

図 2 節目検診受診者におけるHBVキャリア率(A), 岩手県予防医学協会の検診受診者におけるHBs抗原陽性率(B), HBs抗体陽性率(C)

で低い値を示している。8つのいずれの地域においても、2005年時点年齢換算で50歳代、60歳代でHBVキャリア率は高い値を、また、19歳以下(1986年以降に出生)の集団ではきわめて低い値を示すという特徴が認められている(図3-A)。

一方、40歳以上を対象とした節目検診受診者の成績では、8ついずれの地域においても50歳代(1945~1955年出生)でピーク値を示すことが明らかとなっている(図3-B)。地域別には、中部・東海、関東の2地区を除く他の地区において平均HBVキャリア率が1%を超えた値を示し、とくに北海道地域では平均2.3%と高い値を示した。しかし、全年齢におけるHBVキャリア率を考えた場合、いずれの地域においても2%を超えることはないと推察される。

なお、いわゆる団塊の世代(1945~1955年出生)では第二次世界大戦敗戦後の混乱期に乳幼児期をすごしており、このことと、この年齢前後の集団におけるHBVキャリア率が高いこととの間には何らかの関連があること(たとえば、この年齢集団では他の年齢集団に比べて水平感染由来のHBVキャリアが相対的に多いことなど)が推測される。一方、他の地域に比べてとくに北海道でHBVキャリア率が高い値を示すことは、ここに紹介した2つの調査を通して明らかとなったものであり、その理由についてはこれまでのところ明らかになってはいない。

#### 4. 感染を知らないまま社会に潜在するHBVキャリアの推計数

感染を知らないまま潜在しているキャリア数の

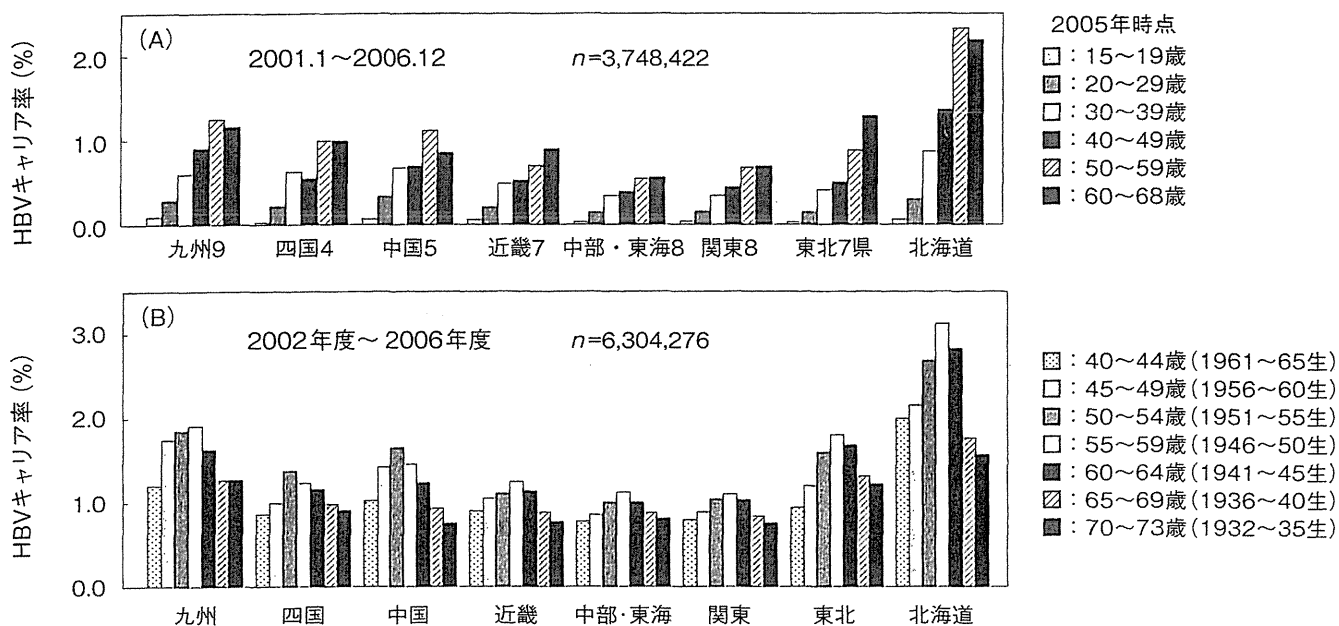


図 3 初回供血者集団(A)および節目検診受診者集団(B)における地域別・出生年別にみたHBVキャリア率

把握については前項に示した 2000 年以後に得られた 2 つの大規模集団の年齢階級別 HBV キャリア率と国勢調査人口をもとに推計を行うことができる。この 2 つの集団の特性を考えると、自身が肝炎ウイルスに感染していることがわかっている場合は通常、献血や検診の対象者にはならないと考えられることから、算出の元とした前項 2 集団における HBV キャリア率は一般集団のなかで感染を知らずにいる者の割合を示していると想定される。

したがって、40 歳以上の年齢階級における HBV キャリア率は節目検診受診者の資料から、40 歳以下の年齢階級別 HBV キャリア率は初回供血者資料から得たものをもとに、感染を知らずに潜在する HBV キャリア数の推計を行ったところ、2005 年時点で 903,145 人 (95%CI: 83.7~97.0 万人) と算出され、5~74 歳に限ると 79.4 万人 (73.5~85.3 万人) と算出された<sup>3)</sup>。

この数値は 1990 年代後半の大規模集団 (初回供血者集団) を用いて行った同様の推計数<sup>6)</sup> (15~69 歳: 96.8 万人) と比較すると、減少していることが認められた。これは、とくに 2000 年以後、肝炎ウイルス感染に関する知識の普及や、2002 年から開始された節目・節目外検診により検査の機会がさまざまな場で急速に増えたことから、いまだ感染を知らないままの HBV キャリアの数は減少した

と考えられる。

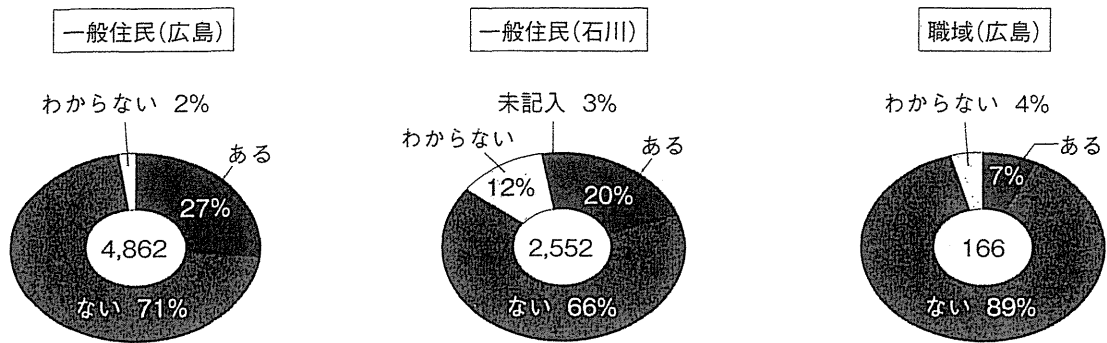
しかし、74 歳以下の年齢に限定しても 2005 年時点で約 80 万人の HBV キャリアが感染を知らないまま潜在していると推定されることから、適切な時期に適切な治療を行うためにも肝炎ウイルス検査の推進は必要であると考えられる。

### 肝炎ウイルス受検率に関する聞き取り調査および職域集団における調査

肝炎ウイルス検査がどの程度普及しているのか、肝炎ウイルス検査を受けたことを認識している者の割合 (検査受検率) がどのくらいであるのかを知るために、一般集団 (広島県, 石川県) と職域集団 (広島県) において肝炎ウイルス検査に関するパイロット調査 (2008 年度) を行ったので紹介する<sup>7-9)</sup> (図 4)。

広島県の一般集団 (県主催の 80 万人規模のイベント参加者) を対象とした聞き取り調査では、「肝炎ウイルス検査を受けたことがある」のは 26.6% (解析対象者 4,862 人)、石川県の K 町の全成人 4,543 人を対象とした全数調査では 19.5% (解析対象者 2,552 人) であり、いずれの調査においても女性が男性よりも「受けた」と答えた割合が多く、女性 40・50・60 歳代では 3 割程度 (広島県 33~38%, 石川県 27~35%) に対し男性 20・30 歳代では 1 割以下 (広島県 13~14%, 石川県 3~5%) と、

(A) 肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか？



(B) 肝炎ウイルス検査を受けなかった理由は？

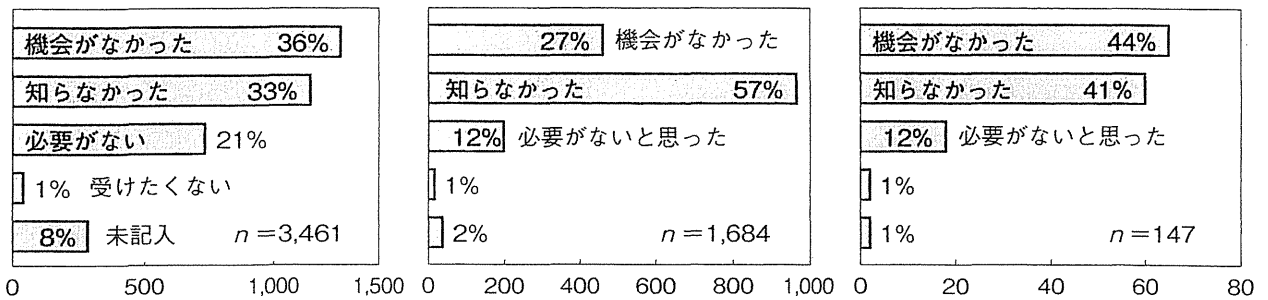


図 4 肝炎ウイルス検査の受診状況 (2008.10~2009.3)

性別・年代別に検査を受けたという認識の割合が異なっていることが明らかとなった。また、肝炎ウイルス検査を受けていない理由としては、「知らなかった」(広島県 33%, 石川県 57%), 「機会がなかった」(広島県 36%, 石川県 28%)が多く、「受ける必要がないと思った」(広島県 21%, 石川県 12%)者も相当数存在していることが明らかとなっている。

さらに、職域集団においては、パイロット調査対象数が166人と少ないものの、「肝炎ウイルス検査を受けたことがある」のは7%と極端に少なく、「知らなかった」「機会がなかった」ために検査を受けていないものが85%にもものぼっていることから、職域における肝炎ウイルス検査の周知普及が進んでないことがうかがえる。

一方、同研究班では2011年度に職域における肝炎ウイルス検査の普及の一環として、健康診査時に合わせた出前肝炎ウイルス検査を行った。サービス業に属する3事業所691人(男女の割合は605:86, 平均年齢56.1±12.5歳)のうち、「肝炎ウイルス検査を受けたことがある」のは13%とやは

り低率であった。

この集団におけるHBs抗原陽性率は1.6%, HBc抗体陽性率は27.5%, HBs抗体陽性率は22.3%であり、いずれのマーカーも年齢階級が高いほど高い保有率を示していた(図5)。また、HBV感染の既往がないと考えられる者は全体の70.2%であるが、ワクチン接種による抗体獲得率は2.3%と低いことが明らかとなった。また、HBVキャリアであると判定された場合は医療機関への紹介状とともに本人に結果を通知しており、現時点で全例が医療機関へ受診したことが確認されている。

職域における肝炎ウイルス検査の導入、職域集団への検査の必要性の普及と情報提供と同時に、検査後に確実に医療機関へ受診し治療へと結びつける体制を、地域ごとの肝炎診療ネットワークと連携して構築していく必要があると考えられる。

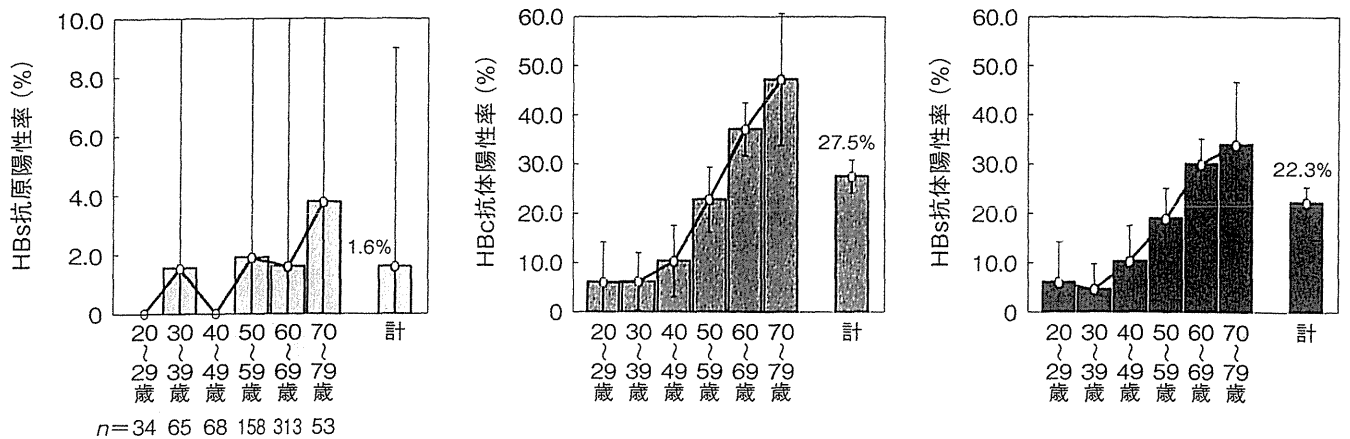


図 5 職域集団における年齢階級別にみたHBV感染率  
 A: HBs 抗原陽性率, B: HBc 抗体陽性率, C: HBs 抗体陽性率  
 広島,  $n=691$  人

### HBV母子感染防止事業実施以後に出生した集団におけるHBVキャリア率およびHBV母子感染防止事業における妊婦を対象とした調査

わが国のHBV感染のおもな感染経路は長い間母子感染であったが、母子感染予防対策事業が1986年から全国規模で実施されて後に出生した若年世代におけるHBVキャリア率は、前項初回供血者集団におけるHBVキャリア率を示したとおり、きわめて低い値を示している。

岩手県においては、対策事業実施前に出生した集団(1978~1980年出生)ではHBVキャリア率(HBs抗原陽性率)は0.75%を示していたが、1986年以後出生した集団では0.02~0.04%と激減したことが示されている<sup>5)</sup>。また、予防対策事業実施前後のHBs抗体獲得例のうち、感染既往とワクチンによる抗体獲得の割合を比較区別するため、HBs抗体陽性者に占めるHBc抗体陽性率を比較する<sup>5)</sup>と、予防対策事業実施前の集団では81.9%と高い数値を示したが、実施後では3.4~11.0%を示していた。これは予防対策事業実施後のHBs抗体獲得者の89%以上がワクチンによるものであることを示しており、この事業が効果的に実施されていることが明らかとなった。2010年代に入り、1986年出生児は出産年齢を迎えることから、第二世代の母子感染防止対策が引き続き効果的に講じられれば次世代の母子感染によるHBVキャリアはごくわずかになることが予想される。

一方、1986年前後に出生した集団における

HBVキャリア率を明らかにするために、妊婦を対象としたHBV母子感染防止事業の調査を行ったので紹介する<sup>10)</sup>(図6)。広島地域の産婦人科を有し分娩を行っている41施設(同県の該当病医院は全58施設)において、2010年度に分娩をした15,233人が解析対象である(平均年齢;  $30.5 \pm 5.1$  歳)。これは前年2009年の出生数25,596人の60%に相当している。

HBVキャリア率(HBs抗原陽性率)は全体では0.52%(95%CI: 0.40~0.63%)であるが、5歳刻みの出生年別にみると、年齢階級が高い集団では高いHBVキャリア率を示す傾向が認められる。1986年以後に出生した集団では0~0.12%の低い値を示し、HBVキャリア数はわずか2例であった。

つぎに、日本赤十字血液センター2001~2006年の初回供血者集団から中国地方の資料(男女計)のみ抽出し、上記得られた妊婦集団におけるHBVキャリア率を5歳刻みの出生年別に比較して示すと、精度があり比較できる2010年時点40歳以下の集団については年齢階級ごとにもみるとほぼ同等のHBVキャリア率を示していた。

以上のことから、若い世代における女性のHBVキャリア率が低率であること、初回供血者集団においても若い世代では妊婦調査とほぼ同等のHBVキャリア率を示すことが明らかとなった。

### おわりに

わが国の一般集団におけるHBVキャリア率は

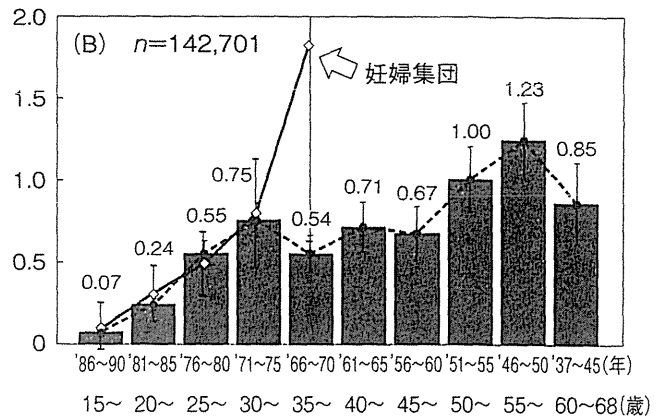
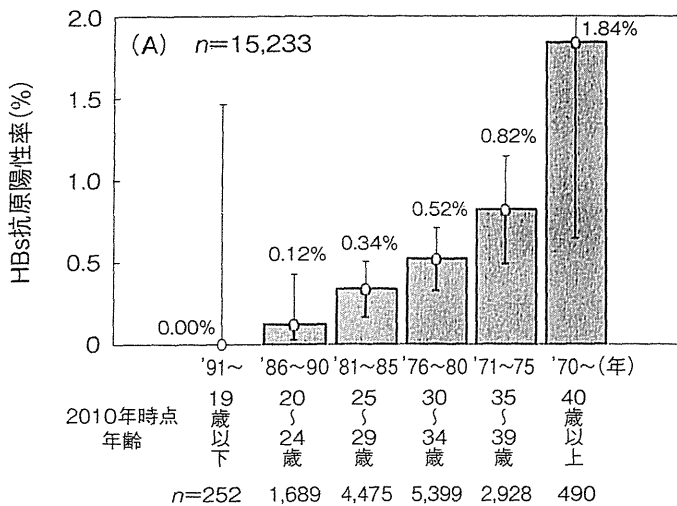


図 6 妊婦集団におけるHBs抗原陽性率と初回供血者におけるHBs抗原陽性率との比較

妊婦集団(広島県)におけるHBsAg陽性率0.52%(0.40~0.63%)(A)と、中国地方のみ抽出した初回供血者と妊婦集団のHBs抗原陽性率(B)。

年齢階級ごとに相違があるもののおおむね2%以下であることが、初回供血者集団、節目検診受診者集団、妊婦集団、職域集団などの疫学調査から明らかになってきた。

HBVのおもな感染経路であった母子感染は感染防止事業によりその頻度を下げ、さらに、高度成長期に伴う医療環境・生活環境の整備と向上により水平感染が減少した結果、若い世代におけるHBVキャリア率がきわめて低率を示すに至っている。

しかし、観血的処置を行う頻度の多い医療施設や感染のハイリスク集団における新規感染については、その集団におけるキャリア率の多寡により新規感染の頻度が異なることが推察されることから、効果的な感染予防対策が望まれる。

一方、HBVキャリア率(HBs抗原陽性率)の減少とともに、HBs抗体陽性率も世代とともに低い値を示していることが明らかとなっている。カンボジア王国、ベトナム社会主義共和国における一般住民を対象とした肝炎ウイルス疫学調査(2009~2011年)からHBs抗原陽性率6~16%、HBc抗体陽性率29~72%、HBs抗体陽性率27~63%などの成績が得られている。HBV高度感染地域に属するアジアに位置するわが国では、人口減少とともにさらにグローバル化が進むことも見込まれており、将来を見据えたHBV感染防御態勢を考える時期にきていると考えられる。

## 文献/URL

- 1) World Health Organization Department of Communicable Diseases Surveillance and Response, Hepatitis B (WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2: Hepatitis B). World Health Organization, Geneva, 2002. (<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index1.html>)
- 2) Media centre, Hepatitis B (Fact sheet N°204 Revised August 2008). World Health Organization, Geneva, 2008. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>)
- 3) Tanaka, J. et al.: Total numbers of undiagnosed carriers of hepatitis C and B viruses in Japan estimated by age- and area-specific prevalence on the national scale. *Intervirology*, **54**: 185-195, 2011.
- 4) 田中純子・他: 出生年別にみたわが国のHCV, HBVキャリア率. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金, 肝炎等克服緊急対策研究事業「B型及びC型肝炎の疫学及び検診を含む肝炎対策に関する研究」班報告書. 2007, pp.7-12.
- 5) 小山富子・他: 岩手県におけるB型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスの感染状況について一出生年コホート別にみた解析. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業「肝炎状況・長期予後の疫学に関する研究」班報告書. 2010.
- 6) Tanaka, J. et al.: Sex- and age-specific carriers of hepatitis B and C viruses in Japan estimated by the prevalence in the 3,485,648 first-time blood donors during 1995-2000. *Intervirology*, **47**: 32-40, 2004.
- 7) 田中純子・他: 広島県における肝炎ウイルス検査普及状況等に関する聞き取り調査. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金, 肝炎等克服緊急対策研究事業, 肝炎状況・長期予後の疫学に関する研究報告書. 2009, pp.95-99.
- 8) 田中純子・他: 石川県における肝炎ウイルス検査普及状況等に関する調査及び肝炎ウイルス検査の検討一住民基本台帳を用いた全数調査. 平成20年度厚

生労働科学研究費補助金，肝炎等克服緊急対策研究事業，肝炎状況・長期予後の疫学に関する研究報告書，2009，pp.101-107.

- 9) 田中純子・他：職域集団における肝炎ウイルス検査普及状況等に関する聞き取り調査及び肝炎ウイルス検査パイロット study. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金，肝炎等克服緊急対策研究事業，肝炎

状況・長期予後の疫学に関する研究報告書，2009，pp.89-93.

- 10) 田中純子・他：妊婦における肝炎ウイルス感染(HBV/HCV)状況調査. 厚生労働省「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」班，平成23年度総括・分担研究報告書，2012，pp.35-37.

\* \* \*

## C 型肝炎治療の最前線

## 1

## わが国における C 型肝炎の疫学

田中 純子\*

Key words: 疫学, HCV キャリア, キャリア率, 輸血後肝炎発生率

## 要旨

厚生労働省研究班(肝炎の疫学研究班)が行ってきた調査研究を中心に, C型肝炎に関する疫学調査成績を紹介した。わが国の一般集団における C型肝炎ウイルス持続感染率(HCV キャリア率)の分布は, 若い世代から順に少なくとも 1922 年出生の集団(2005 年時点 83 歳)にまでさかのぼり高くなること, 近畿以西, とくに肝がん好発年齢集団で高い値を示すこと, 1986 年以後に出生した世代ではきわめて低い値を示すこと, 一般集団においては HCV 感染の新規発生はごくまれであること, しかし, 観血的処置を行う頻度の多い医療施設や感染のハイリスク集団における感染は,  $10^2$  倍程度リスクが高くなることを示した。全国推計で 80.8 万人と推計された潜在している HCV キャリアへの検査の推進と, 治療導入に至っていない要精検 HCV キャリアへの方策が緊急課題としてあげられる。

## I. 世界の C 型肝炎ウイルス感染状況とわが国の肝がん死亡の推移

- 肝がんや肝硬変に進展するリスクのある HCV キャリアは, 現時点で世界では 1 億 5 千万人と推定される。
- わが国の肝がん死亡は, 約 3.3 万人(2010 年)と, 1995 年以降, 年間 3 万人を超えた数で推移し続けている。
- わが国の肝がん死亡全体の約 7 割は HCV の持続感染に起因すると推定される。

WHO (World Health Organization, Lavanchy, D.) による 2009 年の報告<sup>1)</sup>によると, 世界の C 型肝炎ウイルス (hepatitis C virus ; HCV) キャリア率は 2.2~3.0%, HCV キャリア数は, 1.3 億~1.7 億人と推定される。HCV キャリア率の高い地域は, 地中海沿岸地域, アフリカの一部であり, この時点で日本は 2.5~10% の高いゾーンに区分されていた。その後, WHO (2012 年)が, 一定の手順に従ってまとめた報告・推計<sup>参考 URL 1)</sup>によると, 毎年世界で 300 万~400 万人が HCV に感染し, 肝がんや肝硬変に進展するリスクのある HCV キャリアは, 現時点で 1 億 5 千万人と推定されている。さらに, 毎年 35 万人が C 型肝炎に起因する疾病(慢性活動性肝炎, 肝硬変や肝がん)で死亡している

\* 広島大学大学院医歯薬保健学研究院疫学・疾病制御学  
(〒734-8553 広島市南区霞 1-2-3)

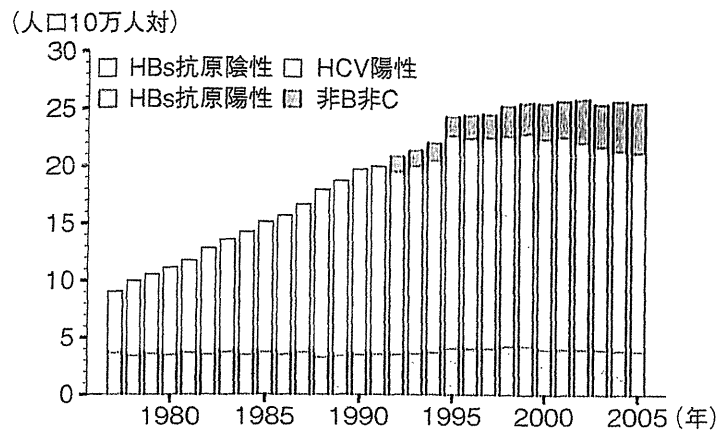


図1 成因別にみた肝細胞がん死亡の推移 — 推計値 (1977~2005年)

〔厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計全国原発性肝癌追跡調査報告より推計〕

とも報告している。HCV キャリア率の高い地域は、エジプト(22%)、パキスタン(4.8%)、中国(3.2%)などであり、日本は1.0~2.5%のゾーンに区分されている。

わが国の肝がん死亡者数は、約3.3万人(2010年)と、1995年以降、年間3万人を超えた数で推移し続けている。一方、肝がんと診断された患者を対象として2~3年ごとに実施されている全国調査の成績をもとに、肝がんの成因別死亡の年次推移を推計すると(図1)、わが国の肝がん死亡の約8~9割は、肝炎ウイルス[B型肝炎ウイルス(hepatitis B virus; HBV)あるいはHCV]の持続感染に起因しており、その大半(80%)はHCVに起因することが明らかとなっている。すなわち、わが国の肝がん死亡全体の約7割はHCVの持続感染に起因すると推定される。

次項から、わが国における2000年以後に得られた疫学的成績をもとにHCV キャリア率の地域別分布、年齢分布などについて示してみたい。

## II. 2000年以後に得られた大規模集団におけるHCV キャリアの分布

- わが国において感染を知らずに潜在するHCV キャリア数の推計を行ったところ、2005年時点で807,903人(95% CI 679,886~974,292人)、5~74歳に限ると50.2万人(45.9万~54.5万人)と算出された。
- 適切な時期に適切な治療を行うためにも、肝炎ウイルス検査の推進はさらに必要と考えられる。

わが国の成人におけるC型肝炎ウイルス持続感染者(HCV キャリア)の年齢階級別、地域別にみた分布は、日本赤十字社(日赤)血液センターにおける初回供血者集団から得られるデータと、2002年から全国規模で行われた節目肝炎ウイルス検診を受けた地域住民集団から得られるデータをもとに窺い知ることができる。

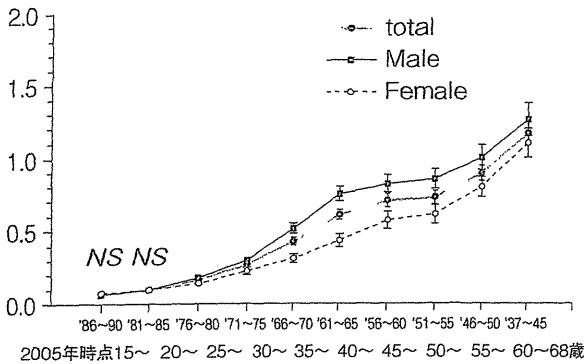
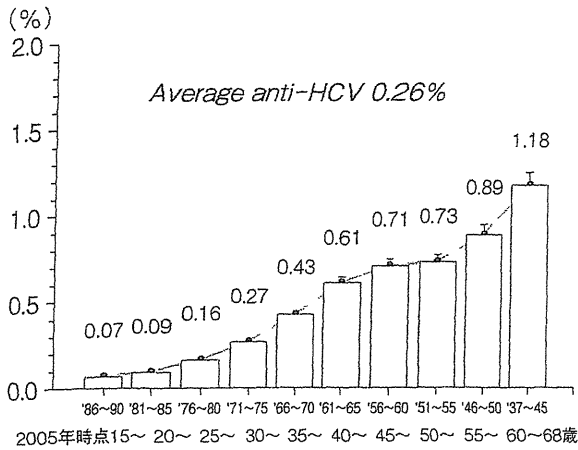
### 1. 初回供血者からみたHCV 抗体陽性率の分布

厚生労働省研究班(肝炎の疫学研究班)では日本赤十字社の全面的な協力を得て、2001年1月から2006年12月までの6年間に全国の都道府県で初めて献血した人(初回供血者)、計



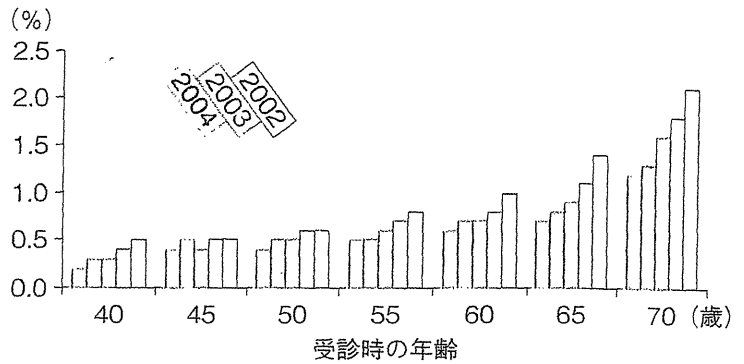
< a : 初回供血者集団における年齢階級別に  
みた HCV 抗体陽性率 >

(日本赤十字社 初回供血者 2001.1~2006.12  
N=3,748,422)



< b : 節目検診受診者における  
受診時の年齢別にみた HCV キャリア率 >

(老人保健課 全国調査 2002 年度~2006 年度 N=6,280,111)



< c : 検診受診者集団における  
出生年別にみた HCV キャリア率 >

(岩手県予防医学協会 1986.4~2009.3 N=447,587)

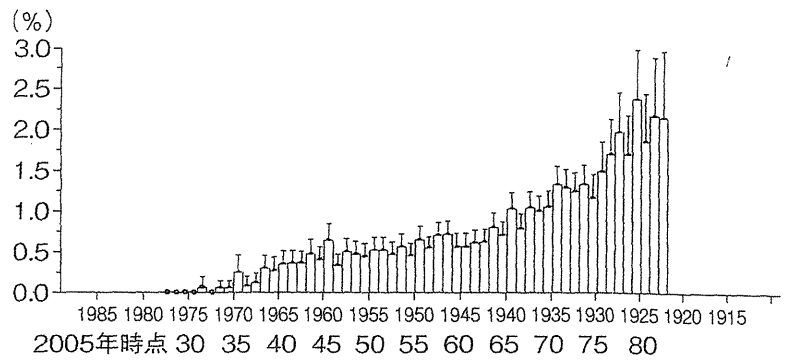


図 2

[文献 2), 3) より改変]

3,748,422 人分のデータをもとに、2005 年の時点の年齢に換算した年齢階級別および出生年別にみた HCV 抗体陽性率を算出した<sup>2)</sup>(図 2a)。

年齢階級別に HCV 抗体陽性率をみると、年齢が高い集団が高い値を示す傾向が認められた。1937 年から 1945 年の間に出生した年齢集団(2005 年の時点、60~68 歳)における HCV 抗体陽性率をピーク(1.18%)に、年齢が若くなるにつれて低い値を示し、2005 年時点の年齢換算で 20 歳以下の集団では 0.07% ときわめて低い値となっている。

2. 肝炎ウイルス検診の成績からみた HCV キャリアの分布

2002 年 4 月から 40 歳以上の住民を対象として開始された肝炎ウイルス検診(老人保健法に基づく節目・節目外検診)は 2007 年 3 月末までの 5 カ年計画で行われた。全国一律の検査手順により、最終的に HCV に感染している可能性が高い、すなわち HCV キャリアを判定することを目的とされた。まず、定量域の広い HCV 抗体測定を行い、中・低力価陽性と判定された場合に HCV 抗原測定を行い、対象を絞り込むことで核酸増幅検査(nucleic acid amplification test; NAT)数を必要最小限に抑えた HCV 検査

手順である。現在も厚生労働省推奨方式として健康増進事業や特定感染症事業の肝炎ウイルス検査で行われている手順である。

厚生労働省老人保健課がまとめた成績によれば、節目・節目外検診を合わせて、5年間に、863万4,509人(40歳以上)がC型肝炎ウイルス検査を受け、9万9,950人(1.2%)がHCVキャリアと判定されている。

このうち、受診時の年齢が判明している節目検診の受診者628万111人を抽出し、受診時の年齢別(40歳以上の5歳刻み)にHCVキャリア率を図に示すと、初回供血者の年齢階級別にみた傾向と同様に、年齢階級が高い集団で高いHCVキャリア率を示すことが明らかとなった<sup>3)</sup>(図2b, 2c)。この傾向は、岩手県予防医学協会における検診受診者集団の資料からも明らかとなっており<sup>4)</sup>、わが国の一般集団における

年齢階級別にみたHCVキャリア率は、少なくとも1922年出生の集団(2005年時点83歳)にまでさかのぼって高くなることが明らかとなっている。

### 3. 地域別年齢階級別にみたHCVキャリア率の分布

次に、地域別・年齢階級別にみたHCVキャリア率の分布をみるために、対象者の80%が40歳以下である初回供血者集団と、40歳以上を対象とした節目検診受診者集団の成績をもとに、全国を八つの地域に分割してHCVキャリア率を整理して示す(図3)。なお、1992年から日赤のスクリーニング検査に用いられていたHCV抗体測定系(凝集法:HCV PHA法、またはHCV PA法)では、この方法により陽性と判定された場合、その約70%がHCV RNA陽性

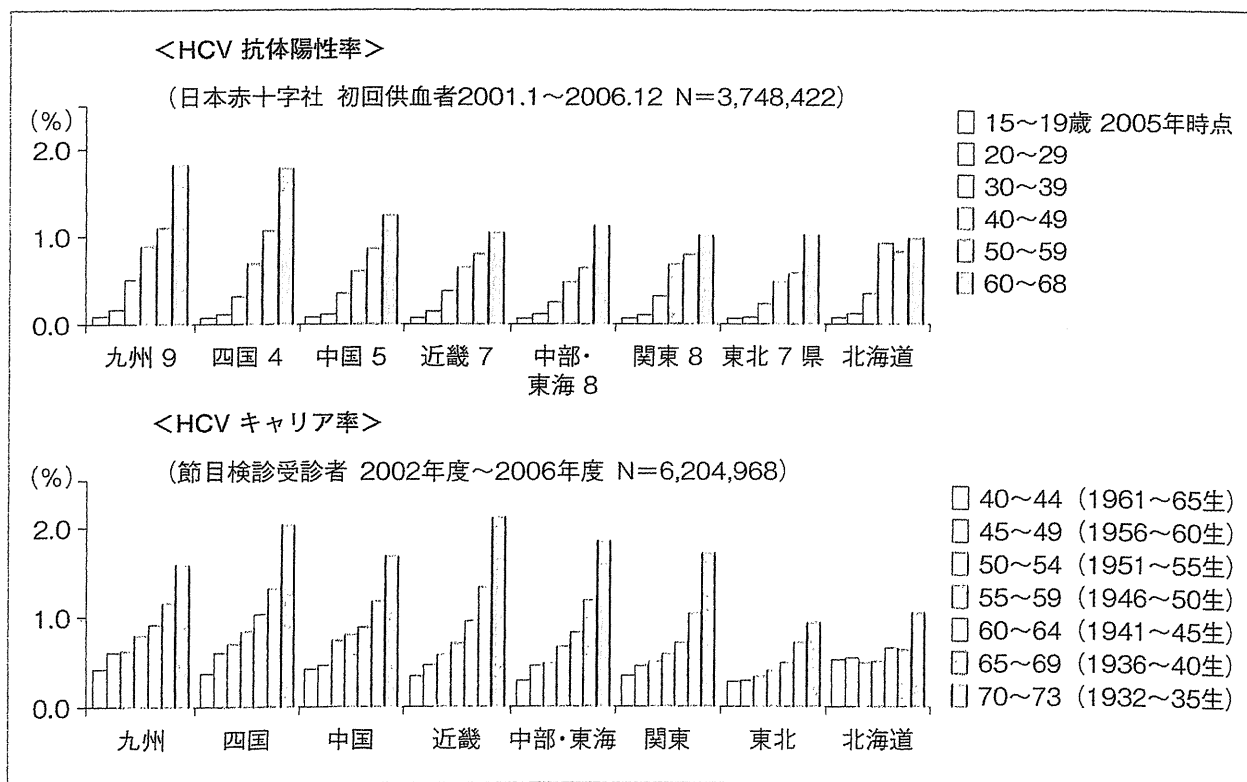


図3 初回供血者集団および節目検診受診者集団における地域別・出生年別にみたHCV抗体陽性率およびHCVキャリア率

[厚生労働省肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究班]

(HCV キャリア)であることが過去に行った基礎的調査により明らかになっていることから、今回示した初回供血者集団の HCV 抗体陽性率は、その値に 70% を乗じた値を HCV キャリア率と換算して試みる事ができる。

初回供血者集団の成績からみると、HCV 抗体陽性率は概ね近畿以西で高い値を示している。とくに、2005 年時点の年齢換算で 50 歳代・60 歳代の肝がん好発年齢における HCV 抗体陽性率が近畿以西で高く、西高東低の地域差を示していることがわかる。また、年齢の若い集団の HCV 抗体陽性率は 8 地域のいずれにおいても低く、とくに 19 歳以下(1986 年以降に出生)の集団ではきわめて低い(0.05~0.07%)という特徴が認められている。

一方、40 歳以上を対象とした節目検診受診者集団の成績からみると、8 地域のいずれにおいても 60 歳以上の年齢集団で他の年齢集団よりも高い HCV キャリア率を示すことが明らかであり、とくに近畿以西のこの年齢集団では、1.5~2% の高い値を示した。

#### 4. 感染を知らないまま社会に潜在する HCV キャリアの推計数

感染を知らないまま潜在しているキャリア数の把握については、前項に示した 2000 年以後に得られた二つの大規模集団の年齢階級別 HCV キャリア率と国勢調査人口をもとに推計を行う事ができる。この二つの集団の特性を考えると、自身が肝炎ウイルスに感染していることがわかっている場合は、通常、献血や検診の対象者にはならないと考えられることから、算出のもととした前項 2 集団における HCV キャリア率は、一般集団のなかで感染を知らずにいる者の割合を示していると想定される。

したがって、40 歳以上の年齢階級における HCV キャリア率は節目検診受診者の資料から、

40 歳以下の年齢階級別 HCV キャリア率は初回供血者資料から得た HCV 抗体陽性率から換算して用いることとし、わが国において感染を知らずに潜在する HCV キャリア数の推計を行ったところ、2005 年時点で 807,903 人(95% CI 679,886~974,292 人)、5~74 歳に限ると 50.2 万人(45.9 万~54.5 万人)と算出された<sup>2)</sup>。

この数値は、1990 年代後半の大規模集団(初回供血者集団)を用いて行った同様の推計数<sup>5)</sup>(15~69 歳:88.5 万人)と比較すると、減少していることが認められた。これは、とくに 2000 年以後、肝炎ウイルス感染に関する知識の普及や、2002 年から開始された節目・節目外検診等により、検査の機会がさまざまな場で増えたことから、未だ感染を知らないままの HCV キャリアの数は減少したものと考えられる。

しかし、74 歳以下の年齢に限定すると、2005 年時点で約 50 万人の HCV キャリアが感染を知らないまま潜在していると推定されることから、適切な時期に適切な治療を行うためにも、肝炎ウイルス検査の推進はさらに必要と考えられる。

### Ⅲ. HCV の新規感染率と、感染症法(1999 年 4 月)施行後の C 型急性肝炎の発生状況

● HCV 感染の原因は特定しにくいことが明らかとなった。

#### Ⅰ. HCV の新規発生率

HCV の新規発生の有無に関する前向き調査を行った成績を表 1 に示す。

供血者集団を対象とした調査では、広島県赤十字血液センターにおける 1994 年 6 月から 2004 年 4 月までの供血者 418,269 人(総献血本数 1,409,465 本)を対象として前向きに観察し<sup>6)</sup>、新たな感染の有無について解析を行った

表1 HCV 感染の新規発生率(1988~2004 年)

	対象者	新規感染例	観察人年	新規感染率(95% CI)	
供血者(広島)	1992~1995	114,266	3	168,726	1.8/10万人年 (0.4~5.2/10万人年)
	1994~2004	218,797	16	861,842	1.9/10万人年 (1.1~3.0/10万人年)
供血者(大阪)	1992~1997	448,020	59* *抗体陽転	1,095,668	5.4/10万人年 (4.1~7.0/10万人年)
定期健康診断 受診者(広島)	1992~1995	3,079	3	5,786	0/10万人年 (0~0.6/10万人年)
障害者・老人福祉 施設入所者(静岡)	1988~1992	678	0	2,712	0/10万人年 (0~1.3/10万人年)
血液透析施設 (広島)	1999~2003	2,114	16	4,893	3.3/1,000人年 (1.7~4.9/1,000人年)

ところ、期間内に複数回献血をした218,797人(861,842人年)のうち新たなHCV感染が確認されたのは16例であり、人年法による解析でHCV新規発生率は10万人年当たり1.9人(95%CI:1.1~3.0人/10万人年)と示された。この成績は、1992年から3年間の観察期間で行った同様の調査<sup>7)</sup>(1.8/10万人年,95%CI:0.4~5.2人/10万人年)とほぼ同じ値となった。性別にみると統計学的な有意差は認められていないが女性(2.77人/10万人年)は男性(1.08人/10万人年)よりやや高い値を示し、女性の20歳代(3.21人/10万人年)と50歳代(6.02人/10万人年)が他の世代と比較してやや高い傾向があったが、その理由については不明である。大阪の供血者集団を対象とした1990年代前半の調査では、HCV抗体陽転率<sup>8)</sup>は5.4人/10万人年(4.1~7.0人/10万人年)であり、抗体陽性の70%をHCVキャリアと換算しても、広島と同集団と比較してやや高い値となり、地域によって新規感染率の多寡には相違がある可能性が示唆される。

さらに1990年代の同時期に行われた定期健康診断受診集団や障害者・老人福祉施設入所者

集団を対象とした血清疫学的調査からは、新規感染者は見出されていない<sup>7)</sup>。

一方、観血的処置を頻回に受ける血液透析患者を対象とした多施設前向き調査を行った成績<sup>9)</sup>では、3カ月以上の観察が可能であった2,114人のうちHCVキャリアの新規発生数は16例あり、これを人年法により推計すると、HCV新規感染率は1,000人年当たり3.3人(95%CI:1.7~4.9人/1,000人年)と、供血者集団と比較して10<sup>2</sup>倍程度高い値を示している。

これらの成績は、現在のわが国の一般集団においてはHCV感染の新規発生はごくまれであることを示している一方、血液を介した感染の可能性のある集団における新規発生のリスクは10<sup>2</sup>倍程度高いことも示されており、引き続きHCV感染防止対策は重要であるといえる。

## 2. C型急性肝炎の発生状況

次に、C型急性肝炎の発生状況について紹介する。わが国では1999年4月に施行された感染症法により、五類感染症に分類されたC型急性肝炎を診断した医師は、全例保健所への届け出義務がある。

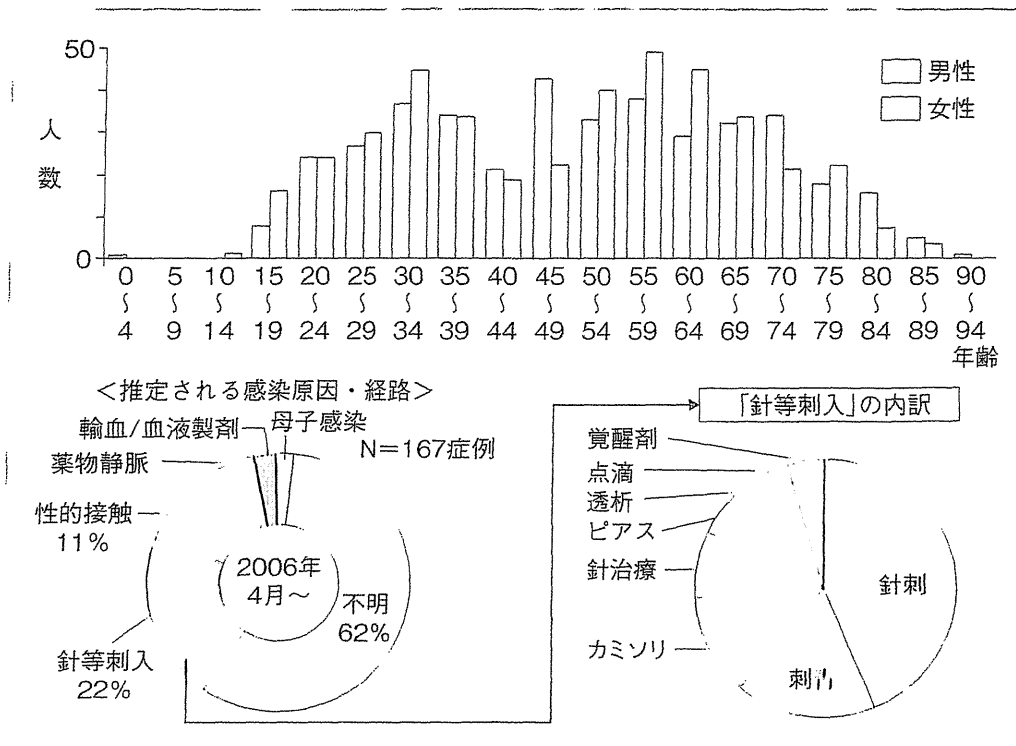


図4 感染症法施行後の全数届け出によるC型急性肝炎723例の年齢・性別分布 (1999.4~2009.12)

1999年4月~2009年12月までに届け出されたC型急性肝炎723例について国立感染症研究所がまとめた報告<sup>10)</sup>を示す。1999年以来、急性C型肝炎と診断され届け出があった患者数は、1999年136例、2000年119例、2001年65例と減少傾向が認められたが、それ以降2009年まで年間約30~70例でほぼ横ばいで推移している。年齢階級別にみた届け出数は(図4)、30歳代前半および50歳代後半の二つのピークがあり、とくに女性にこの傾向が顕著にみられ、背景に感染の要因が潜在する可能性が推察される。14歳以下の小児または90歳以上の高齢者の症例はきわめて少ない。

推定される感染原因と経路について、2006年4月以降に届け出された167例を解析したところ、「原因不明」が全体の62%を占め、HCV感染の原因は特定しにくいことが明らかとなった。次いで届け出があった原因としては、針等刺入(22%)、性的接触(11%)であった。症例数

は少ないが「針等刺入」の内訳をみると、針刺事故など医療行為に伴う感染以外に、ピアス、刺青、カミソリの共用などが報告されている(図4)。

都道府県別にみた届け出数は、都市部の大阪(126例)、東京都(55例)が多く、届け出の履行状況が地域ごとに異なる可能性もあり、医師の届け出義務の周知を広く徹底するとともに、得られる情報を適切に予防対策や啓蒙活動に取り入れることが求められている。

#### IV. 輸血後肝炎発生率の推移

WHOは、HCV抗体検査が輸血用血液のスクリーニングとして導入・普及し始めた1992年以前には、世界中の輸血後肝炎のおもな原因はHCVであったこと、米国における輸血後肝炎の90%はHCVによるものであったことを報告<sup>参考URL<sup>2)</sup></sup>している。

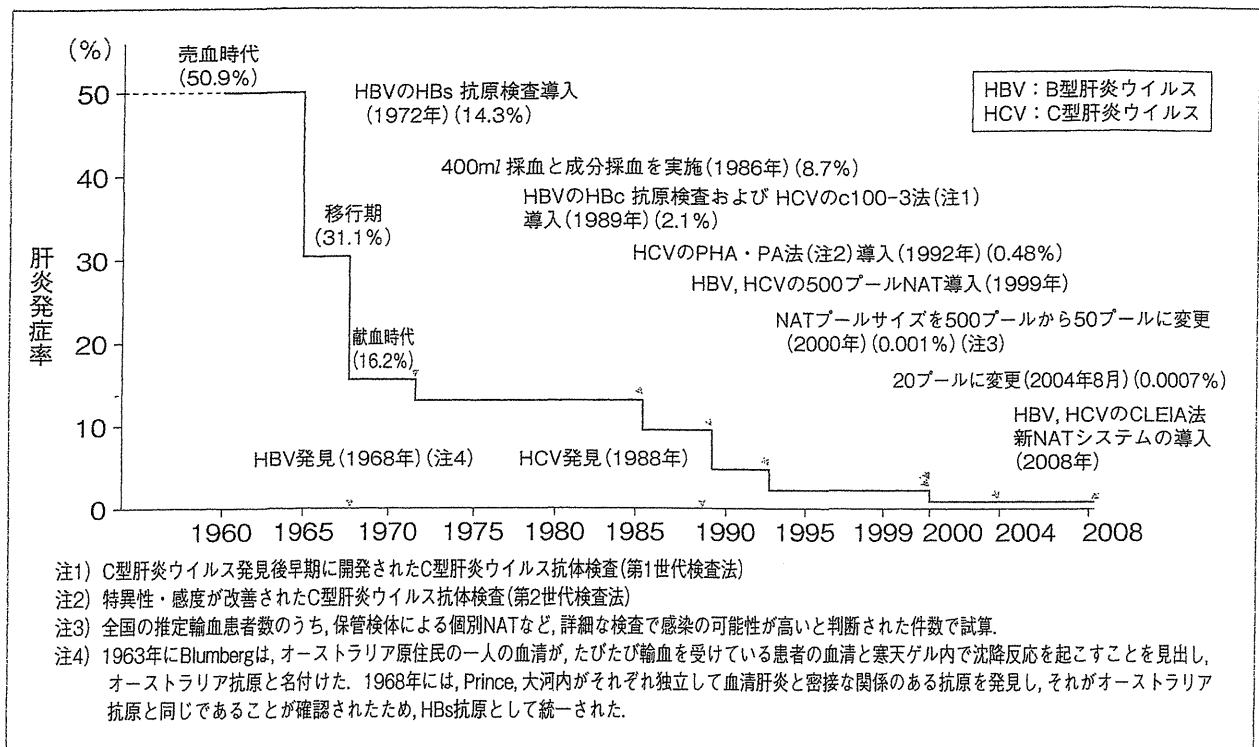


図5 日本における輸血後肝炎発症率の推移  
 (「日本赤十字社輸血後肝炎の防止に関する特定研究班」研究報告書(1993.4~1996.3)一部改変を  
 基に厚生労働省作成)

わが国の輸血後肝炎発症率の推移<sup>11)</sup>をみると(図5)、1960年代の半ばまで、全受血者の50%以上に発生していた輸血後肝炎は、売血から献血制度への切り換えが完了した1968年には16.2%にまで激減し、その後、各種スクリーニング検査の導入により1990年までには全受血者の2~3%にみられるにすぎない状態にまで改善されている。

HCVの発見(クローニング)後、世界に先駆けて導入されたHCV抗体測定系(第一世代)に続き、1992年には感度、特異度ともに優れた第二世代のHCV抗体測定系が導入され、1999年10月にはNATが開始されたことにより、現在では輸血に伴うHCV感染はほぼ駆逐されたといえる状況となっている(20本プールNATが導入された2004年8月以降、輸血後HCV感染は1例)。

## V. 肝炎ウイルスキャリア対策

わが国の一般集団では、全国いずれの地域でも年齢階級が高い集団のHCVキャリア率が高いという傾向が認められること、1940年代以前に出生の集団、すなわち2005年時点の年齢換算で60歳以上の集団におけるHCVキャリア率は西高東低の傾向を示すこと、現在のわが国の一般集団においてはHCV感染の新規発生はごくまれであること、しかし、観血的処置を行う頻度の多い医療施設や感染のハイリスク集団における新規感染については感染予防対策が必須であることなどが、初回供血者集団、節目検診受診者集団、血液透析集団等の疫学調査から明らかになった。

これまでのC型肝炎に関する疫学的状況からみると、わが国は経済力の向上とともに、輸血によるHCV感染の制圧を含む医療環境全般

表2 肝炎ウイルスキャリア対策

A：(感染を知らないまま)潜在しているキャリア	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肝炎ウイルス検査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 検査の必要性</li> <li>◦ 検査の機会の拡大(無料検査・出前検査)</li> <li>◦ 対象者の拡大</li> </ul>
B：患者としてすでに通院・入院しているキャリア	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療</li> <li>・ 治療効果等の情報提供</li> <li>・ 治療連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 医療費補助の運用</li> <li>◦ 適切な治療への導入</li> <li>◦ 専門医への受診</li> <li>◦ 肝がん早期発見・治療プロトコル</li> </ul>
C：(感染を知ったが)継続的な受診をしないままにいるキャリア	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診への動機付け</li> <li>・ 継続受診の必要性</li> <li>・ 公費助成により見出されたキャリアの健康管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 現状把握と要因分析</li> <li>◦ 医療機関受診率の把握</li> <li>◦ 肝炎診療ネットワークへの連携</li> </ul>
D：感染予防：キャリアの新規発生状況の把握と対策	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染予防対策</li> </ul>	

の整備が大幅に推進されたこと、HCVに関する知識が広く普及したこと等により、HCV感染予防対策から、患者を含むHCVキャリア対策へとその重点を移してきた。

患者を含むHCVキャリア対策(表2)は、「A. 感染を知らないまま潜在しているキャリア」への対策、「B. 患者としてすでに通院・入院しているキャリア」への対策、「C. 感染を知ったが継続的な受診をしないままにいるキャリア」への対策、と分類することができ、それぞれの課題を掲げて具体的に推進することが効果的であると考えられる。

本稿で推計値を示した表2AのHCVキャリアに対しては、肝炎ウイルス検査の推進と検診受診率の向上が必要である。また、検査後の医療機関受診率が低いことからその対策が必要とされつつある表2CのHCVキャリアに対しては、現状把握とフォローアップ率の向上、治療導入のための方策の検討、などが緊急課題としてあげられている。

## 文 献

- 1) Lavanchy, D. : The global burden of hepatitis C. *Liver Int.* 29(Suppl. 1) ; 74-81, 2009
- 2) Tanaka, J., Koyama, T., Mizui, M., et al. : Total numbers of undiagnosed carriers of hepatitis C and B viruses in Japan estimated by age- and area-specific prevalence on the national scale. *Intervirology* 54 ; 185-195, 2011
- 3) 田中純子, 厚生労働省老人保健課, 他: 肝炎ウイルス検診受診者(2002.4-2007.3受診群)を対象とした解析. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業「肝炎状況・長期予後の疫学に関する研究」班報告書. p.196, 2008
- 4) 小山富子, 佐々木純子, 内田茂治: 岩手県におけるB型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスの感染状況について—出生年コホート別にみた解析. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業「肝炎状況・長期予後の疫学に関する研究」班報告書. 2010
- 5) Tanaka, J., Kumagai, J., Katayama, K., et al. : Sex- and age-specific carriers of hepatitis B and C viruses in Japan estimated by the prevalence in the 3,485,648 first-time blood donors during 1995-2000. *Intervirology* 47 ; 32-40, 2004
- 6) Tanaka, J., Mizui, M., Nagakami, H., et al. : Inci-

dence rates of hepatitis B and C virus infections among blood donors in Hiroshima, Japan, during 10 years from 1994 to 2004. *Intervirol* 51 ; 33-41, 2008

- 7) Sasaki, F., Tanaka, J., Moriya, T., et al. : Very low incidence rates of community-acquired hepatitis C virus infection in company employees, long-term inpatients, and blood donors in Japan. *J. Epidemiol.* 6 ; 198-203, 1996
- 8) Tanaka, H., Tsukuma, H., Hori, Y., et al. : The risk of hepatitis C virus infection among blood donors in Osaka, Japan. *J. Epidemiol.* 8 ; 292-296, 1998
- 9) Kumagai, J., Komiya, Y., Tanaka, J., et al. : Hepatitis C virus infection in 2,744 hemodialysis patients followed regularly at nine centers in Hiroshima during November 1999 through February 2003. *J. Med. Virol.* 76 ; 498-502, 2005
- 10) 相崎英樹 : 1999年から2009年における日本のC型急性肝炎の発生状況. 厚生労働省肝炎等克服緊急対策研究事業「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」(研究代表者 田中純子) 平成22年度研究報告書. 28-31, 2011
- 11) 厚生労働省医薬食品局血液対策課 : 平成23年度版血液事業報告  
参考 URL (2012年8月現在)
- 1) Media centre, hepatitis C (Fact sheet N° 164 July 2012). Geneva, Switzerland : World Health Organization ; 2012.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>
- 2) World Health Organization. Hepatitis C. (Global Alert and Response, 2002). Geneva, Switzerland : World Health Organization ; 2002.  
<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/index.html>

## Summary

### Epidemiological Topics Concerning Hepatitis C in Japan

Junko Tanaka\*

Epidemiological studies concerning HCV derived from large research studies conducted after 2000 are examined. These studies were conducted by the Hepatitis Epidemiological Research Group (Chairman : J. Tanaka) with the support of the Ministry of Health, Labor and Welfare. According to the results obtained HCV carrier rates in the Japanese general population exhibit various features. The farther back we check to the birth of the group in 1922 (83 years as of 2005), the higher HCV carrier rates are. High HCV carrier rates were observed in the Kinki region and further west. There was a high HCV carrier rate, especially in the peak age HCC onset group. Very low HCV carrier rates were observed in the generations born after 1986. An extremely low incidence rate of HCV infection was seen in the general population. A  $10^2$  fold greater risk of HCV infection was noted in medical institutions which provided frequent invasive treatment, as well as in the high risk infection group. In conclusion, there are two urgent countermeasures to combat HCV. One is to promote examinations for undetected HCV carriers who are estimated to number 808,000. The other is to take measures to detect HCV carriers who are not receiving treatment, giving them detailed examinations and providing them with appropriate therapy.

**Key words :** epidemiology, HCV carriers, prevalence, incidence of post-transfusion hepatitis

\* *Department of Epidemiology, Infectious Disease Control and Prevention, Institute of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, 1-2-3 Kasumi, Minami-ku, Hiroshima-shi, Hiroshima 734-8553, Japan*



## わが国における肝癌の疫学

田中純子\* 三浦宜彦\*\*

索引用語：肝癌，疫学，B型肝炎ウイルス，C型肝炎ウイルス，肝炎ウイルスキャリア数

## 1 はじめに

わが国では，1981年以降現在に至るまで30年にわたり悪性新生物による死因が第1位を占めている．最新の人口動態統計資料<sup>1)</sup>によると，2011年総死亡数1,253,066人のうち，死因の1位は悪性新生物357,305人(28.5%)，2位：心疾患194,926人(15.6%)，3位：肺炎124,749人(10.0%)，4位：脳血管疾患123,867人(9.9%)であり，肺炎による死亡数が脳血管疾患を若干上回り，今回，死因順位が入れ替わった．四大死因により全死亡数の65%を占めていることがわかる．

悪性新生物による人口あたりの粗死亡率は，高齢化の影響により，男女とも一貫して増加傾向にあるが，1985年モデル人口を標準集団とした年齢調整死亡率をみると，男女とも部位別による相異はあるが，総じて減少傾向が認められている．医学・医療技術の進歩や種々の予防政策，検診の推進による発癌ハイリスク集団の減少などによるものと考え

られる．

悪性新生物による死亡のうち，部位別にみた死亡の順位をみると，男性では肺，胃，大腸(結腸と直腸S状結腸移行部および直腸)，肝，膵の順であり，女性では大腸，肺，胃，膵，乳房，肝の順を示している．悪性新生物による死亡総数約35.7万人の内訳，男女合計数では，肺7.0万人，胃5.0万人，大腸4.5万人，肝3.2万人(男性20,972人，女性10,903人)であり，わが国における「肝」(肝および肝内胆管)の悪性新生物による死亡数は，依然として上位から4番目に位置している．

本稿では，人口動態統計からみた肝癌死亡の推移，その成因の動向，年齢調整肝癌死亡の地理的分布，年齢階級別にみた肝炎ウイルスキャリア率などについて示していきたい．

## 2 肝癌死亡とその成因

毎年集計報告されている人口動態統計資料<sup>2)</sup>を元にしたわが国の肝癌による死亡の推移を図1に示す．

Junko TANAKA et al : Epidemiology of hepatocellular carcinoma in Japan

\*広島大学 大学院医歯薬保健学研究院 疫学・疾病制御学 [〒734-8551 広島県広島市南区霞 1-2-3]

\*\*埼玉県立大学

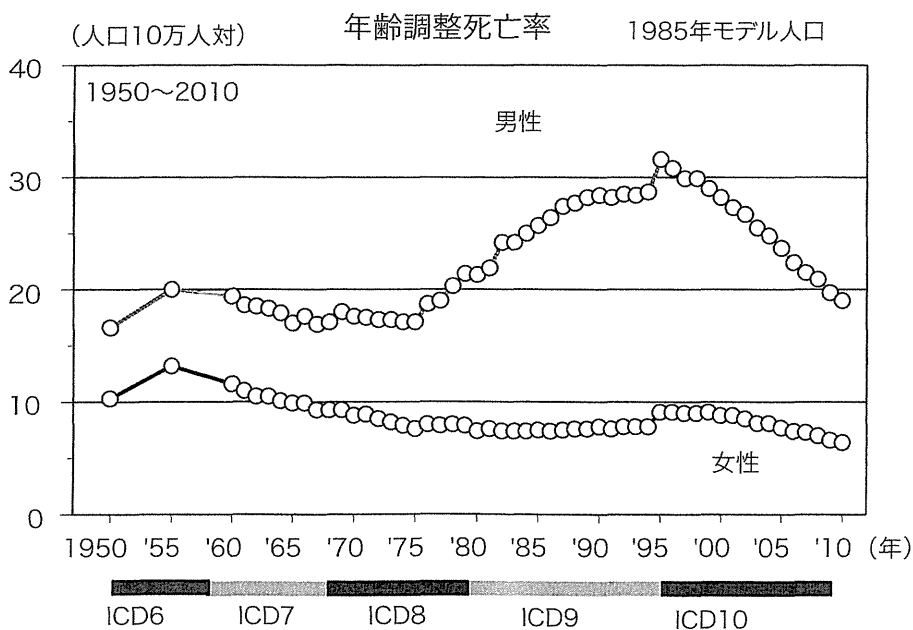
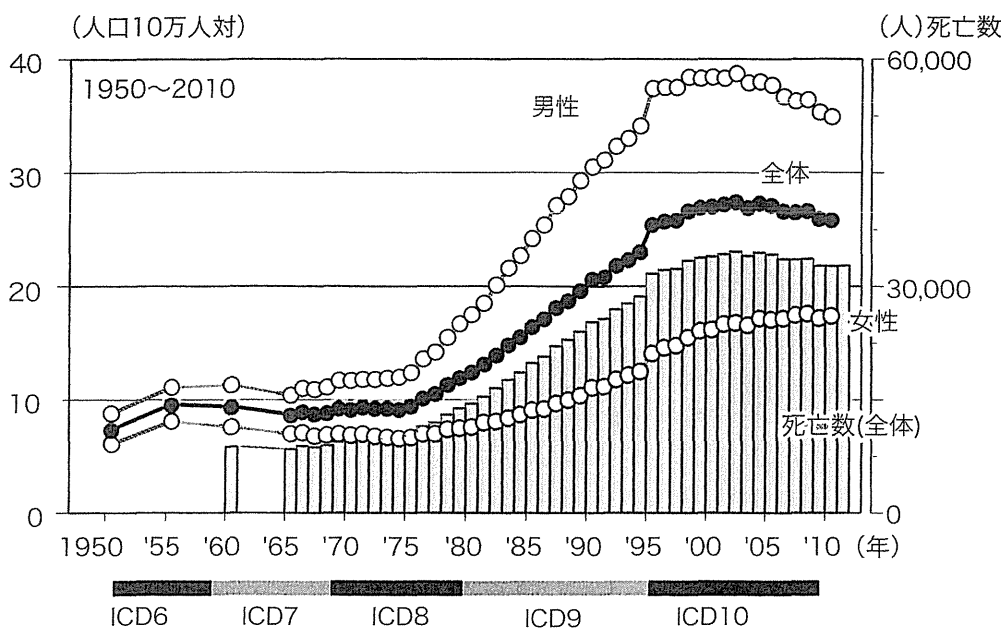
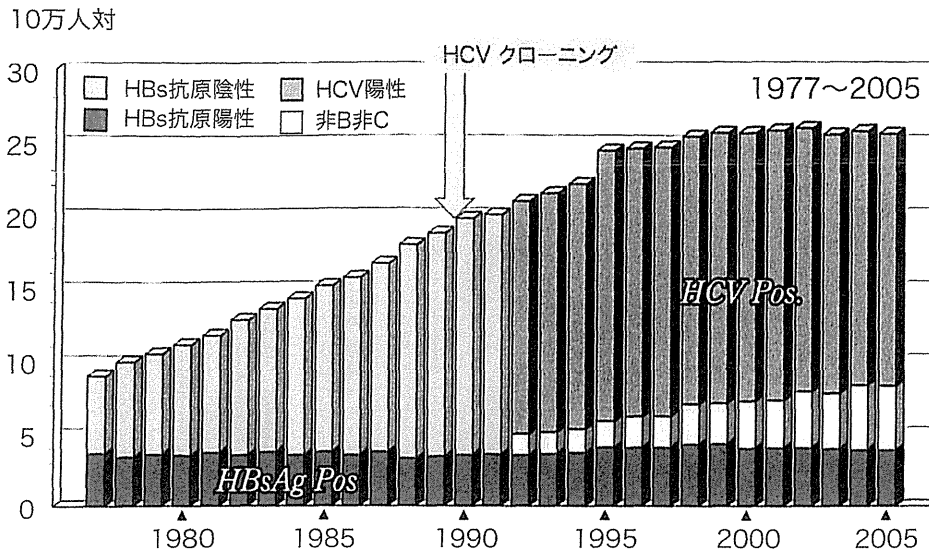


図1 わが国における肝癌による死亡の推移  
人口動態統計より作成：2012.5

日本における肝癌死亡は1950年代はじめから1970年代半ばまでは人口10万人あたり10人前後(死亡実数は1万人以下)であったが、その後増加し、2002年に人口10万対27.5のピークを示した後、若干の減少あるいは横ばい状態を保っている。男女別にみると、男性の肝癌死亡は女性の約2倍の高値を示してきたが、2002年より男性では減少傾向が

認められている。しかし、女性では依然として現在に至るまで微増状態にあることがわかる。

なお、肝癌罹患者数については、国立がん研究センターの資料(2005年)<sup>3)</sup>によると、男性では28,729人、女性では13,465人、合計4.2万人であった。肝癌死亡は罹患者数よりもやや少ない値を示しているが、男性は女性の2倍



厚生労働省 肝炎等克服緊急対策研究事業  
「肝炎ウイルス感染状況・長期経過と予後調査及び治療導入対策に関する研究」班

図2 病因別にみた肝臓による死亡数の経年的推移

下記の資料より，試算：May, 2011 J.Tanaka

厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計

日本肝臓研究会：全国原発性肝臓追跡調査報告

の肝臓罹患(発生)が認められており，肝臓死亡の性別状況と同様の傾向である。

一方，1985年モデル人口を基準集団とした年齢調整死亡率の年次推移をみると，1995年にICD10への移行に伴う段差増があるものの，男女とも減少傾向が認められる。

他の癌と同様に治療の進歩に伴う延命効果や肝臓リスク集団の減少などが考えられる。肝臓死亡のリスクは減少しているともいえるが，死亡実数は依然として毎年3万人を超え，わが国の疾病対策上，重要な疾患のひとつといえる。

肝臓の成因については，2年に一度の大規模調査を行ってきた日本肝臓研究会の調査成績<sup>4)</sup>を元に，人口動態統計資料を用いて病因ウイルス別の肝臓死亡の推定推移を示す(図2)。

B型肝炎ウイルス(HBV)の持続感染に起因する肝臓の死亡割合は1980年代から現在にいたるまで10万人対3~4人と増減なくほぼ

一定の値を示している。これまでのわが国のHBV感染の主な感染経路は母子感染の比重が大きかったことから，1986年より公費負担により実施にうつされた全国規模のHBV母子感染防止事業の効果は，当該防止事業開始以後に出生した世代が肝臓癌年齢を迎える今から15~20年後(2027年~，1986年出生集団が40歳を超える)にあらわれ，徐々に減少すると考えられる。

一方，1970~2000年代にかけて肝臓による死亡が増加した原因は非A非B型によるものと考えられるが，C型肝炎ウイルス(HCV)感染の診断が可能となった1992年以降，そのほとんどがHCVの持続感染によるものであることが明らかとなった。また，1998年以降，非B非C型に由来する肝臓による死亡の割合が肝臓の10~15%を占め徐々に増加傾向にあり，その原因についてはNASH(Non-alcoholic steatohepatitis)など非感染性肝疾患との関連とも示唆され<sup>5,6)</sup>研究が進ん

表1 肝臓(肝および肝内胆管の悪性新生物)による死亡(人口10万人対)の高い都道府県

人口動態統計 1993～2010

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1位	佐賀	福岡	佐賀	和歌山	佐賀	福岡	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀	佐賀
	37.3	38.3	42.4	41.8	43.3	42.9	41.7	44.3	43.1	47.5	45	49.8	46.9	47.6	46.1	45.9	45.7	41.1
2位	福岡	佐賀	福岡	佐賀	福岡	佐賀	福岡	島根	和歌山	山口	和歌山	和歌山	福岡	福岡	和歌山	福岡	和歌山	広島
	35.6	37.4	41	39.9	41.4	41.4	41.4	40.6	42.6	41.6	43.9	41.7	41.5	40.4	41.2	40.1	39.3	38.4
3位	大阪	広島	広島	広島	和歌山	和歌山	広島	福岡	徳島	和歌山	福岡	福岡	山口	徳島	福岡	愛媛	高知	和歌山
	34.2	33.8	38	39.8	40.5	40.6	39.9	40.5	40.3	41.6	43	40.1	41.4	39.8	40.2	37.7	38.1	37.1
4位	和歌山	大阪	大阪	福岡	徳島	広島	和歌山	広島	福岡	福岡	山口	広島	和歌山	山口	広島	長崎	長崎	愛媛
	33.8	33.2	37.8	38.7	39.5	40.3	39.6	39.2	39.8	41.4	38.3	39.9	39.9	39.4	38.2	37.1	37.5	37
5位	広島	和歌山	和歌山	島根	広島	大阪	山口	山口	広島	広島	大阪	山口	山梨	広島	鳥取	広島	福岡	福岡
	33	32.3	36.6	38.5	39.4	39	38.4	38.9	39.6	39.9	37.7	39.7	38.2	37.7	37.2	36.9	37.3	36.8
6位	徳島	鳥取	山口	大阪	大阪	徳島	大阪	愛媛	愛媛	長崎	広島	鳥取	島根	和歌山	大分	島根	愛媛	島根, 大分
	31.4	31.6	36.3	37.4	37.4	37.9	37.6	38.9	38.8	38.9	37.6	38.9	38.1	37.6	36.9	36.8	36.7	36.6
7位	高知	愛媛	長崎	山口	島根	愛媛	大分	大阪	大阪	愛媛	山梨	徳島	広島	高知	島根, 徳島	和歌山	山口	高知
	30.6	31.6	35.4	36.6	35.7	37.8	37.3	38.4	38	37.9	37.1	37.7	38.1	36.2	36.2	35.9	36.1	35.6
8位	鳥取	兵庫	兵庫	徳島	山口	兵庫	愛媛	徳島	高知	高知	徳島	大分	愛媛	大阪	高知	高知	徳島	鳥取
	30.5	31.2	34.5	35.7	35.7	36.1	36.8	37.9	36.4	37.7	36.4	37.7	37.4	34.9	35.8	35.5	35.9	35
9位	山口	山口	山梨	高知	兵庫	島根	山梨	和歌山	兵庫	大阪	大分	山梨	徳島	愛媛	山口	山口	島根	山梨, 長崎
	30.4	31.2	33.9	35.7	34.7	36	36.4	35.8	35.5	37.2	36.3	37.1	37	34.8	35.7	34.8	35.1	33.5
10位	兵庫	山梨	岡山	兵庫	大分	山口	島根	大分	島根	徳島	高知	島根	熊本	山梨, 島根, 熊本	愛媛	大阪	大分	山口
	29.6	30.7	33.6	34	33.3	34.8	36.2	35.6	35.3	36.6	35.9	37	36.7	34.6	35.6	34.6	33.8	32.9

～1994年：ICD9

1995年～：ICD10