

ワクチンで予防できる疾患に関するサーベイランスの課題

*サーベイランスは感染症対策、公衆衛生試作の基本的データである

患者発生動向調査 対象：感染症法疾患 IASR Vol.29 No.7 2008 の参考治療にある届出疾病一覧表

病原体サーベイランス 同上

血清疫学調査 予防接種法対象疾患のみ、
予算事業として行っているため小規模であり予算的に不安定、
検査に対して法的な根拠がない

海外ではサーベイランス疾患の類型として「予防接種予防疾患」にカテゴリーを持っている国もある

今回議論となっている疾患のうちの

ムンプス 小児科定点（成人例は不明、重症例は不明、血清疫学なし） Vol.24(5) 2003

水痘 同上 Vol.25(12) 2004

HB 5類全数（新生児 HB は不詳、血清疫学なし） Vol.27(9), 2002

Hib 感染症法対象疾患ではない（基幹病院定点から細菌性髄膜炎としてのみ、
血清疫学なし） Vol.31(4), 2010

肺炎球菌 同上 Vol.23(2), 2002

HPV 子宮けい癌（感染症ではないという考え）なし
尖型コンジローマ（5類 STD 定点） Vol.29(9), 2008

ポリオ(IPV) 2類（根絶監視が目的であるため） Vol.30(7), 2009

百日咳 小児科定点（成人例は不明、血清疫学調査有り） Vol.29(3), 2008

*麻疹 排除 elimination が国の目標であるにもかかわらず（大臣告示）5類全数であるため検査が確実に行われず、症例の確認が出来ない。 Vol.31(2), 2010

排除の確認はわが国では不可能であり、国際標準からはずれる

*風疹も同様 Vol.27(4), 2006

*ジフテリア 2類感染症、血清疫学有り Vol.27(12), 2006

*破傷風 5類全数把握、血清疫学有り Vol.30(3), 2009

*日本脳炎 4類全数把握 血清疫学有り、ブタ調査有り Vol.30(6), 2009

*結核 2類全数把握、血清疫学なし Vol.27(10), 2006.

表 1. 感染症法に基づく届出疾病 (2008年5月12日一部改正施行)
 (「感染症発生動向調査実施要綱」による)

1. 全数把握の対象

一類感染症 (診断後直ちに届出)	エボラ出血熱*、クリミア・コンゴ出血熱*、痘そう*、南米出血熱*、ペスト*、マールブルグ病*、ラッサ熱*
二類感染症 (診断後直ちに届出)	急性灰白髄炎*、結核*、ジフテリア*、重症急性呼吸器症候群 (病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る)*、鳥インフルエンザ (H5N1)*
三類感染症 (診断後直ちに届出)	コレラ*、細菌性赤痢*、腸管出血性大腸菌感染症*、腸チフス*、パラチフス*
四類感染症 (診断後直ちに届出)	E型肝炎*、ウエストナイル熱 (ウエストナイル脳炎を含む)*、A型肝炎、エキノコックス症*、黄熱*、オウム病*、オムスク出血熱*、回帰熱*、キャサナル森林病*、Q熱*、狂犬病*、コクシジオイデス症*、サル痘*、腎症候性出血熱*、西部ウマ脳炎*、ダニ媒介脳炎*、炭疽*、つつが虫病*、デング熱*、東部ウマ脳炎*、鳥インフルエンザ (H5N1を除く)*、ニパウイルス感染症*、日本紅斑熱*、日本脳炎*、ハンタウイルス肺症候群*、Bウイルス病*、鼻疽*、ブルセラ症*、ベネズエラウマ脳炎*、ヘンドラウイルス感染症*、発しんチフス*、ボツリヌス症*、マラリア、野兔病*、ライム病*、リッサウイルス感染症*、リフトバレー熱*、類鼻疽*、レジオネラ症*、レプトスピラ症*、ロッキー山紅斑熱*
五類感染症 (全数) (診断から7日以内に届出)	アメーバ赤痢*、ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く)、急性脳炎 (ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)*、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病*、劇症型溶血性レンサ球菌感染症*、後天性免疫不全症候群*、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎*、先天性風しん症候群*、梅毒、破傷風*、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症*、バンコマイシン耐性腸球菌感染症*、風しん*、麻しん*
新型インフルエンザ等感染症 (診断後直ちに届出)	新型インフルエンザ*、再興型インフルエンザ*

2. 定点把握の対象

五類感染症 (定点)	インフルエンザ定点 (週単位で報告) : インフルエンザ (鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザ等感染症を除く)*
小児科定点 (週単位で報告)	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱*、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎*、感染性胃腸炎*、水痘、手足口病*、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳*、ヘルパンギーナ*、流行性耳下腺炎*
眼科定点 (週単位で報告)	急性出血性結膜炎*、流行性角結膜炎*
性感染症定点 (月単位で報告)	性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症
基幹定点 (週単位で報告)	クラミジア肺炎 (オウム病を除く)、細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎を除く)*、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎*
基幹定点 (月単位で報告)	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症
法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症	疑似症定点 (診断後直ちに報告、オンライン報告可) : 摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状 (明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く)、発熱及び発疹又は水疱

3. オンラインシステムによる積極的疫学調査結果の報告の対象

二類感染症	鳥インフルエンザ (H5N1)
-------	-----------------

*は病原体サーベイランスの対象となる疾病



Infectious Agents Surveillance Report

病原微生物検出情報

月報

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)
<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>

Vol.24 No.5 (No.279)
 2003年5月発行

国立感染症研究所
 厚生労働省健康局
 結核感染症課

事務局 感染研感染症情報センター
 〒162-8640 新宿区戸山1-23-1
 Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177
 E-mail iasr-c@nih.go.jp

（察、無断転載）

ワクチン後のムンプスウイルス自然感染3, 予防接種実施率の検討とムンプスの現状4, ムンプスウイルス5, ムンプスウイルス国内分離状況7, インフルエンザA/H1型分離: 滋賀県9, C群ロクによる小児学校での胃腸炎集団発生: 滋賀県9, インフルエンザ流行期のEV71型手足口病流行: 山形県10, 劇型溶血性レンサ球菌感染症起原因菌 emm49型 *S. pyogenes* 10, SARS 病原体と検査法: WHO11, SARS 累積「可能性例」報告数: WHO12, ヒトへのトリインフルエンザ感染(続報): オランダ11, HCV 抗体陽性臓器提供者からのHCV伝播: 米国12, 先進国におけるHEVの疫学12, サルモネラ集団発生とアルファファ菌種の消毒: 米国13, WHO 結核予防対策計画年次報告書13, Hib ワクチン追加接種: 英国13, ワクチン安全性に関する諮問委員会13, HIV ワクチン臨床試験進行状況14, 日本のAIDS患者・HIV感染者の状況14, チフス菌・パラチフス菌のファージ型別成績21

本誌に掲載された統計資料は、1)「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく感染症発生動向調査によって報告された、患者発生および病原体検出に関するデータ、2) 感染症に関する前記以外のデータに由来する。データは次の諸機関の協力により提供された: 保健所, 地方衛生研究所, 厚生労働省食品保健部, 検疫所, 感染性腸炎研究会。

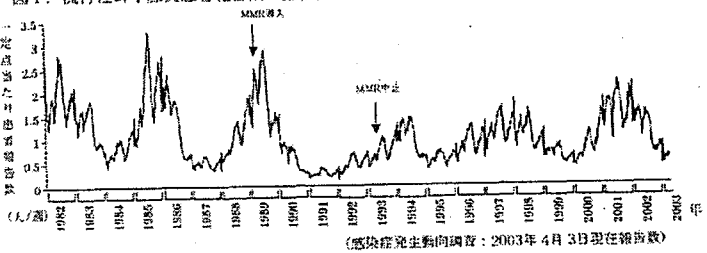
<特集> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 1993~2002年

流行性耳下腺炎は、パラミクソウイルス科のムンプスウイルスによる感染症で、耳下腺部のびまん性腫脹（両側あるいは一側）、疼痛、発熱を主症状とし、小児期に好発する。予後は一般に良好であるが、無菌性髄膜炎、睾丸炎・卵巣炎、肺炎など種々の合併症を引き起こすことがあり、時に高度難聴などの後遺症を残す。飛沫感染、または唾液との直接接触により感染する。潜伏期は通常16~18日間で、発症数日前から耳下腺腫脹が消失するまでの間は感染性を有する。不顕性感染も多く、患者だけでなく不顕性感染者もウイルスを排泄し、感染源となりうる。

耳下腺腫脹があれば、診断が容易であるため、ウイルス分離検査が行われることは少ない。しかし、耳下腺腫脹を来たさずに無菌性髄膜炎を発症することもあり、エンテロウイルスなど他の病原体との鑑別のため、血清診断やウイルス分離が必要とされる。

流行性耳下腺炎患者: 図1に感染症発生動向調査による小児科定点からの流行性耳下腺炎患者報告数を示す。これまで1982~83, 1985~86, 1988~89年と3~4年周期で流行がみられていたが、1989年4月から定期接種として麻疹ワクチンの代わりに麻疹・おたふくかぜ・風しん混合 (measles・mumps・rubella: MMR) ワクチンを選択することが可能となり、1990

図1. 流行性耳下腺炎患者報告数の推移, 1982年第1週~2003年第13週



年~1993年前半までは定点当たり患者報告数1.0未満の低値で推移した。しかし、MMR ワクチンは接種後の無菌性髄膜炎の多発により1993年4月に接種が中止された (本月報 Vol.15, No.9 参照)。その後、1993年後半~1994年、1996~98年と再び流行がみられたが、2.0を超える大きな流行とはならなかった。2000年後半より患者数が増加し、2001年第28週をピークに2.0を超える大きな流行となり、2002年前半まで1.0以上で推移した。2002年第35週以降、2003年第13週現在までは1.0未満で推移している。定点医療機関からの年間患者報告数は、2000年132,877人 (定点当たり44.62)、2001年254,711人 (84.37)、2002年182,663人 (60.32) である。厚生労働省研究班によれば、全国での罹患者の推計は2000年117万人 (95%信頼区間: 111~124万人)、2001年226万人 (215~236万人) とされている [永井正規「感染症発生動向調査に基づく流行の警報・注意報および全国年間罹患者数の推計—その3— (平成15年3月)」・平成14年度厚生科学研究, 主任研究者: 岡

図2. 流行性耳下腺炎患者の年齢分布, 1993~2002年

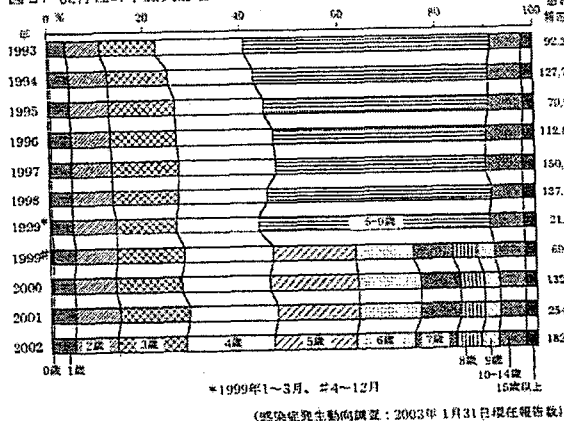
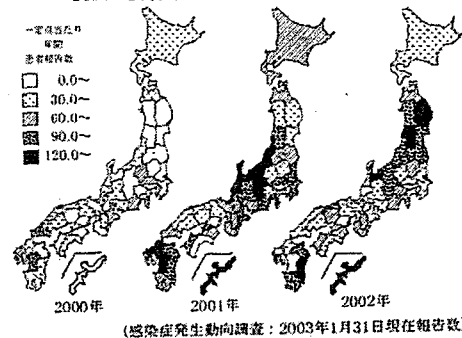


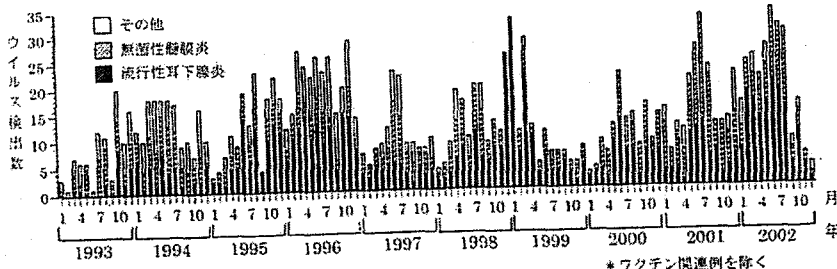
図3. 年別都道府県別流行性耳下腺炎患者発生状況, 2000~2002年



(2ページにつづく)

(特集つづき)

図4. ムンプスウイルス検出報告数の推移, 1993~2002年



*ワクチン関連例を除く
(病原微生物検出情報: 2003年3月25日現在報告数)

部信彦]。

報告患者の年齢は(前ページ図2), 1993年から2, 3, 4歳の各年齢が若干増加し(本報Vol.15, No.9参照), 1996年以降は4歳以下の占める割合が45~47%と, 大きく変わっていない。0歳は少なく, 年齢とともに増加し4歳が最も多い。続いて5歳, 3歳の順に多く, 3~6歳で約60%を占めている。

地域別患者報告数は, 1994年流行時は九州・沖縄地方で多く, 1996~98年の流行では, 1996年に北海道, 東海・北陸地方で, 1997年には引き続き東海・北陸地方と九州・沖縄地方へと広がり, 1998年は東北, 中国・四国地方へと広がった。2000~2002年の流行では(前ページ図3), 2000年は山口県, 熊本県で多く, 2001年には九州全域と沖縄県, 北陸・信越地方を中心に増加し, 福井県(222.27), 石川県(213.00)で特に多かった。2002年には東北地方で増加がみられた。

ムンプスウイルス検出数: 1993年1月~2002年12月の地方衛生研究所からのムンプスウイルス検出報告は1,728例であった(2003年3月25日現在報告数)。ワクチン関連例49を除く1,679例の診断名別月別検出数を図4に示した。臨床診断名は流行性耳下腺炎が778例, 無菌性髄膜炎が549例であった。無菌性髄膜炎患者からのムンプスウイルス検出数をみると, 1999, 2000年にそれぞれ34, 56件報告され, 2001年は110件に増加した。2002年は71件の報告であった。2002年は前年に比べ流行性耳下腺炎患者からの検出が増加している。1,679例の検出材料は, 咽頭ぬぐい液1,086, 髄液620, 尿6, 糞便3, 喀痰1で, 咽頭ぬぐい液からの検出が過半数を占めていた(異なる材料から重複して検出された例を含む)。診断名別にみると, 流行性耳下腺炎例では咽頭ぬぐい液729, 髄液83など, 無菌性髄膜炎では髄液455, 咽頭ぬぐい液119などで, 臨床診断名により材料は大きく異なっていた。

おたふくかぜワクチン: 日本では1981年から任意接種として開始された。当初用いられていた占部株が無菌性髄膜炎の多発により使用されなくなり, 現在は鳥居, 星野, 宮原株が使用されている。抗体陽転率は90~98%である(本号3ページ参照)。ワクチン接種後無菌性髄膜炎の合併は現在わが国では2~12万人に1人であるが, ムンプスウイルス自然感染時の髄膜炎合

併率は約4~6%であり, 髄膜炎の合併も認められる。米国では, 自然感染による髄膜炎はワクチン導入によりその報告は稀となっている。また, 喜多村らの2001年全国調査によると, 自然感染に合併する急性高度難聴は年間推計650名(95%信頼区間: 540~760)であり(本号5ページ参照), 田村は両側性高度感音性難聴を合併し, 人工内耳挿入術を必要とした症例を報告している(本号5ページ参照)。多くの難聴例が改善困難であることから, 早急なワクチン接種率の向上が望まれる。わが国のおたふくかぜワクチン生産量は, 当初より年間約40万人分であり, 麻疹ワクチン定期接種時にMMRワクチンの選択が可能になった1989~1993年も生産量は変わらず, 1997~2000年は40~50万人分が生産されている。麻疹ワクチンの生産量が年間約140万人分であることから, 約1/3の接種率であることが予想される。平岩らによると, 戸田市の3歳児健診時ワクチン実施率は30%前後である(本号4ページ参照)。感染症流行予測調査によると定期接種時のMMRワクチン選択率は約20~30%であり, 1989~1993年の接種率は現在の約2倍弱であったことが推定される。MMRワクチン接種世代が流行の中心年齢であった1990年代の患者数は前後の時期に比して少なく, ワクチン接種率の上昇が流行抑制に貢献していたと考えられる。

ムンプスウイルスの変異: 2000~2002年に自然感染患者から分離されたムンプスウイルス株は1989年以前の国内分離株とは別の遺伝子型であり, 抗原性が変わりつつある。しかし, ワクチン株と2002年に分離された株間に中和抗原の違いはなく(本号7ページ参照), 流行株の抗原性の変異は起こっているが, 現行のワクチン株で現在の流行株の感染予防は可能であると考えられている(本号3ページ参照)。このような遺伝子型の変換は世界規模で起きているため, 今後も調査継続が必要である。

現在のワクチン接種率はMMRワクチン導入前と同等であることが予想され, 再びMMRワクチン導入前の流行状況に逆戻りすることも予想される。流行性耳下腺炎は一般的に予後良好であるが, 無菌性髄膜炎合併率の高さ, 高度難聴合併例を考えると, ワクチンによる予防が早急に必要疾患である。

(特集つづき)

表1. 乾燥弱毒生水痘ワクチン生産実績および輸出実績

年	生産実績*	輸出実績	年	生産実績*	輸出実績
1997	177,000	0	1995	235,000	342,000
1988	202,000	88,000	1996	311,000	150,825
1989	183,000	180,000	1997	287,000	36,520
1990	297,000	202,040	1998	289,000	25,000
1991	210,000	357,600	1999	317,000	87,280
1992	329,000	515,496	2000	302,000	197,941
1993	182,000	596,108	2001	225,000	332,000
1994	125,000	262,000	2002	337,000	418,652

*国内用 (人分) 細菌製剤協会資料より

いたが、1999年の感染症法施行以降、定点を小児科中心の医療機関に変更したことから、わずかながら患者報告数の増加が認められる。水痘は年別に患者報告数の増減はあるものの、突発性発疹と同様に小児人口の減少とともに患者報告数は減少傾向にあり、感染症法施行以降に患者報告数が増加している。また、水痘は毎年、突発性発疹の約2倍の患者数が報告されている。

週別患者報告数は、毎年、第25週頃から減少し、第36～38週頃が最も少なく、第45週頃から増加するという一定の傾向が認められる。地域別にみると(3ページ図4)、北海道・東北・北陸では2峰性の流行パターンを示すのに対し、関東以南の地域においては、ピークがはっきりしないかあるいは1峰性の流行パターンを示した。九州・沖縄では1峰性でかつ患者が多い時期と少ない時期の報告数の差が他の地域に比して大きかった。

VZV 検出数：1982年1月～2004年10月の地方衛生研究所(地研)からのVZV検出報告は737例であった(2004年10月25日現在報告数)。水痘は病原体サーベイランスの対象になっていないため、地研からの報告は研究レベルでの検査による。水痘ワクチン導入前は年間50～100前後の分離報告があったが、その後減少し、最近では年間6～11例にとどまっており、検出方法もPCRがほとんどである。

水痘ワクチン：世界に先駆けて高橋らによって開発された岡株水痘ワクチンは(本号3ページ参照)、世界保健機関(WHO)によって安全性、有効性ともにもっとも望ましい水痘ワクチンであると認められ、多くの国で1歳以上の小児に接種されている(本号13ページ参照)。自然罹患の水痘を予防することはその後の帯状疱疹の発生率を減少させることが予想される。さらに2004年にワクチンの適用が拡大され、水痘特異的細胞性免疫を高めることにより、高齢者の帯状疱疹の予防に用いることも期待されている。ワクチン1回接種後の抗体陽転率は、健康小児で95%以上、白血病患児で90%以上と高く、水痘ワクチンの有効率については、軽症まで含めると80～85%、中等度および重症者でみると95～100%とされている(本号3ページ参照)。接種後の副反応は、ゼラチンが含有されていた頃はアレルギー反応が散見されたが、除去後は極めて稀である。免疫不全者に接種した場合、接種2～3週間後に水疱が出現する場合がある。すべての子供に予防接種を推奨している国は、2004年時点で米国以外に

韓国、カナダ、オーストラリア、フィンランドなどがあり(本号13ページ参照)、定期接種を導入した国においては、水痘罹患例のみならず、入院例の著明な減少、水痘関連の医療費、死亡率の低下が認められている(本号5ページ参照)。一方、わが国の水痘ワクチン生産量は表1に示すとおり、1987年に任意接種として1歳以上にワクチンが導入された当初より年間約20～30万人分であり、麻疹ワクチン生産量の約1/4である。接種率は25～30%程度と考えられる(本号5ページ参照)。

現在の問題点：堺市と金沢市での調査では、保育園児における接種率は7.6～13%程度と低く、ひとたび集団内で患者が出ると、ワクチン接種を受ける年齢に達していない0歳児クラスを含めた大規模な園内流行に繋がっている(本号7～10ページ参照)。保育園欠席の平均日数は約1週間、保護者が仕事を休んで看護にあたることによる負担が示されている(本号9ページ参照)。島根県出雲市での調査に基づくと、直接医療費と家族看護に関する費用の総額(疾病負担)は、日本全体の年間患者数を84万人とすると、全国でおよそ439億円と推定され、2003年度の麻疹に係る疾病負担の約5倍であった(本号14ページ参照)。疾病負担の約8割は家族看護の費用であるが、これらを含めた罹患に伴う費用/予防接種に関する費用の比率は、平均4.4～5.9と高い数値を示している(本号14ページ参照)。水痘患者の院内発生は毎年起こっており、成人の抗体保有率は約95%と高いが(本号11ページ参照)、医療従事者が感受性者である場合の影響は大きい。院内発生時の感染対策に要する労力と費用、免疫不全者に二次感染が起こった場合の影響を考えると、医療従事者に対するワクチン接種も重要である(本号11ページ参照)。

今後の対策：現在のわが国におけるワクチン接種率は流行を抑制するには不十分であり、全国約3,000の小児科定点からの患者報告だけでも毎年20万人を超えている。既に定期接種に導入されている国々において重症例の著明な減少が報告されていることに加え、今年、米国と欧州の研究者の組織Euro Varでも欧州における定期接種化にむけた合意がまとまったことは、今後わが国の対策を考える上でも重要と考える。医療経済学的効果も示されており、現在の流行規模の大きさ、重症例の実態を考慮すると、ワクチン接種率を上昇させることが必要である。しかし、接種率が不十分であると患者年齢の上昇に繋がるため、高い接種率を達成する必要がある。移植医療の進歩に伴い免疫抑制剤投与中の患者が増加し、腎疾患や自己免疫疾患等の治療にステロイド剤の投与を受けている患者も少なくない。基礎疾患のためにワクチンを受けることができない者の水痘罹患予防には、流行そのものを抑制する以外方法はなく、ワクチン接種率の向上が求められる。

病原微生物検出情報

月報

Infectious Agents Surveillance Report (IASR)

<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>

Vol.27 No. 9 (No.319)

2006年 9 月発行

国立感染症研究所
厚生労働省健康局
結核感染症課

事務局 感染研感染症情報センター

〒162-8640 新宿区戸山1-23-1

Tel 03(5285)1111 Fax 03(5285)1177

E-mail iasr-c@nih.go.jp

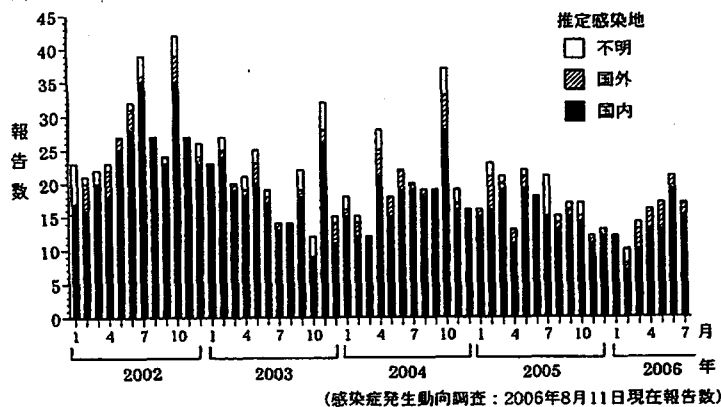
(禁、無断転載)

わが国の B 型肝炎の現状 3, HBV 感染血清学的診断法 5, 献血者 HBV 陽性率の動向 7, 麻疹地域流行: 千葉県 & 千葉県 8~12, EV71 検出状況: 長野県 12, 愛知県 13, エコー18検出状況: 大分県 14, 宮崎県 14, エコー18の検出 14, 新生児室におけるエコー18感染: 愛知県 15, 中国帰国者からの A/H1N1 型インフルエンザ分離: 埼玉県 16, 痘苗血清型コレラ菌混合感染血球: 富山県 17, 2 保育園における EHEC O26 集団感染: 群馬県 17, 3 高校における EHEC O157 集団感染: 福岡県 18, *S. dysgalactiae* subsp. *equisimilis* 劇症型溶レン菌感染症 20, 小学校における A 群溶レン菌咽頭炎集団発症: 新潟県 21, *S. Weltevreden* & *S. Saintpaul* 食中毒 2 事例: 岩手県 21, ノロウイルス新変異株: 英国 23, 麻疹増加: ポーランド 23, ムンプスワクチン ACIP 指針更新: 米国 24, 免疫性 B 群溶レン菌感染症致死率増加: ノルウェー 24, 腸管移行後のシャーガス病: 米国 25, WNV 感染者数 2006 年速報: 米国 25, 日本の AIDS 患者・HIV 感染者 26, テフス菌・パラテフス A 菌ファージ型別成績 34

本誌に掲載された統計資料は、1) 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づく感染症発生動向調査によって報告された、患者発生および病原体検出に関するデータ、2) 感染症に関する前記以外のデータに由来する。データは次の諸機関の協力により提供された: 保健所, 地方衛生研究所, 厚生労働省食品安全部, 検疫所, 感染性肺炎研究会。

<特集> B型肝炎 2006年7月現在

図1. 診断月別急性B型肝炎患者報告数, 2002年1月~2006年7月



B型肝炎は、ヘパドナウイルス科 (*Hepadnaviridae*) に属する B 型肝炎ウイルス (HBV) の感染に起因する。B型肝炎には、初感染によって発症した急性肝炎、HBV 持続感染者から発症した急性増悪、また慢性肝炎などがある。持続感染者のうち 10~15% が慢性肝疾患 (慢性肝炎、肝硬変、肝癌) を発症する。成人での初感染の場合、多くは一過性の感染で自覚症状がないまま治癒し、20~30% の感染者が急性肝炎を発症する。この場合、稀に劇症化する場合がある。HBV は、主として HBV 感染者の血液を介して感染する。また精液などの体液を介して感染することもある。

現在、HBV は 8 種類の遺伝子型 (A~H 型) に分類されているが、この遺伝子型には地域特異性があること、また慢性化率など臨床経過に違いがあることが知られている。欧米型であり、他に比べ慢性化しやすい遺伝子型 A の感染者が近年わが国でも増加していることは注視すべき傾向である (本号 3 ページ & 7 ページ参照)。

2003年11月の感染症法の改正に伴い、急性 B 型肝炎は、感染症発生動向調査における全数把握の 5 類感染症である「ウイルス性肝炎 (E 型肝炎及び A 型肝炎を除く)」に分類された。診断した医師は、7 日以内の届出が義務付けられている。2006年4月に、届出基準と届出票が改正されている (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-02.html> 参照)。

go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-02.html 参照)。HBV 感染の一次スクリーニング法としては HBs 抗原の検出が広く用いられている。HBs 抗原測定法には、凝集法、イムノクロマト法、EIA (Enzyme Immuno Assay)/CLIA (Chemiluminescent Immuno Assay)/CLEIA (Chemiluminescent Enzyme Immuno Assay) 法があるが、測定原理の違いにより検出感度が異なることから、検査目的に応じた検査方法および試薬を選択することが必要である (本号 5 ページ参照)。

年別および月別発生状況: 2002年以降、急性 B 型肝炎と診断され報告された患者数は、2002年333例、2003年244例、2004年243例、2005年208例、2006年1~7月107例である。1999年は約500例、2000年は約400例、2001年は約300例であり (IASR 23: 163-164, 2002 参照)、2003年まで減少傾向が認められたが、それ以降はほぼ横ばいに転じている。月別の報告数に一定の傾向は認められず、季節変動は大きくない (図1)。

推定感染地: 2002年~2006年7月に診断された1,135例のうち国内感染例が983例 (87%) であり、各年とも大多数は国内感染例である。国外感染例も85例 (7%) 報告されている (図1)。

2006年4月改正前の患者届出票では国内の感染地域は報告されていないため、国内例の都道府県別報告 (2ページにつづく)