

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第34回「厚生科学審議会感染症部会」を開催いたします。

開会に当たりまして、厚生労働省健康局結核感染症課長の日下より御挨拶させていただきます。

○日下結核感染症課長 皆さん、おはようございます。健康局結核感染症課長の日下でございます。本日、健康局長の宮寄にかわりまして、御挨拶を申し上げます。

本日は、御多用の中、本会議に御出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、日頃から、感染症対策を始めとする厚生労働行政に御理解と御協力をいただいておりますことに厚く御礼を申し上げます。

さて、本日は、議事次第にも記載させていただいておりますとおり、まず新型インフルエンザ対策について、WHOのガイダンス改定に合わせた国内の新型インフルエンザ行動計画の変更などについて御議論いただきたいと思います。続いて、流行性角結膜炎の届け出基準の一部変更について、抗微生物薬適正使用の手引きの改訂について、最後に、風しんの追加的対策の今後の実施方法について御議論いただきたいと思います。

また、御報告事項といたしましては、これまで御審議いただきましたセファゾリンナトリウムの供給不足に関する対応、そして、薬剤耐性に関するワンヘルス動向調査年次報告書の内容についても触れさせていただきたいと思います。

我が国の感染症対策におきまして、いずれも非常に重要な課題であると認識しておりますことから、委員の皆様方におかれましても活発な御議論をいただきますようお願いいたします。

以上、簡単ではございますが、開会に当たっての御挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 では、今年度から新しく加わられた委員の御紹介をいたします。

前回は欠席されておりましたが、今年度より、長崎大学熱帯医学研究所病原体解析部門・ウイルス学分野教授の森田委員、奥多摩町福祉保健課長の菊池委員が新しく委員となっております。

次に、委員の出席状況を御報告いたします。

本日は、戸部委員、廣田委員、本田委員より御欠席の連絡をいただいております。岩本委員より、若干おくれるとの御連絡をいただいております。

現時点で定足数以上の委員に御出席いただいておりますので、会議が成立いたしますことを御報告いたします。

また、事務局の異動について御報告いたします。

おくれましたが、私、本年8月26日付で結核感染症課長補佐に着任しました加藤と申し

ます。よろしくお願いいたします。

続きまして、資料の確認をいたします。お手元の資料をごらんください。

議事次第、配付資料一覧が次のページです。

その次が委員名簿、そして、座席表がございます。

その後、資料1が1枚紙、資料2はホチキスでとめてある薄目の紙、資料3がまた1枚紙、資料4が1枚紙、資料5は数枚の束です。資料6は1枚紙がありまして、その後、資料7は束になっているものです。資料8が1枚紙で、資料9がかなり分厚い、ワンヘルス動向調査の報告書がございます。そして、資料10が1枚紙で、11も1枚紙でございます。12も1枚紙です。その後、参考資料が1～8までございます。

資料の不足がございましたら、事務局へお申しつけください。

冒頭のカメラ撮りにつきましては、ここまでとさせていただきたいと思います。御協力をよろしくお願いいたします。

(報道関係者退室)

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 以後の議事運営につきましては、脇田部会長にお願いいたします。

○脇田部会長 それでは、ここから司会を務めさせていただきます、部会長の脇田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、議事次第をごらんください。先ほど日下課長から御紹介ありましたとおり、きょうは議題が4件です。それから、5番目に報告事項として、こちらも4件ということになっています。議題は「新型インフルエンザ行動計画について」、その次に「流行性角結膜炎の届け出基準の一部変更について」、3番目に「抗微生物薬適正使用の手引きの改訂について」、そして4番目が「風しんの追加的対策の今後の実施方法について」となっております。

委員の皆様には、円滑な議事進行に御協力をお願いするとともに、我が国の感染症対策に資する活発な御議論をお願いしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、事務局から審議参加に関する遵守事項につきまして御報告をお願いいたします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 審議参加に関する遵守事項について御説明いたします。

本日の議題3では、抗微生物薬適正使用の手引きに関連した審議を行いますが、手引きに記載のある審議品目の申請資料作成に関与した委員はおりませんでした。また、製造販売業者または競合企業から寄附金・契約金等の受取額により、審議不参加や議決不参加に該当する委員はおりません。各委員の寄附金・契約金等の受け取り状況については、後日、厚生労働省のホームページにおいて公表いたします。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

それでは、議事次第に従いまして議事を進めていきたいと思います。

まず、議題1「新型インフルエンザ行動計画について」、こちらは資料1と2を事務局から説明をお願いいたします。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 新型インフルエンザ対策推進室の竹下と申します。

それでは、資料1から説明させていただきますが、参考資料4もあわせて御用意ください。「WHOにおける新型インフルエンザのパンデミックフェーズ改定に伴う新型インフルエンザ等対策政府行動計画等の変更について」という資料でございます。

これに関しまして、まず1つ目のポツに書いてありますが、改定の経緯と内容について御説明させていただきます。参考資料4を1ページめくっていただきまして、最初のフェーズの図を見ていただきたいのですが、もともとWHOのインフルエンザのパンデミックのときのフェーズは、この平成21年のものがございます。フェーズ1、2、3、4、5、6という形で、新型インフルエンザ発生時の流行状況にあわせて、フェーズをWHOのほうで判断して世界への流行状況を示したものでございます。

こういったもので2009年の新型インフルエンザ発生時にも対応が行われましたが、各国の地域における流行状況の差とかに合わせた対策に直接反映する形になっていたこともありまして、WHOのほうで改定の審議がずっと行われておりました。

参考資料の次のページをめくっていただきたいのですが、WHOでは、平成29年にこのフェーズの改定が行われております。改定の主な趣旨は、四角のところに書いてある内容でございます。WHOのリスクを考慮しつつ、各国が独自にリスクアセスメントを行い、それに基づいた対策を講じることが求められているとされております。

また、新しいパンデミックの警戒フェーズの基準としては、新型インフルエンザウイルスの世界的な広がりに応じて4段階として、新型インフルエンザウイルスの世界の平均的な流行状況を各国が理解するために使用するものとしております。そういった状況を踏まえまして、我が国の政府行動計画に関しても、該当する箇所の改定を考えております。

資料1に戻っていただきたいのですが、「2. 新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定について」でございます。国は、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」第6条に基づき作成した「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」に、参考として、本政府行動計画の発生段階とWHOのパンデミックフェーズとの対比表を記載しております。

さらに、新型インフルエンザ等対策ガイドラインにおいて、フェーズについて記載しております。

改定後のパンデミックフェーズへの対応については、各国毎に流行状況を踏まえて検討することとされております。必ずしもWHOにおける新型インフルエンザのパンデミックフェーズの記載は必要ないと考えておりますので、こういった点に関しましての改定を行いたいと思います。

なお、政府行動計画のフレームに関しましては、従来、我が国の政府行動計画に関しましては、WHOのフェーズなどの情報を踏まえた上で、リスクアセスメントを行った上で実施

することになっておりますので、新しいWHOのフェーズのコンセプト自体は、そのまま既に反映されていると考えておりますので、こういった内容の変更にとどめたいと考えております。

「3. 改定案」を見ていただきたいのですが、新型インフルエンザ等対策政府行動計画及び新型インフルエンザ等対策ガイドラインから、WHOにおける新型インフルエンザのパンデミックフェーズに関する記述を削除することで考えております。

なお、本件に関しましては、新型インフルエンザ等対策政府行動計画及び新型インフルエンザ等対策ガイドラインの変更については、次回の新型インフルエンザ等有識者会議において了承後に改定作業を行う予定を考えております。

以上でございます。

○脇田部会長 資料2もお願いします。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 資料2も政府行動計画に関係することですので、あわせて御説明させていただきます。「新型インフルエンザ等における特定検疫港等について」でございます。

現在の方針に関しましては、政府行動計画のほうで、国は、停留を行う場合に、新型インフルエンザの発生時に、海外における発生状況、航空機・船舶の運航状況に応じて、特定検疫港等を指定して集約化を図ることを検討するとなっております。具体的には、旅客機等に関しましては、成田、羽田、関西、中部及び福岡空港で、貨物専用機については、検疫飛行場での対応を考えております。客船については、横浜港、神戸港、関門港及び博多港で対応することとなっております。

ガイドラインにおいても、同様の趣旨の記載があります。

「2. 現状と課題について」を見ていただきたいのですが、近年、訪日外国人旅行者の増加などにより、航空機等の運航も大きく増加してきていることから、現在の運航状況等を踏まえて、特定検疫港等を再検討する必要があると考えております。なお、2020年には訪日外国人の旅行者数を4000万人にすると政府目標が掲げられており、今後、さらなる運航便の増加が見込まれております。

こういった状況を踏まえた上で、「3. 今後の方向性について」、提案させていただきたいと考えております。

特定検疫飛行場については、現在の5空港では発着枠等に余裕がなく、他空港から新たに受入可能な航空機数は限定的であるため、5空港に継ぐ航空機発着実績がある千歳空港と那覇空港を新たに追加し、受入枠の増加を図る必要性があると考えております。

また、特定検疫港については、近年、九州・沖縄地区においてクルーズ船の入港実績が著しく増加しております。現在の4海港のみでは対応が困難になることが懸念されております。そのため、地域別の状況を考慮した上で、クルーズ船の入港実績が多い港のうち、検疫手続を円滑に行うことができる旅客ターミナルビルが整備されている長崎港、鹿児島港及び那覇港を新たに追加し、受入枠の増加を図る必要性があると考えております。

以上の内容を踏まえまして、特定検疫港に関して、以下のとおりに変更させていただきたいと考えています。

改定案としましては、政府行動計画のほうでも、従来は具体的な空港名及び港の記載がございましたが、特定検疫港及び特定検疫飛行場という記載にとどめさせていただきまして、3ページのガイドラインで具体的な空港名及び港の名前を記載し、こちらを7空港、7海港とさせていただきたいと考えております。

なお、上記の実施に当たっての留意点としまして、先ほどの資料1と同様でございますが、今回了承いただきましたら、次回の新型インフルエンザ等有識者会議において了承後に改定作業を行うということで考えております。

以上でございます。

○脇田部会長　ありがとうございます。

ただいま、資料1から2までの説明をしていただきました。また、後ほどまとめて議論もしますけれども、とりあえずここで御質問、御意見いただきたいと思います。いかがでしょうか。

最初は、WHOのパンデミックフェーズの改定に伴い、我が国の行動計画におけるパンデミックフェーズの記載をどうするかというところで、そこは記述を削除するということだと思います。

2番目は、特定検疫港等についての記載です。今まで、具体的な空港名、港の名前が出ていましたけれども、それだけでは対応できないので、ふやすわけですが、今後の改定も踏まえて、行動計画のほうは特定検疫飛行場あるいは特定検疫港という記載にして、具体的な名称はガイドラインに記載するという改定です。

谷口先生、お願いします。

○谷口委員　まず、1つ目の議題のWHOのパンデミックフェーズを削除するということにつきましては、もちろんWHOが既に変更されていますし、実際に合わないと思いますので、賛成させていただきます。

2つ目の特定検疫港ですが、これはいわゆる国際保健規則の有事の際のコア・キャパシティ・リクワイヤメントに引っかかってくると思いますが、有事の際のコア・キャパシティ・リクワイヤメントは、検疫だけではなくて、CIQ全て、あるいは空港・海港自体を規定したコア・キャパシティですが、これを指定するということは、きちんとコア・キャパシティを担保していくと理解してよろしいでしょうか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐　CIQ全体で、こういった方向に関しましては、各省と事前に相談しながら進めさせていただいた上で提案している内容でございます。

○脇田部会長　そのほか、いかがでしょうか。

山田先生、お願いします。

○山田委員　今のことに関連するのですけれども、2つ目のほうの集約化することというのは、結局、そのほかの地方空港は封鎖する。地方空港へ来る便は入らないようにして、こ

の7空港だけに行くという理解でよろしいかということと。

それから、空港で行う検疫というのは多分サーモグラフィだと思うのですけれども、2009年のときにインフルエンザの検疫というか、インフルエンザについては、サーモグラフィで引っかからない人たちが既に感染者として入ってきているということが実際起こったわけで、SARSではある程度効果を出したと思いますけれども、そういう形の検疫強化というものがリーズナブルなのかどうかということについて、ちょっと御意見をお聞かせいただければと思います。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 1点目でございますが、地方空港に入るかどうかということに関しましては、例えば対象となる国というのは、もちろん限定した形で対応させていただきますので、そういった対象国でない場合には、通常どおりということとは考えられると思います。また、対象国であった場合には、検疫を集約化するという概念でございますので、そういったことをこちらのほうで提案させていただいた上で、最終的にその発着というか、集約のほうに行くか、それとも実際に飛ばすかどうかというのは、各航空会社の判断でございますので、そういったところを十分周知して検討いただくことになると考えております。

また、検疫体制のことにしましては、参考資料5の8ページ目と10ページ目に、検疫体制の強化および効率化という記載がございます。こちらのほうで記載させていただいていますが、もちろん今、御指摘いただいたような、サーモグラフィによる体温測定ということもございますが、質問票の記載の厳格化といったことによって、今までよりもさらに効率的にできる方法を検討していきたいと考えていることと。

もう一つは、水際対策というものの自体は、基本的に100%、侵入をとめるというものではございません。特に新型インフルエンザのときには、各国で流行したときに日本だけが流行を免れるというのは、現実的にかなり難しいのではないかと考えておりますので、侵入のタイミングを少しおくらせることによって、国内の医療体制を十分に整えて、ワクチンの開発や、そういったための時間を十分用意するということが目的でございます。もちろん、100%防ぐということができれば一番よろしいと思いますが、そういった概念での対策と御理解いただければと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

山田先生、お願いします。

○山田委員 国内の体制を整えるための時間を稼ぐというのは理解できたのですけれども、実際、2009年のとき、感染研の方がいっぱいいらっしゃるの、ここで言うのも変ですが、感染研ではパニック状態で、ふだんはインフルエンザの検査に当たらない研究者が呼び出されて、徹夜で作業をするということが起こったわけですね。感染研の能力自体がそれによって低下することにもなりかねないので、例えば検査体制についても、医療体制と同じくらいに強化するようなこともお考えいただければと思います。意見です。

○脇田部会長　ありがとうございます。

私のほうから意見を言うのも何なので、差し控えますけれども、感染研としても前回のパンデミック、インフルエンザの経験を生かして、パンデミックが起きた際にどうやって我々のリソースを有効活用していくか。

それから、検査が可能なのは感染研だけではなくて、日本には地方衛生研究所のネットワークというものがありますので、そういったところも十分に活用して対応できるような体制をとることが重要だと考えております。

ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

岩本先生、お願いします。

○岩本委員　既に出ていることですが、2009年の経験を生かして、国内体制が非常に大事だというのは間違いないと思います。

もう一つは、当時と比べても、僕も大学を定年してから一般のクリニックで診療しているので、インフルエンザをよく診るのですが、変わったと思うのは、クリニックでも抗原テストがざらに行われているので、新しいインフルエンザが来たときに抗原キットを使えるのかどうかという点は、感染研とかが集中して、その情報を早く出してもらえると。既に使えるものがあるのであれば、現場でやれる部分はかなりやれるようになっていくのではないかと思います。

○脇田部会長　ありがとうございます。

迅速診断キットの活用ということで、こちらも感染研等、そういったところの情報を迅速に出していくということを行っていくべきだという御意見だと思います。

ありがとうございました。

それでは、次に進みたいと思います。資料3をごらんください。こちらの説明を、また事務局からお願いします。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐　続きまして、資料3の「新型インフルエンザにおける医療体制における医療資器材の整備について」ということを御説明させていただきます。

「現在の方針について」でございますが、政府行動計画のほうで、国及び都道府県等は、一般の医療機関においても、新型インフルエンザ等患者を診療する場合に備えて、個人防護具の準備などの感染対策等を進めるよう要請することになっております。

これにあわせて、必要となる医療資器材をあらかじめ備蓄・整備することになっておりまして、国は、都道府県等に対し、医療機関において、必要な医療資器材や増床の余地に関して調査を行った上、十分量を確保するよう要請するということになっております。

ガイドラインでは、それを受けまして、厚生労働省は、国内の新型インフルエンザ等患者の発生状況を把握しつつ、ワクチン、抗インフルエンザ等だけではなくて、感染対策資器材等が適正かつ円滑に流通するように調整することと、都道府県等は、厚生労働省と連

携して、感染症指定医療機関等に対し、抗インフルエンザ薬や感染対策資器材等が円滑に供給されるように調整することになっております。

「現状について」でございますが、国は、新型インフルエンザの行動計画に基づいて、都道府県が確保した新型インフルエンザ等の患者の入院医療を提供する医療機関が必要な病床及び医療資器材等をあらかじめ整備し、医療体制の強化を図ることを目的としまして、「新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業費補助金」制度を平成20年10月に開始しております。

補助対象としましては、新設、増設に伴う初度設備を購入するために必要な需要品及び備品購入費、人工呼吸器及び付帯する備品、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易ベッドということでございます。

3で、この件に関しまして、今後の方向性を提案させていただきたいと考えております。

1つ目は、個人防護具のガウンについてでございます。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金の中で行われた研究費の報告書としまして、「新型インフルエンザ等発生時に初期対応を行う「検疫所」「医療機関」「保健所」における感染対策に関する手引き」が報告されております。

手引きの中に記載があるのですが、エボラ出血熱のように患者の血液・体液や、ウイルスで汚染された針やシリンジが、損傷した皮膚や目・鼻・口の粘膜を介して直接接触すると感染するものに関しましては、現在、WHOやCDCにおいてもカバーオールタイプの着用が推奨されております。

他方で、新型インフルエンザの主要な感染経路は飛沫感染でして、手指を介した間接的な接触感染は起こり得るものの、エボラ出血熱のように直接接触により感染するものではないということが指摘されております。

上記のことから、新規で購入するものの対象としては、以下のとおりで提案させていただきたいと考えております。

従来は「全面」ということで、全体を覆うような形のガウンだったのですがけれども、基本的に飛沫感染が主でございますので、「前面」という形に変えさせていただきまして、カバーオールタイプでないものという形にさせていただきたいと考えております。

なお、簡易陰圧装置・アイソレーターに関しましては、WHOなどのガイドラインにおいて、簡易陰圧装置や患者搬送用アイソレーターに関する記載はありません。

また、国立感染症研究所のホームページで、MERS・鳥インフルエンザ（H7N9）患者搬送における感染対策というものがございまして、そちらのほうでは、搬送従事者、患者のそれぞれが、必要とされる感染対策を確実に実施すれば、患者搬送にアイソレーターを用いる必要はないと記載されております。

一方で、国内の医療施設の受け入れ状況などを勘案して、十分な精査を行う必要があることもございまして、上記のことから、簡易陰圧装置に関しましては、今後、見直しに向けた調査を行うという方向で考えたいと考えております。



なお、本件に関しましては、新型インフルエンザ小委員会のほうでも議論いただきまして、同意をいただいた内容でございます。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございました。

新型インフルエンザにおける医療体制における医療資器材の整備についてですけれども、まとめますと、こちらは个人防护具としてのガウンですが、これは今、全面、カバーオールタイプのものを、前面だけを覆えるようなものに改定するということ。

それから、簡易陰圧装置の整備については、見直しに向けた調査を行っていくという御提案だと思います。

岩本委員、お願いします。

○岩本委員 基本的に反対はないのですが、2000年に感染研の佐多さんたちと、ウガンダでエボラ出血熱があったときに、我々は厚生省の依頼で行ったのだけれども、ガウンとかは当事者が持ち込まなければいけなくて、カバーオールというのはなかなか準備できなくて、前面だけでした。それで、ウガンダでも四百何人の感染者が出たけれども、医療者の感染はないわけです。だから、基本的には前をきちんとしていれば、サージカルガウンで十分だと思うのですが、カバーオールでないものと強いて言う必要があるのかなという気だけします。

何も言わないと、こればかり買って、お金がかかってかなわないということなのかもしれないけれども、そういうことだけ。「でないもの」とまで言う必要があるのかなと思ったものですから。

○脇田部会長 ありがとうございます。

事務局、そのあたりの事情をちょっと説明していただけますか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 カバーオールタイプに関しましては、現場の医療機関の先生たちからも、実際これを使うときにはかなりトレーニングが必要だという情報をいただいておりますので、実際、使うためにはトレーニングを伴うものということが前提になってくると思いますので、そういったことを考えたときに、通常の医療の中で使われているサージカルガウンのようなものがあるのか、それともカバーオールをあえて用意するとなると、訓練というのもある程度伴ってくるということも含めた上での記載でございます。

○脇田部会長 という事情になります。

そのほか、お願いします。

○味澤委員 実際に2009年のときは、普通のサージカルのタイプ、ほとんどそれでやったはずなのです。このガイドラインでカバーオールになっていたというのを、ちょっと不勉強で、今、見たのですが、カバーオールは大変だと思います。だから、あえて使う必要はないのではないかと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

現実的には、カバーオールを使うのは非常に大変だということもあり、今、岩本委員からも御紹介があったとおり、エボラの場合でも、前面のものでもかなり防御効果はあるという御紹介だったと思います。

そのほか、いかがでしょうか。アイソレーターのほうに関して、何か御意見ございますでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、この議題の最後の資料4、報告事項ということです。こちらをお願いします。  
○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 資料4をごらんいただければと思います。前回、審議会のほうで議論いただきました新型インフルエンザの国内初発例から地域発生早期までに対応いただく、新型インフルエンザ患者の入院医療機関の整備状況を調査させていただいて、今後公表させていただきますという内容でございます。

今回、各都道府県の医療機関数と公表と、医療機関のほうから公表しないでいただきたいというところに関しては、非公表という形で数だけを調査しておりますので、その数字を合わせて1枚にまとめたものでございますので、報告させていただきます。

なお、具体的な医療機関名に関しましては、今週月曜日に厚生労働省のホームページに掲載しております。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございます。

都道府県によって、数にかなりばらつきがあるという現状ということでよろしいですかね。はい。

それでは、御質問、御意見。

まず、荒川委員、お願いします。

○荒川委員 13番に東京があるのですけれども、東京は12医療機関、公表12と、人口比からするとかなり少ない。これはどういう理由があるのでしょうか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 新型インフルエンザ発生時の入院医療機関に関しましては、各都道府県において、実際に対応マニュアルをつくっていただいております。これは、いわゆる行動計画とか、そういった形でつくっていただいております。特に、国内初発例から地域発生早期というのは封じ込め期という形になりますので、各都道府県がどのような形でそれを行うのかということになってきますので、各都道府県の状況に合わせてと考えております。

また、実際に地域発生期になったとき、蔓延期になったときには、全ての医療機関に診ていただくということがガイドライン及び行動計画にも示されておりますので、そういった内容を踏まえての内容と思っておりますが、東京都から何かありますでしょうか。

○脇田部会長 矢内委員、お願いします。

○矢内委員 東京都の矢内でございます。

地域発生早期の入院患者数の被害想定は、もともと国のほうでもお示しいただいておりますので、東京都としてもございません。ここにお示しした12医療機関については、感

染症指定医療機関、特定と第1種と第2種の12医療機関で、病床数としては計118床となります。地域発生早期につきましては、東京都では相談センターを経て、外来診療を担う感染症診療協力医療機関を81機関としておりまして、この81医療機関で診断された疑い患者について、この12医療機関に搬送されるという医療体制になっております。

先ほど厚生労働省からもお話がありましたように、地域感染期については、全ての一般医療機関が新型インフルエンザ患者を受け入れるという想定になって、そのような形での計画、ガイドラインを策定しておりますので、一般医療機関が新インフル患者を受け入れるための整備として、地域ごとに医療体制協議会とか防護服の着脱訓練等について東京都では支援しているとともに、地域感染期では入院を積極的に受け入れていただける機関を別に登録を行っておりますので、東京都としては、このような医療体制で新型インフルエンザ対策を行っているという御理解いただければと考えております。

○脇田部会長　ありがとうございます。

ということで、地域による行動計画があり、それに基づいて、この数が出ているということです。ですので、各地域によって、ここに出している数字にどうしてもばらつきが出てくるということかと思えます。

岩本委員、お願いします。

○岩本委員　同じ定義で全国やっているのですか。医療機関の基準が違うのではないかという気が。僕もこれを見たときにすごく違和感があって。2009年の大阪のあたりは、高校生じゃなかったですか。だから、関西が多いのはわかるけれども、埼玉とか福岡とか、ちょっと離れたところも多いところがあって、今の東京都のお話だと、自治体で報告している診療機関の基準が違うのではないか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐　今回、この調査を行うに当たって、この調査自体は、従来ずっと国のほうでは取りまとめていたのですけれども、改めて国内初発例から地域発生早期において、発熱及び帰国者相談センターの外来からの入院を受け入れる病院としての施設がどこなのかということでお伺いしていますので、定義というのは、具体的に言うとそうなるかと考えております。

○脇田部会長　なので、1類感染症、2類感染症みたいなものを受け入れる病院という形ではないというお話ですね。

お願いいたします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長　1点つけ加えることといたしましては、厚生労働省の示した考え方はそのとおりなのですが、自治体でそれを踏まえて、どのように医療機関を選定するかというところは、自治体間に差があるために、このような数字のばらつきがあるということでございます。

○脇田部会長　ありがとうございます。

味澤委員、お願いします。

○味澤委員　実際、全体の数は、今、矢内委員が言われたとおりですけれども、さらに多

くなったときのベッドというのは各病院で用意してありまして、駒込ですと、感染症の病床は30ですけれども、新型インフルエンザのときは80ぐらいまで。豊島病院も、ふだんは20ぐらいですけれども、いざというときは80ぐらいまでふやせるようになっておりますので、数が多ければいいというわけじゃなくて、一個一個の病院の中身も大事だと東京都のほうでは考えております。

○脇田部会長 まず、釜菴委員からお願いします。

○釜菴委員 この一覧を見ますと、今、御指摘のように大分ばらつきがあるということは、そのとおりですが、国内初発例から地域発生早期までという定義で、それぞれの医療機関が自分のところで行えるかどうかということと、それから公表をどうするかということを考えて、都道府県ごとに届けたという経緯であると理解しております。

問題は、むしろ地域発生早期でなくて、その地域において流行が非常に拡大して、そして実際にどれだけの入院が確保できるのかという、そのほうが私はずっと大事だと思っております、そこを都道府県ごとにきちんと無理のない数字を把握して、実際に稼働できるのはどのぐらいなのかというところの把握が一番大事だろうと思っておりますので、そのあたりも今後少し明らかになってくるといいなと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

ただいま釜菴委員から御指摘がありました、インフルエンザが蔓延してきたときの入院機関の体制といったところの調査は、今後やるということですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 現時点では、その具体的な調査は予定していないのですけれども、今いただいたようなところが非常に重要な点であるというのは私たちも承知しておりますので、その点については、各自治体と連携していきながら、引き続き体制整備に努めていきたいと考えております。

○脇田部会長 よろしくお願いします。

矢内委員、お願いします。

○矢内委員 先ほど味澤委員からも追加で発言をいただきましたけれども、東京都といたしましても、特に都立病院を中心に、感染症指定医療機関については、実際の感染症病床以外のベッドの活用、あるいは体制の整備ということで、各医療機関の中で御検討いただいているということで、感染発生早期については、このような形で進めていきたいと考えておりますので、追加でお示ししました。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。ありがとうございます。

それでは、資料1から4までまとめて、皆様、再度、御意見、御質問等ございましたら、またお願いしたいと思います。新型インフルエンザ対策全般に関する御意見でも結構だと思います。先ほど岩本委員、山田委員からもありましたけれども、発生時の国内体制の整備を充実していくことが非常に重要であるという御指摘をいただいたところだと思っております。よろしいですか。ありがとうございます。

特段の御意見も今のところはないということですので、それでは、資料1から3で御提案していただきました案を感染症部会としては了承させていただきたいと思います。ありがとうございました。

続きまして、議題2「流行性角結膜炎の届け出基準の一部変更について」になります。こちらは、資料5をごらんください。よろしくお願いします。

○上戸結核感染症課長補佐　よろしくお願いします。

資料5の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」の一部改正について説明いたします。

まず、「改正の趣旨」ですけれども、流行性角結膜炎の診断において、アデノウイルス抗原等の検出が臨床現場で一般的に行われていることを踏まえ、届出基準の改正を行うこととなりました。

内容に関しましては、本日、参考人として御出席していただいております藤本先生と国立感染症研究所の先生方、及び眼感染症学会の先生方にアドバイスをいただき、内容を改正しております。改正といたしましては、項目にアデノウイルス抗原などの検出を新たに追加するほか、所要の改正を行います。

適用期日といたしましては、令和2年4月1日付を予定しております。

次のページが流行性角結膜炎の改正した届出基準になっております。新旧対照表を見ていただくとわかるのですが、今回の届出基準の改正において、定義及び臨床的特徴など、臨床現場に即した形に改正しております。新たに追加した項目といたしましては、(5)の届出のために必要な検査所見というものになっております。

事務局からは、以上です。

○脇田部会長　ありがとうございました。

これまで、臨床届出基準に検査はなかったということですかね。それを取り入れるということですが、参考人として藤本先生に来ていただいておりますので、何か御発言ございますか。

○藤本参考人　これは、日本眼感染症学会、今、上戸先生から御説明があったのですが、臨床の先生方、特に詳しい眼感染症学会の先生方のほうで、こういった診断基準がいいだろうというのを詳しくもんでいただいて、その学会のほうから出た案がほぼこれになっています。

それで、当初、届出基準として、キットで陽性になっただけでEKCとして届けられるという読み方もできる状況だったので、その点については直していただきたいということで変更が加えられました。

それと、検体ですけれども、今までキットで陽性というのが入っていなかったのですが、これにつきましては、先ほどの御説明でございましたとおり、キットがかなり使われている。それで、それについて感染研でいろいろ調べてみたところ、どの方でも大体検出できるだろうという状況なので、これで陽性になったときにどういうふうに届出に使

っていただくかということがはっきりわかったほうが、明確になったほうがいいだろうということで、この案になっております。

○脇田部会長　ありがとうございました。

検査が届出基準に入ることによって、この流行性角結膜炎の届出がふえていくのか、それとも臨床診断だけでなく、検査で陰性だったら出さないみたいな形になるのか、その辺はどんな予想をされているのでしょうか。お願いします。

○藤本参考人　現在、どういう診断のときに届け出られているかということをお聞きしたのですけれども、キットで陽性だったら届けているという先生もいらっしゃって、その辺はいかがなものかというか、はっきりしていただいたほうがよろしいのではないかということを考えました。それで、これをもってふえるかどうかというのはわからないのですけれども、適正なものになると思っています。

○脇田部会長　ありがとうございます。

数はどうなるかわからないですけれども、適正な診断が下される、届出がされるということですね。ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から御質問、御意見があればいただきたいと思います。いかがでしょうか。

谷口委員、お願いします。

○谷口委員　新旧対照表を見せていただくと、「（４）又は（５）」と書いてありますので、これは臨床診断での届出も可能だという理解でよろしいですねというのと。

あと、流行性角結膜炎は、多分病原体サーベイランスの対象疾患でもあったと思うのですが、病原体サーベイランスについては、あらかじめ迅速診断キットでスクリーニングしたものだけを届けよというわけではなくて、これまでと同様、つまり、病原体サーベイランスには大きく影響はないと考えてよろしいですかという、この２点をお願いします。

○脇田部会長　事務局、お願いします。

○上戸結核感染症課長補佐　１点目に関しましては、御指摘のとおり、従来の臨床症状からの届出も可能となっております。それに加えて、検査を用いて、かつ臨床症状がある者についても届けられるようなものになってございます。

２点目に関しましても御指摘のとおりでして、従来どおり、サーベイランスも行っていく予定にしております。そちらのほうは、引き続き検討しながらという形になっておりますけれども、現在のところ従来の体制を考えております。

○脇田部会長　ありがとうございます。

そのほか、御意見いかがでしょうか。特にございませんでしょうか。

それでは、ただいま谷口委員から御意見がありましたけれども、それはそのとおりということでしたので、事務局からいただいた案、流行性角結膜炎の届出基準の改正を感染症部会としては了承するということですのでよろしいでしょうか。ありがとうございます。そのようにしたいと思います。

次の議題に移りたいと思います。議題3「抗微生物薬適正使用の手引きの改訂について」です。こちらの資料につきまして事務局から説明をお願いいたします。

○嶋田結核感染症課長補佐 結核感染症課の嶋田です。よろしくお願いします。

資料6と参考資料7を御用意ください。資料6は「抗微生物薬適正使用の手引き第二版（案）について」です。

薬剤耐性対策アクションプランの目標のひとつである抗微生物薬の適正使用を推進するために、平成29年6月に学童期以降の小児と成人の急性気道感染症と急性下痢症を対象とした「抗微生物薬適正使用の手引き第一版」を公表しましたが、さらに手引きで扱うべき領域を拡大する必要があるという意見が、AMRに関する小委員会においても以前から出されていたため、学童期末満の小児、乳幼児、赤ちゃんや幼稚園ぐらいのお子さんを対象にした急性気道感染症等を対象とする旨の改正を今回、行いました。

「改正の内容」としましては、生後3カ月以上の学童期末満の乳幼児の急性気道感染症、急性下痢症。そして、乳幼児に比較的多い急性中耳炎にかかわる記載を追記するほか、所要の改正を行っています。

参考資料7が実際の手引きの案になっていまして、1枚おめくりいただくと目次になっていまして、今まで一版として出されたものが成人から学童期以降の小児編で、47ページまでを出していますが、今回、さらに47ページ以降の乳幼児のところを追記して、第二版として公表するように考えております。先月、10月30日の第4回AMRに関する小委員会において、こちらのほうでおおむね方向性を確認していただき、あと、出席いただいた荒川委員や釜菴先生のほうからも御意見をいただいて、若干修正しまして、今回審議していただきたいと思います。

審議していただければ、今年度中に公表予定ですが、AMR対策を推進していきたいので、できるだけ早く公表したいと考えております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

こちらは、抗生物質の適正使用の手引きの改正ということですね。特に、改正の内容は、乳幼児編のところの改正になります。こちらは、AMR小委員会の構成員になっていらっしゃる大曲委員からも、追加で何か御説明ございますでしょうか。

○大曲委員 委員会に出ておりました国際医療センターの大曲です。

委員会では、今回、特につけ加えられた3カ月以上の乳幼児の急性気道感染症と急性下痢症に対する指針を示すことに関しては、特に異議はありませんで、内容に関しても大きな指摘はありませんでした。実際に、国民の医療の受療動向を考えたときに、特に急性気道感染症は一番回数が多いものでありまして、また、小児は、1歳未満ですと、年間6回程度、感冒になるというデータもありますけれども、急性気道感染症の受診回数のかかなりの部分を占めるのは、3カ月以上からの乳幼児なのです。ただ、前回の手引きでは、そこは対象になっておりませんでした。ですので、そこをしっかりとカバーするようにつくら

れたのが、今回の手引きの改正ということで理解しております。

○脇田部会長 ありがとうございます。

参考資料7の49ページを見ますと診療フローがついておりまして、抗菌薬を使用するかどうかということが、わかりやすく診療に当たる医師が判断できる形になっていると思います。

それでは、委員の皆様から御意見等ございましたら、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。

釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 先ほど嶋田さんから指摘していただいて、私も小委員会で発言しましたが、ここでもう一回繰り返します。

この二版の手引きは、大変よくできていると思って、大変喜んでおります。一版が出ましたときに、手引きによって、本来、抗微生物薬を使うべき対象に薬を使えなくなるのではないかという懸念が、私どもの会の中からも大分出ました。それに対しては、診断をしっかりつけることがまず大事で、初診で仮に診断がつかない場合には、しっかりフォローして診断をつけることが大事で、診断に基づいて適切な抗微生物薬を出すべきときはしっかり出す。それから、処方した薬については、内服薬が主ですから、きちんと飲んでいただく。途中で勝手にやめないというところが大事だというのが、一版のときに話題になったことでありまして、それは大分周知されたと思います。

今回、第二版については、今、御説明がありました生後3カ月からであります。この時期の患者さんは、小児科医だけでなく、いろいろな科の先生方にも受診し、診療していただくわけでありますので、大変役に立つと思います。

それから、3カ月までに例えば発熱して、これがかぜという可能性は極めてまれでありまして、むしろ重篤な病気が隠れているというか、重篤な病気がある可能性も高いということのメッセージにもなって、その部分については、より慎重な対応で医療をしなければならぬということのメッセージもありますので、大変いいと思います。

特に、先ほどはアデノウイルスの検査の話が出ましたが、溶連菌の検査もございしますが、その検査に陽性が出たら、何でもしっかりした治療が必要ということでは決してなくて、典型的な症状と検査の結果を総合的に判断するということが非常に大事だということが強調されておりますことは、私は大変すぐれていると思って、繰り返しになりますが、指摘させていただきました。

○脇田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。特段のさらなる御意見、ございませんでしょうか。

そうしましたら、こちらのほうも特に反対意見はございませんので、この事務局案に対して、感染症部会として了承したいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

続きまして、議題4「風しんの追加的対策」です。資料7、事務局から説明をお願いし



ます。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、資料7「風しんについて」、御説明したいと思います。

1枚目のパワーポイントの資料でございますが、こちらは疾患概要等、既に御承知おきかと思えます。最も大切なところといたしましては、2つ目の先天性風しん症候群が、妊娠中の女性が感染すると児に出現するという点でございます。先天性風しん症候群というものが、先天性心疾患、難聴、白内障を三大症状といたしまして、さまざまな障害が児に引き起こされるというものでございます。

現在、年次推移といたしましては、一番下の表の右下が2019年でございますが、11月20日時点の暫定値といたしまして、風しんの報告数、全数では2263件、また先天性風しん症候群は4例ということで、ことしになって発生報告が上がっている状況です。

おめくりいただきました2枚目のほうに、昨年からの報告数の変化をお示ししております。昨年の第15週ぐらいから少しずつ出始めておりまして、30週ぐらいからかなり爆発的に広がりを見せておりました。現時点では、毎週3例程度と、数字は比較的落ち着いておりますけれども、今回の流行が始まる前はほぼゼロか1であったことを鑑みると、まだ若干引きずっているということが考えられます。

おめくりいただきまして、3ページ目でございますが、都道府県別に見ますと、人口が多いところほど広がりやすいということもありまして、人口の多い都道府県に報告数が集中しているという状況でございます。そうは言いましても、ゼロの都道府県はほぼない状況でございますので、全国的にある程度患者さんが発生しているという状況でございます。

続きまして、4ページ目でございますが、風しん報告数を性別・年齢階級別に見てみますと、最も多いのが41歳から45歳の男性でございます。

これは、次のページで御説明いたしますけれども、予防接種を打つ機会がなかった世代ということで、こちらを中心に風しんが広がっているという状況でございます。

おめくりいただきました5ページ目でございますが、こういった状況を踏まえまして、本年度から風しんに関する追加的対策を実施しているところでございます。

下の男性・女性と書いてある表のところでございますが、1979年4月1日生まれから1962年4月2日生まれまでの男性につきましては、一度も風しんの予防接種を受ける機会がなかったということで、抗体の保有率が80%を切って79.6%となっておりますことから、2020年7月までに、この対象世代の抗体保有率を85%に、2021年度末までに90%に引き上げるという目標を掲げて、抗体検査を全国、原則無料で、抗体検査の結果、予防接種が必要な場合につきましても、全国、原則無料で予防接種を受けていただける体制を整備したところでございます。

おめくりいただきました6ページ目でございますが、こちらは、行いました追加的対策の実績でございます。現在把握できている範囲で、4月から9月実施分として86万7952件となっております。

そして、7ページ目が、それを踏まえて行われた予防接種の実績でございますが、17万4075件実施できておる状況です。

8枚目が本日のメーンで御議論いただく内容でございますが、こういった状況を踏まえて、今後どのようにするかというところでございます。

現状、今年度につきましては、1972年（昭和47年）4月2日から1979年（昭和54年）4月1日までの間に生まれた男性につきまして、クーポン券を配布し、そのクーポン券を御利用いただいているところでございます。

これまで、抗体検査の供給不足でございますとか、医療機関への駆け込み等といった混乱は生じておらず、それどころかと言うほうが正しいかもしれませんが、抗体検査の受検状況を鑑みますと、見込んでいた受検者数よりもかなり下回っているのが現状でございます。

そういった状況を踏まえまして、抗体検査の受検をより促進する必要があるということから、2つの方針を提案させていただきたいと思っております。

1つ目につきましては、今年度、クーポンを配ってしまった、先ほど申し上げた1972年から1979年までの方のうち、未使用の方に関しましても再勧奨したほうがよいと思っております。また、再勧奨するとともに、今年度末で使用期限が切れてしまうものだったのですけれども、翌年度以降も使用できるように期限を延長したいと思っております。

この再勧奨のやり方につきましては、さまざまなものが考えられますが、例えばもう一度クーポンを送っていただくということも考えられるのではないかと思っておりますし、再度、送っていただくときに、来年度以降も使えますよということにさせていただくというのも一つの形なのではないかと考えております。

2つ目といたしましては、本追加的対策の2年目分、来年度といたしましては、少なくとも570万人分のクーポン券を御配布いただけないかと考えております。市区町村の御希望に応じて、この対象世代は順次拡大が可能ですので、場合によっては全ての世代である、済みません、すぐに計算できませんが、昭和37年4月2日生まれの方までというのも、一つの選択としてあるのではないかと思っております。もちろん、ここは各市区町村さんの御希望に応じてということになります。

また、次年度当初から、このクーポン券を企業健診でお使いいただくことが、広くお使いいただくために最も重要かと思っておりますので、4月からの来年度の企業健診の機会に間に行うように、できるだけ早く、今年度中にクーポン券を御配布いただけないか、市区町村に依頼したいと考えているところでございます。

資料の説明は、以上です。

○脇田部会長　ありがとうございました。

風しんの流行に伴いまして、追加対策ということで、現在、クーポン券の配布による風しん抗体検査と、その陰性者に対するワクチンの接種ということが今、行われているわけですが、その状況についての説明と、それから今後の実施方法の御提案ということ

になります。まだまだ接種者数がふえてこないという現状かと思います。

それでは、委員の皆様から御意見、御質問等ございましたら、お願いしたいと思います。

中山委員、お願いします。

○中山委員 クーポン券という、せっかくいい制度を使って配っても、抗体検査を受けていただくところまで結びついていないということについては、これは広報活動をしないと、なかなか底上げはできないと思います。私、一度、NHKの朝のニュースで、記者がクーポンをもらいましたというところから始まって、抗体検査を受けに行くというニュースをやっていたのですけれども、そのような形で、クーポンをもらった後、どうすればいいかというのが具体的に伝わるような形で報道してもらうような働きかけをしていただくことはできないのでしょうか。

○脇田部会長 お願いします。

○加藤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。

御指摘いただきましたように、このクーポン券そのものの広報活動、また使い方の広報活動は極めて大切なことかと思っております。我々といたしましても、政府広報等での周知を行っているところでございますけれども、より多くの方に知っていただけるよう努力してまいりたいと思います。

○脇田部会長 そうだと思いますけれども、実際にどういった対策が有効なのかということを知ることも非常に重要ですので、このクーポン券を受け取って、それが受診行動にどう結びついているのか、あるいは結びついていないのかという理由をきちんと調査することも大事なかと考えています。

山田委員、お願いします。

○山田委員 今の件ですけれども、通常の手法ではなかなか難しいのではないかと思います。最近、ノーベル賞を取った行動経済学といった手法を積極的に取り入れて、そういう専門家と相談して、どういう手法が。多分、インセンティブを与えなければ、関係のない男性は行かないと思います。かなり革新的な方法をとらないと、うまくいかないと思います。ぜひその辺をよろしくお願いしたいと思います。

○脇田部会長 越田委員、お願いします。

○越田委員 金沢市保健局、越田でございます。

私は金沢市役所の産業医もしております。今年度当初に、この年齢に相当する男性職員にぜひ抗体検査を受けるようにということと、職員健診の会場には、クーポンを必ず持ってきてほしいことの2点を依頼しました。その結果、対象者の約半分は抗体検査を受けました。また、人間ドックを受けている方もいらっしゃいますので、同様に人間ドックを受けるときに必ず接種券を持って行ってほしいと職員に働きかけました。

この世代の男性の方は、どこかの会社なり、どこかの組織に所属している方が多いのではないかと思います。ですから、その職場から、健診を受ける際にクーポンを必ず持参する。あるいは、忘れても後から補完できるような仕組みを整えて、そこで抗体検査をし

てしまうという仕組みをつくったらいかがでしょうか。資料を拝見しますと、石川県全体検査率は決して高くないし、金沢市の抗体検査率は9月末で12%です。このような状況下でも、金沢市役所に勤務している男性の検査率は50%を超えていますので、職場からの働き替えは、一つのアイデアとしてはいいのかなと思っています。

○脇田部会長　ありがとうございます。職域への働きかけ、仕組みをつくるということかと思います。

矢内委員、お願いします。

○矢内委員　先ほど越田委員からもお話があったように、東京都でも職員健診の際に、対象年齢の方はクーポンを使ってくださいということで、かなりの方が抗体検査を受けて予防接種につながっているという状況です。

企業や健康保険組合では、クーポン券をどのように使うのか。クーポン券を持ってきてくれと言って、本当にみんなが持っているのかわからない。あるいは、健康保険組合から企業にクーポン券を持ってくることを伝える方法とか、支払事務について、このようにしたら支払ってもらえるのですという具体的な方法等を、ぜひ国のほうでマニュアル等を、簡単なもので構わないと思いますので、健康保険組合や企業団体等にお示しいただくと、企業での取組がより一層進むのではないかと思います。

また、資料にございます、今年度のクーポンの期限の延長についてでございますけれども、これについては、実際にやってみると、東京都の場合で言うと、各区市町村で接種費用が異なっているということ。また、来年度の4月には診療報酬の改定があるので、どんなことをしてもまた接種費用が変わってしまう。あるいは、消費税の上乗せ分を、今回は積んでいませんけれども、4月には積むということもありますので、接種費用が変わってくるような状況で、しかもそれが全区市町村、価格が違うという状況で期限を延長するのは、支払事務の混乱あるいは利用者の混乱といったことで、実現になかなか難しい部分がございますので、都道府県、区市町村ともよく検討を重ねていただきたいと思います。

受診券の送付ですけれども、次年度分、570万人とありますが、この前倒しで送るということについては、先ほどお示したように、接種価格が変わるということも含めて、今年度中に予算をまた補正で組んで送るというのは、各区市町村にとっては、事務量から言っても、財政的に言っても難しい面がございますので、この部分についても都道府県や区市町村とよく検討していただきたいと思いますと思うのと。

もう一つは、いろいろな混乱を招くということもございますので、残っている、ほんの少しの部分についても送ってしまうという区市町村も逆にありますので、国のほうで、区市町村の希望に応じて送付対象を拡大することも可能ということではなく、やりたいならどんどんやってくださいという形でお示しただけですと、各区市町村でも非常に取組が進むのではないかと思いますので、ぜひ御検討をお願いします。

以上です。

○脇田部会長　ありがとうございました。

事務局、お願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 御指摘ありがとうございます。

まず、企業・健保組合等の支払いの方法につきましては、我々のほうで一度だけ企業向けセミナーを開催したところでございますが、確かに大きな反響をいただいております。健保組合様への説明会等やマニュアルはまだつくっておりませんので、そういった反応も鑑みながら、より多くの方にお使いいただけるような、わかりやすい制度周知の方法を考えていきたいと思っております。

あと、再勧奨で、もう一度送っていただくことと、送付を前倒しでやるというところにつきましては、御指摘のとおりかと思っておりますので、市区町村、自治体の皆様方とよく話ししていきたいと思っております。

最後に、残っている世代も含めてということですのでけれども、我々としてもより多くの方にお届けしたいという気持ちは同じでございますので、そういった方向で考えていければと思っております。

○脇田部会長 ありがとうございます。

釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 今、いろいろ御指摘があったとおり、実施主体である市町村では、特に大変御苦労いただいていることはよく承知しております。今回のこの取組は、3年間の時限ということと、それから準備期間がほとんどない中で、それぞれやっていたということ。これまでにないことです。それだけ緊急性もあったし、危機感が国民全体の中でも共有できたのだろうと私は思います。

今回、この3年間の間に何とか検査の数をふやし、必要なワクチンの数をちゃんと接種につなげるということが一番大事ですので、いろいろ御指摘いただいたことも踏まえて、できることは何でもやる。新たにいろいろな手法を取り入れるということも、可能であればもちろんあれですが、できることは何でもやるという姿勢で、特に市町村の実施主体には大変な御苦労をおかけするわけですので、そのところはぜひ御理解賜りたいなと思います。

それで、きょうの資料の4ページ。これは、この会で私も申し上げてきているところですが、今回の取組は40歳からの男性を対象にしているわけですが、発生の年齢分布を見てもわかるように、それよりも年齢の低い人たちからも発症がかなりあるわけです。これについては、今回の取組ではここは対象になりませんが、今後、ここは忘れないでぜひ対応していかなければいけないと思います。

それから、6ページと7ページを比較しまして、6ページの抗体検査の実績については、目標の半分ぐらいなのかなという気はいたしますが、それでも接種率を見ると、当初予想していた2割というのに大体達しているので、そういう意味では接種がきちんと適正に行われているのではないかと感じました。

それから、きょうの御提案の8ページについて、基本的には賛成ですが、何しろ時限で

3年で決まってしまうことなので、何とか年齢幅を、今年度はここまでということ  
で区切らずに、対象者に幅広く検査の通知が届くように、ぜひ事務局にはさらに力を注い  
でいただきたいなと思います。また、次年度はここまでという年齢の制限が加わることよ  
りも、対象年齢にはみんな通知が行くというほうが、多分望ましいのではないかと私は感  
じておりますので、発言させていただきました。

○脇田部会長　ありがとうございました。

そうしますと、8ページの次年度というところ、受診券の送付ということを、対象の年  
齢の方に幅広く送れるようにするという御提案だと思います。そこは、事務局、いかがで  
しょうか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長　御提案ありがとうございます。

私どももそのほうが、より多くの方に使っていただくために便利になる方法だと思っ  
ておりますが、財政支出に関することですので、必要な皆様方としっかり話し合  
いながら進めていきたいと思います。

○脇田部会長　そうですね。今年度の受診状況、要するにクーポン券の使用状況等も勘案  
していただいて、予算のことも考えていただいて、その点を考慮していただければと思  
います。

そのほか、いかがでしょうか。

谷口委員、お願いします。

○谷口委員　無理を承知で申し上げますが、このシステムの理由とか背景は十分理解した  
上ですけれども、採血に行って、結果を見て、また行くというプロセス。例えば、本人が  
希望すれば、ダイレクトで風しんワクチンを受けるということのほうが多分楽ですし、そ  
れだと1回、一瞬で済むわけです。企業の中で非常に楽だと思いますが、先ほどの釜薙先  
生等のお話もありますが、今後、拡大とかも考えることがあれば、そういったことも御検  
討いただけないかなと思います。

○脇田部会長　事務局、いかがでしょうか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長　今すぐ、ここではっきりとしたお答えはなか  
な難しいと思っておりますけれども、接種に至るまでのハードルを下げるという点は大変  
重要なことかと思っておりますので、ハードルを下げるためにどのような手法があるのか、いた  
だいた御意見も踏まえて、今後考えていきたいと思っております。

○脇田部会長　課長、お願いします。

○日下結核感染症課長　この追加的対策は、予防接種法の中に位置づけられておりまして、  
位置づける際に、風しんの抗体価が低いことが前提とされた関係上、まずは抗体検査をし  
ていただくという建て付けとなっています。風しんの抗体価が低いということをどうやっ  
て証明するのかというハードルがございまして、現時点では抗体検査をまずは受けていた  
だくしかないのかなと考えています。

なお、現在開発中ではございますが、来年上旬に上市が予定されている抗体検査だと、

受診している間に検査結果が出るというものもございますので、そういったものも活用しながら、なるべく1回の受診で終わるような形で進められないかなと、我々も検討を進めていきたいと思います。

○脇田部会長 岩本委員、お願いします。

○岩本委員 関連ですけれども、僕も1回がいいと思うけれども、風しんとか麻しんの抗体価は、感染研が発表しているのは、倍々希釈による測定法の値がインターネットに出ている。ところが、ほとんどのクリニック等では自動化法になっていて、基本的には定量検査になっているので、その表を見ながら、風しんだと8ユニットないとだめですとか、麻しんだと16だったか。しかも、このぐらいの抗体価が要求されていますというのが別々なので、その説明をするのなら二度来ないといけないというのが現実です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

それでは、御意見、いろいろございました。さらに、風しんの追加対策のあり方、実施方法と言ったらいいでしょうか。それをどのようにするか、さらに改良していく必要があるのではないかという御意見もいただいたところです。現状、事務局からの提案を、一応、これで感染症部会としては了承して、さらに事務局のほうで今後の対策について、追加等ができるものがあれば検討していただくという形で、ここで部会としては了承という形にしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

調委員、お願いします。

○調委員 山口県の調ですけれども、風しんの追加的対策についてではないのですけれども、追加的対策は男性を対象にしているので、集団免疫を上げることが目的になっていると思います。4ページのグラフにもありますけれども、風しん対策の一番の目的は、CRSをゼロにするということだと思いますが、女性の患者数も5人に1人は出ていて、しかも好発年齢が20代ということで、最近、男性の報道がすごく強調してなされているところがあると思いますけれども、最も重要な女性に対する対策をしっかりやっていくということと、二本立て、集団免疫をつくるということと、女性の抗体価を上げるという2つを同時に一生懸命やっていく必要があると思いますので、ぜひよろしくお願いいたします。

○脇田部会長 ありがとうございます。

お願いします。

○越田委員 私も全く同感です。女性に関しては、妊娠すると必ず抗体検査をしているのです。抗体検査で、一定の力価に達していない方に関しては、無事出産した後、必ずワクチン接種するということを産婦人科医会にもお伝えする必要があるのではないかと考えておりまして、これもぜひお願いしたいと思います。

○脇田部会長 ありがとうございます。

幸い、今、風しんの流行が少し終息、小康状態になりつつある。ただ、ここでさらに風しんの対策というものをきちんと考えていくことが必要だと思います。今年度、始まった

風しんの追加対策をきっちりとやり遂げて、3年間やっていって、今、調委員から指摘がありましたように、集団免疫を上げていくということ。

それから、本来の目的であるCRS、ゼロを維持するということをいかにして達成するかというところを今後も検討していく必要があると感じております。

さらに御意見がなければ、この議題、先ほどのような取りまとめで了承ということにさせていただきます。ありがとうございます。

それでは、次に進ませていただきます。議題は「報告事項」になります。4件ほどございますので、事務局から順次、説明をお願いしたいと思います。

○嶋田結核感染症課長補佐 事務局です。

それでは、報告事項1、資料8を御用意ください。「セファゾリンナトリウム注射用が安定供給されるまでの対応について」という、9月30日に出した事務連絡です。

以前も御議論あったとおり、ことしの春から、セファゾリンを供給している比較的シェアの大きい会社で安定供給ができなくなってしまう、さまざまな医療機関でセファゾリンが手に入らなくなったということがありまして、前回の感染症部会であったり、アンケートの結果から、病院によってはセファゾリンが全くないことによって、手術ができなかったとか、延期したとか、患者さんを診られなかったというケースが、わずかですが、ありました。

なので、そういったところを何とかしたいと思ひまして、経済課と協力して、この通知を出して、連絡いただいた医療機関に対しては、メーカーと卸にお願いして、その医療機関にセファゾリンが供給できるようなスキームを出したのが、この事務連絡です。今のところ、9月30日に出してから連絡が3件ほどありまして、全て対応できております。それぞれについても、数百バイアルのセファゾリンを供給できている状況です。

なお、この安定供給できなかったメーカーによると、プレスリリースによると、ことしの11月25日から次第にセファゾリンが供給できるような体制になっていまして、来年の1月からは通常どおりになっておることをお伝えしておきます。

以上です。

○脇田部会長 1個ずつ御質問を受けたいと思います。御質問、御意見等ございましたら。よろしいでしょうか。

では、次、お願いします。

○嶋田結核感染症課長補佐 続いて、報告事項2「ワンヘルス動向調査年次報告書」についてですが、資料9を御用意ください。

こちらは、既にきのう公表しているものですが、薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書は、毎年、動向調査検討会において、厚生労働省と農林水産省、環境省、食品がそれぞれデータを出した報告書の2019年版ができ上がりました。これは、きのう、11月27日にホームページ上で公開していまして、あと、内閣官房主催の国民啓発会議においても、この概要についてお知らせしています。



ことは、2018年度の抗菌薬の使用量が、2013年と比べて約10.6%減少したこと。並びに、広域の抗菌薬、セファロsporin、マクロライド、フルオロキノロンが約17から18%、2013年と比べて減っております。明らかにアクションプランが始まってから、こういった抗菌薬が減少していきまして、次第にAMR対策が浸透しているのではないかと考えております。

今後も、先ほどの小児の抗菌薬の適正使用の手引きとあわせて、AMR対策を推進してまいりたいと思っております。

以上です。

○脇田部会長 ありがとうございます。

この件に関しましての御意見、御質問ございますでしょうか。

谷口委員、お願いします。

○谷口委員 人間のほうは進んでいると思うのですが、動物用のほうはどっちかというところとふえていたりするのですけれども、こういったところはどのような対応をとられているのか、御教示いただければと思います。

○脇田部会長 お願いします。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 済みません、この場には動物担当の農林水産省の方がおりませんので、確たることが申し上げられませんが、農林水産省においてガイドラインを作成したりという活動をされているとお伺いしております。

○脇田部会長 ありがとうございます。

ワンヘルスということですので、医療関係だけでなく、環境、農水関係と一体となって、この薬剤耐性対策を進めていかなければいけないということですので、ぜひ情報共有していただけて進めていただく必要があると考えています。

釜薙委員、お願いします。

○釜薙委員 そのワンヘルスの会にも出ておりますので、専門ではありませんが、ちょっと申しますと、動物のほうではテトラサイクリンの使用量が非常に多いということで、これについては、日本獣医学会も非常に強い危機感を持っていて、それに対する対応をしっかりとったら、ある地域で用量がぐんと減るという実例が出ていて、その情報が大方共有されてきていますので、動物分野の対応がおくれている、足りないということでは決していないと思います。両方合わせたワンヘルスの動向調査報告書というものは画期的なものだと思いますので、国全体として環境も含めて、これがしっかり周知される。

それから、これは英語でも出されるのでありまして、その点でも大変よいものだと思います。

ちょっと追加させていただきました。

○脇田部会長 釜薙委員、どうもありがとうございます。

お願いします。

○梅田感染症情報管理室長 今、釜薙先生から補足いただきましたが、少しだけ補足させていただきますと、獣医療分野においても、今、御指摘ございましたような、このAMR対策

については大変問題視しているということで、獣医師会として医師会と連携してワンヘルスの取組をしております。従来からサーベイランス等を行っておりまして、獣医療分野、家畜医療分野において、適正な使用について徹底していくということで取り組んでおりますので、引き続き連携しながらやっていきたいと考えております。

○脇田部会長　ありがとうございました。

谷口委員、よろしいでしょうか。

そのほか、ございますか。

それでは、次の説明をお願いいたします。

○嶋田結核感染症課長補佐　続きまして、報告事項の3番目「コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の発生状況について」ということで、資料10を御用意ください。

こちらは、毎回報告させてもらっているコンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の流行ですけれども、第10回目のエボラ出血熱が2018年8月1日より続いておりまして、11月17日までで、北キブ州、イツリ州、南キブ州の3州、隣のウガンダやルワンダに近い3州において、2196名の死亡例を含む患者さん3296名の発生が報告されております。

それから、下のほうですけれども、7月14日にコンゴ民主共和国から、北キブ州の州都ゴマという、100万人ぐらいの比較的大きな都市で患者の発生を確認したことを踏まえて、17日にWHOにおいて緊急委員会が開催されて、現状が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」に該当すると判断しています。

その後、10月にもWHOの緊急委員会のほうでフォローアップが出されたのですけれども、PHEICの継続が必要だと見解が出されております。

日本の対応としましては、PHEIC宣言を踏まえて、関係省庁の会議を開催して情報共有などの徹底を行っております。なお、ことしの8月に、政府としてはJDRの感染症対策チームがコンゴ民主共和国に行って、感染症対策の支援などを行っております。

以上です。

○脇田部会長　ありがとうございました。

こちらも御質問、御意見等ございますでしょうか。

岩本委員、お願いします。

○岩本委員　エボラは、僕自身、日本国内で流行するとは思っていないですけれども、渡航者は、基本的にはダイレクトラインが今のところないので、ヨーロッパに比べると、頻度ははるかに減ると思いますけれども、現に5年ぐらい前でしたか、西アフリカのシエラレオネの発熱患者さんが関空に入国して、結局マラリアだったという例があったと思います。

治療薬が開発されてきているので、やっても論文にはならないかもしれないけれども、次の報告で、感染研もエボラのウイルスは手に入れたわけだから、最初の研究として、日本で選ぶとしたら、ZMapよりほかのものが効きますよ、最近のものが効きますよという報道もされているので、日本でどれか1つだけでも、渡航者用の最小限の薬が使えるという

状況をつくるのは必要じゃないかという気がするのですけれども、いかがでしょうか。

○脇田部会長 岩本委員、御指摘ありがとうございます。

次の報告のところに、感染研に特定一種病原体の受け入れということがありますけれども、そこで我々感染研が武蔵村山市、それから周辺の自治体の皆様にお約束しているのは、自由な研究は行わないのだけれども、患者さん、感染者の生命を守るための業務に特化するということでお約束しているところになります。

確かに治療薬の効果を調べるというところが、その範疇にあるのかということは、そこはよく議論する必要があるかと思いますので、感染者の生命を守るために必要なことはやっていく必要があると考えておりますけれども、直ちにそれを行うという状況にはないということのお話をしておきたいと思います。

ありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。ありがとうございます。

それでは、次の御説明をお願いいたします。

○梅田感染症情報管理室長 感染症情報管理室長の梅田でございます。

先ほど、既に出しましたけれども、一種病原体の輸入につきまして御報告させていただきます。前回、7月の部会におきまして、オリパラに向けての感染症対策の強化ということの一環として、国立感染症研究所の検査体制の整備を図るということで、一種病原体の輸入に関する大臣指定の御報告をさせていただきました。

その後、9月25日、26日にかけて、実際に一種病原体を輸入いたしまして、翌27日に、感染研がプレスリリースを行うとともに、ホームページに掲載して公表しているところでございます。

これまでも感染研におきましては、安全対策を種々講じてきているところでございますけれども、今後とも感染研でPDCAサイクルを回しながら、さらなる安全対策を講じていくということで予定しておりますけれども、監督する立場でございます私どもといたしましても、安全対策についてしっかりと徹底を図っていきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○脇田部会長 ありがとうございました。

私のほうから少し補足させていただきますけれども、今回の特定一種病原体の受け入れに関しましては、来年、東京オリンピック・パラリンピック2020の開催に向けて、政府の感染症対策の強化の一環ということで、我々のところでは検査体制を強化することによって、こちらの特定一種病原体の検査体制の強化に伴う輸入ということになります。周辺住民の皆様にご安心いただくということが非常に重要ですので、情報公開等に関しましては、村山庁舎の運営連絡協議会において、この業務計画、業務内容については、逐一、御報告するということになっています。

先ほど岩本委員のほうから御指摘ありましたけれども、現状の業務計画は、検査体制の

強化というところで、現在、我々、既に核酸検査につきましては、その検査体制を整備しているところですが、その検査方法のさらなる向上というところ。それから、中和抗体価の測定というところは病原体がないとできない検査法ですので、新たにそちらを整備するということは、来年のオリンピック・パラリンピックの開催に向けて整備していくということを予定しているということになります。私のほうから追加は、以上です。

こちらに関して、何か御質問等ございましたら。

山田委員、お願いします。

○山田委員 受け入れに関する輸送ですけれども、公安が周りをかためたようなものが空港から仰々しく出てくるということになるのですか。

○梅田感染症情報管理室長 ありがとうございます。

一種病原体の運搬にかかわる規則について申し上げますと、これは一種だけではないのですけれども、一種から三種まで、運搬については公安に届出が必要になってございまして、公安と私どものほうで安全管理に万全を期すということで、運ぶ体制とかルートを届け出た上で監督されるということになってございます。

○山田委員 実際には、いつ運ぶとか、そういうことは当然のことだけれども、非公開ですね。

○梅田感染症情報管理室長 そうです。セキュリティの問題から、ルートや、いつ、どこからということに関しては、非公表にしております。

○山田委員 ありがとうございます。

○岩本委員 もう来ている。

○脇田部会長 もう既に公表していますけれども、9月25日、26日に搬入したということになっています。これは公開情報ですので。

そのほか、よろしいでしょうか。

それでは、報告事項、ありがとうございました。

会の全体を通しまして、さらに皆様、本日の議題、そのほかでも結構ですけれども、何か御意見、御質問等ございましたら、伺っておきたいと思いますが。

山田委員、お願いします。

○山田委員 今の件に関連するのですけれども、一種病原体が感染研に保有されたということに伴って、感染件のセキュリティ体制というものは以前より強化されているのでしょうか。

○脇田部会長 私のほうからお答えいたしますけれども、これは平成27年のBSL4施設としての指定を厚生労働大臣に受けたとき以来、警備体制、セキュリティの強化というものを図ってきたところです。先ほど、PDCAサイクルを回して、さらにそういった体制の強化に努めていくということを行ってきているところで、今回、既に十分にセキュリティ対策はなされているところですが、さらに今後追加でさまざまなセキュリティ対策を行っていくということで、警備体制、例えば警備員を増員して、山田先生、村山庁舎へ行かれ

たときは、立哨していた警備員はいなかったかもしれないですけども、現在、正面ゲートのところに2名が立哨しています。

さらに、監視カメラを増設するとか、BSL4施設に入るところの生体認証とか、さまざまな機材を導入するといったことを今後予定しているということになります。

そのほか、いかがでしょうか。

越田さん、お願いします。

○越田委員 ありがとうございます。

参考資料7の抗微生物薬適正使用の手引きの第二版ですが、第一版が2017年とお聞きしています。15年近くたって第二版が出ることになりますが、今後の改訂についてご教示ください。

○嶋田結核感染症課長補佐 2017年6月です。

○越田委員 申しわけございません。勘違いしておりました。

年度内公表に関しては、おおむねいつごろになるか。まだオープンじゃないのですね。

○嶋田結核感染症課長補佐 できるだけ早く出したいです。

あと、アップデートについては、感染症の診療がある限りは、AMR対策は切り離せないと思いますので、これについても、時期はわかりませんが、適宜、AMRの小委員会とこの感染症部会を通して検討していきたいと思っています。

○越田委員 平成と元号を勘違いしました。今後もアップデートをきちんとしていただければと思っています。

○脇田部会長 それでは、アップデートのほうはきっちりとお願ひしたいと思います。

それでは、よろしいでしょうか。ありがとうございます。

これで本日の議題の審議は全て終了いたしました。活発な御議論ありがとうございます。

事務局から何か連絡事項はございますでしょうか。

○加藤新型インフルエンザ対策推進室長 次回の日程に関しては、追って御相談させていただきたいと思います。

事務局からは、以上です。

○脇田部会長 それでは、これをもちまして本日の感染症部会を終了させていただきます。ありがとうございました。