

外来より

少し早いですが…
インフルエンザ速報！！



2015～2016年のシーズンから、日本でも4価の「インフルエンザワクチン」が使われることになりました。これによって、流行するインフルエンザのタイプをほぼ網羅することができるようになります。

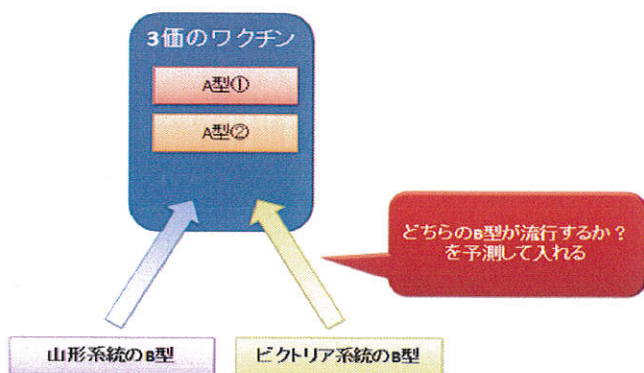


《つまり、何がかわるのか》

これまで3価(A型2株 + B型1株)であったワクチンが、4価(A型2株 + B型2株)になります。
B型インフルエンザのワクチンを1種類追加することになります。

主に流行するB型インフルエンザは、「山形系統」か「ビクトリア系統」と呼ばれる2つのタイプです。これまでは、両方が同時に流行することが少なかったため、シーズン前にどちらが流行するかを予測し、一方だけをワクチンに入れていました。

《 昨シーズンまでのワクチン 》



しかし、今シーズン(2015-2016)からは、両方が入っているワクチンになります1)。

1) 厚生労働省 第10回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会配布資料

これによって、どちらのB型インフルエンザが流行しても、もし両方が流行したとしても、十分に予防効果を発揮することができるようになります。

＜ワクチンの接種を受けよう＞

インフルエンザワクチンの接種には、発症予防や、万が一発症しても重症化を防ぐ効果があります。更に、近年は抗ウイルス薬に耐性を持ったインフルエンザウイルスが出現しています。こうした状況からも、インフルエンザの予防接種を受けることをお勧めします。

＜+αの情報：料金は変わるのか？＞

ワクチンの変更によって料金も変わる可能性があります。中には、**卸価格が1.5倍になるという話題もあり、料金も若干の値上がりが見込まれています。**

＜接種回数や接種間隔は？＞

6ヶ月以上3歳未満の方	1回0.25ml	2回接種(2~4週間あけて)
3歳以上13歳未満の方	1回0.5ml	2回接種(2~4週間あけて)
13歳以上の方	1回0.5ml	1回または 2回接種(2~4週間あけて)

＜接種の効果は？＞

発症の予防に関しては、大人で、

1回目の予防接種で64%の予防効果

2回目の予防接種で94%の予防効果 というデータがあります。

(対象年齢、流行ウイルスとワクチン株が一致したかどうか等で効果に差があります)。

＜接種時期は？＞

インフルエンザワクチンを接種してから抗体ができて予防効果が発現するためには、およそ2週間かかると言われていています。年によって異なりますが、一般的に日本では12月頃からインフルエンザの流行が始まることを考えると、12月頃までに接種を完了することが望まれます。

流行は、11月~12月頃に始まり、**流行のピークは1月~3月**です。

予防接種でワクチンを接種してから抗体ができるまで1~3週間、その後3~4ヶ月で抗体は徐々に減って行きます。

つまり**予防接種の効果は、個人差はありますが接種後2週間目位から4ヶ月まで(長く見積もって5ヶ月弱)**です。

流行前までに免疫をつくりたいならば10月中~下旬に接種を、ピークにあわせるならば11月上旬~12月前までに接種を終えるのが良いと言えます。

遅くとも12月までには接種を受けることをおすすめします。

☆ワクチンの有効期間と、試験の日程を十分考慮すれば……



〔2回接種を希望される方：ケースその1〕
10月中旬に1回目 ⇒ 11月中旬に2回目

〔2回接種を希望される方：ケースその2〕
11月初旬に1回目 ⇒ 12月上旬に2回目

〔1回接種を希望される方〕
11月～12月上旬

〔受験生の方〕
11月上旬～中旬に接種

〔受験生：必勝パターン〕
11月中旬に1回目 ⇒ 12月上旬に2回目

〔高齢者の方〕
11月中旬に1回目 ⇒ 12月上旬に2回目

当院では、**大人の方にも2回接種**をお薦めしています。
仕事をお休みできない方も、2回接種を行なうことで予防効果
を高めることが期待できます。



※具体的な接種開始時期や接種料金は、来月号でお知らせいたします。

日本では、学童集団接種は無意味であったという意見が流布し、集団接種を中止したことは当然のように考えられています。しかし、最近になって学童集団接種が実施されていた1970年代、1980年代のインフルエンザによる死亡者数（超過死亡*1）を調査してみると、1990年代に比べて大幅に低く、1994年の集団接種の中止以降、インフルエンザの死亡者が急増していることが明らかにされました。インフルエンザワクチン効果は、既に世界的に確立されていますが、最近日本でも、高齢者でのワクチンによる死亡防止効果が80%あることが確認されました。インフルエンザ弱毒生ワクチンの実用化が近づいて来ましたが、乳幼児では不活化ワクチンの有効性に限界があるので、生ワクチンへの期待は大きいです。日本でも高齢者の公費負担によるインフルエンザワクチン接種が実現しましたが、現状は先進諸国の中でインフルエンザワクチンの使用量は最低レベルにあります。今後は高齢者にのみならず、基礎疾患を持つハイリスク患者や医療従事者も含めて、インフルエンザワクチンの接種率向上に努める必要があります。

※学童集団接種の再評価

インフルエンザの流行は、死亡者の増加、特に高齢者やハイリスク群の死亡増加につながっており、先進諸国においてのインフルエンザ対策は、このような集団におけるインフルエンザワクチン接種に注がれています。しかし日本では、1960年代から約30年間にわたり学童へのワクチン集団接種に基づいたインフルエンザ対策が実施されてきました。日本では学童集団接種は無意味であった、失敗であったという意見が流布し、集団接種を中止したことは当然のように考えられています。しかし、学童集団接種が実施されていた1970年代、1980年代のインフルエンザによる死亡者数（超過死亡）を調査してみると、1990年代に比べて大幅に低く、1994年の集団接種の中止以降、インフルエンザの死亡者が急増していることが、日本と米国の研究者による共同研究により明らかにされました。日本の超過死亡は、学童に対するインフルエンザワクチン接種の開始に伴って、それまでの米国の3～4倍であった死亡率が、米国と同程度にまで低下しました。日本の学童への予防接種は、1年間に約37,000～49,000人の死亡を予防したことが明らかになりました。その後、学童への予防接種が中止されたために、日本の超過死亡は上昇しました。死亡例のほとんどは高齢者と考えられ、学童集団接種により、高齢者の死亡、入院が大幅に抑えられていたこととなります。最近マスコミでも、高齢者のインフルエンザ被害がたびたび報道されるようになり、社会でもインフルエンザの重要性が認識されつつありますが、それは学童集団接種を中止したために、高齢者を中心とした死亡、入院が表面化してきたことが原因です。

当然のことながら、学童集団接種は高齢者以上に学童の弟、妹である乳幼児のインフルエンザを抑える効果があったと考えられます。インフルエンザが、乳幼児の冬季の入院原因となることは、現在では小児科の常識ですが、そのことが指摘されたのは1990年代に入ってからです。さらに、因果関係は明らかではありませんが、インフルエンザ脳炎脳症の多発が報告されはじめたのも1990年代からのことです。

案浦 康高

*1 超過死亡概念とは、「インフルエンザが直接の死因でなくても、インフルエンザが原因となって死亡したケース」を言います