

子宮頸がん予防に関する国際シンポジウム 「Women Against Cervical Cancer in Japan」 開催報告

■日時：6月20日(金) 14:00～19:00

■会場：ベルサール八重洲 Room D・E

【主催】「WACC in Japan」実行委員会

【共催】公益社団法人日本産科婦人科学会、公益社団法人日本産婦人科医会、
公益社団法人日本婦人科腫瘍学会、子宮頸がん征圧をめざす専門家会議

【後援】公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本看護協会、公益社団法人日本小児科学会、一般社団法人日本小児科医会、日本癌学会、一般社団法人日本癌治療学会、一般社団法人日本婦人科がん検診学会、公益社団法人日本女医会、公益社団法人日本薬剤師会、一般社団法人家族計画協会、一般社団法人日本女性科学者の会、NPO 法人キャンサーネットジャパン、一般社団法人がん哲学外来、市民のためのがん治療の会、NPO 法人広島がんサポート、一般社団法人 Plus Action for Children、一般社団法人ピーキャフ・PCAF、NPO 法人子宮頸がんを考える市民の会、一般社団法人リボンムーブメント、一般社団法人 Stand for mothers、一般社団法人シンクパール、NPO 法人ラサーナ、よつばの会、らんきゅう*卵宮、宇宙船子宮号、山梨まんまくらぶ、認定 NPO 法人乳房健康研究会、NPO 法人奈良ピンクリボンアピール、NPO 法人乳がん患者友の会きらら、ねむの会、特定非営利活動法人あおもり男女共同参画をすすめる会、ピンクリボン in SAPPORO、ピンクリボンえひめ協議会、特定非営利活動法人ひろしま女性 NPO センター未来、Ruban Rose、NPO 法人女性医療ネットワーク、性と健康を考える女性専門家の会(順不同)

参加者 合計 91 名

メディア 38 名、行政 6 名、医療関係者 25 名、議員 3 名、啓発団体 11 名、その他 8 名



【プログラム】

- ① 開会挨拶 高久 史磨（日本医学会 会長） P3
- ② 開会挨拶 今村 定臣（公益社団法人日本医師会 常任理事） *メッセージ代読 P3

Part 1 座長： 宮城 悦子（横浜市立大学医学部がん総合医科学 教授）

- ③ 基調講演「子宮頸がん予防の重要性 ～命を救い、家族を守る～」 P4
小西 郁生（公益社団法人日本産科婦人科学会 理事長）
- ④ 「慢性疼痛とは何か——その原因と治療法について」 P5
三木 健司（尼崎中央病院 整形外科部長）
- ⑤ 「世界における HPV 感染と HPV 関連がんの疫学・公衆衛生」 P6-P7
ザビエル・ボッシュ（スペイン・カタルーニャがん研究所 がん疫学研究プログラム部長、世界保健機関理事）
- ⑥ 「日本の HPV 感染と子宮頸がんの疫学および子宮頸がん検診と HPV ワクチンの受容性」 P8-P9
シャロン・ハンリー（北海道大学医学研究科総合女性医療システム学講座 特任助教）
- ⑦ 「オーストラリアにおける HPV ワクチン政策と推奨その評価」 P10-P11
ジュリア・ブラザートン（オーストラリア国立 HPV ワクチンプログラムレジスタ部長）

Part 2 座長： 今野 良（自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科教授）

- ⑧⑨ 「子宮頸がんが及ぼす患者と家族の悲しみ」 P13-P14
阿南 里恵 ・ 米山 大志
- ⑩ 「子宮頸がん治療の悲惨さと私たちの苦悩」 P15
近藤 一成（NTT 東日本関東病院 産婦人科医長）
- ⑪ 「HPV ワクチンの効果と安全性—世界に広がるインパクト」 P16-P18
ザビエル・ボッシュ（スペイン・カタルーニャがん研究所 がん疫学研究プログラム部長、世界保健機関理事）
- ⑫ 「HPV ワクチンの接種率向上をめざして—接種差し控え前に高い接種率を達成した栃木県事例を中心に—」
鈴木 光明（自治医科大学産科婦人科講座主任教授、公益社団法人日本産婦人科医会 常務理事） P19
- ⑬ 「HPV ワクチン接種の安全性：厚労省データの解析」 P20-P21
松本 光司（筑波大学医学医療系産科婦人科学 准教授）
- ⑭ パネルディスカッション（18:20 – 18:50） P22-P23
「誤解を超えて、命と家族を守る—私たちの悲鳴と願い」
今野 良 ・ 宮城 悦子 ・ ザビエル・ボッシュ
指定発言：患者団体 ・ 啓発団体
- ⑮ 閉会挨拶 野田 起一郎（近畿大学 前学長） P23

① 開会挨拶

高久史麿（日本医学会 会長）



本日は、子宮頸がんに関する国際シンポジウムにお集まりいただき、ありがとうございます。

皆様ご存じのように、子宮頸がんは、小さなお子さんを持つ若い女性に多く起こるがんで、年間3千人が亡くなっています。ワクチンの有効性は世界的に認められています。子宮頸がん検診の受診率は低く、HPVワクチンを普及させる必要があります。

HPVワクチンは定期接種ワクチンに指定されたものの、副反応問題があり、適正な情報提供ができるまで積極的な接種勧奨を中止することになりました。

ある新聞には、「HPVワクチンは、がんの危険から自らを守る個人防衛が目的である。政府が積極的に勧奨することではないのではないか」と書かれていましたが、子宮頸がんだけではなく、陰茎がん、肛門がん、咽頭がんなどもHPVが原因になっています。HPVワクチンの目的は、けっして個人防衛ではなく、社会的に防衛すべきものだ（集団免疫）と広く認識していただきたいと考えています。

本日は、スペインやオーストラリアからも講師の方にご参加いただいています。HPVワクチンと子宮頸がんについての貴重なお話がお聞きできると期待しています。

② 開会挨拶 *メッセージ代読

今村定臣（公益社団法人日本医師会 常任理事）

ご高承のとおり、昨年4月に施行された改正予防接種法では、新たにHib、小児用肺炎球菌、HPVの3ワクチンが定期接種化されました。合わせて、予防接種施策の総合的な推進のための基本的な計画の策定、医療機関から厚生労働大臣への副反応報告の義務化、予防接種施策の立案に際しての評価・検討組織への付議等、新たな規定が設けられました。また、予防接種法の改正に合わせ、これまで市町村の独自財源に委ねられていた低所得者以外の定期接種費用に関して、A類疾病については、普通交付税措置により、その9割が賄われることとなりました。

これらの取組みに対して、多くの医療関係者は、長年指摘されてきた“ワクチン・ギャップ”がようやく解消されることを強く期待いたしました。

一方、その2か月後の6月には、HPVワクチン接種後の副反応により、積極的勧奨の差し控え措置が実施され、未だ再開の具体的目途が立っていないのが実状です。

今さら申し上げるまでもなく、わが国の子宮頸がんの患者数は年間約1万人、死亡者数は約3千人と推計されています。そして、その原因の9割がヒトパピローマ・ウイルス感染によるものと言われています。

とくに産婦人科領域において、子宮頸がん予防は極めて重大な対策と認識されていますが、HPVワクチンと検診の併用により、高い予防効果が期待できる疾患でもあります。HPVワクチンの積極的勧奨差し控えに加え、子宮頸がん検診の受診率も伸び悩んでおり、将来の子宮頸がん罹患率の上昇が懸念されています。

いまなすべきことは、政府において、HPVワクチンを含めた予防接種の意義と必要性に対する理解をあらためて醸成するとともに、接種後の副反応で苦しんでおられる方々に対する救済措置や、慢性の痛みに関する相談や治療体制を早急に整備することだと考えます。合わせて、接種に当たっては、接種を受ける方に、子宮頸がんという疾患の理解、検診を含めた予防の大切さ、接種自体の痛み等について、総合的かつ丁寧に説明し、十分に納得していただくことも必要と認識しています。

本日は、国内外の専門家の先生方から、HPVワクチンに対して多角的な検討、ご指摘がいただけるものと期待しております。本日のシンポジウムが大いなる成果をもたらし、わが国の予防接種施策がさらに前進していくことを心から祈念し、挨拶とさせていただきます。

③基調講演 「子宮頸がん予防の重要性 ～命を救い、家族を守る～」

小西 郁生（公益社団法人日本産科婦人科学会 理事長）



子宮頸がんは紀元前から知られ、2500年以上にわたり女性は子宮頸がん悩まされてきました。毎年、1万人以上の女性が子宮頸がんを発症、3千人以上が死亡しています。以前に比べて特に重要な点は、これから子どもを出産する20～30歳代の女性で増加していることです。

子宮頸がんの主な治療方法は、手術療法と放射線療法の2つです。がんが進行したⅢ期とⅣ期では、半数以上が5年以内に亡くなっています。

子宮頸がん治療の歴史では、1898年にラジウムが発見された後、1902年に初めて腔内照射が行われ、放射線が子宮頸がんの治療に使われるようになりました。20世紀に入ると、放射線療法に加え抗がん剤を投与すると効果的であることが明らかになりました。しかし、「進行した子宮頸がんは治療に抵抗する」のです。治療すれば全部のがんが治る、というわけではありません。予防に勝る治療なし、なのです。

一方、子宮頸がんの根治手術は19世紀末から始まりました。広汎子宮全摘術の創始者であるオーストリアのErnst Wertheimが、1898年に初めての手術を行いました。そして1921年、世界に先駆け、広汎子宮全摘術（岡林術式）が日本において確立されました。広汎子宮全摘術は基靱帯を切除するため、術後、膀胱機能障害がおこります。また、術後照射を行うと下肢のリンパ浮腫がおこるなど、さまざまな後遺症が生じます。

1940年代に前がん病変が発見され、1950年代、細胞診による「早期発見」が確立されました。前がん病変では子宮を温存できますが流産・早産のリスクが上昇します。1年間に1万人を超える若い女性が円錐切除術を受けていますが、わが国の年間出生数が100万人であることを考えると、これがいかに大きなことかわかりになると思います。

1983年、zur Hausen博士（ドイツ）がヒトパピローマウイルス（HPV）を発見。良性の尖形コンジローマからHPV6、11型を、子宮頸がんからHPV16、18型を検出しました。HPVは、前がん病変の100%、浸潤がんの90%に存在していました。

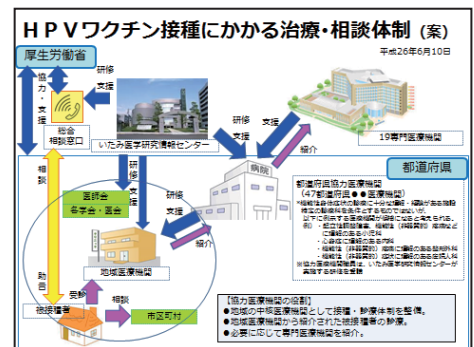
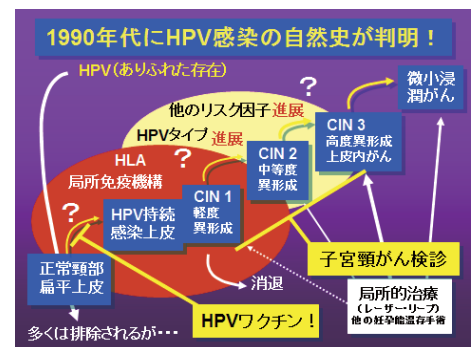
1990年代にHPV感染の自然史が判明します（図）。HPVはありふれたウイルスで、感染しても多くは自然に治りますが、一部が持続感染しがん化することがわかりました。ワクチンで持続感染を防ぐ、そして検診で見つけて早く治す。ワクチンと検診の2本柱で予防できる時代に入りました。

我が国の子宮頸がん患者は1万人、HPV持続感染は推定100万人。ワクチンによって感染を防げれば、子宮頸がん患者を減らすことができます。HPVワクチンは、ガーダシル、サーバリックスの2種類が使用されています。いずれも、前がん病変の発症を予防できることがわかっています。

オーストラリアでは90%近くがワクチンを接種。若い女性のHPV感染率も、前がん病変の発症も減っていて、将来子宮頸がんがなくなっていくだろうと予測されています。

日本では、平成22年度からワクチン公費助成が開始されましたが、接種後の慢性疼痛が注目され、積極的推奨が中止されました。厚生労働省副反応検討部会で、「慢性疼痛」は心身の反応によるもの、HPVワクチンに特異的なものではないと証明され、早く対処すれば多くは回復すると明らかになってきました。今いちばん大切なことは、接種対象者（+ご両親）が安心してワクチン接種を受けられる環境整備です。日本産科婦人科学会が中心となり、稀な副反応に対する「安心ネットワーク」を構築しようとしています（図）。

世界中が、日本の動向を注視しています。この日本で、子宮頸がんの発生がゼロになり、若い女性が「子宮頸がん」で亡くなってしまふ「子宮を失ってしまう」ことがなくなりますよう、お力添えをよろしくお願いいたします。



④「慢性疼痛とは何か—その原因と治療法について」

三木 健司（尼崎中央病院 整形外科部長）



慢性の疼痛はたくさんあり、研究は進んでいますが、全容はまだ解明しきれいていません。整形外科系の痛みの中で、10段階の5以上の痛み、5はかなり痛いレベルですが、これが3か月以上続く場合を調べると、15%程度見られます(図)。年齢別にみると、子どもも高齢者もいます。痛みというとお年寄りをイメージすると思いますが、実際は50歳くらいが多く、ワーキングエイジに多く見られます。発生部位は、腰、肩、首などです。

痛みには3種類あります(図)。たとえば、ケガや打撲による痛みといった、「侵害受容性疼痛」。体性感覚神経に対する損傷や疾患によって引き起こされる「神経障害性疼痛」。これらは「器質的疼痛」です。もう一つ重要なのが、「非器質的疼痛」で、昔は心の痛みと言っていたもので、説明しうる器質的病変がないにもかかわらず訴えられる痛みや、器質的病変は存在するが、それにより十分説明しえない痛みです。

痛み刺激は脳で処理されますが、そこには感情が関与し、嫌だと思ふとより痛みを感じます。悲しみやうつ状態、社会的地位の喪失などによって痛みが増え、睡眠や休息、人とのふれあいなどがあると、痛みが減るといわれています。痛みがあったとき嫌と思うかどうかは、脳の扁桃体が司っています。

線維筋痛症は脳の機能異常で、痛みに過敏になっている状態です。慢性疼痛の患者さんの場合、身体を診る前に、精神科の医師に診療してもらっています。線維筋痛症の患者数は日本全体では200万人と推計されますが、医療機関を受診している患者数はわずか年間4千人前後です。

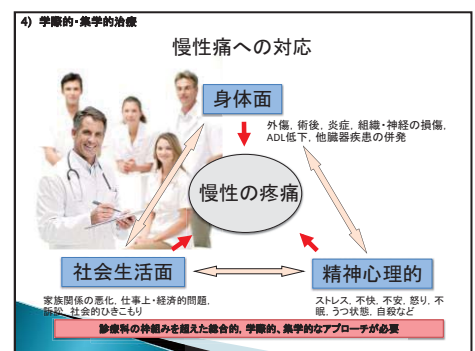
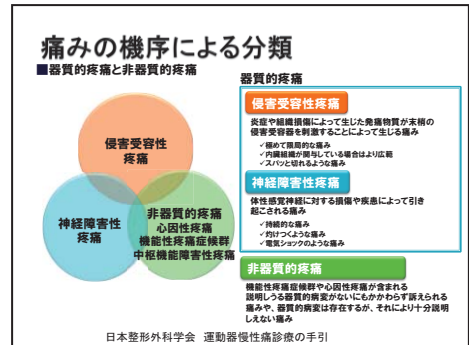
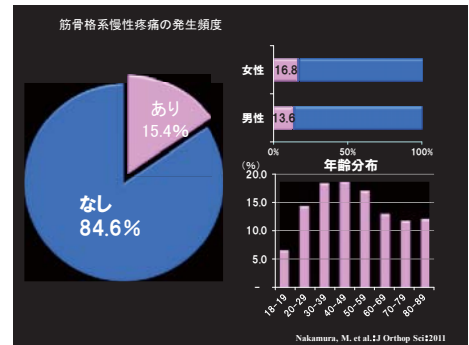
HPVワクチンによるとされる足の震えの映像がネット等で見られますが、こうした不随意運動は慢性疼痛の患者さんでも起こりますので、ワクチンによるものか、慢性の痛みによるものかはわかりません。

3か月以上続く慢性の痛みは急性の痛みが続いたものではなく、痛みに対する集学的なアプローチが必要となります。痛みで脳の変化が起こるので、スペシャリストが診る必要があるのです。

痛みによって会社や学校を休むといった疼痛行動が起こりますが、慢性疼痛の治療では、痛みを取るだけでなく、復職や学業の継続、社会との関わりを再構築することが最も重要となります。慢性痛への対応には、身体面、精神心理面に加え、社会生活面も見ることが必要であり、診療科の枠組みを超えた総合的、学際的、集学的なアプローチが必要となります(図)。中途半端な治療は慢性の痛みを悪化してしまいます。

ワクチン接種後2~4週で痛みが取れない時は、きちんとした学際的医療機関を受診することが重要で、日本では現在11か所あります(図)。

諸外国では、慢性疼痛に対する特別な取り組みがあります。ドイツでは全開業医に対して教育プログラムがあり、ペインセンターでの特別入院プログラムがあります。イギリスでは学際的な疼痛センターが設立されており、アメリカでは雇用主が復職を目的として慢性疼痛治療プログラムに支出する制度があります。日本では、特別な制度がなく、痛みに対する学際的なアプローチは個別にしか行われていません。疼痛による経済的損失は年間3,700億円と試算されており、日本でも早急な対応が求められます。



- 慢性疼痛は急性痛と異なり、ワクチン接種後2~4週で痛みが取れない時はきちんとした学際的医療機関を受診することが重要です。
- 【痛みセンター連絡協議会 所属医療機関】
- 札幌医科大学附属病院 整形外科・リハビリテーション科
 - 福島県立医科大学附属病院 リハビリテーション&痛みセンター(整形外科)
 - 東京大学医学部附属病院 府部科・痛みセンター、整形外科・骨性外科
 - 東京慈恵会医科大学附属病院 ベイクリニク
 - 順天堂大学附属病院 ベイクリニク
 - 愛知医科大学附属病院 痛みセンター
 - 滋賀医科大学附属病院 ベイクリニク
 - 大阪大学医学部附属病院 大阪大疼痛医療センター
 - 岡山大学病院 麻酔科・生体科 ベイクリニク
 - 高知大学医学部附属病院 痛み外来(麻酔科・整形外科)
 - 九州大学病院 ベイクリニク

⑤「世界における HPV 感染と HPV 関連がんの疫学・公衆衛生」

ザビエル・ボッシュ (スペイン・カタルーニャがん研究所 がん疫学研究プログラム部長、世界保健機関理事)



この時期に日本でのシンポジウムにお招きいただきありがとうございます。この分野での研究は過去 30 年行っており、最近の 15 年間は日本の皆様とも非常に密接に行い、その結果は日本語版での報告書 (HPV モノグラフ) 発刊にもつながりました。

まずはどれくらいの頻度で HPV 感染が起こるかという問題です。HPV の種類でみれば 1、2、3、4、6、10、11 型はウイルス性イボ (尋常性疣贅) の病変にかかるものでリスクは低い。16、18 型はハイリスクタイプで子宮頸がんを引き起こす中心的なもので 16 型は特に強く男女を問わずがんを引き起こす原因となっています。全世界でみれば細胞診正常女性の 12% がハイリスク

の HPV タイプに感染しています。地域でみるとアフリカ、中米、南米の率が高く、南アジア、西アジアなどは低い。性的活動があるなら、気づかぬうちに感染しているでしょう。

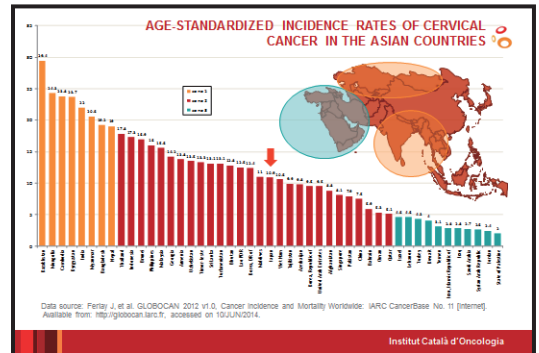
HPV は子宮頸がんを筆頭に肛門、性器、口腔周りのがんや病気の原因となっており、16、18 型は子宮頸がんの重大な原因です。肛門、膣、陰茎、外陰部などのがんでは、ほとんど 16 型が原因となっています。

世界では 50 万人が子宮頸がん罹っているとみえています。予防策として検診で子宮頸がんの発見を行い、ワクチン接種ではすべてのがんや病変に対応しています。このため 16 型および 18 型の含まれた 2 種類のワクチンが利用されています。

日本での上皮内子宮頸がんの症例は最近急増していますが、これは検診導入により早期発見されてきているとみられ、検診の効果を間接的に示すものといえます。浸潤子宮頸がんの日本でのトレンド分析 (年齢、出生時期、調査期間) では、同じ年齢でも最近に生まれた人のほうが感染率が高い。これは若い人の性的活動が前の世代と比べると高いことが要因でしょう。一方で、調査の期間でみれば最近のほうが感染率は低くなっており、検診導入の初期の効果が出ているもので、検診がなければさらに増えていたでしょう。

感染の状況と進行のリスクはどうでしょうか。コロンビアでの女性の年齢別での HPV 新規感染累積リスク調査 (5 年間、6 か月ごとの調査) では 15-19 歳層では 5 年間で 40% の増加が見られます。この層では性的活動が大きな要因です。45 歳以上でも増加していますが、どの年齢層でも増加しているわけで、この示すところは誰でも感染するという事及び日常の性的活動がある限り新規に感染するリスクはあるということです。日本の 13-18 歳の女性の性的活動の活発化は著しく、西洋諸国でみられるのと同じ方向で、感染も増えていくでしょう。どこの国でも同じでしょうがフランスの女性の年齢別 HPV 感染率をみれば 20 歳あたりをピークとして下がっています。40 歳前から 10% 程度になっていますが、感染がある限り、子宮頸がんの発症もあり、したがってそれによる死亡もあります。これを見ろといつ感染するかわかりません。平均寿命も長くなっているのに 60 歳を過ぎても検診は続けていく必要があることがわかります。私たちは今何歳まで検診をすべきかを議論しているところです (欧米諸国では、65 歳で検診を終了としている国が多い)。

関係する HPV のタイプを見てみましょう。日本での女性の子宮頸がん、トップ 5 のハイリスク HPV を見ると、細胞診正常女性では各型がほとんど同じくらいの低い率なのに対して、子宮頸がんでは 16 型、18 型の存在率が高く、高度の上皮内病変では 16 型、52 型の順となっている。世界全体で推計すれば、16、18、45、33、31 型の 5 タイプが上位を占めています。日本やアジアでは 52、58 型が上位 5 タイプに入っていますが、病変ごとに見ても 16 型がトップです。これらの 7



タイプの HPV で約 90%を占めています。次世代のワクチンはこの 7 タイプに対応したもので、すべてのがんに世界のどの地域でも 90%近く対応できるもので心強いものです。世界的に見て HPV16、18 型は子宮頸がんの約 70%に、31、33、45 型も加えると約 85%に存在します。したがって 5 タイプの HPV を含むワクチンで 70-85%の確率で子宮頸がんの予防に役立つと思われます。検診プログラムに入っていない腺がん (adenocarcinoma) については最高 95%の確率で予防に役立ちます。適切に接種した HPV16/18 ワクチンの期待される効果は前がん病変 (CIN2+、CIN3+) ではほぼ 100%、子宮頸がんでは 70%、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍などでは 90%などとなっています。

本日の話を要約しますと以下の通りです。

- ① 子宮頸がんとそのほかの HPV が惹き起こすがんは世界の公衆衛生の主要な優先課題
- ② HPV とがんの因果関係 (etiology) および感染は世界中でほとんど同様にみられること
- ③ HPV16/18 型ワクチンの接種は 70%の子宮頸がんと少なくとも 50%の前がん病変を防ぐことができること
- ④ ほとんどの国で学校接種の形で定期的に HPV ワクチン接種をおこなっていること

⑥「日本の HPV 感染と子宮頸がんの疫学およびスコットランドの HPV ワクチン接種プログラム」

シャロン・ハンリー（北海道大学医学研究科総合女性医療システム学講座 特任助教）



日本の子宮頸がん発症率のピークは 30 代。このような若年化は日本においてとても大きな問題です。というのは日本では晩婚化が進み、初回分娩の半数が 30 代だからです。また、多くの日本女性は妊娠するまでは産婦人科を受診しないことから、妊婦健診で子宮頸がんと診断される女性が増えてきています。

発がん性 HPV のうち、特に 16 型と 18 型の発がん性が高く、世界的には約 70% の子宮頸がんから検出されています。日本の場合は、全体では 7 割弱ですが、近年問題となっている 20 代～30 代の子宮頸がん患者のおよそ 80% から検出されるという報告もありますので、HPV ワクチンで若い女性の子宮頸がんを減らすことができると考えられます。

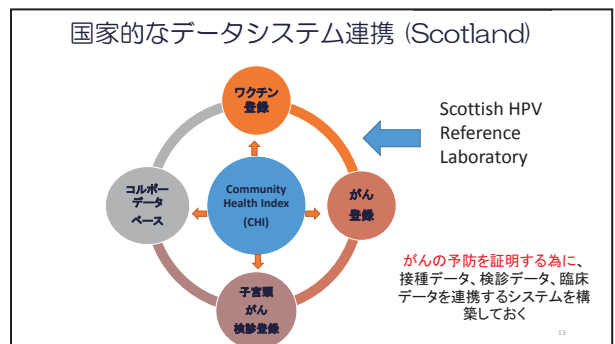
日本女性の HPV 感染率は先進国と同様高いのですが、検診受診率は非常に低く、ここも問題です。検診の受診率を上げるため、平成 21 年度に検診の無料クーポンが配布されましたが、使用率は 25% 未満に過ぎず、他の先進国のような高い受診率とはなりません。

2010 年から HPV ワクチンの無料接種も導入されました。その時の啓発活動の中で、ワクチンだけではなく、検診も大切と強調されました。ワクチンの積極的な勧奨中止後、メディアで、ワクチンがなくても検診だけ受けていれば大丈夫、という間違った情報が流れましたが、結果として検診受診率は全く向上せず、ワクチンの接種率は 70% から 8% 未満に激減しただけです。子宮頸がん予防の視点から非常に恐ろしい現状です。次に、スコットランドのワクチンプログラムの成功例を紹介します。

スコットランドでは、イギリス全体と同時期の 2008 年 9 月に、学校での無料 HPV ワクチン接種を導入。2008 年からはサーバリックス、2012 年 9 月からはガーダシルを使い、接種に使うワクチンを 4 年ごとに見直しています。12～13 歳女子へは定期接種を行い、14～18 歳女子は 3 年間限定キャッチアップ接種プログラムの無料接種の対象としていました。ワクチン導入前に政府がホームページを作り、無料電話相談や保護者がメールで連絡できる体制を整えました(図)。ホームページでは、学校で配布するパンフレットもダウンロードできますし、Q&A もあります。

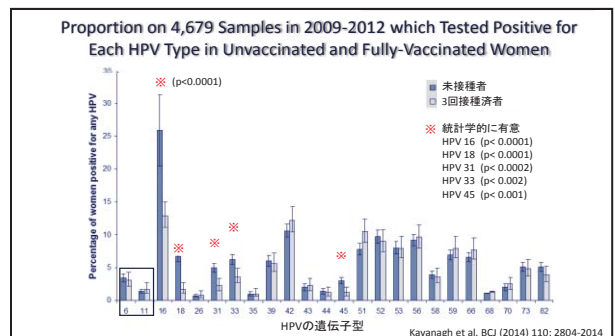


ワクチンの成功の鍵は、医療機関ではなく、接種を行う学校です。授業で、HPV や抗体はどういうものか、ワクチンは個人だけでなく社会を守る、ということも取り上げました。プログラム開始以来、定期接種対象者の 3 回の接種率は毎年 90% を超えています。1 回の接種では 95% 近くです。接種が学校単位で行われるので、前年にワクチンを終えられなかった女子は次の年に、そしてまた次の年に接種する機会があります。



16～18 歳のキャッチアップ接種については、学校単位では 90% 前後ですが、GP(かかりつけ医)単位では 40% 以下となっていて、全体としてはこの年齢層の 66% がワクチンを受けている、ということになります。

全てのスコットランドの住民には、ヘルスケアのための個人番号が割り当てられています。ワクチン登録、検診の登録、コルポスコピーのデータベース、HPV データベースとがんの登録があるため(図)、これらのデータをリンクすることがとても容易で、ワクチン接種者と未接種者の HPV 感染率や前がん病変の違いを調べる事が可能です。



3 回接種者と未接種者で HPV 感染の型を調べると(2009~2012 年、全国の検診センターの検体より無作為抽出)、3 回接種者では、16 型、18 型で減少しているだけでなく、ハイリスクの 31 型、33 型や 45 型でも有意に減少。4 価ワクチンではないので 6 型、11 型は減っていません(図)。

HPV に感染した女性の半数以上は、2 種類以上の HPV 型(タイプ)に感染していました。ワクチンの導入前後で見ると、未接種者では HPV16 型が最も多いタイプで、また同時に 52 型、59 型と 56 型も検出しています。しかし、3 回接種者では 16 型、18 型のみならず 31 型、33 型と 45 型も検出していません(図)。

スコットランドでの検診は 20 歳から始まるので、16~18 歳でワクチンを接種した女子はすでに検診を受け始めています。ワクチン接種者では精密検査が必要となる人は少なく、精密検査が必要な人の 72%はワクチン未接種者です。

ワクチンを 3 回、完全に接種した女性では、軽度および高度の頸部病変を有するリスクは、ワクチン未接種に比較して有意に低くなっています。ワクチンを 2 回接種した女性では CIN2 や CIN3 も減少していますが、これは統計学的に有意ではありません(図)。

イギリスでの医薬品と医療製品の規制は The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (医薬品・医療製品規制庁、MHRA) が担当します。MHRA はイギリスでいられる全ての医薬品とワクチンの安全性について継続的にモニターしています。その方法の一つに“イエローカードスキーム”があります(図)。医療関係者も、一般市民も、薬品、ワクチンなどによる副反応が疑われる場合はどんなときも、イエローカードスキームを用いて報告することが強く推奨されています。MHRA はインシデントレポートを日々確認し、週報を毎週出しています。こうした点で、日本の危機管理に問題があったような気がします。

新しいワクチンが導入されると、やはり、最初のうちは報告の件数は多いものです。現在、MHRA は慢性疲労症候群(CFS)、ギラン・バレー症候群、顔面神経麻痺、複合性局所疼痛症候群(CRPS)と脳炎について、特に厳重に観察しているところです。現時点では、ワクチン接種者についてそれぞれ報告された件数は、ワクチンを接種していない自然発症の件数と比較すると圧倒的に少なく、これらの病気がワクチンと関連がある可能性は大変低いと考えられています。

スコットランドでのワクチンプログラムについてまとめると、接種率はとても高く、毎年 90%以上の中学生はワクチンを接種しています。HPV 16 型と 18 型は有意に減少。交差反応により防御される HPV31 型、33 型と 45 型も有意に減少。前がん病変・上皮内がんも有意に減少。キャッチアップ接種には 3 回接種が必要と考えています。安全性に関する大きな問題は報告されていません。

イギリスやオーストラリアでは、ワクチン導入前に、啓発、教育、リスクコミュニケーションを十分に行いました。実施後、ワクチン登録によるリスク管理、プログラム評価等を系統的に行っています。その結果、接種率が高く、副反応に関する大きな問題は全くなく、とてもうまくいきました。

今回紹介したデータは、16 歳~18 歳で接種した女子たちが対象で、性交経験のある女子も多く含まれています。来年、12、13 歳で接種した女子たちが検診対象年齢になるので、より大きな効果が出るかと期待されています。

もっとも多く検出された HPV 型のペアリング

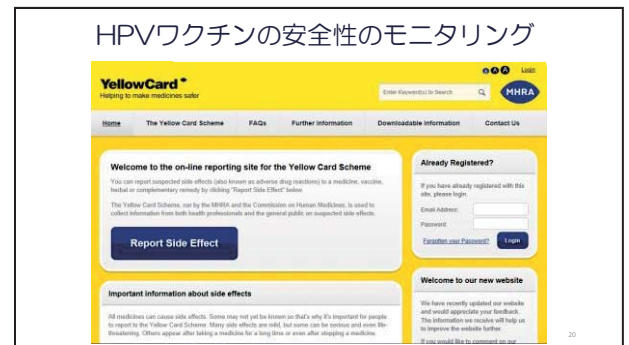
2009年:未接種者			2012年:未接種者			2012年:接種者(3回)		
HPV型 A	HPV型 B	Percentage of total samples	HPV型 A	HPV型 B	Percentage of total samples	HPV型 A	HPV型 B	Percentage of total samples
16	56	3.59	52	68	1.46	52	66	1.95
16	52	3.41	16	68	1.07	56	66	1.95
16	42	3.12	16	53	0.97	42	66	1.68
16	33	2.82	16	59	0.97	51	56	1.68
16	59	2.85	16	52	0.78	52	56	1.68
16	51	2.53	16	31	0.88	42	51	1.46
16	53	2.47	16	42	0.88	42	56	1.46
16	66	2.47	16	45	0.88	51	59	1.46
16	18	2.41	16	58	0.88	53	56	1.46
16	82	2.24	33	42	0.88	39	59	1.38

Pollock et al., Eurogin 2013, 2013

ワクチン接種回数による CIN の相対リスク (RR)^a

異形成のグレード	接種回数	RR	95%CI	p値
CIN 1 (軽度異形成)	未接種	1		
	1回	0.98	(0.59-1.63)	0.9491
	2回	0.65	(0.42-1.01)	0.0557
	3回	0.71	(0.58-0.89)	<0.0001*
CIN 2 (中等異形成)	未接種	1		
	1回	1.03	(0.62-1.71)	0.9182
	2回	0.81	(0.54-1.22)	0.3203
	3回	0.50	(0.40-0.63)	<0.0001*
CIN 3 (高度異形成・上皮内癌)	未接種	1		
	1回	1.42	(1.89-2.28)	0.0193
	2回	0.77	(0.49-1.21)	0.3524
	3回	0.45	(0.35-0.58)	<0.0001*

*統計的有意
^a年齢(年齢別)、社会経済的、生れた年で調整済み
Pollock et al., Under review



⑦「オーストラリアにおける HPV ワクチン政策と推奨その評価」

ジュリア・ブラザートン(オーストラリア国立 HPV ワクチンプログラムレジスタ部長)



オーストラリアは、世界に先駆けて2007年に無料 HPV ワクチン接種を導入しました。7年の経験に基づき、国民に健康上の大きなメリットがあり、安全だと自信をもっており、日本に参考にしたいと思っています。

オーストラリアの人口は2,350万人、その3%は先住民族です。国民皆保険制度のあるオーストラリアは「ラッキーな国」と自負しています。

現在、18-69歳の女性に無料検診を提供。2年に1回、定期的な細胞診をGP(かかりつけ医)などが実施します。各州で登録と記録、厳格な細胞病理検査を行ない、各州に検診の結果を記録した登録制度があり、全国レベルでプログラムの評価をしています。

プログラムが開始されてから、子宮頸がんの発生率も死亡率も低下しています。参加率、人口カバー率は高く、2010-2011年には360万人以上の女性が検診を受けています。しかし、先住民族の女性は他の人口グループより子宮頸がんのリスクが高く、発生率が2倍、死亡率は4倍です。遠隔地の女性、国外から移住して来た女性、検診を受けていない女性などもリスクが高いです。

オーストラリア政府は1993年に、すべての小児ワクチン接種を無料にし、全国的に接種プログラムを展開しましたが、HPV ワクチン接種プログラムの登録を始めたのは2008年でした。以来、多くの疾患の罹患率が大幅に減少しました。

新しいワクチンは、新薬を承認するTGAという薬事当局、技術的な評価をして政府にアドバイスをするワクチン接種諮問委員会(ATAGI)、そして新薬のコスト効率や患者への貢献を検討して政府に勧告を示す医薬品ベネフィット諮問委員会という三つの機関によって評価され、使用が許可されます。HPV ワクチンの場合、2005年12月にガーダシルの申請が提出され、2006年8月に上市に至りました。4価のワクチンの申請直後、私が長を務める作業委員会が結成され、承認に向けて活動を開始しました。最初は許可されず、当局に対して政治的な反発や国民からの抗議が起こりました。実は、医薬品ベネフィット諮問委員会は新薬の値段を下げさせるために許可を控える場合もあり、最初は許可しないのは珍しいことではありません。しかし、その後メディアの応援もあり、HPV ワクチンは1年で許可されました。

2006年11月に政府がプログラム開始を発表、2007年4月に開始しました。目標は240万人のワクチン接種、予算は4年間で5億豪州ドル(日本円にして約477億円)以上でした。当時のキャンペーンでは、母と娘、若い女性や強い女性などのイメージを使い、前向きなメッセージを伝えました。そのような背景で、オーストラリアで HPV ワクチンが受け入れられたのです。

普及率を見ると、1回目の接種が80%という高い成果で、2回目、3回目の割合は残念ながら低くなっています。調査の結果、それは同意しないとか安全上の問題ではなく、たまたま、生徒が学校を休んでいた、情報が行き届かなかったなどの事情がその主な理由だと判明しました。また、学校ではなくGP(かかりつけ医)の医院で受ける女性もいますが、GPは報告義務がないので表に載っている数は実際の数より低いです。携帯電話で調査した結果、予想通り、実数は報告より高かったのです。

州によって僅かの差があるものの、全体として普及率が高いことに満足しています。どうしても経済的に恵まれている層の女性が、情報を入手して対応をする傾向があり、恵まれない女性は時間や動機が足りないと思われる。誰でもアクセスできるように、ワクチン提供の方法を工夫する必要があります。

2013年、オーストラリアは世界で初めて男児に HPV ワクチンを提供し、男児は女兒と同じ年齢層が受けています。2年間のキャッチアッププログラムを行いました。学校を通して各州と地方自治体がワクチンの提供と管理を行っています。普及のための宣伝ポスターは多文化の国らしく、21か国語で用意しました。

HPV 関連の疾病は予防可能です。18-24歳の女性の HPV 罹患率が低下しています。ワクチンは大きな変化をもたらしました。集団免疫の現象が見られ、導入後に若い女性の性器疣贅、陰部疣贅の発生率や HPV 関連のがんが低下しました。

Towards an HPV Vaccination Program

- Dec 2005 – application to TGA for Gardasil®
- Jan 2006 – ATAGI establishes HPV Working Party
- 16 June 2006 – TGA registers Gardasil®
 - ♀ 9-26 years; ♂ 9-15 years
- July 2006 – application to PBAC for Gardasil® on NIP
- August 2006 – Gardasil launched on private market

One small job, but a giant leap for womankind.

National HPV Vaccination Program Register

Towards an HPV Vaccination Program

- Oct 2006 – ATAGI endorses WP Report and post-submission advice
- Nov 2006 – PBAC considers Gardasil®

PBS committee rejects cervical vaccine funding

A new cervical cancer vaccine has been refused Federal Government funding under the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS).

It is understood the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) rejected the application for a number of reasons.

The committee was concerned there was not enough information about how long the vaccine remains effective, or about its long-term effects.

The committee also found the vaccine was not cost effective at the price proposed by the pharmaceutical company CSL.

→ **MASSIVE POLITICAL AND PUBLIC OUTCRY**

National HPV Vaccination Program Register

ビクトリア州の頸部の高度病変調査では、ワクチンを受けたグループは有意に低いという結果が得られました。ワクチンのおかげですが、それを証明するためにリンケージ調査を行いました。年齢を問わず未接種の女性は頸部高度病変が多かったのです。豪州全土のワクチン接種、検診受診、病変発生のデータ連動が行われています。

我が国の監視(サーベイランス)制度は、積極的に問題を探し出すアクティブ(能動的)なものではなく、報告を待つパッシブ(受け身)なものです。医師や看護師から事例報告が来るのを待っています。ワクチン関連の報告が沢山集まれば、調査を行うことができます。時には、自動車事故の報道が新たな事故報道を刺激するように、有害事象の報告がさらなる報告を生みます。

例えば、私の地元メルボルンで、2007年にワクチン接種をした女子生徒720人中26名が胸痛、動悸、倦怠感などの症状を訴え、2名が入院するという事件がありました。全員が24時間以内に回復しましたが、このような新聞報道をされました。その学校の場合、ワクチン接種をした場所が生徒たちに不安を感じさせたのです。もちろん本人たちの症状は想像上のものでなく真の症状だったのですが、安心できる居心地の良い環境だったら症状は出なかったかもしれません。この事件が、「また製薬会社が金儲けのために…」と、ワクチン反対派やメディアに攻撃の材料を与えたのです。しかし、連邦政府や州政府の保健当局が、適切にメディアに反論してくれました。

医師にも常に噂の情報も学術的な情報も提供し、政府が情報を隠蔽している、と言わせないようにすべてを開示しています。失神の報告もありましたが、それはワクチンによる反応ではなく接種のプロセスによるものだと考え、ワクチン接種の現場では、生徒たちは朝食をちゃんと摂ったか、楽に座っているか、居心地が良いか、などに気を配っています。

ワクチン接種後の肺炎、多発性硬化症といった事象が報告されました。今までのデータを分析し、発症率や入院率が一般人口(接種前のバックグラウンド)と変わらないこと、ワクチン接種が原因ではないことを証明し、TGAはウェブサイトでそれを説明しています。

別の話では、インフルエンザの医薬品が2010年に発熱と熱性発作を惹起したという報告がありました。調査の結果、Panvax and Fluvaxという二つの医薬品のうち有害事象を起こしていたのは一社の薬だけだと判明しました。当局はその薬だけを使用中止にしました。

オーストラリアは今後、もっと制度を系統的にしていくべきだと考えています。ワクチン登録を徹底し、ワクチンを受けた人と受けていない人がはっきりと分かるようにし、情報を開示するべきです。また、今後は受け身から能動的に、さらにより積極的に先を読むプロアクティブな制度にリニューアルしていきたいです。


Information courtesy of Rosemary Lester and Helen Fisher, PhD, 2009

Second month of program

- 7 May 2007: 26/720 girls in a school – chest pain, palpitations, lethargy, neurological symptoms
– 5 to hospital, 2 admitted, all resolved within 24 hours



Cancer jab makes girls sick
Richard Kerbaj
Cath Hart
FOUR secondary-school girls were rushed to hospital this month after having a reaction to the vaccination that immunises against cervical cancer.



Review of the management of adverse events associated with Panvax and Fluvax
Professor John Horvath, AO 2005 FRACP

Findings

- no signal from use of seasonal influenza vaccine in WA in 2008/2009 or pH1N1 influenza vaccine program indicated need to change use of Fluvax (CSL) in 2010
- decision to suspend flu vaccination in <5 years and investigations appropriate
- strengths in system noted
- issues:
 - Timeliness of reporting adverse events following immunisation
 - Governance of vaccine safety
 - Knowledge, awareness, communication of safety surveillance/issues

7 recommendations made

質問:スコットランドの検診制度はオーストラリアのような制度ですか。

ハンリー:オーストラリアと同じように無料で、3年で7割、5年で8割の検診受診率です。英国でもオーストラリアでも学校で検診の大切さを教えています。産婦人科ではなく、ほとんどかかりつけ医が行い、看護師が行うこともあります。

ブラザートン:オーストラリアでは様々な医療従事者が検診を行っています。もちろん産婦人科医が細胞診を行いますが、大半の女性は信頼している GP(かかりつけ医)へ行きます。認可を受けた看護師もいます。ある民族の女性や先住民の女性は、女性の看護師に話しやすいと感じているようです。

質問:オーストラリアのがん登録とワクチン登録では、個人情報はいつまで保存されますか。永久でしょうか。

ブラザートン:そうです。オーストラリアの各登録制度は法律で厳しく管理されています。情報にアクセスできる人は守秘義務契約にサインしなければならず、誰がアクセスしたかは特定できます。本人が反対しない限りすべての情報が登録され、分析・研究されます。本人たちは、法律でデータが保護されていることを知っているので安心しています。また、情報は評価や統計だけのためではなく、ワクチンのコースが完了したことを本人に通知するので、個人も社会もその恩恵を受けるのです。国民がこの制度を信頼したから制度が成功した、という点が重要だと思います。

質問:行政との関係、個人情報の連結については。

ブラザートン:HPV ワクチン登録は政府が所有し、私たちが政府と契約して管理しています。議会で決定した国の法律のもとで私たちは NGO として情報を入手、使用、保存できるのです。検診の登録は州やテリトリー(準州)といった地方自治体が所有していますから、それらも行政のものです。しかし問題はありません。政府が信用されない国もありますが、オーストラリアの場合は透明性、誠実、説明責任などに関して政府への評価が高く、政府が情報を集めていることを国民は恐れていません。それが重要です。

⑧「子宮頸がん体験者としてワクチン接種を考える」

子宮頸がん体験者 阿南 里恵



23歳の時、会社の健康診断で子宮頸がん検診を受診し、異常なしだったのに、半年もたないうちに出血が始まりました。婦人科に行きたくなくて、1か月放っておくと、どんどん出血が増え、クリニックへ。かなり進行していて、翌日には大阪から両親が上京し、がんの告知を受けました。東京で治療を受けたかったのですが、治療がどのくらい続くかわからず、次の週には大阪へ。抗がん剤でがんを小さくしてから子宮を摘出することになりました。

抗がん剤治療が辛くて、手術入院の直前に家を出し、1人で東京の家へ戻って泣きました。急に手術が怖くなって。お母さんに気持ちをぶつけないけど、助けてと言えなかった。「どうして私がこんな目に合うの?」「子宮を失っても生きていく価値があるの?」「子宮を残して自分自身が死んでいくのも選択肢?」・・・答えが出せないのに、手術が近づいてくる。母からの、とにかく生きなさいというメールに励まされ、翌日病院へ戻り、子宮全摘、靱帯、リンパ節も切除しました。

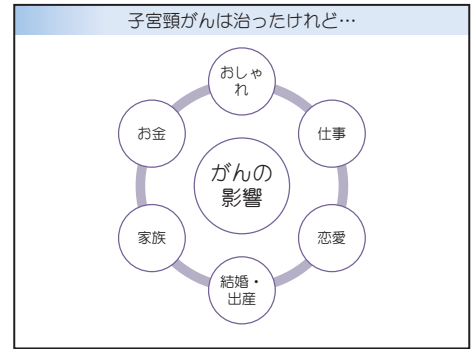
子宮頸がんになって思ったことは、治療よりも、その後のこと。長く孤独な戦いが続きます。おしゃれができないということは一時的なことにも感じるかもしれませんが、リンパ浮腫が一生続くので、足がむくみ、ひざ上丈のスカートや細身のパンツははけません。お腹に大きな傷があるので温泉やプールにも行けない。仕事にも大きな影響が出ました。リンパ浮腫とともに40度近い高熱が毎月出ました。職場の理解が得られず、何度も転職し、アルバイトを何年も経験しました。就労に困ると、経済的にも困窮します。恋愛、結婚にしても、どの段階で相手に子どもが産めないことを伝えるべきかわからない。男性との出会いに臆病になります。子どもが産めないことは、後々ずっと響いてきます。再発の恐れも。家族も苦しみました。

自分の体験で気づいたことは、検診では早期発見できないがんがあるんだということ。そして、すべての医療に対する過信があったと感じました。たとえばがんの検査の時、アレルギーで亡くなることもあるということに何度も同意のサインをしました。そうした繰り返しの中で、医療はすべてが安全ではないこと、自分は医療を過信していたと初めて気づきました。

がんが進行して見つかった場合、後遺症を抱えることも、体験して初めて気づきました。それに対する社会の理解や協力体制が足りていない状況です。治療の影響が大きく、長年にわたることも、9年間感じてきました。

今まで、未だに私に対して「命が助かったんだから、それだけでも良かったじゃない」とか、恋愛、結婚できないと悩んでいると、「きっと将来、心の広い人に出会えるから」「子どもがいない人生も不幸じゃない」、そんな言葉をかけられますが、何の救いにもならないんです。それでずっと悩んできた20代、孤独でした。

そんな9年間を過ごしてきたので、ワクチンに対する思いが、本当にあります。子宮頸がんを正しく知ってほしい。そんなに簡単ながんじゃない、人生に本当に長い間影響を与えるがんだということ。それとともに、ワクチンの副反応で心身に影響が出る場合もあるということも知ってもらわなければならないと思います。その上でご自身が判断して、後ろめたい気持ちがなく自分で選べる社会になってほしいと思います。また、ワクチン接種をするとき、もし心身の反応が出た場合、その地域でどの病院に行けばいいかという情報が、必ずその人にわかるようになることを願っています。



子宮頸がん予防ワクチンに対する思い

子宮頸がんになってわかったこと

- ・検診では早期発見できないがんがある
→医療への過信
- ・進行して見つかった場合、治療による後遺症を抱える
→がん患者に対する社会の理解や協力体制が足りない
- ・治療による影響が長年にわたって大きく影響する
→生きることに自信や意欲の喪失

子宮頸がん予防ワクチンに対する思い

子宮頸がんを正しく知ることも、ワクチンの副反応のことも知る

- ワクチン接種する
 - 何年後かに接種する
 - 公費補助対象年齢で接種する
- ワクチン接種しない
 - 子宮頸がん検診を必ず受ける

・ワクチン接種のリスクとベネフィットを医師とも話し合い、十分な情報を知ってから判断できる環境整備
・ワクチン接種後に心身の反応が出た場合に、すぐにどこに行けばいいかというその地域の医療機関情報を接種時に必ず提供
・ワクチン接種をする・しないに関わらず、子宮頸がん検診を受けなくてはならないという情報発信

⑨「子宮頸がんが及ぼす患者と家族の悲しみ」

米山 大志



6年前、当時27歳の姉が子宮頸がんで他界しました。昨年、姉の日記をまとめた闘病記を出版しました。今日は、姉の思いと遺族の思いをお伝えできればと思います。

姉は、頑張るという言葉が似合う人でした。結婚の時に好きな言葉を紹介していましたが、夫のピーターは「Tomoe is the best.」。姉は「Hang in there. It is tough time for you at the moment. That is the way to grow to be strong(くじけずに頑張れ。今が一番つらいときだ。そうやって強くなるんだ)」。そんな言葉を座右の銘にしているような人でした。

ピーターとは4年の交際を経て結婚。これは日本での結婚パーティの写真ですが、がんと告知されたのは、その1週間後でした。見つかった時は、子宮を摘出するかどうか、将来子どもを産めるかどうか、という初期の段階でした。結婚前、姉は母に「3人きょうだいだから子どもは3人くらい欲しい」と言っていたそうです。詳しい検査の結果、子宮全摘となり、手術中にリンパ節への転移も見つかり、術後、放射線と抗がん剤治療を香港で行いました。



治療後、姉夫婦は一度本気で離婚を考えたそうです。しかし、それも乗り越え、香港で新しい生活をスタートさせようと思った矢先、全身への転移が見つかりました。医師から、早くても数か月、長くても2~3年の命、いつ急変してもおかしくないと余命宣告を受けました。言葉の壁や医療費の問題から、その後の治療は日本で行うことに。もともと二人は遠距離恋愛で、それを経てやっと一緒になれたのに、また離れ離れで、ピーターが時々来日するという夫婦生活でしたが、再発から3か月で息を引き取りました。亡くなる前夜、ピーターは香港から駆け付け、意識のない姉の耳元で「Wake up, Tomoe. I love you, Tomoe. I love you, Tomoe.」そう呼びかけ続けていました。



姉の死後、家族の思いはばらばらでした。僕もはじめは辛くて、姉のことを思い出したくありませんでした。当時学生だった僕は忙しさを紛らわせました。父や兄も、遺族のやりきれない思いを、あまり外には出さず自分の中で消化させていました。しかし、母はそうではありませんでした。夕食時に、姉のことを思い出して突然泣き出してしまふ。「朋恵ががんになったのは、私のせいだ。もっとあの子に優しくしていれば…」後悔の言葉ばかりでした。お酒に走ったりしました。そんな母を見ているのが嫌で、家では僕はいつもライラしていました。もう、うちの家族はダメなんじゃないか、家庭が崩壊するのではと、本気で思ったことがありました。

姉は、がん発見の8か月前に検診を受けていましたが、その時は異常なしでした。姉の死後聞きましたが、姉のがんは検診では見つかりにくいがんでした。ただ、絶対に見つからないわけではないと思います。もしも、検診を毎年受けていれば、検診の時にHPV検査を併用していれば、ワクチンを接種していれば、子宮頸がんは、100%ではないかもしれませんが、そもそもがんにならなかったかもしれません。

闘病中の姉を目の前で見えてきました。そして、妻に先立たれた夫、子どもに先立たれた親を見てきました。ここにいる女性の方々、想像してみてください。もし自分が子宮頸がんになったら、大切な人がどんな思いをするのか。男性の方々、想像してみてください。自分の大切な恋人、妻、娘、母、大切な家族が子宮頸がんになったらとしたら。僕は、あんな思いを他の誰にもしてほしくありません。自分のためだけでなく、大切な人のためにも子宮頸がん予防に関心を持ってほしい。子宮頸がんが苦しむ女性とその大切な人たちをゼロにする、これが、残された家族の願いです。



⑩「子宮頸がん～患者さんの負担と医師の苦悩～」

近藤 一成 (NTT 東日本関東病院 産婦人科医長)



子宮頸がんの罹患者は一時減少しましたが、2000年頃から増加。特に、20～30代が増加しており、罹患年齢が下がっています。出産の高齢化で、第一子を産む年齢が30歳を超え、子宮頸がんになる年齢と重なってきています(図)。現在、子宮頸がんの生涯罹患リスク(一生でがんになる危険性)は83人に1人です。

私は、子宮頸がんの患者さんをたくさん見てきました。病気が治ればハッピーになるものと思っていましたが、子宮頸がんの場合は、治療がうまくいっても、皆、肩を落としながら帰って行きます。ハッピーにはなりません。

子宮頸がんの病期は0～IV期まであり、上皮内がんであれば円錐切除で済みますが、進行すれば、子宮全摘、靱帯も一緒に切除する広汎子宮全摘、放射線治療や化学療法が行われます(図)。

治療の負担として、女性にとって辛い排尿・排便障害、リンパ浮腫をはじめ、子宮摘出による妊孕性の喪失や、膣が短くなるために性生活に不自然さを覚える場合もあります。さらに、世間の“子宮頸がんは性感染症である”といった間違っただ認識により悩み苦しむことも。恋愛や結婚においては、いつ彼に言い出すべきか?こんな私を受け入れてくれるのだろうか?と、ためらいます(図)。

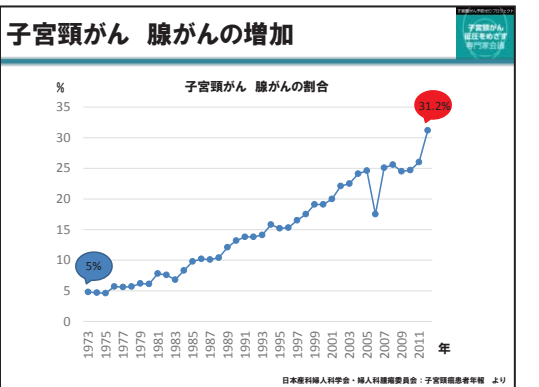
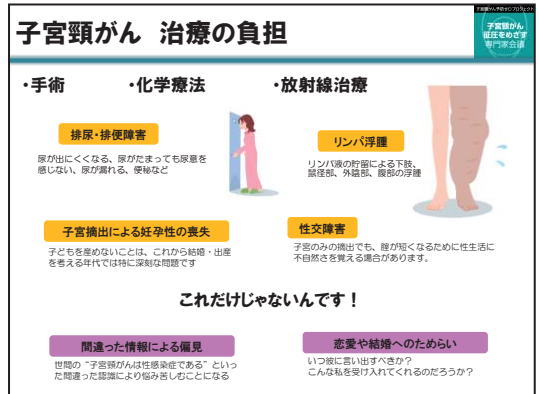
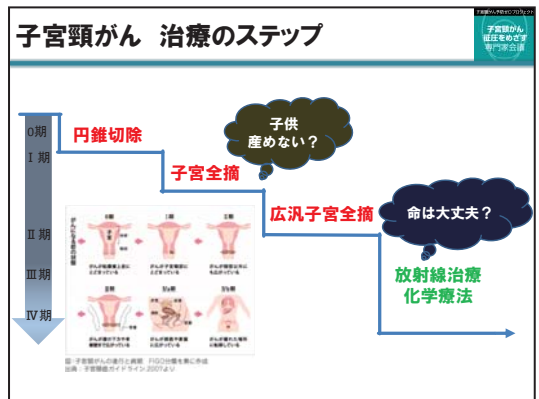
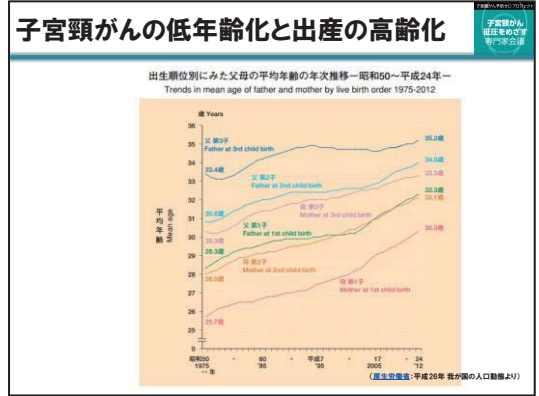
現在、結婚式直前に「子宮頸がんである」と告げられた女性が主人公の映画『いのちのコール』が公開されています。子宮頸がんの辛さ、家族の負担の大きさが描かれていますが、一般の人にはその辛さが知られていませんし、検診にも行っていません。

子宮頸がんは進行が遅いから検診を受けていれば大丈夫、とネットなどで書かれていますが、病気の進行が緩徐なものから急速なものまで、いろいろ種類があり、検診でわかった時には進行がんであることもあります。扁平上皮がんよりも奥まった位置にできる腺がんは、検診で見つけにくく進行が速いため治療に難渋することが多いのですが、近年この腺がんが増加し子宮頸がんの1/3程度になっています(図)。

WHO憲章によると、健康とは、病気でないとか、弱っていないということだけでなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。医師の役割は、病気を治すだけでなく、健康を提供することだと思いますが、われわれ産婦人科医がどんなに努力しても、子宮頸がん患者さんに、精神的、社会的な充実提供できないのです。

産婦人科医は、子宮頸がんを征圧したいと思っています。早期に発見、治療することで、女性の健康をサポートしたいと思っています。しかし、早期に発見できないケースもあります。治療によって病気は治癒しても、精神的、肉体的負担をかけてしまうことがあります。検診とワクチンによる予防が重要です。

産婦人科医は、子宮頸がんを征圧したいと思っています。早期に発見、治療することで、女性の健康をサポートしたいと思っています。しかし、早期に発見できないケースもあります。治療によって病気は治癒しても、精神的、肉体的負担をかけてしまうことがあります。検診とワクチンによる予防が重要です。



⑩「HPV ワクチンの効果と安全性—世界に広がるインパクト」

ザビエル・ボッシュ (スペイン・カタルーニャがん研究所 がん疫学研究プログラム部長、世界保健機関理事)



はじめに、私の前に発表された患者ご遺族に心より同情申し上げます。また、公衆衛生の決定をするときには政治的な議論を交えず、強い科学的な根拠に基づかなければならないということを申し上げておきます。

がんを引き起こすいくつかのウイルス、HBV(B型肝炎ウイルス)、HCV(C型肝炎ウイルス)、HPVがあります。

欧米のデータでがん死亡率に対するこれらのウイルスのインパクトを見てみると、ウイルスの中ではHBV、HCVはHPVよりも高いのです。HPVはその他の理由と比べますと病院感染と同じ程度の死亡率となっています。

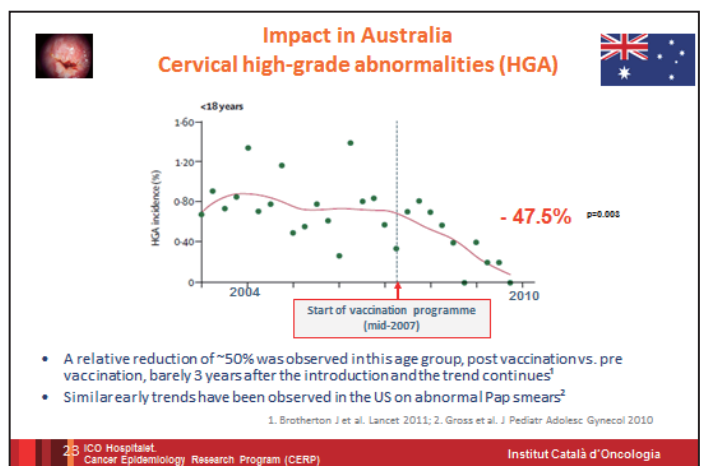
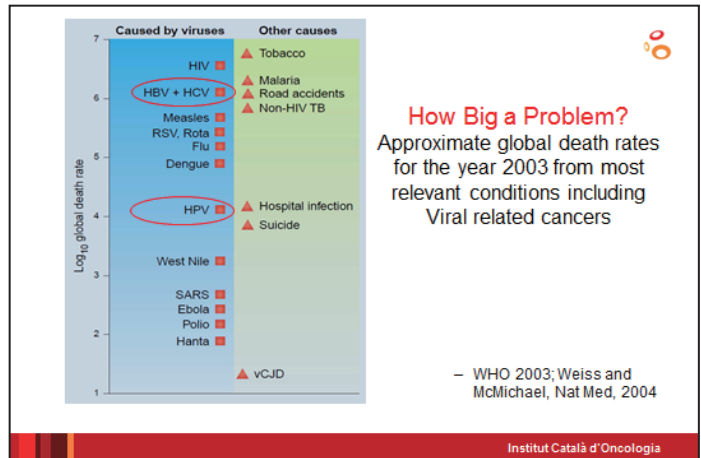
私は肝がんについて高名な日本の先生とコラボレーションをしたことがあります。その時のデータを見ますと台湾などアジア諸国の子どもの慢性B型肝炎の感染率はHBVワクチンが導入される前と後を比較すると大きく下がっています。これはまた将来の発症の減少を期待できるものです。また台湾とアメリカのデータで生後すぐのHBVワクチン接種の割合が大きくなればHBVに関連した死亡率が下がっているのがわかります。どんな僻地であれヘルスケアがあまりないところでもワクチンには効果が見られます。台湾はアメリカと比して母から子への感染が多いのですが、生まれてすぐ接種すればHBV関連の死亡率の減少はアメリカより大きくなっています。

HPVワクチンは世界的に女性の2、3番目のがんをターゲットとするとともに男女を問わず肛門、性器のその他のがんも対象としています。このワクチンは世界中で適切で効果的で安全です。ワクチン接種はがんを防ぐのに有効でありますし、検診の限界(①医者に行く気にさせることが必要、②定期的に行く必要のあること、③検査の質にばらつきのあることなど)を避けることもできます。

どのウイルスがどのがん、病変の原因になっているか、また子宮頸がんにも各ウイルスがどの割合で貢献しているかを分析した結果を見るとHPV16、18のほか31、33、45、52、58型も加えると世界的にはほぼ90%の割合で原因となっています。目下開発中の次世代のワクチンはこれらすべてをカバーしています。HPV未感染の集団に適切に接種したHPV16/18型のワクチンに期待される減少効果は、前がん病変(CIN2+、CIN3+)ではほぼ100%、外陰上皮内腫瘍、膣上皮内腫瘍、肛門上皮内腫瘍、男女の性器いぼなどではほぼ90%、口腔咽頭病変では40%です。

HPV6/11/16/18に関連する子宮上皮内腺がん(AIS)や子宮頸部上皮内病変(CIN3)に対する思春期前の性体験の始まらない女性を想定した集団(Per-Protocol Efficacy Population)でのガーダシル(Gardasil)の効能はAISで100%、CIN3で97%となっています。またすでに感染している人も入った一般集団(Total Vaccination Cohort)でのCIN2+、CIN3+の測定でも、サーバリックス(2価ワクチン)2接種後2年目から病変の発生が減ってきており予防の効果が見られます。この分析は全年齢層のまだ感染していない人たちには効果があるという次のプロトコルの課題となっています。

オーストラリアでの状況を見ますとワクチンの接種率(プログラムの人口へのカバー割合)は高く、全国的なワクチン接種プログラム導入後の集団としての感染率の低下も明らかです。性器いぼおよび外性器の病変に対する効能の分析が男女16~26歳の集団になされています。



女子ではほぼ 99%、男子では 90%となっています。女子の場合は膣に粘液があり抗体が良く分泌されるが、男子の場合は陰茎には粘液が少なく抗体が分泌されにくいいため効果がやや低いのではないかとみています。メルボルンの専門クリニックでの 2004 年から 6 か月ごとの 21 歳未満の男女の新規患者に占める性器いぼの比率は、女子はワクチンを接種しているので 2007 年から低下しています。ワクチンを接種していない男子も 2008 年から低下しています。これは片方が接種していれば相手方の予防にもなっているということで集団免疫 (herd immunity) 効果を示しています。同様に他の分析でもワクチン接種プログラムの開始後、子宮の高度病変の発生が 47.5%減ってきています。これは将来のがんの発生の減少を予測させます。以前にワクチン接種した女性と手術治療でワクチン接種した女性それぞれの再発や新たな発病の予防の研究もなされておりどちらの場合も大きな効果が見られます。

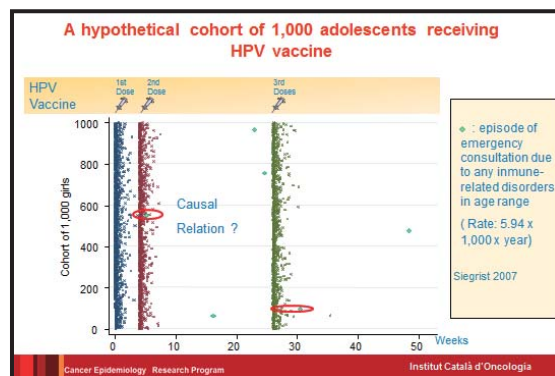
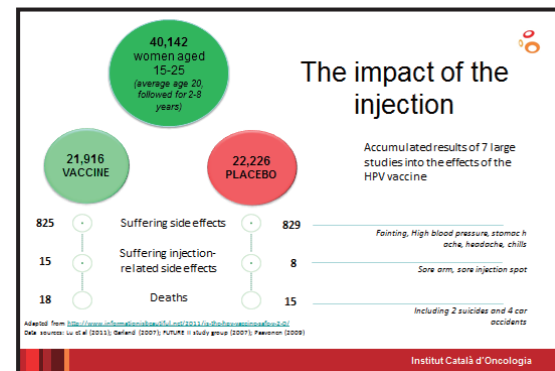
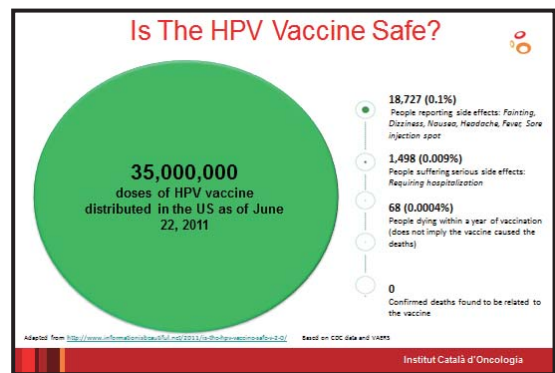
ワクチンの安全性は特別な課題となっています。ブラザートン先生がオーストラリアでの素晴らしい努力について報告されましたが、安全性についてやや複雑なガイドラインを理解する必要があります。

第 1 ステップの評価は HPV ワクチン接種群と、対照ワクチン接種群における有害現象比較をすることです。臨床試験フェーズⅢのすべての集団で危険なシグナルは出ていません。第 2 のステップでは HPV ワクチン接種を受けた人口集団で過剰な有害事象があるかということですが、フェーズⅣの検診の初期の結果では 20 以上の国で男女とも目立った過剰な事態は起こっていません。糖尿病、リウマチ、喘息、アレルギーの発症はワクチン接種前と接種後で差がありませんでした。

また、有害現象がもし、起きているのだとすればどこの国でも同じものであるはずですが、たとえば、ワクチンが糖尿病を引き起こすのであればどこの国でも同じことが起こらなければなりません。クレームのリストを見るとスペイン、日本、フランス各国でそれぞれ異なった有害事象が起こっていますが、同じワクチンは同じ有害事象を各国で起こさなければなりませんのでこれはワクチンの有害事象ではないと判断します。ワクチンプログラムが進捗して多くの人々に接種されるに伴い、問題が増加していないかという点も評価しなければなりません。ブラザートン先生が発表された通り、ワクチン接種がより多く推進されるにつれ、むしろ、気がかりな有害事象報告が減少しています。

第 3 に WHO、CDC、ECDC などの国際機関での安全への精査は徹底的にされています。文字通り何百人もの専門家がモニターし、定期的に会合を持ち、新しい気がかりな報告に問題のシグナルがないかレビューしています。これらの機関は引き続きワクチン接種プログラムを推奨しています。

アメリカで接種した 3500 万回の内、気絶、めまいなどの有害事象は 1872 人 (0.1%)、深刻な有害事象で入院した人 1498 人 (0.009%)、ワクチンによるものと意味しないが 1 年以内に死亡した人 68 人 (0.0004%)、ワクチンに関連しての死亡者 0 というデータがあります。接種により有害事象などのあった人数はワクチン接種の場合と偽薬 (プラセボ) の接種でほぼ同じです。スイスの調査で思春期のグループで各接種のあと緊急に病院へ行った事例の分析では 1000 人の少女に有害事象の例を 6 つあげ、その中から選択させるという方式での調査です。家族の目から見れば接種の



せいだということになり、メディアや政治的課題になり複雑な問題になりました。

世界の主要保健機関のコンセンサスは HPV ワクチンの使用では、今日まで安全に対する懸念はない、認可後のワクチン使用で発生した男子での有害事象は女子の有害事象や認可前のワクチン試験における男子での有害事象の結果と似たものであり、男女共に 4 価ワクチンの安全性のモニターを続けることを推奨するということです。WHO のワクチンの安全性に関するアドバイザリー委員会 (GACVS) でも同様のことを発表しています。ただ、失神だけが唯一の安全に関する懸念で、接種後 15 分間(日本では 30 分)様子を見るのが推奨されています。

まとめとして、

- ①がんを引き起こすウイルスに対するワクチン接種は感染およびそれに続く長期的な影響を減らすこと
 - ②HPV ワクチンは新たな HPV 感染に対する長期的な予防となること
 - ③がんにおける HPV の型は世界的に同じであること
 - ④HPV ワクチンの効果は複数の国で証明されていること
 - ⑤ワクチンの安全性はすべての主要公衆衛生機関により厳格に検証され、保証されているということ
- を申し上げます。最後に「HPV ワクチンは若い世代への一生の贈り物である」という言葉をスライドに書きましたが、若い世代への貯蓄でもあり、医学界、特にこの領域の学会ではこれを肝に銘じて活動を進めたいと思います。

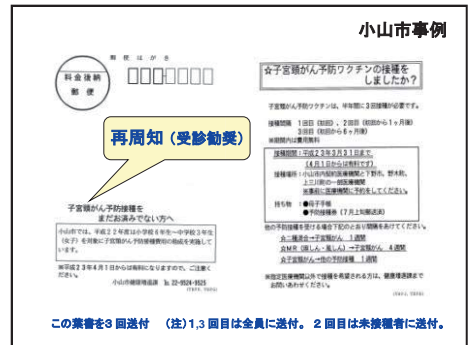
⑫「HPV ワクチンの接種率向上をめざして—接種差し控え前に高い接種率を達成した栃木県事例を中心に—」

鈴木 光明 (自治医科大学産科婦人科講座主任教授/公益社団法人日本産婦人科医会 常務理事)



昨年の厚生労働省の「積極的な接種勧奨中止」の通達以降、ワクチン接種率は1/10くらいに低下していると考えられます。子宮頸がん征圧をめざす専門家会議の調査では、小6～高3の接種率は71.9% (平成22～24年度の累計)と、集団接種を行う国以外ではほぼ世界最高水準となっていました。今後、国が「積極的な接種勧奨」を再開した場合、9割の自治体が積極的な勧奨を再開すると回答しており、「積極的な接種勧奨」の再開が待たれます。

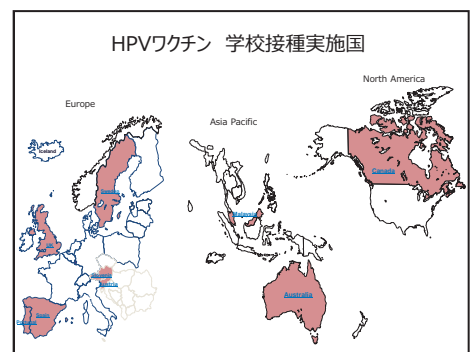
接種差し控え前に高い接種率を達成した栃木県事例を2件紹介します。まず、個別接種の小山市の事例です。小山市は、県内ならどこでも接種できる無料券を作成。また、積極的な個別勧奨のため、受診勧奨葉書を3回送付。1回目と3回目は全員に、2回目は未接種者に送付しました(図)。行政の様々な努力によって、1回目接種率95.7%、3回目接種率89.5%と、高接種率が達成できました。



次に、集団接種の事例です。2010年5月、栃木県大田原市で、全国初の2価HPVワクチンの学校での集団接種がスタート。小学6年生(12歳)の全女児を対象に、全額自治体負担で行われ、1回目接種率98.5%、3回目接種率96.5%と、極めて高い接種率が達成されました。集団接種の推進に向けて大田原市では、健康被害救済のため予防接種事故賠償補償保険III型に加入。ワクチン接種のお知らせを作成し、学校や市民に広報を徹底。接種前にアンケートを実施。母子健康手帳に添付できる大きさの子宮頸がん予防接種カードを作成し配布するなど、きめ細かな施策を行いました。

HPVワクチン集団接種を実施した23市町村での接種率を見てみると、1回目91.8%、3回目81.3%。学校での集団接種は接種率向上に極めて有効な方策であると考えられます。

世界各国が、国を挙げて学校接種を行っています(図)。個別接種を行っている国々と、学校接種を行っている国々を比べると、学校接種の方が接種率が高いことがわかります。一方、学校での集団接種の問題点も指摘されています。子宮頸がん、HPVワクチンの十分な説明、教育が、集団接種の場で可能だろうか。集団接種の場で、接種医が被接種者の予診票などをきちんとチェックできるだろうか。これらの点については、養護教諭、保健師などから子宮頸がんやHPVワクチンの十分な説明が可能ですし、毎日通学しているので接種後の状況把握も可能と思われる。



大田原市におけるHPVワクチン接種の健康被害届はゼロでした。国別の副反応報告では、個別接種よりも学校接種の方が副反応の報告が少なくなっています(図)。

学校接種は日本では難しいですが、実施できれば効果があると考えられます。

	オランダ	イタリヤ	スペイン	イギリス
全ての副反応発現率	62.93	147.25	20.98	20.79
注射部位の疼痛	25.30	81.95	2.76	2.76
発熱	22.23	20.75	2.52	1.18
頭痛	23.00	43.35	2.76	2.67
悪心	18.86	11.00	1.20	1.66
めまい	15.18		2.64	2.52
倦怠感	8.74		1.32	1.97
失神			1.68	1.77
嘔吐			1.08	1.22
腹痛	8.82	6.80	0.96	

個別接種 学校接種

Angelo MG. et al. ; Pharmacoeconom Drug Saf 23 (5) : 456-465, 2014 抜粋

⑬「HPV ワクチン接種の安全性- 厚労省データの解析 -」

松本 光司 (筑波大学医学医療系産科婦人科学 准教授)



2013年6月、厚労省 ワクチン副反応検討部会で広範な疼痛 38 例が報告され、適正な情報提供ができるまで積極的な接種勧奨を中止。2013年12月の副反応検討部会で調査報告データが提示されました。この時点で科学的な検証は終わっていますが、未だ積極的勧奨再開には至っていません。

では、どういうことが問題になっているかというと、重篤な副反応報告の中で、接種部位以外の疼痛や運動障害が問題になっています。考えられる疾患は、主にこの3つです。

- ・複合性局所疼痛症候群 (Complex Regional Pain Syndrome; CRPS) : 外傷、骨折、注射針等の刺激がきっかけになって数週間以内に発症する慢性疼痛症候群
- ・急性散在性脳脊髄炎 (Acute Disseminated EncephaloMyelitis; ADEM) : ウイルス感染あるいはワクチン接種後に急性 (数日~2週間後に発症する炎症性脱髄疾患。脳や脊髄を散在性におかす。
- ・ギランバレー症候群 (Guillan-Barre Syndrome; GBS) : 多くは先行感染後に続発する急性四肢麻痺

本日は、12月25日の副反応検討部会の資料を検証していきます。

■症例をみる

最初に、HPVワクチン接種後の疼痛・運動障害症例のうち、牛田研究班による85例(11施設)の症例研究を見ていきます。

85例の患者さんでは、関節の痛みが多く、全身倦怠感、めまいなど、何らかの機能異常を示唆する症状があるものの、理学的所見には乏しく、検査所見では異常なしが多い。疼痛部位は多彩で、全身症状も多彩。確定診断できない症例が多い、特定の器質的疾患が生じているとは考えにくい、と報告されています。

別の調査になりますが、牛田先生がA市で小中高生対象に半年以上続く痛みについて行った調査によると、中学生女子では18%が何らかの慢性的な痛みを抱え、中学生は膝の痛み、高校生では腰の痛みが多くみられました。HPVワクチン接種後の痛みは膝痛や腰痛が多いことから、中高生によくみられる痛みが何らかの原因で続いていると考えられます。

■統計データをみる

有害事象の報告は、全体では2,753例(32.7/10万回)で、他のワクチンに比べて多いです。報告ルートでは、企業、医療機関、保護者、被害者連絡会、文科省の5つのチャネルから報告が上がり、その中には医師が「診断」しているものと、そうでないものが混在しています。重複データを除いて整理し、広範な疼痛・運動障害症例のみを抽出すると、240例くらいです。そのうち医師が評価している130例を分析しました。

①発症時期からみた接種との関連性:疼痛

130例の中で主に疼痛を訴えている97例の発症時期をみると、接種の翌日が多いのですが、半年、1年以上たってからのももあります。翌日だから絶対因果関係があるとも、1年以上だから因果関係がないとも言い切れませんが、常識的にみて、接種から近い方が関連性は強く、時間がたてば弱いと考えられます。接種翌日までに29例(約30%)、2週間後までに50例(約50%)、1か月後までに61例(約60%)が発症しています。1か月後くらいまでが因果関係が強いとみると、発症数は半数くらいとなり、頻度は0.7/10万回接種となります。

CRPSはワクチン以外でも発症しています。日本のデータがないのでオランダのデータになりますが、10代女性の自然発症頻度は14.9/10万人あたりで、男性に比べ女性に2~8倍多くみられます。HPVワクチンでCRPSと診断されているのは13例ですが、接種後1か月以内の広い範囲の疼痛を含めた件数で見ると、頻度は0.7/10万回接種。CRPSは他のワクチンや献血でも起こります。HPVワクチンで疼痛が起こるとしても、自然発症よりもずっと頻

度は低く、ワクチンの中身でなく注射そのものが原因と考えられます。

②発症時期からみた接種との関連性:運動障害

130例の中で主に運動障害を訴えている33例の発症時期をみると、接種翌日までに11例(約30%)、2週間後までに19例(約60%)、1か月後までに23例(約70%)が発症しています。

ADEMやGBSの発症頻度(10万人・10万接種あたり)は、日本における一般発症率でADEMは0.40、GBSは0.46。HPVワクチンではADEMは0.04、GBSは0.05、そのほか、確定診断できない運動障害を含めても0.25。起こるとしても、自然発症よりもずっと頻度は低く、MRワクチンやムンプスワクチンなどと変わりません。

③HPVワクチン接種後の広範な疼痛・運動障害の転帰

130例のうち、転帰不明を除く117件で回復率を分析。HPVワクチン接種後の広範な疼痛・運動障害の回復率は、発症3か月で23.8%、発症12か月で47.3%、発症24か月で69.4%。発症から2年で7割が治っているということです。10~15歳(N=78)、16~19歳(N=24)、20歳以上(N=9)を比べましたが、年齢による差はありません。接種後2週間以内に発症したものは回復が早く、3か月以内に約40%が回復しています。

試算では、10万人の思春期女性にHPVワクチン接種(1人3回接種、総計30万回接種)をした場合の疼痛・運動障害の発症リスクは1人程度で、自然発症よりも少ないと言えます。一方、30歳で約70人が子宮頸がんにかかるというデータがあります。HPVワクチンは若い女性に多い16、18型を防ぐので、発症の9割を予防できるというベネフィットがあります。

海外では、「どうしたんだ、日本!」という反応を示しています。WHOは「子宮頸がん予防ワクチンの安全性に疑問を呈する理由はほぼ見当たらない」と声明を発表。厚労省職員による聞き取り調査では、英国医薬品庁は「自然発生率よりも大幅に低い。針を刺す行為によって生じた可能性があるが、偶然発現した可能性もある」と言っています。アメリカではワクチン接種後のCRPSが10件報告されていますが、米国疾病管理センターは「針を刺す行為によって生じた可能性はあるが、それもはっきりしない。接種後のCRPSには一定のパターンが見られず、リスクとは考えられない」と言っています。

マスコミ報道から、一般の人は疼痛や運動障害が「明らかにHPVワクチンの有害事象」という印象を受けているようですが、HPVワクチンとの因果関係は「まれに起こっているかもしれないが、起こっているとしても非常に頻度が低い」レベルと考えられます。

「ワクチン接種後に発生したもの」と「ワクチンによって引き起こされたもの」は同じではないので、区別する必要があります。厚労省データから解析した結果としては、疼痛/運動障害は”自然”発症も多いため、自然発症の紛れ込み反応かもしれないと考えられます。また、医師診断されているもの、発症時期が2~4週間以内のもの、持続するものに限ると、起こっているとしても問題とすべき副反応の発症頻度は非常に低い。ワクチンの中身は関係なく、注射そのもので起こると考えられます。

かつての風疹ワクチン接種の不徹底が、最近の風疹アウトブレイクの一因となりました。HPVワクチンの効果はすぐには見えませんが、10~20年後に「日本だけが子宮頸がん患者が多い。あのときにワクチン接種をしていれば…」となるのではないかと、懸念しています。

⑭パネルディスカッション「誤解を超えて、命と家族を守る——私たちの悲鳴と願い」

今野 良（自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科教授）、ザビエル・ボッシュ、宮城悦子（横浜市立大学医学部がん総合医科学 教授）

指定発言（患者団体、啓発団体）：難波美智代（一般社団法人シンクパール 代表）、福田小百合（NPO 法人ラサーナ 理事長）



難波：4年半前、36歳で子宮頸がん。出産以外入院の経験はなく、健康だと思っていたので、「まさか私が…」と。たまたま受けた検診で見つかり、その結果、子宮を失いました。生きていく上で起こるさまざまなリスクについて、当たり前に関共有できる世の中になることを願って活動を行っています。先日、円錐切除を経験した私たちの団体の女性が、第二子を出産。5月から入院していて、28週という未熟児での出産でした。子宮頸がんになっても死ななければいい、子どもが産めなくなればいい、というわけではありません。産めたとしても、妊娠にはリスクを伴います。私のまわりの一般の女性たちは、怖くてワクチンは接種できないと刷り込まれ、ワクチンがいかに安全で必要なものか、思考が及ばない状態です。メディアの方には、ぜひ正しい情報を多くの人に広めてほしいと思います。

ボッシュ：袋一杯のさくらんぼを想像してください。そのうちの一つだけを取り上げて色は茶とか黄とか、サイズは大きい、小さいなどといっぺんにはいけません。ウェブサイト上に膨大な情報が掲示されていますがその一部のサンプルを拾って全体についての結論を出すのは危険です。ワクチンキャンペーンもその一例です。医学界の責任の一つはデータを集め、適切に分析し、専門家にケースを診てもらい、何が起きているかを理解し、必要であれば、代案を提案（リニューアル）していくことです。そして、決定が正しかったかどうか何か月か後に評価していくことです。科学的知識と（世の中の）意見が異なると、それをまとめるのは難しいですが、過去30年で積み上げられた医学の成果を証明とすべきです。難波さんのコメントは正しい方向を指しています。ワクチンについてのコメントは純粋にがんを予防するという見地からのものでなく、ときに、政治的な、党派的な立場からのものも多くあります。その結果犠牲になるのは若い少女たちなのです。



福田：産婦人科病院に勤務しているので、罹患者を目の当たりにし、また、受診率が低い中、若い女性に子宮頸がんが増えていてコルポ外来の予約が取れないという現状を目の当たりにしています。啓発活動をしていて感じるのは、自分は健康と思っている人が多い、センセーショナルなメディアに影響を受けやすい、ということ。私たちは、正しい知識を知らせる役割を果たしたいと思っています。メディアや専門家の方には、一般の人が正しい知識を得る機会を多く作ってほしいと願います。



今野：先日来日した、米国疾病対策予防センター（CDC）のメリンダ・ウォートン国立予防接種・呼吸器疾患センター（NCIRD）所長は、「ワクチン政策においては個別の副反応だけにとらわれず、より広い視点で国益を考え、接種を行うかどうか決断することが重要」との認識を示しています。一方、慢性疼痛などはワクチンが原因ではない場合が多いが、副反応への不安、接種を控えたいという心情に寄り添って、そうした気持ちも配慮した上での対応、政策が重要であると述べています。



宮城：来日した時に、ウォートン先生と話しました。アメリカでワクチンの公費負担を開始した当初、他のワクチンと同等程度に接種率は上がると予想していたところ、思ったほど上がらなかったもので、どうしたら医師が自信を持って接種のメリットや副反応が出た場合の対応などを説明できるか、CDC自身が資材を開発し、ホームページで紹介するという努力をしたところ、徐々に上がってきたとのことです。この話にとっても感銘を受けました。

日本では、これだけ多くの女子に筋肉注射を行った経験はありません。しかも、始まった時期は正式な国のプログラムではなく、任意接種で国と自治体が公費補助するという変則的なシステム。松本先生のお話にあったように副反応の報告ルートも複雑でした。本日報告された世界の状況を見ても、検診とワクチンの両方が必要なのは明白です。接種にあたっては注射の説明をして不安を取り除くことや、痛みが出たときはどう対応するか、痛みが長期間継続することは稀であるなど、私たち医師が自信をもって説明できることが求められていると思います。

今野： WHO は 2014 年 3 月 12 日、HPV ワクチンの安全性に関する声明を出しています。「HPV ワクチンの安全性に関する懸念は系統的に調査されており、同ワクチンの現在の推奨を変えるような安全性の問題は、見つからない」「調査事実に基づかない事例観察や、生物学的・疫学的な実証のない報告に基づく被害の主張を憂慮している。市民および医療従事者による予防接種後の有害事象報告は奨励されるべきであり、安全性監視の基本であることに変わりはないが、それらの報告の解釈には細心の注意と精査が要求される」と述べており、個人の意見、出所不明のネット情報、実証のない報告に基づく被害の主張を憂慮するとともに、報告の解釈には専門家の解析が重要だと訴えています。

本日のシンポジウムの中で大切なポイントをまとめますと、思春期の女子はストレスを抱えて、痛みをたくさん抱えている。ワクチン接種後に痛くなったかもしれないが、必ずしも因果関係があるわけではない。あれこれと原因の検索をして確立する病気ではなく、痛いのは事実だが、リハビリ、薬、精神医学的なもの、いろいろなアプローチで治療することが必要。早く適切な治療をすること、まず、かかりつけ医にかかって、長引くようなら専門医の治療を受けることが重要です。ワクチンを打って 5 年くらいたつとワクチンの予防効果が出てきます。日本はもう少しで効果が出そうな時期でした。

ボッシュ： 大多数の国で HPV ワクチンを投与しようという努力が続けられているのは明らかです。安全性の問題で日本政府が HPV の積極的勧奨の中止という決定をしましたが、この決定は根拠がなく、このままにすべきではないと世界の専門家たちはみえています。こうした態度は、他でも見られています。風疹は絶滅に近づいていましたが、オペレーション上、防疫上問題となりました。我々がもうコントロールしたと考えたポリオの感染拡大なども起こっています。世界での接種率は高くても常に 10～15%は接種していませんので一旦発生するとワクチンを接種してない人には非常に早く広がっていくのです。一般の人々へ知識を普及し、科学的な知識と意見・宗教などを区別し、人々にワクチンを接種するよう説得していくことについて、我々はこれまでに学習しています。オーストラリア、ニュージーランド、多くの欧米諸国で子宮頸がんなどの減少が見られる中、日本が世界の流れから遅れれば、罹患率の高い国となるでしょう。どうぞ頑張ってください。お手伝いが必要ならどうぞ遠慮なく申し出てください。



⑮ 閉会挨拶

野田起一郎(近畿大学 前学長)

本日は、大変良い会を持つことができました。阿南さんによる患者さんの生の声、米山さんからの家族の声、近藤先生は産婦人科医が患者に寄り添っていかにかに苦悩を感じていたのかという話、鈴木先生の日本における学校接種、三木先生の慢性疼痛の治療、松本先生の厚労省データの詳細な解析、どの講演もとても興味深いものでした。

ハンリー先生からはスコットランドのワクチンプログラムの大成功の話、オーストラリアのブラザートン先生からは早くもワクチン接種で効果が出始めたという話を伺いました。世界の HPV 疫学のトップリーダーであるボッシュ先生のお話では、HPV ワクチンは若い世代への贈り物というコメントが心に残りました。

「Women Against Cervical Cancer」の目的に沿った、大変素晴らしいシンポジウムになったこと、演者の皆さまとお集まりの皆さまに感謝いたします。