

当院で16年ぶりに麻疹の患者を診察しました。皆様ご存じのように、近年では麻疹の患者が発生するとニュースになります。2018年上半期は沖縄で、外国からの旅行者を発端としたアウトブレイクがあり話題になりました。当院のケースは結果だけを見ると、その後の2次感染者はゼロであり、アウトブレイクにならなかったことは幸いです。しかし、その水面下では非常に多くの労力を要しました。

2015年3月に日本は麻疹排除国として認定されており、日本には麻疹ウイルスは通常、存在しないということになっています。しかし、旅行者が多く行き交うグローバル社会において、麻疹ウイルスは日常的に国内に入ってきます。つまり、麻疹患者が受診する可能性はいつでもあります。臨床医である以上、他人事ではなく、いつ自分のところに麻疹患者があらわれるかもしれないと危機感を持ってこの記事を読んでもいただければと思います。

症例は、40代の健康な男性で、今年に入ってから海外渡航歴、県外への出張等はありません。3月29日に全身倦怠感があり、翌30日にA病院受診。38℃台前半の発熱があり、インフルエンザ検査を施行するが陰性で、解熱剤を処方され帰宅しました。その後も解熱せず。4月2日に感冒薬、抗生剤等が追加処方となりました。同日夜間から顔の赤みが出現、翌3日には発疹が上半身にも拡大し、B病院を受診しました。B病院では内科医が診察にあたり、麻疹の疑いとして同日、当院皮膚科へ紹介となりました。

皮膚症状は、顔面・上半身にほぼ限局し、癒合傾向の乏しい半米粒大までの淡紅色紅斑が多発していました。口腔内には特記所見はありませんでした。頸部、腋窩、単径部いずれも表在リンパ節を多数触知しました。38℃台後半の発熱がありましたが、全身状態は良好で、カタル症状は軽微でした。薬剤投与から発疹出現までの経過が早いこと、表在リンパ節の腫脹が目立つこと等から、麻疹よりはウイルス性発疹の可能性が高いと考えました。当時周囲で流行している疾患の情報はありませんでした。原因ウイルスの鑑別として、非特異的なものの可能性が高いと考えましたが、特異的なものとしてEBウイルス、サイトメガロ、風疹、麻疹の4つをあげ抗体検査を提出しました。

全身状態は良好のため外来経過観察可能と評価し、4月5日に再診としました。4月5日の時点では抗体検査の結果は未着でしたが、すでに病勢は鎮静化の方向にあり2週間後の再診の予約をし、帰宅としました。その後、4月10日に、初診時の麻疹IgM抗体が陽性であったことが発覚し、保健所と患者本人に連絡を

入れ、疫学調査が開始となりました。このとき患者自身はすでに解熱後3日以上経過し回復しておりました。

4月10日、まず診断確認のため、血液(EDTA血)、咽頭ぬぐい液、尿の3検体を採取しました。同日夜には地方衛生研究所にて、麻疹ウイルス陽性が確認されました。4月11日午前には感染管理委員会、病院幹部と保健所職員で協議を行いました。麻疹は空気感染をおこす疾患です。患者が来院した4月3日、5日は一般診察室で診察を行っており、患者が受付を行った1時間前から会計の1時間後までに外来にいた人すべてをリストアップしました。患者、付きそい者、当院職員を含め、1,892名がリストに上がり、保健所の指示により、病院が接触患者全員への健康調査を行うこととなりました。

電話連絡にて一件ずつ、麻疹患者が発生した事実、罹患歴・予防接種歴の確認、症状が出た場合の対応、個人情報と保健所に届けることの許可などを説明しました。感染管理委員会の委員や看護師長など約60名が対応にあたりました。状況をしっかり理解していただくために、場合によっては一件で30分以上も要しました。

麻疹は発熱の前日から感染力があり、潜伏期間は通常10～12日(修飾麻疹の場合は3週間まで)とされています。4月8日以降は2次感染者が出現する可能性があり、麻疹疑いのある患者は来院前に病院に連絡を入れていただき、ER隔離室で診察にあたりました。抗体をもともと保有する患者は、修飾麻疹と比べて典型的な症状が出ないことも多いため、診断は困難を極めます。今回、麻疹患者との接触があり、2回の予防接種歴が母子手帳で確認できない患者は、以下のどちらかが当て

はまればすべて麻疹疑いとなりました。①発疹がある患者、②発疹がなくても37℃以上で、咳・咽頭痛・鼻汁・充血のいずれか1つがある。

当該患者からの麻疹2次発生は、4月26日まで可能性があるとして、その間慎重に診察にあたりました。幸い麻疹の2次発生は一例もなく、ゴールデンウィーク明けに前述の接触者全員の健康調査を再度行い、終息と判断しました。最終的に今回の疫学調査は、一施設の調査としては、過去最大規模のものとなりました。

症例を振り返ると、感染経路はまったく不明で、他院から麻疹の疑いとして紹介となった患者でした。鑑別の1つとして麻疹を考えながらもその可能性は低いと考えたため、一般診療室で2回診察を行いました。このことが、後に大きな問題となりました。臨床的には修飾麻疹の像を呈

(表1)

患者発生に備えて

地域の中核病院に求められること

- ・ 職員の抗体価の把握、追加予防接種の徹底
- ・ 感染症患者のスクリーニング(マニュアルの整備と実施)
- ・ 複数の患者が同時に受診しても対応できる隔離室の設置
- ・ 患者が発生した際に、他患者と交差しない動線の確保

プライマリケア医に求められること

- ・ 職員の抗体価の把握、追加予防接種の徹底
- ・ 軽症患者の場合は、自施設と保健所で対応
- ・ 高次医療機関へ紹介する際は、事前連絡の徹底

(表2)

麻疹：知っておくべき5つの基礎知識

1. 空気感染する疾患：結核、麻疹、水痘
2. 抗体をもたない感受性患者には、非常に高い感染率がある
3. 麻疹ウイルスは現在、日本には存在しないことになっている
4. 予防接種により発症を予防できる疾患であるが、終生免疫ではない(secondary vaccine failure)
5. 麻疹は疑いの段階で保健所に報告する義務がある

補足事項：

- 1 結核、麻疹、水痘は、インフルエンザなどとは違って、空調が独立していない空間をとると患者と離れていても感染の可能性があります。
- 2 麻疹の感染力は非常に強く、基本再生産数(1人の感染者が周囲の免疫を持たない人に感染させる数)は12～18とされます。ちなみに、インフルエンザは2～3程度です。
- 3 2015年3月に、日本は麻疹排除国に認定されています。
- 4 1990年4月以降に生まれた日本人は、定期接種をきちんと行っていれば2回予防接種を受けているので、少数の抗体が見つからない人を除き、約99%は抗体を保有しています。かつては、麻疹は終生免疫とされていましたが、近年では麻疹患者が周囲にいないことによるブーストアップの欠如により、抗体価は年々落ちてくるのがわかっています。ただし、低抗体価の場合でも抗体を保有していれば、感染しても体内でのウイルス増幅は少なく、他者への感染性は低いとされています。
- 5 2008年より麻疹は全例報告義務があり、2016年より“疑い”の段階で報告する義務があります。