

新型インフルエンザの被害想定について(論点整理)

東北大学大学院医学系研究科微生物学分野

押谷 仁

【被害想定を考えるための基本的な考え方】

- 新型インフルエンザの被害はウイルスの感染性・病原性、対策や治療の成否など非常に多くの要因によって大きく左右される。したがって次に起こる新型インフルエンザによる罹患者数・死亡者数を正確に予測することは不可能。
- まず、なぜ被害想定を政府が提示するのかという基本的なことを整理しておく必要がある。本来は被害想定を提示することで自治体・医療機関・企業・一般国民が広く新型インフルエンザ対策を進める際の指標となるものである必要がある。対策を進めるための指標としての被害想定という視点に立てば、いたずらに恐怖心をあおるようなものであってはならないし、国民の慢心につながるようなものであってもいけないと考えられる。
- 2009年以前には非常に病原性の高い新型インフルエンザしか想定しておらず、そのことが、検疫の強化・地域封じ込めなど早期対応に偏った対策が主に考えられてきたという反省にたって被害想定を考える必要がある。一方で、過去100年間の新型インフルエンザでは例外的に病原性の低かった2009年の新型インフルエンザの経験をもとに新型インフルエンザに対しては特別な対策は不要というような考え方にも流されないようなものにする必要がある。
- 上記のように正確に被害を想定することは不可能ではあるが、被害想定を含めた新型インフルエンザ対策についてはできうる限り、科学的知見に基づいてなされるべきという基本は守られるべき。

【被害定の見直しの必要性】

- 現在の行動計画では1918年に発生したスペインインフルエンザを基準として罹患率25%、致死率2%程度ということの基本としている。この想定をめぐってはさまざまな意見が存在する。対策を進めるための指標としての被害想定であると考えた場合、この想定は妥当性のあるものだとは私は考えている。しかしその前提となっている条件の整理はきちんとしておく必要がある。
- スペインインフルエンザは過去100年間に人類が経験した感染症の流行のうち、最も大きな被害をもたらしたものである。スペインインフルエンザと同程度の病原性を持つ新型インフルエンザが出現した場合、日本を含め世界各国は今考えられる最大限の

対策を行ってその被害を最小限に抑える努力を必ずするはずである。

- 我々は過去 100 年間の新型インフルエンザについてしか、信頼性のあるデータを持っていないという根本的な問題は存在するが、過去 100 年間で最も大きな被害をもたらしたスペインインフルエンザについてはある程度の科学的知見に基づいたデータが存在するが、例えば現在もその危険性が危惧されている高病原性鳥インフルエンザ A(H5N1)が新型インフルエンザとなった場合どの程度の感染性・病原性を持つかということについては想像の域を出ないのが現状である。
- スペインインフルエンザの病原性を大きく超える病原性を持つ新型インフルエンザが出現する可能性を否定することはできないが、非常に高い致死率の想定を政府が提示した場合、逆に自治体・医療機関などが思考停止に陥って対策が進まないという危険性がある。上述のようにスペインインフルエンザ程度の病原性の新型インフルエンザが出現した場合にも、現状で考えられる最大限の対策をとる必要があることを考えると、被害想定は対策を進めるための指標と考えるのであれば、現在の被害想定の基本考え方は維持されるべきだと考えられる。
- 逆に、スペインインフルエンザの起きた 100 年近く前とは医療資源も大きく異なり、同じような被害が起きるはずがないという意見がある。当然、抗インフルエンザ・抗菌薬・ワクチンが存在し、ICU などが整備された現在の日本ではスペインインフルエンザと同程度の病原性の新型インフルエンザが出現しても同じ致死率で死亡者が出ることは考えられない。政府の被害想定はあくまでも何も対策をしなかった場合に起こり得る被害であり、これをさまざまな対策を行うことでどこまで最小限に抑えられるかという視点で対策を行うための指標として位置づけるべきである。

【結論】

- スペインインフルエンザを基本とした、現在の被害想定の見方は維持する。ただし、その条件として、実際の被害はこれを大きく超える場合も、これよりも被害の程度が著しく低い場合もあることも明記する。すなわち、スペインインフルエンザよりも感染性・病原性の高い新型インフルエンザが出現する可能性があることは明記し、そのような新型インフルエンザに対しても対策を考えていくことを関係機関に求めていく。一方で、対策を行うことにより被害を最小限に抑えられる可能性があること、およびそのように被害を最小限に抑えるための出発点として被害想定であることも明記する。
- ただし、罹患率については抗インフルエンザ薬の備蓄、医療体制の整備など実際の対策に直結するものでもあり、対策の各論ではある程度の範囲のある想定も必要であると考えられる。
- 入院患者数についての推計は現在の行動計画では米国の FluAid を用いて計算されているが、受診行動・入院期間などが日本とは大きく異なる米国の指標を使って計算されており、日本の実状にあった想定を考えるべきである。特に入院患者数については医

療体制の整備にとって必要な情報であり、早急にある程度の推計を提示すべきである。この際には 2009 年の新型インフルエンザ等のデータが役立つと考えられる。

- 2009 年の新型インフルエンザでは日本では幸いにして死亡者は少なかったが、それでも 200 名を以上の命が失われている。より病原性の高い新型インフルエンザが出現すればこれを大きく超える死亡者がでることは確実である。200 人「しか」死亡しなかったと考えるのではなく、200 人の命を救えなかったという反省にたって新型インフルエンザ対策を再検討すべきである。
- 「想定外」という言い訳をしないためにも、危機管理の鉄則として最悪の事態は想定しておく必要がある。新型インフルエンザについても非常に病原性の高い新型インフルエンザが出現する可能性が完全に否定できない以上、そのような新型インフルエンザを想定した対策を考えておく必要がある。しかし、行動計画にある被害想定は繰り返し述べてきているように、対策を進めるための指標をしての被害想定であるという原則に立てば、現在の被害想定は妥当であると考えられる。しかし、この被害想定を超えるような被害は起きないということを保証するものではなく、現行の被害想定を基礎とした対策の延長線上に、より病原性の高い新型インフルエンザ対策を考えるべきである。