

平成30年度東京都新型インフルエンザ等対策有識者会議

平成30年5月22日

【菊地課長】 定刻前ではございますが、皆さんおそろいでございますので、ただいまから東京都新型インフルエンザ等対策有識者会議を開催させていただきます。

私は、本会議の事務局を務めさせていただきます総務局総合防災部情報統括担当課長の菊地でございます。議事に入りますまでの間、会議の進行を務めさせていただきます。

最初に、会議の運営について説明いたします。本会議は、新型インフルエンザ対策に係る内部情報等、公開すると公正な行政執行の確保に支障を来すおそれがあるため、非公開とさせていただきます。なお、会議録等の文書につきましては、原則として公開とさせていただきますので、ご了承願います。

次に、委員の委嘱に関してでございます。委員の皆様方の机上に、本会議の委員についての委嘱状を配付させていただいております。本来でしたらお一人お一人に知事からお渡しすべきところではございますが、時間の都合で省略させていただきます。ご了承ください。

次に、お手元に配付いたしました資料のご確認をお願いいたします。次第に続きまして、資料1として、本有識者会議の根拠となります「東京都新型インフルエンザ等対策有識者会議設置要綱」と、裏面に委員名簿がございます。資料2といたしまして、「抗インフルエンザウイルス薬の備蓄方針の見直しについて」がございます。A4横の3枚、両面で6ページになります。資料3といたしまして、「東京都新型インフルエンザ等対策行動計画の一部変更(案)」がございます。こちら、A4横の1枚、片面になります。

それから、参考資料として5点ございます。1点目に「新型インフルエンザ等対策政府行動計画新旧対照表」がございます。2点目に「新型インフルエンザ等対策ガイドラインの新旧対照表」がございます。3点目に、平成29年9月12日付で一部変更されました「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」がございます。4点目に、平成25年11月策定の「東京都新型インフルエンザ等対策行動計画」の冊子がございます。こちら、水色の冊子になってございます。5点目に、「東京都新型インフルエンザ等対策本部条例及び施行規則」がございます。

資料は以上でございますが、過不足等ございましたら、ご指摘いただければと思います。よろしいでしょうか。よろしければ、次に進めさせていただきます。

それでは、事務局から委員の皆様方のご紹介をさせていただきます。恐れ入りますが、資料1の委員名簿の順にご紹介させていただきます。

押谷仁委員でございます。

【押谷委員】 東北大の押谷です。よろしくお願いします。

【菊地課長】 砂川富正委員でございます。

【砂川委員】 国立感染症研究所の砂川です。よろしくお願いします。

【菊地課長】 紙子陽子委員でございます。

【紙子委員】 東京弁護士会から参りました紙子です。よろしくお願いします。

【菊地課長】 角田徹委員でございます。

【角田委員】 東京都医師会の角田でございます。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 永田泰造委員でございます。

【永田委員】 東京都薬剤師会の永田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【菊地課長】 益子邦洋委員でございます。

【益子委員】 南多摩病院の益子でございます。よろしくお願いします。

【菊地課長】 白井俊孝委員でございます。

【白井委員】 永寿総合病院の白井と申します。よろしくお願いします。

【菊地課長】 矢内真理子委員でございます。

【矢内委員】 矢内でございます。どうぞよろしくお願いします。

【菊地課長】 なお、矢内委員は、本日所用により途中で退席の予定でございます。

伊津野孝委員でございます。

【伊津野委員】 伊津野です。よろしくお願いします。

【菊地課長】 小林信之委員でございます。

【小林委員】 南多摩保健所の小林でございます。よろしくお願いします。

【菊地課長】 大井洋委員でございます。

【大井委員】 大井でございます。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 江原浩仁委員でございます。

【江原委員】 東京消防庁の江原です。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 和田慎一委員でございます。

【和田部長】 防災対策担当部長、和田でございます。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 なお、今村顕史委員でございますが、所用のため欠席というご連絡をい

いただきました。

続きまして、事務局の紹介をいたします。

福祉保健局感染症危機管理担当部長、吉田でございます。

【吉田部長】 吉田でございます。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 福祉保健局健康安全部感染症対策課長、杉下でございます。

【杉下課長】 杉下です。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 福祉保健局健康安全部医療体制整備担当課長、中島でございます。

【中島課長】 中島です。よろしくお願いいたします。

【菊地課長】 続きまして、開会に当たりまして、総務局防災対策担当部長の和田慎一よりご挨拶をさせていただきます。

【和田部長】 改めまして、東京都防災対策担当部長の和田でございます。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中会議にご出席をいただきまして、本当にありがとうございます。

さて、東京都では、平成17年に新型インフルエンザ対策行動計画を策定いたしまして、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄などを進めております。一方、国におきましては、平成25年に新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行されまして、政府行動計画を策定しております。これに合わせまして、東京都でも25年3月に東京都新型インフルエンザ等対策本部条例を制定いたしますとともに、同年11月には、皆様のお手元の青い冊子になってございますけれども、東京都新型インフルエンザ等対策行動計画を策定いたしまして、関係部署の役割分担を定めた全庁的な危機管理体制を構築しているところでございます。

昨年、国のほうでは9月に政府行動計画及びガイドラインが改定されておりまして、これを受けまして、東京都といたしましても、現在の行動計画を一部変更していきたいと考えているところでございます。変更に当たりましては、有識者会議を設置いたしまして、学識経験者の皆様方から意見を聞くこととしておりまして、本日皆様方にお集まりいただいたところでございます。

大変限られた時間ではございますけれども、委員の皆様方には、ぜひそれぞれのお立場から忌憚のないご意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

【菊地課長】 ありがとうございます。

本会議の議事を進めていただく委員長につきましては、資料1の東京都新型インフルエンザ等対策有識者会議設置要綱第3条3項によりまして、「委員のうちから知事が指名する。」としており、学識経験者のうち、押谷委員を委員長に指名させていただいております。ご承知おきいただければと思います。

それでは、改めまして、押谷委員長から一言ご挨拶をお願いできればと存じます。よろしくお願いいたします。

【押谷委員長】 委員長を仰せつかりました東北大の押谷です。きょうはよろしくお願いいたします。

【菊地課長】 ありがとうございます。それでは、委員長、今後の議事につきましてお願いしたいと存じます。

【押谷委員長】 それでは、議事に入らせていただきたいと思います。先ほど話がありましたように、政府行動計画と新型インフルエンザ等対策ガイドラインが一部変更されたことを受けて、都の行動計画を一部変更するための会議だと理解しております。

それでは早速、最初の議題について事務局にご説明いただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

【中島課長】 それでは、事務局より資料2についてご説明をさせていただきます。

まず1ページ目ですが、東京都の抗インフルエンザウイルス薬の現行の備蓄方針をまとめた資料となっております。

まず(1)被害想定(り患割合)ですけれども、こちらは、備蓄量を検討する上での前提となるものです。政府行動計画にて、国は人口の25%がり患すると想定しております。これを参考に都では、人口の集中する東京の特性を考慮しまして、都民の約30%がり患すると予測しております。

次に、(2)抗インフルエンザウイルス薬の備蓄目標量の考え方です。患者の治療に必要な量として、都民30%分のタミフルを備蓄しております。また、タミフル耐性を持つウイルスに備えて、リレンザも同量の都民30%分を備蓄するとの考え方をとっております。

次に、(3)備蓄目標量です。こちらは、都民の6割に相当する量と整理いたしております。

次に、(4)都の備蓄量の考え方です。右に図がございまして、流通備蓄分と国備蓄分から都に配分される分と、また、都がみずから備蓄する分の全てを合わせまして都民60%分を確保すると整理いたしております。

そして、(5) 薬剤の種類です。以前はタミフルカプセルとリレンザの2剤でしたが、28年7月に国の通知に基づきまして、タミフルカプセル、リレンザに加えまして、子供用のタミフルドライシロップ、そして、重症者用の点滴剤のラピアクタ、そして、単回吸入でコンプライアンスがよく、市場でもよく使われておりますイナビル、こちらを追加して5剤としているところでございます。

2ページは、国の備蓄方針の見直しについてまとめた資料となっております。一番上の行なんですけれども、28年3月と29年9月に国は備蓄方針を変更いたしております、今後もさらに変更を行う予定となっております。

まず(1) 被害想定(り患割合)ですけれども、こちらは人口の25%で変更はございません。

そして、(2) 備蓄目標量です。当初、国民の45%、5,700万人分としておりましたが、28年3月に今後の人口変動を考慮して、5,650万人分に減らしております。

そして、その下の段、(3) 備蓄の考え方のところなんですけれども、これらの備蓄薬の使い道として、国は①から③の内容を示しております。①(ア) 患者の治療としまして3,200万人分、(イ) 全重症患者への倍量・倍期間投与として750万人分、②予防投与として300万人分、③季節性インフルエンザの同時流行に備える分として1,270万人分としております。

そして、1つ右の枠、①の(イ)の削除のところなんですけれども、重症患者への倍量・倍期間投与の効果につきまして科学的に確認できないことがわかりまして、この分を削除いたしております。そして、残りの数値を積み上げまして、目標量を4,770万人分としております。

そして、今後ですけれども、③の季節性インフルエンザの同時流行分につきまして、患者数の推計方法を見直して、1,000万人分に削減する予定でございます。あわせて、備蓄目標量につきましても、今後4,500万人分に減る予定となっております。

続きまして、(4) 国の備蓄量の考え方です。以前は、備蓄目標から流通備蓄分400万人分を除いて、残りを国と都道府県で半分ずつ備蓄するとしておりましたが、28年3月に流通備蓄分を1,000万人分にふやしております。

そして、(5) 薬剤の種類です。以前は、タミフルカプセル、リレンザの2種類、そして、28年3月に記載の5種類、そして、29年3月には、国はアビガンの備蓄を決定いたしております。ほかの薬は全てノイラミニダーゼ阻害剤であり、これらの薬剤耐性に備える

ために、異なる作用機序を持つアビガンの備蓄を決定いたしております。ただ、アビガンにつきましては、重い副作用が懸念されるために厳重な管理が必要として、国のみで備蓄をいたしております。

続きまして、3ページをお願いいたします。こちらは、国の備蓄方針の継続検討事項としまして国の会議資料で示された内容となっております。一番左の列に検討事項がございます。被害想定（推計）の推計、予防投与の対象と範囲、季節性インフルエンザとの同時流行の規模につきまして厚労省にて調査を行っております。今後、調査結果によりましては備蓄方針が変更される可能性がございます。そして、一番下の段ですが、新薬とジェネリック医薬品が今年の2月にそれぞれ承認を取得いたしております。今後これらの薬が備蓄薬に加わる可能性もございます。

下の網かけの部分になりますけれども、まとめとしまして、国は近年、備蓄量を段階的に削減いたしております。そして、今後も備蓄方針の見直しが行われる予定でございます。これらの動きを踏まえまして、都の備蓄方針につきましても再検討が必要であると考えております。

次に、4ページをお願いいたします。こちらは、都の備蓄方針の見直しについてまとめております。(1)の被害想定（罹患割合）についてです。都の被害想定（罹患割合）の基となる国の想定は変更されておられませんので、都の分も変更はなしと整理をしたいと思います。

(2) 備蓄目標量の考え方についてです。現状ですけれども、都は、患者の治療、そして、薬剤耐性の備えのために、被害想定である都民30%分の倍量の抗ウイルス薬（ノイラミニダーゼ阻害剤）を備蓄いたしております。まず薬剤耐性の備えについてですが、国の会議資料では、ノイラミニダーゼ阻害剤全てに耐性のウイルスが出現する可能性は否定できないということが示されております。もしこういったウイルスが出現しますと、ノイラミニダーゼ阻害剤では十分な効果が得られないということになります。

そして、29年3月に国は、ノイラミニダーゼ阻害剤の薬剤耐性に備えましてアビガンの備蓄を決定しております。また、今年の2月には、新しい作用機序を持つ新薬も承認を取得してございまして、今後備蓄薬に加わる可能性もございます。そこで、薬剤耐性につきましては、ノイラミニダーゼ阻害剤を被害想定（罹患割合）の倍量備蓄するのではなく、既存薬に加えまして、作用機序の異なる新しい薬剤の備蓄で備えるように整理をしたいと思います。

次に、備蓄薬の用途についてです。国は、患者の治療、予防投与、季節性インフルエン

ザ治療に必要な量を備蓄目標として設定しております。そして、東京都ですが、患者治療に必要な量を備蓄目標量として設定しておりますが、実際は予防投与も季節性インフルエンザの治療も行うこととなります。そこで、国の考え方と整合を図りまして、都におきましても、患者治療、予防投与、季節性インフルエンザ治療に必要な量を備蓄目標として設定したいと考えております。

続いて、5ページをお願いいたします。(3) 備蓄目標量についてです。(2) で整理した考え方に基づきまして目標量を設定したいと考えております。国の通知で国の方針に基づく各都道府県の備蓄目標量が示されておりますが、都の被害想定と国の想定は異なっております。都のほうが5%高いので、この点を考慮する必要があるがございます。そこで、国通知で示された都の備蓄目標量に、都と国の被害想定の違いを考慮しまして都の目標量を算出するよう整理をしたいと考えております。

(4) 都の備蓄量の考え方についてです。こちらは引き続き、流通備蓄分と国備蓄分から都に配分される量も含めて目標量を確保するような形で、変更なしとしたいと考えております。

(5) の薬剤の種類につきましても、引き続き、国の方針に準じた薬剤を備蓄しまして、変更なしとしたいと考えております。

その下がまとめの表となっております。変更がございますのは、濃い網かけの部分となっております。(2) 備蓄目標量の考え方、こちらは国の備蓄方針、そして、都の被害想定を踏まえて、患者の治療、予防投与、季節性インフルエンザが同時に流行した場合に使用する量を備蓄するよう整理をしたいと考えております。そして、備蓄目標量につきましては、国通知で示された都の目標量を基として、都と国の被害想定の違いを考慮して都の目標量を算出するよう整理したいと考えております。

続いて、6ページをお願いいたします。こちらは、都の行動計画の変更についてでございます。一番上のポツのところに変更の考え方をまとめております。これまで行動計画では、備蓄目標量として都民6割分と具体的な数値を規定しておりましたが、新型インフルエンザ等対策の基本方針を示す行動計画では、備蓄の考え方を定めまして、そして、保健医療に関する具体的な内容を定めますガイドラインで備蓄目標量を定めるように変更したいと考えております。

下の表の太枠内が行動計画の内容となっております。左が現行、右が変更案となっております。現行のところですけれども、2行目のところに「都民の6割に相当する量を目標」

と記載してありますが、変更案では目標数量は載せずに、考え方としまして、1行目の後ろのところからですが、「全り患者（被害想定において都民の30%が罹患すると想定）の治療その他の医療対応に必要な量を目標」とするといった形で記載をしたいと考えております。

なお、都の備蓄の考え方は、国の考え方と整合を図ることから、表の一番右の国の行動計画の文言の網かけの部分で準用する形となっております。ただ、被害想定は国と都では違いますので、その部分は都のものを設定しております。

そして、具体的な数値目標につきましては、下の段のガイドラインのほうに規定をしたいと考えております。ガイドラインにつきましては、こちらの会議体とは別の会議体で別途検討する予定なんですけど、ご参考に案を示しております。中央の下側の枠のところの3行目の終わりのあたりなんですけど、具体的に何万人分を目標という形で規定をしたいと考えております。そして、一番下の行なんですけど、備蓄する薬剤につきましても、ガイドラインの中で国に準ずる旨を規定したいと考えております。

資料の説明は以上となります。

【押谷委員長】 ありがとうございます。国の行動計画、ガイドラインが改定されたというのが大きな背景にあるんですけども、私も国の委員、厚労省のほうも内閣官房のほうも入っているので、少しだけ補足をします。割と今回の改定は、マイナーなというか、資料の3ページ目にあるように今後さらに変わっていく可能性があるものです。

これ、どうしてそうなったのかというのはよくわからないところがあるんですけど、以前の国の行動計画には、45%と書かれていて、世界的に見てもこれだけ持っている国はほとんどなくて、非常に多くの抗インフルエンザウイルス薬を日本は備蓄しているという状況です。

今回改定された分の、本当に必要なかという議論があるところは幾つかあって、そもそも季節性インフルエンザとの同時流行ということでもかなり持っているんですけど、これが本当に起こるかということ、同時に流行するという可能性はかなり低くて、さらに、季節性インフルエンザでは通常の流通で間に合っているわけです。毎年抗インフルエンザウイルス薬が足りなくなるということはないので、それを考えると、本当にこの備蓄は必要なかという議論もあります。

あとは、先ほど事務局から説明があったように被害想定も見直すという。見直すのがどういう形になるかというのはまだ確定していないところはあるんですけど、そういうことで

減らしている。

予防投薬に関しても、300万人と国が言っているのも、七、八年ぐらい前まではそういう考え方もあったんですが、今となつては本当にこれでいいのかというような議論もあって、まだまだ変わっていく可能性がある。

とりあえず今、国のほうで、季節性インフルエンザのり患者数の推計の方法が変わつたということ、あと、重症患者への倍量・倍期間投与というのは、これは香港等でいろいろ研究がなされて、ほとんど効果がないという結果が出たのを受けて、これはやめようということになって、そういう意味ではまだまだ過渡期で、今後まだまだ変わっていく可能性があるものだという事になります。

そういう前提で、委員の先生方から何かご意見等ございますでしょうか。

砂川委員、どうぞ。

【砂川委員】 すいません、感染研の人間でありながら、国の動きを十分に把握していないんですけども、この冬がかなり大きな流行になっていて、B型とA型が同時流行して、B型の規模も結構大きな流行になるんだというふうなことが2004年、5年のシーズン以来出てきたというところでは、そういった経験を踏まえると、例えばB型と新型インフルエンザみたいなのが流行するという意味での同時流行はあり得るかなと思ったんですが、この同時流行と規定されているのは、これはA型のインフルエンザのことですか。

【押谷委員長】 言っているのは、多分季節性インフルエンザと新型インフルエンザの流行なので、B型も入るんだと。

【砂川委員】 ありがとうございます。何となく心配ではないけれども、ちょっと唐突感があるのは、アビガンの採用というところについては、どっちかという、今、臨床場では使われているお薬ではないですよ。そういった意味で、お薬の全体のいろいろな検証がなされているという前提なんだろうとは思いますが、それを備蓄までするというふうなところについては、一応かなりコンセンサスが得られているのでしょうか。

【押谷委員長】 国の委員会等でもかなり議論はしていたと記憶しているんですけども、現状では、広く使うという薬ではないので、危機管理上ということで、流通していない薬なので、多分、背景には、新型インフルエンザだけではなくてほかの感染症、ちなみにこの薬は、RNAウイルスには一応効くことになっていて、エボラとか、今、西アフリカではやっているラッサとか、そういうものにも効くんじゃないかという動物実験等のデータがあって、そういうことも含めて国としては危機管理上のものとして備蓄しているとい

うふうに理解しています。

実際にインフルエンザでどこまで使うかというのは、そのときも議論があったんですけども、多分使うとすると、非常に重症度が高い新型インフルエンザが出て、多くの人が亡くなって、治療のオプションが非常に限られているというような、そういうときに限定して重症者に使うというようなことに多分なるんじゃないかなとは思っています。

【砂川委員】 ありがとうございます。

【押谷委員長】 あと、今の考え方というのは、30%タミフル、30%リレンザという形になっていて、新しい見直した部分ではどういう割合になるということは規定はしないんですね。

【中島課長】 はい。薬の割合についてなんですけれども、こちらは厚労省のほうから各都道府県向けに通知が出されておまして、その中で割合については示されておますので、基本的にはそれに沿った形で都も備蓄をしていくように考えております。

【押谷委員長】 でも、新しい薬が出ていたりして、また変わっていく可能性もあるわけですね。

【中島課長】 はい。国でも、新薬、またタミフルの後発品等も出ておりますので、こういった薬を備蓄薬として採用する可能性は今後十分あると思います。その際には、それぞれの薬剤の割合についても改めて通知で示されるものと思われまます。

【押谷委員長】 わかりました。

あと、最後のページにある、かつては国も45%というピンポイントで備蓄目標を示していたんですが、国のほうもそれをやめています。その1つの背景として私が理解しているのは、結局、行動計画とかに書かれていると、それを修正するのに非常に大変なステップを踏んでいかなければいけなくて、厚労省に幾つか会議があつて、さらに内閣官房に会議があつて、内閣官房も、我々が参加するような会議と、もっと上にある会議があつて、それを全部経ていかないと行動計画は修正できないと。だから、例えば50万人分減らすというのでも一々それをやらなければいけないということで、考え方だけを書いて、具体的な数値を書かない。数値に関しては、もう少しフレキシブルに変えられるようにということだと理解しているんですが、東京都のほうもそういうこともあるんですね。

【中島課長】 都も結果的にはそのような形になっております。行動計画はもともと大きな基本方針を示すという性格の文書となっておりますので、今までは目標量は都民6割分という具体的な数値を載せていたんですが、大きな基本方針ということで備蓄の考え方を

載せるにとどめて、具体の数量については、もう少し具体的な内容を定めておりますガイドラインのほうで整理をしていきたいと考えております。

【押谷委員長】　あとは、耐性に対する考え方をどう考えるかというのもこれも結構難しい話で、可能性としてあるのは、4剤耐性というのも可能性はゼロではないですが、タミフル耐性だけドリレンザには感受性があるというようなものが出てくる可能性のほうが高いということでこういう感じになっているんだと思うんですけども、問題は、リレンザは使えない患者さんが結構いるという。吸入薬ですので、小さい子供は使えないとか、高齢者でも使えない人がいるとか、ぜんそくがあると使いにくいとか、そういうこともあるので、そういうことも考えないといけないということで、その対応としてはほかの薬剤というようなことも考えておかないといけないのかなど。

【角田委員】　東京都医師会の角田です。質問ですが、り患率は、国は25%、都は30%と少し多目に、もちろん都市部としての考慮を入れていきますので。先ほどのお話を聞いていて、今、5剤のうちの備蓄の割合は、国の指針にのっとっているということですが、国の指針はあくまで1つの目安で、縛るものではないんですね。ですから、東京都なんかは例えばり患率が多いから、それだけ備蓄を増やさなければいけない。そうすると、どこの薬を増やすかというのは、ある程度都のほうへ裁量は任されているというふうに考えてよろしいのでしょうか。

【中島課長】　国では、備蓄する薬剤と割合について、通知で示しており各都道府県に備蓄を進めるよう求めておりますので、都としては基本的には、国の通知に沿った形で備蓄をしていきたいと考えております。

【角田委員】　そうすると、全体量を5%ぐらい増やしたと考えたとしても、同じような割合で備蓄するというふうな考えでよろしいんですね。

【中島課長】　そのように考えております。

【押谷委員長】　そうすると、このり患率の推計というのも、今の国の行動計画はピンポイントで25%という話ですが、通常はアメリカとかほかの国でもそういう形でピンポイントで被害想定をしている国はほとんどなくて、こういうものを考えるときにはある程度レンジが考えられるというのが通常の考え方で、そういうことも含めて今被害想定の見直しをしています。私も最終的にどうなるかはよくわからないところがありますけれども、実際には25%を超える可能性はあります。2009年のときが2,100万人ぐらいい患したという推計値だったように記憶しているんですけども、あれを超える感染性を持つ

たウイルスというのは十分考えられるので、そうすると、25%を超える可能性はありません。

ただし、日本の特殊性として、先ほども言いましたけれども、相当量の薬が毎年使われていて、相当量市場にあって、多分今年も、先シーズン、今シーズンも薬が足りなくなるということは多分なかったんじゃないかと思うんです。製薬会社も増産できるような態勢、かなりのバッファはあるというふうに聞いていますので、そういう意味では25%というのは低いからといって、すぐ薬が足りなくなるということは多分日本では考えにくい。

あと、ちょっと気になったのは、国は、2ページにあるように、り患者数と、倍量・倍期間とか、いろいろそれぞれに算定基準があって、何十万人、何百万人というふうに足していったら大体45%ぐらいになったという、そういう考え方で決まっていたと理解しているんですけども、東京都の場合は、最初の説明が、タミフル30%で、さらに耐性を考えてリレンザも30%で60%という、その算定の仕方が違うので、それを減らすときにどういうふうにして説明するのかというのはちょっと考えないといけないのかなと思うんですが。

【中島課長】 今、押谷先生からございましたとおり、都の備蓄目標量の考え方と国の考え方というのは全く違う考え方でございます。これは国より先行して都のほうで先に備蓄目標量の考え方を設定したために、国とは違った内容となった経緯がございます。当時は薬も2剤しかないということでこのような考え方で整理しているんですけども、先ほど私のほうからもご説明させていただきましたとおり、薬剤耐性についても、今は、ノイラミニダーゼ全てに耐性を持つウイルスが出る可能性も否定できないというようなことが国の会議資料で示されておりますのと、また、アビガンなど、新しい作用機序を持つ薬も出てきているということで、ここで考え方を新たにリセットするような形で国に合わせていきたいと考えているところでございます。

【押谷委員長】 そうすると、大体、減らす割合としては、国が減らすような割合で減らしていくというような感じになるんですかね。

【中島課長】 はい。今後国が減らしていけば、それに連動していく形になりますので、都の備蓄目標量も減らすような形となっていきます。

【押谷委員長】 ほかに委員の方々から何かご意見等ございますでしょうか。

なければ、資料2に従って、行動計画を変更するということでもよろしいでしょうか。

【押谷委員長】 では、続きまして、次の議題について、事務局から説明をお願いいた

します。

【菊地課長】 それでは、資料3の東京都新型インフルエンザ等対策行動計画の一部変更（案）をごらんいただければと思います。

こちらの変更（案）は、大きく3点でございます。まず1点目の新型インフルエンザ等対策政府行動計画の一部変更に伴い、以下の変更を行うということで、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄目標量の変更によるものの内容につきましては、今ご議論いただきましたとおり、現行の都民の6割に相当する量を目標という記載になっているものにつきまして、被害想定、都民の30%が罹患するという想定という形の変更を含めて、今ご議論いただいた内容の文面で整理させていただきたいというのが1点ございます。

それから、このほかの規定の改正に伴いまして、変更を2点ほど考えてございます。まず1点目が、東京都新型インフルエンザ等対策本部条例施行規則の一部改正を踏まえた用語の整理ということです。この行動計画をつくりましてから5年ほどたっておりますが、その中で組織変更等がございました。具体的には、知事本局という組織が政策企画局に名称変更されているということと、スポーツ振興局という組織の名称が、オリンピック・パラリンピック準備局と変更されてございます。こちらの用語の整理に合わせまして、行動計画を整理させていただくというのが1点。

それから、その他、用語の適正化等を踏まえた修正ということで、例えば政府行動計画にございます、新型インフルエンザ等及び鳥インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議という会議名が、新型インフルエンザ等に対する関係省庁対策会議というふうな名称に変更になっているようなものがございます。今現在、事務局のほうでこの内容を精査させていただいております、軽微な変更になろうかなと思っておりますので、その辺の部分についてあわせて変更させていただきたいというところで考えてございます。以上です。

【押谷委員長】 ありがとうございます。一番上のところに関しては、先ほどの議論の文言をこういうふうに変えるということかと理解していますが、2番目、3番目に関しては、用語の問題ということで、特に問題ないと思うんですけども、何かご意見等ございますか。

【砂川委員】 基本的にはこの文言に対して特に反対意見があるものではないんですが、一番上のところの、「なお、その際、現在の備蓄状況、流通の状況」、このあたりは何となくわかりますが、「重症患者への対応等も勘案する」というところについて、特に先ほどのご説明があった資料2の中でとか、この部分がそこに該当しているみたいな、若干何か考

え方みたいなものがあるのかなと。今までの流れの中で重症患者の話がぽっと出てきたような感じがしたので、少しもし何かアイデアが、イメージがあるのであれば、教えていただきたいなと思います。

【中島課長】 こちらの「重症患者への対応等も勘案する」の文言なんですけれども、これは国の行動計画に記載されている文言をそのまま持ってきているような形となっております。そして、国の行動計画なんですけれども、ちょっと戻りますが、資料2の2ページのところに、国の備蓄方針の見直しの経過をまとめております。29年9月に、先ほどの、重症患者への倍量・倍期間投与について十分なエビデンスが確認できないということで、ここが削除になっておりますが、この削除のタイミングで国の行動計画に、「重症患者への対応等も勘案する」という文言が入っているような形となっております。備蓄薬の積み上げからは除かれてしまったんですが、今後、重症患者への対応等について何らか検討することがあれば、この文言にかけて備蓄についても反映していくのかなと思われませんが、そこは国の動きに合わせるような形で都も考えております。

【砂川委員】 わかりました。ありがとうございます。

【押谷委員長】 私も医療とかの委員会には参加していないのではっきりとよくわからないところがあるんですが、たしか私の記憶では、そのときにやっぱり病院の先生方からの意見として、倍量・倍期間はエビデンスはないけれども、例えば重症患者がいてICUで人工呼吸器を使っているような状況で、通常量、5日間投与ですよ。5日間でもうやめるのかというと、なかなかそういうわけにもいかないだろうというような議論はあったように記憶しています。そういうことで、多分こういう文言が入ったのかなと思います。

その他のことに関しても何かございますでしょうか。

【永田委員】 実際に備蓄の方針とか、あるいは数量等に対する意見というよりは、本来、備蓄をされた後、どのように流通状況が変化したときにこういった備蓄薬を卸等に供給を開始するのか、どなたが決めるのかについてはどこかに出ていますか。

【中島課長】 都が備蓄している薬ですけれども、市場流通量等を確認いたしまして、不足しそうだという状況になりましたら、東京都のほうで備蓄している薬を放出いたします。都が備蓄している薬でも足りなくなりそうということになりましたら、国が備蓄しているものが放出されるという形で計画されております。

【永田委員】 何が言いたいのかというと、タミフルが使用され続けたとして、そうすると、今後、後発医薬品等が出てくるから、それも置かれるでしょう。そう考えていった

ときに、後発は嫌だというような反応があったとしたら、リレンザ、イナビル等が変わってくる。そうすると、局所的にある1つの薬剤が不足をし、他の薬剤は余っているという場合は、流通が不足していると判断するのか、他の薬剤を使えと言うのか、どういうことになるのでしょうか。

何となく漠然として流通をさせるということのみでとまっていて、本来具体的な、ガイドライン上で示すことなのかどうか分かりませんが、その部分の糸口といいますか、入り口が見えてこないの、ちょっと不安感があるんです。処方されて、受け取った薬局はどうするんだと。これがないから、処方内容を変更してくれという疑義照会で対応して変えていくのか。

そんなことをしていると、診察に多大な時間をかけておられる先生方から見たら、面倒くさい話になってしまう。どこかで情報の提供がしっかりされない限り、医療を行う立場も困るし、在庫を放出しようとしたほうも困るし、卸はどこへ何を取りに行ったらいいのかということもその場にならないとわからないというふうにはしか見えません。情報が不足しているの、出し方をどのようにこれから考えられておられるのかということとはちょっと聞いておきたいんです。

【中島課長】 永田先生のご指摘はおっしゃるとおりでして、先程、全ての薬を一まとめにして、不足した場合に放出すると申し上げましたが、例えばタミフルドライシロップは、お子さん向けであって、それが足りなくなったから簡単にほかのものに変えるというのはなかなか難しいと思いますので、実際は薬ごとの市場での使われ方、状況等をきちんと把握した上で放出するなど、そこは行政として柔軟に対応しなければならないと思っています。非常に重要な課題だと認識しております。ご指摘どうもありがとうございました。

【永田委員】 わかりました。

【押谷委員長】 2009年のときにもほとんど備蓄薬というのは使われていない、どこの都道府県でも使われていないと思うんですけども、ただ、あのときも、特に最初のころ、タミフルのドライシロップは非常に足りない。あのとき製造量がすごく少なかったということもあって、例えば特定の薬剤に対して非常に流通分では足りないような状況になるというようなことも当然考えられると思うんですね。

ただ、こういう薬が、特にノイラミニダーゼ阻害薬が、いろいろなエビデンスは出てきているんですけども、どこまで本当に重症化したときに効くのかということはいまひとつよくわからないところがあってですね。ノイラミニダーゼ阻害薬に対する明確なエビデ

ンスとしてあるのは、有熱期間が短くなるというものだけなんです。重症度をどのぐらい下げられるのか、重症度が下がるだろうというような間接的なエビデンスはあるんですが、直接的なエビデンスはほとんどないという問題があつて。

実際に新型インフルエンザが起きて、特に病原性の高いウイルスで新型インフルエンザが起きて、国民、都民が期待することというのは、有熱期間が短くなって、通常の季節性インフルエンザならそれでいいんですね。有熱期間が短くなって、3日学校を休まなければいけないのが2日で済むとか、3日会社を休まなければいけないのが2日で済む。それでみんなよしとしている。医療費の問題とかはあるんですが、国民がよしとしているのは日本の文化なんです。

じゃ、本当に新型インフルエンザが起きて、何万人もの人が亡くなるような状況になったとき、みんなが有熱期間が短くなることを期待しているのかというと、そうではなくて、重症化しない、死なないということを期待して、それを期待しているからこそ、これだけのお金を使って備蓄しているんですが、死なない、重症化しないというところに対するエビデンスは実は非常に乏しいという問題があつて、その辺もどこかできちんと整理をしていかないといけないことなのかなとは思いますが。

そういうこともきちんと説明をした上で、こういう備蓄をしているんだということを国民に説明するということが必要なんだと思うんですけども、あんまりそういうことが実際にはなされていなくて、かなりのお金がここに使われているというような問題も実はあります。

資料3に関しては、こういう形の変更をするということによろしいでしょうか。

それでは、まだいろいろとご意見等はあると思いますけれども、委員の方々からいただいたご意見を踏まえて、事務局において行動計画の変更案を作成して、私の責任で確定したいと思います。

本日用意した議題は以上ですが、全体を通してお気づきの点とかありましたら。

多分この会議が開かれるのも大分久しぶりなんじゃないかと思うんですが、3月の終わりに内閣官房の有識者会議もあつて、そこでもいろいろ議論、私もいろいろ意見を言わせていただいたんですけども、国のほうも行動計画、ガイドライン等こういう改定はしてきているんですが、どちらかというとマイナーな改定だけで、本質的な議論はあまりなされていなくて、例えばまだまだ、もう10年ぐらい議論されているけれども、全然結論が得られていないようなこともたくさんあつてですね。

例えばワクチンの優先順位をどうするのかとか、本当に新型インフルエンザが出たときに地域の医療体制をどうするのかとか、いろいろな議論が2009年以前には多分いろいろなところでやられていたんだと思うんですけども、2009年のパンデミックを受けて、一気にそういう機運が、日本だけではないんですが、しばんでしまって、あまりまともに考えられてきていないという問題がある。

その辺をもう少しやっぱり国のほうでもやらなければいけないという気になっているんだと思うので、そういうところが少し進んでいくと、多分東京都のほうもいろいろ今後考えていくようなことが必要になってくるのかと。東京都の場合、地域の医療体制とかは比較的ほかのところと比べるとやっていると理解していますけれども。

ほかに何か委員の方々からご意見等ございますでしょうか。

【砂川委員】 先ほど永田委員のほうからあった薬剤の流通に関するお話とか、あと、それに関連したいわゆるコミュニケーションのこととか、そこはおそらく国でいろいろな指針を出すのかもしれませんが、より現場に近い都道府県のお立場のほうがより具体的なディスカッションができるし、また、作っておく必要があるんじゃないかなというふうにも思いました。そういった意味で、先ほどのご意見はすごく重要な意見じゃないかなと思いましたが、今回の見直しのところに必ずしも入れるものかどうかというのはわからないですけども、どこかの形で反映させていく、もしくは議論の中に含めていくというようなことは、実際の備蓄の薬剤の使用法というところで重要な議論ではないかと感じました。

【中島課長】 ご意見どうもありがとうございました。非常に重要な課題だと思いますので、都としても検討していきたいと考えております。ありがとうございます。

【押谷委員長】 あと、やっぱりこれ、かなりのお金が今も、多分、使用期限が来て廃棄している部分があるわけですね。その分はどんどん多分更新しているんだと思うので。どうしてこういうことに使っているのかという説明はやっぱりきちんとしていく必要があるのかなとは思っています。

り患率を30%にするという、それより患率が都市部で多くなるということもあるんだと思いますけれども、以前の議論でも多分あったと思うんですけども、それと同時に、やっぱり東京の特殊性として、昼間の人口が多くて、必ずしも東京都民じゃない人たちが東京都の医療機関を受診するというような場合もあるというような議論も多分あったんじゃないかというふうに記憶しているんですが、そういうこともいろいろなことを考えてこ

ういうことになっているんだというようなことはやっぱりちゃんと整理はしておく必要があるのかなど。

【中島課長】 都では非常に多くの薬剤を備蓄しておりますので、都民に対してきちんとわかりやすく説明するというのも非常に重要だと考えております。また、昼間ほかの周辺の地域から都に流入される方は非常に多くいらっしゃいますので、そのあたりについてもどう整理していくのか検討していきたいと考えております。ご指摘ありがとうございます。

【押谷委員長】 何かご意見等ございますでしょうか。

それでは、どうも貴重なご意見等ありがとうございました。

それでは、本日の会議は以上です。では、事務局お願いします。

【菊地課長】 今後の予定でございますが、本日の会議でのご議論を踏まえまして、7月頃に行動計画の一部変更について決定したいと考えてございます。その後、特措法7条に基づきまして、速やかに都議会のほうに報告させていただきますとともに、改めまして第3回都議会定例会に報告させていただきたいと思っております。

今回の変更の内容につきましては軽微な内容でございますので、特にパブリックコメントは予定してございません。

それでは、これにて散会といたします。お忙しい中、どうもありがとうございました。