

(地Ⅲ216F)

平成30年1月30日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜 范 敏

麻しん・風しんに関する情報提供について

今般、国立感染症研究所において、「麻しんのリスクアセスメント」、「風しんのリスクアセスメント」が作成・更新され、厚生労働省より各都道府県等衛生主管部（局）宛に別添の事務連絡がなされ、本会に対して情報提供がありました。

本事務連絡では、麻しん・風しんのいずれについても、近年、輸入症例から端を発し、抗体陽性率の低い世代を中心に集団感染する事例が認められることから、引き続き抗体陽性率の低い世代や海外渡航者等に対する予防接種の推奨が重要であるとしております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会等に対する周知方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

事 務 連 絡
平成 30 年 1 月 26 日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

麻しん・風しんに関する情報提供について

平素より、感染症対策について、ご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。今般、麻しん・風しんに関して、別紙のとおり、国立感染症研究所において「麻しんのリスクアセスメント」、「風しんのリスクアセスメント」を作成・更新しましたのでお知らせします。

麻しん・風しんいずれについても、近年、輸入症例から端を発し、抗体陽性率の低い世代を中心に集団感染する事例が認められることから、引き続き抗体陽性率の低い世代や海外渡航者等に対する予防接種の推奨等が重要です。

つきましては、これらリスクアセスメントの趣旨を踏まえ、感染症対策の一層の推進を図っていただきますようお願いいたします。

平成 30 年 1 月 26 日
照会先
健康局結核感染症課
(担当・内線) 野田・高倉(2935)
(電話・代表) 03(5253)1111
(電話・直通) 03(3595)2257

事務連絡
平成30年1月26日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

麻しん・風しんに関する情報提供について

平素より、感染症対策について、ご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。今般、麻しん・風しんに関して、別紙のとおり、国立感染症研究所において「麻しんのリスクアセスメント」、「風しんのリスクアセスメント」を作成・更新しましたのでお知らせします。

麻しん・風しんいずれについても、近年、輸入症例から端を発し、抗体陽性率の低い世代を中心に集団感染する事例が認められることから、引き続き抗体陽性率の低い世代や海外渡航者等に対する予防接種の推奨等が重要です。

つきましては、これらリスクアセスメントの趣旨を踏まえ、感染症対策の一層の推進を図っていただきますようお願いいたします。

平成30年1月26日
照会先
健康局結核感染症課
(担当・内線) 野田・高倉(2935)
(電話・代表) 03(5253)1111
(電話・直通) 03(3595)2257

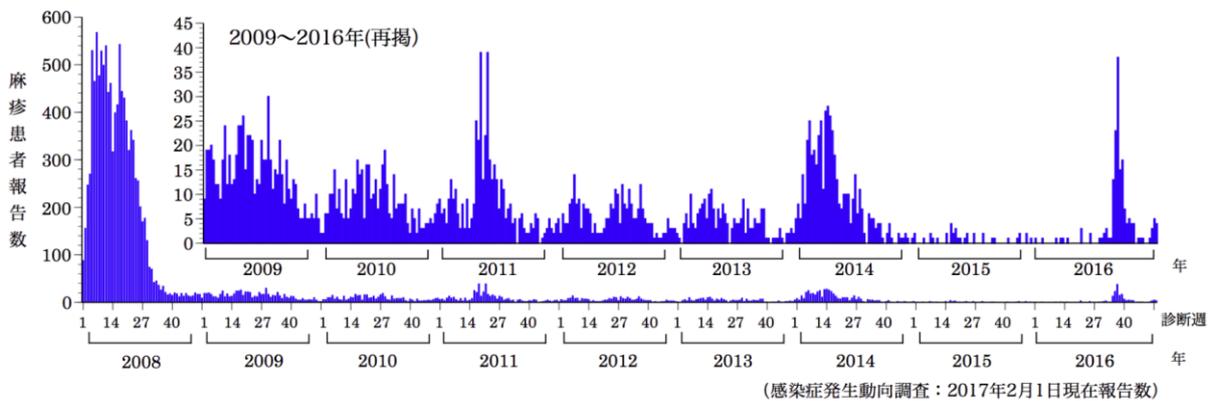
麻疹の発生に関するリスクアセスメント第一版

2018年1月24日

<背景>

2015年3月27日、WHO 西太平洋地域事務局は、良好なサーベイランスのもと国内流行株による感染連鎖を認めなくなってから3年が経過したことから、日本が麻疹の排除状態にあると認定した。2015年の年間報告数は、2008年以降で最低の35例であったが、2016年、2017年(第46週現在)は年間150例以上の麻疹患者が報告された(図1)。このような状況から、感染症発生動向調査や病原微生物検出情報、感染症流行予測調査の結果をもとに麻疹の国内感染拡大の可能性についてリスクアセスメントを行った。

図1. 麻疹患者の週別報告数, 2008~2016年



IASR
International Annual Surveillance Report

尚、麻疹排除認定までの経緯や麻疹の疫学に関しては、

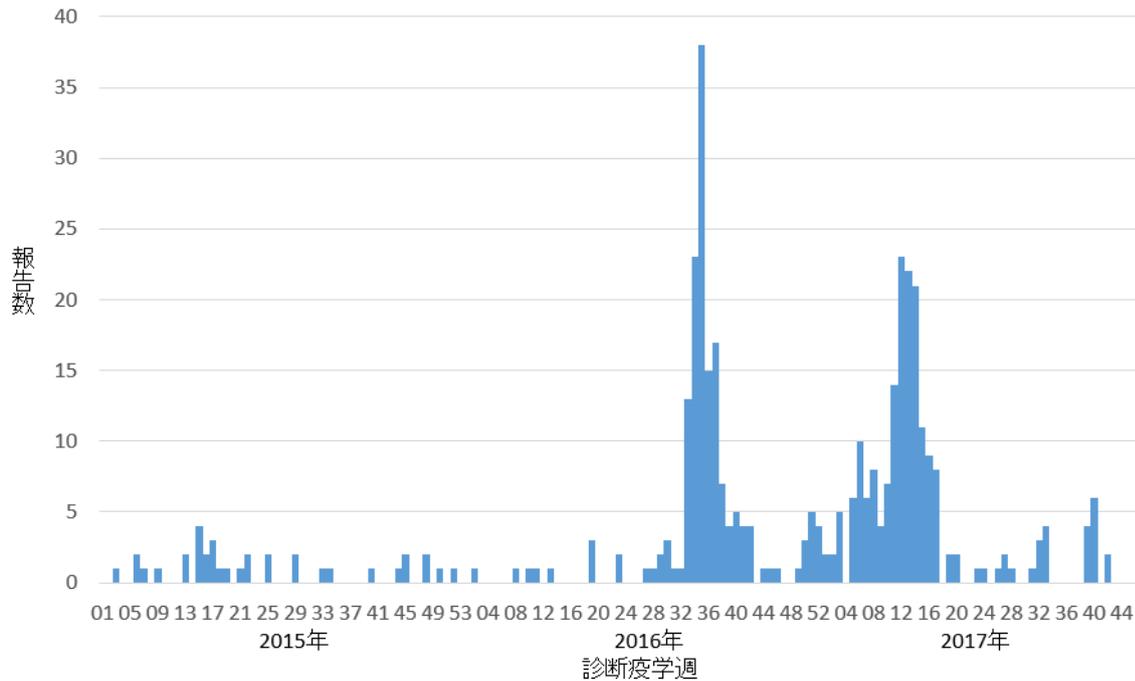
麻疹とは <https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/518-measles.html>

を参照されたい。

<2015年第1週~2017年第46週:麻疹発生状況>

2015年第1週から2016年第46週の累計報告数は388例で、2015年が35例、2016年164例、2017年は第46週までに189例であった。2016年には第33週から報告例が増加し、第35週をピークとする流行を認め、この流行には関西国際空港関連、松戸市、尼崎市等の事例が含まれていた。その後報告数は一旦減少したが、2016年末から増加し始め、2017年第12週をピークとする流行を認めた¹⁻⁴⁾。この流行には三重県、山形県での地域流行が含まれていた。(図2)。

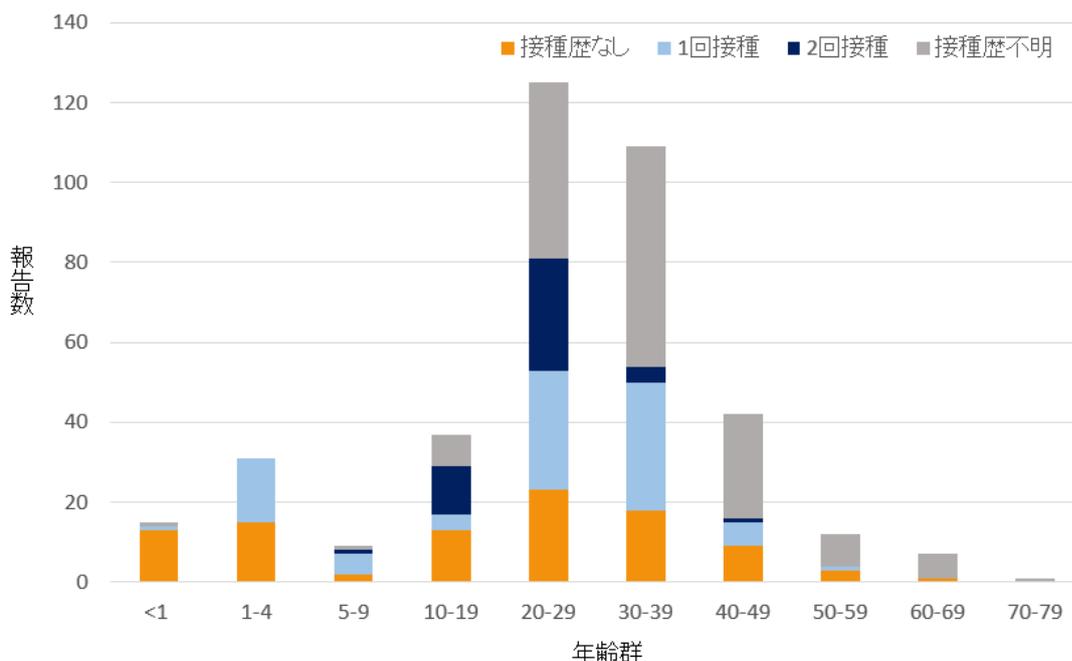
図2. 全国から報告された麻疹患者の流行曲線(n=388、2015年第1週~2017年第46週)



全報告例 388 例のうち、推定感染地域が国外の報告例は 76 例(20%)、国内の報告例は 301 例(78%)、国内または国外の報告例は 11 例(3%)であった。各年の国外での感染と推定された報告例の割合は、2015 年 49%(17/35)、2016 年 17%(28/164)、2017 年(第 46 週まで) 16%(31/189)であった。国内の推定感染地域を都道府県別にみると、山形県(59 例)、大阪府(54 例)、東京都(34 例)、三重県(22 例)、千葉県(22 例)、兵庫県(20 例)の順に報告が多く、都道府県不明が 30 例あった。

病型は麻疹(検査診断例)が 220 例(57%)、修飾麻疹(検査診断例)が 151 例(39%)、麻疹(臨床診断例)が 17 例(4%)であった。性別・年齢については、男性が 211 例(54%)、20 歳~39 歳が全体の報告の 60%(234/388)を占めた。この年齢群において、麻疹含有ワクチン接種歴なし及び接種歴不明を合せた割合は 60%(140/234)であった(図 3)。

図 3.年齢群・麻疹含有ワクチン接種歴別の麻疹しん報告数(n=388、2015 年第 1 週~2017 年第 46 週)



<2015 年以降の主なアウトブレイクの特徴>

2016 年から 2017 年にかけて発生した複数の集団発生事例において、輸入例（日本人海外渡航者もしくは流行国から来日した渡航者）が発端となった事例、また初発例に対する診断の遅れにより感染拡大に繋がった事例がみられた¹⁻³⁾。小児例も散見されたものの、流行の主体は予防接種歴のない又は接種歴不明の成人であった。感染拡大の場は主に医療機関、国際空港、職場、技能学校、保育所、家庭内等であった。地域的には、1 か所の保健所管内の事例から複数の保健所管轄地域にわたる広域事例が認められた。特に患者が広域を移動した事例や、居住地以外で感染し、その後、居住地のある自治体に戻ったような事例では、複数の自治体に対して横断的な対応が必要であった。事例の詳細については以下を参照されたい。

- 松戸保健所管内における麻疹のアウトブレイク

～概要と保健所における対応について～

<http://www.niid.go.jp/niid/ja/measles-m/measles-iasrs/6797-441p01.html>

- 関西国際空港内事業所での麻疹集団感染事例について

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2405-iasr/related-articles/related-articles-445/7131-445r01.html>

- 尼崎市における 2016 年の麻疹発生状況

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2405-iasr/related-articles/related-articles-445/7133-445r03.html>

- 首都圏内の空港に関連する遺伝子型 D8 の麻疹発生事例について

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2405-iasr/related-articles/related-articles-445/7134-445r04.html>

<世界の麻疹流行状況>

麻疹は世界の多くの地域で報告されている。主にアジア、アフリカ及びヨーロッパ諸国からの報告が多い。図4において、半年で100例以上の麻疹例の報告がある国(茶色もしくは濃赤)に渡航する際には特に注意が必要である。日本における2016年の人口100万あたりの麻疹報告数は1.23であり、参考までに同年の人口100万あたり麻疹報告数が1以上の国は表1のとおりである。ただし、麻疹のサーベイランスがない国があること、周期的な麻疹の流行が起こりえることなどから、必ずしも現状を反映するものではないことに注意が必要である。

図4.世界の麻疹患者報告数(2017年5月~2017年10月)

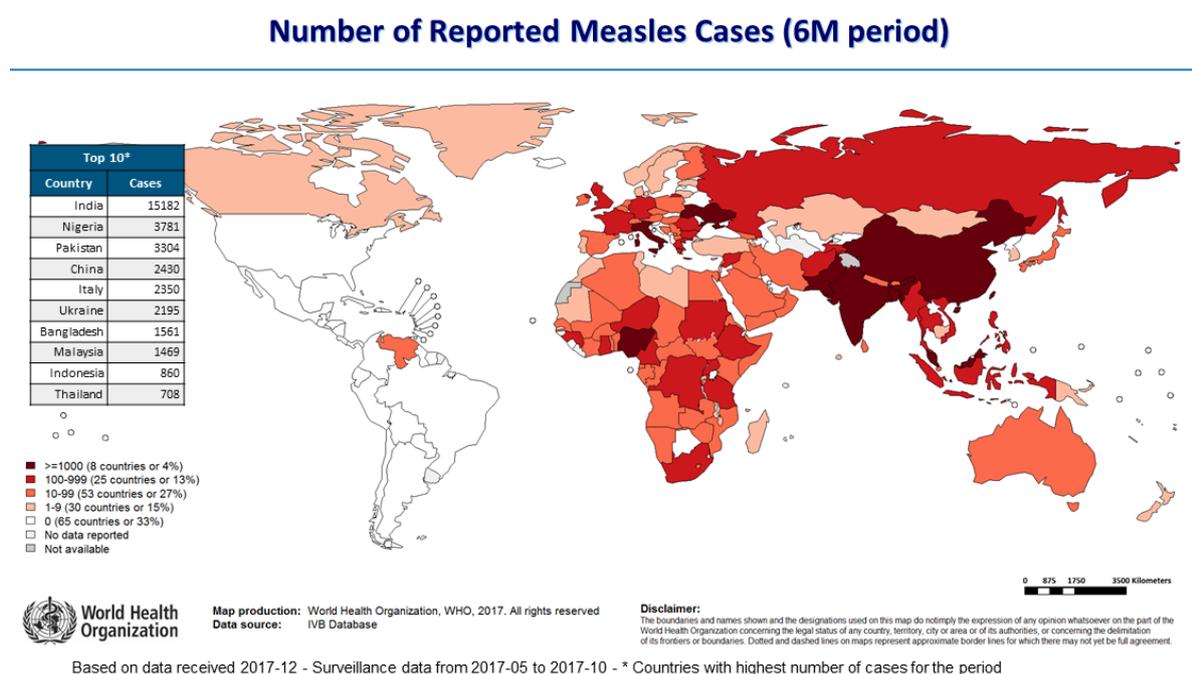


表1.人口100万あたり麻疹報告数が1以上の国(2016年)

人口100万人あたり報告数	国名
1から5未満	イラン、ラオス、アルジェリア、イスラエル、フランス、ロシア、エストニア、ブルンジ、セルビア、ソロモン諸島、アンゴラ、タンザニア、ソマリア、クウェート、ウクライナ、エジプト、コートジボワール、ブルネイ、ケニア、アイスランド、ベラルーシ、オーストリア、サウジアラビア、カンボジア、ジョージア、シリア、ポーランド、モリタニア、ドイツ、オーストラリア、リビア、モザンビーク、ルワンダ
5から10未満	ミャンマー、イエメン、スリランカ、ベトナム、フィジー、カーボヴェルデ、タジキスタン、マリ、ウガンダ、カザフスタン、フィリピン、バングラデシュ、レソト、ベルギー、レバノン、リトアニア、スイス、英

	国、ベナン、アイルランド、ネパール
10 以上	東ティモール、チャド、カタール、ブルキナファソ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、イタリア、パキスタン、タイ、セネガル、ガーナ、エリトリア、ナミビア、中国、アフガニスタン、トーゴ、ニュージーランド、アラブ首長国連邦、ガンビア、シオラレオネ、ギニア、インドネシア、シンガポール、カメルーン、オマーン、ニジェール、中央アフリカ共和国、エチオピア、スーダン、マレーシア、インド、コンゴ共和国、コンゴ民主共和国、南スーダン、リベリア、ナイジェリア、ブータン、ルーマニア、ガボン、赤道ギニア、モンゴル

WHO ホームページ掲載の表 (Reported measles and rubella cases and incidence rates by Member States) より改変:

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/

<2016 年、2017 年: 病原微生物検出情報に基づく麻疹ウイルス検出例の発生状況と遺伝子型、渡航歴と渡航先>

2016 年、2017 年とも検出された遺伝子型は D8 が最も多く、2016 年については H1 も多く検出された。輸入例で麻疹ウイルスが検出された例の渡航先については 2016 年、2017 年ともインドネシアが最も多かった。輸入例で麻疹ウイルスが検出された例の多くは東南アジアに渡航歴があり、一部の症例では中東、南アジア、ヨーロッパ、オセアニアへの渡航歴もみられた(表 2)。

表2. 麻疹ウイルス検出例の発生の状況、渡航歴と渡航先、2016年

遺伝子型	例数	発生の状況†				渡航歴 無／不明	渡航歴 有	渡航先*													
		散発	家族内発生	地域流行	集団発生			イラク*	インドネシア*	カタール*	サウジアラビア*	シンガポール*	タイ	韓国	中国	ベトナム*	マレーシア	モンゴル	イタリア	スイス	オーストラリア
合計	139	83	11	8	38	104	35	1	17	1	1	2	4	3	2	2	1	2	1	1	1
Not typed	15	6	-	-	9	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B3	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
D8	66	57	5	4	-	39	27	1	16	1	1	2	4	2	-	1	1	-	1	1	-
H1	57	19	6	4	29	50	7	-	1	-	-	-	-	1	2	1	-	2	-	-	-

†重複あり *2つ以上の国へ渡航した例を含む

(病原微生物検出情報: 2017年2月27日現在報告数)

麻疹ウイルス検出例の発生の状況と渡航歴と渡航先、2017年

遺伝子型	例数	発生の状況				渡航歴 無/不明	渡航歴 有	渡航先*													
		散发	家族内発生	地域流行	集団発生			インド	インドネシア	カンボジア*	シンガポール	タイ*	ネパール	バキスタン	ベトナム	マレーシア	ミャンマー	ガボン	イタリア	ニュージーランド	
合計	153	69	15	6	64	120	33	1	16	1	1	6	1	1	1	1	1	1	2	1	
Not typed	10	4	-	-	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
B3	7	4	3	-	-	2	5	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-
D8	134	59	12	6	58	108	26	1	16	1	-	6	1	-	-	1	-	-	-	-	
H1	2	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	

重複あり。 * 2つ以上の国へ渡航した例を含む

(病原微生物検出情報：2017年10月9日現在報告数)

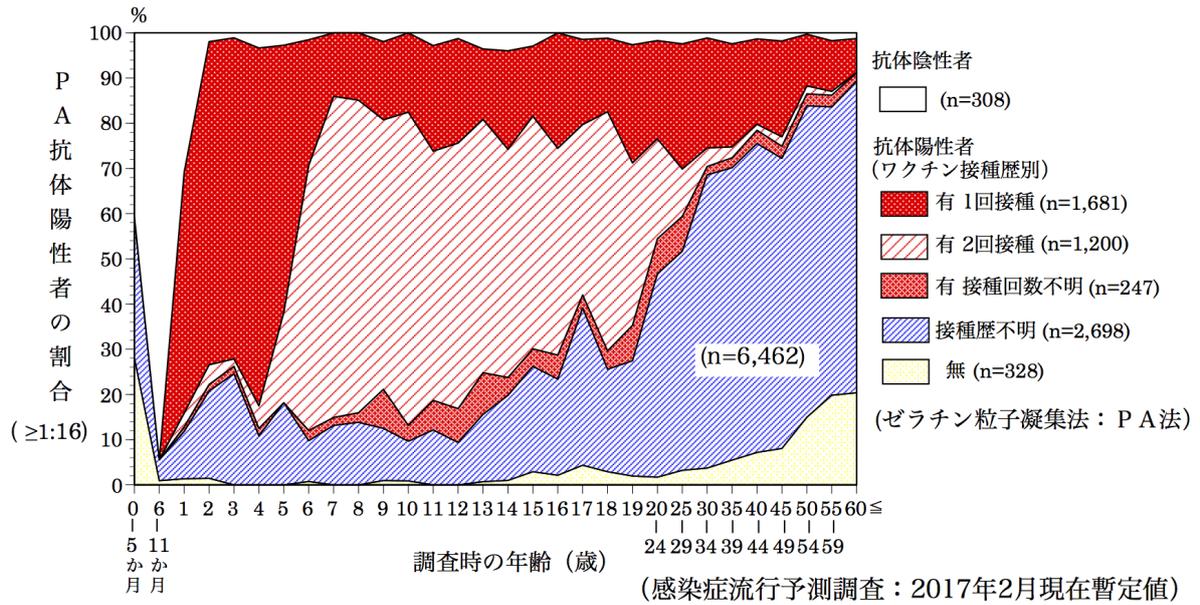


詳細は <https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-measles.html> を参照のこと

<麻疹抗体保有状況>

麻疹の予防接種は1966年から任意接種として始まり、1978年10月に予防接種法に基づく定期接種に導入された。当時の定期接種対象年齢は、生後12か月以上72か月未満であった。1989年4月～1993年4月の4年間には、麻疹の定期接種の際に麻疹ワクチンあるいは麻疹おたふくかぜ風疹混合(MMR)ワクチンの選択が可能となった。1995年度から麻疹の定期接種対象年齢が生後12か月以上90か月未満に変更となった。また、2006年度から麻疹風疹混合(MR)ワクチンが導入され、接種対象年齢は第1期(生後12か月以上24か月未満)、第2期(5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の者)の2回接種となった。その後、2008～2012年度の5年間は、10代の免疫を強化する目的で、2回目の麻疹および風疹含有ワクチン接種の接種機会が与えられ、第3期(中学1年生相当年齢の者)、第4期(高校3年生相当年齢の者)の定期接種が実施された。2016年度感染症流行予測調査によると、これらの予防接種の効果により、麻疹のPA抗体保有率(抗体価1:16以上)は、2歳以上のすべての年齢/年齢群で95%以上を示した(図5.麻疹の抗体保有状況—2016年度感染症流行予測調査(暫定結果))。⁵⁾

図5. 年齢別麻疹抗体保有状況, 2016年度



<リスクアセスメント>

(1)現状と課題

- 麻疹が常時発生している国や地域は多く、今後も麻疹の輸入例は継続的に発生する可能性が高い。日本における麻疹排除を維持するためには全ての年代の感受性者への対策を行うことが重要である。
- 過去に国内で流行し、日本の土着株とされていた遺伝子型 D5 の麻疹ウイルスは、2010 年以降、検出されておらず、近年は、遺伝子型 D8 が最も多く検出されており、海外からの麻疹ウイルス侵入をきっかけに国内で感染拡大が起っていたことが示唆された。
- 2015 年以降の報告例、特に集団発生事例の主体は 20-30 代であり、報告例の大部分で 2 回の麻疹含有ワクチン接種が未実施か、接種歴不明であった。これは、感染力が極めて強く、空気感染を含む様々な感染経路により拡大していく麻疹ウイルスの特徴を表している。たとえ人口全体に占める麻疹抗体保有率が高くても、十分な抗体を保有しない感受性者が多い集団が存在し、その集団が麻疹ウイルスに曝露された場合には、感染拡大が起こりうる。

(2)対策

- 渡航者対策については、渡航歴のある麻疹症例の中では、渡航先としてインドネシアを含めた東南アジアの割合が高く、特に流行国へ渡航する際は、必要回数の麻疹含有ワクチン接種歴があることの確認と、必要な場合の接種の推奨が、渡航者本人の感染予防及び帰国後の国内での感染拡大防止のために重要である。
- 国内における感染拡大の防止のためには、麻疹患者の適切な診断と迅速な報告、1 例でも報告された時点で各関係機関の協力のもとで行う迅速な接触者調査と対応、また地域医療機関への情報伝達と一般国民に対する予防のための啓発が必要である。特に事例が広域となるおそれのある場合は各関係自治体間の情報共有も重要である。
- ワクチンについては、抗体保有率は 2 歳以上のすべての年齢群で 95% 以上であったが、今後、国内で感染を拡大させないためには 2 回の定期接種の接種率を 95% 以上に維持し、麻疹に対する抗体保有率を高く維持することが必要である。
- 感染場所に関する対策として、不特定多数の人(特に海外渡航者)と接触する職場、流行地域へ出張する者が多い職場、流行地域からの人材(労働者等、研修生)の受け入れをしている職場では特に平時からの感受性者対策が重要である。さらに、麻疹患者と接触する可能性が高く、感染拡大した際のインパクトが大きい医療機関や保育所等においては、より平時の対策を徹底する必要がある。

(文献)

- 1) Watanabe A, Kobayashi Y, Shimada T et al. Exposure to H1 genotype measles virus at an international airport in Japan on 31 July 2016 results in a measles outbreak. WPSAR 8(1) doi: 10.5365, 2017.
- 2) IASR Vol. 37 p.234-235: 2016 年 11 月号
- 3) IASR Vol. 38 p.48-49: 2017 年 3 月号
- 4) IASR Vol. 38 p.51-52: 2017 年 3 月号
- 5) IASR Vol. 38 p.54-55: 2017 年 3 月号

風疹および先天性風疹症候群の発生に関するリスクアセスメント第三版

2018年1月24日

国立感染症研究所

<背景>

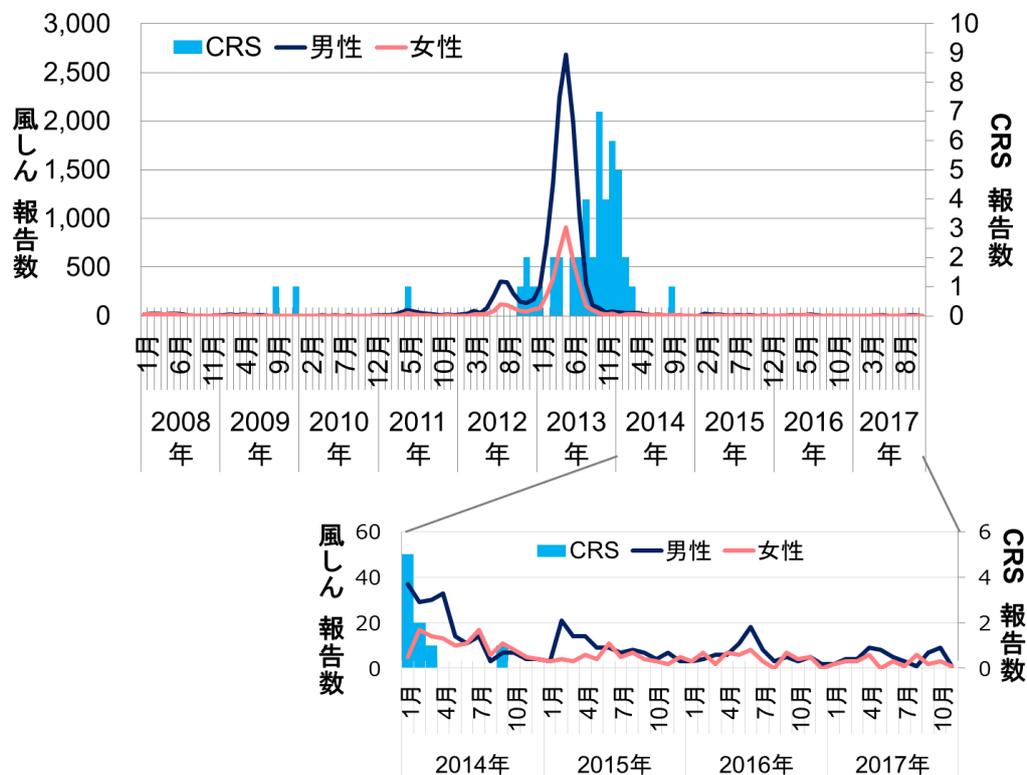
風しんが2008年に全数把握疾患に変更されて以降では最大となる全国規模の流行が、2012年から2013年にかけて発生し、合わせて約17,000例の風しん患者が報告された。また、2012年から2014年に先天性風しん症候群(CRS)患者が計45例報告された(図1)。これらのことを踏まえ、感染症発生動向調査や感染症流行予測調査の結果をもとにリスクアセスメントを更新した。

過去の発生状況や対応に関しては、風疹および先天性風疹症候群の発生に関するリスクアセスメント第二版等¹⁻³⁾を参照されたい。

<2012～2017年:風しん報告状況(感染症発生動向調査(2017年11月15日現在))>

2011年は複数の集団発生が確認されたが、地域内の小規模な発生にとどまり年間報告数は378例であった。2012年は石川県、徳島県、宮崎県を除く44都道府県から2,387例、2013年は全都道府県へ拡大し14,353例となった。

図1. 2008年～2017年の性別ごと風しん報告数およびCRS報告数



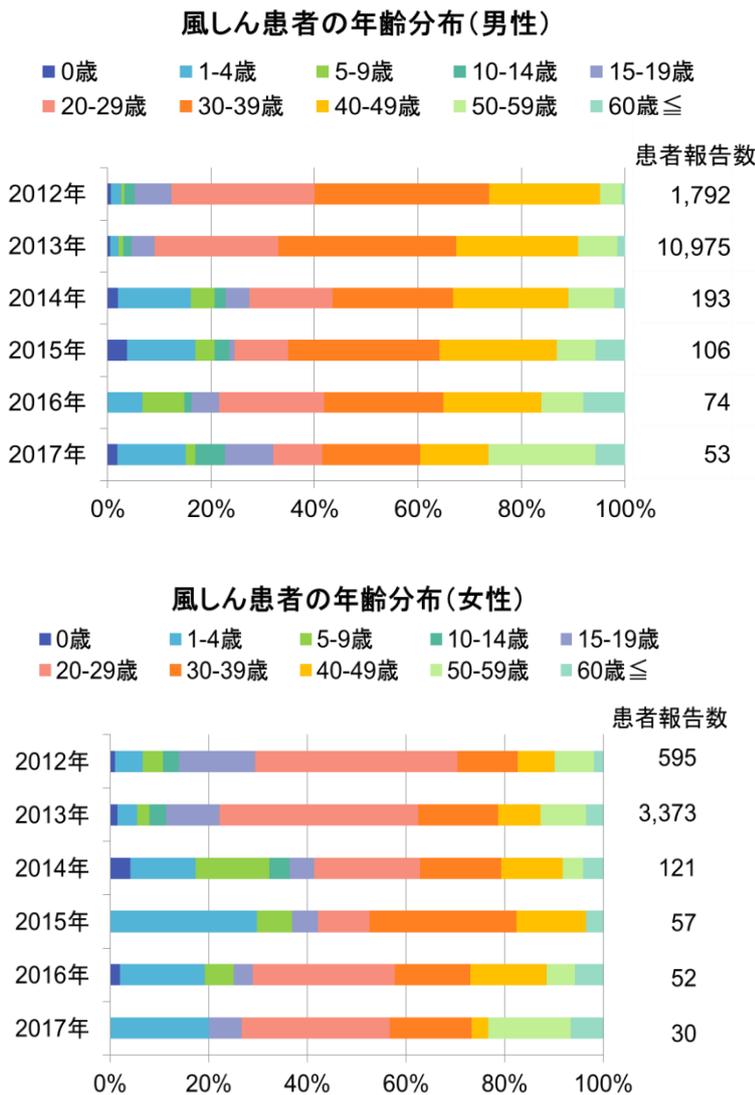
2012～2013年の累計報告数16,730例を都道府県別にみると、東京都(4,116)、大阪府(3,600)、神奈川県(1,944)、兵庫県(1,455)、千葉県(824)、埼玉県(704)の6都府県で75%を占めた。

性別・年齢群別では、男性76%(12,763)であり、このうち30-50代が65%(8,262)を占めた(報告全体16,730例のうちの49%)。また女性では20代が40%(1,598)と最も多かった(図2)。全報告例における予防接種歴は66%が不明で、29%がなしであった。

感染機会に関しては、不明もしくは記載がない報告が80%をしめたが、感染機会が記載内容から推定された報告の内訳は、職場48%、家族内27%、患者となった知人からの感染12%、学校・保育所等6%、通学・旅行・人混み等の市中感染6%、医療機関1%(一部重複あり)であった。2015年には事業所を中心とした風疹の集団感染事例が発生し、患者のほとんどが30-50代の男性であった⁴⁾。

2012～2013年の全国規模の流行の終息以降、風しんの年間報告数は2014年314例、2015年163例、2016年126例、2017年11月15日現在83例と減少している。毎年男性が過半数を占め、男性の中では20-50代の占める割合が62%～71%で推移している。女性では2015年を除き20代が最も高い割合を占め22%～30%で推移している(図2)。

図2. 2012年～2017年の風しん報告例の性別 年齢/年齢群分布



ワクチン接種歴については、2014年以降の報告例全体では、1回接種歴13%、2回接種歴7%、接種歴なし23%、不明57%であった。年別にみてもこの傾向は同様であり、接種歴なしと不明が約80%を占めている。これは患者が成人層に多いことを反映していると考えられる。

国外での感染が推定される患者の割合は、2014年以前は5%未満であったが、2015年6%、2016年9%、2017年17%と増加している。2014年以降2017年11月現在までに感染地域として報告された国は、フィリピン(9例)、インドネシア(8例)、インド(5例)、中国(4例)、ベトナム(4例)、タイ(3例)、アメリカ(2例)などであった(国内との重複含む)。また、2016年には外国人実習生を発端とし7都道府県に感染が拡大した広域感染事例が報告されている⁵⁾。

2014年以降の検査診断例は計471例で、年別の割合は、2014年63%(200/319)、2015年68%(111/163)、2016年78%(98/126)、2017年(11月現在)75%(62/83)で、近年では75%を超えている。検査診断例計471例の検査方法の内訳は、風疹特異的IgM抗体72%、PCR検査による風疹ウイルス遺伝子の検出23%、ペア血清14%、風疹ウイルスの分離・同定3%で、風疹特異的IgM抗体による診断が最も多かった(重複あり)。発症日の記載のあった症例において、発症から診断までに要した日数の中央値は、PCR検査6日(IQR:4-13.5日)、ウイルス分離・同定7日(IQR:4.5-11.5日)、風疹特異的IgM8日(IQR:5-11日)、ペア血清15日(IQR:7-20日)であり、PCR検査が最も短かった。

<風疹ウイルスの遺伝子型、分子疫学>

風疹ウイルスはE1遺伝子内の定められた739塩基の解析により2つのcladeと13の遺伝子型に分類される。2010年～2014年に、世界では13遺伝子型のうち1E、1G、1J、2Bの4つの遺伝子型のウイルスが検出されている。日本では、同期間中に、遺伝子型1E、1J、2Bの3遺伝子型のウイルスが検出され、そのうちおよそ87%が遺伝子型2Bのウイルスであった

(<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2017.01513/full9>)。

風疹ウイルスの遺伝子解析の結果は、ウイルスの由来(国内流行株か輸入株か)や疫学的リンク等を示唆するデータとして用いられる。

<2012～2017年:先天性風しん症候群報告状況(感染症発生動向調査(2017年11月15日現在)>

先天性風しん症候群(CRS)は、1999年4月に全数報告疾患となった。前述のように、2012～2013年の風疹の流行では、妊娠・子育て世代である20-40代の男性と20代の女性から多くの患者が発生し、これを反映して、2012年から2014年にCRS患者45例(うち届出時点の死亡例2例)が報告された[年別報告数:2012年4例、2013年32例(届出時点の死亡例2例を含む)、2014年9例]。2015年から2017年11月現在までCRS患者の報告はない。CRS患者の報告数のピーク(2013年10月前後)は風しん報告数のピーク(2013年5月)から約半年の時間差があった。

2012年から2014年までに報告されたCRS患者45例は14都道府県から報告された。内訳は東京都(16例)、大阪府(6例)、埼玉県(4例)、兵庫県・神奈川県(各3例)、和歌山県・千葉県・愛知県・三重県(各2

例)、香川県・島根県・栃木県・福島県・新潟県(各 1 例)であり、風しん報告数が比較的少なかった地域からも報告された。

CRS45 例の母親の風疹含有ワクチンの接種歴は、不明が 20 例(44%)、なしが 16 例、1 回の接種歴が 9 例で、2 回の接種歴がある者はいなかった。母親の妊娠中の風疹発症は、あり 31 例、なし 4 例、不明 10 例であった。妊娠中に風疹を発症した母親 31 例のうち、発症時の妊娠週数の中央値は 9 週(範囲:3~18 週)であった。

報告された症状を表に示す。先天性心疾患が最も多く報告されたが、一般的には難聴の頻度が最も高いとされており、未診断・未報告例の存在が推察されることから、CRS の全体像は正確に把握されていない可能性がある。

表 1. 2012~2014 年に報告された CRS 報告例 45 例における症状

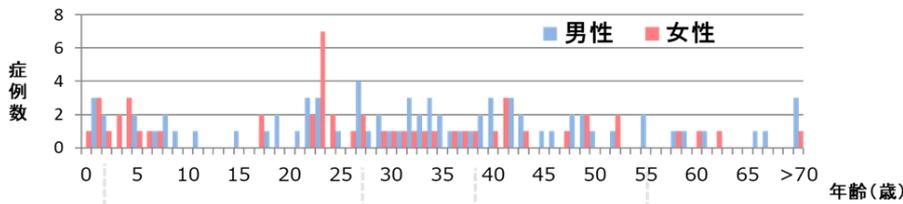
症状(重複あり)	報告数	
先天性心疾患*	24	
難聴*	20	
白内障*	4	
紫斑	17	
生後 24 時間以内の黄疸	10	
血小板減少	10	
脾腫	9	
小頭症	5	
頭蓋内石灰化病変	5	
X線透過性の骨病変	4	*CRS 三徴: うち三徴合併 1 例, 先天性心疾患・難聴の二徴合併 2 例
子宮内発育不全	4	
色素性網膜炎	3	†その他:精神発達遅滞, 脳室拡大, 横隔膜弛緩症, 網膜萎縮, 上衣下出血 各 1 例
髄膜炎	2	
その他†	5	

<風疹抗体保有状況(赤血球凝集抑制(HI)法)>

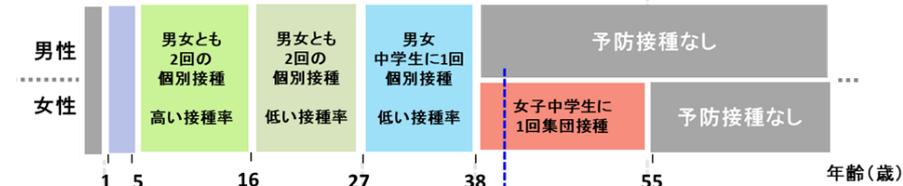
風疹ワクチンの定期接種は 1977 年から開始されたが、開始時から 1994 年度までは女子中学生のみが対象者であった。また、1989 年度から始まった乾燥弱毒生麻疹・おたふくかぜ・風疹混合ワクチン(MMR ワクチン)が 1993 年 4 月に接種中止になったことや 1995 年度の集団接種から個別接種への変更等の予防接種制度の変遷に伴い予防接種率が顕著に低下した時期があった。2006 年度に 1 歳と就学前 1 年間の幼児に対する 2 回接種が導入され、2008 年度から 2012 年度までは中学校 1 年生および高校 3 年生相当に対する 2 回目の定期接種が実施された。これらの予防接種の効果により、定期接種前の 1 歳未満を除いた 20 歳未満においては男女ともに高い抗体保有率が維持されている⁶⁾。一方、2012 年~2013 年の流行後にも、30-50 代男性における抗体保有率は流行前と比較し明らかな変化は認められておらず、2016 年に報告された患者は、抗体保有率の低い 30-50 代の成人男性層と、男女ともに予防接種率の低い 20-30 代に多かった(図 3)。

図 3. 2016 年の性・年齢別風しん報告数、予防接種制度の変遷、および抗体保有状況の関連

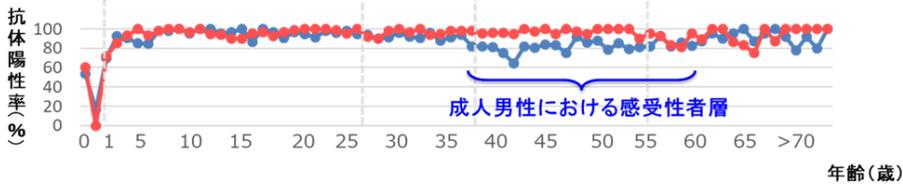
2016年の報告症例数 (n=126)



2016年における年齢と予防接種制度



2016年の抗体保有状況



<海外での発生状況>

世界保健機構(WHO)は2015年、南北アメリカ大陸における風疹とCRSの排除を認定した。現在、WHOはその他の地域での風疹排除を2020年までに達成することを目標としている⁷⁾。WHOと国連児童基金(UNICEF)による2016年の集計によれば⁸⁾、人口100万人あたりの風疹報告数が日本(<1)より多い国は表2のとおりである。これらの国に渡航する際にはとくに注意が必要である。ただし、これらの国以外でも、風疹含有ワクチンが導入されていない国や接種率の低い国、風疹のサーベイランスがない国があること、周期的な風疹の流行が起こりえることなどから、必ずしも2017年以降の状況を反映するものではないことに注意が必要である。

表 2. 2016 年人口 100 万人あたり報告数(2017 年 6 月 23 日現在)

人口 100 万人あたり報告数	国名
1 から 5 未満	アフガニスタン、イエメン、ウクライナ、エチオピア、オマーン、ガボン、ガンビア、コンゴ民主共和国、ザンビア、ジブチ、ジョージア、チャド、中国、チュニジア、ドイツ、ナイジェリア、ニジェール、パキスタン、バングラデシュ、フィジー、フィリピン、ブータン、ブルンジ、ベトナム、ボスニア・ヘルツェゴビナ、マラウイ、マリ、マレーシア、ルワンダ、レバノン
5 から 10 未満	セネガル、インドネシア、ウガンダ、カタール、ケニア、コートジボワール、東ティモール、マダガスカル、ラオス、中央アフリカ
10 以上	アラブ首長国連邦、インド、エリトリア、ギニア、シエラレオネ、スーダン、スワジランド、赤道ギニア、トーゴ、ナミビア、パキスタン、ボツワナ、南アフリカ、モンゴル、レソト

<リスクアセスメント>

(1)現状と課題

- 日本においては、かつてのような約5年周期での数万～数十万規模の風疹の流行は認められなくなったが、局地的流行は未だ発生している。また、海外においても、風疹排除を達成していない国では、大規模な流行が発生する可能性があり、国内外を問わず風疹に感染するリスクがある。つまり、国内では今後も風疹の感受性者が多く残る成人の年齢層で流行を認める可能性があり、職場での集団感染の発生や妊娠を希望する女性や妊婦の感染、CRSの発生等のリスクは依然として高いといえる。定期接種対象者の接種率を高く維持することに加え、この年齢層の感受性者対策が重要である。
- 発生報告例は、2014年以降、輸入例の割合が増加しており、海外渡航者、訪日外国人を契機とした感染拡大に留意することが必要である。
- 就労世代の主体を成す30-50代男性に感受性者が多く残されており、今後も職場内での感染拡大の可能性が高いことを示唆している。さらに、2015年以降、女性の風疹患者のうち、20代の割合が増加しており、かつて予防接種率が低下したこの年齢層に感受性者が多く残っていることが推測される。
- 風疹の集団発生、感染拡大の場所として、2012～2013年の流行時には職場、家庭内、医療機関等が報告された。2014年以降も職場での集団感染は引き続き発生しており、平時からの職場での風疹対策が重要である(発生時の対応を含め、詳細は職場における風しん対策ガイドライン⁹⁾参照)。

(2)対策

- 渡航者に対しては、日本国内に風疹ウイルスを持ち込まないために、ワクチン接種歴等を確認の上、海外での流行状況等の必要に応じて、渡航前に麻疹風疹混合ワクチンの接種を推奨することが求められる。
- 国内における感染拡大の防止のためには、風疹患者の適切な診断と迅速な報告、1例でも報告された時点で各関係機関の協力のもとで行う迅速な接触者調査と対応、また地域医療機関への情報伝達と一般国民に対する予防のための啓発が必要である。特に事例が広域となるおそれのある場合は各関係自治体間の情報共有も重要である。
- 風疹排除にいたる過程では、国外から持ち込まれた風疹ウイルスと、その風疹ウイルスの国内での感染拡大状況を把握することが重要であるため、発生動向調査へ届出のあった患者について、風疹ウイルスの遺伝子型の検査が行えるような体制が整備されている。
- ワクチンについては、ワクチン未接種者、およびこれまでにワクチン接種の機会を得られなかった成人層に対して、より積極的にワクチン接種を推奨することが重要である。
- 感染場所に関する対策として、最初に風疹患者と接する可能性が高い医療機関において、事務職を含むあらゆる医療関係者に対する、2回以上の風疹含有ワクチン接種歴の確認と、必要回数である2回の接種を受けていない場合の接種推奨が重要である。
- CRSの予防には、今後妊娠する可能性のある女性で、風疹ウイルスに対する免疫を十分に持たない女性に対し、妊娠前に小児期を含めて2回のワクチンを接種することが最も重要である。この場合、ワクチン接種前には妊娠の可能性についての問診を行うことに加えて、少なくとも接種後2ヶ月間の避妊が必要なことを説明する必要がある^{3,10)}。
(しかし、風疹含有ワクチン接種後に妊娠が分かった場合でも、世界的にみてこれまでにワクチンによるCRSの発生報告はない。)

(文献)

- 1) 国立感染症研究所. 風しんおよび先天性風しん症候群の発生に関するリスクアセスメント第二版
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/rubella-m-111/rubella-top/2145-rubella-related/3980-rubella-ra-2.html>
- 2) Tanaka-Taya, K. et al. Nationwide rubella epidemic — Japan, 2013. Morb Mortal Wkly Rep 2013 Jun 14; 62:457. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6223a1.htm>
- 3) 厚生労働省. 風しんについて
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/rubella/
- 4) 静岡県内のA事業所を中心に発生した風しんの集団感染事例. 病原微生物検出情報 (IASR) Vol. 36 p. 126-128: 2015 年 7 月号
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-sp/2315-related-articles/related-articles-425/5777-dj4256.html>
- 5) 埼玉県内における外国人職業技能集合講習を発端とした風しん広域感染事例. IASR Vol. 38 p.188-190: 2017 年 9 月号
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/rubella-m-111/rubella-top/1035-idsc/iasr-in/7533-451d01.html>
- 6) 国立感染症研究所. 感染症流行予測調査;国民の風しんに対する抗体保有率:2016 年度調査結果、2017 年 3 月現在 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/y-graphs/7176-rubella-yosoku-serum2016.html>
- 7) WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals. Rubella.
<http://www.who.int/immunization/diseases/rubella/en/>
- 8)WHO. Global Vaccine Action Plan, Secretariat Annual Report 2017. GOAL 2: Meet global and regional elimination targets: Achieve Rubella and Congenital Rubella Syndrome elimination, p42.
http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/previous_secretariat_reports_immunization_scorecards/en/
- 9) 国立感染症研究所. 職場における風しん対策ガイドライン
<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/rubella/kannrenn/syokuba-taisaku.pdf>
- 10) 国立感染症研究所. 風しん Q&A (2012 年改訂) <http://www.niid.go.jp/niid/ja/rubellaqa.html>