



感染症法に基づく届出疾患の変更について

感染制御部

「感染症法」に基づく届出が医師に義務付けられている疾患はかなりの数に上りますが、実は少しずつ届出疾患も変更されているのをご存知でしょうか。感染症を取り巻く状況の激しい変化に対応するため、1999年4月1日から「感染症法（正式名称：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）」が、それまでの「伝染病予防法」に替えて施行されました。その後も2007年には結核予防法との統合や、SARS（重症急性呼吸器症候群）や高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）の追加など大きな変更が加えられてきました。ちなみに、最近話題のエボラ出血熱は1類感染症に、デング熱は4類感染症に指定されています。

今回は、本年9月19日から新たに変更された4疾患についてご紹介します。新たな疾患としてカルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）感染症、播種性クリプトコックス症が5類感染症（全数把握）に追加されました。また、5類感染症（小児定点）に分類されていた水痘が入院例に限り全数把握に、薬剤耐性アシネトバクター感染症が5類感染症の基幹定点から全数把握に変更されました。

播種性クリプトコックス症に関してはAIDS感染者や免疫抑制薬使用による免疫不全患者の増加によるサーベイランスの必要性のために、水痘に関しては水痘ワクチン定期接種化に伴う重症水痘患者のサーベイランス目的で追加された疾患です。

CREと薬剤耐性アシネトバクター感染症は、特に日本ではあまりなじみのない疾患名かと思いますが、両方とも特に院内感染で問題となる多剤耐性菌による感染症です。

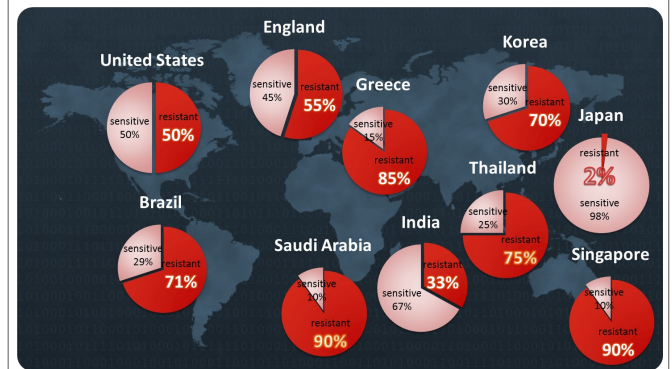
CREとは、名前の通りカルバペネム系抗菌薬に耐性を獲得した腸内細菌科の細菌を指しますが、この腸内細菌科の中には80を超える菌種が含まれています。代表的なものとしてはクレブシエラ、大腸菌、エンテロバクター、サルモネラ、セラチアなどが挙げられ、いずれもグラム陰性桿菌です。このCREの厄介な点は、薬剤耐性機構の責任遺伝子であるカルバペネマーゼ遺伝子がプラスミド上で菌種を超えて移動していくことにあります。例えば、同じ病室で多剤耐性クレブシエラが検出された患者さんと多剤耐性大腸菌が検出された患者さんがいた場合に、これが院内感染の可能性があるということになります。これは耐性機構（例えばOXA、KPC、NDMなど）が異菌種間で伝播したことに気づかなければ発見することが難しく、今までの院内感染の常識を超えた新しい疾患概念です。

また、薬剤耐性アシネトバクター感染症についてもOXA型を中心としたカルバペネム耐性遺伝子を

保有した株が全世界から報告されており、日本を除く諸外国ではアシネトバクターのカルバペネム耐性率が軒並み50%を超えています（図1）。一度感染症を起こすと治療薬の選択肢がほとんどない中で、特にICUでの人工呼吸器関連肺炎の原因菌として猛威をふるっている現状があります。

図1

各国のアシネトバクター・バウマニのカルバペネム耐性率



これらの耐性菌に共通する点として、現在のところ日本では主に輸入症例を中心に数えるほどしかアウトブレイクが起きておらず、本邦での腸内細菌科およびアシネトバクターの多剤耐性率は1%以下と非常に低いことが挙げられます。ただし、これらの細菌における海外での驚異的な耐性化のスピードを鑑みると、日本でもCREや薬剤耐性アシネトバクターに対する対策が急務であると考えられます。これらの耐性菌による院内感染の評価は専門家でも難しいため、まずは臨床検体からの培養でカルバペネムなどの耐性を持つ菌を見つけたら、届出や院内感染対策を含めた対応が必要かどうか感染制御部にご連絡いただければと思います。

また、感染症法に基づいて医師が行わなければならない届出疾患には、1類感染症から5類感染症までの疾患や新型インフルエンザ等、多くの感染症が含まれています。これら全てを記憶するのは大変ですが、疾患によっては診断後ただちに保健所への届出が必要なものもあります。感染制御部のホームページには各疾患の届出基準と届出用紙のPDFファイルがダウンロードできますので（図2）、届出の必要のある感染症を確認したい場合にはぜひご参照ください。



図2