



# インフルエンザ対策セミナー

(社)日本WHO協会

大阪朝日生命ホール 2009年11月26日

## 開会ご挨拶

(社)日本WHO協会 最高顧問  
医学博士 關 淳一

本日のテーマである新型インフルエンザは、正式名でパンデミックH1N12009と呼ばれています。以前は豚インフルエンザといわれました。これには養豚業者から強いクレームがあり、世界的にも豚インフルエンザという言葉はあまり使われなくなり、WHOでもH1N12009という呼び方に決めているようです。日本でもとくに9月以降、患者数が非常に多くなりました。その前に一時、関西圏で若干の患者が出たわけですが、本格的には9月、10月と患者数が増えました。

大阪市の救急医療事業団では、午後10時以降の深夜の診療を中央急病診療所で365日通して行っていますし、市内6カ所の休日急病診療所では休日と年末年始の昼間に診療を行っています。これらの診療所でも、9月以降に約1万人のインフルエンザ患者を診療しています。その中で14歳以下の子供たちが約7割を占め、逆に50歳以上の患者は1%程度です。身近に子供さんが居られないような家庭では、一旦沈静化したと思われるかもしれませんが、実際の医療現場では子供さんを中心にたくさんの患者さんが来られ、小児科などは待ち時間も長くなるという状態にあり、静かに深く進行していると思います。これから寒い季節を迎え、どういう形で広がりを見せるのか予測は難しいのですが、国連でも今回のH1N1、そしてH5といわれる鳥インフルエンザを含め、今後の展開を予測するのは誰もできないというコメントを出しています。しかし、やはり普段から様々な形で準備はしておくべきだと思います。

本日のセミナーでは、個人としての対応だけでなく、企業としてどんな対応をすれば適切なのか、さらに学校、高齢者のための老健施設など集団的に人を扱っている施設では、日頃からどんな準備をしておくべきなのか、これらの問題を含めて専門の先生方からいろいろなお話が聞けるとと思います。本日のセミナーが皆様にとって貴重な時間となることを祈念いたします。

## Program

開会挨拶	..... 1
	(社)日本WHO協会 關 淳一
講演	..... 1
「インフルエンザの現状とその対応について」	
国立感染症研究所感染症情報センター	
主任研究官 安井良則氏	
講演	..... 6
「新型インフルエンザ パンデミック対応」	
大阪大学医学部附属病院感染制御部	
教授 朝野和典氏	
講演	..... 12
「新型インフルエンザ 対策 メキシコでの教訓から学ぶ」	
パナソニック株式会社 海外安全対策室	
室長 古賀賢次氏	
..... 15	
パネルディスカッション	
「企業としての適切な対応」	
<進行>キャスター・ジャーナリスト 毛利聡子氏	
閉会のご挨拶	..... 21
	(社)日本WHO協会 松浦成昭

## 講演

「インフルエンザの現状とその対応について」  
 国立感染症研究所感染症情報センター  
 主任研究官 安井良則氏

現在の流行について

私は平成 16 年に大阪から東京に来て、現在は国立感染症研究所で感染症サーベイランスを担当しております。今年 5 月、大阪では全国に先駆けて新型インフルエンザが集団発生し、その時に私も疫学調査に参りましたが、普段はインフルエンザの発生情報を担当しているの、発生情報についてまず皆さんに紹介します。インフルエンザ流行曲線というのがあります。これは 1 年間の第 1 週～第 53 週までを 1 週間毎の発生患者数を棒グラフにして表したものです。縦軸が定点あたり報告数と呼ばれるもので、いわゆる流行度合いと考えられたらよいと思います。インフルエンザは毎年、国民の約 10%、1,200 万人程度が発病しますが、それを全て報告してもらうにはいきません。インフルエンザ定点という全国約 5,000 の医療機関(小児科定点 3,000、内科定点 2,000)から報告していただき、それに基づいてこのグラフが描かれています。1999 年～2009 年までのグラフを重ね合わせると、赤で示されたものが今年の状況です。

今年の特徴ですが、まず第 4 週、1 月の最終週にインフルエンザのピークがきました。これは A ソ連型が中心でした。そして一旦下がった後にもう一度ピークが来たのが春に流行した B 型インフルエンザです。インフルエンザ流行の特徴は直線的に上がって、直線的に下がります。新型インフルエンザが日本国内に入ってきたのは第 19 週、5 月中旬でした。世の中は大騒ぎになりましたが、インフルエンザ全体数を押し上げるには至らずに減っていきました。定点あたり報告数が実際に上がってきたのは第 28 週、7 月初旬です。その時期から上がり始めて現在に至っています。このような全く季節はずれの秋の流行というのは、感染症発生動向調査が始まった 1987 年以来初めてのことであり、この中の 99%が新型インフルエンザによる流行になっています。

最近はどうかといえば、第 46 週にあたる 11 月 15 日までのデータによると、44 週～46 週には少し下がったのですが、また上がりだしています。第 47 週のデータは明日発表されますが、全体的には決して下がっていません。推計患者数は、第 46 週の 1 週間では 164 万人にのぼっています。第 44 週～第 46 週まで 3 週間における各都道府県の発生

状況を見ると、大阪では少し減っていますが、1 つ言えることは、いわゆる大都会で 9 月、10 月と患者数が増え、今では全国的に増加しています。もう 1 つ、大都会がピークを迎えた後、落ちてこずに横ばいのまま高止まりの状態が続いています。  
 年齢群別等の状況

第 28 週～第 46 週(11 月 8 日)までの患者発生数を年齢別に見ますと、5 歳～9 歳が 33.8%、10 歳～14 歳が 32.3%を占め、次いで 0 歳～4 歳、15 歳～19 歳という順で、子供さんが多いことが分かります。年齢別の男女比で見ると、19 歳以下では男性がやや多く、20 歳以上では女性が多くなっています。30 代、40 代ではおそらく母親が子供から直接的にウイルスをもらっている可能性が高く、19 歳以下の流行の中心は学校であり、現在では幼稚園・保育園も含まれているだろうと思います。

このデータは小児科定点 3,000、内科定点 2,000 の医療機関からの報告を基に算出したものですが、実際の医療機関は小児科より内科医療機関のほうが多いわけで、その数を補正して実際に何人の患者が発生しているかを見たものがこのグラフ(インフルエンザ全国推計受診患者数・2009 年第 28 週～46 週)です。第 28 週～第 46 週までの推移を見ると、当初は 1 週間あたり 1 万人前後だったのが、その後ずっと増えてコンスタントに 150 万人、160 万人を超える患者数になってきています。そしてインフルエンザの報告数が増え始めた第 28 週以降のほとんどが新型インフルエンザであろうという患者発生数は 902 万人になりました。さきほど年齢別状況や男女比に触れましたが、さらに詳しく見ると、年齢別ではやはり 10 代が多く、次いで 5 歳～9 歳となっている。もともと 10 代の患者数が多かったのですが、今では 9 歳以下へとシフトしてきています。男女比では男性 52.6%、女性 47.4%ということで、患者数では男性のほうが多い。各年齢群の第 36 週～第 46 週までの患者発生数の推移を見ると、最も多かった 10 代前半が減ってきて、逆に 9 歳以下の子供達が増加傾向を示してきている。10 代後半も少し減って、今は横ばい状態にあります。全体的に見ると、流行の中心は 10 代だったのが、さらに小さい年齢層にシフトしていつている。周りの年齢層はやや横ばい傾向だと考えてよいと思います。

これは患者数を棒グラフで示したのですが、学校に通っている世代は夏休み後に 10 代前半が大きく増えて、最近では 5 歳～9 歳が増えつつある。そして 5 歳～9 歳が増えると、その下の 0 歳～4

歳が引っ張られて増えてくるようになります。なぜこんなことを強調するのかといえば、いちばん入院しているのが5歳~9歳ですが、0歳~4歳の場合は入院率が高い。いわゆる重症化しやすいと考えてよいと思います。

#### インフルエンザウイルス検出状況

ウイルスですが、第28週以降で見ると98.8%がH1pdmです。H1pdmは新型インフルエンザウイルスの呼び方で、AH1がAソ連型、AH3がA香港型、BがB型。これら3つの従来からの季節性インフルエンザは少なく、約99%が新型インフルエンザです。ここ数週間はその傾向が変わっていない状況が続いています。冬の季節に差し掛かり、そろそろ季節性インフルエンザが出てきてもよい時期ですが、今のところ季節性が検出されたという情報はありません。

#### 流行のまとめ

定点あたり報告数(患者数)は第46週も増えました、愛知県、大分県、石川県、山口県、新潟県の順で、第47週も減っていません。9月、10月まではコンスタントに大阪や兵庫、東京、神奈川、福岡などの大都会地域で減っていましたが、それが愛知県を除いて大きく変わり、今はそれ以外の地方都市で多く発生しています。ただ大都会もそんなには減っていません。定点あたり報告数は鳥取県を除く46都道府県で20を上回っており、36府県では30を上回っています。累積では今までに902万人の発病者が出ていると推定されています。

累積の推計患者数は、男女別では男性約476万人(52.6%)、女性約429万人(47.4%)。年齢群別では10歳~14歳が約268万人(29.8%)、5歳~9歳約230万人(25.7%)、15歳~19歳が約144万人(16.1%)、0歳~4歳が約75万人(8.4%)、20歳~29歳が約72万人(8.0%)の順になっていますが、とくに最近では9歳以下が増加傾向を示しています。

#### 新型インフルエンザによる入院患者数および死亡者数

厚生労働省の発表資料によりますと、11月17日までに入院が報告された患者数は7,708人。そのうち5歳~9歳が3,447人にのぼり、圧倒的に子供さんが多いということが分かります。全入院患者の中で5歳~9歳が44.7%を占め、14歳以下では84.7%を占めています。特にいちばん多いのが5歳~9歳となります。0歳~4歳よりも5歳~9歳のほうが多いのは、発病者数が圧倒的に違う

ことが関係しているとみられます。これから4歳以下の発病者が増えると、入院患者はもっと増えるだろうと思います。入院患者の男女比では男性が63.6%ということで、男性が占める割合はさきほど話した発病者よりも入院患者のほうが多くなっています。

11月17日までに届けられた死亡者数は、男女別では男性が58%、女性が48%で、入院患者の割合と発病者の割合の間ぐらいになります。年齢別では10代、20代は発病者が多いが、死亡者は少なく、それよりもその周りの年齢層で死亡例が多く、死亡例65例中では、30歳以上が64.6%を占めています。最近はお子さんたちの死亡例が増えつつあり、9歳以下の死亡例も16人と少なくありません。死亡例を基礎疾患の有無から見ると、基礎疾患がある人の死亡の割合が65%を超えています。成人層、特に高齢者で基礎疾患がある人の死亡例がほとんどを占めていますが、14歳以下では基礎疾患のない死亡例の割合のほうが多くなっています。9歳以下では死亡16例のうち12例、75%が基礎疾患なしの死亡例となっています。

#### 新型インフルエンザワクチン

中にはインフルエンザワクチンを接種すれば、インフルエンザにならないと誤解している方もおられるかもしれません。

インフルエンザワクチンはどのように作るかといえは、日本の場合ですがインフルエンザウイルスを卵で増やしてエーテルで処理し、不活化といってウイルス自身を殺し、しかも脂成分を取り除くという、より精製したスプリット型ワクチンを作っています。こうしたワクチンを不活化ワクチンと言います。はしかや水疱瘡のワクチンは、はしかや水疱瘡の病原体そのものを増やして、弱毒化して生きたままワクチンにしています。これを生ワクチンと言います。生きたままの生ワクチンのほうが、不活化ワクチンより効果が高いのは当たり前です。はしかのワクチンを接種すると95%の確立で、はしかになりませんが、インフルエンザワクチンは不活化ワクチンなので、インフルエンザにならないために作ったワクチンではないのです。ある程度の発病を阻止できますが、感染は防げない。ある程度の発病が阻止できるとともに、それより高い割合で重症化を阻止できるといわれています。

昨日、30歳の看護師がインフルエンザワクチンを接種したにもかかわらず、インフルエンザ脳症で亡くなったと報道されました。私はインフルエ

ンザ脳症の研究班に入っていますが、インフルエンザになる患者の数を減らすことはできても、一旦しっかり発病した人がインフルエンザ脳症になることを防げるかどうかといえ、もともと否定的な見解が強かった。しかし、高齢者の細菌性二次感染の再現などは、インフルエンザワクチンを打つことでかなり軽減できるというデータはもともとあります。

いずれにせよ、死亡者や重症者の数をできる限り減らし、それにより重要な医療を確保するという事です。当面、確保できるワクチンの量には限りがあります。感染を予防することはできないし、頻繁に手洗いや人ごみを避けるなどの感染予防策を講じることは、ワクチンの接種を受けていても必要なことです。もともと、ワクチンを接種すればインフルエンザに感染しないというわけではありません。

#### 優先的に接種する対象者

ワクチンを優先的に接種できる対象者ですが、医療関係者、妊娠女性、小さなお子さん、それ以上の年齢のお子さん、中高生、そして高齢者などが入っています。お子さんに対しては前倒しだと厚生労働省は強調してきましたが、ワクチンの数には限りがあるので、今では現場が大混乱に陥っている状況にあります。ワクチンの供給量ですが、今年度末までに国内産ワクチン 2,700 万人分程度とされ、2 回接種でカウントされていますが、これも曖昧な状況です。大人は 1 回、子供は 2 回、中高生についてはこれから決めるという段階で、数は今後増えるだろうと思います。しかし 10cc バイアルというのも評判が悪いので、再び 1cc に戻すため、数に関しては何ともいえない部分があります。もう 1 つ話題になっている輸入ワクチンについても、これから触れます。

#### 国内産ワクチンと輸入ワクチン

まず国内産ワクチンですが、ずっと以前から作られているインフルエンザワクチンと全く同じ作り方です。だから、副反応なども同じだと考えてもらってよいと思います。孵化鶏卵で培養し、濃縮し、エーテル処理をし、それを精製して作ります。もともと 1990 年代まではエーテル処理までで終わっていたのですが、子供さんに熱が出るなど副反応が多いということから、脂分を取り除くことになりました。おそらく日本で作られたワクチンは、最も副反応が少ないワクチンだろうと思います。ただ精製すればするほど、抗原性が弱くなり、少し効かなくなるという欠点があるかと思

います。

輸入ワクチンですが、日本国内での使用経験・実績はありません。また、国内では使用経験のないアジュバントが使用されています。これはもともと入っているウイルスが少なく、それだけでは弱いために混ぜ物をしている。それがアジュバントという免疫補助剤です。それに国内では使用経験のない、細胞培養による製造法が用いられているものがある。海外産が輸入できるようになるためには、わが国の薬事法に基づく承認を得る必要があります。海外産は全く日本で使っていないため、通常の承認要件を緊急的に緩和する「特例承認」の適応が検討されているということです。アジュバントですが、ワクチンと混合して投与することによって、目的とする免疫応答を増強する。ワクチンの中身は少なく、それにアジュバントを加えていることとなります。アジュバントを加えていると、副反応は出やすいと考えていただいた方がよいと思います。細胞培養は卵ではなく、別の細胞で増やすもので、市販されている日本のワクチンは、じつは細胞培養で作られているものです。しかし、今回作られているインフルエンザワクチンですが、一部の海外のワクチンでは製造に使用される細胞にがん原性は認められないものの、腫瘍原性があるとされ、使用に慎重を期すべきとされています。

こうしたことから、使用するにはなかなか難しいワクチンかと思えます。輸入ワクチンは製造方法、成分、接種方法が国内ワクチンと違うので、どんな副反応が起こるのか現時点では分かりません。全世界でたくさんの人に使われた実績がありませんので、全世界でこれからたくさんの人が接種して、どんな副反応が出るのかが明らかになっていくものだと思います。

#### 今後の対策について

最後に、今後の対策について触れます。広がりはじめたら、有効だと考えられる公衆衛生上の対策をとして大阪や兵庫で今回、大々的に行われたのは学校閉鎖です。これは大規模にやれば非常に効果が大いと思われれます。北海道で秋に流行した時に、札幌市内では大規模な学校閉鎖をしました。流行はすっと収まりましたが、それに対して大きな負の反応が出ます。学校行事や教育が進まない。集会制限や職場への出勤制限などで労働力確保や経済的ダメージがあります。感染した人の自宅隔離は、家にじっとしていなさいとはいえず、その人にどうやって医療を提供するのかという問

題もあります。

かからないために

罹らないためには、すこし古典的ですが、規則正しい生活や適切な栄養です。インフルエンザは、感染した人が全員発病するわけではありません。あるいは非常に軽症で済んで、自分がインフルエンザだと分かっていない人もおられるでしょう。その中のある割合の人が、高い熱が出て、インフルエンザになると思っていただいたらよいのではないのでしょうか。誰が発病して誰が発病しないかは分からないのです。ある小学校の学級閉鎖しているクラスの子供たちからアンケート調査をしたら、午後11時より前に寝ている子と11時より後に寝ている子とでは、11時以降に寝ている子の方が発病率は高かった。1日3回食事をしている子と1日2回の子を比べると、1日3回食べている子の方が発病率は低かったという調査データが出ています。個人個人によって異なりますが、適切な栄養、規則正しい生活、睡眠というのは大切だろーうと思います。人との接触・人ごみを避ける。これは難しい面もありますが、手洗い、必要時のマスク着用は大事なことだと思います。

一般の方々ができる対応としては、持病のある人は掛かりつけ医に対応について相談しておく。リスクのある方は早めの対応が重要である。病院にかかる時は、緊急以外の外来受診を控える。しかし、重症化の兆候がある場合はきちんと対応することになっています。また、インフルエンザ迅速検査がたとえ陰性だからといって、インフルエンザを否定できないと思います。

感染経路

インフルエンザは飛沫感染といわれています。口から小さな水滴、しぶきが出ますが、そのしぶきを医学用語では飛沫といい、インフルエンザ患者は飛沫の中にたくさんのインフルエンザウイルスが含まれていて、それを吸い込むことによって起こる感染を飛沫感染と言います。インフルエンザは飛沫感染が主な感染経路です。もう1つ、例えば患者さんがくしゃみをして飛沫がたくさんテーブルの上に付き、それを直接手で触れると手にウイルスが付き、その手を鼻や口に無意識に持っていき吸い込んでしまうことによって、鼻や口の奥の喉の粘膜に張り付いて感染する。これを接触感染と言います。インフルエンザの感染経路は基本的にこの2つです。

同じ部屋にいただけで感染してしまう空気感染ですが、インフルエンザでは基本的には考えなく

てよい。特殊な環境下として、例えば医療処置。検体採取のために喉に綿棒を入れるとか、気管支内視鏡をするなどの医学的処置の際に一時的に飛沫が大量に患者周囲に発生して、空気感染が起こる場合があるといわれています。しかし、会社や教室、家庭内において、空気感染が起こっていると考えべきでないと思います。空気感染のある感染症とは、基本的には結核、水疱瘡、はしかの3つだといわれています。今回の新型インフルエンザで疫学調査をしましたが、空気感染をしたという所見は全くありませんでした。

飛沫感染を防ぐ

基本的にインフルエンザウイルスは、患者のくしゃみ、咳による気道分泌物のしぶきに含まれて周囲に飛散します。くしゃみでは1回約200万個、咳では約10万個といわれます。飛沫感染予防にはもちろんマスクが重要です。基本的には不織布性マスク（外科用マスク）で構いません。症状のある人に接近する場合、大体1.5m以内に近づく際にはマスクを着用してください。N95マスクですが、これは医療専門職者が訓練した上でないとなかなか着用できません。このマスクを装着すると、ほとんどの人は息苦しくなるので、外したりずらしたりすることになるため、かえって逆効果です。もう1つ言えば、このマスクは発病して咳をする人は絶対に装着してはいけません。かえって飛沫を遠くに飛ばしてしまうので芳しくないといわれています。最近は様々な種類のマスクが売られていますが、基本的に普通のマスクで結構です。

飛沫予防策ですが、咳、くしゃみに伴うしぶきを避けましょう。会話をしたり、食事を共にしたり、近寄るような環境で飛沫感染が起こりやすい。飛沫感染は空気感染と違うため、部屋をカーテンや衝立で仕切るだけでも防げます。部屋に複数の人が入る場合はそのようにしたらいいかでしょうか。換気は空気感染でないため四六時中する必要はなく、時々でよいと思います。接触感染については、手や周囲のものにウイルスを付着させない。つまりウイルスを含む分泌物を触らない。流水・石鹸によって手洗いをする。手にウイルスが付きますので、手洗いは接触感染対策の最後の砦といえます。

新型ウイルス（パンデミック）対策の最重点

新型インフルエンザ・パンデミック対策で最も重要なのは、判断者（政治、行政、地域関係者、メディア等）がパニックにならないことです。今年5月には思いっきりパニックになっていたと思

われませんが、我々としては、パニックにならないようにできるだけ正しい情報を提供しなければいけないと思っています。過剰心配症候群ですが、心配しすぎる、えらいことになっていると大騒ぎする。5月の日本はそうだったと思いますが、6月、7月はインフルエンザ感染が減ってきたら忘れ去られたようになりましたが、これが楽観症候群。どちらかに振れることが多いのですが、適切に心配するということはものすごく難しいと思います。

自宅待機についてですが、もともとインフルエンザは、発病してから1週間はウイルスを排出するといわれます。発病後7日間は休みましようといわれていますが、最近アメリカでは全員がそれを適用したら滞ってしまうということから、発病して熱が下がったら会社に出社してもよいことになっているようです。日本でも熱が下がって2日間経てばいいのではないですかと学校でも言われています。しかし、それは職場にリスクのある人がいない場合であって、ハイリスクの人には1週間休んでいただく。典型的な所が保育施設だと思います。そして状況によって適切に対応しましょうということです。

企業の方々へ

今回の新型インフルエンザの成人発病例は、19歳以下と比較すると非常に少ない状況で、会社施設などでの集団発生は今のところほとんどありません。どちらかといえば、家族からの感染による散発例が社内で時々あると思いますが、家族内発病者に対して社員・職員の出社制限を厳格に適用している企業は、労働力確保の観点からも緩和の方向に向かうべきかと思われまます。ある企業に聞きましたところ、子供のクラスが学級閉鎖になっただけで休みなさいと言っているところがまだまだあるそうです。じつはその家族全員はインフルエンザを経験済みなのに、また学級閉鎖になったからといって会社を休むべきなのですかと、そのお父さんから相談がありました。それに対し私は、休む必要はありませんと答えました。

わが国では国民的関心の高い呼吸器感染症、例えばサーズに対してなぜか空気感染対策を想起させる報道の流れの中で、機器が開発、販売される傾向にあります。似たようなことがモンゴルで起こっていて、馬肉がインフルエンザに効くとしてバカ売れしているようです。かつてサーズのときは、なぜか日本のヤクルトが効くというデマが流れて、ヤクルトの取り扱いになりました。新型インフルエンザの主な感染経路は飛沫感染であり、

一部に接触感染が考えられていますので、それに対する対策をしっかりとさせていただきたいと思います。空気をいくらきれいにしても、飛沫感染が防げるものではありません。現在の新型インフルエンザの状況に合わせて適切な対応をとられることをお勧めします。

最後に

最後になりますが、新型インフルエンザは学校に通っている年齢層が流行の中心であり、現在は学校が主たる感染源で、今も続いています。これが下の年齢層の幼稚園・保育園の子供たちでかなり増えてきていると思います。発症した場合の臨床像は季節性インフルエンザとほとんど同等であって、大半はそのまま警戒しますが、5歳~9歳を中心に入院する例も多いですが、とくに喘息の既往のある方には注意が必要です。大人も慢性呼吸器疾患のある方々は要注意だと思います。死亡例は成人層に多いのですが、流行の中心が入院例の多い年齢層とは異なっています。弱年齢層から慢性疾患を持った成人や高齢者の感染には、注意していく必要があります。

新型インフルエンザの患者発生数が902万人になったと言いましたが、おそらく今週の発表で1,000万人を超えるだろうと思います。しかし、国民の90%以上は発病していません。不見性感染者をいくら多く見積もっても、おそらく80%の国民は免疫がないはずで、新型インフルエンザは、国民の多くが免疫を受ける数に至るまでは、国内でも流行を繰り返すだろうと思われまます。秋の流行はある程度の規模で上がって、今は横ばいになっている状態ですが、それがまた減るかもしれない。少し減る、かなり減るかは分かりません。しかし最も流行に適した冬、とくに1月、2月、3月にどんな流行になるのか、そのことを十分に意識していくべきだと思います。

講演

### 「新型インフルエンザ パンデミック対応」

大阪大学医学部付属病院感染制御部  
教授 朝野和典氏

新型も季節性も同じインフルエンザ!

安井先生からはインフルエンザの疫学と流行状況の話がありましたが、私のほうからは、身近なことから具体的にどんな対応をしていくかについて話していきたいと思っています。私が感じるのは、社会も個人も、あまりにも過剰な対応をしている



のではないかということです。恐ろしい、怖いとして注意するのは大事なことです、なぜなのでしょうと思います。季節性も新型も同じインフルエンザであって、同じ飛沫感染ですから、対応は同じであるはず。なぜ新型を大きく取り上げているのか。その1つとして、インフルエンザに対する対策が、これまでむしろ行われてこなかったことに起因するのではないのでしょうか。また、インフルエンザについて今まで考えていなくて、今になって「インフルエンザとは」と、まとめて考えるようになったからではないかと思えます。本日は、インフルエンザにどのようにして適切に対応するのかについて、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

#### 感染経路と感染防止

感染経路は接触感染と飛沫感染、空気感染があります。空気には結核、麻疹、水痘があるというのは、私たちの世界では常識として学生によく教えることです。空気感染は非常にコントロールがしにくく、病室に空気感染のある患者さんがいると、その病棟自体が危なくなってきます。インフルエンザは飛沫感染であり、2m や1mの世界であってコントロールがしやすいことになりすから、過剰に反応しないことが第一の条件として挙げられます。飛沫(しぶき)が飛んできて、上気道といわれる鼻や口に飛沫がくっつき、その中に含まれるウイルスが細胞の中に入って感染を起こすことになりす。会話では1m、飛沫では2m、くしゃみをするると2~3m 飛ぶといわれています。くしゃみをする人の前に立つ人はあまりいないと思いますが、会話のときは1m 以上離れておくこと大丈夫だということになります。

どのようにうつるかをまとめてみると、咳やくしゃみの飛沫に含まれたウイルスが他の人の鼻や口に飛び移ります。眼にはうつるかどうかわかっていませんが、粘膜といわれている所に入ると感染が起こるといわれています。あるいは、飛沫などで汚染された表面を触った手で、鼻や口を触ると感染することになります。飛沫感染予防としては、1m 以上離れる。あるいは患者さんや自分自身がマスクをすれば、それだけで守られる。非常に簡単な原理なのです。あとは手洗いをするということです。例えば目の前の人がかくしゃみをするとしたら、その横を何秒で潜り抜ければよいのか。飛沫の落下速度は秒速30~80cm ですから、歩いている時に目の前の人がかくしゃみをしたら、2秒待ってから横をすり抜ければ大丈夫ということに

なります。

#### なぜ学校でうつるのか？

子供さんたちがなぜ学校でうつるのかといえば、免疫の問題もありますが、1m 以上離れての生活が難しいことからではないかと考えられます。1m 以上離れられないという、子供たちの生活の様式があるからこそ、うつりやすいのではないのでしょうか。新型インフルエンザは、最初の頃は高校生がたくさん罹っていましたが、現在は小学生の子供たちが罹っています。一方で大人はどうでしょうか。皆さんの会社でもそうでしょうか、大体1m 以上離れて仕事をされていますし、机の上には様々な資料やディスプレイもあって、それらが防御してくれています。こうした職場環境では、そう簡単に人から人へはうつらないと言えます。職場で流行しないのは、1m 範囲での飛沫感染だからです。免疫の問題も関係してくると思いますが、今のところ成人はそう簡単にはうつらないし、現実には会社内で広がっている状況にありません。それは生活様式との関係が大きいと思います。

#### マスク、手洗い、うがい、咳エチケット

感染予防のために大事なこととして、マスクをする、手洗いをする。うがいはどの程度の効果があるかはわかりません。街を歩いて、帰宅後にうがいをしてもたぶん無理だと思いますが、飛沫を浴びたら、すぐにうがいをするのはよいと思います。うがいもやり方次第で役に立つと思います。咳エチケットですが、これは飛沫を他人にうつさないということです。咳やくしゃみをするときは口と鼻をティッシュで覆う、塞ぐ。それだけではなく、ティッシュを近くの蓋のあるゴミ箱に捨てる。手が汚れるので手を洗う。これらを行って、初めて咳エチケットだといえるのです。

#### 職場での対応

次に、職場の方々の家族がインフルエンザに罹ったら、どう対応するかという問題です。家族が治るまで会社を1週間休んでもらうのは、安全な方法だと考えられます。しかし、それは本当に完璧な方法であるとはいえず、周りとの関係など相対的なリスクを考慮する必要があります。つまり、今は冬のインフルエンザシーズンと同じくらい流行っているわけで、通勤するだけでもかなりのリスクが伴う状況にあり、家族に患者がいるというリスクが、そんなに高いのかという話になります。国内で流行する以前のように、帰国したお嬢さんがインフルエンザに罹ったという場合なら、そのお父さんのリスクは際立っています。だから会社

を1週間休んでもらうという方法は、リスク回避としての最善策だと言えます。しかし今の状況では、そうではありません。家で感染するリスクと、社会で感染するリスクの相対的高低を勘案して、出社の是非を判断する必要があります。理論的な考え方のもとで会社としての危機管理に対応すべきであり、1つの決め事をしたからといって、そのことを守り続けるのは、会社の事業の継続にとってよいことだとは言えません。

#### 新型インフルエンザ対応の考え方

もう1つ、大事なことがあります。12月になると新型か季節性かの区別がつかなくなります。従来はどう対応していたのかを振り返ってみると、社員の家族が季節性インフルエンザに罹ったからといって、休ませるということにはなかったはずで、新型か季節性が分からなくなった時、休まなくてよいということにもなります。12月に入った途端に対策を変えるなら、11月の段階で変えておいても構わないようになってくるわけで、相対的、社会的なリスクと、将来何が起きるのかを考えながら対策を立てていくことが大事であり、硬直的な対策では対応できなくなると思います。もしも私に「会社を休むのですか」と尋ねられたら、今では社会的なリスクが高くなっていますので、「休む必要はありません」とお答えしようと思っています。

インフルエンザに絶対的な対応が存在するわけではなく、常に社会的対応、相対的対応の中で、どのレベルにあるかを考えながら、あるいは会社の仕事を継続することとどちらが大事か、どちらにリスクがあるかを考えながら判断していく。ただし、季節の問題、社会的リスクを含めたうえで、出社したほうがよいかどうか妥当な判断をすることだと思っています。だからといって、何もしなくてよいと言っているわけではありません。何をしなければいけないかといえば、季節性インフルエンザであっても、家族が発病したら1週間はマスクをして勤務してもらおう。さらに、有症状時もマスクをして勤務するなど、今後はこれまでとは違う、普通のインフルエンザ対策をやりましょうということを提唱したいと思います。これまでは普通のことをやっていなかったわけです。新型でも季節性でも、普通のインフルエンザ対策をやりましょう。それが社会としても、企業としても大事なことです。

#### 職員の対応

ハイリスクの職場である病院においても、同じ

ことが言えます。私たちが7日間も休んだら病院自体が機能しなくなります。看護師さんも24時間体制で働いています。どうしたかといえば、看護師さんの家族がインフルエンザに罹ったら、検温、上気道症状を出勤前に毎日チェックしていただく。家族が発病した翌日から1週間はマスクをして勤務していただく。こうすることで、安全を保ちながら病院での活動を続けていこうと考えています。また自身が発病したら、解熱後48時間は自宅で待機していただく。その後に出てきた場合は、マスクをして働いていただくことで、患者さんにうつすリスクを低くする。このように、あるレベルでの安全性の確保を常に行いながら、新型、季節性のいずれに対しても同じ対応を行っていくことにしています。

#### 毒力はどのくらいか？

新型インフルエンザは怖いのでしょうか。致死率は、例えば100人罹って1人が亡くなると1%となりますが、スペインかぜは致死率2%、アジアかぜは0.5%、季節性インフルエンザは0.1%に相当します。新型インフルエンザは当初0.5%程度と言われましたが、国立感染症研究所のホームページのデータから計算すると、驚くような数値になります。10月27日現在の数値ですが、患者数431万人(推計)に対し死亡者数が37人で、致死率は0.001%です。だから、言われているほど致死率は高いわけでないということです。

高齢者が罹り始めるともっと増えるのですが、私たちはベッドをどの程度用意すればよいのかを考えています。当初は、病棟1つを空けて新型用にしないと太刀打ちできないのではないかと恐れていました。よくよく考えてみたら、患者1万人あたり約9名、0.1%が入院するに過ぎない。国民の40%が感染(4,800万人)したとすると、4万人くらいしか入院しないことになります。例えば大阪府下だけでも、阪大病院が50ベッド空けたらスカスカの状況になると思います。おそらく1ベッド程度をICUや救命用に空けておけばよいと思われれます。今後の増加次第で変わってくると思いますが、医療が崩壊するほど大変な状態ではない。ただし、子供さんが詰め掛ける休日夜間診療所などでは大変な状況になっています。

現在の状況は子供たちが7~8割程度、14歳以下が全体の4分の3を占めているのが特徴的で、この点は大事なことです。だから子供用のベッド、子供用のICUを確保しておかなければならないだろうと思います。



小児の罹患数は驚くほど多くなっている！

安井先生の先ほどの話では、現在までに900万人が罹ったということです。そのうち5歳～14歳までの小児の割合が約70%。5歳～14歳の人口は1,200万人ですから、5歳～14歳の約半数がすでに罹患したことになります。これから罹るのは年齢を上げるか下げるかの層、つまり高齢者に広がるか、もっと小さいお子さんに広がるかのどちらかだと想像されますが、本当に広がるかどうかは疑問です。しかし、今後の第2波について、どんなプロファイルで感染が起こってくるのかを予測しておかないといけません。今度は大人がやられるのか、子供たちは既に半分が罹ったのだから今度はもっと小さな山になるのか。そのことについては、後ほどのパネルディスカッションで触れたいと思います。

死亡者数は高齢者がほとんど

通常の季節性インフルエンザの罹患数を見ると、子供たちがたくさん罹り、大人はあまり罹らないが、高齢者の死亡者数が多い。高齢者は肺炎で亡くなります。もともと慢性の気道感染症がありますので、ウイルスの感染症になると肺炎に罹りやすくなり、黄色ブドウ球菌など細菌といわれるものによる肺炎が起こるのです。その2次性の細菌性肺炎によって、たくさんの方が亡くなっていく。かぜを契機に気管支炎が起こり、その後に細菌性の肺炎に罹って亡くなるというのが通常の季節性インフルエンザのパターンで、高齢者が多く亡くなっていく。それが0.1%だといわれています。

しかし、今回の新型インフルエンザでは子供たち、特に5～9歳以下の子供たちが重症化していくということが特徴的で、政策としてここを何とかしなければならぬ。これは世界の中でも日本特有のことだと思います。政策として前倒しにしたことは、非常によいことだと思います。死亡者は季節性と同様に高齢者に多いのですが、若い人にも亡くなる人がいて、まして子供たちが亡くなるということは注意すべき点であり、これだけは、季節性と変わりがないからと侮ってはいけません。こうした点に気を付けながらも、インフルエンザはインフルエンザであり、対策は一緒だということです。

ワクチン接種

私たちもワクチン接種をしており、阪大病院の場合は通院している人だけに限定して行っています。ワクチンは、国内産と輸入モノを合わせて7,700万人分（一人2回接種の場合）確保できる

見込みということです。1回接種なら日本の人口を超えてしまうわけで、いまは足りませんが、たぶん来年になるとだぶつくはずで、国内産が2,700万人分、2倍にすると5,400万人分。ちなみに例年の季節性インフルエンザの製造本数は5,000万人分ですから、それと変わらないくらい手に入る。しかし時間的に後になります。今は基礎疾患のある人たちに接種をしているところです。最初はこのように優先順位を決めていますが、子供たちのインフルエンザ脳症は非常に早く発症するため、間に合いません。それに対して大人の肺炎の場合は、48時間以内にタミフルを投与すれば、予防あるいは軽症化できるのです。子どもたちは予後しかできないので、優先すべきだとして大阪府では、低学年以降の子供さんたちには基礎疾患があるなしにかかわらず、11月中旬からワクチン接種を行うことになりました。国によって、地域によって実情に合わせたワクチン投与の対策を立てていかないといけないと思います。ほぼ全ては1回打ちで、今のところ中高生について2回にするかどうかは12月中に決まるということですが、ほぼ1回打ちですから、ワクチンは潤沢に利用できるのではないかと考えております。

治療は？ 国によって考え方が異なる

国によって治療の考え方が異なっていることについて、触れたいと思います。WHOは何を言っているかといえば、重篤な状態、あるいは状況が悪化し始めた重症な感染者にはすぐにタミフルを投与しなさい。それも48時間以内に行えば予後がよくなると言っています。裏を返せば、重症化しない人には与える必要がないと書いてあるのです。その点について一緒に考えてみたいと思います。重症化の兆候を見逃すなという点は大事ですから、このことには留意しておいて下さい。重症化した場合には、タミフルを飲んでいたとしてもすぐに病院に行ってください。肺炎を起こしているかもしれない。通常、人の呼吸は1分間に20回程度ですが、熱が出て息が苦しくなると、1分間に25回、30回を超えることになります。そして顔面蒼白（チアノーゼ）、血痰（たん）もしくは着色した痰。痰に色がついたら危険です。血痰はインフルエンザウイルスの感染症でなります。着色した痰の中には細菌性肺炎も入ってきます。いずれにしても色がついたら危ない状況だと言えます。そして精神状態の変化、胸膜の痛み、発熱が長く続く、意識状態が悪い、低血圧。こういった症状になったら、もう一度病院に行ってレントゲンを撮る必

要があります。

#### 新型インフルエンザによる肺炎症例

タイに行った時に診た症例ですが、55歳の男性で、主訴が血痰、発熱。この人は肺炎でした。基礎疾患として軽い虚血性心疾患などがありました。この人は血痰が出て病院に来ました。レントゲンを撮りましたが、入院2日目には呼吸困難の症状が出てきたためレントゲンを再検し、かなり重症のインフルエンザによる肺炎だと分かりました。こうした重症化の兆候、キーワードを見逃さないように会社でもしていただきたいと思います。

レントゲンの見方はなかなか難しいものです。何も無いように見えますが、これ(発熱後4日目)が入院して血痰が出た時、これ(発熱後5日目)は息が苦しい時です。少し影が出てきたと思ったら、次のレントゲンでは真っ白になっています。濃い白い影がウイルス性肺炎の特徴で、呼吸が非常に苦しくなってきます。タイではタミフルをほとんど投与しないのですが、こんな症状には投与します。タイでは、こんな重症になった人でも熱が下がった時点で退院させられてしまうのです。それでも、この患者さんは1週間後に元気になりました。世界の医療は、日本とは少し対応が違ってきます。

#### 99%の医療と1%の医療

WHOの見解はどうかといえば、「パンデミックウイルスに感染した世界中のほとんどの患者は、典型的なインフルエンザ様症状を呈して、治療薬を服用しなくても完治している」「元来健康な患者で、合併症を呈していない場合は、抗ウイルス薬で治療する必要はない」と書いてあるのです。なぜなのだろうと思います。それに対し日本は全く違って、どんな人でもとにかく治療する、タミフルを投与すると書いてあります。日本でこれだけ致死率が低く、軽症が多いのはなぜかというと、治療をしているからなのです。どちらがよいのかは別として、考え方の違いがあるということです。99%の医療と1%の医療、その考え方の違いは何か。例えば皆さんのお子さんがテストで99点を取ったときに、褒めるか怒るかの違いです。つまり日本の医療は、あと1点取れなかったことの方を重んじてしましますが、世界の医療では99点も取ったのだからよい、99%治ると見るのです。日本の医療では1%、あるいは0.1%重症化するところを見るのです。世界と日本の医療の違いが、タミフルの使い方にも表れてくるわけです。日本ではこのような恵まれた医療が享受できる。その幸せ

を感じていただきたいと思います。

#### 鳥インフルエンザはどうなった？

話題を変えて、鳥インフルエンザのことについて触れたいと思います。鳥インフルエンザはどうなったかを考えると、新型インフルエンザに対するヒントが見つかります。鳥インフルエンザは鳥から人にうつって、真っ白な肺になる。これはいわゆるウイルス性肺炎、サイトカイン・ストームという非常に激しい肺炎症状になり、感染者の6割が亡くなっています。桁違いに危ない感染症です。なぜ豚が新型で鳥が新型でないのか。新型インフルエンザは、鳥と人の遺伝子が豚の中で混ざって、人にうつって、人-人感染がメキシコで発生、それが世界に広がったというものです。なぜ広がったかといえば、人から人への感染が非常に効率的に起こるようになったからです。ところが高病原性といわれる鳥インフルエンザ(H5N1)は、人にはうつるのですが、人-人感染が起こりにくい。だから新型の称号をもらえないでいるわけです。しかし、メキシコで起こったようなことになってもおかしくないような状況にあります。

#### 鳥インフルエンザの現状と予測

WHOのデータによると、鳥インフルエンザの2009年7月までの感染者数は世界で440人、そのうち6割の人が亡くなっています。致死率20%のスペインかぜを目標にしていたのですが、致死率6割ですから基本的に何をやっても同じだともいえます。インドネシアだけで見ると82%が亡くなっています。インドネシアでは情報を出さなくなってきたため、最近の状況は分からなくなっています。今年になって興味深いことがおこっていて、エジプトでは致死率が10%になっています。実はこれが非常に危ないことだとも言われています。人にうつりやすく順化してきたのであり、人-人感染が起こりやすくなってきたのではないかという考え方があります。一方で、エジプトの鳥インフルエンザ症例(2009年)を個々に見ていくと、ある推測ができます。主に子供さんが多いのですが、発病後4日以内に病院に行った人は誰も亡くありません。大人が多いのですが、発病後5日以降に行った人は亡くなっているのです。致死率6割の鳥インフルエンザといっても、早く病院に行けば治るのです。

インドネシアでは、たぶん病院に行くアクセスが悪いのではないかと思います。エジプトは非常にアクセスが整った先進国です。同じように先進国であるトルコでも、33%と致死率が低くなって

います。エジプトの事例からも、アクセスのよさというのは大事なことだと思います。致死率 6 割の鳥インフルエンザが日本に来たとしても、おそらくスペインかぜ並みの 2 % 程度の致死率となる可能性が考えられます。2% だといっても驚くほどの致死率ですから、医療が対応できないことも考えられます。

どんなインフルエンザであっても、医療アクセスを保つことは非常に大事なことです。医療アクセスのよい日本では、どの地域でも診てもらえるわけです。しかし、今回の豚インフルエンザで大阪や神戸で皆さんが経験されたこと、あれはいったい何だったのでしょうか。発熱外来があっという間にパニックに陥りました。なぜかという、これは制度設計上のミスであって、疫学的な患者数と社会で発生する患者数とを混同していたのです。こういうグラフ（発生段階と方針）を描いて想定していたのです。国外で発生し、その後国内で発生、それがピークになって、そして下がり、次に第 2 波。まずは検疫の強化、数が少ないうちは発熱外来で診ましょう、数が増えてきたら全医療機関で診ましょう。そんな想定でやっていたのですが、発熱外来という名前を付けていたため、発熱患者さんが山ほど来てしまったわけです。今回の新型インフルエンザで教訓として得られたのは、初期には不安例を中心に患者が集中し、疫学的患者数で推定してはいけないということです。

高病原性新型インフルエンザが来たなら？

このような中で致死率 2 % の感染症が来たかどうかという話になりますが、はっきり言えば無理です。医師会の先生方と私たちがどうしたらよいかと考えてみても、2% だったら診ないと思います。やはり国が頑張らなければ、無理だと言わざるを得ません。これに対してどうするかという課題が、全く解決されていないことが分かってきました。

ところが 1 カ月前頃に違った考えが浮かんできました。新しい抗ウイルス薬がもうすぐ出てきます。タミフル、リレンザは現在使っている薬ですが、今後 3 つの抗インフルエンザ薬が出てきます。経口、注射、吸入という投与方法の異なるものですが、私が注目しているのが CS-8958（吸入）で、この薬が出てきたら私たちは戦えるようになります。これは、吸入 1 回でタミフルと同じように治療ができるというものです。吸入で予後もできるということです。これを 3 日に 1 回吸入していたら、予防的効果がありますし、罹ったとして

も 3 日後にもう 1 回、治療的効果のある分量を吸入すればずっと診療ができます。予防的にタミフルを飲むか、CS-8958 を吸入するか。吸入は 3 日に 1 回で簡便だから、皆さんがやると思います。次のように考えればよいと思います。予防として長時間作用型の CS-8958 を吸入しながら、診療を進める。鳥インフルエンザではプレパデミックワクチンは既にありますので、これを処方する。発熱したらタミフル、リレンザや新しい薬で治療していく。治療すれば免疫ができるので、元気に働いてもらう。その間にパンデミックワクチンが出てくるので、ワクチンを投与する。こうすると病院を休まなくても、病院を閉じなくても医療ができることになります。医療の継続も事業の継続も同じなのですが、新しい薬を取り入れながらやっていけば、そんなに怖くなくなると思います。来年秋以降、これら新しい薬が出揃った頃に高病原性インフルエンザがやって来るならいいだろうなと思っています。

医療体制

医療体制について、私たちは 1 つの誤解をしていました。何かというと、6 月 19 日付で厚生労働省は次のように言ったのです。原則的に全ての一般診療期間でも患者の診療を行う。その際、発熱患者とその他の患者について、医療機関内の受診待待ちの区域を分ける、診察時間を分けるなど発熱外来機能を持たせるよう最大の注意を払うという内容でした。区域を分ける、時間を分けるといっても、そんなことができるわけがない、国は何を考えているのかと最初は思っていました。しかし君子豹変する。実は、これは非常に大事なことなのです。今まで皆さんは、インフルエンザ患者の人たちとごっちゃに見られていたのです。例えば高血圧の人が病院に行ったとして、隣にインフルエンザ患者がいたわけです。ですから、医療機関も普通のインフルエンザ対策ができるように努力をしていますので、皆さんも医療機関のそのあたりを見ていただいたらいかがかと思います。

高病原性新型インフルエンザ外来の実施案

私は長崎から大阪に来たのですが、驚いたのは大阪の一般医療機関の先生方が午後 1 時からの昼間に外来で働かないで、午後 5 時からの夜に働いていることです。昼間はといえば、医師会の会合や勉強会に出ています。インフルエンザシーズンで忙しくなったら、会合への参加をやめていただいて、インフルエンザ外来をやっていたらいいと思います。通常休んでいる時間だけ、熱の

ある患者さんだけに来ていただくことで、外来の時間的分離が可能になると思います。もちろん市民病院など公的医療機関では、24時間にわたり空間的隔離をしたインフルエンザ外来を行う。このような医療側の体制を作っていかなければならないと思いますし、新しい薬でそれに対応することを考えていかなければならないと思います。来年秋以降には、このような対策がとれるのではないのでしょうか。

#### 基本的な姿勢

日本では、大多数の人が治療を受けられ、ワクチンも十分に供給できる状況になっています。そのような中で、新型インフルエンザも季節性インフルエンザも対応は同じです。だから、今からは毎年同じ対応でやっていきましょう。高病原性の鳥インフルエンザが来たときには特殊なことをやるとしても、通常は同じ対応でいきます。ことさらに過剰に反応するのは、普通のインフルエンザ対策が十分にできていなかったからであろうと、医療関係者も市民の皆さんも反省すべきだといえます。今回の新型インフルエンザの経験をもとに、毎年のインフルエンザシーズンには、普通のインフルエンザ対策ができるように啓発していくべきであり、それが最も有効なインフルエンザ対策になると思います。

普通のインフルエンザ対策とは、38 を超える熱があったら会社に出てこない。症状があったらマスクを着ける。咳エチケットは手を洗うまで。飛沫が付いたら手を洗う。家族にインフルエンザ症状の人がいる場合もマスクを着ける。発熱したら48時間以内に医療機関を受診する。高齢者にはうつさないようにする。重症化する人にはうつしてはいけない。マスクを着けることはエチケットとして守っていき、普通にインフルエンザ対策を進めましょうということです。

#### + (新型インフルエンザ対応)

このほかに、小児は重症化します。高齢者に広がれば、高齢者の重症化は季節性インフルエンザと同様に肺炎によって重症化しますので、この点は注意が必要です。重症化の兆候があったら、すでに治療中であっても、すぐに医療機関を受診し適切な治療を受けることが必要だと思います。

#### なぜ世界は過剰反応を示すのか?

世界的には、治療を受けられない人たちがたくさんいます。医療機関の受診すら困難な状況がほとんどであり、それに対し日本は非常に恵まれています。ほとんど全ての人が免疫をもたない新型

インフルエンザの流行は、日本と異なり、健康上、社会的な脅威となっています。ですから、ワクチンによる予防は、むしろ医療アクセスの限られている国や地域において極めて有用な手段だと思いますので、国民の数より多いワクチンを日本がため込んだというバランス感覚をどう考えるかについても、少しは議論していただければと思います。これは悪いことというのではなく、日本人が嘗々と築いてきた医療の良い側面だと思いますが、グローバル世界の中で私たちが考えるには、よい機会ではないないのでしょうか。

#### 講演

### 「新型インフルエンザ対策 メキシコでの教訓から学ぶ」

パナソニック株式会社 海外安全対策室  
室長 古賀賢次氏

#### 企業としての使命

本日ご参会の企業の方々と同様に、企業としての使命としては「人の安全」を守ることと、新型インフルエンザの対策によって「企業の価値」を下げないということです。原則として個人は「自己責任」とし、自分と自分の家族は自分が守ることを大事にしております。この図は当社の緊急対策本部の現在の体制です。今年2月17日に日本政府が発表した「新型インフルエンザガイドライン」は全部で10項目が示されていますが、7番目に示されているのが「事業者・職場におけるガイドライン」で、そのポイントの1つが感染防止と拡大防止策、もう1つが事業継続計画（BCP）であります。具体的な要請事項の中身は、ここに書いてあるとおりですので割愛します。

#### 当社の取り組み

この表は、当社グループが進めてきた取り組み項目とその状況について整備したものです。例えば教育訓練、海外勤務者、家族・出張者の対応、出勤形態、コミュニケーション手段、予兆の把握、備品の購入・備蓄、治療薬の準備、緊急対策本部、そして事業継続。これらを大きな柱として、これまでメンテナンスをしてきております。

#### 鳥インフルエンザ（H5N1型）の最近の推移

先ほど先生からお話がありましたように、私たちは4月にメキシコで新型インフルエンザが発生する前までは、「H5N1」型が襲来するであろうという大前提で取り組んできたのですが、ご承知のように2006年がピークでありまして、それ以降

は下降してきています。沈静化という表現をされる先生もありますし、次の候補は何なのかという中でH1N1が4月に襲来したわけでありまして。もう一点は、「H5N1」と「H1N1」の交雑の可能性はないのかということでもあります。おそらく本日の多くのご参会の皆さんも「H5N1」の準備をされてきたことだろうと思われそうですが、残念ながら肩透かしを食ってしまったというのが現実ではないかと思えます。そして、鳥インフルエンザの感染国15カ国で発生するのではなく、北米地域のメキシコから「H1N1」新型インフルエンザが発生したということです。しかも強毒でなく弱毒性であったわけです。

#### 多くの企業が抱えた主な問題点と課題

私は日本在外企業協会でも新型インフルエンザ対策の座長をしておりました。その時に会員各社の皆さんから様々な意見が出ました。その中で1つ目の問題点としては、H5N1とH1N1の実際の対応の相違を整備し、重症度に応じた対策と行動計画が必要であったということです。2つ目は世界各国の政府の指針や医療体制が違うので、その情報入手が非常に困難であったということです。3つ目は帯同家族への対応です。メキシコから一時的に日本に避難をされましたが、その時に日本での受け入れ体制として、学校や住居の提供などの問題点が出てしまいました。

#### 日本政府および関係機関へのお願い

本日は政府関係者が参加されていませんが、安井先生がお見えですので、今後の政策にぜひ反映していただきたいことがあります。その1つ目として、抗インフルエンザ剤の事前の処方、あるいは備蓄に関する政府の具体的指針と公式見解の提示をお願いしなければならないと思っております。2つ目は国内外の感染状況と正しい感染予防対策のタイムリーな情報提供と公開です。そして3つ目ですが、日本の検疫は物々しい水際対策の対応がなされましたが、中国やアジア諸国でも強化されました。各国の空港での検疫状況の情報提供も今後は必要になってくると思っております。

#### 弊社グループのインフルエンザ対策行動計画

じつはメキシコで発症する直前までは、当社グループはインフルエンザ対策行動計画を作成し、フェーズ4A（海外のみ発生）、フェーズ4B（国内発生・限定的）、5B（国内発生・感染拡大）、6B（国内発生・広域的拡大）というように決めて、ウェイティングをしていたわけです。メキシコで発生して役立ったのはフェーズ4の行動計画

で、発生地域での緊急対策本部立ち上げを速やかに行いました。同時に日本側でも全社緊急対策本部を設置し、本格的対応に移行しました。その後、定期的に緊急対策本部会議を開催し、今日まで来ているということです。もう1つ、H5N1の特徴的な対策だとしてご理解いただけたと思いますが、一人でも発症者が出れば、その事業場（拠点）の縮小あるいは休止という閉鎖措置をとることにしました。先ほどの先生方の講演でも、今回は普通のインフルエンザ対策で大丈夫だということです。この資料は4月24日にメキシコ政府が感染を発表した以降、10月28日までの当社の基本的な流れを示したものです。柔軟に対応するということがありますが、当社でも全社通達をこれまで6回出しており、緩和策の継続を今日までしているところでございます。

#### 弊社の現在の新型インフルエンザ対策

これは当社グループが実施している取り組みの中身です。例えば濃厚接触者の対応では、ハイリスク者は日々検温していただき、熱が出なければ出社を可とする。しかしながら在宅勤務を推奨し、マスクの着用、健康観察をしていただくことになっています。それ以外は在宅勤務より出社を推奨することにしております。関西の多くの企業は、この内容とほぼ同様だと理解しております。先ほど先生がご指摘されたような、企業がかなり厳しい目の対策を引きずっているということはないと思っております。

#### メキシコでのH1N1発生時の教訓

当社はメキシコでの貴重な経験をしておりますので、本日はH1N1発生時にどのようなことを行ったかについて、皆さん方にご紹介したいと思います。4月23日（日本時間4月24日）にメキシコの厚生労働大臣がインフルエンザの注意喚起を出しました。27日にフェーズ4、フェーズ5ということでございます。6月に入りフェーズ6に上がっていくわけですが、このときにメキシコに進出している日本企業は、5月1日から5日まですべて操業を停止させられました。そして5月6日には活動が再開いたしました。メキシコ政府も、より短期間に的確に対応したと思います。街中には人の気配がないという写真がこれです。はたして関西ではこのようになるのでしょうか。当時は政府の指示で、街中を決して歩かないという徹底ぶりであったと思います。このグラフは5月の兵庫県と大阪府の状況ですが、大阪は5月17日、神

戸は5月16日がピークでありました。その後は下がっていきました。メキシコでも4月27日に最高点に達し、いろんな対策を講じて沈静化したということですが。

#### メキシコでの教訓

今回の教訓ですが、まず情報面では情報入手が困難で、しかも政府が出す法令の解釈が難しいことでした。日本でも新型インフルエンザの特性を明確にできなかったことと、政府が発表した操業停止の要請は強制なのかどうかという問題がありました。この間に日本の企業間は情報交換を密にしました。この段階では他国の検疫状態が分かりませんでした。メキシコに邦人が5,800人いますが、日本人会の緊急連絡網が不備であったということです。電話番号が変わっているのに更新されていない。明快な連絡が最後まで伝わらない。重要なことの徹底ができなかったという反省が日本人会として出ています。

一時帰国と備蓄ですが、帰国便の確保がフェーズ4、5の発表後、日本行きフライトの予約が不可能であったこと。中にはビザの有効期限、パスポートの有効期限が切れている人もいました。そして、3カ月以上滞在する場合は大使館に在留届を出さなければいけないのですが、出していない人が多く、未届け在留者が20%程度いたということです。結果として、日本人会は60%しか補足できなかったということです。

備蓄ですが、当社の従業員に食料や水の備蓄を求めました。しかし、ローカル社員は月給制でなく週給制なのです。2週間分を準備しなさいと言ったら、あと1週間分の給料をほしいと言われました。世界各国の賃金支払いがどうなっているかを把握しておくことも、大事なことになってくると思われまます。

#### メキシコでの教訓

業務面ですが、操業停止判断の難しさについては先ほど申し上げましたが、様々な部分でルール改定が必要でした。平時のルールしか作っていませんでしたから、有事の場合のルールを早急に作りました。出向者一時避難時のローカル社員の業務継続、ローカル社員での運営の可能性、決済ルール、在宅勤務管理、情報伝達がなかなか難しかったということです。従って、ローカル社員への徹底が困難でありました。

感染防止のことですが、これも緊急発表後に衛生用品が品切れになった。緊急輸入も困難で、そう簡単には輸入できないということです。そして

感染防止対策づくりの難しさ。やはり片寄りがあったということです。さらに衛生教育徹底の難しさ、医療体制の不備、感染発生時の初動対応。このときには役割分担ができていませんので、徹底が非常に困難だったと言っております。

#### メキシコでの予防対策

4月23日、24日に発症が世界的に発表されましたが、5月直前に入門時の健康チェックを全従業員に対して行いました。マスクの配布もこの写真のようにやっております。入門時の消毒、職場衛生キット（消毒液、布、手袋）の配布。机や電話等の消毒をやっています。そして職場での衛生教育・指導も職場会議を通じて徹底しました。

#### メキシコ現地会社の今後の対応

現地での反省を踏まえて、第2波、第3波への着実な準備を行うため5項目くらい書いています。抗インフルエンザ・ウイルス薬の備蓄、日頃からの従業員への衛生教育の重要性、発生時対応と緊急医療体制。そして、低病原性から高病原性にかけてのレベルに応じた事業継続計画が大事だということ、鳥インフルエンザの情報収集と従業員との共有。これが反省事項として浮かび上がったわけです。

#### 新型インフルエンザ対策の留意点

結論ですが、私たち企業人としてこれから申し上げる6つがポイントだと思います。業務を円滑に進める観点からも、感染予防対策をしっかりと実施するということ。事業継続計画の対策も、人命安全と企業の社会的責任を遂行する面から重要だと思います。全社緊急対策本部と国内海外の緊急対策本部ですが、情報量の格差をつくらないということが大事になると思います。当社ではH5N1を想定した対策や行動計画をつくってきました。それが6回もルールを変えるほどの緩和措置をとることになりました。ですから、最悪のシナリオを想定した社内の取り決めと、その徹底を行い、ウイルスの感染力の毒性に合わせ柔軟かつ臨機応変に対応するということです。事業継続では、継続すべき事業は何かを明らかにしておく。トップが一緒になってやったらよいかと思います。そして有事の際の方針を明確にしておくということです。

#### 柔軟に対応するための参考資料

これからの資料は参考までに添付しているものです。出典の1つ目ですが、海外勤務健康管理センターのホームページ（6月末）を開くと、「重症度に応じた海外派遣企業での対策例」が出ていま



す。例えば先進国の対策例では、欧米の場合、季節性インフルエンザ相当であれば、何も制限や規制は社内で作る必要はないということ。中程度(アジアかぜ、香港型インフルエンザ相当)であれば、海外出張制限はある程度推奨、スペイン風邪相当であれば、海外出張制限を推奨する。発展途上国の場合は、この表のようになっています。詳しくは海外勤務健康管理センターのホームページをご覧ください。もう1つの出典はグラクソ・スミスクライアンの対策計画例ですが、ここでも毒性に応じての通勤時のマスクの着用、家族が発症した場合の社員の自宅待機、社内の研修等の中止、海外出張の中止などについて明確に整備されていますので、参考にしていただきたいと思ひます。これも最近出されたものでございます。

このように、企業が柔軟にやらなければならないということが提示されますと、確かに過度の社内ルールを当初はつくったというきらいがあります。最近になって、やっと冷静に見られるようになったのが現実ではないかと思っております。

### パネルディスカッション 「企業としての適切な対応」

<パネリスト>

国立感染症研究所感染症情報センター 安井良則氏  
大阪大学医学部付属病院感染制御部 朝野和則氏  
パナソニック(株)海外安全対策室 古賀賢次氏  
(社)日本WHO協会 最高顧問 関淳一

<進行> キャスター・ジャーナリスト 毛利聡子氏

**毛利** 会場の皆さんから余りにも多くのご質問をいただきましたので、時間が限られている中で、質問内容を意識しながらパネルディスカッションを進めていきたいと思ひます。今年4月に発生以来、企業の皆さんも個人もいろんな情報に振り回されてきた半年間だったのではないかと思ひます。本格的な流行シーズンがすでに始まっているようでございますので、この新型インフルエンザにどう対応していくのか、先ほど古賀先生が話された提言を含め、また皆さんからのご質問にもお答えしていきながら始めたいと思ひます。まず、インフルエンザ現場の実情、その中で大阪市の実情について、まず関先生に説明していただきたいと思ひます。

**関** 大阪市の休日急病診療所での患者数が9月、10月と1万人を超えました。安井先生や朝野先生

のお話と一致しているのですが、70%が14歳未満の子供たちであり、50歳以上は1%ということですね。男女比を見ると20歳未満では男性が多く、20歳以上では女性が多くなっています。ただ40歳だけが男性のほうが多くなっています。今月(11月)の21日から23日の3連休には、非常に多くのインフルエンザの患者さんが中央休日急病診療所や市内6か所の休日急病診療所で受診しています。中でもやはり子供さんが多く、決して沈静化している状況になく、医療現場としては静かに深く進行していると見ています。大阪府下でも、同じような状況が続いていると思ひられます。

**毛利** 安井先生にお尋ねしたいのですが、7割、8割が15歳未満のお子さんということは、何か理由があるのでしょうか。

**安井** もともとインフルエンザは子供さんが罹る感染症で、14歳以下が75%を占めるのは毎シーズンそうなのです。今年はむしろ、当初は高校生が流行の中心であって、どちらかといえば例年より年齢の高いお兄ちゃん、お姉ちゃんたちがたくさん罹り、それが現在、本来の流行の中心である3~9歳の層で多くなっている状況です。だから子供さんが多いのは不思議なことではありません。60歳以上は例年1%台ですが、今回は1%を切っていますから、若い層に発病者が多い。しかし若い人たちの中で例年と異なるのは、これまでは10代の感染者が多かったということです。

**毛利** それは全国的な傾向なのでしょうか。

**安井** 大阪、関西、全国とも同じ傾向です。流行を起こしやすく、行動範囲が比較的広く、外からウイルスを学校に持ち込みやすいのは、小学生や幼稚園児よりも中学生、高校生です。最初はその世代で流行が起こったのだろうと考えられます。

**毛利** 50歳以上が1%だといっても、注意するのは同じということですね。

**安井** もともと高齢者が罹り難いのは、社会生活や環境条件、過去の感染経験に関係することがあると思ひます。今後、流行がさらに進んだ中で、インフルエンザ感染の直接的影響でなく、2次に亡くなる人が高齢者の中にどれだけいるのか、それは今後明らかになってくると思ひられます。高齢者は重症化率が高いことが、社会的インパクトが大きいと考えていただきたいと思ひます。

**毛利** 会場からは、なぜ女性よりも男性のほうが罹りやすいのかという質問をいただいています。

**安井** 男性と女性を比較すると、免疫力は女性の

ほうが高いといわれています。子供さんも現実的に男の子のほうが多く感染していますが、その理由については分かりません。

**毛利** 朝野先生にお聞きしたいのですが、大阪市の中央急病休診療所の土日の診療は3時間待ちということのようですが、半年間の臨床現場を振り返ってどのようなことを感じていますか。

**朝野** 私は大学にいるわけで、やはり患者さんの状況を直接的に実感しているのは開業医や休日急病診療所ということになります。その前に先ほどの私の講演で、大阪の病院の先生方が昼間働いていないような表現をしましたが、診療はされていないものの、その間に他の大変な仕事をされているわけで、時間をどのように工面するかは大事なことだと思います。大学病院では多くの重症化した患者さんが来られる傾向があり、役割分担が必要だと思います。休日や夜間には休日急病診療所にたくさんの方が行っています。定点がすごい数になってきたときには、そこでも患者がたくさんいて、長く待ってしまうということになりますので、医師会の先生方が相談して少し時間を延長するなど、通常の業務を割り振って全体でやっていかないと対応できなくなるのではないかと思います。いかに医療アクセスを保つかが重要なことであり、役割分担をして、多くの方が受診できるようにしなければならぬと言えます。もう一つ、交雑感染が起こることも危惧されますので、そのあたりの工夫も重要だと思います。

**毛利** さきほどお話があったように、インフルエンザ患者と他の外来患者の診療時間を分けるとかが考えられるわけですね。古賀さんからは先ほどいろんなご提言をいただきましたが、事業継続計画（BCP=business continuity plan）などはすでに実施されていらっしゃるようですが、安井先生や朝野先生に対して企業側から何か聞いてみたいことはありますか。

**古賀** 日本政府、厚労省や国立感染症研究所もそうですが、強毒性のインフルエンザが来るとのことです。指導を受けてきた経緯があります。ですから、H1N1は沈静化方向になりつつあっても、交雑の可能性はなくなっていないと思います。それをどのように見ていったらいいのか、もう少し掘り下げて説明していただきたいと思います。

**毛利** 今年2月に政府が出したガイドラインでは鳥インフルエンザを想定していて、その直後の4月に新型インフルエンザが発生しました。企業が対策を講じる上で、もう少し緩和したらどうなの

かについても聞きたいということですね。あるいはガイドライン、BCPを再考したらいいのかということになりませんか。

**古賀** 高病原性のウイルスが今後どうなるかということです。従って政府や厚労省はH5N1を中心に我々企業にも説明会を何度も開催していただきましたし、ホームページにもH5N1の襲来に関することだけでした。H1N1は誰も考えていないと思えるくらい度外視されていたわけです。そのあたりについても近い将来、どのような展望を持ったらよいかを可能な限り教えていただきたいと思います。

**安井** 非常に難しい問題だと思います。私たち感染研情報センターの関係者間でも今年2~3月の頃に、H5N1が新型インフルエンザになるのかについて議論がされていて、過去においてこれほど強毒性のあるインフルエンザがパンデミックを起こしたことがないことと、それよりもむしろ別系統のインフルエンザのほうが新型になりやすいのではないかという話が出ていた矢先に、それと全く違うH1N1が発生したのです。私個人としては、どちらかという人-人感染しやすく、人をそんなに殺さないインフルエンザのほうが広がりやすいだろうと思っています。今回のH1N1が本当に弱毒性かどうか分からないですが、H5N1がパンデミックを起こさないと誰も言えないと思います。そういった意味では最悪のことを考えておくべきだろう。ただ60%の致死率を先進国で保ったままの流行にはならないだろうと思っています。いずれにしてもパンデミック対策はハイリスク、モデレート、ロウと3段階に分けて考えるべきだということだったが、1種類しか考えられなかったということで、その1枚看板によって最初は大混乱が起こった。5月の大混乱のほとんどは人災だったのだと私は思います。私は厚生労働省のものでなく、見解を述べる立場にないのですが、そんな反省があったのではないのでしょうか。そのまま検疫にも適用し、そのようなことをしなければならぬという、全国民に与えた心理的インパクトは大きかったと思います。

**朝野** 来る、来ないというより、いくつかの対応策を作っておく必要があると思います。最悪なことに対応できれば、ほとんどのことに対応できると思います。新しい薬をどんどん取り入れておいて最悪な事態、H5N1が2%の致死率で来てても大丈夫だという体制をつくっておけば、後はどんどん引いていくことができます。次の段階、段階

でステップを落とせるという柔軟性が大事なことです。

**毛利** 質問の中で、出勤率が何%になれば覚悟が必要かというのがありました。朝野先生はどのように思われますか。

**朝野** 看護師さんの子供さんが感染すると、看護師さん自身が休むということはどこかの医療機関でも共通しています。前もって10%程度は来られなくなるだろうとして、それに合わせたシフトが大事です。そうすると患者数を何人減らす必要があるのかと私たちも考えておりましたが、今回の場合はそこまでいきませんでした。家族が感染した場合に何人が出られなくなるのかを個々の事業所で調査をし、それによって仕事をどれだけ制限するのか、前もっての対策を立てておく必要があると思います。

**毛利** 古賀さんにお聞きしますが、パナソニックではその点について、どのような見通し、あるいは対策を考えていますか。

**古賀** 日本政府は40%の欠勤率になるかもしれないことに応じた対策を講ずるようという事で、多くの提言を頂戴しているのですが、その実現はどれもこれも難しいというのが正直な気持ちです。しかし、予防対策と感染拡大防止でどれだけ欠勤率が下がるのかは分かりませんが、それを徹底することで欠勤率が少しでも落とせると信じて進めるしかないと思います。

**毛利** 会場からの質問の中には、事業継続計画(BCP)を今から作成することを考えているが、取引先の対応は感染症が発生してからでないと決まりません。事業の絞り込みが難しいのですが、アドバイスをお願いしますという質問をいただいています。古賀さん、いかがでしょうか。

**古賀** やはり業種、業態によって取り組みは変わってくると思います。交通機関であれば、例えば交通機関なりの列車本数を減らすなどの工面をされるかと思います。我々の企業の場合も、100の生産を80や70に落とすなど、考えられるいろんな策を全て出してみる事だと思っています。そして実際に個別的、効果的に企業の中核的事業を維持できるのかをシミュレーションしておくことが重要だと思います。

**毛利** 事業継続計画を含めて、企業の何割程度がそのような対策を立てて、対応しているとお考えですか。

**古賀** 大阪商工会議所が最近、200社を対象にアンケート調査を実施し、7割強の企業が新型イン

フルエンザ対策のBCPが作成されていないという結果が出ました。ただし、6割以上の企業は作成の意欲を持っているとのことでした。平均して3割程度の企業がBCPの作成を終わっていると思われる。

**毛利** 企業がいちばん苦勞されるのが安全面と営業面のバランスだと思いますが、いかがでしょうか。

**古賀** これはパナソニックだけで対策を考えても何も意味がないと思います。我々は多くの企業と取引をさせていただいていますので、多くのチャンネル企業と共に難局を乗り切るという体制を敷かないととうまく実現できないと思います。関西地域でも今年5月、生産性で約1,312億円の被害があったと聞いていますし、被害額を少しでも減らすためには連携による感染防止対策をとって乗り切ることが大事だと思います。

**毛利** 予防に関する質問もたくさんお寄せいただきました。まず、アルコール消毒は有効かという質問。それから、空気清浄機は有効でしょうか。飛沫ウイルスの生存期間はどの程度でしょうか。安井先生、お答えいただけますか。

**安井** インフルエンザウイルスは消毒剤に弱く、アルコールで十分に消毒できます。断っておかなければならないこととして、あくまでも消毒剤であり、除菌剤などが消毒効果をうたって販売されることがありますが、消毒効果が証明されていないことがありますので、購入の際には消毒効果を確認すべきだと思います。アルコール消毒剤の場合なら大丈夫で、濃度が70%以上あるものです。消毒剤でないものを消毒剤として販売すれば薬事法違反になります。空気清浄機に関する質問ですが、インフルエンザはあくまで飛沫感染がメインであります。空気清浄機によく似たものに、紫外線殺菌装置がありますが、これは結核対策として室内に設置するものです。結核はあくまでも空気感染であり、紫外線殺菌装置の効果があることから結核外来にも設置されています。今回、空気清浄機が何のために売られているのかは分かりません。安心感を得るためだけなら、安心感は得られるかもしれませんが、その時に教室などを消毒されました。インフルエンザウイルスの生存期間は実験結果では2時間~8時間です。1週間も休校したら消毒する必要はありません。あの学校は汚いと子供たちがいじめられるので、それを避けるためにパフォーマンスとして消毒されたのがほとんどでした。

空気清浄機を置いて、空気がきれいだとアピールするためだけならよいのかもかもしれません。

毛利 うがいですが、うがい薬を入れたものと水でのみ行うのでは、効果に違いがあるのですかという質問ですが、朝野先生にお答え願います。

朝野 うがいそのものの効果ははっきりしていません。ウイルスが細胞の中に入ってしまうのは数十分以内だと言われます。細菌の場合は細胞に入っていくませんので、細菌だったら殺菌剤の入ったうがいが効くかもしれません。基本的にはウイルスが細胞の中に入ってしまったら、うがいは効きません。瞬間的にうがいをするなら、もしかして効くかもしませんが、家に帰ってからのうがいは効果がないだろうと思います。ただ、細菌などのごみを洗い流す効果はありますので、励行することはお勧めしたいと思います。インフルエンザの予防にどれだけ有効かといえば、あまり効果はないと思われます。

毛利 手洗いは普通の石鹸でも効果はあるのでしょうか。水だけの手洗いでも大丈夫でしょうか。これは安井先生にお答え願います。

安井 手にはいっぱい脂が付いています。ウイルスが手に付いた場合は、脂にくるまれていますので、水だけでは弾かれてしまって落ちません。石鹸を使って流れている水で洗っていただくのが正しいということです。洗い方ですが、15秒間以上洗っていただきたいと思います。洗い残しとして親指や手首の所が多いので、15秒間以上は洗おうということです。

毛利 狭い部屋での会議等で、マスク着用を義務付けるのは意味のあることでしょうか。古賀さんの会社ではいかがでしたか。

古賀 5月16日が兵庫県、17日が大阪でピークでした。関西一円がマスクを着用しないとルール違反みたいになりまして、関西への出張は禁止だとか関東側からは見られたようです。私の所にも一部の企業から電話があり、大阪経由で神戸に行つてよいものでしょうかと問い合わせをいただきました。ピークの時には当社も会議時にマスクを着用しながら行ったこともありました。その後の社会の流れとともに、マスクの着用をやめたということです。

安井 基本的に咳エチケットですので、義務付けるのはなかなか難しいところます。院内感染対策として病院では義務付けしてますまが、確かに感染率は下がっています。マスクの効用ですが、発病者、咳をしている人がマスクをするほうが効果

はあります。健常者がマスクをする効果は疑問だということが言われていますが、今回のインフルエンザ対策として院内感染が減つたというデータが出ていますので、ある程度の効果があると思ひます。健常者がマスクをすることで、その人だけが着用するのは、あの人はと思われまてしまうこともあって、その辺りが難しいところかなと思ひます。

毛利 会社にお勤めの方からだと思ひますが、会社へ感染の自己申告をどのように考えたらよいかについて質問をいただひてます。

古賀 当社グループの場合は、申告をしていただくようにしてます。

毛利 申告することは大事になってますよな。

朝野 個人情報の問題がありますので、強制はできないと思ひます。自分の子供がインフルエンザ患者だということ強制できるかというところ、おそらく強制はできないと思ひますが、ボランティアに報告していただくか、あるいは自覚をもってマスクをしていただくことのほうが大事だと思ひます。何らかの罰則を設けるようになると行き過ぎですし、その辺りは社内のコンセンサスと自覚を植え付けて、普通のインフルエンザ対策の中に取り入れていくように成熟していけばいいかなと思ひます。

毛利 古賀さんにお聞きしますが、日本の企業風土というところ、多少のことは出勤するのが美德だというようなこともあるのではないのでしょうか。例えば目上の人の前でマスクをするのは失礼にあたるのかなど、その辺りの考え方をええられたようなことはござひませんか。

古賀 咳エチケットなど、マナーの点からは目上も部下も同じです。感染者が企業戦士的にマスクをして這い上がつても会社に出てくることは、避けてもらわないと感染拡大防止になりませんので、そこは対策本部からきつちりと指導してまっています。

毛利 発症者はN95マスクをしないほうがよいということについて、詳しく教えてほしいという質問が来てますので、安井先生に答えていただきます。

安井 かなり密閉性が高いものます。きめ細かいので、しっかり装着すると外の臭いもしないし、息もしにくくなります。着けたまま階段を駆け上がると死にそうになります。ですから、長時間作業をするには難しいところがあります。発病者が装着して咳やくしゃみをするまると、隙間から飛沫が

ジェットで飛び出し、より遠方に飛んでいってしまいます。普通のマスクなら大半の飛沫がトラップされるのですが、N95 マスクでは飛沫がトラップされないのです、これはすべきではないと言われている。

**毛利** 本日は企業としての適切な対応がテーマになっています。安井先生と朝野先生に、企業として今後どのようなインフルエンザ対策を講じればよいのか、さらに個人として改めてどのような対策をとっていくべきなのか、その辺りを教えていただきたいと思います。

**朝野** さきほどの目上の人の前でマスク着用というのは、今回それができるようになったのではないかと思います。目上の人の前で咳やくしゃみをする事のほう失礼、そんな時代になってきた。マスクで対応することは、礼儀正しい対応ということになるのだと思います。今回で考え方が変わったということになります。咳エチケットというのが本当のエチケットだという時代が来たのであり、よいことだと思います。また、企業の在り方は、的確な情報をいかに手に入れるかが大事だと思います。マスコミ報道は興味があるほうに片寄ることがあるので、公正な見方、例えば致死率は現在 0.001% というのも国立感染症研究所HPの中で、自分で計算しても把握できるのです。会社や集団の中で情報分析することで、過剰に恐れず適正な対応をとれるという、分析能力が今後は求められるようになるのではないのでしょうか。その情報に基づいた事業継続計画などが必要になってくるのではないかと思います。

**毛利** ちなみに朝野先生は、情報をどのように入手されていますか。

**朝野** 皆さんと同じようにインターネットで国立感染研の情報を毎日覗き、世界のニュースを朝に読んで、国立感染研の中でも迅速なサーベイランス情報がありますので、それを毎日眺めながら頭の中で組み立て直すことをしております。本日は話を聞き、自分が収集した情報にある程度の解釈を加えながら、具体的に皆さんに伝えるようにしています。どこか人前で話すことは大切なことだと思います。

**安井** 朝野先生の話聞き、情報を発信しているものとして身の引き締まる思いがします。5 月に大阪で疫学的調査をしましたが、その時の誹謗中傷、風評被害の激しさはすごく大きかったと思います。私はかつて堺市にいましたが、0-157 が流行った頃には、堺の子供たちは近隣のプールに

入ることができませんでした。夏休みに旅行に行くためホテルを予約したら、断られたケースもあります。今回、たくさんの学校の校長先生が子供たちの発病に対して頭を下げてあやまっていたが、片やアメリカやメキシコでは堂々とインタビューに答えていました。同じ立場でも全く違うのです。日本では病気になった人が蔑まれ、非難される傾向があります。企業の方々をお願いしたいのですが、自分や家族が発病したことをきちんと正直に言える企業風土を、ぜひつくっていただきたいと思います。日本では無理をしてまで頑張ることが美德のようになっていますが、無理をするより休むことのほうが正しい、休んでもそんなに迷惑をかけないよう、代わりの人を上司が考えてくれるような風土がないと、休めないので。上の方々が指示しないと、休みたくても休めないわけです。やはり休む勇気、休ませる勇気というのが大切だろうと思います。

**毛利** 改めていろんなことを考えさせられたのが、今回の発生だと思います。古賀さんにお聞きしますが、企業の今後の課題として、あえて挙げるとしたらどんなことでしょうか。

**古賀** 1 つ目には、強毒性のインフルエンザがいつ来てもよいように備えることが大事だと思います。2 つ目は、今のH1N1がどのように広がっていくかは分かりませんが、企業経営には影響しないための施策をしっかりと講じることが大事だと思います。本日、日本WHO協会さんによって大阪でセミナーが行われたのは非常によいことですが、東京と比較して関西地域は情報量が少ない。正直に言って情報を共有することが少なすぎると感じています。ぜひ本日のような場がたくさんできて、多くの企業、職場、市民が正しい情報をしっかり身につけることができればと思っています。企業はそれなりにやっていますが、関西一円がどこにも負けないまちづくりになるように我々も頑張っていきたいと思います。

**毛利** さきほど控室で伺ったところ、「BCPはできていますか」が挨拶の言葉のようになっているとお聞きしました。

**古賀** そんな段階に入ってきました。事業継続計画ができていくかどうか、事業継続のパスポートのような位置付けになっていくのではないのでしょうか。お互いにどこまで認め合うのが難しいところもありますが、政府のガイドラインに沿ってできる限り策定し、本日のような情報交換の場で、実情に合っているかを確認することも大事ではな

いかと思います。

毛利 正しい最新情報につきましては、本日お配りしたプログラムの末尾に紹介されています。厚生労働省の新型インフルエンザ対策関連情報、政府の新型インフルエンザ対策本部「基本的対処方針」、新型インフルエンザA(H1N1)に関する事業者・職場のQ & A、国立感染症研究センターのパンデミック(H1N1)2009、WHOのパンデミック(H1N1)2009、そして事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン。これらをぜひご参考にされたいかがかと思えます。關先生、今回のセミナー記録などの資料はどこかで拝見することができるのでしょうか。

關 本日の内容は日経新聞で大々的に報道していただくと聞いています。また当協会としても、セミナーの内容をCD-ROMにするなど、何らかの形で見ていただけるようにしたいと考えております。

毛利 先ほどの朝野先生の講演にもあったように、普通のインフルエンザ対策を今までしてこなかったことが混乱を生じた原因だったのではないかという指摘は、なるほどと私自身も考えさせられました。やはり感染症は、一人ひとりの責任が伴うのが特徴だと伺っていますし、企業としても社会的責任として、一刻も早く対策を講じていただくことが大切だと思えました。最後にパネリストの皆様一言ずつお話をさせていただき、最後に關先生にまとめをいただき、終了したいと思います。

古賀 私の戒めの言葉ですが、「まさか」と「またか」は禁句にしたいと思います。「まさか」は怠慢のことで、「またか」は油断のことだそうです。お互いに油断と怠慢だけは避けて、感染症と戦えるようにやっていきたいと思えます。

安井 今後にならぬか予測が難しいところがあります。現在は高止まっている中で12月にどうなるのか、1月、2月、3月の動きに興味があるところです。いずれにしても最も流行に合っている冬を迎えるわけで、冬は冬の流行になるだろうと考えられます。このまま収束することにはならないと思えます。3月、4月頃までは注意しなければならぬ状況が続くと思っています。

朝野 本日お話ししたことは、私たちがいつもやっている院内感染対策と非常に共通するところがございませう。社会の中での感染症と病院の中での感染症、同じような考え方で対策を立てておりますので、院内感染のことについてもこの機会にご理解、ご興味を持っていただきたいと思います。感

染症は感性経路に沿った感染対策をやっていくのが、効率的に予防ができて、それ以上でもそれ以下でもない。たくさんの方のことを全部やればよいというのではなく、効率的に的確にいろんなことをやることで予防できること、これは感染症すべてに言えることです。インフルエンザに限らず感染症のことについて興味を持っていただき、健康に注意して企業活動、職場活動を続けていただきたいと思います。

毛利 それでは最後に關先生、よろしくお願いたします。

關 感染症は世界的な大きな課題です。掘り下げると尽きることのない、社会構造とも大きく関係する大事なテーマです。国連の組織であるWHOの出発点は感染症でして、正式な組織になったのが1948年です。すでに14世紀の頃から国を越え大陸を越えて物流が始まり、同時に人の行き来が始まりました。人の行き来に伴い、いろんな病気が従来なかった国へと広がっていきました。1946年に国際ヘルス・カンファレンスが開催され、一国だけでの対応は難しいということで、1948年にWHOが設立されました。日本WHO協会は、WHO本部がやっている内容を国民の皆さんに分かるようにPRしていく責任があります。本日はいろんなお話を聞かせていただき、考えることがたくさんあり、参考になりました。先生方、本当にありがとうございました。

毛利 以上をもちまして、パネルディスカッションを終了させていただきます。どうもありがとうございました。

#### 閉会のご挨拶

日本WHO協会 常務理事 松浦成昭

私たち日本WHO協会は新型インフルエンザが9月、10月と増えてくる中で、従来の季節性インフルエンザと合流して、この冬は爆発的に流行するのではないかと懸念をもち、このようなセミナーを企画いたしました。いちばん新しい情報を提供することと、個人個人の対応に加えて、企業、集団としてどうしたらよいのかについて、生きた言葉で伝えるという観点から今回の対策セミナーを開催いたしました。本日は企業以外にもいろんな分野の団体の方々にもおいていただき、あらためて皆様の熱心さを痛感いたしました。また、いろんな質問をお寄せいただき、ありがとうございました。質問に対してすべてにお答えができません



んでしたが、当協会ホームページの中で回答したいと思います。

私たちの日本WHO協会について、紹介したいと思います。私たちは世界保健機構、WHO憲章の精神に共鳴して、様々な活動をサポートすることで四十数年前に設立され、現在も活動し続けている団体でございます。母子手帳を世界に普及する事業をサポートするとともに、今回のようなセミナー、感染症以外にもグローバルな視点からの健康セミナー、わが国の健康問題では癌をはじめとする生活習慣病やメンタルヘルスも大きな問題ですので、これらに関する健康セミナーも開催しております。ご興味のある方は、ご参加いただきたいと思います。

日本WHO協会には、WHO憲章の精神に共鳴していただける方ならどなたでもご参加できます。活動のサポート、あるいはいろんな情報交換に興味のある方は、個人でも企業でもぜひ入会され、私たちと一緒に活動をしていただければと思います。

来年3月11日(木)午後2時から東京・平河町の都道府県会館でその時点までのインフルエンザの推移を踏まえた内容のセミナーを開く予定です。

最後になりましたが、本日も講演をいただきました先生方のますますのご発展、会場の皆様方のご健康を心からお祈りして、また今後の日本WHO協会へのご支援を賜りたいと存じます。

これで閉会のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。