

新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議のまとめ ～頂いたご意見～

【広報】

◆スポークスパーソン

- 日本ではWHOのケイジフクダ的ポジションのスポークスパーソンがみあたらなかった。
- 専門家ではなく、専門のコミュニケーターが、専門的な用語等を翻訳して、メディアへの対応に当たるべき
- 新型インフルエンザのような医学的な知識が必要なケースでは、専門知識をもったスポークスマンが必要であり、国立感染症研究所のような機関が政府のスポークスマンとなるべきである。
- スポークスマンが不在。
- 自治体の首長と直接連絡できる人が広報をするべき。
- 複数のスポークスパーソンからメッセージが発信され、混乱に影響を与えたのではないか。
- 国立感染症研究所で、専門家と記者が意見交換をする場があったことはよかった。
- 舛添前大臣の迅速な発表は評価。
- 早朝、深夜の記者会見は、「冷静な対応」という呼びかけと矛盾。
- 情報が強すぎるとパニックになるが、情報が足りないと危機管理を果たしていないことになり、さじ加減が難しい（例えば、発生当初の舛添大臣の深夜早朝の会見について、どう評価すべきかは難しい）。

◆広報媒体・方法・対象について

- メールのように、黙って座っていても情報が届くシステムが必要。「緊急情報配信サービス」の発展・改良をして欲しい。
- バイアスが掛からない情報発信のため、ホームページに会見内容をそのまま動画配信するなど、ICT 技術を最大限活用して情報発信すべき。
- 厚労省の緊急情報サービスは有益だった。
- インターネットを随時更新していたことは評価できる。
- 対策本部で 24 時間対応したことはよかったが、発生当初は繋がらなく、また、担当により答えが違った点は問題。
- 記者クラブだけでなく、生活情報部や科学部、地方紙、ネットメディアへのアプローチも必要。
- 経済界や産業界向けの情報発信について強化することが必要。
- 外国人の方に対する広報も必要。
- 高齢の方ほど新聞やインターネットを見ていないため、テレビ、ラジオ等の情報媒体による効率的な政府広報を実施すべき。
- 公共交通機関での車内放送を活用すべき。

- 単発の広報ではなく、毎日、定時に繰り返し簡潔に分かりやすいメッセージを発信する必要がある。

◆情報発信の基本方針

- 公式見解が不明瞭で、部署によって話す内容が異なることが混乱を招いた。
- 国が出す情報が一元化されていないことが問題。
- 「正確な情報に基づいた冷静な対応」と繰り返し言われたが、具体性がなければかえって混乱や反発を起こしかねず、また、正確な情報をどう入手すれば良いかを併せて提示しなければ意味がない
- 世間から社会不安をなくすためには、「ちぎっては投げ式」のこまめで繰り返す情報発信が重要。このため、当該疾患に対するイメージ戦略も必要となる。
- 広報とは単に事実を伝えるだけでなく、社会不安を制御するための積極的手段として捉えるべき。
- 医療現場の志気を高めるような報道も必要ではないか（中国の SARS の時の例）。
- マスコミとして、マスク姿を頻繁に載せないようにするなどの工夫をした。

◆一般向けの情報発信

- もっと早く一般向けの平易な情報提供をすべきだった。
- 世間が求めるのは生活情報（例えば、家庭療養、保育所休業、空気清浄機など）なので、こうした世間が必要としている情報に対する広報を強化すべき。
- 企業関係者を中心として最新情報の入手先が不明瞭であったとの意見がある。
- 「情報飢餓」にある人に対して十分に情報を提供しないと、他の情報源に当たられ混乱を招く。
- 関西で5月の時点で300-400例発生していたのであり、それらを分析して症例がどのような状況だったのか少なくとも夏までに公開すべきだった。

◆施策の背景や理由

- なぜそういう理解になって、なぜそういう対策が必要か、対策の背景や理由について説明が必要。
- 行政の方針決定（接種回数の変更）に当たり、背景や理由の説明をしっかりとしないと、パニックや間違い、誤解が生ずる。
- 対策の目的が十分に伝わって来ず、騒ぎとしてだけ伝わってきたとの印象。
- 通知を乱発し、かつ、なぜその対策をするのかが記載されていないことは問題。
- 検疫の防護服に関する報道については、当初、感染経路がわからなかったことから、接触感染、飛沫感染、空気感染の全てに対応する安全策をとらざるを得なかったことを、丁寧に説明すべき。
- 広報の目的は、その時点での一般的な知識を得られた情報のまま伝えて、理にかなった行動をしてもらって、被害を減らすこと。100%伝えても不安は取れない中で、こういう

対策が推奨される理由まで説明することが重要。

- 政府の対処方針における「患者や濃厚接触者が活動した地域」という表現により、その地域が非常に危険な地域と見られたことから、こういった表現について今後検討する必要がある。

◆感染患者等に関する情報提供

- 感染症法16条の情報公開（感染症の予防・治療に必要な情報公開）のあり方について、個人情報保護の要請との関係も含め、感染症の特性やレベルに応じたガイドラインを国とマスコミとで検討すべき。
- 我が国では未知の感染症に対する恐怖感や嫌悪感からストレスが、発病者とその関係者にぶつけられる傾向にあり、対応を考える必要がある。
- 感染による社会的不利を出してはいけない。

◆地方自治体への情報提供

- 提供されていない情報が報道の後でやっと知るということが多かった。市民からの問い合わせが殺到した後、国から通知が来ることが多い。市民への窓口対応をしている地方自治体への情報提供を何よりも優先してほしい。
- 平時からの国と地方自治体の間のホットラインの構築が大切。
- 地方自治体等への通知・事務連絡はメールのみが多く、見落とすことが多かったとの話があったが、ホットラインを有効に活用すべきだったのではないか。
- 医療現場に国の通知が届くのに時間がかかり（特にワクチン関係）、患者さん等から対応に苦慮した。
- 国と地方自治体の間だけでなく、地方自治体と医療機関間のコミュニケーションも上手く取れていなかった。
- 複数の地方自治体にまたがる際の情報提供のあり方も検討すべき。
- 地方自治体にまず情報を与えた上で、情報の公開をすべきである。地方自治体に情報を入れるまでは、マスコミは公表しないような取扱いにはできないのか。
- マスコミとしては、現場の医療機関の方が知っていることを報道しないとの扱いは現実的には不可能。記事にしない訳にはいかない。
- 「さじ加減」についてはステージに応じて変える必要あり。日本人は熱しにくいだが、一度熱すると、パニックになる。熱をもってもらうまでは一生懸命周知・広報すべき。加熱したら広報をダウンする。
- 6、7月の比較的流行が落ち着いていた段階において、ワクチンの検討などを進め国民に議論をオープンにすべきだったのではないか。マスコミも積極的に情報を提供していくべきであった。従って、現在のような少し落ち着いた時期においてこそ、第2波のリスクやH5対策について情報提供を怠らないようにすべき。
- 小さな連載記事で継続的に事実を伝える努力が必要。
- 日本政府には、感染症の広報を専門に扱う組織や体制がないということが最大の問題。

- 広報関係に人員増と予算増が必要。
- 今回の指摘事項は以前から言われていたこと。結局は、金と人が必要であり、従前から全く対応ができていない。まだ、起きていないことに対して備えるための予算や人を確保する理由が説明しきれていない。
- WHO、アメリカ、オランダにはスポークスマンがおり、リスコミの専門家が常勤でいる。香港ではdash boardとして、紙1枚を使用して毎日報告（ブリーフィング）があった。
- 国立感染症研究所の体制を拡充し、情報提供能力を高め、感染症についてのレコメンデーションを行う機関とすべき。
- 発生当初情報が足りないということであれば、メキシコ大使館の医務官に連絡をとってみるなど、改善努力をすべきではなかったのか。
- 情報提供すると同時に、マスコミの報道をキャッチアップすることも必要。

◆ 決定プロセス及び情報開示について

- 決定までは議事録を含めて議論をオープンにし、誰がどう決めたのかははっきりさせ、最終的に決められた方針については、スポークスマンが整然と説明し、対策を実行していくべき。
- Decision making process がクリアではない。

【水際対策】

◆ 水際対策の効果について

- 神戸での発症患者からのウイルスの塩基配列は6月以降に流行した物とは別のウイルス株であり、大阪においても5月に一度治まった後の流行は疫学的にも別のウイルスによるかと考えられることから、大阪、兵庫で海外渡航歴のない患者発生を除外すると、国内体制整備のための時間稼ぎを含め検疫の効果はあったのではないかと。
- 感染症によって伝播能力や毒性が異なることから、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が必要ではないかと。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なく、現に効果はゼロではない。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のではないかと。
- 検疫の現場で患者と診断される割合は少ないものの、疑い例や健康者へのアドバイス、注意喚起、帰国後の保健所での健康監視、報道による意識の高揚などが相まって、地域での二次的、三次的感染拡大を防止することに貢献できたのではないかと。
- その性質上、効率よく症例を検出することは困難だった、一方で、国内発生初期にはその病状の重症度の情報は十分ではなかったため、患者やその接触者の臨床経過を観察し、臨床症状を得るという意味で、検疫は一定の役割を果たした。
- 少なくとも国内でのまん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。

- 今回の効能（個人レベルの発見効率）としては、感染しても潜伏期間中に入国する者、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、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る。また、集団レベルの効果は、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、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と推定される。
- 世界各国の観察データの分析では、Entry screeningによって統計学的に有意な遅れ効果はもたらされなかった。
- 検疫での流行遅延効果は7~12日程度で効果は極めて限定的であった。
- 完全に海外からの国内侵入を防ぐためには鎖国しかない。国内対策の整備時間を稼ぐこと、ピークを少しでも抑えられるかを踏まえ、今のガイドラインを考えてきた。

◆ 水際対策の運用方法について

<1> 検疫の運用方法について

- 水際対策の判断は極端に下記の二者択一にすることが可能ではないか。
 - ① 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。
 - ② 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。
 昨年にはこの中間が模索されたと思うが、水際対策では中間をとることが極めて困難と考えられる。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あり、保持することが賢明である。
- 「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。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は理論的には支持されない。
- 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有用ではないか。
- 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、ハッキリさせることが有益である。
- 水際対策としての限界がある。国内での大規模輸入感染症対策には戦術だけではなく、戦略的な観点から検疫のあり方を検討する必要がある。
- 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しているとは考えていない。検疫ということの水際対策だけでなく、何をすべきかということを考えてやるべき。
- 新型インフルエンザは、ある意味では新興感染症という側面もあることから、発生初期には、様々な事態を想定して検疫は考慮されなければならないのではないか。

- 現行ガイドラインは東南アジアを発生地域として考えられており、本来複数のフォーメーションを作らなければならないところ、1つのフォーメーションを基に今回は動いたため、大変な状況となった。
- 想定を超える発生国からの来航機があり、様々な問題が生じた。ガイドラインでは、オープンスポットで機内検疫をすることになっていたが、便数の多さから困難であった。スポットコントロールもできなかったため、検疫を終了した北米からの乗客と、これから検疫を受ける乗客が混在し、混乱し、感染拡大のリスクを高めた可能性があるのではないか。
- 4月28日以降、外務省が発生国への渡航者に対する感染症危険情報を出すとともに、メキシコに対する査証審査の厳格化を行ったが、来航者が減少することはなかった。
- 機内対応上の問題として、機内検疫に時間がかかることからクレームが殺到し、暴力行為に発展しかねない事例もあった。機内検疫時に症状を申告せず、健康相談室で症状を訴える乗客や質問表への記載拒否などの事例もあった。
- 検疫は自己申告によるところが大きいため、正確な自己申告を行えるような工夫が必要なのではないか。
- 一時待機、停留に関しては、乗員への対応に苦慮した。
- 中国の日本人会の方へのアンケート調査では、10年前は5割であったが、今回は2割弱の方が検疫での正確な申告をしないとあった。正確な申告への協力に関し、検疫所も努力をしてきたが、マスコミや中枢政府からも要請があるべきだった。
- 国内発生後においては、検疫と自治体において患者の対応に相違があり、隔離患者から県では隔離していないのにとの苦情があった。
- 今回使用した質問表は一日4万枚必要で、印刷に時間もかかった。GWで業者も休みだった。また、質問票、健康カードの度重なる変更が行われ、混乱が生じた。
- 経費を理由に質問票の積み込みに協力しない航空会社があった。
- 一日平均37便の対応であり、急な対応で人が足りなかった。5月からは応援も200人を超える時もあったが、自衛隊以外は1~3日の短期間応援者が大半であったため、応援者対応に人手を要した。多くは検疫に精通しておらず検疫法などの知識も浅かった。入れ替わり立ち替わりの応援体制は、感染対策上も好ましくなかったのではないか。
- 必要な応援人数を、事前に考えておくべき。中盤からは人が多すぎて逆にさばけなかった。余分な応援は現場に混乱、派遣元の病院に負担をもたらす。
- 応援者は病院の業務において出張しているので、中盤以降早く帰りたいという声が現場では強くなっていた。
- 現場の応援者には自然とリーダーができる。応援者を単なる駒とみなさず、それを活かすことで空港職員や検疫官の負担も軽減できるのではないか。検疫官はリーダーとして全体の統括や検疫業務そのものの質を向上する本来業務に専念してほしい。
- 外国人乗客と英語で対応する必要があり、応援者用の事前マニュアルを作成しておくべき。
- モチベーション維持のためにも応援者が業務後に意見をフィードバックするシステムを

持つべき。上手な応援者の仕事の振り分けをお願いしたい。

- 水際検疫の必要性をグローバルな視点から説明し、指揮すべき。特に5月16日の国内患者が発生してからは水際対策の縮小はまだかという思いはあった。検疫に否定的なメディアの報道もあり、モチベーションが低下した。
- 検疫や応援にあたる人たちを守るための姿勢を明確にし、PPE・手洗い・白衣などの扱いを改善すべき。発症前から感染していることもあるため、職員を守るためにPPEの扱いを改善してほしい。
- 検疫官の感染対策については、種々批判があったが、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た。

<2> 健康監視の運用方法について

- SARS 対応の反省から、いくつかの自治体から、海外から戻ってきている人の情報が欲しいとあり、健康監視の仕組みを作った。
- 健康監視については、ウイルスの感染力・毒性に応じて、その方法を柔軟に変更すべき。国内で海外帰国者以外の感染が確認された場合には、健康監視を中止すべき。
- 健康監視対象者の絞り込みが緩かったため、大量の方が監視対象となり保健所の負担が増したが、飛沫感染である感染症であれば、健康監視は拡散予防に必要な手段である。
- 健康監視の対象者が非常に多く、他の対策に手が回らなくなった。特に外国人は連絡を取ろうとしても既におらず連絡が付かなかった。また、発症者は自発的に相談・受診していた。
- 検疫所から保健所に情報が来るのが入国後 48 時間以降と遅く、また、情報を東京都で 31 保健所分に分けており、その事務が大変であった。検疫所から保健所への迅速な情報伝達のためのシステムが必要。
- ホテル等の短期滞在者特に外国人への健康監視は困難であり、ホテル、旅館業との事前の連携・協力が必要であった。
- 健康監視における外国人入国者には苦勞した。人数的に見ても地方厚生局又は検疫所で一元的に対応すべき。
- これだけ大人数に対し実施する想定ではなかったもので、現実には、検疫所・マスコミを通じて、発熱等ある方は自発的な相談を周知すれば良かったのではないか。しかしながらこのシステムは有効にできると考えるので、迅速な情報伝達を可能とする構築中のシステムに期待する。
- 対象者は健康監視の意味を理解しておらず、協力を得られない場合があったので、検疫所は入国時にその趣旨をしっかりと周知すべき。保健所では、この対応に労力と時間を割き、感染者やその家族への指導などの業務に影響が出た。

<3> その他

- 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関しては、検疫所との連絡体制が不十分だったため、十分な把握ができなかった。

- 空港は日本全国からの利用（特に成田空港）があることから、地元自治体だけではなく、全国的な連携体制と迅速な情報提供体制の整備が必要である。
- ニュージーランドにおいては、自己申告によるスクリーニングのみ実施していた。香港においては、日本と同等の検疫対応を実施していた。米国においては、発生地域が北米大陸であったため、当初より積極的な検疫での疾病対策は実施していなかった。WHO は、国際保健規則に基づく検疫についての実効性は高くなかったとの評価の一方、疾患によっては国境検疫は引き続き有効とした。
- 海港においては大きな問題は起こらなかったが、本当に問題がなかったかもう少し詰める必要がある。
- 乗り継ぎ者への対応が決まってないこともあり、新たな事例が発生する度に本省に確認する必要があった。

◆ 水際対策の移行時期について

- 2009 年 2 月のガイドラインからは消えていたが、少なくとももう少し早めに検疫強化開始のボタンを押すべき。
- 海外の情報分析の結果はどのように活かされていたのか、早い段階での海外への担当官の派遣が必要だったのではないか。
- 国立感染症研究所などからの専門的なインプットが十分ではなく、厚生労働省と関係機関との効果的な連携へ改善すべき。
- 各国やWHOからの情報を厚生労働省や国立感染症研究所などの専門家が中心となって情報収集・分析するべき。
- 検疫をはじめとした現場情報を迅速に把握し、早期に対応できるようにするためのシステムを構築するべき。
- 潜伏期・臨床像・重症度等の疫学情報の解析、検査診断法の検討、効率的・効果的な感染予防策の提示をするべき。
- 状況を正しく判断し、エビデンスに基づき、柔軟な対応につなげるための検査体制を構築するべき。
- 感染症専門医、微生物学者、感染制御チーム、実地疫学調査担当などから成るチームによる強力なサポート体制を構築するべき。
- 検疫縮小時期は遅かった。
- 5 月 16 日に渡航歴のない患者が確認されたが 6 月 19 日の運用指針改定まで水際対策の見直しはなされなかった。これは問題。国内感染が確認され次第、速やかに国内対策に軸足を移すべき。
- 国内発生後、検疫縮小の目途が立たず、航空会社や関係機関に苛立ちがあった。
- 5 月中頃においては、世界的な、あるいは外からの情報と比べて、検疫所の業務が徒労に近いものがあったというのが現場の感覚だった。
- 国内感染者が確認された後にも検疫業務の変更がなく、業務の必要性への不信が増大した。検疫官の諦めの雰囲気それがそれを加速した。見直しが行われる可能性が語られないこ

とが、いっそう閉塞感を強くした。

- 新型インフルエンザ行動計画に従い、比較的順調に開始できたものの、見直しの予定などは検討されておらず、スピード感を持って柔軟に体制を変更することが容易ではなかった。

【公衆衛生対策（学校等の臨時休業）】

◆ 学校等の臨時休業の効果について

- 日本は他国と比べ、疫学的特徴がかなり異なり、初期の学校閉鎖で流行の拡大のスピードを抑えることができたのではないか。
- 小学校・中学校・高等学校ではそれなりの効果があったのではないか。
- フランス、イタリアの流行曲線は日本と似ており、対策を講じた日本とあまり対策を講じなかったフランス、イタリアと結果は一緒である。これをどう考えるべきか検証が必要。
- 日本の死亡率が低かった可能性の一つとして、学校閉鎖が行ったために感染が学童に限定し、致死率が比較的高い他の年齢層に広がらなかったことがあげられるのではないか。
- 致死率の低下は、タミフルの投与、国民の感染予防の意識の高さ等様々な要因もあるが、学校閉鎖がある程度効いている可能性は否定できない
- 1918年のスペイン風邪の際、学校の臨時休業を行ったセントルイスと行わなかったフィラデルフィアとで死亡率に有意差があった。
- 同じ年齢層でも学校内感染が多くて、家庭内の感染は意外に少なかったというデータがある。

◆ 学校等の臨時休業の運用方法について

- 居住区が広範囲にわたる場合、校区単位の規制ではカバーできなかった。
- 県立学校の学区単位で規制したため、市や町の一部のみが対象となるなど、行政区域と一致しない地域が生じ、地域における措置に困難が生じた。
- 県と市町と臨時休業の範囲等が異なり、一部混乱があった。
- 長期間の臨時休業・外出自粛は学習指導、生徒指導及び家庭での生活指導に限界があり、現場では1週間が限度との声が強かった。
- 高校生に対する感染防御に関する啓発も重要な対策となった。
- 学校の生徒等の間で、休業の趣旨が充分理解・徹底されず、休業中に生徒間の接触があり、感染が拡大したケースがあった。
- 濃厚接触者の外出自粛は厳しい。また、大学生等は接触者の範囲が広くすべてを把握することは困難である。まん延期には中止ということだったが、その判断が遅かった。
- 病原性の低いインフルエンザに対応した面的制限の基準（規制区域の単位、規制を発動する時期等）が明確でなかったため、規制内容の決定に時間を要した。
- 神戸・大阪の初期の流行時点で非常に多くの学校で患者が検出され、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ではないか。ニューヨーク

ークはその3週間ぐらい前に同じようなことが起きて、(一律の学校閉鎖をしなかったために、)そのまま大きな流行に突入し、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た。

- アメリカの場合には日本に比べてインパクトがやや軽いものとして判断をし、学校閉鎖等は日本に比べると明らかにやった箇所が少ない。
- 日本はクラス単位で動くが、アメリカは先生がクラスにいて生徒が動くため、学校の臨時休業はとりにくかった。
- 学校の臨時休業において、アメリカの法的な規制と日本の法的な規制がどう違うのかというのは検討課題。
- 学校閉鎖の社会的影響(親が休業を余儀なくされること)についても、検証が必要ではないか。
- 学校の臨時休業やイベントの自粛は、ウイルスの状況に応じて一定の指針をつくる必要があるのではないかと。また、全国一律に発生するわけではないため、各自治体が一定の趣旨に基づいて、範囲や期間を適切に決めていく必要がある。

◆ 学校等の臨時休業の影響について

- 学校閉鎖をやりすぎたのではないかとという意見もあるが、対策を講じなくても同じ結果だったのか、という視点でみるべき。
- 修学旅行のキャンセル被害額は24億円といわれている。
- 経済的な打撃は5～6月強かった。
- 修学旅行等学校行事・延期又は中止による取消料や、給食とりやめにより発生した購入済食材等のキャンセル費用、生徒連絡用の携帯電話レンタル料等の通信費用が発生したが、その経費を誰が負担するのか明確でなかった。
- 学級閉鎖をすると社会的な影響がある。例えば、保育園、幼稚園、小学生の小さなお子さんがインフルエンザになると、大体1週間の待機を余儀なくされ、仕事をされている保護者の一部が出勤できないという状況になる。
- イギリスは雇用が非常に不安定で、仕事をされている保護者が、子どもを休ませることによって直ちに仕事が失われるという不安があり、学校閉鎖が極めてとりにくかったというような報道もあった。医学的な側面と同時に、社会的なバックアップが必要。日本が決してすごくいいというわけではないが、日本のいい面がそこでは出たのではないかと。
- 多くの報道機関が学校に押しかけ、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た。
- 授業不足については、夏休みや学校行事の工夫を行った。修学旅行等の中止・延期については、業者に免除もしくは延期してもらうことで対応した。
- 休業期間中に生徒が外出することがあったため、生徒指導担当教員を中心に、全県で巡回指導の実施をした。

【サーベイランス】

◆ 症例定義について

- 医療機関が検査をしたくても、渡航歴がないことから保健所で検査を断られることがあり、渡航歴のない疑い症例に対して、保健所で検査ができるように調整されていなかったことは問題ではなかったか。
- 新型インフルエンザ発生当初に、確定診断のために実施した殆どのPCR検査が季節性インフルエンザであり、無駄が多かった。確定検査について症例定義に限らず、定点においてPCR確定検査など、既存の体制を生かした効率的なサーベイランス体制を構築すべきではないか。
- 初期の段階において、症例定義の海外渡航歴に縛られすぎているという課題がある。一方で、感染者が多数確認された後も、感染者の周囲の疫学調査及び確定診断のためのPCR全数検査が継続され、現場にとって非常に大きな負担という問題点もある。

◆ サーベイランスの運用方法について

- 夏休みの都内の大学生が、部活動で新潟、長野、山梨県等で発症し、現地の保健所は大変でそのフォローも困難であった。
- 集団クラスターが頻発し、調査は確実にできなかった。また、同一地域に住所がない場合は大変であった。
- 必要な対策を行うのは、大変でもがんばれるが、医学的にほとんど無意味と思われることが、法律であること、指針が改定されていないという理由で実施することには徒労感が強かった。
- サーベイランスについて、初期の段階でクラスターサーベイが機能しておらず、また症例定義の渡航歴に縛られていたのも問題。
- 新型インフルエンザは全国一律に発生するわけではないので、地域によって柔軟な対応が必要である。
- 新型対策をやりながら、季節性の対応は無理である。効率的なサーベイランスが必要。
- 現場は、発熱外来の運用・問い合わせ対応・PCR結果の患者への連絡など対応することが山のようにあるので、通知は“簡潔明瞭な内容・書式”にすべき。

◆ サーベイランスの移行時期について

- 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。

◆ サーベイランス体制について

- 全国、どこでも同じ情報がとれたのは、全ての保健所が同様に実施できる体制が平素からあったためではないか。
- 法定の定点サーベイランスを基礎にサーベイランス体制を構築してほしい。
- 海外の情報も頻繁に入ってくる状況であるので、病原性等の科学的知見に基づいた判

断を速やかに行い、サーベイランスを含めて制度の切り替えが速やかに行われるようなシステムが必要ではないか。

- 平常時からやっていることはできるし、やってないことはできない。
- 新型インフルエンザが終息しても、入院サーベイランスなどを維持する必要がある。
- クラスタサーベイランスに変更した際、定点サーベイランスも切り替え、全数把握はしないけども、季節性インフルエンザとの比較が可能となったことは重要である。
- サーベイランスシステムを地方と全体できちんと運用し、意味あるサーベイランスに上げていく。基盤がないと何の比較もできないので、強化が必要。
- 医療・保健関係の専門家に速やかに情報提供できる体制(国立感染症研究所の中のサイト等)が必要。
- 厚労省と感染研のサーベイランスがあったが、サーベイランスは本来専門家がやるべきであって、感症研に一元化すべき。

【医療体制】

◆ 発熱相談センターについて

<1> 機能・役割について

- 国の症例定義に該当する場合にはコールセンター、そうでない場合には直接病院に行ってもらふこととした。仙台ではコールセンターは機能した。
- 発熱相談センターに電話してから受診するように求めることにより、受診の遅れや、重症化につながる可能性があるのではないか。
- トリアージを前提とした発熱外来のスキームを廃止し、発熱相談センターにはトリアージ機能を持たせず、健康相談や情報提供に限定すべきではなかったか。
- 今回は発熱相談センターでトリアージして振り分けることとしたが、うまくいかなかった。それは症例定義に合わない患者が多数発生したこと、報道をみた多くの住民からの電話が集中し、つながらなかったことから逆に不安や不満を爆発させたことなどが原因である。
- 国において、健康危機管理の拠点である保健所の人員確保、人材育成などについて十分検討し、対策を講じる必要がある。
- 神戸市では、発熱相談センターの機能が2-3日でオーバーフローした。

<2> 発熱相談センターの人員体制について

- 発熱相談センターの相談員の確保及び対応能力は不十分であった。
- 対応する医師や保健師などの専門職員の確保には限界があった。
- 発熱相談センター業務により保健所の疫学調査等、他の業務に支障が生じるのではないか。

<3> 発熱相談センター数について

- 地域の人口、需要に合わせた発熱相談センター数の確保が必要である。
- 発熱相談センターは圧倒的に不足している。
- 急激にインフルエンザ疑いの患者が増加している地域においては、発熱相談センターが、患者を電話で外来に誘導するのは困難ではないか。

<4> 発熱相談センターの名称について

- 「発熱相談センター」という名称のため、新型インフルエンザ以外の発熱患者も電話することになり、本来果たすべき業務に集中できなかった。名称を、例えば、新型インフルエンザ健康相談窓口に変えることや、住民の理解を得るための周知・広報などを図るべきではないか。
- 電話相談の名称と機能を変え、市民をエンパワーメントした。

◆ 発熱外来について

<1> 発熱外来の役割・設置等について

- 小児科では、殆どの患者は発熱患者であり、特別扱いをすることは意味がない。小児と、他の年齢層の患者に対する対策を分けるべき。
- 発熱外来があり、新型インフルエンザを疑っても、直接小児科へ来院してしまう。
- 発熱外来については、オーストラリアでは州のスタッフだけで十分な診療ができた。医師の多い米国でも対応できた。日本は医師の数が比較的少ないことを考慮する必要がある。
- 発熱外来を設けても、感染していない者を受診させる可能性があるため、感染の拡大を防御することは困難ではないか。
- 国内発生当初から、全ての医療機関において、感染防止対策を徹底したうえで、全ての外来患者を受け入れるべきではないか。
- 毒性が不明、感染が拡大していない時期においては、発熱外来の必要性もあると考えるが、まん延期の医療体制の検討の中で、発熱外来の機能、必要性について検討の必要がある。
- 外来もある総合病院からすれば、まずは診療所で一般の患者をみていただく必要がある。
- 神戸では、発熱外来の機能が2-3日でオーバーフローした。
- 今回のH1N1のような低い病原性ではなくて、もっと高い病原性のものだったら、全ての医療機関での診療は困難が生ずることが想定され、患者数にもよるが発熱外来の必要性がでてくるかもしれない。

<2> 発熱外来の役割の切り替えについて

- 神戸市では、発熱相談センターと発熱外来が適さないと早急に判断し、発生段階の転換と対応方針を変える必要があった。
- 感染研からFETPの人がきて、今般のインフルエンザの病原性について、季節性と変わ

らないとの報告をまとめ、それに基づき、発熱外来の対応を見直した。

〈3〉 発熱外来の数について

- 神戸市立医療センター中央市民病院の経験から、地域の人口、需要に合わせた発熱外来数の確保が必要と考える。
- 通常の救急患者と急増するインフルエンザ患者で、急病センターは一時パンク寸前までいった。そのような状態になった後に開設した発熱外来は機能した。
- 発熱外来の数は圧倒的に不足している。
- 感染症指定医療機関は大阪でも数カ所、各県数カ所なので、短時間で多数発生した場合には全く対応できない。(今回は症状がそれほど重くなかったので自宅待機とさせていただいた方も多い)

◆ 入院措置について

〈1〉 入院措置の継続の要否について

- 入院措置の見直しが必要である。

〈2〉 入院措置に対応できる病床数について

- 各地域における感染症病室の確保と陰圧室の拡充等入院医療体制の全国的整備と国による財政支援が必要である。
- 地域の人口、需要に合わせた病床数の確保が不可欠ではないか。

◆ 医療提供体制について

〈1〉 医療体制の構築について

- 各地域での発熱外来に協力できる医療機関の確保が必要。
- 国は各地域の医療体制を的確に把握し、これに見合った対応を展開していくべきである。
- 医師の不足・偏在、補償の問題など、新型インフルエンザのみならず、感染症対策全般について、堅牢な医療体制の構築が必要。
- 感染防止上の必要なハード面のみならず、医療従事者を確保するためのソフト面の支援方策、感染症の専門家の養成などが必要である。
- 日常診療の延長ではなく、非常時医療体制としての取組と財政的支援が必要である。

〈2〉 医療連携について

- 医療機関間及び行政との連携体制がより重要ではないか。
- 日頃から行政と関係機関との間で良好な関係を築いておくべきである。
- 患者分散のために中部福祉保健所を中心に調整を行った。
- 近隣の5つの病院が連携する必要があったが、当初うまくいかなかった。その後、保健所が調整役となることで、患者の重症度にあわせた振り分け体制ができ、うまくいくようになった。

- 保健所がほとんど機能せず、個々の医療機関の努力に頼っていた地域が多かった。
- 医療機関が中心となると、他機関とはコンペティションの関係であるのでうまくいかない。医療機関間の連携のためには、その中心的な役割になるのは保健所であるべきである。
- 自治体・保健所をリーダーとした連携体制の構築と権限の委譲が必要である。
- 保健所、医療機関、市町村保健センター等、関係者で平常時の訓練・シミュレーションを実施しておくことが必要。
- 沖縄県では医師会、看護協会、保健所、沖縄県と地域連携がうまくいってパンデミックに対応できた。

<2> 地域に応じた医療体制の構築について

- 地域に即し、地域で完結できる医療体制の確立が必要である。
- 普段から感染症対応が総合的に実施できる医療機関を地域に必要数整備しておくべき。
- 仙台市では、国は国、地方は地方で対策をすると、市長・副市長の指示の下、医師会等と協議し、医療体制を整えた。その際には、国にはきちんとその体制について説明をするようにと市長は言っていた。
- 地域が状況に応じて対策を行うべきと国が明確に指示を出す必要がある。むしろ地方にも意識の向上が必要であるし、それを促進する対策が必要である。
- 地域での対応は、その資源に差があるので、大まかな対応は国が決めるしかないのではないか。
- 地域が主体となって、地域の実情に応じて、対策を決めるというのなら、財源の確保もお願いしたい。
- 地域で自由にやっていいということであるが、国の指示がないと保健所、市はやりたくない、言われないとやらない。
- 感染症対策は地域にどれだけ権限移譲をし、対応できるかデジジョンメイキングしてほしい。
- 現場の自主性がなく、国の通知がないと何もつukれないということもあったが、現場にまかせきりだと現場に丸投げという解釈もある。十分に事前に意見交換をし、コンセンサスが必要である。
- 健康危機管理の観点から現場の情報をできるだけ厚生労働省へ伝えること、保健所と厚生労働省との連携が重要である。
- 医療機関にとって必要かつ正確な情報をリアルタイムに医療機関に提供するシステムが必要である。
- 沖縄県では地域のサーベイランスによって、各医療機関がリアルタイムに流行状況を把握、共有することができた。

<2> 補償・経費等について

- 医療者への災害補償の適応が必要である。

- 医療従事者への補償制度が必要である。
- 新型インフルエンザ患者受入に伴う、膨大な財政的負担（発熱外来設置費用、感染防御具費用、病棟閉鎖による減収等）が神戸市立医療センターでは問題であった。
- 医療従事者が感染患者の診療により二次感染した場合の恒久的な国家補償制度の確立をのぞむ。
- 医療従事者の災害補償の適用は必須。特に、開業医は代わりがないので倒れたら診療所自体もたない。
- 補償を含めて全ての医療従事者の協力が得られるような制度の創設が必要である。
- 公立病院でも、民間と同じ程度の謝礼金を支払うような補償制度が必要ではないか。
- 同じ沖縄だが、那覇市立病院は独立行政法人ということで、医師会からの応援に対する謝金を独自に支払うことができた。一方、県立病院は、謝金が極めて少額なため、医師会との連携が十分にできなかった。
- 新型インフルエンザ患者受入に伴い必要となる経費等に対する財政支援が必要ではないか。
- PPEは現物支給ではなく、診療報酬として認めてもらいたい。
- 坑インフルエンザ薬の国による十分な供給、各地域での発熱外来に協力できる医療機関の確保、および協力医療機関に対する積極的な財政的支援が必要である。

◆ その他

- 病原体の感染力・病原性に応じた対策のシナリオを複数準備しておく必要があるのではないか。
- 病原体の病原性や感染力等の強さによる分類ではなく、患者の臨床像や重症度で分類して、対応するのが重要ではないか。
- 危機管理上の観点からも、タミフルの備蓄だけでなく新薬の安全性や備蓄性を考慮し、多様の薬剤を備蓄しておくべき。また、流通在庫による備蓄など効率的な備蓄方法を構築すべき。
- 健康危機管理に対応した医薬品や検査薬の流通を検討する必要がある。

【ワクチン】

◆ ワクチンの確保について

- 新型インフルエンザワクチンの輸入により、組織培養ワクチンの研究開発が遅れたことは残念。
- 経鼻不活化ワクチンなど、安全性・有効性が高いと考えられるものを早期に開発すべき。
- シードは海外からの入手であり、国内でのシード開発が望まれる。
- 製造体制を拡充すべきである。
- September 11 の際、各国が痘瘡ワクチンを購入しようとしたができなかった。国家の安全保障という観点からワクチン製造業者を支援すべき。

- 集団接種の実施には、接種に必要なワクチン数を確保する必要がある。
- 当局と製造業者との一層の連携として、諸々の決め事に対してパターン、対応策をあらかじめ作成することが望まれる。
- 政府とメーカーの長期的なパートナーシップの確立が必要である。
- 事前購入契約による供給体制の早期の確保が必要である。
- 輸入ワクチンの遅れについて、検証すべきではないか。
- 輸入ワクチンについて、政治的な介入があったことや、開かれた議論がなされてこなかった。誰が、いつ、どのような考えの下に確保量やワクチンのタイプを決めたのか最後まで分からなかった。

◆ ワクチンの接種回数について

- 国に対し、1回接種にして、希望するできるだけ多くの人に接種を図ることを提案したが、明確な回答はなかった。
- 開かれた議論がなされてこなかったため、誰が、いつ、どのような考えの下に接種回数を決めたのか最後まで分からなかった。

◆ 10mlバイアルについて

- 10mlバイアルが当初主体であったことなど、国が責任を持っていれば混乱にはならなかった可能性が高い。10mlバイアルを供給することに何とも思っていないのではないか。
- 利便性が悪いという意見があるが、多く早くという思いでマルチドーズバイアルを供給しており、バイアル大容量の必要性を明確にすることが望まれる。
- 50回投与分の包装単位は個院では使用しづらく、接種率の低さと重なり、接種が進まなかった。
- 海外では集団接種が実施され、早期に全自国民を予防するため10回接種分バイアル、かつ大包装（500回投与分）が標準である。

◆ ワクチンの接種順位について

- 地域の実情を理解し、住民との関わりをもっている市町村の役割が不明確である。都道府県や市町村が判断して接種順位が決定できる権限がなかった。
- 接種スケジュールの変更など、国が責任を持っていれば混乱にはならなかった可能性が高い。接種スケジュールを変更することに何とも思っていないのではないか。
- 「新型インフルエンザ」はウイルスの特性により標的となる対象が異なる（今回は小児・アレルギー疾患）。ハイリスク群の決定には状況を把握したうえで柔軟な対応が必要である。
- 昨年以前にパブコメがされていたが、今回の優先順位の決定に活かされていたのか、活かされていれば、時間的に余裕を持った決定ができたのではないか。また今後新たな「新型インフルエンザ」にたいしては、高・中・低病原性や標的となる年齢層・

基礎疾患など種々の状況を想定した優先順位設定を考慮すべき。

- 全国共通か地方自治体が設定するかは議論があるが、都道府県では明確に決められないので、全国共通とした方がよい。全国共通ができないのであれば、国による十分なPRが必要である。
- ワクチン製造業者へのワクチン優先接種をお願いしたい。
- 医薬品卸の配送担当者をワクチンの優先接種対象者に加えていただきたい。
- 国が接種の前倒しを認めている一方で、神戸市が接種の前倒しを国に求める事例のように情報の一元管理ができていない。国は都道府県や市町村と、もっと連携すべきであり、もっと、現場を知るべきである。

◆ ワクチンの供給について

- 医療機関ごとのワクチンの必要量調査、供給量が必要量を満たさない場合の医療機関への配分量の決定、ワクチン価格等の購入条件の医療機関に対する説明等については、都道府県が行うこととされていたが、人口が多い都道府県で、十分実施されず、医薬品卸が代行した事例があり、官民がそれぞれの役割を果たすことが必要である。
- 医療機関にワクチンが足りないことが問題である。
- 供給スケジュールと接種プログラムの連動が必要である。

(医療機関における余剰ワクチンの返品)

- 今後のワクチン接種事業を進めるためにも医療機関の協力が不可欠であり、受託医療機関の余剰ワクチンについて、国が買い戻してほしい。
- 医療機関の在庫となっているワクチンの返品を認めないことは、医療機関のモチベーションが下がる。
- ワクチンの返品問題については、適切な流通調整を前提として、今後、十分な検討が必要である。
- 国は全国民分のワクチンを購入したことについては、危機管理上、当然のことである。ワクチンは国が全て買い上げた。結果的に、使用された場合は患者が、医療機関在庫は医療機関が、卸にある場合は卸が、それぞれ負担している。流通されなかった約1,500万回分のワクチンは国が負担している。ワクチンの所在によって費用負担の主体が変わるのはバランスが悪いのではないか。

◆ 接種の実施体制について

- 基礎疾患の定義を簡潔にすべきではないか。
- 優先接種対象自体は否定しないが、自分の長男が優先接種対象なのか判断できなかった。
- ワクチン液があっても済むわけではなく、医師がいて初めて接種が行えるもの。医師を確保できるのか等の接種体制を確立すべきである。

- 新型インフルエンザの診療もワクチン接種も、医療機関の犠牲的行動に支えられたことを国は強く認識すべきである。国は協力したすべての医療機関に対して、国の対応が不完全であったことを謝罪し、その上で深い感謝の意を表すことが必要である。医療現場の士気が落ちている。次に新たな敵が襲ってきたときに、このままでは、現場は戦えない。
- H5N1が発生した場合の議論はワクチンの生産体制についてばかり、議論しているが、接種体制についてももしっかり議論すべきである。
- 政府による接種勧奨の徹底が必要である。
- 優先接種対象自体は否定しないが、自分の長男が優先接種対象なのか判断できなかった。
- 接種をしない選択肢を残して欲しい。
- 優先接種対象者証明書をもらっても、かかりつけ医療機関以外の医療機関が情報をもっておらず、接種が困難であった。

(役割・責任)

- 短期間で多数の者を接種するのであれば、市町村を実施主体として集団的接種を実施すべきである。
- 国、自治体のそれぞれの役割や権限を明確にし、国は事故の補償、財源措置等国の危機管理として法定化しておくべきである。
- 国は、事業に当たっての、関係者の責任を明確化すべきである。責任を明確化しないと、自治体も動けないのではないか。
- 国の対応は極めて不透明かつ無責任であった。
- 国は、一部分のみ統制をかけ、全体的に取り組まなかったのではないか。国の立場で責任をとるべきことをしないで接種事業を行った。
- 低所得者に対する接種費用の減免にかかる財源は、特別地方交付税により措置されたが、その制度は不十分である。
- 一人でも多くの国民が接種できるよう、病原性にかかわらず、努力義務を課し、全額国庫負担により実施すべき。
- 接種費用について、被接種者は高すぎるといい、医療機関は安すぎるという。国として無料とすべきではないか。
- 医療機関職員の時間外手当や期末手当を支払ったことにより、医師の人件費がなくなった。
- どこまで積極的に接種を勧奨するか、いつまでに何回分のワクチンを確保するか、安全性、有効性の確認、早期供給の要請、医療機関の負担軽減など様々なトレード・オフについての優先順位を整理して、ワクチン対策の基本的枠組みを事前に関係者が共有することが必要である。
- 不確実性、トレード・オフについて、国民への説明と理解、医療関係者、メーカーが意思決定に参画し、認識を共有するなど、コミュニケーションのあり方の見直し

が必要である。

- 接種直前まで、いずれの医療機関で接種できるのかわからず、医療機関に問い合わせなければならなかった。
- どこに行けば接種ができるのかわからなかった。国民に対して、十分な情報提供が必要である。
- 輸入ワクチンのメリットも知らせるべきだったのではないか。パブコメについて、アジュバントは危険ととれるような記載があった。また、カナダのアナフィラキシーの報道でも危険性をあおるようなことがある。この2点が問題である。
- 国民に対するワクチンの安全性や有効性についての的確な情報提供、あるいはワクチンの安全性や有効性を客観的に評価し、国のワクチン政策に対するアドバイザー機能を持つ仕組みを日本にも導入することを早期に検討すべきである。
- 医療機関への委託ではなく、市町村実施とする。
- 集団接種を標準方式とし、事前に医師会・医療機関等と調整・準備しておく。

◆ 集団接種の実施について

- 短期間にワクチン接種を進めるためには、集団的接種が効果的であるため、市町村が実施主体となり集団的接種により実施すべきである。
- 今後「病原性の高い」新型インフルエンザ出現前に、短期間に多くの人に接種できる「集団的接種」の体制整備が不可欠である。
- 約半分の都道府県で一部実施された集団的接種方式の一般的な採用が望ましい。
- 集団的個別接種など接種の仕組みの工夫が必要である。
- そもそも集団接種で行われるべきであり、需要と供給のミスマッチが混乱に繋がった。

（医療従事者等の確保）

- 実施主体が市町村の場合は、接種を行う医師の確保が難しい。また、土曜日日曜日の医療従事者の確保も困難。
- 接種に当たっての諸費用の確保が必要である。

（実施方法）

- 短期間で実施から接種まで決定する場合には、地区医師会と十分な連携が必要である。
- コールセンターも初日は4万件の電話で混雑するなど、接種の予約の方法を検討する必要がある。
- 優先者接種を始めた時点で、予約が現場の医療機関の負担となったことが、医師会主催の集団接種の実施につながった。
- 集団接種のノウハウが無くなってきており、今後、円滑な接種ができるのか。

◆ その他

- 今回のワクチン接種によって実際にどの程度予防効果があったのかの検証ができていない。
- 小児におけるアジュバントワクチンの安全性について、大きなスタディで検証すべきである。
- 乳幼児のワクチンの現行接種量は科学的根拠が乏しいので見直す時期に来ている。
- 卵アレルギーの子どもへのワクチン接種にはまだ不安がある。
- 新型インフルエンザを疾病として考えるか、ウイルスとして考えるかで異なる。ウイルスとして考えがちであるが、疾病として考え、ハイリスク者におけるインパクトを評価すべき。
- 各地域・各年齢層の何%が新型インフルエンザに罹患したことを知るシステムがない。次期の流行予測上重要な事項である。
- かつて、ワクチン有効性を適切に評価できなかったために需要が激減し、製造体制が打撃を受け、今回のパンデミック時にまで影響した。堅固な研究体制を確立すべき。
- 接種者の抗体価減衰を念頭に置いて、夏から秋にかけて流行した場合の対応を考えておかねばならない。
- タイムリーにサーベイランスを把握し、Disease burden を考慮した対策が必要。
- 本日の会議に現場の医師が出席していないのは残念である。
- アジュバントの活用により少ない抗原量で予防が可能である。
- アジュバントの有効期限が長く異なる抗原にも使用できるため、A/H1N1 のみならず A/H5N1 ウイルスに対する予防も可能である。有効性、経済性の観点からアジュバントを活用するワクチンを通常承認すべきである。
- ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン等が全ての子どもたちに接種されていれば、トリアージが容易になるという声もある。検証すべきは新型インフルエンザワクチンだけではない。
- 整理の仕方として、①今回の対策としてやるべきだったことと②今回の対策では実施しようがなく、常時に検討しておくべきこと（すなわち、現在など）と区別して整理すべき。
 - ①については、さらに、ア) 今回の条件（状況）の中で実施できたがやれなかったこと（リスクコミュニケーション）、イ) 今回の条件（状況）の中ではシステムが不十分でやりようがなかったこと（10mL）の問題がある。
 - ②としては、財源の確保の問題や細胞培養法の開発、毒性のマトリックスなどの行動計画の整備にかかるものがある。この2つのカテゴリーを整理すべき。
- ワクチンのガイドラインが未だにできていない。また、ワクチン対策は2年間議論しているが、厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局に、2年間の経緯を知らない人が多かったのではないかと。パンデミックが始まる前に厚労省のインフ

ルエンザ専門家会議の下にワクチンWGがあるので、そこで、しっかり検討すべき。

- 先ほどの田代委員が指摘した、「これまで2年間にわたる検討」について、新型インフルエンザ以外も含めて、ワクチンの基本方針はこれまで“怖くて”議論ができなかった。昨年4月の新型インフルエンザ発生以降、この1年でワクチンを取り巻く環境は大きく変わり、そういう意味では議論ができる環境となった。ワクチンについての基本方針を議論すべき。