

令和元年度 大阪市感染症発生動向調査委員会 議事録

開催日時：令和元年 8 月 29 日（木）午後 2 時
場 所：大阪市保健所 研修室 2

大阪市感染症発生動向調査委員会議事録（2019/08/29）

【司会】定刻となりましたので、只今より、令和元年度大阪市感染症発生動向調査委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては大変お忙しい中、お集まりいただき誠にありがとうございます。私は本日の進行役を務めさせていただきます、大阪市保健所感染症対策課の春見でございます。よろしく願いいたします。なお、本委員会は公開となっておりますので、ご了承ください。

本日は傍聴される方がおられます。傍聴される方につきましては、受付時にお配りしました「傍聴要領」をお守りいただきますようお願いいたします。

最初に、開会にあたりまして、大阪市保健所長の吉田よりひとことご挨拶申し上げます。

【吉田所長】大阪市保健所長の吉田でございます。大阪市感染症発生動向調査委員会の開会にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。本日は暑い中、本委員会にお集まりいただき誠にありがとうございます。また平素から本市の保健行政に格別のご理解、ご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、本委員会ですが今年は少し趣向を変えまして前半は例年どおり感染症発生動向の調査報告をさせていただきます。後半に 2 つほどトピックスを予定しており、ディスカッションをしていただければと考えています。一つ目は「麻しん」ですが、昨年は発生数が少なくすみましたが、年が変わりましてから流行が始まりまして、今年の前半はアウトブレイクもございました。麻しんの場合は迅速な情報収集と対策が必要ですし、それを行ってもなかなか感染拡大が防げないという難しい感染症ということもあり、取り上げさせていただきました。

二つ目のトピックスは「マスギャザリングにおける感染症対策」です。今年の 6 月末に大阪市内で G20 大阪サミットが開催されました。感染症が発生した時により早期に探知して対策をするために従来のサーベイランスより強化した「強化サーベイランス」を実施しました。大阪健康安全基盤研究所に大阪府と大阪市、それから国立感染症研究所の先生方にもお集まりいただき、四者で対応いたしました。幸い、サミット期間中に感染症や食中毒などの事例はありませんでしたが、来年には東京オリンピック・パラリンピックもございますし、2025 年には大阪関西万博も開催されますので、マスギャザリングにおける感染症対策としての強化サーベイランスのモデルになったのではないかと考えています。

大阪市保健所としては迅速で的確な情報の収集、対策を進めてまいりたいと考えていますので、先生方におかれましてはより一層のご協力をお願いしたいと思います。本日もサーベイランスの情報と二つのトピックスについて活発なご議論をお願いしまして、挨拶に代えさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

【司会】次に配布資料の確認をお願いいたします。事前に送付させていただいています、大阪市感染症発生動向調査事業報告書、別添資料のウイルス検出状況。本日本配布しております、

次第、配席図、トピックスの資料 4 種類をお配りしております。不足などがございましたら、お手をお挙げください。よろしいでしょうか。

本年度は委員改選の年になっておりますので、委員の方々を紹介させていただきます。お手元の配席図と事業報告書の 56 ページの委員名簿をご覧ください。名簿に所属等が記載されておりますので、氏名のみで紹介させていただきます。

【司会】岡田委員でございます。

【岡田委員】岡田です。よろしく申し上げます。

【司会】改田委員でございます。

【改田委員】改田です。よろしく申し上げます。

【司会】神谷委員でございます。

【神谷委員】神谷です。よろしく申し上げます。

【司会】白野委員でございます。

【白野委員】白野です。よろしく申し上げます。

【司会】高野委員でございます。

【高野委員】高野です。よろしく申し上げます。

【司会】濱崎委員でございます。

【濱崎委員】濱崎です。よろしく申し上げます。

【司会】濱田委員でございます。

【濱田委員】濱田です。よろしく申し上げます。

【司会】廣川委員でございます。

【廣川委員】廣川です。よろしく申し上げます。

【司会】古林委員でございます。

【古林委員】古林です。よろしく申し上げます。

【司会】宮川委員でございます。

【宮川委員】宮川です。よろしく申し上げます。

【司会】水谷委員でございます。

【水谷委員】水谷です。よろしく申し上げます。

【司会】森下委員でございます。

【森下委員】森下です。よろしく申し上げます。

【司会】また、本日は関係者として大阪健康安全基盤研究所の小笠原微生物課長に出席をお願いしております。

【小笠原課長】よろしく申し上げます。

【司会】続きまして、事務局を紹介させていただきます。吉田保健所長でございます。

【吉田所長】吉田です。よろしく申し上げます。

【司会】村中感染症対策課長でございます。

【村中課長】村中です。よろしくお願いいたします。

【司会】桑原保健主幹でございます。

【桑原主幹】桑原です。よろしくお願いいたします。

【司会】医師の金井でございます。

【金井医員】金井と申します。よろしくお願いいたします。

【司会】私、担当係長の春見でございます。

【司会】続きまして、「大阪市感染症発生動向調査委員会規則」の改正について事務局より報告いたします。

【事務局】大阪市感染症発生動向調査委員会規則を本年 1 月 1 日付で改正を行いました。報告書の 54 ページをご覧ください。当委員会は大阪市の感染症発生動向について、解析、検討する場であります。しかし、従前から委員の先生方よりご指摘もありますように、感染症の種類は数多くあり、特定の感染症について深く掘り下げて検討する必要がある場合もございますので、専門委員の就任や部会の設置を可能とするよう、第 5 条、第 6 条を加える改正を行いましたので、報告いたします。

【司会】では、議事に移ってまいります。「執行機関の附属機関に関する条例」に基づき、平成 25 年 7 月 1 日に「大阪市感染症発生動向調査委員会」が設置され、委員の皆様には本年 8 月 1 日より現在の任期を務めていただいています。本日は委員 12 名皆様の出席をいただいています。従いまして、本委員会は「大阪市感染症発生動向調査委員会規則」第 7 条第 2 項の委員会開催に必要な過半数を超えていることから、成立していることをご報告いたします。

本日は、委員改選後初めての委員会でありますので、委員長を選出する必要があります。委員長選出方法につきましては、同規則第 4 条に基づき、委員の互選によるとなっております。委員の皆様方からどなたか、御推薦をいただく方はおいでになりますでしょうか。

【廣川委員】感染症はじめ研究・臨床でも幅広く御専門であられる大阪市立大学小児医学教室教授の濱崎先生を推薦したいと思います。

【司会】他に推薦される方はございませんか。ないようですので、濱崎委員の委員長就任に賛成される場合は、拍手をお願いします。

（拍手）

【司会】満場一致で、大阪市感染症発生動向調査委員会の委員長に濱崎委員を選出いたします。それでは、濱崎委員は、委員長席へとお願いたします。

【濱崎委員長(以下、委員長)】それでは私のほうで議事に沿って進めさせていただきます。委員の皆様、ご協力をお願いいたします。

議題 1 の「平成 30 年感染症発生動向調査事業報告」ですが、定点把握感染症について事務局より報告願います。

【事務局】それでは平成 30 年大阪市感染症発生動向調査事業についてご報告させていただきます。資料につきましては、大阪市感染症発生動向調査事業報告書及び別添資料のウイルス検出状況を使用いたします。それでは報告書をご覧ください。定点把握感染症についてご報告させていただきます。時間の関係上、件数が多いものや、目立った変化のあった 3 つの疾患について取り上げさせていただきます。

まず、RS ウイルス感染症です。4 ページの小児科定点把握疾患、RS ウイルス感染症をご覧ください。上記のグラフですが、左は週別の定点あたり報告数の年間推移を表しており、2018 年を棒グラフ、前年の 2017 年を線グラフでお示ししています。右のグラフは年齢別患者報告数です。ページ下部のグラフは 2009 年から 2018 年まで 10 年間の経年変化を示しています。2018 年の RS ウイルス感染症の報告数は 3,280 人で、定点当たりの報告数は 57.54 でした。ここ 10 年の定点当たりの報告数の平均は 45.13 であり、2018 年は 2017 年に次いで 2 番目に多い報告数でした。RS ウイルス感染症は年々流行時期が早まっており、2018 年は 28 週から増加し始め、ピークは 36 週の 3.67 でした。年齢別患者報告数は 2 歳以下で全体の 90.5%を占めていました。

次のページにはトピックスとして「RS ウイルス感染症の発生動向とパリビズマブの投与」について取り上げています。パリビズマブの投与については近年の RS ウイルスの流行時期の変動を受けて『日本におけるパリビズマブの使用に関するガイドライン』が 2018 年 4 月に一部改正され、感染症発生動向調査等のデータを参考に投与開始時期と終了時期を決定する事が重要であるとされました。これにより発生動向調査を注視していく事が更に重要であると考えられます。

続いて 8 ページをご覧ください。感染性胃腸炎です。感染性胃腸炎の報告数は 12,405 人で、週別定点あたり報告数のグラフを見て頂くと、春期から夏期、さらに冬期に流行をみせましたが、年間の報告数は例年と比較して少ない報告数でした。別添資料のウイルス検出状況 図 1 をご覧ください。ノロウイルス G、A 群ロタウイルス、アストロウイルスが検出されています。また月別検出状況は図 2、図 3 のとおりでした。

続いて報告書に戻って頂き、15 ページをご覧ください。インフルエンザの報告数は 27,661 人、定点当たりの報告数は 269.77 でした。ここ 10 年の定点当たりの報告数の平均は 252.38 でした。週別定点あたり報告数のグラフをご覧ください。警報レベル開始基準値である 30 を超えたのは第 3 週で、終息基準値である 10 を下回ったのは第 10 週でした。

ウイルスの検出状況については、別添資料 図 7、8、9 をご覧ください。2017 / 2018 シーズンは、AH1pdm 型と B yamagata が多く、AH3、B victoria も検出されました。2018 / 2019 シーズンは AH1pdm と AH3 が多く検出され、B victoria も検出されました。月別検出状況は図 9 のとおりでした。以上、定点把握疾患の報告でした。

【委員長】ただいまの報告について、何かご意見等がありますでしょうか。

ないようでしたら全数把握感染症について説明をお願いします。

【事務局】続きまして全数把握感染症の報告です。27 ページからご覧ください。ピックアップしてご説明いたします。

三類感染症です。腸管出血性大腸菌感染症は 105 人の報告がありました。第 20 週から第 23 週にかけて同一の保育施設を原因とした O26VT1 の集団感染事例が発生し、例年に比べ報告数が増加しました。年齢階級別では多い順に 10 歳未満 60 人、うち 5 歳未満が 38 人、10 から 19 歳 5 人でした。血清型・毒素型は O26 VT1 が 66 件と最多でした。溶血性尿毒症症候群と診断されたのは 3 人でした。

続いて四類感染症です。29 ページをご覧ください。A 型肝炎は 40 人の報告があり、例年に比べ報告数が増加しました。性別は男性 37 人、女性 3 人でした。推定感染地は国内 38 人、タイ 1 人、ポリビア 1 人でした。推定感染経路は、飲食物を介した経口感染 10 人、性的接触 27 人、不明 3 人であり、性的接触 27 人のうち、同性間が 23 人などとなっています。

続いて五類感染症です。件数が多いものや、目立った 5 つの疾患について取り上げさせていただきます。33 ページの後天性免疫不全症候群をご覧ください。後天性免疫不全症候群は 123 人の報告があり、AIDS 患者 28 人、HIV 感染者 95 人でした。AIDS 患者 28 人の性別は全て男性でした。推定感染経路は性的接触 111 人で、うち同性間 97 人、異性間 11 人、不明 3 人で、2 経路以上からの感染疑いが 1 人、血液との接触 1 人、不明 10 人でした。

続いて、37 ページの梅毒をご覧ください。梅毒は前年の 635 人よりさらに増加し、864 人の報告があり、1999 年以来最多となりました。病型は早期顕症梅毒 期 310 人、早期顕症梅毒 期 299 人、晩期顕症梅毒 2 人、先天梅毒 2 人、無症候 251 人でした。性別は男性 504 人、女性 360 人でした。20～59 歳の男性が 462 人で全感染者の 53.5%を占める一方、20～29 歳では、324 人のうち女性が 211 人で 65.1%を占めています。推定感染経路は性的接触などでした。

続いて 39 ページの百日咳をご覧ください。百日咳は 2018 年 1 月 1 日に五類感染症の小児科定点把握疾患から全数把握疾患に改正されました。2018 年は 441 人の報告がありました。週別報告数では第 22 週頃から報告数が増加しており、年齢階級別では 10 歳未満 261 人、10 から 19 歳 101 人と多く報告され、0 歳から 14 歳までの小児患者報告数は 345 人で全体の 78%を占めました。また、10 歳未満の小児患者 261 人のうち、0 歳および 8 歳で二峰性のピークをみとめました。最も重症化しやすいといわれる 6 ヶ月未満の月齢の患者数は 26 人で全体の 6%をしめ、これらの感染原因、感染経路は 58%の 15 人が家族内感染でその他は不明でした。

続いて 41 ページの風しんをご覧ください。風しんは 2018 年 1 月 1 日以降、医師は風しんと臨床診断した時点で直ちに届出を行うこと、原則として全例にウイルス遺伝子検査を実施すること、風しんが 1 例でも発生した場合には積極的疫学調査を行うことが求められるようになりました。2018 年は 53 人の報告があり、第 35 週以降に報告数が増加し、2012

年から 2013 年の流行以降で最も多い報告数でした。性別は男性 40 人、女性 13 人で、男女比 3 対 1 でした。また男性患者では 20 歳代から 50 歳代が 37 人と大多数を占め、女性患者では 20 歳代から 40 歳代が 12 人と大多数を占めました。

続いて 42 ページの麻しんをご覧ください。麻しんは 5 人の報告があり、全て検査診断例でした。性別は男性 2 人、女性 3 人で、年齢は 10 歳未満 1 人、20～29 歳 3 人、50～59 歳 1 人でした。推定感染地は国内 3 人、国外 1 人、不明 1 人で、国外感染例の推定感染国はベトナムでした。ワクチン接種歴は 2 回接種 1 人、1 回接種 1 人、接種なし 1 人、不明 2 人でした。

続いて 45 ページをご覧ください。過去 10 年間の全数把握感染症の発生状況をお示ししています。2018 年は腸管出血性大腸菌感染症、A 型肝炎、レジオネラ症、梅毒、風しんの報告が目立ちました。以上で全数把握感染症の報告でした。

【委員長】ありがとうございます。ただいまの報告について、ご意見等はありませんでしょうか。

【古林委員】E 型肝炎の経口感染以外の感染源については具体的にわかっているのでしょうか。

【事務局】詳細は不明です。

【白野委員】A 型肝炎は昨年東京あたりから男性の同性間性的接触で流行が始まって、そのあと少し遅れて大阪にも来ています。わかる範囲でいいのですが、今年は少し減ってきている印象ですが、終息してきているのかというのが 1 点と、私共は HIV の診療をしているので、HIV 陽性で A 型肝炎陽性のケースを何例か診断していて、通院している人にはワクチンを勧めたり、予防教育をしているのですが、通院していない、HIV でない、バイセクシャルの人などに向けて公衆衛生的になにか啓発などしているのでしょうか。

【事務局】A 型肝炎は今年は減少しています。

【岡田委員】大阪市保健所としては、特別にターゲットを絞った啓発などはしていないのですが、大阪市内の MSM の方たちのコミュニティセンターなどではワクチンや検査に関して啓発されている施設もあり、情報共有もさせていただいています。

【白野委員】行政からは難しいとは思いますが、そういった施設からされているということですね。

【委員長】他にありますか。ないようでしたら議題 2 に移ります。トピックスとしては 2 題用意されています。まず、1 つ目は、大阪市では今年の初めに麻しんが流行したことから、麻しんの発生動向や対応状況等についてです。次に 2 つ目ですが、大阪市では 6 月に G20 サミットが 2 日間にわたり開催され、マスコミ等を含め全世界から 3 万人の人がやってきたということですが、今後もオリンピック・パラリンピック、万博など国際的なイベントが控えていることで、一定期間に多くの人が集まる、いわゆる「マスギャザリン

グ」における感染症対策について取り上げられるということです。では、まず「麻しん」について事務局より説明をお願いします。

【事務局】では大阪市の麻しんの発生動向と集団発生事例について報告いたします。大阪市内では2018年末から麻しんの患者数が急増しまして2019年に入ってから報告が続いています。2019年の8月現在で62名の報告があり、例年に比べ報告数が非常に多い状態になっています。スライド3枚目のように患者が発生しており、特に2019年の1月から3月は発生が非常に多くなりました。この時にはあべのハルカス近鉄本店での集団発生事例も経験しました。麻しん患者の年齢分布ですが、10代から40代の若い方の報告が中心となっており、乳幼児の報告は非常に限られています。ワクチン接種歴ですが、無し又は不明という方が7割程度となっています。一方で2回接種有という方は1割弱となっています。6枚目のスライドが大阪市としての行政検査のPCR検査の実施状況になりますが、患者の発生状況と同様に2019年1月から3月ごろにピークとなっている状況です。

次にあべのハルカス近鉄本店での集団発生事例の報告です。端緒は2019年2月9日に市内医療機関から麻しんの報告がありました。翌日に大阪府から府下の保健所管内で麻しん患者が発生しているとの報告があり、疫学調査の結果2例がいずれも感染可能期間内にあべのハルカス近鉄本店で勤務していたということが判明し、当該施設での集団発生事例と判断し対応を開始しました。最終的にこの集団発生において、市内の届出が5例、市外の届出が20例、計25例が確認されました。遺伝子型はD8でした。保健所としては関係機関と連携し、感染拡大防止策を行い、3月28日に終息を確認しております。

流行曲線は8枚目のスライドのようになっており、従業員、客、関連事業者のいずれからも患者が発生していました。この集団発生での源患者の特定には至っておりませんが、流行曲線から源患者から見て2次感染、3次感染までの発生で終息したと考えています。患者の情報ですが、年齢の中央値は22歳で比較的若い方に多かったということと、ワクチン接種歴は無し又は不明の方が44%と最も多い人数でありましたが、2回接種歴有の方が6例、24%を占めていたのが特徴的でした。2回接種歴有の方は病型は全員修飾麻しんでこれらの方からの2次感染例はありませんでした。感染拡大防止策ですが、保健所と保健福祉センターは患者の行動調査を徹底して行い、また従業員の患者が感染可能期間に従事していたため、ハルカス内で不特定多数の接触者が発生しておりましたので、注意喚起を目的として報道発表を終息まで全10回行いました。またサーベイランスの評価を行いました。また関係機関である自治体、医師会、医療機関の連携ということで、通常ホームページ等で公表している発生動向について、追加の情報を関係機関と共有することを目的として、麻しんエクスプレスという文書の発行を終息まで全7回の発行を行いました。追加情報というのは、患者の居住地、推定感染源、PCR検査の実施状況等です。2月22日には国立感染症研究所の先生方にもお越しいただき、対策会議を実施しまして、3月28日に事例の終息を確認しました。

本集団発生の特徴としましては、大型商業施設での発生であったということで、患者の

多くが大阪市外に居住しているということで、対策を行う上で近隣の自治体、医師会、医療機関との連携が非常に課題となりました。そして、麻しんエクスプレスで情報を共有するということが、通常と異なる対策を要しました。今後の課題ですが麻しんエクスプレスで共有する情報を今回は個人情報に十分配慮するという形で、患者の行動歴や所属する集団などの詳細情報を共有出来なかったということがあります。またエクスプレスの発信が事例の探知から 2 週間後くらいに第 1 号を発行したのですが、発生の初期段階から連携する体制をとることが課題となっています。以上です。

【委員長】ありがとうございます。それでは続きまして神谷委員からお願いします。

【神谷委員】私のほうからは、麻しんの全国の状況と対応した疫学調査で気づいたところ、良かったところの紹介をさせていただきます。2 枚目のスライドが今年の全国から報告のあった麻しん患者の年齢分布と予防接種歴です。左側が 0 歳で、1 歳刻みで 50 歳以上が一番右側になっています。黄色が接種歴なしで、青色が 1 回あり、ピンク色が 2 回あり、紫色が不明になっています。ワクチンを 1 回又は 2 回打っている人でも患者が出ていますが、特に 2 回接種されていて発症した方からの感染は非常に稀です。年齢分布ではワクチンを 1 回も打っていない 1 歳未満の患者が多く、その他成人、28 歳以上から 40 歳代が多いです。成人が多いのが最近の日本の特徴なのですが、小児の患者に比べると行動範囲が大きく、海外に旅行や出張から帰国後発症する例があります。海外では日本のように麻しんが排除になっていない、麻しんが正しく認識・診断されていない国もあります。そのような国から日本に旅行に来る方も多く、その国の流行状況によって輸入元の国が変わってきます。今年でいえばタイやフィリピンですが、1、2 年前ではインドネシアだったりして、必ずしもどこが危ないと言えない状況ですので、国内で突然麻しんの患者が目の前に現れる危険性がありますが、麻しんは発症前日よりすでに感染力がありますので、現場の対応としては 2 次感染ももちろん止めたいのですが、3 次感染以降をしっかりと食い止めることが対応の鍵になってきます。それには接触者調査ですとか、ワクチン接種などいろいろな方法で対応していく必要があり、2 次感染を止めるには平時からワクチンを打っておく必要があります。

今の国内の麻しんのキーワードとしては、もはや子供の病気ではなく、どの年代でも発症すること、海外・あるいは海外渡航歴が挙げられます。海外に渡航した日本人は外国から帰ってきて発熱すると、比較的すぐ医療機関を受診されますが、海外から日本に旅行に来た方は、多少の発疹や発熱では、せっかくに観光に来たのにすぐに病院に行かず、感染力のあるまま、いろんなところに観光に行って、接触者を増やすということになります。沖縄県でのアウトブレイクではそういったことが起こりまして、ひとりの患者が接触した人から 30 人程度の患者が発生しました。

麻しんのアウトブレイクはいろんなところで起きていますが、だいたい成人でワクチン接種歴のない方が初発例です。成人の症例は非常に行動範囲が広く、国内でも移動距離が長いことが多く複数の医療機関を受診されていることがしばしばで、診断が付くころには

接触者は多くなっています。従って医療機関における麻しん患者と接触者への対応は非常に重要です。ワクチン未接種者はほぼ罹患するというので、定期接種でワクチンを接種している人を増やすこと、職場や医療機関などたくさんの人と接触する人については特にワクチンを接種して、目の前にいきなり現れる麻しん患者に対応しなければならないということになります。2015年3月に日本は麻しんの排除認定をされているのですが、その後アウトブレイクが起きて私たちFETPが関わった主な例が6枚目のスライドになります。規模はいろいろなのですが共通点としては、まず初発例としてはワクチン接種していない方、海外由来の感染の可能性が高い方、成人や外国人の方が多いです。感染拡大の場所としては医療機関が非常に多いです。医療機関での感染が少ないとその地域での流行も少ないように思いますので、医療機関での2次感染3次感染が出ないように日ごろから準備しておくことが大事になります。それから、人がたくさん集まる場所では感染拡大が起こりやすいです。空気感染ですので、その場に居合わせただけで感染してしまうことを考えますと、外国からの観光客が多い場所というのは平時からワクチンを打っていただく事が大切です。患者のうち小児ではワクチン接種歴がある方はほとんど皆無で、2回接種歴のある方の感染は典型麻しん患者の家族など近い人に限られます。それから20代から40代の成人が中心で、行動様式が小児と異なりますので、ここは大丈夫だろうという思わぬところで患者が発生するという事もあります。

WHOでもガイドラインを出していて、スライド8枚目の左側のように海外やほかの自治体で麻しんが流行しているときは自分の自治体において患者がいなくても、常にサーベイランスをして患者の早期発見に努めることが重要になります。そして患者が自分の管轄内に入ってきたら、地域での流行を抑えるような対策が必要になります。それには接触者調査や緊急ワクチン接種、患者の隔離ということが挙げられます。さらに、患者情報の共有が必要になってきます。情報の共有は個人情報の保護との関係もありなかなか難しいのですが、麻しんはちゃんと協力して対策ができる病気ということで対応していただきたいです。そのためには日ごろからメディア関係者などに麻しんの啓発しておくことも重要です。そういった日ごろからの情報共有や啓発は、今後も引き続き続けていただきたいなと思います。先ほど少し出ました情報共有の話ですけれども、沖縄県でも三重県でも対応中麻しんエクスプレスというものを発信していました。例えばインフルエンザが流行しているシーズンに麻しんが流行しますと、患者情報がなければ発熱だけで麻しん疑い例として全例を隔離して対応しますと医療機関はパンクしてしまいます。これまでの経験では医療機関の医師からは麻しんを鑑別するために患者の行動歴などの情報が欲しいということで、リクエストが多かったです。三重県でのアウトブレイクでは患者背景の特殊性もあり、必要な情報を必要な方に届けるということが非常に困難でした。そのため麻しんエクスプレスを配信するために行政機関と医師会、キーとなる医療機関などをメーリングリストでつなぎ、必要な情報を届けていただいていたいました。その後特に大きな混乱なく終息を迎えました。麻しんエクスプレスには症例数や、県庁が実施している対応策、今後の状況を予想で

きる検査予定検体数とその結果や結果が出る予定の次期、その他リアルタイムで患者の年齢分布、ワクチン接種歴、ワクチンの在庫量といった情報を含めていただきました。その結果医療機関からの問い合わせも少なくなり、県庁も対応に集中でき、混乱が減りました。このような仕組みは麻しんに限らずアウトブレイク対応のために平時に作っておくことが非常に大事ななと感じています。

それから接触者調査が必要ということですが、一医療機関で患者が発生しますと接触者調査が多い時には1500人くらいに膨れ上がります。その1500人に電話をして、あなたは麻しん患者の接触者ですので、発熱や発疹など麻しんを疑う症状を発症した時にはいきなり医療機関に行くのではなく、事前に保健所や医療機関に連絡をしてから受診してくださいということをお願いしています。次の感染を予防する観点から非常に大切なことです。患者数などの状況に応じて保健所と病院のICTの方たちと手分けして対応していただくことが多く、そうすると非常にスムーズに作業が進むことが多いです。また接触者の情報を保健所と医療機関が共有することで、次の人が発症した時に、健康観察対象のリストのその方が含まれていれば、麻しん患者の広がり具合を把握出来ているという評価もできます。早く見つけられればワクチンを接種することもできますし、他の人との接触を避けてもらうことで、3次感染、4次感染の予防にもつながります。大変な仕事量にはなるのですが、早期終息のために必ず役立ちます。

あと、最近では患者の行動範囲が広いということもありまして、大阪もそうだったと思いますが複数の自治体が対策に関わるということがしばしばあります。自分の管轄については情報があるけども、他のところはよくわからないということがあって、三重県や沖縄県でのアウトブレイクでも非常に問題になりました。効果的だったことは、先ほど申し上げた情報を共有するということと、麻しん対策会議を早目に実施して、関係各所とどういった方針で対応を進めるか早目に確認しておくことでした。例えばワクチンの確保は、足りない、ではなくある程度具体的な必要数を厚労省に依頼する必要があります。対策会議などでこのような今後必要となる情報について共通認識として持つておくことは大切です。

また、三重県の事例では、患者対応した各自治体の方が患者のことを一番知っているの、各自治体に患者のリスクアセスメントをしていただいて、患者の行動歴から接触者が管轄内で収まる症例なのか、他の自治体にも影響を及ぼす事例かということの評価をいただいて、他の自治体に広がりそうなものは麻しんエクスプレスに掲載するなど、情報共有をしていただきました。そうすることで、他の自治体の管轄の医療機関を疑い患者が受診した際にも麻しん疑い患者を鑑別していただきやすくなり、混乱を避けけるということにつながります。

三重県の場合はほとんどワクチンを接種していなかった集団ということで、教科書的にはR0は16~21と書かれているのですが、30くらいR0がありまして、麻しんウイルスの感染力の強さを改めて感じたのですが、その割には早く患者が終息しました。沖縄県の事例でも初発例は外国人観光客ということもあり、感染力のある時期にいろいろなどこ

ろに出歩いていたということで最終的に 100 人くらい患者が報告されましたが、いずれの事例でも比較的短い期間で患者発生が抑えられたのですが、それは今申し上げたいいろいろな対応していただいたということと、ワクチンの定期接種の世代にほとんど患者が出なかったということが大きいかと思えます。

公衆衛生の対応の 4 項目ということで、WHO のガイドラインにも書かれているのですが、関係機関と常により関係を持っておくということがありますし、サーベイランスやモニタリングをしっかりすること、情報共有やリスクコミュニケーションの重要性と、日ごろから予防接種をしておくことが重要であると書かれていますが今振り返りますとアウトブレイク対応には必須の 4 項目であると思えます。

最後に、いくつかアウトブレイクを経験した中で、石川県金沢市の対応が非常に参考になりました。ほかのアウトブレイクと同じように海外での感染事例で接触者が多数いて、といった背景だったのですが、4 人の患者だけで終息しました。患者は海外赴任中で一時帰国の際に道中で麻しんを発症しました。麻しんとは診断されていませんので帰国後公共交通機関を利用したり、お子さんの入学式に参加されたりしました。その後麻しんと確定診断されましたが、その時には 600 人を超える小学生と 40 人近い教師の方、また写真撮影のスタッフの方などが接触者となりました。通常ですとここからさらに多数の患者が発生するところですがこれ以上の患者は認めませんでした。理由として、小学校の生徒の 2 回接種率が 96%あり、誰も発症しなかったこと、医療従事者が事前にしっかりワクチン接種や抗体価を確認していただいていたため、医療機関での患者発生がなかったこと、そして写真館のスタッフは 2 回接種での発症でしたが、ほかの事例でもそうですが 2 回接種をしている人はかなり濃厚な接触でないと発症せず、また他人の感染源となることは極めて稀であることが挙げられました。

この事例がグッドプラクティスになるのですが、日ごろからワクチン接種率を高く維持しておくことと、医療スタッフなど人が多く集まるところで働かれる人はワクチン接種をしっかりとしておくことと、一例出たらすぐに対応することと、関係機関との協力体制を日ごろから構築しておくこと、これらが日本での麻しん対策のこれからのモデルケースかなと思っています。以上です。

【委員長】ありがとうございます。大阪市立大学でも 3 年前の関空事例の時に患者を受け入れて院内で感染が広がったということで対策が課題と考えています。

なにかご質問等はありませんでしょうか。

【古林委員】暴露後ワクチン接種の手順というのは決まっているものなのですか。

【神谷委員】接触後 72 時間以内と言われていています。最近では 72 時間を多少超えても、MR ワクチンでは風しん対策にもなることから少々 72 時間を超えていても接種したほうがいいのではと言われてはいますが、科学的エビデンスがあるのは 72 時間以内です。

【古林委員】保健所の指示のもとそういう活動を行うということですね。

【神谷委員】保健所の指示かどうかはわかりませんが、保健所の疫学調査の報告をもとに行われるのかなと思います。

【古林委員】経費は本人持ちなのですね。

【神谷委員】基本的にそうなるかと思います。

【宮川委員】今の暴露後 72 時間というのは国立感染症研究所が出されているマニュアルにも書かれていますが、実は昨年度箕面市で事例があって、箕面市医師会と保健所のほうでこのマニュアルがあるということで、72 時間以内に対応しなければならないということがあって、2 月、3 月でワクチンが全くない時期でして、大変苦労されました。箕面市医師会と協力し箕面市立病院が対応されて、20 人の対象者がいたのですが、結局打てたのは 10 人くらいでした。

我々はそれを受けまして、厚労省のほうにもこの 72 時間はマストかということをお願い合わせましたが、いまだに回答がありません。できる限り 72 時間以内に対応しなければならないということで大阪府の会議でも話が出まして、今後、そういった周知もしていきたいなと思っています。

【水谷委員】今の話の関連ですが、72 時間のワクチン接種の前に、できるだけ早く抗体価を測って、抗体価が十分にあればとりあえずは安心なのかなと思いますが、できるだけ抗体価を早く測定できるシステムが必要でないかなと感じています。それと、さきほど医療従事者の発症者がなかったという話がありました。私たちの施設で経験したケースで、医療従事者でも正規の職員はワクチン接種がされているのですが、出入り業者さんなどはワクチンを打つという教育がなされていなくて、その方々の発症で我々の施設で対応したケースがありました。医療機関や学校もそうかもしれませんが、正規職員以外の出入りする業者さんのワクチン接種の啓蒙も必要でないかなというふうに思います。そういった通知などを国のほうからしていただくことはできますか。

【神谷委員】経験したアウトブレイクでも事務の方、特に会計は必ず通りますし、薬局も多くの方が立ち寄ります。医療従事者だけでなく掃除をする方など医療機関を出入りする方も対応が必要なのは間違いないです。

国立感染症研究所からはガイドラインという形でいくつか対応策を出してしまっていて、医療機関におけるガイドラインとか自治体におけるガイドラインの中に詳細は記載はされています。国立感染症研究所のホームページにも載っていますので参考にしてください。

【白野委員】いまの水谷先生の意見に賛同してなのですけれども、私共でも昨年麻しん患者が発生し、発症はしなかったのですけれども救急外来の人員とか窓口の職員が十分に抗体がなかったとこともありました。人材派遣の会社などから来ている人は我々の病院ですと数百人の規模でいるわけで、病院負担で打つのも現実的でないですし、かといって派遣元の会社にさせるのも、仕様書にないこともあってできず、どうしたらいいかということで、落としどころとして常に救急外来に入る人ですとか、何とか絞り込んで 20 人程度に絞り込んでその人たちには病院負担で接種しました。他の施設でどうされているか気になっ

ています。

【神谷委員】救急搬送をされる隊員の方で発症されるということがありますし、今後外国の方などが突然発症して、救急車を呼んであげるということもあるかもしれません。そういった患者と接触する方は今のうちに対応しておくことが大事なと思います。

【改田委員】検査の現場から質問させていただきたいのですが、アウトブレイク時には大変多くの検査をしなければならないのですが、エビデンスに基づいて、アウトブレイク時には検体を絞り込んでいこうとかの議論はありますでしょうか。

【神谷委員】私は検査について専門外ですので、現場で見てきたことに基づいた発言となりますが、麻しんが流行しているとメディアなどで報道されると、疑い例の検体が非常に増えます。沖縄の衛研の方たちも苦労されていて、朝晩2回PCRをして対応していたけども追いつかないということもありました。そして時期を追うごとに陽性率が下がって行って、何回やっても陰性のものばかりで疲弊されているということもありました。なんでもかんでも検査するのではなく、医療機関のほうで情報を聞いていただいて、ある程度検体を減らすということをお願いしたこともありました。疑い例はちゃんと検査するということが大事だと思うのですけれど、検査がパンクすると本物の検体の診断が遅れてしまうということもありますので、そういうことに対応するという意味でも麻しんエクスプレスにできるだけ情報を載せることで、医療機関の先生方にも検査状況やどの程度麻しんを疑うかということを判断していただいたこともありました。

【宮川委員】大阪市では麻しん疑いでPCRをお願いした時に風しんも検査されるのですか。逆に風しん疑いで麻しんも検査するのかということも含めてですが。

【岡田委員】機械的に全例にしているわけではないのですが、臨床的には鑑別が難しいものですから、医療機関の先生と届出時にやり取りをする中で、もし風しんも疑わしいと考えているなら両方しますよということで伺って、先生のほうで風しんも否定できないとおっしゃったケースでは両方行っています。

【宮川委員】アウトブレイクの時は本当に大変だと思うのですが、費用的な面もあるかとは思いますが、今年のように麻しんも風しんも両方流行っているときには、鑑別は難しい話だと思います。今年のデータもあると思いますしPCRはこういう状況だったということをもっと教えていただきたいと思います。

あと三重県の事例では遺伝子型は公開されているのですか。

【神谷委員】D8です。

【宮川委員】ハルカスと同じということですか。

【神谷委員】数年前までは麻しんウイルスの一部分を読んで、D8とかB3とかを判定していました。ある程度それでどの国由来か判断で来ていましたし、より詳しい遺伝子配列を読むことでこれはインドネシア由来、これはタイ由来、これはベトナム由来と分けられていたのですが、最近はほとんどの株が同一配列になってきています。D8はハルカスと一緒になのですが、本当に同じ感染源で広がったのか、という判定は非常に難しくなっています

ので、より一層疫学調査が重要になってきています。

【宮川委員】なぜそれをお尋ねしたかという、ハルカスの事例は2月の初旬からですが、大阪では1月の初旬に阿倍野区周辺で数名の方が発症して、その近隣でも発症者があったと思います。その方の結果は出ているのですか。

【岡田委員】1月初旬の事例はD8で、その後もD8が続いていました。

【宮川委員】個人的な見解ですが、1月初旬に阿倍野区周辺で発症があり、潜伏期間の関係があるので難しいとは思いますが、次にあべのハルカス事例があったので、その関連性はどうかかなと。今回のいろいろなデータを見させていただくと、今後はいろいろな観点で調査をしていかなければならないと思いますし、医療機関と保健所の連携もしていかなければならないと思います。さらに頑張ってくださいと思います。

【水谷委員】修飾麻しんの方が増えてきていると思うのですが、当院でもカタル症状があって、熱があって、発疹があってということで、皮膚科の先生に診てもらうのですが、修飾麻しんだとしたら全然区別がつかないということがあって、麻しんも風しんも検査をお願いしますということがあります。修飾麻しんのケースが多くなってくると同時に検査していただかないといけないケースが多くなりますから、そういうことも見越して準備していただけたらなと思います。

【委員長】つぎに「マスギャザリングにおける感染症対策」について事務局より説明をお願いします。

【岡田委員】私のほうからG20大阪サミットにおける感染症サーベイランスで実施しました強化サーベイランスの内容等について、簡単に説明させていただきます。2枚目のスライドが、今回のサミットで実施しました強化サーベイランスについて、図式で示したものになります。G20感染症情報解析センターを森ノ宮にある大阪健康安全基盤研究所に設けて、大阪健康安全基盤研究所のスタッフの方、国立感染症研究所の先生方、大阪府の方、そして私たち大阪市の感染症対策課の1、2名が集まり、毎日サーベイランスを行いました。行いましたサーベイランスは主に8つあり、直接大阪市関わったのがグレーで色付けしたのものになります。今回の強化サーベイランスで新設したものに「新設」というマークを付けています。

体制について、実施しましたのは6月10日からサミット終了までで、備考にも書いていますが一部のサーベイランスについてはサミット終了後の7月1日から16日まで継続して行いました。期間中、当初は午前中、その後徐々に時間を延ばして体制を組みました。活動としましてはサーベイランスで得た情報を解析し、日報という形で12時と18時に作成し、関係者と共有するために発信し、警戒態勢を強化しました。

それぞれのサーベイランスについて簡単に説明します。まず全数報告疾患は従来より行っているものですが、通常五類感染症などでは週単位での集約を行っていますが、これについても期間中は速やかにNESID入力を行い、毎日その情報を共有することとしました。

続いて早期対応が必要なサーベイランスですが、これは新設したサーベイランスで、一類感染症、結核を除く二類感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、麻しん、風しん、水痘、蚊媒介感染症を対象としまして、これらについては発生届が出た段階、確定診断でない疑いの段階でも情報を速やかに共有する体制としました。

続いても新設したサーベイランスですが、一つは警察官サーベイランスで、こちらは警察本部健康管理センターより警察官の健康状態について毎日報告をいただきました。これは要人にかかわる最前線の警察官の健康状態を把握するのに使用しました。救急搬送サーベイランスは重点エリアである大阪市、豊中市、泉州南消防局の搬送件数をモニタリングすることで、異常を早期に探知することを目的としました。

そして、学校サーベイランスですがこれは大阪市で担当しました。従来より学校欠席者・感染症情報システムというのがありまして、児童生徒が欠席した時に何の感染症で欠席したのかを連日学校の先生が入力してくれているのですが、これをモニタリングすることで、地域の感染症の流行状態を把握することを目的としました。また薬局サーベイランス、これも従来からあるものですが、抗インフルエンザウイルスの投薬状況を把握することで、処方上の異常な増加がないか把握していました。

続いては新設になりますが、医療機関サーベイランスを実施しました。これは実際には疑似症サーベイランスとして本年4月1日より制度が改定されたものと同じサーベイランスになります。対象の医療機関としては大阪市内の10病院とりんくう総合医療センター、市立豊中病院に協力をいただいて、疑似症例を早期に探知することを目的としました。またメディアサーベイランスとしまして、6月17日以降国立感染症研究所にてメディアサーチをしていただき、大阪府外も含めた国内、海外においてサミットに影響を与える可能性のある感染症の報告例を検索して解析センターに送っていただき、日報に反映していました。作成した日報は本部、医療機関、医師会など関係機関に多い時で1日に2回発信していました。大阪サミットに関係する強化サーベイランスについては以上になります。

【委員長】ありがとうございます。それでは引き続き神谷委員から説明をお願いします。

【神谷委員】マスギャザリングにおける感染症ということで少しお話をさせていただきます。マスギャザリングという言葉は最近よく耳にするようになり、なんとなく皆さん考えお持ちだと思います。WHOの定義では、マスギャザリングは、大量の人数が参加する計画的または自発的なイベントであり、主催するコミュニティまたは国の計画および対応に対し強い影響を与えるものであるとされています。マスギャザリングは他にも色々な定義があり、人数としては1,000人から25,000人ぐらいまで、期間が明確である、計画的である場合もあるし単発の時もあります。宗教などの集会イベントやスポーツ、音楽イベントなどもありますし、災害とか紛争後の難民キャンプといったものもマスギャザリングという形に含まれています。日本国内においては、日本集団災害医学会がマスギャザリングの定義を示されていて、一定期間、限定された地域において同一目的で集合した多人数の集団となっています。

スライド5枚目の右下にある写真は2015年に山口県で行われたスカウトジャンボリー世界大会の当時の会場の写真です。全世界から約3万人近くの参加者が2週間山口県でキャンプを張られていたわけですが、このような大集団があると、日ごろ起きないようなアウトブレイク、感染症の発生があったり、あるいはバックグラウンドの異なる集団のため、国内ではあまり見かけないような感染症が発生したりします。また、一時的な人口の増加や集団による人の密度が高くなれば当然感染しやすい状況になりますので、マスギャザリングの状況というのはいろんな感染症が流行しやすい状況といえます。世界的にすごく有名なのがイスラム教のハジというもので、年に一回イスラム教徒がメッカに集まりますが過去にこのイベントをきっかけに髄膜炎菌感染症が世界的に広がりました。髄膜炎菌は飛沫感染をしますので、人がたくさん集まると感染しやすくなるわけですが、スライド6枚目の写真のように多くの人と同じ空間でいろいろ唱えながら過ごせば感染症が流行することは想像に難くないことと思います。

マスギャザリングにおける感染症はバックグラウンドが特徴的なだけでなく、感染症が発生した際に同時に他のことが起こっている場合があります。災害関係ですと大量の人々の関与する避難所での対応ですとか、医療機関の機能が破綻してしまっている可能性もあります。感染症以外の脱水症とか熱中症といった状況への対応にも追われる可能性もありますし、清潔な環境の維持、廃棄物管理、治安の維持など多くの事柄に対応が必要となります。そういった状況において実施する感染症対策は通常以上に困難であることを念頭に置いておく必要があるかと思えます。

ではそれにどう対応するかということなのですが、先ほどの麻しんとよく似ていますが、やはり何かが起こる前にどういったことが起こり得るか想定し、関係機関とトレーニングを含めた準備をすることが重要です。つまり平時にこういったことが起こるかもしれないといろんな方面から準備しておくこととなります。先ほどの麻しんのスライドでご紹介した公衆衛生対応の4項目はマスギャザリングの環境下でも同様で、基本的には通常の感染症対策をしっかり準備、実践することが大事になるかと思えます。マスギャザリングというと何か特別なように感じますが、過去のマスギャザリングに関連して発生した主な公衆衛生対応事例を見てみますと、出てくる病気というのは麻しんや髄膜炎菌、インフルエンザ、ノロウイルスといったものです。つまり多くの場合マスギャザリングだから何か特別な病気が流行するというわけではなく、ある程度我々がよく知っている病気に対して、環境が変わることによってアウトブレイクが起こっていることを示しているように感じます。髄膜炎菌感染症に関しては日本では少ないというところがあるのですが、全然知られていない病気というわけではないですし、対応策をしっかりすれば抗生剤投与ですぐ感染力は無くなるという病気ですので、早く対応すれば大丈夫と考えられます。

こういった観点から、公衆衛生上の対策としてマスギャザリングやイベントにおける公衆衛生上の対策として大事な点はおそらく3つあるかと思えます。1つ目は開催地の感染症サーベイランス等を用いて現地ではどういった病気がどの程度流行したら異常であるか、

ということを把握しておく必要があります。それからイベント開催中にしっかりとモニタリングをして事前に定義した異常というものが起こったらすぐ探知して対応できるようにすること。それからイベントによって持ち込まれたものが地域住民の方たちに広がってしまうようなリスクが生じていないか、ということを確認するという 3 つのフェーズにおいてしっかりと対応していくことがマَسギャザリングにおいて必要かと思われます。

伊勢志摩サミットの時は、まず三重県のサーベイランス、発生動向調査の結果をみて三重県でどんな病気が流行っているのか、特にサミットの開催は5月の終わりだったので、5月の前後の月にどういった疾患が毎年三重県では報告されているのかというところを評価しながら、もし人が集まった場合日ごろと比べて感染が広がる病気はどれだろうという視点から、麻しん、風しん、水痘、髄膜炎菌感染症、感染性胃腸炎、輸入感染症、それからサミットという背景があってバイオテロをあげてモニタリングすることを決定しました。このリスクアセスメントは、WHOとかCDCとかいろんな機関がアルゴリズムを出していきまして、どの方法を用いるか、評価する人などの条件で多少結果は変わりますが、簡単に言うとその病気が変か、要するに日ごろ見たことのない病気が、ひどいか、つまり重症度が高いか、そして広がるか、感染拡大がひろがってたくさんの人達がリスクにさらされるかという観点からその病気を評価していきます。主観的なところもあるので、いろんな人とディスカッションしながら共通の理解のもとにリスクアセスメントをしていくことが重要です。東京オリンピック・パラリンピックにおけるリスク評価はスライド12枚目のような評価項目でリスク評価をされています。まず東京大会によって訪日客からの持ち込みが増加する可能性の高い感染症は何だろうか、その感染症の中で患者数が増加すると判断されたもののうち東京大会によって国内に拡がり易いもの、ヒト-ヒト感染を起こす、元々の感染力が強いもの、あるいは国内で免疫を持っている人が少ないと思われるもの、媒介する昆虫が存在するけれども現時点では国内に病原体がいないようなもの、そういった疾患がピックアップされています。一度に多数の患者さんが発生するものであって重症度が高い病気は何だろうかという観点からみていくと、例えば麻しんや侵襲性髄膜炎菌感染症、サミットのときにはなくて東京大会ではリスクとしてあがったものとして中東呼吸器症候群は他のイベントと比べるとリスクが高いと判断されました。それから腸管出血性大腸菌感染症なども季節的なこともあって入れられています。こういったリスク評価を行いながら準備が進められています。

リスクを評価する上でサーベイランスが大事だということで先ほどG20の状況も先ほどご紹介いただきましたが、伊勢志摩の時はスライド14枚目にご紹介しているように従来からあるサーベイランスに加え、新たにサーベイランス2種類を導入しました。従来からのサーベイランスは定点や全数報告、疑似症サーベイランス、学校や保育園における欠席情報システムです。新たに導入したのは医療機関強化サーベイランスという関係医療機関からの情報を迅速に能動的に収集するシステムですが、これを実施したことに加え、救急車の搬送数の情報や警察官の健康日誌の情報をいただいて、腹痛や発熱の症状を呈した人

をモニタリングしました。疾患というよりは症候群のサーベイランスを行っていました。期間中心掛けた点はできるだけ新しいことをしないということです。マシギャザリングだからと言って新しいことをたくさん導入しますとなれるまでのミスや患者の報告数情報が出たときにこれが正常範囲なのか、それとも異常値なのか、という評価が過去のデータと比較できないために困難になったりします。ですので、出来るだけ今まで培ったデータを活用できるようなシステムでモニタリングができることを考えてサーベイランスを整えていきました。事前のリスクアセスメントであがってきたリスクの高いとされる疾患について、伊勢志摩でも、大阪の G20 の際もモニタリングしておりましたし、サーベイランス等に参加していただいている医療機関の方や行政の関係者の方には必ず同じ情報を定時に報告することで、常にみんなが同じ情報を持っておくことを心掛けて情報共有をしていました。これも先ほどの麻しん集団発生事例と同じですけれどもみんなが同じことを知っているということは非常に大事で、それがないと足並みがそろわない、効果的な対応ができないと感じるところです。

予防という面では東京オリンピック・パラリンピック大会にむけては日本感染症学会がクイックリファレンスというものをしています。一般市民の方や医療機関関係者、大会関係者、メディア関係者といった背景に応じてリスク評価をしてワクチン接種の必要性について推奨しています。麻しん・風しんはどういった方達でも免疫のない方はしっかり受けていただきたいと思います。髄膜炎菌感染症に関しては飛沫感染ということもありますので流行国からの参加者と濃厚接触する可能性の高い人、例えば髄膜炎菌感染症が流行している国からチームが来てキャンプをしているような町で食事や生活の世話をされるような、かなり濃厚に接触されるような方達に関してはワクチンを接種したほうがいいのではないかという評価をしています。医療関係者の方は突然飛び込んでくる侵襲性髄膜炎菌感染症の患者さんと接触感染をする危険性が高いため大会関係者を診療する可能性のある医療従事者には推奨しています。A型肝炎は大会関係者の食品を扱う方達にある程度推奨したらどうかということが記載されています。B型肝炎は通常の医療関係者には接種されていることですが、こちらでもしっかり打っておいてくださいという推奨です。このほか水痘、おたふく、インフルエンザが打っておいていただきたいワクチンということになりますが、例えばアメリカの CDC の医療従事者に接種すべきワクチンの一覧と今挙げた疾患はほとんど同じです。つまりイベントがあるから何か特別なことをするわけではなく、やはりリスクが高いものに対してきっちりと対応していく準備が大事かと思えます。

その他輸入感染症の探知をサーベイランスで地域と院内の両方でモニタリングしていただくといいかと思えます。地域ではサーベイランスデータを見ながら、あるいは衛研や保健所、医療機関からの報告で患者数の増加や稀な疾患が報告されたときなど何かちょっとおかしいぞということがあったときにすぐ関係者間で情報共有していただくことが大事だと思います。また、病院で患者の臨床像が何か変だ、となった場合にも病院内だけではなくある程度地域で共有するべきものがあれば共有していただくことが必要かと思えます。

このほかにも通常の時期では考えられないような食中毒や特別なイベント、例えば選手村周辺でケータリングが増える、清潔な水へのアクセスが不十分となる状況が発生した場合などマスギャザリング特有のアウトブレイクは想定しておく必要があると思います。

それから髄膜炎菌感染症は触れましたが、元々日本に患者さんが少ない病気やデング熱のように国内では輸入例がほとんどといったものが国内に入ってくるということも十分に考えられます。特に髄膜炎菌は日本に比べたら欧米は比較にならないほど発生率が高く、それらの国では定期接種でワクチンが接種されています。そのようなリスクの高い国から来られる方がマスギャザリングの場合は多い中で、ワクチンを打っていない我々日本国民がどう準備するかというのはやはりリスクに基づいた対応を考えなければいけないのではないかと思います。実際に先ほども少しご紹介させていただきましたけれども 2015 年のスカウトの世界大会で髄膜炎菌が発症しました。たとえばサミットのような開催期間が短いイベントにおいては、潜伏期間が非常に短い病気は別ですが、潜伏期間が長い病気は後からアウトブレイクを探知することもあります。髄膜炎菌は比較的潜伏期間が長いほうかもしれませんが、イベント参加者が帰国されてから発症したということが分かって、国内で髄膜炎菌感染症の報告の推移をかなり注意してモニタリングしておりました。イベントの後も気を抜くことなくモニタリングをする必要があるかだと思います。

最後になりますけれども、とにかくまず早期探知、どんな疾患を対象とするかリスクアセスメントで明確にして、現行の体制を最大限に利用しながらモニタリングしていくことがひとつポイントになるかだと思います。そしてリスク評価の際にやはりある程度専門家の先生を含めて共通のものさしで注意点を構築することが必要かだと思います。その際に開催期間の時期とか長さ、どういった方が参加するか等色んなバックグラウンドを含めて注意する疾患を選んでいく必要があると思います。病原体は突然侵入してきますので、みんなが同じ情報を共有しながら対応するということが非常に大事ですし、そのためには平時からの準備が大切ということで、最終的にはやはり麻しんの時と同じように、何も起こっていない平時にしっかり準備しておくことが大事なかと、いくつかのマスギャザリングのアウトブレイクやサーベイランスをさせていただいた中での感想です。以上になります。ありがとうございました。

【委員長】神谷先生ありがとうございました。非常に勉強になりました。また大阪府の対応としても G20 でそのような経験を生かして非常に対応もよかったということで何事もなかったかだと思います。来年オリンピックを控えているということで期間も G20 とか比べると長い期間滞在されて、滞在後も海外から来られた方が全国各地に行かれるということも想定されるのですけれども、大阪としましては現在何かオリンピックに向けて対策というのは考えておられるでしょうか。

【岡田委員】正直なところ東京オリンピック・パラリンピックに関しては大阪としては検討中です。実際、今年はラグビーのワールドカップのほうが先に来ましてそれに関しては東大阪市の方に来られたりということで、東京オリンピックよりもさらに近いワールドカ

ップに注意が必要かなと考えています。

【委員長】他の自治体からの情報も定期的に収集されるという形でしょうか。

【岡田委員】国の発生動向も注視していますし、大阪としては府下の自治体が集まる会議が週1回ありますので、そのなかで情報を共有しています。

【委員長】ありがとうございます。それではただいまの説明につきましてご意見等ございますでしょうか。お願いします。

【水谷委員】マシギザリングでモニタリングが重要だということがよくわかりました。髄膜炎菌の感染症は私たちもあまり経験がなくて、一般の医療機関まであまり知られていない感染症だと思ひまして、稀な感染症が来る可能性について、医療機関など関係者への教育をしていかなければならないのかなと思います。そのあたりはいかがでしょうか。

【神谷委員】国立感染症研究所では海外の発生状況を紹介するホームページを作って発信しているのですが、ホームページを見てくれる人は伝わりますが、そうでない方には伝わらないというジレンマはありまして、先生方と情報共有しながら、先生方から発信していただく事を期待しているところです。

【宮川委員】今年、麻しん風しんが流行りましたので、4月8日に国立感染症研究所の多屋先生に来ていただきまして、大阪府医師会で研修会を行いました。300人近い先生方が参加されまして、大変勉強になりました。先ほど来話に出ている72時間の話と、あと今年から風しん5期が始まっていますので、その辺りの絡みもあり、かなり関心をもっていただきました。しかしこういう話は繰り返しやっているとみなさん忘れてしまうので、研修会も情報の共有になりますので、ぜひ大阪市での実施をまた考えていただきたいと思ひます。また今回第5条、第6条をしつらえられたということですが、改めて46ページにあるこの会の要綱の目的を見ますと、「感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の提供・公開により、これらの疾病に対する有効かつ的確な予防・診断・治療に係る対策を図り、多様な感染症の発生及びまん延を防止するとともに、病原体情報を収集、分析することで、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、適切な感染症対策を立案することを目的として、本事業を実施する」のがこの委員会ですので、前から申しています通り報告していただくだけでは実効的な対策に繋げるにはなかなか難しいということです。今回ワクチンの話が出てきたと思うのですが、短期的にも中期的にも大事なことだと思ひますので、少なくとも大阪市がどのようなワクチンの接種状況、お子さんを含めて把握しているのか、妊娠を希望される方々の風しんに関してですが、また大阪市さん今年度頑張っていたいただきまして、かなり拡大する方向性でやっています。それは一定の実績で上がってくるだろうと思ひますけれども、本来は報告聞く、計画立て実行する。実施状況を見て、来年度の計画立てる、と三回やらないと本来進まないだろうと思ひます。前にも言いましたけれども三回もしたいわけではないですが、理屈からすればやはり対策を練っていかないといけないと、本来この会が持っている目的があるならば、ぜひ次は年度内に予防接種の現状をしっかりと把握して次の施策が打てるようにやっていただきたいとい

うのが要望でございます。

【委員長】ありがとうございます。他にございますでしょうか。

【白野委員】事務的な質問なのですが、疑似症サーベイランスは引き続きということによるのでしょうか。なかなか疑似症サーベイランスが知られていないようで、今後参加医療機関を増やしていくとか、もう少し周知されるのでしょうか。

【事務局】疑似症サーベイランスは引き続きさせていただきますし、必要に応じて定点医療機関を増やすことも検討してまいりたいと思います。

【古林委員】髄膜炎菌感染症ですが、輸入の点を強調されていましたが、例えば九州の高校の野球部で国内での発症も10年程前ですがありました。それと個人的なサーベイランスでセックスワーカーの咽頭の淋菌感染症のチェックをしている中で、髄膜炎菌が検出されることがしばしばあります。年間15例くらいありまして、国内でも珍しいことはないということがわかっています。これも全国的に、工夫はいると思いますが髄膜炎菌のサーベイランスを何らかの形でしてほしいということは論文でも発表しています。個人的なサーベイランスで髄膜炎菌も多剤耐性化していることが分かってきていまして、国内にある危機であるということを厚労省としても認識して、対策していくべきでないかと思っています。

【委員長】ありがとうございます。以上で、予定の議題はすべて終了しましたが、委員の皆様よりその他に何かございますでしょうか。事務局より他にありませんでしょうか。ないようでしたら、これで議事は終了します。ありがとうございます。

【司会】濱崎委員長におかれましては、スムーズな議事進行をして頂きありがとうございました。委員の皆様には、真摯な御討議、誠にありがとうございました。これをもちまして、本日の委員会を閉会とさせていただきます。今後とも大阪市の感染症発生動向調査事業に御協力いただきますよう、お願い申し上げます。ありがとうございました。