

2015～16年のインフルエンザ総括

けいゆう病院小児科・感染制御部長

菅谷 憲夫

(聞き手 池田志孝)

2015～16年シーズンのインフルエンザについて総括をお願いいたします。印象としては、ワクチンの効果が乏しかったように思います。医療従事者は、当然ワクチン接種していますが、そこそこの人数が罹患していました。

<千葉県勤務医>

池田 菅谷先生、2015～16年シーズンのインフルエンザについての総括ということで、まずはワクチンの効果が乏しかったように思うとのこと。この効果判定というのは実際どのように行われているのでしょうか。また、日本では行われているのでしょうか。

菅谷 日本ではワクチンの効果を十分に検証してはいないです。最近、世界ではワクチン効果を毎年2回ぐらい発表するようになりました。もちろん日本でもシーズン終了後には出てくるのですが、シーズンの中頃ぐらいに、もうワクチン効果を各国で出していきます。そしてワクチン効果が低い場合は、今年はワクチンの効果が低いから、ワクチンだけではなくて、ノイラミニダーゼ阻害薬などを予防や治療

に徹底的に使おうという警報を出したり、あるいはワクチンが今年は効いているということが1月ぐらいにわかれば、まだ打っていない人はもっと積極的に打ちましょと勧奨する。そのように世界各国ではなっているのですが、日本は残念ながらそういうシステムがないので、現在は、ワクチンに一定の効果があるのではないかと皆さん想定しつつ、毎年打っているのです。

池田 効果はどのように判定されるのでしょうか。

菅谷 世界各国で行っていて、世界のスタンダードになったのはテストネガティブ法 (test-negative case-control design) という方法です。先生方はインフルエンザ様の患者さんを、日頃から多数診ていると思います。

患者さんが来る。そしてインフルエンザの検査をする。迅速診断をして陽性になる。陽性になると、普通ノイラミニダーゼ阻害薬を出す。そして、その人にワクチンを打っていたかどうかを聞くのです。陰性の人もちろんいます。陰性の人にもワクチンを打ったかどうか聞くのです。

そうすると、いわゆるワクチン接種率になりますけれども、インフルエンザ陽性の人のワクチン接種率というのは、ワクチンが効いていれば当然低くなるはずです。インフルエンザの検査で陰性の人のワクチン接種率と陽性の人のワクチン接種率を比較して統計的に解析すると、発病防止効果が出てきます。その比を見るのです。

池田 発病防止効果なのですね。

菅谷 そうです。

池田 ふだん我々が臨床で診ていると、ワクチンを打ったら、発病はするかもしれないけれども、重症化するのを防ぐだろう。そういう感じでやっていますが、世界の基準は発病防止効果を速報、最終報告として出しているのですね。

菅谷 そのとおりです。発病防止効果が一番重要で、大ざっぱにいただきたい50%ぐらいです。50%というと、例えば病院で職員の発病が10人いたとすると、もしも全員打っていなかったら20人の患者さんが出たであろうとなります。だいたい発病した患者を半分

にする、そういう効果があります。

池田 日本ではあまり報告がないということですがけれども、日本でこういう発病防止効果をレポートしている施設はあるのでしょうか。

菅谷 日本は遅れていまして、ほとんどワクチン効果を確認しないままに、何となく毎年、打たなければいけないとあって、各病院の先生方、あるいは医療職の人、みんなが打っていると思います。慶應義塾大学の小児科関連病院、23~24病院が協力して、先ほど言いましたテストネガティブ法という方法でワクチン効果を3年前から調査しています。3シーズン見てきましたけれども、日本のワクチンも欧米と同じで50%ぐらいの効果があります。

池田 すばらしいですね。小児科の先生方は行い始めましたが、内科の先生方はいかがでしょうか。

菅谷 テストネガティブ法というのは、実は非常に簡単な方法で、ごく簡単にワクチン効果がわかるのですけれども、何か難しそうに聞こえてしまって、なかなか普及していないのが現状です。私が属しているけいゆう病院の内科の先生方に行ってもらったところ、やはり効果は欧米と同じでした。50%ぐらいです。

池田 50%効けば有効ということですね。

菅谷 そうです。

池田 先生方の病院グループも含め

て、もう少し大きなナンバーでやっていく必要がありますね。

菅谷 そうですね。日本全体でやるか、あるいは県単位で、例えば大学病院などが中心となっていていくといいですね。そして、できたら1,000人以上の患者さんの迅速診断を行った結果で、ワクチンを打った人、打たない人と分けて結果を出していけば、正確なワクチン効果がわかります。

池田 毎年毎年、何の意味があるかわからないけれども打っている状況から、実際に必要性が見えてくるということですね。

菅谷 そうですね。それは大事なことで、ワクチンをただ言われたから打っているような状態では、何か副作用でも出れば一気に中止になってしまいます。ですけれども、50%のワクチン効果というのは、臨床医にはわからないのです。臨床医がみるのは、インフルエンザにかかってしまった人たちだけですよ。打ったけれどもかかった人たちを診る機会が多いので、臨床医としては「打ったのに、こんなにかかったか」と見ますが、そのバックには打ってかからなかった人がたくさんいるのです。それが臨床医にはみえないので、今言ったテストネガティブ法のような方法でワクチン効果を見ていかないと、臨床医の中で、ワクチンというのは本当に効いているのかどうか疑わしい、という意見が強くなるだろうと私は懸

念しています。

池田 こういう調査をすることがワクチンの広がりというか、確実な実施につながっていくことにもなるのですね。

菅谷 そうですね。

池田 もう一つの質問として、ワクチン効果が乏しい年があったり、効く年もあると思うのですけれども、どのようなインフルエンザワクチンをつくるかは、いつごろ決めて、どのようにプロセッシングされていくのでしょうか。

菅谷 だいたい毎年2月にWHOがこの年のワクチンをどういうウイルスでつくるかを決めます。ワクチンの中には、A型としていわゆる豚インフルエンザ(H1N1)とA香港型インフルエンザ(H3N2)の2種類、そしてB型インフルエンザにも2種類あります。合計4つのウイルスでワクチンをつくります。WHOのリコメンデーションに沿って、日本でワクチンをつくり始めるのは5月、6月ぐらいです。9月ぐらいになると製品ができてきて、10月から打つのです。

あくまでも2月に決めているので、前の年にはやったウイルスをもとに、そういうリコメンデーションが出ているのです。しかし、これからはやるウイルスというのは、普通は変異というものがあるので、抗原性が変異してしまい効果が多少とも落ちる。場合によ

っては大幅に効果が落ちてしまう年もあります。

池田 その変異も含めて抗原性が変わったウイルスができてしまうことと、だいぶタイムラグがあるのですね。

菅谷 そうですね。タイムラグがあります。そこがほかのウイルスと違って、例えば風疹のウイルスはずっと風疹のウイルスで、抗原性は変わりませんが、インフルエンザは毎年毎年、抗原性が変わる。そうすると、ワクチンの効果がよくなったり、悪くなったりするので、インフルエンザワクチンの効果は毎年見ていく必要があります。

池田 同じようなものはやっているからといって、同じように効果が期待されるわけでもないのですね。

菅谷 そうです。例えばA香港型がはやっているから、10年前のA香港型と同じ効果かという、そうはいかないのです。毎年毎年、効果は変わってきます。

池田 欧米と同じように日本でも発病防止効果を調べて、それを速報でまですす。それによって、打ってない人

は打とうとか、あるいはもう効かないから早急にノイラミニダーゼ阻害薬を使っていこうとか、そういう判断が毎年毎年されるべきということですね。

菅谷 そうですね。それがないと今後のインフルエンザ対策は問題が出てくると思います。質問の先生のご意見はよくわかります。先ほど説明したようにワクチンの発病防止効果は50%程度ですが、このことが臨床医にはわからないというか、効果が小さいと感じるのです。それが高じてくればワクチンの接種率が落ちてきます。毎年ワクチンにはこのぐらい効果があるのだとわかっていることが重要です。先生方が受けている、あるいは打っているインフルエンザワクチンがどのぐらい効いているかは知っておくべきですね。

池田 知りたいですね。ワクチンの接種というのは痛みも伴いますし、ある程度の副作用も伴いますので、本当に意義があることなのか、納得したうえで打つべきですね。

菅谷 そうですね。

池田 ありがとうございます。