剤耐性

*Moraxella catarrhalis*はグラム陰性の双球菌で、小児での中耳炎や副鼻腔炎、成人では特に肺に基礎疾患のある患者での下気道感染症の原因となる菌である。小児や老人での上気道保菌者は多く、院内感染の事例もあり、侵襲性の感染症の頻度は低いが、菌血症の報告は1992~1995年にかけて英国において89例みられている(1)。

*M. catarrhalis*は元来ペニシリンにも感受性であったが、1977年にヨーロッパでβ-ラクタマーゼ産生分離株の報告がみられて以来、急速にβ-ラクタマーゼ産生菌の分離頻度が増加し、1990年代に米国で行われた大規模なサーベイランスでは91~97%の臨床分離株がβ-ラクタマーゼ産生菌であった(2)。

*M. catarrhalis*が産生するβ-ラクタマーゼとしては、BRO-1、BRO-2、BRO-3、TEM-1が報告されているが、前2者、特にBRO-1産生株が大多数を占める。このβ-ラクタマーゼ遺伝子は染色体上にあり接合で移るトランスポゾンで拡がっていきと考えられている(3)。1997年に行われた米国27施設、カナダ7施設でのサーベイによると、呼吸器からの臨床分離菌503株

では、92%がβ-ラクタマーゼ産生菌でありそのうち78%はアンピシリンのMICが $\geq 2 \mu\text{g/ml}$ であったが、アンピシリン-クラブラン酸にはすべて感受性であった。その他のマクロライド、キノロン剤、テトラサイクリンなどの薬剤にはすべて感受性で、セファクロル、セフポドキシム、ST合剤にわずかに耐性の株がみられた(0.2%) (2)。またヨーロッパ、イスラエル、米国で小児の中耳炎から分離された *M. catarrhalis* 36株はすべてβ-ラクタマーゼ産生株でアンピシリンには耐性であったが、アンピシリン-クラブラン酸には感受性であった(4)。

現在のところ *M. catarrhalis* の薬剤耐性は大きな問題となっていないが、その病原菌としての重要性やβ-ラクタマーゼ遺伝子の拡散が早いことなどから、新たな耐性菌の出現には常に注意が必要であると考えられる。

参考文献

1. M.C. Enright and H. McKenzie, J. Med. Microbiol., 46: 360-371, 1997
2. G.V. Doren, et al., Antimicrob. Agents Chemother., 43: 385-389, 1999
3. R.J. Wallace Jr, et al., Am. J. Med. 88 (Suppl 5A): 46S-50S, 1990
4. M. R. Jacobs, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 42: 589-595, 1998

コアグララーゼ陰性ブドウ球菌属 (CNS) におけるテイコプラニン耐性

欧米では、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌などのグラム陽性球菌感染症の治療薬としてバンコマイシン(VCM)が1960年頃から用いられ、また、欧州各国ではテイコプラニン(TEIC)も近年認可され広く用いられている。しかし、*Staphylococcus haemolyticus* などのコアグララーゼ陰性を示すブドウ球菌属(coagulase negative Staphylococci: CNS)は、黄色ブドウ球菌属に比べてTEICに耐性を獲得しやすいとされ、TEICが臨床使用されて間もなく低感受性(1)ないし耐性(2)を獲得したものが臨床分離されはじめ、その動向が警戒されている。

最近、European Glycopeptide Resistance Survey Study Groupが1995年に欧州9カ国の70の検査センターで調査した結果が報告された。1,444株のCNSのうち *S. haemolyticus* 以外のCNSの0.4%は、TEICに耐性(MIC値、 $\geq 32 \mu\text{g/ml}$)と判定された。一方、*S. haemolyticus* の4.4%はTEICに低感受性(MIC値、 $16 \mu\text{g/ml}$)、3.3%がTEICに耐性(MIC値、 $\geq 32 \mu\text{g/ml}$)と判定された(3, 4)。しかし、これは、分離された全CNSの6.3%に相当するにすぎなかった。

わが国でも、1998年7月からTEICが認可されVCMと同様にMRSA感染症の治療のため臨床で利用され

ているが、CNSにおけるグリコペプチド系抗菌薬の感受性の動向を監視する必要がある。

参考文献

1. T.L. Bannerman, et al., Antimicrob. Agents Chemother. 35: 1919-1922, 1991
2. E. Cercenado, et al., J. Clin. Microbiol. 34: 1765-1768, 1996
3. R.N. Gruneberg and W. Hryniewicz, Int. J. Antimicrob. Agents 10: 271-277, 1998
4. D. Felmingham, et al., Diagn. Microbiol. Infect. Dis. 31: 563-571, 1998

[担当: 感染研・八木, 荒川(宜), 渡辺]

<情報>日本のエイズ患者・HIV感染者の状況

(平成11年1月1日~2月末日)

厚生省エイズ疾病対策課

平成11年3月30日

エイズ動向委員会山崎委員長コメント(要旨)

1) 今回(平成11年1月~2月末日まで)のエイズ動向委員会への報告は、患者39人(前回38人)、感染者74人(前回61人)であり、うち転症例は4人(前回3人)であった。前回と比較して、日本人患者が4人減、外国人患者が5人増、日本人感染者が14人増、外国人感染者が1人減であり、トータルでは患者が1人増、感染者が13人増である。

2) 今回の報告の特徴は、

- ①患者・感染者の報告数が113人と過去5番目に多い。
- ②日本人患者・感染者の報告数が94人と過去2番目に多い。
- ③日本人患者・感染者の異性間性的接触による感染数が44人と過去3番目に多い。
- ④日本人男性の患者・感染者数が81人と過去2番目に多い。
- ⑤日本人女性の患者・感染者数が13人と過去3番目と同数。
- ⑥また、男性同性愛の患者・感染者数が34人と過去3番目に多い。

3) 平成11年1~2月末日までの献血件数962,427件のうちHIV抗体陽性件数は10件(すべて関東)であった(1.039/10万件)。ウインドウ期のHIV陽性者の紛れ込みの機会が特に大都会において徐々に増加しつつあるという懸念すべき傾向にあることに注目して、至急対策を立てるべきである。

4) 1998年版のエイズ発生動向年報がまとまり、本日公表した。年報の要約は本号特集を参照されたい。

5) 4月1日から「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」(「感染症新法」)が施行され、エイズ(HIV感染症を含む)は4類感染症の一つとして他の感染症と同様の発生動向調査が行われることとなった。感染症新法が施行されると、発生動向

調査に基づいた施策を行うことが更に重要になるので、今後ともより正確な情報を国民に伝えていきたい。

付記：1994年に横浜で開催された国際エイズ学会の時以来、前塩川優一委員長の後を継いで活動してきた

エイズサーベイランス委員会（現エイズ動向委員会）は本日をもってその任務を終え、解散することになった。今後は新委員によって新しい体制のもとで発生動向調査が継続されるであろう。

HIV感染者情報（平成11年1月1日～2月末日）

1-1. 性別・感染原因別患者数

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	17(4)	4(1)	21(5)
同性間の性的接触	7(-)	-(-)	7(-)
静注薬物濫用	-(-)	-(-)	-(-)
母子感染	-(-)	1(-)	1(-)
その他	-(-)	1(1)	1(1)
不明	7(1)	2(2)	9(3)
合計	31(5)	8(4)	39(9)

()内は外国人再掲数

2-1. 性別・年齢別患者数

	男性	女性	合計
10歳未満	-(-)	1(-)	1(-)
10～19歳	-(-)	-(-)	-(-)
20～29歳	4(-)	4(2)	8(2)
30～39歳	8(4)	2(2)	10(6)
40～49歳	5(-)	-(-)	5(-)
50歳以上	14(1)	1(-)	15(1)
不明	-(-)	-(-)	-(-)
合計	31(5)	8(4)	39(9)

()内は外国人再掲数

3-1. 性別・感染地域別患者数

	男性	女性	合計
国内	18(1)	3(-)	21(1)
海外	8(3)	4(3)	12(6)
不明	5(1)	1(1)	6(2)
合計	31(5)	8(4)	39(9)

()内は外国人再掲数

エイズ患者等の届出状況（平成11年2月末現在）

1. 日本のエイズ患者の届出状況 (単位：件)

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	484(92)	98(49)	582(141)
同性間の性的接触*	316(39)	-(-)	316(39)
静注薬物濫用	13(9)	-(-)	13(9)
母子感染	8(1)	4(1)	12(2)
その他	18(5)	9(3)	27(8)
不明	300(115)	75(56)	375(171)
小計	1,139(261)	186(109)	1,325(370)
凝固因子製剤**	624 ...	7 ...	631 ...
患者合計	1,763(261)	193(109)	1,956(370)

()内は外国人再掲数

* 男性両性愛者(26件)を含む

** 平成9年10月末現在における「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの報告による数字である。なお、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」施行後（平成元年2月17日以降）、凝固因子製剤が原因とされている者は、報告の対象から除外されている

3. 累積死亡者数 1,103名

上記死亡者数には「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの累積死亡報告数493名が含まれる

1-2. 性別・感染原因別感染者数

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	21(1)	10(2)	31(3)
同性間の性的接触	27(-)	-(-)	27(-)
静注薬物濫用	-(-)	1(1)	1(1)
母子感染	-(-)	-(-)	-(-)
その他	-(-)	-(-)	-(-)
不明	11(3)	4(3)	15(6)
合計	59(4)	15(6)	74(10)

()内は外国人再掲数

2-2. 性別・年齢別感染者数

	男性	女性	合計
10歳未満	-(-)	-(-)	-(-)
10～19歳	2(-)	-(-)	2(-)
20～29歳	20(2)	4(2)	24(4)
30～39歳	15(2)	6(4)	21(6)
40～49歳	17(-)	2(-)	19(-)
50歳以上	5(-)	3(-)	8(-)
不明	-(-)	-(-)	-(-)
合計	59(4)	15(6)	74(10)

()内は外国人再掲数

3-2. 性別・感染地域別感染者数

	男性	女性	合計
国内	39(-)	9(1)	48(1)
海外	6(2)	2(2)	8(4)
不明	14(2)	4(3)	18(5)
合計	59(4)	15(6)	74(10)

()内は外国人再掲数

2. 日本のHIV感染者の届出状況 (単位：件)

	男性	女性	合計
異性間の性的接触	697(143)	734(510)	1,431(653)
同性間の性的接触*	735(90)	-(-)	735(90)
静注薬物濫用	19(13)	1(1)	20(14)
母子感染	9(2)	11(6)	20(8)
その他	27(10)	24(6)	51(16)
不明	316(153)	414(392)	730(545)
小計	1,803(411)	1,184(915)	2,987(1,326)
凝固因子製剤**	1,417 ...	17 ...	1,434 ...***
感染者合計	3,220(411)	1,201(915)	4,421(1,326)

()内は外国人再掲数

* 男性両性愛者(41件)を含む

** 平成9年10月末現在における「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」からの報告による数字である。なお、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」施行後（平成元年2月17日以降）、凝固因子製剤が原因とされている者は、報告の対象から除外されている

*** 患者631名を含む

(参考) 凝固因子製剤による感染を除く患者・感染者等の状況
性別・年齢区分別・感染地域別患者・感染者数(法施行後)

(単位:件)

	男性				女性				合計			
	国内	海外	不明	計	国内	海外	不明	計	国内	海外	不明	計
10歳未満	9(8)	1(-)	-(-)	10(8)	6(2)	4(2)	1(-)	11(4)	15(10)	5(2)	1(-)	21(12)
10~19	9(-)	-(-)	3(-)	12(-)	16(1)	43(-)	34(1)	93(2)	25(1)	43(-)	37(1)	105(2)
20~29	346(59)	103(57)	90(39)	539(155)	148(14)	268(18)	373(36)	789(68)	494(73)	371(75)	463(75)	1328(223)
30~39	290(127)	171(119)	119(90)	580(336)	62(14)	45(28)	88(21)	195(63)	352(141)	216(147)	207(111)	775(399)
40~49	205(148)	92(89)	62(86)	359(323)	18(3)	9(10)	8(5)	35(18)	223(151)	101(99)	70(91)	394(341)
50歳以上	132(140)	53(69)	46(69)	231(278)	31(17)	1(1)	1(5)	33(23)	163(157)	54(70)	47(74)	264(301)
不明	-(-)	1(-)	2(-)	3(-)	-(-)	4(-)	1(-)	5(-)	-(-)	5(-)	3(-)	8(-)
合計	991(482)	421(334)	322(284)	1734(1100)	281(51)	374(59)	506(68)	1161(178)	1272(533)	795(393)	828(352)	2895(1278)

()内はエイズ患者数

都道府県別患者・感染者累積報告状況

都道府県	患者報告件数	感染者報告件数 %	ブロック別		患者報告件数	感染者報告件数
			患者報告件数	感染者報告件数		
北海道	27(1)	2.0	20(1)	0.7	27	20
青森県	3(0)	0.2	6(0)	0.2		
岩手県	6(0)	0.5	4(0)	0.1		
宮城県	12(0)	0.9	12(0)	0.4		
秋田県	3(0)	0.2	4(1)	0.1	東北	
山形県	5(0)	0.4	4(0)	0.1		
福島県	6(0)	0.5	12(0)	0.4	35	42
茨城県	93(0)	7.0	301(2)	10.1		
栃木県	40(2)	3.0	71(0)	2.4		
群馬県	27(1)	2.0	52(0)	1.7		
埼玉県	72(2)	5.4	147(6)	4.9		
千葉県	109(3)	8.2	250(7)	8.4	関東・甲信越	
東京都	426(12)	32.2	1,001(31)	33.5		
神奈川県	128(6)	9.7	256(10)	8.6		
新潟県	12(3)	0.9	34(1)	1.1		
山梨県	12(0)	0.9	45(0)	1.5		
長野県	37(0)	2.8	150(0)	5.0	956	2,307
富山県	6(3)	0.5	5(1)	0.2		
石川県	3(0)	0.2	1(0)	0.0	北陸	
福井県	6(0)	0.5	13(0)	0.4	15	19
岐阜県	15(0)	1.1	15(0)	0.5		
静岡県	41(2)	3.1	70(0)	2.3	東海	
愛知県	49(0)	3.7	95(3)	3.2		
三重県	12(0)	0.9	45(0)	1.5	117	225
滋賀県	5(0)	0.4	8(0)	0.3		
京都府	17(0)	1.3	35(0)	1.2		
大阪府	57(2)	4.3	161(7)	5.4		
兵庫県	19(0)	1.4	28(1)	0.9	近畿	
奈良県	3(0)	0.2	19(1)	0.6		
和歌山県	5(0)	0.4	8(0)	0.3	106	259

都道府県	患者報告件数	感染者報告件数 %	ブロック別		患者報告件数	感染者報告件数
			患者報告件数	感染者報告件数		
鳥取県	1(0)	0.1	2(0)	0.1		
島根県	1(0)	0.1	4(0)	0.1		
岡山県	1(0)	0.1	5(0)	0.2		
広島県	6(0)	0.5	15(0)	0.5		
山口県	3(0)	0.2	6(0)	0.2	中国・四国	
徳島県	1(0)	0.1	2(0)	0.1		
香川県	1(0)	0.1	3(0)	0.1		
愛媛県	6(0)	0.5	3(0)	0.1		
高知県	2(1)	0.2	7(0)	0.2	22	47
福岡県	17(1)	1.3	36(1)	1.2		
佐賀県	1(0)	0.1	0(0)	0.0		
長崎県	6(0)	0.5	8(0)	0.3		
熊本県	5(0)	0.4	5(1)	0.2	九州・沖縄	
大分県	2(0)	0.2	2(0)	0.1		
宮崎県	1(0)	0.1	0(0)	0.0		
鹿児島県	6(0)	0.5	8(0)	0.3		
沖縄県	9(0)	0.7	9(0)	0.3	47	68
合計	1,325(39)		2,987(74)		1,325	2,987

(平成11年2月末現在)

注:凝固因子製剤による患者・感染者は除く
()内は今回報告件数(平成11年1月~2月分)

(参考) 献血件数およびHIV抗体陽性件数

年	献血件数(検査実施数)	陽性者数()内女性	10万人当たり	年	献血件数(検査実施数)	陽性者数()内女性	10万人当たり
1987年(昭和62年)	8,217,340件	11(1)	0.134人	1994年(平成6年)	6,610,484件	36(5)	0.545人
1988年(昭和63年)	7,974,147	9(1)	0.113	1995年(平成7年)	6,298,706	46(9)	0.730
1989年(平成元年)	7,876,682	13(1)	0.165	1996年(平成8年)	6,039,394	46(5)	0.762
1990年(平成2年)	7,743,475	26(6)	0.336	1997年(平成9年)	5,998,760	54(5)	0.900
1991年(平成3年)	8,071,937	29(4)	0.359	1998年(平成10年)	6,137,378	55(4)	0.896
1992年(平成4年)	7,710,693	34(7)	0.441	1999年(平成11年1月~2月)	962,427(速報値)	10(1)	1.039
1993年(平成5年)	7,205,514	35(5)	0.486				

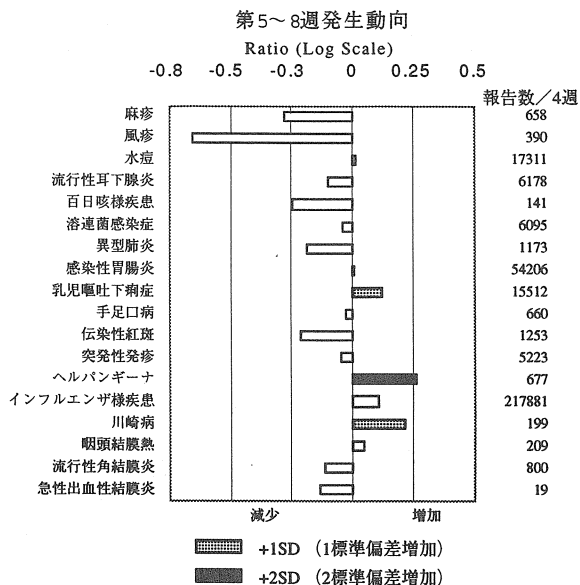
(注)・昭和61年は、年中途から実施したことなどから、3,146,940件、うち陽性件数11件(女性0)となっている
・抗体検査陽性の献血血液は、焼却されており、使用されていない

<感染症発生動向調査情報>
最新疾患発生報告状況

週単位報告疾患

(1999年1月31日～2月27日：第5～8週)

インフルエンザ様疾患は、第5週を境に低下に転じたが、7、8週にて若干低下速度が鈍っている（詳細は次ページ参照）。冬期に流行が見られる感染性胃腸炎と乳児嘔吐下痢症は、上記期間中は増加しつづけ、依然全国的に流行が見られる。この時期としてはヘルパンギーナが例年より長引いてみられている。

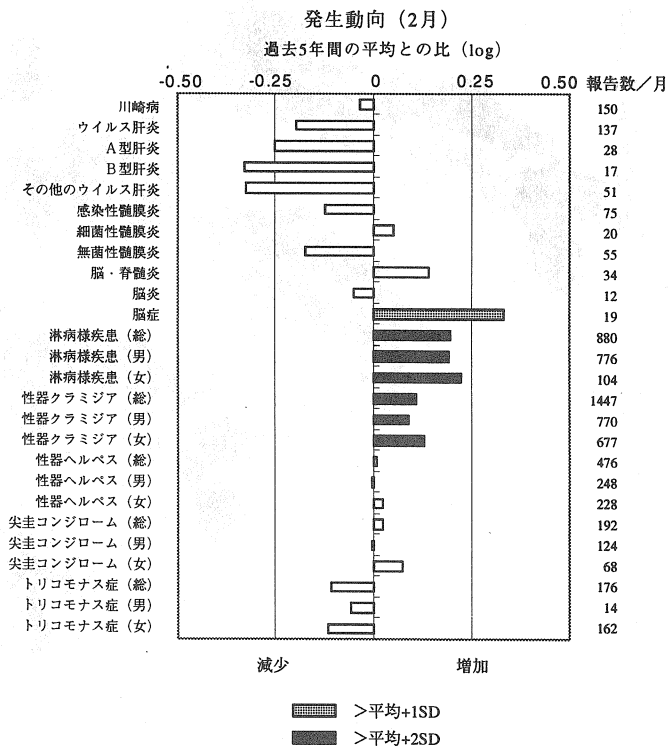


月単位報告疾患

(1999年2月)

2月の報告では脳症が例年に比して報告数が多いが、1月の報告数の半数になっており、特定地域への集積はみられていない。

淋病様疾患、性器クラミジア感染症は総数、男性、女性いずれも例年に比して報告数が多く、昨年からの上昇傾向が続いているものと思われる。

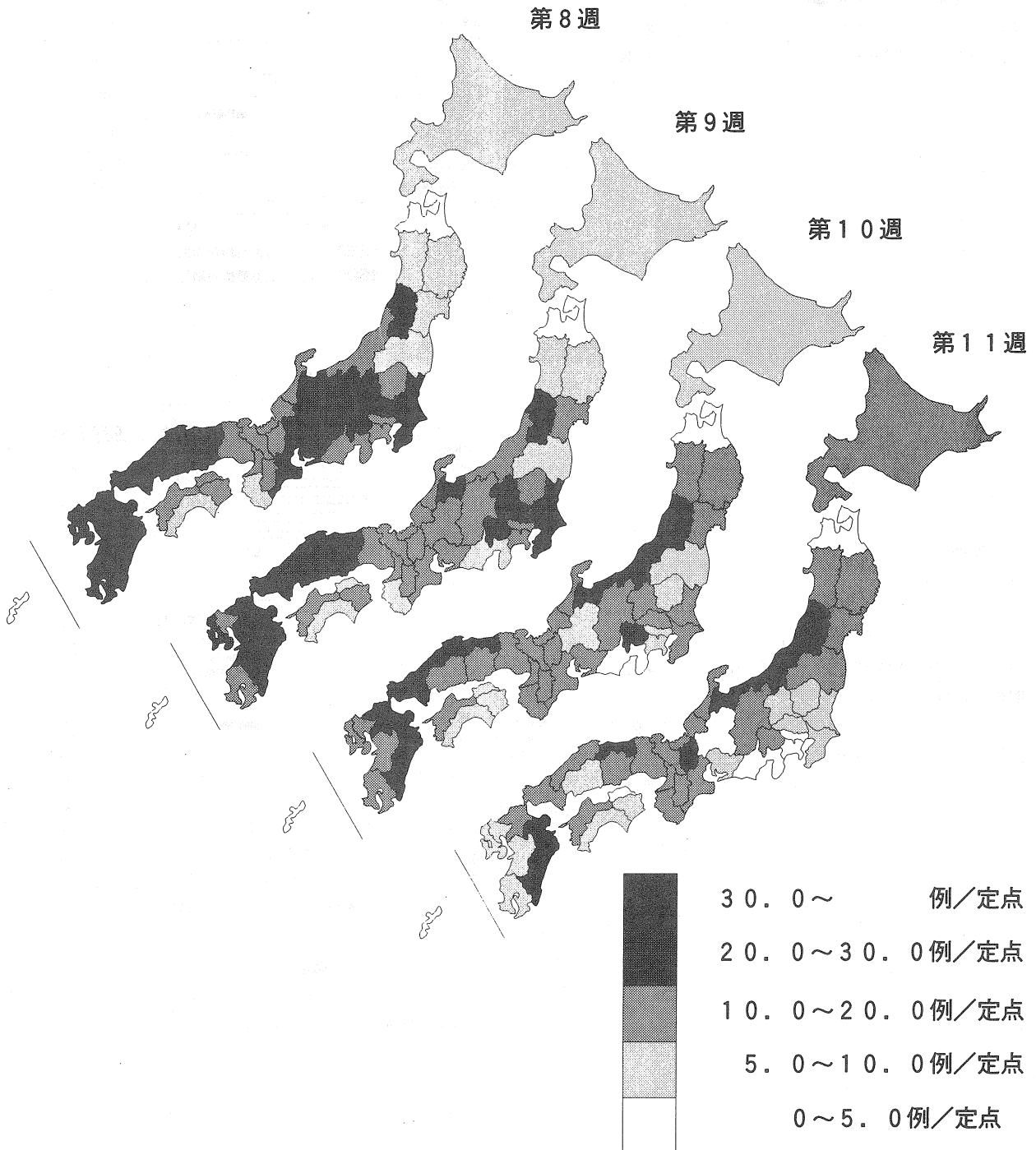


当該月と過去5年間の平均（過去5年間の前月、当該月、後月の合計15月の平均）の比を対数にてグラフ上に表現した。1標準偏差を超えた場合黄で、2標準偏差を超えた場合赤で色分けしている。

<感染症発生動向調査情報>

インフルエンザ様疾患発生動向

インフルエンザ様疾患は1999年第1週より急増しはじめ、第4～5週をピークとしてその後減少に転じた。第7週、8週に入って若干その下降ペースが落ちたが、その後再び減少しはじめ第11週にかけて順調に減少中である。分離ウイルスはそれまでほとんどがA/香港型であったが、2月に入ってからB型の分離数が増加している。



<病原細菌検出状況・1999年3月25日現在報告数>

検出病原菌の報告機関別集計 由来ヒト 1999年2月検出分

	地 研 保 健 所	検 疫 所	医 療* 機 関
Enteroinvasive <i>E. coli</i> (EIEC)	—	—	5
Enterotoxigenic <i>E. coli</i> (ETEC)	4 (3)	—	5
Enteropathogenic <i>E. coli</i> (EPEC)	13	—	372
Verotoxin-producing <i>E. coli</i> (EHEC/VTEC)	23	—	9
<i>E. coli</i> other/unknown	—	—	216
<i>Salmonella</i> Typhi	2 (1)	—	—
<i>Salmonella</i> 04	16 (7)	2 (2)	33
<i>Salmonella</i> 07	44 (1)	—	92
<i>Salmonella</i> 08	6	2 (2)	1
<i>Salmonella</i> 09	32	3 (3)	43
<i>Salmonella</i> 09,46	—	—	3
<i>Salmonella</i> 03,10	1 (1)	2 (2)	—
<i>Salmonella</i> 01,3,19	1 (1)	—	—
<i>Salmonella</i> 013	—	1 (1)	—
<i>Salmonella</i> others	—	1 (1)	6
<i>Salmonella</i> unknown	1	—	2
<i>Yersinia enterocolitica</i>	1	—	3
<i>Vibrio cholerae</i> 01:El Tor, Ogawa CT(+)	2 (2)	1 (1)	—
<i>Vibrio cholerae</i> non-01&0139	1 (1)	5 (5)	—
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	2 (1)	47 (47)	3
<i>Vibrio mimicus</i>	—	1 (1)	—
<i>Aeromonas hydrophila</i>	1 (1)	6 (6)	2
<i>Aeromonas sobria</i>	—	18 (18)	2
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	3 (3)	110 (110)	—
<i>Campylobacter jejuni</i>	33 (1)	—	94
<i>Campylobacter coli</i>	—	—	4
<i>Campylobacter jejuni/coli</i>	—	—	83
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	—	419
<i>Clostridium perfringens</i>	1	—	8
<i>Shigella dysenteriae</i> 9	—	1 (1)	—
<i>Shigella flexneri</i> 2a	—	1 (1)	1
<i>Shigella flexneri</i> 3a	1	—	—
<i>Shigella sonnei</i>	—	11 (11)	—
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4	—	•
<i>Streptococcus</i> group A	118	—	•
<i>Streptococcus</i> group B	10	—	•
<i>Streptococcus</i> group C	1	—	•
<i>Streptococcus</i> group G	9	—	•
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	12	—	•
Total	346 (23)	212 (212)	1406

() : 海外旅行者分再掲
• : 記載せず

注：各検査機関における集計数はそれぞれ別ルートで収集されているので、同一検査情報が他の機関から重複して報告される場合がある

* 医療機関については糞便からの検出数のみをあげた

<地研・保健所集計>

検出病原菌の地研・保健所集計 由来 ヒト 1999年2月検出分

	サ セ ン ク シ マ キ マ	フ ク シ ラ キ	イ ハ チ マ キ	サ イ タ マ	チ ハ シ	カ ナ カ マ シ	ヨ コ ハ マ シ	カ ワ サ キ シ	ヨ コ シ カ	ニ イ シ カ	フ シ カ	ナ カ コ ヤ	シ カ	キ ョ ウ ト	オ オ サ カ	コ ウ ハ シ	ヒ ロ シ マ シ	ヤ マ ケ チ	カ カ ワ	コ ウ チ			
EPEC	-	-	-	2 (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-			
EHEC/VTEC	-	-	1	-	2	1	-	-	-	4	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-			
S. TYPHI	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-	-			
SALMONELLA O4	-	-	-	2 (1)	-	-	-	-	-	-	-	7 (6)	-	2	-	-	2	-	-	1			
SALMONELLA O7	-	-	4	1 (1)	8	1	1	1	-	-	-	4	-	4	-	2	8	-	2	2			
SALMONELLA O8	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-			
SALMONELLA O9	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	3	8	-	-	-			
SALMONELLA O3,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-			
SALMONELLA O1,3,19	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
SALMONELLA UNKNOWN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-			
Y. ENTEROCOLITICA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-			
V. CHOL. O1:ELT.OGA.CT+	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-			
V. CHOLERAЕ NON-O1&O139	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (1)	-	-	-	-			
V. PARAHAE MOLYTICUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (1)	-	-	-	-			
A. HYDROPHILA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-			
P. SHIGELLOIDES	-	-	-	1 (1)	-	1 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1)	-	-	-	-			
C. JEJUNI	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (1)	20	-	3	-			
S. AUREUS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-			
C. PERFRINGENS	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
S. FLEXNERI 3A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
N. GONORRHOEAЕ	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-			
STREPTOCOCCUS A	-	2	19	-	49	-	3	-	-	-	-	-	-	3	15	-	-	-	1	26			
STREPTOCOCCUS B	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-			
STREPTOCOCCUS C	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
STREPTOCOCCUS G	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-			
S. PNEUMONIAE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	9	-	-	-	-	-			
TOTAL	1	4	21	4	3 (1)	84 (6)	2	11	2	6 (1)	1	2	4	1	1	25 (7)	13	46 (1)	11 (5)	41 (1)	1 (1)	6	30

() : 海外旅行者分再掲

<検疫所>

検出病原菌の検疫所集計 由来 ヒト 1999年2月検出分

	セ ン タ イ ウ ウ	ナ リ ク タ イ ウ ウ	ナ コ ヤ コ コ ウ ウ	カ ン ク サ ウ イ コ ウ	フ ク ク サ ウ イ コ ウ	コ ウ ケ イ コ ウ
SALMONELLA O4	-	-	1	-	-	2
SALMONELLA O8	-	1	1	-	-	2
SALMONELLA O9	1	-	-	2	-	3
SALMONELLA O3,10	-	-	-	1	1	2
SALMONELLA O13	-	1	-	-	-	1
SALMONELLA OTHERS	-	-	-	1	-	1
V. CHOL. O1:ELT.OGA.CT+	-	-	-	1	-	1
V. CHOLERAЕ NON-O1&O139	1	-	1	3	-	5
V. PARAHAE MOLYTICUS	1	14	1	22	9	47
V. MIMICUS	1	-	-	-	-	1
A. HYDROPHILA	-	1	-	3	2	6
A. SOBRIA	-	5	-	10	3	18
P. SHIGELLOIDES	1	18	5	76	10	110
S. DYSENTERIAE 9	-	-	-	1	-	1
S. FLEXNERI 2A	-	-	-	1	-	1
S. SONNEI	-	5	1	5	-	11
TOTAL	5	45	10	126	26	212

海外旅行者

検疫所検出分渡航先(抜粋)

V. cholerae O1: El Tor, Ogawa CT+: タイ
S. dysenteriae 9 : インドネシア
S. flexneri 2a : タイ・ネパール・インド
S. sonnei : インドネシア6、インド、ベトナム、マレーシア・インド、インド・パキスタン、ケニア・パキスタン

<訂正のお詫びとお願い>

Vol. 20 No. 3 p.16掲載の「チフス菌・パラチフス菌のフェージ型別成績」の表の脚注*2, *3が落ちていました。

以下の表とそっくり差し替えて下さい。

<資料> チフス菌・パラチフス菌のフェージ型別成績 (1998年12月16日~1999年2月15日受理分)

国立感染症研究所細菌部外来性細菌室

チフス

フェージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
D2	栃木県東健康福祉センター	1	1998 12
D2	栃木県東健康福祉センター	1	1999 01
E1	東京都大田区保健所	1 (1)	1999 01 *1
E1	京都市下京保健所	1	1999 01 *2
B2	山形県米沢保健所	1	1999 01
C2	札幌市保健所	1	1998 12
C4	滋賀県八日市保健所	1	1998 12
E11	東京都大田区保健所	1 (1)	1999 01 *3
DVS	兵庫県宝塚保健所	1	1999 01
UVS1	東京都多摩東村山保健所	1	1999 02
UVS3	長崎県長崎市保健所	1	1998 12
小計		11 (2)	

パラチフスA

フェージ型	所轄保健所	例数	菌分離年月
UT	札幌市保健所	1	1999 01
小計		1	
合計		12 (2)	

() : 海外輸入例再掲

DVS: Degraded Vi positive Strain
UT: Untypable strain
UVS1: Untypable Vi Strain group-1
UVS3: Untypable Vi Strain group-3

薬剤耐性

*1: CP, TC, SM, ABPC, SXT
*2: SM
*3: TC

地研・保健所集計 由来 ヒト(つづき)

フ	ナ	ク	オ	ミ	コ	
カ	マ	オ	ヤ	ウ		
オ	サ	モ	イ	サ	ケ	
カ	キ	ト	タ	キ	イ	
シ	シ					
-	-	-	-	1	4(3)	ETEC
-	3	-	-	1	13	EPEC
2	-	3	-	-	23	EHEC/VTEC
-	-	-	-	-	2(1)	S.TYPHI
-	-	-	-	2	16(7)	SALMONELLA O4
1	1	-	1	3	44(1)	SALMONELLA O7
-	-	-	-	-	6	SALMONELLA O8
-	-	-	-	2	32	SALMONELLA O9
-	-	-	-	-	1(1)	SALMONELLA O3,10
-	-	-	-	-	1(1)	SALMONELLA O1,3,19
-	-	-	-	-	1	SALMONELLA UNKNOWN
-	-	-	-	-	1	Y. ENTEROCOLITICA
-	-	-	-	-	2(2)	V. CHOL. O1:ELT. OGA. CT+
-	-	-	-	-	1(1)	V. CHOLERAE NON-O1&O139
-	-	-	-	-	2(1)	V. PARAHAEMOLYTICUS
-	-	-	-	-	1(1)	A. HYDROPHILA
-	-	-	-	-	3(3)	P. SHIGELLOIDES
-	-	-	-	2	33(1)	C. JEJUNI
-	-	-	-	-	4	S. AUREUS
-	-	-	-	-	1	C. PERFRINGENS
-	-	-	-	-	1	S. FLEXNERI 3A
-	-	-	-	-	4	N. GONORRHOEAE
-	-	-	-	-	118	STREPTOCOCCUS A
-	-	-	-	-	10	STREPTOCOCCUS B
-	-	-	-	-	1	STREPTOCOCCUS C
-	-	-	-	-	9	STREPTOCOCCUS G
-	-	-	-	-	12	S. PNEUMONIAE
3	1	3	3	3	12	346(23) TOTAL

() : 海外旅行者分再掲

<ウイルス検出状況・1999年3月19日現在報告数>

検体採取月別，由来ヒト PCR検出分(1999年3月19日現在累計)

	9797	97	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	99	9999	コ	
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	ウ
	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	カ	ケ
	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	ツ	イ
INF. A(H3)	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
INF. A H3N2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MUMPS	-	-	1	1	1	-	6	3	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	15
MEASLES	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	-	-	-	1	-	-	6
RUBELLA	-	-	-	-	-	2	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
ROTA A	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	3	1	-	-	-	6
CALICI	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SRSV	-	3	26	13	9	6	7	6	-	2	3	8	16	42	34	6	-	181	
ADENO NT	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ADENO 41	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ADENO40/41	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HSV NT	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
HSV 1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
EBV	1	-	-	-	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
VZV	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	5
CMV	1	3	2	2	4	4	3	2	1	-	1	2	2	1	-	-	-	-	28
HHV 6	1	1	-	3	-	2	-	3	1	5	3	1	1	4	1	-	-	-	26
HHV 7	-	-	-	1	1	2	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	8
HEPATITISA	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PARVO B19	-	-	-	-	1	-	9	4	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	18
R. TSUTSUG.	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
C. TRACHOMA	-	2	2	3	1	1	5	6	4	3	2	4	5	3	1	2	2	-	46
TOTAL	5	9	33	26	23	14	37	35	15	9	13	16	18	23	51	39	11	-	377

<医療機関集計>

検出病原菌の医療機関集計 由来 ヒト(1999年3月25日現在報告数)

分離材料：糞便

	1999年2月 検出分 (当月分)	1998年2月 検出分 (前年同月分)	98年9月~ 99年2月累積 (本年累積)	97年9月~ 98年2月累積 (前年累積)
S. TYPHI	-	1	1	7(2)
S. PARATYPHI A	-	1	3(1)	4(1)
SALMONELLA O4	33	13	203	230
SALMONELLA O7	92	15	267	196
SALMONELLA O8	1	-	49	65
SALMONELLA O9	43	60	995	1187
SALMONELLA O9.46	3	-	8	5
SALMONELLA O3.10	-	1	7	3
SALMONELLA O1.3.19	-	1	2	9
SALMONELLA O13	-	1	3	2
SALMONELLA O18	-	-	-	5
SALMONELLA OTHERS	6	1	34	40
SALMONELLA UNKNOWN	2	2	28	18
Y. ENTEROCOLITICA	3	5	78	85
Y. PSEUDOTUBERCULOSIS	-	-	1	-
V. CHOL. O1:ELT. OGA. CT+	-	1(1)	2(2)	5(4)
V. CHOL. NON-O1&O139	-	-	1	4
V. PARAHAEEMOLYTICUS	3	6(1)	1088	639(1)
V. FLUVIALIS	-	-	5	6
V. MIMICUS	-	-	2	2
A. HYDROPHILA	2	5	67	56
A. SOBRIA	2	4	24	28
A. HYDROPHILA/SOBRIA	-	8	94	67
P. SHIGELLOIDES	-	3(1)	16(1)	19(1)
C. JEJUNI	94	89	718(2)	756(1)
C. COLI	4	1	21	21(1)
C. JEJUNI/COLI	83	109	1112(1)	1127
S. AUREUS	419	461	2976	2774
C. PERFRINGENS	8	11	44	46
B. CERES	-	-	3	8
B. THURINGIENSIS	-	-	1	-
E. HISTOLYTICA	-	-	2	-
EIEC	5	1	27	24
EETC	5	25	142	166
EPEC	372	246(1)	2024(3)	1826(1)
EHEC/VTTC	9	8	152	131
E. COLI OTHER/UNKNOWN	216	263	1509	1695
S. DYSENTERIAE 2	-	-	-	1
S. FLEXNERI 2A	1	-	3(1)	1
S. FLEXNERI 3A	-	1(1)	-	1(1)
S. BOYDII 2	-	-	1(1)	-
S. BOYDII 4	-	-	1	-
S. BOYDII NT	-	-	-	1
S. SONNEI	-	2(1)	12(4)	12(5)
T O T A L	1406	1345(6)	11726(16)	11272(18)

分離材料：穿刺液(胸水、腹水、関節液など)

E. COLI	56	80	461	457
K. PNEUMONIAE	25	40	238	246
H. INFLUENZAE	4	4	40	14
P. AERUGINOSA	36	57	435	372
MYCOBACTERIUM SPP.	2	3	16	5
S. AUREUS	104	137	885	741
STAPHYLOCOCCUS. COAG-	72	70	506	483
S. PNEUMONIAE	-	7	32	32
ANAEROBES	48	67	420	412
T O T A L	347	465	3033	2762

分離材料：髄液

E. COLI	-	2	9	5
H. INFLUENZAE	2	4	29	24
L. MONOCYTOGENES	-	-	3	-
S. AUREUS	6	7	48	45
STREPTOCOCCUS B	-	1	8	5
S. PNEUMONIAE	5	7	36	26
T O T A L	13	21	133	105

分離材料：血液

	1999年2月 検出分 (当月分)	1998年2月 検出分 (前年同月分)	98年9月~ 99年2月累積 (本年累積)	97年9月~ 98年2月累積 (前年累積)
E. COLI	44	86	449	451
S. TYPHI	-	-	3	2
S. PARATYPHI A	-	-	-	1
SALMONELLA SPP.	6	3	21	16
H. INFLUENZAE	2	6	27	28
N. MENINGITIDIS	-	-	-	1
L. MONOCYTOGENES	-	-	-	6
P. AERUGINOSA	20	22	212	172
S. AUREUS	103	102	762	758
STAPHYLOCOCCUS. COAG-	117	165	1031	1013
STREPTOCOCCUS B	-	9	32	35
S. PNEUMONIAE	14	15	73	75
ANAEROBES	12	19	98	95
PLASMODIUM SPP.	-	-	-	1
T O T A L	318	427	2708	2654

分離材料：咽頭および鼻咽喉からの材料

B. PERTUSSIS	-	-	1	-
H. INFLUENZAE	902	1726	7114	7843
N. MENINGITIDIS	-	-	27	-
STREPTOCOCCUS A	612	874	4009	5506
S. PNEUMONIAE	712	986	4912	4751
C. DIPHTHERIAE	-	-	-	1
T O T A L	2226	3586	16063	18101

分離材料：喀痰、気管吸引液および下気道からの材料

M. TUBERCULOSIS	347	410	2413	2570
K. PNEUMONIAE	696	819	5944	5194
H. INFLUENZAE	536	705	3684	3406
L. PNEUMOPHILA	-	-	4	1
P. AERUGINOSA	1772	2084	13839	13583
S. AUREUS	3344	3552	20203	18863
STREPTOCOCCUS A	37	37	269(5)	246
STREPTOCOCCUS B	345	385	2106	2112
S. PNEUMONIAE	559	751	3514	3348
ANAEROBES	28	20	207	122
M. PNEUMONIAE	4	2	15	34
T O T A L	7668	8765	52198(5)	49479

分離材料：尿

E. COLI	2204	2716	16710	17212
ENTEROBACTER SPP.	199	254	1797	2154
K. PNEUMONIAE	433	511	3839	3950
ACINETOBACTER SPP.	59	114	657	728
P. AERUGINOSA	963	1283	8194	8386
S. AUREUS	621	815	4540	5024
STAPHYLOCOCCUS. COAG-	950	1168	7083	7315
ENTEROCOCCUS SPP.	1708	2295	12187	13164
C. ALBICANS	334	384	2285	2739
T O T A L	7471	9540	57292	60672

分離材料：陰部尿道頸管擦過(分泌物)

N. GONORRHOEAE	128	147	982	848
STREPTOCOCCUS B	619	791	4815	4505
C. TRACHOMATIS	232	229	1726	1303
UREAPLASMA	-	2	28	17
C. ALBICANS	738	1169	6089	6414
T. VAGINALIS	17	56	157	293
T O T A L	1734	2394	13795	13380

() : 海外旅行者分再掲

医療機関において検出された *Staphylococcus aureus* の内訳(再掲) 1999年2月検出分 (1999年3月25日現在報告分)

	分離材料					
	糞便	穿刺液	髄液	血液	喀痰・気管吸引液 および下気道	尿
MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)	272	57	2	62	2459	428
MSSA(メチシリン感受性黄色ブドウ球菌)	133	42	1	36	737	149

報告機関別，由来ヒト（つづき）

	ワ カ ヤ マ	ト ッ ト リ	シ マ ネ	オ カ ヤ マ	ヒ ロ シ マ	ヒ ロ シ マ シ	ヤ マ ケ チ	ト ク シ マ	カ カ ワ	エ ヒ メ	コ ウ チ	フ ク オ カ	フ ク オ カ シ	キ タ キ ウ シ ウ シ	ク マ モ ト	オ オ イ タ	ミ ヤ サ キ	カ コ シ マ	オ キ ナ ワ	コ リ ク ツ キ ョ ウ ト	コ リ ク ツ セ ン タ イ	コ ウ ケ イ
COXSA.A2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
COXSA.A4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4	
COXSA.A6	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	
COXSA.A9	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
COXSA.A10	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
COXSA.A16	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	6	2	-	-	-	3	-	-	-	9	64	
COXSA.B1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	17	
COXSA.B2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	1	-	49	
COXSA.B3	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	
COXSA.B4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	
COXSA.B5	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
ECHO 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ECHO 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	13	
ECHO 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 9	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ECHO 11	24	2	16	6	4	4	10	-	4	1	-	3	-	2	-	-	4	9	-	1	110	
ECHO 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	
ECHO 16	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 17	-	-	7	-	7	13	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	30	
ECHO 18	8	-	-	-	-	2	-	-	4	-	3	-	1	-	-	3	-	-	-	4	44	
ECHO 22	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	4	
ECHO 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 30	1	-	1	2	1	-	-	33	10	-	-	1	-	2	2	1	5	-	-	-	202	
POLIO 1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
POLIO 2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
POLIO 3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	8	
ENTERO71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4	
INF.A(H1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
INF.A H1N1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
INF.A(H3)	6	-	18	7	-	95	-	174	151	-	42	44	-	5	-	73	1	-	-	-	1773	
INF.A H3N2	-	23	-	-	97	-	1	7	-	-	-	-	6	-	53	-	-	2	-	7	1145	
INF.B	-	5	-	-	70	45	14	2	40	37	1	-	11	-	4	10	10	-	-	-	641	
PARAINF.1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	
PARAINF.2	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	28	
PARAINF.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6	
RS	-	-	-	-	-	4	-	-	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	96	
MUMPS	-	5	-	1	-	1	-	1	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	
MEASLES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5	
ROTA NT	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	12	
ROTA A	7	12	2	-	5	-	-	30	-	4	-	-	-	-	6	3	7	-	5	-	230	
ROTA C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
CALICI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	4	
ASTRO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
SRSV	-	-	-	3	1	10	-	-	11	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	59	
ADENO NT	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	6	
ADENO 1	1	1	1	-	-	11	-	1	7	-	-	2	1	-	3	-	-	-	-	-	66	
ADENO 2	2	4	-	2	1	9	-	-	8	1	-	3	-	2	1	1	-	-	-	-	86	
ADENO 3	-	2	7	8	2	25	-	-	3	4	-	4	11	-	-	1	1	-	-	3	186	
ADENO 4	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ADENO 5	-	-	-	1	-	-	-	-	1	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	26	
ADENO 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10	
ADENO 7	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	24	
ADENO 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 11	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	
ADENO 19	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	6	-	-	2	-	-	-	-	-	-	16	
ADENO 31	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 37	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
ADENO40/41	-	5	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
HSV NT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
HSV 1	-	2	-	1	6	7	-	2	8	14	1	-	1	-	2	-	1	-	-	-	82	
HSV 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
CMV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	
VIRUS NT	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
C. TRACHOMA	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	36	
M. PNEUMON.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
TOTAL	55	72	71	39	197	254	26	14	321	314	14	61	75	42	18	87	121	24	2	5	62	5292

感染年齢別，1998年10月～1999年3月累計（1999年3月19日現在）

	年 齢（歳）										年 齢 群											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	15	20	30	40	50	60	70	フ メ イ	ゴ ウ ケ イ		
COXSA.A2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
COXSA.A4	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
COXSA.A6	1	8	2	3	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	
COXSA.A9	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
COXSA.A10	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
COXSA.A16	2	14	10	10	14	4	3	3	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	64	
COXSA.B1	-	2	3	3	4	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	
COXSA.B2	7	5	10	11	4	3	5	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	
COXSA.B3	5	6	4	2	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	
COXSA.B4	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
COXSA.B5	2	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
ECHO 3	1	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ECHO 4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 6	2	1	1	-	3	4	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
ECHO 7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 9	1	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ECHO 11	14	12	12	20	14	8	6	9	2	3	7	1	-	-	1	-	-	-	1	110		
ECHO 14	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
ECHO 16	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 17	2	1	1	-	1	5	2	8	-	3	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	30	
ECHO 18	11	1	-	4	7	5	5	6	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	44		
ECHO 22	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
ECHO 25	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ECHO 30	20	13	10	16	48	23	24	10	11	3	15	1	3	2	-	-	-	-	3	202		
POLIO 1	5	2	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
POLIO 2	8	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	
POLIO 3	2	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	
ENTERO71	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	
INF.A(H1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
INF.A H1N1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
INF.A(H3)	142	299	215	176	161	103	65	60	60	29	147	71	64	60	29	21	22	24	25	1773		
INF.A H3N2	73	161	97	70	88	50	42	34	49	31	110	58	61	69	40	31	30	32	19	1145		
INF.B	6	18	31	34	37	47	48	59	58	55	192	24	6	9	2	-	-	-	15	641		
PARAINF.1	1	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
PARAINF.2	1	4	3	1	3	7	1	4	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	28		
PARAINF.3	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	6	
RS	27	29	17	12	5	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	
MUMPS	-	5	6	4	7	2	4	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	
MEASLES	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
ROTA NT	1	4	1	3	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	12	
ROTA A	50	75	27	14	14	5	3	4	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	36	230		
ROTA C	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5	
CALICI	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	
ASTRO	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4	
SRSV	3	18	11	2	5	2	4	2	-	2	2	-	1	-	1	1	-	-	5	59		
ADENO NT	1	2	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
ADENO 1	12	21	8	5	7	8	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	66		
ADENO 2	16	32	9	10	8	7	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	86	
ADENO 3	2	13	14	28	22	34	25	17	12	3	6	-	2	5	-	-	-	-	3	186		
ADENO 4	-	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	6	
ADENO 5	4	6	4	1	5	2	2	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	26	
ADENO 6	2	6	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	
ADENO 7	2	4	-	5	2	-	4	-	1	-	4	-	-	2	-	-	-	-	-	-	24	
ADENO 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 11	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	
ADENO 19	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	5	3	2	4	-	-	-	-	16	
ADENO 31	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
ADENO 37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	4	
ADENO40/41	3	3	-	1	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	
HSV NT	-	4	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	
HSV 1	4	18	12	3	8	3	3	2	3	2	7	4	4	3	3	-	-	1	2	82		
HSV 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	1	1	-	-	6	
CMV	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
VIRUS NT	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
C.TRACHOMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	15	10	3	2	1	-	-	-	36	
M.PNEUMON.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
TOTAL	446	820	523	446	488	333	261	226	212	142	513	167	172	170	86	61	54	58	114	5292		

分離・同定、抗原、核酸（非増幅）、電顕による検出を集計

EHEC/VTEC 情報 1999年3月25日現在報告分 (遠報)

報告機関名	地・保 医の別	検体採取 年月日	血清型	V T 産生性	毒素検出方法	V T型	年齢	性	臨床症状	備考	
仙台市	地・保	99. 1. 12	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	10歳	男	血便、下痢、腹痛、発熱	PFGE Deg.	
秋田県	医 地・保	99. 2. 19	OUT:HNT	+	EIA 直接法 PCR PCR PCR PCR PCR	不明	20歳	女	下痢 無症状 (給食従事者検便) 無症状 (給食従事者) 無症状 無症状 (給食従事者)	集会会食 集発 eaeA+ PCR eaeA-	
		99. 2. 23	O26:H-	+		VT 1	不明	女			
		99. 2. 23	O26:H-	+		VT 1	不明	女			
		99. 2. 26	O26:H-	+		VT 1	69歳	女			
		99. 2. 26	O26:H-	+		VT 1	67歳	女			
99. 3. 9	O165?:HNM*	+	VT 2	39歳	女						
福島県	地・保	99. 2. 24	O128:HNT	+	RPLA、PCR	VT1&2	44歳	女	無症状		
千葉県	地・保	99. 2. 5	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	4歳	女	下痢、腹痛		
		99. 2. 17	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	21歳	男	血便、下痢、腹痛		
横浜市	地・保	98. 8. 22	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	23歳	男	血便、下痢、腹痛 血便、下痢、腹痛、嘔吐 無症状 無症状 血便、下痢 血便、下痢、腹痛 腹痛、嘔吐 下痢、腹痛 血便、下痢、発熱39.0℃ 無症状 無症状 無症状	家族	
		98. 8. 25	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	9歳	男			
		98. 8. 28	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	67歳	男			
		98. 8. 28	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	64歳	女			家族
		98. 8. 26	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	27歳	女			
		98. 8. 26	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	18歳	男			家族
		98. 8. 29	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	7歳	女			
		98. 9. 3	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	8歳	女			家族
		98. 9. 7	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT 2	3歳	女			
		98. 9. 10	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT 2	6歳	男			家族
		98. 9. 10	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT 2	3歳	女			
		98. 9. 10	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT 2	33歳	女			
		98. 9. 11	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT 2	9歳	男			
石川県	地・保 医	99. 2. 2	OUT:HNT	+	RPLA	VT 1	31歳	女	無症状		
		99. 2. 3	OUT:HNT	+	不明	不明	不明	女	不明		
	地・保 医 地・保	99. 2. 16	OUT:HNT	+	RPLA	VT 1	48歳	女	無症状		
		99. 2. 17	OUT:HNT	+	RPLA	VT 1	54歳	女	無症状		
		99. 2. 19	OUT:HNT	+	不明	不明	不明	女	不明		
99. 2. 23	OUT:HNT	+	RPLA	VT 1	42歳	女	無症状				
長野県	医	98. 9. 26	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	91歳	女	血便、下痢、発熱37.7℃		
		98. 9. 29	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	25歳	男	血便、下痢、腹痛		
		98. 10. 11	O111:HNT	+	RPLA	VT 1	74歳	男	血便、下痢、嘔吐		
		98. 10. 13	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	29歳	男	下痢、腹痛		
		99. 2. 15	O157:H7	+	RPLA	VT 2	56歳	男	下痢、発熱		
岐阜県	地・保	98. 3. 12	O26:HNT	+	RPLA、PCR	VT 1	3歳	男	血便、嘔吐、発熱	家族 (兄)	
		98. 8. 22	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	2歳	男	不明		
		98. 8. 22	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	4歳	男	無症状		
		98. 9. 14	O26:HNT	+	PCR	VT 1	1歳	女	血便、下痢、腹痛	家族 (妹) 家族 (妹)	
		98. 9. 25	O18:H-	+	不明	不明	不明	不明	不明		
		98. 9. 29	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	3歳	男	血便、下痢、腹痛		
		98. 10. 31	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	24歳	男	下痢、腹痛、発熱		
		98. 11. 4	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	11歳	女	血便、下痢、腹痛、発熱		
		98. 11. 4	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	8歳	女	血便、下痢、腹痛、発熱		
		99. 1. 12	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	4歳	女	不明		
		99. 1. 12	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	2歳	女	無症状		
99. 1. 16	O157:HNT	+	PCR	VT1&2	7歳	男	血便、下痢、腹痛、発熱				
大阪府	地・保	98. 7. 30	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	44歳	女	血便、下痢、腹痛、嘔吐	家族 (母親) 家族 (母親)	
		98. 7. 31	O157:H7	+	RPLA	VT 2	23歳	男	血便、下痢、腹痛、発熱37.1℃		
		98. 8. 18	O157:H7	+	RPLA	VT 2	20歳	男	無症状		
		98. 11. 14	O26:H11	+	RPLA	VT 1	69歳	女	血便、下痢、腹痛、発熱、嘔気		
		99. 1. 19	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	58歳	男	血便、下痢、腹痛、風邪症状		
		99. 1. 25	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	19歳	男	下痢、腹痛		
		99. 2. 4	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	51歳	女	無症状		
		99. 1. 29	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	5歳	男	HUS、血便、下痢、腹痛		
		99. 2. 2	O157:H7	+	RPLA	VT1&2	30歳	女	無症状		
99. 2. 8	O157:H7	+	RPLA	VT 2	22歳	男	無症状				
神戸市	地・保	99. 2. 18	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	16歳	女	血便		
岡山県	医	99. 2. 15	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	42歳	男女	血便、下痢		
		99. 2. 24	O157:HNT	+	RPLA	VT1&2	53歳	男女	不明		
山口県	地・保	99. 1. 16	O157:H7	+	RPLA、PCR	VT1&2	19歳	男	下痢、腹痛		

* 074とクロス、CT感受性

EHEC/VTEC情報(つづき)

報告機関名	地・保 医の別	検体採取 年月日	血清型	V T 産生性	毒素検出方法	VT型	年齢	性	臨床症状	備考
香川県	地・保	98.11.25	O103:H7	+	PCR	VT1&2	1歳	女	血便	
福岡市	医 地・保	99.2.5	O157:H7	+	PCR、EIA PCR、EIA PCR、EIA RPLA、PCR	VT1&2	65歳	女	血便、下痢、腹痛 下痢、発熱37.5℃ 無症状 無症状 (上記2名喫食飲食店従業員)	飲食店* 集発
		99.2.17	O157:H7	+		VT1&2	27歳	女		
		99.2.27	O157:H7	+		VT1&2	45歳	女		
		99.2.26	O157:H7	+		VT2	52歳	男		
熊本県	地・保	99.2.4	O157:H7	+	RPLA、PCR RPLA、PCR RPLA、PCR	VT2	2歳	女	血便、下痢、腹痛 無症状 無症状	家族 (兄弟)
		99.2.22	O157:H7	+		VT2	3歳	男		
		99.2.22	O157:H7	+		VT2	7歳	女		

* 生レバー等を喫食

流行・集団発生に関する情報 1999年3月25日現在報告分(速報)

原因菌	発生期間	報告 地研名	原因施設	摂取場所	推定される原因		患者数/摂取者数	菌陽性/被験者数 者数	
					原因食品	発生原因			
病原性大腸菌 EHEC/VTEC O157:H7 *VT2	1998. 6. 9-25	沖縄県	保育園			二次感染	4/ 42	8/ 97	
	1999.2.17-3.1	福岡市	飲食店	飲食店	牛生レバー	原材料汚染	3/ 30	3/ 15	
	*VT1&2、牛生レバー(冷凍品、別ロット品)、ふきとり(なま板等4カ所)からO157:H7 VT2 検出、患者2名は市外在住者、従業員1名からもO157:H7 VT2を検出								
	026:H7 98.5.20-6.1	沖縄県	保育園					7/ 56	16/ 105
	*VT1								
	6. 1-7.3	沖縄県	保育園				二次感染	4/ 128	8/ 97
	*VT1								
	7. 9-30	沖縄県	保育園				二次感染	1/ 77	2/ 50
	*VT1								
	9.11-11.3	沖縄県	保育園					4/ 84	7/ 77
*VT1、浴室床面、排水溝からも同型菌検出									
10.14-11.1	沖縄県	保育園				二次感染	1/ 15	2/ 21	
*VT1									
026:H11 10.29-11.13	沖縄県	保育園					1/ 24	3/ 24	
*VT1、浴室床面から026:H7 VT1 検出									
他の病原性大腸菌	11.26	岐阜県					2/ 2	2/ 2	
ソルネ赤痢菌	98.11.13-12.3	長崎県				不明	10/	10/ 600	
*飲食店を営む家族内で赤痢が発生し、接触者について検便検査を実施									
サルモネラ	99. 1. 1-2.28	兵庫県				不明	7/	7/ 12	
07 S.Oranienburg *患児は淡路島全域、1例以外接触認められず、共通食品も考えられない。詳細は本号 8ページ参照									
09 S.Enteritidis	5.15	沖縄県	飲食店	飲食店			7/ 25	3/ 3	
*従業員1名検便からもS.Enteritidis 検出、PFGE同一パターン									
	10.13	沖縄県	老人ホーム	老人ホーム	卵類加工品	加熱不足	42/ 86	21/ 22	
腸炎ビブリオ 型不明	98. 8.25	岐阜県	家庭		ゆでかに		9/ 10	9/ 9	
	8.27	岐阜県	飲食店		仕出し弁当		23/ 68	23/ 23	
	99. 2. 4-5	関西空港 検疫所		バンコク市内の飲食店	ロブスター	加熱不足	7/ 98	6/ 7	
03:K6	98.10. 3	沖縄県	飲食店	事業所	にぎり寿司	原材料汚染	38/ 50	6/ 17	
*TDH+、V.parahaemolyticusが検出されなかった患者1名からA.sobriaが検出された									
*TDH+、にぎり寿司(エビ、スズキ、カジキ)からも同型菌検出									
エロモナス・ ヒドロフィラ	98.12. 1-2	沖縄県	旅館・ホテル	旅館・ホテル	複合調理食品		66/ 171	6/ 32	
カンピバクター・ ジジニ	98. 4.21-22	沖縄県	飲食店	飲食店	地鶏の刺身	原材料汚染	16/ ?	8/ 16	
*地鶏の刺身(レバー)からも同菌検出									
	5.11	沖縄県	飲食店	飲食店	鶏のささみ、レバー	原材料汚染	5/ 8	3/ 5	
*鶏のささみ、レバーからも同菌検出									
	6. 1-3	沖縄県	公民館	公民館	山羊の刺身	原材料汚染	10/ 24	4/ 5	
	6.17	沖縄県	旅館・ホテル	旅館・ホテル	鶏のたたき	原材料汚染	22/ 24	13/ 24	

流行・集発情報（つづき）

原因菌	発生期間	報告地 地名	原因施設	摂取場所	推定される原因		患者数/摂食者数	菌陽性/被験者数	
					原因食品	発生原因		者数	者数
黄色ブドウ球菌	98. 8.16	沖縄県	キャンプ場	キャンプ場	おにぎり	長時間経過	8/ 8	2/	3
	9.21	岐阜県	家庭		おにぎり、フライドチキンから 菓子（栗きんとん）		4/ 20	2/	?
	11.26	沖縄県	旅館・ホテル	旅館・ホテル	複合調理食品		29/ 39	1/	3
	12.17	岐阜県					2/ 2	2/	2

ウイルス起因を疑う胃腸炎集団発生 1999年3月25日現在報告分（速報）

原因ウイルス	発生期間	報告地 地名	感染・接触場所	伝播経路	推定 媒介食品	患者数/摂食者数	ウイルス感染/被験者数 陽性者数
SRSV (小型球形ウイルス)	98.12.18-20	岡山県	飲食店	食品媒介 (単一暴露の疑い)		34/ 45	18/ 19
A群ロタウイルス	99. 1.23	広島市	飲食店	食品媒介 (単一暴露の疑い)		36/ ?	6/ 10

食品検査情報 1999年2月（1999年3月25日現在報告分）

報告地 地名	検体数	材料（国産or輸入）：検出病原菌（陽性検体数）：備考
仙台市	11	惣菜（国産）：S.aureus（2）：1999年1月分
新潟市	3	生食用カキ（国産）：C.perfringens（3）
富山県	1	鶏もも肉（不明）：C.jejuni（1）：1999年1月分
滋賀県	20	弁当（国産）：B.cereus（2）：青菜と切りソーセージ炒め1件、たくあん1件
広島市	1	カキ：SRSV（1）：PCRで検出：検体採取年月日1999年1月21日
	1	カキ：SRSV（1）：PCRで検出：検体採取年月日1999年2月15日
大分県	10	エビ（輸入）：V.parahaemolyticus（7）、V.cholerae non-01 & 0139（4）、V.fluvialis（2）：1999年1月分
鹿児島県	3	鶏肉（手羽元）（国産）：C.jejuni（1）：1998年6月分
	27	鶏肉（国産）：C.jejuni（17）、C.coli（3）：食中毒の遡り調査：1998年7月分

環境汚染調査情報 1999年2月(1999年3月25日現在報告分)

報告地研名	検体数	材料：検出病原菌(陽性検体数)：備考
神奈川県	10	河川水： <i>V.cholerae</i> non-01 & 0139 (2)
川崎市	15	河川水： <i>V.parahaemolyticus</i> (2)、 <i>V.cholerae</i> non-01 & 0139 (5)、 <i>Salmonella</i> 04 <i>S.Chester</i> (2)、03,10 <i>S.Muenster</i> (2)、07 <i>S.Oranienburg</i> (2)
静岡市	6 4	河川水： <i>Salmonella</i> 07 <i>S.Othmarschen</i> (1)：通年定点観測 河川水： <i>V.cholerae</i> non-01 & 0139 (1)、 <i>A.sobria</i> (2)、 <i>A.hydrophila</i> (3)：定点観測
長崎市	6	冷却塔水： <i>L.pneumophila</i> serogroup 1 (1)
鹿児島県	1 1 5 1 1	下水：EHEC/VTEC O157:H7 VT2 (1)：2コロニー検出：1998年4月分 下水：EHEC/VTEC O157:H7 VT1&2 (1)：VT1&2 67コロニー、VT2 27コロニー、VT1 1コロニー、VT- 13コロニー、計 108コロニー検出：1998年5月分 下水：EHEC/VTEC O157:H7 VT2 (2)：下水1 1コロニー、下水2 9コロニー：1998年9月分 下水：EHEC/VTEC O157:H7 VT1&2 (1)：12コロニー検出：1998年10月分 下水：EHEC/VTEC O157:H7 VT2 (1)：1コロニー検出：1998年11月分

重要と思われる症例に関する情報 1999年3月25日現在報告分(速報)

報告地研名	検体採取年月日	検体の種類	検出病原菌種・菌型	年齢・月齢	性	臨床診断名・症状	基礎疾患等
青森県	99. 2. 5 99. 2. 16	血液 血液	<i>Staphylococcus capitis</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	85歳 59歳	男 男	発熱、菌血症 発熱、菌血症	下垂体機能低下症 肝炎
沖縄県	98. 7. 30	背中の水疱	<i>Streptococcus pyogenes</i> T型別不能 SPE A+B+C	72歳	男	皮下組織壊死、ショック症状、DIC	アルコール性肝硬変、 膠原病
大阪府	99. 1. 7 1. 8	喀痰 胸水	<i>Streptococcus pyogenes</i> T1 M1、SPE A+B	44歳	男	咽頭痛、肺炎、呼吸困難、 血圧低下	基礎疾患なし、死亡
山口県	99. 1. 11	右大腿壊死組織	<i>Streptococcus pyogenes</i> T1 M1、SPE A+B	71歳	男	血圧低下、右下腿壊死、 急性腎不全	糖尿病、死亡
徳島県	99. 1. 5	不明	<i>Streptococcus pyogenes</i>	60歳	女	左大腿痛、DIC、壊死性筋膜炎	基礎疾患なし

The National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases in compliance with the enforcement of the new Infectious Diseases Control Law

The National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases (NESID) in Japan started in 1981 consists of 1) sentinel surveillance for occurrence of patients of 27 kinds of infectious diseases other than legally notifiable diseases, and 2) infectious agents surveillance. The surveillance, however, has not been based upon any legal basis.

In April 1999, the Communicable Disease Prevention Law in effect since 1897, the Venereal Disease Prevention Law since 1948, and the AIDS Prevention Law since 1989 have been abrogated and the Law Concerning the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients of Infections (hereafter referred to as the new Infectious Diseases Control Law) is being enacted. In this new law, the NESID program is defined as one of the main objects. Intensifying the surveillance system based on notification from physicians, collection, comprehension and analysis of the incidence and the trend of infectious diseases, and feedback of such information are proposed; moreover active surveillance has been introduced for epidemiological investigation. Since the information of infectious agents is essential for providing adequate medical care to patients and important to prevent and control the spread of infectious diseases, it is necessary to collect, analyze, and publish the information on infectious agents. It is required that these information published benefit the general public as well as those working in medical fields.

The purpose of the new NESID program is settled in compliance with the new Infectious Diseases Control Law to promote effective and accurate infectious disease control measures by reinforcing and expanding the conventional surveillance system, restructuring the computer-network system to obtain, analyze, and quickly publish the information on a nation-wide scale and conducting active surveillance. Government and local governments (prefectures and cities including special wards having health centers) are responsible for conducting the surveillance.

Target diseases: In the new Infectious Diseases Control Law, all infectious diseases of new categories I through IV are designated as the targets of the NESID (Table). All category I through III infectious diseases and 33 kinds of category IV diseases are required notifying all the cases, and 28 kinds of category IV are surveyed on the basis of the reports from the sentinel clinics and hospitals. With regard to all category I and four kinds of category II infectious diseases (cholera, shigellosis, typhoid fever, and paratyphoid fever), patients, suspected cases, and asymptomatic carriers are the targets. Of category II infectious diseases, patients and asymptomatic carriers of diphtheria and acute poliomyelitis and those of enterohemorrhagic *Escherichia coli* infection of category III are the targets.

Organization of the surveillance system: As the organization to play a central role in the national surveillance, the national infectious disease surveillance center has been organized. The Infectious Disease Surveillance Center (IDSC) of the National Institute of Infectious Diseases (NIID) fulfils the function. A district infectious disease surveillance center has been organized by each local government, and it is placed mainly in the prefectural/municipal public health institute (referred to as PHI) to conduct the surveillance within the district. In each prefecture, one of district infectious disease surveillance centers is assigned for the key district infectious disease surveillance center, which collects and analyzes the information from the whole area of the prefecture and forwards the results to the rest of district infectious disease surveillance centers. With participation of experts on infectious diseases in different fields, a national committee of infectious disease surveillance is organized in the Ministry of Health and Welfare and a district committee of infectious disease surveillance in the local government.

Surveillance for category I, II and III infectious diseases:

Physicians diagnosing target infectious diseases The physician who has diagnosed any of the target infectious diseases must report immediately the name, age and sex of the patients and other information on the reporting form to the nearby health center. When the health center requires tests for the etiological agent, the physician will send the available specimens and/or the information on the infectious agent to the PHI.

Health centers The health center must immediately forward the patient information to the health department of the local government (local health department) and the district infectious disease surveillance center via computer-network system. When necessary, the health center will ask the physician to send the specimens and/or information on the etiology of the infection to PHI.

The health center must also distribute the information on the incidence of target diseases and their infectious agents obtained from the district infectious disease surveillance center to the municipalities, the medical institutions concerned, the Medical Association, the Board of Education, etc. through weekly and monthly reports or other media.

The health center receiving any notification on category I to III infectious diseases must inform the incident (except for the information on the patient's privacy) to the above-described organizations.

PHIs PHI conducts the laboratory tests requested and sends the results to the physician through the health center. The information on the infectious agents sent by the physician and the results of the laboratory tests must be sent to the health centers, the local health department, and the district infectious disease surveillance center.

Any tests difficult to conduct at PHI are transferred to the NIID.

NIID The NIID conducts the laboratory test requested and reports the results to the PHI and the national infectious disease surveillance center.

Local health departments Upon receiving the patient information from a health center by electronic telecommunication, the local health department must send the information to the national infectious disease surveillance center through the computer-network system. The information on the infectious agents including the results of the tests sent from the PHI should also be reported immediately to the national infectious disease surveillance center.

District (key district) infectious disease surveillance centers The district infectious disease surveillance center should collect and analyze the information on incidence of target diseases and their infectious agents (including that on the results of the tests conducted by PHI) and convey the information to health centers and other institutions concerned through weekly report or other media together with the published information on the whole country obtained from the national infectious disease surveillance center. The key district infectious disease surveillance center must furnish the information in the prefecture to the district infectious disease surveillance centers and other organizations together with the information on the whole country.

National infectious disease surveillance center The national infectious disease surveillance center must immediately compile, analyze and evaluate the patient information received from the local health departments and send the information on incidence of target diseases in the whole country to the local health departments through weekly report or other media together with that of category IV infectious diseases. The information on infectious agents are analyzed and evaluated, and the results are to be sent immediately to the local health departments and, if necessary, published in weekly report or other media.

Surveillance for category IV infectious diseases (required notifying all the cases):

Physicians diagnosing target infectious diseases The physician who has diagnosed any of the target infectious diseases must report within 7 days the age and sex of the patient and other information on the reporting form to the nearby health center. Infectious agent surveillance will be conducted by request from the health center in the same way as for the infectious diseases in categories I-III.

Health centers The health center must forward as soon as possible, at the latest within 7 days the information to the local health department and the district infectious disease surveillance center through the computer-network system. Concerning the target diseases for infectious agent surveillance among category IV infectious diseases marked with * in the Table, the health center will ask the physician to send specimens for the microbiological tests and/or the information on the infectious agent to PHI, if necessary.

The health center must also regularly distribute in the same way as for the category I-III infectious diseases information on incidence of target diseases and their infectious agents retrieved from the district infectious disease surveillance center.

PHIs Similar to the category I-III infectious diseases.

NIID Similar to the category I-III infectious diseases.

Local health departments Within 7 days after the health center has received information, the local health department must send it to the national infectious disease surveillance center through the computer-network system. The information on the infectious agents sent from PHI should also be transmitted immediately to the national infectious disease surveillance center.

District (key district) infectious disease surveillance centers Similar to the category I-III infectious diseases.

National infectious disease surveillance center The national infectious disease surveillance center must immediately compile, analyze and evaluate the patient information sent from the local health departments and send the information on incidence of target diseases in the whole country to the local health departments through weekly reports or other media together with that on category I-III infectious diseases and category IV infectious diseases to be reported by the sentinel clinics and hospitals. The information on infectious agents are treated in the same way as for that on the category I-III infectious diseases

Surveillance for category IV infectious diseases (required to be reported by the sentinel clinics and hospitals):

Sentinels The number of sentinel clinics and hospitals is decided depending on the relative population of the jurisdiction of each health center and on consideration enabling comprehending the incidents in the whole area of the prefecture. The sentinel clinics comprise those for pediatric diseases (about 3,000 pediatrics in the whole country), those for influenza (3,000 pediatrics as mentioned above plus about 2,000 internal medicine), those for eye diseases (about 600 ophthalmology in the whole country), those for STD (about 900 STD clinics including gynecology, obstetrics, urology, and dermatology in the whole country). The sentinel hospitals primarily targeting inpatients (about 500 hospitals having more than 300 beds providing medical care in pediatrics and internal medicine in the whole country).

About 10% of sentinel clinics for pediatric diseases, influenza and eye diseases and all the sentinel hospitals serve as sentinels for infectious agent surveillance. The target diseases for infectious agent surveillance are shown with a mark * in the Table.

Reporting from sentinels The incidents of the pediatric diseases, influenza and eye diseases found at sentinels are reported every week to health centers. Those of the target diseases at sentinel hospitals except for drug-resistant bacterial infections are also reported every week. Those of STD at sentinel clinics and drug-resistant bacterial infections at sentinel hospitals are reported every month to health centers. Specimens for etiological tests are sent from sentinels for infectious agent surveillance to PHI.

Health centers Health centers send the information on incidence of infectious diseases obtained from sentinels to the prefectural health department and the district infectious disease surveillance center via computer-network system (weekly reports are sent by Tuesday of the next week and monthly reports by the 3rd of the next month).

The health center must also feed back the information on incidence of target diseases and their infectious agents obtained from the district infectious disease surveillance center in the same way as for category I-III infectious diseases.

PHIs Similar to the category I-III infectious diseases.

NIID Similar to the category I-III infectious diseases.

Local health departments As soon as the information is received from the health center, the local health department must forward it to the national infectious disease surveillance center through the computer-network system. The information on the infectious agents received from PHI should also be reported immediately to the national infectious disease surveillance center.

District (key district) infectious disease surveillance centers Similar to the category I-III infectious diseases.

National infectious disease surveillance center The national infectious disease surveillance center must immediately compile, analyze and evaluate the patient information received from the local health departments and send the information on incidence of target diseases in the whole country to the prefectural health departments by weekly report or other media together with that on the category I-III infectious diseases and the category IV infectious diseases required to comprehend all the cases. The information on infectious agents is treated in the same way as that for the category I-III infectious diseases.

Active surveillance: Active surveillance for epidemiological investigation is introduced so that the governor of the local government can operate when any of the category I-III infectious diseases occurs or the incidence of category IV infectious diseases show an unusually different trend. Understanding and cooperation with close connection of people concerned may be necessary for operation of active surveillance. The Field Epidemiologist Training Program to educate experts participating in active surveillance is being held at the NIID from the fiscal year of 1999.

For adequate treatment, prevention and control of infectious diseases on personal and district levels to the national level, high-quality surveillance accurately comprehending the trend of the diseases and the infectious agents is essential. To realize this purpose, we ask those in many different fields for the understanding and cooperation in operating the NESID program.

Target diseases of the new Infectious Disease Control Law
(Reportable infectious diseases of categories I to IV)

<p>Category I infectious diseases (to be hospitalized in principle)</p> <p>Crimean-Congo hemorrhagic fever Ebola hemorrhagic fever Lassa fever Marburg disease Plague</p> <p>Category II infectious diseases (to be hospitalized depending upon the conditions)</p> <p>Cholera Shigellosis Typhoid fever Paratyphoid fever Diphtheria Acute poliomyelitis</p> <p>Category III infectious diseases (requiring restriction on working in particular kinds of occupation)</p> <p>Enterohemorrhagic <i>Escherichia coli</i> infection</p> <p>Category IV infectious diseases (requiring collection and analysis of information on occurrence of the infectious disease and publication of the results)</p> <p>a. Diseases required notifying all the cases (to be reported by all physicians)</p> <p>Acute viral hepatitis Acquired immunodeficiency syndrome* Amebiasis* Anthrax* Brucellosis* Coccidioidomycosis* Congenital rubella syndrome* Creutzfeldt-Jakob disease* Cryptosporidiosis Dengue fever* Echinococcosis* Epidemic typhus* Giardiasis Hantavirus pulmonary syndrome* Hemorrhagic fever with renal syndrome* Herpes B virus infection* Infant botulism* Japanese encephalitis* Japanese spotted fever* Legionellosis* Lyme disease* Malaria Meningococcal meningitis* Psittacosis* Q fever* Rabies* Relapsing fever* Severe invasive streptococcal infections (Streptococcal toxic shock-like syndrome)* Scrub typhus (Tsutsugamushi disease)* Syphilis Tetanus* Vancomycin-resistant <i>Enterococcus</i> infection Yellow fever*</p>	<p>b. Diseases to be reported by the sentinel clinics and hospitals</p> <p>Influenza*</p> <p><Pediatric diseases> Chickenpox Erythema infectiosum Exanthem subitum Group A streptococcal pharyngitis* Hand, foot, and mouth disease* Herpangina* Infectious gastroenteritis* Measles* Mumps* Pharyngoconjunctival fever* Pertussis* Rubella</p> <p><Eye diseases> Acute hemorrhagic conjunctivitis* Epidemic keratoconjunctivitis*</p> <p><Sexually transmitted diseases (STD)> Condyloma acuminatum Genital chlamydial infection Genital herpes Gonorrhoea</p> <p><Target diseases at sentinel hospital> Acute encephalitis (excluding Japanese encephalitis)* Aseptic meningitis* Bacterial meningitis* Chlamydial pneumonia (excluding psittacosis) Measles in adults Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> infection Multi-drug-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i> infection Mycoplasmal pneumonia Penicillin-resistant <i>Streptococcus pneumoniae</i> infection</p> <p>*Target disease of infectious agent surveillance in category IV</p>
--	--

Temporary increase in voluntary HIV antibody examinees under the influence of a TV drama - Kanagawa.....	82	Isolation of influenza A(H3N2) virus from cerebrospinal fluid of an adult with meningoencephalitis, January 1999 - Osaka.....	86
HIV subtypes detected from blood donors in 1998 - Kanagawa.....	82	A diffuse outbreak of <i>Salmonella</i> Oranienburg infection, January-February 1999 - Hyogo.....	87
Virological and epidemiological surveys for AIDS and HIV infections - Osaka.....	82	Comparison of characters of EHEC OX3:H21 strains isolated from a human source in June and imported beef in November 1998 - Akita.....	87
Sensitivity and specificity of an immunochromatography kit for rapid HIV antibody test.....	83	The National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases in compliance with the enforcement of the new Infectious Diseases Control Law.....	88
Case definition in HIV/AIDS surveillance starting from April 1999.....	84	AIDS and HIV infections in Japan, January-February 1998.....	93
Occurrence of patients, closure of classes, and virus isolation in the 1998/99 influenza season - Saitama.....	85		

<THE TOPIC OF THIS MONTH>
HIV/AIDS Surveillance in Japan as of December 31, 1998

The National AIDS Surveillance Committee, the Ministry of Health and Welfare, holds committee meetings every other month to make confirmation of cases of HIV-infected persons without AIDS (hereafter abbreviated to HIV cases) and AIDS patients reported by means of individual cards (excluding those infected by the use of coagulation-factor products). The Committee keeps track of the incident trends, which are published periodically. The HIV/AIDS reporting system and the method of analyzing the information in Japan were described in the 1997 report (see IASR, Vol. 19, No. 4). The following is a summary of the up-to-date information of HIV/AIDS surveillance compiled by the National AIDS Surveillance Committee after analyzing all data obtained during 1985-1998.

1. Incidence of HIV/AIDS in 1998

The reported HIV cases numbered 422 and AIDS patients 231 in 1998. Sexual contacts were the most common mode of infection, accounting for 74% of HIV cases and 65% of AIDS patients. In comparison with the nationalities and sex, Japanese male cases were the largest in number, accounting for 62% of HIV cases and 68% of AIDS patients (Fig. 1). The male:female ratio was about 3:1 among HIV cases and about 6.5:1 among AIDS patients. The greater part of Japanese cases were of domestic infection (75% of HIV cases and 65% of AIDS patients) (Fig. 2). The largest number of infections were reported in Kanto/Ko-shinetsu district including Tokyo (75% of HIV cases and 74% of AIDS patients), followed by Kinki district including Osaka (12% of HIV cases and 8.2% of AIDS patients).

Figure 1. Nationality and sex of HIV cases and AIDS patients, 1998, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health and Welfare)

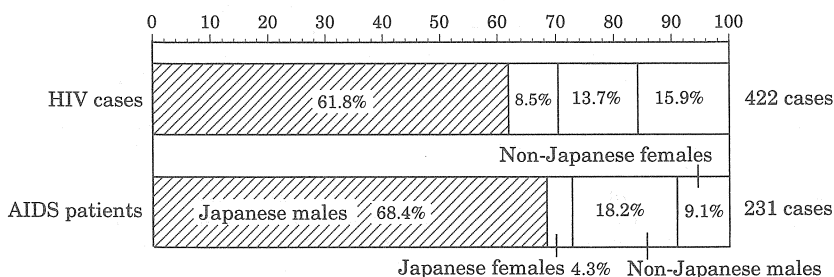


Figure 2. Place of infection of HIV cases and AIDS patients, 1998, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health and Welfare)

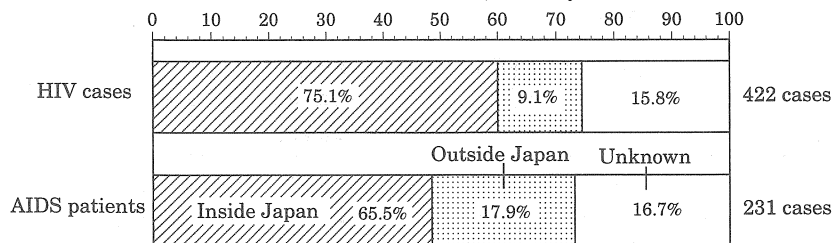
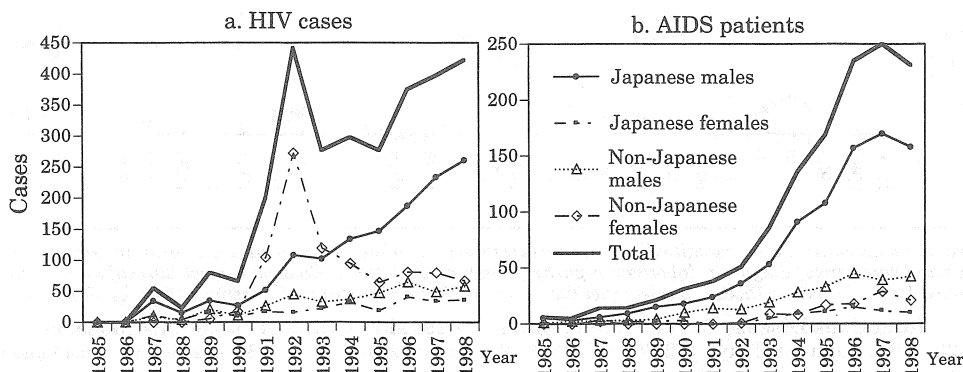


Figure 3. Nationality and sex of HIV cases and AIDS patients, 1985-1998, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health and Welfare)



(Continued on page 81')

(THE TOPIC OF THIS MONTH-Continued)

Kanto/Ko-shinetsu (excluding Tokyo) and Kinki districts.

As compared with HIV cases, the yearly reports of AIDS patients turned to decrease in 1998, nevertheless reports on AIDS patients from homosexual contacts among Japanese males increased. It is not clear whether the decreased reports of AIDS patients were due to the effects of the multi-drug combination therapy with anti-HIV drugs that have often been used recently, or some other reasons.

3. The cumulative reports and the trend of incidence from 1985 through December 31, 1998

a) According to Fig. 3, the yearly reports of HIV cases decreased after a sharp increase in 1992, but continued to increase after 1995. The yearly reports of AIDS patients continued to increase until 1997, but, as stated above, they turned to decrease for the first time in 1998. The increase in HIV cases reflected the increase in Japanese male cases of domestic infection. Japanese female, non-Japanese male or female cases did not change in number or rather tended to decrease during the past five years. Non-Japanese cases accounted for about 30% of both HIV cases and AIDS patients in 1998. During the past five years, non-Japanese HIV cases tended to decrease gradually, whereas AIDS patients maintained on the same level, being about 30-50% of the total.

b) The cumulative numbers of reports until December 31, 1998 were 2,913 for HIV cases and 1,286 for AIDS patients. In addition, cases of infection due to the use of coagulation-factor products were confirmed by the nation-wide surveillance (1,434 HIV cases and 631 AIDS patients as of July 13, 1998). Regarding the mode of infection other than by the use of coagulation-factor products, HIV infection by sexual contact was the most predominant (48% for heterosexual and 24% for homosexual contacts). Cases of infection due to intravenous drug abuse and of mother-to-child infection were rare, both accounting for 0.7% (Fig. 4). Similar ratios were shown with AIDS patients.

The results of analysis according to the mode of infection clearly show that Japanese HIV cases are markedly increasing among males through homosexual contacts and that cases of unknown mode of infection are also tending to increase (Fig. 5a). The ratio of the latter cases reached about 16% in 1998. There are a large number of cases of unknown mode of infection particularly among non-Japanese, accounting for about 40% of non-Japanese HIV cases every year (Fig. 5b). Moreover, about 50% of non-Japanese and more than 20% of Japanese AIDS patients are of unknown mode of infection.

c) As for the place of infection, it is noteworthy that Japanese male HIV cases of domestic infection and of unknown place of infection are increasing, and cases of infection in Japan of non-Japanese also tends to increase.

d) The results of analysis for geographical distribution of non-Japanese cases staying in Japan indicate that the largest number of both HIV cases and AIDS patients came from South and Southeast Asia followed by those from Latin America and sub-Saharan Africa.

e) Concerning the age distribution, the largest number of HIV cases were at the age between 25 and 34 years in males and between 20 and 29 years in females regardless of the nationality. AIDS is particularly prevalent among Japanese males at the age of 40 to 49 years and Japanese females at the age of 25 to 39 years.

f) Distribution of each AIDS-defining disease was examined with cumulative reports of AIDS patients of Japanese and non-Japanese (925 and 361, respectively) as the denominator. Similar distribution was found between the two groups; *Pneumocystis carinii* pneumonia was most frequent, accounting for about 40% and candidiasis and wasting syndrome due to HIV accounted for in between 10 and 20%. A difference was seen in active tuberculosis; non-Japanese cases were twice as many as Japanese ones, accounting for 14 and 6.7%, respectively.

g) The HIV-antibody-positive rate of blood donors reached 0.9 per 100,000 donations for the consecutive 1997 and 1998, indicating that there are still many blood donors with the purpose of HIV testing or not aware of HIV infection. Under such circumstances, blood donation at the window period is anticipated.

Figure 4. Mode of infection of HIV cases, 1985-1998, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health and Welfare)

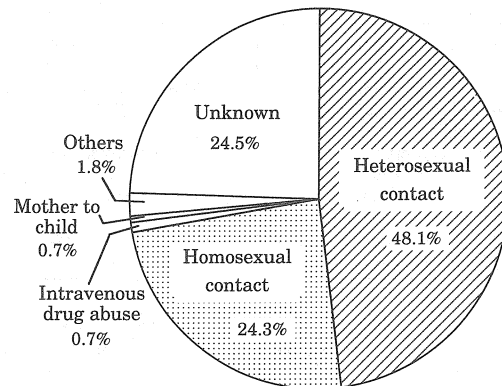
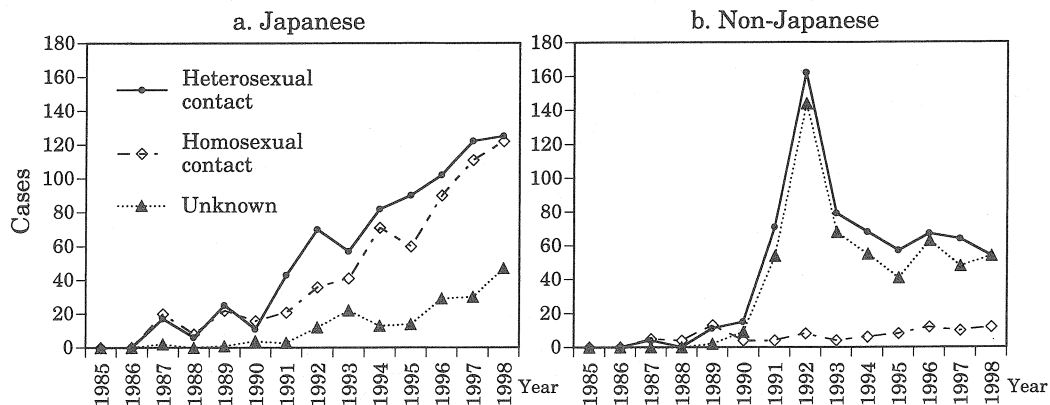


Figure 5. Nationality and mode of infection of HIV cases, 1985-1998, Japan (National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health and Welfare)



This report is based on the laboratory data submitted by prefectural/municipal public health institutes, quarantine stations, national university hospitals and commercial diagnostic laboratories participating in the National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases. The data are compiled by the Infectious Disease Surveillance Center at the National Institute of Infectious Diseases, Japan.