

行政院衛生署所屬各機關因公出國人員出國報告書

<出國類別：考察>

赴日考察「新興傳染病防治工作」及
「性傳染病監測及防治計畫」出國報告

服務機關：行政院衛生署疾病管制局

行政院研考會/省(市)研考會 編號欄

出國人：職稱： 副組長 分局長 科 長 科 長

姓名：周文祥 林 頂 吳炳輝 林美慧

出國地點：日本

出國期間：民國 89 年 11 月 5 日-民國 89 年 11 月 11 日

報告日期：民國 90 年 1 月 12 日

J4/
c08906990

目 錄

壹、前言	2
貳、目的	2
參、行程	3
肆、考察內容	3
一、防疫	3
二、空港檢疫	10
三、癩病	18
四、愛滋病	22
五、隔離病房設備	23
六、大阪府立公眾衛生研究所	31
伍、心得與建議	36

赴日考察「新興傳染病防治工作及性傳染病監測及防治計畫」報告

壹、前言

傳染病發生是多種因素交互作用形成，過去因環境衛生的改善，醫藥科技的進步及公共衛生的重視，使得傳染病對人類健康的危害逐漸降低，但近年來對傳染病的控制又遭遇到史前未有的新威脅，因人口的大量增加，交通便利快捷，國際間旅遊頻繁，動物及其製品的貿易激增，在加上森林濫墾所導致的環境變遷，氣候改變，使得原來為局部性、區域性的疾病，越過地理的屏障，散佈至全世界各個地區。

貳、目的

- 一、 了解日本新近改訂「感染症法」之立法目的及執行現況；衛生及醫療單位之防疫檢驗及臨床醫療等措施；實地了解日本推行新興傳染病防治工作現況、參觀法定傳染病第一種感染症指定醫療機構之隔離治療設施及生物安全等級第三級實驗室，並進行討論與交流；加強未來合作關係，促進學術與實務交流。
- 二、 參訪國立感染症研究所、感染症情報中心、P3 級實驗室、癩病研究中心、成田空港檢疫所、國立大阪病院、大阪市立總合醫療中心及大阪府立公眾衛生研究所等機構，俾了解實際防疫運作架構，供本國參考採行。

參、行程

- 11月5日(日) 台北 → 東京 啟程
- 11月6日(一) 東京都新宿區 拜會日本國立感染症研究所
- 11月7日(二) 東京 → 千葉縣成田市 拜會厚生省成田空港檢疫所
- 11月8日(三) 東京都東村山市 拜會國立感染症研究所癩病研究中心
- 11月9日(四) 東京 → 大阪 拜會日本國立大阪病院
- 11月10日(五) 大阪市都島區 拜會大阪市立總合醫療中心
大阪市東成區 拜會大阪府立公眾衛生研究所
- 11月11日 大阪 → 台北 返程

肆、考察內容

一、 防疫

拜會國立感染症研究所，首由感染症情報中心岡部信彥部長介紹該所概況及日本監控情況。日本國立感染症研究所前身係國立衛生研究所，創立於1947年，其組織架構如下：

國立感染症研究所 (National Institute of Infectious Diseases)

組織架構

所長 副所長

總務部

企畫主幹

研究主幹

病毒第一部

病毒第二部

細菌部

口腔科學部

寄生動物部

感染病理部

免疫部

生物活性物質部

細胞化學部

食品衛生微生物部

昆蟲醫科學部

獸醫科學部

安全性研究部

病毒製劑部

細菌、血液製劑部

國際協力室

遺傳子解析室

遺傳子資源室

生物安全管理室

放射能管理室

動物管理室

愛滋病研究中心

感染症情報中心

附屬圖書館

村山分室

筑波醫學實驗用靈長類中心

癲瘋病研究中心

其權責及功能如下：

- 1、管理及協調有關傳染病病原診斷、預防、治療等國家重要研究計畫，以及與公共衛生、福利有關之重要研究計畫。
- 2、為傳染病診斷及疫調之國家級參考實驗室，保存及提供地方等相關衛生研究機構各項實驗室參考菌株及試劑，並設定診斷試驗標準。
- 3、為國家級傳染病疫情及監測中心，蒐集、分析及提供地方衛生研

究機構、保健所、指定醫療機構有關日本國內及世界各地傳染病
資訊及實驗室偵測結果。

- 4、管理疾病預防、治療、診斷有關之疫苗、血液製品、抗生素等生
化製劑以及滅鼠、殺蟲劑等製劑之安全及成效試驗，以及執行上
述產品品管相關之研究。

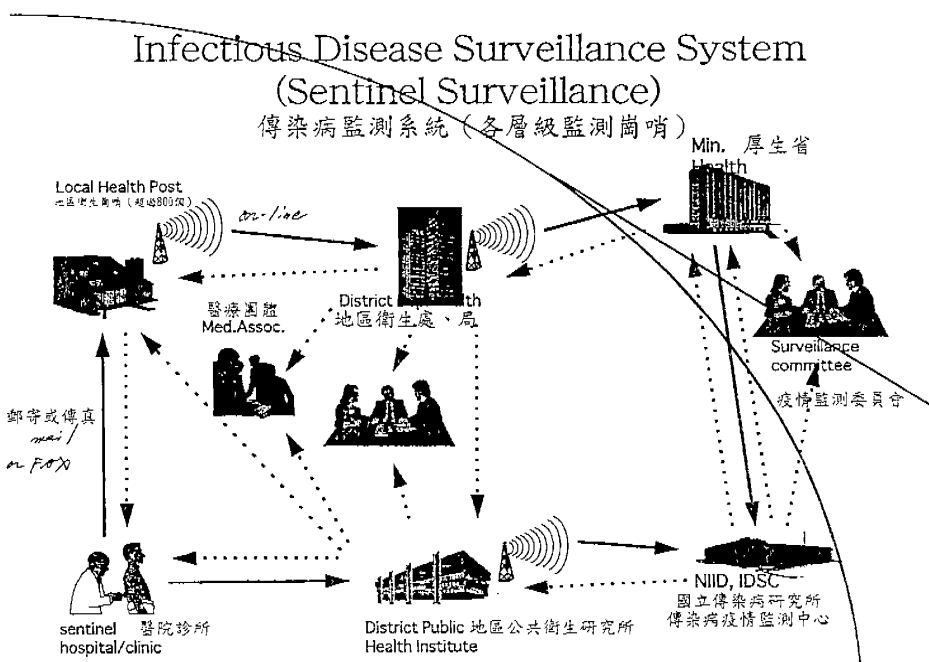
傳染病疫情監測中心，該中心計有四室：

- 1、情報及政策計畫室；
- 2、監測及疫情室；
- 3、免疫計畫室；
- 4、實驗診斷室。

該中心主要負責蒐集及分析疫情資訊並傳播給所需要的機構，以
便及時採取適當預防及管制措施。其主要功能：

- 1、傳染病監測；
- 2、傳染病原監測；
- 3、針對疫苗可預防疾病之血清流行病學監測；
- 4、疫病流行之主動監測；
- 5、國際疫情合作及交換。

而日本國內各層級傳染病監測崗哨如下圖，極為完整
(Infectious Disease Surveillance System) 如圖一



圖一、各層級傳染病監測系統

日本為因應社會環境變遷、醫療進步、衛生水準提昇、國民衛生意識抬頭、新興傳染病的出現、以及過去傳染病的再浮現，制定於1897年的老舊傳染病診治法早已不合時宜，遂於1999年制定新法，而經102年未修訂的老舊法規終於獲得修正，在修正的過程中亦將過去許多分列的不同防疫法規加以整合成為單一法規，在新法中將傳染病依嚴重性分為四大類法定傳染病、指定感染症及新感染症：

1. 「一類感染症」 - 原則入院，收容於第一種感染症指定醫療機構，應採消毒等各項防疫措施，係指伊波拉出血熱、克里米亞-剛果出血熱、鼠疫、馬堡病及拉薩熱。

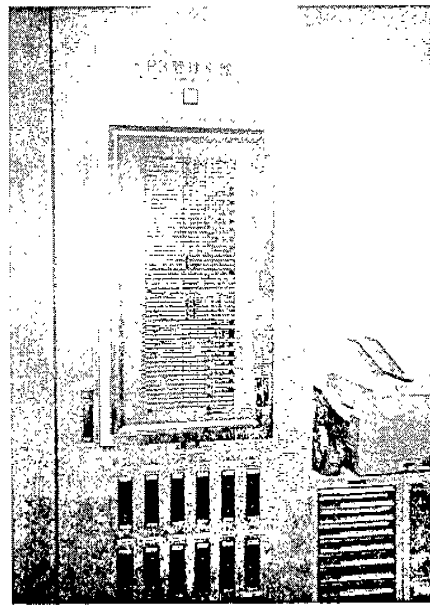
2. 「二類感染症」 - 視情況要求入院，收容於第二種感染症指定醫療機構，應採消毒等各項防疫措施，係指小兒麻痺症、霍亂、桿菌性痢疾、白喉、傷寒/副傷寒。
3. 「三類感染症」 - 特定職業就業限制，入住一般醫療機構，應採消毒等各項防疫措施，係指腸道出血性大腸菌感染症。
4. 「四類感染症」 - 為防止擴大傳染及基於疫情需要而指定之感染症，入院於一般醫療機構，針對該等疾病發生狀況進行資料收集、分析、及結果之提供等，除流行性感冒、病毒性肝炎、黃熱病、Q熱、狂犬病、隱孢子蟲症、後天免疫不全症候群、性器官衣原體感染症、梅毒、麻疹、瘧疾、Methylcillin 抗藥性黃色葡萄球菌感染症外，其他如有會影響國民健康之已知傳染病，由厚生省命令指定之。
5. 「指定感染症」 - 係指已知之傳染病（除一類感染症、二類感染症及三類感染症外），適用於新法第三章至第六章全部或一部份之管制措施，且有重大影響國民健康與生命者，以行政命令指定之。病患收容於特定感染症指定醫療機構。
6. 「新感染症」係指會人傳染人之疾病，和已知傳染病之症狀或治療結果顯然不一樣，病程症狀嚴重，且該疾病蔓延會對國民健康與生命造成重大影響者。其發生時之因應及防疫措施比照一至三

類感染症。

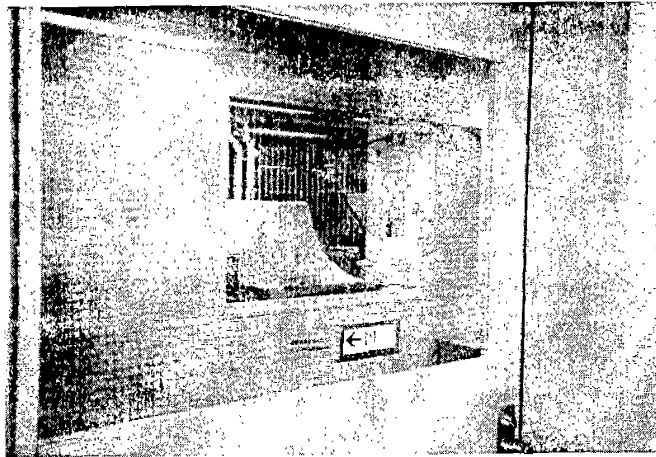
拜訪完感染症情報中心後，轉往該所實驗室參觀，由該所生物安全部門介紹實驗室設備，屬於P3級實驗室，內部均有空氣負壓裝置及排氣管線過濾裝置，有監控窗及電視監控、對講機設施(圖二、三、四)，且置於建築物最底層，構築時亦將地震等天然災害因素考量；對工作人員的保護極為重視，要求極為嚴格，並定期辦理員工職前訓練；不過亦自我解嘲的表示 Level 4 的嚴重疾病，由於設於村山山分室之 P4 級實驗室受到當地民眾之抗，以致無法啟動運轉，議依規定目前並不能檢測，仍只能送到美國疾病管制局處理。



圖二、電視監控設施



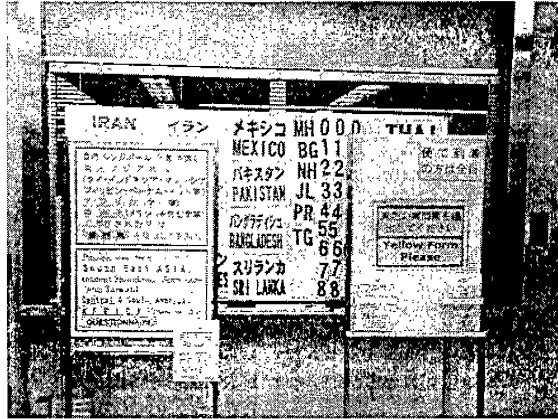
圖三、P3 管理視盤



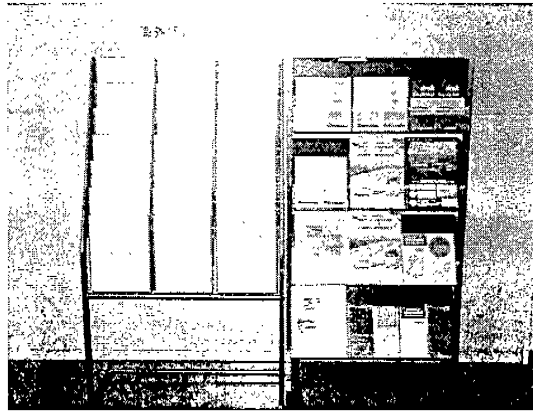
圖四、監控窗

二、空港檢疫

成田空港係進入東京都的門戶，想像中應該很大，但其實不然，約與我們的中正機場一、二期航站規模一樣。在進入移民櫃台前先有一道檢疫櫃台，提供各式海外旅遊防疫情報單張、黃皮書（如圖五、六），OA 櫃台面版上並張貼海外疫情海報及各項防疫注意事項（如圖七、八），在櫃台尾端則設有健康相談室，室內置有觀察室數間，亦有病床，可諮詢及簡單抽血檢驗及觀察之用（如圖九、十），並設有二床重症隔離病床（一床進口，一床自製），可將嚴重傳染病人完全隔離，病床上罩透明膠製護罩，可形成負壓，其上並置排氣過濾設施，且有對講設備，及適當孔穴供醫師醫治病人（如圖十一、十二），並有自行改裝之高頂救護車，車內亦有空氣負壓及過濾裝置，可供緊急運送病患（如圖十三、十四）。



圖五、黃皮書



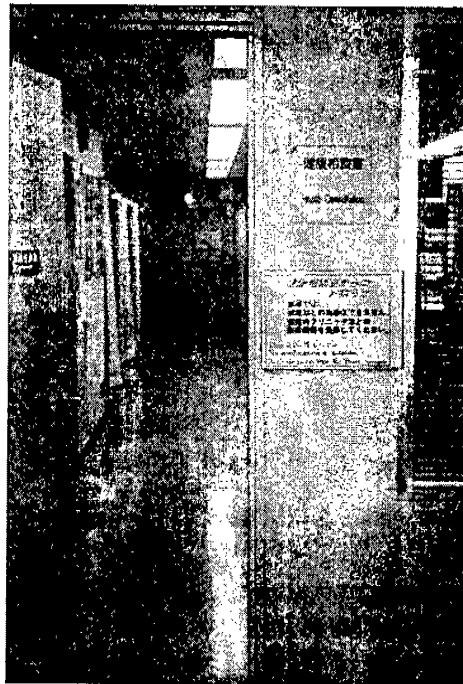
圖六、衛教單張



圖七、海外疫情海報



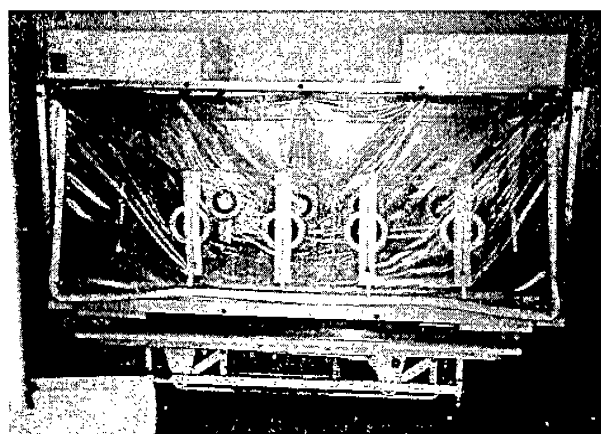
圖八、疫情海報



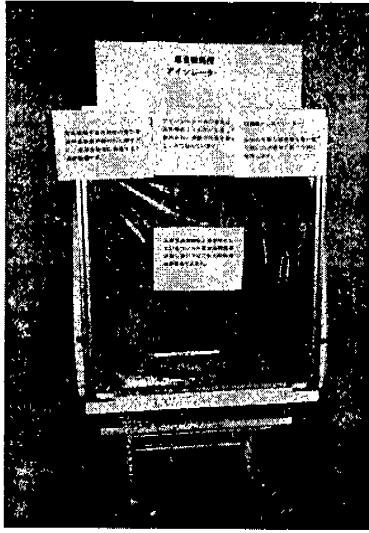
圖九、健康相談室



圖十、觀察床



圖十一、呼吸道傳染病重症隔離床（正面）



圖十二、呼吸道傳染病重症隔離床（側面）



圖十三、檢疫救護車（外觀）



圖十四、檢疫救護車（內部陳設）

拜會時首先由所長增田和茂做機關簡單介紹，接著便由負責醫師佐野友昭做業務簡報，並且配合放映該所年前演習機上出現出血熱重症病患處置情形的錄影帶，目前全日本計有 103 個檢疫所，均時時監測世界傳染病動向及狀況，該所一般檢疫衛生業務計有：

1. 航機食品檢查；
2. 航機飲用水餘氯檢查；
3. 航機污水檢查；
4. 航機有害病媒檢查
5. 機場場區衛生檢查及鼠跡病媒蚊指數調查等。

檢疫檢驗業務則包括：

1. 細菌檢驗；
2. 殘留農藥檢驗；
3. 糞便檢查；
4. 輸入食品檢查；
5. 防腐劑檢查；
6. 鼠疫、有害病媒調查。

檢疫因時代的變遷作法有很大的改變，除時時搜集監控世界各地疫情外，也利用海報單張、網路提供民眾資訊，針對歐美等先進國家旅客，並無特別檢疫措施；針對其他較落後或高危險（如疫區）地區旅客，會先在機上委由航機空服人員協助問卷調查，或機上發放填寫黃色質問票，有症狀之人員（包含外籍人士），基於人權考量可入境，惟屬於國際檢疫及第一類法定傳染病之病人必須隔離治療，相關費用日本政府支付，隔離治療後的後續追蹤則轉由都、道、府、縣各級政府衛生部門執行追蹤；且基於人權，日本國籍人士並無治癒傳染病後始得返國之規定，基於需要檢疫所亦可做採檢或轉送病人工作。

機上出現出血熱重症病患處置情形演習的錄影帶內容重點：

- ◇ 航機通報機上出現出血熱重症病患至檢疫所；
- ◇ 檢疫所以通訊設備聯繫航機瞭解狀況並指導處理原則；

- ◇ 航機降落後旅客先暫緩下機，檢疫人員著防護衣登機處理；
- ◇ 病患先予一般簡易檢查（如測耳溫等）；
- ◇ 病患走過之通道及處所都瞭解清楚，污染地點特別予以標示。
- ◇ 病患移往就醫，其座位則以塑膠袋封閉隔離；
- ◇ 在前述動作進行之同時，乘客及接觸者予以區分，接觸者並予標示，同時予以問卷訪查（有無通過其座位、通道附近，有無照顧病人、與病人交談、接觸血液等，先在航機上廣播以區分是否為接觸者）；
- ◇ 接觸者與其他旅客分別送離航機，接觸者並送往健康相談室等其他地方進一步檢查有無異狀，同時對接觸、外露部位予以消毒，接運接觸者之運輸工具亦有隔離措施；
- ◇ 航機進行消毒，尤其血液污染及座位部分；
- ◇ 檢疫工作人員於離開航機前亦在密閉室將防護衣脫除，消毒後才可出來。

由於係第一次演習此種狀況，亦在摸索學習中，故此次烏干達疫情，該國即派人前往援助並學習處置措施。

影片介紹後並至其辦公室參觀，該所極為熱忱，並提供「危機發生時衛生措施」、「消毒製劑使用要點」、「感染症措施訓練實施要領」等演習資料、以及「飛沫、空氣感染症防護服」資料，並送了許多套

不同層級之防護衣供參考。隨即至地下停車場參觀其救護車，該車係該所訂購後予以改裝成高頂，以便利隔離病床運送，車內並有負壓及空氣過濾裝置。

該所並每年編製厚達五百頁以上之「海外保健情報」送各單位參考，該書籍依地區別、國別分別提供感染症情報、保健醫療情報、項目別情報、流行地域地圖、旅行者注意事項、衛教海報縮影等，且每年更新，極具檢疫單位參考價值。

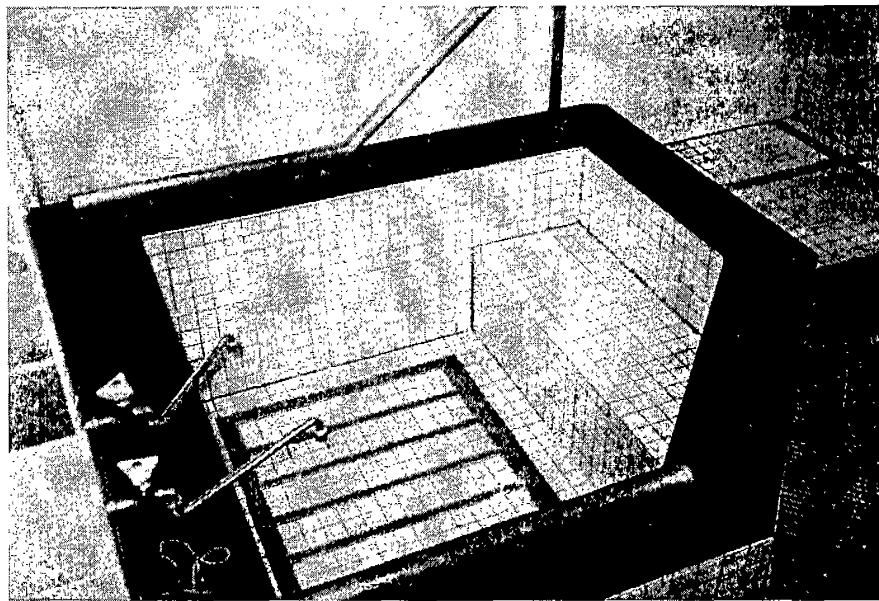
三、癩病

國立感染症研究所癩病研究中心，該中心成立於1955年，係戰後日本成立之癩病治療研究機構，位於國立多磨全生園(癩病療養所)隔壁，可就近研究，並提供研究結果改善病患照顧。日本早期由於尚無有效之藥物治療，且因社會歧視、家屬困擾等因素，對癩病病患持嚴格隔離制度，中心主任松尾英一提及其於1963年初抵此處時，四周警衛森嚴，到處種滿有籬刺的柵樹與外界隔離，病人一進入就如同動物關入動物園般無法外出，故全生園中有一小山丘常為病患流連望外之處，聞之頗為感傷；機構收容後回歸社會漸困難，日本終於在1996年癩病防治法廢止後停止隔離制度，但已比美國晚了22年，甚至在聯合國前身 - 國際聯盟時代的1937年，便已有治療時才予以

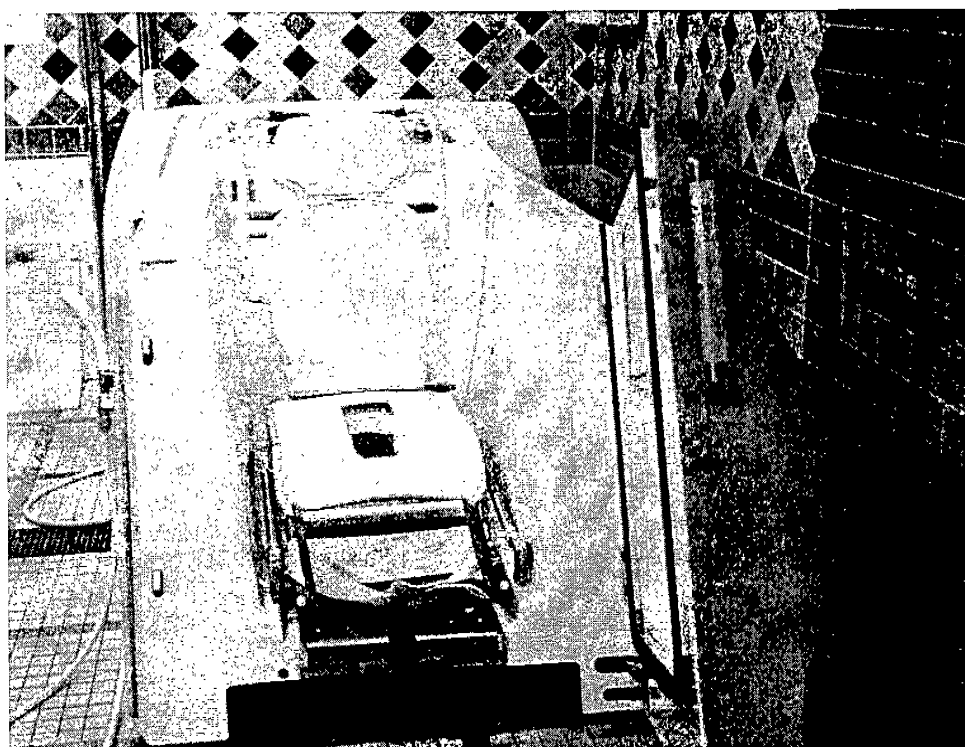
收容而不必強制隔離的觀念，但日本一直未實施，因此目前有部分病患因當初強制隔離時的種種不人道措施，對政府提出訴訟，要求每人賠償一億五千萬日圓。自 1996 年開放，全日本居住於療養所患者有 5881 人，採居家治療者有 1548 人，病患分布有北少南多之趨勢，南部地區如沖繩較多，北部如北海道則無病例。

該中心松尾主任表示：日本雖定期辦理訓練，但醫師參與意願不高，亦面臨年輕醫師不會看診之困擾，其認為醫學教育中對此種傳統傳染病仍應重視，否則說不定那天又會成為再浮現疾病；接著透過中心主任的安排並轉往隔鄰的多磨全生園療養機構參觀，發現日本早期雖採隔離的不人道措施，但那是受觀念錯誤所影響，但目前對於園區的病人則照顧得無微不至，該園收容約 500 餘人，依病況及年齡而有家居房、夫妻房、以及老人照護、醫療照護等不同居住設施，不僅園內道路有因應全盲病患的鳥鳴引路裝置，甚至設立專門照護癩患護理訓練機構，培訓護理人員；由於病患人口老化極為嚴重，有些護理病房病患平均年齡高達七、八十歲以上，甚有百歲人瑞，且因早期截肢及侵患神經，視力不良及肢體不便者頗多，但都投入許多人力全力照顧。醫師強調以維持病患自主功能為優先，故儘量鼓勵病患自我進食，非必要不以管灌行之，且由扶持病患姿勢時設計之多種襯墊可見其用心；高齡病患每日進食、排泄並均詳加紀錄以掌控其健康，定期

舉辦慶生及康樂活動，鼓勵病人互動社交，對於臥床或輪椅病患亦有全自動沐浴設施，可將輪椅直接推入（如圖十五、十六、十七），病房設計頗具人性，並有改良式日本傳統格局及西式格局，病床外扶手及相關設施均極周全，居住園區的病患由政府補助，並可按期領用零用金，照顧可謂無微不至，難怪引導我們的研究中心主任也打趣說將來老了期望被收容。我國樂生療養院亦面臨病患高齡化之問題，現在又面臨捷運新莊線機房設置的問題，期待未來在整建或整體規劃時，可考慮日本良好的設計。



圖十五、可行動病人沐浴池



圖十六、輪椅浴缸（開）



圖十七、輪椅浴缸（關）

四、愛滋病

國立大阪病院自 1997 年起為近畿地區負責受理愛滋病及 HIV 陽性個案診療之重點指定醫院，由該院綜合內科負責。本次拜會系由副院長高羽津及內科第二部白阪琢磨接待與解說該科係後天免疫缺乏症候群診療之對應窗口，必要會診其他科別時亦由其負責轉介，由免疫專科醫師負責，週一至週五均接受診療，並由具專業訓練的藥師及護理師指導用藥及相關訪談衛教，對於病患就診時之隱私及保密均極注意，以保障病患安心就診；除綜合內科總負責外，對病患亦提供其他 23 種科別之服務。病患初診首先到一樓辦理初診手續，由綜合內科受理，再赴二樓驗尿，並由綜合內科門診、診療並將診療單上相關資料填妥，接受抽血檢查等後，即至會計結帳，過程不論診療室、用藥訪談室、衛教室均留意隱密性，目前固定有約 170 名病患接受定期門診診療，由於該院負責近畿地區 HIV/AIDS 之診療，亦設有網站，提供有關該院 HIV/AIDS 診療服務內容、HIV/AIDS 最新治療情報、用藥情報、盛行情報、相關組織及機構、相關醫學雜誌等資訊服務。

日本依感染症法規定，性病屬第四類法定傳染病，而其中 HIV 陽性及愛滋病個案以及梅毒屬全數把握(掌控)疾病，按規定即一定要通報，各地區衛生單位應負責調查、蒐集並彙集資料送國立感染症研究所發生動向調查中心，該中心及厚生省亦將資料整理、分析並回饋各單

位，而醫師在診療到 AIDS 及梅毒時，應於七日內向管轄之保健所提出報備。至於性病中的披衣菌感染、性器官單純皰疹感染症、尖型濕疣、淋病等，則屬定點把握（掌控）疾病，在日本由各地區都、道、府、縣政府指定的性病指定醫院或診療所約計 900 家，這四種定點把握疾病，前述經指定之定醫應於每月診療後，在次月月初將相關資料提報該管保健所彙整。白阪醫師亦提供我們 HIV 感染症治療手冊及性病、傳染病相關法規資料，極為熱心。

日本各單位對於病患隱私及人權的重視，尤其是 HIV/AIDS 病患及特殊疾病病患人權的保障更是重視，相關的診療亦隨時注意隱密及保密，此點頗值得國內學習。

五、隔離病房設備

基於考察需要，經由國立大阪醫院的白阪醫師大力協助及聯繫，我們又多拜訪了位於大阪市都島區的大阪市立總合醫療中心，此院屬新的醫院，設備新穎，為第二類傳染病指定醫院，惟部份設施充實後，亦可收容第一類法定傳染病患。進入傳染病房，首先面對的是二道門，門邊均有手部自動消毒設施（如圖十八、十九），內部病房有二種等級，如果屬非呼吸道傳染病病房，每一病房均有二道門，第一道門內部空間，擺設醫護人員隔離衣櫃，內設紫外線燈，醫護人員處理病患完竣，可將醫護白衣置入消毒，並有洗手槽及檢體取件孔等設施

(如圖廿、廿一)。檢體取件孔則直接與病患盥洗室相通，可直接取件，避免病患將糞便、尿液檢體攜出增加污染機會(如圖廿二)。第一道門可上鎖，避免不合作或不願配合隔離病人四處遊走，惟基本上均尊重病人，大家亦相當配合，因此常是備而不用(如圖廿三)。至於呼吸道傳染病或更嚴重的疫病病房，亦是二道門，門的設計與前述病房稍有不同，為橫推式，第一道門內洗手台則改為自動/手動兩用式，配置更嚴格之消毒液(如圖廿四)，醫護人員更衣櫃亦有紫外線燈消毒，並有病患用品送件取件櫃，與病房內部相通，上層送件，下層取件，取件層設有紫外線燈管消毒，嚴格消毒病患使用過的東西(如圖廿五、廿六)，病房區域則有空氣負壓裝置；病人出院後，並有移動式病房消毒機可進行病房消毒(如圖廿七)，病床則可整部推至病床消毒機進行消毒(如圖廿八)，病患用品亦經高溫高壓消毒，可說極為嚴密管制。接著再前往該院環保部門參觀，發現所有傳染病病房的管線與一般管線均分開，廢污水有獨立一套處理設施(如圖廿九)，負壓病房排放的氣體亦經處理後才外放(如圖三十)，病房防火、消防、排煙設施亦頗具巧思，真可說做得一絲不苟，值得佩服與學習。



圖十八、傳染病病房（雙重門）



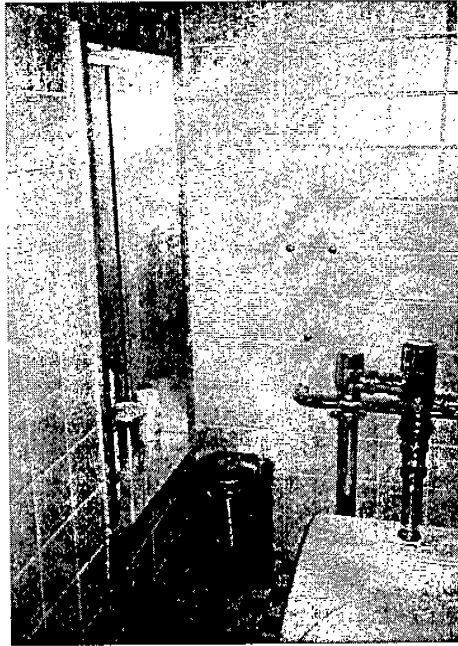
圖十九、自動手部消毒設施



圖廿、紫外線消毒衣櫃



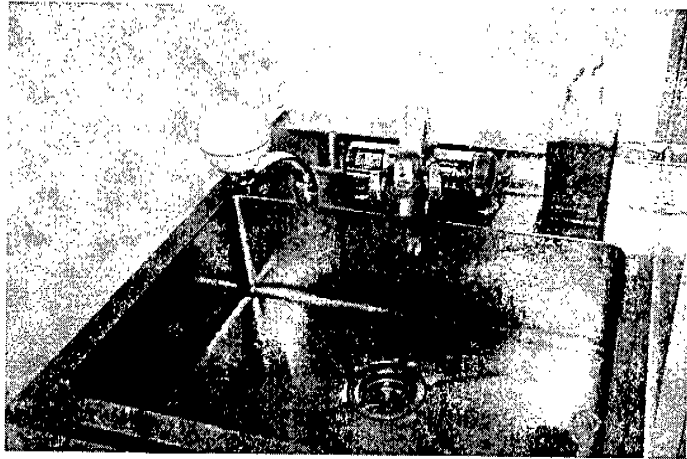
圖廿一、檢體取件孔



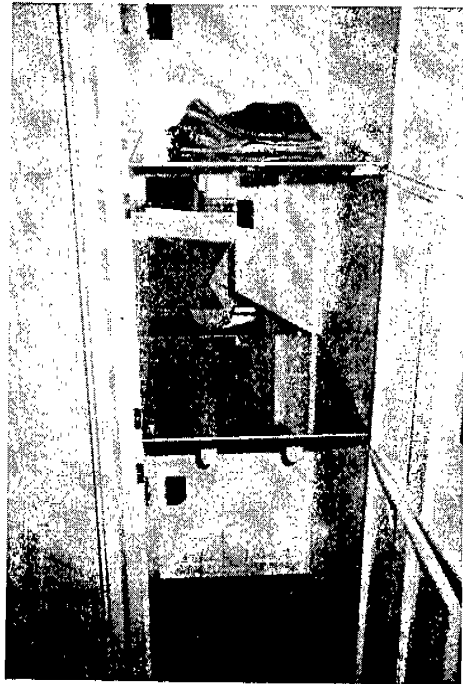
圖廿二、檢體送件孔



圖廿三、隔離病房（雙重門）



圖廿四、自動/手動洗手台



圖廿五、病患用品送取件櫃



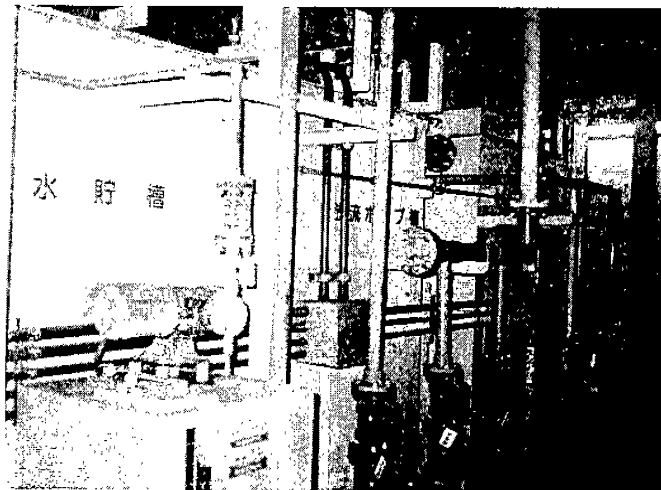
圖廿六、病患用品送取件櫃（紫外線消毒燈）



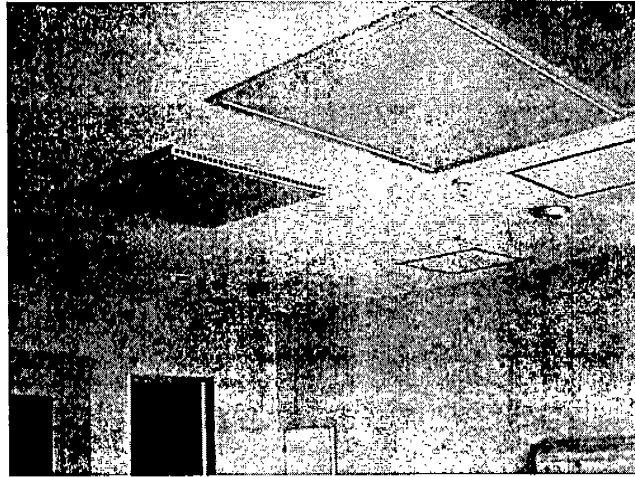
圖廿七、移動式病房消毒機



圖廿八、病床消毒機



圖廿九、獨立污水處理系統



圖三十、病房負壓裝置

六、大阪府立公眾衛生研究所

由該所副所長織田肇率相關部門之部長，給我們作一簡介與討論。大阪府立公眾衛生研究所，該所隸屬於大阪府健康福祉課，以保障公眾衛生、提昇府民生活健康及生活環境的保全為設立宗旨，進行各項調查、研究、實驗、檢查、先端科技引進、疫情資訊蒐集以及提供各項公共衛生服務。下設總務部、公眾衛生部、食品衛生部、勞動衛生部、藥事指導部、公害衛生室等部門。針對去年修訂為感染症新法，此部新法規的對策及基本方針為：

1. 改變事後因應為事前預防措施；
2. 著重啟發正確知識、資訊公開，但又保障隱私；
3. 著重感染症調查體系的強化；

4. 對人民的限制、採最小的限度之干預。

並將傳染病區分為 I、II、III、IV 四類及新感染症、指定感染症等

I：原則應入院。

II：就狀況入院。

III：特殊職業別限制，不強制入院。

IV：不入院，但應掌控對象，區分為全數掌控（33 種）、定點把握（掌控）（28 種）。

接著由病毒課課長說明大阪府愛滋病防治對策，對策內容分別為：

1. 擴大衛教宣導，經由正確知識之啟發、教育普及，期望建立一個與患者共生共存的社會，減少對 AIDS 的偏見，消除歧視。
2. 擴大檢驗，增加篩檢數，充實檢驗設備，空窗期則採用基因核酸檢查。
3. 醫療機構的整備，專門機構的設置，相談諮詢服務的提供，以提供一個完善的治療環境。
4. 新藥的開發，抗藥性的研究 … 等。

日本 HIV/AIDS 檢驗大致依循下列步驟

採血 → 初步篩檢 → 二次篩檢

保健所 性病門診 病理實驗室

公眾研究所

診所 PA EIA法 WB IFA法

日本自 1984 年開始愛滋病監測工作，自 1989 至 1999 年期間由於愛滋病預防法的規定，監測工作持續進行，到了 1999 年 4 月，愛滋病已列入第四類法定傳染病，任何醫師於診療發現 HIV 陽性及愛滋病患，均應七日內通報最近的保健所，各保健所再經由網路系統再通報地方政府轉報國立感染症情報中心。

報告內容包含性別、年齡、診斷過程、臨床狀態、就診日、診斷日、愛滋相關疾病、居住地、感染國家、地區及感染方式。

根據 1999 年的資料，該年總計新增 HIV 陽性 530 名及 300 名愛滋病患，以性行為為主要傳染途徑，分別各佔前述患者之 77%及 73%；以日本籍男性為主，分別各佔 72%及 71%；男女性比率於前述之患者分別為 4:1 及 6:1；其中感染地點主要都在日本境內感染（分佔 79%及 69%）。大多數患者來自東京都及鄰近地區（76%、71%），緊接著為近畿地區（11%及 11%）；HIV 陽性病例與去年 1998 年比較計增加 108 人（增加 26%），創下自監測以來單年間發生最多個案記錄，在 1998 年以日本男性在國內因性行為（同性或異性）感染為主，其中尤其都會區更為顯著。至於 AIDS 患者則比去年 1998 年增加 69 人（增加 30%），主要為日籍及外籍人士因異性性行為感染。

自 1985 至 1999 年底止，感染 HIV 者計有 5029 人，其中 1586 人

已演變為 AIDS，另因凝血因子事件感染者亦有 2065 人（含 631 AIDS 個案），合計有 7094 人受到 HIV 感染（含 2217 AIDS 個案），預估至 2003 年 HIV 陽性將達 15400 人，AIDS 患者亦將達 3300 人。

1. HIV 陽性患者自 1985 至 1999 年，整個流行趨勢在 1992 年達高峰後下降，自 1995 年後又持續上升，主要歸因於本國籍男性國內感染，本國籍女性則緩慢上升，外籍人士不論男女在過去六年均維持同樣水準或稍微下降，在 1999 年外籍人士約佔 HIV 陽性的 20%。歷年來 HIV 陽性患者感染途徑則以性行為為主（異性 47%，同性 26%），而靜脈注射及母子垂直感染均極低，各佔 0.6%。在 1999 年本國籍人士因同性性行為感染所增加之比率大過因異性性行為感染所增加的速率。年齡分布，男性以 25-34 歲最高，女性則為 20-29 歲，值得注意的是，日本男性在國內感染及不知地點感染之人數持續增加，外籍男性在日本境內感染亦持續增加。HIV 陽性外籍人士主要來自東南亞，其次為拉丁美洲及非洲。

2. 至於 AIDS 患者，歷年來持續增加至 1997 年，1998 年下降，但 1999 年又上昇。其中日籍男性顯著增加，而外籍人士及日籍女性則稍微增加。外籍人士在過去六年約佔所有患者 25-30%（1999 年佔 25%）。

AIDS 患者傳染途徑以性行為為主（異性性行為 46%，同性性行為

23%)，靜脈注射及母子垂直感染則很少，佔 AIDS 患者 0.9%及 0.8%。AIDS 患者在日籍男性之年齡分布上以 40-49 歲年齡層為最多，日籍女性及外籍人士則以 25-34 歲年齡層最多。在日本男性國內感染的情形日益增多。愛滋有關疾病則以肺囊蟲肺炎最多(日籍 46%，外籍 40%)，念珠菌感染(日籍 21%，外籍 14%)，愛滋虛損症候群(日籍 12%，外籍 13%)，但開放性肺結核則稍有不同(日籍 7%，外籍 14%)。

3. 捐血者 HIV 抗體陽性率逐年增高，甚至在 1999 年達最高，達 1.02 人/十萬。此外接受 HIV 檢驗及前往保健所尋求諮商協助者，在 1999 年明顯下降，分別由去年的 53,218 降至 48,218 及 111,046 降至 103,206，故未來對於 AIDS 預防之宣導活動以及提供時間更方便、地點更便利的篩檢及諮商場所極為重要。

相較之下，國內在開放觀光、引進外勞及與外籍人士通婚日益增多等情形衝擊下，對愛滋病預防工作不可不慎。所幸國內男性均有服役義務，役男體檢提供一個良好篩檢方式，今年又進一步推廣孕婦產前 HIV 篩檢，以及目前推行之各項公共衛生篩檢工作，我們是走在日本前面。但對於病患的照顧，我們則有待加強，尤其新增孕婦篩檢計畫，當檢出陽性時，孕婦及胎兒畢竟不同於一般人，如何追蹤輔導及就醫，均應有一配套措施，值得深思；此外明年度役男篩檢，國防

部擬由縣市執行改為署立醫院及軍醫院執行，HIV 篩檢相關配套措施亦應預為綢繆，以免以往建立良好基礎無法維持。

接著我們亦前往該所實驗室及疫情中心參觀，雖然房舍稍為老舊，但其實驗室屬 P3 層級，且各項防護設施均極注意，疫情中心亦設立網站，同時積極蒐集府內各項疫情資訊，轉送厚生省及國立感染症研究所，並整理、分析、回饋地方其他機構。

伍、心得與建議

- 一 日本國內由中央至地方之傳染病監測系統相當完善，且地方政府可以單獨運作其地方上之傳染病監測系統，並作適當之資料蒐集、分析、解讀、研判及回饋等，配合地方上之公共衛生研究所之獨立檢驗、研究疫病等，更強化地方之傳染病功能。
- 二 日本國家級之國立感染症研究所目前有 P4 級實驗室，因民眾反對無法運作，故現階段只啟用 P3 級實驗室管制區域，其內部均有空氣負壓裝置及排氣管線過濾裝置，置於建築物最底層，構築時亦將地震等天然災害因素考量；對工作人員的保護極為重視，並定期辦理員工職前訓練。因此本局規劃相關實驗室時亦應考量維護能力，以先充實設備提昇達 P3 水準似較適宜。
- 三 成田空港針對傳染重症進行演習及每年編輯「海外保健情報」，

頗值得我們學習，相關設施配備，均可參考施行之。

四 樂生療養院正面臨整建狀況，未來可參考多磨全生園設置情形預為規劃。

五 日本對於 AIDS 病患或特殊疾患隱私權及保密之重視，值得我們於進行個案輔導時加以重視。

六 國內正規劃傳染病隔離病房，日本國情與我國接近，且設計良好，可就近參考。

七 國內 HIV/AIDS 公共衛生篩檢工作，以往執行成果尚稱良好，惟目前正面臨役男體檢方式變更，孕婦篩檢計畫亦正積極推展中，相關因應配套方式應予以詳加規劃，落實。

八 日本面臨男性國民 HIV/AIDS 增加趨勢，以及性行為傳染居重要地位之情形，國人赴東南亞旅遊團出國衛教以及保險套推廣工作仍應加強。