

麻疹から子どもたちを守る

～はしか“0”キャンペーン週間(5月13日～18日)に寄せて～

県立中部病院 小濱 守安



はじめに

麻疹は急性発熱性発疹を呈するウイルス感染症で、空気感染、飛沫感染、接触感染でヒトからヒトに感染伝播していきます。天然痘は顔にあばたが残るので「面定め」、麻疹は命を落とすことも多いので「命定め」と言われ、感染力がきわめて強く免疫を持たない人が麻疹ウイルスの暴露を受けるとほぼ100%発症し、不顕性感染はありません。2001年の県内での麻疹大流行を受けて、知念正雄先生を中心に麻疹発症“0”を目標に、「はしか“0”プロジェクト」が立ち上げられました。麻疹ワクチン接種率95%以上を達成し、はしか“0”を目指した様々な活動を継続し今年で13年となります。麻疹はワクチンにより予防可能な疾患(Vaccine Preventable Disease)のひとつであり、根絶可能な感染症です。本年も麻疹根絶を目指して、5月13日～18日まで「はしか“0”キャンペーン」週間が実施されます。最近の麻疹流行状況や、ワクチンなど麻疹に関する最近の話題について紹介します。

麻疹とは

稲福盛輝先生の沖縄疾病史によりますと、麻疹に罹ると、発疹が身体の内臓部に発生し、身体的外部に吹き出ると考えられ、イリガサー(入痘)とよばれていました。一生のうちに一度は必ず罹る病であり、大人が罹ると重症になり、幼児期に罹患すると軽く済ませることができるという言い伝えがあり、麻疹が流行すると麻疹の患児の家に子どもを連れていき、一緒に食事をさせたり、患児の残り物を食べさせたりなど、我が子に感染させる方法が試みられていました。

麻疹の流行

1998年7月から県内で麻疹の大流行があり、1年間に2,000人余の麻疹患者が発生し、8人の乳幼児が死亡しました(図1)。入院児の約70%を2歳未満の乳幼児が占め、90%以上が予防接種を受けていませんでした。2001年にも再び大流行を認めたことより、2001年4月、沖縄県から麻疹を撲滅に向けて、麻疹ワクチン

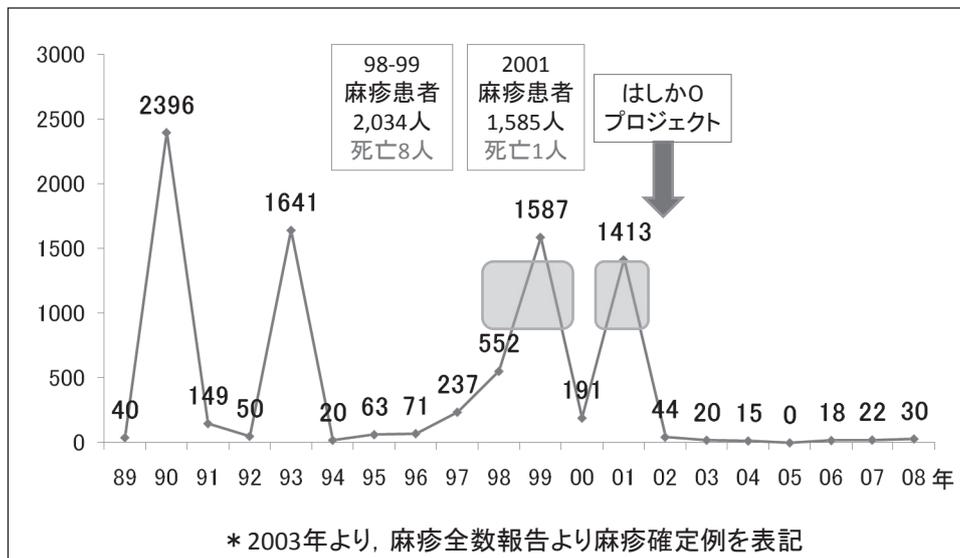


図1. 沖縄県の麻疹流行状況

接種率 95% 以上を達成して、麻疹発生を 0 にする「はしか“0”プロジェクト」委員会が設立されました。翌年より毎年 5 月にはしか“0”キャンペーン週間が設定されました。2003 年 1 月には「沖縄県麻疹発生全数把握実施要領(全数報告制度)」が施行され、麻疹が疑われた段階で全例報告し、PCR 検査と IgM の 2 本立てでウイルス学的検査を迅速に行い、発生の予防及び拡大を防ぐことを目的としました。キャンペーン開始後接種率の向上に伴い、2005 年には県内の麻疹発生“0”を達成し、2006 年から麻疹風疹混合ワクチン(MR ワクチン)を用いて 1 歳と就学前(5 歳)の 2 回接種が定期接種となりました。2007 年、全国の多くの大学で 10 代後半から 20 代の成人麻疹の大流行が発生し、大学が休校となる事態も発生しました。麻疹ワクチンの単回接種で大部分は免疫を獲得できますが、免疫を獲得できない者(Primary Vaccine failure)が約 2~5% 発生します。またワクチン接種で免疫を獲得できても、地域の麻疹流行による免疫増幅(ブースター)効果が加わらないと、次第に麻疹に対する免疫が低下

していきます(Secondary vaccine failure)。社会の中に麻疹に対する免疫が低下した者が増加し、集団免疫が低下すると麻疹の流行が再燃し、ワクチンにより獲得した免疫能が低下している成人を中心とした流行となり、2007 年に大学において発生した大流行と合致します。米国でも同様の現象が 1990 年に発生し、以後 2 回接種となりました。本邦では 2006 年の 2 回接種に加え、成人麻疹を防止することを目的に 5 年間の期限付つきで 2008 年度から中学 1 年(3 期)、高校 3 年(4 期)として、麻疹風疹混合ワクチンの接種が実施されることになりました。5 年間実施することで、2013 年には 6 歳(小学入学 1 年前)から 23 歳までの年齢層全員が 2 回接種を受けることになり、集団免疫としての発症阻止が期待できます。

麻疹の診断 (図 2)

麻疹ワクチン接種により獲得した抗体が残存している状況で麻疹に罹患すると、典型的な麻疹と異なりカタル症状やコプリック斑もなく、発熱や発疹も軽く、症状が修飾された、修飾麻

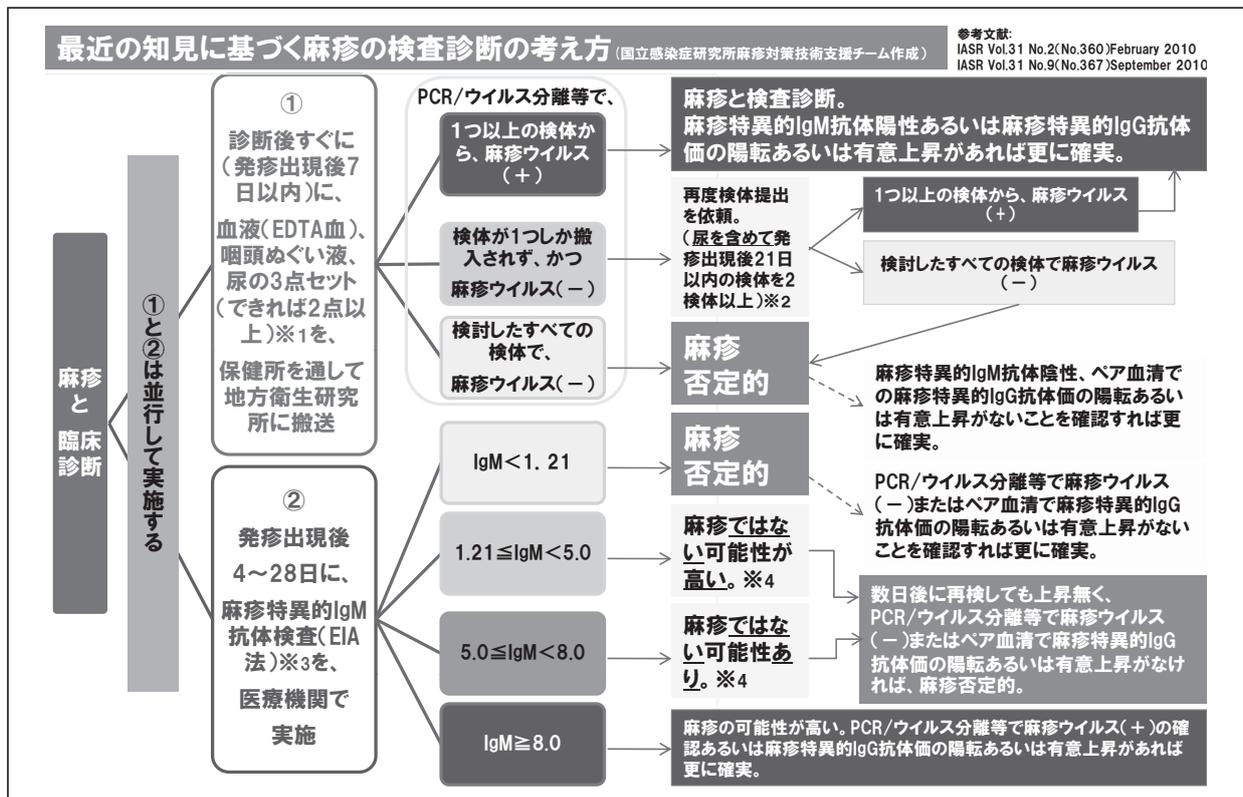


図 2. 麻疹の検査診断 (国立感染症研究所ホームページより、http://www.nih.go.jp)

疹を発症します。2007年修学旅行中に発症した高校生は臨床的には微熱と淡い発疹が全身にみられるだけでカタル症状は認めず、後日のPCR検査結果により麻疹と診断しました。発疹だけで見ると風疹と鑑別できませんでした。母親からの移行抗体が存在する新生児では、麻疹を発症してもカタル症状もなく、発疹も典型的でなくすぐに消褪しました。麻疹流行が激減し、多くが抗体を保有する状況では麻疹の臨床診断は困難です。従来、麻疹の確定診断はワンポイントの麻疹IgM抗体陽性、抗体側定法で急性期と回復期によるペア血清測定による抗体側の陽転化ないし有意な増加によって判断されてきました。麻疹IgM抗体検査は急性期の検体では抗体上昇の見られない時期での採血では偽陰性の可能性もあります。また突発性発疹や伝染性紅斑、デング熱などのウイルス性発疹症でも交差反応で陽性となることが知られています。可能な限りPCRやウイルス分離などのウイルス学的診断が必要となります。麻疹が疑われる症例に遭遇した場合、保健所に届け出を行い、

EDTA血、尿、咽頭拭い液の検体を保健所を通して衛生研究所へ送付し、確定診断された症例がサーベイランスに登録されます。同時に、医療機関ではペア血清による麻疹IgGおよびIgM抗体を行い、急性期のPCR検査を組み合わせることで修飾麻疹の診断が可能となります。

終わりに

5月13日～18日は「はしか“0”キャンペーン週間」です。臨床診断が困難なほどに麻疹症例が激減し、ウイルス学的診断が重要となりました。しかし、麻疹は根絶されたのではなく、麻疹に対する集団免疫が低下すると、再び流行が再燃する可能性があります。今後も、麻疹に対する正しい認識とワクチン接種の重要性についての啓発活動を恒常的に継続し、麻疹風疹混合ワクチンの接種率を向上させることが子ども達を守るために重要です。麻疹を含め、ワクチンで予防できる病気で子どもを失うことがあってはなりません。



世界禁煙デーによせて —精神科病院での取り組み—



南山病院 副院長 譜久原 弘

はじめに

世界の禁煙活動を見ると日本は遅れています。この遅れの大きな原因は、JT（日本たばこ産業）・財務省の利権が一致し、禁煙への大きな抵抗勢力となっているためです。世界禁煙デーのテーマは、『タバコの広告・販売促進・後援活動の禁止』であり、JTも危機感を感じているのでしょうか、ホームページからは爽やかなイメージで売り込もうと躍起になっているのがわかります。

精神科からの発信

WHOではニコチン依存症は精神科のカテゴリーに分類されています。しかし、精神科病院では患者さんおよびスタッフに喫煙者が多く、治療どころか逆にニコチン依存症を作っているのではないかとと思われることもあります。未だにタバコを嗜好品と考え依存症としてとらえておらず、いつでも止められると安易に考えている人が多いことも事実です。依存症の治療とは、止めている状況を継続することです。

この10年で精神科医の禁煙に対する考えも様変わりし、県内精神科病院でも敷地内禁煙を施行したいという風潮が出てきました。喫煙の害が知られるようになり、正しい知識があると禁煙しやすいことが分かってきました。私達は、正しい知識をしっかりと伝えていく必要があります。

当院の紹介

当院は精神科の中でも早期にニコチン治療を開始した病院であり、私達がどう取り組んできたか参考になればと思います。(表1)

2003年9月、禁煙勉強会を始めたところ十数名の患者さんがタバコを止めることができ、これが禁煙活動に本格的に取り組むきっかけとなりました。2004年より禁煙活動に病院全体で取り組み、近い将来に敷地内禁煙を実施することを明らかにしました。この時期の当院は、職員の7割が喫煙者でした。2005年4月には院内売店において沖縄産の安価でニコチン濃度の高い3銘柄のタバコを1銘柄ずつ販売停止し、同時に病棟の分煙室の利用時間を少しずつ短縮していきました。これは病院の禁煙方針を間接的に患者さんに知らせることが目的でありました。2006年9月に発足した禁煙支援委員会の10人のメンバーは各部署から選出し、週1回会議を開きました。各部署の禁煙の進行状況や問題点を確認し、具体的な対策を話し合いました。この委員会の発足は、病院全体で取り組んでいるという意識を職員に持たせるのに役立ちました。また禁煙支援のための広報誌を創刊（毎月発行）、当番制による全職員での院内環境整備のためのパトロールを行うようにな

表1 南山病院禁煙年表

2003年9月	禁煙勉強会開始
2004年4月	職員は敷地内禁煙 患者さんは分煙
2006年4月	売店のタバコ販売停止
6月	保健所より建物内禁煙・分煙認定
9月	禁煙支援委員会発足
10月	『禁煙タイム』（広報誌）発行
12月	COモニター測定開始
2007年5月	敷地内禁煙認可 禁煙外来開始
2009年1月	全職員禁煙

り、現在も継続しております。CO モニター測定(呼気中一酸化炭素値測定)は当院において、運送業や旅客業におけるアルコールチェックと同じ意味を持つことを職員に繰り返し説明しました。以来、本人同意の下、不定期にCO モニター測定を実施し、現在は全職員が受けるようになりました。その結果2009年1月には全職員が禁煙を達成し、喫煙者がゼロとなりました。

精神科病院で禁煙が進まない理由の一つとして、精神科の患者さんに禁煙は困難だし、ストレスを強くするだけではないかなど精神科医療関係者ですら偏見や思い込みが関係しているものと考えます。病院で禁煙運動を開始するに当たっては、患者さんへの禁煙治療を本格的に開始する前に、まず医師の禁煙が必要で、次に職員に禁煙の目的を理解してもらい喫煙職員の治療を行うことです。チームワークを良くしスタッフが一丸となって取り組むためには、この2つの事が重要と考えます。現在では、当院においては吸わないのが当たり前となっており、タバコのない環境をごく自然のこととして、みんなが受け入れています。

入院患者さんに対しては、2007年5月からの敷地内禁煙以来、週一回禁煙の集団精神療法

を続けています。喫煙していた患者さんが抵抗なく参加できるよう工夫しわかりやすい内容を心がけています。医療者は禁煙を押し付けるのではなく、焦らず・諦めず・柔軟な心を持って接することが大切です。

私達は禁煙を成功させることが病気で挫折した患者さんの自尊心の回復に少しでも役立つことを願っております。今後のメンタルヘルス活動の一つとして禁煙の地域活動に力を入れねばと考えております。

【参考文献】

小学生からの禁煙教室自由自在 平間敬文 かもがわ出版

