

# なぜ今、B型肝炎ワクチンが必要なのか

済生会横浜市東部病院 小児肝臓消化器科部長 乾 あやの

WHOの2011年までの報告によると、世界中に3億6千万人のHBVのキャリアが存在し、肝硬変・肝臓癌の危険にさらされ、年間50～70万人がHBV慢性疾患で死亡しているとされていた。しかし、B型、C型のウイルス性肝炎による死者数がアジアを中心に世界で急増し、2010年の死者は当初の予想を超える140万人以上となった。この数字はエイズウイルス(HIV)とほぼ同数で20年前に比べ46%増加し、結核やマラリアの死者数を上回った。

13年の時点でWHO加盟国の約94%(194か国中183か国)がB型肝炎ウイルス(HBV)ワクチンを定期接種プログラムに組み入れている。とくに、東南アジア、南太平洋などHBV高浸透地域を管轄するWHO西太平洋事務局での定期接種率はWHOの中で最も高い。この中で我が国だけが定期接種化を行っていない。

米国は、1991年から乳児に対するUVを実施し、1994年から乳児期のUV未接種者全員に対して12歳児HBVワクチン接種を行った(Catch-up vaccination)。この戦略により、米国における成人での急性肝炎の発症頻度は急速に減少した。いわゆる、“herd immunity”効果である(図1)。

そして、08年にはアイルランドがUV化に踏み切った。この理由は90年代後半から移民政策を開始し、HBV感染率が急増したためである。

さらに、11年にオランダがUV化に踏み切った。これは、high riskだけのワクチン接種と妊婦スクリーニングによる母子感染防止だけでは、急性肝炎の発症頻度が減少しなかったことによる。

感染予防策は、①UV、②high risk戦略の2つに分けられる。High risk戦略では、high risk集団の明確化が必須である。しかし、統一された国際基準はなく、各国独自でワクチン接

種をすべき対象を決めている。各国で異なるが、high risk集団を明記し、無料接種を行っている。

一方、我が国におけるhigh risk集団の定義はあいまいで、厚生労働省・ウイルス肝炎研究財団・日本医師会感染危機管理対策室の合同コメントとして06年3月に「常識的な社会生活を心掛けていれば、日常生活の場では、HBVに感染することはほとんどないと考えられています。」と発表されており、改訂はされていない。

HBVワクチンは肝臓癌予防ワクチンであるとともに、乳児期に定期接種化することにより、成人における急性B型肝炎の発症頻度も低下させた。WHO加盟国でhigh risk戦略をとっている国のなかでhigh riskを母子感染に限っているのは我が国以外にはない。総務省出入国管理統計によると13年の日本からの海外への渡航者数は1,800万人を超え、海外からの日本への渡航者数は1,000万人を超えている。この現状からまず、13年10月18日付でHB母子感染防止方法が国際標準となった(図2)。さらに15年1月15日、早ければ17年度から我が国でも1歳未満の全員の乳児に対してHBワクチンの定期接種化が開始されることが発表された。しかし、それ以外の未接種者に対するワクチン接種は任意であり、特に医療従事者については、各地域での啓発活動が重要である。

図1: 米国におけるUV後の急性B型肝炎の発生頻度

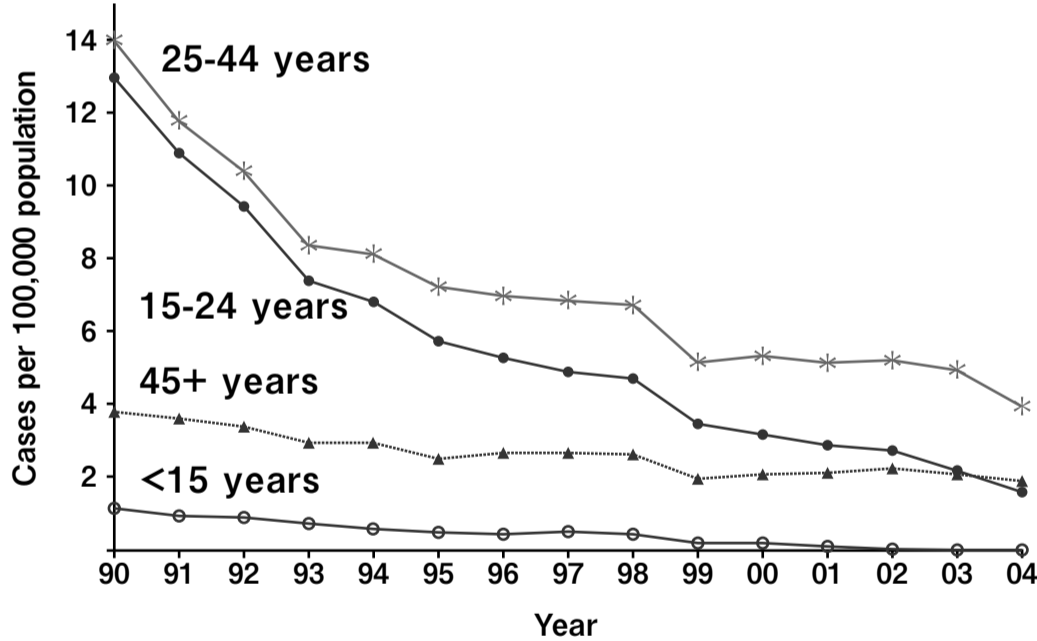
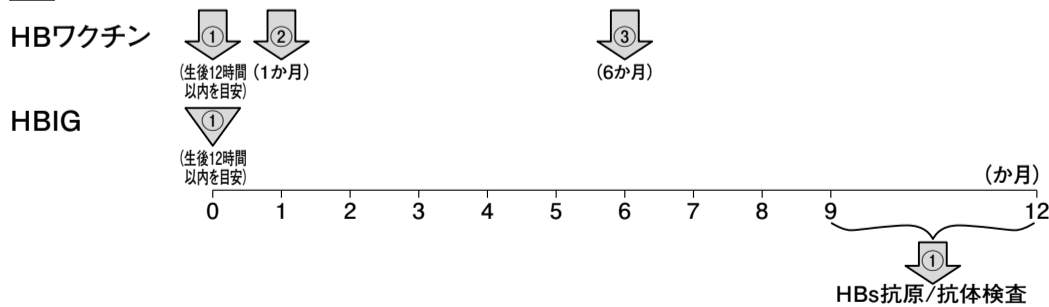


図2: 新 日本小児科学会が推奨するB型肝炎ウイルス母子感染予防および管理方法



旧 厚生省B型肝炎母子感染防止事業方式による母子感染予防および管理方法

