

# 第1章 中間評価作業の概要

## 1-1 麻疹排除計画の概要

茨城県南部、千葉県での地域流行に端を発した全国的な麻疹の流行からそろそろ4年になろうとしている。2007年の流行は遺伝子型D5の麻疹ウイルスによる10～20代を中心とした大規模な全国流行となり、大学や高等学校が相次いで休校となった。更に麻疹ワクチンの接種希望者が医療機関に殺到し、麻疹ワクチンの不足、麻疹抗体価測定のための検査キットの不足など社会的な問題にも発展した。この年の麻疹患者の予防接種歴は約半数が未接種、約1/4が1回接種、約1/4が接種歴不明であり、受けているはずの年齢層に未接種者が蓄積していたこと、麻疹ワクチンの1回接種のみでは、primary vaccine failureあるいは接種からの年数経過に伴う抗体の減衰なども相まって、流行時に発症してしまう例が相次いだ。これを受けて、2007年12月28日に、2012年度までに国内から麻疹を排除(elimination)し、その状態を維持することを目的として、「麻しんに関する特定感染症予防指針」が厚生労働省より告示された。本指針に基づいて、感染症法に基づく5類感染症定点把握疾患であった麻疹は、予防接種歴を含めた全数報告が義務づけられた。また、5年間の時限措置として、中学1年生(第3期:13歳になる年度)および高校3年生相当年齢の者(第4期:18歳になる年度)に対する2回目の麻疹風疹混合ワクチン接種の機会が付与されることとなり、予防接種法に基づく定期接種として受けられることになった。

2008年は全数報告1年目であるが、11,015人の麻疹患者が報告され、予防接種歴は2007年とほぼ同様で約半数が未接種、約1/4が1回接種、約1/4が接種歴不明であった。2回接種歴有りは約1%であったが、この中には、流行を聞いて、急ぎ接種したが間に合わずに発症した者が含まれていた。また2008年度から始まった第3期および第4期の麻疹含有ワクチンの接種率は、目標の95%には達成せず、接種率の高い都道府県と低い都道府県で第3期では20ポイント、第4期では30ポイントと大きく差がつく結果となった。

2009年はインフルエンザA/H1N12009の世界的大流行となったが、幸い麻疹患者数は739人と激減し、2008年と比較すると93%の減少となった。一方、麻疹含有ワクチンの接種率は、第1期(1歳児)と第2期(小学校就学前1年間の児:6歳になる年度)は目標の95%に近づいたものの、第3期と第4期が低迷している。都道府県の差は2008年度と同様に特に第3期と第4期で大きく、接種率の低い都道府県と高い都道府県が固定してきている。

2010年の患者報告数は、2009年と比較して更に40%程度減少し約450人となっているが、新たな問題点が発生した。それは、ヒトバルボウイルスB19による伝染性紅斑あるいは、ヒトヘルペスウイルス6型(HHV-6)による突発性発疹、デング熱の急性期に麻疹特異的IgM抗体が弱陽性を示し、麻疹ではない疾患を麻疹と誤って診断してしまう現象が発生したことである。そこで、国立感染症研究所と全国の地方衛生研究所がネットワークを構築して確立してきた麻疹ウイルスの直接検出による検査診断を徹底するために、麻疹と臨床診断した場合は、保健所を通して臨床検体(3点セット:EDTA加全血、咽頭ぬぐい液、尿)を最寄りの地方衛生研究所に送付し、RT-PCR法を用いて麻疹ウイルス遺伝子の検出を実施する等の方法で、麻疹の検査診断を徹底する方針を定め、2010年11月に厚生労働省健康局結核感染症課長通知が発出された。国立感染症研究所を含めた麻疹対策支援チームは、全国の地方衛生研究所と協力して、麻疹の検査診断体制の徹底を目的としたリーフレットを作成し、全国の保

健所（管内の医療機関数分）、都道府県・政令指定都市・特別区の感染症主管部局、全国 77 箇所の地方衛生研究所に送付した。その直後の 2010 年 12 月に、愛知県の小学校で麻疹の集団発生が報告され、2 回目の予防接種の機会（第 3 期：中学 1 年生相当年齢）がまだ得られていない小学 5 年生、6 年生に患者が発生しているとの情報が入った。予防接種率については、麻疹排除に向けた取り組みを確認し、徹底させるために必須の調査であるが、2010 年 12 月現在、まだ調査が行われておらず、その評価が不可能な状況となっている。第 2, 3, 4 期の接種率向上には教育関係者との連携が不可欠であり、教育委員会、教育部局、学校長、養護教諭等との連携を一層強化し、学校と保健部局が一体になって麻疹対策を強化する必要がある。

2010 年は 2012 年の国内麻疹排除(elimination)に向かう過程で丁度中間年にあたる重要な評価の年である。麻疹対策は、国民一人一人が麻疹の重篤度、感染力の強さを認識し、麻疹の予防策を講じることが必要である。そのために 3 つの柱を設定して、排除に向けた対策をとってきた。

1 つ目の柱は、感受性者を減少させることであり、すべての年齢コホートで 95%以上の抗体保有率を確保することである。わが国は感染症流行予測調査事業により毎年国民の麻疹ゼラチン粒子凝集(PA)抗体保有状況が調査されているが、2 回の予防接種率をそれぞれ 95%以上にすることにより達成できると考えられている。第 1 期、第 2 期の接種率は全国平均で 90%を超え、目標の 95%以上まであと少しのところまで来ているが、第 3 期、第 4 期の接種率は十分とは言えず、このままでは感受性者の蓄積は解消されず、再び同年齢を中心とした流行が危惧される。

2 つ目の柱は、質の高い全数サーベイランスを継続実施することであり、排除に近い状況の目安となる「輸入例を除いて 1 年間に人口 100 万人あたり 1 人未満（日本では、年間約 120 人未満）」を目標に今後は全数の検査診断が必要となる。2010 年は麻疹ウイルスの直接検出を目的とした検査診断体制の構築、それを徹底する通知が厚生労働省から発出されるなど、目標に向けて取り組みを強化しており、更に質の高いサーベイランスを継続して実施していくことが必要である。

3 つめの柱は、患者発生時の迅速な対応がある。麻疹の感染力の強さ、現在の麻疹含有ワクチンの接種率を考えると、「1 人出たらすぐ対応！」が実施されなければ、まだまだ大規模な集団発生に繋がる可能性が否定できない。「1 人だから様子を見ましょう」と考えていると必ずその後の集団発生は起こってしまう。2 回の予防接種を受けていない人に対する予防接種の勧奨を含め、迅速な対応が必要である。

以上の対策がどの程度実施されてきたのか、2012 年の麻疹排除に向けた中間年として、行政機関、医療機関、教育機関のそれぞれの取り組みを評価する必要がある。その評価をもとに、後半 2 年間の麻疹対策が効果的に実施できるよう本中間評価が活かされることを期待したい。

(国立感染症研究所感染症情報センター予防接種室長 多屋馨子)

## 1-2 調査実施の経緯と目的

日本を含む世界保健機関（WHO）西太平洋地域の加盟国は、2005年9月の年次総会において2012年までに麻疹排除を達成させることを決議した。日本では、2000年頃から熱意をもつ医療機関、学会、自治体などによる地域単位での「はしかゼロ」対策推進や2006年の麻疹風しん混合ワクチンの導入により、麻疹患者報告数は減少を続けていたが、2007年、高校・大学を中心とした全国的な流行が発生、学校閉鎖が相次ぎ、さらには修学旅行等を通して海外への感染拡大も起こり社会問題化した。同年12月、厚生労働省は、原因の究明、発生予防とまん延防止、医療の提供、研究開発の推進、国際的な連携、評価及び推進体制確立の6項目からなる、「麻疹に関する特定感染症予防指針」（以下、同予防指針とする）を取りまとめ、2012年までに麻疹排除達成することを正式に国の目標とすると発表した。

同予防指針では、必要な場合の麻疹排除のための施策の見直しを視野に入れた評価が必要とされている。2010年は、同予防指針公表から麻疹排除目標年の2012までの折り返し年である。2012年までに麻疹排除を達成するためには、国内の全ての地域で予防接種を確実に実施することにより国民に十分な免疫を付与し、全ての麻疹患者が確実に発見できる体制を構築し、発生時には速やかな調査・対策が実施できることが求められる。これまでの麻疹排除の活動を包括的にレビューし、効果的な活動を継続・強化し、問題点を解決することが、この中間評価の目的である。

## 1-3 調査方法

### 1-3-1 枠組み

本調査は、麻疹排除計画の中間評価という位置づけである。しかし、関係者への聞き取りを行ったところ、1) 麻疹排除計画における事業のプロジェクトとしての枠組み自体が明確でない、2) 評価の基準となるべき麻疹排除計画の達成目標、成果、活動とその指標等が事前に設定されていないことが明らかとなった。そこで本調査では、麻疹排除計画の枠組みを明確にしたうえで、計画開始後（平成20年）から中間評価時点まで（平成22年8月末時点）に、どのような取り組みがなされ、どのような効果があったか、評価指標に基づく達成状況の確認と分析（促進要因、阻害要因の特定を含む）を行い、麻疹排除計画の後半期に対する提言と教訓を取りまとめることとした。具体的な調査の方法は以下のとおりである。

#### (1) 麻疹排除計画の枠組みの明確化

プログラム図（構造図）の作成。なお、“プログラム”とは“プロジェクト”とは異なり、具体的な指標等の設定がなされていないことから、概念的な目標を指す。詳細は参考資料：プログラム図（構造図）参照。

#### (2) 麻疹排除計画の枠組みに応じた現状の把握

指標シートの作成：(1)で明確化した枠組みに基づいて現状を把握するために、指標を設定し、指標に基づいたデータの比較を行った。詳細は指標シート参照（本編18～26ページ）。

#### (3) 麻疹排除計画のこれまでの取り組みとその効果、今後の課題の整理と分析

現状シート作成。詳細は参考資料：現状シート参照。

(4) 聞き取り調査

麻疹排除計画開始後の取り組み状況を中心に、自治体は5都県、中央省庁は文部科学省に対し、対面式で聞き取り調査を行った。

(5) (1) から (4) に基づいた評価と、計画の完了を見据えた提言・教訓の抽出

(1) から (4) で得られたことをまとめ、評価し、今後の取り組みに向けた提言・教訓をまとめた。

なお、本報告書は主に平成22(2010)年8月末時点までの内容であるが、一部の指標(患者報告数など)については、本報告書提出の時点(平成23(2011)年2月)で更新された数値情報が得られていたため、それらの数値を用いている。

### 1-3-2 調査団の構成

氏名	所属
砂川 富正 (チームリーダー)	国立感染症研究所感染症情報センター
中島 一敏	国立感染症研究所感染症情報センター
島田 智恵	国立感染症研究所感染症情報センター
山本 久美	国立感染症研究所感染症情報センター
吉武 桃子 (プロジェクト評価専門家として)	アイ・シー・ネット株式会社

### 1-3-3 調査日程

月日	内容	参加メンバー
5月21日 金	団内協議	砂川、中島、島田、山本、吉武
5月27日 木	団内協議	砂川、中島、島田、山本、吉武
6月9日 水	団内協議	砂川、島田、山本、吉武
6月16日 水	団内協議	砂川、島田、山本、吉武
6月17日 木	国立感染症研究所村山庁舎聞き取り	山本、吉武
6月21日 月	団内協議、移動(羽田→高知)	砂川、島田、山本、吉武
6月22日 火	高知県聞き取り	砂川、吉武
6月24日 木	移動(東京→福井)	吉武
6月25日 金	福井県聞き取り	吉武
6月30日 水	移動(東京→山形)	山本、吉武
7月1日 木	山形県聞き取り	山本、吉武
7月2日 金	東京都聞き取り	砂川、島田、吉武
7月7日 水	埼玉県聞き取り	山本、吉武
8月31日 火	文部科学省聞き取り	砂川、山本、吉武

### 1-3-4 主要面談者

(1) 自治体関係者

高知県		
健康政策部健康対策課	チーフ	高橋 富世
健康政策部健康対策課	主任	味元 智子
教育委員会事務局スポーツ健康教育課	チーフ	徳広 千恵
教育委員会事務局スポーツ健康教育課	指導主事	徳橋 容子

福井県		
健康福祉部健康推進課感染症 ・疾病対策グループ	企画主査	手賀 晴信

山形県		
健康福祉部保健薬務課	感染症予防専門員	須藤 正英
健康福祉部保健薬務課	主事	杉山 潤一
教育庁スポーツ保健課	課長補佐	瀧浪 敦

東京都		
福祉保健局	感染症危機管理担当部長	前田 秀雄
福祉保健局健康安全部感染症対策課	課長	成田 友代
福祉保健局健康安全部感染症対策課	防疫係長	小高 晴雄

埼玉県		
保健医療部疾病対策課感染症対策担当	主幹	小泉 宗俊
保健医療部疾病対策課感染症対策担当		古島 大資
教育局県立学校部保健体育課健康教育担当	主幹	芦村 達哉

## (2) 省庁関係者<sup>1</sup>

国立感染症研究所		
ウイルス第三部第一室	室長	駒瀬 勝啓
感染症情報センター	主任研究官	砂川 富正
感染症情報センター	主任研究官	中島 一敏
感染症情報センター	研究員	島田 智恵
感染症情報センター	研究員	山本 久美

文部科学省		
スポーツ・青少年局学校健康教育課	学校保健対策専門官	有賀 玲子

<sup>1</sup> 厚生労働省の担当課・職員への面談を予定していたが、先方の都合により実施できなかった

## 第2章 麻疹排除計画実績概要

### 2-1 実績

本項では、麻疹排除計画の三本柱である1) 予防接種の徹底、2) サーベイランス強化、3) 発生時対応強化における2008年麻疹排除計画開始後の実績(投入実績、活動実績等)を、プログラム図(構造図、図○)に従い、(1)実施、(2)評価、(3)意識向上の3項目に関してそれぞれまとめた。それぞれの成果等に関しては、第3章を参照していただきたい。

#### 2-1-1 予防接種の徹底

(1)実施:「予防接種の徹底」の実施とは、予防接種の積極的な実施そのものを示す。

##### ① 予防接種法に基づく接種の勧奨(定期接種対象者)

第1期から第4期定期接種対象者における接種率は、それぞれ定期的に全市町村特別区から都道府県を經由して厚生労働省に提出されたものを、国立感染症研究所感染症情報センターが麻疹対策技術支援チームとして集計を実施している。

##### ② 予防接種法に基づかない接種の推奨(任意接種対象者)

「麻しんに関する特定感染症予防指針」において、任意接種であるものの優先的に接種が推奨される群が示されている。被接種者や保護者あるいはその所属機関が主体となり実施している場合もあるが、国としての評価体制がないため、現状は把握できない。

(2)評価:「予防接種の徹底」を評価するにあたり、観察が必要とされる項目として、接種率、免疫保有状況、副反応報告があげられる。

##### ① 接種率把握の強化

定期接種の対象者を中心に接種率把握の強化がなされている。第1期対象者は1歳児であるので年度単位での把握が必ずしも接種勧奨の強化に直接的に結び付かないために年度末のみの年1回の把握であるが、第2期から第4期対象者においては、最短で四半期ごと、最低でも半期ごとに全国的な評価を行い、年度内の接種勧奨の強化につなげている。

##### ② 免疫保有状況の把握

定期予防接種対象疾患における国民の免疫保有状況に関しては、国の「感染症流行予測調査事業」にて継続的に把握されており、麻疹の免疫保有状況も本事業で把握されている。結果は年に1回、国立感染症研究所感染症情報センターで集計され、ホームページ上で速報として公開されるとともに、報告書としても情報還元されている。

##### ③ 副反応報告の把握

定期予防接種対象疾患の接種後副反応に関しては、国の「予防接種後副反応報告」および「予防接種後健康状況調査」という二つの制度により把握されている。麻疹排除計画の開始に伴い、麻疹風疹混合ワクチン(MRワクチン)接種の徹底がなされるにあたっては、接種後副反応報告のモニタリングが重要な項目となる。いずれの制度も、それぞれの報告は厚生労働省で収集・集計され、半期ごとにそれぞれ集計報告書として公表されている。

(3)意識向上：「予防接種の徹底」を図るにあたり、接種を受ける対象者および保護者、その他関係者に向けた社会的な気運の盛り上げは非常に重要な役割を担うものであり、前述の(1)(2)に対して横断的に関わる要因である。

① 行政に対する意識向上の強化

定期予防接種の実施主体となる市町村特別区、さらに指導的な役割を持つ都道府県・保健所等の意識向上を図ることは、予防接種を徹底するにあたり、非常に大きな役割を担う。麻疹排除計画開始前の2008年2月には、全国8ブロックにおいて厚生労働省、国立感染症研究所が自治体担当者を対象に、計画の概要および重要性等を説明するブロック会議を開催した。加えて、国立感染症研究所感染症情報センターにおいて、行政機関が自由に使用できる各種啓発資材の作成、無償での提供、関係省庁を通しての啓発資材の紹介・情報提供、利用の促進を図っている。

② 一般市民に対する意識向上の強化

国立感染症研究所感染症情報センターにおいて、各種啓発資材を作成し、ホームページ等を通して無償で提供している。うち一部は、有名アーティスト(Kiroro)の協力を得て作成されたポスターや動画媒体であり、全国の保健所、学校、診療所等に配布・掲示され、またリーフレット表紙等の一部として使用された。

③ 医療従事者に対する意識向上の強化

医療従事者は、接種医として一般市民に情報を提供する窓口となるだけでなく、自らが感染拡大の一要因とならないよう、予防接種の徹底に関する意識向上においては特に重要な群と言える。前述の②で述べた一般市民に対する意識向上の手法に加えて、各学会や研修会、講演の機会等を通じて啓発資材の紹介とともに情報を提供している。

## 2-1-2 サーベイランス強化

### 1. 患者情報

#### (1)実施

① 発生動向調査における麻疹全数把握の強化

i. 患者・全数報告の徹底

麻疹は、2008年1月1日以降、麻疹排除計画の柱の一つとして、5類定点把握疾患から5類全数把握疾患となり、麻疹患者を診断した医師は、直ちに報告が必要となった。また、報告項目には年齢・性別だけでなく、症状・病型・診断方法・感染経路・感染地域・接種歴などが含まれ、このような情報は、厚労省・感染研が発行する感染症週報、月報、速報として公衆衛生担当部局だけでなく一般に公開されている。さらに、WHOが目指す麻疹排除・根絶計画の一環としてWHO西太平洋事務局(WPRO)が求めている月単位での患者発生報告も2008年6月より行われるようになった。

ii. 病原体サーベイランスの強化

定点把握疾患だった時期においては、国内に主に存在する麻疹ウイルスの遺伝子型の把握を主な目的として、定点医療機関のうち病原体定点として指定された医療機関から検体が提出される、という仕組みで病原体サーベイランスが行われていた。しかし、麻疹が全数把握疾患となった時点でその仕組みからはずれ、診断する医師や集団発生対応に関わる行政側の判断により、検体確保が行われることになったため、「確実な麻疹の

診断」、「海外からの輸入例の診断」という側面に重点をおき、次項目の「2. 検査診断（病原体情報）」に述べる体制を整えた。

## ② 疫学情報の収集の強化

### i. 学校

a. 厚生労働省 文部科学省と連携し、麻疹による休校情報の収集と公開を毎週行っている。

b. 文部科学省 麻疹による休校情報を各都道府県から収集し、厚生労働省へ提供している。

### ii. メディア情報

毎日、国内外のメディア情報より麻疹に関するものを収集し、定期的に麻疹対策技術支援チームにより開催されるミーティングで、その情報を共有し、必要に応じて問い合わせなどを行っている。

### iii. パーソナルコミュニケーション

情報の質は不均一ではあるが、個人的な情報網を通じて、麻疹の集団発生や、個々の症例について情報を得たり、求めたりしている。その内容に関しては、前述のミーティングの場で共有している。

## ③ 疫学情報発信の強化

### i. 国内

国立感染症研究所 感染症情報センターのホームページを通して、定期的に情報を発信している。

### ii. 国外

(1) ① i で述べたように、WPRO へ疫学情報を定期的に発信している。

## (2) 評価：疫学情報収集と発信の状況把握の強化

国内のサーベイランスシステムの質の評価は現在まで、系統的には実施されておらず、今後の課題といえる。WPRO への毎月の情報提供については、Completeness（報告をしたか）、timeliness（報告期日が守られたか）で評価をされている（1月～5月まで報告していなかった2008年はそれぞれ、67%、58%であった。2009年は、Completeness 100%、timeliness 92%との結果であった）。

## (3) 意識向上

### ① 厚生労働省（感染症研究所を含む）

行政を通じて通知等の発出がおこなわれた。また、麻疹が全数報告疾患へ変更となった際には、全数報告の徹底を促す医師向けのポスターを作成した。ただし、それらのポスターの効果の評価は行われていない。

### ② 都道府県・保健所

厚生労働省から発出された通知内容の実施や、前出の医師向けポスターの掲示や、国立感染症研究所感染症情報センターにより医師向けに作成された「医師における麻しん届け出ガイドライン第二版」の提供などが行われた。これらは、全数報告の周知と迅速な実施に効果的だったと思われるが、厳密な評価は行われていない。

### ③ 医療従事者

全数報告への変更ともない、医師の混乱を招かないよう、医師向けに「医師における



麻疹届け出ガイドライン第二版」が提供された。このガイドラインは、全数報告の周知と迅速な実施に効果的だったと考えられるが、今後は検査診断徹底の必要性の啓発が重要課題である。

## 2. 検査診断（病原体情報）

### (1) 実施

#### ① 検査体制の構築

##### i. 検査診断法の標準化

「麻疹検査マニュアル」の策定およびその改訂と公表（第二版が利用可能）がなされ、全国の地方衛生研究所（地衛研）で、標準化された方法と均一な質で検査実施が可能となっている。

##### ii. 検査機関の診断能力向上

各地衛研においては、定期的な研修の実施により、標準的な手法の習得がなされ、全国ほぼ一律の質で検査診断が可能となっている。

##### iii. 検査診断のラボネットワークの構築

各地域で核となるような、10の地衛研でラボネットワークが構築され、検査診断の徹底に向けた、実施可能な方法の議論や、感染研と地衛研の連携の強化などが図られてきた。今後、さらに重要となる検査診断徹底にむけて、取り組みを拡大していくことが肝要である。

#### ② 検査の徹底

##### i. 検体採取の強化

##### ii. 円滑な検体搬送

##### iii. 適切な検査の実施

これらについては、現在、一部の自治体でしか実施されておらず、検査診断は、民間の検査機関による抗IgM抗体の測定により行われている。今後、検査診断に関する総合的な情報を提供し、臨床診断されたものに対してはウイルスの直接的検出（PCR法・ウイルス分離など）による診断を推進するリーフレットなどで、検査診断の必要性、実施方法などについて医療機関・行政側へ周知をはかり、意識向上に向けて取り組んでいる。なお、ウイルスの直接的検出の方法について、多様な麻疹ウイルス株全体に対する感度・特異度を明らかにすることが必要である。

### (2) 評価

#### ① 検査状況（検査精度や検査の徹底）の変化の把握

##### i. 評価の実施

都道府県に対して、厚労省主導で年に1~2回の評価用チェックリストによる評価を実施した。それにより検査状況の把握をしたが、検査実施に関して未だ法的根拠がなく、この評価自体が、一部の自治体の検査担当者に混乱を招いた。また、検査診断の重要性が増していく今後は、検体採取から搬送、検査実施にいたる過程毎の評価の実施と、それに基づく改善策の立案、実施を行う必要があるだろう。さらに、病原体サーベイランスという側面では、検査実施数と検査否定症例数の把握も行わなければならない。

#### ② 検査精度の管理

i. 民間の検査機関

WHO の評価基準を満たすために必要なデータの共有について検討中である。ただし、これらのデータが WHO の評価基準を満たすものかどうかは精査が必要である。

ii. 地方衛生研究所

前述の「麻疹検査マニュアル」策定後、IgM キットを利用した検査の精度管理や、代表地衛研による各ブロック毎の検査に関する研修を通じて検査手法の統一化が行われた。今後も精度管理は継続されていく予定である。

(3)意識向上（検査徹底に関する意識向上）

① 厚生労働省（感染症研究所を含む）

IgM 抗体価または PCR 検査が、診断方法のツールとして適切に用いられているかどうかの状況を把握し、啓発資材や検査リーフレットの作成・配布、検査採取用の備品セットの配布などを行ってきた。これらにより自治体の意識向上を促せたと推測するが、検査実施に関する法的根拠がなければ、自治体の実施につなげることは困難である。

② 都道府県・保健所・医療従事者

検査リーフレットや検査備品セットなどの配布により、検査診断の必要性について、麻疹排除計画開始当初よりも意識向上が図れたと思われる。今後は、検体採取から搬送、検査実施にいたる過程毎の検査徹底に関する意識の評価も行われる必要があると思われる。

### 2-1-3 発生時対応強化

- (1) 実施：麻疹患者が発生した場合に重要な対応は、事例の感染源、感染経路、リスク要因などについて探る①積極的疫学調査（接触者調査を含む）の実施、および緊急のワクチン接種強化などを用いての②発生時の迅速な対応（“封じ込め”）、の2つに大別出来る。それぞれについて述べる。

① 積極的疫学調査の実施

具体的には調査実施方法の標準化という目標を持って、保健所、学校、医療機関を対象にガイドラインの整備が行われてきた

(<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/04.html>)。さらに、自治体の要請に応じた国立感染症研究所（感染症情報センター・FETPなどによる疫学調査、ウイルス第3部による検査）による自治体への技術的支援・協力の実施、およびそれらの継続が挙げられる。ガイドラインの整備は調査方式の標準化を可能としたものの、その活用自体については強制力を持つものではなく、自治体ごとに対応が異なる状況がある。本ガイドラインは標準的な調査の方法として例示したことから、積極的に調査を行う自治体、全く調査を行わない自治体との間で対応に差が生じる可能性がある。今後、現状の各種ガイドラインに対する認知度、ガイドラインの使用状況の評価と必要に応じた修正の実施もまた必要となる。

② 発生時の迅速な対応（“封じ込め”）

発生時対応を行う目的には、短期的な取り組みとしての『早期対応の徹底』、および『中長期対応に向けた提言』がある。『早期対応の徹底』に対しては、国立感染症研究所感染症情報センターホームページ

(<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/04.html>) に掲示した各対象別のガイドラインが参照可能である。加えて、国としての発生動向調査上、麻疹の届出があったものに関して、自治体において行われている対応の現状に関して問い合わせが行なわれるようになった。さらに、自治体によっては集団発生時の接触者（追跡）調査が行われている。過去、これらの集団発生事例の調査結果が定期接種対象者の拡大(第3期・第4期実施)に影響を与えたことを鑑みても、中長期的な視野を持って集団発生における迅速な対応を実施することが重要であり、『中長期対応に向けた提言』を念頭に置きながら発生時の対応を迅速に実施することが今後の流行防止につながる。

(2) 評価：発生時対応がどのように強化されてきたかを把握するためには、定期的な評価の実施が重要である。麻疹排除計画開始後、厚労省を中心に麻疹対策技術支援チームが年に1～2回、評価用チェックリストを用いて都道府県に対して、発生時対応等を含めた麻疹に対する取り組みの現状を把握する調査を実施してきた。

(3) 意識向上：「発生時対応強化」に対する意識向上としては、①厚生労働省、②都道府県および保健所、③医療従事者、に分けて考える。

① 厚生労働省

過去の各種ガイドラインの作成・公開、および、「麻しん積極的疫学調査ガイドライン第二版」中における“一例でたらすぐ対応”のキャッチコピーの作成、また、積極的疫学調査の必要性を「都道府県における麻しん対策会議のガイドライン」で明確化(厚生労働省課長通知で発出)している。しかしながら、実際に対応を進めるにあたり、自治体によっては、類型上の法的背景不足があることが情報として伝わっている。

② 都道府県および保健所

麻疹排除計画開始後、提示された各種ガイドラインを参考に、自治体独自で対応ガイドラインを整備したところもあった。

③ 医療従事者

「医療機関における対応ガイドライン第二版」の提示とともに、麻疹排除計画開始後は、都道府県および国レベルでの積極的疫学調査ガイドライン等の参照が可能となった。

## 第3章 評価結果

### 3-1 評価結果の概要

麻疹排除計画の中間評価では、第2章で述べた計画の三本柱である1) 予防接種の徹底（実施、評価、意識向上）、2) サーベイランス強化（実施、評価、意識向上）、3) 発生時対応強化（実施、評価、意識向上）に加えて、計画の最終目標である4) 麻疹の排除について、評価指標に基づく達成状況をまとめた。項目ごとに設定した指標、およびその実績を具体的に示した上で、達成のための促進要因、阻害要因についても分析を行った。

#### 3-1-1 予防接種の徹底の達成状況

評価指標に基づく、予防接種の徹底の達成状況を以下に示す。

「予防接種の徹底」の評価指標に基づく達成状況

指標		実績			
実施	① 接種率	接種率			
			平成20年度	平成21年度	前年度比較
		第1期 (1歳児)	94.3%	93.6%	-0.7 ポイント
		第2期 (小学校入学 前の1年間)	91.8%	92.3%	+0.4 ポイント
		第3期 (中学1年生 相当年齢)	85.1%	85.9%	+0.8 ポイント
	第4期 (高校3年生 相当年齢)	77.3%	7.0	-0.4 ポイント	
	② 免疫保有率 <sup>2</sup>	年齢ごとの免疫保有率 (ゼラチン粒子凝集[particle agglutination: PA]法で1:16以上, []内は1:128以上)			
			平成20年	平成21年	平成22年 (12月現在暫定)
		1歳	66% [51%]	73% [54%]	71% [62%]
		2~3歳	97% [90%]	96% [89%]	97% [89%]
4~6歳		98% [94%]	98% [94%]	97% [89%]	
7~9歳	97% [87%]	97% [88%]	99% [91%]		

<sup>2</sup> 国の感染症流行予測調査事業で、免疫保有状態の把握はされており、年1回速報としてHP上に公開されるとともに、年度ごとに報告書として刊行されている。採血は、当該年度の7~9月ごろをめぐりに実施されている。PA法1:16以上は麻疹に対する抗体陽性、1:128以上は発症予防に必要な抗体価とされている。

		10～14 歳	94% [78%]	97% [84%]	95% [85%]
		15～19 歳	95% [81%]	97% [85%]	98% [85%]
		20～24 歳	98% [86%]	97% [86%]	98% [87%]
		25～29 歳	97% [87%]	97% [84%]	98% [85%]
		30～39 歳	98% [90%]	97% [89%]	99% [89%]
		40 歳以上	99% [89%]	99% [87%]	99% [89%]
評価	①	評価のフィードバックの有無	中間評価時点（平成 22 年 6 月時点）で平成 22 年度分の各評価のフィードバックは、予定されているが、実施されていない。		
				平成 20 年度	平成 21 年度
		接種率	あり。 （厚生労働省の独自調査で実施）	あり。 （前年と同じ）	
		免疫保有率 <sup>2</sup>	あり。 （厚生労働省の流行予測調査事業で実施）	あり。 （前年と同じ）	
		副反応 <sup>3</sup>	あり。 （厚生労働省の制度で実施）	あり。 （前年と同じ）	
意識	②	評価のフィードバックの回数	中間評価時点（平成 22 年 6 月時点）で平成 22 年度分の評価のフィードバックは、予定されているが、実施されていない。		
				平成 20 年度	平成 21 年度
		接種率	第 1 期	1 回	1 回
			第 2 期	3 回	3 回
			第 3 期	4 回	3 回
			第 4 期	4 回	3 回
				平成 20 年	平成 21 年
		免疫保有率 <sup>1</sup>		1 回	1 回
		副反応 <sup>2</sup>	予 防 接 種 後 副 反 応 報 告	1 回	1 回
			予 防 接 種 後 健 康 状 況 調 査	2 回	2 回
意識	①	都道府県レベルの啓発計画の有	中間評価時点のデータなし。 平成 20 年 7 月の調査によると、都道府県レベルの啓発計画があ		

<sup>3</sup>. 定期予防接種後の副反応報告に関しては、「予防接種後副反応報告」および「予防接種後健康状況調査」の二つの制度において報告され、それぞれ報告書が公開されている。

	無	ると答えたのは 47 都道府県中 20 都道府県 (42.6%) だった。
②	国レベルの啓発媒体の作成実績	リーフレット 6 種類、ポスター 2 種類、TVCM 1 種類、ラジオ CM 1 種類、DVD 1 種類を作成。JR トレインチャンネル (平成 21 年 3 月と 7 月にそれぞれ 1 週間ずつ)、楽天 Infoseek (2008 年 10 月 16 日から同年 12 月 31 日まで)、広島テレビ携帯サイトへの掲載を実施。

接種率を、麻疹排除計画が始まった平成 20 年度と平成 21 年度で比較すると、多少の増減がみられるが、ほぼ横ばいの結果となっている。各期とも、最終目標である 95%以上にはまだ達していない。第 1 期、第 2 期は、それぞれ 90%台前半の接種率を示しているが、第 3 期、第 4 期については、接種率がそれぞれ 85%台、77%台にとどまっている。免疫保有率については、感染症流行予測調査事業で収集されたデータが利用可能であり、今後も継続的にモニタリングが可能である。

評価については、平成 22 年 6 月の中間評価時点のデータはないが、接種率や免疫保有率、副反応に関する情報の収集は厚生労働省を中心に定期的に行われており、フィードバックも行われているため、計画後半も活動の継続が見込まれる。意識向上については、啓発計画があるという都道府県が 20 あった (平成 20 年 7 月時点)。国レベルの啓発媒体として、リーフレットやポスター、TVCM や DVD が作成されており<sup>4</sup>、国レベル、都道府県レベルで意識向上に関するいくつかの活動が実施されているが、自治体レベルでの活動の実施には、人員、予算、効果にも限界がある。今回、聞き取り調査を行った都道府県の自治体の多くは、予防接種業務を含めた感染症対策業務全般を 4-5 人体制で実施しており、人員的に通常業務を遂行することで手いっぱいである。予算的にも、現状維持か縮小方向であるため、自治体で新たに活動をしたくてもできない状況がある。聞き取りを行った A 県や B 県からは、“県ではカラー印刷する予算的余裕がないのでポスターやリーフレットは現物で欲しい”との意見も聞かれた。また、自治体では意識向上の活動を総合的かつ効果的に展開するためのノウハウが乏しく、仮に実施したとしても、実施規模や予算的制約からその効果には限界があり、国レベルでの活動が必要不可欠だという声が多く聞かれた。

### 3-1-2 サーベイランス強化の達成状況

サーベイランスについては、疫学と検査に分けて達成状況を確認する。評価指標に基づく、疫学の達成状況は以下のとおり。

#### 「疫学」の評価指標に基づく達成状況

		指標	実績		
実施	①	患者報告数	感染症発生動向調査における患者報告数の推移		
				平成 20 年	平成 21 年

<sup>4</sup> 作成された啓発媒体は、国立感染症研究所感染症情報センターの HP 上に公開されており、自由にデータをダウンロードし、啓発媒体を利用できるようになっている (<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/02.html>)。

		報告数	11,015 例	739 例	450 例	
②	麻疹対策会議等での情報共有の実績	国の麻疹対策推進会議の開催と情報共有の回数				
			平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	
		麻疹対策推進 会議開催回数	2 (2 月、9 月)	2 (2 月、9 月)	1 (3 月)	
		同会議における 情報共有回数	2	2	1	
③	情報発信の回数と頻度	情報発信の方法、回数と頻度				
			平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	
		速報	週 1 回	週 1 回	週 1 回	
		WHO への報告	月 1 回	月 1 回	月 1 回	
		週報(注目すべき感染症)	12 回(うち英訳 3 回)	2 回(うち英訳 0 回)	1 回	
		月報(特集)	1 回	1 回	1 回	
		月報(速報)	4 回	2 回	4 回	
評価	①	モニタリングの実績頻度	感染症発生動向調査上のサーベイランスの評価等の実施はない。			
意識向上	①	都道府県レベルの病型誤分類の推移	都道府県レベルの病型誤分類の推移			
				平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年
			届出基準を満たさない症例/ 臨床診断例 (%)	948/6779 (14%)	70/303 (23%)	5/128 (4%)
			検査結果の記載のないもの/ 検査診断例 (%)	92/3210 (3%)	7/245 (3%)	2/159 (1%)
		検査結果の記載のないもの/ 修飾麻疹例 (%)	35/1025 (3%)	0/193 (0%)	2/163 (1%)	

平成 20 年から、麻疹は、感染症法<sup>5</sup>上、5 類の定点把握疾患から全数把握疾患へ変更になり、発生動向および報告症例の全貌を把握できるようになった。平成 20 年には 11,015 例の患者報告があったが、平成 21 年は 739 例となり、前年と比較して、93.3%減少している。また平成 22 年は 450 例となり、前年と比較して、39.1%減少した(平成 20 年からは 95.9%の減少)。国の麻疹対策推進会議は、

<sup>5</sup>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(平成 10 年 10 月 2 日法律第 114 号)。感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する措置を定めた日本の法律。感染力や罹患した場合の重篤性などに基づき、感染症を危険性が高い順に 1 類から 5 類に分類する。1 類、2 類は、法で定める強制措置の対象となる。

平成 22 年 8 月現在、これまで 5 回実施されており（第 1 回：平成 20 年 2 月 12 日、第 2 回：平成 20 年 9 月 3 日、第 3 回：平成 21 年 2 月 20 日、第 4 回：平成 21 年 9 月 9 日、第 5 回：平成 22 年 3 月 10 日）、すべての回で疫学情報の共有が行われている。会議以外の平時においては、厚生労働省と国立感染症研究所が共同発行している週報や月報などを通じて、定期的な疫学情報の発信を行っている。全数報告に移行されたことにより、WHO に対する発生動向等の疫学情報の報告が可能となり、平成 20 年から毎月 1 回、麻疹に関する疫学情報の国際的な情報発信が開始、現在も継続している。

サーベイランス強化に対するシステムの改善状況に関する評価は実施されていない。意識向上の指標である都道府県レベルの病型誤分類の推移について、週毎の集計時に、国立感染症研究所感染症情報センターにより、届出基準と病型の確認が実施されていた平成 22 年と平成 20 年を比較すると、届出基準を満たさない症例や、検査結果の記載のないものとも、その割合は減少しており、都道府県レベルの麻疹の発生動向調査に対する正確な届出に関する知識や意欲は向上してきていると考えられる。平成 21 年については、新型インフルエンザ対応の影響で前述のような確認が実施されず、他の年との比較は困難だが、届出基準となる症状が複数にわたる「臨床診断例」は、誤分類が 23%を占める結果となった。一方、検査結果が記載されていない、修飾麻疹を含む検査診断例については、誤分類の増加は認めなかった。

次に、サーベイランス強化のうち、検査に対する評価指標に基づく達成状況を示す。

「検査」の評価指標に基づく達成状況

指標		実績			
実施	① 都道府県の検査体制構築の有無	麻疹排除計画の開始時はなし。 中間評価（平成 22 年 6 月）時点はあり。具体的には、国立感染症研究所と地方衛生研究所のネットワークが確立。各自治体でも、検査体制（検体採取、搬送、検査実施）が構築されつつある。平成 20 年度の調査では、47 都道府県中 34 県（72.3%）が、検査体制が構築されていると答えている。			
	② 検査確定例の割合	検査確定例の割合			
		平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	
	麻疹の全報告例のうち、検査確定例の割合 (%)	9,202/11,005 (38.2%)	438/739 (59.3%)	178/450 (71.6%)	
	備考	※検査確定は、毎年約 90%が麻疹特異的 IgM 抗体の検出によるものである。			
	③ 検査実施数	麻疹排除計画開始時は、麻疹と臨床的に診断されたもの等を含む検査実施数に関するデータなし。 現在、検査実施数を把握する体制を構築中。			
評価	① 検査診断に対する都道	麻疹排除計画開始時および中間評価時点ではなし。			



	府県チェックリストの有無				
意識向上	① 啓発媒体（検査診断を推進するリーフレット等）の作成実績	啓発媒体の作成実績			
			平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
	啓発媒体の作成実績	なし。	約 30 万部を全都道府県に配布。都道府県から市町村レベルに配布されているかは、ばらつきがある。	平成 21 年度に作成したものを改訂中。	
② 検体採取備品の配布実績	検体採取備品の配布実績				
		平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	
	検体採取備品の配布実績	なし。	次年度配布用の採取備品の配布準備を実施。	平成 22 年 4 月、全国 655 保健所へ検体採取備品 1 セット（20 組入り）ずつ配布。各保健所の使用実績は不明。	

2008 年の麻疹排除計画開始後、5 類全数把握における麻しんの届け出は、臨床診断による届け出が多かったが、「麻疹に関する特定感染症予防指針」（厚生労働省告示第 422 号、平成 19 年 12 月 28 日）では、患者が一定数以下になった場合、原則としてすべての患者について検査診断することが明記されている。麻疹排除計画開始前は、検査支援体制が構築されていなかったが、国立感染症研究所と地方衛生研究所による検査診断法の標準化とともに、検査診断の実施における支援体制が構築・確立されつつあり、検査確定率は、平成 20 年の 38.2%から、平成 22 年、71.6%まで上昇している。しかしながら、医療機関から届け出られる検査診断例においては、保険診療上認められている検査会社による麻疹特異的 IgM 抗体の検出のみによるものが約 90%を占め、衛生研究所が主体となって実施しているウイルスの直接的検出によるものが少ないという現状がある<sup>6</sup>。

麻疹排除計画開始後の検査診断体制に対しては、都道府県の総合的な麻しん対策の評価を目的としたチェックリストによる調査の一項目として盛り込み、定期的に評価、モニタリングを行っている。

意識向上については、厚生労働科学研究の一環として、検査診断を推進するリーフレットの作成と配布、全国 655 の保健所に対する検体採取備品の配布が実施された。リーフレットや備品が関係機関に送られたことで、関係者の検査診断に対する意識は高まった可能性がある反面、法的根拠をもった通知がない中での活動であったため、それらが必ずしも有効に活用されていない場面も地域によってみられた（リーフレットや備品を、関係機関に配布していない自治体があった）。またリーフレットや備品の配布によって、地方衛生研究所や保健所が麻疹の鑑別を要する例全てに対して、PCR による検

<sup>6</sup> 麻疹の特異的 IgM 抗体検査に関しては、単一血清の IgM のみによる診断の場合、偽陽性が存在することが報告されている。日本は、世界の麻疹実験室ネットワークに参画するとともに、各ブロックの地方衛生研究所に麻疹のレファレンスセンターを設置して、国内の実験室ネットワークを確立するとともに、ウイルスの直接的検出による検査体制を整備している。

査診断を実施しなくてはならない、という現場の誤解、混乱を招いた例もあった。

検査診断については、すべての麻疹報告例に対して PCR による検査診断を実施している自治体から、検査体制が整っていない自治体まで、その取り組みにはかなりの開きがある。検査体制が整備されていても、人口の多い自治体では、麻疹疑い例全てを検査診断するマンパワーがないという課題もある。

### 3-1-3 発生時対応強化の達成状況

発生時対応強化の評価指標に基づく、達成状況を以下にまとめる。

「発生時対応強化」の評価指標に基づく達成状況

指標		実績			
実施	① 集団発生対応した保健所数と事例数 <sup>7</sup>	集団発生した自治体数、事例数			
			平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年
	事例数 <sup>7</sup>	4,819 例	データなし	データなし	
	うち対応数 (%)	2,823 例 (58.6%)			
	事例経験保健所数 (%)	282/562 (50.2%)	データなし	データなし	
	うち対応した保健所数 (%)	281/282 (99.6%)			
	② サーベイランスのデータベース (NESID <sup>8</sup> ) に疫学情報がある症例数				
			平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年
	サーベイランスのデータベース (NESID <sup>8</sup> ) に疫学情報がある症例数	少なくとも 272 症例 (臨床診断例の 16%、報告数全体の 2%) に、明らかな疫学的リンク <sup>9</sup> についての記載あり。	35 例 (全体の 4.7%) に患者周辺の疫学状況について記載あり。臨床診断例 300 例のうち、11 例 (4%) に疫学的リンクについて	72 症例 (全体の 16%) に何らかの記載あり。36 症例 (全体の 8%) に、疫学的リンクが判明。	

<sup>7</sup> 調査時、「事例」を明確に定義しなかったために、集団発生数と症例数が混在した結果となった。本調査の結果を解釈するにあたり大きな制限となるため、注意が必要である。

<sup>8</sup> NESID, National Epidemiological Surveillance of Infectious Disease、感染症発生動向調査事業を運用するための感染症サーベイランスシステム。厚生労働省が構築した国、地方自治体、地方衛生研究所、検疫所、保健所等関係機関だけがアクセスできるインターネットで、中央のデータベースで一元的にデータを管理するシステム。

<sup>9</sup> 「疫学的リンク」とは、発症者と同じ日に同じ場所にいた、あるいは、発症者の兄弟あるいは親子である (家族内接触者) など、収集した情報から、感染を受けたであろうことが想定できる、あるいは確実であると判断されるつながりのこと。

				の記載あり。	
評価	① 集団発生対応内容 モニタリングの実 施	実績なし。			
意識 向上	① 「一例出たらすぐ 対応」のキャッチ コピーの認知度。	データなし。			

麻疹排除計画の発生時対応とは「麻しん積極的疫学調査ガイドライン第二版」中に記載の通り、一般的には、麻疹が発生した場合、麻疹患者に接触した者に対する曝露後3日以内にワクチン接種を実施することに代表される早期対応、また、感染源や感染ルートを明らかにするための積極的疫学調査の実施などがある。これは麻疹ウイルスが、他の病原体と比較しても非常に強い感染力を持つことから、発生段階早期での封じ込めが極めて重要である。

発生時対応強化については、積極的疫学調査や早期対応の徹底のために、前述の「麻疹排除に向けた積極的疫学調査ガイドライン第二版」や「都道府県における麻疹対策会議のガイドライン」などが作成、公表されている (<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/04.html>)。各種ガイドラインを参照した、疫学調査方法の標準化や、早期対応の徹底が各自治体に求められている。すでに積極的疫学調査や早期対応を徹底している自治体もある一方、予防接種業務に大部分の時間を割いて、発生時対応強化に関する業務を十分に行っていない自治体も多い。発生時対応強化は、予防接種の徹底やサーベイランス強化に較べると、優先度、関係者の意識もまだ低いと考えられる。

今回の評価において、発生時対応強化全体の達成状況を把握するための指標に関しては「発対応」そのものの定義があいまいで、データの信頼性が低い、データがない、実績がないなどの理由で、いずれも十分なデータを収集できず、指標による現時点の達成度を確認することは困難であった。

今後、予防接種の徹底がある程度進んだ後、計画の後半には、法的背景の整備が確立された上で、1例の発生においても早期の感染拡大防止策の徹底等、発生時対応強化の本格的な活動が実施され、成果が達成されることが期待される。

### 3-1-4 麻疹の排除の達成状況

麻疹の排除は、本計画の最終目標である。中間評価のために設定した評価指標に基づき、現時点での達成状況を確認する。詳細は、以下のとおり。

「麻疹排除」の評価指標に基づく達成状況

指標		実績		
麻 疹 の	① 患者報告数	患者報告数		
			平成 20 年	平成 21 年

	患者報告数	11,015 例	739 例	450 例
	※平成 20 年より、患者報告数の全数把握が開始された。			
② 接種率	接種率			
		平成 20 年度	平成 21 年度	前年度比較
	第 1 期	94.3%	93.6%	-0.7 ポイント
	第 2 期	91.8%	92.3%	+0.4 ポイント
	第 3 期	85.1%	85.0%	+0.8 ポイント
	第 4 期	77.3%	77.0%	-0.4 ポイント
② 集団発生の規模	麻疹排除計画開始時、中間評価時点とも、データなし。			

麻疹の患者報告数は、「3-1-2 サーベイランス強化」で述べたとおり、平成 20 年には 11,015 例あったが、平成 21 年には 739 例まで減少している。接種率は、第 1 期が、平成 20 年度には 94.3%であったが、平成 21 年度には 93.6%（前年度よりマイナス 0.7 ポイント）、第 2 期は、平成 20 年度には 91.8%から、平成 21 年度には、92.3%（前年度よりプラス 0.4 ポイント）となっている。第 3 期は、平成 20 年度で 85.1%、平成 21 年度には、85.9%（前年度よりプラス 0.8 ポイント）に上昇している。第 4 期は、平成 20 年度には、77.3%であったが、平成 21 年度には 77.0%となっており、前年度より 0.4 ポイント減少している。最終目標は、各期とも 95%以上の接種率であり、いずれの期も目標の達成には至っていないが、特に、第 3 期、第 4 期については、77%台、85%台という現在の接種率と、毎年の伸び率を考えると、平成 24 年度までに全ての期において 95%以上の接種率を達成するためには、国を挙げた一層の努力が必要と考える。麻疹流行の発生、および、そのインパクトを判断する集団発生の規模については、患者数自体が減少しているため小さくなっているものと考えられるが、各事例の疫学データがないため、現時点では達成度は確認できない。

患者報告数は、麻疹排除計画開始時より大きく減少しており、麻疹の排除に向けて、一定の成果があったことが確認できる。一方、接種率は、いずれの期も 95%以上には達しておらず、特に、接種率の低い第 3 期、第 4 期については、90%台を達成していないことから、このままでは目標の達成は困難である。

今回、中間評価のために、暫定的に麻疹排除の指標を設定しているが、国の麻疹排除の定義である麻疹排除計画の最終目標が、いまだ設定されていない。これは計画後半の活動を考える上で、最優先で取り組むべき事項である。

### 3-1-5 達成状況の分析（促進要因および阻害要因の特定）

「予防接種の徹底」は、第 1 期から第 4 期まで 95%以上の接種率は達成されておらず、未接種者への徹底的な追跡、接種者に対する集中的なキャンペーンによる意識向上、関係者とのさらなる連携強化など、国をあげた一層の取り組みの強化が必要である。予防接種の徹底に対する評価は定期的に実施されているが、意識向上については、国レベル、都道府県レベルでいくつかの活動が実施されているものの、自治体レベルのみの活動の実施には、人員、予算、効果に限界がある。

「サーベイランスの強化」は、麻疹が 5 類定点把握疾患から、5 類全数把握疾患へ変更になり、より正確な疫学情報を収集・発信することが可能になった。ただし、届出基準上、臨床診断での届出も