

第7回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議

平成22年6月8日(火)
10:00～12:30
共用第7会議室（5階）

議 事 次 第

1 開会

2 議題

(1) 今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策の総括

(2) その他

3 閉会

○ 配付資料

資料 1 構成員及び特別ゲスト名簿

資料 2 新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書（案）

参考資料 今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策について
～対策の総括のために～（資料集）

新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議構成員

氏 名	所 属
伊藤 隼也	医療ジャーナリスト
岩田 健太郎	神戸大学大学院医学研究科教授
○岩本 愛吉	日本感染症学会理事長
岡部 信彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
尾身 茂	自治医科大学教授
◎金澤 一郎	日本学術会議会長
河岡 義裕	東京大学医科学研究所感染症国際研究センター長
川名 明彦	防衛医科大学校教授
田代 真人	国立感染症研究所インフルエンザウイルス研究センター長
谷口 清州	国立感染症研究所感染症情報センター第一室長
丸井 英二	順天堂大学医学部教授

◎座長、○副座長

(50音順)

第7回新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議特別ゲスト名簿
(総括)

	氏名	所 属
1	飯沼 雅朗	医療法人雅修会 蒲郡深志病院 理事長
2	佐々木隆一郎	全国保健所長会副会長(長野県飯田保健所長)
3	保坂 シゲリ	社団法人日本医師会 感染症危機管理対策担当常任理事

新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書（案）

平成 22 年 6 月 8 日

1. はじめに

平成 21 年 4 月に新型インフルエンザ（A/H1N1）が海外で発生して以降、政府においては、重症者や死亡者の数を最小限にすることを最大の目標として掲げ、広報活動、検疫の強化、サーベイランス、学校等の休業を始めとした公衆衛生対策、医療体制の整備、ワクチンの供給や接種などの努力を行ってきた。

第 1 波が終息した現段階において、我が国の死亡率は他の国と比較して低い水準にとどまっており、死亡率を少なくし、重症化を減少させるという当初の目標は、概ね達成できたと考えられる。死亡率が低い理由については、現時点では未解明であるが、広範な学校閉鎖、医療アクセスの良さ、医療水準の高さと医療従事者の献身的な努力、抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方や、手洗い・うがいなどの公衆衛生意識の高さなどが指摘されている。こうした成果の多くが、国民一人一人の努力と病院、診療所、薬局などで働く医療従事者など現場の努力の賜と考えられる。

このように、死亡率が低い水準にとどまったことに満足することなく、厚生労働省がこれまで講じてきた対策を評価し、今後の再流行や、将来到来することが懸念されている H5N1 などの新型インフルエンザ対策に役立てていくことは重要である。

特に、H5N1 などの新型インフルエンザが新たに発生する可能性は減少しておらず、その病原性がどの程度かは予測不可能であることから、様々な場合を想定して万全の対策を講じておくことが重要である。

本会議は、計 7 回の会議で 40 名超の特別ゲストにお越しいただきご意見をいただくなど、現場の状況を十分に踏まえる努力をしつつ議論を行った。

これらを踏まえ、ここに厚生労働省に対する提言として報告書をまとめた。厚生労働省は、関係省庁とも密に連携を図りながら、また、検討の過程を随時オープンにしつつ、この報告内容を国の対策に活かしていくよう努力すべきである。

2. 全般的事項

（1）総括に当たって

平成 21 年 4 月末の新型インフルエンザ（A/H1N1）発生を受け、厚生労働省は情報収集に努め、危機管理対策として迅速に対応したことには一定の評価をするとの意見がある一方で、対策については様々な問題点が指摘された。本会議では、これらの問題点を中心に、事実関係を整理した上で、厚生労働省の考え方や現場の意見を聞き、今後に向けての教訓を取りまとめ、提言を行うものである。

総括に当たって、厚生労働省の対策には、当時、以下の準備不足や制約があったことに留意し、各論の提言においては、こうした課題の根本的な改善と、運用面の改善とを区別

して提言を取りまとめた。

- ・ 新型インフルエンザ発生時の行動計画、ガイドラインは用意されていたが、病原性の高い鳥インフルエンザ（H5N1）を念頭に置いたものであったこと
- ・ また、行動計画・ガイドラインは、感染が段階を追って拡大することを想定していたが、突然大規模な集団発生が起こる状況を想定した形とはなっていなかったこと
- ・ 平成21年2月のガイドラインの改訂から間もない時期に発生したことから、検疫の実施体制など、ガイドラインに基づく対策実施方法について、国及び地方自治体において、事前の準備や調整が十分でなかったこと
- ・ パンデミックワクチンの供給については、国内生産体制の強化を始めたばかりであり、一度に大量のワクチンを供給できなかったこと
- ・ 病原性がそれ程高くない新型インフルエンザに対応して臨時にワクチン接種を行う法的枠組みが整備されていなかったこと

(2) 提言

- 会議では、各テーマごとに議論を進めたが、各テーマごとに共通の課題が明らかとなった。このため、以下の点について、全般に係る提言としてここに提起する。

【病原性等に応じた柔軟な対応】

1. いわゆる水際作戦・学校閉鎖等、感染症拡大防止対策の効果の限界と実行可能性を考慮し、感染力だけでなく致死率等健康へのインパクト等を総合的に勘案して複数の対策の選択肢を予め用意し、状況に応じて的確に判断し、どの対策を講じるのかを柔軟に決定するシステムとすべきである。ただし、流行の初期においては、病原性や感染力等疫学情報が不明又は不確かな場合が多いので、万が一病原性が高かった場合を想定し、最大限の措置を選択せざるを得ないことに留意が必要である。

こうした観点に立ち、今後新たに新型インフルエンザが発生した際に、速やかに、かつ、円滑に行動できるよう、行動計画やガイドラインについて、現行をベースとして見直す必要がある。

【迅速・合理的な意思決定システム】

2. 迅速かつ的確に状況を分析、判断し、決断していく必要があることから、国における意思決定プロセスと責任主体を明確化するとともに、医療現場や地方自治体などの現場の実情や専門家の意見を的確に把握し、迅速かつ合理的に意思決定のできるシステムとすべきである。また、可能な限り議論の過程をオープンにすることも重要である。

【地方との関係と事前準備】

3. 地方自治体も含め、関係者が多岐にわたることから、発生前の段階から関係者間で対処方針の検討や実践的な訓練を重ねるなどの準備を進めることが必要である。

また、パブリックコメントなどを通じて広く国民の意見を聴きながら、事前に決めておけることはできる限り決めておくとともに、地方がどこまで裁量を持つかなどの役割分担についても、できるだけ確認をしておくことが必要である。

【感染症危機管理に関わる体制の強化】

4. 発生前の段階からの情報収集・情報提供体制の構築や収集した情報の公開、発生時の対応を一層強化することが必要であり、このため、厚生労働省のみならず、国立感染症研究所（感染症情報センターやインフルエンザ研究センターを中心に）や、検疫所などの機関、地方自治体の保健所や地方衛生研究所を含めた感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成を進めるとともに、関係機関相互の役割分担や関係の明確化が必要である。特に国立感染症研究所については、より良い組織や人員体制を構築するために、米国CDC（疾病予防管理センター）を始め各国のCDCに相当する機関を調査すべきである。

なお、感染症対策に関わる危機管理を担う組織全体の責任者については、感染症に関する専門的知識を有し、かつコミュニケーション能力やマネジメント能力といった行政能力を備えた人材を登用すべきである。

【法整備】

5. 対策の実効性を確保するため、感染症対策全般のあり方（感染症の種類、医療機関のあり方など）について、地方自治体や関係学会等の意見も踏まえながら、必要に応じて予防接種法の見直しを行う等、各種対策の法的根拠の明確化を図る。

3. 広報・リスクコミュニケーション

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 発生前の段階から、外務省や在外公館などとも連携し、海外情報を含めた感染症の情報収集及び情報発信機能を抜本的に高めるとともに、国民への広報やリスクコミュニケーションを専門に取り扱う組織を設け、人員体制を充実させるべきである。
2. 新型インフルエンザ発生等の危機管理においては、国民への迅速かつ正確な情報提供が極めて重要である。一方で、全国で齊一的に提供すべき情報については、地域毎に異なる対応とすれば混乱を招くことから、国が責任を持って、都道府県、市町村等と連携し、広報していくことが必要である。

3. 国のみならず、保健所、市町村保健センター、本庁も含めた地方の行政機関の現場、各医療機関を含めた医療現場、こうしたすべての主体が新型インフルエンザについての知識と理解を有し、分かりやすく国民に伝えることが重要である。
また、国の発信した内容がどの程度国民や現場に意図した通りに伝わっているのか、随時確認し、広報等の内容に反映できるような仕組みを検討すべきである。
4. 感染症に関わる個人情報の発信のあり方を含めた報道のあり方について、今後、地方も含めたあらゆるレベルで、マスコミ関係者や患者団体、法曹関係者なども交えて具体的に検討するとともに、関係者の研修、教育の充実が望まれる。
5. 国及び地方自治体の担当者の間や国と医師会の間で早期にホットラインが確立できるよう、あらかじめ、発生時の対応や連絡窓口などを確認しておくべきである。緊急性や注目度の高い事例が発生した時にこそ、国と当該自治体との情報共有と情報発信に向けた緊密な連携が重要であり、そのためには情報交換窓口の一本化と、公表内容の相談と統一、公表時刻の調整等が望まれる。
6. 外国人や障害者、高齢者などの「情報弱者」に配慮した情報提供の方法について、地方自治体とも連携しながら検討すべきである。
7. 国が迅速に最新の正しい情報を伝える必要がある地方自治体や医療現場などに、情報が迅速かつ直接届くよう、インターネットの活用も含め、情報提供のあり方について検討すべきである。
8. 国民の不安、問合せに対応できるよう、国においても24時間体制のコールセンターの設置を検討すべきである。

B. 運用上の課題

1. パンデミック時に、分かっている情報を国民に対して公開するとともに、専任のスポークスパーソンを設けることにより、複数の情報が流れないように、また、仮に誤った内容の報道がされた場合には正しい内容を伝えることができるように、広報責任主体を明確化するとともに、広報内容の一元化を図るべきである。
2. 情報発信に当たっては、その目的に照らし合わせて、「正確」な情報を、きめ細かく頻繁に、具体的に発信するように工夫すべきである。その際、一般国民や企業、事業主の方が求める素朴な質問についても把握し、Q & Aなどを作成・発信していくべきである。
特に、国民の不安や不正確な情報によって、誹謗中傷、風評被害が生じないように、留意する必要がある。

3. 施策の内容の伝達や決定に当たっては、その背景や根拠などを開示して、分かりやすく伝えるべきである。また、通知や事務連絡については、できるだけ簡潔・明瞭にし、ポイント紙や関連のQ & Aなどを作成するようにすべきである。
4. 流行が沈静化している時期にこそ、新型インフルエンザの危険性の周知・広報に力を入れて取り組むべきである。

4. 水際対策

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 国は、ウイルスの病原性や症状の特徴、国内外での発生状況、諸外国における水際対策の情報等を踏まえ、専門家の意見を基に機動的に水際対策の縮小などの見直しが可能となるようにすべきである。
2. 水際対策の縮小などの判断が早期に可能となるよう、厚生労働省及び国立感染症研究所は、海外における感染症発生動向の早期探知や発生国における感染状況等の情報収集・分析が可能となるような仕組みを構築することが必要である。
3. 入国者の健康監視については、検疫の効果や保健所の対応能力等も踏まえて効果的・効率的に実施できるよう、感染力だけでなく致死率等健康へのインパクト等を考慮しつつ、健康監視の対象者の範囲を必要最小限とするとともに、その中止の基準を明確にするなど、柔軟な対応を行えるような仕組みとすべきである。
4. 水際対策の効果については、検疫により感染拡大時期を遅らせる意義はあるとする意見はあるが、その有効性を証明する科学的根拠は明らかでないので、更に知見を収集することが必要である。また、専門家などからの意見収集の機会を設けるべきである。
5. 「水際対策」との用語については、「侵入を完璧に防ぐための対策」との誤解を与えない観点から、その名称について検討しつつ、その役割について十分な周知が必要である。
6. 発生前の段階から、新型インフルエンザを含む感染症対策として入国地点においてどういった対策を講じるべきかについて検討し、普段から実践しておくことが必要である。

B. 運用上の課題

1. 検疫所は、発生前の段階より、訓練等を通じて、広く地方自治体との密な連携体制を構築することが必要である。
2. 検疫所への応援者については、発生後の国内の医療提供体制整備や運用に影響が出ないように、また業務対応の効率性から一定期間の従事が可能な機関等からの派遣について検討する必要がある。また、応援予定者に対しては、検疫に関する研修を実施するとともに、現場での意思統一の方法をあらかじめ検討しておく必要がある。

5. 公衆衛生対策（学校等の臨時休業等）

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 学校や保育所、通所施設等（以下「学校等」という。）の臨時休業について、今回は一定の効果はあったと考えられるが、今後さらに、休業中の行動も含めた学校等の休業時の実態を把握し、情報を公開しながら知見を収集し、学校等の臨時休業の効果やそのあり方を検討すべきである。
2. 病原性に応じた学校等の休業要請等について、国が一定の目安（方針、基準）を示した上で、地方自治体はその流行状況に応じて運用を判断すべきである。
3. 学校等の臨時休業や、事業自粛、集会やイベントの自粛要請等には、感染者の保護者や従業員が欠勤を余儀なくされるなどの社会的・経済的影響が伴うため、国はそれらを勘案し、対策の是非や事業者によるBCP（事業継続計画）の策定を含めた運用方法を検討すべきである。また、実施に際しては社会的・経済的影響について理解が得られるように更なる周知が必要である。
4. 学校等の臨時休業の情報について、地域の医療機関や医師会と学校等の関係者が迅速に情報共有出来るようなネットワークシステムを構築すべきである。

B. 運用上の課題

1. 学校等の臨時休業の運用方法については、近接市町村と連携した休業要請の実施と、理解を得るための広報が必要である。

2. 休業中の学校等の生徒等が、学校等の休業の意味や、休業中の行動について理解しなければ、休業の効果がなくなることから、こうしたことについて、一層の周知が必要である。
また、発病者の自宅待機期間や就業可能時期の判断などについて、臨床情報も踏まえながら、国が一定の考え方を示すべきである。
3. 罹患した従業員等に対して事業主が一律に医療機関を受診させて検査キットを用いた治癒証明書の取得を求めるなど、医学的には必要性に乏しい事例がみられたことから、正確な情報提供をより迅速に行うべきである。

6. サーベイランス

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 今回新たに導入した入院、重症及び死亡者サーベイランス並びにクラスターサーベイランスについては、その必要性和地方自治体や医療機関の業務量を考慮しつつ、平時を含めた運用時期や方法等について、まず既存のデータベースを公開した上で、報告する立場の人々の意見も聞きながら検討すべきである。
2. 厚生労働省及び国立感染症研究所によるサーベイランス実施体制の一元化や、サーベイランス結果の情報開示のあり方について、検討すべきである。
3. 各国のサーベイランスの仕組みを参考にしつつ、国立感染症研究所、保健所、地方衛生研究所も含めたサーベイランス体制を強化すべきである。とりわけ、地方衛生研究所のPCR検査体制など、昨年の実施実績を公開した上で、強化を図るか民間を活用するのか検討するとともに、地方衛生研究所の法的位置づけについて検討が必要である。
4. また、サーベイランス担当者について、その養成訓練の充実を図るべきである。

B. 運用上の課題

1. 症例定義については、臨床診断の症例定義とサーベイランスの症例定義を明確に分けるべきである。また、サーベイランスの症例定義については、地方衛生研究所や保健所の処理能力も勘案しつつ、その目的に応じて、適切に実施できるように設定すべきである。
2. 都道府県や医療機関等に混乱を来さないよう、病原性の強さや感染状況に応

じてサーベイランス方法を迅速かつ適切に切り替えることが必要である。

7. 医療体制

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 国が基本的な方針、考え方を示した上で、都道府県ごとに地域の実情を踏まえ、必要となる医療提供体制について検討を進めるべきである。また、国は、これに対する必要な支援を行うべきである。
具体的には、医療スタッフ等の確保、ハイリスク者を受入れる専門の医療機関の設備、陰圧病床等の施設整備などの院内感染対策等のために必要な財政支援を行う必要がある。
2. 発熱相談センターと発熱外来の設置の是非、設置する場合の対象者、求める役割、機能、体制について、病原性なども考慮しながら、再度整理すべきである。
その際、
 - ① 都道府県が設置の可否を柔軟に判断できるような仕組みとすることや、
 - ② 役割に応じて一般に誤解を与えない名称とすべきこと、
 - ③ その機能や役割などについて、広報や周知を徹底することが必要であることに、特に留意する。
3. 国及び地方自治体において、地域における感染症の専門家、例えば、感染症担当医や感染症の公衆衛生知識を有する行政官、感染症疫学者等の養成を推進する必要がある。
4. 医療従事者が、地域の医療体制維持のために協力できるような仕組みづくりについて、PPE（個人防護具）の提供、休業時や医療従事者が死亡または後遺症を生じた場合の補償も含め、検討すべきである。
5. 医療機関間及び行政との連携体制を一層強化する必要がある。そのために、例えば、保健所や医師会などの関係団体が、医療機関間の調整役となることなどを検討すべきである。
6. 抗インフルエンザウイルス薬等の医薬品や医用品の備蓄や使用方法について、その種類ごとに改めて整理すべきである。

B. 運用上の課題

1. 地方自治体が、当該地域が「感染拡大期」に当たるか「まん延期」に当たるかなどについての的確に判断し、入院措置中止や発熱外来の役割の切り替えを円滑に行えるよう、実地疫学等の専門家が助言する仕組みを設けることなどについて検討すべきである。
2. 医療機関に対して、必要かつ正確な情報を速やかに提供する仕組みについて検討すべきである。

8. ワクチン

提言

A. 体制・制度の見直しや検討、事前準備を要する問題

1. 国家の安全保障という観点からも、ワクチン製造業者を支援し、細胞培養ワクチンや経鼻ワクチンなどの開発の推進を行うとともに、ワクチン生産体制を強化すべきである。併せて、輸入ワクチンについても、危機管理の観点から複数の海外メーカーと連携しつつ、ワクチンを確保する方策の一つとして検討していくべきである。
2. ワクチンの接種体制の確保の準備を進めるべきである。このため、今回の新型インフルエンザ対策の経験を踏まえ、現場の意見を聞きながら、新型インフルエンザ対策行動計画に基づくワクチン接種に関するガイドラインを早急に策定すべきである。その際、実施主体、費用負担のあり方、集団接種などについても、検討すべきである。
3. ワクチン接種について、医師会等の関係機関と相談、調整のもと、新たな感染症の発生や既知の感染症の病原性の変化等に応じ、集団的接種で実施することも考慮しつつ、あらかじめ、接種の予約、接種場所、接種の方法など現場において実効性のある体制を計画するべきである。
4. ワクチンによる副反応を、迅速かつ的確に評価できるように、ワクチン以外の原因による有害な事象の把握や予防接種の実施状況と副反応の発生状況を迅速に把握できる仕組みをつくるよう検討すべきである。

B. 運用上の課題

1. ワクチンの接種回数や費用（ワクチン価格を含む）及び輸入ワクチンの確保等については、決定までのプロセスを明確にし、できる限り開かれた議論を、根拠を示しながら行うとともに、その議事録等をできる限り速やかに公表すべきである。
2. 優先接種対象者等については、広く国民の意見を聞きながら国が決定するが、都道府県や市町村等が地域の実情を踏まえ、柔軟に運用できるようにすべきである。
3. 今後の新型インフルエンザワクチン供給については、今回、県が主体となって円滑な流通体制を構築し、医療機関に在庫があまり生じなかった県の取組例を参考にするとともに、実行可能性のある接種体制のあり方の議論も踏まえ、国、都道府県をはじめ関係者が連携してワクチンを迅速かつ円滑に流通できる体制の構築に向けた検討が必要である。

（なお、今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチンについては、在庫問題の解決に向けて早急に、最大限努力すべきである。）

9. 結びに

この報告書において総括した今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策における課題の根本的な改善のため、本報告書の提言を最大限尊重し、国において、新型インフルエンザ行動計画やガイドラインの改定等の検討作業に速やかに着手し、実現すべきである。また、都道府県及び市町村においては、国における行動計画等の対策の見直しも踏まえつつ、各地域の実情に応じた実行性のある行動計画等の策定・改定を行うべきである。

新型インフルエンザ発生時の危機管理対策は、発生後に対応すれば良いものではなく、発生前の段階からの準備、とりわけ、新型インフルエンザを含む感染症対策に関わる人員体制や予算の充実なくして、抜本的な改善は実現不可能である。この点は、以前から重ね重ね指摘されている事項であり、今回こそ、発生前の段階からの体制強化の実現を強く要望し、総括に代えたい。

今般の新型インフルエンザ (A/H1N1)対策について ～対策の総括のために～

(資料集)

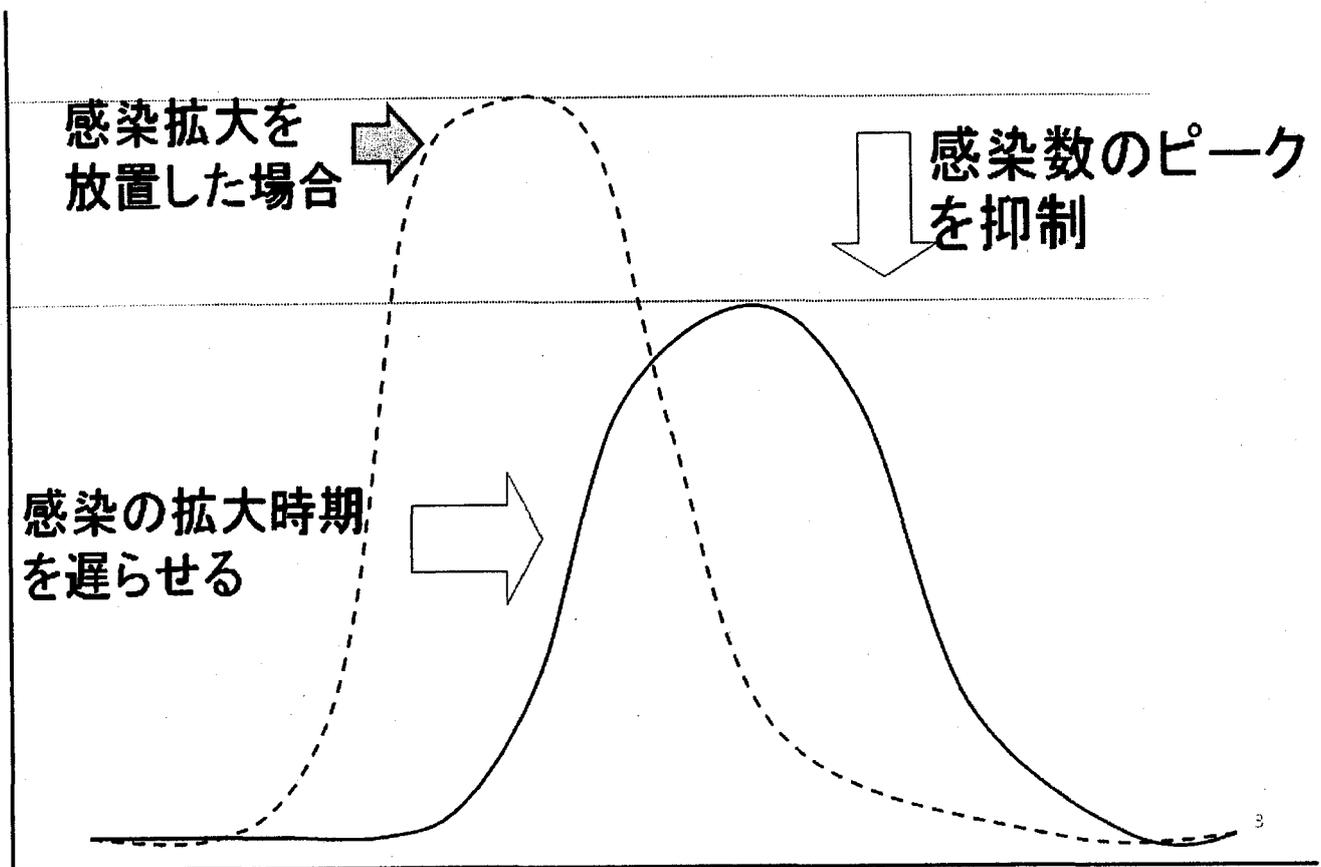
平成22年6月8日

厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

対策の目標

- ① 感染拡大のタイミングを可能な限り遅らせ、その間に医療体制やワクチンの接種体制の整備を図る。
- ② 感染のピークを可能な限り低く抑える。
- ③ 国民生活や経済への影響を最小限にする。
- ④ 基礎疾患を有する方々等を守る。
- ⑤ その結果、重症者、死亡者の数をできるだけ最小限にする。

患者数の急激で大規模な増加を抑制・緩和



今回の新型インフルエンザ(A/H1N1)対策の概要

- 1 水際対策による時間かせぎ(4月から6月)
- 2 地域での感染拡大防止による時間かせぎ(5月から6月)
- 3 医療体制の整備(5月から)
- 4 ワクチン供給(7月から)
- 5 普及・啓発(4月から)

発生前に講じていた措置

- 病原性の高い新型インフルエンザ(H5N1)などを想定した「新型インフルエンザ対策行動計画」(平成17年12月)及び「新型インフルエンザに関するガイドライン」(平成21年2月)の策定
- 内閣総理大臣を本部長とする対策本部を設置することを閣議決定。(平成19年10月)
- 抗インフルエンザウイルス薬等の備蓄
- 訓練を4回実施。
- 新型インフルエンザについて、入院勧告等の措置とともに、停留等の水際対策を行うための感染症法等の改正
(平成20年5月)

I. 海外発生以降の主な流れ

(4月23日から5月15日まで)

- 4月23日 米国内での豚由来A型インフルエンザウイルスのヒトへの感染事例に関する情報の共有
- 4月24日 厚生労働省から都道府県への情報提供
- 4月25日 検疫強化、コールセンター設置
- 4月28日 WHOがフェーズ4宣言、政府の新型インフルエンザ対策本部で「基本的対処方針」策定
- 4月29日 サーベイランスの通知(症例定義)
- 4月30日 WHOにおいてフェーズ5へ引き上げ
- 5月 1日 政府の新型インフルエンザ対策本部で「基本的対処方針」改定
- 5月 8日 検疫における最初の患者捕捉(成田空港)
- 5月13日 新型インフルエンザ対策本部諮問委員会報告(停留に関する報告)

当時入手できた主な知見(病原性)

- 4月24日 メキシコにおいて死亡者多数(WHO)
- 5月 8日 MMWR(CDC)
大多数の人は感染しても軽症、しかし、健康な若年者や子どもの中で重症化や死亡の報告があり、いくつかの特徴が季節性インフルエンザと異なる。
- 5月11日 WHO、メキシコの合同調査結果発表
季節性より感染力は強い。推定致死率0.4%でアジアインフルエンザと同等。

7

当時入手できた主な知見(病原性)

- 5月13日 専門家諮問委員会報告
臨床経過は季節性インフルエンザに類似。ただし、基礎疾患を有する方を中心に一部重篤化することに注意
- 6月 2日 ニューヨーク市より臨床像の報告
入院患者341人のうち、82%が基礎疾患を有していた。
- 6月12日 WHOがフェーズ6宣言。
Moderateと評価

8

Ⅱ. 国内発生以降の主な流れ

(5月16日から8月中旬)

<6月19日まで>

- 5月16日 兵庫・大阪での最初の国内発生
5月1日の基本的対処方針を踏まえた
「確認事項」策定
- 5月22日 政府の新型インフルエンザ対策本部で
「基本的対処方針」第2次改定
厚生労働省で「運用指針」策定
- 6月12日 WHOにおいてフェーズ6へ引き上げ
- 6月19日 厚生労働省で「運用指針」改定
(検疫については「運用指針」を踏まえ順次弾力化)

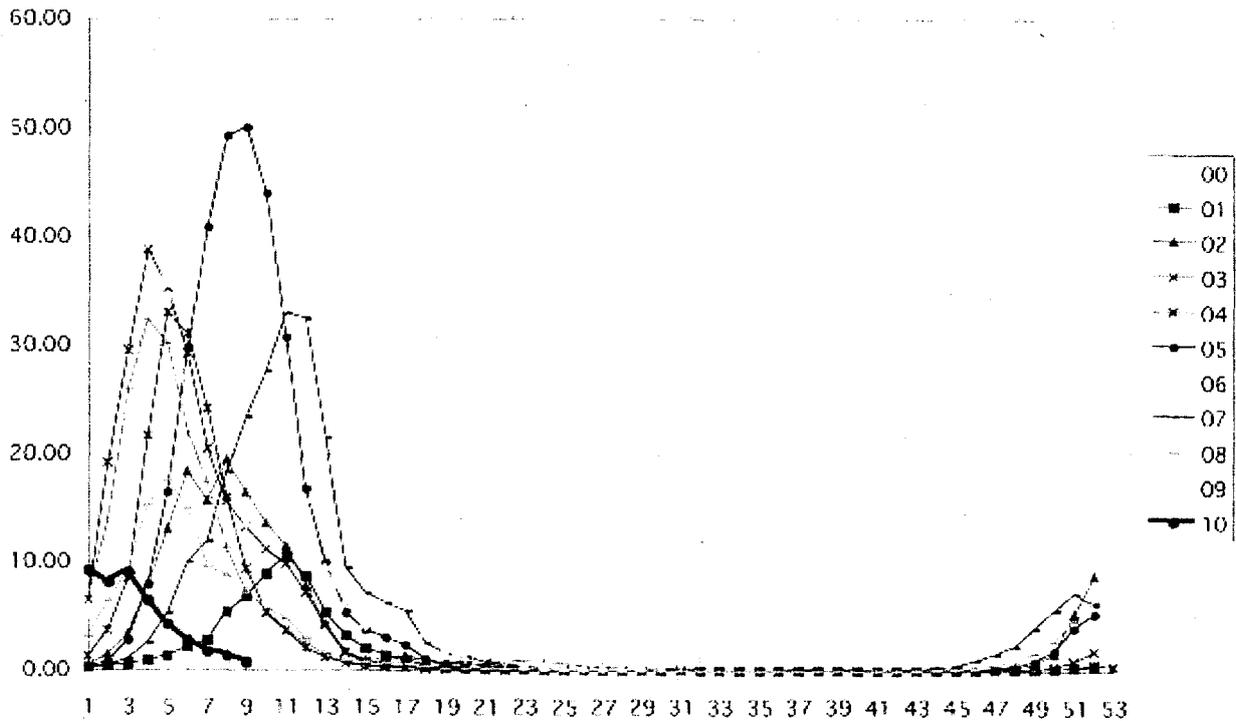
Ⅲ. 流行入り宣言以降の主な流れ

(8月中旬以降)

- 8月15日 国内で最初の死亡報告
- 8月19日 流行入り宣言(全国平均の定点報告数が1を上回る(8月10日~16日の週))
- 8月28日 流行シナリオなど医療体制の通知
- 10月1日 「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種の基本方針」を策定(新型インフルエンザ対策本部)

例年のインフルエンザ発生状況の推移(定点報告) 過去10年間との比較グラフ

[定点当たり報告数]



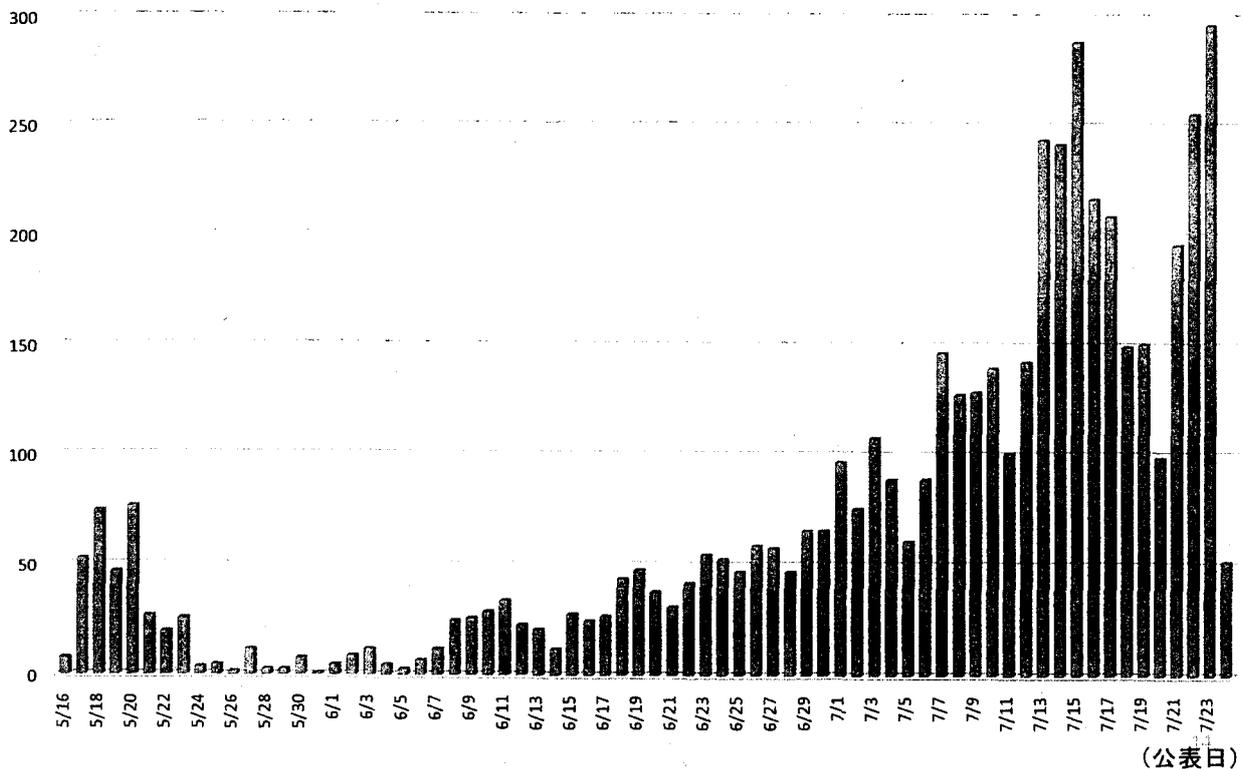
出典: 国立感染症研究所 感染症情報センター

13

新型インフルエンザ患者発生状況 n=5038

法第12条の医師の届出(全数把握)

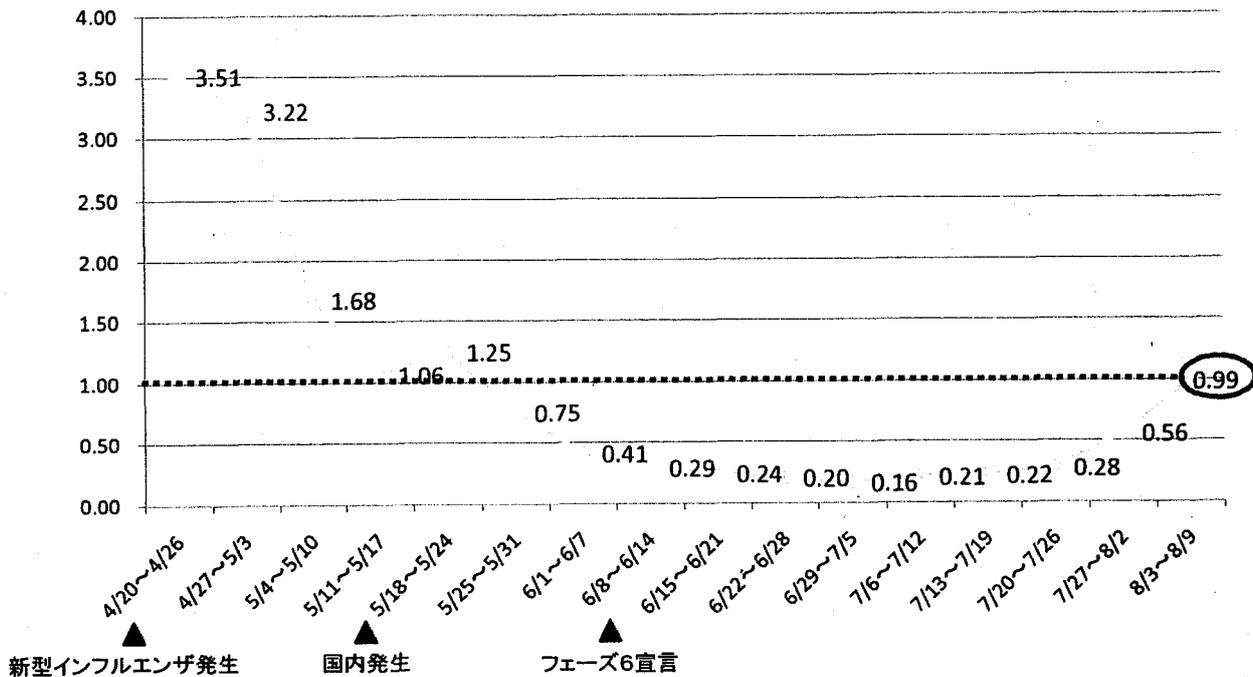
5/16~7/24



インフルエンザサーベイランス(定点報告)

平成21年 週別発生状況

定点あたり報告数



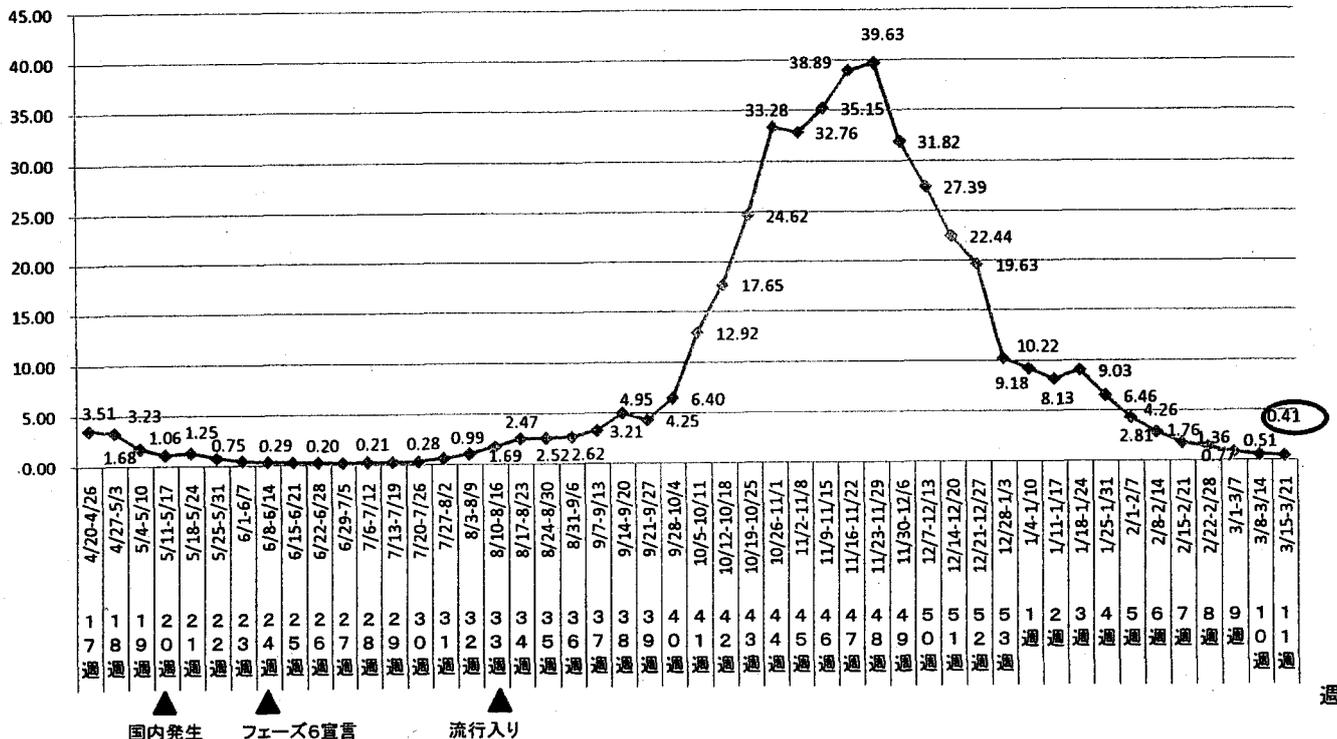
15

資料: 感染症発生動向調査(全国およそ5000医療機関(小児科およそ3000、内科およそ2000)からの定点報告)

我が国におけるインフルエンザ流行分布 (2009年~2010年)

定点あたり報告数

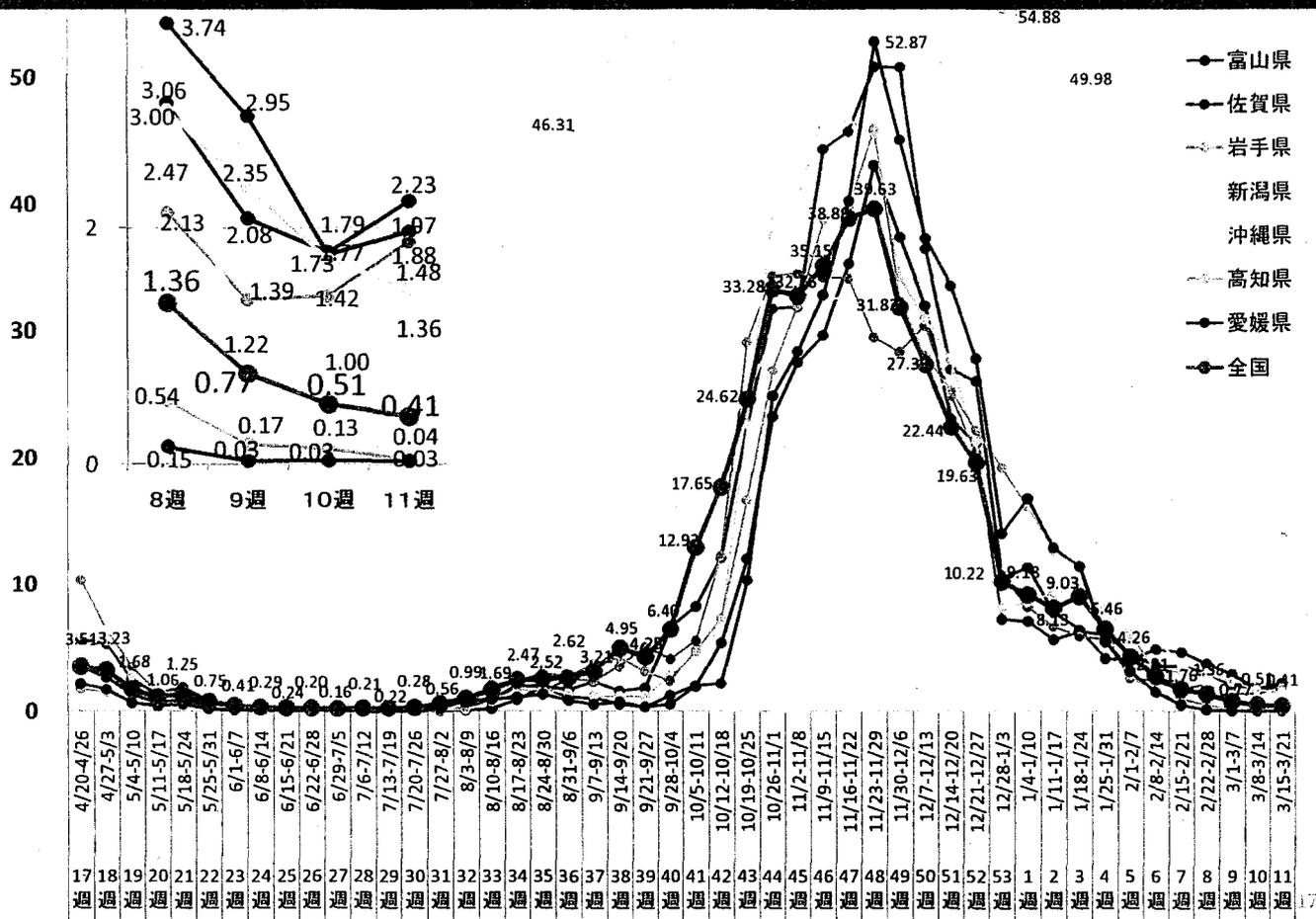
平成21~22年 週別発生状況



16

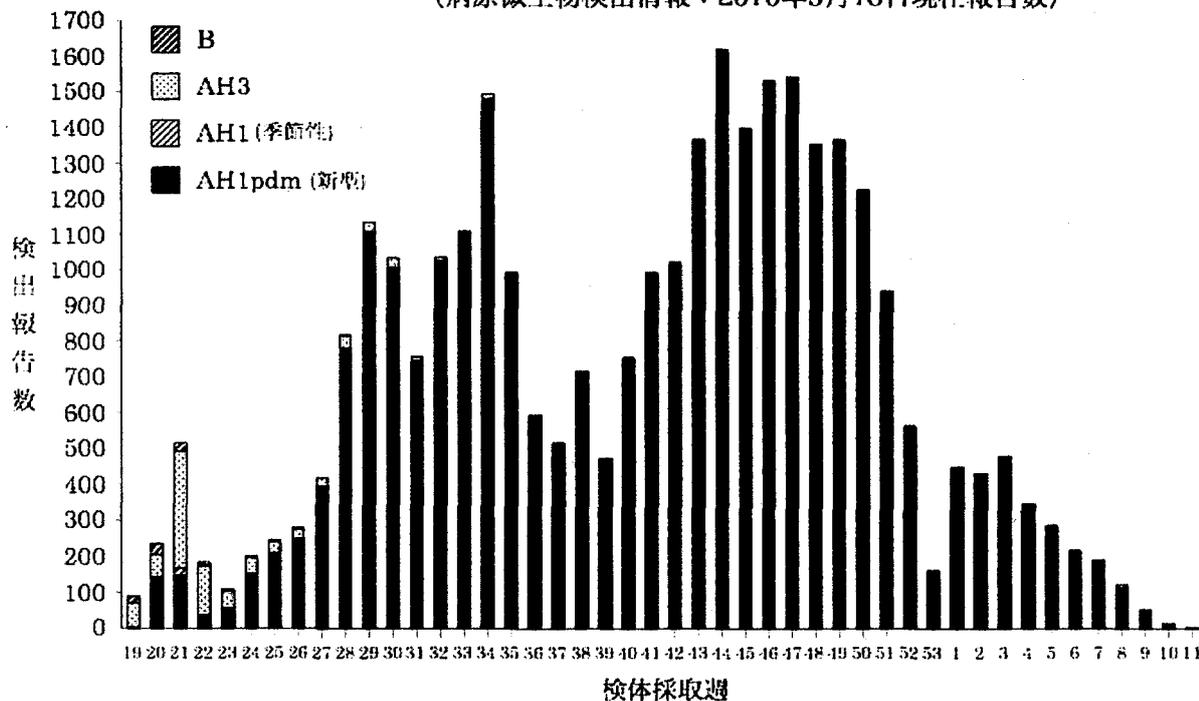
資料: 感染症発生動向調査(全国およそ5000の定点医療機関(小児科およそ3000、内科およそ2000)からの報告)

定点医療機関からの報告数上位5都道府県及び下位2都道府県



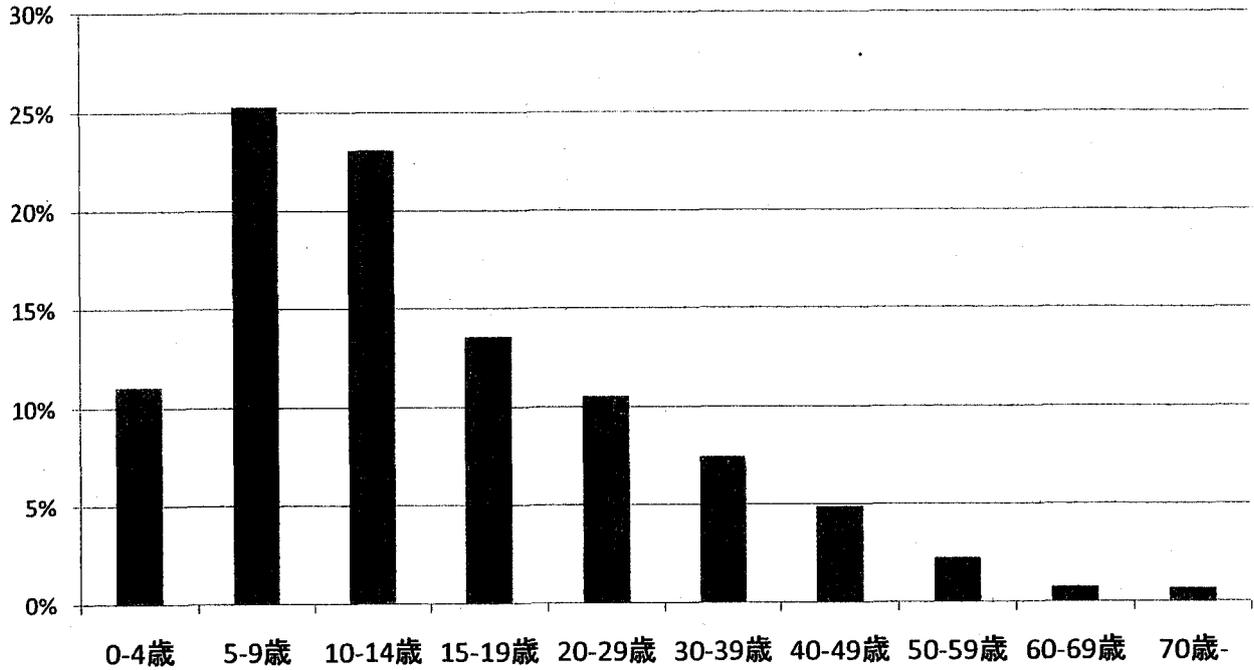
ウイルスサーベイランス

週別インフルエンザウイルス分離・検出報告数、2009年第19週～2010年第11週
(病原微生物検出情報：2010年3月18日現在報告数)



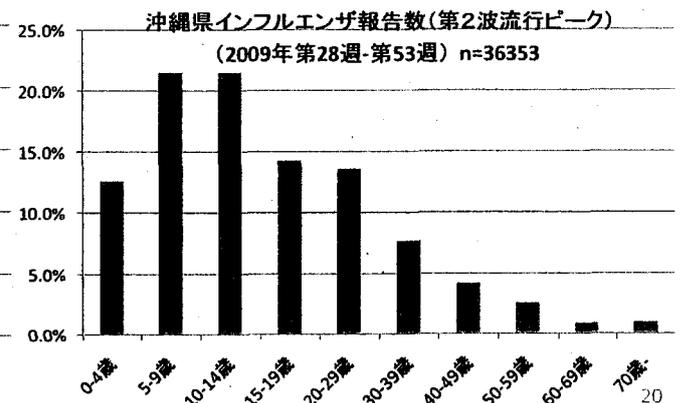
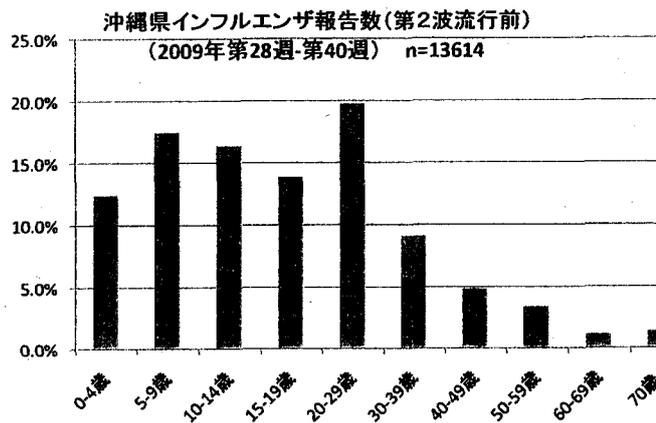
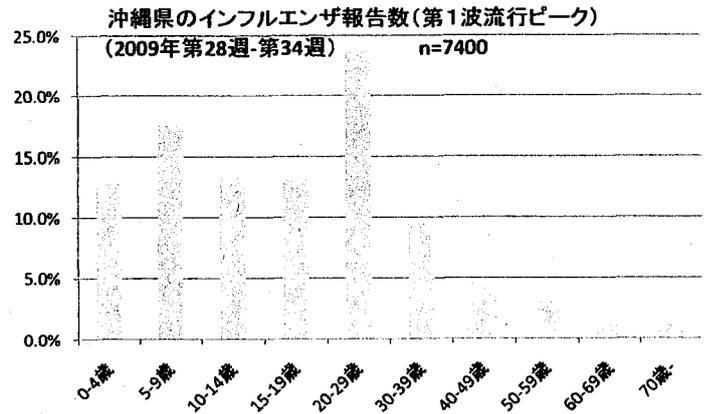
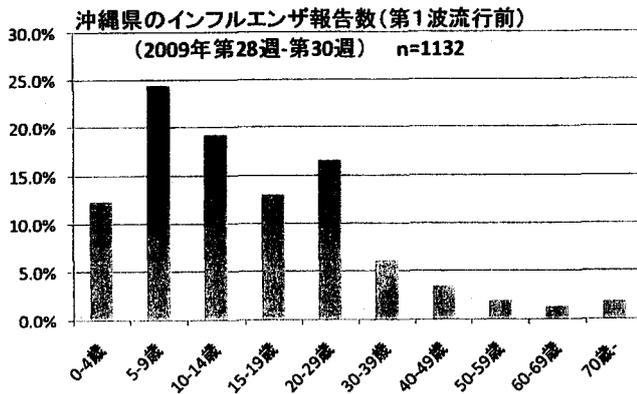
各都道府県市の地方衛生研究所からの分離・検出報告を円に示した
(データは現在週および過去の週に遡って追加が見込まれる)

我が国のインフルエンザ推計受診患者数(暫定値)(年齢群別割合) (2009年第28週-2010年第10週)



出典国立感染症研究所 19
<http://idsc.nih.go.jp/idwr/douko/2010d/10douko.html>

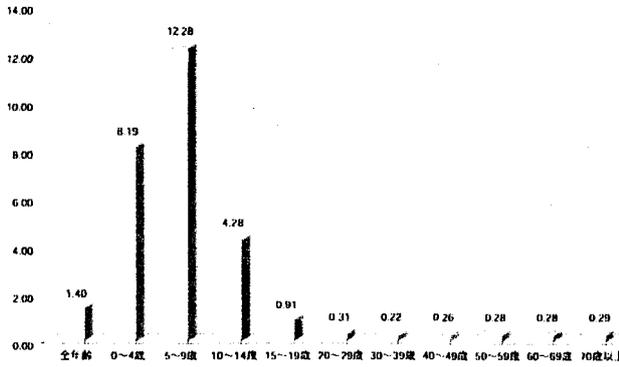
沖縄県のインフルエンザ推計受診患者数(暫定値)(年齢群別割合)



我が国の入院率（年齢群別）

入院率 (人口1万人当たり)

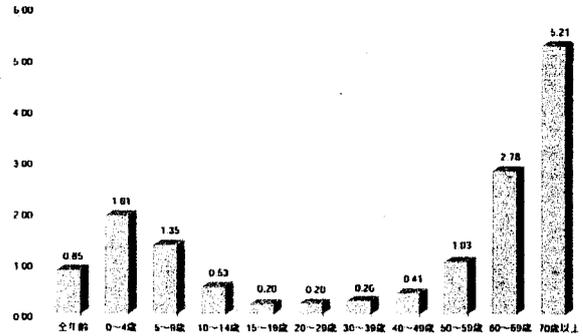
図5. インフルエンザの年齢群別入院率1(人口1万人当たり)
(2009年7月28日～2010年3月16日)



* 2008年10月1日現在推計人口

入院率 (推定受診患者(暫定値)1,000人当たり)

図6. インフルエンザの年齢群別入院率2(推計受診患者(暫定値)1,000人当たり)
(2009年7月28日～2010年3月16日)

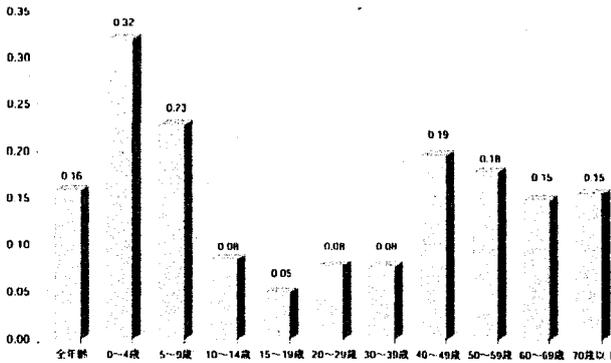


出典: 国立感染症研究所

我が国の死亡率と致死率（年齢群別）

死亡率 (人口10万人あたり)

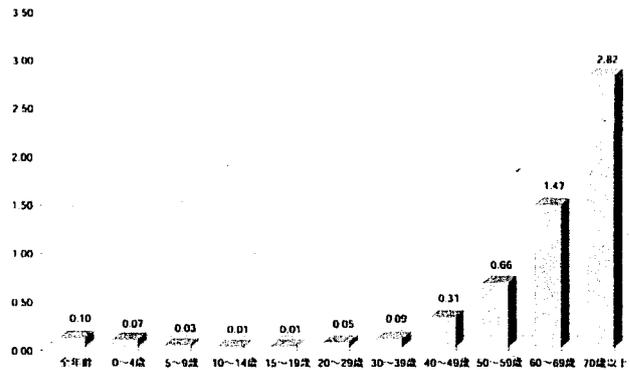
図7. インフルエンザの年齢群別死亡率(人口10万人あたり)
(2009年7月28日～2010年3月16日)



* 2008年10月1日現在推計人口

致死率 (推定受診患者(暫定値)1万人当たり)

図8. インフルエンザの年齢群別致死率(推計受診患者(暫定値)1万人あたり)
(2009年7月28日～2010年3月16日)



出典: 国立感染症研究所

諸外国の状況

23

重症度の各国比較

死亡率

Country – Pays	% of hospitalized cases with no co-morbidity – % de cas hospitalisés sans comorbidité	% of hospitalized cases who are pregnant – % de cas de femmes enceintes hospitalisées	Cumulative number of hospitalizations – Nombre cumulé d'hospitalisations	Incidence of hospitalization (per 100 000 population) – Incidence de l'hospitalisation (pour 100 000 habitants)	Median age of hospitalized cases (years) – Age médian des cas hospitalisés (ans)	Rate of ICU admission or hospitalization – Taux d'admission dans les services de soins intensifs ou d'hospitalisations	Number of deaths – Nombre de décès	Mortality rate (deaths per million population) – Taux de mortalité (nombre de décès par million d'habitants)
Northern hemisphere temperate zone – Zone tempérée de l'hémisphère Nord								
Canada	38	5	1 999	5.8	24	0.20	95	2.8
Japan – Japon	63	0.3	3 746	2.9	8	–	35	0.2
United Kingdom – Royaume-Uni	43	7.5	–	–	15-24	–	135	2.2
Mexico – Mexique	–	–	10 337	9.3	–	–	328	2.9
United States – Etats-Unis d'Amérique	27	7	9 079	3.0	21	0.25	1 004	3.3
Southern hemisphere temperate zone – Zone tempérée de l'hémisphère Sud								
South Africa – Afrique du Sud	–	–	–	–	–	–	91	1.8
Argentina – Argentine	47	–	9 974	24.5	20	0.13	593	14.6
Australia – Australie	51	6	4 844	22.5	31	0.13	186	8.6
Brazil – Brésil	79	8.3	17 219	8.8	26	–	1 368	7.0
Chile – Chili	47	2.4	1 852	10.8	32	0.39	140	8.1
New Zealand – Nouvelle-Zélande	–	6.5	1 001	23.3	20-29	0.12	19	4.4

^a Adapted in part from Baker MG, Kelly H, Wilson N. Pandemic H1N1 influenza lessons from the southern hemisphere. *Eurosurveillance*, 2009, 14(42):pi=19370. – En partie d'après Baker MG, Kelly H, Wilson N. Pandemic H1N1 influenza lessons from the southern hemisphere. *Eurosurveillance*, 2009, 14(42): pi=19370.

(2009年11月6日時点)

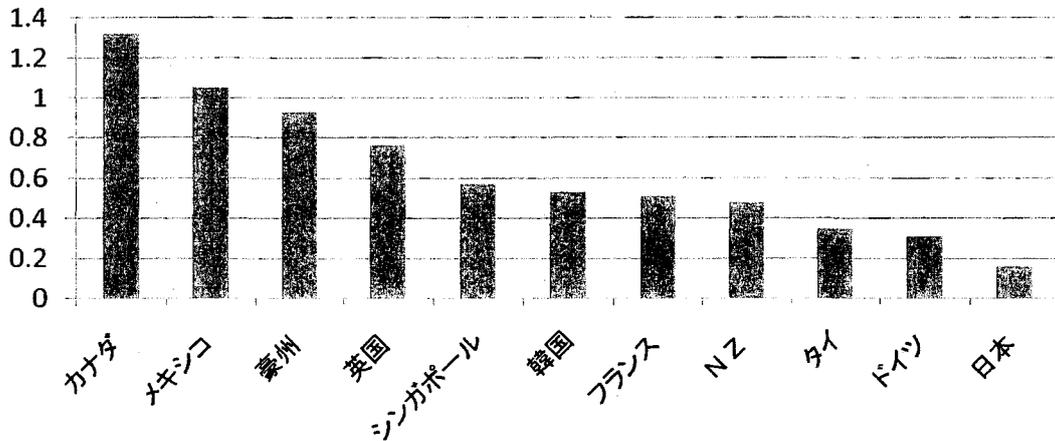
出典: Weekly Epidemiological Record (WER), 13 November 2009

24

新型インフルエンザの死亡率の各国比較

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガポール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	—	3/21	—	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
人口10万対死亡率	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	—	全例	—	—	—	全例	全例	260名はPCRで確定	—	全例	—	184名はPCRで確定

※尚、各国の死亡数に関してはそれぞれ定義が異なり、一義的に比較対象とならないことに留意が必要。



出典：各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

新型インフルエンザによる死亡率の各国比較(出典)

	集計日	集計数	出典(URL)	死亡率 人口10万対	計算根拠となる国別総人口 *WHO Statistic Information System http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp
米国	2/13	12,000 (推計)	"CDC Estimates of 2009 H1N1 cases and related hospitalizations and deaths from april 2009-february 13, 2010, by Age" http://www.cdc.gov/h1n1flu/pdf/Estimates5_Short%20Table.pdf	3.96	302,841,000 (2006年)
カナダ	4/10	429	Weekly and cumulative numbers of hospitalized cases, ICU admissions and deaths among Pandemic H1N1 2009 confirmed cases, Canada, April 12, 2009 to March 13, 2010 ¹ http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/09-10/w10_10/index-eng.php	1.32	32,577,000 (2006年)
メキシコ	3/12	1,111	Situación actual de la epidemia http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/situacion_actual_epidemia_120310.pdf	1.05	105,342,000 (2006年)
豪州	3/12	191	"AUSTRALIAN INFLUENZA SURVEILLANCE REPORT No. 13, 2010, REPORTING PERIOD: 6 March 2010 – 12 March 2010" http://www.healthemergency.gov.au/internet/healthemergency/publishing.nsf/Content/EB136394E79CA5E2CA2576A50010783A/\$file/ozflu-no10-2010.pdf	0.93	20,530,000 (2006年)
英国	3/14	457	HPA Weekly national Influenza Report. 18 March 2010 http://www.hpa.nhs.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1267551284022	0.76	60,512,000 (2006年)
シンガポール	4月末	25	シンガポール政府からの回答	0.57	4,382,000 (2006年)
韓国	5/14	257	韓国政府からの回答	0.53	48,050,000 (2006年)
フランス	4/20	312	Bulletin épidémiologique grippe, Point de situation au 16 mars 2010 http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/index_h1n1.htm	0.51	61,330,000 (2006年)
NZ	3/21	20	Influenza weekly update, 15-21 March 2010 http://www.surv.esr.cri.nz/PDF_surveillance/Virology/FluWeekRpt/2010/FluWeekRpt201011.pdf	0.48	4,140,000 (2006年)
タイ	—	225	タイ政府からの回答	0.35	63,444,000 (2006年)
ドイツ	5/18	255	Arbeitsgemeinschaft Influenza http://influenza.rki.de/Default.aspx	0.31	82,641,000 (2006年)
日本	5/26	199	日本におけるインフルエンザ(A(H1N1))の死亡者の年齢別内訳・死亡例まとめ http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/rireki/100325-03.html	0.16	127,953,000 (2006年)

パンデミックインフルエンザ患者の年齢

最も患者数が多いのは若い年齢層 年齢分布はその国の年齢ピラミッドに相同

- 罹患率が最も高いのは10代後半～若年成人
 - 年齢中央値 12-28 才
- 入院率が最も高いのは5才以下の小児
 - 他の年齢層に比べ少なくとも2倍の入院率
 - 人口分布を反映しているので「実数」はより年齢の高い群より少ない
 - 年齢中央値 20-36 才
- 死亡率が最も高いは 50 - 60 才
 - 年齢中央値 35-51 才

重症度とともに年齢中央値が上がる

27

出典:WHO 進藤 奈邦子特別ゲスト作成資料より

各国の確定患者数(年齢階級別)

Casos confirmados y defunciones por grupos de edad
(41,920 casos confirmados y 260 defunciones)

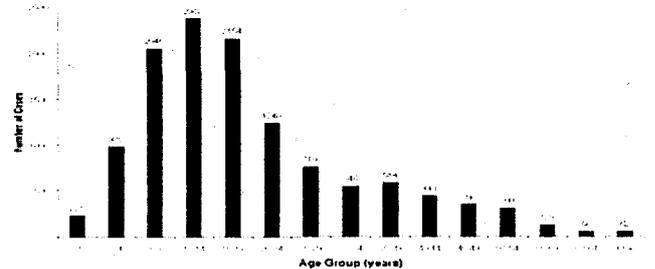
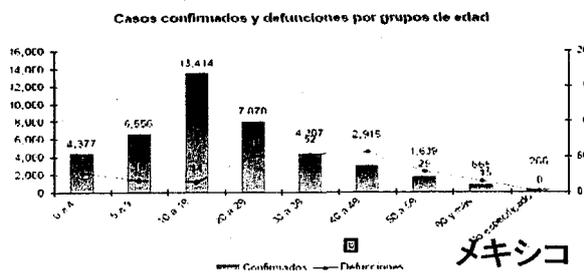


Figure 2: Number of laboratory confirmed pandemic influenza A (H1N1) 2009 cases by age group, South Africa, updated 19 October 2009 (n=12 378, 116 unknown age)

南アフリカ

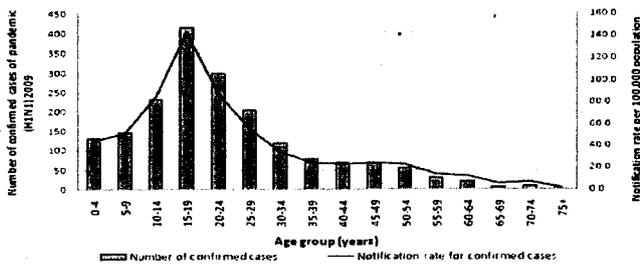
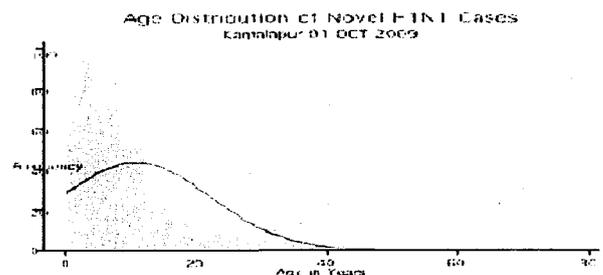


Figure 8: Cumulative number of confirmed cases of pandemic (H1N1) 2009 and notification rate per 100,000 population by age group (years)
Source: ECDC

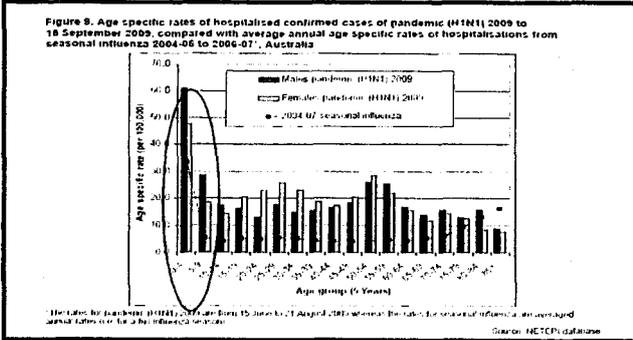
アイルランド



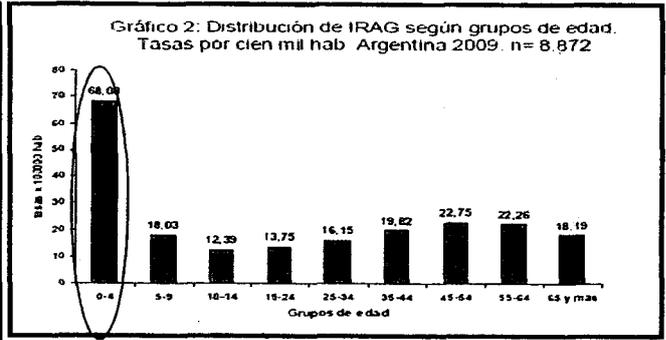
バングラデシュ

各国の入院率（年齢群別）①

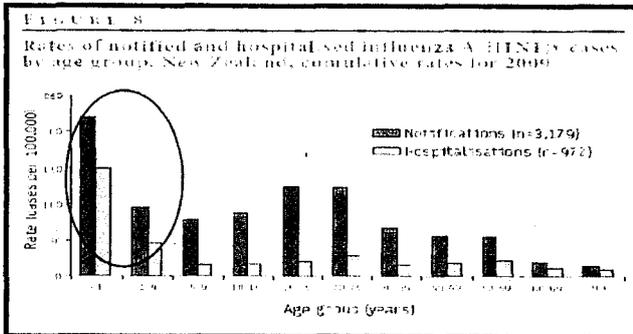
オーストラリア



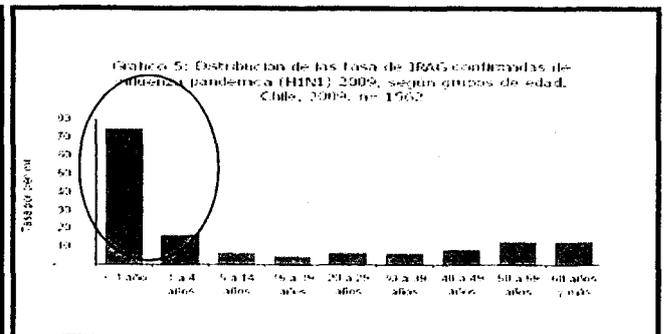
アルゼンチン



ニュージーランド



チリ



Source: Argentina MoH. http://www.msal.gov.ar/archivos/Informe_SE_39- ARG_COM11.pdf

Source: Chile MoH. <http://www.redsalud.gov.cl/portal/uri/itcm/74c581c26cc299e2c04001011017805.pdf>

Source: New Zealand: EUROSURVEILLANCE: 14(34): 1-6

Source: Australia Dept of Health. <http://www.healthemergency.gov.au/internet/healthemergency/publishing.nsf/Content/oz/Incurrent.htm>

出典:WHO 進藤奈邦子特別ゲスト作成資料より

各国の入院率（年齢群別）②

シンガポール

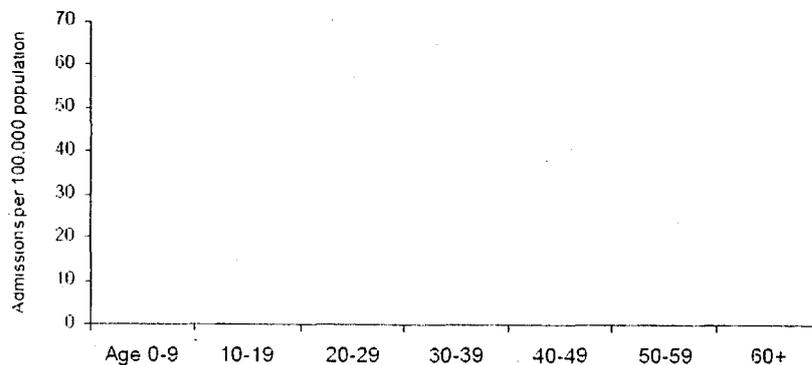


Fig. 5. Age-specific hospital admission rates (n = 1348 as of 28 September 2009).

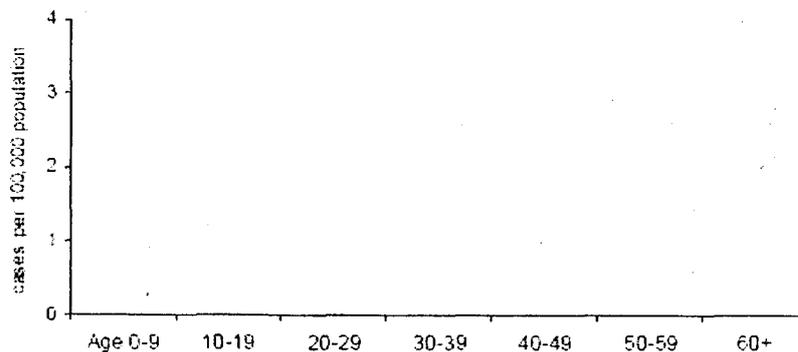
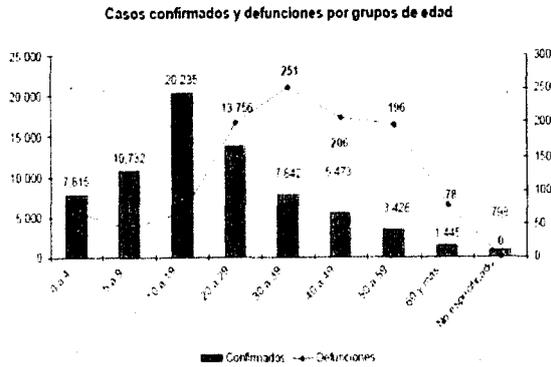


Fig. 6. Age-specific incidence of severe cases (n=92 as of 28 September 2009).

各国の死亡率(年齢群別)①

メキシコ

Casos confirmados y defunciones por grupos de edad
(71,525 casos confirmados y 1,111 defunciones)



FUENTE: Casos confirmados Base de datos COPE, Defunciones CONAMED

オーストラリア

Figure 14. Numbers of deaths among confirmed cases of pandemic influenza A (H1N1) 2009, compared with total laboratory confirmed pandemic (H1N1) 18 September 2009, Australia

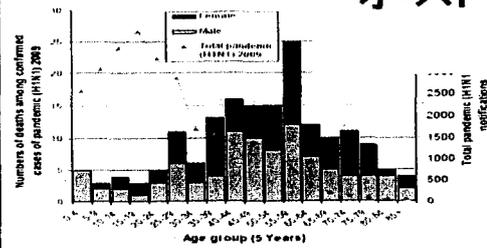
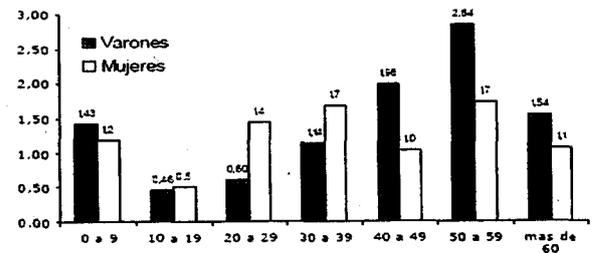


Gráfico 4: Distribución de fallecidos edad y sexo. Tasas por cien mil

アルゼンチン



31

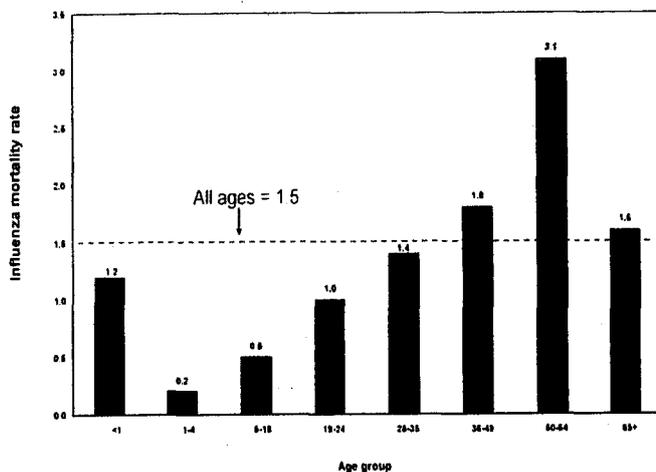
出典:WHO 進藤奈邦子特別ゲスト作成資料を基に厚生労働省で作成

各国の死亡率(年齢群別)②

米国(カルフォルニア)

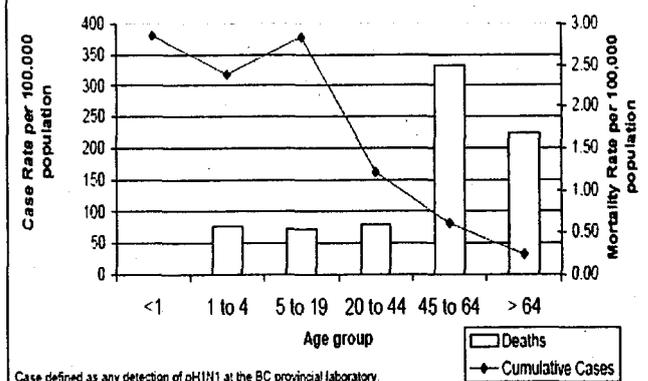


Age-specific mortality rate (per 100,000 population) of 2009 H1N1 influenza in California, reported April 23, 2009 - May 1, 2010



カナダ(ブリティッシュコロンビア)

Cumulative Rate of pH1N1 Cases and Deaths by Age, per 100,000 Population, BC April 17, 2009 -February 25, 2010



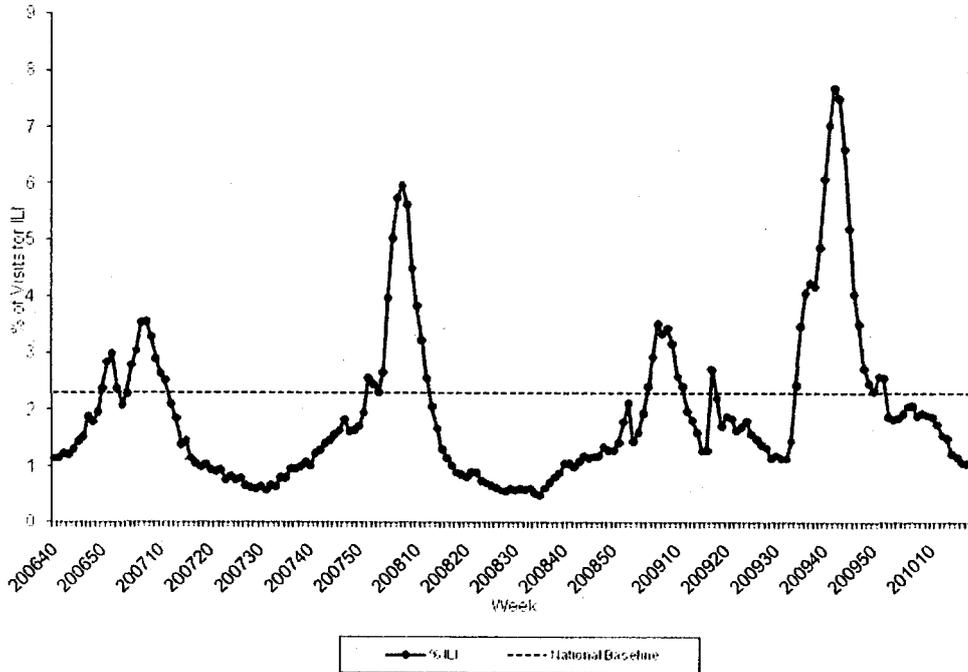
32

出典:WHO 進藤奈邦子特別ゲスト作成資料より

アメリカ

Percentage of Visits for Influenza-like Illness (ILI) Reported by the U.S. Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILINet), National Summary 2008-2009 and Previous Two Seasons

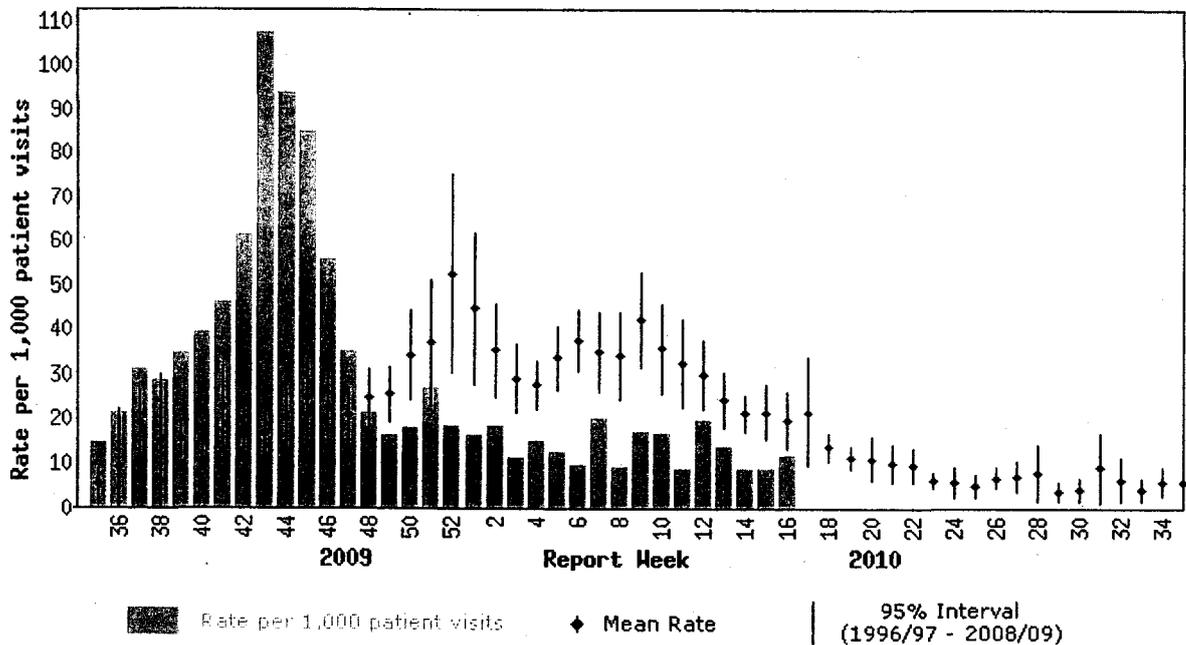
(Posted May 14, 2010, 1:00 PM ET, for Week Ending May 8, 2010)



33

カナダ

Influenza-like illness (ILI) consultation rates, Canada, by report week. 2009-2010 compared to 1996/97 through to 2008/09 seasons

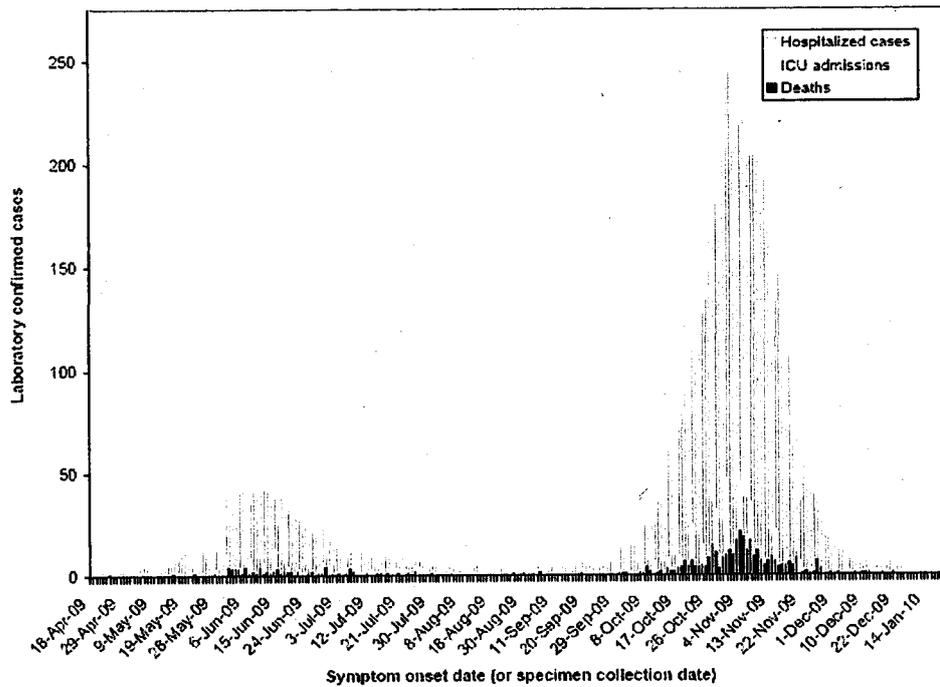


Note: No data available for mean rate in previous years for weeks 19 to 39 (1996-1997 through to 2002-2003 seasons). Delays in the reporting of data may cause data to change retrospectively.

34

カナダ

Figure 1. Number of laboratory-confirmed pandemic H1N1 2009 hospitalized cases, ICU cases and deaths in Canada by date of onset (or specimen collection date), reported to the PHAC as of April 24, 2009†

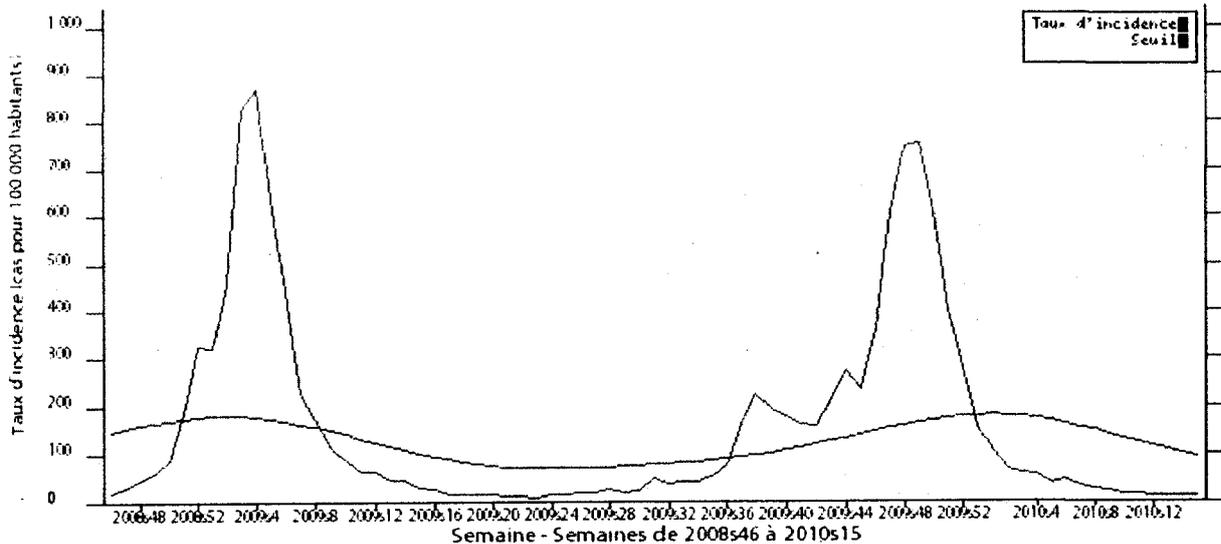


†Symptom onset date/specimen collection date was available for 99.1% of deaths, 97.2% of ICU cases and 97.8% of hospitalized cases for whom core information was available. 35

フランス

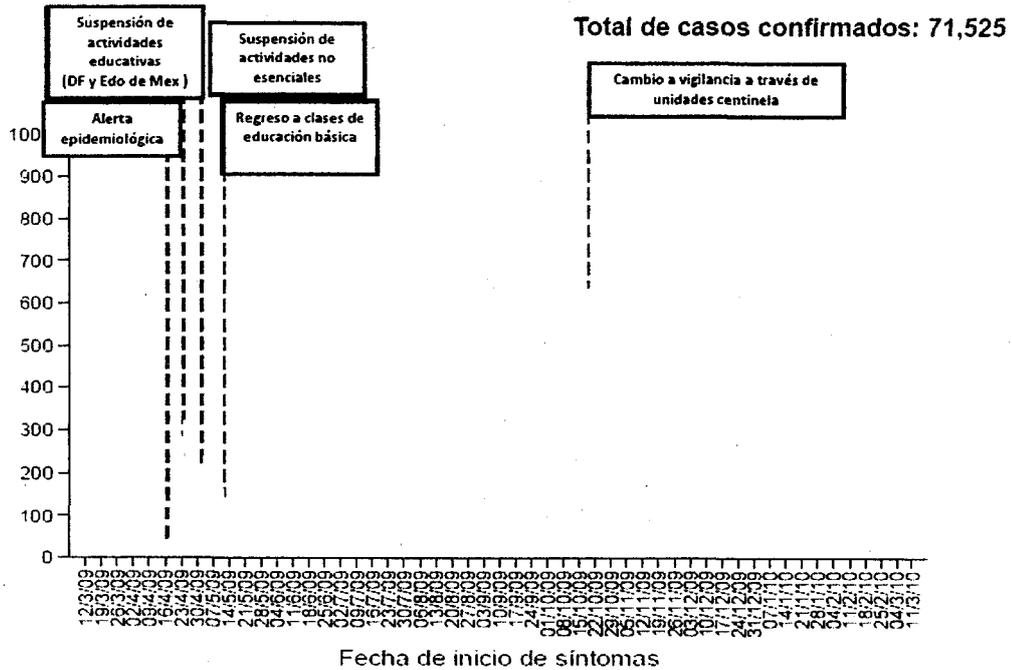
Weekly incidence rates of visits for influenza-like illness(per 100 000),France, week 46/2008 – week 15/2010, Sentinelles network

Réseau Sentinelles, Syndromes grippaux, France entière



メキシコ

SALUD

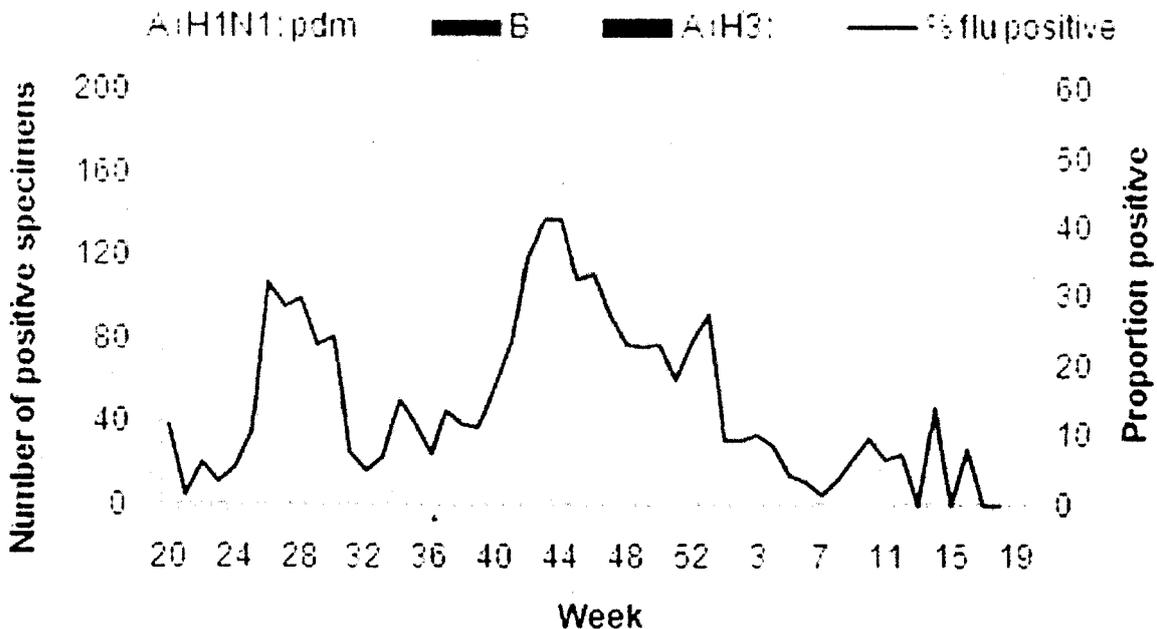


Fuente: Base de datos INDR.

37

イギリス

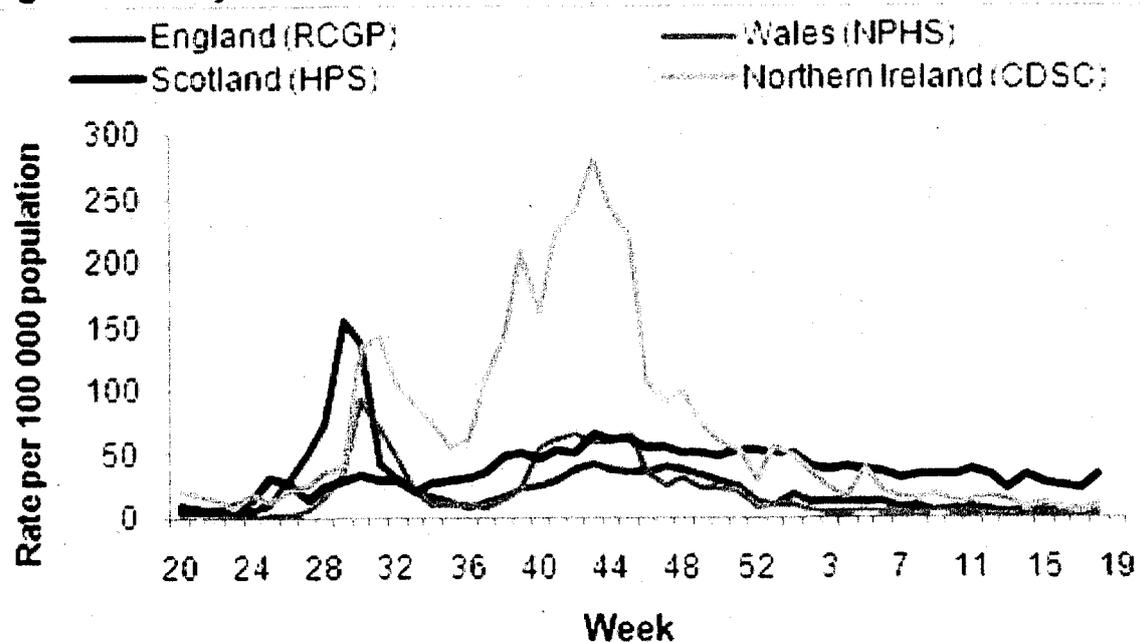
Figure 2: Weekly number and proportion of specimens collected through GP sentinel virological schemes positive for influenza (England only).



38

イギリス

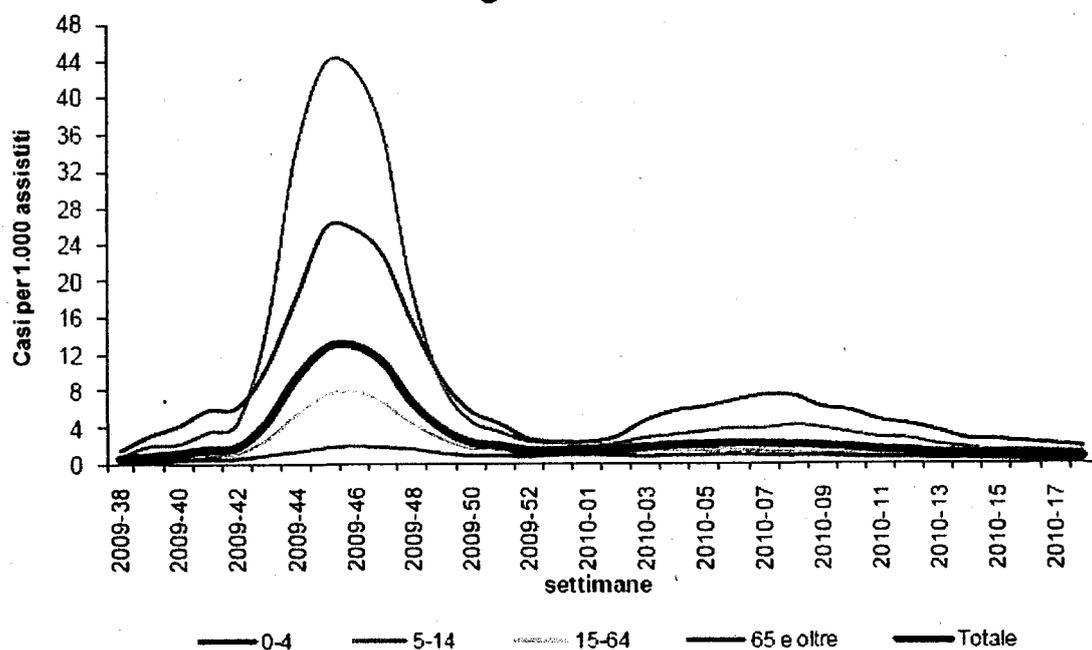
Figure 1: Weekly GP influenza/influenza-like illness consultation rates in the UK.



39

イタリア

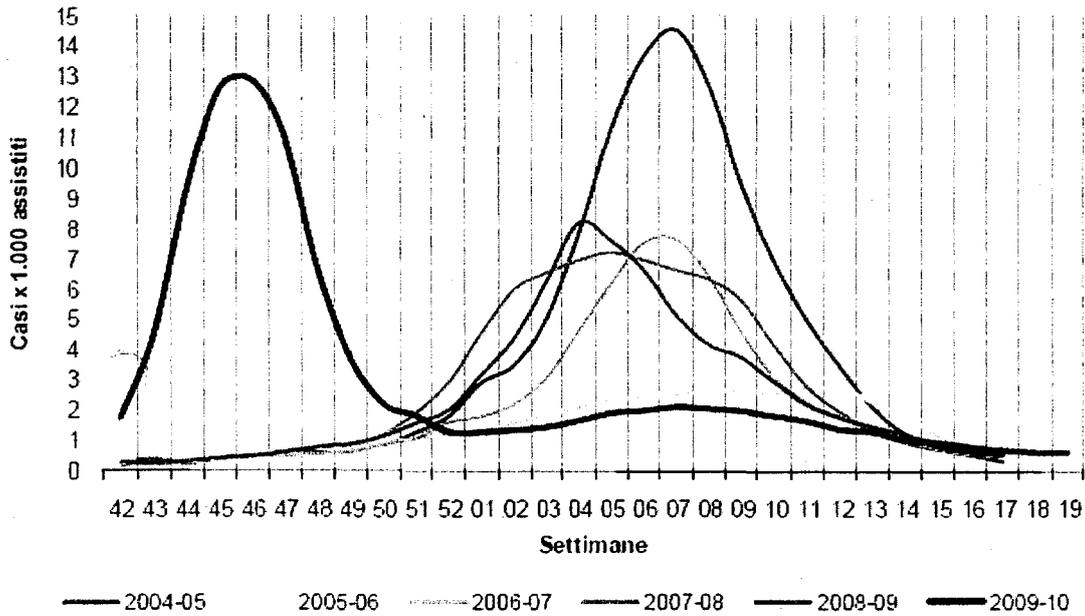
Incidenza dell'influenza per classi di età nella stagione 2009 - 2010



40

イタリア

Incidenza dell'influenza dalla stagione 2004-05 alla 2009-2010



イタリア

Circolazione virus influenzali epidemici e pandemici in Italia (rete Influnet)

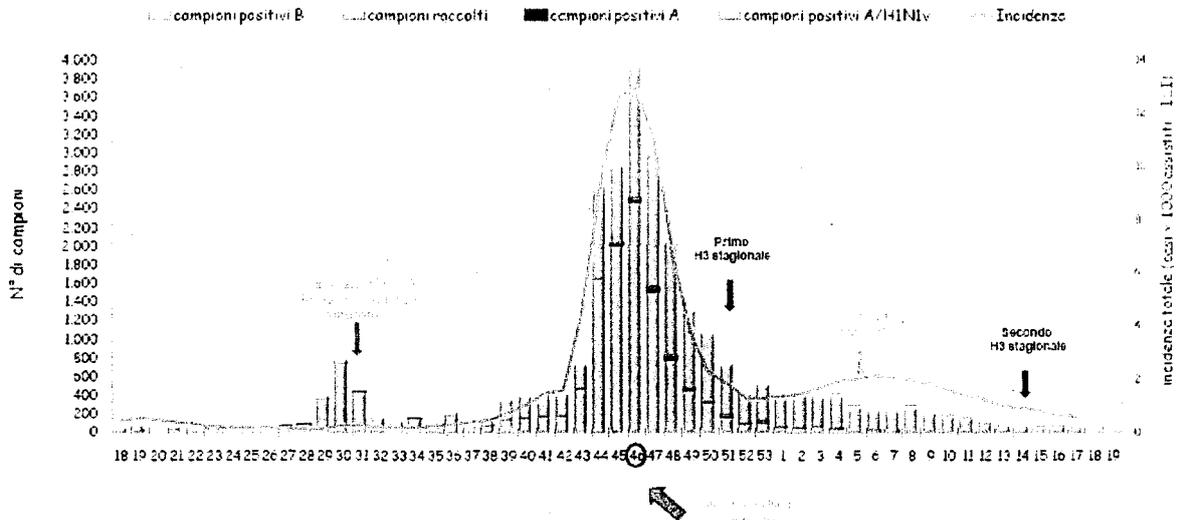


Figura 1. Dati virologici complessivi, relativi al periodo aprile 2009 - maggio 2010 (settimane 18/2009 - 19/2010)

シンガポール

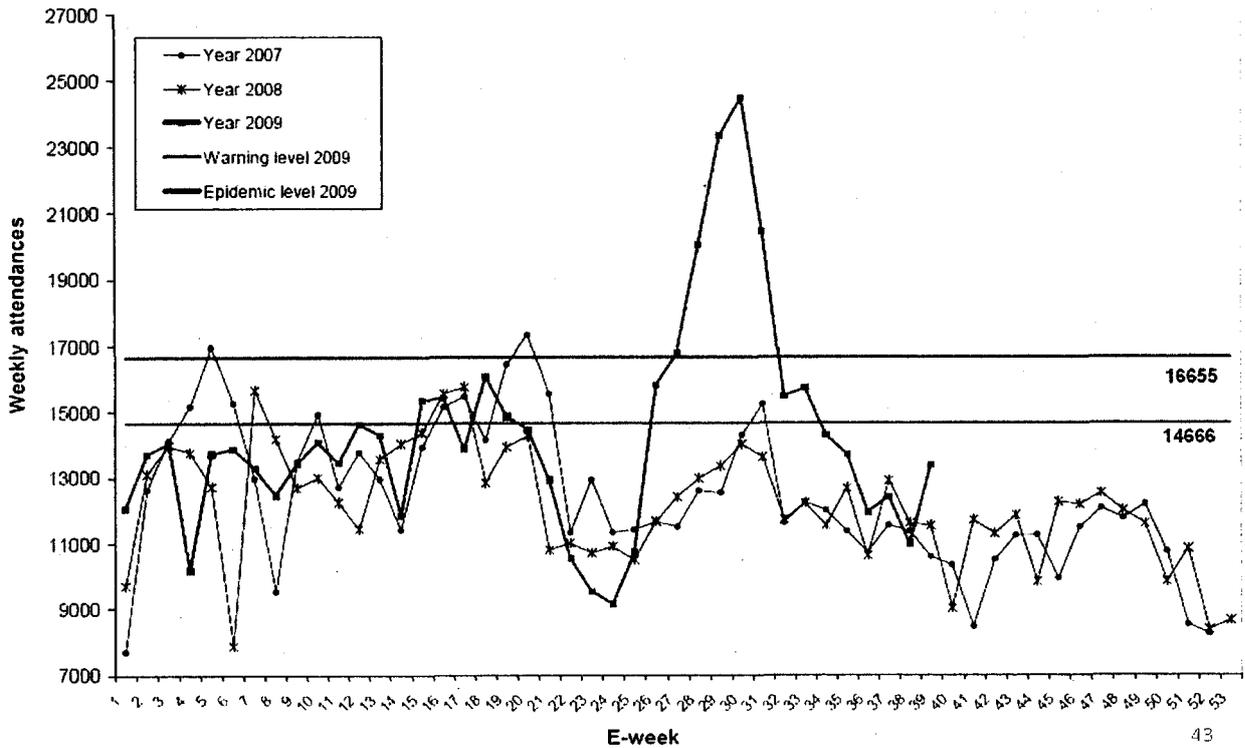
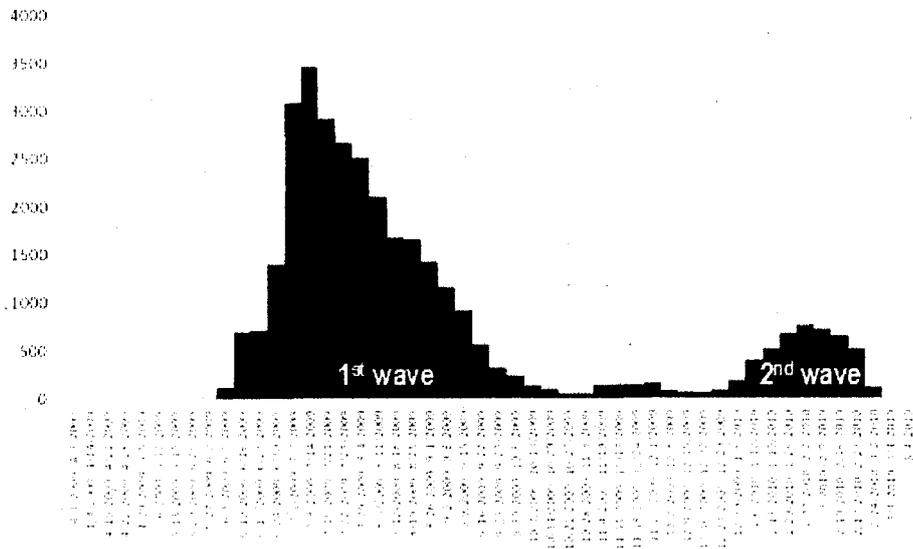


Fig. 2. Weekly polyclinic attendances of acute respiratory infection, year 2007 to 2009.

タイ

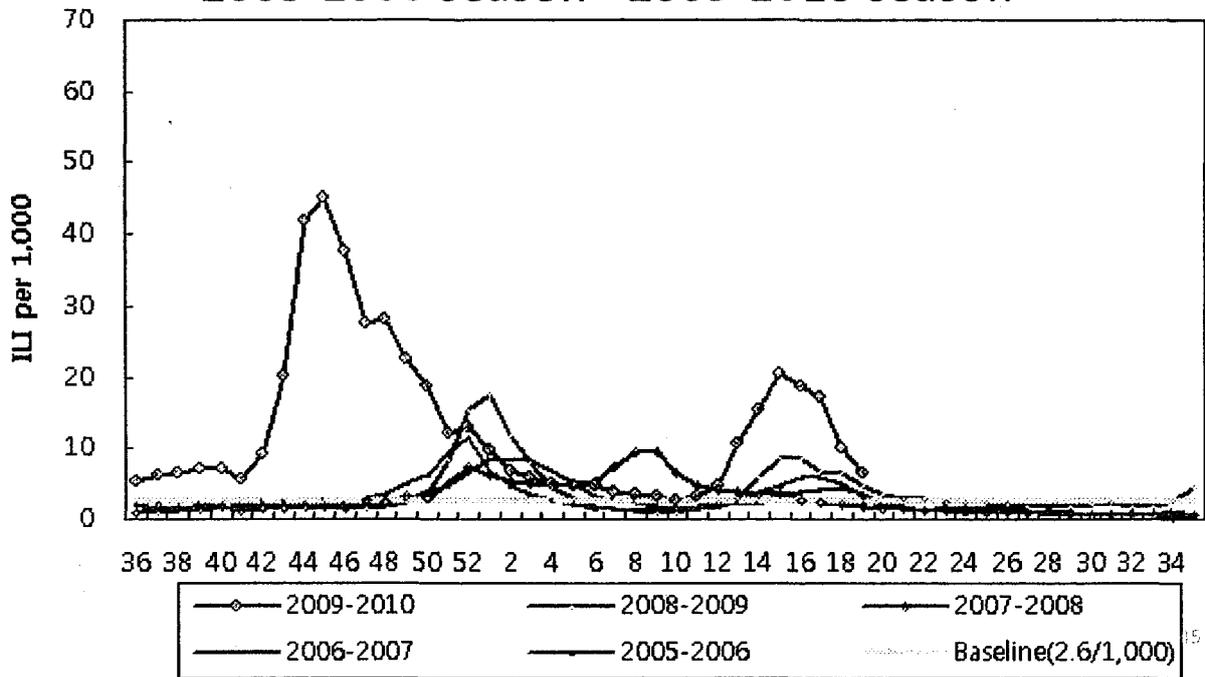
Figure 1 : Numbers of confirmed cases of influenza A (H1N1) 2009 in Thailand, by week, April 2009 - April 2010



Source: Bureau of Epidemiology, MOPH

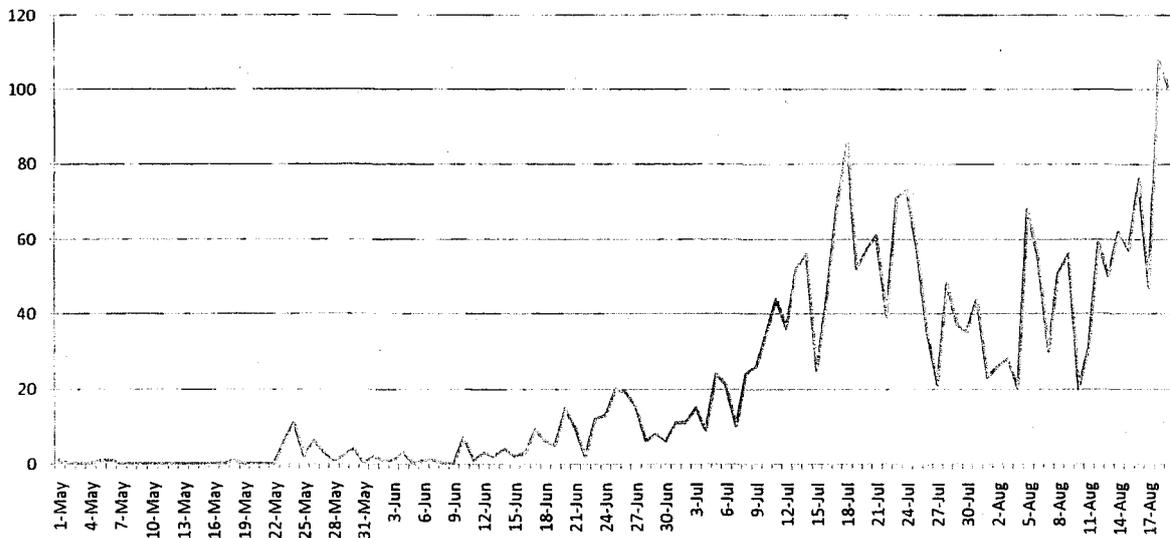
韓国

The weekly proportion of influenza-like illness visits per 1,000 patients, 2005-2006 season - 2009-2010 season



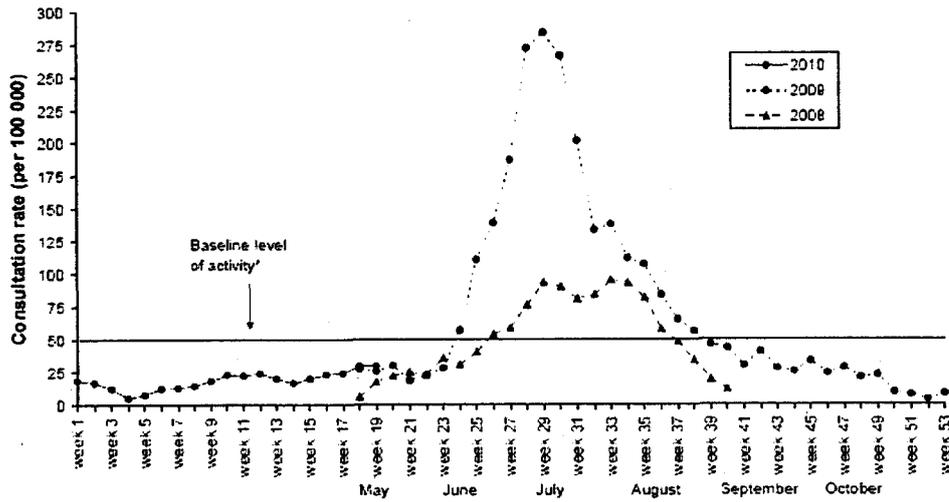
韓国

Confirmed Influenza A(H1N1) Cases Until Aug. 19



ニュージーランド

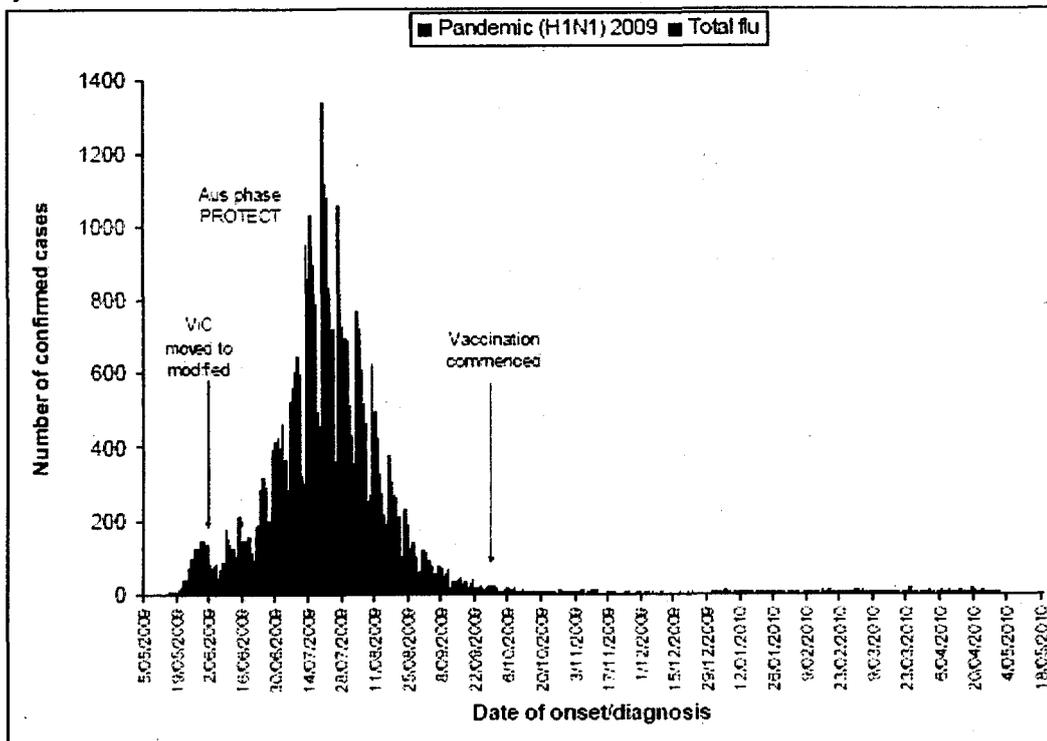
Figure 2: Weekly consultation rates for influenza-like illness in New Zealand, 2008, 2009 and 2010



* A weekly rate of 50 ILI consultations per 100 000 patient population is considered baseline activity. A rate of 50–249 is considered indicative of normal seasonal influenza activity, and a rate of 250–399 indicative of higher than expected influenza activity. A rate of 400 ILI consultations per 100 000 patient population indicates an epidemic level of influenza activity.

オーストラリア

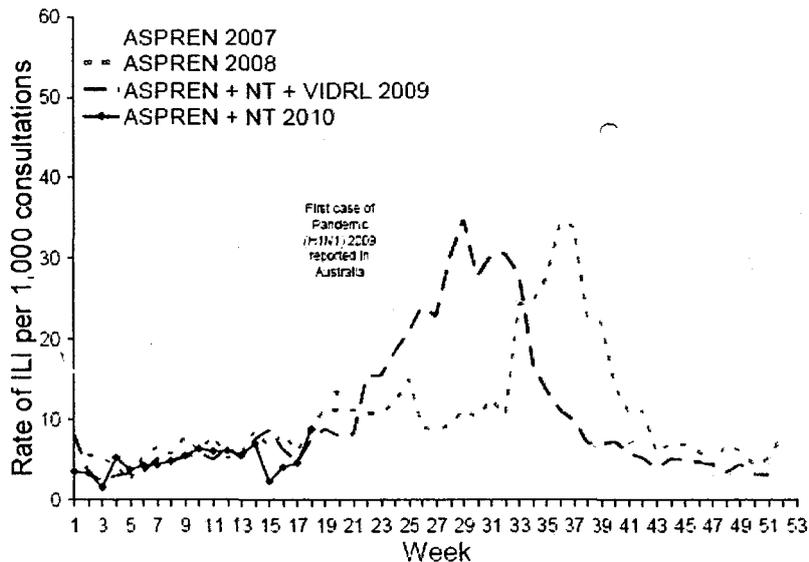
Figure 1. Laboratory confirmed cases of pandemic (H1N1) 2009 and total influenza in Australia, to 7 May 2010



Note: Total influenza series starts on 1 January 2010.
Source: NetEpi (2009; NSW 2010) and NNDSS (2010)

オーストラリア

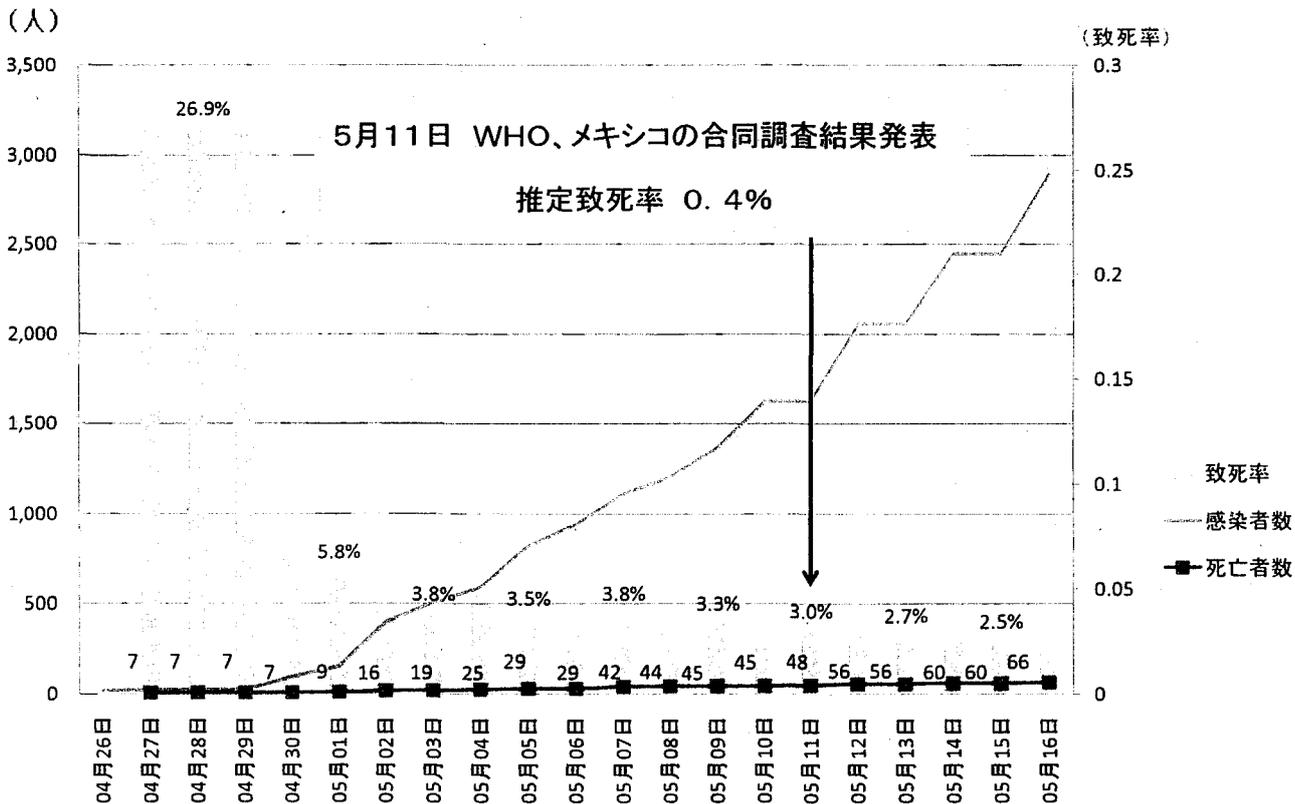
Figure 3. Weekly rate of ILI reported from GP ILI surveillance systems from 1 January 2007 to 2 May 2010*



* Delays in the reporting of data may cause data to change retrospectively. As data from the NT surveillance system is combined with ASPREN data for 2010, rates may not be directly comparable across 2007, 2008 and 2009.

SOURCE: ASPREN, and NT GP surveillance system.

メキシコの致死率の推移



出典：WHO Situation updates - Pandemic (H1N1) 2009

Science : Pandemic Potential of a Strain of Influenza A (H1N1): Early Findings, Neil M. Ferguson et al, May 11 2009

水際対策

51

検疫強化(4月28日～5月21日)

検疫の目的

「検疫の強化等により、できる限りウイルスの国内侵入の時期を遅らせることが重要である。しかしながら、ウイルスの国内侵入を完全に防ぐことはほぼ不可能であるということを前提として、その後の対策を策定することが必要である。」との行動計画の基本的考え方に従い、以下の対応を実施した。

<検疫方法・健康カード>

- ・有症者の有無に関わらず、北米3カ国(メキシコ、アメリカ(本土)、カナダ)来航の全便に対し、機内検疫を実施。
- ・検疫所への応援については、成田空港の場合、1日平均、医師約20名、看護師約40名
- ・全入国者に健康カード配布
(健康管理、発症時の発熱相談センターへの連絡を周知徹底)

<PCR検査>

- ・迅速診断キットで陽性等の場合に、PCR検査を実施
- ・結果判明まで有症者は医療機関にて待機

<隔離、停留、健康監視>

- ・患者の隔離、濃厚接触者の停留を実施
- ・北米3カ国からの全便について、機内ですべての乗員・乗客に健康状態質問票を配布し、機内にて回収。
- ・回収した質問票記載の情報を基に、検疫所より、自治体に対し健康監視を依頼。
(北米3カ国全入国者を対象。)

52

検疫強化変更点(5月22日以降)

5月22日～6月18日

＜検疫方法・健康カード＞

- ・北米3カ国(メキシコ、アメリカ(本土)、カナダ)からの来航便に対し、検疫官が機内に乗り込み「健康状態質問票」の記載の徹底等の呼びかけを実施。
- ・健康状態質問票の検疫ブースでの回収。

＜隔離、停留、健康監視＞

- ・濃厚接触者の停留を中止し、より慎重な健康監視を実施。
- ・その他の同乗者の健康監視を中止。

6月19日～9月30日

＜検疫方法・健康カード＞

- ・検疫ブースでの呼びかけ(健康状態質問票の回収の中止)。

＜PCR検査＞

- ・同一旅程の集団から複数の有症者が認められた場合に実施。

＜隔離、停留、健康監視＞

- ・患者の隔離を中止。
- ・患者の同一旅程の者については、都道府県に情報提供。

10月1日以降

- ・入国者への注意喚起等(基礎疾患を有する者等への受診勧奨)

検疫強化の概要(4月25日～6月18日)

1. 検疫の目的 : 検疫の強化等により、できる限りウィルスの国内侵入の時期を遅らせることが重要である。しかしながら、ウィルスの国内侵入を完全に防ぐことはほぼ不可能であるということを前提として、その対策を策定することが必要である(新型インフルエンザ対策行動計画)

2. 検疫の対象者と検疫法の適用(法的根拠が生じるのは、厚労大臣宣言による4月28日以降)

対象者	4月25日	4月26日、27日	4月28日～5月21日	5月22日～6月18日
患者(有症者)	A(+); 任意の医療機関搬送 A(-); 受診勧奨	A(+); 任意の医療機関搬送 A(-); 健康監視	隔離	
患者の濃厚接触者	—		停留	慎重な健康監視
発生国からの入国者	注意喚起		健康監視	注意喚起
その他の入国者	—		注意喚起	

3. 北米3国便に対する検疫の内容と実施場所

検疫の方法	4月25日	4月26日、27日	4月28日～5月21日	5月22日～6月18日
質問票の徴収	メキシコ便は機側	メキシコ便は機内	全便機内	事前通報便は機内
サーモグラフィ				検疫所健康相談室
有症者の迅速検査	—			質問表から把握
濃厚接触者の把握	—			事前通報便は機内
健康カードの配布	注意喚起ポスター	メキシコ便は機内		

(注)4月28日以降は全入国者に対して質問表徴収、サーモグラフィ監視、健康カード配布を検疫ブースで実施

検疫強化期間中の検疫所全体の検疫実績

(H21.4.28～6.18)

【概数】

	航空機		船舶		計	
	便数	乗員乗客数	隻数	乗員乗客数	便・隻数	乗員乗客数
4/28～5/21 (北米3国便)	9,800 (900)	1,646,000 (217,000)	3,000	94,000	12,800	1,740,000
5/22～6/18	11,000	1,626,000	3,500	97,000	14,500	1,723,000
計	20,800	3,272,000	6,500	191,000	27,300	3,463,000

検疫所の設置状況(H22.4.1現在)

13本所(海港:11 空港:2)

14支所(海港:7 空港:7)

83出張所(海港:63 空港:20)

計110

55

検疫所における発生当初の診断手順と対応

(平成21年4月29日付け結核感染症課長通知 別紙2) 本手順は、平成21年5月2日感染研からの新型用PCRプライマー配布まで使用。

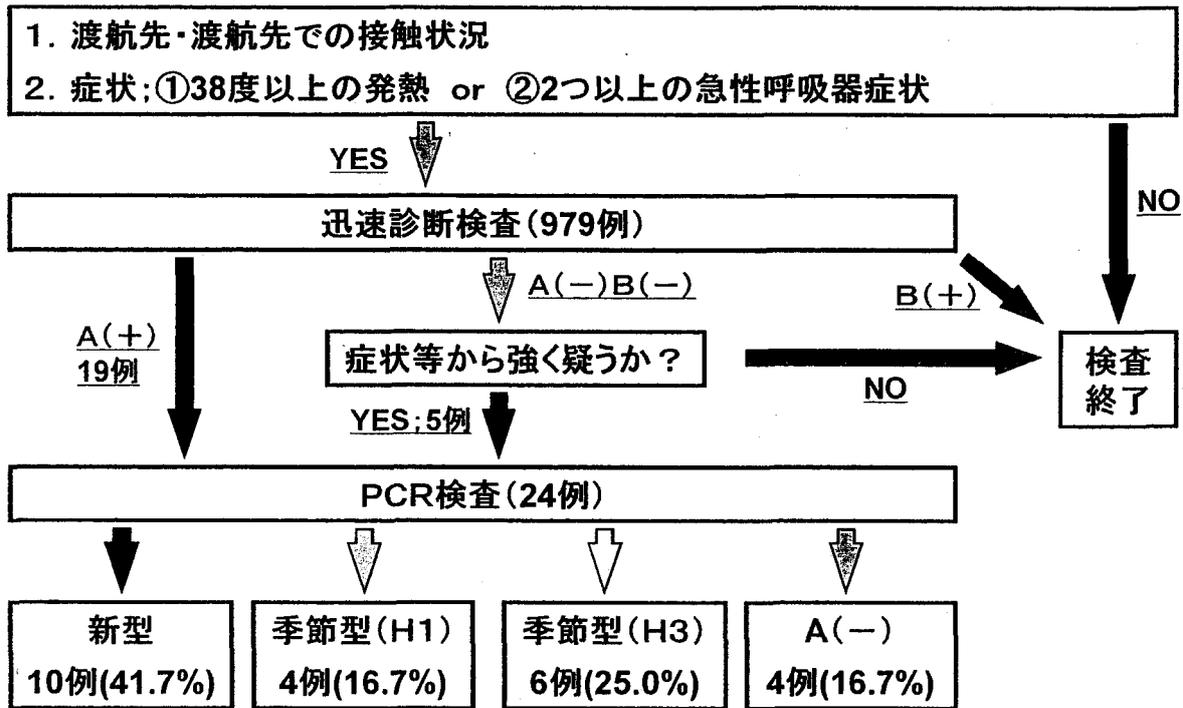
	症状	迅速診断キット	PCR		対応
メキシコ	発熱又は急性呼吸器症状	A型陽性	H3陰性		本人:隔離 接触者:停留
			H3陽性		入国後健康監視
		A型陰性 B型陰性	臨床的に強く疑われる場合*	H3陰性	本人:隔離 接触者:停留
				H3陽性	入国後健康監視
		上記以外の場合		入国後健康監視	
A型陰性 B型陽性	実施せず		入国後健康監視		
米国等の発生国	発熱又は急性呼吸器症状	A型陽性	H3陰性		本人:隔離 接触者:停留
			H3陽性		入国後健康監視
		A型陰性 B型陰性	臨床的に強く疑われる場合*	H3陰性	本人:隔離 接触者:入国後健康監視
				H3陽性	入国後健康監視
		上記以外の場合		入国後健康監視	
A型陰性 B型陽性	実施せず		入国後健康監視		

※ 臨床的に強く疑われる場合とは、インフルエンザ様症状や滞在地における接触歴等により判断される。

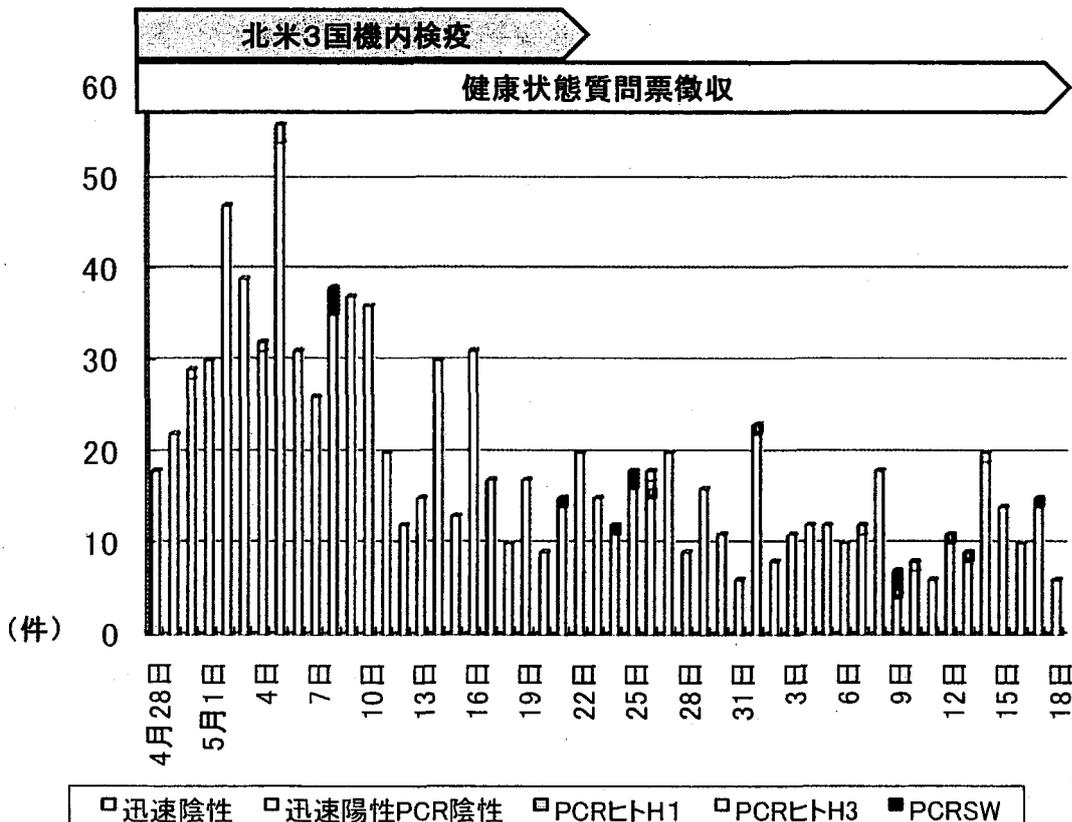
56

検疫強化期間における有症者の概要

(H21.4.28~6.18)



検疫所における検査 (迅速診断・PCR) 結果



隔離及び停留の対象者数

事例	到着日	出発地	隔離数	停留数	備考
①	H21.5.8	米国(デトロイト)	3	49	
②	"	"	1	—	①の停留者のうちの1名(PCRは千葉県実施)
③	H21.5.21	米国(シゴ)	1	11	運用指針改定に伴い5/22に停留解除
④	H21.5.24	カナダ(バンクーバー)	1	—	
⑤	H21.5.25	米国(ロサンゼルス)	2	—	
⑥	H21.6.9	カナダ(トロント)	2	—	
⑦	H21.6.16	米国(ホノルル)	1	—	運用指針改定に伴い6/19に隔離解除
計			11	60	

※機内検疫期間(H21.4.28～5.21)の隔離は5名(うち1名は停留中に発症)

59

北米3国直行便の機内検疫実績(H21.4.28～5.21)

北米3国便(メキシコ、米国(本土)、カナダ)からの定期便は、成田、関西、中部空港のみに就航。

成田空港では、午後に集中して到着したため、対応人員に苦慮した。

北米3国直行便の機内検疫実績

1日平均便数

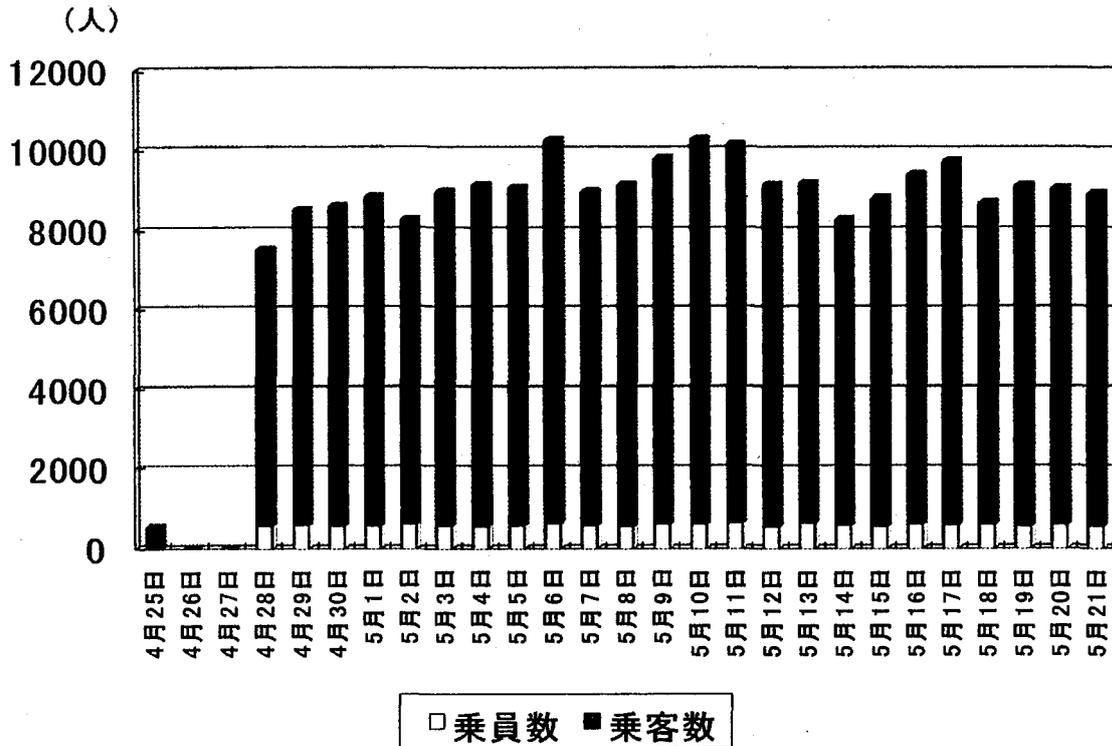
成田空港	約 37 便/日
関西空港	約 2 便/日
中部空港	約 1 便/日
合計	約 40 便/日

空港	機数	乗員乗客数
成田空港	857	203,097
関西空港	34	7,284
中部空港	16	6,337
計	907	216,718

(注)乗員乗客数には、トランジット(乗り換え)客数を含む。
プライベート機、貨物機を除く。

60

機内検疫の実施状況(人数)



61

機内検疫期間の健康監視結果

(H21.4.28~5.21)

北米3国直行便の機内検疫実績

空港	機数	乗員乗客数
成田空港	857	203,097
関西空港	34	7,284
中部空港	16	6,337
計	907	216,718

健康監視実施者数



129,546名

うち、確定患者3名を確認

延べ人数: 約90万 (約4万人/日)

保健所当たり: 約1,700(約77人/日)

(注)乗員乗客数には、トランジット(乗り換え)客数を含む。
プライベート機、貨物機を除く。

62

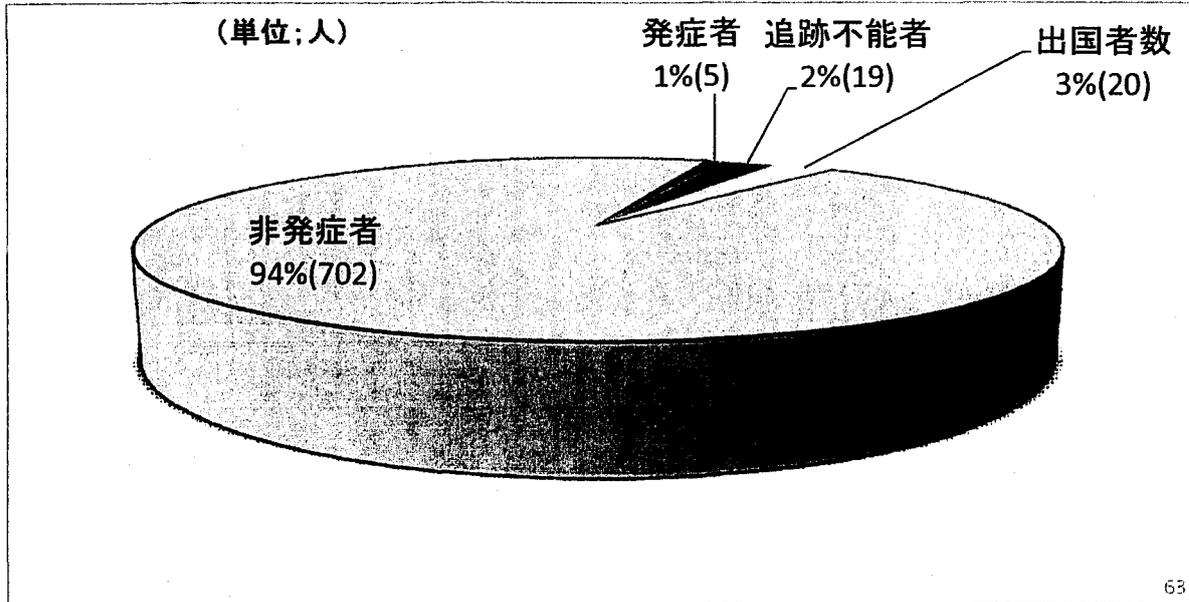
濃厚接触者の健康監視結果

(H21.4.28~6.11)

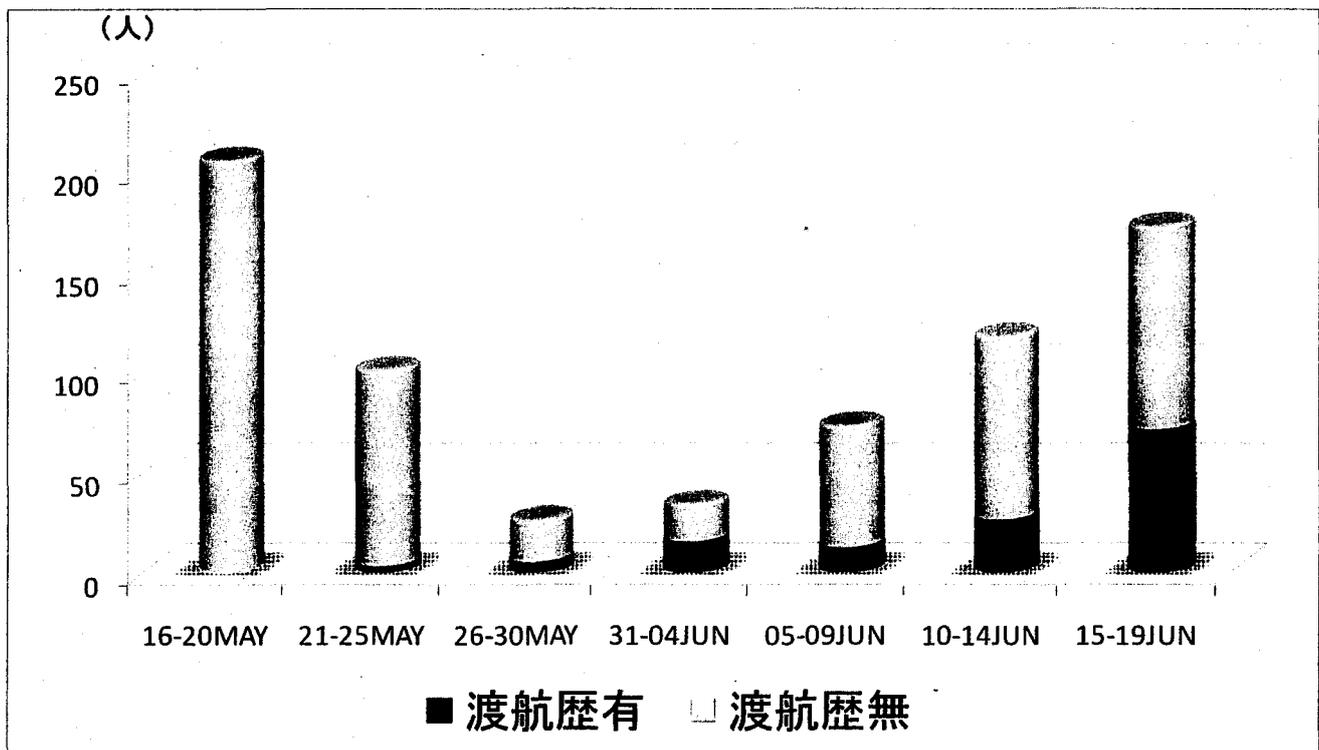
濃厚接触者のうち健康監視期間内に発症した者は5名のみであり、いずれも患者と同一旅程の者。

うち4名は機内隣接座席の者だが、初発患者との発症日の差は最長でも1日である。

※運用指針変更に伴い、6月12日以降は健康監視期間途中で終了となったため、11日までの数値。

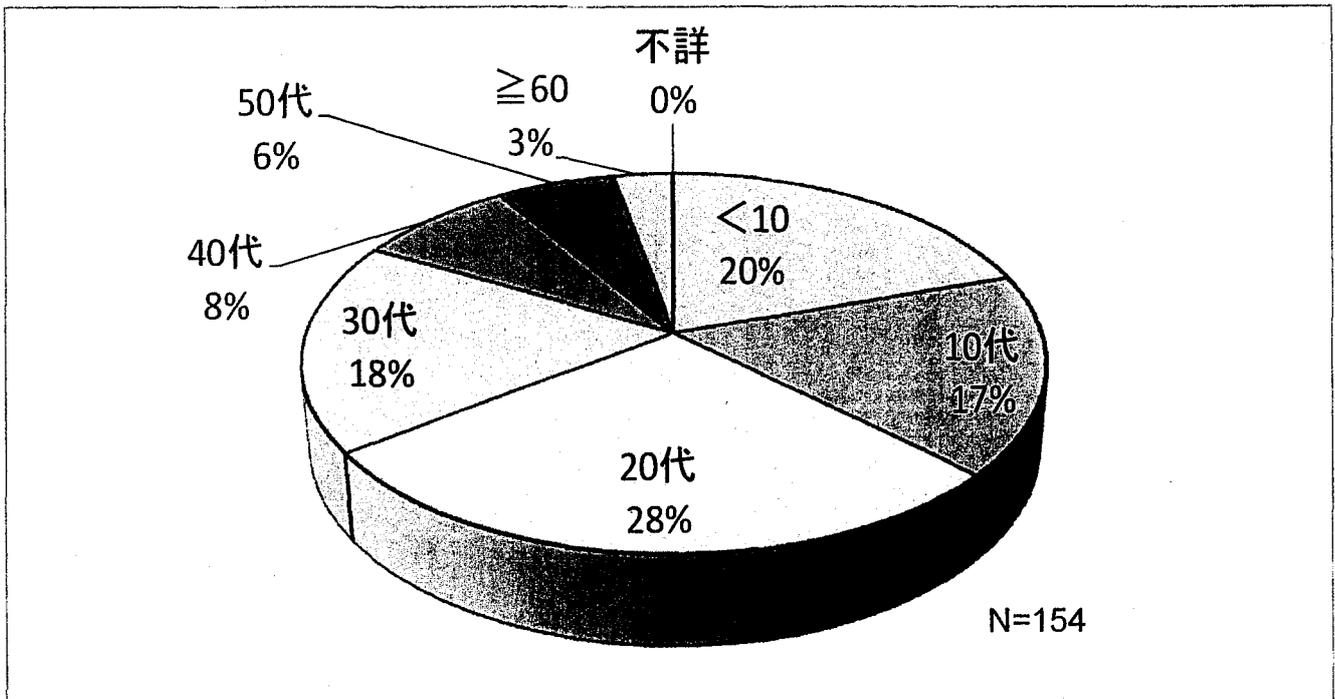


渡航歴有無別国内発生患者の推移



渡航歴のある国内発生患者の年齢割合

(H21.4.28~6.18)



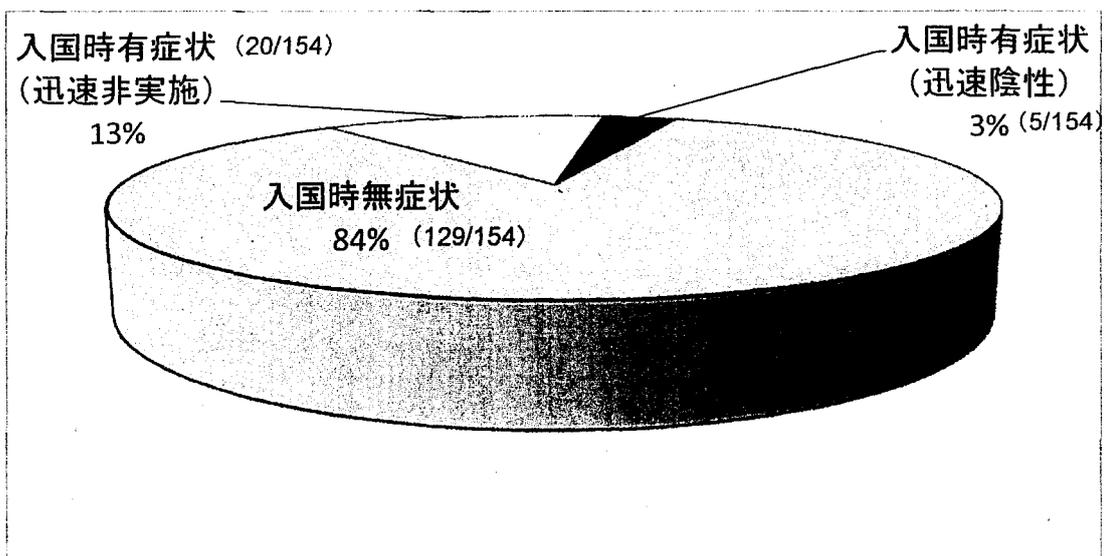
55

渡航歴のある国内発生患者の検疫時の状況

(H21.4.28~6.18)

渡航歴を有する国内発生患者の

- ①84%は検疫時無症状
- ②13%は有症状だが症例定義に該当しない等により迅速診断非実施
- ③3%は迅速診断を実施したが陰性



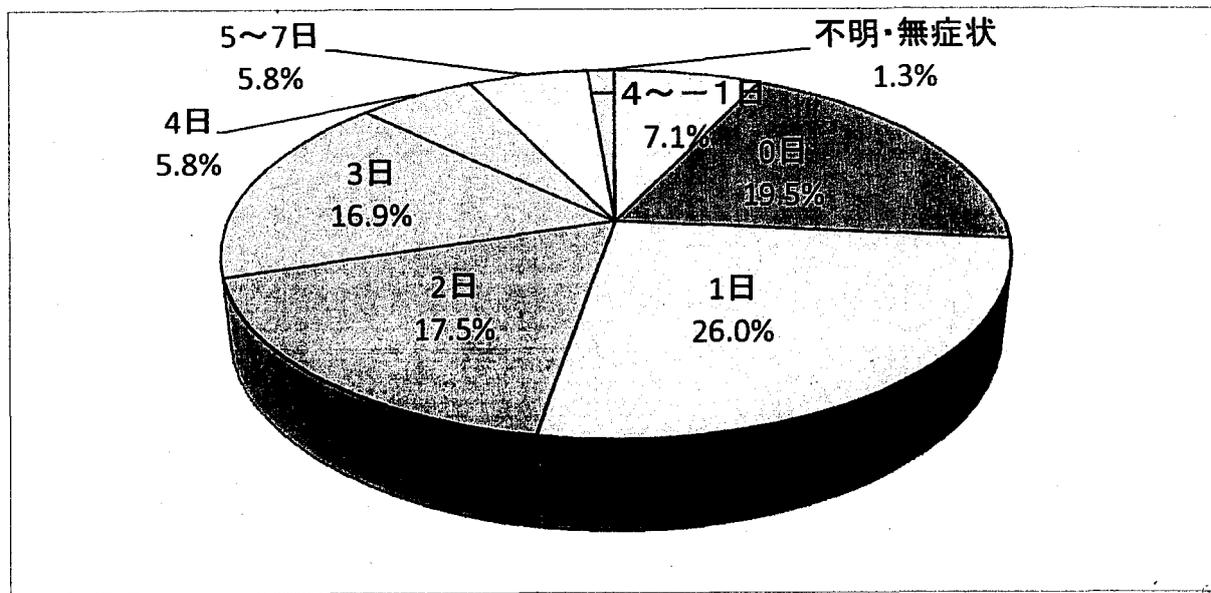
56

国内発生患者の入国から発症までの期間

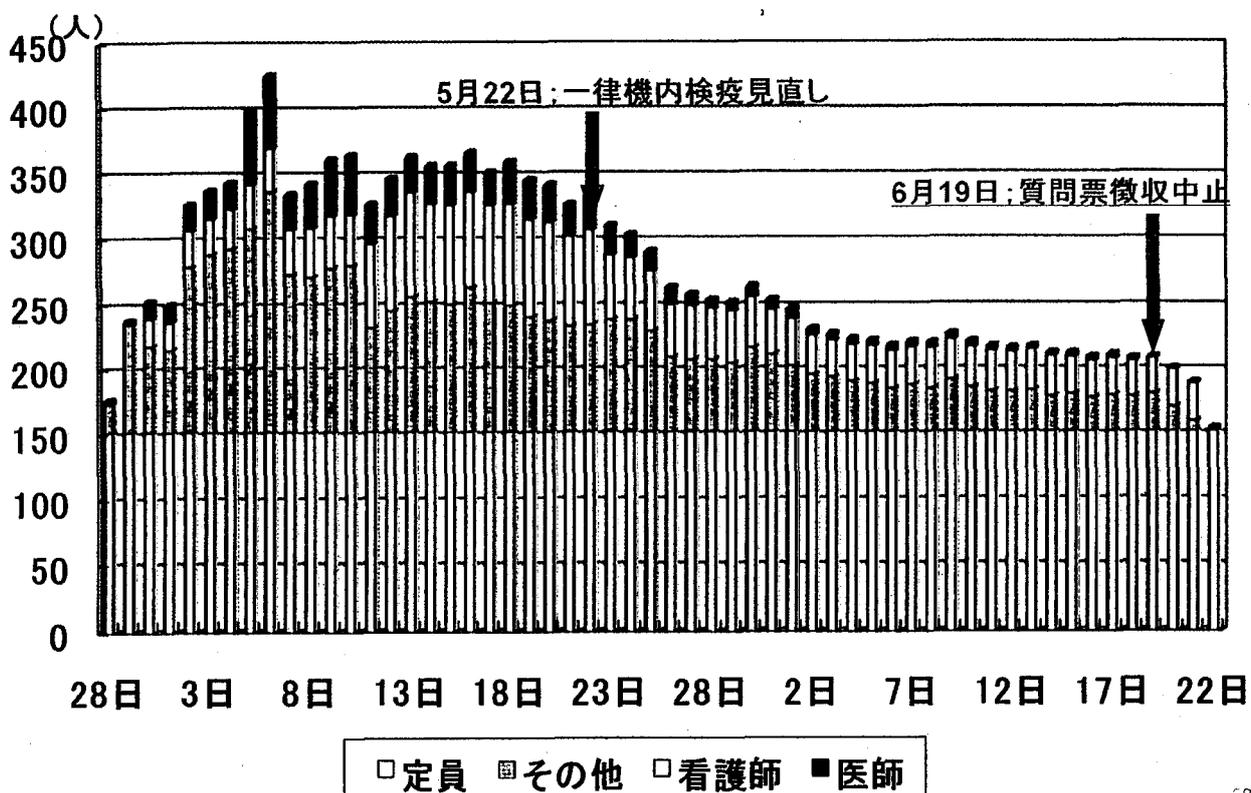
(H21.4.28~6.18)

- ①国内発生患者の7割以上は入国時無症状
- ②国内発生患者の約9割は入国後3日以内に発症

N=154

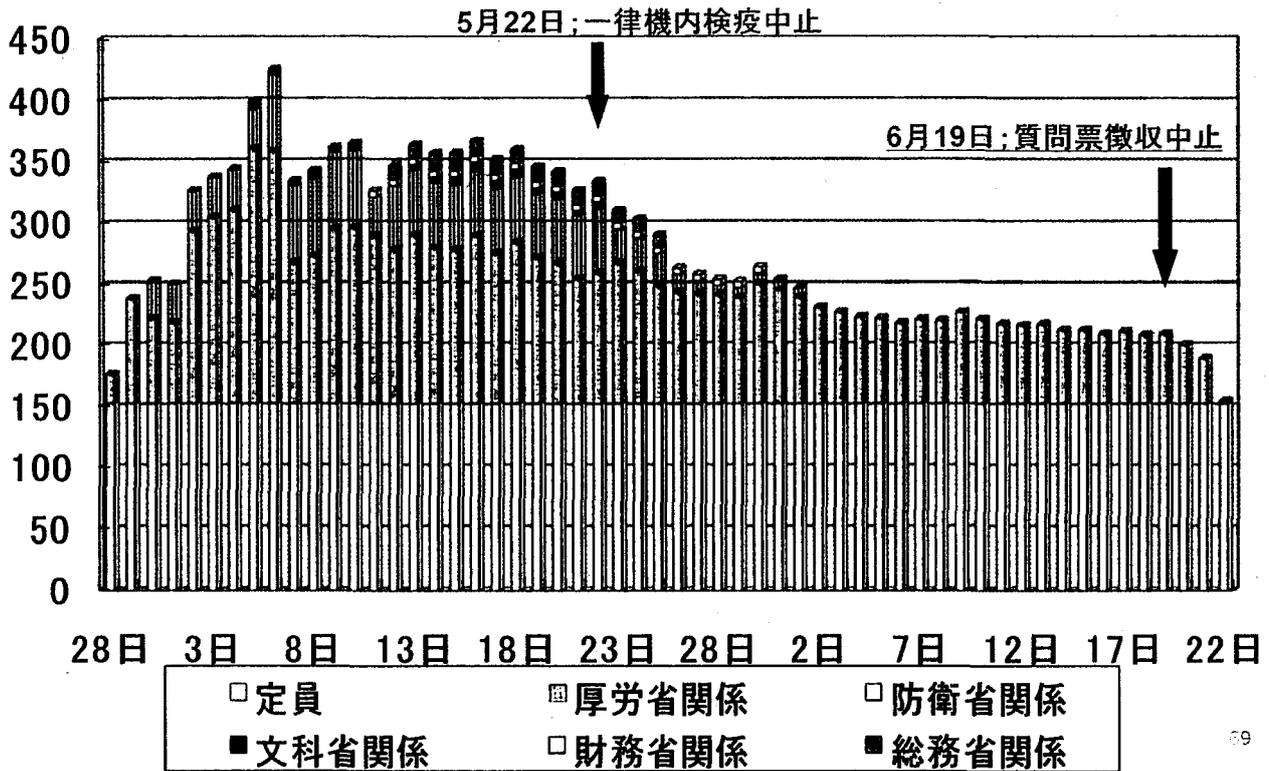


成田・中部・関西空港の人的支援状況(職種別)



成田・中部・関西空港の人的支援状況(所属別)

(人)



検査強化期間中における検査所への応援者数①

5空港検査所(成田、関西、中部、福岡、羽田)への検査応援人員数

(単位:人)

期間	H21.4.28~5.21(24日間)				H21.5.22~6.18(28日間)				H21.6.19~21(その他12日間)		計
	主な検査対応								延べ人数	延べ人数	
	機内検査・停留 隔離・質問票回収										
内訳	延べ人数			実員	延べ人数			実員	延べ人数	延べ人数	
	1日平均	最大日 (曜日)			1日平均	最大日 (曜日)					
成田空港検査所	3,427	143	209(5/6)	792	1,921	69	156(5/22)	526	108	5,456	
内訳											
医師	476	20	43(5/6)	173	154	9	21(5/22)	72	3	633	
看護師	974	41	69(5/13)	196	787	28	67(5/22)	176	62	1,823	
その他	1,977	82	142(5/6)	424	980	32	77(5/24)	277	43	3,000	
関西空港検査所	566	24	38	224	433	15	20	68	24	1,023	
内訳											
医師	132	6	7	99	42	3	4	8	0	174	
看護師	112	5	8	94	154	6	7	32	12	278	
その他	322	13	23	31	237	8	6	28	12	571	
中部空港検査所支所	344	14	26	110	127	5	10	17	14	485	
内訳											
医師	55	3	4	41	2	0	1	1	0	57	
看護師	58	3	4	44	42	3	3	8	9	109	
その他	231	10	20	25	83	3	8	8	5	319	
福岡空港検査所支所	54	2	5	53	6	0.2	2	6	0	60	
内訳											
医師	32	1.3	4	32	3	0.1	1	3	0	35	
看護師	22	0.9	2	21	3	0.1	1	3	0	25	
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
東京空港検査所支所	17	0.7	4	12	28	1	2	13	0	45	
内訳											
医師	9	0.4	3	7	18	0.6	1	7	0	27	
看護師	8	0.3	1	9	10	0.4	1	6	0	18	
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(5空港)計	4,408	184	279(5/6)	1,191	2,515	90	184(5/22)	629	146	7,069	
内訳											
医師	704	29	61(5/5)	352	219	8	27(5/22)	101	3	926	
看護師	1,174	49	80(5/13)	359	996	36	74(5/22)	225	83	2,253	
その他	2,530	105	135(5/6)	480	1,300	46	87(5/24)	303	60	3,890	

検疫強化期間中における検疫所への応援者数②

成田空港検疫所に対する医師及び看護師の応援人員
(平成21年4月28日～5月21日)

(単位:人)

	医師		看護師	
	延べ人員	1日平均	延べ人員	1日平均
他検疫所	0	-	7	-
厚生労働本省	60	2.5	8	-
国立ハンセン病療養所	0	-	232	9.7
防衛省	242	10.1	452	18.8
国立国際医療センター	44	1.8	0	-
(独)国立病院機構	32	1.3	48	2.0
(社)全国社会保険協会連合会	33	1.4	34	1.4
(独)労働者健康福祉機構	16	0.7	18	0.8
恩賜財団済生会	19	0.8	24	1.0
国家公務員共済組合連合会	0	-	55	2.3
NTT東日本病院	0	-	46	1.9
国立大学法人等	30	1.3	50	2.1
計	476	20	974	41

71

検疫強化期間中における停留施設への応援者数

停留施設に対する応援者数

(単位:人)

期間	H21. 4. 28~5. 21 (24日間)				H21. 5. 22~5. 31 (10日間)				計
	← 機内検疫・停留 →								
	← 隔離・質問票回収 →								
主な検疫対応	延べ人数			実員	延べ人数			実員	延べ人数
	1日平均	最大日 (該当日)			1日平均	最大日 (該当日)			
成田空港検疫所	541	23		90	59	6		1	600
内訳	医師	69	3	3(5/8地)	32	7	1	1(5/22他)	76
	看護師	89	4	4(5/9他)	58	0	0	-	89
	その他	383	16	26(5/15他)	126	52	5	11(5/22他)	435
関西空港検疫所	285	12		30	0	0			285
内訳	医師	26	1	2(5/8他)	16	0	0	-	26
	看護師	15	1	1(5/8他)	14	0	0	-	15
	その他	244	10	29(5/5)	92	0	0	-	244
中部空港検疫所支所	145	6		4	5	1			150
内訳	医師	16	1	2(5/6他)	2	0	0	-	16
	看護師	12	1	2(5/6他)	2	0	0	-	12
	その他	117	5	16(5/6)	32	5	1	5(5/22)	122
計	971	40		124	64	6		1	1,035
内訳	医師	111	5	3(5/9他)	50	7	1	1(5/22他)	118
	看護師	116	5	2(5/6他)	74	0	0	-	116
	その他	744	31	29(5/5)	250	57	6	11(5/22他)	801

72

各国の空港における発生初期の水際対策について

	日本	韓国	タイ	シンガポール	フランス	カナダ	
① 対応期間	2009.4.28~5.21	2009.4.24~7.26	(無回答)	2009.4.26~7.8	2009.4.28~6.11	2009.4.23~5.5	
② 検疫強化の対象国	メキシコ、米国、カナダ	メキシコ、米国、カナダ、英国、スペイン、オーストラリア、ニュージーランド、チリ、フィリピン、タイ、香港	特定なし	全ての国	メキシコ、米国、カナダ、パナマ、ドミニカ共和国、チリ、アルゼンチン、日本、オーストラリア	メキシコ	
③ 空港の集約	×	○(～9.15)	×	×	×	×	
④ 減便	×	×	×	×	×	×	
⑤ 機内検疫	全世界便	×	×	×	×	×	
	発生国便	○	×	×	×	○	
	有症者のある便のみ	—	○(～9.15)	×	×	×	
⑥ 体温測定方法	計測機器の種類	サーモグラフィ	サーモグラフィ	サーモグラフィ	×	口腔体温計	
	計測場所	航空機内(～5.21)及び検疫ブース	航空機内(～9.15)及び検疫ブース	到着口	入国管理の手前	機内、検疫検査室、税関検査場内	
	コメント					有症者のみ測定	
⑦ 患者の隔離		○(～6.18)	○	○	○	×	
	実施した場合、その人数	5人	(無回答)	(無回答)	368人	68ケース	(無回答)
	隔離場所	指定病院		病院又は自宅		専門病院	自発的隔離を奨励
⑧ 濃厚接触者の停留		○	○(～9.15)	○	○	○(～7.27)	×
	有りの場合、その対象者・範囲	患者の前後左右3列、対応した乗務員	(無回答)	(無回答)	患者の前後3列	患者の同列全員と前後2列	—
	実施した場合、その人数	60人	(無回答)	多数ではない	(無回答)	(無回答)	—
⑨ 健康状態質問票の記載・回収	全世界便	○(～6.18)	○(～9.15)	○	○	(○6.12～7.27)	×
	発生国便	—	—	—	—	○	×
	コメント					追跡調査票	
⑩ 患者以外の追跡調査	全便	○(～5.21)	○	×	×	○	×
	患者が発生した便のみ	(○～6.18)	○	○	○	(○6.12～7.27)	×
	実施方法	保健所職員による電話又は訪問	(無回答)	航空会社の協力の下実施	(無回答)	保健省又は地方職員による電話及び訪問	—
⑪ 注意事項リーフレット等の配布	○(～現時点)	○(～現時点)	○(～現時点)	○(～現時点)	○(～2.15)	○(～現時点)	

厚生労働省とりまとめ資料 73

WHOによる各国の発生初期の水際対応に関する予備的とりまとめ(抜粋)

調査方法： 2009年11月、WHO地域事務所を通じて、加盟国にアンケート調査を実施。
 回答： 56カ国 (うち、17カ国が全項目に回答)
 結果(抜粋)：

- 渡航自粛勧告 26カ国/56カ国 (2カ国は発生国からの渡航者の入国を禁止)
- 検疫(entry screening)実施 4/20～7/31 34カ国/56カ国

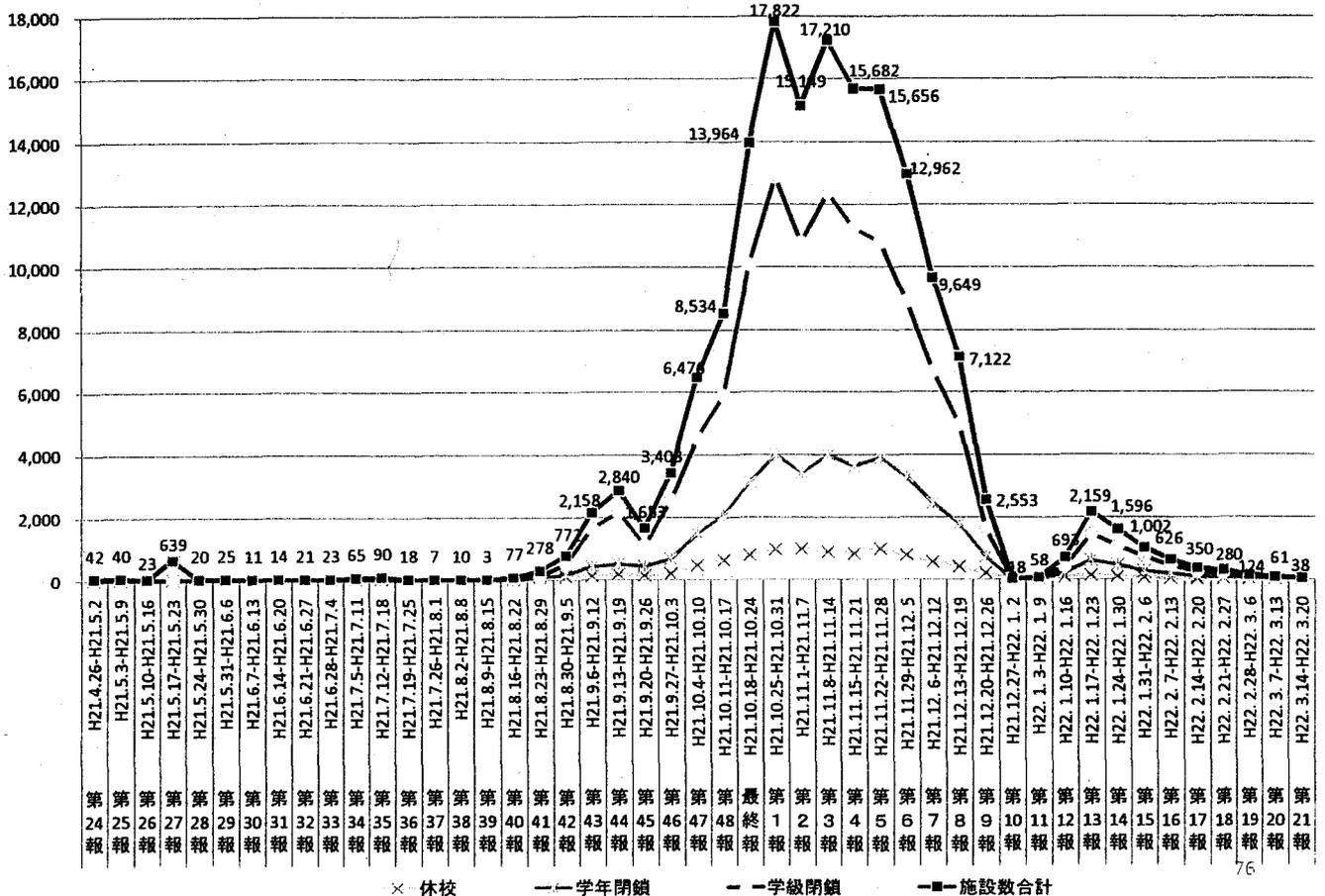
<17カ国(全項目回答)のうち>

- 空港検疫実施 4/20～7/30 10カ国/17カ国
- 空港での患者発見 4/20～7/30 4カ国/10カ国 平均発見数 1人/10,000人
- 空港検疫実施国全体での患者発見数 199人/5,200万人 = 4人/百万人
- 隔離実施 15カ国/17カ国 (7カ国:症状のみ 1カ国:迅速キット 8カ国:PCR)
- 停留実施 10カ国/17カ国 期間:8日間(中央値)
対象:2又は3列以内の者(殆どの国)

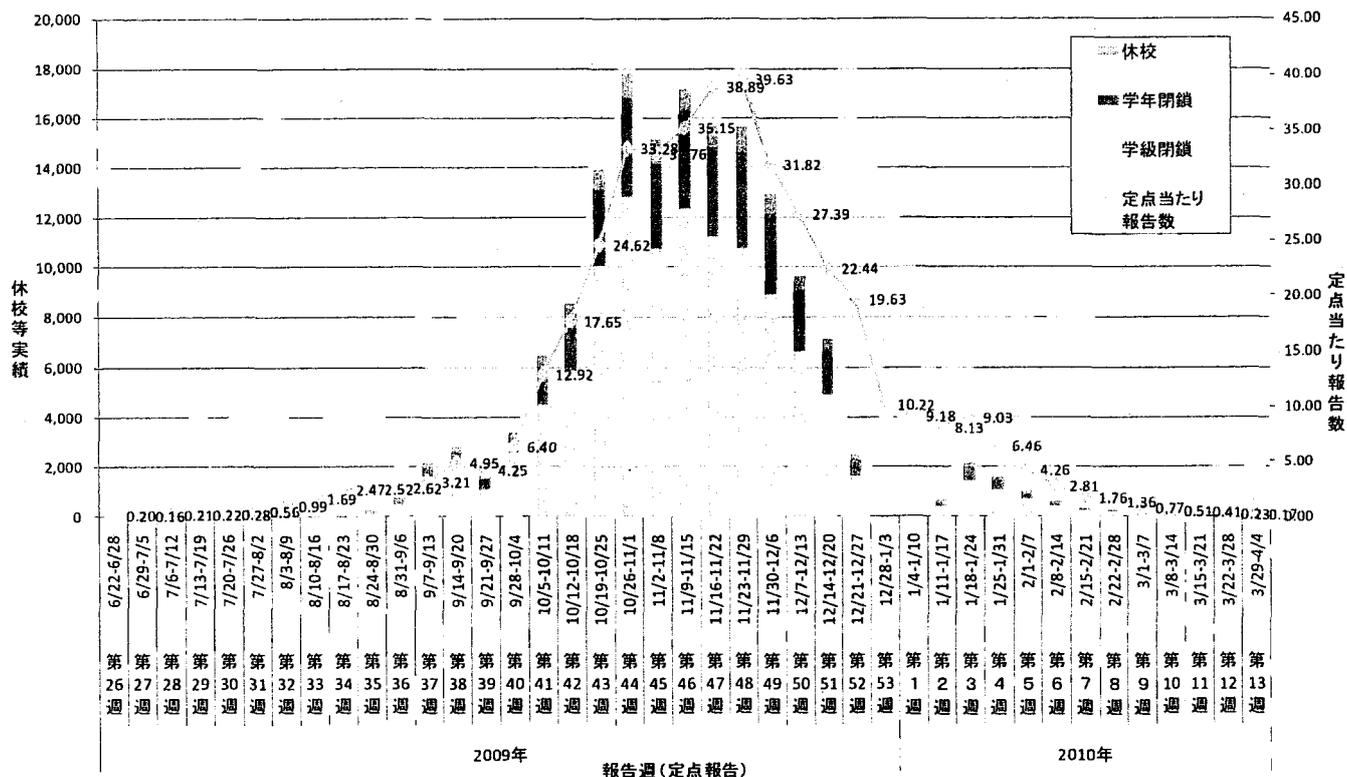
- 検疫は国内への侵入遅延効果があったか。
効果があった 9カ国/16カ国 証拠はなかった 7カ国/16カ国

公衆衛生対策

インフルエンザ様疾患発生報告における施設数の推移



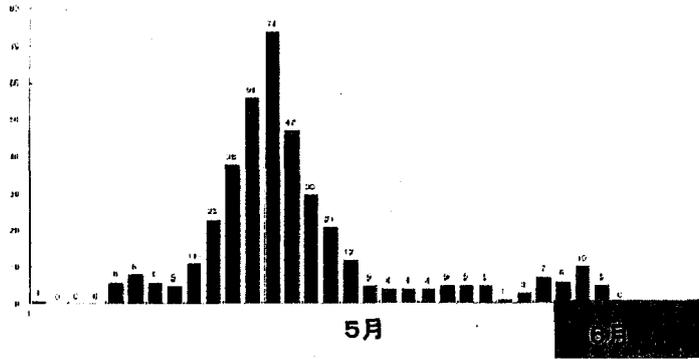
全国における休校等実績および定点当たり報告数



学校の臨時休業の法的規制について

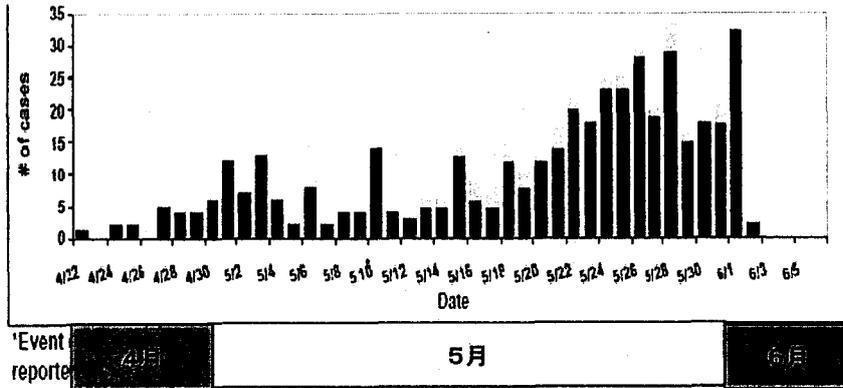
- カナダ
州及び準州、地方政府が学校休業の決定責任を有する。
ブリティッシュコロンビア州の2校のみ臨時休校を行った。
- シンガポール
学校の臨時休業を行う場合の法的根拠は、感染症法 (Infectious Diseases Act.) にある。
なお、学校閉鎖は実施していない。
- タイ
パンデミックインフルエンザに対する学校の臨時休業に関する立法規定はない。しかしながら、教育省は学校の臨時休業を行う法的な根拠を有しており、他の緊急事態、例えば、自然災害、政治的デモといった場合に適用されている。
- フランス
市長および知事、各県の長 (基礎行政単位、フランスには99の県がある) が学校の閉鎖について決定できる。教育委員会は助言を行うことはできても、決定を下すことはできない。学校の臨時休業については法律上可能で、公衆衛生上の問題のみならず、治安上の問題でも閉鎖可能である。H1N1パンデミックインフルエンザの場合、2009年9月に「通知」が教育省、内務省、健康省により発行され、学級および学校の閉鎖についての原則を説明している。「通知」は中央省庁からサービス (現業) 部門に向けた行政上の文書
一部の学校では2009年の9月から10月末まで閉校した学校もあったが、県レベルもしくは、国レベルで組織的かつ大規模な閉鎖を行ったことはない。
- 韓国
学校保健法 (School Health Act) 14条 (病気の予防) に基づく。感染症の予防と学校保健の為に必要な場合、監督事務所の長が関係する学校の閉鎖を命じることができる。また必要な場合、学校長は閉校ができる。
- 日本
学校保健安全法 第20条 (臨時休業) に基づく。
(学校の設置者は、感染症の予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。)

パンデミックインフルエンザ 流行パターンの違い 日本(近畿エリア)、米国(ユタ州)



日本・近畿エリア
390人感染
入院患者なし
(2009年6月4日現在)

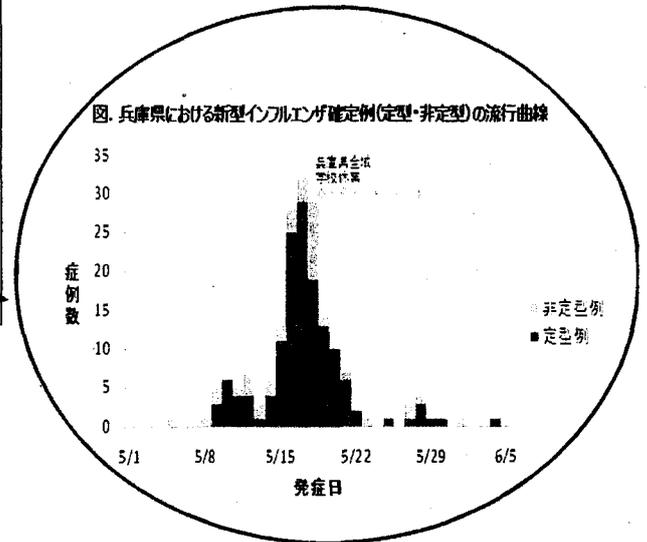
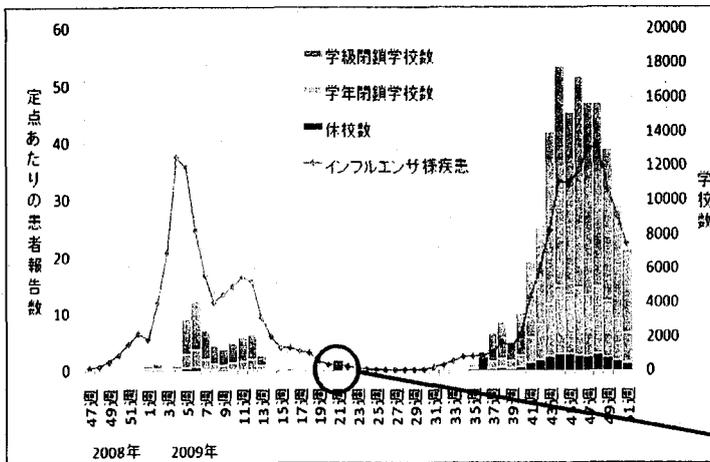
資料:厚生労働省



USA- ユタ州
489人感染
35人入院
2人死亡
(2009年6月4日現在)

資料: Utah department of Health.

学校・学年・学級閉鎖と流行パターン 日本



学校、学年、学級閉鎖

学校閉鎖は、

- 感染のピークを下げ平坦化、ピーク時には、医療への需要を30~50%減
- 罹患率における影響は比較的小 (<20%削減)
- 経済、社会的コストへの影響大 (親や保護者が休んだ子どもの面倒をみるために仕事を欠勤することによる)

出典:WHO 進藤奈邦子特別ゲスト作成資料より

学校閉鎖、各国の経験1

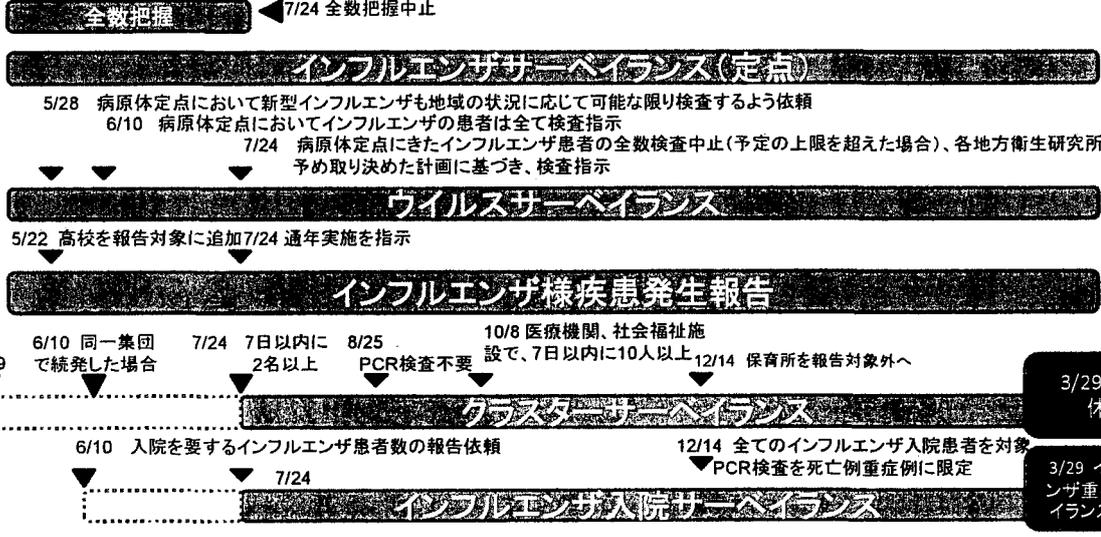
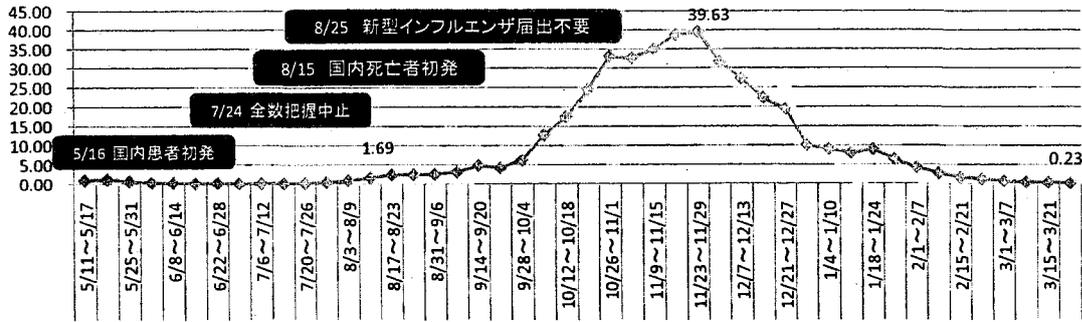
- 日本 (安田、鈴木 2009 EuroSurveillance) :
数学モデル。曝露後予防投与、家庭隔離、学校閉鎖を組み合わせると、地域での感染者数が顕著に減少。新型インフルエンザにおいてもたとえワクチンの供給が遅れても感染の拡大を軽減と、示唆。
- 香港 (Cowling et al 2010) :
2009年5月1日に渡航歴のある最初の感染者が発生、6月11日に渡航歴のない最初の感染者報告。その後、一斉に学校閉鎖し、そのまま夏期休暇につなげた。休暇 (夏休み等) により25%の感染性の減少を示唆。
- オーストラリア (パース) (Effler et al 2010 EID) :
H1N1pdm1による学校閉鎖の影響を受けた家族への調査。親の47%は学校閉鎖は適切な判断としたが、無症候性の生徒の親の45%が子供のために1日以上仕事を休む必要があった。35%において、チャイルドケアの手配が必要だった。また、学校閉鎖1週間の間、74%の生徒は一回以上の外出をした。(平均すると一人あたりの生徒につき3.7回の外出。)

出典:WHO 進藤奈邦子特別ゲスト作成資料より

- 米国（ペンシルベニア州）（Lee et al 2010, J Public Health Manag Pract）：
数学モデル。全体的学校システムの閉鎖は、個々の学校の閉鎖よりも効果があるとはいえない。学校閉鎖がどんなタイプであれ、血清学的罹患率に重大な効果を与えるためには少なくとも8週間必要。比較的短い学校閉鎖（約 ≤ 2 週間）では、全体の罹患率が微増する可能性。
- 米国（Lempel et al, Brookings Institution）：
米国政府のデータ、ハーバード大学公衆衛生調査、ブルッキングズ研究所のデータを用い、子供の面倒をみるために仕事を欠勤した場合の学校閉鎖期間別に、米国のGDPと医療労働への影響を分析、推定。4週間の閉鎖では、直接的経済コストは103億ドル（0.1%GDP）から最高で471億ドル（0.3%GDP）。

サーベイランス

サーベイランス対策の推移



新型インフルエンザによる入院患者の概況

—平成22年3月25日時点で取りまとめ—

	3月17日～3月23日に入院した患者	3月23日までに入院した患者の累計数※1
	人数	人数※2
入院した患者数	15人	17640人
年齢		
1歳未満	0人	808人
1～4歳	6人	3575人
5～9歳	5人	7048人
10～14歳	0人	2545人
15～19歳	0人	555人
20～29歳	0人	443人
30～39歳	2人	408人
40～49歳	0人	406人
50～59歳	0人	483人
60～69歳	0人	474人
70～79歳	1人	505人
80歳以上	1人	390人
性別		
男性	11人	11052人
女性	4人	6588人

※1 7月28日時点で入院中の患者または7月29日以降に入院した患者の累計数(12月21日以降は、インフルエンザ様症状を呈する患者数を集計)
 ※2 先週発表後における、自治体による前週以前のデータ修正を反映済み

新型インフルエンザ感染者 死亡例

死亡者の年齢別内訳（平成22年5月9日時点）

年齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
	3人 (1人)	17人 (5人)	13人 (3人)	5人 (1人)	3人 (1人)	11人 (4人)	14人 (3人)	32人 (4人)	31人 (4人)	25人 (0人)	23人 (0人)	22人 (1人)	199人 (27人)
基礎疾患を有する者 (うち入院外患者)	1人 (0人)	3人 (0人)	4人 (1人)	4人 (1人)	1人 (0人)	4人 (1人)	8人 (2人)	22人 (3人)	23人 (2人)	25人 (0人)	21人 (0人)	22人 (1人)	138人 (11人)

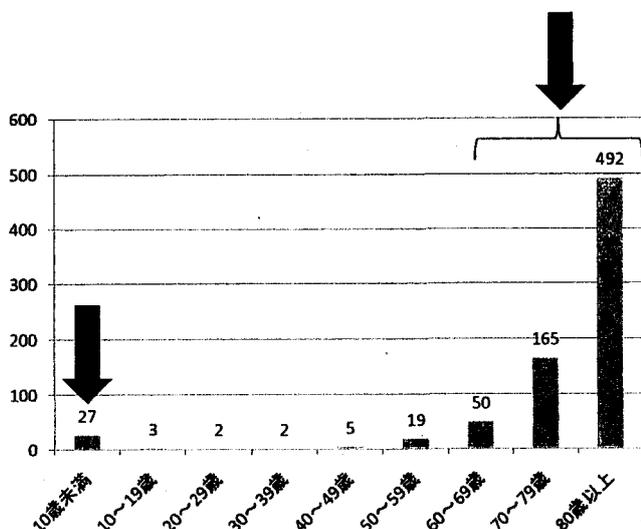
死亡者の死亡週別内訳(平成22年5月9日時点 累計199人)

※ 死亡日で集計

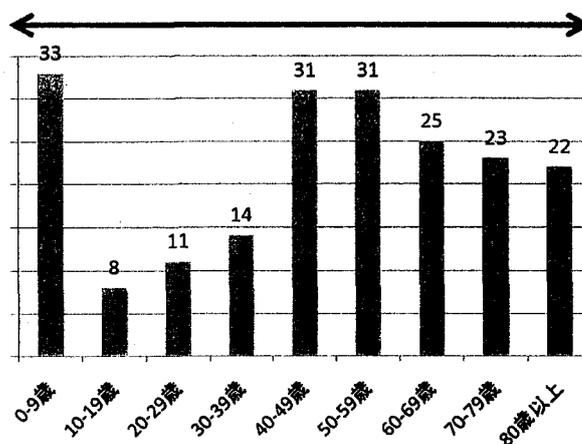
	8/10 ～16	8/17 ～23	8/24 ～30	8/31 ～9/6	9/7 ～13	9/14 ～20	9/21 ～27	9/28 ～10/4	10/5 ～11	10/12 ～18	10/19 ～25	10/26 ～11/1	11/2 ～8	11/9 ～15	11/16 ～22	11/23 ～29	11/30 ～12/6	12/7 ～13	12/14 ～20	12/21 ～27	12/28 ～1/3
	1人	2人	5人	3人	2人	4人	2人	2人	2人	5人	5人	14人	7人	9人	8人	11人	22人	10人	11人	7人	13人
	1/4 ～10	1/11 ～17	1/18 ～24	1/25 ～31	2/1 ～7	2/8 ～14	2/15 ～21	2/22 ～28	3/1 ～7	3/8 ～14	3/15 ～21	3/22～ 5/9	5/3～ 5/9								
	10人	12人	13人	6人	5人	2人	1人	1人	2人	1人	0人	0人	1人								

季節性インフルエンザと新型インフルエンザ(A/H1N1)の 年齢別死亡者数の比較

季節性インフルエンザによる死亡者数
(平成18年1月～12月)

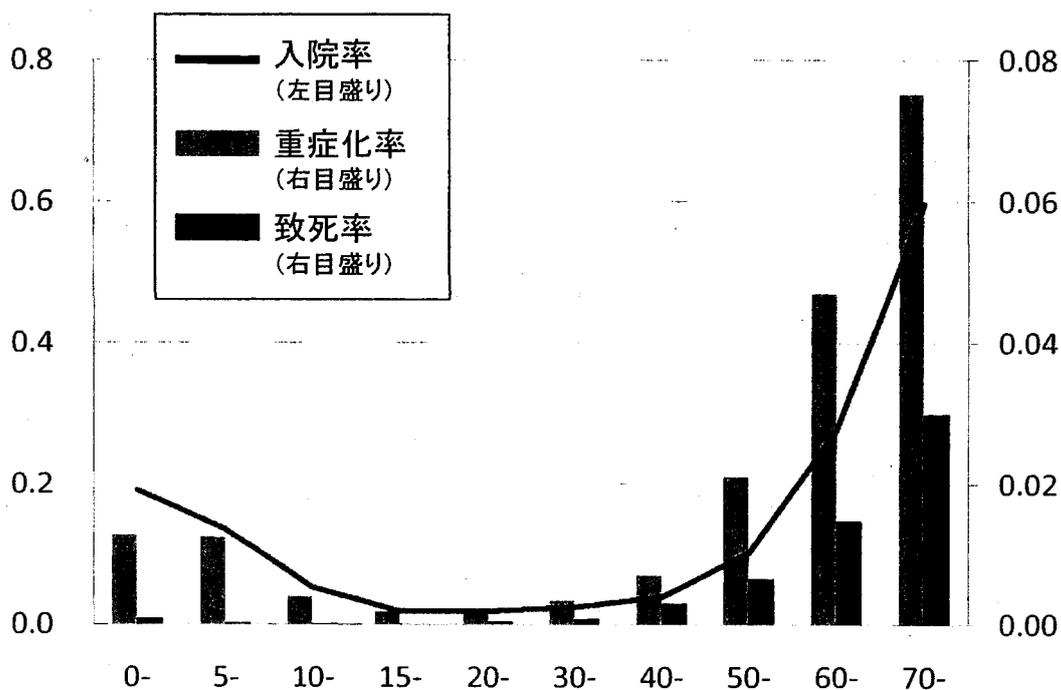


今回の新型インフルエンザによる死亡者数
(平成21年8月15日～平成22年3月25日)



従来の季節性インフルエンザでは、小児と高齢者に二峰性のピークが存在する。
一方、今回の新型インフルエンザでは、ほぼ全年齢に渡って死亡者が存在する。

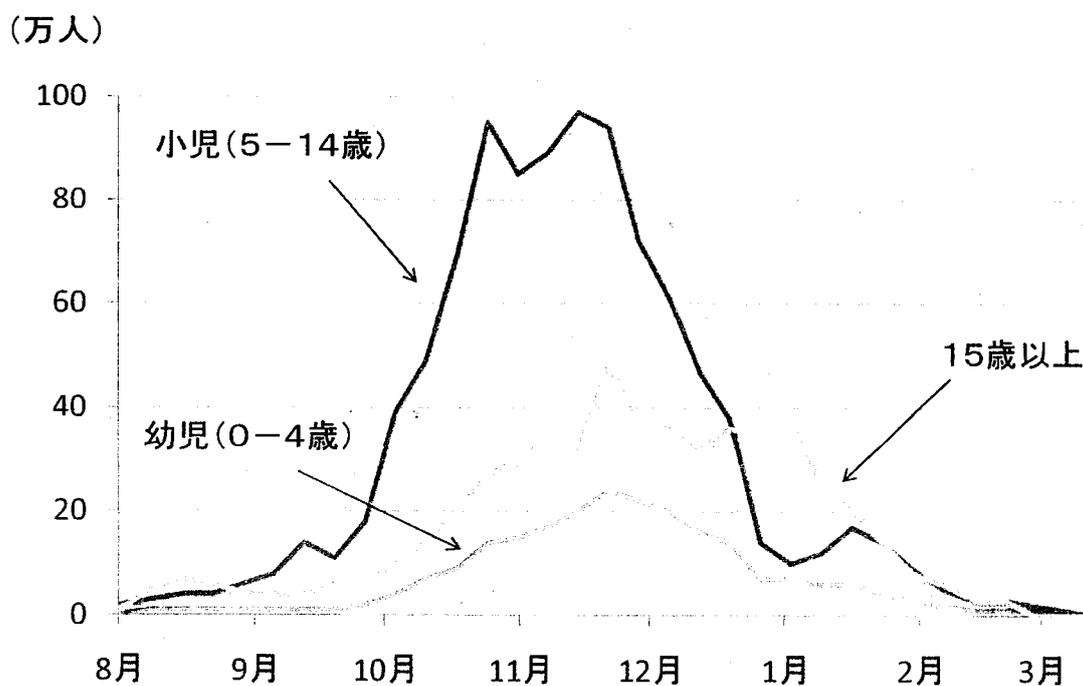
年齢階級別入院率、重症化率及び致死率 (推定受診者100人当たり)



平成21年8月3日から平成22年3月16日の報告まで / 厚生労働省

39

年齢階級別推定受診者数の推移



平成21年8月3日から平成22年3月16日の報告まで / 厚生労働省

40

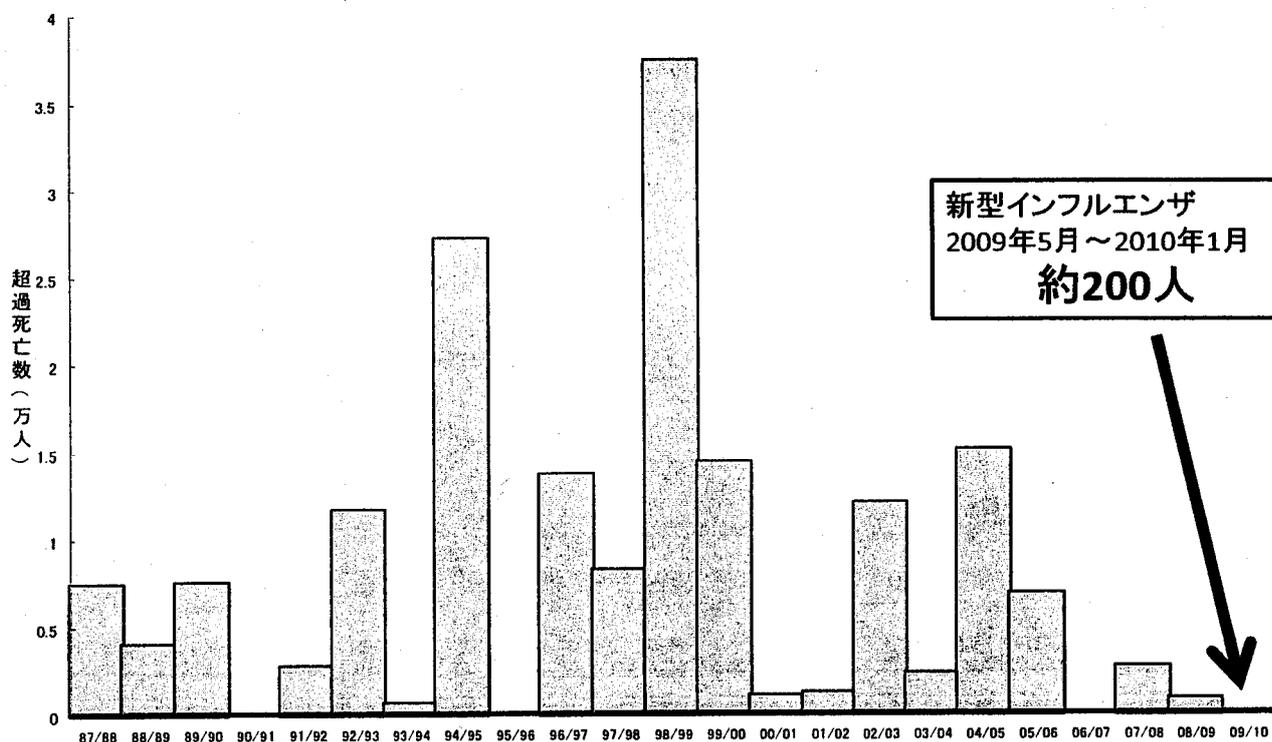
日本の死亡例の報告の仕方

- 原則PCRを行っているが、全例ではない。
- PCRを行わなかった場合は、医師の診断により新型インフルエンザとされたものを死亡数として把握している。

➤ 死亡者199名のうち、PCR施行 184例
未施行 15例

91

シーズン毎の超過死亡数(全国・全年齢・総死亡)



出典: 国立感染症研究所感染症情報センター

92

家族内感染について

- 神戸市・兵庫県における、同居家族における発症割合は7.0%(家庭外での感染の可能性のある者を除くと5.4%)であった。※1
- 大阪府における、家族内の2次感染率^{注)}は4.5%と推定された。※2

(注)初発例の発症日から7日間の接触者健康観察期間中に新型インフルエンザRT-PCR検査にて陽性となったものを指す

※1 平成21年8月31日 神戸市・兵庫県新型インフルエンザ集団発生疫学調査報告
第1部 全体像編 (国立感染症研究所)

※2 平成21年9月 大阪府における新型インフルエンザ 集団発生事例疫学調査
(国立感染症研究所)

93

医療体制

医療体制の概要

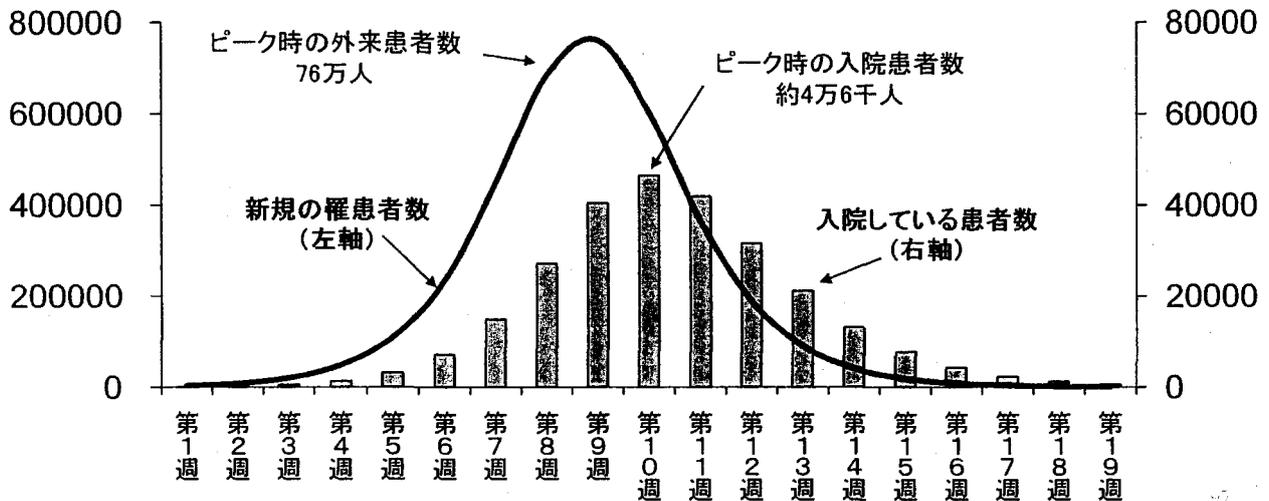
	4月	5月	6月	10月	11月	
	4/28 行動計画 ガイドライン	5/1 基本的対処方針 5/16 基本的対処方針改訂版 確認事項	5/22 基本的対処方針二訂版 運用指針	6/19 運用指針改定版	10/1 基本的対処方針三訂版 運用指針二訂版	
発熱相談センター	4/28 設置準備指示		6/19 電話による 情報提供の役割			
発熱外来	4/28 設置準備指示	5/22 患者発生が少数 → 発熱外来継続 5/22 急速に患者数増加する地域 → 一般医療機関での診療可	6/19 原則、全医療機関 で診療	10/1 公共施設等の医療機関 以外の場所での診療検討		
入院措置	当該患者は 入院勧告の手続き	5/22 患者発生が少数の地域 → 入院措置 5/22 急速に患者数増加する地域 → 感染確定患者は、原則自宅療養。 基礎疾患を有する者等は、初期症状が 軽微であっても優先して入院治療	6/19 患者の一律の入院措 置中止。重症度に応じた医 療提供へ	10/1 重症患者の増加に備 え、都道府県は、医療提供体 制の状況を把握する。透析患 者、小児、妊婦等の重症者の 搬送・受入体制について整備		
事務連絡・ 通知等	4/29 新型インフルエンザ 以外の疾患の患者に対す る医療を確保させないた め、「新型インフルエン ザの診療を原則行わ ない医療機関の指定 に伴う医療体制整備に ついて」を発出した	5/21 「院内感染対策の 徹底について」 5/22 「重篤化しやすい基礎疾 患を有する者等について」	8/28 「新型インフルエンザ患者 数の増加に向けた医療提供体制 の確保等について」 9/11,25 「新型インフルエンザに係 る医療体制に関する調査結果につ いて」	11/16 「わが国における新型イン フルエンザA(H1N1)感染による重 症例の臨床的特徴について(情報 提供)」 11/20 「新型インフルエンザ の発生動向～医療従事者向け 疫学情報～」		
発生動向		5/9 検査で初の補足 5/16 国内初発例	8/15 国内最初の死亡者 8/28 国内流行入り			

医療体制に関するガイドライン

国	前段階	第一段階	第二段階	第三段階	第四段階	
都道府県	未発生期	海外発生期	感染拡大期 国内発生早期	まん延期	回復期 小康期	
感染者数				日本		
相談窓口		発熱相談センター(電話対応専門)				
外来診療			発熱外来 (新型インフルエンザの患者と それ以外の疾患の患者を振り分け)	(①増大する医療ニーズに対応 ②入院治療の必要性判断)		
入院医療			入院措置 (感染拡大の抑制 感染指定医療機関等での対応)	(①患者の重症 原則として全ての医療機関で対応)		

新型インフルエンザの流行シナリオ (21年8月末の通知で提示したもの)

	中位設定	高位設定	※ 各都道府県において医療体制を確保するための参考として示す仮定の流行シナリオであり、実際の流行予測を行ったものではない。
発症率	20%	30%	
入院率	1.5%	2.5%	
重症化率	0.15%	0.5%	



大規模な流行が生じた場合に備えた医療体制

《課題》

1. 重症患者数の増加に対応できる病床等の確保
2. 重症患者の救命を最優先とする診療体制の充実
3. 基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化



- 罹患率や重症化率等を内容とする「新型インフルエンザの流行シナリオ」の提供や、医療提供体制の確保・取扱いに関する情報提供を行い、都道府県の対応を支援
- 都道府県、関係団体等に対し具体的な取り組みを要請

大規模な流行が生じた場合に備えた医療体制

1. 重症患者数の増加に対応できる病床等の確保

- 都道府県における重症患者の発生数等について検討
(新型インフルエンザの流行シナリオを示し、地域別の推計方法を提示)
- 都道府県における医療提供体制について確認
(外来医療体制、入院診療医療機関の病床数、人工呼吸器保有台数等)
- 上記の状況を比較し、地域の実情に応じた対策を検討

2. 重症患者の救命を最優先とする診療体制の充実

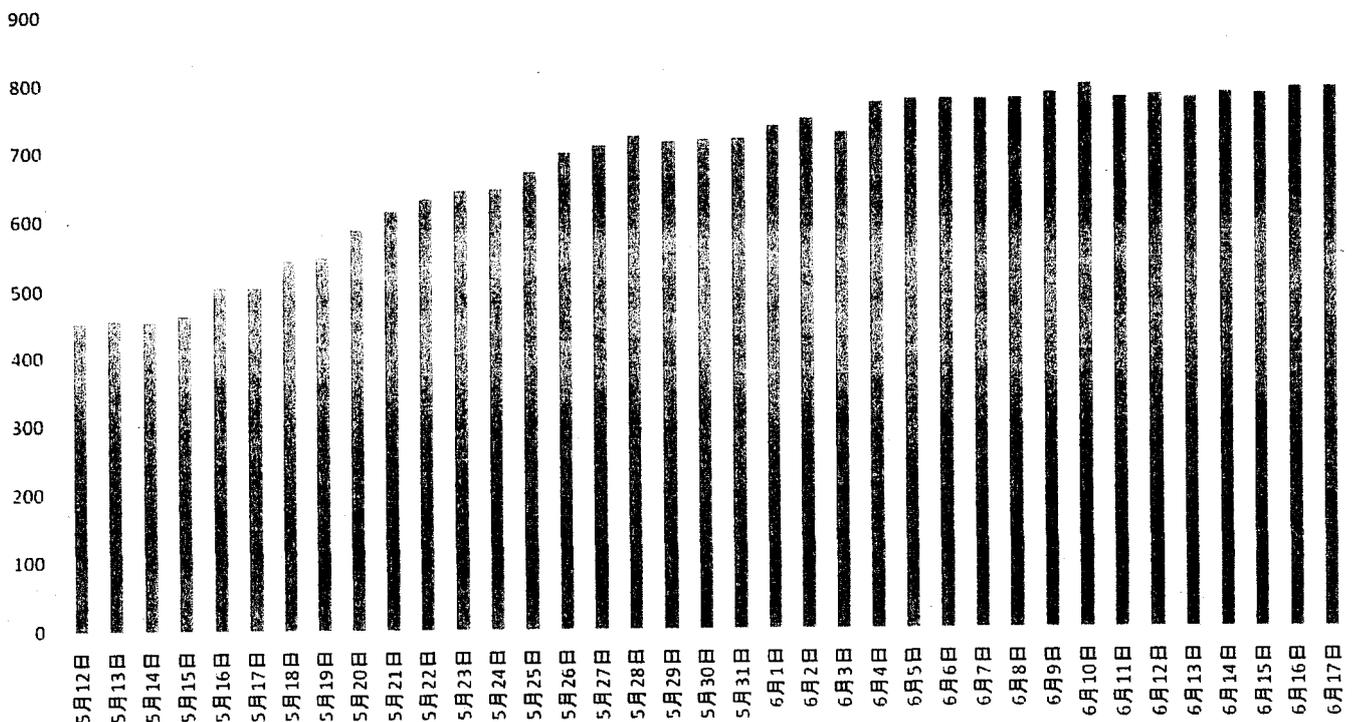
- 外来医療の確保
(電話相談事業の拡充、住民への啓発、診療時間延長など診療所との連携)
- 入院医療の確保
(定員超過の取扱い明確化、受入体制の把握と調整、妊婦等の重症者の受入体制の把握、県境を越えて搬送・受入を行う場合の調整)
- 医療機関、医療従事者等への情報提供
(院内感染対策の徹底、新型インフルエンザ診療の考え方・症例集等)

3. 基礎疾患を有する者等の感染防止対策の強化

- 院内感染対策の徹底
(医療従事者向けガイドライン、基礎疾患を有する者等を対象とした手引きの作成)

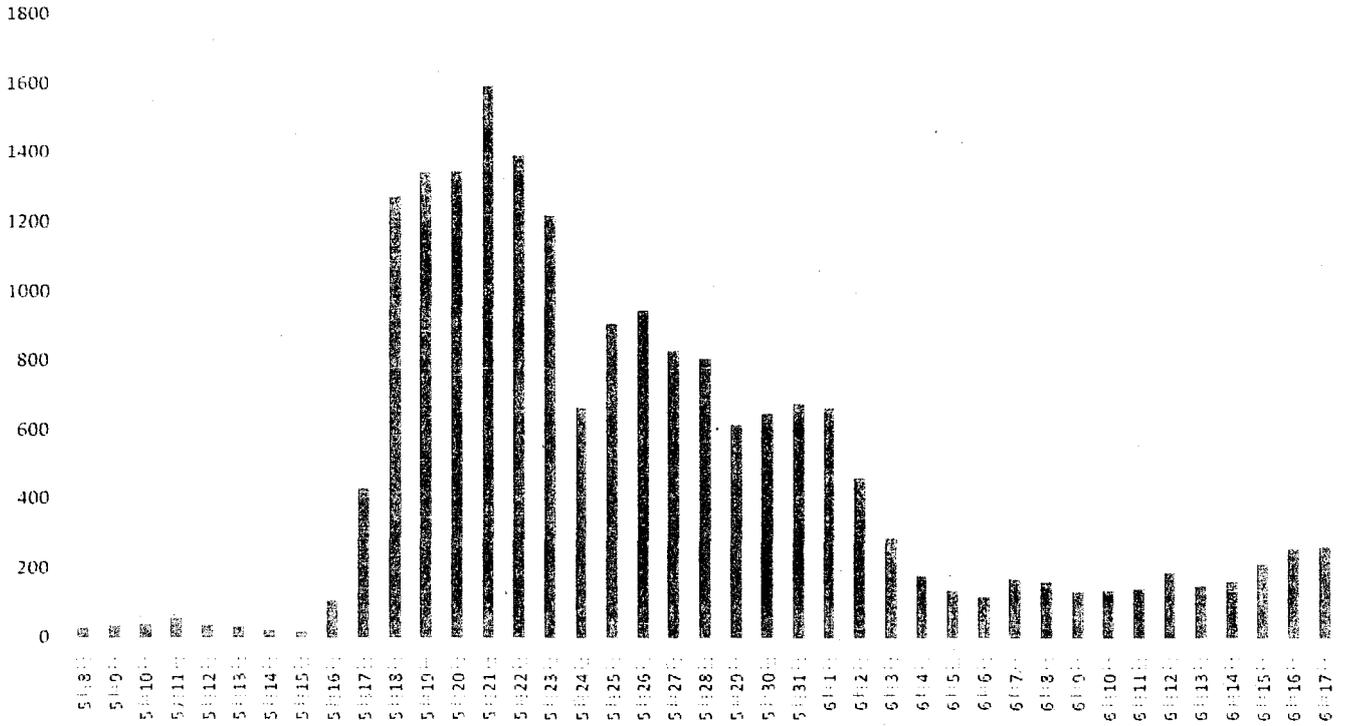
99

発熱外来設置箇所数の推移(平成21年5月～6月)



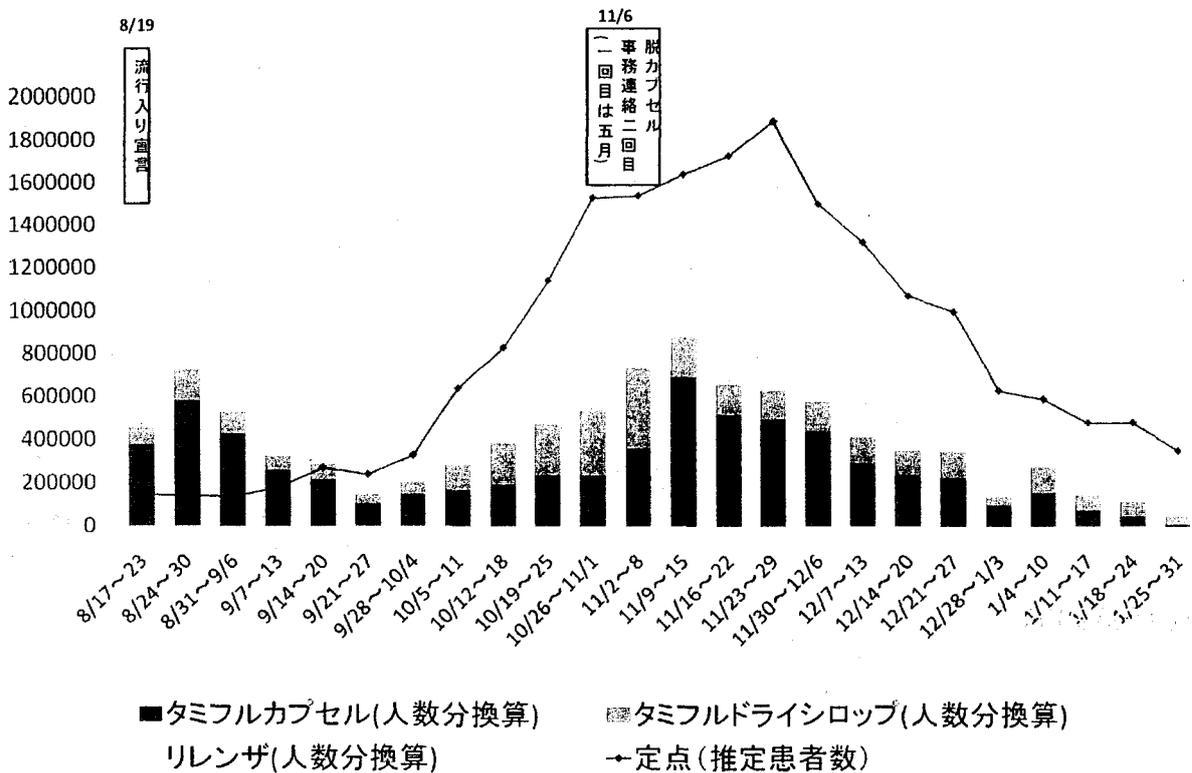
※ 平成21年5月12日～6月17日までに都道府県から厚生労働省に対して行われた報告数を積み上げたもの(設置予定は含まない)

発熱外来受診患者数の推移(平成21年5月～6月)

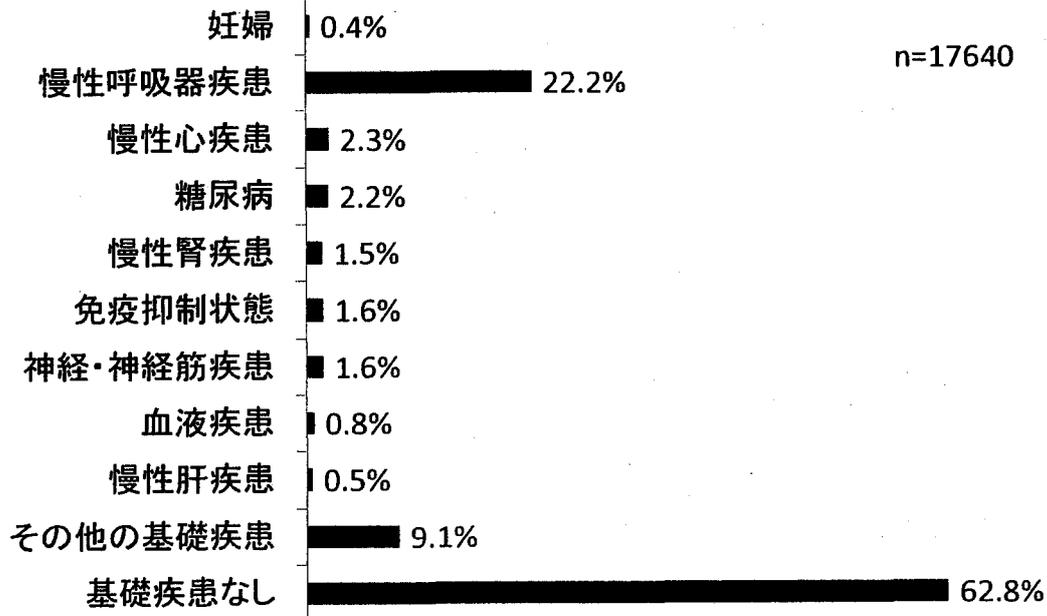
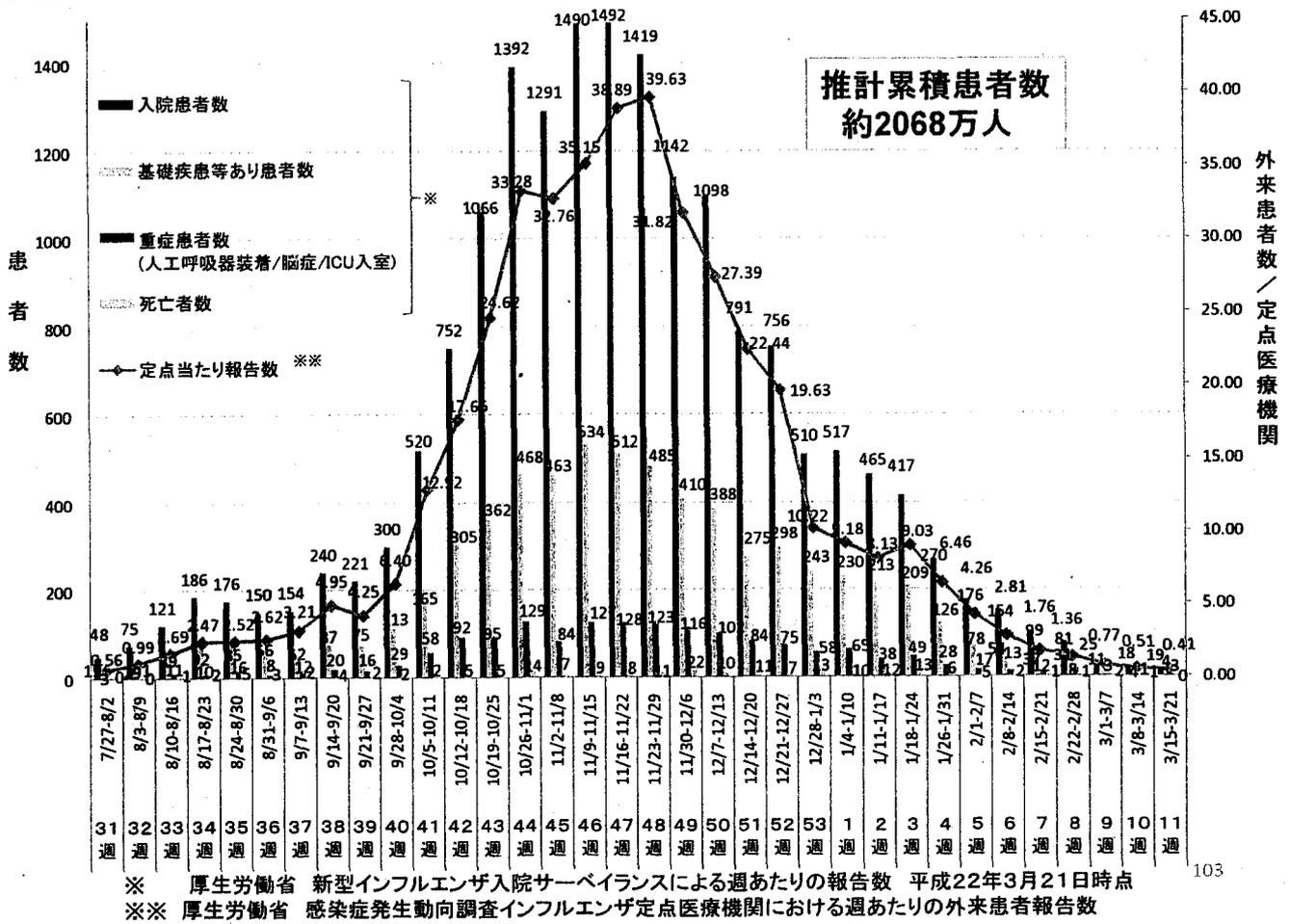


※ 平成21年5月8日～6月17日までに都道府県から厚生労働省に対して行われた報告数を積み上げたもの

抗インフルエンザウイルス薬の供給量と推定患者数の推移

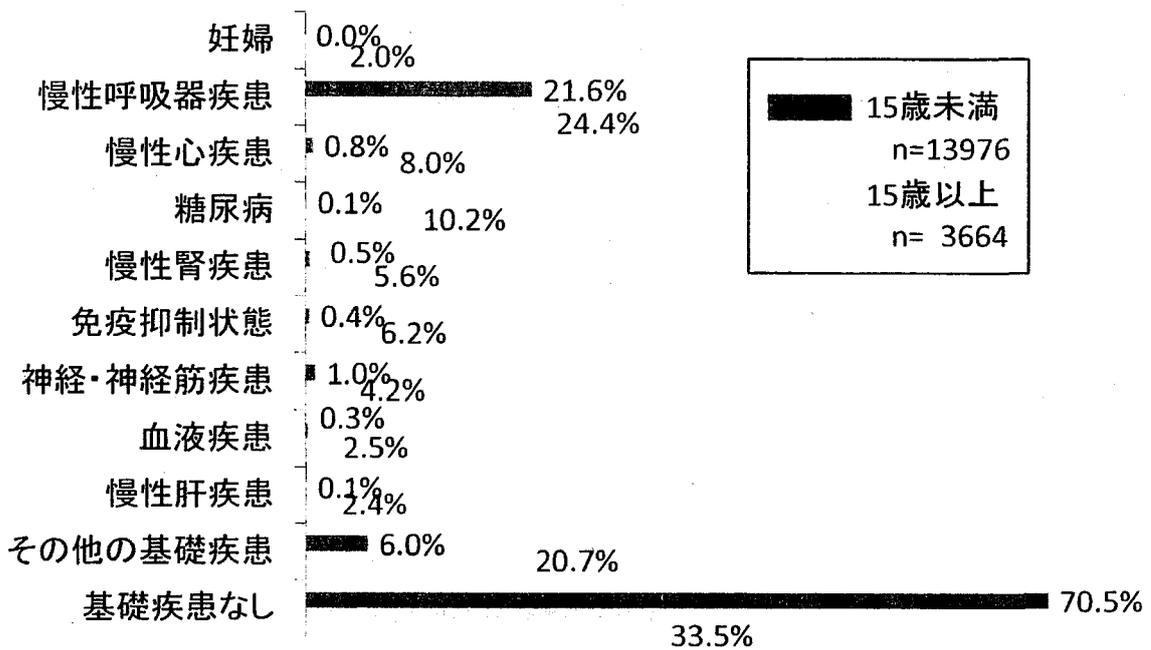


新型インフルエンザ発生状況の推移



入院患者における疾患群別の基礎疾患保有率(重複あり)

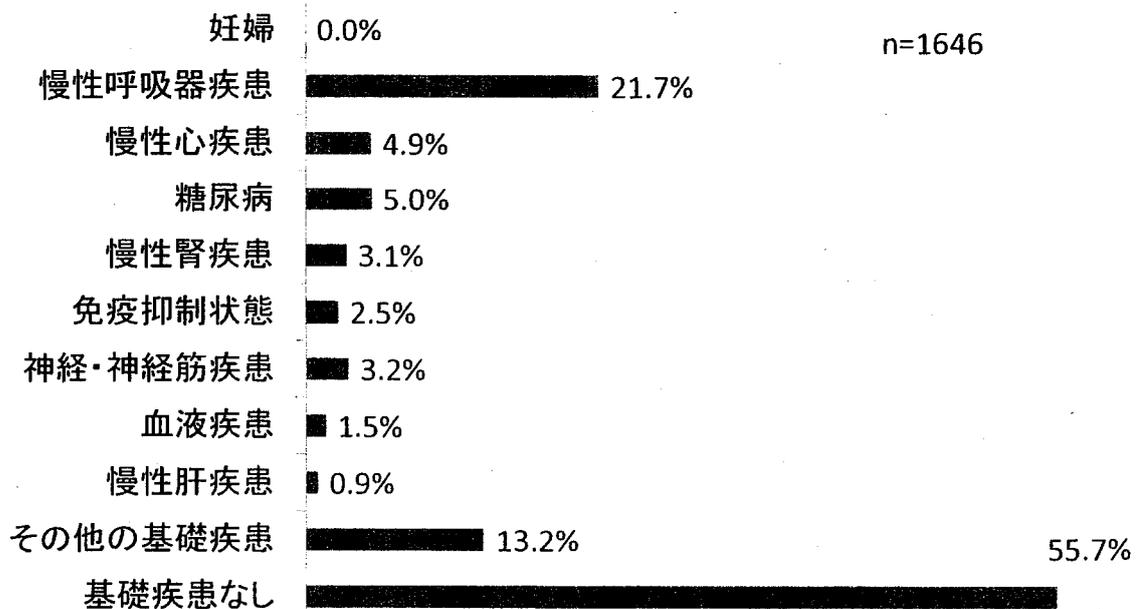
平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省



年齢階級別入院患者における疾患群別の基礎疾患保有率(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

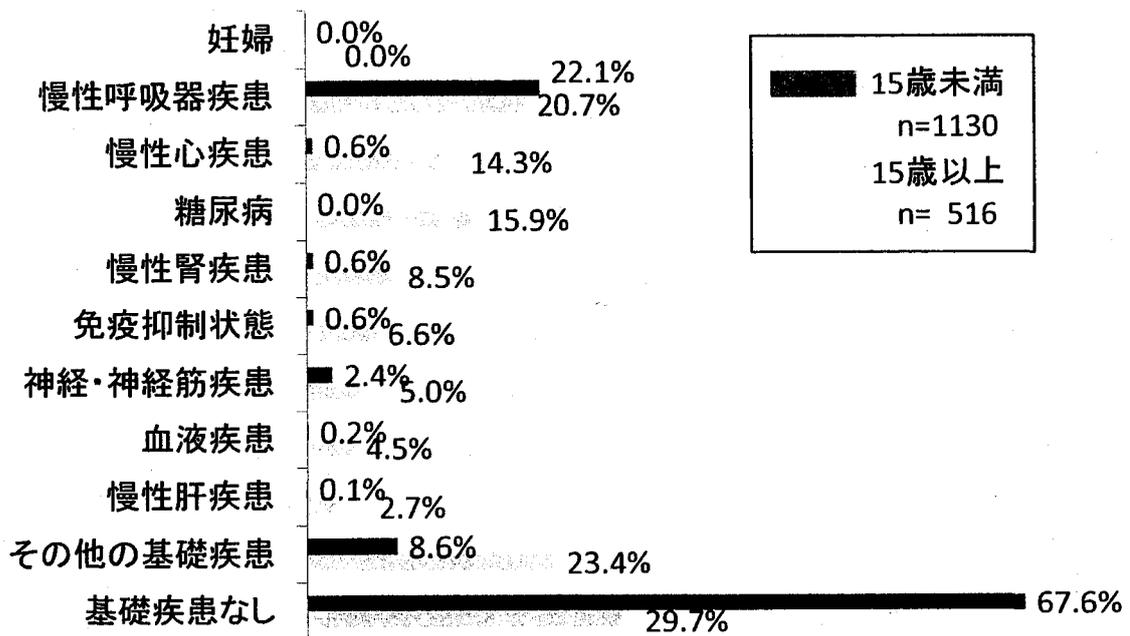
105



重症患者における疾患群別の基礎疾患保有率(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

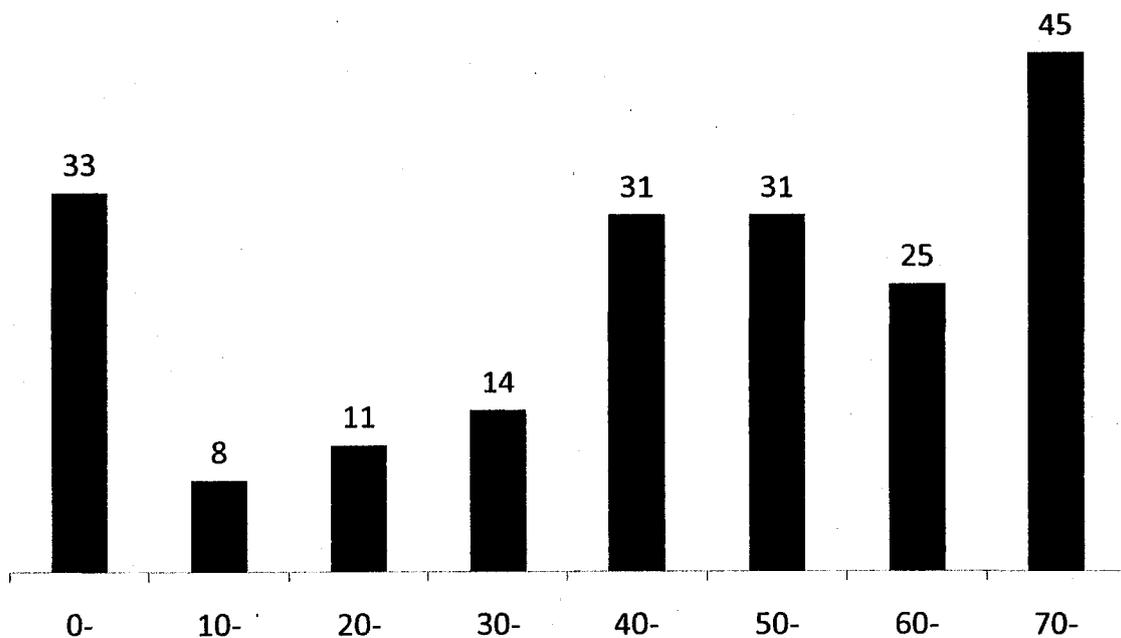
106



年齢階級別重症患者における疾患群別の基礎疾患保有率(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

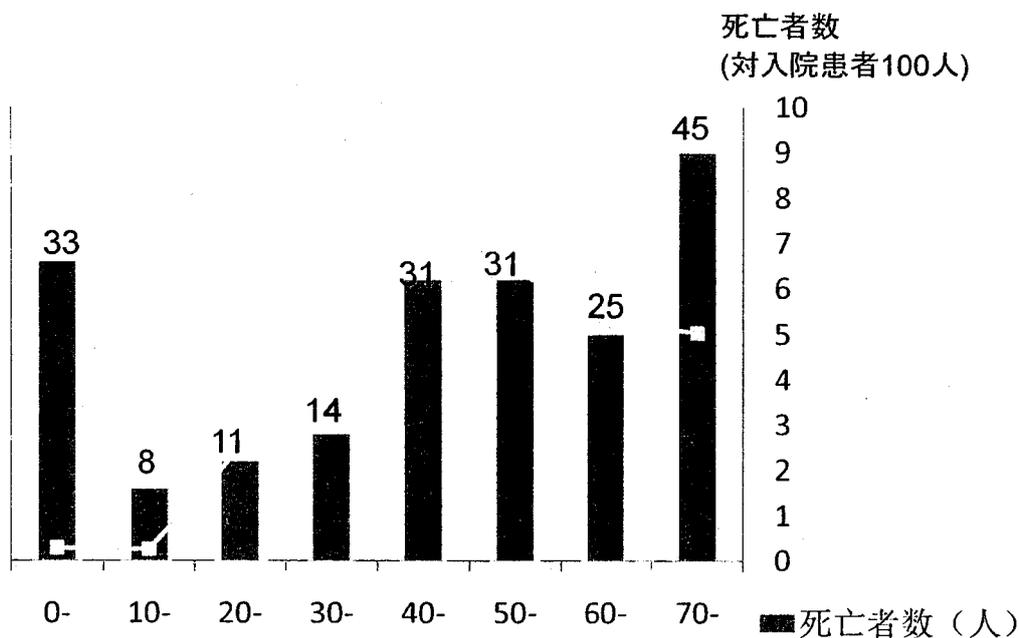
107



年齢階級別にみた死亡者数

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

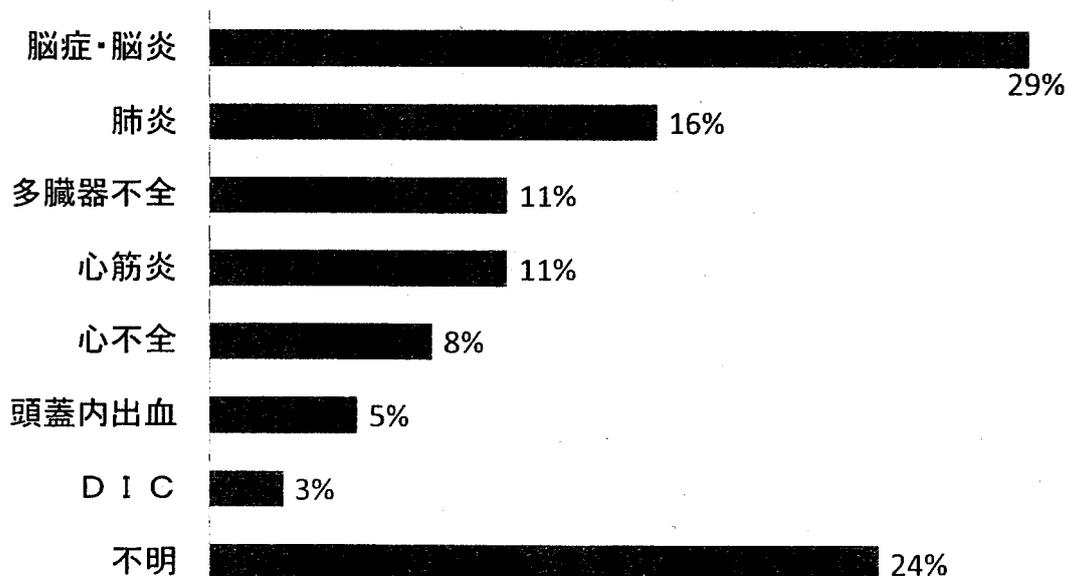
108



入院患者100人当たりの年齢階級別死亡数

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

109

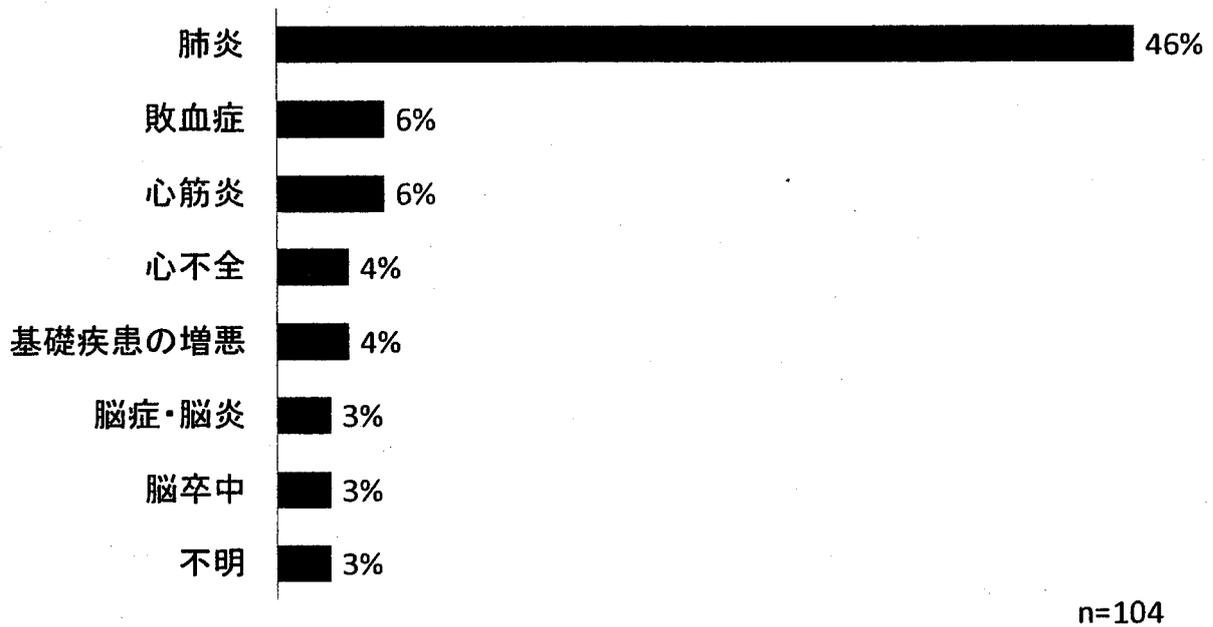


n=38

小児(15歳未満)における死因(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

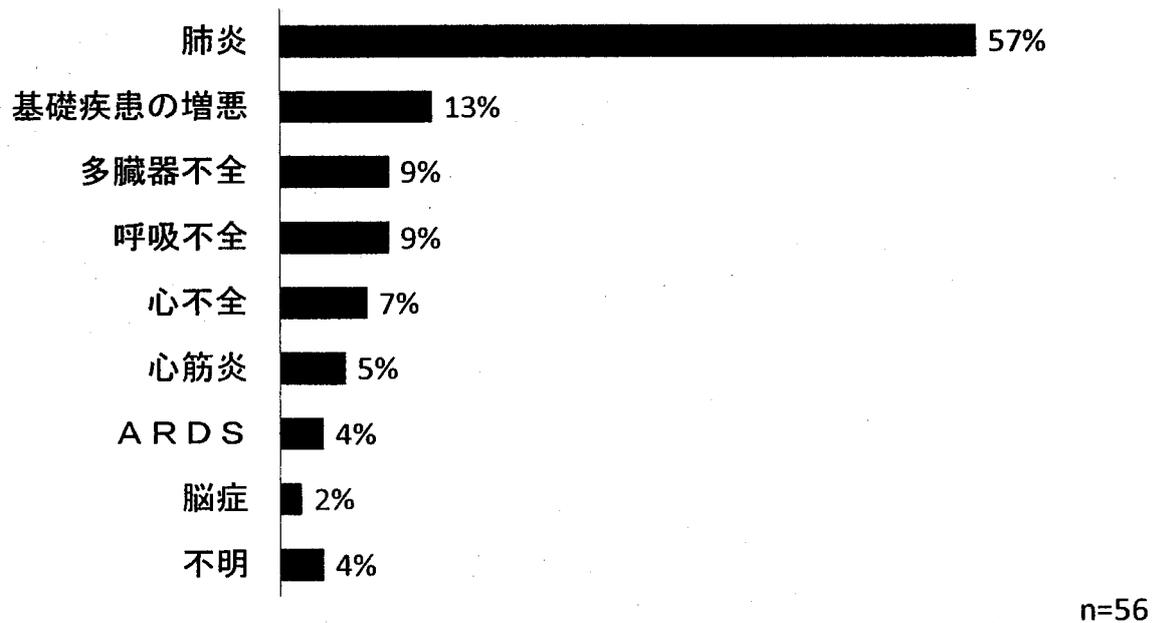
110



15歳以上65歳未満における死因(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

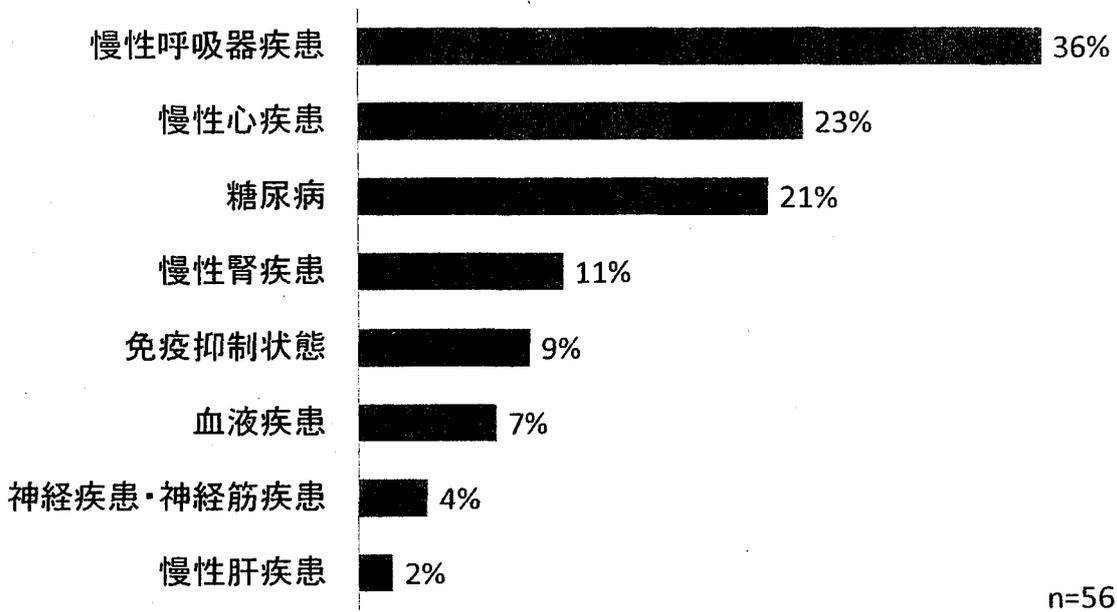
111



高齢者(65歳以上)における死因(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

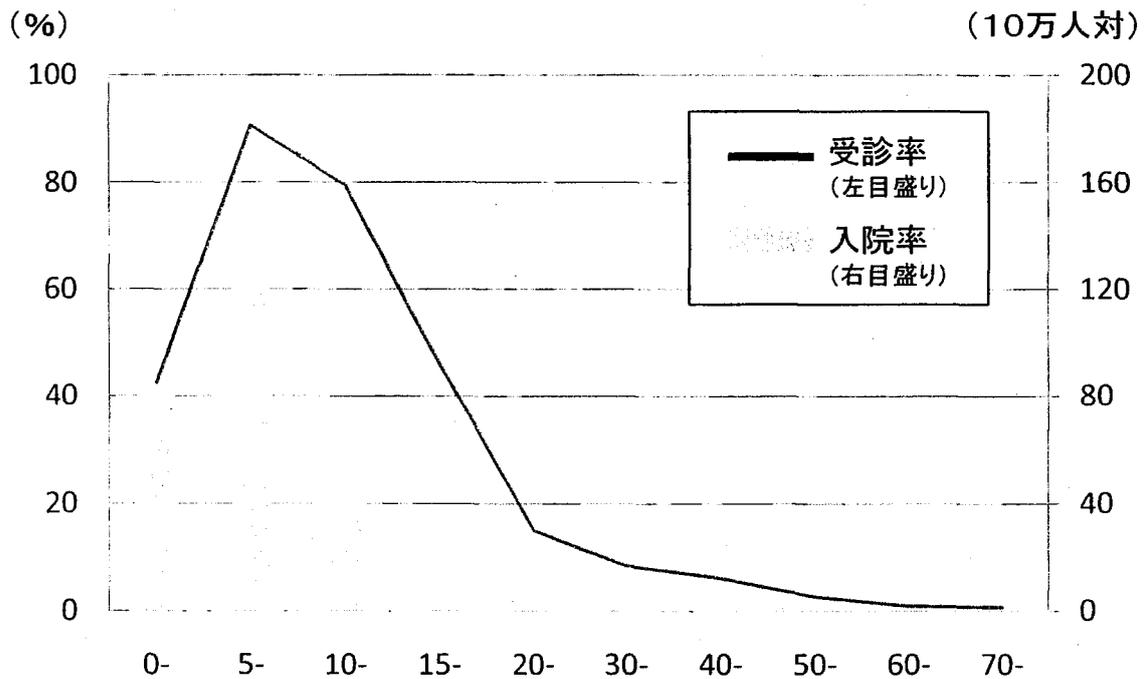
112



高齢者(65歳以上)死亡例の基礎疾患(重複あり)

平成22年3月23日の報告まで / 厚生労働省

113



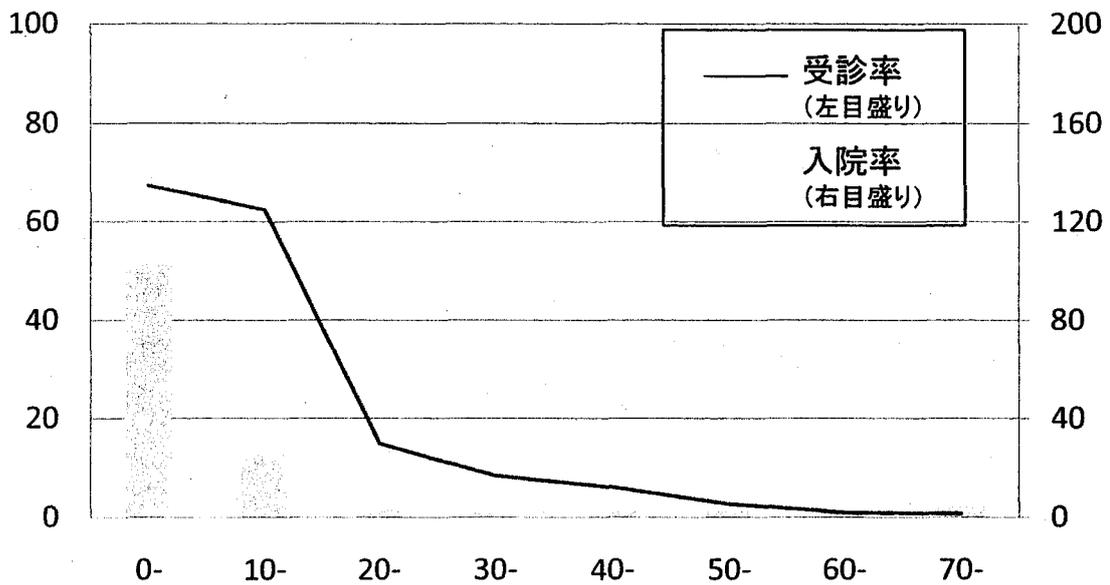
年齢階級別受診率及び入院率 (年齢階級別人口当たり)

平成21年8月3日から平成22年3月16日の報告まで / 厚生労働省

114

(%)

(10万人対)



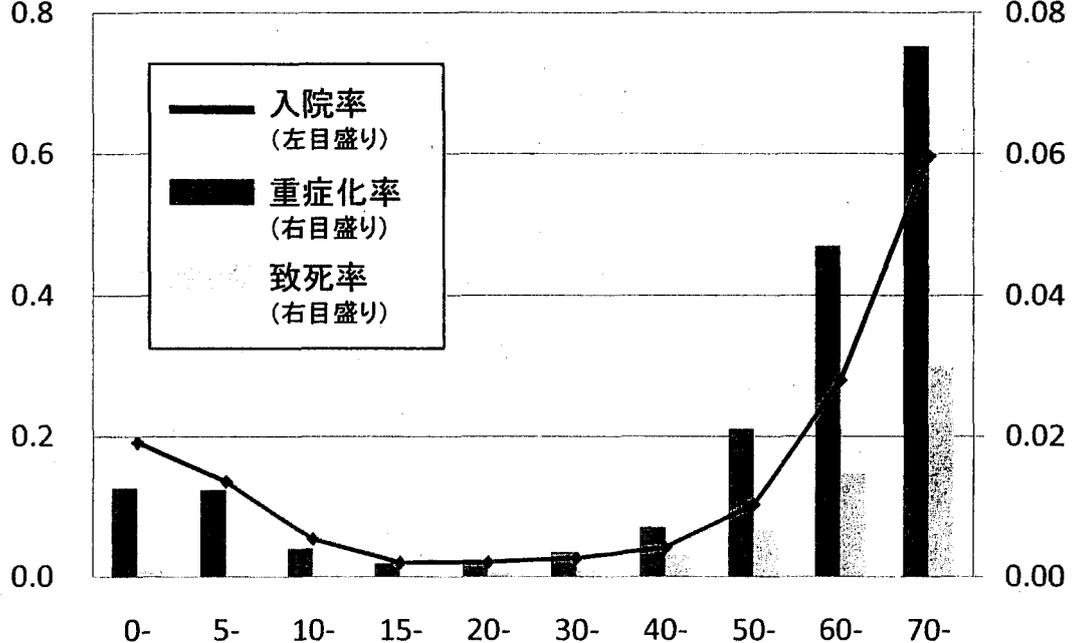
年齢階級別受診率及び入院率 (年齢階級別人口当たり)

平成21年8月3日から平成22年3月16日の報告まで / 厚生労働省

115

(%)

(%)



年齢階級別入院率、重症化率及び致死率 (推定受診者100人当たり)

平成21年8月3日から平成22年3月16日の報告まで / 厚生労働省

116

抗インフルエンザウイルス薬の備蓄① オセルタミビル(タミフル®)

平成 年度	政府備蓄		都道府県備蓄 (地方財政措置)
	予算措置	備蓄量	
17年度	当初 7.2万人分 1.6億円 補正 742.8万人分 162億円	257万人分	—
18年度	補正 300万人分 72億円 予備費 300万人分 68億円	1,093万人分	18年度～19年度 1,050万人分
19年度	—	—	
20年度	補正 1,330万人分 347億円	500万人分	—
21年度	—	1,150万人分	21年度～23年度 1,330万人分
合計	651億円	3,000万人分	2,380万人分

抗インフルエンザウイルス薬の備蓄② ザナミビル(リレンザ®)

平成 年度	政府備蓄		都道府県備蓄 (地方財政措置)
	予算措置	備蓄量	
18年度	当初 30万人分 9.1億円 補正 30万人分 8.3億円	42万人分	—
19年度	補正 75万人分 22億円	93万人分	—
20年度	補正 133万人分 39億円	—	
21年度	—	165万人分	21年度～23年度 133万人分
合計	78億円	300万人分	133万人分

ワクチン

119

新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種の基本方針の概要(平成21年10月1日)

政府の新型インフルエンザ対策本部において、「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種の基本方針」を平成21年10月1日策定

主な内容

1. 接種事業の目的
2. 国、都道府県、市町村等各事業実施主体の役割
3. 優先的に接種する対象者
4. ワクチンの確保量
5. 接種の実施方法等
6. 費用負担(負担軽減措置を含む)
7. ワクチンの安全性及び有効性の確保と健康被害救済
8. 安全性や有効性に関する知見等についての広報
9. 今後の検討等

120

新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種についての概要(平成21年10月2日)

厚生労働省において、「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチン接種について」を平成21年10月2日策定

主な内容

1. 新型インフルエンザ対策における予防接種の位置付け
 - (1) 新型インフルエンザワクチン接種の目的、
 - (2) 予防接種の限界)
2. ワクチンの接種について
 - (1) 優先接種対象者を定めることの必要性と基本的な考え方、
 - (2) 優先接種対象者についての考え方、
 - (3) その他の者についての考え方
3. ワクチンの確保について
 - (1) 国内産ワクチンの確保、(2) 輸入ワクチンの確保
4. 留意事項
 - (1) 安全性の確認について、(2) 積極的な情報開示、
 - (3) 情報提供、(4) その他

1-1

新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの接種に関する事業実施要綱の概要(平成21年10月13日)

厚生労働省において、「新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの接種に関する事業実施要綱」(厚生労働事務次官通知)を平成21年10月13日で各都道府県あて通知

主な内容

- 第1 今般の事業の目的及び本実施要綱の位置付けについて(目的、本実施要綱の位置付け)
- 第2 ワクチン接種に係る実施主体の事務の概要について(国の事務、都道府県の事務、市町村の事務、受託医療機関の役割)
- 第3 ワクチン接種の接種対象者及び接種開始時期(基本的な考え方、ワクチン接種の優先順位、ワクチン接種の開始時期)
- 第4 委託契約の締結について(基本的な考え方、委託契約の締結方法)
- 第5 接種場所の確保等について(一般来院接種対象者に接種を行う受託医療機関の把握、郡市医師会等との協議、保健所、保健センター等を活用する際の留意点)
- 第6 ワクチンの供給及び流通について(国内産ワクチンの供給と流通、輸入ワクチンの供給と流通)
- 第7 費用負担(基本的な考え方、費用負担軽減措置)
- 第8 ワクチンの接種の安全性の確保と健康被害の救済措置(基本的な考え方、副反応の報告、被接種者数の報告、副反応に係る評価、健康被害の救済措置)
- 第9 広報及び相談(広報、相談)

1-2

受託医療機関における新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種実施要領の概要（平成21年10月13日）

厚生労働省において、「受託医療機関における新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種実施要領」（厚生労働事務次官通知）を平成21年10月13日で各都道府県あて通知

主な内容

- 1 目的
- 2 本実施要領の位置付け
- 3 接種対象者（優先接種対象者等、優先接種対象者等以外の者、接種対象者の選択）
- 4 接種の場所（接種の場所、受託医療機関以外の場で行う予防接種）
- 5 接種の時期及び期間
- 6 予防接種の実施（接種の予約等、対象者の確認、予診並びに予防接種不相当者及び予防接種要注意者、予防接種後副反応等に関する説明、接種意思の確認、他の予防接種との関係、接種時の注意、予防接種後の措置）
- 7 受託医療機関以外の場で行う予防接種の留意事項（実施計画の策定、接種場所、接種用具等の準備、予防接種の実施に従事する者、安全基準の遵守、予防接種を受けることが適当でない状態の者への注意事項、市町村に対する報告、その他）
- 8 副反応の報告
- 9 接種費用の徴収
- 10 予防接種の実施の報告
- 11 その他

123

ワクチン対策 （7月以降）

- 7月14日 : 国内製造業者に対し、製造開始依頼
- 7月末～9月: 意見交換会（輸入、優先順位等）
- 9月 6日 : 厚生労働省試案パブリックコメント（～9月13日）
- 10月 1日 : 「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針」を策定（政府新型インフルエンザ対策本部）
- 10月 6日 : 海外メーカーと契約
- 10月16日 : 以降 接種回数意見交換会
- 10月19日 : 接種開始（医療従事者から順次）
- 12月 4日 : 「新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法」公布・施行
- 1月15日 : 輸入ワクチンについて、薬事・食品衛生審議会薬事分科会において特例承認を可とする旨答申
一般健康成人への接種解禁（時期は都道府県の判断）

124

優先的に接種する対象者について

※ ワクチンが順次供給されるため優先順位を決定

対象者		人数	
優先接種対象者	①インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者(救急隊員含む。)	約100万人	
	②	妊婦	約100万人
		基礎疾患を有する者	約900万人
	③1歳～小学校3年生に相当する年齢の小児	約1,000万人	
その他	④・1歳未満の小児の保護者 ・優先接種対象者のうち、身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等	約200万人	
	小学校4～6年生、中学生、高校生に相当する年齢の者	約1,000万人	
	高齢者(65歳以上)(基礎疾患を有する者を除く)	約2,100万人	

約5,400万人

➡ 上記以外の者(一般健康成人)に対する接種については、1月29日出荷分より接種開始(1月15日から都道府県の判断で前倒し可能)

新型インフルエンザワクチン(国内産)接種回数の見直しについて(概要)

- 従来、国民の多くが新型インフルエンザに対する免疫を持っていないと想定していたこと等から、当初すべて2回接種
- 健康成人に対する臨床試験の中間結果等を踏まえ、10月20日に下記のとおり見直し。
- 臨床結果の2回接種後の結果や諸外国の状況等を踏まえ、11月11日に下記のとおり見直し。
- 中高生および妊婦に対する臨床試験の中間結果等を踏まえ、12月16日に下記のとおり見直し。

対象者	10月20日の見直し (10月22日事務連絡)	11月11日の見直し (11月17日事務連絡)	12月16日の見直し (12月16日事務連絡)
新型インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者(健康成人)	1回接種 ※20代から50代の健康成人	同左 ※19歳及び60代以上の健康成人についても1回接種	同左
以下の者	当面、2回接種を前提とする。今後、国内データ、海外の知見等を収集し、専門家の意見を聴取しながら判断	-	-
1歳未満の乳児の保護者及び優先接種対象者のうち、身体的な理由により予防接種が受けられない保護者等	健康成人の臨床試験の2回目の接種結果(11月中旬目途)を踏まえ判断する。ただし、13歳未満の者は2回接種。	1回接種	同左
基礎疾患を有する者		1回接種。 著しく免疫反応が抑制されている者は、個別に医師と相談の上、2回接種としても差し支えない。	同左
65歳以上の高齢者		1回接種	同左
妊婦		1回接種。 なお、12月中旬に1回目の接種結果が出される妊婦を対象とした臨床試験により検証を行う。	1回接種。 (11月11日の方針を維持)
中学生、高校生に相当する年齢の者(13歳以上)	健康成人の臨床試験の2回目の接種結果(11月中旬目途) ・中高生を対象とした臨床試験の1回目の接種結果(12月下旬目途)を踏まえ判断する。	1回接種。 今後の中学生、高校生に相当する年齢の者を対象とした臨床試験の1回目の接種結果等を踏まえ判断する。	1回接種。
13歳未満の者	2回接種	同左	同左

専門家等との意見交換会

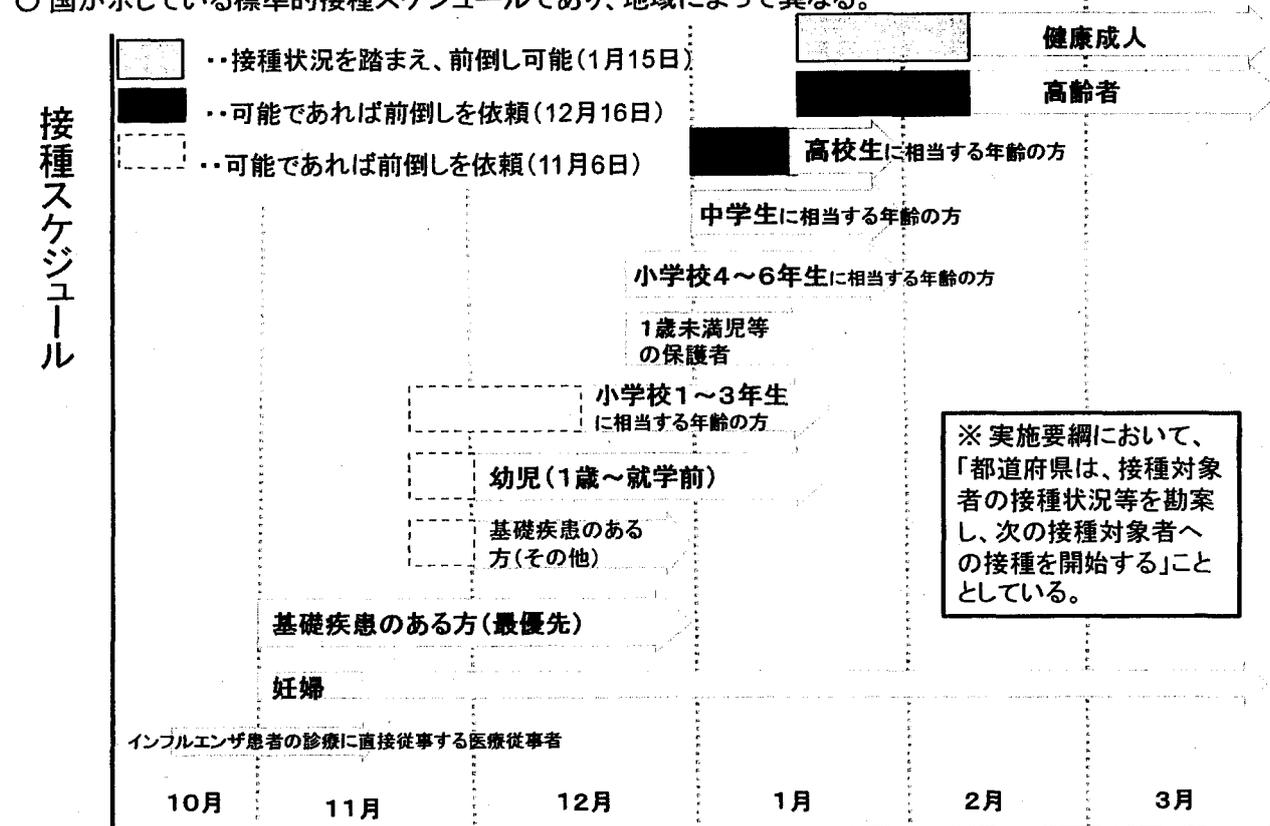
議 事 内 容

- 7月30日 ○接種目的 ○ワクチン接種の接種対象者・優先順位 ○ワクチンの輸入
○ワクチンの有効性・安全性、国民への情報開示
- 8月3日 ○ワクチンの輸入 ○輸入ワクチンの製造方法、特例承認のスケジュール
○副反応が発生した場合の対応 ○接種順位
- 8月20日 ○接種対象者 ○ワクチン全般 ○輸入
- 8月26日 ○ワクチン接種全般
- 8月27日 ○優先接種対象者 ○ワクチン全般 ○輸入
- 8月31日 ○「ワクチン接種の進め方」(パブコメ案)の検討
- 9月2日 ○「ワクチン接種の進め方」の検討
- 9月4日 ○「ワクチン接種の進め方」の検討
- 9月9日 ○「ワクチン接種の進め方」(素案)に対する意見
- 9月11日 ○「ワクチン接種の進め方」(素案)に対する意見
- 9月18日 ○基礎疾患の定義 ○接種回数 ○接種回数
○季節性インフルエンザワクチン等の同時接種 ○保存剤(チメロサル等)
- 9月24日 ○血清調査 ○パブコメ回答
- 9月30日 ○ワクチン接種の基本方針
- 10月16日 ○ワクチンの接種回数
- 10月19日 ○ワクチンの接種回数
- 11月11日 ○ワクチンの接種回数
- 12月16日 ○ワクチンの接種回数

127

接種スケジュールの目安

○国が示している標準的接種スケジュールであり、地域によって異なる。



※実施要綱において、「都道府県は、接種対象者の接種状況等を勘案し、次の接種対象者への接種を開始することとしている。」

(平成22年1月15日現在)

128

ワクチンの確保(主な経緯①)

- 4月27日 国内製造業者に対し生産体制の準備等を依頼。
(必要な原材料の確保や製造ラインの確保など体制強化)
- 4月28日～ 外資系企業からの製造予定等にかかる情報収集開始。
国内に支社のある欧米豪の大手6社のワクチン製造業者から、日本への輸出可能性、製造予定、製造見込み量等についての情報収集開始。以後、随時、追加的な情報提供を求める。
- 5月19日 WHO専門家諮問会議
・季節性ワクチン製造を継続すること、新型ワクチンの商業ベースでの生産について勧告を行うのは時期尚早等の方針
・生産開始が7月中旬以降になる見通しである旨言及
[ワクチン製造株の準備・開発等]
- 7月上旬～ 海外企業と輸入交渉開始
日本への早期の供給が可能とした3社(4製剤)と交渉開始合意書を締結し、輸入交渉開始。(その後、2製剤については、ワクチン製造株の増殖性が低いことが判明したこと等により年度内の供給が困難となる。)
- 7月14日 ワクチン製造株の決定等を踏まえ、各国内企業に製造を依頼
- 9月4日 閣議後会見(舛添大臣[当時])で、国内産、海外産あわせて6千万人分を超えるくらいまで確保したい旨を表明
- 10月1日 新型インフルエンザ対策本部によるワクチン購入決定を正式決定
(国産2,700万人分程度、輸入5,000万人分程度:1人分2回接種)
(続く)

ワクチンの確保(主な経緯②)

- 10月6日 海外企業との輸入契約成立[購入数量4,950万人分(1人2回接種)]
(GSK社3,700万人分、ノバルティス社1,250万人分)
- 10月16日 輸入ワクチン(GSK社)日本承認申請(成人(1回及び2回接種)及び小児(1回接種まで)の国内臨床試験結果は12月22日まで随時報告)
- 10月19日～ ワクチン接種開始
- 10月21日 輸入ワクチン(GSK社)カナダ承認
- 10～12月 臨床試験の結果等に基づき、順次、国内産ワクチンの接種回数を見直し
- 11月5日 輸入ワクチン(ノバルティス社)ドイツ承認
- 11月6日 輸入ワクチン(ノバルティス社)日本承認申請(成人(1回及び2回接種)及び小児(1回接種まで)の国内臨床試験結果は12月23日まで随時報告)
- 11月11日 特例承認に係る政令公布
- 11月30日
～12月3日 輸入ワクチン(GSK社)カナダ調査
- 12月21日
～12月22日 輸入ワクチン(ノバルティス社)スイス・ドイツ調査
- 12月26日 薬事・食品衛生審議会医薬品第2部会(臨時開催)
- 1月15日 薬事分科会(臨時開催)(輸入ワクチンの特例承認を可とする旨答申)
- 1月中旬 輸入企業と輸入契約の変更について交渉開始
- 1月20日 輸入ワクチンの特例承認
- 2月3日 輸入ワクチンの供給開始
- 3月26日 GSK社と輸入契約の変更について概ね合意したことを公表
当初購入量7,400万回分のうち32%[2,368万回分]解約(解約に伴う違約金なし)

新型インフルエンザ(A/H1N1)ワクチンの一覧

【製品名と製薬企業名】

- 「A型インフルエンザHAワクチンH1N1「□□」 ※□□には以下の「」内の名称(4種類)が入ります。
「化血研」(財)化学及血清療法研究所、「北研」(学)北里研究所、「ビケン」(財)阪大微生物病研究会、「生研」デンカ生研(株)
- 「アレパンリックス(H1N1)筋注」グラクソ・スミスクライン株式会社(以下、GSK社)
- 「乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用」ノバルティス ファーマ株式会社(以下、ノバルティス社)

製品名		国内産ワクチン					輸入ワクチン	
		A型インフルエンザHAワクチンH1N1					アレパンリックス(H1N1)筋注	乳濁細胞培養 A型インフルエンザHAワクチン H1N1「ノバルティス」筋注用
		「化血研」	「北研」	「ビケン」	「生研」			
製造方法	鶏卵培養					鶏卵培養	細胞培養	
性状	透明~わずかに白濁					乳濁製剤 (調製後※3)	乳濁製剤	
投与方法	皮下注射					筋肉内注射	筋肉内注射	
用法・用量	1歳未満 0.1mL 2回 1-6歳未満 0.2mL 2回 6-13歳未満 0.3mL 2回 13歳以上 0.5mL 1回					6か月-9歳 0.25mL 1回 10歳以上 0.5 mL 1回	3-17歳 0.25mL 2回 18-49歳 0.25mL 1回 50歳以上 0.25mL 2回	
製剤の種類※1	バイアル	バイアル	シリンジ	バイアル	バイアル	バイアル	バイアル	
保存剤※2	チメロサル	なし	あり	なし	あり	あり	あり	
	フェノキシエタノール	あり	なし	なし	なし	なし	なし	

※1 バイアル製剤:小びんに注射液が充てんされている製剤。
シリンジ製剤:あらかじめ注射器に注射液が充てんされている製剤。

※2 複数回接種用バイアルの開封後の細菌汚染防止のために用いられる防腐剤のこと。季節性インフルエンザワクチンなどでも使用されています。
チメロサル:エチル水銀に由来する防腐剤であり、海外で過去に発達障害との関連性が指摘されましたが、最近の疫学研究ではその関連はないとされています。
フェノキシエタノール:妊娠動物等での催奇形性試験の結果には問題ありませんが、妊婦への使用実績は確認されていません。

※3 接種直前に、抗原製剤を添付のアジュバント(免疫補助剤)を含む専用混和液と混合して調整します。

131

新型インフルエンザインフルエンザワクチン製造予定(推定)量

○ 海外において新型インフルエンザ発生後、4月27日に製造可能量の試算を各製造販売業者に依頼。
その後随時更新。

○ 季節性ワクチンの製造予定量、新型ワクチンの増殖率などの種々の前提条件を付与し、様々な試算を実施。

(主な前提条件:第1回試算時)

- ・ウイルス同定からワクチン製造株を準備するために、増殖性・安全性確認のため1~2ヶ月と想定。
- ・5月又は6月までは季節性インフルエンザワクチンを製造し、その後(6月又は7月以降)新型インフルエンザワクチン製造に切り替え(それまでにワクチン株を感染研からメーカーに分与)
- ・新型ワクチンは1価(新型A/H1N1のみ)とする。
- ・**新型ワクチンの増殖率は季節性ワクチンと同等と仮定する。**
- ・**成人1人あたり2回接種を前提とする。**
- ・1回の接種量は季節性ワクチンと同じと想定する。(13歳以上0.5ml、6-12歳0.3ml、1-5歳0.2ml、0歳0.1ml)

○ 製造予定(推定)量と試算の前提条件は以下のとおり

	製造予定(推定)量	備考
6月26日	平成21年12月末までに 2540万人分	・1人2回接種として試算。以下同じ。 ・現段階では季節性ワクチンと同等のウイルスの増殖率と仮定。
7月 8日	平成22年2月末までに 2300~3000万人分	・現段階で把握しているウイルスの増殖率で推定(季節性ワクチンより増殖率が低いことが判明してきた。) ※平成21年12月末までの試算:1400万人分(1ml)~1700万人分(10ml)
7月28日	平成22年2月末までに 2211万人分	・現段階で把握しているウイルスの増殖率で推定。 9月4日パプコメ:2200万人分(1ml)~3000万人分(10ml) 増殖率2割減少を見込むと1800万人分(1ml)
10月1日	平成22年3月末までに 2700万人分	・9月中旬に増殖率が明確になるとともに、10mlバイアルと1mlバイアルのバランスをとって製造をすすめることとした。 ※製造株の増殖性の改良、各企業の増産努力等により製造量は変更される可能性がある。

132

新型インフルエンザワクチンの確保量及び供給量

ワクチンの確保量 (接種回数=1回、回数=成人量換算)

○国内産ワクチン: 約5,400万回分 (約259億円)

1ml: 約3,843万回分、10ml: 約1,272万回分、0.5ml: 約273万回分

○輸入ワクチン: 約9,900万回分 (約1,126億円)

うちGSK社: 約7,400万回分(一部解約: ▲2,368万回(▲32%))

ノバ社: 約2,500万回分(契約の見直しについて交渉中)

国への納入状況(5月26日時点)

○国内産ワクチン: 約5,400万回分

○輸入ワクチン: 約6,129万回分

うちGSK社: 約4,467万回分、ノバ社: 約1,662万回分

供給状況(4月30日時点)

○国内産ワクチン: 約3,900万回分

各月出荷状況(平成21年10月19日より出荷)

10月出荷: 253万回分 11月出荷: 817万回分 12月出荷: 1,553万回分

1月出荷: 1,216万回分 2月出荷: 84万回分 3月出荷: 0.1万回分 4月出荷: 0.2万回分

○輸入ワクチン: 6,765回分

うちGSK社: 4,300回分、ノバ社: 2,465回分 (2月12日より都道府県への希望量調査に基づき出荷)

国内産ワクチン在庫量(3月31日時点)

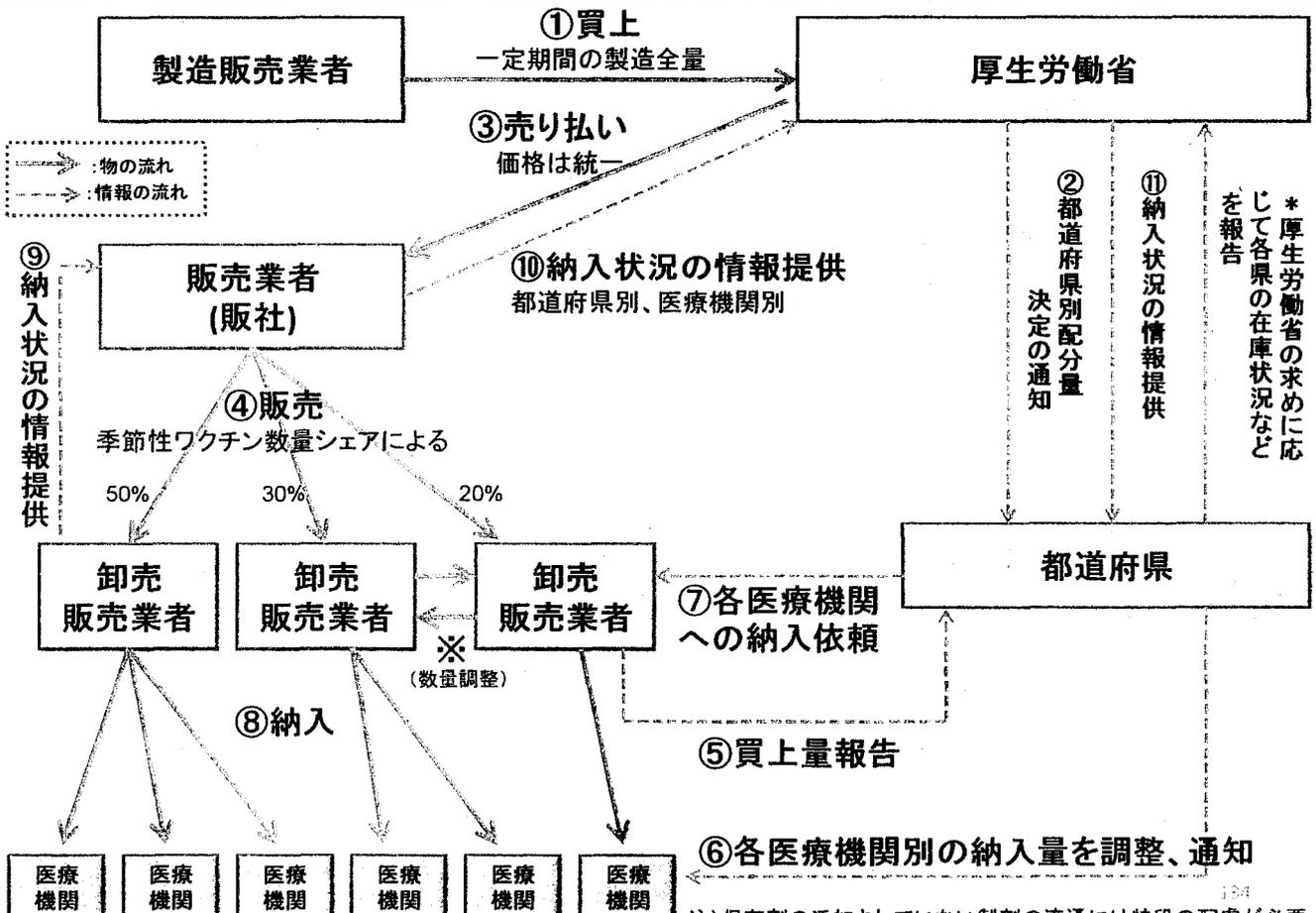
約220万回分

うち医療機関在庫: 約208万回分 流通在庫: 約12万回分(※)

(※)流通段階より国へ約1,600万回分、引き上げを行った。(引き上げ分については、必要に応じて、他の都道府県への再配分等を予定)

1-3

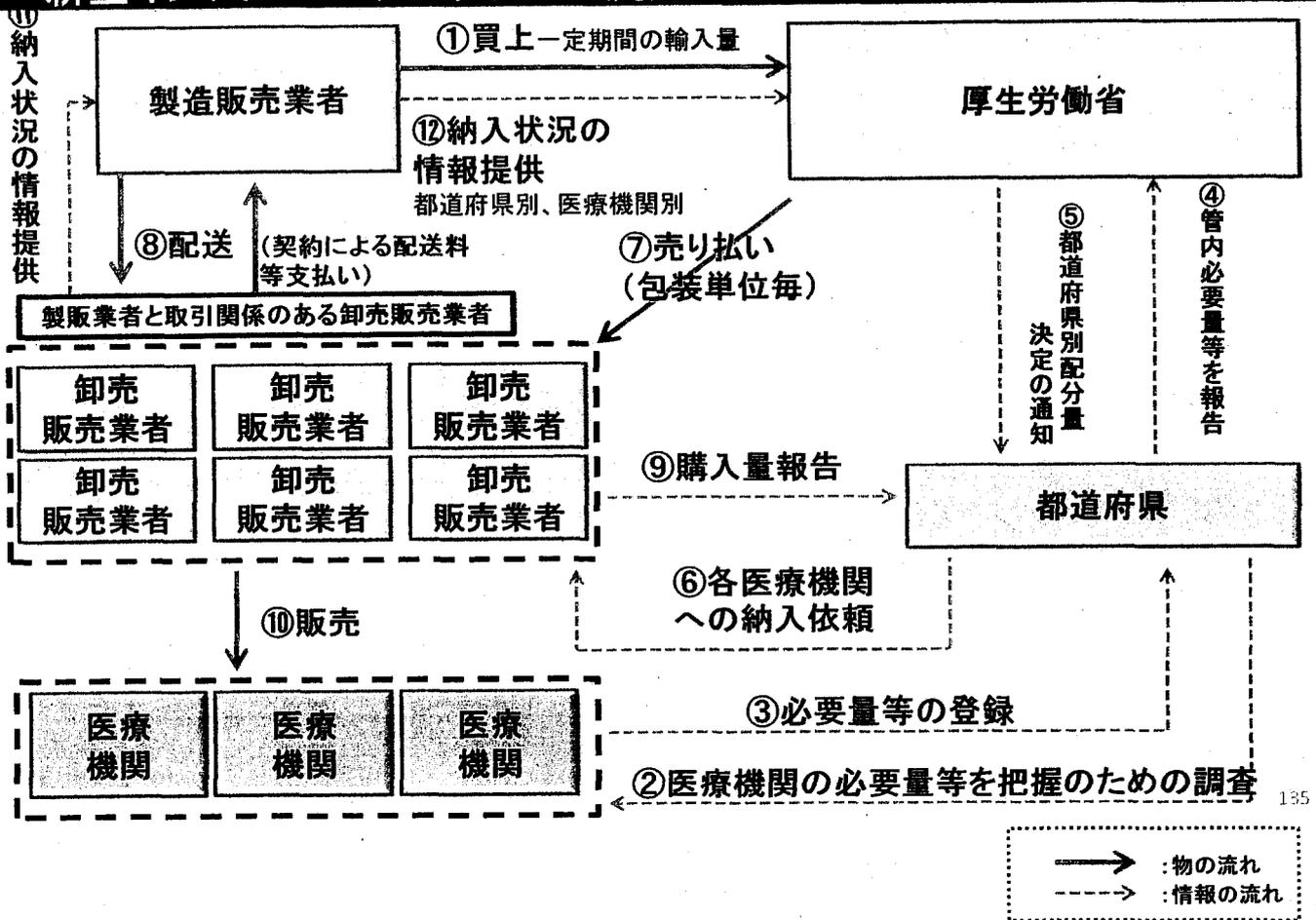
新型インフルエンザワクチンの流通スキームについて(国内産ワクチン)



注)保存剤の添加されていない製剤の流通には特段の配慮が必要

1-4

新型インフルエンザワクチンの流通スキームについて【輸入ワクチン】



135

特例承認について（薬事法第14条の3）

(特例承認)

第14条の3 第14条の承認の申請者が製造販売をしようとする物が、次の各号のいずれにも該当する医薬品又は医療機器として政令で定めるものである場合には、厚生労働大臣は、同条第2項、第5項、第6項及び第8項の規定にかかわらず、薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて、その品目に係る同条の承認を与えることができる。

- 一 国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病のまん延その他の健康被害の拡大を防止するため緊急に使用されることが必要な医薬品又は医療機器であり、かつ、当該医薬品又は医療機器の使用以外に適当な方法がないこと。
 - 二 その用途に関し、外国(医薬品又は医療機器の品質、有効性及び安全性を確保する上で本邦と同等の水準にあると認められる医薬品又は医療機器の製造販売の承認の制度又はこれに相当する制度を有している国として政令で定めるものに限る。)において、販売し、授与し、並びに販売又は授与の目的で貯蔵し、及び陳列することが認められている医薬品又は医療機器であること。
- 2 厚生労働大臣は、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、前項の規定により第14条の承認を受けた者に対して、当該承認に係る品目について、当該品目の使用によるものと疑われる疾病、障害又は死亡の発生を厚生労働大臣に報告することその他の政令で定める措置を講ずる義務を課することができる。

(参考)薬事法第14条第2項、第5項、第6項及び第8項の規定

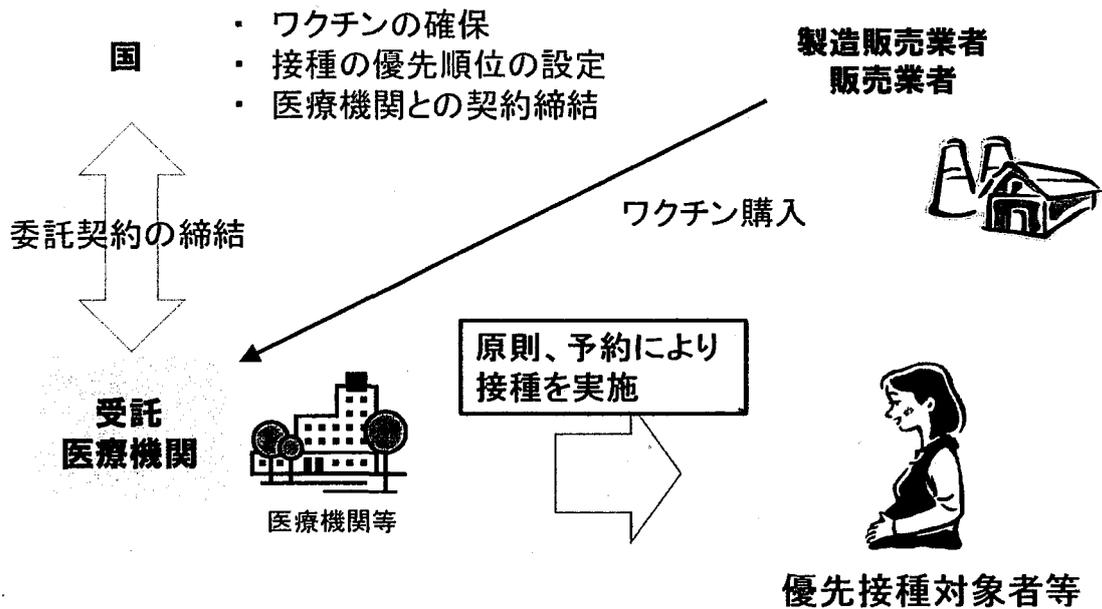
第2項: 製造販売業許可の取得、製造業許可の取得、有効性・安全性等に係る審査の結果及び製造管理又は品質管理の基準(GMP)への適合

第5項: 申請資料の信頼性調査の実施

第6項: 承認取得時及び承認後定期的に行うGMP適合性調査の実施

第8項: 一部の医薬品について、薬事・食品衛生審議会への意見聴取

ワクチン接種事業のスキーム



新型インフルエンザワクチンの接種数

約2,110万回(医療機関からの報告数の推計)～約2,280万回(医療機関に納入されたワクチン量から推定)

医療機関に納入されたワクチン量
から推定した接種数
(平成22年4月26日現在)

	推定接種数
国内産ワクチン	2,283万回 *1
乳濁A型インフル エンザHA ワクチン(G 社)	1,350回 *2
乳濁細胞培養 A型インフル エンザHAワク チン(N社)	2,295回 *3

(留意点)納入分が、すべて接種されたとは限らないため、推定接種数は最大数である。

※ 10mlバイアルを18人に接種(※1)、1mlバイアルを2人に接種(※1)、5mlバイアルを10人に接種(※2)、6mlバイアルを17人に接種(※3)したと仮定した場合(成人1回換算量)の推定接種数である。

医療機関からの報告数から推計した接種数
(平成21年10月～平成22年3月：平成22年4月26日現在)

	1回目	2回目	合計
医療従事者	213万回	0.8万回	214万回
基礎疾患を有する者	676万回	45万回	721万回
妊婦	43万回	0.6万回	44万回
1歳～小学校3年生	288万回	221万回	509万回
1歳未満の小児の保護者等	42万回	0.7万回	43万回
小学校4～6年生	36万回	26万回	62万回
中学生	38万回	0.8万回	38万回
高校生	35万回	0.1万回	36万回
65歳以上の者	269万回	0.3万回	269万回
1歳未満の者	3万回	0.5万回	3万回
健康成人	168万回	0.5万回	169万回
合計	1,811万回	297万回	2,108万回

※すべての都道府県より報告を受けていないため、平成20年総務省推計人口より推計

※報告を受けた都道府県も、すべての医療機関から報告を受けていない

費用負担について

○費用負担については、実費を徴収。

接種費用：合計 6,150円
 1回目 3,600円
 2回目 2,550円(※)

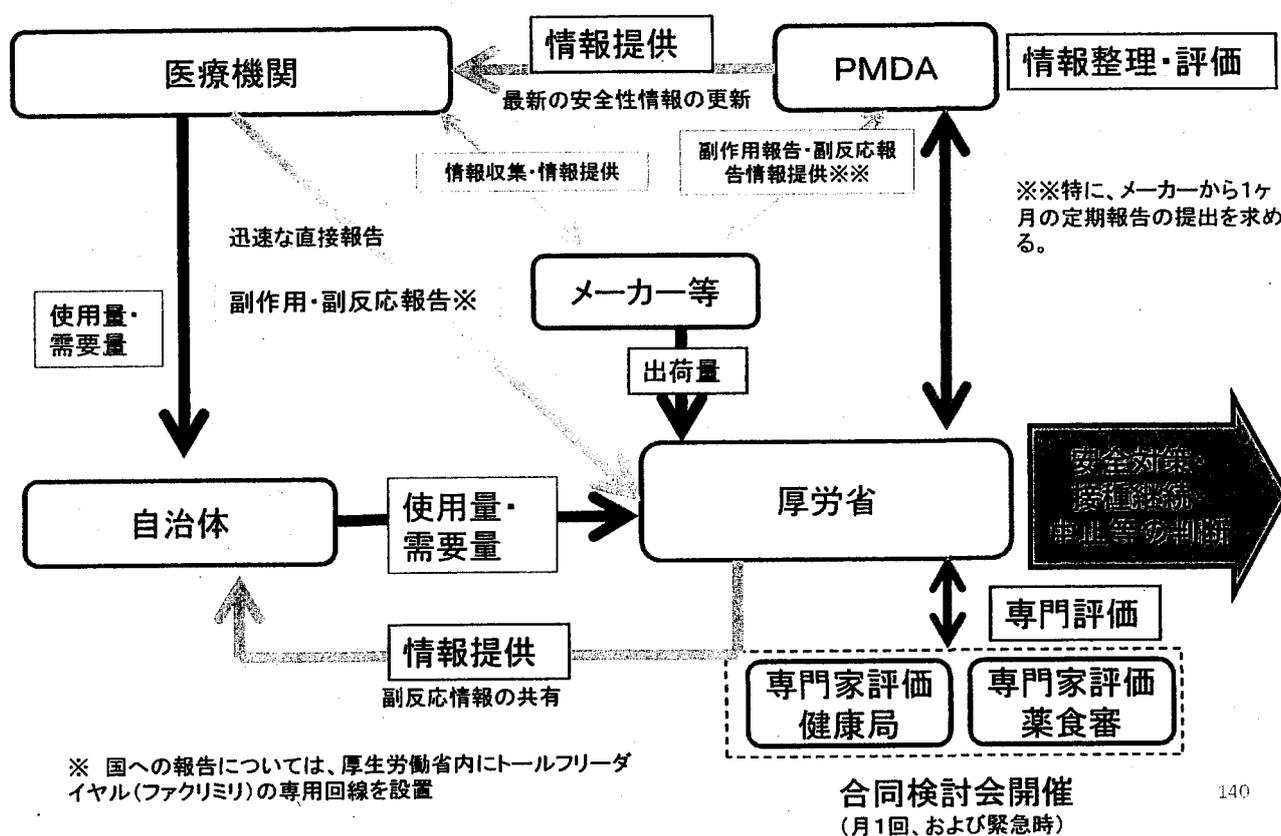
※ 1回目と異なる医療機関で接種する場合は3600円
 (基本的な健康状態等の確認が必要なため)

○所得の少ない世帯の負担軽減

- ・国としては、市町村民税非課税世帯を軽減できる財源を措置(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)
- ・市町村は、これを踏まえ、軽減措置の内容を決定し、実施。

139

新型インフルエンザワクチンにおける副反応報告の取り扱い



140

新型インフルエンザワクチンの副反応報告状況

国産ワクチン

推定接種者数 4月26日現在	副反応報告数		うち、重篤例注1) 4月28日報告分まで (下段報告頻度)	死亡例注2) 4月28日報告分まで (下段報告頻度)
	4月28日報告分まで (下段報告頻度)	0.01% 1万人に1人		
約2,283万人	2,421人	0.002% 10万人に2人	414人	131人
		0.0006% 100万人に6人		

輸入ワクチン

	推定接種者数 4月26日現在	副反応報告数		うち、重篤例注1) 4月28日報告分まで (下段報告頻度)	死亡例注2) 4月28日報告分まで (下段報告頻度)
		4月28日報告分まで (下段報告頻度)	0.0%		
乳濁A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株) (グラクソ・スミスクライン株式会社)	約1,350人	0人	0.0%	0人	0.0%
乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株) (ノバルティスファーマ社)	約2,295人	4人	0.13%	1人	0.0%

※今回の接種事業では、疑いの如何にかかわらず、「接種後の死亡、臨床症状の重篤なもの、後遺症を残す可能性のあるもの」に該当すると判断されるものは報告対象としている。
 (注1) 報告の際の副反応の重篤の基準：治療のために入院又は入院期間の延長、障害、障害につながるおそれ、死亡、死亡に繋がるおそれ、これらに準じて重篤、後世代における先天性の疾病又は異常
 (注2) 基礎疾患をもつ、主として高齢者での死亡事例が報告されている。専門家による評価の結果、131例の死亡例については、限られた情報の中で因果関係は評価できないものもあるが、大部分は、基礎疾患の悪化や再発による死亡の可能性が高いと考えられ、死亡とワクチン接種との直接の明確な関連が認められた症例はなかった。

新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法 (平成21年法律第98号)

厚生労働大臣が行う新型インフルエンザ予防接種による健康被害の迅速な救済を図るとともに、必要な海外生産分の輸入を行うため副作用被害等に関する企業への国の損失補償を行うために、新たな立法措置を講ずる。

1. 健康被害が生じた場合の救済措置の整備

- 厚生労働大臣は、新型インフルエンザ予防接種において、当該予防接種を受けた者について、健康被害が生じた場合の救済措置を講ずること。
- 給付の額等については、予防接種法の二類疾病の定期接種に係る給付に関する措置(医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済給付と同様)を踏まえたものとする。

2. 輸入企業との契約内容への対応 (副作用被害等に関する企業への国の損失補償)

- 特例承認を受けた新型インフルエンザワクチンの製造販売業者を相手方として、ワクチン使用により生じた健康被害に係る損害を賠償すること等により当該製造販売業者に生じた損失等については、政府が補償することを約する契約を締結することができる。

3. 施行期日

12月4日(公布日施行)。ただし、健康被害の救済措置に係る規定は、施行日前に新型インフルエンザ予防接種を受けた者にも適用すること。

4. 検討規定

政府は、厚生労働大臣が行う新型インフルエンザ予防接種の実施状況、新型インフルエンザ予防接種の有効性及び安全性に関する調査研究の結果等を勘案し、将来発生が見込まれる新型インフルエンザ等感染症に係る予防接種の在り方、当該予防接種に係る健康被害の救済措置の在り方等について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

○平成22年1月末現在（平成22年2月5日公表）

申請数 18件（15人）

○平成22年3月末現在（平成22年4月5日公表）

申請数 59件（41人）

新型インフルエンザワクチンの予防接種については、平成21年10月19日から順次開始されており、予防接種を受けたことにより、入院を必要とする程度の医療を受けた場合や、一定程度の障害が残った場合、亡くなられた場合については、新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法（平成21年法律第98号）に基づき、医療費等の給付を受けることができる（平成21年12月4日より受付開始）。