

# なぜ日本政府は義務的予防接種を中止せざるをえなかったか？

臨床医の視点から ———— やまもとひでひこ 山本英彦



小児科勤務医

一般医を目指していますが、なかなか難しいものです。医療行為は常に危険を伴うものであり、余分な行為は患者さんのためにならないと考えています。その意味でも科学であることが医療に要求されると思ひやっています。

はじめに

きょうのお話を使うスライドは、イタリアのLUIMOという団体が主催する国際フォーラムから東京医科歯科大学の津谷さんのところへ依頼があって、「日本政府はなぜワクチン義務接種を止めたか」について講演したときのものです。これをもとに、僕は臨床医なのであまり詳しいことはわからないんですが、はじめに、なぜ日本政府は義務接種を廃止せざるを得なかったか（予防接種法の改正）について報告し、そのあとでMMRワクチンについてお話しします。

症例報告

先ほど藤井さんがワクチンの被害ということで報告されましたが、僕ら病院にいますから、疾患そのものの、病気そのもので悪くなった例も診るわけですね。そのへんでどうするかということがわれわれにもジレンマがあるわけです。もちろん安全であることが一義的です。

症例1は、3歳の女の子です。突然の発熱後、2日で痙攣と意識障害が出て、意識障害が10日間続きました。幸いなことに運動障害は6ヵ月後に回復しました。髄液からの検査でインフルエンザのAホンコン型ということがわかった。これはインフルエンザそのもの（自然感染）で起こった脳炎の症例でした。これはまあ治りました。

症例2、もうひとつはインフルエンザワクチンによるADEM（アデム）という「急性散在性脳

脊髄膜炎」（これは『神経内科』に出ている文献）で、11歳の男の子で2回目のインフルエンザワクチン接種後に視野がおかしいと訴え始めて12日目ぐらいから言葉がおかしくなり、21日目から運動障害がおり、74日目にMRIを撮ったらアデムだろうという、78日目に亡くなった症例です。

この症例と別個に今年の1月ぐらいに国立小児病院の医師が同じADEM＝インフルエンザワクチン後の症例を報告されました。それは、実は毎年毎年2回ずつワクチンを打っていて6回目ぐらいのときにこの症状が1回起こってそれは軽快したんですが、次の年にもう1回ワクチンを打ってまた同じADEMの症状が起きている。アデムはインフルエンザワクチンとの因果関係は言われていないけれども、関係があるのは如実ではないかと思ひます。

ワクチンの有効性

ワクチンの評価、どういうふうに評価するか、先ほど藤井さんがリスク・ベネフィットの考え方で説明されてましたけれど、一応基本的にワクチンというのは安全かどうか、有効なものかどうか、必要なものかどうかを勘案して考えるわけです。僕は臨床をやっているんで、自然にかかって病気になって何とかなるということと、ワクチンを打って何とかなくなった（事故が起こった）ということとを比べてみて、ワクチンを打っ

て何らかの事故が起きたとなると僕ら医者もたまらないし親もたまらない。安全性が最優先された評価をしないとイケない。

ワクチンが、本当に有効なのか安全なのか必要なのかといひますと、ワクチンが接種・導入され、強制接種とか広くワクチンが打たれる時期の直前の患者さんの数と死者の数、それから

	ワクチン前の患者数	死者数	'93患者数	'93死者数
ジフテリア	15641(58)	619	5	1
百日咳	28948(58)	478	131	2
破傷風	338(68)	249	33	14
ポリオ	2436(61)	169	3	0
麻疹	34305(78)	181	2002	14
結核	59062(48)	46735	47437	3225
日本脳炎	9(77)	4	8	0
インフルエンザ	198427(77)	682	16655	519

表-1

	患者数	死亡数	ワクチン数
ジフテリア	5	1	1039291
百日咳	131	2	1027926
破傷風	33	14	1039000
麻疹	2002	14	817261
ポリオ	3	0	1138926
結核	47437	3235	2000000
日本脳炎	8	0	1029000
インフルエンザ	16655	519	3758000

全てのポリオ患者はワクチン株由来

表-2

	アナフィラキシー	けいれん	他の神経学的症状	総計
三種混合	4	3	1	144
麻疹	32	7	1	79
風疹	13	2	0	136
日本脳炎	5	2	6	56
ポリオ	0	0	0	11
BCG	0	0	0	18

表-3

93年度（平成5）の患者さんの数と届け出の患者さんの数と死者の数を比べてみたわけですが（表-1）。実際の表は、AAP（American Academy of Pediatricsの省略。アメリカ小児科学会）やMMWRなどの基準について、実際に昔と比べて2万分の1になったとか1万分の1になったとか言われている、そういうオーダーでもって効果があったとか、97%ぐらいになったからどうこうとかいう評価をしているわけです。

実際こうして見ますと、例えば麻疹なんかは78年で3万人、93年で2千人。百日咳なんかは3万人が130人。結核は60万人が5万人弱というかたちで（罹患そのものが減少している）。日本脳炎は、6人から8人で実際にこれはワクチンの効果があるのかないのか有効なのかどうか、よくわからない。一般的には患者数が減っているから効果がある、とっていいのかどうか。

ワクチンの必要性

次は必要性について。この表（表-2）は93年の実際の患者数。これを見てわかるとおりポリオ3人、日本脳炎が8人ですね。全てのポリオ患者というのはワクチン株なんです。ワクチンが子供に入って、ポリオのワクチン株っていうのは毒性が強くなっていて、周囲の人にうつってしまった。一昨年ぐらいに、九州のほうで、父親がポリオになって、ちゃんと子どものときにポリオワクチンを飲んでいただけで、その年のワクチンは抗体が弱くて効き目がうすいとかいう新聞報道がありました。ポリオそのものは野性株のものは日本ではまだ出ていない。

日本脳炎にしても、ここ10年ぐらいで子どもは2例しか報告がありません。ワクチンが本当に必要なのかどうかということは、ポリオなり日本脳炎なり、検討が必要です。

安全性は先ほどの藤井さんのお話のほうに僕が持っているデータよりも詳しいですが、これ（表-3）は95年の日本脳炎のデータです。僕らが教科書で習ったのは、非常に安全なワクチンである、と。実際はこのデータを見ても、アナフィラキシーが5人、痙攣が2人、その他の神経症

状が6人です。この年は1人亡くなった。

このように、かなり副作用は強い。ワクチンはどこまで安全なのかわからない。しかし、僕ら臨床医としては、実際の統計を待ってられないので、どういうふうに評価するか。まず、必要性に関しては、例えば、この数年間、自分のところでポリオの患者を見ないし、世界的にも報告を見ないから必要ないんじゃないかと。

また、ワクチンをして副作用の出た子どもをみたりしていると、そういう自分の臨床経験や文献などを合わせて、非常に重篤な副作用をみると、ワクチンは必要ないんじゃないかと思えます。

#### 不必要なワクチンを使った功罪（種痘）

1971年から76年まで、76年に天然痘ワクチンは中止されたのですが、その前に、スライドの黄色が接種数、青が死者の数ですが、71年から76年までの累積で27人の死者が出ている。71年はアメリカやイギリスではインフルエンザワクチンを中止した年なんです。世界的な流行がないから中止したにもかかわらず、日本では76年までワクチン接種を引き延ばしたんですね。その結果、ワクチンの副作用でこれだけの死者が出た。

#### インフルエンザ——誤った仮説

インフルエンザはもともと誤った仮説なんです。学童にワクチンを接種すると社会全体にインフルエンザが流行するのを防げるんじゃないかという、そういう仮説のもとに、小学校から高校まで何年にもわたって接種したのです。多いときで1700万人くらいに。実は20年以上、誤っている仮説をだれも指摘しなかった。その間に多くの子どもがワクチンを受けましたが、インフルエンザの流行はおさまっていません。黄色が罹患率、青がワクチン、ワクチンを受けようが受けないうが流行はかわらない。前橋市でのデータにもありますが、前橋市では、ワクチンは効かないということで、市で接種を中止した。同じ県内の隣接する高崎市の接種率

は91%。インフルエンザの罹患率は、本当にインフルエンザかどうかの診断がむづかしいので学童の欠席率で比較しているのですが、前橋市は45%、高崎市は40%。ほとんどかわりません。他の接種している市でも同じような結果だった。

こういう中で、インフルエンザワクチンがずっと接種されてきたわけです。先ほどの前橋市のデータが85年、86年です。この辺りからインフルエンザワクチンは効かない、危ないということが広まって来まして、実際には接種率は少しずつ下がってきていましたが、93年に20%まで接種されていた。

#### MMRワクチン

厚生省はMMRの被害をずっと隠し続けていた。89年4月からMMRワクチンが導入されました。6月くらいからすでに前橋市で、270人に1人くらいの頻度で無菌性髄膜炎が発生するというデータが出始めたのです。9月にそれを受けて厚生省がコメントしたのは、髄膜炎の発生は10万人から20万人に1人くらいであって安全である。それが次の年になると、3万人に1人くらいなので注意してください。その年の12月になると、数千人に1人だから両親が望む場合に接種してください。91年5月になると、実際の頻度は1200人に1人くらいだから接種する場合には両親の同意が必要である。それでも接種はまだまだ続ける。93年の4月に、中止とはいわないけれど、しばらく見合わせる。要するにずっと被害を隠し続ける。接種率はどうかというと、幸いに、MMRワクチンは危ないらしいという噂が広まっています。それほど高い接種率ではなかった。しかし、それでも30%くらいが接種していたのです。

#### 義務接種と任意接種

今日ご参加の母里啓子さんの論文から拝借してお話しますと、95年以前の予防接種による認定被害者数は、トータルで死亡者が65人。これはMMRの被害者は除いています。赤が死亡者。種痘、インフルエンザ、麻疹です。予防接種被

害で提訴している原告の方は、死亡や重い後遺症など重篤な被害の方が多い。全部で142例です。一般的に義務接種が行われると、被害者が出ていても行政側のシステムの急な変更がむづかしい。日本の義務接種の歴史からみてもそれは明らかです。それゆえ予防接種の義務化をすみやかに中止すべきではないかと。

では任意接種に問題はないか。一つは、だれが被害者を救済するのかという問題。実際は、任意接種になってからの救済対象としてインフルエンザが抜けただけです。MMRでなった人も含まれています。

次に接種率が下がるかどうかです。麻疹は変わらない。日本脳炎と2種混合については下がった。親が必要と思えばこれほど低下しないだろう。新ワクチン制度下での副作用は、94年と95年についていいますと、アナフィラキシー・ショックなど。

#### インフルエンザワクチンのまとめ

以上のことをまとめますと、

1. ワクチン評価でもっとも重要なのは安全性である。
2. 日本でのワクチン被害者は2000人以上である。これは諸外国と比べて非常に多い。義務接種は被害拡大の一因であった。
3. 1980年代の疫学調査（前橋市データ、高橋暁正氏調査、厚生省の統計でも）によってインフルエンザワクチンは効果のないことがわかった。
4. インフルエンザ接種率は1990年以降、運動の成果もあって急速に低下した。
5. 1992年、国は裁判で敗訴し、義務的接種を廃止した。

#### MMRワクチンの問題点の補足

MMRワクチンははしかとおたふくかぜと風疹の3種混合ワクチンですが、開発当初から、アメリカは1982年から導入しています。それを日本やヨーロッパが1980年代終わりごろから導入し始めたのです。日本の場合、武田薬品工業と北

里と微研（大阪大学微生物研究所）とが三者別々の開発をしていた。折衷案として、おたふくかぜに関しては微研、麻疹は武田、風疹は北里という、三者から入れたもので作った。1970年の野外実験の段階で、すでに阪大微研株がおたふくかぜの占部株を作っているのですが、髄膜炎が2800例中2例発生している。今後十分な検索をする、とコメントが出ているのですが、結局何ら手だてをうっていない。

同じ時期にイギリスでもMMRワクチンをしていますが、どこに違いがあるか。イギリスは54人、MMRワクチンとして34人、おたふくかぜ単独ワクチンで20人の無菌性髄膜炎の被害を出して中止に至りました。具体的に言いますと、イギリスも1989年11月に占部株を入れたMMRワクチンを導入しました。1989年にノッチングムということろで6例の発症があり調査しました。4000人に1人の頻度であるということで、公的な機関、ヘルス・サービスから警告が発せられて中止になった。1991年占部株を中止し、アメリカで使っているワクチンに変えた。カナダでも1989年に占部株で被害が出て中止している。イギリスのトーンは、MMRワクチンに含まれている占部株が悪い、非常に無菌性髄膜炎が起きやすい。

日本の場合は、1989年4月に導入して、1991年10月に統一株、占部株が入っているワクチンで被害が出て、自社株にしたらおさまるのではないかということになった。1989年9月に先ほどの前橋市データが出て、10月までに同市で20例もの被害があったのですが、最終的に93年までズルズル続けて2000何人の被害を出し、2人も亡くなっている。日本では、頻度は占部株の入ったワクチンの場合、400人に1人。木村という非常に権威、現在東海大学教授ですが、この方の最終報告です。単独ワクチンのデータがなかったので今後調べなくてはいけないのですが、イギリスではアメリカの株に変えてからは被害は出ていない。

日本で被害が拡大したのはなぜ

なぜ、イギリスはわずか6人の発症が出た時点で、これはよくないと動いて被害の拡大を防ぐことができたのか。日本は1000人の被害が出て、どうしようか、という状況だった。どこに問題があるのか。イギリスでは占部株が悪いと判断して切り換えた。日本では占部株に原因があることを隠そうとした。今でもです。占部株が悪かったという総括は出ていない。微研が統一株に入れた占部株の製造工程に違反があった、と。その証拠にその後、自社株になってからの微研のワクチンも占部株だけでも、髄膜炎の被害はほとんど出ていません、と言うのです。

1995年に木村さんが総括論文を出しています。この中で、イギリスのランセットという医学雑誌に載っている報告（1993年）を紹介しているのですが、ランセットの13の症例はすべてこれは占部株ですよ、とわざわざ注釈がある。ところが、これを日本で紹介するときこの注釈を省略している。イギリスが占部株を原因とした点をわざわざあいまいにした。

詐欺まがいの論文を出している。歪めた報告を出している。御用学者の罪でしょう。

一方、イギリスでは、最終的に何十人もの被害が出たということで行政は反省しているのです。具体的に処理の仕方なども含めてサーベイランスのあり方を反省しているのです。

編集部：この分科会は、ホールでビデオを上映し、それを参加者の予備知識としたうえで分科会会場へ移動し、報告・討論を行った。上映したビデオは、約15分間の『予防接種被害の実像』。インフルエンザ・DPT・MMR・おたふくかぜ等のワクチン被害の実態を報道番組等から予防接種情報センター京都が構成したもの。

## ■ 質疑／討論 ■

**高松**：ありがとうございました。とりあえず、データに関して質問がありましたらどうぞ。

**栗原**：（全国予防接種被害者の会）スライドの中の数字に誤りがあります。MMRワクチン統一株の中止はされてません。91年10月統一株を残して3社の自社株を導入し、合計4つの選択肢にしてしまった、が正しい。

**山本**：その通りです。それ以降、4800人くらいが統一株を受けていて、その時の頻度が430人に1人くらい髄膜炎が発生している。

**栗原**：もう一つ、厚生省の発表ではMMR接種後死亡2人ですがこれは厚生省が認定した数字です。私たちが調べたところでは接種後近い時期に死亡した事例は6人である。厚生省MMR研究班木村さんらの論文の中に、接種後29日目にインフルエンザに罹患していたことがわかって亡くなった。これは統一株接種後の事例ということの木村さん自身、証言したんです。

**山本**：その辺の情報が入りませんので、こういう場で教えて頂くとありがたいです。

**会場**：（薬剤師）今年3月にインフルエンザワクチンについてのシンポジウムに参加したのですが、その席上、九大グループの先生が、「効く」と。その方はこのセミナーでも言っているような科学的な論拠の立て方で言っているんです。インフルエンザワクチンの効果の調査で、欠席率を指標にしているのが誤りだ、とその先生はおっしゃるんです。欠席率を追跡していない、休んだのがインフルエンザが原因であったかどうか分からない、と。その先生が追跡して調査したのが、最近ランセットに載ったそうです。欧米ではインフルエンザワクチンの接種率が最近増えてきていると言います。日本もそういうふうにならないといけない、と警告なさっていました。また、

去年（1996）インフルエンザの大流行がありました。特にお年寄りはずごく死にました。そういうお年寄りや子どもなど抵抗力の弱い者は接種すべきだ、と言っていました。

**山本**：母里さんいかがでしょうか。

**高松**：有効性の問題ですね。

**母里**：（保健所、医師）インフルエンザというのはどういう病気か。（九大の）広田先生は、ほんとに今、もう猛烈にインフルエンザワクチンを勧めていらっしゃるんですね。1700万人の学童にワクチンを打っていた。1700万人×2で3400万本です。前橋と高崎のデータを、出席率だけではわからない、と部分だけを取り上げて否定しようとする。あのデータは資料として製本されていないので引用がむづかしいのですが、医療費の問題、受診の問題、あらゆる角度からインフルエンザの流行を、ワクチンを90数%打っている地域とそうでない地域と、6年間にわたって調べている。その結果、差がない。群馬県だけ特別だとか非難する。先ほどの山本さんの話しにもMMRの被害をまっさきに報告したのは前橋市であったと紹介がありました。インフルエンザ副反応も、前橋市医師会が認定し、それを国の審査会上げました。すると国は否定しました。

前橋市医師会では、インフルエンザ接種をとにかく止めよう、と。しかし止めるからには止めたためにその地域だけインフルエンザが流行することで住民が不利益を被ったら申し訳ない、という立場で、きちんとフォローしよう。その時に小学校2年生だった子どもが卒業するまで、年に2回ずつ、全部採血しています。抗体価も調べて、それで出したデータなんです。

2度と出てこないデータだと思います。それくらいすごいデータです。厚生省のインフルエンザ検討委員会に参考人として出られてデータを出した。無視するわけにいかない。広

田先生の数百人のデータなどもの数ではない。水を打っているのではないのですから、効果をまったく否定はしません。しかし、当たる確率はどれくらいか、株自体はほんとにコロコロ変わります。同じ年に採れたものでも交差しないのはいくらでもある。その中で、効いた、効かないの議論はもうやめよう、と私は言っているのです。ワクチンが要る、要らないの議論が必要です。学童の防波堤論は崩れたわけですね、すると集団には効かないけど個人には効くとか言うのです(会場笑い)。受験生には要るとか。今年の冬にインフルエンザが流行ってお年寄りがバタバタ死んだとおっしゃっていたけれど、その情報を何で知りましたか？ 本当にたくさん死んだと思えますか。

**会場：**いや、僕ですか？

**母里：**いやそうおっしゃったから聞くんですけど。新聞報道？ テレビ番組？

**会場：**いや、インフルエンザは毎年流行っていたし、死ぬのは知っていたので。

**母里：**(間髪入れず)今年よけい死にました？ 今年の流行は大きかったですか？

**会場：**いや、というか報道が大きかったです。(場内に笑い)

**母里：**今年の報道も、山を越えたところで今年の流行はものすごく大きくなるという報道でした。(やや小声で)ワクチンが残ってたんです(在庫)。(場内に笑い)ワクチンを残していると必ずこの報道が起こります。今からでも間に合うという。今まで子供たちには4週間おいて2回打たないと効果ない、1回じゃだめだよ、だめだよとずーっといつて来た。ところがお年寄りには1回でも(抗体が)上がります、何んの根拠もなしにですよ。しかも、山形の衛生研究所が研究会を作ってやっていた頃に、お年寄りの施設に接種しました。動けるお年寄りは抗体価が上がります、ワクチンをすれば。しかし、寝たきりのお年寄りは

抗体レスポンスもありません。それでもそういう人たちにも必要なのか。

たぶん今年の、インフルエンザが流行る流行るという中で厚生省がホームページを開きました。お年寄りの施設の措置費を使ってよいと言っています。措置費というのはいったい月に幾らかかかるか。インフルエンザのワクチンの値段は、昔、学童に集団で打っていた頃と違って1人数百円じゃありません。1回6千円から8千円かかります。それを2回打って措置費を使うってことがどういうことを意味するのか。1行の通達ってというかホームページの中で厚生省が勝手に出していいもんなんじゃないかね。(…間…)もう怒り心頭に達している。(場内笑い)ごめんなさい。(拍手)

**山本：**いやいや。

**高松：**ありがとうございます。

**藤井：**ひとつ報告させていただきます。アメリカのサーベイランスには19歳以下のインフルエンザワクチンについて副反応は出ていないんです。というのはしていないんです。アメリカでは19歳以下は必要ないと考えているんです。

**山本：**先ほどの方(会場発言の人)に。インフルエンザの予防接種について国際的に見て、貴重な重要な論文というのは1つ出ているんです。1つはメタアナリシスでもって老人に対するインフルエンザ予防接種は有効であったという文献。もう1つはオランダのランドマイズドコントロールでやっぱりご老人に対して有効であったという論文。

オランダで出た論文というのは、試験途中に数例が脱落している。どこに行ってしまったかわからない論文。しかも、65歳から70歳と70歳以上だったか、たしか70歳以上のほうに有意差があって65歳から70歳で有意差がないという論文。だからちょっとおかしな論文です。でもメタアナリシスの論文は、それ自身はなかなか否定はできないんですけれども。

有意差の問題ともうひとつはパワーというか、どれくらい有効なのかという問題がありますね。で、それで70歳以上かな、老人に対して一応有意差はあるんだけどその有意差の中味というのは非常に少ない、「1」に近い有意差なんですね。だからそれをもってアメリカは確かに老人には勧めています。老人には勧めているのとハイリスクの人に接する人=インフルエンザになる可能性のある人に対しても勧めています。ところがあの論文自身が、そのデータの規模が、先ほどいった日本の3万人対5万人の学童の規模とぜんぜん違うわけですね。

次に、欠席率でみているとうことなんです。ごめんなさい、母里さんのほうがずっと詳しいと思うんですが、インフルエンザというのはもともと診断がけっこう難しい病気です。きちっとどうやって診断するか、抗体価の上がりでもなかなかながらんとというのがあったりして非常に難しい。その割に入院させてきちっと検査してという程の病気でもない。非常に曖昧なところがある。それで、前橋や高崎で、インフルエンザが流行していない時期には欠席率は数%です。それが流行すると40%ぐらいに上がってしまう。だから他のファクターというのはかなり相殺されてしまう。欠席率を調べることによって、それと数がマスであることでクリアーできるんじゃないか。

もうひとつは、最近広田さんとか小児科関係でいえば、川崎市民病院の武内さんですか、インフルエンザは発症を防げないかもしれない、論理的にいてもああいう粘膜での増殖を防げないのだから、けれども血行感染による重症化を防げるんだ、と言っている。しかし、それもぜんぜんその根拠はないんですね。血行感染に伴う重症化を防ぐ可能性がある、きちっと読むと。その実際のデータはないんです。

傍証として出しているのは、インフルエンザの中に、血行感染の剖検例があった。インフルエンザというのは例えば脳炎とか脳症を起こす場合に、先ほど1例目に出しましたが、あれはワクチンではなくてインフルエンザそのものによる脳炎症例ですが、回復しています。インフルエンザのああいう中枢神経系のやつってのは、かなりアレルギー的な反応があるんで、ウイルスそのものがそこにいきにくい。もともと神経親和性のウイルスではないですから、インフルエンザってのは。呼吸器系ですから。肺炎を起こすのは肺炎起こすんですが、だから1例、僕その剖検例をみてはいないのですが、全身に撒布されるという剖検例があったから、頭にも重症化する可能性がある。血中にワクチンを打って抗体が上がっているとすれば血中からそういう撒布を防げるから重症化を防げるのではないか。あくまでもそういう中味なのです。ワクチンを打って重症化を防ぐっていう中味は。そこそこをきちんとみてみないといけない。

**近藤：**(医師、放射線科)インフルエンザは僕は有効性はまずないと思っているんですが、今日ぜひ聞いてみたいと思っていたのは、何万人かに打つと発病も減るし死ぬ人も減るというワクチンがあったとして、他方で副作用による死者が出る、あるいは重篤な障害をかかえて生きていかなきゃいけない人が出る時に、そういうワクチンの使用が許されるのかということなんです。

それをまた今、法的義務でなくして、親の問題にしてそっちへ責任を押し付けているところがあるわけですが、それでみんな納得しているのかな、ということを知りたいなと思って来ました。

**山本：**そこは僕自身はよくわからないところです、正直に言うと。そこんところは人それぞれの考え方が、…そこへ逃げてしまう。

**近藤：**うーん。そこへ逃げるしかないんで

すか。

**山本：**僕自身は、実際の死亡統計とか治療の問題とか、はしかはかなり重症化するんです。明らかにししかのワクチンは打つことによってものすごく減ります。実際に死亡統計だと年間10例ぐらいですが、実際のはしかそのものによる死亡はもっとはかに多いと思います。僕自身20年ぐらいやっていますが3例死亡例経験しています、はしかそのものの死亡を。死亡例でなくてもかなり重症な病気です。こういう言い方をしたら失礼ですけども、100万人打って何人かの死者が出るのは今のレベルではやむを得ないリスクではないかと思っています。

**藤井：**予防接種の基本的なあり方ということで、近藤さんも問題にしておられるのではないかと思います。と申しますのは、ワクチンというのは病気に罹った時に死亡したり重症化したりするリスクの高い人をガードするのが重要な目的である。のべつまくなしにだれでもかかれでもみんな打って誰が病気に罹るかかわらんけどもとにかく防ごうというやり方をする時代ではなくなったのかもしれない。私の資料の中に現在流行している病気のデータを入れてあります。「予防接種に関連ある小児感染症の死者・患者統計」、これは伝染病統計と人口動態統計からピックアップしてあります。これを見てですね、これなら（ワクチン後の事故で）子どもの1人や2人死んでもしょうがないな、（予防接種を）やるべきだという考え方・結論にはならないのではないのでしょうか。

医療関係者の中には予防接種をしているからここまで来ているんや、予防接種しなかったらもっと（患者・死者が）増えるはずだという考え方もあるかと思いますが。しかし基本的に、今日午後の話（1. 医薬評価の方法（3）の久繁氏、P.255）にもあった様に病気というのは環境によって非常に左右される。環境

が良くなると感染症は抑えられてしまう。そういうことが厳然たる事実だと考えられます。やはりだれでも彼でもやるという時代ではなくなっている。接種したら大変なことになるかもしれないという子どもにするというのは、日本は禁忌として省いてしまっている。接種しても大丈夫だろうという子どもに接種している。これは使い方を間違っていると思います。本当に子どものためにワクチンをしようというのであれば、もっと手間ひまをかけていただきたい。

2年後に厚生省は予防接種法の見直しをします。現在、インフルエンザワクチンを打たないと危険が迫っている、というプロバガンダはこれを狙っているように思えてしょうがない。これは逆コースです。

**会場：**先ほど近藤さんがおっしゃったことは、予防接種だけに限らず、薬の副作用全体に言えると思うのです。副作用の徹底的な公開と、不幸にして被害にあった人に対する救済措置をきちんとするしかないと思います。栗原さんがおっしゃいましたが、副作用被害救済基金の制度は、ほんとに知られていないのです。特殊法人白書というのが出たので見てきたのですが、医薬品機構は載っていないんです。よほど知られたくない情報なのでしょうが。

**栗原：**ワクチンの世界は私の印象ですが非常に特異な世界のように思えます。今日、午後の久繁さんの話が印象的だったのですが、医療の貢献度は10%から20%だということでした。医療が、感染症を含むいろんな疾病の減少の最も大きな要因だとはおっしゃらなかった。あるいは、このセミナーで二重遮蔽法が実は目隠しが外れていると言っていた。私のような医療の専門家でない者にしてみると何も知らなかったですから、ええっ、今頃そんなことをが話題になるのか、と啞然とします。中でもワクチンに関して言えば、

秘伝的な世界（会場笑い）厚生省の予防接種研究班に抱え込まれたメンバーがほとんどで、ワクチンのスペシャリストの絶対数が非常に少ない。公権力が金を出して、任意接種という表現は正しくない、事実上、接種を勧めるわけです。育児雑誌がそれに輪をかけて、接種プランを吹聴する。タダだからということもある。非常に複雑な構造薬害を起こしているのではないかと、政治的判断も絡み、驚くほど科学がない。

そういう中で、この分科会が設定されたこと、しかも市民参加を最初からうたったことは非常に評価します。ただ、ワクチンの評価を、TIP/JIPの評価方法でしてみたら非常に驚くべき悲惨な事実が出るのではないかと思っています。是非お願いします。

**高松：**上映しましたビデオの内容も含めて非常に悲惨な状況があるということをお私たち医療に従事している者は胸に止めて、しかし一方、子どもたちの疾病による重篤な状態を診ていると効果があればワクチンをしたい、とも思う気持ちもあるんです。ですから、ネガティブな事実も受け止めてそれにどこまで安全性について言えるかです。

**近藤：**ましんワクチンについては山本さんの話を聞くと、まだ要るのかなと思いましたが、逆にポリオは激減したし以前に悲惨な状況を見ていたからこれはワクチンの効果があったのかなあと感じていたけれども、山本さんの話を聞くともう必要性がなくなっているのではないかと思うし。衛生環境もよくなっているし。その辺についてどなたかご意見を伺えたらと思います。

**母里：**ポリオに関しては、『母親たちが燃えた日』という昔のNHKのビデオにありましたが、1961年夏、予研（国立予防衛生研究所）へ「ワクチンよこせ」と押しかけて、厚生大臣が決断を下して、ソ連から緊急輸入し、6歳以下の小児に一斉に投与しました。劇的な効果があってワクチン信仰に上乘せしました。天然痘

のワクチンについても天然痘で亡くなったのは昭和26年（1951）が最後なのに、その後70年まで残して多くの赤ちゃんを殺した。少なくともかかる人はいるのだからとか、地球は狭くなって海外から持ち込まれるからとか言っています。どこで止めるかは、グローバルに捕らえなくてはいけないのでしょうか。ポリオワクチンをしていなかった親がワクチンをした子どもから感染したということが起きました。そういう状況も踏まえて、ポリオワクチンをどうするかを考えなくてはならない。

はしかについては、小児科の医師は非常にいいワクチンだと思っていらっしゃるでしょう。昭和22年（1947）には、はしかで2万1000人の赤ちゃんが死んでいます。次の年に1万人を切りますが、昭和30年代の初めになって1000人を切ります。昭和50年代になって100人を切ります。そこまでワクチン、何の関係もないんです。しかし、はしかは赤ちゃんが最初に罹る重篤な病気ですし、しかも母親のほうがいわゆる抗体というか、昔の母親は抗体を持っていましたが、今の母親は持っていないので、今の赤ちゃんは割合早くにはしかに罹ります。そういう意味で、はしかのワクチンは要るという人と要らないという人が分かれています。確かに熱が出ます。小児科のドクターには多いのではないかな、ワクチンが必要だというのは。必ず罹る病気ですから、死を防ぐのではなく、働いている母親が多くなった今の社会状況の中で、子どもがはしかに罹ると母親が2週間も休まなくてはならないような、社会的な流れの中での一つの評価かなと思ったりします。

**山本：**ちょっと僕は違うのですが。

**母里：**いろいろ評価があると思いますが、まあ要るワクチンとしてはしかくらのもので、あとは要らないワクチンではないかと。

**谷田：**（医師、内科）最初から参加したのではなく、陣痛促進剤の分科会に出ていましてそちらが終わって途中から参加ですから、きちん

と聞いていないところもあります。先週水曜日まで感染症の教科書を書いていまして、『国民衛生の動向』のデータの罹患率やワクチン導入の時期や疾病の減少などを調べて、いくつか気づいたことがあります。ましん関係は今話があった通りだと思います。日本は多分、病気そのものからの問題はないと思うんです。ただ病気になることのメリット、デメリットで、お母さんや子どもが利益を受けるのであればワクチンは必要でしょう。ただ発展途上国ではまだまだ栄養が悪いのでワクチンの利益は日本とは比べものにならないくらい大きい。日本のように栄養の足りている国ではましんもそれほど重篤にならないが、発展途上国ではまだまだましんで死ぬ人が多いので、利益/危険比も明らかです。

先ほどポリオの話がありましたが、あのデータ、減少のカーブを見る限りでは、私は旧ソ連からのワクチン緊急輸入は、ポリオの減少に関しては関係ないと思います。なぜ急激に下がっていったのかははっきりしたことはわからない。ただ世界的に見ると、社会が発展するとポリオは増えているんです。今、ポリオが多いのはインドです。天然痘を減らしたときと同じ方法でインドでポリオを無くそうとしている。ポリオに罹った人が出るとその村に行って、ワクチンを飲ませてポリオを封じ込めるような方法で成功しています。インドの栄養状態は決して良くないのでワクチンの効果はあるのだらうと思います。

**母里：**（ソ連のワクチンは）ポリオ効果ないですか。

**谷田：**あの時点の前後を見れば、データは急速に下がってきているのです。

**近藤：**だからソ連のワクチンは意味があったと言えるのでは。

**谷田：**いえ、その前から下がってきているんです。

**母里：**下がってないです。

**谷田：**ついこの間、データ整理したばかりなのですが、ソ連ワクチンの輸入の効果は減少のカーブの延長上に過ぎないように思えたのです。〔谷田註：日本のポリオ発生のピークは1960年で、1961年（この年の後半に緊急輸入された）には、既にその半数に減少している。1962年の患者は1960年の約1/20で、ワクチン緊急輸入の効果と思われる。しかし、1961年の減少は早すぎる。ただし、後の母里氏の話によると、緊急輸入前にかかりのワクチンが非公式にソ連から輸入されたとのことである。それが早めのポリオ減少につながったのだらう。〕

**山本、母里、近藤：**それはもう一度、データを見直して。

**山本、高松：**小児科医の常識が正しいわけではありませんが、よく言われているのは、ポリオワクチンについては劇的効果があった、と。患者さんの減り具合で。

**近藤：**先ほど母里さんの話に、はしかワクチンの必要性が言われることの背景に、現実的な理由でしようが、母親が2週間も仕事を休まなくてはいけないことを上げていましたが、理論的にワクチンの必要性に親の事情は関係ないわけで、そういう理由が許されるのかなあとありますが。

**高松：**ワクチンではもう少し意見があると思うのですが。

**山本：**疫学的な面から言うと、ましんワクチンは封じ込めていない。現実には、先ほど僕は一般臨床医の基準として言いましたが、保育所などでワクチンを打ったりしますが、僕自身はワクチン接種者でましんは経験したことがないです。

**母里：**もう10年以上前、最後の麻疹の大流行のときに、ましんワクチンの効果は90%と言われていて発症したのは本当に打っていない人だけだったという結果だった。だからワクチンとしてはいいワクチンだと思います。

予防効果はある。

**山本：**ワクチンが全能であって、ワクチンを打っていただいいというものではなくて、ワクチンを含めた公衆衛生の一環として栄養面も考慮し、一つの方法としてワクチンも打つというのはその通りだと思います。

**谷田：**有効性に関してですが、ましんは8割、9割の人たちが受けていないと集団での効果がないです。ある集団の中で、ある一定割合以上の予防接種を受けていないと、残りの集団のワクチンを受けていない子どもたちを守ることができない。

**山本：**それは予防接種そのものの効果というよりも、ましんそのものの伝染力の問題になると思います。

**近藤：**今のは集団防衛という話になったけれども、それはもう止めようということになったのでは。ワクチンを受けるかどうかは親の決断の問題であって、他の子供たちは関係ない。

**谷田：**事実をみて、メリット、デメリットを考えてその人たちがどちらを選ぶかになると思います。集団防衛云々はおいても。

**近藤：**集団防衛論のところをあいまいにしておくのは非常に危険だと思います。

**高松：**はしかワクチンで小児科医が一般的に思っているのは、はしかってしんどいです。確かに死ぬことは減りましたが、その苦痛や、僕のいるところは小児喘息病棟なのでその喘息が悪化するので、そういうのを見てみると、ワクチンで防げるのであれば使用していいのではないかと思います。肺炎とか脳炎が減る、と。死亡という観点で見ますと、はしかによる死亡は減ってきましたが、苦痛や合併症をはしかワクチンは防ぎます。最近のはしかワクチンをしていない子どもも増えていますが、病棟に一人はしかの子どもが入ると、ばあっと広がる。個人防衛という点で確かにメリットがあるのではないかと思

います。

**近藤：**理論的には、ワクチンをやり続けたので自然に得る免疫が少なくなったということは、子供が大人になったときに、免疫力が弱くなっているという問題は。

**山本：**それはあると思います。例えば、アメリカの場合は日本よりもずっとましんが少ないんです。そういう中で、もう一度、中学か高校でワクチンをしている。

**会場：**結果的にワクチンで死亡した場合、何が原因で死亡したのですか。それは前もって調べる方法はないのでしょうか。

**山本：**ワクチンでの死亡には、アナフィラキシー・ショックとあって、昔言われていたのはワクチンは卵から作るのが多いですから卵にアレルギーのある人に起こるのではないかと。それが今では、卵の中に含まれているゼラチンという蛋白質ではないかと言われている。予め皮膚テストなどで調べてある程度防ぐことは可能だらうと思います。ところが、ワクチンで亡くなった方というのは、3種混合にしてもインフルエンザにしても、脳症という、中枢神経系の中毒を起こして亡くなる例が多いんです。

**会場：**予測は。

**山本：**はっきりわからない、予測できない。残念ながらできない。例えば、事前に問診します。そして診察しますが、わかるはずがないです。

**会場：**（聞き取りにくい）メーカーに聞いたら、販売を中止したと。20数万円する機械です。それをなぜお医者さんたちは買わなかったのかなあと。IGEのテストがありますよね。

**高松：**だから、IGEのテストでゼラチンのアレルギーはある程度予測がつくのですが、それ以外の反応というはまず…。

**会場：**私が言いたいのは、いくらかでも反応が出れば100分の1の人が助かるのではないかと、それをなぜしないのか。

**藤井**：東京の裁判で、都立病院の小児科の医師のお話では、接種のときに問診で熱がないとか下痢をしないとかいうだけではだめなんだ。(子どもは回復力があるからすぐに治ったように見えるが、もし熱を出していたり下痢をしていたら、)それが治るには2週間から10日間くらいかかるんだと。だから治ったあと10日間は絶対に接種してはだめなんだ、とおっしゃっていた。大阪で起こっている事件ですが、虫垂炎の手術をした後、10日目でインフルエンザの予防接種をした。それで高熱を発して目が見えなくなった。この例などは明らかに手術の後、免疫力が本当に戻っていないときに予防接種をしたことが原因ではないかと言われている。ですから当日だけではなく病歴を見ることが大事なのではないかと思えます。

私の子どもは3種混合の百日咳で脳をやられてしまって右半身不随です。百日咳のワクチンの被害者は、みな2回目か3回目にやられる。1回目はどうもないんです。それはなぜか。1回目の接種で体内に抗体ができる。抗体の働きが強すぎると2回目、3回目の接種のときに、入ったワクチンと抗体とでトラブルを起こす。いわゆる(アナフィラキシーが生じて)ヒスタミンが脳へ行ってしまうのだらうということを知ったことがあります。ですから、1回目、2回目に少しでも痙攣を起こしたり熱を出したらもう3回目は止めたほうがよろしい、と言えるんです。

それからアメリカのサーベイランスに出ているのですが、親や兄弟で痙攣性の体質がある場合に、ワクチンを受けると痙攣を起こす確率が5~6倍高いというデータが出ております。ですからそういう疫学調査を(日本でも)徹底してやれば、予防接種の事故は随分減ると思うんです。ところがそういう注意がまったくされないし、情報は流れない。ワクチンは事故がないんだ、ないんだ、という山本さ

んがおっしゃるように事故隠しの体質が厚生省にあるものですから、ワクチンの事故が減らない原因の一つではないかと思えます。原因は幾つかあるでしょうが、このことだけでも事故の多くは防げる可能性があると思っています。

**栗原**：今、個別でのワクチンの評価に入りかけましたが、その前に、ワクチンは予防手段であり、健康な子どもに軽く感染させて免疫をつけて予防するというものであって、治療薬ではない。ある症状があって、それが消えるというのは絶対的な効果が分かりますが、先ほど谷田さんがおっしゃったように、国によって状況が異なると、流行時に、(発展途上国のように非常にたくさんの子どもの子どもが亡くなるというのではなくて、日本では)たとえ5人でもその病気で亡くなる場合はワクチンがほしいとなる。相対的な評価の尺度を持っているのがワクチンですから、なおのこと、医薬品の一つとしての評価が非常にむづかしい。だからこそ、サーベイランスが必要です、さっきお願いした治験論文の洗い直しを是非やってほしい。

**会場**：(テープ中断のため途中から)サポートするシステムになっていないと思えます。情報を知らされていない患者さんが割り食うことだと思えます。

情報についてですが、昨日薬害エイズに関してひどい話(第2章)を聞きましたが、薬害エイズに限らず、一部の偉い人たちで話が決まってしまうのだなと痛感しました。ところが今、国の情報公開法で、法人が提供した情報は保護されるか、というプランで来ています。今のところ与党案がまだ出来ていない状態ですが、政府や役所は、非公開自由を義務化してしまいたい意図を持っていると言います。そうなると、公開法が非公開法になってしまいますので、みなさん、情報公開法が非常に有効なツールと言えますので、関心を

持っていただきたいと思えます。

アメリカの場合は、これこれの情報を出しなさい、と言われたら全部情報公開法の対象とされて出て来るのですが、日本ではそういう行政指導によって提出した文書も、任意文書とされる恐れがある。ここらへんに非常な問題があると思えますので、みなさん、関心を持ってください。

**高松**：大幅に議論の時間が延びてしまいました。TIP誌でもMMRのことを阪南中央病院小児科の中田医師がお書きになったことがありますが(TIP誌,Vol.5, No.1, 1990) それ以降、ワクチンの問題で書いた記事はないと思えます。今日、多くの方から提議がありましたように、日本のワクチンについての有効性、安全性、また疾病の流行状況下での必要性、あるいはほかの感染症対策との比較においてワクチンの必要性を見ていくのが、Evidence-Based Medicineでやっていくのが、大変ですが、重要なことだと思えます。

**母里**：明治30年の制定以来、百年間続いた伝染病予防法が、今、改定の日程が上がっています。6月に中間答申案が出ているのをご存じでしょうか。ワクチンに対する信仰みたいなもの、と言いましたが、百年間、延々と感染症は怖い、人に移すものは排除しなくてはいけないという思想の下に行われてきて、その思想の流れの中にワクチンも位置づけられると思えます。ライ予防法に関しては、これを廃止する法律ができていますが、あとの、結核、エイズ、性病、伝染病などは統一した形で、感染症に対する法律を制定するという答申が出たのですが、思想的に何も変わっていない。というのは、0-157のときに見られたように健康な人までも抗生物質投与の対象にするような国ですから、その辺に関しての医師を含めた意識改革も、ビジランスにしてほしいです。

今度法律が変わったら、当分変わらないと

思うんですが、だれも言わないと思うんです。エイズ予防法絡みなので、エイズ裁判関係の弁護士さんたちが発言していらっしゃるようですが、これだけ続いた伝染病予防法、みなさん、お医者さんも、薬剤師さんも、検査技師さんも、国家試験を受けるときに、届け出伝染病の数を覚えてきた方々が、今の伝染病統計をどう見ていらっしゃるか。あれの中の数字をどう考えて使ってらっしゃるかも含めて、データというものの信憑性あるいは、それをどうやって集めたらきちんとしたデータになるか、TIPでも議論していただきたい。

**高松**：中間答申が出たあとなのですか。

**母里**：出たあとです。12月いっぱいくらい検討して、来年の国会にかけて。

**高松**：次の通常国会にということですね。

**母里**：もう1年あとの予定だったのですが。去年の0-157で、法定伝染病の中に入れました。大変な法律だと思うのですが、どこも話題にしない。

**谷田**：知らされていないのでは。

**母里**：いえ、厚生省のホームページで中間答申は取れます。取ってください。

編集部：その後の参考記事；谷田憲俊、らい予防法改正の暴挙が繰り返される「医学専門家の時代錯誤の見解」に基づく感染症「新法案」

TIP誌,Vol.13, No.7,8, 1998

山本英彦,インフルエンザワクチン.効果にエビデンスはあるか?

TIP誌,Vol.14, No.5, 1999