

2018年3月23日 新型インフルエンザ対策に関する小委員会 第2回公衆衛生対策作業班会議

健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室

○日時 平成30年3月23日(金)10:00～12:00

○場所 厚生労働省 共用第6会議室(3階)
(東京都千代田区霞が関1-2-2)○議題
(1)新型インフルエンザにおける予防接種に関する課題について
(2)住民接種に係る接種要領作成における今後の論点について
(3)その他

○議事

○山崎新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 定刻となりましたので、ただいまから第2回新型インフルエンザ対策に関する小委員会の公衆衛生対策作業班会議を開催いたします。

まず、委員の皆様の出席について御報告いたします。本日は委員11名中、10名の御出席をいただいております。坂元委員から欠席の連絡を頂きました。それでは、新班員の御紹介をいたします。日本大学危機管理学部教授、福田充様です。

○福田委員 福田です。

○山崎新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 前回の開催以降、事務局に人事異動がありましたので御紹介いたします。結核感染症課長の三宅です。結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長の海老名です。結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室長補佐の竹下です。健康局参与の山岸です。

本日の会議をよろしくお願いいたします。申し訳ありませんが、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ます。

それでは、ここから岡部班長に進行をお願いいたします。

○岡部班長 おはようございます。川崎市の健康安全研究所の岡部です。本当に、年度末のぎりぎりでお忙しいときにお集まりいただき、ありがとうございます。

本日の会議は一応10時から12時となっておりますが、私のことで恐縮なのですが、12時から打合せや何か、恐らくこの中のメンバーの方も入っている可能性があるのですが、12時少し前に、できれば切り上げたいと思うので、その点の御協力もよろしくお願いいたします。

それでは、本日の議事次第がここにありますが、その前に事務局から審議参加に関する遵守事項をお願いします。

○山崎新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 審議参加につきまして、御報告いたします。本日御出席いただいた委員の方々の、過去3年度における沈降インフルエンザワクチンの各品目に関連し、関係企業から寄付金・契約金などの受領状況につきまして申告をいただきました。該当する製造販売業者や各班員からの申告につきましては、机上に配布しておりますので、御確認いただければと思います。事務局で申告内容を確認しましたが、谷口委員の申告におきまして、武田薬品工業株式会社から50万円を超えて500万円以下の講演料の受領があったと申告がありました。沈降インフルエンザワクチンに関する議決につきまして、賛否を表明することはできません。定足数に達しており、このほかにも審議や議決に参加となる基準に該当はありませんでした。薬事承認等の申請書等の作成に関与についても、該当はありませんでした。以上です。

今の点につきましては、特に御質問はございませんでしょうか。それでは、お願いいたします。

○岡部班長 それでは、こちらでいいですか。ありがとうございます。資料に関しては、谷口委員がということがありましたが、審議には関われないが、意見は述べることでいいというのは規程ですので、もちろん科学的、公平な立場から、是非御意見があればおっしゃっていただければと思います。ということで、よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、次に配布資料の確認をお願いします。

○山崎新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 議事次第、委員名簿、座席図のほか、事務局資料1から2、事務局参考資料1及び2-1から4となっております。議事次第に書かれております配布資料の一覧に照らして不足資料等がありましたら、事務局にお申し付けください。

○岡部班長 それでは、議事に入ります。資料の最初に議事次第があります。本日の議題は、1番目が「新型インフルエンザにおける予防接種に関する課題について」、2番目が、住民接種に係る接種要領作成における今後の論点について。2009年のとき、ワクチンをどうするかというのは、途中から新型ワクチンとしては当時製造が間に合ったというか、ぎりぎりだったということもありますが、それについては、いろいろ議論がありました。それから、少しずつ進んではいりますが停滞しているものもありますし、実際にシミュレーションみたいなものをやってみると、課題が出てきているということもありますので、そのようなことも含めて本日の議論をいただければと思います。

それでは、議題1から入りたいと思いますが、新型インフルエンザにおける予防接種に関する課題について、事務局からの御説明をお願いします。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 事務局から御説明いたします。資料1、新型インフルエンザにおける予防接種に関する課題についてを御覧ください。1ページ、「新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備臨時特例交付金」の交付事業があります。これまでの会議でも何度かこの資料を出させていたと思いますが、政府行動計画の中で、国は新型インフルエンザ発生後、ワクチン製造用のウイルス株を決定してから6か月以内に、全国民分のパンデミックワクチンの製造をすることを目指し、細胞培養法など新しい製造法や、経鼻粘膜ワクチン等の投与方法等の研究・開発を促進するとともに、生産ラインの整備を推進するということがあります。そのことを踏まえた上で、現在、化学及血清療法研究所、北里第一三共ワクチン株式会社、武田薬品工業株式会社に、細胞培養でのワクチン製造について事業を行っており、これが平成30年度末に終了する方向で今、進んでおります。

これにより、全国民分の生産ワクチンの期間が今現在だと、かつて使われていた鶏卵の培養法に比べると、短縮するとなっております。そのことを踏まえ、前回の小委員会でも御提示しましたが、2ページ目の資料ですが、パンデミックワクチン製造スケジュール(見込み)を出させていただきました。この製造スケジュールに関しましては、製造販売業者に対しヒアリングを行い、平成31年度以降は、このような形で製造ができるだろうということになっております。ただ、あくまでもこれはかなり理想的なスケジュールになりますので、もちろん生産する型によって、又は状況によっては、このとおりにならないことは十分考えることは必要ですが、うまくいく、一番製造の各社の順調なスケジュールでいくと、このような形でできるのではないかと考えています。

発生から18週で出荷されます。2009年は23週で出荷されております。5週間短縮となります。2009年も鶏卵で作っておりますが、あのときかなり季節的には、ちょうど鶏卵を使っている季節性インフルエンザを切り替えることができておりますので、鶏卵で、かなり早いタイミングで作られたという時期になりますが、それと比べてもさらに早くなるのではないかと考えております。本スケジュールは、プロトタイプワクチンの製造における日程で製造しており、大体パンデミック発生してから18週ぐらいということを示しております。

次の3ページ目です。これまで第4回の新型インフルエンザ対策に関する小委員会ワクチン作業班及び、第11回新型インフルエンザ対策に関する小委員会を開催し、委員の先生方からいろいろな御意見を頂きましたので、その内容を今度は具体的に1つずつ解決していく必要があると考えております。その内容を各作業班等に分けて示せるように、このような形で課題を出させていただきました。3ページの1つ目が、パンデミックワクチン製造体制ということで、1つはワクチン製造候補株の開発～決定、迅速に開発するためにどのようにやっていけばいいのかという方策です。あとは、候補株を円滑に移動する、それは国外からそうだし、国内でも移動させるための方策。また、ワクチン製造株を各社の製造方法毎に決定することの可否。これはどういうことかというと、ワクチン製造会社によって使っている培養細胞が異なりますので、それぞれの培養細胞に適した細胞、株が異なる可能性が出てきます。そのため各社ごとに、それを決定する必要があるかどうかを、今後検討していく必要があると考えております。またワクチン製造から販売ということと言いますと、製造中に製造量・生産計画を把握することを可能にする方策はどのようなものがあるか、また薬事申請と承認、製造

販売後の効果の検証等が挙げられておりました。こういった検証に関しましては、ワクチン作業班及び、薬事当局等において相談して検討させていただきたいと考えております。

4ページ目は、主に接種体制のことをまとめております。①として、住民接種の接種体制として4つ課題を挙げさせていただきました。住民接種対象者を接種順位毎に人数を把握する方法はどうなっているのかということ、接種会場及び必要物品、必要人員の確保というのがどういったものになるかということ、新型インフルエンザ発生時に接種対象者を具体的にどのように把握するか。また、居住自治体以外での接種、例えば住民票があるところからじゃないところに居住している場合に、どのように接種をしていくか。主体が市町村になりますので、実際に住んでいない所となると、ここに関して、いろいろ取り決めが必要になってきます。

②としては、住民接種のためのワクチンの流通体制が挙げられます。製造所から接種会場までのワクチンの流通をどのように整理していくかということ、また、各社が製造するワクチンが、全国で同時に流通可能にする方が必要になってきます。これはどういうことかといいますと、製造会社は3社ありますが、その3社が同時にできるわけではありませんので、できてくる時期によってどの会社が一番最初にできてくるかというのは、やはりそのときでないと分からない。そのときに、その会社毎に特定の、例えば自治体で契約をしていない場合、そこに流通できないということにならないように、どこかの会社を作ったとしても全国の自治体が使えようということとを前提に、流通体制を考える必要性があると考えております。また、住民接種体制と併せて、特定接種の接種体制、流通体制も検討する必要性があると思います、こちらに関しましては本公衆衛生対策作業班において検討いただきたいと思います。

今回の議題11に関しましては、これまでの議論を基に、議題を併記させていただく形で提出させていただきました。以上です。

○岡部班長 今まで幾つか議論を重ねていったことをまとめていただいて、課題としてこのようなことがありますということで、今後これについては議論をしていかなければいけないのですが、今日の段階ではこれで何か決めておくということではありませんが、これまでのまとめでいろいろな御意見を頂いていると思いますが、改めてこれに加えての御意見、あるいは御質問がありましたらお願いします。

これまでもプレパンデミックワクチン、あるいはパンデミックワクチンとして備蓄ないし生産体制が議論されています。プレパンワクチンは、議論が出てくるかもしれませんが、一定量備蓄して、1つの方法で作られているのですが、パンデミックワクチンの製造に関しては、開発中であるということもありますが、幾つもの異なった方法が取られています。先ほど細胞培養が違っておっしゃっていましたが、それだけではなく、アジュバントの有る無い、あるいはどのアジュバントを使っているか、接種量、バイアルの大きさは実に様々なわけですね。開発であれば、良いものをというときに、幾つもの方法があるのはやむを得ないと思いますが、一斉に接種するときにそういふばらばらな方法が、1つは安全性で言えばどこかが駄目なときには他の所があるということで、全然駄目になることはないという安全性もあれば、ばらばらだけれども、どこか1社つぶれてしまえば、もともと想定した量は足りないということになったり、一つの方法に統一した場合それに欠点が出てくれば全部だめになるとか、どちらにしろいいか、それぞれ長所、欠点はあると思います。ポリシーとしてはどちらか決めておかなければいけないと思うのです。安全性はどちらのほうがより高いか。

私はときどき言うのですが、例えば住民100%を対象とするという政府決定はあるのですが、これは本当に現実的なのかどうか。それによって生産体制も違ってくるだろうと思うのです。そんな議論があるので、これまでいろいろな意見があったと思いますが、状況としてはそういうことなので、これを一つ一つ解決していかなければいけないというのが今の状況だと思います。また、接種体制についても、今までいろいろ議論をしたり、自治体ではそれをもう少しまとめたものにして出してもらいたいという要望もあれば、それぞれでやってみている所もあります。それぞれうまくいく所、うまくいかない所がありますが、どちらかというとうまくいかない所が多いようなので、そういう声で、理論で進んでいくのか、あるいは実際のところに合わせて、先ほどの全員接種ということも含めて合わせていくか、そのような議論を平時だからこそやっておいたほうがいいのかではないかと。起きてしまったら、そのときにあるものでやらなければいけないわけですが、そのようなことをこの中に含めていただいているのではないかと思います。

これらの議論は、主にはこの公衆衛生対策作業班であったり、ワクチン作業班であったり、あるいは小委員会全体での議論ということになるのですが、ここは公衆衛生対策作業班なので、これらについて何か御意見を頂ければと思います。

○大石委員 幾つか議論のポイントはありますが、まず製造体制について、3社が異なる製造方法で、1社はアジュバントを入れるということで、できてくるワクチンはかなり効果が異なってくるだろうとは思いますが、基本的な考え方として、ワクチン株は1つにして、各社の製法でできてくるワクチンを使うと。そのワクチンは、効果については違う可能性も出てくる。安全性もそうです。その辺りは、事務局としてそういった状況を許容するということがよろしいのでしょうか。

○岡部班長 それは事務局への質問というより、この委員会がある程度ポリシーを決めていかなければいけないのではないかと思います。現状としては、幾つかばらばらな方法がある。これは現実だと思うのです。ただ、それをそのままでいくかどうか、事務局の方針も当然伺っておいたほうがいいのかと思いますが、我々の方針というか、意見も言うておかなければいけないというのがこの会議の意味だと思うのですが、事務局としてはいかがでしょうか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 実際にできてくる、今、製造の所で株を最初1つにしななければいけないということがありますが、実際の基となる野生株自体は同じであったとしても、そこからワクチン開発の段階で候補株が幾つか出てくる可能性があります。どれが一番いいのかというのは、会社によってかなり違うのではないかとというのが、ワクチン作業班の先生方からも御意見が出ておりますので、そのことを含めると、それでも分けるのか、1つにしたほうがいいのかは、正に議論をしていただかなければいけないことと考えております。

○大石委員 先ほど話が合ったように、培養する細胞が異なるということで、野生株が同一であっても、それに適用できる増殖しやすい株はまた違ってくる可能性があるので、実際にできてくるワクチン株も、厳密に言う会社によってかなり異なってくるという理解でしょうか。

○押谷委員 今回のことに関連するのですが、ワクチンが出荷される時点で免疫原性のデータはある程度出てははずですね。そうすると、ワクチンごとに効果が違う、当然違うわけです。全く同じということは多分あり得ないので。そのときにどう国民に説明するか、データの良くないワクチンを受けなければいけない人と、良い方のワクチンを受けなければいけない人が出てくるわけですが、それをどう説明するかは非常に難しい問題です。

もう1つの問題は、安全性の問題で、特にアジュバントが入っている、例えば小児に発熱がかなりの率で起こるというワクチンが出てくる可能性があります。そのときに、子どもにはこのワクチンとか、そういう分け方をすると、より効くのか、より免疫原性の良いものをハイスケグループにやるとか、いろいろなことを考えなければいけないわけです。これは非常に難しいし、これをどうやって国民に説明するのかというのも、より難しい。でも、そういうデータは、今の時代ですから、恐らく誰もがアクセスできる所に存在していて、その中で選んでいかなければいけないということになるので、これは非常に困難なことかなと思います。

○岡部班長 ですから、困難な所で統一したものにしてしまおうというのが1つの考えですが、例えばある所のA・B・C社で全部同じ方法で、実際には今年の季節性インフルエンザにあったように増えない、足りないというときには全滅になってしまうわけです。そのときに、製法等が異なるA社はできたけれども、B社はできない。50%ならできるといったときに、これを許容できるかどうかという、今度はリスクコミュニケーションの問題にも入っていくと思いますが、いずれにせよ、現状にこういうバリエーションがあって、地域によってワクチンのばらつきが出てくる可能性があって、例えば北海道地区はA社、九州地区はB社となったときに、そういうものなのだという説明はしていかなければいけないし、それをフィックスするわけではなくて、改善していかなければいけないだろうと思うのです。現状の課題はその辺りにあるわけです。

○谷口委員 もちろん、違ってくると思うのですが、いかに違っても、少なくとも基準は全て満たしたワクチンという理解です。国際的な基準も含めて。そうすると、めっちゃ違うということもあり得ないわけですね。一応確認です。

○岡部班長 これは私が答えるより、事務局が答えたほうがいいですか。参与のほうから。

○山岸健康局参与 現在、H5N1の特定の株等については、基準を満たしたワクチンとして承認されていることは事実ですが、例えばほかの亜型のワクチンが来た際にどれぐらいの免疫原性があるかといったことは、実際に株が入って来て、ある程度製造して試験をしてみるまでは分からないところがあります。製造効率についても分からないところがあります。基準を満たしたワクチンがどれぐらい供給できるかも、現状としてははっきりしたことは言えないというのが、まず前提にあります。その上でどう使っていくか、どのようにコミュニケーションしていくかについて御意見を頂きたいということです。

○谷口委員 その基準に到達しないものは、当然回らないわけですね。

○山岸健康局参与 その基準をどうするかということもあると思いますが、そういったところでコミュニケーションが要るのではないかと思います。

○押谷委員 今の話だと、例えばH7N9の場合に、これは別の会議だったと思いますが、今のアルミアジュバントでもほとんど免疫原性が上がってこないという報告があったと思うのです。そうすると、この3つの中で、谷口委員がおっしゃったようにH5N1だと同じような基準を満たすけれども、違う株、H7N9だったら全く違うかもしれないことは十分にあり得ます。確認ですが、ほかのウイルスの場合、抗原量を全く変えなければいけないというシナリオも十分考えられると思うのです。この承認というのは、この抗原量で承認が得られているわけですね。だから、抗原量を5倍にすると5倍ということと、別途プロセスが必要になるわけですね。そういうことも十分考えられて、抗原量を5倍にすると、先ほど言ったベストケースシナリオで製造量がこうなりまうと言っても、5分の1になるかもしれないし、10分の1になるかもしれないわけです。そういうこともあって、特定の製造の場合に免疫原性が非常に悪くて出荷ができない、もしくは非常に抗原量を増やさないと基準を満たさないという場合も十分考えられます。そうすると、承認のプロセスそのものが、出荷の時期が非常に後になることになるのだと思いますが、そういうことも考えられます。

○岡部班長 現実は今使われているもの、定期接種あるいは任意接種を含めても、ワクチンが全社同じかというと、実は細かい違いはあるわけです。免疫原性も多少は違うし、副反応の発生率も多少は違う。でも、それは一定レベル以上のもの、あるいは付加のレベルが一定レベル以下のもので許容されて、そんなに大差はないだろうというところで使われている。これが現実なわけですが、こういう研究自体のときに、その少しの違いを人々が許

容できるか、少しの違いが、例えばアジュバントが入っているものは痛いけれども、そうでないものはそんなに痛くないとか、そういうときに、より良いものを求める国民性にどうやって説明していくかというのは、非常に課題がありますが、そこはオープンしておかなければいけないと思うのです。そういう現実はあるということを説明しておかなければいけないと思うのですが、丸井委員、何かありますか。

○丸井委員 今すぐに答えはないのですが、少なくとも議論としては、今は製造元3か所ですべてのものが出来上がってくることを期待するか、統一するかという議論と、実際に国民に対してどう説明するかというのは分けて考えたほうがいいのではないかと思います。その2つの議論がごちゃごちゃになりかけているので、まずはリスクヘッジとして、3か所に別々のタイプを開発してもらうという形でいくのか、それとも統一して一本でいくのか。私は前者のほうが、たとえ数が少なくなることがあってもよいとは思いますが、それを1つ決め、その後、国民への説明ということになるので、もし統一して作るということで、All or nothingの可能性もありますが、その場合には国民への説明は簡単なわけですね。ないものはしょうがないということになるわけですね。ですから、その2つの議論を分けて、1つずつ進めたほうがいいと思います。

○岡部班長 失礼しました。どちらかというと、前のほうの科学的、あるいはポリシーとしてどう考えるかということだと思いますが、横田委員、釜巻委員、現場ではそういう複数のものがあってもいい、実際のときにはもちろん混乱は必至なのですが、それについて何か御意見がありましたらお願いします。○横田委員 確かに、3つあったら必ず優劣が出てくると思います。国民は非常にそういうことに敏感なので、きっと何か起こる可能性はあるかなと思います。もし優劣があるとすれば、それが作る前に分かる方法はないのでしょうか。早い段階でどこかに切り替えるとか、そういうことは可能ではないのですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 今の工場というか、各社の作り方自体が違うので、例えばA社でやっているやり方をそのままB社の工場で実施することは、現実的には難しいと思います。なので、A社、B社、C社という作り方の製法は違うもので、そこを統一することは現実的には難しいと思います。もし、A社だけを使うとなると、B社、C社のものを使わないという形になりますので、そうすると製造量自体がかなり少なくなって、全国民分を作る期間が3倍や4倍必要になってきます。

○調委員 基本的にその3社でワクチンを作るということは、恐らくいいわけですね。皆さん認めておられて、そういう方針になっていると思うのです。そうすると、先ほど事務局からあったように、それぞれ会社によってできる時期がずれてくる可能性があるのですが、それぞれの会社のワクチンを全国に輸送するというプランを、事務局は提案されたと思うのですが、それも前提としてはいいと。そうすると、当然ながら、先ほど議論があったように、3種類のワクチンを時期をずらして同じ場所に供給されると。そういうことを前提として議論することによっていいのでしょうか。

○大石委員 先ほど議論があったように、まずは一定の製造の基準、安全性も免疫原性もクリアできるもの、パンデミックワクチンですから、亜型が違ったりするわけです。その中で一定の基準をクリアできるものが3社で製造される。調委員がおっしゃったように、製造時期も変わるかもしれない。そういったことを考えた上で、まず製造できる場合のシナリオで議論をしていくということが1つあって、基準をクリアできないワクチンが製造された場合のシナリオも、その先は余りないかもしれませんが、2つに大きく分けて議論していく必要があるのではないかなと思うのです。まずは製造できる場合はどういうシナリオなのか、それで製造販売の過程を、国内での体制をつぶさに議論していくのがいいのかなと私は思います。

○釜巻委員 とても難しいですが、3社が製造したワクチンがどういうものが出てくるか、また、どのぐらいの量が作れるのかという予測はちょっと立たないので、それぞれの会社でワクチンを製造すると。その結果出てきたワクチンを、基本的には3つが同等に出てくるということはなかなか難しいので、それぞれ基準をクリアしたワクチンが製造されたら、それを全国になるべく均等に配送するというシナリオがよいのではないかなと思います。その後、A社とB社と作ったもので優劣が明らかになってくる場合もあるわけですが、一定の基準をクリアしているわけですから、そのことについては、岡部班長がおっしゃるように情報はしっかり出すべきだと思いますし、結果としてAとBにかなり差が付いて、Bのワクチンは打たないという選択になるかどうかは、今の段階では何とも言えないので、まずは3社ともにワクチンを全力で作って、出来上がったものについてはそれぞれ全国になるべく公平に配分するという整理がよいのではないかなと思います。

○岡部班長 宇田委員も、保健所などでは仲介として相当困難だと思いますが、いかがでしょうか。

○宇田委員 管内の市町村とも協議をしたり、県本庁とも、今の動き等を情報提供しているいろいろなディスカッションしているのですが、ちょっと確認したいのは、ワクチン接種は1回なのか、2回で効果が上がるのかといったところがポイントの1つにもなるかなと思います。先ほど、委員長の御発言の中で、北海道はA社、九州はB社といった例を出されましたが、ひょっとすると同じ自治体の中でまだらになるのではないかなという懸念もあります。例えば、2回接種をするということになれば、可能かどうかは難しいかもしれませんが、同じ自治体では市町村が接種主体になるので、同じ会社のものをできれば最初に打ちたいけれども、3社の製造プロセスの中で、同一とはいえ、若干の時期のずれがあったときに、この自治体はA社のものが配られるので、ちょっと待つてとは果たして言えるかどうか。

多分、出てくるかどうかよく分からないものを持つよりは、完成したものをなるべく早く打ってほしいという国民のニーズが、いろいろな所で出てきた場合に、1回最初にA社のものを打つと、2回接種が必要だということになれば、A社のものをずっとその地域の中では打ち続けなければいけないけれども、足りなくなったらB社のものといったように、同じ自治体の中でまだらになったときの接種体制は非常に混乱するのではないかと。先ほど現実論か理想論かといった話がありましたが、理想的には同じものを製造していただくのが、現場としてはベターだと思いますが、手法として難しいということであれば、いろいろな工夫をして、現場が混乱しないようにしなければいけないかなということで、解決できませんが、ディスカッションしているのが現状です。

また、国民に対する周知に関するお話も出ましたが、その前に自治体に対する周知がまだ十分でないのではないかと懸念されております。それは都道府県もそうですし、市町村もそうなのですが、平成26年、平成27年のガイドラインが国から示されて、その分、それらのものは都道府県あるいは市町村に配布はされているのですが、その後それを活用してどのような準備ができていくのか、何が課題になっているのかという双方向のやり取りが行われていないように思いますので、渡してその後どうなったかという確認をしながら準備を進めていく、あるいは何が課題になっているのかといったことを都道府県、市町村の意見も聞きながら進めていかないと、難しい問題が多々あるかなと思います。

○岡部班長 おっしゃるとおり、確かにいろいろな自治体に行って話をしても、「メーカーで違うんですよ」「えっ」という声が聞こえるような感じもあるので、自治体へは現状でもっと伝えていかなければいけない部分もあると思います。

接種回数については、基本的には2回接種ということで承認が下りていると思いますが、山岸参与、それでよろしいですね。

○山岸健康局参与 はい。

○岡部班長 全社とも2回接種だけれども、状況に応じて、2009年のときに混乱しましたが、途中で1回でいいのだという話が出てくるかもしれませんが、基本は2回接種なので、そうすると、最初はA社のものを使ったけれども、2回目をB社でやっていいの。ただ、互換性までやっている時間は到底ないので、基本的には1社の原則として、使い始めたもので2回目もやるというのが原則ではあると思うのです。その辺りも情報としては非常に少なく伝わっているのではないかなと思います。もう1つぐらい御意見がありましたらお受けしたいと思いますが、福田委員、いかがでしょうか。

○福田委員 各委員が御指摘されているとおりだと思います。この問題は、ワクチンの製造の体制というレベルと、それをどうやって流通させるかというロジスティクスレベルと、国民へのリスクコミュニケーションレベルと、3段階決定していかなければいけないと思います。私自身はロジスティクスとリスクコミュニケーションが専門なので、どうしても後者の話になってしましますが、更に時間軸という問題と空間軸という問題もあって、新型インフルが、パンデミックが発生して18週でワクチンが出荷されるまでの間にどれぐらい広がるのかとか、どこの地域でどう広がるのかによっても違ってくるのだと思うのです。その辺りは不勉強なものですから、当然、東京や大阪などの都市部にはたくさん出ますが、沖縄や北海道など距離のある所では時間差が発生するとか、そういうことであれば、結局シナリオのパターンやシミュレーションみたいなものをある程度何パターンか検討しつつ、最初から一律にどの地域にどうということではなく、状況に応じて応急度の高いとか、必要性の高い所に重点的に投入していくということもあるのかなという気がします。だとすれば、その方法をどのように事前に国民にリスクコミュニケーションしておくかというのは、実は非常に難しく、柔軟に対応しますでは納得できない国民もたくさんいるだろうと思いますので、そこは難しいところかなと思います。

ただ、これは当たり前のかもしれませんが、今のリスク社会の中で住民のリテラシーがどんどん上がっていて、班長がおっしゃるとおり、ネットでどんどん公開されていくべきで、かつ住民もそれを自分で調べて、自分がどういうワクチンを接種したいと言ってきたときにどのように対応できるかも、住民には選べる権利はないのだと、例えば3社あったら、実は住民は選べない。この方針で、このようなガイドラインに則って住民接種は行われるので、住民には選べないけれども、それで納得してやってもらうということを、どれぐらい早い段階に政策決定できて、事前に国民に合意できているかということが非常に重要だと思います。

○押谷委員 今、福田委員がおっしゃったようにいろいろなシナリオが考えられるのですが、事務局の説明もそうでしたが、2009年の場合に合わせるのとこのぐらいいいと思います。2009年というのは、時期的に言うとベストケースシナリオなのです。特に日本はベストケースシナリオで、次のパンデミックではあいつうふうにはならない可能性の方が高い。2009年は4月25日ぐらいにパンデミックが起こることが分かって、実際に日本で流行がピークに達したのは11月の中旬から下旬ぐらいですが、そういうベストケースシナリオにならない可能性も十分にあって、より悪いシナリオは2009年のアメリカになることです。北米では5月から6月にかけてかなり大きな流行が起きてしまったが、そういう可能性は十分考えられて、実際に1957年のアジアインフルエンザのときは、多分、中国では既に流行していたのですが、中国の状況はそのときは全然分らなかったで、中国以外の所で最初に流行したのは日本なのです。最初に3月ぐらいに香港に出てきて、4～5月に日本でかなり大きな流行が起きてしまった。ヨーロッパや北米は全然流行が起きていない。こうなると、第一波の流行にはワクチンがないのです。

さらに、ワーストケースシナリオは、例えば、10月にパンデミックが出現すると。中国などから出てきて、日本がかなり早い時期に流行を起こしてしまう。同時にインフルエンザシーズンに突入していく。そうすると、1957年の日本も2009年のアメリカも第一波は小さかったのですが、第一波の段階でほとんど流行が完全に全国に広がってしまう。10月の下旬ぐらいに起きて、1月、2月に大流行が起きる。こうなると、ワクチンはベストの製造のシナリオでも全くない状況になるのです。そういうことも考えておかなければいけない、そういうことをどこまで考えているか、よく分かりませんが、そういう議論もきちんとしておかないといけない。だから、ワクチンがそもそも作れるのかという問題が前提にあって、流行のワクチンが作れない可能性もかなりある。同時に、全く間に合わない可能性もかなりある。そういうものだとということで議論をしていく必要があると思います。

○岡部班長 いろいろな課題があるのが分かるというのが毎回毎回なのですが、これを黙って手をこまねているのではなく、できることから一つ一つ解決していかなければいけないし、残された宿題はこれですということは提示していくのが積重ねだろうと思うので、今日、事務局から提示していただいた課題に加えているいろいろな議論があって、大変でしょうけれども、それをプラスアルファするような形で、パンデミックワクチンに関する検討会は小委員会があって、その下に作業班としてことワクチンと医療・医薬品と3つあるので、それぞれの所で今の課題について議題として挙げていただいで、全てにすぐ回答ができるわけではないだろうと思いますが、1つでも2つでも解決をし、新たな課題についてもチャレンジをしていく形で議論を進める形にしていきたいと思います。今日のところはそのようなことであっていいでしょうか。課題山積であるということが改めて分かったわけですが、ただ、現実は今こうです、そこはちゃんとリマインドしていくような形で、現実は今こうですということは説明を重ねていく必要があるだろうと思います。議題1については、今日の議論としては終わりにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、議題2「住民接種に係る接種要領作成における今後の論点について」、今の課題も含めてだと思えますが、事務局から説明をお願いします。○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 資料2について御説明いたします。「住民接種に係る接種要領作成」についての今後の論点です。1ページを御覧ください。住民接種の実施要領に関しては、前回の小委員会において委員の先生から、自治体で今後整備を進めるためには接種要領は必要だろうと御意見を頂いたことによります。住民接種について簡単にサマライズしたものにありますが、実施主体は市町村で、市町村は国・都道府県の協力を得ながら、未発生期から接種体制の構築を図るとなっています。接種順位は以下の4群に分けておりまして、基本的対応方針等諮問委員会に諮った上で、政府対策本部で、実際に発生したときに決めることになっています。4群というのは比較的高リスク者、基礎疾患を有する者と妊婦、また小児、この中には1歳未満の小児の保護者及び身体的な原因による予防接種を受けられない小児の保護者を含んでいます。また成人・若年者、また65歳以上の高齢者の4つに順位が分かれています。必ずしもこの1番から4番の順位というわけではなく、政府対策本部で実際に決めることになっております。

接種体制については、原則として集団的接種により実施する。接種会場は保健所・保健センター・体育館などの公的施設の活用により確保し、地域医師会等の協力を得て、医師や看護師等の医療従事者を確保することになっております。

次のページは住民接種に関するこれまでの経緯です。平成21年4月に新型インフルエンザH1N1が発生しており、翌年の6月に新型インフルエンザA/H1N1対策総括会議報告書が出ております。平成23年7月に予防接種法が改正され、「感染力が強いが、病原性が高い新型インフルエンザ」が発生した場合の臨時の予防接種も可能になっています。

続いて平成25年4月に政府の新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行されており、6月にそれに基づいて、新型インフルエンザ等政府行動計画・ガイドラインが策定されました。そうした内容を踏まえ、平成26年3月に研究班から市町村のための新型インフルエンザ等住民接種に関する集団的予防接種の手引き(暫定版)が策定され、また翌年5月に新型インフルエンザ等発生時における住民接種体制構築に関する手引き(暫定版)が策定されております。この2つに関しては現在厚生労働省の住民接種に関するホームページに掲載されており、こうした内容を基に都道府県行動計画・市町村行動計画を策定し、市町村におけるマニュアル策定、また具体的なシミュレーションを実施されているという現状になります。3ページが市町村のための新型インフルエンザ等住民接種に関する集団的予防接種の手引きについての概要です。本概要に関しては岡部先生が、研究班の班長として作成されました。新型インフルエンザ等対策特別措置法及び政府行動計画において、市町村が住民接種の実施主体として定めたことを受けて、市町村において速やかに集団的予防接種の体制を構築し実施できるよう、有識者や自治体担当者の参画を得て検討を行い、集団的予防接種の手引きを作成することを目的としております。

経緯としては、集団接種を過去実施していましたが、現在は余り実施されていないということがあり、こうしたものが策定されました。構成としては、4つのボツ、住民接種の進め方に従って、「政府行動計画・ガイドラインの記載事項」「基本的考え方」「取組の具体例」「根拠法令等」を示し、市町村が行う住民接種体制に関する準備に資するよう構成されています。本手引きが新型インフルエンザ等対策ガイドラインを補完するという位置付けで公表されているところです。

続いては、新型インフルエンザ等発生時における住民接種体制構築に関する手引きも併せて御紹介いたします。本手引きに関しては、厚生労働科学研究所の「新型インフルエンザ等発生時における予防接種の円滑な実施に関する研究」の一環として作成されました。この手引きが先に紹介いたしました集団接種のための手引きを補完する位置付けとなっています。実際の住民接種の実施主体である市町村のうち、大規模な都市として、川崎市、神戸市、中規模市として相模原市、小規模市として鈴鹿市、武蔵村山市をモデル市として既出のガイドライン・手引きをもとに、住民接種体制を検討し、その検討過程を取りまとめたもので、本手引きも厚生労働省の「住民接種のページ」に公表されています。

5ページです。平成21年の対応と今後の対応です。先ほど押谷先生のベストシナリオのお話がありましたが、どういったことがあったかということ、平成21年当時の見通しが紹介されており、そうしたものを参考として今回ここで出しています。

6ページはそういった内容を踏まえた上で、住民接種に係る実施要領作成に係る今後の論点を御紹介しています。平成30年度末にパンデミックワクチンの製造体制が整備される目処が立ち、3事業者から具体的な製造スケジュールが示されました。国として市町村に接種体制を構築して頂くために示す住民接種実施要領を作成するために必要な情報が整ったと考え、本スケジュールを踏まえ流行期の流通体制を検討する必要があると考えております。上記内容を踏まえ手引きを見直し、平成30年度中に住民接種実施要領の作成を考えております。

具体的課題としては、4つに分けております。先に資料1で説明しました内容を含んでますが、現状としては正に先ほど御意見を頂いた内容になります。各メーカーで規格・製法が異なるワクチンの運用の際に留意が必要ということで、今後の方向性としては、製法・規格が異なるワクチンの運用方法を示していく必要性があります。これはまた別途今日頂いた案を含め検討させていただき、討議いただけるように準備したいと考えております。

接種体制に関しては、H5N1はプレパンデミックワクチンがありますので、それを特定接種に使用することになります。先ほどから御発言等がありますように、H5N1ではないものが出た場合、その新しいパンデミックワクチンを用いて、「特定接種」と「住民接種」というように割り振っていく必要性があります。そうしたことを踏まえ、「住民接種」に関しては、今後の方向性の所に記載があるように、まずは未発生期に実施主体である市町村の接種順位毎の人数を把握して、実際に接種を行う際の接種台帳を作成する方法等の検討もしていく必要があると考えています。また実際に発生したときには、居住地以外の接種者に対して、市町村間の接種方法というのが現状では課題になっている話をこれまでも頂いておりますので、そのことに関しての検討が必要になってくると考えております。この接種台帳作成の際には、同一のワクチンを「特定接種」「住民接種」で使った場合には、住民接種の対象から特定接種の実施者を除いたもので作っていくという作業が必要になってきますので、それを具体的にどのようにやっていくかということも課題になってきます。

流通体制と予約の所に関しては、今後の方向性の所はまとめて記載させていただきました。先ほどから議論いただいていますように、3事業者のワクチンが同時にないことを前提とした接種計画を立てる必要性があります。またこの人数を短い期間で接種するのは非常に難しいと言われていいますので、接種に必要な時間及び人員、被接種者の人数算出等を検証し、効率的な接種体制を更に目指していく必要性があると考えております。

7ページ、住民接種を考える上では、厚生労働省、都道府県、市町村、卸販売業者等の役割が決まっており、例えば厚生労働省に関しては都道府県別のワクチン配分量について各都道府県の人口や優先接種対象者等の概数、流行状況、ワクチンの接種状況、各都道府県の配分希望量や在庫状況などの情報収集に努め、その結果に基づき都道府県別のワクチン配分を決定し、都道府県へ連絡すること。都道府県としては流通在庫、地域の流行状況及び供給先の在庫、各市町村からのワクチン配分希望量を踏まえ、厚生労働省にまず希望量を連絡すること。また市町村から受けたワクチン供給先別配分量をもとに、都道府県、卸組合と調整をして、ワクチン供給先への納入依頼をすることとなっております。市町村は市町村別配分量をもとに、住民から予約を受け付けて接種会場の調整を行った後、ワクチン供給先に配分量を決定して、ワクチンを割り振ることが必要になってきます。

またそういった情報を都道府県へ報告するようになっていきます。卸及び市町村及び都道府県と連携をしていながら、流通体制等に関しても現在意見を交換しながら案を作成しているところですので、また後日、流通に関しても御審議いただきたいと考えております。

8ページに、接種対象者の試算方法の考え方を示しています。これは先に説明させていただきました新型インフルエンザ等、発生時における住民接種体制の構築に関する手引きの中にも案として出ているものの1つになります。接種順位別の概数をもとに、自治体毎に以下の目的のために、事前に把握をする必要があると考えています。自治体は概数を基に接種会場等の準備を行う。また都道府県、国は自治体毎の概数をもとに流通体制を検討するため、都道府県や各市町村の接種順位別の人数を把握し、国は都道府県別の接種順位別の人数を把握する必要性があり、ここで把握した人数は発生初期にワクチン配分量の調整に使用します。それぞれの区分に関してここに書いてあるような試算方法で計算し、集計をしていきたいと考えております。また人数に関しては、5年ごとに実施される国勢調査の結果に基づいて更新をします。以上です。

○岡部班長 今のような形で住民接種の場合、これの接種要領作成における課題を書いていたのですが、基本的にはこの接種要領を出していただくことは、自治体にとっては教科書と言えますか、一定の方針が出てくるので、それに応じて自治体がバリエーションを加えていくことになると思

うのですけれども、その基になるようなものを、目録も何か示していただけないかというような声も、非常に大きかったというところだと思います。御意見をどうぞよろしく願います。

○押谷委員 そのその議論ですけれども、これは前にも言ったことがあると思うのですが、住民接種の資料の最初の所で、「接種順位について」とありますが、この議論で、私の記憶が正しければもう大分前から恐らく10年ぐらい前からずっと議論されてきて、2012年1月31日に厚労省の専門家会議の意見書というものが出ていますが、あれを出したときにもかなり議論をして、だけれども結局結論が出なかったのです。今のガイドラインや行動計画に書かれているのは幾つかのオプションが提示されているだけで、そのときには結論を出すことができなかったと記憶しています。そのときに事務局、当時は厚労省だったのですが、厚労省の事務局が説明したのは、こういう議論は国民を巻き込んで継続してやっていきますという説明だったと記憶しているのですが、その議論をしてきたのかという問題があります。その議論をせずに、この住民接種の話をして、本当に誰からやっていくのか、どういうシナリオだったかという点に接種するのとか、ということが非常に重要な部分で、そのコアになる部分の議論は全くせずに、一体何人いるのか、小児は何人ですとかと言っても、これは全く意味のない話で、恐らく2012年からだけでも7年あったわけですよね。その間に何をしてきたのか、国民を巻き込んだ議論はしてきたのか。恐らく今は、内閣官房の責任なのかもしれませんが、私が知っている限りは全くしていない。それでこういう枝葉の議論をしても全く意味がないと私は思います。

○岡部班長 ありがとうございます。この順位はかなりその都度出てくるシリアスな問題で、私も議長としては、例えばメディアの人などにこういう議論があるのだということを提示していただいているけれども、結局どこも取り入れられないですね。どっちかという、順位をあらかじめ明確に付けることを嫌がるのです。そうであるとすれば、一定の順位はこうだということを示さなければいけないと思うのですけれども、そこにコンセンサスがまだ得られていないというのが、押谷先生の意見は、もう少しこういうことを議論しておくべきではないかというような趣旨の御発言だと思うのです。そのことも含めてほかに何かありますでしょうか。ただ、接種順位、なし崩し的ではあるけれども、こういうところが前提で、多分自治体は動いていると思うのですね。この順位で。

○調委員 資料2の表紙をめくって1ページの、「接種順位について」の所ですが、その「以下の4群に分類し、基本的対処方針等諮問委員会で諮った上で」、この「諮る」のは、発生したときに諮るということなのでしょう。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室長補佐 実際に起きた新型インフルエンザはどのようなものになるかが、その発生時に例えば小児のほうによう影響が強い新型インフルエンザなのか、高齢者に影響が出やすいのかとかそういうことも含めて、できる限りの情報をその段階で入手した上で、その中で一番いい方法を考えていくことになると思いますので、実際には発生したときに、ということになると思います。

○岡部班長 諮問委員会で私が発言したときの記憶では、こういうことを決めざるを得ないというコンセンサスがあるけれども、最終決定を今の段階で、例えば高齢者が4番目ですというようなことまでは言えないけれども、誰かがどこかで決めなくては行けないのだから、その場合には発生したときに、この諮問委員会が今までのこの4分類の中で最終的にはこうですということを決めるのが、諮問委員会で決めることではないかというようなことが議論されて、私はそういう意味での発言をしたと思うのです。ただ、決定するのは政府対策本部なので、本当のものをすくいパンデミックが起きたときの話、起きそうなときの話ですけれども、決定事項としては政府が決めることではありますけれども、専門家が意見を言ってそれを尊重していただきたいことの余地を残してあるつもりなのです。

○宇田委員 先ほどもちょっと申し上げたのですが、市町村、都道府県ともにこういう接種要領があると準備がしやすいというのはもう異論のないところなので、非常に難しい優先順位の決定とか、そうしたものはまた専門家会議等で十分議論していただくということで、まずはベースになる必要量がそれぞれの自治体、市町村、あるいは全体枠としての都道府県の必要量がどれぐらいを考えておけばいいのか。考えた結果、その試算量を基に、果してその県内の卸とか問屋とか実際のデリバリーは基本的には市町村単位で行われているわけではなくて、問屋と懇意の医療機関単位で行われているわけなので、市町村が実施主体となる集団接種のデリバリーと、これまでの医療機関を対象とした問屋のデリバリーとの調整をどこがしなければいけないとなると、やはりある程度の量の試算を基に具体的に詰めていく作業をしないと、なかなか現実的には準備が進まないという事もあります。

いろいろな議論をいただいた上で、こういう接種対象者の数がこれぐらい必要なので、そのことをベースにして市町村の準備あるいは市町村の指導を都道府県にやっていただく。あるいは卸というか、販売ルートを持っている各社との調整をそれぞれやっていただくというようなことを進めていただくためには、この要領というのは是非早急に作って、その分、その結果等を市町村とか都道府県とか、十分周知を図っていただくこと、周知を図る前に、こういうことで実際可能かどうかの議論も、自治体の関係者の方々と十分練って機会をもっていたいただければ大変有り難いと思います。

○岡部班長 そのほかに御意見はありますか。

○大石委員 接種順位については、これまでの経緯はいろいろあるとはいえ、平成30年度にこのパンデミックワクチンの製造体制が整備されるという時期がくるわけですから、平成30年度に先ほどあった国民を巻き込んでというか、どこまでそれが可能かわかりませんが、議論を進めていくことが必要になっていると思います。

先ほど事務局から話がありましたように、確かに発生時にこれを決めるわけですが、やはり新型インフルエンザがどういったタイプのインフルエンザなのか、初期の情報をどこまで収集してこれをそのパンデミックに、ウイルスに合わせていかはちょっと難しいところもあると思うのですが、多分、ファーストハンドレッドではなかなか分からないし、もう少し症例を見た上でこれがどういう特徴があるのか。小児が重症化しやすいとか、高齢者が重症化しているとか、そういったことを踏まえて、あるいは妊婦さんについてはいつもどのパンデミックでも、やはりインフルエンザであれば重症化しやすいとか、そういう特徴をいろいろ議論した上で、幾つかのパターンを考えることは可能ではないのかなと思います。そうしたことを平成30年で実施できればいいのではないかと思いますがいかがでしょうか。

○福田委員 大石委員がおっしゃっていることとかなり近いのですが、この接種順位を諮問委員会で諮った上で政府対策本部で決定するというのは、やはりリスクコミュニケーションの観点からいくと、矛盾もありまして、リスクコミュニケーションは3パターンあるのですけれども、1つ目は合意形成のための議論のためのリスクコミュニケーションです。2つ目は政府の決定や自治体の決定を説得する、住民、国民を説得するための社会教育のリスクコミュニケーション。3番目は説明責任というか、アカウントビリティみたいなものもリスクコミュニケーションですけれども、1番目の合意形成や2番目の住民、社会を教育説得していくためには非常に時間が掛かる、そのためには早くこの接種順位というものを、合意形成するためのリスクコミュニケーションを開始していくことが重要なことは間違いないのです。しかし、ある程度の方針と決定があった上でそれを住民に、若しくは国民に説得していく、社会教育していくことがないと、政府決定で決まった後、パンデミック時に社会教育はもう間に合わない、リスクコミュニケーションは間に合わない側面が多いと思いますので、結局はもう優先順位というのは早い段階で方針は決まっていたものを、社会教育していく。で、パンデミック時にそれを政府がその時点で再度再確認をする若しくは大きな変更が必要であれば変更することもあり得るのかもしれませんが、そういう段階的な準備が必要かなと思いました。

○岡部班長 ほかに御意見はいかがでしょう。

○押谷委員 結局そのパンデミックワクチンに何を期待して、何のためにやるのか、そういう根本的な議論が必要だと思うのです。多分2007年ぐらいだったと思うのですが、アメリカでこのパンデミックのワクチンの優先順位をCDCが発表して、そのときに高齢者が入っていたのです。これに対して高齢者の側から未来の社会を考えるために、やはり子供に優先的に接種すべきなのではないかというような声が強く挙がって、子供がかなり高い優先順位になった。アメリカではそのようになっているということもあって、そういう議論は一体何のためにこのパンデミックワクチンを接種するのか、誰を護る、本当にハイリスクの人が重症化することを護るためにこのワクチンを使うのか、それとも次の世代を護っていくのかとか。

あと考え方としては、アメリカは2009年のときにそうしましたけれども、社会への伝播を防ぐために子供にワクチンを接種するという考え方もあるって、そういういろいろな考え方があるって、そういうことをきちんと整理して、実際にパンデミックが起きたとき政府としてはこういう考え方、こういう根拠に基づいてこの優先順位でやっていくということを説明できればいけないと思うのです。そのためにはこういうところできちんと議論されていることが必要で、今まで必ずしもきちんと議論されてきていないということがやはり問題なのだと思うのです。だから基本的な考え方をまず決める。何のためにワクチンをするのかという基本的な考え方を決めて、その上で優先順位の考え方をどのように考えていくのか。実際に起きたときに重症化しやすい人は違うとか、いろいろな問題はありますが、その微調整は必要ですけれども、根本的な考え方はきちんと決めておくべきだと思います。

○岡部班長 確か2009年のパンデミックが起きる前の委員会でも2009年のときでも、その後も先生がおっしゃっているように議論があつて、我が国は未来の子供を救うのか、あるいは現在本当に一番重症になりやすい例えば高齢者を対象にするのか、そのような議論があつたけれども、結局結論が出ない部分と、もう一つはこの間のパンデミックもそうですけれども、ターゲットになったポピュレーションがどこだというのは、結局起きてみないと分からなくて、子供たちが犠牲になっているのか、あるいは高齢者が犠牲になっているのか、妊婦が犠牲になっているのか。だから情報が大切で、その情報を早く取り入れた上で、医学的な判断を加えた上で、諮問委員会で決めるということまでは決まっていたのですけれども。そうですね。ただ、こういう優先順位の決め方があることは、意外に伝わっていないというところも課題だと思うのです。先ほどの順位から言うと普段からこういうものがありますよということを、教育も含めて決めておかなければいけないし、ただ、最終決定は私の考えとしてはフレキシビリティをもって、その流行状況で決定しなくては行けないだろうなという思いはあります。

○谷口委員 基本的には今、先生方がおっしゃったように考え方を整理して、どういったことをするかを考えていかなければなりませんし、もちろんこれはワクチンだけでやるわけではなくて、それ以外のコミュニティミティゲーション（Community mitigation）とかファーマシューティカルインターベンション（Pharmaceutical intervention）とかいろいろな方法で全体の戦略を作っていくわけですから、全体を考えてやるということもあります。2009年のように高齢者がほとんど先行免疫を持っていたということもあります。そうするとそういう基本的なことを考えておいて、その際、いざ起こったときにどうアプラ

イするかと、よく押谷先生が言われますけれども、リスクアセスメントをどうするかという枠組みがそこないと、いざというときのアプライができませんので、そこも一緒に整備していただければと思います。

○岡部班長 ほかに御意見はいかがでしょうか。この実施要領を作っていくこと自体はいいのではないかなという御意見が多かったと思うのですが、それはそれでよろしいですか。その中で含まれるような今の接種順位その他については、一応目標としては平成30年度には作ろうというような決意を事務局で示していただいていますので、その間にこういふ議論がでありますということはいささか小さい委員会だけではなくて、どこか他の所でもこういう議論がなされている、あるいは最終コンセンサスまでは得られていないけれども、このようなことが議論の俎上に上がっていることは是非伝えていただいて、そこは意見も広く、特に自治体の意見などが必要だと思うのですが、そうしたものを受け入れることは必要ではないかと思ひます。

この住民接種に係る接種要領作成についてはよろしいでしょうか。反対であれば御意見を頂きたいのですが、よろしいですか。特にその中で問題になってくるのは確かにここに課題があるので、幾つかのことを挙げていただかないといけないと思うのですが、私がたまたま研究分担のような形で「手引き」を出しているのですが、それも随分時間がたっているもので、そこからの変更や何かも含めて出していただければと思います。私はこの班長みたいになっていましたけれども、実際は今三重大で活躍されている田辺先生が中心になっていただいていますので、またそのような方へのコンサルテーションも必要ではないかと思ひますし、そのときの課題もまだまだ記憶のあるうちに出示していただければと思います。

それで根本的なことはあるのですが、もう1つは実際に取り組んでいくときにこの試算方法というように出していかなければいけないので、この表にあるようなものはほぼ前のを踏襲しているようなところもあると思うのですが、これについて御意見は頂けないでしょうか。もう少し変えたほうがいいのか、あるいはこういう新しいデータを加えたほうがいいのか、あるいは一応これでやってみようとか、御意見があればおっしゃっていただきたいと思ひます。8ページの所になります。

○調委員 少し細かいことですが、年齢区分で小学校、中学校、高校がひとくくりになっているのですけれども、例えば2009年には、小児が肺炎を起こしやすかったということがあったと思うのです。この年齢区分で小児を分けられるのでしょうか。

○岡部班長 ここはどうですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 参考資料に、2009年の接種スケジュールが書いてあります。そのときには小学校1～3年生、4～6年生、中学生、高校生という形で区分けをして実施しております。実際、このところをどこまで分けていくかというのは、やはり状況によってくると思ひているのですけれども、概数として把握する上で、学校等での集団接種で考えられる群という形で、今回、ここを1組にさせていただいております。もちろん年齢で分けるという形で、更に分けていくというのでも1つの方法としてあると思ひます。

○調委員 前回のパンデミックのときに重症化しやすかった年齢なども参考にして、優先順位を決めるときにも、ある程度年齢を区切っておく必要があるのかなと思ひました。

○岡部班長 そうすると、この年齢層をもう少し細かく区切ったほうがいいのかという御意見ですか。

○調委員 それが適切かどうかはよく分からないのですけれども、小学校から高校まで1つのグループにしてしまうのが適切かどうかというのは、少し疑問に思ったので申し上げます。

○押谷委員 これも結局、何を期待するかによると思うのです。伝播抑制という考え方だと、これでも割と理にかなっているところがあって、小学生が一番多いのです。中学生、高校生と減ってはきますけれども、2009年にもその辺の年齢層が伝播のコアになっていたところなので、もし伝播抑制ということを考えるのであれば悪くないかもしれません。ただ、重症化ということを考えると、10代は圧倒的に重症化のリスクが低かったため、次に起こるパンデミックがどうなるかという問題はありますが、そういうところで一体何を期待するかによるのかなと思ひます。

○調委員 先ほど伝播抑制ということと言われたのですけれども、重症化の期間を短くすることによって、感染源になる期間が短くなる効果があるということでしょうか。

○押谷委員 今のワクチンに、どのくらいのことが期待できるかという問題はありますが、感染がある程度抑制できるという前提に立つと、伝播のコアになるところに徹底的にワクチンをするというのが1つの考え方です。2009年にアメリカではそれを中心にして、伝播の中心になるような小児に、かなり優先的に接種したということがあります。

○調委員 そうすると、分泌型のIgAは誘導しないけれども、感染の抑制の効果はあるということですか。

○押谷委員 少なくとも2009年のときのワクチンは、感染そのものを抑制するにも、かなり効果があったというデータはあります。あれはかなり特殊な例なので、次のパンデミックがどうなるかという問題はありますけれども、その辺もきちんと議論をして、どのくらいのことが期待できるからこの年齢層にやるということは、きちんと整理をして議論しておく必要があると思ひます。

○岡部班長 試算方法のところは、この人を優先順位にしているというわけではなくて、優先順位を付けるときに、そのポピュレーションがどのくらいだということを把握しなくては行けないので、そこを捉えようという意味だと思うのです。ですから1つには、優先順位の議論はもちろんやらなくては行けない。しかし、それを決めるときに先ほどの小中高でひとくくりにしていかどうかというのは、正にその議論だと思うのです。一応こういつた考えで、対象者のベースになるデータとして試算をしていかどうかというのですが、この辺についてはどうでしょうか。

○宇田委員 基礎疾患のある者が7%ですね。これは実際に接種をする際、結構難しいと思うのです。外来か入院かとか、今どこにいるのかとか、いろいろあると思うのですけれども、こうやって7%という基準を示していただくというのは、準備をする上では大変重要だと思います。ただ、基礎疾患のある者というのは、基本的には高齢者が多いので、高齢者の中から何パーセントかを引かないといけないのではないかなと思うのです。基礎疾患のある者それ以外の者を独立してカウントするようになっていますが、高齢者の中の一部は基礎疾患のある者なので、そこは除くといったことも必要になってくるのではないかなと思うのです。その試算の仕方は、どのように考えればいいのかというのでしょうか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 実際に接種をするときに、基礎疾患のある方の群のプライオリティーを上げていくのか、高齢者を上げていくのかということによっても、考え方が変わってくると思ひます。どちらかと言うと基礎疾患とか高齢者とか、比較的優先順位が高くなる可能性の高い群が多い部分に関しては、実際の統計の数よりも少なくなるだろうという方が、ちょうど真ん中の一番下の成人という、一番リスクが低くて接種順位としては上に行かない部分です。ただ、社会機能を維持するという意味で上に行く可能性は、もちろんあると思ひますけれども、少なくともそういつたところがかなりありますので、概数としてはリスクの高いほうが比較的多く、実際に接種するときにはこれよりも下回っていくというようにしておくほうが、準備としては対応しやすいかと考えており、このままにしております。

○宇田委員 分かりました。これを全部足すと、住民の数をかなりオーバーしてしまうので、どう考えればいいのかということ御質問させていただいたところです。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 一番下の成人は、総人口から全ての上の群を引き算で出すという形になるので、総数としてはその地域の対象人口数になっております。

○宇田委員 説明がよくなかったのかかもしれませんが、妊婦から成人までを足し合わせると、多分住民になると思うのです。一番上の基礎疾患のある者がいわゆるバイアスというか、共通して持っている人たちが年齢層でおいでになるので、この分で7%をオーバーする可能性がないかという質問でした。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 引き算でやりますと、その分、成人のところが少なくなるという形です。

○宇田委員 上記の人数というのは基礎疾患に7%も入っているから、足せば100%になるのです。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 では、表現を変えたいと思ひます。

○岡部班長 今の詳細については、宇田先生からも少し話を伺って、実際にどういふところで言っているのか、もしそれで宇田先生が納得していただければいいし、新しいアイデアがあるようだったら受け入れるということで、今はペンディングにしたいと思ひます。その次のことではどうですか。

○押谷委員 高齢であることがハイリスクではないというのが基本的な考え方です。高齢者は基礎疾患を持っている確率が高いので、高齢になればなるほどハイリスクのプロポーションが上がっていくから、便宜的に普通は高齢者を季節性インフルエンザのワクチン接種対象にしているけれども、加齢そのものがリスクではないというのが、基本的な考え方ではないかと思ひます。整理の仕方としてはこれでいいかと思ひますが、基本的な考え方はそうだと思いますので、そこら辺もきちんと整理をした上で考えるべきことかと思ひます。

○横田委員 1歳未満に関しては。今は6か月から接種していますけれども、パンデミックのときは、1歳未満は打たないということに決定されたかと考えてよろしいのでしょうか。

○岡部班長 2009年のときも含めて当時の議論では、0歳児に関しては家族などの周囲の予防による間接的予防のほうが大切で、直接的にはやらないと思うのです。チャレンジというか、0歳児への接種は未経験なので、そのリスクも含めて外してあったというように記憶しているのです。山岸さん、その辺の記憶はありますか。

○山岸健康局参与 後で確認します。

○岡部班長 そこは調べてみるようにして、前提として、0歳児は外していると思うのです。アメリカなどの場合は6か月から先ということで、日本も確かに添付文書上はそういうことができるけれども、強く推奨しているわけではないというのが、季節性インフルエンザのときにはあると思ひます。

○谷口委員 細かいことになるのですが、初期は順々に少量ずつ出てきて、それを全国に均等に配布するのであれば、最初に回ってくるワクチンというのは、そんなに多くはないかもしれないのです。そうすると、例えば基礎疾患のある者もかなり年齢の幅があるので、それを分けようと思うと、ひよつとした年齢群の数もあれば、そのときの優先順位が付きやすいかなという気がしました。全体的に特に大きな反論ではないです。

○岡部班長 それと、製造はどんなに短かくなっても、今のところは半年ぐらいですが、多分3、4か月ぐらいまでは短くなりそうですね。そうだとすると、発生してウイルスが手に入ってから製造していくので、最初の流行は多分、真つ最中を過ぎるかどうかぐらいのときなのです。よく自治体などでも混乱しているのです。患者さんを診療しながら、ワクチンをどうするのだというのは、むしろ後のほうになってワクチンが出てくる可能性がある。そこがワクチンの目的だと思うのです。最初から防ぐわけではないというのが、今のところの大前提だと思います。これが1か月ぐらいでワクチンができるようになれば、第一波から防げるのですが、今の状況ではそういう目的ではないということは、コンセンサスをもう1回確認しておきたいと思うのです。その代わり抗インフルエンザウイルス薬による治療という対処方法があるのですが、最初の段階からワクチンが間に合うわけではないということは、エデュケーションも必要な部分ではないかと思います。

私の意見としては一応住民に対し100%接種が目標だけれども、そうだとするとかなりの数が罹患しているのです。その部分は数字の中にはなかなか入れられないけれども、ある程度割り引いて考えられるのではないかとは思っているのです。そのような意見も入れていただきたいと思います。基本的にここでまず考え方を進めるということによってよいのでしょうか。

○釜沼委員 2009年のときを思い出しますと、基礎疾患というものの内容が余りよく分からないという話があって、そこは曖昧なままに終わってしまったのですが、その議論はどうなっておりますか。

○岡部班長 事務局、いかがですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 2009年のときも基礎疾患に関しては、各学会等からヒアリングをさせていただいて、かなり詳細な基礎疾患の一覧を作成いたしました。実際にはそのときに、またそういう形でお願ひすることになるのではないかと思います。そのときに実際に起きた新型インフルエンザがどういったタイプのものなのかによって、こども変わってくると思いますので、実際の数字や本当の基礎疾患というのは、そのときにまた再定義されることになると思います。

○釜沼委員 情報によって手直しをしていくことは必要ですけれども、最初の段階でこのウイルスがどういうウイルスかというのは、なかなかすぐに性質がはっきりするわけではないので、その時期にはまだワクチンができていないのかもしれないという気もするのです。思い出してみると、私はそのときに医師会長をやっていて、確か竹下先生が言われるように、定義がちゃんと出たけれども、現場にそれをしっかり周知させるのに、少し苦労したという記憶があるものですから、そのことに触れました。

○岡部班長 定義は、実は私ははっきりさせなかったと思うのです。例えば、ある一定の基礎疾患を思い浮かべたときに、尿酸値がこのぐらいで、血糖値がこのぐらいという数字を決めてしまうと、数字のちよつと上側と下側で全然違ってしまうということがあるのです。そこはやはり主治医の判断で今までの基礎疾患ということで、むしろ曖昧にしてしまったように思うのです。もし記憶のある方、そこら辺のことはいかがですか。今の考え方だったと思うのです。むしろああいう緊急時に定義を引いて、これに合っているかどうかというのは無理ですね。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 目安だったかもしれないので、そこは確認をしておきます。

○岡部班長 ただ、どういものが基礎疾患として重要かというのは、竹下さんがおっしゃったように、学会等々いろいろな所からのヒアリングで、これこれは優先順位になるような疾患である、その概要はこういうものだというのはできたと思っています。

○丸井委員 今までのお話の繰り返しになりますけれども、緊急時というイメージが余りにも強いと思うのです。先ほど来のように半年、早くても3、4か月以上は流行発生からたっている時期にワクチン接種をするということを見ると、当然、治療薬など医療等の組合せで考えていく必要があるわけですね。先ほどから押谷先生がおっしゃっているように、半年、1年という時期にワクチンを接種するのは何のためのかということは、もう一度考えておかねばいけないと思います。というのは、どうも緊急の混乱の中でワクチン接種を行うようなイメージを持ちがちですが、考えてみると半年ぐらいはたっているわけですので、先ほど岡部先生もおっしゃったように、もう既に罹患している人が大多数なわけです。大多数までいかないけれども、非常に多いという状況もあるわけです。そのときに改めてワクチンの意義は何なのかということも含めて、緊急時対応ではないワクチン接種の役割は何か、目的は何かということを冷静に考えておく必要があるなど、改めて思いました。

○岡部班長 全くそのとおりです。2009年は結局、いろいろな物事を決める人は、これで間に合うと思ってしまっていたところが多々あるので、大分苦労しました。その辺も含めて、いろいろな人への説明は必要だろうと思います。一応今言ったような議論を基にして、基本的に実施要領は作って示していただくと、もし、それに対して自治体や何かに意見があらかじめあるようだったら、できるだけ受けていただくと。

それから、同じような言い方になってしまつて、また押谷先生に怒られてしまいますが、接種の対象者の優先順位の議論は、引き続き必ずやっていく必要があります。ただ、宇田先生がおっしゃったようなところもあるので、細かい点はもうちよつと詰める必要がありますが、試算の考え方は基本的に提示していただいたので、大まかにはこういう数字でやります。また、基礎疾患のある者への考え方というのは、示しておいていただいたほうがいいだろうと思います。

そのようなところで、今日の段階としてはよろしいでしょうか。ワーキンググループになりますが、この公衆衛生の会議は、結構間を置いて久しぶりになったのですよね。事務局も資料を出すのはなかなか大変だとは思いますが、フリートキミみたいなもので、今のようなコンセンサス作りというか、課題は出たというほうがいいと思うのです。そういう点では完璧な会議を求めると、フリーディスカッションといった形で、会をもつていただいたほうがいいのではないかとと思うのですが、いかがでしょうか。そのようなことも次のところで考えておいてください。つまり接種実施要領が出るまでこの委員会をやらないのではなくて、中間報告あるいは今のような議論の継続でもやっていただければと思います。もし委員の方もよろしければ、そのようなことをとどめておいていただければと思います。

今のほかのほうにも入るのですけれども、その他で何か全体的な御意見がありましたら、どうぞよろしく願ひします。

○谷口委員 参考資料を見ていて、今、プレパデミックワクチンは備蓄されているのですが、来年、900万人分がエクスパイアするのですよね。かなりでかいのですけれども、これは続けていくのでしょうか。

○岡部班長 今の状況を含めて、事務局のほうからどうですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 行動計画及びガイドラインで、プレパデミックワクチンは特定接種対象者分ということで、1,000万人分を念頭に備蓄することになっております。なので、期限を迎えた900万人に関しては、同量を備蓄し直すことになるかと認識しています。

○谷口委員 そうすると、H5N1はそのままということですか。

○竹下新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 備蓄株については、これまでもワクチン作業班で議論を頂いております。平成28年当時、鳥インフルエンザのH5N1の中でリスクが一番高い、危機管理上重要性が高いワクチンを優先することが決まりましたので、そういう形で現在、チンハイ株を備蓄しています。今回切れることに合わせて、ワクチン作業班で議論を頂いて、H5N1のどの株とするかということをやっていたか形になると認識しています。

○谷口委員 こういう話を話し出すと、皆さん意見があるかもしれませんが、危機管理上の重要度というのは、前にも議論になったと思うのです。H5N1なのか、N6なのか、H7なのかということもあるかもしれませんが、やらないということもあるかもしれませんが、危機管理上の重要度が高い株ということ、きちんと考えていかなければいけないかもしないですね。

○岡部班長 小委員会あるいは前の委員会などでも議論はされていて、私も発言をしているのです。確か押谷先生も、同じ発言をされていたと思うのです。その都度、予算立てで作らなければいけないから、どの株をどのぐらいの量でいいかということが決定事項になっているというのが、今までの連続だったのです。是非ともH5N1でいいかどうか、あるいは備蓄量が今のままでいいかどうかというのは、予算の前からどこかで検討しなくてはいいなという意見を言っていたと思うのです。押谷先生、そうですね。

○押谷委員 そもそも備蓄することは是非というのでも、議論をする必要があるわけですね。先ほどの資料にもあったように、本当にこれができるかどうかは分かりませんけれども、パンデミックが起きてから、ワクチンが製造できるまでの期間が短縮されてきている中で、本当に備蓄という考え方が必要かどうかという議論が、まず最初にあつて、備蓄するのなら何を備蓄すべきかという議論かと思うのです。もともとカナダなどは、全く備蓄していないのです。カナダは国民全体に、できるだけワクチンを早期に作るということが国の最重要課題で、プレパデミックワクチンなどという考え方はしていません。若干の備蓄は持っているかもしれませんが、基本的には備蓄を持っていないのです。10数年前にH5N1がいろいろな問題になったときに決めたことを、今のこの状況の中でどこまで考えるかというのは、そもそも備蓄をするかどうかということから議論すべきかと思ひます。

○岡部班長 小委員会などの議事録を見れば、この件については従来とは違って、きちんと議論をしようというのが残っているのです。いきなり小委員会というの、審議会の中の1つの部門になってしまうので、作業班で言えばワクチン作業班が一番適切だと思うのです。この委員会としては今の谷口先生の御意見なども含めて、従来のこともありますから、ワクチン作業班では是非H5N1について、どの株が適当かということだけを決めるのではなくて、もっと根本的なところを、宿題になってしまいますが、大きく言えばプレパデミックワクチンが必要かどうか、あるいはH5N1だけではなくてH7か、ほかのH5の亜型であるか、そういうものに対してどういふ対処をするかということについて、是非議論をしていただきたという願ひを、この作業班からしておくとよいのでしょうか。

○押谷委員 それと関連するのですけれども、自治体は特定接種のリストを作るのでこの1、2年間、かなり苦労をしています。あの特定接種という考え方、プレパデミックワクチンの備蓄があるからこそ成り立つ考え方です。あれだけの労力を使っているのが、本当にどこまで役に立つのか。実際にH5N1以外の株がパンデミックを起こして、先ほどの議論のように、ワクチンが足りないという状況になったときに、国民のコンセンサスが得られるのは医療従事者までで、それ以上の人たちのコンセンサスを得るのは非常に難しい。

いろいろな事業者にリストを出させていますけれども、その部分に関してどこまで本当に説明をしているのか。彼らは、自分たちはどんな状況になってもワクチンを優先的に接種できると思っています。今の状況ではその辺が、実際にはできない可能性のほうが非常に高く、H5N1のプレパデミックワクチンが使えない状況が起こることのほうが、蓋然性ははるかに高い。そういう中で、優先接種対象にならないだろうと思われる人たちから、かなりの労力を使ってリストを出させていることの是非も、やはりきちんと議論をして説明をする必要もあると思うのです。恐らく医療従事者までは、国民のコンセンサスが得られると思いますが、そこから先は非常に難しい。そのことを自治体の人にも知らないし、実際にリストを出している事業者の人たちも、ほとんど知らないという現実もあります。

○岡部班長 確か備蓄量から言うと、毎年1,000万ドース作っているという中で、医療関係者だけではなく、ライフラインを保つような人というところで、一応量的にはカバーされていると思うのです。先生が言われるのは多分。

○押谷委員 プレパデミックワクチンが使えないようなパンデミックが起きたときに、どうするかということです。

○岡部班長 それは、どちらかと言うところですか。公衆衛生グループですかね。その辺も整理していただくと、プレパデミックワクチンの備蓄を考えるときにはワクチン作業班ですし、その効果がなかった場合の優先順位という意味でいいですか。例えばH7N9が起きたら、備蓄ワクチンでは間に合いません、優先順位は先ほどの4つで、ハイリスクの人は後だということになる。ただ、図から言うとワクチンが今の備蓄では、プレパデミックでは間に合わないというときには、特定接種を先にやるということなので、含まれてくると思うのです。ただ、特定接種のときにはワクチンの製造量によっては、特定接種と住民接種がオーバーラップする場合があるけれども、特定接種を優先すべきだという議論はしたような気がするのです。

○押谷委員 ライフラインを守るような事業者の特定接種というのが、本当にどこまで国民のコンセンサスが得られるかということです。医療従事者は多分得られます。2009年も医療従事者に関しては、特に問題はなかったと思いますけれども、それ以外の事業者にどこまでコンセンサスが得られるかというのは、非常に大きな問題です。

○岡部班長 それについてもフリーターキングでいいですから、課題として取っておいて、議論はしておいたほうがいいと思うので、事務局にはノートしておいていただきたいと思います。そういう形での議論でよろしいですか。今のは注文付けではないですけれども、具体的にプレパデミックワクチンの備蓄量あるいは株の問題については、ワクチン作業班のほうでやっていただくようにしたいと思います。そのほかにもいかがでしょうか。

○宇田委員 住民接種に関しての実施要領は御検討いただけるということで、よろしく願います。特定接種に関しては国でなさるということですが、都道府県や市町村の役割がないわけではないと思います。例えば、流通に関する状況の把握とか、しるべき事業者からの問合せ等に関する対応とか、いろいろなことが想定されると思うのです。その辺の、都道府県や市町村といった自治体の役割も、国に全くお任せということにはならないのではないかと思いますので、そちらのほうの御検討も具体的に行っていただいて、そのプロセスでも自治体の意見も聞いて、出来上がったものの周知に関しても、是非よろしくお願ひしたいと思います。

○岡部班長 ほかに追加で御意見、あるいは御提案などがありましたらどうぞ。よろしいでしょうか。時間もそろそろなので、今日の議論としては終わりたいと思います。幾つか意見もありますし、具体的にやっていただかなくてはいけないことや、そのほかのグループへのお願いと言いますか、宿題も出したりしているので、その点の伝えをうまくやっていただきたいと思います。また、内閣官房にも関連があると思いますから、こういった議論については内閣官房のほうにも伝えていただくということで、今日の会議は終わりたいと思います。事務局あるいは課長から、意見はありますか。

○三宅宅核感染症課長 今日いろいろと宿題を頂きました。現在、新型インフルエンザの議論が、熱心にどんどんなされているという状況では余りない中で、それでもしっかりやらなければいけないことはやっているという状況です。その中で、少し優先順位を付けながらやらざるを得ないところがあって、皆さんから見ると歯がゆいスピードであるとは思いますが、プレパデミックワクチンについては、やっとスケジュールが各社から出てきましたので、その新しい情報を使って、接種要領をしっかり作り、それに伴って押谷先生がおっしゃったように、どの順番でやるかというのは、本当にいつまでやっても議論がずっと終わらないのですけれども、それをもって諦めてはいけないということは今日も思いましたので、進めたいと思います。

また、プレパデミックワクチンについては、細胞培養ワクチンが半年でできるというのが、平成30年度以内ということですので、そこが確認できたときが、1つの大きなタイミングだと思っています。その前後に間に合うように議論を進めていくというのが、この前からいただいた宿題の中で、優先順位を高く考えております。抗インフルエンザウイルス薬の備蓄についても今、何個か考え方を検討しております。そして、プレパデミックワクチンについても、考え方をいろいろと検討できるように今考えているところです。そしてプレパデミックワクチンに伴う特定接種などについては、集団的接種、日頃やってないものをやるというのは非常に難しいと思っていますので、その辺をしっかり考えると。そうしないと結局、どの順番でどうやると言っても、現場が動かなければしょうがないので、メリハリを付けながら、先生方に相談しながらやっていきたいと思っています。本日はありがとうございました。

○岡部班長 ありがとうございます。あと、事務局のほうからアナウンスがありましたらお願いします。

○山崎新型インフルエンザ対策推進室室長補佐 次回の開催については、決定次第御連絡を差し上げますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(了)



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話: 03-5253-1111(代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.