

第1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3月31日（水） 13:00～16:00

【場所】九段会館 真珠（3階）

【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、河岡構成員、川名構成員、田代構成員、谷口構成員、丸井構成員

【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、塚原大臣官房参事官、鈴木健康局総務課長、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、木村健康局生活習慣病対策室長、高井医薬食品局長、岸田大臣官房審議官、熊本医薬食品局総務課長、亀井血液対策課長、三浦厚生科学課長、鹿沼大臣官房健康危機管理官、新村医政局指導課長

○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1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。

会議構成員の皆様方におかれましては、この年度末の大変お忙しい中お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。私は、新型インフルエンザ対策推進室長をしております正林でございます。座長選任までの間、しばらく司会を務めさせていただきます。

本来であれば、会議の冒頭に足立厚生労働大臣政務官からごあいさつ申し上げることになっておりましたが、本日、国会対応のため到着が少し遅れております。到着次第、ごあいさつを申し上げたいと思っております。

それでは、最初に資料の確認をいたします。

（配付資料確認）

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、設置要綱ですが、この会議の目的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）の再流行の対応、それから、鳥インフルエンザ（H5N1）が発生したときの対応、あるいは場合によっては、これから何十年も先になるかもしれませんが再び新型インフルエンザがどんな形で現れるかわかりませんが、そういったものに対する対応、そういったときの対策に生かせるような御検討をいろいろいただく、そういった総括をお願いしたいと考えております。

検討項目としては今般の対策について、その経緯と今後の課題をまとめる、それから、今般の対策のうち課題について一つ一つテーマを決めて、水際対策とか公衆衛生対策とかサーベイランス、広報体制、医療体制、ワクチンといったテーマを決めながら、毎回日を改めてテーマごとにそれに関連する有識者の先生方の意見も踏まえながら検討を行っていただけたらと思っております。そして、最終的には、これまでの対策を総括するということ

をお願いしたいと思っています。

それでは、初めてですので、ここで参加されている先生方の御紹介をしたいと思います。
あいうえお順でいきます。

まず最初に、医療ジャーナリストの伊藤隼也様。

神戸大学大学院医学研究科教授の岩田健太郎様。

日本感染症学会理事長、岩本愛吉様。

国立感染症研究所感染症情報センター長、岡部信彦様。

自治医科大学公衆衛生学教授、尾身茂様。

国際医療福祉大学大学院教授、金澤一郎様。

東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長、河岡義裕様。

防衛医科大学校内科学教授、川名明彦様。

国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長、田代真人様。

国立感染症研究所感染症情報センター第三室長、谷口清洲様。

順天堂大学医学部公衆衛生学教授、丸井英二様。

それでは、進行をお願いする座長・副座長の選任に入りたいと思います。座長につきましては、私ども政務三役、大臣政務官に御相談して、今回の対策の経緯に直接かかわりのなかった日本学術会議会長であります金澤一郎様に座長を、それから、同じく直接のかかわりがなかった日本感染症学会理事長の岩本愛吉様に副座長をお願いしたいと考えておりますが、皆様よろしいでしょうか。

(拍手起こる)

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 ありがとうございます。

それでは、金澤先生に以降の議事をお願いいたします。

○金澤座長 ただいま御推挙いただきました金澤でございます。任に堪えるかどうかわかりませんが、岩本先生と一緒に務めたいと思いますので、どうぞ御協力よろしくお願いたします。あとは座って話をさせていただきたいと思っております。

一言ごあいさつをしたいと思うのですが、本日3月31日はたまたまですけれども、新聞記事によりますとですが、234万人分のワクチンが期限切れを迎える日だそうであります。記念すべき日にこの会が始まるというのは大変象徴的な気がしております。言いたかったのは、まだ終わっていないということです。まだ、終了宣言が出ているわけではございませんので、そういう意味で総括という点では大変大事な時期だと思っておりますが、終わっていないということを御認識いただいた方がよろしいのではないかと理解しております。

御承知のとおり、20世紀が感染症の時代で、21世紀は別な時代だと言われておりますが、それは大嘘でありまして、決して終わっていないということが今回の出来事でよくわかったわけでありまして、したがって、今回のような経験をいたしますと、これを次の機会に、先ほどもお話がありましたように、再流行であるとか、別のより強力なものが襲ってきたときのために備える、その対策に引き継ぐための議論、総括をするということは大変

大事なことだと理解しております。

ただ、難しいのは白か黒かということではなくて、今の時点での冷静な評価を是非皆さん方から御議論をいただきたい、御意見をいただきと思っておりまして、見識ある議論を積み重ねることができればと思っております。御協力を心からお願い申し上げます。

以上でございます。

それでは、今回の経緯に関してから議事を始めたいと思います。まずは、今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策に係る経緯を事務局から説明してもらおうと思います。どうぞよろしく。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、頭撮りはここまでとさせていただきます。マスコミの方、御協力よろしく申し上げます。

それでは、資料1と、大きな資料で申し訳ないんですが資料2と両方、主に資料1を使いながら、これまでの対策について振り返りをしてみたいと思います。

まず、資料1です。スライド番号2番ですけれども、対策の目標は一体何だったのか。そこにありますように、感染拡大のタイミングを可能な限り遅らせ、その間に医療体制やワクチンの接種体制の整備を図る。それから、感染のピークを可能な限り低く抑える。国民生活や経済への影響を最小限にする。基礎疾患を有する方々等を守る。その結果、重症者・死亡者の数をできるだけ最小限にすると。私どもの思いとしては、何とか死亡される方の数を極力減らしていこうというのが究極の目標でした。

スライド番号3番ですが、これはいつも発生する前からお示ししているポンチ絵ですけれども、できるだけ感染の波を後ろに倒し、かつ、感染のピークをできるだけ下げていこうと。その結果として死亡者の数を減らしていこうという思いで対策を講じてまいりました。

最初は、我が国の状況についてサーベイランス等で得られたデータをお示ししたいと思います。スライド番号5番ですけれども、左側にありますのが従来の季節型、過去10年間のグラフです。右側に31週ぐらいから徐々に上がってきているものが今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）のカーブです。ピークとしては大体例年の季節型並みで、8月中旬ぐらいから広がり、11月終わりにピークを迎え、今は大分下がってきているというところです。

スライド番号6番が、都道府県別の上位5県と下位2県の様子です。おおむねこの県も似たようなカーブを示していますが、沖縄県だけがちょっと特殊で、34週に1回ピークを迎え、その後46週辺りにもう一回、一旦下がってまた53週前後でピークを迎えるというようなカーブを沖縄県だけは示しております。

スライド番号7番ですが、折れ線は今お示したものと同じ定点当たりの報告数です。それから、死亡者数とか重症患者数、基礎疾患当たりの患者数、入院患者数を棒グラフでお示ししています。大体5,000当たりの定点に沿うような形で、それぞれ入院、基礎疾患あり、重症者が似たようなカーブを示しているという感じです。

スライド番号8番は、年齢階層別の推定患者数です。5,000の定点観測から国立感染症

研究所でおおむねの推定患者数を出していただいたものを年齢階級別に表したのですが、やはり今回の新型インフルエンザは未成年の方が多かったというようなグラフです。

同じものを表していますが、次のスライド番号9番は円グラフですが、同じようにやはり0～9歳あるいは10～19歳がかなりのウエートを占めたと思われます。

スライド番号10番、入院患者の概況。年齢階級別に入院患者をお示ししていますが、5～9歳辺りが7,000人とかなり多くなっています。いずれにしましても、ここも比較的若い方が入院されるケースが多かったということです。

男性・女性については、男性の方が多かったと思われます。

次のページですが、基礎疾患を有する方は別に入院されている中で数字を表しています。慢性呼吸器疾患を持たれている方が3,914人とかなり多く見受けられます。急性脳症・人工呼吸器利用というもので、あと集中治療室に入院されている方、いわゆる一つの重症化の指標になるかと思いますが、そういった方々が合計で1,646人いらっしゃって、このような数字を示しています。

スライド番号12番は、今の基礎疾患を有する方々、それから、重症化する方々まで年齢階級別に示しております。

スライド番号13番は、死亡者の年齢階級別の数を示しています。そのうち基礎疾患を有する方についてもお示ししております。

スライド番号14番は、季節型と比較してお示ししていますが、左側が季節型ですけれども、季節型の場合は死亡者が比較的御高齢の方に多く見受けられますが、今回の新型インフルエンザは全年齢層にわたって死亡が確認されています。これは、あくまでも季節型との比較という意味です。

スライド番号15番が、年齢階級別の入院率、重症化率、死亡率。先ほどお示した年齢階級別の推定患者数を分母にして、そのうち入院された方、重症化された方、死亡者はどうだったかを見ております。高齢化するにしたがって、お亡くなりになる方、重症化する方、入院される方が多くなったり、あるいは10歳未満の方でも多少多かったという傾向が見られます。

スライド番号16番は、学級閉鎖や学年閉鎖、あるいはその合計をお示ししています。ピークが大体10月の終わりごろに見られますが、先ほどの5,000の定点と比べるとピークが1か月ぐらい早く来ているかなというのが見受けられます。

スライド番号17番は、いわゆる病原体サーベイランスと言いまして、5,000の定点医療機関のうち約10分の1の500の医療機関については検体も提出していただいて検査をして、サブタイプがAH1かとかAだったのか、Bだったのかということを調べています。今回のケースの大多数がA/H1N1、新型でした。

時々誤解されますが、これは一見、二峰性、2つピークがあるように見えるんですけども、500の定点がたまたま発熱外来と一致しているケースが多かったように思われます。したがって、最初のころは発熱外来を最初に受診される方が多かったので、そこから検体

が回ることが多かったので一見多く見られますけれども、実際の患者さんのいわゆるエピソードカーブは先ほどお示したような感じで、11月終わりの方にピークを1回示している程度でした。

次に、諸外国の状況です。スライド番号19番ですが、まずイギリスです。折れ線の部分がILIというのはInfluenza Like Illnessですので、インフルエンザ様症状を来す人ということで、恐らく日本の5,000の定点サーベイランスと同じような概念でとらえられているのではないかと思います。

その折れ線グラフについては、大体5～6月に1回ピークを迎え、一旦収まったかに見えて、また10～11月くらいに再びピークが来ていると。入院で見ると棒グラフの部分ですけれども、よりはっきりと1つの波、2つの波というのが表されています。

スライド番号20番は、点線より左側が従来の季節型でして、点線のちょっと右、2009年20と書いてあるところが、いわゆる今回の新型インフルエンザの最初のピークです。その後、2009年40と書いてあるところでもう一つのピークが来ています。大体シーズンにすると5～6月くらいに1回ピークが来て、夏ごろ収まって、もう一回秋にピークが来ているというような感じです。

スライド番号21番ですけれども、4月の中旬以降からずっとエピソードカーブを描いてみました。5月に確かに国内第1号が発生しているんですけども、そのころはまだ本格的な流行は始まらず、大体33週、8月中旬くらいからいわゆる流行が始まって、11月の終わりの方にピークが来て、直近では3月15日から21日にかけてのデータ、0.41というのが直近の数字です。

スライド番号22番は、各国別の比較です。11月段階でWHOが公表した各国のデータです。入院されている方とか妊婦さんがいろいろ指標としてありますが、一番右のMortality rateというのが人口当たりの死亡者、いわゆる死亡率ですけれども、そこを見ますと、日本のところを囲っています。0.2と。ほかの国とけたが1つあるいは2けたくらい違うように見受けられます。勿論これは11月の段階ですので、まだこの後はわかっておりません。

念のため次のページに、各国がホームページなどで発表している死亡、特に先進国を中心に集めてみました。人口でとりあえず大ざっぱに割ってみて、いわゆる人口10万単位の死亡率を国別に比較してみました。一つ注意いただきたいのは、死亡のとらえ方がもしかしたら各国で異なるのかもしれませんが、特に、アメリカは推計の仕方が大分異なっていると聞いています。1万2,000とかありますけれども、日本のように一件一件の死亡をカウントしていないのではないかと予想されます。いずれにしても、アメリカはそういうケースで例外ですので除かせていただいて、ほかの国は恐らく大体一件一件数えているのではないかと予想されたので、大ざっぱに比較してみますと、日本はやはりかなり死亡は少なかったように見受けられます。

スライド番号24番は、先般WHOの担当の方とお話をしていたときに、日本について幾

つか不思議があって、1つは、5～6月ごろにほかの国では第一波みたいなものが来ていたんだけど、日本はなぜか来なかったねということ。それから、先ほどの国際比較でも日本は人口当たりの死亡者数がほかの国と比較して大分低いけれども、何でなんだろうねという疑問を投げかけられました。

ここから対策の経緯を振り返ってみたいと思います。スライド番号26番ですけれども、対策の全体的な概要は、最初は水際対策や情報の伝達などからスタートして、それによって時間を稼ごうと努力していました。地域での感染拡大防止も試みて、何とか医療体制、ワクチンが整うようにということで一生懸命時間稼ぎをしようと考えていました。

医療体制の整備あるいはワクチンの供給、普及啓発といったものを順次準備を進めていったところです。

スライド番号27番、そもそも発生する前に何をしていたかですけれども、御存じのとおり、行動計画やガイドラインを平成17年あるいは平成21年に策定しておりました。それから、平成19年の段階で内閣総理大臣を本部長とする対策本部を、もし発生したら設置するという閣議決定を行っています。

それから、抗インフルエンザウイルス薬等の備蓄とか、訓練も4回ばかり実施しました。それから、法律に基づいて入院勧告できるような法的な整備も行っております。

スライド番号28番は、例えば、タミフルはどれだけ備蓄していたのか、合計で国の分で3,000万人分、それから、都道府県の分で2,380万人分備蓄しておりました。

スライド番号29番はリレンザです。国が300万人分、都道府県も133万人分、これは平成23年度までですが、備蓄することになっておりました。

スライド番号30番、まず、海外発生してからの主な流れです。最初に、米国で豚由来のインフルエンザウイルスがヒトに感染したというような連絡が入ったのを皮切りに、最初に都道府県に対して情報提供をしたり、検疫の強化、あるいはコールセンターを立ち上げました。4月28日に、WHOがフェーズ4宣言をして、政府の対策本部を立ち上げて、基本的対象方針を策定いたしました。29日に、サーベイランスのための症例定義の通知。30日には、WHOがフェーズ5の宣言をし、1日には基本的対象方針を改定する。それから、5月8日に最初の検疫患者の捕捉。13日には、停留についての御報告も諮問委員会からいただいたりしております。

スライド番号31番、まず、基本的対処方針です。4月28日に策定しました方針ですけれども、ここでは国民への情報提供とか水際対策の強化、パンデミックワクチンの製造、発熱相談センター、発熱外来の設置、国内サーベイランスの強化等々がうたわれておりました。

スライド番号32番は、ちなみに4月29日付で症例定義を定めさせていただきましたが、38℃以上の発熱、または急性呼吸器症状があって、接触歴あるいは蔓延国の滞在歴、簡易キット等で定義を定めさせていただいて、ただ、簡易キットについては、仮にそれであっても臨床的に強く疑う場合は疑似症と扱うというようなことも示しております。

更に、集団発生についても、感染症と思われる患者に異常な集団発生があったら報告してくださいということも併せてこの段階では通知をしておりました。ただ、この集団発生は通知で示されているというのが現場に十分に伝わっていなかったのではないかとするのは、ちょっと指摘も受けております。

スライド番号 33 番、5 月 1 日の段階で対処方針を改定しています。ここでは不要不急の外出の自粛とか、集会・スポーツ大会の自粛とか、事業者の不要不急の事業の縮小等々。この段階では、ややタイトに方針を定めておりました。

スライド番号 34 番、検疫の強化についてですが、もともと検疫については、できる限りウイルスの国内発生の時期を遅らせることが重要だと。ただ、国内発生を完全に防ぐことはほぼ不可能だという前提で、その後の対策を策定することが必要であるということをもととの行動計画にうたっておりましたので、その基本的考えに立って 100%検疫で防げるわけではないという前提で対策を講じました。

ちなみに検疫については、そこにありますように、当初はいわゆる機内検疫、すべての入国者に対しては健康カードとあって、もし何らかの症状が出たら必ず発熱相談センター等へ連絡してくださいということをしてすべての入国者にお配りしておりました。

それから、仮に機内で有症状として見つかった場合に、献体をとってPCR検査を行って、必要であれば隔離だとか、あるいは周辺に座っていた方の停留といったことも行っていました。なお、この際機内では質問票をお配りして、住所等を記入いただいて、もし症状があれば症状も記入いただいて、実際に健康監視下に置かれるような状況にすべく努力をしていました。

当時、入手できていた知見をスライド番号 35 番、36 番に主なものだけピックアップしましたが、最初に入手した情報ではWHOからですけれども、メキシコでかなり多数の死者が出ているというような情報が入っていました。

それから、CDCが出しているMMWRという州法で、5月8日の段階で大多数の人が感染しても軽症だと。ただ、健康な若年者や子どもの中で重症化や死亡の報告があって、幾つの特徴が季節性のインフルエンザと異なるというようなことをうたっていました。

それから、11日の段階で、WHOとメキシコが合同調査の結果を発表して、季節性よりは感染力が強い、それから、推定致死率は0.4%でアジアインフルエンザと同等ぐらいだということも公表していました。

5月13日に専門家諮問委員会を開きました。今日5人の方がいらっしゃいますけれども、臨床経過は季節性インフルエンザに類似している、ただ、基礎疾患を有する方を中心に一部重篤化することに注意すべきだという御報告もいただいております。

6月2日には、ニューヨーク市の臨床像の報告、12日にはWHOがフェーズ6を宣言し、Mildと言うかなと思ったらModerateという評価を下しておりました。

スライド番号 37 番、国内発生以降の主な流れです。5月16日に兵庫・大阪で最初の国内発生がありました。ここで基本的対処方針、確認事項を策定しております。

5月22日に、基本的対処方針を改定したり、厚生労働省で運用指針を策定しています。更に6月12日に、フェーズ6に引き上げられ、6月19日に運用指針を改定しています。

スライド番号38番の確認事項ですが、感染拡大の防止で、例えば、集会やスポーツ大会については一律の自粛は行わないと。5月1日の段階ではこの辺についてもかなりタイトな表現でしたけれども、このころから一律の自粛は行わないという表現にぼちぼち変わりがつつあります。

スライド番号39番、基本的対処方針を改定しています。5月22日の段階ですけれども、ここでは例えば、外出自粛や事業の自粛は行わないと徐々に緩和しつつあります。

22日には運用指針を策定しています。これは地域を2つに分けて、患者の発生がまだまだごく少数だという地域と、患者が急激に増加している地域ととるべき対策が違うということで、このように地域分けをしております。前者の方であれば、発熱外来や発熱相談センター、あるいは入院治療等々を示していますが、既に患者の急激な増加が見られた地域では、一般の医療機関でも診療しましょうとか、軽症者は自宅で見ましょうとか、この段階でいわゆる機内検疫は基本的にやめて、ブース検疫に移したり、停留もやめて、いわゆる外出自粛に変えております。

停留の意味は、いわゆる濃厚接触者の方を、例えば、空港近くの宿泊施設に一時留まっていたくようなことを停留と呼んでいます。実際に患者さんに医療機関に入院していただくことは隔離と呼んでいます。

スライド番号41番、6月19日のちょっと前ぐらいですけれども、冬を迎える南半球で患者の増加が起きている、それから、WHOがフェーズ6を宣言した、国内の発生患者数も増加している、そして、原因が特定できないような散発事例がぼちぼち見られたということで、運用指針を改定する必要性がありました。

スライド番号42番ですが、地域分けをしておりましたが、それをやめて、地域の実情で対応してくださいと。それまで全数把握を行っておりましたが、これもやめて、クラスターサーベイランスを強化してくださいと。これは実施日を7月24日にしています。それから、すべての医療機関で診療してくださいとか、検疫時の隔離もこの段階で完全に中止しています。

スライド番号43番、検疫の強化については今申し上げましたけれども、5月22日から6月18日にかけては、いわゆる質問票なども検疫のブースで回収しております。少なくともこの段階では停留はやめています。

6月19日には、いわゆる隔離も中止しております。

その下のグラフは、当時は全数把握を行っていました。7月23日までは続けていましたので、その全数把握の様子です。例えば5月16日ぐらい、これは関西地区を中心に患者さんの届出がございました。一旦それが収まって、またじわりじわりと患者の報告がありました。

スライド番号45番ですけれども、ただ、5,000の定点で見ると6月、7月の段階ではま

だまだ目立った流行は見られませんが、これから流行入りするかなというのが8月3～9日にかけて0.99という数字を示し、この翌週には1を超えました。その段階で流行入り宣言しています。

スライド番号46番ですが、8月15日に沖縄で最初の死亡例が報告され、19日には1を超えたので流行入り宣言をしています。

8月28日、流行シナリオなどの医療体制の通知を行いました。

10月1日には、ワクチンの基本方針を策定しております。

スライド番号47番は、8月28日に立てた流行のシナリオです。この段階では10月の頭ぐらいにピークが来るかなと思って予想していました。このようなシナリオを一応つくって、各都道府県にお伝えして、各都道府県でこれを参考にしながら、大体自分の県で入院の患者数がどのぐらい出るかとか、重症化する人がどれぐらい出るか、その辺を試算してベッドの用意とか診療体制を整えていただくことをお願いしました。

具体的には、スライド番号48番、49番が8月28日の通知の中身です。48番であれば、病床を確保してくださいとか、特に救命を最優先するような診療体制を充実してくださいとか、基礎疾患を有する者の感染防止の強化をお願いしています。

スライド番号49番は、それをまた具体的にいろいろお示ししています。実際の通知は数十ページにわたる、かなり大部なものであります。

スライド番号50番の辺りからワクチンの話をさせていただきますが、まず、7月14日の段階で国内のメーカーに対しては製造の開始を依頼しています。

7月末ぐらいから輸入をどうしたらいいか、それから、優先接種の順番をどうしたらいいか、その辺を今日お越しの方々、あるいはそれ以外の学会の先生方、あるいは患者会の方、さまざまな方々にお越しいただいて、意見交換会を何度も何度も開きました。

9月6日に、とりあえずの厚生労働省の試案をつくってパブリックコメントにかけたりしています。その後も意見交換会も何回か開催させていただいて、諮問委員会も何回も開催して、最終的に10月1日に政府としてワクチンの基本方針を策定しています。

10月6日には海外メーカーと契約を交わし、その後、接種回数が一つのテーマでしたので、これについても意見交換会を何回も開催いたしました。実際の接種開始は10月19日です。

12月4日には、特別措置法の施行も行っています。

1月15日、健康成人への接種のスタート、1月20日には輸入ワクチンの特例承認も行っています。

スライド番号51番が、優先接種の順番です。ワクチンが最初から何千万人分がそろわなければならないのではなくて、最初はせいぜい100万人とかそのぐらいの単位でしか1～2か月はそろいませんでしたので、そこに1億3,000万人が殺到すると大変なことになるということで、このような優先順位を決めさせていただきました。

スライド番号52番は、接種回数について、もともと今回の新型インフルエンザは当然2

回接種が必要だろうと予想しておりました。ただ、国内メーカーのワクチンを一般の健康成人に接種してみて、免疫原生、抗体が上がるかどうかというものを調べて、結果が10月中旬に上がってまいりました。そのときに思いのほか、たった1回の接種でも抗体の上がり方が十分よかったので、最初、意見交換会を10月16日に開いていますが、そこではかなりの方が1回接種でいいのではないかと、13歳未満の方とかあるいは免疫が特に落ちているような基礎疾患を有する人は2回だけれども、それ以外の方は1回でもいいのではないかと御提言もいただいたんですが、その後、省内でいろいろディスカッションして、もう一回ほかの先生方の御意見も聞いてみようということで、10月19日に再度意見交換会を開き、10月20日にはそこにありますような方針を示しております。この段階で、いわゆる一般健康成人、医療従事者といった方は1回でもいいけれども、ほかの方はもう少し知見を集めようという結論でした。

その後、順次知見が集まった段階で11月とか12月に接種回数を見直して、最終的には13歳未満、それから、免疫が特に著しく落ちているような方を除いて大体1回接種というような方針になっております。

それから、スライド番号53番は、とりあえず1月20日の時点でどうだったかをお示ししていますが、多くの方が大体1回接種という前提ですけれども、平成21年度末までに国内産ワクチン5,400万回部分、それから、海外輸入については9,900万回分確保できる見込みということでした。

スライド番号54番は、接種のスケジュールの目安です。これが最初の段階にお示したスケジュールですけれども、その後順次、前倒しをお願いしています。特に最初の接種をスタートする段階の実施方向では、都道府県の判断で接種の状況を勘案して、次の優先接種のグループが開始できるなどと思ったらどんどん前倒ししていただきたいということは最初の段階からお示ししておりました。その後こちらの知見が出たところで、順次どんどん前倒しをお願いしてきたところです。

スライド番号55番、ワクチン接種事業のスキームです。今回の場合は一応、国の事業として行いました。勿論、都道府県や市町村の御協力もいただきましたが、基本的に国の事業として行いました。国としてはワクチンをまず確保したりとか、優先順位を設定するとか、医療機関との契約を交わすというようなことを行い、それから、ワクチンの製造メーカーはワクチンを受託医療機関にお届けすると。医療機関において優先接種の順番で接種していくというスキームで行ってまいりました。

スライド番号56番は費用についてですけれども、2回の場合は1回目は3,600円、2回目は2,550円、合計6,150円を費用徴収すると。ただ、所得の少ない方については、費用負担の軽減措置を講ずると。それに必要な予算措置も講ずるということです。

スライド番号57番は、健康被害の救済等に関する特別措置法です。大きな柱は2つありまして、今回の場合いわゆる国の予算事業で行って、予防接種法に基づいて行うことができませんでした。ただ、被害救済だけは何とか法律できちんと救済制度を設けたいという

ことで、仮に健康被害が生じた場合に、きちんと法に基づいて救済措置がとれるようなことを行っております。それが柱の1本目です。

もう一つは、輸入企業との関係で、特例承認を受けた新型インフルエンザワクチンの製造販売業者を相手方として、ワクチンの使用によって生じた健康被害に係る損害を賠償するといったことにより、当該製造販売業者に生じた損失等については政府が補償する、それを契約することができるといった趣旨のものが2番目です。こういった新しい法律を特別な措置法として、さきの臨時国会で可決・成立し、12月4日から施行しております。

以上がこれまでの対策でして、残り4枚ですけれども、スライド番号59番、これまでさまざまな御指摘をいただいております。幾つか例としてピックアップしていますが、例えば、全般を通じて対策がやり過ぎだったのではないか、ちょっと過剰に反応し過ぎていないかという御批判や、あるいはタイミングの切替えがちょっと遅かったんじゃないかとか、広報について目的、病原性、正確な情報が提供できなかったんじゃないかとか、あるいは広報が逆に国民の不安をあおったのではないかとか、水際についても効果は本当にあったのか、単なるパフォーマンスだったのではないか、やり過ぎではないか、日本だけがやっていたのではないかとか、公衆衛生対策で学校閉鎖も大阪・兵庫は全域の学校で臨時休業をやりましたけれども、やり過ぎだったのではないか。

サーベイランスについて、症例定義に海外渡航歴などを入れるから国内患者の発見が遅れたのではないかとか、あるいは全数把握はもっと早くやめてもよかったのではないか。

医療体制で発熱外来があるから発熱患者が押し寄せてパンクするんだと。発熱外来の設置に何か問題があったのではないか。

あと、ワクチンについても輸入の検討が遅れたのではないか、そもそもワクチンの行政がなっていなかったのではないか、国内メーカーの育成や研究開発をもっとやっておくべきだったのではないか、あるいは接種回数についても、しょっちゅう変更して混乱が起きたのではないか、10ml バイアルなどというものを製造すべきではなかったのではないか、あるいは優先順位についても、もっともっと現場に任せて柔軟に対応させもらってもよかったのではないか、これは一つの例ですけれども、さまざまな外部から御指摘をいただいております。

最後ですけれども、この総括に当たって事務局からの御提案です。通常、行政評価という61番ですが、目標に対してどのくらい達成できたのか、達成できなかったのか、対策の効果はどのくらいあったのか。それから、諸外国と比べてどうだったのか、達成の状況次第ですけれども、達成できているのであればなぜ達成できたのか、達成できないのであれば何が問題だったのか、そういった視点でいろいろこれまでやってきたことの評価をしていただければいいのではないかと事務局からは御提案したいと思います。

ちなみに、冒頭に目標を御紹介してはいますが、達成度について例えば、感染拡大のタイミングを遅らせるという目標を掲げましたが、それは果たしてできたのかどうか、ピークをできるだけ抑えることはできたのかどうか、国民生活や経済への影響を最小限に

することができたのかどうか、基礎疾患を有する方々を本当に守ることができたのかどうか、死亡者の数をできるだけ最小限にすることはできたのかどうか、この辺の達成状況についていろいろ御意見をいただき、達成できたのであればなぜできたのか、達成できなかったのであれば何が悪かったのか、この辺についていろいろ御意見をいただけたらと思います。

大分時間が経っていますので、資料2を説明したら恐らくまた1時間かかりますので、見方を御説明します。まず、大変申し訳ありませんが、この資料2は大分慌ててつくってありまして、左の欄が日付です。日にちを追いながら主な出来事、例えば、先ほどの基本的対処方針だとかフェーズ4はいつ宣言したとか、その辺を主に書いてあります。そして、水際対策、公衆衛生、サーベイランス、医療体制、ワクチンと大きな対策別にそれぞれ何日に大体どんなことをしたのかを大ざっぱにまとめています。時系列で先ほどパワーポイントでざっと説明しましたが、対策と対策の横のつながりを見るのに多少なりとも役立つようにということで資料2をつくらせていただきました。ただ、大分慌ててつくっていることと、ワクチンの担当者はワクチンの部分、医療体制の担当者は医療体制の部分と、それぞれ担当者ごとにつくったものをまとめていますので、担当者のキャラクターが出てしまって、ある部分はかなり詳しくあったり、ある部分は抜けていたりとか、何となくまだら的な感じが一見して見受けられるんですが、これは未完成なんですけれども、とりあえず今日の議論に多少なりとも参考になるかなということで出させていただいて、最終的に総括が終わる段階ではきちんと穴埋めしたり、あるいは若干事実関係が間違っているところも御指摘いただいて修正して、こういったものをきちんとつくって後世に残していきたいなと思っています。とりあえずは何らかの参考ということでお示ししております。

私からは以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。なかなか珍しい出し方をしてくれたものでして、これから改訂して資料が完成していくそうです。皆さんの御協力をお願いしたいと思います。

参考資料は全く触れないでいいですか。ちょっと一言だけ聞いて議論をしたいと思いますが。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 失礼いたしました、ちょっと疲れました。参考資料は、これまた大部になりましたけれども。

○金澤座長 内容ではなくて、どういうものが載っているかだけ教えてください。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 わかりました。目次だけごらんください。先ほど御紹介しましたが、行動計画やガイドラインが既に策定されております。これは実はもともH5N1の発生を念頭に、今日お越しの先生方の御協力もいただきながらつくったものです。その概要を、実際のもは数百ページにわたる大部のもので、そのエッセンスだけをパワーポイントでまとめたものをお示ししています。

それから、基本的対処方針についてはフルバージョンをつけさせていただいております。

目次をごらんいただくと、政府とか厚生労働省と書いてありますが、政府と書いてありますのは、いわゆる内閣総理大臣をトップとする閣僚級の対策本部で了承された方針です。厚生労働省のみならず全省的につくったものです。つくるに当たっては、今日お越しの尾身先生を座長とした諮問委員会で何度も何度も御検討いただいて、その御意見を踏まえる形で策定したものが基本的対処方針あるいは確認事項といったものです。

一方、かなり各論的なもの、特に厚生労働省が中心になって所掌する部分、医療の確保とか検疫といった部分については、運用指針という形で厚生労働大臣が定めるという形でまとめています。勿論これも諮問委員会の先生方の御協力もいただきながら策定いたしました。そのフルページをそれぞれ資料としてつけております。

それから、ワクチンについては10月1日に先ほど御紹介した基本方針を、やはり同じように諮問委員会の御議論を踏まえ、政府全体で策定しております。

一番最後に参考資料7とつけているのは、厚生労働省としてワクチンのかなり各論部分、優先接種の具体的な部分等についてまとめたものが10月2日にまとまっていますが、それをお示ししております。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

それでは、大変膨大な資料をちょうだいしたわけですが、ちょっと分けてお話をしていかないと分散してしまいますので、最初に、資料1を中心にいたしますが、我が国の現状については5～17番までです。それから、諸外国の状況は18～24番ぐらいまであるんですね。まずは、その辺りについて、これは現状ですので、ここをこうしろああしろという問題ではないので、むしろ質問や疑問などを御提出いただけたらと思います。

○岩田構成員 神戸大の岩田です。実は座長に御許可いただきたいんですけども、先ほど御説明いただいた資料について、先ほど御指摘の現状についてというところで幾つか質問したいのですが、その前に、この時間を逸してはできない質問が1個だけあるので、それをさせていただきたいと思います。それと、先ほど事務局から、このように会を進めていってはどうかという御提案がありました。それについて意見させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○金澤座長 どうぞ。

○岩田構成員 では、私が重要と思う順番に申し上げさせていただきます。

まず、総括会議全体についてです。一番私が今疑問に思っているのは、私も含めた人選です。このメンバーがどういう根拠で、どういう経緯で選ばれるに至ったのかということです。これは結構重要な問題だと思っています。なぜならば、それ以前の専門家会議や私たちが集められたイレギュラーな会議という委員会がたくさん開かれて、それがまたイレギュラーに今まで開かれてきて、そのプロセスが余り明示化されていなかったのが問題だと私は思っているからです。

例えば今回の総括で、表書きのところに水際対策、公衆衛生対策、サーベイランス、広

報体制、医療体制、ワクチンなどについて有識者の意見などを踏まえながら検討し、最終の目的には今後の対策の見直しに生かすと明言しているわけですから、今後の対策に生かしたいのだと思うんです。では、水際対策を現場でやった人がこの中に何人いらっしゃいますか。保健所の方は何人いらっしゃいますか。学校が休校しましたけれども、学校関係の方、教育委員会の方は。実際に患者さんにワクチンを打ったことのある方は。発熱外来に出て患者さんを診た方は1人ですか。でも、実際に例えば一番流行している、300人ぐらいやってくる沖縄の一番忙しかった外来とか、あと恐らく今回一番疲弊されたであろう小児科の先生みたいに、朝から晩まで患者さんを診てという方はどのくらいいらっしゃいますか。……というように、実は我々が一番検証したくて声を拾い上げたい方が、ここには無参加です。それはなぜなのかというのは是非伺っておきたいし、また、本当にきちんとした総括ができるのかという疑問は非常に残ります。これがまず1点です。

次に、先ほど御提案の議事の進め方について意見を申し上げます。まず、目標が達成できたのかという観点から議事を進めていくことには反対します。なぜならば、その前にあの目標は、そもそも目標として妥当だったのかという検証が必要だからです。それを検証せずして、厚労省が目的を立てました、それに合致しているかすり合わせますということでは、そもそもその目標でよかったのかというところの根源的な議論が抜けてしまって危ういと思います。ですから、そうでない議論の仕方を提案したいと思います。

また、結果だけで見ると、例えば今回、他国に比べて日本で非常に死亡者が少なかったということに関して言うと、恐らくここで異論の余地はないと思うんですが、それが我々の行政がもたらしたものなのか、あるいはそうでないのか、あるいはトレードオフとして失ったものは何なのかといったところが、結果だけを見てしまいますとちゃらになってしまうおそれがあります。ですから、結果オーライではなくて、プロセスもきちんと吟味するべきだと思います。

以上の2つが重要な点で、すごく瑣末なことを申し上げさせてください。先ほどのスライド番号14番なんですけれども、季節性インフルエンザと新型インフルエンザの年齢別死亡数の比較は、まずX軸が全然ずれていてちょっとミスリーディングなので、見るときに注意が必要だと思います。また、各年齢別における患者数が季節性と新型では全然違うので、発症者数がそれぞれ全然違う中で死亡者を縦に並べて、例えば、発症者が圧倒的に多かった10代の患者さんの8人という死亡が、発症者が恐らく相対的に低いであろう季節性インフルエンザの10～19歳の3人と比べてどうかというのは一概には言えないと思うので、この表には注意が必要だと思います。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

2つ目の提案に関しては全く賛成でして、私はああいう進め方を個人的にはするつもりではありません。先ほど申しましたように、現時点での冷静な評価と申し上げたので、最初に立てた目標に対して合っているかどうかの問題ではないと思います。それは賛成しま

す。

最初の疑問についてはどうですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 とりあえず私どもの考えだけ申し上げます。この会の進め方も含めてなんですけれども、コアになる方をまず選ばせていただいています。今日お越しの方がそれぞれの先生方で、全く御存じない方ばかりですと議論がなかなか前へ進まないことがあるので、やはりある程度当時の対策に携わった方々、もともとの諮問委員会の先生方、岩田先生のようなアドバイザリーボードの方、それから、もともとこれが始まる前の専門家会議の先生、そういった方にお入りいただきました。ただ、勿論それだけでは手前みそと言われますので、そうでない方として伊藤さんや金澤先生、岩本先生にお入りいただきました。あとは、実際に現場で御苦労された方々についてですけれども、できるだけそういう方々の御意見もいただきたいと思っています。これは提案なんです、この後2回、3回、4回と何度も何度もこういった会を開いていこうと思っています。そのときにテーマを決めて、例えば、第2回は広報なら広報とテーマを決めて、広報の関係者、場合によってはマスコミであるとか、あるいは情報の受け手の方、広報に限らず情報発信ですので、自治体の方あるいは医療機関の方等にお集まりいただいて、広報というテーマで自由に御意見いただくと。あとは別に、例えば医療体制だったら医療関係者が中心だと思いますが、現場で本当に苦労されたような方々にお越しいただいて議論に参加していただく、そんな感じで、できるだけ現場の御意見も十分吸い上げながら総括をまとめていただけたらなと申し上げたいと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

もう一つの図に関するコメントはありますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それは御指摘のとおりです。これは実数だけですので、ややもするとミスリーディングしがちですので、実際には感染者の数で分母で割ってみる必要もあるかと思って、参考までに次の15番のスライドも併せてお示しさせていただきました。ただ、これは季節型のデータがありませんので、済みません、14番のような比較はできませんけれども。

○金澤座長 ありがとうございます。

岩田先生の御指摘に関する今のコメントはわかりましたけれども、私も実は考えておりまして、現場の御意見というものをどういう形でここに反映していただこうかなと実は思っていたところなので、ちょうど今答えが出ていたようですので、これからどういう形でそれを吸い上げるというか、聞かせていただくかを、むしろ御提案いただければと思います。

それでは、始めたいと思います。先ほどの話に戻りますが、5～17番までは統計などですが、こういう統計が必要ではないかというようなこと、それから、今、岩田さんからありましたように、ここは注意が必要だという御指摘は、ほかに何かありますか。

○岩本構成員 インフルエンザウイルスは飛沫感染で感染するわけですけれども、実際に

一番集中的に感染が起こった場所は家庭だったのか、学校だったのか、あるいは職場だったのか、街の中だったのか、などをはっきりさせておくというのは、非常に大事な点ではないかと思います。例えば将来の発生時にも、発熱者が集まる診療現場と健康な方へのワクチン接種の場所をできるだけ分けるということも大事だと思いますので、インフルエンザの専門の先生方とか、岡部先生のような疫学の先生方からその辺を伺いたいと思います。それから、沖縄の流行に関しては何かわかっていることがあれば教えていただきたいと思います。

○金澤座長 沖縄に関しては全く同意見です。さっき岡部さんが西洋型とおっしゃったんだけれどもちょっと説明していただけますか。我々素人にはわかりにくいので。

○岡部構成員 スライドで言うと6番に都道府県別が出ておりまして、目立つ色で集中しているところは全国の都道府県の代表的なところがあると思います。薄い色の沖縄だけが最初の発生がなくて、それからピークが出て、そして後になって増えてくると、沖縄の場合は、一番最初の46.31と書いてあるのが沖縄の人たちはこれを第一波と呼んでいます。そして、ピークの54.88という数字を沖縄県側では第二波と見なせるのではないかという表現をしています。先ほど正林さんからも御説明があったように、日本の場合は5～7月にその発生は全体から見ればわずかなもので、ほとんど流行が見られなくて、秋の流行で、私たちはそれを第一波と呼んでいることが多いんですけども、ヨーロッパあるいはアメリカの人たちは5～6月に出たときの数が結構あって、それを第一波と呼んで、そして、秋の流行を第二波と呼んで、むしろ日本は第一波がなくていきなり二波が来たのだろうという表現をしております。その中で、いや日本では沖縄が一波、二波を経験しているというような言い方になると思うんですが、その原因は私たちも知りたいところですけども、はっきりつかめない。ここ数年、沖縄が通常のインフルエンザにおいて5～7月に冬のインフルエンザを超える流行があったりしていることは事実なんですけれども、それがすべて今、原因と結果に結びつくような状況かはわからないと言わざるを得ないと思います。

○金澤座長 最初に、岩本先生から御指摘のあった感染が始まった、起こった場所に関する情報というのが大事だという意見でしたが、そのとおりだと思いますが、正林さん、そういうものはどこかにありますか。時系列を見ていく以外にないですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 クラスタサーベイランスというもので学校とか医療機関とかあると思いますけれども、職場というのはちょっとデータはないかもしれないですね。

○岩本構成員 私が聞いたのは、把握されている中ではどこで一番感染者が出たかという問題です。さっき申し上げた例のデータを全部比較する必要はありません。一番集中的に感染が起こった場所が学校だったのか、小学校だったのか、職場だったのか、ということです。より明確にいうと、5月の関西の流行が比較的小さくとまったのは、実際に学級閉鎖とか学校閉鎖という対策が流行に影響したかどうか、という質問なんですけれども。

○福島結核感染症課長 スライド番号8番の年齢別推定患者数は、サーベイランスの累積

の患者ですけれども、時系列的にもう少し見ることはできますが、これで見ると0～9歳、10～19歳と区切っていますが、0～4歳、5～9歳、10～14歳、15～19歳と分けてみますと、多いのはやはり5～9歳、10～14歳です。0～4歳までの年齢層は5～9歳に比べ患者数は少ないことからすれば、場所的にはやはり学校と考えるべきだと思います。

○金澤座長 そっちのデータの方がよかったような気がしますね。まとめればいいという問題ではないので。

○岩田構成員 多分、岡部先生の方がお詳しいと思うんですけれども、FETPとかその他の感染症学の専門の先生が内実をおまとめになっていて、同じ年齢層でも学校内感染が多くて、例えば、同じ年齢でも家庭内の感染は意外に少なかったというデータが、多分ユーロサーベイランスなどを通じてパブリッシュされていると思います。手元に詳細なデータは持っていないんですけれども、そういうところを見れば多分、先ほど岩本先生が御質問になったところの詳細がわかるかと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。次回にでも出せますね。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 年齢階級別は出せますので、岡部先生と相談させていただきます。

○河岡構成員 先ほどの沖縄の事例に関連してですが、スライド番号20番のアメリカでの流行を、日本と同じスケールで載せてほしいなと思いました。それが1つです。

もう一つは検疫の資料ですが、ここにはありませんが、かなりしっかりとした機内検疫をしてどうだったかという資料は、将来どこまで機内検疫をやるかという判断を行うときにかなり重要になると思います。今後テーマ別に議論していくときにまた別の資料として出るのかもしれませんが、その資料はあった方がいいかなと思います。

○金澤座長 将来出ますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 はい。検疫はいろいろ数字を出そうと思ったら出せると思います。

先ほどのアメリカのデータは、データのとり方がどうも違うようなので。

○福島結核感染症課長 スライド番号20番は、外来患者におけるインフルエンザ様疾患の患者の割合という形のグラフでして、私どものサーベイランスは定点当たりの患者数という形で捕捉の仕方が異なっておりまして、諸外国との比較ができないか私どもで検討したことはございますけれども、残念ながらダイレクトに比較することはできないものでございます。

○岩田構成員 今のこととちょっと似ているんですが、先ほど5～6月に日本で流行しなかったのはなぜかという御質問があったんですけれども、アメリカ、カナダ、メキシコもしくは対岸のヨーロッパ、イギリスなどは、恐らく交流が物すごく激しくて近いということで、土壌的に日本と環境が違うというところがあると思うんですけれども、日本に比較的近い先進国、例えば、韓国あるいは香港、シンガポール、タイ、場合によってはマレー

シアといったところの5～6月の流行状況というのはデータが出ていると思うんですけども、いかがでしょうか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 調べてみようと思います。

○金澤座長 わかりました、出してください。

伊藤さん、何かございますか。

○伊藤構成員 先ほど死亡率の各国比較がデータベースが少し違うので、直ちに比較対象とならないというお話だったんですが、いずれにしても日本の死亡率が非常に低いという話はマスコミを通じていろいろな形で伝えられているので、特に今ここに挙げてあるデータの差異みたいなものを具体的に、例えば、PCRの同定があったのかどうかということを含めて、一度全部データに当たっていただけないでしょうか。スライド番号20番です。

○金澤座長 先に行ってしまったんですね、わかりました。各国の比較までいきました。よろしいですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 はい。

○金澤座長 丸井さん、どうぞ。

○丸井構成員 そういう意味では、今のお話でスライド番号13番に関連するところですが、新型インフルエンザによる死亡の定義について、歴史的に考えますと、インフルエンザに関してはむしろ超過死亡という形で総括されていくと思います。ですから、死亡者というときに各国の比較も含めて、我が国でこの場合の死亡者というのは一体、どういうものが新型インフルエンザによる直接の死亡なのでしょう。これはいわゆる超過死亡の概念と少ずれます。その辺りがここでは余り説明がありませんでした。

○金澤座長 では、岡部先生からお願いします。

○岡部構成員 感染研の岡部ですけれども、超過死亡については私たちの方から成績は出せると思います。それから、今もお話があって、既に先の話になりますけれども、今回の新型インフルエンザの発生というのは極めてまれな状況というか、極めて特殊な状況で、なかなか比較できないものを季節性インフルエンザに比べてどうだという言い方をしているんですが、実際には患者さんの発生状況はサーベイランスの状況が定点とサーベイランスという同じ物差しでできるようになったんです。例えば、今の死者あるいは死亡者、常にどのぐらいの入院患者がいるかというのは、実は物差しがはっきりしていないわけです。つまり、通常のインフルエンザからそういうものが比較ができないと思います。その解決のためには、この先なんですけれども、やはり通常のインフルエンザのサーベイランスが臨床家の負担にならない程度で、しかし、もうちょっと精度の高いものを構築していくことが今後、新型インフルエンザあるいは感染症Xでもいいですし、呼吸器感染症が起きたときに大きな参考になるだろうと思います。

○金澤座長 丸井さんの質問に対しては、恐らく出せるであろうということですね。

○岡部構成員 エクセスモータリティ（超過死亡）については既に我が国でも行っているため、そのデータは私たちのホームページにも出ていますので、直ちに資料は出せると思

います。

○田代構成員 今回のスライド番号 13 番の成績ですけれども、死亡例というのは日本の場合の厚労省に来た報告というのは、検査で新型インフルエンザの感染であるということが確認されたものだけですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 はい、PCRで確認されています。

○田代構成員 そうすると、検査の時期を逸してしまったとか、もしくは検査されなかったとか、検査の精度そのもので本当は感染していたかもしれないけれども確認されなかったという数字は加わっていないと考えてよろしいですか。

○金澤座長 PCRで確認できていなかったケースは入っていないんですね。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 全部が全部PCRで完全に確定されているものではありません。ごくごく一部PCRできていないものも含まれます。

○金澤座長 これはどうやって集計したものなんですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 これは、実際に診ているドクターがインフルエンザを疑って当然PCRにかけたりいろいろしているわけですけれども、そういう方がある程度直接関連して亡くなっただろうというものを……。

○金澤座長 保健所を介してなんですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 保健所を介してです。

○金澤座長 そういうことですね、それが聞きたかったんです。すべて保健所を介しているものと。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 例えば、PCRで陽性だった人が交通事故で死んだという場合は報告が上がっていないと思います。

○金澤座長 ほかにございますか。

○尾身構成員 まずは、座長からペーパーについて何かあるかということでしたので、まずそれについてお答えして、最初の発言ですので、先ほどのいろいろなことについても、あるいは専門家諮問委員会がどういうことをやってきたのかについてもお話ししたいと思います。それから、私の理解は、今日の会議の目的は、事実関係について確認することですので……。

○金澤座長 ちょっと待ってくださいね。準備段階から段階を分けてこれから議論していきますから。

○尾身構成員 そうすると、資料1と資料2はどう議論すれば良いですか。私は実は資料2の方にも幾つかコメントがあって、資料2は時系列ですね、資料1は内容、テーマということなので、どっちをしたらいいかということがありますが。

○金澤座長 わかりました。では、最初の日本の現況と外国の状況、これはデータを見せていただいたわけで、それに対する直接的な疑問と追加資料が必要かという議論をさせてもらいました。伊藤さん、今のところ大体そのぐらいでいいですか。

○伊藤構成員 先ほどの正林さんのお話について、ちょっと質問です。死亡例のデータの

集め方の話が出たと思いますが、実は地方の保健所とか東京都でも総括した資料を手に入れているんですけども、診療所や病院からPCRの検査を要請しても保健所が対応してくれないという不満が相当数あったようです。具体的には、岐阜県では当初、1日あたり8件程度しかPCR検査ができない状況だったと聞いています。その後は改善したようですが、こうした状況は他都道府県でもみられたのではないかと理解しています。そういう現状の中で、例えばデータをこういう形で集積して、現状把握をしないままにこういうデータが独り歩きするというのはどうなのかなと思うので、地方の現状なども含めてPCRデータがどういう形で死亡例について関与したかも御報告いただけるとありがたいと思います。

○金澤座長 なるほど。それについては、どうお答えになりますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 自治体の方に聞いてみる必要があるかなと思いますけれども、地方自治体の方にも何回かここにお越しただこうと思っていますので、PCRに全部かけることができなかったという御意見を、もしかしたらいただけるかもしれません。

○金澤座長 わかりました。

先ほど言いましたように、日本の現状、それから、外国の状況、そういうデータに基づく話についての疑問と、必要と思われる追加について話が出ました。次は、準備段階における日本の対応、米国において豚由来のH1N1のA型インフルエンザウイルスのヒトへの感染事例が報告されるまでの状況についての報告が27～29番までありました。30～36番ではそれ以後、4月23日から日本の中で新型インフルエンザ感染者が発生する5月16日までのことが書いてあります。そういうことで、時期を分けて一体ここで何をやるべきだったのか、さっきの岩田さんの話に戻るんですが、目標はいいんだけども、本当にその目標が正しかったのか、そういうことを含めて少し深い議論を思っておりました。ですから、その流れの中でよければ先生に御意見をいただきますが、それとはまた別の観点であれば今、お話しいただいた方がいいかもしれませんね。

○尾身構成員 最初のチャンスなので、個別の議論をする前に、今回こういう会を厚労省に開いていただいたことは大変いいことだと申し上げます。実は私たち専門家委員会の間でも、そろそろ総括すべき時期に来たという感じを持っていて、そういう中でこういう会が開かれたということは大変タイムリーだと思います。その上で言いますと、実は、一般の人の中で今回の政府対策本部専門家諮問委員会というものの役割が一体どういうものだったのかということが必ずしも知られていない。先ほど岩田さんの方から、いろいろな会議があってそれぞれの役割あるいは関係や、意思決定のプロセスにおいてやや不明瞭なところがあったというのは確かだと思います。私の理解は、この第一回目の会議の目的は事実関係を明らかにすることであると聞いておりますので、私も、勿論皆さんと同様いろいろな意見はございますが、今日は事実関係に限定させていただきたいと思います。よろしいですか。

まず最初に、先ほど岩田先生から人選について、現場の人等をお呼びになるという点私も賛成です。政府の様々な案を作るに際し、厚労省や我々、ここにいる人たちも実は現場の声をいろいろなところで聞いているわけですが地域の人たち例えば発熱外来の運営に関与した人たちに来ていただき彼らの考えを述べていただくことは私も大賛成です。その上で一つ事務局に御提案ですが、今回の新型インフルエンザというのは対策本部という内閣の一つ大きな中で行われて、その中でまた厚労省にもいろいろな会議があったりということなので、恐らく一般の人は政府の方との関係はどうなっているのかと知りたいでしょう。厚労省だけで完結しなかったことはみんな知っているわけです。実は我々専門家委員会は、厚労省の事務方とは頻りに議論をやりました。と同時に、官邸、内閣府の方々とも随分、特に5月の初期には議論しましたので、もし、この会議を政府全体での総括ということにしたいのであれば、その人たちの参加も是非お願いしたいし、いや、この会議はそうではないんだと、つまり厚労省の中だけの話なので政府の方はまた後でやるんだという、その辺については確認していただきたい。もし、これが政府全体の総括ということであれば、次回あるいはその次にでも内閣府の方々にも出ていただければ、先ほどの岩田さんの人選ということにも関連します。

それから、我々の専門家委員会というのは、実は私ども5人、4月30日に内閣総理大臣の名前で手紙をもらいました。翌日の5月1日に第1回の会議が内閣府で開かれました。我々の基本的な役割は、対策本部から指定されたテーマがいろいろございまして、そのテーマについて我々がプロとしての意見を申し上げるということでした。実はそうした正式な会議以外にも様々な活動が当初ありまして、厚労省、内閣府あるいは地方自治体の関係者と、電話、Eメールなどで何回もやりとりし、あるいは現場の開業されている先生を含め医療関係者の方々とも、特に初期にはかなり頻りに意見交換をしておりました。勿論、専門家委員会の5人の間の意見交換は文字どおりしょっちゅうでして、そのうち何人かの先生はWHOの会議等々に参加する機会がございましたので、WHOとの意見・情報というのはコンスタントに入っていたと言えると思います。

そういうプロセスを通して政府に対してさまざまな意見、これについてはすべての政策に我々が関与したわけではありません、2つぐらい例外があったと思いますけれども、それを除いて、ほとんどすべての政策の立案に我々が意見を申し上げて、最終的には政府が決定されました。あるものは文書として、またあるものは口頭でありましたが、そうした提案がすぐに採用されたこともありますし、採用されるまでに少し時間がかかったり、あるいは少し修正がかかって採用されたということもある、そういうことが事実でした。

最後になりますけれども、我々5人がどういう立場で、どういう基本的な考えでこの会議に参加したか。これは5月1日から今に至るまでですが、1つのことが最も大事な我々の考えの基本でした。我々は、いろいろな対策の案を事務局の方と一緒に練り上げるという作業を特にかなり最初のころはしました。そうした対策案作成の際にはどういう考え、根拠で作られたのかを明確にしようと思いました。。単にこういうことを厚労省はする、政

府はするという結論だけを示すのではなくて、一体どういう考え、根拠でそういう案を出したのかを、はっきりわかりやすくすることに努めることが我々の基本的な考えでした。例えば、5月15日の基本的対処方針の実施についてというのは参考資料にありますか。19ページは最終案でしょうけれども、これをつくるときの基本的対処方針の実施においても、なぜ今回、基礎疾患を持つ人に対する重症化対策が重要であるか、あるいはまた、感染が拡大したときには、なぜ措置入院を早く解除する必要があるかということを既にこの時点で何度も書いてあるし、言っております。

それから、5月9日に感染者が発見されたと思いますけれども、事務局の要請もあって5月10日に我々5人が成田に実際に出向いて、4人の感染者の方々に関する情報を詳細に検討し、その結果、停留期間を10日から7日に短縮するという提案をさせていただきましたが、そうした提案のときにも、参考論文を含めて根拠をなるべくわかりやすくするのが我々の最も重要な哲学で、実際にそうしました。

次は、せっかく機会をいただいたので資料1について。まず、スライド番号6番。先ほどから沖縄の件がありましたけれども、私に來ている非公式の情報では、沖縄は他県に比べて、やや学校閉鎖をやった割合が少なかったんじゃないかということがありますので、これについては事務局に是非検討していただければと思います。本当にそうだったかどうかは私は確証しておりません。

それから、スライド番号9番に年齢分布がありました。それと同時に、イギリスなどのいろいろな情報とその後のページに出っていますが、これも事務局への要請ですけれども、外国の年齢分布も実は大事で、なぜ大事かということ、ある研究グループによりますと、これはまだ可能性ですし、勿論これから最終的な判断が必要だと思いますが、日本の死亡率が低かった可能性の一つとして、学校閉鎖があったために感染がいわゆる学童に非常に限定していると。それを欧米と比べると、欧米の年齢分布は成人の方にもダラダラと来るんですね。日本の場合は例外的に5～19歳ぐらいに集中して、20歳以上はガクッと減ると。そのことをこの研究グループの人たちは学校閉鎖があったために、感染が学校という場所に比較的限定されたために地域にあまり感染が広がらなかったこと。日本の致死率は大体わかっていますけれども、成人以上になると致死率が明らかに高くなるわけですね。だから、その研究グループによると学校閉鎖によって致死率が高い成人のグループに感染があまり広がらなかったことが一つの理由として挙げられているので、是非次回にヨーロッパあるいは欧米における感染者の年齢分布について載せていただければと思います。恐らく日本に比べて年齢分布はダラダラとなっているというのが私の理解ですけれども、是非確かめていただきたいと思います。

資料2については、事実関係について後でまた。

○金澤座長 後でどうぞ御意見ください。

○岩田構成員 事実の確認に限定して、先ほどの尾身先生のコメントに対して、当時のことについて私からもコメントしたいと思います。

まず、基本的対処方針の実施についてということで、委員会の先生方が根拠に基づいて対策を立てるということで、何度も話し合いを繰り返して、根拠に基づいて文献も提示してということでした。これは私は初耳でした。なぜならば、これまで厚労省の資料はかなり詳しく見たつもりだったんですけれども、当時、流行前の段階での対策で、文献が厚労省のホームページから示されたものを見たことがなかったからです。例えば、対策のガイドラインというのが参考資料集の頭に載っていますけれども、そもそもガイドラインは誰が書いたのかということもはっきりわからないようになっているんですが、各ポイントの対策について、これこれはこうするものとする、これはこうするものとするというところに、なぜならばということで普通のガイドラインであれば、参考文献や過去のデータ等々が載っていて、あるいは基礎研究の援用が載っていると思うのですが、そういうものが一切なかった。昨年12月に、神戸大学の感染制御部長の荒川先生などと我々が合同でパブコメに、ガイドラインたるものちゃんと根拠を示すべきであると。文献もあればちゃんと出すのが筋ではないかというコメントを出していますが、これについては全く言及がないまま2月に確定されています。したがって、我々は今日に至るまで流行前の対策というものがどれだけエビデンスに基づいて、例えば、検疫などに基づいて行われたかということが明らかにされていなかったと私は当時の段階では理解しています。したがって、本当に文献に基づいて検証していたということであるならば、また当然そうだったと私は信じているのですが、なぜそれが明示されていなかったのか。また、明示するように求めたにもかかわらず、そうならなかったのはなぜか。12月から2月の間にそれは議論されたのかどうかといったところも、事実関係を当時のものとして議論していただきたいと思います。

以上です。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 確かに、参考文献をガイドライン、行動計画に載せていないのは一つの反省でもあります。勿論、議論するに当たっては、当時は岡部先生を中心とする専門家会議の方に何度も御議論いただいて、先生方には文献を御提示いただいたりということがあったんですけれども、それも確かに今から思えば載せるべきだったかなというのはありますが、あのときは残念ながら載せませんでした。

○尾身構成員 岩田先生の指摘は大変面白くて、普通はいわゆる大学の世界などでは文献をちゃんとやる、それは私も学者の端くれで十分認識しています。先生の御指摘は非常に鋭い、いいものだと思います。その上で幾つかのことを私が申し上げますが、例えば、5月13日に我々が出した新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会報告（停留）というのがございますが、これはありますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 今日の資料には入っていません。

○尾身構成員 少なくともこれは私たちが正式に政府に報告したもので、その中には今回のいろいろな新型インフルエンザの状況については、少なくとも私たち専門家はいろいろな機会に同じことを言っているんです。例えば、5月10日に我々は成田に行き、検疫で確認された入院している感染者4名の検討を行いました。その検討を基に正式に文書で政

府に次のように報告しております。“5月10日、当委員会は成田空港の検疫体制において発見された4人の日本人新型インフルエンザ患者について、その疫学情報と臨床経過を詳細に検討したと。その結果、今回の日本人4人の新型インフルエンザ患者の臨床経過は、季節性インフルエンザと極めて類似していた。その意味で今回の日本人4名の臨床医的知見は、今までに見た国際的知見:5月7日の『The New England Journal of Medicine』を挙げておりますが、4人と数は少ないものの、現時点において日本人における感染が諸外国と比べ特に例外のないことを確認できた。ただし、基礎疾患のある人を中心に一部重篤化する例が報告されていることに留意すべきである”と正式に書いております。

それから、5月1日の最初のインフルエンザの会議で、これは議事録がどうもあるようですけれども、政府から示された基本的対処方針について我々は以下のことを述べております。1点目、新型インフルエンザの病原性・感染力については、5月1日の時点で病原性はメキシコとそれ以外で致死率にばらつきがあること、つまりメキシコは非常に高かったですね。あれは分母が非常に低くて、分子が高かったからメキシコが当初はほかの国に比べてかなり高く、そのことを申し上げます。

2点目、季節性インフルエンザ対策を少し強めるイメージであろうというのが、この時点での我々の判断でした。

3点目。基本的対処方針は既に今回のパンデミックが始まる前につくられていました。これは動計画がH5N1を対象とした厳しい内容のものであったので、今回は地域の特性等も考慮し、これを実行するには弾力的運用をすべきだということを言っております。更に4点目。一旦国内に感染が入れば水際対策の意味がなくなるので、国内対策への迅速なシフトが必要であり、医療体制においても軽症患者を指定機関だけが診ると病院がパンクするので、通常の患者は自宅待機にして、重症患者のみを一般病院で診るといような考え方を既に5月1日の時点で申し上げます。

更に、今、岩田さんが根拠がないということでしたので、もう一つ付け加えますと、5月15日の基本的対処方針です。5月16日に基本的対処方針の案がまとまりました。これは私は今でもはっきり覚えておりますが、資料2に全部書いてあるかどうかわかりませんが、見ていただければいいと思いますが、5月15日、第3回専門家諮問委員会の方針についてと書いてありますが、詳しくは私のノートによるとこういうことです。第3回諮問委員会を5月15日に内閣府において開きました。会議は深夜まで及び、基本的対処方針の実施案をまとめるべく、厚労省及び内閣府の事務局の方々もいて、わんやわんやで非常に緊縛した感じでした。そうした中に、偶然ですけれども、国内の第一発生があったのではないかという報告を受けました。いわゆる基本的対処方針の実施案について、プレッシャーを感じて作成のスピードが更に早くなって、深夜までかかってやっと案をまとめたというのが5月15日です。

その5月15日の案の骨子は文章に書いてあると思いますけれども、我々が言ったのはこういうことです。先ほどと少し重複しますが、1番目、今回は軽微な症状を呈する感染者

が多いので、国内での感染拡大のおそれがあること。2番目は、季節性インフルエンザ同様に感染性がある程度強いこと。3番目、抗インフルエンザ薬の効果があること。4番目、特に基礎疾患を有する者を中心に重症化しやすいので死亡防止に努力すべきこと。5番目、成田での感染者の臨床症状などから判断して、国内に入ったウイルスも一応、諸外国と同様の性質を持っている、つまり、そこで変異がなかったということ判断してもいいのではないかなどを指摘し、更に、国内での患者発生に備え、基本的対処方針に記載する対策の実施に当たっては、柔軟で弾力的な運用を図るよう申し上げました。柔軟という意味は、例えば、学校については臨時休業を原則とするけれども、企業の活動やら集会については基本的に自粛を要請しないというようなことで政府に案を提出したと。

それについて先ほどの目標の考え方ですが、私は、座長と岩田先生の政府が立てた目標をそのまま正しいと信じてやることについてはいささか疑問だという意見には賛成です。しかし、一方で、感染対策は公衆衛生上の実行です。始める前に対策の目標を立てない対策はありません。これは私の長い公衆衛生、WHOの経験に基づくと、何かやるときに、その目標が結果的には間違っているかもしれないけれども、目標を立てるのは公衆衛生上当然のことです。今回の場合は比較的感染力が強い。ただし、思っていたほどは死亡がない。けれども、我々もかなり早いうちから基礎疾患のある人、それから、基礎疾患がない若い人、妊婦等々が一番危険率が高いということがわかっていたので、今回の最も重要な目標は死亡者、重症化をなるべく最小にすることであった、これははっきりそうでした。しかし、今回もその目標について達成したかどうかを評価するのは、私は当たり前だと思います。ただし一方で、もう少し客観的に見て、その設定した目標は正しかったかどうかというのは、また別の議論ですね。その2つははっきりと分けて考えるべきだと思います。

その他、この際幾つかよろしいですか。

○岩田構成員 済みません、今のコメントについて。

○金澤座長 余り実りのない議論はやめてくださいね。

○岩田構成員 勿論です。今の尾身先生のコメントについて3点ございます。1点は確認というか、私が聞き逃していたらごめんなさい。先ほど、対策会議を何回か開いて外国のデータなどを踏まえて、あるいは日本の輸入例も踏まえて、今回の新型インフルエンザは季節性とほとんど同じ症状であって、ゆくゆくは自治体の判断に委ねて対策をした方がよろしかろうとはっきり書いてあるとおっしゃいました。それは何月何日のことでしたか。

○尾身構成員 本日の事実関係を示す表には載っていませんが5月5日には対策本部専門家諮問委員会打合せがありました。事務局は非常に忙しく、今回の会議に資料が間に合わなかったようですが、司会の先生を混乱させたら申し訳ないと思い遠慮しておりましたが事実関係を明確にすることが重要でありますので以下申し上げます。

今の岩田先生の御質問にお答えすると、5月5日にどういうことがあったかということ、こういうふう私に私のノートに書いてあって、ほかの人と既に確認済みです。恐らく5月3

日、4日と岡部先生や田代先生、川名先生、河岡先生たちと電話やE-mailで何回か、5月5日が大事な会議だということがわかっておりましたので意見交換をしました。ただし、5月5日にいわゆるたたき台の文書がなければ議論が進まないだろうということで、私が委員長でしたので、いわゆる尾身私案、概念図というものをつくっております。これがその紙です。これは私も持っていましたし、事務局にも残っているはずですが。実は厚労省も5月5日の議論を5月7日付で議事録として残しております。その議事録によると新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会打ち合わせ会を5月5日に厚労省の9階で11時から13時30分までやっています。そこで議論されたことが議事要録として2日後の5月7日に記録されており、上記の私案と基本的には同じ内容が書いてありました。この私案、概念図にはいろいろなことが書いてありまして、国内の発生早期とそれ以降拡大したときに、どういう注意がそれぞれ必要か。例えば、インフルエンザ薬の予防投与、学校休業、発熱外来ということを2つの時期に分けて書いてあります。

上記の私案、概念図には3つの脚注を付けております。1つ目の脚注は、今回のパンデミックが始まる前に既に作られていた行動計画にも同じ趣旨のことが書いてありましたが、インフルエンザ薬の予防投与、学校休業、発熱外来等の対策については、ウイルスの感染力、重症化の危険などの要因を分析し、それによってどんどん評価を変えて見直す可能性があるということを行っています。

2番目の脚注は、5月5日では国内に感染発生例がないわけですが、国内で発生が見られた場合には、水際は既に始まっていたから水際は維持しつつも国内対策にシフトするため、縮小するんだということも既に言っております。

それから、3番目の脚注。発熱外来についても同じように、蔓延期になれば個々の患者の診断よりはむしろ入院医療の必要性が重要。また、発熱外来の処置は地域の状況に応じて弾力的にやるべきだと。それから、そうした蔓延期になれば入院措置による感染防止効果は期待できないので、一般の診療機関でやって、簡単な人は自宅で待機してもらうようなことを言って、そのことが厚労省の議事案になって、最終的には基本的な案になったということです。

○岩田構成員 では、私の質問に対する答えは5月5日ということですね、わかりました。それは後で多分非常に重要な議論になると思うので確認したかったんです。

2つ目、3つ目に行く前に、決して私は尾身先生たちを糾弾したいなどとは思っていません。総括ですので、糾弾したいとは全然思っておりません。それだけは申し上げさせていただきます。

2点目ですが、先ほど正林さんがガイドラインについては文献を載せなかったのは、よくなかったといった趣旨のコメントがあったと思いますので、次回、改訂版のガイドラインが多分出されると思うんですけれども、文献を専門家間で検証するのが当然のことなら、それを開陳するというのは非常に重要なので、そこは是非強く御検討いただきたいと思っております。

3つ目については、後日議論になると思いますので、よろしくお願いします。

○金澤座長 わかりました。

尾身先生、さっきの評価に関しては先生のおっしゃるとおり、ちゃんと区別しておきますので、御心配なく。

岩田委員、思い出しましたか。

○岩田構成員 済みません。コメントではないんですけれども、先ほど目標を立てるのは当然ですということを尾身先生がおっしゃったんですが、私は目標を立てたのがいけないとは全然申ししていません。その目標が妥当であったかどうかを検証する必要があるということと、もう一つは、目標が現状に合わなくなってきたときに、それを柔軟に修正できたか、もしくはその目標が独り歩きして、目標のために対策があるみたいな変なことにならなかったかどうかをこれから議論すべきだということを申し上げたかったのが、尾身先生が目標を立てるのは当然だとおっしゃったのは、私も当然だと思います。

○金澤座長 わかりました。

資料2というのは、先ほども課長がおっしゃっているように変更というか、改訂というか、進化しますので、尾身先生どうぞ御協力いただいて、しっかりしたものに。

○尾身構成員 それについて簡単に説明してよろしいですか。この資料は非常に重要なので。

○金澤座長 その前に、5月1日とメモを見ながらおっしゃっていたんですけども、こちらにないものだからよくわからなかったのですが、それもちゃんと資料にしてほしいと思います。それだけ申し上げておきます。今言わないと忘れてしまうから。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 わかりました。

○金澤座長 では、尾身さん、どうぞ。

○尾身構成員 今日は事実関係の確認ということで、何度もフロアをもらいまして済みません。

まず、5月1日は先ほど申し上げましたが、既にそのときに専門家諮問委員会では基本的な考えを述べたということがあります。

5月5日については、先ほど私が説明しました尾身私案、概念図と、もう一つ大事なことがありました。専門家諮問委員会が13時10分に終わらして、その後私と上田局長と2人だけで会いまして、これからの検疫について早晚国内発生があると、そろそろ国内発生へのシフトを考えた方がいいですよということを私がはっきりと上田局長に提案し、上田局長もわかったということで、ただし、連休に挟まっているので連休明けまで待ってられないかという発言でした。

5月12日、事務局の事実関係に関する資料には何も書いていませんが、私が専門家諮問委員会を代表して官邸で、内閣の危機管理監という事務局のトップを含め内閣府の方々と会いました。私が代表して会ったということですが、このときに検疫を10日から7日にするアイデアを説明して、同時に、危機管理監に国内体制へのシフトを早く考えておいた方

がいいですよということを申し上げ、危機管理監がわかりましたということで次の会議が設定されたわけです。それが例の5月15日の会議で、その会議の最中にたまたま第1例が起きたということです。そして、基本的対処方針の案をつくり、いろいろな哲学については先ほど述べました。

5月16日は、基本的対処方針の案をまとめると同時に、対策本部の幹事会が官邸の2階で行われまして、これも私が専門家諮問委員会を代表して、基本的対処方針の実施案について説明して、了解を得ました。

5月18日は、麻生総理大臣、内閣官房長官、舛添厚生労働大臣、すべての閣僚が出席される第3回本部会議で、私が先ほどからの意見を述べさせていただきました。またこの頃には事務局の内部でも、地域を感染状態により分けなくてはいけない、地域によっては措置入院の解除も考慮しなければならないという議論が行われたと聞いております。私も17日には事務局の人たちと感染が拡大している地域での措置入院の解除の必要性について議論をしております。

事務局からの事実関係に関する資料にはまだ反映されていませんが、5月19日には朝11時3分から11時35分まで厚労省の大講堂で大切な打ち合わせがありました。私は専門家諮問委員会を代表して、関西地域における新型インフルエンザの流行状況及び県における医療システムの過剰負担、パンク状態にかんがみて、全国の県を2つに分けて対応すること、更に、検疫を軽度にして地域への対策シフトをすることを強調しました。そうした議論を通して最終的には5月21日の基本的対処方針の改訂案につながったということです。さっき岩田先生がプロセスで遅かったかどうかということで、確かに1日2日のプロセスのギャップはありましたけれども、そういう理由およびプロセスを経て、この時期にいろいろな案がつけられていったということです。

5月21日には第5回会合が開かれ今までいったような内容を議論し、確認したわけです。これは事務局にお願いしたいんですが、これも重要な歴史の事実となると思うので。6月になると、感染状況を日本はどう把握しているかということがWHOから何度も問い合わせが来て、1回はマーガレット・チャンさんから私に非公式に電話があって、個人の考えを述べました。その2日後に、今度は日本の政府を代表して、厚労省の官僚の方、内閣府の方、あと外務省もおられたと思いますけれども、ジュネーブだけではなくオーストラリアやいろいろなところと電話が通じるところで意見を述べて、そのときの結論は、日本は地域における持続的感染の可能性を否定することが大変難しい。持続感染がないという言い方はしませんで、ルールアウト・ザ・パシビリティという言い方をしましたけれども、それが非常に難しい状況になったということを公に言ったのが6月1日か3日か、ちょっとそこだけはノートがないので、多分3日だと思いますが。

最後になりますが、6月7日に、厚労省の皆さんに私信としてEメールを送っていますが、神戸で波が1回下がって、もう一回上がったところがありますね。44番を見ると1回、最初に上がって、次に下がってまた上がっていますね。そのいわば谷間の時に我々と専門

家の間、それから事務局で随分これについての解釈の議論をして、最終的に私が厚労省の皆さんに送ったEメールは、2つの理由で、つまりこれはエピリンクの、いわゆるエピリンクというのは、患者さんが誰から誰に伝わったかというフォローができなくなる例数が既に出てきたんですね。それから、感染者の年齢分布が最初は高校生でしたが、先ほどの最初は誰かという質問については、明らかに最初は高校生です。これが一番底の時期の間から後ろになると、感染年齢分布がだんだんと高校生より若いグループと、よりお年寄りのグループに広がっていたんですね。と同時に、先ほど言ったようにエピリンクの追えない例が既に出てきているので、このまま地域に行っている可能性があるから注意しましょうということ、厚労省の方もそういう方向でかじをだんだんととっていただいたということです。

大体それが事実関係です。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。より精密なものになっていったのではないかと思います。

最初に予定をいたしました準備段階と国内で第1例が出るまでの間、その辺りまで大体進んでおりますけれども、その辺りで御意見はございませんか。つまり、先ほどお話がありました5月16日ぐらい。夜中に国内で発生があったということが飛び込んできたという話がありましたが、その辺りまでで。

○岩本構成員 スライド番号35番なんですけれども、やはり4月から5月初期というのは、本当に大事なときだったと思います。メキシコで死亡者多数ということが報じられたのが4月24日、それから、5月8日にCDCから多くは軽症であると続いた。5月11日に今度は致死率が0.4%という数字があるんですけれども、これは先ほどのスライド番号22番で死亡率とは異なる数字ですね。メキシコでも死亡率で言うと100万人当たり二・幾つで日本の10倍ぐらいだったと思うんです。この辺の数字をどのように発信するかが非常に大事だと思います。次の発生のときにスライド番号35番以外の形でどんなふう国民に発信できるのか、私もわかりませんけれども、この辺の数字を一般の方々に発信するところはすごく大事だと思うんです。メキシコのデータとして、推定致死率とその後のインフルエンザによる死亡率に関して何か情報があれば、次回で結構ですけれどもお願いできればと思います。

○金澤座長 今の段階で尾身先生、委員会の中で何か議論はございましたか。

○尾身構成員 先ほどいろいろな方からしっかりしたエビデンスをもってやって、全くそうですね。我々も本当にエビデンスが欲しかったわけです。ところが、これは釈迦に説法ですけれども、感染症というのは特にパンデミックの初期には情報がなくて、例えば、致死率という感染の率は、感染が幾らあったということの分母がわかって、それから死んだ人の分子がわかって初めてわかるので、ある程度数が多くないと、なかなか本当の数がわかりません。

もう一個は、実態的に発展途上国におけるサーベイランスのシステムと、日本における

サーベイランスのシステムは明らかに、いわゆる専門用語で言えばセンシティブティの差があります。同じ土俵で同じクライテリアではかって、しっかりした評価、比較をしたいというのは誰もの望みなんですけれども、そもそも感染症の実地で 100%アキュレイトなデータはないんです。そうすると、その状況をいろいろ考慮して、実際に何が起きたかという、日本だってすべて正確なデータはないわけですよ。ましてや発展途上国に行ったらほとんどないんです。そうすると、ある程度さまざまなことをして考慮して判断することになります。アメリカと日本の死亡率などについての比較は同じ評価の土台がないので大変難しい。しかし、我々は臨床家の先生としょっちゅうコンタクトをとっていましたから、臨床家の先生たちの印象は明らかに重症化するパターンが季節性とは違くと、直接肺にドンと来たり、心筋を起こしたりした。また、小児科学会の報告だったと思いますが、季節性と比べて明らかに小児の肺炎も多いという報告がありました。さらに多くの個々の臨床家の人が実感としては今回は一部の人には厳しかった。

同時にアメリカは、感染力を縦軸に重症度を横軸にしたインデックス・スケールというものをつくっていた唯一の国です。WHOもつくっていません、日本もつくっていません。アメリカだけがなくて、アメリカの場合には日本に比べてやや軽いものとして判断をしました。したがって、学校閉鎖等々は日本に比べると明らかにやったレベルが少ないです。そのことで実際に何人というデータを出せと言ってもなかなか出せないと思うし、出したとしてもそもそも基準が違うから、どれほど意味があるかということもあるので、ある程度実感としてはアメリカの死亡は圧倒的に多いです。これは行った人に聞けば日本とは実感として違うことがわかります。それは、いろいろな理由があると思いますけれども、学校閉鎖を1週間ぐらいでアメリカはあきらめたという情報もありました。日本は確かにやり過ぎだったという可能性はありますが、私の今の感覚は、これからの皆さんとの議論でまた考えが変わる可能性がありますけれども、アメリカは必要なオプティマル・レベルよりもやややり足りなかった。日本の場合はオプティマル・レベルよりもやややり過ぎて、結果的には死亡者が少なかったというのが、私の今日の時点での判断です。

○金澤座長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますか。

○河岡構成員 事務局に資料のお願いです。先ほど岩田先生からもお話がありましたが、発熱外来が崩壊していった経緯の資料を何とか手に入れていただければと思います。実際の資料として、今回、日本でパンデミックが始まった初期の地域の発熱外来の状況と、しばらく経って準備する期間があった地域での発熱外来の対応・状況の資料を準備していただければ、将来ディスカッションするときに役に立つのではないかと思います。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 わかりました。

○岩田構成員 質問してもよろしいですか。これも事実関係の確認で尾身先生に質問ですが、先ほどおっしゃった小児科の先生とのコミュニケーションで、今回の新型インフルエンザは季節性と明らかに違くと。子どもで突然のウイルス性の肺炎を起こして急に重症化

するということを実感的に小児科の先生が感じておいでになったという話は私も伺っているんですけども、そのコミュニケーションが行われたのは大体いつごろだったか御記憶ですか。

○尾身構成員 私が実際にコミュニケーションしたわけではなくて、これは岡部先生にお聞きして、既に小児科学会で発表されているということでしたね。

○岡部構成員 今手元にノートとしてはないんですけども、明らかに小児科学会が発表したのは、小児科学会として新型インフルエンザ感染に関するフォーラムを開いていました。そのときには合意としてそういうものと症例報告や何かが出ていました。それ以前から小児救急医療をやっている人たちが、肺炎になった場合は今までのインフルエンザと違うと。ただし、治る人は早く治る、その中から極めて重症なのが出てくるという、通常の季節性インフルエンザとは違うパターンをとっているというのは、小児科の臨床の人は言っています。

○岩田構成員 それはいつごろの話ですか。

○岡部構成員 それがメモにないのではっきり言えないのですが、後で探しますけれども。

○岩田構成員 そんなに正確でなくていいです、6月ぐらいなのか、10月ぐらいなのか。

○岡部構成員 それはコミュニティに広がってからですから秋になってからです。

○岩田構成員 もう一回確認ですけれども、アメリカの場合は学校閉鎖が十分でなかったもので子どもに蔓延して、そういう急性肺炎で日本と死亡率が圧倒的に違うというのは、そこがポイントなのではないかというのが尾身先生の御意見ということでしょうか。

○尾身構成員 これは事実ですからこういうところで申し上げますけれども、まだWHOにいるころに、これも全く偶然ですが、兵庫県と大阪府を訪れる機会があって、兵庫県の知事と今の大阪府知事さんと会って、当時は当然、鳥インフルエンザが来るんじゃないかということで、厚労省はもとより各都道府県で鳥インフルエンザ対策をやっているわけです。たまたま私は飛んで火に入る夏の虫ではないですけども、そこで意見を言えということで両知事にはっきり申し上げました。感染がいつか来るかもしれないから、来たら学校閉鎖だけはややラディカルにやってくださいと。このことは私はいろいろな講演で何回も話しているんですが、1918年のスペイン風邪のフィラデルフィアとセントルイスの2つの市が明らかに違う対応をしたんですね。フィラデルフィアはやらなかった、セントルイスはやっていたと。死亡率の有意差なんてものではないです、こういうことがあったので、私はお二人にはっきりやってくださいと申し上げて、そのことが実際に知事にきいたかどうかはわかりませんが、岩田さんの、おまえは学校閉鎖がきいたと考えるのかという御質問については、これは公表していますから、東北大学の押谷さんのグループが既にかなりの広範な外国との評価の研究をして、既に英文の論文を出しています。彼らが今言ったようなことを言って、私はそれに感覚的に理解できるものがあると言っておきましょうか。

○岩田構成員 死亡者の違いは学校閉鎖が寄与していると。

○尾身構成員 学校閉鎖だけではないですよ、勿論タミフルの投与、国民の感染予防の意識の高さ等ほかの要因もあり、それぞれの要因がどれだけ致死率の低下に貢献しているかはわかりませんが、学校閉鎖がある程度きいている可能性は否定できないということは私もそう思います。

○岩田構成員 ありがとうございます。

○田代構成員 よろしいですか。今、現時点では5月初めぐらいまでの話だと思いましたが、今回のプログラムの中で1つ抜けている大事なことは、どの時点でどういうことを根拠にリスク評価をしたのかというプロセスが検討される必要があると思います。それにはどういう情報に基づいて、どういうプロセスでリスクアセスメントしたのか。それに応じてどういうアクションプランが立てられて、その結果、どういう評価がなされるかということが今後のためにも非常に大事だと思うので、リスク評価をどうしたかということをも是非検討していただきたいと思います。これはWHOについても同じことが今、批判の対象になっていて、どこでどういうふうにもリスク評価がなされたのかということが今後のために非常に大事だと思います。

○金澤座長 非常に大事な御指摘だと思います。先ほどの尾身さんのお話をもうちょっと伺っていく中で、明らかになってくれば良いと思いますが。

では、伊藤さん、どうぞ。

○伊藤構成員 今、尾身先生の学級閉鎖の話は非常に興味深くお伺いしたんですが、アメリカの学級閉鎖のレギュレーションと日本のレギュレーションがどう違うのかというのは検討課題かなと思うので、日本の学級閉鎖は新聞報道でも問題になりましたけれども、中学校が学級閉鎖をすると、生徒はほとんど町へ出回っていて自宅にいないんですね。こういう問題が非常に密接に関係してくるのではないかと考えていて、まず、海外の学級閉鎖がどういうレギュレーションを持って、法的根拠がどうあるのかということ一度お調べいただいた方がいいのかなと思いました。

○金澤座長 谷口さん、どうぞ。

○谷口構成員 海外との比較というのは、例えばアメリカなどは日本と違って、日本はクラス単位で動いていきますが、アメリカは先生がクラスにいて生徒が動きますよね。クラス単位で動くのではなく、学校全体で動くので、いわゆる学級閉鎖はとりにくいとCDCの人から伺ったことがあります。また、死亡数の比較にしても、医療保険も違いますし、医療体制も全く違いますし、まず医療機関へのアクセスが違います。日本のように、夜中でも病院に行ってタミフルが出てくるところとアメリカでは全く違うので、勿論比較は必要だと思うんですけども、数字をそのまま比較というのは簡単にするべきではないと思います。今後いろいろな課題に分かれて各論を検討していく過程でそれぞれに対して私の意見を述べさせていただきたいと思います。

また、もう一点は、地域のこういった会議に出させていただいたことがあるんですが、議論している中で、意識の相違というのが明らかになる。つまり、一方はあることをやっ

たと認識していても、他方ではそれらがなされたとは思っていないということは、よくあるんですね。同じことでもそれらの認識が異なっているということです。それはそれで大事なことで、逆に何かをしたか、しなかったかではなくて、なぜやらなかったと知っている人がいるかということを考えていただくような方向に議論を進めていただくとよいと思います。やった、やらない、言った、言わないという議論は不毛なので、今後個別の対応のときにはそういう議論をしたいなと思います。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

○丸井構成員 先ほど、沖縄は学級閉鎖の率が低かったかもしれないという話がありました。むしろ沖縄の学校の管理の状況、沖縄での年齢分布がある程度わかれば、もし学校との関係というのがあるとなれば、国内で、同じ制度の中で違うという多少の比較ができると思います。その方が生産的だと思います。

○金澤座長 それに関してどうぞ。

○岡部構成員 参考までですけれども、沖縄県医師会がそのデータをまとめて日本医師会で発表していますので、データは出せると思います。それから、学校閉鎖に関して、愛知県豊橋市が詳細にデータを把握していると思うので、そういう点も参考になると思います。

○金澤座長 ありがとうございます。是非、次回に今回出たデータの要望をまとめてやりましょう。

では、川名さん、どうぞ。

○川名構成員 防衛医大の川名です。2点あるんですが、1点は、日本の本来行動計画あるいはガイドラインの中では、日本独自の段階分類というものが設定されていたわけです。例えば、国内発生早期、第1段階、第2段階、第3段階。それが途中で使われなくなったという経過があるわけですが、例えば、そこにどういった問題があったのかというところ。そこを何か証明するような資料をつけていただけるといいなと思います。特に、大きなA3の資料2の中にWHOのフェーズが書かれていますけれども、恐らくWHOのパンデミックフェーズ分類が、パンデミックが発生するのとちょうど前後するぐらいに改訂されたりして、その辺が混乱の一つの原因になったのではないかと私は思っているんですけれども、そのWHOのパンデミックフェーズ分類と日本の段階分類がどういう関係で、どの辺でうまくいかなかったのかといったところを示していただけるといいなという気がいたします。

それから、かなり前に岩本先生の御質問で、メキシコで最初のころどれぐらいの致死率で報告されたのかという御質問がありましたけれども、資料を見つけたんですが、お話しした方がよろしいですか。

○金澤座長 どうぞ簡単であれば。

○川名構成員 日本で報道された一番最初のころは、たしか4月24日、25日ぐらいで、

そのころはメキシコで1,000人患者さんがいて、68人が亡くなっているというのが第一報だったわけですが、その後WHOのホームページに正確な数字が出てくるようになったのが4月28日です。4月28日が第一報確定例メキシコで26例、死亡例が7例。単純に割りますと致死率が26.9%です。その状況が28日、29日と続きまして、30日になると確定例が97例、死亡例は変わらず7例ということで死亡率が7.2%にぐんと減ります。その翌日には、確定例が156例、死亡例が9例ということで、また死亡率が5.8%と減ります。ですから、最初は第一報で26.9%というとてもない数字が出るんですけども、その後日を追ってどんどん死亡率が下がっていくというようなデータがありました。

○金澤座長 どうもありがとうございます。事務局は今のを教えてくださいましてデータの中に入れてください。

ほかにいかがでしょうか。もし、よろしければ、余り時間がなくなってしまいましたので、次の流行入りした8月中旬ぐらいまで伸ばして御議論いただければと思います。ワクチンの話は後にしましょう。

○岩田構成員 それでは8月までのところで、ちょっと言葉の確認をお願いしたいんですけども、スライド番号40、42、43の検疫について質問なんですけれども、40番には5月22日の厚生労働省の段階で機内検疫からブース検疫へ、停留から外出自粛へということになっていますが、外出自粛というのはどのようにその人たちをモニターされたのかについて、後で結構ですので教えてください。

その後の42番については、検疫時の隔離の中止ということになっているんですが、停留から外出自粛になっているので、その後6月19日に隔離が中止されているというのはわからないんですけども、これは誰に対する隔離の中止なのかということを確認させてください。

更に、43番で今度は患者の隔離を中止と書いてあるので、隔離、停留、外出自粛のいつ、誰に対して、どうなっていたのかという流れがこの3枚でははっきりしないので、そこをわかるように教えていただけるとうれしいです。

以上です。

○金澤座長 これは御説明いただけそうですね。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 検疫の項目で隔離という言葉を使っていたら、機内検疫で有症状者を見つけてPCRにかけて患者だとなったら医療機関に入院していただく、これを隔離と呼んでいます。

その後は、きちんと質問を聞き取ってなくて申し訳ありません。

○岩田構成員 要するに、各時間帯において停留を中止したとか、隔離を中止したとか、自宅待機になったというのは、どういう人を対象にそれが行われたかというのがこの流れではよくわからなかったもので、わかるような説明があると助かるんですけども。

○塚原大臣官房参事官 官房参事官の塚原です。

まず隔離は、検疫所長の権限で、患者と確定された人を指定医療機関に入院させる、こ

れが隔離です。

○岩田構成員 何日まで行われましたか。

○塚原大臣官房参事官 これは6月18日までです。

次に停留ですが、検疫所長の権限で濃厚接触者、無症状だけれども濃厚接触者と判断された人を、現実には借上げをしたホテルで待機していただくと。当初は10日間でしたが、途中から7日に変わりました。これをやったのは5月21日までです。

濃厚接触者への外出自粛というのは、現実には非常に慎重な健康監視ということをやりにまして、具体的には一日2回、保健所から御自宅に電話をかけて、存否と症状が出ているかどうかを毎日確認していたという方法で、直接お宅まで行ってインスペクションをしたということではありません。

○岩田構成員 これを中止されたのは、いつですか。

○塚原大臣官房参事官 これは6月18日です。

○岩田構成員 全国一律ですか。

○塚原大臣官房参事官 全国一律です。

○岩田構成員 ありがとうございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

先ほど学級閉鎖あるいは学校閉鎖の話がございました。それが死亡率低下に少なくとも何らかの効果があったのではなかろうかという話がありました。これを言うときちょっと誤解されるかもしれませんが、日本はタミフルあるいはリレンザの使用量が非常に多い国だと理解しているんですが、その影響について考える資料というのはあるんですか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 今日は用意していませんけれども、検討してみたいと思います。もしかしたら、あるかもしれませんので。

○金澤座長 本当にあるんですか。

○岡部構成員 いえ、コントロールがとれないですね。

○金澤座長 日本が余りにも死亡率が低いように見えるので、先ほどもいろいろ議論があって、本当の数字かどうかというのは確かに問題があるかもしれないけれども、けたが違うかどうかというのは非常に疑問で、低いかなということについては確かかなと。

○岡部構成員 薬の使用量と使用期間は、まだデータが出ていないと思います。コントロールがとりにくいということがありますので。ただ、データとして出ているのは、重症者の入院するまでの期間あるいは受診するまでの期間は、諸外国に比べて日本の方がはるかに短い、つまり早く医療機関にアクセスしているというデータは出ています。

○金澤座長 それもあるでしょうね。

○尾身構成員 座長はタミフルが本当は効いたのではないかということで、私も3つのファクターが今回それぞれ作用したのではないかと思っています。それぞれの比較的な貢献度についてはよくわかりませんが、1つは学校閉鎖、それから、タミフルの投与、それから、明らかに日本人の健康予防意識ですね。幼稚園の生徒だって、ハッピーバース

デーの歌が終わる数分手を洗うなどという国は恐らく多くはないと思います。では、その3つがそれぞれ何パーセント貢献したかという判断は、今の時点ではある程度のことしか言えないと思います。

それで、事務局でタミフルのことを調べていただくとおもいますけれども、私の実感は、いろいろな友達から聞くと、圧倒的に日本のタミフル投与率は高いと思います。メキシコは最初はなかったですね。

それから、学校閉鎖については、原則があった方がいいですよ。そういう中で、こういう公衆衛生の不確定要素があるときに、科学的なサイエンス、エビデンスがあればいいですけれども、ない場合はどうしても人々の安全を最優先することになります。我々も学校閉鎖が100%サイエンスとしてどうかと言われればあれですが、なぜ私どもが強く学校閉鎖を推奨したかという、企業活動や集会の自由の制限は基本的には全く推奨しませんでした。これを社会的な文脈の中で考えれば、学校閉鎖は夏休みもあるし、学校教育のいろいろな支障については後で何とかなる。そのことと、企業活動をあの状況で制限するというのは明らかに文脈が違うわけですね。我々はなるべく死亡者を減らしたい。学校閉鎖は100%の効果はないかもしれないけれども、今までの経験上一定以上の効果があることがわかっていました。また、社会的なインパクト、みんなの理解は学校閉鎖ならばある程度得られる。しかし企業活動の制限は意味もないし同時に、社会的なインパクトが余りにもあるという総合判断で基本的には学校閉鎖については推奨し、企業活動の制限についてはしなかった。

○金澤座長 わかりました。リスク評価の話が伊藤さんからありましたけれども、確かに考えてみると尾身さんたちを初め何人かの方々が求められたのは、まさにそのリスク評価と一部リスク管理まで踏み込んだ意見を言わされたような感じですよ。それは我々ちょっと理解しておいた方がいいかもしれないですね。

○伊藤構成員 ちょっと補足的な意見なんですけど、今、学級閉鎖の問題が出ましたけれども、多分ここにいらっしゃる方で現実的に今、子育て世代はそんなに多くないかなと思います。実は学級閉鎖をすると社会的な影響が結構あるんです。そこはやはり踏まえておかないといけないと思います。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ます。そうすると当然、ワーカーでいらっしゃるお母さんとお父さんの一部が出勤できないという状況になるので、それは今後の議論の中で現実をきちんと検証していくことが、この国の未来にとって非常に重要だなと考えていますので、是非そういう視点も加えていただきたいと思います。

○岡部構成員 非常にいい視点だと思います。例えば、イギリスはそれで実施ができなかったんですね。雇用が非常に不安定で、ワーキングマザーあるいはワーキングファザーでもどっちでもいいんですけれども、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って、学校閉鎖が極めてやりにくかったというような報道も出ています。ですから、こういうものを語る時というのは、確かに医学的な側面も重要なんですけれど

も、社会的なバックアップがないとなかなかできないということが如実に表れていたような気がします。日本が決してすごくいいというわけではないんですが、日本のいい面がそこでは出たのではないかと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。

もしなければですが、ワクチンについて少し御意見をいただきましょうか。ちょっと駆け足になったかもしれませんが。スライド番号 50～57 番までがワクチンに関してです。これについては、いろいろまた御意見があらうかと思いますが。

○尾身構成員 全く事務的なことですが、52 番で、1 回接種、2 回接種というのはかなりマスコミでも取り上げられて、皆さんなぜあんなったのかということに関心があります。事務局は先ほど 10 月 20 日に 1 回接種の見直しについて言及しましたが、実は 10 月 16 日の会議では専門家は 1 回接種をいくつかの理由を元に提案してあったわけです。しかし、20 日になって政府がもう少し慎重にということで、見直されたわけです。正式な事実関係として 10 月 16 日に 1 回接種をしかじかの理由で専門家が提案したということを記録しておいた方がいいと思います。

同時に、国内産のワクチンについては、いろいろな難しいこともありました。様々な限定条件の中で行われた政府の案は、おおむね妥当だったと思います。また、本日の議論で明らかになったことのひとつはいわゆる水際作戦というのは今回のパンデミックが始まる前の準備段階で既に決まっていたということです。つまり、誰かが新たにパンデミックが始まった時点で決めたのではなく、今回のインフルエンザが新型インフルエンザと定義されたことにより水際作戦が始まるということが既に決まっていたということです。

また恐らく国民が知りたいのは輸入ワクチンは一体、誰がいつごろそういうことを考えたのかということです。私は危機管理として輸入ワクチンを考慮することは当然のことだと思いますけれども、実は我々諮問委員会は、輸入の判断がある程度決まってから後に意見を求められました。そこで我々は細胞培養のこと、アジュバントのこと等を含め安全性についてはちゃんと国民に知らせてください最悪の場合には輸入薬品は使わないこともあるんだということも強調しました。そういうことで恐らく輸入ワクチンについて、私は危機管理上、当然政府としては考えざるを得ない状況だったと思いますけれども、いつごろ、どういうふうな考え方が出てきたのかというのは、簡単でいいですから次回までに出していただければと思います。

○岩田構成員 ワクチンについては何点か重要なことがあるので。まず、先ほど正林さんがプレゼンされたコメントについてですが、スライド番号 54 番で、正林さんはこのスケジュールの目安を立てた最初の段階から、都道府県の裁量で前倒しをしてもよいということは周知していたとおっしゃいました。それが恐らくは 10 月かその辺だと思うんですが、私のメールをチェックすると、11 月 5 日の段階で兵庫県では、まだ前倒しというのは絶対にまかりならんと言われていました。厚労省にもそのとき尋ねたんですが、ワクチンの公平性をかんがみるに、まず基礎疾患のある人が最優先であって、ほかの方、

子ども等に打つのは絶対にまかりならんというのが 11 月 5 日のコミュニケーションで確認されています。したがって、そのコミュニケーションがどういう文脈で、先ほど資料を見たら実際にそういうことは書いていなくもないなという文書を見つけたんですけども、本当に積極的に都道府県で自由に運用してくださいという文脈で語られたのか、後から見るとそうととれなくもないなという印象で語られたのか。少なくとも兵庫県は、厚労省は絶対このことはまかりならん、ほかの方に打ってはならん。違う人に打ったら報道されて病院長が非難されてしまって、厚労省はそこを新型インフルエンザワクチンの接種機関から除いてしまったという事態すら起きているはずですよ。ですから、実態と理念あるいは建前と実態の差がどこにあったのかということは、現場としては非常に重要な問題なので、是非、事実関係の確認と議論をしていただきたいと思います。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 今の件については、日にちはたしか入れていないんですけども、10 月の最初の段階の実施要項で、カテゴリーはそれぞれ決まっていて、最初は医療従事者とか妊婦、基礎疾患という、そのカテゴリーの順番をひっくり返すのはよろしくないけれども、例えば、医療従事者を始めてある程度進んだなとなったら、その次のグループが、例えば、11 月何日と決めていたものをどんどん前倒しすることは全然構いませんよということを、何回かに分けて事務連絡あるいは実施要綱でお知らせしていたところです。

○岩田構成員 ということは、例えば、基礎疾患のある方に全部打った後で幼児・就学前の子どもに打つということはリジッドしなければいけないということでしょうか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 そういうわけではなくて、その逆を常に言い続けていたんです。基礎疾患を有する人というカテゴリーが全部終わってからではなくて、ある程度打っているなと判断したら、次のカテゴリーの例えば、小学生なら小学生を前倒しして打ってもいいですよということです。

○岩田構成員 それは 11 月 5 日の段階で少なくとも兵庫県では起きなかったですし、それから、ほかの都道府県でもそのたぐいの苦情はたくさん受けました。

ちょっと関連してですが、先ほど尾身先生がある段階でアメリカは学校閉鎖をしなくて子どもの流行がはやって、小児で季節性インフルエンザとは違って肺炎がバツと起きて、日本はそういうことは起きなかったと。アメリカで死者が多くて日本で死者が少ないのは間違いなくて、ここところが寄与が全部ではないにしても、ファクターとして一つあるのではないかという話であったと思います。それは私もそう思います。そうであるならば、ここでそういうリスクがある、小児科の先生に聞くとわかるんですけども、インフルエンザではちょっとあり得ないぐらい急に肺炎を起こして、肺が真っ白になって入院するという怖い肺炎になる人が結構多かったということが、既にこの時点ではわかっているにもかかわらず、優先順位としては結構遅い方になってしまっていたというところは、私の反省も含めてですが、私もそのときはそうは言ってなかったんです。子どもにどんどん打ちなさいとは断言していなかったの、これは誰かに対する非難ではなくて、私に自身に対

する反省も込めてなんですけれども、それが認識されていたにもかかわらず、もっともつと子どもに打たなければいかにんというところが強く言えなかったというところは、もう一回きちんと検証すべきだと考えます。

○岩本構成員 2点ほど申し上げたいと思います。1つは、インフルエンザのワクチンのことは別のワクチンの会議でも議論されていると思います。そこでは、自治体ごとに結構対応が違っていると、県境の住民としては困るので統一的なやり方でやってほしいという意見が出ていました。2つめは、感染症対策とワクチン対策を車の両輪のように関連づけていただきたい。その辺も今後少しでも改善していただければと思います。

○尾身構成員 今日は事実関係ということですから、今の岩田さんの質問に答えたいと思います。ちょっと背景を申し上げますと、スライド番号54番のワクチンの優先順位の表ですが、これをつくった時点では死亡された人の多くが成人だったんです。子どもはまだほとんど亡くなっていないときにつくった表なんです。それで岩田さんがおっしゃるように、子どもがだんだん多くなってきたということで、実は早く子どもにワクチンをやった方がいいと私たち専門家も言いましたし、それを事務局にも申し上げて、相談の結果、すぐにやらなければいけないということになりました。そこで一番いい方法は、我々より小児を一番診ている小児科学会の先生に意見を出してもらおうということで、岡部先生を通して小児科学会の責任者の方に電話して、小児に早くワクチンを打つよう要請していただくよう提案いたしました。そうしたら、ちょうどその日に小児科学会でも要請を厚生労働大臣に出そうとしていました。なぜ小児が第一グループになかったかというのは、そういう経緯で、我々も前にも言ったように状況が変われば変わるんだということで、早く政府にやっってもらおうと思って小児科学会に動いてもらったということです。

最後に、そういう文脈であったので、基礎疾患を有する等々の人には簡易検査の結果が出る前に、あるいは検査の結果が陰性でも臨床家の先生方がインフルエンザと判断されたときには、なるべく早くタミフルを投与していただくようにいろんなところで申し上げました。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

○河岡構成員 先ほどの尾身先生の輸入ワクチンの資料のことで追加のお願いです。事実関係を理解する上で重要な情報として、以下の点について資料を用意してください。ワクチンを輸入することに決まった経緯と、そのときにどういうオプションがあったのか、どういうワクチンの会社にコンタクトをすることが可能だったのかということと、そのときに条件をつけるような状況にあったのか。例えば、解約するような条件をつけるような状況にあったのか。あるいは、ワクチン会社1社でも何種類かワクチンをつくっていましたので、中身のチョイスはあったのか。アジュバントあり、なしを含めて、そういう経緯を明らかにした方が、国民の方の理解は得られやすいのではないかと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。なかなか鋭い御指摘ですね。

○谷口構成員 入院診療の状況が余りここに事実関係として出てきていないのですが、今

回は日本の医療従事者が物すごく頑張ったことが重症者と死亡者を減らすのにかなり効いていると思っています。ただ、もしも重症者がこの倍出ていたら、ひょっとしたら病院診療というのは破綻したかもしれないなとも思っていました。つまり、現在でもかなり日本の病院診療というのは厳しい状況にありますよね。今回どのくらいオーバー・エクステンションだったのかということは評価しておかないと、次に本当に高い死亡率のものが来たら耐えられないのではないかと考えていますので、できましたら、日本の入院医療機関がどのくらいまでオーバー・エクステンションされたのかというデータがございましたら御提示いただければと思います。

○金澤座長 数字そのものは10~12番ぐらいにありますけれども、もうちょっと深くということですね。

○伊藤構成員 今のお話ですが、例えば、東京都は実際に想定した医療機関がどのくらい入院できるかということについてデータをちゃんと持っています。それに関しては、達成率が何パーセントだったかということは議会でも問題になっています。残念ながら達成率は非常に低くて、パンデミックが起きたら収容するのは相当困難だということが東京都の議会で報告されています。

○金澤座長 それは是非、参考にしてください。

○田代構成員 ワクチンのことについては非常に問題があると思います。まず、我々感染研として予想が外れたというか、WHOもそうだったわけですがけれども、大きな問題は、ワクチン株の選定そのものは最初にカリフォルニア7というのはこれしかない、これで大丈夫だということがわかっていたわけですがけれども、実際にワクチンの製造株を開発していく段階で、ワクチンの製造量が予想の3分の1程度しかつけれないだろうということがわかったのは5月末か6月初めです。ですから、世界的にワクチンが足りなくなるだろうということが一つ大きな問題になりました。そこでどうするかということが国際的に問題になったわけですがけれども、そこで、日本としては輸入というオプションも当然考えておく必要があったかと思っています。ただ、それは日本だけがお金に任せて輸入するというものについては国際的な批判もあり得るという、さまざまなディスカッションがありました。

それから、もう一つ予想が裏切られたのは、成人の場合に1回接種で十分に免疫リスクも下がるということで、足りないと言われていたものが急に足りなくなると変わったわけです。それが最初にわかったのが8月初めです。中国で一番最初に日本と同じ製造方法のワクチンが開発されました。臨床試験が世界に先行して行われて、その結果1回でも大丈夫だということが報告されたわけですがけれども、それがきちんと評価されていなかったということが一つ大きな問題だと思います。その時期で。

もう一つは、当初5月末ごろは3分の1程度の製造量だと考えられていたわけですがけれども、国内ワクチンメーカーの努力が大きいと思いますが、かなりの量をリカバーできるというか、季節性のワクチンほどの製造量ではないにしても、当初よりも1.5倍か2倍くらいの製造が可能であるということがわかってきましたのが8月中旬ごろだと思います。

ですから、その辺の現状がどうなっているのかということと、それに対するリスク評価とのバランス、特に、特例承認という伝家の宝刀を使ったわけですけれども、こういうことをやる必要が本当にあったのか、そういうリスクがあったのかどうかということについて、どういうディスカッションが行われたのか、この辺がきちんと検証される必要があると思います。

○金澤座長 ありがとうございます。そろそろ終わりにしましょうね。

○岡部構成員 薬事審議会に私は参考人として呼ばれて、田代先生はそのときは出張だったのではないかと思います。特例承認をするに当たっては、本当にこれがリスクとして必要なものかどうかということ意見を申し上げています。ただ、特例承認側に持って行ってしまうと、今度は承認するかしないかの一定のレギュレーションに合っているか合っていないかということで、それがまたペンディングになって、結局そういうバランスが多分とれていなかったの、きちんとしたそういうディスカッションをやる場を今後設定するなり、リスク評価をする場所を決めていかないといけないのではないかと思います。

もう一点だけですが、インフルエンザワクチンの背景ですが、最初は足りない、途中から余ったというディスカッションが非常に多いわけですけれども、日本のインフルエンザワクチンの製造というのは1990年代の後半では年間に数十万本できるかできないかぐらいで、ほとんどゼロに等しかったわけですね。そのときに香港でH5N1のインフルエンザが発生して、新型インフルエンザが発生したときには日本ではワクチンがつかれないというようなところから、ワクチン製造に対して相当熱を持ってやって、十数年かかってこのぐらいの製造量に達したわけです。今後の反省としては、その場になってこういうものの製造云々をやっても間に合わないわけですから、もう一つの会でもやっていますけれども、やはり基本的にワクチンを一つのツールとして、国民を感染症に対する脅威から守るためにどうするのかということをやっていると、危機管理に結びついていかないと、危ないと思います。

○金澤座長 非常に大事な御議論だと思います。

時間も過ぎてしまいました。多分まだワクチンに関してだけではなくて、言い足りなくて腹ふくる思いをされている方は多いと思います。また、外部からの指摘については何のコメントもすることができなかったわけです。できればまたこの議論をさせてもらえればと思っています。

ところで、おいでになる御予定でありました足立政務官はおいでになれないそうでした、事務局からその点について。それから、終わりについてと続けてお願いします。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 足立政務官が来られたら、お手元に「新型インフルエンザ A/H1N1 の流行状況について」というタイトルのついたものが、裏には厚生労働大臣長妻昭とあります、我々は通称「大臣メッセージ」と呼んでいますけれども、お手元にあると思います。これを政務官に御紹介いただく予定にしていたのですが、今日は来られ

なくなっていましたので、私から簡単に読み上げたいと思います。

(「新型インフルエンザ A/H1N1 の流行状況について」朗読)

以上です。

最後に、事務的な連絡ですけれども、先ほど今後の進め方を申し上げましたが、これから何回か先生方にお付き合いいただこうと思っています。次回はテーマを広報にさせていただいて、4月12日の10時からを考えています。場所もまだとれていませんので、追って御連絡したいと思います。広報をテーマに、10人程度の広報関係者をお呼びしていろいろ議論したいと考えております。この人選については、事務局と座長とで相談して進めさせていただければと思いますが、もし、候補の方がいらっしゃるようであれば、明日までに事務局に御推薦いただければと思います。

また、3回目以降のテーマについては、公衆衛生やサーベイランス、水際、この辺を1つのセッションにしたいなと思っています。それから、別のセッションで医療提供体制、更に、ワクチンといったテーマでこれから進めていきたいと思っていますので、是非こういう方を呼んでほしいという御希望がありましたら、可能な限り1週間以内に事務局にお知らせいただけたらと思います。

それから、今日は時間切れで十分できなかつたと、例えば、こういう調査をしてほしいとか、特に海外関係ですけれども、調査することはある程度可能です。各国の大使館に調査をかけて、大使館から各国のデータを集めるというのは可能ですので、今日は発言できなかったけれども是非こういう調査をとるものがあれば、これも1週間以内に事務局にお知らせいただければと思います。

以上です。

○金澤座長 今言われた今後こういうことをやっていきたいというのは、皆さん方に行っているんですか。広報というのは確かに物すごく大事なテーマではあるけれども、2時間でしよう。今日の残りを少しやらせてくれないと。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 わかりました。

○金澤座長 それと、いろいろ新しい資料も出てくるだろうから。ということは、広報もどのくらいの方々にお出でいただくか人数も考えなければいけないですね。また御意見を伺ったりしながら。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 では、それは座長と打ち合わせをさせていただきたいと思います。

○金澤座長 どうぞ御意見をください。

では、どうも長いこと、3時間もこんなに真面目に議論することはめったにないので大変疲れました。でも、大変プロダクティブな会議だったと思います。これからもどうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。