

# 病原微生物検出情報

月報

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

HIV 感染症と梅毒の重複感染 4, 妊婦の梅毒検査は 2 回必要 5, 増加が懸念される先天梅毒 7, 無症候梅毒の罹患年齢分布の変化 8, 抗菌薬耐性淋菌 9, クラミジア・トラコマティスの変異株と薬剤耐性 10, ヒトパピローマウイルスワクチン 12, 性感染症サーベイランスによる病原体検査成績: 東京都 14, 昨秋以降のエンテロウイルス検出状況: 島根県 15, 夏季に大学で発生した AH3 亜型インフルエンザウイルス集発: 岡山県 15, 7 月にみられた小学校における B 型インフルエンザ集発: 千葉県 16, 6~7 月のパレコウイルス 3 型の急増: 広島市 17, 修学旅行において EHEC O26 に感染したと思われる事例: 鹿児島市 18, リジン脱炭酸陰性 EHEC O111 集団感染事例: 愛知県 18, *S. suis* による髄膜炎の一例 19, Tdap ワクチンによる高校での百日咳集発のコントロール: 米国 20, 日本の HIV 感染者・AIDS 患者の状況 (2008 年第 2 四半期) 21, チフス菌・パラチフス A 菌ファージ型別成績 28

Vol.29 No. 9 (No.343)  
2008 年 9 月発行

国立感染症研究所  
厚生労働省健康局  
結核感染症課

事務局 感染研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)

本誌に掲載された統計資料は、1)「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」に基づく感染症発生動向調査によって報告された、患者発生および病原体検出に関するデータ、2) 感染症に関する前記以外のデータに由来する。データは次の諸機関の協力により提供された: 保健所、地方衛生研究所、厚生労働省食品安全部、検疫所、感染性腸炎研究会。

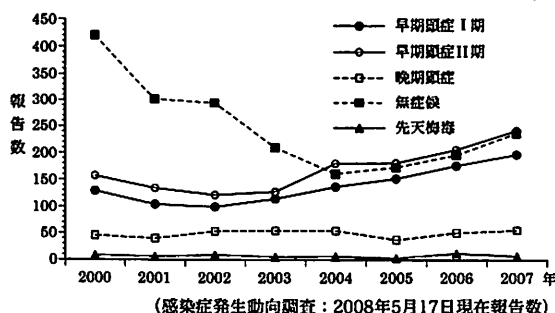
## <特集> 性感染症 2007年現在

わが国の性感染症 (STD) サーベイランスは、性病予防法に加え、1987 年以降感染症発生動向調査事業により実施されてきた (3 ページ資料 1 および IASR 19: 198-199, 1998)。1999 年 4 月の感染症法施行後は法に基づく感染症発生動向調査において、梅毒の全数届出が医師に義務付けられ、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症が STD 定点から毎月報告されている (届出基準は <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekakukansenshou11/01.html>)。後天性免疫不全症候群、アムバ赤痢、B 型肝炎、C 型肝炎なども性的接触が感染経路として重要であるが、本特集では、感染症法施行以降の梅毒と定点把握 4 疾病の動向について述べる。

梅毒: 年間報告数は 2003 年まで減少していたが、2004 年に増加に転じ、特に 2006 年、2007 年はそれぞれ前年から約 100 例増加した (3 ページ表 1)。これを病期別にみると、早期顕症は I 期、II 期ともに 2003 年以降、無症候は 2005 年以降増加傾向がみられた (図 1)。無症候の届出では 2003 年以前には届出基準に合致しない症例が含まれていたが、2003 年 4 月から検査値基準の徹底を図ったため、高齢者の数が減少した (図 2 および本号 8 ページ)。晩期顕症と先天梅毒はほぼ横ばいであった。しかし、先天梅毒の小児例は、これまで 2006 年の 10 例が最多であったが、2008 年は 8 月 27 日現在 7 例の報告があり、増加が懸念される (本号 5 & 7 ページ)。

2004~2007 年に報告された 2,452 例を病期・性・年

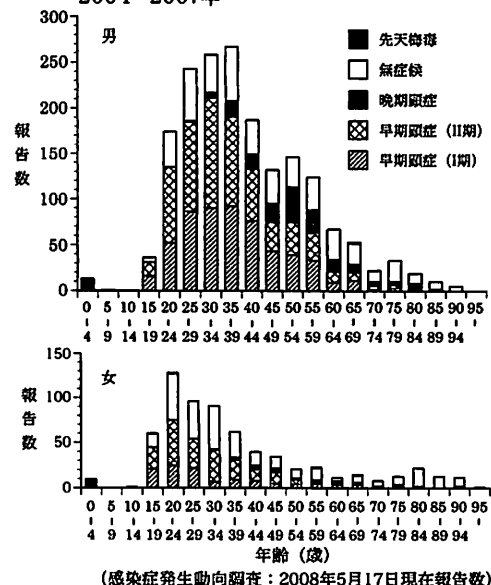
図 1. 梅毒患者の病期別報告数の年次推移, 2000~2007 年



年齢別にみると (図 2), 早期顕症は、男性では 10 代後半からみられ、30 代前半をピークとして 20~40 代前半に多く、女性では 1 例ではあるが 10 代前半からみられ、20 代前半をピークとして 10 代後半~30 代に多かった。また、I 期と II 期の比率をみると、男性では 1:1.1 であるのに対し、女性では 1:1.9 と、II 期での診断がより多かった。これは初期硬結などの I 期症状は女性では自覚されにくく、ばら疹など II 期症状の出現により受診することの影響が考えられる。無症候は、男女ともに 10 代後半~90 代前半で報告されたが、無症候の割合は、男性 26% に対し、女性では 46% と大きく、特に 20 代~30 代前半に多かった (図 2)。無症候の診断は、他の性感染症診断時、献血、手術前、施設入所前などの検査によると考えられる。女性で無症候が多いのは、さらに妊婦健診、風俗店従業員の検診など検査の機会が多いことの影響が考えられる。

2004~2007 年の報告例の感染経路は、男性では性的接触 (複数の経路が記載されたものを除く) が 1,415 例 (うち 75% が異性間)、女性では性的接触が 578 例

図 2. 梅毒患者の病期・性・年齢別報告数, 2004~2007 年



(2 ページにつづく)

(特集つづき)

(うち86%が異性間)であった。性的接触以外では不明が多く、その他には母子感染31例(うち2例は異性間性的接触もあり)、輸血8例、静注薬物常用4例(うち3例は異性間性的接触もあり)、針等の刺入4例(うち1例は性的接触もあり)、刺青3例(うち2例は性的接触もあり)、患者介護1例(性的接触もあり)などが報告された。

都道府県別では、2004～2007年4年間の総報告数は東京(452例)、愛知(207例)、大阪(205例)の3自治体で35%を占めた(3ページ表1)。一方、4年間の総罹患率(2007年10月1日人口10万対)は、熊本(8.21)、高知(6.14)、香川(5.96)、東京(3.54)の順であった。4年間の合計報告数が2、3例のみの自治体もあり、梅毒が届出義務のある疾患であることの医師に対する周知徹底が必要である。

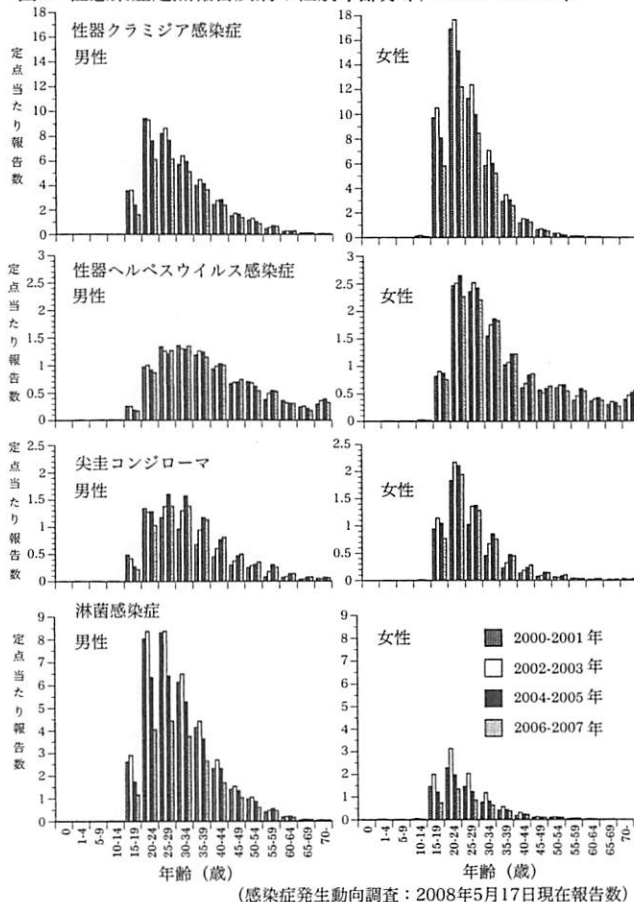
定点把握4疾病:STD定点は全国約970箇所(2008年6月時点:産婦人科・産科・婦人科466,泌尿器科397,皮膚科93,性病科14)が指定されている。各疾病の定点当たり報告数の年次推移を性別にみると(3ページ表2),男女とも,性器クラミジア感染症と淋菌感染症は2004～2007年まで減少が続いており,性器ヘルペスウイルス感染症(以下性器ヘルペス)と尖圭コンジローマは,ほぼ横ばいであった。またいずれの年においても,男性では性器クラミジア感染症(報告数全体の約40%),淋菌感染症(同約30%)の順に多く,女性では性器クラミジア感染症(同約60%),性器ヘルペス(同約20%)の順であった。

年齢群別にみると(図3),性器ヘルペス以外の3疾病は,男性では20～30代前半に多く,60歳以上の報告は少なかった。女性では10代後半～20代に多く,55歳以上の報告はわずかであった。一方,性器ヘルペスは,他の3疾病よりピークが高年齢にあり,高齢者の報告数が多い。この理由として,本来の届出対象ではない再発例も報告されている可能性が考えられる。そのため,2006年4月改正の届出基準には「明らかな再発例は除く」の一文が書き加えられた。しかし,その後も明らかな変化は認められず,定点医療機関に対する周知徹底が必要である。

さらに,各年齢群別の年次推移をみると(図3),性器クラミジア,淋菌感染症においては,ほとんどすべての年齢群で減少傾向がみられ,特に若い年齢層で減少傾向が強かった。一方,尖圭コンジローマでは30代以降の年齢群で増加傾向が認められた。

現在の問題点:近年,淋菌やクラミジア・トラコマチスでは薬剤耐性株が増加しており(本号9&10ページ),またPCR法キットで検出できないターゲットDNAが変異したクラミジアも出現している(本号10ページ)。感染症発生動向調査においてSTD5疾病は病原体サーベイランスの対象ではないが,東京都では独自に4つのSTD定点から検体を収集し検査を

図3. 性感染症定点報告疾病の性別年齢分布, 2000～2007年



実施している(本号14ページ)。

海外では子宮頸癌,尖圭コンジローマの予防を目的としたヒトパピローマウイルスワクチンが開発,導入されているが,未知の課題も多い(本号12ページ)。

また,STDは重複感染することが多く(本号4&14ページ),診断時には他のSTDの可能性も考慮し,早期診断・治療に結びつけることが必要であろう。さらに,パートナーへの働きかけも重要な点である。

STD5疾病すべてで10代前半の報告が認められた。性器クラミジアの無症候感染者が高校生女子の13%程度存在するとの報告もあり(厚生労働省研究班),中学生の段階からSTD予防教育が重要であることは明白である。また,若年者の症状出現時に適切な受診行動に繋がるような,相談,検査体制の構築が急務である。

全数報告の梅毒は増加傾向にあるのに対し,定点報告の性器クラミジア感染症と淋菌感染症は全国的に減少傾向にある(<http://idsc.nih.go.jp/iasr/29/343/tpc343-j.html>資料2)。しかし,いくつかの自治体において実施された全数調査との比較から,現状の定点では若年者の発生把握が不十分との指摘もあり(厚生労働省研究班),慎重に評価しなければならない。今後,HIV感染を含めたSTD対策を推進するためには,現在の定点配置の見直しなど,より正確に各地域の実態を把握できるサーベイランス体制が必要とされる。