

新型インフルエンザの現状と今後の対策

森兼 啓太

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 感染制御・検査診断学 講師



森兼 啓太

(もりかね けいた)

東北大学大学院医学系研究科

内科病態学講座 感染制御・検査診断学 講師

講師経歴

1965年 兵庫県神戸市にて出生

■ 学歴

1983年 3月 私立灘高等学校卒業
1983年 4月 東京大学教養学部理科Ⅲ類入学
1985年 4月 東京大学医学部医学科進学
1989年 3月 同上卒業

■ 職歴

1989年 6月 東京通信病院 郵政技官(研修医)
1991年 6月 武蔵野赤十字病院 外科 常勤医師
1993年 6月 キッコーマン総合病院 外科 常勤医師
1993年 10月 東京大学医学部附属病院 第一外科 医員
1994年 6月 東京都老人総合研究所 神経生理部門 研究員
1995年 5月 東京大学医学部附属病院 第一外科 医員
1996年 7月 アメリカ合衆国ネブラスカ州立大学病院
エプリー研究所 研究員
1998年 8月 NTT 東日本関東病院 外科 医師
2000年 8月 東京大学医学部 大腸肛門外科(旧第一外科)助手
2002年 4月 帝京大学市原病院 外科 講師
2003年 6月 国立東京病院 消化器外科 医師

2003年 10月 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官
(2003年12月まで国立東京病院 消化器外科 を併任)
2004年 4月 アメリカ疾病制御予防センター(CDC) 客員研究員
(併任:国立感染症研究所 感染症情報センター)
2004年 8月 国立感染症研究所 感染症情報センター 主任研究官
2009年 7月～ 東北大学大学院 医学系研究科 内科病態学講座 講師
現在に至る

■ 学位

1999年 6月 医学博士(東京大学 第14373号)

■ 免許・資格

1989年 5月 医師免許証(医籍登録番号 322852号)
1993年 12月 日本外科学会認定医
1999年 同 専門医
2000年 6月 ICD(感染制御医師)(認定番号: E10071)

■ 所属学会

日本環境感染学会(理事)
日本外科感染症学会(評議員)
日本外科学会 日本消化器外科学会 日本臨床外科学会
Society of Healthcare Epidemiology of America
(米国病院疫学学会)



■ 著書

- 森兼啓太・吉川博子・五味晴美・上原由美子(翻訳)、光山正雄・嶋田甚五郎(監修)
臨床微生物学ハンドブック 医薬ジャーナル 東京 2001
- 森兼啓太 第10章 在宅ケア感染のサーベイランス pp.127-148 小林寛伊(監訳)、森兼啓太、他10名(翻訳)
在宅ケアにおける感染対策 へるす出版 東京 2002
- 森兼啓太 VⅢ-2 急性膵炎の重症度判定 pp.237-239 膵脾外科の要点と盲点 幕内雅敏(監修)、木村理(編集)
文光堂 東京 2002
- 森兼啓太 SSIサーベイランスの方法ー SSIリスクインデックス pp.64-72. 小林寛伊(編集)
今日からはじめる手術部位感染サーベイランス メディカ出版、大阪、2003
- 森兼啓太 IV-2-3 手術部位感染サーベイランス pp.53-56. ICD 制度協議会(監修)、ICD テキスト編集委員会(編集)
メディカ出版 大阪 2004
- 森兼啓太・今井栄子(翻訳)、小林寛伊・広瀬千也子(監修)
サーベイランスのための CDC ガイドラインー NNIS マニュアル2004年版より メディカ出版 大阪 2004
- 森兼啓太 Ⅲ-30 サーベイランス pp.221-228 小林寛伊(編集)
在宅ケアと感染制御 メジカルフレンズ社 東京 2005
- 森兼啓太 Ⅲ-6 風疹 pp.70-72 小林寛伊(監修)
病院感染 こんなときどうする!? 南山堂 東京 2005
- 森兼啓太 IV 手術部位感染 pp94-98 大久保憲(監修)
エビデンスに基づいた ICT のための感染対策トレーニングブック メディカ出版 東京 2005
- 森兼啓太 V 手術部位感染サーベイランス pp131-136 大久保憲(監修)
エビデンスに基づいた ICT のための感染対策トレーニングブック メディカ出版 東京 2005
- 森兼啓太 Ⅱ-2 SSIサーベイランスの実践 pp23-31 竹末芳生(編集)
手術部位感染対策の実践 医薬ジャーナル社 東京 2005
- 森兼啓太 Ⅲ-7 医療関連感染アウトブレイクへの対応 pp278-283 ICP テキスト編集委員会(監修)
ICP テキスト メディカ出版 東京 2006
- 森兼啓太 第2章ー9 外科感染症ー治療 pp207-212 渡辺彰(編集)
抗菌薬臨床ハンドブック ヴァンメディカル 東京 2006
- 森兼啓太 IV-6 サーベイランスの種類、IV-7 NNIS の診断基準 pp224-230 奥住捷子、小栗豊子(監修)
臨床微生物の基礎知識 メディカ出版 東京 2006
- 森兼啓太 I-2 各国の MRSA の現状と対策 pp24-29 河野茂(編集)
MRSAー基礎・臨床・対策ー 医薬ジャーナル社 大阪 2006
- 森兼啓太 IV MRSA に関するガイドライン pp222-230 藤田直久(編集)
ICT がおさえておきたい MRSA 対策のすべて メディカ出版、大阪 2007
- 森兼啓太(翻訳) サーベイランスのための CDC ガイドラインー NHSN マニュアル2007年版より pp1-168
メディカ出版 大阪 2008
- 森兼啓太 Ⅲ 術後肺炎サーベイランス、IV おさえておきたいサーベイランスのシステム: NNIS、NHSN pp176-178、195-198 崎浜智子・森兼啓太(編集)
感染対策のためのサーベイランス協力サポートブック メディカ出版 大阪 2008
- 森兼啓太 C 各論 一口メモ 標準予防策 p334. 和田攻(監修)
産業保健ハンドブックVI職場の感染症対策 財団法人産業医学振興財団 東京 2008
- 森兼啓太 第7章 消毒法とその用途 pp113-126 遠藤明ら(編集)
管理理容師・管理美容師資格認定講習会テキスト 財団法人理容師美容師試験研修センター 東京 2009
- 森兼啓太 Q19 SSI 予防 pp.631-636 岩田健太郎(編集)
感染症診療 Q&A 総合医学社 東京 2009

■ 褒賞

Honor Award : National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention : National Healthcare Safety Network, Patient Safety Component Team May 1, 2006

など。

はじめに

こんにちは。森兼と申します。

今日は新型インフルエンザの話をしていただきます。講演の中でなるべくいろんなことをお話ししたいと思いますが、恐らく時間が足りないと思います。最後に質疑応答の時間もありますので、お聞きになってわからないことがあれば、何でもお聞きいただければと思います。

本日は資料を用意しましたが、講演のスライドには皆さんの資料にないコマがいくつかあります。その多くは新聞記事を抜き出してきたもので、資料というよりはスライドを見ていただければと思っています。

皆さんご承知の通り、今年の4月中旬、アメリカで豚インフルエンザにかかった人が出ました。しかし、その人は豚との接触がありませんでした。そういう人が7人、8人…とバラバラと見つかって増えてきたのが4月24日くらいのことです。その週末にかけて、どうもこれはおかしいのではないかということになり、すぐにその情報が日本にもたらされ、新型インフルエンザが発生したのではないかということになってきました。日本として正式に新型インフルエンザを認めて予防の体制をスタートさせたのが、4月28日です。これまでいろいろ準備していたことを、ここからはじめたということです。

その頃のことを思い出していただきますと、当時は海外での発生でしたので、日本では海外からの帰国者を中心に感染者をなんとか見つけ出そうと努力をしていました。5月1日には、新型インフルエンザに罹患しているのではないかというカナダからの帰国者が見つかりました。この高校生は結局、陰性だったのですが、その頃から何度も宇宙服のような衣装に身を包んだスタッフがテレビに映り、非常に怖い病気だという印象を恐らく皆さん持たれたのではないかと思います。5月9日には日本の領土内ではじめて新型インフルエンザの患者が確認され、その1週間後には国内で普通に暮らしている高校生が新型インフルエンザの陽性だということが確認されました。ただ、このときはすでに集団発生していたわけで、翌日の17日の日曜日に

は続々と感染者数が増え、週明けの18日月曜日には感染者は一気に130人となりました。国内で最初の患者が見つかったからわずか1日半ほどで感染者が100名を超えるという状況になってしまったわけです。実際には、感染者確認の前にも、どうも季節外れのインフルエンザが流行っているらしいという情報が非公式ながらいろんなところで流れていたのですが、日本政府はあくまでも海外からの帰国者や、あるいはそういう人と関係があるところにこだわり、検疫によって水際で止めようとしていたため、結果的に国内で発生している事態を探知する機会を逃してしまいました。こうして日本としては新型インフルエンザの流行を迎えることになってしまったのですが、このあたりのことは大きな反省点だろうと思います。

一度に患者が発生しますと、一番困るのはやはり医療機関です。急に大量の患者が発生し、しかも当時はある特定の病院でしか診られない状況でしたので、あるところに大勢の患者が一気に押し寄せることになってしまい、そこはまるで野戦病院のような状況になってしまいました。



新型インフルエンザ流行の歴史

3つのインフルエンザ

この後のことは後ほどお話ししますが、そもそも新型インフルエンザとは何かということをもまず、お話ししたいと思います。

インフルエンザは、ヒトの間で毎年冬に流行する、言ってみればおなじみの病気です。それに対して、鳥のインフルエンザというのは、鳥の間で発生する病気です。これはヒトには滅多に感染しません。ただ、最近では鳥からヒトに感染するような事例も実際にはあるわけですが。そして、新型というのは、鳥も含めて動物のインフルエンザがヒトの中に入り込んできて、ヒトの中で流行をはじめたものを言います。今回の新型インフルエンザは豚から来たと言われていますが、豚にとっては新型でもなんでもない今までにもあったものなのですが、ヒトにとっては新型ですので、新型インフルエンザという言い方をしています。新型に関してはまだまだわからないことが多いのですが、普通のインフルエンザで得た知識を基準に考えられていますので、まずは普通のインフルエンザについて詳しく知ることがどうしても必要となります。

インフルエンザは、インフルエンザウイルスという病原体が身体にとりついて身体の中で増え、いろんな症状を起こしていきます。身体にとりついてから症状を出すまではだいたい2日くらいと言われています。これにはもちろん個人差があり、1日で症状が出る人もいれば、なかには3日かかる人もいますが、平均して2日と言われています。症状としては急激な高熱。あとは咳や鼻水、高熱による身体の痛み。そして、呼吸器系の症状、咳や鼻水、痰などが特徴的です。インフルエンザは毎年流行しますから、小さな赤ちゃんを除いた多くの人、インフルエンザウイルスにどこかで出会っています。実際にかかって症状を出すかどうかは別問題として、ウイルスにはどこかで出会っているため、たいてい皆さんの中に免疫ができて、感染してもそんなにひどいことにはなりません。ウイルスが増えても、免疫のほうも対抗する武器を作って闘うので、最終的には何もしなくても自

分の身体の力だけで2～7日くらいで治っていくのが一般的です。ただ、稀に肺炎や脳症といった合併症を起こすと、さらに治りにくくなります。ウイルスとの闘いには勝っても、ウイルスが残っていった癍痕で人の身体の具合が悪くなっていくことがたまにあるわけです。そのため有効な援護射撃が「タミフル」「リレンザ」といった抗ウイルス薬ですが、これらは免疫を高めてウイルスを退治する薬ではなく、囲い込んだり、凍らせるようなものです。一時的にウイルスが増えないようにするものですから、ある程度、敵の軍勢が増えてしまうと、投薬しても勝ち目がありません。まったく効果がないというわけではありませんが、薬自体にウイルスを減らす効果がないので、これらの薬を飲んだらすぐに効くというものではなく、位置づけとしては発熱期間をせいぜい1日程度減らすような効果しか、残念ながらありません。

もう一つ、免疫をつける手段としてワクチンがあります。新型インフルエンザに関しては、今、ワクチンが一番ホットな話題です。これは後でお話しします。

季節性インフルエンザでは、ワクチンを打つと、ある程度予防ができます。しかし、100%予防できるかというところではなく、発症予防効果は30～50%程度です。仮に、今が春先でその年の季節性インフルエンザの流行が終わった時期だと想像してみてください。この春先の時点で、その年にインフルエンザに感染した人を100人連れてきて、その人たちをタイムマシンで6カ月前のまだ感染していない時期に戻すとします。そして、全員にワクチンを打つと6カ月後にどうなっているのでしょうか。だいたい半分くらいはワクチンを打ってもインフルエンザに感染してしまいます。ワクチンには、それくらいの予防効果しかありません。ワクチンの予防効果を30%として考えると、100人の感染者をタイムマシンで戻してワクチンを打っても70人が感染してしまうということです。これが季節性インフルエンザのワクチン効果です。季節性の場合、もともと体内に免疫力が備わっていますが、それでもこれだけ感染してしまうわけです。新型インフルエンザは誰も免疫をもってい

ないと考えると、そんなに大きく期待できないということがわかりいただけだと思います。かといって、ワクチンがまったく期待できないというものでもありません。ある程度は意味がある、ということです。

新型インフルエンザの構造

インフルエンザウイルスの構造は、RNAという遺伝子情報から指示が出ていろんなタンパク質がつくられるわけですが、そのうちNA（ノイラミニダーゼ）とHA（ヘマグルチニン）といわれる膜タンパクがインフルエンザウイルスの特性を決める重要な要素となります。NAは、ウイルスが細胞の中で増えて発芽して別の細胞に移っていく際に必要で、HAはインフルエンザウイルスの性質を決めるカギとなります。その種類はいろいろありますが、HAは現状16種類に、NAは9種類に分類されています。互いに独立して存在するので、ウイルス単位でみれば、16×9で144種類のウイルスが存在することになります。ただ、144種類全部がヒトインフルエンザではなく、人ではH1N1（通称：ソ連型）、H3N2（通称：香港型）の2つが少なくとも今年の春先まで通常のインフルエンザとして流行を繰り返してきました。これらは全部A型のインフルエンザとなりますが、さらにB型というちょっと違ったものもあります。基本構造は同じですが、こちらは1種類しかなく、あまり多様性がないと言われています。今お話しした144種類のうち2種類がヒトのインフルエンザだとすると、残りは何なのでしょう。ヒトの2種類も含めたとえで、いろんなA型のインフルエンザウイルスをもっているのは鳥です。もともとインフルエンザは鳥の病気だと言えます。ミズドリやカモが野生の状態ですと共存しています。シベリアの雪が溶けて、ミズドリが過ごす夏の大地にいろんなウイルスがいると言われていました。北海道大学の喜田先生はシベリアに30年通って、HとNのいろんな組み合わせのウイルスを片っ端から発掘して、研究室に保管していると聞いています。そうしたウイルスがシベリアに行くのとれます。では、鳥インフルエンザは絶えず流行しているのかというと、

そうではありません。ミズドリたちは昔から同じように暮らしているのに、感染しないといえますか、感染していても少なくとも具合が悪くなったり死んだりすることはありません。そこだけでそういう状態ならいいのですが、問題は鳥が渡っていくということです。感染しても健康なまま渡りをします。すると、他の地域にウイルスを持って行きます。つまり、他の地域の生き物、特に土着の家禽を感染させます。土着の家禽は普段からインフルエンザウイルスの刺激にさらされていないため、感染すると具合が悪くなってしまいます。最近では渡り鳥でも死亡するケースがみられますが、基本的に渡り鳥は死なずに、その地域の家禽が死亡し、それによって我々は鳥インフルエンザを認識しているわけです。

実は、カモは土着の家禽や野鳥にウイルスを感染させるだけでなく、ほかの生き物にも感染させます。実際、鳥インフルエンザがヒトに感染することもありますし、いろんな形で、いろんな生き物にウイルスをまき散らしていると。そういう意味ではカモというのはけしからん存在ですが、あまりいうと日本野鳥の会の方に叱られてしまいますのでやめておきます。

さらにそうした生き物の中で鳥インフルエンザが定着すると、ヒトで定着するとヒトインフルエンザに、豚で定着すると豚インフルエンザになるわけです。さらに今回のように豚のウイルスがヒトに來たりという、ヨコのやりとりもあるということで、非常に複雑なやりとりがなされています。（資料1, 2）

新型インフルエンザ流行の歴史

起源についてはいろんな議論がありますが、季節性のインフルエンザは過去何度か株が変わってきました。少なくとも今年の春先までは毎年、H1N1のソ連型とH3N2の香港型が同時並行で君臨していました。遡ると、ソ連型は存在せず、香港型は68年から出てきたものだということがわかっています。これより以前にヒトのインフルエンザだったのは、H2N2という別の型で、それ以前がH1N1でした。では、こうしたウイルスがどうやってヒトの世界に現れた

かということ、最初はやはりスペインインフルエンザ、アジアインフルエンザ、香港インフルエンザという名前がつくような新型インフルエンザの大流行ですね。流行の規模はいろいろですが、いずれにしても新型インフルエンザという形でヒトの世界に入ってきて、その後、定着すると。そうすると、前からいたウイルスが追い出されてしまいます。要するに、政権交代ですね。新型インフルエンザが登場した2009年は日本の政治と同様に、まさに政権交代が起ころうとしているというわけです。

(資料3)

こうしたウイルスはどこから来たのでしょうか。鳥を経てきた、豚を経てきた、いろいろ議論があるわけですが、最近いろんなことがわかってきて、豚がそのどれにも関与しているのではないかという説が強くなってきています。そういう意味では、今回の新型が豚由来のものであるのはそう驚くことではないのかもしれませんが。

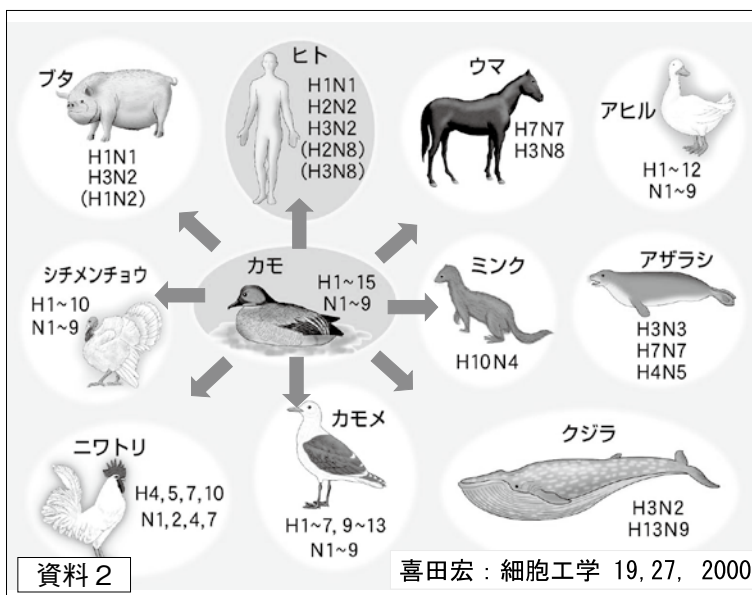
遺伝子をくわしく調べてみると、新型ウイルスの由来は「人鳥豚豚」と。4種混合だとされています。少なくとも98年頃、豚の体内で豚ウイルスと人のA香港型H3N2ウイルス、鳥ウイルスが混じり合って「3種混合」のウイルスができた。さらにそこに北米の豚型ウイルスが混ざり、最終的にヨーロッパ系の豚ウイルスも入って新型インフルエンザが誕生したということになります。非常に複雑なやりとりを繰り返す中で、一つの個体に異なったウイルスが感染すると、個体の中で遺伝子のやりとりが行われ、まったく新しいウイルスが誕生することもあるわけです。

今回の豚インフルエンザには、ウイルスのタンパクの生成を指示するRNA(遺伝情報)が8本あると言われてます。それぞれどこから来たのかをくわ

鳥インフルエンザ

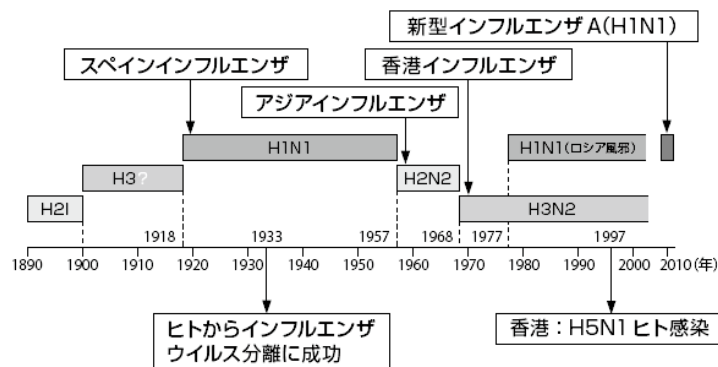
- ▶ 鳥インフルエンザウイルスによる感染症
 - ▶ 鳥の肺や腸でウイルスが増える
- ▶ 野生の水禽(=渡り鳥)では通常発症しない
- ▶ 感染しても健康なまま渡りを行う
- ▶ ウイルスを運搬し、土着の家禽に感染させる
 - ▶ 最近では渡り鳥も死亡するケースがみられる

資料 1



資料 2

新型インフルエンザ流行の歴史



資料 3

しく調べると、そのうちの一つはヒトから来ているということになります。他は、どうも鳥や豚から来ていると。主な成分は豚ですが、完全に豚だけというわけではありません。(資料4, 5)

新型インフルエンザはH1N1という表記ですから、ソ連型のH1N1と同じではないか、親戚関係ではないか、と思われがちですが、どうでしょう。資料6の表ですぐにたどれる距離にあるウイルス同士は親戚関係として近いと言えるのですが、見ていただくとわかるように、新型インフルエンザとソ連型とは近くにはあっても、たどると遠く、まったくの別物だと考えるべきだと思います。(資料6)

過去の新型インフルエンザ大流行のインパクト

過去をみると、20世紀には3回ほど新型インフルエンザの大流行がありました。一番有名なのが、1918年のスペインインフルエンザです。このとき、日本でどういう状況になっていたかを当時の新聞から拾ってみると、「スペイン風邪ついに交通機関に影響」「新宿駅員は大部分病人」などと書かれています。出札係など、多数の人と接する駅のような場は感染の巣になるということです。(資料7)

こうして流行が広がっていき、国内で39万～48万人もの死者が出たと言われています。「火葬当分お断り、どこの焼き場も4、5日分堆積」と、かなりど

ぎつい表現ですが、こういうことが起こってしまいました。さらには生命保険会社も支払い不能という事態になりました。

ところが、1957年のアジアインフルエンザ、1968年の香港インフルエンザは、そこまでひどいことになっていません。少なくとも、当時の新聞記事を見ると「全国に広がる」などと書か

新型ウイルス、由来は「人鳥豚豚」 10年かけ4種混合

2009年5月3日 3時3分

ソーシャルブックマーク 印刷

新型の豚インフルエンザウイルスは人と鳥、2種類の豚が持っていた計4種類のウイルスが複雑に混じりあってできたことが、米国や日本の研究チームの解析でわかった。米疾病対策センター(CDC)や世界保健機関(WHO)が公開する新型インフルエンザの遺伝子情報をもとに調べた。予防や治療の基礎データとなるウイルスの正体が明らかになってきた。

米コロムビア大などのチームは、今回のウイルスと過去の研究でわかっている豚のウイルスの遺伝子情報を照らし合わせた。この結果、ウイルスに8本あるリボ核酸(RNA)のうち、6本が北米の豚に感染するウイルスから受け継がれたもので、2本が欧州やアジア由来のユーラシア型の豚ウイルスから受け継がれたことを見つけた。前者の6本には、人、鳥のそれぞれに感染するウイルスに由来するRNAも混ざっていた。

人は通常、豚や鳥のインフルにはかからないが、豚は人や鳥のインフルにも感染する性質を持つ。98年ごろ、北米で豚インフルが流行したときに、豚の体内で豚ウイルスと人のA香港型ウイルス、鳥ウイルスが混じり合って、まず「3種混合」のウイルスができたとみられる。

これが北米の豚ウイルスと交雑を重ね、最終的にユーラシア型の豚ウイルスと合わさって「4種混合」の新たな豚ウイルスになったという。このウイルスの表面のたんぱく質が、人に感染しやすい変異を起こした可能性が高い。

資料 4

Swine triple reassortant virus

Swine H1N2

Eurasian swine (H1N1/H3N2)

2009年7月10日 Science

Genetic Composition of 2009 A(H1N1)

Flu stew. The new strain is a jambalaya, but it maintains five of six internal genes from the triple reassortant (left).

H1N1

Legend:
 - Avianlike gene segment (grey)
 - Humanlike gene segment (black)
 - Swinelike gene segment (white)
 - Eurasian swinelike gene segment (dark grey)

資料 5

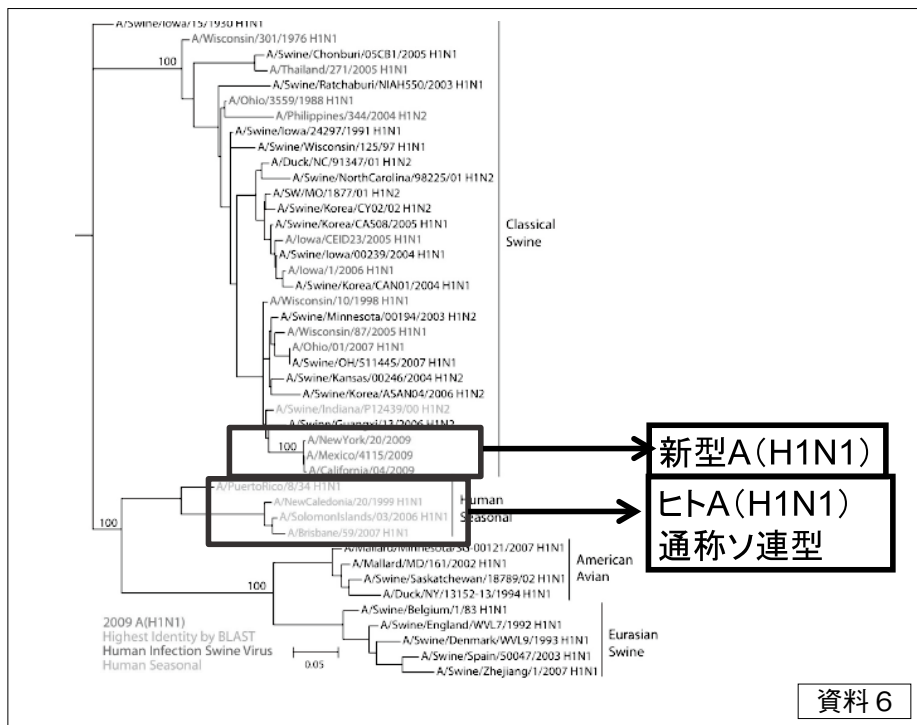
れており、後日の血液検査などでも相当数が感染したことがわかっていますから、流行したことは間違いありません。ですが、スペインインフルエンザと大きく違うのは、新聞などに患者が何人亡くなったということはまったく出ていないことです。アジアインフルエンザの日本での死亡者は7000人程度といわれ、その後の香港インフルエンザも同程度でした。20世紀に3回あったインフルエンザの大流行の中で、スペインインフルエンザは確かに死亡率が高かったけれど、その後はそうでもないというのが現状です。

過去の大流行で幅があるのは、致死率、重症度、そして流行のパターンです。一度流行が落ち着いた後、感染していない人が次にかかるという形で第二波が起こることもあります。ただ、これは過去の事例での多様性ですから、今回どうなるかは予想が付きません。一応、今のところはウイルスの病原性はまったく変わっていませんし、波としては今がまさに第一波という状態です。今年の5月の段階では全体から見れば非常に小さなものでしたので、今が第一波ということです。

世界と日本の流行状況

WHOに報告された感染確定例数の推移

ご存じの通り、WHOに各国から感染者数が報告されます。最初の頃はWHOも国々も真面目にレポートを出していましたが、だんだん各国からデータも来なくなり、WHOもレポート



1918年10月、日本では...



新宿駅員は大部分病人

資料 7

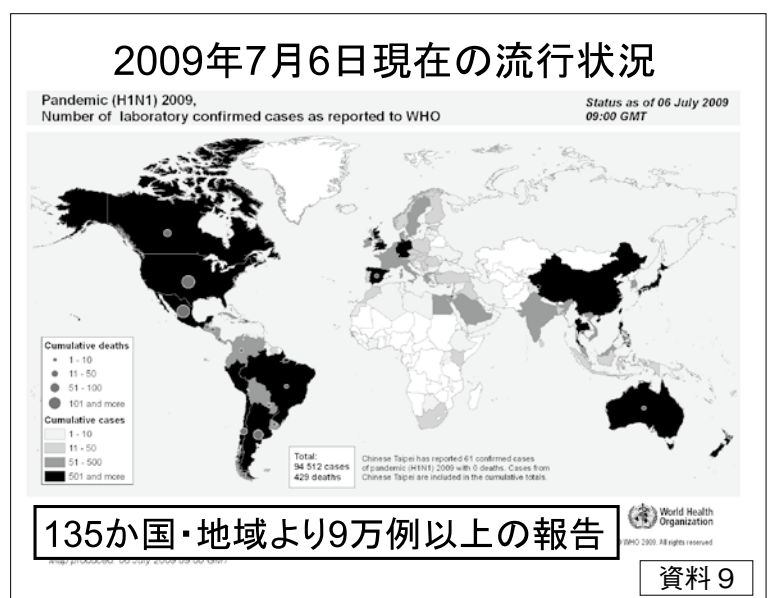
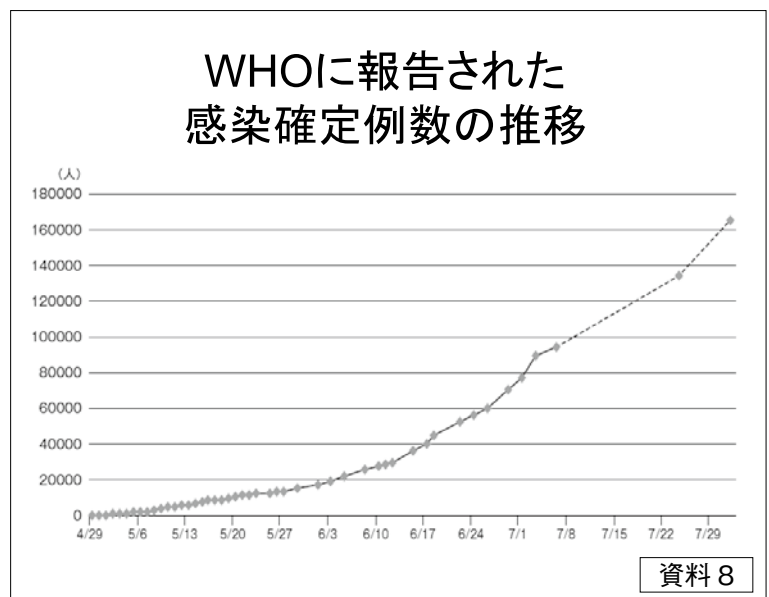
を出せなくなってきたと聞いております。その中で累積患者はジワジワと増え続けているわけです。資料9は少し古いものですが、WHOが最後に出したものです。感染者が一人でもいたら国全体が塗りつぶされており、感染者が多いほど濃い色で色分けされています。7月の頭までに大きな流行になった国々をみると、南米大陸はほぼ全滅です。メキシコやカナダで発生して、そこから飛び火したと。ところがアフリカやロシアはまだ増えていないと。そのあたりは往来が少ないのか、季節的なものなのかはよくわかりませんが、世界の比較的主な国は新型インフルエンザの流行の影響を受けているという状況です。(資料8, 9)

流行の状況は南半球と北半球でずいぶん違いますが、冬が終わろうとしている時期に出されたオーストラリア政府の情報をみていきましょう。はじめは日本と同じ5月中旬です。その後、少し増えたり減ったりした後、7月下旬のピークに至るまで毎日何百人から千人を超える患者が出続けたということです。ところが、オーストラリアに関しては流行が1カ月半くらい前に頭打ちになってきて、しぼんできています。補足ですが、グラフがちょっとデコボコしていますが、これは毎日の患者報告数ですので、土日はあまり報告数がないため、その部分が欠けているだけで、実際に流行がこのように波を打っているわけではありません。(資料10)

では日本はどうかというと、5月の新聞記事で見ていただいた通り、一時的に感染者が出ましたが、後から見れば随分少なかったんだということになります。いろんな対策をとっていったん落ち着いたと。そのまま5月の末になって、秋までこの静かな状態で行って、冬に本格流行かと思った人も多かったと思います。しかし、現実はさにあらず、6月の頭くらいから患者数がジワジワ増えてきました。発症日別報告数のグラフでは7月中旬以降減っています

が、これは単に報告が遅れているから減っているだけで、実際にはどんどん増加しています。7月14日には1日250人という報告ですね。現在は、だいたい1日あたり2万人ほどの人が発症していると言われています。最初の頃は局地的な流行でしたが、このグラフを見ていただくと、人口の多いところに患者が多いというごく当たり前の状況になってきました。もちろん、人口の少ないところにもまんべんなく、それなりの患者数が発生しているということです。

(資料11, 12)

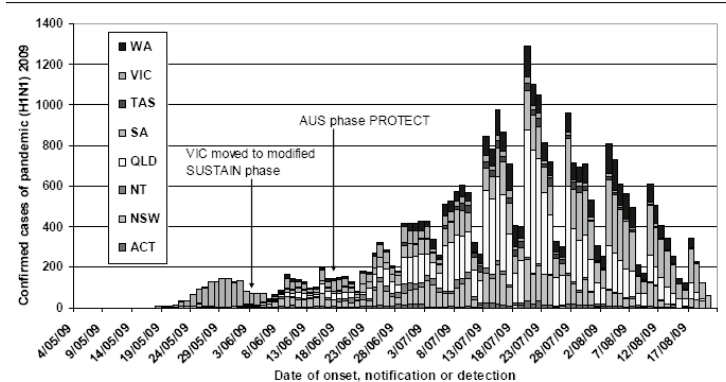


今回の新型インフルエンザの臨床疫学

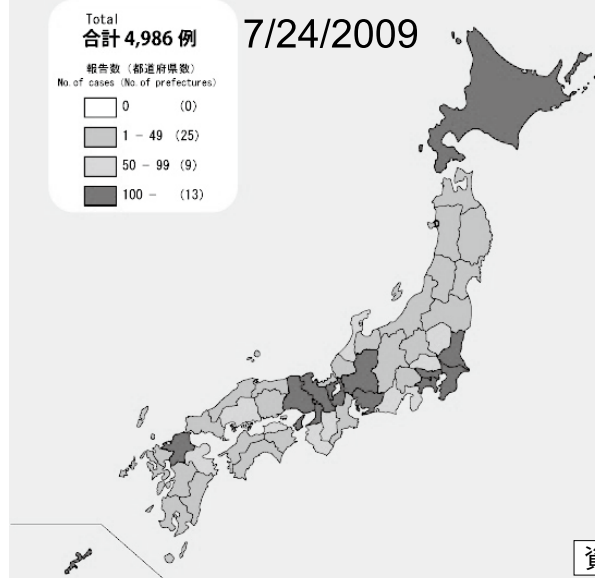
患者が出るわけですから、そのデータを集めると症状や年齢分布など、いろんなことがわかってきます。一番気になるのが致死率です。それに関してはいろんなデータがありますが、報告数だけを見ると、0.5～1%くらいです。WHOには18万例くらいが報告されて、そのうち1800例くらいが死亡していますから、約1%です。アメリカのCDCには4万3000例中300例が死亡しているということですから、0.7%くらい。メキシコは1万例中120例が死亡しているので若干1%を超えています。

ただ実際の致死率は、それよりずっと低いだらうと考えられます。というのは、この報告数はあくまで新型インフルエンザという確定診断がついたもの、あるいはそれに近いものだけを出しているのです。これが本当の数字ではありません。例えば、アメリカはCDCで4万3000例という症例を把握していますが、本当の感染者数は200万人以上だらうと推定されています。つまり、把握している数の50倍以上です。日本も今のところ、最終的に国が把握している感染者数は5024例で、多少増えてもせいぜい6000例ほどです。しかし、今まで累計の患者発生者数は少なくとも40万人ほどですので、数十倍ということになります。とにかく患者報告数より実際にはもっと多くの発生数がある、少なくとも報告数の10倍はいるだらうと。そう見積もると、致死率は一桁下がって、0.05%以下となります。では、死亡数ももっといるのではないかということになりますが、さすがに死亡症例については、なぜ死亡したのかという検索が行われるでしょうから、死亡数については新型インフルエンザによる死亡数をほぼ正確に反映しているのではないかと考えられます。

オーストラリアの流行状況 (オーストラリア政府ウェブサイト、2009年9月)



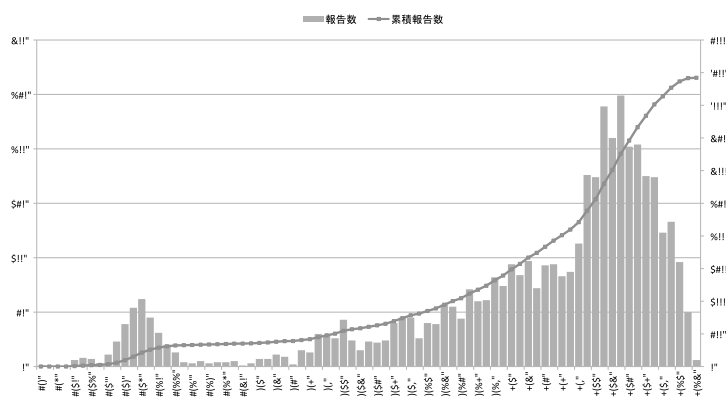
資料 10



資料 11

発症日別報告数 (n=4,496*)

(*7月23日11時現在厚労省把握分のうち、発症日の記載のある者)



資料 12

日本は8月23日の発生第34週までの累積患者数が約35万人で、それから先週(8月25日～30日)までのデータがまだ来ていませんが、そのデータを見込みで足せば、プラス15万人ほどとなり、累計患者数は50万人ほどとなります。日本でも10万単位の患者が発生し、ほとんどの人が2～3日、あるいは4～5日で治って、元気に社会に復帰しています。ただ、残念ながら不幸な結果になった方が、今のところ約10名くらいいると。あえて「約」としました。すべてが新型インフルエンザによる死亡かどうかはわからないからです。日本でも今後恐らく死者は多少増えるでしょう。発生数も死亡者数も増えます。今後はたぶん死亡者のほうが増える勢いのほうが高いでしょう。現在、入院中で重体という人もそれなりにいらっしゃいますので、そういう方が最終的に残念なことになると、死亡者のほうが増えて、もう少し数字があがってくると思います。ただ、報告数だけでみるより実際の感染者のほうが多いということをご理解いただければと思います。(資料13)

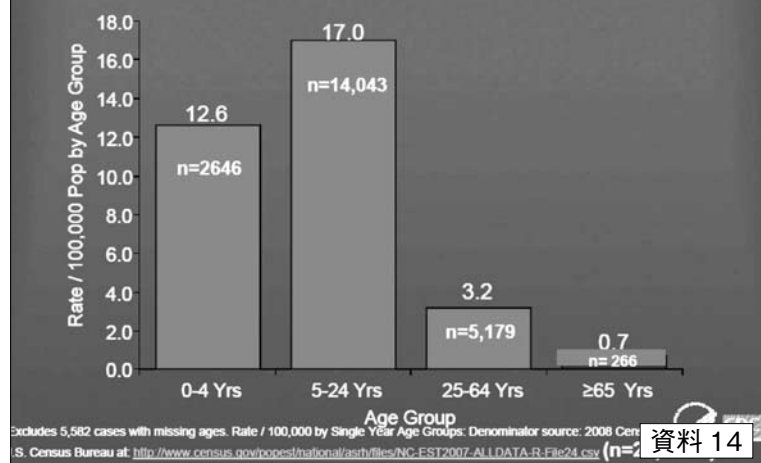
あとは年齢層ですね。若い人のほうが多いというのは皆さんよくご存じだと思いますが、実際にどれくらい多いのでしょうか。資料14は、アメリカの人口10万人あたりの感染者数です。2万2234例のアメリカで把握している症例で年齢別グラフをつくると、5～24歳の世代が人口10万人あたり17.0人と圧倒的に多いのがわかります。ただ、0～4歳の小さな子どももそれなりに感染しています。そして25歳を過ぎると急速に少なくなる。やはり若い人中心に発生しているのは間違いのないと思います。そのうち、入院患者数や死亡者数をみていくと、若干、様子が違ってきます。若い人は罹患率が高いのですが、入院に至る割合は低く、小さな子どもや実年齢層、高齢層は若い人に比べると

致死率(感染者のうち死亡する割合)

- 報告数で見ると、0.5～1%
 - WHO: 180,000例中1,800例が死亡
 - CDC: 43,000例中300例が死亡
 - メキシコ: 10,000例中120例が死亡
- 実際の致死率はそれよりずっと低く、0.05%以下か
 - 患者数は報告数の十倍以上に達する可能性
 - CDCはアメリカの感染者を200万人以上と見ている
 - NY市の高校のアウトブレイクでは、数十名の確定患者の他に1000人程度の検査されていない軽症者がいた
- 日本は今のところ0.001%程度
 - 現在までの推計患者数: 約35万人
 - 死亡者: 約10名

資料 13

Pandemic H1N1 Case Rate/100,000 population by age group



資料 14

アメリカの報告にみる 年齢層別の患者・入院・死亡数

年齢層	患者数	うち入院者数 (対患者数)	うち死亡者数 (対入院数)
0-4歳	2646	639 (24.1%)	7 (1.1%)
5-24歳	14043	1168 (8.3%)	26 (2.2%)
25-64歳	5179	1057 (20.4%)	80 (7.6%)
65歳以上	266	122 (45%)	9 (7.4%)

資料 15

入院率が高くなっています。あと、入院した人にしめる死亡者数の割合は25～64歳のほうが高くなります。データにはありませんが、死亡する方は恐らくなにかの基礎疾患があったり、妊婦さんなどが多いのだらうと思われま。そして、若者や小さな子どもはそれほど死亡したりしないということがわかってきています。

症状は普通のインフルエンザとあまり変わらず、発熱や咳といった一般的な症状、身体の痛みや喉の痛みなどが出てきています。風邪がひどいときのイメージを持っていただければいいと思いますが、少し違うのは嘔吐や下痢といった、風邪ではあまり見られないような消化器症状が、アメリカの患者には見られます。

(資料14, 15)

年齢分布からみた発症状況

資料16は、入院症例の中にどの程度、受容をもった人がいるのかをあらわしたものです。ある一人の人は糖尿病で喫煙者であるといったように項目の重複は当然ありますが、このデータをみると、妊婦は全体の6%だったりします。日本の場合は入院者数のまだ1%くらいしか妊婦がいませんが、アメリカの場合はけっこう高い数字で入院になっています。あとは、もともと呼吸器系の病気、喘息や慢性閉塞性肺疾患などを持っている人の割合が結構高くなっています。単に、絶対値だけを見るのはダメで、一般人口でそういう人がどれくらいいるのかを見ていかねばなりません。例えば、喫煙人口は18%いますから、入院の中での率は通常ならもっと上がってきても不思議ではありません。ところが、ここでは10%しかいませんから、少なくとも喫煙というのは入院のハイリスクにはならないのかなど。逆に、妊婦の場合は一般人口で1%しかいないのに6%が入院しているわけですから、妊娠中はやはりハイリスクだと言えます。呼吸器系の疾患も4～8倍のハイリスク、糖尿病も同じくハイリスクと言えます。

死亡症例でも、同じような傾向

がみられます。ひとつ注目なのが、入院では肥満はリスク因子にはならないのですが、死亡だと随分数が増えてくることです。つまり、肥満は入院することはあまりないかも知れませんが、ひとたび入院すると非常に治りにくいというか、お亡くなりになりやすいと言えるかもしれません。ただ、ここでいう肥満というのは、ちょっと太っているとかではなく、日本で言えばかなりの肥満体とだけ思えばいいと思います。(資料16)

肺炎で死亡する方を年齢別に示したメキシコのデータを見ると、肺炎で死亡する方の多くはインフルエンザ感染によるものです。しかし、グラフを見ていくと、例年は80歳以上という超高齢者が圧倒的に多く、ほかの年代がほとんどいなかったのですが、今回春のメキシコでのインフルエンザ流行では20代～40代の人たちの死亡例が増えているのがわかります。恐らくその世代の持病をもった人がお亡くなりになっているのだらうと考えられます。高齢者でも多少はいるのですが、そもそも高齢者は感染者数が少なかった。圧倒的に多くの感染者が若年者で出たものですから、いくらこの世代が平均して健康だとしても、やはり不健康な人も残念ながらいると。それが大きく影響していると考えられます。高齢者のほうは本当に少ない、いつも見られる80歳以上のピークなど全然ないということになります。(資料17)

268例の入院症例の基礎疾患

疾患・状態	268例中の割合	一般人口における割合
喘息またはCOPD	32%	8%(喘息),4%(COPD)
糖尿病	15%	6%
慢性心疾患(除:高血圧)	14%	
免疫不全	13%	7%
喫煙者	10%	18%
慢性腎疾患	9%	17%
神経認知障害	7%	
神経筋疾患	7%	0.03%
妊娠	6%	1%
てんかん	6%	1%
がん	3%	4%
肥満	8%	27%

資料 16

次に、日本の年齢別データを見てみます。5歳刻みでわかっていますが、15～19歳がもっとも多く、次いで10～14歳、5～9歳、20～24歳が多くなっています。先ほどのアメリカのように5～24歳というようにひとまとめにすると、それだけで全体の約3分の2を占めています。やはり若者に圧倒的に多いと言えます。それ以上の世代は徐々に少なくなっていくと、70歳代、80歳代はほとんどいません。これをどう解釈するか。いろんな説があります。高齢者には免疫があるとか、まだ若者の間でウイルスのやりとりが流行していて、若者と高齢者の接点がないため、高齢者までウイルスが届いていないのだとか。もし、そうであれば、高齢者のコミュニティにウイルスが入っていったときにどうなるかが見えないところがあります。

日本でも、症状は先ほどのアメリカと同様、発熱や咳など、いわゆる風邪のような症状です。ただ、日本の場合、下痢や嘔吐といった症状はあまり見られません。メキシコの患者も下痢や腹痛が多いようですが、それが少ないことが諸外国と違うところです。ただ、日本の場合は非常に診断が早く、この症状はあくまでも入院時のもので、入院後に吐いたということがあってもデータに入ってきませんから、そのあたりは症状として過小評価しているのかもしれない。

(資料18)

インフルエンザの感染経路は？

では、インフルエンザはどうやってうつるのかという話に入りたいと思います。

そこに患者さんがいて、まだ感染していない人にどうやってうつるので

しょうか。一般的には、触ってうつる接触感染、感染者の咳やくしゃみなどによる飛沫感染、小さな粒子でうつる空気感染の3つがあります。飛沫や空気はもちろん吸い込まないと感染しませんが、吸い込んだり、触った手を口に入れるなど、身体の中に入って初めて感染するわけです。新型のほうはまだこの感染経路がよくわかりません。季節性のほうはいろんな研究がなされていて、大まかな同意事項としては、ほとんどの場合は飛沫感染だろうと考えられて

メキシコの肺炎死亡例の年齢分布

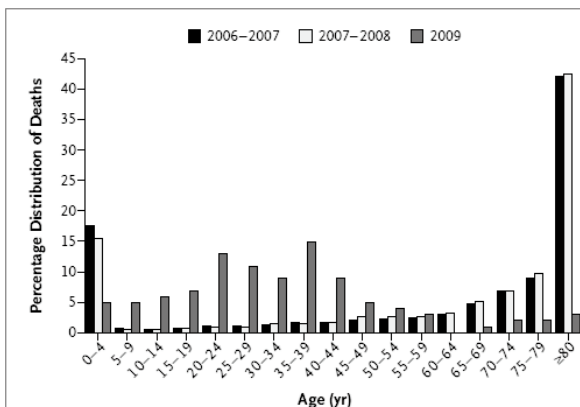
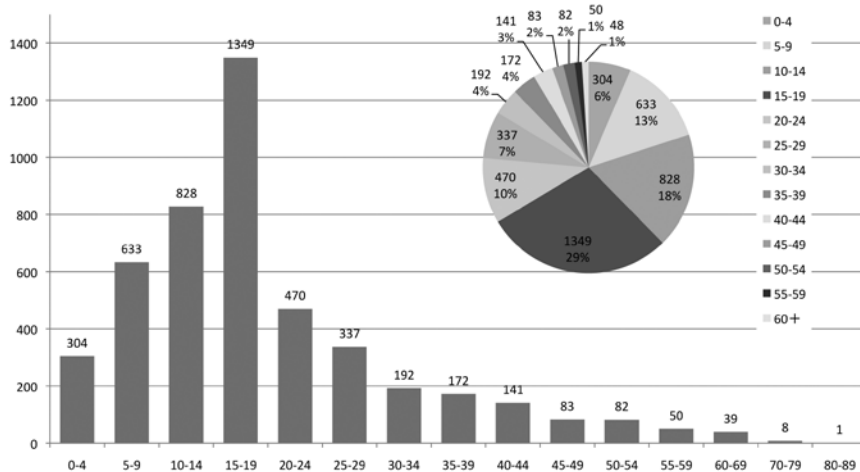


Figure 2. Percentage Distribution of Deaths from Severe Pneumonia during the 2009 Study Period, as Compared with Influenza Seasons from 2006. N Engl J Med 2009, June 29, online publication

資料 17

年齢群別報告数 (n=4,689) 年齢中央値16歳 (0～89)



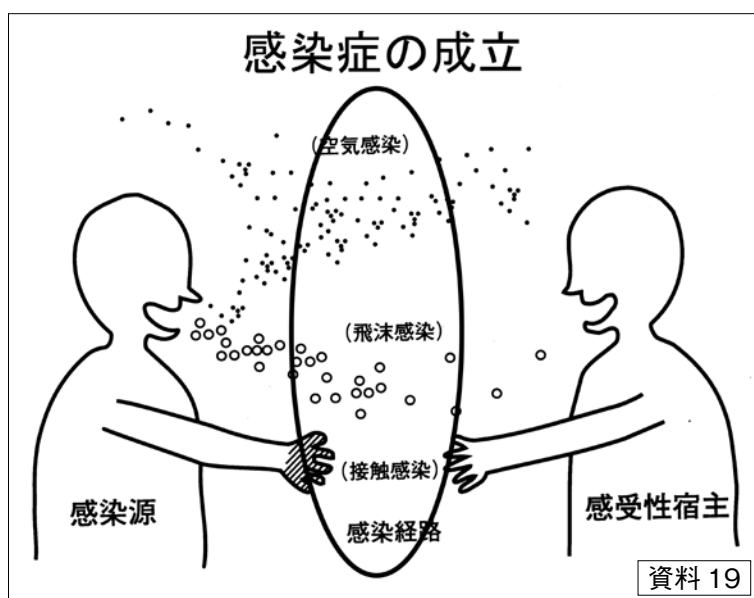
資料 18

います。感染者がくしゃみなどをすると、それによって飛んだ飛沫を吸い込んだ人が感染します。例えば、私が感染者でこの場所でくしゃみをする、キーボードやマイクなどにウイルスを含んだ飛沫がつきます。それが乾いて、ある程度時間が経つとウイルスは死滅しますが、時間が経つ前に会場のスタッフなどが整理すると、手などにウイルスがつき、その手を鼻や口にもっていくと、そこから感染すると、そのような経路も多少はあると考えられています。こうした感染を予防するには、感染経路を断ち切れればよいと。どうすればいいかと言うと、基本的には受け手がサージカルマスクをして飛沫を吸い込まないようにする、マスクでブロックすることが大切です。加えて、手指衛生ですね。いろんなところを触った後は手洗いをするという、この2つがインフルエンザの感染予防の基本です。

ただ、今回の新型インフルエンザに関しては、特に感染経路もわからない、病原性もわからないので、万が一でも職業従事者はかかっているかという考えが最初にありました。そのため、成田空港での検疫官がN95マスクといわれるサージカルマスクよりかなりきめの細かいマスクを着用して、目から飛び込むウイルスを防ぐためにゴーグルをつけていたわけです。では、インフルエンザに関して空気感染がまったくないのか、飛沫感染だけで説明がつくかという非常に微妙です。微妙だからこそ、検疫官は空気感染であっても防げるものを身につけていたわけですが、これに関してはまだまだ議論がなされているところです。ある特殊な条件では空気感染があるのではないかという意見もあります。こうした意見は証明もできていませんが、否定もできていません。

かつて70年代に、3時間ほど空調が止まった飛行機の中で、わりと離れた席の人にインフルエンザがうつったことがありました。それをもって、遠く離れた人にうつることになると、インフルエンザウイルスが飛沫格という小さな粒になって、空気中を漂ったとしか考えられないというのが空気感染を主張す

る人たちの言い方です。しかし、実際には3時間も飛行機が地上に止まっている中で、乗客が一ヶ所にじっと座っているとは思えません。そのあたりはまったく検証されていないので、席が離れた人同士も近づいていたかもしれません。ですから、空気感染の証明にはならないわけです。このように、普通のインフルエンザでは飛沫の予防策が中心ですが、限られた状況では空気予防策もとってよいのではないかというのが共通したコンセンサスになっています。では、今回の新型インフルエンザはどうかというと、正確にはわからないのですが、やはり季節性インフルエンザに応用して考えるのがよいだろうと。同じインフルエンザに変わりはないので、立ち振る舞いがそれほど違うとは考えられないわけで、サージカルマスクと手指衛生が基本です。ただ、特殊な状況では、N95マスクをつけて空気感染を予防するのも、あながち間違いではないと。これはWHOやアメリカ、カナダなど、多くの国のガイドラインでもだいたいこのような考え方になっていて、日本もだいたいこれでコンセンサスがとれています。こうして医療従事者は新型インフルエンザの患者をケアするときに自分への感染を防いでいるわけです。それでも職員はショッピングセンターや子どもからうつるかも知れません。感染の経路はいろいろありますが、少なくとも患者さんからうつることはないようにするために、予防をしています。(資料19)



資料 19

国の対応

事前の準備と国内発生以降

新型インフルエンザウイルスが登場するまで

ここからは、対策や今度どうすればよいかという話に入っていきたいと思います。2003年にはじまった鳥インフルエンザA(H5N1)が世界中でポチポチとはじまり、日本も鳥の集団発生がありました。幸いヒトの患者は一人も出ませんでした。このとき、鳥からヒトにうつるといことは、ヒトからヒトにうつりやすくなって新型インフルエンザになるのではないかということが、一時期かなり真剣に話し合われ、それに対応して厚労省が2005年11月に作ったのが「新型インフルエンザ対策 行動計画」です。その後、2007年、2009年と2回改訂されて今に至っています。現在は2009年の2月17日版というのが最終版となっています。

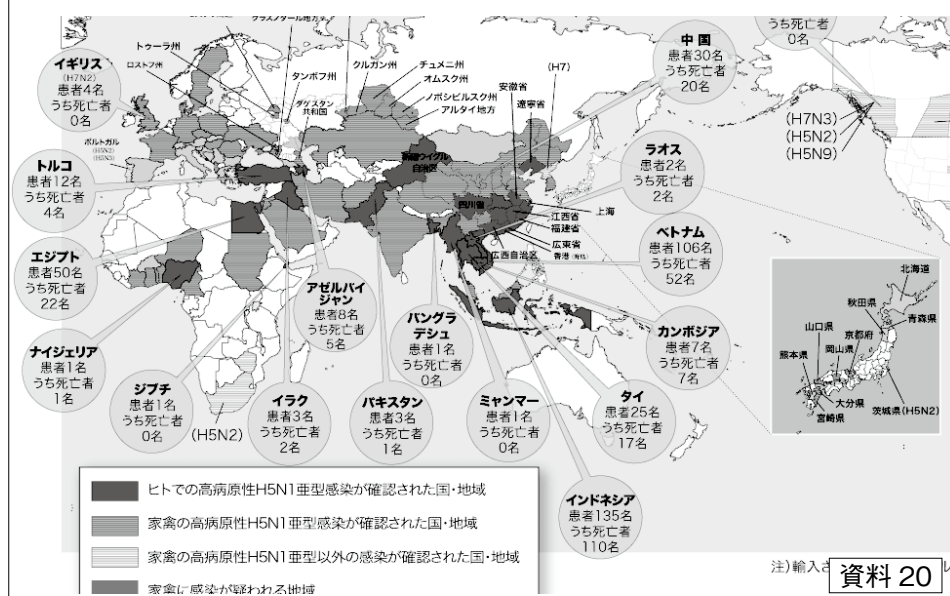
鳥インフルエンザは2003年、アジアの鳥の間で流行しはじめ、ヒトへもうつっています。もともとは96年、広東省でのガチョウの集団発生です。この頃には将来危険だろうということが言われていて、97年には早くもヒトの感染者が出ています。その後、しばらくおとなしくなっていて、2003年から再び出てきました。つまり、2003年に初めて鳥での集団感染が起こったのではなく、それ以前から起こっていたということです。97年には香港でヒト感染も結構出たこともあり、国中の鳥をすべて殺処分し、鶏舎も一斉に消毒をしました。ですから、当時の香港の夜には鳥の悲鳴が響き渡ったという逸話があります。

2003年からの累積をみると、流行はアジアから始まったことがわかります。日本も比較的早い時期に影響を受けて、

インドネシア、タイ、ベトナムあたりで流行して、だんだん西に波及していったわけです。最終的には、アジア、ヨーロッパの多くの国が鳥の集団発生を経験しました。資料20でもっとも色が濃いエリアは鳥からヒトへ感染が起こったところです。色が濃くなったエリアそれぞれに吹き出しがついています。トータル15カ国が該当し、全部で400名くらいの患者が出ているわけです。

当時、私もベトナム・ハノイのある病院に見学に行ったとき、鳥インフルエンザに感染した方をみました。21歳の男性でしたが、これまで何も持病がなく、今回の新型でいうとハイリスクでもなんでもなかった人が鳥からの感染を受けて、重体になっていました。人工呼吸器につながれた非常に厳しい状態でした。当時、死亡率が非常に高いことはわかっていましたから、スタッフとしては感染対策の世界で講じられる3つの経路別予防策をすべて講じるようなフル装備でケアにあたっていました。軽症のお子さんを診るときも、長靴などを履くようなフル装備です。このイメージで新型インフルエンザのイメージが作られてしまったことが、それが今回、実態と合わなかった一因でもあると思います。(資料20)

世界における鳥インフルエンザの流行 大部分がA/H5N1型



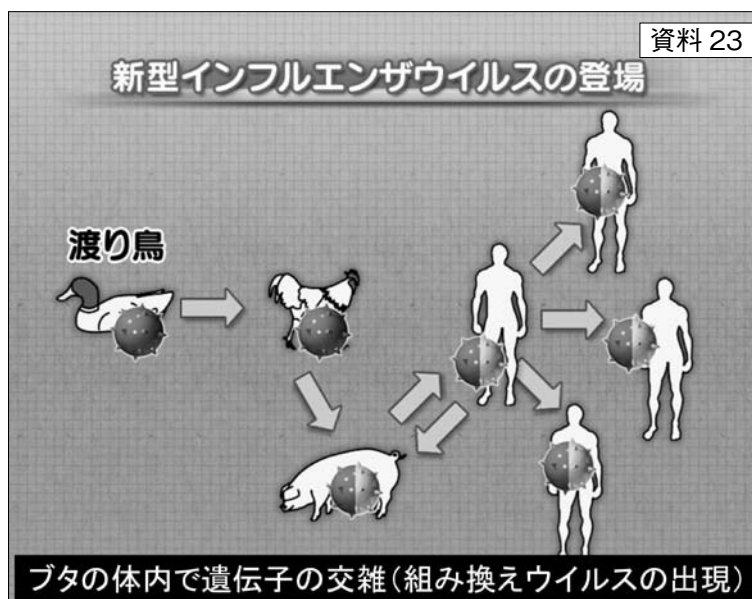
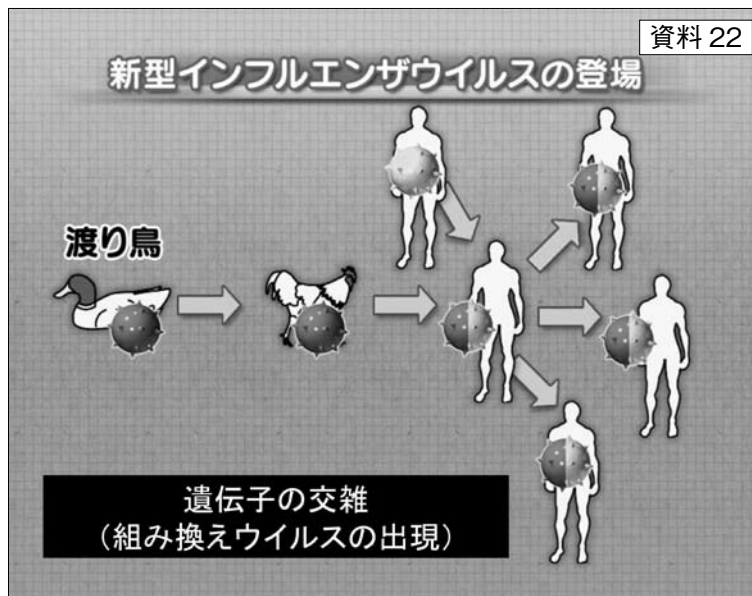
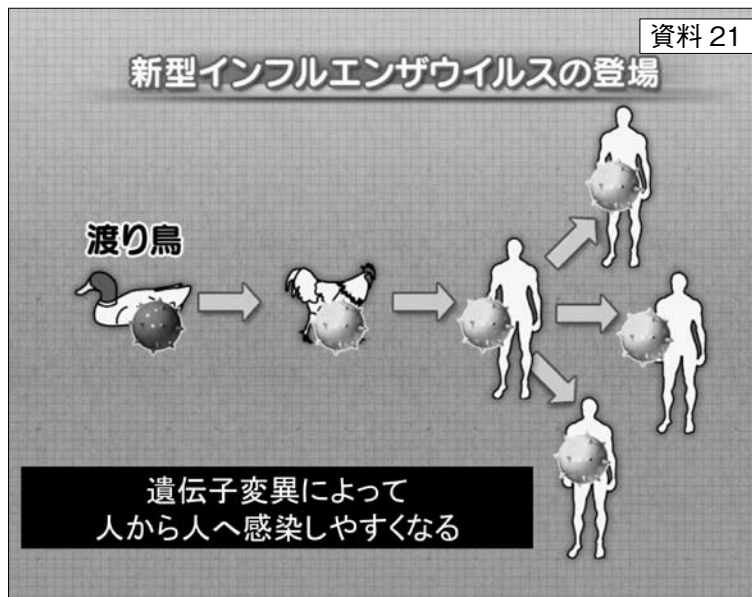
あとは鳥が一番危ないだろうということで、鳥をもっとも警戒していました。鳥ウイルスの遺伝子変異でヒト型になって感染するとか、あるいは鳥型のままヒトに来て、ソ連型や香港型といったこれまでにあったウイルスと組み替えが起こり、ハイブリッドのような新型インフルエンザウイルスができるのではないかということが警戒されていました。実際に起こったのは、後者に近いことです。当時もこうしたことをまったく考えていなかったわけではないのですが、鳥ウイルスとヒトウイルスが豚の身体の中で混じって、それがヒトに戻ってくるとということが今回実際に起こったことです。

(資料21, 22, 23)

繰り返しになりますが、新型インフルエンザ対策の行動計画は、鳥インフルエンザの変異やヒトインフルエンザとの交雑を意識して作られたものです。死亡率の想定も、スペインインフルエンザ並みの全世界2%、あるいはそれ以上を意識して作られています。新型インフルエンザがヒトからヒトに移りやすいのは間違いありませんから、いずれ大流行になるのはしかたないかもしれません。しかし、何もしなくても大流行を迎えることはありません。段階に応じていろんな対策を講じることで、大流行するまでの時間を遅らせるなどの対策を考えているわけです。

“季節性と同様の対応を”

今回、神戸や大阪で100人以上の患者が出たわけですが、それは国内発生ですから第二段階となります。その段階で行うことは、あらゆる手段を講じて国内での流行拡大を阻止することです。当時の新聞記事に「厚労省など接触者特定狙う」とありますが、これは行動調査を行って、そこで接触した人

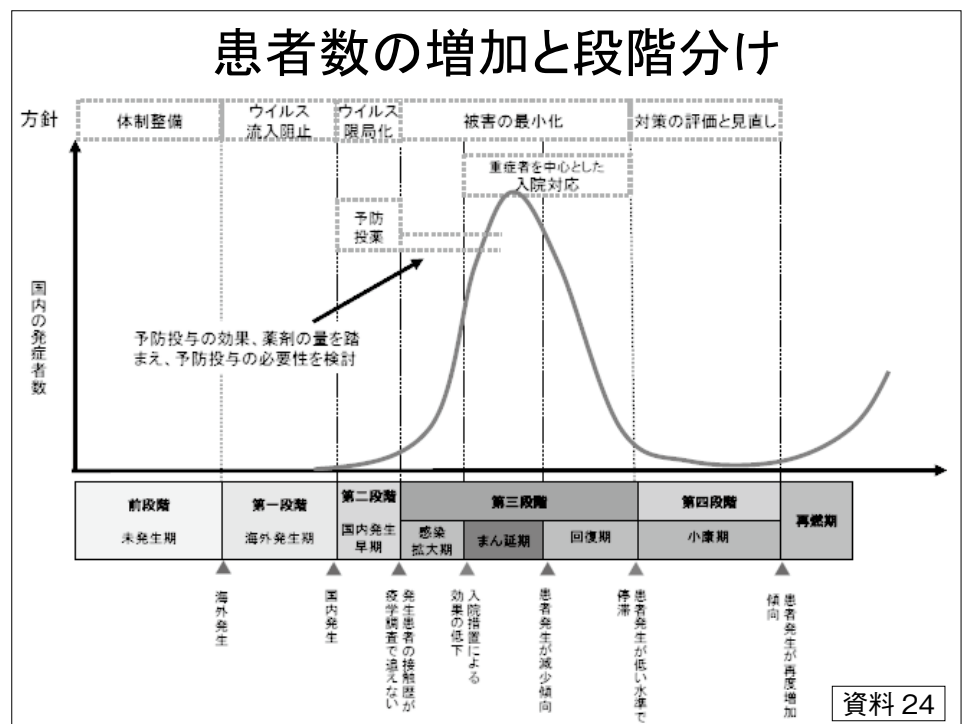


たちにタミフルを飲ませて二次感染を防ぐということですが、それを真剣にやりました。ただ、それが実際にできるというのは、患者が数名という規模のときだと思えます。今回はあっという間に100名を超えるような人が出てきてしまったので、接触者が膨大すぎて追えません。仮に追えたとしても、そういう人に抗ウイルス薬を渡そうにも多すぎて渡せない。130名もの患者を入院させるにもベッドがないというふうに、いろんな問題が出てきました。学校閉鎖は行ってよかったかもしれませんが、1000校以上で実施され、100万人の生徒が1週間家にいたということで、甚大な社会への影響が出ました。第二段階の計画自体は確かによかったとは思いますが、それを忠実に実行した反面、流行の拡大があまりに急すぎて、実際には追いつけませんでした。結果として、いろんなところでトラブルというか問題になって、17日の日曜夜の時点で、大阪の橋下知事は「こんなことでは大阪はマヒする」と。厳しいことはできない、季節性インフルエンザと同じ扱いにしてくれということを行っています。これは白旗をあげたということではなく、いろんな対策が過剰すぎると。実際に実行不可能だし、いろいろやっても感染拡大を防げないのではないかとこの趣旨だと思えます。その一方で、当時はまだ水際対策が続いていました。国内でこれだけ患者が出ていにもかかわらず、まだ行ってたと。このあたりは初期対応としては明らかにまずかったと言えます。とにかく一刻も早く、蔓延期としての対応に移さねばならないことは明らかでした。しかも、ほとんどの人は軽症なわけですから、もっと軽めの対策にして社会の損益を最小限にして必要なところに人を配置する

ということを行うべきです。私は舛添さんの私的な諮問機関のアドバイザーを務めているのですが、19日火曜日、私を含めた4人の若手医師がとにかく一刻も早く季節性に準じた対応にすべきで、メリハリをつける必要は当然あっても、一律に新型ということではないようにしませんかという助言をいたしました。そして、その3日後には新しい方針が出てきたわけです。(資料25)

私はそれを「一国二制度」と呼んでいるのですが、患者が少数の地域と、増えている地域の二つに分けて対応を変えようというものです。最初はさらに細かくて、一人も発症していない地域、増えかかっている地域、増えてしまった地域という三つに分けることになっていたのですが、それはややこしすぎるので、最終的に二つに分けました。6月の時点では、恐らく二つに対応を分けるのは仕方ないことだったと思います。特に患者が少数の地域でも、最初から季節性インフルエンザの対応というのはあまり現実的ではなかったと思います。(資料26)

ただ、患者の立場になると、例えばAという地域の端のほうに住む人たちはAの病院に行けば「あなたはインフルエンザですね」とタミフルを渡されてすぐに自宅に帰してもらえるわ



けですが、県を超えた別の病院に行く
と、いろんな検査をされて新型イン
フルエンザだとわかるとそのまま入院さ
せられてしまう。一度入院するとなぜ
かPCRで二回陰性でないと退院できな
いというむちゃくちゃな基準になっ
ています。本当に回復するまで、本人は
ピンピンしているのに10日間くらい退
院できないという馬鹿なことになっ
てしまうわけです。このように、医療の
面ではかなりムリのあるシステムでし
た。こうしたことも、すべて後から言
えることなのかもしれませんが。この
ような点が如実に出たのが、福岡市の
事例です。

福岡市は患者少数の地域ですから、
一人感染者を出すと大騒ぎになります。
行政も記者会見など、いろいろ対応
をしなければいけない。そのため、
手っ取り早い対応としてPCRをしな
ければいいという提案をしました。この
ように、無言の圧力が患者少数地域で
かかっていた。それがハッキリと
した形で出たのが福岡市です。福岡
では患者は病院に行っても検査をし
てもらえないので、市外の病院に行
って、結果的に新型インフルエンザに
診断されることになりました。その医
療機関から「福岡市の方がどうして
うちに？」などと言われても、こう
いう制度になっていけば、そうした
くもなります。そういう意味で、当
時は福岡市の方が気の毒でなりませ
んでした。

そうこうしている間に、WHOが
フェーズ6を宣言して、世界的大流行
となりました。日本も6月になって患
者が増え始め、最終的に6月19日
の新しい指針に沿って、日本国内
では季節性インフルエンザと同様の
対応をするということで一応の解決
をみたわけですが、それまでに多
くの行政関係者や医療従事者がよ
けいな労力を使ったのは確かだと思
います。(資料27)

“季節性と同様の対応を”

NHK (Japan Broadcasting Corp.) 01:33

5月19日 17時8分

動画形式を変更する

舛添厚生労働大臣は、新型インフルエンザ対策の見直しをめぐ
って専門家と意見を交わし、専門家からは、季節性のインフル
エンザと同様の対応に切り替えるべきだという意見が相次ぎま
した。

資料 25

新型インフルエンザ対策の新たな運用指針

対応	患者が少数の地域	患者が増加した地域
入院	全員を入院治療	軽症者は自宅療養。 重症患者は入院
発熱外来	発熱相談センターに 電話のうえ受診	一般の患者と交わらない 対策が取られた一般医療 機関での受診も認める
学校・ 保育施設	市町村単位などでの 一斉休業を要請。 1週間後に再開検討	自治体が個別に判断 (季節性インフルエン ザと同じ)
遺伝子 検査	疑いのあるケースの 全例を実施	新たな地域で発生した 患者から優先的に実施
検疫	有症者のいない場合の機内検疫や、濃厚接触者の 停留措置、同乗者の健康観察をやめる	

資料 26

6月19日：新しい指針

- 市中感染が続いている
- 地域によらず、季節性インフルと同様の対応
- インフル様患者に「新型」の診断をしない
- 重症肺炎や集団発生の際には新型かどうかを調べる
- 仮に新型と診断された場合でも、対応する医療機関を限定しない
- 「発熱外来」などの医療体制は地域独自に

資料 27

現状の新型インフルエンザに関する 基本的な考え方

ただ、これ以降の国の方針はかなりよくできていると思います。必要なことは必要なだけやっているといます。新型という診断をわざわざつけないということですね。つけてはいけないということではありませんが、実際、新型が診断できるのはPCR、あるいはウイルス分離しかできませんので、普通の医療機関レベルでは不可能です。新型かどうかの検査をするには、行政に検体を送って、何万という税金を使って新型と診断することになりますから、ある意味、税金の無駄使いです。それよりも患者にその場でタミフルを処方して、そのまま家に帰ってもらうほうが理にかなっています。ただ、国としては重症患者、あるいは集団発生を把握したいということです。そんなことを把握しても意味はないという意見もあるかもしれませんが、そんなことはないと思います。集団発生があれば、学校閉鎖や地域で公衆衛生対策をするといったことができるかもしれませんが、こういう情報は国としては必要だろうと思います。あと、特定の病院でその患者を診るのはやめにし、地域内のどこでも患者を診るようになりました。ただし、患者を集中させても構わないと。国が発熱外来は廃止せよといったというふうには、間違っただけで受け取った都道府県もあったようですが、国としてはそうは言っていないで、自由にやってくださいと言っています。原則として、すべての医療機関で診てくださいと。ただし、どこかに集中させても構わないということです。

今後の考え方としては、すでに感染の波がここまで来ているわけですから、この先ピークを下げることを目標において、やるべきことをやっていくという指針が出されています。今後、重症患者が出てくることに備えて、病床は確保しましょうと。そう言われても病院としては困るわけですが、行政としてある程度のメドはつけ、院内感染対策も見直しましょうということです。そして、公衆衛生対策ですね。こうした4つの方針が打ち出されました。具体的な発熱患者の流れとしても、基礎疾患を有する人は、ま

ずかかりつけ医に相談しましょうと。そうでない人は相談センターに相談するか、一般の医療機関に行ってもいいという形で医療対策が示されて、今に至っているということです。

(資料28, 29)

国民向けのわかりやすいメッセージも出されていますが、実際どの程度国民に届いているかは問題だと思います。恐らく、そうしたメッセージはまだ見たことがあるという方もいらっしゃると思います。もっとどうやって国民に伝えていくかが一つの課題かもしれません。

さて、こうなってくると皆さんの関心は、国内ではじめての死亡例が出たらどうなるか、ということです。ご存じの通り、8月15日に沖縄で初の死亡例が出ました。これに関しては、案外大騒ぎにはならず、メディアは淡々と冷静に伝えていたと思います。先ほども申した通り、新型インフルエンザに感染して亡くなったという人はこれまで10名います。ただ、10人全員が、新型にかかったから亡くなったのかどうかはわかりません。特に、北海道の40代の保健師の例などは、新型にかかり、処方を受けた翌日に急死したということで、もしかしたら違う病気だったのかもしれません。ただ、原因はなんであれ、やはり新型インフルエンザ対策でお亡くなりになったということで、ハッキリ言えば戦死です。新型と闘って亡くなったということで。大変気の毒だと思います。そういう事例を見てつくづく思うのは、やはりムリしてはいけない、ということです。新型の免疫は誰ももっていないわけですから、とにかくムリすることなく、自分の免疫力を最大限に使って治していくことが大事です。重症化する人は、もともとその人が持っている力が落ちていきます。ですから、何らかの形でサポートしなければいけません。ということで、ワクチンを優先的にその人たちに打ったほうがいいのではないかと議論になるわけです。あるいは、そういう人ができるだけかからないように何とか工夫できないかという議論もあります。もちろん、街中でかかるのを完全に防ぐのはムリです。家に籠城するというのは非現実的ですから、それはムリだとしても、例えば、透析室で透析患者の間

でうつし合うようなことがないようにしなければいけません。

6月、7月と流行がだんだん進み、患者数をざっくりと調べたインフルエンザの定点調査でも、患者数がハッキリ見えるような流行になりつつあります。一施設あたりの患者数が1.69人というのは、冬の季節性インフルエンザの開始目安とされています。「1」を超えると、立ち上がってきたと判断するのですが、例年それは12月の第1～2週くらいで、場合によっては11月の第4週がそれに相当し、そこから6週～8週間くらい後にピークを迎えます。ピーク時にはだいたい30～50くらいの数字が出ます。現在のところは、全国で1.69.1を超えたということになります。

ただ、地域的に見ると、全国平均に対して沖縄が突出しています。沖縄の29.6という数字は、ほぼ冬の流行のピークに近いものがあります。沖縄は実際、8月末には大変な状況でした。非常に患者数が増えて、どこの病院も毎日が夜間・休日のような状況で、非常に忙しいということでした。そのため、上手に医療の調整をしながら、やりくりしているということは伝わっていました。

非公式な情報ですが、インフルエンザの患者は熱があり、タミフルを出すかどうかは別として家で眠っていれば基本的には治るわけですから、そういう意味ではテキパキと診

察したほうがお互いがハッピーです。ですから、ベテランの開業医を上手に活用して、通常の流行のピークに相当するような波に対処しているということです。本州も徐々に感染者の数字があがり、沖縄もこれで済むかどうかわかりませんが、まさにこれから流行に入ってきているという段階です。

1. 基本的考え方

[諸外国の患者発生状況]

- 感染者数は増加、特に南半球において増加が著しい。
- 6月12日(日本時間)、WHOは、WHOフェーズ分類を6とし、世界的なまん延状況にあると宣言。
- WHOは加盟国に対し、①引き続きの警戒と、②社会的経済的混乱を招かないよう柔軟な対応を求めている。

[基本的考え方]～秋冬に向けて国内での患者数の大幅な増加が起ころうという観点に立ちつつ、以下の方向を目指す

- ① 患者数の急激で大規模な増加をできるだけ抑制・緩和し、社会活動の停滞や医療供給への影響を低減

- ② 医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を提供
- ③ 患者の把握については、個々の発生例ではなく、患者数の大幅増の端緒等を探知し、対策につなげる
- ④ 現時点を準備期間と位置付け、秋冬の社会的混乱が最小限となるよう体制整備

↓

[我が国の患者発生の見通し]

- 海外からの感染者の流入を止めることはできず、今後とも、患者発生が続くと考えられる。
- 一部に原因が特定できない散発事例が発生、秋冬に向けていつ全国的かつ大規模な患者増加を見てもおかしくない状況。
- 基礎疾患を有する者等で重症患者が増加する可能性があり、これに対応することが必要。

資料 28

- ① 重症患者数の増加に対応できる病床の確保と重症患者の救命を最優先とする医療提供体制の整備
- ② 院内感染対策の徹底等による基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化
- ③ 感染拡大及びウイルスの性状変化を早期に探知するサーベイランス
- ④ 感染の急速な拡大と大規模かつ一斉の流行を抑制・緩和するための公衆衛生対策

2 ※ 従来の運用指針のような地域のグループ分けを廃止

資料 29

8月17日～23日(第34週)の1週間は、1施設あたりの患者報告数が2.47となりました。このくらい大きな数字になると、全国の患者の推計がとれるようになります。8月17日～23日の時点では、推計受診患者は15万人。その中には家で寝て治した患者や病院に行かなかった患者は含まれませんが、だいたい17日～23日の1週間で15万人となります。その前の週(第33週)は11万人。この後、第35週が先週終わり、今週は第36週です。ですから、この11万人と15万人と先週分と今日までの数を加えると、約35万人程度が発症しているということになります。プラス軽傷者、プラス24日以降の分、これはちょっと読めませんが、ざっと20万人くらいかと推測しています。すると、それらを全部足すと50～60万人くらいが今日現在で新型インフルエンザにかかった日本人、ということになります。第33週以前の分はわかりませんが、そんなに多くはないだろうと推測しています。それ以前の段階で10万人も20万人も発症しているとは考えられないのではないかと思います。仮にいたとしてもこっちで50～60万人になれば、それが70～80万人といった程度の多さにしかなりません。つまり、日本人の1%が120万人ですから、その0.5%もいかに少ないです。一方、季節性インフルエンザは一冬でだいたい1000万～1500万人くらいがかかります。なので、それからいっても2桁低いわけです。要するに、まだまだということになります。恐らく、今までどれくらいの日本人が新型にかかったかということに関して、今日50～60万人という数字をお聞きになったのは初めてではないかと思えます。こういう数字がなかなか国民に伝わっていないように思います。非常にわかりやすい数字だと思うので、私はもっと伝えるべきだと思います。厚生省が定期的に記者会見を開いていますが、あまりそういう場面がニュースにはならず、細かい死亡例などばか

り話に出てきます。それももちろん大事ですが、現在の状況がこうだということを、もう少し紹介してもいいのではないかと思っています。(資料30, 31)

今回の話をまとめると、こうなります。

症状は、季節性インフルエンザとほぼ同じ。多少、下痢や腹痛を起こす人がいる程度。致死率も季節性インフルエンザと同等か、それより低い程度。0.05%だとしたら、ほぼ同等と言えますし、日本の現状はそれよりもっと低いので、今のところは季節性インフルエンザと同等か、それより低いくらいだと。ただ、若年層が中心だということところが一つのポイントで、もし今後

これまでの推計患者数

- 7月下旬:5000人過ぎたところで計数中止、この時点で診断されていない新フルの患者がおそらくこの数倍
- 32週(8月3～9日):6万人
- 33週(8月10～16日)11万人
- 34週(8月17～23日):15万人

合計すると、約35万人程度
プラス、病院を受診していない軽症者

資料 30

今回の新型インフルA(H1N1)

- 症状は季節性インフルエンザと同様
- 致死率は季節性インフルと同等(か低い)
 - 高齢者へ流行が広がった時には致死率が上昇する可能性あり
- 流行の速度は衰えていない
 - 夏にもかかわらず毎週倍増する感染者数
- 未だに若年層中心の流行
 - 今後、成人や高齢者へ流行が広がるであろうが、最後まで若年者中心のままかもしれない
- まもなく大きな流行となるだろう、その際、重症者や死亡者がどの程度出るかは不明

資料 31

高齢者に流行が広がってしまったら、死亡率が上昇することはあります。今のところは流行がほぼ終わったオーストラリアなども日本と同じように若年者中心となっています。高齢者に必ず流行は広がるとは言いきれません。そして、流行の速度は衰えていないという状況です。ただ、速報では先週1週間の沖縄での発症例は、その前の1週間より下がってきています。ですから、もしかしたらこのままだなぎ登りには流行が進まないかも知れません。ただ、今のところ、倍々ゲームのように感染者が増えてきています。3～4日前に厚労省から一つのシナリオが示されていましたが、このままの勢いで行けば、若年者を中心に9月下旬から10月中旬にピークを迎えると言われていています。これはまったくわかりません。あくまでも仮定です。重症者や死亡者もどれくらい出るかわかりません。わからないばかりじゃないかと怒られそうですが、わからないものはわからない。わかっているのは、実際にいまお話ししたようなことだけです。

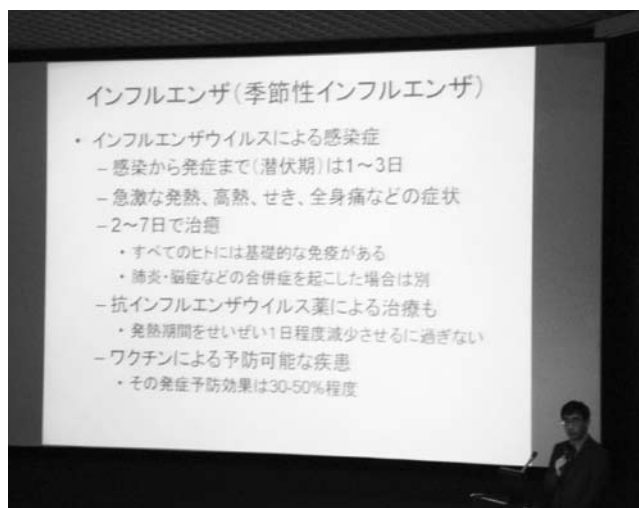
今後の課題

3つの課題

こういう状況に対して、課題はいろいろあります。今日はいろんな立場の方がいらしているのですが、ここでどういうお話をするか迷ったのですが、広い視野で、国として新型インフルエンザにどう対応するのかという話として聞いていただければと思います。

そのうえで、3つほど課題があります。一つは医療体制です。これは一番大事です。患者が増えると、その患者は必要最小限の医療を受けられなければならない。濃厚な医療をする必要はないと思いますが、病院に行ってタミフルを処方してもらうといった程度のことはできないといけません。ただ患者がいつに発生すると、どこの病院も大混雑ということが、もしかしたらあるかも知れません。そのために、病院に対しては、外来の収容力を一時的にでも増やせるような準備を今すぐにしてください、ということをお願いしています。入院のベッドを用意するのはとても大変なことです。設備が大がかりですし、ケアする人もいなきゃいけない。ただでさえ、医師不足・看護師不足といっているときに入院ベッドを増やすのは、ほとんど不可能です。そうすると、結局、今やっている医療のうち、必要ないものをたたんで、手術を一時的に延期するなどして入院ベッドを確保するわけですが、外来のほうは多少場所の工夫をしたり、動線を変えるくらいで収容力は増加しますから、これは今すぐにでもなんとかできるのではないかと思います。しかも、病院にとっては収入の増加にもつながりますから。外来というのは比較的効率のよい、ある意味コストパフォーマンスのよい医療ですので、そういう意味でも外来の対策、患者を多くさばけるような準備をしっかりしてくださいということを言っています。

入院のほうは、今もうほとんどの人が入院を必要としていないので、今後どれくらい入院患者が増えてくるかは予測不可能です。なので、これは考えても仕方ないと思います。むしろ、入院患者が増えてきたときに手術を止める



といったことができるように準備をしておいて、通常の入院医療は続けるということでしょうか。戦場にいるような状態になってはいけません。かつての神戸では、急に対応することになったので仕方なかったのですが、今はそうならないようにしましょうということです。

(資料32)

二つめは学校です。皆さんの中にも小学生や中学生のお子さんをお持ちの方も多と思います。そういう意味で、学校がどうなるのかは気になるところです。これについては、国が基準を示して、それに従うということは、日本を含め、どこの国でもやっていません。それぞれの地域の事情で考えることですし、ある地域では厳しく、ある地域ではゆるい、それはそれで構わないと思います。今のところ、どれが正解というのはありません。恐らく、流行期間中はずっと休校・閉鎖するのが一番効果的でしょうが、教育のことを考えるとそうはいきませんから、ある程度患者が出たときは閉めて流行を抑えるという形で試行錯誤しながらやっていくことになると思います。学校に関しては課題ではあっても解決できる課題ではないということです。本来、こういう学習面でのサポートも必要です。1年とか2年という期間があれば準備できたと思いますし、実際2009年2月に作られた行動計画の中には学校が長期閉鎖になったときの心理面・学習面でのサポートも行うようにということもありましたが、準備できないまま、流行に突入してしまいました。これからは準備できる範囲でやるというしかありません。(資料33)

三つめの課題はワクチンです。そもそも新型インフルエンザのワクチンは、これから新しく開発するものですから、誰も使ったことがありません。ということは、そもそも効くのかどうかもわからない。普通なら治験という形でテストをして、効果の程度を調べたり、実際に使いはじめる中でデータをとるということをするのですが、現在、我々のもとにデータはありません。もちろん、季節性インフルエンザのデータをもとに考えることになるわけですが、そうはいっても、ある程度の基礎免疫をもっている季節性インフルエンザと新型インフルエンザとは

まったく違うわけです。ワクチンの効果は先ほども言いましたが、発症阻止という効果はそんなにあるわけではありません。むしろ、重症化阻止、死亡阻止という効果のほうが期待できます。あと、ワクチンによる副反応も問題です。ワクチンというのは100%安全ではありません。これは薬すべてに言えることですが、ワクチンは他の薬より副反応が起こりやすい製剤です。それがどの程度の頻度で起こるのかもわかりません。ちなみに、今回の新型インフルエンザは季節性のソ連型インフルエンザと同じH1N1なので、ソ連型インフルエンザのワクチンを打てば効くのだろうかという素朴な疑問があります。これについてはきちんと調べられていて、残念ながら季節性のワクチンを打っている人は新型に対する抗体ができていません。季節性インフルエンザのワクチンを打っても、新型には効かないのです。ただ、季節性にはある程度効くわけですから、この冬、主な流行が新型インフルエンザであれば、ソ連型のワクチンを打ってもムダになります。しかし、新型と季節性が同時並行で流行するかもしれません。そうなれば、季節性のワクチンは部分的には有効となります。(資料34)

ワクチンを巡る諸問題

ワクチンについては、いろんな報道が最近なされています。その中で優先順位に関する議論もだいぶ行われてきています。8月20日に会議が開かれ、いろんな専門家から意見を聞いた上で、妊婦や乳幼児(まだ免疫機能が十分ではないお子さん)、基礎疾患のある患者など、重症化しやすい人に優先的に打つということが固まりつつあります。あとは医療従事者も、感染することで医療が立ちゆかなくなると困るということで、優先順位に入っています。ただ、ワクチンの優先順位を10名くらいの少数の会議で決めるのではなく、もっと大勢の人に意見を聞かなければなりません。なぜかという、資料35にあるように、各国・組織のワクチン接種優先順位をみると、WHO、アメリカ、ドイツ、韓国といった国々の優先順位は、それぞれ違います。資料の中に「1」と書いてあるのが最優先する人

たちです。1番がたくさん並ぶ国もありますが、1番の中でさらなる優先順位というのが恐らくつけられなかったのだと思います。アメリカはさらに2番、3番という集団も用意していますが、こんな感じで各国バラバラです。共通しているのが妊婦や患者と接する医療従事者で、それ以外はバラバラです。こうしたことから、日本ではどうするかということ、いろいろな人の意見を聞いて、落としどころを探っていかなければならないと思います。そういう意味では、10人くらいで決めてもらっては絶対に困るということです。その後、いろいろな会議が開かれて8月26日の榊添さんの会議、27日の厚労省の会議、そして9月にも2～3回、厚労省で会議が開かれる予定です。こういったふうに、何度も会議を開いて、いろいろな意見を出し合って、ワクチンの接種順位を決めるということが大事です。(資料35)

ちなみに、医療従事者に関しては、ちょっと面白い記事があります。カナダでは医療従事者を最優先にしたところ、医療従事者がなかなかワクチンを打ちたがらないというのです。これは実はまんざらではなく、私も個人的にはあまり打ちたくないと思っている一人です。というのも、これだけ重症化死亡率の低い病気で、しかもワクチンの有効性もハッキリしない中で、新しいワクチンを打つということは、その副反応のリスクを自分が負うということです。その保障や金銭的なものは受けられるにしても、最終的に一番困るのは自分ですから、そのあたりで「打ちたくない」という気持ちもわからなくはありません。皆さん、よくご存じだと思いますが、76年に豚インフルエンザがある集団で流行ったとき、今回のような新型インフルエンザに発展するのではないかとと言われて、大規模なワクチンキャンペーンが行われました。

今後の課題(1)

- 急増する外来患者に対する医療体制
 - 海外では重症例の抗ウイルス薬投与が行なわれていないことが多い
 - 早期の抗ウイルス薬投与が今のところ推奨される
 - 家で寝て治そうとする人は少なくなり、ともかく外来受診してタミフルを処方してもらおうという患者が近いうちに急増する可能性あり
 - 外来の収容能力増加は工夫次第
 - 入院や重症ケアを必要とする患者数の予測は困難であり、かつ入院患者の大幅な収容能力増加は困難

資料 32

今後の課題(2)

- 学校などの休校・閉鎖の基準や判断
 - 学校(学級)閉鎖は流行遅延にある程度有効な手段
 - 流行期間中ずっと閉鎖しているわけにもいかない
 - 休校・閉鎖の基準や判断は基本的に都道府県や地方自治体が行なう
 - まもなく始まる新学期に向けて、基準の設定や迅速に休校を判断できるような連絡・意志決定体制が必要
 - 児童・生徒の学習面などのサポートも必要

資料 33

今後の課題(3): ワクチン

- 新型インフルエンザワクチンは、新規に開発するものであり、誰もその使用経験がない
- そもそも効くのか？
- 効くとして、何に効くのか？
 - 発症阻止
 - 重症化阻止
 - 死亡阻止
- 副反応はどの程度の頻度で発生するか？

資料 34

結局、新型インフルエンザにはならなかったのですが、ワクチンは打たれてしまった。その打った人の中から、ギランバレー症候群という副反応がそれなりの数で起こりました。ワクチンと病気との関連性については議論がありますが、データの裏付けもあり、ワクチンと関係していたことについては、ほぼ決着がついています。副反応というものは、どうしてもある一定のリスクがあるということです。(資料36)

輸入ワクチンについて

もう一つは、優先順位を考えるうえで、基礎疾患のある人に個人の防御としてワクチンを打つという考え方もありますが、そうではなく、社会全体で罹患を減らすことを最優先に考えなさいということも言えます。学校に通う子ども、具体的には5～19歳とその親世代に集中的にワクチンを投下すると、社会全体の流行が低くなり、失われる寿命を最小化できるという研究結果も出ています。これは集団摂取の考え方ですね。5～19歳とその親世代は実際にはほとんど重症化しないわけですが、この人たちにワクチンを打つことで、流行を効果的に阻止することができる。個人を守るのも大切ですが、集団を守ることも決して検討から外してはいけません。これは私が8月26日の会議のときにお話したことです。ただ、実際ワクチンの数が足りないものだから、体制の流れとしては個人を守るという方向に行きつつあります。ワクチンがどのくらい必要なかはまったく読めませんが、一応、5300万人くらいの接種を見込んでいるということです。実際には国民の半分くらいの量

を本当に打つのかなという気もしますが、国産のワクチンは1400万本しかありませんから、どうしてもある程度輸入しないといけないだろうという議論になっています。

しかし、国産と輸入ワクチンは安全性に対する配慮、我々が把握できる範囲がまったく違います。国産のものは、国内ワクチンの4メーカーで従来の作り方で作られています。ただ、ウイルスが違うだけで、副反応に関しても、従来の季節性インフルエンザで得られたデータがほぼ

各国・組織のワクチン接種優先順位

	アメリカ	ドイツ	韓国	WHO
基礎疾患(+)	1	1		
妊婦	1	1	1	
乳幼児	1		1	
小中高大学生	2		1	
患者と接する 医療従事者(HCW)	1	1	1	1
それ以外のHCW	2	1	1	1
6ヶ月未満乳児の同居者	1			
成人	3			
介護施設職員		1		
警察消防救急職員		1	1	

資料 35

ようわからんワクチンなんか打てるか！(新型インフルエンザ カナダ)

2008-07-22 14:06:49 | 海外の動き/海外発生 

新型インフルエンザワクチン、その接種は医療従事者に高い優先順位が与えられています。

しかしながら、カナダでは、その医療従事者がなかなか接種しようとしていないという事が起こっています。

どんなワクチンかわからないものを、どれぐらいのリスクがあるかわからない事のために接種する(take an unproven vaccine for an uncertain threat)ことに対する抵抗感が背景にあります。北米では過去、豚インフルエンザワクチンで深刻な神経系副作用(ギランバレー症候群)の記憶もありますから、急ごしらえのワクチンに抵抗があるのは理解できるところです。

その結果、将来、医療従事者がバラバラ罹患して不在になってしまうことが懸念されます。

カナダ政府当局は、医療従事者のワクチン接種を強制化(mandatory)することを机の上で考えたようですが、それをやると現場医療従事者から法廷へ訴えられるのが明らか(医師労組の書記長が、強制措置やったら法廷に持ち込むと明言されている)なのですくみ状態です。

これは、日本でもワクチン完成後問題になりそうな件で議論が必要ですね。

ソースは7月21日付でThe Globe and Mail ↓

<http://www.theglobeandmail.com/news/national/mass-health-worker-absenteeism-feared/article1225296/>

Mass health-worker absenteeism feared

2009年7月22日 近畿医療福祉大学 勝田吉彰教授 ブログ

資料 36

使えるだろうということ、安全性は高いということになっています。問題は輸入ワクチンです。製法も違う上に、国内でそれをコントロールできないということもあって、輸入ワクチンのリスクに関してはハッキリ言って未知数です。ただ、国内にある1400万本では恐らく足りないの、輸入はせざるを得ないと。しかし、輸入をしてそれを使って副反応が起こったときにどうサポートしていくかが問題です。梶添さんは国が保障すると言っています。それはそれでいいのですが、問題は副反応が起きてしまった本人が国の保障だけで満足しなかったとき、製造した海外のワクチンメーカーを相手取って訴訟を起こす可能性があることです。

そこで、日本に今売ろうとしている海外のワクチンメーカーは訴訟を起こさせない免責事項を日本で決めてくれないと売れませんということを行っています。これに対して、けしからんという意見もあるかと思いますが、私はメーカーの言う通りだと思います。そうでなければ、ワクチンビジネスは成り立ちません。そんな危険なものを日本に取り込めないということなら、よそで売るからいいですよ、と海外メーカーは言っているわけです。実際、今ワクチンは奪い合いではありませんが、比較的どの国も買いたいという中で、ワクチンメーカーもこれだけの量は日本にと考えてくれているわけですから、当然、免責制度は日本のほうでセットしないとイケません。そうでないと輸入すらできないという状況になっています。

これは非常にセンシティブな話題ですが、輸入するには免責の条件をクリアして、とりあえず輸入する。ただ、実際に使うかどうかは別問題で、希望者があまりにも少なく国内メーカーの1400万本で足りてしまえば、海外のワクチンは使わなければよいのです。あとはお金の問題だけです。お金をどうするかは厚労省が決めることではなく、

財務省や政府、あるいは国民が決めてもいいかも知れません。そんなお金はムダだということになれば、では1400万本しかないですよと。当然優先順位としては基礎疾患のある人が高くて、国民全体に行きわたりにませんが、それでもいいのですかということです。本当は、こうした情報をいろんなところが提供して、議論を重ねないといけないわけです。しかし、あまり議論が行われないまま、いろんなことが決まっていっているのが、ややお寒い状況ではあります。私自身、いろんなところで書いたりしていますが、私一人が声を上げるのは限界があります。皆さんにも、こういう問題があるのだということ、

ワクチンを巡る諸問題

- 効果と副反応が未知数
- 優先順位付け次第ではあるが、国産の1300～1500万本では足りない可能性
- 輸入ワクチンは国産ワクチンと組成が異なるので、効果も副反応もますます未知数
- 輸入するか否かは直ちに決定しなければならない
 - メーカーと交渉中だが、回答期限迫る
 - メーカーは副反応に免責を求めている、国際的にはごくあたりまえの事だが、日本は前例なし

資料 37

個人でできる新型インフル対策

- 他人にうつさない、他人からうつされない
 - 毎年冬に流行する「普通のインフルエンザ」対策も同じ
- 人混みを避ける
- 発熱、咳、くしゃみなどがでるときは、なるべく人の前へ出ない
- そのような人の近くにはなるべく寄らない

資料 38

ぜひ知っていただければと思います。

まとめますと、ワクチンは効果も副反応もわからない。特に、輸入物に関してはまったくわかりません。輸入物が危険だとは言っていない。わからないのです。国産は平均1400万本で決まりで、これ以上はできてこないでしょう。1400万本というと国民の10%くらいですから、足りないと考えるのが妥当です。そうすると、輸入しなければならぬ。輸入するかどうかは、ただちに決めねばならない。そうすると、まずは輸入しておいて、使うかどうかは後で決めるのが一番いいやり方ではないかと。日本は前例がないということで、こうした免責にはできないと言って渋っているということを知りましたが、そんなことを言っている場合じゃないだろうというのが、私の正直な思いです。(資料37)

個人でできる新型インフルエンザ対策

感染対策として、一般市民では何ができるのでしょうか。絶対にかからない、というのは恐らくムリです。市中で流行する病気ですから。ただ、無理矢理かかることはありませんし、かかったときに人にうつすのもよくない。他人にうつさない、他人からうつされないということを可能な範囲でやっておくというのが基本ですね。うつさないという意味では、人混みをできるだけ避ける。症状があるときはなるべく人の前に出ない。そういう人がいたら、なるべく近寄らない。というぐらゐの努力を行うとよいでしょう。そして、咳やくしゃみが出そうになったときは咳エチケットを守って、人にうつすのを避けましょうということです。(資料38)

ではマスクはどうか、とよく聞かれますが、マスクはして悪くありませんが、マスクをすることでしっかり感染が防げるかという、なかなかそうではありません。

社会全体が常にサージカルマスクをつけているという状態が実現できれば、理論的にはヒト・ヒト感染がかなり減らせると思います。ただ、そんな状況は絶対にといいくらい不可能です。そういうこともあり、メリハリをつけたマスク使用ということ言えば、感染から

マスク

- 全員がサージカルマスクを常時着用すれば、理論的にはヒト・ヒト感染をかなりの程度低減することができるはず
- 実際にはなかなか困難
- WHOは、感染者(具合の悪い人)へのマスクの着用を勧めているが、一般人のマスク着用による防御を特に勧めていない
- CDCも、一般人のマスクによる防御を勧めず、医療従事者の職業従事時のマスクを勧めている

資料 39

全員マスク・客に消毒お願い 集客施設のインフル対策

2009年5月14日 11時35分

ソーシャルブックマーク 印刷



インフルエンザ予防のため、来店客に手の消毒を呼びかけ、職員もマスクを着用している様子。

新型の豚インフルエンザへの警戒が続くなか、国内での感染拡大はまだないが、安心して買い物やレジャーに訪れてもらおうと対策に乗り出す施設が増えている。

「新型インフルエンザ予防のため、念のためですが消毒をお願いしております」

埼玉県狭山市のパソコン専門店・PCデポ狭山本店の入り口にはマスクをした店員が待機し、来店客にマスクの着用を促している。また、店内には消毒液の配布機も設置されている。

本当に必要か??

3と、1日からプランが変更されています。また、お客様にはマスクの着用をお願いしております。お客様にもご協力をいただいております」という。

(ほとんどの客は協力的だが、国内の警戒レベルが上がるなどした場合は、消毒を拒否するお客様の入店は認めないことも検討している。

自動車用品販売会社・ドライバーズスタンド(本部・東京)も、系列を含め52店のスタッフ全員にマスク着用を義務づけている。

東京都江東区にある子ども向け職業体験型テーマパーク・キッズニア東京は、入場者の体温を調べる赤外線カメラを入り口に置いている。37.5度以上だとモニターに赤く映り、常駐する看護師が健康状態を確認する。発熱やせきなどの症状があれば、予約の変更を勧める。施設内10カ所にマスクと消毒液も置く。

資料 40

自分を守るためというよりも、人にうつさないために感染者がマスクをつけましょうということになります。一般人のマスク着用はWHOはすすめていません。CDCも基本的にはすすめていません。すすめていないからやってはダメということではありませんが、マスクをつけているから防げるとはあまり思わないほうがいいと思います。

ただ、医療従事者は例外です。目の前に感染者がいて、近くに寄っていくわけですから、それはマスクが必要です。でも、そうではない人は、できるだけ感染者に近づかないということです。そうすると、家族の看病というときにはマスクをしたほうがいいのではないかと思います。

資料40では、集客施設のインフルエンザ対策における、よくない例を挙げておきました。何がよくないかというと、写真が小さくて分かりづらいかも知れませんが、手指衛生のためのアルコール製剤が置かれているのですが、それがちょうど子どもの目の高さにあるのです。これは非常にあぶない。子どもの目に入ってしまう。そもそも、社会のあらゆるところでマスクや手指衛生の材料を置くというのは、やりすぎではないかと思います。新型インフルエンザについてはわからないことが非常に多いのですが、わかっていることも、ある程度あります。今は、恐がりすぎるのはよくないだろうと。ただ、見くびるのもよくありません。これからの流行を淡々と受け入れる心の準備が必要なんだろうと思います。(資料39, 40, 41)

以上です。どうもありがとうございました。

おわりに

- まもなくやってくるであろう、新型インフルエンザA(H1N1)の大流行に対しては、予想できないことが非常に多い
- 状況に応じて柔軟に対策を変えていくことが大切です
- あまり恐がりすぎることもなく、また軽視することもなく、淡々とそれを受け入れる心の準備がもっとも必要です

資料 41

