

## 平成 30 年度「感染症対策専門委員会及び麻しん風しん対策会議」議事録

日時：平成 30 年 12 月 20 日（木）14:00～16:00

場所：兵庫県庁 3 号館 6 階第 3 委員会室

司会 : 定刻になりましたので、ただ今から平成 30 年度「感染症対策専門委員会及び麻しん風しん対策会議」を開催します。

委員の皆様には、ご多忙のところご出席いただきありがとうございます。

本日は当委員会の本体である兵庫県健康づくり審議会の運営規程に基づき、原則公開で実施しておりますのでご了承願います。

また、本日の資料及び議事録は、後日、県のホームページ等により公表させていただきますことを、あらかじめご了承いただきますようお願いいたします。

それでは開会にあたりまして、兵庫県健康福祉部の松原健康局長からご挨拶申し上げます。

松原局長 : 健康福祉部健康局長の松原でございます。本日は年末のお忙しいところご出席を賜りましてありがとうございます。日頃は県の保健行政にご理解を賜り、また、ご支援いただきお礼申し上げます。

本日の議題といたしまして、感染症予防計画の改定、風しん麻しんの状況等についてご報告させていただき、ご意見を賜りますようお願いいたします。感染症予防計画の改定につきましては 4 月に県の保健医療計画で二次医療圏域を統合し、従前の 10 圏域を阪神南圏域、阪神北圏域を一つにして阪神圏域とし、中播磨圏域と西播磨圏域を一つにして播磨姫路圏域とし、8 圏域となり、それに基づく改定となります。

保健医療計画で二次医療圏域を統合した際、圏域が大きくなりすぎて医療支援の偏在が起ることを懸念される意見もあり、統合に併せて赤穂、相生、上郡を「赤穂準圏域」としています。阪神圏域においては、阪神北圏域では高度急性期の病床が不足していますが、阪神南圏域では高度急性期の病床は充足しています。統合により圏域全体として高度急性期病床は充足していますので、阪神北地域に高度急性期病院が作られなくなるのではないかと懸念があるので阪神北圏域も準圏域としています。

また、圏域という概念ではありませんが、圏域の中心から離れている地域には特定中核病院を指定して支援をしていきます。圏域統合によりプラスの面だけでなく、マイナスの面が出てくるので、それをできるだけ抑えていくために新しい仕組みを作り、各圏域毎に重点推進方策を定めて圏域毎の保健医療計画を作成していきます。

また、本日は保健所設置市の所長、県立健康科学研究所の所長にも陪席いただいているので、ご意見を賜ればと思います。皆様の忌憚のないご意見を賜りまして県の感染症施策に活かしていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

司会 : 会議に入ります前に、本日お配りしています資料の確認をお願いいたします。

まず、次第ですが、こちらには本日の出席者名簿、審議会規則、健康づくり審議会の規則等をつけております。別の資料になりますが配席図を付けております。その後に（資料 1）～（資料 8）と（参考）をお配りしております。資料の不足等がございましたらお申し出ください。

続きまして、本日この会議にご出席いただいております委員の皆様をご紹介させていただ

きます。次第の2ページの名簿をご覧いただき、この順にご紹介させていただきます。

本委員会の委員長であり、県医師会副会長の足立委員でございます。

足立委員長：足立でございます。よろしくお願いいたします。

司会：荒川創一委員でございます。

荒川委員：荒川でございます。よろしくお願いいたします。

司会：植田委員は本日欠席でございます。

笠井秀一委員でございます。

笠井委員：笠井でございます。よろしくお願いいたします。

司会：加堂委員は本日欠席でございます。

河野潤一委員でございます。

河野委員：河野でございます。よろしくお願いいたします。

司会：齋藤あつ子委員でございます。

齋藤委員：齋藤でございます。よろしくお願いいたします。

司会：空地委員は本日欠席でございます。

立田壽委員でございます。

立田委員：立田壽でございます。よろしくお願いいたします。

司会：原田委員におかれましては新たにご就任いただいております。よろしくお願いいたします。

原田委員：原田です。どうぞよろしくお願いいたします。

司会：土井朝子委員でございます。

土井委員：土井でございます。よろしくお願いいたします。

司会：成田康子委員におかれましても新たに就任していただいております。

成田委員：成田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

司会：西岡委員は本日欠席でございます。

日笠委員も本日欠席でございます。

松本隆行委員でございます。

松本委員：弁護士の松本隆行と申します。日本弁護士連合会の人権擁護委員会にも所属しております。よろしくお願いいたします。

司会：向本雅郁委員でございます。

向本委員：向本でございます。よろしくお願いいたします。

司会：吉田元嗣委員でございます。

吉田委員：吉田でございます。よろしくお願いいたします。

司会：よろしくお願いいたします。委員数17名に対しまして12名の委員にご出席いただいております。過半数の委員にご出席いただいておりますので、本会が成立しておりますことをご報告させていただきます。

それではこれより議事に移りますので、議事進行につきましては足立委員長にお願いいたします。

足立委員長：冒頭の松原局長のご挨拶にもありましたが、保健医療計画の改変に伴って一部感染症予防計画にも変更があります。その他種々の感染症に関する報告がありますが、資料の風しんの追加接種の対応が非常に注目を浴びています。その点についてもご検討いただきますようお願いいたします。それでは議題の説明を事務局の方からお願いいたします。

山下参事 : 前保健医療計画では 10 圏域でありましたが、阪神南と阪神北圏域が統合し阪神圏域、中播磨と西播磨が統合して播磨・姫路圏域となりました。今は二次保健医療の圏域としては 8 圏域です。一番問題なのが感染症の指定医療機関についてです。一種の感染症指定医療機関は神戸市立中央市民病院に 2 床、県立加古川医療センターに 2 床置かせていただいています。保健医療計画上、各二次保健医療圏域に結核を除く第二種感染症指定医療機関を設置していきますが、阪神北圏域には従来なく、今回の統合を受け 8 圏域全てで第二種感染症指定医療機関が満たされたこととなります。合計 9 病院・50 床。統合によって生じる新たな問題に注視しながら進めていきます。

資料 1-2 について、明石市が中核市に移行したことで明石市も保健所を設置する市になったので変更しています。県立健康生活科学研究所が県立健康科学研究所に変更になりました。第二種感染症指定医療機関(結核以外)のない圏域での対応については、先ほど述べたとおり圏域の統合等があり、計画上は第二種感染症指定医療機関がない圏域は存在しなくなったので、文言は削除しました。6 ページ目は感染症の診査協議会の設置状況で、保健所設置市ではそれぞれの感染症の診査協議会を設置するというので、明石市が中核市になったことに伴い、ここでも文言を追加しています。

16 ページについては県としては圏域にこだわるのではなく、隣接する圏域と協力したりして統合するメリットを述べています。

足立委員長 : 特に圏域統合に伴って第二種感染症指定医療機関がない地域がなくなったということもありますが、実態的には従来の保健所・健康福祉事務所はそれぞれの圏域の中で存続していきます。感染症対応もそのように続けられる中で、尚且つあかし保健所が追加になりました。ただ今の説明についてご質問はありますか。圏域の統合により圏域に複数の保健所・健康福祉事務所が存在しますが、それぞれの業務分担に変更はありますか。

山下参事 : 感染症の範囲では今まで通りです。

足立委員長 : 県立健康科学研究所も移転されたとのことなので若干の説明をお願いします。

大橋所長 : 今年の 3 月までは神戸大学前の神戸市兵庫区にあった築 40 年の建物の中で、地方衛生研究所としての役割を担ってきました。健康生活科学研究所の「生活」の文字は、ポートアイランドにある消費生活センターと統合していたからです。加古川に新築移転するにあたって消費生活の方は元々所属している企画県民部にすべて配属されることとなり、国が定める地方衛生研究所としての部分が 100%加古川に移っています。原田先生がおられる加古川医療センターと近いですね。新しい機器も導入しており、結果を出すのが非常に早く正確になったことで保健行政に貢献できるかと思っています。

足立委員長 : 後ほど PCR の検査の問題など色々出てくると思うのでよろしくをお願いします。

それでは各種感染症の報告に移ります。第一に後天性免疫不全症候群と梅毒の届出基準について説明をお願いします。

山下参事 : いわゆる HIV 感染と梅毒について一部届出の様式が変更されました。厚生労働大臣が定める五類の感染症の中に梅毒が、また厚生労働大臣が定める事項の中に妊娠の有無の記載をそれぞれ実施すると定められました。後天性免疫不全症候群の様式の改定については、診断時に CD4 陽性リンパ球数、CD4 の値を記載することが追記されています。また梅毒の発生届の様式の変更については、性風俗の従事歴、または利用歴の有無を記入します。同様に口腔、咽頭病変、それから妊娠の有無、過去の感染歴、及び HIV 感染の合併の有無が追加されてい

ます。これまで梅毒では検査方法の指定がありました。「カルジオリピンの抗原」では RPR カードテストや、凝集法、ガラス板法、自動化法など検査方法が指定されていましたが、改正された内容では「カルジオリピンを抗原とする検査」とだけあり、限定されなくなりました。同じくトレポネーマパリダムに関しても同様です。

足立委員長：いずれも検査方法の進展であるとか、感染の実態に即して先天性梅毒等の二次的な被害を防ぎつつ、よりの確に対応していく流れでの改定かと思われませんが、届出様式についてもそれに合わせてより充実させようという提案ですね。

この対象疾患については非常に匿名性の高い検査であり、結果が分かった場合の取り扱いなど色々な問題があります。この届出様式ではどういう職業や接点があったのか、妊娠の有無も含めてかなりデリケートな質問をすることになります。その点について弁護士団体等で何か議論などはありますか。

松本委員：日弁連の人権委員会では今この問題について話題にはなっていません。弁護士会の中に医療問題部会があり、生殖医療などの問題が議論されています。私自身は別の部会ですが、時々医療部会の方が全体委員会の中で現在の問題を報告されることもあります。

足立委員長：実際梅毒は非常に増えており、それが先天性梅毒に繋がることであってはならないので、様式変更も含めてかなり徹底されてきています。現場で何か問題点はありますか。

土井委員：実際梅毒は多いですね。届出が確立されているかという問題は反省しなければなりません。様式の変更が何を目的にしているのかを知りたいです。梅毒の検査方法が変更されたのは従来の方法では漏れが出るからでしょうか。あとは接触や感染経路を調べた後の具体的な対策等は考えておられますか。

山下参事：具体的にどれだけ正確性を持って集められているか、またどう施策に反映するかまでは決まっていないのでこれから研究していきます。少なくとも匿名性の高い状況で追うことは難しい病気なので、蔓延を防止していくひとつの手掛かりとしていきたいと考えています。

荒川委員：検査法の記載がなくなり、病原体検査である PCR 検査が入ってきたのは画期的な進展と言えると思います。

私が参加している厚生科学審議会の中で HIV と性感染症に関する小委員会があり、そこでの議論もありました。診断法を新たな技法に変えていきたいけれど、PCR がまだ十分に普及していないので抗体検査に頼らざるを得ないという難しい問題があります。具体的には今は抗体で判断する場合は RPR と TP 抗体の両方陽性の場合に届出をすることになっています。

届出基準と要治療基準が必ずしも一致しないところを臨床医は理解しないといけません。活動性梅毒で治療対象であっても、梅毒の症状が出ていてもごく初期の場合は両方が陽性にならず、届出対象にならないこともあります。逆に言うと保健所に受け付けてもらえないのです。資料に無症状病原体保有者という言葉が出ていますが、一般的な医学用語で言うところの潜伏梅毒は活動性で症状は出ていないけれど治療が必要です。この基準を見ると RPR が基準未満だと届出対象になりませんが、それ以下でも活動性梅毒はあり得るのです。この2点が届出基準と治療が必要な活動性梅毒の合わない部分なのです。そこをよく理解していないと現場の医療者が混乱するので、その点についても十分に認識してもらいたいです。

足立委員長：資料7の性感染症の動向について説明をお願いします。

山下参事：資料7の真ん中の梅毒のグラフをご覧ください。平成30年9月現在のデータですが、243名の届出がありました。増加傾向は続いており、中でも10～40代の女性の割合が増えてい

ます(70/243名)。感染経路別に見ると圧倒的に異性間の性的接触による感染が多いです。梅毒検査についてHIV感染症の方は梅毒に罹る可能性も高く、梅毒に罹る方はHIVに感染する率も高くなるということで、梅毒でも無料の匿名検査を実施しています。県下12か所の健康福祉事務所では年間約600名の方が受けています。県としてはこうした無料検査の周知を進めて、より多くの方に受けてもらいたいと考えています。HIVについては、平成30年12月9日までのデータですが、HIVの感染と23の指標疾患でエイズと最初に診断された方を合わせて24名の届出がありました。その中で最初からエイズの診断を受けた人は6名で、昨年度は25%でした。今は薬が普及しており、エイズが原因で亡くなる方は少なくなっています。問題は自分が感染していることに気づいていない方がおられることなので、検査を受けていただきたいのです。6月のエイズ予防月間で周知しています。リスクの高いグループに積極的に働きかけて検査を受けていただきたいです。医療体制については中核拠点病院、兵庫医科大病院を中心として検査には拠点病院が10、診療協力病院が36でエイズ・HIV感染者の治療に当たっています。また心のサポートが重要で、エイズカウンセラーの派遣事業も行っていますが利用が伸びておらず、本年度は1件のみでした。また、エイズ検査は政令市・中核市でも行っています。さらに電話相談や来所での相談も多く4~9月で500件超あり、年間では1,000件弱に上ると思われます。エイズは投薬治療を続けつつ様々な慢性疾患に罹る人、さらに介護施設に入る人への対策も進めています。県ではエイズの拠点病院の連絡会を設けており、HIV・エイズの新規の登録患者数を2020年までに増やしていこうという目標を掲げています。日本では感染に気付いていない人が4,000名弱いると言われているので、この層を拾っていき、治療と新たな感染者を減らしていくのが目標です。

足立委員長：全国的または県内におけるHIVと梅毒の動向をご紹介いただきました。HIVの届出は一見減っていますが、潜伏しているもの、潜在的なものがあるので、より明確にしていく努力が必要です。梅毒については増えてきているので、保健所を中心としたしっかりした対応が問われてきています。あくまでも匿名性の高い検査を行った上で、はっきりすれば先ほどの届出につなげていくことになります。保健所の先生方で今回の様式の変更等を含めて現場では何か問題がありますか。

伊地知所長：総論的に言うとHIVの匿名検査の数は今年度の後半になってからかなり増えてきているものの、全体的に見ると例年と大きくは変わらない印象です。なぜ神戸市で後半に入って増えてきているのかが分からないので分析していきます。梅毒に関しては匿名検査から外していたものを再開しました。医療機関に対しては、性感染症・梅毒の届出があった場合、臨床の医師にHIVがないかも積極的に相談・検査してもらうようお願いしています。届出事項が変更になったことに関しては、保健行政として対応のターゲットがもっと絞られると課題が見つかると思うので、今後の届出の内容に注意していきます。担当課長から補足があればお願いします。

尾崎担当課長：現場で今非常に検査件数が増えており、水曜日の夜間に実施していますが、60~70人と溢れ返っています。10月・11月に地下鉄に啓発ポスターを貼った影響かと思っていましたが、映画(ボヘミアン・ラプソディー)の影響で若い世代にもエイズがクローズアップされているのではないかと捉えています。届出様式の変更で困った点は、CD4の値を書くところです。保健所の検査では確認検査がウエスタンブロットまででCD4の値が出ないので、行政の検査で発見された人については抜けてしまうことを懸念しています。

足立委員長：CD4について専門の先生から何かあればお願いします。

荒川委員：CD4については記載事項として増えただけで、測定して結果が出ないと届出できない訳ではありません。届出基準を満たすかどうかでなく、いずれの症例でも測定できるのがベターなので、その点はよろしくお願ひしたいです。

土井委員：兵庫県のエイズ対策で具体的な目標を立てていただきありがとうございます。当院で新規のHIVの患者さんを何人か診ていますが、特に神戸市外から来られる方の方が、いきなりエイズの判定が出る人が多い印象です。かなり進行したエイズで来られる方が多いのです。具体的な数字を掲げて取り組んでおられますが、有効な形でつなげていければいいですね。先ほどの荒川先生のお話を受けて、ここ数年かつてないほど梅毒の増加が続いており、色々検討されているものの結果に結びついていない状況です。今回届出様式が変更されたということで、まず把握してからそれに対する施策が必要かとは思いますが、伝播するのが一期と二期の梅毒です。これでは一期梅毒が捕まらず、国では把握されないのではないのでしょうか。

荒川委員：一期のうちの一部が届出対象とならないので把握されないということになります。ごく初期であれば硬性下疳という梅毒性潰瘍が出ていても、RPRやTP法で両方とも上がっていないこともあります。従前ではRPRの方が先に上がると言われていたのが、最近のTP抗体は感度がよくなっており、TP抗体の方が先に上がってRPRはまだ陰性という段階もあります。PCRで捕まればいうことはありませんが、PCRがまだ普及していないため両方上がっていないと届出の対象になりません。届出は同じ方法でやっていかないとトレンドが分からないので、届出を根本的に変える必要はないと思うものの、先生が仰る「一期のごく初期は届出にならないが実は治療が必要である」という症例も、少数ではありますが活動性梅毒の中であることを再度申し上げます。

土井委員：一期二期のうちに医療機関にかかる方がどれほどの割合なのか分かりませんが、多く聞かれるのが産婦人科関連だと思うので、その層に上手く働きかけるような啓発を行ってもらえるといいと思います。

足立委員長：10月に通知が出ていますが、現場に対する啓発はどのように行われているのでしょうか。

荒川委員：学会レベルの話ですが、日本性感染症学会のホームページのトップに「ストップ梅毒プロジェクト」というバナーと「梅毒診療ガイド」というバナーを設けています。前者は一般国民向けメッセージや梅毒の啓発リーフレットを公開しているページにつなげ啓発を目的としています。後者の医療者向けの梅毒診療ガイドは、梅毒をいかに的確に診断・治療するかについてアクセスしてもらえるようにしています。特に日本医師会にもご協力いただき、日本医師会雑誌(毎月14万部発行)の8月号に梅毒診療ガイドのダイジェスト版(B5両面)を同封して全国の日本医師会会員医師にお届けしました。ただ、色んな啓発をしても若者が学会のホームページなどを見ることは少ないという問題がありますでしょう。一番見てほしいスマホ世代の人にアクセスしてもらう方策を考えないといけません。日本性感染症学会等で委員会もできており、検討されています。HIVは若者のアクセスするアプリ等に啓発の広告を出す研究者もおられるらしく、梅毒もそういう風にしていかないとはいけません。せっかく保健所が抗体検査を実施しておられるので、とにかく検査に行ってもらおうよう若者に情報を届ける課題があるでしょう。

足立委員長：学会として啓発の努力をされているとのことですが、県はどうでしょうか。

山下参事：県としては保健所中心となって、あるいは12月の世界エイズデーなどの時期や地域のイベ

ント・学祭等を中心に実施しています。ただ結果を見ると若者の心には響いていないようなので、やはり今後は SNS 等の次世代の広報を検討していく必要があると思います。

足立委員長：他に何かご意見はありますか。

松本委員：確認ですが、目的としては匿名性の高い検査によって早期発見・早期治療に入り、確定すれば届出につなげるということで、届出は資料 2 の梅毒発生届になるということではないでしょうか。これを見てドクターが届出をし、患者は個人を特定されないという認識でいます。その中で妊娠の有無が質問項目にあります。これは何を目的にしているのか素人にも分かるような解説と、それに伴う意見交換もお願いします。

山下参事：妊婦が梅毒に罹った場合、先天性梅毒あるいは垂直の母子感染という特殊な事例があるので、妊娠の有無のデータを取りたいということではないでしょうか。

荒川委員：先ほど申し上げた厚生労働省の中の小委員会で論議されて導入されたのですが、先天性梅毒がここ 10 年で増加傾向にあります。梅毒は母体から胎児へ垂直感染を起こすので防がなければならないのに実態が分からず、梅毒にかかる妊婦がどれぐらいいるのか、こういったところから詳細に解析していくことが対策につながるというので導入されました。日本産科婦人科医会がホームページで妊娠期梅毒に関する調査データを出しています。妊婦健診には必ず梅毒の抗体検査が入っています。妊婦健診をきちんと受ける人は妊娠前期に梅毒・HIV・B 型 C 型肝炎の検査をします。学会・医会レベルではデータがあっても全国全ての先天性梅毒を補足しているものではないので、こういった全国調査で先天性梅毒を未然に防いでいくのが目的です。

松本委員：梅毒は妊娠中に予防・治療はできるのでしょうか。

荒川委員：梅毒は治る疾患なので、今日本では経口薬の治療しかありませんが 4 週間きっちり薬を服用すれば治ります。妊娠期梅毒であっても、妊娠初期にすぐ治療を始めれば基本的には母児感染を起こさずに先天性梅毒を防ぐことができます。そういう意味でも妊婦健診は重要です。今後は感染リスクの高い方には中期・後期にももう一度検診することも検討していく必要があります。きちんと捕捉して治療すれば未然に防げるのが先天性梅毒であるので、見つけることが非常に重要なのです。

松本委員：とてもよく分かりました。

足立委員長：大枠的にはこうした改定を受けながら、実際の診療面における対応と、またごく早期では見つかからないケースもありうることも踏まえて対応していかなければならないということですね。何よりも匿名性の高い受診を実施してもらって早期に治療してもらうことが大事かと思います。続いて麻しん・風しんの報告をお願いします。

山下参事：麻しんについて、全国の麻しん発生件数は 251 例でした。15 週頃に沖縄で観光客を中心に広まり、18 週は愛知県、41 週は千葉県を中心に麻しんが流行しました。0 歳代と 20 代後半～30 代後半に多い傾向があります。兵庫県の麻しんについて、1 月 1 日～11 月 11 日までの 45 週間で届出があったのが合計 48 件でした。全例に PCR 検査を行い、45 件が陰性の為取り下げられました。残りの 2 例は陽性で、1 例はタイからの輸入症例、もう 1 例は中国籍の外国人で感染地域などは不明です。ここからの二次感染・三次感染はありませんでした。最後の 1 例は麻しんで届出が出されたものの、検査により風しんと診断されたため、麻しんを取り消し、風しんとして登録しました。麻しんはワクチンによるカバーも進み、皆さんの認識も強くなったので、兵庫県では特に増加したということはありませんでした。

続いて風しんについてです。風しんは 20 週くらいまでの妊婦が罹ると胎児に影響を与える可能性が高くなるということで、対策を進めなければならない疾患です。全国で 45 週までの間に 2,032 例の報告がありました。年齢別の推移では 30~40 代が感染の中心で、兵庫県では 2016 年は 9 例、2017 年は 7 例でした。また、風しんは残念ながら日本では排除できておりません。風しんは土着株、地域で散発的に発生する状況がまだ続いており、その為兵庫県でも過去 1 桁の発生を確認していました。ただ今年是全国的な流行を受けて 29 例ありました。やはり関東を中心に、東京・千葉・神奈川・埼玉の 4 都県が概ねを占めています。県内では風しんとして臨床機関から届出が 57 件ありました。PCR 検査をしたのが 54 件で、その内 17 例が陽性でした。ただ PCR 検査は時々検体が十分に取れていない場合や、発症してから時間が経ってから検査に入る場合もあり、検査をすれば確実に判別できるというものではありません。現に陰性だった 37 例の中には抗体検査も合わせて実施した例が 25 件あります。PCR 陰性・抗体検査陽性が 8 例、PCR 未実施・抗体検査陽性が 3 例の、合わせて 11 例が抗体検査による検査診断例です。患者確定例は 29 例です。また検査 (PCR 陰性・抗体検査未実施) では陰性だったが、臨床的に間違いなく風しんだという医師の診断による臨床診断が 1 例ありました。風しんで一番問題となる先天性風しん症候群ですが、大流行した 2012 年には残念ながら兵庫県では 2 例、さらに 2014 年にも 1 例確認しています。今年に関しては全国で見てもまだ先天性風しん症候群の報告は上がっていません。

足立委員長：まずは補足させていただきます。麻しんは土着株については廃絶したものの、輸入例が散発的に出ています。風しんは未接種世代を中心とした集団発生が起こっています。特に関東の大都市中心に広がっており、兵庫県もその影響を少し受けています。届出の中では厳密に鑑別してもらって、最終的には 29 例で推移している状況です。報告はありませんが先天性風しん症候群を防ぐためにも、いかに発生を少なくしていくかがポイントになります。今までの点で何かありますでしょうか。

齋藤委員：梅毒と同じように届出の基準と全国的にも PCR 検査をするのが一般的で、PCR で取り下げられた届出は省かれています。その統計は取れているでしょうか。

山下参事：まず検査について、検査診断の確定の精度という意味では全国殆どの場所で PCR が使われており、麻しん・風しん共に推奨されています。ただ、風しんは症状が軽い方も非常に多く、後になって検査する場合もあるので PCR が全例にできていない状況です。届出の基準はしっかりあります。風しんであれば発熱、発疹、リンパ節腫脹が揃っていて医師が風しんを強く疑う場合は届出を出してもらっています。一旦臨床診断で届けてもらってから検査をし、陰性であれば取り下げることがあります。ただ 3 兆候が揃わないケースもあり、流行地域へ行かれたなど疫学的なリンクがあるかを勘案して、届出の基準が満たされていなくても十分に疑われる場合には地方衛生研究所にお願いして検査してもらうこともあります。

齋藤委員：兵庫県だけの問題ではないので、統計に上がってくる全国的なデータとの一致性を重視した方がいいのではないかと思います。

山下参事：全国的にもほとんど検査診断で上がっています。国立感染研のデータでグラフとして出ていますが概ね検査診断です。今言ったように届け出た後に取り下げる場合があるので、時期によって数が少なくなったりするため、そういう事情を考慮して見ていただきたいです。

足立委員長：風しんについては時期的に、PCR でも絶対的なものではないという前提で対応しないといけません。少なくとも、全数届出を意識的にやりながらしっかりと検査で把握していく流れに

なっています。いずれにしても風しんを発生させない、予防措置こそが問われている段階です。先ほどのようにエイズの場合は保健所に匿名検査をしてもらっているが、明らかに症状が出ていて医療機関で捕捉されているので流れが全く違います。その中で的確に対応できるかどうか、まして発生を防ぐことができる病気なので麻しんについてはかなり進んできているものの、風しんについては残念ながら未接種世代を中心に発生してしまいました。追加接種などずっと国に要望していましたが、オリンピックに向けてかようやく動き出したということで、その点について説明をお願いします。

山下参事 : 参考資料は12月13日に厚生労働省から出た対策の骨子案で、12月17日に各自治体を集めて説明会もありました。大枠のみ固まっている状況です。風しんの流行、先天性風しん症候群の問題を受けて国も対策をしっかりしないといけないということで、平成32年に風しんの排除を目標に掲げています。なぜ30~40代が多いかについてですが、昔は4~5年を周期に大流行しており、ある程度年齢が上の方は風しんに罹ったりさらされたりして自然の抗体を身に着けている人がほとんどでした。ところが1962年4月~1979年4月の間は女性のみ接種しており、男性は対象ではありませんでした。その後は男女ともに打ってきていますが、ワクチンの接種率が高まると風しんの流行が少なくなり、風しんにさらされる人が減りました。自然の抗体を得ることがなくなり、ワクチン抗体でカバーされている状態です。現在39歳から56歳までの男性は国の施策として一度もワクチンを打つ機会がなかったため、統計を見てもこの世代が圧倒的に多いです。先天性風しん症候群を防ぐためには女性だけに打っていても意味がなく、ワクチンの接種歴がなく抗体保有率が低いところへの対策がメインターゲットです。予防接種法に基づき、予防接種をすることになりました。ワクチンはとても低い確率であっても副反応が起こる可能性があります。その保障や費用の問題が法律に基づいているかで違ってくるので、これは法律に基づいた予防接種となります。

もうひとつ大きな点はまず抗体検査を受けてもらうことです。ワクチンは非常に製造に時間がかかるので需要が集中するとワクチンが不足します。より効果を上げる為には抗体のない人に打つ方がよいので、まず抗体検査を受ける二段構えになっています。具体的には医師会等の医療機関にお願いすることを想定したり、事業所、様々な健診の機会を利用して進めたりといった案は示されていますが、詳しくは今後になると思われます。接種の主体は市町になるので、兵庫県は国と間を取り持って対策を進めていきたいと考えています。

足立委員長 : 一度も予防接種を受けていない世代の2割(300万人ほど)は抗体が低いといわれています。まずは抗体検査をして対象を絞りつつ、定期接種の追加としてその世代の男性に対して無料接種するという方向で話が進んでいます。基本方針としては補正予算を出してでも抗体検査と予防接種をこの世代にやろうということになっています。今の流れについて質問などはありますか。

吉田委員 : いつ頃から始まる予定なのですか。

中村班長 : まず市町村が実施主体になりますが、今年度は実施できる市町村から始めていく形で、必ずしも全国一律スタートではなく任意での実施になります。抗体検査については、国と市町村で一对一の負担と聞いています。来年度(31年度)は定期接種として一律で開始されます。交付税措置で今年度から実施できるように政令を改正していく予定です。

土井委員 : 抗体検査でワクチン接種を判断するのは日本独特の考え方ではあります。通常2回接種が推奨されていますが、医療者に対してワクチン接種する場合は抗体の値によって低い陽性で

あれば1回でいいといった基準があります。そういった基準はどうなっていますか。

山下参事 : 国からの情報では、平均すると1回接種で90%くらいの抗体保有率になることから、この事業では1回接種が想定されています。

土井委員 : 麻しんなどに比べて一回のワクチンでの抗体獲得率が高い疾患なので、1回でも納得できます。今年度の風しん患者にワクチン接種を受けていた方はいますか。

山下参事 : 具体的な数字は手元にないので、後日報告させていただきます。

吉田委員 : あくまで抗体検査という選択なのですか。ハードルが高いのではないのでしょうか。

足立委員長 : その点が非常にネックになります。「その世代は必ず打ちましょう」となれば簡単ですが、膨大な数になり実現可能かという問題が出てくるので、こうしたステップになったのでしょうか。ワクチンも風しん単独でなくMR（麻しん風しん混合ワクチン）です。とにかく基礎免疫を広げるという意味で1回接種のMRを男性に対して実施していきます。しかし従来から問題になっていた先天性風しん症候群を含む妊婦の事前検査と補完接種について議論はありましたか。

山下参事 : 県としては厳しい財政状況もあります。妊婦や妊孕性を持つ世代の多くは国の制度として接種の機会を設けていました。また今妊娠している人に生ワクチンを打つことはできないので、妊娠を希望する方で非常に心配な方については任意接種で受けていただきたいです。あくまでも国として機会を与えていなかった世代の男性からと考えています。

足立委員長 : 次の議題へ移ります。蚊媒介感染症、ダニ等についてお願いします。

山下参事 : 資料5に基づいてご説明します。平成30年度は全国でジカウイルスはありませんでした。デング熱は平成26年に国内発生がありましたが、その他の疾患はすべて輸入感染症です。兵庫県のデング熱6例はすべて東南アジア中心に行かれた人の輸入感染症です。チクングニアとジカウイルスはありませんでした。ただ、蚊媒介感染症は海外で感染して症状が出ない潜伏期に日本に持ち込まれて二次感染での国内感染を想定しておかなければいけません。兵庫県でも平成28年に蚊媒介感染症対策方針をつくっています。資料の通り対策の計画を立てています。

ダニ媒介性感染症について、平成30年度のSFTSは兵庫県では出ておりません。県では平成25年に2例、平成29年に1例という発生状況でした。

日本紅斑熱については昔は淡路島周辺で多かったのですが、六甲山系をはじめとする広範囲で報告が見られました。特に今年度は9月ごろに六甲山系でまとまって報告が上がったため、山岳を含む関係機関にダニに咬まれないよう注意喚起しました。

ツツガムシも兵庫県では3例で、例年と特に変化はありませんでした。

吉田委員 : 蚊媒介性感染症では輸入感染例が出ていますが、実際には国内感染例としては日本脳炎が一番多いです。兵庫県内の自治体は日本脳炎対策の予防接種が標準的接種期間の3歳というのを守っているところがあります。法律は6か月で殆どの市は6か月から接種しているのに、まだ3歳接種のところが残っているので県として改善してほしいです。住んでいる場所によって接種時期が変わるのはどうかと思います。

山下参事 : 推奨期間でなく法定期間で早く打てばいいという点は受け止めたいです。

足立委員長 : 県下でばらつきがあるのですか。

吉田委員 : もちろんです。以前は3歳が全国で普及していましたが、今は法定の6か月で打っているところが多いです。できれば県下で足並みを揃える方が平等でよいと思います。

- 立田委員 : 昨年来、獣医師会では小動物専門で開業されている先生方にダニ関連(SFTS)の調査依頼をしています。県下では犬、猫で抗体が上がっているとのこと。宮崎県で臨床されている獣医師が猫の体液から感染した例も含めて、今後はやはり都市部であっても人の周りにはいる動物の抗体調査が必要になってくるのではないのでしょうか。ところが野生動物についてはいくらかの調査・報告がなされていたり、犬猫についても現在全国的に獣医師会の関連で調査されたりしているものの、牛や豚といった家畜は全くの手付かずです。できればその方面の調査、抗体保有をどのようにされているのかも調査が必要です。聞くところによると、産業動物の診療をされている医師は「牛にダニがついていけば掻き取って落とす」程度の認識で、その後はどうしているのか、人に対してはどうかといったことのデータは全く出ていないので、その方面についても調査が進むような計画がなされるべきだと思います。
- 足立委員長 : 小動物から家畜に至る抗体検査が必要ということですね。向本先生は何かありますか。
- 向本委員 : 立田先生の補足ですが、アライグマについては兵庫県では各自治体で捕獲して家畜保健所で処分するのですか。アライグマは町の中にある野生動物なので、人への影響が大きいと言えます。大阪府でも実施しようとして予算的に無理だった事情がありますが、アライグマについても要注意だと思います。
- 山下参事 : なかなか難しい問題がありますが、人畜共通の感染症についてはレプトスピラなど以前も獣医師会の方々と一緒にやっていくお話もありました。広い範囲の部署と協力していかないといけないので今後の課題とさせていただきます。
- 足立委員長 : やはり人畜共通の感染症として原因を抑えていかないとはいけません。都市部にも広がっているようですし、神戸・六甲含めて問題があります。何か補足があればお願いします。
- 土井委員 : 兵庫県のデータを得る機会がないので、今後ダニ媒介性疾患などのことを教えてもらえる時は、感染した時期や場所(六甲山系といっても広いので)をより詳しく資料に記載してもらえると助かります。
- 足立委員長 : 数少ないデータを今後の教訓にするためにも詳細を共有化していく必要がありますね。
- 向本委員 : 蚊のサーベイランスは今兵庫県ではどのようにしていますか。蚊は船の中にもいると思うので港を中心にやっているだとか、あるいは公園なのか、検出情報もあれば教えてください。
- 中村班長 : まず港の状況は神戸検疫所が観測点をいくつか設定して調査を行っています。毎年検疫所の会議に出席させてもらっていますが、今のところ外国からの蚊はいないとの報告を受けています。兵庫県でも蚊の観測をしており、健科研が兵庫区にあった頃は兵庫区で、現在は県庁前の森で捕獲して研究所に運んでいます。ヒトスジシマカやアカイエカといった種類を同定してもらい、増えているかの状況を観測しています。
- 向本委員 : ウイルス検査やPCR検査まではしておられないのですか。
- 中村班長 : 今のところは実施しておりません。
- 足立委員長 : 日本脳炎の経過措置接種は進んでいますか。二十歳までと年代的にばらつきがあると思いますが、補足データはありますか。
- 山下参事 : 県で取りまとめたデータにはありませんが、調べれば出ると思います。
- 足立委員長 : 未接種世代もかなり残っているはずなので今後補足してもらいたいです。
- 向本委員 : 日本脳炎についての質問ですが、県内の外国人の感染データなどはありますか。
- 中村班長 : 日本脳炎は今年1月～12月までで兵庫県での発生の届出はありません。
- 吉田委員 : ここ10年で県下では、子供1名と、高齢女性1名の2例くらいだと思います。

- 立田委員 : もう一点、県内では日本脳炎の流行予測調査(モニタリング)はどこでされていますか。早期に豚を使った検査をしたいと思います。
- 中村班長 : 新宮町の食肉衛生検査所で兵庫県産の豚に限定して夏頃から実施しています。聞くところによると、あまり入ってこないようです。食肉衛生検査所はいくつかありますが、県にご協力いただいているのは新宮町の施設のみです。
- 足立委員長 : 発生が限られているのでモニタリングについても一か所のみということでしょうか。最後に百日咳についてお願いします。
- 山下参事 : これまでは小児の定点報告の疾患でしたが、平成 30 年 1 月から全数把握に変更されました。現時点で全国で 6,941 名の報告があり、年齢的には 10 歳をピークとした子供に出ています。ワクチンのスケジュールは 4 回接種が基本ですが、4 回打っても発症する人は大勢います。非ワクチン株の流行の問題が百日咳でも起こっていると言えるかもしれません。届出の方法は資料にガイドラインを付けていますが、非常に特徴的な症状(激しい咳・音の鳴る呼吸・嘔吐・無呼吸・発作)+検査診断が前提としてあります。ただし百日咳の場合は必ずしも臨床診断だけではなく、疫学的リンクがしっかりと追えるもので典型的な症状がある場合には検査はしていなくてもサーベイランスとして届けていただいています。
- 兵庫県の本年の状況は 439 名の届出がありました。多くは 5 歳～19 歳の年齢層に集中していますが、どの年齢層でもかかっている状況です。今後も注視していかなければならない感染症と認識しています。
- 吉田委員 : 今年から百日咳が全数報告になった訳ですが、我々が実際に考えている年齢分布はこのようなものではありません。データでは小児に偏っていますが、小児、特に乳児がどこから感染するのかという点と成人からも多いと思われる。今の報告はほとんどが小児科からです。かつ診断方法に関しても基本的に単一抗体の血清、これは 100 が出れば陽性とされますが診断上必ずしもあてにはなりません。やはり基本的には遺伝子検査なのです。PCR より簡単な LAMP 法は短時間で検査でき、しかも健康保険に収載されているし、抗体検査も IgA や IgM が収載されたのでそれを使ってほしいというのをアピールしたいです。39 週までの真ん中の円グラフでは遺伝子診断率がかなり上がっているものの、それでもまだまだ遺伝子検査での報告数が少ないのは、内科の先生に十分意図が伝わっていないからではないでしょうか。まず全数報告に変わったことがあまり伝わっていません。遺伝子検査を実施してもらいたいです。大人の検査数を増やして本当の比率を調べないと予防接種につながってきません。今百日咳が世界中で問題になっていて、ワクチンの世界でもこれが一番の問題です。日本が遅れている 2 つの点のうち 1 つは、第二期(12 歳)とする追加接種がジフテリアや破傷風のままであることです。世界ではここに百日咳ワクチンが含まれた接種を行っています。さらに現在多くの先進国では 5 歳時点で百日咳ワクチンを含む追加接種があります。日本でも小児科学会ではこれに不活化のポリオワクチンを加えての接種を奨励しようとしています、実際にはお金がかかるのでなかなか進みません。とにかく第一に第二期の 11～12 歳の予防接種に百日咳を含んだワクチン接種をすることがスタートなのです。そのためには、子供だけの病気ではなく大人から子供に感染させている事実を明らかにする必要があります。二種混合を三種に変えるというのは何年も前から言われてきたことでしたが、日本ワクチン学会が 10 数年前に一度臨床試験をやっています。ところがそれは「民間主導だから」と厚労省に蹴られてしまいました。厚労省が指示した治験でなければならず、いまだに三種にならな

いのは、腫れ・痛みが強いこともあるかと思えます。トリビックという三種混合ワクチンはまず間違いなく痛みがあり、かなりの確率で腫れます。しかも日本の場合には筋肉注射に対するアレルギーがあります。筋肉注射にすれば少しはましになるものの、皮下にやるとかなり腫れるのです。その辺をすごく嫌がっているのだと思えますが、このままではいつまでたっても乳児の百日咳が増える一方です。だから何とか内科の先生に百日咳を診断していただきたいのです。小児科医会も何とかすべく策を考えていますが、どうか県の方からも百日咳は全例報告疾患なのだとして強くアピールしていただきたいです。

足立委員長：今日の資料では4回接種してもなるため、菌が変異しているのではという話もありました。

吉田委員：それは違います。ワクチンがピュア過ぎて効果が続かないと考えられています。今のワクチンになったのが昭和56年頃だったと思いますが、それ以前に世界的に全細胞型のワクチンによってかなりの死者が出て、日本でも2名亡くなりました。そこでこのワクチンはまずいと世界的に同じ見解になり、新しいワクチンを日本が開発しました。それが今使われている無細胞型のワクチンです。ただし細菌をきれいにし過ぎたため効きが悪いのです。全細胞型のワクチンを使うと間違いなく効きますが、副作用が非常に強いことは既に明らかになっています。百日咳菌の持つ毒素の強さに関しては全く変わっていないので、細菌の変異はないと考えられます。あくまでもワクチンが効かないことが問題なので、接種回数を重ねることによって抗体を維持していく他ありません。日本が遅れているのは、まず妊婦にワクチンを打たないことです。妊婦に百日咳を含むワクチンをするのは外国ではかなり進んでいるのに、日本では取っ掛かりにすら届いていません。新しいワクチンが出れば別ですが今のところその気配はないので、とにかくワクチンの回数を増やすためにも、何とか内科の先生に診断していただきたいです。

足立委員長：最後になかなか大きな課題が出ましたが、引き続きご検討願います。本日は主要な感染症の実態と対策について、活発な議論をありがとうございました。それでは終了とします。進行を事務局にお返しします。

司会：足立委員長ありがとうございました。健康福祉部参事兼疾病対策課長の山下から閉会の挨拶を申し上げます。

山下参事：皆様、本当に活発なご意見をいただきましてありがとうございます。すぐにできる課題、あるいは時間がかかるものがありますが、できることから始めて行きたいと思えます。また、皆様方からの貴重なご意見等がありましたら是非教えていただきたいと思えます。皆様方と一緒に兵庫県感染症対策を進めて参りますので、今後ともご協力とご理解の程、よろしく願いいたします。本日は本当にありがとうございました。