

平成 24 年度厚生労働科学研究

**集団予防接種等による B 型肝炎感染拡大の検証
及び再発防止に関する研究 報告書（案）**

**集団予防接種等による B 型肝炎感染拡大の検証
及び再発防止に関する研究班**

はじめに

目 次

はじめに	i
1. 研究目的.....	1
1.1 背景と目的.....	1
1.2 研究班の位置づけ.....	1
1.3 検証項目.....	1
2. 研究方法.....	3
2.1 検証項目 1.....	5
2.1.1 文献調査.....	5
A) 統計資料の場合.....	5
B) 法令等の場合.....	5
C) 学術雑誌の場合.....	5
2.1.2 アンケート調査.....	6
A) 都道府県対象調査.....	6
B) 市町村対象調査.....	6
2.1.3 ヒアリング調査.....	6
2.2 検証項目 2.....	7
2.2.1 感染者数の推計.....	7
A) 目的.....	7
B) 方法.....	7
2.2.2 アンケート調査.....	8
A) 被害者本人対象調査.....	8
B) 被害者遺族対象調査.....	8
2.3 検証項目 3.....	8
2.3.1 文献調査.....	8
2.3.2 アンケート調査.....	8
A) 医療従事者対象調査.....	8
B) 保健所長経験者対象調査.....	9
2.3.3 ヒアリング調査.....	9
A) 保健所長経験者対象調査.....	9
2.4 検証項目 4.....	9
2.4.1 文献調査.....	9
2.4.2 アンケート調査.....	10
2.4.3 ヒアリング調査.....	10
A) 有識者対象調査.....	10
B) 国関係者対象調査.....	10
2.5 検証項目 5.....	11

2.5.1	文献調査	11
2.5.2	ヒアリング調査	11
2.6	検証項目 6	11
3.	研究結果	12
3.1	検証項目 1	12
3.1.1	文献調査	12
A)	予防接種対象疾病の流行等の実態	12
a)	予防接種対象疾病の変遷	12
b)	予防接種対象疾病患者数等の推移	12
c)	予防接種被接種者数の推移	13
B)	予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）	14
a)	法令等における規制動向	14
b)	接種用具等の整備責任	15
c)	時間あたり接種人数	15
d)	健康被害救済制度、母子感染防止事業の導入等	15
C)	予防接種に使用する器具等の開発・普及状況	16
a)	注射器の技術開発の状況	16
b)	注射器の普及の状況	17
c)	滅菌・消毒の技術開発の状況	20
d)	滅菌器及び消毒器の普及の状況	20
D)	検証項目 1 に関する文献調査結果のまとめ	21
3.1.2	アンケート調査	23
A)	都道府県対象調査結果の概要	23
B)	市町村対象調査結果の概要	24
3.1.3	ヒアリング調査	25
A)	針・筒の交換・消毒の実態	25
a)	現在及びこれまでの予防接種制度全般への市町村の関わり	25
(ア)	予防接種の実施に関する市町村における検討体制	25
(イ)	予防接種の実施方法	25
(ウ)	ディスポーザブル注射針・筒の使用状況	26
b)	予防接種の手技等の指導への市町村の関わり	26
(ア)	予防接種実施要領など手技等に関する規定	27
(イ)	手技等に関する検討	27
c)	集団予防接種等による B 型肝炎感染可能性が疑われる具体的な事例	27
d)	B 型肝炎ウイルス感染のリスクに関する認識	27
(ア)	B 型肝炎ウイルスに関する医学的知見の状況	27
(イ)	集団予防接種による B 型肝炎ウイルスの感染リスク認識に関する状況	27
3.2	検証項目 2	29
3.2.1	感染者数の推計	29
A)	1950 年～1989 年 出生年別にみた HBV キャリア数の推計	29
B)	HBs 抗原陽性率の要因解析	31
3.2.2	アンケート調査	33

A) 被害者本人対象調査結果の概要.....	33
a) 身体的被害について.....	33
b) 経済的被害.....	33
c) 精神的被害について.....	33
d) 再発防止について.....	33
B) 被害者遺族対象調査結果の概要.....	33
3.3 検証項目3.....	35
3.3.1 文献調査.....	35
A) B型肝炎ウイルス発見までの研究動向.....	35
B) ウイルスの発見.....	35
C) 疾患概念.....	36
D) 感染経路.....	38
E) 肝炎の発生機序.....	39
F) 検証項目3に関する文献調査結果のまとめ.....	40
3.3.2 アンケート調査.....	42
A) 医療従事者対象調査結果の概要.....	42
B) 保健所長経験者対象調査結果の概要.....	44
3.3.3 ヒアリング調査.....	45
A) 保健所長経験者対象調査.....	45
3.4 検証項目4.....	47
3.4.1 文献調査.....	47
A) 関係学会、医療関係者による把握および対応.....	47
B) 国（国立感染症研究所を含む）による把握および対応.....	47
C) 検証項目4に関する文献調査結果のまとめ.....	54
3.4.2 アンケート調査.....	55
3.4.3 ヒアリング調査.....	56
A) 有識者対象調査.....	56
a) B型肝炎に関する医学的知見に関する変遷.....	56
(ア) B型肝炎の重症化に関する認識の変遷について.....	56
(イ) B型肝炎のキャリア化に関する認識の変遷.....	56
(ウ) B型肝炎の感染力の強さに関する認識の変遷.....	56
b) B型肝炎ウイルス感染のリスクに関する認識.....	57
(ア) B型肝炎ウイルスに関する感染経路に関する認識の変遷.....	57
(イ) 注射針・注射筒による感染リスクの認識の変遷.....	57
(ウ) 集団予防接種（注射針・筒の連続使用）による感染リスクの認識の変遷.....	58
(エ) B型肝炎ウイルス感染防止対策に関する認識の変遷.....	58
c) 関係学会、医療関係者による把握及び対応.....	58
(ア) 集団予防接種によるB型肝炎感染の症例報告の有無.....	58
(イ)（症例報告があった場合）症例の概要及び関係学会等の対応.....	59
B) 国関係者対象調査.....	60
3.4.4 関係機関間の情報共有等の連携の実態.....	61
3.5 検証項目5.....	62

3.5.1	イギリス	62
A)	予防接種に関する歴史的背景	62
B)	予防接種制度の概要	62
a)	根拠法令	62
b)	実施体制	63
C)	強制接種／任意接種	63
D)	集団接種／個別接種	63
E)	注射針・注射筒の消毒・交換	64
F)	ディスポーザブル製品の普及状況	66
G)	予防接種を原因とするB型肝炎感染事例	66
H)	健康被害救済制度	67
3.5.2	アメリカ	67
A)	予防接種制度の概要	67
a)	根拠法令	67
b)	実施体制	67
B)	強制接種／任意接種	69
C)	集団接種／個別接種	69
D)	注射針・注射筒の消毒・交換	70
E)	ディスポーザブル製品の普及状況	70
F)	予防接種を原因とするB型肝炎感染事例	71
G)	健康被害救済制度	72
3.5.3	ドイツ	73
A)	予防接種制度の概要	73
a)	根拠法令	73
b)	実施体制	74
B)	強制接種／任意接種	74
C)	集団接種／個別接種	75
D)	注射針・注射筒の消毒・交換	76
E)	ディスポーザブル製品の普及状況	77
F)	予防接種を原因とするB型肝炎感染事例	78
G)	健康被害救済制度	79
4.	考察	80
5.	参考資料	84
5.1	研究班の開催状況	84
5.2	調査対象文献一覧	85
5.3	アンケート調査票	86
5.4	アンケート調査結果	87
5.4.1	都道府県対象調査	87
5.4.2	市町村対象調査	108
5.4.3	被害者本人対象調査	134
5.4.4	被害者遺族対象調査	284

5.4.5 医療従事者対象調査.....	313
5.4.6 保健所長経験者対象調査.....	370
5.5 ヒアリングシート.....	390

1. 研究目的

1.1 背景と目的

本研究(検証)の目的は、B型肝炎訴訟を教訓として予防接種の安全性の確保を徹底するため、昭和23年から昭和63年までの間、何故、我が国において、予防接種時に注射器を1人1人交換するという対応がなされなかったのかを明らかにすることである。

1.2 研究班の位置づけ

本研究班は、厚生労働大臣が主催する「集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する検討会」(以下、「検証会議」という。)において、検証等に係る調査研究を行うことを目的として設置された。

検証会議は、平成23年6月28日に、原告団・弁護団および厚生労働大臣との間で締結された基本合意書において、「国(厚生労働省)は、集団予防接種等の際の注射器等の連続使用によるB型肝炎ウイルスへの感染被害の真相究明及び検証を第三者機関において行うとともに、再発防止策の実施に最善の努力を行うことを約する」とあることを受け、過去の集団予防接種等の際の注射器等の連続使用によるB型肝炎ウイルスへの感染被害について「検証」と「再発防止策の検討」とを併せて行う場として、平成24年5月8日に設置されたものである。

平成24年5月31日に開催された第1回検証会議において、「検証」については、検証会議の下に第三者機関たる研究班を組織し、厚生労働科学研究費補助金によって必要な調査等を行うこととされた。その研究班の研究代表者として、検証会議構成員でもある多田羅浩三氏が指名されたことを受け、本研究班が組織された。

1.3 検証項目

平成24年6月21日に開催された第2回検証会議において、検証項目として以下の事項がとりまとめられ、本研究班に示されたところである。

1. 予防接種等の実態
 - (1) 予防接種対象疾患の流行等の実態
 - (2) 予防接種制度(副反応情報収集、健康被害救済を含む)
 - (3) 予防接種に使用する器具等の開発・普及状況
 - (4) 予防接種の具体的接種実態(器具使用実態、消毒方法等)
2. 日本におけるB型肝炎ウイルスの感染及び感染被害拡大の実態
 - (1) 感染者の肉体的・精神的及び経済的負担、さらに社会的差別偏見に関する実態
 - (2) B型肝炎ウイルスの感染実態
3. B型肝炎に関する医学的知見およびそれに対する関係機関等の認識について
 - (1) B型肝炎の病態等に関する医学的知見及びそれに対する関係機関等の認識
 - (2) B型肝炎の感染経路等に関する医学的知見及びそれに対する関係機関等の認識
 - (3) 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス感染リスクに対する関係機関等の認識
4. 集団予防接種等によるB型肝炎感染被害発生の把握及び対応
 - (1) 関係学会、医療関係者による把握及び対応
 - (2) 自治体及び予防接種従事者による把握及び対応

- (3) 国（国立感染症研究所を含む）による把握及び対応
- (4) 関係機関間の情報共有等の連携の実態
- 5. 諸外国における予防接種制度及び予防接種に伴う感染防止対策の実態
 - (1) 諸外国の予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）
 - (2) 外国における予防接種に伴う感染防止対策の実施状況
- 6. 再発防止策の策定に向けた検討

本研究班においては、上記の検証項目 1～6 について必要な調査研究を行う。

2. 研究方法

検証項目ごとの調査手法及びその概要は以下の通りである。

検証項目 1 予防接種等の実態（時間軸での変遷※昭和 23 年から昭和 63 年までについて検証）

(1) 予防接種対象疾患の流行等の実態

文献調査を通じて、予防接種対象疾患の歴史的変遷を整理するとともに、対象疾患の流行等の状況について統計情報から把握した。

(2) 予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）

文献調査を通じて、予防接種に関する法令、通知を収集、整理し、予防接種制度の歴史的変遷について把握した。また、追加的に GHQ 資料、過去の行政資料を収集、整理し、歴史的変遷を把握した。

(3) 予防接種に使用する器具等の開発・普及状況

文献調査を通じて、注射針等の製造販売業者の業界団体誌、事業者の社史等により注射針、注射筒等について、日本における技術開発の推移を把握した。

また、注射針等の製造販売業者等数名を対象に、技術開発の経緯等について聞き取り調査（ヒアリング調査）を行った。

(4) 予防接種の具体的接種実態（器具使用実態、消毒方法等）

アンケート調査を通じて、全国の都道府県、保健所、市町村を対象として予防接種の実施方法、手順等の変遷及び実態を把握した。合わせて手順等を規定した文書を収集した。

さらに、アンケートに回答のあった自治体のうち、文書等の保管状況が良好な自治体等を対象に現地を訪問してヒアリング調査を行い、アンケートで把握が難しい定性的な情報を把握した。

検証項目 2 日本における B 型肝炎ウイルスの感染及び感染被害拡大の実態（時間軸での変遷）

(1) 感染者の肉体的・精神的及び経済的負担、さらに社会的差別偏見に関する実態

先行研究として関連する厚生労働科学研究等の調査内容、結果を踏まえつつ、B 型肝炎ウイルス感染者を対象としたアンケート調査により、肉体的、精神的、経済的負担及び社会的差別偏見に関する実態を把握した。

(2) B 型肝炎ウイルスの感染実態

B 型肝炎ウイルス感染に関する疫学研究論文等を収集、分析し、垂直／水平感染それぞれの感染拡大への寄与度について検討した。

検証項目 3 B 型肝炎に関する医学的知見およびそれに対する関係機関等の認識について（時間軸での変遷）

(1) B 型肝炎の病態等に関する医学的知見及びそれに対する関係機関等の認識

文献調査を通じて、B 型肝炎ウイルスが発見された昭和 48 年以降の B 型肝炎の病態、感染経路、感染リスク等に関する研究論文、ガイドライン、医学教科書等を収集し、医学的知見・認識の歴史的変遷について把握した。

また、開業医、保健所長など医療・公衆衛生従事者等を対象としたアンケート調査を通じて、当時の認識について把握した。

さらに、関係学会や肝炎に関する有識者等を対象としたヒアリング調査を実施し、当時の認識及び背景等についての情報を把握した。

(2) B型肝炎の感染経路等に関する医学的知見及びそれに対する関係機関等の認識

((1) と共通)

(3) 集団予防接種等による B型肝炎ウイルス感染リスクに対する関係機関等の認識

((1) と共通)

検証項目 4 集団予防接種等による B型肝炎感染被害発生の把握及び対応（時間軸での変遷）

(1) 関係学会、医療関係者による把握及び対応

文献調査を通じて、集団予防接種等による B型肝炎感染被害が疑われる事例の把握及び対応の状況を、学会の症例報告等から収集、把握した。

検証項目 1 (4)、検証項目 3 で実施したアンケート調査の結果も活用した。

さらに、国（国立感染症研究所を含む）職員 OB を対象としたヒアリング調査を実施した。

(2) 自治体及び予防接種従事者による把握及び対応

((1) と共通)

(3) 国（国立感染症研究所を含む）による把握及び対応

((1) と共通)

(4) 関係機関間の情報共有等の連携の実態

検証項目 4 (1) ～ (3) の調査結果から、医療関係者→自治体・学会→国の情報共有・連携の状況について把握分析した。

検証項目 5 諸外国における予防接種制度及び予防接種に伴う感染防止対策の実態（時間軸での変遷）

(1) 諸外国の予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）

アメリカ、イギリスなどの諸外国を対象とし、関連する文献の収集および現地ヒアリング調査を通じて各国の予防接種制度について把握した。

(2) 外国における予防接種に伴う感染防止対策の実施状況

アメリカ、イギリスなどの諸外国を対象とし、具体的な予防接種実施方法、B型肝炎感染防止対策の実施経緯、B型肝炎感染被害の状況等について、関連する文献の収集および現地ヒアリング調査を行った。

検証項目 6 再発防止策の策定に向けた検討

検証項目 1 ～ 5 の調査研究結果を踏まえ、再発防止策の策定に向けた検討を行った。

2.1 検証項目1

2.1.1 文献調査

A) 統計資料の場合

国が行う統計調査の情報は冊子または電子データ（政府統計の総合窓口）で公表されている。ただし、電子データで提供されるのは概ね平成8年頃以降のデータであり、それ以前の統計資料については、過去の統計を国会図書館等で検索、該当部分を複写し、データを入力する。

B) 法令等の場合

法令（法律、政令、省令、告示等）については、「官報情報検索サービス」（独立行政法人国立印刷局）を用いることで、昭和22年5月3日（日本国憲法施行日）以降の全ての官報掲載記事についてキーワードを用いた検索ができる¹。

官報に掲載されない通知等については、国立公文書館デジタルアーカイブを用いてキーワード検索を実施した。

国が保管している文書については以下の通り。

- ・ 「公文書等の管理に関する法律」及び同法律に基づく「厚生労働省文書管理規則」に基づき作成された行政文書ファイルの管理簿が公開されている。（データベース化されていないため、キーワードによる検索はできない）
- ・ 同法及び同規則に基づき厚生労働省が保管している資料等の全てについて提出を受けた。
- ・ 提出を受けた資料は、同法及び同規則の行政文書、管理方法、保存年限等によるもの等である。
- ・ 研究班事務局において、提出を受けた資料の中から関連する資料を抽出し、整理した。

その他、雑誌等の検索によって不足する情報を補完した。

C) 学術雑誌の場合

国内で発行された医学、薬学系の学術雑誌等については、「医学中央雑誌」（医学中央雑誌刊行会）を用いて検索することが可能である²。

1983年（昭和58年）以降の文献はインターネット上でデータベースが公開されており（有料）、キーワードを用いた検索が可能である。

1903年（明治36年）から1982年（昭和57年）の文献情報は国会図書館にデータが移管されており、国会図書館のwebページより閲覧できる。国会図書館のシステムでは全て原本が画像として保存されておりキーワード検索はできない。月ごとに全収録文献の索引が作成されており設定したキーワードに関連した文献を検索した。

¹ 「「官報情報検索サービス」は、官報（本紙、号外、政府調達公告版、資料版、目録）をインターネットで検索できる会員制サービス（有料：料金表参照）です。」「昭和22年5月3日・日本国憲法施行日以降～当日発行分（当日分は午前8時30分以降に公開）までの官報が検索できます。」（官報情報検索サービスHPより）

² 「国内発行の、医学・歯学・薬学・看護学及び関連分野の定期刊行物、のべ約5,000誌から収録した約750万件の論文情報を検索することが出来ます。」（医学中央雑誌HPより）

医中誌に掲載されているのは多くの場合、論文名、著者、雑誌名、出版年等の情報であり、要約がないものもあり、文献の全文は別途入手した。

入手できた文献から関連する記述を抜き出し、入力した上で整理した。

2.1.2 アンケート調査

A) 都道府県対象調査

全国の都道府県（沖縄県除く）を対象として、質問紙調査を行った。調査票の配布回収は郵送とした。

調査期間は平成 24 年 11 月 23 日～12 月 14 日とし、ハガキによる督促を行った。

都道府県調査の回収数は 46 件（回収率 100.0%）であった。

	発送数	回収数	回収率
都道府県	46 件	46 件	100.0%

B) 市町村対象調査

全国（沖縄県除く）の市町村を対象として、質問紙調査を行った。調査票の配布回収は郵送とした。

調査期間は平成 24 年 11 月 23 日～12 月 14 日とし、ハガキによる督促を行った。

市町村調査の回収数は 1,149 件（回収率 67.5%）であった。

	発送数	回収数	回収率
市町村	1,701 件	1,149 件	67.5%

2.1.3 ヒアリング調査

検証項目 1（4）予防接種の具体的接種実態（器具使用実態、消毒方法等）、検証項目 4（2）自治体及び予防接種従事者による把握及び対応について把握するため、アンケート調査を補足する形で、都道府県・市町村を対象とし、当時の集団予防接種の実態及び具体的な感染事例等についての情報を把握するヒアリング調査を実施した。

調査対象は、アンケート調査の結果を踏まえ、アンケートに回答のあった自治体のうち、追加的に情報が把握可能と考えられる自治体を対象とした。

研究班が現地を訪問し、半構造化面接法による聞き取り調査を行うことで、アンケートで把握が難しい定性的な情報を把握した。

自治体名およびその他の固有名詞は匿名化することとした。

自治体 (匿名化)	実施時期	概要
A	2月7日	担当者（保健師）は昭和61年に他県から異動してきた際に、ガラスの注射筒を煮沸滅菌していたため感染予防の観点から変更の必要性を感じて予算化を進め、昭和62年度から針に加え筒もディスポーザブルを採用するに至った。
B	2月8日	医師会に設置された予防接種運営委員会の主導により昭和61年度から一針一筒に変更した。
C	2月12日	原則記録は5年で廃棄だが、昭和36年頃から続く担当者の備忘録的な申し送りメモはあり、それに基づいてアンケートに回答。昭和51年の厚生省通知に沿って、昭和52年度からディスポーザブルを全面採用した。
D	2月15日	肝炎の集団発生を経験した自治体。集団発生の原因が不明であった。一針化は昭和40年代に実施。昭和50年代中頃より近隣自治体に合わせ注射針・筒ともにディスポーザブル化した。
E	2月21日	昭和50年以降在職している担当者への聞き取りによりアンケートに回答
F	3月28日	業務として必須とされていた日誌や記録簿等ではいが、担当者が作成していた記録が残っている。検討体制としてS53頃に医師会に予防接種運営の会議体が発足し、予防接種の方針等はそこで審議。予算の確保についても特段問題なくなされてきた。
G	3月29日	S56以降在職している担当者の記憶に基づく回答。当時ディスポへの切り替えを提案したがすぐには進まなかった。

2.2 検証項目2

2.2.1 感染者数の推計

A) 目的

B型肝炎の感染及び感染被害拡大の実態を把握するため、1) B型肝炎ウイルス感染者全体の同行、2) 垂直感染・水平感染によるB型肝炎ウイルス感染者の推計、を行った。
現存する血液検査のデータを用いて、日本全体の潜在的な感染者数を推計した。

B) 方法

1) 初回供血者のHBs抗原陽性率、2) 老人保健法に基づく節目検診者のHBs抗原陽性率の2つのデータを用い、40歳未満は(1)を、40歳以上は(2)を用いて推計を行った。

2.2.2 アンケート調査

A) 被害者本人対象調査

平成 24 年 12 月 20 日までに B 型肝炎訴訟の和解が成立した方ご本人を対象として、質問紙調査を行った。

調査票の配布は担当弁護士を經由して郵送により行い、回収は個別に郵送による回収とした。ただし、弁護士を立てずに訴訟・和解を行った方については、個別に郵送による配布を行った。

調査期間は平成 25 年 1 月 25 日～2 月 15 日とした。

回収数は 1,311 件（回収率 88.3%）であった。

	発送数	回収数	回収率
被害者本人	1,485 件	1,311 件	88.3%

B) 被害者遺族対象調査

平成 24 年 12 月 20 日までに B 型肝炎訴訟の和解が成立した方のご遺族を対象として、質問紙調査を行った。

調査票の配布は担当弁護士を經由して郵送により行い、回収は個別に郵送による回収とした。ただし、弁護士を立てずに訴訟・和解を行った方については、個別に郵送による配布を行った。

調査期間は平成 25 年 1 月 25 日～2 月 15 日とした。

回収数は 103 件（回収率 88.0%）であった。

	発送数	回収数	回収率
被害者遺族	117 件	103 件	88.0%

2.3 検証項目3

2.3.1 文献調査

- ・検証項目 1 と同じ。

2.3.2 アンケート調査

A) 医療従事者対象調査

医療従事者調査は日本小児科医会の 50 歳以上の会員を対象として質問紙調査を行った。調査票の配布回収は郵送とした。

調査期間は平成 24 年 12 月 1 日～12 月 14 日とし、ハガキによる督促を行った。

回収数は 1,264 件（回収率 37.5%）であった。

	発送数	回収数	回収率
--	-----	-----	-----

医療従事者	3,369 件	1,264 件	37.5%
-------	---------	---------	-------

B) 保健所長経験者対象調査

保健所長調査は全国保健所長会の名誉会員を対象として質問紙調査を行った。調査票の配布回収は郵送とした。

調査期間は平成 24 年 12 月 1 日～12 月 14 日とし、ハガキによる督促を行った。回収数は 37 件（回収率 60.7%）であった。

	発送数	回収数	回収率
保健所長	61 件	37 件	60.7%

2.3.3 ヒアリング調査

A) 保健所長経験者対象調査

アンケート調査の結果を踏まえ、アンケートに回答のあった保健所長経験者のうち、追加的に情報が把握可能と考えられる方を対象に、アンケートで把握が難しい定性的な情報を把握することを目的として実施した。

調査候対象 (匿名化)	実施時期	概要
A	3 月 1 日	ほとんどの項目に記載がされており記憶が鮮明と考えられるため。また、ディスポの導入の経緯について把握可能か。 ただし、調査対象時期には保健所長ではなく職員として勤務していた方である。
B	3 月 6 日	情報源として国の法令等や都道府県の条例が挙げられており当時の情報について把握可能か。
C	3 月 25 日	毎年、市町村長から書類で実施計画を提出させて、会議を実施。指導を実施した。
D	3 月 25 日	保健所管内で肝炎多発地域があり。肝炎特別対策事業に保健所としても携わった。

2.4 検証項目4

2.4.1 文献調査

- ・検証項目 3 と同じ。

2.4.2 アンケート調査

- ・ 検証項目 3 と同じ。

2.4.3 ヒアリング調査

A) 有識者対象調査

B 型肝炎に関する医学的知見およびそれに対する関係機関等の認識について把握することを目的として、肝炎に関する有識者数名を対象とし、当時の認識及び背景等についての情報を把握する。

有識者 (匿名化)	実施時期
A	2月19日 15:30-16:30
B	2月20日 13:00-14:00
C	2月20日 15:00-16:00
D	2月21日 13:00-14:00
E	2月26日 11:00-12:00

B) 国関係者対象調査

(作成中)

2.5 検証項目5

イギリス、アメリカ、ドイツ等を対象として、（1）諸外国の予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）、及び（2）外国における予防接種に伴う感染防止対策の実施状況等を把握するため、文献調査及び現地ヒアリング調査を実施した。

2.5.1 文献調査

アメリカ、イギリス、ドイツなどの諸外国を対象とし、関連する文献を収集することで各国の予防接種制度について把握した。

2.5.2 ヒアリング調査

アメリカ、イギリス、ドイツなどの諸外国を対象とし、具体的な予防接種実施方法、B型肝炎感染防止対策の実施経緯、B型肝炎感染被害の状況等について、現地を訪問して研究者等への聞き取り調査を行った。

2.6 検証項目6

検証項目1～5に関して得られた結果を踏まえ、研究班において再発防止策の策定に向けた検討を行った。

3. 研究結果

3.1 検証項目1

3.1.1 文献調査

A) 予防接種対象疾病の流行等の実態

予防接種法に規定される対象疾病の歴史的変遷を整理するとともに、対象疾病の流行等の状況について統計情報から把握する。

a) 予防接種対象疾病の変遷

昭和23年～昭和63年における予防接種法及び結核予防法における対象疾病の変遷は表1の通りである。

表1 予防接種法・結核予防法における対象疾病

	S23～	S26～	S33～	S36～	S39～	S43～	S45～	S51	S52	S53～ S63
痘そう	●	●	●	●	●	●	●	▲	▲	▲
ジフテリア	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
百日せき	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
結核	●	■	■	■	■	■	■	■	■	■
コレラ	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
インフルエンザ	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
ワイル病	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
発疹チフス	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲			
ペスト	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲			
腸チフス	●	●	●	●	●	●	▲			
パラチフス	●	●	●	●	●	●	▲			
しょう紅熱	▲	▲								
ポリオ				▲	●	●	●	●	●	●
破傷風						●	●	●	●	●
風しん								▲	●	●
麻しん								▲	▲	●
日本脳炎								▲	▲	▲
対象疾病数	12 疾病	12 疾病	11 疾病	12 疾病	12 疾病	13 疾病	13 疾病	12 疾病	12 疾病	12 疾病

●：定期接種として実施 ▲：定期接種として実施するもの以外 ■：結核予防法

b) 予防接種対象疾病患者数等の推移

予防接種対象疾病患者数の合計の推移をみると、全体的には減少傾向を示している。

1957（昭和32）年、1962（昭和37）年、1965（昭和40）年、1977（昭和52）年にピークがあり、これらはいずれもインフルエンザの流行を反映している。特に1957（昭和32）年のインフルエンザはアジアインフルエンザと呼ばれ、100万人近い患者数が報告されている。

昭和 20 年代には、予防接種対象疾病の患者数は 70 万人を超えて推移していたが、昭和 50 年代までに 20 万人以下に減少している。予防接種対象疾病による死亡数を見ても、昭和 20 年代に 16 万人前後であったが、昭和 30 年代までに急速に減少し、昭和 60 年代までに 5,000 人を下回る水準となっている。

結核は予防接種対象患者数の 7 割程度を占めている。昭和 20 年代～昭和 30 年代前半までは結核患者は 50 万人を超えていたが、その後は減少を続け、昭和 50 年代には 10 万人を下回る水準となっている。

ポリオは 1960（昭和 35）年頃に全国で年間 5,000 人を超える患者が報告される大流行が見られたため、1961（昭和 36）年に緊急接種が行われ、1964（昭和 39）年には予防接種法の対象疾病となった。昭和 36 年以降、患者数は減少を続け、1976（昭和 51）年以降報告数はほぼ 0 となっている。

その他、痘そう、百日せき、腸チフス、パラチフス、発疹チフス等についても昭和 23 年の予防接種法の施行以降、患者数は年々減少する傾向を示している。

これら予防接種対象疾病患者数の減少は、戦後の衛生環境や栄養状態の改善等と合わせて、予防接種の効果が表れているものと考えられる。

(参考)

日本では 1960 年代中頃までに、ポリオ流行はほぼ終息し、1981 年以降、国内では野生株によるポリオ症例は報告されていない。

(中略)

日本では、1950 年代から 1960 年代初頭における大規模なポリオ流行に対応するため、開発されて間もない OPV がソ連(当時)およびカナダから緊急輸入され、1960 年代中頃までに、国内のポリオ流行は、ほぼ終息した。1964 年から国産 OPV の製造が始まり、ポリオ定期予防接種により高いワクチン接種率が維持されている。1980 年に長野県で検出された 1 型ポリオウイルス野生株以降、ポリオ様麻痺患者から野生株ポリオウイルスは検出されておらず、その結果、我が国では、30 年近くにわたり野生株によるポリオ症例は報告されていない。

出典) ポリオワクチンに関するファクトシート (平成 22 年 7 月 7 日版)、国立感染症研究所、第 11 回 厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会資料

(参考)

わが国では 1948 年に百日せきワクチンが導入され、ワクチンの普及とともに百日せき患者は激減した。

出典) 百日せきワクチンに関するファクトシート (平成 22 年 7 月 7 日版)、国立感染症研究所、第 11 回 厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会資料

c) 予防接種被接種者数の推移

予防接種被接種者数（複数回接種のものは第 1 回の人数を被接種者数とみなした値）は、昭和 30 年代～昭和 40 年代前半は概ね年間 4 千万人前後で推移し、昭和 40 年代以降は、1980（昭和 50）年前後に一度落ち込むものの、それ以外の期間では年間 3 千万人を超える水準で推移している。なお、この数値は定期・臨時、市町村実施・保健所実施の合計数である。

予防接種実施件数（複数回接種のものも全て合計した延べ件数）は、昭和 30 年代までは 7 千万～1 億 5 千万件の水準で推移し、昭和 40 年代前半には 6 千万～8 千万件、1970（昭和 45）年以

降は 4 千万～7 千万件で推移している。

B) 予防接種制度（副反応情報収集、健康被害救済を含む）

a) 法令等における規制動向

1948（昭和 23）年 11 月制定の「種痘施行心得」「ジフテリア予防接種施行心得」「腸チフス、パラチフス予防接種施行心得」「発しんチフス予防接種施行心得」「コレラ予防接種施行心得」にはじまり、1949（昭和 24）年 10 月の「ツベルクリン反応検査心得」「結核予防接種施行心得」の制定、1950（昭和 25）年 2 月の「百日せき予防接種施行心得」制定、1953（昭和 28）年 5 月制定の「インフルエンザ予防接種施行心得」にいたる予防接種対象疾病毎に制定された「心得」にはすでに注射器及び注射針（種痘の場合は痘しょう盤及び種痘針等）の消毒（煮沸消毒（やむを得ない場合でも 5% 石炭酸水消毒））と被接種者ごとの注射針の消毒が明記されている。

なお、「ツベルクリン反応検査心得」では、上記の接種器具の消毒の規定に加え、「注射針は注射を受ける者一人ごとに固く絞ったアルコール綿で拂しょくし、一本の注射器のツベルクリンが使用し盡くされるまでこの操作を繰り返して使用してもよい。」との記載がある。

予防接種の実施の際の器具の取扱いについては、1948（昭和 23）年の予防接種法の制定前後から 1953（昭和 28）年の予防接種法の改正までの間に少なくとも以下の通知が予防接種施行心得のほかに出されている。

- ・ 「ツベルクリン反応検査心得中、九、検査用器具の消毒の（二）を次のように改める。（二）注射針は、注射を受ける者一人ごとに、乾熱又は湿熱により消毒した針と取り換えなければならない。なお、注射器のツベルクリンが使用しつくされたときは、その注射器を消毒しないで、新しくツベルクリンを吸引して注射を継続してはならない。」（昭和二十五年二月十五日 厚生省告示第三十九号）
- ・ 「予防接種事故防止の徹底について」（昭和 28 年 2 月 24 日衛発第 119 号）：この資料では「注射器はなるべく五 c c 以下のものを使用し、ワクチン充てんに当り、その都度新たに消毒した注射筒を用いる」とされている。

その後、1958（昭和 33）年 9 月の「予防接種実施規則」制定に伴い、予防接種対象疾病毎に制定されていた「心得」は同実施規則に一元化され、接種用器具の乾熱、高圧蒸気又は煮沸による滅菌と、注射針、種痘針及び乱刺針を被接種者ごとに取り換えることが義務づけられた。これにより、種痘、ジフテリア及び百日せき、腸チフス及びパラチフス、発しんチフス、コレラ、インフルエンザ及びウイルス病の予防接種について接種器具の滅菌と被接種者ごとの注射針の交換が法令上規定された（ただし、ツベルクリン反応検査及び結核予防接種は含まれていない）。また、同実施規則の下に制定された「予防接種実施要領（昭和 34 年 1 月制定）」では、「接種液を吸入するには、そのつど滅菌した注射器を使用しなければならない」とされ、実施規則の内容が具体的に説明された。

1959（昭和 34）年 1 月に「予防接種の実施方法について」（昭和 34 年 1 月 21 日衛発第 32 号各都道府県知事あて厚生省公衆衛生局長通知）が発せられ、「内服ワクチン、内服予防薬の使用について」（昭和 22 年 10 月 5 日予発第 789 号）、「予防接種事故防止の徹底について」（昭和 28 年 2 月 24 日衛発第 119 号）、「予防接種の記録及び報告について」（昭和 29 年 12 月 1 日衛発第 837 号）、「ジフテリア予防接種の実施について」（昭和 29 年 12 月 14 日衛防第 102 号）、「予防接種の普及及び事故防止について」の 5 つの通知は廃止され、新たに「予防接種実施要領」が定められた。

「予防接種実施要領」のほかに、「昭和 30 年度健康診断及び予防接種実施要領」という資料が把握されている。ただし同資料には注射針・筒の消毒・交換に関する記述は見られなかった。

昭和 34 年「予防接種の実施方法について」以降も予防接種の実施の際の器具の取扱いに関する通知が出されている。厚労省資料のなかで確認できたものには以下の資料がある。

- ・ 「自動噴射式注射機使用上の規則」（昭和 42 年 6 月）：「注射機の薬液通過部分は、使用前に高圧蒸気又は煮沸によって滅菌すること」「集団接種時の注意事項 1 在来の有針注射器を使用する場合と比べて予防接種を短時間に終わることができるが、反面機械的に行われる面があるので、この際予診等がおろそかにならないよう特に注意が必要」

1976（昭和 51）年 9 月付「予防接種の実施について」（昭和 51 年 9 月 14 日衛発第 726 号厚生省公衆衛生局長通知）では「注射針、注射器、接種用さじ等の接種用具はディスポーザブルのものを使用して差し支えない」とされた。

1988（昭和 63）年 1 月付で国から発出された「予防接種等の接種器具の取扱いについて」において、各都道府県衛生主管部局に対し、注射針だけでなく、注射筒も被接種者ごとに取り替えるよう指導するよう通知され、被接種者ごとに注射針及び注射筒を交換する方式が明文化された。

b) 接種用具等の整備責任

1959（昭和 34）年 1 月制定の「予防接種実施要領」において、「接種用具等（特に注射針、体温計等多数必要とするもの）は、市町村長が購入のうえ整備しておくこと」とされ、被接種者ごとの注射針交換等に必要となる数の注射針の整備は市町村長の責任において実施されることが明確化された。

c) 時間あたり接種人数

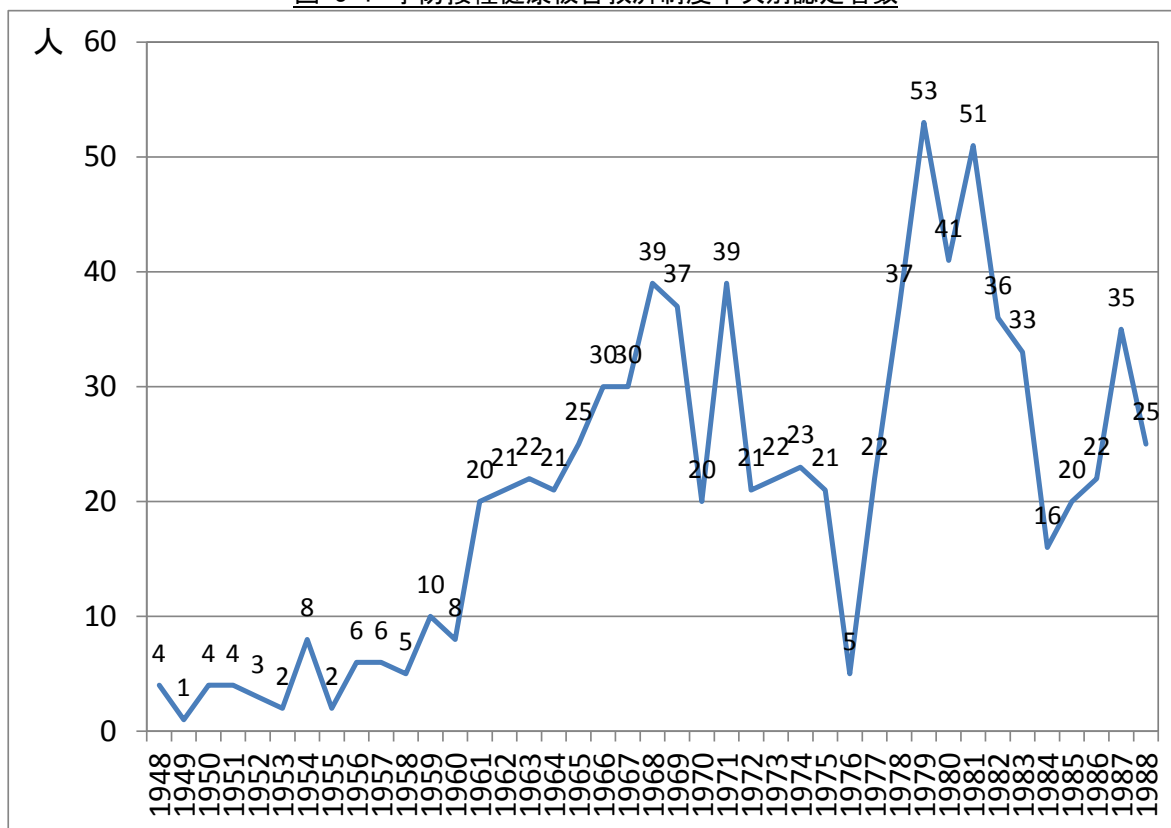
1948（昭和 23）年 11 月制定の「種痘施行心得」「ジフテリア予防接種施行心得」「腸チフス、パラチフス予防接種施行心得」「発しんチフス予防接種施行心得」「コレラ予防接種施行心得」において、種痘は急ぐ場合において医師一人あたり 1 時間に 80 人程度、ジフテリア、腸チフス、パラチフス、発しんチフス及びコレラは同 150 人程度とされた。1949（昭和 24）年 10 月制定の「ツベルクリン反応検査心得」「結核予防接種施行心得」では医師一人あたり 1 時間に 120 人程度とされた。1950（昭和 25）年 2 月制定の「百日せき予防接種施行心得」では医師一人あたり 1 時間に 100 人程度とされた。

1959（昭和 34）年 1 月制定の「予防接種実施要領」において「予防接種実施計画の作成」が明記され、医師一人を含む一班が一時間に対象とする人員は、種痘では 80 人程度、種痘以外（ただしツベルクリン反応検査と結核予防接種を含まない）の予防接種では 100 人程度が目安とされた。これは、種痘において 45 秒に一人、種痘以外において 36 秒に一人の接種を行うことを意味している。

d) 健康被害救済制度、母子感染防止事業の導入等

①予防接種対象疾病の流行等の実態で見たように、戦後感染症の発生を抑えることは、当時の社会にとって重要な課題であり、そのための有効な手段の一つとして予防接種制度が構築維持されてきた。予防接種健康被害救済制度は 1970（昭和 45）年から閣議了解の形で導入され、1976（昭和 51）年の予防接種法の改正により法定化された。

図 3-1 予防接種健康被害救済制度年次別認定者数



出典)「予防接種の手引き<第13版>」, 木村他, 近代主版, 2011

また、1985（昭和 60）年 5 月発出の通知「B 型肝炎母子感染防止事業の実施について」において、妊婦に対する検査及び陽性の場合における子へのワクチン投与が定められた。

上記通知は、HBs 抗原・抗体検査、抗HBs 人免疫グロブリン投与及び B 型肝炎ワクチン投与が健康保険法上の給付の対象となったことに伴い、上記通知を 1995（平成 7）年 3 月に廃止し、新たに「平成 7 年 3 月 31 日児発第 309 号「B 型肝炎母子感染防止事業の実施について」」を発出、1995（平成 7）年 4 月より「B 型肝炎母子感染防止事業実施要綱」に基づいて事業が実施されることとなった。

B 型肝炎母子感染防止事業の経費は、都道府県、保健所設置市及び特別区の負担とされ、国は予算の範囲内において別途補助を行うこととされた。

C) 予防接種に使用する器具等の開発・普及状況

a) 注射器の技術開発の状況

文献を概観すると、戦後の注射器の技術開発の歴史においては、昭和 20 年代～30 年代にかけての注射器の規格標準化（1961（昭和 36）年 12 月に薬事法の注射針基準及び注射筒基準が設定された）、昭和 30 年代のディスポーザブル化が主なトピックである。

このうちディスポーザブル化については、昭和 33 年ごろに米国で販売が開始されており、その当時から日本へも輸入されている。

1962（昭和 37）年には厚生省によりプラスチック製のディスポーザブル注射筒が承認され、1963（昭和 38）年に国内メーカーからディスポーザブル注射筒の発売が開始された。また、1964（昭和 39）年にはプラスチック製針基のディスポーザブル注射針の販売が開始されている。

1970（昭和 45）年には、薬事法に基づき、ディスポーザブル注射筒、注射針の製造基準が告示された。

ディスポーザブル製品の製造時の滅菌方法は、エチレンオキサイドガスを用いたガス滅菌と、ガンマ線による放射線滅菌とがある。

エチレンオキサイドガス滅菌は 1962（昭和 37）年に国内で初めて実用化が成功し、1963（昭和 38）年には事業化された。初期には国内需要よりも輸出を中心に拡大し、その後国内製品向けも普及が進んだ。

放射線による殺菌効果の医療用具への適用は、商業的には 1953（昭和 28）年の米国エチコン社が最初とされ、その後急速に導入が進んだ。世界の医療用具の放射線滅菌施設は、1967（昭和 42）年時点で 9 か国 14 か所との報告がある。日本におけるディスポーザブル製品の普及に伴って、1969（昭和 44）年には商業ベースの国内初の放射線滅菌施設（ディスポーザブル製品を放射線滅菌するための施設）が稼働を開始している。

b) 注射器の普及の状況

（注射器全般）

「薬事工業生産動態統計調査」においては、注射針、注射筒は生産額、生産量とも昭和 40 年代から増加を続けており、1975（昭和 50）年時点で生産額は注射針約 80 億円、注射筒約 40 億円、昭和 60 年時点で注射針約 140 億円、注射筒約 100 億円であった。

（ディスポーザブル注射器）

注射針及び注射筒について、統計上ディスポーザブルの分類が設定されたのは 1983（昭和 58）年以降であり、1948（昭和 23）年～1982（昭和 57）年の間のディスポーザブルが普及していく状況は把握できなかった。1983（昭和 58）年時点では、ディスポーザブルの生産量は非ディスポーザブルに対して注射針で約 20 倍、注射筒で約 6 倍であった。また、ディスポーザブル注射針とディスポーザブル注射筒の生産量の比は昭和 58 年時点で 6.2 倍、1987（昭和 62）年時点では 3.2 倍であった。

生産額及び生産量から算出される注射針の単価は 2.5～5 円／本程度の範囲で推移しており、年次による大きな変化は見られない。統計上、ディスポーザブル注射針の区分が設定された 1983（昭和 58）年以降、ディスポーザブルの単価は、非ディスポーザブルよりも 1～3 円／本程度安い値となっている。

注射筒については、1970（昭和 45）年～1982（昭和 57）年まで概ね 10～20 円の範囲で推移している。ディスポーザブル注射筒の区分が設定された 1983（昭和 58）年以降では、ディスポーザブル注射筒の単価は 15 円／個程度、非ディスポーザブル注射筒は 150～190 円／個程度である³。

³ 1984（昭和 59）年時点の注射針の単価はディスポーザブルが 2.5 円／本、非ディスポーザブルが 4.9 円／本で、注射筒の単価はディスポーザブルが 15.5 円／個、非ディスポーザブルが 157.4 円／個であった。なお、2011（平成 23）年時点では針の単価はそれぞれ 2.3 円／本、13.0 円／本、筒は 2.7 円／個、146.9 円／個である。（資料：厚生労働省「薬事工業生産動態統計調査」）

なお、文献調査では、注射器の単価は 1966（昭和 41）年に注射針が 6 円／本程度、注射筒が 23 円～40 円／個程度との記載が見られた。

普及状況に関して、1966（昭和 41）年の時点で東大では輸血関係のディスポーザブル化の方向性が決まっていたとの記載がみられる（ただし実際の切り替えはまだ済んでいなかった）。一方、1971（昭和 46）年に慶応大学ではコスト面などの課題があるためにまだ全面的には導入されていなかったとされる⁴。

コスト面以外にも、滅菌に対する信頼性への懸念や、「使い捨てはもったいない」という心理的抵抗感等もあり、ディスポーザブル注射器は販売開始当初はなかなか普及しなかった。

その後、事故・災害時など消毒設備がなく緊急を要するような場合の使用を通じてディスポーザブル製品に対する認識が向上したことや、1964（昭和 39）年のライシャワー事件⁵を契機に輸血後肝炎の感染予防の必要性が指摘され始めたことなどを背景に、昭和 40 年代後半から大病院の採血場面等で採用されるようになり、国内に普及し始めた。

1981（昭和 56）年度の「厚生省肝炎研究連絡協議会」研究報告書にはディスポーザブル注射器の普及状況、B 型肝炎ウイルス感染防止における重要性について以下の記述がある。

「貧血の集団検診時に、同一針で穿刺が行われたことから、キャリアに引き続く数名に HBV 感染が起り、急性 B 型肝炎の発生と、HB 抗体価の上昇がみられたとの報告があり、また小学校入学後の抗体陽転率の高い地域もあることなどから学校内における HBV 感染が改めて注目されるに到った。注射針の単独使用は極めて重要な予防対策であり、現在我が国では年間注射回数 10 億回、採血その他数千億回と注射針使用頻度が推定されているが、ディスポ注射針、採血針の使用量は 10～11 億であると推定されそれはさらに徹底させるべきであろう。」（西岡久壽彌「B 型肝炎研究班総括報告」（昭和 56 年度「厚生省肝炎研究連絡協議会」研究報告書））

日本医事新報には、1966（昭和 41）年に「最近ではディスポーザブルの注射器が市販されているのでそれを用いるのもよい。」との記述があり（富田仁「臨床検査方法と採血器具の滅菌」）、また、1970（昭和 45）年には厚生省公衆衛生局防疫課による「一部諸外国においては、すでに使い捨て（Disposal）の方法によっており、この方法は、今後ますます普及していくものと思われる。」との記述があった（厚生省公衆衛生局防疫課「予防接種の際の注射針取り替えの医学的根拠」）。この頃にはディスポーザブル注射器について認知がされていたこと、一方で普及はまだ途上であったことが伺われる。また「昭和 47 年には、ディスポ注射針の利用数は 2 億 5,000 万本に達した。しかし 10 年後には 10 億本へと 4 倍以上に増加しており、普及率は 95% を超えている。」との記述や「昭和 51 年 9 月に 25 の国立大学病院手術部を対象に行われた注射器、注射針の使用状況調査によれば、両者ともディスポを使用は 14 病院（56%）、針のみディスポ使用は 9 病院（36%）であった。」との記述も見られる（『日本医事新報』「質疑応答」より抜粋）。

⁴ 1970（昭和 45）年時点のビール大瓶 1 本は 132 円、たばこ（ハイライト）1 箱は 80 円であり、1985（昭和 60）年時点ではビール大瓶 1 本が 310 円、たばこ 1 箱が 170 円、2009（平成 21）年時点ではたばこ 1 箱 290 円である（資料：総務省「小売物価統計調査」主要品目の東京都区部小売価格）。大卒初任給は 1976（昭和 51）年時点で 94,300 円、1984（昭和 59）年時点で 132,200 円、2011（平成 23）年時点で 205,000 円である（資料：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」）。2000 年を 100 とした場合の消費者物価指数は、1970（昭和 45）年 32.3、1985（昭和 60）年 86.5 である（資料：総務省「消費者物価指数」）。

⁵ ライシャワー駐日米国大使が暴漢に刺され、一命は取りとめたものの手術時の輸血により輸血後肝炎を発症したことが社会的に問題となった事件。この事件を契機に、売（買）血追放運動が起こり、政府は 1964 年（昭和 39 年）8 月 21 日、「献血の推進について」を閣議決定した。献血の受け入れ体制が急速に充実したことで、売血に依存していた輸血制度は大きく転換した。

（自動噴射式注射機（ジェット注射機））

国際的には、1967（昭和 42）年に WHO 天然痘根絶計画が開始された際、ジェット注射機がワクチンの接種に導入されたとされる。

1967（昭和 42）年 6 月の「自動噴射式注射機の使用について」（昭和 42 年 6 月 2 日衛発 401 号）において、自動噴射式注射機の使用上の注意事項が示された。また、その記述から、昭和 40 年代には自動噴射式注射機が一部で導入されていたことが示唆される。

- ・ 「最近予防接種の実施に際して従来の接種器具（有針注射器）に代えて自動噴射式注射機が使用されているところも一部みられるが、当該注射機は予防接種、特に臨時の予防接種業務の能率向上等の面で効果的であるが、わが国においては、当該器具を一般に広く使用するには、いまだ十分な知見は少なく、必ずしも全ての予防接種に適したものはいいがたい現状にある」
- ・ 「乳幼児、老人及び極度に腕の細い者等で予防接種により皮膚の裂傷や出血を招くおそれがあると認められる者については、使用しないこと。低学年の学童については、十分に注意して使用すること。」

1970（昭和 45）年に刊行された「予防接種方法の改良に関する研究」（研究代表者 国立公衆衛生院次長 染谷四郎）は、「自動噴射式注射器（ママ）の安全性、予防接種効果を検討し、予防接種の方法の改良に資することを目的」とする研究であり、その安全性について以下のように結論づけている。

- ・ 「国産自動式噴射注射器（ママ）は米国製品と同等に、少なくとも小学校児童以上の年齢のものに対する予防接種に使用可能であることが確認され、噴射注射器の有針注射法に優る点を考慮に入れば、緊急時、あるいは多数接種の場合に安全に使用できることが明らかにされた。」

大阪府医師会予防接種副反応対策委員会より刊行された「昭和 61 年度 予防接種副反応研究事業報告書」には「自動噴射式注射機（Jet Injector）による予防接種と合併症の問題」の項目があり、以下の記述がある。

- ・ 「自動噴射式注射機は米国で開発され、HYJETTER の商品名で輸入され、その後、国産化もされ、その使用は昭和 42 年 6 月 2 日、厚生省公衆衛生局長通知（自動噴射式注射機の使用について、衛発第 401 号）で認められた」
- ・ 「注射針による接種に比してジェット法では局所の硬結と出血は 2 倍、局所痛は 4 倍とみられている。この事実から B 型肝炎の他、非 A 型 B 型肝炎の感染、その他、血液を介する感染の発生が心配されるのであるが、その報告はなかった」

なお、同資料中に米国厚生省の Centers for Disease Control による報告「ジェット・ガン注射による B 型肝炎」（昭和 61 年）の邦訳が掲載されており、自動噴射式注射器による B 型肝炎ウイルスの感染事例が報告されている。

- ・ 「この発生における HBV 感染の強い伝播は、ジェット注射器を繰り返し頻回使うという異常な環境に由来するように見える。……ジェット注射器のノズルの設計、用いかなどを改良して、安全を確保することが必要である」

1987（昭和 62）年には厚生省保健医療局長通知「自動噴射式注射機の使用について」（昭和 62 年 8 月 6 日健医発第 925 号）において、まれに末梢神経マヒをおこす危険性があることから小児等の予防接種において使用しないよう通知された。

- ・ 「予防接種の実施に際して自動噴射式注射機(ハイジェッター)を使用することについては、昭和四十二年六月二日衛発第四〇一号厚生省公衆衛生局長通知により、乳幼児等には使用しないよう指導してきたところであるが、今般、厚生省予防接種副反応研究班の昭和六十一年度の報告書において、同機の使用によつて接種がなされた場合には、まれに末梢神経マヒをおこすおそれがあるとの報告がまとめられた。この末梢神経マヒは通常一過性であり、後遺症を残すことはほとんどないが、可能な限り副反応の発生を避けるべきであるとの観点から、今後は、乳幼児のみならず小児等の予防接種については、使用しないよう格別のご指導方お願いする。」

以上より、昭和 40 年代初頭には接種能率の向上のために自動噴射式注射機が一部普及していたものの、1967 (昭和 42) 年の段階では予防接種全般において使用が推奨される段階には無かったこと、その後も継続して安全性、予防接種効果に関する検討が行われていたこと、昭和 60 年代初頭には海外の事例ではあるが、自動噴射式注射機による B 型肝炎感染のリスクの存在が確認されていたことがわかる。

c) 滅菌・消毒の技術開発の状況

滅菌・消毒の歴史を見ると、熱による滅菌消毒法は 1900 年代前半までに開発され、煮沸消毒法、蒸気滅菌法、乾熱滅菌法など現代につながる方法が確立されている。

化学的滅菌・消毒法についても、フェノール、ヨードチンキ、ホルムアルデヒド、アルコールなどの消毒効果は 1900 年代初めごろまでに発見されている。その後、20 世紀に入りマーキュロクロム、クロルヘキシジン (ヒビテン) などが開発され、エチレンオキサイドガス滅菌法は 1949 (昭和 24) 年に理論的に確立された。

放射線による滅菌は、1953 (昭和 28) 年に電子線による方法が行われた。

日本においては、昭和 40 年代からエチレンオキサイドガス滅菌、放射線滅菌に関して滅菌条件を検討する研究が行われている。

d) 滅菌器及び消毒器の普及の状況

滅菌器及び消毒器については、生産額、生産量とも昭和 40 年代から増加を続けており、1975 (昭和 50) 年時点で生産額は約 30 億円、1985 (昭和 60) 年時点で約 70 億円であった。

統計上、滅菌器及び消毒器の区分が詳細化された 1983 (昭和 58) 年時点では、「煮沸又は蒸気消毒器」が個数ベースで 83%、「高圧蒸気滅菌器」が約 15%であった。

生産額及び生産量から算出される滅菌器・消毒器の単価は、高圧蒸気滅菌器で 40 万～50 万円、乾熱滅菌器 12 万～15 万円、ガス滅菌器は 70 万～100 万円 (昭和 59 年以降)、煮沸又は蒸気消毒器は 2,000～4,000 円程度である。

D) 検証項目 1に関する文献調査結果のまとめ

- 日本では、戦後一定の期間、GHQの指導もあって予防接種の実施に力を入れ、特に結核、痘そう、インフルエンザ、ポリオなどの感染症への対策を行ってきた。これらの疾患の予防接種対象疾病患者数の減少は、戦後の衛生環境や栄養状態の改善等と合わせて、予防接種の効果が表れているものと考えられる。
- 予防接種実施件数は、昭和 40 年代までは年間延べ 6 千万～1 億 5 千万件の水準で推移していた。
- 1948 (昭和 23) ～1953 (昭和 28) 年の「予防接種施行心得」では、注射器及び注射針の煮沸消毒 (やむを得ない場合は 5% 石炭酸水消毒) と被接種者ごとの注射針の消毒が明記されており、1958 (昭和 33) 年の「予防接種実施規則」では、注射針を被接種者ごとに取り換えることに加え、接種用器具について「乾熱、高圧蒸気又は煮沸による滅菌」が義務づけられた。さらに、1976 (昭和 51) 年には「予防接種の実施について」において「注射針、注射器、接種用さじ等の接種用具はディスポーザブルのものを使用して差し支えない」とされた。1988 (昭和 63) 年には「予防接種等の接種器具の取扱いについて」において、注射針だけでなく、注射筒も被接種者ごとに取り替えるよう指導するよう通知された。
- 1948 (昭和 23) 年以降の「施行心得」、1959 (昭和 34) 年以降の「実施要領」とともに医師一人当たりの接種者数の目安が示されている。種痘では医師一人あたり 1 時間に 80 人程度、その他の予防接種では同 100～150 人程度とされており、これは種痘において一人あたり 45 秒、種痘以外においては一人あたり 36 秒で接種を完了することを意味している。
→この接種目安が 1 人ごとの消毒・交換の実施に与えた影響をどう考えるか。
- ディスポーザブルの注射器については、米国で 1958 (昭和 33) 年ごろに販売が開始され、当時から日本へも輸入されていた。1963 (昭和 38) 年には国内初のプラスチック製のディスポーザブル注射筒の発売が開始され、1964 (昭和 39) 年にはプラスチック製針基のディスポーザブル注射針の販売が開始された。1970 (昭和 45) 年には、ディスポーザブル注射筒、注射針の製造基準が定められ、標準化が図られた。
- ディスポーザブル注射針・筒は、昭和 40 年代後半から大病院を中心に普及し始め、昭和 50 年代に一般への普及が進み、1983 (昭和 58) 年頃には一般的になっていったと考えられる。
- ディスポーザブル注射針とディスポーザブル注射筒の生産量の比は 1983 (昭和 58) 年時点で 6.2 倍である。
→この時期にはガラスの注射筒を使用して数回接種の間交換せず、注射針はディスポーザブルの注射針を使用して針を交換することが一般的であったと推測される。
- 昭和 40 年代初頭には接種能率の向上のために自動噴射式注射機が一部普及していた。これに対して国は 1967 (昭和 42) 年の段階では慎重な使用を求めており、その後も継続して安全性、予防接種効果に関する検討が行われていた。昭和 60 年代初頭には海外の事例から自動噴射式注射機による B 型肝炎感染のリスクの存在が確認されていた。その後、1987 (昭和

62) 年に自動噴射式注射機によりまれに末梢神経マヒを起こす危険性があることから、予防接種において使用しないこととされた。

3.1.2 アンケート調査

A) 都道府県対象調査結果の概要

- ・ 予防接種に関連する文書の保存年限は概ね 5 年と定める自治体が多く、古い時代の記録文書は既に残っていないとの回答が多く見られた。特に昭和 44 年以前は 8～9 割の都道府県が「記録がなく分からない」と回答した。
- ・
- ・ 小さい番号を優先した集計で見ると、昭和 52 年度及びその前年度においては、無回答及び「記録がなく分からない」と回答した自治体を除いた 16 件中、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」と回答した自治体は注射針で 6 件、注射筒で 4 件であり、「被接種者ごとに交換・加熱消毒をするよう指導」と回答した自治体は、注射針、注射筒ともそれぞれ 1 件であった。
- ・ 昭和 63 年度及びその前年度においては、無回答及び「記録がなく分からない」と回答した自治体を除いた 25 件中、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」と回答した自治体は注射針、注射筒ともそれぞれ 16 件であり、「被接種者ごとに交換・加熱消毒をするよう指導」と回答した自治体は注射針、注射筒ともそれぞれ 1 件であった。
- ・ 昭和 52 年から昭和 63 年までの期間において、次第にディスポーザブル製品が普及していったものと考えられる。
- ・ 大きい番号を優先した集計で見ると、昭和 52 年度及びその前年度においては、無回答及び「記録がなく分からない」と回答した自治体を除いた 16 件中、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」と回答した自治体は注射針、注射筒ともそれぞれ 3 件であり、「被接種者ごとに交換・加熱消毒をするよう指導」と回答した自治体は、注射針で 4 件、注射筒で 2 件であった。
- ・ 昭和 63 年度及びその前年度においては、無回答及び「記録がなく分からない」と回答した自治体を除いた 25 件中、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」と回答した自治体は注射針で 14 件、注射筒で 15 件であり、「被接種者ごとに交換・加熱消毒をするよう指導」と回答した自治体は注射針で 3 件、注射筒で 2 件であった。
- ・ 昭和 52 年から昭和 63 年までの期間において、次第にディスポーザブル製品が普及していったものと考えられる。

B) 市町村対象調査結果の概要

- ・ 予防接種の実施形態について、昭和 52 年度及びその前年度においては、「集団予防接種の実績あり」との回答が 41.6%、「記録がなく分からない」との回答が 57.6%あった。また、昭和 63 年度及びその前年度においては、「集団予防接種の実績あり」との回答が 72.8%、「記録がなく分からない」と回答が 27.2%あった。このことから、「記録がなく分からない」と回答した自治体を除いては、ほぼすべての自治体で「集団予防接種の実績あり」との回答であり、昭和 63 年ころまで多くの自治体で集団予防接種が行われていたことが伺われる。
- ・ 予防接種の手技については、予防接種に関連する文書の保存年限は概ね 5 年と定める自治体が多く、古い時代の記録文書は既に残っていないとの回答が多く見られた。特に昭和 34 年以前は約 9 割の市町村が、昭和 44 年でも 7~8 割が「記録がなく分からない」と回答した。
- ・ 記録が残っている昭和 44 年以降について、無回答及び「記録がなくわからない」と回答した自治体を除いた集計を見ると、集団予防接種等の手技に関する注射針の実施形態について、昭和 44 年度 (n=55) では「被接種者ごとに交換・加熱消毒 (乾熱、蒸気、煮沸消毒)」(小さい番号優先の集計で 58.2%、大きい番号優先の集計で 47.3%) あるいは「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」(同 27.3%、34.5%) が多くおこなわれていた。
- ・ 昭和 52 年度及びその前年度 (n=207) では、「被接種者ごとに交換・加熱消毒 (乾熱、蒸気、煮沸消毒)」(同 37.2%、41.5%) と「被接種者ごとに交換 (ディスポーザブル製品の使用)」(同 51.7%、41.1%) となっており、ディスポーザブル製品が市場に出始めて普及しつつあったのではないかと推察される。
- ・ さらに、昭和 63 年度及びその前年度 (n=618) では、ディスポーザブル製品を使用する市町村が大半 (同 96.3%、80.1%) を占めるようになった。
- ・ 記録が残っている自治体が多い昭和 44 年以降について、無回答及び「記録がなくわからない」と回答した自治体を除いた集計を見ると、集団予防接種等の手技に関する注射筒の実施形態について、昭和 44 年度 (n=59) では「被接種者ごとに交換・加熱消毒 (乾熱、蒸気、煮沸消毒)」(同 50.8%、44.1%) と「被接種者ごとの交換・消毒は実施せず」(同 37.3%、44.1%) が一定程度あった。
- ・ 昭和 52 年度及びその前年度 (n=215) では、「被接種者ごとに交換・加熱消毒 (乾熱、蒸気、煮沸消毒)」(同 45.6%、47.4%) が多く行われており、ディスポーザブル製品の利用が増加 (同 28.8%、20.9%) し、一方で被接種者ごとの交換・消毒を実施していない市町村 (同 20.5%、25.6%) も一定程度見られた。
- ・ 昭和 63 年度及びその前年度 (n=605) では、「被接種者ごとに交換 (ディスポーザブル製品の使用)」(同 88.3%、74.7%) が多くなり、それ以外の市町村でも少なくとも筒の「加熱消毒」(同 10.7%、21.0%) が行われるようになった。被接種者ごとの交換・消毒を実施していない市町村 (同 0.5%、1.3%) は減少した。
- ・ 地域別に集団予防接種等の手技 (ディスポ/加熱/アルコール綿) について確認したところ、注射針については地域別に大きな差異は見られなかったが、注射筒については九州地方でディスポーザブルの使用の割合が相対的に低い傾向が見られた。

3.1.3 ヒアリング調査

A) 針・筒の交換・消毒の実態

a) 現在及びこれまでの予防接種制度全般への市町村の関わり

(ア) 予防接種の実施に関する市町村における検討体制

- ・ 旧町を含む1市6町から成る郡医師会議で予防接種が一部の議題になったことがあるが、昭和61年以前は、予防接種実施の詳しい報告や議論はなかった。昭和62年から、地元医師会と定例的に実施するようになった。参加者は、医師が3名、保健師2名、課長1名で、予防接種の実施方法なども議論した。現在は、定例の会議を設け、市内の医療機関に対し、予防接種の窓口要領・スケジュール、実施内容、対象疾病などの文書で、副反応の報告などを含め周知した上で、予防接種事業を進めている。(A)
- ・ 行政と医師会が連携して予防接種に関して検討、実施を行っている。昭和40年代から医師会に「予防接種運営委員会」が設置され、定期的に開催している。委員会には行政からも出席して情報共有している。また、予防接種行政の先進地への視察を行い先進事例等の情報収集にも努めてきた。(B)
- ・ 昭和51年当時から、医師会の母子保健委員会などに出席させてもらって、予防接種に協力いただく医師の調整などをしてきた。現在では、担当課長1名、保健師2名で年2回会合を持ち、個別接種をいただく指定医療機関宛に年4回説明している。県からの出席はほとんどないが、保健所長にはたまに来ていただくこともある。(C)
- ・ 旧町の保健担当が原案を作成し、医師会と調整しながら予防接種を実施していた。保健所にもスケジュール等を報告し、了承してもらっていた記憶がある。現在は、市の保健衛生課、保健センター、嘱託医の連携で、健康づくり協議会を組織している。(D)
- ・ 昭和50年代は決まった検討体制があったわけではない。現在は、都道府県保健担当部局と市区町村と地区医師会との定例会合があり、そこで予防接種についても必要事項を報告している。(E)
- ・ 昭和53年から、市の条例に基づいて予防接種運営審議会を市が設置しており、毎年1回程度開催している。予防接種についてはそこで報告、検討している。メンバーは市医師会から推薦された医師、市立病院の医師など。(F)
- ・ 昭和56年頃には、群内の町村会が音頭をとって、地元医師会との間で住民健康管理等の施策全般について申し合わせ事項を報告する会合(年1回程度)があって、そこで予防接種全般について報告してお願いする形であった。(G)

(イ) 予防接種の実施方法

- ・ 昭和61年頃は、学校や保育園などを会場として行われており、予診票の整理、既往症等内容のチェック、器具等の準備・持参、注射器を並べておくトレイの滅菌、撤収、戻ってからの筒の処理など、ほぼすべて保健師が行っていた。(A)
- ・ 昭和51年頃は、市の保健師1名、看護師3名で4人のチームを組んで対応。(C)
- ・ 昭和40年代前半位までは、学校の体育館などで、注射針をアルコール綿で拭いた上で接種していたが、それが近隣でも一般的だったと思う。(D)

- ・ 昭和 50 年代は常勤の保健師・看護師が少なく、非常勤を採用して対応していた。(E)
- ・ 基本的に、準備・実施等はすべて町の保健師・看護師等が行っていた。(F、G)

(ウ) ディスポーザブル注射針・筒の使用状況

- ・ 昭和 61 年に担当保健師が他県から移動してきた際、以前の県ではすべてディスポーザブルを使用していたところが、当町ではガラス筒のみ煮沸滅菌していたので、感染予防の観点から変更の必要性を感じ、町に対し予算化の要請を行い、昭和 62 年からディスポーザブルを採用した。その際、県にも感染予防策や保健師の負担軽減などの報告を行った。(A)
- ・ 昭和 61 年度より一人一針一筒方式（ディスポーザブル使用）となった。その数年前より B 型肝炎が大きく取り上げられており、その感染予防の必要性について検討されてきたことを受け、予防接種運営委員会で検討し、昭和 60 年に行政への要望書を提出し、市の方で予算化した。当時は、昭和 55 年頃の HIV や、昭和 50 年代後半までに得られていた肝炎に関する知見を通じ、血液を介した感染症に関する認識が高まっていた時期であった。予防接種運営委員会の先進地視察を通じて、ディスポーザブルを用いた一人一針一筒方式を採用している自治体があることは認識していた。(B)
- ・ 厚生省の昭和 51 年の通知で「ディスポーザブルのものを使用しても差し支えない」という表現があったため、昭和 52 年 4 月より針・筒ともセットのディスポーザブルを導入した。「差し支えない」ということは、「そうしなさい」といった命令に近いものと当時解釈したと思う。(C)
- ・ 昭和 40 年代半ば頃に一針化し、昭和 50 年代には針・筒ともに ディスポーザブルとなった。理由はよく覚えていないが、周辺自治体よりも早かったように記憶している。(D)
- ・ 自分が赴任した昭和 50 年代は、注射針は一人ずつ交換し、注射筒は 5 人くらい連続使用していた。赴任当時には「ディスポにしたらいい」と保健師同士で話していたが、予算上無理ではないか、という反応だった。その後、昭和 60 年代に入って針・筒とも全てディスポ化した。(E)
- ・ 昭和 55 年から、針・筒ともディスポ化を実施。昭和 59 年から、ツベルクリン反応検査もディスポ化した。予算についてはあまりよく覚えていないが、100 本一箱で 2000 円位の記憶があるので、1 本 2,3 円といったところではないか。(F)
- ・ 昭和 60 年頃に針・筒ともすべて、ディスポ化し 1 個ずつの製品を使うようになった。それ以前（入町した昭和 56 年）から、針は一部ディスポ化していた記憶がある。昭和 56 年に保健師として入町したときから、すべてディスポ化すべきと感じていたが、大正生まれの大先輩職員がおり、やり方を変えるような状況ではなかった。ディスポ化を具申したこともあったが、これまでのやり方で十分町の保健が守られてきたから必要ないという雰囲気であった。その大先輩が定年退職された昭和 59 年頃に、ディスポ化への変更を保健課で話し合って推進した。とくに大きな障害はなかった。予算上も町民の健康福祉、安全のためであれば問題あったという記憶はない。ただ、近隣の自治体では、ディスポ器具の値段が高いことから、予算で苦労したという話は聞いたことがある。(G)

b) 予防接種の手技等の指導への市町村の関わり

(ア) 予防接種実施要領など手技等に関する規定

- ・ 一般的なガイドラインや実施要領を参照していただだけで、独自の規程は設けていなかった。(A)
- ・ 医師会で昭和 50 年から予防接種に関する医師向けのガイドラインとして「予防接種の手引き」を独自に作成していた。(B)
- ・ 独自に手技に関する規程や要領を作っていたことはなく、国の実施要領、ガイドライン等に従っていたと思う。(D、E、F)
- ・ ツベルクリン反応は、詳細な要領があったが、それ以外の予防接種はあまり詳しい要領はなく、先輩からの実地の指導や薬品・製品に添付されている説明文書や手技要領などをみていた記憶がある。(G)

(イ) 手技等に関する検討

- ・ 特段、自治体で手技に関する規程や要領をつくっていたことはなく、決まった検討プロセスや検討体制 といったものもなかったと思う。(C、D、E、G)

c) 集団予防接種等による B 型肝炎感染可能性が疑われる具体的な事例

- ・ 昭和 30 年代後半に、肝炎の集団発生を経験したが、当時は予防接種か医療行為かその他の要因はよくわからないとの結論であった。飲料水による感染の可能性が示唆されたことから、集団発生後は栄養指導や上下水道整備などを行った。(D)
- ・ 上記以外には具体的な事例を把握していた自治体は見られなかった。

d) B 型肝炎ウイルス感染のリスクに関する認識

(ア) B 型肝炎ウイルスに関する医学的知見の状況

- ・ 保健師によっても差があり、当時、町にいたもう一人の保健師は、そんなに強いリスク認識はなかったと思う。(A)
- ・ 昭和 51 年当時は、保健師自身の学校での学習が、(肝炎感染の) リスク認識の基本であったと思う。(C)
- ・ 昭和 50 年代に入って、B 型や非 A・非 B などの肝炎の報告や記事を見てリスクがあるなど感じた。その後、エイズなどの報道に接して、血液感染のリスクに対する認識が高まった記憶がある。(E)
- ・ 学校で習っていたので、昭和 50 年代には、可能性は認識していたと思う。また、学校で、薬理生物学を習っていた先生が劇症肝炎になられたことがあり、身近でそうした実例があったので、リスク感覚が多少強かったかもしれない。(G)

(イ) 集団予防接種による B 型肝炎ウイルスの感染リスク認識に関する状況

- ・ 昭和 56 年頃に HIV が報告され、昭和 58 年には HIV ウイルスが血液を介して感染することが分かっていた。このことが当時の血液の取扱いに関する意識を急速に高めた一因であったと思う。同時期には肝炎に関する知見も得られており、昭和 60 年頃までが、血液で感染する

疾患に対する認識が小児科医一般に広まってきた時期であったと思う。(B)

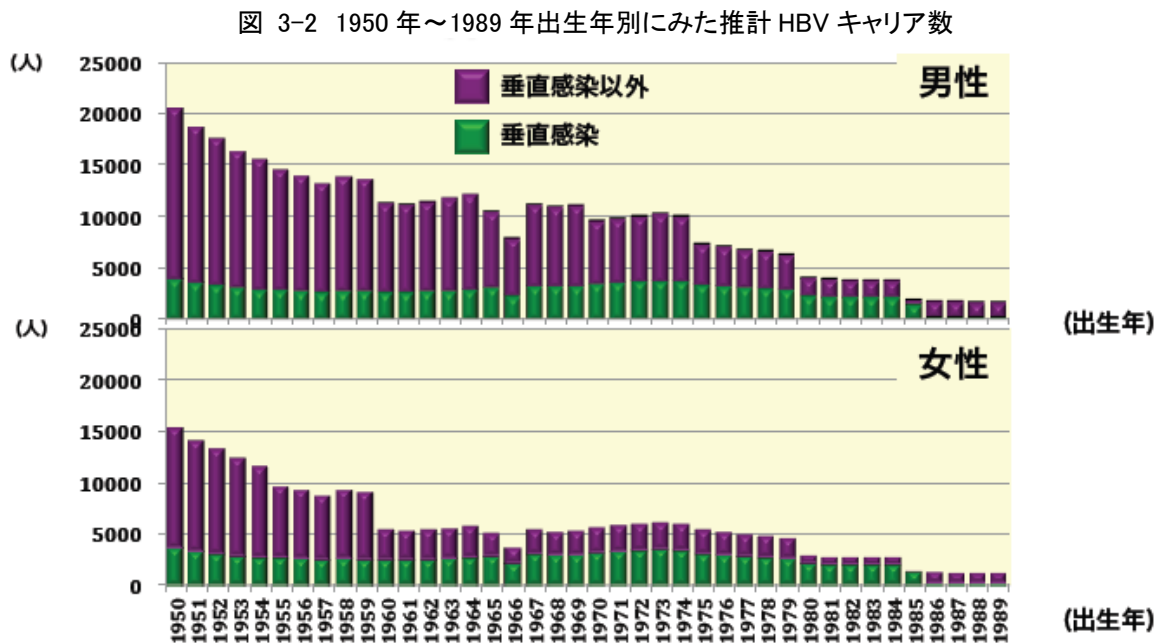
- ・ 昭和 30 年代後半に肝炎が集団発生したこともあって、大学の研究者に来ていただき調査研究がなされた。B型ではないが、肝炎に対する恐怖は大きかった。しかし、医学的にどういった経路で感染するかの知見は定まっていなかった。(D)

3.2 検証項目2

3.2.1 感染者数の推計

A) 1950年～1989年出生年別にみたHBVキャリア数の推計

1950年～1989年出生年別にみた推計HBVキャリア数を算出したところ、垂直感染以外の感染者数は、全体推定数416,587人(95%CI:406,979~426,194)、男性推定数274,989人(95%CI:271,173~278,805)、女性推定数141,598人(95%CI:135,807~147,389)となった。



資料1：大阪府赤十字血液センター「昭和61年度年報」掲載10歳階級別HBs抗原検査成績（男性、女性、合計）

資料2：北海道における10歳階級別HBs抗原、HBc抗体陽性率（男性、女性、合計）

資料3：3-1母の年齢別にみた年次別出生数及び出生割合（2009年）

3-2出生の場所別出生割合の年次推移

3-3.分娩施設数と年間出生数の年次推移

3-4.出生率低下の要因

3-5.結婚や出産をとりまく状況（1）若年者の非正規雇用の増加

3-6.出生数及び出生児体重2500g未満（1500g未満）の出生割合の年次推移

3-7.体外受精の実施数・出生児数について

3-8.出生児の両親の国籍別内訳の年次推移

3-9.在胎35週未満の出生児数の年次推移

3-10.単産一複産（双子、三つ子等）の種類別にみた出生数の年次推移

3-11.妊娠中の喫煙率・飲酒率

3-12.母の就業の有無の変化

資料4：4-1：①15歳未満人口及び接種率

4-2：②一般世帯の平均世帯人数

4-3：③分娩場所の変遷

4 - 4 : ④児分娩年齢変化

4 - 5 : ⑤薬事（覚せい剤、麻薬など）検挙件数

資料 5 : 人口動態統計（1940~2010 年）

5 - 1 : 年次・性・年齢別人口

5 - 2 : 年次別にみた出生数・率（人口千対）・出生性比及び合計特殊出生率

5 - 3 : 悪性新生物の主な部位別にみた性・年次別死亡数及び率（人口 10 万人対）

資料 6 : 日本赤十字社、肝炎疫学研究班（田中純子班）報告書資料 初回献血者集団の HBs 抗原陽性率・HCV 抗体陽性率（1995~2011 年）

資料 7 : 資料 7 - 1 : 厚生省肝炎研究連絡協議会 B 型肝炎母子感染防止に関する研究班（白木和夫班）厚生省肝炎研究連絡協議会 研究報告（昭和 62 年度）

資料 7 - 2 : Sasaki,T. ,Hattori,T. ,Mayumi,M. ,A large-scale survey on the prevalence of Hbe Ag and antiHBe among asymptomatic carriers of HBV, Vox.San.,37:216 - 221

資料 8 : ・ TanakaJ. ,KomiyaT. ,MizuiM. ,et al. Total numbers of undiagnosed carriers of hepatitis C and Bviruses in Japan estimated by age and area specific prevalence on the national scale, Inter virology, 2011, 54:185 9

・ TanakaJ, KumagaiJ, KatayamaK, KomiyaY, MizuiM, YamanakaR, SuzukiK, MiyakawaY, YoshizaaH, Sex and age specific carriers of hepatitis Band Cviruses in Japan estimated by the prevalence in the 3,485, 648 first time blood donors during 1995 - 2000. Intervirology, 47(1);32 40, 2004

・ 肝炎疫学研究班（田中純子班）報告書資料

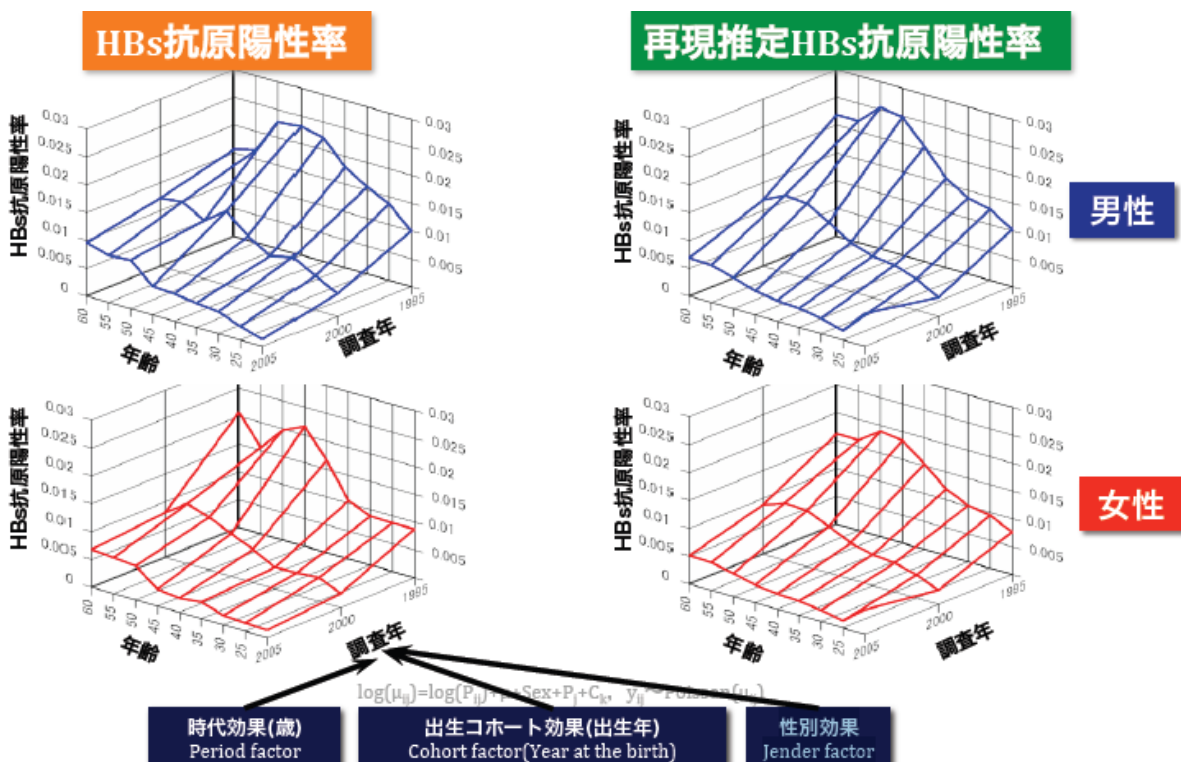
資料 9 : 国立感染症研究所「B型肝炎ワクチンに関するファクトシート（平成 22 年 7 月 7 日版）

B) HBs 抗原陽性率の要因解析

PCS model を用いて、1995,2000,2005 年時点、5 歳刻みの年齢(10 年齢階級)の HBs 抗原陽性率の要因解析を行った。

その結果、「HBs 抗原陽性率」(実データ) と再現推定 HBs 抗原陽性率とはよく一致し、HBs 抗原陽性率は、「時代効果(歳) Period factor」「出生コホート効果(出生年) Cohort factor (Year at the birth)」「性別効果 Jender factor」の 3 要因を用いて分解・解析が可能であることが分かった。

図 3-3 1995,2000,2005 年時点、5 歳刻みの年齢(10 年齢階級)の HBs 抗原陽性率の要因解析 PCS モデル



さらに、「時代効果(歳) Period factor」「出生コホート効果(出生年) Cohort factor (Year at the birth)」「性別効果 Jender factor」の 3 要因の効果を評価したところ、下図のようになった。このうち、出生コホート効果について見ると、1985 (昭和 60) 年から開始された「B 型肝炎母子感染防止事業」の効果が顕著に見て取れる。

図 3-4 1995,2000,2005 年時点、5 歳刻みの年齢(10 年齢階級)の HBs 抗原陽性率の要因解析

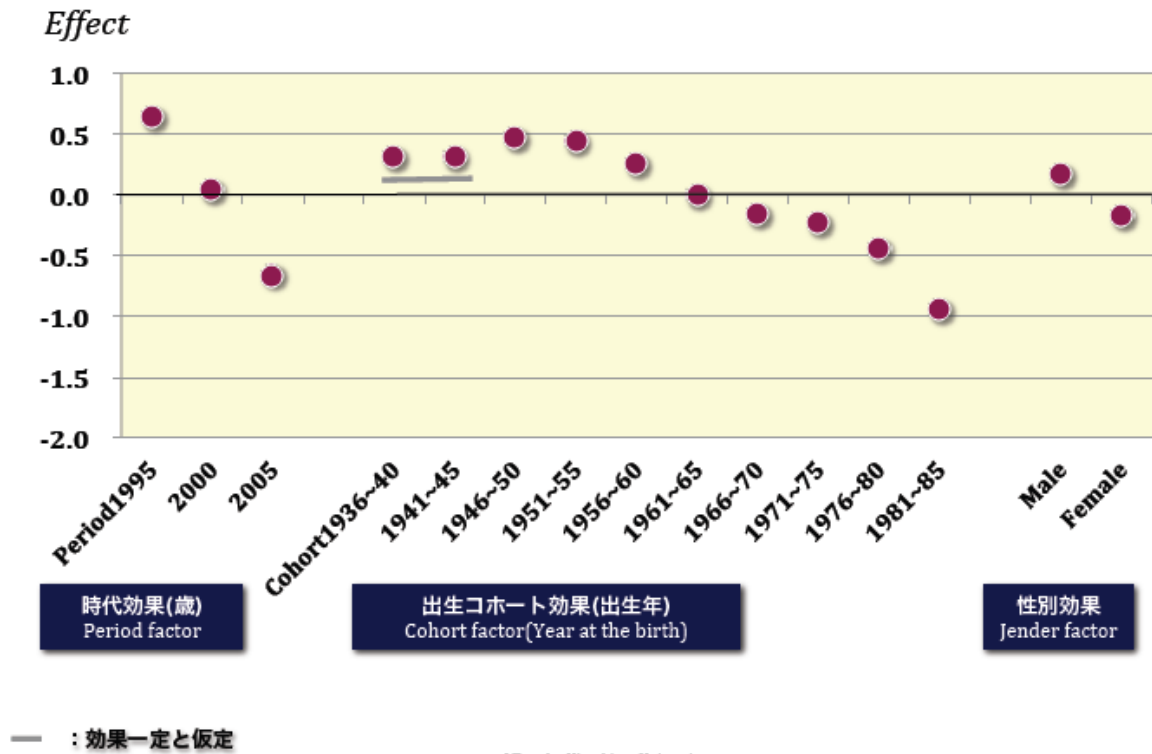
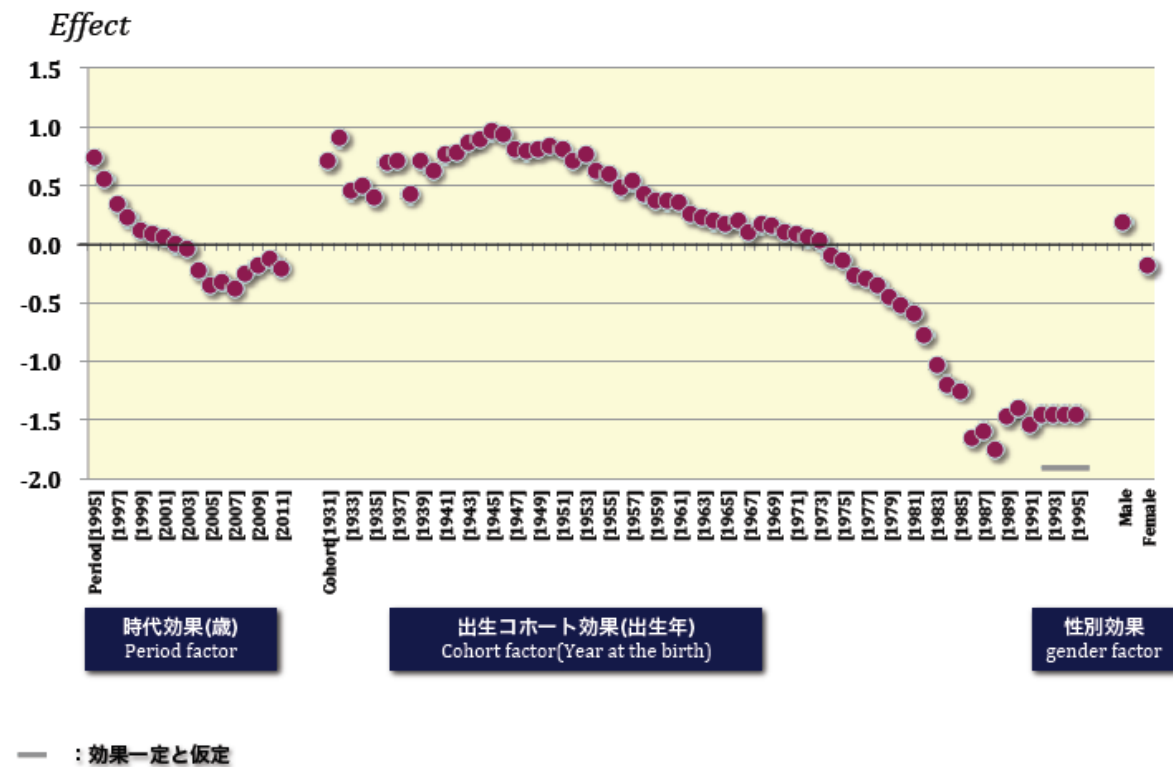


図 3-5 1995,2000,2005 年時点、1 歳刻みの年齢の HBs 抗原陽性率の要因解析



3.2.2 アンケート調査

A) 被害者本人対象調査結果の概要

a) 身体的被害について

- 自覚症状の有無について 63.5%が「ある」と回答し、「体がだるい」との回答が 52.0%見られた。
- 受診状況について、この1年間に入院した日数が30日以上との回答が30%を超え、14.2%が60日以上入院している。

b) 経済的被害

- 国の医療費助成制度について、約半数が利用していないと回答していた。医療費助成制度を利用したことがない理由としては制度を知らないからと制度の対象外だからとの回答がそれぞれ3割以上であった。より一層の制度の広報が必要と考えられる。
- すぐ仕事につけない理由として67.3%が「健康に自信がない」ことを挙げていた。就労に対する適切な支援が求められる。
- 50歳未満の年代において肝炎発症により仕事や部署が変わったとの回答が2割以上見られていた。
- 治療の自己負担の軽減または無料化を希望するとの回答は7~8割を占めている。本調査の肝がん患者の回答(84.3%)は、別途実施されたがん患者を対象とした集計結果(51.8%)と比較して高い割合であった。

c) 精神的被害について

- B型肝炎に関する悩みやストレスとして、「病気が発症・進行すること」を挙げた人は6割を超えている。
- 生活全般に関する相談先として、医療機関や行政機関に対する期待が高い。
- B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験としては、「民間の保険加入を断られた」(27.3%)、「医師等から性感染など感染原因の説明を受けづらい思いをした」(16.8%)などが多かった。「外来診療を拒否された(歯科)」(5.3%)などの回答も見られており、本来正しい知識を有しているべき医療機関において嫌な思いをしている実態が把握された。
- 母子感染をさせたことで、子どもに対する気持ちの変化があった人は8割近く見られた。

d) 再発防止について

- 再発防止のために必要なこと(自由回答)としては、「医療従事者への徹底した教育が必要ではないか」「コスト優先から人命を優先させて欲しい」「人間の生命と真摯に向き合った政策や制度にしてもらいたい」などの回答が見られた。

B) 被害者遺族対象調査結果の概要

- 亡くなった方について、40~50歳未満が約2割を占めており、若くして亡くなる方が多い。
- 重篤な病気だということをもっと前にわかっていたら治療への対応は変わっていたかとの問いに対して「変わっていたと思う」との回答は71.0%を占めていた。病気の重篤性についての周知が必要である。

3.3 検証項目3

3.3.1 文献調査

A) B型肝炎ウイルス発見までの研究動向

1940年代頃から輸血または各種血液製品注射後に黄疸が発生するとの報告が見られるようになったが、それまで日本では血清肝炎に関する報告はほとんどなかったとされる(楠井 1954)。

1950(昭和 25)年頃までには、経口感染する流行性肝炎と、血液によって感染する血清肝炎が存在すること、また、その2つは別種の疾患であることが認識されていた(宮川 1950)。さらに、それらのどちらもウイルスによる疾患であることが認識されていた(坂本 1948、楠井 1951、井上 1954)。

この時期から既に、肝炎の原因となるウイルスが普通の消毒法では死滅しないこと、輸血や血漿の注射により感染すること、注射器の不十分な消毒によって感染する可能性があることなどが指摘されている(楠井 1951、坂口 1951、金子 1953、加藤 1954、井上 1954)。

1953(昭和 28)年には WHO において、経口感染する流行性肝炎を Viral Hepatitis A と呼び、血清肝炎を Viral Hepatitis B と呼ぶように定められた(重松 1962)。

しかし、この時点では、ウイルスが発見・同定されていなかったため、あくまでも症例から見て推測・判断する状況にとどまっていた(田中 1964 等)。

1960年代(昭和 40年代後半)まで血清肝炎の報告は多く見られており、その予防策として、売血禁止、家族からの供血、自己血輸血、肝機能検査を行い感染リスクのある患者から輸血しない、避けられる(少量の)輸血はなるべく避ける、などの方法が検討・推奨されていた。ただし、1970(昭和 45)年頃にオーストラリア抗原と肝炎との関係が明らかになり、B型肝炎ウイルスのスクリーニングが可能となるまでは、輸血による血清肝炎を確実に予防する手段はなく、現実的には輸血による感染を確実に回避することが困難であったことから、輸血後の肝炎・黄疸の発症を予防する手段としてガンマグロブリンの投与についてさかんに研究が行われていた。

1964(昭和 39)年のライシャワー事件を契機に、読売新聞が「“黄色い血”根絶キャンペーン」を展開したことで輸血後肝炎は社会問題化し、その後の売血全廃、献血制度の拡充につながった。この時期は、文献でも売血による感染リスクを指摘し、改善する提言を行う記述が多く見られている。この時期の肝炎に関する文献は輸血による感染に関するものが多いが、注射による感染に関する指摘も一部に見られている(上野 1965)。

B) ウイルスの発見

1965(昭和 40)年に Blumberg がオーストラリア抗原を発見し、1970(昭和 45)年には日本の大河内がオーストラリア抗原と肝炎との関連を見出した。また、同年 Dane はオーストラリア抗原陽性の3人の肝炎患者の複合血清試料から発見された粒子を、血清肝炎のウイルスであると特定した。その後、1973(昭和 48)年に HBV の増殖に必要な DNA ポリメラーゼ活性が発見された。

これを受けて、1972(昭和 47)年には日赤血液センターで献血中のオーストラリア抗原(=HBs 抗原)のスクリーニングが行われるようになった。

1970年代以降の輸血後肝炎の報告論文等はそれまでと比較して大きく減少しており、献血中

のオーストラリア抗原のスクリーニングが行なわれるようになってから、輸血による肝炎は激減したものと推察される。

抗原の検出が可能になって以降、B 型肝炎に関する感染様式、発症機序、病態等に関する研究が大きく進展した。1977（昭和 52）年の段階で「B 型肝炎の研究は、ようやく始まったばかり」（志方 1977）との記載もある。

C) 疾患概念

1960 年代頃までは「流行性肝炎の予後は従来一般に良好で、急性期を過ぎれば罹患患者のほとんどが何ら肝機能障害を残すことなく完全に治癒し、永く肝障害を残すものは少数にすぎないと考えられていた」（井上 1964）が、1964（昭和 39）年頃には肝障害が長期に残存し慢性型へと移行すること、また一部肝硬変にまで進展することが実証された（井上 1964）。

1960（昭和 35）年頃から、肝機能検査の発達や肝生検の普及などもあり、肝炎症状の慢性化について臨床的に認識されていた。

- 慢性肝炎という概念は比較的新しいものであり、こころみに東大第 2 内科の退院病歴を繕いても最近 10 年間の本症の増加は著しく、肝硬変症をおさえ慢性肝疾患の周囲を占めるにいたっている。これは本疾患自身の増加ということより、むしろ肝機能検査の発達・肝生検の普及による点が多いとは思われるが、反面、慢性肝炎という言葉が便利な言葉として無批判に乱用される感のあったことも否定できない。元来、組織学的にみて間葉系反応を伴う門脈域の持続的反応である慢性肝炎を、在来の肝機能検査で測ろうという事に無理があり、グ鞘の細胞浸潤や切りくずし現象・繊維増生等を直接反映する肝機能検査は未だ開発されていない。しかし、日常肝生検を繰り返すことにはかなりの抵抗があり、臨床家は一応肝機能検査の異常によって病像を類推するほかはない。（原田 1970）

1967（昭和 42）年に開催された第 1 回犬山シンポジウムにおいて、日本肝臓学会慢性肝炎委員会によって慢性肝炎の分類が提唱された。ウィルス性肝炎を原因とする「慢性肝炎では、Glisson 鞘を中心とした持続性の炎症性反応があり、単核細胞浸潤と繊維増生による門脈域の拡大がみられる」と病理組織学的立場からの概念が決定し、臨床経過の上から了解事項として「明らかな急性期から 6 カ月または 1 年の経過をみたもので、臨床的に肝障害の残っているものを臨床的に慢性肝炎とし、6 カ月から 1 年の間のものは慎重に取り扱うことが必要であり、それを遷延型とよんでもよい」とされた。（坂本 1973）

第 1 回犬山シンポジウムの幹事役であった織田は「私はその幹事役を仰せつかりましたが、輸血による血清肝炎が慢性化する事実を知って、何とか対策を立てなければと大いに慌てさせられたことを憶えています。つまり、肝臓病学は慢性肝炎の研究から始まったわけですが、当時はウイルスによって慢性化するということは考えられませんでした。」と述べている。（週刊医学界新聞【鼎談】肝臓病学の新しいストラテジー1998）

1972（昭和 47）年には血清肝炎は症状が軽いこと、5%から 50%が慢性化すること、肝硬変に移行すること、さらに肝硬変から肝がんに移行する可能性が言われている。

「血清肝炎は一般に流行性肝炎よりも症状が軽いと言われております。特に 38 度以上の発熱は少ないといわれております。また、黄疸の出ない例も多くて、肝機能検査ではじめて発見されるものが多いのです。血清肝炎の方は非経口的にだけ感染するといわれてきました。病気の起こり方も血清肝炎の方が無自覚的に徐々に起こってくるのですが、流行性肝炎は感冒のような症状で急激に起こってくると言われてきました。劇症肝炎では激しい症状を呈して 1~数%の死亡が出るわけです。また血清肝炎の慢性化率は 5%から 50%という報告があり、流行性肝炎では 10

～15%と言われております。この慢性化から肝硬変に移行します。流行性肝炎から肝硬変に移行するのは1%ぐらいと言われておりますが、血清肝炎では数%と言われております。また、肝硬変から肝がんになることも考えられる。」(大谷 1972)

1973 (昭和 48) 年の時点で、「Au 抗原は急性肝炎のみならず、慢性肝炎、肝硬変にも、さらには肝臓においてすらかなりの頻度に検出され、それらの疾患において何らかの病因的意義をもつことが暫時 (ママ) 明らかとなった。」「Nielsen、Muller らはこのような症例が慢性肝炎へ移行しやすく、さらに肝硬変とすすむものもあることを報告している。」(上野 1973) とされる。

また、1974 (昭和 49) 年の時点でウイルスの持続感染 (HB 抗原の持続陽性) と慢性肝炎の関係について言及されている。

「HB ウィルスによる急性肝炎では通常 GOT、GPT 上昇以前より、HB 抗原が血中に出現し、発病後 4 週以内に陰性化する例が多い。Nielsen らは HB 抗原が 13 週以上持続陽性であった急性肝炎 11 例が全部臨床的に慢性肝炎に移行し、うち肝生検を行った 10 例は全て組織学的に慢性肝炎であったとしている。われわれが急性肝炎の予後を追求しえた 62 例の成績でもほぼ同様の所見がえられている。」(鈴木 1974)

1974 (昭和 49) 年の「戸田新細菌学第 26 版」では HB 抗原と血清肝炎との関係について記載されている。その後、1988 (昭和 63) 年の第 29 版になって、B 型肝炎ウイルス感染に伴う免疫反応として肝炎が発生すること、したがって免疫能が十分でないと持続性感染を起こして無症候性キャリアとなること、慢性肝炎や肝硬変、肝がんへ移行する場合があることなどの記載が追加された。

- 「近年、hepatitis B antigen (HB 抗原) といわれるウィルス様粒子が検出され、しかも血清肝炎の病因と密接な関係があることが見出され、肝炎ウィルスの検索上、大きな手がかりが与えられた。(中略) ウィルス性肝炎患者では、報告者によって異なるが、15～50%に陽性で、正常人に比べて検出頻度が非常に高い。肝炎の 2 つの病型との関係では、一般に血清肝炎に陽性率が高いが、流行性肝炎でも報告されている。」(戸田新細菌学第 26 版 1974)
- 「免疫能が正常な成人の場合、HBV の感染は被持続性 (一過性) 感染であり、多くは不顕性感染であるが、一部は顕性の急性 B 型肝炎となる。しかし、予後は一般に良い。この場合、肝細胞で産生されて血中に放出された HBsAg が T 細胞を感作し、その感作 T 細胞が肝細胞表面の HBsAg と反応して肝細胞を傷害することによって肝炎を生じ、一方血中に遊離した HBV は抗 HBs 抗体によって排除される。免疫能が十分でない新生児や幼児 (3 歳以下)、あるいは成人の免疫不全患者の場合、HBV は持続性感染を起こし、無症候性 HBV キャリアーとなる。すなわち、上述の免疫機構が十分に働かないので、肝炎を起こすことがない半面、HBV も体内から排除されない。HBsAg が 6 カ月以上にわたって陽性である場合を HBV キャリアーと定義するが、その中から慢性肝炎や肝硬変に移行し、さらには原発性肝臓癌が発生する場合がある。持続感染の初期には HBeAg が陽性であり、この時期の血液には多量の HBV が含まれているので、感染性が高く、肝障害の発現・進展がみられる。長い経過の後、血中の HBeAg は消失し、代わって抗 HBe 抗体が陽性となると、感染性も低下し、明らかな肝障害が出現しなくなる。HBV キャリアーで HBeAg 陽性の母親から生まれた新生児の多くは HBV キャリアーとなる (垂直伝播により感染する)。」(戸田新細菌学第 29 版 1988)

1977 (昭和 52) 年には「HBs 抗原陽性血を輸血してしまっても、その運命はさまざまである。(略) 遷延ないし慢性化する場合もあれば、またその逆に稀には無症候のままキャリアになってしまうものもみられる。」(片山 1977) と無症候性キャリアに関する記載が見られる。

1977（昭和 52）年の「朝倉内科学初版」では B 型肝炎ウイルスの持続性感染と肝がんと関連を指摘している。その後、1984（昭和 59）年の同書第 3 版では、キャリア化と肝がんの関連についてより踏み込んだ記述が追加され、1987（昭和 62）年の同書第 4 版では、不顕性感染例がみられること、一過性感染以外に数十年にわたる持続感染例（HBV キャリア）がみられることの記載がある。

- 「日本およびアジア、アフリカの原発性肝癌患者の血中には約半数、HBs 抗原が低濃度ながら認められる。そのことは、肝における B 型肝炎ウイルスの持続性感染が肝細胞との共存関係に破綻をきたし、肝細胞の壊死再生の反復過程が頻回に起こり、その間に発癌因子の関与を受けやすい結果であろうと、肝硬変を伴った原発性肝癌については考えられている。しかし、肝硬変を伴わない孤立性の HBs 抗原陽性の原発性肝癌では、B 型ウイルスそのものが発癌過程に直接関わっている可能性が考えられる。なお、通常肝癌組織には HB 抗原は証明されない。」（朝倉内科学初版、1977）
- 「HBV の DNA が染色体に組み込まれていることが見出されているが、通常肝癌組織には HB 抗原は証明されない。いずれにせよ、キャリアー化を予防すれば、これによる肝癌は予防できると考えられている。」（朝倉内科学第 3 版、1984）
- 「B 型肝炎ウイルス（HBV）の主として血液感染により、1～6 カ月間の潜伏期の後に、肝を主病変の場とする全身感染症である。黄疸を伴った典型的な急性肝炎を示す例のほかに、明らかな症状の見られない不顕性感染例がある。また、A 型肝炎と同様に HBV が宿主の体内から完全に排除される一過性感染のほかに、数十年以上 HBV の感染が持続する持続感染があり、持続感染者を HBV キャリアとよんでいる。」（朝倉内科学第 4 版、1987）

D) 感染経路

オーストラリア抗原が B 型肝炎と関連することが明らかになって以降、B 型肝炎ウイルスに関する研究は大きく進展し、1973（昭和 48）年頃までにはオーストラリア抗原が糞便、尿、胆汁、唾液、羊水、気道分泌物などからも検出されることが明らかになった。

感染経路については、B 型肝炎が問題になった 1964（昭和 39）年頃は輸血による感染が多数を占めており、文献においても輸血後肝炎に関するものが大多数である。なお、当時は輸血例の約 50%が肝炎を罹患していたという指摘があり、その後、売血から献血に転換したことで肝炎罹患率は輸血例の 20～30%程度に低下し、さらに 1972（昭和 47）年に B 型肝炎のスクリーニングが実現したことで 10%程度まで下がったとされる。この段階になって母子感染、性行為、歯ブラシ、カミソリの共用などの感染経路に着目されるようになったとされる（鈴木 1974、志方 1977）。

このような視点から、この時期には、予防接種時や薬物常用者の注射針の共用、歯科治療、刺青、針治療、針刺し事故などによる感染の危険性について指摘する文献が見られている。

- 「消毒不十分な注射針、注射器による伝染については、ウイルス保有者に用いた注射器では注射針・注射筒の内部に微量の体液が逆流することによって汚染されることがあり、0.0004ml の微量の汚染血液でも発生する可能性がある」とされている。」（1973 日本医事新報）
- 「B 型肝炎の集団発生は現在では極めて稀である。このウイルスの感染は主として血液を介して行われるので、集団発生が起これば、予防注射などで注射針を取り換えなくて多数の人に注射した場合に起こりうる。」「B 型肝炎の感染経路がほぼ明らかになった現在、このような経路での集団発生の報告に接しないが、現行の予防注射がすべてこの経路

での B 型肝炎の集団発生を全く起こさないように万全の処置がとられているかどうか疑わしい。使い捨ての注射器や針を用いるか、あるいは 1 人ずつ注射器や針を取り換えるという処置がなされなければならない。」(谷川 1978)

- 「HBsAg 陽性患者に使用した注射針からの感染防止対策は重要であり、ディスポーザブル注射器を使用して焼却処理することが望ましく、その間に誤って刺創をつくらぬよう、使用後直ちに針にキャップをするべきである。」(小林 1978)

日本医事新報には、地区医師会の予防接種センター所長の感染リスク認識が記載されている。

- 一人一筒一針の必要性については、ご指摘のごとく英国の文献に記載があるが、HB 抗原の感染様式については学説も決定的でなく、特に Asymptomatic Carrier からの感染については、ウイルス量の問題もからめて可能性を少なく考えるむきもあるので、われわれの予防接種センターでも集団接種の場合には、2ml 以下の注射筒により一人一針で接種を行い、1 回使用した注射筒は再度ワクチンを吸上げないことすませている。なお、集団接種の時に起こった Serum Hepatitis の症例は、本邦では報告されていないように思うが、上田市のように集団接種に際して筒、針とも 1 回使用で廃棄することがベストであることは、論をまたないところである。(村瀬 1975)
- 三重大学の事故以来、HBV 感染がマスコミの話題となり、医療社会も無反省に自己防衛を訴える中で、・・・われわれの予防接種センターにおいても、62 年 11 月以降一筒一針で接種を行うよう徹底させた。なお、筆者は現在日本医師会の役員を務めているが、・・・厚生省に一人一筒一針の具現を申し入れていることを申し添える。(村瀬 1988)

昭和 50 年代には注射針を介した医療従事者の感染リスクとその対策に関心が集まり、1980(昭和 55) 年の「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」(肝炎連絡協議会 B 型肝炎研究班)において、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌が勧告された。

E) 肝炎の発生機序

1972(昭和 47) 年頃には Au 抗原が肝炎を起こす仕組みはまだ確認されていなかった。

「Au 抗原を含む血液を輸血されても、肝炎を起こさない場合もあり、また大量の輸血によってもすべての受血者に肝炎が起こるわけではなく、A 型、B 型肝炎の両者を含めても受血者における肝炎の頻度は最高 70~80%で 20~30%の患者には、輸血後肝炎に対する感受性がないようにみえる。これらの事実を説明する仮説として、1) Au 抗原それ自体には感染性がなく、感染性の virion が存在するときのみ肝炎が起こされる、2) 受血者の Au 抗原と関連する肝炎の感受性は、遺伝的に定まったもので、Au 抗原を含む血液においても、発症は、受血者の感受性とウイルスの遺伝的な特定の条件においてのみ、起こる、3) B 型肝炎に対する免疫がある場合、Au 抗原を含む血液が輸血されても肝炎の発症は阻止されるなどのことがある。これらの仮説は、それぞれ対立的なものではないが、1)、2) の仮説については、今日証明することも、また完全に否定することもできない状態で、実質的な成績があるのは 3) の B 型肝炎の免疫についてである。」(大河内 1972)

1980(昭和 55) 年には、B 型肝炎ウイルス感染による免疫反応の結果肝細胞障害が起こると説明されるようになった。

「HBV の肝細胞での感染増殖は、それ自体では肝細胞障害を来さないと考えられる。このことは、無症候性キャリアの存在すること、しかも、それらのキャリアの血中 HBV 関連抗原が高濃度であることから推定される。したがって、HBV 感染による肝細胞障害は宿主の免疫反応

によって引き起こされるという可能性が出てくる。事実、HBV 感染に際し、宿主の免疫反応が低下している条件では、肝細胞障害も軽度であり、HBV 増殖は盛んで、かつ持続しやすい。逆に、免疫能が正常な成人での HBV 感染は、肝細胞障害を呈する急性肝炎となることが多く、この場合には、HBV は排除され感染は一過性で終わる。以上の事実は、肝細胞障害が免疫反応によって起因すると考えると理解しやすい。また宿主の HBV に対しての免疫反応がさらに強いものとして劇症 B 型肝炎を考えることもできる。換言すれば、宿主の HBV に対する免疫反応状態によって、肝細胞障害の程度がきまり、同時に HBV 感染そのものも、一過性で終わるか、持続感染になるかが決まるということである。」(真弓 1980)

F) 検証項目 3 に関する文献調査結果のまとめ

- 日本では 1940 (昭和 15) 年頃から輸血による黄疸の発症が報告されており、1950 (昭和 25) 年頃にはウイルスによる感染性疾患であると考えられることや、流行性肝炎と血清肝炎の 2 種類に区別できることなどが知られていた。また同時期には海外の研究論文などを引用する形で、注射針及び注射筒の消毒の必要性についても指摘されていた。
- その後、1970 (昭和 45) 年頃に B 型肝炎ウイルスが特定され抗原の検出が可能となって以降、B 型肝炎の感染様式、発症機序、病態等に関する研究が大きく進展した。
- B 型肝炎ウイルスのスクリーニングが可能となるまでは、輸血による血清肝炎を確実に予防する手段はなく、現実的には輸血による感染を確実に回避することが困難であったが、1964 (昭和 39) 年頃からスクリーニングの技術が一部の大学病院等において臨床的に用いられ始め、1972 (昭和 47) 年には全ての日赤血液センターで献血中の HBs 抗原のスクリーニングが行われるようになった。
- この頃までの肝炎の感染経路としては輸血が多くを占めており、売血から献血への転換や B 型肝炎スクリーニングにより輸血による感染は大きく減少した。その後、母子感染、性行為、歯ブラシ、カミソリの共用などの感染経路が着目され、1985 (昭和 60) 年に母子感染防止対策事業が開始された。
- (慢性化) 流行性肝炎や血清肝炎が遷延化あるいは慢性化することは臨床的には 1950 年代から見られていたと考えられるが、1960 年代頃までは肝炎の予後は一般に良好で、肝障害を残すものは少数であると考えられていた。肝機能検査の発達や肝生検の普及もあり、1960 (昭和 35) 年以降慢性肝炎に関する知見が蓄積され、その後、1967 (昭和 42) 年の犬山シンポジウムにおいて慢性肝炎の分類が提唱され、慢性肝炎の概念が整理されたことでウイルス性肝炎の慢性化についての認識が広まった。
- (重症化) 1964 (昭和 39) 年頃に慢性肝炎が一部肝硬変へ移行することが実証されたとの報告があり、遅くとも 1970 年代前半には慢性肝炎から肝硬変へ移行することが認識されていたと考えられる。また、この時期には肝硬変から肝がんになる可能性も指摘されていた。また、遅くとも 1977 (昭和 52) 年には肝がんとの関係が明らかになっていた。
- (キャリア化) 1965 (昭和 40) 年のオーストラリア抗原の発見以降、HB 抗原が持続陽性となる症例が報告されるようになった。無症候性キャリアの存在については、文献上 1970 年代後半から確認されるが、免疫反応の観点から免疫能が十分でない乳幼児の場合に HBV が持続性感染を起こし無症候性 HBV キャリアーとなることが文献上見出されるのは、肝臓の

専門家の論文では 1980（昭和 55）年頃、医学教科書では 1984（昭和 59）年以降である。

- （感染性）前述の通り、輸血以外の感染経路に着目されたのは 1972（昭和 47）年の献血における HBs 抗原スクリーニングにより輸血による感染リスクが低下して以降である。1970 年代後半には医療従事者の針刺し事故による B 型肝炎感染が注目され、1980（昭和 55）年には肝炎連絡協議会 B 型肝炎研究班による「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」において、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌について記載された。

3.3.2 アンケート調査

A) 医療従事者対象調査結果の概要

(病態及びリスク認識について)

- ・ B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の病態等に関する認識時期については、重症化、キャリア化、感染性のいずれの項目も「昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月」が約 6 割を占めていた。
- ・ 感染性のリスクについては注射針、注射筒のいずれも「昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月」が最も多かったが、針について認識した時期よりも筒についての方が新しい時期に分布していた。
- ・ ただし、上記の認識した時期は、初めて医療に従事した時期や集団予防接種等を実施していた時期と関連していることが集計結果から把握されている点にも留意が必要である。

図 3-6 初めて従事した時期別で見た、医学的知見の認識の時期（最も多いカテゴリーとその割合）

初めて従事した時期	重症度の認識	キャリア化の認識	感染性の認識
昭和 34 年 4 月 ～昭和 44 年 3 月 (n=136)	昭和 34 年 4 月 ～昭和 44 年 3 月 (33.8%)	昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (30.1%)	昭和 44 年 4 月 ～昭和 52 年 3 月 昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (いずれも 25.7%)
昭和 44 年 4 月 ～昭和 52 年 3 月 (n=306)	昭和 44 年 4 月 ～昭和 52 年 3 月 (51.0%)	昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (43.1%)	昭和 44 年 4 月 ～昭和 52 年 3 月 (42.8%)
昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (n=645)	昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (84.5%)	昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (81.4%)	昭和 52 年 4 月 ～昭和 63 年 3 月 (76.6%)

(情報の入手経路について)

- ・ B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の病態等に関する情報源では、医学教科書や学術論文、雑誌等から情報を入手したとの回答が多く、一方、国の法令等から情報を得ていたとの回答は少なかった。医療従事者においては、医師間で流通する情報が重要な入手経路となっていることが伺われた。

(注射針の加熱消毒、デスポーザブルの普及について)

- ・ サンプル数が一定程度得られている昭和 34 年以降では、昭和 34 年 4 月～昭和 44 年 3 月、昭和 44 年 4 月～昭和 52 年 3 月にデスポーザブルが徐々に増え始め、昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月では 7 割を占めるまでになった。
- ・ また、昭和 34 年 4 月～昭和 44 年 3 月、昭和 44 年 4 月～昭和 52 年 3 月、昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月のいずれの期間にも、「いずれも実施していない」者が一定割合存在していた。

(注射筒の加熱消毒、デスポーザブルの普及について)

- ・ サンプル数が一定程度得られている昭和 34 年以降では、昭和 34 年 4 月～昭和 44 年 3 月、昭和 44 年 4 月～昭和 52 年 3 月にディスプレイが徐々に増え始め、昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月では 6 割を占めるまでになった。
- ・ また、昭和 34 年 4 月～昭和 44 年 3 月、昭和 44 年 4 月～昭和 52 年 3 月、昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月のいずれの期間にも、「いずれも実施していない」者が一定割合存在していた。
- ・ なお上記の注射針、注射筒のディスプレイの普及状況に関する結果について、特に古い時代の回答においては「わからない」あるいは「無回答」が多くを占めているため、結果の解釈に当たっては留意が必要である。

B) 保健所長経験者対象調査結果の概要

(病態及びリスク認識について)

- ・ B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の病態等に関する認識時期については、重症化、キャリア化、感染性のいずれの項目も「昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月」が多数を占めていた。
- ・ 感染性のリスクについては注射針では「昭和 44 年 4 月～昭和 52 年 3 月」が、注射筒では「昭和 52 年 4 月～昭和 63 年 3 月」が最も多かった。針について認識した時期よりも筒についての方が新しい時期に分布していた。
- ・ 被接種者ごとの注射針の指導の有無については、ディスポーザブル製品の指導が全体の 36.4%という結果であった。また、加熱消毒の指導は全体の 33.3%、アルコール綿の指導は全体の 30.3%という結果であった。
- ・ 一方、被接種者ごとの注射筒の指導の有無については、ディスポーザブル製品の指導が全体の 39.4%と高い傾向を示したが、加熱消毒は全体の 21.2%、アルコール綿は全体の 18.2%という結果であり、注射針と比べて低い傾向であることが明らかとなった。

(情報の入手経路について)

- ・ B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の病態等に関する情報源では、医学教科書や学術論文、雑誌等から情報を入手したとの回答が多く、一方、国の通知等から情報を得ていたとの回答は少なかった。保健所長においても、医師間で流通する情報は国からの情報と合わせて重要な情報入手経路となっていることが伺われた。

3.3.3 ヒアリング調査

A) 保健所長経験者対象調査

調査対象 (匿名化)	ヒアリング結果
A	<ul style="list-style-type: none"> ■ B型肝炎に関する情報を収集したのは、昭和 44 (1969) 年 4 月～昭和 52 (1977) 年 3 月の間。内科関係の雑誌や医事新報などで把握した。 ■ ●●県においては、予防接種でのディスポの使用は遅かったと記憶している。(平成元年前後ではなかったか。定かではない) ■ 自分は平成 3 年に保健所長であった。その時は既にディスポであった。過去の導入の経緯はわからない。
B	<ul style="list-style-type: none"> ■ 国や都道府県などから保健所に通知等はきたが、いつごろどのような内容であったかまでは覚えていない。 ■ 当時の学会を中心とした肝炎の研究は広島大学の公衆衛生学教室が中心であった。 ■ 昭和 61 年に大学を卒業し、●●県内の保健所勤務。注射針・筒の連続使用はいけないということについては、その当時には認識があったと考える。 ■ 県としては、それほど先進的に一人一針ということについて取組みが進んでいたということはない。 ■ 自分のところには、感染が疑われる例について、特段の相談はなかった。
C	<ul style="list-style-type: none"> ■ B型肝炎に関する情報を収集したのは、昭和 44 (1969) 年 4 月～昭和 52 (1977) 年 3 月の間である。詳細時期は不明である。 ■ 自分自身は臨床系ではないので、内科系雑誌ではなく、公衆衛生学会等の論文や雑誌などで把握した。 ■ 情報源については、B 型肝炎についての継続的な研究や学会発表があったという状況ではなく、何かあれば情報として出されるという状況であった。 ■ ●●県においては、予防接種でのディスポの使用は遅かったと記憶している。 ■ 当時の予防接種は市町村での実施が大半で、一部で医療機関において予防接種を実施していた。 ■ 正確な時期は覚えていないが、保健所長として、市町村長や医療機関に対して注射針・筒を使いまわさないよう指導をしていた。しかし法的な強制力はなく一般的な推奨レベルであり、最終的には市町村長や医療機関の判断であった。
D	<ul style="list-style-type: none"> ■ B型肝炎に関する情報を収集したのは、昭和 52 (1977) 年 4 月～昭和 63 (1988) 年 3 月の間である。詳細時期は不明である。自分自身は昭

	<p>和 55（1980）年に保健所勤務となった。</p> <ul style="list-style-type: none">■ 情報収集については、公衆衛生学会等の論文や雑誌などで把握した。■ 国や都道府県などから保健所に通知等はきたが、いつごろどのような内容であったかは覚えていない。■ ●●県として特にディスポの普及が進んでいたということはない。■ 保健所管内の特定地区で肝炎の発生が問題とされ、昭和 50 年頃より「肝炎特別対策事業」が大学（内科学教室）、行政、保健所の連携で調査がなされたが、原因は特定できなかったと記憶している。■ 一般的な指導として注射針・筒を使いまわさないように市町村へ口頭で指導したことはある（時期は分からない）。しかし国の通知がない限り強制力はなかった。
--	--

3.4 検証項目4

3.4.1 文献調査

A) 関係学会、医療関係者による把握および対応

(感染事例の把握)

1952 (昭和 27) 年に寮の居住者間に発生した 7 例の黄疸患者について、患者は全員ヒロポン常用者であり同一注射器を未消毒のまま持ち回り式に常に数人が共同で使用していることから注射器が感染経路となった可能性を指摘した論文が報告されている (松本 1955)

1962 (昭和 37) 年から 1968 (昭和 43) 年にかけて茨城県猿島地方に集団発生した流行性肝炎について報告されている (垂木 1965、吉川 1970、若山 1983 など)。これは C 型の集団発生に B 型が加わった特異な例であるとされる。

1970 (昭和 45) 年に鳥羽市立鏡浦小・中学校に集団発生した肝炎の事例が報告され、大がかりな疫学的調査が行われたが経口感染の確証が得られなかったことから、血清肝炎の特殊な場合とされた論文が報告された (水田 1970)。なお同報告では「小児におけるウィルス性肝炎の頻度は高くなく、今回のような集団発生は本邦に於いては未だ報告をみない。」とされる。

1974 (昭和 49) 年から 1975 (昭和 50) 年に松山市においてジアンノッティ病 (B 型肝炎ウイルスの感染後などに、ウイルスに対する炎症反応が原因で生じる) の集団発生事例が報告された (Ishimaru 1976)。患者からは高頻度に HBs 抗原が検出された。

1980 (昭和 55) 年に高山市の高校で 1 クラスの生徒 3 名がほぼ同時期に B 型肝炎で入院した事例が報告されている。感染経路は検査で 1 本の注射針で耳介を穿刺したためと推定された。(亀谷 1980)

1980 (昭和 55) 年に北九州市内のスーパーマーケットで 6 人が急性 B 型肝炎を発症した事例が報告されている。感染原因は職場で行われたインフルエンザ予防接種の際に、注射針を交換しなかったためと推定された。(天が瀬 1982)

B) 国 (国立感染症研究所を含む) による把握および対応

(接種実態の把握について)

「百日せき・ジフテリア混合ワクチンによる予防接種事故報告」(昭和 35 年 12 月、岡山県衛生部からの報告資料) には、「注射針は 5cc の注射筒に吸引したワクチンのなくなるまで取り替えることなく 1 人 1 人については酒精綿で注射針を拭い実施した。」と予防接種実施時の接種手順について記載がある。また、「百日せき・ジフテリア混合ワクチンによる予防接種事故報告」(昭和 35 年 10 月、熊本県衛生部からの報告資料) には「7%アルコールにより丁寧に接種個所を消毒後 5cc を入れ 1 人 1cc あて皮下注射を行い、その都度アルコール液にて針を清拭、5cc 終了後毎に必ず針を変えた」との記載がある。

「予防接種事故審査個人票」(昭和 44 年) にはインフルエンザの予防接種後、肝炎症状を発症し、その後死亡した 9 歳女児の事例が報告されている。当時、接種と死因は直接関係ないとされ、因果関係は明確になっていない。「注射針は 6 人に 1 針で接種」との記載が見られる。

また 1980 (昭和 55) 年以降の「厚生省肝炎研究連絡協議会研究報告書」に掲載された以下の各論文で取り上げられた地域において 1980 (昭和 55) 年前後から「一人一針」となったと報告されている。

- 「同村[岐阜県大野郡荘川村]も昭和 54 年から予防接種に一人一針が徹底された。時光直樹

「HB 抗原の予防及び治療に関する研究」(昭和 57 年))

- 「昭和 54 年度からは保健所医師からの申し出により結核予防法におけるツベルクリン注射も一人一針となり、医療行為による B 型肝炎感染、特に乳幼児における水平感染によるキャリアー化は大幅に減少したと思われる」(母里啓子「横浜市における B 型肝炎予防対策」(昭和 57 年))
- 「昭和 56 年を境にして抗体陽転者が減少した理由として「昭和 55 年までは予防接種の方法が一人一針でなかったなどの理由が考えられ」(時光直樹「岐阜県飛騨地域住民および特定施設における B 型肝炎ウイルスの感染状況」(昭和 63 年))

(国が主導した肝炎関連研究の経緯)

日本において国(厚生省)が主導した肝炎に関する研究・調査としては、1963(昭和 38)年の「血清肝炎調査研究班」に始まる。

1972(昭和 47)年に、1971(昭和 46)年の科学技術庁による「血清肝炎の成因、治療、予防に関する特別研究」を引き継ぐ形で「厚生省特定疾患難治性の肝炎調査研究班」が設置された。1973(昭和 48)年度の研究課題としては「(1)医療従事者並びに各種肝疾患における HB 抗原、HB 抗体の陽性頻度およびその臨床的意義について、(2)肝疾患患者の家族における HB 抗原、HB 抗体の保有状況の調査、(3)細胞および体液レベルにおける免疫能の検索、(4) asymptomatic-carrier の追跡調査、(5)難治性肝炎の治療、(6)調査用紙による集計」が行われた。

1973(昭和 48)年度の「厚生省特定疾患難治性の肝炎調査研究班報告書」においては、医療従事者の感染や家族感染の危険性が報告された。しかし、同時に非経皮的な接触感染や唾液による感染の可能性も疑われていた。

「施設内感染の主要伝播様式は、予防接種など、経皮的な共通経路感染ではなく、密接な接触を条件とする連鎖伝播であることが更めて示唆された」(重松逸造・松下寛「B 型ウイルス肝炎の感染機構に関する疫学的研究」昭和 49 年)

1979(昭和 54)年度には「厚生省肝炎研究連絡協議会」(産学官による肝炎対策の検討会)が設置された。同年における肝炎研究連絡協議会の実施体制は、「A 型肝炎研究班」「B 型肝炎研究班」「新治療剤研究班」「免疫グロブリン研究班」「疫学研究班」「実験用霊長類検討会」で構成され、1980(昭和 55)年度からは「国立病院肝炎研究班」「国立療養所肝炎研究班」が追加された。

その後、1981(昭和 56)年には「厚生省肝炎対策推進協議会」「ウイルス肝炎研究財団」が設置された。

したがって、血清肝炎については 1960 年代から、B 型肝炎についても少なくとも 1970 年代には厚生省による調査研究が進められ、1980 年代からは肝炎対策を検討する会議が創設されたと言える。

1980(昭和 55)年以降、「厚生省肝炎研究連絡協議会研究報告書」掲載の論文において、集団予防接種、注射針やメス等の連続使用による感染の危険性が報告されていた。

- 「学童期における B 型肝炎の水平感染は存在し、家族内感染は別として予防接種などの学校行事、子供同士の接触など学校内外の感染により成立すると推測される」(時光直樹「B 型肝炎ウイルスの水平感染に関する検討」(昭和 55 年))
- 「(昭和 55 年にある高校で起きた B 型肝炎の多発について)原因は 4 ヶ月前に実施された貧血検査の際、1 本の注射針で次々と耳介を窃刺した為と考えられた」(時光直樹「地域に

おける HBV i r u s 感染」(昭和 56 年))

- 「同村も昭和 54 年から予防接種に一人一針が徹底されたが、それ以前の医療行為による感染の可能性 (がある)」(時光直樹「HB 抗原の予防及び治療に関する研究」(昭和 57 年))
- 「(HBV 感染が発生した地域で) 窃刺器具として、メス、注射針、カミソリ等を使用し、当時 (1965-67 年頃) の事情で、それらの器具をほとんど窃刺不能となるまで次々に受診者に対して使用した。また、その際の器具の消毒は酒精綿にて付着血液を拭きとるという程度 (であった)」(佐久川廣「沖縄県宮古群における HBV 感染とフィラリア検診」(昭和 61 年))

なお、協議会での報告を受けて厚生省やその他の機関から何らかの通知、指導があったことを示す資料は厚生省資料の中には存在しなかった。

またこの他に「厚生科学研究費」による研究が行われている。

(感染リスクの認識について)

1964 (昭和 39) 年の内閣官房 (事務次官等会議申し合わせ案)「献血の推進について」において、「血液事業については、近時供血者の固定化に伴う供血者貧血の現象が憂慮され、加うるに輸血による血清肝炎の増加の傾向もみられ、国民の保健衛生上由々しき現状にかんがみ、売血制度の弊害を避けるため、可及的速やかに保存血液の供給を献血により確保する体制を確立することとし、このため献血の推進を図るものとする」と述べられていた。

1971 (昭和 46) 年の科学技術庁長官官房総務課 (庁議資料)「第 1075 回 (配布資料)」によれば、昭和 46 年度特別研究促進調査費による「血清肝炎の成因、治療、予防に関する特別研究」が進められていた。この特別研究の報告において、以下の内容が示されている。

- 「血清肝炎の発生状況としては、昭和 35 年度頃より多発しはじめ、大きな社会問題とさえなったが、昭和 39 年 8 月閣議決定により、供血制度として売血制度から献血制度に移行するとの方針が実行されるとともに、血清肝炎の発生頻度は低下の傾向を示した。しかしながら、現在なお、約 20%の頻度で血清肝炎が発生していることは、国民の医療対策上憂慮すべき問題である」
- 「血清肝炎に対する防止対策を早急に確立する必要がある、このため本特別研究では、オーストラリア抗原の本態を究明し、血清肝炎の発生との関連性を追求するとともに、血清肝炎の診断、治療、予防方法に関して、疫学、臨床的、ウイルス学的、血清学的な面から調査研究を行うべきである」

1975 (昭和 50) 年の科学技術庁長官官房総務課「第 1 2 6 4 回 (報告)」によれば、昭和 50 年度特別研究促進調整費による緊急研究「B 型肝炎ワクチンの開発に関する特別研究」が進められていた。その研究の趣旨として、「B 型肝炎の原因である HB ウイルスの主な感染経路としては、ウイルスを保有する血液に直接、接触したり、それらに汚された医療器具に接触することなどが考えられ、血液検査や人工透析などを行う医療従事者等に感染の危険が大きく、かつこの人たちが感染源となる可能性がある」ことが述べられており、また、研究成果を踏まえて医療従事者への対策について提言されている。

1980 (昭和 55) 年には肝炎研究連絡協議会の B 型肝炎研究班より、研究成果をふまえ「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」、1981 (昭和 56) 年には「HB ウイルスキャリアの指導要綱 (案)」、1982 (昭和 57) 年にはウイルス肝炎研究財団・B 型肝炎研究班より「HB ウイル

ス無症候性キャリア指導の手引」が公表され、院内感染、無症候性キャリア対策の方針が示された。

- 「B型肝炎の永続的な感染源は、わが国には300万人以上、全世界で2億人以上存在すると推定されているB型肝炎ウイルスの持続的保有者（キャリア）であることにより、その発見と健康指導を持続的に行う必要がある。また、医療行為などを通じて、その血液を他人の体内に入れぬ配慮と処置が積極的に行われねばならない」
- 「HBVの感染源は、主に血液」であり、HBVキャリアの成立は主に「出生時の感染」「乳幼児期の感染」「免疫不全時の感染」によるものとされている。
- 1983（昭和58）年度からは肝炎連絡協議会には「B型肝炎ワクチン研究班」「輸血後肝炎研究」が追加され、1985（昭和60）年には、新たに「B型肝炎母子感染予防事業班」が追加された。また肝炎対策推進協議会と肝炎研究連絡協議会によって「B型肝炎について」の報告がまとめられ、「概念」「HBVキャリア」「HBVの感染様式」「HBVキャリアの自然経過」「血中HBV抗原・抗体の意義」「B型急性肝炎」「B型慢性肝疾患」「HBV感染の予防」の各項目が報告されている。

（国立感染症研究所における研究動向）

昭和40年代からの感染研年報を精査したところ、感染研においてはウイルス性肝炎の病態、感染性、疫学等の観点からの研究はあまり行われていないことがわかった。肝炎に関する研究としては以下のものが報告されていた。

- 「血清トランスアミナーゼ（SGOT）値40単位以下の保存血液を5倍希釈血清でHIM陰性、及び陽性とに区分し、これを別々に輸血して、肝炎発生の如何を観察した。HIM陰性血輸血例35、陽性血輸血例73合計108例についての追跡結果は、発黄又はSGOT値150単位以上を異常とした場合前者では3/35、後者では12/73の異常を認めた。」（黒川正身、感染症研究所昭和42年度年報、「輸血後肝炎の発生防止に関する研究」）
- 「RIA法を用いて臍帯血中のHBe抗原、抗体を調べたところ、HBs抗原が検出できないにもかかわらず、母親と同じHBe抗原又は抗体が検出でき、胎盤を通過して児に移行していることがわかった。」（吉原、1979、感染症研究所昭和54年度年報、「HBs抗原carrierの母親からの新生児臍帯血中のHBs抗原・抗体の検出」）
- 「母の血清と臍帯血のHBe抗原・抗体の検査と児の追跡調査とを行った。母血清と臍帯血が共にHBe抗原陽性は23組、共にHBe抗体陽性は10組で、いずれか一方がHBe抗原陽性で他方がHBe抗体陽性の組み合わせは1組もなかった。臍帯血はRIA法でHBs抗原は検出できないが、HBe抗原はかなりの率で検出可能であった。」（吉原、1980、感染症研究所昭和55年度年報、「HBs抗原陽性の母から生まれた児の臍帯血中のHBe抗原・抗体の検出」）
- 「東大病院小児科受診者から肝疾患など特殊疾患を除いた一般外来および入院患者についてHB抗原・抗体を検査し、陽性率を推定して母児感染予防の目的でHBIGおよびHBワクチン投与対象者を選ぶ資料とすることを試みている。」（吉原、1983、感染症研究所昭和58年度年報、「小児におけるHBs抗原・抗体の分布調査」）
- 「HBs抗原陽性児における母児感染と水平感染の割合を知る目的で家族のHBs抗原も検査

している。」(吉原 1984、「小児における HB 抗原・抗体の保有率調査」感染症研究所昭和 59 年度年報)

また、感染研が全国の地方衛生研究所と検疫所から収集、分析している病原微生物検出情報においては、以下の報告がなされている。

- 「神奈川県では県立病院、保健所および衛生部署施設等で HB に感染する機会の多い職員の健康管理をはかるため、その医療従事者を対象に risk に応じて年間検診 4,2,1 の各回に分別して定期的に HBs 抗原、抗体を検査し、HBs 抗原陽性については、さらに HBe 抗原、抗体及び HBc 抗体を測定するとともに肝機能検査も併せ実施することにより HB ウイルスの感染源、感染経路の把握と HB 抗原保有者の病態をも追跡して、適切な対策に資しているところである。全体としての検出率は抗原陽性 45 名 (1.9%)、抗体陽性 657 名 (27.1%) となり抗原抗体両者の保有率からみると看護婦、助産婦、検査技師および病棟作業員等の職種の感染曝露が他職種のそれより幾分高い傾向を示した。(小田和正 (神奈川県衛生研究所)、病原微生物検出情報 8 号、1980 (昭和 55) 年神奈川県における B 型肝炎抗原・抗体検索の現状)
- 「我々は横浜市内の妊婦における HBs 抗原・抗体の保有状況の実態を調査し、さらに e 抗原・e 抗体の有無を調べ、一部追跡調査をすると共に、分娩施設における水平感染予防に役立ててきた。対象は市内 15 保健所妊婦外来からの梅毒反依頼の検体と私立の分娩施設からの依頼である。全体として HBs 抗原 (+) は 2.0%、HBs 抗体 (+) は 14.8%である。」(母里啓子 (横浜市衛生研究所)、病原微生物検出情報 8 号、1980 (昭和 55) 年 B 型肝炎ウイルス母子間感染の実態)
- 「B 型肝炎：4 月以降発生の減少がみられる。男女比は A 型肝炎で 1、B 型肝炎で 2、その他の肝炎で 1.4 で従来の報告と大差がない。B 型肝炎は 30 歳代に発生のピークがみられ、従来の報告と同様である。(病原微生物検出情報 91 号、予防衛生研究所、1987 (昭和 62) 年、ウイルス肝炎)
- 「B 型肝炎：4 月および 5 月に発生の低下がみられたが、以後、徐々に増加の傾向にある。B 型肝炎の男/女比は約 1.8 で男性に明らかに多い。B 型肝炎：30 代に明らかなピークがみられ、20 代、30 代および 40 代で約 60%を占めているのが注目される。」(1987 (昭和 62) 年、ウイルス性肝炎関係病院定点、病原微生物検出情報 94 号)
- 「B 型肝炎：1 月から 4 月にかけて昨年に比べて発生数の低下がみられるが著明なものではなく、6 月までの累積発生報告数は昨年の 84%であった。男/女比は昨年の 1.718 に比べて 1.685 と大差がなく、また、年齢別でも昨年と同様に 20 歳～49 歳までで約 55%を占めていた。」(病原微生物検出情報 103 号、1988 (昭和 63) 年、ウイルス性肝炎関係病院定点)
- 「B 型肝炎：昨年に比べ 5 月を除き発生数の減少がみられ、1 月から 9 月までの累積発生数は昨年の 76.06%である。男/女比は 1.662 と男性が多いが、昨年 (1.708) とほぼ同じであった。また、年齢別分布も昨年と同様に 20 歳～49 歳まで約 58%を占めていた。」(病原微生物検出情報 106 号、1988 (昭和 63) 年、ウイルス性肝炎関係病院定点)

(国のガイドライン等)

1953 (昭和 28) 年には WHO が ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (WHO)

COMITÉ D'EXPERTS DE L'HÉPATITE Premier rapport WHO 肝炎専門委員会（第一報告書）を示し、その中で以下について言及された。

- 血清肝炎（B型肝炎）は、輸血や感染した血液成分の注入によって感染するのみでなく、連続使用の皮下注射又は注射筒に残る血液の偶発的注入によっても起こることが明らかになった。
- 注射を引き起こすにはきわめてわずかの量の血液で十分であり、またこのウイルスは熱や物理的、化学的要因にかなりの抵抗力を持っているので、現在注射針、筒その他の器具を滅菌するために通常用いられている多くの方法は効果がなく、病気の感染を防ぐことができない。
- しかも筒の口が汚染されるため、針の交換だけでは、病人の血液が他の被接種者に移るのを防ぐには十分ではない。
- 短時間に何千人にも注射する一斉予防接種には、特別の問題がある。大部分の国においては、一回の注射毎に各々殺菌した筒と針を使うことは実質上不可能である。しかも、筒の口自体が汚染されているので、針の交換だけでは、病人の血液の残りが次のものに移るのを防ぐのに不十分であることが確認されている。しかし多くの場合、この危険を冒すことに目をつぶらざるを得ない。予防接種の実践的利益が肝炎の危険を上回るからである。
- 連続する二回の注射の間の筒の殺菌が、機材や人員不足で不可能なとき、たとえば一斉予防接種運動に際して、一回ごとに針を変えるか殺菌しなければならない。筒は液を補充する前に殺菌するものとする。こうすれば血清肝炎の危険を減らしえるが、完全に排除することはできない。

1957（昭和 32）年に厚生省防疫課から刊行された『防疫必携』は「流行性肝炎」と「血清肝炎」を区別しており、「血清肝炎」について「ウイルスを含んだ患者血液或いは血液製剤を注射すれば感染が起こる。血清肝炎の発生状況から推測しても、相当数のものが血液製剤の注射による感染を受けているものと考えられる」と報告している。

また 1961（昭和 36）年の「結核予防法等の取り扱い上の疑義について」とその回答から、この時期には結核の保存血を介した血清肝炎感染の危険性については、医療関係者、自治体、厚生省のあいだで認識されていたと考えられる。

1962（昭和 37）年には WHO 総会における討議の報告書「伝染病予防対策における予防接種の役割」が日本公衆衛生協会より厚生省公衆衛生局防疫課長の序文つきで翻訳された。同資料中で、血清肝炎の危険を避けるために注射筒と注射針を注射ごとに新たに滅菌する必要があることが報告されている。

- 「注射筒ならびに注射針は、160°C1 時間の乾熱、120°C20 分の高圧蒸気滅菌で完全に無菌になることは確かである。より容易に行われる方法は、使用直前に 10 分間煮沸することである。もしこの方法で行うならば血清肝炎の危険を避けるためには、注射の度毎に注射筒や注射針を新たに滅菌することが大切である。そのほかの方法としては、針を代える時に注射筒の中に組織液が逆流するのを防ぐ Gispén バルブを使用するか、針のない高圧注射器を用いるか、あるいは使用後は捨て去る安価な注射筒を用いるかである」

1980（昭和 55）年に肝炎連絡協議会 B 型肝炎研究班による「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」において、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌が勧告されている。

- 「HB ウイルスについては、医療従事者が感染する危険性が高く、その主要な感染経路は感

染粒子を大量に含む血液を介してである」「医療上の感染事故として最も多いのは、汚染された血液材料の注射針をつきさすことによる経皮的な感染であり、全国で報告された事例の約 3/4 を占めている。したがって、注射、点滴、血液透析あるいは手術など観血的処置に際しては、十分な注意が必要である。通常の注射針は使い捨て（ディスポ）を用い、再使用を行わない。使用済みの針には慎重に再びキャップをかぶせ、耐水性のバックに入れ、出来るだけ早く焼却又は加熱滅菌して捨てる。注射筒は使用后直ちに水につけ、手袋をして水道水で充分洗浄し滅菌する」

1984 (昭和 59) 年には WHO でウイルス性肝炎への対策としてワクチン接種の重要性が議論されており、厚生省は WHO The Weekly Epidemiological Record のなかから「WHO ウイルス性肝炎対策(WER No. 38, “WHO VIRAL HEPATITIS PROGRAMME”)」「ウイルス性 B 型肝炎に関する WPRO の第二次特別委員会報告(WER No47 “HEPATITIS SURVEILLANCE: Report of WPRO’s Second Task Force on Viral Hepatitis B”)」の翻訳を行っていた。

1985 (昭和 60) 年に厚生省保健医療局感染症対策課長より各自治体の衛生担当部長宛に通知された。「B 型肝炎の予防方法について」の別添資料「B 型肝炎について」には以下の記述がある。

- 「垂直感染（母児間感染）は・・・感染源の拡大という観点から、また、将来の肝疾患を発生する危険性の高い者の増加として非常に重要である」「水平感染とは、血液、体液等を介する人から人への感染である。通常感染源となるのは HBe 抗原陽性者と HBe 抗原陽性血であって、HBe 抗原陰性の場合には輸血のように大量の血液を移入するようなことがない限り感染源とはなりにくい。また、HBe 抗原陽性であっても HBV は感染力の弱いウイルスであるために、血液付着物の後始末、血液の取り扱いに注意する限り感染は殆ど成立しないと考えられる。」とされている。

その後、1987 (昭和 62) 年の「改定 B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」では、注射器の消毒の箇所は以下のように改定された。

- 「通常の注射針は 1 回限りの使い捨て（ディスポ）を用い、再使用を行わない。注射筒はガラス製であれば使用后直ちに 0.1%次亜鉛素酸ソーダを含む溶液につけ、手袋をして水道水で十分洗浄した後に滅菌する。血液による汚染の可能性がある場合はディスポの注射筒を用い、捨てる時には感染源にならないよう注意する」

1988 (昭和 63) 年の『厚生（厚生省広報誌） 特集：B 型肝炎』において西岡久壽彌・日本赤十字社中央血液センター副所長が WHO の勧告を紹介している。

- 「1970 年代と 80 年代を比較すると、一般市民、非医療従事者における HBV 感染率も激減している。このことは特に 15 歳以下の小児において明確である。医療技術、衛生環境の向上とともに滅菌した注射針の一人一回使用が徹底しディスポの注射針の品質の向上と価格の低廉化がこれに貢献したことは見逃すことはできない。最近 WHO は注射に際して肝炎の伝染予防のためには注射針だけでなく滅菌した注射器の一人一回使用をも徹底するよう勧告している」

C) 検証項目4に関する文献調査結果のまとめ

- B型肝炎の感染事例と思われる報告は1950年代から複数みられるが、注射器を感染経路とした報告は1980（昭和55）年以降である。
- 血清肝炎については1960年代から、B型肝炎についても少なくとも1970年代には厚生省による調査研究が進められ、1980年代からは肝炎対策を検討するための会議体「肝炎対策推進協議会」が創設された。
→1960年代以降、肝炎研究は国を中心に積極的に推進されていた。日本の研究は国際的にも高いレベルにあった。
- これらの一連の研究報告において、1980（昭和55）年度、1981（昭和56）年度の「厚生省肝炎研究連絡協議会」の研究報告により注射針やメス等の連続使用によるB型肝炎の感染の危険性と実態が報告されていた。こうした報告を受け、とくに1981（昭和56）年度の報告書では「注射針の単独使用は極めて重要な予防対策」であると指摘され、ディスポーザブル注射器の使用の重要性が議論されている。同報告に掲載された論文にある市町村では、この時期には、予防接種において一人一針の方針が徹底されるようになったことを報告している。
- また、主に医療従事者の針刺し事故防止を目的とした1980（昭和55）年の「B型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」（厚生省B型肝炎研究班）において、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌が勧告された。
- 海外での知見のうち、国は少なくとも1962（昭和37）年のWHO総会における討議の報告書「伝染病予防対策における予防接種の役割」（血清肝炎の危険を避けるために注射筒と注射針を注射ごとに新たに滅菌する必要があることが報告された。）や、1984（昭和59）年のWHO「WHOウイルス性肝炎対策(WER No. 38, “WHO VIRAL HEPATITIS PROGRAMME”）」、「ウイルス性B型肝炎に関するWPROの第二次特別委員会報告(WER No47 “HEPATITIS SURVEILLANCE: Report of WPRO’s Second Task Force on Viral Hepatitis B”）」を把握していた記録がある。

3.4.2 アンケート調査

- ・ 検証項目 3 と同じ

3.4.3 ヒアリング調査

A) 有識者対象調査

a) B型肝炎に関する医学的知見に関する変遷

(ア) B型肝炎の重症化に関する認識の変遷について

- ・ 臨床的には肝炎が肝硬変や肝がんへ移行することは昭和 30 年代には知られていたと思われるが、B型肝炎が肝硬変に移行することが確認されたのは、オーストラリア抗原が検出できるようになった後である。検出法として 1972（昭和 47）年に蛍光抗体法、1974（昭和 49）年にオルセイン染色法が開発された。（B）
- ・ 1980（昭和 55）年に HB ウイルスが肝がんを誘発しているとみられる DNA レベルの有力な証拠が得られたとの報告がネイチャーに掲載された。（31 July 1980, Integration of hepatitis B virus sequences and their expression in a human hepatoma cell, Nature）（B）
- ・ 昭和 40 年にオーストラリア抗原が発見され、その後、大河内先生が肝炎との関連を確認した研究をされたが、B型肝炎の劇症化と慢性化の認識はもう少し後のことと思う。当初、肝炎は、急性肝炎になって治るか劇症肝炎で亡くなるかで、B型肝炎の慢性化・重症化という認識は後のこと。（C）
- ・ B型肝炎の重症化という認識は、昭和 40 年代の終わり位ではないか。（D）
- ・ 昭和 40 年代後半には B型肝炎の重症化という認識は一般化していたと思う。（E）

(イ) B型肝炎のキャリア化に関する認識の変遷

- ・ 肝炎を発症していなくてもウイルスを保有している人（無症候性キャリア）の存在が明らかになったのはウイルスが特定され、検出できるようになった昭和 40 年代後半以降である。（A）
- ・ 肝臓の検査技術が発達する前は黄疸などの症状に基づき診断していたため、症状が出ないケースもある無症候性キャリアはなかなか見いだされなかった。GOT、GPT の検査が可能になって初めて、症状がないのに肝機能が低下している患者がいることが見出されるようになった。それ以前は生検という方法もあったが頻繁に行われる検査ではなかった。（B）
- ・ 肝炎については、母子感染が約 9 割、その他感染が約 1 割という認識であった。小児科でも症状がないので、把握されにくかった面があるだろう。（C）
- ・ キャリア化については、昭和 40 年代後半位に認識していたと思う。専門医や学会でもこのような状況であり、一般の医師の認識は相当遅かったのではないか。（D）

(ウ) B型肝炎の感染力の強さに関する認識の変遷

- ・ 感染力について学問的に確認されたのは、チンパンジーの感染実験を通じてである。（A）
- ・ 1970 年代後半（昭和 50 年代）のチンパンジーの感染実験を通じて感染に要するウイルス量が確認された。1977（昭和 52）年に、新聞紙上で一般の方向けに B型肝炎ウイルスがわずかな血液や唾液等からも感染することを述べたことがある。（B）
- ・ 少量でも強い感染力を持つと認識したのは、チンパンジー実験の後であるから、昭和 50 年代

の後半と思う。昭和 50 年代中頃には肝炎の水平感染といった認識は肝臓専門医の間でも一般的ではなかったし、一般現場の医師では 10 年以上の認識の差があったと思う。当時は通常の日常生活では感染しないと考えられていた。(C)

- ・ チンパンジー実験の報告を聞いた後である。肝炎が注射を通じて感染することは知られていたが、B型肝炎ウィルスの感染の強さについては、重大性の認識は遅く、劇症化などが言われてからと思う。(D)

b) B型肝炎ウイルス感染のリスクに関する認識

(ア) B型肝炎ウイルスに関する感染経路に関する認識の変遷

- ・ 昭和 40 年代後半には、血液による感染の危険性は認識され、劇症化した場合には死亡することがあることも認識されていた。そのため針やメスの扱いは注意していた。ただしうっかり刺してしまうこともあった。特に外科では手術の際に感染のリスクがあった。(A)
- ・ 肝炎が注射を通じて感染することは知られていたが、B型肝炎ウィルスの感染リスクについては、そんなに怖い病気であるとは思っていなかったこともあり、重大性の認識は遅かったのではないかと。(D)
- ・ 当初は、医療従事者の感染防止という必要性から、リスク認識が始まった。差別・偏見があったため、子供の水平感染について、むやみに怖がる必要はないという意味で、当時の職場があった地域の中学生や妊婦について疫学研究を行い、検証した。(E)
- ・ わが国の場合、経路として母子感染に着目し、それをまず予防するという観点から、施策を進めた経緯がある。(E)

(イ) 注射針・注射筒による感染リスクの認識の変遷

- ・ 昭和 60 年卒の後輩によると、当時大学病院ではディスポーザブルを使用していたが、開業医では煮沸消毒だったという経験があるとのことであった。煮沸消毒でも滅菌は可能だが、固着したタンパクを十分に流し切れるかなどという意味でやや問題がある。(A)
- ・ 昭和 51 年に、主に医療従事者の HB ウイルスの感染を予防するため、東京都 B型肝炎対策専門委員会が「院内感染予防対策」をまとめた。この中で注射器や針の消毒を徹底するなどの予防措置を講じることとされた。(B)
- ・ あまり注射針・筒だけに注目した記憶がない。針刺し事故は多くあったはずで、医師・看護師など医療従事者が感染するリスクは昭和 50 年代には認識していたが、外科を筆頭として、医師は針だけでなく血液に暴露する機会が多く、そうした医療行為全般に対してどのように予防するかという認識であった。そのため、昭和 50 年代後半に医療従事者のワクチンが普及したと思う。(C)
- ・ 昭和 60 年に県別のディスポの普及率を調べたことがあり、針は普及していたが、筒の普及は遅れていたと思う。もちろん、病院の方が使い捨てシリンジの採用は早く、開業医は遅かっただろう。(C)
- ・ 肝炎が注射を通じて感染することは、昭和 30 年代には一般的だったと思うが、B型肝炎については、発見されたあとになる。(D)
- ・ 注射針については、肝炎に限らず、昭和 30 年代には相当リスク認識があったと思う。昭和

51年夏ごろに職場を移動した際、ツベルクリン反応の注射針についても一人一針に変えていくことを当時のある保健所長と協議した記憶がある。注射筒については、それほど強いリスク認識はなく、厚労省から通知が出たとき、すでに現場勤務ではなかったが、筒まで徹底することになったと感じた。(E)

(ウ) 集団予防接種（注射針・筒の連続使用）による感染リスクの認識の変遷

- ・ 認識はあったと思うが、筒を介した感染リスクが非常に大きいという認識では当時なかったと思う。(C)
- ・ 予防接種については、実施する現場で注射針・筒の連続使用が昭和40年代位まで一般的であり、むしろ連続使用の方が子供が痛がらないといった認識すらあった位。予算や人手の確保など経済的な要因などもあって、強いリスク認識の元でディスポが普及するという事には、すぐにつながらなかったと思う。(E)
- ・ 担当した疫学研究から、水平感染の多くについては、消去法で予防接種が原因と考えざるを得ないと思う。(E)
- ・ ジェットセッターの普及も感染経路として有力なのではないかと個人的には思う。(E)

(エ) B型肝炎ウイルス感染防止対策に関する認識の変遷

- ・ 国を挙げて行った対策としては昭和47年の日赤のスクリーニング、昭和60年の母子感染防止事業がある。針刺し事故防止は、国を挙げてというよりも現場で取り組まれてきたが、すみずみまで行きわたったのはここ10年~20年くらいのことではないか。(A)
- ・ 昭和47年に日赤血液センターが献血中のHBs抗原のスクリーニングを開始し、昭和57年頃にB型肝炎ウイルスが実用化され、昭和60年には母子感染防止対策事業が始められた。(B)
- ・ 昭和50年代頃には、感染リスクの認識は医療従事者の感染予防や母子感染防止と順次進んでいったが、それ以外の小児の水平感染などに関してはよくわからないことが多かった。対策としてはワクチンを打つということが最も有効だが、費用の問題もありなかなか難しかったのではないか。(C)
- ・ 昭和40年代にB型肝炎の慢性化ということがわかるまでは、A型肝炎があったがゆえに同様に類推してしまい、発症しても治ればそんなに怖いものではないという認識だった時期がある。(D)
- ・ 時期はよく覚えていないが、ワクチン開発が有効であるとともに、ディスポ化を進める方が先決課題ではないかという意識があった。(D)
- ・ 昭和50年代後半に、国の肝炎研究班に参加しており、疫学データをもとに議論していたが、それらが国の施策に直接的に反映されることがなかったのは遺憾である。(E)

c) 関係学会、医療関係者による把握及び対応

(ア) 集団予防接種によるB型肝炎感染の症例報告の有無

- ・ 既に研究班で調べられている通り松山市での集団発生の報告があるが、集団予防接種が原因

かどうかは分かっていない。(D)

(イ) (症例報告があった場合) 症例の概要及び関係学会等の対応

- ・ 学会報告などの情報は、中核的な病院で肝臓の専門医がいれば伝わっていく。しかし学会で周知したとしても肝臓の専門でない医師は肝臓学会には参加しないだろう。開業医の場合は地域の医師会で講演会などを通じて情報提供する機会はあるが、全員が参加するものではない。日本では世界レベルの研究が行われてきたが、その成果が広がるには時間がかかる。(A)

B) 国関係者対象調査

(作成中)

3.4.4 関係機関間の情報共有等の連携の実態

(医学的知見に関する連携)

- 国は、1972（昭和 47）年に「厚生省特定疾患難治性の肝炎調査研究班」を設置し、それ以降、国が主導する形で B 型肝炎に関する医学的知見が収集、蓄積されたと考えられる。それ以前の 1963（昭和 38）年から「血清肝炎調査研究班」が設置されているが、B 型肝炎に関する医学的知見の蓄積が進んだのはオーストラリア抗原の発見以降であると考えられる。
- さらに、1979（昭和 54）年に「厚生省肝炎研究連絡協議会」が設置され、同協議会の研究報告書において、ウイルス性肝炎の感染実態や感染リスクに関する指摘がなされていた。1980 年頃までに B 型肝炎に関する基礎的な（細胞・ウイルスレベルの）医学的知見は概ね確立されたと考えられ、その内容は肝炎連絡協議会において報告、共有されていた。
- 1975（昭和 50）年頃から、B 型肝炎ウイルスの感染性に関する知見などを踏まえ、医療従事者に対する感染予防の重要性が指摘されていた。1980（昭和 55）年には肝炎研究連絡協議会 B 型肝炎研究班より、「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」が作成、公表された。

(接種実態に関する連携)

- 都道府県から国への予防接種事故報告において、「7%アルコールにより丁寧に接種個所を消毒後 5cc を入れ 1 人 1cc あて皮下注射を行い、その都度アルコール液にて針を清拭、5cc 終了後毎に必ず針を変えた」（昭和 35 年）との記載や、別の報告では「注射針は 6 人に 1 針で接種」（昭和 44 年）との記載が見られた。
- 肝炎研究連絡協議会報告書において、1980（昭和 55）年前後以降、「一人一針」が徹底されることとなった自治体があることが報告されている。
- 都道府県や市町村から国への予防接種の手技等の実態に関する報告について、アンケートやヒアリング等を通じて調査を行ったが、今回の調査の範囲では把握されなかった。

(感染事例に関する連携)

- 1980（昭和 55）年以降、「厚生省肝炎研究連絡協議会研究報告書」掲載の論文において、集団予防接種をはじめとする水平感染、注射針やメス等の連続使用による感染の危険性が報告されていた。例えば、昭和 55 年にある高校での貧血検査において 1 本の注射針で連続して複数人に窃刺したために発生した B 型肝炎の集団感染事例について報告されている。
- ただし、協議会での報告を受けて厚生省やその他の機関から何らかの通知、指導があったことを示す資料は厚生省資料の中には存在しなかった。
- 予防接種の被害に関する報告で国に報告があったものの中には、一連の被害報告記録中に予防接種の実施状況の記載があったものもあった。1969（昭和 44）年には、予防接種事故被害に関する報告として、原因は不明であるが、肝機能の低下が報告された死亡事例が見られている（主治医はワクチン接種と死因との間に直接の関係はないと診断）。
- 肝炎の集団発生事例である、1962（昭和 37）年の猿島の事例、1970（昭和 45）年の鏡浦の事例では、市町村、地域医師会、都道府県保健所、大学などが連携しながら関与していた。しかし、国への報告や国の関与については今回の調査の範囲では把握されなかった。

3.5 検証項目5

3.5.1 イギリス

A) 予防接種に関する歴史的背景

イギリスは 1796 年に世界で初めてエドワード・ジェンナーによる種痘が実施された歴史を有しており、1840 年には種痘法(Vaccination Act)が制定され種痘を無料とすることが定められた。その後、1853 年及び 1867 年には法律によって、幼児の種痘が強制とされた。

1898 年に、法律上に「根拠のある反対 (conscientious objection)」の規定が定められた。これは親が自分の子どもに強制種痘を受けさせないことができるというものである。1907 年には拒否した親は 8.4%であったが、1921 年には 45%になった。

国民保健サービス憲章(NHS Constitution)では「国民は、種痘及び予防接種に関する合同委員会 (Joint Committee on Vaccination and Immunisation) が、全国予防接種計画の下で受けるべきであると推奨した予防接種を受ける権利を有する⁶。」とされている。

B) 予防接種制度の概要

現在イギリスの予防接種制度においては、全国レベルで予防接種計画が策定され、この予防接種計画に基づき地方で実施されている。

予防接種計画を踏まえた指針として、医務長官(Chief Medical Officer)の通知や「感染症に対する予防接種(Immunisation against infectious disease) 2012 年」(通称「グリーンブック」)が国から示されている。

歴史的には、天然痘を除いて、予防接種計画は地方で策定され地方で実施されていたが、接種率は自治体によって大きく異なるなど、全国的な統一が図られているとは言えない状況であった。その後 1961 年に全国的な接種スケジュールが保健省によって勧告されるようになったことなどを契機として、全国的な指針等の整備、接種率の向上などが推進されてきた。

a) 根拠法令

イギリスにおいて現在予防接種について規定した法律は国民保健サービス法 (National Health Service Act) 1946 年である。

この法律に基づき、全ての地方自治体は天然痘およびジフテリアに対する地区内の人々への予防接種が調整される。保健行政のもとで他の疾患に対する予防接種も同様な調整をすることが可能である。予防接種の政策は、その後、国民保健サービス法 1977 および国民保健サービス法 2006 において更新された。

1963 年に種痘及び予防接種に関する合同委員会 (Joint Committee on Vaccination and Immunisation、JCVI)が独立諮問機関として設立され、ワクチンスケジュールやワクチンの安全性についての提言を行っている。

⁶ You have the right to receive the vaccinations that the Joint Committee on Vaccination and Immunisation recommends that you should receive under an NHS-provided national immunisation programme.

b) 実施体制

イギリスにおける予防接種の施策は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドに対して、ロンドンの保健省（Department of Health）が調整して実施しており、適用方法に若干の差異はあるものの、同じ施策が実施されている。決められた施策を全国同時に実施できているのは、国民保健サービス（National Health Service, NHS）がその役割を担っているためである。

イギリスにおける予防接種施策の検討及び実施にあたって、独立した立場から勧告を行うのが種痘及び予防接種に関する合同委員会である。全ての予防接種の実施方法については、「Immunisation against infectious disease」（通称：グリーンブック、Green Book）に記述されている。このドキュメントは常に最新化されていて、誰でもインターネットを經由してダウンロードすることができるようになっている。

接種率が 9 割を切らないように、接種率が低下した際には、プロモーションを実施している。一方、接種率が向上するよう、一般医（General Practitioner, GP）に対する財政的なインセンティブを与えている。

Primary Care Trust (PCT、自治体に並んで、各地域の国民保健サービスの事業管理を担っている機関、全国は約 150 の PCT の管轄のもとにある)において、予防接種実施計画（implementation plan）が策定されている。予防接種実施計画の策定に関しては国からガイダンスが提供されるが、このガイダンスに従うかどうかは、各 PCT が選択する。

PCTには一般に、受診率の確保、研修の実施、スタッフの支援、予防接種の質の確保を小行うための予防接種計画委員会が置かれている。Surrey PCT の例では、サリー予防接種委員会（Surrey Vaccination and Immunisation Committee）が組織され、その下で、情報グループ、研修・教育グループ、BCG&B 型肝炎グループ、季節性インフルエンザグループの 4 つのサブグループが構成されている。委員会は、戦略実行の機能をもち、1 か月ごとの遂行と長期観測を行い、最終的に NHS 役員会への報告を行う。

C) 強制接種／任意接種

現在、イギリスにおいては、予防接種は義務化されていない。

過去に、種痘については強制実施とされ、受けない場合には親に対して罰金が科せられていた。しかし、その強制の種痘も国民の間に強い反対があり、1946 年の国民保健サービス法によって廃止された。種痘以外の予防接種では、ヘルスケア従事者を除いて現在まで義務化されたことはない。

なお、1974 年の Health and Safety at Work Act (HSWA) においてリスクのある従事者を守ることが義務づけられており、ヘルスケア従事者は、予防接種を受けることが仕事に従事するための前提条件となっている。2002 年の Control of Substances Hazardous to Health (COSHH) Regulations においても、リスクのある労働者を守ることが雇用者に義務付けられている。

D) 集団接種／個別接種

現在、イギリスにおける予防接種は、一般医（GP）あるいはヘルスセンターを訪問して受けることが一般的であり、個別接種が原則となっている。

ただし集団接種が行われていないわけではなく、イギリスにおける集団接種としては 1) 学校における予防接種の実施、2) 一般医の診療所やヘルスセンターにおいて、予防接種のためにあ

らかじめ決められた特定の日時における実施、という2つの方法が行われている。

過去にイギリスにおいて学校における集団接種が実施された例は以下の通り。

1953年にBCGワクチンが導入された時にも学校において予防接種が行われた。(現在は、BCGは結核罹患者に接触する可能性の高い乳幼児や子どもに限り個別接種として実施されている。)

1956年から注射によるポリオワクチンが行われるようになった際には、学校で集団予防接種が行われた。ポリオのソーク注射ワクチンは1962年まで続き、その後内服ワクチンに切り替わった。

1994年には、麻疹について学童期の子どもの届出件数が増加したことが確認されたため、集団予防接種のキャンペーンが行われた。この予防接種は学校で看護師によって実施され、5歳から16歳の800万人以上の児童が麻疹-風疹ワクチンを受けた。

1999年11月には、新しいC型髄膜炎に対するワクチンが導入され、18歳未満の者全員を対象に2年間にわたって接種された。この時、学童は学校で、看護師によって接種された。

2008年からは、子宮頸がん予防(HPV)ワクチンが12-13歳の女子を対象に主に学校で実施されている。

E) 注射針・注射筒の消毒・交換

現在のグリーンブックには予防接種の手順に関して、同意の取得、ワクチンの準備、針の交換、ワクチンの投与、ルートと部位、皮膚の消毒、針のサイズ、注射技術、予防接種後、記録などの項目について記載されている。このうち針の交換については、「患者個人に適合したサイズの新しい針を使う必要がある。」と記載されている⁷。

文献に基づく調査から明らかになったことは以下の通りである。

- 1943年にはイギリスの医学雑誌において、注射ごとに筒を交換する必要性が示唆されていた⁸。
- また同年、イギリス保健省が医学雑誌において種痘やワクチン接種、血液製剤注射後に肝炎が高頻度で発生することを報告している⁹ (MEDICAL OFFICERS OF THE MINISTRY OF HEALTH 1943)。
- 1945年には、イギリス保健省が医学雑誌において黄疸、血清肝炎の感染と注射器の関係を検討し、注射針・筒の使い回しや従来の滅菌方法の見直しの必要性が示唆された¹⁰。(MEDICAL OFFICERS OF THE MINISTRY OF HEALTH 1945)。
- 1945年にイギリス医学研究会(Medical Research Council)は報告書「注射器の滅菌と使用、管理」を刊行し、完全な滅菌のためには注射筒を160度で乾熱殺菌しなければならないと

⁷ Green Book Chapter 4 v2_0:p26: Unless the vaccine is supplied in a pre-filled syringe with an integral needle, a new needle of a size appropriate to the individual patient should be used to inject the vaccine

⁸ Marshall .M. J., Jaundice in Syphilitics, The British Journal of Venereal Diseases 19(2) , Joseph W. Bigger, JAUNDICE IN SYPHILITICS UNDER TREATMENT: POSSIBLE TRANSMISSION OF A VIRUS, LANCET, 1943. 4. 10.

⁹ MEDICAL OFFICERS OF THE MINISTRY OF HEALTH, HOMOLOGOUS SERUM JAUNDICE, LANCET, 1943. 1. 16.

¹⁰ The resistance of icterogenic agents to disinfection and the impossibility of removing all trace of blood from syringes by the method generally used are factors calling for revision of existing injection techniques

指摘した。煮沸は代替手段ではあるが感染因子を完全に取り除くことはできず、炭酸ナトリウムを滅菌水に加えることはこの欠点を改善するが、注射器がアルカリ性を帯びるため薬品や生物由来物質に影響を与えるおそれがあると報告されている。また集団接種等の際には、流行性黄疸の伝染を防ぐために接種ごとに滅菌された針に交換することが推奨された。また、患者ごとに新たに滅菌された注射筒を用いることが提唱された¹¹。

- また、学術論文としては、注射筒の連続使用による黄疸の感染予防のためには注射筒を消毒する必要性が指摘された (Bigger 1943; Salaman 1944)。同一注射筒を連続使用する場合の感染可能性の報告 (Seehan 1944 ; Mendelsohn 1945)、筋肉注射の際に起こる注射筒への汚染物質の逆流による感染可能性(Hughes 1946)など、1940年代のイギリスの医学雑誌における注射針・筒を滅菌せずに連続使用することによる感染リスクに関する論文が公表されている。
- このように、1940年代、50年代を通じて針だけでなく注射筒による汚染の危険性が指摘されたことを受けて、1962年のイギリス医学研究会(Medical Research Council) 報告書「注射器の滅菌と使用、管理」改訂版においては「最も重要な勧告」として「新たに滅菌された注射針だけでなく、新たに滅菌された注射筒がそれぞれの注射や穿刺ごとに用いられるべき」であり「主要なリスクは肝炎ウイルスの感染である」と強調している¹²。また「現在、集団接種における最も安全で十分な方法は、それぞれの患者に対して新たに滅菌した注射筒と針を用いることである」と指摘している。後述するように、この時期はディスポーザブル製品の普及も進みつつある時期であった。

今回のインタビュー調査から得られた、インタビュー対象者（学者、医師、保健師、地区看護師）の個人的な経験では、予防接種における注射針・筒の消毒・交換に関する過去の実施状況は以下の通りであった。

- 1950年以降は、注射針と注射筒を交換・消毒して使っていた。
- 1960年代には、学校での集団接種は原則行われていないが、診療所でまとめて実施することはあり、その際は毎回アルコール消毒をしていた。ただし滅菌まではしていなかった。
- 1970年頃からはオートクレーブ（高圧蒸気滅菌器）が普及し注射針・筒の滅菌を行っており、1人1針、1人1筒であった。
- 1975年頃からはディスポーザブルの注射針・筒を使うようになった。ディスポーザブルの注射針・筒は、ヘルスオーソリティから提供された。
- 現在、学校における予防接種では、全てディスポーザブルの器具が使われている。

¹¹ MEDICAL OFFICERS OF THE MINISTRY OF HEALTH, ROLE OF SYRINGES IN THE TRANSMISSION OF JAUNDICE, LANCET, 1945. 7. 28

¹² Medical Research Council, The Sterilization, Use and Care of Syringes: Working Party on Sterilization of Syringes, Med. Res. Council Memorandum No.41 (Revision of M.R.C. War Memorandum No. 15)

F) ディスポーザブル製品の普及状況

文献に基づく調査で明らかになったことは以下の通りである¹³。

- ▶ イギリスでは、1960年代に至るまで注射筒と注射針の大半は再使用可能な製品であり、それぞれの注射の前に滅菌することが必要であった。ガラス製の注射筒はおよそ20回、再滅菌して使用することができた。針は再滅菌、再研磨して使用していた。
- ▶ 1954年に米国 Becton, Dickinson and Company 社が最初の大量生産用ガラス製ディスポーザブル注射針・筒を開発、販売した。1955年には皮下注射用のプラスチック製ディスポーザブルの注射筒が開発された。その後1950年代はディスポーザブル製品への移行期間であり、プラスチック製及びガラス製のディスポーザブル注射器の「混合」的な組み合わせが行われていた。
- ▶ 1960年代までに、滅菌後に再使用可能なガラス製の注射器は、ディスポーザブルのプラスチック製の注射筒と単回使用（single use）の注射針に置き換えられていった。
- ▶ しかしながらこの時期には、「使い捨て disposable」の概念は未だ新しく、ユーザーが単回使用のディスポーザブル製品を加熱等により再滅菌して再使用することが危惧された。こうしたディスポーザブル製品の再使用をやめさせるために、製造業者たちは加熱殺菌の温度に耐えられない素材を注射筒に用いることとし、実験を行った。最初に用いられた素材はポリスチレンであったが、これは注射筒の内容物による薬品侵食に対して脆弱性を持つことがわかった。その後、1961年にポリプロピレン製のディスポーザブル注射筒が導入された。このことでマーケットは大きく変わった。
- ▶ 今日では、ほとんどすべての注射筒と針がディスポーザブルであり、「一回限りの使用」のためのものである。

今回のインタビュー調査から得られた、インタビュー対象者の個人的な経験では1975年頃から予防接種においてディスポーザブルの注射針・筒を使用するようになったとのことであった。

また、ディスポーザブルの注射針や注射筒が導入される以前には、注射針・注射筒は、一度使用すごとに交換され、使用後には殺菌処置が行われていたとのことであった。

G) 予防接種を原因とする B 型肝炎感染事例

イギリスでは、予防接種の安全性をモニタリングするために、予防接種およびその接種機器について疑わしい問題があればレポートする仕組みがある。この仕組みは、イエローカードスキーム（Yellow Card Scheme）と呼ばれており、所定の様式（Yellow Card）に必要事項を記載して、Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)に報告される。報告された情報は、MHRA の医薬品安全の専門家チームにより評価される。また、医学文献、メーカーによる安全性研究、疾病の傾向を追跡するデータベース、世界の関連機関等の情報も用いられる。

今回のインタビュー調査からは、予防接種を原因とする B 型肝炎感染事例は把握されなかつ

¹³ 「Exchange Supplies」web サイトより（看護師により設立された薬物使用者の救済にかかわるイギリスの非営利団体が作成）

http://www.exchangesupplies.org/drug_information/briefings/the_safer_injecting_briefing/safer_injecting_briefing/section1.html#Injecting in the 20th century

た。

H) 健康被害救済制度

イギリスでは、Vaccine Damage Payment Scheme (VDPS)と呼ばれる予防接種健康被害救済制度が導入されている。

対象疾病の予防接種を受けた結果、精神的あるいは身体的な障害を被った本人またはその家族に支払いが行われる。

対象疾病は、ジフテリア、インフルエンザ B 型菌 (Hib)、麻疹、C 型髄膜炎、流行性耳下腺炎、百日咳、肺炎球菌、ポリオ、風疹、破傷風、結核 (TB)、天然痘 (1971 年 8 月 1 日まで)、ヒトパピローマウイルス (HPV)、パンデミックインフルエンザ A (H1N1) 2009 (豚インフルエンザ) (2010 年 8 月 31 日まで) である。

18 歳までに予防接種を受けた人が請求できる。ただし、ポリオ、風疹、C 型髄膜炎、HPV、A 型インフルエンザ (H1N1) 2009 に関しては年齢制限はない。さらに、英国内のアウトブレイクの間、上記以外の疾病の予防接種を受けた場合も全ての年齢の人に適用される。支払いは、障害を負った本人の現状を和らげ、将来にわたる負荷を考慮して支払われる。上限は 12 万ポンドとされている。¹⁴

3.5.2 アメリカ

A) 予防接種制度の概要

a) 根拠法令

アメリカ各州には、公立、私立を問わず教育機関 (デイケア、保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学) に就学する際には、指定された予防接種を受けた証明を出さなければならない、という「学校予防接種法」(州法) が存在し、ほとんどの子どもはこの法律によって予防接種を受けることが求められている。

学校予防接種法の歴史は非常に古く、1827 年にボストン市が天然痘の予防接種を市内の公立学校に入学する条件とした制度が最初で、1855 年にはマサチューセッツ州が全米初の学校予防接種法を州法として定めた。1890 年台までにはほとんどの州で学校予防接種制度が定着している。

ただし、どの予防接種が就学に必要なかという規定は州によって差異が見られる。ニューヨーク州は連邦政府 (ACIP/CDC) の予防接種スケジュールをそのまま州の推奨として医療関係者を指導しているが、州の学校予防接種法において必要とされる子どもの予防接種には、ACIP/CDC のスケジュールにある A 型肝炎、ロタウイルス、髄膜炎菌性髄膜炎、ヒトパピローマウイルス、インフルエンザの接種が含まれていない上、一部ワクチンの接種回数も ACIP/CDC の推奨より少なくなっている。

b) 実施体制

アメリカ連邦政府の予防接種への主な関わりは次の 4 点がある。

1. Food and Drug Administration (FDA, 連邦食品医薬品局) によるワクチンの認可。

¹⁴ The amount payable is £120,000 for claims made on or after 12 July 2007.(Green Book P75)

2. CDC による予防接種スケジュールの作成。独立の諮問委員会である **Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP, 予防接種実施諮問委員会)**の意見が非常に大きな比重を占める。このことからアメリカでは予防接種のスケジュールは「ACIP/CDC のスケジュール」と一般的に呼ばれている。
3. CDC の **National Immunization Program (NIP, 全国予防接種プログラム)** および **Vaccine Program for Children (VFC, 子どもワクチンプログラム)** による州や地域の予防接種プログラムへの資金補助、管理と各種のテクニカルサービス。
4. 予防接種副反応情報収集と健康被害救済制度の運営。

ニューヨーク州では、自治体における予防接種実施計画委員会のような組織は存在しない。予防接種の分野は、CDC を頂点とした州とカウンティの強力な連携体制と、関係公衆衛生団体、医療団体の協力で運営されている。末端の地域における予防接種プログラムでも、CDC の存在が非常に強く感じられる。予防接種分野は地域の独自性は少ない代わりに、CDC、州、カウンティの縦のつながりが密接で、連邦政府の方針が地域の末端まで行き届いている。

その他ニューヨーク州が実施する予防接種関連業務としては以下のようなものが挙げられる。

州の公衆衛生局内の予防接種課の運営。予防接種課は州予算（主に人件費）と連邦予算（CDC からなど）を資金源とし、CDC の全国予防接種プログラムの方針に従った州単位の予防接種プログラムを運営する。

- ・ CDC の子どもワクチンプログラムによるワクチン無料配布
- ・ 予防接種のサーベイランス
- ・ 予防接種の啓蒙活動
- ・ 州法による「学校予防接種法」の制定、改定と運営
- ・ 成人の予防接種に関する州法の制定、改定と運営
- ・ 医療従事者など特殊なハイリスクな職業従事者に対する予防接種義務などの制定、改定と運営
- ・ 予防接種を行える医師以外の医療従事者（例えば薬剤師）に関する法律の制定、改定と運営
- ・ 地域予防接種連絡会の運営など、州の地域での予防接種の情報発信とサポート活動
- ・ 予防接種レジストリー (IIS、予防接種情報システム) の法制化と運営

自治体レベルの予防接種への関与の状況を示す情報として、以下ではニューヨーク州の 60 のカウンティの一つ、スケネクタディカウンティ（以下「S カウンティ」）について述べる。

ニューヨーク州では州の公衆衛生法第 6 条において、「カウンティの公衆衛生局は地域の基本的（最低限の）予防接種を行える許容量を持つ」と定めている。

人口の少ないカウンティでは予防接種の責任者を任命するだけで、実際の接種は民間や他の公的施設に委託している場合が多いが、S カウンティの場合（人口 15 万 5 千人）、外来クリニックを持ち、独自で接種を行っている。予防接種責任者はベテランの地域医療専門の看護師が務めている。

カウンティクリニックでの子どもの予防接種に使われるワクチンは、総てニューヨーク州公衆衛生局の予防接種課を通して、CDC の VFC プログラムから無償で支給されている。

予防接種は総て予約制で、予約無しのウォークイン接種は行っていない。

クリニックで予防接種を受けられるのは、メディケイドなどの公的医療保険の保持者と無保険者だけで、民間の医療保険保持者は、民間の医療施設で予防接種を受けることになる。

大人の予防接種の場合、ドラッグストアで薬剤師によるインフルエンザと肺炎球菌の予防接種を受けることも可能である。

B) 強制接種／任意接種

アメリカでは全ての予防接種は基本的に任意であると言える。

ACIP/CDC は主な関係医学会と調整を図り一本化したスケジュールを発表している。ACIP/CDC の予防接種スケジュールは、連邦政府および関係医学会の予防接種の推奨であるが法的強制力はない。多くの州の公衆衛生局はこの ACIP/CDC スケジュールをそのまま州推奨のスケジュールとして発表しているが、州においても州民全員への法的強制力はない。

学校予防接種法では、子どもの就学前の予防接種は保護者の責任となる。ニューヨーク州の場合、接種の証明がない子どもは、証明が出るまで学校に登校できないが、子どもや保護者への処罰はなく、未接種の子どもの登校を許した場合、学校が処罰の対象となる。

アメリカでは予防接種の効能や安全性に懐疑的で、法律による予防接種の強制に反対する「反予防接種派」が予防接種の登場とほぼ同じ頃に現れ、現在も勢力を保っている。反予防接種派は、医師や看護師を含めた医療の専門家、法律家、宗教家など、社会的影響力のある人々も含まれる強力なグループである。歴史的に、何度も学校予防接種法にチャレンジする訴訟を繰り返し、また予防接種不安を高める世論を操作しているとも言われている。1990 年台の半ばには、宗教上の理由で子どもの予防接種を拒否することを支持する判例が各地で出て、以後、全ての州で宗教による予防接種の免除が認められるようになった。また、健康上の理由（ワクチンのアレルギー反応など）による予防接種免除も全ての州で認められている。一部の州では信条による免除を認めているところもある。

C) 集団接種／個別接種

アメリカでは 19 世紀から存在する学校予防接種法が「就学前に」規定の接種を完了しなければならないとしているため、予防接種を学校において集団実施する必要性がなく、個別接種が基本である。

歴史的には、学校で子どもの集団予防接種が全国的に行われた時期が 2 度ある。最初は 1954 年から 1960 年半ばまでの約 10 年間のポリオの予防接種に関するもので、二度目は 2009 年の H1N1 インフルエンザ予防キャンペーンである。

ポリオは 1952 年にアメリカで大流行し、58,000 人近くがこの年発症した。同じ年、ピッツバーグ大学のソーク医師がポリオワクチンの開発に成功するが、その効果を試す臨床実験が必要であったため、ミシガン大学のフランシス医師が、1954 年にポリオワクチンの実地実験を 44 の州で 180 万人の小学生を対象に行うこととなった。この時実施された、不活化ポリオワクチン（IPV）、およびプラシボの接種（計 65 万人分）は全て学校での集団接種という形を取った。これは短時間で最大数の接種を行う最良の方法と考えられたためである。接種の時間短縮のためディスプレイの注射器がメーカーの協力で特注された。当時ポリオ撲滅に対する熱意は非常に強く、民間の慈善団体が多額の資金を調達した他、2 万人の医師と公衆衛生の専門家、6 万 4 千人の学校関係者、22 万人の一般ボランティアの参加によって、この世界最大の実験は実現し、ワクチンの有効性も証明された。

1960 年代初めにかけて多くの学校がこの「フランシスのポリオ実地実験」のノウハウを生かして生徒のポリオ集団接種を学校で行った。1960 年代半ばにはポリオの感染が著しく低下して撲滅運動は収束に向かい、また 1964 年に ACIP が組織されてポリオが予防接種スケジュールに組

み入れられたことで、学校での集団接種は個別接種に切り替わった。また同じ頃、宗教上の理由で子どもの予防接種拒否を認める州法ができ始めたのも、学校での全員参加の集団接種の終焉に関係していると考えられる。

2009年のH1N1インフルエンザ予防キャンペーンについては、2001年の同時テロや炭疽菌事件を受けて、2000年半ばにはバイオテロへの対策として集団接種の重要性が再認識され、職場や公共施設などで成人を対象にしたインフルエンザの集団予防接種の演習や実施が各地で行われた。ただ、集団接種はあくまで個人接種のバックアップという形で、地域（カウンティや大都市公衆衛生局）の人的資源の許す範囲で、主に都心の貧困層や僻地の住民などを対象として行われた。この集団接種キャンペーンはH1N1流行終了によって終了した

成人の季節型インフルエンザの予防接種は、医療施設などの職場での集団接種が今も引き続き行われている。

D) 注射針・注射筒の消毒・交換

アメリカの医療現場においては、20世紀初頭から既に注射器の使用前の消毒と、針の随時交換が常で、1940年代にはイギリス医学研究会の報告書などによって、注射ごとに滅菌した針と交換することによる注射の安全管理の認識があったようである。

1948年に刊行された論文「注射筒による肝炎の流行」で著者は、「アメリカでは滅菌されていない針と筒による感染の危険性が十分に認識されていない。イギリスの研究者たちはこの事実が頻発しており、また適切な滅菌法により予防できることを示した」と報告した上で、「適切な滅菌を達成するために、注射筒と針の技術は注意深く観察され、改善されるべきである」と述べている（Capps 1948）。

後述の通り、世界に先駆け、アメリカでは1952年に完全なディスポーザブル注射器を開発、使用した。さらに、ポリオ実地実験、およびポリオ撲滅運動の間（1954年から約10年間）は、接種の効率を上げるノウハウとして一回分のワクチンを充填したディスポーザブル注射器が使用され、注射器メーカーがその後も新技術と大量生産で、安価で安全なディスポーザブル注射器を次々と開発し、他国よりも普及が早かった。ポリオ集団接種の撲滅運動が終わり個人接種に切り替わった1960年台半ばには、すでにディスポーザブル注射器が一般の医療機関に浸透していた。

以上のような背景から、アメリカにおいては早い時期から注射針・注射筒の消毒・交換が感染予防の観点から問題になることはなかったことが伺われる。

E) ディスポーザブル製品の普及状況

かつて注射器を使用する前の消毒は煮沸消毒であったが、1920年台には「消毒薬でも劣化しないアルカリを含まないガラス筒の注射器が開発された」という記述があることから、薬品での消毒が一般化していたようである。

注射器を連続使用する場合、針を何度も交換することも比較的早くから行われていたようであるが、これは針の改良が最も難しく、先がすぐに丸くなるので小まめに研ぐ必要があり、また穴からの液漏れ、針の折れ曲がり、錆びなどのため、交換を余儀なくすることが多かったことに由来しているようである。1945年には、イギリスの医学研究会が、病原菌の感染防止のために、注射ごとに滅菌した針に取り替えることを推奨する報告書を出している。その頃からアメリカでも注射ごとに針を交換することで、注射の安全を保持できる認識が出てきたようである。ただ

し、この時期の筒の交換の必要性の認識については把握できていない。

アメリカでは他の国に先駆けてディスポーザブルの滅菌済み注射器の開発が進んだ。これは使用前の注射器の洗浄、消毒の手間、あるいは連続して注射器を使用する場合の針の消毒、交換を省くため、特に前線の兵士や野戦病院などでの需要があったためである。ディスポーザブル注射器の基本技術となったのが、1940年に開発されたカートリッジ型の滅菌済みの筒の注射器で、第二次大戦中、戦地で負傷した兵士が自分でモルヒネ注射を打てるために考案された。1945年にペニシリンが大量生産されると、専用の半ディスポーザブルの注射器が開発された。薬瓶の代わりにカートリッジ型のガラス筒にペニシリンを詰め、この筒をディスポーザブルの注射器の筒として利用するシステムである。

さらに1952年には、完全ディスポーザブルの注射器が生産される。滅菌済みの採血用の注射器で、朝鮮戦争中に野戦病院で献血運動を行っていたアメリカ赤十字社のために開発された。

アメリカで初めてディスポーザブル注射器が予防接種に使われたのは、前述した1954年のフランス医師による大規模なポリオ予防接種の実地実験の時で、特注により100万本の滅菌済みのガラス製筒の注射器が作られた。一人分だけのワクチンを充填したディスポーザブル注射器により、針の消毒、交換、ワクチンの再充填などにかかる時間が大幅に短縮され、また注射器によるヒトからヒトへの感染症の伝播も防いだ。ディスポーザブル注射器の使用はポリオ集団接種の重要なノウハウの一つだったため、その後の1954年から1960年代半ばまでに実施された全国の学校でのポリオの集団予防接種でも、ディスポーザブル注射器が引き続き使用されていたと思われる。

1958年には、ニュージャージー南部の医療機関で、消毒が不十分な注射器による患者から患者へのB型肝炎感染のアウトブレイクが起こり、注射器を介したヒトからヒトへの感染が、初めてアメリカで大きな問題となったといわれる。この事件を受けて、同年にはポリプロピレン製の普及型のディスポーザブル注射器が開発された。1961年には、量産のネックとなっていた注射器の滅菌の新技术が生まれ、パッケージごと滅菌し、そのまま密閉して出荷されるポリプロピレン製のディスポーザブル注射器が誕生した。この頃から、個人の予防接種でもディスポーザブル注射器が使われ始めたようである。大量生産による価格低下でディスポーザブル注射器のシェアは増し、1962年にメーカーが行った調査では、この年全米で行われた注射の1/3がディスポーザブルタイプによるものであったと報告された。

F) 予防接種を原因とするB型肝炎感染事例

現在、アメリカのB型肝炎の主な感染経路はハイリスクのセックスと違法ドラッグ注射であるが、個々のケースの感染経路を特定するのは非常に難しい。B型肝炎に新規に感染した患者を対象としたある調査では約20%の患者にハイリスクの行動・環境があることがわかった。しかし、残りの80%は不明、あるいはデータがないままである。報告されたハイリスク行動で最も多かったのが複数のセックスパートナー、続いて違法ドラッグ注射であった(複数回答)。

近年の院内感染情報収集活動において、長期療養施設や外来診療所などでB型肝炎の患者間院内感染が年に数件報告されている。しかし集団、個人を問わず、予防接種によってB型肝炎がヒトからヒトへ広まった事例は、一度も報告されていない。

今回、4名の経験の長い関係者へのインタビュー調査を行ったが、全員、予防接種でB型肝炎の感染が広まったという事件は過去、現在を通じて一度も聞いたことがないという回答であった。

G) 健康被害救済制度

1988年にワクチンの副反応による死を含む健康被害への賠償を行う無過失補償プログラム National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP、全国ワクチン被害救済プログラム)が創設された。このプログラムの補償の対象となるワクチン被害については、「ワクチン被害表」がつくられ、接種から被害発生までの期間などが明文化されている¹⁵。

NVICPによるワクチン副反応被害の賠償は、現在も HRSA が引き続き資金管理を担当している。この賠償に使われる資金は、ワクチンに課せられる税金（ワクチン1ドルにつき75セント）によって集められ、信託金として管理されている。補償対象となるワクチンと副反応の関係、および接種から発症までの期間の規定については、全てワクチン被害表に基づくことになっている。

実際の賠償の裁定を下すのは、俗称「ワクチン裁判所」と呼ばれる、政府に対する賠償を求めするための特別な連邦裁判所 (United States Court of Federal Claims) で行われている。250ドルの提訴費用がかかる他は、弁護士を立てなくても一般人がワクチン被害賠償を請求できる。賠償を求めてから判決が下されるまで約2年かかり、42%のケースが実際の賠償を受けている。

¹⁵ Vaccine Injury Table, HRSA, <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/vaccinetable.html>

3.5.3 ドイツ

A) 予防接種制度の概要

a) 根拠法令

ドイツ帝国時代(1874年)に帝国接種法(Reichsimpfgesetz)が制定され、1976年まで、天然痘に対しては予防接種義務が存在した。同法6条によれば、地区毎に子供達が特定の日に特定の場所に集められ、無料で予防接種が行われていた。これらの集団予防接種は国の指定する予防接種医と呼ばれる専門医が中心となって実施した。

帝国疫病法(Reichsseuchengesetz)が1900年に制定され、6つの代表的な感染症(らい病、コレラ、発疹チフス、黄熱、ペスト、天然痘)の発生についての報告義務が定められ、全国に適用した。ただし予防・撲滅策は州ごとに実施された。

感染症撲滅政令(Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten)1938年によって、全国で統一的な予防および撲滅策が定められた。

連邦疫病法(Bundesseuchengesetz)が1961年に公布され、1962年から施行された。この法律の特徴は、次の通りである。

- ① 疾病の感染に関する報告義務を初めて体系化した。具体的には、主に感染者を診療した医師ほか医療供給者が感染した(または疑いのある)人の滞在・居住地を管轄する保健所(Gesundheitsamt)へ24時間以内に報告せねばならない、とされた。(Küper. 1961) :
- ② 国(ここでは州も意味すると思われる)が、疫病・流行感染症の危険に対して、非常時においては、権力を行使することが許されている。これにより感染の疑いがあれば、家屋への立ち入りや自宅への監禁も可能になった。連邦(ただし州の代表からなる連邦参議院の合意が必要)および州の保健大臣は、危険におかされている市民の保護のために、予防策を命じることができる、とも定められた。
- ③ 感染症対策の実施担当および監督・研究機関の一つとして、ローベルト・コッホ研究所¹⁶(Robert-Koch-Institut。略してRKI)が指定された。
- ④ 予防接種の副作用による被害者は、州が接種を勧告する予防接種に関しては、接種プログラムを作成した州に対し救済措置を請求できることになった(Hofmann. 2012)。

2000年には連邦疫病法に代わる感染症予防法(Infektionsschutzgesetz)が公布され、2001年から施行された(Pöhn HP & Rasch G 1994)。感染症予防法は現在ドイツの感染症対策の法的基盤となっている。

- 感染症予防と早期発見を全国規模で強化するため、報告制度を中心に制度変更が行なわれ

¹⁶ 1952年に設立された連邦保健局(Bundesgesundheitsamt)内の衛生・感染症部門である。1994年同局が廃止されてからは、独立した連邦上級機関として、連邦政府内で疾病の監視・予防を担うとともに、応用および施策のための生物医学研究も行っている。中でも感染症の発見、予防、撲滅が中核的な活動分野であり、医療政策の決定のために科学的研究・調査を行う。連邦保健省等に助言を与える。例えば、公にとって重要性や危険度が高い疾病の疫学的分析・評価をする。感染症分野では、2001年施行の感染症保護法により、公的保健サービス(=公衆衛生機関。主な例が保健所)のリーダー役として関連各機関のコーディネーション役を担う。感染症の報告制度の開発、情報管理も任務の一つである。1994年からは後述するSTIKOもRKIが運営することになった。

た。

- 症例ごとに疫学的調査ができるよう、前法と比べ報告内容が詳細化された。
- 通常の予防接種への反応を超える健康被害（の疑い）が発生した場合も医療供給者側から当局へ報告がなされるようになった。

b) 実施体制

1961年、連邦疫病法公布により、州が勧告する予防接種による被害者は損害賠償を請求できることとなった。これに伴い各州はどの予防接種を受けるべきものとして公的に勧告するかを定めなくてはならなくなった。

1971年には、連邦レベルで国民が受けるべき予防接種の勧告を行う専門組織を設立することが合意された。これを受け1972年に連邦組織として常任予防接種委員会（Ständige Impfkommision、略してSTIKO）¹⁷が発足した。同委員会が予防接種の種類および実施計画を勧告し、それが各州の決定の土台となっている。

ローベルト・コッホ研究所が感染症の発見・予防・防止策の基本方針¹⁸を作成している。また、同研究所が、感染症対策について、連邦政府に助言をするとともに、州政府や関連機関の動きをとりまとめている（感染症保護法4条）。

感染症に関する情報は連邦と州が協力し管理している（感染症保護法5条）。

B) 強制接種／任意接種

ドイツでは予防接種をうけるかどうかは原則自主性にまかされている。予防接種義務は、身体的無損傷という基本権を侵すことになる¹⁹ことから、この義務を課すには、疾病の経過が重篤で、またこれが疫学上広まる危険がある場合であって、連邦または州の法規命令によってのみ命じることができることと連邦感染保護法に規定されている。なお、連邦疫病法にも類似したルールが含まれていた。

天然痘は、1874～1976年（文献によっては1979年までとも）の期間、全国規模で予防接種が義務化されていた。州によってはそれ以前から義務化されていた模様である。その他の感染症に関しては原則任意である。第二次世大戦直後、一部の州で義務化された予防接種もあったが、1962年から施行された連邦疫病法により天然痘以外は原則任意となった。

なお、旧東独では社会主義のもと強制性が強い制度が存続していたとの情報もある。

2006年に第109回独医師会議において、「原則的に州により公的に勧告された予防接種を全て受けていることを証明できる児童だけに入園・入学を許すように」というドイツ医師会からの要

¹⁷ STIKOは州が勧告すべき予防接種の種類を協議し、結果を発表している（1974～96年は

Bundesgesundheitsblatt,以後はEpidemiologische Bulletinにて）。STIKOによる勧告は、公式には1991年に、州の勧告の根拠とされること州保健大臣会議で決議された。これにより勧告の全国統一化に向かい前進した。その前の80年代は、依然として、州によって予防接種のメニューも時期も異なり、州を越えた転居時に困難が生じることなどが複数の文献で指摘されている。現在州上級保健当局は大概STIKOの勧告内容をそのまま受け入れている。また、STIKOは予防接種以外にも、感染予防に役立つ対策を勧告できる。

¹⁸ただし強制性は伴わない。ドイツでは連邦主義ということもあり、最終的な決定権は州にある。

¹⁹ドイツ人は一般に強制的な身体への干渉に対しては非常に懐疑的であり、医療関係者においてさえも、一部の予防接種は義務ではあっても強制ではなく、H1N1においては看護師・介護士の接種率の低さが問題となったことがある。

請がなされたが、これを実施した州はこれまでのところない。しかしながら、実際には自主性に任せても、就学時まで高い接種率を達成することができている。ただし、具体的にある集団施設（学校など）に感染が広まった場合、予防接種を受けたことを証明できない人に対しては、当該施設は立入を禁止できる。

C) 集団接種／個別接種

19世紀末から20世紀初めの状況をまとめた論文(Hess, 2009)によると、天然痘の強制予防接種が無料にて集団（地区毎）を対象に行われていた。なお、19世紀末には、梅毒を含むワクチンが使用されたり、予防接種医が十分に器具を消毒せずに次々と接種をすることがしばしば行われており、安全性には問題があったようである（Deutscher Vereinsbund 1975, 1976. *Ärztetag 1876*）。当時帝国議会でこれが批判される様子が、同論文に言及されている。一方で裕福な家庭の子供は集団予防接種に行かず、個別に自分で選んだ開業医で予防接種を受けていたことも示唆されている。

第二次世界大戦後は、保健所が中心となって予防接種を実施していた（Klein, S. et al 2012）が、半面、当時から個別に小児科医や家庭医（開業医）にて行われることも多かったようである。また学校でも実施されることがあった²⁰。1980年以降は、公的医療保険が公に勧告した予防接種に対し任意給付するような契約を、州の保険契約医の代表（＝保険医協会：Kassenärztliche Vereinigung）と結ぶようになる。これにより接種実施における保健所の役割は、補足的なものとなった（Klein et al. 2012）。

現在は、予防接種の85～90%は開業医、10～15%は産業医、または公的保健サービス（保健所等）において実施されていると、連邦において予防接種を管轄する上級官庁であるRKIは推測している。1999年からは全ての公的保険契約医（＝開業医）はそれ相応の研修を受けていれば予防接種ができるようになり（RKI, 2004）、通常の診療と同様に予防接種も自分で選んだ開業医のところで受けるもの、という認識になっている。（Klein et al. 2012）。

天然痘および小児麻痺の予防接種の歴史が示しているように、1980年以前には、保健所等を中心とした予防接種制度を推進しようとした州（行政）が多かったが、開業医（特に小児科医）も大きな役割を果たしていたようである。1980年代初頭から公的医療保険が主に未成年を対象に予防接種を任意給付するようになり、以来開業医が予防接種の実施主体となっている。

また1999年以来、特定の研修を受けた全ての公的保険契約医が予防接種をできるようになった（RKI, 2004）。それ以前は医師の専門分野によって施してもよい予防接種の疾病の種類が定められていた。実際は主に小児科医や家庭医が予防接種を提供していた。

ヒアリングした専門家からも「予防接種は開業医の役目だから」という答えが返ってくるが多かった。

²⁰ 州によって予防接種の場所としてどれほど学校を使っていたかは異なる。たとえばNRW州では昔（60年代～70年代）、保健所またはその州の上位機関が主体となって予防接種を実施をする枠内で、学校で生徒たちに予防接種をすることが多かった。ただし当時から強制ではなく、予防接種を受けるかどうかは、原則自主性（保護者の意向）に任されていた。一方、当時から主に診療所の小児科医や家庭医が予防接種を行う州（例：バーデン・ヴュルテンベルク州。70年代。複数の体験者の話に基づく）もあった。

D) 注射針・注射筒の消毒・交換

1947年にミュンスター大学病理学研究所(ノルトライン・ヴェストファーレン州。以下「NRW州」)の研究者は「感染型肝炎と類似形の黄疸についての新しい見識」(Hörstebroek, 1947)という論文の中で、「血清肝炎」をその他の肝炎と区別した上で、様々な実験・観察(イギリス等外国も含む)が黄疸の原因が感染源に汚染されたワクチンや注射器であることを示していることを報告している。また当時の標準的な注射針消毒方法では感染を十分に防げないことも指摘している。さらに、一回ごとに薬剤を溶く蒸留水を新しくし、注射器を1時間150~160度で熱風滅菌する等の方法で感染が防げるとした、1944年Lancetに発表されたSalamanの研究を引用している。同論文はKlinische Wochenschrift(Springer出版)という1920年以来今日まで発行されている国内外(特にドイツ語圏)で評価の高い医学学術誌に掲載されている(他にも何件か肝炎の感染源の一つとして注射器を挙げているドイツ語論文が40、50年代に発表されている)。

NRW州にはまた1950年の時点で既に肝炎の感染を防ぐために注射器の滅菌に関するガイドラインが存在していた²¹。

- ・ 「これまで実践されてきた注射器、注射針、Schnepfer(日本語訳不明)の扱い方に、特に煮沸に、時々手落ちがあった、ということには疑いの余地はない。しかしウイルス性の疾病における観察を通し、新たな視点が加わり、従来の考え方・習慣を検討し直すことが求められている。血液感染性肝炎の感染を防ぐためにはそれゆえ、注射器の扱いとケアに特に注意が払われねばならない。
- ・ 1. 最も確実な方法は、熱風滅菌機の中で180度以上の温度で15分間以上循環する空気、注射器を滅菌することである。空気の流動が止まると気温が不均一となり、ガラスが割れやすくなったり、滅菌が十分になされる保証もなくなる。冷却装置においては、流入する空気をフィルターにかけるよう気をつける。
- ・ 2. 120度の立ちこめる蒸気によって15分以上処理することも効果がある。
- ・ 3. 1と2で述べられた手続きは病院では義務化されるべきである。
- ・ 4. 熱風滅菌機の使用が不可能である場合において、一般の医師は、注意深く煮沸する手順を踏むことになる。(以下略)

第二次世界大戦後の1946年、英国の占領下にあったNRW州社会省による「肝炎の発症状況における報告書」(Trüb, Paten, 1952)には、1949~1950年に3,440件の感染事例が報告され(1949年で1万人当たり2.52人。)、うち854件が血液感染型肝炎とあった。うち12人が輸血、208件が検査目的の採血、634件が薬剤の注射によるもの、とされており、注射器が汚染していた可能性が高いことも示唆されている。また同一の医師から注射を受けた複数の患者が肝炎を罹ったケースがあったことも記されている。こうしたことも背景としてあり、NRW州社会省では、注射器の滅菌を徹底するよう、医療関係者に再度警告を出している。この警告書では、血液感染型肝炎の感染を予防する目的で特定の方法で消毒・滅菌するよう指示を出している。また、そこで指示された方法をとれば注射器を通じた肝炎感染は確実に防げる、とも記されている²²。このことから、NRW州では1950年以前から注射器を通じた肝炎の感染が存在しており、これを予

²¹ Richtlinie über die Spritzenbehandlung(注射器の扱いについてのガイドライン。1950年11月24日 Landesgesundheitsrat Seuchenausschuß(州保健評議会疫病委員会)の会議で勧告された。

²² Der Runderlaß vom 15.12.1950. Runderlaß

防する策を講じていたことが窺える。

現在では、例えば NRW 州の例では、予防接種は原則、市民が開業医（自由選択）を訪れて受ける。保健所の役割は、広報活動や、相談、情報提供である。保健所は定期的にキャンペーンを行っており、稀だがその枠内で予防接種を実施することもある。このキャンペーンを学校で行うこともある。その際、肝炎等が注射器を通じて感染するリスクは十分に意識しており²³、使い捨ての注射器しか使用していない。また医師側の肝炎感染者に対する予防策として、手袋を何重にもし、注射をしている。

今回のインタビュー調査から得られた、インタビュー対象者（医師等）の個人的な経験では、予防接種における注射針・筒の消毒・交換に関する過去の実施状況は以下の通りであった。

- ▶ 予防接種を受けた子供の頃の記憶であるが、1960年代から70年代には、学校での予防接種というものもまだ存在していた。
- ▶ その当時既に使い捨ての注射器が使われていたか否かはヒアリング対象者は記憶していなかった。
- ▶ ヒアリング対象者が予防接種の仕事始めた1980年代初め頃には既に使い捨ての注射器が使われていた。

高圧にてワクチンを噴射するジェット・インジェクターについては、集団接種での使用をやめるように、という勧告が、1985年、連邦保健局から出されている(シュピーゲル誌. 1985)。同シュピーゲル誌の報道は、ドイツ連邦軍に対するインフルエンザの予防接種との関連でなされている。背景として、エイズ感染への懸念が描写されている。更に同誌は1968年に同器を、痛みを伴わない予防接種器具として紹介しており、その際は噴射した箇所での炎症のリスクは言及されているものの、他の感染リスクについての記述はない(シュピーゲル誌. 1968)。

E) ディスポーザブル製品の普及状況

一般にドイツ語の主な医学関連の論文を収録するデータベース (Springer, Thieme) において、「使い捨て注射器」という言葉が登場するのは、1960年代末からである。

保健所等の公共保健機関で働く医師たちの協会（または連合会）のジャーナル *Der öffentliche Gesundheitsdienst* について入手可能であった1959、60、61、62、63、65、66年版を精査したところ、注射器に関する情報は見当たらなかったが、1964年にWHOにより肝炎の感染を防ぐため予防接種の際に使い捨ての用具を使うようにという意見書があった旨を伝える記事（1965年）が紹介されている。

「インスリン注射の歴史」というホームページ上の情報では、1960年代末から使い捨ての注射器が普及し始めた、との記述が見られる。

また、ドイツの企業「Transcoject」が、1972年にプラスチック製の使い捨て注射器の生産を始めたとの情報がある。

²³ 後述の通り、1946年時点で、NRW州では肝炎発症に対する報告義務報告義務が導入され血液感染型肝炎（輸血、検査目的の採血、薬剤の注射などによるもの）の報告がある。（同州社会省による肝炎の発症状況における報告書 (Trüb, Paten. 1952)）。同州には1950年の時点で既に肝炎の感染を防ぐために注射器の滅菌に関するガイドラインが存在している。

前述の通り、今回のヒアリング調査の範囲では、（ヒアリング対象者が仕事を始めた）1980年代初め頃には予防接種においては既に使い捨ての注射器が使われていたとの発言が見られた。

F) 予防接種を原因とする B 型肝炎感染事例

RKI の医師向けの情報によると、B 型肝炎の感染経路に集団予防接種は含まれていない（現在および 1995 年の RKI による論文にも含まれていない）。

RKI の調査報告(RKI. 2012)は、感染源について明らかな B 型肝炎の感染者 (n=87) を対象にした感染経路の統計を出している。最も多いのが性行為(49%)で、感染者と同居を共にした(24%)、麻薬使用(17%)が続く。残りは透析(6%)、母子感染 (2%)、血液製剤(1%)などである。

現在、一般には感染者の 4~7 割は性行為を通じ感染していると推測されている (RKI 調べ)。

なお、血液製剤経由の感染も 1970 年代初めまで多かった。

医療職従事者においては、2011 年に B 型肝炎の感染が労働災害として認められたケースは 22 件（ただし発症時期は 2011 年以前も含む）であった。

2011 年、同一の老人ホームで 8 人の糖尿病患者が B 型肝炎に感染したケースが RKI により報告されている。分析の結果、血糖値の測定と感染の間に因果関係が認められた。(RKI. 2012)。

1942 年バーゼル大学病理解剖施設（スイス）の研究者による「児童における急性黄肝萎縮について」という論文 (Roulet, F. 1943) に、当時既にアメリカ・イギリスにてはしかの予防接種後の子供達が同時に黄疸に罹った事例および、ドイツでも 1885 年にドイツの 2 都市で天然痘の予防接種後に黄疸が起きたという報告がある、と記されている。同事例は他の論文でも取り上げられているが、病原の感染経路がワクチンであったか注射器等道具であったのかは、明らかではない。

さらに 1963、1964 年、ヘッセン州における肝炎に関する疫学調査によれば、合計 219 件、血液感染型肝炎と疑われるケースがあった。このうち最も頻度が高かった感染事例（疑い）は、開業医における注射、採血（84 件）、次が病院での手術(46 件)であった。これに対し、予防接種による感染が疑われたのは 4 件であった。同年に実施された予防接種の件数は 40 万であったことから、予防接種した 1 万人につき 0.05 の平均感染割合となる。予防接種をする主な年齢である 1~15 歳までの平均感染割合が 1 万につき 8.19 であることと比較し、予防接種が肝炎にネガティブな影響を与えているとは言えない、と結論づけられている。(Schildein. 1967)。

RKI で働く数人に話を聞いたところ、旧西独地域においては世に騒がれるような規模の、予防接種による B 型肝炎感染事故は耳にしたことがない、という。ただし東独では 70 年代、新生児の溶血性疾患に対する予防接種用ワクチン内（血漿から製造）に、肝炎のウィルスが含まれ、予防注射をうった多数の母親とその子供が感染する、という事例があった。今回問い合わせをする中でも、複数の関係者が、予防接種による唯一の肝炎感染事例として挙げていた。

長年予防接種とその被害の因果関係の認定の鑑定に携わっていた専門家 Ehrengut 氏²⁴が「1955~2004 年にわたるドイツ連邦共和国における予防接種被害の鑑定体験」という本に同期間の被害状況をまとめている。同著作には主にワクチンによる被害が集められており、注射針による感染についての報告は見当たらない。さらに各種データバンクで「予防接種被害」や「副反応」等で検索しても、注射針による B 型肝炎感染の事例は見つからなかった。

²⁴小児科医。教授。1967 年~ハンブルク大学。1960~1984 年ハンブルク予防接種ウィルス学研究所長

G) 健康被害救済制度

予防接種被害 (Impfschaden) とは、「予防接種により引き起こされた、通常の予防接種への反応を超える健康被害の、健康上および経済上の結果」を指す。

必要な治療・療法の提供に並び、連邦援護法により請求権が認められれば、稼得能力減少により生じた損失を考慮の下、年金額が定められる。支援の責任は州にある。予防接種は州の責任であることから、予防接種を行う医師は、たとえ開業医であってもこの場合に限り公務員の扱いとなる。しかしながら医師が業務上の義務を守らない場合などは、民事上の損害賠償責任を州に対して追う。ただしこれは故意の義務違反や重度の過失が認められる場合に限られる (Klein et al. 2012)。

手続き的には、被害者が州当局へ予防接種被害認定の申請を出し、それに対し関係各部署が証拠集め等の調査を行う。集められた資料を基に、州当局直属または委託をうけている医師が、鑑定を行う。この鑑定結果を再度医師が最終審査をし、結果とともに書類を当局に戻す。

予防接種被害への対応については連邦援護法(Bundesversorgungsgesetz)が定めている(連邦疫病法 51 条以下。感染症保護法 60~63 条)。

また連邦疫病法により全国規模で予防接種被害の対応が法制化される前に、例えば NRW 州は 1953 年に予防接種被害法を導入した。(Kaulbach, R. 1957)。州によっては連邦疫病法の実施前から既に予防接種被害に対し責任をとっていたことが窺える。

4. 考察

(1) 医学的知見の推移について

- 欧米においては、1940年代から「脈注射で通常使われている洗浄法では注射筒から微生物をすべて除去できないことを示し、患者ごとに新たに煮沸消毒された注射筒を使用することが、こうした危険性を防ぐ最も確実な方法である」とした文献（Joseph W. Bigger, Lancet, 1943）や、注射筒の不適切な消毒法による黄疸の感染の可能性について報告されていることを紹介した文献（Marshall .M. J., Lancet, 1943）など、注射針、注射筒を介した肝炎等の感染リスクについて指摘する文献が見られており、1953（昭和28）年にはWHO肝炎専門委員会が集団予防接種における感染リスクについて指摘している。（ただしこの時点では、「一回の注射毎に各々殺菌した筒と針を使うことは実質上不可能である。」「しかし多くの場合、この危険を冒すことに目をつぶらざるを得ない。予防接種の実践的利益が肝炎の危険を上回るからである。」との記載も見られ、リスクと便益のバランスを取る必要があると指摘されている。）
- 1962（昭和37）年WHO総会技術討議報告書「伝染病予防対策における予防接種の役割」においても血清肝炎のリスクを避けるために、「注射の度毎に注射筒や注射針を新たに滅菌することが大切である。」との記載が見られている。
- 日本においても、ほぼ同時期に海外の研究論文などを引用する形で、注射針及び注射筒を介した感染リスクについても指摘されていた。
- 1970（昭和45）年頃にB型肝炎ウイルスが特定され抗原の検出が可能となって以降、B型肝炎の感染様式、発症機序、病態等に関する研究が大きく進展した。
- 特に1972（昭和47）年に、「厚生省特定疾患難治性の肝炎調査研究班」が設置され、1979（昭和54）年には「厚生省肝炎研究連絡協議会」が設置された。
- 慢性化、重症化、キャリア化、感染性等B型肝炎に関する医学的知見は1970年代に蓄積され、1980（昭和55）年頃までには概ね確立していた。
- B型肝炎に関する医学的知見が確立したのは1970年代であった。この時期、肝炎研究は国を中心に積極的に推進されていた。

(2) ディスポーザブルの普及について

- ディスポーザブルの注射器は、米国で1958（昭和33）年ごろに販売が開始され、当時から日本へも輸入・販売されていた。1963（昭和38）年には国内初のプラスチック製のディスポーザブル注射筒の製造発売が開始され、1964（昭和39）年にはプラスチック製針基のディスポーザブル注射針の製造販売が開始された。1970（昭和45）年には、ディスポーザブル注射筒、注射針の製造基準が定められ、標準化が図られた。
- 医療現場においては、ディスポーザブル注射針・筒は、昭和40年代後半から大病院を中心に普及し始め、昭和50年代に一般への普及が進み、1983（昭和58）年頃には一般的になっていったと考えられる。
- 市町村を対象としたアンケート調査結果からは、予防接種に用いる注射針・筒に関しては、1969（昭和44）年度にはディスポーザブルを使用していた市町村はほとんど見られていないが、昭和50年代にディスポーザブルを使用する市町村が増加したことが把握された。ただし、薬事工業生産動態統計においてディスポーザブルの区分が初めて設定された昭和58年において、ディスポーザブルの針の生産量は、ディスポーザブルの筒の約6.3倍であったことなどから、筒は

針よりも遅れて普及したことが伺われた。

(3) 一人あたりの接種所要時間の規定

- 1948（昭和 23）年以降の「施行心得」、1959（昭和 34）年以降の「実施要領」とともに医師一人あたりの接種者数の目安が医師一人当たり 1 時間に 100～150 人程度（種痘では同 80 人程度）と定められていた。これについては、子供の数が現在よりも多く、医師の数が少ない状況の中、感染症に対する公衆衛生の観点からの要請が強かった時代背景を勘案する必要があるが、安全な接種という観点からは一定の疑問が残る。

(4) 国の認識及び対応

(注射針の交換)

- 昭和 35 年頃の予防接種の被害報告中の記載等や昭和 50 年頃の文献で、予防接種の現場での注射針・注射筒の消毒・交換の状況が確認されている。
- 1980（昭和 55）年度、1981（昭和 56）年度の「厚生省肝炎研究連絡協議会」の研究報告により注射針やメス等の連続使用による B 型肝炎の感染の危険性と実態が報告された。特に 1980（昭和 55）年度の報告書において、学童期における B 型肝炎の水平感染が存在すること、予防接種が感染経路の 1 つであると推測されることが指摘されていた。また、1981（昭和 56）年度の報告書では「注射針の単独使用は極めて重要な予防対策」であると指摘され、ディスポーザブル注射器の使用の重要性が議論されていた。
- 同報告に掲載された論文にある市町村では、1980（昭和 55）年頃になって、予防接種において一人一針の方針が徹底されるようになったことを報告していた。
- 1980（昭和 55）年には、主に医療従事者の針刺し事故・院内感染防止を目的とした「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」が厚生省 B 型肝炎研究班から公表され、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌が勧告された。

→昭和 50 年代半ば頃には、予防接種の手技の現状やディスポーザブル注射器の使用の重要性について国が設けた研究班から国へ情報提供されていたと考えられる。

→一方で、無症候性キャリアという B 型肝炎の特徴により感染していることの把握が難しかったこと、また感染経路の特定が難しいことなどから、本来あるべき適切なリスク認識が阻害されてしまった面がある。

→発生していたが発見できなかったという B 型肝炎感染被害の特性を踏まえて再発防止策を考える必要がある。また、B 型肝炎の感染拡大を防ぐという観点からは、キャリアからの感染防止のためのワクチン接種の推進などが考えられる。

→昭和 50 年代後半から、研究班から明らかにされた内容を踏まえて検討・対策を進められなかった国の検討体制には課題があった。再発防止のために、国は今後も予防接種の安全な実施のための取組を持続的に充実させていく必要がある。

(注射筒の交換)

- 国は、1962（昭和 37）年 WHO 総会技術討議報告書「伝染病予防対策における予防接種の役割」において「注射の度毎に注射筒や注射針を新たに滅菌することが大切である。」との記載があり、この報告書は厚生省公衆衛生局防疫課長の序文付きで翻訳されていたことなどから、注射針・注射筒を介した肝炎の感染リスクに関して認識することができた可能性がある。
- 1980（昭和 55）年度、1981（昭和 56）年度の「厚生省肝炎研究連絡協議会」の研究報告により、

注射針やメス等の連続使用による B 型肝炎の感染の危険性と実態が報告された。特に 1981（昭和 56）年度の報告書では「注射針の単独使用は極めて重要な予防対策」であると指摘され、ディスプレイ注射器の使用の重要性が議論されていた。【再掲】

○1980（昭和 55）年には、主に医療従事者の針刺し事故・院内感染防止を目的とした「B 型肝炎医療機関内感染対策ガイドライン」が厚生省 B 型肝炎研究班から公表され、注射針の再使用の禁止と注射筒の滅菌が勧告された。【再掲】

→ウイルス発見以前においては血清肝炎の感染経路、感染リスク等に対する医学的知見の蓄積が必ずしも十分であったとは言えず、正確な知見が得られていない中、感染リスクが特に大きい輸血（1964（昭和 39）年の献血制度への移行方針の確立、1972（昭和 47）年の全ての日赤血液センターでの HBs 抗原スクリーニングの導入など）に着目した対応が図られたことは肝炎感染拡大の防止策として意義はあった。一方で、1962（昭和 37）年には WHO 総会技術討議報告書「伝染病予防対策における予防接種の役割」において注射針・筒の一人ずつの交換の重要性が指摘されていたこともあり、これらの知見を踏まえてさらなる対策をより早期から講じることができたのではない。

→さらに、1980（昭和 55）年の医療機関内感染ガイドラインにおいて、注射針・筒の交換の必要性が指摘されていたが、それらは医療機関における感染対策に特化したものであり、予防接種における注射針・筒の交換の必要性については言及されなかった。

○1985（昭和 60）年の厚生省保健医療局感染症対策課長通知「B 型肝炎の予防方法について」別添資料「B 型肝炎について」において「垂直感染（母児間感染）は・・・感染源の拡大という観点から、また、将来の肝疾患を発生する危険性の高い者の増加として非常に重要である」「水平感染とは、血液、体液等を介する人から人への感染である。通常感染源となるのは HBe 抗原陽性者と HBe 抗原陽性血であって、HBe 抗原陰性の場合には輸血のように大量の血液を移入するようなことがない限り感染源とはなりにくい。また、HBe 抗原陽性であっても HBV は感染力の弱いウイルスであるために、血液付着物の後始末、血液の取り扱いに注意する限り感染は殆ど成立しないと考えられる。」との記載がある。

→国において、情報の把握・伝達・共有が十分になされていなかったと考えられる。この背景には、科学的知見に対する受容性や、リスクに対する感性に差異があったのではないかと考えられる。行政機関として科学的知見を組織的に受け止めるための仕組みが必要であり、例えば、国の予防接種に関する検討を行うための組織を今後充実することなどが考えられる。

（5）都道府県・保健所における予防接種行政

○都道府県を対象としたアンケート調査結果からは、都道府県においては国の通知を踏まえて、市町村へ通知を行ってきたことが把握された。

○一方、都道府県において市町村が実施する予防接種の実態の把握が行われていることは確認できなかった。

○保健所長経験者を対象としたアンケート調査結果からは、リスクを認識した上での市町村への具体的な指導を行っていた場合とそのような具体的な指導を行っていない場合とがあった。

○自治体を対象としたヒアリング調査結果からは、都道府県・保健所による、市町村の予防接種行政への通知以外の具体的な関与は把握されなかった。

（6）市町村における予防接種行政

○平成 11 年まで予防接種は国の機関委任事務とされ、本調査の調査対象期間である昭和 63 年ま

での期間において、市町村は原則国からの通知に従って予防接種行政を推進していたと考えられる。

○自治体を対象としたアンケート調査結果からは、

- ・国の通知に従って医療従事者への指導や予防接種の実施を執り行い、昭和 50 年頃からディスプレイの利用が増加し始めていた、
- ・また、市町村では、独自の文書を発出するなどの取組をしているところもあった、
- ・一方で、注射器の交換、特に注射筒の交換については、何ら措置をとっていない自治体も存在していた（昭和 63 年の時点においても被接種者ごとの交換・消毒を実施していない市町村が数件見られた）

といったことが明らかになった。

○文献調査等からも、個別の自治体の事例ベースの情報ではあるが、昭和 50 年代に一人一針に変更した市町村があることの報告が複数確認された。

○自治体を対象としたヒアリング調査結果からは、国の通知に先立って一人一針一筒の方針を採用した自治体があった。そのきっかけとしては、担当者が先進知見や感染事例等から得た個人的な高いリスク認識が契機となった場合、医師会と一体となって検討を進めていた場合とがあった。

→市町村ごとに取組に差が生じていたが、担当者個人のリスク認識に依存することなく、組織として適切に情報収集・意思決定ができるような検討体制を構築する必要があるのではないか。

→今後は、市町村において、予防接種の実施や感染症対策の推進に関する委員会を設け、当該委員会において保健所の参画あるいは指導を受ける体制を整備することなどが考えられる。

→自治事務としての予防接種（定期接種）に関して、今後の市町村における予防接種の検討体制をどのように考えるべきか。

5. 参考資料

5.1 研究班の開催状況

- ・ 委員名簿
- ・ 検討の経緯
- ・ 議事録

5.2 調査対象文献一覧

5.3 アンケート調査票

5.4 アンケート調査結果

5.4.1 都道府県対象調査

a) 集団予防接種等の手技に関する指導内容

(ウ) 注射針について（小さい番号の選択肢を優先した集計²⁵）

集団予防接種等の手技（1.ディスポーザブル、2.加熱消毒、3.アルコール綿）について調査票では疾患ごとに状況が異なることも想定して複数回答とした。分析に際してはディスポーザブル＞加熱消毒＞アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「小さい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）と、ディスポーザブル＜加熱消毒＜アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「大きい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）を行った。

本項ではまず「小さい番号の選択肢を優先した集計」について述べる。

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技（注射針）に関する指導内容については、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 44 件（95.7%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 1 件（2.2%）、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」が 1 件（2.2%）であった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 41 件（89.1%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 2 件（4.3%）であった。「その他」は 3 件（6.5%）の回答があり、3 件とも「国の通知の通り指導」であった。

昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 38 件（82.6%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 6 件（13.0%）であった。また、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が 1 件（2.2%）「その他」が 1 件（2.2%）であった。

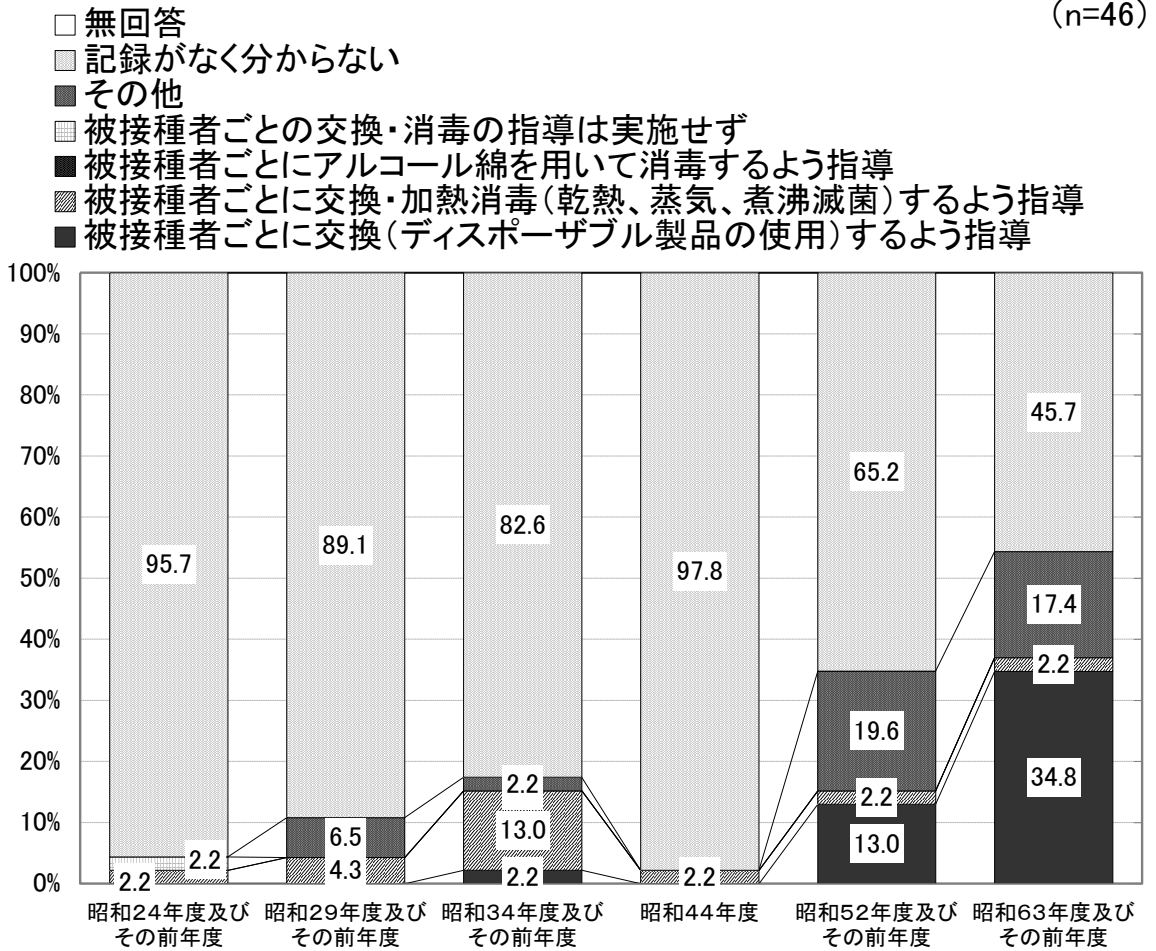
昭和 44 年度は、45 件（97.8%）が「記録がなくわからない」と回答しており、残りの 1 件（2.2%）は「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 30 件（65.2%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が 6 件（13.0%）であった。「その他」は 9 件（19.6%）で、「国の通知の通り指導」、「被接種者ごとの交換（ディスポ・煮沸・アルコール綿に言及することなし）」、「滅菌は出来るだけ煮沸以外の方法によること」といった回答があった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 21 件（45.7%）が回答し、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」と 16 件（34.8%）が回答している。「その他」は 8 件（17.4%）あり、「国の通知の通り指導」、「被接種者ごとの交換（ディスポ・煮沸・アルコール綿に言及することなし）」といった回答があった。

²⁵ 予防接種の種類ごとに状況が異なることを想定し、複数回答を可としたことから、複数回答の場合には回答番号が小さい方の回答を集計している。以下同様。

図 5-1 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射針]
※小さい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)するよう指導	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	46	16	1	0	0	8	21	0
昭和52年度及びその前年度	46	34.8	2.2	0.0	0.0	17.4	45.7	0.0
昭和44年度	46	6	1	0	0	9	30	0
昭和34年度及びその前年度	46	13.0	2.2	0.0	0.0	19.6	65.2	0.0
昭和29年度及びその前年度	46	0	1	0	0	0	45	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0	97.8	0.0
昭和24年度及びその前年度	46	1	6	0	0	1	38	0
昭和24年度及びその前年度	46	2.2	13.0	0.0	0.0	2.2	82.6	0.0
昭和24年度及びその前年度	46	0	2	0	0	3	41	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	4.3	0.0	0.0	6.5	89.1	0.0
昭和24年度及びその前年度	46	0	1	0	1	0	44	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	2.2	0.0	2.2	0.0	95.7	0.0

(エ) 注射針について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

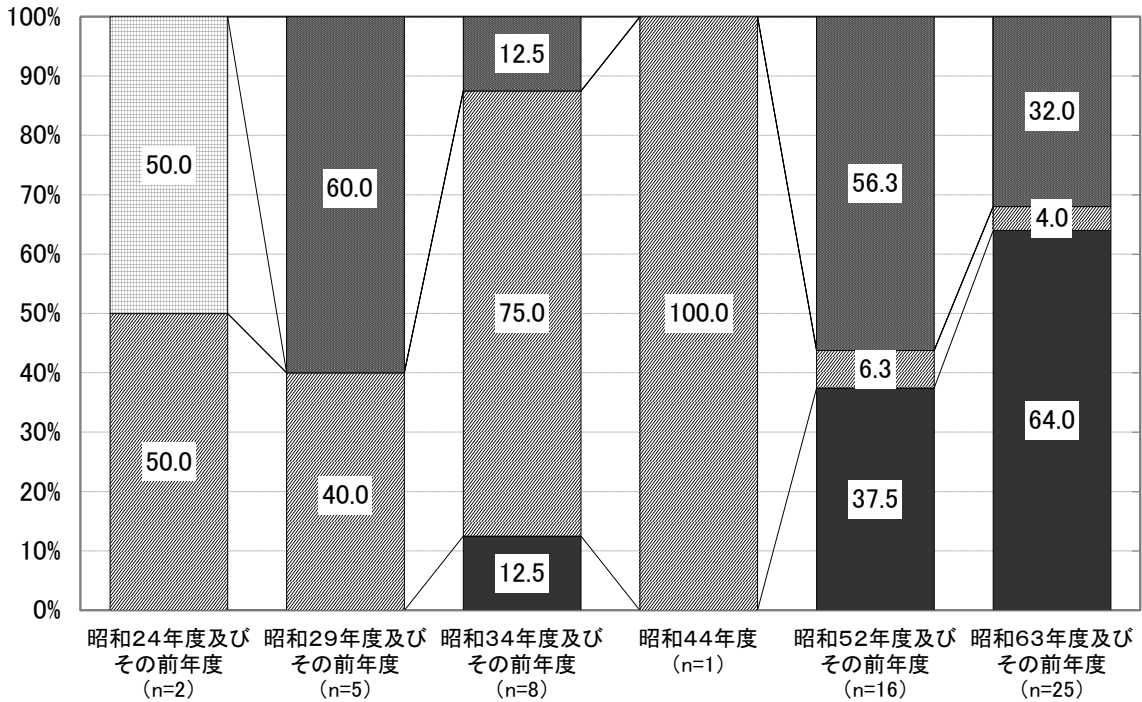
昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射針）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除いた集計を行った。

一定のサンプル数が確保できた昭和 52 年以降で見ると、昭和 52 年度及びその前年度は、「その他」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が最も多かった。

図 5-2 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射針]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※小さい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)するよう指導



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	25	16	4.0	0.0	0.0	8
昭和52年度及びその前年度	16	6	1	0.0	0.0	9
昭和44年度	1	0	1	0.0	0.0	0
昭和34年度及びその前年度	8	1	6	0.0	0.0	1
昭和29年度及びその前年度	5	0	2	0.0	0.0	3
昭和24年度及びその前年度	2	0	1	0.0	1	0
		0.0	50.0	0.0	50.0	0.0

(オ) 注射針について（大きい番号の選択肢を優先した集計²⁶）

本項では、ディスポーザブル<加熱消毒<アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「大きい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）について述べる。

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技（注射針）に関する指導内容については、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 44 件（95.7%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 1 件（2.2%）、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」が 1 件（2.2%）あった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 41 件（89.1%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 2 件（4.3%）あった。「その他」は 3 件（6.5%）であった。

昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 38 件（82.6%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 7 件（15.2%）あり、「その他」は 1 件（2.2%）あった。

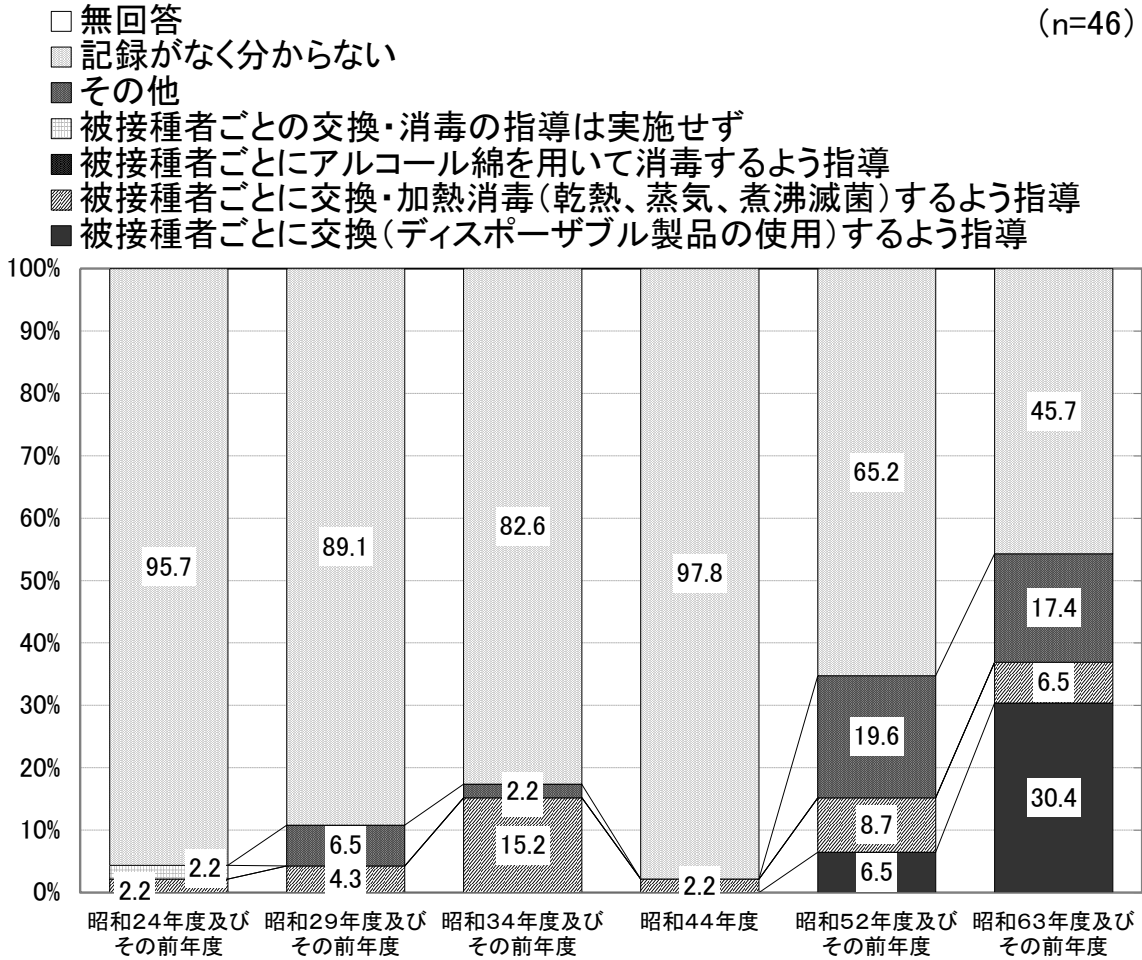
昭和 44 年度は、45 件（97.8%）が「記録がなくわからない」であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 30 件（65.2%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 4 件（8.7%）であった。「その他」は 9 件（19.6%）であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 21 件（45.7%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が 14 件（30.4%）あり、「その他」は 8 件（17.4%）あった。

²⁶ 予防接種の種類ごとに状況が異なることを想定し、複数回答を可としたことから、複数回答の場合には回答番号が大きい方の回答を集計している。以下同様。

図 5-3 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射針]
※大きい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	46	14	3	0	0	8	21	0
昭和52年度及びその前年度	46	30.4	6.5	0.0	0.0	17.4	45.7	0.0
昭和44年度	46	0	1	0	0	0	45	0
昭和34年度及びその前年度	46	0	2.2	0.0	0.0	0.0	97.8	0.0
昭和29年度及びその前年度	46	0	15.2	0.0	0.0	2.2	82.6	0.0
昭和24年度及びその前年度	46	0	4.3	0.0	0.0	6.5	89.1	0.0
昭和24年度及びその前年度	46	0	1	0	1	0	44	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	2.2	0.0	2.2	0.0	95.7	0.0

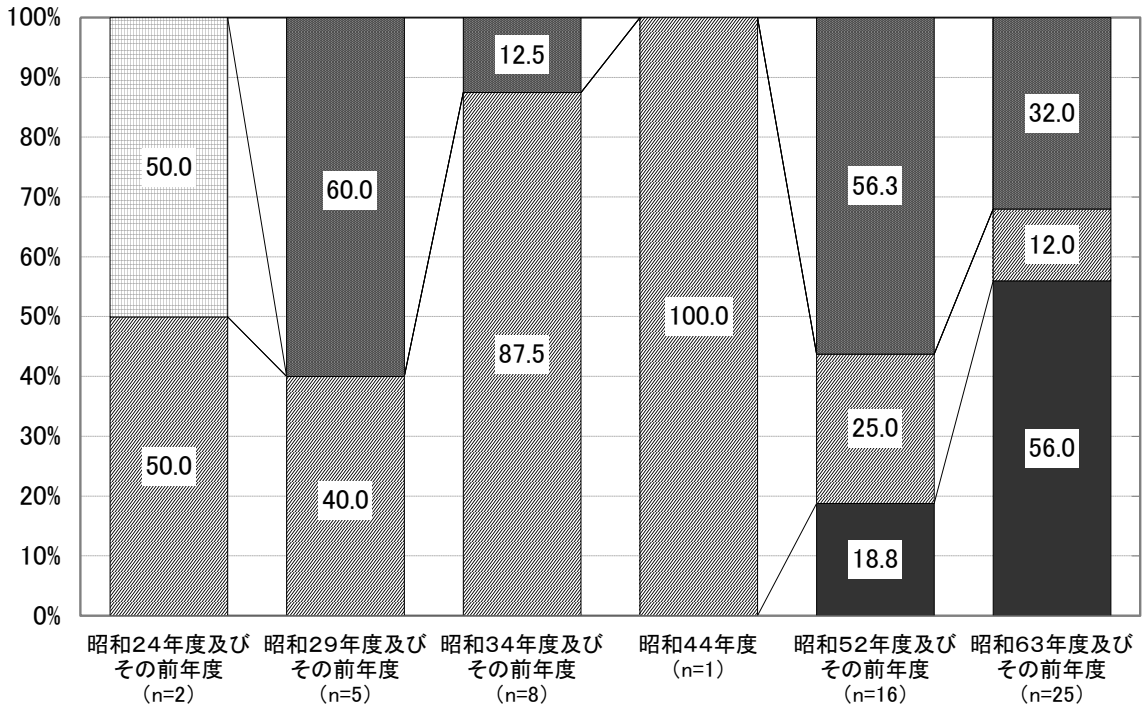
(カ) 注射針について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射針）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除いた集計を行った。

一定のサンプル数が確保できた昭和 52 年以降で見ると、昭和 52 年度及びその前年度は、「その他」が最も多い。次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」であり、昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が最も多かった。

図 5-4 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射針]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※大きい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)するよう指導



	サンプル数	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	25	14 56.0	3 12.0	0 0.0	8 32.0
昭和52年度及びその前年度	16	3 18.8	4 25.0	0 0.0	9 56.3
昭和44年度	1	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
昭和34年度及びその前年度	8	0 0.0	7 87.5	0 0.0	1 12.5
昭和29年度及びその前年度	5	0 0.0	2 40.0	0 0.0	3 60.0
昭和24年度及びその前年度	2	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0

(キ) 注射筒について（小さい番号の選択肢を優先した集計）

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射筒）については、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 44 件（95.7%）が回答し、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」が 2 件（4.3%）であった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 42 件（91.3%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 1 件（2.2%）、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」が 1 件（2.2%）であった。「その他」は 2 件（4.3%）あり、「国の通知通りの指導」との回答であった。

昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 38 件（82.6%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 4 件（8.7%）であった。「その他」は 2 件（4.3%）あり、「用具の消毒の指導はしている」という回答であった。

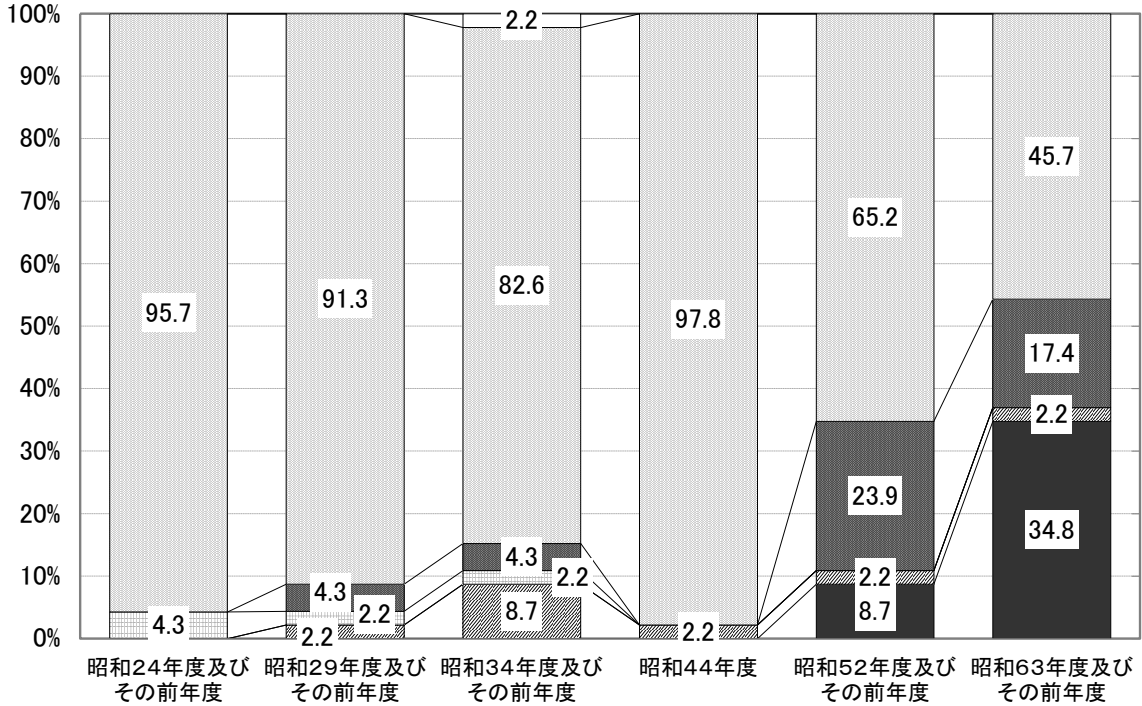
昭和 44 年度は、45 件が（97.8%）「記録がなくわからない」と回答し、残りの 1 件（2.2%）は「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」との回答であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 30 件（65.2%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が 4 件（8.7%）であった。「その他」は 11 件（23.9%）あり、「国の通知通り指導」「被接種者ごとに交換するよう指導（ディスポ・煮沸・アルコール綿に言及することなし）」「滅菌は、出来るだけ煮沸以外の方法による」「接種用具の消毒の指導はしている」といった内容であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 21 件（45.7%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が 16 件（34.8%）であった。「その他」は 8 件（17.4%）あり、「国の通知通り指導」「被接種者ごとに交換するよう指導（ディスポ・煮沸・アルコール綿に言及することなし）」という回答であった。

図 5-5 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射筒]
※小さい番号優先

- 無回答 (n=46)
- 記録がなく分からない
- その他
- 被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導
- 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)するよう指導



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	46	16	1	0	0	8	21	0
昭和52年度及びその前年度	46	4	1	0	0	11	30	0
昭和44年度	46	0	1	0	0	0	45	0
昭和34年度及びその前年度	46	0	4	0	1	2	38	1
昭和29年度及びその前年度	46	0	1	0	1	2	42	0
昭和24年度及びその前年度	46	0	0	0	2	0	44	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	95.7	0.0

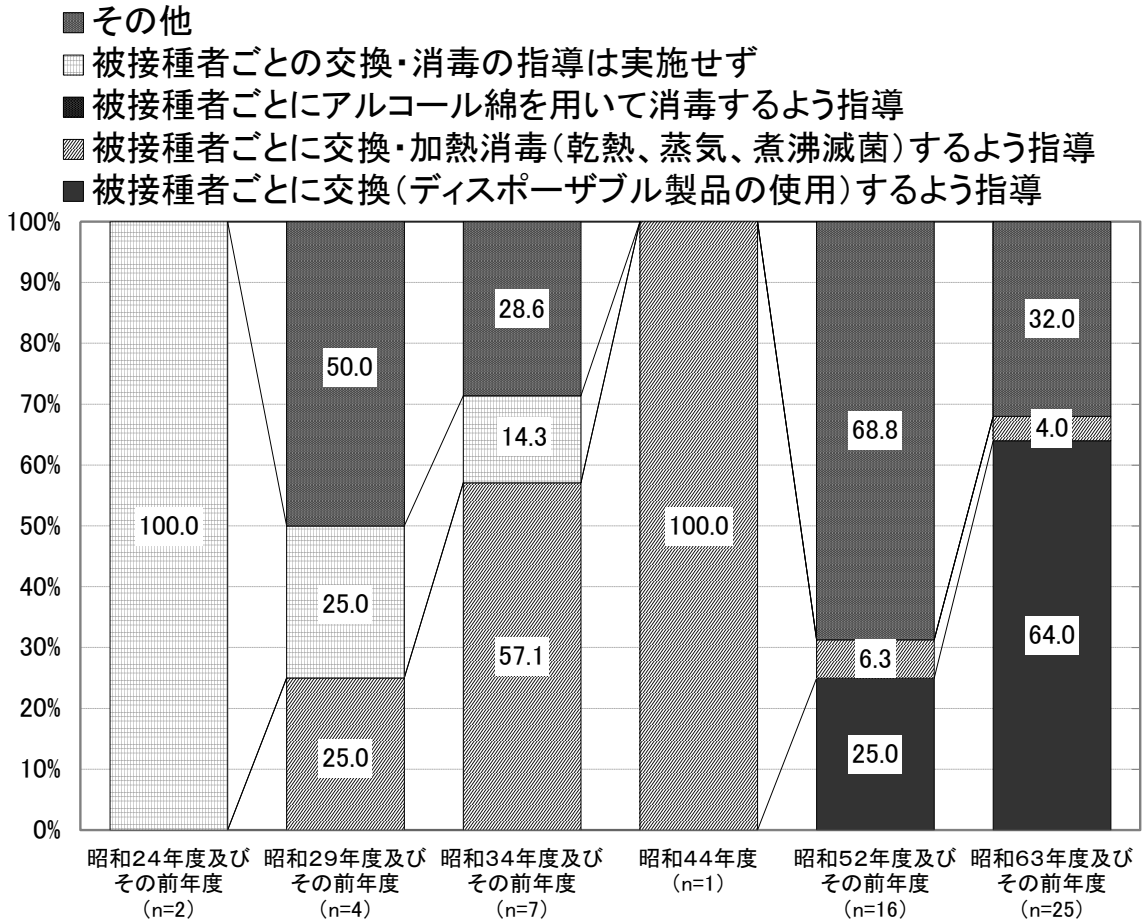
(ク) 注射筒について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射筒）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除いた集計を行った。

一定のサンプル数が確保された昭和 52 年以降について見ると、昭和 52 年度及びその前年度はその他が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が最も多く、次いで「その他」であった。

図 5-6 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容[注射筒]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※小さい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとの交換(ディスポーザブル製品の使用)の指導	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)の指導	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	25	16	1	0	0	8
		64.0	4.0	0.0	0.0	32.0
昭和52年度及びその前年度	16	4	1	0	0	11
		25.0	6.3	0.0	0.0	68.8
昭和44年度	1	0	1	0	0	0
		0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
昭和34年度及びその前年度	7	0	4	0	1	2
		0.0	57.1	0.0	14.3	28.6
昭和29年度及びその前年度	4	0	1	0	1	2
		0.0	25.0	0.0	25.0	50.0
昭和24年度及びその前年度	2	0	0	0	2	0
		0.0	0.0	0.0	100.0	0.0

(ケ) 注射筒について（大きい番号の選択肢を優先した集計）

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射筒）については、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 44 件（95.7%）が回答し、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」は 2 件（4.3%）であった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 42 件（91.3%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」が 1 件（2.2%）、「被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず」が 1 件（2.2%）であった。「その他」は 2 件（4.3%）であった。

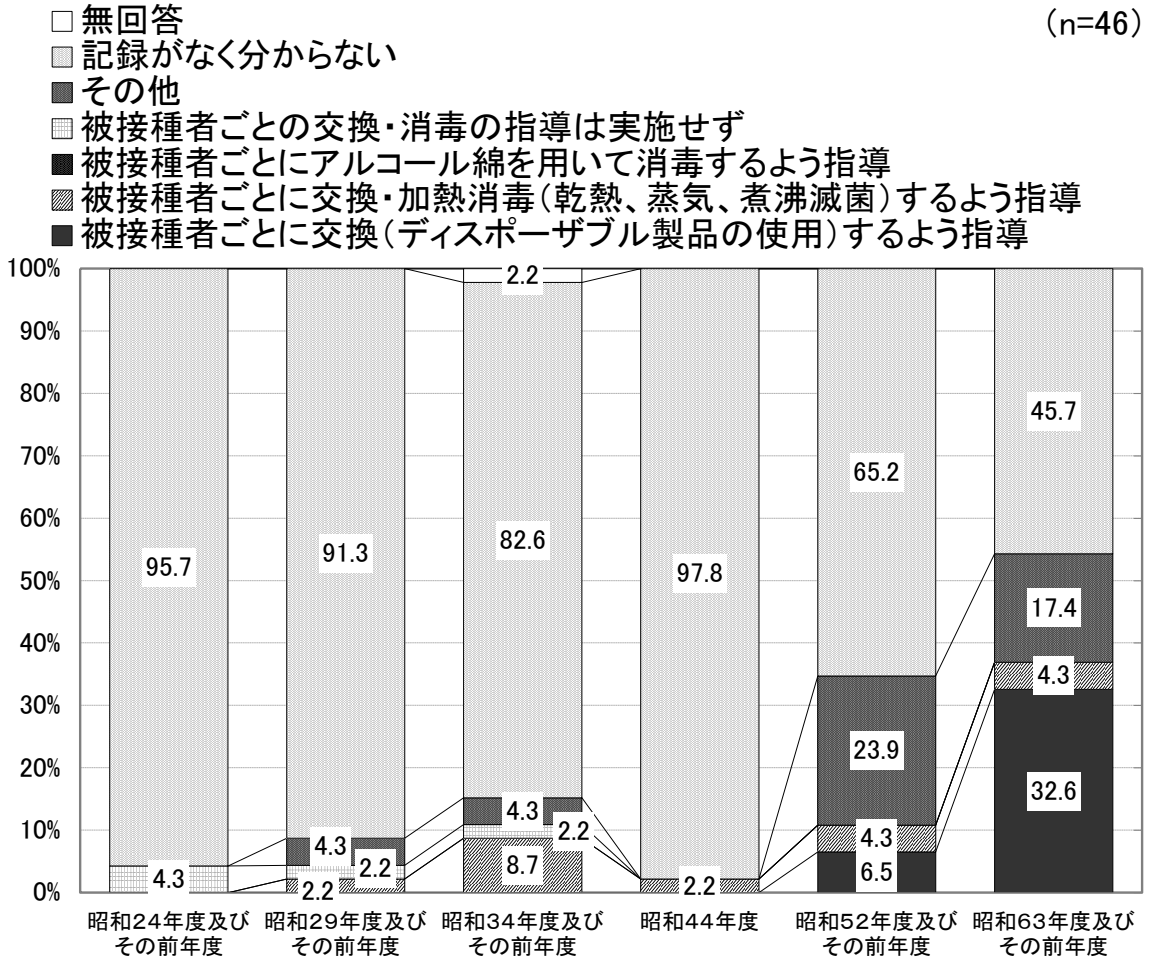
昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 38 件（82.6%）が回答し、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」は 4 件（8.7%）あった。「その他」は 2 件（4.3%）であった。

昭和 44 年度は、45 件（97.8%）が「記録がなくわからない」と回答し、残りの 1 件（2.2%）は「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）するよう指導」であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 30 件（65.2%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」は 3 件（6.5%）であった。「その他」は 11 件（23.9%）あった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」と 21 件（45.7%）が回答し、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するよう指導」が 15 件（32.6%）あった。「その他」は 8 件（17.4%）であった。

図 5-7 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射筒]
※大きい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	46	15	2	0	0	8	21	0
昭和52年度及びその前年度	46	3	2	0	0	11	30	0
昭和44年度	46	0	1	0	0	0	45	0
昭和34年度及びその前年度	46	0	4	0	1	2	38	1
昭和29年度及びその前年度	46	0	1	0	1	2	42	0
昭和24年度及びその前年度	46	0	0	0	2	0	44	0
昭和24年度及びその前年度	46	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	95.7	0.0

(コ) 注射筒について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

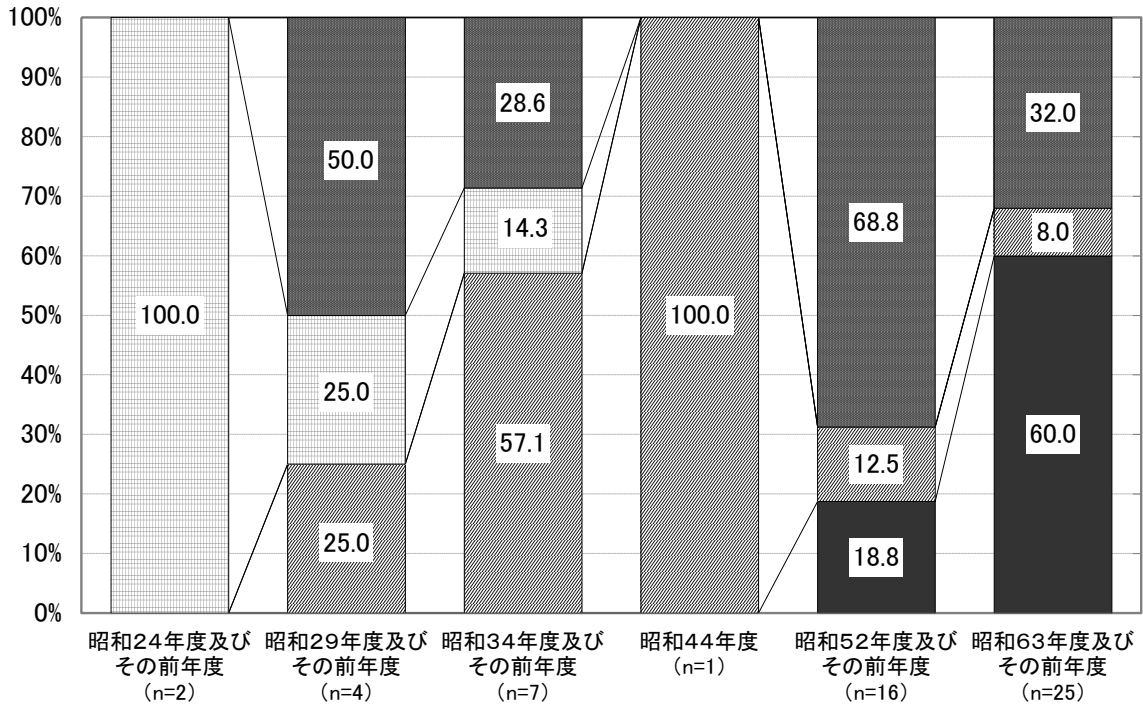
昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容（注射筒）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除いた集計を行った。

一定のサンプル数が確保された昭和 52 年以降について見ると、昭和 52 年度及びその前年度は「その他」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するように指導」であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）するように指導」が最も多く、次いで「その他」であった。

図 5-8 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射筒]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※大きい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)するよう指導
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)するよう指導

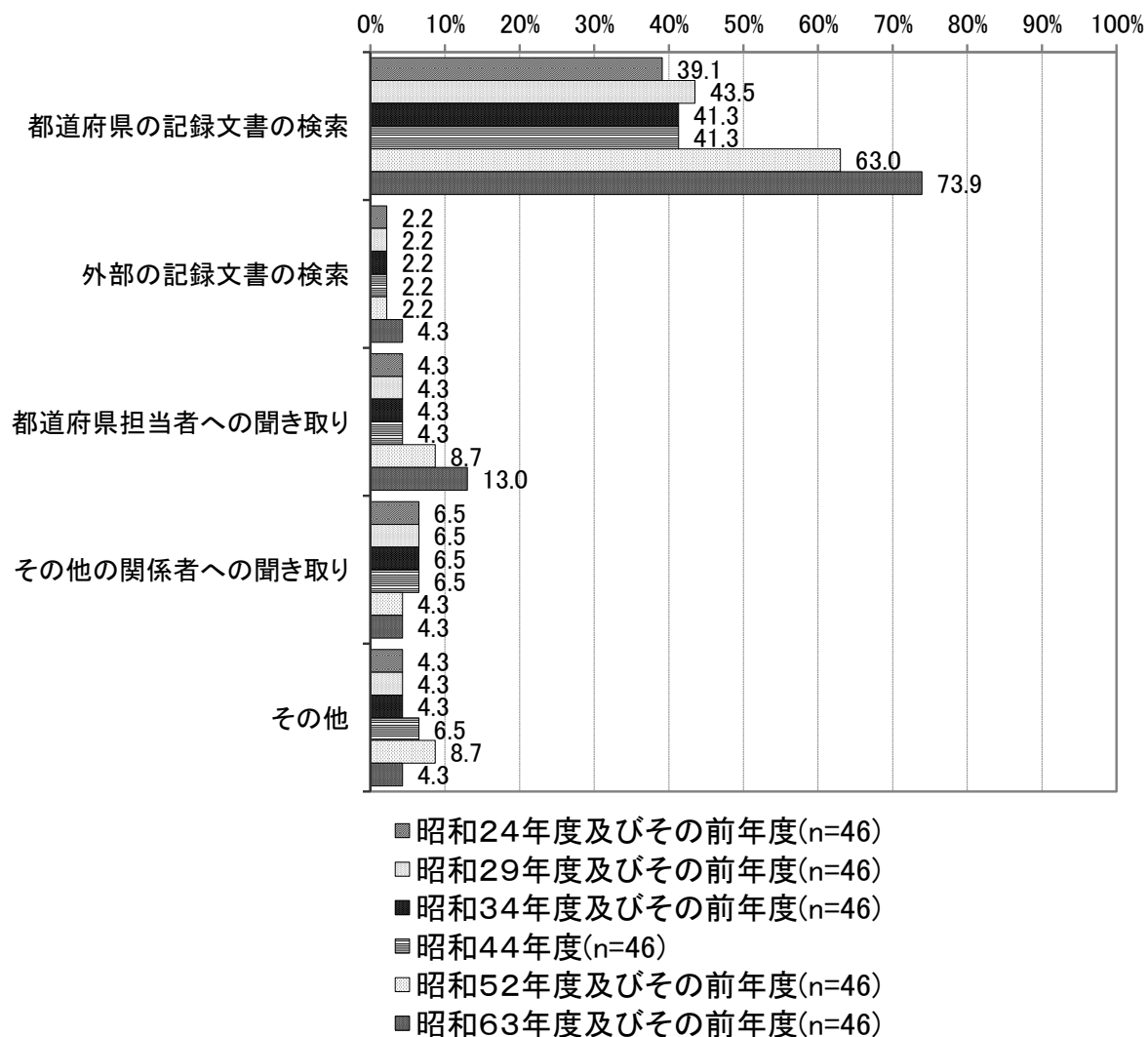


	サンプル数	被接種者ごとの交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿を用いて消毒するよう指導	被接種者ごとの交換・消毒の指導は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	25	15	2	0	0	8
昭和52年度及びその前年度	16	3	2	0	0	11
昭和44年度	1	0	1	0	0	0
昭和34年度及びその前年度	7	0	4	0	1	2
昭和29年度及びその前年度	4	0	1	0	1	2
昭和24年度及びその前年度	2	0	0	0	2	0
		0.0	0.0	0.0	100.0	0.0

(サ) 集団予防接種等の手技に関する指導内容の確認方法について

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容の確認方法については、いずれの時期においても「都道府県の記録文書の検索」が最も多く、「昭和 24 年度及びその前年度」(39.1%)、「昭和 29 年度及びその前年度」(43.5%)、「昭和 34 年度及びその前年度」「昭和 44 年度」(41.3%)、「昭和 52 年度及びその前年度」(63.0%)、「昭和 63 年度及びその前年度」(73.9%)であった。

図 5-9 昭和24年～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容の確認方法



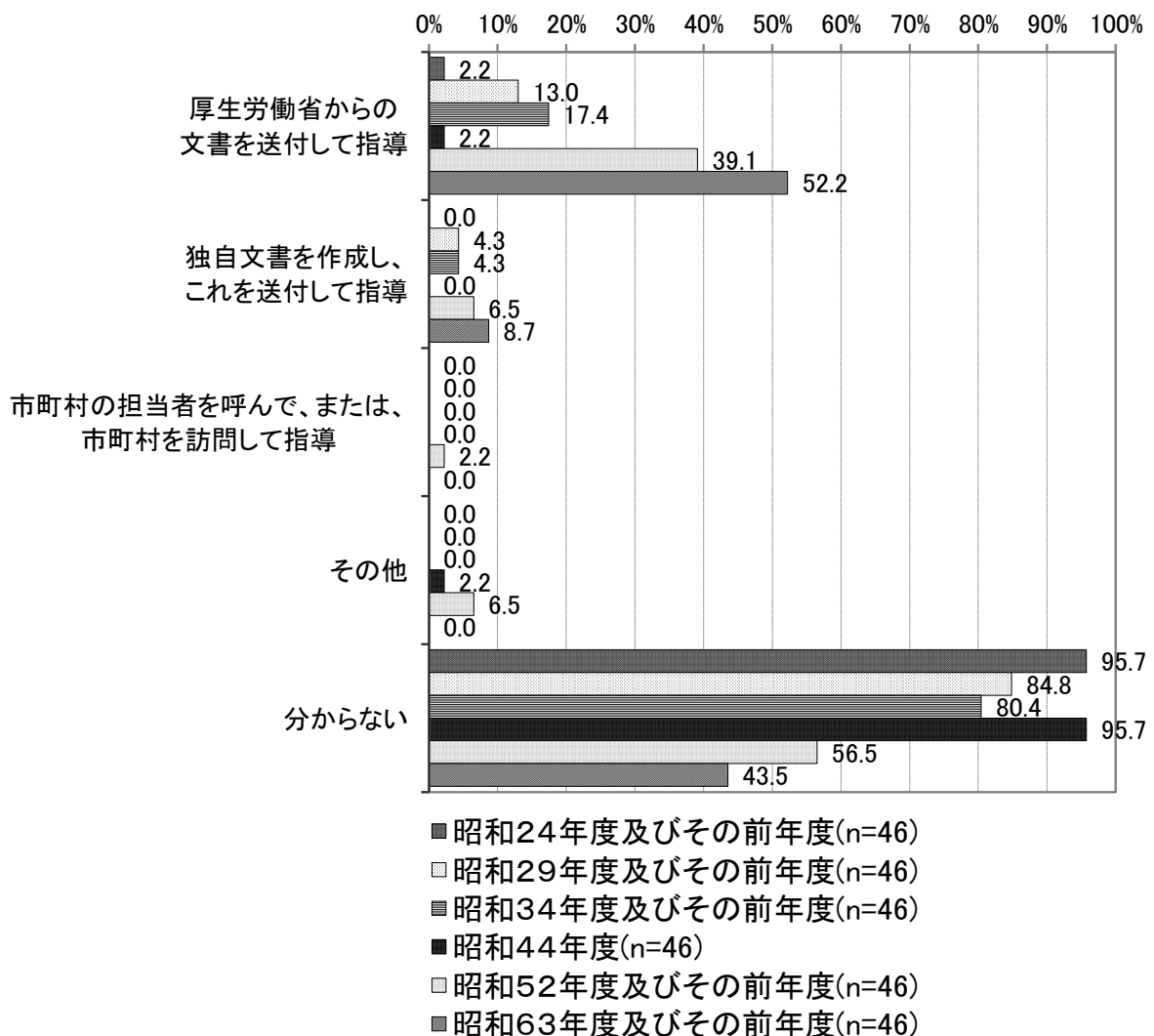
b) 集団予防接種等の手技に関する指導方法

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導方法については、「分からない」を除くと「厚生労働省からの文書を送付して指導」が最も多く、「昭和 24 年度及びその前年度」(2.2%)、「昭和 29 年度及びその前年度」(13.0%)、「昭和 34 年度及びその前年度」(17.4%)、「昭和 44 年度」(2.2%)、「昭和 52 年度及びその前年度」(39.1%)、「昭和 63 年度及びその前年度」(52.2%)であった。

「独自文書を作成し、これを送付して指導」は、「昭和 29 年度及び前年度」「昭和 34 年度及び前年度」(4.3%)、「昭和 52 年度及びその前年度」(6.5%)、「昭和 63 年度及びその前年度」(8.7%)であった。

指導方法で「その他」と回答したものについては、昭和 44 年度は、「講習会の概要に県医師会の方針の記述あり」(1 件)との回答があり、昭和 52 年度及びその前年度は、「担当者会議」(2 件)、「県立学校のインフルエンザ予防接種について、実施要領及び留意事項を定めて実施」(1 件)の回答が得られた。

図 5-10 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導方法

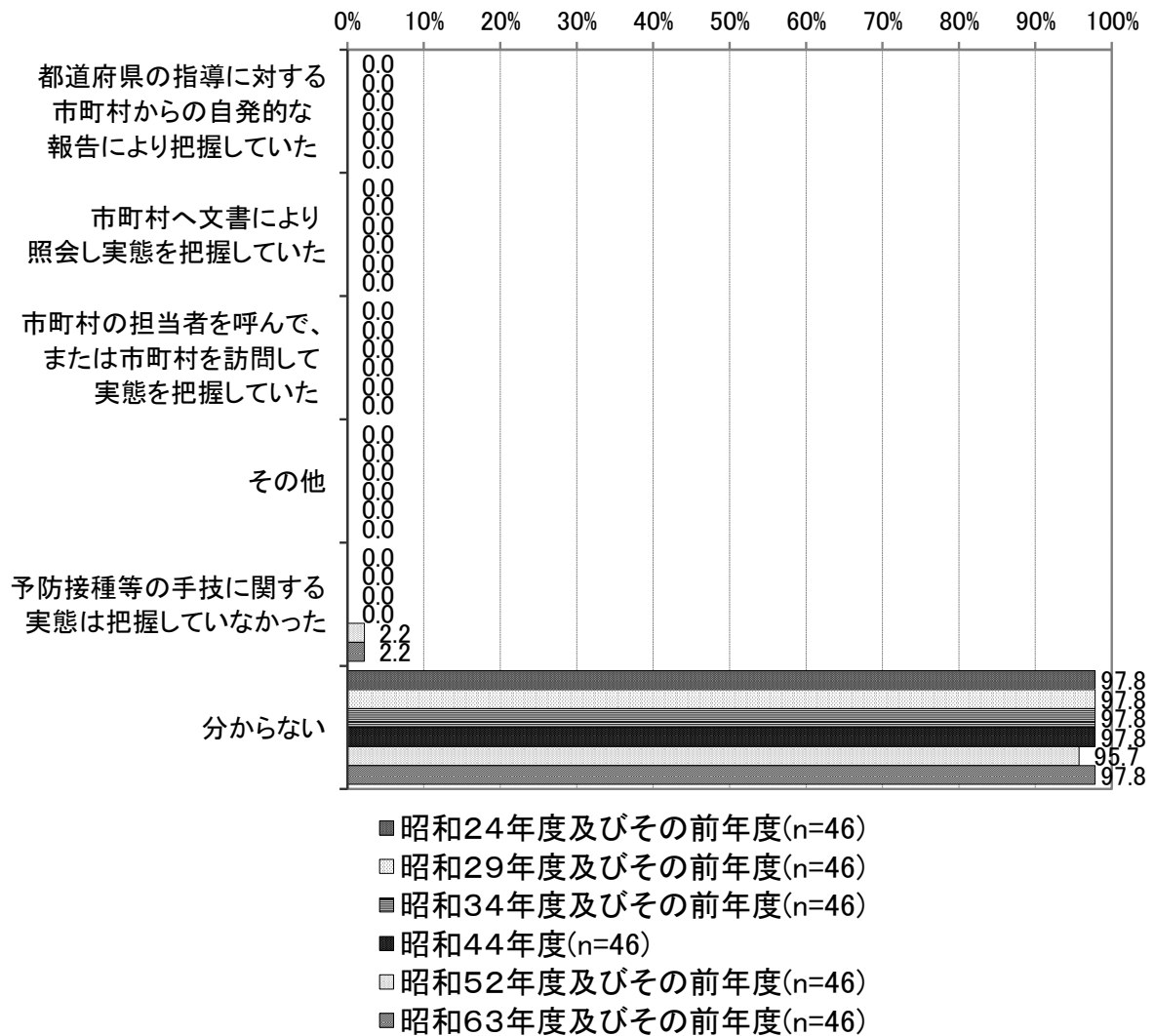


c) 集団予防接種等の手技に関する実態把握

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態把握については、「分からない」の回答が最も多かった。

昭和 52 年度及びその前年度、昭和 63 年度及びその前年度においては、「予防接種等の手技に関する実態は把握していなかった」がそれぞれ 1 件（2.2%）見られた。

図 5-11 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態把握

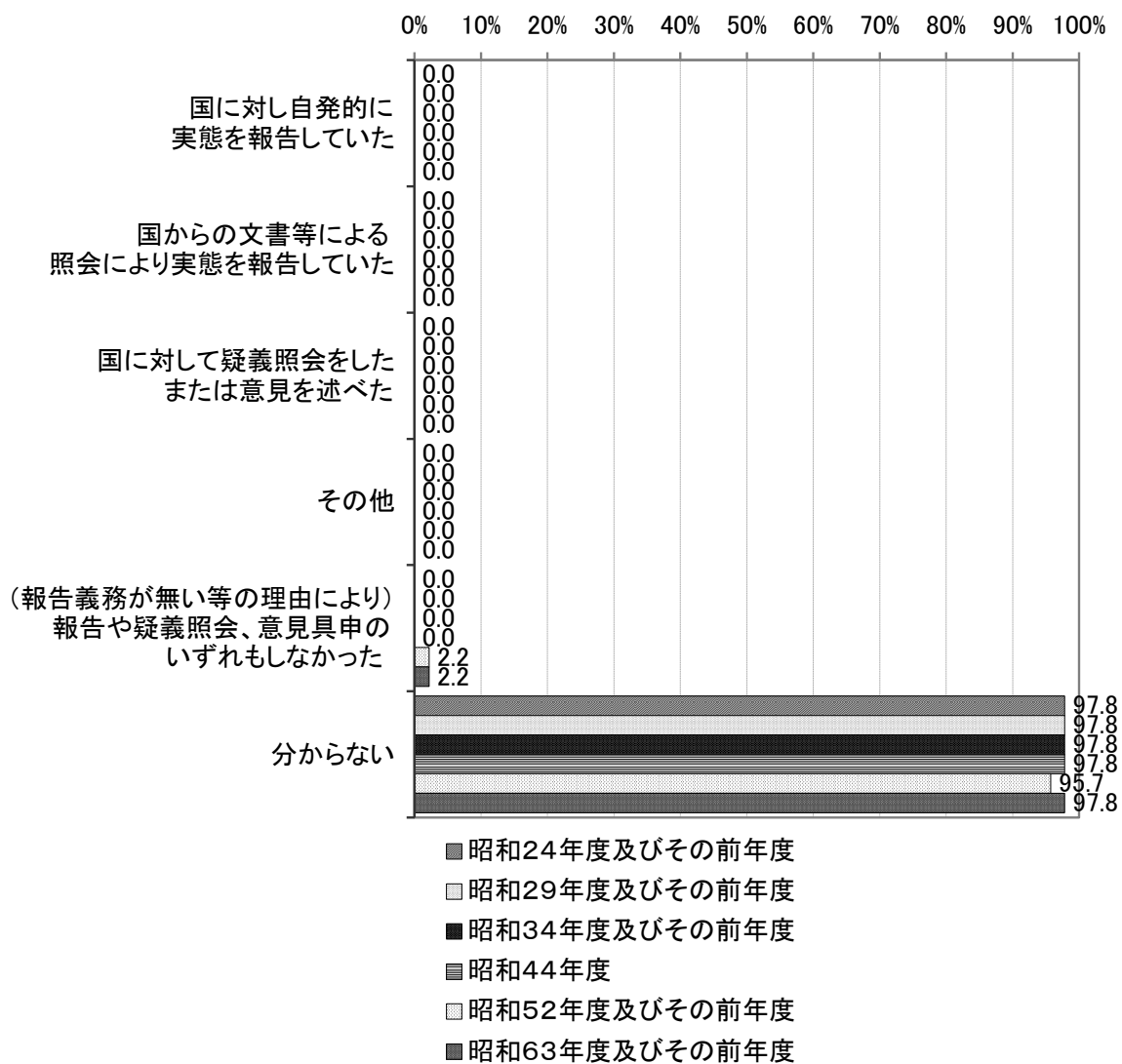


d) 集団予防接種等の手技に関する実態の報告等

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態の報告等については、「分からない」の回答が最も多かった。

昭和 52 年度及びその前年度、昭和 63 年度及びその前年度においては、「(報告義務が無い等の理由により) 報告や疑義照会、意見具申のいずれもしなかった」がそれぞれ 1 件 (2.2%) 見られた。

図 5-12 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態の報告等

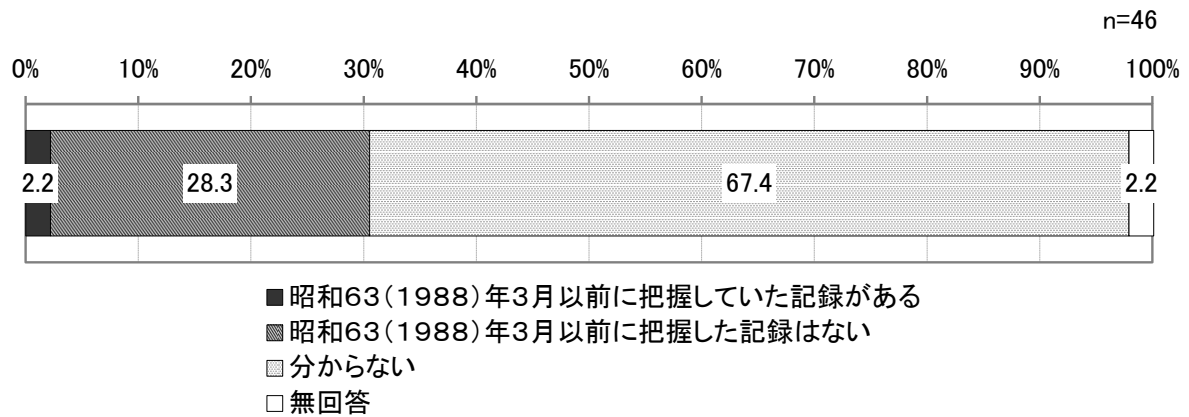


e) B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例

(ア) 昭和63年3月以前の把握

昭和63年3月以前の把握については、「把握していた記録がある」は1件(2.2%)であった。それ以外は、「分からない」が67.4%と最も多く、「把握した記録はない」は28.3%であった。具体的な把握事例は、「記録等なし」が1件(2.2%)であった。

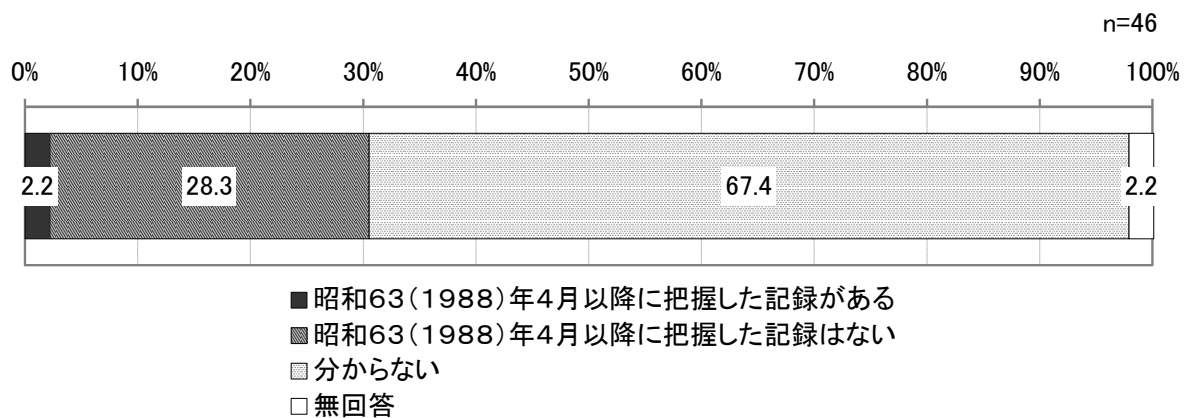
図 5-13 昭和63年3月以前のB型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例の把握



(イ) 昭和63年4月以降の把握

昭和63年4月以降の把握については、「把握した記録がある」は1件(2.2%)であった。それ以外は、「分からない」が67.4%と最も多く、「把握した記録はない」は28.3%であった。具体的な把握事例は、「記録等なし」が1件(2.2%)であった。

図 5-14 昭和63年3月以降のB型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例の把握



5.4.2 市町村対象調査

a) 実施形態

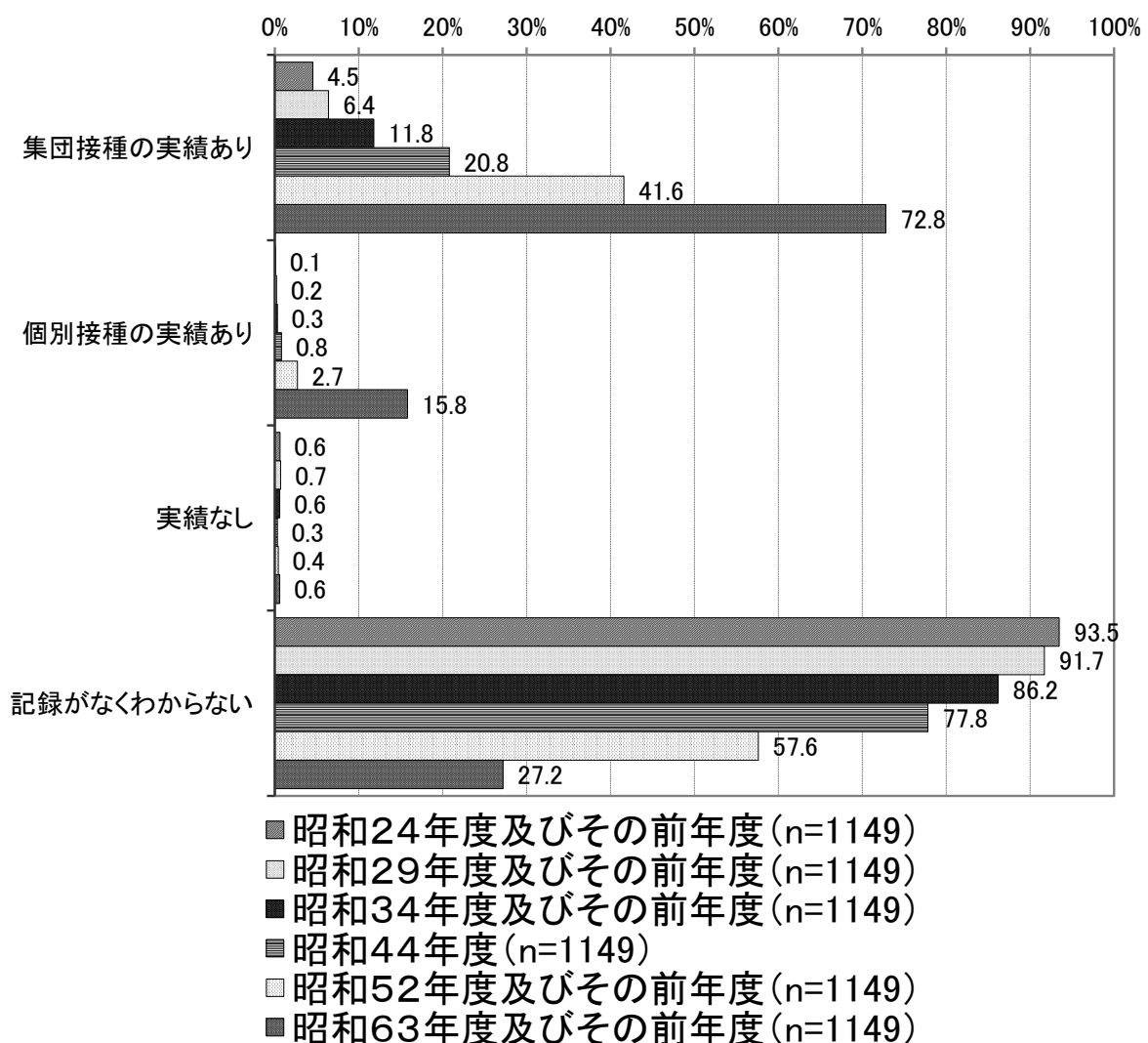
市町村における予防接種の実施形態について、「集団接種の実績あり」は、昭和24年度及びその前年度で4.6%、昭和29年度及びその前年度で6.4%、昭和34年度及びその前年度で11.8%、昭和44年度で20.8%、昭和52年度及びその前年度で41.6%、昭和63年度及びその前年度で72.8%であった。なお、記録の保存状況によって、割合に影響がある。

また、「個別接種の実績あり」は昭和63年度及びその前年度で15.8%であった。

昭和24年度～52年度までは「記録がなくわからない」が最も多かった。

「実績なし」と回答したものについては、全年度1%以下であった²⁷。

図 5-1 昭和24年～63年度及びその前年度の集団予防接種等の実施形態



²⁷ 電話による疑義照会の結果からは、一部の予防接種を実施していないために「実績なし」と回答したことが把握された。

b) 集団予防接種等の手技

(ア) 注射針について（小さい番号の選択肢を優先した集計）

集団予防接種等の手技（1.ディスポーザブル、2.加熱消毒、3.アルコール綿）について調査票では疾患ごとに状況が異なることも想定して複数回答とした。分析に際してはディスポーザブル＞加熱消毒＞アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「小さい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）と、ディスポーザブル＜加熱消毒＜アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「大きい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）を行った。

本項ではまず「小さい番号の選択肢を優先した集計」について述べる。

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射針）について尋ねたところ、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（92.3%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（3.8%）であった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（94.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（2.7%）であった。

昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（91.2%）が最も多く、次いで「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（3.7%）であった。

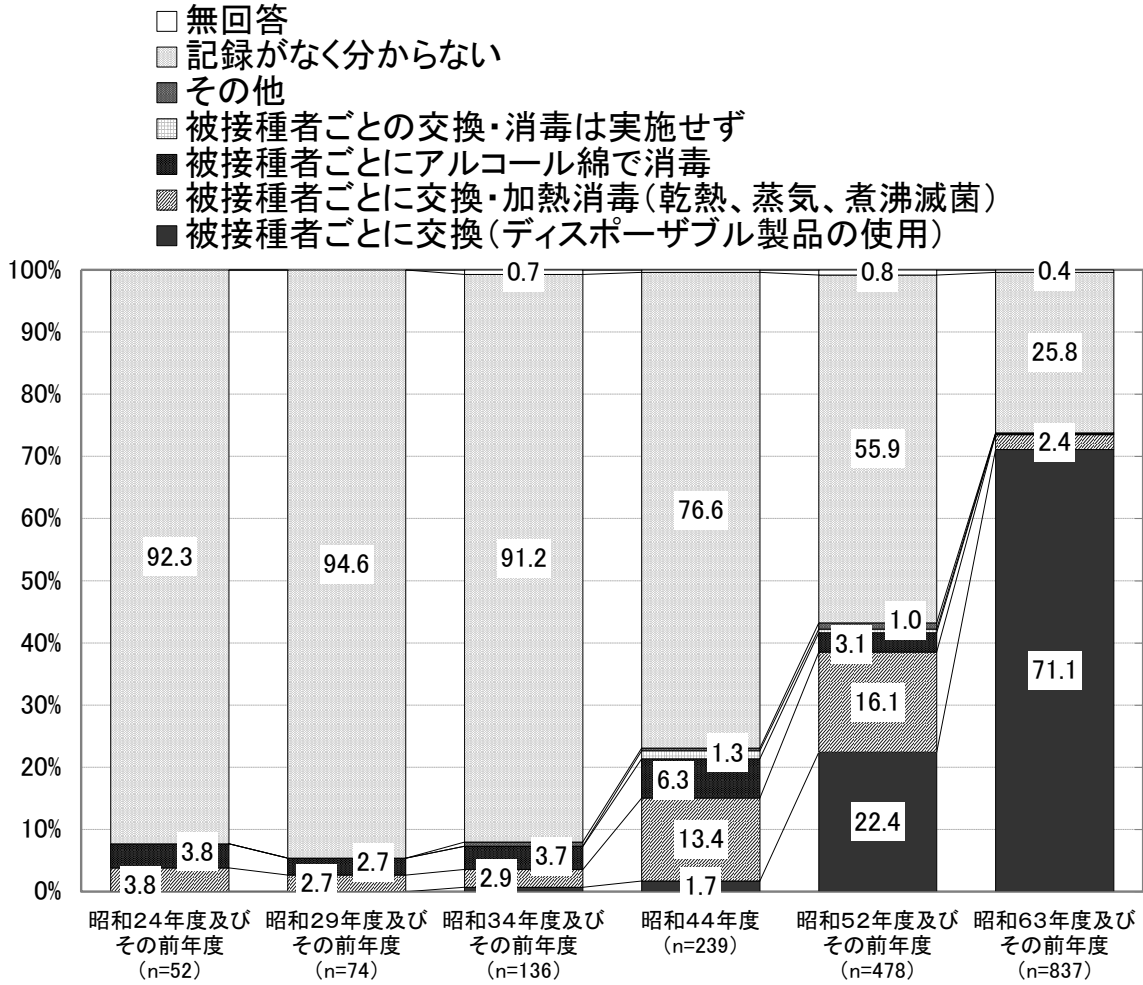
昭和 44 年度は、「記録がなくわからない」（76.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（13.4%）、「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（6.3%）であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（55.9%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（22.4%）、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（16.1%）であった。

昭和 63 年度及びその前年度では、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（71.1%）が最も多く、次いで「記録がなくわからない」（25.8%）、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（2.4%）であった。

その他については、昭和 44 年度では、「S4 5. 9月より 1 人一針一筒との記載があるため、被接種者ごとの交換はされていなかった可能性あり」（1 件）、昭和 52 年度及びその前年度では、「アルコールランプで焼く」（1 件）、「ハイジエッターを使用」（1 件）等の回答が得られた。

図 5-2 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射針]
※小さい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換製品の使用(デスポーザブル)	消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	綿被接種者ごとにアルコール	は被接種者ごとの交換・消毒	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	837	595	20	1	1	1	216	3
昭和52年度及びその前年度	478	107	77	15	3	5	267	4
昭和44年度	239	4	32	15	3	1	183	1
昭和34年度及びその前年度	136	1	4	5	0	1	124	1
昭和29年度及びその前年度	74	0	2	2	0	0	70	0
昭和24年度及びその前年度	52	0	2	2	0	0	48	0

(イ) 注射針について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射針）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計を行った。

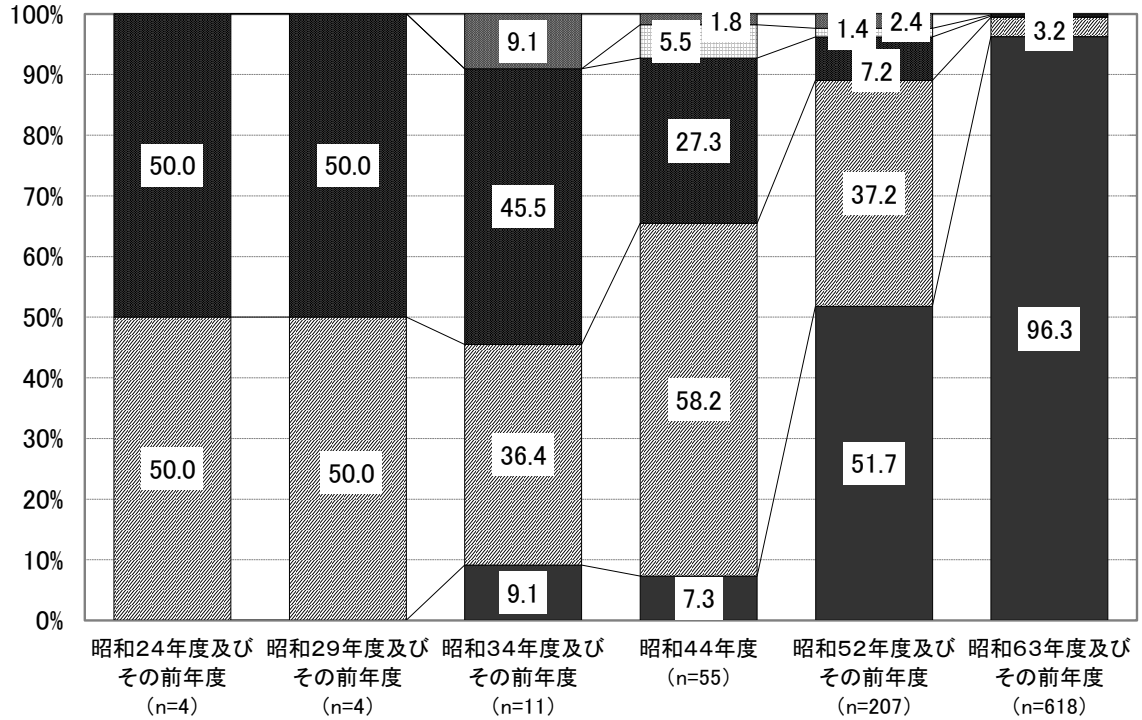
一定のサンプル数が確保できた昭和44年以降で見ると、昭和44年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」であった。

昭和52年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」であった。

昭和63年度及びその前年度では、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」であった。

図 5-3 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射針]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※小さい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	618	96.3	3.2	0.2	0.2	0.0
昭和52年度及びその前年度	207	51.7	37.2	7.2	1.4	2.4
昭和44年度	55	7.3	58.2	27.3	5.5	1.8
昭和34年度及びその前年度	11	9.1	36.4	45.5	9.1	0.0
昭和29年度及びその前年度	4	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0
昭和24年度及びその前年度	4	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0

(ウ) 注射針について（大きい番号の選択肢を優先した集計）

本項では、ディスポーザブル<加熱消毒<アルコール綿の優先順で単数回答化した集計（以下、「大きい番号の選択肢を優先した集計」と言う。）について述べる。

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射針）について尋ねたところ、昭和 24 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（92.3%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（3.8%）であった。

昭和 29 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（94.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（2.7%）であった。

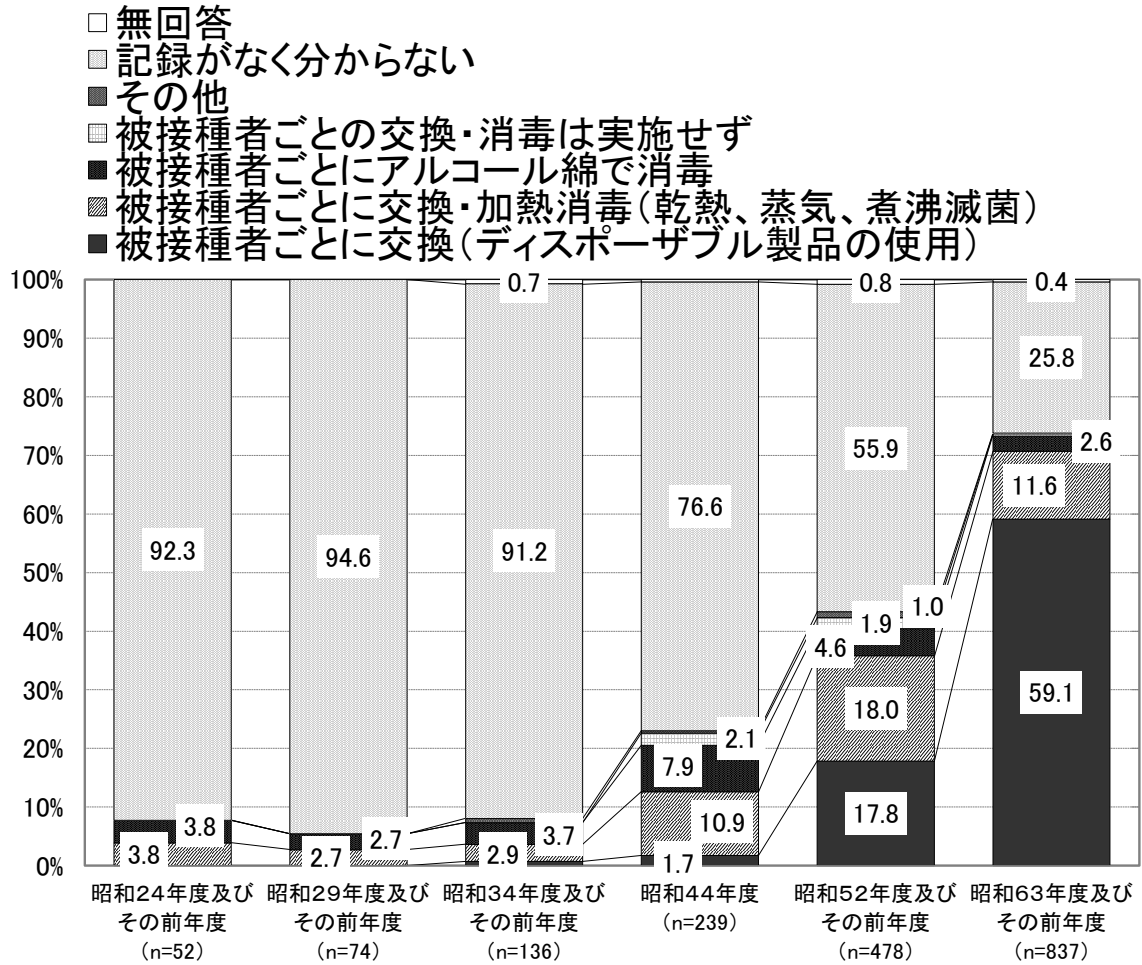
昭和 34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（91.2%）が最も多く、次いで「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（3.7%）であった。

昭和 44 年度は、「記録がなくわからない」（76.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（10.9%）、「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」（7.9%）であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（55.9%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（18.0%）、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（17.8%）であった。

昭和 63 年度及びその前年度では、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（59.1%）が最も多く、次いで「記録がなくわからない」（25.8%）、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（11.6%）であった。

図 5-4 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射針]
※大きい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	837	495	97	22	3	1	216	3
昭和52年度及びその前年度	478	85	86	22	9	5	267	4
昭和44年度	239	4	26	19	5	1	183	1
昭和34年度及びその前年度	136	1	4	5	0	1	124	1
昭和29年度及びその前年度	74	0	2	2	0	0	70	0
昭和24年度及びその前年度	52	0	2	2	0	0	48	0

(エ) 注射針について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

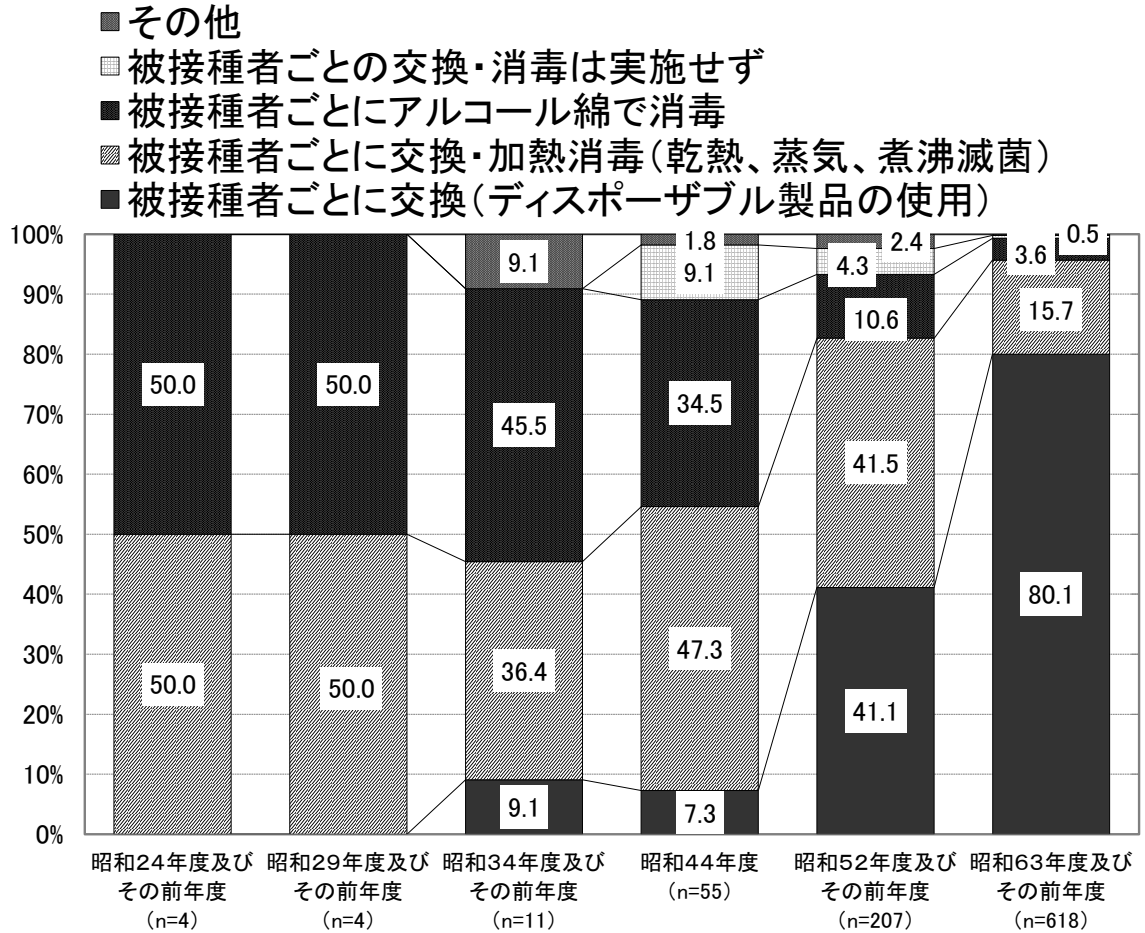
市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射針）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計を行った。

一定のサンプル数が確保できた昭和44年以降で見ると、昭和44年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとにアルコール綿で消毒」であった。

昭和52年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」であった。

昭和63年度及びその前年度では、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」であった。

図 5-5 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する指導内容 [注射針]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※大きい番号優先



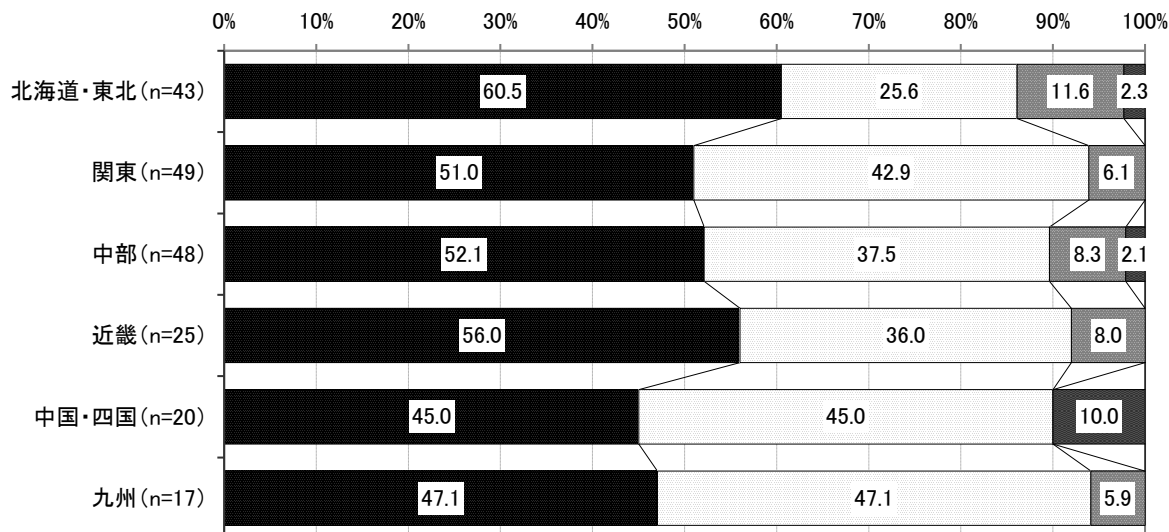
	サンプル数	被接種者ごとに交換(デスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	618	495	97	22	3	1
昭和52年度及びその前年度	207	85	86	22	9	5
昭和44年度	55	4	26	19	5	1
昭和34年度及びその前年度	11	1	4	5	0	1
昭和29年度及びその前年度	4	0	2	2	0	0
昭和24年度及びその前年度	4	0	2	2	0	0

(オ) 地域別の分析

一定のサンプル数が確保できた昭和 52 年度以降について、地域別に集団予防接種等の実施実態を分析したところ、昭和 52 年度、昭和 63 年度とも明確な地域差は見られなかった。

(なお、昭和 44 年度以前については回答数が極端に少なくなるため、集計していない。)

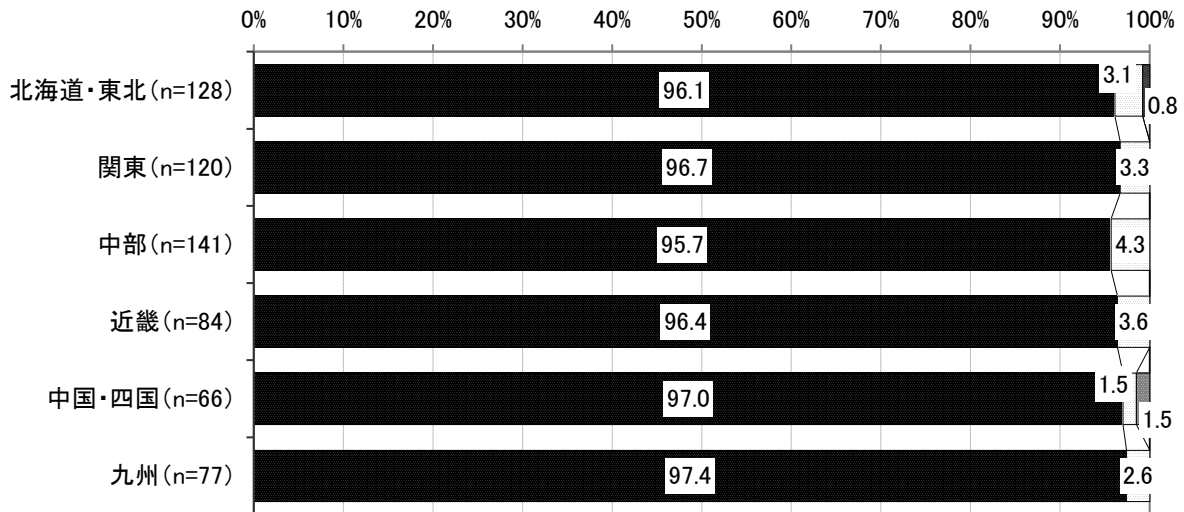
図 5-6 昭和52年度及びその前年度の集団予防接種等の地域別実施実態(注射針)
※小さい番号優先



- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)
- 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず

	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
合計	203	107 52.7	77 37.9	15 7.4	4 2.0
【地域別】					
北海道・東北	43	26 60.5	11 25.6	5 11.6	1 2.3
関東	49	25 51.0	21 42.9	3 6.1	0 0.0
中部	48	25 52.1	18 37.5	4 8.3	1 2.1
近畿	25	14 56.0	9 36.0	2 8.0	0 0.0
中国・四国	20	9 45.0	9 45.0	0 0.0	2 10.0
九州	17	8 47.1	8 47.1	1 5.9	0 0.0

図 5-7 昭和63年度及びその前年度の集団予防接種等の地域別実施実態(注射針)
※小さい番号優先



- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)
- 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず

	サンプル数	被接種者ごとに交換(96.4)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(3.2)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒(0.2)	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず(0.2)
合計	617	595	20	1	1
【地域別】					
北海道・東北	128	123	4	0	1
関東	120	116	4	0	0
中部	141	135	6	0	0
近畿	84	81	3	0	0
中国・四国	66	64	1	1	0
九州	77	75	2	0	0

(カ) 注射筒について（小さい番号の選択肢を優先した集計）

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射筒）について尋ねたところ、昭和 24、29、34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」が最も多かった（約 90%）。

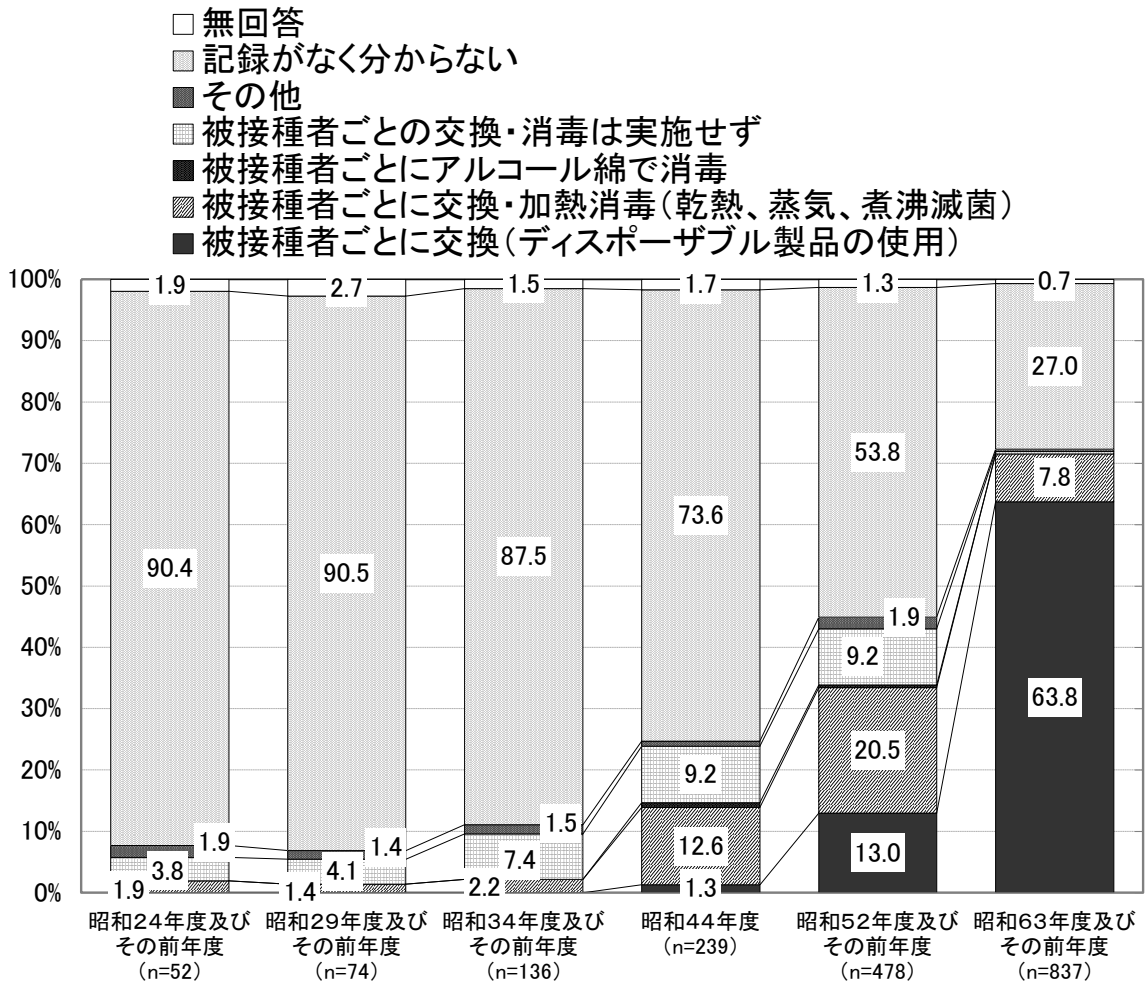
昭和 44 年度は、「記録がなくわからない」（73.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（12.6%）、「被接種者ごとの交換・消毒はせず」（9.2%）であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（53.8%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（20.5%）、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（13.0%）であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（63.8%）が最も多く、次いで「記録がなくわからない」（27.0%）、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（7.8%）であった。

その他については、昭和 44 年度では、「S45. 9月より1人一針一筒との記載があるため、被接種者ごとの交換はされていなかった可能性あり」（1件）、昭和 52 年度及びその前年度では、「ハイジエーター使用し、複数に実施」（2件）、「足踏式噴射注射機」（1件）等、昭和 63 年及びその前年度では「BCG は煮沸滅菌」（2件）、「自動噴射注射機」（1件）等の回答が得られた。

図 5-8 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射筒]
※小さい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	837	534	65	0	3	3	226	6
昭和52年度及びその前年度	478	63.8	7.8	0.0	0.4	0.4	27.0	0.7
昭和44年度	239	62	98	2	44	9	257	6
昭和34年度及びその前年度	136	13.0	20.5	0.4	9.2	1.9	53.8	1.3
昭和29年度及びその前年度	74	3	30	2	22	2	176	4
昭和24年度及びその前年度	52	1.3	12.6	0.8	9.2	0.8	73.6	1.7
		0	3	0	10	2	119	2
		0.0	2.2	0.0	7.4	1.5	87.5	1.5
		0	1	0	3	1	67	2
		0.0	1.4	0.0	4.1	1.4	90.5	2.7
		0	1	0	2	1	47	1
		0.0	1.9	0.0	3.8	1.9	90.4	1.9

(キ) 注射筒について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射筒）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計を行った。

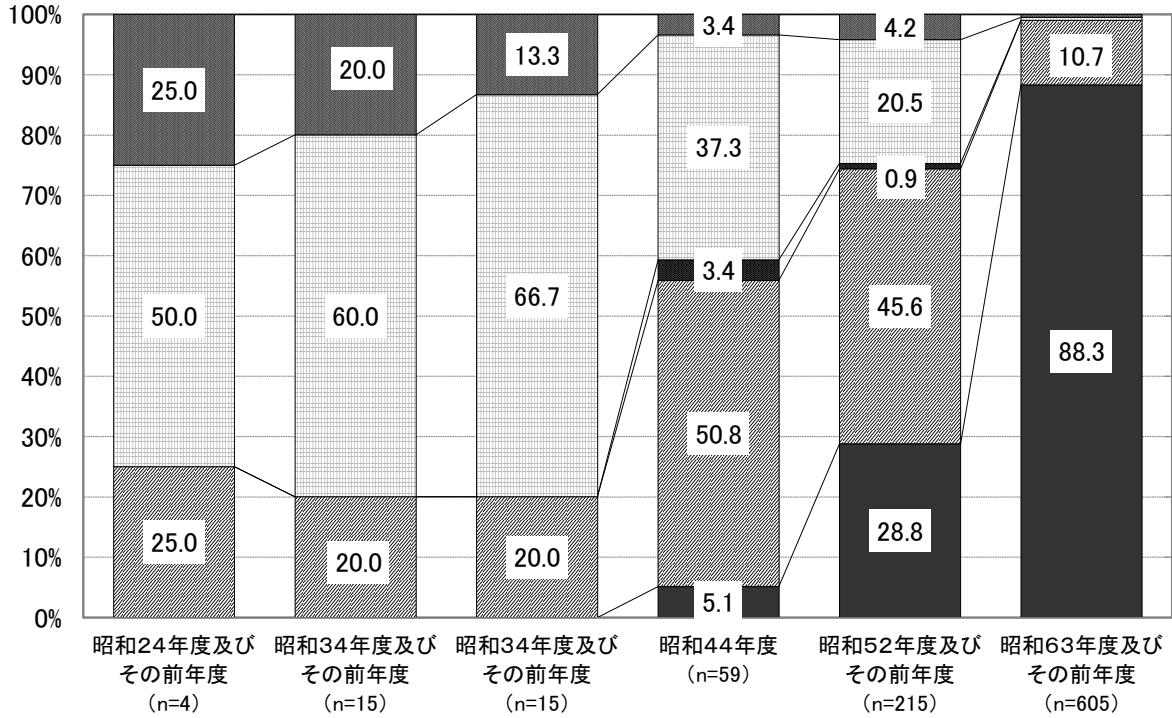
一定のサンプル数が確保できた昭和44年以降で見ると、昭和44年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとの交換・消毒はせず」であった。

昭和52年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」、「被接種者ごとの交換・消毒はせず」であった。

昭和63年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」であった。

図 5-9 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射筒]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※小さい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	605	534 88.3	65 10.7	0 0.0	3 0.5	3 0.5
昭和52年度及びその前年度	215	62 28.8	98 45.6	2 0.9	44 20.5	9 4.2
昭和44年度	59	3 5.1	30 50.8	2 3.4	22 37.3	2 3.4
昭和34年度及びその前年度	15	0 0.0	3 20.0	0 0.0	10 66.7	2 13.3
昭和29年度及びその前年度	5	0 0.0	1 20.0	0 0.0	3 60.0	1 20.0
昭和24年度及びその前年度	4	0 0.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	1 25.0

(ク) 注射筒について（大きい番号の選択肢を優先した集計）

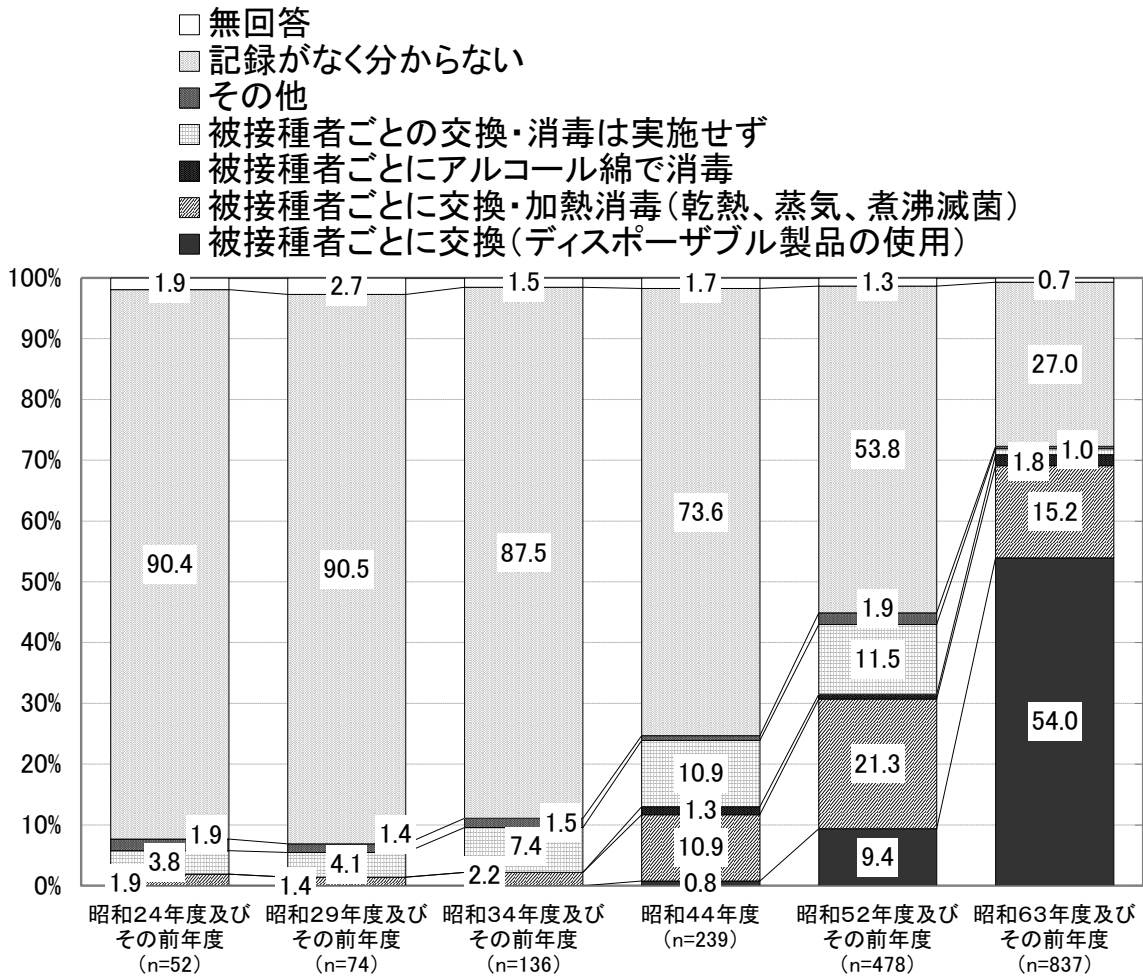
市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射筒）について尋ねたところ、昭和 24、29、34 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」が最も多かった（約 90%）。

昭和 44 年度は、「記録がなくわからない」（73.6%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」「被接種者ごとの交換・消毒はせず」（10.9%）であった。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなくわからない」（53.8%）が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（21.3%）、「被接種者ごとの交換・消毒はせず」（11.5%）であった。

昭和 63 年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」（54.0%）が最も多く、次いで「記録がなくわからない」（27.0%）、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」（15.2%）であった。

図 5-10 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射筒]
※大きい番号優先



	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他	記録がなく分からない	無回答
昭和63年度及びその前年度	837	452	127	15	8	3	226	6
昭和52年度及びその前年度	478	54.0	15.2	1.8	1.0	0.4	27.0	0.7
昭和44年度	239	45	102	4	55	9	257	6
昭和34年度及びその前年度	136	9.4	21.3	0.8	11.5	1.9	53.8	1.3
昭和29年度及びその前年度	74	2	26	3	26	2	176	4
昭和24年度及びその前年度	52	0.8	10.9	1.3	10.9	0.8	73.6	1.7
		0.0	2.2	0.0	7.4	1.5	87.5	1.5
		0.0	1	0	3	1	67	2
		0.0	1.4	0.0	4.1	1.4	90.5	2.7
		0	1	0	2	1	47	1
		0.0	1.9	0.0	3.8	1.9	90.4	1.9

(ケ) 注射筒について（無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計）

市町村における予防接種の実施形態で「集団接種の実績あり」と回答した市町村における集団予防接種等の手技（注射筒）について、無回答及び「記録がなくわからない」を除外した集計を行った。

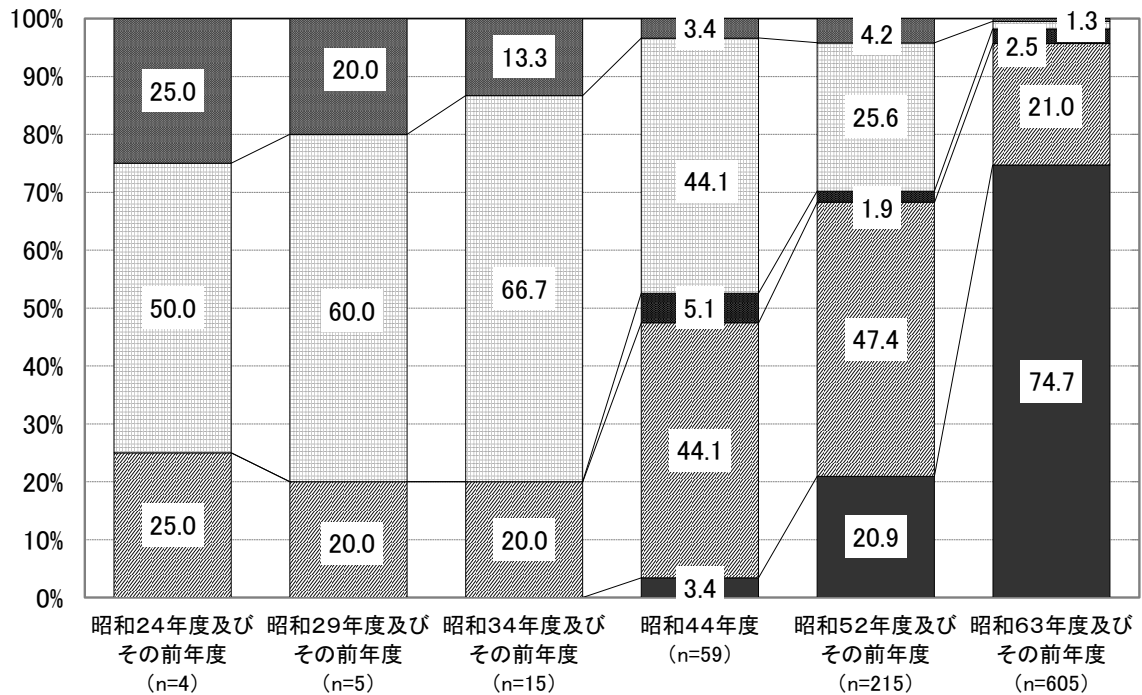
一定のサンプル数が確保できた昭和44年以降で見ると、昭和44年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」と「被接種者ごとの交換・消毒はせず」が最も多かった。

昭和52年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」が最も多く、次いで「被接種者ごとの交換・消毒はせず」、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」であった。

昭和63年度及びその前年度は、「被接種者ごとに交換（ディスポーザブル製品の使用）」が最も多く、次いで「被接種者ごとに交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）」であった。

図 5-11 昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種の実績 [注射筒]
 ※無回答及び「記録がなくわからない」を除く
 ※大きい番号優先

- その他
- ▨ 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- ▨ 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)

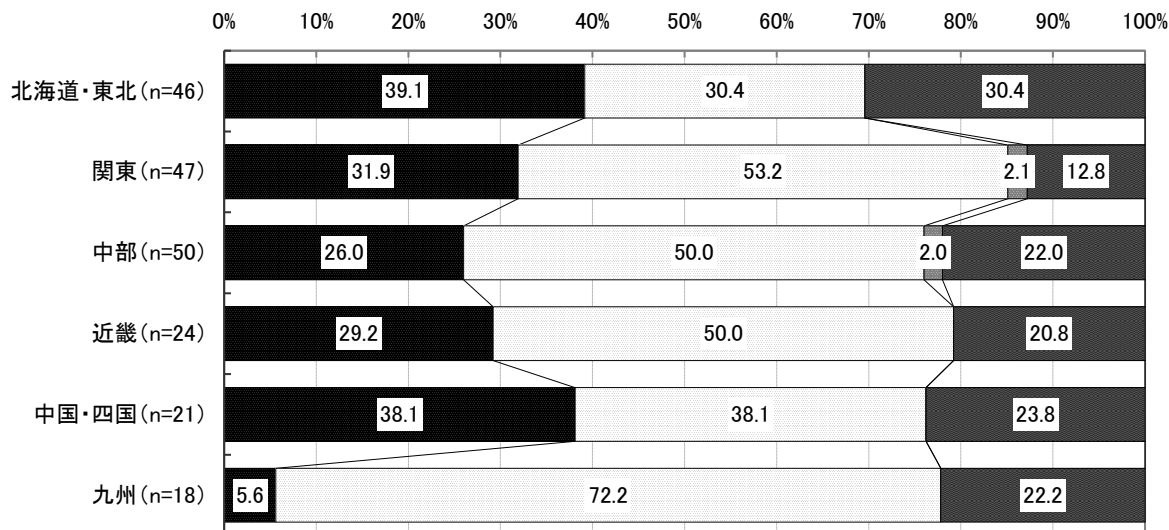


	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず	その他
昭和63年度及びその前年度	605	452	127	15	8	3
昭和52年度及びその前年度	215	45	102	4	55	9
昭和44年度	59	2	26	3	26	2
昭和34年度及びその前年度	15	0	3	0	10	2
昭和29年度及びその前年度	5	0	1	0	3	1
昭和24年度及びその前年度	4	0	1	0	2	1

(コ) 地域別の分析

一定のサンプルが確保できた昭和 52 年度以降について地域別に集団予防接種等の実施実態を分析したところ、昭和 63 年度においては地域差はみられないが、昭和 52 年度においては九州地域ではディスポーザブル製品の使用が少なく、加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）が相対的に高い割合を示している。

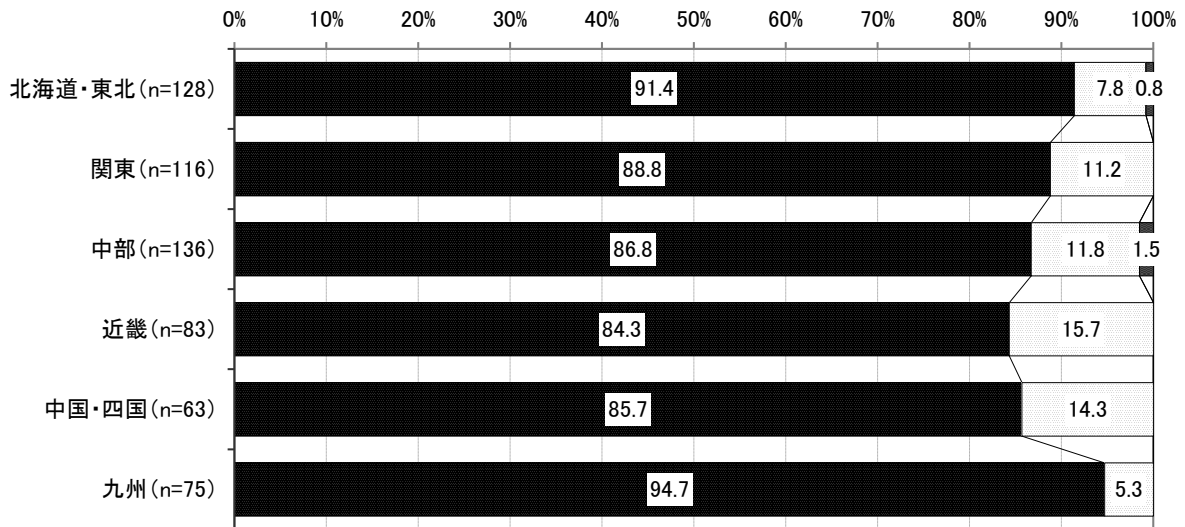
図 5-12 昭和52年度及びその前年度の集団予防接種等の地域別実施実態(注射筒)



- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)
- 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず

	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
合計	207	62 30.0	98 47.3	2 1.0	45 21.7
【地域別】					
北海道・東北	46	18 39.1	14 30.4	0 0.0	14 30.4
関東	47	15 31.9	25 53.2	1 2.1	6 12.8
中部	50	13 26.0	25 50.0	1 2.0	11 22.0
近畿	24	7 29.2	12 50.0	0 0.0	5 20.8
中国・四国	21	8 38.1	8 38.1	0 0.0	5 23.8
九州	18	1 5.6	13 72.2	0 0.0	4 22.2

図 5-13 昭和63年度及びその前年度の集団予防接種等の地域別実施実態(注射筒)



- 被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)
- 被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)
- 被接種者ごとにアルコール綿で消毒
- 被接種者ごとの交換・消毒は実施せず

	サンプル数	被接種者ごとに交換(ディスポーザブル製品の使用)	被接種者ごとに交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)	被接種者ごとにアルコール綿で消毒	被接種者ごとの交換・消毒は実施せず
合計	602	534 88.7	65 10.8	0 0.0	3 0.5
【地域別】					
北海道・東北	128	117 91.4	10 7.8	0 0.0	1 0.8
関東	116	103 88.8	13 11.2	0 0.0	0 0.0
中部	136	118 86.8	16 11.8	0 0.0	2 1.5
近畿	83	70 84.3	13 15.7	0 0.0	0 0.0
中国・四国	63	54 85.7	9 14.3	0 0.0	0 0.0
九州	75	71 94.7	4 5.3	0 0.0	0 0.0

c) 集団予防接種等の手技の確認方法

昭和 24 年度～63 年度及びその前年度の集団予防接種等の手技の確認方法については、「市町村担当者への聞き取り」が最も多く、「昭和 24 年度及びその前年度」(24.5%)、「昭和 29 年度及びその前年度」(24.3%)、「昭和 34 年度及びその前年度」(25.0%)、「昭和 44 年度」(29.7%)、「昭和 52 年度及びその前年度」(47.3%)、「昭和 63 年度及びその前年度」(70.5%)であった。

「その他」との回答の具体的内容については、各時点ごとに、以下の通り。

昭和 24 年度及びその前年度は「記録がなく不明」(28 件)、「担当者がいない」(2 件)などの回答が得られた。

昭和 29 年度及びその前年度は「記録がなく不明」(28 件)、「担当者がいない」(2 件)などの回答が得られた。

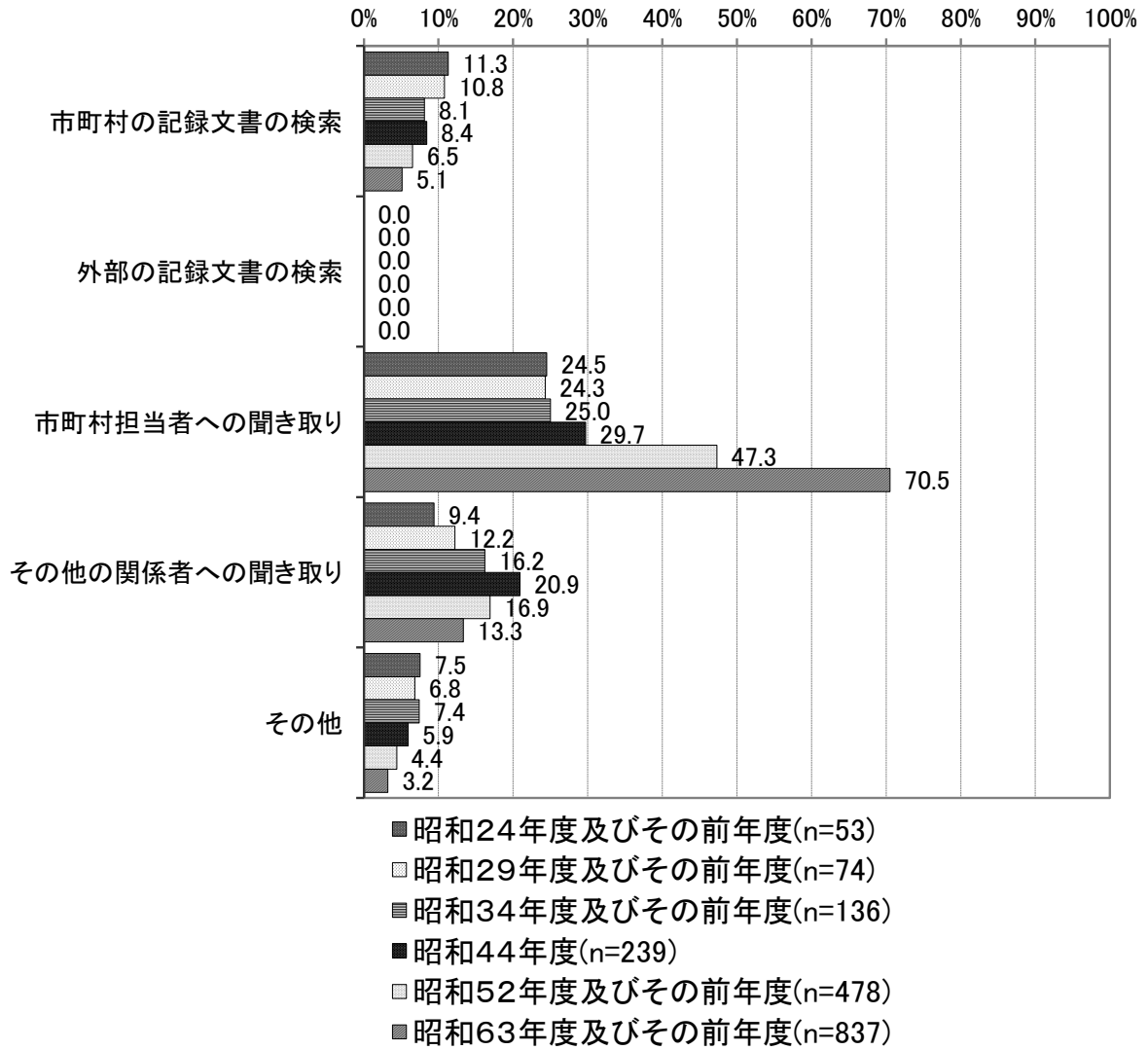
昭和 34 年度及びその前年度は「記録がなく不明」(22 件)、「担当者がいない」(7 件)などの回答が得られた。

昭和 44 年度は「記録がなく不明」(21 件)、「担当者がいない」(4 件)などの回答が得られた。

昭和 52 年度及びその前年度は、「記録がなく不明」(19 件)、などの回答が得られた。

昭和 63 年度及びその前年度は、「記録がなく不明」(11 件)、「当時、担当していた」(3 件)、「自分の子供が対象児の為、記憶にある」(1 件)などの回答が得られた。

図 5-14 昭和24年～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技の確認方法



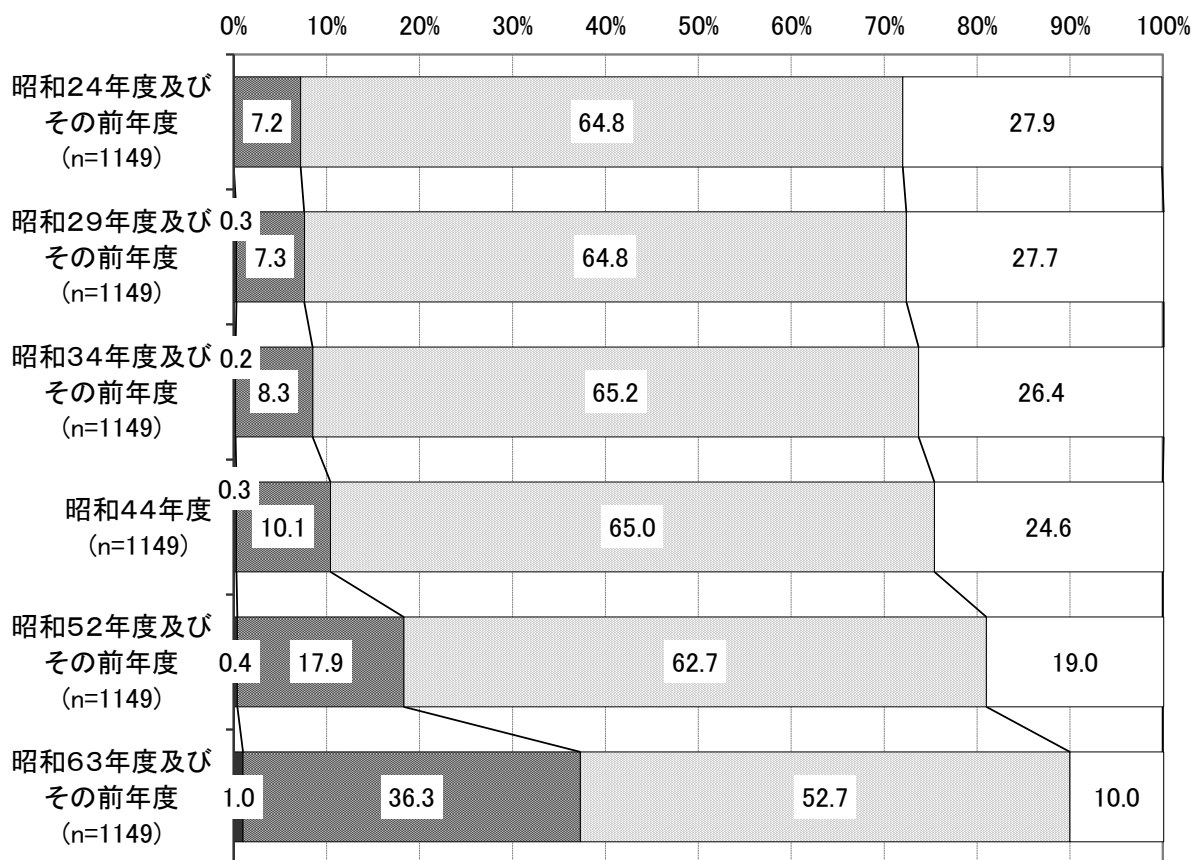
d) 集団予防接種等の実施に関する独自文書の有無

昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の実施に関する独自文書の有無については、「分からない」の回答が最も多かった。

昭和52年度及びその前年度以降、「独自文書はない」の回答が増え、昭和63年度及びその前年度では、「独自文書はない」が36.3%であった。

一方、昭和63年度及びその前年度でも「独自文書がある」は1.0%であった。

図 5-15 昭和24年度及びその前年度の集団予防接種等の実施に関する独自文書の有無



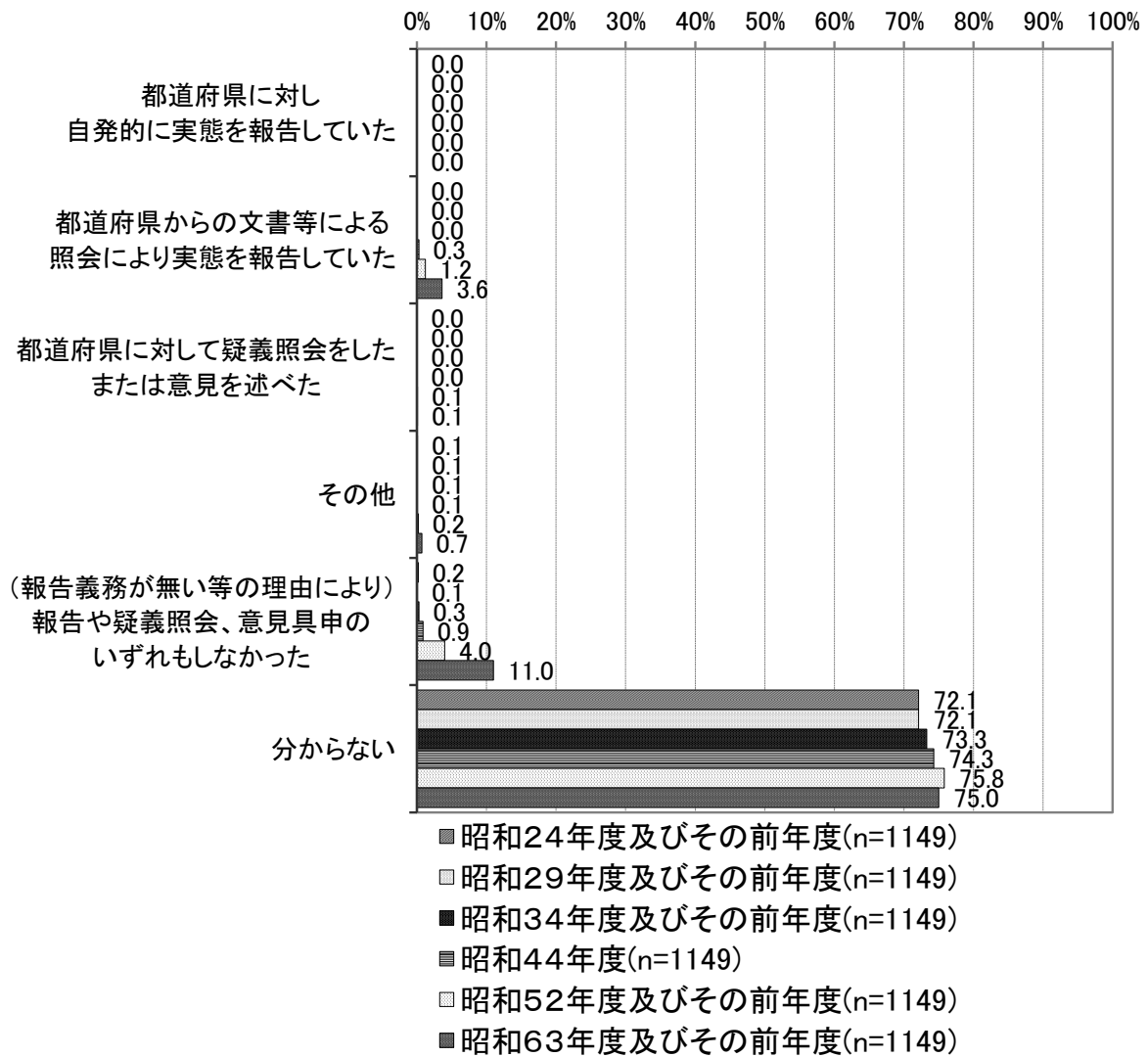
■ 独自文書がある ■ 独自文書はない □ 分からない □ 無回答

e) 集団予防接種等の手技に関する実態の報告

昭和24年度～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態の報告については、「分からない」の回答が最も多かった。

昭和63年度及びその前年度においては、「(報告義務が無い等の理由により)報告や疑義照会、意見具申のいずれもしなかった」が11.0%あった。

図 5-16 昭和24年～63年度及びその前年度の集団予防接種等の手技に関する実態の報告



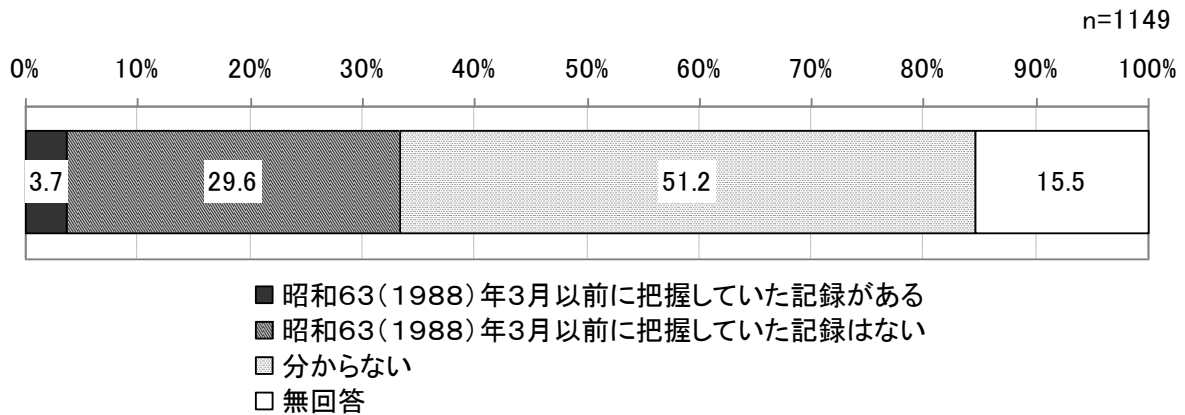
f) B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例

(ア) 昭和63年3月以前の把握

昭和63年3月以前の把握については、「分からない」(51.2%)が最も多く、次いで「把握していた記録はない」(29.6%)、「把握していた記録がある」(3.7%)であった。

「把握していた記録がある」場合の事例の概要と対応については、「S23年出生男性20歳頃、献血でB型肝炎発覚し、肝ガンで死亡」(1件)という事例があった。

図 5-17 昭和63年3月以前のB型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例の把握



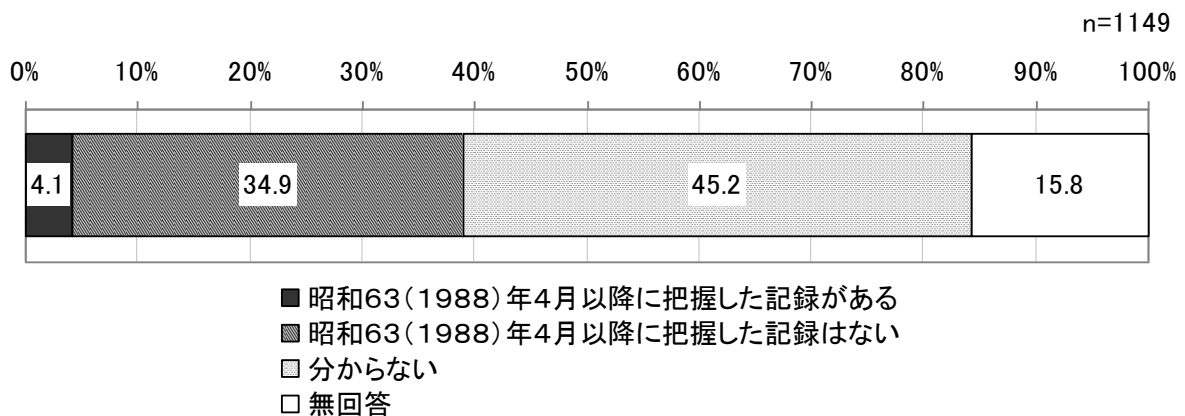
(イ) 昭和63年3月以降の把握

昭和63年3月以降の把握については、「分からない」(45.2%)が最も多く、次いで「把握した記録はない」(34.9%)、「把握した記録がある」(4.1%)であった。

「把握していた記録がある」場合の事例の概要と対応については、次のような事例があった。

時期：平成元年。地域：札幌市及び市外。概要：札幌市等で昭和26年から昭和58年頃までの間に予防接種の集団接種を受けた5人(札幌市民4人、市外在住者1人)が注射器を連続使用して予防接種を行なった事により、B型肝炎に感染したとして国に損害賠償を求めた。

図 5-18 昭和63年3月以降のB型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染可能性が疑われる具体的な事例の把握



5.4.3 被害者本人対象調査

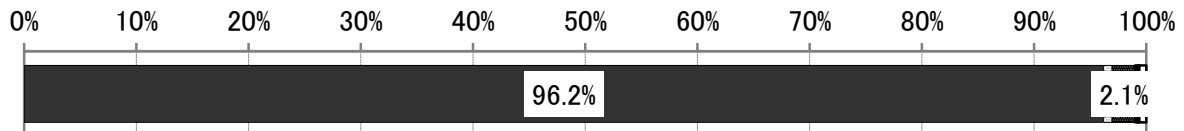
a) あなた(被害者ご本人)ご自身と世帯のことについて

(ア) 回答者の続柄

回答者は「被害者ご本人」(96.2%)が最も多く、次いで「ご本人の配偶者」(2.1%)であった。

図 5-19 回答者の続柄

(N=1,311)



- 被害者ご本人 ■ ご本人の父 ■ ご本人の母
- ご本人の配偶者 ■ ご本人の子 ■ その他
- 無回答

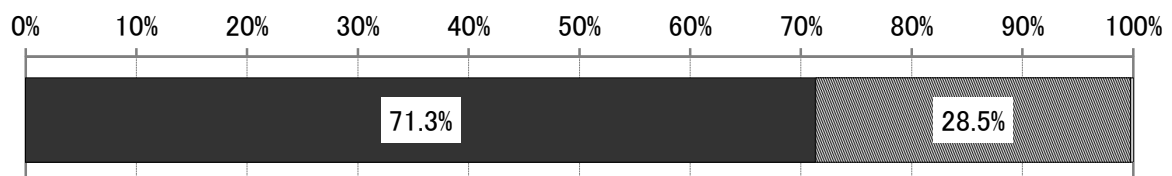
	件数	被害者ご本人	ご本人の父	ご本人の母	ご本人の配偶者	ご本人の子	その他	無回答
合計	1,311	1,261	-	10	27	3	2	8
	100.0%	96.2%	-	0.8%	2.1%	0.2%	0.2%	0.6%

(イ) 被害者ご本人の性別

被害者ご本人の性別については、「男性」が71.3%、「女性」が28.5%であった。

図 5-20 被害者ご本人の性別

(N=1,311)



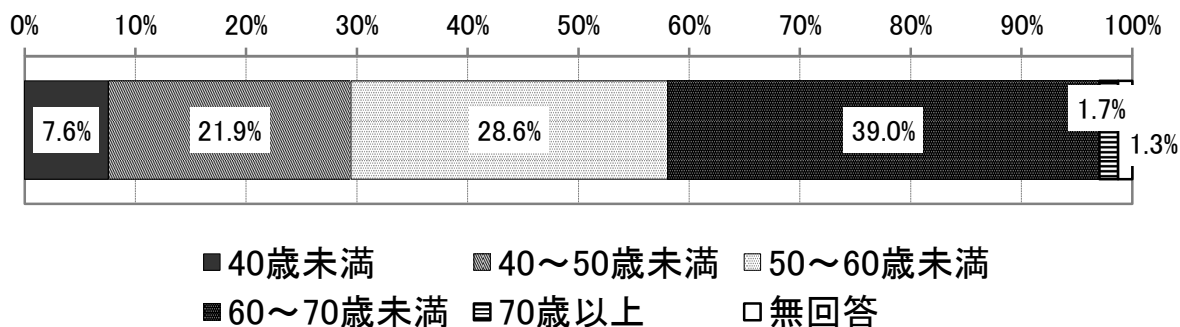
- 男性 ■ 女性 □ 無回答

(ウ) 被害者ご本人の年齢

被害者ご本人の年齢については、「60～70歳未満」(39.0%)が最も多く、次いで「50～60歳未満」(28.6%)、「40～50歳未満」(21.9%)であった。

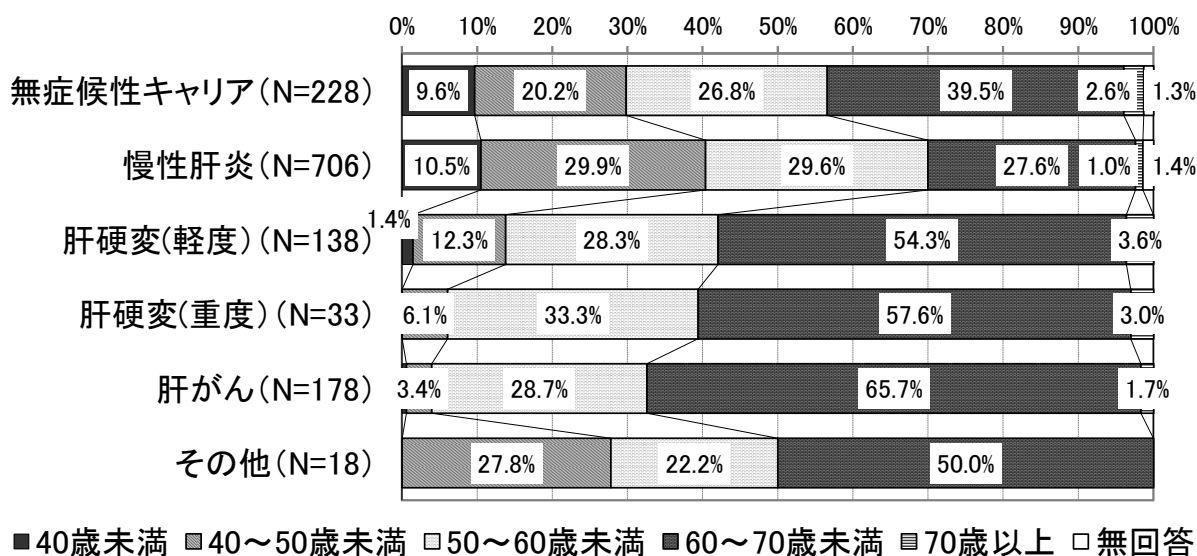
図 5-21 被害者ご本人の年齢

(N=1,311)



	件数	40歳未満	40～50歳未満	50～60歳未満	60～70歳未満	70歳以上	無回答
合計	1,311	99	287	375	511	22	17
	100.0%	7.6%	21.9%	28.6%	39.0%	1.7%	1.3%

図 5-22 被害者ご本人の年齢と現在のB型肝炎の病態

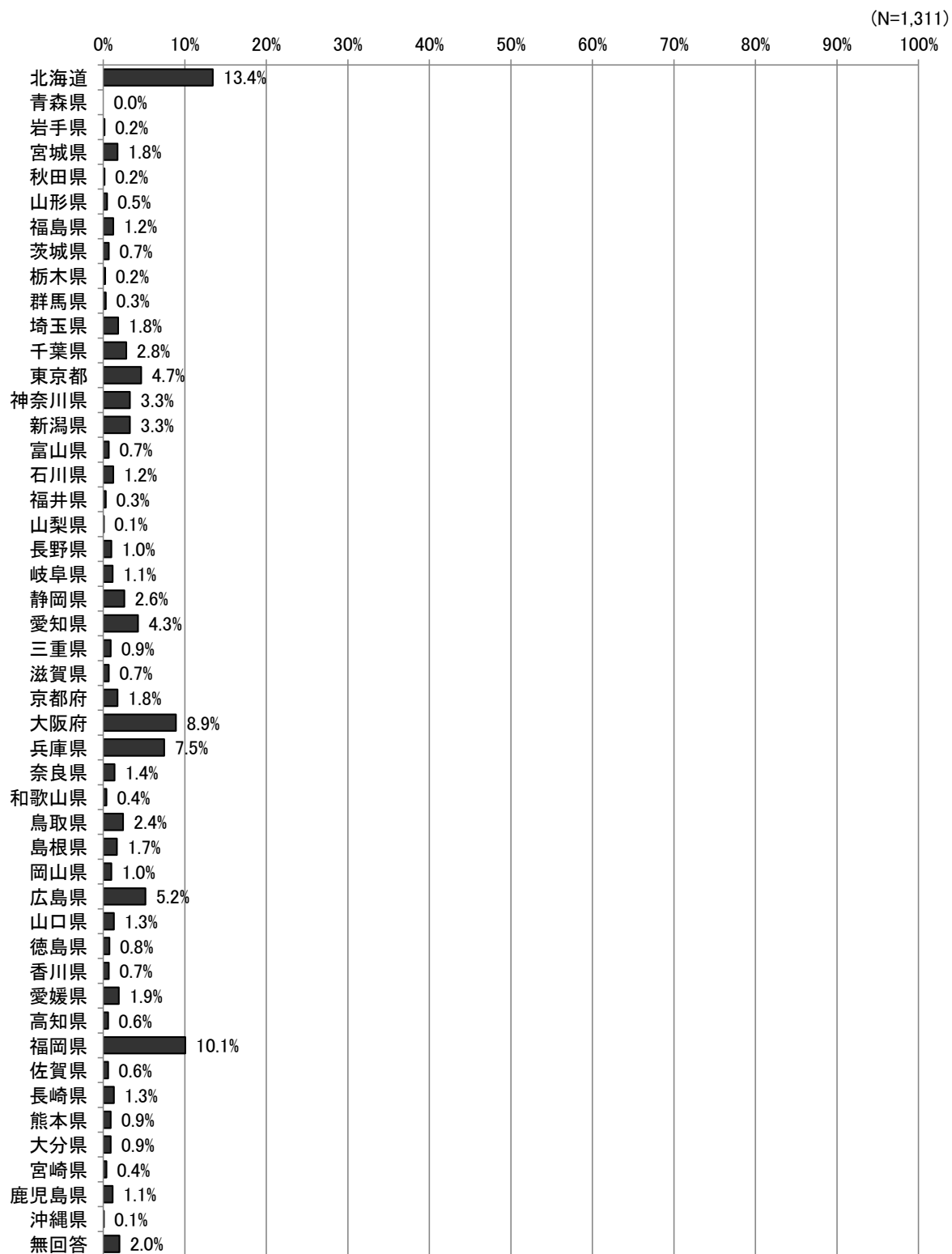


	件数	40歳未満	40歳～50歳未満	50歳～60歳未満	60歳～70歳未満	70歳以上	無回答
合計	1,311 100.0%	99 7.6%	287 21.9%	375 28.6%	511 39.0%	22 1.7%	17 1.3%
無症候性キャリア	228 100.0%	22 9.6%	46 20.2%	61 26.8%	90 39.5%	6 2.6%	3 1.3%
慢性肝炎	706 100.0%	74 10.5%	211 29.9%	209 29.6%	195 27.6%	7 1.0%	10 1.4%
肝硬変(軽度)	138 100.0%	2 1.4%	17 12.3%	39 28.3%	75 54.3%	5 3.6%	0 0.0%
肝硬変(重度)	33 100.0%	0 0.0%	2 6.1%	11 33.3%	19 57.6%	1 3.0%	0 0.0%
肝がん	178 100.0%	1 0.6%	6 3.4%	51 28.7%	117 65.7%	3 1.7%	0 0.0%
その他	18 100.0%	0 0.0%	5 27.8%	4 22.2%	9 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	10 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 60.0%	0 0.0%	4 40.0%

(エ) 被害者ご本人の居住地域

被害者ご本人の居住地域については、「北海道」(13.4%)が最も多く、次いで「福岡県」(10.1%)、「大阪府」(8.9%)であった。

図 5-23 被害者ご本人の居住地域

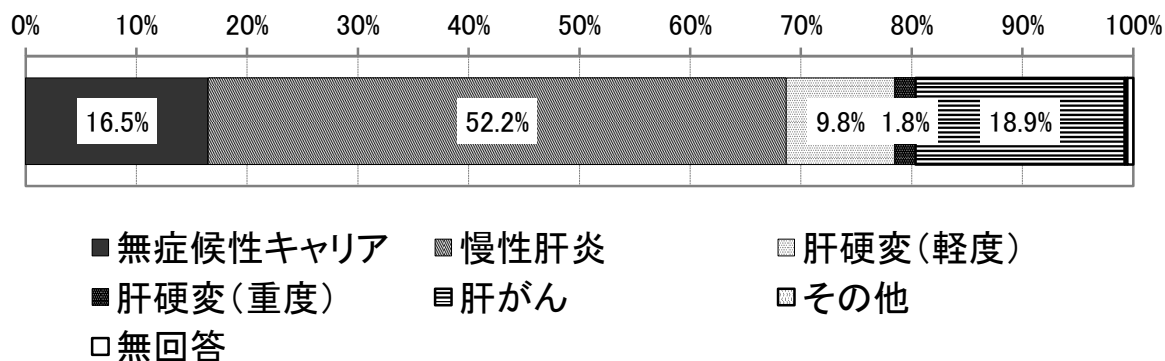


(オ) 和解手続きで認定されたB型肝炎の病態

和解手続きで認定されたB型肝炎の病態については、「慢性肝炎」(52.2%)が最も多く、次いで「肝がん」(18.9%)、「無症候性キャリア」(16.5%)であった。

図 5-24 和解手続きで認定されたB型肝炎の病態

(N=1,311)

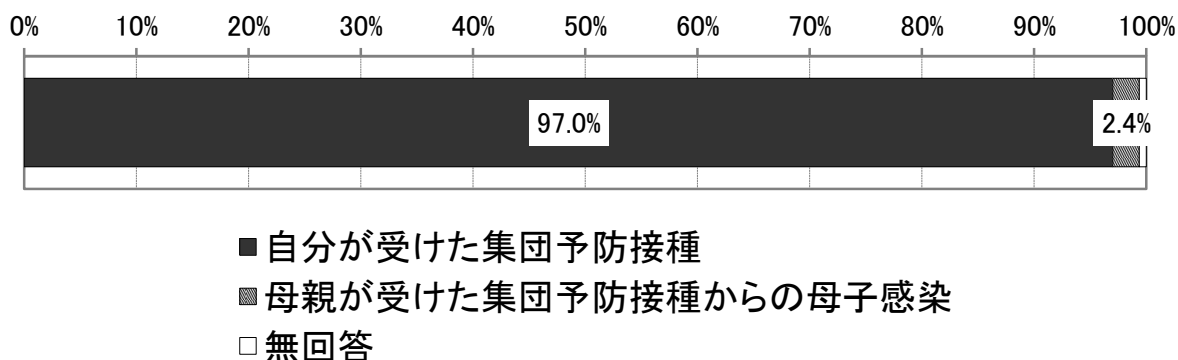


(カ) 和解手続きで認定されたB型肝炎の感染原因

和解手続きで認定されたB型肝炎の感染原因については、「自分が受けた集団予防接種」が97.0%、「母親が受けた集団予防接種からの母子感染」が2.4%であった。

図 5-25 和解手続きで認定されたB型肝炎の感染原因

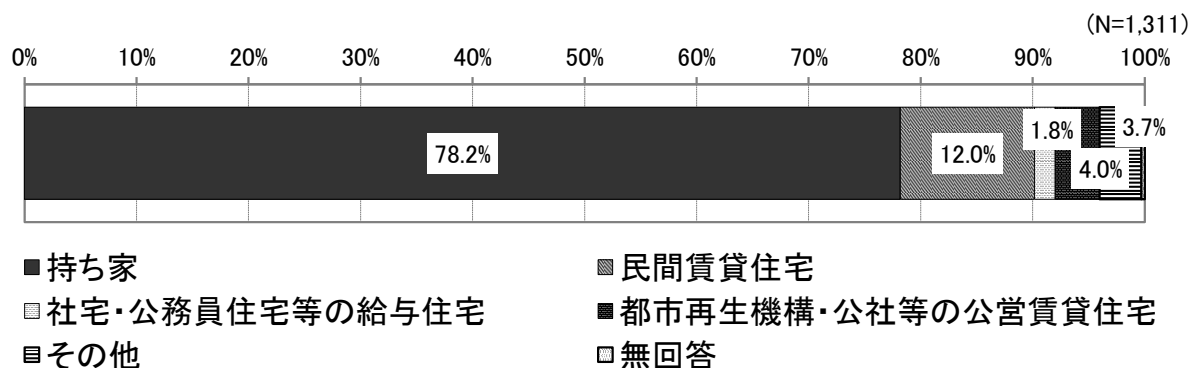
(N=1,311)



(キ) 住居の種類

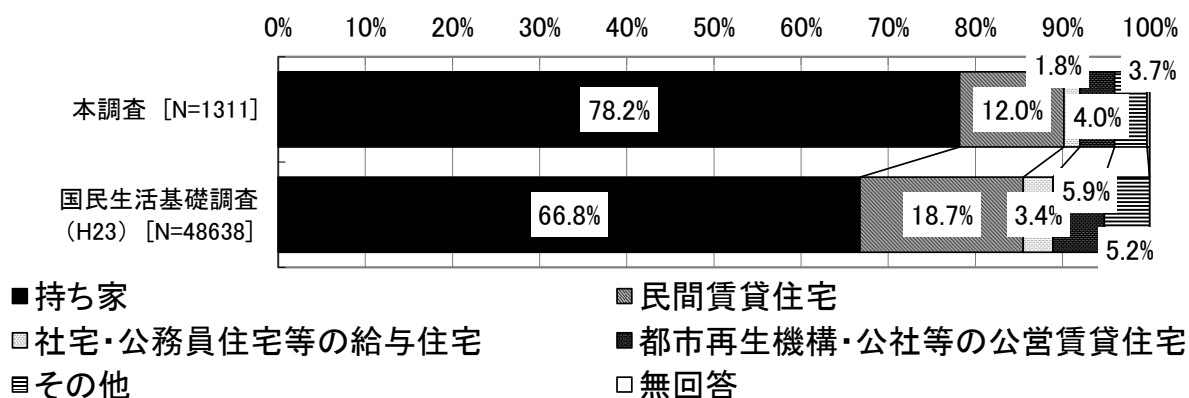
ご本人の住居の種類については、「持ち家」(78.2%)が最も多く、次いで「民間賃貸住宅」(12.0%)、「都市再生機構・公社等の公営賃貸住宅」(4.0%)であった。その他には、「家族の持ち家」などの回答があった。

図 5-26 住居の種類



	件数	持ち家	民間賃貸住宅	社宅等の給与住宅	都市再生機構・公営賃貸住宅	その他	無回答
合計	1,311	1,025	157	24	52	49	4
		100.0%	78.2%	12.0%	1.8%	4.0%	3.7%

図 5-27 (参考) 国民生活基礎調査との比較²⁸ [住居の種類]



※国民生活基礎調査：平成 23 年 1.世帯票 第 0 3 0 表 世帯数，室数・世帯人員・住居の種類別

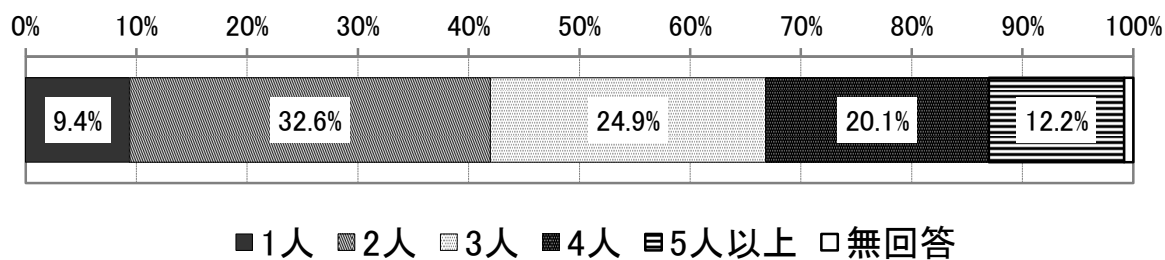
²⁸ 国民生活基礎調査との比較に当たっては、母集団の特性・構成の差異に留意が必要である。(以下同様)

(ク) 世帯員数（ふだん一緒にお住まいで生計を共にしている方。本人・一時的に不在の人を含む）

世帯員数については、「2人」(32.6%)が最も多く、次いで「3人」(24.9%)、「4人」(20.1%)であった。

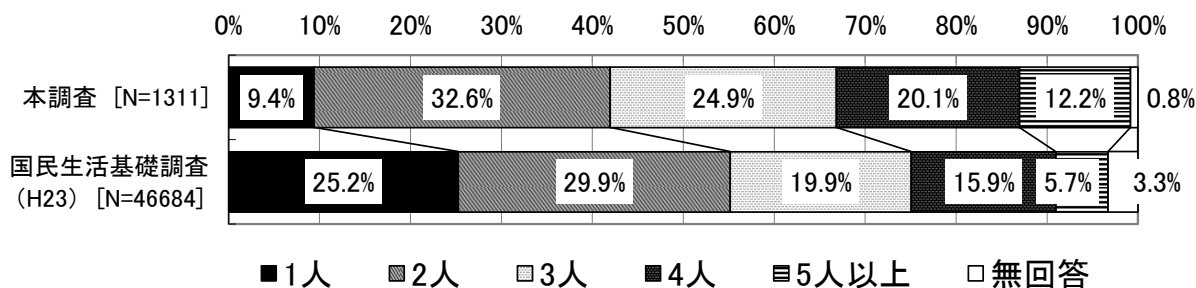
図 5-28 世帯員数

(N=1,311)



	件数	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
合計	1,311 100.0%	123 9.4%	427 32.6%	326 24.9%	264 20.1%	160 12.2%	11 0.8%

図 5-29 (参考)国民生活基礎調査との比較[世帯員数]

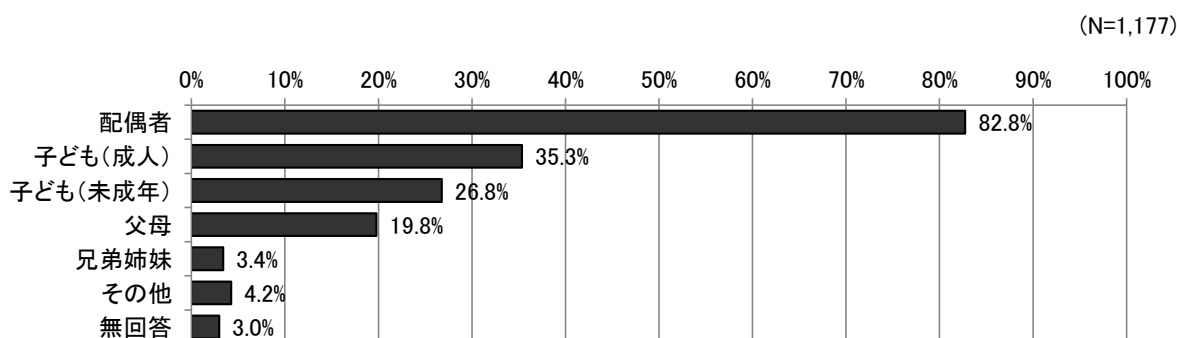


※国民生活基礎調査：平成23年 1.世帯票 第01表 世帯数一構成割合，世帯人員・年次別

(ケ) 同居している方のあなた（被害者ご本人）との続柄

世帯員数が2人以上と回答した方にご本人と同居している方について尋ねたところ、「配偶者」(82.8%)が最も多く、次いで「子ども(成人)」(35.3%)、「子ども(未成年)」(26.8%)であった。

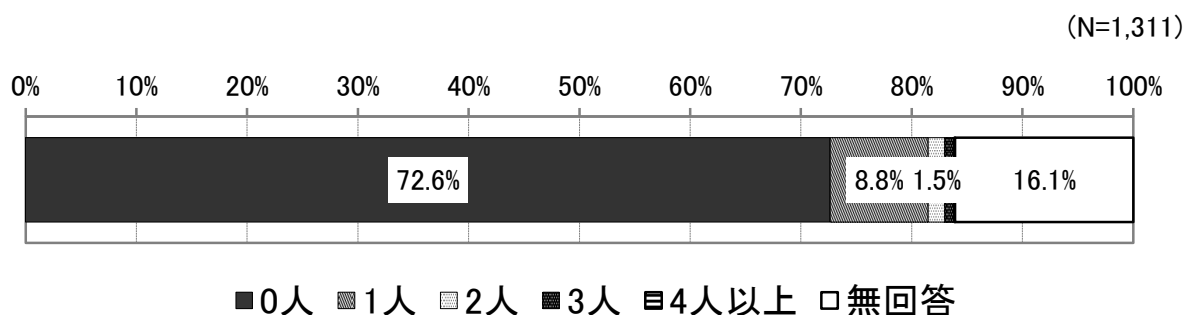
図 5-30 同居している方のあなた(被害者ご本人)との続柄



(コ) 同居している方でB型肝炎ウイルスに感染している方の人数

同居している方でB型肝炎ウイルスに感染している方の人数については、「0人」(72.6%)が最も多く、次いで「1人」(8.8%)、「2人」(1.5%)であった。

図 5-31 同居している方でB型肝炎ウイルスに感染している方の人数

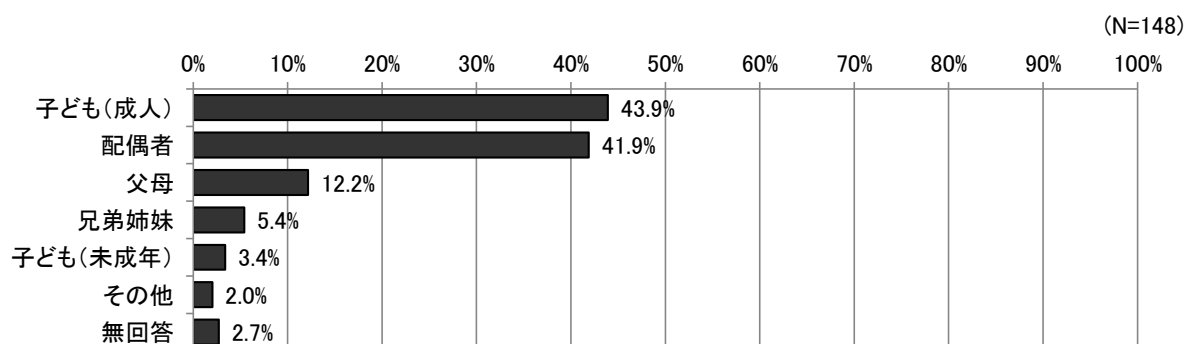


	件数	人数					無回答
		0人	1人	2人	3人	4人以上	
合計	1,311	952	116	20	11	1	211
	100.0%	72.6%	8.8%	1.5%	0.8%	0.1%	16.1%

(サ) 感染者のあなた（被害者ご本人）との続柄

同居している方に感染者が1人以上いると回答された方にご本人との続柄について尋ねたところ、「子ども（成人）」（43.9%）が最も多く、次いで「配偶者」（41.9%）、「父母」（12.2%）であった。

図 5-32 感染者のあなた（被害者ご本人）との続柄



※B型肝炎ウイルスは、幼少期に感染すると持続感染が成立し、成年期以降に感染すると一過性の感染に終わることが一般的に知られているが、今回の調査からは同居者の感染がそのいずれであるかは不明。

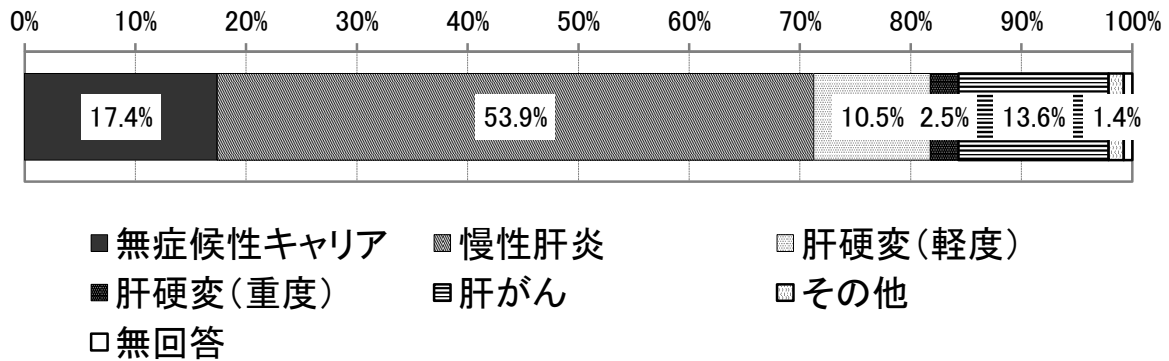
b) あなた(被害者ご本人)のB型肝炎の症状等について

(ア) 現在のB型肝炎の病態

現在のB型肝炎の病態については、「慢性肝炎」(53.9%)が最も多く、次いで「無症候性キャリア」(17.4%)、「肝がん」(13.6%)であった。その他には、「肝臓移植後」、「肝がん手術後の経過観察」などの回答があった。

図 5-33 現在のB型肝炎の病態

(N=1,311)

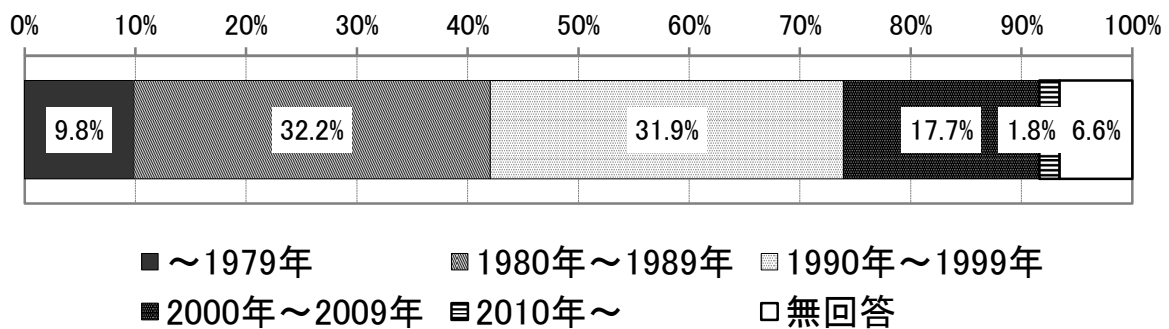


(イ) 最初にB型肝炎と診断された年

最初にB型肝炎と診断された年については、「1980年～1989年」(32.2%)が最も多く、次いで「1990年～1999年」(31.9%)、「2000年～2009年」(17.7%)であった。

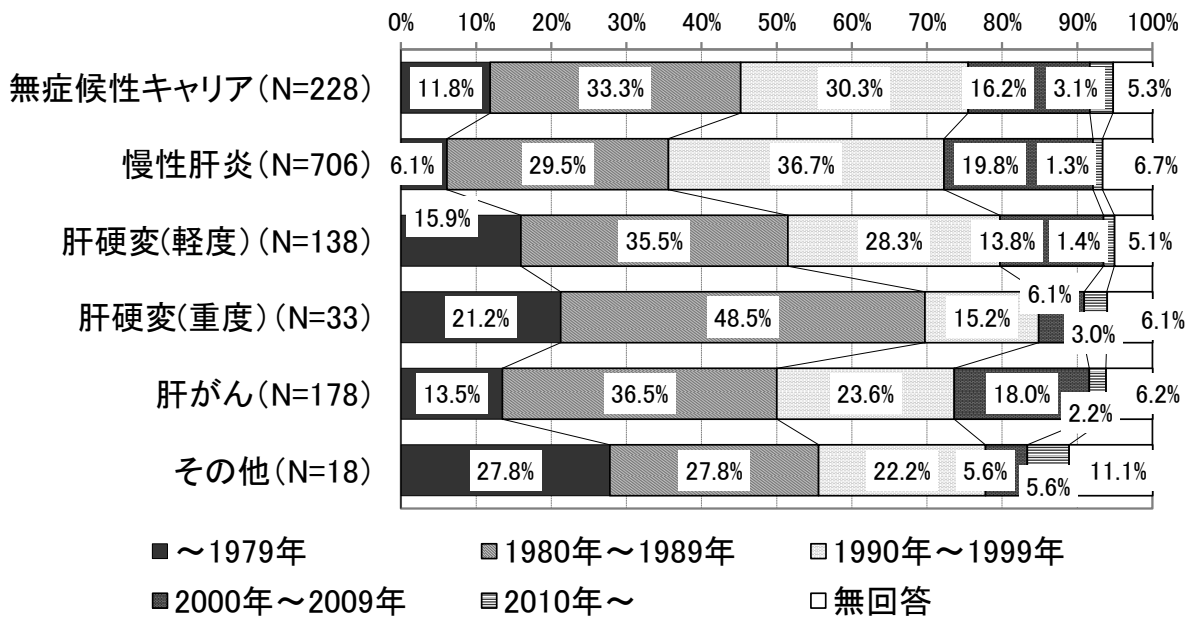
図 5-34 最初にB型肝炎と診断された年

(N=1,311)



	件数	～1979年	1980年～1989年	1990年～1999年	2000年～2009年	2010年～	無回答
合計	1,311	129	422	418	232	24	86
	100.0%	9.8%	32.2%	31.9%	17.7%	1.8%	6.6%

図 5-35 最初にB型肝炎と診断された年と現在のB型肝炎の病態



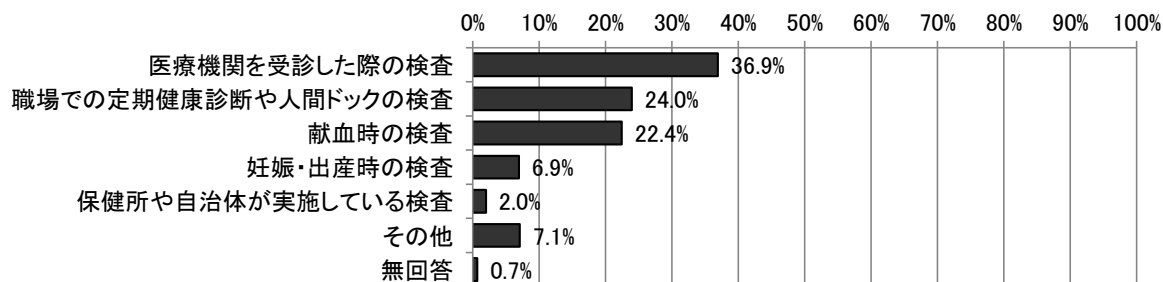
	件数	最初にB型肝炎と診断された年					無回答
		1979年以前	1980年～1989年	1990年～1999年	2000年～2009年	2010年～	
合計	1,311	129	422	418	232	24	86
無症候性キャリア	228	27	76	69	37	7	12
慢性肝炎	706	43	208	259	140	9	47
肝硬変(軽度)	138	22	49	39	19	2	7
肝硬変(重度)	33	7	16	5	2	1	2
肝がん	178	24	65	42	32	4	11
その他	18	5	5	4	1	1	2
無回答	10	1	3	0	1	0	5
	100.0%	10.0%	30.0%	0.0%	10.0%	0.0%	50.0%

(ウ) B型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査

B型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査については、「医療機関を受診した際の検査」(36.9%)が最も多く、次いで「職場での定期健康診断や人間ドックの検査」(24.0%)、「献血時の検査」(22.4%)であった。その他には、「学校での健康診断」、「就職試験時の健康診断」、「手術前検査」などの回答があった。

図 5-36 B型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査

(N=1,311)

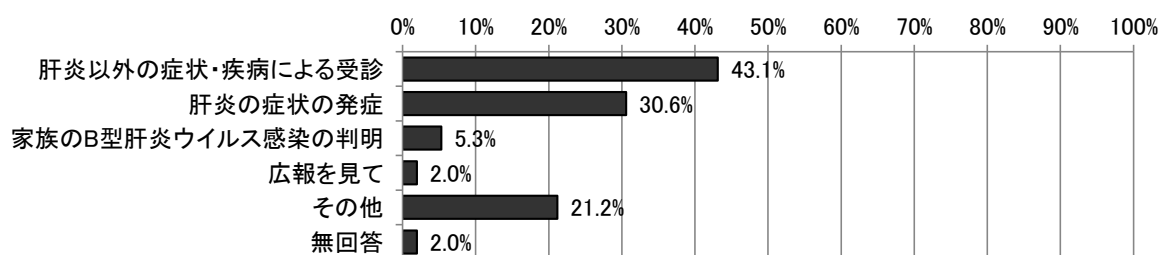


(エ) 医療機関や保健所等による検査を受けた理由

上記の問で「医療機関を受診した際の検査」または「保健所や自治体の実施している検査」を選択した方に検査を受けた理由を尋ねたところ、「肝炎以外の症状・疾病による受診」(43.1%)が最も多く、次いで「肝炎の症状の発症」(30.6%)、「その他」(21.2%)であった。その他には、「健康診断」、「体調不良」、「手術を受けるため」などの回答があった。

図 5-37 医療機関や保健所等による検査を受けた理由

(N=510)



(オ) B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で受けた治療

B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で受けた治療については、「核酸アナログ製剤」(57.7%)が最も多く、次いで「強カミノファーゲン」(31.6%)、「インターフェロン」(30.8%)であった。その他には、「肝がん手術」、「肝切除術」、「ステロイド」、「ラジオ波治療」などの回答があった。

図 5-38 B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で受けた治療

(N=1,311)

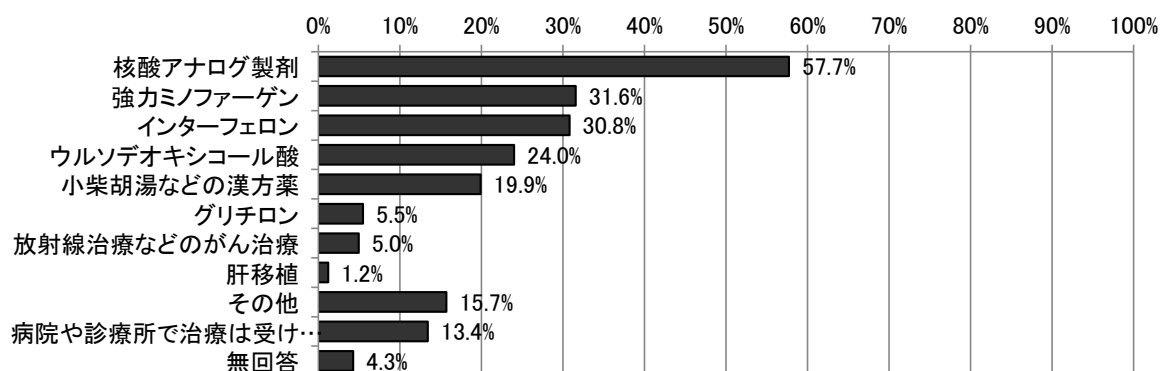


図 5-39 B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で受けた治療と現在のB型肝炎の病態

	件数	インターフェロン	核酸アナログ製剤	強カミノファーゲン	ウルソデオキシコール酸	グリチロン	小柴胡湯などの漢方薬	放射線治療などのがん治療	肝移植	その他	病院や診療所で治療を受けていない	無回答
合計	1,311	404	757	414	315	72	261	65	16	206	176	56
	100.0%	30.8%	57.7%	31.6%	24.0%	5.5%	19.9%	5.0%	1.2%	15.7%	13.4%	4.3%
無症候性キャリア	228	12	4	10	3	4	9	-	-	31	142	30
	100.0%	5.3%	1.8%	4.4%	1.3%	1.8%	3.9%	-	-	13.6%	62.3%	13.2%
慢性肝炎	706	278	464	260	205	44	138	10	1	84	31	20
	100.0%	39.4%	65.7%	36.8%	29.0%	6.2%	19.5%	1.4%	0.1%	11.9%	4.4%	2.8%
肝硬変(軽度)	138	44	110	57	50	8	42	3	-	23	1	1
	100.0%	31.9%	79.7%	41.3%	36.2%	5.8%	30.4%	2.2%	-	16.7%	0.7%	0.7%
肝硬変(重度)	33	8	24	13	8	2	16	7	4	7	-	1
	100.0%	24.2%	72.7%	39.4%	24.2%	6.1%	48.5%	21.2%	12.1%	21.2%	-	3.0%
肝がん	178	55	142	61	40	13	48	45	3	53	1	2
	100.0%	30.9%	79.8%	34.3%	22.5%	7.3%	27.0%	25.3%	1.7%	29.8%	0.6%	1.1%
その他	18	6	8	10	7	-	6	-	7	6	-	-
	100.0%	33.3%	44.4%	55.6%	38.9%	-	33.3%	-	38.9%	33.3%	-	-
無回答	10	1	5	3	2	1	2	-	1	2	1	2
	100.0%	10.0%	50.0%	30.0%	20.0%	10.0%	20.0%	-	10.0%	20.0%	10.0%	20.0%

(カ) B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療での副作用

B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で何らかの治療を受けたと回答した方に、B型肝炎に関して治療を受けた方に治療での副作用について尋ねたところ、「副作用が出たことがある」が43.8%、「副作用が出たことはない」が50.7%であった。「ある」と回答した方に具体的な副作用の内容を尋ねたところ、「発熱」、「高熱」、「インターフェロンでの発熱」、「頭痛」、「うつ病」などの回答があった。

図 5-40 B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療での副作用

(N=1,079)

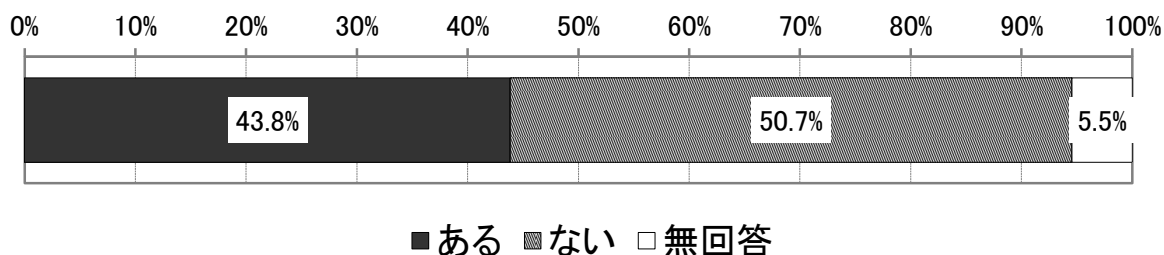


図 5-41 B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療とその副作用の有無

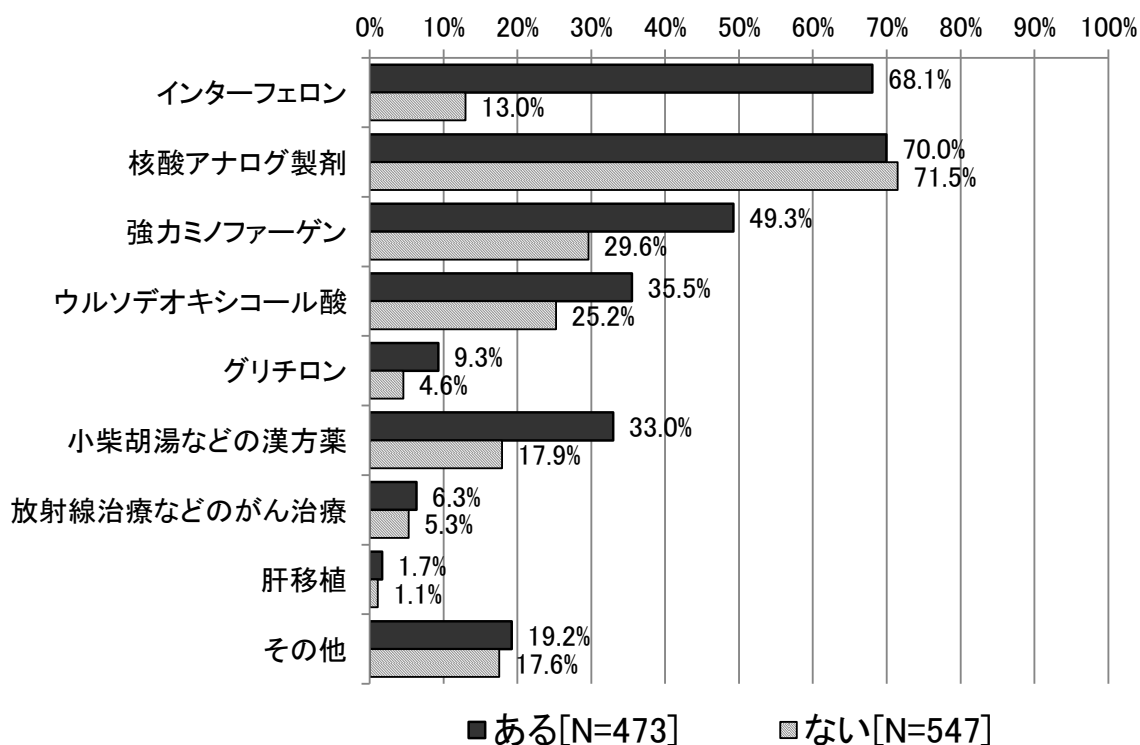
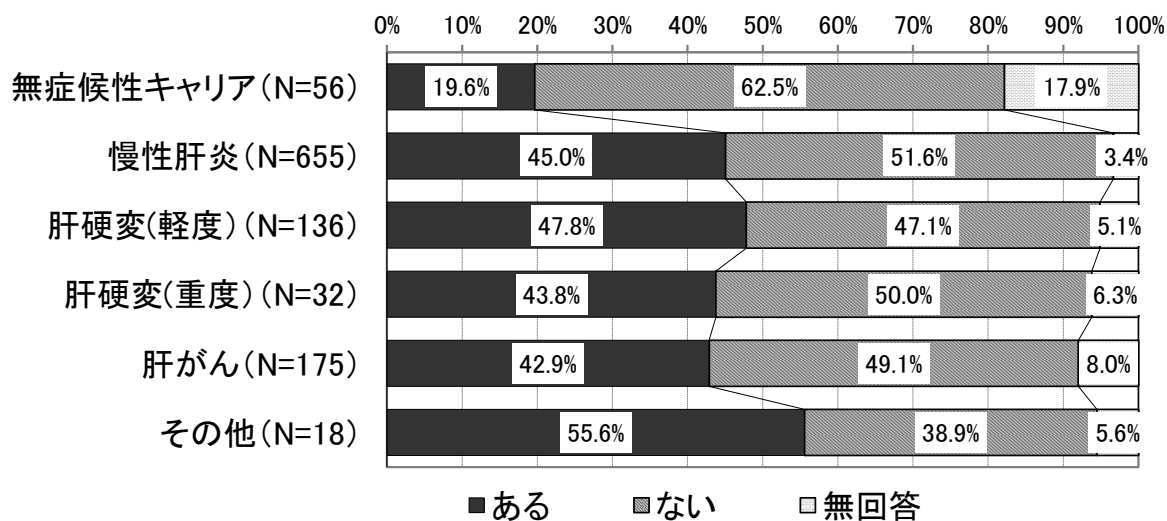


図 5-42 B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療とその副作用の有無と現在のB型肝炎の病態



	件数	ある	ない	無回答	
合計	1,079	473	547	59	
		100.0%	43.8%	50.7%	5.5%
無症候性キャリア	56	11	35	10	
		100.0%	19.6%	62.5%	17.9%
慢性肝炎	655	295	338	22	
		100.0%	45.0%	51.6%	3.4%
肝硬変(軽度)	136	65	64	7	
		100.0%	47.8%	47.1%	5.1%
肝硬変(重度)	32	14	16	2	
		100.0%	43.8%	50.0%	6.3%
肝がん	175	75	86	14	
		100.0%	42.9%	49.1%	8.0%
その他	18	10	7	1	
		100.0%	55.6%	38.9%	5.6%
無回答	7	3	1	3	
		100.0%	42.9%	14.3%	42.9%

(キ) 現在、核酸アナログ製剤の投与を受けているか

B型肝炎に関してこれまでに病院や診療所で何らかの治療を受けたと回答した方に、現在、核酸アナログ製剤の投与を受けているか尋ねたところ、「受けている」が66.9%、「受けていない」が31.4%であった。

図 5-43 核酸アナログ製剤の投与

(N=1,079)

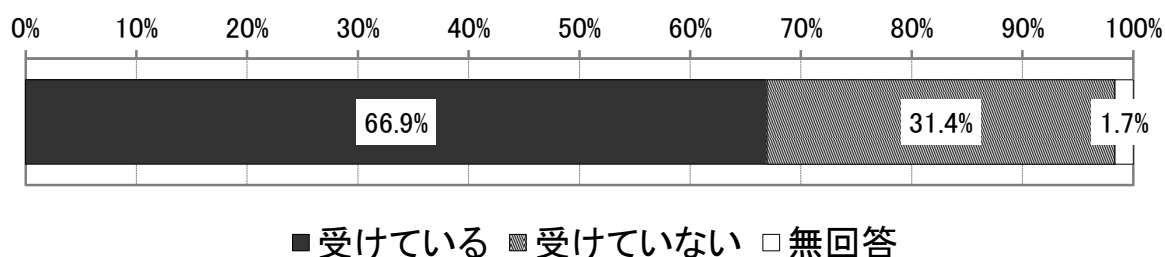
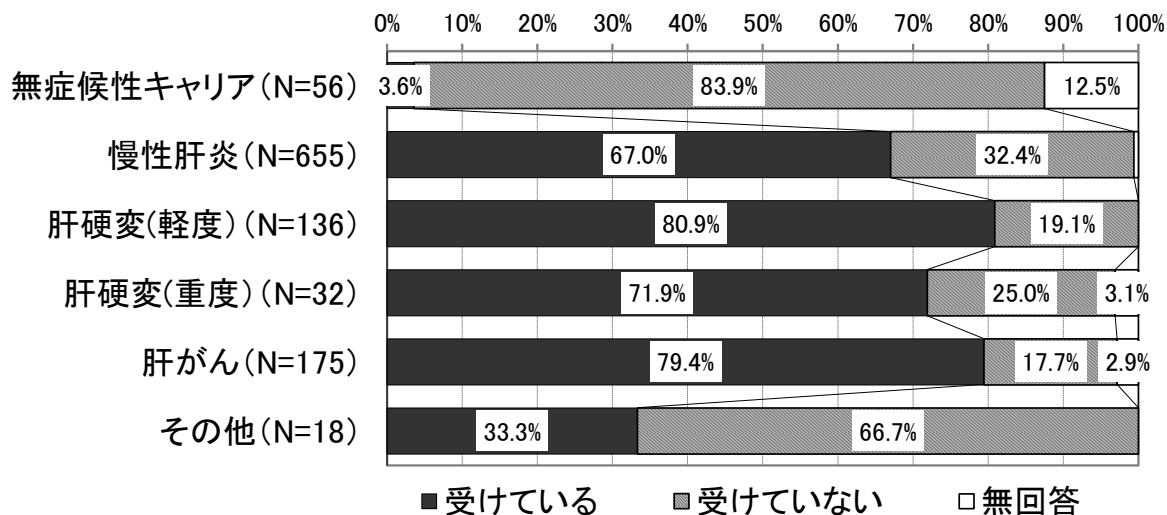


図 5-44 核酸アナログ製剤の投与と現在のB型肝炎の病態



	件数	受けている	受けていない	無回答
合計	1,079	722	339	18
		100.0%	66.9%	31.4%
無症候性キャリア	56	2	47	7
		100.0%	3.6%	83.9%
慢性肝炎	655	439	212	4
		100.0%	67.0%	32.4%
肝硬変(軽度)	136	110	26	0
		100.0%	80.9%	19.1%
肝硬変(重度)	32	23	8	1
		100.0%	71.9%	25.0%
肝がん	175	139	31	5
		100.0%	79.4%	17.7%
その他	18	6	12	0
		100.0%	33.3%	66.7%
無回答	7	3	3	1
		100.0%	42.9%	42.9%

(ク) 核酸アナログ製剤の投与を受けていない理由

現在、核酸アナログ製剤の投与を受けていないと回答した方にその理由について尋ねたところ、「現状では（核酸アナログ製剤を）内服する必要がないから」（61.1%）が最も多く、次いで「その他」（18.0%）、「一生内服することになるから」（11.5%）、「分からない」（11.2%）、「経済的負担が大きいから」（10.3%）であった。「その他」には、「主治医の指示がないから」、「今後受ける予定」などの回答があった。

核酸アナログ製剤の投与を受けていない理由を「現在のB型肝炎の病態」別に見ると、「無症候性キャリア」では「現状では内服する必要がないから」が72.3%と特に多く、「慢性肝炎」では「現状では内服する必要がないから」は59.9%で、「一生内服することになるから」（15.6%）や「経済的負担が大きいから」（12.7%）などが相対的に多かった。

図 5-45 核酸アナログ製剤の投与を受けていない理由

(N=339)

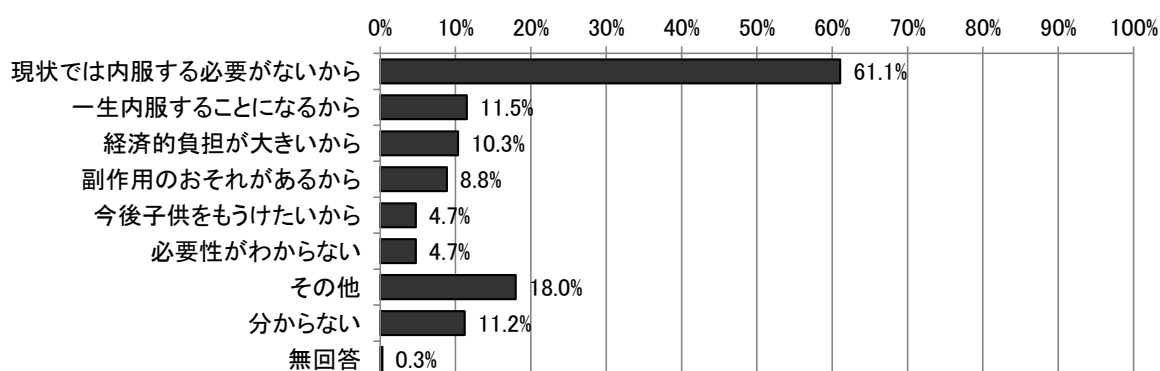
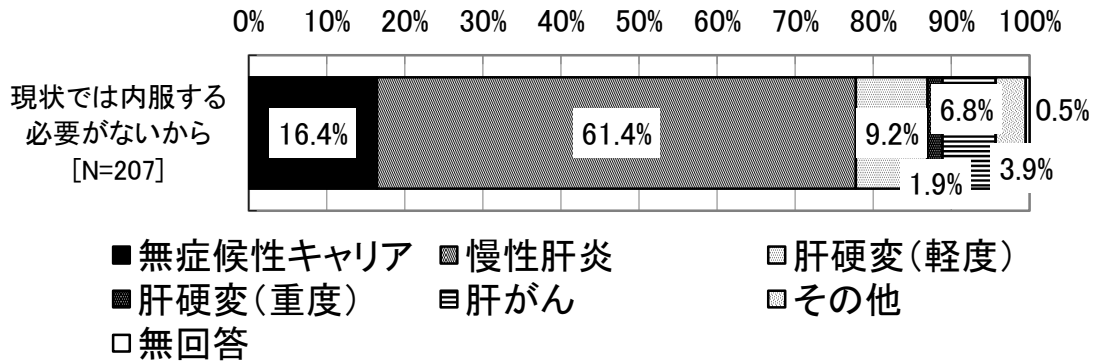


図 5-46 核酸アナログ製剤の投与を受けていない理由と現在のB型肝炎の病態

	件数	現状では内服する必要がないから	一生内服することになるから	今後子供をもうけたいから	必要性がわからない	経済的負担が大きいから	副作用のおそれがあるから	その他	分からない	無回答
合計	339	207	39	16	16	35	30	61	38	1
	100.0%	61.1%	11.5%	4.7%	4.7%	10.3%	8.8%	18.0%	11.2%	0.3%
無症候性キャリア	47	34	2	1	2	1	2	6	3	1
	100.0%	72.3%	4.3%	2.1%	4.3%	2.1%	4.3%	12.8%	6.4%	2.1%
慢性肝炎	212	127	33	15	12	27	24	39	19	-
	100.0%	59.9%	15.6%	7.1%	5.7%	12.7%	11.3%	18.4%	9.0%	-
肝硬変(軽度)	26	19	1	-	1	3	1	3	2	-
	100.0%	73.1%	3.8%	-	3.8%	11.5%	3.8%	11.5%	7.7%	-
肝硬変(重度)	8	4	-	-	-	1	-	2	3	-
	100.0%	50.0%	-	-	-	12.5%	-	25.0%	37.5%	-
肝がん	31	14	2	-	1	2	2	6	10	-
	100.0%	45.2%	6.5%	-	3.2%	6.5%	6.5%	19.4%	32.3%	-
その他	12	8	-	-	-	-	-	4	1	-
	100.0%	66.7%	-	-	-	-	-	33.3%	8.3%	-
無回答	3	1	1	-	-	1	1	1	-	-
	100.0%	33.3%	33.3%	-	-	33.3%	33.3%	33.3%	-	-

また、核酸アナログ製剤の投与を受けていない理由のうち、一定のサンプル数が確保できた「現状では内服する必要がないから」と回答した人について「現在のB型肝炎の病態」を見ると、「慢性肝炎」(61.4%)が最も多く、次いで「無症候性キャリア」(16.4%)、「肝硬変(軽度)」(9.2%)などであった。

図 5-47 核酸アナログ製剤を「現状では内服する必要がない」人の現在のB型肝炎の病態

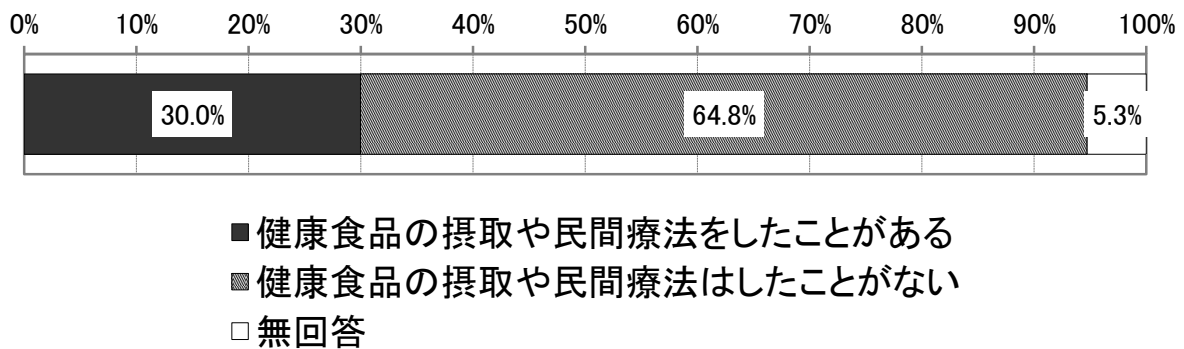


(ケ) B型肝炎に関してこれまでの医師の処方以外の健康食品の摂取や民間療法の経験

B型肝炎に関してこれまでの医師の処方以外の健康食品の摂取や民間療法の経験について尋ねたところ、「健康食品の摂取や民間療法をしたことがある」が30.0%、「健康食品の摂取や民間療法はしたことがない」が64.8%であった。「健康食品の摂取や民間療法をしたことがある」と回答した方にその具体的な内容を尋ねたところ、「肝臓に良いとされる健康食品」、「ウコンの摂取」、「漢方薬」などの回答があった。

図 5-48 医師の処方以外の健康食品の摂取や民間療法の経験

(N=1,311)

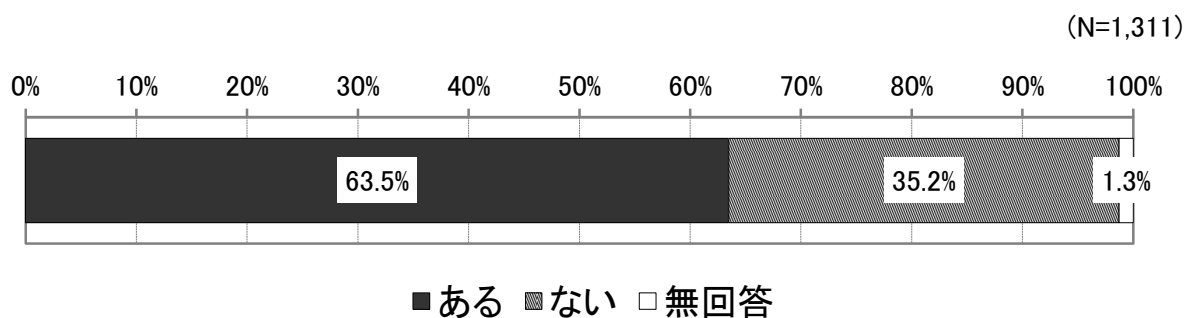


(コ) B型肝炎に限らない身体状況全般、医療機関の受診状況

(サ) ここ数日の病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）の有無

ここ数日の病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）の有無については、「ある」が63.5%、「ない」が35.2%であった。

図 5-49 ここ数日の自覚症状の有無



(シ) 現在感じている自覚症状、そのうち特にB型肝炎に関連していると思われる症状

現在自覚症状があると回答した方にその症状を尋ねたところ、「体がだるい」(52.0%)が最も多く、次いで「肩こり」(42.1%)、「腰痛」(38.5%)であった。その他には、「疲れやすい」、「手のふるえ」、「高血圧」などの回答があった。

また、そのうちB型肝炎に関連していると思われる症状については、「体がだるい」(42.8%)が最も多く、次いで「手足がつる」(13.3%)、「かゆみ(湿疹・水虫等)」(12.9%)であった。

図 5-50 現在感じている自覚症状

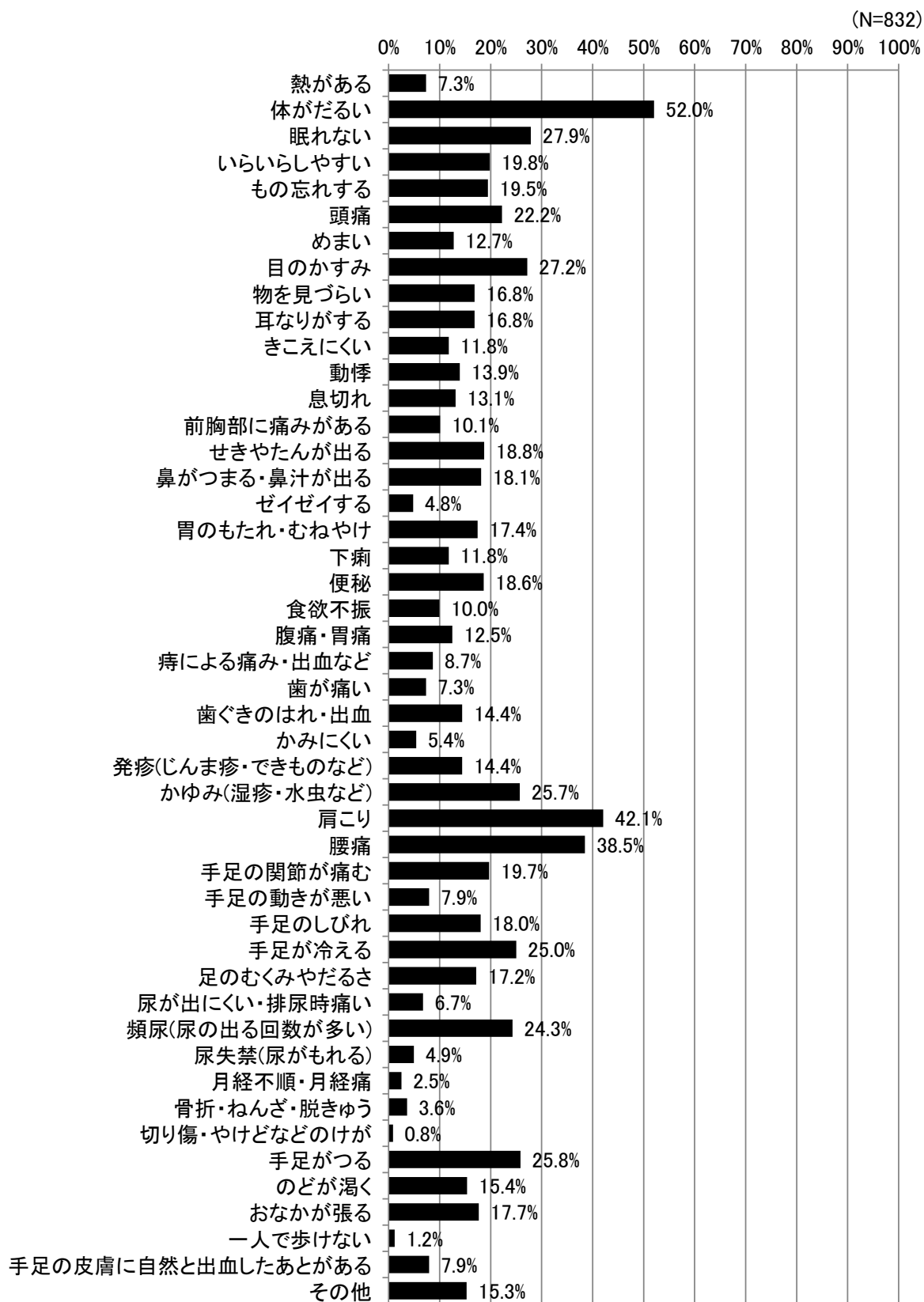
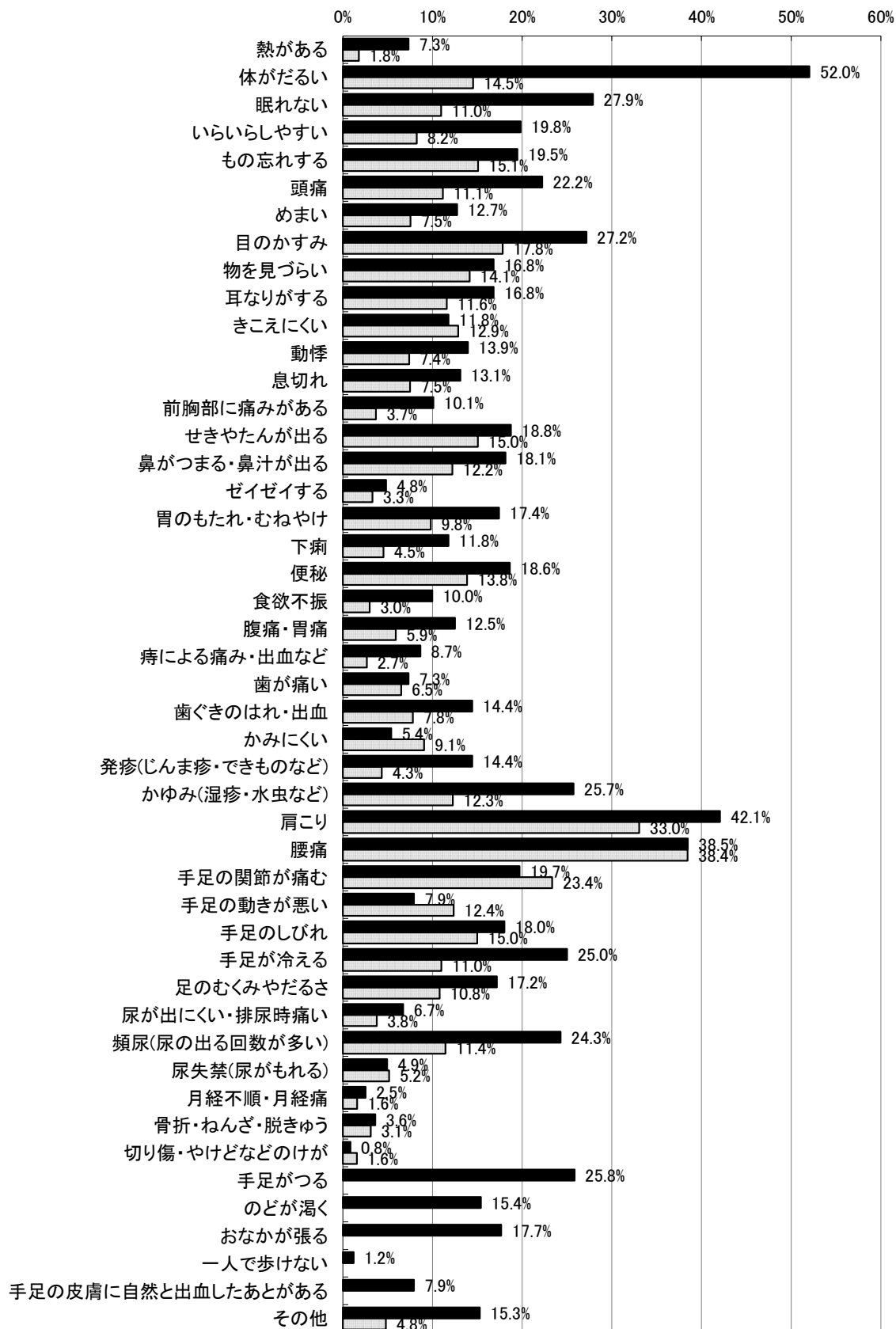


図 5-51 特にB型肝炎に関連していると思われる自覚症状



図 5-52 (参考)国民生活基礎調査との比較[現在感じている自覚症状]



■ 本調査[N=832]

□ 国民生活基礎調査(H22)[N=28110]

※国民生活基礎調査：平成 22 年 3.健康票 第 62 表 総症状数－平均症状数（40 歳以上の合計）

図 5-53 現在感じている自覚症状と現在のB型肝炎の病態

	件数	熱がある	体がだるい	眠れない	いらいらしやすい	もの忘れする	頭痛	めまい	目のかすみ	物を見つらい	耳なりがする	きこえにくい	動悸
合計	832	26 3.1%	356 42.8%	96 11.5%	65 7.8%	31 3.7%	56 6.7%	25 3.0%	29 3.5%	13 1.6%	26 3.1%	13 1.6%	30 3.6%
無症候性キャリア	114	4 3.5%	26 22.8%	7 6.1%	3 2.6%	2 1.8%	3 2.6%	2 1.8%	5 4.4%	-	3 2.6%	-	1 0.9%
慢性肝炎	443	12 2.7%	193 43.6%	46 10.4%	36 8.1%	11 2.5%	32 7.2%	13 2.9%	12 2.7%	6 1.4%	13 2.9%	6 1.4%	15 3.4%
肝硬変(軽度)	105	3 2.9%	53 50.5%	17 16.2%	10 9.5%	8 7.6%	7 6.7%	5 4.8%	6 5.7%	3 2.9%	3 2.9%	3 2.9%	4 3.8%
肝硬変(重度)	26	1 3.8%	17 65.4%	7 26.9%	5 19.2%	5 19.2%	1 3.8%	-	3 11.5%	1 3.8%	2 7.7%	1 3.8%	3 11.5%
肝がん	127	6 4.7%	62 48.8%	19 15.0%	10 7.9%	5 3.9%	10 7.9%	4 3.1%	3 2.4%	2 1.6%	5 3.9%	3 2.4%	4 3.1%
その他	10	-	2 20.0%	-	1 10.0%	-	1 10.0%	-	-	-	-	-	2 20.0%
無回答	7	-	3 42.9%	-	-	-	2 28.6%	1 14.3%	-	1 14.3%	-	-	1 14.3%

	息切れ	前胸部に痛みがある	せきやたんが出る	鼻がつまる・鼻汁が出る	ゼイゼイする	胃のむねやけ	下痢	便秘	食欲不振	腹痛・胃痛	痔による痛み・出血等	歯が痛い	歯ぐきのほれ・出血
合計	39 4.7%	29 3.5%	19 2.3%	8 1.0%	7 0.8%	56 6.7%	41 4.9%	55 6.6%	57 6.9%	47 5.6%	12 1.4%	8 1.0%	31 3.7%
無症候性キャリア	2 1.8%	2 1.8%	1 0.9%	-	-	4 3.5%	4 3.5%	2 1.8%	4 3.5%	7 6.1%	-	-	1 0.9%
慢性肝炎	14 3.2%	8 1.8%	8 1.8%	3 0.7%	4 0.9%	28 6.3%	19 4.3%	26 5.9%	21 4.7%	18 4.1%	6 1.4%	3 0.7%	12 2.7%
肝硬変(軽度)	7 6.7%	5 4.8%	5 4.8%	2 1.9%	2 1.9%	9 8.6%	3 2.9%	10 9.5%	5 4.8%	4 3.8%	3 2.9%	2 1.9%	5 4.8%
肝硬変(重度)	3 11.5%	4 15.4%	2 7.7%	1 3.8%	-	3 11.5%	4 15.4%	6 23.1%	6 23.1%	4 15.4%	-	1 3.8%	2 7.7%
肝がん	10 7.9%	9 7.1%	3 2.4%	2 1.6%	1 0.8%	11 8.7%	11 8.7%	10 7.9%	21 16.5%	13 10.2%	3 2.4%	2 1.6%	11 8.7%
その他	2 20.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
無回答	1 14.3%	1 14.3%	-	-	-	1 14.3%	-	1 14.3%	-	1 14.3%	-	-	-

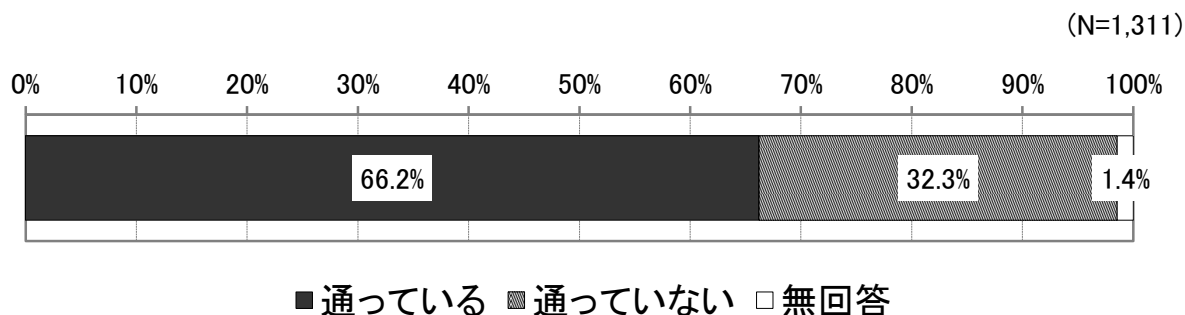
	かみにくい	発疹(じんま疹・できもの等)	かゆみ(湿疹・水虫等)	肩こり	腰痛	手足の関節が痛む	手足の動きが悪い	手足のしびれ	手足が冷える	足のむくみやだるさ	尿が出にくい・排尿時痛い	頻尿(尿の出る回数が多い)	尿失禁(尿がもれる)
合計	2 0.2%	67 8.1%	107 12.9%	51 6.1%	42 5.0%	23 2.8%	13 1.6%	27 3.2%	46 5.5%	88 10.6%	16 1.9%	35 4.2%	5 0.6%
無症候性キャリア	-	2 1.8%	1 0.9%	3 2.6%	5 4.4%	2 1.8%	1 0.9%	2 1.8%	2 1.8%	8 7.0%	-	2 1.8%	-
慢性肝炎	1 0.2%	30 6.8%	46 10.4%	26 5.9%	18 4.1%	10 2.3%	2 0.5%	10 2.3%	20 4.5%	32 7.2%	4 0.9%	10 2.3%	-
肝硬変(軽度)	-	11 10.5%	22 21.0%	10 9.5%	8 7.6%	2 1.9%	2 1.9%	4 3.8%	14 13.3%	22 21.0%	3 2.9%	9 8.6%	2 1.9%
肝硬変(重度)	-	4 15.4%	14 53.8%	6 23.1%	5 19.2%	4 15.4%	5 19.2%	5 19.2%	2 7.7%	6 23.1%	2 7.7%	4 15.4%	-
肝がん	1 0.8%	18 14.2%	23 18.1%	6 4.7%	5 3.9%	5 3.9%	3 2.4%	6 4.7%	8 6.3%	18 14.2%	7 5.5%	10 7.9%	3 2.4%
その他	-	1 10.0%	-	-	-	-	-	-	-	2 20.0%	-	-	-
無回答	-	1 14.3%	1 14.3%	-	1 14.3%	-	-	-	-	-	-	-	-

	月経不順・月経痛	骨折・ねんざ・脱臼	切り傷・やけど等のけが	手足がつかえる	のどが渇く	おなか膨らむ	一人で歩けない	手足の皮膚に自然と出血したあとがある	その他	無回答
合計	2 0.2%	2 0.2%	-	111 13.3%	44 5.3%	93 11.2%	2 0.2%	49 5.9%	35 4.2%	312 37.5%
無症候性キャリア	-	-	-	3 2.6%	3 2.6%	6 5.3%	-	2 1.8%	2 1.8%	76 66.7%
慢性肝炎	-	-	-	41 9.3%	19 4.3%	30 6.8%	-	14 3.2%	21 4.7%	169 38.1%
肝硬変(軽度)	1 1.0%	1 1.0%	-	28 26.7%	8 7.6%	24 22.9%	-	17 16.2%	8 7.6%	20 19.0%
肝硬変(重度)	-	1 3.8%	-	16 61.5%	5 19.2%	8 30.8%	-	6 23.1%	-	3 11.5%
肝がん	1 0.8%	-	-	22 17.3%	9 7.1%	24 18.9%	2 1.6%	9 7.1%	2 1.6%	35 27.6%
その他	-	-	-	1 10.0%	-	-	-	1 10.0%	2 20.0%	6 60.0%
無回答	-	-	-	-	-	1 14.3%	-	-	-	3 42.9%

(ス) 現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通院しているか

現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通院しているか尋ねたところ、「通っている」が66.2%、「通っていない」が32.3%であった。

図 5-54 現在の疾病での病院・診療所・施術所等への通院



(セ) 現在、通院している疾病、そのうち特にB型肝炎に関連していると思われる疾病

現在、病院や診療所等に通っていると回答した方に、その通院している疾病について尋ねたところ、「肝臓・胆のうの病気」(49.7%)が最も多く、次いで「高血圧症」(25.3%)、「歯の病気」(18.5%)であった。その他には、「ヘルニア」、「肝がん」などの回答があった。

また、そのうちB型肝炎に関連していると思われる疾病については、「肝臓・胆のうの病気」(45.2%)が最も多く、次いで、「うつ病やその他のこころの病気」(6.9%)、「糖尿病」(5.6%)であった。

図 5-55 現在通院している疾病

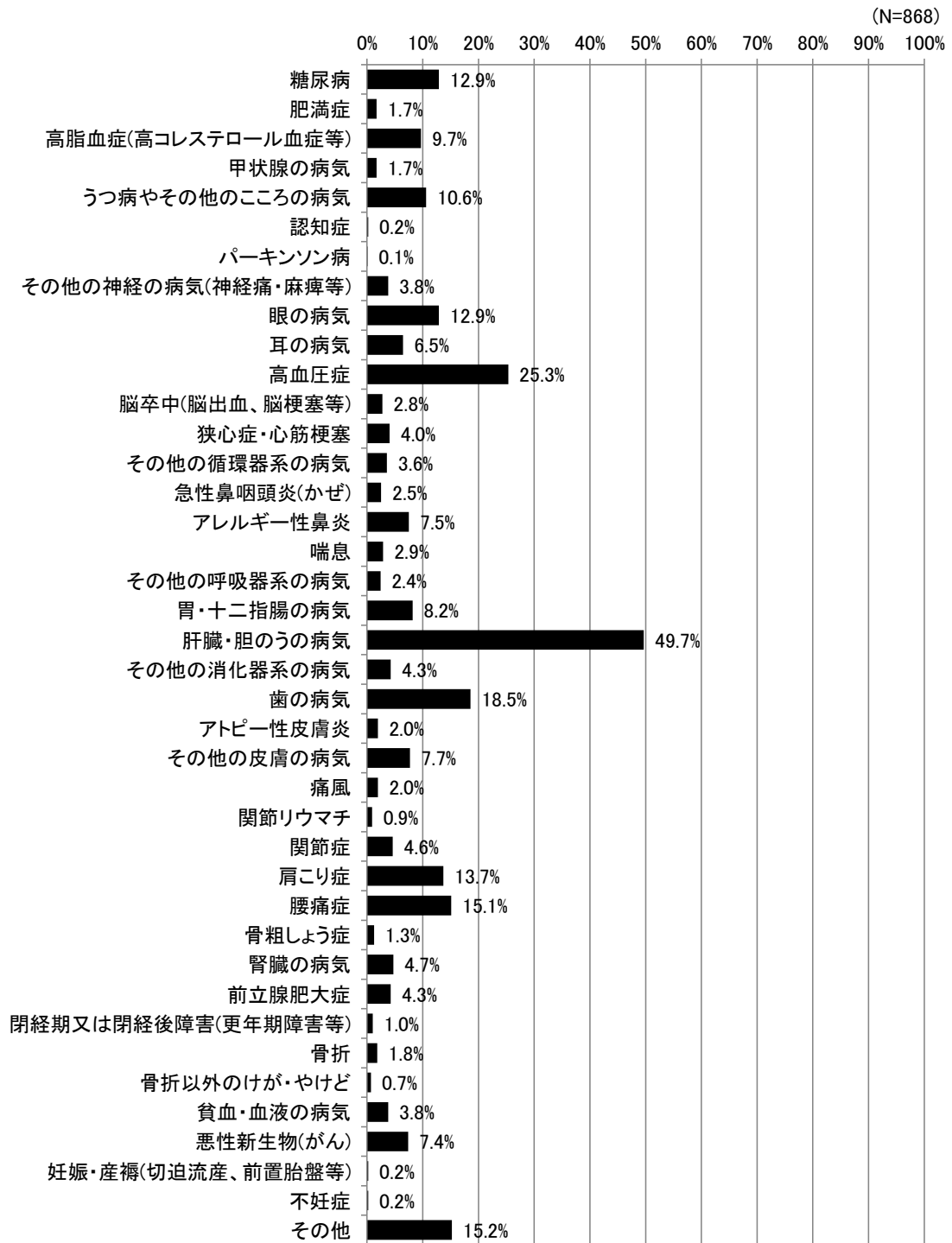
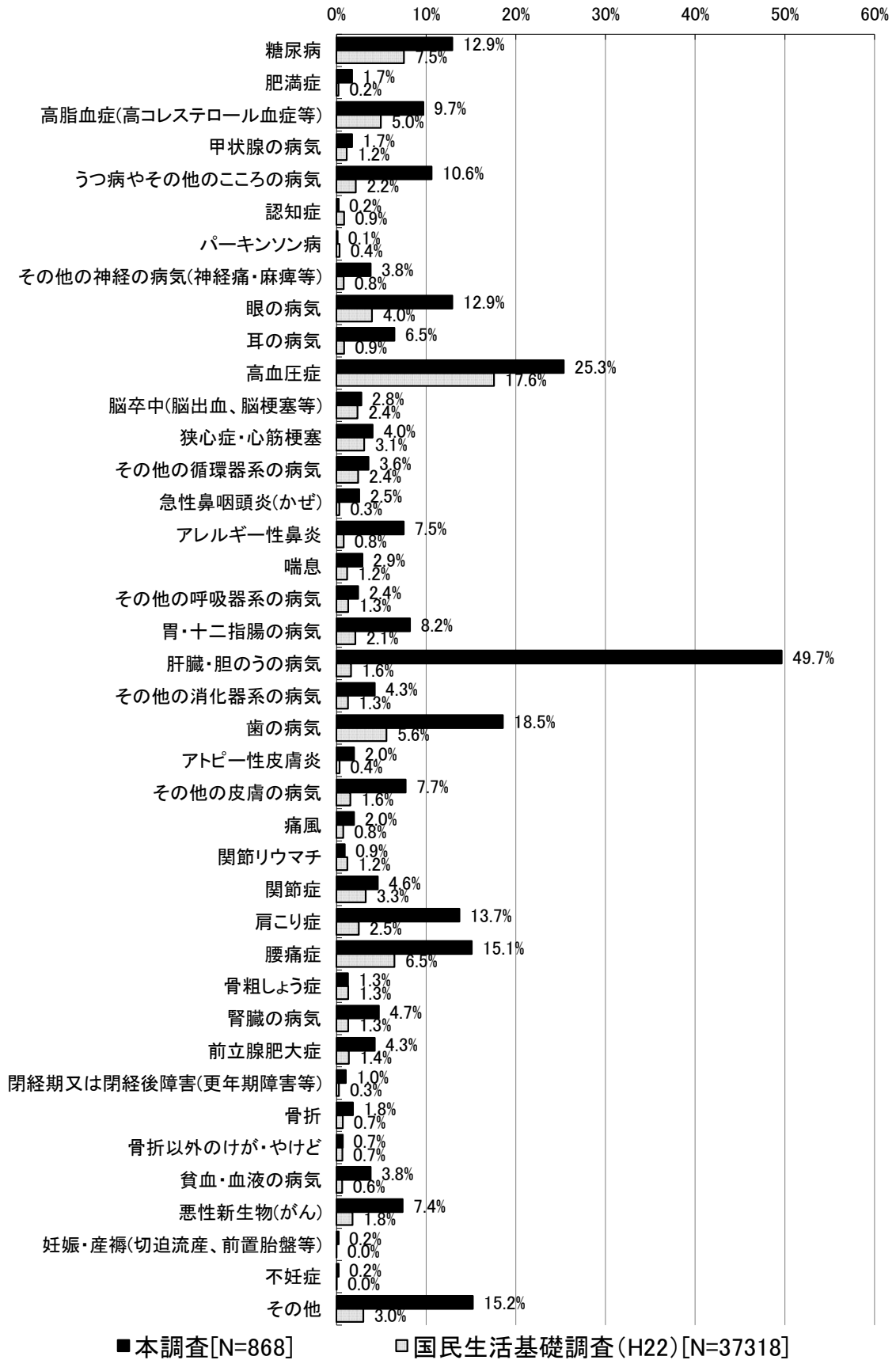


図 5-56 特にB型肝炎に関連していると思われる疾病



図 5-57 (参考)国民生活基礎調査との比較[現在通院している疾病]



※国民生活基礎調査：平成 22 年第 2 巻第 65 表通院者数，年齢（5 歳階級）・最も気になる傷病・性別（40 歳以上の合計）

(ソ) B型肝炎によるこの1年間の医療機関への受診状況

B型肝炎によるこの1年間の医療機関への受診状況については、「通院」(86.7%)が最も多く、次いで「入院」(11.8%)、「医療機関は受診していない」(8.0%)であった。その他には、「血液検査」、「エコー検査」などの回答があった。

また、「入院」と回答した方の1年間の入院日数については、「10~20日未満」(28.4%)が最も多く、次いで「10日未満」(17.4%)、「20~30日未満」「30~60日未満」(16.1%)であった。

「通院」と回答した方の1年間の通院日数については、「10~20日未満」(30.6%)が最も多く、次いで「5~10日未満」(29.2%)、「5日未満」(25.4%)であった。

「往診」と回答した方の1年間の受診日数については、「5日未満」(37.9%)が最も多く、次いで「10~20日未満」(24.1%)、「5~10日未満」(20.7%)であった。

図 5-58 B型肝炎によるこの1年間の医療機関への受診状況

(N=1,311)

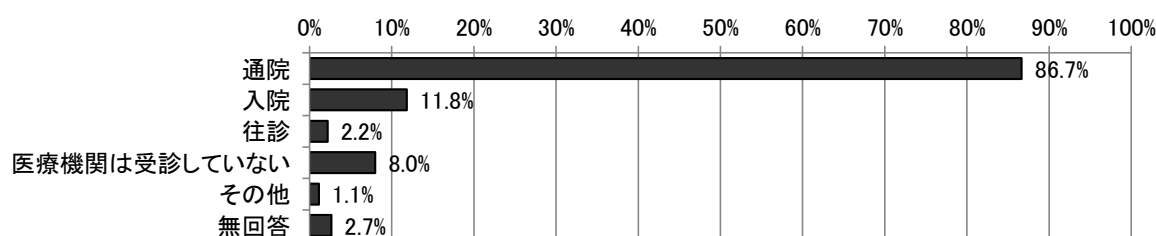


図 5-59 B型肝炎によるこの1年間の医療機関への受診状況と現在のB型肝炎の病態

	件数	入院	通院	往診	医療機関は受診していない	その他	無回答
合計	1,311	155	1,136	29	105	15	35
	100.0%	11.8%	86.7%	2.2%	8.0%	1.1%	2.7%
無症候性キャリア	228	4	116	5	78	8	22
	100.0%	1.8%	50.9%	2.2%	34.2%	3.5%	9.6%
慢性肝炎	706	22	658	15	25	5	7
	100.0%	3.1%	93.2%	2.1%	3.5%	0.7%	1.0%
肝硬変(軽度)	138	20	133	3	-	-	3
	100.0%	14.5%	96.4%	2.2%	-	-	2.2%
肝硬変(重度)	33	14	33	1	-	1	-
	100.0%	42.4%	100.0%	3.0%	-	3.0%	-
肝がん	178	91	174	4	-	1	1
	100.0%	51.1%	97.8%	2.2%	-	0.6%	0.6%
その他	18	1	17	1	1	-	-
	100.0%	5.6%	94.4%	5.6%	5.6%	-	-
無回答	10	3	5	-	1	-	2
	100.0%	30.0%	50.0%	-	10.0%	-	20.0%

図 5-60 入院と回答した方の1年間の入院日数

(N=155)

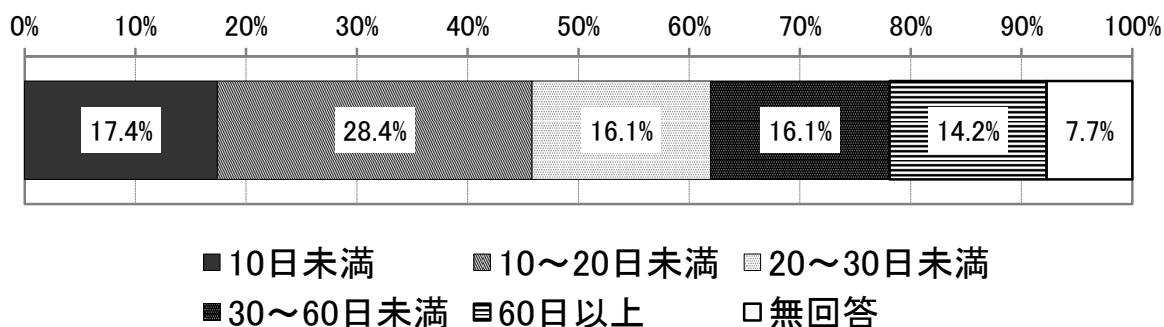


図 5-61 入院と回答した方の1年間の入院日数と現在のB型肝炎の病態

	件数	10日未満	10～20日未満	20～30日未満	30～60日未満	60日以上	無回答	平均値(日)	中央値(日)
合計	155	27	44	25	25	22	12	27.67	20.0
無症候性キャリア	4	1	-	1	1	-	1	17.00	20.0
慢性肝炎	22	12	5	1	1	2	1	14.05	7.0
肝硬変(軽度)	20	6	6	2	2	2	2	21.83	12.5
肝硬変(重度)	14	2	3	1	3	3	2	32.50	27.0
肝がん	91	5	29	20	18	13	6	31.09	20.0
その他	1	-	-	-	-	1	-	80.00	80.0
無回答	3	1	1	-	-	1	-	35.00	10.0

図 5-62 通院と回答した方の1年間の通院日数

(N=1,136)

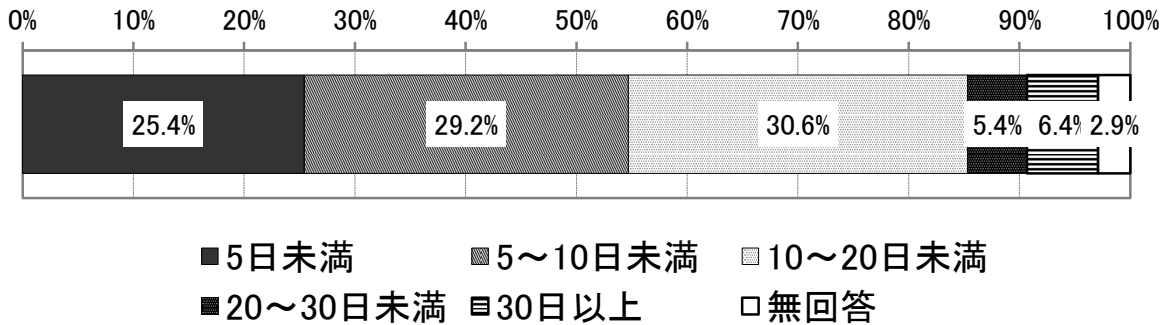
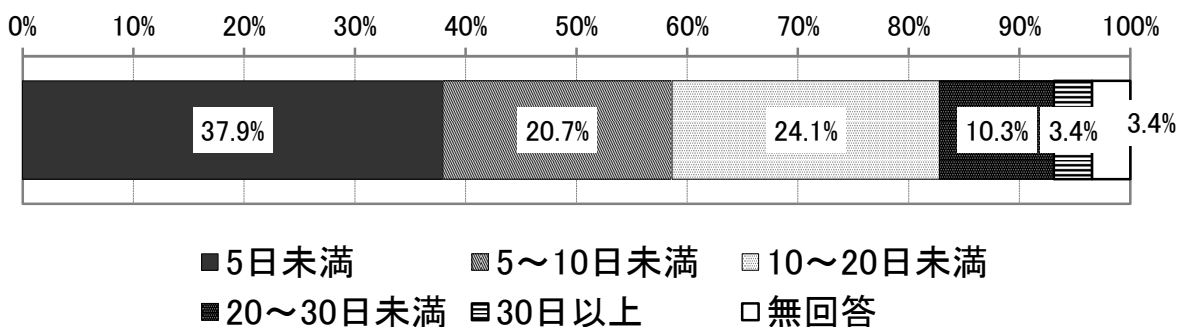


図 5-63 通院と回答した方の1年間の通院日数と現在のB型肝炎の病態

	件数	5日未満	5～10日未満	11～20日未満	21～30日未満	31日以上	無回答	平均値 (単位: 日)	中央値 (単位: 日)
合計	1,136	289	332	348	61	73	33	12.23	8.0
無症候性キャリア	116	83	19	5	2	2	5	5.90	4.0
慢性肝炎	658	169	222	190	25	37	15	11.14	7.0
肝硬変(軽度)	133	18	38	62	4	5	6	11.72	10.0
肝硬変(重度)	33	1	9	14	2	6	1	29.08	10.5
肝がん	174	11	40	68	27	22	6	18.11	12.0
その他	17	6	4	6	-	1	-	8.65	8.0
無回答	5	1	-	3	1	-	-	12.60	14.0

図 5-64 往診と回答した方の1年間の受診日数

(N=29)



(タ) B型肝炎の治療のための自宅から最も通院頻度が高い医療機関までの通常の交通手段

B型肝炎の治療のための自宅から最も通院頻度が高い医療機関までの通常の交通手段については、「自家用車」(67.3%)が最も多く、次いで「電車」(22.9%)、「徒歩・自転車」(15.5%)であった。その他には、「バイク」、「飛行機」などの回答があった。

図 5-65 B型肝炎の治療のための自宅から最も通院頻度が高い医療機関までの交通手段

(N=1,136)

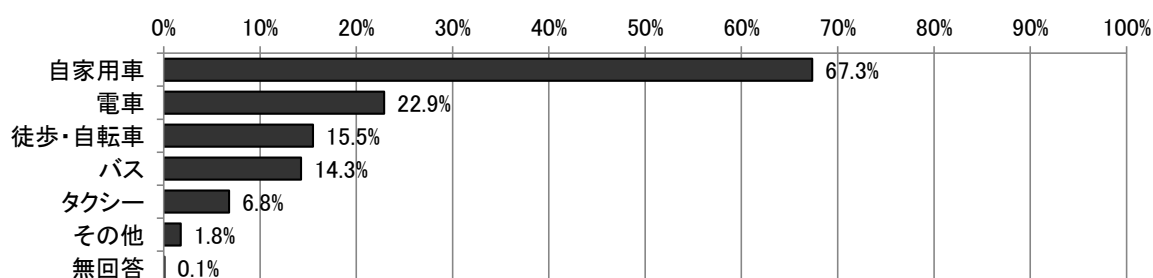
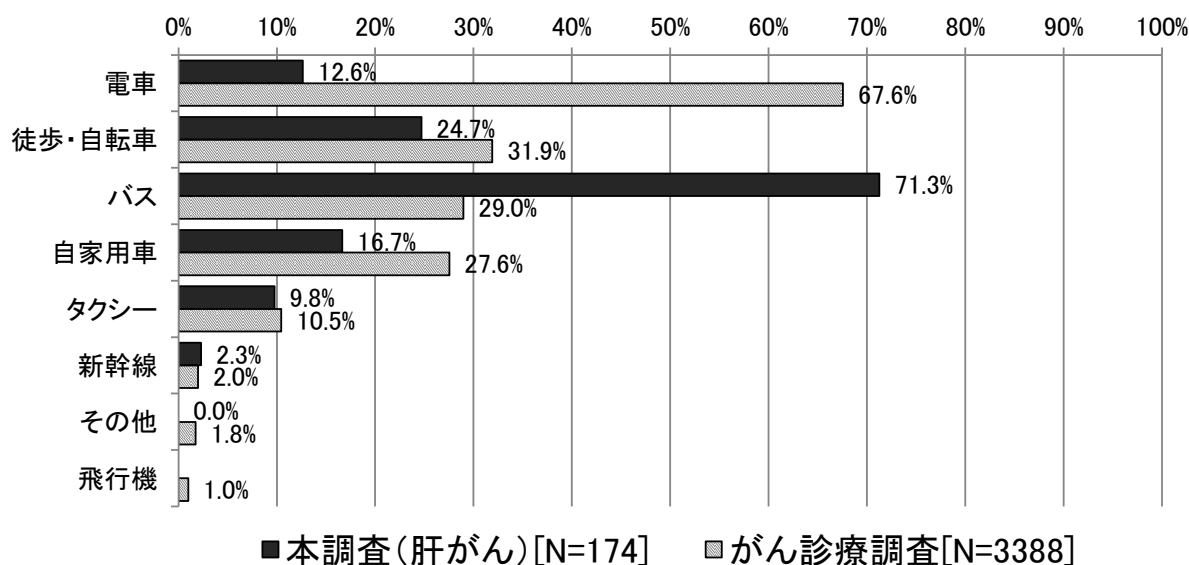


図 5-66 (参考)がん診療の経済的負担に関するアンケート調査と本調査(肝がん)との比較[交通手段]



※使用データ：平成 21 年度 がん診療の経済的負担に関するアンケート調査

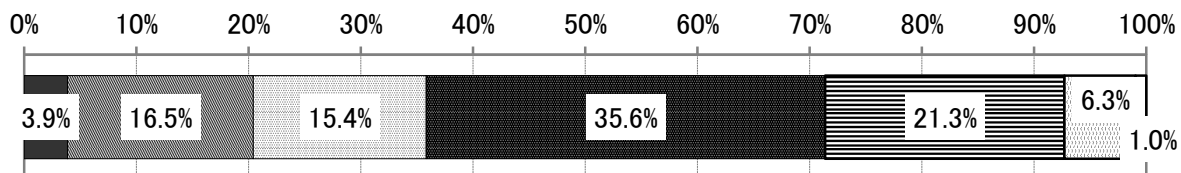
(チ) 通院にかかる移動時間及び交通費

通院にかかる移動時間については、「30分～1時間未満」(35.6%)が最も多く、次いで「1～2時間未満」(21.3%)、「10～20分未満」(16.5%)であった。

また、通院にかかる交通費については、「1千円未満」(39.9%)が最も多く、次いで「1～3千円未満」(16.0%)、「0円」(6.8%)であった。

図 5-67 通院にかかる移動時間

(N=1,136)

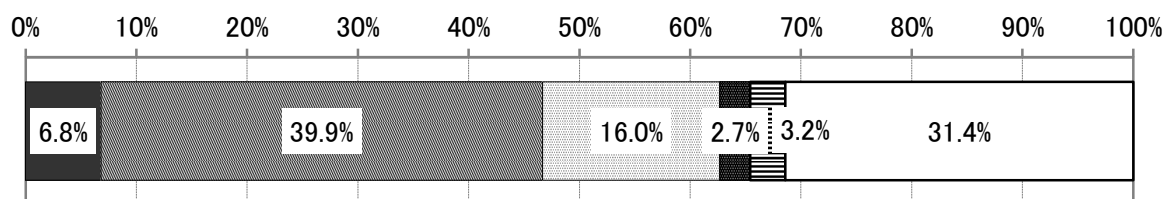


- 10分未満
- 10～20分未満
- 20～30分未満
- 30分～1時間未満
- 1～2時間未満
- 2時間以上
- 無回答

	件数	10分未満	10～20分未満	20～30分未満	30分～1時間未満	1～2時間未満	2時間以上	無回答	(単位：分) 平均値	(単位：分) 中央値
合計	1,136	44	188	175	404	242	72	11	43.92	30.0
	100.0%	3.9%	16.5%	15.4%	35.6%	21.3%	6.3%	1.0%		

図 5-68 通院にかかる交通費

(N=1,136)



- 0円
- 1千円未満
- 1～3千円未満
- 3～5千円未満
- 5千円以上
- 無回答

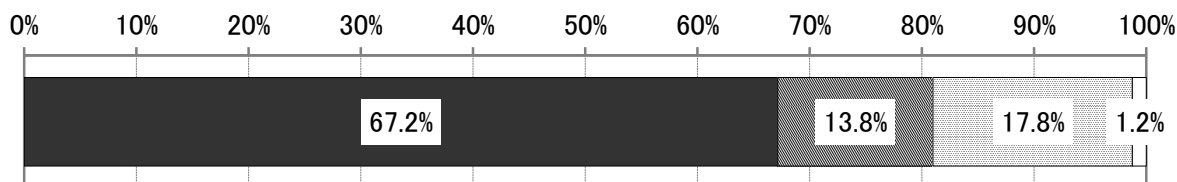
	件数	0円	1千円未満	1～3千円未満	3～5千円未満	5千円以上	無回答	(単位：円) 平均値	(単位：円) 中央値
合計	1,136	77	453	182	31	36	357	1,461.53	500.0
	100.0%	6.8%	39.9%	16.0%	2.7%	3.2%	31.4%		

(ツ) 通院している医療機関は肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関か

通院している医療機関については、「肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関である」が 67.2%、「肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患専門医療機関ではない」が 13.8%であった。

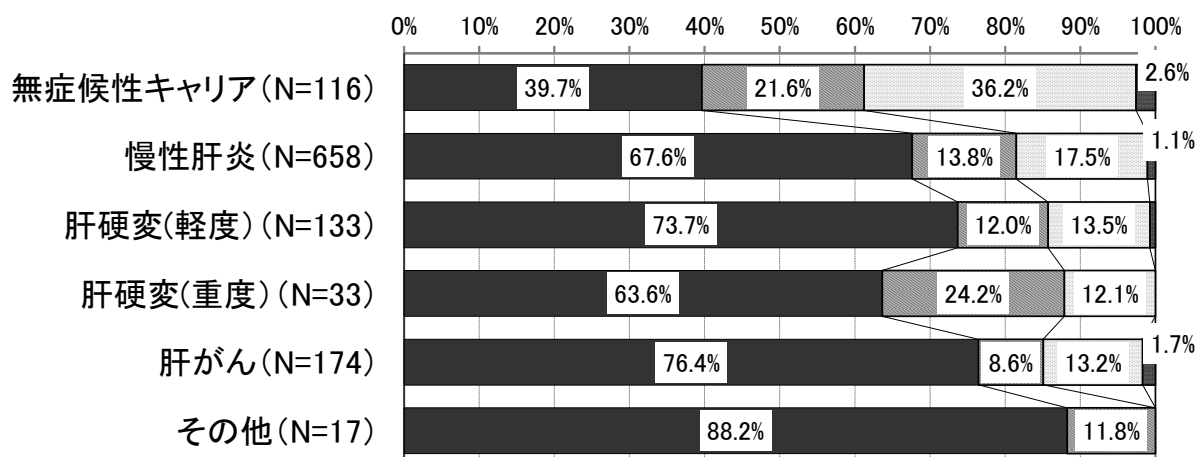
図 5-69 通院している医療機関は肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関か

(N=1,136)



- 肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関である
- 肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患専門医療機関ではない
- わからない
- 無回答

図 5-70 通院している医療機関は肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関かと現在のB型肝炎の病態



- 肝疾患診療連携拠点病院または肝疾患専門医療機関である
- 肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患専門医療機関ではない
- わからない
- 無回答

	件数	肝病門 疾院医 患また 診は機 療は関 連肝で 携疾あ 拠患る 点専	肝病医 疾院療 患及機 診び関 療肝で 連疾は 拠患な 拠患い 点門	わ か ら な い	無 回 答
合計	1,136 100.0%	763 67.2%	157 13.8%	202 17.8%	14 1.2%
無症候性キャリア	116 100.0%	46 39.7%	25 21.6%	42 36.2%	3 2.6%
慢性肝炎	658 100.0%	445 67.6%	91 13.8%	115 17.5%	7 1.1%
肝硬変(軽度)	133 100.0%	98 73.7%	16 12.0%	18 13.5%	1 0.8%
肝硬変(重度)	33 100.0%	21 63.6%	8 24.2%	4 12.1%	0 0.0%
肝がん	174 100.0%	133 76.4%	15 8.6%	23 13.2%	3 1.7%
その他	17 100.0%	15 88.2%	2 11.8%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	5 100.0%	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

c) 医療費にかかる自己負担の状況

(ア) B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度の利用の有無

B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度の利用について尋ねたところ、「利用している」が51.4%、「利用していない」が47.1%であった。

図 5-71 B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度の利用の有無

(N=1,311)

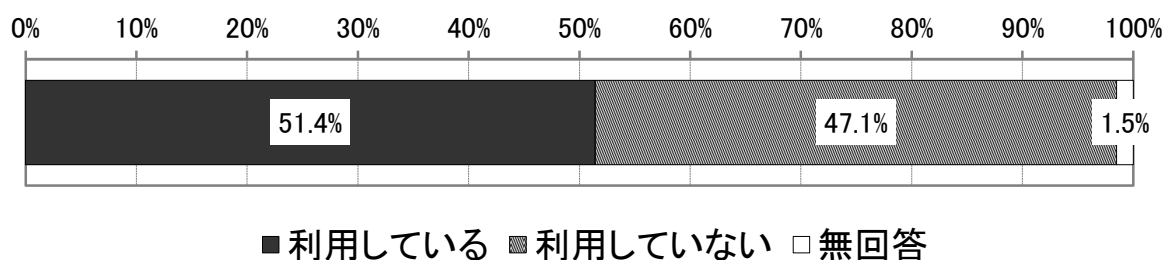
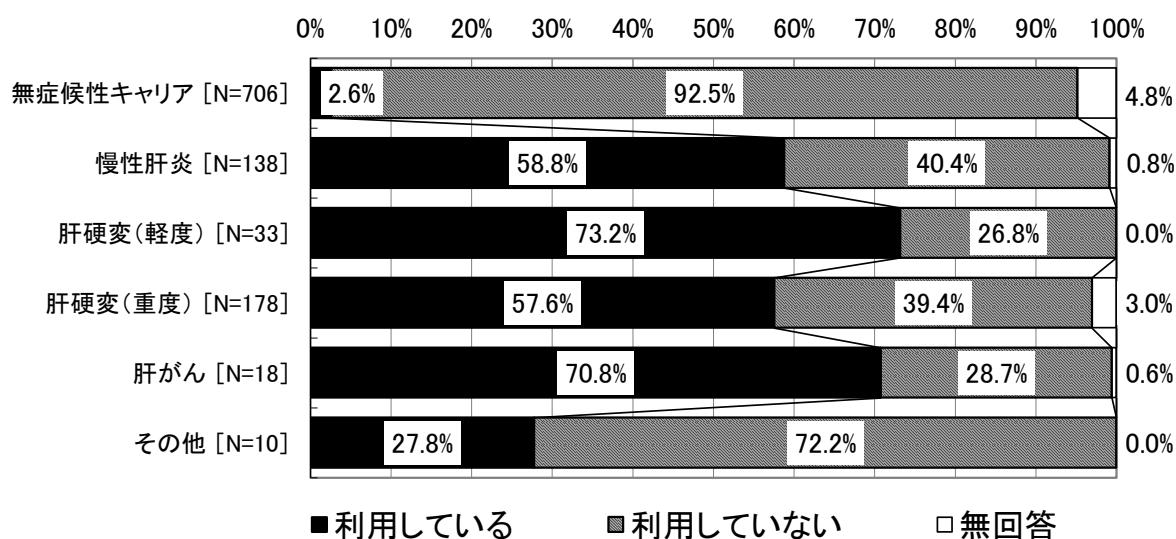


図 5-72 B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度の利用の有無と現在のB型肝炎の病態



(イ) 利用している治療対象医療

B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度を「利用している」と回答した方に治療対象医療について尋ねたところ、「核酸アナログ製剤治療」が92.7%、「インターフェロン治療」が4.6%であった。

図 5-73 利用している治療対象医療

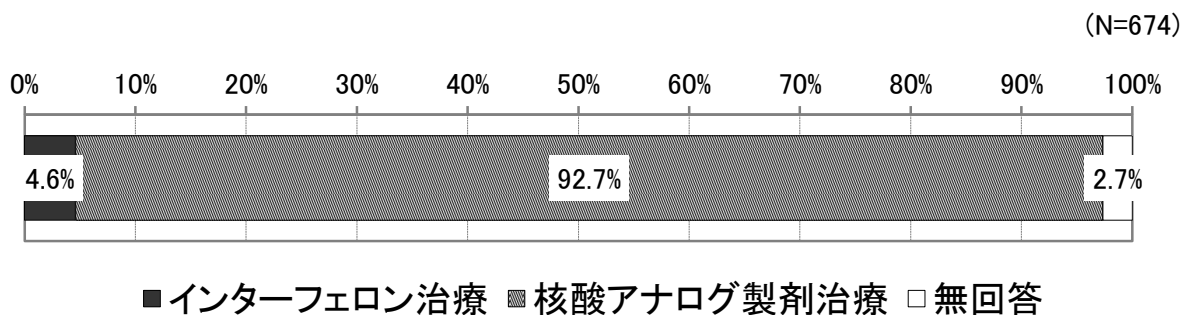
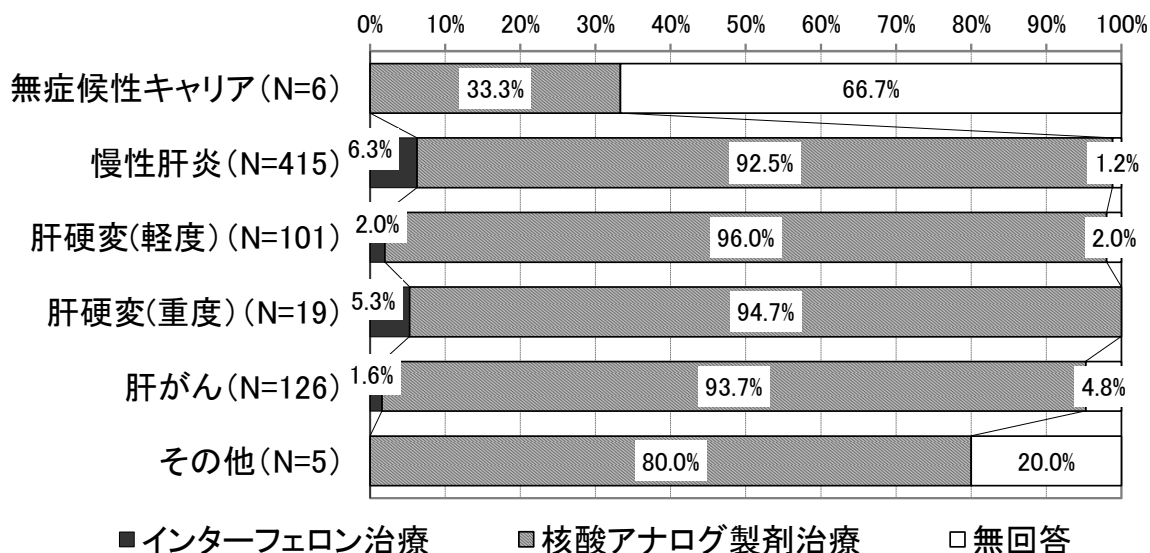


図 5-74 利用している治療対象医療と現在のB型肝炎の病態



	件数	インターフェロン治療 (%)	核酸アナログ製剤治療 (%)	無回答 (%)
合計	674	4.6%	92.7%	2.7%
無症候性キャリア	6	0.0%	33.3%	66.7%
慢性肝炎	415	6.3%	92.5%	1.2%
肝硬変(軽度)	101	2.0%	96.0%	2.0%
肝硬変(重度)	19	5.3%	94.7%	0.0%
肝がん	126	1.6%	93.7%	4.8%
その他	5	0.0%	80.0%	20.0%
無回答	2	0.0%	100.0%	0.0%

(ウ) 自己負担上限額（月額）

自己負担上限額（月額）については、「1万円」が79.1%、「2万円」が15.7%であった。

図 5-75 自己負担上限額(月額)

(N=674)

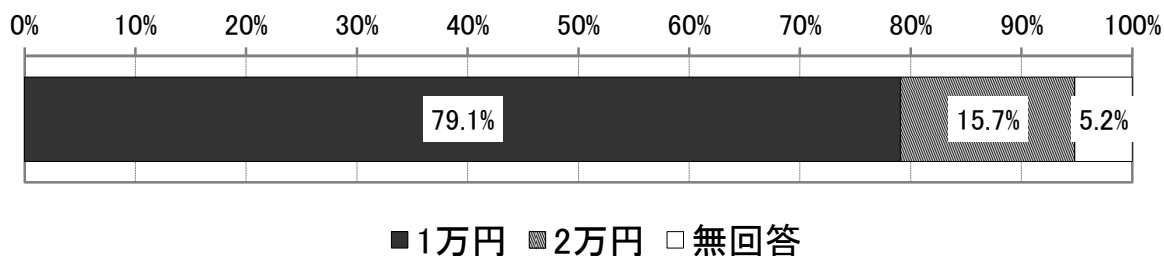
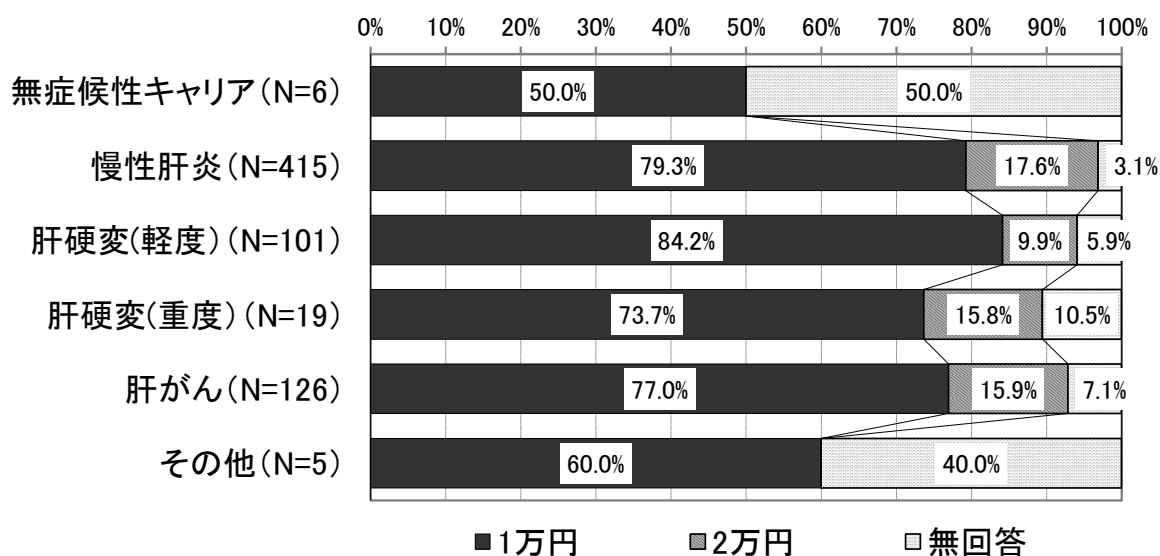


図 5-76 自己負担上限額(月額)と現在のB型肝炎の病態



	件数	1万円	2万円	無回答
合計	674	533	106	35
	100.0%	79.1%	15.7%	5.2%
無症候性キャリア	6	3	0	3
	100.0%	50.0%	0.0%	50.0%
慢性肝炎	415	329	73	13
	100.0%	79.3%	17.6%	3.1%
肝硬変(軽度)	101	85	10	6
	100.0%	84.2%	9.9%	5.9%
肝硬変(重度)	19	14	3	2
	100.0%	73.7%	15.8%	10.5%
肝がん	126	97	20	9
	100.0%	77.0%	15.9%	7.1%
その他	5	3	0	2
	100.0%	60.0%	0.0%	40.0%
無回答	2	2	0	0
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%

(エ) B型肝炎治療に関する医療費助成制度を利用したことがない理由

B型肝炎治療に関する国の医療費助成制度を「利用していない」と回答した方にその理由について尋ねたところ、「制度を知らないから」(33.7%)が最も多く、次いで「制度の対象外だから」(32.3%)、「その他」(29.8%)であった。その他には、「治療していないから」、「今後利用予定」などの回答があった。

図 5-77 B型肝炎治療に関する医療費助成制度を利用したことがない理由

(N=617)

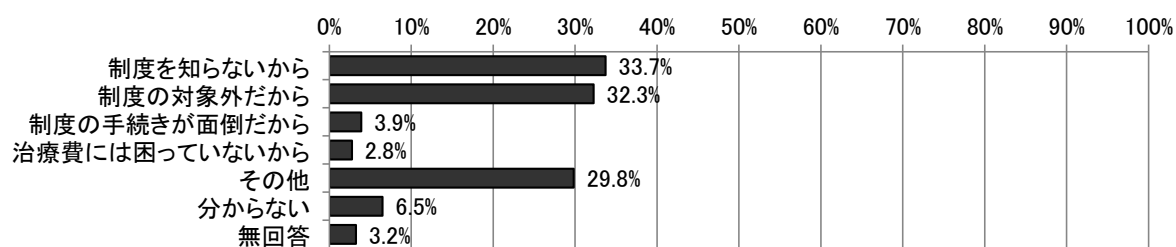
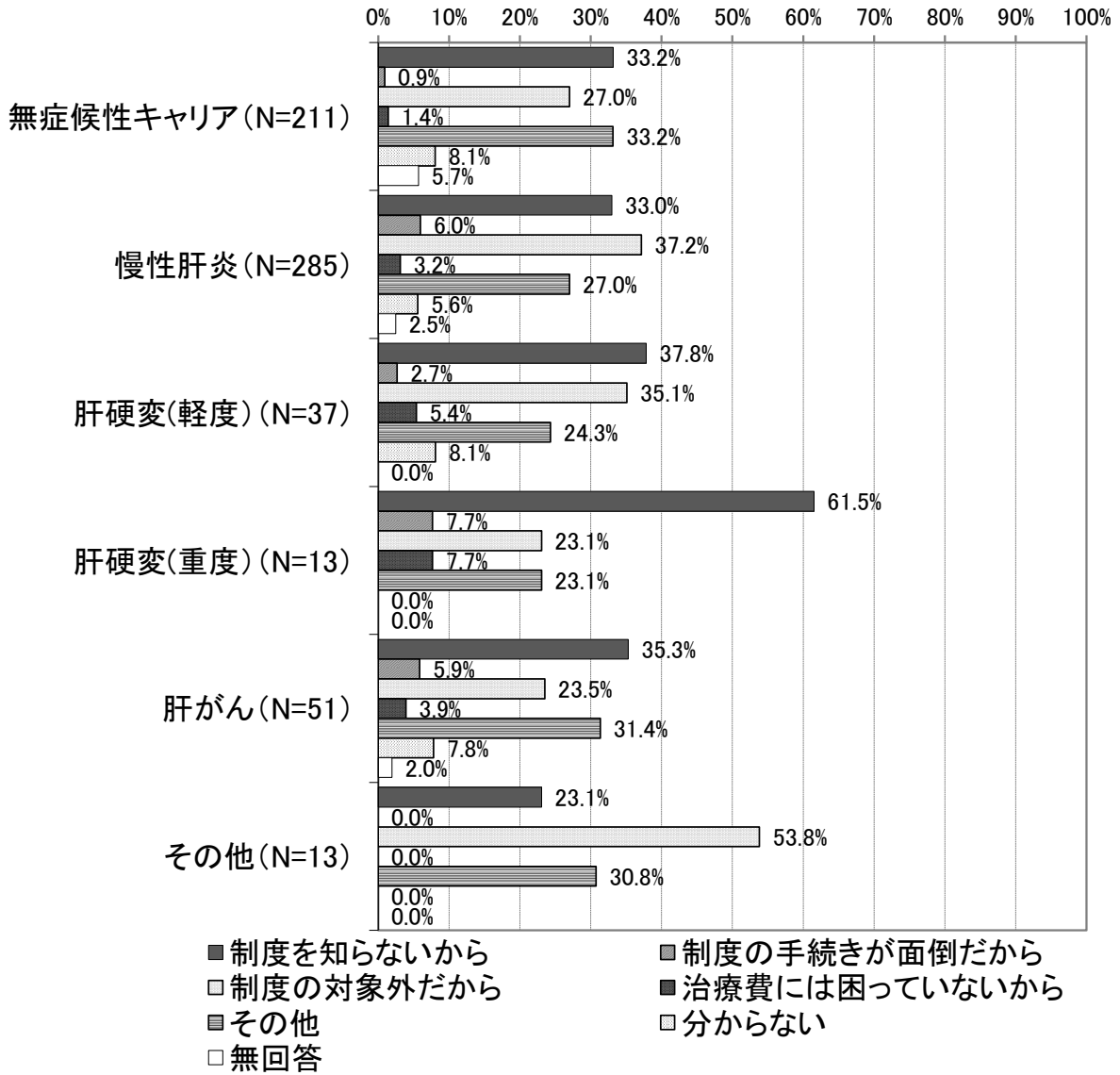


図 5-78 B型肝炎治療に関する医療費助成制度を利用したことがない理由と現在のB型肝炎の病態



	件数	制度を知らない	制度の対象外だから	その他	無回答	制度の手続きが面倒だから	治療費には困っていないから	分からない
合計	617	208	24	199	17	184	40	20
無症候性キャリア	211	70	2	57	3	70	17	12
慢性肝炎	285	94	17	106	9	77	16	7
肝硬変(軽度)	37	14	1	13	2	9	3	0
肝硬変(重度)	13	8	1	3	1	3	0	0
肝がん	51	18	3	12	2	16	4	1
その他	13	3	0	7	0	4	0	0
無回答	7	1	0	1	0	5	0	0

(オ) B型肝炎治療に関する医療費助成制度を知ったきっかけ

B型肝炎治療に関する医療費助成制度を知っている方に制度を知ったきっかけについて尋ねたところ、「医療機関から説明があった」(42.7%)が最も多く、次いで「広報を見た(インターネットを含む)」(16.9%)、「その他」(11.1%)であった。その他には、「B型肝炎訴訟原告団より」、「医療機関のポスターなどから」「新聞・テレビから」などの回答があった。

図 5-79 B型肝炎治療に関する医療費助成制度を知ったきっかけ

(N=1,311)

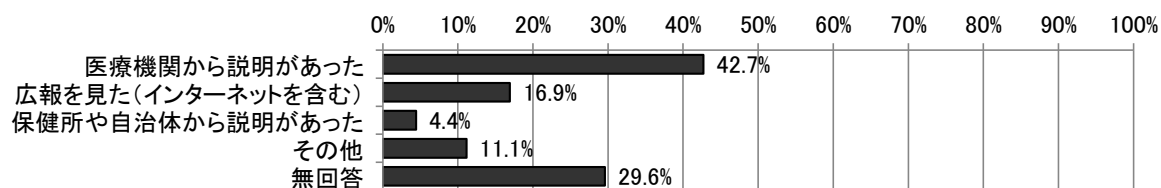
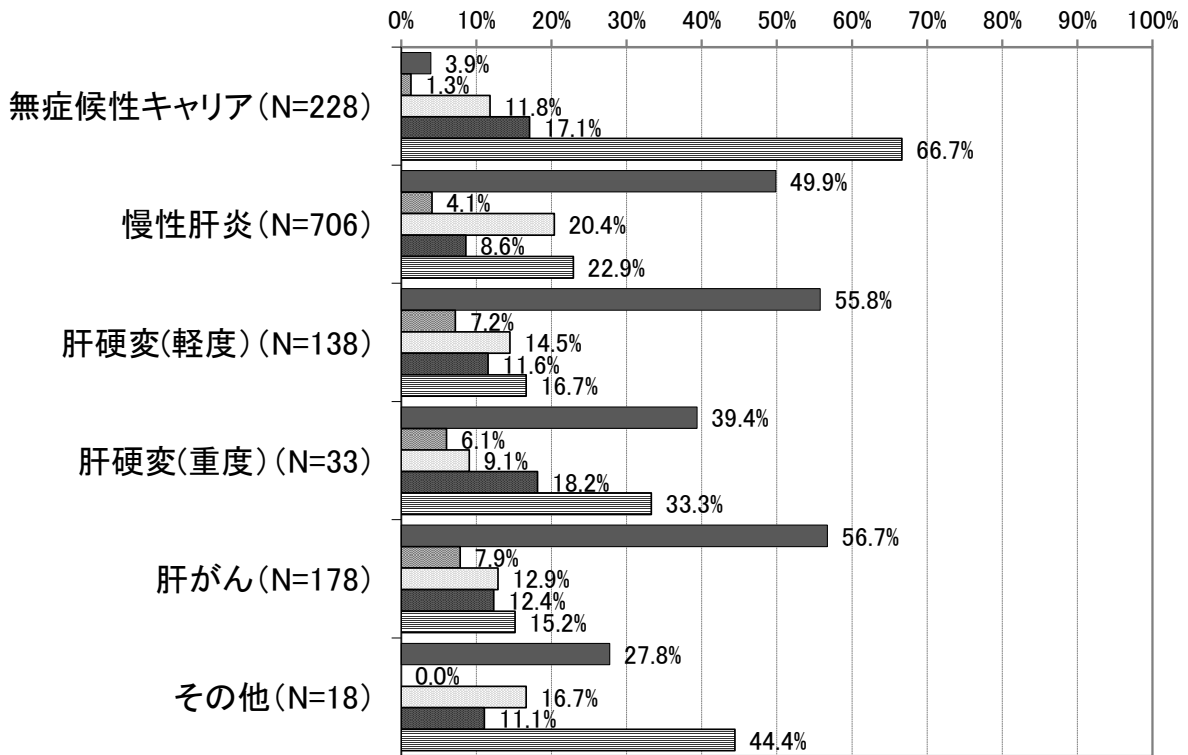


図 5-80 B型肝炎治療に関する医療費助成制度を知ったきっかけと現在のB型肝炎の病態



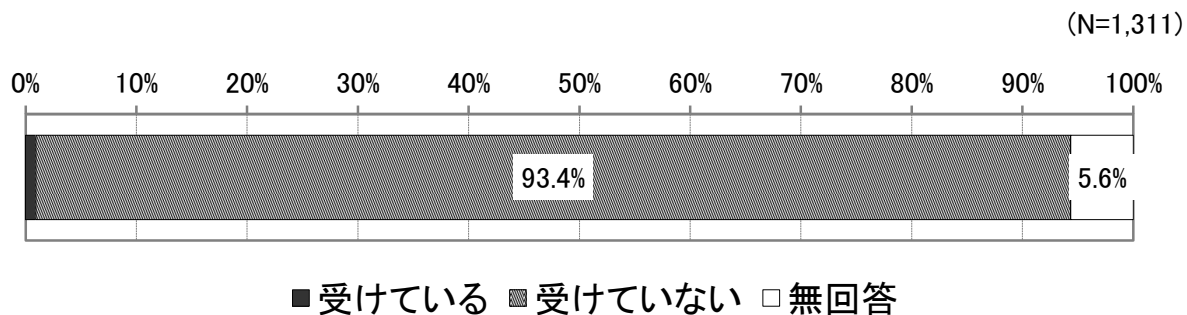
- 医療機関から説明があった
- 広報を見た(インターネットを含む)
- 保健所や自治体から説明があった
- その他
- 無回答

	件数	医療機関から説明があった	保健所や自治体から説明があった	広報を見た(インターネットを含む)	その他	無回答
合計	1,311	560	58	222	146	388
	100.0%	42.7%	4.4%	16.9%	11.1%	29.6%
無症候性キャリア	228	9	3	27	39	152
	100.0%	3.9%	1.3%	11.8%	17.1%	66.7%
慢性肝炎	706	352	29	144	61	162
	100.0%	49.9%	4.1%	20.4%	8.6%	22.9%
肝硬変(軽度)	138	77	10	20	16	23
	100.0%	55.8%	7.2%	14.5%	11.6%	16.7%
肝硬変(重度)	33	13	2	3	6	11
	100.0%	39.4%	6.1%	9.1%	18.2%	33.3%
肝がん	178	101	14	23	22	27
	100.0%	56.7%	7.9%	12.9%	12.4%	15.2%
その他	18	5	0	3	2	8
	100.0%	27.8%	0.0%	16.7%	11.1%	44.4%
無回答	10	3	0	2	0	5
	100.0%	30.0%	0.0%	20.0%	0.0%	50.0%

(カ) あなたの世帯は生活保護を受けているか

あなたの世帯は生活保護を受けているかについて尋ねたところ、「受けている」が0.9%、「受けていない」が93.4%であった。

図 5-81 生活保護受給



(キ) 過去1年間に病気やけが、予防で自己負担した費用

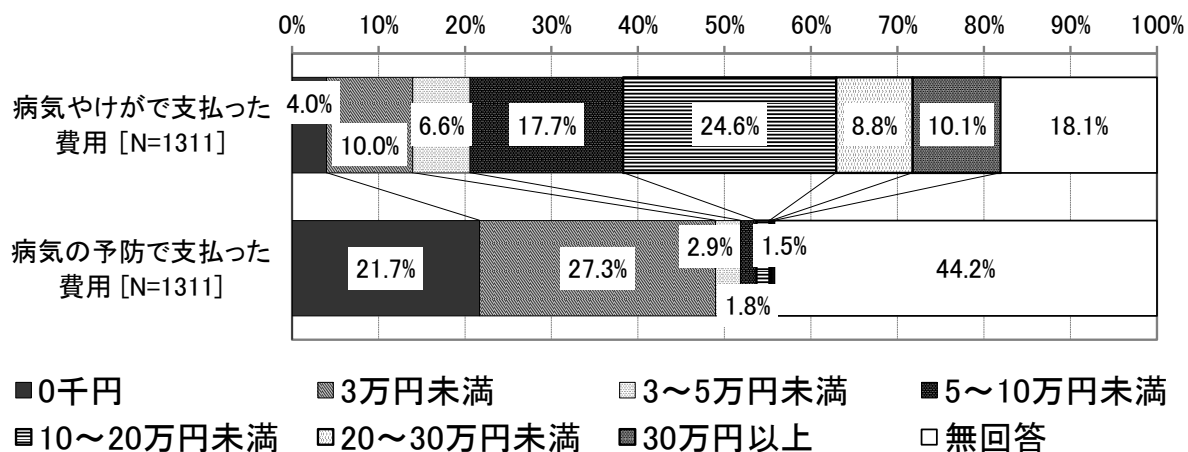
過去1年間にける病気やけがで自己負担した費用については、「10～20万円未満」(24.6%)が最も多く、次いで「5～10万円未満」(17.7%)、「30万円以上」(10.1%)であった。

また、過去1年間にける病気の予防で自己負担した費用については、「3万円未満」(27.3%)が最も多く、次いで「0千円」(21.7%)、「3～5万円未満」(2.9%)であった。

そのうち、B型肝炎に関連する病気やけがで自己負担した費用については、「5～10万円未満」(23.3%)が最も多く、次いで「10～20万円未満」(20.8%)、「3万円未満」(17.8%)であった。

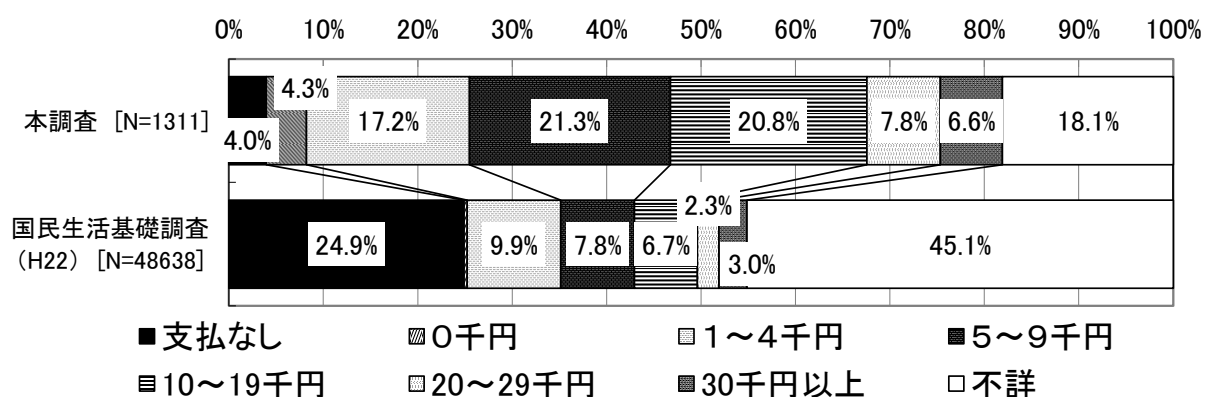
また、B型肝炎に関連する病気の予防で自己負担した費用については、「0千円」(46.5%)が最も多く、次いで「3万円未満」(18.1%)、「5～10万円未満」「10～20万円未満」(2.2%)であった。

図 5-82 過去1年間に病気やけが、予防で自己負担した費用



	件数	0千円	3万円未満	3～5万円未満	5～10万円未満	10～20万円未満	20～30万円未満	30万円以上	無回答	平均 (単位: 千円)	中央値 (単位: 千円)
病気やけがで支払った費用	1,311	52	131	87	232	323	116	133	237	170.63	100.0
病気の予防で支払った費用	1,311	284	358	38	24	20	3	4	580	14.51	3.0

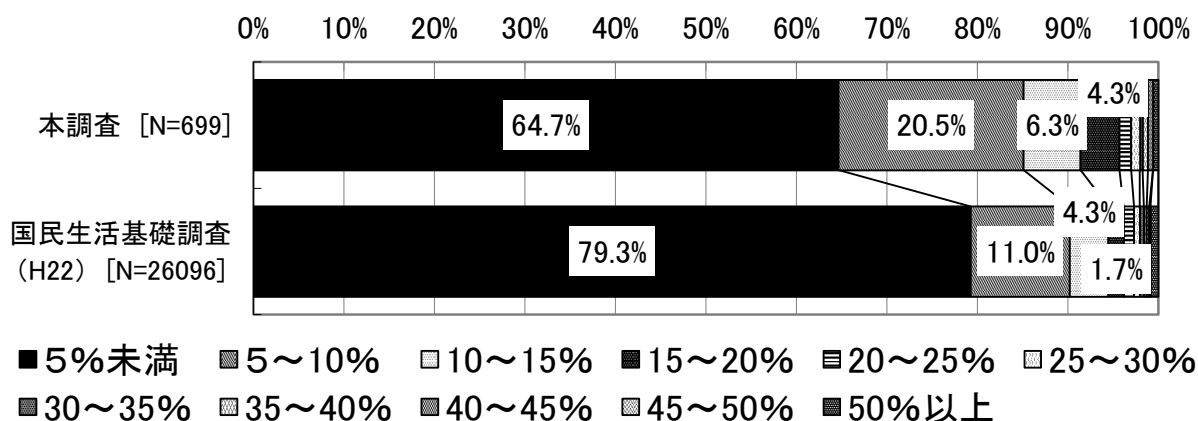
図 5-83 (参考)国民生活基礎調査との比較[1ヵ月間に病気やけが、予防で自己負担した費用]



※国民生活基礎調査：平成 22 年 3 健康票 第 2 巻 第 10 表 世帯数，病気やけがが等で支払った費用（世帯総額）階級・世帯構造・家計支出に占める病気やけがが等で支払った費用の割合階級別

※なお、国民生活基礎調査では 1 ヶ月間の世帯全体の値であり、本調査では 1 年間分の個人の値として把握されている。ここでは本調査結果の値を 12 で除して 1 か月分に換算して比較している。

図 5-84 (参考)国民生活基礎調査との比較[世帯支出に占める自己負担費用割合]



※国民生活基礎調査：平成 22 年 3 健康票 第 2 巻 第 10 表 世帯数，病気やけがが等で支払った費用（世帯総額）階級・世帯構造・家計支出に占める病気やけがが等で支払った費用の割合階級別

※世帯支出に占める自己負担費用割合とは、年間の世帯支出額に占める、病気やけが、予防で自己負担した費用の割合である。

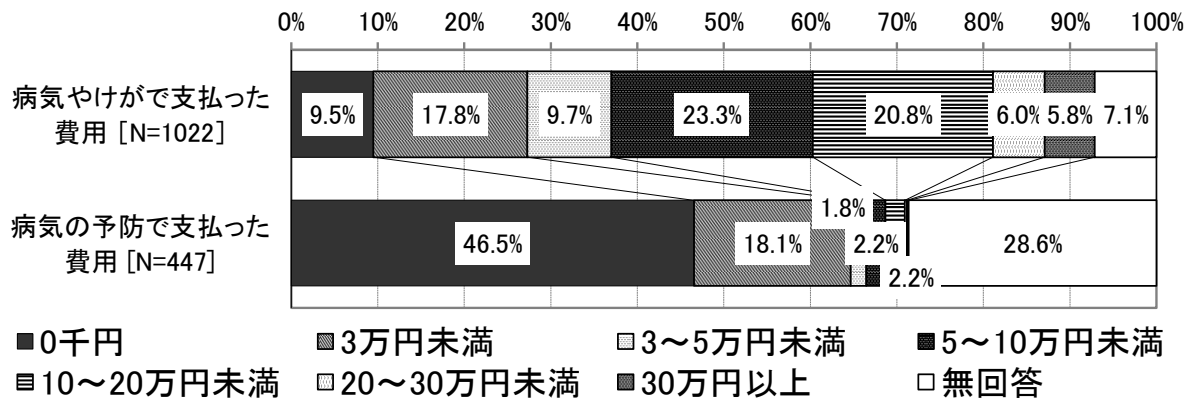
※本調査、国民生活基礎調査とも「不詳」が多くを占めていたため、ここでは「不詳」を除外した集計を行っている。

※国民生活基礎調査の結果は健康な人を含むデータである点に留意が必要である。

図 5-85 過去 1 年間に病気やけが、予防で自己負担した費用(表頭)と
平成 24 年 11 月の家計支出総額(表側)

	件数	0千円	3万円未満	3万円5万円未満	5万円10万円未満	10万円20万円未満	20万円30万円未満	30万円以上	無回答	(単位:千円)
合計	1,311	52 (4.0%)	131 (10.0%)	87 (6.6%)	232 (17.7%)	323 (24.6%)	116 (8.9%)	133 (10.1%)	237 (18.1%)	4.42
10万円未満	33	1 (3.0%)	4 (12.1%)	2 (6.1%)	7 (21.2%)	6 (18.2%)	4 (12.1%)	4 (12.1%)	5 (15.2%)	4.46
10~20万円未満	168	6 (3.6%)	23 (13.7%)	8 (4.8%)	30 (17.9%)	43 (25.6%)	17 (10.1%)	18 (10.7%)	23 (13.7%)	4.41
20~30万円未満	267	12 (4.5%)	26 (9.7%)	16 (6.0%)	47 (17.6%)	69 (25.8%)	28 (10.5%)	30 (11.2%)	36 (13.5%)	4.49
30~50万円未満	252	9 (3.6%)	21 (8.3%)	17 (6.7%)	47 (18.7%)	70 (27.8%)	25 (9.9%)	37 (14.7%)	26 (10.3%)	4.64
50万円以上	82	3 (3.7%)	9 (11.0%)	6 (7.3%)	13 (15.9%)	29 (35.4%)	10 (12.2%)	8 (9.8%)	4 (4.9%)	4.51
無回答	512	21 (4.1%)	48 (9.4%)	38 (7.4%)	88 (17.2%)	106 (20.7%)	32 (6.3%)	36 (7.0%)	143 (27.9%)	4.22

図 5-86 過去 1 年間に病気やけが、予防で自己負担した費用のうちB型肝炎に関連するもの

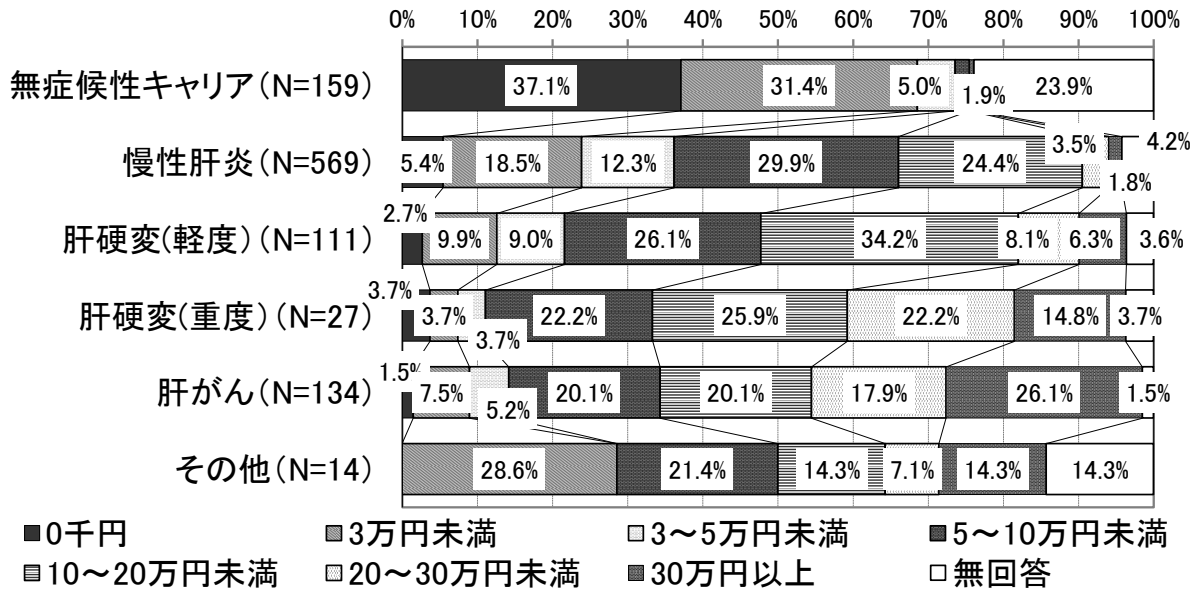


	件数	0千円	3万円未満	3万円5万円未満	5万円10万円未満	10万円20万円未満	20万円30万円未満	30万円以上	無回答	(単位:千円)	(単位:千円)
病気やけがで支払った費用	1,022	97 (9.5%)	182 (17.8%)	99 (9.7%)	238 (23.3%)	213 (20.8%)	61 (6.0%)	59 (5.8%)	73 (7.1%)	112.46	60.0
病気の予防で支払った費用	447	208 (46.5%)	81 (18.1%)	8 (2.2%)	10 (2.2%)	10 (2.2%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	128 (28.6%)	11.45	0.0

図 5-87 B型肝炎に関連する自己負担費用(表頭)と現在のB型肝炎の病態(表側)

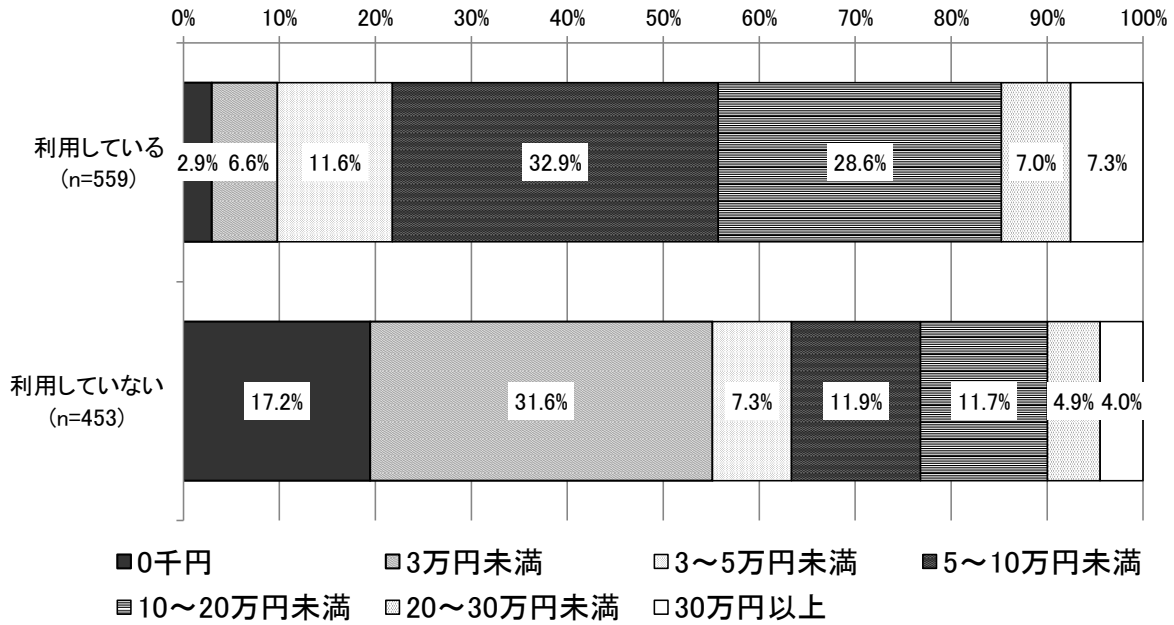
	件数	0千円	3万円未満	3万円5万円未満	5万円10万円未満	10万円20万円未満	20万円30万円未満	30万円以上	無回答	(単位:千円)	(単位:千円)
合計	1,022	97 (9.5%)	182 (17.8%)	99 (9.7%)	238 (23.3%)	213 (20.8%)	61 (6.0%)	59 (5.8%)	73 (7.1%)	112.46	60.0
無症候性キャリア	159	59 (37.1%)	50 (31.4%)	8 (5.0%)	3 (1.9%)	-	-	1 (0.6%)	38 (23.9%)	13.50	1.2
慢性肝炎	569	31 (5.4%)	105 (18.5%)	70 (12.3%)	170 (29.9%)	139 (24.4%)	20 (3.5%)	10 (1.8%)	24 (4.2%)	77.28	60.0
肝硬変(軽度)	111	3 (2.7%)	11 (9.9%)	10 (9.0%)	29 (26.1%)	38 (34.2%)	9 (8.1%)	7 (6.3%)	4 (3.6%)	113.01	100.0
肝硬変(重度)	27	1 (3.7%)	1 (3.7%)	1 (3.7%)	6 (22.2%)	7 (25.9%)	6 (22.2%)	4 (14.8%)	1 (3.7%)	179.43	150.0
肝がん	134	2 (1.5%)	10 (7.5%)	7 (5.2%)	27 (20.1%)	27 (20.1%)	24 (17.9%)	35 (26.1%)	2 (1.5%)	336.79	152.5
その他	14	-	4 (28.6%)	-	3 (21.4%)	2 (14.3%)	1 (7.1%)	2 (14.3%)	2 (14.3%)	119.68	78.0
無回答	8	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	-	-	1 (12.5%)	-	2 (25.0%)	53.33	35.0

図 5-88 過去1年間に病気やけが、予防で自己負担した費用のうちB型肝炎に関連するものと現在のB型肝炎の病態



	件数	費用の範囲							無回答	平均 (単位: 千円)	中央 (単位: 千円)
		0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20~30万円未満	30万円以上			
合計	1,022	97	182	99	238	213	61	59	73	112.46	60.00
無症候性キャリア	159	59	50	8	3	0	0	0	1	38	1.2
慢性肝炎	569	31	105	70	170	139	20	10	24	82.15	60.0
肝硬変(軽度)	111	3	11	10	29	38	9	7	4	127.79	100.0
肝硬変(重度)	27	1	1	1	6	7	6	4	1	190.97	150.0
肝がん	134	2	10	7	27	27	24	35	2	365.75	152.5
その他	14	0	4	0	3	2	1	2	2	119.68	78.0
無回答	8	1	1	3	0	0	1	0	2	53.33	35.0

図 5-89 B型肝炎に関連する自己負担費用と医療費助成制度の利用状況



	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20~30万円未満	30万円以上	無回答	(単位：千円) 平均値	(単位：千円) 中央値
合計	1,022	97	182	99	238	213	61	59	73	7.1%	112.46	60.0
利用している	559	16	37	65	184	160	39	41	17	3.0%	130.82	80.0
利用していない	453	78	143	33	54	53	22	18	52	11.5%	89.16	23.0
無回答	10	3	2	1	-	-	-	-	4	40.0%	10.33	1.0

図 5-90 国の医療費助成制度の自己負担上限額とB型肝炎に関連する自己負担費用

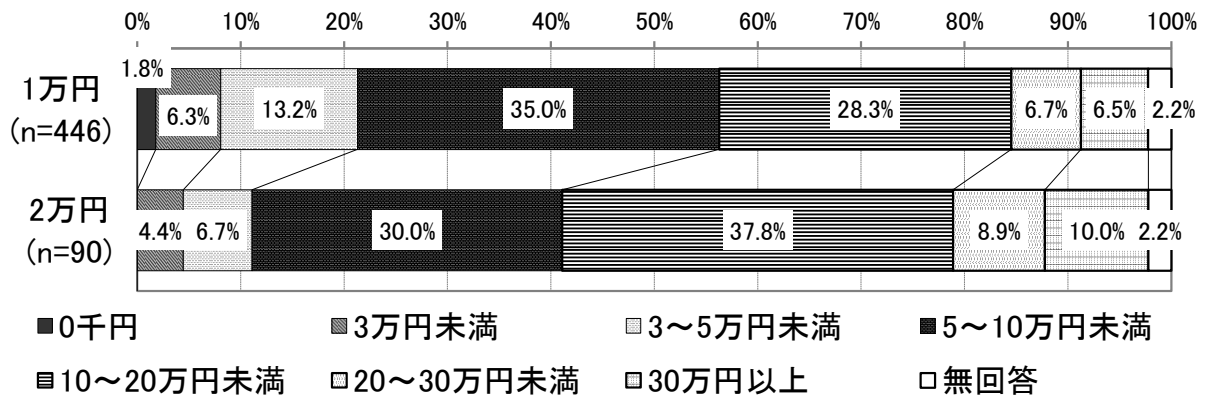


図 5-91 過去1年間に病気やけが、予防で自己負担した費用のうちB型肝炎に関連するもの(表頭)と平成24年11月の家計支出総額(表側)

	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20~30万円未満	30万円以上	無回答	(単位:千円)
合計	1,311	52	131	87	232	323	116	133	237	3.65
10万円未満	33	6	5	3	2	4	4	1	8	3.36
10~20万円未満	168	19	29	11	39	34	11	8	17	3.70
20~30万円未満	267	23	37	21	61	49	12	20	41	3.86
30~50万円未満	252	26	36	23	55	48	18	17	29	3.83
50万円以上	82	10	12	5	17	22	6	5	5	3.87
無回答	512	64	75	43	74	76	15	15	150	3.35

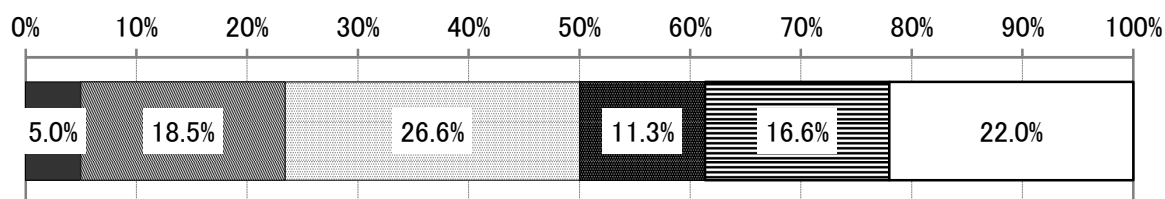
(ク) B型肝炎に関するもので、1年間の自己負担額で最も高かった額（1年間分）とその年

1年間に支払った病気やけがの費用のうちB型肝炎に関するもので、これまで自己負担した費用が最も高かった額（1年間分）については、「10～30万円未満」（26.6%）が最も多く、次いで「10万円未満」（18.5%）、「50万円以上」（16.6%）であった。

また、その当該年については、「～2007年」（36.9%）が最も多かった。

図 5-92 1年間の自己負担額で最も高かった額(1年間分)

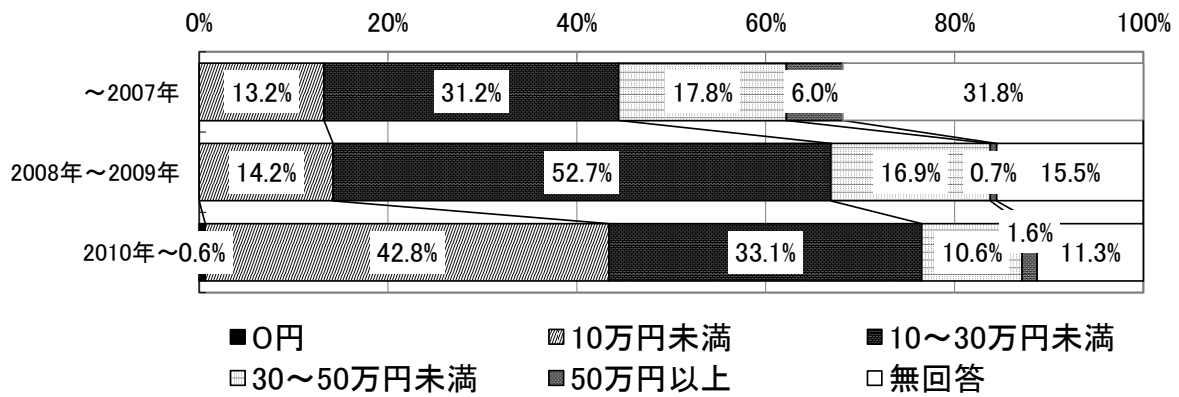
(N=1,311)



■ 0千円 ■ 10万円未満 ■ 10～30万円未満
 ■ 30～50万円未満 ■ 50万円以上 □ 無回答

	件数	0千円	10万円未満	10～30万円未満	30～50万円未満	50万円以上	無回答	(単位：千円) 平均値	(単位：千円) 中央値
合計	1,311	65	242	349	148	218	289	398.78	200.0
	100.0%	5.0%	18.5%	26.6%	11.3%	16.6%	22.0%		

図 5-93 1年間の自己負担額で最も高かった額(1年間分)とその年次



	件数	0千円	10万円未満	10~30万円未満	30~50万円未満	50万円以上	無回答	平均(単位:千円)	中央値(単位:千円)
合計	1,311	65	242	349	148	218	289	398.78	200.0
~2007年	484	-	64	151	86	29	154	598.32	300.0
2008年~2009年	148	-	21	78	25	1	23	350.94	200.0
2010年~	311	2	133	103	33	35	5	242.33	118.5
無回答	368	63	24	17	4	6	254	83.96	0.0

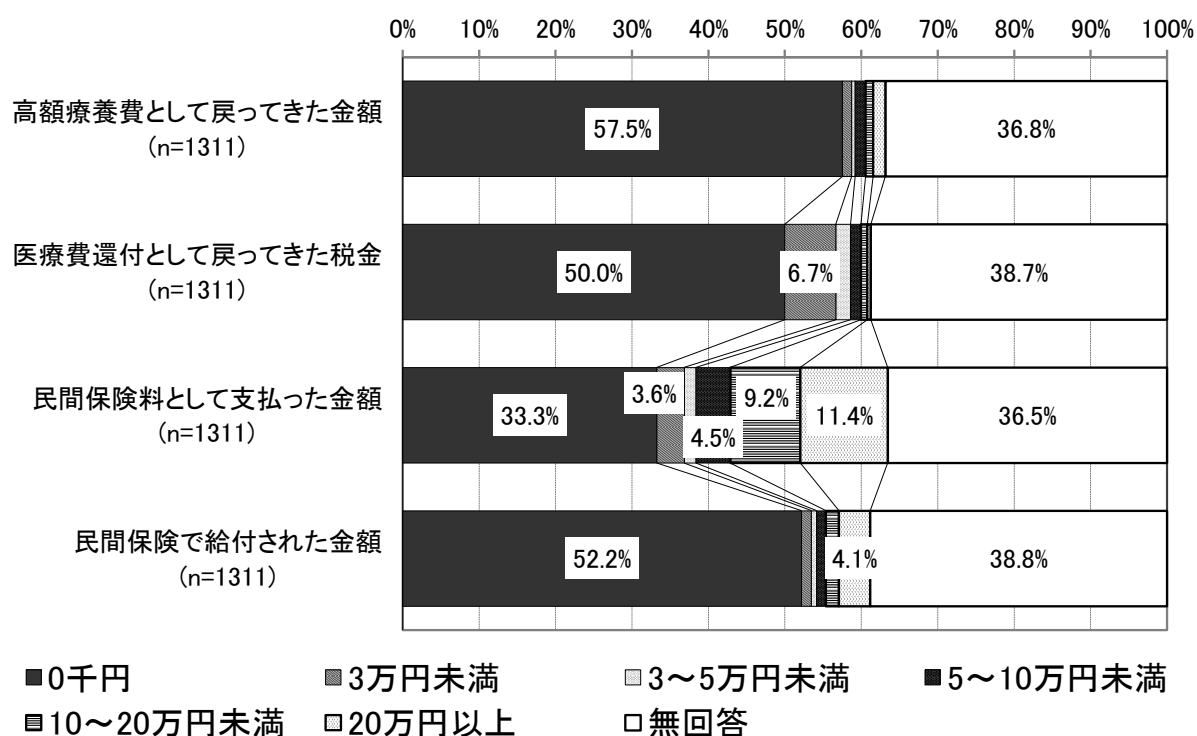
※インターフェロン医療費助成の開始が2008年、核酸アナログ製剤が医療費助成の対象となったのが2010年であることを踏まえ、「~2007年」「2008年~2009年」「2010年~」の3つの期間での集計を行った。

(ケ) 過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額

過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額については、「高額療養費として戻ってきた金額」「医療費還付として戻ってきた税金」「民間保険料として支払った金額」「民間保険で給付された金額」すべてにおいて「0千円」が最も多かった。

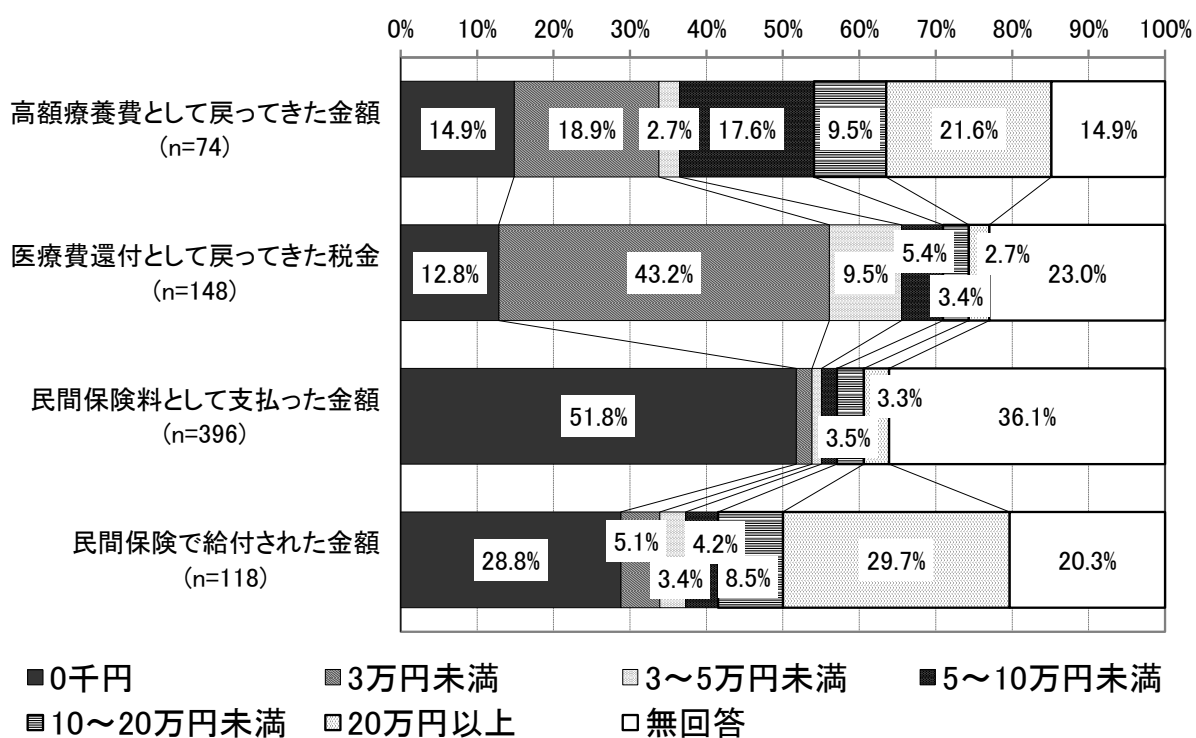
そのうち、B型肝炎に関連するものにおいては、「高額療養費として戻ってきた金額」では、「20万円以上」(21.6%)が最も多く、次いで「3万円未満」(18.9%)、「5～10万円未満」(17.6%)であり、「医療費還付として戻ってきた税金」では、「3万円未満」(43.2%)が最も多く、次いで「0千円」(12.8%)、「3～5万円未満」(9.5%)であり、「民間保険料として支払った金額」では、「0千円」(51.8%)が最も多く、次いで「10～20万円未満」(3.5%)であり、「民間保険で給付された金額」では、「20万円以上」(29.7%)が最も多く、次いで「0千円」(28.8%)、「3万円未満」(5.1%)であった。また、民間保険について、「がん診療の経済的な負担に関するアンケート調査」と比較すると、「民間保険料として支払った金額」は、B型肝炎が平均29.5千円に対し、がん患者は、平均156千円であった。「民間保険で給付された金額」は、B型肝炎が平均228千円に対して、がん患者は734千円であった。

図 5-94 過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額



	件数	0千円	3万円未満	3～5万円未満	5～10万円未満	10～20万円未満	20万円以上	無回答	(単位：千円)	(単位：千円)
高額療養費として戻ってきた金額	1,311	754	16	6	18	13	21	483	20.21	0.0
医療費還付として戻ってきた税金	1,311	655	88	25	18	11	6	508	8.06	0.0
民間保険料として支払った金額	1,311	436	47	20	59	120	150	479	87.97	0.0
民間保険で給付された金額	1,311	684	17	9	16	22	54	509	61.29	0.0

図 5-95 過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額のうちB型肝炎に関するもの



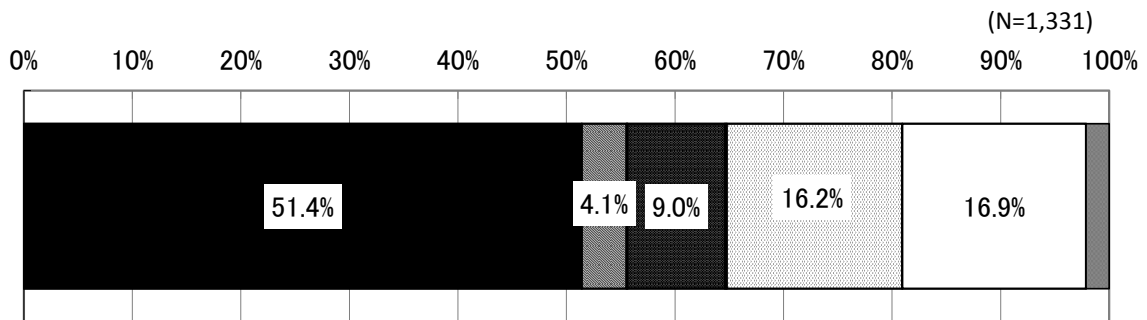
	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20万円以上	無回答	平均 (単位: 千円)	中央値 (単位: 千円)
高額療養費として戻ってきた金額	74	11	14	2	13	7	16	11	188.54	50.0
医療費還付として戻ってきた税金	148	19	64	14	8	5	4	34	32.26	10.0
民間保険料として支払った金額	396	205	8	5	8	14	13	143	29.53	0.0
民間保険で給付された金額	118	34	6	4	5	10	35	24	228.29	79.0

d) 仕事の状況

(ア) 11 月中の仕事の状況

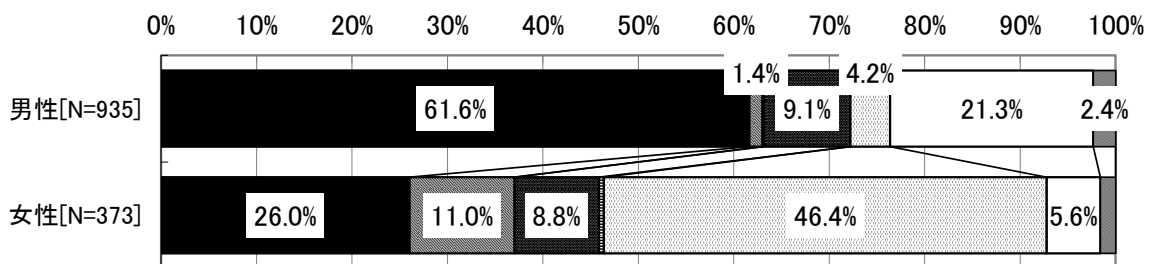
11 月中の仕事の状況については、「主に仕事をしている」(51.4%) が最も多く、次いで「仕事なし(その他)」(16.9%)、「家事(専業)」(16.2%) であった。その他には、「無職」、「年金生活」「自宅療養」などの回答があった。

図 5-96 11 月中の仕事の状況



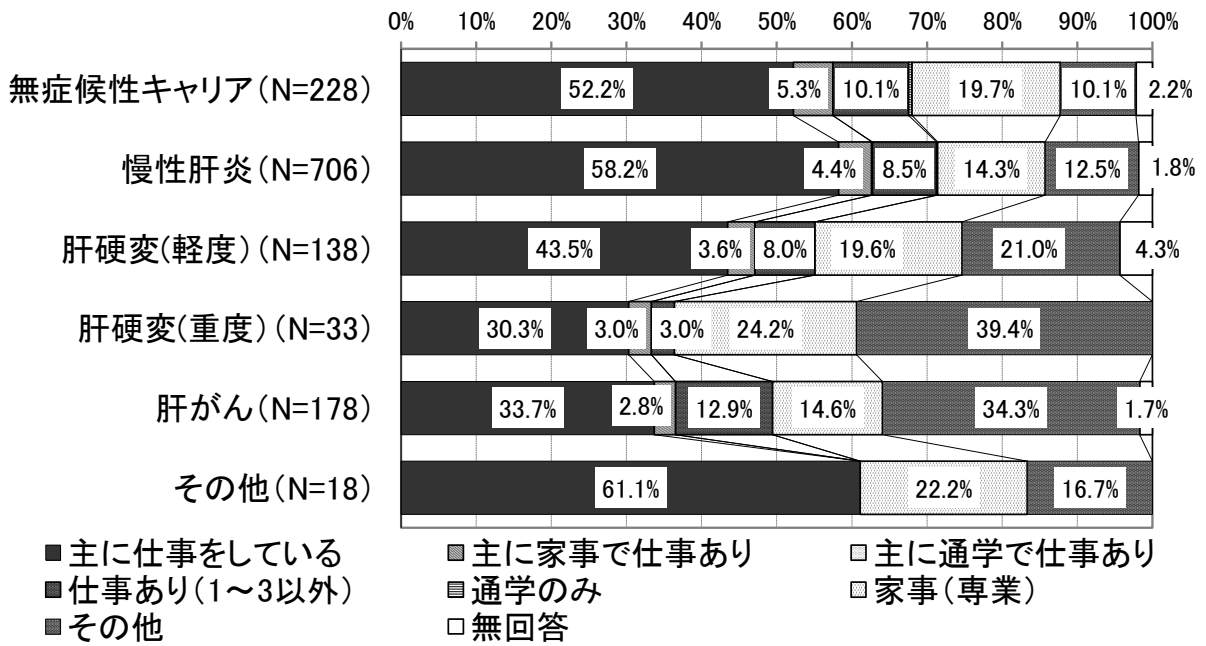
- 【仕事あり】主に仕事をしている
- 【仕事あり】主に家事で仕事あり
- 【仕事あり】主に通学で仕事あり
- 【仕事あり】(主に仕事・家事・通学以外)
- 【仕事なし】通学のみ
- 【仕事なし】家事(専業)
- 【仕事なし】その他
- 無回答

図 5-97 11 月中の仕事の状況と性別



- 【仕事あり】主に仕事をしている
- 【仕事あり】主に家事で仕事あり
- 【仕事あり】主に通学で仕事あり
- 【仕事あり】(主に仕事・家事・通学以外)
- 【仕事なし】通学のみ
- 【仕事なし】家事(専業)
- 【仕事なし】その他
- 無回答

図 5-98 11 月中の仕事の状況と現在のB型肝炎の病態



	件数	主に仕事をしている	主に家事で仕事あり	主に通学で仕事あり	仕事あり(1~3以外)	通学のみ	家事(専業)	その他	無回答
合計	1,311	674	54	1	118	2	212	222	28
	100.0%	51.4%	4.1%	0.1%	9.0%	0.2%	16.2%	16.9%	2.1%
無症候性キャリア	228	119	12	0	23	1	45	23	5
	100.0%	52.2%	5.3%	0.0%	10.1%	0.4%	19.7%	10.1%	2.2%
慢性肝炎	706	411	31	1	60	1	101	88	13
	100.0%	58.2%	4.4%	0.1%	8.5%	0.1%	14.3%	12.5%	1.8%
肝硬変(軽度)	138	60	5	0	11	0	27	29	6
	100.0%	43.5%	3.6%	0.0%	8.0%	0.0%	19.6%	21.0%	4.3%
肝硬変(重度)	33	10	1	0	1	0	8	13	0
	100.0%	30.3%	3.0%	0.0%	3.0%	0.0%	24.2%	39.4%	0.0%
肝がん	178	60	5	0	23	0	26	61	3
	100.0%	33.7%	2.8%	0.0%	12.9%	0.0%	14.6%	34.3%	1.7%
その他	18	11	0	0	0	0	4	3	0
	100.0%	61.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%	16.7%	0.0%
無回答	10	3	0	0	0	0	1	5	1
	100.0%	30.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	50.0%	10.0%

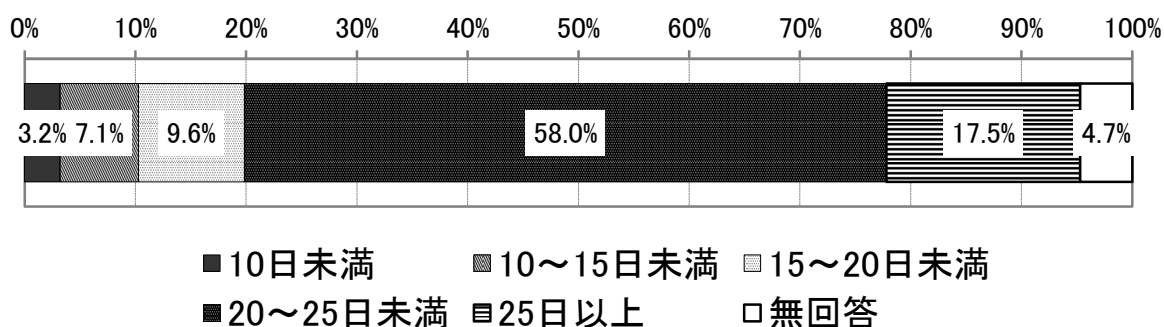
(イ) 11月1ヶ月の間の仕事をした日数と時間数

11月中の仕事の状況について「仕事あり」と回答した方に1ヵ月間の仕事の日数について尋ねたところ、「20～25日未満」(58.0%)が最も多く、次いで「25日以上」(17.5%)、「15～20日未満」(9.6%)であった。

また、残業も含めた就業時間の合計については、「40～50時間未満」(35.1%)が最も多く、次いで「50～60時間未満」(17.6%)、「30時間未満」(15.8%)であった。平均値は42.1時間であり、これは1日あたりの平均就業時間としては6.0時間であった。国民生活基礎調査(平成22年)では1日当たりの平均就業時間は7.8時間である。

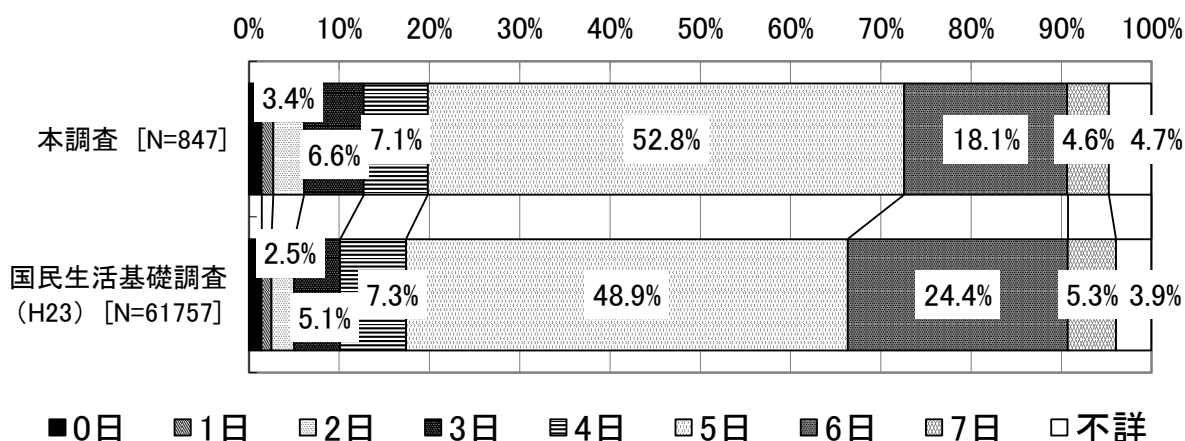
図 5-99 11月1ヶ月の間の仕事をした日数

(N=847)



	件数	10日未満	10～15日未満	15～20日未満	20～25日未満	25日以上	無回答	(単位：日) 平均値	(単位：日) 中央値
合計	847	27	60	81	491	148	40	20.45	21.0

図 5-100 (参考)国民生活基礎調査との比較[1週間に仕事をした日数]

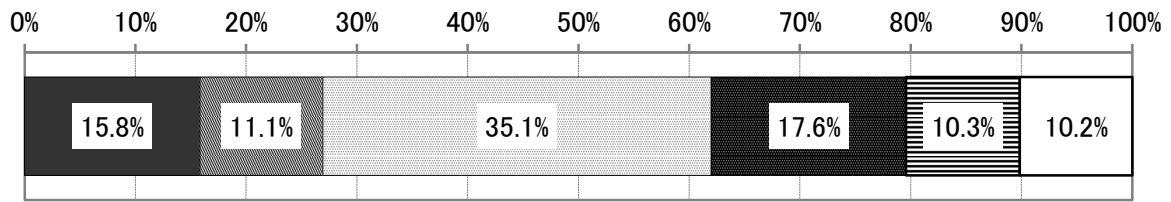


※平成22年 国民生活基礎調査 1世帯票 閲覧 第20表 有業人員数(15歳以上), 週間就業日数・年齢(5歳階級)・勤めか自営かの別・勤め先での呼称・性別

※なお、国民生活基礎調査では1週間の日数として把握されており、本調査では1ヵ月の日数であるため、ここでは本調査結果の値を4で除して1週間分に換算して比較している。

図 5-101 11月1ヶ月の間の仕事をした時間数

(N=847)



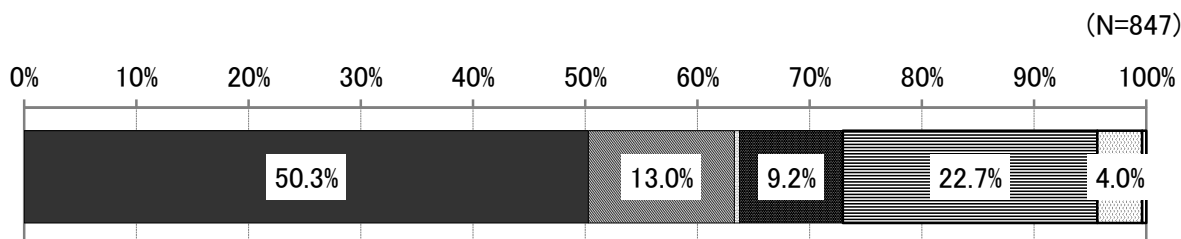
■ 30時間未満 ■ 30～40時間未満 ■ 40～50時間未満
 ■ 50～60時間未満 ■ 60時間以上 □ 無回答

	件数	30時間未満	30未満 40未満 40時間	40未満 50未満 50時間	50未満 60未満 60時間	60時間以上	無回答	(単位：時間) 平均値	(単位：時間) 中央値
合計	847 100.0%	134 15.8%	94 11.1%	297 35.1%	149 17.6%	87 10.3%	86 10.2%	42.07	42.0

(ウ) 主な仕事の職種

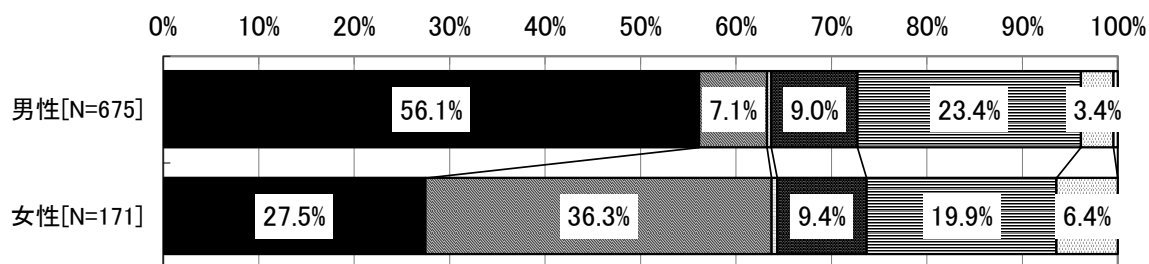
11月中の仕事の状況について「仕事あり」と回答した方の主な仕事の職種については、「正規の職員・従業員」(50.3%)が最も多く、次いで「自営業、家族従事者(自家営業の手伝い)」(22.7%)、「パート、アルバイト」(13.0%)であった。その他には、「会社役員」、「シルバー人材センター」などの回答があった。

図 5-102 主な仕事の職種



- 正規の職員・従業員
- パート、アルバイト
- 労働者派遣事業所の派遣社員
- 契約社員・嘱託
- 自営業、家族従事者(自家営業の手伝い)
- その他
- 無回答

図 5-103 主な仕事の職種と性別



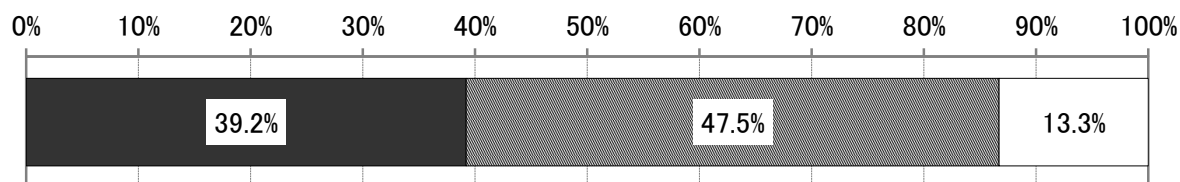
- 正規の職員・従業員
- パート、アルバイト
- 労働者派遣事業所の派遣社員
- 契約社員・嘱託
- 自営業、家族従事者(自家営業の手伝い)
- その他
- 無回答

(エ) 就業希望

11月中の仕事の状況について「仕事なし」と回答した方に就業の希望について尋ねたところ、「収入を伴う仕事をしたいと思っている」が39.2%、「収入を伴う仕事をしたいと思っていない」が47.5%であった。

図 5-104 就業希望

(N=436)



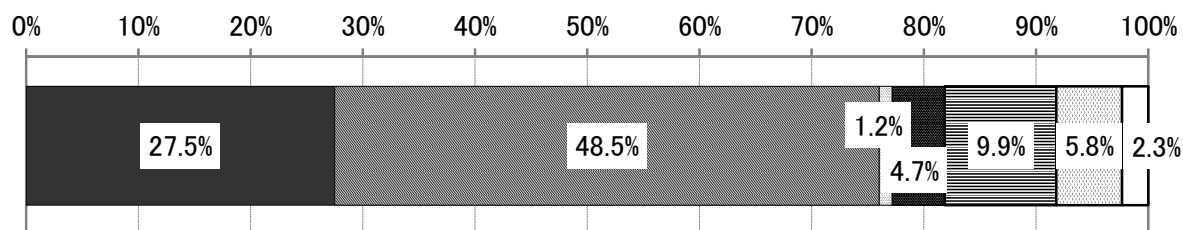
- 収入を伴う仕事をしたいと思っている
- 収入を伴う仕事をしたいと思っていない
- 無回答

(オ) 希望する職種

就業の希望で「収入を伴う仕事をしたいと思っている」と回答した方に希望する職種について尋ねたところ、「パート、アルバイト」(48.5%)が最も多く、次いで「正規の職員・従業員」(27.5%)、「自営業、家族従事者(自家営業の手伝い)」(9.9%)であった。その他には、「働きたくても体調が悪い」「体調を理解してもらえる所」などの回答があった。

図 5-105 希望する職種

(N=171)



- 正規の職員・従業員
- パート、アルバイト
- 労働者派遣事業所の派遣社員
- 契約社員・嘱託
- 自営業、家族従事者(自家営業の手伝い)
- その他
- 無回答

(カ) 現在の就職活動状況

就業の希望で「収入を伴う仕事をしたいと思っている」と回答した方にすぐにでも仕事につけるかどうかを尋ねたところ、「すぐに仕事につける」が36.3%、「すぐに仕事につけない」が57.3%であった。

また、「すぐに仕事につける」と回答した方に仕事を探しているかどうかを尋ねたところ、「探している」が74.2%、「探していない」が24.2%であった。

「すぐに仕事につけない」と回答した方にその理由を尋ねたところ、「健康に自信がない」(67.3%)が最も多く、次いで「その他」(25.5%)、「介護・看護のため」(11.2%)であった。その他には、「病気治療中」「体調不良のため」などの回答があった。

図 5-106 すぐ仕事につけるか

(N=171)

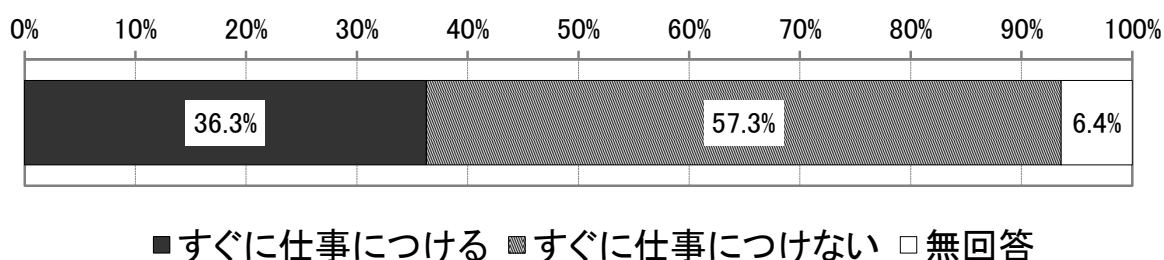


図 5-107 すぐ仕事につけるかと性別

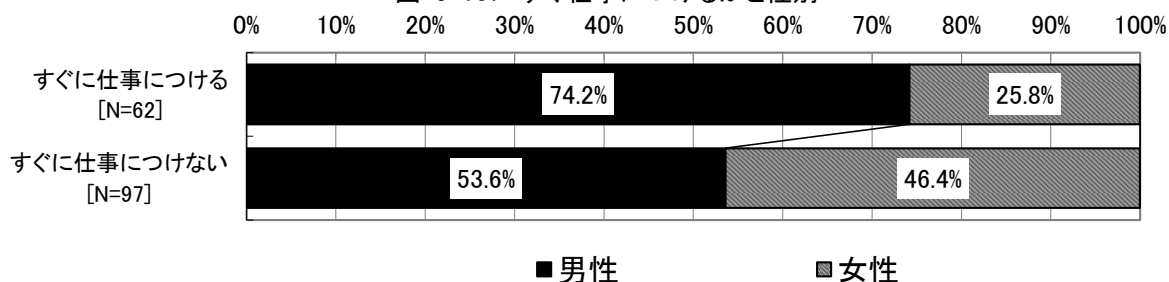


図 5-108 仕事を探しているか

(N=62)

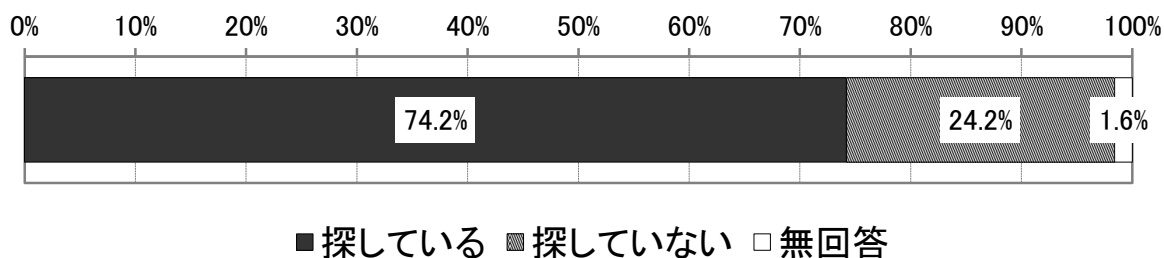
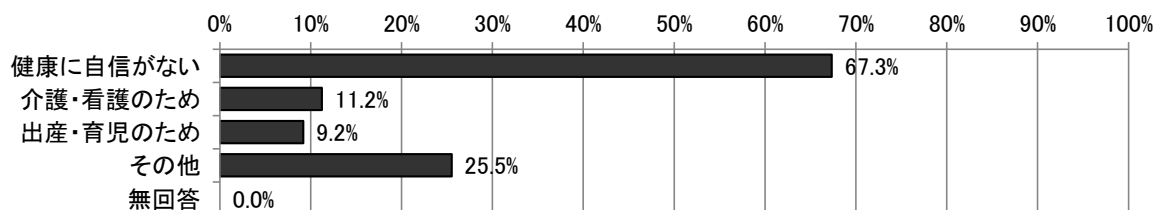


図 5-109 すぐ仕事につけない理由

(N=98)



(キ) B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったことがあるか

B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったことがあるかを尋ねたところ、「変わったことはない」（44.1%）が最も多く、次いで「仕事を辞めた」（12.4%）、「部署が変わった」（6.9%）であった。その他には、「仕事量を減らした」「会社に話していない」などの回答があった。

図 5-110 B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったことがあるか

(N=1,311)

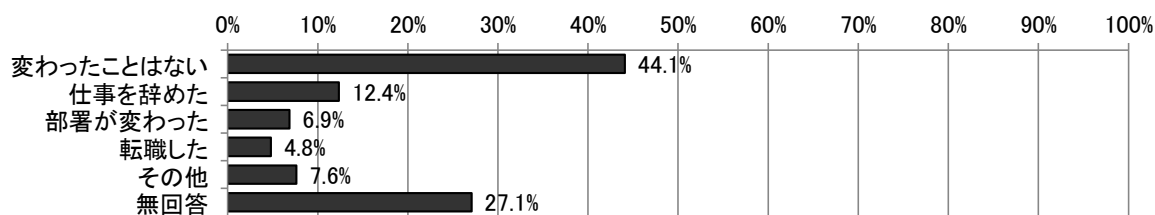


図 5-111 B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったことがあるかと性別

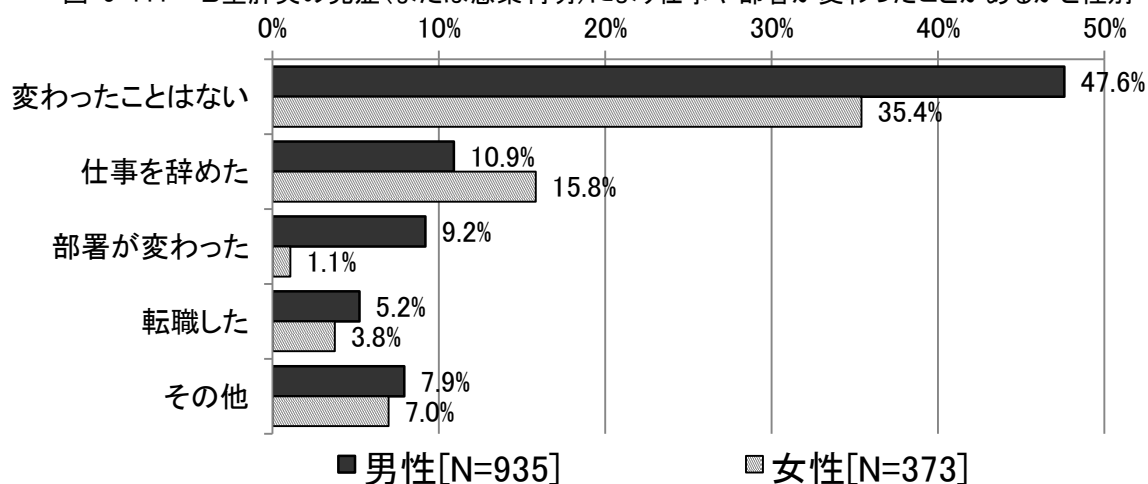
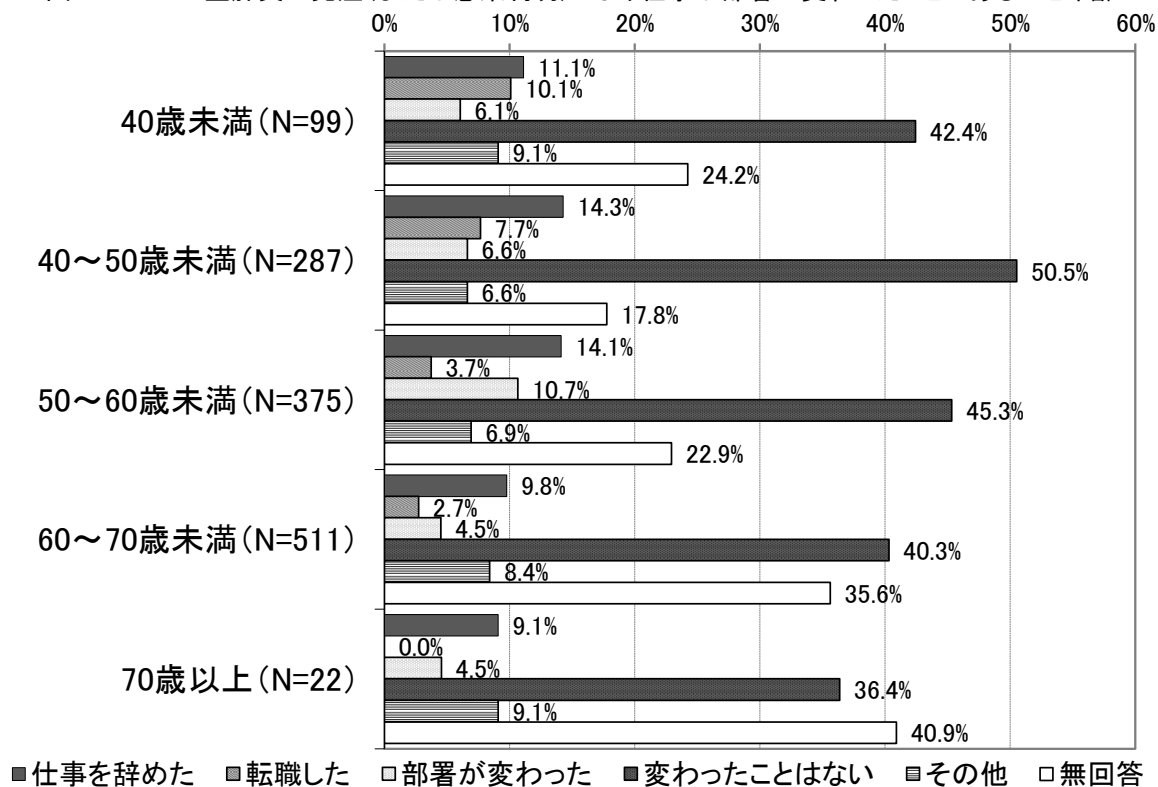
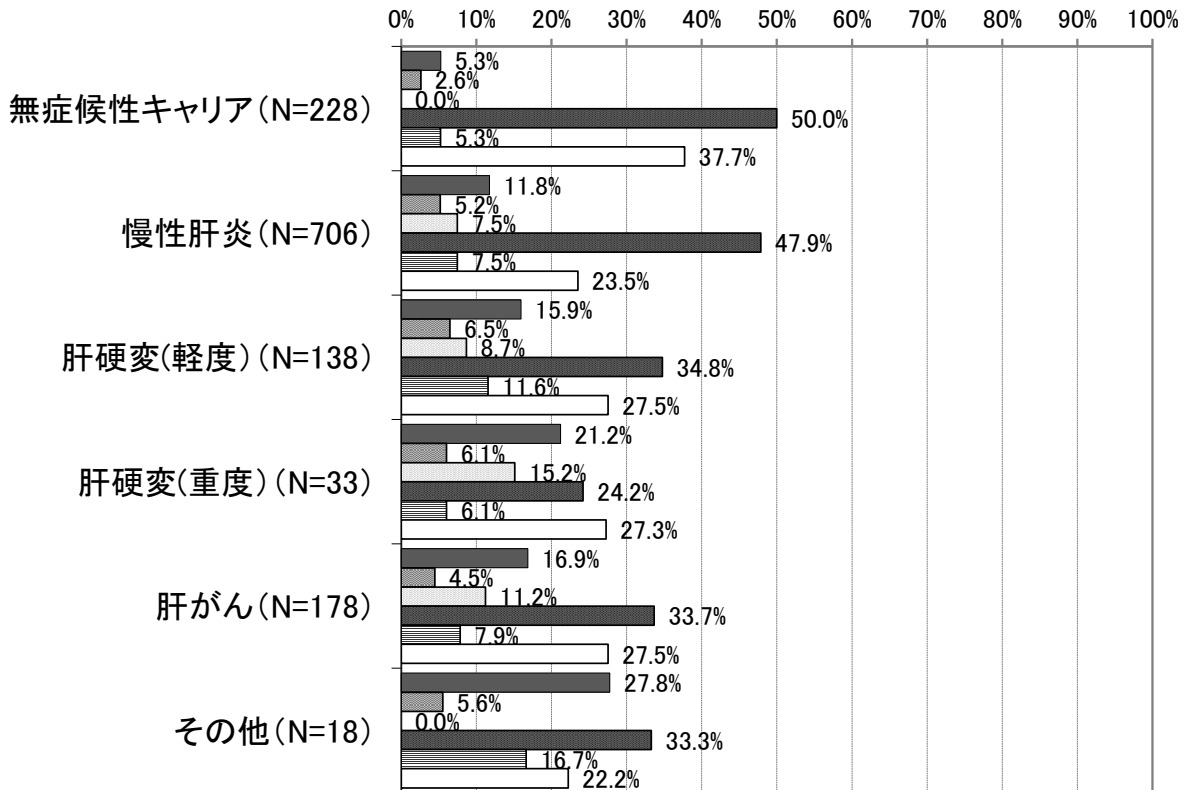


図 5-112 B型肝炎の発症(または感染判明)により仕事や部署が変わったことがあるかと年齢



	件数	仕事を辞めた	転職した	部署が変わった	変わったことはない	その他	無回答
合計	1,311	162	63	90	578	100	355
	100.0%	4.9%	19.0%	18.7%	23.0%	6.0%	28.5%
40歳未満	99	11	10	6	42	9	24
	100.0%	11.1%	10.1%	6.1%	42.4%	9.1%	24.2%
40~50歳未満	287	41	22	19	145	19	51
	100.0%	14.3%	7.7%	6.6%	50.5%	6.6%	17.8%
50~60歳未満	375	53	14	40	170	26	86
	100.0%	14.1%	3.7%	10.7%	45.3%	6.9%	22.9%
60~70歳未満	511	50	14	23	206	43	182
	100.0%	9.8%	2.7%	4.5%	40.3%	8.4%	35.6%
70歳以上	22	2	0	1	8	2	9
	100.0%	9.1%	0.0%	4.5%	36.4%	9.1%	40.9%
無回答	17	5	3	1	7	1	3
	100.0%	29.4%	17.6%	5.9%	41.2%	5.9%	17.6%

図 5-113 B型肝炎の発症(または感染判明)により仕事や部署が変わったことがあるかと現在のB型肝炎の病態



■ 仕事を辞めた ■ 転職した □ 部署が変わった ■ 変わったことはない ■ その他 □ 無回答

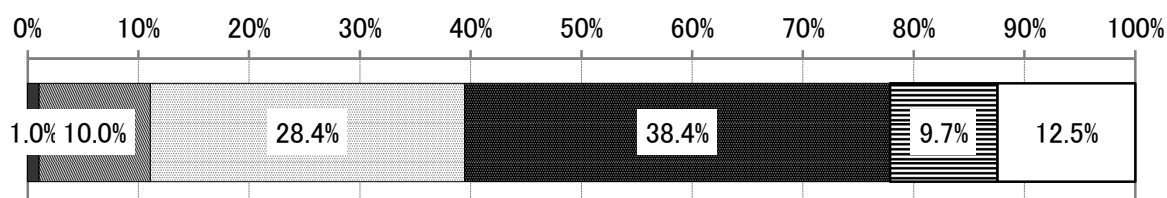
	件数	仕事を辞めた	転職した	部署が変わった	変わったことはない	その他	無回答
合計	1,311	162	63	90	578	100	355
	100.0%	12.4%	4.8%	6.9%	44.1%	7.6%	27.1%
無症候性キャリア	228	12	6	0	114	12	86
	100.0%	5.3%	2.6%	0.0%	50.0%	5.3%	37.7%
慢性肝炎	706	83	37	53	338	53	166
	100.0%	11.8%	5.2%	7.5%	47.9%	7.5%	23.5%
肝硬変(軽度)	138	22	9	12	48	16	38
	100.0%	15.9%	6.5%	8.7%	34.8%	11.6%	27.5%
肝硬変(重度)	33	7	2	5	8	2	9
	100.0%	21.2%	6.1%	15.2%	24.2%	6.1%	27.3%
肝がん	178	30	8	20	60	14	49
	100.0%	16.9%	4.5%	11.2%	33.7%	7.9%	27.5%
その他	18	5	1	0	6	3	4
	100.0%	27.8%	5.6%	0.0%	33.3%	16.7%	22.2%
無回答	10	3	0	0	4	0	3
	100.0%	30.0%	0.0%	0.0%	40.0%	0.0%	30.0%

(ク) 仕事や部署が変わった時期

B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったと回答した方にその時期について尋ねたところ、「2000年～2009年」（38.4%）が最も多く、次いで「1990年～1999年」（28.4%）、「1980年～1989年」（10.0%）であった。

図 5-114 仕事や部署が変わった時期

(N=289)



■ ~1979年 ■ 1980年～1989年 ■ 1990年～1999年
 ■ 2000年～2009年 ■ 2010年～ □ 無回答

	件数	3	29	82	111	28	36
		1.0%	10.0%	28.4%	38.4%	9.7%	12.5%
合計	289	100.0%					

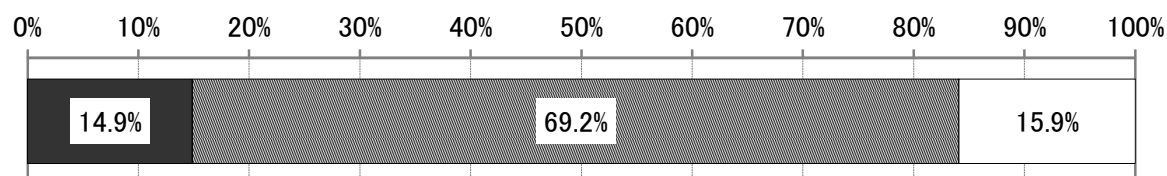
(ケ) 仕事や部署が変わったことによる収入の変化

仕事や部署が変わったことによる収入の変化について尋ねたところ、「収入に変化はない」が14.9%、「収入が減少したと思う」が69.2%であった。

また、「収入が減少したと思う」と回答した方に減少したおおよその金額を尋ねたところ、「100～300万円未満」（39.0%）が最も多く、次いで「50～100万円未満」「300～500万円未満」（15.0%）であった。

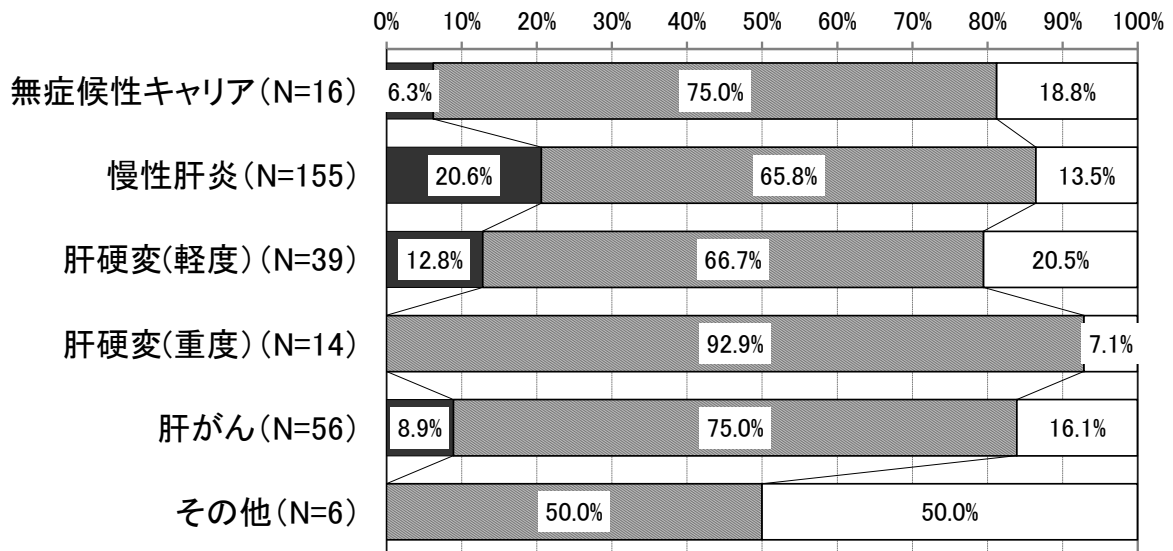
図 5-115 仕事や部署が変わったことによる収入の変化

(N=289)



■ 収入に変化はない ■ 収入が減少したと思う □ 無回答

図 5-116 仕事や部署が変わったことによる収入の変化と現在のB型肝炎の病態



■ 収入に変化はない ■ 収入が減少したと思う □ 無回答

	件数	収入に変化はない	収入が減少したと思う	無回答
合計	289	43 (14.9%)	200 (69.2%)	46 (15.9%)
無症候性キャリア	16	1 (6.3%)	12 (75.0%)	3 (18.8%)
慢性肝炎	155	32 (20.6%)	102 (65.8%)	21 (13.5%)
肝硬変(軽度)	39	5 (12.8%)	26 (66.7%)	8 (20.5%)
肝硬変(重度)	14	0 (0.0%)	13 (92.9%)	1 (7.1%)
肝がん	56	5 (8.9%)	42 (75.0%)	9 (16.1%)
その他	6	0 (0.0%)	3 (50.0%)	3 (50.0%)
無回答	3	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)

図 5-117 仕事や部署が変わったことによる収入の減少金額(年収)

(N=200)

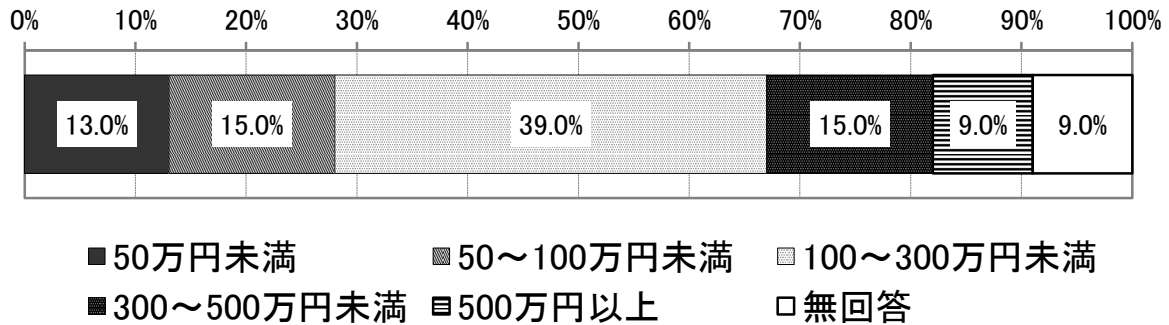
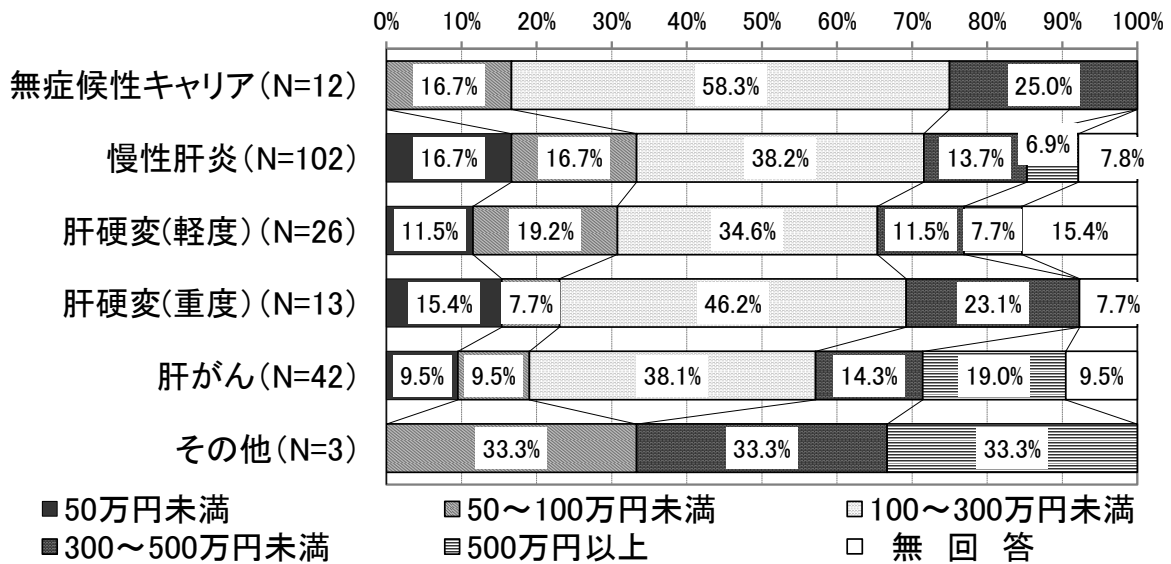
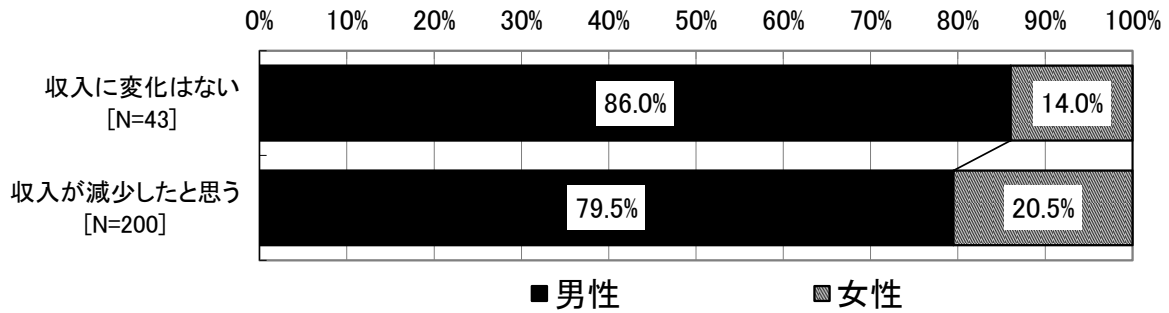


図 5-118 仕事や部署が変わったことによる収入の減少金額(年収)と現在の B 型肝炎の病態



	件数	50万円未満	50~100万円未満	100~300万円未満	300~500万円未満	500万円以上	無回答	(平均: 万円)
合計	200	26	30	78	30	18	18	208.41
無症候性キャリア	12	0	2	7	3	0	0	168.33
慢性肝炎	102	17	17	39	14	7	8	181.86
肝硬変(軽度)	26	3	5	9	3	2	4	184.55
肝硬変(重度)	13	2	1	6	3	0	1	169.00
肝がん	42	4	4	16	6	8	4	288.89
その他	3	0	1	0	1	1	0	516.67
無回答	2	0	0	1	0	0	1	200.00

図 5-119 仕事や部署が変わったことによる収入の変化と性別



なお、本調査のサンプル 1,311 件のうち、「(7) B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったことがあるか」「(9) 仕事や部署が変わったことによる収入の変化（収入が減少したと思うと回答した場合の減少額を含む）」の設問に有効な回答のあった 803 件についての年収の減少の平均値は 51.9 万円であった。

一方、国民生活基礎調査から把握される、世帯当たりの平均所得金額の減少額は、1999 年と 2010 年の差分が 88.0 万円、2001 年と 2010 年の差分が 64.0 万円であった²⁹。

²⁹ 減少額の算出の起点としては、「仕事や部署が変わった時期」の回答の平均値（1,999.8）及び中央値（2001.0）を用いた。

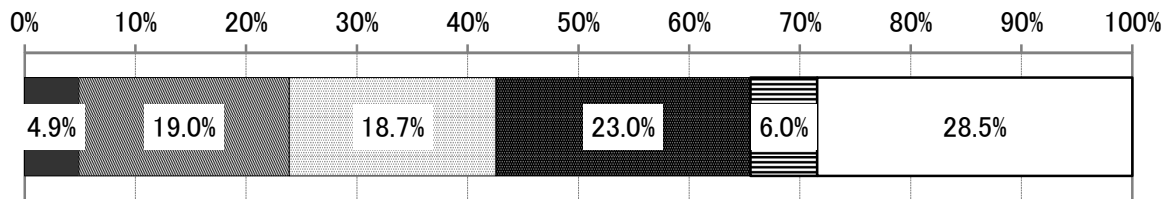
e) 世帯の所得状況

(ア) あなたの世帯の平成 23 年の年間所得総額

世帯における平成 23 年のおおよその年間所得総額³⁰について尋ねたところ、「500～1000 万円未満」(23.0%) が最も多く、次いで、「100～300 万円未満」(19.0%)、「300～500 万円未満」(18.7%) であった。また年間所得総額の中央値は 400.0 万円であった。国民生活基礎調査(平成 23 年)によると、一般的な世帯の年間所得の中央値は 427 万円である³¹。

図 5-120 平成 23 年のおおよその年間所得総額

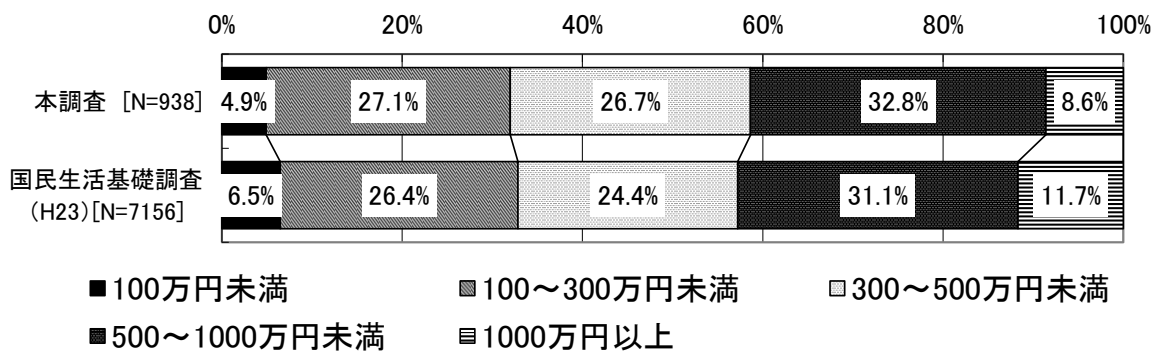
(N=1,311)



■ 100万円未満 ■ 100～300万円未満 ■ 300～500万円未満
 ■ 500～1000万円未満 ■ 1000万円以上 □ 無回答

	件数	10万円未満	10万～30万未満	30万～50万未満	50万～100万未満	100万以上	無回答	(単位：万円) 平均値	(単位：万円) 中央値
合計	1,311	64	249	245	301	79	373	473.47	400.0
	100.0%	4.9%	19.0%	18.7%	23.0%	6.0%	28.5%		

図 5-121 (参考) 国民生活基礎調査との比較[年間所得総額]



※国民生活基礎調査：平成 23 年 2.所得票 第 022 表 世帯数，世帯人員・所得金額階級別
 ※本調査は「無回答」を除いた者の割合。

³⁰ 所得には、訴訟の和解金を含まない。

³¹ 所得額の分布の代表値としては平均値ではなく中央値とすることが一般的である。

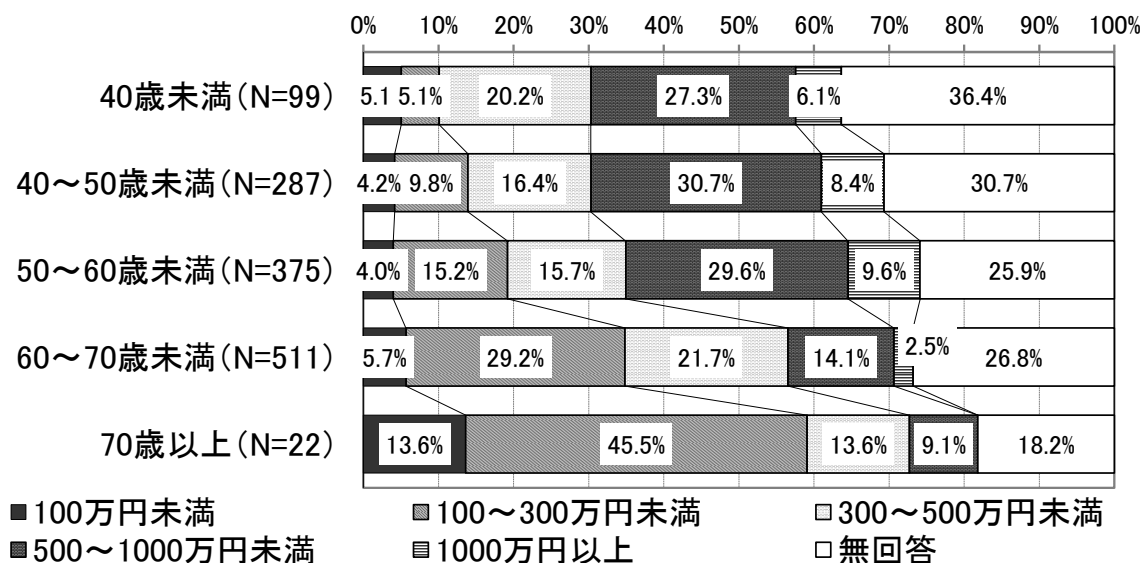
図 5-122 平成 23 年のおおよその年間所得総額(表側)と病気やけがで支払った費用(表頭)

	件数	0千円	3万円未満	3万円5万円未満	5万円10万円未満	10万円20万円未満	20万円以上	無回答	(単位:千円)
合計	1,311 100.0%	52 4.0%	131 10.0%	87 6.6%	232 17.7%	323 24.6%	249 19.0%	237 18.1%	100.0
100万円未満	64 100.0%	3 4.7%	11 17.2%	1 1.6%	6 9.4%	20 31.3%	13 20.3%	10 15.6%	106.0
100～300万円未満	249 100.0%	6 2.4%	31 12.4%	13 5.2%	50 20.1%	57 22.9%	54 21.7%	38 15.3%	100.0
300～500万円未満	245 100.0%	13 5.3%	18 7.3%	19 7.8%	42 17.1%	56 22.9%	55 22.4%	42 17.1%	102.0
500～1000万円未満	301 100.0%	12 4.0%	29 9.6%	24 8.0%	65 21.6%	85 28.2%	59 19.6%	27 9.0%	100.0
1000万円以上	79 100.0%	3 3.8%	5 6.3%	9 11.4%	12 15.2%	29 36.7%	15 19.0%	6 7.6%	100.0
無回答	373 100.0%	15 4.0%	37 9.9%	21 5.6%	57 15.3%	76 20.4%	53 14.2%	114 30.6%	99.0

図 5-123 平成 23 年のおおよその年間所得総額(表側)とB型肝炎に関する費用(表頭)

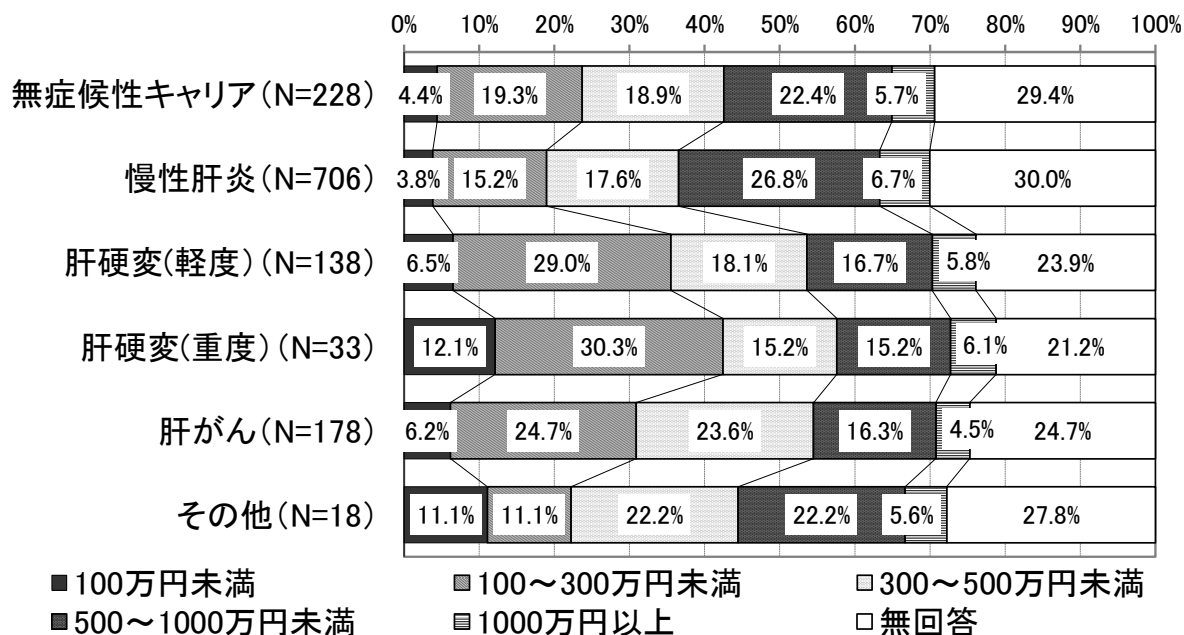
	件数	0千円	3万円未満	3万円5万円未満	5万円10万円未満	10万円20万円未満	20万円以上	無回答	(単位:千円)
合計	1,022 100.0%	97 9.5%	182 17.8%	99 9.7%	238 23.3%	213 20.8%	120 11.7%	73 7.1%	60.0
100万円未満	51 100.0%	7 13.7%	10 19.6%	3 5.9%	9 17.6%	12 23.5%	6 11.8%	4 7.8%	60.0
100～300万円未満	205 100.0%	24 11.7%	32 15.6%	17 8.3%	56 27.3%	33 16.1%	26 12.7%	17 8.3%	60.0
300～500万円未満	190 100.0%	13 6.8%	32 16.8%	24 12.6%	46 24.2%	36 18.9%	27 14.2%	12 6.3%	61.5
500～1000万円未満	262 100.0%	24 9.2%	47 17.9%	28 10.7%	54 20.6%	71 27.1%	24 9.2%	14 5.3%	60.0
1000万円以上	70 100.0%	7 10.0%	14 20.0%	4 5.7%	15 21.4%	18 25.7%	11 15.7%	1 1.4%	80.0
無回答	244 100.0%	22 9.0%	47 19.3%	23 9.4%	58 23.8%	43 17.6%	26 10.7%	25 10.2%	60.0

図 5-124 平成 23 年のおおよその年間所得総額と年齢



	件数	10万円未満	10万~30万円未満	30万~50万円未満	50万~100万円未満	100万円以上	無回答	(単位: 万円)
合計	1,311	64	249	245	301	79	373	400.0
40歳未満	99	5	5	20	27	6	36	500.0
40~50歳未満	287	12	28	47	88	24	88	500.0
50~60歳未満	375	15	57	59	111	36	97	500.0
60~70歳未満	511	29	149	111	72	13	137	300.0
70歳以上	22	3	10	3	2	0	4	239.5
無回答	17	0	0	5	1	0	11	400.0

図 5-125 平成 23 年のおおよその年間所得総額と現在のB型肝炎の病態



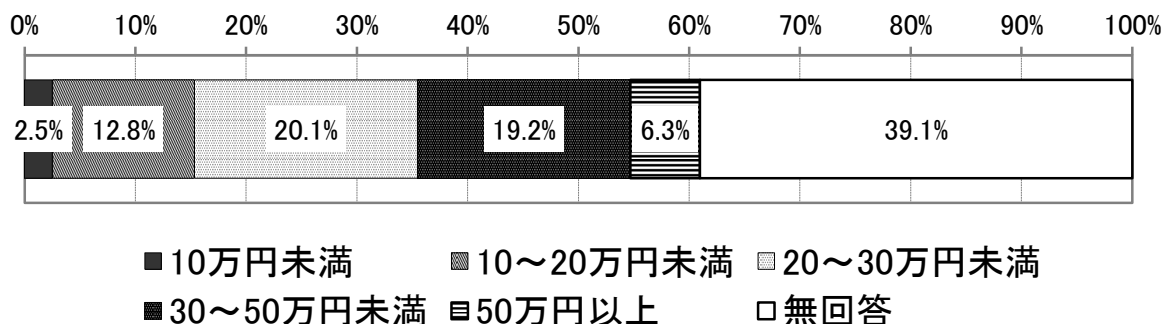
	件数	10万円未満	100万円未満	100万円~300万円未満	300万円~500万円未満	500万円~1000万円未満	1000万円以上	無回答	(単位:万円)
合計	1,311	64	249	245	301	79	373		400.0
無症候性キャリア	228	10	44	43	51	13	67		400.0
慢性肝炎	706	27	107	124	189	47	212		450.0
肝硬変(軽度)	138	9	40	25	23	8	33		300.0
肝硬変(重度)	33	4	10	5	5	2	7		280.0
肝がん	178	11	44	42	29	8	44		335.5
その他	18	2	2	4	4	1	5		470.0
無回答	10	1	2	2	0	0	5	50.0%	168.0

(イ) あなたの世帯の平成 24 年 11 月の家計支出総額

世帯における平成 24 年 11 月の家計支出総額について尋ねたところ、「20～30 万円未満」(20.1%) が最も多く、次いで「30～50 万円未満」(19.2%)、「10～20 万円未満」(12.8%) であった。また、家計支出総額の平均は 28.3 万円であった³²。国民生活基礎調査(平成 23 年)によると、一般的な世帯の家計支出総額は平均 23.8 万円である。

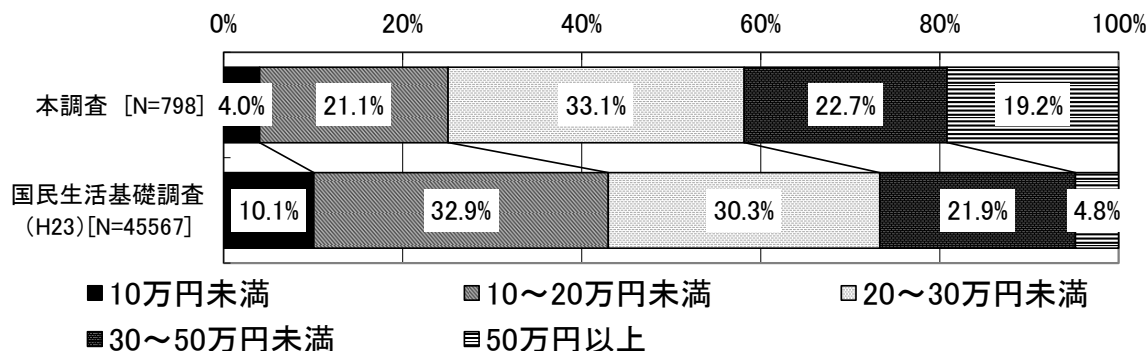
図 5-126 平成 24 年 11 月の家計支出総額

(N=1,311)



	件数	10万円未満	10～20万円未満	20～30万円未満	30～50万円未満	50万円以上	無回答	平均(単位:万円)	中央(単位:万円)
合計	1,311	33	168	264	252	82	512	28.26	25.0

図 5-127 (参考)国民生活基礎調査との比較[家計支出総額]



※国民生活基礎調査：平成 23 年 1.世帯票 第 41 表 世帯数，家計支出額（5 万円階級）別
 ※本調査は「無回答」を除いた者の割合。

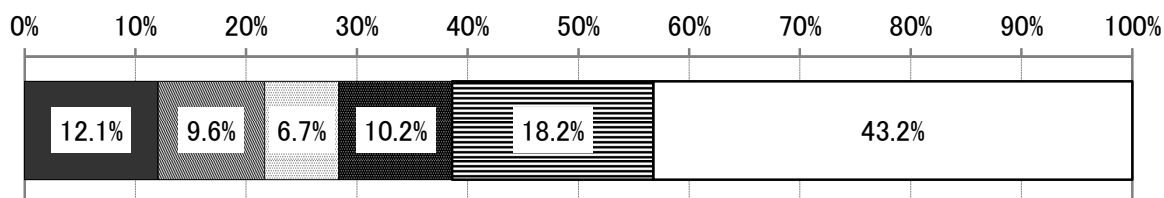
³² このうち本調査で把握された医療関連支出としては、病気やけがで支払った費用（1 ヶ月換算）14.2 千円、病気の予防で支払った費用（1 ヶ月換算）1.2 千円、通院にかかる交通費（往復分の 1 ヶ月換算）2.9 千円などである。

(ウ) あなたの世帯の平成 24 年 11 月末日現在の合計貯蓄現在高

世帯における平成 24 年 11 月末日現在の合計貯蓄現在高について尋ねたところ、「1000 万円以上」(18.2%) が最も多く、次いで「100 万円未満」(12.1%)、「500～1000 万円未満」(10.2%)、であった。また、平均は 879.0 万円であった。

図 5-128 平成 24 年 11 月末日現在の合計貯蓄現在高

(N=1,311)



- 100万円未満 ■ 100～300万円未満 ■ 300～500万円未満
- 500～1000万円未満 ■ 1000万円以上 □ 無回答

	件数	100万円未満	100～300万円未満	300～500万円未満	500～1000万円未満	1000万円以上	無回答	(単位：万円) 平均	(単位：万円) 中央値
合計	1,311	158	126	88	134	238	567	879.03	490.0

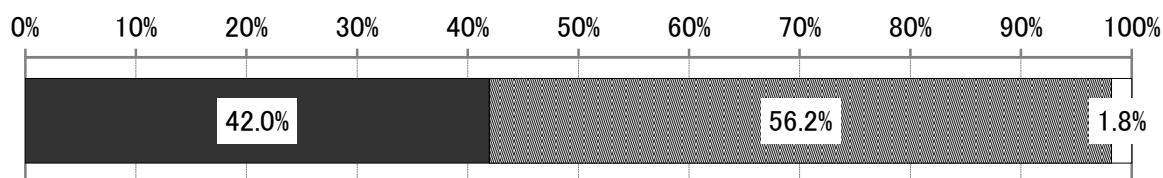
f) B型肝炎ウイルスに感染したことが判明してからの生活について

(ア) 現在、健康上の問題で日常生活に影響があるか

B型肝炎ウイルスに感染したことが判明してからの生活において、現在、健康上の問題で日常生活への影響について尋ねたところ、「影響がある」が42.0%、「影響はない」が56.2%であった。

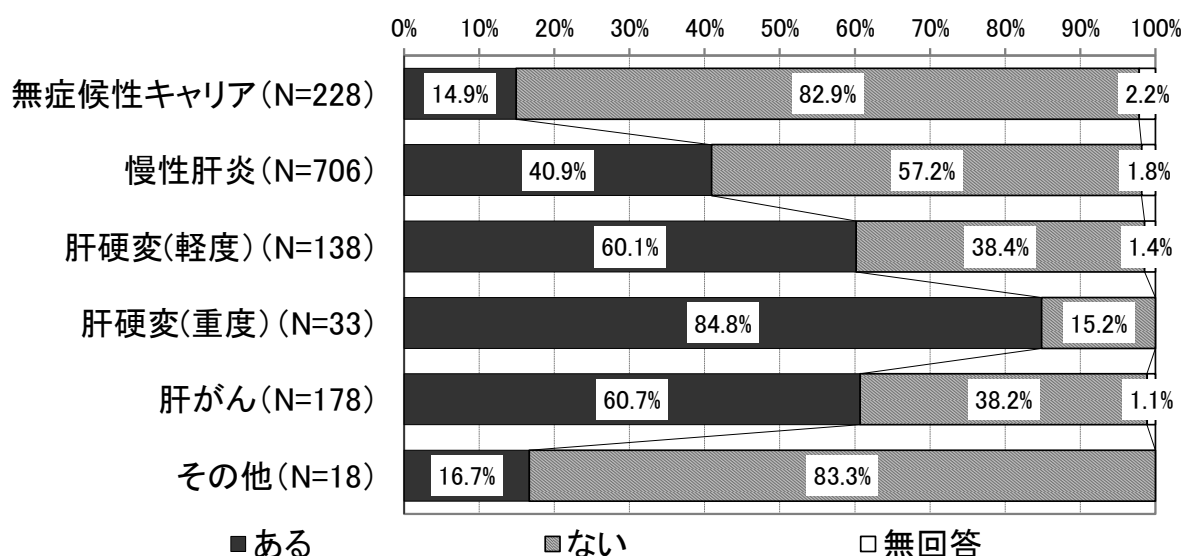
図 5-129 日常生活への影響

(N=1,311)



■ある ■ない □無回答

図 5-130 日常生活への影響と現在のB型肝炎の病態



■ある ■ない □無回答

	件数	ある	ない	無回答	
合計	1,311	550	737	24	
		100.0%	42.0%	56.2%	1.8%
無症候性キャリア	228	34	189	5	
		100.0%	14.9%	82.9%	2.2%
慢性肝炎	706	289	404	13	
		100.0%	40.9%	57.2%	1.8%
肝硬変(軽度)	138	83	53	2	
		100.0%	60.1%	38.4%	1.4%
肝硬変(重度)	33	28	5	0	
		100.0%	84.8%	15.2%	0.0%
肝がん	178	108	68	2	
		100.0%	60.7%	38.2%	1.1%
その他	18	3	15	0	
		100.0%	16.7%	83.3%	0.0%
無回答	10	5	3	2	
		100.0%	50.0%	30.0%	20.0%

(イ) どのような影響か

現在、健康上の問題で日常生活に「影響がある」と回答した方にどのような影響があるか尋ねたところ、「仕事、家事、学業（時間や作業などが制限される）」（65.5%）が最も多く、次いで「運動（スポーツを含む）」（48.4%）、「日常生活動作（起床、衣服着脱、食事、入浴など）」（35.6%）であった。

図 5-131 日常生活への影響の内容

(N=550)

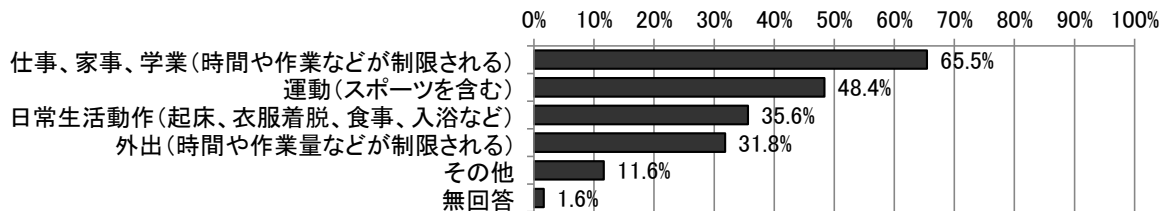
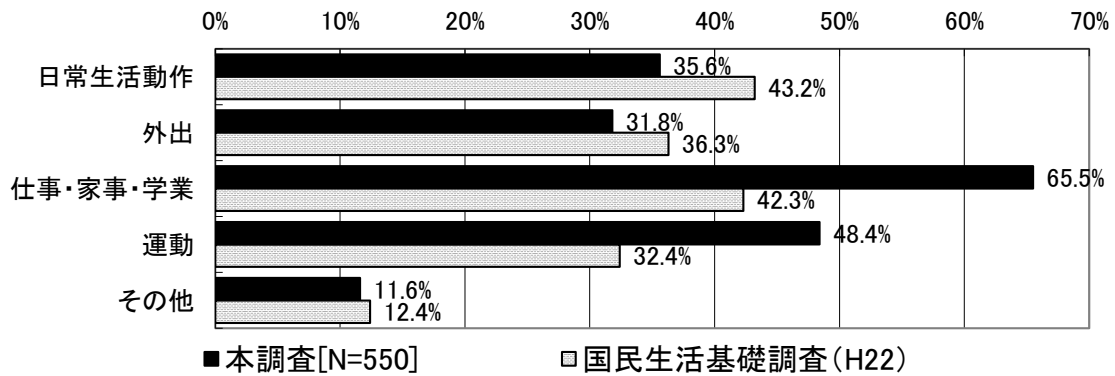


図 5-132（参考）国民生活基礎調査との比較[日常生活への影響]



※国民生活基礎調査：平成22年3.健康票 第75表 日常生活に影響のある者率(40歳以上・人口対)
 ※本調査は「無回答」を除いた者の割合。

	本調査					
	件数	日常生活動作（起床、衣服着脱、食事、入浴など）	外出（時間や作業量などが制限される）	仕事・家事・学業（時間や作業などが制限される）	運動（スポーツを含む）	その他
合計	550	196	175	360	266	64
	100.0%	35.6%	31.8%	65.5%	48.4%	11.6%
40歳未満	31	12	8	18	8	3
	100.0%	38.7%	25.8%	58.1%	25.8%	9.7%
40～50歳未満	109	28	30	73	52	18
	100.0%	25.7%	27.5%	67.0%	47.7%	16.5%
50～60歳未満	171	60	51	121	79	17
	100.0%	35.1%	29.8%	70.8%	46.2%	9.9%
60～70歳未満	222	85	79	141	117	22
	100.0%	38.3%	35.6%	63.5%	52.7%	9.9%
70歳以上	10	8	5	4	7	1
	100.0%	80.0%	50.0%	40.0%	70.0%	10.0%

	国民生活基礎調査					
	件数	日常生活動作（起床、衣服着脱、食事、入浴など）	外出（時間や作業量などが制限される）	仕事・家事・学業（時間や作業などが制限される）	運動（スポーツを含む）	その他
合計	1,974	852	716	836	640	245
	100.0%	43.2%	36.3%	42.3%	32.4%	12.4%
40歳未満	317	89	64	156	127	46
	100.0%	28.1%	20.1%	49.1%	40.1%	14.6%
40～50歳未満	153	44	31	83	53	23
	100.0%	28.5%	20.3%	54.4%	34.6%	14.9%
50～60歳未満	199	59	40	103	70	31
	100.0%	29.7%	19.9%	51.8%	35.2%	15.6%
60～70歳未満	240	78	64	101	92	34
	100.0%	32.5%	26.8%	42.1%	38.3%	14.0%
70歳以上	1,064	582	517	393	297	111
	100.0%	54.7%	48.6%	36.9%	27.9%	10.4%

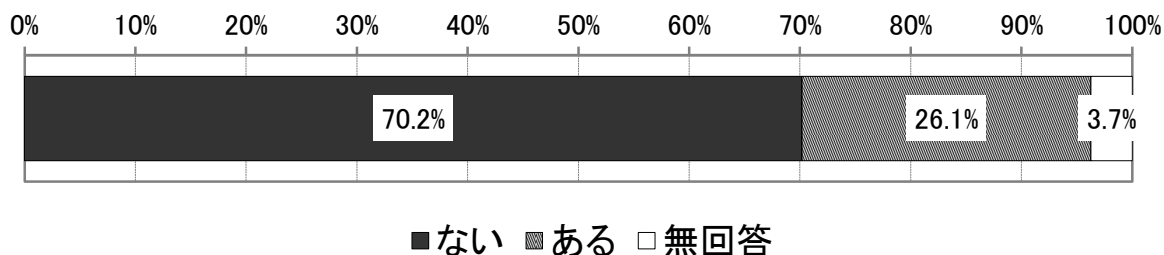
(ウ) 過去1ヶ月の間に、健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかったことの有無

過去1ヶ月の間に、健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかったことがあるかどうかを尋ねたところ、「ない」が70.2%、「ある」が26.1%であった。

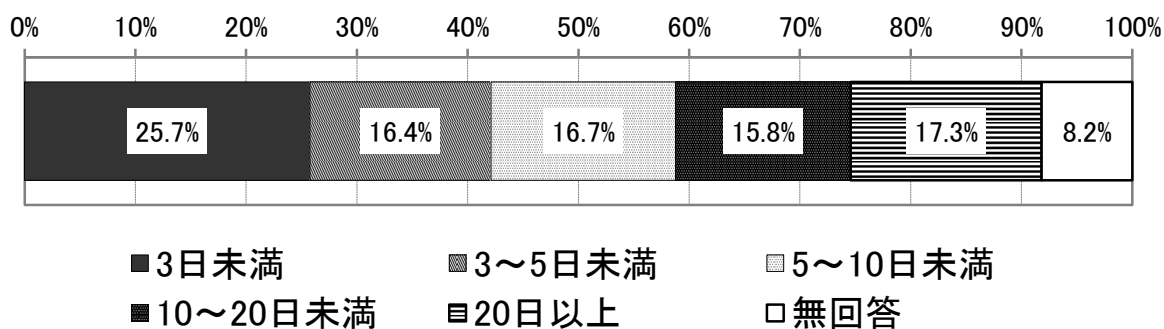
また、「ある」と回答した方にその合計日数を尋ねたところ、「3日未満」(25.7%)が最も多く、次いで「20日以上」(17.3%)、「5~10日未満」(16.7%)であった。

図 5-133 普段の活動ができなかったりしたことの有無とその日数

(N=1,311)



(N=342)



	件数	3日未満	3~5日未満	5~10日未満	10~20日未満	20日以上	無回答
合計	342	88	56	57	54	59	28
	100.0%	25.7%	16.4%	16.7%	15.8%	17.3%	8.2%

(エ) 現在の健康状態

現在の健康状態については、「ふつう」(43.9%)が最も多く、次いで「あまりよくない」(24.0%)、「まあよい」(15.9%)であった。

図 5-134 現在の健康状態

(N=1,311)

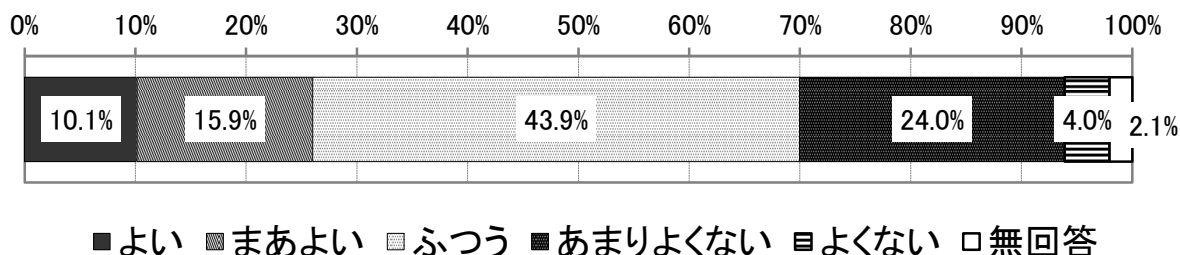
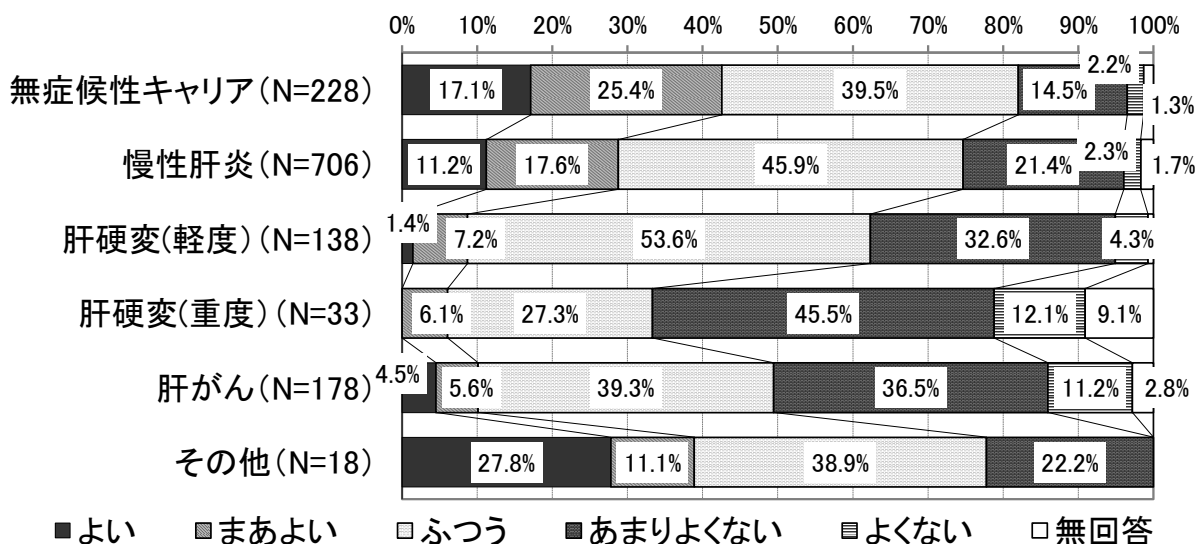


図 5-135 現在の健康状態と現在のB型肝炎の病態

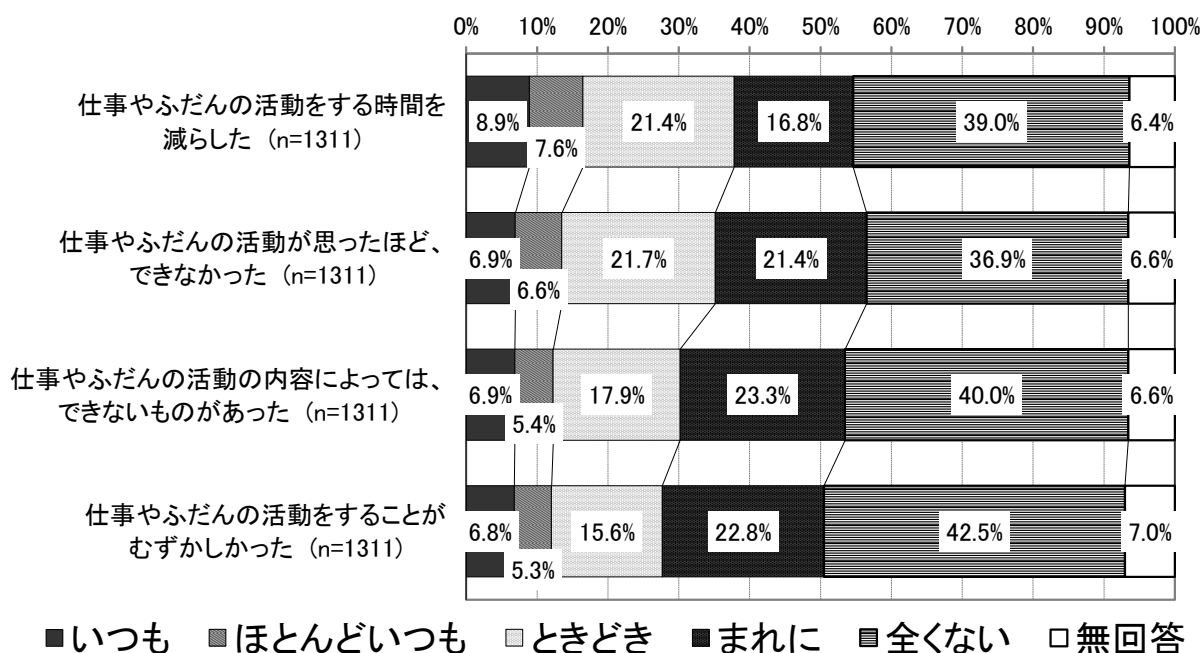


	件数	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない	無回答	
合計	1,311	133	208	576	314	53	27	
		100.0%	10.1%	15.9%	43.9%	24.0%	4.0%	2.1%
無症候性キャリア	228	39	58	90	33	5	3	
		100.0%	17.1%	25.4%	39.5%	14.5%	2.2%	1.3%
慢性肝炎	706	79	124	324	151	16	12	
		100.0%	11.2%	17.6%	45.9%	21.4%	2.3%	1.7%
肝硬変(軽度)	138	2	10	74	45	6	1	
		100.0%	1.4%	7.2%	53.6%	32.6%	4.3%	0.7%
肝硬変(重度)	33	0	2	9	15	4	3	
		100.0%	0.0%	6.1%	27.3%	45.5%	12.1%	9.1%
肝がん	178	8	10	70	65	20	5	
		100.0%	4.5%	5.6%	39.3%	36.5%	11.2%	2.8%
その他	18	5	2	7	4	0	0	
		100.0%	27.8%	11.1%	38.9%	22.2%	0.0%	0.0%
無回答	10	0	2	2	1	2	3	
		100.0%	0.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	30.0%

(オ) 過去1ヶ月に身体的な理由で生じた問題

過去1ヶ月に身体的な理由で生じた問題で、「仕事やふだんの活動をする時間を減らした」については、「全くない」(39.0%)が最も多く、次いで「ときどき」(21.4%)、「まれに」(16.8%)であり、「仕事やふだんの活動が思ったほど、できなかった」については、「全くない」(36.9%)が最も多く、次いで「ときどき」(21.7%)、「まれに」(21.4%)であり、「仕事やふだんの活動の内容によっては、できないものがあった」については、「全くない」(40.0%)が最も多く、次いで「まれに」(23.3%)、「ときどき」(17.9%)であり、「仕事やふだんの活動をするのがむずかしかった」については、「全くない」(42.5%)が最も多く、次いで「まれに」(22.8%)、「ときどき」(15.6%)であった。

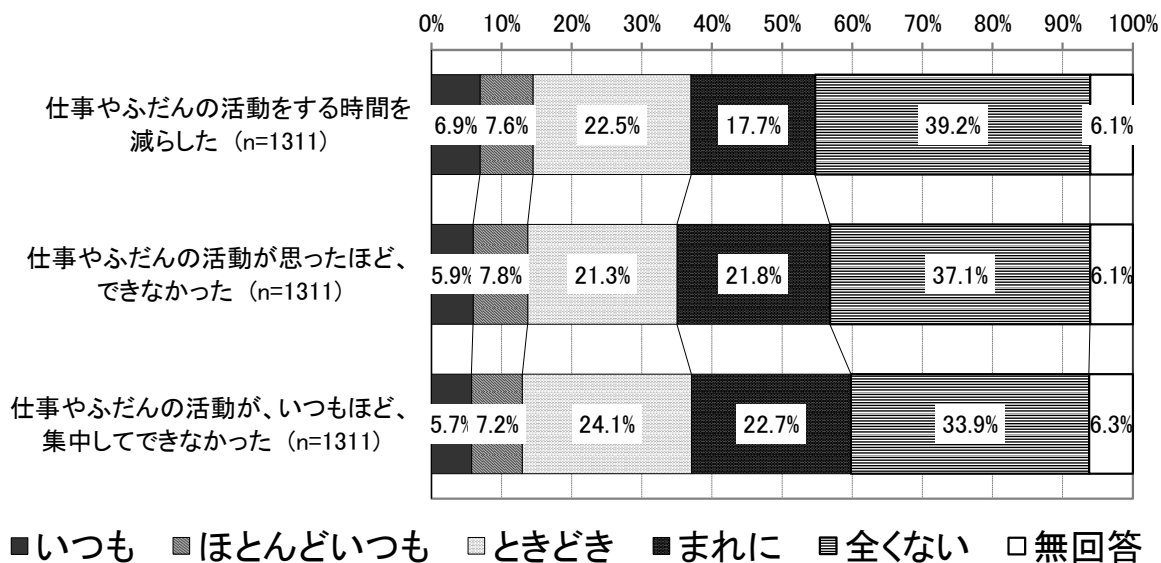
図 5-136 過去1ヶ月に身体的な理由で生じた問題



(カ) 過去1ヶ月に心理的な理由で生じた問題

過去1ヶ月に心理的な理由で生じた問題で、「仕事やふだんの活動をする時間を減らした」については、「全くない」(39.2%)が最も多く、次いで「ときどき」(22.5%)、「まれに」(17.7%)であり、「仕事やふだんの活動が思ったほど、できなかった」については、「全くない」(37.1%)が最も多く、次いで「まれに」(21.8%)、「ときどき」(21.3%)であり、「仕事やふだんの活動が、いつもほど、集中してできなかった」については、「全くない」(33.9%)が最も多く、次いで「ときどき」(24.1%)、「まれに」(22.7%)であった。

図 5-137 過去1ヶ月に心理的な理由で生じた問題



(キ) B型肝炎治療にかかる経済的負担について、改善を希望するもの

B型肝炎治療にかかる経済的負担において改善を希望するものについては、「B型肝炎治療の自己負担割合を軽減又は無料にしてほしい」(75.9%)が最も多く、次いで「B型肝炎治療の経済負担についての正確な情報がほしい」(16.8%)、「通院のための交通費の割引制度がほしい」(11.0%)であった。その他には、「検査費用、交通費、治療費の無料化を希望」「生命保険加入、住宅ローン加入」などの回答があった。

図 5-138 B型肝炎治療にかかる経済的負担について、改善を希望するもの

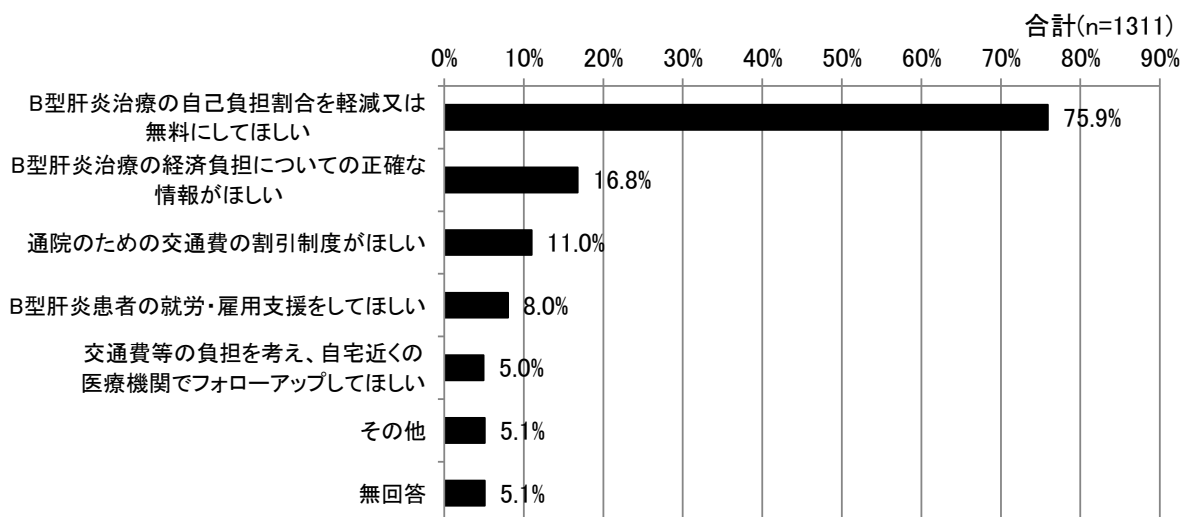
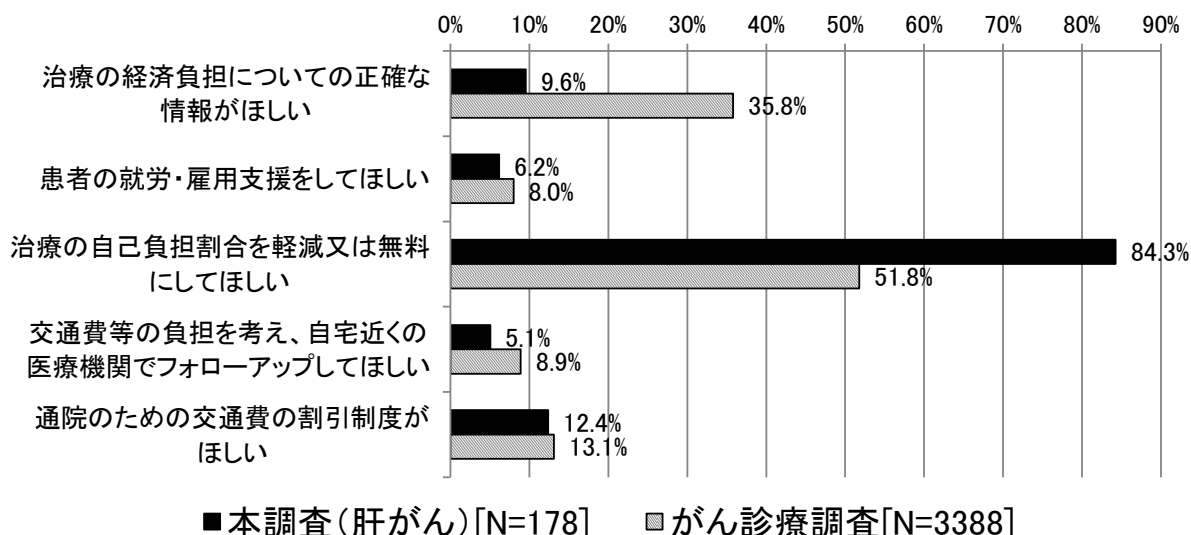


図 5-139 (参考)がん診療の経済的負担に関するアンケート調査と本調査(肝がん)との比較[改善希望]



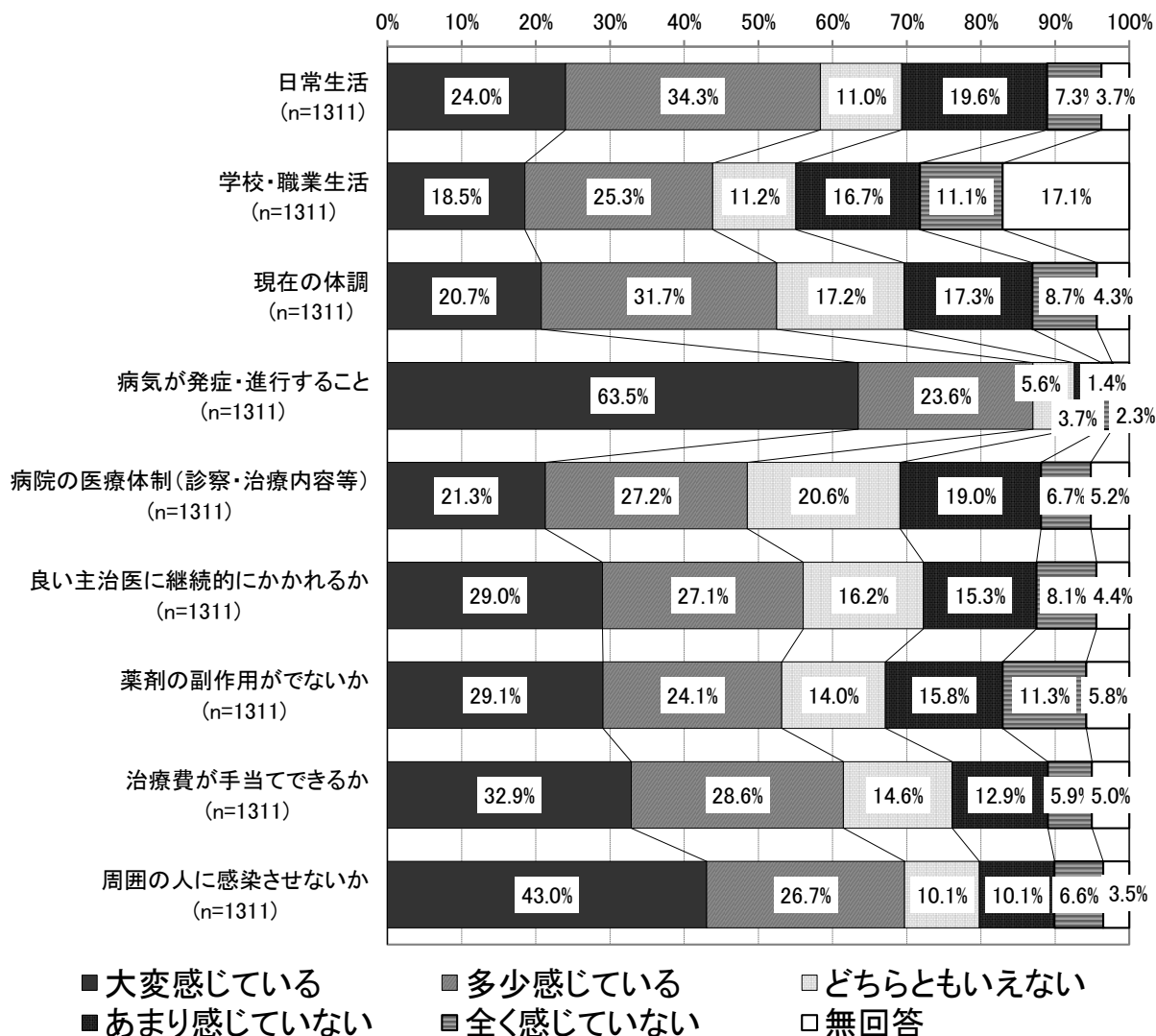
※使用データ：平成 21 年度 がん診療の経済的負担に関するアンケート調査

※がん診療の経済的負担に関するアンケート調査では、「がん医療の経済的負担についての正確な情報が欲しい」「がん医療の自己負担割合を他の病気より軽くしてほしい」「がんにかかっても民間保険に加入できるようにしてほしい」「自費診療や補装具費用を医療保険でカバーしてほしい」「がん医療費は無料にしてほしい」「通院のための交通費の割引制度がほしい」「外来治療についても民間保険でカバーしてほしい」「交通費等の負担を考えると、自宅近くの医療機関でフォローアップしてほしい」「がん患者への就労・雇用支援をしてほしい」「医療保険でカバーされない自費診療や補装具費用を民間保険でカバーしてほしい」「その他」の選択肢での設問である。ここでは本調査の選択肢と合致するものを抜き出して比較した。

(ク) B型肝炎に関する悩みやストレスの程度

B型肝炎に関する悩みやストレスの程度を尋ねたところ、「ストレスを感じている」（「大変感じている」と「多少感じている」の合計）が最も多いのは、「病気が発症・進行すること」（87.1%）で、次いで「周囲の人に感染させないか」（69.7%）、「治療費が手当てできるか」（61.5%）であった。

図 5-140 B型肝炎に関する悩みやストレスの程度



(ケ) B型肝炎に関して悩み・ストレスを感じていること

B型肝炎に関して悩み・ストレスを感じていることについては、以下のような回答が見られた(抜粋)。

○病気の進行、再発の不安

- ・ 現在、無症候キャリアなのでこれからの経過が不安。定期的に検査のため病院へ行くのも時間的にも心理的にも負担である
- ・ 現在はキャリアなので定期検診ですんでいますが発症した時の不安は大変だと思います。ある程度覚悟はしていますが…。B肝だという事は家族しか知りません。友人とか職場の人は知りません。やはり、いやがられるのでは？という不安があるから話せないのだと思います。献血の話になると私は、貧血だからと流します。
- ・ 無症候性キャリア状態が何年(20年)も続いているため、今後、発症する危険性があり不安。
- ・ 何時、発症し、進行したらと思う、不安にいつも苦悩している。家族のこと、誰れにも、相談出来ず、悩むばかりです。
- ・ 日常的に肝炎の事は忘れたことがなく、発症や進行するのではと、いつも思っています。
- ・ 現在治療をせずに安定していますが、この先いつ進行して悪化すると思うと不安です。
- ・ 現状は特に不調はないが、これからいつどうなるのか分からないので不安に思う。いろいろと治療を受けても完治はしないと思うと落ち込んでしまうので、日々あまり考えないようにしている。とにかく、今より悪化しないようにと願っている。
- ・ 将来の肝がんへのリスク
- ・ 病状の進行が一番気になります。定期検査の結果を聞くときいつもドキドキします。今のリズムが維持できない体になるのが私の年齢ではこれからまだまだ働かないといけないので不安です。
- ・ 胃に大きな静脈瘤ができていて、バルーン閉塞下逆行性経静脈塞栓術を行なうも大きすぎて、できなかった。先生よりいつ大出血してもおかしくないと言われ毎日が不安で仕方ない。又、子供や友人に感染させないかと不安で食事をするのにも気を使う。今は、アンモニア(血中)が高くなり毎日頭がボーッとしていて、話しやこの記入にも、何をかいているのかわからない時が一瞬だがある。いつ死ぬのかと又、生活を一人でしているので、毎日が不安である。
- ・ 現在肝硬変が90%に達しているので、おそらく血液浄化もままならず、体が動けなくなっている様に思います。肝臓は治癒する事もないので、残りの10%の機能を維持していくしかない様です。やり残した事も、ある様に思いますが、運命と思い、受け入れるしかないと思います。
- ・ 現在薬を飲んでいますが一生止める事が出来ないと説明がありました。ただだからと言って安心だという訳ではありません。いつ病態が悪化するかもしれないという心配は常にあります。またこの件は夫にしか話しておらず子供達には心配をかける為伝えていません。しかし2人の娘が結婚する時には話しをしなければならないと考えています。どのタイミングで話すべきか悩んでいます。
- ・ 肝硬変は完治する方法として、肝移植しかないと主治医に言われ、もう諦めました。肝ガンへの進行について、不安と心配で悩み、ストレスを感じています。また、いまだに、家族の者から、伝染する病気だと恐れられており、生活用具等のうち、洗面用品等は名前を記入して、混同しない判るように区別されています。とても、ストレス源となっている。

- ・ 毎日々忘れる事ができない慢性肝炎。食事にしても、肝臓に栄養をつけない時に、大好きなものもまん！夜はいつもフトンの中でガンになったらどうしよう！睡眠薬を飲まないで寝れません。どうして私がこんな病気にかかったのか、くやしくて腹が立ってしょうがありません。この怒りを、主人にしか言えません。毎日の疲労や不安で、ストレスを感じない方がおかしいです。
- ・ 特に感じていない。担し、完治することはないと聞いているので、その点については、ときどきストレスを感じる。
- ・ B型肝炎ウイルスがステロイド+インターフェロン治療を受け、検出されなくなって喜んだ時もありました（20年前）。しかし、慢性肝炎が治るものではなく、悪化することへの、恐怖が常にあります。B型肝炎ウイルスも、10年程前から、又、検出されるようになり、病状悪化の恐怖に加え、他への感染への恐怖も加わりました。予防接種により、母子感染を防げた子どもたちも成人し、パートナーを見つける年令になりました。又、私の“他への感染”の心配が日々大きくなっています。これら全てが、ストレスです。
- ・ 今の治療は足の付け根にリザーバー埋込み抗悪性腫瘍剤動脈注射を行っているがそれでも少しずつは進行している様でそれが悩みストレスとなります
- ・ 生体肝移植を幸運にも出来、本当に幸運としか言いようが御座いません、今でも主治医は事あるごとに言います、あんたは良かった、移植しかもう手は無いと言う人でも、ドナーのこと、お金の事、タイミングどれ一つ欠けても移植は出来ないんだと、その上、B型肝炎訴訟の原告にもなれ、個別和解にもなれ、これ以上のことがあろうかと。只、移植をすると、その後のフォローが大変なんです、このことを聞かされてなかったから出来たのかと思います、知らぬが仏とは良く言ったもので、移植をして丸6年になります、今でも3週間に一度の定期検査、一級障害者になるまでは一度の病院での支払いが4万円近くになりました、それが、4年程つづきましたが、一級障害者認定で、重度障害者医療費受給とかで、一度の支払いが¥600で済むようになりました、これも、細かいことを言うようですが、自治体によっては、無料のところもあると聞いております、ただ今の最大の懸案事項は、この頂いた肝臓が何時まで私の身体の中でおとなしくしてくれてくれる（拒否反応が酷くなる）かということに尽きます、二度目の移植はあり得ません、よくB型肝炎患者が時限爆弾を抱えているといいますが、私の場合はそれが、不発爆弾だと言うことです、肝性脳症になり、あと半年と言われながらも、もう6年も長生きさせて頂きました、もう少しと望んではいけませんか。

○受療にかかる時間的、身体的負担、不安

- ・ 通院の為の時間的拘束。薬の時間。
- ・ 通院のために仕事の時間制限があります。
- ・ 通院している病院が土曜日、日曜日は休みの為、平日しか診察が受けられない。診察を受ける時は会社を休まなければならないことと、会社を休む時に、上司、同僚に病院に行くので会社を休むと説明しなければならないことに非常にストレスを感じています。
- ・ 通院していた病院にあった「肝臓内科」が一昨年前から月2回の診療になり、昨年からは月1回、昨年途中からは消化器内科に統合されてしまった。万が一、再発した場合、近辺に良い病院、医師がいるか心配。
- ・ 定期的な受診は仕事を休んで都合している。通院～帰宅まで約4～6時間かかりほとんどそれで終る。次の通院までいつも日付を気にしている。休みの都合をつけられるか、予約通り通院できるか、毎回の血液検査は問題ないか。画像診断（MRIかCT）は年に2～3回で関所と呼んでいるが、毎回造影剤がつかなくなってきている。関所を通れるか、次の関所が近づくと不安になるが、医師から次の画像検査どころかエコーも間隔が空けられるとそれはそれで心配になる。抗ウイルス剤がいつまで効くか、耐性ができたらどうなるのか、また発ガンしたら前回

のような幸運な位置、数、大きさで乗り越えられるか、いつもストレスです。

- ・今は薬がきいて安定しているがこれから先、効かなくなるのでは…という不安を感じる。
- ・移植後に毎日服用している、①ゼライックス②プログラム（抗免疫薬）による副作用に、大変ストレスを感じています。特に、プログラフは、外菌を受け入れ易い役目がありますので、しっしんが出たり、他に、腹部膨張感や、ほてり等が、出ています。
- ・ゼフィックスが2000年に認可され肝炎発症後約9年間服用していますが変異株が出てヘプセラと2種服用しているがこの薬は新薬なのでずっと続けて服用して大丈夫なのかという不安。開発されてから年月が浅いため10年、20年と長期に使い続けるとどうなるのかというデータがなくとても不安になる時がある。
- ・今寝る前にバラクルードという薬を飲んでます。昨春からです。飲み始めてから数値も体調も良く助かりましたが一生飲み続けられないといけない薬で途中でやめれないのがとても嫌です。薬代は年間8万もかかり医師に相談しましたが6ヶ月処方してもらえなくてとても残念です。空腹時に飲むと効く薬なので寝る前に何か食べてしまうと夜中に起きてわざわざ薬を飲まないといけないのはすごくストレスを感じます。実家や旅行時にも必ず飲まないといけないので持って行くのを忘れない様にしないとけません
- ・一番の悩みは「もうこれ以上治療方法がない」と主治医の先生がおっしゃり毎月1度の診察が2ヶ月に1度になり今は3ヶ月に1度で、脳症が起きても点滴を行い意識が戻ると数時間で家に帰されたり、日常生活でアンモニアがたまり気持悪くなって吐いたり体調が悪い日が続いても相談する先生がいないことが一番不安で心配です。・それから主治医の先生に継続的にかかれるかが心配です。大きな病院は近所のかかりつけ医院に行きなさいと言われ、かかりつけ医院はわからないから（しがみついている3ヶ月に1度の）先生にお聞きして下さいと言われ本当に心配です。
- ・拠点病院となる病院は、大きな病院であり、検査のためだけに通院するには遠くにある。また、患者数が多いため、順番待ちや予約をとるのがたいへんである。この他に、主治医が変わった時に、データの引き継ぎなどが行われるか不安が大きい。
- ・現在大学病院に通っていますが、2時間以上もかけて通っているのに待ち時間2時間、医師は検査結果を伝え、いつもの薬を処方し次の予約を取るだけで、こうなっているからこうしようとか親身な話もなく、特に有名な医師は忙がしさにまかしている。本当に必要とする患者のみを、ゆっくり十分に診察しあまり不必要でない患者は他の医師や医療機関に振り分けるなど、根本的な医師のマインドチェンジ、医療制度の変更が必要と思う。例えばホームドクター制の採用など
- ・私は、生体肝移植をしており、自己免疫をおさえる為免疫抑制剤を飲まなければならない、なおかつ、移植された肝臓に再感染させないように定期的にヘプスブリンIHと言う点滴を打つ必要があり、拒絶反応が出れば、1週間以上の入院が必要になる為、定職につく事も出来ません。それらがストレスになり、パニック障害をおこしており、治療もしています。
- ・医師は核酸アナログ製剤を勧められますが副作用がこわくて服用していません。副作用がない新薬が出来たらと思います。

○治療にかかる経済的負担

- ・ウィルスを減らす薬を飲んだ方がいいと、医師に進められたが、薬代1ヶ月1万円程度の負担と長期の服用に迷っている。
- ・現在医療費助成制度を利用しても年間20万円の医療費がかかる今後仕事が出来なくなり収入が無くなれば生活がどうなるのか心配だ。生活の事、父母の介護の事を相談できる場所が何

処に有るのか分からない。

- ・ B肝で定年退職金をほとんど使った。いまからが心配だ。和解金も保険のきかない医療をすれば少なくなるし心配です。
- ・ B型肝炎の医療費助成でも、診断書が、必要であったり、所得証明が必要であったり、手間や申請費用も毎回必要になり、不胆に感じます。
- ・ 核酸アナログ製剤の投与による治療を受けているが、自己負担額の上限を月額3000円位にしてほしい。月額10000円は経済的に負担が大きい。交通費も少なくない。
- ・ 経済的問題。現在子供の教育資金で一番負担の重い時期である。現状の生活設計は、就業していた時の経済水準に基づく。しかし、手術後の体調不良などで、どうしても、仕事ができなくなり、収入は激減した。今は蓄えを崩して何とか凌いでいるが、妻の老後資金の事を考えると、不安が大きい。せめて、障害年金の3級でも受給できれば、少しは足しになるのだが、役所の基準はいかにも杓子定規で、受給の可否が見えない。私のように、中途半端な資産があるものは本当につらい現実がある。
- ・ 先進医療費の保険適用もしくは無料化にしてほしい。エタノール、ラジオ、そくせん術がとても苦しいし、痛いので緩和治療がしたいです。
- ・ 医療費助成はとても助かっているが、今後、病気が進行し、大きな費用が必要になると負担できずに治療をあきらめる事が、あるかもしれない。そうならない為にも、肝炎治療費の無料化（和解認定の証明をする事により）を希望します。上記の様な費用負担（一生必要となる）が悩みです。・あと、インターフェロンも新しいタイプが、どんどん出てきて、治療の道が広がってきています。これを、今後も使って行ける様に、インターフェロン治療の助成も、核酸アナログ製剤治療と同様に、毎年、何度も更新できる様にして頂ければ助かります。・それらの申請に必要な診断書も取るのに5000～1万円かかるので、毎年の添付は不要にするか診断書の取得費用も助成に含まれる様にして頂きたい。
- ・ 通院にかかる交通費は全額公費で補償してほしい。
- ・ B型肝炎の治療費、検査費を毎回なぜ払わなければいけないか。国がすべて払ってほしい。
- ・ 月1回肝臓専門医に通院して、核酸アナログ製剤（バラクルード）を毎日内服しているが、担当医師よりB型肝炎はウイルスのコア部分にガン化しやすい細胞を持っており、慢性肝炎から肝硬変を飛び越えて、肝がんになる場合があると説明を受けている。毎月の血液検査の他に、年2回がん化を見るためにエコー検査を受けている。いつガン化するかをいつもびくびくと恐れながら、生活をしています。又、核酸アナログ製剤（バラクルード）と頭痛の副作用にバファリン、胃の粘膜を守るためタケプロンを毎日内服しているが、その費用は月1.5～1.8万かかり、毎月の血液検査費用を入れると、年間健保自己負担金額は約20万となり、経済的にも多大な負担を強いられています。国のB型肝炎医療費助成制度では私の場合2万をこえないと助成はなく、金額を対象にしてほしいと強く、国、厚生労働省へ望みます。年金生活も近くなってきており、年金生活で年間約20万の負担は非常に苦しいものがあります。
- ・ 生涯治療費がかかりつづけることへの不安。治療の不安があるため、海外赴任や留学を希望できないこと。災害時などに核酸アナログが手に入らなくなるのではないかと不安。核酸アナログを使いながら出産できるのだろうかという不安。
- ・ 治療に対する負担を考えます。現在はなんとか実家の援助でやりくりしていますが、将来は治療費が増えますし、それと同時に仕事ができなくなり、収入は減る一方です。現在もパートでしか働くことができず、症状も数値が（GOP、GTP）80位で、良くなるのか、悪くなるのか中途半ばな状況です。そのことを考えると、仕事も増やせず、いつも何となくストレスがあるといった状態です。生活面での援助が希望です。

- ・ 治療費の負担についてはもちろんのこと、発症後の生活、仕事ができるのかどうか、その時の生活費をどうするのか、公的な保障は？
- ・ 言ってもしょうがないのだが和解金が少なすぎます。他の和解金にくらべ、まるでロト6のように皆で和解金を分けた感じがしています。また、家の近くの病院へは行けず、遠い機関を使っています。
- ・ 収入が減る中、子供達の教育費（小学生2人、中学生1人）を優先するにあたり治療費が払えていけるか心配

○病院、歯科医院での対応

- ・ 歯の治療に近くの医院に行った時、問診票の肝炎ウイルスの感染している欄に○を付けたら、うちでは治療出来ないから、大きい病院へ行ってくれと言われ、その時は遠い病院迄行けたが、これから、年を取ってくると、歯の治療の為に遠くの病院迄行けるか、不安です。
- ・ 出産や手術の時、やたらとあぶない患者をあつかっているようにされること
- ・ 歯科に行った時に、今では、アンケートに、(B) 肝炎を記入する所がありますが、行くたびにそこに記入しないといけない事。以前にこの様なものがなかったので、言わなければなりませんでした。とてもつらかったです。(血液検査の時にも) 隣りの人に聞こえるのではと思うと、すごいストレスでした。
- ・ せっかく年4回の検査が無料でできる保険証を手にしても、かかりつけの医療機関から、「より専門的な大病院に行け」と事実上、拒否された時はショックだった。普段、フルタイムで働いているので、そうそう休みをとって、大きな病院には行けない。
- ・ B型肝炎については今日まで悩みは尽きる事はありませんでした。一生涯かかえて生きる事になると自覚しています。かかりつけの病院以外で治療を受けなくてはならない(例えば歯科治療など)場合、自分がB型肝炎患者である事を告げなくてはならない辛さは何度経験してもいやなものです。治療拒否されたらどうしようと考えてしまいます。自分に責任のない病気でどうしてこれほどまでに苦しみ、悩み自身を卑下しないといけないのか?いつも憤りを感じています。
- ・ 歯科治療の為に久しぶりにおとずれた歯科病院にて正直にB型肝炎について話したところ、過剰と思える防衛をされた上主治医の治療に対する意見書の提出を求められた(拒否的姿勢)。いたたまれなくなり、治療を辞退する。訪問した歯科病院の配慮のなさ、無知、差別感にがくぜんとする。その後別の病院をさがすこととなったが最初に電話にてB型肝炎について話し、過度の反応はせずに快く受け入れて下さった病院にて治療をしてもらっている。今でも治療をしてもらっているという負い目を強く感じている
- ・ 孫が2年程、不正咬合で大学病院の歯科へ、その後娘が前歯上下の治療で同じ病院で問診の時、B肝であること言い、本格的治療はじまったら部屋も今までと違い治療の椅子のそばのライトにはラップがかかっていた。娘からその話聞き、私もショックでしたがちょうど私かかりつけの歯科医はその大学の講師をしていると聞いていたので診察前にお話聞きにいきましたら、今標準装備?として、厚労省からいわれている事だと、ただ人手、経費等で正しい対応はできかねるとのこと。診療科目の中でも歯科は血は扱い慣れるでしょう。でも厚労省の基準きちっとしていただかないとこまります。
- ・ B型肝炎に関して医学的知識・情報を診療医でいねいに教えてくれる医者はほとんどいないこと。医者は忙しく、患者の対応に追われ、質問にていねいに応答したことはないこと。
- ・ 年に2度、検査を受け、経過観察の状態であります。発症してからお世話になった先生も変わってしまい、今では、あまり、大変だった時の事を知らない医師とは会話もすることなく、最新の完治の治療や助成金などについても、教えてもらえる状態ではありません。風邪をひいて

も、歯医者に行っても、いちいち自分が感染者であると言う事は、かなりストレスでした。中には、知り合いなどがいる事もあり、本当に嫌でした。

- ・ 病気で肝臓専門医以外の病院（内科、歯科、ひふ科等）で診察してもらうことがありますが、その際初診時の現在の病気、体調等を記入する用紙に肝炎の旨を記入。医師と話しますが、B型肝炎に関しての理解度が専門医以外はかなりとぼしく、差別的な発言をされたことがあります。通状の生活では親しい人にしか肝炎のことを話していないため、差別をうけることはありませんが、病院では必ず病状を話さないといけないため、精神的につらい思いをしています。専門医以外の医師への肝炎に関する知識向上をお願いしたいです。
- ・ 以前、風邪のために、別の病院に行ったが、「来ないでほしい」みたいなことを言われた。→肝炎で通院している病院にしか行けない。
- ・ 医療機関にかかる時はまず第一にB型肝炎である事を告げる事を忘れない様にしなければいけないとか、家族がもっといた時にはどうだったのだろうとか、今も一諸のお風呂で大丈夫かとか、他人に感染させる事が一番のストレスです。そして肝ガンになったらどんな方法にしようかなど。先年乳ガンになり手術をしましたが、抗ガン剤はステロイドが多量に使われるので（私は全摘したので）そのリスクよりホルモン治療のみになりましたが、B型肝炎だと他のガンになった時もいろいろ影響を受けると思いガンになるのが恐しいです。
- ・ 初診当初、「B型肝炎」についての説明をきちんと理解できず（説明を受けたかどうか分かりませんが）、数年後、別の病院にかかった時、すでに10cmの肝ガンの他、副腎にも転移した状態でした。今は、仕事ができる状態になく、B型肝炎と判明した当初から、きちんと治療と助成制度を理解していれば、今よりは良い状態であったのではないかと、後悔するのみです。今後の治療や病状については主治医を信頼しているので、その都度相談できます。
- ・ 肝臓専門の医師が少ない。

○体調の不良、体力の減退

- ・ 普段は元気に動いていますがつかれが出るとなかなか回復するのが遅くイライラする。
- ・ まず自分が普通の体では無い事に不安を感じている為、思い切った事が出来ない。無理するといけない仕事、家庭、その他、写してもいけない。とにかく自分の中でジーと耐えて生きて行かなければならない。頑張れる所までは、するけどそれ以上の要求が有ったらそれ以上の事はできない。精神的なストレスが、仕事場内で大きく負荷がかかる。（思い切って出来ないのが、つらい…!!）。
- ・ 日常的に体が疲れやすい為、仕事もなかなか自分の希望通り働けません。もっと労働時間等も長く就業したいのですが、難しいです。子供も成長していくにしたがい、教育資金や、生活していく上での住居ローン、それに加わり、私の肝炎の治療費など…考えると不安だらけです。
- ・ 元気で旅行などしている人を見るとはらだたしい気分になる。なぜ自分とは他人のせいではないのですが、私のようにならないようにこれからは、絶対気をつけて下さい。毎日の生活に疲れやすいのが今日までつづいているのが辛い。あと何年何ヶ月生きていけるのか不安です
- ・ 常に体力に倦怠感が有り、物事に集中できない
- ・ 疲れ易く、いらいらする感情がでる。夫の介ゴもあり体力に不安。これからの不安である。
- ・ とにかく体の動作が鈍い。私の場合統合失調症という病気を抱えている為にいつ発症するかわからないという不安を常に感じている。その上に肝性脳症という合併症を三回起こしている。体重もなかなか減らせず体が重い。私の場合肝移植しかないという太りすぎるとリスクも高いことはわかっているし、もしその時に統合失調症を発症している場合は手術出来なという。今は何もする気が起きず家にこもりっきりで、寝てばかりいる。

- ・ 糖尿病の改善のため、ジョギング等がしたいけど、すぐ疲れるのでできないこと。
- ・ 体がいつもだるくてつらいです。家のことも思うようにできないしこまっています。息子もB型肝炎で私がめんどうをみて上げなくてはと思っていますけどなんせ体がうごかないんです
- ・ 私は高校生の時は陸人の選手でした。健康そのもの。まさか、まさか自分がB型肝炎になろうとは…。問16にも書いております通りで半日は寝ております。買物は主人の行ってもらい、30分位台所に立ちます。朝は主人がごはんのみそ汁を用意してくれます。自分が出来ない事が多すぎて、これがストレスなのかも知れません。
- ・ 肝臓に漬物石が入っているような感じで、いつも身体に重苦しさ、お腹に力が入り呼吸が浅く息苦しさをを感じる。背骨がひっぱられ、腰の神経を圧迫して、ヘルニア、ギックリ腰のような強い痛みを感じている。頭蓋骨がしめつけられ、頭の中をドライバーでねじをしめられている、激しい痛みにおそわれる。
- ・ B型肝炎キャリアと解ってから、1年～2年後に「うつ病」らしきものを感じ、その後体調・精神面に於いてどのようにも成らず、「体がしんどい」・「仕事が出来ない」・「仕事に行きたくない」「集中力がない」等々、色々な変化がおきました。その後毎日・毎日朝から晩まで毎日毎日「死にたい」と思う事になりました。JRの線路に行く事が数多くあり、時には、パトカーが来て保護された事もあります。よくよく考えると家庭環境・家庭生活に何も問題がないのです。その後診療内科にてそれなりの治療を受けています。しかし、B型ウイルスキャリア問題なのか？キャリアだから「うつ病」になったのか、等不明ですが。「私はB型ウイルスキャリアであるからうつ病になった」と思います。今後、ウイルスの活動により肝炎・肝硬変・肝ガン・死亡と成り、家族や友人達と別れるのは非常に残念です。Bウイルスと一生涯仲良く生涯を共にして全うする事を願いますが、どのようにすれば出来るのか解らず毎日・毎日いつウイルスが暴れだすのかが心配で心配で毎日が以前の様に普通に過ごせません。一生来不安に脅えながらの人生を過ごさなければならぬのだと思えば「人には解らない不安と絶望」を抱きながら生きていかなければならぬと思います。

○食事、飲酒の制限

- ・ アルコール類は飲まないように心がけているが、たまには飲みたくなることもあり、週に2～3回程度飲酒することもある。その折に肝炎が悪化するのではないかと不安を感じてストレスになる
- ・ アルコールを完全に飲む事が出来なくなり、かなりの強いストレスになっているし、まだまだ偏見を持つ人間が多い事で、肩身の狭い思いをしている。元の元気で健康な肝臓にして欲しい。
- ・ 酒が飲めない事。仕事上でのつきあい等で飲酒の場があるが、断るため、印象が悪い
- ・ お酒をのめない理由の説明がめんどう。さそわれて、自分ものみたいと思うが寿命を縮めると思い、ガマンします。
- ・ 好きだった酒が飲めない。

○家族、周囲の人への感染、負担

- ・ 外出時に事故やケガ（会社 e t c）で出血した場合などの対処をどうすればいいのか。自分が意識のある場合は良いが、無い場合など、感染させるのではと不安です。私は、離婚になる際、ホームヘルパーの2級を受講しに専門学校へ通いましたが、実習先が（B型肝炎を持っている）受け入れ先が見つからず困りました。ホームヘルパーは、免許は持っていますが、仕事とするのはあきらめました。反対に私達（B型肝炎の人）が、生活支援や介護施設、グループホームなどを受ける時も受け入れ先が、見つからないのではと不安です。
- ・ 包丁でケガをした時など出血した時に子供たちがどこかケガをしていないかと思う時がある。

職場（調理の仕事）でもケガをした時、他の人にうつらないかと思う。

- ・同居している家族へ、うつしていないかどうか。
- ・私がケガしたり血が出た時など子供達や妻にうつさないかといつも心配しています。まだ子供が小さいので指など血が出ていると触ってくる。一緒に風呂に入ったりする時などもそのことが非常に心配で遊んでもやれないなど感染を気づかっています。
- ・主人は鍋料理の時等、家族にうつたら大変とおはしを入れるのにすごく気を使っています。又、孫を抱く時も出来るだけ顔を近づけないようにとか私にも気を使っているようです。もちろん、お客様が来られても鍋料理はしないようにとか、特に身体の調子が悪い時は肝数値上がってるのかなと言ってすぐ病院に行きます。肝臓の事を気にかけているのが、近くにおいて大変気にしています。死ぬ時は肝臓で死ぬんやなんて近くにおいて貴男だけではないよ私も気使っているんだからと…
- ・私自身は3ヶ月毎に採血とエコーの検査で体調の管理をしています。母子感染によって、娘が2度目の発症で、かなり悪い状態です。インターフェロンができない状態で、核酸アナログを服用しています。ゼフィックスを服用していましたが昨年末、2年でたいせいができてしまい、バラクルードに変えなければなりません。再発後、バレーボールをしていましたがそれもやめざるをえなくなり、結婚もあきらめています。毎月の様にかかる医療費の負担と、仕事の休みを取って病院通いをする娘の姿に、彼女の人生を私がくるわせてしまったことを、本当にくやしく思います。息子は慢性肝炎とはいえ過去に大変な思いをしましたが、今は安定しています。夫や私が死亡した後、残された子供達が一生肝炎の治療を続けなければならないのか、今でも肝生検で線維化しているのに、肝ガン、肝更変にならないか、悩みのかたまりです。私が感染していなければ、もっと明るい人生が送れたのと思わずにいられません。女性として生まれて、子供も生めない体になったかと思うと、どれだけ絶望したでしょうか。
- ・次男を亡くしましたが、長男も今は無症候キャリアーですがこの先、私本人、長男も、1生このままで生きていければ幸いです、このことを思えば不安で、いっぱいです。国が確実に対策を取ってくれば、少しは色々な面で安心出来ると思います。又、私がB型肝炎にかかっていなかったら、わずか入院してから4ヶ月で次男を失うこともなかったと、そればかりが、頭の中を、心の中を、苦しめております。本当につらいです。今、とても次男に逢いたいです。長男にも申しわけい気持でいっぱいです。
- ・何かの拍子に人に感染させないか心配・家族でも、私の歯ブラシ、カミソリを使わない様、事ある度に言ってる。・お付き合いする前に、病気の事をまず言わないといけない。・なので「言ったら嫌われる一因になるかな」と思うとふんぎれない
- ・娘二人に感染させてしまった事に大変申し訳なく、娘の将来を思うと、大きな責任を感じます。完治出来るよう早く治療法を改善して頂きたいと思っています。
- ・現在40才前後の息子二人が肝臓癌で術後1年～2年半経過していて、又娘もウイルス値が高い為治療中です。私からの母子感染の為、自責の念とこの先の不安で精神的に参っています。息子が20才の頃献血の検査でわかったのですが私の知り得る情報等では“知らずに一生終える人も多い”とか余り深刻に考えなくてもいいのではないかと考えられるような書き方が多かったように思います。絶対に大変な事態であり深刻な事であるという事をウイルス感染者に広く知らせるのが国の責任でもあります。
- ・女房は既に私から感染して抗体もできていますが、子供達には感染していません。ですが、日常生活で、使用するタオルや歯ブラシ、出血時等、今まで大変神経を使ってきました。職場等においても同様です。また蚊では感染しないとされていますが叩いた蚊が血をいっぱい吸っていると、ぞっとします。
- ・私の病気が、二人の娘に感染させてしまった事です。私の事はたえられますが、長女は肝硬変

にまでさせてしまい、親として申し訳なく、いつも思っています。子供の事を思うと、胸がはちきれん様です。娘達は、何も悪い事はしていないのに、私以上に病に苦しんでいます。私達と同じ様な例は、全国には大ぜいいらっしゃると思います。スムーズに早く和解されたらいいなあ～と思います。

- ・ 現在働いているが紙で手を切った時や女性なので生理など血液の事はとても神経を使っている。会社や友人宅などでコップやスプーン、フォークなど使うときは、すごく気を使ってしまう（もし口の中ではぐきやどこかで出血していたらと思い）。病院へ通院する場合も（消化器科以外）でカルテに書く時にB型肝炎キャリアと書くのがすごくストレスです。歯医者さんにかかるのは特に気を使ってしまう。
- ・ 自分に出血があったとき、料理をしたり、入浴したりするのに気をつかう。特に、家族以外の人とき。・救急法講習等のおり、人形でのマウスツーマウス法で、口の部分をぬれティッシュで拭いただけで次々と人がしないといけないので、やめて欲しい。所によってはきちんと対策がされている自治体もあるが、自分の番のときは席をはずしたり、理由をつけてのいたりする（歯ぐきからの出血等あるとき）

○仕事上の制限・ストレス

- ・ 安易に転職できない（必ず健康診断があるので）。
- ・ 60才で定年退職、再雇用の道もあったが、休みも定期的にとっており、仕事も制限され、会社に負担かけてることや、悪性リンパ腫で長期休職した経緯（とりあえず回復し、再発しない様経過観察中）もあり、退職した。再就職先をさがしているが年令もあり、日祝日以外休めない仕事しかなく、その仕事を選択すると、病院に通えず、どうするか迷っている。休みを取れる隔日などの仕事は数万円のパートしかなく、生活できない。悪性リンパ腫の治療費は会社を休職した為、借金したので、それを和解金や退職金などで充当した。現在失業手当も150日しか出ず、和解金などで取崩して生活している。経済状況、就職などの悩みなどで大変なストレスを感じる。
- ・ 私のような肝炎末期であっても社会貢献、参加したいと感じていますし、家計への収入援助したいと強く考えますが、たとえば無理をしてアルバイトなどに出たとき、就労先で倒れたりとか周囲に迷惑をかけたくないという思いから踏み出せません。患者の職能やスキルに応じて在宅でネットなどを使ったワークができるような労働環境整備をしていただければありがたいと思います。大抵の患者は、社会に遠慮して、自宅の中でクサって（心身とも）いつているように思えてなりません。少なくとも私はそうです。
- ・ 転職活動をしているが、面接の時に健康状態を必ず聞かれるので困っている。現在は、治療もしてないし、症状も落ち着いているので、「特に問題ありません」と答えているが、入社出来て、健康診断をすれば、ウイルスがあるのは、判ってしまう。その時、解雇されるのではと心配である。
- ・ 現在の職場を退職することがあった時に再就職できるか。前回の転職の時にはかなり苦勞した。結婚できるか。インターフェロンはもうやりたくない。
- ・ 私は、ゼフィックスを服用して、3年ぐらいが経過した時に変異株ができて、肝機能が大きく悪化しました。ヘプセラを併用しましたが、すぐには肝機能の数値は下がらず3ヵ月も会社を休まなければなりません。その後もたびたび病院に通院しなければなりません。有給休暇は使い果たし、欠勤になりました。仕事には大きく影響しました。職場復帰しても、責任のある仕事は任せてもらえませんでした。いつまた病状が悪化するのか分からないのですから仕方のないことでした。私の仕事での評価は下がり、昇給のための評価も下がりました。私は以前は、大切なプロジェクトのリーダーを務めた優秀な管理職でしたが、ライン管理職からはずされ、収入も大幅に減りました。本来なら出世街道を進んでいたものを今では仕事があるだけいいと考えるしかありません。この先、会社が傾けば、真っ先に首を切られるのではと心配

しなくてはなりません。また、変異株ができれば、さらに状況は悪くなるでしょう。私の人生は、出世の夢は無くなり、先行き真っ暗です。

- ・ 肝炎を理由として仕事上の依頼を断ると精神論的な叱責を受けることがある（曰く「やる気がみられない」など）
- ・ 現在は無症候性キャリアで、仕事をする事ができていますが、今後、肝炎等が発症した場合に家庭の生活と仕事が上手くできなくなってしまうのではないかと、いつも不安に思っています。現在、子ども2名が学生で今後8年近く学費が多く必要となり、私がどうしても働かなくてはならないと考えています。又、母も高齢となり、私が病気になれば、面倒をみる事ができなくなってしまいます。また、私がB型肝炎のキャリアであることで、家族を不幸にするのではないかと、他の人に伝えることもできず、行動をおこすことも控えています。一生懸命活動して下さっている被害者の方々や弁護団の方々に申し訳なく思っております。
- ・ 転職、ヘッドハントのチャンス、海外大手企業からのオファーにも本件理由から、断念せざるを得ない。話が複数になる程、ストレスになる。保険審査での不利から、発症後は特に生命保険、住宅ローン借り換えが不可。
- ・ 日々の労働です。時々肝炎特有の午後からの何とも言えない倦怠感もありますし、後に述べさせていただきますけど、健常者が生活保護費を受給している昨今、病を抱えながら労働し続けなければならないという葛藤ですね。それと失業して再就職するにも面接で「どこか体悪い所はないですか？」と聞かれ、「B型慢性活動性肝炎です」と答えれば九分九厘不採用でしょう。「元気そのものです。」と偽って雇用していただくことに後ろめたいものを感じます。
- ・ 20台後半に発覚しました。それまでの生活から激変しました。例えば、スポーツ、飲み会、e t c、サラリーマンはみんなで仕事をするものなので、飲み会のコミュニケーションは非常に大切です。徐々に疎外感を感じるようになりました。昼休みに毎日通院して強ミノを投与してもらっていた時期もありました。とにかく「病気中心」の生活です。楽しくはなかったです。20年がかかった費用なんて計算するのもおそろしいです。仕事もつづけられなくなり、一旦やめて、中小に再就職しましたが、生涯賃金で考えるとものすごいDOWNです。まあ、「人生返して」って感じですね。
- ・ 就活中のインターフェロン週3回半年間、就活は一時中止。その後も就職決まらず、現在、パート、アルバイト中
- ・ B型肝炎で慢性肝炎になり会社を事実上解雇され、病院退院後も年令的に就職が見つからず、仕方なく自営で軽トラの運転手をしていますが、自営といっても、会社員と違い月給が決まっているわけでもなく、結果的に体が資本の仕事です。病人の私達にB型肝炎で人生のレールが狂った末に残った仕事は、通院にも収入が減る体力のいる仕事なのが現実です。今、また病気が再発すると今の仕事もやめなくてはならないと思うと大変不安です。今までの人生を振り返って何の為に夢を持って生きてきたのだと絶望感にひたることがあります。生まれて数年で我国の義務として強制的に接種した集団予防接種によって人生は決まっていたんだと思ってしまいます。その後の社会の差別等はさらに悲しくさせます。それを具体的に是正しようとする国への態度にもいかりさえ覚えます。
- ・ 疲れ良いので、長期に渡る、プロジェクト、出張を自主制限する様に心掛けている。その業務を他人にお願いするためにストレスと成っています。
- ・ 会社での「定期健康診断」にて毎回「B型ウイルス」再検査の項目有り。そのつど、採血一結果表を提出。ストレスとして感じる。

○差別・偏見・他人に言えない

- ・ 差別偏見が家族に及ばないかが常に不安。

- ・ B型肝炎が、性行為で感染したと思われたり、日常生活で移されると思う人もいるので、偏見の目で見られたりされることが怖いので絶対に、他人には言えない。
- ・ 差別（特に医療機関）をなくして欲しい！！
- ・ 自分がキャリアであることを職場には絶対知られたくない。職場で毎年HBS抗原抗体の検査があるが、毎年私は拒否を続けている。とても苦痛である。別で検査を受け勤務に支障ないと毎年診断書を書いてもらい何かあればいつでも出せるよう持っている
- ・ 自分がB型肝炎だと人に言えない、人に病状を知られたくない。B型肝炎に感染していると言う事で差別や偏見の目で見られるのが怖い。今後の病状の進行が怖い（以前、通院していた主治医に、あとは肝硬変、肝がんへと進行するだけと言われた為）。初めてB型肝炎だと言い渡された日から1日たりとも悩み、ストレスの無かった日など有りませんでした！
- ・ （ふだん通り生活、行動、働いているのに）和解金をもらった事に対して周囲の人のネタミ等が発生しないのか気に掛る（周囲の人にははっきりB型肝炎とは言っていない。和解金の話もしない）
- ・ 差別・偏見の残っている病気なので、嘘をついて生活していくこと自体がストレスです。しかしながら、嘘をつかないと生活できないこともあり、自分の本当の人生が何なのか考えることがある。嘘→例えば、仕事をやめた理由。相手にとっては世間話の一つとして聞いてきたことでも、私にとっては、苦痛。
- ・ 身体的にも、精神的にもつらいです。24時間、自分はB型肝炎だという思いから逃れることが出来ません。毎日薬（バラクルード）を飲む時間、タイミングを気にし（※食間服用で気を使う。服用前後の2時間あけねばならない）、家族や他人との接触の仕方も常に気を使い、しんどい。家庭内で食器や洗たく物を別にされたり、風呂も最後に入ることをまれに妻に強要される気持ちわかりますか？肝炎の報道、ニュースで知れることは我々原告には良いことではあるが、報道が大きくなるほど、父子感染の存在もクローズアップされ、それが家内からの嫌煙材料となり避けられる。家庭内差別ほどつらいものはありません。この病気のせいで家庭は崩壊。届けはまだだが離婚も決定してます…。B型肝炎、いや、国の怠慢さゆえ予防接種で人生壊された怒りしかありません。でも、ぶつけるところもありません。一番理解して欲しい家族にさえ見放され、悩みとかストレスとかいったものは超越してます。生きてて何も面白くない。苦痛と苦悩しかない。
- ・ 扁桃腺の手術を8年前に受けた時、手術室でベッドに寝かされて先生を看護師さんと待ちました。その手術をする先生は他の大学病院から手術するときだけ来院する先生で、手術室に入って来ていつも手術する室ではない、どうしてこんな狭い小さな手術室で手術しなければならないのかと看護師に怒って居り怒りながらどの手術をされその時は恐怖と「あっ私はB型肝炎のキャリアだからこのような扱いに成ったのか」とすごく悲しい辛い思いをしました。支払いも別途手術シート自前で支払いました。介護ヘルパーの資格取った時もそうでした。内定を受け健康診断を受ける時に自己報告した途端その夜定員がいっぱいという理由で断わりの電話を受けました。その時から自分を否定したい気持ちで3日間涙が止まりませんでした。この様な体験をし、始めから分かっていたなら（キャリア）結婚もしなかったでしょうし、どうなっていたのか時々空疎時ななんとなく気持ちが不安定になる時が有りますが子供が大丈夫だったので前向きに生きています。
- ・ 田舎に住んでいるため、廻りの人達はB型肝炎ウイルスに対しての正しい知識に乏しく、手を触れても、一緒に食事をして、何をしてでも感染すると信じている人が多くいますし、さらに、都会と違って親しくつきあう人も沢山あり病気のことを隠すのが大変です。病状も今は落ちついていますが、悪くならないか、最近使い始めた核酸アナログ製剤の副作用はどうかなど、又、今は仕事をしていますが病気のためにいつまで働けるのか、治療費もかかるし経済的に苦しくなるのではないかと。考えなくても良いことを次々と考え、心配の種がつかまません。毎日、生き

ていくことがストレスの要因です。

- ・ 以前に私がB型肝炎を発症した時に病名を知った友人から距離をおかれたことがあり、すごいショックを受けたために、町会等の皆で食べ物にふれたりするたびにすごく意識している自分がある。そのことに対するストレスは毎回感じている。
- ・ B型肝炎の正しい知識がない人が、未だに医療関係者の中にもいる。当然のように周囲にも、又一般的にも正しい知識のない人が多く病気そのものへの誤解が多い。例えば異性との性交渉によって感染した→自己責任だ！という考え方が根強いと思う。急性と慢性の違いや、感染ルートに関して、国から国民への説明もなく、積極的に説明しようという姿勢も感じられない。和解した今でも、私はB型肝炎のことを話そうとは思えない。常に隠し、また周囲に気付かれないようにしている。今まで受けた差別や偏見を思うと、恐ろしくて公にする気持ちにはなれないし、心の傷は決して消えない。失ったものも手にすることはできない。常にこういう思いで暮らしている。血液にも気を付け、子どもとの入浴すら生理時は神経を使う。
- ・ 息子がB型肝炎である事はやはり世間の偏見とか差別につながると感じています。なので息子も友人や職場の上司にも周りの誰にも秘密にしています。私も友人二人にしか打ち明けていません。息子の仕事は長年小学校の非常勤講師をしてきましたが、ようやく教員の福岡県の採用試験に合格して四月から小学校に教員として勤務する事になっています。息子の年齢も今年37歳になるので縁談を進めて下さる方もいらっしゃると思いますが、打ち明ける事が出来ません。息子は何にも言いませんがきっと同じ気持ちだろうと思います。本当にB型肝炎キャリアである事は、結婚に際しての大きな障害になる事を痛感しています。
- ・ 2～3年前に会社の上司に話した内容が、言いふらされた。個人情報をもらされ、パワハラを受けた。
- ・ 自分としては、B型肝炎の事を、メディアやマスコミなどで、あまり大きく取りあげないでほしい。ひっそり、くらしたい。
- ・ B型肝炎が特殊な病気でないことを多くの人に知ってもらいたい。
- ・ 将来、老人ホーム等に入居する必要性が生じた場合、入居を拒否されないか。
- ・ B型肝炎に感染していることを他人に知られること（正しい知識を持ってなく偏見や差別を受けそうである。）。予防接種で感染したのだから、そのことと大人になった方へは、ほとんど感染しないという事をもっと知らせて欲しい。被害者であるにもかかわらず公言出来ない。約30年知られたら、差別を受けたらと思ってきた。
- ・ 周囲の人達がB型肝炎について、正しい知識をもっていないので、会社などで、だ液からうつると誤解され、話しをするとマスク（相手が）をつけたりして、差別をうけたりして、とてもつらい思いや悔しい思いをした事がある。自分の責任で、こういう病気になった分ではなく、なぜ自分がこういう病気にならなければならなかったのか、理不尽な思いでいっぱいであり、主治医からも、一生治る見込みがないと言われ、これから先、病状が肝硬変とかになる可能性もあるかと思うと、不安で一杯であります。また、治療費も高いので、これから先、仕事を辞めたら、負担が重くなるので経済的にも大変だと思います。
- ・ ピアスやイレズミ、性交為など、感染経路に関する偏見を強くもたれるのが苦痛です。また、新たに医療保険にも加入できないのでガンに進行した時の治療費や仕事に復帰できるかなど、常に不安を抱いております。

○保険、年金に関する不安

- ・ 家族をもつ事が出き、幸せな生活も、生命保険や住宅ローンにも加入出来ず、家族にまで負担を強いている状況です。その事が、さらに自分を追い詰める要因となっています。マイホームを持つ事も計画する事も出来ず、病気が進行した時家族をどのようにして守ることが出来るの

か、おしえてください。普通の方が出来る事を、私にも保障してください。和解金は、正直、私の年だと、助成制度を利用したところで、薬代程度です。十分な金額とも思っておりません。これからの保障制度が、出来る事を願います。

- ・ 今後、肝炎を発症した時の事を考え、民間の医療（入院）保険に加入する事を考えたが、●●共済をはじめとするほとんどの保険会社が、B型肝炎ウイルス感染者は保険に加入出来ない事になっています。いま、既往症があっても加入出来る保険商品が開発されてきている中、まだ発症するかどうか分からない無症候性キャリアが、これら保険に加入出来ないのであれば、いったい何の為の保険なのでしょう？差別・偏見そのものではないのでしょうか？こういった差別を改善してほしいと思います。
- ・ B型肝炎に感染していることがわかると、生命保険の更新や新規加入などをことわられた。私の場合保険金の支払いを5年間減額された1年目50%2年40%…という具合に！！震災で家を再建しなければならないときでもローンの引き受け先がなく、高い金利でしか貸りられなかった。職場のローンでも、肝炎を理由にことわられた。

○結婚・交際

- ・ B型肝炎が理由で、離婚も経験しているので、異性との付き合いに関しては悩み、ストレスを感じる。
- ・ 今は独身だがパートナーができたとき、又はできる過程において相手にどう伝えるか
- ・ 現在自分は、独身でB型肝炎と判ってから、相手に感染させないかと不安で女性との性的接触は、20年全くありません。とてもつらい。相手に、ワクチンを接種してもらわなければならず、男ざかりであり苦悩している。
- ・ 私は、現在も独身で、パートナーがいません。B型肝炎に感染していると、結婚する相手には、ワクチンの接種をしてもらわなければならないのですが、そういうことを頼める相手にめぐりあうことは、簡単ではありません。男性との付き合いも苦手になり、好きな人ができても付き合いを深められません。
- ・ 結婚相手に、キャリアであることを、つげることが、悩みで、つげたことで、はたんしたことが何度もあった。
- ・ 夫婦間での性行為に、罪悪感を感じ、セックスレスとなった。
- ・ 結婚など将来に対して自信がもてない。
- ・ 妊娠・出産時の検査でB型肝炎がわかりました。1976年です。それからは、配偶者から、どうして結婚する前に血液検査をしなかったかと、30年以上責められました。国との和解が成立し、それからは責められることがなくなりました。2人の子供が母子感染しており、ずっと悩み苦しみました。でも、子供から責められたことはありません。
- ・ 今服用しているバラクルードには催奇性がある。結婚はしていないが、今後結婚の障害になるかどうか、また子どもについてどう考えていいかわからない。

○将来への不安

- ・ B型肝炎から肝ガンの発症で、落ち込む自分の心のコントロールが、この先できるか心配です。
- ・ 今後の事を考えると不安で眠れない
- ・ 後、何年生きていられるか（母（86歳）が健在なので）
- ・ 子供が一人いますが、障害児です。今後もずっと、そばで支えていかなければなりません、育児をたのめる人がいなく、私がかんばっています。私自身、たとえば日頃～カゼをひかない

ようにしよう、ケガをしないようにしよう…と、気をつけてはいるものの、B型肝炎だけは(今のところキャリアですが) 進行を完全に防ぐことは、まず無理だと思っています。もし万が一発症、進行した場合、障害を持つ我が子を、だれがどう育てていくのか考えると、ものすごく不安になります。私の不注意でケガをしたり病気になったり…というのは、「仕方ない」と思って、割り切れても、B型肝炎だけは、私の責任じゃありません。他人に言える悩みじゃないので、余計につらく感じます。

- ・ 先が見えない不安を感じる。全ての面で
- ・ 毎日が辛く、いつ、死がくるのかと不安です。
- ・ 毎日が不安である。先が見えない。明日、目が覚めるのか。
- ・ 妻を25年前に亡くし、子供二人を(二年生と四年生) 育てあげ、孫にも三人恵まれ幸せな時期ではあるが、体調の事、これからの病気の進行状態を考えると、いつ迄幸せで、いられるか、これを考えると寝むれなくなる。毎日が、ストレスとの戦い。でも肝炎訴訟が和解成立になった事により、資金的ストレスは少し無くなったかなと思う。先生方のおかげと思っています。でも、もっと重くなった時、病院の通院料金についてどうなるか、一人で生活している、私としては、いつまでも心配との戦いと思います。まだ和解に、至らない同志の皆様のことを思うと、自分の事ばかり考えては、いられない自分も、そこに居ます。心の不安定を感じずる毎日です。

○その他

- ・ 原告団活動費が会費的なもので全員同額だと思っていたが、同率を賠償金にかけて引かれるので、重症の人ほど高額になる。移植などで多額の医療費がかかったので、もうOKは出したが原告同志で話すこともできなかったのも、つらい。
- ・ この質問内容そのものがストレスを感じます。もっと患者に適するものにして頂けないと書き様がないですし、他の患者さんの役に立たないと思います。この不景気のなかですから会社は患者を理由に排斥をしているかしようとするでしょう。今迄どれだけ会社に貢献していても同じ事です。一担職をなくすと再就職は無理です。万が一就職できても1からスタートにて多くを望めません。子供の頃から努力して高い地位につけたとしても発病すればその人の生活設計はストップします。収入が無く貯金を減らしていくのみで、年金のもらえる年齢になっても外国人や年金をもらえない生活保護者の方が生活ができます。医療費ただ、保険への加入不要、住居手当がもらえる。まじめに30年以上税金、厚生年金を払ってきた人達の2倍、3倍のお金がもらえます。私は年金では国民保険料、病院代、各種税で毎月ほとんどの年金がなくなります。住み家もなく、食費も残りません。官僚や政治家は上手に自殺者を作るようです。「某大臣いわく年寄り早く死んでいくべき」病人もしかり。今の日本の国策です。
- ・ 訴訟により、国の責任を認めたのであるから、和解金のみならず、かかった医療費等は、すべて、国が責任を持って、負担するのが、あたりまえの話である。被害者には、一切、負担を掛けない。これ人間の常識です。原告団の方々には、これを勝ち取るまで、頑張ってください。
- ・ 発病後30年近く経過し現状を受けとめ受入こうして元気で生かされていることに感謝しています。
- ・ キャリアである事がわかり、何にをどうしたら良いかわからないまま、昨年、国との和解が成立し、始めて患者、友の会の存在を知り、又、メールで情報をいただいている昨今で、体調に感しても発症しているのやら、いないのやら、わからなかったのが昨年より、定期検診を受け始めている。医師えらびについても、わからなくて、のびのびになっていたが、患者会の方のアドバイスを聞いて、受診しているが私に合っているのかどうかも未知数である。その医師の話では、いつ肝炎が発症してもおかしくない状態との事。発症とは、どうした事を言うのか、どんな状態になるのかの不安な日々である。発症したら、福祉事ム所のどこへ行けば良いのか、保健センターのどこへ行けば良いのか、等わからない事だらけです。それらのストレスは、

日々、つづいているのが現状です。

- ・ 忘れようとしています。
- ・ 国の責任の取り方が、中途半端。できるだけ責任回避しようとしている。賠償金も、ケチッている。裁判の進行も遅い。不必要な書類まで要求し、イヤガラセをされているようだ。ストレスだ。20年以上も苦しんでいる肝炎患者を、「除斥」期間を形式的に適用し、苦しみからの解放を心底、考えていない。国の基本的な姿勢を改めるべきだ。国の態度がストレスだ。
- ・ 私は、老齢であまり影響はないのですが、働き盛りの若い方達は、世間の風評から職場で差別を受けたり、結婚をためらったり、恋愛に一步踏み込めない等さまざまな問題に直面しているでしょう。B型肝炎の正しい知識を、国民に広く浸透するようにしていただきたいです。
- ・ 治療は一生涯続くわけですから、毎年、受給者証を更新しなければいけないのは、肉体的にも経済的にも本当に苦しいです。そもそも、国の責任なわけですから、治療費を個人負担しなければいけない理由がわからない。大臣は、「他の疾病との公平性とバランスを考えるとむずかしい」と言っていたが、全く理由になっていない。我々の病気の理由に、生まれつきでも個人の不摂生でもなく、国が原因を作ったんだから。
- ・ 日常生活においては、自分自身の病気に対しては心の整理をつけ様と思っていますが、●●B型肝炎原告団活動を5年近く活動してきた中で、どれだけのB型肝炎ウイルス感染患者が存在するのか原告団活動する中で患者拡大に、末恐ろしく思う。予防接種を施行して実行するとき、なぜ注射器の回し打ちを許したのか。B型肝炎ウイルス感染患者拡大に、つながる事がわかりながら今の厚労省が止めなかったのか医療機関を監視する行政機関として許されないと思っています。
- ・ 私の同級生が感染していなくて、何故自分だけが感染したのかわからない。
- ・ 新しい治療についてのニュースが欲しいと思います。将来に対しての不安を少しでも軽減出来ればと思います。
- ・ このまま体調が維持できて、家族にもうつすことが無ければそれ程ストレスはないです。

(コ) B型肝炎に関する医学的な知識・情報を入手したり、医学的な面での悩みを相談したりする機関・相手

B型肝炎に関する医学的な知識・情報を入手したり、医学的な面での悩みを相談したりする機関・相手について尋ねたところ、「医療機関」(76.9%)が最も多く、次いで「家族」(43.4%)、「患者団体」(15.9%)であった。その他には、「インターネット」「書籍」「弁護士」などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(95.7%)が最も多く、次いで「ホームページ」(10.7%)、「講演会」(6.8%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「ホームページ」(41.6%)が最も多く、次いで「講演会」(35.9%)、「相談窓口」(20.1%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(41.0%)が最も多く、次いで「講演会」(23.0%)、「その他」(9.8%)であった。

図 5-141 B型肝炎に関する医学的な面での情報の入手先、相談したりする機関・相手

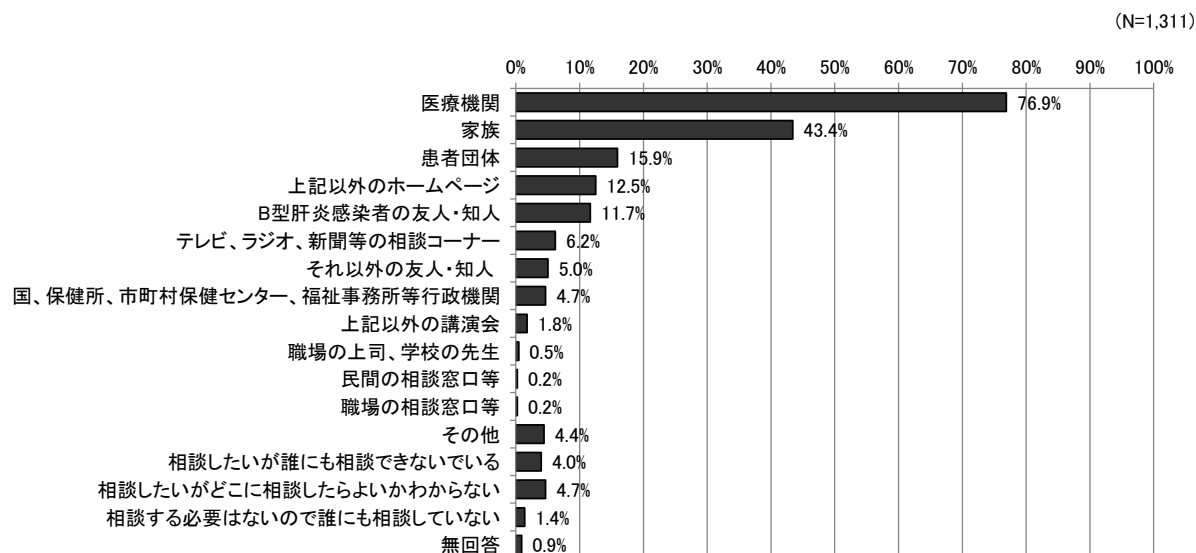


図 5-142 「医療機関」を選択した方の相談先

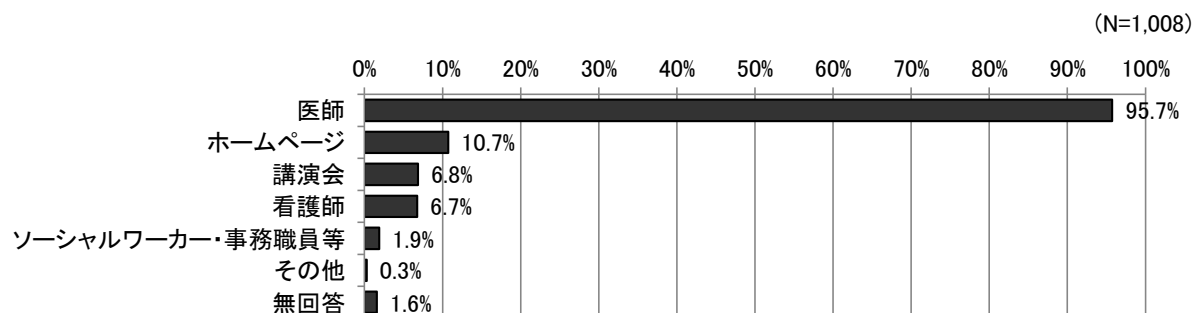


図 5-143 「患者団体」を選択した方の相談先

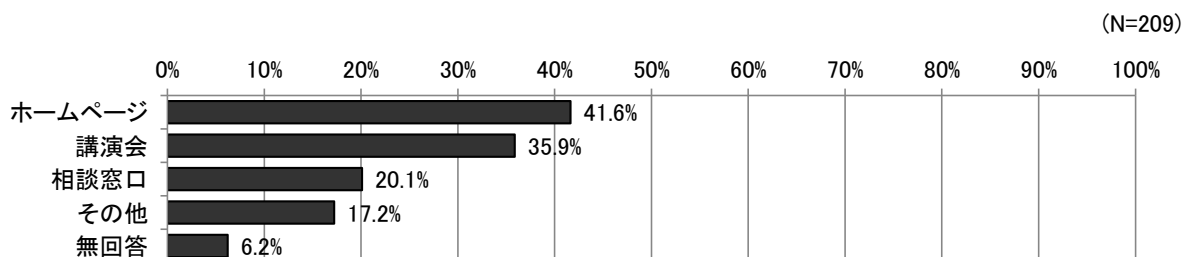
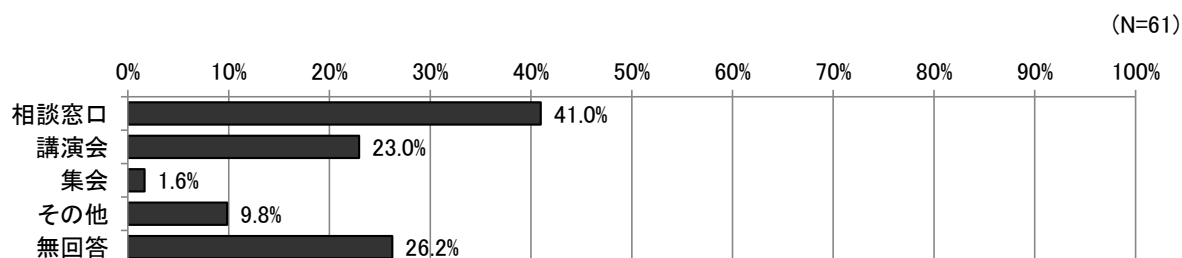


図 5-144 「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先



(サ) B型肝炎に関する経済的な知識・情報を入手したり、経済的な面での悩みを相談したりする機関・相手

B型肝炎に関する経済的な知識・情報を入手したり、経済的な面での悩みを相談したりする機関・相手について尋ねたところ、「家族」(53.3%)が最も多く、次いで「医療機関」(22.3%)、「患者団体」(10.6%)であった。その他には、「インターネット」「相談しても変わらない」などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(76.7%)が最も多く、次いで「ホームページ」(14.4%)、「ソーシャルワーカー・事務職員等」(11.6%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「ホームページ」(38.8%)が最も多く、次いで「相談窓口」(24.5%)、「講演会」(21.6%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(52.8%)が最も多く、次いで「その他」(13.1%)、「講演会」(5.1%)であった。

図 5-145 B型肝炎に関する経済的な面での情報の入手先、相談したりする機関・相手

(N=1,311)

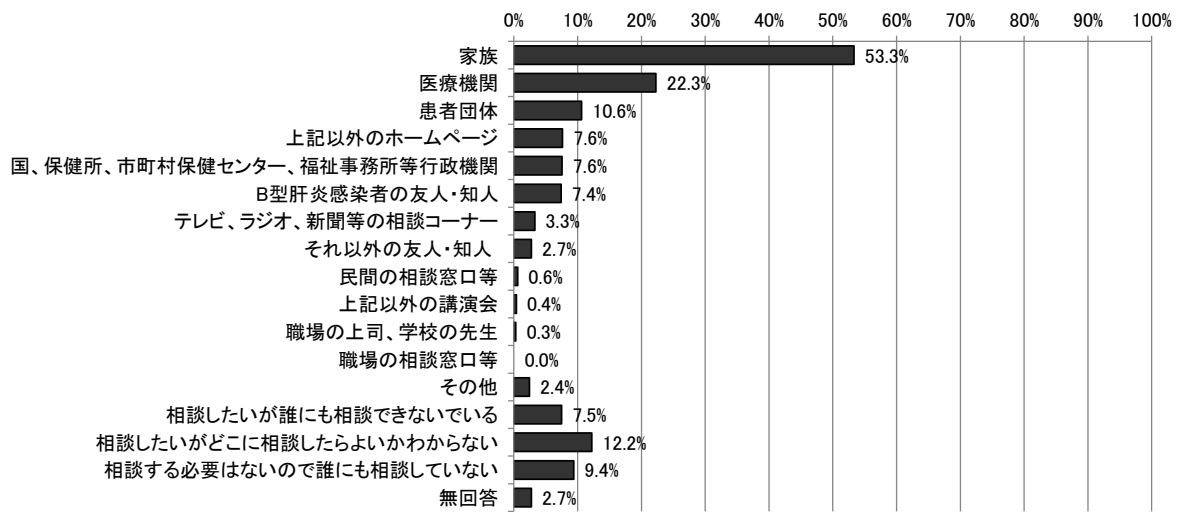


図 5-146 経済的な面で「医療機関」を選択した方の相談先

(N=292)

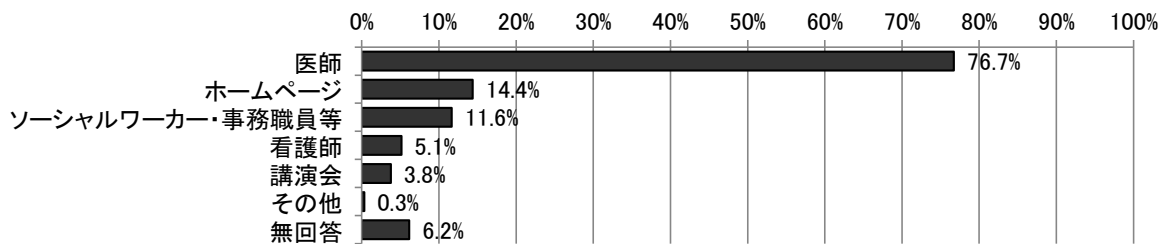


図 5-147 経済的な面で「患者団体」を選択した方の相談先

(N=139)

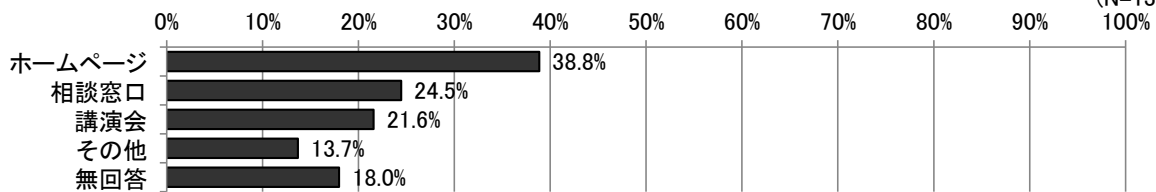
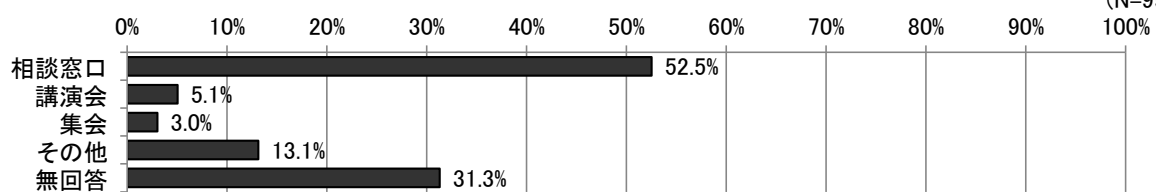


図 5-148 経済的な面で「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先

(N=99)



(シ) B型肝炎に関する生活全般についての知識・情報を入手したり、生活全般についての悩みやストレスを相談したりする機関・相手

B型肝炎に関する生活全般についての知識・情報を入手したり、生活全般についての悩みやストレスを相談したりする機関・相手について尋ねたところ、「家族」(52.8%)が最も多く、次いで「医療機関」(35.2%)、「患者団体」(11.3%)であった。その他には、「インターネット」「弁護士」などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(89.8%)が最も多く、次いで「ホームページ」(9.5%)、「看護師」(7.4%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「ホームページ」(34.5%)が最も多く、次いで「相談窓口」(32.4%)、「講演会」(28.4%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(40.3%)が最も多く、次いで「講演会」(19.4%)、「集会」(7.5%)であった。

図 5-149 B型肝炎に関する生活全般についての情報の入手先、相談したりする機関・相手

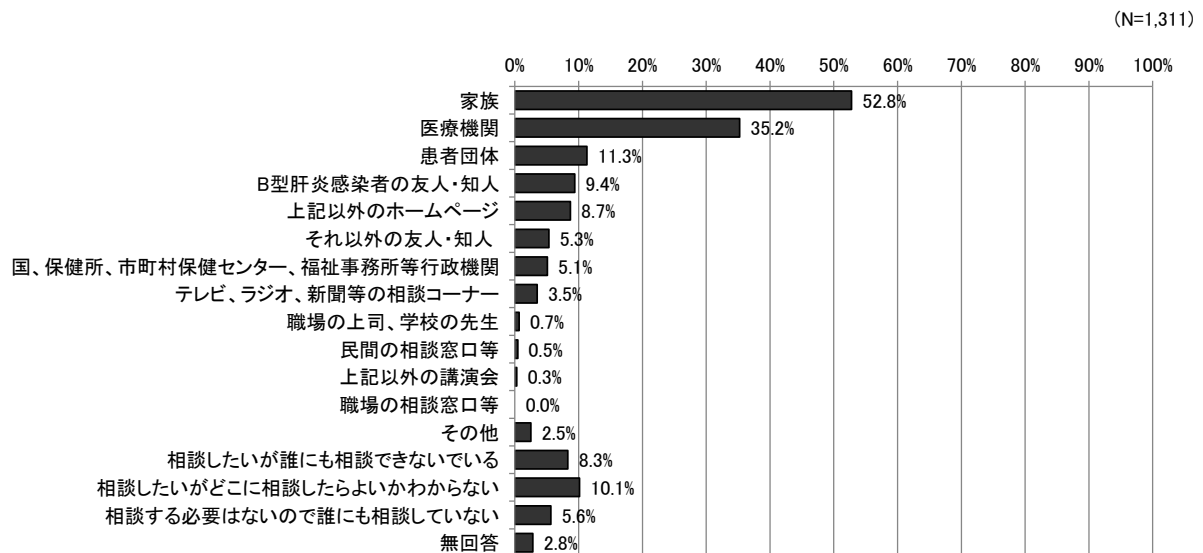


図 5-150 生活全般について「医療機関」を選択した方の相談先

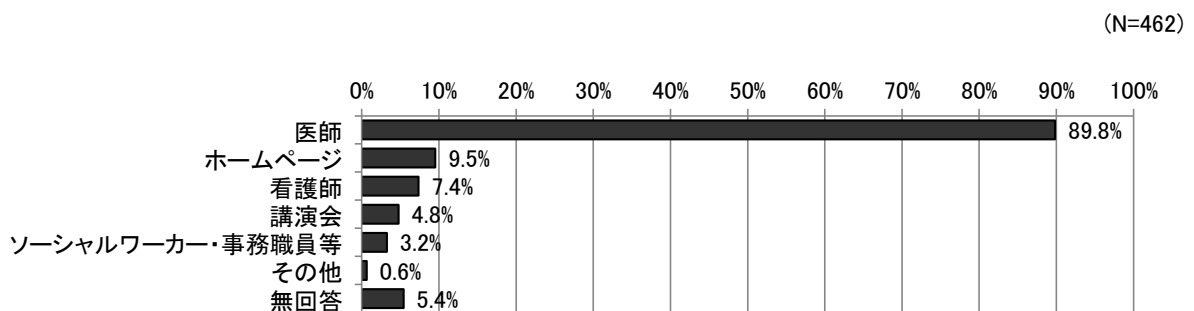


図 5-151 生活全般について「患者団体」を選択した方の相談先

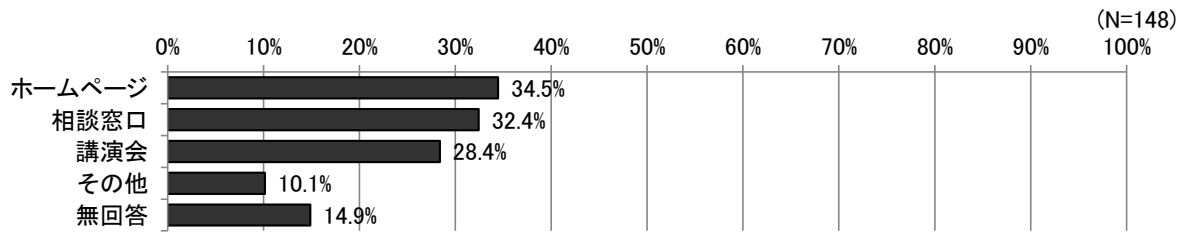
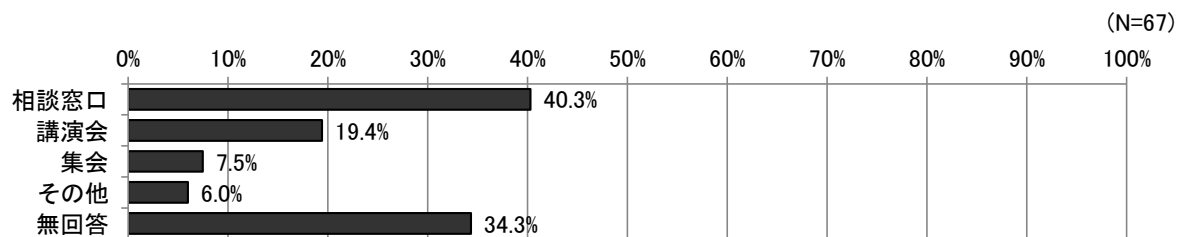


図 5-152 生活全般について「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先



(ス) B型肝炎に関する医学的な知識・情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

B型肝炎に関する医学的な知識・情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手については、「医療機関」(78.2%)が最も多く、次いで「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」(44.9%)、「患者団体」(33.3%)であった。その他には、「インターネット」「弁護士」などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(79.1%)が最も多く、次いで「ホームページ」(16.6%)、「ソーシャルワーカー・事務職員等」(10.7%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(51.9%)が最も多く、次いで「ホームページ」(35.9%)、「講演会」(25.9%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(58.3%)が最も多く、次いで「講演会」(16.0%)、「集会」(4.8%)であった。

図 5-153 B型肝炎に関する医学的な情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

(N=1,311)

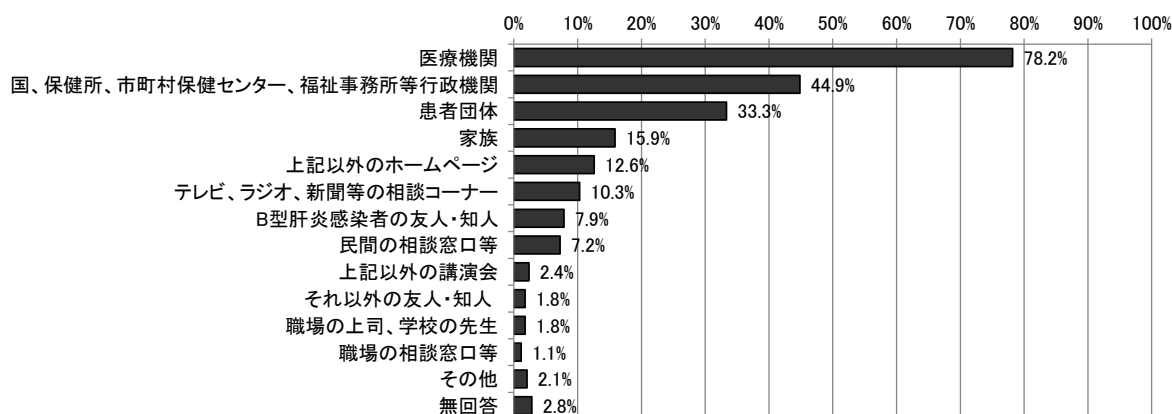


図 5-154 医学的な面で今後充実を期待する機関・相手で「医療機関」を選択した方の相談先

(N=1,025)

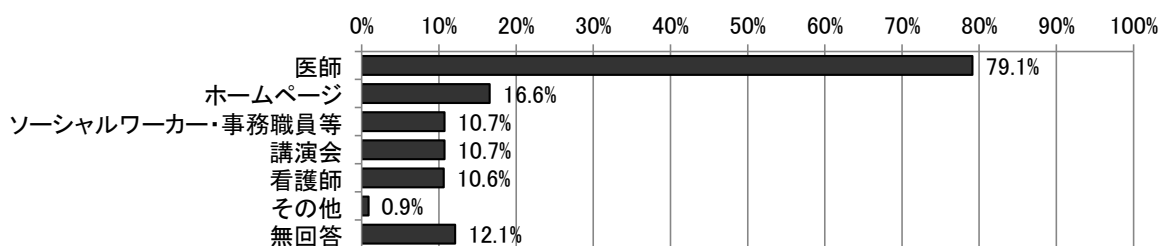


図 5-155 医学的な面で今後充実を期待する機関・相手で「患者団体」を選択した方の相談先

(N=437)

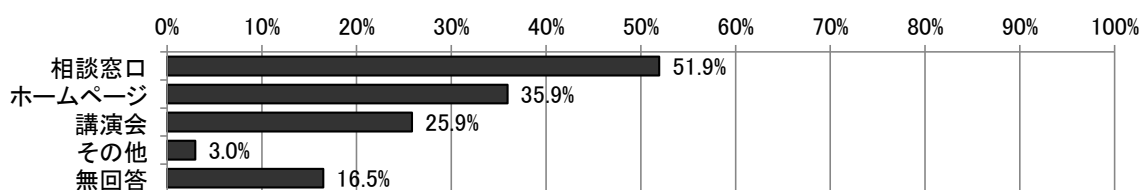
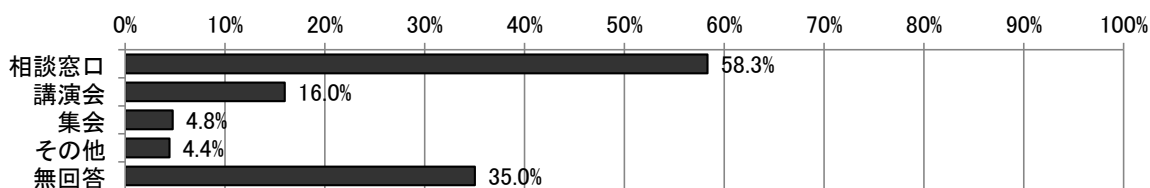


図 5-156 医学的な面で今後充実を期待する機関・相手で「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先

(N=588)



(七) B型肝炎に関する経済的な知識・情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

B型肝炎に関する経済的な知識・情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手については、「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」(62.9%)が最も多く、次いで「医療機関」(41.7%)、「患者団体」(33.0%)であった。その他には、「弁護士」、期待していない、「特になし」「などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(53.7%)が最も多く、次いで「ソーシャルワーカー・事務職員等」(23.2%)、「ホームページ」(18.8%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(54.7%)が最も多く、次いで「ホームページ」(34.2%)、「講演会」(16.9%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(57.1%)が最も多く、次いで「講演会」(9.2%)、「集会」(5.0%)であった。

図 5-157 B型肝炎に関する経済的な情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

(N=1,311)

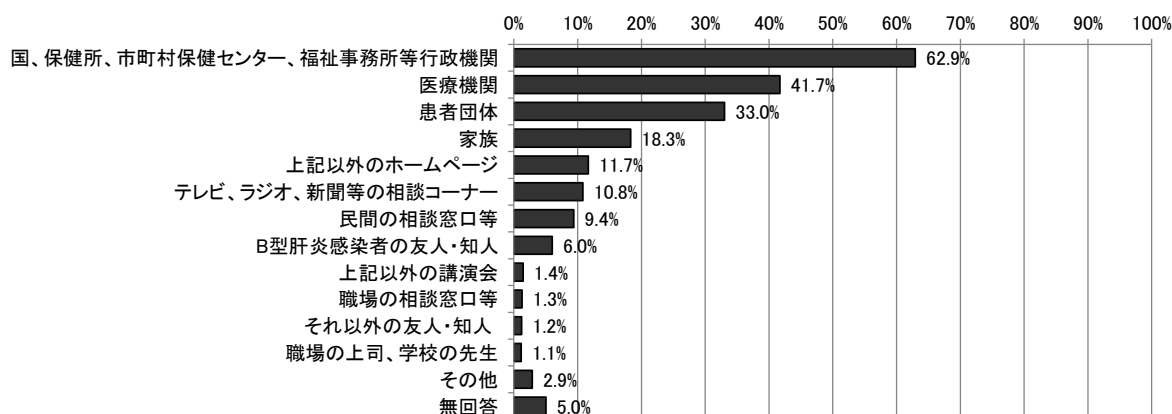


図 5-158 経済的な面で今後充実を期待する機関・相手で「医療機関」を選択した方の相談先

(N=547)

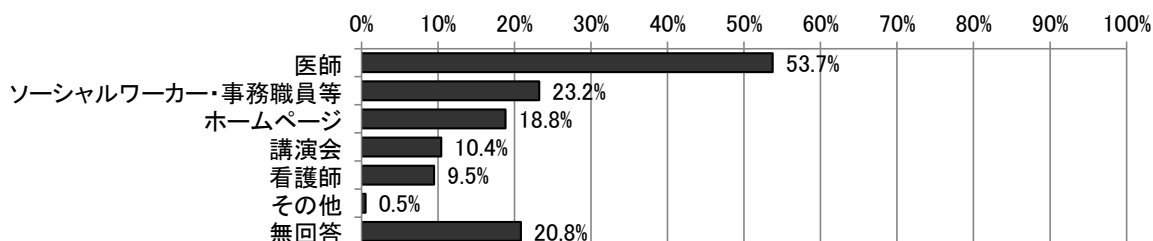


図 5-159 経済的な面で今後充実を期待する機関・相手で「患者団体」を選択した方の相談先

(N=433)

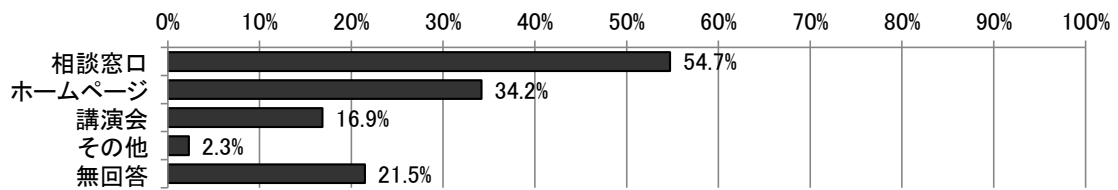
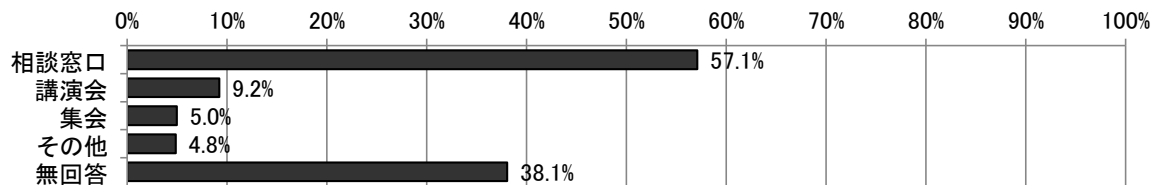


図 5-160 経済的な面で今後充実を期待する機関・相手で「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先

(N=825)



(ソ) B型肝炎に関する生活全般についての知識・情報の入手や、悩み・ストレスの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

B型肝炎に関する生活全般についての知識・情報の入手や、悩み・ストレスの相談相手として今後充実を期待する機関・相手については、「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」(56.4%)が最も多く、次いで「医療機関」(53.2%)、「患者団体」(36.8%)であった。その他には、「わからない」、「特になし」などの回答があった。

また、「医療機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「医師」(64.8%)が最も多く、次いで「ソーシャルワーカー・事務職員等」(18.1%)、「ホームページ」(14.9%)であった。

「患者団体」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(55.0%)が最も多く、次いで「ホームページ」(32.2%)、「講演会」(18.0%)であった。

「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」と回答した方にその相談先について尋ねたところ、「相談窓口」(59.7%)が最も多く、次いで「講演会」(10.3%)、「集会」(4.1%)であった。

図 5-161 B型肝炎に関する生活全般についての情報の入手や悩みの相談相手として今後充実を期待する機関・相手

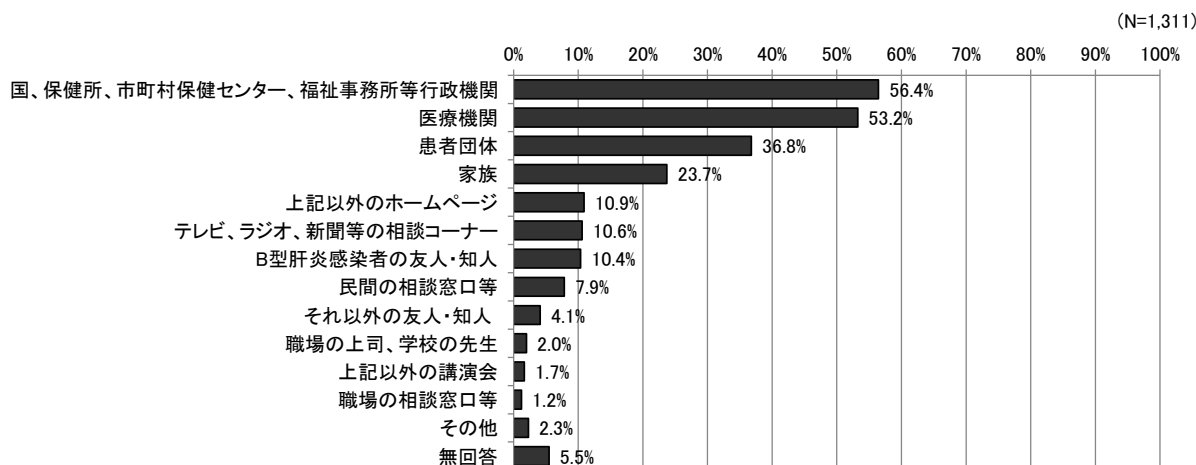


図 5-162 生活全般について今後充実を期待する機関・相手で「医療機関」を選択した方の相談先

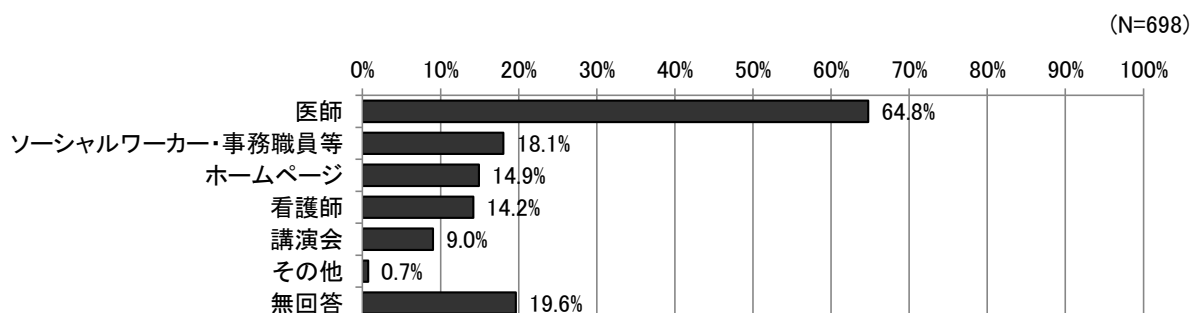


図 5-163 生活全般について今後充実を期待する機関・相手で「患者団体」を選択した方の相談先

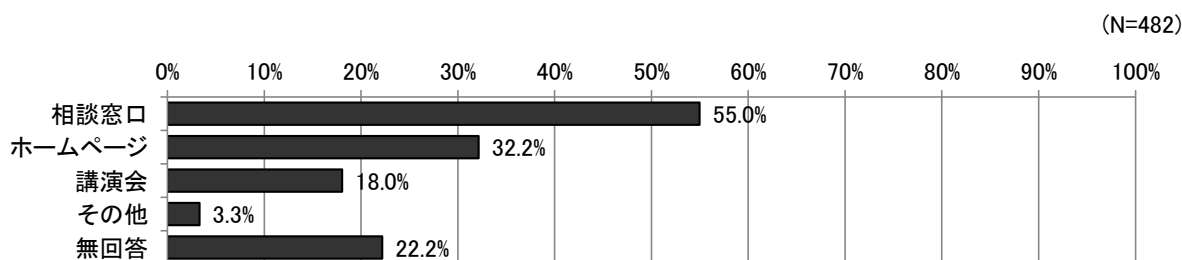
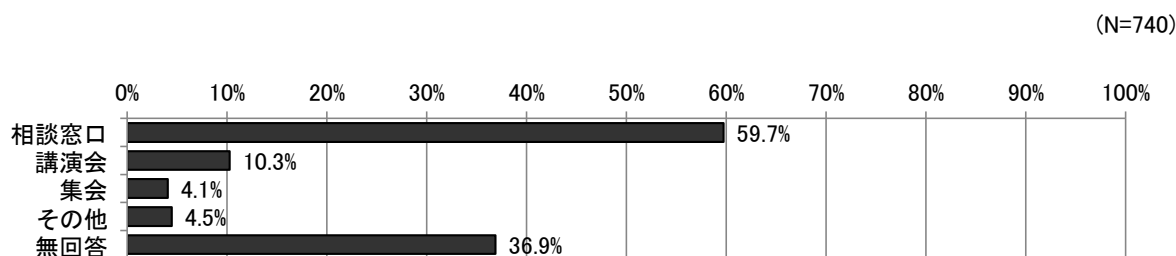


図 5-164 生活全般について今後充実を期待する機関・相手で「国、保健所、市町村保健センター、福祉事務所等行政機関」を選択した方の相談先



(タ) B型肝炎に関する知識・情報の入手、悩みやストレスの相談についてのご意見、ご要望

B型肝炎に関する知識・情報の入手、悩みやストレスの相談についての意見、要望については、以下のような回答が見られた（抜粋）。

○国や行政機関からの直接の情報提供

- ・ 行政でのサポートを拡充して頂きたい
- ・ 行政機関の発信（できるだけ1日/月など定期）を広くマスコミで流すこと。…特定の団体や窓口限定しないことが望ましいと考えるため
- ・ 電話やEメールで正確な情報を提供してくれる国の相談窓口がほしい。
- ・ 相談窓口があってもいざ相談しようと思っても簡単に出来るものではありません。特にB型肝炎に対しての世間の誤解はまだ根強く「もし、ばれたら」と思う事が大きなストレスの一因になります。自分自身で行動を起こさないといけない、それは十分、分かっておりますがもう一步踏み込めない気持ちを御理解下さい。出来れば、公的機関、医療関係者、患者団体などから細かい情報提供をお願いしたいと思います。
- ・ 国などの提供情報が、ホームページなどでわかりづらい場所にあたりして、自分から積極的に探しまわらないと見つけられないことがある。広報の方法をもっと広くする必要があるのでは？病院、薬局にチラシをおいてもらいポスター掲示するのはあたりまえとして、学校や大きな事業所にも協力してもらおう。新聞やTV、youtube、twitterにも展開したらどうか
- ・ 国、県の機関がきめ細かな対応をしてくれるよう望む。但し、自治体の窓口は個人情報を守れるか心配なので、係りはもちたくない
- ・ 国（厚労省）の意識の低さが一番の問題。原因を作った国が責任をとって、対応する事が常識と思うが役所の本根が覗け、45万人に上の被害者がいると言っておきながらその救済に自らが動こうとしない。私の様に比較的軽い症状で済んでいるが重い症状の患者の救済が遅くなる現状がもどかしい。

○利用しやすい個別相談窓口の開設

- ・ B型肝炎ということ人をあまり伝えたくない、知られたくないという状況では、講演会等には参加しづらい。個別相談の方法が最も良い。また同じ病気をもっている人との懇談もとても良い。肝疾患相談センターに相談しても、専門医の紹介すらしてくれない。レベルが低く、患者目線では全くない。→パート等で知らないのでは？医者は専門医でも、差別偏見する人がいて、とてもつらい。町医者レベルは大変ひどい目に会うので大変。
- ・ どこへ相談したらよいかというハッキリとした窓口を病院の受付などで問い合わせ先を知らせてくれたらうれしい。具体的な事など大きな窓口で問い合わせできる場所がほしい。
- ・ 患者会の会報を読んで知識を得ている。ただB型はC型と異なり、急に肝がんまで進むといわれているので、予測はむずかしいと感じている。知識のある人が運営する、相談センターの設置を希望。入院中、C型ばかりでB型は私1人だった。原告になり、B型の知り合いができたことで、共通の話ができる人がみつかったことはよかった。
- ・ 精神病ではないがただ話を聞いてくれる信頼できる人がほしいと思う。負い目からかもしれないが夫には話をしたくない。親でも嫌だ。誰にでもいえる病名ならいいのに…と思う。
- ・ 回りに知られないように相談したい。

- ・ 医学的知識、経済的情報、悩み、ストレス相談の窓口が1ヶ所ですむようにしてほしい。
- ・ 病気に対する相談は家族や医師と限られており、治療や生活面、又今後の病気の進行への不安等、他の被害者や医療関係者との情報交換が身近な地域で出来るようになれば良いと思っています。
- ・ 患者会などで、相談窓口などがあれば良い。
- ・ 小さな市ですので、どこに行っても知り合いがいます。市町村単位でなく、フリーダイヤルで、名前も伝えず、相談出来ることが一番ストレスにならないのではと思います
- ・ 感染の事は秘密にしていますので、公の場に出向く事は難しいです。個別相談ができる事が希望です。
- ・ 現在の治療が、最適なのか方に方法はあるのか、気軽に聞ける所があればと思う。
- ・ 話（愚痴）を聞くだけの相談窓口ではなく、トラブルや悩みに関して、確実に回答してくれるような相談窓口が必要である。例えば、B型肝炎が原因で就労できなくなった場合（収入が無くなった場合）の衣食住の世話または生活保護申請方法等のアドバイスをしてくれるような窓口（担当者）が必要。
- ・ 複雑な組織ではない、わかりやすい相談窓口になってほしい
- ・ 県や市の保健所が患者の生活実態をもっとしっかり把握（病状、苦しみ、悩みなど）して欲しい。そうして患者会に寄り添い援助って欲しい。悩みや相談はほとんどが患者会に寄せられています。患者会の世話人（役員）も患者であり、世話人は365日、24時間体制で対応（オーバーな様ですが夜中でも相談の電話があり、延々とグチや悩み病気の不安を訴え）。無給のボランティアでがんばっています。経済的にも財政難で、肝炎情報などを届ける会報も全て手作りです。会を発足させて20年経つと世話人も高齢化したり亡くなったり…。本来ならこの様なことは保健所の仕事では？悩みを気軽に相談できる保健所、医療講演会なども名義後援ではなく、共催で一緒に企画実践してもらえる保健所であって欲しい。戦後の貧しい時代、国民病といわれた結核予防のために親身になって奮闘された保健婦さん達は家庭訪問して悩みや苦しみを理解されていたようです。
- ・ 結構たらい廻しにされた。B型肝炎感染者の経済的、生活全般、悩み事、援助助成等一本化でここに行けば助すけて頂けるという、独立機関が欲しい。

○パンフレット、ニュースレター等

- ・ B型肝炎について簡単でわかりやすいパンフレットを医療機関の待合室、調剤薬局の待合室に置いて自由に持ち帰れればと思います。
- ・ 知識や情報が載っている冊子が病院や市役所保健センターで手軽に見ることができたらいいと思う。
- ・ 治療薬の開発状況を定期刊行物などで知らせてほしい。
- ・ B型肝炎治療に関する知識、情報を自宅へ郵送して欲しい。
- ・ 家族の中に偏見者が居る場合も考えられるので家族向けの「B型肝炎」に関する、他人に伝染する場合の項目と絶対大丈夫との事項を列記した豆知識冊子を配布していただきたい。血液（B型肝炎）の良悪の解説もしていただきたい。同時に掲載すること。以上要望です。
- ・ 国・保健所・行政機関はこちらから出向かなくては何もしてくれないので、病院と提携する等して患者に情報を発信するシステムを作ってほしい。DM等も利用して平日に休みが取りにくい人達にも情報が届くようにしてもらいたいです。私達は被害者なので国から発信するのは義

務だと思えます

○土日、夜間でも相談できる窓口等の設置

- ・ 土曜、日曜でも相談できる場所がほしい。
- ・ 土、日や、21時ぐらいまでに対応できる相談窓口を、設置してほしい。特に地方は、医療機関も少なく、行政の窓口も少ないので
- ・ 治療に関することを主治医以外にも相談したいのですが、セカンドオピニオンの外来までは行きづらく、どうしたらよいのか悩んでいます。肝疾患相談センターの電話相談も平日昼間だけで、仕事中には電話することが出来ません。土日でも気軽に相談できる窓口があると良いと思います。経済的なことや生活全般に関する相談についても、専門の機関などを紹介してくれる受付的に繋いでくれるような窓口があると良いと思います。また、これらの情報を集めたホームページや冊子があると良いと思います。

○政府、メディア、学校などによる正しい知識の普及

- ・ 社会の予断と偏見の撲滅の徹底
- ・ もっとTV、新聞等、報道機関で扱ってほしい。正確な情報を知りたい。
- ・ B型肝炎は予防接種のまわし打ちにより発症した可能性が高いことを、国は国民にもっと周知させるべきだと思う。自分が何かしたのではと悩んでいる人が多い。
- ・ インターネット上には間違った知識や情報も依然として氾濫している。政府、メディア、学校は正しい知識の普及にもっと力を注いで欲しい。特に医療関係への周知は絶対に行って欲しい。医学知識や情報はすぐにみつかるが、生活や未婚者や恋人がいない人の恋愛についての情報や悩みを相談する所が少ない。
- ・ B型肝炎がどんな病気なのか、世の中の人をもっと知ってくれたらいいなと思います。自分の体を大事にしようと思えば人から見たらなまけている様に見えるんじゃないかという不安がつきまといます。知ってくれている人達の中では安心して過ごせるという安らぎがあります。
- ・ TV・ネットなどで被害の実態、特番をくみ、「普通の生活では感染しない事」をくり返し報道してほしい。
- ・ B型肝炎の患者さん以外の一般の人たちに正しい知識を持ってほしいです。差別や偏見を持つのはやめてほしいです。
- ・ 行政として、一般の人達にB型肝炎に対して正しい知識を持ってもらうために勉強会を開いて、病気に対する差別・偏見を減らしてほしい。
- ・ 今はまだB型肝炎に対して正しい知識が社会に広がってなく偏見や差別が存在しています。我々原告や患者に知識や情報を与えるのはもちろんですが、教育の場でも正しい知識を広めていただきたく思います。また医学の場でも専門医だけが、知識をもっているのではなく、医学教育及び歯科医や他の一般医でも知識が不十分だと実感しております。特に保健所の職員等は医療費助成の手続きの知識はあっても患者に対しての知識は必ずしも正しいものではないと実感しています。専門医の医療講演も平日の昼間で、病気をかかえ昼間生活の為に仕事をしているものが、参加できるものではないです。
- ・ このような被害があったこと、B型肝炎についての正しい知識、理解が、社会全体に広まってほしい。
- ・ 医療費助成制度はたまたま知っただけで、市政だよりは普段見ないのであの時見てなければ今

でも実費で治療していたかもしれません。新聞、テレビなどでもっと情報を与えるべきです。

- ・薬の耐性や新薬新治療の事など、C型は色々とすすんでいる様子がTVやなんかでもわかるけれどB型は全くわかりません。もっとB型に関しても情報を発信して欲しいです。

○患者同士の支えあい、情報交換の場

- ・肝炎経験者、同じ立場の人しか結局は理解しえない。
- ・病院では患者同士が、話をするという機会が少ない。講演会も良いが、お互いに情報交換できる場があれば良いと思う。
- ・パソコンを使用しているので、公的機関や同じ患者の方達との意見交換等が出来るシステムがあれば利用したい。
- ・私は肝炎を発症してから色々と勉強し、東京肝臓友の会に入会し色々と御指導や色々の情報を頂きました。患者自身も努力して情報を入手しなければいけないと思います。
- ・今は、インターネットの普及で情報は、取ろうと思えばいくらでも手に入ります。それほど不自由はしていません。悩み、ストレスは、同じ境遇にある患者さんとのつき合いが一番です。家族にさえ言えない事も言えますし入院生活が長いと患者のネットワークが出来てきます。
- ・患者団体に相談したい。体制を作ってほしい。他には知られたくない

○心理カウンセラー、心理療法を受けられる場

- ・悩み、ストレスの相談できる心理カウンセラーの治療を無償でうけられる様にしてほしい。家族に話しても、わかってもらえず、いやな顔をされる。本当にストレスです
- ・公的な相談窓口でプライバシーが完全に保護される機関を立ち上げ、無料でカウンセリングを受けられる様な体制を作ってもらいたい。(土、日を含めて)
- ・計4回入院、治療しましたが、最初の入院した時うつ病になりました。今と違い当時は心の病への理解がありませんでしたので、半年苦しみました。ある日突然うつ病が回復に向かいましたが、病院に行きづらく長引きました。現在は当時に比べればはるかに心の病気に理解ができてつつあります。心療科病院での医療費を何とかして欲しい

○ホームページなどによる最新の情報の公開

- ・新しい情報などは、ホームページ等で即時行ってほしい。
- ・患者会と医師による、知識及び相談窓口のホームページを希望します。新しい治療法や、生活するには何を気をつけたらよいのかなど地方からでもつながるHPを作ってください。B型肝炎の講演会が、いつ、どこで行なわれているかなども全国規模でお願いします。
- ・最新の医療情報をいち早く得られるような体制にしていきたい。医師も最新の情報をすべてつかんでいるとは言い切れないので患者と医師が最新情報を共有出来る体制作りが必要である。
- ・毎年春にでる新薬の情報や肝疾患専門医療機関の紹介等、新聞や医師からいち早く知りたいです。
- ・国が責任を持って、最新の情報を提供して欲しい。インターネットのホームページの充実を期待します。
- ・相談をする際は、医師や看護師などプライバシーを厳守してくれる相手にします。人に知られることなくさまざまな情報を得たいので、できれば厚労省や県のHPで、広くわかりやすい表

現で周知してほしいと思います。現在のものは、わかりにくいです。

- ・ 感染された方の症状や経済的な悩み、また、受診や検査についての知識をホームページよりもわかりやすい冊誌等で年1～2回位の程度で発信してもらえれば年配の方でも情報を手入しやすく、自分の症状との比較・参考にもなるのではないかと思います
- ・ B肝のQアンドA選門のホームページをつくって欲しい。B肝の専門家に当番制にして悩みに、HP上、あるいは返信（直接）してもらえるように

○専門医・医療機関・治療法等についての情報提供

- ・ 自分の住んでる近くでよい医者さんがいないか知りたい。
- ・ 肝臓専門医はネットで探せるが自宅の近くにいない。しかたないので半年に1度専門医、毎月の薬は近所の内科でもらってる。・抗ウイルス剤の助成は活用してるが、他に何かあるのか分からず、また、どこに聞けばよいかも分からない。
- ・ 保健所や大阪府に肝炎の受診できる病院等をきいても「わかりません」と言われ、何の情報も得られなかった。
- ・ 病院選びに苦労します。病院組織としての取り組み力、医師の評判（受診者の口コミ等）情報が欲しいと思います。
- ・ 治療法（薬など）についての最新情報を、分かりやすく、入手できるようにしてほしい。
- ・ 薬の開発等の情報が知りたい。
- ・ 肝臓の病気は良くなると聞いています。病気の治療法等どの位良くなるのか再生医療等、知りたいです。
- ・ 肝がん治療の最新治療療法や新薬などの情報提供をいただきたい。
- ・ B型肝炎は個人差があり治療のしかたなど多方面に渡り知りたい。医療講演会は土・日が多く個別相談はむつかしく参加しにくい事情もある。拠点病院相談支援センターなどで医師による電話相談などしてほしい。
- ・ 私が利用している医療機関は肝臓専門の医師がいません。まだ肝炎訴訟が始まってない時消化器担当の医師にエコーの検査を依頼したところキャリアだし2年前にやってるんだから必要ないと断られました。血液検査が異状でなくても突然慢性肝炎に成ったという方を知っているので納得がいきませんでした。専門医でなければキャリアに対する見方は分かってくれていない現状です。この訴訟を契機に専門医でなくても消化器の看板を掲げているならもう少し勉強して欲しいと思います。
- ・ B肝の治療方針については、ガイドラインは出ているが、確立されていない。私の場合は、核酸アナログの使用が現実的であり、肝臓専門医のほとんどは使用をすすめるだろう。しかしながら、核酸アナログの現状を考えると、悩ましい。個人の思い、悩みを加味して、治療方針を考えてくれる医師は少ない。自ら、知識を持ち、考え、判断することが求められるが、負担である。患者の無知をよいことに（通常考えられない）ラミブジンの服用を強くすすめられたことは、今現在もトラウマである。研究、データ収集に走る医師のこわさを感じた。
- ・ もう18年程、通院しているが、医師がよく代わり、医師の知識のレベル、考え方が違うので何が最良なのか時々わからなくなる。

○医療機関内の相談窓口・情報提供

- ・ 何をどこに相談したら良いかわからないので、医療機関（大、小問わず）で、相談できるとこ

ろを紹介してくれたりすると、いいと思う。

- ・ 医療費の助成制度のPR案内パンフレット等は、医療機関には置いていない。医師も話題にしない。助成制度は、テレビの健康番組（NHKのみ）患者団体の講演でしかふれていない。B型肝炎患者に一番身近な医療機関で入手できるよう医者・医療機関の意識高揚啓蒙が必要です。
- ・ かかりつけ医院は、多忙だと思われるので大きな病院（主治医のいる）の窓口上記の詳しい相談が出来るように充実して欲しい。①治療方法の最新情報を得たい。②肝性脳症にならない為にはどうすれば良いのか（低たんぱく食、ホスミシン、ラクッロース、アミノレバン等を服用している）。以上良い方向へ持って行く情報が欲しい。
- ・ 医師が通院の時に手短かでもいいのでいろいろな知識を与えてほしい。無理だとは判っているのですが通院時に何か得られればと思います。他のスタッフでもいいので。
- ・ B型肝炎に関する情報が最近は多くの方が知っているとは思いますが、被害者本人が知識・情報の入手、悩みやストレスの相談を、誰にでも話せるのはむしろ嬉しい事だと思います。体調をくずし、まず医療機関にかかるのですから、そこで悩みやストレスが軽減されれば幸いです。私のかかり付けの病院は大変患者に親切な病院ですが、大きい病院程待ち時間は長いですが、相談時間は短かく、冷たく事務的な対応です。（医療設備は整っていますが、患者にはやさしくない所です）

○相談したくない、諦めている

- ・ 今後充実を期待する所がどこにあるんですか。ないでしょう、充実を期待する所なんか（はつきりいって。）
- ・ 無理でしょう。沢山ひどいことを言われてきました。そんなこと他人には言えません。私がかまんし、私と私の命と共に消えればいいんです。
- ・ 大体の情報はインターネットを使えば得られるのであまり気にしていないが、悩みやストレスは相談したところでこれ以上何が良くなるわけでもないとはほぼ諦めているのが現状。
- ・ 他人にB肝であることを知られたく無いので相談窓口が有ったとしても利用しないと思います
- ・ 完治できないので相談してもしかたがない！
- ・ 国、保健所、市町村保健センター福祉事務所等行政機関上記の機関には相談出来ない。口外され、差別と偏見の目で地域の人のおわさになるのが、こわい。（実際に20年前位に公的機関の方にドックを受けた時に、人に口外された。）

○その他

- ・ こちらからも発信する場や手段がほしい。
- ・ この様なアンケートや調査票を定期的の実施してほしい。
- ・ 医療費助成制度についてですが、死亡しない限り必ず年1回の更新が必要です。保健所での手続きの際、人目が気になるので自動的に郵送してもらえないのでしょうか。
- ・ 保健所などの公的機関はお役所仕事かつ事務的で（福島県の場合）役に立っていない。核酸アナログ製剤治療の医療費助成制度の申請時（毎年）も時間と手間ばかりかかり「決まっている流れだから」と何度も足を運ばされる等相談相手になる前にいらつく相手である。
- ・ B型肝炎に関する知識・情報は、書物・インターネット等で入手していますが、悩みの相談と

なると難しい。人間不信ですね。

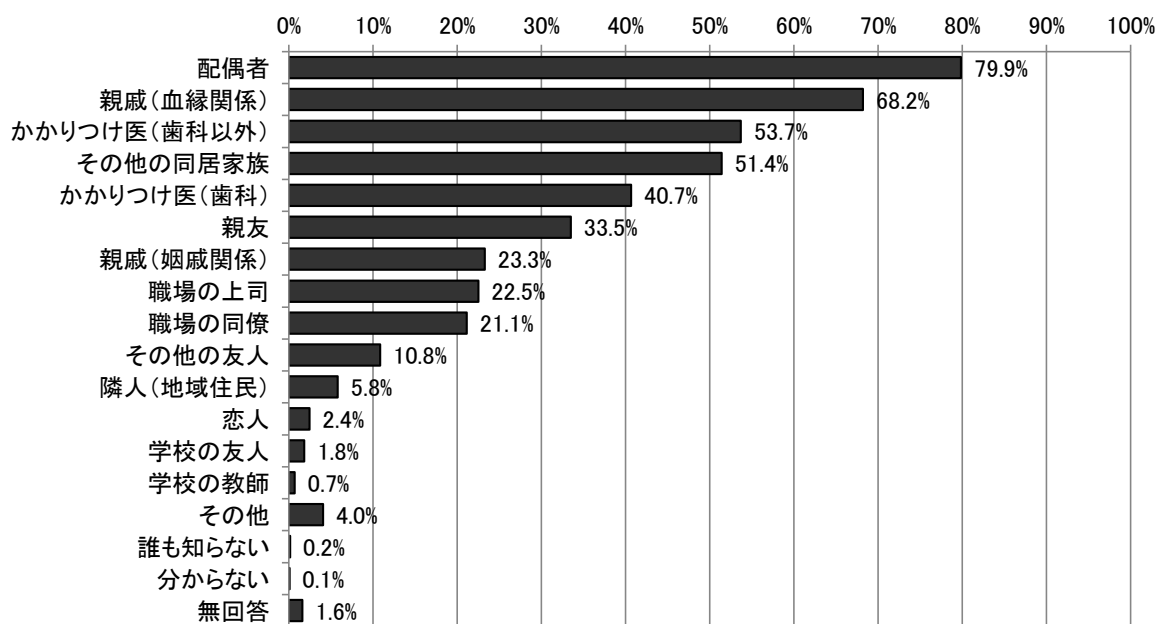
- ・ 特に医療関係者の方々は言葉に注意してほしいと思う。専門用語を使い、説明を受けても患者によっては性格的に気をつかい聞き返したり質問出来ない人がいる。
- ・ 私の通院している病院では、毎月2回1回30分ぐらいではあるが肝ぞう教室がひらかれている。医師、看護師、栄養士、薬剤師など交代で相談にのってくれるのでありがたく思っている。
- ・ 住んでる地域によって行政機関に温度差が有りすぎる。
- ・ 現在受診している専門医に巡り着くまで様々な医師、医院を受診したが各々肝炎についての知識や治療がまちまちだった。再発する肝炎への対症療法でしのぐことがほとんどで抗ウイルス剤など新しい治療法は「まだ先のことが判らないから」と勧められなかった。今思えばそれらの治療を早く行なっていたら今とは違う病状になっていたかと思うこともある。全国のどの地域に住んでいても身近かに拠点病院があり最新の医療情報、治療が受けられる体制を実現してほしい。遠方の大病院、名医を求めて通院することは大変な負担になりいつまでも続けられないから。
- ・ 東京の様な都市と地方との医療に格差を感じる。平等に治療を受けたい。
- ・ B型肝炎訴訟に参加する前の話ですが、訴訟に関する情報を得ようと某市某区役所のあんしんすこやか係という部署へ電話をしたところ、担当者（女性）が必ずしも国が悪い訳ではない。集団予防接種が原因ではなくどこか他で感染したのではと、こちらの事情も知らず鼻から決めつけてそう言われたのです。私は当時性体験も無かったので非常に憤りを感じました。真面目に納税している市民の健康上の相談を受ける公の機関であるのに逆にその時非常にストレスを感じました。そのような伏線もあり訴訟に参加する決意をしたと申し上げても過言ではありません。

(チ) B型肝炎ウイルスに感染していることについて知っている人

あなたがB型肝炎ウイルスに感染していることについて知っている人を尋ねたところ、「配偶者」(79.9%)が最も多く、次いで「親戚(血縁関係)」(68.2%)、「かかりつけ医(歯科以外)」(53.7%)であった。その他には、「子ども」、「親・兄弟」などの回答があった。

図 5-165 B型肝炎ウイルスに感染していることについて知っている人

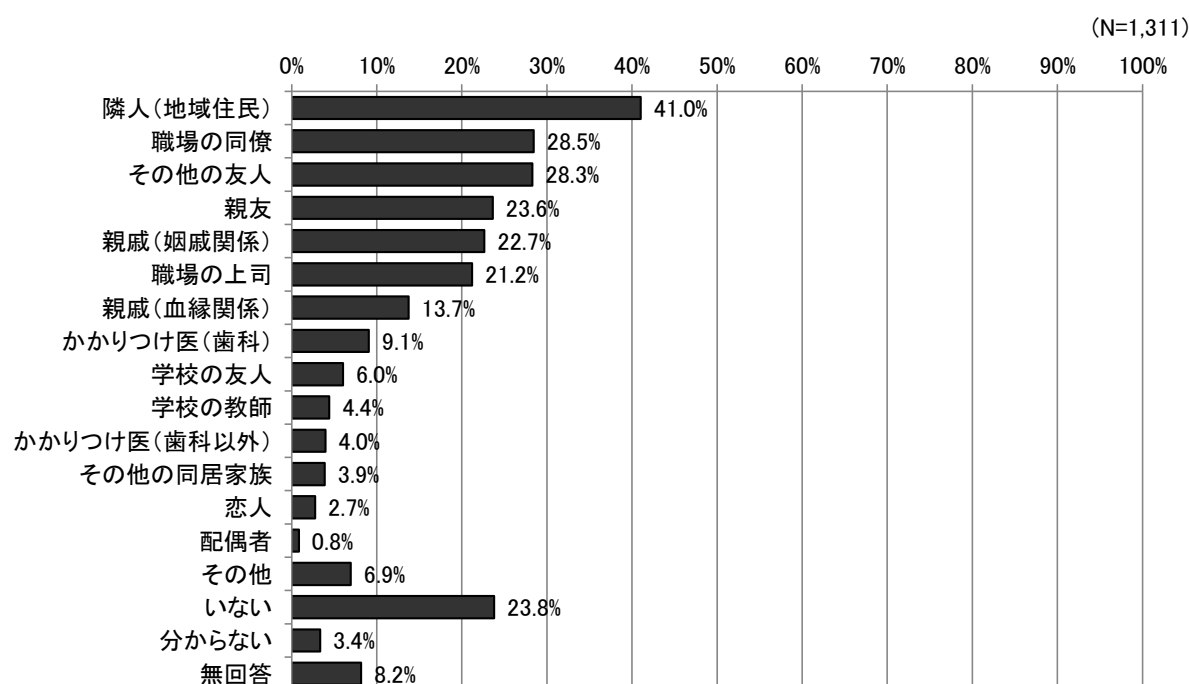
(N=1,311)



(ツ) B型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしている人

あなたがB型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしている人を尋ねたところ、「隣人（地域住民）」（41.0%）が最も多く、次いで「職場の同僚」（28.5%）、「その他の友人」（28.3%）であった。その他には、「必要ない限り言わない」、「特にかくしていない」などの回答があった。

図 5-166 B型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしている人

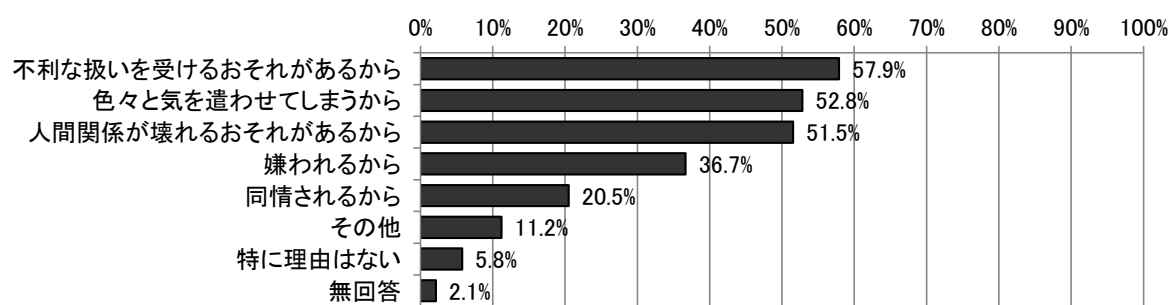


(テ) 感染を秘密にしている理由

あなたがB型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしている人がいると回答した方にその理由を尋ねたところ、「不利な扱いを受けるおそれがあるから」（57.9%）が最も多く、次いで「色々と気を遣わせてしまうから」（52.8%）、「人間関係が壊れるおそれがあるから」（51.5%）であった。その他には、「知らせる必要がない」、「誤解、偏見を持たれる」などの回答があった。

図 5-167 感染を秘密にしている理由

(N=848)



(ト) B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験

B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験については、「民間の保険加入を断られた」(27.3%)が最も多く、次いで「その他」(21.5%)、「医師等から性感染など感染原因の説明を受け、つらい思いをした」(16.8%)であった。その他には、「入院時・出産時・歯医者で嫌な思いをした」などの回答があった。

図 5-168 B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験

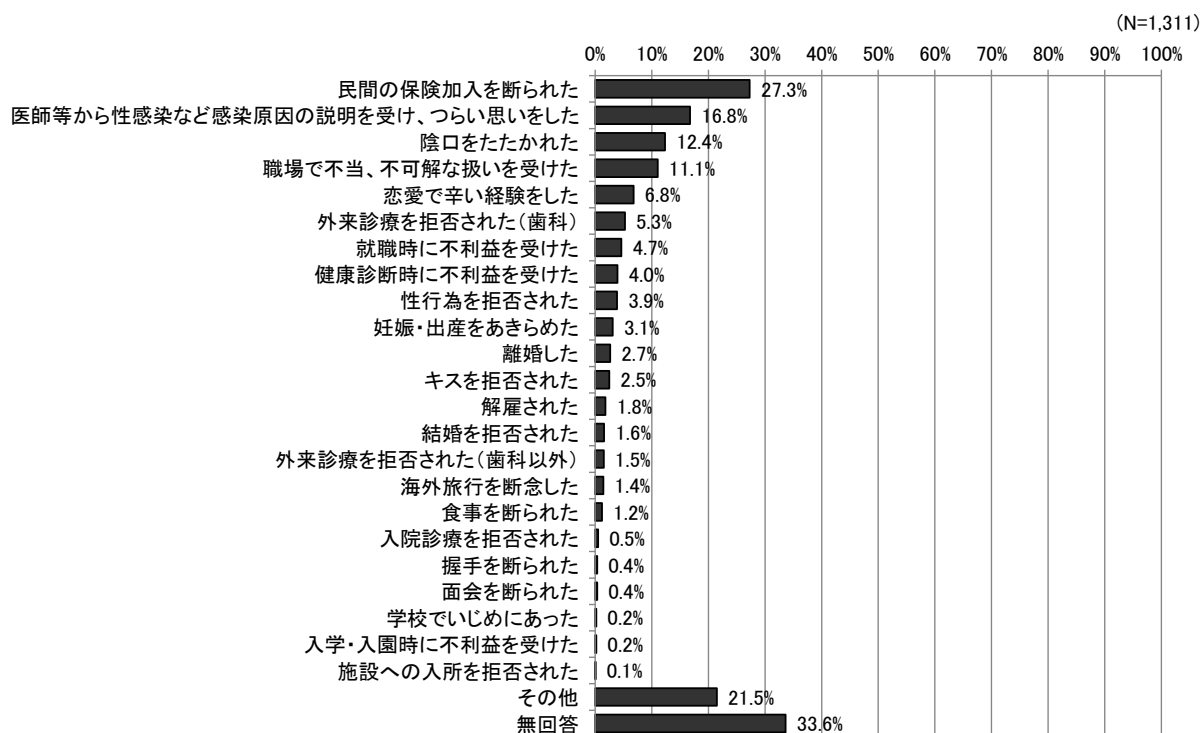
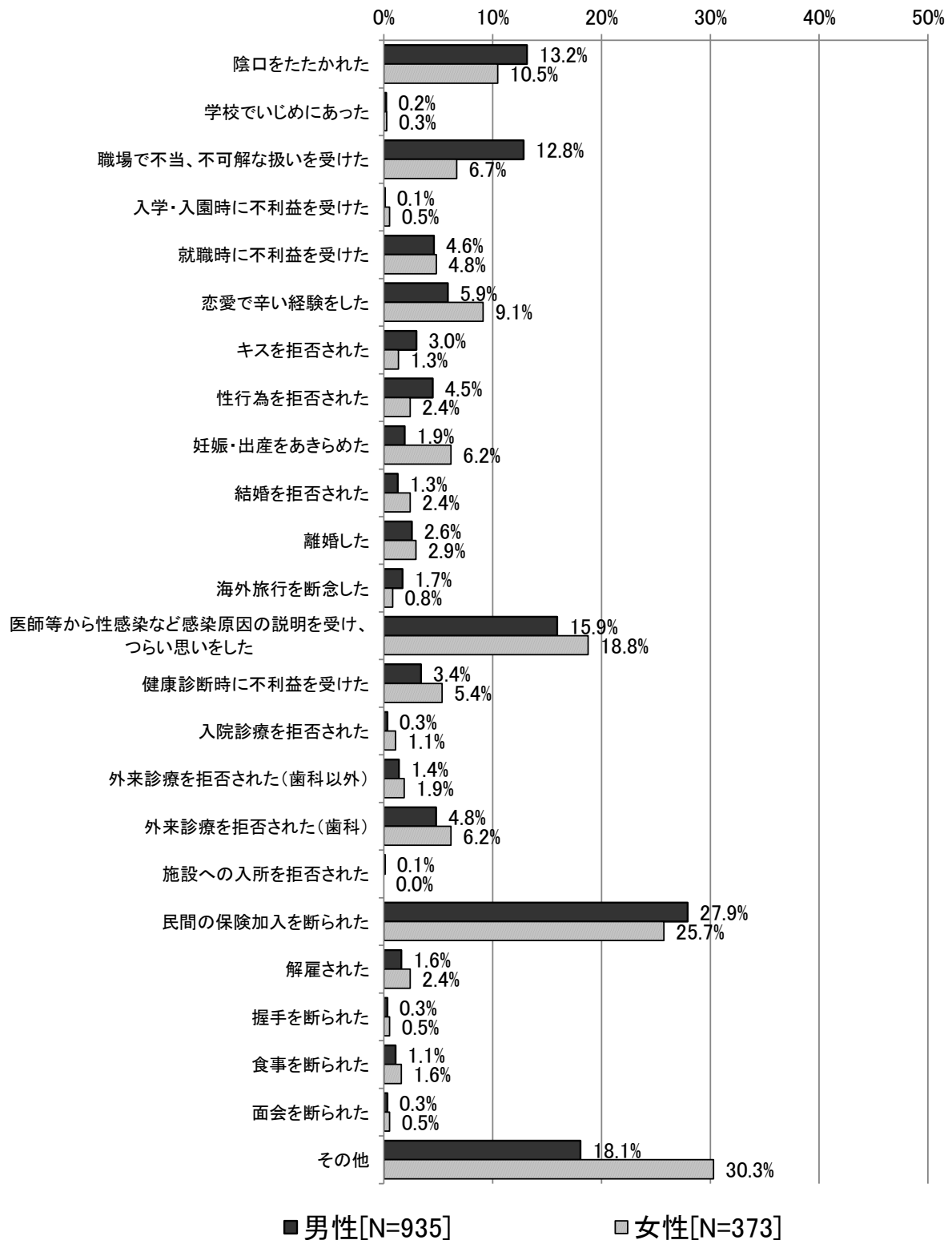


図 5-169 B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験と性別



(十) B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験の具体的な場面や時期など

B型肝炎が理由で嫌な思いをした経験の具体的な場面や時期などについては、以下のような回答が見られた（抜粋）。

○陰口をたたかれた

- ・（24才の時）感染が判明した当時、勤めていた会社で「あいつに近づくとうつる」「あいつとはつき合わない方がいい」「死ぬ病気なんだ」等の陰口を言われ、職場で孤立した。掌を返したように周りの態度が変わり、職場に居づらくなり退職した。その後は誰にも病気（B肝）の事は話さなかった。親しい友人にも恋人にも話さなかった。
- ・ 子供の学校の知合です。どこからか聞いて、それまではとてもしたしかったです。それを知ったことで、口をきかない、仲間はずれされました。つらかったです。子供にもあたられこまりました
- ・ 1993年大学時代、学内ではエイズだと陰口をたたかれ、近づくだけで感染するといわれていた。自分がトイレに入れば知っている人は逃げるようにトイレから出ていった。友人の子供が自分に近づくと親があわてて子供を抱きかかえてた。触れようとして避けられたことがありますか？好きな人に避けられ、友人に避けられ、コケて泣いてる親類の子に手をさしのべる私の姿を見て、あ！と驚くような声をあげられたこと。歯医者で診察台に座り、出血すると困るので…と診療をやんわりと断れ内科での胃カメラ検査は肝炎があるので午後の最後です。前日の夜から夕方まで何も食べずに待たなければいけません。

○職場で不当、不可解な扱いを受けた

- ・ 職場で同僚に直接B型肝炎は、うつるから、そばに来てほしくない、一緒に働きたくないと、言われた。社長にも、直接、仕事をしていくのがつらかったらやめてもらうしかないと言われ最終的には、長期入院の後、解雇された。
- ・ S50年頃職場での入浴をしない様言われた。（当時の一般的な肝炎のウイルスに対する医学が進んでいなかったからと思う）
- ・ 昭和52年10月、B型肝炎が一般的に知られていなく、職場の上司に他の人に感染するのではないかと、製造製品（食品）にも影響があるのではないかと、肝炎になったのは、毎晩酒を飲み、遊び歩いたからときめつけられ、私の知らないところで話がひろがっていました。
- ・ 職場で肝炎と判った時に、もし、肝炎の場合は退職してもらおうと言われた時。
- ・ 職場を定年退職年齢より2年早く早期退職して第2の職場に就職して6年勤めたが、肝炎を理由に契約更新を断られた。継続勤務が決っていたが上司が肝炎患者であると知ったため断ったのである。B型肝炎に感染し、治療が必要と分ったのが31才の時です。それから毎月の検査、投薬、入院を4回行っており、入院で職場休みが長くなれば、昇給も健康な人より遅くなり、昇格も遅れる。経済的マイナスも37年積み重なれば多額の金額となる。民間の保険加入、増額が認められず、入院した場合及び死亡した後の家族の経済的負担の心配
- ・ 肝炎発しょう後、体がしんどくて以前の仕事がこなせず、外見で判断され、さぼっていると注意された。

○入学・入園時に不利益を受けた

- ・ 看護学校の受験を志望したところ、断られたところがある。

○就職時に不利益を受けた

- ・ 内定していたが、健康診断で分かったので、再検査を受け、その結果取り消しとなった。
- ・ 卒業して就職するはずが、就職取り消しとなった。
- ・ B型肝炎を理由に内定を取り消された。
- ・ 就職が内定していたにもかかわらず、血液検査でB型肝炎と判明し、就職を断わられた。

○恋愛で辛い経験をした

- ・ つき合ってた人に、病気の事をつたえたら、別れをつけられた。
- ・ 恋人にB型肝炎を告白したら、別れて欲しいと言われて結果別れてしまいました。

○キスを拒否された

- ・ 現在の妻とは20数年、キスや手すらも握ってもらえない。

○性行為を拒否された

- ・ キャリアと、献血で知って、40才の時全く知識のない病気で主人も営業の仕事なので誰からか聞いて性行為でうつるのを知ったらしく言葉で言わなくても態度ですぐわかり悲しい思いをした。それから主人とは全然性行為はない。最初は淋しく思ったけどだんだん慣れて、5年ほどたった時からもう平気
- ・ 妻とは25年間身体にさわってない。食事ときには他の者への気使いが大変である。

○妊娠・出産をあきらめた

- ・ 恋愛関係に入ると、ある一線で、B肝であることを告白しなくてはならず、悩んだ。妊娠・出産をあきらめた事など、人生で、大きな影響を受けたといえる。
- ・ 慢性肝炎であることがわかってから3年後、37歳になろうかという時に、肝炎が悪化。幸い、エンテカビルが認可されたので、それを使用することを医師にすすめられたが、一度使用すると一生やめる事はまずできない事、使用中は子供を作れない事をきき、薬を服用する事=子供をあきらめる事となる事に悩んだ。その時は、恋人もいなかったのが結果、子供をあきらめる事にしたが、号泣した。
- ・ 「9」についてですが、7、8年ほど前に、投薬中であるにもかかわらず、妊娠が発覚、やむなく、中絶せざるを得なかったことがあります。家族にも、その産まれてくるはずだった子どもにも辛い思いをさせてしまって、とても辛かったです。

○結婚を拒否された

- ・ 恋人が居たが相手の親に結婚を反対されやむなく身を引いた。
- ・ 1991年B型肝炎感染判明時→婚約破棄。

○離婚した

- ・ 30年前B型肝炎を理由に離婚された。感染、母子感染等がこわい、とのこと。
- ・ 嫁さんの親から、「B型肝炎患者と生活をしても幸せになれないから」と離婚をさせられた。

○海外旅行を断念した

- ・ 長い海外旅行に行って体調が悪くなったら困るから

○医師等から性感染など感染原因の説明を受け、つらい思いをした

- ・ 医療記録をもらう時いやな顔をされ性的感染が一番多いのですよねと一人言の様に言われ、非常にいやな思いをしました。
- ・ 13. について拠点病院となっている病院の医師（担当医ではないDr）からそれも、上の立場にあたるDrだった。とてもつらい思いをした。主治医は、快く協力を得られたが…
- ・ 感染当初、医師は、「配偶者に感染させてしまうので結婚はできない。すべきでない！」と明言されました。勿論、現在医療では回避手段はいくつも知らされていて反論できますが、当時は、まるで「罪人扱い」を医療機関がしていることが大変ショックでした。
- ・ H18年肝がんの宣告を受けて医療機関の梯子をしている時、「●大」の高名な医師から、どこでウイルスを捨ててしまったのか？との問いに「こどもの頃の予防接種では」といったらそんなことは、ありえない。「あなたの年代は、ディスポーザブルだったから、それはありえない」と言われ、この人は、人間ではないと思ったし、●大のレベルは、低いと感じました。
- ・ 入院時B型肝炎が原因だとわかった時、医師から、東南アジア等に旅行に行き性交渉した事がありますかと聞かれた（東南アジア等へ行った事は、ありません）。とても不愉快でした。
- ・ 昭和54年、肝炎により血液検査を受け、B型肝炎ウイルスによるものと判明しました。医師から感染原因について、私は行ってもいない東南アジア方面への旅行での性交渉しか考えられない様な説明を受け嫌な思いをしたと記憶しています。

○健康診断時に不利益を受けた

- ・ 医療機関で大腸検査時最後の順番にされた。
- ・ キャリアである事を職場に伝えてから、健診時は、いつも一番最後にまわされた。
- ・ 最初の入院時に、使用するもの（病院着、体温計など）全て他の患者とは別のものを使わされた。・健康診断は順番を一番最後にされ、とても長く待たなければならなかった（現在でも）。

○入院診療を拒否された

- ・ 2010年、第2子の出産の際、妊婦健診に通い分娩予約までしていた個人病院で、B型肝炎ウイルス感染者でも受け入れているという話だったが、7ヵ月頃になって、HB_e抗原（+）、感染力が強そうという理由で、「当院での分娩は扱えない」と言われた。（担当の副院長はHB_e抗原（+）でも分娩取扱い可能とのことで安心していたが、最終的には院長判断で「申し訳ないが転院して欲しい。」ということになった。）

- ・ 整形外科で手術を拒否された

○外来診療を拒否された（歯科以外）

- ・ 腰痛で、形成外科の医師に内科からの紹介状をもって受診したところ態度が急変、門前払いでした。保険会社（JA共済）ものりくらりと加入を断りつづけました。
- ・ 現在の様に皆が知識を持っているわけではない（今も知識を得てない人はいる）。医者にでさえ、受診を拒否されたり、大きな声で他の患者に分るように伝えられていいようなない思いで病院を後にした。好きでなったわけでもないのに、理不尽である。くやしい思いを何度もしてきた。

○外来診療を拒否された（歯科）

- ・ 歯科医…「B型肝炎はエイズより怖いんだ」と…

- ・ 入院期間中に、歯の具合が悪くなり、外出許可をいただき、歯科へ行った時に、急にきつい口調をされ、ゴム手袋を二重にされて、簡単な処置で帰された。近医なので、その歯科を通るたび過去を思い出してしまいます。二度と行くことはありません。
 - ・ 正直に申告したら診療時間の指定、予防費用として割増し料金を取られた。(不正直な人、感染を知らない人には何の感染予防措置を取っていないのはおかしい)
 - ・ 歯科で肝炎と言うと、大学病院を紹介された。H10ごろ
- 民間の保険加入を断られた
- ・ 民間の保険加入を断られたので、いまは、保険に入っていません。
 - ・ 生命保険に入れず、やっと、加入出来たが掛金が高い。
 - ・ 住宅ローンに付加されている団体生命保険に加入拒否され、住宅ローンの借り入れが出来なかった。仕方なく保険は高額のものに入り、負担は大きくなっている
- 解雇された
- ・ H18年、出張(派遣)先に提出するための健康診断時に慢性肝炎が判明した。医者のお奨めもあり、治療優先する事(出張中止)を会社に願い出たら、解雇を宣告された。
 - ・ 料理が大好きでしたので、証券会社の食堂で働き始めたんですが、健康診断があり、その結果で(担当医からはOKをもらいましたが、証券会社からは、断りを受けました。(今から20年程前の事です))
 - ・ B型肝炎と知られると友等は遠ざかり、職場では肝炎で長期入院を理由に解雇されたり、再就職時に診断書を提出すると内定取消しにあたり、B型肝炎を告知せず就職したのち症状が出て周囲が知った時は経営者から強くとがめられた。
- 食事を断られた
- ・ 感染を知った時は知識が無かった為、周りの人に言っていました、この病気を知っている人は、私が、B型肝炎である事を知って、食事の約束をことわられました。
- その他
- ・ 次女を出産した時にB型肝炎だから…と言って、食器を全て紙皿にされ(他の人は陶器)、入浴もうつるから…と入院中は1度もシャワーを浴びれなかった。産後だったのでとてもショックでした。(1人目の時はそういうことされなかった。病院も違うからか…)
 - ・ 産婦人科で出産した時、「あなたは別だから」と他の人と区別させられ、Bと記入した物を使用させられ、他の人も気がついたと思う。赤ちゃんの使用する哺乳びんにも大きくBと記入してあり、早く退院したいと毎日思っていました
 - ・ 陰口は病院で看護師等から、友人からも「やっかいな奴」と言われた。医師は風邪の治療の際にどなられた。検査をお願いしたら断られた。それを他の患者の前で大声でされた。
 - ・ 診療所(●●市内)で「B君、どうぞ」と言って呼ばれ、「B肝やからB君でいいやろ」と。
 - ・ 長男出産時に、B型肝炎は血液を介してうつるので、部屋は個室で汚物の処理はすべて自分でやる様言われました。結局その病院では出産しませんでした…
 - ・ 医師から「B型肝炎だから1番最後に手術すると」言われ後回しされた。
 - ・ B型肝炎ウイルスに感染している事がわかった後の入院では。17・18年前。①トイレの使

用の制限②風呂入浴の時間帯の制限③食堂での洗い物の制限④ゴミ出しの制限

- ・ 歯科では診療をことわられなかったが、いやな顔をされた。
- ・ H2年8月長男は東京にある大学病院で出産しました。妊婦検診もハイリスク外来にされ、出産後は個室に入れられました。食事はお弁当屋さんで使用するような容器でだされ、容器も残飯も大きなビニール袋に入れるよう渡され、部屋からは出られませんでした。シャワーも浴びることができず、ビデのようなボトルを使って下の洗浄をするよう言われました。まるで隔離されているようでした。H5年6月娘は市立病院で出産しました。長男の時のような扱いは受けませんでした。当然シャワーは最後でした。
- ・ 恋人に感染させてしまい入院させてしまったこと。その後恋愛に慎重にならざるをえなかった。20才台は、恋愛・結婚をかなり諦めた気持ちでいた。縁あって結婚はできたが、病気がなかったら、もっと自分に合う人を探せたり、気持ちよりも妥協と勢いを優先した結婚はしなかったかもしれない…？（離婚しました。）最愛の息子がいるので後悔はない（と思う）のですが。
- ・ 産院でバケツに大きくHBと書かれた。同室の方との区別で暗い気持ちと、自分の身体への不安、差別に感じた。産院での気づかいが欲しかった。子供にワクチンを投与するのが、暗い気持ちで辛かった。（病院の対応も暗い）

(二) 最初にB型肝炎ウイルスに感染していると分かった時の思い

最初にB型肝炎ウイルスに感染していると分かった時の思いについては、「将来への不安」(60.3%)が最も多く、次いで「なぜ私がこんな目にあわなくてはいけないのか」(50.2%)、「肝がんへの進行の恐怖や不安」(46.8%)であった。その他には、「家族・知人等への感染」、「B型肝炎についてよく知らなかった」などの回答があった。

図 5-170 最初にB型肝炎ウイルスに感染していると分かった時の思い

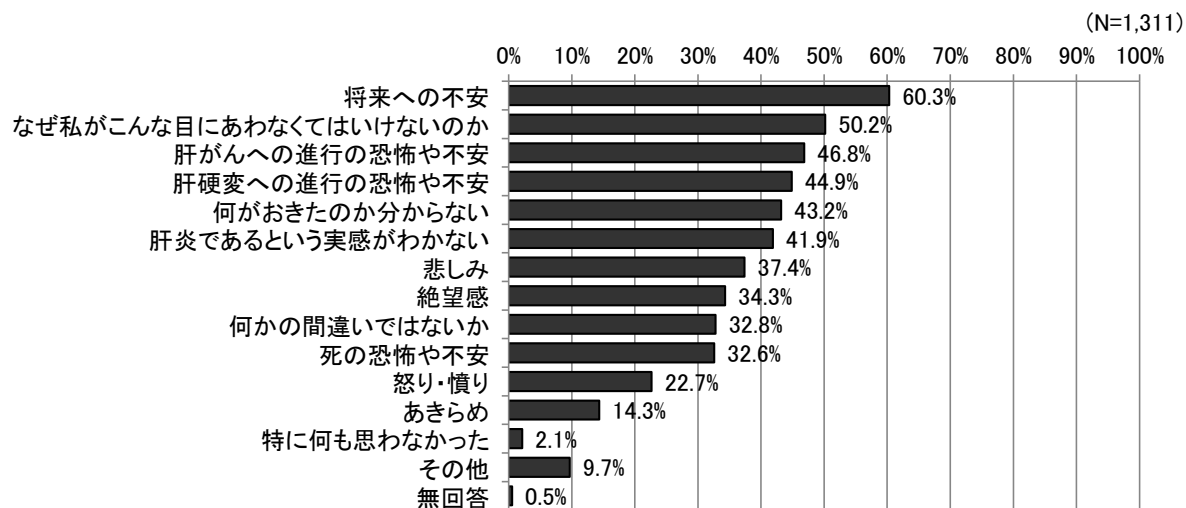
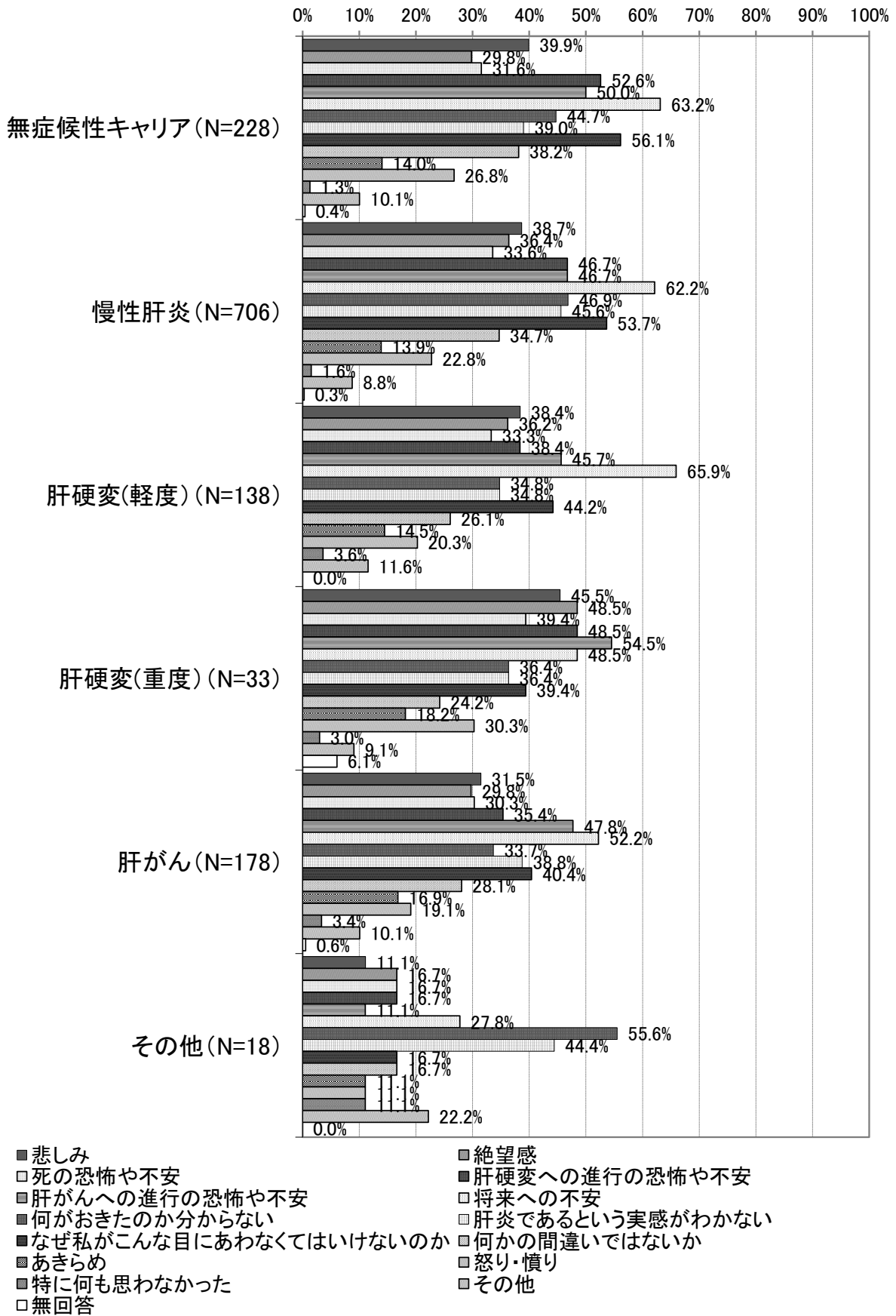


図 5-171 最初にB型肝炎ウイルスに感染していると分かった時の思いと現在のB型肝炎の病態



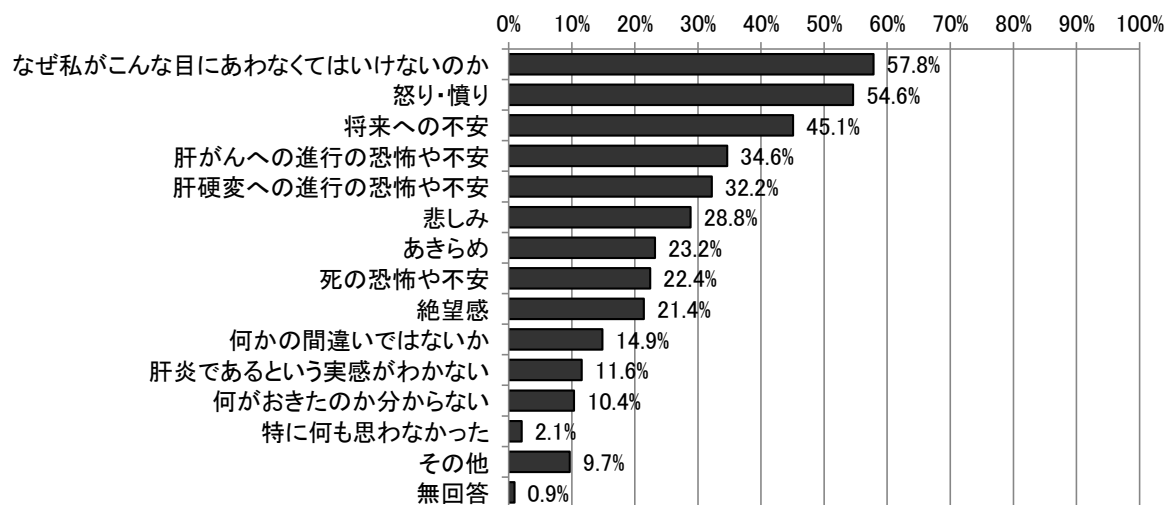
	件数	悲しみ	絶望感	死の恐怖や不安	肝が恐怖や不安への進行	将来への不安	何がおきたのか	肝炎であるという実感がわからない	なぜ私があわなくてはいけないのか	何かの間違いではないか	あきらめ	怒り・憤り	特に何も思わなかった	その他	無回答
合計	1,311	372	376	543	667	738	69	70	453	125	261	367	4	92	328
	100.0%	28.4%	28.7%	41.4%	50.9%	56.3%	5.3%	5.3%	34.6%	9.5%	19.9%	28.0%	0.3%	7.0%	25.0%
無症候性キャリア	228	6	4	12	10	10	1	1	6	1	5	5	0	5	209
	100.0%	2.6%	1.8%	5.3%	4.4%	4.4%	0.4%	0.4%	2.6%	0.4%	2.2%	2.2%	0.0%	2.2%	91.7%
慢性肝炎	706	246	224	310	454	483	50	54	299	80	151	224	1	44	96
	100.0%	34.8%	31.7%	43.9%	64.3%	68.4%	7.1%	7.6%	42.4%	11.3%	21.4%	31.7%	0.1%	6.2%	13.6%
肝硬変(軽度)	138	33	37	72	104	97	4	6	48	11	33	47	0	9	4
	100.0%	23.9%	26.8%	52.2%	75.4%	70.3%	2.9%	4.3%	34.8%	8.0%	23.9%	34.1%	0.0%	6.5%	2.9%
肝硬変(重度)	33	16	23	22	16	19	3	3	16	6	14	15	1	4	3
	100.0%	48.5%	69.7%	66.7%	48.5%	57.6%	9.1%	9.1%	48.5%	18.2%	42.4%	45.5%	3.0%	12.1%	9.1%
肝がん	178	67	80	117	72	117	10	6	78	27	54	69	2	27	5
	100.0%	37.6%	44.9%	65.7%	40.4%	65.7%	5.6%	3.4%	43.8%	15.2%	30.3%	38.8%	1.1%	15.2%	2.8%
その他	18	2	5	7	6	8	1	0	3	0	3	5	0	2	7
	100.0%	11.1%	27.8%	38.9%	33.3%	44.4%	5.6%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	27.8%	0.0%	11.1%	38.9%
無回答	10	2	3	3	5	4	0	0	3	0	1	2	0	1	4
	100.0%	20.0%	30.0%	30.0%	50.0%	40.0%	0.0%	0.0%	30.0%	0.0%	10.0%	20.0%	0.0%	10.0%	40.0%

(又) B型肝炎ウイルスに感染したのは自分のせいでないと分かった時の思い

B型肝炎ウイルスに感染したのは自分のせいでないと分かった時の思いについては、「なぜ私があんな目にあわなくてはいけないのか」(57.8%)が最も多く、「怒り・憤り」(54.6%)、「将来への不安」(45.1%)であった。その他には、「母子感染でなくてホッとした」などの回答があった。

図 5-172 B型肝炎ウイルスに感染したのは自分のせいでないと分かった時の思い

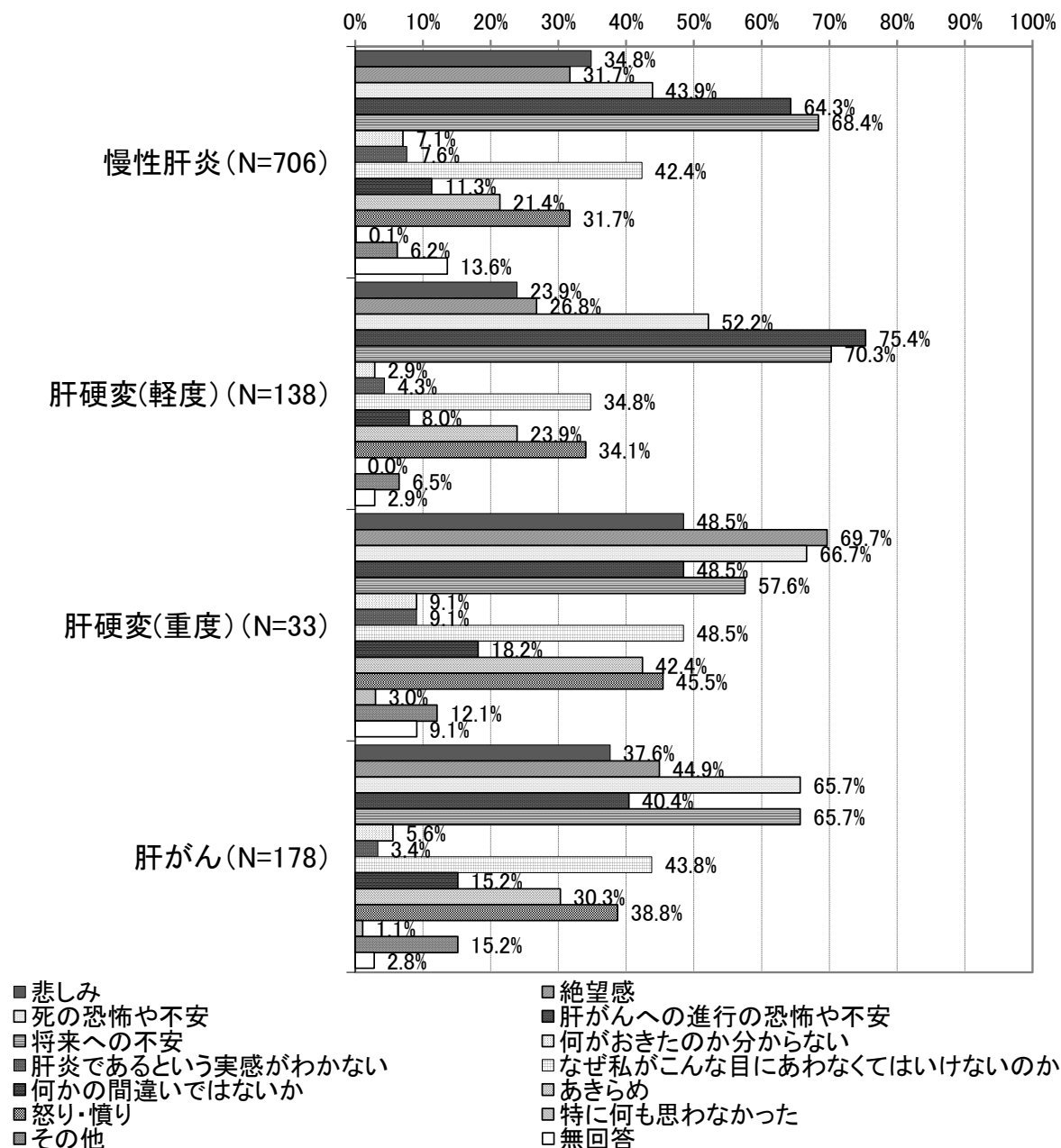
(N=1,311)



(ネ) 感染後、慢性肝炎・肝硬変・肝がんなどに進行していることが分かった後の思い

感染後、慢性肝炎・肝硬変・肝がんなどに進行していることが分かった後の思いについては、「将来への不安」(56.3%)が最も多く、次いで「肝がんへの進行の恐怖や不安」(50.9%)、「死の恐怖や不安」(41.4%)であった。その他には、「家族の負担になりたくない」などの回答があった。

図 5-173 感染後、慢性肝炎・肝硬変・肝がんなどに進行していることが分かった後の思いと現在のB型肝炎の病態(慢性肝炎、肝硬変(軽度・重度)、肝がん)



件数	悲しみ	絶望感	死の恐怖や不安	肝の恐怖や不安	将来への不安	何がおきたのか	肝うい	な目はい	何は	あきらめ	怒り・憤り	特にかつた	無回答	
合計	1,311 100.0%	372 28.4%	376 28.7%	543 41.4%	667 50.9%	738 56.3%	69 5.3%	70 5.3%	453 34.6%	125 9.5%	261 19.9%	367 28.0%	4 0.3%	328 25.0%
無症候性キャリア	228 100.0%	6 2.6%	4 1.8%	12 5.3%	10 4.4%	10 4.4%	1 0.4%	1 0.4%	6 2.6%	1 0.4%	5 2.2%	5 2.2%	0 0.0%	209 91.7%
慢性肝炎	706 100.0%	246 34.8%	224 31.7%	310 43.9%	454 64.3%	483 68.4%	50 7.1%	54 7.6%	299 42.4%	80 11.3%	151 21.4%	224 31.7%	1 0.1%	96 13.6%
肝硬変(軽度)	138 100.0%	33 23.9%	37 26.8%	72 52.2%	104 75.4%	97 70.3%	4 2.9%	6 4.3%	48 34.8%	11 8.0%	33 23.9%	47 34.1%	0 0.0%	4 2.9%
肝硬変(重度)	33 100.0%	16 48.5%	23 69.7%	22 66.7%	16 48.5%	19 57.6%	3 9.1%	3 9.1%	16 48.5%	6 18.2%	14 42.4%	15 45.5%	1 3.0%	3 9.1%
肝がん	178 100.0%	67 37.6%	80 44.9%	117 65.7%	72 40.4%	117 65.7%	10 5.6%	6 3.4%	78 43.8%	27 15.2%	54 30.3%	69 38.8%	2 1.1%	5 2.8%
その他	18 100.0%	2 11.1%	5 27.8%	7 38.9%	6 33.3%	8 44.4%	1 5.6%	0 0.0%	3 16.7%	0 0.0%	3 16.7%	5 27.8%	0 0.0%	7 38.9%
無回答	10 100.0%	2 20.0%	3 30.0%	3 30.0%	5 50.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 30.0%	0 0.0%	1 10.0%	2 20.0%	0 0.0%	4 40.0%

(ノ) 現在生活をしている中で、B型肝炎に関して困っていることや将来に対する不安、思い

現在生活をしている中で、B型肝炎に関して困っていることや将来に対する不安、思いについては、以下のような回答が見られた（抜粋）。

○病気の進行、再発の不安

- ・ いつ発症するかわからない恐怖感。将来の事が非常に不安。
- ・ がん細胞組織が体の中にあります。それがいつ動きだすか不安です。
- ・ 現在、抗ウイルス剤の核酸アナログ製剤（バラクルード）の投与を受けていますが、いまのところ4年継続して効いていますが、一生飲用しなければならないのと、いずれ効かなくなって肝炎が進行し、肝硬変が進行すること、又、肝がんの発症の恐れに大変不安です。病院へいくたびに、薬が効いていることに安どしている次第です。治らないというのが一番の不安で、いつ肝がんになるかの恐怖がいつも心にあります。
- ・ 病気が進行することで家族に迷惑がかかるのではないかと、早く死亡するのではないかと、子供や妻も発症するのではないかなど
- ・ B型肝炎が原因で死んでいくんだろうと思うが、91才の母親より、先に死ぬ事はいやです。老いた母を泣かせる事は避けたいですね。身体に負担が少ない仕事を探したいと思うが。
- ・ 現在は、エンテカビルが効いており、普通の生活をしているが、将来、薬に耐性ができて、効かなくなった時のことを考えると不安。体調不良になり、仕事ができなくなった時、金銭的に治療は続けられるのかが心配。また、北海道外や海外に転勤になった時、金銭的に同じような援助がうけられるのかが心配で道外、海外に行くチャンスがあったとしてもためらってしまう。活動範囲がせばまった。
- ・ 発症時の「他人にうつしてしまう危険あり」の時期からすると、ウイルスの活動がおさえられている今は、神経質になりすぎず、落ちついた日々をすごしています。ただ、病気は治ったわけではなく、薬は毎日必要、定期的な通院・検査も必要。国の給付制度を受けるにも、毎年こまかな手続きが必要となり、負担はあります。病状も、いつまで今の状態でおちついているのか不安だし、悪化する事への不安も、常にあります。金銭的にも、治療にかかる費用に加え、19ページにも書いたように、生命保険や住宅ローンの負担も大きく、生活は大変です。ありがたい事に病状は慢性肝炎で落ちついていて、日常生活もふつうにすごしていますが、いつ進行してしまうか、進行してしまった時の体のダメージ、日常生活を考えると、不安です。
- ・ 耐性ウイルスができて、いつか内服薬が効かなくなるときがくるのではないかと。肝臓になる可能性があること
- ・ 私がB型肝炎のキャリアであると思っていたのですが、(今年の)年に1度、フォローアップで受診したとき、担当の先生が説明をしてくださるパソコンには、慢性肝炎と認めさせていました。今は薬も治療もまだなくてもいいそうですが、今は現状維持、これ以上進行しないように、毎日の生活（規則正しい）を送ることが大切だと思っています。毎年受診していく費用や、これからの医療費が確立されたことは、私や、家族にとっては前向きに生きていくかたになります。私のように、不安な思いをして日々を送られているかたにも、1日も早く和解が成立していただきたいと思います。
- ・ 発症しないまま（現在）一生を終える事を望んでいます！発症がとてもしんどいです！いつ発症してもおかしくない状態と言われ、年金生活の私には先進医療も受けられないだろうし、又、それもこわいです。まだ、定期検診を始めたばかりで医師も、発症していない私には、たんと、現状を説明下さるのみで、なかなか不安な思いを聞いていただく所まで行っていません。肝炎友の会等のメールによる情報から講演会に出掛けて、もっと良く知りたいと思っています

ます。(発症して、体調が悪くなるとそれも出来なくなります)

○将来への不安

- ・ 自分の将来に自信がもてない事。
- ・ 今は病状が落ちついているが、いつどうなるか分からない不安がある。一生続く治療に、経済的にも、思った事、やりたい事に自分で自分をあきらめてしまう思いが つねにある。
- ・ 将来への不安がいちばん大きいです。私が仕事できなくなった時の妻や子供が心配です。
- ・ 死について考える様になりました。早く死ぬと残る家族に申し訳ない。治療で精神的、肉体的、経済的な不安、悲しみ、迷惑はかけられない。病状により収入が減少、あるいはゼロになればどうなるのか？長く生きる程、間違いなく生活は苦しくなってくる。不安で一杯です。
- ・ 完全な治療法がないので不安です。
- ・ 今子供達も、子育て中、生活も、いっぱい、いっぱい。子供達に世話になる事は、絶対出来ない、となれば、自分自身でなんとかしなくては、ならない。毎日が不安の連続。ストレスの連続。将来どうなってしまうのだろうか？楽しい事あるのか？わらう事が出来るのか？不安で不安でたまらない。いつ、どこで今より悪化し、たおれ、寝たきりに、病院代は、子供は来てくれるか？孫は来てくれるのか？たまには旅行へ行けるようになるのか？歩けるようになるのか？言葉はどうか？おしゃれは？食べる事が出来るのか？
- ・ 子供が小さいため、将来の生活が不安。
- ・ 2人目の妊娠を希望していますが、1人目のようにいつ感染させてしまうのではないかと不安となり合わせの生活になるのではと思うと妊娠をあきらめようかとも思っています。
- ・ 子供がほしかった…。今は、2人の子供がいます。でも、将来の夢が“3人の子供”をもつことだったので、その夢がたたれてしまいました。バラグルードを服用しなければいけない状態になりました。無念で、本当にくやしいです。こんな思いは、本人しか分からなく、「2人子供がいるから十分でしょ？」と思われると思いますが、自分が叶えることができる現実的な夢さえも叶わなくなってしまっている事は、自分にとって、本当にくやしい思いです。
- ・ 子供の成長を見届けることが出来ないことがくやしい。健康な体に返して欲しい。困っていると思うのは、他人の考えであり人生が台無しになった。どうして自分だけが肝炎を移され、苦しい想いをしているのか。国が進めた予防接種で、無責任である。

○病院などでの対応

- ・ 病院・歯科医院で告げにくい。診察を拒否されるのではないかと。不当な扱いを受けるのではないかと。周りに他の患者さんがいる時に告げにくい。
- ・ 医療関係や福祉関係の人、移るとか言わないで、ちゃんと接して。
- ・ 今後介護を受ける時施設への入所に不安を感じる。受け入れる側に正しい知識があるかどうか。これが差別につながると思います。
- ・ 肝炎以外で病院を選ぶ時に、なるべく知人、近所の人が勤めていない病院を選ぶ。近くだと知り合いの人が働いている場合が多い。初診の時にアンケートで持病、飲んでいる薬とか答えなくてはいけない。入院した時にすぐ近所の方が、病室の担当で、ヘルパーとして来た時はびっくりした。看護師ではないので患者の秘密を守ってくれているか今でも不安で、近所の人に話して何人かは知っているのではと不安です。家族、姉にしか病気の事は話していないので。

○差別・偏見・他人に言えない

- 偏見で見られるのがイヤで家族とDr. 以外には一切話をした事ありません。職場にももちろんのこと。これからもきっと他の人には話さないと思います。免疫力が落ち、治療が始まるとキャリアでも肝炎が悪化するとDr. に聞いた時はとても不安でしたし家族に迷惑をかけてしまうと辛かった。
- 娘が、結婚するなど、相手をつれて来た時、相手の方にどう説明するべきか、又、相手の親に理解してもらえるのか不安。それとも黙って秘密にしていた方がいいのか。孫などのめんどうも見せてもらえるのかなど、どうすればいいのか不安です。自分自身が結婚、離婚と人とのつきあいの中で、苦い経験をしてきているので恐いです。
- 感染の可能性がある病気ですので、やむをえないところもありますが、間違った解釈、偏見もあると思います。正しく理解される様になって欲しいです。
- 周りの人たちに感染している事が知られないかと不安な気持ちで生活しています。B型肝炎だけのせいではありませんが40才過ぎてても独身でなんとか結婚したいと思いつつも過去の辛い思い出から女性に対して積極的になれず、辛い思いをするくらいなら諦めた方が良かったのか…色々悩んでいるのですが相談する相手もなくストレスの溜まる日々です。若い頃は、感染している事を意識せず、趣味や仕事に没頭するようにしてましたが、周りがみんな結婚してゆく中、自分だけがとり残された感じで孤独を感じています。このまま年を取ってゆくのかと将来に不安を感じます。
- 会社の上司にB肝キャリアであると話したら、個人情報にもかかわらず、一部の人に言いふらされ、「病人をやとったつもりはない」「仮病だろ」と言われたり、パワーハラスメントを受け3年間非情につらかった。このようなケースでも対応してもらえる行政に相談窓口が必要と思う。退職勧奨までされ人権侵害もはなはだしい。行政処分するくらいの法が必要。今のままでは誰も守ってくれない。結婚問題以前に、雇用の安定がおびやかされている。

○体調の不良、体力の減退

- とにかく体が不自由です。座ったり、横になったりすると起き上がれない（かろうじて、手で体を支えている）。外食時も座敷の所はNGです。将来的には、子供もいないので、比較的気が楽ですが、残された女房が金銭的にも不安です。
- これ迄のように、長い時間、体力を使うことが出来なくなってしまったことです。活動力がわいてこなくなっていました。あれもこれもしようと思っても、家事が思うほどに出来なくなって、“あ～あしんど”とため息をつく事が多くなりました。これからも、ずっと薬を飲み続けるなら、副作用がいつか出るのでは？と思ひ不安です。それに、肝ガンになったなら、家族にも負担をかけることになるのではと思ひますと、とっても不安です。
- ノーベル賞の中山先生のIPS技術で再生肝臓をアッセンブリ交換し肝硬変を返上する。現状肝硬変（軽度）ですが日常生活は健常者とかかわらないレベルを維持していますがジキウ力がおちています。
- 肝臓の病気という事で、あまりムリせず、のんびり、つかれない様にと先生に言われますが、そのつかれない様に生活していくのが、ストレスになっている様に思ひます。
- ゼフィックス、ヘプセラを常用し7年目に成ります。血小板が少ない為なのか朝から、目まいがし、活動的な動きが出来ません。今日は1日元気に頑張ろうとスタートしたとしても1日の中で身体を休めない次の行動ができないという状態です。そんな時は、目をとじ1時間～2時間位休みます。それから心と身体をリセットし、最小限度で家事を済ませます。
- 毎日の生活で、無理ができない。無理をして、働いたりするとすぐに調子が悪くなり、数値が上がったのではと思ひ、怖いです。そんな状態なので、仕事をする時にも、ハードワークは、除いての選択になってしまいます。実際、出産後も、急に数値が上がり、入院をすすめられました。なんとか自宅療養・通院で乗り切りましたが乳児をかかえ、とても大変な毎日でした。

2人目を希望していましたが、不安で、不安で、あきらめました。

- ・ B型肝炎に関して困っている事。それを考える事も出来ない位、毎日、酷い痛みや次々に出てくる体の異変。激しい痛みで顔を歪め、体をひねりボロボロになっていく辛さ。自身の将来は無い。後、どの位生きて行けるのか。只残された家族の将来を考え、最善な方法を残され時間の中で考える毎日です。
- ・ 問8の②にも書きましたが、私は現在肝臓全体にガンができて、ネクサバル（分子標的薬ソラフェニブ）の服用をしています。手足症候群、下痢、脱毛、口内炎など、さまざまな副作用に苦しんでいます。今こうやって文字を書くことも大変なのです（指が赤くはれるので）。仕事や日常生活にとっても困っています。生体肝移植も考えましたが、4000万円を用意しなければならず、和解金全額を使っても足りない状態です。移植を受けたレシピエントさんたちの話をきくと、生活が制限されたり、さまざまな副作用に苦しんでいるようです。問16に「将来に対して」とありますが、私には「将来」はないのです。
- ・ 現在車で通院していますが手足が運転中につる事がありますので心配します。いつまで自分で通院出来るか。
- ・ インターフェロン治療時副作用がひどくほとんど寝たきりで体重が増え、成人病などでダイエットが大変

○食事、飲酒の制限

- ・ アルコールをひかえなくてはガンの発生が高まると、警告された等
- ・ アルコールが好きなので、思い切り飲んでみたい。
- ・ 4年ほど前から断酒しましたが、酒席を供にする人は誰彼なく、私が酒を断る理由を容赦なく尋ねてきます。B型肝炎に罹患している事を打ち明ける気にはなれず、そのたびに適当な言い訳をくり返して来ましたが、最近はそうしたやりとり自体がわずらわしくもううんざりです。そして私一人呑めない淋しさも加わってこの頃は酒席そのものへの出席がうとましく欠席するケースが増えました。そのためあいつはつき合いが悪いと思われはじめたようで、これ迄の人間関係に微妙な影が生じやりきれない口惜しい思いです。
- ・ 食事制限されていること（蛋白質20g/日）。美味しい物はほとんど蛋白質を含んでいる。
- ・ 仕事を終えた後の晩酌が生き甲斐のひとつでしたが、アルコール制限（禁止）がつらいです。
- ・ 飲酒が制限される為、仕事面、プライベート面で交友関係を広げられない。・ 仕事で外部との商談、懇親会等に参加できない。

○家族、周囲の人への感染、負担

- ・ 万が一ケガをして、他の人にB型肝炎を感染させてしまうのでは？スポーツを楽しみたいのですが、身体への影響を、考えてしまう事があります。積極的になれません。
- ・ 他人に感染させてしまうのではないかと、自分の気持はいつも不安です。将来については、余り考えない様にしていますが定期検査の度に不安が先走ります。
- ・ 家族に感染させるのではないかという不安。
- ・ ケガ（小さな）をした時血液の処理に困る。人に手伝ってもらおうと感染しないか心配してしまいます。
- ・ 怪我したり手を切ったりして血を出すのが一番神経を使います。生活の中では家族の中でもハミガキ粉、せっけん、シャンプーやタオルとかでも自分の使った物は絶対使うなと子供達にも今でも口やかましく言っております。特に息子にはひげそりとかも絶対に一諸の物を使うな

と。

- ・ 15ページにも同様のことを書きましたが、自分自身がキャリアのため、発症、進行した場合のことを考えると、今後、障害児である娘を、だれがどう育てたらよいか、とにかく悩みます（他にたのめる人がいないため）。あと、生活全般に対し、たとえば、他人のお宅で一緒に食事をしたり、旅行をしたり…となった場合、たとえば、「ジュースの回わし飲みはしない方が…」などと、必要以上に、いつもいつも気を遣ってしまいます。
- ・ 子供2人に母子感染させているので、子供が若い内に、肝硬変や肝がんになったら、どうしたらいいのかと、そればかり心配です。まして、子供達には、家族があり、孫達のことを思うとなおさら心配がつります。私は、もう60才になり、人生も残りの方が少ないので、さほど心配はないけれど、息子達はまだまだ30才代と若いので出来るなら、長生きして、私達のように、孫の成長を見られるように願っています。
- ・ 現在介護に携わっている方々への感染予防や子供の配偶者、孫への感染への不安があります。
- ・ 乳幼児を同伴する友人・知人と会う時に、その子どもたちに感染させはしないか？といつも気づかうことに疲れている。ex ちょっとした出血にもドキッとしてしまう…指のささくれ、荒れた口唇からの出血など…。
- ・ 結婚して数年で、感染が発覚した。自分の将来や子供への感染をどうしても考えてしまい、子供が作れないままになっている。
- ・ 息子が10歳でB型肝炎のキャリアーと言われ、一年に三回夏休み、冬休み、春休みに血液検査をするように言われ高校卒業するまでいたしました。それと疲れさせないようにとの事でしたので中学は体育系の部活ではなく文化系を進めました。幼稚園の時から公文を習っていたので、公文の先生から中高一貫教育の札幌の私立中学を進められましたが、肝炎と言う事が頭にありましたので断念致しました。高校受験の時も（吹奏楽の部活でしたので）吹奏楽のさかんな学校は室蘭の清水ヶ丘高校でコンクールで金賞をとってすごい素晴らしい音色だと感心して清水ヶ丘高校に進学したいと言っておりました。清水ヶ丘高校は室蘭ですので、我家から自転車ですら行かなくてバスに乗ってバスに乗り歩いて20分位のところなので通学に片道二時間はかかるので私達も説得して願書を提出するギリギリの一月中旬に変更した次第です。肝炎でなかったら息子の行きたい高校に行かせたと思います。疲れさせないようにと言うのがありました。大学受験も札幌だったらいつぐあいが悪くなってもすぐ行くことができるので札幌にしてもらいました。肝炎でなかったら、日本の大学どこへでもと言えましたが…。大学在学中は疲れさせたら困ると思ってアルバイトもしない様に話し、主人と私が寝る暇もおしんでせかせと働き息子に支送りしました。就職も地元に戻ってきてもらいました。現在、主人、私、息子の三人で生活していますが、33歳になりますけれど肝炎があるので結婚はできないと思っております。かわいそうです。肝炎の為、制約させられ息子の人生はメチャメチャです。
- ・ 家族（同居人）はワクチンを打って抗体がついていても、料理をする時（生もので出すもの）指にさかむけや、あかぎれができていたら心配（感染）なので手袋をして作ります。

○通院、服薬、検査による拘束、不安

- ・ 自宅の近くで肝臓病の知識があり、治療設備の整った病院で受診したい・肝臓病に対しての恒久的な医療費の助成（肝臓治療も含む）・薬、治療法の進歩
- ・ 現在、核酸アナログ製剤（バラクルード）による治療を受けている。この薬は長期間の服用が必要で途中で服用を止めると病気が悪化することがある。医師の指示がない限り永久に服用することが必要です。ところが「受給者証」を更新するには毎年、申請する必要がありますが大変不便です。「運転免許証」並みに5年更新にしてほしい。申請時にはその都度、診断書を添付しなければならず、費用もかかります。
- ・ （困っていること）毎日、食間に服用しているバラクルードは服用前後2時間の間、食事を取

らない時間が必要である。このことが、日常生活に支障をきたす場合がある。

- ・ ウイルスをとりのぞくことのできる新薬など薬の開発が進めばよいと思う。
- ・ 薬の副作用とは、はっきり言えないと医師は話されますが、血液検査や尿検査、骨シンチ、エコー検査などの結果で高い数値が出ると、私自身は、「副作用が出てきたのかな…」などと考え不安になります。現在ALPがとても高いです。又、主人を15年前に亡くし子どもも無く1人で生活しています。が年齢的身体的にパートも近々辞める予定なので、今後の生活がとても不安です。そして病状（慢性肝炎）が悪化して肝ガンまでいった時、1人でどうしていけばいいのだろうとこわいです。
- ・ どんな副作用が出るかわからない薬を生涯飲み続けなければいけないと思うと不安です。
- ・ 耐性株がいつあらわれるか不安になる。
- ・ B型肝炎ウイルスに対する薬の開発は、C型の様には進んでいないとの事。現在、ゼフィックス、ヘプセラを服用して落ちついていたが（2007年4月に肝癌の切除手術）今日（2月6日）、1月25日のMRI検査の結果、影が見つかり来週CT検査を受けます。癌かどうか、月末の診察時に判明します。再発の可能性は大だと思えます。製薬会社に、C型ばかりでなく、B型ウイルスの根治薬の開発を推進するように国の方からもっと補助金を出すような形で進めてほしい。

○治療費、経済的負担に対する不安

- ・ 薬を服用しても完治しない。一生服用しなければならない。将来いつ、どのような経過をたどるかわからない。もしも入院などを余議なくされた時の金銭的負担。家族の負担。
- ・ 通院および薬代の支払負担。ゼフィックス+ヘプセラの場合、かなりの金額になります。
- ・ 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者の補助で治療費は多少安くなっておりますがガンになって治療入院した時は通常の入院治療費を支払っております。その場合の助成がない（高額医療のみ）。今後、ガンが再発して、治療費が高額になった場合いくらかかるか？不安である。
- ・ B型肝炎治療に関する治療費については、助成制度ではなく、本来は無償とすべきです。国による「注射器の使い回し」という誤った判断に責任があることが明白となった以上、その医療費は国が負担すべきです。もし、医療費助成制度を継続するのであれば、せめて申請を毎年繰り返し行なわなければならないのは納得いきません。一度申請して「核酸アナログ製剤治療」を続けているのですから、様々な書類を毎年持参させる必要はないはずで、患者の負担に配慮して欲しいです。一生こんなことを毎年繰り返す身体的、経済的負担を考えてみて下さい。是非とも聞き入れてもらいたいです。
- ・ 平成19年に肝移植を受けましたが、翌20年も高額な治療費がかかると同時に仕事も出来ず、大変過酷な年であったことを覚えています。内臓障害者になれないかと思って役所、社保庁に相談に行きましたが、相手にされませんでした。高額なウイルス抑制剤の「ヘブスブリン」が保険適用外であったためと、術後1年目は「ヘブスブリン」の量が多かったため治療費の支払いは毎月かなり高額なものになっていました。このままでは早晚破綻してしまうのではと不安になりましたが、2年目に「ヘブスブリン」が保険適用になったのと、その量が1/4位に減ったため治療費は前年に比べて極端に安くなりました。安くなったと言っても4~5万は支払っていたと記憶しておりますが、それでもほっとしたことを覚えています。3年目になって肝障害の患者は「障害者」の認定を受けることが出来るようになりましたので、現在では保険適用の治療についてはおかげさまで費用がかからなくなりました。その時の案内、指導も現在の病院で行ってくれましたので、大変感謝しております。現在は仕事も出来ていますし治療費もかかりませんが、本来健康体であったならば通院も必要なかっただろうし、食の制限の無かったのかなと思うこともあります。そして腎臓が今以上悪くならないことを祈って毎日を過ご

しております。

- ・収入がないので病院で診察を受けられない。どうやって収入を得れば良いのか分からない。
- ・無症候性キャリアの和解金の少なさ、たったの50万前後で肝硬変との金額の差がひらきすぎ

○仕事、職場における不安

- ・肝臓ガン治療のため会社を退職した。不安を取り除くために覚悟を決める。迷いを脱し、真理を悟る、なかなか出来ない。時には、悩む事がある。
- ・体調が不安定で、仕事をやめ、無収入になり将来がとても不安です
- ・通院のために仕事を選ばなければなりません。
- ・仕事につけない（食品をあつかう所などからは、拒否される）体調がすぐれない日々などは、横になっているが、なまけ者みたいに見られる。収入がなく、医療費がかかり生活もある。これほどの将来の不安はあるだろうか？まわりの理解も必要だが、生きて行く安定がほしい。でないと、何も将来を考えられない。いつまで生きられるのだろうか…。薬がきかない…
- ・現在、就職活動中であるが、履歴書の空白期間（治療時期）を面接先の企業に言ってわかってもらえるかどうかということ。現在は体調が安定しているが、将来、キャリアの状態から肝がんに移行する可能性がゼロではないということ。
- ・正社員として働く中、勤務が不規則、睡眠時間が少ない。「B型肝炎」という病名は誰にも知られたくないから「当直」免除の申請はだせません。もっと、他人には感染しない病気だったら。と思ってしまう。誰にも知られたくない事がつらい。報道でニュース、新聞、テレビももっともこの病気の感染経路について、理解してもらえるようにアピールを！！
- ・仕事が出来ないので、家に、とじこもっています。将来に対して死をまっています
- ・どの仕事もそうだと思いますが、教師の仕事もストレスもかなり抱えています、やりがいもあります。なのでつい無我夢中で体の事も考えず突っ走る事が度々あり無理をする事もあります。こんな時肝炎にさえ感染しなければ思い切り仕事出来るのに、と思う事があり、何の病気もなく心身共健康な人を見ると妬ましく感じる事があります。将来に対してはこのまま発症せずに現状維持でいけたらと願っています。
- ・現在、会社の社長をしています、病気が進行して仕事を続けることが、できなくなったら会社自体継続できるか？廃業しなければいけないか？その時従業員や取引先はどうするのか？又、肝ガンになったら治療費自体払い続けることができるか？いつまで生きられるか？残された家族はどうなるのか？など将来に対する不安はあふれ出します。現在、生命保険は若い時に入ったものだけで、60才満期でなくなってしまう保険です。B型慢性肝炎ということで見直して新しく入り直すこともできません。安心して治療に専念できるように無料化をお願いしたいです。

○保険、年金・医療制度に関する不安

- ・問8-②に同じ。とにかく生命保険に加入できず、万一の際に残された家族にほとんど資産を残せない（住宅ローンも完済できない←団信に入れられないため）ことが心配。
- ・家を購入する際ローンをほとんどの金融機関で組んでもらえなかった。
- ・先進医療の保険適用か無料化をお願いしたいです。
- ・身体障害者手帳該当の基準が非常にきびしい。緩和すべき。国の医療費助成制度について。負担金は0円とすべき。診断書の提出は、核酸アナログ治療については当初の一回限りとし、次回以降は診断書に代替する資料の提出で可とすべきだ。また、診断書に要する費用は、国が

負担すべきだ。経済的に非常に苦しい。核酸アナログ治療以外の医療全般について、助成制度を設けるべきだ。

- ・ 成果が顕著に現れる保険外治療が保険内になればと思います。将来に対しては、家族とも話しをしているので、何の心配なく毎日を生きて行いく決心はついてます。
- ・ 肝炎治療受給者証交付申請書をいただいた後電話がありその後どうなったでしょうかと云う内容でした。プライバシーが守られないとがっかりしました。その後申請しませんでした。

○結婚・交際

- ・ やはり、人に感染してしまうとゆうのがネックで47才になっても独身できてしまいました。病気が進行して働けなくなったら…肝硬変だと、体がだるくなる様なので…年をとるにつれて、疲れやすくなるのがはげしくなってます。経済的に将来不安は、ぬぐえません。子供もほしかったですが、とうとう産めなかったですネ…。病気がわるくならない事をいのります。
- ・ バラクルード服用において、子供を作ってもいいか（妊娠させてもいいか）医師に聞いたが、どの医師もだめだということだった。よって、私は、結婚をあきらめました。結婚するにしても、子供を作らない結婚をしなければならない。よく、どうして結婚しないの？と他人に聞かれるが、そんなことの説明などできるわけもない。いい薬が出来ることを願っています。
- ・ 今はキャリアですが今後発症、進行する可能性があるので不安。離婚して1人親なので自分が病気になると子供の事が心配。今後、恋人ができた場合、告白する（肝炎を）のがおっくう。恋愛が面倒とかんじてしまう。
- ・ 女性と性交渉できないものとあきらめています。これが大いなるストレスとなっています。
- ・ 現在好きな人が居ます。その人は、私の思いを、受け止めて、本人が移らない方向で抗体の注射を受けていますが、これが本当に、本人に対していい事なのか、これから先、この事でいい合いになるのでは、彼の身内が分った時に、私はどの様に話をしていったらいいのか、とても不安でいっぱいです。先生は、（医師）は大丈夫と言われてますが、“なぜ、そんな人と付き合った”と言われてそうでこわいです。
- ・ 将来に対しての不安ですが、B型肝炎に感染したことにより結婚は絶望的ですし、勿論子孫も残せない訳ですから将来は恐らく無縁仏でしょう。そもそも不安というよりあきらめの方が大きいです。
- ・ B型肝炎に感染している事で、先方の親から娘を戻してほしいとの事で離婚させられ。1人で生活に困っている。

○その他

- ・ 小さな自治体で生活している中で個人情報はどうゆう形でもれてしまうかと不安です。特に老人医療制度の適用になると現在の国の助成制度の受給情報が自治体に報告される事になり情報がもれないかすごく心配です。B型肝炎治療費は全額国負担とし情報もれがないよう切に希望します。
- ・ B型肝炎について、国の予防接種が原因（責任）であったことが、はっきりとしたにもかかわらず、自分の周りの人達が、そのことを正しく理解したのか、国の施策が原因だったのかといういきどおりを覚えたのか疑問である。もっと広く国民に国の責任であったことを継続的に知らせる回数を増やし、未だ自分がB型のキャリア、あるいはC型肝炎も含めという自覚のない人を見つけ、正しく治療しないといけない。NHKや民放も含め、半年に1回は最低でも特集番組も、もって、現在苦しんでいる人に対して、自覚がなく他の人への感染させる人がいること、ぼう大な医療費へふくらむのを防ぐなど、メディアへの取り組みが弱いのがとても残念である。それと同時に普通の生活では全く感染の確率がないこともあわせて知らせ（AIDSも

含め) 偏見、差別、人権の確率にも継続して同様(上記)にするべき。・いつ慢性肝炎から肝ガンに移行するか、分からないことが一番の不安。一生続く

- このような感染をおこした国が、そっせんし、患者の不安や肉体的、精神的、経済的な不安をとりのぞき、全面的にみずから支援出来るように考えていただきたい。患者の将来の保障を充実させて、おこった事の重大さを自から認識していただきたい。それが患者に対する最大の出来る事でしかすぎないと私は思う。患者たちへのおおびだと思えます
- どうしたらいいか、わからない。
- B型肝炎が原因で死にたくありません。
- キャリアの人達が今後進行しないよう、あるいは完治できるよう、治療研究に国は、お金、時間を費やしてほしいです。多くの犠牲者を出した国の責任を果たして下さい。お願いします。(私の不安は母子感染させてしまった息子達の事です。)
- 頭によぎるストレスと怒り、憤りでいっぱいです。国の怠慢でこんな病気になったことをおこっています。
- 民主党政権時に、厚生大臣がB型肝炎の恒久的な医療費助成の一段上の拡充を約束したのだが、政権が代わり、その約束が守られるかが心配です。
- 現在の状況は、肝ガンでありB型肝炎の最終章にはいつています。医者からは、長くは生きれないとも告げられました。最後の一手として今ガンワクチン治療を行っていますがガンマーカーは下がってなく逆に上っていました。厳しい状況にあります。今さらながら後悔するのは、B型肝炎に感染している事は指摘を受けていましたがその時は現在の様にネットですぐ調べられるわけでもなし医師すら正しくは理解していなかった。仮に今の知識を持って感染がわかった平成6年に戻どれれば天寿をまっとう出来たかもしれない。結局何が言いたいのか、感染の事実を知らない人たちへの更なるアプローチ検査を受けて欲しい。出来るだけ早く核酸アナログ製剤を服ようしてウイルス量を下げてください。肝臓は沈黙の臓器です。悪くなって医者にかかっても遅い。
- このアンケートを書いてなにが変わるのか…? 変わるわけがないとゆう絶望感。個々の思いなんて、決して届かない事を知っている。この病気のせいで…書いてもしょうがない。(あと心ない弁護士) 最悪です。
- 病院で話をきいてもよくわからない言葉が多く大半理解ができてないので将来どうなるのかイメージがわからない。

(ハ) 集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大のような被害の再発防止のために必要なこと

集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大のような被害の再発防止のために必要なことについては、以下のような回答が見られた（抜粋）。

○医学的知見の入手と活用

- ・ 医学的な知見に関する情報公開と監視体制の強化
- ・ 国は情報を早く収集し、少しでもリスクがあれば直ぐに対策をうつべき。まずは対策をうち、情報公開すべき。慣例にとらわれないことが重要。小さな声にも耳を傾けるべき。広く情報を集めるべき。速やかな判断、審査体制をとるべき。
- ・ 世界の医療機関と比べ問題があると感じたとき素早く中止等の措置をとること。
- ・ 行政において、外国からの情報も含め正確な情報を早く収集し、知識人で分析して、医療機関等に通知し、指導、現状把握を行なって問題点を早くとらえる必要がある。

○医療従事者教育

- ・ 医療従事者への徹底した教育が必要ではないか
- ・ 医療関係者は特に使命感、責任感を持って貰いたい。少しでも疑問のある行為は止める勇気を！
- ・ 正しい知識を持つことが必要だと思います。歯医者などで滅菌処理に手を抜いて感染してしまうこともあると聞きます。医者なのにその程度の危機感だと思えば信用できません。まず医師などから正しい教育をおねがいします。自分が肝炎やエイズだと気付いてない人もいっぱいいます。気を付けて欲しいです。
- ・ 集団予防接種などは医療機関で行なっていると思うので今後の心配は少ないと思うが、歯科医などでは、まだまだ十分な消毒設備が無い開業医もあるのでは？キャリアと知らない人などがいれば、不安が残る。
- ・ B型肝炎の感染原因に「集団予防接種による」ことがメジャーになるよう医学生（歯学生、看護学生も）への教育時から徹底すること。

○患者教育

- ・ 患者一人一人に生活の面での感染しない方法など一つ一つ教えていただきたいと思います。日々の生活の中で血液は爆弾を抱えているわけで感染拡大予防は最重要課題です。自分の知らぬ間に知らぬ事とは言え感染させたくはありません。是非対策をとっていただきたいと思います。

○情報提供・広報

- ・ もっと沢山の方々が認識しないといけない。知らない人が多すぎる。
- ・ 社会にかくすことのないように、皆に知識が行きわたるようになるといい。
- ・ 行政機関が、もっと、TV、ラジオ、ネットなどで、情報をオープンにして、わかりやすく、提供して欲しい。肝炎も、カゼも同じ病気なのだから、差別的な目で見のではなく、普通に話題として話せる様な環境を作って欲しい。
- ・ 感染予防策をもっとPRしないといけないと思います。例えば、TVCMでもクスリメーカーのCMだけで、枠として30秒スポットでも良いので（ネット、新聞もしかり）、色々な感染

病の予防法をPRすべきです。それにかかった場合の恐さ、将来的に待ち受けている苦痛等々。

- ・ 法令等でいくら定めても最前線の現場で周知、徹底しなければ、かけ声だけになってしまう。そして多くの一般の人は、正確な情報を知らされることなく、大きな被害を被った後に被害を知り、苦しむことになる（アスベストなども同じ）。国と地方など、連携をしっかりと、いいことばかりでなく、このような不利益もある（予防接種でいえば副作用等）ことを、しっかり伝えていくことも大切だと思う。
- ・ 医療助成制度いつごろから有るのか。アナログ製剤の事ももう少し早く聞かされていたらと思います。今でも知らない人もいますよ。もっと宣伝して下さい。
- ・ 基本的には、注射器の使い回しを絶対にしないでほしいと思いますが、この点については、すでに改善済みでしょうから、特に言うこともありません。ただ、B型肝炎に対して、世間の人にもっとよく理解してもらいたいと、常々思っています。「どうすれば感染するのか」つまり言い換えれば、「このくらいの（日常的な）接触では感染しない」という日常的な知識を、広く周知させてほしいです。そうすれば、差別や偏見は、確実に減ると思います。あと、とくに私たちは、「国のせいで感染した被害者」なのに、なぜか世間的にはいつも「きたないもの」的な扱いを受けます。おかしいと思います。患者間でなぐさめ合うだけでは、差別はなくなりません。マスクなどを利用してでも、もっと広く世間一般に理解してもらえるような活動を望んでいます。
- ・ B型肝炎に関する知識を患者だけでなく、広く一般の人々に知ってもらえる機会を増やす（たとえば、浴場等で、気軽にかみそりの貸借をしない等）

○人命や安全を尊重する真摯な姿勢

- ・ 当時としては必要な措置であったと思うが、人命に関わる医療は慎重に慎重を重ねて行ってほしい。
- ・ コスト優先から人命を優先させて欲しい。
- ・ 人としてのモラルではないかと思えます。何十年も前には常識として受けとめられていたことがその後には於いて被害者が出たなら、それが終息する迄専任の機関をもうけ、最後の1人迄助ける意志をもつ医療従事者を育てるべきかと思えます。現状はお金、ステータス e t c で医師となる人を国が作り上げて。今後B型肝炎以外でもアスベスト、被曝者、その他諸々、現在進行形、今後発症が予見できることを早く準備すべきかと思えます。それが危惧に終わったとしても、意義有ることと考えます。受験エリートや子息をお金で医師にしているは何の意味もないと考えます。
- ・ 生命にかかわることなので、危険性がわかっていながら行った行為は、許されるものではないと思う。刑事罰も必要ではないか。
- ・ 人間の生命と真摯に向き合った政策や制度にしてもらいたい
- ・ 国民本位の医療をめざしてほしい
- ・ 決してその被害が発生した事により現状を回復できないおそれがある時には、すぐにその行為をやめる勇気が必要です。
- ・ B型肝炎、エイズの血液製剤の件にしても、行政がもっと国民に親切な、と言うか、国民の立場に立った心がまえで取り組んでほしいと思う。製薬会社と厚生省とのゆ着から生まれたもののように思えます。感染症で思う事は、肝炎、エイズにしても、インフルエンザにしても栄養とか発酵食品とかで免疫力を高めることで感染しても発症を最少限に食い止めることはかなりの部分出来ることで、国民に対してそうゆう教育をして行くことは、医療費の削減に有効であると思えます。保健所などが行なっている広報では医療機関にたよることを重要に広報して

自己管理を進めることは少極的に見えます。

- ・ 医療関係者の皆さんが人ごとと思わず、誠実に取り組んでももらいたいです。
- ・ 医療の現場では安全を最優先に考えて欲しいし、それを徹底して欲しい。被害が拡大したのは、危険を知りながらも効率や費用負担等、行政や医療現場の都合を優先させたからではないでしょうか？自分には関係ない他人事という気持ちがどこかにあったと思えてなりません。現在も危険が指摘されている医療行為はあると思います。多少の犠牲は仕方がない。運が悪かった。では済まされないのではないのでしょうか？徹底されているかどうかを確認するまでが国側の責任ではないのでしょうか？
- ・ 国が責任免れをせず、リスクのありうる情報は時間をおかずに開示する。個人の事より、企業等を大切にしている国である気がしてなりません。国民の健康を守るべき厚労省が、国民の健康を守る義務を積極的に果たして欲しい。

○肝炎ウイルス検査の充実

- ・ 血液検査を徹底して、一人一人が感染していないか自分の体を把握して感染の拡大を防げるようになれば良いと思います。
- ・ 感染を知らずに生活をしている方々もいると思います。その為にも全ての方の検査を進めて下さい。結婚される方は必ず検査をする仕組みを作って下さい。
- ・ 血液検査で、肝炎ウイルスの項目を、必ず入れることを要望。
- ・ もっと簡単に（土・日もできるとか）無料で肝炎の検査が受けれるようにしてあげれば、まだ自分が感染していると知らない人も訴訟できるのではないのでしょうか？きっとまだたくさんいると思います。世の中には。
- ・ 職場での定期健康診断の際に血液検査はするが、特別にウイルス性肝炎を想定した検査は実施していないようなのでこれを通常の検査項目として各職場で広く実施する必要ありと考える。自分が肝炎に感染していても気が付かない人が多いためその結果さらに感染が拡大して行く恐れがあるので出来る限り広く検査を実施することが最も重要と思う。
- ・ 肝炎ウイルス患者への検診（予備検診実施）
- ・ 感染者を特定し、感染予防を徹底する。
- ・ 定期的にすべての方が無料で血液検査を受けられるようにすることがよいと思います。
- ・ 質問と関係無いかもしれませんが…私がB型と知り（20才の時）ある飲食店で知り合った同じ年の女の人に「自分は母子感染のB型肝炎」だと聞き、色々話しをするようになったのですが、その子は治療や病院へは行っていないとの事でした。20才といえば異性とのおつき合いも多数あったようですがB型肝炎である事は秘密のままおつき合いをして、性交渉ももっていると言う事でした。そうでないと恋愛する事も出来ないと聞き直っていました。とても怖い事だと思いますが、実際、B型肝炎と解かってもらっておつき合いをするというのは大変な事なのです。元同僚の話では「友人（女）が、性交渉でB型肝炎に感染させられた子が居てるねん。」と聞いた事もありました。その相手の方は自分がB型肝炎であると知っていたのかどうかは知りませんが、もっと社会一般にB型肝炎を知って頂き、自分自身がかかっているか検査を受け、感染予防をしていかなければ、拡大していくと思います。全国で血液検査を実施し、難病又は障害という枠に入れてもらい個々や社会全般にも受け入れてもらえるような政策制度を願っています。
- ・ 現在感染しているのに気が付いていない方に対してのウイルス検査とその後のフォロー。（具体案）献血を受けて頂く様働きかける。ウイルス検査を受けて頂く様、公共広告等で働きかけ

る。

- ・ 各々の市町村でC、B型肝炎の検査を積極的にしている、していないあると思います。義務づけ、ワクチン投与、検査費用も無料に
- ・ B型肝炎感染者として、私のように他の病気になり検査をしたためにHBキャリア判明、B型慢性肝炎となっていますが、病院へ行く機会の少ない人はなかなかわかりにくい。ましてや肝臓は沈黙の臓器といわれるように悪くなくても自覚症状が出にくいものです。自分の病気に気づいていない方又制度を知らない人、内容の良くわからない方で利用をためらう方もたくさんおられると思います。B型肝炎感染拡大の被害の再発防止のために国や自治体が積極的に政策なり措置をとられるようお願いしています。
- ・ B型肝炎ウイルスキャリアと本人がわからないまま現在生活しておられる方がもしいらっしゃるとしたら、知らない間に第三者へ感染することになり、B型肝炎ウイルスの根絶どころか、被害は拡大していきます。まず自分自身がキャリアなのかそうでないのかを知るべきなので、肝炎検査の必要性を今以上に広報する必要があると思います。
- ・ 出産をした人は、検査で分かると思いますが、特に男性の方は、分りにくいと思うので成人の日、20才の時に国が検査をするよう義務づけたらいいと思います。本人もなりたくて感染したわけではないのでその辺を配慮していただき検査の結果の通知は、封書で届くようにし、病院に行く時は、その証明を見せるよう、病院関係者だけが分かるような配慮をしてもらえたら、いやな思いをせずにおすすめだと思います。(さりげなく、あつけらかんと言って下さる先生もいれば色々な先生方も居ます。)

○B型肝炎ワクチン

- ・ 安全性を確認の上、ユニバーサルワクチンの導入を始めてほしい
- ・ 生まれた時に全ての子供に、B型予防接種を国の費用でする。
- ・ 母子感染以外でも保育所などで小さな子供さんが感染し、キャリア化するので、予防接種にB型肝炎ワクチンを取り入れてほしい。
- ・ やはりこの病気は予防できる病気ですので、徹底した予防対策は必要でしょう。ユニバーサルワクチンは有効な対策であると思います。
- ・ 全ての人に有効とは限りませんが、一定の年齢になったら国民全員にワクチンを接種を義務付ければ、感染の拡大に有効だけでなく多くの人に抗体ができればウイルス感染者に対する差別も減るのではと思います。感染予防の知識を知ってもらう事も大切ですが、‘体液から感染する’といった一部の中途半端な情報が一人歩きしても感染者に対する差別意識が広がるだけではと思うこともあります。身勝手な意見ですみません。○医療機関における取組
- ・ 医療に関しては、完璧な、マニュアルを作成し、それにもとづいて、実行して欲しい
- ・ 各医療機関での徹底した管理だと思います。
- ・ 医療機関でのコンプライアンスを高めていく施策を行って欲しいです。

○医療費への助成

- ・ 国がおかしたミスなので医療費は無料はもとよりそれに関する、お金や保障をもっと充実していただきたい。それに関する情報も、テレビや医りょう機関でも、教え(伝え)られるように国が責任をもって行動していただき、肝炎感染拡大に、ならぬよう知識や差別をなくすように行動してもらいたい—肝炎感染の一般知識、や恐怖を、とりのぞき、もっと知識があればHBV、HDV、HCVなど恐怖や差別はなくなると思います。

- ・このような事が起らないと、わからなかったでしょう。本人に非はないのですから、薬代・病院費用を国で全額見てもらえないものでしょうか。
- ・札幌地裁での勝訴以来、集団予防接種のことが、マスコミによって問題にされ、多くの方々、先生方の努力によって、私達も認められ、ありがたく思っています。今は注射器の使い回しはなくなったにしろ、現在すでに感染して同じ思いをされ、苦しんでいる方々は測りしれないとはずです。病気が進行してなくなられた方、今なお死を前にして絶望感をもっておいでの方、その方には家族があり、本人を含めると、どれだけの人が苦しんでおいででしょうか。ウイルス保持者は当然周囲の方に今後感染拡大しない様、日常生活の中で注意はしなければなりません。感染してしまった方について、いまだ国から認められていない方にも医療費の無償化を望みます。私自身は過去から今において、又子供達も費用に対して負担できましたが、もっと多額の費用がかかり分かっていても医療を受けられない方もいるはずだからです。実際、受けていても重い出費でこまっておいでの方々もいらっしゃると思います。
- ・家族がワクチンを受けるのに、夫は全額自己不担（8000×3+検査2回分）。子供は、3回保険でしたが、なぜ国に責任があるのに、自己負担があるのか、腹立たしかったです。母の私が感染したために、健康に生まれた子供に、6回も痛い思い（採血、注射）をさせたのが申し訳なかった。⇒家族分は国が負担すべきです。・予防に力を入れるべき。隠ぺいしあう医療業界の体質改善。・若者へ教育、病院でのディスプレイ、針刺し予防の徹底。・現行のやり方に疑問を示した、勇気ある人をつぶすのではなく、検証しようという国の姿勢を持ってほしい。・医療業界で、新しいことを、大病院だけでなく、地方のクリニックレベルにまで、通達が届くようにしてほしい。田舎では特に偏見が強いです。

○コミュニケーション

- ・今回の件に限らず、この国では何かが起こらないと何も進まない。あらゆる面で危機管理がなっていない。公務員は「公僕」ではないのか。自分たちの天下り先や退職金の心配ばかりする前に、全身全霊で職務に取り組んでもらいたい。住民サービス第一に、どんな小さな住民の声にも真剣に耳を傾け、積極的に動け！と言いたい。“親方日の丸”でそれだけの高待遇を受けているのだから、国の責任でB型肝炎被害再発防止のみならずあらゆる医療について、広く一般から意見を募るような仕組み、体制を作れないのか。例えば各病院に「目安箱」のようなものを置き定期的に公共機関が目を通し、政府に意見具申するなど、一般人と政府が間接的にも意見交換できる機会が必要だと思う。
- ・国、厚労省（医薬食品局）よる、都道府県および地方自治体担当部課への情報提供と情報の共有化。

○予防接種制度

- ・集団予防接種のメリット、デメリットの説明をし、任意に受けれるようにした方が良くと思う。
- ・器具等の使いまわしをしないこと。
- ・予防接種は、人間の健康に必要である。出来るだけ飲む薬に変更したら注射ミスは、発生しない
- ・集団予防接種は、本当に必要だったのかと思う。予防接種によるB型肝炎以外にも、事故も表面に出していないだけで沢山あると思う。（世界各国）しっかり調べて最小限に集団予防接種にした方がいいと思う。予防接種によるデメリットも告知するべきだと思う。予防接種で病気になる事のないようにしてほしい。
- ・基本的に予防接種の方法が間ちがいであったと思います（国）

○治療法・治療薬の開発

- ・ C型は今完治する薬もあります。B型はあまりに国の対応が遅く研究も進んでいません。早く国が研究に力をいれ完治する薬を開発してもらいたいと思います。
 - ・ まず特効薬を開発すればすべて解決出来る。だれもが安心した生活を送る事が出来る。
 - ・ 公務員がちゃんと仕事をする事→厚生省の官僚①適切な措置をおこたる。②新薬の認可が遅い→5年前に飲んでいたらガンにならなかった。
 - ・ 日本の最先端医学の最新研究で肝炎ウイルスを撃退する方法を1日も早く発見して頂きたい。我々看者に提供してもらいたい。その為にも、国から研究費用を応援して頂きたい、いや、応援すべきだ。
- 専門医・専門医療機関
- ・ 専門医の増員と研修。・各地域に専門医の在任。 e t c
 - ・ 医療機関の連携。特に地方の医療機関と都市部専門医療機関の連携を充実させる。
- 原因追及のための調査
- ・ 国の撤定した調査
 - ・ 予防接種時の注射器の使い回しが感染の原因になることは、予見されているのにその状況を長らく放置された事実があります。何故、そのような事実が発生したかというメカニズムを犯人捜しではなく再発防止の為に徹底的に多面的に調査し、再発防止に反映させていただきたいと思います。情報が一部で滞留してしまう、問題を先送りし現状維持を良しとする体質。目に見えた被害や、世論が盛り上がらないとリスクをリスクとして取りあげない硬直した役所体質等、B型肝炎感染拡大の課題は他の問題解決やリスク管理に通ずる、日本社会が抱える本質的なものだと思います。医療関係者や行政だけでなく、リスク管理やマネジメントの専門家も入れた、実態に合った再発防止の検討と確実な実施。さらに、その追跡調査と改善のP D C Aを適正に行なっていただければと考えます。
 - ・ 医療に関する事故事例（国内、海外含む）を再検証し手法のマニュアル化を確立させ法制化への検討をする
- 第三者機関による原因究明・救済
- ・ 集団接種自体は必要な政策であったと思います。しかしながら、使いまわしの危険性が指摘されてから全面禁止されるまでに時間がかかるなど、判断とその後の行動がおそすぎるのが問題を大きくした（薬害エイズやC型も同じ根っこ）。必要なことは問題が判明した時は、迅速に公表することと、被害者の救済にスピードをもって対応すること。なるべくなら裁判にする前に政治、行政の場での解決をするべき。また、公医療政策における被害者の救済のための公的機関をつくり、被害者の救済の簡素化、迅速化をはかるべき。
 - ・ 責任追求とは別に、原因究明のための専門機関を設置し、将来のための再発防止に備えるべき（医療分野だけではないと思いますが）だと思います。・医療機関や行政機関、特定の担当者の責任とは別に、結果被害に対する、すみやかに救済（補償）する制度が必要だと思います。
 - ・ 医療においては依然として人類にとって未知の部分との戦いが続きますが我々は謙虚な姿勢で対応する必要があります。問題が発生した時、行政は速やかな対応措置を実行することが大前提であります。医療行政においては、これまでの様な行政の不作為を絶対に許さない為現場医療に精通した医者を中心とした第三者機関によるチェックを可能にすべく必要な法律を制定し実行する必要があります。
 - ・ 1. 責任の所在を明確にし、関係者にそれなりの処罰を負わせる仕組み、運用を確立する。2. 肝炎、薬害、公害等々による被害者救済の仕組みに利害関係者の干渉が入らないシステム作り

及びその運営あり方を常にウォッチ／問題提起／審議／改善・立案・実施等をタイムリー且つ公正に廻せる仕組みを確立する（不偏不党、民官癒着排除）。

- ・ 素人なので良く分かりませんがWHO等の警告等に関しては、国とのやり取りだけで無く国民全体に広く知らしめる等（マスコミも含め）が必要。医療機関への搬入業者（注射器等）含め、チェック態勢、第三者機関の様なものがあればと思います。
- ・ 国の政策（行政、病院）を全て信用せず、民間での監視、監督が必用だと思います。

○その他

- ・ 行政機関の事なかれ主義的な考え方（いんぺい、無せきにん）を正す。
- ・ 過去の例を良く研究し、将来の予防に役立てること。
- ・ 国は、最大の努力をばらい、B型肝炎感染拡大防止策を進める事。具体的対策と計画、実行、CHECK（P-D-C-A）を行なってほしい。・医療費助成の充実。
- ・ 今は十分な対策がとられてると信じています。
- ・ 責任の所在をより明確にする必要が有るのではないのでしょうか。
- ・ 散髪屋のカミソリの使い回わしが常態化している。これが怖い・歯科治療についても若干不安を覚える
- ・ 私の周囲には、B型肝炎感染者は、大沢います。ただ積極的に話をしないだけです。特定の人達のB型肝炎訴訟では、B型肝炎の根絶は無理だと思います。
- ・ ある程度リスクはやむを得ない。“医療の進歩で後で発覚する病気もあるため”但し、原因・因果が明確になった時点で確実に保証・救済されることが大事
- ・ 今、i P S細房が万能のごとく報導されています。集団予防接種等で、多くの人の命が救われた事実はあります。多くのメリットの中に少しのデメリットが生じるのは仕方がないものと考えます。そのフォローは国や当事者が責任を持つべきだと思う。

g) 母子感染について(母親)

(ア) 子どもに母子感染させた事実が判明した時期

子どもに母子感染させた事実が判明した時期については、「妊娠・出産時」が 27.6%、「子どもが～歳の頃」が 72.4%であった。

「子どもが～歳の頃」と回答した方に母子感染させた事実が判明した時の子どもの年齢を尋ねたところ、「15～20 歳未満」(23.9%) が最も多く、次いで「20～25 歳未満」(21.8%)、「10 歳未満」「25 歳以上」(18.3%) であった。

図 5-174 子どもに母子感染させた事実が判明した時期

(N=196)

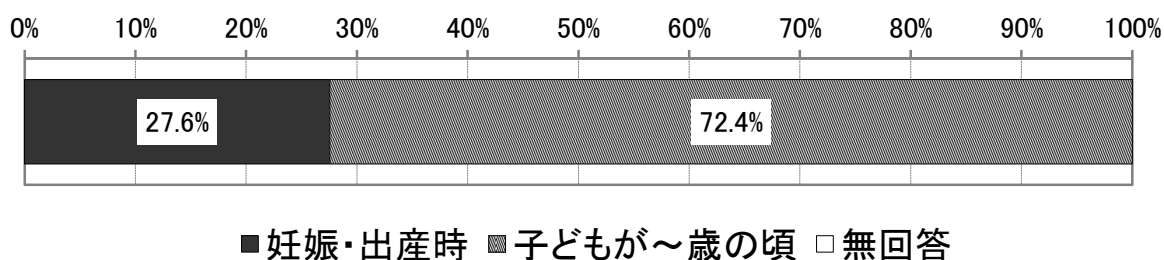
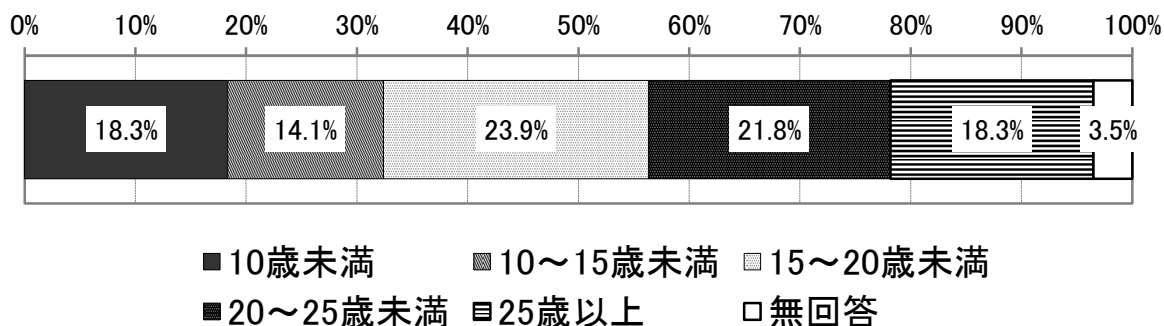


図 5-175 子どもに母子感染させた事実が判明した時の子どもの年齢

(N=142)

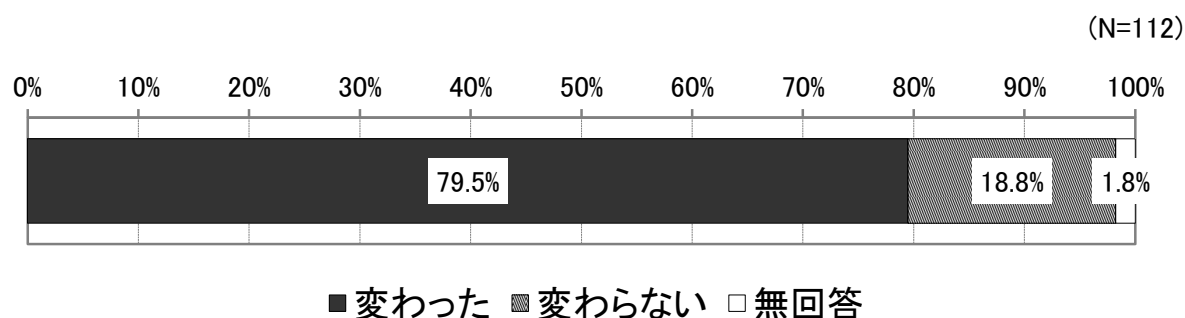


	件数	10歳未満	10～15歳未満	15～20歳未満	20～25歳未満	25歳以上	無回答
合計	142	26	20	34	31	26	5
	100.0%	18.3%	14.1%	23.9%	21.8%	18.3%	3.5%

(イ) 母子感染が判明してからの子どもに対する気持ちの変化

母子感染が判明してからの子どもに対する気持ちの変化については、「変わった」が79.5%、「変わらない」が18.8%であった。「変わった」と回答した方に具体的な変化を尋ねたところ、「子供に申し訳ない」、「自分の責任」などの回答があった。

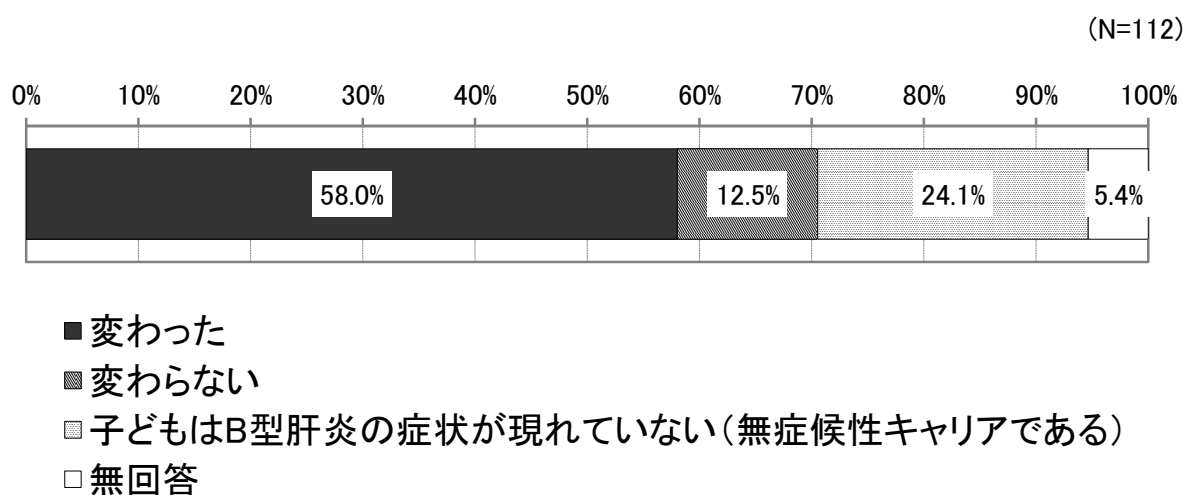
図 5-176 母子感染が判明してからの子どもに対する気持ちの変化



(ウ) 子どもにB型肝炎の症状が現れてからの子どもに対する気持ちの変化

子どもにB型肝炎の症状が現れてからの子どもに対する気持ちの変化については、「変わった」が58.0%、「変わらない」が12.5%、「子どもはB型肝炎の症状が現れていない（無症候性キャリアである）」(24.1%)であった。「変わった」と回答した方に具体的な変化を尋ねたところ、「申し訳ない」、「将来が心配」などの回答があった。

図 5-177 子どもにB型肝炎の症状が現れてからの子どもに対する気持ちの変化

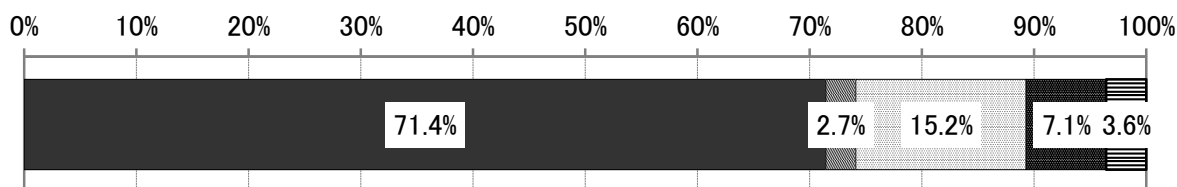


(エ) 母子感染によりB型肝炎ウイルスに感染したことを子ともに伝えた人

母子感染によりB型肝炎ウイルスに感染したことを子ともに伝えた人については、「自分（母親）が伝えた」（71.4%）が最も多く、次いで「病院・診療所の医師が伝えた」（15.2%）、「その他（献血で判明したなど）」（7.1%）であった。

図 5-178 母子感染によりB型肝炎ウイルスに感染したことを子ともに伝えた人

(N=112)



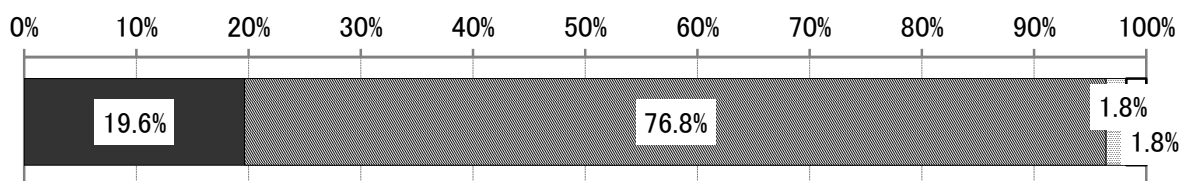
- 自分(母親)が伝えた
- その他家族が伝えた(父親等)
- 病院・診療所の医師が伝えた
- その他(献血で判明したなど)
- 子どもには伝えていない
- 無回答

(オ) 母子感染が判明してからの子どものあなたに対する接し方の変化

母子感染が判明してからの子どものあなたに対する接し方の変化については、「変わった」が19.6%、「変わらない」が76.8%、「子どもには母子感染について伝えていない」(1.8%)であった。「変わった」と回答した方に具体的な変化を尋ねたところ、「申し訳ない」、「将来が心配」などの回答があった。「変わった」と回答した方に具体的な気持ちを探ねたところ、「母を気遣うようになった」、「機嫌が悪い」などの回答があった。

図 5-179 母子感染が判明してからの子どものあなたに対する接し方の変化

(N=112)



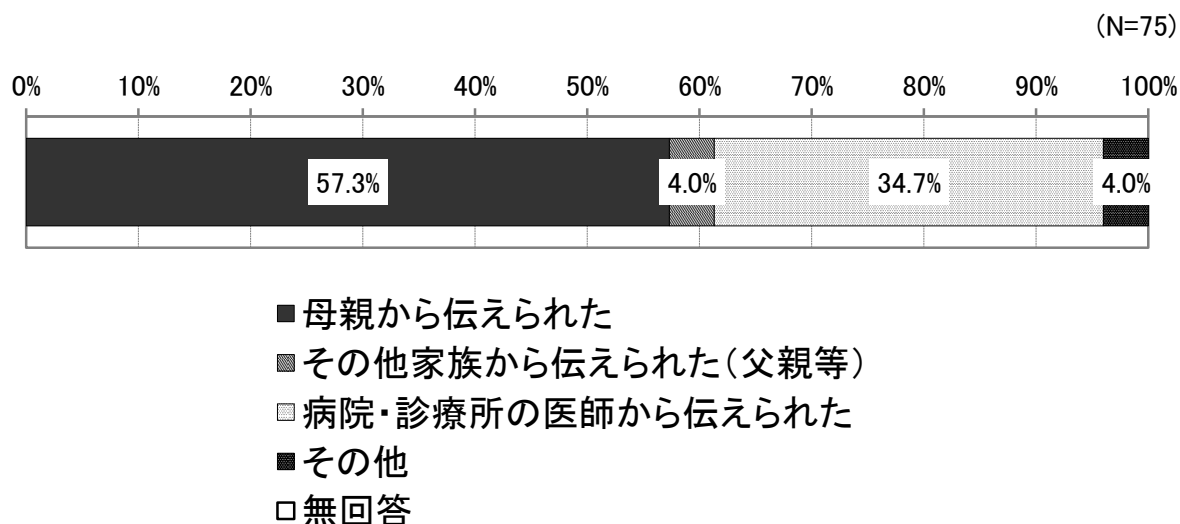
- 変わった
- 変わらない
- 子どもには母子感染について伝えていない
- 無回答

a) 母子感染について(子ども)

(ア) 母子感染によりB型肝炎ウイルスに感染したことを伝えられた人

母子感染でB型肝炎ウイルスに感染した方(子)にB型肝炎ウイルスに感染したことを伝えられた人について尋ねたところ、「母親から伝えられた」(57.3%)が最も多く、次いで「病院・診療所の医師から伝えられた」(34.7%)、「その他家族から伝えられた(父親等)」「その他」(4.0%)であった。その他には、「献血センター」などの回答があった。

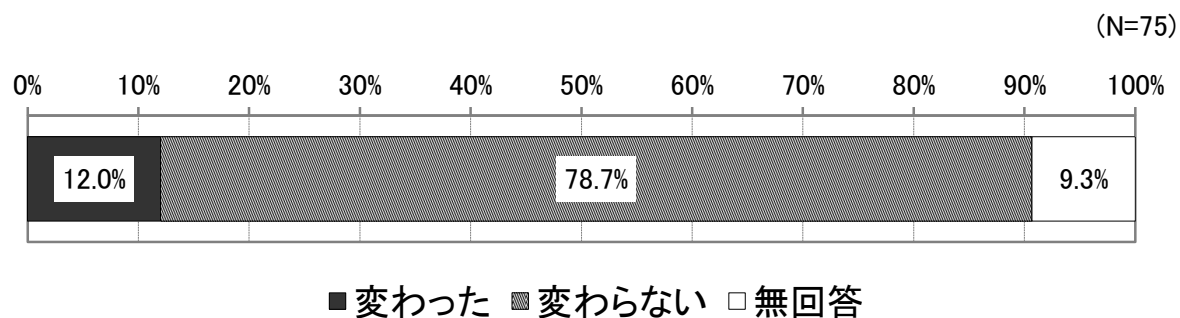
図 5-180 母子感染によりB型肝炎ウイルスに感染したことを伝えられた人



(イ) 母子感染を伝えられた後、あなたの母親に対する気持ちの変化

母子感染を伝えられた後、あなたの母親に対する気持ちの変化については、「変わった」が12.0%、「変わらない」が78.7%であった。「変わった」と回答した方に具体的な変化を尋ねたところ、「罪悪感を感じているよう」などの回答があった。

図 5-181 母子感染を伝えられた後、あなたの母親に対する気持ちの変化

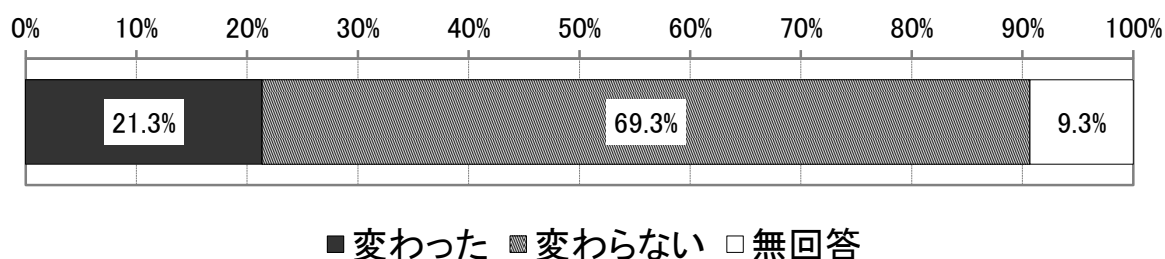


(ウ) 母子感染を伝えられた後、母親のあなたに対する接し方の変化

母子感染を伝えられた後、母親のあなたに対する接し方の変化については、「変わった」が21.3%、「変わらない」が69.3%であった。「変わった」と回答した方に具体的な変化を尋ねたところ、「なんども謝られた」、「いつも体調を気にしている」などの回答があった。

図 5-182 母子感染を伝えられた後、母親のあなたに対する接し方の変化

(N=75)



b) 同居されている家族について

(ア) 同居している家族に対してワクチン投与を勧めたことがあるか

同居している家族に対してワクチン投与を勧めたことがあるかについて尋ねたところ、「勧めたことがある」が26.4%、「勧めたことはない」が49.4%であった。その他には、「ワクチンがあるとは知らなかった」、「すでに抗体ができています」などの回答があった。

図 5-183 同居している家族に対するワクチン投与の勧め

(N=1,177)

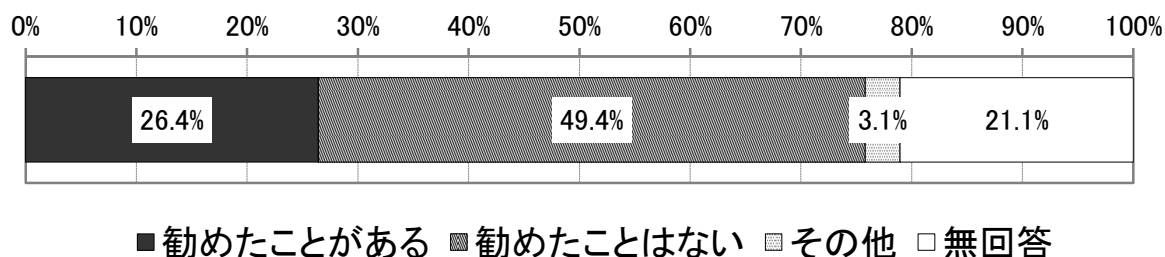
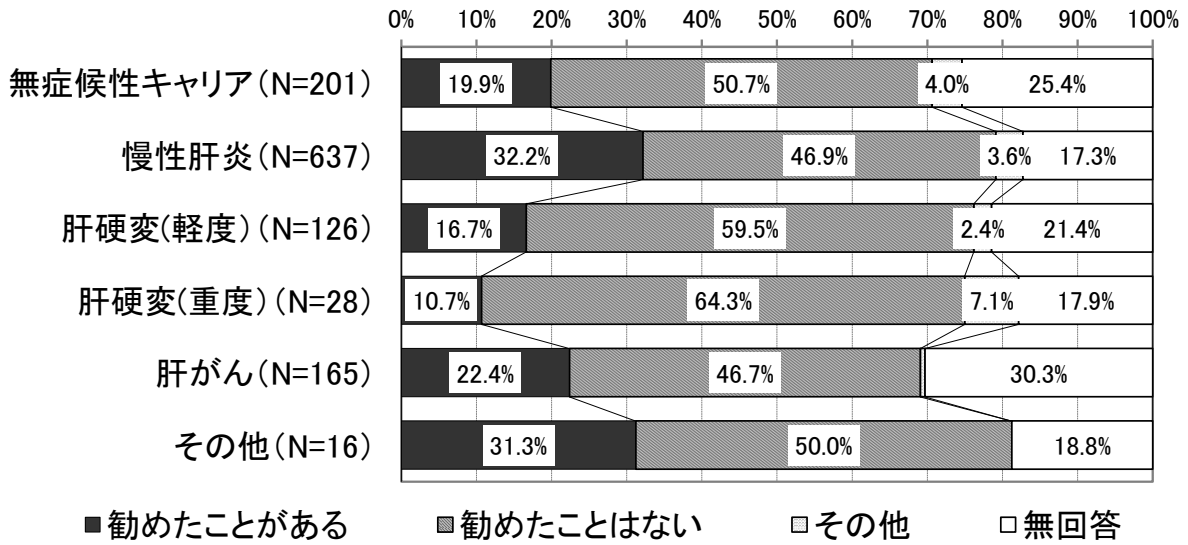


図 5-184 同居している家族に対するワクチン投与の勧めと現在のB型肝炎の病態



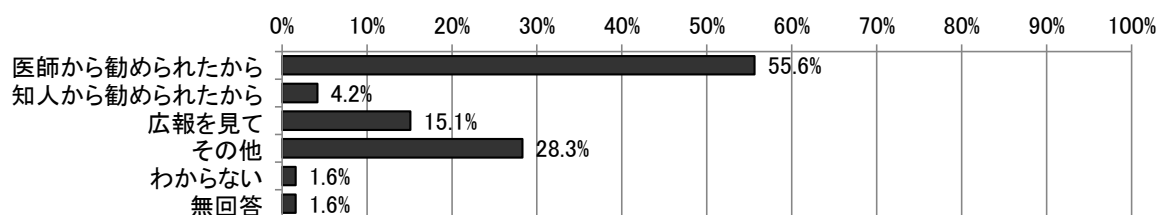
	件数	勧めたことがある	勧めたことはない	その他	無回答
合計	1,177	311	581	37	248
	100.0%	26.4%	49.4%	3.1%	21.1%
無症候性キャリア	201	40	102	8	51
	100.0%	19.9%	50.7%	4.0%	25.4%
慢性肝炎	637	205	299	23	110
	100.0%	32.2%	46.9%	3.6%	17.3%
肝硬変(軽度)	126	21	75	3	27
	100.0%	16.7%	59.5%	2.4%	21.4%
肝硬変(重度)	28	3	18	2	5
	100.0%	10.7%	64.3%	7.1%	17.9%
肝がん	165	37	77	1	50
	100.0%	22.4%	46.7%	0.6%	30.3%
その他	16	5	8	0	3
	100.0%	31.3%	50.0%	0.0%	18.8%
無回答	4	0	2	0	2
	100.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%

(イ) 家族に対してワクチン投与を勧めた理由

同居している家族に対してワクチン投与を「勧めたことがある」と回答した方にその理由を尋ねたところ、「医師から勧められたから」(55.6%)が最も多く、次いで「その他」(28.3%)、「広報を見て」(15.1%)であった。その他には、「感染防止の為」、「自己判断」などの回答があった。

図 5-185 家族に対してワクチン投与を勧めた理由

(N=311)

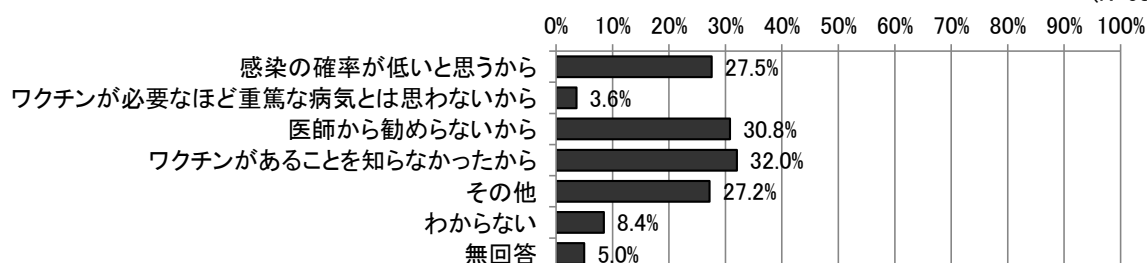


(ウ) 家族に対してワクチン投与を勧めない理由

同居している家族に対してワクチン投与を「勧めたことはない」と回答した方にその理由を尋ねたところ、「ワクチンがあることを知らなかったから」(32.0%)が最も多く、次いで「医師から勧められないから」(30.8%)、「感染の確率が低いと思うから」(27.5%)であった。その他には、「感染した後だから」、「抗体があるから」などの回答があった。

図 5-186 家族に対してワクチン投与を勧めない理由

(N=581)

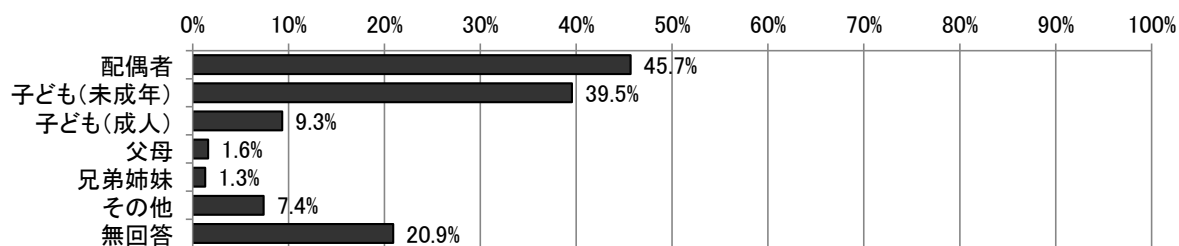


(エ) ワクチン投与を勧めた結果、実際にワクチン投与を受けた人

同居している家族に対してワクチン投与を「勧めたことがある」と回答した方に、ワクチン投与を勧めた結果、実際にワクチン投与を受けた人について尋ねたところ、「配偶者」(45.7%)が最も多く、次いで「子ども(未成年)」(39.5%)、「子ども(成人)」(9.3%)であった。

図 5-187 ワクチン投与を勧めた結果、実際にワクチン投与を受けた人

(N=311)



5.4.4 被害者遺族対象調査

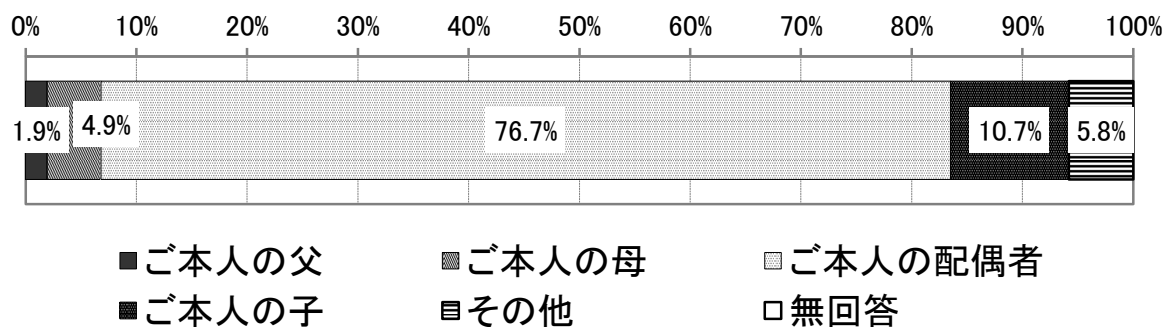
a) ご本人(お亡くなりになった方)について

(ア) ご本人と回答者の関係

ご本人(お亡くなりになった方)と回答者の関係について尋ねたところ、「ご本人の配偶者」(76.7%)が最も多く、次いで「ご本人の子」(10.7%)、「その他」(5.8%)であった。その他には、「兄弟姉妹」などの回答があった。

図 5-188 ご本人と回答者の関係

(N=103)

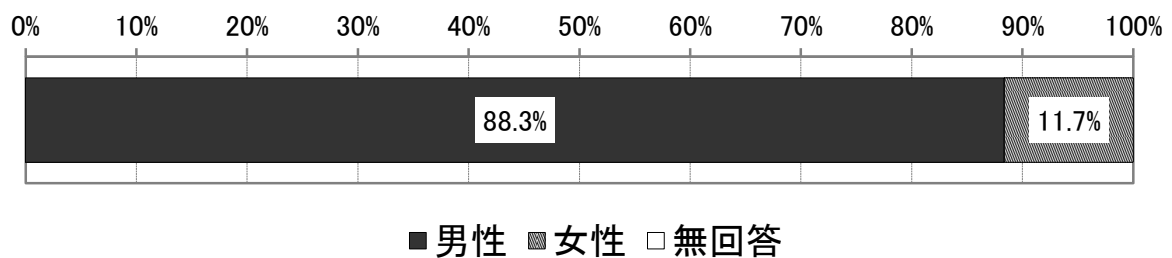


(イ) ご本人の性別

ご本人の性別については、「男性」が88.3%、「女性」が11.7%であった。

図 5-189 ご本人の性別

(N=103)



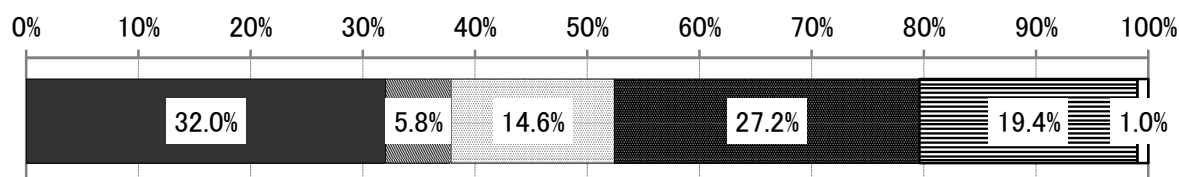
(ウ) ご本人がお亡くなりになった年月とご年齢

ご本人がお亡くなりになった年月については、「～2005年12月」(32.0%)が最も多く、次いで「2010年1月～2011年12月」(27.2%)、「2012年1月～」(19.4%)であった。

また、ご本人がお亡くなりになった年齢(享年)については、「50～60歳未満」(39.8%)が最も多く、次いで「60～70歳未満」(34.0%)、「40～50歳未満」(19.4%)であった。

図 5-190 ご本人がお亡くなりになった年月

(N=103)

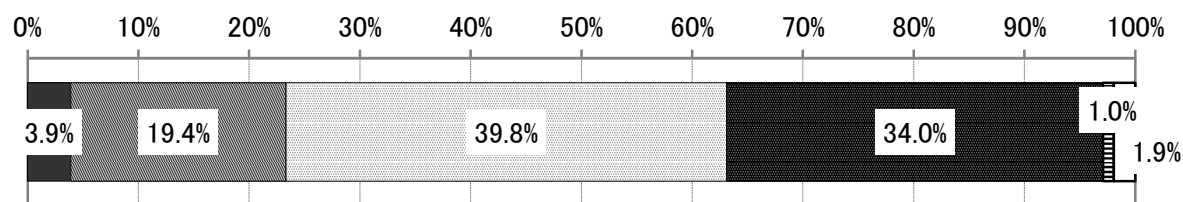


- ～2005年12月
- 2006年1月～2007年12月
- 2008年1月～2009年12月
- 2010年1月～2011年12月
- 2012年1月～
- 無回答

	件数	5年12月	5年11月	5年10月	5年9月	5年8月	5年7月	無回答
合計	103	33	6	15	28	20	1	
	100.0%	32.0%	5.8%	14.6%	27.2%	19.4%	1.0%	

図 5-191 ご本人がお亡くなりになった年齢

(N=103)



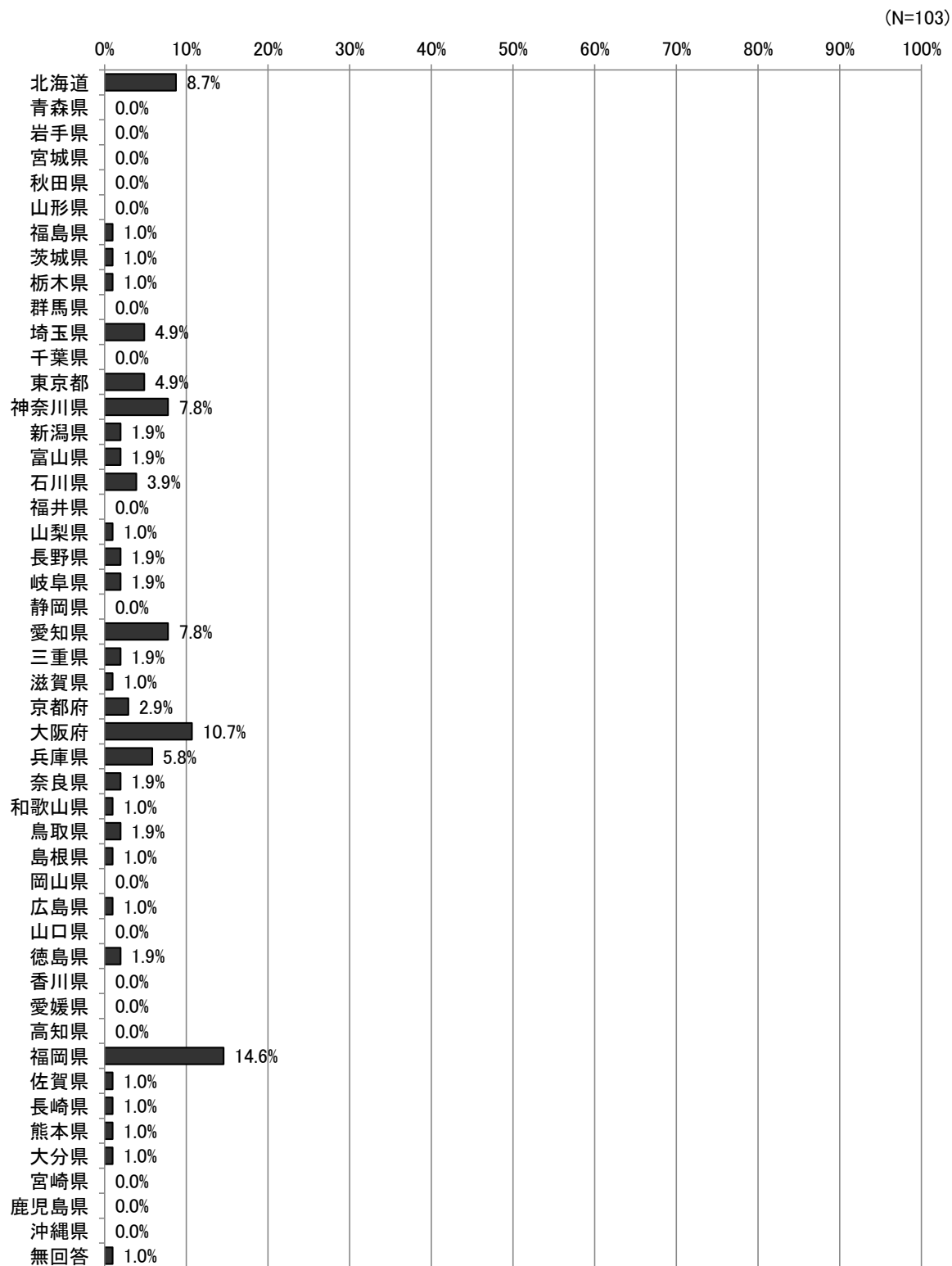
- 40歳未満
- 40～50歳未満
- 50～60歳未満
- 60～70歳未満
- 70歳以上
- 無回答

	件数	40歳未満	40～50歳未満	50～60歳未満	60～70歳未満	70歳以上	無回答
合計	103	4	20	41	35	1	2
	100.0%	3.9%	19.4%	39.8%	34.0%	1.0%	1.9%

(エ) ご本人が住んでいた居住地域

ご本人が住んでいた居住地域については、「福岡県」(14.6%)が最も多く、次いで「大阪府」(10.7%)、「北海道」(8.7%)であった。

図 5-192 ご本人が住んでいた居住地域

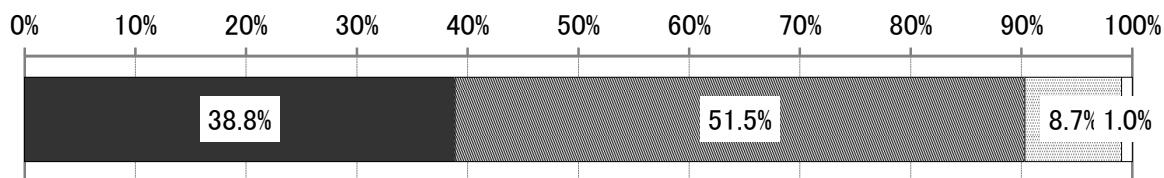


(オ) ご本人は医師から余命宣告を受けていたか

ご本人は医師から余命宣告を受けていたかについては、「受けていた」が38.8%、「受けていなかった」が51.5%であった。

図 5-193 ご本人は医師から余命宣告を受けていたか

(N=103)



■ 受けていた ■ 受けていなかった ■ わからない □ 無回答

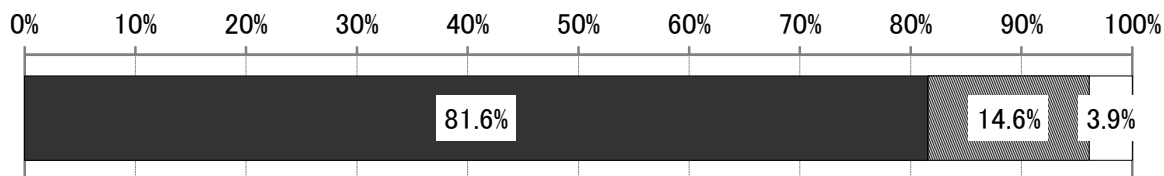
(カ) ご本人がB型肝炎に感染していると判明した時期

ご本人がB型肝炎に感染していると判明した時期については、「わかる」が81.6%、「わからない」が14.6%であり、判明した時期については、「1980年～1989年」(36.9%)が最も多く、次いで「1990年～1999年」(17.9%)、「2000年～2009年」(15.5%)であった。

また、判明した時のご本人の年齢については、「30～40歳未満」(36.9%)が最も多く、次いで「40～50歳未満」(23.8%)、「50歳以上」(19.0%)であった。

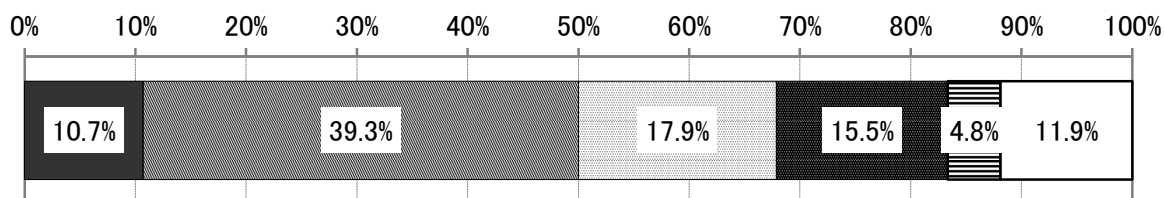
図 5-194 ご本人がB型肝炎に感染していると判明した時期

(N=103)



■ わかる ■ わからない □ 無回答

(N=84)

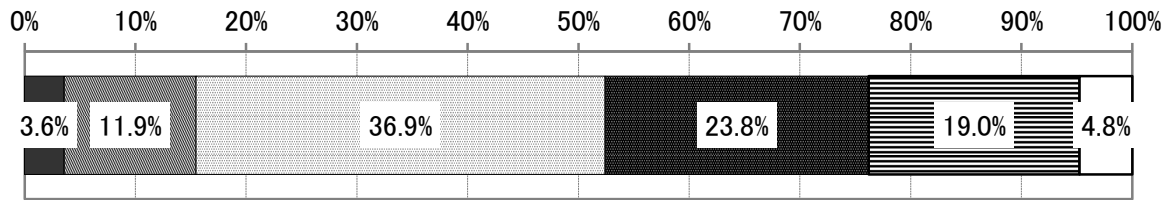


■ ～1979年 ■ 1980年～1989年 ■ 1990年～1999年
 ■ 2000年～2009年 ■ 2010年～ □ 無回答

	件数	1979年	1189年	1199年	2200年	2001年	無回答
合計	84	9	33	15	13	4	10
	100.0%	10.7%	39.3%	17.9%	15.5%	4.8%	11.9%

図 5-195 ご本人がB型肝炎に感染していると判明した時の年齢

(N=84)



- 20歳未満
- 20～30歳未満
- 30～40歳未満
- 40～50歳未満
- 50歳以上
- 無回答

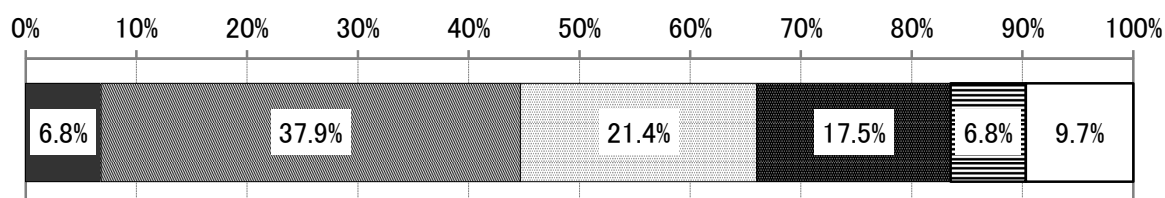
	件数	20歳未満	20歳未満	30歳未満	40歳未満	50歳以上	無回答
合計	84	3	10	31	20	16	4
	100.0%	3.6%	11.9%	36.9%	23.8%	19.0%	4.8%

(キ) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることをあなたが知った時期

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることを回答者が知った時期については、「1980年～1989年」(37.9%)が最も多く、次いで「1990年～1999年」(21.4%)、「2000年～2009年」(17.5%)であった。

図 5-196 ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることをあなたが知った時期

(N=103)



■ ～1979年 ■ 1980年～1989年 ■ 1990年～1999年
 ■ 2000年～2009年 ■ 2010年～ □ 無回答

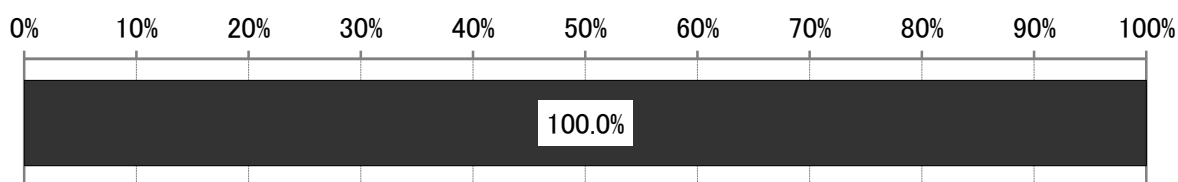
	件数	7	39	22	18	7	10
		6.8%	37.9%	21.4%	17.5%	6.8%	9.7%
合計	103	100.0%					

(ク) 和解手続きで認定されたご本人のB型肝炎の感染原因

和解手続きで認定されたご本人のB型肝炎の感染原因については、「ご本人が受けた集団予防接種」が100%であった。

図 5-197 和解手続きで認定されたご本人のB型肝炎の感染原因

(N=103)



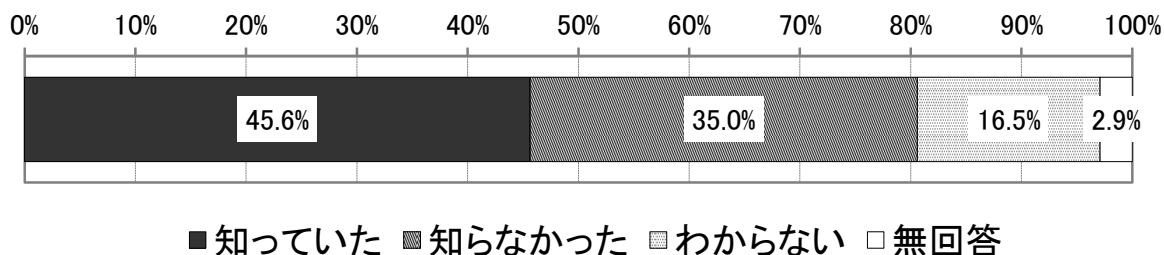
■ ご本人が受けた集団予防接種
 ■ 母親が受けた集団予防接種からの母子感染
 □ 無回答

(ケ) ご本人はB型肝炎ウイルスに感染した理由を知っていたか

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染した理由を知っていたかについては、「知っていた」が45.6%、「知らなかった」が35.0%であった。

図 5-198 ご本人はB型肝炎ウイルスに感染した理由を知っていたか

(N=103)

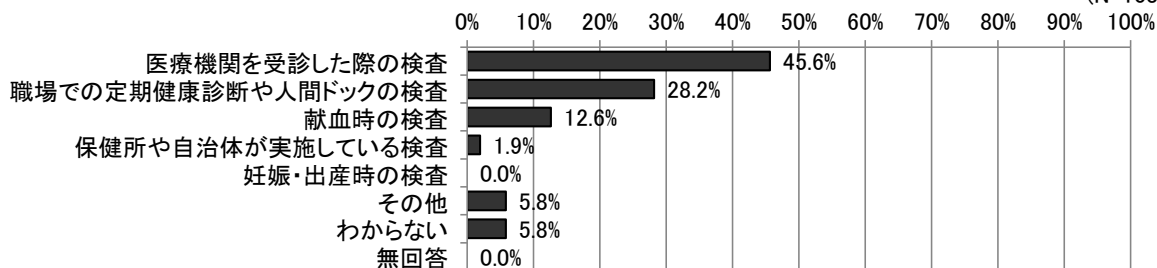


(コ) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査については、「医療機関を受診した際の検査」(44.9%)が最も多く、次いで「職場での定期健康診断や人間ドックの検査」(28.2%)、「献血時の検査」(12.6%)であった。その他には、「手術時の血液検査」などの回答があった。

図 5-199 ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査

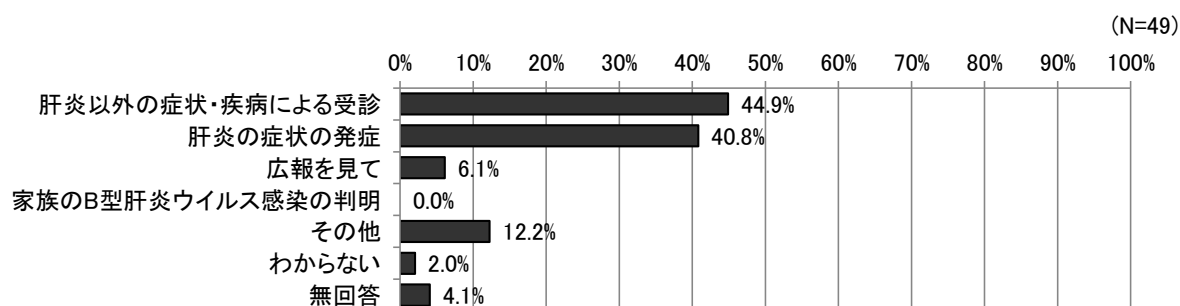
(N=103)



(サ) ご本人が医療機関や保健所等による検査を受けた理由

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが判明した検査で「医療機関を受診した際の検査（妊娠・出産時の検査を除く）」または「保健所や自治体が行っている検査」と回答した方に医療機関や保健所等による検査を受けた理由について尋ねたところ、「肝炎以外の症状・疾病による受診」（44.9%）が最も多く、次いで「肝炎の症状の発症」（40.8%）、「その他」（12.2%）であった。その他には、「健康診断」などの回答があった。

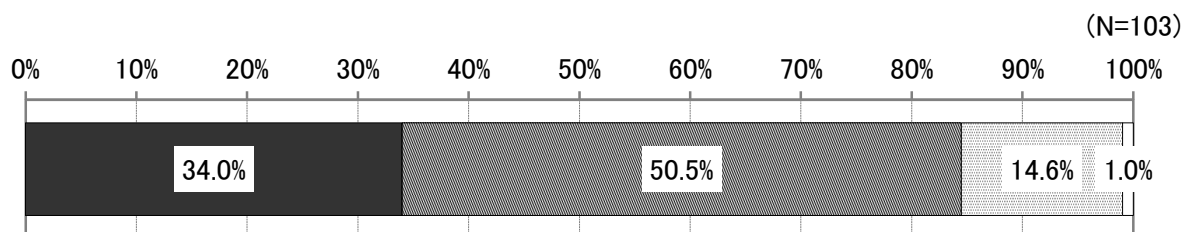
図 5-200 ご本人が医療機関や保健所等による検査を受けた理由



(シ) 発症が判明したとき、ご本人はB型肝炎が死につながる重篤な病気であることを認識していたと思うか

発症が判明したとき、ご本人はB型肝炎が死につながる重篤な病気であることを認識していたと思うか尋ねたところ、「認識していたと思う」が34.0%、「認識していなかったと思う」が50.5%であった。

図 5-201 発症が判明した時にご本人は重篤な病気であることを認識していたと思うか



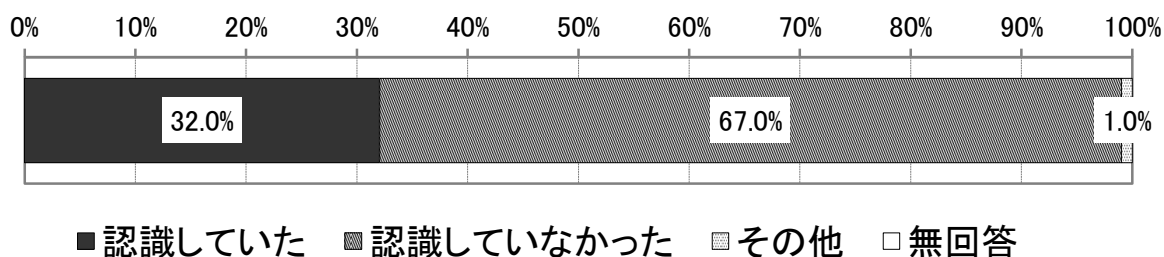
■ 認識していたと思う ■ 認識していなかったと思う ■ わからない □ 無回答

(ス) 発症が判明したとき、あなたはB型肝炎が死につながる重篤な病気であることを認識していたか

発症が判明したとき、回答者がB型肝炎が死につながる重篤な病気であることを認識していたかについては、「認識していた」が32.0%、「認識していなかった」が67.0%であった。その他には、「よい薬も開発されてなおと思っていた」、「本人が云わなかった」の回答があった。

図 5-202 発症が判明した時にあなたは重篤な病気であることを認識していたか

(N=103)

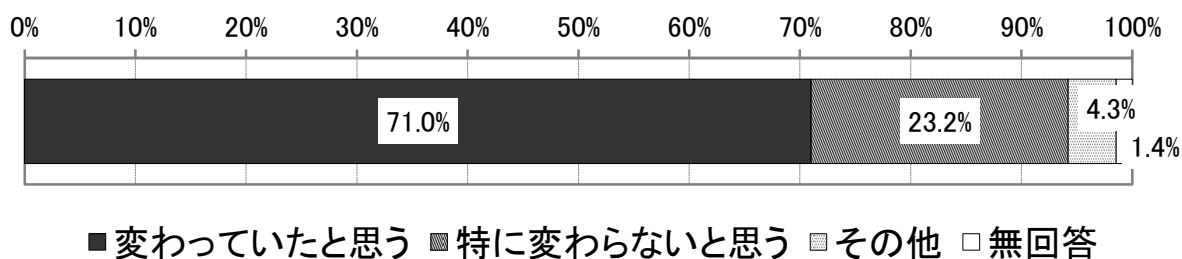


(セ) B型肝炎が重篤な病気であることがもっと前に分かっていたとしたら、ご本人の治療への対応は変わっていたと思うか

B型肝炎が重篤な病気であることがもっと前に分かっていたとしたら、ご本人の治療への対応は変わっていたと思うかについて尋ねたところ、「変わっていたと思う」が71.0%、「特に変わらないと思う」が23.2%であった。「変わっていたと思う」と回答した方にその具体的内容を尋ねたところ、「もっと早く病院へ行く事をすすめた」、「飲酒、喫煙を控えさせた」などの回答があった。

図 5-203 重篤な病気だともっと前にわかっていたら、ご本人の治療への対応は変わっていたと思うか

(N=69)

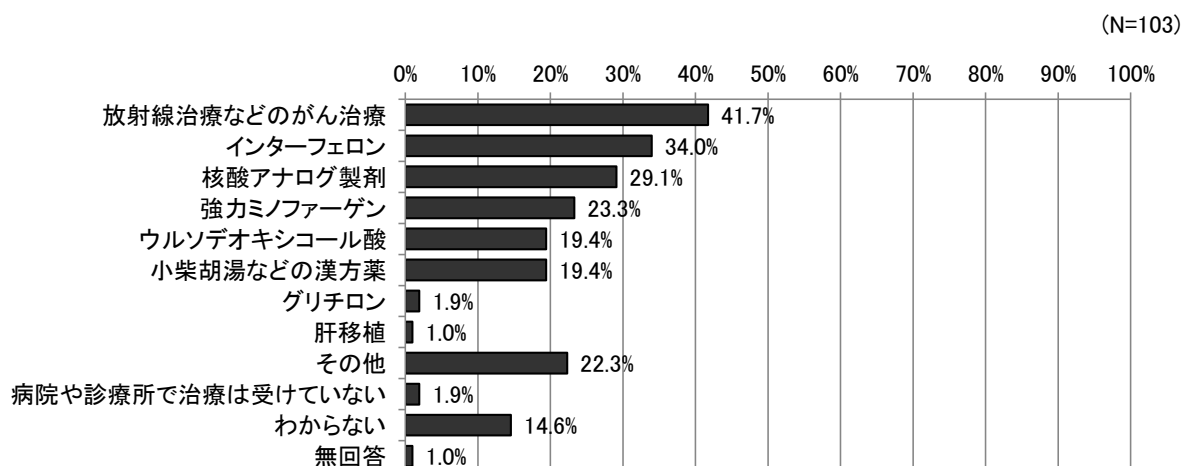


b) ご本人(お亡くなりになった方)の身体的な状況

(ア) ご本人がB型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療

ご本人がB型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療については、「放射線治療などのがん治療」(41.7%)が最も多く、次いで「インターフェロン」(34.0%)、「核酸アナログ製剤」(29.1%)であった。その他には、「切除手術」、「カテーテル治療」などの回答があった。

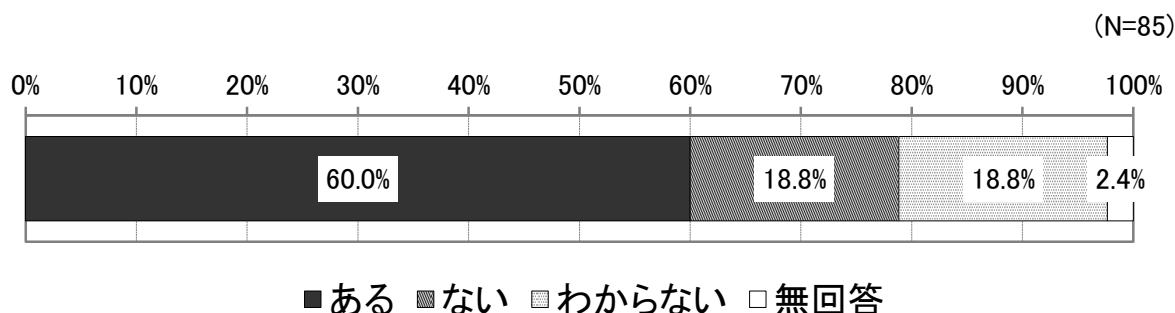
図 5-204 B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療



(イ) ご本人がB型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療での副作用の有無

ご本人がB型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療での副作用については、「ある」が60.0%、「ない」が18.8%であった。「ある」と回答した方にその具体的な副作用の内容について尋ねたところ、「高熱・吐き気」、「髪が抜けてきた」「体がだるい」などの回答があった。

図 5-205 B型肝炎に関して病院や診療所で受けた治療での副作用の有無



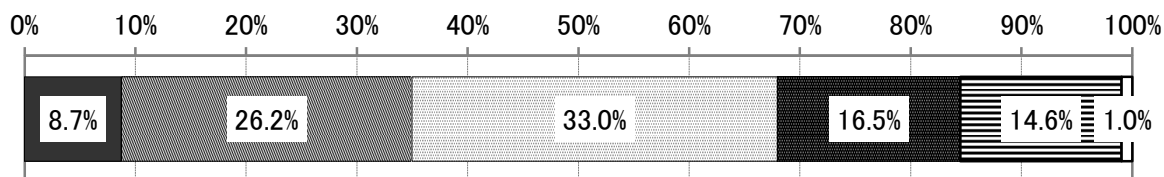
c) ご本人(お亡くなりになった方)の経済的な状況

(ア) ご本人がお亡くなりになられた当時の世帯員数(ふだん一緒にお住まいで生計を共にしている方。ご本人を含む)

ご本人がお亡くなりになられた当時の世帯員数については、「3人」(33.0%)が最も多く、次いで「2人」(26.2%)、「4人」(16.5%)であった。

図 5-206 ご本人がお亡くなりになられた当時の世帯員数

(N=103)



■ 1人 ■ 2人 ■ 3人 ■ 4人 ■ 5人以上 □ 無回答

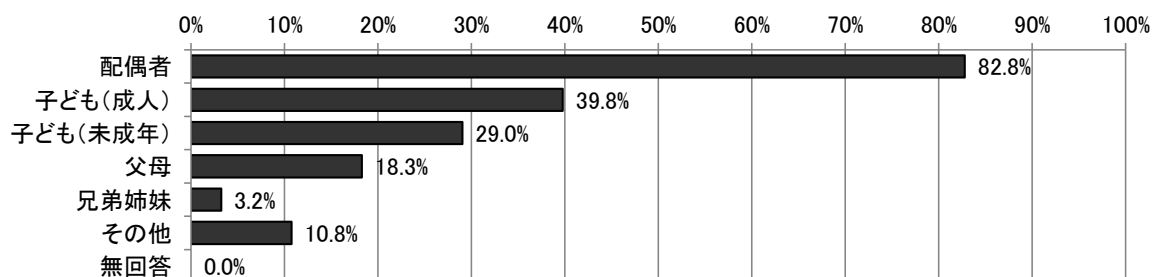
	件数	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答
合計	103	9	27	34	17	15	1
	100.0%	8.7%	26.2%	33.0%	16.5%	14.6%	1.0%

(イ) ご本人と同居していた方の続柄

ご本人がお亡くなりになられた当時の世帯員数で「2人以上」と回答した方に同居していた方の続柄について尋ねたところ、「配偶者」(82.8%)が最も多く、次いで「子ども(成人)」(39.8%)、「子ども(未成年)」(29.0%)であった。その他には、「孫」「子どもの配偶者」などの回答があった。

図 5-207 ご本人と同居していた方の続柄

(N=93)



(ウ) ご本人のB型肝炎によるおおむね1年間の医療機関への受診状況

ご本人のB型肝炎によるおおむね1年間の医療機関への受診状況については、「入院」(80.6%)が最も多く、「通院」(68.0%)、「往診」(5.8%)であった。その他には、「入退院の繰り返し」などの回答があった。

また、「入院」と回答した方の1年間の入院日数については、「60日以上」(45.8%)が最も多く、次いで「30～60日未満」(15.7%)、「20～30日未満」(10.8%)であった。

「通院」と回答した方の1年間の通院日数については、「10～20日未満」(30.0%)が最も多く、次いで「30日以上」(28.6%)、「5日未満」(10.0%)であった。

「往診」と回答した方の1年間の受診日数については、「10～20日未満」「30日以上」(33.3%)が最も多く、次いで「5日未満」「5～10日未満」(16.7%)であった。

図 5-208 ご本人のB型肝炎による1年間の医療機関への受診状況

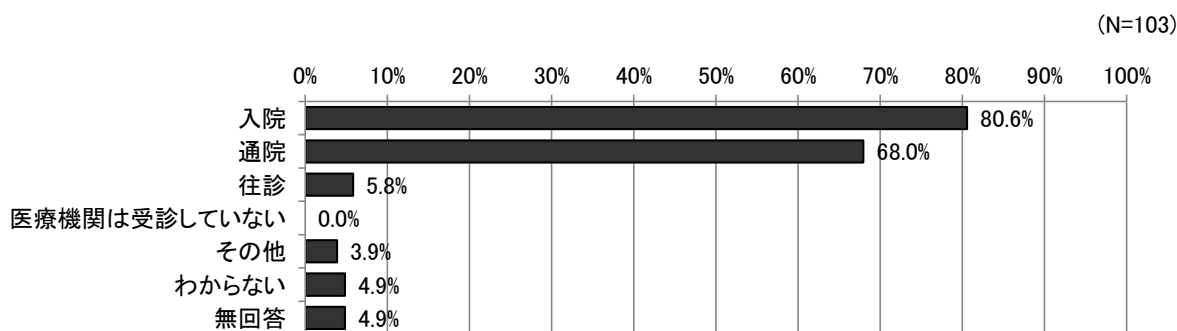
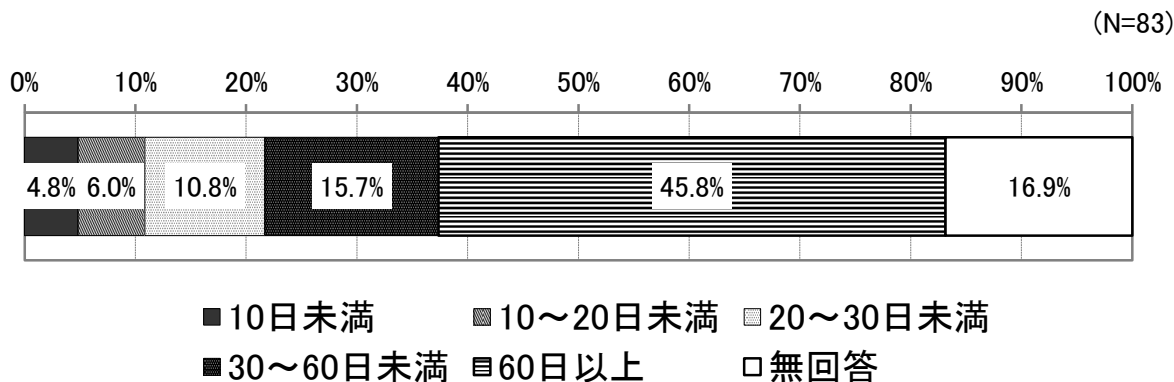


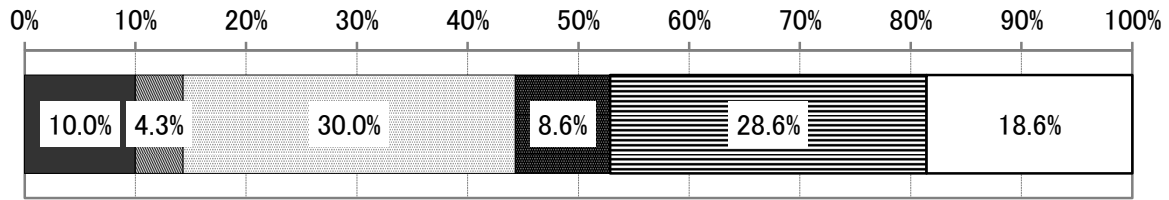
図 5-209 「入院」と回答された方の1年間の医療機関への入院日数



	件数	10日未満	10～20日未満	20～30日未満	30～60日未満	60日以上	無回答	平均値(日)	中央値(日)
合計	83	4	5	9	13	38	14	75.91	60.0

図 5-210 「通院」と回答された方の1年間の医療機関への受診日数

(N=70)

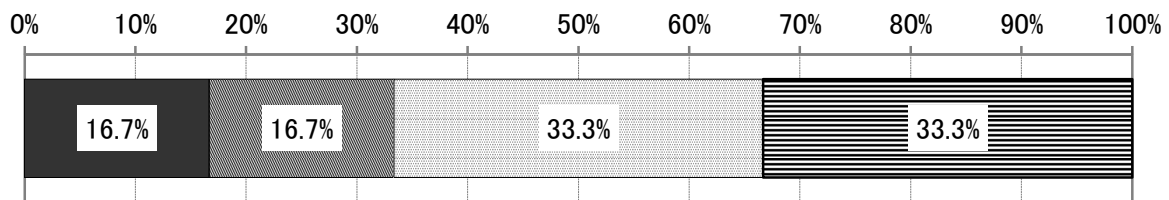


■ 5日未満 ■ 5～10日未満 □ 10～20日未満
 ■ 20～30日未満 ■ 30日以上 □ 無回答

	件数	5日未満	5～10日未満	10～20日未満	20～30日未満	30日以上	無回答	(単位：日) 平均値	(単位：日) 中央値
合計	70	7	3	21	6	20	13	24.25	15.0

図 5-211 「往診」と回答された方の1年間の医療機関への受診日数

(N=6)



■ 5日未満 ■ 5～10日未満 □ 10～20日未満
 ■ 20～30日未満 ■ 30日以上 □ 無回答

	件数	5日未満	5～10日未満	10～20日未満	20～30日未満	30日以上	無回答	(単位：日) 平均値	(単位：日) 中央値
合計	6	1	1	2	-	2	-	32.17	12.0

(エ) ご本人が亡くなる前の過去1年間で、病気やけが、予防で自己負担した費用

ご本人が亡くなる前の過去1年間で、病気やけがで支払った費用について、「わかる」と回答した方は24.3%、「わからない」は47.6%であり、病気の予防で支払った費用については、「わかる」が14.6%、「わからない」が52.4%であった。

また、「わかる」と回答した方にその金額を尋ねたところ、病気やけがについては、「20万円以上」(76.0%)が最も多く、次いで「3万円未満」「10~20万円未満」(8.0%)であり、病気の予防については、「0千円」(66.7%)が最も多く、次いで「3万円未満」(26.7%)、「20万円以上」(6.7%)であった。

そのうち、B型肝炎に関連する病気やけがで支払った費用について「わかる」と回答した方92.0%、「わからない」は8.0%であり、病気の予防で支払った費用については、「わかる」が80.0%、「わからない」が13.3%であった。

また、「わかる」と回答した方にその金額を尋ねたところ、病気やけがについては、「20万円以上」(65.2%)が最も多く、次いで「10~20万円未満」(13.0%)、「3万円未満」「5~10万円未満」(8.7%)であり、病気の予防については、「0千円」(91.7%)が最も多く、次いで「3万円未満」(8.3%)であった。

図 5-212 ご本人が亡くなる前の過去1年間で、病気やけが、予防で自己負担した費用

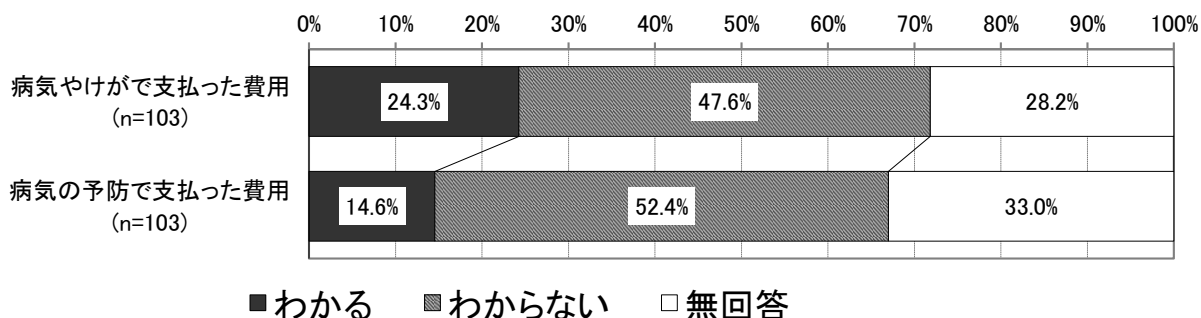
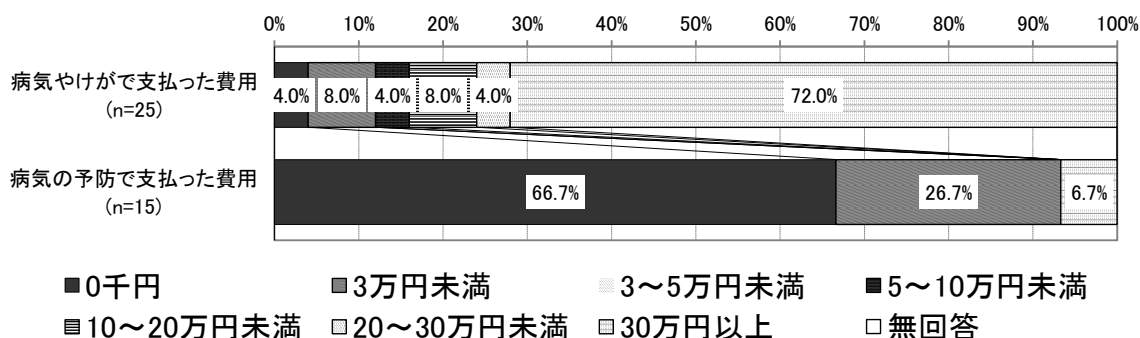


図 5-213 ご本人が亡くなる前の過去1年間で、病気やけが、予防で自己負担した費用(金額)



	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20~30万円未満	30万円以上	無回答	平均 (単位:千円)	中央値 (単位:千円)
病気やけがで支払った費用	25	1	2	-	1	2	1	18	-	716.24	600.0
	15	10	4					1			

図 5-214 ご本人が亡くなる前の過去 1 年間で、B型肝炎に関連するもので自己負担した費用

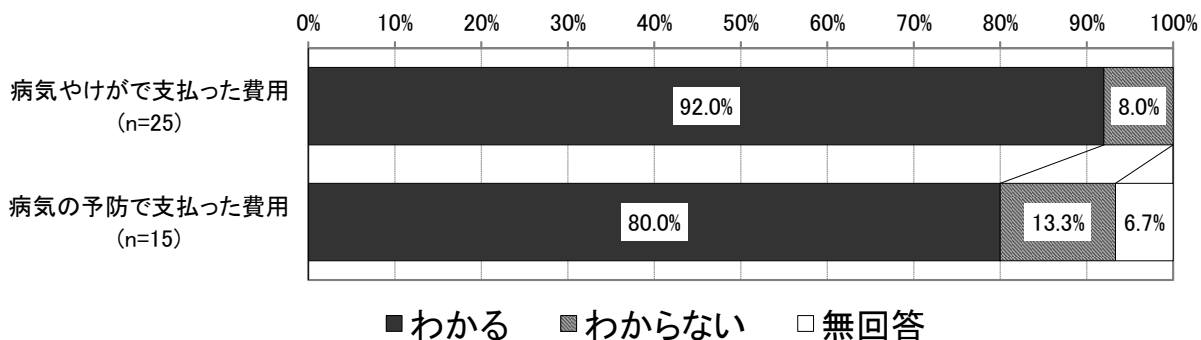
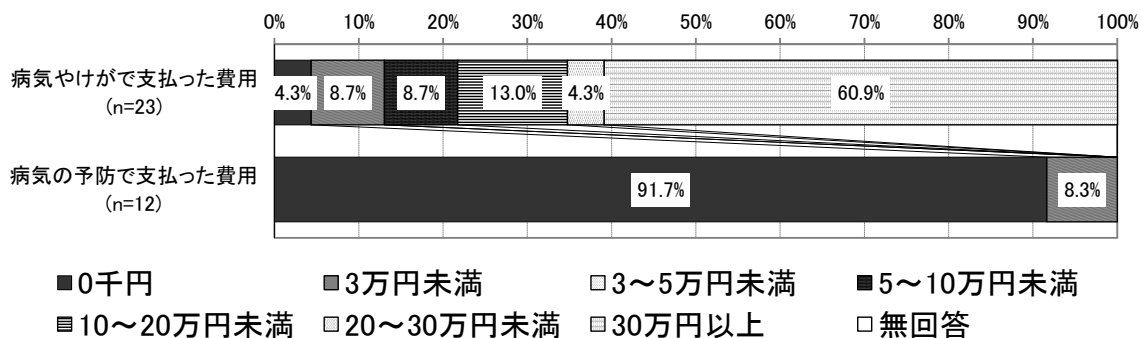


図 5-215 ご本人が亡くなる前の過去 1 年間で、B型肝炎に関連するもので自己負担した費用(金額)



	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20~30万円未満	30万円以上	無回答	平均 (単位: 千円)	中央値 (単位: 千円)
病気やけがで支払った費用	23	1	2	2	3	1	14	-	-	596.57	500.0
病気の予防で支払った費用	12	11	1	-	-	-	-	-	-	1.67	0.0

(オ) 本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額

本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額について「わかる」と回答した方について、それぞれの金額は、「高額療養費として戻ってきた金額」では「0千円」(50.0%)が最も多く、次いで「20万円以上」(33.3%)、「医療費還付として戻ってきた税金」では、「0千円」(80.0%)が最も多く、次いで「5～10万円未満」(13.3%)、「民間保険料として支払った金額」では、「20万円以上」「0千円」(29.2%)が最も多く、次いで「10～20万円未満」(20.8%)、「民間保険料で給付された金額」では、「20万円以上」(48.0%)が最も多く、次いで「0千円」(44.0%)であった。

図 5-216 本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する費用

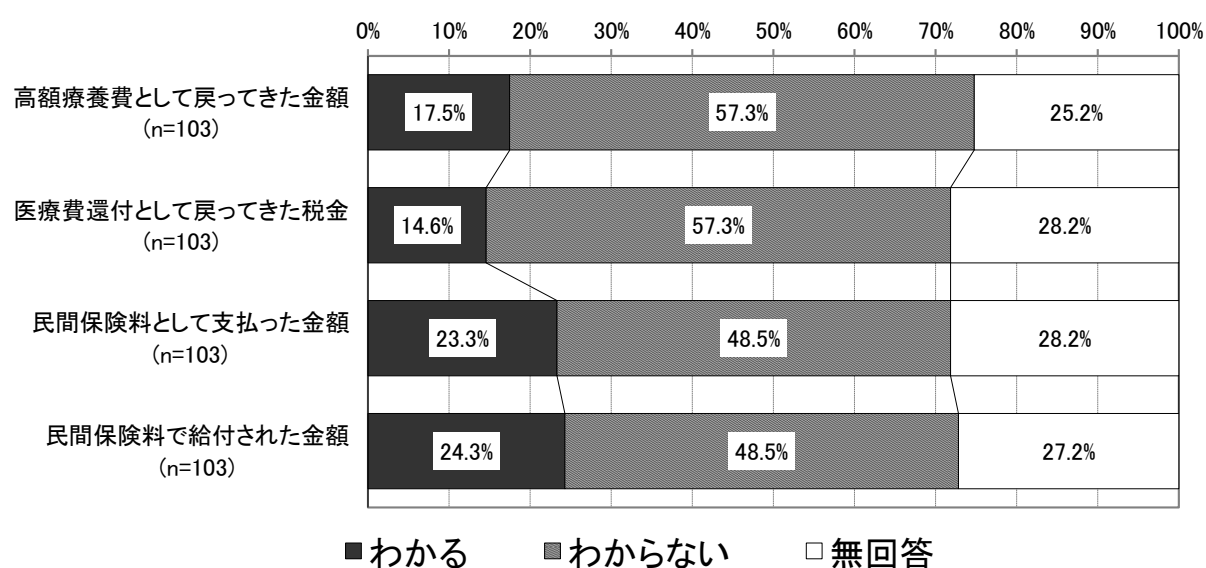
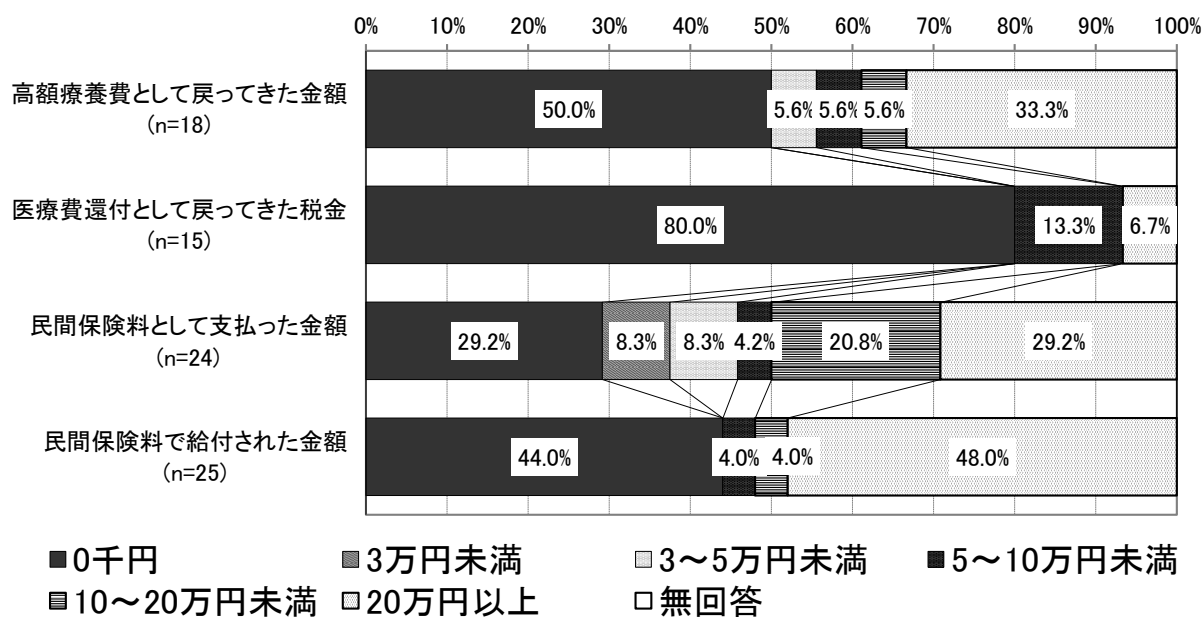


図 5-217 本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する費用(金額)



	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20万円以上	無回答	(平均: 千円)	(中央値: 千円)
高額療養費として戻ってきた金額	18	9 (50.0%)	0	1 (5.6%)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	6 (33.3%)	0	157.33	20.0
医療費還付として戻ってきた税金	15	12 (80.0%)	0	0	2 (13.3%)	0	1 (6.7%)	0	24.27	0.0
民間保険料として支払った金額	24	7 (29.2%)	2 (8.3%)	2 (8.3%)	1 (4.2%)	5 (20.8%)	7 (29.2%)	0	182.04	95.0
民間保険料で給付された金額	25	11 (44.0%)	0	0	1 (4.0%)	1 (4.0%)	12 (48.0%)	0	2,117.00	180.0

本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額のうちB型肝炎に関連するものについて「わかる」と回答した方について、それぞれの金額は、「高額療養費として戻ってきた金額」では「0千円」(56.3%)が最も多く、次いで「20万円以上」(25.0%)、「医療費還付として戻ってきた税金」では、「0千円」(92.3%)が最も多く、次いで「5~10万円未満」(7.7%)、「民間保険料として支払った金額」では、「0千円」(60.0%)が最も多く、次いで「20万円以上」(13.3%)、「民間保険料で給付された金額」では、「0千円」(61.1%)が最も多く、次いで「20万円以上」(27.8%)であった。

図 5-218 本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額のうちB型肝炎に関するもの

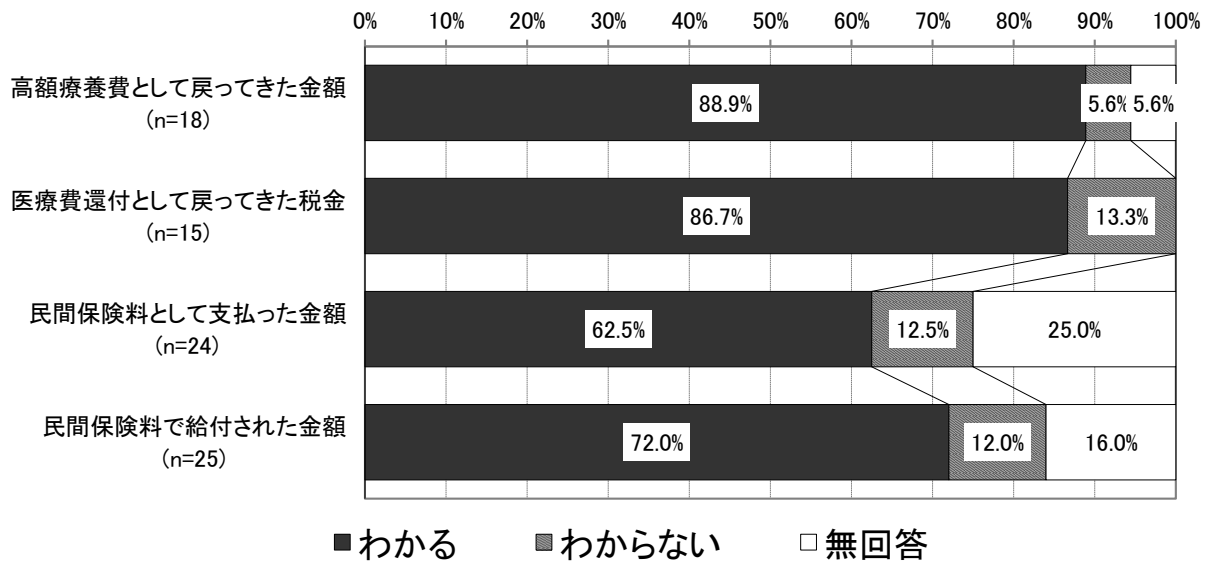
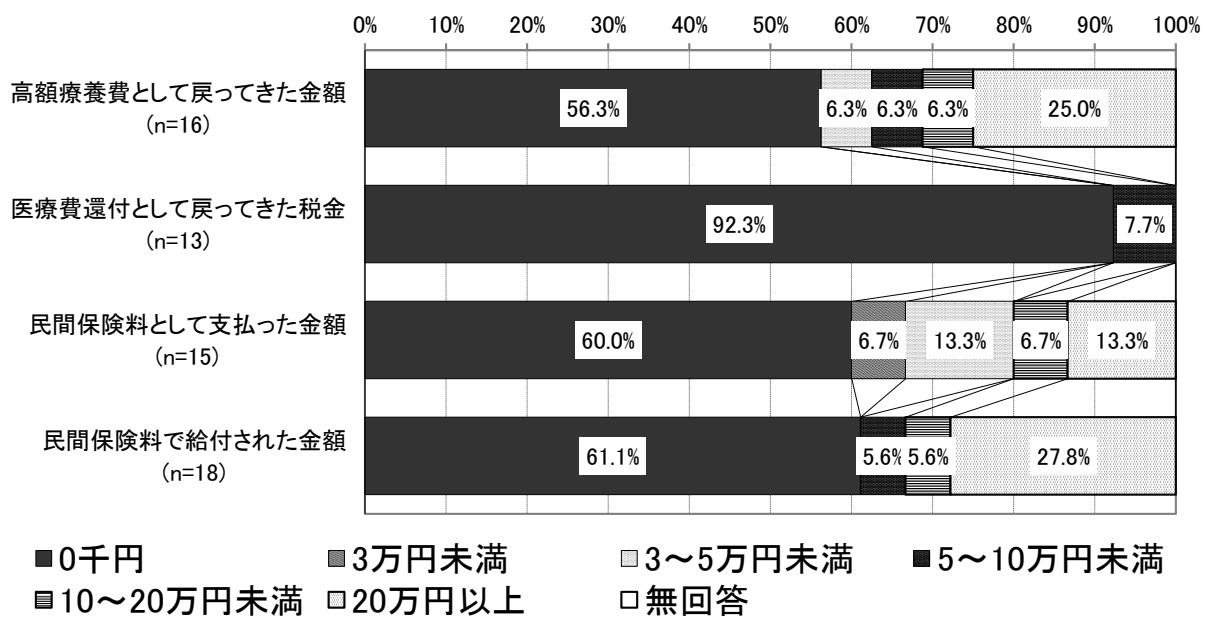


図 5-219 本人が亡くなる前の過去1年間の医療に関する公的な払い戻し金、民間保険に関する金額のうちB型肝炎に関するもの(金額)



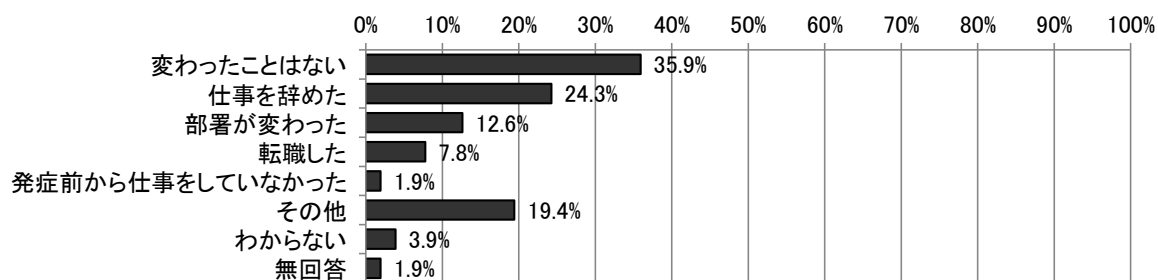
	件数	0千円	3万円未満	3~5万円未満	5~10万円未満	10~20万円未満	20万円以上	無回答	平均(単位:千円)	中央値(単位:千円)
高額療養費として戻ってきた金額	16	9	-	1	1	1	4	-	104.50	0.0
医療費還付として戻ってきた税金	13	12	-	-	1	-	-	-	6.15	0.0
民間保険料として支払った金額	15	9	1	2	-	1	2	-	51.00	0.0
民間保険料で給付された金額	18	11	-	-	1	1	5	-	556.39	0.0

(カ) ご本人はB型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったか

ご本人がB型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったかについては、「変わったことはない」(35.9%)が最も多く、次いで「仕事を辞めた」(24.3%)、「その他」(19.4%)であった。その他には、「自営業のため仕事を調整した」、「仕事を減らした」などの回答があった。

図 5-220 B型肝炎の発症(または感染判明)による仕事や部署の変化

(N=103)



(キ) B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わった時期

ご本人がB型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わったかについて、「B型肝炎の発症（または感染判明）により仕事や部署が変わった」と回答した方に変わった時期について尋ねたところ、「わかる」が80.0%であり、時期については、「2000年～2009年」(50.0%)が最も多く、次いで「1980年～1989年」(21.9%)、「1990年～1999年」(18.8%)であった。

図 5-221 B型肝炎の発症(または感染判明)により仕事や部署が変わった時期

(N=40)

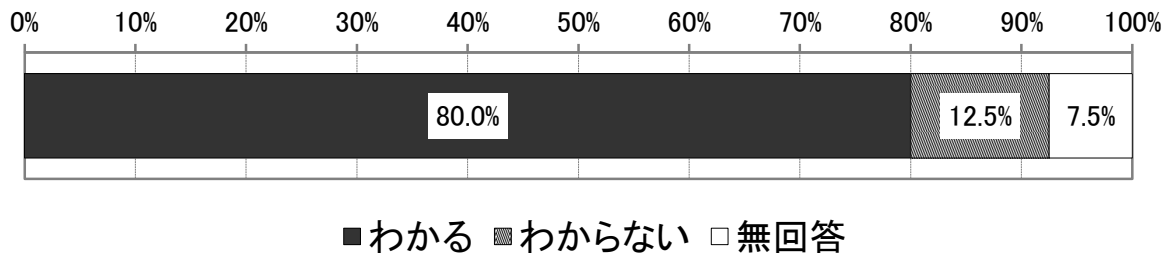
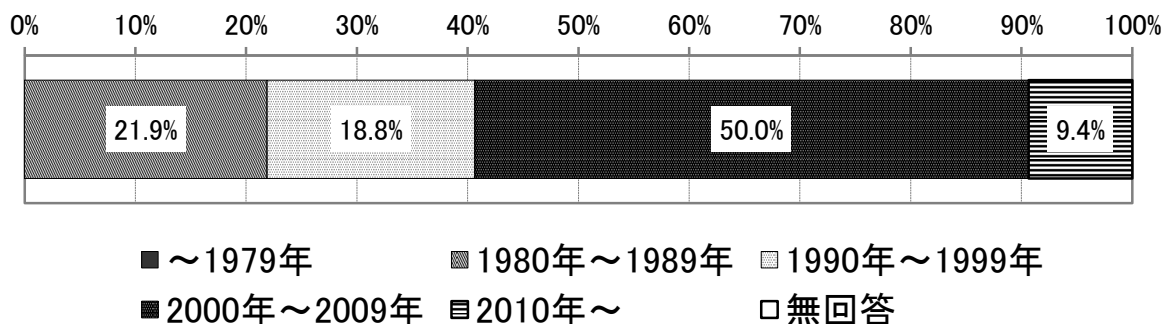


図 5-222 B型肝炎の発症(または感染判明)により仕事や部署が変わった時期(年)

(N=32)



	件数	1 9 7 9	1 8 0 9	1 9 0 9	1 9 0 9	2 0 0 9	2 0 1 0	無 回 答
合 計	32 100.0%	-	7 21.9%	6 18.8%	16 50.0%	3 9.4%	-	

(ク) 仕事や部署が変わったことによる収入の変化

ご本人の仕事や部署が変わったことによる収入の変化については、「収入に変化はない」が15.0%、「収入が減少したと思う」が65.0%であった。

また、「収入が減少したと思う」と回答した方にそのおよその金額について尋ねたところ、「100～300万円未満」「300～500万円未満」(19.2%)が最も多く、次いで「50～100万円未満」(15.4%)であった。

図 5-223 仕事や部署が変わったことによる収入の変化

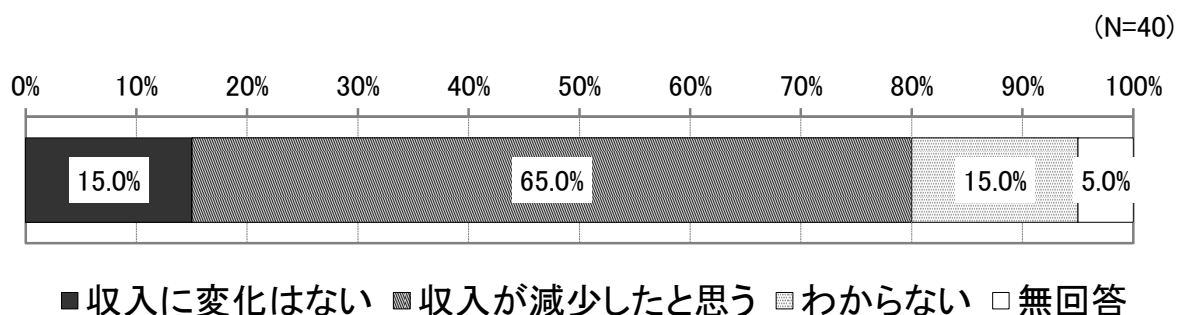
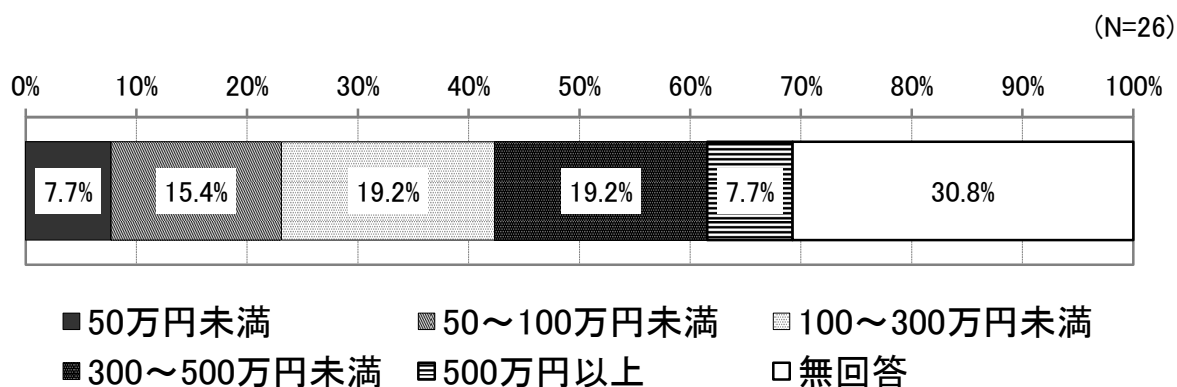


図 5-224 仕事や部署が変わったことによる収入の変化(金額)

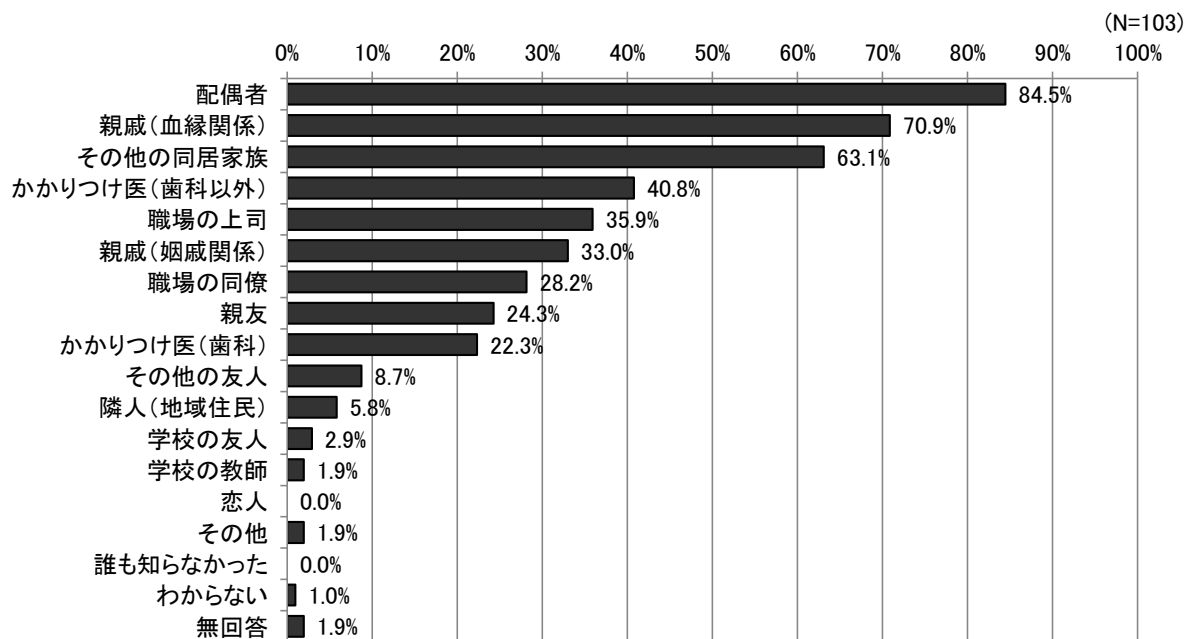


d) ご本人(お亡くなりになった方)やあなたの精神的な状況等

(ア) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることについて知っていた人

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることについて知っていた人については、「配偶者」(84.5%)が最も多く、次いで「親戚(血縁関係)」(70.9%)、「その他の同居家族」(63.1%)であった。その他には、「子ども」、「弟のみ」の回答があった。

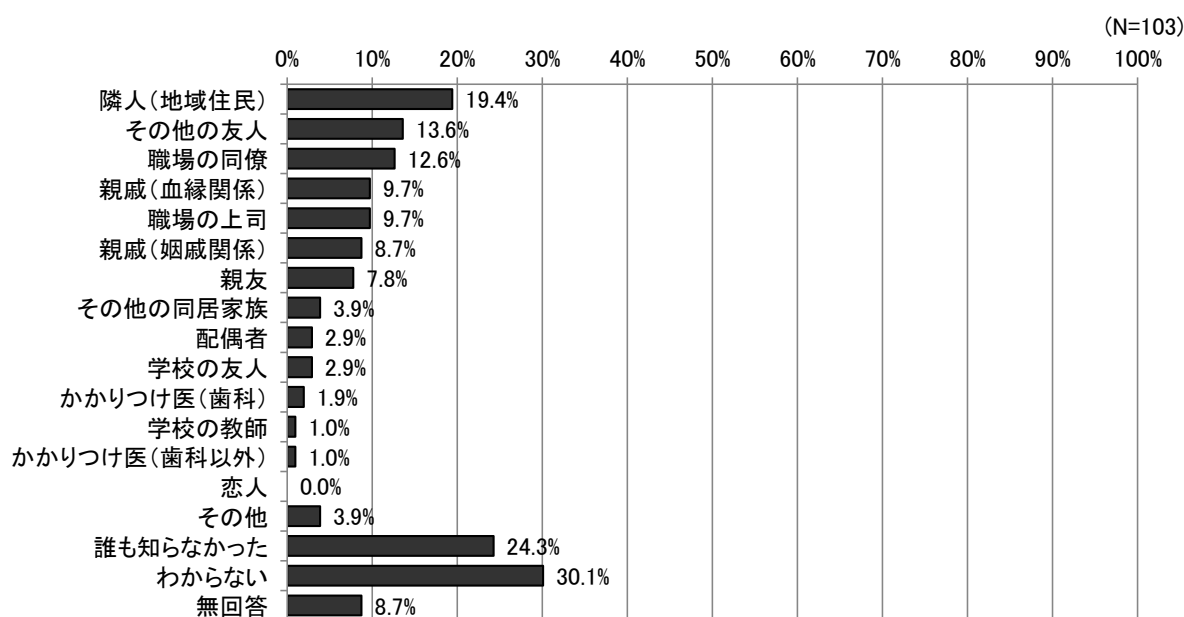
図 5-225B型肝炎ウイルスに感染していることについて知っていた人



(イ) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしていた人

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしていた人については、「分からない」(30.1%)が最も多く、次いで「誰も知らなかった」(24.3%)、「隣人(地域住民)」(19.4%)、「その他の友人」(13.6%)、「職場の同僚」(12.6%)であった。その他には、「取引先」、「子ども」、「両親、特に母親」、「ほぼ他人」の回答があった。

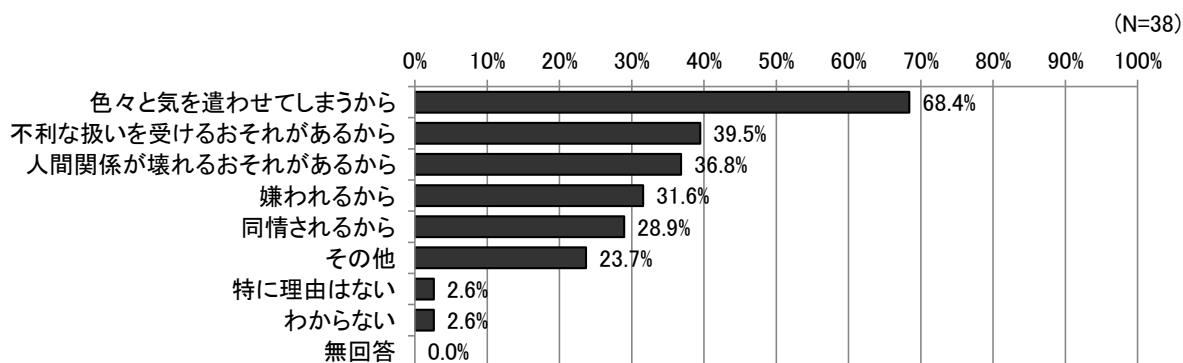
図 5-226 B型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしていた人



(ウ) ご本人が感染を秘密にしていた理由

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることについて秘密にしていた人がいると回答された方に、その理由について尋ねたところ、「色々と気を遣わせてしまうから」(68.4%)が最も多く、次いで「不利な扱いを受けるおそれがあるから」(39.5%)、「人間関係が壊れるおそれがあるから」(36.8%)であった。その他には、「偏見をもたれたくない」などの回答があった。

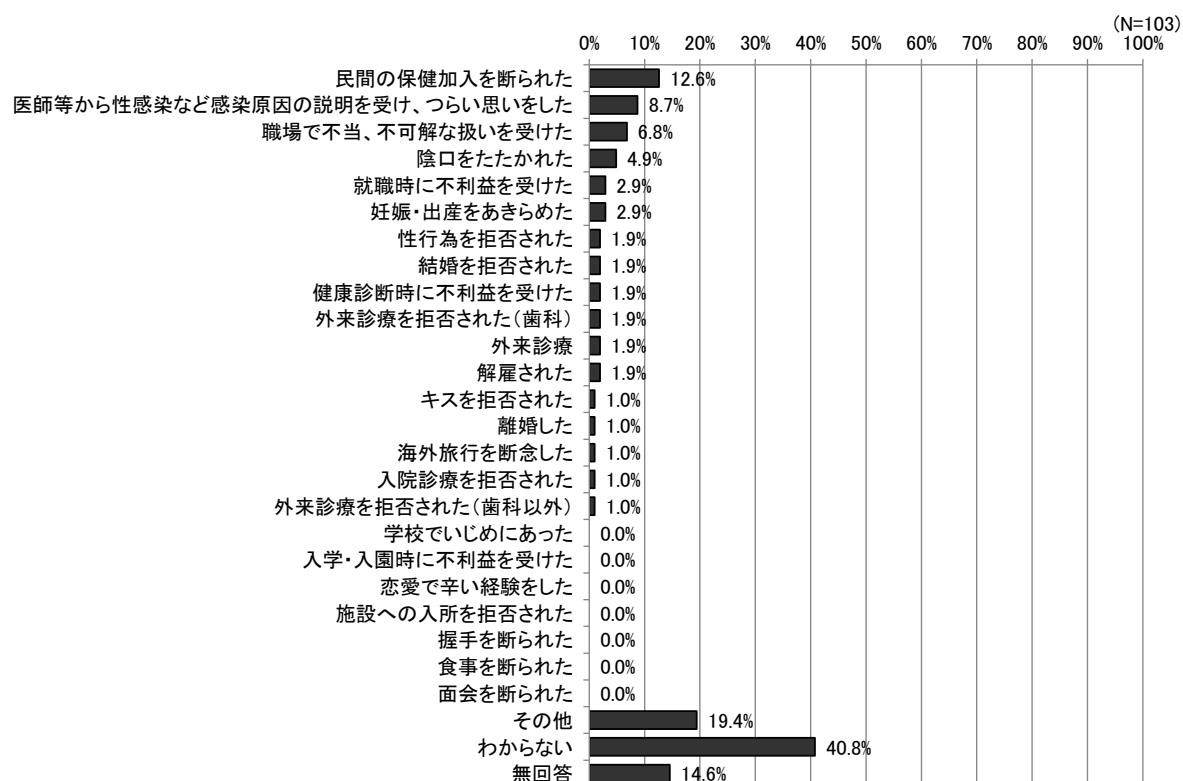
図 5-227 感染を秘密にしていた理由



(エ) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたこと

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたことについては、「わからない」(40.8%)が最も多く、次いで「その他」(19.4%)、「民間の保健加入を断られた」(12.6%)、「医師等から性感染など感染原因の説明を受け、つらい思いをした」(8.7%)、「職場で不当、不可解な扱いを受けた」(6.8%)であった。その他には、「別にないと思う」「気遣いを申し訳ないと思っていた」などの回答があった。

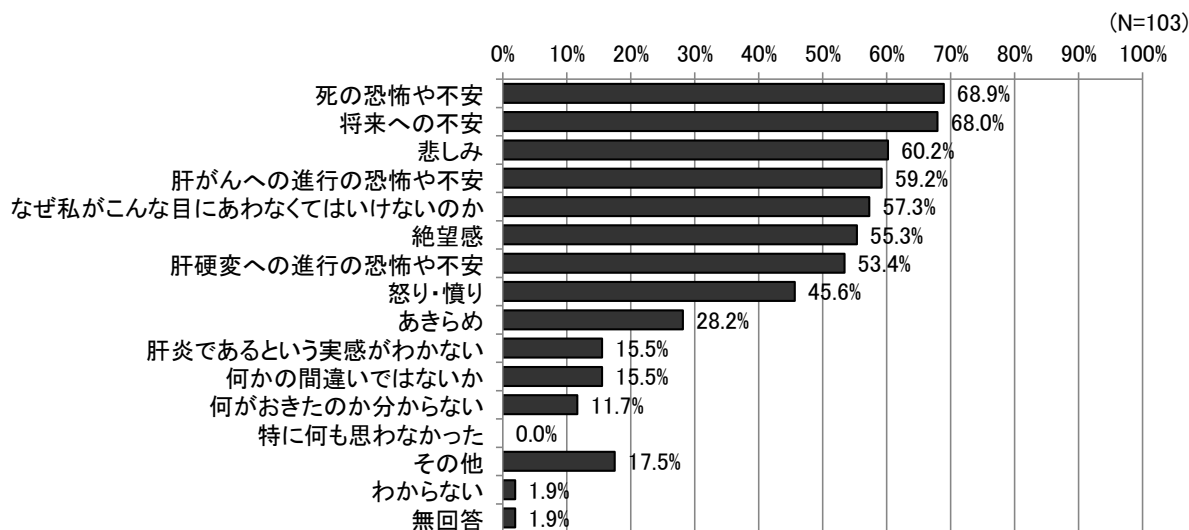
図 5-228 B型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたこと



(オ) ご本人のB型肝炎ウイルス感染に対する思い

ご本人のB型肝炎ウイルス感染に対する思いについては、「死の恐怖や不安」(68.9%)が最も多く、次いで「将来への不安」(68.0%)、「悲しみ」(60.2%)であった。その他には、「前向きに治療に励んだ」などの回答があった。

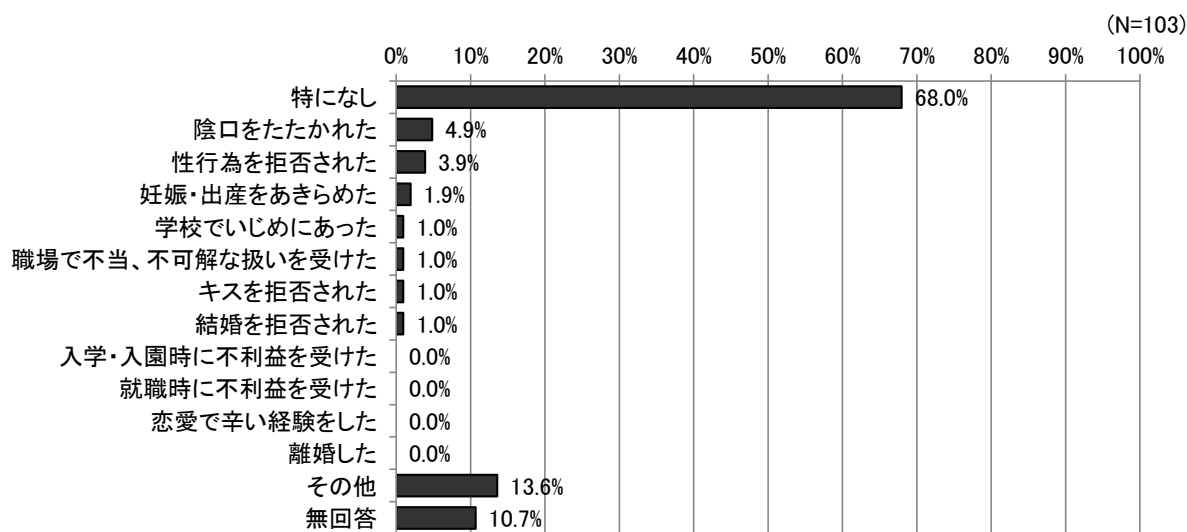
図 5-229 B型肝炎ウイルス感染に対する思い



(カ) あなたご自身がご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたこと

回答者ご自身がご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたことについては、「特になし」(68.0%)が最も多く、次いで「その他」(13.6%)、「陰口をたたかれた」(4.9%)、「性行為を拒否された」(3.9%)であった。その他には、「他人には話していない」「B型肝炎はうつると言われた」などの回答があった。

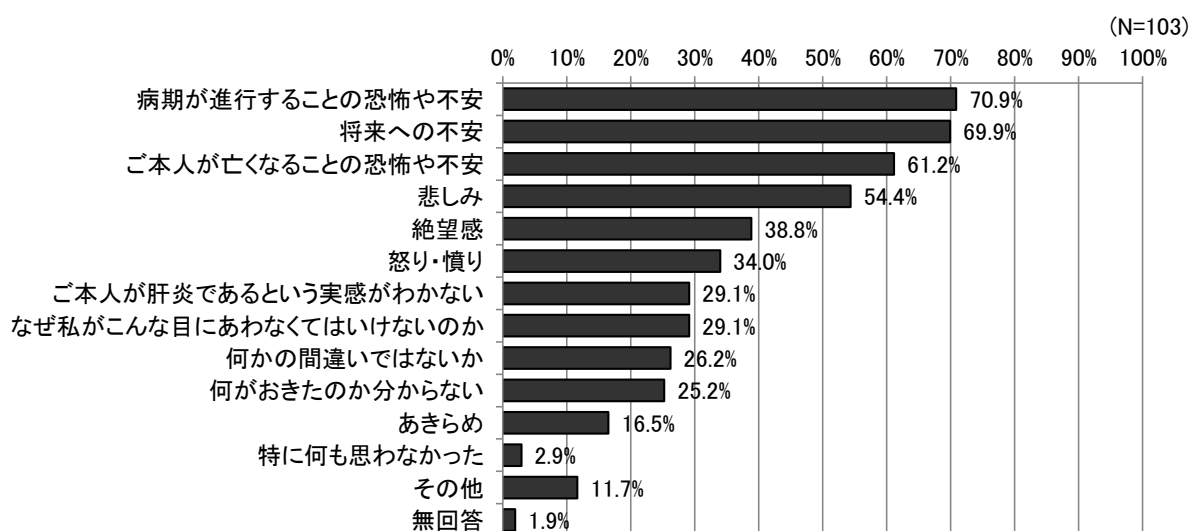
図 5-230 回答者のご本人がB型肝炎ウイルスに感染していることが理由で経験されたこと



(キ) ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していると判明したときのあなたの気持ち

ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していると判明したときの回答者ご自身の気持ちについては、「病期が進行することの恐怖や不安」(70.9%)が最も多く、次いで「将来への不安」(69.9%)、「ご本人が亡くなることの恐怖や不安」(61.2%)であった。その他には、「家族に感染していないか心配した」などの回答があった。

図 5-231 ご本人がB型肝炎ウイルスに感染していると判明したときのあなたの気持ち



(ク) ご本人がB型肝炎で亡くなったことに対する気持ち

(8) ご本人がB型肝炎で亡くなったことに対する気持ちについては、以下のような回答が見られた(抜粋)。

○悲しみ、寂しい、無念

- ・ 本人が46才で一生が終わり、本人が一番無念だったと思う。もともと生きていたかったと思う。又、残された子供3人が全て母子感染でB型肝炎キャリアです。孫にも影響が無いか、非常に心配な毎日です。本人だけでなく子供・孫まで続くことに怒り・憤りを感じます。今後、子供も同じ人生になるのではと言う、不安で、私自身も死んでも死にきれない思いです。せめて、本人は和解しましたが、母子感染の子供の訴訟手続きは私の様な資料を揃えるだけで1年もかかる様な事を軽減できる様をお願いします。
- ・ やはり寿命とか運命という言葉では諦めきれない思いがあります。本人が「何故自分だけがそんなウイルスに感染しているのか!!」と言った時の姿が今も目にやきついて、時々思い出されて胸が苦しくなります。私にとっても3人の子供達にとっても、大きな支えがなくなりました。
- ・ B型肝炎の治療をはじめてから、本当に、まじめに前向きに病気とたたかってきたのに、肝硬変になってからは、あっという間に(1年くらいで)ガンになり、ガンになってからもあっという間に亡くなってしまっ(1年くらい)しかも49才という若さで亡くなってしまっ、信じられない気持ちでした。きちっと病院にも通院したり、入院したりしていたのにどうしてあんなにも急に、死に至るくらいに病状が悪化してしまったのか。完治することはなくても、病院に通院しながら、もう少し長く生きれると思っていたので、ほんとうに信じられない、のひと言でした。それは、息子も同じでした。高校2年で父親と別れなければならず、息子の気

持ちを考えると、それが一番つらかったです。

- ・ 彼は30才でB型肝炎であることが判明し同時に母子感染ではないこともわかっていましたので本人はなぜどこで感染したのか不明のまま他界しました。B型肝炎である以上結婚したら家族に近いうち迷惑をかける公算が大きいので自分は結婚をあきらめるとはっきり宣言し、貫き通しました。年頃になっても家族をもつこともなく一人暮らしで淋しかったろうと思います。楽しく自分の家族との会話、家庭のぬくもりも感じないまま他界した息子のことを考えるととても不びんで今でも胸がいたみます。なぜこのようなことが起こるのでしょうか。とても無念です。他界してからのことですがB型肝炎に対する世間の偏見が強いことを感じました
- ・ 「憤り」しかありません。
- ・ 突然の感染告知は、危機感も実感も薄かったのですが、長期間にわたる闘病、入院の繰り返しは、たいへんでした。本人が、「何故こんな病気になったのか？」という不安と疑問、いらだたしさを常に口にしていたので、はっきりした今、本人に知らせてあげられなかったことが悔やまれます。最後は肝臓の状態が悪すぎて、肝ガンに対する治療待ちだったこと、入院する前の突然の死で、最後についてあげられなかったことが、悔やんでも悔やみきれません。このアンケートを書くにあたり、死後四年近く経っても、涙がとまらなくなったのに、自分自身驚いております。
- ・ B型肝炎から肝ガンになってたった3年で帰らぬ人になってしまい、本人もあらゆる治療法を試みましたがその介もなく亡くなってしまいとても無念です。夫は、集団予防接種が原因だなんていうのも全くわからず何故自分がB型肝炎にかかってしまったのかと思い悩んできたことと思います。当時肝炎で入院というと「ぜいたく病」だと言われ嫌な思いも経験したことと思われまます。肝ガン発症してからは子供達がようやく成人する年頃になって人生これからの楽しみが増えるはずだったのにつらい治療ばかりで過ぎてしまい、本人も家族も毎日つらい思いばかりでした。B型肝炎にさえかかっていなければ今も家族で旅行したり楽しく過ごす時間が持てたと思うと悲しくて仕方ありません。亡くなる直前まで生きて元気になる夢を失わず将来の事を考えていた夫の早すぎる死にいつまでも納得できません。
- ・ 三回忌を終えた今でも、なぜ、どうして亡くなったの？悲しくて、空しくて、涙を流さない日はありません。つらい毎日です。私の主人の場合は、B型肝炎ウイルス感染だと、判ったのは、いきなり肝ガンと診断されてからです。何も分からない、何がおきたのか、分からない。本人も、私も、頭の中はまっ白です。自営でしたので、自ら早期に、健康診断をしておけば、少しでも、何か方法があったはずかも…！？それまで何の症状もなく、全く元気でいて、50代中ばでまだまだこれから、仕事にがんばるぞ、という時に突然の死の宣告はあまりに残酷です。B型肝炎ウイルスの恐ろしさを感じても手遅くれです。空しいだけです。
- ・ 母が亡くなったのが42才で私は小学6年生弟は5年生です。どんなに無念な思いで死んでいったかと思えます。私達も子供だったので母が死ぬ病気とは思わずいつか治るものだと思っていたので母が死んだ時は「なんで？どうして？」という思いで注射で病気が感染してなんで母が死ななければならぬのか？とても理解出来ませんでした。母の死を受け入れてからは何でもっと母に優しくしてあげられなかったんだろう、なんでもっと大事にいろんな事を助けてあげられなかったんだろうと後悔の日々が今も続いています。私達が4、5才の頃より母の闘病生活が始まり入院退院を繰り返してしまっていたので母が病気なのはあたり前のように長い長い闘病生活でしたから私が思い出す母の姿はきつそうにしている母の姿、苦しそうな母の姿の方が思い浮かびます。子供の前でもそのような姿を見せるほどとても苦しい苦しい闘病生活だったと思えます。もし母がB型肝炎に感染していなければ母の人生はもちろん私や弟の人生も全く違うものになっていたことでしょう。今B型肝炎を発症して苦しんでいる人達が完治とはいかないと思えますが早く元気になられる事を強く願っています。

○悲しみを乗り越えて前向きに生きる

- ・ 20代後半からB型肝炎（キャリア）に感染、発症、ほとんどの人生を病気と闘い「なぜB型

になったのか？」と口ぐせのように言っていました。目立った症状が出ないので検査の数値に一喜一憂し、肝硬変にまで進行し、あの苦しむ姿は思い出したくありません。亡くなりました今は一人暮らし、68才になりました。遺族年金も月12万余り、おひとりさまの老後（終活）を考える今日この頃ですが前に向かって日々生活したいとは思っています

- ・ 自分の夫であり、3人の子供達の父親が、子供の頃の集団予防接種によりB型肝炎に感染したのだと思うと悔やしい。しかし亡くなってから2年経ち、今はその現実を受け止めて前に進むしかないと思っている。

○病気のことをもっと知っていれば

- ・ B型肝炎のキャリアであっても発症しなければ十分長生きすると思っていました。若い時に肝炎で入院しましたが回復した様子なので仕事に復帰しました。当時は（S61年夏頃）特別な治療はされませんでした。そのせいか重篤な病気とは思っていませんでした。本人は、いつも体がだるく疲れやすいのは、それが普通だと思っていたようです。病気に対する無知が残念でたまりません。また働かなければ経済的にも苦しくなるので、働きつづけた夫のことを思うと切なくなります。
- ・ この病気の恐さを知らずあまりにも無防備に生活していたと思う。B型肝炎感染を家族が知っていれば肝機能異常が指摘された時、通院治療放置する事はなかったと思う。
- ・ 主人がB型肝炎だと聞いた時は大分前ですがその時はB型肝炎についての知識は全くありませんでした。ざっと調べてみたのですがほとんどの人は発症せずに自然治療する様な事を書かれていたと思いますが主人は人一倍元気な人なので主人も、そのうち治るんだと思っていました。私も仕事をしていて毎日忙しくしていましたので、B型肝炎についてはあまり気にしていなかったと思います。最後の2年間は本当に辛かったです。既に、余命宣告も受けていましたし、ガタガタと体力も落ちてゆき、なんでこうなったんだろうと、何十年も一緒にいて、私はいったい何をしていたんだろうと心から悔みました。申し訳けない気持ちでいっぱいになります。弱音を吐かない人だったので私達の前ではしんどい時も表に出さず冗談ばかり言っていました。私達に心配かけたくなかったのだと思います。お互いに停年になったら、二人で旅行したいと思っていましたが主人は停年と共に、過酷な闘病生活に入りました。決して長くはない一生だったと思います。もし、ひとつだけ夢が叶うなら、元気な主人ともう一度会いたい、会って私がもっとしっかりしていればこんなひどい目に会わず事もなかったと全力で主人に謝りたいと思います。最後に本人には何の落ち度もないのに主人の命をうばったB型肝炎が無くなる事、完治する治療が出てくる事を願って止みません。
- ・ 致死率が低い病気だと思っていたので、肝がんになった時は茫然としました。何人ものお医者さまにお世話になりましたが、慢性肝炎の早いうちに治しておかないと、いずれ、肝硬変、肝がんになるという説明はありませんでした。私達の認識の甘さもありました。主人も、まだまだやり残したことがたくさんあり、若くて亡なることは無念だったと思います。闘病生活は本人も家族もたいへんです。うちの場合は、なんとか和解できましたが、和解のための裁判資料を集めるのも一苦労でした。まだ和解されていない方の一日も早い和解を祈るばかりです。

○治療法の開発

- ・ 本人も妻である私も団塊の世代で当時は注射の使い回しは普通に行なわれていて、まさか、主人がこんな形で発症し亡くなるとは、思ってもいませんでした。会社の定期健診で発覚したのが早かったので、インターフェロンや、様々な治療で60歳過ぎまでなんとか、両親も見送り、子供達も、社会人になり、もう少し余生をのんびり過ごせればと思っていた矢先の再発で亡くなってからの補償よりも闘病中にもっと物心両面でのサポートがあつたら、できる限りの治療・療養ができたろうと思いました。現在治療を受けられているB型肝炎患者さん達の思いもそこにあると思います。せめて十二分な治療ができるような環境をお願いしたいです。
- ・ 主人は感染がなければほんとに健康そのものでした。それだけにくやしくてなりません。淋し

いです。国は何十年も放置しておいて沢山の感染者を出しこれ以上私達の様な遺族をださない為にも新薬の開発等真剣に努力してもらいたいです。

○その他

- ・ 身体がきつくて病院に行ったら、即入院でした。養子にきてもらった為、肩身がせまかった。団地に引越して（主人が退院して）生活保護を受けました（1年位）。医師は、仕事は無理だと言ったけど、保護の●●さんは、打ち切りを迫りました。主人は、生活の為に、仕事につきましたが、身体がきつく3回位転職しました。入院も3回しました。最後の入院、1週間で亡くなりました。腹水でパンパンになったおなか。腹水がたまれば助からない事を、主人は知ってたけど、私に医者が腹水をとったら楽になるって言ったよ、って言いました。その時の主人の気持ちを思うととてもかわいそうで、悲しいです。子供は、小2。小5。でした。下の子供は父親の事を覚えてないそうです。防ぐ事ができたのに、しなかった国。医師達。どうして、逮捕されないんですか？殺人罪！予防接種は、強制でした。その証明の書類、カルテなどいろいろたさんの書類の提出。とても大変でした。国は、予防接種は強制でしていたのに、証明しろとか、おかしいです！
- ・ 本人（夫）を尊敬しておりました。幼少期に受けた予防接種注射針の使いまわしでB型肝炎に感染したと知った時から約20年間、肉体的、精神的、経済的苦痛を強いられ乍らも、私や子供達のことを気付き、思いやり、道中半で人生を終わらなければならなかった無念さを思うと今でも悔やしさが込み上げてきます。国が起こした過失は、私達家族にも、多大な被害、損失を与えたのです。人間的にも社会的にも有能な人材を失った国側も損失を被った事に気づいておられるのでしょうか。二度と夫の死を無黙にして欲しくないと切に思います

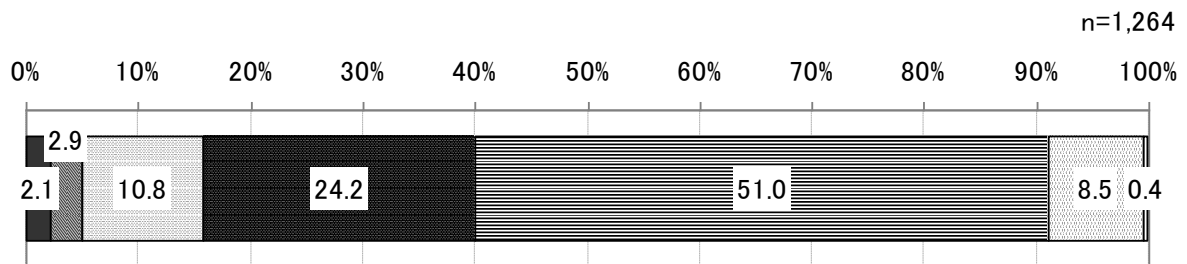
5.4.5 医療従事者対象調査

a) 医療従事者としての勤務経験

(ア) 初めて医療・公衆衛生の現場での業務に従事した時期

初めて医療・公衆衛生の現場での業務に従事した時期については、「昭和 52 (1977) 年 4 月～昭和 63 (1988) 年 3 月」(51.0%) が最も多く、次いで「昭和 44 (1969) 年 4 月～昭和 52 (1977) 年 3 月」(24.2%)、「昭和 34 (1959) 年 4 月～昭和 44 (1969) 年 3 月」(10.8%) であった。

図 5-232 初めて医療・公衆衛生の現場での業務に従事した時期



- 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月
- 昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月
- 昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月
- 昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月
- 昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月
- 昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない
- 無回答

	サン プル 数	4 4 昭 ～月和 年 5 2 3 昭 3 月和(9 4 昭 ～月和 年 5 2 3 昭 9 月和(9 4 昭 ～月和 年 5 3 3 昭 4 月和(7 4 昭 ～月和 年 5 4 3 昭 4 月和(8 4 昭 ～月和 年 5 5 3 昭 2 月和(は 3 昭 な月和 い以 6 前 3 に(1 従 9 事 8 し 8 た 8 こ) と 年	無 回 答
合 計	1264	27 2.1	37 2.9	136 10.8	306 24.2	645 51.0	108 8.5	5 0.4

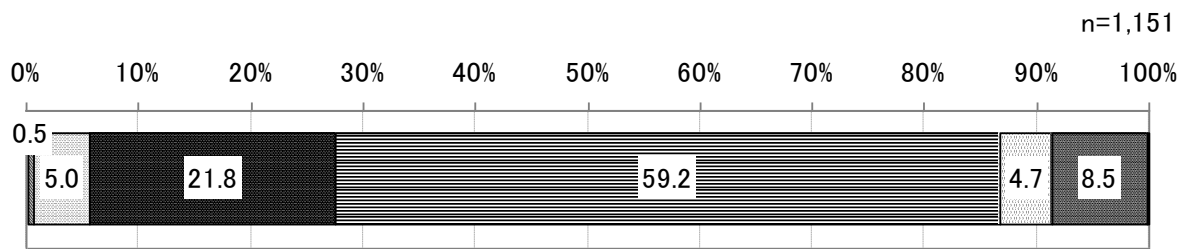
b) B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の病態等に関する認識

(ア) 重症になる疾病であることについての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)が重症になる疾病であることを認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(59.2%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(21.8%)、「覚えていない、分からない」(8.5%)であった。

図 5-233 重症になる疾病であることを認識した時期



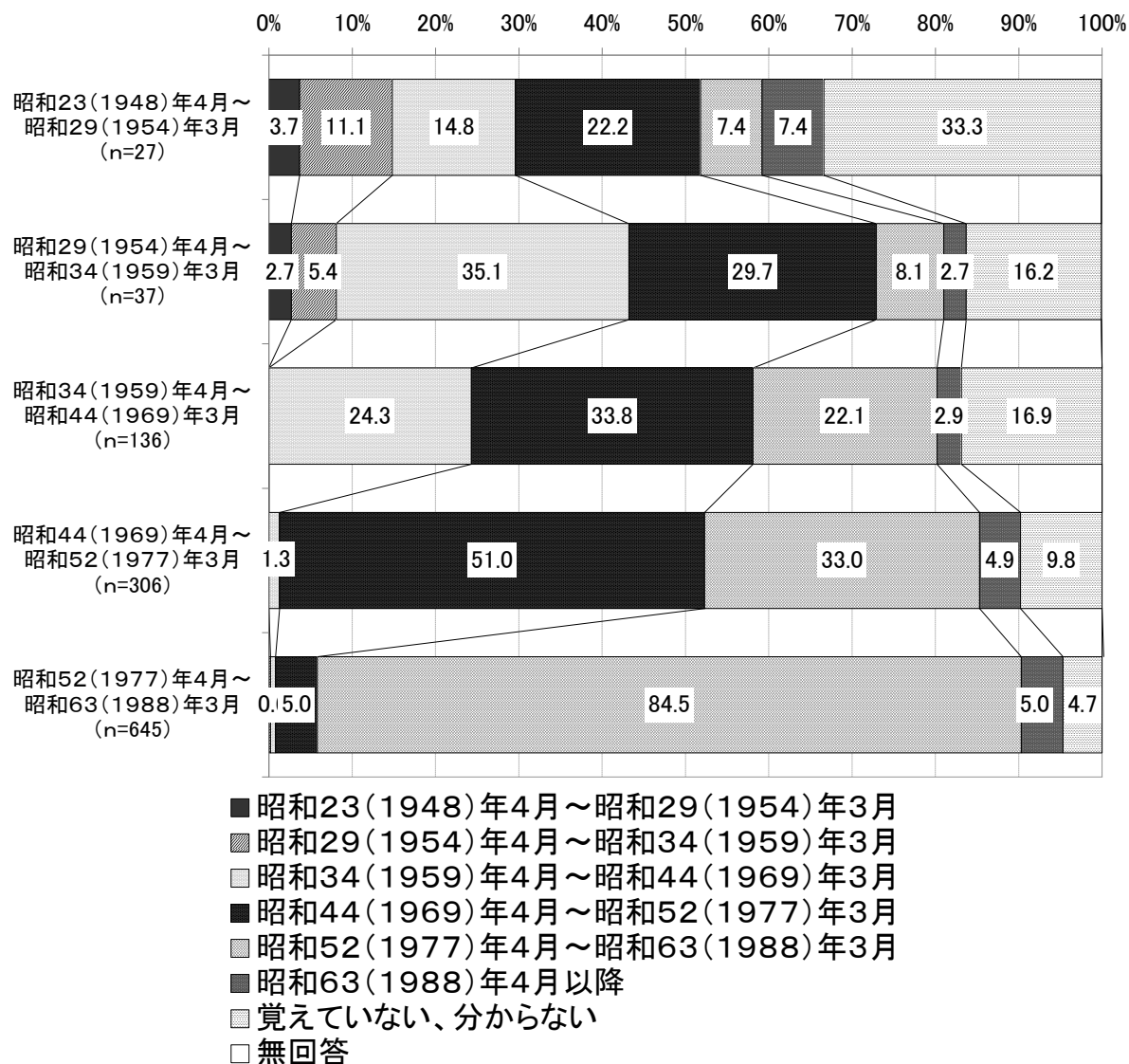
- 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月
- 昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月
- 昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月
- 昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月
- 昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月
- 昭和63(1988)年4月以降
- 覚えていない、分からない
- 無回答

	サンプル数	昭和44年3月～昭和52年5月 (n=218)	昭和29年3月～昭和34年9月 (n=314)	昭和23年3月～昭和29年4月 (n=413)	昭和17年3月～昭和23年4月 (n=512)	昭和11年3月～昭和17年5月 (n=612)	昭和5年3月～昭和11年6月以降 (n=719)	覚えていない、分からない	無回答
合計	1151	21.8	27.3	35.8	44.5	53.2	62.1	7.4	0.1

2) 初めて医療・公衆衛生に従事した時期と B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症となる疾患であると認識した時期

初めて医療・公衆衛生に従事した時期により、B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症になる疾患であることを認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-234 初めて医療・公衆衛生に従事した時期(表側)と、重症となる疾患であると認識した時期(表頭)

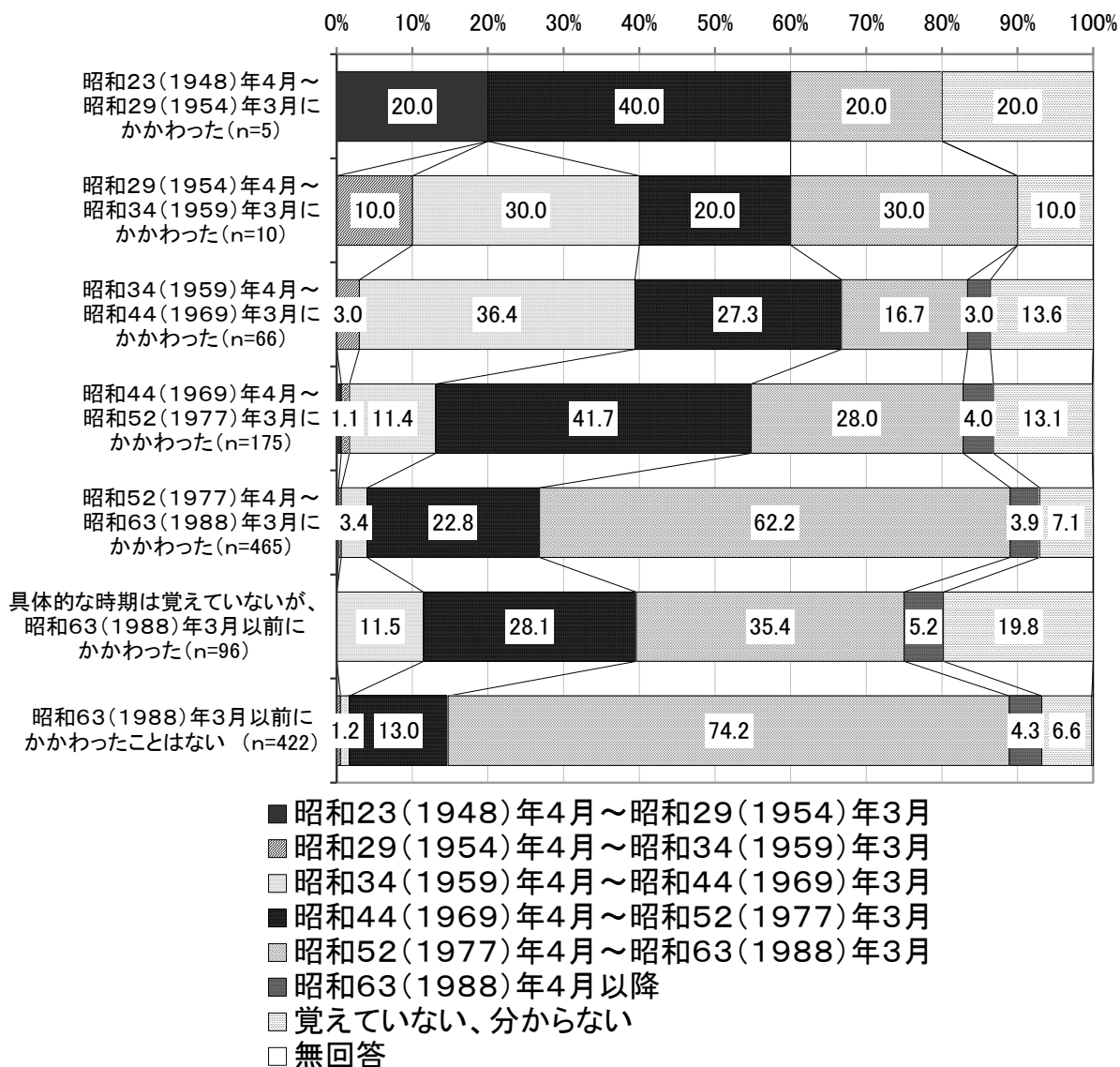


	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 月 和 2 和 3 2 (9 1 4 9 8 5) 4 年 ~ 4	年 月 昭 3 月 和 2 和 9 3 (4 1 5 9 4 5) 9 年 ~ 4	年 月 昭 3 月 和 3 和 4 3 (4 1 5 9 9 6) 9 年 ~ 4	年 月 昭 3 月 和 4 和 4 5 (2 1 6 9 9 7) 7 年 ~ 4	年 月 昭 3 月 和 5 和 2 6 (3 1 9 1 7 8) 8 年 ~ 4	月 昭 以 降 和 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【I(1)初めて従事した時期】									
昭和23(1948)年4月~昭和29(1954)年3月	27	1	3	4	6	2	2	9	0
昭和29(1954)年4月~昭和34(1959)年3月	37	3.7	11.1	14.8	22.2	7.4	7.4	33.3	0.0
昭和34(1959)年4月~昭和44(1969)年3月	136	1	2	13	11	3	1	6	0
昭和44(1969)年4月~昭和52(1977)年3月	306	2.7	5.4	35.1	29.7	8.1	2.7	16.2	0.0
昭和52(1977)年4月~昭和63(1988)年3月	645	0	0	33	46	30	4	23	0
昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない	0	0.0	0.0	24.3	33.8	22.1	2.9	16.9	0.0
		0	0	4	156	101	15	30	0
		0.0	0.0	1.3	51.0	33.0	4.9	9.8	0.0
		0	1	4	32	545	32	30	1
		0.0	0.2	0.6	5.0	84.5	5.0	4.7	0.2
		0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

3) 実施に関わった時期と重症となる疾患であると認識した時期

集団予防接種等の実施に関わった時期により、B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症となる疾患であると認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-235 実施に関わった時期（表側）と、重症となる疾患であると認識した時期（表頭）



	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 (1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 (1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 3 (4 1 (1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 3 (5 (2 1 (1 6 9 9 7) 7) 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 月 昭 5 3 (1 9 1 7 9 7 8) 8) 年) 4	月 昭 以 降 和 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【IV(1)実施にかかわった時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月にかかわった	5	1	0	0	2	1	0	1	0
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月にかかわった	10	20.0	0.0	0	40.0	20.0	0.0	20.0	0.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月にかかわった	66	0	10.0	30.0	20.0	30.0	0.0	10.0	0.0
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月にかかわった	175	0	3.0	36.4	27.3	16.7	3.0	13.6	0.0
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月にかかわった	465	1	2	16	106	289	18	33	0
具体的な時期は覚えていないが、昭和63(1988)年3月以前にかかわった	96	0	0	11	27	34	5	19	0
昭和63(1988)年3月以前にかかわったことはない	422	0	2	5	55	313	18	28	1
		0.0	0.5	1.2	13.0	74.2	4.3	6.6	0.2

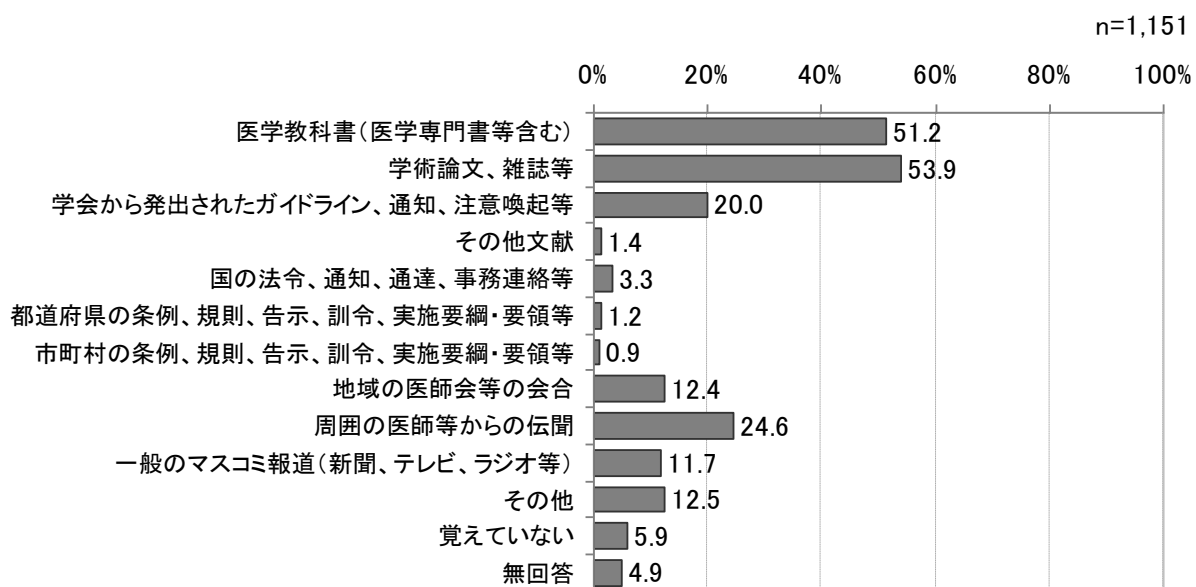
4) 認識した情報源

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症になる疾病であることを認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」（53.9%）が最も多く、次いで「医学教科書（医学専門書等含む）」（51.2%）、「周囲の医師等からの伝聞」（24.6%）であった。

その他文献では、「学会報告」（1件）、「法医学雑誌」（1件）などの回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「医学部時代の授業」（65件）などの回答が得られた。

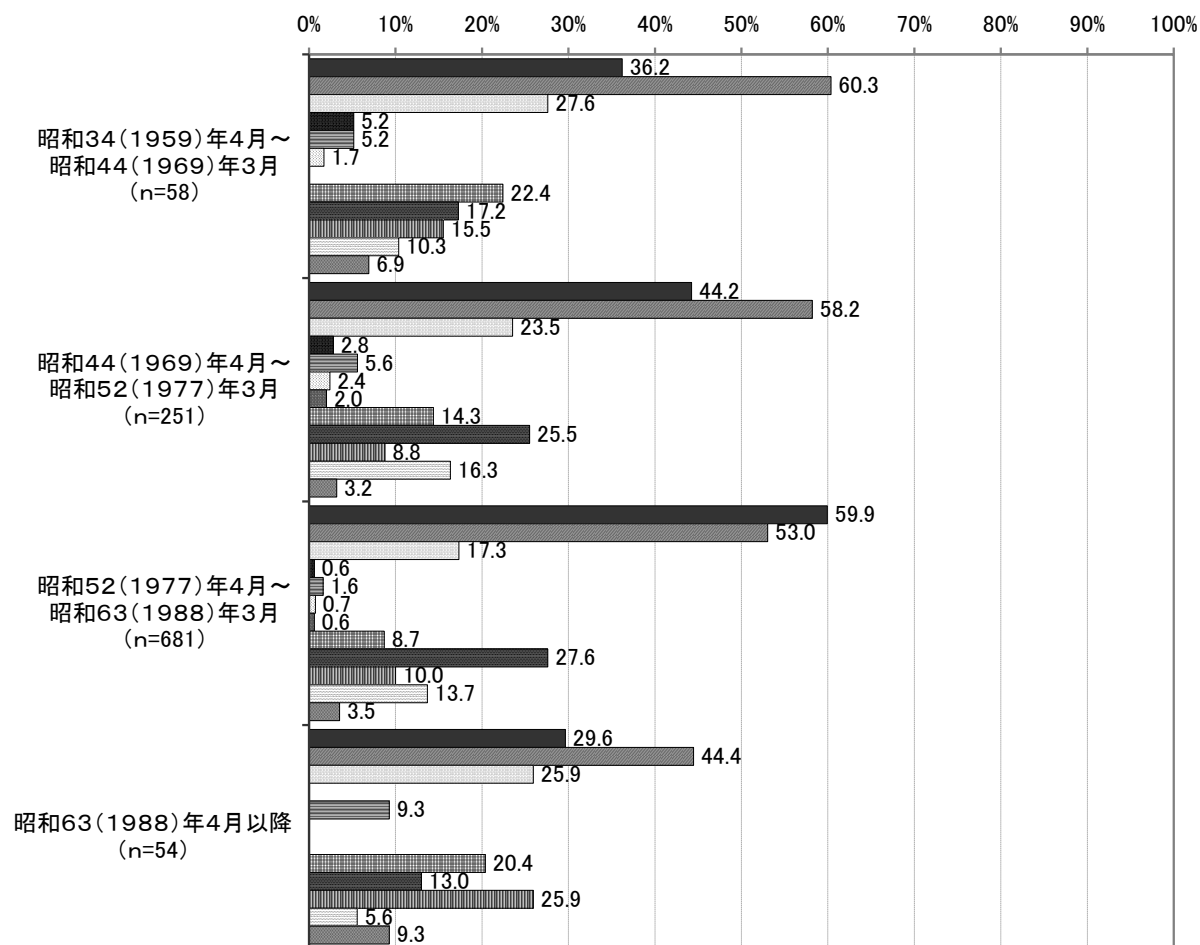
図 5-236 重症になる疾病であることについて認識した情報源



5) 情報源と重症となる疾患であると認識した時期

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症になる疾患であることを認識した情報源としては、サンプル数が一定程度あるところで比較すると、昭和34年から63年までは「学术论文、雑誌等」、「医学教科書（医学専門書等含む）」が多いが、昭和63年以降は「学术论文、雑誌等」、「医学教科書（医学専門書等含む）」の割合が減少し、「学会から発出されたガイドライン」、「地域の医師会等からの伝聞」、「一般のマスコミ」の割合が増加しており、情報源の多様化が伺われる。

図 5-237 重症となる疾患であると認識した時期（表側）と情報源（表頭）



- 医学教科書(医学専門書等含む)
- 学术论文、雑誌等
- 学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等
- その他文献
- 国の法令、通知、通達、事務連絡等
- 都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 地域の医師会等の会合
- 周囲の医師等からの伝聞
- 一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)
- その他
- 覚えていない

※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示してない。

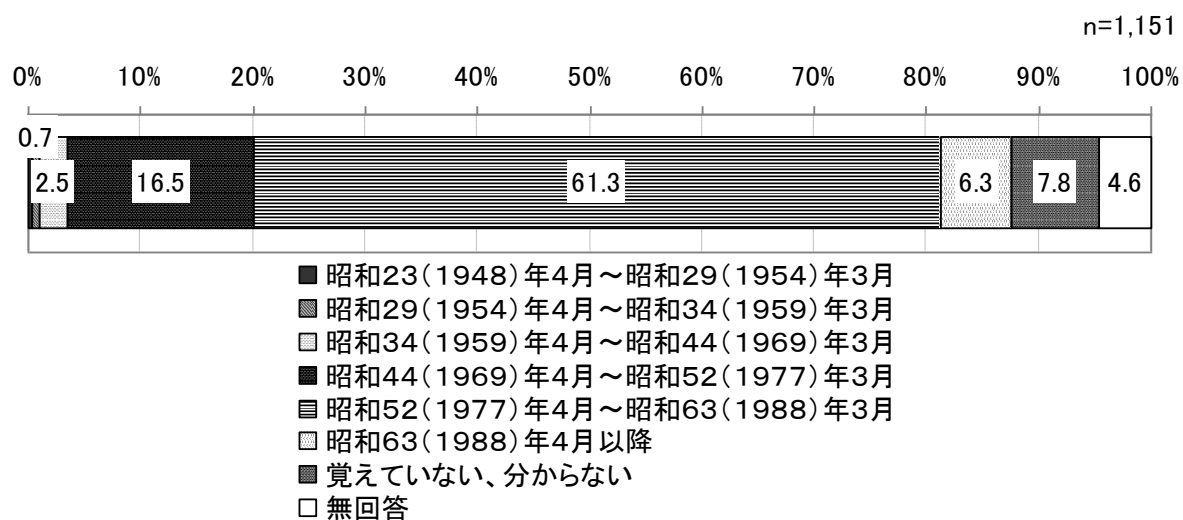
	年月昭 3 〳和 月昭2 和3 2 (〳 9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年) 4	年月昭 3 〳和 月昭2 和9 3 (〳 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年) 4	年月昭 3 〳和 月昭3 和4 4 (〳 4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年) 4	年月昭 3 〳和 月昭4 和4 5 (〳 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年) 4	年月昭 3 〳和 月昭5 和2 6 (〳 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年) 4	月昭 以和 降6 3 (〳 1 9 8 8) 年 4
サンプル数	2	6	58	251	681	54
【II(1)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	2 100.0	2 33.3	21 36.2	111 44.2	408 59.9	16 29.6
学術論文、雑誌等	2 100.0	5 83.3	35 60.3	146 58.2	361 53.0	24 44.4
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	0 0.0	2 33.3	16 27.6	59 23.5	118 17.3	14 25.9
その他文献	0 0.0	0 0.0	3 5.2	7 2.8	4 0.6	0 0.0
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0 0.0	0 0.0	3 5.2	14 5.6	11 1.6	5 9.3
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	1 1.7	6 2.4	5 0.7	0 0.0
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 2.0	4 0.6	0 0.0
地域の医師会等の会合	1 50.0	0 0.0	13 22.4	36 14.3	59 8.7	11 20.4
周囲の医師等からの伝聞	0 0.0	0 0.0	10 17.2	64 25.5	188 27.6	7 13.0
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0 0.0	1 16.7	9 15.5	22 8.8	68 10.0	14 25.9
その他	0 0.0	0 0.0	6 10.3	41 16.3	93 13.7	3 5.6
覚えていない	0 0.0	0 0.0	4 6.9	8 3.2	24 3.5	5 9.3

(イ) キャリア化についての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)のキャリア化について認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(61.3%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(16.5%)、「覚えていない、分からない」(7.8%)であった。

図 5-238 キャリア化について認識した時期

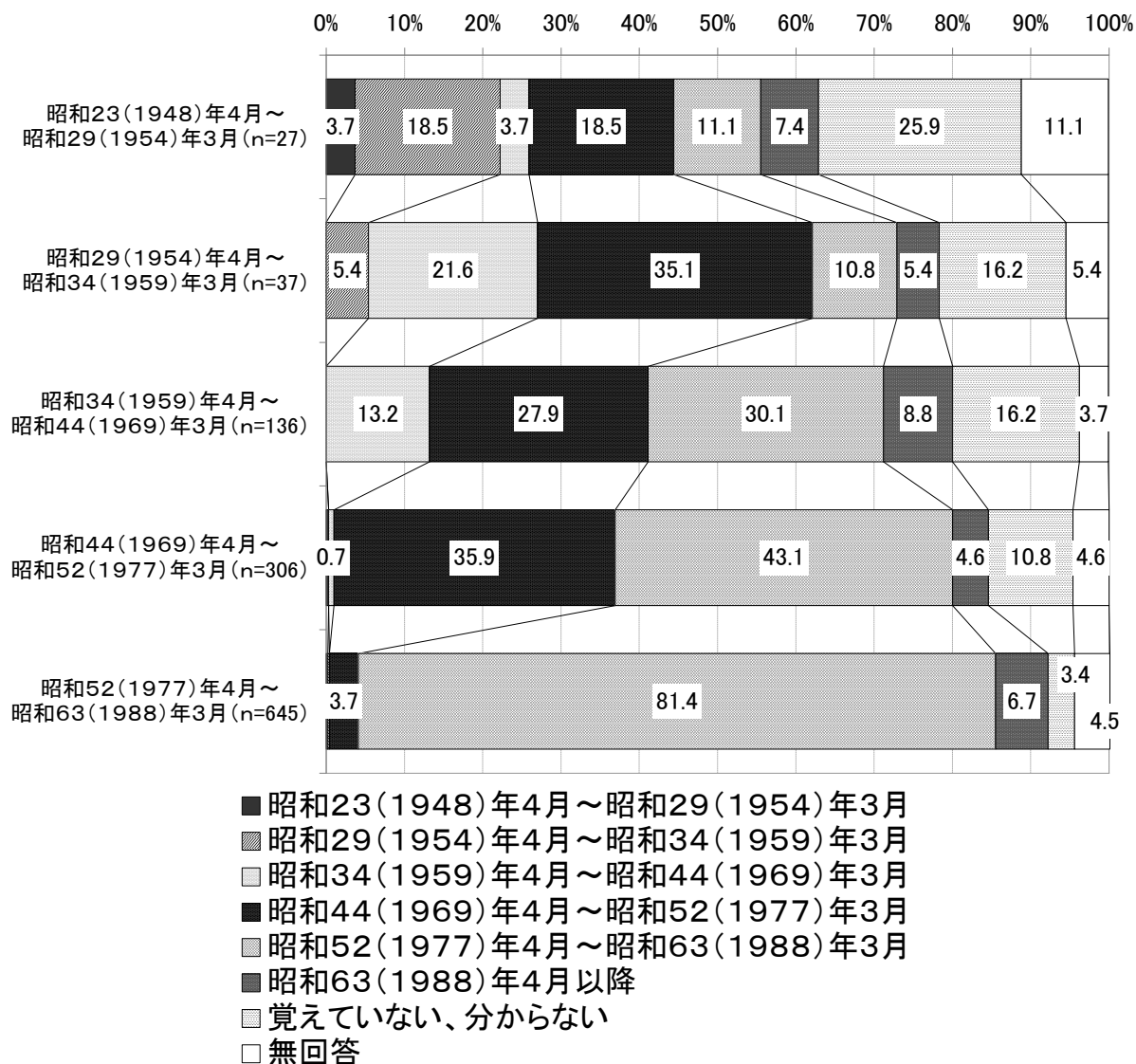


	サンプル数	昭和44年3月～昭和44年5月	昭和49年3月～昭和49年5月	昭和53年3月～昭和53年6月	昭和54年3月～昭和54年7月	昭和55年3月～昭和55年8月	昭和56年以降	覚えていない、分からない	無回答
合計	1151	30.3	80.7	292.5	19016.5	70561.3	736.3	907.8	534.6

2) 初めて医療・公衆衛生に従事した時期と、B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）のキャリア化について認識した時期

初めて医療・公衆衛生に従事した時期により、B 型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）のキャリア化について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-239 初めて医療・公衆衛生に従事した時期(表側)と、キャリア化について認識した時期(表頭)

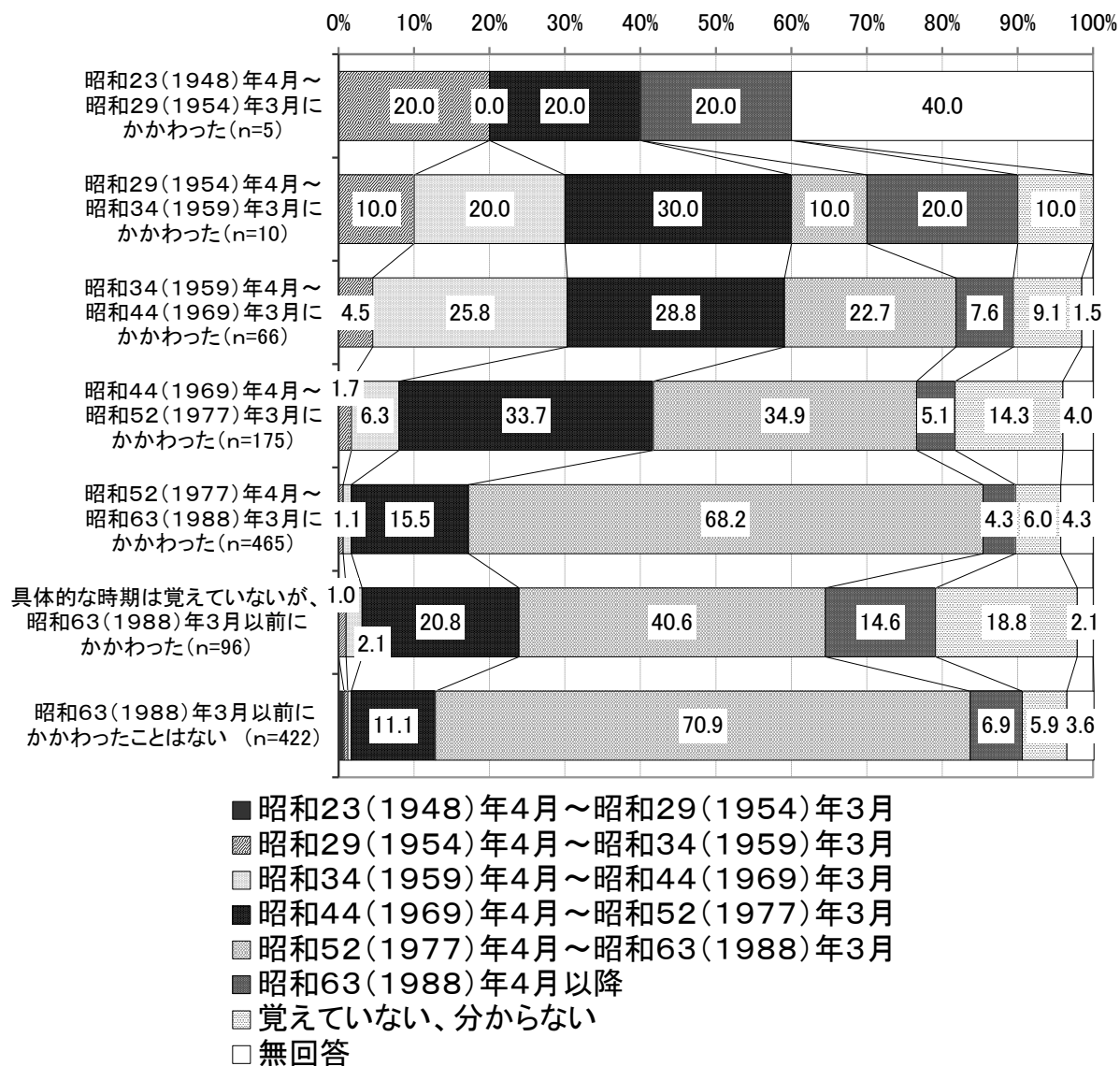


	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 (1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 (1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 3 (4 1 (1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 5 (2 1 (1 6 9 9 7) 7 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 6 (3 1 (1 7 9 7 8) 8 年) 4	月 昭 以 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【I(1)初めて従事した時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月	27	1	5	1	5	3	2	7	3
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月	37	3.7	18.5	3.7	18.5	11.1	7.4	25.9	11.1
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月	136	0	5.4	21.6	35.1	10.8	5.4	16.2	5.4
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月	306	0.0	0.0	13.2	27.9	30.1	8.8	16.2	3.7
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月	645	1	0	2	110	132	14	33	14
昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない	0	0.3	0.0	0.7	35.9	43.1	4.6	10.8	4.6
		1	1	0	24	525	43	22	29
		0.2	0.2	0.0	3.7	81.4	6.7	3.4	4.5
		0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

3) 実施に関わった時期とキャリア化について認識した時期

集団予防接種等の実施に関わった時期により、B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）のキャリア化について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-240 実施に関わった時期(表側)と、キャリア化について認識した時期(表頭)



	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 (1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 (1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 3 (4 1 (1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 3 (5 (2 1 (1 6 9 9 7) 7 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 3 (6 (3 1 (1 7 9 7 8) 8 年) 4	月 昭 以 降 和 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【IV(1)実施にかかわった時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月にかかわった	5	0	1	0	1	0	1	0	2
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月にかかわった	10	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	40.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月にかかわった	66	0	3	17	19	15	5	6	1
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月にかかわった	175	0	3	11	59	61	9	25	7
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月にかかわった	465	0	3	5	72	317	20	28	20
具体的な時期は覚えていないが、昭和63(1988)年3月以前にかかわった	96	0	1	2	20	39	14	18	2
昭和63(1988)年3月以前にかかわったことはない	422	3	2	2	47	299	29	25	15
		0.7	0.5	0.5	11.1	70.9	6.9	5.9	3.6

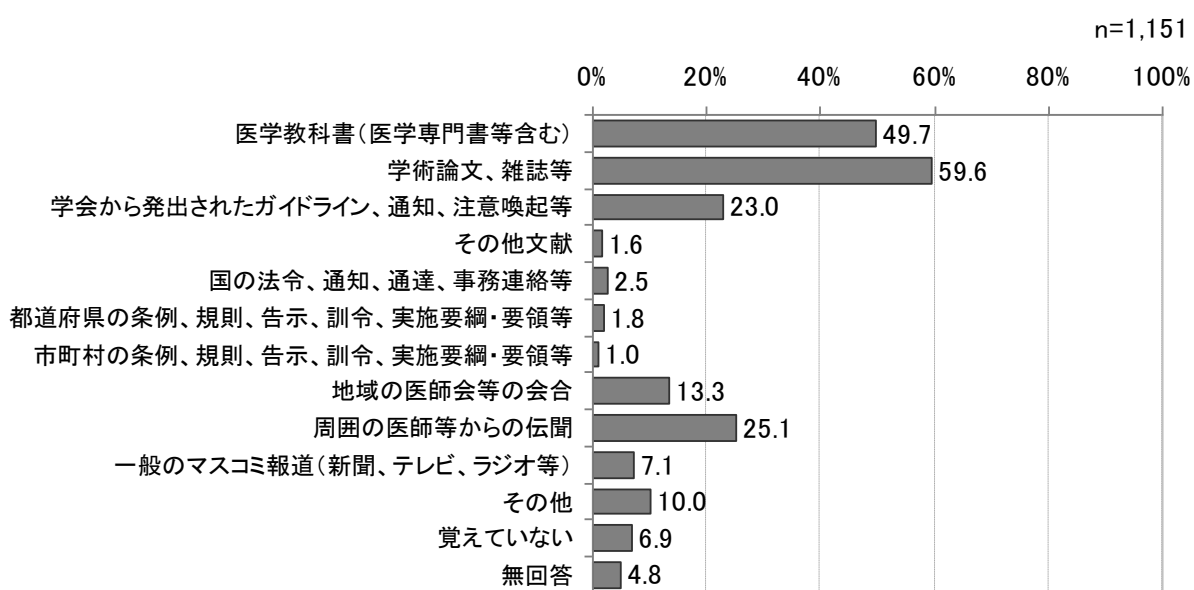
4) 認識した情報源

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）のキャリア化について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」(59.6%)が最も多く、次いで「医学教科書(医学専門書等含む)」(49.7%)、「周囲の医師等からの伝聞」(25.1%)であった。

その他文献では、「法医学雑誌」(1件)、「HBs肝炎で多くの論文を読んだ」(1件)、「学会報告」(1件)、「白木和夫氏の報告書」(1件)などの回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「医学部時代の授業」(63件)、「学会等」(3件)などの回答が得られた。

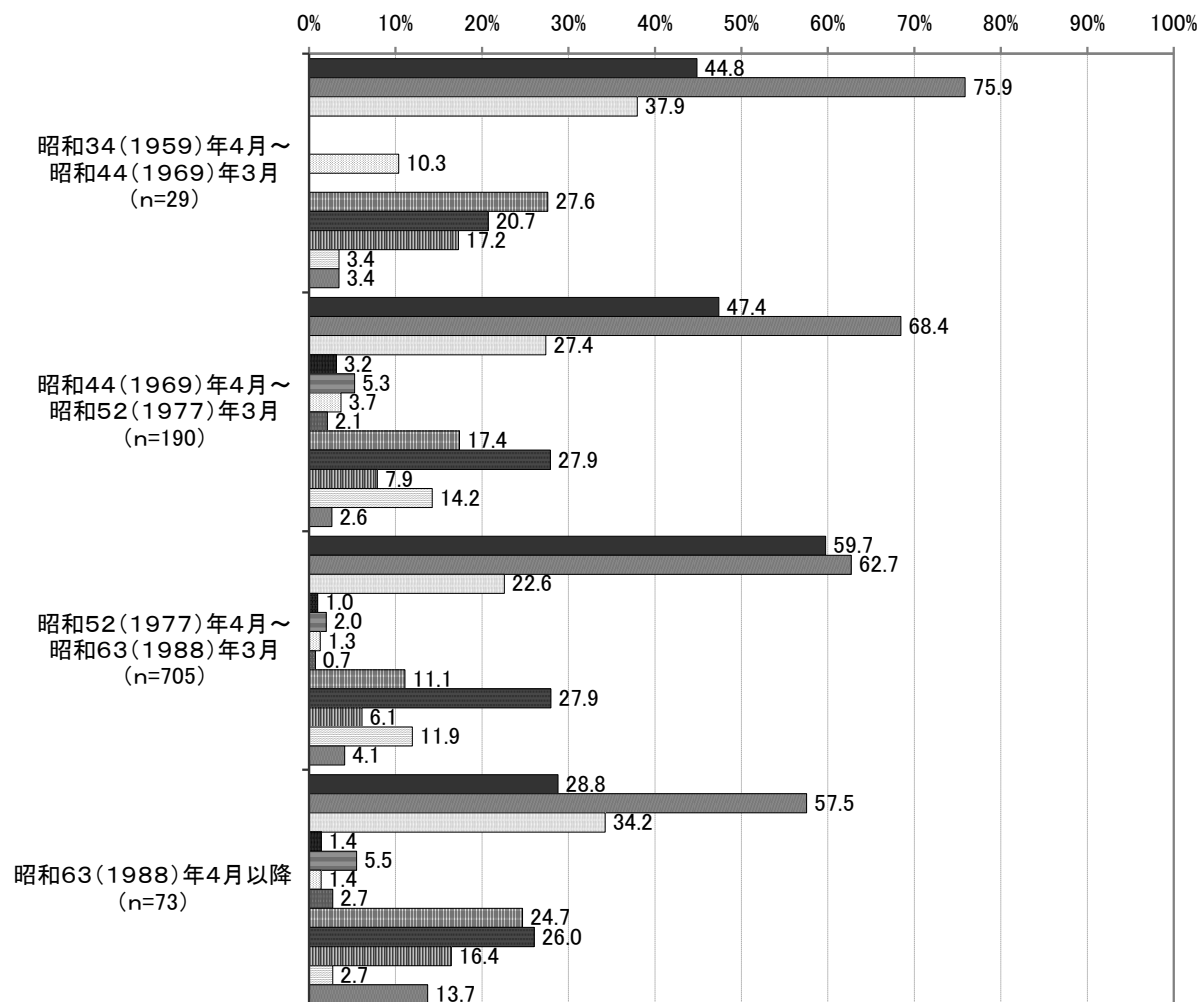
図 5-241 キャリア化について認識した情報源



5) 情報源とキャリア化について認識した時期

昭和52年4月から昭和63年3月においては、医学教科書、学術論文、雑誌、学会から発出されたガイドライン、地域の医師会等の回答等からの伝聞等、情報源が多様化していることがうかがえる。

図 5-242 キャリア化について認識した時期(表側)と情報源(表頭)



- 医学教科書(医学専門書等含む)
- 学術論文、雑誌等
- 学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等
- その他文献
- 国の法令、通知、通達、事務連絡等
- 都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 地域の医師会等の会合
- 周囲の医師等からの伝聞
- 一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)
- その他
- 覚えていない

※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示してない。

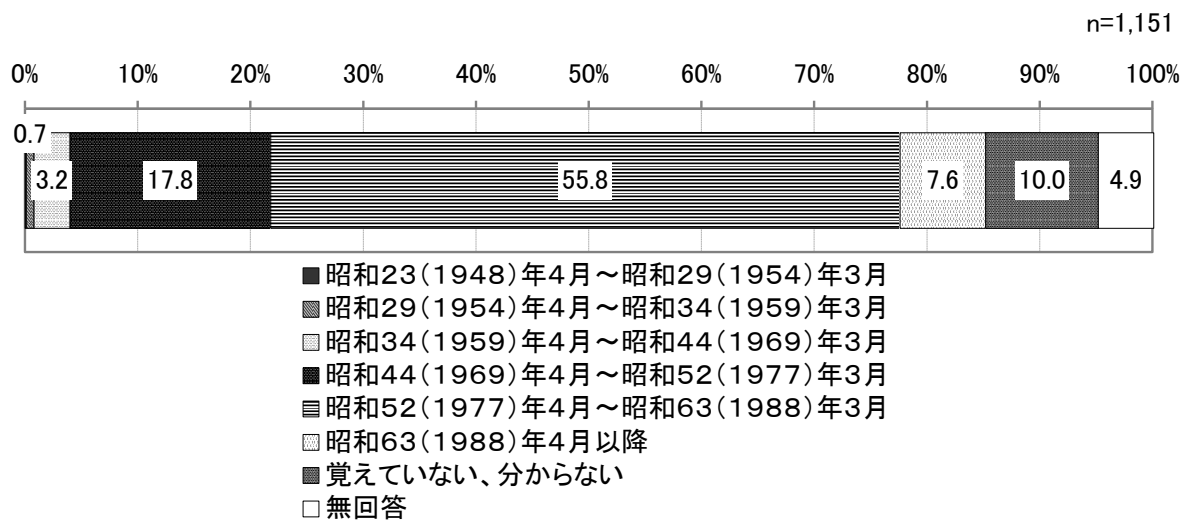
	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 2 (9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 9 3 (9 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 3 和 4 4 (9 4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 4 和 4 5 (9 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 5 和 2 6 (9 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年 ~ 4	月昭 以和 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4
サンプル数	3	8	29	190	705	73
【II(2)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	2 66.7	3 37.5	13 44.8	90 47.4	421 59.7	21 28.8
学術論文、雑誌等	2 66.7	6 75.0	22 75.9	130 68.4	442 62.7	42 57.5
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	1 33.3	2 25.0	11 37.9	52 27.4	159 22.6	25 34.2
その他文献	0 0.0	1 12.5	0 0.0	6 3.2	7 1.0	1 1.4
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 5.3	14 2.0	4 5.5
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	3 10.3	7 3.7	9 1.3	1 1.4
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 2.1	5 0.7	2 2.7
地域の医師会等の会合	0 0.0	2 25.0	8 27.6	33 17.4	78 11.1	18 24.7
周囲の医師等からの伝聞	0 0.0	2 25.0	6 20.7	53 27.9	197 27.9	19 26.0
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0 0.0	0 0.0	5 17.2	15 7.9	43 6.1	12 16.4
その他	0 0.0	0 0.0	1 3.4	27 14.2	84 11.9	2 2.7
覚えていない	0 0.0	0 0.0	1 3.4	5 2.6	29 4.1	10 13.7

(ウ) 感染性についての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染性について認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(55.8%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(17.8%)、「覚えていない、分からない」(10.0%)であった。

図 5-243 感染性について認識した時期

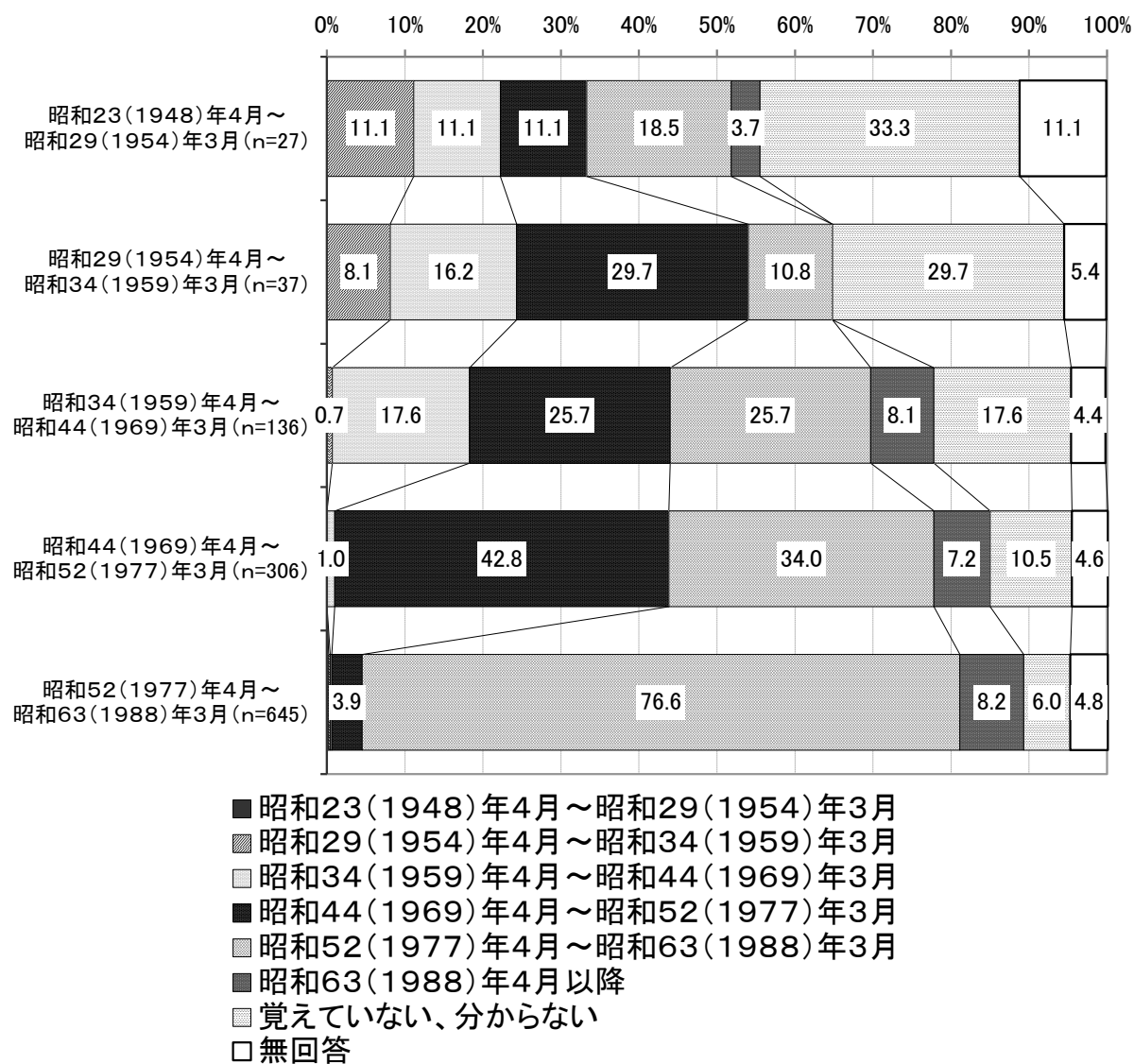


	サンプル数	昭和44年3月～昭和44年5月	昭和49年3月～昭和49年5月	昭和53年3月～昭和53年6月	昭和57年3月～昭和57年7月	昭和63年3月～昭和63年8月	昭和63年以降	覚えていない、分からない	無回答
合計	1151	10.1	8.7	37.2	205.8	642.5	87.6	115.0	56.4

2) 初めて医療・公衆衛生に従事した時期と感染性について認識した時期

初めて医療・公衆衛生に従事した時期により、B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の感染性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-244 初めて医療・公衆衛生に従事した時期(表側)と、B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染性について認識した時期(表頭)

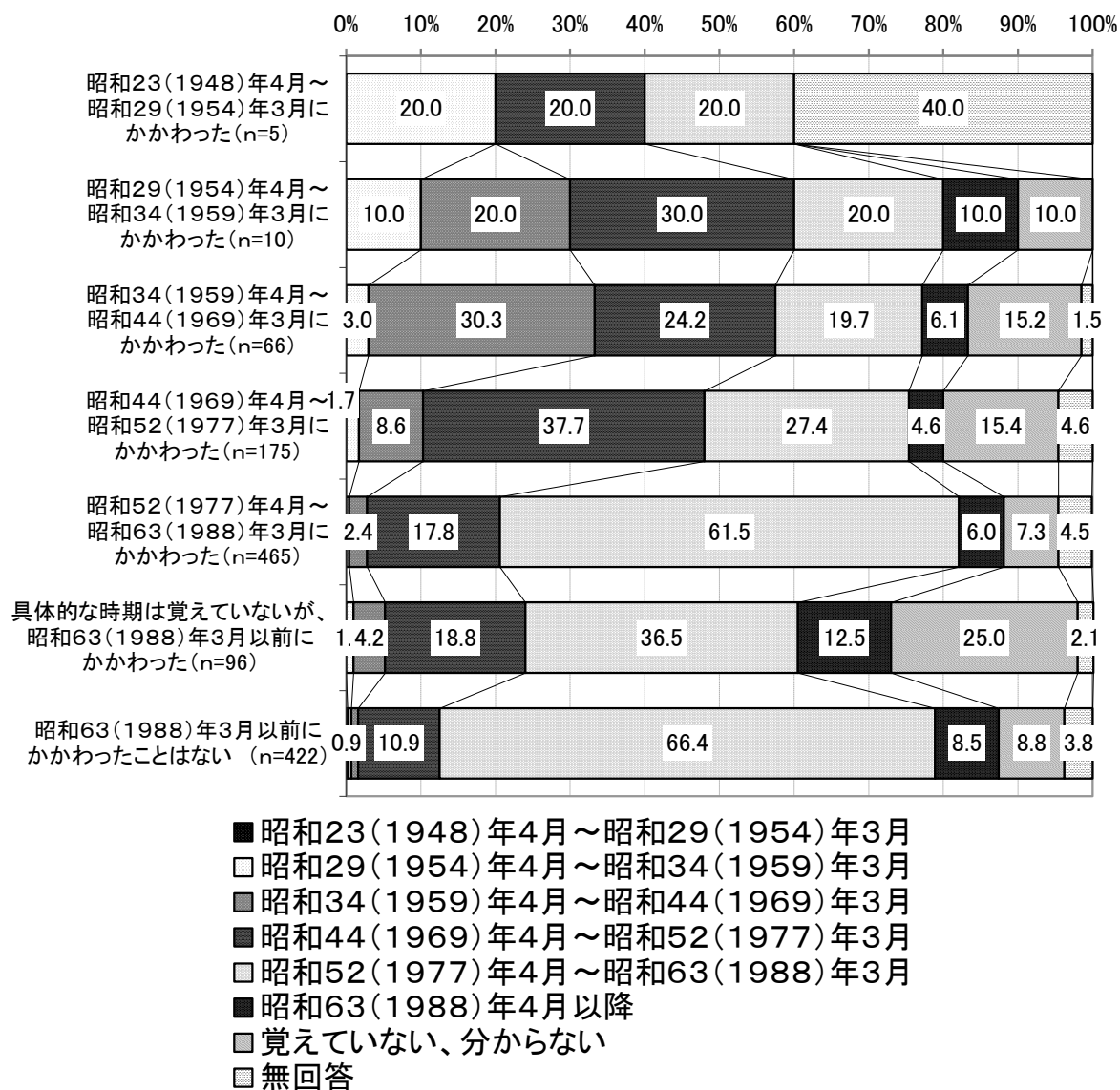


	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 4 9 8 5 年 年)4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 5 9 4 5 年 年)4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 3 (4 1 5 9 9 6 年 年)4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 5 (2 1 6 9 9 7 年 年)4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 6 (3 1 9 7 8 年 年)4	月 昭 以 降 6 3 (1 9 8 年 年)4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【I(1)初めて従事した時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月	27	0	3	3	3	5	1	9	3
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月	37	0.0	11.1	11.1	11.1	18.5	3.7	33.3	11.1
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月	136	0	8.1	16.2	29.7	10.8	0.0	29.7	5.4
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月	306	0	0.7	17.6	25.7	25.7	8.1	17.6	4.4
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月	645	1	1	1	25	494	53	39	31
昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

3) 実施に関わった時期と感染性について認識した時期

集団予防接種等の実施に関わった時期により、B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の感染性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-245 実施に関わった時期（表側）と、B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の感染性について認識した時期（表頭）



	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 (1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 (1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 4 (4 1 (1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 5 (2 1 (1 6 9 9 7) 7 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 6 (3 1 (1 7 9 7 8) 8 年) 4	月 昭 以 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【IV(1)実施にかかわった時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月にかかわった	5	0	1	0	1	1	0	0	2
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月にかかわった	10	0.0	20.0	0.0	20.0	20.0	0.0	0.0	40.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月にかかわった	66	0	2	20	16	13	4	10	1
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月にかかわった	175	0	3	15	66	48	8	27	8
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月にかかわった	465	0	2	11	83	286	28	34	21
具体的な時期は覚えていないが、昭和63(1988)年3月以前にかかわった	96	0	1	4	18	35	12	24	2
昭和63(1988)年3月以前にかかわったことはない	422	1	2	4	46	280	36	37	16
		0.2	0.5	0.9	10.9	66.4	8.5	8.8	3.8

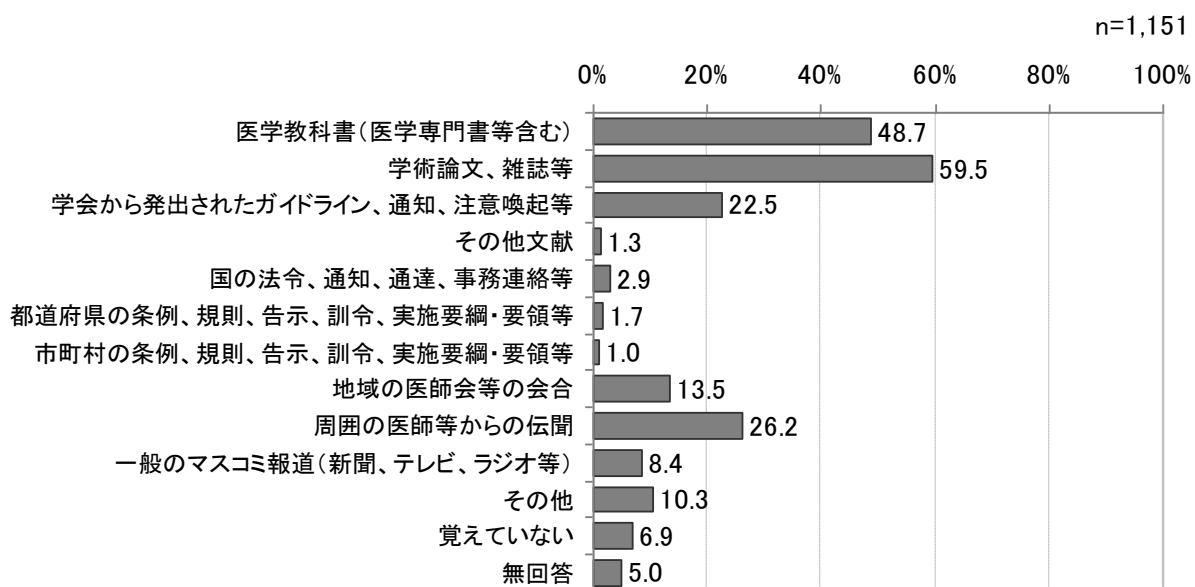
4) 認識した情報源

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）の感染性について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」（59.5%）が最も多く、次いで「医学教科書（医学専門書等含む）」（48.7%）、「周囲の医師等からの伝聞」（26.2%）であった。

その他文献では、「学会報告」（1件）、「法医学雑誌」（1件）などの回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「医学部時代の授業」（40件）などの回答が得られた。

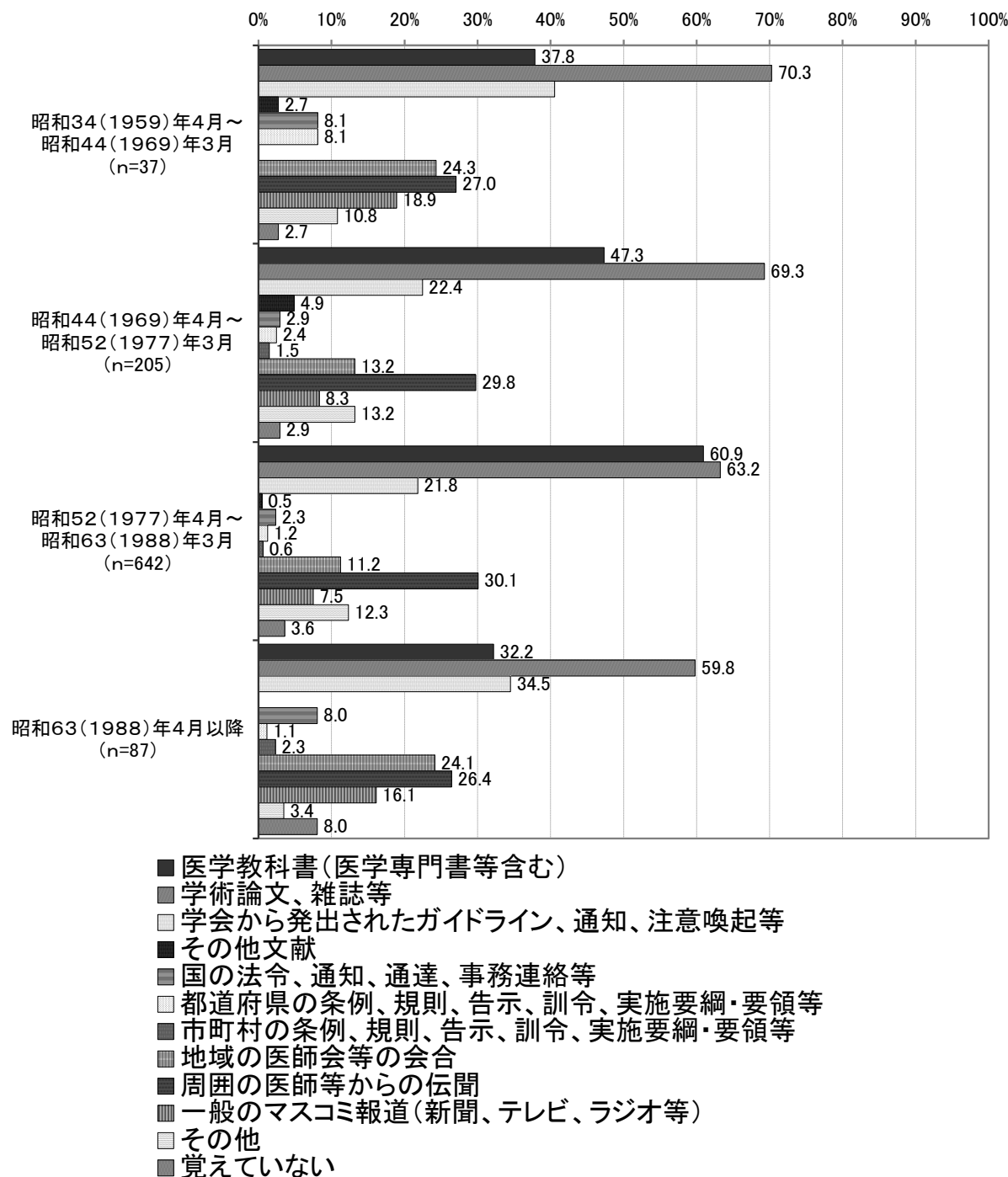
図 5-246 感染性について認識した情報源



5) 情報源と感染性について認識した時期

昭和52年4月から昭和63年3月においては、医学教科書、学術論文、雑誌、学会から発出されたガイドライン、地域の医師会、周囲の医師等からの伝聞等、情報源が多様化していることがうかがえる。

図 5-247 B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染性について認識した時期(表側)と情報源(表頭)



※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示してない。

	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 2 (9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 3 (9 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 3 和 4 4 (9 4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 4 和 4 5 (9 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 5 和 2 6 (9 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年 ~ 4	月昭 以和 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4
サンプル数	1	8	37	205	642	87
【II(3)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	1	4	14	97	391	28
	100.0	50.0	37.8	47.3	60.9	32.2
学術論文、雑誌等	1	7	26	142	406	52
	100.0	87.5	70.3	69.3	63.2	59.8
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	1	3	15	46	140	30
	100.0	37.5	40.5	22.4	21.8	34.5
その他文献	0	0	1	10	3	0
	0.0	0.0	2.7	4.9	0.5	0.0
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0	0	3	6	15	7
	0.0	0.0	8.1	2.9	2.3	8.0
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0	1	3	5	8	1
	0.0	12.5	8.1	2.4	1.2	1.1
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0	1	0	3	4	2
	0.0	12.5	0.0	1.5	0.6	2.3
地域の医師会等の会合	0	2	9	27	72	21
	0.0	25.0	24.3	13.2	11.2	24.1
周囲の医師等からの伝聞	0	0	10	61	193	23
	0.0	0.0	27.0	29.8	30.1	26.4
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0	1	7	17	48	14
	0.0	12.5	18.9	8.3	7.5	16.1
その他	0	1	4	27	79	3
	0.0	12.5	10.8	13.2	12.3	3.4
覚えていない	0	0	1	6	23	7
	0.0	0.0	2.7	2.9	3.6	8.0

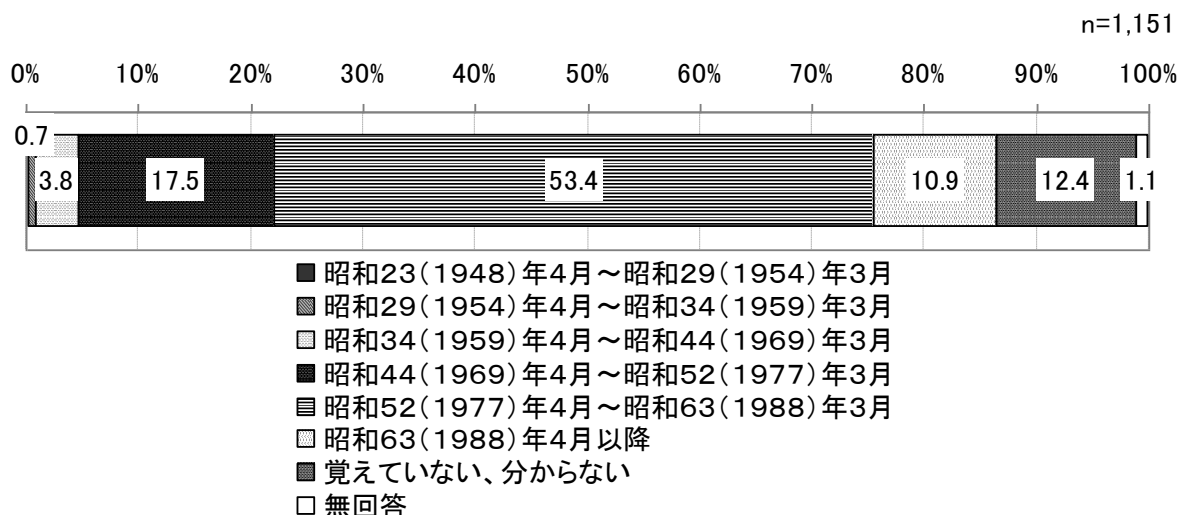
c) B型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染経路等に関する認識

(ア) 注射針

1) 認識した時期

注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(53.4%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(17.5%)、「覚えていない、分からない」(12.4%)であった。

図 5-248 注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期

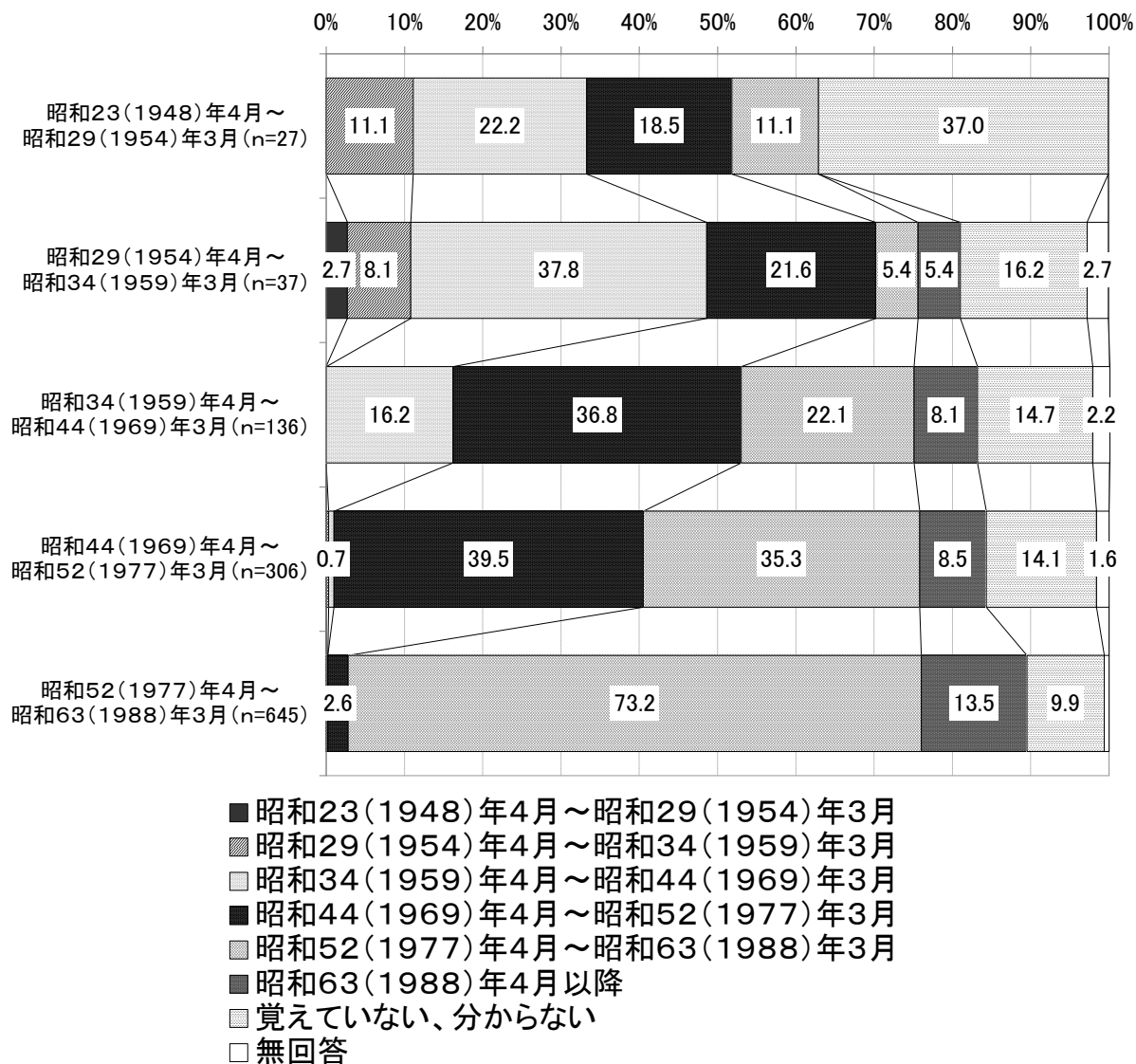


サンプル数	昭和44年3月～昭和49年3月	昭和49年3月～昭和54年3月	昭和54年3月～昭和59年3月	昭和59年3月～昭和64年3月	昭和64年3月～昭和69年3月	昭和69年3月以降	覚えていない、分からない	無回答
合計	1151	80.7	443.8	20117.5	61553.4	12610.9	14312.4	131.1

2) 初めて医療・公衆衛生に従事した時期と注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期

初めて医療・公衆衛生に従事した時期によって、注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-249 初めて医療・公衆衛生に従事した時期(表側)と、注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期(表頭)

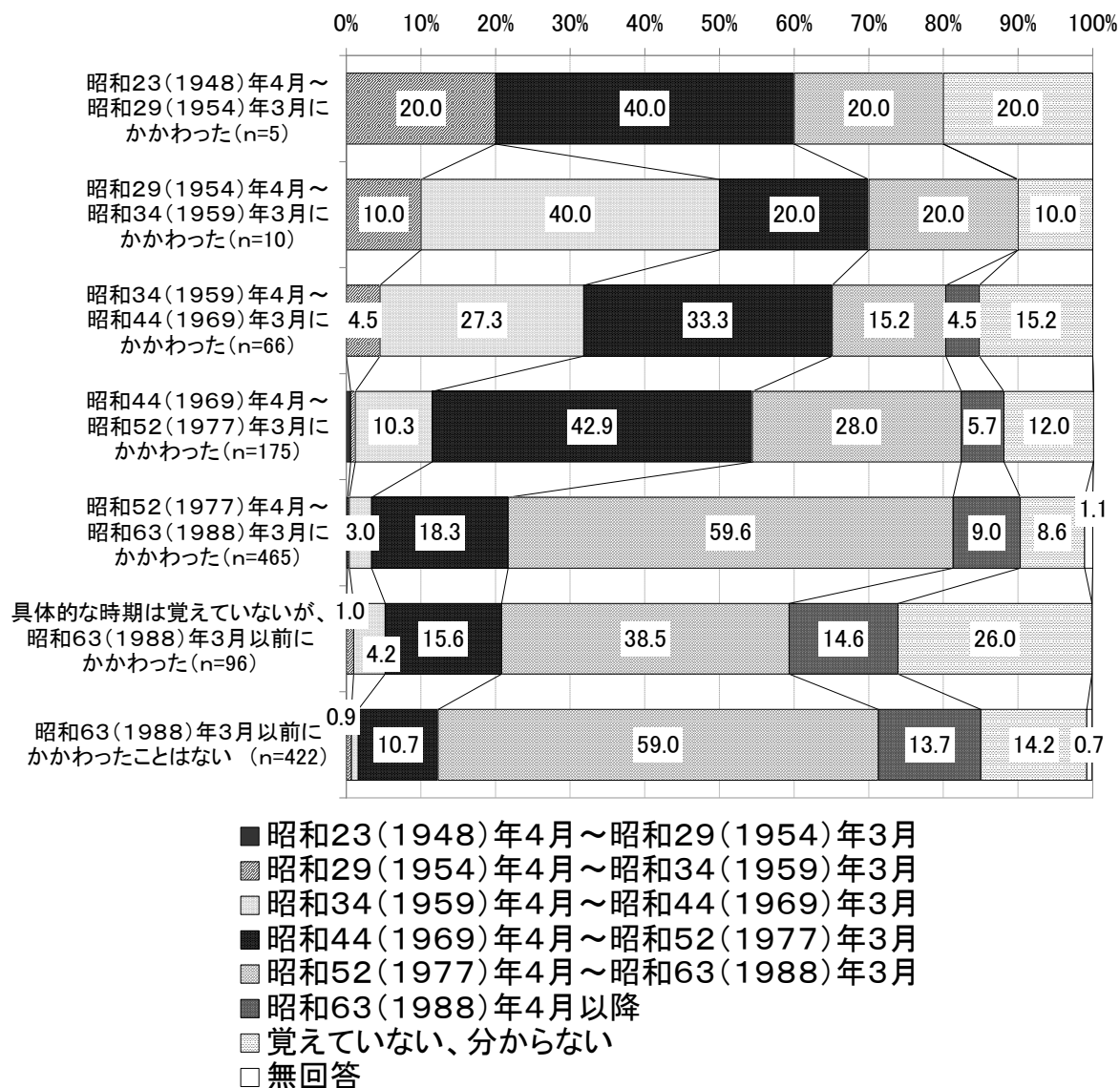


	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 月 和 2 年 3 月 和 3 年 4 月 和 3 年 5 月 和 4 年 4 月 和 4	年 月 昭 3 月 和 2 年 9 月 和 3 年 5 月 和 4 年 9 月 和 4	年 月 昭 3 月 和 3 年 4 月 和 3 年 9 月 和 4 年 4 月 和 4	年 月 昭 3 月 和 4 年 4 月 和 4 年 7 月 和 4	年 月 昭 3 月 和 5 年 2 月 和 4 年 6 月 和 4 年 7 月 和 4	年 月 昭 3 月 和 6 年 3 月 和 2 年 9 月 和 2 年 8 月 和 4	月 昭 以 降 和 6 年 3 月 和 1 年 9 月 和 8 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【I(1)初めて従事した時期】										
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月	27	0	3	6	5	3	0	10	0	0
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月	37	0.0	11.1	22.2	18.5	11.1	0.0	37.0	0.0	0.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月	136	2.7	8.1	37.8	21.6	5.4	5.4	16.2	2.7	2.7
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月	306	0.0	0.0	16.2	36.8	22.1	8.1	14.7	2.2	2.2
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月	645	0	1	0	17	472	87	64	4	4
昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

3) 実施に関わった時期と注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期

集団予防接種等の実施に関わった時期により、注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-250 実施に関わった時期(表側)と、注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期(表頭)



	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 和 2 和 3 2 (9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 和 2 和 9 3 (4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 和 3 和 4 4 (4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 和 4 和 4 5 (2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年) 4	年 月 昭 3 と 和 5 和 2 6 (3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年) 4	月 昭 以 降 和 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【IV(1)実施にかかわった時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月にかかわった	5	0	1	0	2	1	0	1	0
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月にかかわった	10	0.0	20.0	0.0	40.0	20.0	0.0	20.0	0.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月にかかわった	66	0	3	18	22	10	3	10	0
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月にかかわった	175	1	1	18	75	49	10	21	0
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月にかかわった	465	1	1	14	85	277	42	40	5
具体的な時期は覚えていないが、昭和63(1988)年3月以前にかかわった	96	0	1	4	15	37	14	25	0
昭和63(1988)年3月以前にかかわったことはない	422	0	3	4	45	249	58	60	3
		0.0	0.7	0.9	10.7	59.0	13.7	14.2	0.7

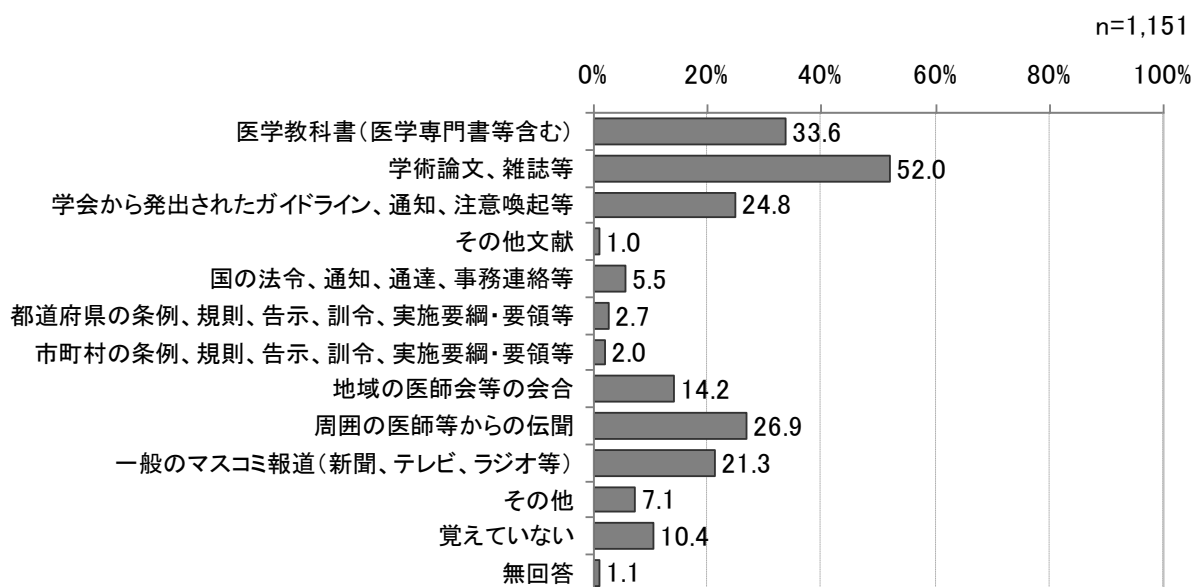
4) 認識した情報源

注射針の連続使用による感染可能性について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」(52.0%)が最も多く、次いで「医学教科書(医学専門書等含む)」(33.6%)、「周囲の医師等からの伝聞」(26.9%)であった。

その他文献では、「学会報告」(1件)などの回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「医学部時代の授業」(30件)などの回答が得られた。

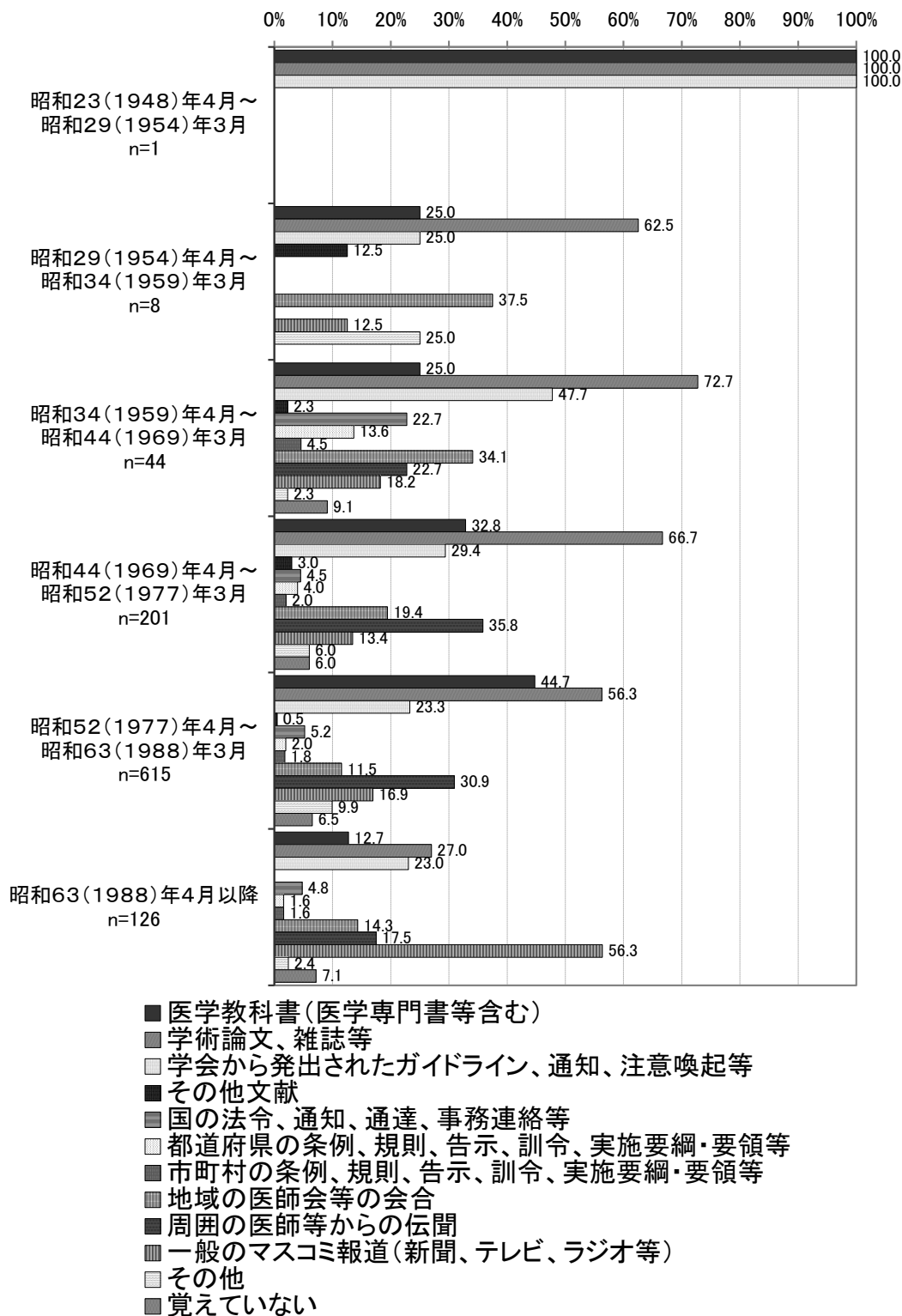
図 5-251 注射針の連続使用による感染可能性について認識した情報源



5) 情報源と注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期

昭和52年4月から昭和63年3月においては、学术论文、雑誌、学会から発出されたガイドライン、一般のマスコミ報道等、情報源が多様化していることがうかがえる。

図 5-252 注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期(表側)と情報源(表頭)



※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示してない。

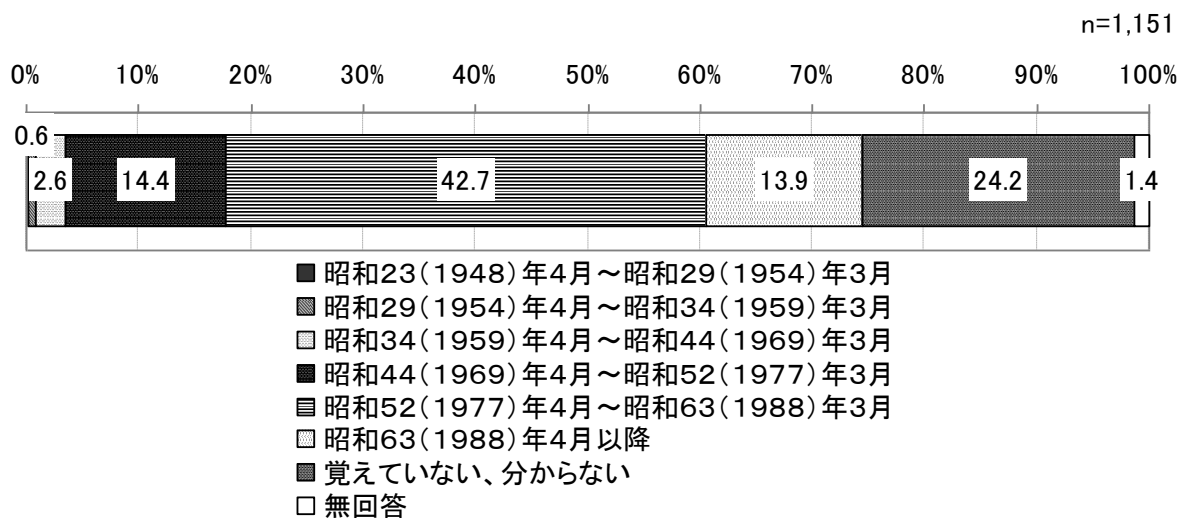
	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 2 (9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 9 3 (9 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 3 和 4 4 (9 4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 4 和 4 5 (9 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年 ~ 4	年月昭 3 5 和 月 昭 5 和 2 6 (9 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年 ~ 4	月昭 以和 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4
サンプル数	1	8	44	201	615	126
【III(1)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	1 100.0	2 25.0	11 25.0	66 32.8	275 44.7	16 12.7
学術論文、雑誌等	1 100.0	5 62.5	32 72.7	134 66.7	346 56.3	34 27.0
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	1 100.0	2 25.0	21 47.7	59 29.4	143 23.3	29 23.0
その他文献	0 0.0	1 12.5	1 2.3	6 3.0	3 0.5	0 0.0
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0 0.0	0 0.0	10 22.7	9 4.5	32 5.2	6 4.8
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	6 13.6	8 4.0	12 2.0	2 1.6
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	2 4.5	4 2.0	11 1.8	2 1.6
地域の医師会等の会合	0 0.0	3 37.5	15 34.1	39 19.4	71 11.5	18 14.3
周囲の医師等からの伝聞	0 0.0	0 0.0	10 22.7	72 35.8	190 30.9	22 17.5
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0 0.0	1 12.5	8 18.2	27 13.4	104 16.9	71 56.3
その他	0 0.0	2 25.0	1 2.3	12 6.0	61 9.9	3 2.4
覚えていない	0 0.0	0 0.0	4 9.1	12 6.0	40 6.5	9 7.1

(イ) 注射筒

1) 認識した時期

注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期については、「昭和 52 (1977) 年 4 月～昭和 63 (1988) 年 3 月」(42.7%) が最も多く、次いで「覚えていない、分からない」(24.2%)、「昭和 44 (1969) 年 4 月～昭和 52 (1977) 年 3 月」(14.4%) であった。

図 5-253 注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期

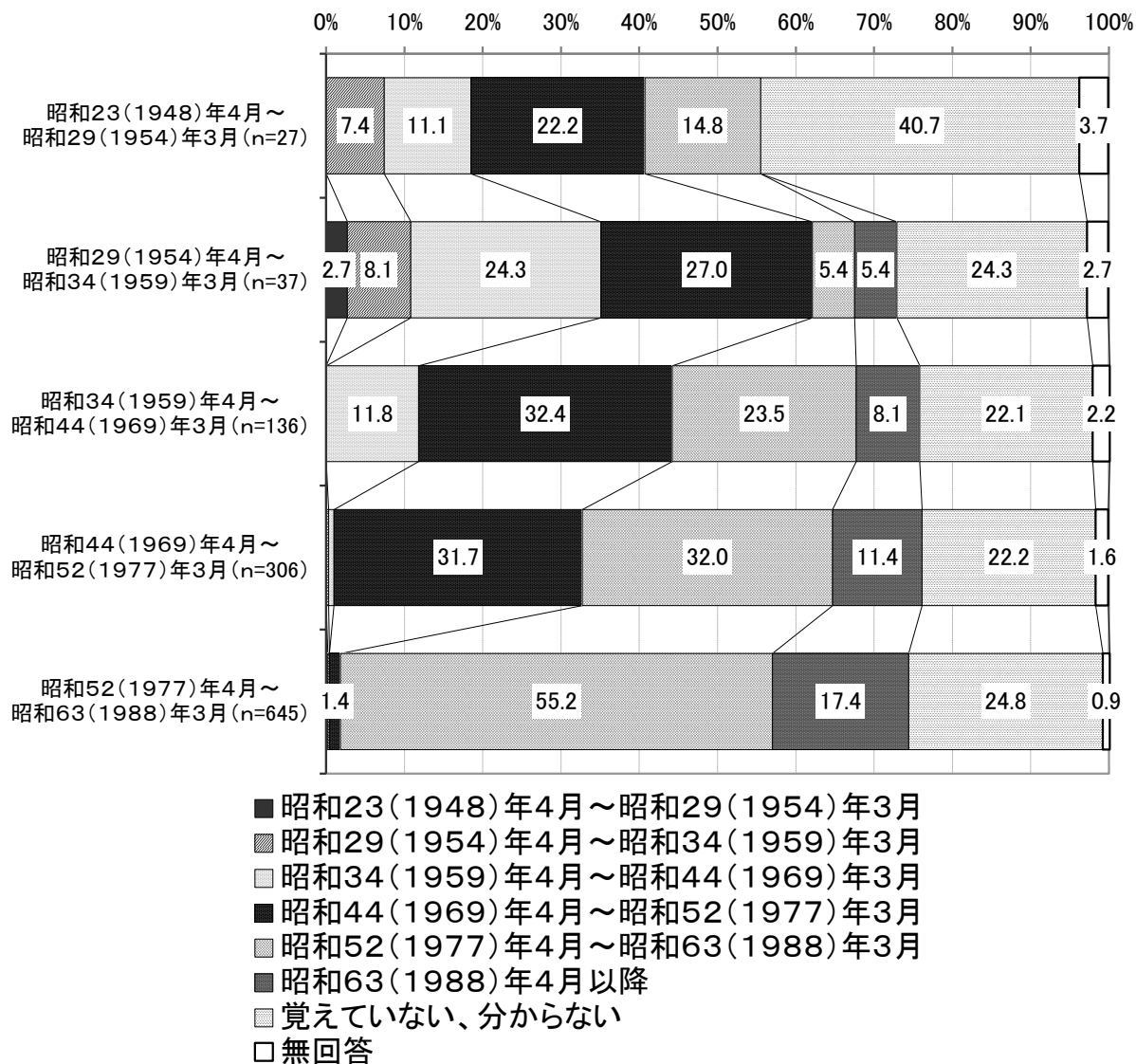


	サンプル数	昭和 44 年 3 月～昭和 52 年 3 月	昭和 49 年 3 月～昭和 54 年 3 月	昭和 54 年 3 月～昭和 59 年 3 月	昭和 59 年 3 月～昭和 64 年 3 月	昭和 64 年 3 月以降	覚えていない、分からない	無回答
合計	1151	202	706	302	166	492	160	278
		0.2	0.6	2.6	14.4	42.7	13.9	24.2
								1.4

2) 初めて医療・公衆衛生に従事した時期と注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期

初めて医療・公衆衛生に従事した時期によって、注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-254 初めて医療・公衆衛生に従事した時期(表側)と注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期(表頭)

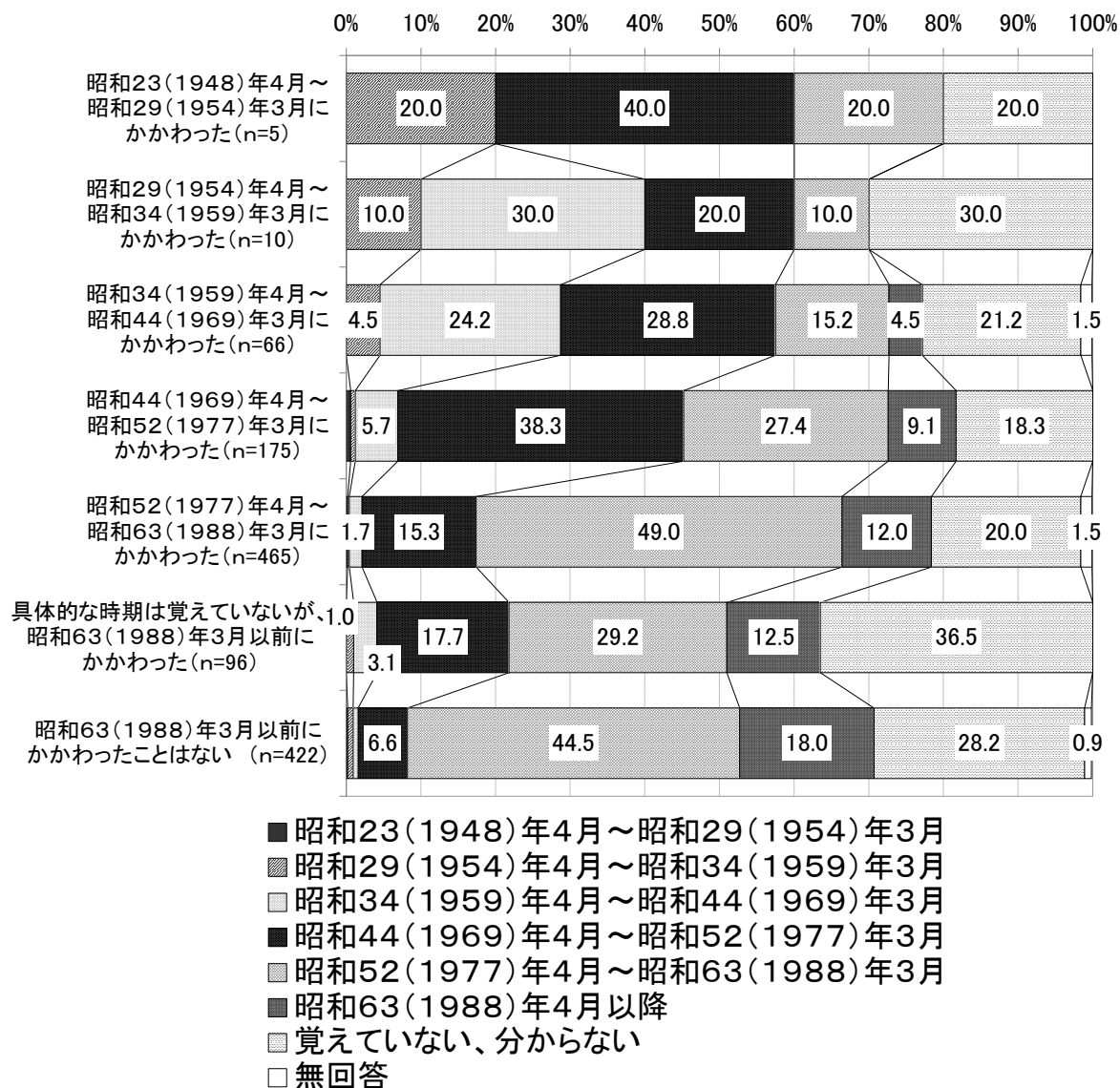


	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 月 和 2 和 3 2 （ 9 1 ） （ 9 1 ） 4 9 8 5 ） 4 年 ） 4	年 月 昭 3 月 和 2 和 9 3 （ 4 1 ） （ 9 1 ） 5 9 4 5 ） 9 年 ） 4	年 月 昭 3 月 和 3 和 4 3 （ 4 1 ） （ 9 1 ） 5 9 9 6 ） 9 年 ） 4	年 月 昭 3 月 和 4 和 4 5 （ 2 1 ） （ 9 1 ） 6 9 9 7 ） 7 年 ） 4	年 月 昭 3 月 和 5 和 2 6 （ 3 1 ） （ 9 1 ） 7 9 7 8 ） 8 年 ） 4	月 昭 以 降 和 6 3 （ 1 9 8 8 ） 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【I(1)初めて従事した時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月	27	0	2	3	6	4	0	11	1
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月	37	0.0	7.4	11.1	22.2	14.8	0.0	40.7	3.7
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月	136	1	3	9	10	2	2	9	1
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月	306	2.7	8.1	24.3	27.0	5.4	5.4	24.3	2.7
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月	645	0	0.0	11.8	32.4	23.5	8.1	22.1	2.2
昭和63(1988)年3月以前に従事したことはない	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

3) 実施に関わった時期と注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期

集団予防接種等の実施に関わった時期により、注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期の分布には違いが見られた。

図 5-255 実施に関わった時期(表側)と注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期(表頭)



	サ ン プ ル 数	年 月 昭 3 と 昭 2 和 3 2 (9 1 (1 4 9 8 5) 4 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 2 和 9 3 (4 1 (1 5 9 4 5) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 3 和 4 4 (4 1 (1 5 9 9 6) 9 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 4 和 4 5 (2 1 (1 6 9 9 7) 7 年) 4	年 月 昭 3 と 昭 5 和 2 6 (3 1 (1 7 9 7 8) 8 年) 4	月 昭 以 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4	覚 え て い な い 、 分 か ら な い	無 回 答
【IV(1)実施にかかわった時期】									
昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月にかかわった	5	0	1	0	2	1	0	1	0
昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月にかかわった	10	0.0	20.0	0.0	40.0	20.0	0.0	20.0	0.0
昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月にかかわった	66	0	3	16	19	10	3	14	1
昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月にかかわった	175	0.0	4.5	24.2	28.8	15.2	4.5	21.2	1.5
昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月にかかわった	465	1	1	8	71	228	56	93	7
具体的な時期は覚えていないが、昭和63(1988)年3月以前にかかわった	96	0	1	3	17	28	12	35	0
昭和63(1988)年3月以前にかかわったことはない	422	1	3	3	28	188	76	119	4
		0.2	0.7	0.7	6.6	44.5	18.0	28.2	0.9

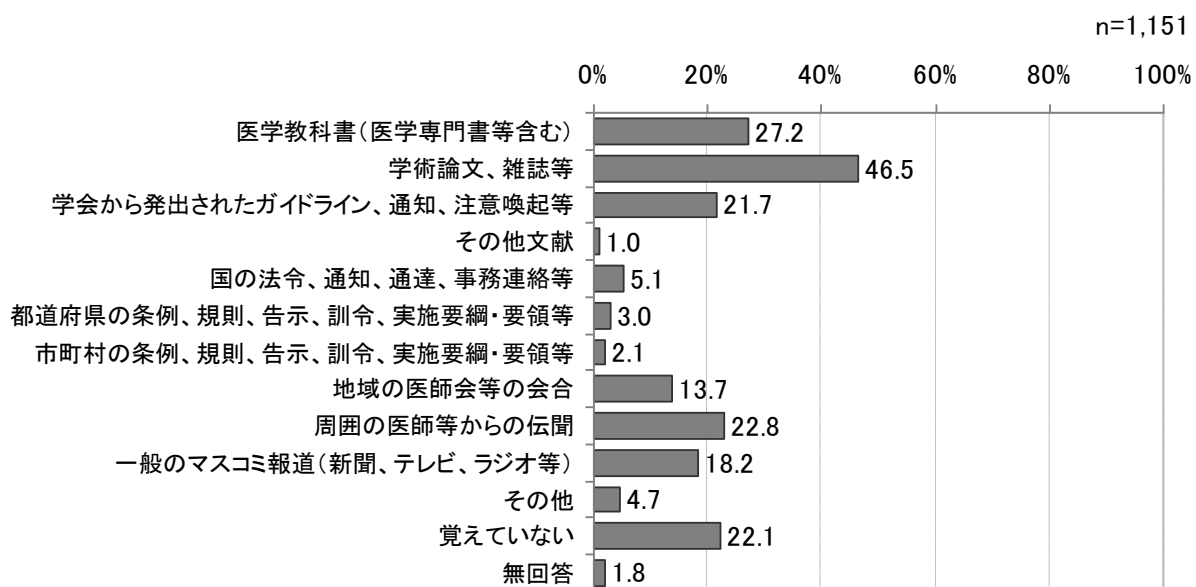
4) 認識した情報源

注射筒の連続使用による感染可能性について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」(46.5%)が最も多く、次いで「医学教科書(医学専門書等含む)」(27.2%)、「周囲の医師等からの伝聞」(22.8%)であった。

その他文献では、「学会報告」(1件)などの回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「医学部時代の授業」(29件)などの回答が得られた。

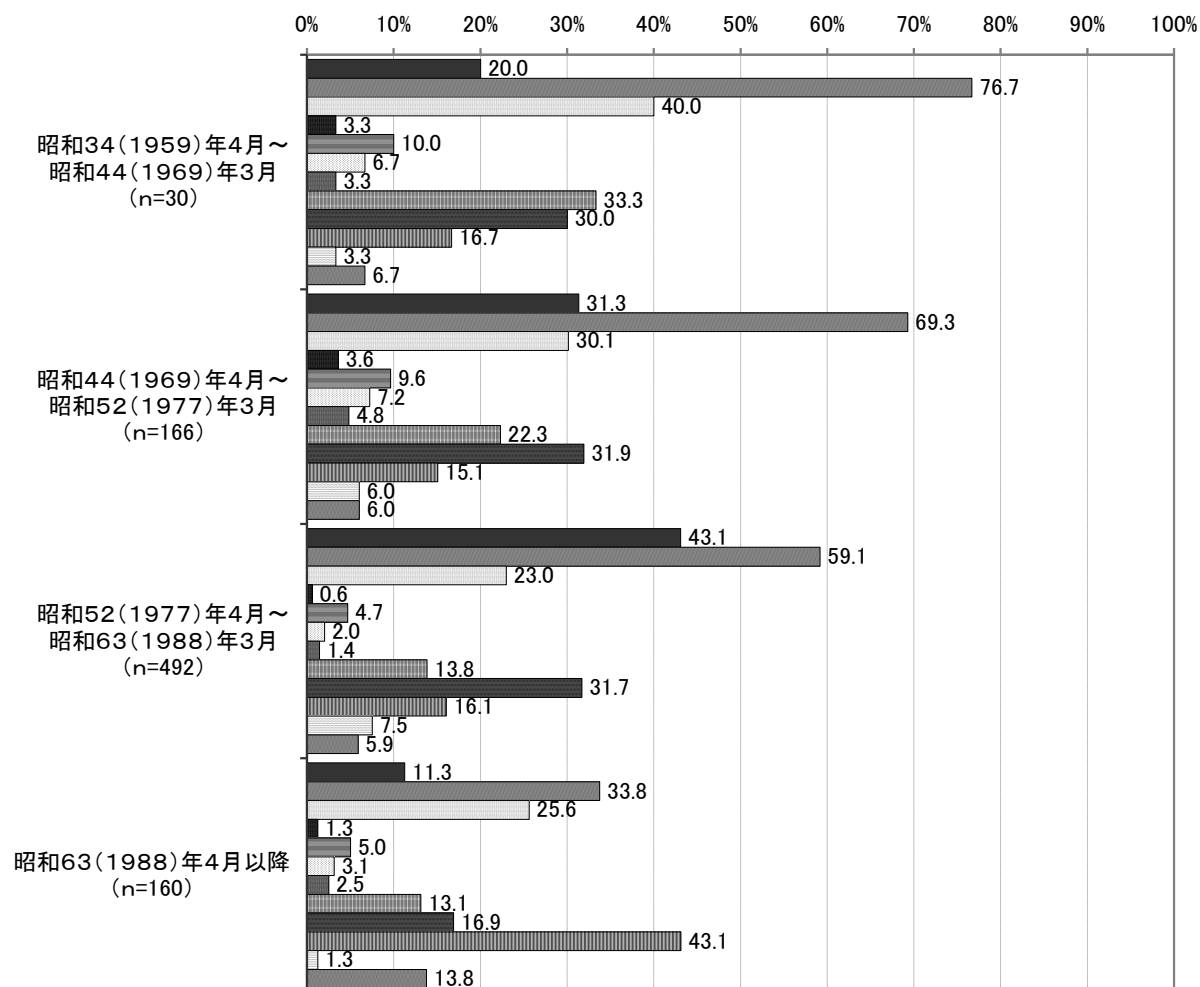
図 5-256 注射筒の連続使用による感染可能性について認識した情報源



5) 情報源と注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期

昭和52年4月から昭和63年3月においては、学术论文、雑誌、学会から発出されたガイドライン、一般のマスコミ報道等、情報源が多様化していることがうかがえる。

図 5-257 注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期(表側)と情報源(表頭)



- 医学教科書(医学専門書等含む)
- 学术论文、雑誌等
- 学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等
- その他文献
- 国の法令、通知、通達、事務連絡等
- 都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 地域の医師会等の会合
- 周囲の医師等からの伝聞
- 一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)
- その他
- 覚えていない

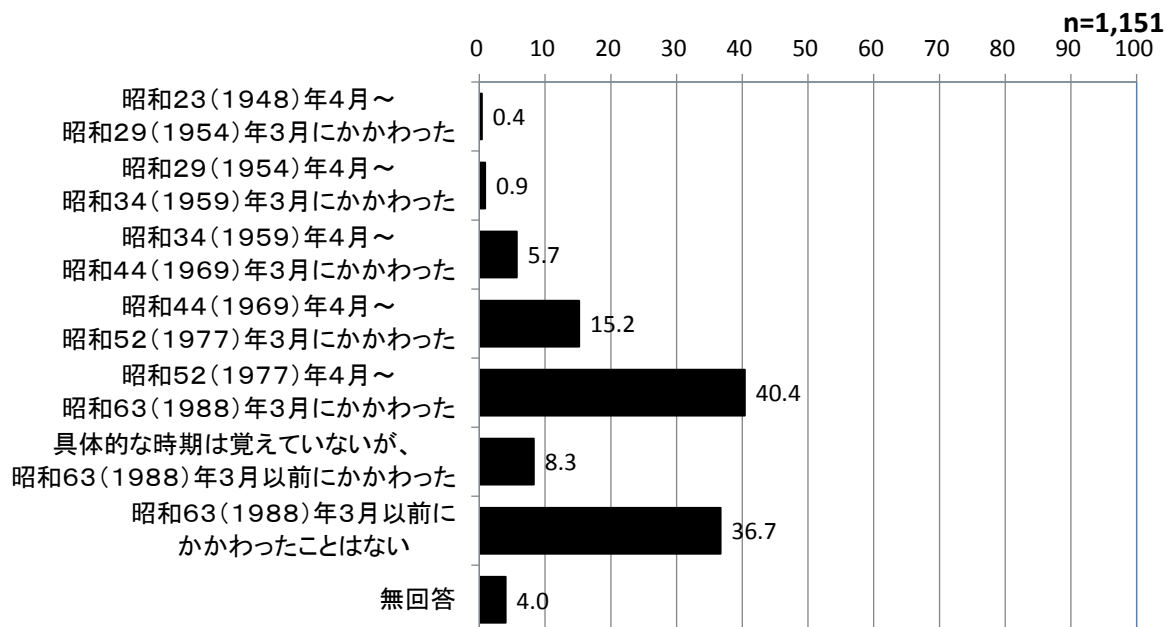
※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示してない。

	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 2 (9 1 (9 1 4 9 8 5) 4 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 9 3 (9 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 3 和 4 4 (9 4 1 (9 1 5 9 9 6) 9 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 4 和 4 5 (9 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 5 和 2 6 (9 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年) 4	月昭 以 和 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4
サンプル数	2 0.2	7 0.6	30 2.6	166 14.4	492 42.7	160 13.9
【III(1)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	2 100.0	2 28.6	6 20.0	52 31.3	212 43.1	18 11.3
学術論文、雑誌等	1 50.0	4 57.1	23 76.7	115 69.3	291 59.1	54 33.8
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	1 50.0	1 14.3	12 40.0	50 30.1	113 23.0	41 25.6
その他文献	0 0.0	0 0.0	1 3.3	6 3.6	3 0.6	2 1.3
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0 0.0	0 0.0	3 10.0	16 9.6	23 4.7	8 5.0
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	2 6.7	12 7.2	10 2.0	5 3.1
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0 0.0	0 0.0	1 3.3	8 4.8	7 1.4	4 2.5
地域の医師会等の会合	0 0.0	2 28.6	10 33.3	37 22.3	68 13.8	21 13.1
周囲の医師等からの伝聞	0 0.0	0 0.0	9 30.0	53 31.9	156 31.7	27 16.9
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0 0.0	0 0.0	5 16.7	25 15.1	79 16.1	69 43.1
その他	0 0.0	2 28.6	1 3.3	10 6.0	37 7.5	2 1.3
覚えていない	0 0.0	0 0.0	2 6.7	10 6.0	29 5.9	22 13.8

d) 昭和 63(1988)年 3 月以前に、小児を対象とした集団予防接種の実施に関わったことがあるか

昭和 63 (1988) 年 3 月以前に、小児を対象とした集団予防接種の実施に関わったことがあるかについては、「昭和 5 2 (1977) 年 4 月～昭和 6 3 (1988) 年 3 月にかかわった」(40.4%)、「昭和 4 4 (1969) 年 4 月～昭和 5 2 (1977) 年 3 月にかかわった」(15.2%) などであった。また、「昭和 6 3 (1988) 年 3 月以前にかかわったことはない」との回答も 36.7%見られた。

図 5-258 被接種者ごとの注射針の交換(ディスプレイザブル製品の使用)の有無



e) 集団予防接種等における注射針・注射筒の交換等の実施状況

(ア) 注射針

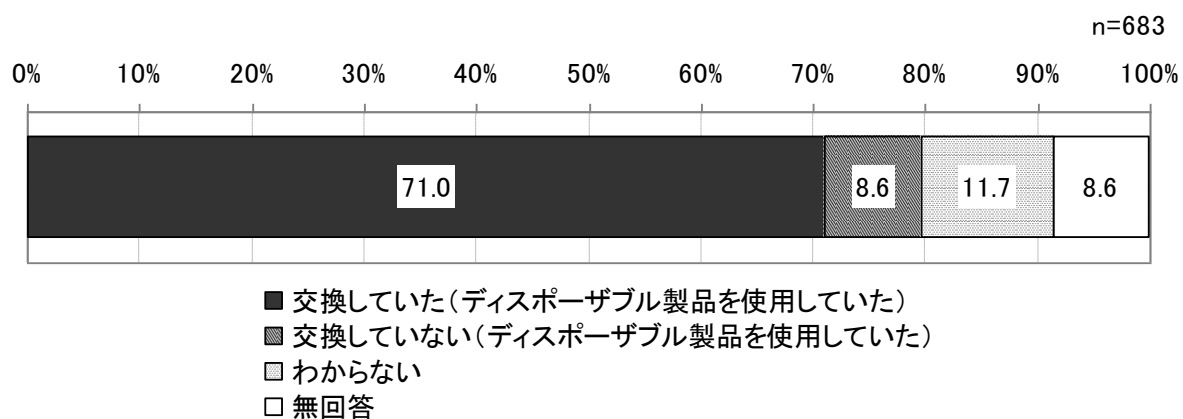
1) 被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）

① ディスポーザブル製品の使用の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計³³）

被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）については、「交換していた（ディスポーザブル製品を使用していた）」（71.0%）、「交換していない（ディスポーザブル製品を使用していない）」（8.6%）、「わからない」（11.7%）であった³⁴。

「交換していた（ディスポーザブル製品を使用していた）」場合のきっかけ又は理由として、「既にディスポーザブル製品を使用していた」（38件）、「ディスポーザブル製品が一般的であった」（36件）、「感染予防の為」（36件）、「行政・医療機関・医師会の指導」（24件）などの回答が得られた。

図 5-259 被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の有無（小さい番号優先）



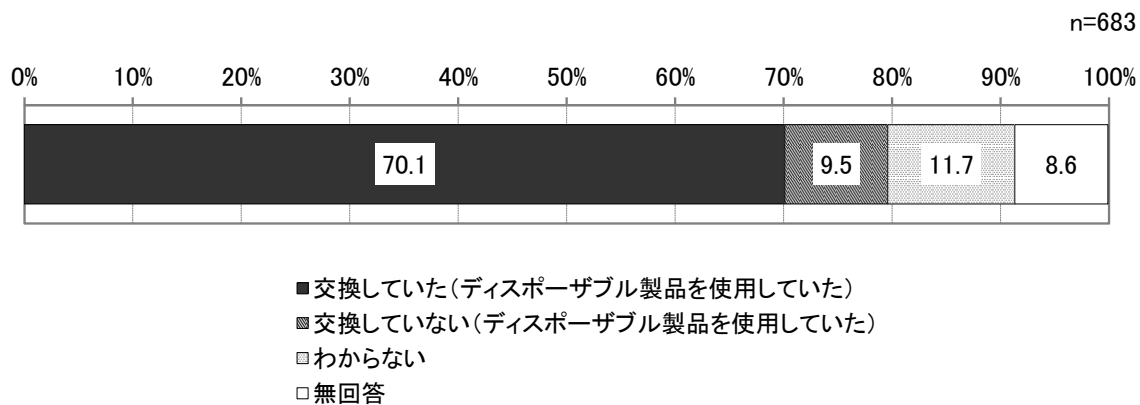
³³ 予防接種の種類ごとに状況が異なることを想定し、複数回答を可としたことから、複数回答の場合に選択肢番号が小さい方の回答を優先した集計と大きい方の回答を優先した集計を行っている。以下同様。

³⁴ 「交換していない（ディスポーザブル製品を使用していない）」との回答には、「交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施」「アルコール綿を用いた消毒の実施」を行ったケースが含まれる。

② ディスポーザブル製品の使用の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）については、「交換していた（ディスポーザブル製品を使用していた）」（70.1%）、「交換していない（ディスポーザブル製品を使用していない）」（9.5%）、「わからない」（11.7%）であった。

図 5-260 被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の有無（大きい番号優先）



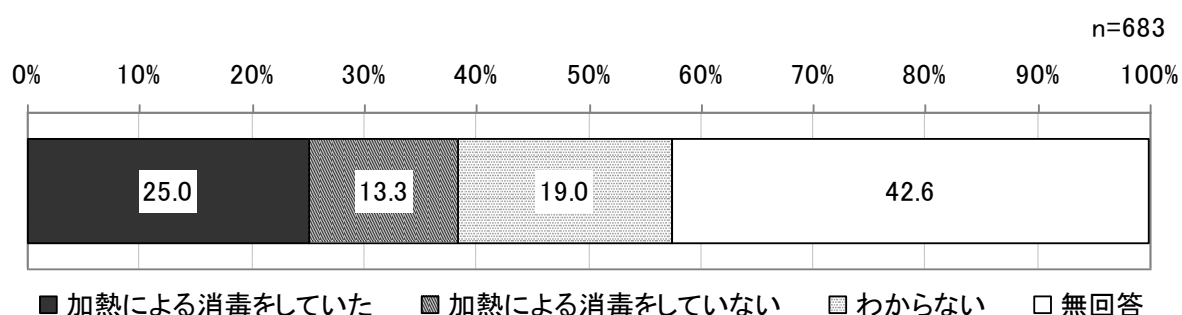
2) 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）

① 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒の実施の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施の有無については、「加熱による消毒をしていた」（25.0%）、「加熱による消毒をしていない」（13.3%）、「わからない」（19.0%）であった。³⁵

「加熱による消毒をしていた」場合のきっかけ又は理由として、「行政・医療機関・医師会の指導」（20件）、「感染予防の為」（13件）、「加熱消毒が当たり前と思っていた」（7件）、「BCG管針は加熱消毒だったように記憶している」（4件）、「既に煮沸消毒された注射筒と針を使用していた」（4件）などの回答が得られた。

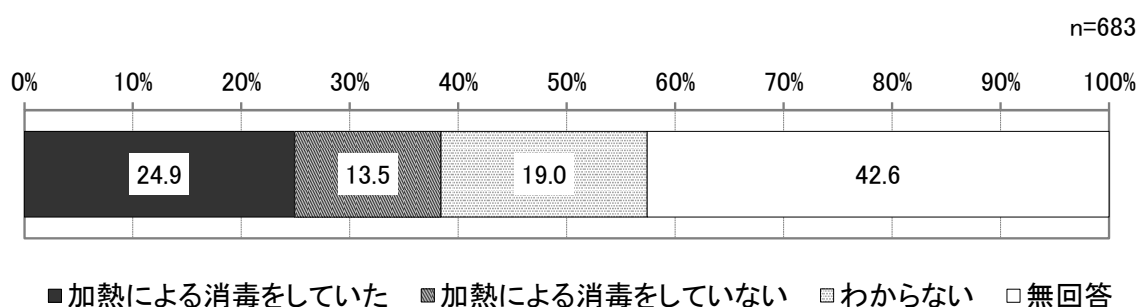
図 5-261 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒実施の有無（小さい番号優先）



② 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒の実施の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施の有無については、「加熱による消毒をしていた」（24.9%）、「加熱による消毒をしていない」（13.5%）、「わからない」（19.0%）であった。

図 5-262 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒実施の有無（大きい番号優先）



³⁵「加熱による消毒をしていない」との回答には、「ディスポーザブル製品を使用」「アルコール綿を用いた消毒の実施」を行ったケースが含まれる。

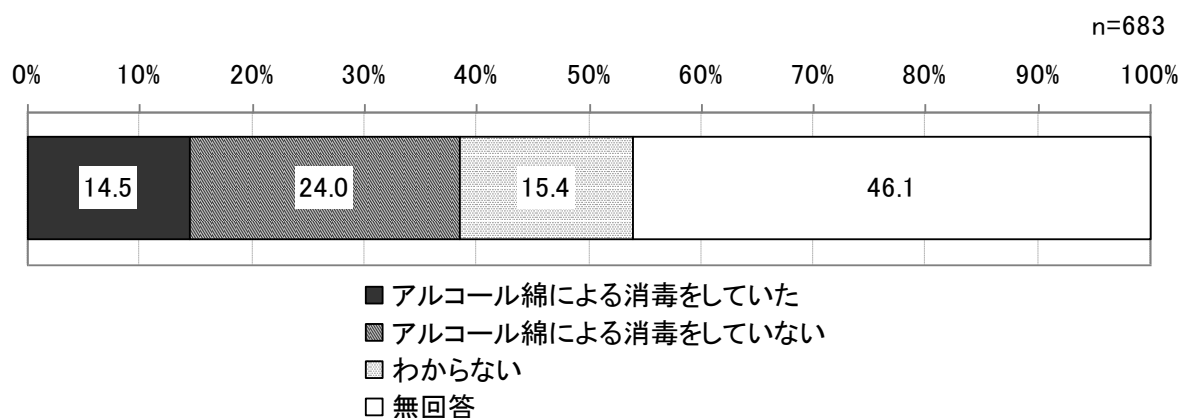
3) 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒

① アルコール綿を用いた消毒の実施の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無については、「アルコール綿による消毒をしていた」（14.5%）、「アルコール綿による消毒をしていない」（24.0%）、「わからない」（15.4%）であった。³⁶

「アルコール綿による消毒をしていた」場合のきっかけ又は理由として、「感染予防の為」（5件）、「一般常識として行なっていた」（3件）、「行政等の指示」（3件）などの回答が得られた。

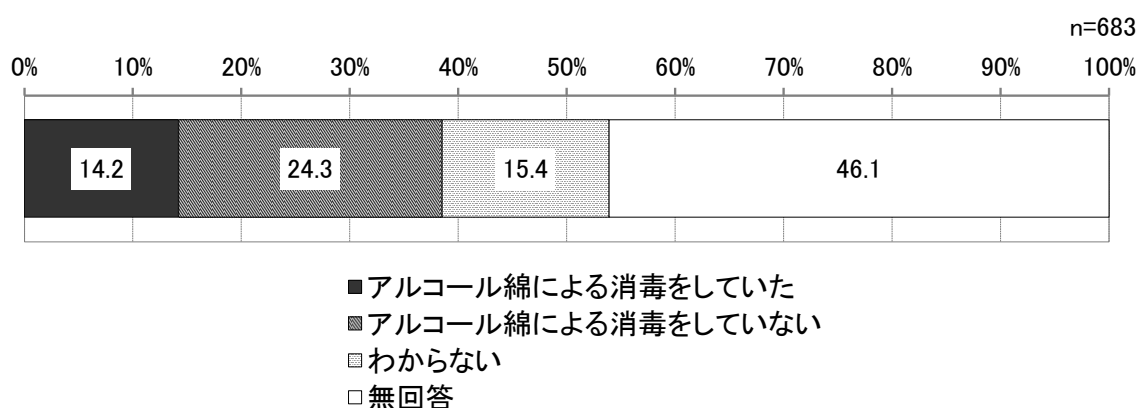
図 5-263 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒実施の有無(小さい番号優先)



② アルコール綿を用いた消毒の実施の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無については、「アルコール綿による消毒をしていた」（14.2%）、「アルコール綿による消毒をしていない」（24.3%）、「わからない」（15.4%）であった。³⁷

図 5-264 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒実施の有無(大きい番号優先)



³⁶「アルコール綿による消毒をしていない」との回答には、「デイスポーザブル製品の使用」「交換・加熱消毒（乾燥、蒸気、煮沸滅菌）の実施」を行ったケースが含まれる。

³⁷「アルコール綿による消毒をしていない」との回答には、「デイスポーザブル製品の使用」「交換・加熱消毒（乾燥、蒸気、煮沸滅菌）の実施」を行ったケースが含まれる。

4) 被接種者ごとの交換・消毒の実施状況（(1)～(3)のまとめ）

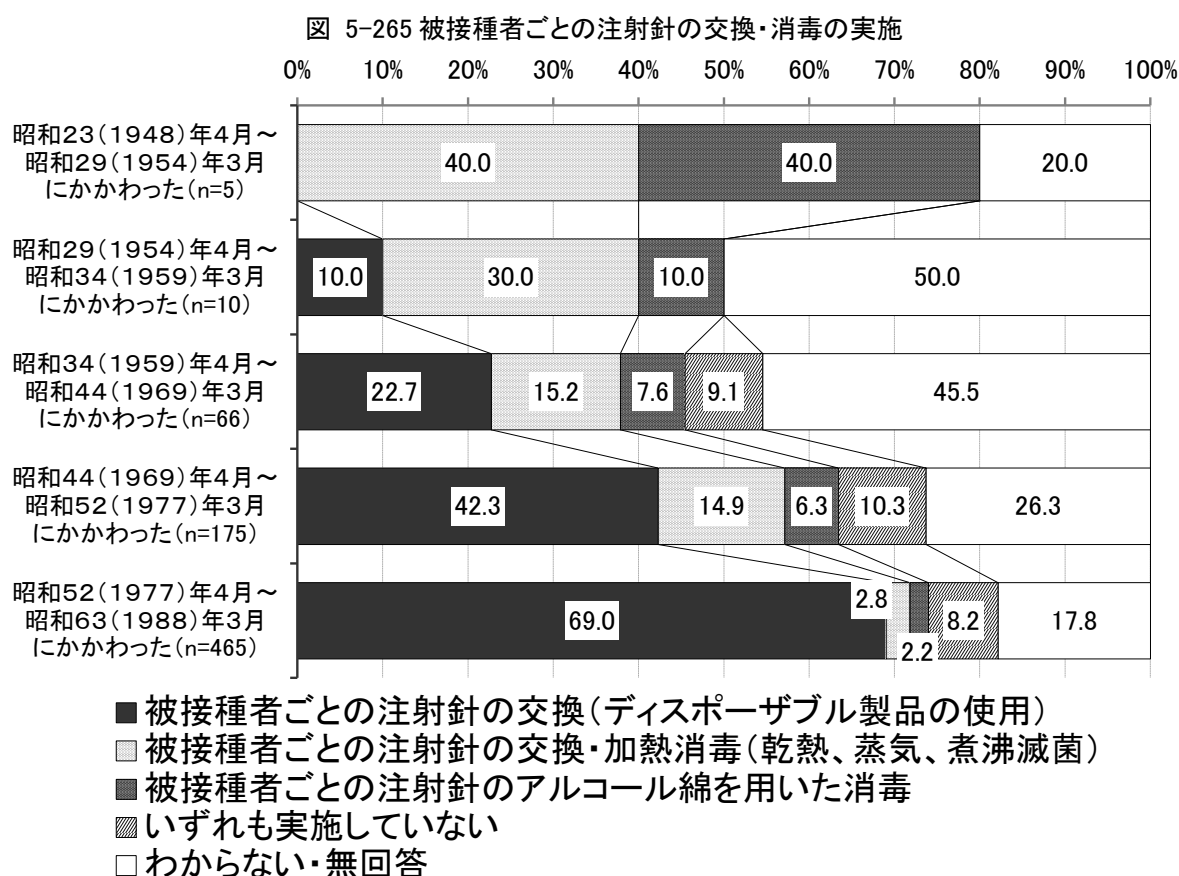
被接種者ごとの注射針の交換・消毒の実施について、時代区分ごとの「ディスポーザブル製品の使用」「加熱消毒」「アルコール綿による消毒」の構成を分析した。

その結果、サンプル数が一定程度得られている昭和34年以降で見ると、昭和34年4月～昭和44年3月で「ディスポーザブル製品の使用」が22.7%と多く、次いで、「加熱消毒」(15.2%)、「アルコール綿を用いた消毒」(7.6%)であった。

昭和44年4月～昭和52年3月では、「ディスポーザブル製品の使用」が42.3%と増加し、さらに昭和52年4月～昭和63年3月では、「ディスポーザブル製品の使用」が69.0%を占めていた。

また、昭和34年4月～昭和44年3月、昭和44年4月～昭和52年3月、昭和52年4月～昭和63年3月のいずれの期間にも、「いずれも実施していない」³⁸者が一定割合存在している。

なお、特に古い時代の回答においては「わからない」あるいは「無回答」が多くを占めており、結果の解釈に当たっては留意が必要である。



³⁸ ここで「いずれも実施していない」とは当該年度に1)「ディスポーザブル製品を使用していた」に該当せず、2)「加熱消毒を行っていた」に該当せず、3)「アルコール綿を用いた消毒を行っていない」ものとした。

(イ) 注射筒

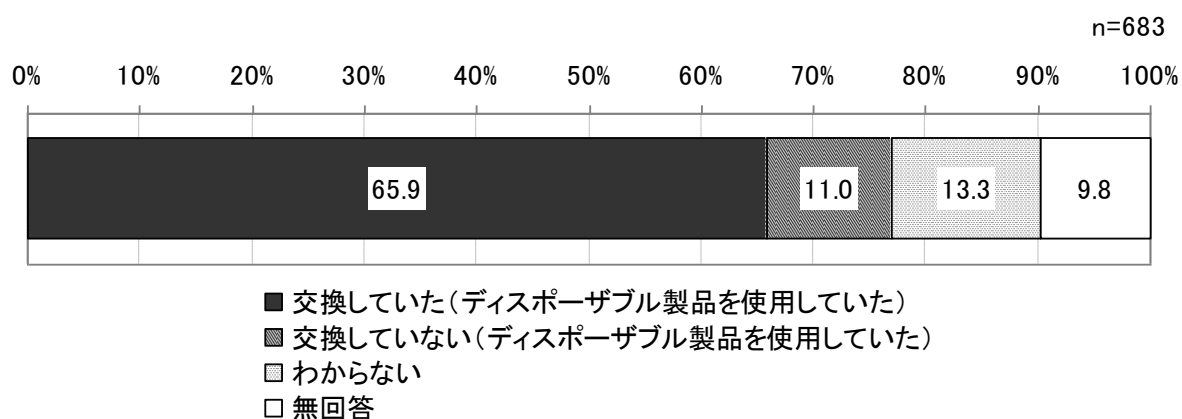
1) 被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）

① ディスポーザブル製品の使用の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）については、「交換していた（ディスポーザブル製品の使用）」（65.9%）、「交換していない（ディスポーザブル製品の使用）」（11.0%）、「わからない」（13.3%）であった³⁹。

「交換していた（ディスポーザブル製品の使用）」場合のきっかけ又は理由として、「行政・医療機関の指導」（28件）、「感染予防の為」（26件）、「そのようなやり方になっていた」（19件）、「ディスポーザブルが一般的だった」（13件）などの回答が得られた。

図 5-266 被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の有無（小さい番号優先）

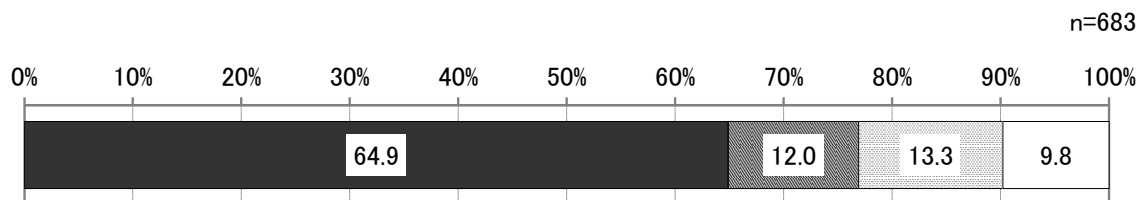


³⁹ 「交換していない（ディスポーザブル製品を使用していない）」との回答には、「交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施」「アルコール綿を用いた消毒の実施」を行ったケースが含まれる。

② ディスポーザブル製品の使用の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）については、「交換していた（ディスポーザブル製品の使用）」（64.9%）、「交換していない（ディスポーザブル製品の使用）」（12.0%）、「わからない」（13.3%）であった。

図 5-267 被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の有無（大きい番号優先）



- 交換していた(ディスポーザブル製品を使用していた)
- 交換していない(ディスポーザブル製品を使用していた)
- わからない
- 無回答

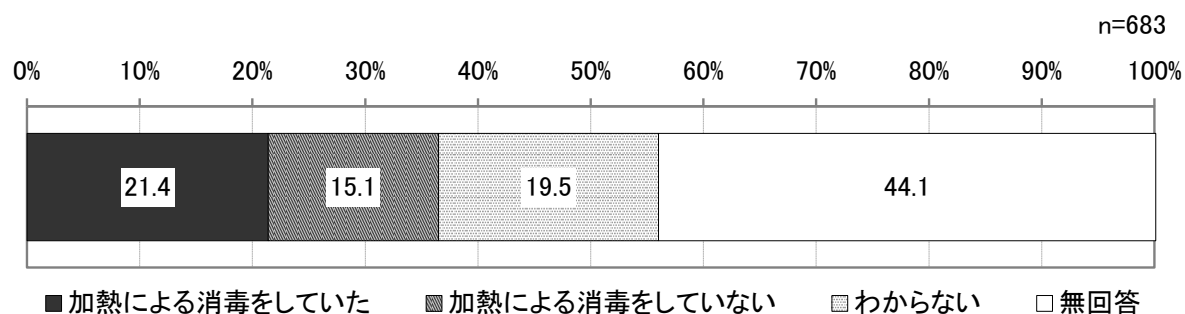
2) 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）

① 注射筒の交換・加熱消毒の実施の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施の有無については、「加熱による消毒をしていた」（21.4%）、「加熱による消毒をしていない」（15.1%）、「わからない」（19.5%）であった。⁴⁰

「加熱による消毒をしていた」場合のきっかけ又は理由として、「行政・医師会・医療機関の指示」（16件）、「感染予防の為」（10件）、「ディスプレイ登場以前はそれが常識だった」（3件）などの回答が得られた。

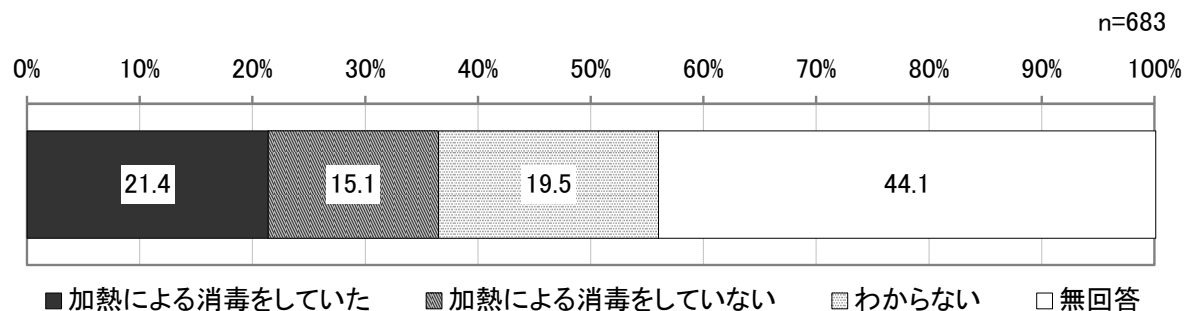
図 5-268 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒実施の有無(小さい番号優先)



② 注射筒の交換・加熱消毒の実施の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の実施の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-269 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒実施の有無(大きい番号優先)



⁴⁰ 「加熱による消毒をしていない」との回答には、「ディスプレイ製品を使用」「アルコール綿を用いた消毒の実施」を行ったケースが含まれる。

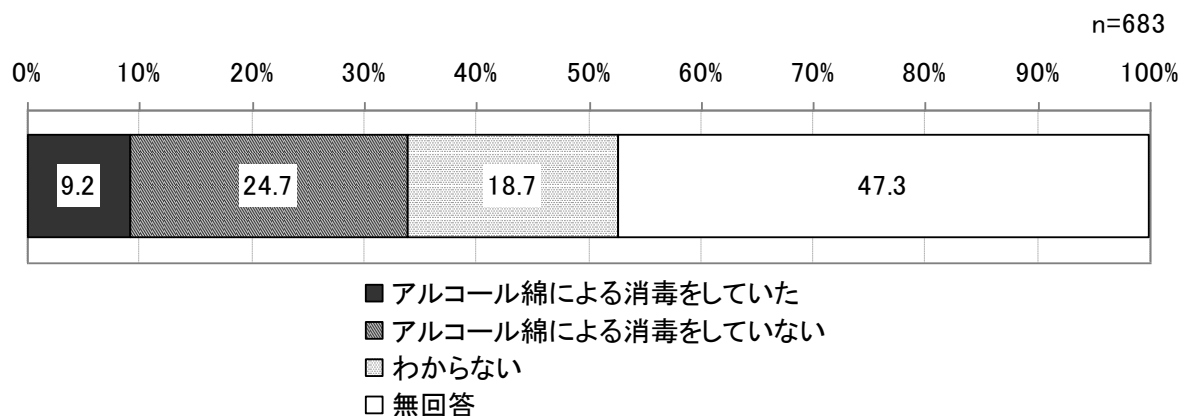
3) 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒

① 注射筒のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無については、「アルコール綿による消毒をしていた」（9.2%）、「アルコール綿による消毒をしていない」（24.7%）、「わからない」（18.7%）であった。⁴¹

「アルコール綿による消毒をしていた」場合のきっかけ又は理由として、「感染予防の為」（5件）などの回答が得られた。

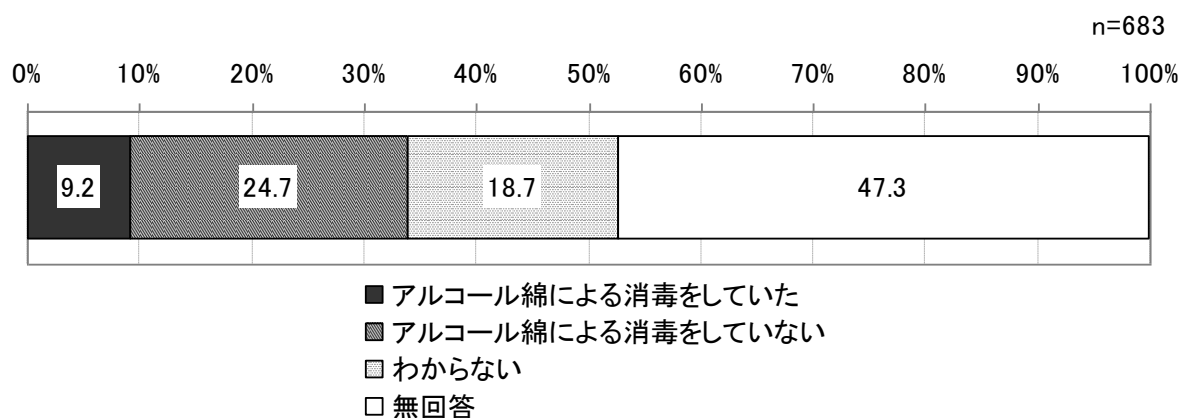
図 5-270 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒実施の有無(小さい番号優先)



② 注射筒のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の実施の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-271 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒実施の有無(大きい番号優先)



⁴¹ 「アルコール綿による消毒をしていない」との回答には、「ディスポーザブル製品の使用」「交換・加熱消毒（乾燥、蒸気、煮沸滅菌）の実施」を行ったケースが含まれる。

4) 被接種者ごとの交換・消毒の実施状況（(1)～(3)のまとめ）

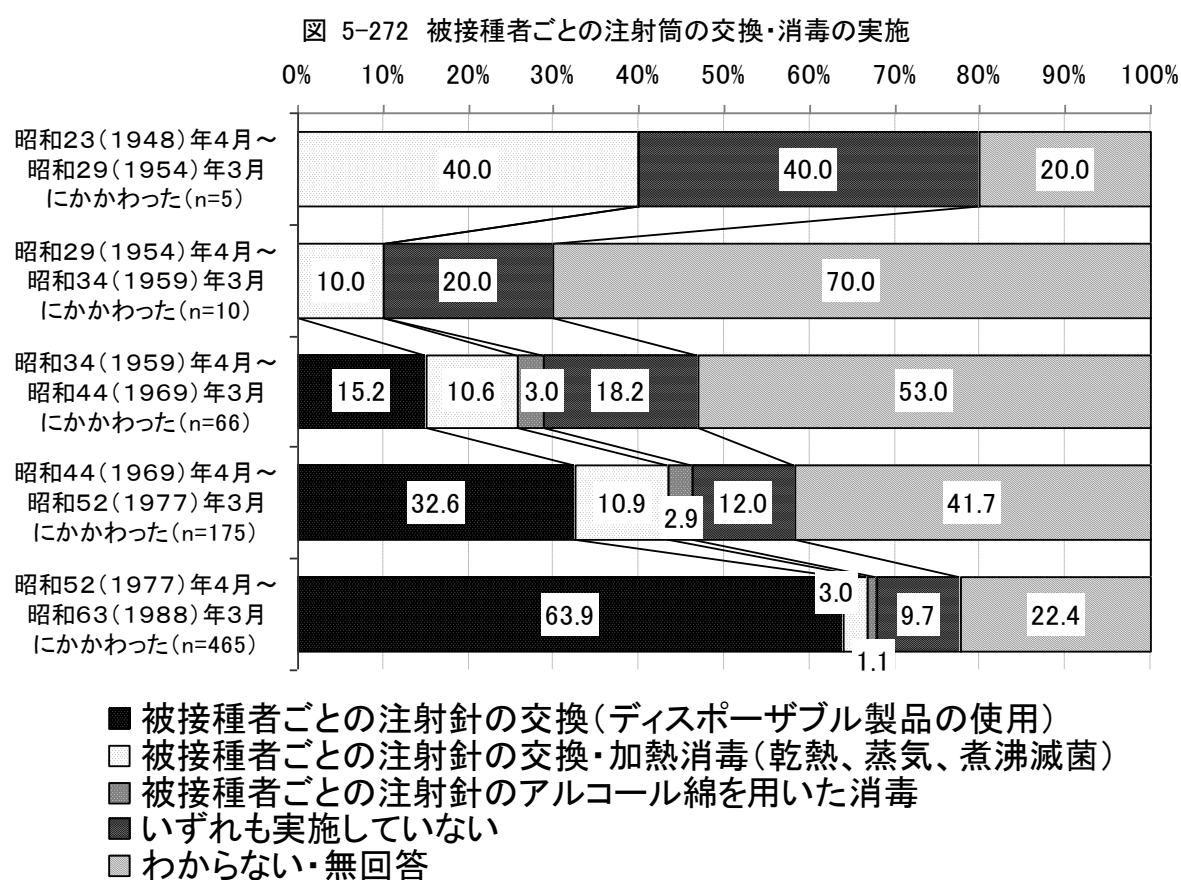
被接種者ごとの注射筒の交換・消毒の実施状況について、時代区分ごとの「ディスポーザブル製品の使用」「加熱消毒」「アルコール綿による消毒」の構成を分析した。

その結果、サンプル数が一定程度見られている昭和34年以降で見ると、昭和34年4月～昭和44年3月で既に、「ディスポーザブル製品の使用」が多く、次いで「加熱消毒」であった。

昭和44年4月～昭和52年3月では、「ディスポーザブル製品の使用」が多くなり、さらに昭和52年4月～昭和63年3月では、「ディスポーザブル製品の使用」が6割を占めていた。

また、昭和34年4月～昭和44年3月、昭和44年4月～昭和52年3月、昭和52年4月～昭和63年3月のいずれの期間にも、「いずれも実施していない」⁴²者が一定割合存在している。

なお、特に古い時代の回答においては「わからない」あるいは「無回答」が多くを占めており、結果の解釈に当たっては留意が必要である。



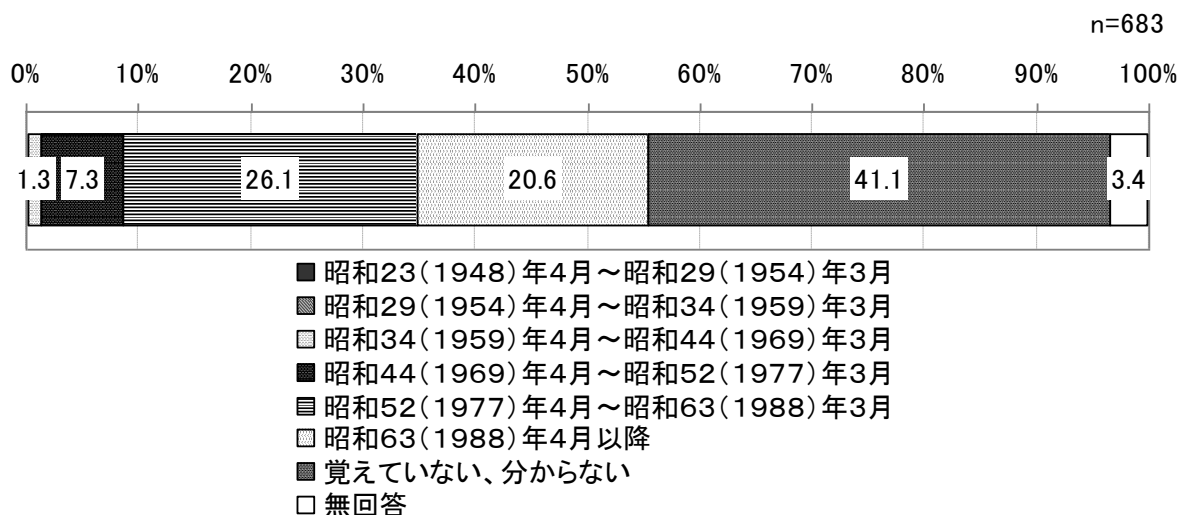
⁴² ここで「いずれも実施していない」とは当該年度に 1)「ディスポーザブル製品を使用していた」に該当せず、2)「加熱消毒を行っていた」に該当せず、3)「アルコール綿を用いた消毒を行っていない」ものとした。

f) 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染の症例把握

(ア) 症例報告の把握時期

症例報告を把握した時期については、「覚えていない、分からない」(41.1%)が最も多く、次いで「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(26.1%)、「昭和63(1988)年4月以降」(20.6%)であった。

図 5-273 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)感染の症例報告を把握した時期



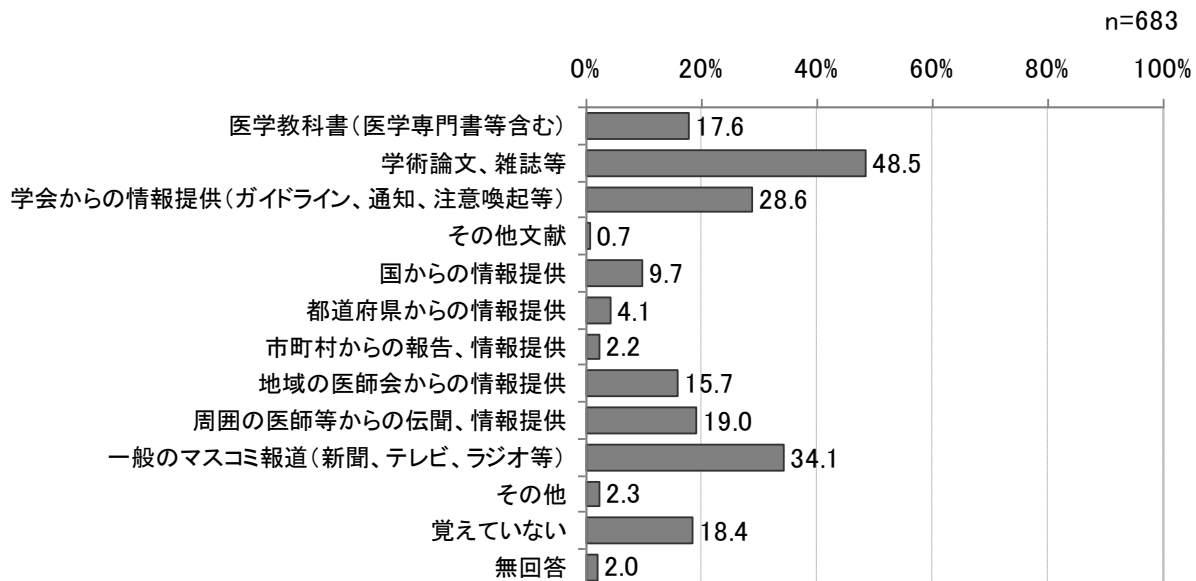
サンプル数	昭和44年3月～昭和52年1月	昭和49年3月～昭和54年1月	昭和53年3月～昭和58年1月	昭和57年3月～昭和62年1月	昭和61年3月～昭和66年1月	昭和65年3月以降	覚えていない、分からない	無回答
683	0	1	9	50	178	141	281	23
	0.0	0.1	1.3	7.3	26.1	20.6	41.1	3.4

(イ) 症例報告を把握した情報源

症例報告を把握した情報源については、「学術論文、雑誌等」(48.5%)が最も多く、次いで「一般のマスコミ報道(新聞、ラジオ、テレビ等)」(34.1%)、「学会からの情報提供(ガイドライン、通知、注意喚起)」(28.6%)であった。

また、その他の情報源としては、「大学の講義等」(6件)、「疾患の経験から」(2件)、「法医学雑誌」(1件)などの回答が得られた。

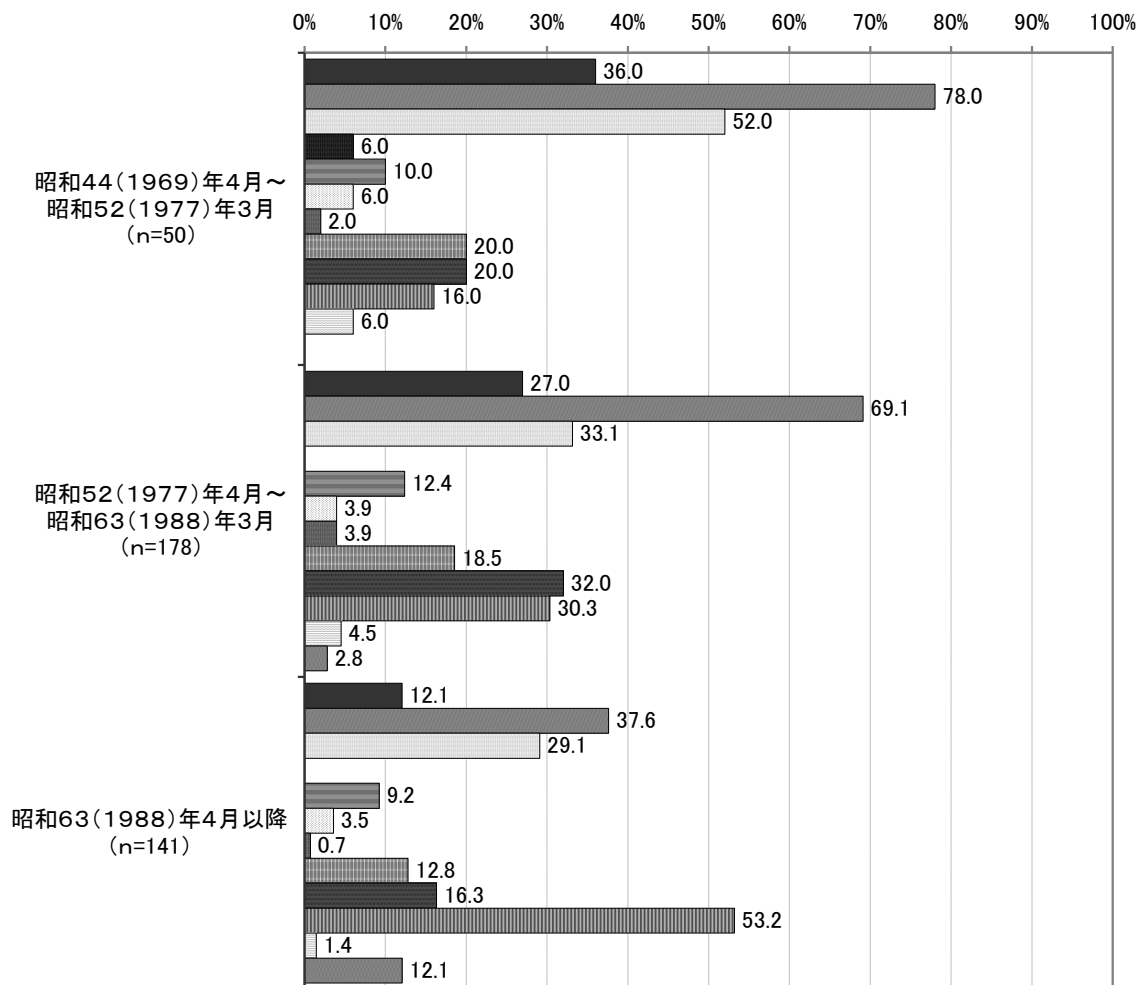
図 5-274 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)感染の症例報告を把握した情報源



(ウ) 情報源と症例報告把握について認識した時期

昭和52年4月から昭和63年3月においては、医学教科書、学術論文、雑誌、学会から発出されたガイドライン、周囲の医師等からの伝聞等、情報源が多様化していることがうかがえる。

図 5-275 症例報告について認識した時期(表側)と情報源(表頭)



- 医学教科書(医学専門書等含む)
- 学術論文、雑誌等
- 学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等
- その他文献
- 国の法令、通知、通達、事務連絡等
- 都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等
- 地域の医師会等の会合
- 周囲の医師等からの伝聞
- 一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)
- その他
- 覚えていない

※ 昭和23(1948)年4月～昭和29(1954)年3月、昭和29(1954)年4月～昭和34(1959)年3月、昭和34(1959)年4月～昭和44(1969)年3月は、サンプル数が10以下と少ないためグラフに示していない。

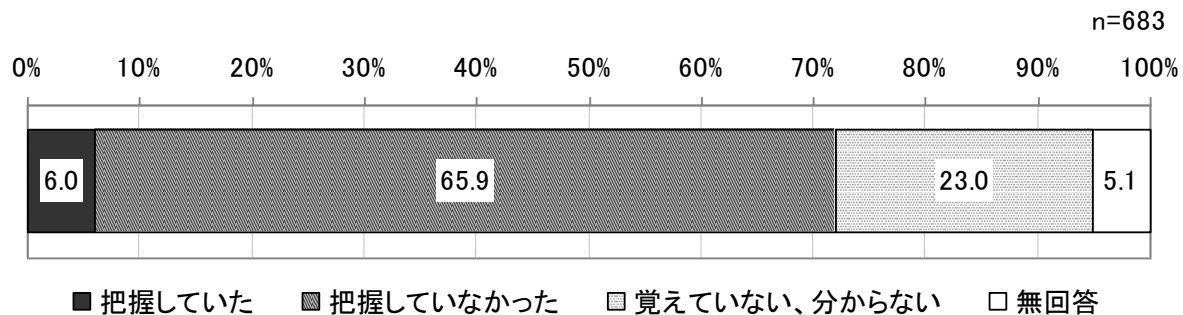
	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 3 2 (9 1 4 (9 1 8 5) 4 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 2 和 9 3 (9 4 1 (9 1 5 9 4 5) 9 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 3 和 4 4 (9 1 5 9 9 6) 9 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 4 和 4 5 (9 2 1 (9 1 6 9 9 7) 7 年) 4	年月昭 3 5 和 月 昭 5 和 2 6 (9 3 1 (9 1 7 9 7 8) 8 年) 4	月昭 以 和 降 6 3 (1 9 8 8) 年 4
サンプル数	0	1	9	50	178	141
【V(1)情報源】						
医学教科書(医学専門書等含む)	0	1	3	18	48	17
	0.0	100.0	33.3	36.0	27.0	12.1
学術論文、雑誌等	0	1	4	39	123	53
	0.0	100.0	44.4	78.0	69.1	37.6
学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等	0	1	6	26	59	41
	0.0	100.0	66.7	52.0	33.1	29.1
その他文献	0	0	0	3	0	0
	0.0	0.0	0.0	6.0	0.0	0.0
国の法令、通知、通達、事務連絡等	0	0	2	5	22	13
	0.0	0.0	22.2	10.0	12.4	9.2
都道府県の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0	1	1	3	7	5
	0.0	100.0	11.1	6.0	3.9	3.5
市町村の条例、規則、告示、訓令、実施要綱・要領等	0	0	0	1	7	1
	0.0	0.0	0.0	2.0	3.9	0.7
地域の医師会等の会合	0	1	5	10	33	18
	0.0	100.0	55.6	20.0	18.5	12.8
周囲の医師等からの伝聞	0	1	2	10	57	23
	0.0	100.0	22.2	20.0	32.0	16.3
一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)	0	1	3	8	54	75
	0.0	100.0	33.3	16.0	30.3	53.2
その他	0	0	0	3	8	2
	0.0	0.0	0.0	6.0	4.5	1.4
覚えていない	0	0	0	0	5	17
	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	12.1

(エ) 自身が関わった事例

自身が関わった事例の把握については、「把握していた」(6.0%)、「把握していなかった」(65.9%)、「覚えていない、わからない」(23.0%)であった。

「把握していた」場合の事例の概要については、「B型肝炎例の経験」(5件)、「自身・身内が陽性」(5件)などの事例があった。

図 5-276 自身が関わった事例の把握



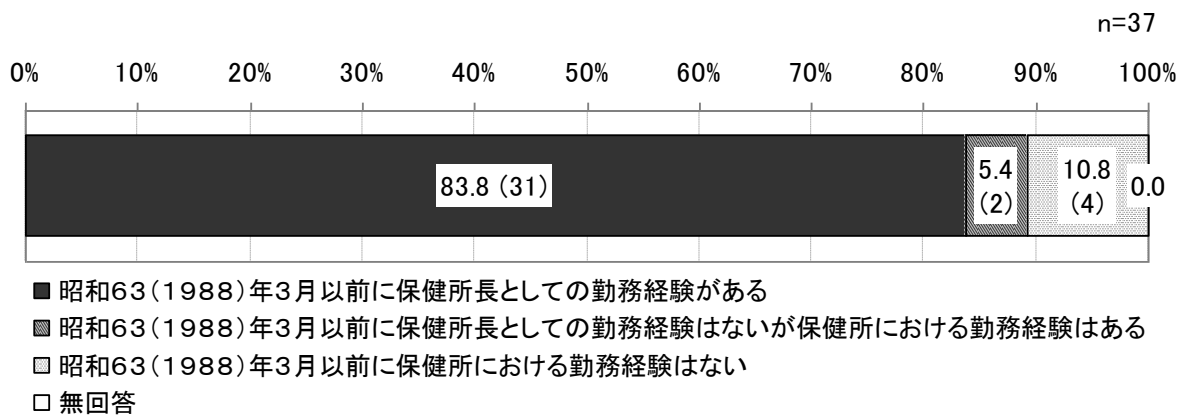
5.4.6 保健所長経験者対象調査

a) 保健所長としての勤務経験

(ア) 勤務経験の有無

昭和 63 (1988) 年 3 月以前の保健所長としての勤務経験の有無については、「昭和 63 (1988) 年 3 月以前に保健所長としての勤務経験がある」(83.8%) が最も多く、次いで「昭和 63 (1988) 年 3 月以前に保健所長としての勤務経験はない」(10.8%)、「昭和 63 (1988) 年 3 月以前に保健所長としての勤務経験はないが保健所における勤務経験はある」(5.4%) であった。

図 5-277 昭和63(1988)年3月以前の保健所長としての勤務経験の有無



b) 在任期間等

保健所長としての在任期間については、「昭和 52（1977）年 4 月～昭和 63（1988）年 3 月」（87.1%）が最も多く、次いで「昭和 44（1969）年 4 月～昭和 52（1977）年 3 月」（29.0%）、「昭和 34（1959）年 4 月～昭和 44（1969）年 3 月」（25.8%）であった。

回答があった者のうち、保健所長としての勤務経験はないが保健所における勤務経験があった者は 2 名だけであるが、その者の勤務期間については、2 名とも「昭和 52（1977）年 4 月～昭和 63（1988）年 3 月」であった。

図 5-278 保健所長としての在任期間

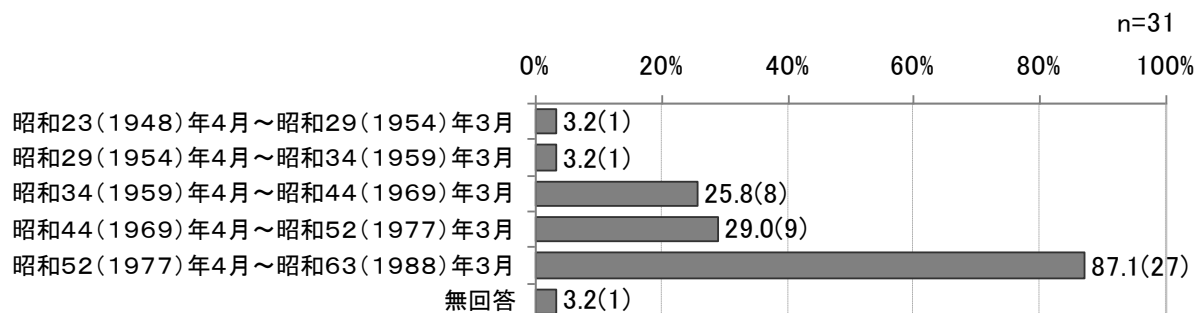
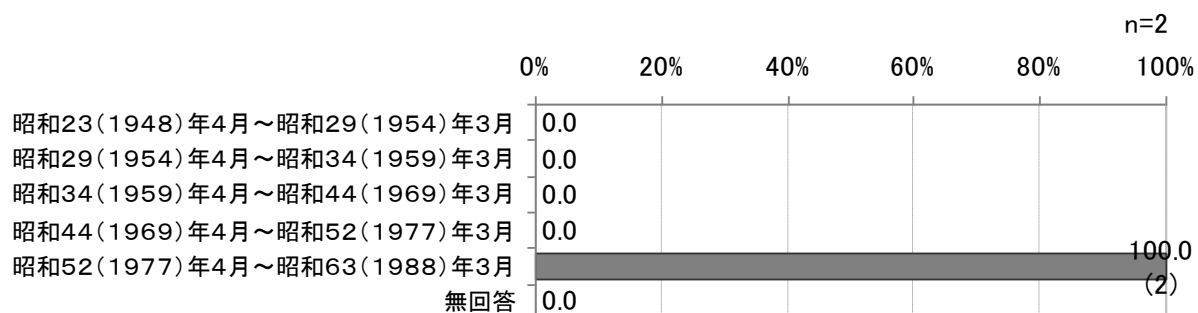


図 5-279 保健所における勤務期間



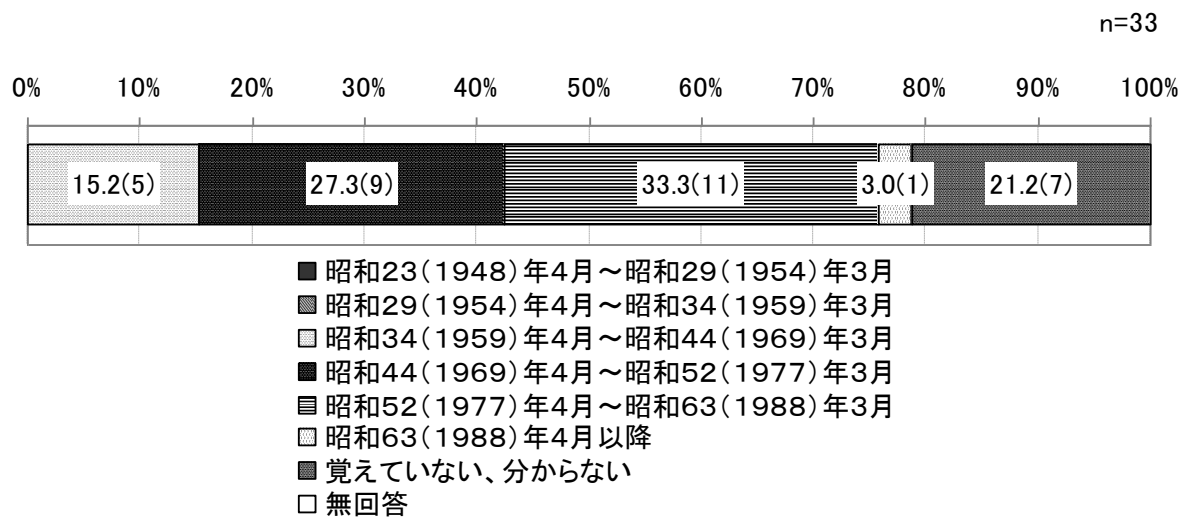
c) B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の病態等に関する認識

(ア) 重症になる疾病であることについての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)が重症になる疾病であることを認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(33.3%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(27.3%)、「覚えていない、分からない」(21.2%)であった。

図 5-280 重症になる疾病であることを認識した時期

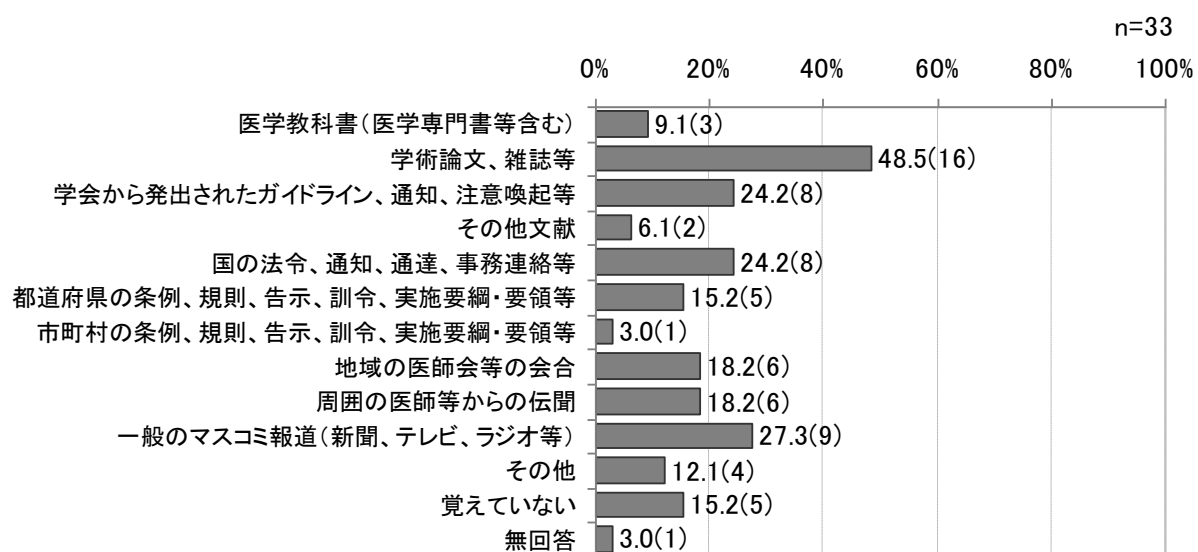


2) 認識した情報源

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）が重症になる疾病であることを認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」（48.5%）が最も多く、次いで「一般のマスコミ報道（新聞、テレビ、ラジオ等）」（27.3%）、「学会から発出されたガイドライン、通知、注意喚起等」と「国の法令、通知、通達、事務連絡等」（24.2%）であった。

その他文献では、「内科関係の雑誌、医事新報」（1件）、「学会誌（日本公衆衛生雑誌、小児保健研究）」（1件）などの回答が得られた。また、その他の情報源としては「肝疾患の研修会」（1件）、「夫の発病」（1件）などの回答が得られた。

図 5-281 重症になる疾病であることについて認識した情報源

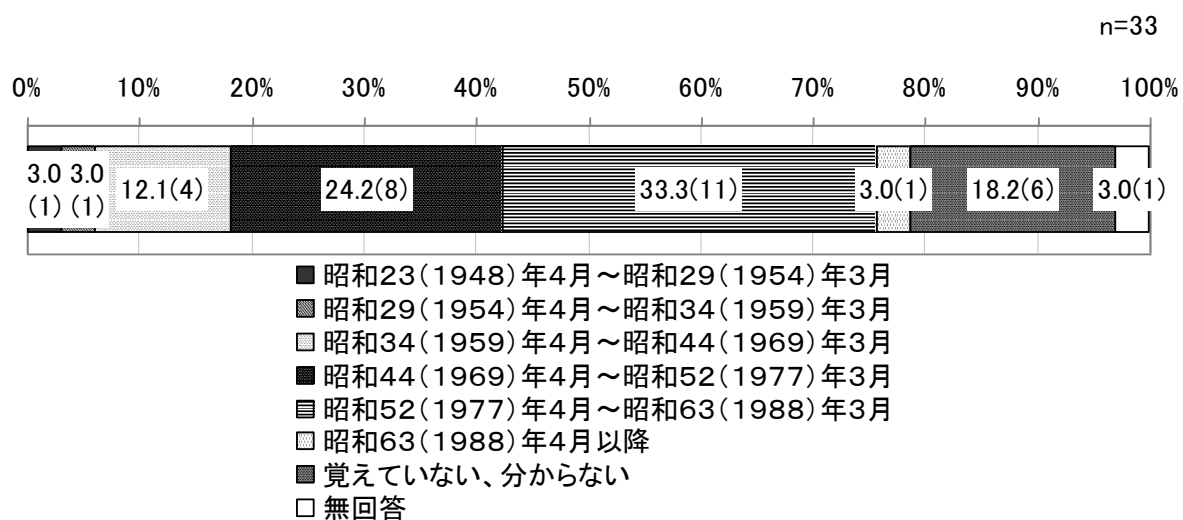


(イ) キャリア化についての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)のキャリア化について認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(33.3%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(24.2%)、「覚えていない、分からない」(18.2%)であった。

図 5-282 キャリア化について認識した時期

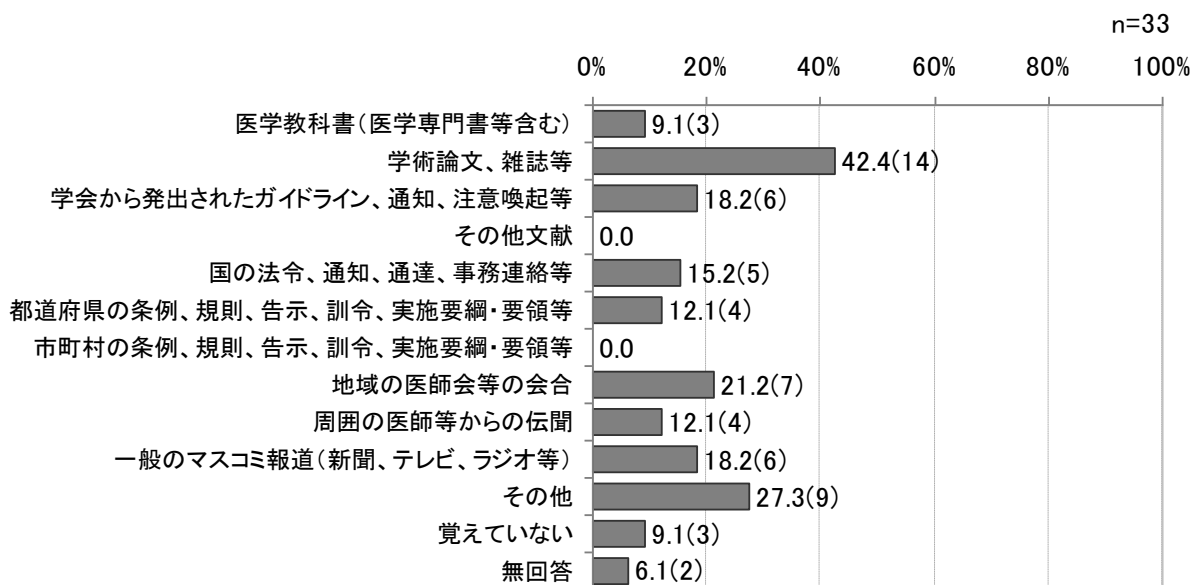


2) 認識した情報源

B型肝炎（ウイルス発見前の血清肝炎を含む）のキャリア化について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」（42.4%）が最も多く、次いで「その他」（27.3%）、「地域の医師会等の会合」（21.2%）であった。

その他の情報源としては「肝疾患の研修会」（1件）、「自分が感染した」（2件）、「配偶者が感染した」（2件）などの回答が得られた。

図 5-283 キャリア化について認識した情報源

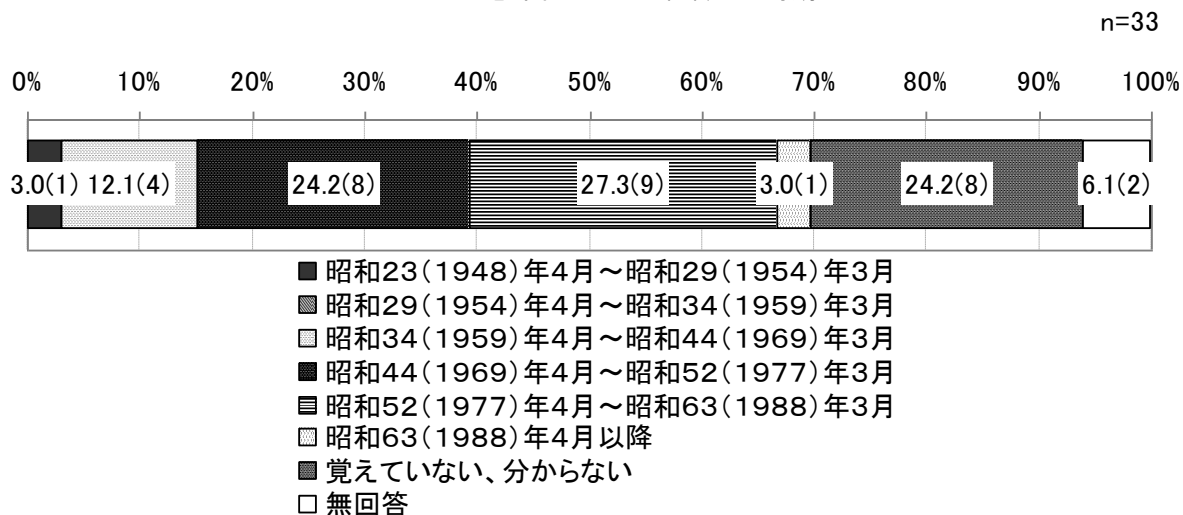


(ウ) 感染性についての認識

1) 認識した時期

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染性について認識した時期については、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(27.3%)が最も多く、次いで「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」と「覚えていない、分からない」(24.2%)であった。

図 5-284 感染性について認識した時期



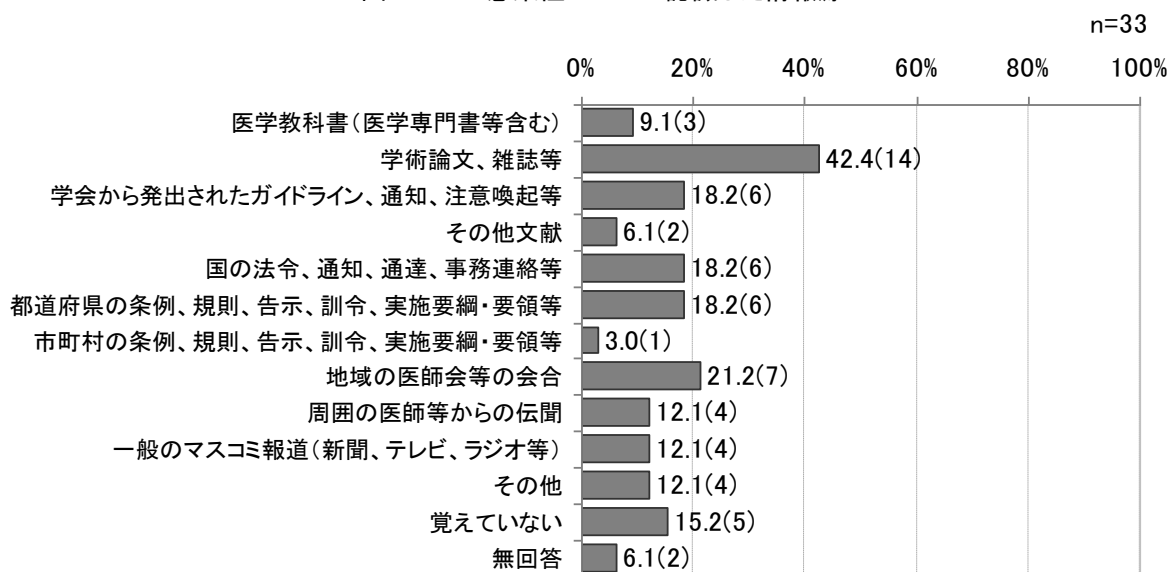
2) 認識した情報源

B型肝炎(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染性について認識した情報源については、「学術論文、雑誌等」(42.4%)が最も多く、次いで「地域の医師会等の会合」(21.2%)であった。

その他文献では、「内科関係の雑誌」(1件)という回答が得られた。

また、その他の情報源としては、「肝疾患の研修会」(1件)、「健康診断」(1件)などの回答が得られた。

図 5-285 感染性について認識した情報源



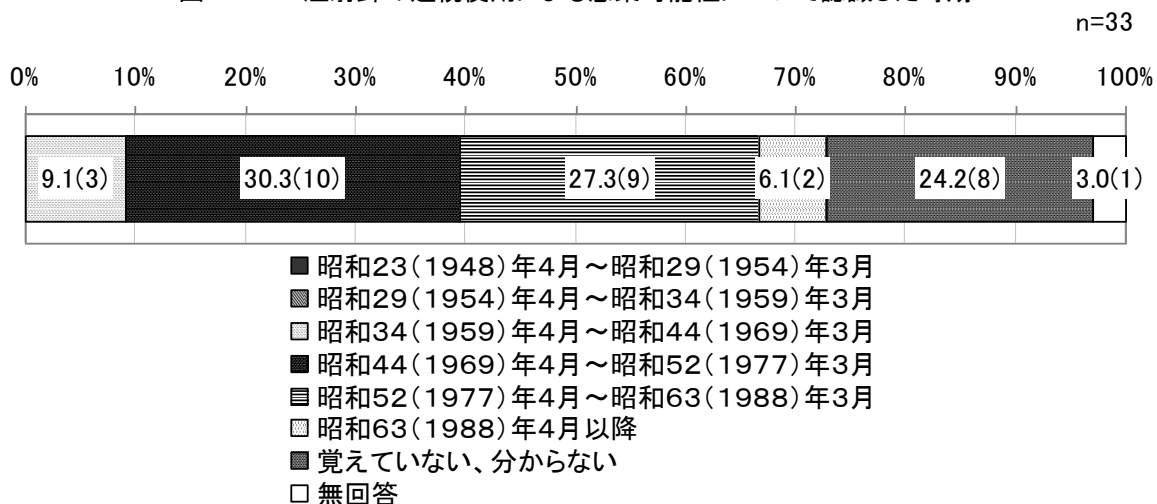
d) B型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染経路等に関する認識

(ア) 注射針

1) 認識した時期

注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期については、「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(30.3%)が最も多く、次いで「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(27.3%)、「覚えていない、分からない」(24.2%)であった。

図 5-286 注射針の連続使用による感染可能性について認識した時期

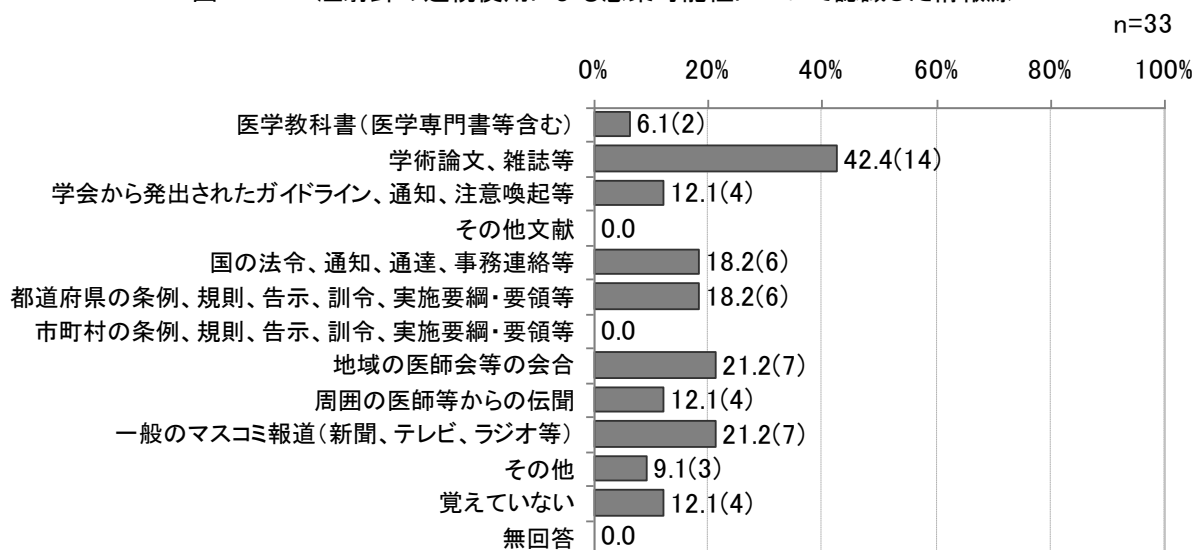


2) 認識した情報源

注射針の連続使用による感染可能性について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」(42.4%)が最も多く、次いで「地域の医師会等の会合」と「一般のマスコミ報道(新聞、テレビ、ラジオ等)」(21.2%)であった。

その他の情報源としては「肝疾患の研修会」(1件)などの回答が得られた。

図 5-287 注射針の連続使用による感染可能性について認識した情報源

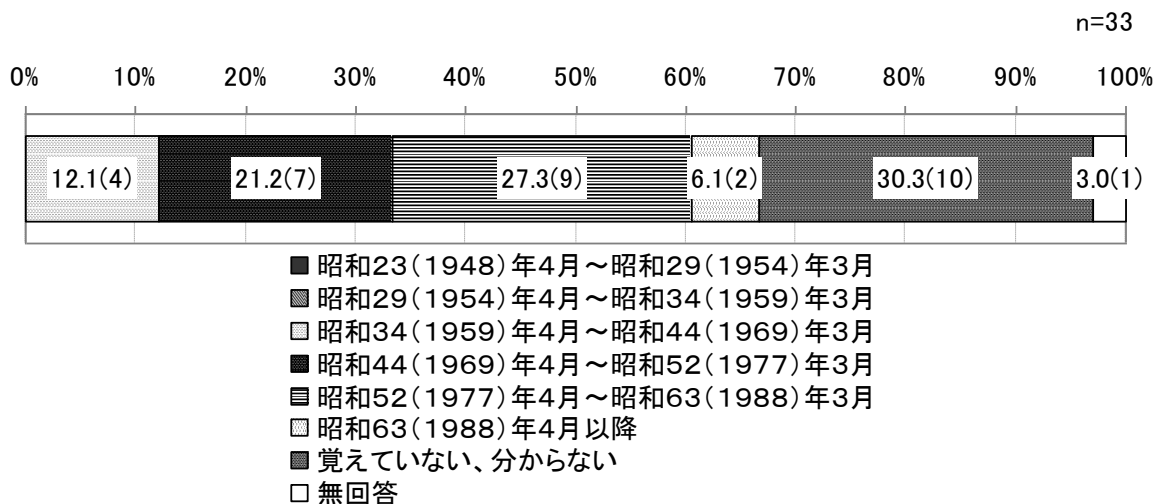


(イ) 注射筒

1) 認識した時期

注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期については、「覚えていない、分からない」(30.3%)が最も多く、次いで「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(27.3%)、「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(21.2%)であった。

図 5-288 注射筒の連続使用による感染可能性について認識した時期

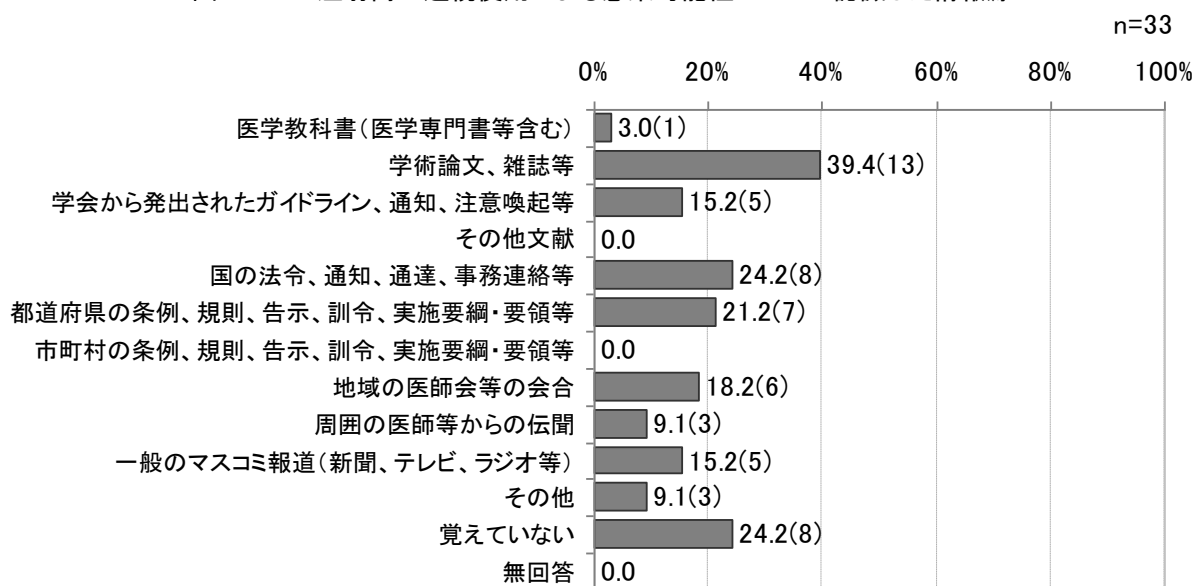


2) 認識した情報源

注射筒の連続使用による感染可能性について認識した情報源については、「学术论文、雑誌等」(39.4%)が最も多く、次いで「国の法令、通知、通達、事務連絡等」と「覚えていない」(24.2%)であった。

その他の情報源としては「肝疾患の研修会」(1件)、「市のHCで実際業務をしていて逆流があって、注射針を変えるだけだと危険だとの情報を得たから」(1件)などの回答が得られた。

図 5-289 注射筒の連続使用による感染可能性について認識した情報源



e) 集団予防接種等における注射針・注射筒の交換等に関する保健所としての指導状況

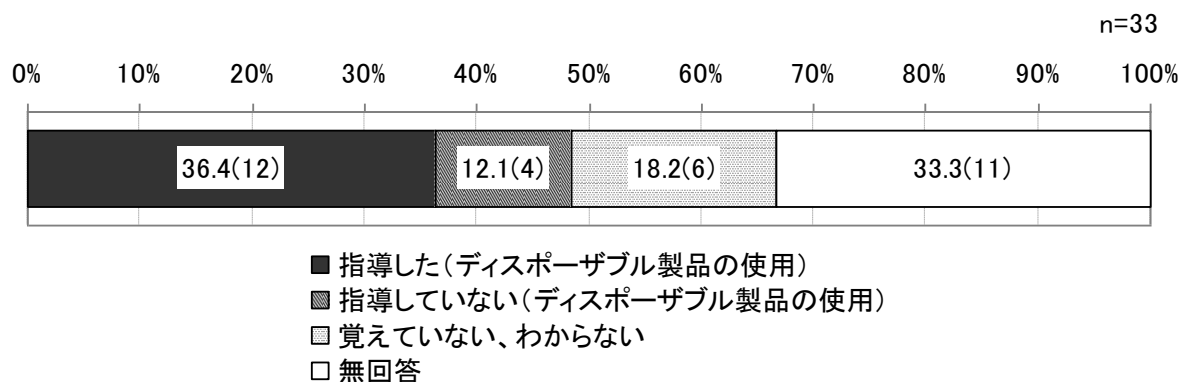
(ア) 注射針

1) 被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計⁴³）

被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無については、「指導した」（36.4%）、「指導していない」（12.1%）であった⁴⁴。

「指導した」場合のきっかけ又は理由として、「国からの通知」（3件）、「県からの注意喚起」（1件）などの回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村の業務であるから」（1件）、「地域の医師会が担当していたから」（1件）、「既にディスポを使用していたから」（1件）などの回答が得られた。

図 5-290 被接種者ごとの注射針の交換の指導の有無



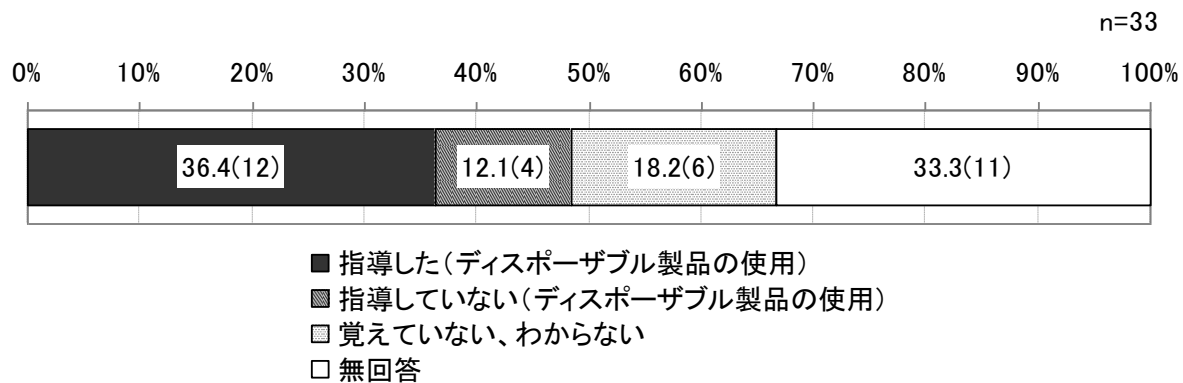
⁴³ 予防接種の種類ごとに状況が異なることを想定し、複数回答を可としたことから、複数回答の場合には回答番号が小さい方の回答を集計している。以下同様。

⁴⁴ 「(ディスポーザブル製品の使用について) 指導していない」との回答には、「交換・加熱消毒(乾熱、蒸気、煮沸滅菌)の指導」「アルコール綿を用いた消毒の指導」を行ったケースが含まれる。

2) 被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-291 被接種者ごとの注射針の交換の指導の有無

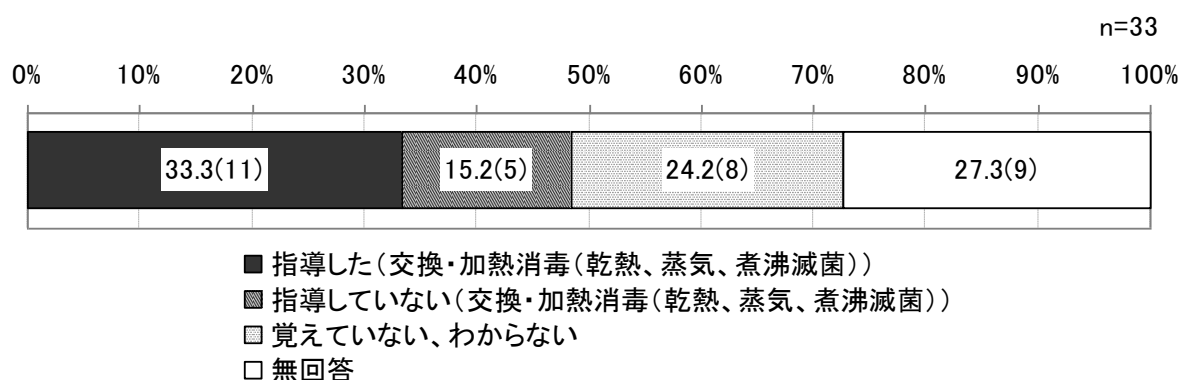


3) 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無については、「指導した」（33.3%）、「指導していない」（15.2%）であった。⁴⁵

「指導した」場合のきっかけ又は理由として、「県からの指示」（2件）、「市町村との打ち合わせ会議」（1件）、「集団接種における医師の法的責任についての啓発活動」（1件）という回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村の業務であるから」（1件）、「地域の医師会が担当していたから」（1件）、「既にディスプレイを使用していたから」（1件）、「改めて指導しなくとも、行なっていた」（1件）との回答が得られた。

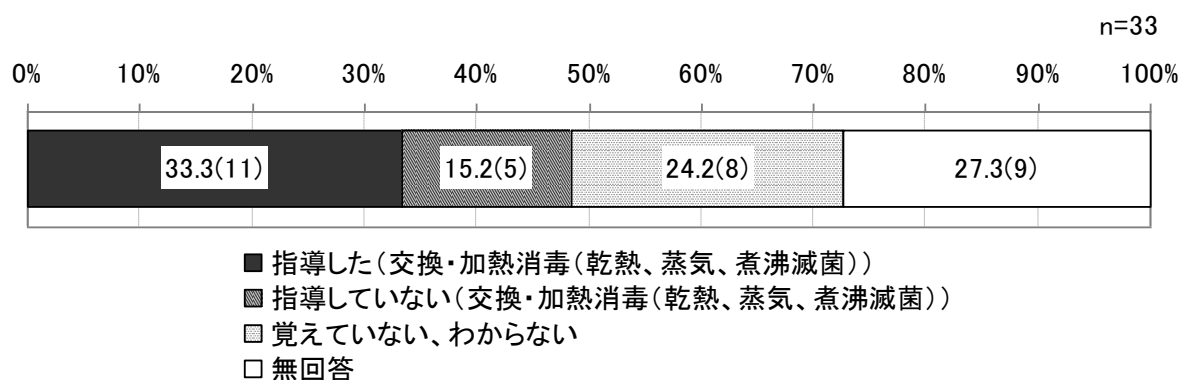
図 5-292 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒の指導の有無



4) 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-293 被接種者ごとの注射針の交換・加熱消毒の指導の有無



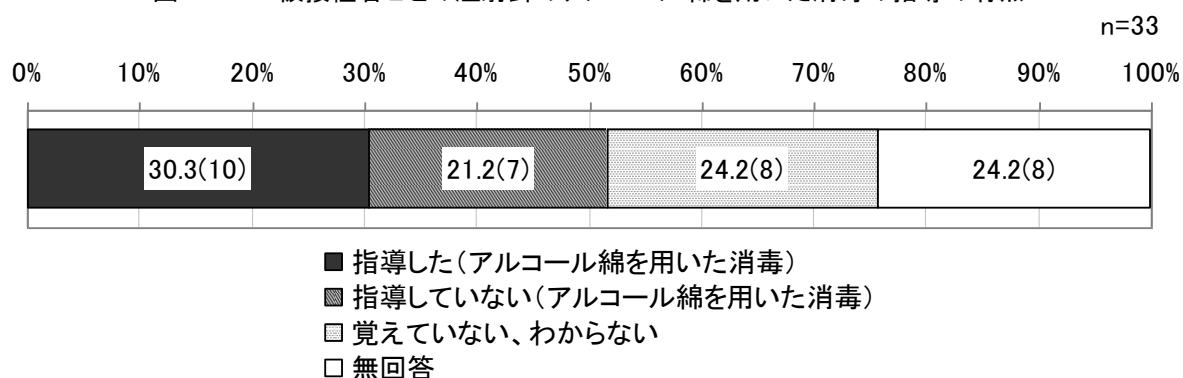
⁴⁵ 「(注射針の交換・加熱について) 指導していない」との回答には、「ディスプレイ製品の使用についての指導」「アルコール綿を用いた消毒の指導」を行ったケースが含まれる。

5) 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無については、「指導した」(30.3%)、「指導していない」(21.2%)であった。⁴⁶

「指導した」場合のきっかけ又は理由として、「一般的感染予防」(1件)という回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村の業務であるから」(1件)、「実施要領には注射針の交換があり、アルコール綿による事は記されていないから」(1件)、「地域の医師会が担当していたから」(1件)、「既にディスポを使用していたから」(1件)、「適切でないと考えたので」(1件)との回答が得られた。

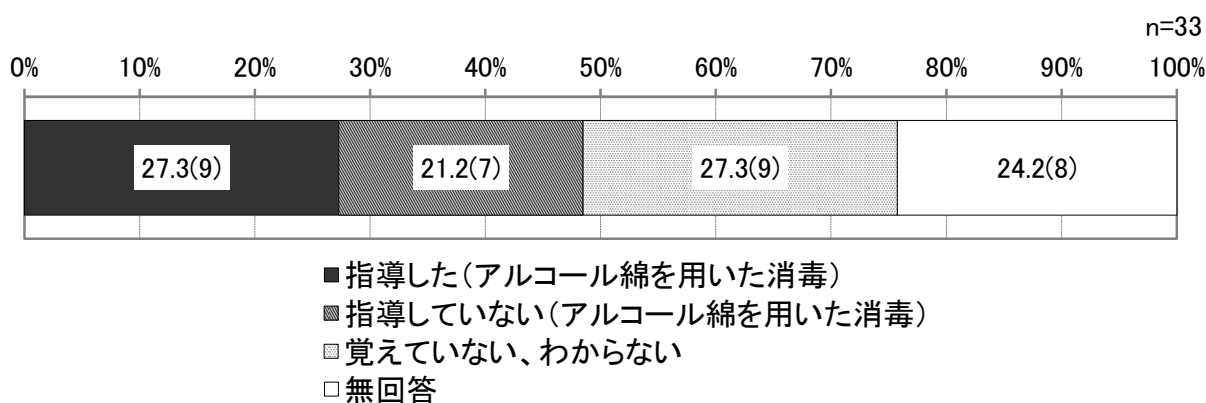
図 5-294 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無



6) 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無については、「指導した」(27.3%)、「指導していない」(21.2%)であった。

図 5-295 被接種者ごとの注射針のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無



⁴⁶ 「(アルコール綿を用いた消毒について) 指導していない」との回答には、「ディスポーザブル製品の使用についての指導」「注射針の交換・加熱の指導」を行ったケースが含まれる。

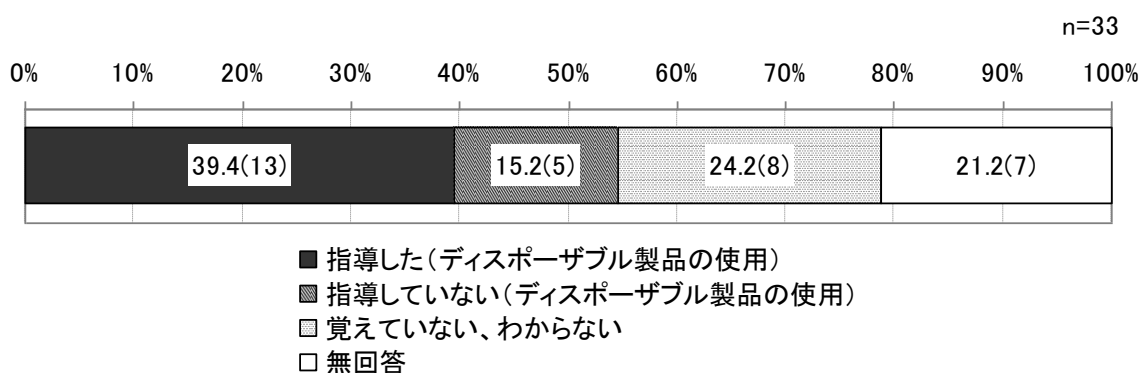
(イ) 注射筒

1) 被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無については、「指導した」（39.4%）、「指導していない」（15.2%）であった。⁴⁷

「指導した」場合のきっかけ又は理由として、「国からの通知」（3件）、「県の指示・方針」（1件）という回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村業務であり、特に問い合わせ等はなかった」（1件）、「実施要領には筒の交換は一回充てん量がなくなるまで筒の交換には記載されていなかった」（1件）、「地域の医師会の担当だから」（1件）、「既にディスポを使用していたから」（1件）との回答が得られた。

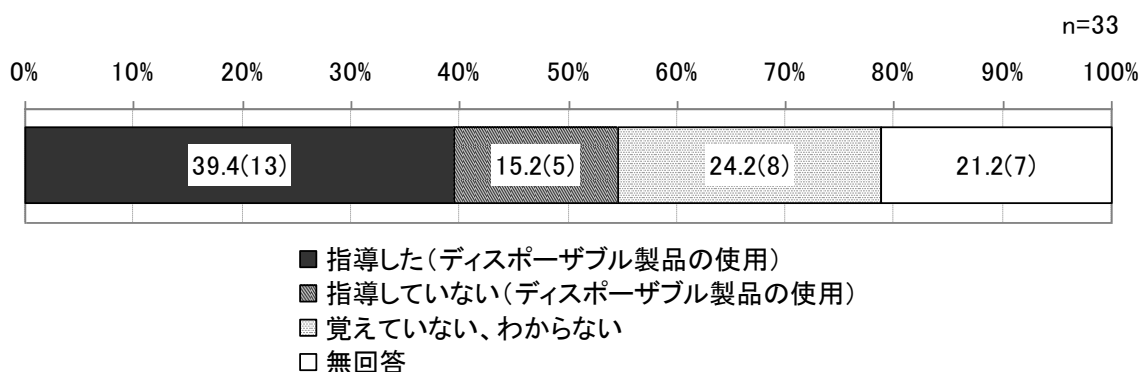
図 5-296 被接種者ごとの注射筒の交換の指導の有無



2) 被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換（ディスポーザブル製品の使用）の指導の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-297 被接種者ごとの注射筒の交換の指導の有無



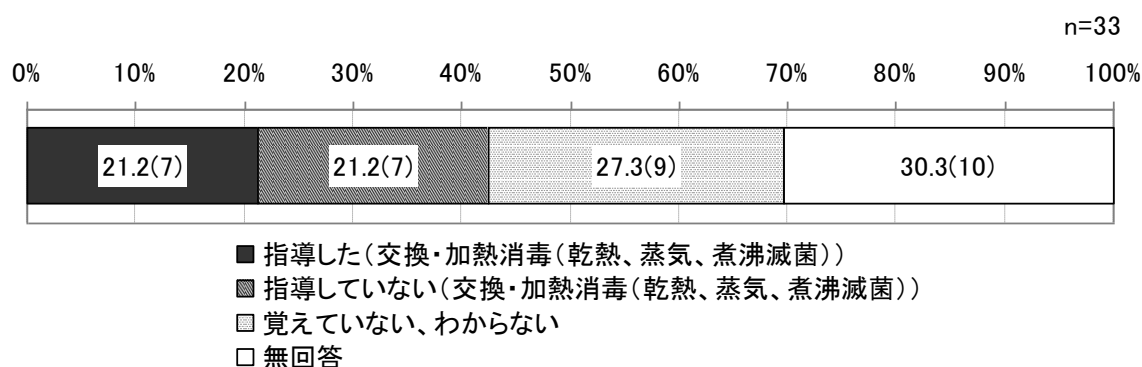
⁴⁷ 「(ディスポーザブル製品の使用について) 指導していない」との回答には、「交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導」「アルコール綿を用いた消毒の指導」を行ったケースが含まれる。

3) 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無については、「指導した」（21.2%）、「指導していない」（21.2%）であった。⁴⁸

「指導した」場合のきっかけ又は理由として、「県の指示・方針」（1件）という回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村業務であり、特に問い合わせ等はなかった」（1件）、「実施要領には筒の交換は一回充てん量がなくなるまで筒の交換には記載されていなかった」（1件）、「地域の医師会の担当だから」（1件）、「既にディスポを使用していたから」（1件）、「改めて指導しなくとも、交換していた」（1件）との回答が得られた。

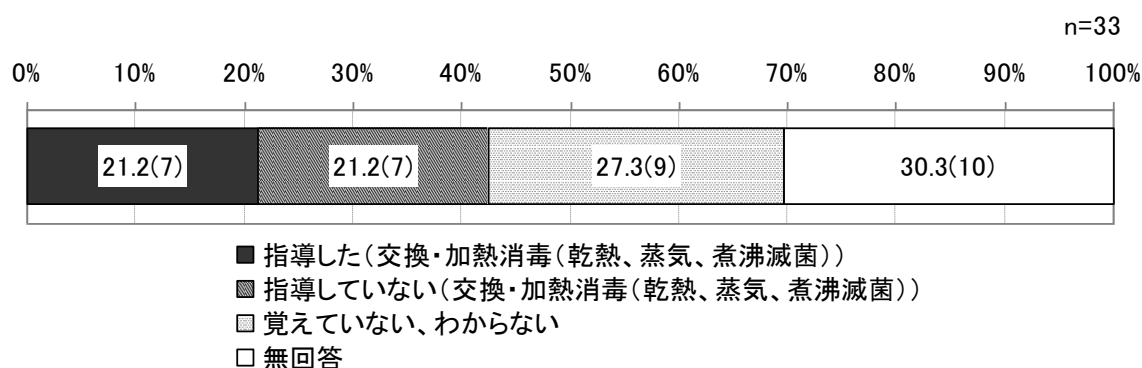
図 5-298 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒の指導の有無



4) 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒（乾熱、蒸気、煮沸滅菌）の指導の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-299 被接種者ごとの注射筒の交換・加熱消毒の指導の有無



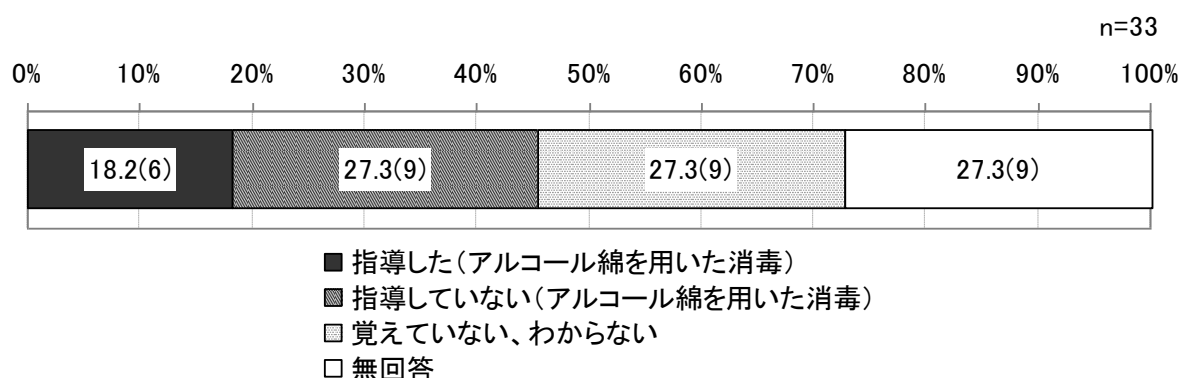
⁴⁸ 「(注射筒の交換・加熱について) 指導していない」との回答には、「ディスポーザブル製品の使用についての指導」「アルコール綿を用いた消毒の指導」を行ったケースが含まれる。

5) 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無（小さい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無については、「指導した」(18.2%)、「指導していない」(27.3%)であった。⁴⁹

「指導していた」場合のきっかけ又は理由として、「県の指示・方針」(1件)という回答が、「指導していない」場合の理由として「市町村業務であり、特に問い合わせ等はなかった」(1件)、「実施要領には筒の交換は一回充てん量がなくなるまで筒の交換には記載されていない」(1件)、「地域の医師会の担当だから」(1件)、「既にディスポを使用していたから」(1件)、「適切でないと考えたので」(1件)などの回答が得られた。

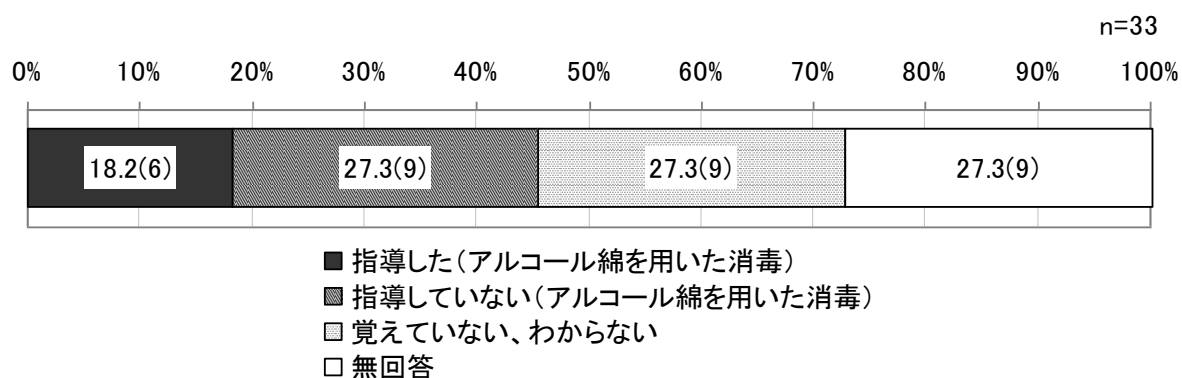
図 5-300 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無



6) 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無（大きい番号の選択肢を優先した集計）

被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無については、小さい番号の選択肢を優先した集計と同じ結果であった。

図 5-301 被接種者ごとの注射筒のアルコール綿を用いた消毒の指導の有無



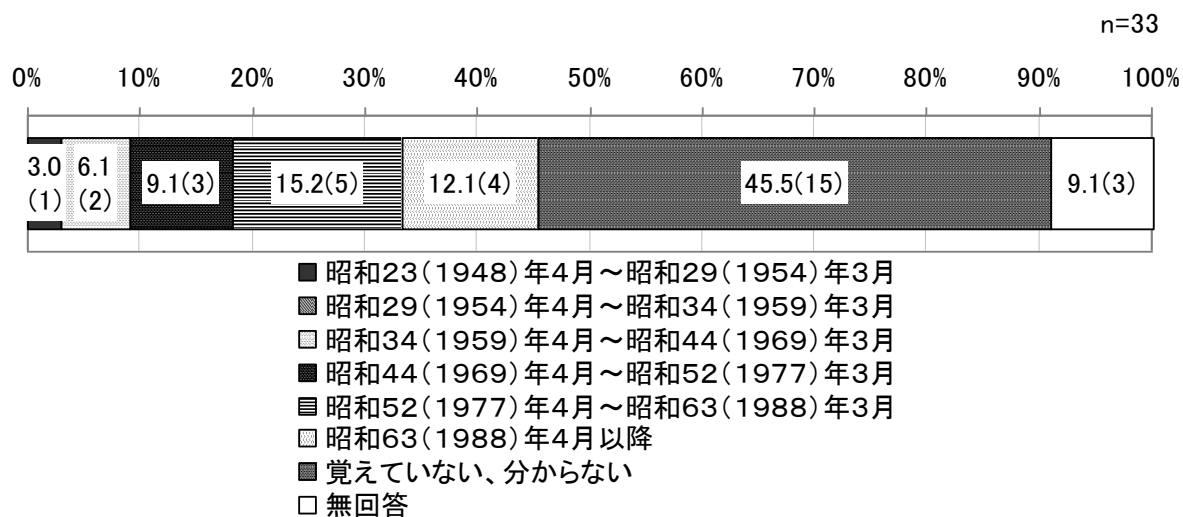
⁴⁹ 「(アルコール綿を用いた消毒について) 指導していない」との回答には、「ディスポーザブル製品の使用についての指導」「注射筒の交換・加熱の指導」を行ったケースが含まれる。

f) 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)の感染の症例把握

(ア) 症例報告の把握時期

症例報告を把握した時期については、「覚えていない、分からない」(45.5%)が最も多く、次いで、「昭和52(1977)年4月～昭和63(1988)年3月」(15.2%)、「昭和63(1988)年4月以降」(12.1%)、「昭和44(1969)年4月～昭和52(1977)年3月」(9.1%)であった。

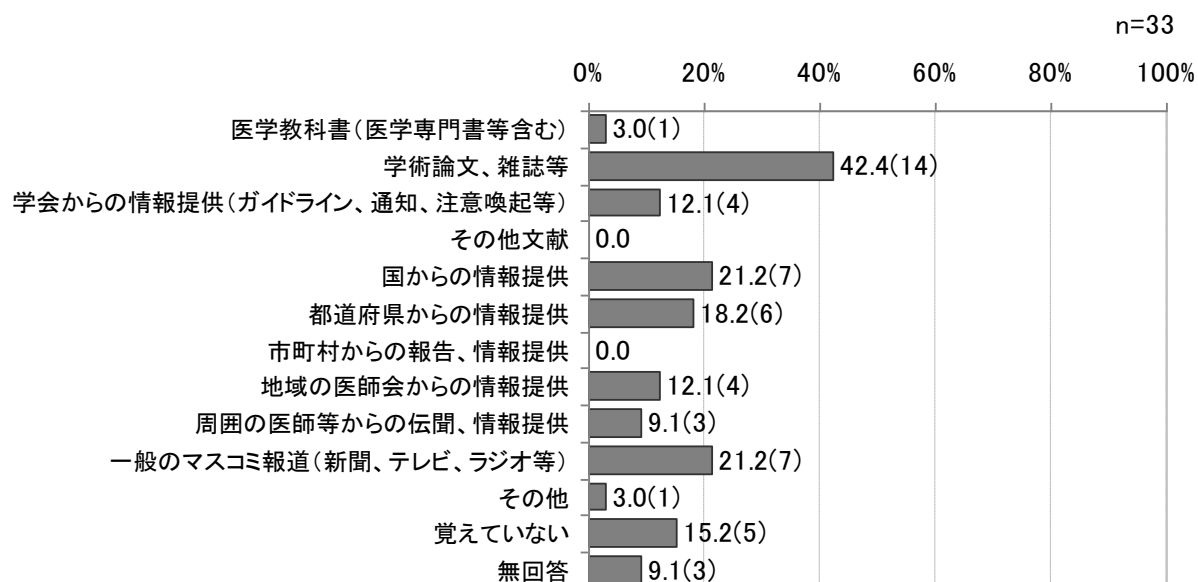
図 5-302 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)感染の症例報告を把握した時期



(イ) 症例報告を把握した情報源

症例報告を把握した情報源については、「学術論文、雑誌等」(42.4%)が最も多く、次いで「国からの情報提供」(21.2%)、「一般のマスコミ報道(新聞、ラジオ、テレビ等)」(21.2%)であった。

図 5-303 集団予防接種等によるB型肝炎ウイルス(ウイルス発見前の血清肝炎を含む)感染の症例報告を把握した情報源

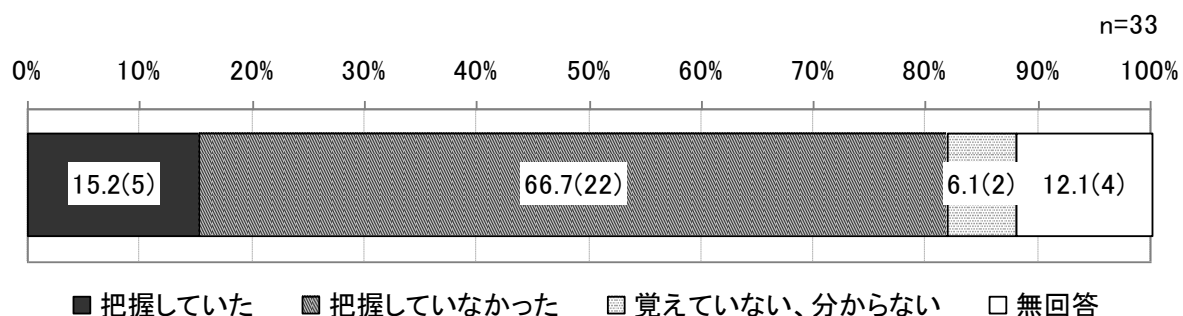


(ウ) 自身が関わった事例

自身が関わった事例の把握については、「把握していた」(15.2%)、「把握していなかった」(66.7%)、「覚えていない、分からない」(6.1%)であった。

「把握していた」場合の事例の概要については、「弟が昭和52年頃、十二指腸肝炎(潰瘍?)にかかり手術をするのに輸血をし(日赤の)、平成5年頃B型肝炎が酷くなり、肝硬変が酷くなり、死亡した。主死因はごく初期の肺がんとなっているが、肝臓がひどいので治療できなかった」(1件)という事例があった。

図 5-304 自身が関わった事例の把握



g) 調査に関連して気づいた点について

本調査に関連して気づいた点等については、以下の回答が得られた。

- ・ 手元に資料もなく、記憶だけでは特に行政レベルに乗った対応は詳しくは困難。思い出せない。保健所独自で市町村への指導をした覚えはない。
- ・ ①昔の記憶の為、少々記憶違いがあったのではないかと思考します。②私在职期間は集団赤痢等の集団の伝染病流行の時代の為、集団公衆衛生を●●に勤務した。③赤痢の耐性菌について●●医大の●●教授と共同での発見に努めた経験がある。④●●県では予防接種事故調査委員を20年近く務めた。
- ・ 43年間の所長在任中、予防接種等の特に注意すべき点等については県病院長等に相談し、担当の専門部課長に問い合わせる指示を頂いて、それを各市町村の担当者に伝えるようにしていました。
- ・ 所長職の初め頃（平成に入った頃と思う）、人口動態統計を詳しく見る事を始めた。その時、県の情報に合わせて市の情報を出した。今まで「がん死亡」とされていたものを「肝がん」「胃がん」…と分け、死因個表も見て検討する機会を持った。その時、肝がん、肝硬変等がととも多く、危惧を持ち、近隣の県（ここも多いと聞いていたので）の保健所長と会って情報交換を数回繰り返した。その後、東京での研修会で公衆衛生の権威とされる方に相談。「既知の事であり、その原因を追求すると特定の医療機関に収束される。そこまでやらない方が良い…」と言われた。この頃は集団予防接種は既に一針一筒でやられていたし、訴訟があるのは新聞等で知っていたが、むしろ医療機関が原因ではと思われていた。乳幼児の予防接種は今と違い、ほとんど保健所内で地域の Dr.に出務を依頼し、用具・薬液は保健所（政令市型）で用意していたが、昭和58～59頃には一針一筒だったように思いますが（少なくとも妊婦へのB型肝炎対策が始まる頃よりもだいぶ前に）
- ・ ディスポ製品の有効期限について、製造業者に問い合わせた記憶があります。
- ・ 本調査は良い事ですが、回答者にとっては二十数年も前の事でもあり、更に80歳を超える年齢で物忘れが激しい状態で、手にしびれもあって書く事はツライ事です。もっと早くされていたならばと思います。私には予防接種について集団接種か個別接種かについて議論を戦わした思い出があります。もちろん医師会・市役所・私（保健所）の3者での議論ですが、予防接種は事故や副反応など起こった時の対応は特に気を遣い、処置も難しいものでした。あらかじめ問診で十分な聞き取りがされていたと思っても、接種後に問題点とされがちですが、対象者の状態を一番よく把握しておられるのは、やはりかかりつけ医（家庭医・ホームドクター）の先生だと意見が一致します。一方、幸いな事に当時医療のあり方についても議論があり、包括医療とか総合医療という方向が今後重要と認識されだしておりました。それではと医師会の好意的な意見もあり、予防接種は特に乳幼児への接種は個別接種として、かかりつけの医療機関に依頼して実施する体制を取る事がベストと意見は一致しました。しかし問題点もありますが、大きなものには費用の問題と全ての先生方のご理解・ご承諾です。市の立場でも意義が理解できても、持ち出しが多く、予算の捻出に大変です。財政課が了解するか、市長が理解してくれるか不安です。医師会でも幹部の先生方が多くの会員の先生を説得できるか。しかし、将来への医療への新しい展開です。大変だったと思います。しかし、私は残念ながら公務員としての宿命です。結果を見せずに翌年4月、転勤命令で異動してしまいましたが、個別接種への転換はB型肝炎予防対策として最良の一つの方法だったと思っています。また現在では多くの保健活動が医療機関委託となっています。余計な事です

が、ほとんど同時ごろ中小企業対策が産業保健で問題になっており、地区医師会も憂慮されており、医師会の発案で産業医の育成も兼ねて4者（医師会・労働基準監督署・市（産業担当課）・保健所）で協議して、保健所の実施する結核定期外検診（小・零細企業検診）に載せて健診（医師会が担当）をした事があります。これも包括医療の一環であり、社会的なニーズでした。これについては医師会から日本公衆衛生学会に発表され、産業保健側から問い合わせがありました。

- ・ 現在 86 歳（間もなく 87 歳）で脳梗塞発作の既往のある私としては、誠に古い事で忘却している事も多く、まともなご返事にならないで申し訳ございません。この種の調査は大変な事は理解しておりますが、ご苦勞な事と存じます。このようなアンケート調査の報告で申し訳ございません。心よりお詫び申し上げます。乱筆にて。
- ・ 予防接種の注射針は必ず 1 人 1 針を守って実施した記憶がある。しかし、注射筒についてはツベルクリン、BCG 等については必ず 1 人ずつ交換していた（乳幼児対象）。その他の各種予防接種で注射筒を 1 人ずつ交換したか否かは明確な記憶はない。けれども予防接種事業が地域の医師会へ委託して行なわれるようになってからは、感染防止の為、注射筒・針ともに 1 人 1 筒 1 針が厳重に守られたと記憶している。
- ・ 昭和 63 年頃より B 型肝炎の院内感染が問題となり、保健所職員の血液検査や予防接種が実施される事になり、職員や医療関係者の認識が高くなった。一方、母体→児への垂直感染については、もう少し前より関心が持たれていた。
- ・ 当時の保健所は結核・食中毒・精神疾患・インフルエンザの集団感染（学校・園等、学校（級）閉鎖）等の情報はよく把握していたと思いますが、その他の感染症の情報はなかったと言えます。肝炎の届出制度はありませんでした。予防接種は市町村や教育委員会の業務でしたから、保健所は例外的なケース以外は集団接種には関わっていませんでした（県の保健所の場合）
- ・ 問 1 で 3. と答えているので、以下の質問には答えていませんが、昭和 47 年卒業以後、数年（50 年代）においては、注射針・筒による感染は当然として考えられていたのではないかと思います。これを当てはめて考えてみれば、集団接種にこのような事態は予想できたのでは!!（行政側のみでなく）
- ・ 予防接種後脳炎等の副作用や後遺症が話題になっていたが、B 型肝炎等はあまり話題にはのぼっていなかったように記憶している。当時の記憶は定かでない
- ・ 臨床医時代には経験しなかったが、昭和 60 年 12 月保健所に入り、初めての仕事が母子間感染予防の事業でした。都の指導の下、事業を行ない、スムーズに導入しました。●●大小児科の後輩医師 2 名の死亡が今も記憶にあります。●●集団接種による被害の経験はありません。

5.5 ヒアリングシート

平成 24 年度厚生労働科学研究
集団予防接種等による B 型肝炎感染拡大の検証
及び再発防止に関する研究 報告書

2013 年 3 月
集団予防接種等による B 型肝炎感染拡大の検証
及び再発防止に関する研究班