

第6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5月28日（金） 10:00～12:00

【場所】九段会館 真珠

【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）

飯沼様、五十里様、佐々木様、進藤様、保坂様

【行政関係出席者】

上田健康局長、高井医薬食品局長、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、三浦厚生科学課長、鈴木健康局総務課長、熊本医薬食品局総務課長、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、松岡健康局生活衛生課長、岸田大臣官房審議官、塚原大臣官房参事官、

○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6回新型インフルエンザ対策総括会議」を開催いたします。

御出席の皆様におかれましては、御多忙の中お集まりいただき、厚く御礼申し上げます。

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。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活かすこと」を目的として、平成22年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」、第2回目は「広報」、第3回目は「水際対策（検疫）、公衆衛生、サーベイランス」、第4回目は「医療体制」、前回第5回目は「ワクチン」について、議論を行いました。本日は、「今般の新型インフルエンザ対策の総括」について御議論をいただけたらと思っております。時間は、10時から12時半を予定しています。

総括に当たり、特別ゲストをお招きしております。後で御紹介をさせていただきます。

まず、グローバルな視点から、日本の対策について、評価・コメント等をいただくために、WHOから進藤特別ゲストにお越しいただいております。また、現場で医療を担った方々、地方自治体において現場の実務を担った方々の御意見を代弁いただくために、全国団体の代表の皆様にもお越しいただいております。

それでは、特別ゲストの方を御紹介いたします。

WHO（世界保健機関）メディカルオフィサーの進藤奈邦子様です。

医療法人雅修会蒲郡深志病院理事長、飯沼雅朗様です。

全国衛生部長会副会長（愛知県健康福祉部健康担当局長）、五十里明様。

全国保健所長会会長（長野県飯田保健所長）、佐々木隆一郎様。

社団法人日本医師会感染症危機管理対策担当常任理事、保坂シゲリ様。

以上、5名の皆様に特別ゲストとして御出席をいただいております。

ゲストの皆様、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

なお、本委員の方の出欠状況ですが、本日は、河岡委員、田代委員、丸井委員から、御欠席の連絡をいただいております。

次に、資料の確認をさせていただきます。

お手元の資料、表紙のあとに名簿が載っていきまして、それをおめくりいただき、資料2は、進藤さんの資料です。

資料3は、「頂いたご意見」と書いてある資料です。

資料4は、「総括会議の論点（案）」と書いてある資料です。

参考資料1は、「各国の状況について」というタイトルの入った資料です。

参考資料2は、「地方自治体におけるPCR検査能力等の調査結果について」という資料です。

参考資料3は、「主なテーマと対応の考え方」という資料です。

参考資料4は、右に松本先生のお名前が入っている資料です。

参考資料5は、「Weekly epidemiological record」と書いてあるWHOの資料です。

何か不足がございましたら、事務局にお申し付けください。

それでは、ここから先は金澤座長にお願ひいたします。

○金澤座長 ありがとうございます。

皆さん、おはようございます。第6回目になりますので、そろそろまとめも少し視野に入れた会議になるかと思っておりますが、特別ゲストの皆さん方からいただく最後の会に、WHOで世界の中心におられて日本をごらんくださいました進藤さんに、10分から15分程度のプレゼンテーションをお願いして、その後、15分から20分ぐらいの皆さん方とのディスカッションという予定にしております。その後、総括に向けて、皆さん方の忌憚のない御意見をちょうだいする、こういうことに計画としてはしておりますので、御協力いただけたらと思います。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 カメラの頭撮りはここまでとさせていただきます。

（報道関係者退室）

○金澤座長 それでは、進藤さん、どうぞよろしくお願ひします。

○進藤特別ゲスト では、始めさせていただきます。

WHOのグローバルインフルエンザプログラムから参りました進藤奈邦子と申します。私は、グローバルインフルエンザプログラムの中の疫学と疾病に関する技術部門の総括を担当しております。専門は、感染症疫学と臨床、感染制御でございます。

お手元に資料がございますので、資料の2の方をごらんいただきながら話を進めさせていただきますと思います。

まず、最初のページをお繰りいただきまして、パンデミックインフルエンザ、経緯の方をごらんいただきしたいと思います。

始めはメキシコから始まったと言われているんですが、実は、起源はいまだに不明です。4月12日にメキシコのベラクルスという非常に小さな町ですけれども、ここに原因不明の呼吸器感染症の集団発生がございまして、これが一番最初のWHOへのレポートになっております。

それから、6月11日のWHOのフェーズ6宣言までわずか2カ月余りでございまして、また、WHOのすべての地域にわずか9週間で拡大してしまいました。非常に早いです。これは以前数学的なモデルで検討されていた3カ月よりも非常に早いペースで世界に広がってしまったことになります。

そして、その起源はいまだ不明と申し上げましたが、(ベラクルスの)ブタからは検出されておられません。メキシコで発生してすぐにFAOとOIE、これらは国連の姉妹機関で、動物や食品の安全を担当する機関でありますけれども、これらの機関と合同でWHOから専門員を派遣して、ブタの中のインフルエンザを調べましたが、ブタからは検出されませんでした。

ところが、その後、ヒトからブタへ、あるいはほかの動物(鳥類やほかの哺乳類)からも新型、パンデミックインフルエンザが検出されたという報告がありますので、種の中を自在に移動してしまう、そういう性質を持ったウイルスであることが分かっております。

メキシコ政府からは、メキシコが起源と言ってしまうのはほしくない、これは決まったことではないのだという反論をいただいておりますして、私どもとしては、世界で最も発症の早い症例がメキシコから出たという表現の仕方を今後もしていきたいと思っております。

そして、メキシコで最初にコミュニティ感染(市中感染)がどんどん起こっていたという状況をもって、メキシコが起源に一番近いのではないかと考えております。

それでは、次のスライドに移りますけれども、これが現在WHOが使っておりますパンデミックのフェーズです。現在、IHR2005(改定国際保健規約)の施行後、最初の検討委員会が招集されてございまして、4月に最初の会議が行われました。今後、6月、10月と会合を重ねまして、さらに、WHO、そして各国のパンデミックへの対応が果たしてこれが理想的なものであったのか、今後もし新しいパンデミックが来るとしたら、どのような改善点があるのかといったことを検討していただいております。

その検討事項の中に最初に出てきますのが、パンデミック初期の混乱です。これは、

WHOのパンデミックフェーズがちょうどこの4月、2009年の4月に改定されたことが挙げられます。それまで使われていたのは、まずパンデミックプランがWHOから最初に発表されたのが1999年、次の改訂が2005年、次に、改訂作業が行われたのが2008年でした。そして、2009年の4月に正式に公布されたわけですがけれども、奇しくもこれがパンデミックの始まりと一致してしまいました。ですので、各国で使われているパンデミックのフェーズの定義、これがWHOの話している定義とずれてしまったわけですから、ここに非常な混乱が起きまして、この合意の調整に時間がかかりました。

ということで、フェーズ5からフェーズ6に上がるのにかなり時間がかかったわけです。

次のスライドにございますように、私どもとしてはたいへん真剣にパンデミックインフルエンザを封じ込めるということを考えてきました。ところが、2009年のパンデミックは既に相当な範囲に広がっておりまして、既にカナダやアメリカでも患者さんが確認されていたわけです。このような状況をもちまして、封じ込めというのは現実的でない、もはや対応できないということで、WHOの中では封じ込めを即座にあきらめまして、次の全体目標としては、パンデミックの影響を可能な限り軽減するというところに絞りました。そして、その内容としては、感染の広がりや活動状況の監視、科学的情報の収集とガイダンスの作成、加盟国への指導と支援、ワクチンの確保、抗インフルエンザ薬の確保、そして、国際保健におけるリーダーシップを担い、そして協力を促進すること、これらが私たちの活動のテーマになりました。

とくに科学的根拠と実行可能性に基づく標準的ガイドライン作りというのが私ども技術系の医官の活動の焦点になりました。もちろん理想としては、国によっては、どこまでもできるところまで、可能なところまでやって国民を守るというのが姿勢だと思いますが、WHOでは、実行可能性、これを非常に重視しております。ですから、これが各先進国と多少実行目標がずれてしまう、異なってしまうということの原因でもあります。

そして、まず、インフルエンザという疾病は、実験診断がなければ確定診断ができません。これが臨床診断がもともになる麻疹などと大きく異なるところです。ですので、一般的にインフルエンザ様疾患と言われてはいますが、診断キットをもって実験室診断を下さない限りは、インフルエンザという確定診断ができないわけです。ですから、診断キットを配ることがWHOとしては非常に大事な仕事になるわけです。もちろん遺伝子学的な情報はすぐにWebに上げましたので、先進国ではこの遺伝子学的な情報をもとにして診断キットが自国で作成できるわけですがけれども、そうでない国が圧倒的に多いですから、これら診断キットを配らない限り、受け手側の国が、新型のインフルエンザ、パンデミックインフルエンザが国内で発生しているかどうか、報告することも診断することもできないわけです。

この診断キットを早期に140カ国、811キットを配布いたしました。1キットで大体

5,000 検体テストができます。そして、ワクチンがもちろんございませんので、決め手になるのは、まずは抗インフルエンザ薬です。抗インフルエンザ薬は、成人用量にして約 500 万ドーズの国際備蓄をWHOが持っておりましたので、昨年5月中にわずか 10 日間をもちまして、71 カ国+メキシコに配布を完了いたしました。

その後、封じ込め用、パンデミックが起こっているからといって、H5 や H7 といったほかのインフルエンザが待ってくれるわけではございませんので、これらのインフルエンザが発生した場合に、やはりこれを封じ込めていかななくてはならないわけです。ですから、その封じ込め用に 300 万人分、そして地域備蓄として 200 万人分、これを既に補充しております。

ワクチンの方は、これは、もちろんウイルスが確定されてからしばらく時間差があるわけなんですけれども、2010 年 5 月 14 日の集計で 3,131 万人分を既に配布いたしました。これにはアフリカ 7 カ国、残りは 12 カ国ですけれども、特にワールドカップを控えております南アフリカには 350 万人分を既にお届けしてございます。

南半球はこれから冬の季節に入るわけですから、インフルエンザが流行すると思われるので、南半球の国 27 カ国にワクチンの配布の必要があるかどうかをお尋ねしましたところ、15 カ国から要請がありましたので、5 月中に配布を終了する予定です。

そして、現在のパンデミックインフルエンザの状況ですけれども、214 の国と地域で感染を確認いたしました。死亡者数は 1 万 8,000 人以上です。これは少なくとも 1 万 8,000 人以上という言い方をさせていただいております。これは、あくまでもインフルエンザによる直接死亡を報告いただいたものを集計したものです。私たちが普段季節性のインフルエンザでの死亡と言っているのは、直接死亡以外にほとんどの国で超過死亡を指しておりますので、この数の違いというのを認識していただきたいと思います。2 カ月ほど前にWHOの方から、死亡報告に関するお願いを各国の疫学の専門機関の方にお送りしておりますが、なるべくWHOとしては広くインフルエンザ死亡というのをとらえていきたいと思っております。直接死亡だけではなくて、超過死亡、そして関連死亡といった形で大きくとらえて被害を評価していきたいと思っております。

それから、WHOでインフルエンザのサーベイランスをもちろん強化してはいるんですけれども、ほとんどの国が、圧倒的多数の国でインフルエンザのサーベイランスというのを行っておりません。しかも実験室診断を要するインフルエンザ患者を集計するという事は、ほとんどの国でできていませんので、では、どうやったら世界的な状況をとらえることができるのかということで、数量的にはなくて、現象的にとらえるというやり方でトレンドを調べていこうことにいたしました。その4つの項目は、地理的な拡大、そして呼吸器疾患の活動性状況、これは前週比です。それから、急性呼吸器疾患の活動性強度、健康機関への負担、この4つを指標にしております。

現在は、ほとんどの地域で非常に活動としては緩やかになっておりまして、どちらかというとインフルエンザの季節型のB型が散発的に見られているという状況で、北半球

のシーズンから南半球のシーズンへの移行期、熱帯地域で散発的に流行が見られているという状況です。

そして、次の地図は、現在の状況を、これは週報で毎週アップデートしておりますけれども、WHOのウェブサイトで見ただけのことできます。

この中で1つ注目していただきたいのは、呼吸器疾患の活動性のトレンド、前週比なんですけれども、やはり南半球でぼちぼち活動が起こり始めてきたというのが分かりますが、ほかの指標では非常に静かであることがお分かりいただけると思います。

次に、疫学と臨床的なまとめに入っていきますけれども、パンデミックインフルエンザの患者の年齢の分布ですが、一言で言いますと、重症度とともに年齢の中央値が上がるんだということです。そして、患者数としては、その国の人口ピラミッドと比べてみますと非常によく一致します。すなわち、どの年齢層でも一応感受性があるということがわかっております。

そして、入院率で見ますと、年齢の低い幼児、赤ちゃんほど入院率が高くなっておりますが、なぜか日本だけは、入院率が一番高いのは5～9歳になっておりますので、世界状況とここはちょっと違うところですが、ほかの国の状況を見ますと、年齢の低い、月例の低い赤ちゃんほど入院率が高くなっております。

死亡率を見ますと、人口比で見ますと、高齢者が比較的高いんですね。やはり赤ちゃんの中では高くなっているんですけども、お年寄りが感染すると死亡率が高いということも分かっています。ですから、今後、世界じゅうで第二波、第三波が冬季にきて、老人が罹患した場合、現在よりも死亡者が増える可能性が残されています。

さて、次のシーズンなんですけれども、次のシーズンに一体どれだけ患者さんが出るのかということ、私どもは今後の状況として心配しているところなんですけれども、アメリカやイギリス、第二波を既に終了した国々では、都市部の比較的若い年齢層では、例えば中学生とか高校生の間では、4割から5割の人が罹患してしまっているだろうと。これは、いわゆる臨床的に顕著な発症例だけではなくて、不顕性感染も含めてです。大体4割から5割が罹患しているのではないかと考えていますが、これが地方に行きましたら、学校などに属さない一般の市民になりますと、例えば南半球では13～17%ぐらいが罹患したと考えておりますので、まだ圧倒的に多数の国民が感受性を残しているわけですから、オーストラリアでは少し早めに国を挙げて、今、季節性のワクチンのキャンペーンを行っているところです。

それから、皆さん、学校閉鎖に関して非常に御興味がおありということ伺いましたので、3. 流行のパターンのところにあります「パンデミックインフルエンザ 流行パターンの違い」というスライドを見たいと思います。これは、日本の近畿エリアと米国のユタ州を比べたものなんですけれども、上が日本の近畿エリアで、神戸、大阪の学校を中心とした5月のアウトブレイクで、疫学曲線のピークのときに一斉に学校閉鎖をしておりますで、いかにドラマチックに疫学曲線が落ちたかということがごらんい

ただけだと思います。

その好対照がアメリカのユタ州ですが、ご存じのとおり、ユタ州はモルモン教のメッカですので、非常に地域のコミュニティの活動が盛んなところではあります。子どもたちが熱を出しても、病気の子どもを連れて集会に出る。学校閉鎖はしないというような習慣があるところではありますけれども、ごらんいただきますと、ただだ患者さんが増えています。日本で400人ぐらい患者が出たときに、入院患者はありません。死亡者ももちろんありません。ところが、同じぐらいの人数、500人近くユタ州で患者さんが出たときには、既に35人が入院して、2人が死亡していたわけです。

その後、正林先生のスライドにもありますけれども、私のスライドで言いますと、18ページの下のスライドですね。学校、学年、学級閉鎖等流行パターンというのがありますが、日本は、季節性のインフルエンザの流行が終わった後、21週のところに兵庫県における新型インフルエンザの発生があったわけなんですけれども、この後、全くピークがきていないわけです。ずっと9月まで何も起こっていないわけです。9月の最初まで全く、ほかの国で第一波を経験したときに、既にこれだけ感染爆発が起こっていたのに、ここでピタッと止まって、9月までは第一波が来ていないわけです。ですから、私どもとしては、日本では第一波が飲み込まれてしまったのではないかと。これは学校閉鎖だけではなくて、日本のいろんな特性があると思います。後でご質問があれば、私どもの考えている仮説について御紹介できると思うんですが、大英断による一斉のパンデミック初期の学校閉鎖が、国としての疫学曲線にインパクトを与えたのではないかと私たちの方では考えております。

それから、最後に追加させていただいたスライドで、水際対策の件がありますけれども、英文で最後にお付けした資料の私どもの疫学週報の2ページから後にまとめているありますが、それを日本語文に訳したものが25ページの下のスライドからの2枚になります。WHOではどれだけ各国で水際対策、検疫対策等が行われたのかというサーベイを行いまして、加盟国193カ国のうちの大体3分の1から回答をいただきました。国の政府だけではなくて、公共事業関連団体ですとか船舶、空港事業関連団体にもサーベイをしておりますけれども、この結果は追ってご報告することにいたしまして、政府からの回答をもとにまとめてみますと、大体9割近くの国で旅行者に対してパンデミックに関する情報を提供してきたところ、46%、約半数でパンデミック初期に患者発生国への渡航の自粛を国民に推奨しています。この期間の中央値は大体5週間でした。回答いただいた国のうち2カ国が患者発生国からの入国を拒否しています。6カ国で動物や物品の輸入を制限したこともあります。32%の国で平常時より恒常的に旅行者の感染症スクリーニングを実施していたんですけれども、パンデミックの初期は、約2倍の34カ国が旅行者に対してスクリーニングを行っています。

この入国者スクリーニング、何百万人という人に対して行われたわけではありますけれども、患者発見の確率は、これら10カ国を対象にして平均してみますと、約10万人に4人

の人が見つかったという結果になっております。

ここまでで私の話は終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。

○金澤座長 どうもありがとうございました。大変膨大な内容を非常に簡潔にお話しいただきました。

これから先は質疑応答ということにさせていただきますが、いかがでしょうか。委員の方々。谷口さん、どうぞ。

○谷口構成員 お忙しいところ、ご丁寧な説明、ありがとうございます。

1つ、日本の疫学パターンが学校閉鎖によって影響を受けたのじゃないかというお話ですが、これは国内でもこれまでさんざん議論があったと思うんですが、ただ、明瞭な第一波がなかった。つまり、春に大きな流行がなくて、秋からだらだらと広がって流行になったというパターンは、多分フランスもこれはほとんど学校閉鎖されていませんけれども、同じようなパターンになっていますし、ドイツもしていませんが、最初、春が非常に小さくて、その後、日本と同じようなパターンになっています。そういうふうに、何もしていないにもかかわらず日本と同じようなパターンであった国というのは結構あるんですね。それはきっといろんなデータをお持ちだと思うので、何が原因でそういったことが起こったのか。イギリスとアメリカは明瞭な春のパターンがあって、第二波がありましたよね。ただ、それがなかった国も結構あるわけです。そういったデータを御存じであれば、教えていただけないかと思います。

○進藤特別ゲスト フランスに関しては、日本ほど大きな学校を中心とするアウトブレイクが報告されていなかったんですね。どこの国も、州ごとに言いますとニューヨークもそうなんですけれども、学校の集団発生があってから本格的な流行が始まり、疫学曲線の立ち上がりが始まるわけです。ですから、前哨としての学校での爆発的流行というのがあって、全体的な国民へのコミュニティへの流行が始まると。ですから、学校内での流行というのを先駆的な指標と私たちは考えているわけなんですけれども、ご存じのとおり、フランスは非常にインフルエンザのラボも充実してしまっていて、早期からかなりの検体をさばっていましたけれども、学生の中からほとんど出ていなくて、旅行者の中からちらほら出ているという状況だったんですね。ですから、明らかに5月の神戸の状況のようなことがフランスで起こっていなかったわけです。ですので、その辺がヨーロッパのほかの国と非常にパターンが似ている。フランスもそうですし、ドイツもそうなんですけれども、非常にすばらしい恒常的なサーベイランスが走っている中で、インフルエンザの患者がほとんど報告されていなかった。水際対策でちらほら見つかった。

それに対してイギリスは、ミニコンテインメントというか、小封じ込め対策のようなことを初期に試みていました。とくにイギリスではイースターの休暇にメキシコを訪れた若い人たちが大勢4月の終わりから5月に帰ってきてしまっていて、その人たちが若い人々、とくに学生たちの間に流行を持ち込んだわけですね。そこで学校内での発生が非

常に多かったわけです。ですから、いかに学校内発生がたくさん起こるかということでは、全体的なコミュニティの流行がキックオフされていくのではないかと考えています。フランスでは、そういう意味では、大きな学校内での発生は、本格的な9月の流行になるまで報告されていませんでした。

○谷口構成員 ありがとうございます。それはとてもおもしろいことで、そうすると、フランスも日本も状況は同じだと思いますので、フランスでは学校は起こらなかった。日本は起こった。そうすると、フランスは何か起こらなかった理由があるのか、そこら辺が分かると、日本は起こったわけですから、フランスが非常に精度の高いサーベイランスをやっているおかげで起こらなかったのであれば、日本はここを見直して考えなければいけないと今思いました。ありがとうございました。

○金澤座長 どうぞ、岡部さん。

○岡部構成員 ここで議論していてもきりがありませんけれども、学校の形態が違うということも随分考慮しなくてはいけないだろうと思うんですが、僕の質問の方は、今、進藤先生は、封じ込めをWHOは真剣に当初考えた。日本で言う封じ込めと多分ニュアンスが違うだろうと思うんですね。WHOの言っているコンテインメントは、ある地域で発生したものをできるだけ散らばさないようにするというのでやっているんじゃないかと僕は思うんですけれども、日本で言う封じ込めだと、水際作戦で日本に入らないようにするというところで、ちょっと言葉のニュアンスが違うんじゃないかなという気がしました。ですから、同じ表現で封じ込めというのを、日本のニュアンスとWHOのニュアンスで一致させると、ちょっと私は混乱が起きるんじゃないかと感じました。

それから、もう一つは、これは後ろの方もいるので確かめておきたいんですけれども、進藤先生の発表の診断キットというのは、日本で言う診断キットというのは、迅速診断キットをよく表しますけれども、これはPCRのプライマーですよ。

○進藤特別ゲスト そうです。PCRプライマーです。診断キット、いわゆるベッドサイドでやるディップスティックタイプのテストですけれども、これはメーカーによって非常に感度が違うんですね。私たちの調査では、30~70%の振れがあるわけです。大体平均して当たり外れ5割です。ですから、コインを投げて、ヘッド・オア・テイルのそれぐらいの確率しかないわけです。ですから、私たちが推奨する使い方としては、例えばアフリカで検体を取ってから結果が分かるまでに、輸送の分も含めて10日から2週間かかってしまう。ところが、どんどん呼吸器感染の患者が出ていて、何の病気かわからないというときに、30人ぐらいテストすれば、10人ぐらい陽性が出るわけですよ。ですから、それであれば、治療は、タミフル、あるいはリレンザで行われるわけですから、その対応として使う可能性は非常に重視しています。ところが、確定診断という意味では全く信頼していません。

○金澤座長 ありがとうございます。

どうぞ、川名さん。

○川名構成員 ○川名構成員 ちょっと細かいことですが、12 ページでパンデミックインフルエンザの重症例ということで、丸の2番、「ほとんどの死亡は重症ウイルス性肺炎による」と書かれています。これはWHOで集計しておられる先ほどの1万8,000人強の方を分母にして、ほとんどの死亡が重症ウイルス性肺炎であるということなのではないでしょうか。

○進藤特別ゲスト 結論的にはそういうことになると思います。国ごとに回答いただいていますけれども、圧倒的に死亡者は重症性肺炎ですね。一時性のウイルス性肺炎が多いです。

○川名構成員 例えばウイルス性肺炎と細菌感染の混合感染、これはどういうふうに分離されているのでしょうか。あるいはこれはどこかでデータを見ることはできるのでしょうか。

○進藤特別ゲスト 一番最近では、まだ一般の方には入手できないかもしれないんですけども、米国の病理学学会雑誌に70症例以上の剖検例の発表がもうすぐ出ると思うんですけども、細菌感染の合併例は約4分の1です。26%です。ほかの今までに発表された論文を見ましても大体それぐらいです。これは死亡例の中ですけども、剖検例ですので、剖検標本を見ての診断ですが、生前に細菌感染の合併感染の診断がされていた例はほとんどないと言っていいかと思います。細菌感染がいわゆる一般の市中肺炎の原因菌であることが多いわけですけども、長期に呼吸器管理を受けてきた人がいわゆる医原性の感染を起こして肺炎になっていたという以外は、非常に生前診断は難しいというのが現在の状況です。過去のパンデミックにありましたように、細菌感染の方が前面に出るといようなことは今のところ観察されていません。

○川名構成員 その質問をさせていただいた理由は、私も今回のパンデミックインフルエンザはウイルス性肺炎が多いのではないかという印象を持っているのですが、例えば日本国内でも肺炎で亡くなった方のうち、どのぐらいが純ウイルス性肺炎なのかというデータはないんですね。ですから、この世界のデータがどうやって出たのかなと非常に興味があったのでお伺いしました。

○金澤座長 それでは、尾身さん、どうぞ。

○尾身構成員 どうも進藤さん御苦労さんです。

先ほど、谷口先生が大変重要な、前回も指摘していましたね。フランスの問題。それで、これはせっかく進藤さんも来られているから、ちょっと御質問ですけども、私の理解は、全世界的に年齢分布は子供に多いということですけども、その中でも日本の特徴は、子供の中で5～9歳に、かなり集中し“塔”が立っている。日本の場合には極度に集中している。ほかの国ももちろん子供に多いんですけども、9ページの進藤さんの表で、メキシコなどでも、子どもに多いけれども、日本に比べたら成人の方に分布が広がっています。私の理解では、アメリカ、オーストラリア、イギリスでも同じように、日本に比べればただらしている。そういう意味では、谷口さんの御質問は

非常に大事なので、フランスの状況はこれに近いのかどうか。今ここになかったら、いつか教えていただければと思います。フランスの年齢のパターンが、いわゆるオーストラリアとかイギリスとかアメリカに近いのか、あるいは日本に近いのかということは大事だと思うので。

それと同時に、事務局への、この前も実は、今、国際的なことを話していますけれども、実は日本の場合に沖縄が少し多かったですよね。このときの沖縄が余り学校閉鎖していなかったのも、そのときの年齢がどうかというのをこの前お聞きしたんですけども、まだ分かっていないというので、もし事務局の方、沖縄の方の年齢分布をフランスと一緒にやれば、さっき谷口さんの御質問に少しは答えが得られるかもしれないので、何かもうありましたか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 第3回目だったと思うんですけども、沖縄の年齢分布を資料でお付けしたんですけども、ちょっと探しますので、ちょっと時間をください。

○金澤座長 それでは、後でこの問題はもう一度戻ってきましょう。

どうぞ、岩田さん。

○岩田構成員 貴重なプレゼンテーション、どうもありがとうございました。

17 ページの近畿エリアとユタの比較のスライドについて御質問なんですけれども、先ほど学校閉鎖の関連でこのスライドについて御説明があったんですが、このスライドをそのまま見ますと、流行の広がりという意味でユタの方が流行がどんどん広がっていったかどうかというのは、このグラフを見ただけではよく分からないなという印象がして、むしろこのグラフは、ユタ州では患者に対して、入院患者さんとか重症例が比較的多いんじゃないかということに注目して、私の知人がユタで集中治療をやっているんですけども、非常に肥満の方が重症でICUに入ることが多いというような報告を受けていました。このグラフを見て、学校閉鎖による流行の広がりがユタでどんどん進んでいるということが私にはよく分からなかったんですけども、それについてもうちょっと教えていただいてもよろしいですか。6月以降のデータがないということもあるのかもしれませんが。

○進藤特別ゲスト そうですね。ユタ州のホームページをごらんいただければ、この後どんどん流行が大きくなっているのがごらんいただけるんですけども、人数の比較をごらんいただきたかったのも、同じぐらいの人数のところまで切らせていただきました。

○金澤座長 ほかにいかがですか。どうぞ、伊藤さん。

○伊藤構成員 今日はありがとうございます。ジャーナリストの伊藤隼也です。

今の学級閉鎖のことにに関して非常に興味深いデータをお示しいただいたんですが、実は日本は、沖縄は2回ピークがあったんですね。この2回のピークとも実は夏休みと冬休みという状況で、学校には生徒さんは全然行っていらっしゃらない状況で、年齢分布を見てみないと分からないんですが、沖縄だけ特異的に2回のピークがあったというこ

とは、学校閉鎖の相関関係を考える上で、何か少し関連性があるのかなというのを、お子さんが学校に行っていない時期に2回のピークがあったことについてはどんなふうにお考えになるか、お聞きしたいと思います。

○進藤特別ゲスト 沖縄の状況については非常に特殊なので、私どもの方が逆に教えていただきたいと思うぐらいなんですけれども、私どもで日本の状況をモニターさせていただいて、沖縄が非常に流行が大きくなっているというのは、例えばハワイでも非常に流行が大きかったですし、米軍の基地があることと何か関連があるのかと思ったりしましたが、これは完全に憶測にすぎませんので、むしろ、どうして沖縄がそういう非常に特殊な状況であったのかということは教えていただきたいなと思っております。

ちょっと追加させていただくと、今までに幾つか学級閉鎖、学校閉鎖のことについて学術論文が発表されておまして、私どもの方でまとめたところが24ページにございます。学校閉鎖は感染のピークを下げ平坦化する。ピーク時には医療への需要を30～50%減らす。罹患率における影響は比較的少ない。これは20%以下である。経済、社会的コストの影響が非常に大きいということが各国の発表から見られております。

このもとになりました論文を次の2枚のスライドの方にまとめておりますけれども、日本のデータ、香港のデータですね。香港の方は、夏休みの直前で非常に流行が大きくなりまして、そのときに早めに学校閉鎖をして、そのまま夏休みに入ってしまったわけです。ですので、夏休みとその直前の学校閉鎖によって、感染性が25%下がったという論文があります。

それから、オーストラリアでは、これは学校閉鎖をしたことによって、家族にどのような影響があったということなんですけれども、親の47%が学校閉鎖は適切な判断だと考えているけれども、無症候性の親の45%が子供のために1日以上仕事を休む必要があった。35%において、チャイルドケアの手配が必要となった。学校閉鎖1週間の間、74%の生徒は1回以上外出していると。若い人は絶対しているというので、なかなか難しいので、平均すると1人当たりの生徒につき3.7回外出してしまっている。

ですから、学校閉鎖そのものが意味があるんだろうかというような論文がありますし、次のスライドを見ていただきますと、米国の2つデータがありますけれども、全体的な学校システムの閉鎖、例えば大阪府であるとか兵庫県で行われたようなことをアメリカでやったらどうなるかということなんですけれども、これは数学的モデルの検討で、個々の学校の閉鎖よりも効果があるとは言えないというような結果が出ています。

これは、いつやるかということも非常に大事だと思うんですけれども、神戸、大阪の例は、非常に初期にやったから意味があったんだと。ところが、それがピークになってしまうと、やってもそんなに影響がないだろうと。むしろ、そこの次にありますけれども、学校閉鎖がどんなタイプであれ、血清学的罹患率に重大な効果を与えるためには、少なくとも8週間も投じなければいけない。比較的短い学校閉鎖、例えば約2週間です

ね。これをピークの間にとると、逆に感受性の高い学生たちを一挙に学校の中に戻してしまうので、逆に流行を爆発的に大きくさせてしまう可能性があるから、これは余り意味がないだろうと言っているんですね。

次は、アメリカの得意な経済検討なんですけれども、4週間1つの州で学校閉鎖をした場合、直接的な経済コストは103億ドル、GDPの0.1%。最高で471億ドル、GDPの0.3%ですね。こんな試算が出ているわけです。ですから、アメリカは全然学校閉鎖しないというのは、こういった理由で行わないんだと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

どうぞ、岩田さん。

○岩田構成員 日本のこととは直接関係ないんですけれども、今後、日本が海外の支援をワクチンとか薬でするときに参考になるので教えていただきたいんですが、今回のパンデミックインフルエンザというのは、相対的に我々が一番危惧していたことは、死亡率の低い、比較的軽症のインフルエンザだったと認識しています。

それで、先進国の対策はともかくとして、例えばアフリカですとか、あるいはいわゆる途上国と言われているアジア各国においては、ほかにもたくさんの病気があって、麻疹ですとか下痢症ですとか結核ですとかエイズですとか、そういったことでたくさんの健康問題があって、平均余命も圧倒的に我々よりも短いと。そうすると、WHOは今回のパンデミックインフルエンザの世界的な対策という意味で、様々な健康対策の中で、インフルエンザというものに対してどれぐらいの総合的な力点をこういった国々に対して置く。すなわち、リソースをかけるべきだとお考えになっているのでしょうか。

○進藤特別ゲスト まず、疾病被害ですね。その検討が十分にできていないので、それを早急に行わなければいけないんですね。一応サハラ以南のアフリカについて、論文検索をしたんですけれども、はっきりと結論が出てこないわけです。ところが、WHOの中で国連のミレニアム開発計画の中の5歳以下の死亡について考えていますけれども、この5歳以下の死亡の感染症の中では、肺炎の方が下痢症よりも多いんですね。肺炎が感染症のナンバーワンキラーなわけです。先進国、四季のある先進国だけではなくて、例えば熱帯のシンガポールとか香港でも、5歳以下の肺炎のうち、RSVとインフルエンザが2大原因ウイルスなわけですが、この2つによる健康被害が非常に多いわけですね。ですので、それをもとに考えますと、アフリカでも相当な被害があるはずなんです。これがまだ「はず」というところに止まっていますので、実は来週、アフリカに関する会議をアフリカで行います。これは、私たちだけではなくて、例えばドイツであるとか、アメリカのCDC、NIH、それから、ほかの各国の有力研究機関、すべてアフリカにフィールドを持っている研究機関を集めまして、どれだけみんながデータを持っているのか、そして私たちがどれだけインフルエンザということに視点を絞って助けていかななくてはならないのかということ、まず第1回目の検討としてしますけれども、それ以外に、WHOの新しい努力目標として、肺炎全体を減らしたいということがありますの

で、肺炎の担当部門と力を合わせて、ウイルス性の肺炎と細菌性の肺炎の両方を何とか死亡として減らしていきたいというふうに考えています。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

さっきの問いかけに答えがありますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 済みません。ちょっと私は勘違いしてまして、第3回の資料に出していたのは沖縄県の休校の状況でありまして、年齢階級はまた調べたいと思います。

○金澤座長 そうですね。年齢が大事ですね。

川名さん、どうぞ。

○川名構成員 もう一つ質問させていただきます。

WHOのパンデミックフェーズが昨年の4月に改訂になって、それでいろいろあったという話がありましたが、例えば、新型インフルエンザが発生してからパンデミックフェーズが6になったのが、たしか6月の12日ぐらいでしたね。発生してから1カ月半ぐらい時間がたっているわけです。日本は5月の中旬ぐらいにすでに神戸、大阪で局地的なアウトブレイクがありましたので、もしそこで日本が、「日本は局地的ではあるけれども蔓延状態にある」というようなことを公式に判定をしたとすると、それがWHOのパンデミックフェーズを6に引き上げるトリガーになったのでしょうか。一部そういうふうな報道があったものですから。

○進藤特別ゲスト これは、それだけではないというのがお答えです。というのは、多くの国で、フェーズ6に上がることがパンデミックという定義をしていた国がありまして、フェーズ6になったとたん、何千万人分のワクチンのオーダーに自動的にサインが入るというアレンジをしていた国もあるわけです。そうしますと、どこの国もその部分の、最後の部分の微妙な調整に時間がかかっていたわけです。この混乱が、私たちWHOの考えているフェーズと、加盟国のパンデミック準備計画がずれていたために、回避できない混乱だったわけです。ですから、WHOとしては、私たちは加盟国のために働いているわけですね。ですから、加盟国が親分なわけです。その親分たちが混乱しているときに、私たち丁稚が、決めただから決めたとというようなことはできないわけです。ですから、何が目標かといいますと、一番リーズナブルな形で加盟国が国民の健康を守れるお手伝いをするということが私たちの仕事の努力目標ですから、技術的な杓子定規な部分だけではないこともあるわけです。もともとパンデミックフェーズというのは、早め早めに上げて、加盟国に次のレベルの準備を始めていただきたい。そのトリガーになるようにフェーズを作っているわけですので、その状況そのもので上がるとか上がらないではないわけですね。そういった状況を御理解いただけたと思います。

○金澤座長 尾身さんが何かコメントしたいらしいのでどうぞ。

○尾身構成員 これは本当に大事なことを川名さんから発言されましたので、これは一言だけ。

今回は、私ども何回も言っていますけれども、日本国もみんなそれぞれいいことをやったし、多少反省があったということで、WHOも、この前、私は1月の執行理事会でも言っていましたけれども、今回、WHOも一生懸命頑張ってくれました。1つWHOの反省点は、今回のフェーズの定義は感染の広がりだけで決めたわけですよ。本来、感染の広がりだけからいえば、6月11日の前にフェーズ6になったと思います。今回の最大の問題は、致死率、病原性、入院率など、いわゆるヘルスインプクトというファクターを考慮していなかった。感染力だけしか考慮していなかったということなので、実はこの前の執行理事会でも、なるべく早く作っていただきたいということを要請してきましたけれども、ある程度の大まかなガイドラインとして作っておかないと、また次回も混乱しますから、是非それはお願いいたします。

○金澤座長 ありがとうございます。大変重要な議論になったかと思えます。

ほかに。では、そろそろ次にいきましょう。岩田さん。

○岩田構成員 これは、WHOというより、進藤先生の個人的な見解としてお伺いしたいんですけども、日本において行われたパンデミック対策で、諸外国やあるいは国際機関からいろいろな評価がされていると聞いています。ポジティブな面とネガティブな面、あるいはメディアの評価というものもあると思うんですが、進藤先生御自身が今回の2009年の一連の流行の対策を振り返って、外から見て日本の対策において、具体的にどういふ点がよかったとお考えなのか。それから、もし改善点があるとすれば、どういふ点を改善すべきだとお考えなのか、教えてください。

○進藤特別ゲスト 正直申し上げまして、日本は相前からパンデミックに対しては準備を進めてきたわけです。そもそも私が最初に2002年にWHOに派遣されるきっかけになったのも、それまで弱体部門だったグローバルインフルエンザプログラムと、アウトブレイクレスポンス、つまり、パンデミック発生をにらんで私が派遣されたわけです。ですから、WHOに喝を入れるというのが目的だったわけなんですけれども、それからWHOの方もどんどんインフルエンザプログラムが強くなりまして、やはり私たちの活動の主眼というのは、いかに先進国以外の国をどこまで持っていけるかということなわけです。ですから、アメリカと日本からどんどん情報が入ってきて、ヨーロッパからも入ってくるという状況の中で、とにかくバタバタ人が亡くなっていたのがアメリカとメキシコだったわけですね。そこから重症者の情報を集めるというのが私の一番大事な仕事だったわけです。ですから、どちらかというと、私としては日本は自力で何とかしてくれるから、とにかく世界に提供する情報をどんどん集めなくちゃというのが私のパンデミック初期の思いでした。

そして、とにかく日本でほとんど重症者が出なかったわけです。ほかの国でどんどん若い青年層の、壮青年の人たちの中で死亡例が出ていく中で、日本の最初の10例程度は、ほとんど季節性インフルエンザのハイリスクグループの人たちだけが亡くなっていたわけです。ですから、日本は何か違うんだなと。日本は何か違う。ほかの全部の国と

1つだけ違うわけです。ですから、これは何かが違うんだろうと思ってはいたんですけども、ただ、それが第一波がなかった、そのせいなのか、それとも、日本の健康システムそのものがほかの国と全く違うのか。とにかくパンデミックが来る前から臨床医の方たちがタミフルを使い慣れていたわけですね。だから、躊躇なく出せたわけです。ほかの国では、ICUに肺炎で入院している、若い基礎疾患のない患者さんにも、PCRの結果が出るまでタミフルを処方しないわけです。そこが一番初期に死亡者がたくさん出てしまった原因だとアメリカは反省して、とにかく繰り返しメッセージの中で、今、パンデミックが蔓延しているんだから、重症患者が入ってきた、肺炎患者が入ってきたら、テストをしないでタミフルを処方しろとずっとCDCは言い続けてきたわけです。ですから、そういったところが本当に違った。

そして、医療従事者たちの意識も全然違ったわけです。ですから、病院の中で集団発生したり、例えば透析患者さんですとかがん患者さんの中で発生しても、どんどん積極的に早期に抗インフルエンザ薬を治療していったわけですね。ところが、アメリカの体質はそうじゃなかったわけです。ですから、本当に好対照ですよ。ですから、どんだけたくさんいいおもしろい論文はアメリカで出てくるわけですけども、日本は全部治療しちゃっているわけですから、比較検討もしようがないですね。そこがすごく違ったんじゃないか。

それから、医療アクセスへのよさですね。

それから、国民の公衆衛生に対する意識の高さですよ。とにかく私もいろんな国へ行ってきましたけれども、日本人ほどちゃんと手を洗う国民は見たことがありません。それから、電車の中でも普通にみんなマスクをしていますよね。これもほとんどほかの国ではあり得ないです。そういった公衆衛生の意識の高さ、そういったものが根本的に違うんじゃないか。

ですから、日本が死亡者が少なかったということを疫学検討会で私どももしょっちゅう話題に出るわけですけども、日本は全然違うから、検討しても仕方がないから、非常に特殊だから、あの国は、というふうに言われるだけです。とくにアメリカとかイギリスの情報を中心に、もちろんメキシコもですけども、早期は検討しております、日本の特殊性ということは、私も自分の祖国として関心がありますけれども、そういったたくさんの要素があって、どれ一つが日本の死亡率をこれだけ下げた原因かは私にはちょっと分かりません。

○岩田構成員 改善点があるとすればということを聞いたんですけども。

○進藤特別ゲスト 私の仕事は、WHOの改善点を何とかすることですので、日本の改善点は皆様にお任せした方が。

○金澤座長 ほめ殺されているような感じがしないでもないけれども、分かりました。

ほかにいかがでしょうか。そろそろまとめの方向への一步を踏み出せたらと思ってるものですから、事務局の方から資料説明を兼ねて、今後のまとめ方について説明して

ください。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 そうしたら、過去、テーマ別に特別ゲスト、50名近くの方をお招きして、様々な御意見をいただきました。それが資料3であります。非常に多岐にわたりますので、ここでは御説明いたしません、様々な御意見をいただいています。何とか事務局でこれをまとめようと努力をしたのが資料4であります。論点案という形でまとめています。これについて説明をさせていただいて、後ほどまた御議論いただけたらと思います。では、駆け足で御説明します。資料4です。

まず、総論として、1つ目は、対策の効果の限界と実行性を考慮して、感染力、致死率・入院率、病原性を指標として複数の対策の選択肢をあらかじめ用意し、状況に応じた的確に判断し、どのような対策を講じるかを柔軟に決定するシステムとすべきではないか。

2つ目が、意思決定プロセス、社会的責任主体を明確化、現場の実情を的確に把握し、迅速かつ合理的な意思決定のできるシステムとすべき。意思決定に当たっては、パブコメとか公開の場での議論を通じて、広く国民や現場の医療関係者、専門家の意見を聞く。

3つ目、対処方針の検討とか、訓練を重ねるなどの……。

○金澤座長 ちょっと待ってください。資料がそろっていない方がいるようですので、ちょっと来て見てください。4がない方がおられるようですね。資料4がない方、ほかにいらっしゃいませんか？ 今説明している4がない方がおられるようです。お二方だけです。大丈夫ですか。

それでは、続けてください。どうぞ。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 4つ目が、通常時から情報収集・情報提供体制の構築、国民とのリスクコミュニケーションが重要だということと、感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、こんなことを書いています。

おめくりいただいて2ページ目、広報であります、AとBに分けています。よく尾身先生からいただいた、ある一定の制約があつて、制約そのものを改善すべき点は何なのかということ、制約下にあつたけれども、運用上で何かできたことがあつたのではないか。そんな観点でAとBに分けています。

そもそも制約に関係する体制とか制度とか事前準備、その辺についてがAですけれども、広報については、通常時から外務省や在外公館などとも連携し、海外情報を含めた感染症の情報収集及び情報発信・公開能力を抜本的に高める。それから、リスクコミュニケーションを専門に取り扱う組織を設ける人員体制を充実。

2つ目は、国と地方自治体の担当者からのホットラインの確立。

3つ目は、地方自治体、医療現場などの最新の正しい情報を必要としている方々に、例えばインターネット技術の活用も含めて情報提供のあり方について検討。外国人、障害者、高齢者などの情報弱者に配慮した情報提供の方法の検討。

4つ目は、個人情報の発信のあり方について、マスコミ関係者などを交えて具体的に検討。そんなことを挙げています。

Bとして、運用上の課題ですが、スポークスマンについていろいろ御意見をいただきましたが、専任のスポークスパersonを設ける。複数の情報が流れないように広報の一元化を図る。

2つ目に、「正確」、「一元的に」、きめ細かく頻繁に、そういった発信の工夫。それから、一般国民や企業、事業主の方の求める素朴な質問に対してもQ&Aを作成・発信。

3つ目、内容の伝達や決定に当たっては、背景や根拠などを開示。分りやすく伝える。簡潔・明瞭に、ポイント紙や関連のQ&Aを作成するようにすべきではないか。

4つ目に、流行が鎮静化している今こそ、周知と広報に力を入れたらどうか。

次のページ、水際対策。

Aのところの1番は、ウイルスの病原性や国内外での発生状況、諸外国における水際対策の情報等を明らかにし、専門家の意見をもとに機動的に水際対策の縮小などの見直しが可能となる基準を策定すべき。

2つ目で、海外における感染症発生動向の早期探知や発生国における感染状況等の情報収集・分析が可能となるような仕組み。

3つ目、病原性や感染力に応じてその範囲を決定する仕組み、検疫の効果や保健所の対応能力等を考慮し、必要な者に対象を限定することが必要じゃないか。

4つ目、疫学情報が不確定なパンデミック初期においては、最悪のシナリオを想定せざるを得ないということを国民に理解してもらう。

5つ目、水際対策の効果について、検疫により感染拡大時期を遅らせる意義はあるとする意見はあるが、その有効性を証明する科学的根拠は明らかでないので、更に知見を収集。専門家などの意見収集の機会を設けるべき。

Bの方は、検疫所は、平時より、訓練等を通じて広く自治体との密な連携体制を構築する。

2つ目に、検疫所への応援者について、一定期間の従事が可能な自衛隊等からの派遣についての検討とか、応援予定者に対しては、検疫に関する研修を実施する。現場での意思統一の方法をあらかじめ検討しておくというようなことを書いています。

次、4ページ目、学校等の臨時休業等ですけれども、学校等の臨時休業の効果については、初期の大阪、神戸での広範囲にわたる学校の臨時休業は効果はあったと考えられるが、今後更に、休業中の今年度を含めた学校閉鎖の実態を把握し、情報を公開しながら知見を収集し、学校等の臨時休業の効果やそのあり方を検討すべき。

2つ目は、社会的・経済的影響を勘案し、学校等の臨時休業の可否や運用方法を検討すべき。

3つ目は、休業について、国が基準を一律に定めるべきという意見と、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という意見があり、これについては今後も更なる検討が必要だと。

Bについては、近隣の市町村と連携した休業要請の実施と、理解を得るための広報が必要だと。

2つ目に、学校の休業の意味、休業中の行動について理解するために一層の周知。

それから、発病者の自宅待機期間など、臨床情報も踏まえながら、国が一定の基準を示すべきではないかということ。

次のページ、5ページ目、サーベイランス。

今回新たに導入した入院、重症、死亡者サーベイランス、クラスターサーベイランス、その重要性について、地方自治体や医療機関に周知を図り、平時から運用するということ、サーベイランスの強化をすべきじゃないかということ、それから、その情報開示のあり方についても検討すべき。

2つ目に、PCRの検査体制を整備するよう支援すべき。

3つ目に、病原性の強さにも注視しながら、サーベイランス方法を迅速かつ適切に切替えができるように検討すべき。

運用上の課題のところでは、症例定義について、地方衛生研究所や保健所の処理能力も勘案しつつ、真の新型インフルエンザ患者を見逃さない一方で、新型インフルエンザの患者ではない者を可能な限り検査対象から除くことができるよう、サーベイランスを適切に実施する。

次、6ページ目、医療体制ですが、1つ目、都道府県ごとに、医療提供体制を確立するための計画を策定すべきではないか。それに必要な支援を国は行う必要があるんじゃないか。

2つ目、気付いたときに既に感染が拡大している状況になるという場合も想定して、都道府県ごとに地域で必要となる発熱外来の数の設定や、すべての医療機関で対応するスキーム等について、事前に計画を策定すべきではないか。病原性・感染力の強さに応じたシナリオを複数準備することも検討すべきではないか。

3つ目、発熱相談センターについて、その対象者の範囲、求める役割、機能、体制について、再度整理してはどうか。その内容について、広報・周知を徹底する。名称については「新型インフルエンザ相談センター」などと役割を明示する名称とすべきではないか。

発熱外来も、同じように再度整理し、ウイルスの性状などに応じて設置の要否を都道府県等が柔軟に判断できる仕組みとすべきではないか。

5つ目、感染症に関する助言者など、感染症の専門家を養成する、これは地域におけるという助言者ですけれども、専門家の養成を推進する必要があるのではないか。

6つ目、民間の医療従事者が、地域の医療体制維持のために発熱外来等に協力いただけるよう、PPEや休業時の補償について検討すべきではないか。

7 ページ目ですが、運用上の課題で、地方自治体が当該地域が「感染拡大期」に当たるか「蔓延期」に当たるかなどについての的確に判断し、入院措置中止や発熱外来の役割の切替えが円滑に行えるよう、F E T P等の専門家が助言する仕組みを設けるなどについて検討すべきではないか。

2 つ目に、医療機関同士、医療機関と行政との連携体制を一層強化する必要があるのではないか。その場合の保健所や医療機関間の調整役になる必要があるのではないか。正確な情報をリアルタイムに医療機関に提供する仕組みも検討すべき。

3 つ目、管内の発熱相談センターの必要数や人員体制、予算や物資などの後方支援について、計画の見直しを行い、事前研修を行うなどして対応能力を向上させる必要があるのではないか。

最後、8 ページ目、ワクチンですが、1 つ目、ワクチンの生産体制を強化すべきではないか。併せて、輸入ワクチンについても海外メーカーと連携しつつ、ワクチンを確保する方策を講じていくべきではないか。

2 つ目、現場の意見を聞きながら、行動計画に基づくワクチン接種に関するガイドライン、これはまだできていませんので、早急に策定すべきではないか。その際、実施主体、費用負担のあり方、集団接種などの実施体制などについても検討すべきではないか。併せて、都道府県、市町村においてもガイドラインを策定すべきではないか。

運用上の課題のところ、接種回数及び輸入ワクチンの確保等について、できるだけ開かれた議論を、根拠を示しながら行う。その議事録等をできる限り速やかに公表する。

優先順位等については、広く国民の意見を聞きながら、国が責任をもって決定するとともに、都道府県や市町村の役割を明確化し、相互の連携の強化を図るべきではないか。

3 つ目、医療機関に在庫があまり生じなかった県の取り組み例なども参考にしつつ、実行性のある接種体制のあり方の議論を踏まえて、流通体制の構築に向けた検討が必要ではないか。

4 つ目は、集団接種を実施するということも考慮しつつ、現場においては実行性のある体制を計画すべきではないかというふうにまとめています。

あと、付けている資料、ざざっと紹介だけしますが、参考資料 1 は、かねてから海外の状況を調べるようにということで、まず、その 1 ページ目にあるのは、先ほど進藤先生から御紹介のあった WHO のウィークリーレポートのサマリーです。

次のページをおめくりいただいて、これが私どもの方で調べた結果です。G 8 各国、中国、韓国、オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、フランス、タイとかシンガポール等々、外務省を通じて調査をかけましたが、残念ながら、戻ってきたのが韓国、タイ、シンガポール、フランス、カナダのみでありました。再三催促をしているんですけども、何度催促してもなかなか送ってきてくれないので、仕方がないので、ホームページを見て、可能な限り入手できた情報を 2 ページ目以降に付けております。スライド番号で言うと 3 とあるのが検疫の関係の比較です。

4とあるのは、死亡率の各国比較。特にPCRをどのぐらいやっているかを加えています。

5 ページ目は、出所、ホームページのWebを書いています。

6 番のところは、学校の臨時休業の法的な規制についてまとめています。

それから、各国の流行状況を、次の7番以降に各国のいわゆるエピカーブを付けておきます。これは後ほどごらんいただけたらと思います。

参考資料の2は、これも宿題としていただいていた、PCRについて、各自治体の検査能力についてですが、調査を行いまして、それを表にしてまとめてございます。

おめくりいただいて、表の見方ですが、左側に1日当たりのPCR検査可能件数と、右に②として1日当たりのPCRの検査の実施状況。③に、キャパを超えたのでほかの施設に検査を依頼した場合というのを調査をしました。キャパを超えてほかのところをお願いしたというのは2カ所でありまして、宇都宮市が検査機器調整等のために栃木県に検査を依頼したというのと、神戸市が、キャパを超えたので、神戸検疫所の方に検査を依頼したことがあるということでありました。

これが参考資料2です。

参考資料3はもう既に各テーマごとのときにお出しした、厚労省が行ったことと、その当時の考え方をまとめたものです。これは説明を省略します。

参考資料の4は、これも宿題としてありましたワクチンの安全性について、松本先生に聞いてくださいという宿題でしたので、松本先生から御回答をいただいています。後ほどお読みいただけたらと思います。

参考資料5は、先ほどの進藤先生がプレゼンされたWHOのウィークリーレポート本文であります。

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。

先ほども申しましたけれども、そろそろまとめを意識しながら議論をいただきたいわけですね。プレゼンテーションは進藤さんだけでありまして、飯沼さん、五十里さん、佐々木さん、保坂さんには議論に加わっていただくためにおいでいただいておりますので、どうぞ御自由に御意見いただきたいと思います。どの場所からでもいいと言ってしまいますと混乱しますので、一応資料4の順番に大体沿った形で御議論いただけたらと思います。この第一回目の会合のときに話が出ましたように、何を目標にすべきか、その目標が達成できたかどうかというだけではなくて、その目標を立てたこと自身にも総括のメスを入れようということでもありました。基本的にこの会は、次の何事かが起こることは望ましくはないわけではありますが、そのために備えようということですので、前向きに皆さん方の御意見をちょうだいすることを期待しております。

それでは、資料4の総論に関していかがでしょうか。なるべく大きな問題からやっていただけるとありがたいですけれども。

では、岩田さん、飯沼さん、伊藤さん、岡部さんの順番でいきましょう。どうぞ。

○岩田構成員 それでは、資料4について4点申し上げさせていただきます。

まず1点目は、これは先だつての数々の会議で何回か申し上げていることなのですが、この議論の中に、感染症研究所もしくは感染症情報センターの体制強化と厚労省の関係性の明確化について、是非明文化していただきたいと思います。具体的には、オランダですとか香港、あるいはアメリカが持っているような、いわゆるCDC、あるいはそれに該当するものというのが日本には私は必要だと考えますので、ここは是非、今までも何度も申し上げていたことですので、明記していただきたいと思います。

2点目です。これも舛添前厚労大臣もおっしゃっていたことですが、法体制の見直しということも具体的なワクチンの運用とか、あるいはその他の感染症の運用の仕方について見直す必要があると思いますので、法の見直しということも検討していただきたいと思います。具体的には、感染症法、予防接種法、この法律が医療機関の運用の仕方、ワクチンの運用の仕方というところでどうしても切っても切れないところにありますので、法の見直しというところを運用のためにきちっと行うということは、我々の会議で議論すべきだと思います。

第3番目です。第3番目は、ワクチンのあり方についてです。先ほど、法律のことも議論が必要だということがありましたが、ワクチンの運用を決める決定のプロセスというものが非常にあいまいであるということがおそらく問題であると思っています。アメリカでは、今回、パンデミックインフルエンザのワクチンの運用は、ほかのワクチン同様に、CIPの会議を中心に決めてきたわけですから、ほかのワクチンもそうなんですけれども、すべてのワクチンについて、どういうプロセスで、どのようなものを、どういうふうにするのかというところの筋道がしっかり立っていないというのが問題ですので、これは今、既にほかのところでも議論がされていると思いますが、是非この提言に組み込むべきだと思います。

また、今回のパンデミックインフルエンザに限定するならば、先ほど、肺炎ということが進藤先生の方から御提言がありましたけれども、今回、学会によっては、例えば肺炎球菌ワクチンの運用を積極的に進めようと、透析委員会でしたっけ、とかいうこともありました。肺炎球菌など、インフルエンザに関連したワクチンについては、ほとんど厚労省の方からはガイドライン等では語られていなかったわけです。子供向けの肺炎球菌ワクチン、大人向けの肺炎球菌ワクチンをどう運用していくかというのも、今後、インフルエンザを議論する意味でも、是非ほかのワクチンとの関連性というのを議論していただきたいと思います。当然、季節性インフルエンザとの絡みもそうです。

最後に4番目ですが、6ページにあります、地域における感染症に関する助言者の感染症の専門家云々という言葉がありますが、ここはよりスペシフィックに、具体的に何の感染症の専門家なのか。感染症の専門家といってもいろいろいます。日本では微生物学者というのは従来的に非常に強かったわけですが、ほかの部門についての専門家につ

いてもきちっと定義して、それぞれについて、だれがそれを強化していくのかということも明記すべきだと思います。漠然と強化するということになると、だれの役割なのかというのがはっきりしない。例えば、臨床感染症の専門家を養成するのは、感染症学会が現在やっています。感染管理のナース、あるいは病院内の感染症のコントロールというのは、環境感染学会だとか、看護協会とかがやっているわけですね。それから、パブリックヘルスはだれがやるのか。エビデミオロジーはだれがやるのか、このように、感染症と一言で言っても、いろんな領域の専門家をそれぞれに強化していく必要があると感じますので、ここはスペシフィックに、より具体的な明記を望みたいと思います。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。

多岐にわたるのは仕方がないとは思いますが。ちょっと横道にそれでもいいか。何か今のことで御議論ありますか。

後でまた議論していただきましょう。では、先ほどの順番。飯沼さん。

○飯沼特別ゲスト 1回目、2回目は出ていませんので、よく分かりませんが、この総括の目的なり目標を、今、金澤先生がおっしゃられたので、次のH5N1があるかどうか分かりませんが、今度の反省から新しいものを作ろうという目的は分かりましたけれども、これは、どこへ、だれが発信をするかということをはっきりしておいていただかないと、非常に専門的になり過ぎるということ。もしも国民も含めて、全国民に理解してもらうためならば、序文みたいなものをしっかり書いて、今度の問題点は、こういうところがあったので、こういうふうにするというふうには、そこら辺をはっきりしてスタートしていただかないと分からないので、まず始まる前に、今、岩田先生がおっしゃったことはそのとおりだと思いますが、その前に、相手とか対象とか、そういうことをお考えいただきたいと思います。

○金澤座長 分かりました。大変大事なことです。この総括会議をどこに向けてというのを。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 御意見、拝聴しましたので、そのように。

○金澤座長 どこに向けてということ。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 これは、総括会議が厚生労働省に対してでいいと思います。もちろんそれを一般国民にも知っていただくということは大事かと思えます。

○金澤座長 一応諮問のような形でありますので、一応返しますけれども、それを当然厚生労働省の中で止まっているはずはないと私は理解しております。もともと公開でやっておりますし。おっしゃるとおりで、国民の皆さんにも御協力をいただかなきゃならんことがたくさん出てくると思いますので、必ず外に出すことを理解した上で議論していただきたいと思います。

次は伊藤さん。

○伊藤構成員 岩田さんのお話とも通じるんですが、今回、この対策会議、総括をずっと振り返って、当初、情報がいろんな形で一元的に出ていないとか、もしくは、決めている決定のプロセスが不透明だとか、いろんな問題を感じました。特に最初の総論については、岩田さんが先ほど感染研のあり方を少し話をされていましたが、広報のときにスポークスマンを設けるべきだ、一元的にするべきだという意見が非常に強かったんですが、僕は、1つは、CDCの長官のような立場の方を是非作っていただきたい。基本的には、ある程度権限を委譲して、その方がある程度自分たちの専門家を含めた議論を、スポークスマンを一元化にするということも非常に大切なんですけど、ある意味で国民に対して責任の所在をはっきりさせる。もちろん責任を取れという意味ではなくてですね。特に、現在の健康局長の立場では、非常にその責任の範囲が広過ぎて、もう少しインフルエンザや感染症に関して、感染研との関係があると思うんですが、ややもすると、大臣が常に責任者のような報道がされるんですが、専門家として正しい意見を言える、CDCの長官、医師又は感染症の専門家のような方が、はっきりとした責任の所在をもって議論の道筋を作っていくことを是非この総論の中に入れ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。

それでは、岡部さん。

○岡部構成員 これは新型インフルエンザの総括会議ということですから、岩田先生が最初におっしゃったような、自分たちをほめる会でも決してないし、反省ばかりしている会ではないので、先ほど進藤さんにも質問したように、どこがよかったのか、どこが悪かったのか、両方併記すべきではないかと思います。この論点を拝見すると、論点ですからもちろんそうですけれども、こうすべきである、ああすべきであるということだけが前面に出ているような感じがします。

ただ、総論、論点全体を拝見すると、これは実は初めて出たことではなくて、これまでの検疫の問題、今おっしゃった予防接種の問題、あるいは医療の問題、パンデミックなど以前の随分前から指摘されて、いろんな委員会で提言が出てきたことがそっくりそのまま復活したのではないかと思います。つまり、なかなかこれまで行われてこなかった。それは、いろんな制約があって行われてこなかったんでしょうけれども、今回、新型インフルエンザということでごるっと動いたことは確かだと思います。しかし一番私が危惧するのは、新型インフルエンザというキーワードが取れたときに、これがまた消えてなくなるんじゃないか、と危惧しています。新型インフルエンザの総括だからいろんなことができて、新型インフルエンザに対する対策ができる。しかしこれは感染症全体で、金澤先生もおっしゃったように、H5N1はもちろん大切だけど、しかし、本当はそれだけじゃなくて、感染症に対するリスク管理をちゃんとやっていくかどうかということにつなげるべきではないか、と思います。それこそが私はこの総括会議の最大の目的だろうと思います。是非そのところを視点においてやっていただければと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。非常に大事な視点ですね。

どうぞ、谷口さん。

○谷口構成員 総論というところで大まかなところから御意見を述べさせていただきたいと思いますが、今、岡部先生はじめ、ほかの先生方が言われたこと、そのままだと思うんですね。やはり総論的に考えれば、日本のリスクのマネジメントをどうしていくかということをもう少し戦略的にきちっと考えていただくということなんだろうと思うんです。全体的に。それが、これまでいろんなことをやってきたけれども、うまくできていない。これは明確なプランというのがない、アクションプランというのがないからなのではないかと思います。

これにつきまして、例えば国際保健規則というのは、僕はどこでもよく言いますが、日本は一応調印をして、2012年までに、定められているコアキャパシティリクワイアメント（Core Capacity Requirement）を満足するような体制を作るということになっているわけです。その中で、例えば諸外国、G7は、ほとんど、例えばIHRの中のフェイク（Public Health Emergency of International Concern: PHEIC）という国際的な緊急事態というのを法律の中に入れているわけですが、日本は法律の中に入っていない。それ以外にもいろんな要件も決まっているわけですから、それらをきちんと履行すべきだと思います。

また、国際保健規則において、国際空港というのは、きちっとそこで感染症対策ができる場所でないといけないということを明言しているにもかかわらず、日本は150何カ所もあって、それらがすべてIHRに示された要件を満たしているとは言い難いわけです。本来、検疫所というのはどうあるべきなのか。つまり、エントリーポイントでの感染症対策はどうあるべきなのかということは、国際保健規則で議論されているわけです。そういったところをすべて考えた上で、明確なアクションプランを作ってください。それが総論的に申し上げることではないかと思います。

以上です。

○金澤座長 どうぞ。

○佐々木特別ゲスト 初めてですので、少し観点が違って変なことを言うかもしれませんが、お許してください。

一般的に危機管理をやるときの概念として、インシデントコマンドシステムというのがあります。感染症についても、いざというときのインシデントコマンドシステム、つまり、だれが命令をして、だれがどういう役割を持ってということをおあらかじめ決めておく。そこでいろんな準備をしていくというシステムなんです。是非そういうものを国のシステムの中に作っていただくといいのかなというようなことを1つ考えました。

2つ目は、専門的な危機管理の人員もというのは、4番のところに書かれていますが、感染研を中心として、まず、ヘッドクォーターになるべきいろんな疫学的な判断をするとか、そういうようなところの強化は当然お願いをしたいと思いますが、今、地方自治、

だんだん分権というような流れで、衛生研究所、保健所の性格がだんだん変わってきています。首長さんのお考えで、かなり隣の県とは違うとか、そんなようなことも出てきておりますので、危機管理に関する人員とか機能とか設備とか、そういうようなものを人口規模などによってある程度定数みたいなもの、標準的なものを示して、どこの県でもこの管理に関しては同じように動けるような体制を作れというようなことを提言していただけると、やりやすいかなと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

次は保坂さんに行きますけれども、その前にちょっと一言。

先ほど、岩田さんからもお話が少し出ましたし、岡部さんも言われた、そして、谷口さんからも出たことですが、感染症全体の問題に対しての非常に重要なお話をいただいているのだけれども、とりあえず今回は新型インフルエンザ云々の終わった後に、何らかの形で付けさせていただくような処理をさせていただきませんか。感染症全体を前面に出しますと、ちょっと議論が難しくなってしまうので。

それと、もう一つは、それは大変大きな問題で、医学界なり学会なりが少し横からも後からも押しをして、行政に考えてもらうような形をとるべき非常に大きな問題ではないかと思っておりますので、ちょっと取り扱い方を後で考えてさせていただきたいと思います。

では、保坂さん。

○保坂特別ゲスト 焦点のない様々な問題についてのばらばらな意見の陳述になりますけれども、お許してください。

まず、今の佐々木様の御意見のことに関連してなんですけれども、地方分権が進む中で、これからどういうふうにして国としての保健衛生行政というか、そういうことをやっていくかということについて、非常に重要なことのお話であったと思いますけれども、それは、この会議で、今、座長がおっしゃったように、触れられるかどうか分かりませんが、こういうことがあったときに、しっかりそういうことについても言っていたきたいというのがまず1点目。

2点目は、これは、諮問されて、答申のような形で出す結果になると思うんですけれども、その答申に対して、じゃ、国がどうしたのかということについて、今までの私が知っている限りの会議では、何か答申のようなものが出ても、それがどうなったかということはあいまいなままに終わってきたように感じられるので、そのことを是非きちっとしていただきたいということを、これは厚生労働省の方に対するお願いでございます。一つ一つの提言に対してどのようなことができたか、これは課題として残っているのかということをお答えをいただきたいと思います。それを国民に対しても示せるような形にしていきたい。

それから、先ほどからスポークスマンのことが出ておりますけれども、今回の新型インフルエンザの一連の経過を見ていて思いますのは、政治との関係といえますか、現在

の政権のおっしゃっていることは、政治主導であって、その政治主導というのは私は反対ではありませんけれども、政治主導ということと、専門家がきちっとやるということの整理がまだついていないように思いますので、さっき健康局長が全部カバーするには広過ぎるというお話がございましたが、更にその上の大臣が直接スポークスマンになっているような部分もございました。最終的には、所管の大臣、あるいは内閣総理大臣が責任を負うこととございますけれども、専門的なことについての部分につきましては、是非責任を持って発言できる立場の方にご発言いただき、その発言できる立場の方の発言に対して、政治もサポートしてくれるような体制を絶対に作らないと混乱を今後も起こすのではないかと感じています。

ちなみに、私どもの日本医師会では、私、感染症危機管理対策室長という大変な名前をもらっているんですけども、感染症危機管理対策については、そのことについて何かあったときには、会長も私の指示に従うということに一応名目的にはなっておりますので、そういった形のものを作らないと混乱するのではないかとということを思いますので、そのことを是非御回答の中に入れていただきたい。

それから、あとは細かいこととございますけれども、6ページのところで、発熱外来という言葉が、相談センターの方は、新型インフルエンザ相談センターとかというふうにするとなっているんですが、発熱外来という名称をそのままにするのはいかがなものかと思うので、それについても、名称について考えるということも加えていただきたい。

それから、先ほどどなたかが、プラスだった面についても書いた方がいいんじゃないかというお話がありましたけれども、日本の死亡例がこれだけ少なかったということについて、推測にすぎないかもしれないけれども、日本のこういう医療体制が優れているということについても、きちっと今回のお答えに書いていただきたい。その中で、特に小児の死亡例が非常に少なかった。小児の重症例はかなりあったんですけども、死亡例が少なかったことについて、一体どういうことがあって、それが少なく済んだのかということについても、ある程度推測になってしまうと思いますが、きちっと文章の中に入れていただくようお願いいたします。

それから、最後のところでございますけれども、運用上の課題のところ、7ページの保健所が医療機関の調整役となる必要があるというふうな、例えばになっておりますけれども、書いてございますが、それが可能である保健所が一体あるだろうか、申し訳ないけれども、思っておりますので、もうちょっと違う書きぶりにされないと、保健所がやることになっているんだけど、実際はできないということになってしまいかねませんので、もうちょっと書きぶりを変えていただけたらと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○金澤座長 ありがとうございます。

もう総論だけじゃなくて、全体に入っていて結構だと思います。

それでは、尾身さんと五十里さんと川名さんという順番でいきましょう。

○尾身構成員 まず、事務局にお礼を申し上げます。実は、今回のこういう形で2ページ以降、いわゆる事前準備、普段からやっていなくてはいけないことと運用上というのを分けていただきましたけれども、これは非常に重要だと思うんですね。実は今回のインフルエンザのいろんな不安、不満、それこそいろんな課題があった。今までの議論は与えられた条件の中で最善を尽くしたことなのか、与えられた条件そのものが悪かったのか、改善すべきかというのがかなりごっちゃになっていました。今回、例えば日本のワクチンの生産能力が低かった、その中で行われている対策が正しかったのかということと、日本のワクチンの生産能力がこれからよくしなくてはいけないというのは別の議論ですね。それから、行動計画も既に鳥インフルエンザ（H5N1）を想定していたものができていた。こういう条件下でやったこと、ソフトランディングがうまくいったか、あるいは行動計画そのものを変えなくちゃいけないかというのは別の議論ですね。これを今回事務局はやっていただいたこと、非常に適切だと思います。

それから、今、総論の話ということで、2番目ですね。先ほど、伊藤さんの方からCDC云々という、これは私は2番目がある意味ではこの中の最も大切だと思うので、これについては、もっともっとポリッシュしていただければいいと思います。

それから、もうあと2つですけれども、医療体制とか、いろんな過去の3回か4回の議論の中で、地域の方が盛んに言っていたことが、実は国と地方との役割分担、権限の移譲についてです。今、佐々木先生もおっしゃったように、これからの地方分権の中で、地方自治体と国の、どこまで地方がやって、どこまで国がやるかという権限の委譲と役割の分担ということは、是非議論していただきたいと思います。各論にはもっと一生懸命、県と両方共有してやれというのがいろいろ書いてありますけれども、総論のところに、しかも3番のいいところがありますから、3番は、地方自治体も関係者が多岐にわたるとい文章がありますから、ここをうまく利用して、地方自治体の関係者が多岐にわたるから、ここでインサクションして、国と自治体の関係等も議論をし、更に普段からというふうに、ここへ入れておいていただければいいと思います。

それから、今、金澤先生が次の方もやっていいということで、実は、2番目の広報のことですけれども、今回、いろんなことでいい議論が出たと思いますけれども、今日はマスコミの方がおられるので、マスコミの方にも実はいろいろ議論が出ている、ここに少し広報のAの4に、感染症に関わる個人情報のある方についてと限定してありますけれども、4の前に1つ挿入したらどうですか。つまり、今回のパンデミックではマスコミ、ジャーナリズムが大変重要な役割を果たして頂いた。とくに、流行初期において膨大な情報がマスコミにより提供されたため、国民の多くがこの問題に関心を示し、結果的に手洗いなど行動変容が起きた。しかし、ちょうど我々が改善すべきところがあると同時に、マスコミの方も恐らく既に考えているところがあると思うので、新たな4に、このような意味のこと、言葉は事務局にお任せしますけれども、マスコミの方にも適宜各時点での感染状況の総説的な分析、評価など全体像が国民に十分に伝わる時間帯等を用意

してもらふこと等がさらに期待される。当然スポークスマンというのは、専門家側、厚生省側の努力ですけれども、マスコミ側も、これは両方やらないとなかなかうまくいかないのです、そのことを是非広報のことに書いていただければと思います。

ありがとうございます。

○金澤座長 ありがとうございます。

それでは、五十里さん、どうぞ。

○五十里特別ゲスト まだ都道府県といたしまして、全国知事会、あるいは全国衛生部長会、従来から新型インフルエンザにつきましては、国家的な危機管理が問題であるという認識のもとに、いろいろ国と協議を今までずっと重ねてまいりました。また、知事会も、あるいは全国衛生部長会も、各種のいろんな提言なり、あるいは要望をしてまいりまして、まだまだそれが検討されていないものもございます。先ほど岡部先生が言われましたように、今回のここの中に、いろいろ今後検討するという内容の中には、実はもう既に私ども非常に提案させていただいたものもございまして、できなければできないで明確に言っていただければいいんですけれども、そういうことを一つ一つこまめに、恐らくこれは行動計画とガイドライン、これは見直しの方向へ向かうということだと思いますので、私ども都道府県も、今後、国としっかりそのところは協議して、そして、協議した内容を実行に移していただくということを是非お約束いただきたいと思います。

国家的管理という問題は、これは地方分権等の関係はなかなか、これは国家的管理である、これは地方分権、余りそういうことを言うべきではないんじゃないかという意見も都道府県の中にはございますけれども。

それから、もう一点は、現在、強毒性を想定した今後の対策の見直しを、内閣官房と全国知事会が、今、議論を始めております。そういう中で今回の検証が出てくるわけでございますけれども、今後、そういう国レベルでの全体の見直し、そういうところについても、厚生労働省としても、私ども内閣官房と話をいたしますと、そうすると、それは厚生労働省にしっかり言ってくれということをしばしば言われるわけございまして、今後とも私ども厚生労働省としっかり協議をさせていただきたいと思います。

それから、なかなか都道府県もまた国も言えないんですけれども、今、尾身先生が言われましたように、マスコミとの関係、私たちの電話相談とかいろんなところの対応というものの半数以上は、当初は、マスコミ対応でございました。一般の県民の方の対応よりもマスコミの対応の方に苦勞している。しかしながら、それはいわゆるブリーフィングをしっかりと全社をあげて、全社に向けてそれを伝えるという努力も当然必要ですけれども、マスコミと事前に協定をするなり、そういうようなことをしっかりとすると、非常にそのところは強く感じております。

○金澤座長 ありがとうございます。

何か今、あちこちへ行くと分からなくなるよという意見もあるんですけれども、しかし、もうちょっと続けさせてください。川名さん、どうぞ。

○川名構成員 総論でお話しさせていただこうと思っていたことですが。これまで6回、議論、総括の話し合いがされてきました。この中で、1つ議論が手薄だったと思われる部分があると思います。それは臨床に関することです。例えば、特に臨床情報の収集と迅速な現場へのフィードバックということを経後の課題として提案させていただきたいのです。例えば、日本は公衆衛生の情報ですとか、あるいは疫学の情報につきましては、非常にサーベイランスのシステムもしっかりありますし、そういったようなものはかなりの確かな情報として提供されたと思います。しかし昨年のことを振り返ってみますと、例えば、7月、8月、場合によっては9月ぐらいになるまで、現場の医師は、今回の新型インフルエンザって一体どういうものなんだろうと、その臨床像について実際に経験をするまでは全く分からない状況が続いていたのではないかと思います。

厚生労働省は、重症例ですとか、あるいは死亡例については、担当医から報告を収集していたわけです。しかしその詳しい情報については臨床の現場には、うまく伝わりませんでした。ここで言う詳しい情報というのは、例えば、胸部CTスキヤンの画像だとか、あるいは採血のデータだとか、あるいは、タミフルやリレンザの効き具合だとか、そういう臨床に直結するような、非常にディテールの部分です。そういった情報というのは恐らく臨床の現場では非常に必要だろうと思います。

ただ、厚生労働省で集めたデータというのは、これは患者さんの個人情報の問題だとか、あるいは患者さん、あるいは報告した医師の了解が取られるまでは、恐らくディテールを公開することはできないだろうと思いますので、そういったところが出てこなかったのだろうと想像しますけれども、臨床の現場は、そういった細かい情報が実は非常に重要であります。そういったようなところ、外国からは出てきますので、是非日本でも迅速に出せる体制を事前にとっておいていただきたいと思います。

例えば、事前に倫理審査をやって、こういう場合には、このぐらいまでは情報を出せるんだというような倫理的なコンセンサスを得ておくとか、そういったようなことで、できるだけ詳しい臨床情報をできるだけ早期に、現場の医師、医療従事者にフィードバックする体制を是非作っておいていただきたいと思います。

○金澤座長 非常に大事な御指摘です。

岩本さん。

○岩本構成員 総論のところについて申し上げたいと思うんですけれども、この総論の論点の中に「新型インフルエンザ」という言葉が一言も出て参りません。申し上げたいポイントは、新型インフルエンザというのは、ある一定の期間をおいて再登場してきて、そのときには非常なパニック状態を引き起こすような感染症だということが総論の中に書いてあるべきだと私は思います。先ほど飯沼先生もおっしゃいましたが、そういう序文的なことが総論で書かれているべきではないでしょうか。医療インフラ、あるいは検査インフラとしてどういうものが国の体制として必要だということも大事かと思いますが、そういうインフラをもってしても、なおかつ新型インフルエンザが出

てきたときに、迅速にウイルスの病原性であるとか、医療体制を再度お互いリスクコミュニケーションして、国として対応をとるといふことの重要性といふのをもう少し総論で言っただけ必要があるように思いました。

あと1点だけ現在申し上げたいのは、スポークスマンのことです。アメリカの医療のスポークスマンとして、サージャンジェネラルという役割の人がいるんじゃないかと思いますが、有名な話で、1967年のサージャンジェネラル、ウィリアム・スチュアートという人は、「感染症の教科書を閉じる時がきた」と言ったわけです。言い換えれば「人類は感染症を克服した」と言ったわけです。スポークスマンを決めるときには是非注意していただきたいと思います。繰り返しになりますが、インフルエンザというのは、季節性インフルエンザが繰り返し起こっている中で人々の注意が落ちてきたときにまた新型インフルエンザが出てくるのだということです。そういう性質を持ったインフルエンザという感染症の、これは総括会議なんだといふことを総論で明確にさせていただきたい。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

これでひと当たり皆さん方からの御意見は出たと思います。皆さんから一応お話しただきましたので、もう一回もとに戻って総論から少しずつ建設的な御意見をちょうだいしようと思います。

では、伊藤さん、どうぞ。

○伊藤構成員 何回か前から、例えば地方と国のあり方について、いろんな議論があったと思います。記憶する限り、事実関係は詳細には分からなかったですが、例えば神戸市がワクチンの前倒しを国にお願いしたところ、国はノーと言ったという話があったんですが、これは事実関係では、正確にはそういう話ではなかったんですが、よく聞くのは、地方と国の関係といふのは、非常にテーマにすべきだと思うんですね。どちらも、そのワクチンの前倒しの話も、国は、そういうことを弾力的に運用できるようにしてあるというお返事をいただいたケースもあつたり、地方は国の返事を待っている。総論の中に、ある程度ミッションといふか、地方と国のあり方といふか、そういうものを少し是非書いていただきたいなと思います。それはしっかりとした形で、今回特に新型インフルエンザといふ、全く我々が経験したことのない大きな問題に国民が直面して、非常にいい機会だと思うので、地方がどうあるべきか、国がどうあるべきかみたいなことも踏まえた総論を是非入れ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した。

それでは、とりあえず総論はここまでといふことにさせていただいて、次、広報に移りたいと思います。できるだけスペシフィックに、この項目についてといふふうに指定してコメントいただけると大変ありがたいのですが。広報については今までも随分いろんな御意見がございましたので。どうぞ、佐々木さん。

○佐々木特別ゲスト 書いていない項目なんですけれども、広報の定義が何となく一般

向けのという感じになっておるんですけども、一般向けの情報提供と、医療関係者、我々公衆衛生医師向けのという3ランクに分けて整理をしていただくといいかなと思います。

○金澤座長 なるほど。ありがとうございました。

どうぞ、谷口さん。

○谷口構成員 広報に関してですが、多分これはコミュニケーションというのにも含まれるんじゃないかなと思いますが、地域単位でのコミュニケーションの重要性というのは、今回、いろんな地域で非常にうまくいったという事例が得られたと思います。地域単位での体制の整備というのは考えておくべきだろうと思いますので、そこを1点書き足していただけないかなということ、ちょっと総論にかかるかもしれませんが、感染症法というのは、ほとんどの条文で主語が都道府県知事になっていますから、ある程度、先ほどお話も出ましたが、例えば国は、コアキャパシティ、あるいはガイドラインという全体の枠組みと方針をきちっと示せば、県はそれと同じ方向にいくに当たっては、その地域の独自性をもってある程度あっていいんじゃないかな。

それと、最後に、広報のBの2と3に書いてあることは、このとおりなんですけれども、これができないのは、Aの1番に起因しているような気がしまして、つまり、運用上だけで2と3はできないんじゃないかなと少し心配をします。例えば、メディアなどで、私がそのまましゃべると、難しくてよく分からんと言われるわけですね。そのような場合にはアナウンサーの方はコミュニケーションの専門家ですから、彼らと一緒に原稿を作って、こういうふうにしゃべらんと分からんという話をしてから、初めてお話ができるようになるわけですので、Communicationの専門家が配置されて、そのような方たちと一緒にCommunicationについて考えて、広報内容を考える。そういうシステムができない限り、2と3はできないと思うんですね。そういうふうに少し書きようを変えていただけないかなと思います。

以上です。

○金澤座長 分かりました。ありがとうございました。

ほかに。どうぞ。

○岩田構成員 リスクコミュニケーションについては、私もここ3年ぐらいずっと研究したり、ワークショップを開いたりしているんですけども、これは、どこかに専門家がいて、その人が発信すればいいということではなくて、リスクコミュニケーションというのは、すべてのセクションで、あらゆる人間関係の中で出てくるものです。中央行政から地方行政、地方行政から病院、病院の内部のスタッフ同士、ナース同士、ドクター同士、それから、一般の方、メディア、すべてのプレーヤーたちの間で、すべての人たちがそれなりのリスクコミュニケーションをしなければならぬので、各セクションに向けた教育体制ですね。これは国民も含めてだと思ってしまうんですけども、例えばアメリカなんかでは、ディザスターメディスンの中でリスクコミュニケーションの教育のイン

ターネットの教材みたいなもので、一般向け、医療従事者向け、いろんなどころで出ています。こういったすべてのプレーヤーたちがある程度のリスクコミュニケーションを理解して、またそれを実践できるという、だれか専門家が勝手にやってくれるというのではなくて、そういうところも今後必要になってくると思うので、教育というところを1つ入れるべきだと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

伊藤さん、どうぞ。

○伊藤構成員 広報に関して、こうすべきであるとか、そういう話が並んでいるんですが、4番目のマスコミ関係者なども交えて具体的に検討する。ここが多分1つのフィードバックだと思うんですが、国がいろんな形で広報したものをフィードバックするシステムというのは今現在ないんですね。正直言って。国民の人がどういうふうに取り扱ったかということ、よくインフォームドコンセントの問題なんかもそうなんですけれども、お医者さんは伝えた、しかし、患者さんはどう理解したかということについては、そこをフィードバックするシステムがないので、今回、パブリックコメントも含めて、そういうフィードバックの仕組みを作ることが国民の理解を深めることだというふうに僕は考えるので、そこを是非ご提言いただきたいと思います。

○金澤座長 どうぞ、飯沼さん。

○飯沼特別ゲスト 現場で一番困ったことは、先走りといいますか、リークといいますか、協議中のことがどこかへいっちゃって発表されちゃうこと。そういうようなことをどこかで、序文でも何でもいいですけども、こうこうこうで、こういうことが検討されたというようなことでも結構ですけども、それが現実としては、せっかく協議しているのに、だれかがポロツと言ったことがマスコミにボーンと出されちゃう、報道されちゃうということは非常に困ったことなので、そこら辺のところも考慮願えればと思います。

○金澤座長 何のことをおっしゃっているかは、皆さんよくお分かりだと思います。

○伊藤構成員 非常に耳の痛い話なんですけども、でも、それってメディアリテラシーの問題だと思って、新聞なんか、よく不確定な情報で、何かを走らせるということはまああると思うんですが、それに対して、インフルエンザ対策会議の中でそこに言及するということについて、若干私は違和感があるんですね。それは、もしそういう誤った情報が出れば、むしろ先ほどのスポークスマンではないですけども、はっきりとそれを否定、もしくは現況を説明する体制がないからこそ、そういうものが出てくるんだと私は思います。

○金澤座長 これは立場の違いがあって、なかなか難しいですけどもね。ただ、非常に大事な情報だったものですから、国民の皆さんに非常に大きな影響を与えた情報だったものですから、そこはお互いに考慮をしなくちゃいけない。

どうぞ。

○五十里特別ゲスト 先ほどから、国の行う役割と都道府県がやるもの、それは恐らく今後検討する必要があると思うんですけども、私ども、ワクチンの接種、この開始時期というのが、実は優先順位、医療従事者から始まって優先順位へと進んでいったんですが、当初、確かに国は、この週に始めてくださいというのが、各都道府県が月曜日から始めたところから金曜日から始めたところ、私どもは金曜日から始めました。それだけでいろいろたたかれました、その次に出てくるのが、今度は、ワクチンの優先順位の前倒しです。ただでさえワクチンが少ない中で、前倒しをしろという。そうすると、今までの優先順位は何だったのかと。したがって、その辺が、確かに全員が終わってからやるわけではないんですけども、そここのところで各都道府県のあたかも競争のような形になってしまったという、これは私どもとしては非常に辛いところもありました。いろいろたたかれたりとかがありました。ですので、基本的なところは国で決めて、全国统一のものは国で決めてもらい、そして、あと、各都道府県で進めるものはもちろん私どもで進めるという役割を明確にさせていただきたい。それをワクチンの方へ話がいつてしまいましたが、広報の一つでもございますので。

○金澤座長 役割分担の一つの例を示していただいたのだと思います。

どうぞ。

○岩田構成員 先ほど伊藤さんがおっしゃったことについて補足なんですけど、リスクコミュニケーションの教科書には必ず書いてあるんですけども、デマ、うわさ話、そういったことについては必ず言明して否定せよと書いてあるんですね。WHOもたしか、ワクチンの陰謀説とかが流れたときに、あわててそんなことはないということをおっしゃっていたと思うんですけども、ただ、今回、いろんなうわさとかデマとかが流れたときに、私の個人的な意見ですけども、どうしても厚労省は沈黙してしまうというか、無視してしまうという傾向があるように思います。この間の、2回前ですか、3回前ですか、上田さんが、あれは違う、これは違うとはっきりおっしゃったのは非常によかったと思うんですけど、あれはあのときにちゃんと言うべきなんですね。うわさが出た時点で必ず否定するというのは、黙殺しないというのは、リスクコミュニケーションの基本中の基本なんですけど、そこは反省点として幾つかあったと思うんです。こういったうわさや何かを否定する方策をきちっととるということも記載していただきたいなと思います。

○金澤座長 局長、どうぞ。

○健康局長 1つだけ申し上げますが、言えないようなプレッシャーをかけられたということなんです。

○金澤座長 そういうことですね。

ほかにどうでしょう。

それでは、よろしければ、またもとに戻っても構いませんから、水際対策について、どうぞ御意見ください。どうぞ、保坂さん。

○保坂特別ゲスト 水際対策の前に、今の上田健康局長の非常に重大な発言だったと私は思います。プレッシャーがかかって十分に一番大事な立場の方が本当に思ったことができないような体制では絶対にうまくいかないで、そういうことについても何かサポートするような文言を入れていただけたらと思います。よろしくをお願いします。

○金澤座長 工夫をいたしましょう。

ほかにいかがですか。

それでは、水際対策。どうぞ、谷口さん。

○谷口構成員 水際対策という言葉が適切なのかどうかは存じ上げませんが、本来、検疫所というのは、エントリーポイントにおける健康危機管理組織であると思うんですね。実際 IHR にもそういうふうにも書いてありますが。つまり、エントリースクリーニングだけを行うところではないと思うんです。そうしますと、この論点の A ですけれども、これまでも検疫所とはどうあるべきかという研究班も立てられて、いろんな報告書も出てきていると思うんですが、検疫所とは一体何をするとところなのかというのはきちっと議論をしていただければと思います。

以上です。

○金澤座長 今のご意見については何かコメントはありましようか。分かりますか、今の話で。何か分かっているようですが。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 文書の修正ということではなくて、とにかくそういう議論をしろということと考えるとよろしいんですか。

○谷口構成員 そういうことです。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 分かりました。

○金澤座長 書かれております内容についてはいかがでしょうか。

川名さん、どうぞ。

○川名構成員 WHO のプラン等を見ても、最終的な去年の 4 月の改訂で少し変わったのかもしれませんが、それまでは、発生国は、できるだけ封じ込めの努力をするべきであると書かれていたと思います。例えば、今回、去年の春は、日本は機内検疫をやったり、一生懸命検疫をやったわけですがけれども、その一方では、アメリカとかメキシコは、出国者に対しては、恐らく全くフリーだったのではないかと思います。日本がこれだけ、ある意味では一生懸命やっていて、出国させる方は全くフリーになっているというのが、非常に私は違和感を感じました。あの流行の初期に、まだ病態というものがはっきり分からない段階であったわけですから、出国する側にもある程度発熱者のスクリーニングをやるとか、健康チェックをしてから出国するとか、そういったようなことを日本側から要望することはできなかったのかなというふうに、今、思うわけですがけれども、その辺はどうだったんでしょう。

○金澤座長 どうぞ、尾身さん。

○尾身構成員 谷口先生の御指摘、大変重要で、私の意見は、こんなような感じです。

実は、総論のところにもう一回戻っていただければ、総論の第1番目に、対策の効果の限界と実行性を考慮し、これは感染力が1つ、もう一つ、致死率・入院率、病原性、これはヘルスイパクトですね。複数の対策と言っているこの複数というのは、検疫も含め、医療、学校衛生も含め、医療体制も含め、それから、今、谷口先生がおっしゃった地域での健康監視等を含め、カバーしようということで総論に置いていただきましたけれども、これは何も水際作戦だけじゃなくて、学校閉鎖はどうするのか、あるいは医療体制どうするのか、あるいは県と国との役割分担も状況で違いますよね。このことが、だから、実は1番はそういう意味で、これは私が提案したものですけれども、そういうことで事務局、今、谷口先生のおっしゃったようなことも含めて、シナリオ別に、医療体制、検疫体制などを予め考えておくことが必要です。これはいわゆる行動計画の言ってみれば改訂なんですね。このことを1番ということで、そういうふうに解釈。事務局、そういうふうにして、後でポリッシュいただければと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

それでは、岡部さん、どうぞ。それから、伊藤さん。

○岡部構成員 水際対策というのは、日本においては分かりやすい言葉で、最初のガイドライン設立のときも、分かりやすさのために水際対策係という名称のワーキンググループにしたと思うんですけれども、この水際対策が、先ほど進藤先生からも説明があった、封じ込め、コンテインメントということと一致をして、誤解をされるようなことがあったんじゃないかと思います。検疫所でいろいろやってもらうところの最初の目的は、とにかく粘ることと、入ってくるものはしょうがないけれどそこをまったくフリーに通過させないということが、検疫所の役割であって、水も漏らさぬ水際対策というのとは異なると思います。私は水際対策という言葉にちょっと違和感を持つんですけれども、いかがでしょうか。

○金澤座長 なるほど。

今のことについては、岡部さんの御意見でよろしいですね。

ありがとうございました。

それでは伊藤さん。

○伊藤構成員 論点の案の4番の「疫学情報が不確定なパンデミック初期においては」というのは、各論にしては少し総論過ぎるかなという気がするんですが、例の4月28日後半の遺伝子の情報に基づいた、ただし、日本の国内で発症例がないためという議論をしたと思うんですが、この辺がもう少し具体的に、これは最悪のシナリオを想定せざるを得ないことを国民に理解してもらおうと言われても、最悪のシナリオが何なのかということを含めて、もう少し具体的な各論にすべきではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○金澤座長 これは総論へいってもいいかもしれませんが、確かにね。ありがとうございます。

それでは、谷口さん、どうぞ。

○谷口構成員 Bの運用上の課題の方ですが、1番に「地方自治体との連携体制」という記載がありますけれども、例えば諸外国は、かなりカスタムとか、あるいは入国審査のところではいろんな質問票をやったり、つまり、一緒にやっているところがあると思うんですね。実際、例えばオーストラリアなんか、普段から、牧場に行きましたかとか、そういう質問票は書かされますよね。日本は普段そういうことをやっていないですよ。言いたいのは、普段やっていないことはいきなりは難しいし、国民だって、普段やっていないことをいきなりやれと言われてたら、やはり違和感を感じると思います。アジアの国々なんて、どこでも入国のところで長い間並ばされて、SARSの時などは一人一人検温をされました。検疫というのも普段から海外から帰ってきて、例えばなんらかの症状があるとか、牧場に行ってきたとかいうのはちゃんと書かせて、といったことをやっておく必要があると思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

そろそろ公衆衛生対策の話に入りたいのですが、どうぞ。

○岩本構成員 今の谷口先生の話は、ある意味ではよく分かるんですけども、一方で非常に注意をしないといけないと思います。感染症によっては、国の入口で入国制限を設けても感染対策上効果がないとか、むしろ人権問題を生じることがあります。例えばH I Vでは、入国制限をしている国が非常に閉鎖的で、人を差別する国だということになっており、日本はそれがないことが評価されている。その辺、今のインフルエンザの議論と、検疫一般の話とが混在一体として入ることには、私は余り賛成できない。

○谷口構成員 誤解のないように申し上げておきますが、感染症一般を対象としているわけではもちろんございません。例えば、コミュニケーションである、それこそエボラ出血熱しかり、そういったものを対象にすべきであって、別にH I Vの患者さんをすべて検疫でスクリーニングしようと、そういう意図ではございませんので。

○金澤座長 そういう誤解を受けないようにしないといけないことだけは確かですね。

それでは、公衆衛生の方をお願いいたします。どうぞ、岡部さん。

○岡部構成員 実際のパンデミックが起こる前には、盛んに企業のBCPのようなことも言われたのですが、ここにおける公衆衛生対策は、学校の臨時休業だけがメインに置いているんですが、実際になかなか難しい部分もあるんですけども、企業の取り組みに関してもここでは触れておいた方がいいんじゃないかと思いますが。

○金澤座長 どうぞ、五十里さん。

○五十里特別ゲスト 私も、今同じように、公衆衛生が学校の臨時休業を主に検討されたということで、実は、保育所あるいは社会福祉施設、こういうところの休業、あるいは民間のイベントの自粛というのも非常に地域では混乱したところでごさいます、そのあたりを、保育所、老人保健施設等の社会福祉施設の臨時休業とか民間のイベント自粛、社会的影響を考慮して病原性に応じた休業等の必要性、更には入所・通所等の運営

形態別の対応、イベントの運営方法、今後も更なる検討が必要であるというようなものを1つ入れていただけないかと思います。

○金澤座長 大変大事なことですね。

どうぞ、伊藤さん。

○伊藤構成員 これは学校閉鎖の問題と地域の問題と非常に密接にリンクすると思うんですが、例えば、医師会は非常にインフルエンザの現場でたくさんの患者さんを見ていらっしゃると思うんですが、現在、医師会と学級閉鎖の問題とか、この辺が多分一元的につながっていないと思うんですね、情報は。その辺の情報をつなげていく努力を地域ですということについては、多分そういうことをやっている地域もあると思うんですが、特に学級閉鎖を、例えば地衛研のPCRの判断だとか、医師会の問題とか、日本はなかなか横の連携が難しいことがあるんですが、そういうことも是非地域の後押し、背中を押すような書き方をしていただけるとありがたいと思います。

○金澤座長 どうぞ。

○保坂特別ゲスト 今の伊藤様の御発言はちょっと違うと思うんです。学級閉鎖のことや何かについては、医師会は非常に関与しています。というのは、すべての学校に学校医というのがおりまして、学校医というのは地域の医師会の推薦でなっている場合が多いものですから、学校のところの学級閉鎖についてはきちっとリンクしています。ただ、保育施設とか幼稚園とかについてはなかなか難しいところがございますけれども、一応現実をお話しします。

○伊藤構成員 僕が関与していないというふうに言ったのではなくて、臨床上の情報がどれだけ具体的にそことマッチングしているかどうかということです。それはそういうことをされているんですか。

○保坂特別ゲスト ちょっと今の御質問の意味が分かりませんが。

○佐々木特別ゲスト 我々の地域では、小児科の先生方、学校医の先生方が地域のネットワークを作っておまして、今おっしゃったようなことをやっておりますので、先ほど伊藤さんが言われたように、それをサポートするようなシステム、全国でできるようなシステムを提言していただくといいかなと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

○伊藤構成員 僕が言いたかったこともそういうことです。

○金澤座長 分かりました。

つまらんことを言いますが、学校閉鎖という言葉しかここには出てこないけれども、学級閉鎖とはちょっと違うわけでしょう。谷口さんどうぞ。

○谷口構成員 先ほど金澤先生がおっしゃられたように、臨時休業という言葉がすべての項目に出てきますし、ほとんど学校の臨時休業のことばかり書いてあるような気がするんですが、例えば、今回の、地方によっては、本人あるいは家族が感染した際には出校停止にした学校というのはあったんですね。そういったところでは、学校閉鎖あるい

は学級閉鎖をする必要性がなかったというところがございますし、これは基本的には学校での感染対策のことだろうと思いますので、あまり臨時休業をメインに出すのではなくて、学校での感染伝播対策ということを書いていただいた方がいいんじゃないかと思うんですが。

○金澤座長 学級閉鎖にどれぐらい効果があったかというのは大変難しいことですが、そこはちょっと区別しておかなくちゃいかんなと思っています。

どうぞ、保坂さん。

○保坂特別ゲスト 現場ですごく困ったのは、企業等が、家族がインフルエンザになったら休むようにということはかなり遅くまで言っていて、そういたしますと、インフルエンザでない証明をもらってきてほしいと。患者さんのことについてもインフルエンザじゃないという証明が欲しい。それから、インフルエンザにかかった家族が近くにいた場合に、何の症状も出ていないのに、インフルエンザでない証明をもらってこいという企業が非常に多うございました。その辺は広報上の問題だと思いますけれども、最初に強毒性のものときに企業にいろんなことがいったわけですよ。その後、今回のものはそうではないと。今は大丈夫ということはないですけれども、最初に想定していたH5ではないということが分かった後にも、その情報が企業にいていなかったもので、その辺についてもちょっと公衆衛生対策のところでも触れていただくと大変ありがたいと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

○岩本構成員 去年も特に幼稚園とか保育所の子供たちを持つ親の休職ということも問題になったかと思うんですが、ここは主に学校のことが書かれているわけですが、運用上の課題のあたりに、社会の感染のインパクトを減らす、あるいは遅らせるためにこの対策をやるのであって、社会全体で学校を休校する、あるいは学級を閉鎖するということの理解が必要であるといったような視点を少し加えていただく。どうやるかは非常に難しいと思うんですが、そういう視点を加えていただければと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

それでは、そろそろ次に移りましょうか。それでは、この項目の最後に谷口さん。

○谷口構成員 学校閉鎖は確かに今回は効果があったと。少なくとも学校での感染伝播を減らすのに効果があったと思いますし、ある程度地域での効果もあったと思うんですが、私の子供が行っている学校の例を出しますと、学級閉鎖をやるとともにサーベイランスも一緒にやっていて、最終的に生徒の50%がインフルエンザ様症状を呈したというデータを出してきたんですね。そうすると、これは結局、学校内で大きなアウトブレイクは予防したけれども、感染伝播は予防していないわけですね。ただ、今回はそれによかったんじゃないかなという気もするんです。つまり、年齢層によっては、13歳以上の辺は、基礎疾患も少ないし、基礎免疫もあったかもしれないので。だから、ここ

にも、疾患としての重症度、インパクトということを考慮しなければならないということとは一緒に書いていただいたらいいんじゃないかなと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

それでは、大分時間がなくなってきましたので恐縮ですが、サーベイランスに移りましょう。どうぞ、岩田さん。

○岩田構成員 サーベイランスについては2点あります。1点は、後で医療体制に出てくるんですけども、専門家、非常に少ないということで、エビデミオロジスト、疫学者の要請、充実という人の配置ですね。システムとか箱だけではなく。それについては是非明記していただきたいと思います。

それと、運用上の課題のところの文章なんですけれども、これは、多分サーベイランスダイグノーシスとクリニカルダイグノーシスが若干混乱があって、サーベイランスダイグノーシスでは、真の患者さんを見逃さずに、そうでない人を除外するというのは、余り厳密にやると、今度、標準化ができなくなってくるという問題があるので、エビデミオロジーの場合は、標準的にやって、厳密に一人一人正しい診断をするというのを目標にしていけないので、ここは科学的には間違いだと思います。

○金澤座長 分かりますか。

ほかにいかがでしょう。どうぞ、谷口さん。

○谷口構成員 Aの2番ですが、これは、最も大きな問題は、地方衛生研究所という組織自体がきちっと法的に支援されていないところがあると思うんです。そこを記載していただけないかというのが1点と、あと、運用上の課題として、岩田先生のご意見にかぶるんですが、新型インフルエンザの感染ではないものを可能な限り検査対象から除くことができるよということ、多分不可能なんですね。インフルエンザの症状というのはものすごく幅が広いので、不可能だと思います。つまり、これは、一例報告を何のためにするかというのがきちっとしていなかった。本来、インフルエンザという非常に症状の幅の広い疾患は、コホンを、コホンとやってもPCRが出たらインフルエンザなのか、本当の熱が出たのがインフルエンザなのか、どの患者がインフルエンザの数になってしまうのかという話になってしまうので、本来、一個一個の数を数える意味は全くないんですよ。何のためにやったかという、その臨床症状を最初きちっと記録するために一例報告をやったと思うんですよ。そうすると、ある程度いったら一例報告は必要ないのは明らかで、あとは数だけを見ていればいいということになりますので、これはサーベイランスの目的をはっきりさせた症例定義を作成していただくということだと思います。

○金澤座長 ありがとうございました。

どうぞ。

○岩本構成員 さっきの公衆衛生対策にも関連するんですが、公衆衛生対策のところは主に学校が書かれていて、サーベイランスのところはどちらかというと検査のことが書

かれています。感染症を病気として診ていく臨床側の視点をはじめ、公衆衛生をいろんな角度から見られる人材が育成されて、その人材が働く場所が確保さねばならないと思います。パブリックヘルスをやろうと思うと、日本の場合に職場があるのかという問題が現実的にあると思います。極端に言うと、厚生労働省の方々が唯一日本でパブリックヘルスを担当されてきていたような、それが逆に大変な事態にもなっているということもあると思うので、サーベイランス体制と公衆衛生対策を結び付けるような人材育成や人材の確保がなされ、その人たちが活躍する職種や職場を整備する必要があるといったようなことについて、何か少し言葉が入るとありがたいかなと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

ほかによろしいですか。

それでは、次の医療体制に入ってください。どうぞ、佐々木さん。

○佐々木特別ゲスト 地域で医療体制を最初作り始めたときに、国からきた推計法を使って、自分のところでどれくらいの重症者が出て、入院者はどれくらい出て、死亡者はどれくらい出るというのに基づいて医療体制を組んでいったんですけども、今の感染症指定病院というのは、病床はせいぜい4床とか5床くらいしか地域にないんですね。うちの管内ですと、ピーク時150人の入院患者が出るというので対応をせざるを得なかったんですけど、昔のような伝染病棟があるときはよかったですけれども、うちの感染症指定病院は地域の基幹病院なものですから、そこに患者を入れちゃうと、お産もできない、手術もできない、何もできなくなってしまうので、今の感染症指定病院という概念を少し変えて、地域の危機管理病院というような、立川に災害拠点病院がございましてね。ああいうような病院をある程度指定をしておいて、いざというときはそこを使えるというような、そんなような仕組みを作っていただくように提案していただくといいかなというのが1点です。

それから、2点目、ここにもありますが、地域に医者数、田舎ですとそんなにおりませんので、どれだけ民間の診療所の先生方も協力していただくかということが勝負になります。そのときに一番要望が出たのは、身分保障のことですね。身分保障、若い先生だと、俺が死んだらどうなるんだと言われるので、実際にはいろんな保険をかけているので、そんなには実際はお困りにならないのでしようけれども、国はこういうのを保障できるとか、そんなようなこともお考えいただくといいかなと思います。

○金澤座長 6番をもう少し充実させろということだと思います。

ほかに。伊藤さん、岩田さんの順番で。

○伊藤構成員 医療体制の中にロジスティックのバックアップのことが書いていないんですね。医療用の例えばマスクが足りないとか、いろんなことがあったと思うんですが、特に6番にも通じることなんですけど、予算的な措置の問題とか、あとは具体的にロジスティックをどうするかということについては、ある程度方策や対策を少しここで提言しておく必要があるんじゃないかと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

岩田さん。

○岩田構成員 先ほど佐々木さんの方からコメントがあった、指定医療機関の充実みたいなところについては、むしろ私はちょっと異論があって、指定医療機関というのは非常に大きな問題なんです。例えば、私は前、千葉県の病院にいましたけれども、指定医療機関にわざわざ患者さんを輸送するのに3時間ぐらい車で動かさなければいけない。でも、実はその病院でも十分診れるわけです。指定医療機関の設定基準そのものもハコモノでして、部屋がどうのこうのなんですけれども、実際には透析が回せるかとか、専門家がいるかどうかとか、そういったファクターも多くて、現代医療においては、あの古いシステムというのは現場では非常に運用しにくいので、むしろ医療をちゃんと供給できる体制がある医療機関であれば、その病気を診ていいという柔軟な対応の方が今の時代には合っていると思います。

そこから発展させた議論なんですけれども、発熱外来も含めてなんですが、病原体スペシフィックな医療体制ということに対しては、大きな見直しが必要だと思います。これは5年ぐらい前から世界的には議論されているんですけれども、進藤先生のお話にもありましたけれども、そもそも咳をしてうつる病気というのは、医療現場ではやり方は一緒なんです。H1N1だったらこの外来で、例えば、ヒトのメタニューモウイルスだったらほかの外来に行くかということ、医療体制として必要なリソースは全く一緒なんです。むしろレスピドトリパソジェンとそうでないものをしっかり分けるということを含め、今までずっと我々はさぼってきて、はしかの患者さんも結核の患者さんもほかの患者さんと一緒に診てきたという大きな問題をほったらかしにしてきたわけです。これは、設置撤去という問題ではなくて、恒常的にやらなければいけないことなんです。ですから、もう一步議論を進めて、今後、呼吸器系の飛沫もしくは空気ですつる病原体を持つ患者さんと、その他の患者さんをどのように分けていくかということで根本的な医療供給体制、外来にしても入院にしても、そういった本質的な病院モデル、医療機関のモデルの再構築ということを含め、明記すべきだと思います。

○金澤座長 ありがとうございます。

どうぞ、五十里さん。

○五十里特別ゲスト 私も、そもそも今回の新型インフルエンザにしても、これからの強毒性にしても、今の感染症の枠の中ではとても対応できない、そういうものだと考えておきまして、そうすると、また新法ということになってしまいうんですけれども、今ここで書かれておりますのはまず、発熱外来と、発熱相談センターは継続ということを含め、前提の書き方がされているように読めました。しかし、発熱外来につきましては、現在、都道府県の中でもいろいろ異論がございます。続けるべきだということと、もう廃止した方がいいと。また、今までの検証会議の中でも廃止した方がいいという意見もたくさんありまして、私どもとしては、発熱外来を設けるとしたら、国外発生時点、国内発生で

やめるとか、もう少し絞り込んでやるとか、今回は毒性が強毒でなかったことから何とか持ちこたえた。医療機関が、神戸ではちょっと大変だったと思いますけれども、何とか持ちこたえたという印象がございますので、何とかこの補償制度をしっかりと検討して、全医療機関で当初から対応できるような体制を考える必要があるのではないかと考えています。

○金澤座長 分かりました。ありがとうございます。

では、そろそろ終わりにしましょう。谷口さん。

○谷口構成員 最後のBの3番のロジスティックのところですが、今回、ワクチンはあるけれども、抗ウイルス薬はないので、ここで申し上げますが、いわゆるストラテジック、ナショナルストックパイル (Strategic National Stockpile) といいますか、備蓄ですよ。アメリカなんかは今回、備蓄はたしか4月ごろに25%ぐらいをすぐに放出されていたと思いますが、そういった形で作られていたわけですよ。今回、日本の備蓄がどうだったのか分かりませんが、備蓄をどういうふう今回使ったのか、今回、あまり話題に出てこなかったような気がしますので、運用上の今後の課題として、備蓄は一体何と何と何をどういうふうにして、どういうふうローテーションしていくかという考え方を整理していただくというのは書いていただけないかなと思います。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

○尾身構成員 今、幾つか大事な点があって、例えば、発熱相談とか発熱外来が次回もやるという想定で書かれているじゃないかというお話ですよ。全くそれで大事な点で、実はこの部分だけ、事務局、恐らく、例えば論点の医療体制の論点の2、3、4というのは、今回の実態の実際のオペレーションの中でこういう問題が起きたということをそのまま引きずっている議論なんですね。実は、これから次回、どうするかという話じゃないですね。実は、先ほどから私は何度も言っているように、シナリオ別の対応策を予め作っておけばこの2、3、4の問題を防げた可能性があります。だから、ここは書いておくと、どうしてもまた次回も発熱外来を自動的にやるという印象がありますから、ここは除外して、Aの1とか6はドンピシャリなので、残った方がいいと思いますけれども、2、3、4は、残すにしてももうちょっと別の書き方で、4にこういう問題があった、したがって、次回の反省材料だというふうに書いたらどうでしょうか。

○金澤座長 ありがとうございます。

皆さんにお願いですが、ワクチンが残っちゃったので、5分だけこの会を延ばしてください。12時半に終わる予定だったのですが、済みません。

ワクチンに移ります。どうぞ。ただし、後で申しますけれども、当然今日で全部議論が終わるわけがないので、皆様方からメールで追加の御意見をいただきますので、そこを御考慮の上、是非皆さんの前で言った方がいいということをこの場でおっしゃってください。ワクチンに関して。どうぞ、保坂さん。

○保坂特別ゲスト やはりこの書きぶりを見ると、国民全員分のワクチンを用意することは一生懸命やったんだけど、それをどうやって接種するかということについて、余り深く考えていなかったということについての総論的なところで書き込みがないので、是非それはきちっと書いておいていただきたいと思います。

○金澤座長 接種の方法、手続などなどですか。

○保坂特別ゲスト 手続ではなくて、ワクチンが全員分あっても、全員に接種する能力がなければ、全く無意味なわけですよ。液があっても、それはワクチンをやったことにはならないので、今回の一番の問題は私はそこだと思っているので、それを是非書いていただきたいと思います。

○金澤座長 ほかに。どうぞ、飯沼さん。

○飯沼特別ゲスト 運用のところの3で、返品のこともここでやるように読めるんですが、今度の返品の現状は、この間のときにお話ししましたように、医療機関側に責任みたいところが全く考えられないで、これのところがもうちょっと具体的に書いていただかないと、一般の方々も、一般の先生方も、理解できないんじゃないかと思います。それが結局医療体制のモチベーション、先生方のモチベーションにまで影響するといけないので、これはもう少し具体的に書き込んでいただきたい。

○金澤座長 それでは、五十里さん、保坂さん、岡部さん、伊藤さん、そこで終わりにしましょう。

○五十里特別ゲスト 簡潔に申し上げますけれども、今回、接種希望者数に比べてワクチンの量が限られていたという、最初のころは、これは当然円滑に進めるためには都道府県が調整というのは必要ではなかったかと思いますが、1カ月ぐらい、要するに希望をとって調査票を回収して、配分量を決めて、卸へ調整して、更に医療機関に納入。大体1カ月ぐらいかかるんです。これが非常に問題にもなりまして、特に、ある程度ワクチンがだぶついた12月以降ぐらいは、むしろ都道府県を介さずに、直接卸と医療機関でやってもらうようにすぐ切り替えるということも今回は必要ではなかったのかと思います。

○金澤座長 どうぞ、保坂さん。

○保坂特別ゲスト 運用上の課題のところ、ワクチンの価格決定の不透明さということも是非入れていただきたいと思います。国が買ったワクチンで、今も私はそれを疑問に思っているんですけども、国がワクチンを全部買うんだということで予算を取られたのにもかかわらず、実際にやる時には、その値段が付いて、それに更に途中の方たちの利益が付いて、末端の医療機関にきたという、そういうことも反省材料にしていたかかないと、先ほどの飯沼先生のおっしゃったようなことで、現場はとにかく何とか対応しようということで、そういうことにあまり文句も言わないできておりますけれども、いまだにすごく大きな不信が残っていますので、ただで配るのか、あるいは、お金を取るとすればどういう価格設定の仕方をしていくのかということも重大な点だと思います。

ので、その辺についても触れていただければと思います。

○金澤座長 岡部さん、どうぞ。

○岡部構成員 ちょっと話が大きくなっちゃうんですけども、予防接種、今回の場合に新型インフルエンザワクチンの接種ということをやっているんですけども、通常の医療の枠を超えていないシステムの中でやったので、非常に無理があったんじゃないかと思います。一応国の事業でということで考え方を途中で切り替えてはいますけれども、十分に練られていなかった。またその周知には時間がなかった。それから、新型インフルエンザ専門会議の方でガイドラインを策定したときも、どうしても予防接種法の枠内でやるということではできなかった。恐らく今度、ワクチンというものは、仮に黄熱が入ってきても、エボラが入ってきても、H5が入ってきても、必ず公衆衛生対策としてやる必然性が出てくると思うので、その場合は全く別の枠でやるということをお考えおかないと、通常の医療の範囲なんかでやるのは無理だと思うんですね。現実的に今議論しながらなかなか難しいのは、バイオテロをやったときに、天然痘のワクチンも結局今の医療体制の中でやらなくちゃいけないということで、接種者はどこでやるか、場所はどこでやるかということになるので、これについて新しい発想でやらなくちゃいけないということをお是非書い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。

では、最後に伊藤さん。

○伊藤構成員 保坂先生なんかがおっしゃっている小児科の現場や医療現場が非常に疲弊したことが今のお話の延長上にあると思うんですね。そもそもこの会では、多分予防接種部会でやっているはずだと思うんですが、ワクチンの法制接種の問題について全く議論をしていないんですね。そもそも集団接種は様々な議論が、法制接種がきちっと議論されて、そういうことがあれば、もうちょっと解決したんじゃないかと思っています。特に法制接種について、どこかで触れていただきたいと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。

約束の時間も過ぎてしまっておりまして、10分ぐらい過ぎてしまいました。誠に申し訳ありません。本日の会議はここまでということにさせていただきますが、いろいろ建設的な御意見をちょうだいいたしましたので、今日の議論を踏まえて、提言案のたたき台を更に作ると思います。

今後の進め方、次回の日程などについて、事務局からどうぞ。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 今日はどうもありがとうございました。様々な意見をちょうだいいたしましたので、それを踏まえて、今座長からあった提言案のたたき台を作りたいと思います。

次回は、6月8日、もともと予備日として先生方にお知らせしておりましたが、第7回、開催させていただけたらと思います。できればそこで最終的におまとめをいただけたらなと思っています。

○金澤座長 是非、先ほども申しましたけれども、皆様方から御意見をちょうだいしたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひします。

6月8日は午前でしょう。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 午前10時からで、場所は厚労省の5階共用7会議室です。

○金澤座長 今日は遠いところから進藤さん、わざわざありがとうございました。祖国という言葉が出たので、先生は日本人じゃなくなっちゃったのかなと思ってちょっとショックを受けましたよ。どうぞ遠くから「祖国」を見守ってください。御活躍を祈ります。ありがとうございました。