

予防接種管理ソフト利用自治体アンケート

研究分担者：大日 康史（国立感染症研究所感染症情報センター）

研究協力者：菅原 民枝（国立感染症研究所感染症情報センター）

研究要旨

【目的】 予防接種管理に関するソフトの利用自治体にアンケートを実施し、評価を行う。

【方法】 2012年12月にソフトを配布した354自治体に調査票をメールにて配布した。調査項目は、利用実態、利用内容、今後の対応で、サポート等への支払意思額も尋ねた。

【結果と考察】 42通が回収された。約8割の自治体では現在も使用されていた。利用内容については、予防接種台帳の使用が86%、未接種者への勧奨が71%と多かった。今後の対応としては、予防接種管理ソフトの開発とサポート体制の維持を国に強く要望する、が57%で最多であった。

A. 研究目的

麻しんに関する特定感染症予防指針（平成十九年十二月二十八日）、（厚生労働省告示第四百四十二号）

第五 研究開発の推進

三 情報管理における研究開発の推進

国は、予防接種の受け忘れ等により麻しんに対する十分な免疫を保有していない者が増加する事態を避けるため、国民それぞれが自らの定期的予防接種歴を容易に確認することができる環境づくりを推進していく必要がある。そのため、本人の求めに応じて定期的予防接種歴に関する情報を提供できるよう、市町村が定期的予防接種歴を電子媒体で管理することが可能であり、かつ、容易に定期的予防接種歴に関する情報を提供できるようなソフトウェアを、国立感染症研究所において開発し、提供し、及びその利用を促すものとする。

によって国立感染症研究所は、予防接種管理に関するソフトの開発、配布、普及の責務を負っており、2008年度から354自治体に配布した。この指針が2012年度に完了することから、利用自治体にアンケートを実施し、評価を行う。

B. 材料と方法

2012年12月にソフトを配布した354自治体に調査票をメールにて配布した。

調査項目は以下の通りであった。

問1. 利用実態

- (1) 現在も使用している
- (2) 以前は使用していたが現在は使用していない
- (3) 一度も使用していない

問2. 利用内容（複数回答可）。

- 接種率の計算
- 未接種者への勧奨
- 予防接種台帳
- 委託医への支払
- その他

問3. 今後の対応（複数回答可）

- 予防接種管理ソフトの開発とサポート体制の維持を国に強く要望する
- 市販されているソフトに切り替える
- 自治体独自のソフトを開発する
- 電子的な媒体によらず紙での管理に戻す
- 接種率等の把握や未接種者への勧奨を行わない
- その他

また、サポート等への支払意思額も尋ねた。

C. 結果

42通が回収された。

問1. 利用実態、問2. 利用内容、問3. 今後の対応、の回答頻度が図1-3にまとめられている。

約8割の自治体では現在も使用されていた。

利用内容については、予防接種台帳の使用が86%、未接種者への勧奨が71%と多かった。接種率の計算は21%にとどまった。委託医への支払には使用されていなかった

今後の対応としては、予防接種管理ソフトの開発とサポート体制の維持を国に強く要望する、が57%で最多であった。一方、市販されているソフトに切り替える、も29%あった。また、電子的な媒体によらず紙での管理に戻す、も7%あった。

サポート等への支払意思額は、金額の回答があった自治体での平均は38000円であった。一方で64%の自治体は無回答あるいは未定であった。

D. 考察

最初の配布から既に5年近く経過しているために担当者の異動や担当部局の改編等によって、調査票を送付したメールが不達に終わることが非常に多かった。

しかしながら回答が寄せられた自治体では少なくとも有効に活用されてきた実態が明らかになった。

E. 結論

2013年度に予防指針が改定されるが、改訂された予防指針では、この点に関する国立感染症研究所の責務は継続されなかった。そのために、本ソフトの開発、サポートは2012年度をもって終了する。

F. 健康危険情報

特になし

G. 論文発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会等での報告

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特になし

11. 副反応の リスクコミュニケーション

ワクチンに関するリスクコミュニケーションに関する研究

研究協力者：吉川 肇子（慶應義塾大学商学部教授）

牧野 友彦（国立感染症研究所感染症情報センター併任）

研究代表者：大石 和徳（国立感染症研究所感染症情報センター長）

研究要旨 予防接種の重要性が十分に理解されていなかったり、副反応に対する不安があるために、国民の予防接種への受け入れは十分とは言えない現状にある。本研究では、行動科学の観点から、親が十分に納得した上で、児に予防接種を打たせる（受諾する）際に鍵となる情報や意思決定プロセスを解明し、ワクチンに関する適切なリスクコミュニケーションのあり方につき検討を行った。このような検討を進めることで、今後の予防接種推進政策に役立てる。

A. 背景

我が国のワクチン政策は他の先進諸国と比較しても多くの問題を抱える。第一に、導入されているワクチンが少ない。第二に、接種率が低く、集団免疫効果を得るに足らないものがある、その結果、改善されつつあるものが多いものいまだに疫学状況に変化のないワクチン予防可能疾患（VPD）が見られ、国際的な信用失墜や経済・社会・教育活動への支障も指摘されている。また、安全性を最優先にして有効性が看過されたり、逆に安全性・有効性の研究が不十分のままワクチン導入が求められたりなど、十分な議論のないまま政治的に判断がなされる危険性もある。

B. 目的

我が国の予防接種体制の制度上の弱点の改善を求め一方、ワクチンの意義と価値、およびデメリットを含めてその情報を適切に伝え、国民の生命と健康を守るために最善の判断を国民自らが行えるよう、適切なリスクコミュニケーションを推進する必要がある。

特に個々の予防接種を決める段階において受け手（本人ないし親）に対する情報提供において、納得してもらった上での受諾を促す説明や介入の方法につき行動科学の観点から研究し、取り得る方法を提言する。

C. 方法

初年度は文献検索・先行事例の検証を行い、教育・介入の方法として有効と考えられるものを洗い出し、次年度以降の介入研究におけるProtocolを検討した。

D. 結果

以下の観点から文献検索を行い、ワクチンに関するリスクコミュニケーションの戦略について知見を収集した。

ワクチンに関するリスクコミュニケーションの最初の体系的な検討は、1996年のワークショップが最初と考えられる（Evans, et. Al., 1997）。これ以降、1999年のMMRワクチン論文の社会的影響や、ワクチン接種の意思決定における後悔の研究などが進められてきた。

公衆衛生的な行動変容の方法としては、Lewin（1951）の集団討議法と講義法の比較研究に代表されるように、集団討議の効果がくりかえし確認されてきた。

また、情報の発信源としては、マスコミによる影響を臨床家や公衆衛生の専門家は注視しがちであるが、実際には身近の者の意見に影響されやすい傾向があると知られる（合理的行為の理論（Fishbein & Ajzen, 1975）、マス・コミュニケーションの二段の流れ研究（Katz & Lazarsfeld,

1955)。

ワクチン接種については、同調の効果が見られ、「他者が接種している」という情報があると、接種意図 (Reb & Connolly, 2011) も、接種率 (Hershey et. al.) も、ともに向上することが明らかになっている。

研究計画としては、マスメディアやポスターなどを通じた広報キャンペーンよりも、母親学級や地域コミュニティなどといった身近なコミュニティにおける話し合いをもとにした活動や、医療従事者への指導などが有効と考えられる。

E. 考察

予防接種に関する教育について有効な研究方法を調べ、グループ討議などの介入方法に有効性が高いと考えられたため、これを検証する介入研究を次年度に提案する。

【研究計画案】

予防接種に際して、接種のメリットとリスクについて児および対象者に対して説明をする表現枠組みによって、リスクの受容および接種への意思決定への影響を検証する。

(1) 研究デザイン

前向き無作為割り付け介入研究

(2) 研究対象

予防接種を受けにきた児および家族

(3) 方法

2種類の説明方法を採用し、介入の前後での親のワクチンへの受諾の意思の割合を比較する

F. 研究外の今後の計画

比較的小規模のシンポジウム開催等を通じた医

療従事者、保健所職員への訓練と情報提供を進めていき、研究成果を社会に還元していく。

なお本研究の遂行に当たっては、1996年のワークショップがinformed consentの重要性を指摘していることを常に考慮する。

【引用文献】

- 1) Evans, G., et al. (1997) Risk communication and vaccination : Summary of a workshop. National Academy Press.
- 2) Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research. Reading, MA : Addison-Wesley.
- 3) Hershey, J.C. et al., (1994) The roles of altruism, free riding, and bandwagoning in vaccination decisions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 59, 177-187.
- 4) Katz, E., & Lazarsfeld, P. (1955), *Personal Influence*. New York : The Free Press.
- 5) Lewin, K. (1951) *Field theory in social science ; selected theoretical papers*. D. Cartwright (ed.). New York : Harper & Row.
- 6) Reb, J. and Connolly, T. (2011) The effects of action, normality, and decision carefulness on anticipated regret : Evidence for a broad mediating role of decision justifiability. *Cognition and Emotion*, 24, 1405-1420.

資料 1

資料1

予防接種で予防可能な疾患の
年齢群階級別報告数 2012年

感染症発生動向調査

2013年1月8日現在

国立感染症研究所感染症情報センター

2012年 全数把握対象疾病累積報告数、年齢階級・疾病・性別(総数)

2013年1月8日現在

		総数	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70歳~
痘そう	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急性灰白髄炎	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結核	累積	28,763	199	341	223	187	420	1,277	1,530	1,495	1,620	1,652	1,427	1,399	1,540	1,968	1,641	11,844
ジフテリア	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コレラ	累積	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
A型肝炎	累積	158	2	5	6	4	3	12	12	10	18	17	5	12	12	14	9	17
黄熱	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
狂犬病	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日本脳炎	累積	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
B型肝炎	累積	184	0	0	1	2	3	28	28	34	24	21	11	14	9	5	3	1
急性脳炎	累積	349	45	133	69	32	7	5	5	3	6	5	4	3	4	4	5	19
髄膜炎菌性髄膜炎	累積	15	0	2	1	0	1	2	2	0	1	1	1	1	0	0	2	1
先天性風しん症候群	累積	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破傷風	累積	116	0	0	0	1	1	0	2	1	4	4	5	3	7	11	11	66
風しん	累積	2,353	16	68	36	56	215	385	344	345	325	271	149	89	33	13	6	2
麻しん	累積	293	16	45	23	16	23	39	29	27	37	19	8	2	5	2	1	1

2012年 全数把握対象疾病累積報告数、年齢階級・疾病・性別(男)

2013年1月8日現在

		総数	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70歳~
痘そう	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急性灰白髄炎	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結核	累積	15,681	97	161	118	94	205	486	655	630	787	767	748	764	933	1,236	1,130	6,870
ジフテリア	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コレラ	累積	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
A型肝炎	累積	89	1	2	2	3	1	8	7	5	11	12	4	7	6	10	3	7
黄熱	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
狂犬病	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日本脳炎	累積	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
B型肝炎	累積	144	0	0	0	1	3	19	21	28	20	18	10	11	7	4	2	0
急性脳炎	累積	195	31	61	42	20	6	2	3	2	3	4	2	3	1	3	3	9
髄膜炎菌性髄膜炎	累積	8	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
先天性風しん症候群	累積	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破傷風	累積	65	0	0	0	1	1	0	1	1	3	2	4	3	4	7	10	28
風しん	累積	1,771	10	36	12	37	125	233	257	305	295	242	134	54	21	6	2	2
麻しん	累積	158	7	18	10	5	8	23	17	16	24	15	7	2	4	2	0	0

2012年 全数把握対象疾病累積報告数、年齢階級・疾病・性別(女)

2013年1月8日現在

		総数	0歳	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70歳~
痘そう	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急性灰白髄炎	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結核	累積	13,082	102	180	105	93	215	791	875	865	833	885	679	635	607	732	511	4,974
ジフテリア	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
コレラ	累積	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
A型肝炎	累積	69	1	3	4	1	2	4	5	5	7	5	1	5	6	4	6	10
黄熱	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
狂犬病	累積	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日本脳炎	累積	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
B型肝炎	累積	40	0	0	1	1	0	9	7	6	4	3	1	3	2	1	1	1
急性脳炎	累積	154	14	72	27	12	1	3	2	1	3	1	2	0	3	1	2	10
髄膜炎菌性髄膜炎	累積	7	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
先天性風しん症候群	累積	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破傷風	累積	51	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	3	4	1	38
風しん	累積	582	6	32	24	19	90	152	87	40	30	29	15	35	12	7	4	0
麻しん	累積	135	9	27	13	11	15	16	12	11	13	4	1	0	1	0	1	1

2012年 定点把握対象疾病累積報告数・定点当り累積報告数、年齢階級・疾病・性別（総数）

2013年1月8日現在（* 2013年1月11日現在）

		年齢階級																				
		総数	～5ヶ月	～11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳～
インフルエンザ	累積	1,676,363	4,940	16,815	58,265	69,485	92,681	125,493	142,356	137,153	125,106	108,286	96,325	301,691	56,071	64,577	104,787	70,503	37,940	29,257	19,143	15,489
	定当	341.14	1.01	3.42	11.86	14.14	18.86	25.54	28.97	27.91	25.46	22.04	19.60	61.39	11.41	13.14	21.32	14.35	7.72	5.95	3.90	3.15
感染症胃腸炎	累積	1,230,957	11,925	80,312	194,834	136,213	123,788	118,461	98,092	73,748	56,918	48,450	40,095	105,264	23,578	119,279						
	定当	391.65	3.79	25.55	61.99	43.34	39.39	37.69	31.21	23.46	18.11	15.42	12.76	33.49	7.50	37.95						
水痘	累積	195,702	3,364	9,677	32,764	34,490	33,693	30,056	21,336	12,127	6,549	4,137	2,569	3,693	343	904						
	定当	62.27	1.07	3.08	10.42	10.97	10.72	9.56	6.79	3.86	2.08	1.32	0.82	1.17	0.11	0.29						
百日咳	累積	4,087	375	224	232	129	142	142	132	109	136	135	148	649	202	1,332						
	定当	1.30	0.12	0.07	0.07	0.04	0.05	0.05	0.04	0.03	0.04	0.04	0.05	0.21	0.06	0.42						
流行性耳下腺炎	累積	71,549	22	266	3,214	5,906	9,032	11,899	11,957	8,825	6,192	4,481	3,124	5,098	386	1,147						
	定当	22.76	0.01	0.08	1.02	1.88	2.87	3.79	3.80	2.81	1.97	1.43	0.99	1.62	0.12	0.36						

2012年 定点把握対象疾病累積報告数・定点当り累積報告数、年齢階級・疾病・性別（男）

2013年1月8日現在（* 2013年1月11日現在）

		年齢階級																				
		総数	～5ヶ月	～11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳～
インフルエンザ	累積	855,790	2,638	8,938	31,022	36,502	48,904	66,028	75,276	71,786	65,479	56,675	50,531	163,131	32,098	29,199	40,619	31,234	17,580	13,093	9,264	5,793
	定当	174.15	0.54	1.82	6.31	7.43	9.95	13.44	15.32	14.61	13.32	11.53	10.28	33.20	6.53	5.94	8.27	6.36	3.58	2.66	1.89	1.18
感染症胃腸炎	累積	643,838	6,359	43,404	105,995	72,376	66,704	63,632	53,393	39,928	30,647	26,491	22,165	59,764	11,523	41,457						
	定当	204.25	2.02	13.81	33.72	23.03	21.22	20.25	16.99	12.70	9.75	8.43	7.05	19.01	3.67	13.19						
水痘	累積	102,647	1,693	4,938	17,050	18,081	17,931	15,876	11,343	6,301	3,444	2,157	1,349	1,886	170	428						
	定当	32.66	0.54	1.57	5.42	5.75	5.71	5.05	3.61	2.00	1.10	0.69	0.43	0.60	0.05	0.14						
百日咳	累積	1,853	202	114	116	63	69	65	62	47	70	67	70	316	98	494						
	定当	0.59	0.06	0.04	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02	0.02	0.10	0.03	0.16						
流行性耳下腺炎	累積	38,524	12	137	1,831	3,209	4,940	6,395	6,493	4,778	3,312	2,436	1,660	2,771	181	369						
	定当	12.26	0.00	0.04	0.58	1.02	1.57	2.03	2.07	1.52	1.05	0.78	0.53	0.88	0.06	0.12						
細菌性髄膜炎	累積	269	40	19	23	10	8	6	9	8	12	8	9	10	14	22	16	55				
	定当	0.58	0.09	0.04	0.05	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02	0.03	0.02	0.02	0.02	0.03	0.05	0.03	0.12				
無菌性髄膜炎	累積	534	69	47	114	60	31	22	29	40	24	31	12	10	7	7	7	24				
	定当	1.14	0.15	0.10	0.24	0.13	0.07	0.05	0.06	0.09	0.05	0.07	0.03	0.02	0.01	0.01	0.01	0.05				
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症*	累積	2,018	174	680	108	27	7	8	10	21	23	19	11	19	32	82	105	692				
	定当	4.28	0.37	1.44	0.23	0.06	0.01	0.02	0.02	0.04	0.05	0.04	0.02	0.04	0.07	0.17	0.22	1.47				

2012年 定点把握対象疾病累積報告数・定点当り累積報告数、年齢階級・疾病・性別（女）

2013年1月8日現在（* 2013年1月11日現在）

		年齢階級																				
		総数	～5ヶ月	～11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳～
インフルエンザ	累積	820,573	2,302	7,877	27,243	32,983	43,777	59,465	67,080	65,367	59,627	51,611	45,794	138,560	23,973	35,378	64,168	39,269	20,360	16,164	9,879	9,696
	定当	166.99	0.47	1.60	5.54	6.71	8.91	12.10	13.65	13.30	12.13	10.50	9.32	28.20	4.88	7.20	13.06	7.99	4.14	3.29	2.01	1.97
感染症胃腸炎	累積	587,119	5,566	36,908	88,839	63,837	57,084	54,829	44,699	33,820	26,271	21,959	17,930	45,500	12,055	77,822						
	定当	186.80	1.77	11.74	28.27	20.31	18.16	17.44	14.22	10.76	8.36	6.99	5.70	14.48	3.84	24.76						
水痘	累積	93,055	1,671	4,739	15,714	16,409	15,762	14,180	9,993	5,826	3,105	1,980	1,220	1,807	173	476						
	定当	26.91	0.53	1.51	5.00	5.22	5.01	4.51	3.18	1.85	0.99	0.63	0.39	0.57	0.06	0.15						
百日咳	累積	2,234	173	110	116	66	73	77	70	62	66	68	78	333	104	838						
	定当	0.71	0.06	0.03	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.11	0.03	0.27						
流行性耳下腺炎	累積	33,025	10	129	1,383	2,697	4,092	5,504	5,464	4,047	2,880	2,045	1,464	2,327	205	778						
	定当	10.51	0.00	0.04	0.44	0.86	1.30	1.75	1.74	1.29	0.92	0.65	0.47	0.74	0.07	0.25						
細菌性髄膜炎	累積	206	37	18	15	5	8	4	8	9	7	8	6	5	19	7	45					
	定当	0.44	0.08	0.04	0.03	0.01	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.02	0.01	0.01	0.04	0.01	0.10					
無菌性髄膜炎	累積	390	62	40	48	41	21	21	33	27	27	18	11	4	5	8	16					
	定当	0.84	0.13	0.09	0.10	0.09	0.04	0.04	0.07	0.06	0.06	0.04	0.02	0.01	0.02	0.03	0.03					
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症*	累積	1,496	178	608	92	18	4	14	10	26	26	10	11	10	24	48	363					
	定当	3.17	0.38	1.29	0.19	0.04	0.01	0.03	0.02	0.06	0.06	0.02	0.02	0.02	0.05	0.10	0.11	0.77				

資料2

資料2

都道府県における麻疹対策会議等に関するガイドライン

麻疹発生時対応ガイドライン(第一版)

医師による麻疹届出ガイドライン(第四版)

医療機関での麻疹対応ガイドライン(第四版)

【 2013 年 3 月 8 日 】

国立感染症研究所感染症情報センター

麻疹対策技術支援チーム

都道府県における麻しん対策会議等に関するガイドライン

2008年4月4日
(改訂)2013年3月8日

厚生労働省健康局結核感染症課
国立感染症研究所感染症情報センター

要 旨

(都道府県における麻しん対策会議の位置づけ)

都道府県に設置する麻しん対策会議(以下「本会議」という。)は、「麻しんに関する特定感染症予防指針」(平成19年12月28日付け厚生労働省告示第442号(改正:平成24年12月14日付厚生労働省告示第584号)。以下「指針」という。)に基づき設置される会議であり、麻しん排除に向けた活動の3つの柱《予防接種の充実(感受性者対策)、発生動向調査の実施(全数報告)、麻しん発生時の迅速な対応》を推進する重要な組織である。また、本会議は、国が設置する麻しん対策推進会議(以下「推進会議」という。)と連携し、都道府県における麻しん対策の中核となる組織である。

(設置単位)

本会議は、全国47の各都道府県を単位として設置される。

(本会議の構成)

本会議は、都道府県及び予防接種の実施主体である市町村(特別区)(以下「市町村等」という。)の代表に加え、感染症の専門家、医療関係者、保護者、学校関係者、保健所、福祉関係者等によって構成されることが望ましい。

(既存の活動との連動)

麻しん排除に向けた活動が先進的に取り組まれてきた地域では、本会議を開催するにあたっては、既存の団体あるいは組織を母体とするか、あるいは協力するなど積極的に連動することが重要である。

(市町村等に対する役割)

本会議は、都道府県管内の予防接種事業主体者である市町村等の麻しん排除に向けた市町村等活動計画の策定・実施の支援、実施後の評価、提言を行うものとする。ま

た、麻しん風しん混合ワクチン等（以下「ワクチン」という。）の接種に関する情報の提供など、必要な事項に関して市町村等と厚生労働省との連絡調整を行うものとする。

（予防接種に関する情報の公表）

本会議は、定期接種の予防接種率や重篤な副反応報告等に関する情報を把握し、国と連携して結果を共有するとともに、迅速に公表する体制を確立することが望ましい。

本会議は、毎年4月から9月、及び前年度一年間の予防接種率を調査し、それぞれ当該年度後半と翌年度前半に国の推進会議に報告するものとする。

（学校等に対する協力の要請）

本会議は、教育関係機関と連携し、学校単位で予防接種率等に関する情報の収集及び未罹患・未接種者への接種勧奨に関する情報収集の支援を行うものとする。

（麻しんの診断とアドバイザー制度）

麻しんの発生が著明に減少していること等を踏まえ、都道府県等は必要に応じて、本会議とは別に、麻しんの診断に関するアドバイザー制度の整備を検討するものとする。

（麻しん発生時の対応）

本会議は、地域において麻しんを疑わせる患者が最初に報告された時点から、封じ込めもしくは流行の阻止に向けた対策を開始、または、対策に向けた支援を行う。特に、患者発生の初期の段階で、技術的な協力を受ける必要が生じた場合は、推進会議に支援の要請をすることが望ましい。（支援の要請を受け付ける窓口は、国立感染症研究所感染症情報センター）

（麻しん排除への地域運動）

本会議は、地域における麻しん対策への戦略的な機運の盛り上げ・情報伝達（地域運動）の準備、実施、評価を行うことが望ましい。

具体的には

①生後12月から生後24月未満の1歳児

②5歳以上7歳未満であって小学校就学前1年間の児

に対し、ワクチンの積極的な接種勧奨、さらに、医療関係者、学校・福祉施設等の職員、医療・教育・福祉に係る大学及び専修学校の学生及び生徒等へ接種の推奨等、具体的な集団、個人に対する働きかけに加え、すべての住民に対する働きかけが重要である。

1 はじめに

我が国から麻しん排除を達成する目標を掲げて開始された麻しん排除に向けた対策は、開始当初の平成 20 年から比較して平成 24 年には 97%の患者減という大きな成果を上げることとなった。これまでの成果を踏まえ、麻疹排除の達成と維持に向け更なる取組が必要であることから、「麻しんに関する特定感染症予防指針（平成 19 年 12 月 28 日付厚生労働省告示第 442）」が改正され（平成 24 年 12 月 14 日付厚生労働省告示第 584 号）、平成 25 年 4 月 1 日から適用されることとなった（以下、指針という）。

これまで、地域の麻しん対策は、都道府県、市町村等、感染症の専門家、医療関係者、保護者、学校関係者、保健所、福祉関係者、地域医師会等の関係団体、地方衛生研究所等で構成される「都道府県麻しん対策会議（以下、本会議という）」を中心に推進され、予防接種の実施主体である市町村等の取組を包括的に側面から支援し、その活動結果の評価を適宜行うことが期待され、実施されてきた。本会議は、また、国が設置する「麻しん対策推進会議（以下、推進会議という）」と調整・協議を行い、我が国の麻しん排除に向けた組織として重要であると考えられる。

本稿においては、本会議が担う役割や望ましい活動について述べる。

2 都道府県における本会議の位置づけ

指針の第七において、国は、感染症の専門家、医療関係者、保護者、地方公共団体の担当者、ワクチン製造業者及び学校関係者からなる推進会議を設置し、都道府県は、感染症の専門家、医療関係者、保護者、学校関係者等と協働して本会議を設置するものとされている。

本会議は、国及び市町村等を結ぶ位置にあり、極めて重要な役割を担っている。

なお、国の推進会議は、国民全体にアピールしていく組織であるとともに、本会議の活動を支援する組織である。技術的な支援を実施する機関として、国の推進会議の下に「麻しん対策技術支援チーム」が設置される。これは厚生労働省、国立感染症研究所及び文部科学省等からなるワーキンググループであり、本会議から提供される、麻しん患者の発生数、ワクチンの接種率、ワクチン接種後副反応等の情報について、評価を行い、都道府県や市町村等における 3 つの柱の実施に向けた相談（コンサルテーション）や技術的支援を行う。

海外では、従来の行政的な枠組みを支えるものとして、世界保健機関（WHO）や国際連合児童基金（UNICEF）など国際的な機関などを中心に創出される基金の活用による麻しん排除活動の活性化などが行われてきた。これらの関連する活動を、我が国において考えられる相互的な模式図として表すと以下のようなになる（図 1）。

なお、図 1 では接種率の把握は感受性者対策の中に組み込んだ。

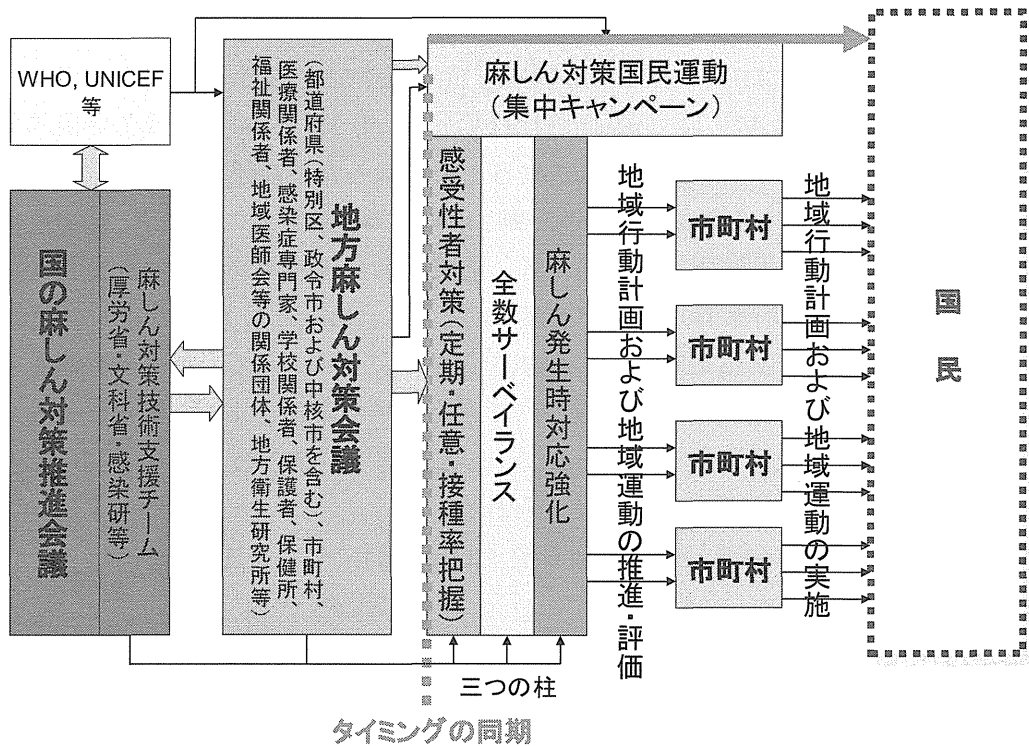


図.1 我が国の麻疹排除に向けた取り組みの相互関係(案)

3 本会議の構成

(1) 設置単位

本会議は、全国47都道府県を1単位として、設置されることが必要であり、また、毎年開催されることが望ましい。

(2) 本会議の構成

本会議は、都道府県及び各市町村等の代表に加え、感染症の専門家、医療関係者、保護者、学校関係者、保健所、福祉関係者等によって構成されることが望ましい。

(3) 既存の活動との連動

麻疹排除に向けた活動が先進的に取り組まれてきた地域では、本会議の設立にあたって、既存の団体を母体とするか、あるいは協力するなど積極的に連動することが重要である。例えば、平成14年(2002年)より麻疹排除に向けた活動が開始された沖縄県では、“沖縄県はしか“0”プロジェクト委員会”が、沖縄県小児保健協会を中心として設立され、沖縄県保健福祉部健康増進課、沖縄県環境衛生研究所、

市町村、沖縄県医師会、沖縄県小児科医会などを構成メンバーとしている。既に、活動が始まっている地域は、既存の取り組みを本会議の実質的な母体とするか、または協力団体として、ともに麻しん排除活動を行っていくことが有効であると考えられる。

4 本会議の活動内容・役割

麻しん排除に向けて実施すべき事項は、指針で述べられている次の3つの柱である。すなわち、

- 1) 積極的な感受性者対策＝95%以上の予防接種率の達成・維持のための取り組み
 - ①生後12月から生後24月未満の1歳児
 - ②5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の児に対する、ワクチンの接種勧奨や、上記定期接種の対象外の者で医療関係者等指針に規定されている者に対する任意接種としての予防接種の推奨
- 2) 平成20年1月1日から麻しんを診断した全ての医師の届出により全数把握となった麻疹サーベイランスを軸とする評価体制の確立（麻しん発症の把握及び症例における予防接種実施状況の把握）
- 3) 麻しん発生時の迅速な対応

指針には、これらを支えるために実施体制を確立するのが国の推進会議であり、本会議の設置が、麻しん排除に向けた重要な事項として示されている。

これら3つの柱を実現するに当たり、国民全体に分かりやすく麻しんの疾患としての重篤性、感染力の強さ、排除の必要性、国際的な麻しん排除の大きな流れ、ワクチンの接種効果、接種に伴い稀に発生する重篤な副反応などを説明することが求められている。

接種を勧められた人々が接種行動をとるように促し、麻しん排除に向けた市民全体の機運を発生・増幅させる活動が必要であると考えられる。

市町村等は、活動内容の詳細策定・実施・評価（市町村等活動計画）の促進や、地域の状況に合った広報・勧奨活動の実施（地域運動）を実施する必要がある。平成20年度から5年間を限定して定期予防接種として実施する補足的ワクチン接種（中学1年生と高校3年生に相当する年齢の者）は平成24年度をもって終了したが、これをもって麻しんに対する強化された対応が終了ではないことを理解する必要がある。麻しん排除に向けた対策の強化・維持の方策として、第1期および第2期の定期接種対象者への95%以上の接種率の確保を必須の課題として取り組むことが必要である。また、職種・活動の特徴などから任意であっても接種を推奨される医療関係者、児童福祉施設等の職員、学校の職員等の成人層への対応強化を、上記の地域運動と連動させ、集中的に実施することが望ましい。

本会議が市町村等に対して働きかけが望まれる事項は、定期予防接種の実施に関する具体的な市町村等活動計画の策定・実施・評価及び接種目標率（各95%）達成のため

の地域レベルの社会機運の盛り上げ・情報伝達（地域運動）である。これらは先の3つの柱のうち感受性者対策に最も関連しており、地域においてワクチン接種が必要なグループの接種率を上げるための主な活動であると考えられる。

(1)市町村等との関わり

本会議は、国の推進会議（麻しん対策技術支援チーム）と協同しながら、各年度の各都道府県における、麻しん排除に向けた具体的な活動計画の策定、実施市町村等への支援、評価、提言、次年度の活動計画の策定を行う。必要に応じて、国への進達、予防接種の実施主体である市町村等と国との調整を行う。市町村等では、本会議及び国の推進会議との連携を踏まえた計画の策定・実施・評価に当たっては、その実施時期や実施事項を明確にすることが重要である。

例えば、本会議が実施する主要な計画の内容として、以下のようなことが考えられる。

従来の予防接種実施計画に加えて、

- ・麻しん患者発生状況の確実な把握と迅速な対応
- ・麻しん患者発生の把握に関わる検査診断体制の強化
- ・接種率の把握：各対象群について、下記の①から③の時点分で評価

①第1期：年度末

②第2期：9月末、12月末、年度末

→9月末評価分（第2期）については、当該年度後半に開催される国の推進会議に報告

→年度末評価文（第1期・第2期）については翌年度の前半に開催される国の推進会議に報告

- ・95%未満の接種率であれば再度の接種勧奨の実施
- ・予防接種の普及啓発の実施
- ・副反応報告 →既通知に基づき迅速に厚生労働省に報告

概ね上記の事項を基に計画を策定することとなるが、各市町村等における麻しん患者数、麻しん含有ワクチン接種率及び副反応発生状況をまとめ、各都道府県単位の麻しん発生動向とともに評価することが重要である。

これらの内容は、本会議と国の推進会議で協議し、公表することが重要である。また、本会議では、改善すべき点を検討し、当該年度・次年度の地域での対応に反映させることが重要である。

以下（表1）に本会議の実施事項を、市町村等が実施する麻しん対策の評価基準を付したスケジュールと合わせて示す。

なお、地域運動については別項で、事例を紹介する。

表1 本会議による期間区分ごとの市町村等地域行動計画評価項目及び基準

区分	実施事項	本会議による市町村等地域行動計画評価項目及び基準
<p>1) 1～3月 (期間前及び最終フォロー期間)</p>	<p>キャンペーン準備及び最終フォロー期間</p>	<p>(計画と調整)</p> <p>① 次年度の各市町村等での市町村活動計画は書面で準備されているか</p> <p>② 関係機関(特に教育・福祉分野)との調整は十分に行われているか</p> <p>③ 当該年度に未接種である対象者の確認及び接種勧奨が行われたか、また追跡されたか</p> <p>④ 当該年度の接種困難例(医学的あるいは社会的理由、信条等による理由、さらに単に受けなかった人々などの理由)に関する評価はなされているか</p> <p>⑤ 接種対象者への個別通知は実施されたか (ワクチン及び接種医の確保)</p> <p>⑥ 次年度に必要なワクチン・接種医等の確保・必要な研修等が行われているか (地域運動)</p> <p>⑦ 次年度に向けた地域レベルの機運の盛り上げ・情報伝達に関する具体的な計画はあるか、その実施状況はどうか</p>
<p>2) 4～6月 (重点的に接種すべき接種期間)</p>	<p>キャンペーン標準実施期間、前年度実績報告期間 (国の麻しん対策推進会議との協議実施)</p>	<p>(接種率)</p> <p>① 当該年度の重点的に接種すべき期間(4月～6月現在)の接種勧奨・接種の実施状況はどうか</p> <p>② 前年度の最終接種率の算出はなされたか、その内容はどうか (適正な接種)</p> <p>③ 現場で十分な量のワクチンが確保されたか</p> <p>④ 各医療機関レベルでのワクチンの取り扱い(コールド・チェーン*等)および接種について、情報提供(特に、妊娠等を含めた年長者に対する注意事項)がなされているか、その内容に基づいて適切な助言が行われているか (副反応)</p> <p>⑤ 副反応記録は十分かつ迅速に報告・記録されているか、その内容はどうか (地域運動)</p> <p>⑥ 重点的に接種すべき期間中、十分な地域レベルの機運の盛り上げ・情報伝達に関する活動は行われているか</p>

3)7～12月 (フォロー期間)	フォロー期間、中間報告期間	(フォロー活動) ① 4月から9月までの接種率が把握され、評価されたか ② 接種漏れ者が多数あった地域・グループ（要フォロー群）への積極的な介入はなされているか ③ 接種対象者であって未接種である者への再度の接種勧奨はされたか ④ 接種推奨対象者に対する働きかけは行われたか (地域運動) ① フォロー期間中、必要な地域レベルの機運の盛り上げ・情報伝達に関する活動は行われているか
-----------------------------	----------------------	--

* コールド・チェーン：熱で変化しやすいワクチン、血清やその他の生物製剤を守るための、高環境温度に対する防衛システム。コールド・チェーンが維持されていなければ、このような製剤は不活化され、予防接種などは効果がなくなる。
 (「疫学辞典」第3版より)

(2)学校等に対する協力の要請

麻しん対策にあつては、生後12月から生後24月未満の1歳児と5歳以上7歳未満であつて小学校就学前1年間の児の定期接種に加え、小学校・中学校や高等学校等への対策については、学校の協力が不可欠である。本会議は、地域の教育関係機関との連携に基づき、就学時の健診の機会を利用して当該健康診査及び健康診断の受診者の罹患歴及び予防接種歴を確認するとともに、麻しんに未罹患であり、かつ、麻しんの予防接種を必要回数接種していない者に接種勧奨を依頼することが重要である。

(3)麻しんの診断について

指針では、原則として臨床的に疑われた麻しん全例に検査の実施を求めている。しかしながら、迅速な行政対応を行うため、臨床診断をした時点でまず臨床診断例として届出を行うとともに、血清IgM抗体検査等の血清抗体価の測定の実施と、都道府県等が設置する地方衛生研究所でのウイルス遺伝子検査等の実施のための検体の提出が求められていることに注意しなければならない。臨床症状とこれらの検査結果を総合的に勘案した結果、麻しんと判断された場合は、麻しん（検査診断例）への届出の変更を求めることとし、麻しんではないと判断された場合は、届出を取り下げをを求めることとする。詳細については「医師による届出ガイドライン（第四版）」を参照されたい。また、指針において、都道府県等は、届出が取り下げられた場合は、その旨を記録し、国に報告することとされている。

(4)麻しんの診断に関するアドバイザー制度について

指針では、「都道府県等は、必要に応じ、医師会等の関係団体と連携して、麻しんの診断等に関する助言を行うアドバイザー制度の整備を検討する」とされている。

これは、我が国において麻しん患者を診療する機会が少なくなっていること、麻しん予防接種の接種者数の増加に伴って典型的な症状を呈さない修飾麻しんが相対的に増加していること、麻し

ん血清 I g M抗体検査の結果解釈を慎重に行う必要があることなどにより、内科など多くの臨床医にとって、麻しんの診断が必ずしも容易ではない状況を踏まえたものである。

アドバイザー制度は、地域の医師会や小児科医会等の支援をうけて整備されるものであり、具体的には以下のような役割が期待される。

①届出前

- ・麻しん疑い患者を診察する医師の求めに応じて、麻しんの特徴的な臨床症状や必要とする検査等について助言を行う。

②届出後

- ・都道府県等からの求めに応じ、届出した医師に対して確認すべき医学的事項等について助言を行う。
- ・本会議と連携の上、都道府県等に対して麻しんのまん延防止対策等について技術的な助言を行う。

すでに福井県において先駆的な取組がなされており、別添に福井の例を示す。各都道府県等においては、必要に応じて、本会議とは別に、アドバイザー制度の整備を検討することが求められている。なお、アドバイザー制度の設置主体は、必ずしも自治体である必要はなく、また、設置単位も含め、地域の実情に応じ判断されたい。

(5)麻しん発生時の対応

本会議は、地域において麻しんを疑わせる患者が最初に報告された時点から、封じ込めや流行の阻止に向けた対策を開始、または、対策に向けた支援を行う。特に、初期の段階で、技術的な協力を受ける必要が生じた場合は、麻しん対策技術支援チームに支援の要請をすることが望ましい。(支援の要請を受け付ける窓口は、国立感染症研究所感染症情報センター)

保健所等が実施する麻しんに関する積極的疫学調査は、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第15条の規定に基づいて実施するものである。

保健所や市町村等は、必要に応じて、本会議を通じて、国立感染症研究所等の関係機関に積極的に疫学調査に関する支援を要請することができる。集団発生・地域的な流行の未然防止のためには、地域において麻しんを疑わせる初めての患者が報告された時点からの迅速な積極的疫学調査の実施が重要となる。特に、麻しん患者数の減少している状況においては、積極的疫学調査の遂行とその結果に基づいた麻しん対策の実施が地域の麻しん排除発生に向けてより重要となってくると考えられる。

これらの取組の詳細については、「麻しん発生時対応ガイドライン第一版」「学校における麻しん対策ガイドライン」「医療機関での麻疹対応ガイドライン第二版」を参照されたい。

(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/index.html>)。