

わが国における B 型肝炎ウイルス感染被害の実態 及び感染拡大の要因

石 川 環

要旨：日本では、1940年代から集団予防接種が実施され、40年間にわたり注射器具（筒や針）の連続使用によって B 型肝炎ウイルスの感染が拡大した。国によって引き起こされた B 型肝炎ウイルス感染被害者は 40 万人以上と推定され、重篤な肝疾患をはじめ、失職や経済困難、医療現場の不適切な対応等の社会的不利をもたらしている。厚生労働省では、感染防止（再発防止）教育および偏見差別防止教育を充実させるよう、医療関係職種 of 養成所・養成施設における B 型肝炎に関する教育を推進している。B 型肝炎の歴史的事実や被害の実態について取り入れた教育カリキュラムを導入するために、まずは教師側が正しい知識を持つことが必要である。本稿では、厚生労働省の報告書等の文献を基に、わが国における B 型肝炎感染被害の実態及び感染拡大の要因について整理した。

キーワード：B 型肝炎ウイルス感染被害 集団予防接種 医学教育

I. はじめに

B 型肝炎は、B 型肝炎ウイルス（hepatitis B virus：HBV）に感染している人の血液または体液を介して感染する肝臓疾患で、感染を放置すると肝硬変や肝がんなど重篤な病態に進行する。主な感染経路は、母児間の感染による母子感染の垂直感染及び注射器具の連続使用や輸血、性交渉等による水平感染である。B 型肝炎ウイルスはヒトの未熟な肝細胞で増殖するため、概ね 0～6 歳の乳幼児期に感染すると持続感染者（carrier：キャリア、以後 HBV キャリア）となることがあり、うち約 10% の人が思春期以降に慢性肝炎、約 1～2% の人が肝硬変や肝がんを発症するとされている。肝炎は国内最大級の感染症であり、本邦における B 型肝炎ウイルス感染者は 40 代以上の中高年に多く、人口の 1～2%、110～140 万人いると推定されている（江口、2018）。

日本では、1948（昭和 23）年から 1988（昭和 63）年までの 40 年間にわたり集団予防接種における注射器具（筒や針）の連続使用によって B 型肝炎ウイルスの感染が拡大した。国によって引き起こされた B 型肝炎ウイルス感染被害者は 40 万人以上と推定され、重篤な肝疾患をはじめ、失職や経済困難、医療現場の不適切な対応等の社会的不利をもたらしている（厚生労働省、2013）。B 型肝炎に係わる医療従事者が正しい知識を持ち、適切な医療を提供するために、医療従事者養成課程において B 型肝炎に関する教育を行う重要性は高いと考える。文部科学省の医学教育等に関する各種要請では、「日本における B 型肝炎ウイルス持続感染の原因の多くは、集団予防接種における注射器等の使い回し及びこれに起因する母子感染である」との歴史的事実の教育を盛り込むとともに、患者の悩みや苦しみを共有できるように、当事者である B 型肝炎患

者から直接話を聞くカリキュラムを導入することが求められている。厚生労働省では、感染防止（再発防止）教育及び偏見差別防止教育を充実させるよう、医療関係職種の養成所・養成施設における B 型肝炎に関する教育を推進している。B 型肝炎の歴史的事実や被害の実態について取り入れた教育カリキュラムを導入するために、まずは教師側が正しい知識を持つことが必要である。本稿では、厚生労働省による 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等の文献を基に、わが国における B 型肝炎感染被害の実態及び感染拡大の要因について整理した。

II. 日本における予防接種の実態

1. 予防接種制度の歴史的経緯

日本の予防接種は 1987（明治 9）年の種痘から始まり、戦前・戦中も戦争遂行のための「健兵健民」政策として実施されていた。1945（昭和 20）年、第二次世界大戦敗戦直後の日本は、海外から引揚者や疎開の解除による人口の大移動、食糧難による栄養失調や不衛生な環境が重なり、感染症が大流行していた。当時、日本の占領政策を進めていた GHQ（連合国軍最高司令官総司令部、以後 GHQ）による政策により、予防接種はさらに強力に、徹底して行われるようになった（厚生省五十年史編集委員会、1988；竹前・中村、1996）。

1945（昭和 20）年から 1947（昭和 22）年までの間、予防接種は、種痘延べ 9,400 万人、発疹チフス 1,930 万人、腸チフス 5,000 万人、コレラ 3,614 万人に実施されていた。この予防接種の実施により、伝染病患者の発生数、死亡数は激減したことから、1948（昭和 23）年、厚生省（当時）は「予防接種法」を制定し、罰則付きの強制的な集団予防接種が開始された。この予防接種法により、全国民に予防接種が行われるようになった。1951（昭和 26）年には、結核予防法が制定され、結核の予防接種は同法に移された。予防接種制度による接種者数は、敗戦直後の GHQ による接種数が突出しているが、1948（昭和 23）年の予防接種法成立後も、毎年 6,000 万人～7,000 万人に接種され、大人も子どもも接種されていた。1976（昭和 51）年の改正で予防接

表 1 日本における予防接種制度の経緯

1987（明治 9）年	種痘の予防接種が始まる。「健兵健民」政策として実施される。
1945（昭和 20）年	第二次世界大戦後、感染症が大流行 GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）による政策により、予防接種はさらに強力に徹底して実施される。
1945（昭和 20）年～ 1947（昭和 22）年	予防接種は、種痘 9,400 万人、発疹チフス 1,930 万人、腸チフス 5,000 万人、コレラ 3,614 万人に実施され、感染症の発生数、死亡数は激減する。
1948（昭和 23）年	「予防接種法」制定。全国民に、罰則付きの強制的な予防接種が実施される。
1951（昭和 26）年	「結核予防法」制定
1976（昭和 51）年	「予防接種法」改正
1994（平成 6）年	予防接種による健康被害に対する救済制度が導入され、罰則が廃止される。 予防接種は義務接種から勧奨接種に変更される。

種による健康被害に対する救済制度が導入され、予防接種を受けないことによる罰則は廃止された。1994（平成 6）年、予防接種は義務接種から勧奨接種に変更された（奥泉・久野，2015；竹前・中村，1996）（表 1）。

2. 注射器具の使用に関する国の対応

1948（昭和 23）年以降、複数の論文が海外の研究論文を引用するなどの形で注射針及び注射筒を介した感染リスクについて指摘していた。1948（昭和 23）年発行の医学雑誌では、「流行性肝炎の患者の採血に用いた注射器及び針が危険である。それは、病毒は単なる滅菌法では死なない。」と報告されている（奥泉・久野，2015；坂本，1948）。

1948（昭和 23）年の「予防接種施行心得」では、種痘について「種痘針の消毒は必ず受痘者一人ごとにこれを行わなければならない」とされていた。また、同年のジフテリア、腸チフス、パラチフス、発疹チフス、コレラの各予防接種施行心得においても接種用器具の煮沸消毒や、被接種者一人ごとの注射針の消毒についての規定がなされている。1950（昭和 25）年、ツベルクリン反応検査について厚生省告知を改正し、「注射針は注射を受けるもの一人ごとに消毒した針と交換しなければならないこと」とし、「注射器のツベルクリンが使用されつくしたとき消毒することなくツベルクリンを再度吸引して注射を継続してはならない」とされた。1957（昭和 33）年に予防接種実施規定が制定され、予防接種については「注射針種痘針及び乱刺針は被接種者ごとに取り換えなければならない」とし、翌年の 1958（昭和 34）年には、過去の通知を整理し「予防接種実施要項」を制定して、「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」とされた。1962（昭和 37）年の WHO（世界保健機構）総会技術検討報告書「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。」と記載されていた。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たことから、国はこの時点において直接的に注射針・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可能であったと思われる。そして、翌年の 1963（昭和 38）年に、「血清肝炎調査研究班」が立ち上げられている（厚生労働省，2013, 2014）。

一方、1948（昭和 23）年以降の「施行心得」、1959（昭和 34）年以降の「実施要領」では、医師一人当たりの接種者数の目安が医師一人当たり 1 時間に接種する人数の目安が定められていた。1949（昭和 24）年制定のツベルクリン反応検査心得、結核予防心得では、被接種者数は、医師一人あたり 100 人程度、種痘は 80 人程度、ジフテリア、腸チフス、パラチフスなどは 150 人程度とされていた（厚生労働省，2013）。1963（昭和 38）年、厚生省防疫課長の見解では、「注射筒も各人取り替えることが理想であるが、現在の如く予防接種を市町村の責任において多数に実施する場合、注射筒を各人ごとに替えることは煩に堪えないことはお分かりと思う」としている（奥泉・久野，2015；厚生労働省，2013；厚生労働省，2014）。

1976（昭和 51）年に「注射針、注射器、接種用さじ等の接種器具はディスプレイのもの

を使用して差し支えない」とされた。1979（昭和54）年に「厚生省肝炎研究連絡協議会」が発足され、翌年の1980（昭和55）年に「B型肝炎医療機関内感染ガイドライン」がまとめられた。1980（昭和55）年度の研究報告書においては、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、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。1985（昭和60）年に「B型肝炎母子感染防止事業」が定められ、その年に出された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」には、「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ものの増加して非常に重要である。」とある一方、「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抗原陽性血であって、HBe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。」と誤解を与えかねない表現での記載がある。1987（昭和62）年11月のWHO報告を受け、1988（昭和63）年に「予防接種等の接種器具の取り扱いについて」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換えるよう指導するよう通知している（厚生労働省、2013；厚生労働省、2014）（表2）。

3. 集団予防接種による注射器具の連続使用の実態

国は1948（昭和23）年の予防接種法制定当初から、注射針については被接種者一人ごとの交換・消毒が必要であることを認識し、かつ法令上もそのような規定を定めていた。しかし、医療や集団予防接種の現場では、注射器の連続使用などが事実上放置され続けた。1957（昭和32）年の厚生「防疫必携」において、相当数の感染が報告されている。国が保有していた1960（昭和35）年頃の予防接種の被害報告における記載や1975（昭和50）年頃の文献において、被接種者ごとに予防接種の現場での注射針の消毒・交換が行われていなかった状況が記載されていた。

2013（平成25）年厚生労働省「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」の報告書によると、「B型肝炎が重症化する疾患である、キャリア化する疾患である、感染性が強い」のいずれについても、保健所長の約25%、医療従事者の約30%が1969（昭和44）年～1977（昭和52）年に認識し、1977（昭和52）年には全体の8割が認識していたが、保健所長の中には、予防接種は市町村が実施行政機関であることを理由に現場への指導を行わない者もいた。同年の厚生労働省「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」の総括研究報告書では、予防接種における、注射針・筒の消毒・交換について、市町村を対象としたアンケート調査及びヒアリング調査の結果からは、1988（昭和63）年になっても実態上は注射針・筒の交換が行われていない事例があったことが把握された。しかもこのような現場の予防接種の実態について国が積極的に調査、把握したという記録は見当たらなかった

表 2 注射器具の使用に関する国の対応

	国の対応・認識	矛盾点
1948（昭和 23）年以降	複数の論文で海外の研究論文を引用し、注射針及び注射筒を介した感染リスクを指摘	
1948（昭和 23）年	「予防接種施行心得」より 種痘針の消毒は必ず受痘者一人ごとに行わなければならない 接種用器具の煮沸消毒や、被接種者ごとの注射針の消毒を規定 ツベルクリン反応検査について厚生省告知を改正	「施行心得」実施要項より 医師一人当たり 1 時間接種目安 ・種痘：80 人程度 ・ツベルクリン反応：100 人程度 ・ジフテリア、腸チフス、パラチフス：150 人程度
1950（昭和 25）年	注射針は注射を受けるもの一人ごとに消毒した針と交換しなければならない 注射器のツベルクリンが使用されつくしたとき消毒することなくツベルクリンを再度吸引して注射を継続してはならない	
1957（昭和 33）年	「予防接種実施規定」より 注射針種痘針及び乱刺針は被接種者ごとに取り換えなければならない	
1958（昭和 34）年	「予防接種実施要項」より 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	
1962（昭和 37）年	「WHO 総会技術検討報告書」厚生省公衆衛生局防疫課長の翻訳より 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	
1963（昭和 38）年	「血清肝炎調査研究班」の立ち上げ	厚生省公衆衛生局防疫課長より
1976（昭和 51）年	注射器具等のディスプレイ使用を差し支えないとした	「市町村の責任において多数に実施する場合、注射筒を各人ごとに替えることは煩に堪えないことはお分かりと思う」と、連続使用を認めている発言があった。
1979（昭和 54）年	「厚生省肝炎研究連絡協議会」発足	
1980（昭和 55）年	「B 型肝炎医療機関内感染ガイドライン」 学童期における水平感染の存在と予防接種が感染経路の一つであることを指摘 注射針等の連続使用による感染の危険性を報告	
1985（昭和 60）年	垂直感染の感染源拡大と肝疾患発生の危険性を通知	「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、誤解を与えかねない記載があった。
1988（昭和 63）年	1987（昭和 62）年の WHO より報告を受け、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換えるよう指導するよう通知	

（厚生労働省，2013, 2014）。

III. 諸外国における予防接種に伴う感染防止対策

1. イギリス

イギリスでは、1943（昭和 18）年に、注射ごとに筒を交換する必要性が示唆されていた。また同年、イギリス保健省が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。1945（昭和 20）年、イギリス保健省が黄疸、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。イギリス医

学研究会は報告書「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指摘している。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し、患者ごと新たに滅菌された注射筒を用いることが提唱された。このように、1940年代50年代（昭和15年から昭和35年頃）に、注射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、1962（昭和37）年には、イギリス医学研究会の報告書の改訂版において、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ごとに用いられるべきで、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。

イギリスのインタビュー調査から得られた過去の実施状況によると、1950年以降は、注射針と注射筒を交換・消毒して使用していた。1960年代には、毎回アルコール消毒をしていたが、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）で注射針と注射筒の滅菌を行っており、1人1針、1人1筒であった。1975年頃からはディスプレイの注射針・筒を使用するようになっていたようである（厚生労働省、2013, 2014）。

2. アメリカ

アメリカでは、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あり、1940年代（昭和15年から昭和25年頃）には、イギリスの報告書などに基づいて、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。1948（昭和23）年に刊行された論文「注射筒による肝炎の流行」では、「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ない。イギリスの研究者たちはこの事実は頻発しており、また適切な滅菌法により予防できることを示した」と報告したうえで、「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。

1952（昭和27）年に、アメリカでは世界に先駆け完全なディスプレイ注射器を開発、使用した。1954（昭和29）年のポリオ予防接種の実地実験及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1回分のワクチンを充填したディスプレイ注射器が使用され、注射器メーカーがその後の新技術と大量生産で、安価で安全なディスプレイ注射器を次々と開発し、他国よりも普及が早かった。また、1961（昭和36）年頃から、個人の予防接種でも既にディスプレイ注射器が一般の医療機関に浸透していた（厚生労働省、2013, 2014）。

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・交換が行われていた。

3. ドイツ

ドイツでは、身体的無損傷という基本権との関係で、予防接種は原則自主性にまかされている

が、天然痘については、1976（昭和 51）年まで義務化されており、20 世紀初めまでは無料かつ集団で行われていた。

1947（昭和 22）年に、血清肝炎の感染源がワクチンや注射器であることとともに、標準的な注射針の消毒方法では感染を十分に防げず、熱風滅菌等で防げると報告されている。イギリスの占領下であったドイツの一部の州では、1950（昭和 25）年に、肝炎の感染を防ぐための注射器の滅菌に関するガイドラインが存在しており、注射器の徹底を医療関係者に警告を出している。1972（昭和 47）年にプラスチック製のディスプレイ注射器の生産を始めており、1980 年代初め（昭和 55 年から昭和 60 年まで）頃には、既にディスプレイ注射器が使われていた模様である（厚生労働省、2013, 2014）。

IV. 日本における B 型肝炎ウイルス感染被害の実態

1. B 型肝炎ウイルス感染者の変遷

1950～89 年に出生した集団中の推定 HBV キャリア数は 620,092 人と算出されている。そのうち垂直感染に起因すると考えられる HBV キャリア数は 203,943 人（男性 104,948 人、女性 98,995 人）、水平感染に起因すると考えられる HBV キャリア数は 416,149 人（男性 274,765 人、女性 141,384 人）と推定されている。B 型肝炎ウイルス感染者の 5 歳階級別の数としては、55 歳～59 歳が最も多くなっている（厚生労働省、2014）。

1972（昭和 47）年より輸血・血液製剤用血液の B 型肝炎スクリーニングが開始され、HBV キャリアから出生した児に対する抗 HBs ヒト免疫グロブリンと HBV ワクチン接種により、94～97% と高率に母子感染を防ぐことができることが明らかとされている。1985（昭和 60）年に母子感染防止事業が開始され、翌年の 1986（昭和 61）年以降に出生した集団における小児期の HBs 抗原陽性率は 0.02～0.06% と、乳幼児期の感染は大幅に減少した。一方、胎内での感染例、産科・小児科間の連携不足によるワクチンの不完全実施、さらに水平感染が存在することが報告されている。健常小児における集団生活のなかでも B 型肝炎ウイルスに感染するリスクがあることが明らかとなり、それらの調査を受けて、2016（平成 28）年に HBV ワクチン定期接種が始まり、全出生児を対象に生後 12 か月までに 3 回接種することとなった（江口、2018；白木、2009）。

2007（平成 19）年～2011（平成 23）年の初回献血者集団と同時期に行われた 2008（平成 20）年～2012（平成 24）年の健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検査受検者集団の 2011（平成 23）年時点の 5 歳年齢階級別 HBs 抗原陽性率を全国 8 ブロックに区別した解析では、いずれの集団においても陽性率に地域差が見られた。さらに、いずれの集団においても 1945（昭和 20）年出生前後あるいはそれよりも高齢の集団で高い傾向を示し、また健康増進事業による住民ベースの陽性率は初回献血者集団よりも高かった（江口、2018；IASR, 2016）。

新規の B 型肝炎ウイルス感染者は、DPC（diagnosis procedure combination）を使用した診療報

酬データベースの検討による B 型急性肝炎として入院した患者数と大阪府の献血者のコホート研究を用いた不顕性新規感染者数の推定より、全国で 10,000～11,000 人と推定されている（江口、2018）。

2. B 型肝炎控訴

1989（平成元）年、HBV キャリアと慢性肝炎患者 5 名が、国を相手取って損害賠償請求を求める控訴を札幌地裁に起こした。原告らは、注射器の連続使用で、ツベルクリン反応検査、BCG 接種、インフルエンザ、ジフテリア、百日咳等の予防接種を乳幼児期に多数受けていた。原告は、注射器の連続使用でウイルスが広がる危険性を認識していたにもかかわらず、国は 1988（昭和 63）年まで使用禁止の具体的な措置を取らなかったと主張した。被告である国は、公衆衛生学や肝臓病に関する権威を持った専門家を承認に立てて、集団予防接種と B 型肝炎ウイルス感染との間には因果関係がないと主張した。

2000（平成 12）年の第一審では国は責任を認めず、原告側が敗訴した。札幌地方裁判所の判決では、原告全員に対して、集団予防接種と B 型肝炎ウイルス感染との因果関係について「B 型肝炎が集団発生した場合、その感染経路を医学的に解明できた例はごく少なく、その多くについては、感染原因は不明とせざるを得ないことが認められる。したがって、医学的に明確な因果関係を積極的に認定することは困難と言わざるを得ない。」と判示した。原告側は直ちにこれを不服として控訴した。

2004（平成 16）年の第二審札幌高等裁判所判決では、「予防接種以外の感染原因は見当たらない」として、集団予防接種と B 型肝炎ウイルス感染との関係に因果関係があると、国の責任が認められた。しかし、除斥期間の起算点を最終の予防接種時とし、5 名のうち 2 名の原告についてその請求を棄却した。

2006（平成 18）年、最高裁判所において、幼い頃に受けた集団予防接種と B 型肝炎ウイルス感染との間に因果関係があるとして国の責任を認めた上で、除斥期間の起算点を慢性肝炎の発症時とすることで 5 人全員の訴えを認め、提訴から 17 年を経て原告側の勝訴が確定した。そして、5 名の原告と弁護団は、集団予防接種と B 型肝炎ウイルス感染の因果関係を国が認めたことで、全国の B 型肝炎被害者への救済など恒久対策を求めた。しかし、国は 5 名の原告の問題であるとし、他の感染者に対する救済策を講じなかった。そこで、2008（平成 20）年 3 月、5 名の新たな原告が札幌地方裁判所に提訴した。同年 5 月には福岡地方裁判所、広島地方裁判所、鳥取地方裁判所で、7 月には東京地方裁判所、大阪地方裁判所で、9 月には新潟地方裁判所、松江地方裁判所でそれぞれ B 型肝炎患者による提訴が行われた。翌年 6 月には金沢地方裁判所と先行して提訴していた静岡地方裁判所を加えて、全国 10 か所の裁判所で控訴が提起された。以上の経過を経て「全国 B 型肝炎訴訟」が立ち上がり、原告・弁護団の活動が報道されるに伴い、原告の数は急増した。学生中心の支援団体「オレンジサポート」が結成され、こうした運動の高まりを背

景として、2009（平成 21）年に「肝炎対策基本法」が成立した。

2010（平成 22）年 3 月、札幌地方裁判所は全国 B 型肝炎訴訟・北海道訴訟に関して和解を勧告した。同年 5 月、国は和解協議入りを表明したが、キャリアの救済を認めず、原告と弁護士は抗議行動を継続した。

2011（平成 23）年 1 月、札幌地方裁判所で、裁判長が国と原告に対して和解所見を示したが、慢性肝炎発症から 20 年を経過した原告に対する言及がなかったため、救済を求めて活動を展開した。同年 6 月、集団予防接種による B 型肝炎ウイルス感染の被害の回復など「基本合意書」を締結し、医療体制と研究充実による B 型肝炎ウイルス除去と治療法確立を目指すとの約束がなされた。

2012（平成 24）年 1 月、「特定 B 型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法」が施行された。同年 7 月、弁護士と国の実務者協議で和解条件の協議などがはじめられた。

2013（平成 25）年、高額な治療費の負担をなくし、差別偏見を受けることなく安心して暮らせる社会の実現のため、恒久対策を国に働きかけ、同種の被害が二度と起こらないように、真相を究明する活動が継続して展開されている（岡・三並，2013；奥泉・久野，2015；美馬・片岡・肝炎控訴弁護士，1997）。

3. B 型肝炎ウイルス感染被害者の病苦

1) 身体的及び経済的被害

2014（平成 26）の厚生労働省の報告書によると、アンケート調査において自覚症状有無について、63.5%が「ある」と回答し、「体がだるい」との回答が52.0%見られている。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、その理由として、「制度を知らない」「制度の対象外」がそれぞれ3割以上であった。すぐに仕事に就けない理由として、67.3%が「健康に自信がない」ことを挙げていた。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割以上であった（厚生労働省，2014）。

同年の分担研究の報告書によると、B型肝炎が進行した肝がん患者は、不十分な告知の中で重篤な病苦と生命の危機に瀕しており、就労困難や医療費負担を余儀なくされる被害が明らかとされている。B型肝炎被害者の中には、感染が判明した時に医師から明確な感染の事実やB型肝炎の疾病及び病状が進行する可能性について十分な説明を受けていない者が少なくなく、告知の遅れにより肝疾患が重篤化している実態がある。被害者の語りから、献血や職場の健康診断、体調不良で受診した際に突然、肝臓の病変（肝硬変や肝がん）の告知を受けた人が相当数いることが推測されている（岡，2014；岡・片岡・三並，2016）。

2) 精神的被害及び社会的差別や偏見による被害

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割を超えていた。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てた」「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」「外来診療を拒否された（歯科）」などの回答があった。これまでに感染を理由に嫌な思いをしたことで最も多いのは、「医師の言動」25.8%、次に「看護師の言動」15.4%、「歯科医師の言動」13.1%、「市役所や保健所」8.9%であった。アンケートの自由記述部では、「医師から『もうウチには、来ないでね』と待合室まで来て大声で言われた時のショックは忘れられません」「なんでこんな病気になったのだろうと話した時、医師から『不純異性行為』と配偶者の前で言われ、その時の怒りは忘れることができない」「大学病院で手術の時、ある教授に『B型（肝炎）の人はほんとうはやりたくない』と言われてとてもショックでした」「市の健診などで医師に『Bだから気をつけろ』などと言われることが多いので健診などには行きたくない」「妊娠したいと医師に相談したところ『B型肝炎がまた増えるのがわかりませんが』と怒られ辛い思いをしました」といった、医療者などの言動に傷ついた経験があること、さらにその影響で受診抑制になっている状況が浮上した。仕事に関連のある内容については、「『分かっているなら採用しなかったのに…』発病し、治療を受けるために定時で帰宅する私に対し、人事部長が面と向かって投げかけてきた言葉が今でも忘れられません」「B型肝炎キャリアであるという事で、種々のセクハラまがいの言葉を受けて苦しんだ」「職場の健康診断で血液検査があり、解雇され偏見の目で見られた」「『一緒に仕事をしたくない』『食事もしたくない』『やめてもらわないと迷惑だ』など、精神的に参ってしまい、うつ病になって結局退職した」など、差別・偏見に苦しみ、退職を余儀なくされた人、働き方を変えざるを得ず昇進や昇格をあきらめざるを得なかった人もいることがわかった（厚生労働省、2014；岡・片岡・三並、2019）。

また、偏見差別の頻度は、高齢者よりも若年者で、男性よりも女性で、有意に頻度が高頻度であった。偏見差別を受けた事例内容について、7つのカテゴリー（病院関係、感染、日常生活、社会、家族・結婚・交際、学校・仕事関係、家族以外の人間関係）に分類して、B型肝炎患者とC型肝炎患者で比較検討した結果、B型肝炎患者では、社会、家族、結婚、交際、学校、仕事のカテゴリーに属する偏見差別の頻度が有意に高い結果を示していた（八橋、2019）。

3) 母子感染被害及び家庭問題

集団予防接種によるB型肝炎ウイルス感染被害女性は、妊娠・出産・育児を通して、自身だけでなく子どもへの二次感染の可能性や、それから派生する問題もある。

感染防止できなかった理由には、ワクチンによる予防接種がまだなかった、あるいは、ワクチンでの感染防止について知らなかった、自分の感染を知らなかったなどが挙げられている。また、妊娠によって自身の病状が悪化する可能性もある。その他、母子感染させてしまったという負い目や、子どもががんを発症し先立たれてしまい子どもの死が家族の生きづらさを増して苦悩が終わらない状況がある。自らの病態の変化や増悪、母子感染させてしまった苦悩、子どもの将来や結婚・出産への不安、子どもに先立たれた悲嘆など、被害の連鎖が明らかとされている（岡・片岡・三並、2019）。

4) 遺族の被害

B 型肝炎ウイルス感染によって大切な家族を亡くした遺族も、集団予防接種による B 型肝炎ウイルス感染の被害者と言える。遺族は「情報がなく治療等の対応が遅れた」「予防接種が原因と知らずに亡くなった」など感じており、理不尽な死として幸せを引き裂かれた遺族の苦しみは今も続いている。また、遺族も B 型肝炎に対する世間の偏見が強い事を感じており、世間の偏見に嫌な思いをしていることが明らかとされている（岡・三並, 2013）。

V. 日本における B 型肝炎ウイルス感染被害拡大の要因

日本の予防接種の歴史的経緯を辿ると、日本における肝炎研究が遅れていたことはなく、海外知見の報告もリアルタイムで行われ、法令でも規定を定めていた。しかしながら、欧米では既に安全管理を行っていた時期に、日本では注射器具の連続使用による集団接種が長年行われていた。国は、海外で報告された医学的知見や日本において蓄積された知見を把握することが出来た可能性がある一方で、そのような知見を早期に予防接種行政に反映することが出来なかった。予防接種における一針一筒の徹底という、本来あるべきリスク対応を欠いたまま長年看過されたことは、行政内部でのリスク管理に問題があったことが伺えた。

日本における B 型肝炎ウイルス感染被害拡大の背景には、諸外国と異なる日本特有の複合的な要因が存在しており、厚生労働省による検証報告を基にそれらの要因を整理した（厚生労働省, 2014）（図 1）。

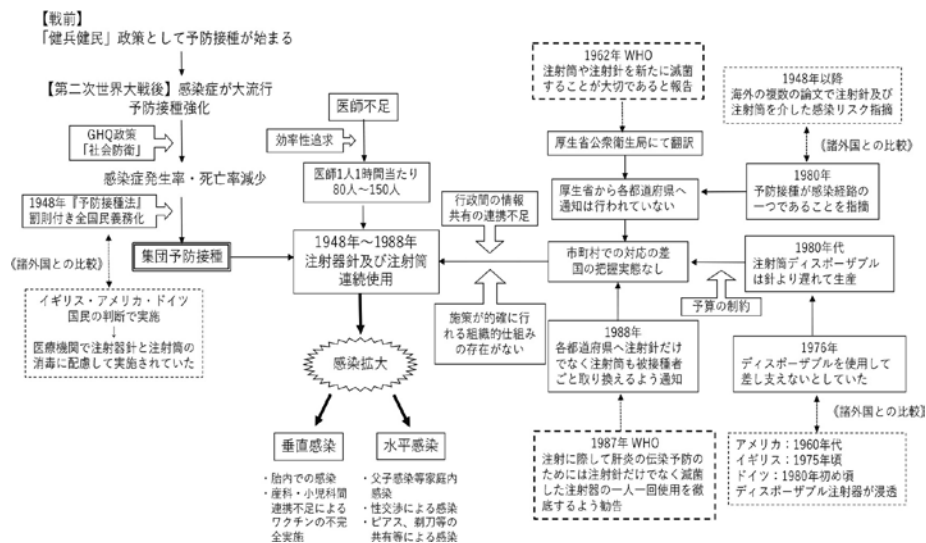


図 1 集団予防接種における B 型肝炎ウイルス感染被害の拡大要因

1. 「社会防衛」を目的とした予防接種制度

イギリス、アメリカ、ドイツでは、国民の個々の判断によって、身近な医療機関で予防接種を受けるというのが一般的で、医療機関では通常の医療行為と同様に注射針や注射筒の消毒に配慮して行っていた。一方、日本の予防接種は、国民の義務として集団接種で行われていた。予防接種は、感染症から社会を守る「社会防衛」と、感染症から国民を守る「個人防衛」の二つの目的がある。厚生行政は、戦前は国防の目的のために遂行され、占領中はGHQ兵士の健康の維持のために予防接種制度が開始されていることから、「個人防衛」より「社会防衛」の考え方が重視されていたと考えられる。公衆衛生に関わる社会の制度は、国民の義務として推進されるのではなく、国民の自発的参加意識によって推進されなければならないものである。しかしながら、戦前からの衛生行政が戦後も変わることなく続いていたことから、B型肝炎ウイルスの感染被害は、国民一人ひとりの生命や健康より、国家や社会の防衛を重視する行政理念から始まったと言える（厚生労働省、2014）。

2. 医師不足による効率性の追求

国は予防接種法制定当初の1948（昭和23）年の時点で、注射針については被接種者一人ごとの交換・消毒が必要であることは認識していた。一方で、「予防接種心得」では、医師1人の1時間当たりの人数の目安が1時間に80人～150人と定められていた。これは、30～40秒に一人の接種を行うことを意味しており、一針一筒を徹底して実施するには困難な目安である。これについては、子どもの数が現在よりも多く、医師の数が少ない状況の中、安全性より効率性を追求する姿勢が背景にあった可能性があった（厚生労働省、2014）。

3. 予算の制約

前述のごとく、1952（昭和27）年にアメリカでは世界に先駆け完全なディスポーザブル注射器を開発、使用しており、1961（昭和36）年頃から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。イギリスでは、1975年頃から、ドイツでは、1980年代初め頃には、既にディスポーザブルの注射器が使われていたようである。日本での製造販売は、1963（昭和38）年～1964（昭和39）年に開始され、1976（昭和51）年に「注射針、注射器、接種用さじ等の接種器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。市町村を対象としたアンケート調査では、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ていた。ただし、1983（昭和58）年において、ディスポーザブルの針の生産量は筒の約6.3倍であったことから、筒は針よりも遅れて普及したことが伺われた。1962（昭和37）年のWHO勧告「肝炎ウイルス等の感染を防止する観点から予防接種の実施にあたっては注射針のみならず注射筒も

交換すべき」に対し、自治体関係者のヒアリング調査からは、コストがかかることが課題に挙げられており、予算上の制約により普及が遅れた可能性があった（厚生労働省，2014）。

4. 情報共有の連携不足

1980（昭和 55）年以降の「厚生省肝炎研究連絡協議会研究書」掲載の論文において、集団予防接種における注射器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。しかし、当時の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、厚生労働省資料の中には存在していなかった（厚生労働省，2014）。このことより、国の協議会などで明らかにされた科学的な知見が国の行政施策に反映されるとは限らなかったことがわかる。

都道府県を対象としたアンケート調査結果からは、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ている一方で、市町村が実施する予防接種の実態の把握を行われていることは確認できていない。保健所長経験者を対象としたアンケート調査やヒアリング調査の結果からは、リスクを認識した上で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ことが明らかとなっている。都道府県、保健所と市町村の間の関係性に問題があったことが伺えた（厚生労働省，2014）。

5. 行政のリスク管理の問題

注射器具の使用に関する国の認識と対応の経緯を辿ると、予防接種の手技、器具の取り扱い、感染防止策等の先進知見の収集、分析、評価、伝達等が十分に行われていなかったことがわかる。さらに、社会防衛の目的による集団予防接種が行われ、公衆衛生の推進の観点から効率性を重視した行政のリスク管理は適切に行われていなかった。WHO が警告を行っていた中で、一般推奨レベルで感染予防対策を行い、最終的には市町村長や医療機関の判断に委ねられていた。しかし、ディスポーザブルの使用等の予算には課題があり、複数の保健所長は国の通知には強制力がないことを言及している。国の通知が法的強制力を持たなければ、実効性のある感染予防対策を講じることが困難であったことが伺えた（厚生労働省，2014）。

VI. お わ り に

以上、厚生労働省の報告書等の文献を基に、わが国における B 型肝炎感染被害の実態及び感染拡大の要因について整理した。B 型肝炎ウイルス感染被害は、国の施策による集団予防接種における注射器等の連続使用が原因で引き起こされ、諸外国と異なる日本特有の複合的な要因により感染被害が拡大した。その要因には、「社会防衛」を目的とした予防接種制度や医師不足による効率性の追求、予算の制約や行政施策の実施に至る各所で情報共有が行われていなかったことがあり、行政内部でのリスク管理に問題があったことが伺えた。

B型肝炎感染被害者による控訴により国の損害賠償責任が認められたが、今もなお、症状や治療、偏見や差別による身体的、経済的、心理的負担を強いられている患者や患者家族が存在している。感染防止（再発防止）および偏見差別防止のために、B型肝炎に係わる医療従事者に教育を行うことは重要であり、本学では、教育カリキュラムの充実を図るため、本稿で整理した資料を基に教育資料を作成する予定である。学生が、B型肝炎に関する歴史的事実を適切に理解し、感染防止のための正しい知識を得ることができるよう、今後、作成した教育資料の評価を行うことが課題である。

引用文献

- 江口一郎（2018），本邦におけるウイルス性肝炎疾患の現状と展望，日本内科学雑誌，107(1)，10・18.
- 榎本大（研究代表者）（2017），職種の違いを考慮した医療従事者養成課程におけるB型肝炎に関する教育資料の開発，厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 統括研究報告書，1・8.
- 岡多枝子（研究代表者）（2014），集団予防接種等によるHBV感染拡大の真相究明と被害救済に関する調査研究，厚生労働科学研究補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業，平成26年度総括分担研究報告書.
- 岡多枝子・片岡善博・三並めぐる（2019），B型肝炎被害とは何か―感染拡大の真相と被害者救済，19・97，明石出版，東京.
- 岡多枝子・片岡善博・三並めぐる（2016），HBV感染被害による肝がん患者の生活困難とケア，日本福祉大学社会福祉学部日本福祉大学社会福祉論集，134，79・90.
- 岡多枝子・三並めぐる（2013），集団予防接種によるB型肝炎感染被害者遺族の悲嘆，日本福祉大学研究紀要―現代と文化，日本福祉大学福祉社会開発研究所，128，111・120.
- 奥泉尚洋・久野華代（2015），B型肝炎なぜここまで拡がったのか，16・44，岩波書店，東京.
- 厚生省五十年史編集委員会（1988），厚生労働省五十年史記述編，344・701，中央法規出版，東京.
- 厚生省五十年史編集委員会（1988），厚生労働省五十年史資料編，1006・1213，中央法規出版，東京.
- 坂本陽（1948），流行性肝炎について，診断と治療，36(6)，175・179.
- 初回献血者及び検診受診者集団におけるHBs抗原陽性率の状況（2016），IASR（病原微生物検出情報）37（8），149・151.
- 厚生労働省（2013），集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の再発防止について，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，1・55.
- 厚生労働省（2014），平成24～25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，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，多田羅浩三（研究代表者），12・91.
- 白木和夫（2009），わが国におけるB型肝炎母子感染防止に経緯とuniversal vaccinationの必要性について，小児感染免疫，21(2)，149・157.
- 竹前栄治・中村隆英（1996），GHQ日本占領史第22巻公衆衛生，5・56，日本図書センター，東京.
- 美馬聰昭・片平冽彦・肝炎控訴弁護団（1997），もう一つの厚生省犯罪 集団予防接種が広めた肝炎，50・59，かもがわ出版，京都.
- 八橋弘（研究代表者）（2019），肝炎ウイルス感染者の偏見や差別による被害防止への効果的な手法の確立に関する研究，厚生労働行政推進調査事業費補助金 肝炎等克服政策研究事業 総括研究報告書，1・24.