

04/04/23 感染症分科会感染症部会新型コロナウイルス対策に関する検討小委員会第五回議事録

厚生科学審議会感染症分科会感染症部会
新型コロナウイルス対策に関する検討小委員会

平成16年4月23日(金)
10:00~12:00
日比谷松本楼(2F花水木の間)

議 事 次 第

1. 開 会

2. 議 題

1) 新型コロナウイルスに対するレベル別対応について
2) 新型コロナウイルス流行時の医療供給体制の確保について
3) インフルエンザA／H5N1の臨床について
4) ノイラミニダーゼ阻害剤を中心とした新型コロナウイルス対策について
5) その他

<資料>
資料1 新型コロナウイルスに対するレベル別対応について
資料2 新型コロナウイルス流行時の医療供給体制の確保について
資料2-1 カナダのインフルエンザ・パンデミックの影響について
資料2-2 オランダのインフルエンザ・パンデミックの分析について
資料2-3 感染症指定医療機関の指定状況(平成15年12月末現在)
資料2-4 SARS患者対応入院病床病床数及び入院対応病床数(平成16年1月6日現在)
資料3 インフルエンザA／H5N1の臨床について
資料4 ノイラミニダーゼ阻害剤を中心とした新型コロナウイルス対策について
資料2 1資料1資料1参考資料2-2 鳥インフルエンザ緊急総合対策について

○廣田委員長
それでは、時間がまいりましたので、開会いたします。最初に感染症情報管理室の滝本室長よりごあいさつをお願いいたします。

○滝本感染症情報管理室長
おはようございます。委員の先生方にはお忙しいところ、第5回新型コロナウイルス対策に関する検討小委員会に御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。この4月より感染症情報管理室長に着任しております滝本と申します。以後よろしくお願いをいたします。

結核感染症課長も出席を予定しておりましたけれども、国会関係の所用が入りましたので、今回は欠席ということになります。御了承いただければと思います。

さて、本日の議題でございますが、新型コロナウイルスに対するレベル別対応につきまして、前回の委員会で御指摘をいただきました点につきまして、見直しをしておりますので、これを踏まえて、改めて御意見をいただければと思います。

次に新型コロナウイルスによるパンデミックが発生した場合には、医療需要が増えるわけになります。その規模に応じた医療体制を確保していく必要がございます。平成9年の検討会におきまして、これにつきましても、試算がなされておりますし、本日はこれに加えまして、CDCモデルによるカナダの試算等を事務局から御紹介いたしました上で、委員の先生方の御意見をいければと考えております。

次に、本日はお二人の先生にお越しをいただきまして、プレゼンテーションをしていただく予定です。私の方から御紹介をさせていただきますが、まずお一人目でございますけれども、久留米大学の名誉教授の加地正郎先生でございます。加地先生は新型コロナウイルス・パンデミック等の著書もございまして、インフルエンザ臨床の第一人者のお一人でございます。アジア風邪についても詳しく、また、97年の香港の新型コロナウイルスについては、実際に現地に行かれまして、調査・分析もなされた御経験もございまして、本日は過去の事例も踏まえましたお話が伺えるというふうに聞いております。

お二人目は、けいゆう病院小児科部長の菅谷憲夫先生でございます。菅谷先生も皆様御承知のとおり、インフルエンザの臨床、特にノイラミニダーゼ阻害剤による治療については、非常に多くの経験をお持ちの先生でございます。また、3月にカナダで行われた世界健康安全保障行動グループ、パンデミック・インフルエンザ技術作業部会に、日本からのメンバーとして参加をいただいております。

本日はノイラミニダーゼ阻害剤を中心とした新型コロナウイルス対策について、プレゼンテーションをいただく予定です。

以上が本日の議題の御紹介になります。

最後になりますが、本日もレベル別対応を始め、新型コロナウイルス対策につきまして、忌憚のない御議論をいただければと思っておりますので、よろしくお願いをしたいと思います。

○廣田委員長
事務局の方から資料の確認をしていただけますか。

○事務局
それでは、事務局の方から資料について御説明いたします。

まず、議事次第がございまして、1枚めくっていただきまして、資料1「新型コロナウイルスに対するレベル別対応について」。

2ページが資料2「新型コロナウイルス流行時医療供給体制の確保について」。

資料2-1がカナダの例、資料2-2がオランダの分析でございます。

資料2-3、資料2-4として、それぞれ参考資料を付けてございます。

資料3が「インフルエンザA／H5N1の臨床について」、加地正郎先生のプレゼン資料でございます。それが7枚ございます。

15ページに資料4として、菅谷先生のプレゼンテーション資料が4枚、以上でございます。

○廣田委員長
それでは早速議題の1「新型コロナウイルスに対するレベル別対応について」に入りたいと思います。事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局
それでは、事務局の方から御説明いたします。資料1をごらんください。

「新型コロナウイルスに対するレベル別対応について」は、前回御指摘いただきました事項を踏まえて、レベル0とレベルⅤを追加しております。今回は変更点、修正点のみを御説明させていただきます。

まず、平常時から準備しておくべきことを定めるために、レベル0を設定しております。この場合の主な対応といたしましては、「インフルエンザサーベイランス」「一般ワクチン接種の推進」「インフルエンザ治療の普及」「新型コロナウイルスに関する研究」「医薬品の安定供給(備蓄)」を追加する。以上を挙げております。

続きまして、国内において新型コロナウイルスが汎流行した場合を想定してレベルⅤを設定しております。この場合、日本が海外へ新型コロナウイルスを拡げないようにするという努力が求められることになると思われますので、その対応といたしまして、出国時の健康審査の実施、出国の自粛勧告、こういったものを例として挙げております。

また、国内において発生が確認された初期の段階では、患者が少ないと思われずけれども、こういう状態では、例えば感染症法に基づく入院勧告といった措置はよくならないと思われ、広く流行した場合、この場合においては、そういった措置というのは必ずしも有効ではなく、こういったことも考えなければなりませんので、そういった場合に対応しまして、集会の自粛、例えば学校の閉鎖等といったものを挙げております。

更にこの場合、医療需要が非常に多くなるといったことが考えられますので、公民館、体育館等における患者への治療を挙げております。

最後に、海外において高病原性鳥インフルエンザや新型コロナウイルスが発生した場合には、現地に専門家を派遣するといった御意見をいただいております。レベル1とレベルⅢ、海外においての事例のときに専門家の派遣を追加しております。以上でございます。

○廣田委員長
ただいまの説明について、御質問がございましたらお願いいたします

○田代委員
これは前回も指摘したと思うんですけども、この書きぶりは高病原性鳥インフルエンザウイルスに由来する人のヒトの新型コロナウイルスの話ですね。今回のこの会議の目的というのはそこなんですか。それとも、過去の過去新型コロナウイルスというのは、我々百年間で経験しているのはすべて弱毒の鳥インフルエンザに由来するヒトの新型コロナウイルスによって起こったわけです。そうすると、今後もそういう可

能性は当然あるわけです。一旦起こってしまえば高病原性鳥インフルエンザ由来するヒトの新型インフルエンザが起きた場合の健康被害は当然多いことで予想されますけれども、弱毒の新型インフルエンザウイルスによって起こったパンデミックも、過去の健康被害の程度は十分に起こる可能性はあるわけです。

そうしますと、過去の例を考えると、弱毒の鳥インフルエンザウイルスがそこで広がっていったとしても、我々は気がつかないわけですから、ここに書かれているレベルの1とIIというのは事前に検知できない可能性がある。そうすると、当然それに対する対応というのはできないわけです。突然IIIの段階から入ってくる可能性があると思うんです。

○事務局
ただいま田代先生からお話がありましたように、察知できないということですので、なかなかそれに対応した行政的な対応というのを取りにくいのかなと思います。レベル1・IIについては、高病原性鳥インフルエンザが発生すれば家禽等が大量に死ぬということをもっと察知できるし、それに対応したものとして、殺処分等の行政的な対応も出てくるということ。レベルIIの対応を整理しております。

御指摘のとおり、弱毒性の高病原性でない鳥インフルエンザが発生した場合には、地下に潜ってしまう、察知できないということになりますので、新型インフルエンザ発生時ということではII、あるいはIVという形でI、IIを経ずに出てくるということも十分にあり得るだろうと考えております。

ですから、0、I、II、III、IVと順番に経過していくということではなくて、0からIIIになる、あるいはIVになるということも十分に想定した上での対応を考えておく必要があるだろうと考えています。

○廣田委員長
喜田先生、何か補足がございましたら。

○喜田委員
ここに高病原性鳥インフルエンザ発生時と書いてあるのは、鳥におけるインフルエンザのことですね。これはこれでいいんじゃないかと思うんですが、低病原性のインフルエンザウイルスの中で、H5とH7のHAを持っているウイルスについては、高病原性鳥インフルエンザウイルスというふうに農水の方では定義しておりますので、H5とH7に関しては、これと同じに進めることができると思います。

ほかのH5、H7以外のHAを持っているウイルスについては、これはどうしようもないので、農水の方の伝染病予防法では、弱毒のインフルエンザウイルスで、これはただの鳥インフルエンザとして扱われておりますので、ここに入らないことになりま

す。したがって、そういうタイプのHAを持ったウイルスがヒトに入った場合にはIIIということになると思います。

○廣田委員長
加地先生、この後、加地先生のプレゼンテーションをお伺いすることになっておりますけれども、何か今のところでコメントがございましたら、お願いいたします。

○加地参考人
今のお話の問題は、高病原性というのは、鳥についての高病原性です。ヒトについてはまだわからない。ただ、今回のH5N1は、後で申し上げますけれども、報告された症例に限って言えば非常に高率に肺炎を起こし、致死率も高いということと、これはございすけれども、その辺の病原性の問題というの、今のところ鳥の問題についてのお話ですから、特に私が申し上げることはありません。

○岡部委員
例えば具体的にH9などがヒトで出たりするというのが今まであって、鼻風邪程度で治まるわけですが、仮にヒトからH9が出た場合は、今回これのどれに入るのか、それがお伺いしたいのが1つ。

もう一つは、前にも申し上げたんですが、例えばこのままの文章で行っても、国内において高病原性インフルエンザウイルスがヒトへの感染が確認された場合、レベルIIになるわけですが、こういったようなときに海外への情報の提供、交換というのは非常に求められることになると思うので、そのレベルIIの場合、あるいはレベルIVの場合には、それをきちんと書いておかないと混乱が起きるのではないかと思います。

それと、こういうところに書くべき問題ではないのかもしれませんが、そういうものが出たときに、例えば外国で出れば日本は株が欲しいというわけですが、日本で出たときには株は提供するんですか。それともどこかで議論しておかないと、その場でものすごい混乱が起きると思います。

○事務局
まず、レベルII、レベルIVについて、海外の情報提供を入れるべしということとは、この中に盛り込んでいきたいと思います。

また、海外に株を提供するののかということについては、今後議論の中で詰めていきたいと思うんですが、やはり理論的にはそういったこともしていかなければいけないのではないかと考えます。

また、H9をどこに入れていくかという点についてですが、これは高病原性鳥インフルエンザとしては農水は定めていないということですので、そのときの状況は、ヒトのを見ながら改めて考えさせていただきたいと思います。

○事務局
H9は私も十分承知しておりますが、このIII、IVの基準としましては、括弧内に書いてありますとおり、高頻度のヒトからヒトへの感染があるかどうか。そういうところで判断しようと思っていますので、H9がどの程度の感染力を持つかというところで、IIIに入れるか、IVに入れるか、そこを判断していくことになるのかと思うんですが、感染力がない場合でも、そこはうまく入る場所がないというのは問題点としてあるんだろうと思います。

○田代委員
私は新型インフルエンザ対策というのは、弱毒も強毒もないと思っています。すべて新型というか、今までヒトの世界になかったウイルスがヒトの世界に感染した1例が出た場合には、WHOではフェーズ0のステージ1、複数出た場合にはレベルIIに上げる。ヒトとヒトのトランスミッションが確認された場合にはレベルIIIです。その段階でもまだパンデミックではないわけですから、インターパンデミックステージですけれども、それは弱毒のウイルスであろうと、強毒のウイルスであろうと同じヒトの世界に対してパンデミックになる危険性は同じにあるわけです。ただヒトの世界でパンデミックを起こした後の病原性の違いというのは、強毒の鳥のウイルスに由来した方が大きな健康被害が出るということは十分想定されているということだと思

います。

○廣田委員長
そうしますと、ここで高頻度のヒトからヒトへの感染が確認されという、1つのレベルの定義がある。先生の御意見ではこの定義自体はよろしいわけですね。

○田代委員
それは新型インフルエンザ発生時ですから、それはそれでいいわけです。ですが、それよりも前の段階が問題なわけです。起こったら、それは何か対策を取るしかないわけですが、起こる前にどういうふうに対応できるかということが大きなポイントになると思います。

○廣田委員長
ほかにございますでしょうか。

○加地参考人
鳥での病原性とヒトでの病原性は、必ずしも同じではないわけですから、これはどういう新しい方が出たにしても、一応全部こういうのに入れて対応しなければいけないだろうと。そういう意味では田代先生おっしゃるのと大体同じだろうと思うんです。鳥の高病原性だからヒトにも病原性が強いと。病原性が弱い鳥のウイルスが人間にかかったら、人間の方は必ずしも症状が弱いとは限らない。ヒトの病原性と鳥の病原性は必ずしも一致するとまだわかっていないわけですから、新しい型が出れば、やはりそういう取り扱いをした方がいいと思います。

○喜田委員
鳥に発生したときとヒトに発生したときを混同されているように思うんですが、家禽に発生して、家禽に対して強い病原性を示すのがH5とH7で、病原性を示さないけれどもH5とH7が分離された場合には、高病原性鳥インフルエンザとして扱うことになっています。

ヒトでの新型ウイルスというのは、どのインフルエンザウイルスも可能性は否定できないので、ヒトで発生が確認された場合は、III、IVで書かれていると思うんです。

○廣田委員長
ありがとうございます。ほかにございますか。

○事務局
1つ事務局の中で、今、相談した結果、御相談なんですが、例えばI、IIのところ、こちらの高病原性鳥インフルエンザということでI、IIを設定しているんですが、ヒトに感染が確認された場合、これは低病原性の鳥インフルエンザであっても、大体同じような対応をとることになるのかなと思いますので、このレベルの設定の仕方として、またはヒトへの感染が確認された場合と書いておりますが、または鳥インフ

3/12

[illegible]

の後おこ
 1 Nのせう
 2 Nのせう
 3 Hの明白
 4 Hの明白
 5 の証かな
 6 家族た
 7 家がつ
 8 家があ
 9 出た重
 10 人が染
 11 持たて
 12 持たて
 13 持たて
 14 持たて
 15 持たて
 16 持たて
 17 持たて
 18 持たて
 19 持たて
 20 持たて
 21 持たて
 22 持たて
 23 持たて
 24 持たて
 25 持たて
 26 持たて
 27 持たて
 28 持たて
 29 持たて
 30 持たて
 31 持たて
 32 持たて
 33 持たて
 34 持たて
 35 持たて
 36 持たて
 37 持たて
 38 持たて
 39 持たて
 40 持たて
 41 持たて
 42 持たて
 43 持たて
 44 持たて
 45 持たて
 46 持たて
 47 持たて
 48 持たて
 49 持たて
 50 持たて
 51 持たて
 52 持たて
 53 持たて
 54 持たて
 55 持たて
 56 持たて
 57 持たて
 58 持たて
 59 持たて
 60 持たて
 61 持たて
 62 持たて
 63 持たて
 64 持たて
 65 持たて
 66 持たて
 67 持たて
 68 持たて
 69 持たて
 70 持たて
 71 持たて
 72 持たて
 73 持たて
 74 持たて
 75 持たて
 76 持たて
 77 持たて
 78 持たて
 79 持たて
 80 持たて
 81 持たて
 82 持たて
 83 持たて
 84 持たて
 85 持たて
 86 持たて
 87 持たて
 88 持たて
 89 持たて
 90 持たて
 91 持たて
 92 持たて
 93 持たて
 94 持たて
 95 持たて
 96 持たて
 97 持たて
 98 持たて
 99 持たて
 100 持たて

○廣田委員長
ありがとうございました。何か御質問等ありましたらどうぞ。

くかけにの大きい一思ら、もま江ジ
まてとす速ううにとかてをいユ、ア
てなかりうき。合かてでさる時
ながらあ割こて。具わつ出い率ん見
問人間で、のまがどうや及いで
常二期ふ風おのう状さん、も記風
生ず非三。しけいつ、発せだ機けり
数えのない生たますが患者各々ま
多も例がたいて、緑生患さん、せり
うてわけは思は記名者全思いま
者人にするほかそれか愚がとすれ
患に給にうかとせん時休るまてや
者に給にうかとせん時休るまてや
国供うさんご題げ者、に者か違かも
に全癒がよき間上患者、か患もほ
大の医が善う問上の為にた口おは
間の話ん患と実かいっは別がて
聞ある者中くて、果てつ、記て達
短応の患者中で、果てつ、記て達
と対ど患者中で、果てつ、記て達
割合は否各々とは、終には比の速
に先百万がはな、終には比の速
合、も3の下でんでに合年とい
場のれ期間に急患者、郭の32
合、も3の下でんでに合年とい
行ます一時の割にい風昭む会か
流まず一度しめいう風昭む会か
ありま、握てミ時、どしてはい
いであてあ逢うじ、ま達討るの
加地こてとしてにくい見つけに
結局二けましくいをなすおくに
いう言れは体うく出て一しと戸
参考考

○廣田委員長
ありがとうございました。御意見、御質問等ございましたらどうぞ。

[illegible][illegible][illegible]

○加地 参考人
今、岡部先生がおっしゃいますように、現にヒト・ヒトの感染が起こった
ら、すぐさまそこに行って調べてみないと、インフルエンザの臨床といってもいろいろ

る違ってくる可能性はあるんです。鳥からヒトに直接移った第一世代の場合、ヒト・ヒトに移った場合、どう違うのかということも詳しく見ていないといけない。殊に最近でわかりますのは、いろんな薬の治療も始まっておりますから、それにどう治療効果があるのか、ないのかということまでなるべく早くヒトの感染が起こればいい。調べる必要がある。何しろ非常にわからない部分がいっぱいあるだろうと思います。

○岡部委員
そういうような場合には、仮に家畜での集団発生が見られたような場合、あるいは、あるところでヒトと思われるインテックスも出た場合には、周辺の血清疫学調査は絶対に必要なことであると思うんですけれども、そういうことができるような状況には是非環境を整えていただきたいと思います。

○加地参考人
先生おっしゃるとおりで必要だと思います。それと同時に現地ではいろんな外来病院には患者が来るわけです。風邪症状、そういう人も全部本当は調べられるなら一番ありがたい。つまり、非常に重症の肺炎までなる入院しなければいけない人以外に、軽症の人をどのくらいおるのかというの是非調べていただきたいと思います。現に1997年も実際に病院のスタッフはそういうことをおっしゃっていったんですけれども、そういうデータが出るかと思っただけで随分調べたんですけれども、私見つけることができませんでした。

○廣田委員長
岡部先生おっしゃった血清疫学調査でございますけれども、大体そういうことの大混乱のときには、研究はよしてくれという雰囲気になってしまいますので、これは研究ではなくて必要な情報を取る。また、それを発信できる情報ですので、これは絶対に必要なわけで、是非とも御協力をいただきたいと思いますし、そういった広報みたいなことも大事だと思います。

○岡部委員
よけいなことなんですけれども、そういうときに例えば血清の調査をやるのとすると、数日以内で答えが出てこない、それは緊急の調査ではないということと言われるんですが、これはやはり全体の対策という意味で、少々時間がかかっても必要な検査であるということをは是非とも強調していただきたいと思います。

○廣田委員長
先ほど1997年の香港のときの養鶏に携わっていた人の陽性率というのは、2002年に発表されておりますので、非常に大事なことでと思います。それから、加地先生からのアジア風邪のときの感染率でございますけれども、これは流行が一段落したときに採血すると、どうしても自分がかかったから調べてもらおうかという人がどっと出てきてまして、正確には取れませんので、事前に、例えば保健職員に協力してくれる人をパンデミックの前から特定しておいて、そその中で採血に協力する人という人をちゃんと押さえておくというのは大事だと思います。採血に協力する人の方が多いと感染するというのはあり得ないわけですので、そういったスタディーをするというのは大事だと思います。

○雪下委員
先ほど聞連になるかもしれませんが、パンデミックになる前の、今まで私の歴史を踏まえて、どういう対策を取るかというところが一番大事なんじゃないかと私は思うわけで、そうしますと、その前に押さ込むインフルエンスが来るわけだから、インフルエンスに対して、現場の医療機関で対応する形のもので、それに対する対応が十分確立されている段階です。それに対して、医療機関での対応は可能ですが、それとまだ確立されていない場合には、何とかそれを各医療機関で早期に検出して発見していくということが大事になるわけです。あるいはまず対応して、どういう病気を確認できるかの指定医療機関が必要だということをは、いかに早く申し上げているわけですが、そういうことから、新型といってもいかにいかに形があるわけでありまして、それには簡単に対応できないものも出てくるんだろうと予測します。そうしますと、今の第一種の指定医療機関というのが、10件か14件くらいの、重要医療機関ではないということになりますと、これは対応できないので、これは法的に47都道府県には最低1つづつということになっているわけで、まず、その辺からの整理を、これはSARSのころから言っておりますが、急いでもう少し充実したものにしていくとか、それで安心して現場の医療機関からそういうころへお願いして、早急に対応できるということが大事なんではないかというのを私は思っているわけです。

○加地参考人
先生のおっしゃるのは非常にこともつてもすけれども、昔のインフルエンスの流行のときを考えると、今の体制というのは、私から言わせると驚くほど整備されてきておるし、情報も早くなっていると思います。そういうものは是非もう少し進めていただければと思っております。私も今の体制は感心しております。

○廣田委員長
雪下先生にお伺いしたいんですけれども、恐らく初期の段階で、かなり専門的な医療機関で十分患者を見て、その情報をとにかく提供するというのは大事だとも思うし、それがあって初めてパンデミックの極期を迎えても、今度は一般の医療機関でも対応できるということになると思うんです。その初期の段階で、これを特定感染症指定医療機関であるとか、第一種感染症指定医療機関であるとか、そういったことに規定してしまう必要があるかどうか。専門の医療機関であればそれは可能なのか。二種でないといけないのか、一種でないといけないのか。

○雪下委員
外来で見ておりまして、一番の初めというのは普通のインフルエンスとはちょっと違うんだということでもって、それが相談できる医療機関という意味で私は申し上げているので、それがそれらになるという、先生が先ほど言われたようなこととして、その現場の医療機関が責めようという、これを見ていようという、それが大きな事故になりまのうし、後から問題になるということを問われまうと思います。これはどうしようもないと思っているわけです。○廣田委員長 ほかにも御意見ございますか。ニダーゼ阻害薬を中心とした新型インフルエンス対策については、菅谷参考人より御説明をお願いいたします。

○菅谷参考人
それでは、新型インフルエンスについて、私の考えを述べてみたいと思います。まず、日本のインフルエンスの現状ですけれども、日本では迅速診断を実施して、ノイラミナーゼ阻害剤で治療することが、今はどの医療機関でも行われております。普通の診療所でも、日本各地の診療所で行われております。専門的な医療機関でなくても、これが行われていますが、実はこんなことをやっているのは日本だけで、世界の先進国の中でも迅速診断はほとんど行われていませんし、実はノイラミナーゼの治療も行われているのは、日本とアメリカで、アメリカが日本の5分の1か10分の1くらいのレベルでやっております。このインフルエンスの迅速診断は保険でも認められて、冬のルーチン検査となつていますが、恐らく世界の90%か95%以上日本で使われていると思います。ノイラミナーゼ阻害薬も勿論、これ主にオセルタミフルですけれども、世界で最も多く使われていて、多いというか、昨年は世界の3分の2くらいを日本が使っていると思います。(スライド) これは迅速診断キットとノイラミナーゼ阻害剤の最近の売り上げですが、こここの2001年の段階で、オレンジ色のところが迅速診断キットですが、ここで世界一と言われたので、これは昨年ですけれども、これはドルで表示してありますが、これは120億円で、恐らく世界の90%以上に日本が迅速診断キットを使っていると思います。ノイラミナーゼ阻害剤も、たしか2002年の段階で世界一と言われておりますが、この段階では2003年、昨年の流行では世界の3分の2くらいを日本が使い切ったと言われております。(スライド) これはオセルタミフルの昨年の1月～3月までの売上げをパーセンテージで示したもので、日本は昨年の1月から3月はオセルタミフルが不足して大きな社会問題となりましたが、そのときでさえ、日本はこの1～3月期に世界の76%の売上げがある。そして、ここアメリカは日本の5分の1、EUはわずか9%で、結局、ヨーロッパ、ドイツとかフランスとかイギリスではほとんど使われていないということがこれでおわかりになると思います。(スライド)

次はワクチンですけれども、日本のワクチンは学童集団接種をやっていたために、ずっと世界最高峰のレベルを保っていましたが、94年で学童集団接種をやめて、世界で最低になっております。その後ずっと回復してきて、ここは2003年ですけれども、昨年は3,000ドース、1,500万本が生産されて、なお足りないという事態になりました。このレベルは大変に多く打ったようですが、実際は1987年の学童集団接種を華やかにやっていた時代の最後のレベルと等しいものです。非常に日本はこういうU字型のへこみができております。(スライド) これは、ここにいらっしゃる田代先生と私と米国の研究者で2001年に「ニューイングランド・ジャーナル」に発表したデータですが、日本は学童集団接種を華やかにやっていたころは、インフルエンスの死亡率が低くて、やめてからインフルエンスの死亡

その場合、オセルタミフルを48時間以内にやるというのが国民の常識になっていますが、これは24時間以内にやるのが有効ということは文獻的にも証明されているから、当然、新型インフルエンザとなれば、普通のインフルエンザより重いから、24時間以内にやりましょうと。短期治療ということは、現実には医者は当然短期治療でいいと思いま

[illegible][illegible][illegible][illegible]

そう、このあたりで、上の方にはほとんど人間の間違ひなく言えると思う。新型コロナウイルスは、フルエンザと違って、インフルエンザのように、人から人へ、咳やくしゃみ、飛沫、接触、など、いろいろな方法で、感染します。そして、感染した人の中には、軽症で済む人もいますが、中には、重症化して、呼吸器系にダメージを与え、肺炎などを起こす人もいます。また、高齢者や基礎疾患がある人、免疫が低下している人などは、重症化するリスクが高くなります。そのため、感染を予防することが非常に重要です。予防策としては、手洗い、マスクの着用、換気、人混みを避けるなどが挙げられます。また、ワクチンの接種も有効な手段です。ワクチンは、感染を防ぐだけでなく、重症化を防ぐ効果もあります。政府や自治体は、ワクチンの接種を積極的に推進しています。個人としても、積極的に接種を受けることが大切です。また、感染した場合は、安静に過ごし、十分な休息と水分補給を心がけ、症状がひどい場合は、医療機関を受診してください。新型コロナウイルスは、まだ未知の部分が多いですが、科学的な知見が蓄積され、対策が充実してきています。今後も、最新の情報を注視し、適切な対応を心がけたいと思います。

[illegible]

はれはよい。土う
制は投じ、薬を
体ごきかゝると
診へてなかつた
の唯しつてなかつ
病中とRで存
院で言ひなして
のタとS内で広
がルCにA病室
が諸君にA病室
先達才い。然る
に進めんとせん
つは聞かせ、与
な療瘵より一投
に投與りあから
題す。なほいま
話する。さういま
くのはは氣が思
かる間にR氣が
ど機關Aをさし
は先疾突ASLから
は疾が、ザサメに
れはす。新しい
こオのま型ない際
すまい思ふす危は
ましてにンにも
だれう九型を判
制あらそ型を利
体系ある。葉な
體要認めよ。感
珍必と。す氣しな
の常々空しいな
院すや非いはな
癒化え。思はん
強者は二(二)

[illegible][illegible]

○廣田委員長
ありがとうございました。10%、20%というのは、それは発病率ですか、致命率ですか

○菅谷参考人です。

○廣田委員長
ありがとうございました。菅谷先生のプレゼンテーションに御意見、御質問等ござい

カナダのパンデミックプランでも、抗ウイルス剤の備蓄のことは述べられているわけですが、これも今年の2月にそれが出された後に、今、また再考慮して検討し直すという状況です。

それから、アジアンバントのワクチンについては、香港のH5N1のときに、それに対するワクチンを開発しました。我々もしたし、欧米のメーカー3社がやったわけですが、ヒトでは抗体が上がってこなかった。そこでもう少しいろいろということで、喜田先生が言われたような全粒子ワクチンについても我々がやりましたけれども、それでも上がらなかった。そこで外国の2つの研究グループがアジアンバントをそれに加えてみた。そうしたら、ヒトでは予想以上に上がった。しかも、そこに使うウイルスの抗原、ワクチンの必要量は8分の1くらいで済んだということ、これが1つ新型インフルエンザワクチンの切り札になるんじゃないかという、これはそういう状況です。

今後それを国際的にヒトにおける野外試験をやろうということになっています。

○廣田委員長
ありがとうございます。もう時間も過ぎておりますので、この件については今後も検討委員会で議論する機会があると思います。

それから、先ほど3,000万人が発病することが避けられないということがありましたけれども、ひょっとしたらアジア風邪と一緒にしたら1,000万人で終わるかもしれないわけで、一定のレベルで準備しておこうという意味と理解をお願いしたいと思います。そのほか何かございますでしょうか。

○事務局
特にございません

○廣田委員長
一応、本日は新型インフルエンザのパンデミックにおいて、すべての人が罹患して重症となると世界中が考えているわけではないということです。それと、必ずしも一度に数千万人の患者が発生するわけではないということ。

オセルタミフル、こういった抗ウイルス薬を1億2,000万人分も備蓄する必要があるわけではない。そういったことは一応ここで確認できることではないかと思います。ほかにもないようでございますので、これで閉会したいと思います。どうもありがとうございました。

○滝本室長
次回の日程につきましては、先生の方からお聞きをいたしまして、後ほど事務局から確認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。

1

(照会)
厚生労働省健康局結核感染症課
担当：近藤（内）2379
佐藤（内）2386
TEL 03-5253-1111