

視点

感染症サーベイランスについて



福島県医師会常任理事

仙波 哲雄

新型コロナウイルス感染症は本年5月8日から5類感染症の扱いになりました。これに伴い患者の全数把握から定点観測による把握に変更されました。私は県医師会の推薦で福島県感染症発生動向調査企画委員会と福島県感染症情報解析委員会の委員を勤めておりますので、この機会に福島県で行っております感染症サーベイランスに関して情報の提供と問題点の提起をさせていただきたいと思えます。

1. 感染症発生動向調査と感染症情報解析委員会

県衛生研究所内にある福島県感染症情報センターでは県内の感染症の発生動向の調査を行い週報(最新のもの県医師会のホームページでも参照できます)と月報という形で報告しています。これは県衛生研究所のホームページから見る事ができます。インフルエンザ・新型コロナ(以後COVID-19と表記します)の基本となるデータは定点医療機関としてお願いしている内科33施設、小児科

49施設(うち10施設(病院)は内科・小児科とも)より管轄保健所に提出されています。他に眼科定点13、基幹定点7、性感染症定点17より情報が集められています。週報で報告されている項目はインフルエンザ(外来・入院)、COVID-19、RS、咽頭結膜熱、A群溶レン菌感染症、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、マイコプラズマなど20疾患です。月報では性感染症(クラミジア、性器ヘルペス、淋病など)、耐性菌(MRSA、耐性肺炎球菌、耐性緑膿菌)などの報告がなされています。

感染症情報解析委員会では3ヶ月に1度、この情報に加えて、全数把握疾患(ツツガムシ病、レジオネラ、腸管出血性大腸菌、結核、梅毒など)の発生状況、病原微生物の型別などの詳細な情報の検討を、全国の状況も踏まえて検討を行っています。

2. COVID-19の問題

本年4月に行われました日本感染症学会

で、COVID-19の全数把握について、定点医療機関の報告数推移の曲線と、全数報告のそれとではほとんど差がないこと、全数報告に対応するための医療機関、および保健所のHER-SYSへの患者情報入力の手力が膨大であり他の業務への支障が生じたことなどが報告されていました。4月に行われました福島県感染症発生動向調査企画委員会においても同様の結果が示され、内科の1施設で新型コロナの診療実績がなかったことにより定点の変更が行われ、定点観測に移行しております。感染者の具体的な人数として発表されなくなったことでCOVID-19の実態が見えづらくなってきているという医師会内での意見があり、県医師会ではCOVID-19の検査をおこなっている医療機関に対し毎週月曜日と木曜日に発生数の報告をお願いし、ホームページに掲載する試みをおこなっています。(関係医療機関におかれましてはお手数をお掛け致しますが、今後ともご協力のほど宜しくお願いします。)地域医師会ごとの発表がなされており身近な感染の状況が把握できて良いと思われます。

3. 週報で報告される感染症についてのいささかの疑問

先に述べた感染症が毎週地域ごとに報告されているのですが、対象感染症がこれで良いのかという問題はあります(感染症法上の規定ですのでそちらが変わらない限り難しいところはありますが)。たとえばRSウイルスについていうと、年齢分布上1歳未満の患者数が多いという結果になるわけですが、これは診断に用いられる検査キットの保険適用が1歳未満と決められていますので当然の結果かと思われます。1歳以上でも重症化する子供はいるわけですし、適応年齢を広げることによって感染症サーベイランス上の意義は深まるように思います。ヒトメタニューモ・ウイル

スは次に述べる薬剤耐性菌との関連で保険収載されておりますが、迅速診断キットが6歳未満で多用されており、サーベイランスの対象としても良いように思いますが、現在は対象疾患ではありません。ワクチン接種の影響もあり、流行性耳下腺炎は大人になってからの感染が散見されるのですが成人例の多くは耳鼻咽喉科を受診しますのでやはり年齢分布の点で実情を反映していない可能性があると思われます。

4. 梅毒について

感染症情報解析委員会において最も懸念されているのが梅毒の増加です。令和3年104人、令和4年160人でしたが、今年は第25週までで80人となっています。郡山市、ついでいわき市で報告が多く20歳代から40歳代までが多いのですが全年代にわたって発生が見られています。性風俗関連(利用者・従事者)が37人ですがそれ以外もあり、県も対策に頭を悩ませています。福島県のみならず全国的にも増加の傾向にあり注意が必要です。各医療機関におかれましても「STOP! 梅毒」の啓発活動にご協力をお願いします。

5. 薬剤耐性菌(AMR)について

麻疹、水痘、ヘルパンギーナなど所見で診断可能なウイルス感染症とは異なり、耐性肺炎球菌、MRSA、多剤耐性緑膿菌などは細菌培養検査を行わなければその存在は明らかにならず、実際にこれらの定点医療機関からの報告は毎回少数に限られています。

耐性菌の場合、実際に起炎菌なのか?それとも付着しているだけなのか?という評価も難しいので、現在のように何例出ましたというような検討ではあまり意味はないと思われます。感染症関連学会などで行っているようなある程度網羅的な検査を行いその耐性化比率を発信し注意を促していく方向性が重要と思

われます。

厚生労働省では薬剤耐性菌（AMR）の増加を大きな問題と考え外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算などを設定し感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況の報告の方向へ誘導したいわけですが、今ひとつ狙いの通りには進んでいないように思われます。目標としてあげられているのは「抗菌剤の適正使用」で、これについては「カゼ」と「急性胃腸炎」はウイルス性疾患である抗菌剤は意味がないとしています。これがある意味徹底されてきているので、逆に「抗生剤使用は悪である」のような雰囲気も感じます。特にコロナ禍、インターネット診療の影響もあり発熱者の咽頭の診察を行わずに「カゼ」と診断し鎮痛解熱剤のみを処方する医療機関が増えてしまい、溶レン菌感染症をはじめとする急性扁桃炎が重症化しているケースに多く遭遇しました。また「カゼ」の後に膿性鼻漏、膿性痰が持続する例も多くなっているのですが、やはり化膿性鼻副鼻腔炎・気管支炎ではなく「カゼが長引いている」ということで対症療法のみが続けられている例が増えているように一耳鼻科医としては思

います。細菌培養で肺炎球菌、インフルエンザ菌などが検出される例も多くなっています。ちなみに添付文書上は抗菌剤を使用する際は細菌培養を行い菌の薬剤感受性を確認するよう記載されているのですが、急性副鼻腔炎、急性咽喉頭炎、急性気管支炎などの病名で保険請求をしても細菌培養が査定されることが多くこれも問題かと思っています。当院で調べている範囲ではコロナ前後で耐性肺炎球菌、MRSA、観測対象外ですが耐性インフルエンザ菌の比率に大きな変化はないようです。

6. 最後に

感染症は「流行病」であり「うつる」病気であることをCOVID-19で再認識させられたわけですが、ここから得た知見を今後どのように活かすかが重要です。感染症対応にはスピードが必要だと考えています。県医師会は県と連携をとりながら正確で迅速な情報提供に努力する所存ですが、各医療機関におかれましても積極的な情報収集と、併せて県・保健所・医師会など対する情報提供をお願いします。