

各委員からの質問・意見への回答

(第5回地域連絡協議会開催(8月3日)以降、9月9日までに委員からいただいた質問・意見への回答を掲載しています。)

(資料の見かた)

- 各委員が出された質問・意見を、目次にあるテーマごとに整理しております。
- 各委員が出された質問・意見は四角囲いの中に記入しています。また、「指摘事項」から始まる表題は、事務局が便宜的につけたものです。
- 四角囲いの下に、長崎大学等の回答を書いています。
- 回答者としては、長崎大学のほか、
 - ・ 長崎県、長崎市及び長崎大学が設置する感染症研究拠点整備に関する連絡協議会(以下「三者連絡協議会」と言います。)
 - ・ 地域連絡協議会議長(以下「議長」と言います。)
 - ・ 文部科学省
 となっています。

目次

1. 施設の安全性	3
(1) 病原体の特徴	3
指摘事項1 ウイルスの変異の可能性について(寺井幹雄委員より)	3
指摘事項2 天然痘ウイルスの取扱いの可能性について(木須博行委員より)	5
(2) 安全対策	8
指摘事項3 建物仕様の情報公開について(宮崎辰弥委員より)	8
指摘事項4 BSL4施設関連事故での報告漏れについて(木須博行委員より)	9
指摘事項5 空気感染ウイルスの取扱いと排気の問題について(木須博行委員より)	11
(3) リスクとその対策	13
指摘事項6 「安全とリスクに対する考え方」に対する意見書(寺井幹雄委員より)	13
指摘事項7 大学の事故報告姿勢の問題点について(木須博行委員より)	16
指摘事項8 小林企画官への再質問1(木須博行委員より)	18
指摘事項9 BSL-4施設そのものが生物災害の発生源となる危険性について(道津靖子委員より)	20
2. 国の関与	22
指摘事項10 国の関与全般について(鈴木達治郎委員より)	22
指摘事項11 各国の規制の概観と意見について(木須博行委員より)	23

指摘事項 1 2	小林企画官への再質問 2 (木須博行委員より)	25
3.	施設の必要性	27
指摘事項 1 3	感染症発生時の専門家の見通し及び対処 (寺井幹雄委員より)	27
指摘事項 1 4	【長崎大学熱帯医学研究所の評価】について (寺井幹雄委員より)	28
指摘事項 1 5	施設の必要性における教育について (木須博行委員より)	30
指摘事項 1 6	ラッサ熱騒動の顛末について (木須博行委員より)	32
指摘事項 1 7	確定診断について (木須博行委員より)	34
指摘事項 1 8	中和試験について (木須博行委員より)	37
指摘事項 1 9	実際の診断について (木須博行委員より)	39
指摘事項 2 0	指定医療機関の治療と施設の関係について (木須博行委員より)	41
指摘事項 2 1	国の基本計画案における感染研の検査体制の強化について (木須博行委員より)	43
4.	施設の立地	44
指摘事項 2 2	立地に関する規制基準について (鈴木達治郎委員より)	44
指摘事項 2 3	【立地場所】 【BSL-4施設での研究目標】について (寺井幹雄委員より)	45
5.	地域の理解	47
(1)	地域との共生	47
指摘事項 2 4	住民への公開説明会について (寺井幹雄委員より)	47
指摘事項 2 5	国立感染研武蔵村山庁舎の施設について (寺井幹雄委員より)	49
指摘事項 2 6	意見 (寺井幹雄委員より)	51
(2)	地域連絡協議会の在り方	52
指摘事項 2 7	事前提出議題の議論のやり方の変更要求について (木須博行委員より)	52
指摘事項 2 8	地域連絡協議会の問題点 (道津靖子委員より)	54
指摘事項 2 9	【会議での発言者】について (寺井幹雄委員より)	55
指摘事項 3 0	意見 (石田和典委員より)	56
指摘事項 3 1	意見 (松尾寿和委員より)	57

1. 施設の安全性

(1) 病原体の特徴

指摘事項1 ウイルスの変異の可能性について（寺井幹雄委員より）

4. 先般の会議上でウイルスの変異、例えばエボラ自体今は空気感染しないが空気感染するものに変異する可能性が否定出来ないというような意見がありました。

素人の私にはウイルスが実験中に突然変異したりする可能性があるのか、或いは大学などの一般の研究、実験室の中で意識的に変異させる事が可能なのか、それは法的にどうなのか全く判りません。

でも素人なりに毎年罹患者が多い身近なインフルエンザウイルスで考えると、何らかの原因によってまず自然界の中で変異しその後、例えば今までの薬が効かない、何か変だ、何故だ？と言う事で研究し実験室の中で初めて変異が発見されるものと考えていました。

もし仮にそうだとすれば、例えばエボラが変異する可能性があるとしても自然界の中であり、と言う事は空気感染する変異自体が発生したその時点、「何かがおかしい」と感じた時点すでに世界的に深刻なパンデミック状況となります。その際、危機回避の為の対応は多くの研究者と共に高度なスペックを持つBSL-4施設を含めた関連施設と世界的な連携が必要となるのではないかと将来に於いて「変異」の可能性を考えれば考えるほど逆にBSL-4のような高度な施設が不可欠ではないのか！？

素人考えではこのようになるのですが、ここに居られる専門研究者の方々のお考えを是非お聞かせ下さい。

(長崎大学の回答)

- ・ エボラウイルスが空気感染するように自然界で変異する可能性は極めて低いと考えます。何故ならば、空気感染するようになるためにはウイルスの構造や増殖機構を変化させる必要があります。それにはウイルス遺伝子に複数の大きな変異が導入される必要があります。そのような遺伝子変異は容易に起こるものではなく、実際これまでに接触感染でしか感染しないウイルスが自然界で突如空気感染するようになったという例もありません。
- ・ また、人為的に空気感染するエボラウイルスを作り出せるかですが、現在明らかになっている科学的な情報だけでは作ることはできません。例え、将来的に新しい科学的知見や技術によりそのようなウイルスを作製できる可能性が生じたとしても、実際には専門家や有識者により実験計画の妥当性が検討された上で、文部科学大臣の確認を受けないと実施できませんし、病原体の輸入・移動・保管・使用も国の厳しい規制・監視下で行われるため、研究者が勝手にそのようなウイルスを作ることはできません。
- ・ 万が一、空気感染するBSL-4のウイルスが出現した場合は、ご指摘の通り世界規模の感染流行（パンデミック）が発生し、極めて深刻な事態になると思われれます。そのような事態になった場合でも、空気感染するようになる前のBSL-4ウイルスに対するワクチンや抗ウイルス薬が開発されていれば、十分に対処できる可能性が高いと考えます。特に、BSL-4ウイルスに関する研究開発が積極的に進められ、その結果、ワクチンや抗ウイルス薬の選択の幅が広がれば、そういった事態が発生した場合においても、ワクチンや抗ウイルス薬を用いて、効果的な対応ができる可能性が高く、不測の事態にも対処できると

1. 施設の安全性
(1) 病原体の特徴

思われます。

1. 施設の安全性 (1) 病原体の特徴

指摘事項2 天然痘ウイルスの取扱いの可能性について（木須博行委員より）

【趣旨】：第5回地域連絡協議会で、森田委員と私との間で天然痘に関するやり取りがあったが、この時の森田委員の発言は天然痘の問題を非常に軽視しており、問題である（第5回議事要旨案のページ9）。具体的に言うと、森田委員は『施設で天然痘ウイルスを扱うことは全くないと断言してよい。その根拠は天然痘ウイルスを持たないからである』、『日本では原爆を持たないのと同じように天然痘ウイルスを保持することはない』と発言しているが、これらについて以下の問題を指摘する。これを重大視するのは、いずれにしてもBSL4施設がいったん出来上がってしまったら、そのような対テロとの戦いや国家間の競争に、否応なく巻き込まれてしまうからである。

1. 天然痘ウイルスは今国内になくても、いやでも入ってくる可能性がある。その根拠としては、①ソ連崩壊に伴い、ソ連に保持されていたウイルスが流出している可能性が疑われていること、②すでに克服された天然痘ウイルス以外の類似ウイルスがいくつもあり、それらがいずれ人間にも脅威となる可能性があり得ること、などである。そうすると、日本でも研究を始めたくなる蓋然性は高い。
2. 原爆を国家として保持しないということと、現在天然痘を持っていないことを同列に論じて、長崎大学の施設では扱わないとする理屈は、受け入れられない。これらは全然次元の異なる話であり、もし天然痘類似ウイルスが脅威となった場合、何の歯止めにもならない。炭疽菌を扱う事に関して、学長が未定だと言ったり、今は扱わないと決めたり、要するにその時の関係者の判断でどのようにも決定されることである。
3. 天然痘ウイルスを現実的脅威とした動きは、ネットでいくつも見つかるが、例えば次のようなものがある。

① 熱帯医学研究所 HP より 誰でもできる天然痘診断

<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/pox/pox.html>

『事実かどうかそれは誰にもわからないことだが、アメリカ政府は、数カ国を名指しで天然痘ウイルスを保有していると非難した。自国のことは棚に上げて。ちょうど一年前、熱帯医学研究所熱帯感染症研究センターは「天然痘の診断」をここに掲載したが、過去記事として下の方に埋もれていた。そこで、再度掲載位置をトップに持ってきた。以下略』

『バイオテロに備えて：バイオテロリズムが現実のものになり（残念ながらどうやら事実らしい）、様々な病原体が話題となる中、既に人類が撲滅したと信じている天然痘も話題に上っている。そのようなことはあり得ないと信じたいが、万が一天然痘ウイルスがバイオテロに使用された場合、まず必要なことはその診断を的確に行なうことであろう。ここに診断に有用なスライドを掲載する。以下略』

② 第7回 AGH セミナーコンソーシアム（JICA セミナー）

<http://www.obihiro.ac.jp/~gcoe/seminar7.html>

『天然痘、炭疽、ペスト菌など人類が制圧したと思われた感染症が、今バイオテロリズムという新たな脅威として我々の社会に緊急の課題を投げかけています。バイオテロは、生物由来の材料を人為的・意図的に散布し、身体被害や社会に混乱を引き起こし、精神的被害を与えます。以下略』

③ 対テロにも有効？ 天然痘ワクチン「LC16m8」 <https://www.carenet.com/news/7924>

『天然痘による生物テロへの危機感から、天然痘ワクチンの必要性が再考されているものの、第1世代

の同ワクチンなどでは、有害事象の発症率が高く、有効なワクチンが模索されている』

④ 生物兵器テロの可能性が高い感染症について 厚生労働省 HP より

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0110/h1015-4.html>

『生物兵器テロとして用いられる可能性が高い、4種類の病原体・毒素による疾病の概要、治療等に関して、厚生労働省で取り急ぎまとめましたので、ご参考にしていただければ幸いです。』

(1) 炭疽症, (2) 天然痘, (3) ペスト, (4) ポツリヌス症

⑤ Wikipedia 天然痘

『しかし近年レベル4施設の設備を備えない不適切な場所においても生きた天然痘ウイルスが発見されており、その管理・取り扱いが非常にずさんであることが発覚している。』

『テロの危険：根絶されたために根絶後に予防接種を受けた人はおらず、また予防接種を受けた人でも免疫の持続期間が一般的に5 - 10年といわれているため、現在では免疫を持っている人はほとんどいない。そのため、生物兵器として使用された場合に、大きな被害を出す危険が指摘されており、感染力の強さからも短時間での感染の拡大が懸念されている。ワシントン・ポスト(2002年11月5日号)は、CIAが天然痘ウイルスのサンプルを隠し持っていると思われる国として、イラク(注：記事はイラク戦争前のもの)、北朝鮮、ロシア、フランスを挙げている(ただし、イラクとフランスについては可能性はとても高いというわけではないとしている)。』

⑥ 類似ウイルス

<http://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0430-2014eis-conference.html>

<http://matome.naver.jp/odai/2139973864276217601>

『CDCが、天然痘のワクチン接種を受けていない牛飼い2人が、病気の牛と接触後に新型天然痘ウイルスに感染したと報告』

⑦天然痘ワクチン Imvamune、戦略的国家備蓄への納品がはじまる

Biosecurity Watch by Keio G-SEC Takeuchi Project

<http://biosecurity.gsec.keio.ac.jp/blog/2010/05/imvamune-1.html>

『デンマークのバイオテクノロジー企業、Bavarian Nordic社が開発した新しい天然痘ワクチン Imvamune の戦略的国家備蓄への納品がはじまった。』

(長崎大学の回答)

- ・ 天然痘は人類が唯一自然界から根絶することができたウイルス感染症であり、1980年にWHOから公式に根絶宣言が出されています。天然痘の病原体である天然痘(痘瘡)ウイルスは1984年にWHOでの国際合意に基づいて米国疾病予防管理センター(CDC)、ロシア(当時はソ連)ベクター研究所の2か所のみで保管し、他の国は廃棄することになり国際協調下で実行され、現在もこの2か所のみが保有しています。ソ連の体制崩壊に伴い亡命研究者らの手により第三国に天然痘ウイルスが持ち出されたとの疑いがあることから、バイオテロに使用される可能性の高い生物剤と認識されています。米国、日本をはじめとする国々では、天然痘ウイルスの使用を想定したテロへの対策も講じられています。その対策の一つとして、米国、日本では、千葉県血清研究所が開発し、化血研が供給している天然痘ウイルスワクチン株LC16m8が国家備蓄されています。

1. 施設の安全性 (1) 病原体の特徴

- ・ また、アフリカをはじめ世界では天然痘ウイルスと近縁のサル痘ウイルスが問題になっており、米国でもペットとして輸入したプレイリードックから広がったヒト感染が確認されていますが、上記天然痘ワクチンはサル痘にも有効であると言われています。
- ・ 長崎大学としては、当然のことながら上記のような情報をきちんと把握したうえで回答しており、天然痘の問題を軽視しておりません。上述したように国際的に保持が禁止されている天然痘ウイルスを入手することはできませんし、輸入することもできませんので、我が国のBSL-4施設で保管・使用することを現時点で想定していないのは言うまでもないことです。

(2) 安全対策

指摘事項3 建物仕様の情報公開について（宮崎辰弥委員より）

質問事項については、建物構造に関してです。

第5回協議会資料49 ページ1行目の「BSL-3 以下の実験室についても、建物への入館については BSL-4 実験室と同じ入口を想定しております」とありますが、BSL-4 施設については、今の建物と別棟と想定しておりました。情報セキュリティとの関係はありますが、BSL-4 施設の建物の基本構造、設計図などについて、何時の時点でどのような形で情報開示されるのか、その際、8 ページにあります、「地域の安全を考慮し、世界最高水準の安全性を確保する観点から」との基本にもとづき、これまで出された不安箇所（指摘事項）などに対して、個別具体的なハード面での対処内容などについても明らかにしていくことが、地域住民の方々の不安解消につながるのではないのでしょうか。

（長崎大学の回答）

- ・ 本学が計画中の BSL-4 施設では、BSL-4 実験室に加えて BSL-2 実験室及び BSL-3 実験室を同一棟内に併設する計画としております。
こうした実験室の併設をする理由は、次のとおりです。BSL-4 実験室は、非常に厳重な安全対策を講じることから、逆に実験をする上では大きな制約となります。一方、BSL-4 病原体は、不活化等の処置をした場合には、バイオセーフティレベルの低い実験室で取り扱うことが可能となります。よって、同一施設内に BSL-2 実験室及び BSL-3 実験室を併設していれば、BSL-4 病原体を不活化した上でそれらの実験室において比較的制約なく実験をすることができるようになり、効果的な研究の推進が可能となるためです。
- ・ 「BSL-3 以下の実験室についても、建物への入館については BSL-4 実験室と同じ入口を想定しております。」という回答は、計画中の BSL-4 施設内に併設する BSL-3 以下の実験室について述べたものです。したがって、BSL-3 以下の実験室についても、BSL-4 実験室と同一棟内に設置されるため、同一の出入口（玄関）から入退館を行うこととなります。
- ・ ただし、本施設では入館時のセキュリティチェックに加えて、BSL-4 実験室は最もセキュリティレベルの高い区画に位置するため、入室にあたっては BSL-3 実験室等の他のエリアに加えてさらに複数の入退室管理システムを通過する必要があります。
- ・ 施設のハード面の仕様については、今年度予定しております基本構想ならびに今後建物の設計が行われた際に、その進捗にあわせて、適宜、施設のセキュリティに関する情報を除き公開可能な情報について提示していくことを予定しております。

指摘事項4 BSL4 施設関連事故での報告漏れについて（木須博行委員より）

【趣旨】：第3回地域連絡協議会資料4の28頁に『BSL4 施設で実際に起こった事故・トラブル』がまとめられています。この種のまとめに関して、BSL3 以下を除外することはすべきでないという意見書を別途提出しましたが、BSL4 施設に限っても、私の調査ではまだ漏れがあるように思われます。以下の点について再調査してください。

1. オーストラリアのBSL4 施設で、HEPA フィルターの装着を忘れるというトラブルが発生したことはありませんか？その結果、研究者が感染し、ウイルスが環境中に漏れたという事故が生じたという記録を入手しています。幸いにして、奇跡的に感染は拡大しなかったようですが、調査の上、ご回答ください。
2. 当該資料の2番目に挙げられた旧ソ連の事故では、感染死亡者を1名としていますが、私の得た資料では2名となっています。ただし、2人目の方は研究者ではないのですが、それで除外したというわけでもないでしょう。調査の上ご回答ください。
3. ソ連で1979年の4月に起きた、有名な炭疽菌漏れ事故もHEPA フィルターの装着忘れに起因すると言われます。風下44キロにわたり110名が感染、死亡者は住民66名、50キロにわたり家畜被害の生物災害の大惨事が発生。これもP4 施設で行われたと考えられている。

（長崎大学の回答）

1. オーストラリアには、3つのBSL-4 実験施設があります。私どもでオーストラリアにおいてBSL-4 実験施設でお尋ねのトラブルの発生の記述がないか調査しましたが、そのような記述を見出し得ておりません。先方にお尋ねする際には、どの施設でいつそのようなトラブルが発生したのか、また、そのことを誰が報告しているのかを明示していただく必要があります。ご質問の内容が記載されている出典および施設名につきお知らせ頂きますようお願いいたします。その出典を確認の上、当該施設に問い合わせをし、回答させていただき所存です。
2. ご質問の内容がどの出典に基づくものか不明ですが、本件につきまして私どもは、旧ソビエト連邦から米国に亡命したKen Alibek（ロシア名：Kanatjan Alibekov）が記したBIOHAZARDという著書にある1988年のマールブルグウイルスによる事故の経緯を確認（英語による原文を確認）しました。詳細に状況が記載されておりますので、その概要を以下に示します。
 - ✓ 1988年4月中旬、旧ソビエト連邦のシベリアにあった実験室でマールブルグウイルスを用いた実験中に研究者が針刺し事故により感染。直ちに研究者は医療施設に隔離されたが間もなく死亡。
 - ✓ 上記の死亡した研究者の解剖を担当した病理学者が骨髄検体を採取した際に、針刺し事故を起こし感染したため、医療施設にて隔離された。1ヶ月半後に回復し退院した（※ この件は、BSL-4 実験施設外で起こった事故ですが、敢えて記載しました）。
3. 炭疽菌はBSL-3の病原体です。従って、通常はP3（BSL-3）施設（実験室）で取り扱います。1979年に旧ソ連のスヴェルドロフスク（現エカテリンブルク）で発生した事故は、陸軍の生物兵器研究所（生物兵器工場）で起きたもので、この施設はBSL-4ではありませんし、そもそもBSL-3施設としての設備すらきちんと備えていたかも疑問視されています。この事故はペレストロイカ以前のソ連で起きたものであるため、事故当時きちんとした情報が開示されず、その後も感染者、死者の正確な数すら把握されていません。致死率が非常に高かったという当時の住民の証言から、このとき施設から出てきた炭疽菌

1. 施設の安全性 (2) 安全対策

は生物兵器化した病原性の高い炭疽菌だったのではないとも言われています。

いずれにしても、本事故（事件）を BSL-4 施設で起こったものとするのは明らかな誤りです。

指摘事項5 空気感染ウイルスの取扱いと排気の問題について（木須博行委員より）

【趣旨】：空気感染するウイルスの取り扱いに関する質問と、排気の循環使用を禁止する規程に関する質問に対する大学の回答と説明は非常に不誠実で、住民が払拭できない大学への不信感はこのようなことから募るばかりである。真意をお聞きするために、再質問をお許し願いたい。

1. これまで私たち住民は『空気感染するウイルスは取り扱わない』と聞かされてきた。この地域連絡協議会においてさえも、例えば、第3回資料4の17頁には、『長崎大学が使用する予定のある病原体は空気感染をしないもの』という趣旨の説明がある。
ところが、質問を重ねた結果、第5回協議会資料4の6頁でようやく、将来的に空気感染するウイルスを取り扱う可能性を認めている。いくらそのための手続きが必要といっても、法的に道が閉ざされているわけではなく、今後の研究者の意思次第であるから、可能性を認めることは当然の話である。これらは明らかに食い違っており、強く抗議したい。ご説明を願いたい。
2. これまでずっと『空気感染するウイルスは取り扱わない』と言ってきた大学の言い分は、なるほど当面はその通りといえる。しかしながら、『いつかは空気感染するウイルスも対象となる』という可能性に全く触れて来なかったことは、住民の将来について何ら思いを馳せることなく、今、自分たちが研究ができればよいという姿勢が表れたものでしかない。（エボラの克服は将来の住民にも役立つから住民の将来についても思いを馳せている、というような反論はやめてほしい）
私たち住民はこれからも、子や孫たちにこのようやく平和になった地を引き継いでいきたいのである。長崎大学は税金で賄われる国立大学であることを肝に銘じ、住民の生活の場を脅かす住宅密集地への設置をぜひやめてもらいたい。
3. WHO や感染症法に、排気の循環使用を禁止する規程があることについて、資料4の7頁の回答説明、および第5回議事要旨案11頁にある調さんの発言は極めて不誠実なので、改めてお聞きする。下記についてご見解をお聞かせ願いたい。
 - (1) なぜ施設からの排気の循環使用を禁止する規程があるのかについて、厚生労働省の回答で間に合わせているが、その回答は構造の説明であって、なぜそういう規程が必要なのかについての回答ではない。それをそのまま垂れ流す長崎大学の回答は極めて不誠実である。
 - (2) 回答はWHOについては聞かれていないとして、WHOの規程についての質問は無視しているが、こちらの質問の文章のどの部分によってWHOについては聞いてないと判断したのか？
 - (3) そもそも、WHOと感染症法で同じ趣旨の規程があるが、これらは全く偶然なのか？規程の理念が全く別だとでもいうのか？ 当然ながら、これらは同じ趣旨でできた規程であり（感染症法がWHOに従ったもの）、『排気を循環使用することは施設内の人の健康を損ねる恐れがあるから』必要となった規程である。長崎大学はこのように理解してはいないのか？
 - (4) 議事要旨案の11頁には、調さんの発言として、『排気については感染症法で規定されており、再循環する施設を造っても認められない』とある。質問の趣旨は、『なぜ感染症法やWHOではそのような規程があるのか？』ということである。調さんのこの発言は排気ではなく理屈が循環しているのではないのか？ ご見解をお聞かせ願いたい。

（長崎大学の回答）

- ・ まず、以前の回答書と繰り返しになりますが、空気感染をするBSL-4ウイルスについての大学の見解は、以下のとおりです。

1. 施設の安全性 (2) 安全対策

- ・ 法令上、BSL-4 施設（法令上は、「特定一種病原体等取扱施設」と言います。）において取り扱うこととされている病原体等が定められています[※]が、その中に、空気感染を引き起こすものは含まれていないため、現時点で、空気感染するウイルスを BSL-4 施設で扱いません。

※ なお、天然痘ウイルスは空気感染しますが、このウイルスは国際的な取り決めで米国、ロシアの特定の機関でのみ保管が許されていますので、我が国では、BSL-4 施設であっても、保管・使用することはできません。感染症法施行令第 15 条に規定されています。

- ・ また、BSL-2 施設で取り扱える麻疹ウイルスのように、空気感染を起こす病原体等が現存しますが、それらは、BSL-3 以下の施設で取り扱うことが可能です。
- ・ なお、将来的に、新規病原体の出現などにより、BSL-4 施設で取り扱わなければならない病原体に、空気感染を引き起こすものが追加されることになった場合には、長崎大学において、当該病原体を扱った研究に取り組むことも想定されます。
- ・ ただし、その前提として、
 - ① 特定一種病原体が新たに指定される場合に、長崎大学で当該病原体を所持するために、新たに厚生労働大臣が長崎大学を指定すること
 - ② 大学として、BSL-4 施設の運用実績を積むなど安全対策に万全な体制が整っていること
 - ③ 当該病原体を取り扱う研究計画の妥当性について、国とも事前に相談し、学内の審査会等において承認されていること、といった条件を満たすときに限り、空気感染する病原体を取り扱うこととします。
- ・ また、研究の進捗等については、地元自治体や地域住民の方々に参画いただく「施設運営に関する地域連絡協議会（仮称）」において報告することを予定しています。
- ・ 3. については、ご指摘の「再循環されない構造」を規則として定めた厚生労働省に、こうした規則を定めた理由について確認をとりましたところ、以下の通りの回答をいただいた旨、前回の回答書にて報告させていただいたものです。

（厚生労働省の回答）

感染症法施行規則では、排気について 2 つ以上の HEPA フィルターの設置、空気の流れが実験室の出入口から実験室内部へと一方通行となるものであること、実験室及び実験室以外の施設の内部への再循環されない構造、排気口、施錠及び稼働状況の確認などを定めており、これらの規程全体により病原体を取扱う施設内外での汚染等を制御するものです。

- ・ 長崎大学としても、厚生労働省と同じ考えです。

(3) リスクとその対策

指摘事項6 「安全とリスクに対する考え方」に対するの意見書（寺井幹雄委員より）

第5回会議資料で私の「安全とリスクに対する考え方」に対するの意見書が出されておりました。一部で私への問い掛けの表現も見受けられましたので改めて私の考えを述べさせていただきます。

まず私の意見を真摯に読んで頂き感謝いたします。

安全という事について言えば「やはり許容出来ないリスクが無いこと」が私個人の基本的な考えに変わりません。常々考えているのは絶対安全が無い限り、安全とは「安全性」であり、それを高めリスク削減の努力を常に考えたプログラムと実践が人々に認識され許容のハードルを少しでも下げて行くことだと考えます。ですから私の場合「安全確保」ではなく「安全性の確保」又は「リスクの削減」ということになります。

逆に言えば「許容出来るリスク」に至るまでの方法論として皆さんが言われている「安全確保の3原則」が基本中の基本であり様々な分野で広く認知され日常的に思考されていますし3原則を平行的同時進行で考えねばならないことはあまりにも当たり前過ぎて3原則を改めて持ち出さなければ単なる一般論としてしか理解して頂けないとは私自身まったく考えていませんでした。

従って皆さんが「私の考えは3原則の内の1つを言っているに過ぎない」と指摘されている事については単に言葉足らずであったかも知れないと思っています。

※安全確保の3原則

・ リスクアセスメント

知識をもとにどんな事故が起こりうるか分析し予防、削減措置を行う。

・ 水平展開

経験から学んで対策や予防、用心をする。事故例学習やその周知・教訓の指示徹底などを図り、裾野を広げて行く。

・ 安全文化の確立

人の意識の向上を目指し行動規定や倫理規定などによる予防処置基準を策定し最新の安全情報に基づき、労働安全向上を指導、教育を通して基本的な安全意識向上の風土作りを行う。

また皆さんは、長崎大学に於いて3原則の1つである「安全文化」は残念ながら格別に優れている訳ではない。だから単純に大学という崇高な学問の府という事だけで信頼するのはリスクであり、その言い分を見極める必要があると主張されています。

例として大学病院は院内感染がよく起こる、BSL-3施設の安全点検には問題がある、BSL-4施設説明の杜撰さ、そして事故の教訓を活かす工夫がないと言われている。

しかしながら、これらはあまりにも一方的で短絡的な見方ではないでしょうか。

「院内感染」については実際の発生回数や国が定める基準など様々な資料を基にした確たる根拠を示されるのが先です。

「BSL-3の安全点検の問題」は大学からの回答が無い時点での主張は憶測の範囲でしかありません。

「BSL-4の説明の杜撰さ」に至っては単に皆さんの主観であり必ずしも客観的なものではない。

「事故の教訓を活かす工夫が無い」については具体的な事例の提示が無い以上、これも皆さんの主観でしかなく、根拠を以て主張されるべきです。

更に私は崇高な学問の府と言うだけで信頼はしていません。BSL-4に関して言えば自ら勉強し、今までに頂いた様々な説明資料、会議資料などを繰り返し読み、調べ、検討し、実際に説明も見聞き、納得した上で信頼に足るものであると思っています。そして「信頼」と言うのは絶対的なもので無く必ず「リスク」を伴うものである事も理解しています。

次に皆さんはリスクには「人間活動に於けるリスク」と「ロシアンルーレットとしてのリスク」があると主張され、それぞれについて説明されています。

そもそも私はリスクについて皆さんのような分け方で考えたことはありません。事件、事故、災害などの事柄や人間、自動車、飛行機、自転車、家電品、薬、医療など、そして電気、ガス、水道などのインフラ設備も含め私達の回りには、ありとあらゆるものに必ずリスクは存在しているからです。平たく言えば遭遇する確率の問題であり、私にとって「リスク」は「リスク」であって皆さんが主張されるような「人間活動」であるとか「ロシアンルーレット」であるとかは全く考えた事もないし理解も出来ません。

しかし「許容出来るリスク」と「許容出来ないリスク」という考え方は持っています。しかしどちらにしてもリスクを引当てる確率が低いか高いかというだけで人は誰もある意味毎日、皆さんが言うところのロシアンルーレットをしているようなものかな？とは思いますが・・・。

また皆さんが言われるロシアンルーレット的なリスクであれば、どの程度の確率なら許容出来るのかとのお尋ねがありました。

許容出来るリスクとは、自身の努力や相手に求める努力、相手が行う努力、そして「安全確保の3原則」の遵守状況又は計画性など様々な事を勘案する必要がありますので簡単に何%とは言えません。

繰り返し言いますが毎日すべてのリスクに対して皆さんが言うところのロシアンルーレットをしているようなものですので、その中から分かりやすい具体的な事例を探すとすれば「自動車の運転で事故に遭遇するリスク」などは、ここに居られる殆どの皆さんが許容出来るリスクなのではないでしょうか。私も実際毎日運転していますし。

では自動車事故に遭遇する確率はどの程度なのでしょう。

警察庁が公表している免許保有者数と年間の事故発生件数などをベースにして計算すると1年間に事故に遭う確率は1/125、つまり0.8%だそうです(損保会社の資料より)

しかし人生50年として考えた場合の確率は単純計算ですが1/3、つまり約33%に跳ね上がります。確率の高さに少々ビックリでしてしまいます。でもこれが自動車を50年間運転する為の許容出来るリスクと言う事になるのかも知れません。

不幸にして40数年で初めて起こった福島第一原発事故よりも遙かに高い確率になる事には本当に驚いています。

この話のついでに言っておきます。皆さんは「私がロシアンルーレットでさえ、どこかで許容出来る」みたいな事を言っておられますが、冗談を言ってもらっては困ります。回転弾倉5~6発の銃で行う本当のロシアンルーレットなんかには許容出来るも出来ないも無い。一瞬でリスクを引き当てる確

2. 国の関与

率が1/5か1/6なんて、皆さんだけでなく誰しも許容の限界を持ちえませんが、そもそも「ロシアンルーレット」発言そのものが単なるこじつけで議論のすり替えとしか思えません。

皆さんから立地場所の変更について「誤解がある」からと修正を求められています。

確かに「坂本以外だったらどこでも良い」とは言われていないと思いますが、私も「どこでも良い」などの表現は使ってはいませんので修正するも何もありません。

ただ皆さんから住宅地から10kmとか20km離れた場所とする項目を加えて欲しい旨の発言があったのは確かであり、そのような発言が逆に「どこでも良い」的な解釈をされた方もあったのではないのでしょうか。

また私が現時点で「坂本キャンパスが最良」と考えているのは、熱帯研のBSL-4施設が医学部と言う大きな括りの中でしか最高の結果を出し得ないと考えているからであって、もし仮に大学病院を含む医学部施設全体もBSL-4施設と共に移設されるという事であれば特に拘わらないと思います。

最後に私は自分の考えを他者に強要するなど考えておりませんし行ってもいません。私の意見を読んでもらい、その人なりに考えて頂きたいと思っていますだけです。

長文になってしまい申し訳ありませんでした。

以上

(長崎大学の回答)

- ・ 貴重なご意見として承りました。

指摘事項 7 大学の事故報告姿勢の問題点について（木須博行委員より）

【趣旨】：第2回議事要旨の4頁一番下、『①過去、海外ではどのような深刻な事故の事例があったのか。』という委員の質問に対し、回答は『BSL-4施設の過去の重大な事故の事例については、実験者の針刺し事故のみである。米、英、露、独の4件であり・・・以下略』となっている。

これに対し、第5回資料4の13頁にあるように、『米国CDCのBSL4施設で、針刺し事故でない原因で研究者が感染した疑いのある事件があった。これは長崎大学にとって重要な事故ではないという事か？』と質問をした所、『病原体の不適切な管理も問題事例であると考えており、重要なトラブルであると考えている。この事例は第3回資料4の28頁にも記載している。』旨の回答がなされた。

時系列的に見ると、

① まず委員の質問があり、それに対しては

② 『針刺し事故のみ、世界で4件起きている』と言う趣旨の回答、その後、

③ 膨大な資料の中のほんの一部に、米国CDCの事故などウイルスの不適切管理の事例を示したということになる。これでは結果的に非常に目立たず、全委員や住民の意識にも上らないだろう。

しかも、今回の再質問がされなかった場合、この事例さえ注目されることは無く、おそらく安全神話の浸透に寄与しただろうと思われる。

以上の趣旨のもとに以下の通り質問および意見書を提出するので、回答を賜りたい。

1. 最初の委員の質問に対する回答（上記②）で、不適切管理等に伴うトラブルを除外したのは、針刺し事故よりも重要度が小さいと思ったからなのか？この事故では結果的に人への感染はなかったようであるが、一時は強く疑われたほどの事故であった。針刺し事故でも結果的に人への感染はなかったことが多いが、その意味では同等ではないのか？不適切管理は一步間違うと大事に至るという事を肝に銘じ、事故統計の報告に関して、このような姿勢は改めてもらいたい。
2. この種の事故報告で、長崎大学はBSL3以下の施設を完全に除外している。しかし、この姿勢も改めてもらいたい。なぜなら、その事故が施設の装備等が不十分だったことに起因するのであれば、その方針でよいが、多くは人的ミスであり、それらのほとんどが、BSL3以下で起こったことならBSL4でも起こり得ることである。BSL3以下の事故を一切除外する姿勢は、事故に学ぶと言う謙虚な姿勢が無いことに通じる。従って、長崎大学は安全文化の点で非常に心許ないことを申し上げる。
3. 感染症の総本山、米国のCDCでもヒヤリハットの事故が続発している。大事に至らないのはほんの紙一重の運の差であるという謙虚な認識を持ってもらいたい。
バイオセーフティー管理の危うい現状 1
バイオセーフティー管理の危うい現状 2
4. 参考のために、長崎大学では針刺し事故や不適切管理は年間でどの程度起きているのか、教えて戴きたい。

（長崎大学の回答）

1. 貴重なご意見として承りました。今後とも、謙虚な姿勢を持って、より一層の安全対策を図るよう努めていきたいと思っております。
2. 針刺し事故については、長崎大学の実験施設(BSL-2、BSL-3施設での感染実験を含む)では針刺し事

2. 国の関与

故例はありません。また、大学病院に関しては年間 60-80 例程の針刺し事故報告があります。

不適切管理に関しましては、第 6 回の地域連絡協議会において報告させていただいたように、安全管理上の問題はないものの、その記録の保存方法等に関して改善を要する事例もあったことから、感染症法や学内規則に則った安全管理について再度確認を行い、問題点などが見つかった場合にはその都度改善し、これまで以上に学内における管理体制を強化し、確認作業を徹底させてまいります。

指摘事項 8 小林企画官への再質問 1 (木須博行委員より)

【趣旨】：第5回地域連絡協議会における議事要旨案の12頁に『針刺し事故に気が付かないまま、帰宅して発症してしまう、というケースが可能性としては極めて低いものの想定され得る。そういった場合に、家族や地域住民に二次感染が生じていないかの調査や蔓延防止の対策・・・』という発言記録が残されている。この立場は、「可能性としてはきわめて低いものの」という限定つきではあるが、研究者、従って施設そのものが感染源となって脅威の感染症が拡大していくリスクを正当に認識したものであるとして評価できる。何しろ、西アフリカから帰国したニューヨークの医師が、自分の感染に気が付かずに地下鉄に乗ったくらいである。

それにも拘らず、地元住民としては、ご回答については住民の被るリスクに対する配慮が全くなされていないように感じられる。以下の点について、再質問をお許し願いたい。

1. 回答では、対策として『海外でエボラウイルスに感染した帰国者や外国人が日本国内で発症した場合と同様の対応を講じる』としか書かれていないが、その回答の問題点を指摘したい。
通常、私たち住民は『海外でエボラウイルスに感染した帰国者』と遭遇するリスクは仕方ないものと考えているが、そのリスクは実験室での針刺し事故に比べて桁違いに小さい上に、日本国全体で引き受けるリスクという性格を持つものである。
一方、実験研究施設で針刺し事故によって感染した研究員と遭遇することは、住民は覚悟していない。しかもそのリスクは『海外でエボラウイルスに感染した帰国者と遭遇するリスク』よりも桁違いに大きいリスクである。施設を住宅密集地に造るという事は、その桁違いに大きくなったリスクを地元住民に負わせるということであり、さらに日本全体ではなく地元に集中するリスクということになる。回答にはその観点からの住民への配慮が全く感じられない。住民は予防原則の観点からも、このようなりスクを拒否する権利を有している。これらに関してご見解を賜りたい。
2. 別途行った質問と重複するかもしれないが、同回答では「地域住民に健康被害が及ぶ可能性は極めて低い」、「事態收拾に向けて必要な措置を講ずる」、「事態の終息に全力を尽くす」などにとどまっており、具体性が全く無いことと併せて、国は住民に一体何と言いたいのかさっぱりわからないのである。先回りして言えば、地元住民はそのようなりスクを取らされる謂れは全くなく、よってその不安をもたらす環境を拒否し、最大限の予防原則の適用を主張できる。国にはこれらの権利を最大限尊重して戴きたい。これらの決意はすでに何度も坂本キャンパスへの設置は絶対に認めないという宣言で伝えている。
3. 仮に住宅密集地に建設して、万一健康被害が起こった場合、国はどのように考えるのか、下記の点についてお聞きしたい。①やはり住宅密集地に造るべきではなかったと考えるのか（その場合、造った責任をだれがどう取るのか）、②そのような犠牲は施設の必要性からやむを得ないこととして、そのまま補償で済ましたりして継続するのか、研究を中止させるのか（移転を含む）。被害の程度に依るかも知れないので、ケース毎にお聞きする。
 - (1) 事故は起こったものの、感染被害は住民や学生や職員にまで及ばなかった場合。
 - (2) 事故が起きて、わずかの数の住民や学生や職員が感染し、幸い大事に至らずに済んだ場合。
 - (3) 事故が起きて、わずかの数の住民や学生や職員が感染し、死亡などの被害が生じた場合。
 - (4) 事故が起きて、かなりの数の住民や学生や職員が感染し、複数の死亡者が出たり、国際的な影響を与えた場合（外国人が長崎で感染して、帰国後、その国で感染が広がった場合など）

(文部科学省の回答)

2. 国の関与

- ・ 感染症のリスクや、感染症対策に付随するリスクの認知等に係る判断や、安全管理・危機管理に関する考え方については、地域住民の皆様の間には、様々な価値観に基づく多様な意見が存在しているものと認識しています。
- ・ 木須委員と同様に、万一施設で事故等が発生した際の被害のひどさを理由に長崎大学坂本キャンパスにBSL4施設を設置することを反対という意見もありますが、一方で、BSL4施設の設置に伴って新たに生じるリスクよりも、海外からエボラウイルス等の感染者が入ってくることにより、パンデミックが発生するリスクや不安の方が重大であると考えられている地域住民の方もおられると理解しています。
- ・ これらのご意見を踏まえ、坂本キャンパスへのBSL4施設設置に賛成される住民の方の意見についても、配慮されるべきであると考えますし、木須委員のご指摘について、国も大学も真摯に受け止めており、長崎大学は、針刺し事故が発生しないよう、適切な対策を講じるとともに、施設から病原体が漏出させないよう、実験室の二重構造、耐震・耐火構造とするほか、施設と安全に使うための管理運営など、事故防止対策を何重にも講じることにより、安全管理を徹底することとしており、また、国もそのために必要な支援を行うこととしています。
- ・ なお、長崎大学における安全性確保の取組については、第1回地域連絡協議会資料3、第2回地域連絡協議会資料3-1、3-3、第3回地域連絡協議会資料4などにおいて、長崎大学から説明がされておりますので、ご参照ください。

指摘事項9 BSL-4施設そのものが生物災害の発生源となる危険性について（道津靖子委員より）

BSL-4施設そのものが生物災害の発生源となる危険性があるのではないか。

そのように考える理由としては、

- ① 生物災害の特性として、原因の特定には時間を要すること、
- ② 不顕性感染によって、病原体の拡散の可能性があること、さらには、二次感染や三次感染のほかにも次世代への影響があるのではないかということ、
- ③ 病原体が変異して研究者の手に負えないようになることもあるのではないかと、ということ、
があげられる。

（長崎大学回答）

- ・ BSL-4施設は、病原体が感染性をもったまま施設外に漏出・排出されないよう何重もの安全対策が施されている施設です。実際、世界で運用が始まって40年以上経過し、50か所以上の施設が稼働していますが、施設外への病原体の漏出・排出事故や施設周辺における人・動物への感染事例はこれまで1件も発生していません。

この事実を踏まえてご懸念の点に回答致します。

- ① 原因の特定に時間を要するというのは、生物災害というよりも一般的には生物テロについて言われていることのように思います。BSL-4施設で取り扱う病原体は限定されており、それらが原因として疑われる感染症が施設周辺で発生した場合にはすぐに特定することができます。加えて、長崎大学のBSL-4施設の管理運営には、他大学を含めて日本のトップレベルの感染症研究者が参画し、関係省庁も病原体管理に関与するなど、施設内外での生物災害が発生しないよう、まさに国をあげて安全管理を行います。

また、生物災害で病原体が漏出した場合について述べます。施設では、厚生労働省から指定を受けたBSL-4病原体しか扱うことができず、その施設で所持する病原体の種類は、国や自治体など関係機関と情報をあらかじめ共有します。仮に施設が原因となった生物災害が発生した場合には、その病気の特定などは症状なども含めて比較的容易に行うことができます。

- ② 上述のとおり、病原体がBSL-4施設から漏えいすることがないように何重もの対策をたてており、その可能性はほとんどないと考えます。

しかしながら、ご懸念の件が、万が一発生したとしてという仮定のもとに、以下のとおり説明させていただきます。施設から漏えいしたとしても、取り扱うウイルスは、それ自体では環境中で生存できず、紫外線、気温変化により容易に死滅するという特性があることからご懸念の状況は発生し難いと考えます。BSL-4の病原体は接触感染、あるいはマダニなどの媒介動物を介して感染しますので容易に感染が拡大するものではありません。想定外の事態により、病原体が施設外漏えいしたとしても、周辺環境に自然宿主となるような動物がいらないので病原体が長期間環境中に維持されることはありません。

- ③ 病原体がどのような変異を起こしても、施設外に出て来易くなるように変わることはありません。意図せず病原性が高くなる可能性、感染様式が変わる可能性は完全には否定できませんが、まず、そのようなことがないように、私たちは、研究の計画を厳格に審査し、その経過も常に監視・監督する体制をとります。万が一、予期せず、そのような変異が起きたとしても、施設からの漏

2. 国の関与

えいを阻止できる構造の施設を建設し、研究を行う際には、環境中に漏えいしないよう厳密な管理を徹底します。

- ・ 施設そのものが生物災害の発生源となる危険性については、一般的に言ってありえると考えています。その身近な例として、病院があげられます。「院内感染」という言葉があるように、病院に来院した患者が感染症にかかっている、他の患者や医療従事者に病気をうつしてしまうリスクがあります。ひいては、その病院の周辺の地域住民に感染症を広めてしまうリスクもないわけではないと考えています。しかし、それでも多くの場合、病院の誘致による近隣トラブルが少ないのは、病院が地域にあることのメリットと、そういった感染症のリスクがあるというデメリットを比較して、メリットのほうが勝ると認識されているからだと考えております。BSL-4施設についても、施設が地域にあることによって、感染症対策や地域振興等に役に立つというメリットがあるほか、外来者や周辺の地域住民に感染が生じないよう実験室の中で病原体を厳格に封じ込めて取り扱いますので、病院のようなデメリットも小さいと考えています。

2. 国の関与

指摘事項10 国の関与全般について（鈴木達治郎委員より）

国の責任として、1) 緊急事態の際の対応責任 2) 万が一の被害が出たときの賠償責任、健康被害（被災者）・避難者への対応責任 3) 各国のテロ対策、特に従業員信頼性確認制度、内部告発者の保護制度。

（文部科学省の回答）

1) 緊急事態の際の対応責任

事故・災害等の緊急事態への対応については、

- ・安全な施設、安全な施設運営の仕組みづくりや、事故防止対策を何重にも講じるなど、事故等が発生しないための対策、
- ・万一、事故・災害等が発生しても被害が生じない被害防止対策

を徹底することが何より重要であり、「第4回長崎大学における感染症研究拠点整備に関する地域連絡協議会」においてお示した「BSL4 施設整備に係る大学の対応と国の関与に係る検討状況」の通り、国としても責任をもって対応することとしています。

2) 万が一の被害が出たときの賠償責任、健康被害（被災者）・避難者への対応責任

万一事故・災害等が発生した際には、厚生労働省及び文部科学省等は、直ちに職員及び専門家を現地に派遣して長崎大学に対する技術支援や指示を行うなど、関係自治体及び長崎大学と連携して事態収拾に向けて対応することとしています。

これらの対応により、事故・災害等に伴う感染症の発生防止に万全をきたしますが、万一、近隣住民等に感染症が発生した場合や被害に対する補償が必要となる場合の対応についても、長崎大学が設置主体としての責任を果たせるよう、国としては必要な支援することとしています。

3) 各国のテロ対策、特に従業員信頼性確認制度、内部告発者の保護制度

従事者個人の信頼性確認の仕組みを整備することや、内部告発者の保護制度は重要と考えており、大学において安全性に問題のある者等を未然に排除するための人物審査等の具体的手法の検討を行います。文部科学省、警察当局等において、大学における警備の計画や運用に当たって、技術的助言や指導・監督を行うなど、安全対策に万全を期すこととしています。

指摘事項 1 1 各国の規制の概観と意見について（木須博行委員より）

【趣旨】：大学が作成した BSL4 施設の立地資料は実に一面的である。同じ街中に建っているとしてもそれぞれ事情は異なるし、規制の規準も同一ではない。

各国とも種々の評価基準などで予防原則の理念を徹底させている。この意見書は各国の情報を調査して報告するものであり、調議長の求めに応じたものである。残念ながら、我が国の感染症法には、以下に紹介するような規定がないのが問題である。

今後、大学には立地比較を行う際に、このような点についても項目を掲げるようにしてもらいたい。

①英国：

- ・「労働安全衛生法」の第 3 条「従業員以外の人物に対する事業者及び自営業者の一般的な義務」で「すべての事業者はその施設で働く従業員以外の人の健康と安全を害してはならない」と規定している。
- ・「保健安全局（HSE）」の定める「有害物質規制規則 2002」で、危険な病原体を扱う研究所は、その立地場所を届けて HSE の認可を受けなければ設置できないと規定されている。また罰則も厳しい。

②ドイツ：

- ・「遺伝子工学法」の第 4 条で、BSL4 の実験は「人間の健康と環境にリスクを及ぼす」と規定されている。
- ・同第 8 条で遺伝子工学施設は、設置に際しては環境影響評価書の提出と公聴会の開催が義務化され、しかも国の許可が必要とされている。

④米国

- ・「国家環境政策法（NEPA, 1970 年施行）」により、すべての国家プロジェクトは環境アセスメントを行うことが無条件で義務付けられ、環境影響評価書を公表しない施設は、法廷命令により、それだけで設置が差し止められてきた。また公衆の同意を得なければならないことも定められている。
- ・1984 年に「ユタ州の州都から約九〇マイル離れた砂漠に陸軍の P4 実験施設を建設する政府の計画に反対する運動が組織され、差止裁判で勝訴した。その結果、政府は計画を断念し、代案として P3 に変更して公衆の同意を得た。

（わが国の環境影響評価法では研究所は適用されないの、それを義務付ける独自の条例や指針を持たない自治体では、バイオ施設は環境アセスや公聴会無しに建設されてしまう。）

- ・NIH/CDC 指針『微生物学・医学実験施設のバイオセーフティ』1999 では、BSL-4 施設を「マールブルグ、クリミアコンゴ熱および出血熱のウィルスを扱う施設」と規定し、「これらのウィルスの操作は、実験室職員、地域社会（community）および環境に対してウィルスへの曝露及び感染の高いリスクをもたらす」（p. 14）と明記している。

⑤カナダ <http://www.ceaa.gc.ca/default.asp?lang=En&n=9EC7CAD2-1>

- ・「カナダ環境影響評価法（CEAA）」が 1992 年に成立。それにより、バイオ研究所も同法の下に環境影響評価書の提出と審査を受け、公聴会等で公衆の同意を得なければならない。

⑥遺伝子組換えに関する EU 理事会指令

- ・前文に「環境と人間の健康の保護のために予防的行動がとられなければならない」と原則が書かれている。P3 以上は国家の所管当局の認可が必要。これが欧州各国の規程に反映されている。

⑦日本

- ・日本は厚労省の指定を受けることは必要だが、認可ではない。これが『国の関与』という不思議な概念につながるのではないかと。今は、感染症法に違反しないように独自に造って、指定を受けてもよい。

⑧付録：ボストン大学の BSL4 施設の顛末

<https://player.vimeo.com/video/59246199> （ボストン大学の見学ビデオ）

『ボストン大学の BSL4 施設は人口密集地にあり、周辺住民の反対で稼働できないでいる。』

この原因は 2004 年に遡る。ニューヨークタイムズ (2005 年 1 月 24 日)

<http://www.biohazards.jp/boston.htm>

【概要】2014 年 6 月、ボストン大学の 3 人の研究者が実験中に野兔病に感染した。ボストン大学は同年 11 月に事故を市、州及び連邦の保健当局に報告した。遅れた理由は、今回の事故は安全規則や感染予防設備のレベルが低い P2 実験室で発生したものであって、もっとも厳しいレベルの安全対策が要求される P3・P4 施設の建設をめぐる議論には関係ないというものであった。

中略

周辺住民 10 人が実験施設建設計画の差し止め提訴に踏み切り、その中で大学当局による事故隠しが判明。また、ボストン市は同市内での P4 施設の設置を禁止する条例を制定した。

訴訟はその後、厳格な環境影響調査が行われ、2014 年棄却されたようである。しかし、ボストン大学ではボストン市が認めないため、まだ稼働できていないと思われる。

【教訓】どんなに厳しい安全対策が施されていようとも今回のように研究者が安全規則を遵守しなかったときにはどの施設でも事故は発生する。長崎大学も例外ではない。

【建設着手前の事情】

メリーランド州の研究コンソーシアムが、連邦バイオテロ防衛研究施設の建設誘致候補から外された <http://wired.jp/2007/08/21/%e3%83%90%e3%82%a4%e3%82%aa%e3%83%86%e3%83%ad%e7%a0%94%e7%a9%b6%e6%96%bd%e8%a8%ad%ef%bc%9a%e3%83%af%e3%82%b7%e3%83%b3%e3%83%88%e3%83%b3dc%e3%81%af%e5%8d%b1%e3%81%aa%e3%81%84%e3%80%81%e3%83%9c%e3%82%b9/>

『Baltimore Sun』によると、メリーランド州が選考から外された理由は、「施設の建設候補地として提案したベルツビルが、ワシントン DC に近すぎる」というものだった。「併せて、他の主要都市部に近いところからの誘致も却下された」という。

一方、ボストン大学医療センターでは、予算 16 億ドルをかけた連邦バイオテロ防衛研究所の建設が始まっている。同大学が建設を始める前には、場所が都市部の中心であるということから反対する意見もあった。だが、大学も連邦政府も、世界で最も危険な病原体を BSL4 で扱うこの研究施設に関して、絶対に事故など起こり得ないのだから、建設地がどこだろうと問題はない、と言って退けた。

このところ、バイオテロ防衛研究施設での事故が続いており、全米の同種研究施設を管理する立場にある米疾病管理予防センター (CDC) でも停電による事故(日本語版記事)が起きた・・・以下略。

(長崎大学の回答)

- ・ 貴重なご意見として承りました。

指摘事項 1 2 小林企画官への再質問 2 (木須博行委員より)

【趣旨】：第5回地域連絡協議会における資料4の15頁～19頁に、私・木須の質問に対する小林さんの回答が書かれている。これに対する再質問、ないしは意見を申し述べたい。

私の最初の質問の趣旨は、つまるところ、『国の責任体制の不明確さ』と、『結局は安全神話を信じよ、と告げるに等しいではないかと言う疑問』である。

残念ながら、ご回答はこれらについて明快に解決できるものではなかった。確かに回答については、その性質上、明快な具体性を持った回答は困難な点があることは理解できる。しかし、明快に回答できるほど国の準備が整っていない側面もあると思われる。

従って、そのような点の認識を共有することは大変有意義であると思い、以下の点についてお聞きしたい。

1. 最も重大な点からお聞きしたい。5ページに及ぶ回答の最後の頁の2行目に、

『現実には、地域住民に健康被害が及ぶ可能性は極めて低いと考えます。』

とある。住民側からすると、ここで文が終わっていることに非常な違和感を覚えるのである。『可能性は極めて低い』という時の可能性の度合いが、小林さんと住民側と一致しているかどうかは別として、問題は、『可能性が極めて低い』、『だからどうしてくれ』とか『だからどうすべきだ』とかいう部分が無いからである。

すなわち、小林さんは『可能性が極めて低い』から『住民はその程度をリスクを引受けてくれ』と仰りたいのか、『極めて低い』けれども『住民の責任でそのリスクを取るかとらないかを決めてくれ』と仰りたいのか、その点が明らかではない。

(もちろん、文科省は住民たちの「坂本設置を認めないように」と言う内容の直訴状に、『いただいたような御意見もあることを踏まえ、今後の我が国の感染症の取組を進めてまいりたいと考えています。』と回答され、また国会で同趣旨を確認答弁されたことであるので、『リスクは極めて低いけれども、住民の責任でそのリスクを取るかとらないかを決めてくれ』と言う意味であることを住民は信じていることに変わりはない。)

2. 指摘事項 20 や 21 は、『結局は安全神話を信じよ、と告げるに等しい』ではないかと言う疑問であるが、今回の回答は以前とほとんど同じことの繰返しになっていると思われる。ほんの一例を挙げておく。

18頁中ほどに、『万一、ヒューマンエラーが発生した場合にも、甚大な被害が発生しないように、十分な防止策を講じることが重要と考えます。』とあるが、それができるというのが安全神話であり、『十分な防止策などあざ笑うかのような想定外のことが起きる』というのが国民が福島事故から学んだことである。

尤も、具体的な回答を求められても、具体的なことが想定されない限り回答が困難であることは理解できる。しかし、まさにそこにこそ、リスクへの対策を考える際の限界があるのであり、国は国民にその種のはっきりしないリスクを負わせるべきではないと信じる。唯一の対策は、住宅密集地を避けることしかない。これは予防原則に則った住民の正当な権利であり、国には最大限、尊重して戴きたい。

3. 各種指導や助言に対しての責任体制についての回答も、十分ではない。これも例を挙げて説明する。16頁に、国立感染研の役割について回答がなされているが、厚労省による『感染研は感染症法に係る規制を施行する機関ではなく、技術指導はしても規制はしない』という趣旨である。これにより、予定している指導と規制は利益相反ではないという主張である。

しかし、この理屈は受け入れがたい。福島事故の場合と比べるとそれがおかしいことはすぐわかると思われる。当時、経産省内に安全保安院というものがあり、それが規制も兼ねていたのであるが、それが規制と言う機能を全く発揮しえなかった反省から、経産省とは独立した原子力規制委員会が設立された。今回の場合、規制と指導の立場が逆とはいえ、これらが同じ省の管轄であることは外形的に利益相反は免れないと思われる。

さらにもう一点追加すれば、小林さんの回答では、各指導・助言の法的根拠を感染症法などに求めておられる。これは各指導・助言の行為に対する法的根拠を答えておられるのである。しかし、私の質問趣旨はこれとは異なる。指導・助言の行為そのものだけでなく、その具体的な中身についての法的根拠を問うているのである。指導・助言した人は、その中身について自分の経験とか学識などを基にするとと思われるが、それは指導・助言者の個性に関わることである。従って、その中身は時と場所によってばらつくのは避けられない。このような状況は困ると言っているのである。

尤も、現在、そのような仕組みがないために、施設整備を急いでやる場合はそういう不完全なもので間に合わせるしかないが、そうであれば2点を申し上げたい。一つは、そういう不完全な状態であるという認識を共有して戴きたいこと、もう一つは、そのような状態で住宅密集地に施設を造るのは、少なくとも時期尚早であり、どうしても造るならリスク最小の場所を選定すべきであるということである。

(文部科学省の回答)

1及び2.

如何に、多重な事故防止対策を講じるなど、事故等が発生しないための対策を講じたところで、事故の発生を完全にゼロにすることはできないのではないかと、というご指摘と理解いたしました。この点については、ご指摘のとおりであり異論ありません。

多重な事故防止対策を講じているにも関わらず、万一、事故等が発生したとしても、近隣住民の皆さんに決して被害が生じないように、安全を最大限に配慮した施設運用を徹底することが重要と考えます。

3. 長崎大学におけるBSL4施設設置については、

- ・文部科学省においては、国立大学法人を所管する立場、研究振興を推進する観点から、
 - ・厚生労働省においては、感染症法に基づく規制、監督の観点から、
 - ・内閣官房においては、危機管理、感染症対策など重要施策の調整の観点から、
- 各府省の所掌に応じた責任が存在します。

各府省においては、各府省設置法及び所管する関係法令に基づき法規制を執行するとともに、これらを背景とした行政指導等を講じることとなります。

3. 施設の必要性

指摘事項 13 感染症発生時の専門家の見通し及び対処（寺井幹雄委員より）

3. 仮に本計画が承認され実際に稼働するまでには最低でも10年、成果を出せるのが更に10年ぐらいは必要と思われます。その時はっきり言って今この場に居る世代が中心ではないのは確実です。子、孫、ひ孫世代なのです。

地球温暖化が叫ばれて久しく、様々な気候変動も多く見られ私達を取巻く環境は年々厳しさを増しており我が国の気候も亜熱帯化しつつある現状と更なるグローバル化を考える時、10年先、20年先の近い将来では感染症発生事態が今より身近に発生し易くなると考えられます。

熱帯研感染症専門家および世界の専門家はどのような見通し、対処を考えておられるのか（主流の考え）を改めてお聞かせ下さい。

（長崎大学の回答）

- ・ 日本学術会議（我が国の自然科学全分野と人文・社会科学分野の科学者の意見をまとめ、国内外に対して発信する日本の代表機関です。）は、「我が国のバイオセーフティレベル4（BSL-4）施設の必要性について」と題する提言を2014年3月20日に発表しました。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t188-2.pdf>

- ・ 我が国の著名な学者らによる上記の提言の中に、以下の点が述べられています：

（注：原則、原文のまま記載していますが、一部簡略化している箇所があります。）

【グローバル化と感染症】

- ✓ 多くの感染症は、衛生環境の改善やワクチン・治療薬の開発によりコントロールされるようになった。
- ✓ 一方で、20世紀後半に、ヒトや物資の往来が世界規模で盛んになったことに伴い、新型感染症の出現やこれまで特定地域のみで発生していた感染症（エボラ出血熱、鳥インフルエンザ、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）など）が急速に流行域を拡大する事例が多く見られ、国際規模での危機管理が求められている。
- ✓ 医学が進歩した現代社会においても人類はこれまでの感染症とは異質の感染症にさらされる可能性が常にあり、危険度が高い新たな病原体に対処する必要がある。
- ✓ 現代社会の人や物資の移動はかつて経験したことないほど高速化しており、新興感染症の病原体の侵入を水際作戦で阻止することは、ほとんど不可能である。

【求められる対処】

- ✓ 重篤な感染症の対策上、病原体分離に基づく検査を行い得るBSL-4施設が必要である。
重篤な感染症に対する対策および国際貢献の観点から、病原体検査に加え、病原体解析、動物実験、治療法・ワクチン開発等の研究が可能な最新の設備を備えたBSL-4施設が必要である。

指摘事項 14 【長崎大学熱帯医学研究所の評価】について（寺井幹雄委員より）

私は、これまで長崎大学熱帯医学研究所が国内最高クラスの感染症専門の研究組織であり世界でも指折りの組織であると聞かされ、実際そのように思っています。

先日ケニアで行われたアフリカ開発会議に片峰学長と森田先生が安倍総理に同行したと聞いています。総理は会議に先立ち「現地支援の一つとして感染症撲滅対策に積極的に関わって行く」というような発言をされていましたので、それに関係した同行だと思い以下の質問をします。

政府から事前に要請があっていたのでしょうか同行する事になった経緯と長崎大学の役割及び会議の内容、そして長崎大学以外にはどんな大学関係者が同行されていたのか。

また、政府が行うアフリカでの感染症撲滅対策に今後どのような形で関わって行くのかナイロビにある熱研研究施設の役割も含めて説明をお願いします。

安倍総理と直接お話しする機会はあったのでしょうか。感染症に対する総理の考えが判るような発言やエピソードがあったら教えてください。

私はこの出来事で「思う」から「確信」へと更に高めたいのですが、そのように考えて特に問題ありませんよね。本音をお聞かせ下さい。

（長崎大学の回答）

○ 長崎大学におけるアフリカでの取組み

- ・ 長崎大学は、1960年代初頭から、東アフリカとくにケニアを中心に保健医療分野における様々な協働を、熱帯医学研究所が中心となり展開してきました。2005年に本学研究者が常駐する拠点を熱帯医学研究所の一部として、ケニア・ナイロビに設置し、拠点機能を強化しています。多様な感染症に対応するために、現場に根を下ろした地道な研究、様々な地域における多くのフィールド研究による知見や成功事例を積み重ねてきました。

○ アフリカ開発会議（略称：TICAD）について

- ・ ご指摘のありました第6回アフリカ開発会議（略称：TICAD）は、日本政府の主導により、平成28年8月27日・28日の日程で、アフリカ53か国、関係各国、企業、大学等から約11,000名以上（会場内のサイドイベント含む。）の参加を得て開催された会議です。今回の会議は、ケニアにおいて開催されました。
- ・ 今回のTICADへの参加は、長崎大学による長年にわたり実施してきた、ケニアをはじめとするアフリカ各国での教育研究の取り組みや医療支援活動が認められたもので、片峰学長も安倍晋三首相の主要な随員メンバーとして参加いたしました。他大学で学長が随行したのは、北海道大学、筑波大学の2校のみです。このほか、長崎大学からは、熱帯医学研究所の森田所長らも派遣しています。
- ・ 今回の会議では、3つの大きなテーマの一つとして、「質の高い生活のための強靱な保健システム促進」が掲げられました。長崎大学は、塩崎厚生労働大臣・ジム・キム世界銀行総裁による共同議長のもとで、エボラ出血熱の大流行など公衆衛生上の緊急事態への対応強化についての議論に参加しております。

○ 政府が行うプロジェクトへの参画

- ・ 長崎大学は、感染症を中心とした公衆衛生危機に対応すべく、政府が主導している「地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム」などのプロジェクトに参画して、危険な感染症の診断開発、さらには、そのアウトブレイクを早期に察知し中央政府へ伝達する早期警戒アラートシステムの全国展開、一方で、

3. 施設の必要性

慢性的な感染で広まる顧みられない熱帯病の感染症診断法の開発や調査の構築に関する研究などを展開しています。さらには、それらに関わる人材の育成も行っており、その過程で育成された人材は、アフリカ各国において、重要な活動の核となって活躍しています。

- ・ 今後とも、長崎大学としては、喫緊な公衆衛生課題の対応として、現場に根を下ろした研究やフィールド研究により、知見や成功事例を引き続き積み重ねていくとともに、アフリカ・日本の若者がアフリカの未来を担う長期的視野に立った人材の育成に尽くしていきたいと考えております。

○ 安倍総理について

- ・ 安倍総理は、今年2月に、安倍総理が主宰する国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議において、国際的な脅威となる感染症対策について、国際協力・国内対策の更なる強化等を図るため、「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」（以下「基本計画」という。）を取りまとめるなど、感染症対策を強力に推進されています。
- ・ T I C A Dで、片峰学長が安倍総理にお会いした際には、安倍総理からは、片峰学長に対し、アカデミアからも参加してもらえることは大変心強いとお言葉をいただいています。
- ・ また、安倍総理がケニア大統領と面会されたときには、日本を代表する11の企業とともに、大学としては唯一長崎大学から片峰学長も安倍総理に同行いたしました。片峰学長からケニア大統領へ行ったアフリカにおける長崎大学の取り組みについての説明は、安倍総理もお聞きになっており、長崎大学の存在感は極めて大きかったと言えます。

指摘事項 15 施設の必要性における教育について（木須博行委員より）

【趣旨】：第6回協議会において、指摘事項22の私の質問はわかりにくかったと思うので、お詫びしていったん撤回し、改めて別の言葉で指摘したい。

指摘の発端は、危険なBSL4施設の取扱いスキルは本物を使わなくても模擬施設によって養成可能であり、住民のリスクを負わせてまで目的とすべきことではない、ということである。

これに対し、大学は

- (1) 感染症対策を担う人材育成が必要
- (2) 必要なスキルは模擬的な施設で行う
- (3) しかし、スキルを備えただけでは一人前の研究者とは言えず、BSL4施設を使った実際の研究を通じて一人前に養成する、そのための施設として必要

という趣旨の回答を行った。

私が指摘した趣旨は、(3)のカテゴリーはすでに研究の領域の話であり、これを教育という必要性で語るべきではない、ということである。(説明資料4には教育と説明してある)。

私は、大学の言う教育とは、教育課程があって、その課程に在籍する学生にBSL4施設を使った研究を行わせるということであると思っていた。この点において認識が共有できず、有効な議論にならなかったと反省している。よって、言葉を変えて改めてお聞きしたい。

1. 学生にも模擬的な施設での訓練を終えたらBSL4施設を使った研究を行わせることになるのか？
もしそうであれば、非常に問題*だと個人的に思うが、文部科学省の見解を聞いているのか？あれば示してもらいたい。(学生個人にとっては危険であるし、住民の不安は倍加するという意味である。)
2. もし学生に使わせる想定ではなく、単に研究者としての人材育成の意味だとしたら、教育とは言えないと思う。というのは感染研における研究や技術指導などと本質的な違いはあるのか？という疑問が出てくるからである。

つまり、『人材育成』とは、長崎大学の専売特許ではなく、これで感染研と異なる存在意義を主張することはできないのではないかと言いたいのである。

別の質問で指摘したように、感染研は基礎研究も行うのであるから、結局のところ、長崎大学にBSL4施設ができたとしても、役割や意義は感染研と重複することになる。(複数の施設が存在するという意味でしかない)。ご見解を求める。

(長崎大学の回答)

- ・ 学生が模擬的施設で訓練を受けることはありますが、学生がBSL-4施設内でBSL-4病原体を使った実験をすることは想定していません。
- ・ ブリタニカ国際大百科事典によると、「教育とは、教え育てること。知識、技術などを教え授けること。人の持つ諸能力を引き出すこと。」と定義されています。人材育成は教育を通して為されるものです。学生はもちろんのこと、職員や研究員等への教育も大学教員の職務です。さらに、一般の方や社会に対して、教育という面から貢献することも大学教員、特に地方の国立大学教員には求められていると思います。
- ・ 感染研は厚生労働省の研究機関ですので、行政や国のニーズに応える研究や検査およびその他業務を遂行するのが役割であり、地方の衛生研究所等の職員の教育・訓練も担っています。一方、長崎大学は最高学府である大学であり、教育・研究が大きな使命です。大学のBSL-4施設に求められるのは、

3. 施設の必要性

科学の発展や感染症対策に資する研究成果を上げること、また、教育を通じて人材を育成して国内外で活躍する研究者・技術者等を育てることです。さらに、長崎大学が計画するBSL-4施設は全国の大学・研究機関が共同で使用する施設になりますので、感染研とはそもそも設立の趣旨が異なります。

指摘事項 16 ラッサ熱騒動の顛末について（木須博行委員より）

【趣旨】：第6回協議会において、安田さんは確定診断に関する当方の指摘事項 22 から 25 まで丁寧にご回答いただきました。しかしながら、お答えぶりは大変丁寧だったのに反して、その中身は大学人として疑わしいようなものも含まれていたように感じられます。以下に指摘しますので、中身に関しても丁寧なご回答をお願いいたします。

本質問では、1987年に発生した有名なラッサ熱（疑い？）患者の例についてお伺いします。あなたは口頭説明の中で次のように発言されました（文字起こしによる）。

『(1987年だからBSL4施設が稼働できていなかったの) アメリカのCDCに検体を送って検査してもらっています。最終的な確定診断はそれによって、あの一確定診断というか、まあ確定診断には最終的になっていないですけど、検査はアメリカに送って検査しております。』

この発言は大変微妙な言い方で趣旨がはっきりわかりません。以下の質問にお答えください。（安田さん以外でも結構です。）

1. 『確定診断には最終的になっていないですけど』とはどういう事情、意味なのですか？CDCでは確定診断できなかったのですか？
2. もしできたのであれば、CDCのBSL4施設における確定診断結果はどうだったのですか？
3. このラッサ熱騒動の顛末、および最終的な結果をご存知でしたら教えてください。

（長崎大学の回答）

- ・ 患者は、1987年にアフリカのシエラレオネから帰国した企業のエンジニアの方で、帰国後しばらくして発熱を主徴とする症状を呈しました。開業医に行っても症状が回復しなかったため、東京大学医科学研究所病院（医科研病院）を受診し、1か月ほど入院された後に回復して退院されました。医科研病院ではマラリアや細菌感染症の検査を行いました。すべて陰性で原因がわからないままでした。渡航地域の情報からラッサ熱が疑われたため予防衛生研究所（現在の国立感染症研究所）に検体が運ばれましたが、BSL-4施設が稼働していなかったため、国内では確定検査ができませんでした。米国CDCにも検体が送られましたが、ウイルスは分離できなかったと聞いています。この方は、退院後何ヶ月か経って、心嚢炎を発症されて東京都の荏原病院に入院されました。同病院で心嚢炎の外科手術を受けられてその後完全に回復されましたが、手術の際にはラッサ熱の疑いがあるということで特別な手術室が設置されました。ラッサ熱の一部の患者では再燃型の症状として心嚢炎を発症される方がいるということもラッサ熱を疑う理由でした。結局、いずれにしても国内でBSL-4施設が稼働していなかったため、確定診断を行うことはできませんでした。
- ・ CDCでは、ペア血清を用いてラッサウイルスに対する抗体価を測る検査（急性期と回復期の血清を比較して抗体価の上昇を見る検査）がなされ、ラッサ熱と診断されました。ただし、検体からウイルスは分離されず、中和試験等の結果も報告されていません（中和試験を行ったかどうか不明です）ので、厳密な意味での確定診断ではないのですが、ペア血清の陽性結果から最終的にラッサ熱という診断がなされたということです。

3. 施設の必要性

- ・ 補足ですが、感染症の診断においては厳密な意味での確定診断ができない状況は多々あります。そのような状況においても、実施可能な検査や臨床情報等に基づき現場の医師は診断をくだす必要があるのは当然のことですので、追記しておきます。

指摘事項 17 確定診断について（木須博行委員より）

【趣旨】：第6回協議会における安田さんの説明は、学術的な虚偽を含むゴマカシを多く含んでおり、協議会の傍聴者のみならず委員たちを愚弄するものであった。よって続きの質問を行う。今回は確定診断に関するものであるが、公平な議論を行う責任上、確定診断に関する発言を文字起こしで示しておく。この質問が重大なのは、長崎大学は『BSL4 施設が無いとエボラかどうかの診断もできない。だから施設が早急に必要なのだ』という宣伝に大いに使ってきた経緯があるためである。その所為で、住民や委員の中にも、『一刻も早く施設を造らなければならない』という強迫観念が植え付けられてきた、罪深い嘘の話だからである。確定診断という言葉の問題ではなく、確定診断ができないのでエボラかどうかの検査もできない、という主張そのものが**真っ赤な嘘**という意味である。

安田さんの説明時の発言：

- ・『確定診断という言葉に理解の齟齬があるのではないかと思うが、確定診断というのは感染症の場合は検体を採取して、その中に感染性がある活きたウイルスが存在するかを確認することである。従って、確認するためにはその病原体を増やして、増えることを以って、生きてるってことを証明する方法なので BSL4 施設が必要。』
- ・『最終的な確定診断というのはそういう情報を基に医師が最終的に行うものである。』

質疑部分

木須：『確定診断に関する安田さんの説明は嘘である。それをずっと HP や公的な場で言い続けている大学の姿勢には、すごい不信感が募るばかりである。』

『大学の説明は、ウイルスを培養する方法でないものは確定診断とは言わないという説明になっている。そうではないはずだ。』

安田：『そうじゃないというのは具体的にどういうものか。』

木須：『感染研に4つ並べてある。ウイルス分離するのも確かにその一つであるが、実際には他のものが使われている。ウイルス分離法はどのくらい時間がかかるのか。』

安田：『ウイルスによって違うが、エボラやラッサ熱では1週間から9日ぐらいかかる。』

木須：『そんなに時間がかかるのだから、疑い患者が来ても何にもできない。実際にはそんなことはやってなくて、感染研では RT-PCR 法を使っている。BSL4 施設が稼働した後も RT-PCR 法でやる。』

安田：『感染症における確定診断とは、感染性のあるウイルスの有無を検査すること。RT-PCR 法というのは標的の遺伝子の一部があるかどうかを検査するものであって、感染性のあるウイルスが存在するかどうかの検査ではない。』

木須委員の言う感染研の方法 RT-PCR 法は、正確に言うと確定診断ではない。BSL4 施設が今年の8月まで稼働していなかったことを踏まえて、RT-PCR 法という検査法でやっていたということであって、あれは正確に言うと確定診断ではなく、確認検査をしていて、現状では病原体がいることをより確実に調べる方法として RT-PCR 法を使っているのであって、本当の意味での確定診断をする意味では申し上げた通り、感染性のある活きたウイルスが存在するかどうかをしないといけない。

先ほど増えるのに1週間から9日かかると言ったが、実際には**中和試験**というのが一般には確定診断に使われる。この検査は、他の方法でウイルスが増えることを確認しなくても、ある程度、なんというか代替法というか、1週間とか9日とか待たなくても、まあ、1日とかでできる方法もある。』

木須：『確定診断という言葉は学術用語か？何か定義があるのか？』

安田：『定義は申し上げた通り。』

木須：『活きたウイルスを見つけることが確定診断か？』

安田：『活きた病原体が存在することを確認することが確定診断である。』

木須：『存在を活きたまんま確認することが確定診断なのか？』

安田：『そうですね。はい。』

木須：『そんなことはどこにも書いてない！出典とか根拠を示せ。』

安田：『感染研のそれを診断されている西條部長も同じことを新聞等でしゃべっておられる。』

木須：『それを見せてくれ。』

安田：『わかった。次回に示す。』

以上に基づいて、以下の質問をする。

1. 感染研の文書に、

『臨床症状や一般臨床検査所見からは、ウイルス性出血熱の確定診断はできないため、確定診断には実験室診断が必要となる。国内では、感染研でのみ対応可能である。実験室診断は、血液、組織等からのウイルスの同定（抗原検出またはRT-PCR）、ELISA法や間接蛍光抗体法によるIgM抗体の検出あるいはIgG抗体価の上昇の確認を行う』

とあるのはご存知か？これに対する見解を求める。

2. 1の文書中の説明と安田さんの説明はどう見ても違っている。感染研のいう『確定診断』と長崎大学が垂れ流す『確定診断』というものは、別物と考えるべきなのか？

3. 2014年のエボラ騒動の時、厚生労働省から全国の行政機関に対し、緊急の依頼が出された。その中で行政機関がなすべき対応手順が書かれているが、それによれば感染研でエボラの確定診断を行った後、陽性、陰性の両方のケースでその後の対応手順が分かれている。しかし、どちらの場合でも、検体を海外へ送るという手順はない。このことはご存知か？もちろん、BSL4施設稼働前の話である。

このことは質問1で行った、過去のラッサ熱騒動に関する部分もあるが、ここで取り上げるのは、これで陽性となった場合、海外に送ることなく、確定患者となるからである。つまり、BSL4施設が無くとも、立派に？エボラ患者として確定できたのである。ご見解を求める。

4. 『確定診断は学術用語か？』という質問に対し、西條部長の新聞での発言を根拠に挙げるというのは失笑したい気分であるが、どういうことか？西條氏は医師ではないと思うが確認したい。

5. あなたの『最終的な確定診断というのはそういう情報を基に医師が最終的に行うものである。』との説明は問題ないのか？検査機関には医師が揃ってなければならないことになるが？

6. 中和試験という聞きなれない説明を持出したが、これについては別途質問を行う。

7. 繰り返すが、『BSL4施設が無いとエボラかどうかの診断もできない。だから施設が早急に必要なのだ』というプロパガンダは極めて悪質であり、大学の所業とも思えない。住民を長らく欺いてきた責任は非常に重い。弁明なり反省なり感想なりを求める。

(長崎大学の回答)

- ・ 確定診断の定義は、厳密には「感染性のある病原体が患者の体内に存在することを明らかにして、診断すること」です。これはドイツの細菌学者ロベルト・コッホが感染症の病原体を特定する際の指針として提唱した、1. ある一定の病気には一定の微生物が見出されること、2. その微生物を分離できること、3. 分離した微生物を感受性のある動物に感染させて同じ病気を起こせること、4. そしてその病巣部から同じ微生物が分離されること、という原則に基づく微生物学の大原則です。

- ・ ただし、確定診断という言葉は、最近では本来の意味を拡大解釈して、使われることがあるのも事実です。

3. 施設の必要性

- ・ 感染研がどのような意味で確定診断という言葉を用いているかは不明ですが、感染症の検査を行い陽性か陰性かの結果を出さないといけない感染研の立場では確定診断ができないということは言えないのではないかと思います。また、同様に海外のBSL-4施設に送らないと確定診断できませんとも言えないでしょう。質問者が指摘するように、感染研は1987年のラッサ熱疑い患者の診断の際にはBSL-4施設が稼働していないため確定診断ができず、米国CDCに検体を送っています。しかし、30年近く経た現在も同じ対応を取るといえることはできないであろうと考えれば理解できるのではないのでしょうか
- ・ ただ、確定診断の定義はこの議論における本質ではなく、BSL-4施設がないときちんとした診断ができないということが重要な点であり、患者の治療・退院まで考えた場合にBSL-4施設で感染性ウイルスの確認が極めて重要であるということは紛れもない事実です。感染性のウイルスが体内にいないのに患者さんを長期隔離することは人道上問題があります。また、皆さんの家族あるいはご自身が体内に病原体の遺伝子の一部が存在することを理由に、症状がないのに長期間隔離施設に入院し続けさせられることを考えれば、人にうつす可能性がある感染性の病原体が体内に存在するかどうかで判断してほしいと考えるのは当然のことではないのでしょうか。
尚、質問にあるので回答しますが、西條部長は医師です。

補足：専門家の間での確定診断に関するコメントを以下いくつか紹介します。

- ・ 2006年2月8日日経産業新聞11面、永井美之理化学研究所感染症研究ネットワーク支援センター長(元日本ウイルス学会理事長、元東京大学教授)のコメント「病原性、致死率、感染力が極めて高いレベル4の病原体による感染者が出たときに、P4施設(BSL-4施設)がないと、患者の診断方法が制約される。病原体を培養して行う確定診断もできない。治療薬やワクチンの開発、研究も一切できない」
- ・ 2014年8月29日週刊朝日26ページ、柳雄介九州大学大学院教授(前日本ウイルス学会理事長、日本学術会議会員)のコメント、「治療法の開発に限りません。現状では我が国でもエボラ出血熱の診断は可能ですが、ウイルスを実際に調べて確定診断することはできないのです。他の先進国のように、こうした施設ができることを望みます」
- ・ 2014年10月22日毎日新聞夕刊2面、柳雄介九州大学大学院教授(前日本ウイルス学会理事長、日本学術会議会員)のコメント、「通常のエボラ熱ならBSL3の施設で診断できるが、(ウイルスが変異して)未知の型だった場合、BSL4施設で分離しない限り確定診断は不可能。治療薬やワクチンの開発といった国際貢献のためにも施設を置くべきです」
- ・ 2015年8月4日東京新聞29面、感染研西條部長のコメント「現在のレベル3施設でも、エボラ熱の診断はしっかりとできる。」これに対し、「しかし、レベル3施設では、遺伝子検査でエボラ熱の陽性反応が出て、血液からウイルスを取りだし性質を詳しく調べる「確定診断」ができない。現状では海外の施設で確認してもらうしかなく、その間に感染が拡大する恐れなどが指摘されている。」

指摘事項 18 中和試験について（木須博行委員より）

【趣旨】：安田さんへの質問2において予告した通り、ここでは中和試験について質問する。この質問を行う意味は、中和試験というものの説明を通して、大学が本当に誠意ある回答、責任ある説明を行っているかどうか検証するためである。その発言部分を改めて書いておく。

安田：『・・・中略・・・先ほど（ウイルスが）増えるのに1週間から9日かかると言ったが、実際には中和試験というのが一般には確定診断に使われる。この検査は、他の方法でウイルスが増えることを確認しなくても、ある程度、なんというか代替法というか、1週間とか9日とか待たなくても、まあ、1日とかでできる方法もある。』

これを基に、以下についてお聞きする。

1. 中和試験というのは、抗体がウイルスの感染性を中和するウイルス中和試験のことなのか？
2. 『中和試験というのが一般には確定診断に使われる』と明言しているが、この真意について問う。
ウイルス分離法だけが真の確定診断法とすれば、その時間がかかる欠点をなくす中和試験というものが、真の確定診断法としてメインで使われることになるだろう。そうであれば、感染研の文書にも頻繁に表れているはずと思う。やり方がたくさんあるということなので、恐らくたくさんあるはずと思う。ご存知ならその文書を教えて戴きたい。
3. あなたの説明では、ウイルスが増殖するのを待たずに検査を行えるから時間短縮できる、というような理屈になっている。しかし、もし1の意味であれば、中和反応が生じるようになるまでかなりの時間がかかるのではないかと。本当に、一刻を争うべき検査の時に、中和反応が素早く起きることを期待できるのか？エボラの例で説明を求める。ひょっとしたら、中和試験とは時間短縮を目的としたものではないのではないかと？
4. ウイルスの増殖を待たないのであれば、ウイルス量を測るような治療支援には使えないのではないかと？治療支援の際には時間的に1週間から9日も要しても問題ないのか？大学は常に、治療支援のためにはウイルス量を測ることが必要で、そのためにBSL4施設が必要と説明してきたのでお聞きしている。それとも、治療支援時には中和試験法は使わないという事か？ならば何を使うのか？

（長崎大学の回答）

1. 及び3. ご質問の通り、中和試験とは抗体によるウイルス増殖阻害を観察する試験です。
ウイルスが細胞に感染し、増殖することを妨げる（中和する）抗体を中和抗体と呼びますが、ウイルス感染から回復した人の血液中にはそのウイルスに対する中和抗体が存在します。中和試験は、患者の血液に存在する中和抗体あるいはウイルスを特定するための方法です。
例えば、患者の血液（血清）と特定のウイルス（ウイルスAとする）を混ぜた時にウイルスAの増殖が抑えられれば、患者血液中にウイルスAに対する中和抗体が存在することになり、患者がウイルスAに感染していたことの証明になります。また逆に、患者の血液や体液を培養細胞に接種した際に細胞変性が見られる時に、ウイルスAに対する既存の中和抗体を加えることによりこの細胞変性が見られなくなった場合には患者体内にウイルスAが存在することを証明できます。
ウイルスの研究や検査では、従来は、このように細胞変性を確認することにより、中和試験が行われてきましたが、結果が判明するまでに比較的長時間を要することが課題となっていました。このため、最近では、時間がかかる細胞変性ではなく、細胞内・外のウイルス抗原やウイルス遺伝子を検出することでウイルス増殖を調べる代替の中和試験法も多く開発されており、これらの方法によって、短時間で調べることが可能となっています。

3. 施設の必要性

すなわち、中和試験は、時間短縮を目的としたものではなく、上述したように細胞変性を見る中和試験は時間がかかることが多いが、最近は従来よりも短い時間でできる中和試験法も開発されているという意味です。

2. ご質問のように、ウイルス感染症の診断にはいろいろな方法があります。最も確実なのは、病気を発症した人から生きたウイルスが分離されることです。しかしながら、ウイルスの種類や、軽症で回復した患者などでは、患者の検体からウイルス分離が難しい場合があります。また、通常、患者検体からウイルスを増やして分離するには1週間あるいはそれ以上の日数を要します。その場合には、ウイルス分離と並行して中和試験を行い、病原体の特定を行います。一般的には、ウイルス分離や中和試験が確定診断の代表例になります。これらの方法は生きたウイルスを扱うこととなりますので、BSL-4 病原体の場合には BSL-4 施設が必要になります。
4. 患者が回復したことの指標として、体内に生きた（感染性を有する）ウイルスが存在しないことや、血清中の中和抗体の力価（量）を調べなければなりません。そのためには BSL-4 施設が必要です。ただし、感染性ウイルスの定量については上述したようにいくつかの方法が開発されており、必ずしも細胞変性を待つ必要はなく 1-数日で可能な方法もあります。

中和試験の実施例については、国立病院機構仙台医療センター臨床研究部のホームページほか多数掲載されています。

指摘事項 19 実際の診断について（木須博行委員より）

【趣旨】：安田さんの説明では、ウイルス分離法のみが確定診断であり、RT-PCR 法は BSL4 施設が稼働できないための、間に合わせの方法に過ぎない、というような趣旨であった。例えば、これに関する発言として、下記を載せておく。

この説明が本当だとすると、RT-PCR 法の性能（感度のようなもの）はウイルス分離法のそれよりも大変劣るという評価になると思うが、本質問ではそれを確認させていただく。回答がいい加減なものではないか、検証するために必要である。下記の質問にお答え願う。

発言書き起こし

安田：『感染症における確定診断とは、感染性のあるウイルスの有無を検査すること。RT-PCR 法というのは遺伝子が一部があるかどうか検査するものであって、感染性のあるウイルスが存在するかどうかの検査ではない。

木須委員の言う感染研の方法 RT-PCR 法は、正確に言うと確定診断ではない。BSL4 施設が今年の 8 月まで稼働していなかったことを踏まえて、RT-PCR 法という検査法でやっていたということであって、あれは正確に言うと確定診断ではなく、確認検査をしていて、現状では病原体がいることを調べる方法として RT-PCR 法を使っているのであって、本当の意味での確定診断をする意味では申し上げた通り、感染性のある活きたウイルスが存在するかどうかをしなないといけない。

先ほど増えるのに 1 週間以上時間がかかると言ったが、実際には中和試験というのが一般には確定診断に使われる。この検査は、他の方法でウイルスが増えることを確認しなくても、ある程度、なんとか代替法というか、1 週間とか 9 日とか待たなくても、まあ、1 日とかでできる方法もある。』

1. ウイルス分離法によるウイルス検出感度が、RT-PCR 法より優れているというエビデンスはあるか？（感染研では RT-PCR 法の方が優れているというデータが公表されている。）
2. ウイルス分離法によるウイルス量の測定は、どのようにして行うのか？そもそも可能なのか？量の単位は何か？ ウイルス培養に時間がかかるのに、本当に治療現場でそれが使われているのか？
3. 治療時におけるウイルス量の測定について問う。治療にウイルス量の測定が必要としても、BSL4 施設が必要なウイルス分離法によってではできないとしたら、西アフリカでは治療できないことになる。エボラの流行地には BSL4 施設がないためである。このことについて合理的な説明を求める。WHO や国境なき医師団も治療のために BSL4 施設が必要とは全然訴えていない。これについても見解を求める。
4. 昨年のエボラ騒動の際、治癒した患者の精液の中に、数か月たってもウイルスが生きていたことが明らかになったが、それを検出できた方法は何か？

（長崎大学の回答）

1. まず、ウイルス分離法のみが確定診断という発言はしていません。また、中和試験＝ウイルス分離法ではありませんし、中和試験はウイルス分離が目的ではありませんし、ウイルス分離を必要としません。感染性のあるウイルスが存在するかどうかを調べるのが確定診断の指標になると言っています。また、ウイルス分離法によるウイルス検出感度が、RT-PCR 法より優れているという発言もしていません。
2. 一般的に RT-PCR 法は検出感度が高く、数時間で検査できることがメリットになっています。しかしながら、この検査で明らかになるのはウイルス遺伝子（あるいはその一部）の存在であり、感染性のあるウイルスの存在を必ずしも証明するものではありません。実際、感染患者から感染性ウイルスが完全に排除されていてもウイルス遺伝子（それ自体は感染性無し）は体内に一定期間残ることがあるため、

3. 施設の必要性

RT-PCR 法で陽性となることもあります。

3. 感染症発生地では、検査の迅速性や多検体を処理することが重要で、そのような地域において BSL-4 施設もない現状では RT-PCR 法が用いられています。感染症のアウトブレイクが発生している地域と先進国では、感染症の診断や治療が違ってくるのは当然のことですので、ご理解いただけたと思います。WHO や国境なき医師団は、現地で現状対応可能な最善の策で対応していることもご理解いただけたと思います。
4. 回復者の精液中に半年あるいはそれ以上エボラウイルスが存在することを調べた検査法は RT-PCR 法です。ただし、繰り返しになりますが、感染性のウイルスが存在するということは RT-PCR 法では証明できませんので、これを報告した論文では「数か月たってもウイルスが生きていた」ということは述べられていません。

指摘事項 20 指定医療機関の治療と施設の関係について（木須博行委員より）

【趣旨】：第 6 回協議会における指摘事項 25 に関する回答は、質問の意味をよく理解してもらえていないようである。研究と治療とを一緒にたにして回答している部分もある。（研究成果は日本のどこで得られても同じことである。これに関しては別途質問を行う。）

改めて質問し、適切な回答を求める。その前に、質問をこのように細切れにして回答するのは、質問した方の意図が伝わらず、大変遺憾である。今後細切れにしないように求める。

さて、長崎大学は BSL4 施設の必要性について、確定診断以外にも、次のような説明をずっと繰り返してきた。

(1) BSL4 施設が無ければ治療ができない。従って、全国の指定医療機関では、エボラ患者を収容しても、治療のために感染研に患者の検体を送り続けなければならない。

(2) 長崎大学で BSL4 施設が稼働すれば、治療支援ができるので、地域の住民に大きなメリットが生じる。

これらの主張の根拠が治療支援の際にも生ウイルスが必要ということであれば、すでに『安田さんへの質問 4：実際の診断について』などの他の意見書等において指摘したように（たとえば西アフリカの流行現地では BSL4 施設が無くても立派に治療が行われている）、このような説明は住民を欺くものと言える。実際には BSL4 施設を使わない方法で治療支援ができるからである。

以下、BSL4 施設が必要なウイルス分離法を前提として質問をする。回答ないしは見解を求める。

1. 1 週間から 9 日も時間がかかるウイルス分離法で、刻々の病状に対応しなければならないはずの治療に、一体どのような治療支援ができるのか、具体的に示してもらいたい。中和試験でも行うのか？
2. 感染研の西條氏（長崎大学の有識者会議のメンバーの一人でもある）は、BSL4 施設稼働前から一貫して、もしエボラ患者が現れても、国内で対応できると話しておられた。だからこそ、BSL4 稼働前の時代でも全国の指定医療機関がエボラ等の一類感染症に対しても有効に活用できたものと思われる。これに対する見解を求める。
3. 1 と関連するが、BSL4 施設が稼働する時代にあっても、大学の主張が本当なら、指定医療機関ごとに BSL4 施設がセットで必要となるのではないかと？
なぜなら、例えば関西の病院に患者が収容されたとしたら、関西から毎日東京の感染研へ検体を送り、ウイルス分離法で治療支援をしなければならなくなる。これでは有効な治療ができそうに思えないからである。検体送付の時間はウイルス培養の時間に比べて無視できるという事か？ 時間のかからないウイルス培養法があるのか？ どう考えたら良いのか？
4. 昨年度まとめられた国の基本計画案において、感染研が全国の公的機関を指導して一種病原体を検査できるようにするとのことである。従って、それを利用して、長崎大学でもリアルタイム RT-PCR 法も指導してもらって、BSL3 施設を使った治療支援を行えばよいではないか。つまり、（確定診断のみならず）治療支援のためにも長崎大学に BSL4 施設を設置する必要はないと言える。見解を求める。

（長崎大学の回答）

他の指摘事項に対する回答も本指摘事項に関連していますが、下記回答致します。

1. 適切な治療法を行うためには、より詳細にウイルスの性状を知る必要があります。ウイルスは変異を起し薬剤耐性を獲得することがありますが、薬剤 A に対して耐性を獲得したウイルスに薬剤 A を投与し続けても治療の効果は得られません。ウイルスが薬剤耐性を獲得したかどうか検査するには患者から分離した感染性のウイルスを用いる必要があります。治療方針は状況に応じて中和試験、RT-PCR 法、ウイルス分離・性状解析、ウイルス遺伝子情報などの結果から総合的に判断し決定されます。また、前述し

3. 施設の必要性

ましたが、退院の目安として、患者の体内から感染性のウイルスが完全に排除されたことを確認する必要がありますが、この感染性ウイルス検出のためにはBSL-4施設が必要となります。

2. BSL-4施設が稼働していなくても現状対応可能な体制・システムの中で最善の対応をするのは当然のことです。西條部長の発言は上記に基づいてされているものと理解しています。
3. 国によっては検査の迅速性を重視し、国内複数個所にBSL-4施設を設置している例がいくつかあります。より適切な治療を行うためには、近くにBSL-4施設があった方がよいことはこれまでの説明からご理解いただけるかと思えます。
4. 治療支援にBSL-4施設が重要な役割を担うことは1で説明したとおりです。ただし、長崎大学が目指す感染症研究拠点は検査に限定せず、世界をリードする研究の実施とそれを遂行できる研究者の育成（教育）を目的としています。つまり、国立感染症研究所や全国の指定医療機関とは設置目的が異なり、大学の施設として研究・教育が大きな柱と考えています。

指摘事項 2 1 国の基本計画案における感染研の検査体制の強化について（木須博行委員より）

【趣旨】：第 6 回協議会において、国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画（案）に関する質問を行った。その時の趣旨は、

『この基本計画構想によれば、今感染研で行っているエボラ等の検査を、全国の公的検査機関でも実施できるようにするプロジェクトが謳われている。このことは、全国に BSL4 施設を造るわけでは当然無く、全国の BSL4 施設が無い所でもエボラの検査が可能であることを示すものではないか』
というものである。次頁に付録として示す。

これに対し、調さんの回答は非常に不誠実なもの、そうでなければ無知をさらけ出したものではないかと思われるので、発言要旨（書き起こし）を添えて質問する。

質疑部分

木須：『昨年度（今年の 2 月）まとめられた国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画（案）の 5 番目に感染症危機管理体制強化プロジェクト構想があり、その背景として

- ・ 感染研で BSL 4 施設が稼働できることとなったが、エボラ出血熱等の検査機関は同研究所のみ。
- ・ 同研究所への検体の搬送が長距離・長時間となるケースが生じることが想定される。

という懸念が書かれ、これを解消するために、感染研のエボラ等の検査体制を強化するプロジェクトである。その強化策は、公的検査機関を活用して、全国的な検体検査の体制強化を進める事であり、今感染研で行っているエボラ等の検査を全国の BSL3, BSL2 施設で行うことを目指すものである。ご見解を』

調：『なんか勘違いじゃないですか？BSL4 の病原体の検査を全国でやることはあり得ない。全国の公的検査機関のスキルを上げて、あんまりいらぬ検体は送らないようにしようという、そんな話に聞こえたのだが。違いますか。』

安田：『この回答で納得できないという事であれば、よく読んでもらって、次回に提出してもらえばよい。』

以上を基に質問を行う。

1. 調さんの回答、『あんまりいらぬ検体は送らないようにする』ということプロジェクトの目的にするというのは、あんまり想像できないが、どういう状況なのか具体的に説明してもらいたい。
2. あんまりいらぬ検体が多数送られて、感染研で困っているという実態があるのか？
3. 次頁の概要の図中に、『標準作業手順書の作成・周知、研修の実施』などとあるのは、エボラ等、一類感染症が発生したり、発生が懸念される時の為ではないのか？責任ある回答を求める。

（議長の回答）

- ・ 今回ご指摘の前提となっている議長の発言については、木須委員への質問の意図を確認するために行ったものであり、木須委員からのご質問に対する回答ではございません。

4. 施設の立地

指摘事項 2 2 立地に関する規制基準について（鈴木達治郎委員より）

立地に関する規制基準とその根拠（国際的比較も含めて）

（長崎大学の回答）

- ・ 施設の立地については、感染症法にて「地崩れ及び浸水の恐れが少ない場所に設けること」と定められております。（感染症法施行規則第三十一条の二十七 第三項）また、同法にて「国家機関の建築物及びその附帯施設の位置、規模及び構造に関する基準（平成 6 年建設省告示第 2379 号）」に従うことが規定されており、当該基準において「地形、地質、気象等の自然条件からみて、災害の防止が図られ、かつ、環境の保全に配慮されていること」、「当該官庁施設の利用者、執務者等が安全かつ円滑に出入りできる構造の道路に接すること」等が位置に関する基準として定められております。
- ・ 建築基準法では、大学施設として建設する場合、都市計画法で規定される都市計画区域[※]内の市街化区域[※]においては、第 1 種低層住居専用地域[※]、第 2 種低層住居専用地域[※]、工業地域[※]及び工業専用地域[※]を除く用途地域において建設が可能と定められております。都市計画区域内の市街化調整区域[※]及び都市計画区域外については、開発行為が原則的に禁止されているか、その規模に応じて許可が必要となります。
- ・ また、国際的な指針となっている「実験室バイオセーフティ指針（WHO 第 3 版）」においては、施設そのものの立地についての規定はなく、BSL-3 及び BSL-4 実験室の位置について、「実験室は、建物内の交通が制約されていない区域と切り離されなければならない（The laboratory must be separated from the areas that are open to unrestricted traffic flow within the building）」と記載されております。

※都市計画区域：一体の都市として総合的に整備し、開発し、及び保全する必要がある区域

※市街化区域：すでに市街地を形成している区域及びおおむね十年以内に優先的かつ計画的に市街化を図るべき区域

※市街化調整区域：市街化を抑制すべき区域

※第 1 種低層住居専用地域：低層住宅のための良好な住居の環境を保護するための地域

※第 2 種低層住居専用地域：主として低層住宅の良好な住宅の環境を保護するための地域

※工業地域：主として工業の利便を増進するための地域

※工業専用地域：工業の利便を増進させるための地域

指摘事項 23 【立地場所】【BSL-4施設での研究目標】について（寺井幹雄委員より）

【立地場所】について

会議では感染症研究拠点の場所が大きな問題として議論されます。

何事に於いても言えることですが、拠点整備計画と言うからには「大きな目的に立ち向かう為に関連するものが結集し総合力を以て目的を完遂させる」という動機と方法論と目的と何より利便な場所でなければならぬと考えます。

この度の計画策定の動機は当然ながら「将来の感染症危機事態への対応と対策の道筋をつけたい」であり、方法論は「総合力の結集」、目的は、これまた当然の事ながら「国民の生命を守ること」であり利便な場所は「医学部坂本キャンパス」が一番と考えられます。

利便な場所と言うと「単に大学側の都合ではないか」と反論されますが、実は片方だけの利便性だけではないのです。感染症対策に求められているのは「危機に際しての関連施設との密接な連携による総合力を持った迅速な対応」そして何より重要な事は「将来に向けた人材育成」これらの事は私達や将来世代に取っても実に有益な事だと考えます。

医学部が持つ多くの研究者と多くの関連研究施設、大学病院という臨床施設、人材育成の教育施設、そして設備維持管理施設等の中にBSL-4施設があり緊密な相互連携があって初めて感染症研究拠点として成り立ち総合的運用が可能だし機能させる為の必要不可欠な要素なのです。

既に総合力の大半がこの坂本地区に集中している今、ここにBSL-4施設建設を計画することが最善であると大学が判断したことに間違いはないと考えます。

安全性の問題から「住宅地域から離れた場所」と言う意見も、そのように考えてしまう不安も理解出来ない訳ではありません。

しかし「絶対安全」が無い以上、どこに造るにしても安全性は問われ続けますし、その対策は同時進行で終わる事無く続けなければならない。それは委員の意見の中にあつた「安全確保の三原則」を基本として考えられるリスクを一つひとつ潰して安全性を高めて行く以外に方法はありません。

国、大学は、それを確実に実践しリスクを最低レベルまでもって行く努力を惜しまないと繰り返し説明し約束もしています。私はそれを信じ最低レベルのリスクを負う覚悟でもあります。

そして物言わぬ多くの住民は計画策定に至る「動機」と「目的」と「必要性」を理解した上で「リスクを負う覚悟」は別にしても、静かに襲い来る感染症の危険性がより高いと考え坂本立地を肯定的に捉えていると感じます。

大学側の見解を質問します。

【BSL-4施設での研究目標】について

施設を造るにあたり膨大な人智と巨額の予算を投じ、更に“私のリスク負担の覚悟”まで差し出すからには高い安全性を保ち何が何でも素晴らしい研究と実績が出せるものでなければなりません。

施設が完成し研究拠点としての体制が確立した時、「どのような研究」を行い、それに伴う「どのような成果」を出そうと考えているのか、私を含めこの計画に肯定的な住民に対して大学が意図する具体的な目標の説明をお願いします。

これまでの会議では主に施設の危険性についての事柄が多く、将来のビジョンは詳しく語られていなかったと思いますので改めて質問します。

（長崎大学の回答）

- ・ 我々が設置を目指す「BSL-4施設を中心とした感染症研究拠点」の目標は、人類の脅威となる感染症の克服のための「研究」です。そして、その研究に携わる人材を育成するための「教育」です。

4. 施設の立地

- ・ 感染症研究では、様々な病原体を対象とする研究者が集うことで得られる相乗効果が非常に重要です。長崎大学には多くの感染症研究者が集積しています。ここに、わが国ではこれまでに研究ができなかった BSL-4 病原体の研究が加わることにより、さらに飛躍的な感染症研究の推進が望めます。さらに、この施設には全国の感染症研究者が集い、研究を行います。このグループが協力競争あるいは競争関係にある中で最先端研究が実施され、長崎の地に世界が注目する世界トップレベルの感染症研究拠点が形成されることが期待されます。具体的な研究計画については別資料にて説明させていただきます。

5. 地域の理解

(1) 地域との共生

指摘事項 2 4 住民への公開説明会について（寺井幹雄委員より）

1. 以前の会議でも述べましたが地域住民の中には、計画の必要性、特に次世代に対しての必要性を十分認識した積極的賛同者、或いは積極的ではないにしろ概ね賛同する者も少なからず居ると思います。ただ皆さん表立って表明していないので数として捉えにくいと思います。

国、県、市そして大学はこれらの静かなる住民をどのように認識されているのか又はしようとしているのか見解をお聞かせ下さい。

2. 近隣地域単位での公開説明会について

これまで多くの説明会が催されてきましたが住民の参加者が非常に少ないと聞いています。

特に近隣地域を対象にした公開説明会は個別自治会を通じての案内や広範囲に戸別ポスティングを行い又報道にも公開されたにも係わらず3回の合計で42名のみ参加者と大変少ないものとなっています。

多くの方が個別自治会向け説明会で説明を受けているから少ないのかと思い調べてみると、6回140名、その他老人会対象の2回94名を加えても234名で近隣地域の世帯総数から見れば微々たるもので理由とはなり得ないと思いました。（※数字は6/30資料7より）

長崎大学BSL-4施設計画については度々TV、新聞などの報道でも取り上げられていますし、反対される住民の声を含めいろいろな意見も都度取り上げられています。更に武蔵村山の国立感染研BSL-4施設の生い立ちから合意に至るまでの報道も多く、私達は多くの情報に接する機会に恵まれていたと考えます。にも係わらず何故ここまで地域住民の参加者が少ないのか、何故意見表明の場を自ら放棄するのか。

現在、確か7つの自治会が約1300名以上の住民の意見として会として反対表明されていると聞いていますが、その数の割に近隣周辺で数多くの住民を巻き込んでの大きな反対運動が盛り上がっているようには見受けられません。逆に賛成運動はと言うと最初の質問で述べたように容認する立場であっても殆んどの方は表立って積極的に賛意を表明しませんので運動など皆無であります。

これらの事を考えた時に参加者が大変少ないという事は、もしかして「住民が自身に降り掛かる火の粉として見ていない為に関心度が極めて低い、或いは参加しない事自体が暗黙の容認」なのかとさえ私には思えてしまいます。

そうは言っても一人でも多くの方に説明を聞いて頂き意見、疑問を真正面から受け「実はどうなんですか？」と真摯に聞く努力を今後も続けて行く事は当然の事であります。その為には例え参加者が少なくとも、国、県、市と連携した近隣地域単位での公開説明会を繰り返し、出来れば定期的に行っていくしか無いと思います。そして報道の方々にも積極的なご協力をお願いしたいと思います。

前置きが長くなって大変恐縮ですが、国、県、市、大学の見解をお聞かせ下さい。

（最初の質問内容と関連していますので、1・2合わせた見解で構いません）

※参考：近隣世帯数（平野、平和、坂本、江平、本尾、橋口、上野、高尾、松山、浜口）

総計7,609世帯 *長崎市のH28度資料

5. 地域の理解 (1) 地域との共生

(関連指摘事項)【住民の理解】について(寺井幹雄委員より)

BSL-4施設の必要性は今ここに居られる全委員の方が理解し認識されています。

また近年はSARSパンデミックを切掛けにその後続くMARS、デング熱、そして2014に西アフリカに於けるエボラ出血熱感染拡大、そして今、ジカ熱感染拡大などの事態を受け多くの住民が感染症対策の重要性を認識しています。

その中でも特にエボラを筆頭とした第一種病原体による感染症対策は喫緊の課題だと認識し、これからの感染症対策の柱としてのBSL-4施設の必要性を住民は理解しています。

従って感染症危機対策としての長崎大学「BSL-4施設を中核とした感染症研究拠点整備」計画の必要性も多くの住民に正しく理解されています。ただ危険な病原体を扱う以上、考えられる限りの安全対策を施して欲しいと言うのも住民の偽らざる気持ちであります。全てが否定的で無く、大半は静かではありますが肯定的に事の成り行きを見守っているのが現状の姿ではないでしょうか。

このような現状認識について大学側、行政の見解を質問します

(三者連絡協議会の回答)

- ・ 指摘事項24と関連指摘事項については、関連した内容となっておりますので、纏めてご回答いたします。
- ・ これまで長崎大学では、多くの市民講座・住民説明会等を通じて、住民の方々の理解を得られるようなご説明や意見交換を行ってまいりました。しかし、寺井委員がおっしゃる「静かなる住民」がいらっしゃることも事実であろうと考えます。
- ・ ヒトやモノの移動が活発化し、経済・社会のグローバル化が進む現在では、感染症の脅威は治まることなく、実際、平成26年にはエボラ出血熱等が世界的に流行しました。日本においても、他人事ではなく、自分の身にも降りかかる可能性があるということは、誰もが感じていることではないかと思えます。そのためには、持続的な学術研究、人材育成を日本でも行うことが必要です。
- ・ 今後も、更なる住民の方々にご理解とご支援をいただけるよう、長崎大学として、引き続き積極的な説明会等を行い、住民の方々にご関心をもっていただける機会を増やす努力をしていく所存です。

(文部科学省の回答)

- ・ BSL4施設の設置運営に当たっては、透明性を確保し積極的な情報公開や地域との双方向のコミュニケーションを推進し、地域住民の理解を得ることが重要であると考えています。
- ・ 地域連絡協議会においても、市民に広く浸透するような取組の必要性が指摘されてきましたが、今後、長崎大学において説明会等を開催する際には、委員からのご提案も参考として、効果的な取組が望まれます。
- ・ 説明会等の開催に当たっては、必要に応じ、文部科学省等の担当者も参加して説明を行うなど、国としても地域住民の皆さんへの情報発信と理解促進に努めます。

5. 地域の理解 (1) 地域との共生

指摘事項 25 国立感染研武蔵村山庁舎の施設について（寺井幹雄委員より）

5. 国立感染研武蔵村山庁舎の施設について

9月に村山庁舎のBSL-4施設見学が決定し貴重な機会を与えて下さって感謝しています。

そこで見学を有意義なものにしたいと若干の質問を致します。

- ・(1) これまでの協議会の中で感染研と長崎大学熱帯研は同じ高度な感染研究拠点を目指しているが目的、役割、研究内容などについてお互いに異なる立ち位置にあると説明されました。繰り返しになって申し訳ありませんが、より具体的な説明をお願いします。
- ・(2) 昨年5/16～6/27の間に村山庁舎近隣住民を対象にした3回の見学会が行われています。村山庁舎も坂本キャンパスと同じで周囲には学校、病院、多くの住宅が存在しています。3回の見学で70名の参加者でしたが、これは例えば抽選などで人員制限などがあっての事でしょうか。また見学会は今後も定期的に行われるのでしょうか。
- ・(3) 「村山庁舎施設運営連絡協議会」が組織されていますが国のBSL-4施設指定後の会議開催の頻度および内容が判れば教えて下さい。
- ・(4) 国のBSL-4施設指定後、更なる安全対策、セキュリティの強化を行うとあります。(参考資料通し番号199) 長崎大でも踏襲されるのでしょうか。
- ・(5) 築後30数年経っているが指定にあたって建物、実験設備などの大規模改修など行われたのでしょうか。

(長崎大学の回答)

(1) 感染研と長崎大学の立ち位置の違いについては、次のように考えています。

- ・ 国は、国際的に脅威となる感染症対策について、本年G7議長国として、国際協力・国内対策の更なる強化を図るための基本計画をとりまとめました。その基本計画では、国立感染症研究所と長崎大学に関して、ともに機能強化が謳われており、国立感染症研究所は「検査機能の強化及び予防・治療等に係る業務の推進」、長崎大学の方は「我が国における感染症研究機能の強化」とされています。
- ・ つまり、国立感染症研究所では、「国民の保健医療の向上を図ること」が目的とされ、大学では、「ウイルスの感染機構、病気の発症や病原性の発揮のメカニズム、ワクチン・治療薬の開発」など基礎的研究から臨床に近い治療法開発など幅広い研究を行うことが目的とされていると考えられます。

(2) また、感染研での見学会について、感染研に確認をしたところ、以下の回答をいただきました。

(感染研の回答)

- ・ これまでの見学会においては、抽選などにより人員制限を行ったことはありません。今後、見学会については、今回のように要望があればその都度申請をしていただくこととなりますが、今のところ、定期的に行う予定はありません。
- ・ なお、質問文にあります見学会の日程等ですが、実際には5/16～7/18間の計4回行っており、参加者は計84名です。

5. 地域の理解 (1) 地域との共生

- (3) 村山庁舎施設運営連絡協議会については、以下のとおりです。なお、村山庁舎施設運営連絡協議会の配布資料等は、<http://www.nih.go.jp/niid/ja/disclosure/murayama-c.html> からダウンロードできます。

平成27年	1月20日	第1回協議会（国立感染症研究所村山庁舎の概要、安全対策について説明）
平成27年	2月4日、6日、10日	協議会委員による施設見学会（協議会委員 13名が参加）
平成27年	2月17日	第2回協議会（これまでにいただいた主な質問への回答）
平成27年	3月17日	第3回協議会（これまでにいただいた主な質問への回答）
平成27年	5月16日	村山庁舎BSL4施設見学会（第1回）（武蔵村山市民 36名が参加）
平成27年	5月30日	村山庁舎BSL4施設見学会（第2回）（武蔵村山市民 30名が参加）
平成27年	6月5日	第4回協議会（議論の整理（1）、施設見学会の概要報告等）
平成27年	6月27日	村山庁舎BSL4施設見学会（第3回）（武蔵村山市民 4名が参加）
平成27年	7月16日	第5回協議会（議論の整理（2）、施設見学会の概要報告等）
平成27年	7月18日	村山庁舎BSL4施設見学会（第4回）（武蔵村山市民 14名が参加）
平成27年	8月27日	第6回協議会（これまでの経緯と今後の運営について）
平成27年	11月26日	第7回協議会（村山庁舎における安全対策等について）
平成27年	12月10日	第8回協議会（中間報告について）
平成28年	3月17日	第9回協議会（国立感染症研究所村山庁舎のセキュリティ対策等について）
平成28年	6月23日	第10回協議会（災害・事故等発生時における対応マニュアル(案)について）

- (4) 更なる安全対策、セキュリティの強化については、BSL-4施設の指定を受けるための前提となるものと考えており、諸外国の施設における安全対策・セキュリティ対応を参照するとともに、地域連絡協議会などで指摘された住民の方々からの意見を踏まえながら、長崎大学として当然行っています。

- (5) 大規模改修について、感染研に確認をしたところ、以下の回答をいただきました。

（感染研の回答）

- ・ 建物・実験設備等に関しては、万全を期した状態を保つように常日頃から、点検・メンテナンスを行っています。BSL4指定にあたって特段の大規模改修は行っていません。平成13年度に大規模改修（耐震工事、機器の更新等）を行っています。
- ・ なお、BSL4指定後、セキュリティをより強固にするための工事は実施しております。

指摘事項26 意見（寺井幹雄委員より）

第5回会議を終えての個人的意見

1. 改めて本協議会について

前回の会議でも協議会自体の認知について議論が続いていました。

B S L－4について私が意見表明するのは、他者から考えを求められた時を除けば、あくまでもこの協議会の場合だけです。本協議会では何らかの結論、議決を求めるものではなく純粋に本質の問題に対し様々な意見交換が出来ますし、すべての意見を修正する事無く集約、公開しお互いに忌憚のない議論が出来る場と考えているからです。

私は議論の中から「B S L－4計画が策定された本質（必要性）」は何であるかを見極めたいし、それを行う事で更に良い方向性を探って行く場としたいと思います。それこそがこの会議が持つ意味であり、その事を認識した上で出席し意見表明、質問を行っています。

また、そのような意味で本協議会を大変重いものとして尊重もしています。これからもこの協議会が純粋に本質追及の討議が行えるような場である事を切に願っています。

2. 住民の理解と合意について

B S L－4の問題では「住民の理解、合意」が前提であると言われていています。しかし私は常々何か足りないと思っていました。それが何なのか判らないままでいたのですが、今朝ある方が書かれた新聞紙上のコラムを読みそれが何であったのかを知りました。

コラムには『これからは合意よりも説得の時代だ。全員の合意を取っていたら「やるべき事」ではなく「やれる事」しか実現出来なくなる』と書かれていました。

私が何か足りないものと思っていたのはまさに「説得」という言葉だったのです。

これまで大学側が多く説明会を行いましたが、単に説明し意見を受止め質問に答えて行くだけだったように思います。大学が将来に対し真にその必要性を訴えるならば熱意と理を尽くして「説得」した上で理解を求めて行くという積極的なアクションが無ければ住民の心には決して響かないと思います。ただ理解を待ち合意を待つだけでは、極論ですが1歩も先に進まないし良いものにもならないと思います。

この事は大学側だけに限らず「前提」を繰り返し言っている行政側にも同じ事が言えます。特に議会でB S L－4計画の推進を「やるべき事」と議決した長崎県、市は、その時点でこれからの行政の方向性を決めた訳ですので大学側だけに任せず一体となって民意を聞き積極的に「説得」を行い、目に見える形で関与して行く事が大変重要です。またそれが議決した側の責任でもあると思います。

残念ながら現在に至るまでそのような積極的に関わるような動きは殆んど見受けられません。結果、建設を決定するにしても取り止めにするにしても、成すべき事をやらずしてどちらの結論も決して見出しせないと考えます。

（長崎大学の回答）

- ・ 貴重なご意見として承りました。

5. 地域の理解 (2) 地域連絡協議会の在り方

(2) 地域連絡協議会の在り方

指摘事項 27 事前提出議題の議論のやり方の変更要求について (木須博行委員より)

【趣旨】：第5回地域連絡協議会では委員からの事前提出議題に関して、回答なるものが示されましたが、そのやり方は、事前提出議題というものを、『質問』とそれに対する『回答』という形式に矮小化したもので、非常に問題があります。

私たちは単なる『回答』をもらいたいのではなく、大学の『回答』自体を検証したいのであり、それができない現在のやり方を下記のように変更することを要求します。

1. 回答説明から入るのではなく、提議者の発議から始めてもらいたい。

【理由】：第5回の議事要旨案を見ると、今のやり方の弊害がよくわかる。すなわち、事前提議の議題は一体どんな趣旨で、何の議論をしているのか、議事要旨だけ見てもさっぱりわからないのである。というのは、議事要旨には発言内容のみ記録されるからである。事前提議者は他に資料があるため、趣旨説明等の発言の機会がないのである。

事前提議自体はご丁寧にも、オリジナルと課題別に分類したものと2種類も用意されているが、最も肝要なのは議事要旨である。なぜなら、後日議事要旨を確認する際に、通常は資料の方まで参照しないからである。

議論のやり方を、提議者の提議説明から始めるべき理由は、それが発言として議事要旨に記録されるためである。

前回のやり方がなぜ問題になるのかについて、一例を挙げる。もし、大学の回答なるものの中に、非常に不誠実なものとか大学人として恥ずべき詭弁等が含まれていたとしても、前回のような議事要旨のみでは後日の正しい検証が困難となる。

2. 議論は一議題ずつ行ってもらいたい。

【理由】：第5回では一区切りした後まとめて意見を述べるやり方で行われた。このやり方は以下の問題を生じるので、議論は一議題ずつ行うよう要求する。

(1) 議論の焦点がぼける。つまり、議論すべき議題を一つ一つ進めて行かないと、議論があちこちに飛んでしまう。これではしっかりした議論ができなくなるのは自明である。むしろ、すでに議論が終わった議題についても、適当なタイミングで意見を述べるのは何ら差支えない。

(2) 多くの議題について意見がある場合は、何度も同じ委員が発言を求めなくてはならない。もし議長の議事運営が偏っている場合、まるで一人の委員が発言を独占しているかのように印象操作をされかねない。議題が一つずつ採り上げられる場合は、その印象はなくなり、万一、議長の采配が偏ったとしてもその影響は少ない。

(関連指摘事項) 事前提出議題の議論のやり方の変更 (再要求版) (木須博行委員より)

【趣旨】：第6回地域連絡協議会で、私が提出した「事前提出議題の議論のやり方の変更要求(差し替え版)」について、調議長は独断で要求を拒否した。そして、これまでのやり方に従って議論を行った結果、やはりその弊害が明らかになったので、再度同じ変更要求を提出する。

その理由を改めて書いておく。

(1) 従来のやり方は、大学側の説明者が多くのことについて一度に回答・説明を行うので、後になったら個別の事に関して具体的にどのように説明したのか、その場ではわからなくなってしまう。そして、例えば一時しのぎのごまかしや詭弁を弄したとしても、その場で確認・追及できない。要するに

5. 地域の理解 (2) 地域連絡協議会の在り方

議論ができない。

(2) 発議者の文章は載っているが、その文章を発議者はトレースできない。その中には重大なニュアンスを込めたものもあり、一方で文章としては長くなるため書ききれなかったこともある。従って、有意義な議論とすることは今のままでは困難である。

(3) そもそも、これまでのやり方は、『議題について議論する』という事を、『質問とそれに対する回答』という形式にはめ込むものである。これは議題について議論する事の矮小化であり、回答の無責任化につながると同時に、大学と住民が対等に議論する場にはしないという事でもある。

言い換えると、大学の回答は言いつ放しで済むのではなく、回答自体が一般に理解されるものかどうか、責任あるものでなければならない。それを促すやり方が必要であり、現状の変更が必要である。

以上の理由によって、改めて下記の3項目を要求する。

1. 回答説明から入るのではなく、提議者の発議から始めてもらいたい。

この要求は、第6回協議会では、妥協案として2の要求を受け入れてもらえば取り下げてもよい、としたものであるが、それすら調議長は独断で拒否した。利益相反議長の恣意的な運営がここにも表れたことになるが、それはともかく、今回改めて要求する。理由は上記、及び前回書いたので省略する。

2. 議論は一議題ずつ行ってもらいたい。

これについても、理由は上記および前回の要求書に書いたものと同じなので省略する。

3. 事前提出の議題に対する回答・説明は、予め配布してもらいたい。

会議の当日、その場で配布されたものを見ても、何が何だかわからない。私が以前、資料がない、などと誤解した（お詫び済み）のも、その所為である。前回からの積み残しを継続する場合はすでに配布されているので問題ないが、今後、新規のものについて該当する場合はぜひお願いしたい。（ついでに、議事予定も予め知らせるべきである。）

(議長の回答)

- ・ 指摘事項27と関連指摘事項については、関連した内容となっておりますので、纏めてご回答いたします。
- ・ 貴重なご意見として承りました。
- ・ 会議は時間が限られており、各委員にはご多忙の中会議に参加いただいております。より多くの委員に御発言いただくことができるよう、効率的な会議運営にご協力をお願い申し上げます。

5. 地域の理解 (2) 地域連絡協議会の在り方

指摘事項 28 地域連絡協議会の問題点 (道津靖子委員より)

第4回地域連絡協議会で調議長からの発言にもありましたが、「この地域連絡協議会は、BSL4 施設推進を検討している大学が、住民の皆様のご意見を直接お聞きする場」という位置付のはず。

ですが、調議長は住民に対して根拠の無い質問はしないようにと前回発言されました。根拠がなければ、住民からの意見を述べたりお願い等も出来ないわけですか？調議長が言われる根拠のある質問とはどういう質問ですか？どういう質問が根拠があるとして答えてくれるのでしょうか？

私達住民からの委員だけでなく、PTA 会長や市や県からの委員、医師会や弁護士の委員の中にも、バイオ施設に対して知識のある方はおられません。知識のない住民が大学にとって都合の悪い質問をしたからといって、発言に対して議長が圧力をかけてもいいのでしょうか？

大学側が説明しやすい質問は根拠があり、説明に窮するような質問は根拠がないと片付けたり、だんまりを決め込み次に回答します、というやり方が常套手段のようですね。

そのような議事進行をされる調議長は、木須委員も仰るように、議長として問題があると感じますので、大学と住民に対して中立の立場にたってくれるであろう県か市の担当委員をお願いします。

(議長の回答)

- ・ ご質問等の根拠については、お伺いすることもあります。それは、住民の皆様がどのようなお考えをもって、質問等をされたのか、より深く理解して大学から答えさせるようにしたいと考えて、お尋ねしているものです。根拠がないから質問を受け付けないということはいたしません。また、正確なお答えをしなければならぬ時などには、慎重を期して、次の機会に回答させていただくこともあります。
- ・ なお、地域連絡協議会の議長については、長崎県、長崎市、長崎大学が設置する感染症研究拠点整備に関する連絡協議会が定めた規約に基づいて決定されたものです。
- ・ ご指摘を真摯に受け止めて、今後も公正公平な議事運営となるよう努めてまいります。

5. 地域の理解

(2) 地域連絡協議会の在り方

指摘事項29 【会議での発言者】について（寺井幹雄委員より）

すでに6回の会議を終えましたが、有識者会議からの委員は遠慮されてなのか判りませんが積極的な発言が少ないように感じます。有識者の方々がどのような意見をお持ちなのかお聞きしたいので会議の流れを見ながらでも議長の方から発言を促すなり指名されるなりして頂きたいと思います。有識者会議議事録を読んではいるのですが生の声を是非お聞きしたいのです。

可能でしょうか。

（議長の回答）

- ・ 貴重なご意見として承りました。今後の議事進行の参考とさせていただきたいと思います。

5. 地域の理解 (2) 地域連絡協議会の在り方

指摘事項30 意見（石田和典委員より）

大学の先生（木須委員）の高水準にほとんどの人達がついていけないと思う。高レベルの人達の会話を聞いていると無性に腹立たしい。別の所で結論を出してもらいたいと思います。
地域連絡協議会にふさわしく地域の人達の身近な人達を登場させて下さい。今のままでは連絡協議会の名前がなきますよ。

（議長の回答）

- ・ 地域連絡協議会では、様々な視点・立場から地域住民の安全・安心の確保等についてご意見をいただくために、近隣自治会、地域住民、学識経験者、行政関係者、公募等より委員としてご参加いただいております。委員からのご意見は、すべて貴重な声として拝聴しておりますので、引き続き積極的にご意見をいただきたく存じます。
- ・ 今後も活発な議論ができるように、議事進行の参考とさせていただきたいと思います。

5. 地域の理解
(2) 地域連絡協議会の在り方

指摘事項 3 1 意見（松尾寿和委員より）

質問はありませんが、前回の木須さんの公開質問状のように大学の方が、大学の内部告発をするような形をとれば、この協議会はいつまでも終了しないでしょう。

長崎大学も開かれた大学で良いのですが木須さんは大学から給料を貰っているのではありませんか。であれば少しは恥を知って欲しいと云いたい。

安田先生が世界トップ級の設備にしたいと云われているのですから、長大の将来を考えるべきです。

（議長の回答）

- ・ 貴重なご意見として承りました。