

新 春
放 談

新型インフルエンザ対策



語り手

岡部信彦 先生

元国立感染症研究所 感染症情報センター長
川崎市衛生研究所 所長
新型インフルエンザ等対策有識者会議「医療・公衆衛生に関する分科会」 会長

田河慶太 先生

内閣官房新型インフルエンザ等対策室 室長 内閣審議官

渡辺 彰 先生

東北大学加齢医学研究所 抗感染症薬開発研究部門 教授
日本感染症学会インフルエンザ委員会 委員長

(五十音順)

聞き手

岩本愛吉 先生

東京大学医科学研究所先端医療研究センター 感染症分野 教授
日本感染症学会 理事長

(2012年10月31日収録)

はじめに

岩本 きょうはお忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。『モダンメディア』の新春放談で、新型インフルエンザ対策を取り上げることが編集会議で決まりました。きょうお集まりいただいたのは、疫学、感染症のサーベイランスという立場、感染症の臨床という立場、国の対策をつくる立場ということを考えてお話しいただく先生方を考え、それぞれ岡部先生、渡辺先生、田河先生のお3人。これ以上の顔合わせはない座談会ができることを非常にありがたく思います。

I. 20世紀の新型インフルエンザを振り返る

岩本 ちょうど今から3年前の2009年にパンデミックインフルエンザが起きましたので、新型インフルエンザ対策を中心にその前後がどういう考えだったのかということ、読者層がかなり幅広いので、まずは、岡部先生から新型インフルエンザというものはこういうものだ、20世紀中にこういうふうな新型インフルエンザが起こってきたんだというお話をいただければと思います。

岡部 インフルエンザというのは、毎年毎年コンスタントにある一定規模の流行があり、そしてそれに応じた数の集団発生や合併症、死亡などの被害が出ています。年によってその規模には大小がありますが、小規模であっても大規模であっても必ず流行があるわけですから、注意が必要です。インフルエンザウイルスは毎年のように抗原変異を繰り返しますが、これを小変異とか連続変異などと称していますが、昔から小変異が繰り返されているのでしょうか、10年から数十年に1回というような間隔で、抗原が大きく変わることがありました。大変異とか不連続変異などと言われているものです。記録としてははっきりしているのは20世紀に入ってからで、1918年にスペイン型インフルエンザ(A/H1N1)が発生しています。この時には、インフルエンザウイルスそのものがよく分かっていない時代で、全部が確定しているわけではもちろんありませんが、世界で2000～4000万人の死者が出たという相当規模の大きいものであったといわれています。しかし、やが

てそれは普通のインフルエンザ(季節性インフルエンザ)としての流行になり、そして小変異を繰り返していくうちに、1957年アジア型インフルエンザ(A/H2N2)というものが現れました。推定死者数200万人という、これはスペイン型インフルエンザに比べればそのインパクトは小さかったとみなされています。それもほどなく並のインフルエンザ(季節性インフルエンザ)になり小変異が繰り返されるうちに、香港型インフルエンザ(A/H3N2)が出てきた。推定死者数は100万人といわれています。そうしている間に、ソ連型インフルエンザ(A/H1N1)が参入した形で、最近までのインフルエンザはA/H3N2とA/H1N1の2種類のA型インフルエンザウイルスそしてB型インフルエンザウイルスの混合流行として続いていた、ということになります。

岩本 言い遅れましたが、きょうは、A型インフルエンザだけについて話をするということをお願いします。

岡部 基本的には、A型だけが大変異(不連続変異)、そして小変異(連続変異)があります。小変異の中であれば病原性の変化もあまりないかというところでもなく、例えば香港型インフルエンザA/H3N2の中でA/H3N2/Sydneyというものになったことがあるのですが、この時には入院患者の急増、院内感染の多発、超過死亡の増加など、かなりインパクトがありました。そういう連続的なもの以外に、例えばスペイン型(A/H1N1)とか、アジア型(A/H2N2)とか、香港型(A/H3N2)などが出てくるのには、10～40年くらいの間隔があったので、香港型が出現した1968年からもう30年も40年もたっているもので、そろそろ新しいのが来るのではないか…ということがここしばらく言われてきていたことです。そのようなときにインパクトの大きかったのが、1997年香港での鳥インフルエンザA/H5N1の流行です。その時には、高病原性鳥インフルエンザA/H5N1のニワトリやアヒルの間での流行の中、人への感染例が発生しました。今まで鳥の中でのA/H5N1の流行は家禽ベストなどと呼ばれ動物領域では脅威を持って知られてはいたけれども、それが直接人に来るということは知られていなかった。この時香港では短期間に18人感染して、6人が亡くなりました。これは大きいインパクトでした。直接人に



岡部 信彦 先生

高病原性鳥インフルエンザの感染が及ぶのだとすると、新型インフルエンザの発生要因としてブタ以外のルートがあり、またそれは人にとっても病原性がかかなり高いものになる可能性がある、とするものです。そこでこの事例の1997年以降、鳥インフルエンザに対する警戒がぐっと増した、ということになりました。

Ⅱ. 21世紀初頭の流行状況

岩本 21世紀になると、高病原性鳥インフルエンザウイルスの中でも、1997年に出たH5N1に対する注目がさらに高くなっていきましたよね。その辺の経緯はいかがですか。

岡部 鳥の間で高率に死ぬようなA/H5N1が人に来ると、香港での事例では致死率が18分の6でした。しかしそれは、香港で10万羽に及ぶ禽類を殺処分することによって人への感染はいちおう途切れたわけです。その後、中国・アジア地方でパラパラとそういう事例が積み重ねられてきて、いずれも結局50%、60%の致死率があったけれども、幸いにも人には広がらなかった。

そういう中でSARSの事件が起きました。SARS発生時もその直前にA/H5N1の発生があり、SARSは当初新型インフルエンザか？とぞっとした思いがあります。SARSは結局新たなコロナウイルスが病原であるということが比較的早くわかり、SARSコロナウイルスと命名されました。公衆衛生的対策が功を奏したといわれましたが、世界に広がり、致死率は10%でした。そこで感染症を危機管理の対

象として重要視する、という考えが大きく動いたこととなります。SARSみたいなものはめったに来ないかもしれないが、しかしそれはいつかは来るだろう、またいつ来てもおかしくないだろう。加えて、30年、40年変化のなかったインフルエンザの、その一つのパターンとしての鳥インフルエンザが原因となることはあり得る、と考えられるようになりました。私は、十分に警戒すべきはA/H5N1の人感染およびそこから波及する人-人感染である、と言ってきましたが、一方気が付いてみたらブタ由来で普通のインフルエンザレベルであったという可能性もある、しかし楽観ばかりするわけにはいかない、というような説明をしていました。世の中全体としては今度は逆に鳥インフルエンザが確実に来るのだというふうに凝り固まってしまった部分も否めないと思います。しかしそういう意味では、もしそのぐらいの強烈なものが来たらどうしようかという準備には入ったので、ある程度の対応準備は進められてきたと思います。さらに日本の場合、ノイラミニダーゼ阻害剤である抗インフルエンザウイルス薬と迅速診断キットの登場と普及が急速であり、ワクチンについても高齢者対策から急速にその重要性について理解が得られてきた、というのが21世紀に入ったときだと思うのです。

岩本 その間に、野生の鳥を通じて、鳥インフルエンザウイルス自体は東南アジアからユーラシア大陸、アフリカのほうへ広がっていったわけですよね。あとでの議論にも関係しますが、鳥から人へ感染が起こっても、人から人へは簡単に伝播するようなものではなかった。

岡部 極めて限られた条件のところ以外は、人から人への感染は目下ありません。

岩本 そういう鳥インフルエンザウイルスの中でも高病原性のH5N1というのが非常に強調されてきた中で、国としても新型インフルエンザ対策の必要性が考えられてきたのではないかと思うのです。2009年のパンデミック以前、どういう考えだったか、田河室長からご説明いただけますか。

Ⅲ. 2009年以前の新型インフルエンザ対策

田河 新型インフルエンザ対策については、欧米での国際的な会議等を受けて、日本で本格的な検討が

されたのは1997年の新型インフルエンザ対策検討会だと思います。山崎修道国立感染症研究所長（当時）が座長の会議でした。ただ、改めてその報告書などを見ると、当時は薬とかワクチンの開発が十分に進んでなくて、本当にどういう問題にどう対応していくのか、そういう状況だったのだらうという感じがします。

その後、抗インフルエンザウイルス薬も薬事法で承認されてきて、1999年のリレンザとか2000年のタミフルとか、少しずつインフルエンザ対策の環境が整ってきた。そして先ほどお話があったように、2003年にSARSが起きました。そうした中で改めて2004年に、新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会。これは廣田良夫先生（大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学教授）が委員長でしたが、そこで提言が出された。それを受けて、今度は2005年に新型インフルエンザ対策行動計画。これは今までは厚生労働省中心だったのが、単にそれだけでなく、他の省庁も含めた行動計画という形で議論がされる状況になったと思います。そしてだんだん、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄をしていこうとか、そういう対策が事前の準備としても必要だという提言を受けて、備蓄が始まったりしてきました。

そして2008年に感染症法の改正などがあり、それを受ける形だったと思うのですが、2009年2月に行動計画の第4回目の改定を行った。その直後に2009年のパンデミックが起きたという状況になったわけです。

岩本 行動計画の中では、法制化とか法律を作っていくという過程は組み込まれていなかったのですか。

田河 一部そういうふうな考えを個人的に持たれた国会議員の方もいらっしゃったのかもしれませんが、政府全体として特別の法制度を検討するとかそういう形が行動計画に書かれたことはありませんでした。

岡部 少しいいですか。委員会として最初に新型インフルエンザ対策専門家委員会ができて、そこで行動計画ガイドラインというものが作られました。最初は、委員会の報告書としてできたわけです。しかし、そうとう社会的なものとか行政的なものに関わってくるので、実際の対応を行政や医師会がやろうとするときに、その根拠は何だということが大きく言われ始めた。つまり委員会発では、単なる報告



田河 慶太 先生

だって、誰にその行動の責任があるのだ、ということでした。そのためには委員会ではなく、厚労省という国がやらなくてはいけないというので、厚労省初の報告書とのクレジットがついた。しかし、今度は例えば輸送の問題とか学校の問題とかということになってくると、厚労省だけでは解決がつかないというので省庁間会議となって、法律まではいかなければいけども国全体で一つのルールとして出そうと。そういうふうになっていった動きが、ちょうど2009年の発生前のときの議論です。

岩本 まだ国の対策の形がよく見えないときに2009年のパンデミックインフルエンザが起こったわけですね。

IV. 感染症学会での議論

岩本 感染症学会でもインフルエンザの議論は非常に盛んで、渡辺先生にはインフルエンザ委員会の委員長を2009年のパンデミック前からしていただいているのですが、実際パンデミックを迎える前はどのようにお考えだったのですか。

渡辺 これは学会の中の委員会ではなくて、最初はワーキンググループという名前で作っていただいたのです。これができたのは2009年の1月なのです。1月の中旬に感染症学会の理事会があって、その時に私のほうから議論する場を作ってほしいということで、当時の理事長の砂川慶介先生（北里大学感染制御研究機構客員教授）にお願いして作っていただきました。そこで何を議論したかということ、いまお話のあった行動計画が2月にできるというこ

とだったわけですが、この内容がH5N1のみであるということで、その対応がおかしいのではないかとということで作っていただいたのです。

実は、2月のものを見てからもう一回詳しく議論をやろうと、かなり悠長に構えていたのです。そうしたら4月に、岡部先生の教育講演のときに、きのう、おとといからこういうのが出ています。そこであわてました。

その前の時点では、議論の中身は次の新型はH5N1が来るわけがないだろうということでした。これまで人の間でH5がパンデミックを起こしたことはないわけだし、実際にアジア地区で起こっているものも極めて限定的である。人-人感染はまずない。少しはあるのだけれども、家族内から来るのであって、血のつながった近い人にしか行っていない。要するに、ご主人から奥さん、奥さんからご主人にはうつらない。ということは、かなり少数だけれども、極めてこのH5N1ウイルスに高感受性で重症化しやすい個体がいるのだけれども、そういう遺伝的素因は極めて少数である。であれば、パンデミックは起こらないだろうという議論でした。

しかも、もう当時既に抗インフルエンザウイルス

薬でかなり死亡率は抑えられるのだという情報がエジプトを中心に入ってきていて、無治療であれば先ほどからの議論もあったように60%ぐらいの死亡率だけれども、抗インフルエンザウイルス薬を3日以内に投与を開始すればそれが1桁くらいに抑えられるようだ。(図1) そういう情報が入ってきていたので、パンデミックはまず起こらないし、もし日本国内で起こったとしても散発的であって、すぐ入院・治療開始さえすれば全然問題ないだろうと、われわれは見ていました。

ところが、2009年の行動計画はそんなものではないような対応でした。だから、きちんと治療するというのを打ち出すべきだろう、ということでそれが最初の出発点だったのです。とにかくH5N1は次の新型ではないと考えていました。僕らは、Hの1、2、3とN1、N2の組み合わせのどれかだろうと。議論で多かったのは、しばらくはH2N2かなという人が多かった。実際はずれたわけです。

岩本 アジアかぜが消えてから、だいたいたちますからね。

渡辺 一番長かったですね。まあ、4月にH1N1が起こってあわてたというのがその時の状況です。

H5N1インフルエンザは抗インフルエンザ薬の早期投与で救命が可能

Nagai Y : Rev Med Virol (2012) DOI : 10.1002/rmv. 1730

エジプトでは鶏にワクチンを接種→不顕性感染が拡大。一方、ヒトでの対策では、ワクチンではなく500万人分の抗インフルエンザ薬の備蓄で対処

エジプトではH5N1インフル例が2006～2012年に168例発症(PCR確定例)。発症日と入院日(ここからタミフルの投与開始)の分かる125例の生死を入院日別に解析→3日以内治療開始と以後とで大きな差

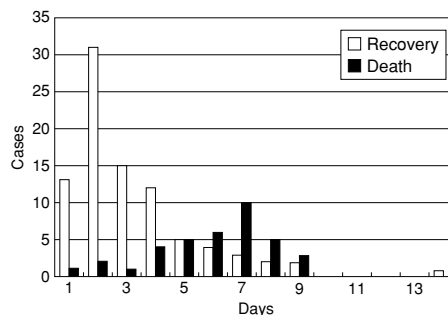


Figure 1. Relationship between the day of hospitalization and the clinical outcome of patients infected with H5N1 virus

Table 1. Effect of the day of hospitalization on disease outcome

Period	Hospitalization	No. of total cases	No. of fatal cases	Fatality rate(%)
2006 to August 2012	Entire course	125	37	29.6
	≤ 3 days	63	4	6.3
	> 3 days	62	33	53.2
2006 - 2008	Entire course	29	12	41.4
	≤ 3 days	15	2	13.3
	> 3 days	14	10	71.4
2009	Entire course	39	4	10.3
	≤ 3 days	26	0	0
	> 3 days	13	4	30.1
2010 to August 2012	Entire course	57	21	36.8
	≤ 3 days	22	2	9.1
	> 3 days	35	19	54.3

Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.

Rev. Med. Virol. (2012).
DOI: 10.1002/rmv

図1 抗インフルエンザウイルス薬



渡辺 彰 先生

V. 2009年パンデミックインフルエンザ

岩本 ちょうど2009年4月の末は、感染症学会で総会があって、岡部先生が感染症について1年間のまとめをされたスライドの一番下に、「ブタ由来のインフルエンザ」をリストして、「ブタ由来のインフルエンザがメキシコで発生したかもしれない。だけど情報が少なく、まだお話しできない」といって壇上から降りてしまった。僕はその日に感染症学会の理事長にさせられたのです。(笑)

それからすぐに連休に入ったのですが、渡辺先生のワーキンググループが動いていて、まずはそこでこのインフルエンザに対する学会の意見をまとめていただきました。先生には臨床現場や学会の第一線で2009年のパンデミックを迎えられたその時の経験をお話していただきたいと思います。

渡辺 まずその時点では、2月の行動計画がすごくはっきり出ている、インパクトが強過ぎたのです。ですから、新型が出てきたら極めて被害が大きい、と皆が思っていました。H1N1なのだけでも、H5N1とみんなもう一緒になってしまっているのです。ですから、ドクターの中には僕は診たくない、うちの病院では絶対に診たくないという人が非常に多かった。だけど、メキシコやアメリカの情報では、治療をするときちんと治っている例があるのだというのが少しずつ出てきていた。であれば、日本もそういった対応で行くべきだ、と考えました。

ただその時、ちょうど直前の2008～2009年のシーズンに、ソ連型ウイルスのタミフル耐性がすごく蔓延して、もう薬が効かないのではないかという

ことが一つ。もう一つは、それ以前からの10歳台のオセルタミビル投与例の異常行動・異常言動。この2つがあって、臨床の先生方がこの薬を使うのを非常に躊躇されていた。オセルタミビルの問題は未だにきちんと決着していないのですが、実際にはインフルエンザ脳症という問題はタミフルが出る以前からあったわけで、僕らはあれはもうインフルエンザ脳症だろうと考えています。むしろ廣田先生の報告など、タミフルを飲んでいる子のほうが少ないという報告もある。ですから、自信を持って使うべきだ。ソ連型ウイルスはあそこでもう消滅したわけですから、新しいものは当然野生株なわけで、薬もきちんと効く。実際にそういう症例の報告がパラパラと出てきて、きちんと効くということが分かったので、それに、起こっているのは第一波ですからワクチンなんかは全然間に合わないの、抗インフルエンザウイルス薬をきちんと使いましょうということを出そうと考えました。これが最初の緊急提言で、5月21日に出しました。

これを書き始めたのは連休に入る直前からで、岩本先生とお話しして、そこで少しアクションを起こしましょうという話で、連休中も毎日書き換えたりしていました。それをワーキンググループの先生方にお送りして、岩本先生にもお送りして、もうあちこち直していただいて。最初に私が書いたものとは全然似ても似つかないものになりました。(笑)それが理事会などを通して出させていただいたのは、5月21日でした。

これはすごくインパクトがありまして、確か、感染症学会のホームページのヒット数がそれまでの10倍以上に上がったということです。

岩本 それはすごかったです。1日の間に、ヒット数が跳ね上がりました。

渡辺 そこで言ったことは、抗インフルエンザウイルス薬と迅速診断キットを使って早期から対応すれば、臨床現場できちんと抑えられるんだということ、そんなに致死率の高いものではないし、きちんと治療すればほぼ全例治せるのだからということで、臨床の先生方にみんなで診ましようと言ったわけです。

実際には、5月・6月は確かに数は多かったけれども、死亡例も出ませんでした。7月に入ってからちょっと死亡例が出始めた。基礎疾患がいろいろあ

る方とか。中には肥満の方もおられたし、あとは腎疾患等の基礎疾患を持っている方で亡くなった方が多かったのですが、今までの季節性インフルエンザと比べるとそうでもない、死亡率はむしろ低いなという印象だった。ですからその時点で、7月・8月はもう少しこれをきちんと言いましょう、改訂しましょうと考えていました。(図2)

ところが、8月にWHOが健常成人では抗インフルエンザウイルス薬の投与は必ずしも必要でないと。10月にはCDCが同じようなことを言って、われわれとちょうど逆のガイドラインでした。われわれはもう少しはっきり言おうということで、抗インフルエンザウイルス薬を早期から投与すれば被害は大幅に抑えられるのだと9月に言いました。ところが、WHOやCDCとはもう全然逆でしたから、われわれはあちこちから批判され、たたかれました。

感染症学会に抗議のメール、手紙がいっぱい来たのです。その対応におおわらわだったのですが、事態が進んでいくと、海外の死亡例のほうがすごく多いけれども、日本はそんなに増えなかった。結局、海外の死亡が非常に多いのがどんどん積み重なってきて、1月と2月にWHOとCDCがガラッと変わったのです。やはり早期から、48時間以内に治療開始ということを出して、ようやくわれわれの考えと同じになってきました。ですから、われわ



岩本 愛吉 先生

れは間違っていなかったし、今後これまでと違う新型が出てきたとしてもこの戦略できちんと対応できるだろうというふうに、この時は総括したというところです。

岩本 岡部先生に伺いたいのですが、2009年5月の連休明けでしたか、神戸で高校生の間で流行した。あのときに診断例が1回グワッと増えて、何かすごく流行が増えているように感じたときがあった。ところが、あとから見るとあの5月の流行というのは、インフルエンザ様症状のサーベイランス的にはほとんどピークはなくて、実際の、本来の一波というはずっとあとですよ。そのあたりの経過はい

「新型」インフルエンザ対応／各国の指針の相違 ～抗インフルエンザ薬の投与適応について～

日本感染症学会提言(新型インフルエンザ対策委員会・WG)

2009年5月21日緊急提言(日本感染症学会ホームページ、<http://www.kansensho.or.jp/>)

「迅速診断キットと抗インフルエンザ薬で被害は大幅に抑えられる!」

2009年9月15日提言第2版(日本感染症学会ホームページ、<http://www.kansensho.or.jp/>)

「全例でタミフルやリレンザにより早期から積極的に治療すべき!」

WHOガイドライン・抗インフルエンザ薬投与指針

2009年8月20日(WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses, 20 August)

「健常成人では抗ウイルス薬の投与は必ずしも (need not be) 必要ではない」

2010年2月(WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses, Revised February 2010)

「若年でも重症・進行例では出来るだけ早く抗インフルエンザ薬投与」

米国CDCガイドライン・薬物治療指針

2009年10月8日(CDC, 2009 H1N1 and Seasonal Flu -What You Should Know About Flu Antiviral Drugs-, 2009.10.8)

「大部分の健康人においては抗ウイルス薬による治療は不要」

2010年1月28日(CDC Updated Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season)

「リスクなしの軽症でも発症48時間以内なら抗ウイルス薬投与を考慮」

図2 新型インフルエンザ対応

かがでしたか。

岡部 国内発生の最初の5月というのは非常にインパクトが大きくて、集団発生、集団感染というふうに捉えましたが、通常のインフルエンザは5,000カ所の定点の先生から報告されるもので推計をしていくわけですが、それには引っかけられないレベルの地域の流行だったわけです。ですから、全体のいつものインフルエンザというものから見れば、5月の発生は第一波どころか前駆波にもならないぐらいのことだったのですが、インパクトはものすごく大きかったわけです。

ただ、あの時の神戸・大阪の発生で興味深かったのは、あの場合は高校生の集団が中心で、大人での流行はなかった。つまり社会全体には広がっていないのです。それは事のよし悪しは別にしても、やはり一定期間の学校閉鎖という行動制限が行われたことは、結果としてそこからの感染の広がりが学校集団から外には出なかったという証明にはなっています。それはウイルス学的にも証明されています。

岩本 進藤奈邦子さん（WHO メディカルオフィサー）から、休校措置が役に立ったと聞いたことがあります。いかがですか。

岡部 彼女は、そういう発信を世界に向けてしてくれています。結果論として、あのぐらいの病原性のレベルのときに大規模な休校措置などを行うことがいいか悪いかというのは別にして、人から人へ急速な広がりをする感染症に対して人の動きに制限をかけるというのは、拡大の防止にはなるということが明らかになっています。それは後でですが、ウイルス学的にも証明されています。例えば、成田検疫所で検知された最初の新型インフルエンザウイルスというのは成田だけで検知されたもので、同じ遺伝子型を持ったウイルスは国内のどこからも得られていません。つまりそこで消滅していたのです。関西方面の最初も同様で、関西方面のみでウイルスは消失しています。でも、それは一時的な効果はあるけれども、それと同じことを2週間も3週間も4週間もやるのは、これは逆に意味がないことで、入りきってしまったものに対してはいつまでも水際対策の強化などと言っていないで、国内での広がり抑制と医療の対応というように対策方針を切り替えていかなければいけないわけです。

岩本 報告された症例数は基本的には確定診断の

数と考えていいですか。

岡部 あの時は、新しいインフルエンザウイルスに対する診断キットというのは、当然まだないわけですが、それで結局PCRで診断することになりましたが、幸いにもA型インフルエンザの範囲内なので、それは迅速診断キットで分かる。ただ、最初の流行の5月・6月の時点では、あの時はH3N2も流行が残っていたので、迅速診断キットでA型と出たのは本当に新しく出てきたH1N1なのか、従来の香港型なのかというのは、やはりPCRにかけないと区別できなかったのです。しかし、9月以降はA型と迅速診断キットで出れば、99%H1N1パンデミックであると判断できる状況でしたので、PCRをすべてにかけるには及ばなくなっています。

岩本 5月のときにはウイルスの亜型についてはよく分からなかったということですか？

岡部 PCR検索をやらなければ区別がつかない、ということでした。逆に言えば、通常の形での定点のサーベイランスでは、もし違うタイプが来たときには早くは見つけれないという欠点も明らかです。その場合にどうやってチェックをしていくか。やはりそのようなウイルスあるいは疾患が発生したのではないかという時は、かなり広範に網をかける必要があります。米国が一番最初にH1N1パンデミックウイルスを見つけたのは、全く軽い上気道炎の子どもからのウイルス検索です。おそらく彼らはメキシコの情報をある程度キャッチして、普段より広くウイルス検索をかけていたのではないのでしょうか。そういう体制がないと、これは普通だから何にもやらない、ということであると、広がりきってからでないと見つからないことになります。やはり通常からインフルエンザというもの、あるいは重症あるいは不明の呼吸器感染症、とか、そういうものに対する原因検索というものをきちっとやっていると駄目だと思います。

VI. 2009年以降のインフルエンザの流行

岩本 これから2009年以降の対策とかのお話をさせていただこうと思うのですが、その前に、パンデミックが起こった後のインフルエンザの流行について、実際どういうインフルエンザが流行しているかというのを、岡部先生からご説明いただけますか。

岡部 結局、どういうタイプのインフルエンザウイルスなのかは、臨床的なところだけではなくて、ウイルス学的に抑えなくてはいけないと思うのです。ただしそれがある一定数以上になってきたときに、全部検査をやるというのは意味がないことになってきます。でも、おそらく患者さんのほうは自分がどういうタイプなのか知りたがるわけですから、そこは公衆衛生的対策を念頭に置いた検査と臨床診断における検査とのジレンマなのです。

基本はやはり最初の段階では、異常なウイルスの発生があるとしたら、それが重症になるのか軽症になるのか、それからそれがウイルス学的にどうかという、臨床診断とウイルス診断をうまくガチャコして、なおかつその情報がきちっと流れるようにしないと、いけないと思います。どこかだけで抑えているというのでは駄目です。その情報共有がうまくできれば、これは症状として重いから気を付けなくてはいけないのか、あるいは比較的軽いのだから通常の体制で行けるのだとか、いつもより忙しいことは忙しいけれど何とかなるとか、そういう区別を早くできるようにする。それが今回の2009年の反省でもあると思うのです。

岩本 2009年のパンデミックウイルスに関しては、2009年から2010年に第二波であったにしても、2011年から2012年はすごく少なくなった。それでまた香港型、H3N2亜型が流行した。やっぱりそういう疫学的な面から見ても、香港型のほうが病原性が強いじゃないか、という証明と思ってもいいのですか。

岡部 いや、結果論ですが、H1N1パンデミックウイルスは確かに抗体を持っている人が少ないから、感染者は今までのインフルエンザより多くなっています。タミフルその他の問題を加えるにしても、逆に死亡者ということでは季節性インフルエンザよりも低かったのです。だからそこだけを見れば、今回のパンデミックは軽いものだったと言えるかもしれない。でも、特に小児科のほうでは、開業小児科の広報病院の転送数は10倍になり、急性脳症は例年より多数出ています。また、いつもにはないようなインフルエンザ肺炎が発生してきたりと、重症者は確かに多くいたと思います。死亡数を指標にした場合は確かに少ない割合となっており、致死率から見ればマイルドであったけれども、患者数から

言えば多いし、重症者もそれなりにいたということからやはりかなりのインパクトがあるものであったといえると思います。

それから、H1N1パンデミックウイルスは現在に至るまで抗原性の変化をしていないので、このところおとなしくなったように見えますが、これが抗原性変化を起こしてくると、今度はまた病気の数としてふくらんでくる可能性がある。さらにSydney型で見ると、小変異であっても病原性に変化が出てくる可能性もあります。そういう意味での監視をしていく必要はあると思うのです。

渡辺 いま岡部先生がおっしゃった通りなのですが、たぶんそうやって変異を起こすと、小児科よりは僕ら内科、高齢者のほうがかかり被害が出てくるわけで、むしろ被害は大きくなると思っています。そこは非常に重要だと思います。

岡部 小児科のインパクトというのは、母数が多くなるから重症者が増える。内科領域、特に高齢者は、母数が少ない中で重症者が多くなる。大きな違いがあります。

VII. 「新型インフルエンザ等対策特別措置法」の概要

岩本 そういう中で、今まで議論していただいた2009年の前から既に、国の体制をどうするかということが考えられて来ている中で、2009年の経験等を元に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」というのが整備されて、衆参両院を既に通ったようです。いまその施行に向けて準備されています。この法律の内容をわれわれはもっと知るべきだと思いますので、田河室長から法律の骨子をご説明いただきたいと思います。

田河 私のほうで「新型インフルエンザ等対策特別措置法」と題した資料を用意させていただいております。若干背景を申し上げます。2009年に新型インフルエンザが発生したわけですが、それはいろいろ反省すべき点もあった。そうしたことで、これは岩本先生にもご参加いただきましたが、2010年6月に総括会議をやって、いろんなご提言をいただいたところ。そして次に、今まで作った行動計画をどういうふうに改定していくのかという議論を政府でしていたところではあったのですが、2011

年3月に東日本大震災が発生し、また原発事故も発生しました。

そうしたことも起きた中で、政府としての行動計画を2011年9月に改定したのです。その際本当に行動計画だけで大丈夫なのかということも言われました。2009年の場合はそういう法律措置は必要なかったのかもしれませんが、それでもいろんな議論が実際起きてきました。知事会からも提言をいただいて、いろんな責任体制というものも明確化すべきではないかとか、あるいは2009年のときも予防接種の体制、これは財源負担・自己負担の問題も含めて提言されました。この点については予防接種法の改正が行われたのですが、その改正は2009年タイプを想定したものであったので、それよりも病原性の高いものが起きたら、自己負担は、地方負担はどうするのかという議論もありました。

あるいは東日本大震災の経験から考えると、物流の問題。本当にそうしたことは大丈夫なのか。また、2009年のときも医療従事者の補償の問題なども提言されたりしました。そうしたことを考えると、行動計画だけで本当にいいのか。ただしその一方で、本当にどういうものを想定するのかという議論も

ありました。病原性の高い感染症がもし起きた場合にはどうすべきか。災害対策基本法などでもカバーされていない分野ですので、法制度も検討すべきではないかという議論になったわけです。医療水準も向上していて、社会が混乱するほどの感染症は発生しないのではないかという考え方もありますが、危機管理としては万一の事態の備えをしておくべきではないだろうかという考えです。そうしたことから政府部内で検討を進め、2011年11月に論点整理という形で考え方を公表し、12月から翌年の1月にかけて日本医師会、各病院団体、地方団体、経済団体、あるいは厚労省の新型インフルエンザ専門家会議でもご説明しながら、1月に法案のたたき台を公表して、3月に国会に提出したということです。

中身ですが(図3)、ここでまず一番上のほうに、「危機管理としての新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策」というふうに題しております。われわれとしては新型インフルエンザも想定しますが、それ以外の新感染症にも備えをしておくべきでないかという思いもあります。ここで1番目に、体制整備等書いてございます。事前の準備として、

新型インフルエンザ等対策特別措置法について

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

1. 体制整備等

- (1) 行動計画等の作成
 - ① 国、地方公共団体の行動計画の作成、物資・資材の備蓄、訓練、国民への知識の普及
 - ② 指定公共機関(医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人)の指定・業務計画の作成
 - ③ 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする
 - ④ 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置
 - ⑤ 発生時における特定接種(登録事業者(※)の従業員等に対する先行的予防接種)の実施

※医療提供業務又は国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって、厚生労働大臣の定めるところにより厚生労働大臣の登録を受けているもの

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等(国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限り)が国内で発生し、全国的かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- ① 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示(潜伏期間、治療するまでの期間等を考慮)
- ② 住民に対する予防接種の実施(国による必要な財政負担)
- ③ 医療提供体制の確保(臨時の医療施設等)
- ④ 緊急物資の運送の要請・指示
- ⑤ 政令で定める特定物資の売渡しの要請・取用
- ⑥ 埋葬・火葬の特例
- ⑦ 生活関連物資等の価格の安定(国民生活安定緊急措置法等の的確な運用)
- ⑧ 行政上の申請期限の延長等
- ⑨ 政府関係金融機関等による融資



○施行期日：公布の日(平成24年5月11日)から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日

図3 新型インフルエンザ等対策特別処置法について

(1) 行動計画等の作成。行政としてはこういうパターンが多いのですが、国とか地方公共団体に行動計画を作ってもら。あるいは、災害対策基本法などもそうなのですが、指定公共機関。これは民間の主要なところには指定公共機関としてがんばってもらべきではないかということです。災害対策基本法ですと電力とか輸送とかそういうところしか指定公共機関として規定していないのですが、やはり感染症ということで、医療の確保、医薬品の確保が重要であるので、そういう視点も入れ込んだところです。

(2) この法律について、われわれが論点整理を公表したり意見を聞いたりすると、やはり権利制限に対する心配の声を聞きました。そうしたことから、法律の総則のところでは「権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする」という規定を一つ置いております。そして

(3) 発生時に国、都道府県に対策本部を設置する。やはりその体制というのをどう作るのかということが2009年の経験からも非常に重要である。ここではちょっと省略して後でご説明しますが、科学的知見というものをどういうふうに尊重していくのが、やはり大きな論点として上がってきております。

(4) 発生時における特定接種。これは登録事業者と書いてありますが、医療提供業務とか国民生活の安定に寄与する業務を行う事業者に対する、先行的な予防接種の実施も規定しております。ここでちょっと誤解される場合があるのは、これは発生時における予防接種で、平時における発生前の予防接種を規定したものではありません。あともう一つ、実際2009年のことを考えると、感染症といってもいろんな感染症があるわけです。新型インフルエンザも2009年に発生する前の行動計画は、確かに病原性の高いものを想定していた。でも実際起きると、そうではなかった。そういうことも踏まえると、やはり区分けが必要ではないか。本当に強いものが来たときは、新型インフルエンザ等緊急事態宣言をして、そして2番以降に書いてあるような措置を講じていく。具体的には、

①外出自粛要請をお願いしたり、これは都道府県知事が住民にお願いすることとしております。

②住民に対する予防接種。これも国の特別な財政負担の規定を設けております。

③医療提供体制の確保（臨時の医療施設等）。これはよく発熱外来と理解される場合もあるのですが、ここの緊急事態宣言は、既存の医療提供体制でもう本当に医療提供はオーバーしてしまう、そういう万が一の場合を想定したものですので、例えば、入院患者が急増して臨時の施設を都道府県知事が設置する場合には医療法とか建築基準法の緩和措置を講じるとか、そういう規定を設けているところです。

④緊急物資の運送の要請・指示。これは医薬品等、ワクチンとかそういうものの運送の確保です。

⑤特定物資の売渡しの要請。食品とかそういうものも含まれます。石油ショックのときなどもいろいろありましたが、そういうものを想定しています。以下、阪神大震災のときに講じられたような措置もいろいろ講じております。

2枚目(図4)をご覧ください。先ほども申し上げたのですが、2009年の場合を踏まえると、感染症といっても本当に強い措置が必要になるものばかりではないわけで、むしろそういうもののほうが少ないと思います。

いろいろなパターンが実際にあり得ると思いますが、「第一段階」として、海外で発生した場合は政府対策本部を立ち上げる。これは警戒態勢を引いておくという形で考えたものです。そして実際、「第二段階」で、徐々に症例も積み重なってくると思いますが、国内に実際に感染症が侵入してくるその時に、ケースが分かれるだろうと思うのです。ケースとしては非常に可能性は低いかもしれませんが、病原性が強いおそれがある場合は緊急事態宣言をして、措置を講ずることも考えざるを得ないと思います。むしろ多くの場合は右側の、「左記以外」の場合になるのかもしれませんが。「左記以外」の場合は、本部のみ立ち上げて、従来講じてきたような対策をしっかりとやっていくという形になると思います。この特措法は危機管理としての法律ですから、万が一のための備えをしっかりとしておくというふうな発想で作った枠組みです。

ここで、先ほども申し上げましたが、やはり感染症対策の専門的知見というものも非常に重要になってくる。これは平時における事前の準備も、あるいは実際に発生してからの対策という意味でも大事なわけです。

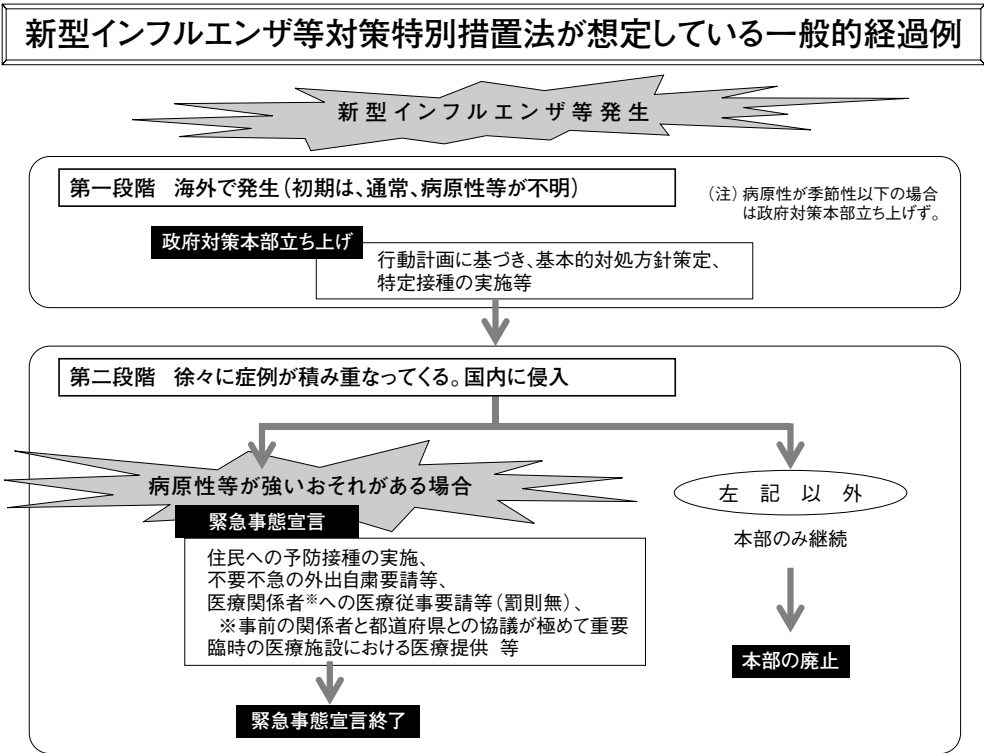


図4 新型インフルエンザ等対策特別処置法が想定している一般的経過例

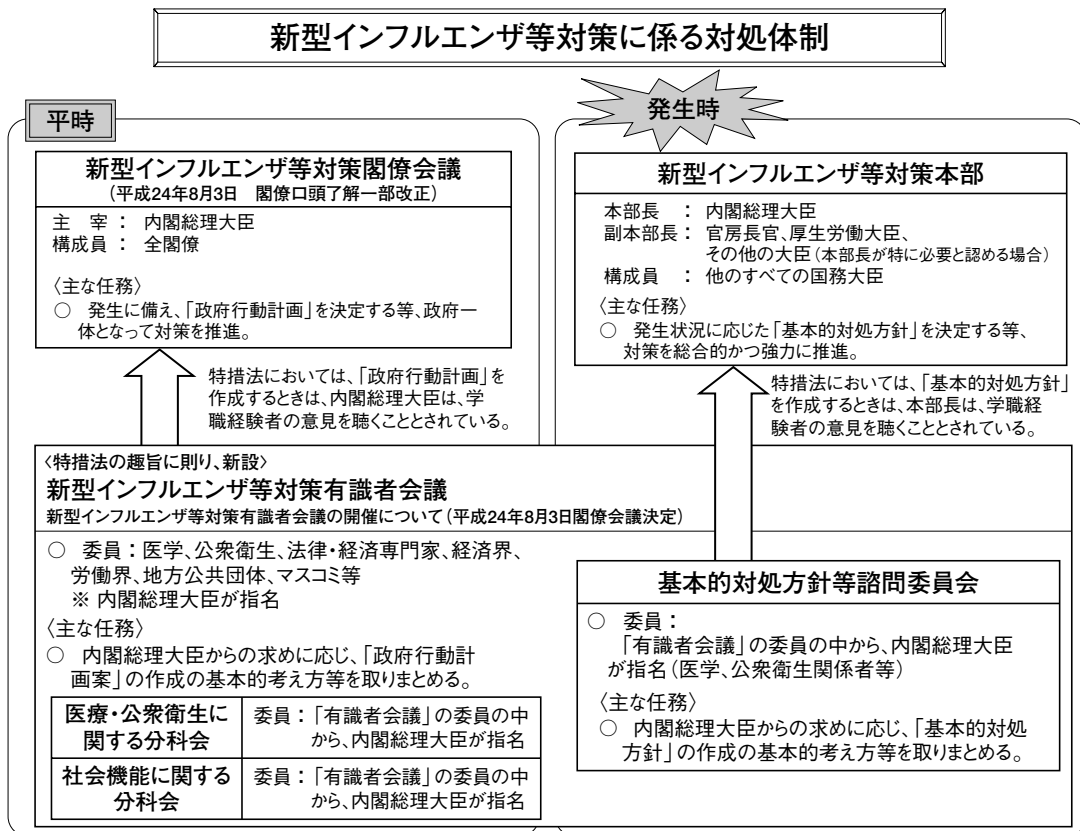


図5 新型インフルエンザ等対策に係る対処体制

3枚目(図5)に、その体制というものを示しております。平時においては、行動計画をどう作っていくのか。それに関して言いますと、新型インフルエンザ等対策有識者会議を設けるとしております。ここで医学、公衆衛生、法律、経済界、さまざまな分野の人に入っていただいて、行動計画の事前の準備をしていただく。そして、実際に感染症が発生したときにどうしていくのか。基本的対処方針等諮問委員会、これは医学・公衆衛生の専門家の方から構成するものですが、その意見を聞きながらいろんな判断をしていくべきではないかと考えています。実際に発生した場合は、基本的対処方針というものを作っていく。そして、随時また改定をしていく。また、本当に緊急事態宣言をしなければいけないような事態になるのかどうか、そういうこともいろんな専門家のご意見を聞く必要があります。そのためにこの基本的対処方針等諮問委員会という枠組みを使って、意見を聞きながら対応を進めていく。これは法律においても、基本的対処方針を定める場合、学識経験者の意見を聞かなければいけないと規定しております。そうした枠組みでございます。

実際、どういう新型インフルエンザあるいは新感染症が発生するか分からないわけですが、われわれとして万が一の場合にも備えておくつもりでこの法律も準備し、どういう運用をすべきか、そこをまた有識者の方々にご意見をお伺いしている。いまそういう状況でございます。

岩本 ありがとうございます。先ほどちょっとお話に出てきました、2010年の春に開かれた厚生労働省の「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議」というのは、金澤一郎先生(当時：日本学術会議会長)が座長で、私もメンバーでした。そのときのまとめを見ると、法律を作ったほうが良いという提言になっていて、私もこの法律ができることには責任があるのだと思っています。学会としても、先ほどの有識者会議の委員に岡部先生を推薦させていただいており、先生は諮問委員会の委員にもなっています。

VIII. 新型インフルエンザ対策の問題点

岩本 ここからは、いろいろなご意見をいただければ

と思います。

この法律に関して、この辺が分かりにくいとか、この辺に問題点があるのだというところを、ご指摘いただければと思います。

渡辺 よろしいですか。まず、細かい条文などに関することではなくて、やはり前提がちょっとおかしいのではないかと私は思っています。先ほど申し上げたように、これはほとんどH5N1を想定して作っていますので、それが全国的に広がる、急速にまん延するということはまず考えられない。先ほど申し上げた理由によります。

それから、例えば河岡義裕先生(東京大学 医学研究所 感染症国際研究センター長)の実験で、いろいろ遺伝子組み換えをやると、確かに感染性が高まるという論文*1がございました。ところが、もしそういうことが起こるのであれば、簡単に言えば、試験管内で起こりうることは、自然界ではそんなことはすでにいくらかでも起こっているわけで、もしそういうものが発生するのであれば、当然そういう事態が今までにあったはずで、ところが、歴史的には全然そんなことは記録されていない。おそらく、そういったウイルスというのは自然界には存続し得ないのだろう。生物として存立する条件を満たしていないのだろうということが一つあります。

もう一つ、河岡先生の実験では、確かに感染性が非常に高くなった。ところがあの実験を見ると、フェレットはほとんど死ななくなっているのです。すなわち、感染性は高くなっても、病原性はむしろ低くなっている。こういう小さな微生物であるウイルスが、高い感染性と強い病原性とを併せ持つて存立するということは起こり得ない、と思っています。ですから、その辺の最初の前提がちょっとおかしいのではないかと私は思っています。百歩譲って、もし…。

岩本 あんまり譲らなくても。(笑)

渡辺 もしこれが起こったとしても、われわれが2009年に経験したのは、やはり早期から治療をやることなのです。H5N1であっても、いま現在、エジプト・中国・インドネシア・ベトナムで多いのですが、インドネシア・ベトナムの致死率が高いのは、ほとんど医療の手立てがない。そういうところではタミフル・リレンザが処方できるのは大学病院とか大規模基幹病院だけであって、開業の先生のところ

*1 Masaki Imai, Tokiko Watanabe, Yoshihiro Kawaoka, et al. Experimental adaptation of an influenza H5 HA confers respiratory droplet transmission to a reassortant H5 HA/H1N1 virus in ferrets. *Nature*. 2012 ; 48 : 420-428.

で全然治療ができない。

ところがエジプトは、疑わしい例があつたらすぐ入院してもらって、そこで治療を始める。抗インフルエンザウイルス薬の早期投与ですが、それをきちんとやれば助けられる。しかもそれは先ほど申し上げた、非常に高い感受性で重症化しやすい極めて少数の人たちであっても、そこまで死亡率は下げられるわけですから、大多数のわれわれはもうそれどころではない。1桁、2桁も低い致死率、死亡率になるはずである。ですから、もしそういうことが起こったとしても、そして百歩譲ってパンデミックが起こったとしても、抗インフルエンザウイルス薬できちんと対処できる。その医療体制を整備するということをきちんと法律に入れてほしい。むしろそちらが大事ではないかと思ひます。

岩本 田河室長からいかがですか。

田河 日本の医療体制というのは、本当に世界的にも優れているほうではないかと思ひます。そうしたことがあまり報道されていないのですが、2009年の死亡率などを見ても、世界でも最も低い部類であり、アメリカ辺りと比較しても本当に少ない。これは日本の医療や衛生水準も高い、さまざまな要因が影響していると思ひますが、そうしたことの表れだろうと思ひます。

われわれはこの法律を作るに当たって、当然なが

ら医療の確保というのが大事だという意識でおりました。ここではそれほど目立たないのかもしれませんが、前からわれわれは医療提供体制をどうするかということ、あるいは抗インフルエンザウイルス薬、あるいはワクチン、それぞれに対して対策は複合的に講じていくことが必要であると思ひています。当然、抗インフルエンザウイルス薬も重要な施策の一つですから、これまでも備蓄しており(図6)、また目立たないかもしれませんが、この法律の中には備蓄の規定、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄なども意識しながら書いたところです。また、医療提供体制をどうしていくか。これは本当に大変になったらどうしようということについて、われわれは問題意識を持っています。そのために医療提供体制の確保に関する規定を設けたり、あるいは医薬品の確保のために指定公共機関制度を考えていたり、そうしたいろいろなツールも考えたところです。それ以外にも、行動計画でどういう内容を規定していくのか。事前の準備を医療関係者と協議の上作っていくことも非常に重要だろうと思ひております。

この法律、いろんな権利制約的のところもあるのではないかと思ひていますが、むしろわれわれは、この法律は本当はいろんな幅広い人の理解の下に動いていくことが一番望ましいわけで、実はいま行動計画を作っていますが、都道府県でも行動計画の

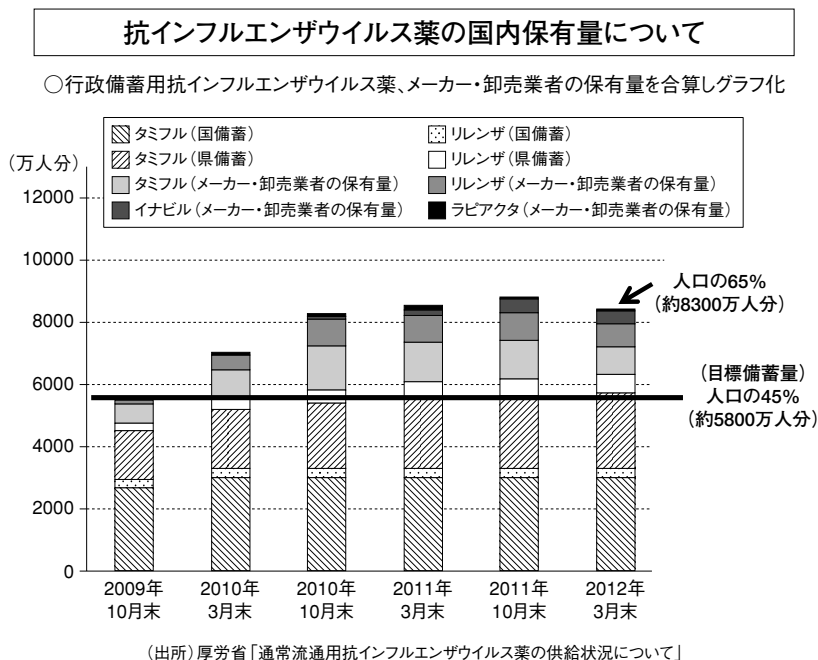


図6 新型インフルエンザウイルス薬の国内保有量について

改定を行っていただく必要もあると思いますが、そうした過程の中で地域の医療機関の人と話し合っていていただくことも必要になってくるのかなと思っています。

岩本 この間、感染症学会のシンポジウムで佐賀大学の青木洋介先生（佐賀大学医学部国際医療学講座・佐賀大学医学部附属病院感染制御部 教授）が「今度流行するとしたら H5N1 ではなくて他の亜型のウイルスではないかと思っていた」とおっしゃっていました。実際、2009 年には H1N1 亜型が流行したのに、法律が出来てしまうと、また H5N1 対策みたいになっている。

田河 たぶん、分かりやすいので…。

岩本 そうなのですね。

田河 代表例として分かりやすいので、われわれも使ったりすることもあるのですが、この法律の視野というのはそれだけに限られるものではないし、実際に新型インフルエンザの専門家会議でお話したときには、むしろ新感染症が大事だというふうなご発言をされた方もいらっしゃいます。われわれもいろいろな意見を踏まえながら考えていくべきだろうとは思っています。

岩本 スペインかぜのときにセントルイスで外出制限をしたら 1 年流行が遅れたみたいな話を聞いたことがありますか、いかがですか。

岡部 1 年もではないですが。

岩本 かなり遅らせたのですよね。流行の規模は、はるかに小さかったけれども、2009 年のときの神戸で、休校や学級閉鎖がある程度役に立ったということは、ある程度の生活の制限というのは呼吸器感染症の流行対策に役立つ可能性があるようですが、セントルイスに関しては実際はどうだったのですか。

岡部 セントルイスは何年も遅らせたというのではなくて、重症者数を抑えたということがあると思います。

岩本 第 2 波が来た時には少し病原性が落ちていた可能性はある？

岡部 いや、そんなに単純に落ちないと思います。一気に流行が出なかったということは、逆に言うとベタッと広がったパターンになるので、ズルズルと長く続く可能性はあると思うのです。それから、あの時の資料では、行動制限するといってもみんなが

家でじっと縮こまっているわけではなくて、大きく人が集まるところ、例えば教会とか。ショッピングセンターがそのころあったかどうかは分かりませんがそのようなところ。

岩本 セントルイスではできるかもしれないけれども、メガシティーの東京では無理ですね。

岡部 ですから、イメージしているのは学校とかの集団であって、例えば会社であるとか、必要物品を買いにいくとか、それこそ病院にいくとか、そこまで制限をかけるという意味では決してないと思います。

岩本 国の基本方針を決めるのは大事だと思うのですが、感染症というのは、医療レベルを超えた国の状態によっても大きく左右されますね。エジプトで抗インフルエンザウイルス薬が配られることによって H5N1 の高病原性インフルエンザの致死率が下がった。一方で、エジプトは国内がいまとんでもない混乱に陥って適切な医療が確保できないかもしれない。日本は国民の意識が高いし、医療のレベルも高いのだけど、例えば、政治家と委員会のどちらが決めるのかとなった場合、お互いに相手に押しつけあうようなことが出てこないでしょうか。行政の立場と、委員の立場からご意見いただけますか。

岡部 委員会で強調したのは、やはり最終判断というのは委員会ではなくて行政の責任で、ある権限を持った人がエイトと決めないといけないというのはあると思うのです。しかしそのエイトと決めるのが風評に踊らされないで、正しいバックデータを尊重して決めていただきたい。それにはやはり信頼がある人たちが、しかも複数でやらないと分からないわけで、その中でもおそらくまとまらないこともあるとは思いますが、しかし当然新しいウイルスと疾患ですからエビデンスはないわけです。でも、かき集められるだけのエビデンスとそれに基づいた判断ができて、それで提言になってくると思うのです。それを全くの風評で、危ないらしいからこれをやらないともたないとか、そういうようなところで判断すると混乱と判断の誤りが起きると思います。

岩本 行政の側からはいかがですか。

田河 おっしゃる通りだろうと思います。それでこの特措法に関して言うと、やはり専門的知見のバックグラウンドというのは非常に重要だと。ですから法律上においても、実際に対応方針を定めるときは、

学識経験者の意見を聞かなければいけないという規定を設けているのです。それを具体化するものとして、この基本的対処方針等諮問委員会という枠組みを作ったという側面があります。

確かに、最終的な行政的な決定というのは、行政の長たる者がせざるを得ない面があるわけで、その根拠はやはり専門家に頼る必要があるのだらうと思えます。

Ⅹ. 新型インフルエンザ対策への理解

岩本 これは言っておきたいというのがあれば、ぜひどうぞ。

岡部 では最初に。2009年以前のガイドラインとか行動計画が2月に改定されているのですが、あの中には、もし病原性が弱い場合には柔軟に対応できるというのは書いてあるのです。ところが2月にガイドラインが出て、4月に起きてしまったので、おそらく説明をすっ飛ばしているところと、読み込んでいないところで、結局みんながH5N1という頭があって、H5N1をベースにした動きで行ってしまったわけです。それが僕は今回のこれに関わったときの大きな反省点で、あらかじめこれはシフトダウンできるときとか、アクセルをバーンと踏むときとかいうのはもう少し柔軟にやっついていかないとはいけません。例えばこれは緊急事態宣言をして、半年ぐらいでしたっけ、通用するとか見直すとかいうのは。何かありましたよね。

田河 期限を切っております。

岡部 期限は切っておりますけれども、でも委員会では、これは1週間でも10日でも、分かたらもう下ろすのだということができるようになってくださいというのが要望でした。

岩本 いまのポイントはどうですか。

田河 これは、期限をいちおう書いています。これは2009年の経験を踏まえた期限を書いていますけれども、それだけではなくて、むしろやめるといって規定を設けることも大事だとわれわれも考えています。緊急事態宣言についても、実施する必要がなくなったと認めるときは、緊急事態宣言の解除宣言をするという規定を置いているのはそういう意識です。

あと、これは最初のほうに説明すべきだったかも

しませんが、外出自粛要請。これは一切外に出るなみたいによく誤解されるのですが、この法律で書いてあるのは、不要不急の外出のイメージです。ですから、当然食料品とかを買いに行かなければ生活にも困るわけで、そうしたことにも配慮すべきだと思っています。

あと、いろんな措置についても、先ほども理解を得ながら進めていく必要があると申し上げましたが、これらの措置についても基本的には二段階構成を取っています。二段階構成というのは、まず要請をする。どうしても仕方がないときは指示をすると規定に書いていますが、われわれとしては本当は要請ということで、相手の理解を得ながら進んでいくことが本当は望ましいのだらうと思うのです。

そういう意味においては、どういうふうに関報・情報提供していくのか。2009年のときもやはり情報提供のあり方というのは一つの課題として総括会議等でも挙げられましたが、混乱を招かず正確に、どういうふうに関報提供をしていくのか。そういうことも大事なのだと思っています。

それと、これもよく誤解があるのは、医療関係者に従事命令をして、罰則がかかるのではないかと思われている方もいらっしゃるのです。確かにこの法律自身、災害対策基本法と類似している構成を取っています。災害対策基本法ではそういうふうな従事命令、そして罰則がつくような規定になっているのですが、やはり医療ということについて、本人の理解が非常に重要である。そうしたことから、まずこれは要請を行い、やむを得ないときは指示をするという規定がありますが、罰則をつけることは、これは関係者の方々といろいろ話をしていく中で、必要ないではないかという形でつけておりません。そして、むしろ医療関係者への従事要請等についても、どういうふうに関報にやっついていくべきであるか。これは医療関係者のご意見も伺う必要があるので、有識者会議の中でもご議論いただいている状況です。

岩本 渡辺先生、どうぞ。

渡辺 まず1つ目は、やはりH5N1を正しく理解するということが必要で、今回のものもH5N1を想定して作っているわけですが、先ほど申し上げたように、現在致死率が高く出ている集団は極めて特殊であるということであって、しかし、H5N1は非常に

怖いのだというイメージが国民の中に強くあるので、こういうものが出てくると怖いということになるわけです。一方で、その対応についても本当にこれでいいのかと逆の反応だってあるぐらいですから、やはり H5N1 はせいぜいこんなものなのだということは、きちんとわれわれは知るべきだと思います。そして、それはみんなにきちんと知らせるべきであり、作る側もきちんとそれは知るべきだと思います。

もう1つは、田河先生がおっしゃった、万が一のときを考えてということです。それは分かるのですが、万が一でない残りの9999のときに、誤ってこれを運用・発動したら大変なことが起こると思います。その見極めが非常に大事で、その意味では学識経験者の役割というのはすごく高いわけで、もう少しそういったところをきちんと高く使ってほしいとか、そこでむしろわれわれが言うべきだなと思っています。そういう意味では、先にも言いましたが、これは万が一のときのための伝家の宝刀ですから、軽々に発動・運用すべきものではないというのが私の考えです。以上です。

岩本 岡部先生。

岡部 2つぐらいあります。あるものができたときには、本当は検証が大切だと思うのです。うまくいったかどうか、あるいはうまくいくかどうか。しかしこれは本当は検証することができないほうがいい、つまり使わないほうがいいわけです。でも、それこそ万が一のときにはこういう後ろ盾があるのだということは、特に行政をやっている人などでは必要だろうと思うのです。行政と臨床の現場というのは立場の違いで意見が離れることはあるけれども、しかしそこを、何のためにこれがあって、どういう時に使わないかあるいは使うのかということは、この法律を作った側はもっと説明しなければいけないと思うのです。

それから、これは H5N1 が前面にと言うけれども、先ほど田河さんがおっしゃったように、これは新型インフルエンザおよび新感染症対策というような。僕は使うとしたら、もうちょっと違う…、例えば SARS が来たときとか。(SARS は今では新感染症にはならないのですが) 他の新たな不明な病気が発生して入ってきたときに使い得るという後ろ盾では

ないかと思うのです。本当は使わないほうがもちろんいいので、取っておくだけの法律であることが最も良いのですが。

それから、出たときにこれだけドンとやっても駄目なので、やはり通常から、通常の季節性インフルエンザの状況・対策、あるいは他の感染症も含めて、サーベイランスとか医療とか、通常よりちょっと重いものが来たときとか、数が増えたときの対策を考えていく。その延長だろうと思うのです。そこはもうちょっと基本的なところの足固めをやっていったほうがいいと思います。

岩本 感染症対策というのは基本的には医療対策で、人々の健康の問題なので、そういう中で法律ができる、レギュレーションのニュアンスが強くなります。僕の専門にしているのはエイズとか性感染症ですが、公安とか警察とか、公権力が前面に出てくると、潜る、つまり本来の意図に反して潜伏して社会の中で流行することがあります。インフルエンザの場合、感染者が潜ることはありませんが、行政による行き過ぎた制限が社会の混乱や人権侵害につながる可能性がある。運用上、可能な限り医療中心でやっていただきたいと思います。

おわりに

岩本 最後に一言ずつ。まず、岡部先生からどうぞ。

岡部 僕の言葉ではなくて、日本医師会の小森貴常先生（日本医師会感染症危機管理対策室長）が日医の代表として委員会に出たときの言葉で、僕はそれがすごく印象に残っているのでご紹介します。「できるだけ医療を信じて、自主的にできるようにしてほしい。ただ、本当に最悪のときにはこの法律が出てくるかもしれないけれども、できるだけ通常の医療体制でできるように、しかしそのためのバックアップが必要です」と。この小森先生のご意見には大賛成です。

岩本 渡辺先生、どうですか。

渡辺 やはり、日本の医療を信じてほしいということです。去年ですか、『Lancet』に東京大学の渋谷健司先生（東京大学医学系研究科国際保健政策学教授）が書かれた*²あれがまさしくその通りであって、日本の医療のレベルがやはり世界で一番だと思

*2 Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet*. 2011 ; 378 (9796) : 1051-1053.

います。その結果が2009年の被害の少なさに表れたわけですから、この優れた日本の医療制度をむしろうまく動かせるようなものにしていかないと駄目だなと思います。

岩本 田河室長、どうぞ。

田河 われわれも日本の医療というのを、本当にその能力を発揮できるような形で、この法律の運用というのを考えていくべきだろうと。法律というとかこう使いにくいのではないかという声もあるので、それをどういうふうに使やすいものにしていくか、現場が動きやすいものにしていくのか。そういう知恵をまた考えていく必要があるだろうと思います。これは本当に最後の危機管理としての法制ですが、そうしたものが使われないことが、そういう事態が起きないことが本当は一番望ましいのだろうと、われわれもそう願っているところです。

岩本 ただ、政治家とかに説明するときに「新型インフルエンザ、H5N1」と言い過ぎて、そのことであまりにも法的なレギュレーションが強くなると、医療関係者の自由度が失われ、インフルエンザ対策

としては逆効果の場合もありうると思います。

田河 先ほども、われわれ行政としてはちょっと心配なのではないかと。確かに行政の立場から言うと、万一のときが起きたらどうするのだと言われると、やはり心配なわけです。そういう意味で新型インフルエンザの高病原性のもの、あるいは新感染症で本当に強いものが来たらどう対応するのか。そこをぎりぎり詰めていくと、やはり不安がないわけではない。そういう面でこういう法律も作ったわけです。確かに心配されるように、むやみに使われるべきでもない。それはわれわれもそう思っていますので、そこは専門家のご意見も聞きながら、本当に適切に判断していく必要があるのだろうと思っています。

岩本 ぜひ委員会の中だけではなくて、学会やいろんな医療従事側の意見も聞いていただいて、議論を深めていただければと思います。

きょうはお忙しい中、本当にどうもありがとうございました。