

### 第3回 新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議 議事録

【日時】平成22年4月28日(水) 16:30~19:00

【場所】国立感染症研究所共用第1会議室

【出席構成員】(50音順)

伊藤構成員、岩田構成員、岩本構成員、岡部構成員、尾身構成員、金澤構成員、川名構成員、谷口構成員

【特別ゲスト】(50音順)

内田様、押谷様、尾島様、小野様、金田様、小西様、笹井様、武田様、濱田様、吉村様

【行政関係出席者】

上田健康局長、谷口技術総括審議官、麦谷大臣官房審議官、中尾大臣官房審議官、鈴木新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長、福島健康局結核感染症課長、正林新型インフルエンザ対策推進室長、松岡健康局生活衛生課長、石塚食品安全部長、岸田大臣官房審議官、塚原大臣官房参事官、坂本検疫所業務管理室長

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまより、第3回新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中をお集まりいただきまして、厚く御礼を申し上げたいと思います。

私は、新型インフルエンザ対策推進室長の正林でございます。よろしくお願いいたします。

この会議は、今般発生した新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策について厚生労働省が講じてきた対策の総括を行い、今後のインフルエンザ (A/H1N1) の再流行時の対応、及び、鳥インフルエンザ (H5N1) 発生時の対策の見直しに生かすことを目的として、3月31日に設置された会議です。

第1回目は、事実関係の整理を中心に、そして、第2回目は、広報をテーマにして議論を行ったところです。本日、第3回目は、水際対策・公衆衛生対策・サーベイランスについて御議論をいただけたらと思っております。

それでは、本日のテーマであります、水際・公衆衛生・サーベイランスを議論するに当たり、お招きいたしました特別ゲストの皆様を五十音順で御紹介をさせていただきます。

まず、全国検疫所長協議会会長(神戸検疫所所長)内田幸憲様。

東北大学大学院医学系研究科微生物分野教授押谷仁様。御出席の御連絡をいただいておりますが、まだ到着されていないようです。

浜松医科大学健康社会医学教授尾島俊之様。

仙台検疫所検疫衛生課課長(前成田空港検疫所検疫課長)小野日出磨様。

全国保健所所長会副会長(荒川区保健所所長)金田麻里子様。

済生会神奈川県病院 院長補佐小西靖彦様。

全国衛生部長会会長（大阪府健康医療部長）笹井康典様。

財団法人関西社会経済研究所代表理事武田壽夫様。

兵庫県教育委員会事務局 体育保健課長濱田浩嗣様

前福岡県保健環境研究所所長吉村健清様。

本委員の先生方におかれましては、資料の最後に付いています別添に構成員名簿を付けておりますので、御紹介はそれにかえさせていただきます。なお、本日、本委員のうち、河岡先生、田代先生、丸井先生は、御欠席の連絡を受けております。

それから、特別ゲストとして10名御紹介いたしました。実はもうお一方お呼びしようと試みたのですが、今日はお越しいただけないという方、ユトレヒト大学の西浦博先生。オランダですので、今日はちょっと来ることができないということです。ただ、資料及びメッセージをいただいております。岩田先生に託されていらっしゃるようですので、後ほど一通り特別ゲストの御発言が終わった後に、岩田先生の方から御紹介をいただきたいと思っております。

それでは、ゲストの皆様方、どうぞよろしくお祈りします。

では、最初に、資料の確認をさせていただきます。

表紙をめくっていただいて、配付資料のリストがあって、資料1が内田所長の資料です。それから、資料2が押谷先生の資料です。資料3が尾島先生の資料です。資料4が小野課長の資料です。資料5が金田所長の資料です。資料6が小西先生の資料です。資料7が笹井部長の資料です。資料8が武田さんの資料です。資料9が濱田課長の資料です。資料10が吉村先生の資料です。それから、資料11がユトレヒト大の西浦先生の提言ですね。それから、資料12は事務局の資料で、「第3回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 主な論点について」というペーパーです。それから、参考資料1「今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策について」という事務局の資料です。それから、参考資料2は、最初に水際対策と書いてある、文章がずっとある資料です。それから、参考資料3が、表紙は西浦先生の論文になっていますが、関係の英語の論文等が入った資料です。何か不足等がありますでしょうか。特にございませんか。

それでは、議事の進行を金澤座長からお願いをいたします。

○金澤座長 ありがとうございます。

それでは、第3回目の総括会議を始めますが、3回とも場所が違うという大変珍しい会でありまして、次はどこへ行くのかなと思って楽しみにしているのですが、活発な御議論をお願いしたいと思います。

この会の進め方についてなんですが、冒頭であります。確認をさせていただきたいと思っております。

第1回目のときも申し上げたのですけれども、この会の目的が、対策についての検証と、それから、今後のあまりあってほしくないのですけれども、このような事態がまた起こったときのための提言と、この2つが目的なわけでありまして。そのためには、例えば今回のとられた対策については、これは皆さん方、多分お話の中で出てきたと思うんですが、とられた方策そのものがふさわしいものだったかどうか。そのほかに、それを実行しようとしたときに、本当に実行されたのかどうかですね。オペレーションそのものがうまく行われたのかどうかという、この2つの観点で見るべきではないかと

ということ。

それから、もう一つは、今後に向けた提言の中の話になりますが、これは救急医療とちょっと似たところがあって、なかなか思うようにならない制約とか前提条件があるわけでありまして、時間との戦い、その他ですね。それをどうあったらよかったのかと。それから、それに基づく行動計画もどうあったらよかったのかという、そういう観点で御議論をこれからもいただきたいと思っているわけでありまして、最初の回のときに私申し上げたと思うんですが、白か黒かを決めるとか、犯人捜しをするとか、そういう話ではありませんので、是非そこは御理解いただきたいと思っています。

それでは、本日の特別ゲスト 10 人プラス 1 人おいでいただいておりますので、早速お話をちょうだいしたいのですが、何せ時間がかなり限られておりまして、タイムキーパーを用意しておりますので、4 分という時間を是非守っていただきたいとお願いをする次第であります。

最初は内田様、どうぞよろしくお願ひいたします。

○内田特別ゲスト それでは、お手元の資料に沿って話を進めたいと思います。検疫をどのようにして行うかについては新型インフルエンザ専門家会議の中でかなり時間を割いて多くの方の意見を取り入れて煮詰められたかと思えます。ただ、その始まりにおいて、内閣官房の方からは私に間接的ではありますが、100%防ぐ方法はないものかとの御下問がありました。100%侵入防止を図るのであれば、鎖国しかないこと、鎖国となれば経済的にも食糧事情からも 1 ヶ月と持ち堪えられないこととお話ししました。それではどうすると聞かれ、国内対策整備を整えるための時間稼ぎと患者発生ピークを少しでも抑え込むことを目標とするのであれば検疫で手が打てるでしょうと返事をし、現在のガイドラインを検討してきました。また、2003 年の SARS 事件の反省でいくつかの自治体からどのような人が海外から日本に戻ってきているのか自治体・保健所にも情報が欲しいとの要望があり、自治体との連携との視点で健康監視システムを考えて調整を進めていました。このようなことがベースにあったことを踏まえ資料に示した 7 つのポイントにつき検証を試みました。

まずは、検疫強化の開始時期の問題です。ガイドライン検討専門家会議での何度かの検討で WHO がフェーズ 4 宣言を出す数日から一週間くらい前には我が国政府として検疫強化を開始することがガイドラインに記載されたのですが、2009 年 2 月に出されたガイドラインからは消えてしまっています。どこで誰が消したのかわかりません。現実的には WHO のフェーズ 4 宣言から 4 日目で欧米 11 カ国で多数の患者が発見されています。拡散スピードは現在の高速大量移動によりかなり速いものですから、検疫強化開始はもう少し早められるような判断をいただけないのかなと思います。

次に、強化検疫終了に向けてのシフトダウンの問題です。全国的に、特に成田空港は 1 ヶ月をすぎた頃から検疫対応勤務者は疲労困憊状態でした。関西地区のみならず全国的に患者発生が始まれば検疫の相対的効果は無いわけですから早急に強化検疫のシフトダウンを決断すべきではないのでしょうか。あわせて、海外での感染状況情報の分析結果を現場よりも早めに収集できていたはずであり、その結果がどのように活かされていたのか、現場の我々には全く判りません。そして、海外、特に北米の状況視察が何故 7 月なのか、敵の姿をいち早く観察し作戦を組み立てることは昔も今も同じではないかと思えます。

Entory Pointo での機内検疫・ブース検疫の実施において、入国される方々、特に日本人の方々の

中には検疫を非常にないがしろにされる方がたくさんおられるのです。平和時の感覚で、すぐに通してもらわないとブーイングがでる。税関とか入国審査だとおとなしく待つのですけれど、検疫に対しては非常にないがしろにする傾向があります。資料1を見ていただくとわかりますけれども、これは防衛医科大学医学研究センターの加來先生の厚生労働科学特別研究の報告書から抜粋させていただきました。問5-3で、中国の広州および香港の日本人会の方々95名のアンケート結果です。10年以上昔の調査では申告する人は5割に満たなかったのですが、今回の調査では8割ぐらゐは申告をする。だけど、2割弱は申告をしない。申告をしない理由は問5-3(2)にあるように、隔離されるのが嫌だとか、面倒くさい、感染の事実を知られたくない、すぐに病院に行くからとか、薬をもらっているから申告しなくてもいいというような、嫌な理由がアンケートで述べられています。後で当時の成田空港検疫課長や他の先生からも報告があるかと思えますけれども、暴動になる一歩寸前という状態も何度かあったようです。我々も継続的に努力をして検疫所と国民との距離を縮めてきているつもりです。我々のさらなる努力が必要ではあるけれども、いろいろなマスコミや中央政府からも国民に向けた協力要請があっても良かったのではないかと思います。

健康監視システムは稼働したのかどうか。これは、あの時期に新型インフルエンザと称するものが発生するとは想定してはいませんでした。システムの整備途中だったものですから、現場は大混乱しました。とにかく何とかシステムを稼働させなければいけないということで、厚生労働省の対策本部では随分ご苦労されたようだと思っています。次回にはシステム整備も完成して稼働するものと期待しています。ただ、健康監視対象者の絞り込み方が非常に緩かったものですから、大量の人々が監視対象となり、いろいろな保健所からも多すぎて監視追跡ができないというお話をいただきました。検疫での健康監視はいろいろな意味で海外からの感染症侵入・拡散予防に有効な手段ではないかと考えております。例えば、エボラ出血熱のようなものであれば検疫・隔離でかなり押さえ込めるのではないかと思います。いわゆる飛沫感染等による感染症であれば、健康監視システムは必要な手段としてあるのではないかと思います。

一番大事なポイントかと思いますが、周囲からの検疫に対するいろいろな評価に関して6項目目に示します。4名の方々の研究報告書からの抜粋を示します。そして、Entry Pointoにおける患者捕捉効率はどのような結果であったのか。資料2にお示しするように、感染症研究所が集計した患者発生経過を上段に示します。この患者発生の疫学リンクを見て、検疫ではあまり捕捉が出来なかったのではないかと判断があったようです。しかしながら、国内初期発生の神戸・大阪での発生はいつ頃、どこから持ち込まれたのか未だに不明であること、神戸・大阪での患者発生は5月末頃にはいったん収束し、その後流行したインフルエンザウイルス株は疫学的にも別のウイルスであること、からこの時の神戸・大阪での患者発生分を感染研にお願いしてネグレクトしていただきました。結果、下段の疫学的リンク別疫学曲線になりました。当初、検疫ガイドラインを構築するときに内閣官房にもお話ししましたように、目標として時間稼ぎと発生ピークの抑制としたように、かつ2~4週間で3~4割の水際での捕捉できればとのことでの今回の検疫強化体制を計画していたわけです。下段の疫学曲線を見ますと、疫学的位置付けのはっきりしない3名の患者さんの扱いにより2つの数字をとりあえずだしてみました。1つは38.1%、1つは50%が検疫で捕捉出来たものと思われまゐ。検疫の

有効性に関する評価はいろいろ沢山あるようですが資料2の6.に示した4人の評価をお示しします。検疫現場の評価はあまり高いものではないようですが、その根拠を示すデータ等は何なのか疑問です。また、検疫の間接的な評価として検疫現場での説明や健康カードの手渡しが国内での二次・三次感染の拡大防止に関与できたのではないかと、そして、検疫で発見できた患者からの臨床情報が得られた等が学会・論文で発表されているようです。

最後に、その他として今回実行されなかった空港・海港の集約化は実行可能なのか。今回はたまたま北米発だったものですからなんとかなりましたけれども、今のガイドラインは東南アジアが流行地域となった時を想定して設定されたものです。本当は流行汚染地域別に4つか5つのフォーメーションを作るべきでしたが1フォーメーションで動かざるを得ませんでした。ですから、随分無理をしなければならぬ大変な状況だったかと思います。それから、今回は海港では大きな問題は発生しませんでした。本当に問題がないのかどうなのか、もう少し詰めてみる必要があるのではないかと思っています。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

スペシフィックなどどうしても聞いておきたいことがあったらクエスチョンということで、御意見は後で結構です。

よろしいですか。

ありがとうございました。

それでは、続きまして、押谷さん、どうぞお願いします。フォーマルには4分ですから。

○押谷特別ゲスト 承知しました。4分で私に与えられた課題を説明しろというのは到底不可能なので、内容はかなり飛ばして説明させていただきます。

お手元の資料の4ページ以下のパワーポイントのスライドに基づいて説明いたします。

「新型インフルエンザ対策の基本的な考え方」は、これは起きた段階で封じ込めはできない。そうすると、最終的な目的は、いかにして被害を最小限に抑えるのか。そのためにはいかにして流行の拡大するスピードを抑えていくのかということがその目的になるということで、日本の対策の目的も、そういう方向でなされているのだと私は理解しています。この対策の総括ということで行くと、その目的は達成できたかどうかと。そういう視点でやっていく必要があるのだと思います。

次の「早期対応としての学校閉鎖」特に神戸・大阪での学校閉鎖ですが、これはいろいろな問題点もあったことは事実だと思いますが、実際には、神戸・大阪の流行は、学校閉鎖を中心とする対策で流行が抑えられているという事実があります。あの時点でかなり広範に広がっていて、1つの学校だけではなく、非常に多くの学校で患者が検出された。そういう中であの流行を抑えるのは、かなりアグレッシブなことをしない限りできなかったのだらうと思います。その右側に書いてあるのがニューヨークなんです。ニューヨークはその3週間ぐらい前に同じようなことが起きて、そのままニューヨークは大きな流行に突入しています。6月下旬までに100万人近くの人が感染して、47人の人が亡くなるというような流行が起きています。それは事実としてあるということです。

その下の日本での新型インフルエンザの疫学的な特徴は、我々の方で、これ以外にもいろいろな解

析をしています、ほかの国に比べると、かなり疫学的な特徴が異なる。これがどういう理由によるのかというのは、解析は非常に難しいですが、学校閉鎖等の対策で、先ほど言った流行の拡大のスピードを抑えるというその目的はある程度達成できていたのではないかと我々は考えています。1つは左側のグラフですが、流行のピークは今回はそれほど高くなかったです。通常の季節性インフルエンザに比べても高くなかった。流行の幅が広がった。このために感染者はかなり出てしまったわけですが、その右側の方がもっと重要で、5歳・9歳・10歳・14歳という小中学生の年齢層が最初に立ち上がってきて、成人層は非常に遅れて立ち上がってきています。小さな子どもも遅れて立ち上がっています。特に成人層が非常に遅れて立ち上がってきていると。最終的に、成人にはそれほど大きな感染が広がらずに日本は終わっています。このことが恐らく日本での死亡者が少なかった理由のかかなりの部分を占めているだろうと我々は思っています。

それがその次のページのスライドで、実は日本でも、成人40歳以上の人たち、特に高齢者では致死率が高くなったということがはっきりしています。日本ではそういう人たちにそれほど感染が広がらなかったと。アメリカは12,000人の人が死亡したという推計を今回の新型インフルエンザは出していますが、そのうちの9,000人以上の死亡が18~64歳の層です。そういう層での感染は日本では非常に少なかったと。

実は、右側の年齢別と週別のグラフがありますが、これはちょっとわかりにくくなっていますけれども、実は小児での死亡のピークが44~45週にあります。その後は成人の死亡がずっと続いて、特に40歳・50歳代の死亡がかなり目立っていたのですが、その状態で日本は2月に入ってかなり流行が終息していったということになります。

この日本の疫学的特徴をどう説明するのかと、この辺は非常に難しいのですが、1つは、学校閉鎖等の公衆衛生上の対策がかなり感染の拡大のスピードを抑えるのに有効だった可能性がある。インフルエンザの場合、通常の季節性インフルエンザでも、学校を中心にしてまず流行が起きて、それが地域に広がっていくというパターンをとることが多いので、学校の流行は抑えられなかったのですが、学校から地域への流行はかなり抑えられた可能性があります。それは学校閉鎖だけではなくて、手洗いとか、そういうことを含めて全体の対策の結果として、そういうことが起きたのだろうと。

もし何も対策をしなかったらどうだったのか。日本では死亡者も少なかったし、対策をやり過ぎたのではないかという意見もあるわけですが、ただ、これはいろいろな対策をした結果として、日本の死亡者の状況があって、流行の特徴があるわけで、何もなかった場合にどうなったのかと、そういう視点でも考える必要があるのだと思います。

最後の総括のところですが、全体の方向性としては、最初の被害を最小限に抑える。感染拡大のスピードを最小限にしていくと。そういう意味では日本の当初の目的はかなり達成できたのではないかと私は考えています。ただ、実際の対策の実施というところと言うと、いろいろな混乱があったと。きちっとデータが解析された上でいろいろな対策がなされていたのかというと、必ずしもそうではなかった。日本では子どもの重症者の発生のピークは11月の初めにもう起きていたわけですね。その後、成人がかなり重症化していた。そういう情報が必ずしも国民にきちっと伝わってこなかった。1月年が明けて、すぐアメリカはかなり大規模な国を挙げてワクチン・キャンペーンをやりましたけれども、

そういうことは日本ではできなかった。もしそういうことをしていれば、もう少し被害が抑えられた可能性がある。

今後の課題としては、専門家がきちっと対策立案に関与できるようなシステム、そういうものをつくっていく必要があると思いますし、学校閉鎖等の公衆衛生上の対策は、感染拡大のスピードは抑えられるだろうと考えられるわけですが、これは感受性者を大量に積み残していくことになりまので、日本は特に成人と小さな子どもはかなり感染してない状況で、感受性者を積み残しているのので、今後、これから起こる流行に関して、そういう人たちが感染すると致死率が上がっていくという可能性があるということを考えていく必要があると思います。

個々の対策だけではなくて、全体の対策としてどういうふうに機能してきたのか。これから、どうしてやっていったらいいのか。特に最後に書きましたけれども、「198 人しか死ななかった」という、そういう視点ではなくて、「198 人死んでしまった」と。この中に恐らく防げた死があるはずなので、そういう視点での総括も必要だと私は思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

何かスペシフィックなクエスチョンはございますか。

○谷口構成員 ありがとうございます。

私も似たようなことを考えているのですが、どうしても悩ましいのは、例えばフランス、イタリアのエピカーブを見ると、日本と割と似ているんですね。春の流行波がなくて、日本と同じように、夏から広がってきているんですね。そうすると、日本はいろいろなことをして、そういうことの結果としてこうなったと僕も思っているんですが、では、フランスとイタリアがやったかという、やってないと思うんですね。一方はやった、一方はやってないで、似たようなエピカーブを描くのはどうしてだろうとずっと悩んでいるんですが、先生は何かお考えはあるでしょうか。

○押谷特別ゲスト 先ほど言いましたように、これをどういうふうに解析するかというのは非常に難しい。日本でも、やったところとやってなかったところがあれば、これは一番はっきりするんですが、そういう結果を出すことは不可能ですので、各国のデータもこれからきちんと解析していかなければいけないことだと思いますけれども、流行の遅れたところは、必ずしも対策だけではなかった可能性もあるので。ただ、年齢階層のデータを見ると、日本はかなり特徴的。イタリアは全然わからないですけれども、フランスは少なくともほかの年齢層も一緒に上がってきているので、そういったことも含めてこれから解析していかなければいけない問題だと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

それでは、次に尾島さんお願いしたいと思います。

○尾島特別ゲスト 資料3に進みまして、御説明したいと思います。

昨年度、厚生労働科学研究としまして、今回の公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究を行いましたので、その概要を御説明いたしたいと思います。

研究全体の方法としましては、1 ページ目を書いてありますように、4 つの分担課題におきまして、郵送・メール・インタビュー調査等を実施しまして、研究班内で検討いたしました。

時間もありませんので、その結果で、次のページへ行きたいと思います。2 ページで、全体としま

しては、今回の対応で被害が諸外国に比べると少なく済んだというふうに考えられる面もありますが、一方で班内の議論でかなり課題もたくさん挙がりました。それらの課題について、では、どうすればよかったかということを検討しますと、なかなか班内でも意見が割れたりとか、いい対応策が思いつかないということがありまして、いろいろな課題について現実にはなかなか難しいことが全体としては言えました。

①②③で3つにまとめておりますが、①が、状況に応じて柔軟な運用が行いやすい行動計画策定等の備えが今後必要ではないかと。②が、種々の関係者間及び国民とのコミュニケーションの強化が必要である。③が、感染症対応に関する人材力の強化が必要ではないか。ということをも3つにまとめました。内容について御説明していきたいと思っております。

まず①についてですが、流行が発生しまして、策定していました行動計画はちょっと使えないのではないかなというお話も出たんですが、一方で十分使えたと思われる部分もありました。流行発生後、行動計画を順次修正しながら使えるような、そういう行動計画にしていってよかったと思います。また、一つの行動計画でビシッとしたものというよりは、取りうるオプションを列記しておいて、実際に流行が発生した段階や、また地域の状況によって、今の段階でこの地域はこのオプションを使いましょうというふうに使っていくというような使い方もあり得るかなと。また、ウイルス株の致命率に応じて複数の行動計画を策定しておいたらいいのではないかなという意見もよく聞くのですが、班内の議論では、そういうものを策定してもうまく機能しないであろうというような話もありました。また、致命率が高いウイルスの場合に、行動計画どおりに十分に対応することは難しいのではないかな。特に医療機関の協力体制について、今回は弱毒なので協力しましょうというふうに言っただけのところも多いというお話がありまして、実際に致命率が高いウイルスの場合には難しい面もあるだろうということがあります。

対応について、対応策が時期に応じて変わって、これからこういうふうに変えますというときに、対応の基本原則と、あと、全国一律に遵守を求める事項と、地域の状況に応じて柔軟な運用をすべき事項と、そういうものがあると思うんですが、それらの区分を明確にすると対応がスムーズではないかと思っております。また、市町村等の地域の行動計画も重要と。また、物資の備蓄とか、ワクチンの生産供給体制の整備が必要です。流行初期に阪神地域での流行がつかめなかったということがありまして、そのときにクラスターサーベイランスがきちんと機能していればよかったのではないかなという話にもなりました。一方で、これはきちんとやろうと思っておりますと、その時期に季節性のものがまだ残っている状況もありまして、季節性の中に紛れていたときに、どうやって新型を見つけられるようなクラスターサーベイランスシステムをつくるかというのはなかなか難しいかなというふうにも思います。

②のコミュニケーションについてですが、今回、インターネットのウェブサイトによる情報提供が行われまして、また、電話によるコミュニケーションなども、その辺りのコミュニケーションは非常に有効でよかったのではないかなと思われまして。一方で、Common Operational Pictureというのが、インシデント・コマンド・システムの中で重要であると言われていまして、状況認識の統一というふうにも訳されます。つまり、すべての情報を把握整理提供するような情報デスク機能がどこかにあっていただいたらよかったと思われまして。前回のこの会議で、国民向けの広報でスポークスマンが必要と

このような議論が出ておりますが、公衆衛生関係から考えますと、地方の保健所とか、医療機関の立場から見て、全体がどうなっているかとか、国の対応として、この部門についてはこうなさい、別のセクションからはこうなさいということについての全体像がつかみにくいということがありました。地方の専門家向けにウェブサイトを整えて情報提供いただくなど、もっと情報整理ができていると有り難かったということがあります。また、決定事項について、なぜそうするかという理由も付けてお知らせいただくと、非常に徹底してやれたのではないかとということがあります。また、国と都道府県や保健所などの地方とか、あと、意思決定者と公衆衛生や感染症の専門家等とのコミュニケーション、国や自治体と国民とのコミュニケーション等、またメディアの社会的責任などが重要であると思います。

③ですが、人材力の強化ということで、行動計画においては、知事が蔓延期の宣言を行って、地域の状況に応じた対応をとるようになっておりまして、地域によって流行の進展が違うということを想定して行動計画が立てられていたわけですが、今回、実際には蔓延期の宣言を行った知事はいないということがありました。1つは、この行動計画はもう無効になったのか、それとも生きているのかよくわからなかったということもあると思いますが、今後のことを考えますと、地方の専門能力を持った人材を養成したり、また、地方での政策決断力の強化などが必要ではないかと思われまます。また、量的なマンパワーの不足がかなりありました。人員と役割がトレードオフの関係にありますので、その時点や地域ごとにどのぐらいの折り合いをつけて役割を割り当てるかということを考える必要があると思います。また、入国者の健康監視については、状況に応じて要否とか方法を判断する必要があるかと思ひます。健康監視については、課題としまして、対象者が今回非常に多くて、ほかの対策に手が回らなくなったということですか、特に外国人の方などについて、健康監視で連絡をとろうと思っても、もういなくて連絡がつかなかったとか、また、発症者の方は自発的に相談・受診していただけたというようなこともありまして、そういうようなことも踏まえて、今後のあり方を検討する必要があると思います。また、国立感染症研究所の役割も非常に重要で、機能強化が必要だと思っております。

次の項目なんですけど、私は地震などの災害時の対応などの研究も行っておりまして、そういうことも踏まえて考えますと、職員の時間外勤務や健康状態の管理も非常に大事だと思います。地震が起きた直後の1週間ぐらいはそんなことも言っておられなくて頑張るといふことではないかなと思ひうんですが、今回かなり長丁場になりました。普通の産業現場では、時間外勤務が月100時間を超えますと、過労死が増えるというようなこともありまして、医師の面談をするというような制度もあります。そこで、管理職も含めて、できれば月100時間未満ぐらいの時間外勤務に抑えられるといいのだらうなと思ひます。ちょっと現実には100時間といたらなかなか難しいとは思ひうんですが、青天井ではなくて、一定の管理ができるといいなと思ひます。また、個人的には、睡眠時間と血圧値ぐらいを毎日職員についてモニターしているとか、必要があったらドクター・ストップをかけるとか、そういうことも必要ではないかと。

全体的には、もう一つ、次シーズンに向けて国民のワクチン接種済みの割合の向上が重要だと思ひます。

以上でございます。

○金澤座長 ありがとうございます。

スペシフィックなクエスチョンはございますか。

よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、続きまして、小野さんお願いいたします。

○小野特別ゲスト 私は成田空港検疫所内の検疫課に基づいて説明させていただきます。資料4を見ながら聞いていただきたいと思います。

我々は4月28日に新型インフルエンザに関するガイドライン、検疫に関するガイドラインに基づく対応を行いました。それで、1日約4万人の来航者全員からの質問票の徴収、及び1日平均約37便の機内検疫を含む検疫等を行いました。まず第1に、急な対応だったために、準備時間の不足がありました。具体的には、対応開始当初は、ほとんど近くの検疫所からの応援のみに限られていたために、人手が非常に足りませんでした。そのため、機内検疫では、検疫開始までかなり待たせる等混乱しました。また、5月からは応援者も増えて、1日に200人ほど増えましたが、検疫所からの応援者は約4割で、自衛隊以外は1日～3日という短期間の応援者が大半を占めました。応援者の多くは、検疫業務経験がなく、検疫法や検疫業務について毎日説明を行う必要がありました。また、空港内はセキュリティの関係もあり、各種許可証の準備や検疫現場の案内等、応援者対応にも人手を要しました。応援者を含め、検疫業務従事者が感染し、国内に持ち込むようなことがあってはなりません。今回はやむを得なかったとはいえ、入れかわり立ちかわりの応援体制は感染対策上も好ましくなかったと思っています。

また、感染対策に関していろいろ言われていますが、機内検疫では、機ごとのガウン交換を行ってはいませんが、検体採取に対応した医師・看護師のPPEはその都度交換していました。また、今回使用しました質問票については、新たに印刷する必要がありました。1日の質問票は約4万枚。航空機に積み込むためには、さらに45万枚が必要になります。コピー機での印刷対応であり、人手と時間を要しました。ちなみに、連休直前であり、印刷業者が休んでいたり、電話も通じない状態で外注できませんでした。また、質問票・健康カードが度重なる変更が行われたため、質問票に発生国とその他の国を複数種類存在するのもあり、一層混乱をしました。また、乗り継ぎ客の扱い等まだ定まっていないところもあり、疑念が発生するたびに本省に聞く必要がありました。

次に、今回は、想定を超える発生国からの来航便数のために、様々な問題が生じました。ガイドラインでは、発生国からの便はオープンスポットで機内検疫を行うことになっていました。発生国にアメリカ本土が含まれ、機内検疫対象便数が1日30数便と多く、さらに午後の3～4時間に集中したため、オープンスポットで検疫は困難でした。オープンスポットどころか、限られたスポットに集中させることもできませんでした。スポット・コントロールができなかったため、機内検疫で問題が生じたほかに、検疫の終了した北米からの乗客と、これから検疫を受ける人が混在し、混乱に拍車をかけるとともに感染拡大のリスクを高めた可能性があると考えています。

ちなみに、来航便数に関する事で、4月28日に外務省が、海外感染情報を出すとともに、メキシ

コに対する査証審査免除の一時停止を行いました。来航者数が減少することはなく、逆に来航便数は5月5日より多くなりました。また、機内対応等の主な問題として、機内検疫、プースの検疫に時間がかかることから、不満が頻発し、さらに乗り継ぎ等の問題が生じました。そのため、暴動になりかけたり、暴力事件になりかけたことも何度かありました。また、機内検疫時に症状を申告せず、検疫終了後に健康相談室の方で症状を訴える乗客や、質問票の記載を拒否する等、非協力的な乗員・乗客がいました。特に一時待機（隔離は削除）・停留に関しては、乗員の対応に苦慮しました。また、国内発生後は、患者確認、隔離・隔離解除基準は、国内対応と異なる状況が生じ、同じ病院でありながら検疫所からの患者と自治体からの患者で隔離解除基準の違いがありました。また、隔離患者家族から、県では隔離してないのにというような形で苦情・批判が出た事例もありました。

今回の対応で感じたことですが、簡易キットでA型で陽性となった場合に、患者さんが隔離されたわけですけれども、その際に、同乗者が一時待機したわけですけれども、そうした一時待機した方々に対して、非常に迷惑をかけたというふうな意識が非常に強くありました。機内検疫に症状を申告せずに、その後に健康相談室で症状を申告する人や、さらに、入国後にクリニックを受診する人がありました。自分が隔離されることや、同行者、周囲の人が一時待機させられたり、停留させられるというようなことで、迷惑をかけることを懸念したためと思います。こうしたことが正確な申告をしない、もしくは自分はそうではないと思ひ込みたいというような心理が働くこともあるのではないかと思います。検疫が、自己申告による部分が大きい以上、正確な自己申告を行いやすいような状況、それから、検疫体制が望ましいのではないかと考えています。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。現場のお話をいただきました。

御質問はございますか。

よろしいですか。大変クリアなお話だったと思います。

さて、次は金田さんお願いできますか。

○金田特別ゲスト 全国保健所長会ということで出ておりますので、保健所の現場からということで、今回3つ言われた中身について御説明させていただきたいと思います。資料は5でございます。

水際対策につきましては、保健所は現実に行いましたが、今、小野課長の検疫所のお話でしたが、健康監視を受け持っております。検疫所からの通報による健康監視でございますが、情報が来るのが、2日間、48時間以上と遅かったということ。今、検疫所の方が本当に大変だったところで、健康監視の情報は、例えば東京都の場合は、検疫所から、成田の方から東京都にいただいて、その東京都でまた31保健所がございますので、それを分けていって、それも大変だったと思っております。

私は東京都の荒川区の保健所でございますけれども、特別区の中では少なかった方でございますが、検疫所から連絡が来まして、住民票があれば、区在住の人は住民票がある方は、住民は見れますので、まだ何とかなったのですが、ホテル等の短期滞在者、特に外国人への健康監視は、現実問題としてはほとんどできなかったというか困難でございました。特に都内の中心部で大規模な中央区とか港区とか千代田区とか新宿区とか、大きなホテルがあったところは、保健所ですから一生懸命やりましたが、かなり難しく、ホテルと協力して、外国語、英語バージョン、それ以外のバージョンもつくりまして、

申告をしていただくというような形になりました。

このとき、保健所では健康監視だけをやっていればよかったんですが、当然そうではございませんので、対策の全体として、まず発熱相談を4月26日（日）からずっと連休中もずっと開けておりました。まず、発熱相談を受けている。また、その中でもし健康監視以外の人でも、発熱外来に行く方がいれば発熱外来、あるいはその方にもしかなり可能性があればPCRの検査もする。PCR検査は8時間後にはわかると。そういうようなこともしておりましたので、現実には非常に人員が不足しました。

今回の場合は、結果論からすると、結局、私どもの区でも、6月になってから患者さんが何人か出ましたが、健康監視の人よりは、実際に自分が心配だといって、発熱だという人はともかく御相談をと言っています。その中から患者さんは実際には見つかっておりますので、これだけ多人数をするシステムには少なくともなっていないので、それはもう検疫所・マスコミ等を通じて周知して、発熱のある方は御相談をということで、現実にはよかったのかなと思っております。ただ、この検疫のシステムをもっと有効にできると思いますので、そのためには保健所と検疫所からの迅速な情報伝達が必要かなと思っておりますが、それは構築中ということでございますので、それを待ちたいと思います。ただ、今回のような、特に海外でアメリカとかかなり大規模に帰ってくるというときには、ホテルとか旅館業と前もってかなり綿密な連携、逆に言えば、そちらからの情報をということは非常に重要だったんだなと思っておりますのでございます。

次に、公衆衛生の問題でございますが、患者さんが発生したときに積極的な調査をして、患者さんの家族の方、あるいは関係者ということでかなり調査をいたしまして、そして、その方たちにも注意をして「1週間自粛をしていただきたい」というようなこともかなりお願いしましたが、現実の問題として、特に6月中旬に立て続けに5人ぐらい患者が毎日出てきますと、保健所の現場としては、家族内で済めばいいのですが、大学生が出てくると、本当に接触者が多くて、アルバイトをしていて、そのアルバイトの関係者だけでも、シフトがあるから何十人とかとなってくると、本当にそこまですべてを自粛していただくのは非常に難しいというのは、現実には患者調査をしていて難しいところではございました。

教育現場での学級閉鎖は、荒川区の場合ですと、夏休み前に少しありまして、あと、9月になってからもほとんど毎日のようにありましたが、それなりに効果はあったと思います。ただ、同じ学校で何回も学級閉鎖を起こしているところもございました。

それから、テーマとしてサーベイランスですが、従来からのサーベイランスはきっちりと全国どこでも保健所、感染症研究所という形でのサーベイランス・システムは平常時からできておりましたので、今回もある意味ではいろいろな情報は取れたのかなと思っております。ただ、新型インフルエンザの病原性が明確になってきた時点でのサーベイランスの変更が、現場の感覚とは随分ずれていて遅かったということがございます。6月ぐらいから海外の帰国者も出てきて、そのうち小学校・中学校で起きてくるというときには、はっきり言えば、もうほとんどどこで起こってもおかしくないという状況で、都内の保健所の活動で言いますと、夏休みは、都内の大学生が部活動で新潟・長野・山梨県等に合宿で行ってございまして、そちらでかなり出てございまして、そちらの県の保健所はこれにすぐく

追われていて、また、帰ってくるからと東京都の保健所にも御連絡をいただいていたのですが、もうあっちもこっちも、そんなに細かくやれないというようなところがありました。集団クラスターが頻発してくるので、そうなってくると、調査は確実にはできなかつた。それから、サーベイランスと感染症のところでございますが、それは保健所の弱点でもあると思うんですが、同一保健所管内に住所がある場合はいいんですが、そうでない場合はかなり連絡等が大変でございました。特別区の中だけで見ても、私立の中学校・高校を入れると、関係者だけでも10区ぐらいになりまして、その連携をとるのが非常に大変だったということがございます。

サーベイランスだけではないのですが、ちょっと感想になるんですが、保健所の職員、本当最初の2か月ぐらいは土日もなく、毎日9時まで開けてやっておりましたし、それ以外の時間は都庁の方に応援で電話相談等も出しておまして、必要な対策を行うことによって、みんなが大変でも本当に身を粉にして頑張っておりますが、医学的にほとんど無意味と思うようなところが、法律だからとか、指針がまだ改定されないからという理由で実施することには徒労感が非常に強かったところがございます。既存の法定の定点サーベイランス等がございますので、それをもとにしたサーベイランスをつくっていただけるのが有り難いと思っております。今回の新型インフルエンザ対策では、サーベイランスも含めて政府の切り換えが速やかに行われる必要があります、その辺も含めた制度構築をしてほしいと思っております。医師会の先生にしましても、私ども公衆衛生担当にしましても、今はいろいろな情報がどんどん入ってきますので、なかなか日本のデータが出てくるのが非常に遅く、海外の情報の方が結構早く取れるというようなことがありますので、その辺の情報を、特に医学的な情報を速やかにいただける体制が今後に向けては必要かなと思っております。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

クエスションはいかがですか。

よろしいですか。

では、次に小西先生よろしく申し上げます。

○小西特別ゲスト 本日は、水際検疫の応援に実際に参加した者として、その感覚とそれに基づく提言を中心に発言いたします。レジュメの2ページ目の下に四角く囲んだところがありますが、それに沿ってお話をさせていただきます。そのほかは、現場の者たちの生の意見でありますので、後ほどゆっくりお読みいただければと思います。

まず、「仕事の意義」ということで、①水際検疫の必要性をグローバルな視点から説明し、指揮してほしい。参加した者は、我々もWHOや国立感染症研究所の情報を見ておりました。特に、例えば5月16日に渡航歴のない国内感染者が確認されたり、その後は、検疫の縮小はまだなんだろうかという感覚で仕事をしている者が多かったというのが現実でございました。また、決して批判するだけのことはございませんが、マスクミ等を含めて、機内を含む検疫業務不要論みたいなものが流されてまいりますと、現場のモチベーションは非常に低下しておりました。

事前の準備といたしまして、②の必要な応援人数を事前に考えておくことをお勧めします。余分な応援は現場に混乱を来しますし、派遣元の病院には非常に大きな負担をもたらします。4月30日に突

然言われて行ったのですが、そういうことに応えられるのは、院長・副院長や看護師長みたいな、本当の現場の人間はとても出せません。ただ、中盤以降は、土日には非常に応援者がたくさん来たのですが、この辺は来た者が多過ぎて、交通整理が大変だったり、何もせずに立っている人がいたりして、せっかくの人間をもう少し上手に使った方がいいというのが現場の感覚でありました。特に、発熱外来を設置している病院は、中盤からは、そっちの方の仕事が大変でしたので、とても行けないということが現実には起こっておりました。

③の、事前マニュアルを作成し、応援者に求める業務内容がはっきりしておくこと。これは医師にとっては、検疫の方から非常に十分な説明をいただきました。ただ、看護師さんや事務系の方は、マニュアルやカードなど、外国人と直に接する方が多かったものですから、こういうものをつくっておいてほしかったと、そういうこともございました。

「応援者や職員などを守る姿勢」これは、私たちあるいは検疫の方々を守るという意味も少し強めておく必要があるかと思います。発症 24 時間前から、潜伏期から感染力があることは知られておりますので、明らかな感染者・発熱者がいないとしても、感染している可能性がやはりあるわけです。そういう意味での PPE 配備とか、いろいろなものに対する配慮が要ります。検疫ブースで我々は初期のころだけでしたけれども、擦式手指消毒がなかったりしましたので、私たちはどうしたら良いだろうと思いついてやっておりました。とともに、医師への案内には、「白衣持参」と書いてあったり、看護師さんの案内にはブレザーを着て来いと書いてあったりして、これはスタンダード・アプリケーションという考え方からして一体どういうものかとちょっと悩みました。率直な意見で大変失礼いたしました。

次に「応援者の組織づくり」ですけれども、応援者は医師や看護師などのプロフェッショナルの集団でございますので、終わった後に日々フィードバックを行うシステムをつくっておいた方がいいのではないかと思います。ちょっと言い方はきついかもしれませんが、応援者を単なる駒と見なさずに、是非活かしていただきたい。そういう意思を持って来ておりますので。例えばこれは 1 例でございますけれども、先ほどの乗員のパイロットの方たちが長い列を待たされるということで、いろいろな不平・不満が出たりする。そういうことがありましたときに、そのレーンを少し開くことで対処ができるのですが、そういうことをしようとする、そういうことは前例がないからやめろと言われてたり、（これはけんかではございません）ということがあったりして、なかなか難しいところございました。勿論、検疫の仕事だけではなくて、入管の仕事とかいろいろなことがありますけれども、私たちの意見を聞いて今後改善していただけるシステムがあると、応援している者のモチベーションも上がるということです。

ということを踏まえて、「検疫官の業務改善」は、これは私が申し上げることではありませんが、是非、検疫官にはリーダーとしての仕事がたくさんあると思います。しかし、見ておきますと、特に機内検疫に当たる人たちの苦勞は、我々はたで見ていると本当に大変そうで、気の毒としか言えません。この疲勞を見ておきますと、検疫官の皆さんがこの疲勞が極大するようなやり方では、我々も応援に行っただけがありませんでしたし、是非、上手な応援者の仕事の振り分けをお願いしたいと思います。

4分になりますので、サーベイランスについては一言だけ。現場は発熱外来の運用や問い合わせの対応や、PCRの患者への連絡など、非常にたくさんの方に追い回されておりましたので、是非とも、簡潔明瞭な通知にしていきたい。行政の前置きとか、ああいう文章をできるだけ削減していただきたいというのが正直なところでございます。

ありがとうございました。

○金澤座長 ありがとうございました。

御質問はございますか。

よろしいですか。頷いている方が多いようですが。

それでは、続きまして、笹井さんどうぞ。

○笹井特別ゲスト 資料7に沿って、都道府県／全国衛生部長会の意見として説明を申し上げます。

まず、水際対策の課題ですが、私どもは大阪府と関空の間では密接な連携がありましたが、5月9日に成田空港で確認された大阪府内の高校生の件につきましては、成田空港との連絡体制が非常に不十分だったことがありまして、把握ができませんでした。それによりまして、大阪の地元が大混乱を起こしたという問題がありました。

次に健康観察ですが、大阪府の保健所で約5,700名をフォローアップしましたが、9%と連絡がとれませんでした。対象者は健康観察この意味を理解しておらず、協力を得られないという場合がございます。結果としては、感染者は把握できませんでした。保健所では、この対応に労力と時間を割き、一方で、感染者の指導、家族への指導がありましたが、そういった業務への影響が出ております。5月16日に渡航歴のない患者の感染が確認されましたが、6月19日の指針の改定まで検疫の体制の見直しが行われませんでした。これは問題だと思います。

今後の対応策ですが、検疫所と自治体の連携体制の充実が必要です。国内で感染が確認された時点で、速やかに国内対策に重点を切り換えるべきではなかったかと思えます。健康観察については、入国時に検疫所でしっかりその趣旨を周知する必要があります。ウイルスの感染力・毒性に応じて、健康観察の内容・頻度を、方法を柔軟に変更する必要があります。外国人入国者、これは非常に苦労しましたが、人数的に見ても、国の地方厚生局、検疫所で一元的に対応する必要があります。

次に下ですが、「公衆衛生対策・サーベイランス」です。

まず、一斉休校で一時的に拡大を抑えられましたが、半面、風評被害の一面、あるいは社会生活・経済活動に大きな影響がありました。サーベイランスについてですが、初期の段階で集団感染を把握すべきクラスター・サーベイランスが機能しなかったという問題。それから、結果的には、症例定義の海外渡航歴に縛られ過ぎていたという課題があります。また、感染者が多数確認された後も、7月23日まで疫学調査とPCR全数検査が継続され、これは地方衛研・保健所で非常に大きな負担になっておりました。

対応策ですが、まず、学校閉鎖、イベントの自粛は、ウイルスの状況に応じて一定の指針をつくる必要があります。それから、全国一律に発生するわけではありませんので、各自治体がそういった一定の基準に基づいて、範囲とか期間を適切に決めていく必要があります。

次にサーベイランスですが、これも各種サーベイランスをどの時期に導入して、いつやめるか。こ

れはその地域の感染状況等を考慮しないとできないわけで、その実行については、地域の状況に応じて各自治体が判断できるようにすることが重要と思っています。実際のサーベイランスの実施につきましては、医療機関、保健所、自治体が非常に大きな負担を抱えますので、より簡便で使いやすい運用、迅速な運用がシステムに改善するべきと思います。

各種対策については、全国一定レベルを確保しつつも、ウイルスの性状等に応じて、現場の状況に即した対応となるべきで、各自治体、保健所等の意見を尊重して柔軟に公衆衛生対策を行う必要があります。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

何か特別の御質問はございますか。

よろしいですか。

それでは、続きまして、8番目、武田さんお願いします。

○武田特別ゲスト 今日は、御報告の機会をいただき、研究所として誠に有り難いと存じております。まずお礼を申し上げたいと思います。それでは、お手元の資料8に沿いまして、要点を説明させていただきます。

まず、1.の「概要」であります。

この研究は、昨年5月以降の新型インフルエンザの感染の関西経済への影響と、これを検証したということであります。影響を金額ベースで可視化するというので、今後の同種事例へのきめ細かな対策への参考になるだろうということで進めました。

主として、観光・レジャーを差し控えた影響が出ていると思います。2.の「分析のフレームワーク」を紹介してみたいと思います。まず1つが、修学旅行のキャンセル被害額。これは国際観光旅館連盟の被害額状況調査では24億円と言われておりますので、それによっております。世帯の損失額は、アンケートからの集計でございます。アンケートは、昨年8月に行いまして、対象は、関西にいる人500人、関西以外の人500人で、ショッピングとか、旅行、外食、レジャー、あるいは文化活動を取りやめた人もいろいろあると思います。また、どれぐらいの金額でそれを差し控えているのかといったことをもとに世帯あたりの損失額を推計して、全世界帯に拡大するという手順を踏んでおります。支出項目別の損失の実額を集計したものがこれでございます。金額はここには書いていませんが、1,285億円という推計値が出ています。右の方のグラフにもそういう数字を書いています。この直接効果をもとに関西地域の地域間産業連関表から、産出額ベースでどれだけの損失があるかということ推計いたしました。これが2,383億円。これを雇用に置き換えますと、18,000人強ということになります。ただ、これは実際これだけ失業が出たというのではなくて、自宅待機とかそんなことを換算すればそうなるでありましょうということでもあります。アンケートの結果は、その下の※に示したとおりでありますので、説明は省略します。

右の3.「分析結果」でございます。ここにまとめてありますが、棒グラフで表示した新型インフルエンザによる経済損失ということで、左から、直接効果。これは1,285億円。棒グラフが3つに分けてございます。一番下が645億。これが関西における損失額。その上のちょっと多いのが616億、こ

れは関西以外の方。24億は修学旅行の損失額です。これに対して、先ほど言いました産業連関表を使いまして、生産減少額は2,383億円ということでございます。さらに、一番重要なのは、国民所得統計におけるGDPの地域版のGRP、付加価値に換算しますと、これが1,312億ということで、これは関西の域内の総生産が大体85～86兆円ございますので、大体0.15%という規模になります。ただ、これが5月の1時点ですごったことを考えますと、心理的なものを含め、瞬間風速的には大きな痛手をもたらしたと言えるのではないかと思います。その下の中段は、雇用喪失を府県別に見ました。経済規模見合いですので、大阪が当然一番大きいということでございます。最後に、産業別の影響の試算でございます。一番下です。これはそれぞれ産業毎に被害額を算出額で割ったものであります。民間生産額に対する相対的な大きさを見るということになりまして、上から、旅館・宿泊所が年間生産額の2.43%、鉄道輸送が2.06、衣服・繊維既製品、これは買物については1.31%、輸送で道路が0.79、航空輸送は0.67と、以下、娯楽サービスと続くわけでありまして、産業は実際に100ほど分類されてきて、ならずと0.15%という規模であります。特に宿泊施設、観光関連産業、ショッピングへの打撃と、瞬間風速的には相当大きかったということがわかります。ちなみに、これがどれぐらいになるだろうという話になりますと、自然災害時の保険金の支払というデータがありますので、それと比べてみますと、実は2006年の台風13号が、家屋の被害が13,000棟で、保険金の支払額が1,219億でございます。実際に保険金が払われているかどうかはわからないので、評価額であります。それと同じぐらいの震度はあったということでございます。

以上、経済的影響を我々なりに試算しましたところ、一時的には非常に大規模なものであったということを指摘しておきます。

以上であります。

○金澤座長 どうもありがとうございました。大変ユニークな御発表でありました。

どうぞ、御質問を。

○岡部構成員 情報センターの岡部ですけれども、経済方面は全く疎いので、新鮮な感じがしながら伺っていたのですけれども、なかなか対比するものがわからなくて、最後の台風13号との比較ということで、大体そういうもので経済損失の規模はわかったのですけれども、このぐらいの規模の経済損失だと、どのぐらいたつとリカバーするものなのか。あるいは例えば倒産とかそういうものに影響を与える程度のものであったのかどうか、その辺はいかがでしょうか。

○武田特別ゲスト 実際にヒアリングをやって、経営相談をやったという例は聞いております。リカバーということになるかどうか、これは短い期間での0.15で、四半期という期間で0.15だとすると、これを年率換算しますと、0.6%ぐらいの感じになると思います。1年間こういう状態が続けばということで非現実的ではありますが、0.6%といえば、今の日本にとっては成長率が0とかマイナスですから、相当時間がかかるという形になるかと思えます。

また、これは医薬品業界のプラスとか、別の面でのプラス部分もありますから、その部分は乗せる必要があるかどうか、そこはよくわかりません。それから、このボリューム自身が、業種によって、いわゆる風評の当たる部分で拡大された面があるという声はヒアリングの中で聞いております。外食で大体30%ぐらい減になったわけでありまして、そのうち2割は、つまり20～30%のうち10%

は実際にやむを得ないと思うけれども、20%ぐらいはいろいろ消費者の心理的バイアスがかかっているというのが外食産業の現場からは聞かれた話でございます。そういう意味で言ったら、どれぐらいでリカバリーということですが、それ以前に、外食の機会の短縮などの風評被害の縮小に向けた情報提供体制、あるいは柔軟な終息へ向けてのステップが必要だろうと思いますし、あるいは最低限の経済活動という意味で言えば、先ほど来、検疫の問題も出ていましたけれども、カーゴ便について、限定する人たちが扱う場合については、例えばこれまでどおりではなく、除外したり、検疫体制をしっかりとるところはカーゴ便だけは動かすことも考えていいのではないかと。そういったことがリカバリーを早くするのではないかと考えています。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

○岩田構成員 2002年から2003年にSARSが流行ったときに、北京も経済的な被害を受けて、モンスターみたいになったんですが、私みたいに経済の素人から見ると、中国は大過なくうまくリカバーしていると思います。そういったSARSの被害を物価とかと勘案して比較して、日本がこういった昨年新型インフルエンザの被害が、感染症の被害、国際的に見て、相対的にどうだったかというデータはありますか。

○武田特別ゲスト 残念ながら、それは我々は知りません。

○金澤座長 大事なポイントだと思います。どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、濱田さんお願いいたします。

○濱田特別ゲスト 資料9をお願いいたします。発生当初の学校臨時休業等の対応につきまして御報告をさせていただきます。

兵庫県新型インフルエンザ対策本部の検証委員会というところで、社会活動の制限と学校の休業等をまとめております昨年の9月の資料でございます。そこから抜粋をしております。兵庫県では、5月16日、神戸市内の新型インフルエンザの感染が確認されまして、休業措置を行いまして、学校現場では少なからず混乱が生じております。

1の今回県としては、県の対策計画を改定したり、県立学校等における対応行動計画 Ver. 1を5月1日には策定をいたしました。

その後、(2)でございます、県立の高校生であったことから、範囲を県立高校の学区単位での休業という措置をとらせていただきました。16学区がございましたが、5月16日には、区域というところをごらんいただけましたら、神戸第一・芦屋学区、そして、その下の欄、神戸第二学区、そして、5月17日には加印学区、南但学区、その下でございますが、神戸第三学区、阪神地区、明石地区、そして、5月18日には北但、そして、下から2つ目の欄ですけれども、5月18日(月)は全県の学校を休業という要請をしまして。そして、1週間をめどと考えておりまして、5月23日(土)に全面規制から、施設単位の学校単位の休校ということで移行させていただきました。

2ページへ移らせていただきまして、その休業に伴う影響としましては、学習の遅れ、電話、その他訪問による生活指導や学習指導、そして、授業不足に関することにつきましては、夏休みや学校行事の工夫、修学旅行等の中止・延期につきましては、業者にも免除もしくは延期ということで対応をさせていただいております。

現場の状況としましては、「・」の1つ目ですけれども、多くの報道機関が学校に押しかけまして、現場では、学校に対して、個人名の開示の要求や患者本人の取材申込、一部行き過ぎたことも見られております。

2つ目の「・」学校サーベイランスといたしまして、生徒・教職員・同居者の健康調査を実施いたしました。

3つ目は、部活動の交流が多ございましたので、学校の対外交流活動は禁止した。そして、ペットボトル等のことも若干気になりましたので、そういう注意喚起もしました。その一番下ですけれども、休業期間中に生徒が外出するということもございましたので、生徒指導担当教員を中心に、全県で巡回指導の実施をいたしました。

5月23日以降の対応ですけれども、10名以上のたくさんの患者が発生した学校は、引き続き7日間。「・」の2つ目です。それ以外の学校につきましては、新しい患者が発生したら7日間という期限を切りました。そのときの基準としては、イに記載しております基準を臨時休業の基準として設けまして、原則7日間、学級閉鎖は複数名が発生したとき、そして、クラスの10～15%に達したとき、学年閉鎖は複数クラス、学校閉鎖は複数学年という形です。しかしながら、9月になりまして、学校機能も、2回目3回目の学級閉鎖とか出てきましたので、9月、11月に改定をしまして、できるだけ個人の出席停止、学級閉鎖に沿うような改定をしております。それから、一番下の(a)(b)(c)(d)ですけれども、臨時休業のときの生徒たちへの注意事項、こういうこともしっかり徹底していくということもさせていただきました。

3ページへ行かせていただきまして、評価としては、効果があった、有効であったというのは、一律休業をやりましたので、県内の患者発生数は急激に減少して、一定の効果があったと考えております。しかしながら、解決すべき課題としては、面的規制の基準ということで、今回は、高等学校の学区でございましたが、規制内容の徹底に時間を要した。それから、イで、一部市町と連絡がうまくいけなくなり、混乱があったこともございました。しかしながら、規制単位としては、県立学校の学区単位でしたけれども、よその市町と交わる学区がございまして、一致しない(市内を変換間違いがございまして「しない」に直してください)地域が生じました。それから、エで、校区のない学校。私立学校とか、一部の公立学校でも、全県1区という学校もございます。そういうところは、なかなか校区単位の規制、カバーが難しかった。長期休業の限界ですけれども、1週間が、学習指導・生活指導の面でも限界との声が強くございました。カの経費補填でございますが、修学旅行の延期・中止による取消、給食のとりやめ等によりまして経費の負担は若干問題として、課題として出てきております。キの感染ルートの拡大防止につきましては、今回、新型インフルエンザの感染者とその家族が特定されましたので、その下迅速な濃厚接触者の把握とか、感染拡大の防止は不可欠であったほか、高校生に対しても啓発をよくやりました。休業中の感染防止についても、休業中に生徒間の接触がありましたので、そういうことについては慎むようにということもさせていただきました。

以上、学校の対応につきましては、以上ですけれども、先ほど御案内ありましたように、兵庫県では、6月3日に「安心宣言」を出させていただきました。しかしながら、経済的な打撃は5～6月強うございました。そういうことも学校の裏ではあったことも付け加えさせていただきます。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

スペシフィックなクエスチョンはございますか。

よろしいですか。

それでは、プレゼンテーションの最後になりますが、吉村さんお願いいたします。

○吉村特別ゲスト それでは、最後の特別研究事業「新型インフルエンザ対策における検疫の効果的・効率的な実施に関する研究」の総括をさせていただきます。

内容につきましては、今まで御説明いただいた各報告者の方々と大体同じようなことでございますが、今まで報告がなかった点について御報告させていただきたいと思っております。

まず、全体的には、海外における検疫体制。それから、右側の日本における検疫体制について調査をいたしました。海外における検疫体制の中で特筆すべきはニュージーランドでございます。ここは特別に検疫機関を置いていませんで、今回の新型インフルエンザのスクリーニングは自己申告だけのところがございます。それから、香港は、日本と同じような形で大体やられております。

日本における検疫体制でございますが、これは全体的に4月28日～5月21日まで検疫の対象となった便数は907便。乗員乗客数(延べ)約22万人の人を対象に検疫がなされております。その中で、迅速診断の検査をしたのが617件です。全体で言いますと、対象者の0.3%になります。その中から、検査で陽性になったのは、検査をした人の中で約1.4%でした。その中から確定患者として見つかった者は4名です。したがって、全体の母数からいきますと、20万人で4名ですので、大雑把に言って10万人に2人の確率で確定患者が発見されたことになります。

実際の検疫の課題は、いろいろお話がありましたように、臨時増員による課題とか、BCPの問題とか、それから、スクリーニングのセンシティブィティの問題などいろいろございますが、それは個々の課題でございますので、ここでは詳しくは述べないでおきます。

全体的に機内検疫の実施期間中、すなわち、4月28日～6月18日までに入国・国内発症した147例。これはそのときまでの患者数は約1,009名と記されておりますが、その中の147例がいわゆる渡航歴があつて、国内発症をしたというもので報告を受けたものでございます。それで、検疫時に感染性を持っていた患者で、半分は検出が不可能ということでございます。

それから、下の表でございますが、今後どういうふうなことが必要かということをし少し並べましたが、まず、情報でございます。左側の上を書いておりますことも、各国の情報、これは当たり前のごとでございますが、今回、一番大変であつたのは、検疫現場からの情報がどのように意思決定者にうまく伝わっていくのかというこのスピードでございます。ペーパーでいろいろな形で現場情報が伝えられているわけでございますが、これを将来的にオンライン情報システムみたいな形がうまくとれると、検疫の情報であれ、地方からのいろいろなPCRの情報であれ、もう少し迅速に中央に集められるのではないかとというのが一つの提案でございます。

それから、状況が把握できれば、あとは柔軟な対応ということでございますけれども、その意思決定は、先ほどお話がありましたように、非常に難しい点があつたのかなと思っておりますが、これがかなり現場の情報と乖離があり、現場の対応が非常に難しくなつた。現状把握と意思決定の時間間隔を短

縮できれば良かったのではないかなとは思いますが。現場の話はいろいろ聞いておりますけれども、意思決定の部分は、そのところが今後の一つの課題ではないかと考えております。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほどお約束のように、もうお一方の遠いところにいらっしゃる参加者、ユトレヒトの西浦さんの発表を、岩田さんから説明をお願いします。

○岩田構成員 資料 11 をごらんください。前文は飛ばしますので、後でお読みください。

1 点目は、会議内で「検疫」及びその「有効性」の定義を明確にして言及すること、です。検疫は、ラテン語圏が意味する停留に加え、Entry screening と称される入国時検査を含みます。入国時検査は、さらに機内検疫や健康申告書の記載、サーモスキャナーによる発熱スクリーニングなどに分類されます。有効性について言えば、感染者個人レベルの発見効率を意味する効能 (efficacy) と集団レベルの予防効果を意味する効果 (effectiveness) をハッキリと区別する必要があります。そのため、「検疫の有効性」の言及に際して、発病者の発見効率、すなわち効能のことを語るのか、接触者の発見を含め効果のことを語るのか、あるいは日本国内での流行発生の確率を減らしめる効果や流行が開始する時刻の遅れを期待する効果なのか等、細部を明らかにすべきと思います。これは「水際対策の効果が限定的である」という単純な言及は生産的ではないと思うためです。例えば、機内検疫でさえ、場合によっては十分な集団レベルの効果が期待できますから、検疫の中でどの対策に何の有効性があるのか明らかにしつつ議論することが専門家に必須だと考えます。

2 点目として、私の一連の研究でえられた疫学的な知見について説明します。

パンデミック 2009 流行当初に日本で実施された Entry screening の有効性に関しては、会議資料の論文のうち、和文雑誌「科学」の中にまとめました。結果を短くまとめますが、入国時検査による感染者発見の効能は図 1 にあるように 3 割未満と推定されます。ここで効能とは、全感染者中の 3 割未満しかスクリーニングで捉えられない、ことを意味します。感染しても潜伏期間中に入国する者がいますし、あるいは感染しても発病しないまま経過する者がいるためです。少なくとも 7 割以上、より正確には 8 割 5 分以上の感染者が捉えられずに入国したはずであり、このことは部分的に国立感染症研究所の実証研究によって確認されました。また、集団レベルの効果に関して言えば、流行が発生する確率の相対的減少は (対策のない場合と比較して) 10% 未満と推定され、さらに、流行が開始する遅れをもたらす効果は半日間も期待できないものと推定されます。Entry screening によって統計学的に有意な効果をもたらされないことは、会議資料 BMC Infectious Diseases 誌 (2010 年) にある世界各国の観察データの分析でも実証的に明らかにしました。

「科学」の論文内にも書きましたが、私は流行前から停留期間の決定など、検疫に関する研究を実施してきました。一連の分析を通じてわかることですが、「全ての入国者を少なくとも 9 日間以上」停留しない限り、水際対策で新型インフルエンザの国内流行の発生を防ぐことや、遅れ効果を期待することは原理的に不可能です。このことから、任意の政策判断によって停留期間を (10 日間から 7 日間などへ) 短縮することは、流行抑止効果や遅れ効果を期待する上で理論的には支持されません。

最後に 3 点目ですが、今後活かすべきこととして、3 つの提言をまとめます。

1つ目は、パンデミック 2009 を除く感染症を含め、単純に全ての水際対策の実施を否定してしまわないよう注意することです。感染症によって伝播能力や毒性が異なりますから、日本国内での流行を防ぐ意欲は自ずと異なると思います。また、極端なマンパワーを必要としないのであれば、水際対策を実施すること自体は否定されることではなく、現に効果はゼロではありません。パンデミック 2009 の水際対策（特に機内検疫とそれに基づく部分的な停留）が費用や人員を必要としなかったのであれば、強く批判されることはなかったものと思います。今後のために、疫学的な流行の重大度の推定値に従って、検疫の詳細について意思決定を下す客観的基準を模索することが未来のために有用であると考えます。

2つ目は、検疫の本質的な効果を左右する停留の判断です。一連の研究より、水際対策の判断は極端に二者択一にすることが可能だと思います。1つの選択は、効能と効果の両方がきわめて限定的であることを承知の上で、費用やマンパワーを要さない Entry screening を実施することです。別の選択肢は、流行発生自体や流行開始の遅れを期待するために、国際協調の下で渡航者数を極端に抑制した上で、全ての入国者を停留して監視することです。昨年にはこの中間が模索されたと思うのですが、水際対策では中間をとることが極めて困難です。流行発生の予防や流行の遅れを期待するには「大規模な停留」という選択肢は残しておくことが必須です。成田空港周辺などで停留に様々な実践的問題を残したかもしれませんが、水際での阻止のためには、この選択肢を保持することが賢明だと思います。

3つ目は、機内検疫でさえ、一定の条件の下で、集団レベルで高い有効性が期待されることです。例えば、特定の航空機に限定して感染者が搭乗するような場合、そして、他の航空機には感染者がいない場合に限って、感染者の搭乗が事前に日本側に知らされていれば機内検疫によって接触者を探知することが流行抑止の効果を格段に向上させます。ステレオタイプに「機内検疫はパフォーマンスだった」と議論することは容易ですが、機内検疫のすべてを否定することは賢明ではなく、どのような特別な事例で有効性が期待され、その特例の際に本当に対策を実施すべきか否か、はっきりさせることが有益であると思います。

海外にいてわかることですが、日本ほどパンデミックの水際対策と真剣に向き合ってきた国はありません。本会議の成果が、未来の検疫に有効に活かされることを願います。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

ここにはお答えいただく方がいらっしゃいませんので、次に進ませていただきますが、これで一応プレゼンテーションは終わったわけでありますから、今度は事務局からデータその他の説明をお願いします。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 そうしましたら、資料 12 と参考資料 1 をごらんください。資料 12 は、主な論点について。このほかにもいろいろ論点はあるかと思いますが、事務局で主たる論点を御用意させていただきました。

1つ目。「検疫を行う必要はあったのかどうか」事実関係を真ん中に書いていますけれど、検疫の大きな転換点は2回ありました。5月22日と6月19日です。5月21日までは機内検疫・隔離・停留・

健康監視等を行いました。22日になった段階で、いわゆる機内検疫は原則やめています。事前通報時のみの機内検疫にしています。事前通報は実際はなかったもので、5月22日以降は機内検疫を行っておりません。停留もその段階で中止しています。それから、健康監視も、北米3国便全員の健康監視も中止しています。

次の転換点が6月19日で、隔離をこの段階で中止しています。それから、濃厚接触者の健康監視も中止し、質問票の回収も中止しています。その辺を参考資料1の2番のスライドに簡単にまとめてあります。その右の「基本的考え方」ですけれど、海外発生当初は、致死率が高い、または、不明だという情報でありました。その段階では、行動計画・ガイドラインに基づかずに新型インフルエンザ対策を行うことは想定はされておらず、その根拠もなかったことから、行動計画・ガイドラインに則って機内検疫、隔離、停留等の措置を講じました。

ちなみに、行動計画には、そこに書いてあるような記載があります。特にウイルスの国内侵入を完全に防ぐことはほぼ不可能であるということを前提として、その後の対策を策定することが必要である。ガイドラインも、国内での感染が拡大した段階で、状況に応じて検疫措置を縮小するとされてきました。

既感染者がすべて検疫で捕捉できないことを前提に、健康カードと言って、発症した場合の保健所等への電話連絡を記したカードですけれども、こういったものをすべての乗客に対して配布をしておりました。

下の※ですが、検疫によりウイルスの国内侵入を遅らせながら、その間に医療体制を整備することが重要なので、4月28日にはその体制整備を要請していたと。

結果、3月31日にデータについて宿題をいただいていたので、参考資料の3番から20番ぐらいまで検疫関係のどんな仕組みだったか、それから、何人検疫の対象にし、何人捕捉できたか、それから、何人の人材を投入したかとか、お手伝いは何人ぐらいいたのか、その辺のデータをお示しています。

資料12に戻ります。2ページ目。次の論点として考えられるものは「検疫をいつまで、どの程度行うべきか」概要は今大体説明いたしましたが、考え方として、先ほどガイドラインでは、国内での感染が拡大した段階で、状況に応じて検疫措置を縮小するとされていきましたが、多くの方が軽症で済むという報告もありましたので、5月上旬の段階で検疫の緩和について検討を開始しておりました。ただ、5月9日に機内検疫で初の隔離・停留のケースが発生して、その段階では、まだ検疫を継続するというふうになりました。そして、5月16日に初の国内発生を受けて、専門家からの意見聴取等をして、運用指針を新たに策定し、5月22日から機内検疫は原則やめる、停留はやめるという措置をとっています。そして、6月19日には、かなり世界的にも感染が拡大している、特に南半球で増加が著しいとか、国内での原因が特定できないような散発事例が発生していた。こういった状況もありましたので、感染拡大防止措置による封じ込め対応は困難だと。重症の患者に対して適切な医療を提供する、それを目指すという考え方に転換して、6月19日から、隔離・健康状態質問票の徴収、こういったものをやめております。

次に3ページ目ですが、論点「検疫の運用方法について更なる検討が必要ではないか」。今、特別ゲ

ストの方から多々御指摘いただきましたが、運用にはいろいろ問題があったのではないかと思います。まず1つ、空港集約等についてですけれど、実際には北米3国便が成田・中部・関西の3空港にしか到着しませんでしたので、空港の集約化を議論する必要は今回はありませんでした。

それから、非常に評判の悪い健康監視ですけれど、インフルエンザが急性呼吸器症状でありましたので、保健所から積極的に電話連絡等による日々の健康確認が必要と考えて、健康監視をお願いしてまいりましたが、かなり多大なる御負担を強いてしまったというふうに認識をしています。

検疫官のPPEですけれど、病原性が不明確な段階では、検疫官を守ることが必要ですので、高病原性を想定したような装備で対応してまいりました。

次に4番目。感染拡大防止対策ですけれども、特に「感染拡大防止のために行う学校の臨時休業について、その効果と経済的影響をどのように考えるか」これがまた大きな論点の1つかなと思います。ファクトとしては、先ほどのプレゼンテーションにもありましたが、5月18日から23日にかけて、小・中・高の臨時休業を、兵庫県・大阪府の全域で行った。

それから、9月になって、学校・保育施設等の臨時休業の基本的な考え方というものを示しています。

右上ですけれど、発生した患者が部活動を通じた交流や移動範囲が広域である高校生であったことから、ほかの小、中、高校の児童・生徒に感染を広げ、その方々が地域の主たる感染源となりうる可能性があった。それから、感染経路・感染拡大の程度が特定できていなかった、こういったことから、特定の学校等や学級の閉鎖にとどまらずに、兵庫県、大阪府全域での学校の臨時休業を要請いたしました。

その下には、今日お越しの押谷先生の研究レポートをベースにした一つの考え方として、「積極的臨時休業」とか、「消極的臨時休業」というものの考え方を9月の段階ではお示しをしています。

次に5番です。症例定義もいろいろ話題になりました。論点として、変更時期、症例定義そのものが妥当であったのかどうか。特に発生国への渡航歴・滞在歴、こういったものを症例定義に含んでおりました。この通知が4月29日に症例定義を定めて通知しています。症例定義は、米国の症例定義等を参考にしながらつくったわけですけれど、渡航歴・滞在歴を症例定義に含めた理由は、その2つであります。季節性インフルエンザの流行がまだ終息してなくて、発生国への渡航歴・滞在歴がなければ、多くの季節性インフルエンザの患者が新型インフルエンザ疑い患者として報告される。多くの疑い事例すべてにPCRを行うことが不可能だと。あの段階で、第16週、4月13日から4月19日で、大体インフルエンザの患者は20万人ぐらいいると推計されていたので、こういった方々をみんな新型インフルエンザ患者扱い、あるいはPCRをすべて行うのは不可能だったということで、渡航歴・滞在歴というものを症例定義に含めておりました。

症例定義で、途中で5月13日の段階で、「10日」を「7日」に変更したりもしています。

次に6番。クラスターサーベイランスの実施依頼。先ほどの症例定義とも関係しますが、症例定義に渡航歴が含まれていたがために、関西地域において大きな集団発生を来してしまったのではないかなという御指摘があると思いますけれども、4月29日の段階の症例定義の通知と同じ通知なんですけれども、その通知の中では、医療機関は原因不明の呼吸器感染症患者のアウトブレイク（集団発

生)を確認した場合に、都道府県へ直ちに連絡することと、このような通知が出されてきました。ただ、これは私どもの反省ではありますけれど、残念ながら、この通知は非常にわかりにくくて、そこに書いてあることを恐らく認識していただけなかった可能性があります。そのために、関西地域で大きな集団発生が起きてしまった可能性は否めないかなと思っています。

それから7番。論点は、全数把握も行ってまいりました。これについては、6月19日の段階で、先ほど大きな転換点が6月19日だったと申し上げましたが、いわゆる封じ込めをやめて、医療を中心にしていこうというのが6月19日でありました。この段階で、全数把握もやめようというふうにしたわけですが、その際、全数把握から、いわゆるクラスターサーベイランスの強化に転換するという方針を立てました。また、クラスターサーベイランスは耳慣れないというか、前もって準備があまりできていないこともありまして、ある一定の準備期間が必要ということで、その開始日は7月24日としたところであります。

あと、参考資料1は、先ほど、前半は検疫のこと、それから、21番は発熱外来の立ち上がりの状況であります。

それから、学校の休業関係は、22から都道府県ではどんな感じだったかというのもお示ししています。

それから、サーベイランスを32番以降付けてあります。

それから、3月31日の段階でお問い合わせがありました、198人の死亡について、36番のスライドですが、PCRを全数実施していたのか。PCRは183例実施して、実施していないケースが15例ございました。これは見つけたときには、割と近くにPCRで診断がついていたような方がいらっしゃった場合は、医師の診断を受け、必ずしもPCRを利用しないということで、新型インフルエンザによる死亡というふうも含めて、198の中にカウントしています。

それから、一昨日、国立感染症情報センターの方で、超過死亡について公表されておりましたが、その情報センターのホームページに載っているスライドを37番に付けております。約200人が超過死亡でありました。

38番は、関西地区で家庭内感染の率はどのぐらいかという御質問がございましたので、その関連の資料です。

あと、諸外国については、41番にデータの出所ということで付けております。

最後の42番は、致死率で、以前、川名先生が3月31日に数字を御紹介いただきましたが、その辺のデータを付けております。WHOが毎日データを更新しておりましたが、メキシコにおいて、最初は26%から始まり、だんだん分母が増えていったので、致死率は下がっていつていますが、5月中旬でも、まだ2.何%という段階です。ただ、四角で囲ってあります5月11日にWHO、メキシコの合同調査では推定致死率0.4%という数字も公表されていますので、数字のギャップがあることも理解はできます。

あとは、参考資料2。これは紹介のみにしますけれど、これまでの経過を文章でまとめております。それから、そのほか、関連の通知等を付けています。

参考資料3は、先ほどの西浦先生のお手紙にあった関係の論文等が付いております。参考資料3の

25 ページからは、国立感染症研究所で、今回の新型インフルエンザのためにどのような研究を行ったのか、その辺のまとめが出されております。

以上であります。

○金澤座長 随分盛りだくさんなので、これを全部はとでもではありませんが、それこそサーベイは難しいんですが、せっかくのあと残された時間を皆さん方からの自由討論ということで過ごしたいと思いますが、まずは、ちょっとお願いします。あっちへ行ったりこっちへ行ったりするのは何ですから、まずは、水際対策について少し時間を取ります。それから、公衆衛生対策について、そして、サーベイランスについてということで、そして、最後に全体でというふうに思いますので、水際対策の辺りからちょっと話をしたいんですが。

○岩田構成員 先ほどいただいた資料 12 に関してなんですけれども、私はこれにはちょっと異論がありまして。これを見ると、ニュアンスがちょっと変わっている。水際対策のガイドライン、基本方針が 2 つ書いてあるんですね。新型インフルエンザに感染した、または感染したおそれがある者の水際での侵入防止を徹底し、国内での蔓延を可能な限り防ぐこと、帰国を希望する在外邦人の円滑な帰国を実現すること、この 2 つが主で、ほかのことは書いてないです。水際の侵入防止を徹底し、国内での蔓延を防ぐというのは、先ほど西浦先生の指摘にもありましたように、今回の流行に関しては、理論的にはなかっただろうと言われていています。国内で初めて患者さんが神戸で見つかったのは 5 月 16 日。水際で見つかったのは 5 月 9 日です。そのクラスターを見てみると、実は神戸では 5 月 12 日には既に同じ高校で発症者が出ていることがわかっています。潜伏期を考えると、もう 5 月 9 日前後には実は国内の流行が始まっていたことを意味しています。これは理論的な論文とも合致するデータでして。少なくとも国内での蔓延を可能な限り防いで、医療体制をつくるための時間稼ぎをするということは達成できなかったはずなんです。そして、帰国を希望する在外邦人の円滑な帰国を実現することという基本方針も、恐らくは今までの御発表を聞くとどうかなという印象があります。

それと、私は臨床家なので、すごく問題にしたいのは、先ほども御指摘にありましたけれど、全部防ぐのはどうせ無理だったんだよということを後付けで言うならば、なぜ診断基準に、メキシコからの、アメリカからの帰国者ということを明記して、国内ではどうせ入って来るんだよという、先ほどの水際対策と国内での対策のそごがあったんですね。これで、我々が検査したいと言っても、保健所で断られることが多々あったんですね。このことがそごの調整ができてなかったということが非常に大きな問題だと思うんです。ですから、水際対策は水際対策だけで語るのではなくて、国内でのプランとも整合性を考えると、そこに臨床現場としては非常に大きなそごがあり、これは大きな問題だと思います。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

御意見はありますか。水際対策についてどうですか。

○川名構成員 いろいろな数学的な検証が行われているのだと思いますけれども、恐らく現在行われている検証は、インフルエンザという疾患の特徴を前提として検討しているのではないかと私は想像しています。例えば潜伏期間とか、ウイルスの排泄期間といったようなものをインフルエンザの特性

に照らして検証しているのではないかと想像します。例えばインフルエンザの場合は、発症する直前からウイルスの排泄が始まっていると言われますし、不顕性感染も結構あるだろうと言われていいますから、ある意味では検疫の効果が出にくい疾患であるということができると思います。

一方、2003年に流行したSARSのように、発症してから7日目あるいは10日目にウイルス排泄がピークになってくるような疾患、すなわち検疫の効果が出やすいと考えられる疾患もあるわけですので、どうしても発生の初期には、様々な事態を想定して、検疫ということが考慮されなければいけないということを考えておかなければいけないのではないかと考えています。新型インフルエンザは、新型感染症という側面もありますから。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょう。

○伊藤構成員 ジャーナリストの伊藤隼也です。

これはどなたにお答えいただけるかどうかかわからないのですが、水際対策の検疫で、発生国からの入国に関しての検疫は非常にわかるんですが、経由されている方がいらっしゃると思うんですね。当然パスポートに経由地が書いてあると思うんですけども、その経由ということについて全くそもそも検疫の中にそれをなぜ含まなかったのか、含む必要がなかったというジャッジメントをしたかどうかということを含めて、そこをちょっと聞いてみたいと思います。

○金澤座長 これはどうでしょうかね。

○塚原参事官 官房参事官の塚原でございます。

要は、第3国経由の入国者のことの御質問だと思うんですが、これはあくまでも本人の質問票に書いて、正確に申告していただいているかどうかというのが一方では前提条件としてありますけれども、北米3国以外からの入国者全員に対して質問票の提出は求めておりました。そこで、1週間あるいは10日以内に米国、カナダ、あるいはメキシコに滞在歴があるというような方については、同じような検疫をしておりましたので、そういう申告があれば、症状があれば、迅速診断をし、PCRをするというような対象にはなっております。

○金澤座長 ほかにいかがでしょうか。

では、また元に戻ることもありうるとして、公衆衛生の対策の方の御質問をちょうだいしたいと思います。これは御質問だけでなくいいですよ。御意見でも結構です。いかがですか。随分いろいろな情報をいただいたわけでありますけれども。

○伊藤構成員 新型インフルエンザ対策における検疫の国際的な研究は、これは非常に興味深いニュージーランドのケースを先ほど拝見したんですが、ニュージーランドは離れていたもので、検疫は積極的にはやられてないということなんですが、僕が調査して把握した中で、例えばバンクーバーとか、アメリカの空港の幾つかは、検疫体制は全く変えていないんですね。実際に入国するときに、検温を実施したとか、特に新型インフルエンザ対策と思われるものを特別対応してないのですが、この辺については、非常に発生国と近いカナダやアメリカがこういう検疫体制を変えなかったことについては、この研究ではどんなふうに評価されたのか、また、そういう対象があったのかどうかについてお尋ねしたいのですが。

○吉村特別ゲスト 先ほどお話がありました点について、これは発生地はメキシコ、そして、すぐ隣がアメリカですね。カナダは当然その近くですけれども、そこは自分たちのところから出しているわけですから、自分たちが防ぐというよりも、自分たちのところは、もうそれは中ではしないという、そういうふうな思想で恐らく変えてないのではないかと。ほかから入ってくるわけではないですね。自分たちの方から出すようなことで。

○伊藤構成員 でも、メキシコは到着していますよね。

○吉村特別ゲスト それはほとんど中と、あそこは陸地もいろいろありますし、ほとんど同一というふうに考えて、ここは対応されたというふうに、アメリカの方の対応は聞いております。

○伊藤構成員 ちなみに、ほかのブラジルなんかあまり変えてないんですが。

わかりました。今日、とりあえず各国については、研究の中で特に比較をされてないということなんでしょうか。

○吉村特別ゲスト それは比較をしておりません。時間も限られておりましたので、基本的には、今の米国の件についても、人を派遣してしたわけではなくて、インターネットで情報を取って一応まとめただけでございますので、発生地のところではどうだったのかということだけをここで報告しております。

○伊藤構成員 どうもありがとうございました。

○谷口構成員 検疫というところで、いろいろ語弊が生まれるので、ボーダーコントロールと申し上げますが、諸外国は、ボーダーコントロールの戦略において、プレボーダー、ボーダー、ポストボーダーと3つに分けて、単にボーダーだけでボーダーコントロールをするというふうには考えてないですね。アメリカなんかは、検疫は非常に小さなものですが、ポストボーダーにおいて、ボーダーサーベイランスというのを非常に力を入れてやっていますね。つまり国内での対応にはかなり力を入れてやっていますので。それ全体が、いわゆる日本で言うところの検疫というか、ボーダーコントロールになっていると思うんですね。検疫という言葉も、僕はちょっと問題があったなと思うんですけども、検疫ということを水際対策だけではなくて、これは国際保健規則（International Health Regulation）にも書かれていますが、Entry pointの問題は、Entry screening だけではないんだということがきちっと書かれていますので、まず、そこにおける対応は何をすべきかということから考えてやるべきなのではないかなというふうに思います。

○笹井特別ゲスト 健康観察と、それから、国内でのサーベイランスとの全体的なシステムをどうするかということを考えなくてはいけないと思うのですが、サーベイランスは、クラスターサーベイランスが、29日の通知でどうもあったようなんですけども、現実には機能しなかったというのが事実です。一方で、入院サーベイランス、重症者サーベイランスはもっと遅くなってからスタートした。健康観察は、患者を把握する確率は非常に低かったということで、そうすると、ウイルスの状況によると思うんですけども、例えば入院サーベイランス、重症者サーベイランス、クラスターサーベイランスを最初から稼働させておいて、ウイルスが入っても、どこかでつかまえるようにする。健康観察も含めて、これらサーベイランスを3つ一挙に動かせるかどうかというのは、これは現場のマンパワーに依存しますので、無理であれば、どこかをやめて、どこかに集中すると、そういう判断

で、水際対策に加えて国内に入ったところではいかに早く見つけるにはどうしたらいいかという、そういう考え方を持たないといかんのではないかなと思っています。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがですか。

○谷口構成員 先ほどの御意見にとっても同調するんですが、今回、いろいろな対策で、ふだんからできていたことは結構できたと思うんです。結局クラスターサーベイランスも、ふだんやってないものをいきなりやれと言われたためにうまく行かない部分があり、例えばホスピタルサーベイランス、インフルエンザの入院サーベイランスは諸外国ではふだんからやっているわけですが、日本はやってなかったわけです。それでいきなりというのはなかなか動かない。逆に、いきなりやったものですから、季節性のデータがありませんから、比較する対象がなくて、今回のパンデミックは季節性と比べてどうだったかというのがわからなかったんですね。結局、平常時からやっていることはやっぱりできる。やってないことはできないのではないかなというのが非常に大きな印象として持っています。

○金田特別ゲスト 現場で患者さんから発熱相談から発熱外来に回す人をずっとしている時でも、海外帰国者という症例定義であったので、その時に検査に回しても、ほとんどは季節性のインフルエンザばかりでした。今のサーベイランスシステムでは検査定点からのデータがあります。5月はじめから6月はじめにかけて、東京都は隠しているのではないかと結構言われていましたね。だけど、あのときもずっと私たち現場は怪しい人は出していたんですけど、全部季節性だったんです。実際のPCRの検査もずっとして、マスコミなんかから随分言われていましたけれども、ほとんど季節性の香港とBがすごく流行っていて、まだこんなに流行していると言っていたので、新型インフルエンザの対策をやりながらも、もっと季節性サーベイランスの情報を出すべきだったと。それから、検査定点で、こんな症例定義に当たるものだけPCRへというのではなくて、定点の中の一部のPCR検査を出してもらえたら、もっと国内発生もつかまったのではないかなと思っています。東京の私のところなどは、6月中旬になってから出ましたけれども、その前にどれだけ空振りの検査を出していたか。ほとんど季節性だったんですけども。そういうことが現場では起きていましたので。普通のサーベイランスはきっちり動いていましたので、それに付加するような形での効率的なものが本当に必要だったかなと思っています。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

いろいろなことを外で言う方がおられましてね。検疫が無駄ではなかったかとか、いろいろなことを言っている人がおりますが、そういう意味で随分いろいろなことを言われ続けていた上田さんどうですか。ちょっと一言何か。

○上田健康局長 一言というよりは、少し長くなっても、若干意思決定過程の経緯をお話しした方がいいと思います。また、第1回のこの会合で、尾身さんから、昨年5月5日に検疫強化の緩和と国内体制へのシフトについての提案を私にしたという発言がありましたので、その辺の経緯をお話しした方がいいと思います。ただし、これは決して自己評価をしているものではないということでおことわりしておきますけれども、よろしいでしょうか。

○金澤座長 4、5分以内で。

○上田健康局長 尾身さんとの当日のやりとりですけれども、尾身さんからの提案に対して、国内発生が確認されていない段階では、検疫を緩めることはできない、連休の終わる5月10日までは現状続けざるを得ないことを説明いたしました。理由は、当時の大臣から、検疫強化を継続するようという強い指示があったことも説明いたしました。

また、5月8日の参議院の厚生労働委員会の委員会室でも、検疫強化をするように、大臣からは指示を受けておりました。これはことわっておきますけれども、前大臣が我々の意向に反して検疫を強行させたということでは決してありません。我々も検疫強化は必要だと思っていましたので。ましてや、行動計画も全閣僚で決めた基本的対処方針も検疫強化をすることになっていたわけでございます。その点では、私ども事務方と大臣とは一致しておりました。また、当時のマスコミも、検疫をしっかりやるべしという論調でございます。

しかし、私、担当者の立場からは、現場からは人練りがつかないと。5月10日までが限界だという悲鳴が上がっております。実は何とか検疫を緩める理由探しをしていたのですが、一つのきっかけとして、国内発生、あるいは米国での感染拡大、あるいは便数の多い中国や韓国での患者発生、こういうもので何とか緩めるタイミングをはかっていたのですが、幸か不幸か5月9日に成田検疫で最初の患者発見になって、世論が一気に盛り上がってしまっ、ますますやめられなくなってしまったのが実情です。

検疫方法については、いろいろな視点で今後も検討がなされるべきだと思います。幅広い意味での封じ込め対策が議論されているわけですけれども、パンデミック対策は決して検疫だけでやっているものではありません。私は3年前に危機管理担当の審議官でございまして。いわゆるインフルエンザパンデミックプリペアドネスということで、国際機関とか各国の担当者と議論を重ねてまいりました。国連のインフルエンザ総括担当者、WHO、カナダ、米国、メキシコ、ヨーロッパ、G7の担当者などです。必ずそのときに検疫はどうなんだということを聞いております。検疫はそれぞれの国の条件を活かした検疫対応がいいのではないかとということでした。ただし、米国やヨーロッパの担当者は、やりたくても検疫はできないんだと。これは地勢学的にできないと言われました。

パンデミック対策として、一体何をその対策の中心として据えようかということで、これも一つ大きな課題と考えておりました。水際、学校閉鎖、封じ込めが1つあります。それから、医療対策があります。抗インフルエンザ薬があります。ワクチンがあります。最後に国民の自助努力があります。実は国民の力が一番大事だとは思いますが、担当者として主体的に動かせるものは、検疫などの封じ込め、医療対策、抗インフルエンザ薬、ワクチンです。これをいかにどういうタイミングで展開をしていくかというのが大きな問題です。それぞれ弱点がありますし、国によってはその比重の置き方が違ってきます。以前からの鳥インフルエンザ対策としては、我が国の場合は、タミフルなどの抗インフルエンザ薬を有効に使って医療対策を対策の中心にしようと考えていました。それは実は我が国のパンデミックワクチンの確保が幾つかの先進国と比べて劣っているからでございます。勿論、パンデミックワクチンは通常、第1波には間に合いませんから、第1波をうまくコントロールできれば、我が国のパンデミックワクチンの不足というハンディをある程度補えるのではないかと考えていました。そのためには、我が国は地の利を活かして、まずは水際をやらなければ仕方がないんだと思って

いました。

なぜワクチンを確保できないかについては、私が輸入ワクチンに反対したなどという全く間違った批判をする人がいますけれども、それは全くの逆でありまして、輸入を含めたパンデミックワクチンの確保は最大の案件として私はとりくんできましたが、その経緯は、ワクチンの際にまたお話をしたいと思います。

今回の影響については、メキシコでも高い死亡率と若年層の死亡を伝えていました。死亡率の高さは、母数となる感染者が過小に評価されていると徐々にわかってきたわけですが、若年層の死亡について私は着目いたしました。この情報を聞いたときにまず思ったことですが、我が国はパンデミックワクチンをその時点では十分確保できる見通しはございませんでした。また、その冬に H1N1 ソ連型から、90%を超えるタミフルの耐性を報告されておりました。もし、今回の新型の H1N1 と従来のソ連型が融合して、タミフルの耐性を獲得した新型が流行した場合のことを考えると、事前に立てていた抗インフルエンザ薬を中心に据えた戦略は総崩れになると心配したわけです。鳥インフルエンザについては、我が国のパンデミックワクチンの不足を補うために、プレパンデミックワクチンの備蓄はありまして、これまでの成果で、鳥インフルエンザ対策として、かなりこれは期待できると成果は出ておりますけれども、H1N1 では、このプレパンデミックワクチンは使えないということでございます。

4月から5月のはじめの時点では、病原性と感染力が不明なときに、最悪のシナリオを考えた場合に、これは検疫をしっかりやるより仕方がないと。ただ、発生地が北米ということで、毎日40便の飛行機、数千人の入国者がございます。4月25日に会議が開かれまして、検疫をどうするかという議論が延々されたのですが、もともと行動計画では、初発国から日に数便程度しか飛行機は飛んでこないという設定で行動計画をつくられていましたので、今回のような数十便というケースは想定をしておりませんでした。ですから、とても検疫はできないということで、もう投げようかという議論があったのですが、これは当面、毒性とか感染力が判明するまでやらざるを得ないだろうということで、最終的にやろうということになったわけでございます。その辺のくわしい経緯は省略いたします。

これは行動計画にもそう書かれておりまして、我が国では、米国のように大統領令一本で危機管理のできる国ではありません。関係省庁の調整が必要です。そのために、行動計画とかガイドラインがあつて、いざというときにこれに従って直ちに動くことが大事であります。これは、こういう行動計画に従うことは危機管理での鉄則でございまして、勿論、事態が進展してくれば、柔軟に対応することも必要ですし、本来は行動計画も柔軟に対応すべきです。この25日においては、先ほど申し上げましたように、何とか人繰りをしようということでやったわけでございますけれども、機内検疫をすることはガイドラインであらかじめ決められたものであります。

こういうかなり強い形で私は臨んだものですから、私は検疫至上主義者なんて言われておりますけれども、以前のSARSの台湾人医師のときも私が担当しておりまして、そのことについて何度か講演をしていますけれども、あのときは運がよかったにすぎないといつも言っています。実はSARSのときの検疫は私は全くノータッチで、当時の局長から、検疫は必ずすり抜けを起こすから、国内発生が起こったら、地方行政に詳しい君が指揮をとってくれといわれ担当したわけでございます。また、

あの台湾人医師も解熱剤を飲んで検疫をすり抜けて来ました。ただ、先ほどから議論がございますように、保健所における健康監視のシステムに非常に多大の負荷をかけたことについては、今後議論があるかと思えます。

もう一点、今回の問題で、私はもともと呼吸器科の医者をやっていたので、それも呼吸器専門のICUのある病院で働いておりました。今回、メキシコからの情報で、若年者の死者が出ているという情報がありましたけれども、スペインインフルエンザでも若年層の死者が多かったわけでございます。何故かということをいろいろ考えてみたわけですが、通常の季節性インフルでは、直接死因としては、6歳までと、65歳以上に死亡者が集中しています。メキシコの若年層の死亡については、高齢者に見られる二次感染による細菌性肺炎というよりは、サイトカインストームとか、あるいはウイルス性肺炎が考えられると思ったわけでございます。ただ、私の呼吸器科医としての経験で、季節性インフルエンザによるウイルス性肺炎は経験はございませんので、今回のようなものは新型としてウイルス性肺炎を引き起こすのではないかと。そうであれば、高齢者は危ないが、健全な若年者も率は低いものとしても危ないと思いました。そのため、高齢者には、二次性の細菌性肺炎の治療体制を整備し、若年者を考慮して、ウイルス性肺炎対策も確立すべきと考えていました。

もう一つは、脳炎・脳症の問題がございますが、これは飛ばします。

そういうことから、今回の対策は、高齢者への対策は、従来の季節性インフルエンザの対策でもよいが、小児を含めた若年者、妊婦にも、ワクチンを含めたウイルス性肺炎対策の体制整備を行って、その犠牲者をいかに少なくするかが対策の成否と考えました。このことは5月5日に尾身さんとかなりじっくり話をしたつもりでございます。

それから、数が限られているとはいえ、ワクチンが間に合うまでに何とかピークを遅らせられないかとも考えました。これは必ずしも科学的根拠があったわけではないのですが、梅雨の時期まで蔓延を遅らせることができれば、流行が一旦下火になってくれる。そのことをねらって、実は封じ込めとかサーベイランスもかなりきつくやったつもりでございます。これは結果論で言うわけではありませんが、我が国は夏前に第1波はございませんでした。勿論、封じ込めをやらなかった国でも、夏前の第1波がない国もありますので、我々の願ったことと、第1波が夏前になかったことの因果関係があるかどうかについては、学問的な検証に任せたいと思えます。

最後に、6月の転換の話がございますけれども、これは、当時でも、まだ一部に水際をやるべきだとか、検疫だという意見も実はあったのですけれども、私としては、早く医療体制中心の対策に切り換えた方がトータルの犠牲者が少なくなると。ただ、一方で、夏前にピークが来ないでほしいと、これはもう祈るような気持ちで6月19日の転換をしたつもりでございます。この転換の時期は、世界の国の中でも比較的早い時期だと思っています。まだ付け加えることはございますけれども、こういう考え方で、日本の場合には、ワクチンの不足というものがあったので、何とかこれを防がなければいけない。そのためには最初の入口のところでがんばらざるを得ないという判断をしたというのが最初の経緯だと、このように考えていただきたいと思います。

○伊藤構成員 1点だけ質問いいですか。

○金澤座長 どうぞ。

○伊藤構成員 非常に現場のお話ありがとうございます。1点だけちょっと確認したいんですが、検疫の重要性について、毒性がわからないというお話があつてですね。わかったのはいつかということは教えていただけませんか。何月何日か。

○上田健康局長 まず、5月5日ごろに、メキシコの死亡率の高さは、どうも感染者の母数が少な過ぎるから高いんだらう。これが伝わってきました。ただ、その時点では、先ほどのデータにもありますように、1%、2%ぐらいはあるということでした。もう一つ伏線がありまして。3月だったと思いますが、WHOが福岡でカンファレンスをやりまして。最初の100例が出た段階で、病原性の強さ、感染性の強さを評価して公表すると言っていたんですけども、結局、それがなされませんでした。ですから、いつの時点でということにはなかなか言えないのですが、フェーズ5へ行った辺りで、「マイルド」という表現を使い始めましたので、そういう点では、5月の中ごろが一つの認識の変わる時点ではなかったというふうに思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

行政の側の現場のお話をちょうだいしたわけであります。

○岩田構成員 今、上田さんのお話では、5月の半ばということでしたけど、第1回の尾身先生のお話だと、5月5日には大体把握していたという話があつて、10日ぐらいのタイムラグがありますけれども、どちらになるのでしょうか。最初のときに5月5日とおっしゃっていたような気がするんですが。

○上田健康局長 5月5日ごろの話は、先ほど申し上げたように、メキシコの死亡率の高さは、母数が少ないために、実際にはもっと低いだらうという認識でありました。それから、これは尾身さんが集められたデータで、大部分は軽症に経過をしているけれども、先ほどちょっとはしりましたけれども、今回のインフルエンザの特徴は、若年者とか、あるいは健常者でもひょっとしたらウイルス性肺炎になるのではないかと。季節性インフルエンザと死亡率のパターンが違うことになる。その点が違う点だということ、そこは強調しなければいけない。基本的には、いわゆる病原性という点ではそれほど変わらないけど、わずかな人で健常な人でも死に至ることがある。この点が違う点だという認識をしておりました。

○岡部構成員 情報がどれくらい入ってきたかということところです。ちょっと今私手元にメモがないのではっきりしないんですが、5月5日か6日かその辺の連休の尻尾の方にWHOが電話会議をやって、公衆衛生に関する話し合いをやるということいろいろな国々が、私もその中に入り、我々のチームも、真夜中ですが、それを聴いていて、そのときの各国の状況を聴いてみると、もう既に発生しているところでは、重症者もいるけれども、さらに見つかっているのは、軽症者がどんどん見つかっている。それで、いわゆる5%、10%の致死率を持つものではない。しかし、その時点ではまだ日本では発生がないので、日本における臨床症状がよくわからなかった。それが我々のつかんだ情報であり、それはいろいろなところに提供したということがあります。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

○伊藤構成員 小西先生にちょっとお尋ねしたいんですが、非常に現場で御苦労されて、幾つかの提

言が非常に素晴らしいなと思って聴いていたのですが、1番の仕事の意義というところで、水際対策は水際検疫の必要性をグローバルな視点から説明してほしいという、グローバルな視点というところも含めて、もうちょっと具体的にお尋ねしてもよろしいでしょうか。

○小西特別ゲスト これは、こういうまとめ方がちょっと適當ではなかったかもしれませんが、先にも申し上げましたとおり、現場には医師や看護師がいました。特に看護師などは、ICNやそれぞれの病院で認定看護師を持っておられる人が結構多かったのです。ですから、その場では「今日のWHOのホームページにはこう書いてあったよね」とか、「感染症研究所はこうだったよね」とかそういう話が現場では出ているものです。そのこと実際に我々がやっていることとのずれはどうしても感じてしまうものですから。あんまり細かく言うと何かかもしれませんが、検疫官の方々もどうなんだろうなとちょっと考えておられるところがあって、特にそれは5月の中ごろにその辺が少し顕著であったように思います。そういう世界的な、あるいは外からの情報と比べて、やっている検疫所の業務がかなり徒労に近いものがあったというのが現場の感覚だったということを申し上げたわけです。

○伊藤構成員 どうもありがとうございました。

○尾身構成員 今5月5日のことで少しはっきりしてほしいということがありました。私が5月5日に事務局に申し上げたのは次のようなことであります。第2段階、国内の患者が発生した場合に備え、国内対策に傾注していく必要があり、特に医療従事者、国内の活動に必要な資源を確保する観点からも強化されている検疫の規模を縮小していく必要がある。そろそろ国内発生があるだろうから、その場合に備え、国内対策にシフトした方がいいだろうというのを5月5日に言ったということでございます。

○金澤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

大変膨大なお話でありましたけれども、様々今までわかりにくかったことがわかってきたように思います。

○岡部構成員 サーベイランスの方のことなんですが、資料でいただいた資料12の7ページ目に、クラスターサーベイランスに切り換えたのが7月24日と、資料の御説明がありました。これは事実なんですけれども、私は、この中でサーベイランスの切り換えで、定点サーベイランスもこの時点で切り換えが行われた、全数から従来の季節性のインフルエンザのサーベイランスと同様の定点サーベイランスが行われた、これらは非常に重要なことだと思っていますので、この資料の中には入れておいた方がいいだろうと思います。

というのは、先ほど谷口室長もちょっと話しましたが、それによって全数の細かい把握はできないけれども、そこから増加してくるものに対して、季節性インフルエンザとの比較ができるようになった。それでいろいろなものができたわけですが、一方のマイナスの点は、これは繰り返しになりますけれども、クラスターサーベイランスも病院サーベイランスも経験がなかった。これは、第1回のときに私申し上げましたけれども、この新型インフルエンザが終わってから、こういう入院サーベイランスとか、あるいはクラスターサーベイランス、そういったようなものがなくなるのではなくて、従来型の季節性サーベイランスを強化していかないと、2波あるいは次の新型に対してのも

のができないだろうと思います。これは将来に向けてのことです。

それから、幾つかゲストの先生方からいただいた中で、感染研の専門性を持った情報をもっと発信しろというようなこと、あるいは厚労省とのコミュニケーションといったようなことも質問をよくいただくのですが、実際に厚労省側とのコミュニケーションとして、これは局長から依頼が私の方にあったのですが、情報センターから厚労省の方に常にいるような形にしないか。私かあるいはシニアクラス、あるいはジュニアクラスでも、ということでした。それは私も非常にいいアイデアだと思ったのですが、例えば私が厚労省に詰めてしまうと、私は情報センター長としての活動ができなくなる。シニアクラスが行ってしまうと私の手足がいなくなる。ジュニアクラスでは役に立つことが少ない。つまり、これは非常に人材が不足している部分です。その便法として、例えば電話会議であるとか、あるいはテレビ会議であるとか、そういうものが常時できるようにしておけば、かなり双方のコミュニケーションがとれると思いついて提案しておりましたが、結局、それは予算不足ということでできなかった。この辺も私は早急に行うべき改善点だろうと思います。勿論人任ということもありますけれども、と急ぎできるものとして機材の点のところでは。

それから、今日は初期対応から、中に入ってから混乱といったようなことの議論がありましたが、私の評価としては、初期対応はいわゆる教科書があった、つまりガイドラインがあったので、かなりうまくいっていたのではないかと思います。何もないければ指標になるものがなかったわけです。ただ、そこから先の一連の流れがどういうふうに動いていくかというのが非常に伝わりにくく、あるいは決定されてなかったために行動に混乱を生じて、また、現場の方もこっちからどういうふうに動くのかというのがわからなかったのではないかと思います。今後、それから学ぶべきこととしては、もう少し先の流れを読んで、こうだったらこういうふうに動きますよという、段階別のような書き方が必要で、ガイドラインの改定とかいうことがもしありましたら、それを具体的に盛り込んでいくべきだろうと思います。それは新型インフルエンザ対策専門家会議のときにもすでに議論されていたことですが、それには残念ながら時間がなかったということでもあります。もう少し効率よくつくってけば、それはできたかもしれませんけれども、それは後の祭りであると思います。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

確かに、起こってほしくはないですが、今後こういうことがあり得るわけでありまして、そのための今洗い出しをしているんだという点を是非お忘れいただかないように。

○谷口構成員 今後のことというお話をいただきましたが、今回のこのいろいろな評価は、実はSARSの後に厚労省の中で行われたときにも、同じようなことが反省点として出ていたという記憶があります。2005年にG7の枠組みで、国際的なコマンドポストエクササイズがあったんですが、その後に反省会をしたときに、当時の参事官だったか審議官だったか忘れましたが、中谷先生が「何だ、SARSのときの反省会と同じじゃないか」と言われたことを思い出します。そうすると、今回同じような反省をするのは3回目ということになります。もちろん、その間、厚生労働省の方が何も対策をとらなかつたという意味では全くないんです。そのときにお伺いしたのは、反省点を踏まえていろいろな計画をたてて請求したのだけれども、結局なにも通らなかつた。つまり、財務省なり総務省なり

ではねられたということなんですね。今後のことについてのお話が出たので、ここで議論してリコメンデーションとして出たことは、今後きちっと施策に活かされるように考えていただきたいということです。

○金澤座長 そのとおりです。

○吉村特別ゲスト 地方の衛生研究所におりましたので、先ほど谷口室長が言われました、日常の感染症サーベイランス、これは基本になると思うんですね。このシステムがきちっと医師会なり、全部情報を扱うところ、最終的には当然感染研でまとめられるのですけれども、そのシステムをきちんと地方でも運用し、なおかつ、全体でも運用できるような。しかも、意味があるサーベイランスに仕上げていくことが、先ほど季節性と新型という話がありましたけれども、基盤がわからなければ何もわからないわけです。ですから、そのところの強化を是非お願いしたいなと思っております。

○金澤座長 ありがとうございます。

○岩田構成員 今回のサーベイランスも、従来の感染症と同じく、厚労省が担当したサーベイランスと、感染症情報センターが担当したサーベイランスと並行状態で、それぞれのホームページにそれぞれの情報が載っていると。これは一元化するべきだと思います。恐らくここにいらっしゃる方皆さんそう思っていると思います。サーベイそのものは、疫学者、感染管理の専門家が行うもので、官僚が忙しい中、そういう手弁当でやるのが非常に健全ではないと思います。ですから、岡部先生からの一連の流れがありますけれども、感染症情報センターの体制強化が、今後の感染対策の上で絶対に必要です。それは予算が通らないということが問題であるならば、ここでこのメンバーで変えようと言っても、また同じことが起きるということであれば、私は非常に残念ですので、それならば、なぜ政治家とかをちゃんと呼ばないのかとか、そういう決定につながるような会議、ただ会議をやって終わりましたでは、また同じことが繰り返されるのは私は勘弁ならないので、そこは道筋ができる形での議論をしたいと思います。

○金澤座長 それは大事な御質問ですね。

○上田健康局長 1点だけ、先ほど時間がなくて言い残したので。心配しておりますのは、世界の主な国、米国、カナダ、EU、いずれも健康危機管理の専任担当者がいます。また、それぞれオペレーションルームを持っております。それにひきかえ、私どもはパンデミック時でさえインフルエンザ対策だけに専念しているわけではありません。例えば今回はたまたま連休期間だったので対応できた部分もありますが、私もほかの行政課題にも対応しておりましたし、多くの厚生労働省職員は連休中ほぼ徹夜で当初の対応をしたわけです。我々は防衛省とか、消防とか、警察のような危機管理業務をやるのが必ずしも本務ではないわけで、国会業務も予算要求もしなければなりません。新型インフルエンザ以外の対策でも、仕事もそれぞれめいっぱい抱えておまして、今回は数多くの職員の徹夜で対策が進められたのです。勿論、そのことは我々の使命ですし、パンデミック対策は国民を守り、ひいては家族や友人を守ると、こういう信念の下に取り組むことに何の揺らぎもないわけでございますけれども、一方、こういうやり方は個人に依存していて、本質的な意味での組織対応ができてないということです。今回の反省を踏まえた経験が組織として継承されないおそれもあるわけです。また、個人の努力に依存していると、その個人が倒れた最悪の場合には、対策本部の中樞が機能マヒする危

険性もあるわけです。勿論、これは都道府県庁、保健所、医療機関、どこでも大変な状況だったと思いますし、同様の問題を抱えていると思います。ただ、この地方を含めた危機管理の組織体制のことは、将来のパンデミック対策を考えるべき今回の総括の中で、是非皆さんにも御認識・御議論をしていただきたいと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

大分時間が過ぎてしまいました。水際対策、公衆衛生対策、それから、サーベイランスについては、出るべき意見はいただいたのではないかと思います。これをこれからまとめていくと思いますけれども、1つだけ、あんまり皆さんがおっしゃらなかったけれども、尾島さんがおっしゃったことをひとつもう一回だけ言って、この会を終わりたいと思うんですが。決定事項が当然ながら出てくるわけだけれども、それを現場に下ろすときに、なぜそうするかという情報も一緒にやってほしいと思います。これは非常に大事なことで、ちょっと気をつければできることですから、是非これからもやってください。

どうも、皆さん遅くまでお付き合いありがとうございました。次回は、医療体制だそうでありますので、また、御協力をよろしく願いいたします。

どうも、本日はありがとうございました。