

病原微生物検出情報

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)

<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/index.html>

月報

Vol.47 No. 7 (No.557)

2026年 7 月発行

国立健康危機管理研究機構
国立感染症研究所
厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課
事務局 国立健康危機管理研究機構
国立感染症研究所
感染症サーベイランス研究部
〒162-8640 新宿区戸山1-23-1
Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177

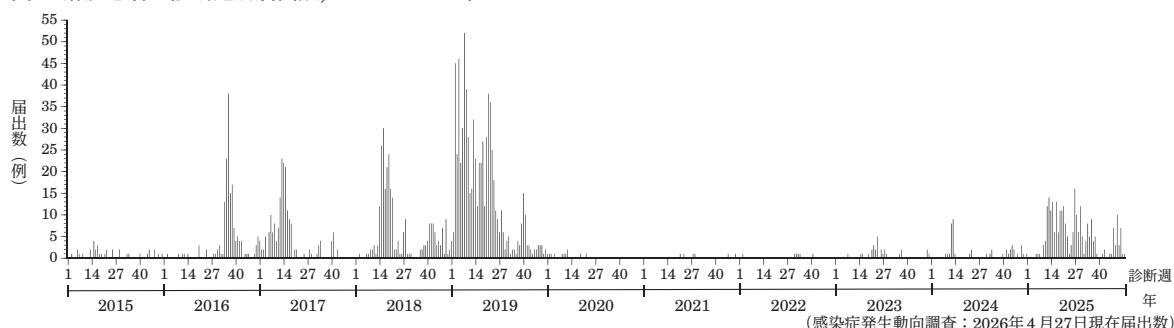
(禁、無断転載)

2025年海外の麻疹流行状況 4, 2026年におけるわが国の麻疹の疫学的特徴 5, 麻疹の抗体保有状況: 2025年度感染症流行予測調査(暫定結果) 7, 麻疹排除維持に関連する取り組み: eJRFおよびNITAGの観点から 8, 麻疹排除と風疹排除を一体的に進めることの有用性と課題に関する考察 9, 今般の麻疹の届出数増加を踏まえた麻疹対策10, 山梨県における小児のマクロライド耐性百日咳菌感染者の発生動向12, 高知県内におけるギラン・バレー症候群症例の集積事例(続報) 13, 沖縄県八重山保健所管内におけるレプトスピラ症患者の届出状況(2025年10月10日時点) 15, 2025年沖縄県八重山地域におけるレプトスピラ症の発生状況と検査診断および保健所の対応17

本誌に掲載されている特集の図、表は、1)「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」に基づく感染症発生動向調査によって報告された患者および病原体検出に関するデータ、ならびに2) 感染症に関する上記1) 以外のデータ、に基づいて解析、作成された。データは次の諸機関の協力により提供されている: 地方衛生研究所、保健所、地方感染症情報センター、厚生労働省検疫所、健康・生活衛生局。なお掲載されている原稿は、本誌から執筆を依頼したものである。

<特集> 麻疹 2026年5月現在

図1. 麻疹患者の診断週別届出数, 2015～2025年



麻疹は麻疹ウイルス感染により引き起こされる急性感染症であり、主な症状は発熱、発疹、カタル症状である。麻疹ウイルスの感染力は極めて強い。感染経路としては、飛沫感染、接触感染のほか空気感染も成立する。また、麻疹ウイルスは免疫細胞にも感染するため、ウイルスは感染者の免疫機能を抑制し、様々な合併症を引き起こす。呼吸器(肺炎、喉頭気管支炎)、消化器(下痢、口内炎)における合併症や中耳炎の頻度が高い。神経系合併症は、頻度は低いが重篤であることが多く、感染から約2週間以内に発症する麻疹脳炎(1,000症例に1例程度)、感染・回復後数年～十数年後に発症する予後不良の亜急性硬化性全脳炎(SSPE)(数万症例に1例程度)が知られている。世界保健機関(WHO)は2024年には麻疹により推定で約9.5万人が死亡し、そのほとんどが5歳未満の子供であると報告している(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>)。

一方WHOでは、麻疹は安全で有効なワクチンが利用できること、不顕性感染が少なく正確な診断法が利用できること、自然宿主がヒトのみであること、等から排除が可能な感染症と考えられており、麻疹の排除を目指している。2005年に、日本が所属するWHO西太平洋地域(WPR)の地域委員会では、2012年までにWPRから麻疹を排除することを決議した。これを受け日本では、2006年から麻疹含有ワクチンの2回接種(第1期、第2期)を導入、さらに2007年12月に厚生労働省(厚労省)は「麻疹に関する特定感染症予防指針」(2019年4月最終改正、以下、指

針)を告示し、当時の国内流行の中心であった10代の集団免疫を強化するため、中学1年生(第3期)、高校3年生相当年齢者(第4期)を対象に、5年間(2008～2012年度)の補足的ワクチン接種を予防接種法に基づく定期接種として実施するなど、麻疹排除に向けた対策を強化した。これらの対策により2009年以降、国内麻疹患者数は大幅に減少し、2015年にはWPR麻疹排除認定委員会より日本は麻疹排除状態であると認定された。排除状態の維持は2024年までは認定されており、2025年の状況については、現在、同委員会に提出する資料を整理している。

感染症発生動向調査: 麻疹は感染症法上の5類感染症である(届出基準・病型は<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-14-03.html>)。麻疹が全数把握疾患になった2008年の年間届出数は11,013例であった。それ以後2019年までは35-744例で推移し、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)パンデミックにより渡航制限などの各種対応が取られていた2020～2022年の年間届出数は10例以下であった。COVID-19対応としての水際対策が完全に解除された2023年以降の年間届出数は2023年28例、2024年45例と増加し、2025年には265例と大幅に増加した(図1)。

2025年に届出された患者265例を病型別でみると、修飾麻疹(発熱、発疹、カタル症状の3主徴のうち1ないし2症状のみの非典型例かつ検査陽性例)が265例中62例であった。

患者の年齢群別にみると、20歳以上の患者が6割(2ページにつづく)

(特集つづき)

上を占めており、特に20代、30代の年齢層での症例が多かった(次ページ図2)。

予防接種歴は未接種が77例、1回接種が46例、2回接種が52例、接種歴不明が90例であり、定期接種対象年齢に達していない1歳未満の症例は23例であった(表1)。なお、人口に占めるワクチン未接種者数は少ないと考えられるため、ワクチン接種者と未接種者の症例数の比較には注意が必要である。

検査診断の状況: 指針では、原則、すべての麻疹疑い症例に対して検査診断としてIgM抗体検査とウイルス遺伝子検査を実施することを求めている。IgM抗体検査用検体は医療機関から民間検査機関に、遺伝子検査用検体は医療機関から主に地方衛生研究所(地衛研)に送られ検査が行われている。2025年は全265例が検査診断例として届け出された。ウイルス遺伝子検査はreal-time RT-PCR法で遺伝子の検出を試み、陽性であった検体は麻疹ウイルスN遺伝子上の遺伝子型決定部位450塩基の解析をすることを指針で推奨している。2025年の265例中、遺伝子検出数は194例、遺伝子型まで決定できたのは186例であった(次ページ図3 & 表2)。得られた塩基配列情報は遺伝子型の確認のみでなく、ワクチン株との鑑別、集団発生時のリンクの確認や輸入例かどうかの鑑別のためにも利用されている。

麻疹ウイルス検出状況: 2025年に地衛研でウイルス遺伝子が検出され、感染症サーベイランスシステムの病原体検出情報サブシステムに報告された194例のウイルス遺伝子型は、B3が163例、D8が23例、遺伝子は検出されたものの塩基配列が決定できなかった例が8例であった(次ページ表2)。海外渡航歴があり、国外での感染が疑われる例は194例中66例であり、6割以上で国内感染が疑われた。また、渡航歴ありでは、ベトナムへの渡航歴を有する例が51例と多数を占めていた(次ページ表2)。

ワクチン接種率: 2006年度より1歳児(第1期)ならびに小学校就学前1年間の児(第2期)に対し、麻疹の定期接種が実施されている。2024年度の定期接種率は第1期が92.7%、第2期が91.0%と、ともに目標とされる接種率95%を下回った(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou21/hashika.html>)。また第1期、第2期ともに過去10年で最も低い接種率となった。

抗体保有状況: 2025年度の感染症流行予測調査において、20都道府県の地衛研で、酵素免疫測定(EIA)法による麻疹抗体価測定が行われた。麻疹EIA抗体価2以上の陽性率は全体で96.1%であり、流行阻止に必要とされる95%を上回っていた(次ページ図4、本号7ページ)。

今後の対策: 2019年に世界で約54万例報告されていた麻疹症例数は、COVID-19の世界的流行期である2020年および2021年には10万例未満まで大きく減少したが、2022年以降は再び10万例以上で推移し、2025年は約28万症例が報告され、現在も多くの国で流行が続いている(本号4ページ)。麻疹排除状態にあるわが国では、麻疹の発生は

表1. 麻疹患者の予防接種歴別届出数, 2008～2025年

年	接種歴なし	1回接種	2回接種	接種歴不明	届出数
2008	4,914 (590)	2,933 (12)	132	3,034 (9)	11,013 (611)
2009	173 (73)	349	31	179 (1)	732 (74)
2010	108 (29)	193	29	117	447 (29)
2011	130 (25)	139	26	144	439 (25)
2012	79 (15)	76	17	111	283 (15)
2013	52 (11)	50	9	118	229 (11)
2014	216 (43)	87 (3)	32	127	462 (46)
2015	16 (3)	6	0	13	35 (3)
2016	47 (7)	40	25	53 (1)	165 (8)
2017	33 (3)	46 (1)	21	86	186 (4)
2018	63 (16)	57 (2)	42	117	279 (18)
2019	195 (36)	160 (1)	104	285	744 (37)
2020	1	3	2	4	10
2021	0	4	1	1	6
2022	3	0	0	3	6
2023	6	11	4	7	28
2024	20 (6)	7	6	12	45 (6)
2025	77 (22)	46 (1)	52	90	265 (23)

() は0歳再掲

(感染症発生動向調査: 2026年4月27日現在届出数)

海外からの輸入症例を端緒とすることが多く、2025年に過去最高となった年間訪日外客数約4,268万人および2024年比15.8%増の約1,473万人に達した出国日本人数(<https://statistics.jnto.go.jp/graph/#graph--inbound--travelers--transition>)に示されるような海外との人の往来の増加は、麻疹発生リスクを一層高める要因と考えられる。

2025年の発生状況では、推定感染地域が国内と考えられる事例も多くみられ、麻疹ウイルスが海外から持ち込まれた場合でも、国内で感染が拡大しない環境を整備しておくことが求められる。そのためには指針に示されるように、1) 2回の定期接種で95%以上の接種率を達成・維持すること、2) 患者を早期に発見し、適切な感染拡大阻止策を講じることができるよう、迅速かつ確実な検査法に基づくサーベイランス体制を維持すること、3) 感染リスクが高い医療関係者、空港等で不特定多数と接する機会の多い職場、ウイルスが持ち込まれた場合に多数の患者発生が懸念される児童福祉施設や学校等で働く人に対して、必要に応じてワクチン接種を推奨すること、などが重要である。特に2024年度の定期接種率は第1期、第2期ともに目標とされる95%に達しておらず、定期接種率向上の取り組みは重要な課題と考えられる。また輸入麻疹は、訪日外客のみならず、日本在住者が麻疹流行国に渡航した後に持ち込まれることもあるため、渡航者への注意喚起等の対策も重要である。近年、輸入症例における推定感染国はベトナムなど東南アジア諸国が多い傾向にあり、これらの地域への渡航者への注意喚起は引き続き重要であるとともに、2025年にはカナダや英国など、これまで麻疹排除が達成されていた国々でも再流行が生じ排除認定が取り消されており(本号4ページ)、これら再流行国への渡航者に対する注意喚起も重要である。

さらに、2026年は1～5月末までに日本国内でも500例を超える麻疹発生が確認されていることから、今後の国内流行状況の把握と広域的な感染拡大防止のため、自治体、厚労省、国立健康危機管理研究機構等の間での情報共有を含めた連携体制の構築を一層進めていく必要がある。

(特集つづき)

図2. 届出麻疹患者の年齢分布, 2008～2025年

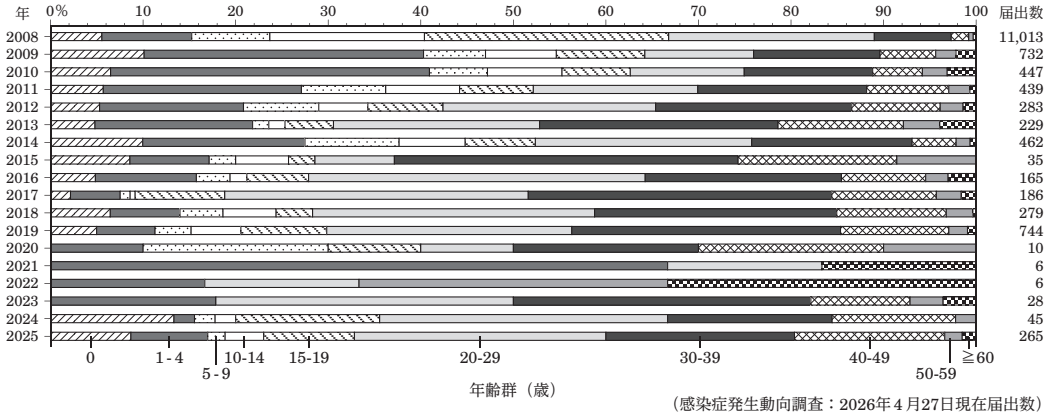


図3. 病原体検出情報サブシステムへの麻疹ウイルス報告割合*の推移, 2008～2025年

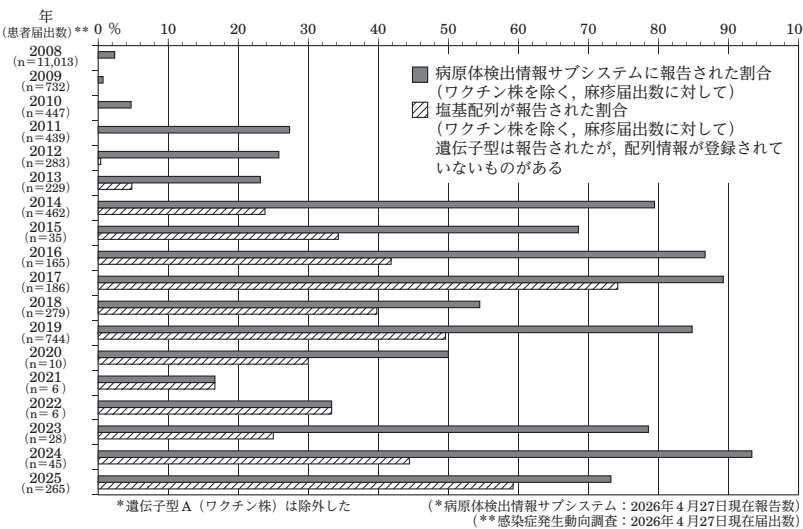
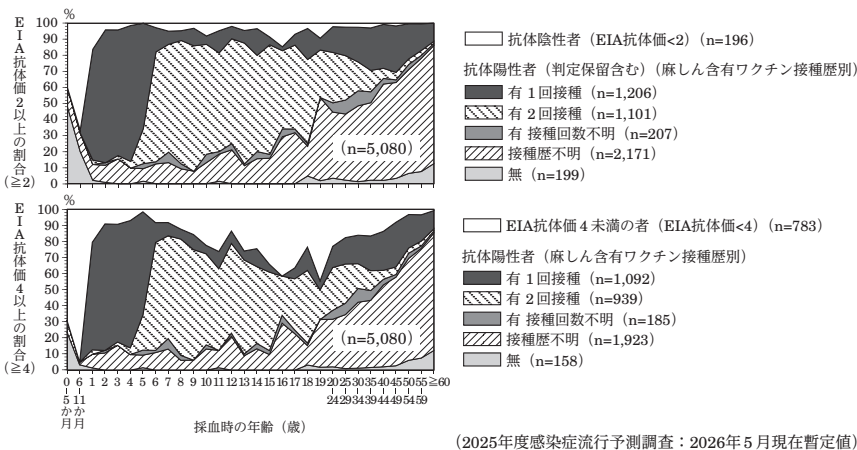


表2. 麻疹ウイルス検出例*の発生の状況および渡航歴と渡航先, 2025年

遺伝子型	例数	発生の状況**				渡航歴		渡航先***									
		散发	家族内発生	地域流行	集団発生	無/不明	有	ベトナム	インドネシア	韓国	カンボジア	タイ	パキスタン	フィリピン	モンゴル	シンガポール	台湾
合計	194	142	25	7	23	128	66	51	4	3	2	2	2	2	2	1	1
B3	163	118	23	7	18	110	53	45	3	1	—	1	2	—	2	—	1
D8	23	19	1	—	3	14	9	3	1	2	1	—	2	—	—	1	—
Not typed	8	5	1	—	2	4	4	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—

*遺伝子型 A (ワクチン株) は除外した
**重複あり
***2つ以上の国へ渡航した例を含む
(病原体検出情報サブシステム: 2026年4月27日現在報告数)

図4. 年齢/年齢群別, 予防接種歴別麻疹抗体保有状況, 2025年度



<特集関連情報>

海外の麻疹—2025年の流行状況について

2025年の麻疹症例報告数は、世界保健機関（WHO）が分類する6地域のうち、アメリカ地域で増加した一方で、ヨーロッパ地域で減少しており、世界全体では2024年に比べて23%減少の276,240例であった（疑い症例数612,774例）¹⁾。2024年における世界全体の麻疹含有ワクチン第1期接種（MCV1）の接種率は84%、第2期接種（MCV2）の接種率は76%であり、MCV2としては2000年以降最高水準となった²⁾。しかし、地域によってばらつきが大きく、麻疹に対する集団免疫の獲得に必要な95%以上には到達していない。感染症数理モデルによる推定では、年間の麻疹症例数は2000年の約3,800万人から2024年には1,100万人へと減少し、麻疹による死亡者数も78万人から9万5千人へと減少しており、いずれも2000年以降で最も低い年間推定値となっている。また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミック前の2019年の水準と比較すると、推定症例数は8%増加した一方で、死亡者数は11%減少している。これは、近年、疾病負担が致命率の低い中所得国へと移行していることを反映した結果と考えられる²⁾。一方で、かつて麻疹排除が認定された高所得国においても、近年、ワクチン接種率が停滞あるいは低下している国や、全国的な接種率が高いようにみえるものの接種率の地域差が大きく、流行に対して脆弱な集団が一定数以上存在する国では、麻疹の再流行がみられている。なお、2026年2月末時点での麻疹症例報告数は30,135例である¹⁾。現在、世界各国で流行しているウイルスの遺伝子型はB3型とD8型の2種類である。本稿では、WHOが分類する6地域における2025年の麻疹流行状況およびその遺伝子型について報告する。

アメリカ地域（AMR）：麻疹症例報告数^{1,3)}は、2024年の464例から2025年には14,477例へと急増し、その多くはカナダ（5,070例）、米国（2,283例）、メキシコ（6,434例）からの報告であった。特にカナダでは、2024年の142例から5,070例へと急増しており、この流行により麻疹排除認定が取り消された⁴⁾。AMRで流行しているウイルスの遺伝子型はD8型が主流であった。2024年におけるAMRでのMCV1、MCV2の接種率は、それぞれ88%、77%であった⁵⁾。2026年2月までの同地域の症例報告数は8,384例である。

ヨーロッパ地域（EUR）：2025年の麻疹症例報告数は33,998例であり、2024年の127,412例から約75%の減少となったものの、依然として流行は継続している⁶⁾。この減少は、各国で実施された流行対策に加え、ワクチン接種率の低い地域社会でウイルスが広く蔓延する過程で、麻疹に対する感受性人口が徐々に減少したこと、の両方を反映している。検出されたウイルス遺伝子型はB3型とD8型が混在していた。2024年のMCV1、

MCV2の接種率は、それぞれ94%、91%であった⁵⁾。英国、スペイン、オーストリア、アルメニア、アゼルバイジャン、ウズベキスタンの麻疹排除認定が取り消されたことで、EURで流行が継続または再燃している国は19カ国に増加した。

西太平洋地域（WPR）：WPRにインドネシアが加わったことから、2024年までとは麻疹症例報告数の集計が異なっている。インドネシアを含めた麻疹症例報告数は、2021年の1,486例以降増加傾向にあり、2022年6,753例、2023年25,621例、2024年19,202例となり、2025年には43,764例と倍増した^{1,7)}。症例数が多い国は、インドネシア（17,204例）、モンゴル（13,174例）、フィリピン（5,039例）であり、特にモンゴルでは2024年の12例と比べて著しい増加がみられた。一方で、2025年以降はベトナムからほとんど報告がされていない。WPRでの2024年のMCV1、MCV2の接種率は、それぞれ90%、88%であった⁵⁾。流行しているウイルス遺伝子型は、B3型とD8型が混在しているが、マレーシアでは2024年に引き続きD8型が主流であり、フィリピンでは2024年に主流であったB3型から2025年にはD8型が主流へと置き換わっている。

南東アジア地域（SEAR）：2023年のインドでの大規模な流行（68,794例）以降、引き続きインドで流行が続いており、2025年のインドにおける麻疹症例報告数は18,921例であった¹⁾。この地域では他に、タイで2024年に8,897例から2025年には1,141例へと減少している。一方で、2026年に入ってから、バングラデシュで流行が発生し、同年3月までに1,481例が報告されている。流行しているウイルス遺伝子型は、インドではD8型が検出されている一方、タイではB3型が主流であった。2024年のSEARにおけるMCV1、MCV2の接種率は、それぞれ96%、91%と報告されている⁵⁾が、インドでは97%、92%、タイでは93%、87%であった。

東地中海地域（EMR）：2025年の麻疹症例報告数は75,717例であり、そのうち報告数の多い国として、イエメンが32,448例、パキスタンが20,741例となっている。検出されたウイルス遺伝子型はB3型とD8型が混在していた。2024年のEMRにおけるMCV1、MCV2の接種率は、それぞれ80%、75%であった⁵⁾。スーダンでは、2019年には90%（MCV1）、74%（MCV2）であったが、2024年にはそれぞれ46%（MCV1）、36%（MCV2）へと低下しており、2025年の麻疹症例報告数は7,644例であった。2026年3月におけるEMRでの麻疹症例報告数は13,344例である。

アフリカ地域（AFR）：2022年から急増した麻疹の発生が継続しており、2025年も66,334例の麻疹症例報告があった¹⁾。報告数の多い国は、ナイジェリア（19,225例）、アンゴラ（11,909例）であったが、2024年には30,201例の報告があったエチオピアでは2025年は5,381例へと減少している。検出されたウイルス遺伝子型は、南

アフリカではD8型が主流である一方、それ以外の多くの国ではB3型が主流であった。この地域では初めて、カーボベルデ、セーシェル、モーリシャスが麻疹排除認定された⁸⁾。2024年のAFRにおけるMCV1、MCV2の接種率は、それぞれ71%、55%であった⁵⁾。2026年3月時点においてAFRでの麻疹症例報告数は3,590例となっている。

参考文献

- 1) WHO, Immunization data, Global Measles and Rubella Monthly Update (アクセス日: 2026年4月24日)
<https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>
- 2) WHO, WER 100: 591-604, 2025 (アクセス日: 2026年5月1日)
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8c65dd54-ee98-4438-938c-e7114851f870/content>
- 3) WHO PAHO, Measles/Rubella bi-Weekly Bulletin (アクセス日: 2026年4月24日)
<https://www.paho.org/en/measles-rubella-weekly-bulletin>
- 4) WHO PAHO, PAHO calls for regional action as the Americas lose measles elimination status (アクセス日: 2026年4月24日)
<https://www.paho.org/en/news/10-11-2025-paho-calls-regional-action-americas-lose-measles-elimination-status>
- 5) WHO, Measles vaccination coverage (アクセス日: 2026年4月24日)
<https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-vaccination-coverage?CODE=EMR&ANTIGEN=MCV1&YEAR=>
- 6) Science Media Centre Spain, Preliminary data show that measles cases in Europe declined in 2025, although they increased in countries such as Spain (アクセス日: 2026年4月28日)
<https://sciencemediacentre.es/en/preliminary-data-show-measles-cases-europe-declined-2025-although-they-increased-countries-such>
- 7) WHO iris, Measles-Rubella Bulletin 2025 (アクセス日: 2026年5月8日)
<https://iris.who.int/handle/10665/380379>
- 8) WHO, Cabo Verde, Mauritius and Seychelles eliminate measles and rubella (アクセス日: 2026年5月8日)
<https://www.afro.who.int/countries/cabo-verde/news/cabo-verde-mauritius-seychelles-eliminatemeasles-and-rubella>

国立健康危機管理研究機構
国立感染症研究所

呼吸器系ウイルス研究部

佐藤佳代子 染谷健二 大槻紀之
梁 明秀

<特集関連情報>

2026年におけるわが国の麻疹の疫学的特徴

はじめに

日本は2015年に世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局による麻疹排除認定を受けて以降、排除状態の維持を目標に、「麻しんに関する特定感染症予防指針」¹⁾（以下、指針）に基づき、麻疹の発生および蔓延の防止に取り組んでいる。

近年世界では、2023年以降、麻疹症例の報告数が増加しており²⁾、麻疹排除を達成していたカナダや英国を含む欧州諸国においても、麻疹排除認定の取り消しが報告されている^{3,4)}。

日本においても、海外との往来が再開した2023年以降、輸入症例を中心とした麻疹届出数の増加が認められ、2023年は28例、2024年は45例、2025年は265例の届出があった。2026年第1～23週には525例と、排除後最多であった2019年同時期（617例）の水準に迫っている⁵⁾。

今後の麻疹対策および対応に資するため、2026年第1～18週（2025年12月29日～2026年5月3日、2026年5月15日時点）に診断され、届出のあった国内の麻疹に関する疫学的特徴をまとめたので報告する。

発生状況

麻疹届出数460例のうち、男性は295例（64%）、女性は165例（36%）で、年齢中央値は26歳（四分位範囲: 18-35歳）であった。20代が143例（31%）と最も多く、次いで10代が105例（23%）、30代が95例（21%）、40代が50例（11%）と続いた。10代の症例の79%は接触者として把握されていた。なお、0歳児は6例（1%）認められた。

ワクチン2回接種の対象年齢に達していない5歳未満の15例を除外し、2回接種の対象となる年齢群の445例のうち、ワクチン接種歴不明を含めた2回接種未完了者は297例（67%）であった。特に、20～30代は2回接種未完了者が179例（40%）と高い割合であった。なお、1回接種者は30代が16/95例（17%）、40代が10/50例（20%）、50代が6/32例（19%）であった。

麻疹の3主徴（発熱・発疹・カタル症状）を呈した症例はワクチン2回接種完了者では57/148症例（39%）、未完了者では197/297症例（66%）であった。また、発病から診断までに要した日数は中央値4日であり、複数の症例で診断までに複数の医療機関を受診していたことが確認された。届出時点で少なくとも32例が入院し、うち31/32例（97%）は2回接種未完了者で、0～5歳未満は6/32例（19%）であった。

推定感染地域は、国内が334例（73%）と最も多く、

内訳は東京都 (161例)、鹿児島県 (23例)、神奈川県 (21例) の順に続いた。国外は47例 (10%) であり、インドネシア (14例) が最多であった。

2026年第8週以降は複数の自治体にまたがった集積事例の発生が、同時期に複数カ所で確認された。疫学的関連がある2例以上の検査確定例が把握されたのは、主に学校 (4件)、医療機関 (6件) であり、飲食店や家庭、共同生活の場などでの発生もみられた。学校や飲食店での集積事例では、男性が大半を占めた。学校では、イベントを通じた集団発生と推定される集積や、学年閉鎖が実施された事例が確認された⁶⁾。医療機関では、麻疹患者の受診等を発端とした医療従事者の他、清掃業者の感染が認められた。なお、三次感染が疑われる症例が一部確認されたものの、2018～2019年に生じたような症例数100例以上の集団感染⁷⁻⁹⁾には至らなかった。また、2026年は5月15日時点でワクチン2回接種完了者 (記録) からの二次感染が推定されたのは、同居家族に限られた。

病型は、検査診断例は457例 (99%) であり、遺伝子検査での診断は448例 (97%) で、遺伝子型はB3型が129例、D8型が177例であった。

まとめ

2026年の麻疹届出は、2025年と同様に成人が多数を占め¹⁰⁾、ワクチン2回接種未完了者の感染の割合が高かった。20～30代は麻しん含有ワクチン第3期・第4期の追加接種の対象世代も含め、ワクチン接種未完了者が一定数存在したと考えられた¹¹⁾。また、30代後半～50代前半は、制度上、ワクチン接種1回の世代であり、その影響を受けている可能性がある。症状や入院の状況、複数の集積事例における二次感染例の状況等から、2回のワクチン接種の重要性が改めて示唆された。

2025年以降の訪日外客数は年間過去最多を更新¹²⁾し、麻疹ウイルスが持ち込まれるリスクが高まっている。推定感染地域は国内の症例が増加した現在、小児期の定期予防接種対象者の接種率のより一層の向上を図ることが重要である。さらに、海外渡航予定者、医療従事者、学校関係者、接客・サービス業従事者は、ワクチン接種歴や罹患歴を確認し、必要に応じてワクチン接種を検討することが望まれる。

ワクチン2回接種完了者は非典型的な症状を呈することが多く、受診や診断への遅れへの影響も懸念される。今後も、指針に基づき、麻疹が疑われた際の迅速な届出や検査、対応により一層の連携に取り組むことが重要である。

謝辞：日頃より感染症発生動向調査にご協力いただいている医療機関や各自治体の皆様に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生労働省, 麻しんに関する特定感染症予防指針, 平成31 (2019) 年4月19日一部改正・適用

- <https://www.mhlw.go.jp/content/000503060.pdf>
- 2) WHO, Measles cases surge worldwide, infecting 10.3 million people in 2023 (アクセス日: 2026年6月17日)
<https://www.who.int/news/item/14-11-2024-measles-cases-surge-worldwide--infecting-10.3-million-people-in-2023>
- 3) Public Health Agency of Canada, Measles: Canada's response (アクセス日: 2026年6月17日)
https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/measles/canada-response.html?utm_source=chatgpt.com
- 4) WHO, 14th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC) (アクセス日: 2026年6月17日)
https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2025/09/15/default-calendar/14th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-%28rvc%29?utm_source=chatgpt.com
- 5) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト, 麻疹 発生動向調査 速報グラフ, 2026年第23週
<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/diseases/measles/graph/2026/meas26-23.pdf>
- 6) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト, 麻しん施設別発生状況調査
<https://id-info.jihs.go.jp/relevant-information/measles/school-shut-down/index.html>
- 7) 大貫典子ら, IASR 39: 54-55, 2018
- 8) 折坂聡美ら, IASR 39: 55-57, 2018
- 9) 久高 潤ら, IASR 40: 53-54, 2019
- 10) 塚田敬子ら, IASR 46: 134-135, 2025
- 11) 多屋馨子ら, IASR 34: 28-31, 2013
- 12) 日本政府観光局, 訪日外客数 (2025年12月推計値)
https://www.jnto.go.jp/news/press/20260121_monthly.html?utm_source=chatgpt.com

国立健康危機管理研究機構

国立感染症研究所

実地疫学専門家養成コース (FETP)

田中昌子 小嶋華子 小倉弘也

喜久里昂哉

感染症サーベイランス研究部

小林祐介 高橋琢理 神垣太郎

応用疫学研究センター

塚田敬子 島田智恵 砂川富正

<特集関連情報>

**麻疹の抗体保有状況—2025年度感染症流行予測調査
(暫定結果)****はじめに**

感染症流行予測調査における麻疹の感受性調査（抗体保有状況調査）は、国民の抗体保有状況を把握することで、効果的な予防接種施策の立案ならびに麻疹排除状態の維持に役立てることを目的として実施されている。乳幼児から高齢者まで幅広い年齢層における予防接種状況ならびに抗体保有状況について、1978年度に開始後、ほぼ毎年実施されてきた。本事業は、厚生労働省（厚労省）、都道府県、都道府県の各地方衛生研究所（地衛研）および国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所（感研）との密接な連携のもと、予防接種法に定められた疾病の調査を全国規模で実施し、調査結果を国立健康危機管理研究機構・感染症情報提供サイトで公開している（<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/nesvdp/index.html>）。2025年度は、わが国における2015年3月の麻疹排除認定から10年後の調査となる。

国内の麻疹に対する予防接種は、1966年に任意接種として始まり、1978年10月に予防接種法に基づく定期接種となった。当時の定期接種対象年齢は、生後12か月以上72か月未満であったが、1995年度から定期接種対象年齢が生後12か月以上90か月未満に変更となり、2006年度からは第1期（生後12か月以上24か月未満）、第2期（5歳以上7歳未満で小学校就学前1年間の者）の2回接種となった。また、2008～2012年度の5年間は、10代への免疫強化を目的として第3期（中学1年生）、第4期（高校3年生相当年齢の者）の定期接種が実施された。この間、1989年4月～1993年4月の4年間は、麻疹の定期接種として麻しんワクチンあるいは麻しんおたふくかぜ風しん混合（MMR）ワクチンの選択が可能であった。2006年度からは麻しん風しん混合（MR）ワクチンが導入されている。

調査対象

2025年度の麻疹感受性調査は20都道府県で実施され、酵素免疫測定（EIA）法により麻疹IgG抗体価が各地衛研において測定された。採血時期は、原則として7～9月とし、0～1歳、2～3歳、4～9歳、10～14歳、15～19歳、20～24歳、25～29歳、30～39歳、40歳以上の9年齢区分、22名ずつ、計198名を対象として実施した。

抗体保有状況

2025年度は5,080名、0歳0か月～99歳までの抗体価が報告された¹⁾。2.0以上のEIA抗体保有率をみると、全体で96.1%（4,884/5,080名）であった。ほとんどの年齢で95%以上の抗体保有率であったが、0～5か月（59.5%）、6～11か月（33.1%）、1歳（83.8%）、10歳（92.1%）、15歳（91.5%）、16歳（85.4%）、17歳（93.2%）、

19歳（90.7%）が95%未満であった。加えて、麻疹抗体陽性と判断される4.0以上のEIA抗体保有率は、全体で84.6%（4,297/5,080名）であった。年齢別にみると、45～49歳群までは、5歳を除きすべての年齢・年齢群で95%を下回り、50～59歳群以上では95%以上の抗体保有率であった。EIA法では、2.0以上から4.0未満までの間に判定保留領域が設定されており、抗体陽性の判定には注意が必要である。近年のEIA 2.0および4.0以上の抗体陽性率は近似した傾向を示している²⁾。一方、EIA価16.0以上の高い抗体価の保有割合は、6～48歳で50%を下回り、この年齢層において高いEIA抗体価を保有する人の割合が低いことを示している¹⁾。EIA法により測定された抗体価は必ずしも麻疹に対する発症予防効果の強さを反映しないと考えられるが、10代後半を中心にEIA抗体価16.0以上の抗体保有者の割合が特に低いことが確認されている。

まとめ

2025年度感染症流行予測調査より、麻疹の抗体保有状況をまとめた。本研究は、20都道府県の結果であり、外挿性には限界がある。移行抗体は、おおむね生後6か月以降に漸減し始め、1歳時にはほぼ消失するとされている。そのため、1歳に到達した直後の小児へのワクチン接種を推奨している。2020年以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行では、定期接種（1歳の第1期と小学校入学前1年間の第2期の2回接種）の一時的な接種控えが発生し³⁾、厚労省⁴⁾ならびに日本小児科学会³⁾は、予防接種を遅らせないように積極的な勧奨を行った。近年では、徐々にワクチン接種率の低下がみられており⁵⁾、確実な接種が望まれる。麻疹の集団発生を抑え込むためには、高い予防接種率とすべての年齢層での95%以上の抗体保有率の維持が重要である。しかしながら、ワクチンの2回接種世代を中心に高い抗体価を持つ者の割合が減少しており、ワクチン接種者から患者の発生が続いていることから、抗体保有率だけでなく平均抗体価の変動や患者発生状況を注視する必要がある。

参考文献

- 1) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト、麻疹抗体保有状況2025, 更新日: 2026年5月21日
<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/nesvdp/graph/2025/measles/seroprevalence/index.html>
- 2) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト、麻疹抗体保有状況の年度比較2025, 更新日: 2026年5月21日
<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/nesvdp/graph/2025/measles/year/index.html>
- 3) 公益社団法人日本小児科学会、新型コロナウイルス感染症流行時における小児への予防接種について（アクセス日: 2026年5月21日）
<http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index>

php?content_id=345

- 4) 厚生労働省, 遅らせないで! 子どもの予防接種と乳幼児健診 (アクセス日: 2026年5月21日)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11592.html

- 5) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト, 令和6(2024)年度麻しん風しん定期予防接種の実施状況の調査結果について, 地図情報 麻しん風しんワクチン接種状況(5年度比較第1期, 第2期)

<https://id-info.jihs.go.jp/immunization/statistics/coverage/routine-immunization-mr/2024/map5.pdf>

北海道立衛生研究所 三津橋和也 駒込理佳

宮城県保健環境センター 沖田若菜 佐々木美江

山形県衛生研究所 的場洋平 池田辰也

福島県衛生研究所 山本和奈 樋口真由 藤田翔平
北川和寛

茨城県衛生研究所 渡邊颯太 本谷 匠

栃木県保健環境センター 赤松玲子

群馬県衛生環境研究所 須永 蒔

千葉県衛生研究所 磯部秀太 藤浪裕士

東京都健康安全研究センター 岡田若葉 天野有紗

神奈川県衛生研究所 政岡智佳 大屋日登美

新潟県保健環境科学研究所 政二香理 昆 美也子

石川県保健環境センター 小橋奈緒 北川恵美子

長野県環境保全研究所 古川由美 橋井真実

静岡県環境衛生科学研究所 池ヶ谷朝香 寺井克哉

三重県保健環境研究所 矢野拓弥 川合秀弘

大阪健康安全基盤研究所 倉田貴子 上林大起

山口県環境保健センター 浅沼康之 松本知美

高知県衛生環境研究所 北添詩乃 下元かおり

福岡県保健環境研究所 中島淳一 古谷貴志

宮崎県衛生環境研究所 鬼塚咲良 矢野浩司

国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所

呼吸器系ウイルス研究部 大槻紀之 梁 明秀

予防接種研究部 林 愛 新井 智

高梨さやか

感染症疫学センター 鈴木 基

<特集関連情報>

麻疹排除維持に関連する取り組み—eJRFおよびNITAGの観点から—

麻疹排除の維持には, 発生動向と予防接種状況を可視化する国際的なデータ基盤と, エビデンスに基づく政策立案を支える意思決定機構の両者が不可欠である。本稿では, まず日本における麻疹の現状と課題を整理したうえで, 麻疹排除維持に関連する取り組みとして, 世界保健機関 (WHO) / 国連児童基金 (UNICEF) による電子版共同報告フォーム (electronic Joint Reporting Form: eJRF) および国の予防接種技術諮問委員会

(National Immunization Technical Advisory Group: NITAG) に焦点を当て, それぞれの意義について概説する。

日本は2015年に麻疹排除の認定を受けたが, その後海外からの輸入症例を契機とした二次感染例が散発的に報告されている。2023年以降, 麻疹の年間届出数は増加傾向にあり, 2026年においては医療機関や学校等における集団発生が報告されている¹⁾。

日本における第1期麻しん含有ワクチン接種率は, 従来は95%以上で推移していたが, 近年は全国的に95%を下回る傾向がみられている。2024年度の第1期麻しん含有ワクチン接種率は全国で92.7%と報告されており, 目標とされる95%²⁾には達していない。また, 第2期麻しん含有ワクチン接種率は全国で91.0%とさらに低く, 都道府県別にみると90%未満の地域も認められる³⁾。

これらの状況は, 国内における感受性者の存在と, 輸入症例を契機とした感染拡大リスクを示唆しており, 条件が重なった場合には大規模な集団発生につながる懸念がある。したがって, 麻疹排除を維持するためには, 高いワクチン接種率の維持に加え, 発生動向の継続的な把握, 麻疹疑い例に対する迅速な届出・検査, 積極的疫学調査の実施, が重要である。さらに, これらの対策を支えるためには, エビデンスに基づく予防接種政策の検討を継続することが重要である。

近年, WHOは, 各国における科学的知見に基づく予防接種政策決定の強化を重視しており, 政策決定者に対してエビデンスに基づく助言を行う専門委員会, NITAGの設置・機能強化を推進している。また, NITAGによる推奨作成においては, Evidence to Recommendation (EtR) フレームワークに基づき, エビデンスを体系的に整理し, 意思決定に反映することが重視されている⁴⁾。

予防接種率や症例数等の疫学情報は, 国内における状況評価の基盤であるとともに, 国際的な情報共有においても重要である。WHOとUNICEFは, 予防接種関連データの収集を統合し, 各国の報告負担を軽減する目的で, 1998年からJoint Reporting Form (JRF) を用いて各国から情報を共同で収集してきた⁵⁾。JRFでは, 各国の予防接種制度, 接種率, ワクチン導入・流通状況, 感染症発生状況等の情報が収集される。JRFは, 2021年にクラウドベースのオンラインシステムであるeJRFへ移行した⁵⁾。麻疹に関しては, 麻しん含有ワクチン接種率, 報告症例数, アウトブレイク情報等が報告対象となり, 各国および地域レベルでの進捗評価に活用されている。また, これらの情報はWHO/UNICEFによる国別予防接種率推計 (WUENIC) に利用されており, 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) パンデミック以降の世界的なワクチン接種率の低迷と回復状況を把握するうえで重要な情報源となっている⁶⁾。

日本におけるeJRFの報告は, 厚生労働省が, 国立

健康危機管理研究機構 (JIHS) と連携し実施している。また、eJRF は、各国の状況を共通の枠組みで収集し、国・WHO地域区分 (西太平洋地域など)・世界レベルで傾向や課題を把握するための重要な仕組みである。その基盤となるのは、国内の自治体等が収集する予防接種実績や感染症サーベイランス情報であり、自治体レベルの実務が国際的な状況把握にも反映されている。

一方、国内の予防接種政策は、疫学情報、疾病負荷、ワクチンの有効性・安全性、費用対効果等の科学的知見を踏まえて検討される。NITAG は、こうした予防接種政策に関する科学的助言を行う専門家委員会であり、各国におけるエビデンスに基づく意思決定の中核を担うとされている。世界的な NITAG のネットワークである Global NITAG Network (GNN) では、各国の NITAG の活動状況や課題の共有が進められており、日本は 2024 年に正式登録された⁷⁾。日本では、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会が、予防接種政策に関する専門的な検討を行う場として、NITAG に相当する機能を担っている。同分科会では、ワクチンの定期接種化、接種対象者、接種スケジュール等について検討が行われている。

近年、NITAG の機能を評価するツールとして、NITAG Maturity Assessment Tool (NMAT) が国際的に活用されており、日本においても自己評価を通じて NITAG の強みや今後の検討課題の整理が進められている。NMAT は、NITAG 機能の把握や国際的な比較に有用である一方、その結果は各国の制度的背景や政策決定過程の特徴を踏まえて解釈する必要がある。

日本では、麻しん含有ワクチン接種率が麻疹排除状態の維持に必要とされる 95% を下回る傾向にあるとともに、輸入症例を契機とした麻疹症例の報告が増加してきている。95% 以上の接種率を確保するとともに、迅速かつ質の高いサーベイランスと積極的疫学調査の実施が不可欠である。これらに加え、eJRF による国際的な情報共有および NITAG によるエビデンスに基づく政策検討を通じ、実効性のある麻疹対策を継続的に推進することが求められる。

参考文献

- 1) 国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所, 麻しんの発生に関するリスクアセスメント (2026 年第一版) (2026 年 3 月 19 日時点)
https://id-info.jihs.go.jp/risk-assessment/measles/measles_ra_2026_1.pdf
- 2) WHO, Vaccine 37: 219-222, 2019
- 3) 厚生労働省, 麻しん風しん予防接種の実施状況 (アクセス日: 2026 年 6 月 19 日)
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekakukansenshou21/hashika.html>
- 4) WHO, Guidance on an adapted evidence to recommendation process for National Immunization

Technical Advisory Groups

<https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2022-5497-45262-64756>

- 5) WHO, WHO/UNICEF Joint Reporting Process
<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/who-unicef-joint-reporting-process>
- 6) WHO, WER 100: 591-604, 2025
- 7) GNN, monthly update: October 24'
<https://www.nitag-resource.org/news/monthly-update-october-24>

国立健康危機管理研究機構

国立感染症研究所

予防接種研究部

小野貴志 山本倫久 高松優光

森野紗衣子 高梨さやか

感染症疫学センター

鈴木 基

<特集関連情報>

麻疹排除と風疹排除を一体的に進めることの有用性と課題に関する考察

世界的には、麻疹排除と風疹排除は、麻しん風しんを含む混合ワクチン、発熱・発疹症例を対象とするサーベイランス、検査室ネットワークという共通基盤のうえで、一体的に進めるべき課題と位置づけられている。世界保健機関 (World Health Organization: WHO) の麻疹・風疹排除認定の枠組みは、両疾患の排除要件の整合を図るとともに、風疹サーベイランスを麻疹排除活動に統合する考え方を示している¹⁾。また、WHO の Measles and Rubella Strategic Framework 2021-2030 は、麻疹・風疹対策を地域に根差した保健医療システム全体としての一次医療 (primary health care: PHC) および universal health coverage (UHC) の一環として位置づけ、両疾患に共通する公衆衛生基盤を強化する方向性を示している²⁾。ここでいう共通基盤には、ワクチン接種、疑い例の探知、リスク評価、検査、疫学調査、情報共有、アウトブレイク対応、等が含まれる。これらを別々に整備するのではなく、日常の保健医療活動の中で一体的に運用することが重要となる。特に、感染性が極めて高く、高い集団免疫の維持が必要である麻疹の流行は、健康格差の指標 (いわば「炭鉱のカナリア」として機能する、とされる。すなわち、麻疹の流行は、単に免疫上のギャップのみならず、PHC や UHC におけるギャップ、すなわち公衆衛生システムにおける弱点を特定するのに役立つとされている²⁾。

麻疹と風疹の対策を一体的に進める利点として、第

1に、ワクチン施策の効率性が挙げられる。世界194カ国のうち175カ国(90%)が麻疹風しんを含む混合ワクチンを使用している³⁾。麻疹ワクチンの多くは風しんワクチンと組み合わせて提供されており、両疾患を別々に扱うよりも、費用と運用の両面で効率的である²⁾。麻疹対策を強化することは、風疹対策の強化にもつながりやすく、風しん含有ワクチンの導入は、麻疹対策との連動の中で実施しやすい。

第2に、サーベイランスと検査体制を共有できる。WHOは、疾患別に分断された垂直的なサーベイランス体制から転換し、疾病対策プログラム間でサーベイランス能力、検査室ネットワーク、精度管理の仕組みを共有・強化することで、効率的で持続可能かつ包括的な体制を構築できるとしている²⁾。カリブ地域では、既存の麻疹単独サーベイランスを基盤として、1998年11月に風疹サーベイランスが統合された。1995～2000年を通じて、検査により除外された麻疹・風疹疑い例の割合は94-99%と高水準で維持され、疑い例の48時間以内の調査率は89%から95%に改善した。統合サーベイランスは、麻疹単独サーベイランスと同等に有効かつ効率的であったと報告されている⁴⁾。

第3に、一体的対策は、公衆衛生体制の弱点を明らかにし、その改善につなげる機会となる。WHOは、麻疹のアウトブレイクは、予防接種を十分に受けられていない集団や、保健医療サービスが十分に行き届いていない地域等があることを示す重要なサインであるとしている²⁾。患者の発生を単なる症例数の増減としてではなく、前述したように「炭鉱のカナリア」として、公衆衛生体制の強化すべきポイントとして捉えることが重要である²⁾。

一方、麻疹と風疹は、疫学的・公衆衛生学的な特徴が異なる。両者はともに急性の発熱・発疹性疾患であり、サーベイランスを一体的に行いやすい。しかし、麻疹は感染性が極めて高く、地域、年代、特定集団に生じる免疫ギャップはアウトブレイクにつながりやすい。他方、風疹対策では、妊娠初期の感染による流産、死産、胎児死亡、先天性風疹症候群(congenital rubella syndrome: CRS)を防ぐことが中心的な課題となる³⁾。したがって、両疾患を共通の枠組みで監視することは有用であるが、統合は両疾患の対策を同一化することを意味しない。統合サーベイランスで把握された風疹罹患妊婦については、妊娠の経過を見守り、出生後もCRSや先天性風疹感染の発生を把握することが臨床・公衆衛生上の対応として有用である⁵⁾。すなわち、風疹対策は、麻疹サーベイランスへの統合だけでは完結せず、妊婦の探知・追跡、出生後までを含めた対応が必要である。

さらに、麻疹・風疹排除達成後の体制維持は課題である。WHOアメリカ地域(PAHO)では、地域としての風疹排除が2015年、麻疹排除が2016年に確認された

後、認定を担った専門家委員会は一旦解散された。しかし、その後も輸入麻疹を起点とする伝播が続き、2018、2019年にそれぞれベネズエラとブラジルが麻疹排除ステータスを失なった⁶⁾。PAHOは2019年に、排除状態の継続的な監視と再認定を担う地域委員会を新たに設置した。排除達成後も、高い接種率、質の高いサーベイランス、検査体制、迅速なアウトブレイク対応という公衆衛生体制を維持し、政治的関心と必要な資源を確保することが重要である⁶⁾。

以上より、麻疹と風疹の排除を一体的に進めることは、麻疹風しんを含む混合ワクチンの活用、サーベイランス・検査体制の共有、公衆衛生体制の強化、という点で有用である。一方、麻疹の高い感染性と、風疹におけるCRS対策の必要性を踏まえ、統合のもとでも疾患ごとのきめ細やかな対策を維持することが排除達成・維持に不可欠である。

参考文献

- 1) WHO, WER 88: 89-98, 2013
- 2) WHO, Measles and rubella strategic framework: 2021-2030
<https://www.who.int/publications/i/item/measles-and-rubella-strategic-framework-2021-2030>
- 3) Crowcroft NS, *et al.*, Rev Panam Salud Publica 48: e90, 2024
- 4) Irons B, *et al.*, J Infect Dis 187 (Suppl 1): S153-S157, 2003
- 5) WHO, Congenital Rubella Syndrome: Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standards
<https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-crs>
- 6) Andrus JK, *et al.*, Rev Panam Salud Publica 48: e93, 2024

国立健康危機管理研究機構
国立感染症研究所
応用疫学研究センター
砂川富正

<特集関連情報>

今般の麻疹の届出数増加を踏まえた麻疹対策について

はじめに

麻疹(はしか)は、麻疹ウイルスによって引き起こされる急性の全身感染症であり、免疫を持たない人が感染すると、ほぼ100%発症する極めて感染力の強い疾患である。重症化することもあり、先進国においても1,000人に1人が死に至るとされており、公衆衛生上、継続的な対策が必要な感染症である。

日本は、2015年に世界保健機関(WHO)西太平洋地

域麻疹排除認定委員会より麻疹の排除状態にあると認定され、2026年5月現在まで排除状態が維持されているが、海外ではカナダ、スペイン、英国などで麻疹の流行により排除認定が取り消される例が報告されている^{1,2)}。日本においても2026年に入ってから麻疹の届出数が増加傾向にあり、第19週(2026年5月10日時点)の累計届出数は479例と、過去10年間で最も多かった2019年の同時期(501例)に迫る水準となっている。インドネシアなどを推定感染地域とする輸入例の発生に加え、国内における集団感染や二次感染が広がっており、さらに感染地域不明の報告も増加している³⁾。

麻疹は空気感染、飛沫感染、接触感染によって広がり、その感染力は極めて強く、免疫を持たない人々が集団内に残ると、短期間で感染拡大を引き起こす可能性がある。このため、予防接種の徹底とともに、未接種者等の感受性者への対応、接触者に対する迅速な疫学調査、正確な情報発信、医療機関での早期診断と感染対策等が不可欠である。

ワクチン接種率と課題

治療法の確立されていない麻疹に対して、最も有効な対策は予防接種により感受性者が麻疹への免疫を獲得することである。「麻しんに関する特定感染症予防指針」〔平成19(2007)年12月28日厚生労働省(厚労省)告示第442号〕において、麻しん含有ワクチンの第1期・第2期のそれぞれの接種率を95%以上とすることが目標として定められているが⁴⁾、令和6(2024)年度の麻しん風しん混合(MR)ワクチン接種率は、第1期が全国平均92.7%、第2期が91.0%であり、目標に達していない⁵⁾。特に第2期は小学校入学前に接種機会を確保することが重要であり、自治体においては、管轄の地域の接種率を把握したうえで、未接種児と保護者への個別通知、母子健康手帳交付時や乳幼児健診時の案内に加え、広報紙やwebサイト・SNSを活用した周知の強化、さらに教育関係部局と連携し、小学校入学手続などの機会を活用した接種勧奨等も検討することが求められる。

ワクチン供給については、MRワクチンの限定出荷が行われていたが、現在は段階的に回復し、令和8(2026)年度の納入量も例年と同等以上となる見込みであり、供給不足を理由に接種勧奨を控える状況にはない。自治体においては供給回復の見通しを踏まえ、定期接種対象者への案内を進め、接種機会の逸失を防ぐことが重要である。

また、定期予防接種以外においても、公衆衛生対策上必要と認められる場合には、柔軟に接種を行えるような体制の整備も重要である。例えば、麻疹に対する免疫を保有しない、あるいは不十分である接触者が、麻疹患者と最初に接触してから72時間以内であれば、麻しん含有ワクチン接種により発症予防が期待される場合がある。また、MRワクチンの接種回数が不十分な

方や接種歴が不明な方、麻疹流行地への海外渡航予定者等についても、必要に応じて接種を受けられるよう案内することが求められる。自治体は、こうした方が必要時に速やかに接種できるよう、医療機関との調整や相談体制の整備を進める必要がある。

正しい情報の周知・啓発

麻疹についての正しい知識の普及も重要である。感染後、約10日程度の潜伏期間を経て発熱や咳、鼻水などのかぜ様症状が出現し、その後、39℃以上の高熱と発疹が出現する。肺炎や中耳炎を合併しやすく、1,000人に1人程度の割合で脳炎を発症するとされるなど、決して軽視できる疾患ではない。さらに、感染から数年～十数年後に10万人に1人程度の確率で、予後不良の亜急性硬化性全脳炎(SSPE)を発症することがあり、現在のところ有効な治療法はない。

麻疹が疑われる場合は、周囲への感染拡大を防ぐため、事前に医療機関へ連絡し、指示を受けたうえで受診することが重要である。受診時には公共交通機関の利用を可能な限り避けるなど、慎重な行動が求められる。また、海外から帰国した人には、帰国後2週間程度は発熱、発疹などの症状に注意するよう周知する必要がある。

厚労省は、国立健康危機管理研究機構(JIHS)と連携し、2026年4月に改正された「保健所における麻しん対策・対応ガイドライン第三版」について、自治体向け説明会を開催するとともに、webサイトで内容の周知を行っている。また同時に、国民向けメッセージも発信し、麻疹の症状や感染経路、予防接種の重要性、発症が疑われる場合の適切な受診行動などについて理解の促進を図っている。

おわりに

WHOはMeasles and Rubella Strategic Framework 2021-2030の中で、“a world free of Measles and Rubella”をビジョンとして掲げ、各国と地域での麻疹および風疹排除の達成・継続を目標にしている⁶⁾。また、わが国の「麻しんに関する特定感染症予防指針」においても「引き続き麻しんの排除の状態を維持することを目指す」と記載されている⁴⁾。

これらを踏まえ、今後も自治体等の国内の関係機関およびWHOをはじめとする国際機関等との連携を一層強化し、情報交換や世界的な発生動向の把握に努めるとともに、麻疹に関する正しい情報発信とワクチン接種等の普及啓発を継続することが、麻疹の再拡大防止に向けて重要である。

参考文献

- 1) Public Health Agency of Canada, Statement from the Public Health Agency of Canada on Canada's Measles Elimination Status
<https://www.canada.ca/en/public-health/news/2025/11/statement-from-the-public-health-agency->

of-canada-on-canadas-measles-elimination-status.html

- 2) WHO, 14th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC)
[https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2025/09/15/default-calendar/14th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-\(rv\)](https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2025/09/15/default-calendar/14th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-(rv))
- 3) 国立健康危機管理研究機構感染症情報提供サイト, 麻疹 発生動向調査 感染症発生動向調査 (IDWR) 2026年第19週 (2026年5月13日現在)
- 4) 厚生労働省, 麻しんに関する特定感染症予防指針, 平成19年 (2007) 厚生労働省告示第442号
- 5) 厚生労働省, 麻しん風しん予防接種の実施状況
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou21/hashika.html>
- 6) WHO iris, Guidelines on verification of measles and rubella elimination in the Western Pacific Region, 2nd ed.
<https://iris.who.int/items/b11fb295-8d0e-4ee5-85a7-100cd39a1257>

厚生労働省
健康・生活衛生局感染症対策部
感染症対策課
予防接種課

<国内情報>

山梨県における小児のマクロライド耐性百日咳菌感染者の発生動向

はじめに

百日咳は主に *Bordetella pertussis* による急性呼吸器感染症であり、特に乳児では無呼吸や重症化をきたすことがある。治療にはマクロライド系抗菌薬が第一選択として用いられているが、近年マクロライド耐性百日咳菌 (macrolide-resistant *B. pertussis*: MRBP) の出現が報告されている。MRBPの拡大は、標準治療の有効性低下による治療失敗や、感染期間の延長を招く可能性が示されており¹⁾、重症化リスクの高い乳児において臨床的影響が大きい。さらに、感染性の遷延により家庭内や集団内での伝播が助長されることから、公衆衛生上も重要な問題となっている。

アジアでは、MRBPは2011年に中国で初めて分離され、2013年には急速な拡散が報告された²⁾。日本では、2018年に東京都および大阪府で初めて分離された^{3,4)}。近年、国内においてもMRBPの報告は増加傾向にあり、複数地域からの検出が報告されている。東京都からの報告では百日咳6例中5例がMRBPであり、そのうち1か月の乳児1例の死亡例が含まれていた⁵⁾。

山梨県においては、2025年から百日咳症例の増加が認められているが、MRBPの割合は不明である。そこで本研究では、山梨県における小児のMRBPの発生状況を明らかにすることを目的に積極的疫学調査を行った。

方 法

2025年9月～2026年3月までの期間に、感染症法に基づく届出の対象となった百日咳患者 (143例) の0～14歳以下の小児 (80例) のうち、医療機関において核酸増幅法 (PCR法またはLAMP法) またはイムノクロマト法により百日咳と診断され、追加検体の採取および調査への参加について同意が得られた0～14歳以下の小児 (入院中も含む) を対象とした。検体採取にあわせて協力医療機関に調査票を配布し、症例の症状経過、投薬状況および転帰などの臨床情報を収集した。

検体は、山梨県衛生環境研究所においてMRBPの遺伝子検査を実施した。鼻咽頭ぬぐい液からDNAを抽出し、23S rRNA遺伝子領域をPCRにより増幅後、サンガーシーケンス解析を行い、マクロライド耐性に寄与するA2047G変異の有無を確認した。なお、1例については本調査期間以前に培養により分離された菌株を用いて解析を行った。

結 果

期間中に14例の検体提出があり、そのうち7例がMRBP、6例がマクロライド感受性株、1例が判定不能であった (表)。患者の年齢は5か月以下および10歳以上に比較的多く分布し、年齢中央値は9.5歳であった。MRBP症例も同様の年齢分布であった。居住地は甲府市および峡東地域からの症例が多く認められ、MRBP症例はこれらに加えて富士・東部地域からも確認された (次ページ図)。入院症例およびスルファメトキサゾール・トリメトプリム (ST) 合剤が投与された症例は3例であり、いずれも乳児例であった。すべての症例が軽快した。ワクチン接種歴については、

表. 百日咳症例の基本属性

		全報告数 n=14 [†]	割合 (%)	MRBP n=7	割合 (%)
性別	男	7	50	2	29
	女	7	50	5	71
年齢	0～5か月	3	21	2	29
	6～11か月	1	7	1	14
	1～4歳	1	7	1	14
	5～9歳	2	14	1	14
	10～14歳	7	50	2	29
居住地	中北	1	7	0	0
	峡東	5	36	1	14
	峡南	0	0	0	0
	富士・東部	1	7	1	14
	甲府市	7	50	5	71
ワクチン接種歴	なし	3	21	2	29
	1回	1	7	1	14
	2回	0	0	0	0
	3回	1	7	1	14
	4回	9	64	2	43
患者との接触歴	あり	6	43	4	57
	なし	7	50	3	43
	不明	1	7	0	0
ST合剤の使用	あり	3	21	2	29
入院	あり	3	21	2	29

[†]マクロライド耐性百日咳菌: MRBP (n=7), マクロライド感受性百日咳菌: MSBP (n=6), 判定不能 (n=1)
ST: スルファメトキサゾール・トリメトプリム

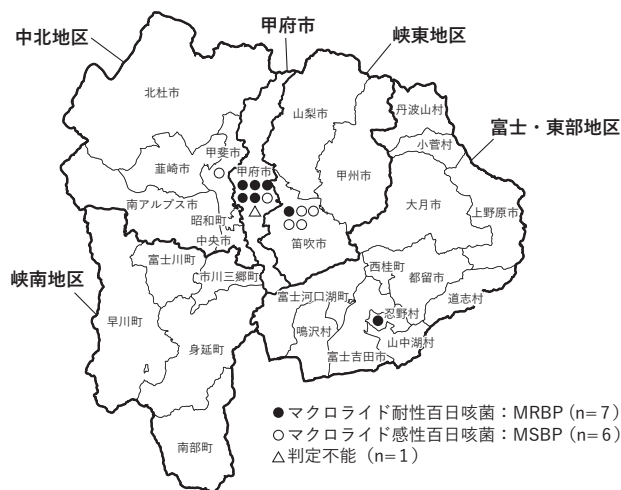


図. 患者居住地別の百日咳菌報告状況

ワクチン忌避1例を除き年齢相当の百日咳含有ワクチンの接種が確認された。MRBP症例のうち、乳児2例以外は入院を要さず、マクロライド系抗菌薬投与後に臨床的改善が認められた。以下に治療に難渋した乳児症例を呈示する。

症 例

基礎疾患のない生後1か月の女児。5種混合ワクチン接種前であり、母親の妊娠中の百日咳含有ワクチン接種歴はなかった。発症前に父親の咳嗽がみられていた。女児は咳嗽出現後に無呼吸発作を認め入院となったが、発作が頻発し呼吸不全となったため、高次医療機関へ翌日転院となった。転院後、multiplex PCRにて百日咳と診断され、アジスロマイシン投与および経鼻高流量酸素療法を開始したが、無呼吸発作が持続しICU管理となった。転院7日目に、培養菌の薬剤感受性試験によりMRBPが確認された。ニューキノロン系（トスフロキサシン：TFLX）およびペニシリン系（タゾバクタム／ピペラシリン：TAZ/PIPC）抗菌薬投与を経て転院14日目にST合剤が導入され、その後全身状態は徐々に改善し、転院20日目に退院となった。

考 察

本研究ではMRBPの割合は約半数であり、国内報告の70～80%⁶⁾と比較して低かった。国内の報告はこれまで大都市圏からの報告が多く、高いMRBPの割合が示されているが、近年は地方からの報告も増加しており、MRBPが大都市圏から地方へ拡散している可能性が指摘されている。本研究の結果も、拡散過程におけるMRBPの流行状況を反映している可能性がある。

本研究症例の年齢分布は、小学校高学年以上の症例が比較的多く認められ、この傾向は山梨県の届出症例の年齢分布ともおおむね一致していた。百日咳ワクチンの効果は接種後4～12年で減弱することが知られており、本調査でもワクチン接種がされた症例がほとんどであったにもかかわらず、小学校高学年以上の症例が比較的多く、この知見と整合する可能性がある。MRBPでは、

マクロライド系抗菌薬投与後も咳嗽が遷延することが報告されており、免疫が減弱した学童期以降の集団において感染が持続しやすい可能性も指摘されている¹⁾。

治療に関して、本調査のMRBP症例の多くではマクロライド系抗菌薬投与後に臨床的改善が認められたが、自然軽快の影響も否定できない。一方、呈示した乳児症例では、マクロライド系抗菌薬投与後も症状改善が乏しく、最終的にST合剤が導入された。MRBPの確定診断には時間を要することから、特に重症化リスクの高い乳児では臨床経過を踏まえ、核黄疸などの副作用に留意しつつ、ST合剤の使用を検討することも治療選択肢の1つとなり得ると考えられる。さらに、MRBPの出現および増加を踏まえ、自治体および地方衛生研究所においては、薬剤耐性を含めた百日咳菌の継続的なサーベイランス体制の強化、迅速な検査体制の整備、ならびに臨床現場への情報還元を推進していくことが重要である。

謝辞：本調査にご協力いただきました、患者様、医療機関の皆様へ深謝いたします。

参考文献

- 1) Mi YM, *et al.*, *Pediatr Infect Dis J* 40: 87-90, 2021
- 2) 蒲地一成ら, *IASR* 42: 115-116, 2021
- 3) Yamaguchi T, *et al.*, *JJID* 73: 361-362, 2020
- 4) Koide K, *et al.*, *PLoS ONE* 19: e0298147, 2024
- 5) 中村祥崇ら, *IASR* 46: 108-110, 2025
- 6) 厚生労働省, 厚生労働行政推進調査事業費補助金, 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業 (25HA2001), 2025年度百日咳検査実績調査, 2025

甲府市保健所

小島令嗣 本多悦子

山梨県

感染症対策センター

大沼 恵 高野さ子

衛生環境研究所

中田陽子 柳本恵太 山上隆也

中北保健福祉事務所

峡東保健福祉事務所

峡南保健福祉事務所

富士・東部保健福祉事務所

<国内情報>

高知県内におけるギラン・バレー症候群症例の集積事例について（続報）

背 景

2023年、高知県においてギラン・バレー症候群 (Guillain-Barré syndrome: GBS) 症例の集積事例があり、その結果を報告した¹⁾。その後の発生状況について、高知県、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所・実地疫学

専門家養成コース (FETP), 同応用疫学研究センター
および同細菌第一部が追加の実地疫学調査および菌株
解析を実施したので、その結果を報告する。

方 法

症例定義は、2020年1月1日～2025年12月31日に、
高知県内の主要5医療機関において「Brightonの診断
基準 (レベル3以上)」²⁾ に合致する患者とした。各医療
機関での後ろ向きカルテ調査により情報収集し、記述解
析を行った。また、医療従事者や自治体担当者等への
聞き取り調査を実施した。さらに、GBS症例、胃腸炎入
院症例、高知県内の *Campylobacter jejuni* (*C. jejuni*)
食中毒事例から得られた患者由来株に加え、2024年に
採取した養鶏場飼育鶏の盲腸便および県内で処理され
た市場流通鶏肉から分離された *C. jejuni* 菌株を用いて、

遺伝子解析 [multilocus sequence typing (MLST),
Penner遺伝子型, lipooligosaccharide (LOS) 遺伝子
型] およびコアゲノム single nucleotide polymorphism
(SNP) を用いたハプロタイプネットワーク解析を実施
した。

結 果

2020～2025年に確認されたGBS症例は計54例であ
った¹⁾。2020～2022年は4～7例/年であり、2023～2025
年はそれぞれ13例、19例、7例であった (図1)。2020～
2022年、2023～2024年、2025年の基本属性では、先行
症状に胃腸炎を呈する者の割合は53% (8/15)、88%
(28/32)、57% (4/7)、*C. jejuni* 便培養もしくは抗体
陽性の割合は27% (4/15)、69% (22/32)、57% (4/
7) であった (表)。また、2023年と同様に、2024年の

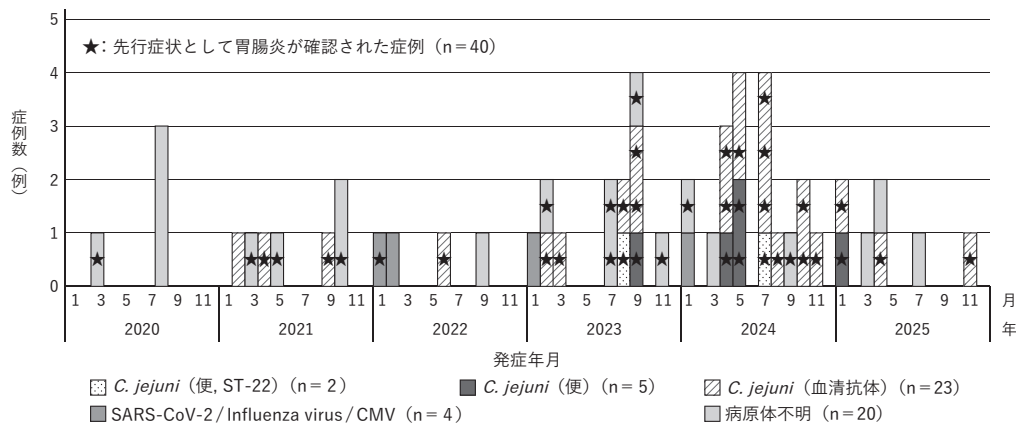


図1. 主要5医療機関における病原体別ギラン・バレー症候群症例数, 2020～2025年 (n=54)

表. ギラン・バレー症候群 (GBS) 症例の基本属性, 2020～2025年 (n=54)

		2020-22年 (n=15)	2023年 (n=13)	2024年 (n=19)	2025年 (n=7)	計 (n=54)
年齢; 中央値 (範囲)		67 (13-86)	64 (23-90)	52 (8-88)	57 (29-90)	63 (8-90)
		人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)	人数 (割合%)
性別	男	6 (40)	9 (69)	11 (58)	2 (29)	28 (52)
	女	9 (60)	4 (31)	8 (42)	5 (71)	26 (48)
年代	19歳以下	3 (20)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	4 (7)
	20～59歳	3 (20)	4 (31)	9 (47)	4 (57)	20 (37)
	60歳以上	9 (60)	9 (69)	9 (47)	3 (43)	30 (56)
Brightonの 診断基準	レベル1	4 (27)	4 (31)	8 (42)	1 (14)	17 (31)
	レベル2	9 (60)	7 (54)	9 (47)	5 (71)	30 (56)
	レベル3	2 (13)	2 (15)	2 (11)	1 (14)	7 (13)
人工呼吸器	装着なし	13 (87)	12 (92)	15 (79)	7 (100)	47 (87)
	装着あり	2 (13)	1 (8)	4 (21)	0 (0)	7 (13)
転帰 (調査日時点)	生存	15 (100)	13 (100)	19 (100)	7 (100)	54 (100)
	死亡	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
居住地の 所管保健所	安芸	2 (13)	2 (15)	2 (11)	0 (0)	6 (11)
	中央東	2 (13)	2 (15)	3 (16)	1 (14)	8 (15)
	高知市	3 (20)	5 (38)	10 (53)	1 (14)	19 (35)
	中央西	2 (13)	3 (23)	1 (5)	1 (14)	7 (13)
	須崎	5 (33)	1 (8)	1 (5)	1 (14)	8 (15)
	幡多	1 (7)	0 (0)	2 (11)	3 (43)	6 (11)
先行症状	胃腸炎	8 (53)	12 (92)	16 (84)	4 (57)	40 (74)
	上気道炎 (肺炎含む)	2 (13)	1 (8)	3 (16)	2 (29)	9 (17)
	なし	1 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (14)	2 (4)
	不明	4 (27)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (6)
GBS発症前の 鶏肉喫食歴	あり	1 (7)	6 (46)	8 (42)	2 (29)	17 (31)
	<i>C. jejuni</i> 便培養陽性	0 (0)	2 (15)	4 (21)	1 (14)	7 (13)
病原体 検出状況	<i>C. jejuni</i> 抗体 (IgG) 陽性 (<i>C. jejuni</i> 便培養陽性除く)	4 (27)	5 (38)	11 (58)	3 (43)	23 (43)
	Cytomegalovirus (CMV) (検査方法不明)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
	SARS-CoV-2 (抗体検査)	1 (7)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	2 (4)
	Influenza virus (検査方法不明)	0 (0)	1 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
	不明	9 (60)	5 (38)	3 (16)	3 (43)	20 (37)

GBS症例1例の便検体から *C. jejuni* ST-22: gHS19:LOS class A1〔以下, *C. jejuni* (ST-22)〕が検出された。

2024年に高知県内で発生した *C. jejuni* 食中毒4事例のうち, 3事例から *C. jejuni* (ST-22) が検出された。また, 県内の一部の養鶏場飼育鶏の盲腸便, および市場流通鶏肉からも同様に *C. jejuni* (ST-22) が検出された。コアゲノムSNP解析の結果, 2023年5月以降に検出された *C. jejuni* (ST-22) (GBS症例, 胃腸炎入院症例, 食中毒事例, 県内の一部の養鶏場飼育鶏の盲腸便, 市場流通鶏肉) は, SNPの違いが10数塩基以内と非常に近縁であり, 同一グループを形成していることが推定された。

一方, 2018年に高知県内で処理された鶏肉や, 2024年に隣県で発生した食中毒事例から検出された *C. jejuni* (ST-22) は, 2023年以降に高知県で検出された *C. jejuni* (ST-22) とは70-80塩基異なっていた(図2)。

高知県では2024年6月以降, 県民に向けてSNS(X)やテレビ, ラジオ, 広報誌を用いたカンピロバクター食中毒への注意喚起を実施したほか, 保健所での消費者向け意見交換会を開催した。また, 食品関連事業者に対しても, 研修会での啓発やチラシの定期的な配布を行った。

考 察

高知県におけるGBS症例は2024年も2023年に引き続いて2020~2022年のベースラインを上回っていたが, 2025年は減少した。また, 2023~2024年は, その前後と比べて先行する胃腸炎や *C. jejuni* 検査陽性の割合が同等か高い傾向にあった。今回, 患者(GBS症例, 胃腸炎入院患者, 食中毒事例), 市場流通鶏肉, 県内の一部の養鶏場飼育鶏の盲腸便から, GBS発症リスクが高いとされる *C. jejuni* (ST-22)³⁾ が検出され, これらは遺伝子的に近縁であった。以上より, 県内の鶏肉流通網に広く分布した *C. jejuni* (ST-22) がGBS症例の増加に関与している可能性が示唆された。感染経路としては, 過熱不十分な鶏肉の喫食や二次汚染が1つの可能性として考えられた。

本調査の制限として, 事例発生から調査までの時間経過による思い出しバイアス, 啓発強化による検出バイアスや情報バイアスが挙げられる。

謝辞: ご協力いただいた自治体, 届出医療機関, 養鶏場の関係者の皆様に深謝申し上げます。

参考文献

- 1) 濱田一功ら, IASR 45: 172-173, 2024
- 2) Fokke C, *et al.*, Brain 137: 33-43, 2014
- 3) Heikema AP, *et al.*, Clin Microbiol Infect 21: 852.e1-e9, 2015

高知県健康政策部健康対策課

濱田一功 宮地美智子 松岡智加
川内敦文

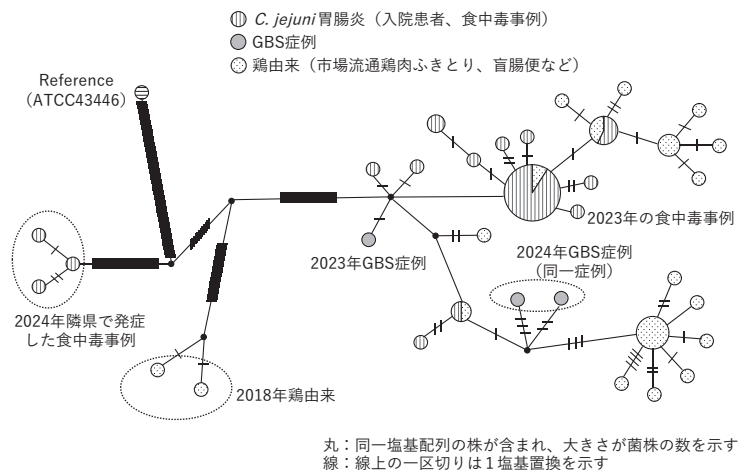


図2. ハプロタイプネットワーク図

高知県業務衛生課

清岡有紀 小野邦桜 大森真貴子

高知県衛生環境研究所

影山温子 下元かおり 松本一繁

山村展子

高知市保健所

竹内典子 吉永順一 鍵山知宏

永安聖二 笠井俊輔

近森病院

葛目大輔 石田正之

高知大学病院

森田ゆかり 松下拓也

高知医療センター

西内律雄

幡多けんみん病院

川村昌史 野島祐司

国立健康危機管理研究機構

国立感染症研究所

実地疫学専門家養成コース (FETP)

村井達哉 中満智史 佐藤諒介

応用疫学研究センター

加藤博史 八幡裕一郎 島田智恵

砂川富正

細菌第一部

山本章治 泉谷秀昌 明田幸宏

<国内情報>

沖縄県八重山保健所管内におけるレプトスピラ症患者の届出状況 (2025年10月10日時点)

はじめに

レプトスピラ症は, 病原性レプトスピラの感染によって起こる急性熱性の人獣共通感染症である。ヒトへの感染は, 保菌動物の尿や, 尿で汚染された水や土壌との接触で起こる。

沖縄県八重山保健所管内では, 2023年に西表島(竹

富町)¹⁾、2025年に石垣島(石垣市)²⁾の河川でレプトスピラ症の集団発生事例が確認された。国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所・実地疫学専門家養成コース(FETP)が保健所の調査支援の一環として、管内におけるレプトスピラ症の届出状況をまとめたので報告する。

方法

2014年1月1日～2025年10月10日の間に、八重山保健所管内で感染症発生動向調査に基づき届出がされたレプトスピラ症症例を対象に、届出内容、疫学調査および行政検査により得られた情報を記述した。

届出状況

153例が届出され、各年の届出数は3～21例であった。7～10月に多く、8月が最も多かった(図)。

男性が125例(82%)、年齢中央値は30歳(範囲:3～83歳)であった。職業は重複含め、レジャーガイド関係が80例(52%)、次いで学生が28例(18%)、農業が12例

(8%)であった。居住市町村は竹富町が92例(60%)、石垣市が56例(37%)、その他が5例(3%)であった。竹富町ではレジャーガイド関係が多く、石垣市では学生が多かった(表)。

推定感染原因は河川でのレジャー・労働が136例(89%)であった。

推定感染源が単一日の河川曝露で、感染源がおおむね特定できた症例は47例で、創傷ありが23/33例(70%)、肌露出ありが28/28例(100%)、ゴーグル着用なしが22/23例(96%)であった。頭までの入水ありが21/41例(51%)であった(有効回答に基づく)。

菌分離により血清群が判明した症例のうち、推定感染地域が石垣市の21例ではHebdomadisが13例(62%)、次いで、AustralisとSejroeが3例(14%)と多かった。また、推定感染地域が竹富町の70例ではHebdomadisが27例(39%)、次いで、Grippotyphosaが18例(26%)と多かった。

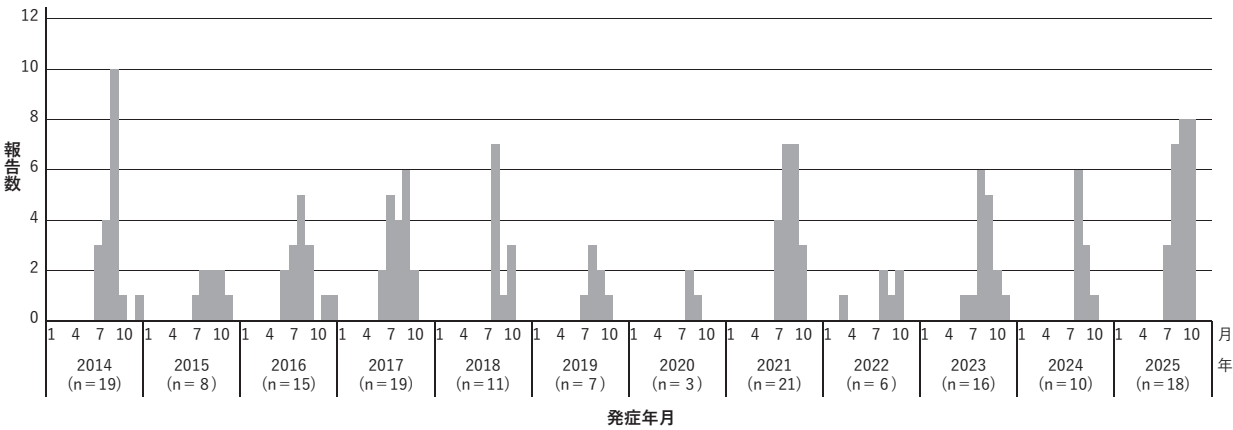


図. 八重山保健所管内における年月別レプトスピラ症届出数, 2014年1月～2025年10月10日 (n=153)

表. 八重山保健所管内における居住市町村別レプトスピラ症届出症例の特徴, 2014年1月1日～2025年10月10日 (n=153)

		石垣市		竹富町		その他		計	
		届出数 (n=56)	割合 (%)	届出数 (n=92)	割合 (%)	届出数 (n=5)	割合 (%)	届出数 (n=153)	割合 (%)
性別	男性	48	85.7	73	79.3	4	80.0	125	81.7
	女性	8	14.3	19	20.7	1	20.0	28	18.3
年齢	中央値〔範囲〕歳	31	〔3-83〕	30	〔9-68〕	30	〔22-46〕	30	〔3-83〕
	10歳未満	2	3.6	2	2.2	0	0.0	4	2.6
	10代	20	35.7	3	3.3	0	0.0	23	15.0
	20代	3	5.4	42	45.7	2	40.0	47	30.7
	30代	11	19.6	20	21.7	1	20.0	32	20.9
	40代	8	14.3	17	18.5	2	40.0	27	17.6
	50代	2	3.6	6	6.5	0	0.0	8	5.2
	60代	6	10.7	2	2.2	0	0.0	8	5.2
	70代	2	3.6	0	0.0	0	0.0	2	1.3
	80代	2	3.6	0	0.0	0	0.0	2	1.3
職業	レジャーガイド関係*	7	12.5	72	78.3	1	20.0	80	52.3
	農業*	9	16.1	3	3.3	0	0.0	12	7.8
	学生	22	39.3	5	5.4	1	20.0	28	18.3
	その他	19	33.9	13	14.0	3	60.0	35	22.9
推定感染原因	河川でのレジャー・労働	46	82.1	85	92.4	5	100.0	136	88.9
	農作業	4	7.1	5	5.4	0	0.0	9	5.9
	その他	6	10.7	1	1.1	0	0.0	7	4.6
	不明	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	0.7

*石垣市、竹富町の各1例は職業 レジャーガイド兼農業のため両方に計上

なお、期間中に70代男性の死亡例が1例確認された³⁾。

まとめ

八重山地域では河川レジャーが盛んな夏季にレプトスピラ症例報告が多かった。西表島では河川ツアーが盛んであり、竹富町でレジャーガイド関係の症例が多かったと考えられる。多くの症例で感染リスクの高い行動をとる河川曝露が確認された。なお、本集計では八重山地域で感染し、管外保健所へ届け出された症例は含まれていない。

八重山保健所では、管内市町および竹富町観光協会等の協力のもと、河川レジャーと関連したレプトスピラ症の感染リスク、予防策について啓発をしてきた⁴⁾。本調査から、特に石垣市では学生症例が多く、学生向けの普及啓発の必要性が示唆されたように、地域の発生状況や症例の特徴を踏まえた啓発活動が重要となる。

参考文献

- 1) 沖縄県, レプトスピラ症の集団発生事例, 2023年9月12日
<https://www.pref.okinawa.lg.jp/press/press2023/1022243.html>
- 2) 沖縄県, レプトスピラ症の集団発生事例, 2025年10月16日
<https://www.pref.okinawa.jp/press/1034048/1036773.html>
- 3) 沖縄県, レプトスピラ症による死亡例の発生, 2024年10月17日
<https://www.pref.okinawa.lg.jp/press/press2022/1018051.html>
- 4) 竹富町観光協会, レプトスピラ症にご注意ください, 2021年9月24日
<https://painusima.com/7190/>

国立健康危機管理研究機構

国立感染症研究所

実地疫学専門家養成コース (FETP)

喜久里昂哉 赤澤奈々

応用疫学研究センター

小林祐介 島田智恵 砂川富正

沖縄県八重山保健所

比嘉幸緒 真玉橋理子 増田ちえみ

竹本のぞみ 大西 真

沖縄県衛生環境研究所

柿田徹也 久手堅 剛 平良遥乃

照屋盛実

<国内情報>

沖縄県八重山地域におけるレプトスピラ症の発生状況と検査診断および保健所の対応, 2025年

国内のレプトスピラ症の約60%は沖縄県での感染が推定され、県内では沖縄本島北部と八重山地域にお

ける感染例が多い^{1,2)}。2025年に沖縄県八重山保健所に届出されたレプトスピラ症例について、患者聴き取り調査および分離菌株解析を実施したので報告する。また、当所でのレプトスピラ症対策の現状を報告する。

レプトスピラ症患者の聴き取り調査結果概略

2025年の当所管内におけるレプトスピラ症届出21例のうち20例について、詳細な行動歴や河川入水時の状況などの聴き取り調査を実施した。推定感染地域については、発生届において記載がなかった3例を含め20例全例で確認された(次ページ表)。また、推定感染日については、発生届に記載がなかった3例のうち1例は詳細不明であったが、1例は推定感染日が確認された。残り1例は感染機会が複数日あったため、特定が困難であった。次に、推定感染日の記載があった17例の行動歴の確認から、7例は感染機会が複数日あり、5例については届出記載日とは異なる日に感染した可能性が示唆された。聴き取り調査から得られた推定感染日および発病日から、感染から発病に要した日数は中央値11日(範囲: 9-14日: n=12)、発病から初診までに要した日数は中央値3日(範囲: 0-6日: n=20)であった(次ページ表)。

レプトスピラ症例の検査診断

21例の検査診断の結果、16例はPCR法により病原性レプトスピラの遺伝子(*flaB*)が検出された(次ページ表)。PCR陰性5例のうち、血清診断が3例、病原性レプトスピラの分離同定陽性が4例あった。県立八重山病院および県立八重山病院附属診療所では、疑い例診察時にレプトスピラ分離用培地に速やかに検体を接種し、衛生環境研究所にて分離同定を試みている。21症例中17例から*Leptospira interrogans*が分離され、血清群は多様であった(次ページ表)。

八重山地域におけるレプトスピラ症診断の課題として、検体を沖縄本島の衛生環境研究所まで航空便で送付するため、診断までに時間を要することが挙げられる。そこで、2025年より県立八重山病院では、一部の疑い例について自院の検査室でreal-time PCR法による診断を実施することとした。その結果、PCR陽性例では初診から診断までの日数が中央値1日(範囲: 0-5日: n=7)であった。従来通り衛生環境研究所で実施したPCR陽性例では、初診から診断までの日数が中央値3日(範囲: 2-8日: n=9)であった。自院での検査は診断を早め、治療および保健所の積極的疫学調査の着手を早めることにつながる可能性が示された。

八重山保健所管内のレプトスピラ症集団事例

事例1: 石垣市の河川での川遊びが原因と考えられる学生の集団感染(計5例)が確認された(次ページ表の症例12-14, 16, 18)³⁾。国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所・実地疫学専門家養成コースの協力のもと調査を実施した。患者らは複数日にわたり2つの河川への入水歴があったが、これらの河川を同時

表. 八重山保健所に届出されたレプトスピラ症, 2025年

症例 診断週	発生病										聴き取り調査				
	性別	年齢	職業	検査結果				初診→ 診断 ¹⁾	推定 感染地域	推定 感染日					
				PCR法（検体）	血清診断	病原体分離	分離株血清群				推定 感染地域 ²⁾	推定 感染日 ³⁾	感染→ 発病 ⁴⁾	発病→ 初診 ⁴⁾	
1	28	男	40代	観光ガイド	陽性（尿）	陽性（複数血清群）	<i>L. interrogans</i>	Australis	3	石垣島	6/a	石垣島	※	-	2
2	30	男	60代	農業	陽性（尿）	未実施	陰性		2	石垣島	7/b	石垣島	7/b-2	12	4
3	32	女	20代	観光ガイド	陰性	陽性（Australis）	<i>L. interrogans</i>	Australis	14	西表島	7/c	西表島	※	-	2
4	33	男	30代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Australis	8	記載なし	記載なし	西表島	※	(9) ⁵⁾	2
5	33	男	20代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	8	西表島	記載なし	西表島	不明	-	1
6	33	男	20代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	7	西表島	7/d	西表島	※	(10) ⁵⁾	2
7	33	男	10代	学生	陽性（尿）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Grippotyphosa	4	西表島	7/e	西表島	7/e+1	11	3
8	33	女	10代	学生	陽性（尿）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Pyrogenes	3	西表島	記載なし	西表島	7/f	10	6
9	34	男	10代	学生	陽性（尿）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	2	石垣島	8/g	石垣島	8/g	12	4
10	36	女	30代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Autumnalis	0	西表島	8/h	西表島	8/h-7	10	4
11	39	男	20代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	5	西表島	9/i	西表島	9/i	9	0
12	39	男	10代	学生	陽性（血液）	未実施	陰性		1	石垣島	9/j	石垣島	9/j	9	4
13	39	男	10代	学生	陽性（血液）	未実施	陰性		1	石垣島	9/j	石垣島	9/j	11	2
14	39	男	10代	学生	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	0	石垣島	9/j	石垣島	9/j	11	3
15	40	男	40代	観光ガイド	陽性（血液・尿）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Grippotyphosa	2	西表島	9/k	西表島	※	-	3
16	40	男	10代	学生	陽性（血液・尿）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	3	石垣島	9/j	石垣島	9/j	14	1
17	41	女	30代	小学校教諭	陰性	陽性（複数血清群）	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	14	西表島	9/k	西表島	※	-	3
18	41	男	10代	学生	陰性	陽性（複数血清群）	陰性		10	石垣島	9/j	石垣島	9/j	11	6
19	42	男	70代	無職	陰性	未実施	<i>L. interrogans</i>	Australis	18	記載なし	9/l	石垣島	9/l+2	10	3
20	44	女	20代	観光ガイド	陽性（血液）	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	0	記載なし	10/m	西表島	※	-	1
21	50	男	20代	観光ガイド	陰性	未実施	<i>L. interrogans</i>	Hebdomadis	127	西表島	7/n	聞き取り調査未実施	-	-	-

発生病記載情報と分離株情報を含む検査結果、保健所の聴き取り調査結果による感染推定地域および推定感染日を示した

1) 初診から診断までに要した日数

2) 聴き取り調査により判明した推定感染地域は網掛けで示した

3) 行動歴の調査により、発生病の推定感染日と異なる推定がなされた症例は網掛けで示した。また、複数日で感染機会が認められた症例は※で示した

4) 聴き取り調査で確認した推定感染日、発病日に基づいた、感染から発病までに、あるいは発病から初診までに要した日数。-は聴き取り調査未実施あるいは感染日が推定できなかった症例

5) 症例4および6は、症例7と症例8と同日 (7/f) に同一河川への入水歴があった。7/fに感染したと仮定した場合発病までに要した日数は9日あるいは10日となる

期に利用した非発病集団の行動歴との比較から、9月j日のA河川での感染の可能性が示唆された。また、患者らのレプトスピラ症に関する知識は限定的であることが確認され、教育関係者と協力した感染予防の啓発活動の必要性が示された。

事例2：2025年第33週に計5例の届出を受理した (表の症例4-8)。聴き取り調査により、症例7および8は、7月f日に西表島のB河川のイベントに別グループとして参加し、河川水との接触による感染機会があったことが判明した。症例4と6は異なる事業所の観光ガイドで、両名とも西表島の複数の河川での入水履歴があったが、7月f日にはB河川を利用していた。4名の発病日はB河川利用の9日または10日後であったため、潜伏期間においてもB河川での感染に矛盾はみられなかった。また聴き取り調査では、4名とも入水時の河川Bが大雨の影響で増水し濁っていたことを記憶しており、下腿に擦り傷あったことも確認された。同一河川での感染が疑われる4名の分離株は、それぞれ異なる血清群であった (表)。特に、同一イベント参加症例 (症例7, 8) であっても感染血清群が異なることから、同一環境が複数の血清群に汚染されている可能性が示唆された。

八重山保健所のレプトスピラ症対策の取り組み

当所は行動歴などの聴き取り調査の全例実施を目指している。感染地域 (入水河川を含む) を詳細に聴き取ること、感染地域および感染日の推定の精緻化に努めている。また、感染例が多い竹富町西表島で活動す

る観光ガイドへの啓発活動を強化した。2025年5月から竹富町役場と連携し、町条例に基づく観光ガイド義務講習会においてレプトスピラ症に関する講習を行った (全10回, 189名受講)。講習会では、レプトスピラ症の感染リスクや、受診時に行動歴を医師に伝えることで適切な治療に繋がる可能性があることを周知し、ツアー参加者にも情報提供をすることを依頼した。観光ガイドから参加者に対する注意喚起により、観光客等が居住地に戻った後に発症した場合も、居住地での早期診断に繋がる可能性があると考える。

参考文献

- 1) 越湖允也ら, IASR 44: 29-30, 2023
- 2) 喜屋武向子ら, IASR 37: 105-106, 2016
- 3) 沖縄県, レプトスピラ症の集団発生事例について, 令和7 (2025) 年10月16日
https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/036/773/20251016_reptospirosis.pdf

沖縄県八重山保健所

比嘉幸緒 真玉橋理子 増田ちえみ

三浦芳典 竹本のぞみ 大西 真

沖縄県衛生環境研究所

平良遙乃 柿田徹也 久手堅 剛

照屋盛実

沖縄県立八重山病院

仲間美香 町田絵都 八幡照幸