

新型インフルエンザ等対策有識者会議

第12回議事録

内閣官房新型インフルエンザ等対策室

第12回新型インフルエンザ等対策有識者会議議事次第

日 時：平成26年10月29日（木） 9：59～12：02

場 所：三田共用会議所 3階大会議室

1. 開 会

2. 議 事

- (1) 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄について
- (2) 海外における新型インフルエンザ等感染症発生時の在外邦人への対応について
- (3) 新型インフルエンザ等対策政府行動計画における未発生期の関係省庁対応事項の進捗状況について
- (4) プレパンデミックワクチンの備蓄及び特定接種の登録の進捗状況等について
- (5) 新型インフルエンザ等対策訓練について
- (6) その他

3. 閉 会

○尾身会長 おはようございます。それでは、定刻になりましたので、ただいまから「新型インフルエンザ等対策有識者会議」を開催いたします。

初めに、委員の交代について、事務局から御紹介をお願いいたします。

○事務局（山田） おはようございます。

新任の委員の方につきまして1名いらっしゃいます。御紹介させていただきます。

日本経済団体連合会社会基盤強化委員会企画部会長の、伊東祐次委員でございます。

○伊東委員 おはようございます。伊東でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局（山田） 委員の交代につきましては、以上でございます。

○尾身会長 ありがとうございます。

前回の有識者会議以降、事務局にも異動がありましたので、改めて事務局のほうの紹介をお願いいたします。

○事務局（山田） 引き続き紹介させていただきます。

内閣官房新型インフルエンザ等対策室長の吉岡てつをです。

○事務局（吉岡） 吉岡でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（山田） 同じく、同対策室参事官の鳥井陽一です。

○事務局（鳥井） よろしくお願ひします。

○事務局（山田） 同対策室企画官の田中剛です。

○事務局（田中） 田中でございます。よろしくお願いいたします。

○事務局（山田） 続きまして、厚生労働省健康局長の福島靖正です。

○事務局（福島） よろしくお願ひいたします。

○事務局（山田） 同じく厚生労働省結核感染症課長の浅沼一成です。

○事務局（浅沼） よろしくお願ひします。

○事務局（山田） 厚生労働省新型インフルエンザ対策推進室長の中谷祐貴子です。

○事務局（中谷） よろしくお願ひします。

○事務局（山田） なお、本日は、議題2について御説明いただくため、外務省領事局飯田政策課長に御出席いただいております。

○事務局（飯田） よろしくお願ひいたします。

○事務局（山田） 以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

それでは、初めに、西村内閣危機管理監から御発言をお願いいたします。

○事務局（西村） どうもありがとうございます。

皆さん、おはようございます。内閣危機管理監の西村でございます。

本日は、御多忙中のところ、御参集いただきまして、ありがとうございます。心から御礼を申し上げます。

また、委員の皆様方におかれましては、平素より新型インフルエンザ等対策につきまして、格別の御尽力、御協力を賜っていることに対しまして、この場をおかりして、厚く御

礼を申し上げます。

皆様、御案内のとおり、新型インフルエンザ等対策につきましては、平成24年に新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されまして、翌25年6月に政府行動計画を策定いたしました。現在、その計画のもと、さまざまな対策を講じておりますが、新型インフルエンザ等が国内でまん延するような事態になれば、まさに国家の機能が損なわれるような事態が生じかねないということで、私どもとしましては、新型インフルエンザ等対策はまさに国家の危機管理の大変重要な課題の一つであるという認識をしております。

そうした意味で、今日の会議におきましても、抗新型インフルエンザウイルス薬の備蓄を始め、幾つかの議題を掲げられておりますけれども、皆様方の御知見をお借りいたしまして、政府としての新型インフルエンザ等対策をさらに進めて、万全の対策を講じてまいりたいと考えておりますので、どうぞ忌憚のない御意見を賜りますよう、よろしく願い申し上げます。

○尾身会長 西村内閣危機管理監、ありがとうございました。

続いて、本日の委員の出席状況、資料の確認を、事務局、お願いいたします。

○事務局（山田） まず、本日の出席状況につきまして御報告いたします。

委員全体27名のうち、本日は19名の委員の方々に御出席をいただいております。ありがとうございます。

御欠席の方ですけれども、小田切委員、折木委員、河岡委員、川名委員、田島委員、戸田委員、朝野委員、柳澤委員でございます。また、井戸委員におかれましては、代理としまして、味木兵庫県健康福祉部参事に御出席いただいております。

配付資料のほうでございますけれども、お手元の議事次第にあります配付資料の一覧のとおりでございます。個別には省かせていただきますけれども、不足等ございましたら、事務局にお申しつけていただければと思います。

以上でございます。

○尾身会長 ありがとうございます。

これでカメラはここまでとさせていただきます。

（報道関係者退室）

○尾身会長 それでは、議事に入りたいと思います。

まず、議題1ですが、新型インフルエンザウイルス薬の備蓄について、まず、本議題の経緯などについて、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（中谷） 事務局でございます。

お手元の資料1-1「新型インフルエンザ対策における抗インフルエンザウイルス薬の備蓄について」をご覧ください。

おめくりいただいて1ページ目です。「現行の抗インフルエンザウイルス薬の備蓄方針」ですが、新型インフルエンザ等対策政府行動計画によりまして、国は、諸外国における備蓄状況、最新の医学的知見等を踏まえ、国民の45%に相当する量を目標として、抗インフ

ルエンザウイルス薬を備蓄するとなっております。また、抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドラインのほうでは、備蓄目標量は5,700万人分とし、流通備蓄分400万人分を除き、国と都道府県で均等に備蓄をすとなっております。また、さらに、備蓄薬剤の種類と割合については、タミフル8割、リレンザ2割が目標ということとなっております。

2 ページ目「抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドライン」でございます。

これは、抗インフルエンザウイルス薬を効率的・効果的に使用するため、国、都道府県、医療機関、医薬品卸売販売業者等による適切な備蓄・流通・投与を促すということで、今、申し上げた備蓄の目標を踏まえまして、流通については発生前と発生後について、こちらに書いてありますような内容、また、投与の方針につきましては、その下の囲みの部分ですが、治療薬の選択や治療方針に関する専門的な知見を情報提供するとなっております。予防投与につきまして、こちらの青い字で示した者を対象に、投与をすとなっております。

3 ページ目、これまでの「抗インフルエンザ薬の備蓄目標の経緯」でございます。

平成27年度に新型インフルエンザ対策として備蓄を開始してございまして、その際は、目標量が2,500万人分、国民の23%に相当する量で、薬剤はタミフルでございました。

平成20年度に備蓄目標量を引き上げ、国民の23%から45%。また、備蓄薬にリレンザを追加してございます。

平成24年度には、備蓄薬のリレンザの割合を2割に引き上げるという対応をし、また、目標量は5,700万人分となっております、現状のとおりです。

4 ページ目「タミフルの行政備蓄状況」で、現在約3,000万人分となっております。年度ごとに目標数に合うように、有効期限切れなども踏まえまして、買い足しなどをしてございまして、平成25年にタミフルの使用期限が7年から10年に延長してございます。

5 ページ目、こちらはリレンザの行政備蓄の状況で、現在、約530万人分の備蓄をしてございまして、リレンザにつきましても、平成25年に使用期限が7年から10年に延長してございます。

続きまして、6 ページ目「近年の先進諸国における抗インフルエンザウイルス薬の備蓄目標量（総人口に占める割合）」を一覧でお示ししてございます。

日本は、今、申し上げたように、45%です。アメリカ25%、ドイツ30%、オランダ30%、イギリス50%となっております。

続きまして、7 ページ目「抗インフルエンザウイルス薬備蓄における課題」といたしまして、平成18年度に備蓄を開始したタミフル、リレンザは、平成28年度から順次期限切れとなっております。期限切れに伴い、平成28年9月から備蓄目標45%を下回る状況となります。具体的には、国の不足分は272万人分、都道府県の不足分265万人分ということになりまして、これまでの知見等を踏まえ、今後の備蓄のあり方について検討する必要があるということでございます。

8 ページ目、具体的に課題の中身としまして、まず「備蓄薬剤の種類と割合について」

です。

9 ページ目の一覧表をごらんください。抗インフルエンザウイルス薬につきましては、タミフル、リレンザのほかに、イナビル、ラピアクタ、アビガンという3つの薬剤が新たに承認をされております。それぞれの製剤の特徴及び流通量につきましては、この一覧をご覧いただければと思いますので、こちらの種類をまた増やすかどうかといったところが課題となっております。

10 ページ目「備蓄目標量について」です。

続いて11 ページ、「現行の抗インフルエンザウイルス薬備蓄目標量の考え方」といたしまして、この国民の45%を目標とするとございますが、その内訳としましては、3つの考え方がございまして、1つ目、①として新型インフルエンザの治療に必要な量ということで、人口の25%が新型インフルエンザウイルスに罹患して、その全員が受診をして使用する場合が3,200万人分。また、新型インフルエンザの病態が重篤の場合は、倍量・倍期間投与を行う可能性があるということで、プラス750万人分。

また、②予防投与としてですが、発生早期に感染拡大防止のため、同じ職場の者などに投与する可能性や、十分な感染防止策を行わずに患者に濃厚接触した医療従事者等に投与する可能性として300万人分。

③として季節性インフルエンザが同時流行した場合の治療ということで、過去に流行した患者数の平均として1,270万人分という考え方がございまして、これをどのように考えるかということがございました。

続きまして、資料1-2をごらんください。

以上の課題につきまして、厚生労働省の中の厚生科学審議会感染症部会及びそれに関連する委員会での議論の結果のまとめでございます。

資料1-2の1 ページ目は今、申し上げた内容ですので、飛ばしまして、資料の2 ページ目をごらんください。「2. 備蓄薬剤の種類と割合に関する考え方」ということで、まとめ2ポツのまとめになっておりまして、2-1 現行、タミフル8割、リレンザ2割でございます。

2-2 としまして新しい薬剤の種類と割合の考え方ということで、議論の中身につきましては、こちら、資料の青い文字でまとめております。

まず、①備蓄薬剤の種類に関する考え方としては、既存のタミフル、リレンザに加えて、タミフルドライシロップ、ラピアクタ、イナビルの備蓄を行ってはどうかということです。

次の青い文字です。タミフルドライシロップについて速やかに備蓄を行ってはどうかという点です。

詳細な理由等については、時間もありますので、割愛させていただきます。

3 ページ目、一番上の次の青い文字ですが、ラピアクタについて一定の備蓄を行ってはどうか

次の青い文字です。イナビル及びリレンザの両薬剤について一定の備蓄を行ってはどうか

か。

中ほど少し下にあります※アビガン錠についてですが、薬事承認で付されている臨床試験における有効性・安全性のデータがそろい次第、引き続き備蓄の是非について検討するというところでございます。

次に、②薬剤の備蓄割合に関する考え方ですが、各薬剤の備蓄割合については、市場流通の割合を踏まえてはどうかという点でございます。

4 ページ目、③各薬剤の計画的備蓄に関する考え方でございます。タミフルドライシロップについては優先的に備蓄を開始することを検討し、その他のラピアクタ、イナビルについては既に備蓄しているタミフルやリレンザの有効期限を踏まえつつ、順次切り替え及び買い足しを行ってはどうかというところでございます。

続きまして、3. 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄目標に関する考え方でございます。

3-1 は現行の考え方で、先ほど御説明した内容になります。

5 ページ目、3-2 新しい備蓄目標の考え方。

①新型インフルエンザの治療についてということで、対象者数は、新型インフルエンザ等対策政府行動計画の被害想定に基づく罹患者数や医療機関受診者数を基本としてはどうかという点。

2 つ目の青い文字で、5 ページ目の中ほどにありますが、現在は受診者数の1割を重症患者と想定して、その全ての患者を倍量倍期間治療の対象にしている。しかし、重症患者の考え方として入院相当程度の患者として考えることも可能ではないかという考え方がございます。

続きまして、6 ページ目、目標量の②として、②予防投与についてです。

1 つ目、海外発生期及び地域発生早期等における患者に濃厚接触した者に対する予防投与は、平成21年新型インフルエンザの経験から国内まん延期に入るまでの5～7月の患者数約5,000名を基礎とし、その患者が接触した可能性のある者の数を試算した上で対象者数を考慮してはどうか。

2 つ目の考え方として、青い文字ですが、平成19年当時のWHO Interim Protocolでは、重点的感染拡大防止策用に300万人分備蓄されていた。平成25年のWHO Interim Guidanceにおいて、一定量の重点的感染拡大防止策用の備蓄はウイルスの急激な拡散や全体的な社会的影響を減少させる可能性があることと結論づけていること、また、新型インフルエンザ等対策政府行動計画には、限定的ではあるが感染拡大防止策を行うとの考え方もあることから、重点感染拡大防止策用に備蓄を考慮してはどうかという考え方があるというところでございます。

7 ページ目、備蓄目標量の3つ目、③季節性インフルエンザ同時流行の発生規模についてでございます。

新型インフルエンザが起きた際、季節性インフルエンザが同時流行を起こす可能性は低い。そのため、例年の季節性インフルエンザと同規模分の備蓄を行う必要性はないのでは

ないか。一方、過去に新型インフルエンザと季節性インフルエンザの同時発生は小規模ながら確認されている。同時流行の可能性や過去の発生規模を参考に備蓄の必要性を考慮してはどうかということで、このような考え方があるではないかということでまとめた資料でございます。

以上でございます。

○尾身会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、今月9日と16日に開催された医療・公衆衛生に関する分科会で議論をいただいた、新たな備蓄方針の取りまとめ案について、岡部分科会長から御説明をお願いします。

○岡部会長代理 岡部です。

資料1-3をごらんいただければと思うのですが、ただいまお話がありましたように、厚労省の中の新型インフルエンザに関する小委員会、そこで議論されたこと、感染症部会で議論されたこと、そういったことを受けて、新型インフルエンザ等対策有識者会議の公衆衛生部門で検討したというのがこの資料1-3になります。

1ページ目の1はこれまでの経緯ですから、これはちょっと省略をさせていただきます。

「2. 新たな備蓄方針」。

(1) 備蓄薬剤の種類と割合、これは先ほど、幾つかの薬剤が既に日本では市販をされているということの御紹介がありました。便宜上、商品名でいうと、タミフル、リレンザ、タミフルドライシロップ、ラピアクタ、イナビルというようなものがありますが、これを市場流通の割合や、想定する新型インフルエンザによる疾病の重症度、こういったものを踏まえながら、いずれも実際に必要なもので、それぞれについて備蓄の中に入れていく。

ただし、優先順位、これが2番目の黒い点のところですが、小児については、普通のタミフルを使うと、カプセルを開けても苦くて飲みにくいとか、實際上、服用としてはうまくいかないことがあるので、現在、市販されているタミフルの小児用のドライシロップというものがあるので、これを優先するという。それから、点滴静注薬は、重症患者に対して必要になるので、このラピアクタという薬についても、備蓄を開始する。イナビルにつきましては、既存の備蓄薬が有効期限切れになる時期を勘案しながら、順次切りかえていくという方針がいいだろうということになりました。

備蓄目標量は、先程来も説明がありましたけれども、備蓄量として国民の45%が妥当かどうかということは、随分議論が行われました。これについては、2ページ目のほうになりますが、幾つかの理由がこの中には含まれております。

それから、季節性インフルエンザとの同時流行、これが2ページ目の一番上のところに書いてありますけれども、実際には、新型インフルエンザが発生しパンデミックになったときに、季節性インフルエンザとの同時発生はあり得るけれども、パンデミックと同じレベルではないということ、それから、重症患者へ倍量・倍期間というのは実際には行われてはおりますけれども、エビデンスとしては余り明確ではないといったような状況があり

ました。

こういったことを考慮しまして、引き続き、備蓄目標量については、もうちょっと腰を入れたというか、きちんとした形での議論を行うということをしながらか、一方、現在、すぐにはどうするかということでは、ここに書いてある妥当性について継続的に審議を行いながら、一方、現在、喫緊の課題である平成28年度以降ということでは、今までの状況、広く国民に使われている抗インフルエンザウイルス薬であるということ、それも踏まえて国民の安全・安心を考えた上で、これまでどおりの45%相当量が現在としては妥当であろうという考えになりました。

それに加えて、現在の備蓄、これは3番目の黒いところになりますが、いわゆる行政備蓄というものに加えて、現在では、製薬企業や卸業者に保管されている流通備蓄分というものがかなり増えてきていますので、これを加えるような形にして、国と都道府県が均等に備蓄する行政備蓄分としては4,650万人分ということで、トータルとしては45%相当が現在のところ、妥当だろうということになりました。

2ページ目「3. 抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドラインへの対応」、これも現在あるものを、今の割合等々からいうと、改定する必要があるということ述べてあります。

「4. 継続検討事項」、これが課題といいますか、早く取りかからなくてはいけないところですが、1番目の■季節性インフルエンザとの同時流行については、現在、どの程度の発生規模を想定すべきかの科学的エビデンスは乏しいので、そのため、同時流行の可能性の発生規模について、これは情報収集を行い、議論を続けるということ。

2番目の■では、新型インフルエンザの被害想定と患者の治療について。この被害想定が従来から、先ほども御紹介があったFluAidというアメリカのモデルが一応中心にはなっているのですが、これはアメリカと日本との医療制度の違い、FluAidが発表されたころと現在の時代の状況とか、このようなことも違ってきておりますし、また、我が国では、抗インフルエンザウイルス薬の使い方も各国に比べてトップクラスに多いわけですから、そういった、これは国民の方の気持ち等々を考えながら、今後、さらなる科学的エビデンスに基づいた新たな被害想定の方について議論をする。これは、委員会のほうからも注文といいますか、事務局をお願いをしているのですが、これは書き留めておいたということだけではなくて、これについてきちんと、例えば研究班、あるいはそういったグループの中で、できるだけ早く科学的な議論をきちっと行って、次の段階ではこういった新しい被害想定に基づいた議論が行われるようにということをお願いしてあります。

3ページ目、抗インフルエンザウイルス薬の重症患者への倍量・倍期間投与、これは臨床の場では通常の季節性インフルエンザの場合でも、倍量・倍期間ということも試みられているわけですが、それについての有効性や安全性について、現在のところ、まだ明らかな科学的なエビデンスは乏しい。症例数が少ないので、きちんとした評価が行われていないということがあります。それで、これについても、ここに書いてありませんけれ

ども、これは日本発の薬でもありますので、日本しかデータが出せないということもあろうかと思えますので、こういうデータをきちんと収集して、倍量・倍期間治療の有効性、必要性、こういったものについても科学的エビデンスを出していくという方針が必要である。そんな議論が行われました。

2番目の予防投与につきましては、濃厚接触者等への予防等の対象とすべき範囲、その規模の考え方、試算方法、これについても同様に季節性インフルエンザの予防投与のあり方を参考にしながら、議論を進めていくということがあります。必ずしも全員に予防投与を行うという考え方ではなくて、濃厚接触者への予防投与ということが前提にあります。

3番目の効率的かつ安定的な備蓄のあり方につきましては、備蓄はやはり相当の財政負担があるということは承知しているところでありまして、今回は市場流通量の増加等を踏まえ、流通備蓄量を変更したことになります。備蓄の前提条件の変化に合わせて、より効率的かつ安定的な備蓄方法のあり方については、今後も継続的に検討し、国民の視点に立って、わかりやすく備蓄方針を説明していく必要がある。

こういったことが公衆衛生担当の会議でまとめられたことであります。

以上です。ありがとうございました。

○尾身会長 岡部分科会長、どうもありがとうございました。

この議題1の最も重要な役割は、今の岡部会長がお示ししていただいた備蓄方針の取りまとめ案、資料1-3をこの会議がこのまま認めるか、あるいは修正をして認めるかということですので、ぜひ活発な議論をお願いします。どなたかありますか。

○伊藤委員 資料1-1の報告書で、平成27年時の先進諸国における薬剤備蓄目標量というのが書いてあるのですが、先進国の中で日本とイギリスが非常に多いのですが、まず、これは備蓄目標量はこういうことなのですが、現実にも今、どれぐらい備蓄しているかというとは、厚生労働省は諸外国のデータをお調べになっているかどうかという質問。

あと、イギリスについては、既に専門家の皆さんはもう御存じだと思うのですが、タミフルの政府備蓄を非常に疑問視する声が英国議会決算委員会で昨年出ています。これについては、元となるデータというのは、120カ国の2万4,000人の医療関係者からなる独立したいわゆる国際研究チーム、コクラン共同計画というところが、イギリスの医学誌に、タミフルにおける最も信頼の置ける完全な検証という論文を掲載したのですが、非常にタミフルそのものについて、死亡を抑制する効果ははっきりないと断定しているのです。その後、『ランセット』などでも少しいろいろそのデータが出たのですが、備蓄量そのものの議論はもう一つあると思うのですが、先程来のお話をずっと聞いていると、タミフルそのものについて、備蓄を継続することについて、少しタミフルに偏重しているのではないかという気がして、まさに今、国産の薬も出てきて、いわゆる国益を考えると、国産の薬がきちっと検証されて、備蓄されたりすることが、非常にこの国にとって、私自身はよいのではないかと考えているのですが、その辺の問題について、専門家の皆さん、専門委員会で随分議論をされたと思うのですが、この備蓄量45%をこのまま暫定的に認めるとすると、

薬剤の中身については具体的にどうなるかというところも含めて、少し御意見をお示しいただければと思います。

○尾身会長 まずは、今、伊藤委員の質問が2つあって、実際にどのぐらい備蓄されているかという話と、では、どちらにしますか。先に事務局から。

○事務局（中谷） 1点目の、各国でパーセンテージをお示ししましたが、実際、幾ら備蓄しているかの詳細までは、今、我々情報がございません。

○尾身会長 では、岡部委員。

○岡部会長代理 45%の備蓄が妥当かどうかということについては、先ほども申し上げましたように、ベースになる被害想定その他もかかわるので、相当議論を行いました。それから、ほかの委員会でもこれは必ず出てくるところでもあるところですけども、45%、日本の場合は通常の場合に多く使われているということがあるので、これを切り下げるためには相当なエビデンスが必要であろうということになるので、それを平成28年度備蓄に向けての議論に十分な時間は残念ながらないので、直ちに切り下げるということではありませんが、当面という言い方になります、45%を維持しつつ、これが妥当かどうかについては、かなりタイムスケジュールとしては早めにしたいたいですけれども、これについての妥当性を新たに打ち出していきたいというのが委員会の議論であります。

それから、タミフルに偏重しているのではないかというのは、市場の流通に問題もあるので、その割合で一気にある特定の今の薬を全部頼るかという、そうはいかないので、やはり生産量その他等々と合わせて、それを考慮した上での備蓄量のバランスを考えると意見になりました。

コクランデータのことももちろん議論になりましたけれども、例えばコクランデータも全世界で信用されているかという、USCDCと議論をやったり、いろんな見方があるので、必ずしもこれがベストではないとは言いながら、一方では、重症化予防、その他については、論文として見るところもあるし、まだ十分でないところもあるという状況ですので、そういったことは、全体のところも考慮しながら、必ずしもタミフルに偏重しているという言い方ではありません。

ただ、もし、タミフルの効果その他について疑問があるなら、ノイラミニダーゼ阻害剤としてはその他も同様のメカニズムでありますので、すぐにほかのものに切りかえれば数倍の効果が出てくるというものでもない、そこは公平に見ていく必要があるだろうと思います。

○伊藤委員 アビガンは違いますか。

○岡部会長代理 アビガンは違います。アビガンは、しかし、その使い方等々については十分に慎重に考えていかないと、場合によっては副反応の問題のこともありますので、これもエビデンスに基づいた判断ということが必要になると思います。

以上です。

○尾身会長 どうも。

その他、ございますか。

では、先にどうぞ。

○安永委員 連合の安永でございます。

備蓄目標量について、製薬企業や卸業者などの流通備蓄分を400万人分から1,000万人分に増やして、行政備蓄分はその分だけ減らすというご提案でした。結論としては受けとめたいと思いますが、その理由が気になるところでございます。資料1-3の2ページ目の3つ目の■の2行目「財政負担にも十分配慮すべきであること」が理由の一つに挙げられているわけですが、必要な分、抗インフルエンザウイルス薬を速やかに提供できる生産備蓄流通体制をしっかりと確保するということが何よりも重要なことだと思いますので、国としての責任を持ってということを確認しておきたいと思います。

以上でございます。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（中谷） 御質問ありがとうございます。

おっしゃるように、ここはただし書きということで、分科会でも議論がございましたが、十分配慮すべきであることをもってしても、今のエビデンスでは45%をしっかりと確保するというところでございます。

また、流通備蓄につきまして、1,000万人分ということで、引き上げましたが、これもきちんとメーカーとお話をして、確保できるということを確認した上でやっておりますので、その点は御安心いただければと思います。

○尾身会長 それでは、櫻井委員。

○櫻井委員 櫻井です。

今の御意見にもあるいは関係するかもしれないのですが、この資料1-3の一番最後のところで、今後の継続検討事項というところの一番最後になりまして、効率的、安定的な備蓄のあり方についてということに関連して、ちょっと申し上げたいと思います。財政負担の話は、さはさりながら重要な観点ではあるので、効率的に資源配分するということが、合理的に行うということが極めて重要だと思うのですが、ただ、この種の安全性の話については、国民の視点に立ってという言葉がございすように、専門家的な合理性の有無だけではなくて、受けとめられ方みたいなところに十分配慮ということが王道なのだろうと考えております。

その際、その前の行、より効率的な安定的な備蓄方法のあり方ということなのですが、厚労行政という分野の一つの特徴として、別に批判しているわけではないのですが、余り現代的でないところがありまして、どういうことかということ、例えば45%を目標にするというのは閣議決定で決まっています、備蓄目標量はガイドラインで決まっています。その内訳については、課長通知で決まっていますということになっていまして、タミフル8割、リレンザ2割ということなのだけれども、私の専門が行政法なものですから、ほかの分野との比較ということと言いますと、ガイドラインで本当にいいのかなというの

が法形式の問題として一つあるのと、通知というのが若干どうかと思います。国民との関係でという意味ですけれども、法的に形を整えていくことが極めて重要なところでもあります。

本来、省令というようなことも考えてもいいように思いますし、柔軟性ということもあるのですが、行政として、もう少し形式として近代化していくといたしますか、法的な訴訟リスクみたいなこともありますし、きちんと外部的な法体制でもってこういう備蓄関係については進めているとよいのではないかと、少しずつ変えていかれるということが一つの法的な観点から見た場合の課題ではないかと思っています。

このことは、安定供給体制というところにも実はかかわってしまっていて、流通のところでは保留されているものについては適正流通は指導していくということがガイドラインで書かれ、卸業者とか医療機関等に対して、あるいは、製造に関してはメーカーさんをお願いするというところもあるのですが、それも基本的にお願ベースの話にどうもなっているようです。それから、個別の会社との関係では契約的なこともあると思うのですが、本来、その契約というのも、純粋な民事的な契約ではないはずで、しかも、財政出動を伴うということになってくると、それは国民との関係というか、国として、国の現代的な行政との関係でいうと、例えば契約の内容にどういうものが盛り込まなければいけないか、守秘義務の関係もあるので、なかなか難しいところもあると思うのですが、弊害のない形で、ある程度重要な要素についてはきちんと法制化するなら法制化して、セットしていくことが大事ではないかと思っています。

そうすると、適正流通を指導するという言い方も、本当に将来性がある言い方なのかというと、そうではないので、その点について申し上げたいことを一言で申し上げると、効率的で安定的な備蓄方法というところを確立していくに当たっては、申し上げたような観点もぜひ入れていただきたいというか、入っているということで、確認をさせていただければと思っています。

以上でございます。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（中谷） 御指摘ありがとうございます。

資料1-3の2ページ目、3ページ目、4ポツの5つの項目につきましては、今後、技術的なことも含めまして、厚生労働省の関係委員会で議論いたしますので、今、ご指摘がありました点も含めまして、主にそれは委員会というよりは行政で考えるべきことかもしれませんが、御相談をしながら検討してまいりたいと思います。

○尾身会長 どうぞ。

○味木参事 済みません、都道府県の立場から3点申し上げます。

まず、1点目は、国民の安全・安心のためには早く結論を出していただきたい。できましたら、ガイドラインの改定は具体的にいつぐらいを見込んでおられるのかにつきましても、教えていただけると助かります。

2点目でございますが、相当な財政負担を伴うということにつきまして、今のところ、国のほうからは購入に関しまして、交付税措置ということで、県のほうも支援していただいておりますが、引き続きの支援をお願いしたいという点と、保管と廃棄も財政負担を伴うものでございますので、それにあわせても検討いただきたい。廃棄に関しましては、効率的、安定的な備蓄の中におきましても、流通等のローテーションなどを含めまして、あわせて御検討いただきたいと思っております。

3点目は、国民、県民の理解を得ながら進めていくというところで、抗インフルエンザウイルス薬の効果について、いろいろ疑問の声も出ているところでございますが、それに関しまして正しい情報の発信と、あわせて、備蓄の方針に関しまして説明につきまして、県も国と協力しながら、しっかりと県民に説明していきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

○事務局（吉岡） 1点目のガイドラインの改定時期ということでありまして、本日、ここで取りまとめいただければ、そうした方針で私ども政府としては進めていくことは決まったことになるわけでありまして、実際のガイドラインの改定になりますと、備蓄に係る予算措置が必要になりますので、その目途が立った段階で、速やかに関係省庁の局長会議等で決定したいと考えております。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（中谷） あと、その他の交付税の措置の御指摘につきましては、これまでと同様に、しっかりと総務省と協議を行ってまいります。

また、保管や廃棄なども含めて、効率的な備蓄のあり方を含めまして、今後、議論させていただきたいと思っておりますし、大変重要な、正しい、しっかりとした情報提供をしていくということについても、一緒にまとめていきたいと思っております。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（鈴木） ちょっと確認をさせていただきたいのですが、備蓄薬剤の割合の話ですが、この備蓄をそもそも何でやっているかということ、基本的には非常に重症な、病原性の高いウイルスの場合に、たくさんパンデミックが出てきてしまって、それに備えるということだと思います。

資料1-1の9ページ、今、既存で青の4つぐらいの薬剤があるということだと思います。今、特に多いのがタミフルで8割、リレンザが2割ということですが、投与形態のところ見ていただくと、タミフルは経口剤、リレンザが吸入剤、イナビルも吸入剤、最後のラピアクタのみが静注薬剤ということになると思うのです。この中でも予測されていますけれども、約250万人が重症患者ということになると、おそらく意識もないので、経口投与というのはまず無理ということになりますし、肺炎等を非常にひどく起こしていれば、吸入でもなかなか吸収しにくいということになると思いますから、おそらく静注剤しかない

という例も多分出てくると思うのです。

先ほど、岡部先生に御説明いただいた資料1-3の中で、まさにその辺のところを書いてあるわけですが、私も都道府県の部長をやっていましたが、この定性的な書き方、重症度を踏まえるとか、優先的に何とかするということだけだと、実際にタミフル、リレンザのセルフライフが終わって、置きかえるときに、どれをどのぐらい変えたらいいかということがなかなかわかりにくいと思いますので、確認事項は、今後の検討事項と書いてある最後の、先ほど櫻井先生がおっしゃった、安定的、効率的な備蓄方法の中に、そういう各薬剤の備蓄の割合についてもきちっと検討した上で組み込むという理解でよろしいのか、それとも、それについてはこれ以上突っ込まないということなのかという確認です。

○尾身会長 それはむしろ岡部委員に。

○岡部会長代理 それは、重症患者の定義にもかかわるところで、従来、重症というところがやや曖昧になっているようなところもあるのではないかと思います。

少なくとも、入院をして、入院をする限りはなかなか経口薬が行きにくいだろうからといった人数の絞り込みとか、その点をきちんと算定するようにして、ただ、そのベースになるのは、そうすると、被害想定でどのぐらいかということから来ますので、今、おっしゃったようなことも十分考慮しながら、最終的な量というところに近づくような議論をしていきたいと思います。

○尾身会長 今のは結局、そのことを検討していくということですね。

○岡部会長代理 文章の中には重症度ということを考えてということも入っていますので。

○尾身会長 どうぞ。

○庵原委員 庵原ですけれども、インフルエンザの重症というときには、インフルエンザ自体が重症化した場合と、インフルエンザによる合併症が重症化した場合と、インフルエンザによって基礎疾患が重症化した場合と、場合が少なくとも3通りあるわけですね。その3通り全てにインフルエンザの抗インフルエンザ薬を使うのか。

今、伊藤委員から言われましたように、現在までのところ、ノイラミニダーゼ阻害剤は早期に使えば効果はあるけれども、遅れて使えば効果はない。そうしますと、重症化になった人が発症して2日以内で重症化すれば、抗インフルエンザ剤を使うメリットはあると思うのですけれども、3日目、4日目で入院した場合に、さあ倍量投与するメリットは本当にあるのかという、このエビデンスがないのです。

逆に言いますと、コ克蘭のタミフルのデータから類推すれば、ラピアクタも効かないというほうが正しいと思うのです。そうしたら、そんなものを備蓄する必要はどこにあるのだという議論が出てくると私は思います。

ですから、これをもうちょっとしっかりと詰めていかないと混乱するだけではないかと思えます。

以上です。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（中谷） 御指摘ありがとうございます。

今のような視点も含めまして、臨床研究を既に研究班でやっているものもございまして、また、諸外国の治験などもしっかりと調べまして、その点も含めまして議論をしてみたいと思います。

○伊藤委員 さらに、今回の備蓄の議論について抜け落ちているのが、治療という観点でいくと、数年前に相当な予算を投じて、新型インフルエンザ流行時にワクチンを早急につくるという議論がありました。これについては、細胞培養のワクチンを厚生労働省が幾つかの製薬会社に相当な補助金を出してつくったのですが、当時45%というときには、いわゆる細胞培養ワクチンの議論は全くありませんでした。

そういうことをきちっと、今、庵原委員からもありましたけれども、もう少し科学的な議論を、こういう場でも含めて、データの提出とか、タミフルに関して言えば、先ほど庵原委員からもありましたけれども、『ランセット』はもっと衝撃的な、16歳以下については死亡の抑制効果がないというデータまで出ていて、こういうものをきちっと議論するというのを整理しないと、まさに本当に大量のお金を投じて備蓄することが正しいのかということ、もう少し本質的に議論できればと思います。

○尾身会長 大石委員。

○大石委員 これまでもいろんな場で備蓄量については議論してきたところでありますし、特に重症患者への治療ということについても、現状、十分な情報がない、データがないというのが事実です。新型インフルエンザというのは、今、WHOが言っております重篤度といえますか、どの程度の重篤度の病気が来るかもわからない状況下で、我々研究として行っているのは、ベースラインとなる季節性インフルエンザの状況について調査を進めているところではありますが、現在、御存じのとおり、国の発生動向調査の中では、入院サーベイランスというものがあります。そして、その中に、またちょっと足りない部分を補足して、自治体と共同研究をして進めているところなわけですけれども、現在、集まっている情報では、外来患者さんのどのぐらいの人がインフルエンザで入院しているかという情報について、3カ所の医療機関だけの情報なわけですけれども、10%はいかないですね、数%なのです。医療機関によってもベースラインが少しずつ違っておる状況が少し見えてきているところなのですが、こういったことをもう少し詳細に詰めて、それが新型インフルエンザの重篤度によって違ってくるといっても十分想定しながら、倍量投与あるいは倍期間治療が必要であるとか、そういったことも議論していく必要があると、もっと情報を収集していかなければならないというのは、我々も認識しているところであります。

以上です。

○尾身会長 大体よろしいですかね。ほかにコメントございますか。

それでは、私のほうからも、この議題1は、冒頭申し上げましたように、岡部分科会長から提出された1-3の取りまとめ案を、この本会議が一応了承するかどうかということが主たる目的であります。

その中で、今、さまざまなサジェスションが出てきました。この資料1-3の中で、先ほど岡部分科会長から発言がありましたように、これからまたいろいろなエビデンスがまだ欠如している部分、足りない部分等々があるので、継続審議をしていくということも(案)の中に入っているわけです。そのことだけはちょっと確認して、これからもこれがまだいろんなことで検討あるいは調査、エビデンスをつくっていく等々をやらなくてはならないということを行っている。その中で、実は、いろんなことが今、発言されたと思えますけれども、一つは、厚労省のデシジョンメイキングのやり方がちょっと古いのではないかと、もう少ししっかりしたほうがいいのではないかと、かなり行政的な側面から、タミフルの有効性について、もっとしっかりしたエビデンスが、あるいは、割合についても、これからもう少し、あるいは、タミフルばかりに、海外の製品ばかりにいくので、そろそろ国内の、さまざまな提案が出てきて、こういう提案を含めてこれから検討していくんだということで、このまとめ案を承認していただけるのかということですが、私は今、いろんな委員の方から出てきた指摘は、岡部先生のところの委員会でも、おそらくコクランスタディーについても十分議論はされているし、割合についても、さまざまなことで、全部のことが既に議論されて、ただ、まだ結論が出ていないので、これからさらに、今、指摘があったようなことを踏まえて、調査、議論をしていくということがこの案の中に入っているので、私としては、そういうことで、もちろん、今日のさまざまなコメントについてはしっかり議事録にも書いていただいて、事務局のほうでしっかり検討していただいて、直すべきところは直す。例の課長通知でいいのかなどというところは、極めておもしろい発言。たぶんそれは岡部委員のところでも議論されなかったと思うので、そういうことも含めて、しっかりと今日のコメントをまた検討材料の中に入れるということで、この案はそういうことも含まれていますので、よろしいかということですが、そういうことでよろしいですか。

(「異議なし」と声あり)

○尾身会長 その他の先生方、いいですかね。いろいろコメントされた、十分ポイントは了解されて、これからそれを検討材料にするという条件ということでよろしいですね。

では、そういうことで、資料1-3の新たな備蓄方針案の取りまとめ(案)は、一応これで採択されたということで、どうもありがとうございました。

○丸井委員 承認されたというところで発言します。私も小委員会ですと今まで議論に加わってきました。45%という被害想定そのものをいろいろ考える時期にももちろん来ているわけですが、その45%を維持した理由の一つは、国民の安心のためというところが非常に大きかったと思います。被害想定にもとづいて国民の45%分を備蓄するということを、今までの議論では専門的な立場でエビデンスに基づいて、いろいろ議論はしてきています。そして、行政を含めて、情報を出していく、情報を提供するというお話がありましたが、リスクコミュニケーションの立場から言いますと、国民の理解を得るという意味では、情報は出すことに意味があるのではなくて、それをきちんと受け取ること、それを

理解することのほうが非常に大事なことです。今日の議論について、例えば実際に多くの国民はいざというときに、45%の備蓄があるということを恐らく知らないと思います。それは安心につながっていないということでもあります。今日、伊藤委員や南委員もいらっしやいますけれども、マスメディアも含めて、実際に専門家はどのようなことを考えているかということをしちんと国民に伝えるというよりは、国民にどのようにしちんと受け取ってもらい、納得してもらおうことが大事です。インフルエンザの政策については、この前のいわゆる新型インフルエンザの流行のときにも反省があったと思いますので、どのように伝えるか、理解を得るかということをし、考える必要があると改めて思います。

○尾身会長 丸井委員、ありがとうございました。

どうぞ。

○伊藤委員 今の丸井委員のお話は全くそのとおりだと思います。私も報道にかかわる一人として、正確な情報を伝えるということは非常に意味がある。

一方で、私自身は新型インフルエンザの流行の後に、総括会議の委員でもあったのですが、重症化の治療について、政府が想定した重症度で入院患者を想定すると、実態としては調査もしましたけれども、呼吸器すら足りない現状があったのです。そういう現状は多分今でも余り変わっていないので、安心・安全というしっかりとしたメッセージは必要だと思のですが、現実に都道府県を含めて医療機関の実態や重症化治療の可能性を含めて、そういうことを我々というか、ここにいる専門家を含めて、しちんとした議論をベースにしたいということもありますので、ぜひそこも鑑みていただければ。

○尾身会長 それは両委員のおっしゃるとおりだと思うので、それについては多分、皆さん、しちんした医療体制もつくるし、エビデンスもつくるし、国民へもわかりやすくする、これは以前からずっとこの会議では何度も出てきたことでありますので、事務局のほうも十分そのことは肝に銘じて、これから準備をしていただきたいと思います。

それでは、よろしいですか。時間もだんだん迫ってきましたので、次の議題2「海外における新型インフルエンザ等感染症発生時の在外邦人への対応について」これは外務省のほうから説明をお願いいたします。

○事務局（飯田） 外務省領事局政策課長の飯田と申します。本日は、この会議に出席をお許しいただきまして、まことにありがとうございます。

お手元に配付させていただいております資料2をご覧くださいと思いますが、なぜ私どもが本日の会議への出席をお願い申し上げたかということ、新型インフルエンザの水際対策ガイドラインの中に、感染症危険情報と査証措置という外務省の所管事項が含まれており、これをガイドラインの次回改定のとときにあわせて改定をお願いしたいと考えるに至りましたので、その方向性について御承認いただきたいということでございます。

まず初めに、感染症危険情報でございますが、資料についての御説明をさせていただく前に、若干の背景の説明をさせていただきたいと思ひます。外務省は、治安や安全について、この感染症危険情報とは別に、どちらかといえば上位概念としての危険情報を持って

おり、それは4段階でこれまでも運用されてまいりました。

本年の初め、シリアにおける邦人殺害テロ事件が発生し、日本人2名が殺害されましたが、その際にISILは、日本人の継続的殺害を表明しております。

その後も日本人が犠牲になるテロ事件が発生しており、そういった中で、在外邦人の安全を守るために、外務省としてもっとしっかりとした措置、情報発信をするべきではないかという御指摘があり、岸田外務大臣の下、中根政務官を座長とする検討チームを作って議論を行いました。そもそも危険地域への渡航を法的に制約する、あるいは禁止するということも考えるべきではないかといった御指摘もありましたが、やはり日本人の方々の外国渡航を法的に制限する、あるいは禁止することは、渡航の自由等の憲法上の権利との関係から大変難しいという結論に至り、代わりに、この治安、安全に関する危険情報の表現をより国民の皆様にはわかりやすく改めることにいたしました。例えば「渡航の是非を検討してください。」との呼びかけは、「不要不急の渡航は止めてください。」に、「渡航の延期をお勧めします。」との表現は、どのような目的であろうとも「渡航は止めてください。」との直接的な言い方に改めることとなり、9月1日より、治安、安全にかかわる新たな危険情報として運用を始めております。そして、在外邦人の安全対策にかかわる改革の中で、治安や安全に関する危険情報と同様に、感染症危険情報についても改革を行うこととなり、9月から運用を始めております。今日はこの感染症危険情報について御説明をさせていただき、ガイドラインへの反映につき本会議のご了承をいただきたいというのが背景的な説明でございます。

感染症危険情報は、9月以前は、一般の危険情報の4段階の表現と平仄を合わせておらず、2段階で運用しておりました。そういった古い感染症危険情報の段階ではございますが、去年の8月8日、西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行についてWHOがPHEIC、緊急事態宣言を出した際、外務省では、感染症危険情報を発出し、不要不急の渡航を延期するようお願いをするという措置をとりましたが、その発出の過程においても、また、発出後も、一般の危険情報のように4段階になっていなかったため、分かりにくい、一般の危険情報との関係はどうなっているのか、といった御指摘を多々いただきました。

そういった御指摘を踏まえ、今回、先ほど申し上げたような危険情報全体の大きな改革を進める中で、感染症危険情報についても改訂を行うこととなり、一般の危険情報と同様に、4段階のレベルを設けて発出することになりました。「十分注意してください。」「不要不急の渡航は止めてください。」「渡航は止めてください。」「退避してください。渡航は止めてください。」こういった表現は治安、安全に係る一般の危険情報と全く同じでございます。

その上で、発出の目安については、WHOの国際保健規則（IHR）に大きく依拠することにいたしました。この点は、様々なルートからの情報に基づき、独自の判断で発出できる一般の危険情報とは大きく異なり、感染症の場合には科学的な根拠に基づいて対応する必要があること、また、各国が協調して行動しなければ混乱を招き、かえって感染を拡大させ

る恐れがあることから、WHOの勧告、IHRに基づく手続きに準拠して発出することが適当であると考えに至りました。もちろん、感染症危険情報も我が国が主体的に発出するものに変わりなく、また、あくまでも目安に過ぎないため、どのレベルを発出するかという決定自体は最終的には我が国の主体的な判断によるところは申すまでもございません。

次に、査証措置について御説明させていただきたいと思えます。

私どもが、エボラの教訓をぜひ新型インフルエンザ等対策の水際対策ガイドラインにも反映させていただきたいと考えるのは、査証措置についてです。査証について、現行のガイドラインには、「事態の進展に応じ、政府対策本部の決定に基づき、緊急事案等の必要不可欠な渡航を除き、査証発給を停止する」と書いてありますが、同時に、この措置には限界があるとも詳細に書いてあります。

西アフリカでエボラ出血熱が爆発的に流行していた際、国際社会が一貫して発出していたメッセージというのは、WHOだけでなく、国連安保理決議においても、流行3か国を国際的に孤立させることは、混乱を招き、感染をむしろ拡大させる恐れがあるため、国境措置はとるべきではないというものでした。国際社会はこのメッセージを繰り返し発出していましたが、多くの国、特に、国際社会の勧告を容易に無視する独裁国家や、自国に流入したときに十分な対応ができない、国内の保健体制が極度に脆弱な国は、査証発給停止を含む国境措置を取るようになりました。そのような中、主要国である豪州とカナダが突然、西アフリカ3か国の人に対する査証発給停止を発表したことは、我が国を含め、国際社会を大きく驚愕させる事態でした。

豪州とカナダの措置に対して、WHOはIHRとの整合性について厳しい反応を示し、また、アフリカの国々は、査証発給停止措置の解除を求め、高いレベルで声明を発出しました。IHR上は、第18条において、極めて限定的に国境措置を取り得る場合があることに言及がありますが、エボラの際に豪州とカナダが国際社会の強い批判に晒されたことを教訓として踏まえると、査証発給停止等の国境措置は極めて慎重に検討する必要があると、水際対策ガイドラインの記述もIHRとの整合性を持たせるように改訂する必要があると考えております。事務的には内閣官房とよく相談し、文言の調整を行っていきたいと考えますが、まずは方向性について、本会議において委員の皆様のご了承をいただきたいと思います。御審議のほどよろしくお願いいたします。

○尾身会長 どうもありがとうございました。

それでは、今の外務省の方からの説明について、コメント、質問等ございますか。

○櫻井委員 領事局ができた直前ぐらいに私も外務省さんの仕事をさせていただいたことがあるのですが、そのときに議論になっていたのですが、この種の危険情報の発出というのは、一般的にはホームページで発表されるにとどまっているわけですね。

○事務局（飯田） ホームページでの掲載は大変重要な手段ではございますが、それに加え、在留届や、短期渡航者のための事前登録システムである「たびレジ」に登録されたメールアドレスを利用して、登録者全員に対して、メールで同様の情報を発信しております。

○櫻井委員 ありがとうございます。

なお限定的だと思うのですが、効率的に言うと、先ほど近代化とおっしゃったのだけでも、例えば査証の問題について、一応やるのだけでも限界があるということを書かれているのですが、行政指導でやる場合には、基本的には組織法の根拠があればかなりのことが事実上はできるということがあって、基本的に情報は一方通行で出しても、なかなか情報自体が意味合いを持ってパスポートを申請する人に伝わらないというところが多分問題だと思うのですね。

そうすると、ちょっと考えるだけでも、本来、出国するときにパスポートを取得して出国するという方々も少なからずいて、そうすると、そのパスポート取得時の手続の中で具体的に個別的にそういう情報を提供するということが考えられるし、あるいは、出国するときに、これは入管のほうとの提携がむしろ必要だと思うのですが、外務省単体ではなくて、出国のときに、あるいは空港において、具体的にそういう、ちょっと遅きに失している感じもしますが、そこで、まさに水際で、そういうことが具体的な形で人間に対して働きかけるというところが少し落ちているかなという感じがむしろするのですが、そういう行政指導ははやったからといって違法ということには多分ならないと思うので、そういう可能性も検討される必要があるのではないかと。

一足飛びに国境措置まで行く必要はないのですが、しかしながら、もう少し工夫の余地があるように、一般的には言えるかなと思いましたので、コメントということで、申し上げさせていただきました。

○事務局（飯田） 貴委員のおっしゃるとおりでございますので、感染症、テロを問わず、国民の皆様の安全のために更なる工夫を行って参りたいと思います。

○尾身会長 その他、ございますでしょうか。

○川本委員 今のことと関連するのですけれども、実際に結核の場合に入院勧告しても聞かない人ってかなりおられるのです。保健所はすごく苦勞されているのですけれども、外務省の場合に、レベル3とか4とかを出して、聞かないという方に対して、どういう対応をされると考えておられるのか。

○事務局（飯田） 外務省の発出する海外安全情報に法的拘束力はございませんので、危険地域にどうしても行くという方を止めることはできません。しかし、事前に情報が入った場合には、その方に直接連絡を差し上げて、渡航先の危険情報等について説明の上、渡航を思いとどまってもらえるよう個別に説得を行っています。

○川本委員 私が伺いたかったのは、事は病気のことですから、外務省ではなくて厚生労働省とか、協力されるということを考えておられないのかという質問なのです。

○事務局（飯田） 厚生労働省、特に、結核感染症課及び検疫所とは緊密に連絡をさせていただいており、流行国からの帰国・入国者の情報を事前に入手した場合には、入管も含めて共有させていただいております。

○尾身会長 どうぞ。

○庵原委員 庵原ですけれども、ちょっと確認したいのですが、外務省としては、新型インフルが出たときに、ビザ発給停止とかというような措置は現実的ではない、ないしは、現在のWHOの動きからすると、こういう停止ではなくて、現在、外務省がやられているレベル1、2、3、4の範囲内でこういうガイドラインを変えてほしいという意向と解釈してよろしいですか。

○事務局（飯田） 説明が不十分で申し訳ございません。感染症危険情報は海外に渡航する、あるいは、外国に住む在留邦人を対象に発出するものである一方、査証措置は、日本に来られる外国人の方を対象に行うものでございます。

その上で、査証発給停止措置についての考え方について申し上げれば、西アフリカでエボラ出血熱の感染拡大が猛威を振るうにつれて、国内でも、流行3か国からの渡航者への査証発給を停止すべきではないかとの議論がございましたが、例えば、リベリア在住の米国人が我が国に渡航しようとしても、我が国は米国との間で査証免除措置を導入していることから、査証発給停止措置によって同人の渡航を拒否することができない場合があるように、査証発給停止措置には限界があるのも事実です。現行の水際対策ガイドラインには、IHRとの関係性が明記されておりませんが、エボラの際に豪州やカナダが国際的な批判に晒されたことを踏まえると、査証発給停止措置はIHRが求める科学的根拠に基づき、国際社会と共同して実施する必要があると、我が国が単独で行うべきではないと考えております。

○尾身会長 どうぞ。

○押谷委員 ちょっと事実関係というか、確認をすべきではないかと思うのですが、2ページ目のレベル3とレベル4のところの発出の目安のところ、WHOがIHRに基づいて貿易渡航制限を認める場合とあるのですが、基本的にWHOのスタンスとしては、IHR上各国が行う渡航制限をなるべくというか、渡航制限をしないというのが基本的な考え方で、18条にも渡航制限という言葉は多分、日本語訳では入っているのですが、本来の英語の中に「travel restriction」という言葉は入っていないはずなのです。これは2003年なので現行のIHRができる前ですが、このときにWHOが発したのは、「postpone all but essential travel」という形です。だから、ここでいう不要不急の渡航をやめるという勧告をしたということであって、一般的には、メディアとかも含めてWHOは渡航制限はしたみたいなことで書かれている場合が多いのですが、ここで言っているような渡航制限ではなくて、今のレベル2に近いような、そういうことを2003年にWHOはしたというのが事実です。

だから、本当に18条に渡航制限、個々の人のエントリーとかに関しては書いてあったと思いますけれども、全世界に対して渡航制限をするということは多分WHOは考えていなくて、なるべくそういうことをする国を、エボラの時も、今、おっしゃったように、そうだったのですけれども、そういうことをさせないというのが基本的な考え方だと私は理解しています。

もう一点、レベル3、4になったときに、渡航をやめろと言っているところで、エボラの時にも日本人の人的貢献が少なかったということが問題になって、現在、JICAの緊急

援助隊の枠組みの中で感染症にも対応できるようにという動きがありますけれども、そういうことと矛盾するのではないかと。必ずしも緊急援助隊だけではなくて、日本人の方でほかのNGO等でエボラの支援に入っている人たちもいますので、そういう人的な貢献をしなくてはいけないという話と、この渡航制限というか、渡航をやめろというレベル3、レベル4のようなものを出すという話は矛盾するのではないかと思うのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○事務局（飯田） 御指摘ありがとうございます。まず、最初の点について、WHOがなるべく渡航制限をしないようにしているというのはまさにおっしゃるとおりであります。SARSのときの経験も踏まえ、現在のIHRは2005年に策定されたと理解しております。委員ご指摘のとおり、IHR第18条第1項は、WHOが人に関して発する勧告に含めることのできる助言を列挙しており、明示的に「国境措置（border measures）」が含まれている訳ではございません。エボラの際に多くのグローバルヘルスの専門家も同様の指摘をしておりましたが、流行国を孤立させることはむしろ逆効果であり、かえって感染の拡大を招くこととなります。むしろ、各国が協力して流行の流れを適確に把握し、科学的根拠に基づく対応をとることが重要であり、WHOの立場もまさにこの見解に立ったものと理解しております。

ご指摘の2点目につきましては、昨年8月に、WHOのPHEICを踏まえて発出した感染症危険情報は、本年9月より運用を開始した現行の感染症危険情報のレベル2に相当し、渡航者に対して不要不急の渡航の延期を呼びかけておりましたが、国際協力の一環で現地に赴く人道関係者や医療従事者については、国外緊急搬送を含む保険への加入や現地大使館への毎日の連絡など、十分な安全対策がとられていることを条件に渡航を認めており、むしろ、彼らの現地での活動を外務省として支援する立場をとってまいりました。

安保理決議まで採択されるような、西アフリカのエボラ出血熱の爆発的流行に対してさえ、WHOは貿易・渡航制限を認める勧告を発出しておらず、感染症危険情報もレベル2に留まっており、今後、レベル3やレベル4が発出される可能性は極めて低いと考えます。しかし、万一そのような事態に至った場合には、難しい判断を迫られることに間違いはありませんが、国際協力NGO関係者が安全性の確保や連絡体制の整備を条件に治安情勢の不安定な地域に派遣されている例は存在するので、感染症対策の緊急援助隊派遣についても、ケース・バイ・ケースで検討していくことは可能であると考えます。いずれにしても、感染症危険情報の運用は9月から始まったばかりなので、今後の検討に委ねられることとなります。

○尾身会長 ありがとうございます。

ほかにごありますか。

なければ、これは私のほうからも、ちょっと時間が押していますので、あれですが、1つだけ確認です。

今の感染症危険情報レベル1から4をIHRの基準に基づいてあれするというのは非常に私は合理的だと思います。その上で、先ほど押谷委員から出てきたIHRの18条、私もこれに

関与したので本当は覚えていなくてはいけないのですけれども、18条の書きぶりですが、もう少し、今、もし、あるのであれば、どんな書きぶりになっているのか、ちょっと英語でも日本語でも、どちらがありますかね。18条ですね。レベル3あるいは4に適用できるような文章がそこにあるはずなのです。

○事務局（飯田） 第18条の第1項では、WHOが人に関して発出する勧告に含めることのできる助言に言及があり、最後の2つにおいて、感染していない者の感染地域への入域を拒絶すること、及び、感染地域の人に対する出国時検査及び・又は制限を実施するという記述がございます。

それ以外の列挙は、感染している人、または感染のおそれのある人に対する措置であるのに対し、最後の2つのみが感染していない人に対しても制限をかける形になっており、これは科学的根拠に基づく健康措置というよりは、実質的には渡航・国境制限措置にあたると思われる。

○尾身会長 そうですか。そうすると、このレベル1から4というのは、むしろ日本にいる人が向こうに行く人ですね。日本の場合はほとんどの人は感染していない人ですね。そのときに、もう一回、18条の最後をもう一回行っていただけますか。

○事務局（飯田） 最後から2つ目の点について、英語の原文では、「refuse entry of unaffected persons to affected areas」となっております。

○尾身会長 unaffectedですね。感染していないという意味ですね。

○事務局（飯田） そうです。また、最後は、「implement exit screening and/or restrictions on persons from affected areas」となっております。

○尾身会長 そこはもうちょっとしっかりみんなで了解しておいたほうがいいと思うのですけれども、感染が起きたときに、震源地がありますね。震源地から感染を拡大予防するので一番有効なのは、まだ感染が拡大していないときに、ここの感染の震源地から外に行かないということが極めて重要ですね。それが今、そこで言っている「exit screening」の話ですね。これはSARSのときもやりました。だけれども、これはまだ感染が外に行かないときです。今度、感染がどんどん行ってしまったときに、今、レベル3の話で説明していただいたのは、エボラよりもっとひどくなったときに、みんなが死んでしまって云々というときに、今、日本人がそこに行けるか、行けないかというので、行けないと今の国際協力に矛盾するのではないかというのが押谷委員のあれですね。

こういう状況になって、恐らくunaffected personsがそういうところに理由もなく行くなどということはまず考えられないですね。先ほど、SARSのときに渡航延期travel advisoryをしたというのは、もちろん、infected personsのことなど考えていないので、まだ感染していない人が、震源地は香港と広東省だったから、あそこには特別な理由がない限りいかないでくださいというのが最大限出した、WHOがあんなことをやったことはないことをやった。

そういう中で、恐らく今の押谷委員の矛盾、片方では貢献しろと言っているのに、片方

ではtravel restrictionをしろというのは矛盾ではないかということに対する、私の理解は、エボラよりもっとひどくなってしまった場合に、普通の人が行くなどということは考えられないですね。しかし、向こうに行って、向こうの医療事情が非常に悪いのでどんどん人が死んでいると、日本の医療機器を何かをやって、医療チームがいくというのは、当然、これは明らかに防御した人が行くわけですね。この人が行くので、そのことは私は今の日本のというか、国際社会がまさにやろうとしているので、今回、できなかったのも、それをちゃんとしっかりした防御をして行くというのと、全くの一般の人が行くというのは明らかに分けて考える必要があります。

だから、3、4になると、一般の人が行くなどということを考えていないので、恐らくそこには援助隊とかということなのか、どうなのかということがはっきりしないと、誤解があるのかなという感じがしました。

○庵原委員 済みません、これは新型インフルエンザ等の対策の会議であって、エボラ等の感染力の強い病気のそれに対する対策の会議ではないと思うのです。

外務省が言いたいのは、5ページのこれを何とかできないかということが言いたいわけではないのですか。それだけですね。今までの議論は関係ないですね。

○事務局（飯田） 説明が長くなり申し訳ございません。最後、簡潔に申し上げます。

一般の危険情報や感染症危険情報のレベル3やレベル4が発出されても、一般の方で現地に行こうとする方はいらっしゃいます。危険情報では、そのような方にも渡航を止めてもらえるよう、明瞭なメッセージを発出する必要があり、現在の表現になっております。

言い換えると、感染症危険情報や危険情報は、一般の国民の皆様にわかりやすく情報を提供する趣旨のものであり、医療従事者や人道支援関係者に向けられたものではございません。緊急援助隊を派遣する際には、政府としてきちんと安全対策をとった上で実施することになりますので、会長がおっしゃったとおり、一般の渡航者とは切り離して別の基準で検討する必要があると考えます。

○尾身会長 わかりました。

それでは、時間があれなので、特にありますか。

どうぞ。

○庵原委員 IHRに合うように5ページのガイドラインを何とかしないといけないと。だから、次の改定に向けてこれをお願いしたいというのが外務省の要望であると、その理解でよろしいですね。

○事務局（飯田） そのとおりでございます。

○庵原委員 そうすると、ここで、これに対する議論はどのようにしたらいいですか。おかしいということは指摘されましたけれども、この場でどのように議論するという事をお考えになっているのですか。

○事務局（吉岡） 今、外務省のほうからこうした形でガイドラインを改定したいという提案がありましたので、それはここの場でお認めいただければ、今後、速やかにガイドラ

インの改定を行っていききたいということでございます。

○尾身会長 ということですね。

今、吉岡室長の、結局これは新しいIHRなどの考えに合わせてガイドラインを改定するというのが今回、そういう趣旨ですから、その対応案について、今回、この本会議で認めるかということだと思えます。

○岡部会長代理 これは新型インフルエンザ等なので、等をどう読むかという話に入ってしまうけれども、それを含めてもIHRで決められている普遍的な部分としては、私は尊重したほうがいいと思うのです。ですから、IHRに基づかないで独自にリストラクションをかける必要はない、という外務省の提案に私は賛成します。

○尾身会長 よろしいでしょうか。

○亀井委員 進行してください。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

それでは、そういうことで、今の外務省の考え方、そういうことで、ガイドラインの改訂をよろしくお願いいたします。

それでは、ちょっと時間が押していますので、少し効率的にお願いしたいと思いますが、次に、議題3の「新型インフルエンザ等対策政府行動計画における未発生期の関係省庁対応事項の進捗状況について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（大場） 内閣官房でございます。

資料3-1をご覧いただきたいと思えます。行動計画における関係省庁の取り組みの進捗状況についての（概要）という資料でございます。

昨年のフォローアップ以降に新たに実施した事項を中心に整理した資料でございます。

おめくりいただきたいと思えますけれども、1ページ、「（1）実施体制」ということで、行動計画作成でございます。市町村、指定地方公共機関のほうで計画の作成を進めてございます。

下の※ですけれども、市町村計画につきましては、1,641の市町村で作成済みということで、去年は629でございましたので、1,000以上の作成済みの増加があったということでございます。

それから、その2つ下の※でございますけれども、指定地方公共機関の計画ですが、1,057中773で作成済みという状況でございます。

その下の○、内閣官房におきましては、作成状況を調査して、作成が遅れているところにつきましては、働きかけを行っていききたいということでございます。

それから、中央省庁のほうでも、BCPをつくっておりますけれども、こちらの改定状況、その下の※でございますけれども、17省庁で改定済みでございます。未改定のところもございまして、働きかけを行っていききたいと考えております。

時間の関係もございまして、次の2ページ、「（2）サーベイランス・情報収集」ということで、国のほうで新型インフルエンザ、鳥インフルエンザの情報収集、サーベイラ

ンスを実施していくということでございます。

その下の「(3) 情報提供・共有」ということでございます。メールマガジン、ツイッター、ホームページ等で情報提供しておりますけれども、2つ目の○、今年度の取り組みといたしまして、政府広報オンラインですとか、インターネット広告への掲載を実施していくというふうにしてございます。

一番下の○、マスコミ対応に係る訓練を実施しているところでございます。

続きまして、駆け足で恐縮でございますけれども、3ページ、(4) ワクチンの関係でございますが、備蓄につきましてはH5N1につきましては、27年度500万人分、インドネシア株で予定ということでございます。後ほど説明がでございます。

「2. ワクチンの研究開発」、30年度中に全国民分の新型インフルエンザワクチンを半年で生産できる体制の整備に取り組んでいるところでございます。

それから、「3. ワクチンの接種体制の整備」でございますけれども、特定接種につきましては、医療分野の審査を行っておりまして、さらに国民生活・経済安定分野の事業者の方のWebシステムでの登録申請は、本年、できる限り早期に実施予定でございます。

住民接種につきましては、住民規模の異なるモデル市における体制を具体的に検討いたしまして、他の市町村の参考になるようにということで、報告書を作成したところでございます。

それから、次の4ページ、「(5) 医療」でございますけれども、「1. 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄」につきましては、国民の45%ということで、先ほど御議論、御審議をいただいたとおりでございます。

「2. 地域医療体制の整備」ということで、都道府県における行動計画策定、医療体制整備を支援する。医療機関整備や个人防护具の準備等の補助を行っているということでございます。

一番下の「(6) 国民生活及び国民経済の安定の確保」ということで、指定公共機関を対象にした計画内容の調査を実施しておりまして、今後、調査結果をまとめて各機関の支援に活用していきたいと考えてございます。

時間の関係上、駆け足で恐縮ございましたが、説明は以上でございます。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

これは議論というよりも報告ですね。行動計画の進捗。特にございますか。よろしいでしょうか。

それでは、続いて議題4「プレパンデミックワクチンの備蓄及び特定接種の登録の進捗状況等について」、これも事務局から説明をお願いいたします。

○事務局(中谷) 事務局です。

資料4-1、4-2、4-3で御説明します。

まず「プレパンデミックワクチンの備蓄について」、これは今年度の備蓄の考え方について、厚生労働省の審議会で議論をして、決定しましたことの報告になります。

少し時間がないですので、資料4-1は前回も御説明させていただいておりますので、省略をしまして、資料4-2をごらんください。

このプレパンデミックワクチンと申しますのは、御承知のとおり、医療従事者や国民生活・経済の安定に寄与する者に対して接種をするということで、約1,000万人を想定しまして、4つの異なるウイルス株で毎年それぞれ1,000万人分を購入しております。

今年度の購入内容について、こちらの厚生労働省の審議会で議論を行った結果、資料4-2の「2. 備蓄における今後の方針」のとおり結論でございます。

①として、平成27年度はインドネシア株を備蓄する。平成27年度からは鶏卵培養ワクチンに加え、細胞培養ワクチンの備蓄を行うということで、今回の議論では、その「理由」と書いたところの一番下の行にあります。これまでに行っております臨床研究の結果から、インドネシア株ワクチンで異なるクレードのH5N1ワクチン株に対して幅広い交叉免疫反応が認められたということで、インドネシア株を購入するという結論でございます。

また、先ほど伊藤委員から御指摘がありました。通常、鶏卵培養ですと1年半から2年かかる。半年でワクチンが製造できる細胞培養法の開発を進めてまいりまして、これで十分な量のワクチンができるということで、今年から細胞培養のワクチンも導入するというようになっております。

プレパンデミックワクチンについては以上です。

続きまして、資料4-3、特定接種につきまして、こちらの準備の進捗状況を御報告します。

資料を飛ばしまして、最後の4ページ目をごらんください。特定接種につきましては、ワクチンを医療従事者や国民経済安定に必要な従事者に打つということで、まず、医療分野につきまして、先行して事業者の登録準備をまいりました。上の囲みの色がついた、右から2つ目の「エラー確認」という部分が現在、ここまで進んでいる状況で、こちらはシステムに登録するための状況を各自治体に確認をしまして、エラー確認が完了しましたら、直ちに特定接種管理システムのほうに登録をしていくという予定です。

これは、医療分野は紙作業で先に進めていましたので、後からこのシステムができたので、これからシステムへ搭載という形になります。

また、下の囲みの国民経済安定分野につきましては、これは関係省庁にも御協力をいただいて、登録事業者につきまして、今、サンプル調査を行っております。サンプル調査が進み次第、登録の準備を進めてまいる予定で、いずれ両方につきまして、27年中のできるだけ早い時期に対象事業者の登録に進む予定で進めております。

御説明は以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

今のプレゼンテーションについて、何かございますか。

どうぞ。

○押谷委員 これは今日議論するという話ではないと思うのですが、そもそも論と

して、プレパンデミックワクチン、H5N1のワクチンが備蓄されているわけですが、これを今後どう考えて、どうしていくのかというのは、どこかで議論をすべき。いろんな会議があって、どこでやるべきなのか私もよくわかりませんが、10年ぐらい前に決まったことだと思いますが、10年前とかなり状況が変わってきて、いろんなものが出てきて、そういう中で、組織培養ワクチンが導入されて、かなり早く迅速にワクチンが製造できるような体制もできてくる。そういう中で、本当にプレパンデミックワクチンの備蓄が必要なかどうかという議論はどこかできちんと整理をしておく必要があるのだと思います。

○事務局（中谷） ありがとうございます。

これは厚生労働省のプレパンワクチンの作業班で議論する内容になります。ただ、細胞培養といいますが6カ月かかりますので、いち早くそうした社会機能維持や医療に必要な従事者には打つという必要から、備蓄をしているということでございます。

○大西委員 今、押谷委員から御指摘ありましたが、私が行った分科会でも、この点についての議論が行われて、結局、使われずに3年たって捨てられるという意味で、無駄になっているのではないかと。一方で、今、御指摘のように、パンデミックワクチンの製造時間といいますか、それが早くなれば、パンデミックワクチンをつくるということで対応できるようになるのではないかと、そのこととの関係で、どのぐらいの量のプレパンデミックワクチンを備蓄しておくのか、だんだん減らしていくことも考えられると思いますので、そういうことがこのメモ4-2の中に明示されていないのがおかしいのではないかと思います。そういう議論があったわけですから、絶えずそこは念頭に置いて、当面、プレパンデミックワクチンをつくるという政策を維持するとしても、これは何百億というお金がかかるわけですから、きちんとノートしておいて、絶えず意識することが必要ではないかと思います。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

○事務局（中谷） 御指摘ありがとうございます。

御指摘のように、パンデミックワクチンができるまでの期間が短くなることで、備蓄量をどう考えるかというのは御指摘どおりだと思います。今日、こちらにいらっしゃる先生方の何人かは作業班のメンバーでもございますので、持ち帰って議論させていただきたいと思っております。

○尾身会長 それは先の、岡部先生のタミフルに関する点、今の委員からのお話、押谷先生の備蓄が無駄になるのではないかとということ等をこれからも検討していくということをご希望です。

では、事務局のほうもそれでもよろしくお願いいたします。

どうぞ。

○味木参事 特定接種の登録システムのことについてお尋ねします。

ここで、医療従事者の初回対象事業者登録が年内早い時期にということでございますが、

追加申請はいつぐらいから開始できる見込みでございますか。

○事務局（中谷） まず、初回分の登録をかなりすぐにできると思いますので、それが済み次第、追加の申請等については順次スタートしたいと思います。ただ、年内にもし、終われば、年明けからですか、そういったことを考えております。

○尾身会長 よろしいですか。

その他、よろしいですね。

それでは、議題5「新型インフルエンザ等対策訓練について」、事務局からお話をお願いします。

○事務局（田中） それでは、手短かに御説明したいと思います。

資料5についてですけれども、「新型インフルエンザ等対策訓練について」ということで、昨年度26年度の訓練及び今年度27年度の訓練について御説明申し上げたいと思います。

26年度の報告ですけれども、そもそもこの訓練ということで、おめくりいただきまして1ページ目に「訓練目的」を書いてございます。先ほど、業務計画の中でも市町村1,741のうち1,641が業務計画ができていて、行動計画ができていたけれども、こういった行動計画をしっかりと見直していただくという意味でも、こういった訓練をやっているというところでもございまして、知事会や、きょう、亀井市長がいらっしゃっていますけれども、こういった市町村とも一緒にこういった訓練を進めていきたいということでございます。

また、先ほど、丸井委員からもございましたように、国民への普及啓発、どうやって受けとめてもらうかということも含めて、公開して、新型インフルエンザに対してよりよく理解をしてもらう、一緒に考えてもらう機会にできればということで、こういった訓練をやっているという趣旨でもございまして、昨年度は、27年1月に東京都とも協力をいたしまして、実際、葛西臨海公園のほうで実動訓練をやりましたけれども、本部訓練とこういった自治体の訓練をセットでやるということで、やらせていただきました。

写真等は飛ばしていただきまして、次の5ページ目が今年度でございます。今、来月11月下旬に予定をしております、決まり次第、プレスで出したいと思っておりますけれども、今回の特徴といたしましては、昨年度、緊急事態措置ということでございましたけれども、これが全国になった場合、一足飛びで緊急事態宣言を全国で出した場合を想定しているということが1点。

また、全市町村に、少なくとも連絡訓練は全部やるということで、全市町村参加の上でこの訓練をする予定でございます。海外の発生時期等を含めて、6ページ目に説明がございまして、28年度に関しては、まずは政府対策本部で緊急事態宣言をして、基本対処方針の変更を行う。そして、それを市町村まで周知することを最低限やって、そして、また、この機会を幅広く活用していただくこととしたいと思います。

7ページ、最後でございますけれども、各都道府県での実行状況ということで、それぞれ実動訓練、机上訓練、それから、最低限連絡訓練をしていただくということで、徹底し

ておりまして、全市町村にもこの内容を伝えていただくことを想定しております。

以上でございます。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

それでは、この対策訓練について、何かございますか。

どうぞ。

○亀井委員 1つお尋ねと、要望しておきますが、来年は我が国においてサミットが当番国となっているわけでございますけれども、このサミット、主要国の閣僚会議も、あるいは、また、こどもサミット等も開催されるわけですが、開催する自治体をいろいろイメージした訓練となるのかどうかというのを一つお尋ねをしておきたい。

私は三重県民なのですが、三重県では来年4月にこどもサミットが開催され、5月には本サミットがあるわけでございますけれども、これはインフルエンザのみならず、エボラ、MERS、ノロ、SARS等、感染症に対して抜かりない対応をいたしていかなければならないわけです。それで、西村危機管理監は、沖縄サミットの陣頭指揮をされた経験もおありの方でもございますし、政府にも大きな期待を寄せられていると思うのですが、我々三重県民にとりましても、地域に精通されている方でもございますので、大いに県民としても期待させていただいておりますので、また御高配を賜ればと思っておりますので、どうかよろしく願いいたしたいと存じます。

○事務局（吉岡） この訓練につきまして、来年5月の伊勢志摩サミットなどと結びつけて、関連づけてやるというのはなかなか難しいものですから、この訓練自体は新型インフルエンザの訓練ということで行わせていただきますけれども、別途伊勢志摩サミットへの対応につきましては、警察庁を中心に様々な事前の準備などを進められていると承知しておりますので、その中で、地域の自治体の皆様方にも御協力いただきながら取り組むことになるのだらうと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○尾身会長 どうぞ。

○事務局（西村） 伊勢志摩サミットにつきまして、警備対策部会を政府で立ち上げておりまして、そこで私、座長を仰せつかっております。テロ対策を含め、感染症対策も幅広く対処していきたいと思っております。

今、厚生労働省を通じまして、三重県の医療体制の実態の調査、あるいはそれに対しての国の支援の必要性等も今、調査してもらっておりますので、その警備対策部会の中でしっかり議論をして、遺漏のないように対処したいと思っております。

○尾身会長 どうもありがとうございました。

特によろしいですか。

それでは、議題の最後、6番目ですけれども「その他」に関して、鳥インフルエンザのヒトへの感染事例について、事務局から説明をお願いします。

○事務局（中谷） それでは、参考資料1をごらんください。鳥インフルエンザのヒトへの感染事例の進捗状況の御報告です。

1 ページ目ですが、オレンジ色の国がヒトでH5N1の発症が認められた国でございます。具体的に、直近状況としては、2 ページ目の一覧表になりまして、2015年、右側のカラムでは、エジプトのほうで患者の発生が起きておりますが、これは今年の春過ぎにピークアウトしております、今は小康状態となっております。

続きまして、3 ページ目、鳥インフルエンザのH7N9のヒトへの感染の対応で、こちらは中国のほうで患者数が出ておりまして、前回御報告からさらに患者数が増えています。ただ、左下のグラフ、27年、最近のものまでがついておりませんが、大体12月から2月ごろに流行しているという状況で、この夏の間は数としては少ない状況になっておりました。

また、右下のワクチンの開発状況ですが、H7N9についてもプロトタイプワクチンとして対応可能であることと、H7N9のプレパンワクチンは臨床試験を実施しているということでございます。

以上です。

○尾身会長 ありがとうございます。

何かございますか。

それでは、今日の議題は全てこれで終わりましたが、特に全体を通して何かここだけは質問あるいはコメントしたいということがございましたら、どうぞ。

○亀井委員 全く関係ないことでもよろしいですか。

○尾身会長 多少関係あったほうが良いと思いますが。

○亀井委員 どこでおしゃべりしたらいいのかわかりませんので、全く関係ないことかもわからないけれども、ODAの関係で、私、常に思っているのですが、新興国が経済力をかなりつけてきて、途上国に対していろいろなハード面での支援をするようになりました。日本がつけた橋の横に大きな橋をつけたとか、こういうことがなされてきておりますし、日本も何とかしなくてはいけないなど、こんなことが言われたりしておりますけれども、世界へもともと貢献するのは、日本国は感染症に対する備えとか、対応とか、対策というのは、世界のトップレベルにあるのではないかと、このように思うのです。そういうことをもって、もっと世界貢献できるようなことを考えられたらどうかと思っていますのです。

今、JICAなんかを通じていろんなことが点でいっています。だけれども、日本政府として、面的にもいろいろな取り組みをしていったほうが良いのと違うかなと。ですから、新興国はそのようなことはできないわけですから、そんなことをもってもっと考えられたらどうか。ドクターの要請であったり、医師会の組織化等も含めて、そういうことも含めた中で感染症に対するいろんな支援をもっと考えられたらどうか。そのハード面だけではなくして。

私、名張というところなのですが、1300年前に奈良に都が置かれていたその当時は、名張までが都の領域だった。東大寺領で黒田荘という荘園まで置かれていたのですが、その藤原京なんて10年で、本格的な宮をつくったのは藤原京です。その藤原京は10年で移設しなければならなかった。これはなぜかと言ったら、感染症だったのです。疫病。これはず

っと1300年前から日本国というのは疫病との戦いでもあったわけですし、それだけの蓄積されたノウハウというのか、そんなものが日本国にはあるわけですから、こういうことをもってもっともっと世界貢献をしていくようなことをしたらどうかなと思っていますので、局長、また御所見があったらおっしゃっていただいてもいいですが。

○事務局（吉岡） 市長がおっしゃるとおりですし、私どもも昨年の西アフリカでのエボラに対する国際社会の対応の反省も踏まえまして、ちょうど先月ですが、「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」というものを新たに設置しまして、そこで今後の日本としての取り組みについての基本方針を決定いたしました。

今後、工程表を含む具体的な実施計画を年明けぐらいにまとめることとしており、具体的に総合的な取組を進めていきたいと考えておりますので、有識者会議の先生方には、改めてそうした情報をお伝えさせていただきたいと思っております。

また必要なアドバイスをいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○尾身会長 どうもありがとうございます。

それでは、特にほかにございませぬ。

それでは、最後に、内閣官房の新型インフルエンザ等対策室の吉岡室長に御挨拶をお願いします。

事務局（吉岡） 本日は、多くの議題につきまして、大変熱心に御審議をいただきまして、誠にありがとうございます。

冒頭、危機管理監が申しあげましたように、この対策は国家の危機管理として対応する課題でございます。

引き続き、委員の先生方の御意見を十分に承りながら、着実に進めていきたいと思っております。また、来月の政府対策本部の訓練についても、関係府省庁、自治体等々と十分連携をしながら、しっかり取り組んでいきたいと思っております。

今後とも、先生方の御指導を賜りますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。本日は誠にありがとうございました。

○尾身会長 ありがとうございます。

それでは、本日の会議をこれで終了いたします。本日はお忙しい中、ありがとうございます。