

検証会議の議論・資料から  
現れる事項について

B 型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する検討会で、色々な事が調査され議論されて大変勉強になりました。未だいくつかの調査・検討資料が出るかと思いますが、現在、350 万人感染者の患者団体の当事者として、感想を述べると共に提案をさせていただきたく宜しくお願いします。尚、私は B 型慢性肝炎で闘病歴 35 年ですが、患者団体ですので C 型にも触れさせていただきます。

記

議論・資料から (血清肝炎：B 型ウイルスと C 型ウイルス)

I. 医学的な知見と対策の系譜

- (1) 血清肝炎が人間の血液内に存在するウイルスにより感染する病気であること、注射針・注射器を連続使用した場合ウイルス感染が生じる危険性があることは、日本において遅くとも昭和 26 年には医学的知見が形成されていた。
- (2) 「ウイルスを保有している人から作成した血漿や血漿分層のあるものの輸血や輸注からの感染、ウイルスに汚染された注射針・筒・その他の器具からの感染」が考えられる。  
昭和 33 年村上省三 (日本赤十字社輸血研究所) が日本医師会雑誌に掲載
- (3) 昭和 42 年開催の犬山シンポジウムで織田先生は「輸血による血清肝炎が慢性化する事実を知って、対策をたてなければならぬと大変慌てさせられた」。当時は慢性化するとは考えていなかった。
- (4) 昭和 52 年片山透 (国療東京病院輸血部) がクリニシアン 24 に記載  
昭和 39 年ライシャワー事件で売血から献血に一本化され、輸血後肝炎が 1/2 から 1/3 に減少、オーストラリア抗原の発見から赤十字血液センターでは昭和 47 年から HBs 抗原陽性の血液を輸血に使用しないことで輸血後肝炎が更に減少。
- (5) 昭和 52 年志方俊夫が肝臓 18 に掲載  
HBe 抗原陽性の血液がチンパンジーに B 型肝炎ウイルスの感染を引起す (強い感染性がある)。
- (6) 昭和 50 年代に B 型肝炎ウイルス感染の基礎、臨床、疫学が進む  
HBV 感染による肝細胞障害は宿主の免疫反応との関連で変わる。  
(持続感染するか、治癒するか、劇症化するか)  
昭和 51 年、予防接種では注射針、注射器、接種用さじ等はディスポーザブルを使用しても良い。  
(厚生省通知)
- (7) ディスポーザブル針・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 58 年頃には一般的となった。昭和 63 年予防接種及びツベルクリン反応検査で、注射針・筒を被接種者ごとに取り替える。(厚生省通知)

II. 各種統計データなど

- (1) 感染者数、患者数、死亡者比率、感染原因 (肝炎対策推進協議会資料他)

	B 型肝炎	C 型肝炎
感染者数	110~140 万人 (推定)	190~230 万人 (推定)
患者数	7 万人 (推定)	37 万人 (推定)
死亡数 (3.7 万人/年) 比率	2	8
検査法確立 (献血検査開始)	昭和 45 年 (昭和 47 年)	平成元年 (同左)
主な感染 (慢性化の危険)	母子感染 針・筒を替えない注射等	輸血 針・筒を替えない注射等医療行為 刺青・麻薬等
医療費助成・目的	2 次感染防止	ウイルス排除

## (2)対策などの歴史

1980年(昭和55年)	肝臓病患者会が各地で発足
1988年(昭和63年)	B型にIFN $\alpha$ 保険認可(IFN $\beta$ は1986年)
1989年(平成1年)	札幌B型訴訟開始 日本肝臓病患者団体協議会発足
1992年(平成4年)	C型にIFN $\alpha$ 保険認可
2000年(平成12年)	肝炎対策に対する有識者会議発足 B型に核酸アナログ剤ゼフィックス保険認可
2002年(平成14年)	C型肝炎緊急総合対策、肝炎ウイルス検査導入(節目・節目外検診) 薬害肝炎訴訟開始
2006年(平成18年)	札幌B型訴訟勝訴判決
2007年(平成19年)	肝疾患診療体制に対するガイドライン
2008年(平成20年)	薬害肝炎被害者救済法成立 医療費助成が開始
2009年(平成21年)	肝炎対策基本法制定
2010年(平成22年)	肝炎対策推進協議会発足 身体障害者認定
2011年(平成23年)	B型肝炎訴訟基本合意書締結 B型肝炎創薬実用化研究開始

## Ⅲ.対策の評価と提案

- 評価
1. B型は慢性化するの当初難しかったと思うが、血清肝炎はC型もあり、肝硬変・肝がんに進むのは分ったと思うので、注射針・筒の対策(消毒や取り替え)はもっと早く(20~30年)とるべきであった。先進国の患者数に比較して日本は多い。
  2. 血液による感染は分かっていたのであるから、輸血での売血制度を認可すべきでなかった。また献血制度に早い時期(10年前)切り換えるべきであった。
  3. 注射(予防注射と通常の医療行為)での針・筒の連続使用による血清肝炎の危険性をもっとアピールし、危険性の除去につとめるべきであった(20~30年)。
  4. 多くの感染者がいるだろうと分かっていたのであるから、ウイルス検査導入(平成14年)を、もっと早い時期(10~15年前)にすべきであった。
  5. 上記のことが出来なかった原因はどこにあるかを、今の仕事のやり方で出来るのか、ご検討を人と時間をかけて検証されますようお願いいたします。
  6. 多くの患者支援を早くする為に、医療費助成、身体障害者認定を、もっと早い時期(10年前)にすべきであった。
- 提案
1. 医療費助成は、一番困っている重度の肝硬変患者とがん患者には“0”です。重度の肝硬変治療とがん治療は対象になっていません。是非医療費助成の対象にして下さい。多く人がこのようなことから、病気になり苦しんでいます。
  2. 身体障害者手帳の交付は、厳しい状況が3ヶ月続いている人あるいは肝移植者となっています。厳しい状況の人は末期の肝硬変か、肝硬変とがんを併発している人です。がんと肝硬変を併発している人は1~4週間悪いと直ちに死に至ります。その結果身体障害者の認定数は移植者を除くと、1年の死亡数の1割程度の認定者数にしかありません。私共の病気に即した認定基準にして下さい。  
(1.2は検証と関わりませんが、全ての患者が一番望んでいることです。ご理解下さい)
  3. 視点を変えて。現在も厚生労働行政で、これと類似した誤りがないかをチェックしていただき(失敗はつきもの)、速やかに対策をとられることを提案します。

以上