

岩田：メディアの評価基準も当てになりません。刹那的というか、その場限りです。

批判的な論調をとる新聞記者に言っていたのですが、良い評価の基準、対案を教えてくださいと言うと黙ってしまうのです。原発事故への対応に批判をするのであれば、これも対案を示すべきであったと思います。

インフルエンザ対策の問題点として、死亡率の想定があります。メキシコ風邪の死亡率を1%と想定していたのですが、これは貧困率とか社会インフラなどを考慮した上で、感染する対象つまり分母をきちんと考えないといけない。アメリカの方が死亡率が高いというけれども、これも比較する基準が違います。このような想定をもとに水際作戦を取らざるをえなくなっていたのだと思います。また、SARSのように死亡率10%と高い数値だったら渡航禁止にすることは妥当と思いますが、1%で渡航禁止にすることは過剰です。このようなことは後から起きてきたことで、何が起きているのか分からない時は、判断にのびしろを付けるべきでした。

福本：その時期はいつ頃でしょうか。

岩田：5月9日にはだいたいわかっていました。そんなに酷い症状ではないと分かっていたから方向転換できると思っていたのですが、できなかった。万が一何かがあるかもしれないから、多めに治療しておこうという意識が働いたのでは無いでしょうか。

福本：自治体の対応と専門家の判断についてお聞きします。岩田先生は、神戸市のアドバイザーといえる役割を果たされていたと聞いていますが、神戸市も先生のような専門家や専門機関の意見を取り入れるような対応をしていたのでしょうか。

岩田：5月以降の話になりますが、神戸市の役所は本当に忙しかったと聞いています。情報収集などできていなかったのではないのでしょうか。しかし、神戸市の方とは顔の知れている仲だったので、話し合いはしやすい雰囲気でした。

福本：岩田先生は正式に神戸市のアドバイザーになったのですか。

岩田：正式ではありませんが、コミュニケーションはずっととってきました。兵庫県の方では、インフルエンザ対策のまとめの時に、正式に就任してほしいとの話がありました。

残念な事に、神戸市と兵庫県は別々なので、連携していたというほどではありませんでした。

福本：政令指定都市には、都道府県と同じような権限を与えられています。神戸市と兵庫

県はきちんとすりあわせをしないと、対応がごちゃごちゃになってしまうのではないですか。

岩田：端的に言えば、兵庫県と神戸市は邪魔をしないようにはしていましたが、連携もしていませんでした。

宮脇：周辺の自治体との連携はどうでしたか。

岩田：神戸市周辺の自治体ですが、本当にそれどころではありませんでした。ただ、学校を休校にするかどうかについては、京大の先生と相談して、横並びでいこうという話をしていました。

宮脇：人が動くことでインフルエンザ感染が広がっていくのなら、連携関係は重要であると考えますが、その点で岩田先生はどのようにお考えでしょうか。

岩田：発熱相談センターというのがあって、そこでは連携をとっていたと思います。しかし、老人の方が熱を出して、老人施設から病院に移送されましたが、インフルエンザの可能性があるということで受入拒否されてしまいました。発熱相談センターに相談したり、受入医療機関を決めることは一長一短だと思います。信頼性が担保できません。

福本：岩崎さんがおっしゃっていましたが、身近な医療機関で見てもらい、重傷であれば専門機関に移ってもらうというシステムもありました。

岩田：新型インフルエンザではそのような方法は理にかなっていません。岩崎さんは臨床的な方で、行政官ではありますが、専門家といえます。このような方がいたことは偶然でしたが、岩崎さんのような専門家を制度として配置するような姿があるべき姿であると考えます。

感染症でいえば、検疫所の所長と言っても、感染症のプロではありません。臨床ができないから所長になったという人もいます。日本では感染症に関わる臨床の訓練制度がありません。保健所の所長になるような資格も確立していません。先ほど自治体の話がありましたが、普段の感染症対策は自治体ごとにばらばらなのが現状です。結核の対応を見ても、行政に素人の人がいます。神戸市には感染症のプロがいますが、たまたまこの人がいるからというって頼っています。専門家がない自治体では、何百ページもあるガイドラインを読んでいるような状態です。

福本：自治体における感染症のプロというお話しでしたが、プロフェッショナルになるた

めには何か必要だと思いますか。例えば医療資格などが考えられますが。

岩田：資格があれば良いということではありません。しかし、医師である必要もありません。しっかりとした経験を積んだ人が好ましいと思います。MD であっても資格があると言えます。

福本：アメリカでは公衆衛生学の大学院を設置していますが、日本ではそのような大学院を作る動きなどはないのでしょうか。

岩田：アメリカの大学院では、公衆衛生のプロフェッショナルというよりも、学問として論文を書く、ということをやっていますので、現場で動き回ることができる人、というのは異なります。実地訓練が必要になります。オランダではそのような専門家がいて、病院にアドバイスを行っています。日本には厚労省に専門家がないのが問題です。確かに頭がいいのですが、教科書の引用しかできないのです。

福本：私の知り合いで、厚労省の結核感染課に異動になった人がいますが、不安があると言っていました。

岩田：私の知り合いも消防庁に異動になって不安があると言っていました。それはどうかと思います。プロフェッショナル集団が必要なのですが、日本では行政と専門部門を分離するということできません。そのような仕組みは役所の中だけで、他の業種でそんなことをしていたら業務が回りません。役所の場合は2、3年で異動ですが、配置換えのための配置換えと言えるのでは無いでしょうか。汚職などの防止のために文官はそれでやむを得ないところがありますが、専門家をぐるぐる異動させるのは問題だと思います。

また、日本の感染症情報センターについては、CDC化をした方が良いと思います。

福本：国立感染症研究所についてはどのように見えていますか。

岩田：扱えるウイルスの話をする、日本にはP4レベルのウイルスを扱えるところはありません。神戸大でもP2からP3に格上げした際に周辺住民に何回も説明しました。研究所がある新宿の戸山では反対運動があったと聞いています。

日本の機関の場合、感染症研究所のすみに情報センターをつくって情報をただ流すだけで政策決定に何の関与もできない、しかもスタッフも2、3人しかいないような状況で、それに院生のスタッフがいる程度です。これではあまり意味がなくて、情報センターと研究所は分離すべきと考えます。とにかくアメリカのCDCとは比べものにならないくらい貧弱です。人的にもそうですが、予算も本当にないのです。

福本：インフルエンザ対策について国と自治体間の調整に質問を進めたいと思いますが、これはどのような感じでしたか。

岩田：両者の調整は大変だったと思います。多くの自治体には厚労省から指示がありましたが、神戸市がそのような状態では困るのです。箕面市で看護師さんがインフルエンザを発症してしまい、厚労省から病院の病棟を全部空けろという指示がありました。とにかく感染者を隔離しなければならないということですが、現場ではそんなことできないと反発していました。厚労省は全てを把握し、指示を出そうとします。

また、メディア対応でいうと、厚労省では記者会見は毎日行っていました。またこれは舛添さんのパーソナリティだと思いますが、わざわざ深夜に記者会見を開いていました。メディアは記者会見をいくらやっても、全て報道しないものです。ほんの抜粋なのです。抜粋ならいい方で、揚げ足取りさえします。記者会見は情報発信としては非常にまずい方法だと思います。役人の人とか、そういう人が記者会見をやるのではなくて、喋ることが専門の人を記者会見でしゃべらせるべきです。

それではどのような方法が情報発信に向いているのかといえば、ネットで十分だと思っています。アメリカで 2001 年に起きたバイオテロの際は F A X で情報発信していました。当時はまだネットがそれほど普及していなかったのですが、それでも F A X です。今ならメールでしょう。慣習上、記者会見を開かざるを得ないというのが現状だと思います。

なぜここまで言うのかというと、私自身情報発信で失敗した経験があるからです。ある新聞記者の取材に応じていたのですが、自分の言ったことが不本意な形で要約されてしまうので、数ヶ月もすると取材に一切応じなくなりました。科学的な正確性を担保するためにはたくさん喋らなければならないのに、新聞に載る頃には編集されてしまう。これが非常に怖かったです。今はネットがあるので言いたいことを書けばいい、そういう風になっています。

福本：岩田先生のブログを拝見しましたが、細かく書いてありました。

岩田：マスメディアを介した情報発信は本当に時間を割かなければいけません。現場の人にとっては、メディア対応が一番疲れます。それがなければ災害対応も楽になるのではないのでしょうか。

福本：自然災害の対応も同様で、メディア対応が大変だと行政の人から聞くことがあります。

岩田：ですから、記者会見なんてしないとさえいいと思うのです。

私の場合ですが、院内感染対策について記者会見したときは、そこでのやりとりを全て web で流しました。

日本では、情報発信について悪循環に陥っているといえます。メディアを基準に物事を決めることが災害時の行動基準になってしまっています。これは感染症の事例でも同様です。ことに感染症の場合は患者のプライバシーに関わるような情報が非常に多くなります。メディアの人は全部教えろというが、学生がインフルエンザに感染したときも学校名まで言う必要はありませんでした。年齢と性別だけ教えれば良かったと思います。

神戸大学病院では 5 月 19 日に発熱外来を設置し、連日 20、30 人ほどの患者さんを診断していました。人手が足りないために、聴診器を握ったことのない放射線科、麻酔科の先生にも手伝ってもらいました。

冷静になって考えてみると、発熱外来はあまり意味の無い対応だったのかと思います。インフルエンザ症状の人は先ず、かかりつけの町の医者に行って、慢性疾患の方を大学病院にまわすという方法をとればうまくいったのではないかと思います。

福本：発熱外来では、インフルエンザではない人も来ていたのでしょうか。

岩田：というよりも、自分の発熱が果たして新型インフルエンザなのかどうか、患者さんには分からないのです。発熱相談センターの人も電話では判断できませんし、そもそも素人です。発熱相談センターは効率的ではありませんでした。発熱外来も同様で、インフルエンザだけの外来を作ったのは、本当に机上の空論でした。

福本：関連して、厚労省の施策で発熱外来のほかには影響は出たのですか。

岩田：ワクチンは必ず海外で作られたものじゃないといけないという決まりがありました。また、ワクチン接種に至るまでの定義から順番から全部作っていました。煩雑な割に意味がなかった。だけど、当時は厚労省も本当に頑張っていたなと感じていたので、何も言いませんでした。

あと、接種証明書を出したり、インフルエンザに罹っていないという証明書を出せと言われたりもしました。

笹岡：煩雑な手続きなど、大変だったようですが、現場の方から不満は出たのでしょうか。

岩田：もちろん不満は出ました。厚労省の基準によれば、発熱外来に来ていただいた人でも、厚労省の基準に当てはまらない人にはワクチンを接種できず、そのまま帰ってもらわなければなりませんでした。このことは非常に不満が大きかった。

私たちはあまったワクチンを病棟や看護師にまわしていました。私たちが発熱外来でワクチン接種を受け持つので、建前としてきちんと基準に従ってやるけれども、あとは現場に任せて下さいと厚労省に言いました。

福本：計画を作るときに細かく作ってしまいたいという気持ちは分かります。

岩田：私としては、権限を与え、あとは責任を取ってくれる上司が一番有り難いです。

インフルエンザの効用というか、これをきっかけにして予防接種についての市民レベルでの議論がなされるようになったことが大きいと思います。それまでは、定期接種と任意接種の区別とか、保障の制度が二階建てになっているとか、市民の方には分かりづらい部分が非常に多かったので、インフルエンザの流行によって知識が広まり、問題点が明らかになってきたことについては、良かったと思います。

マスコミ報道のあり方についてお話すると、妊婦さんが亡くなって医者が訴えられた大野病院事件がありましたが、マスコミは不祥事に対してバッシングばかりしている印象があります。ここ数年は特にその傾向が大きいと思っています。そういう流れがあつて 2009 年のインフルエンザ流行があつたと考えています。

バッシングばかりうけていると現場が萎縮してしまう。ある病院では、妊婦さんがくると困ると言っていました。様々な意見があつたのですが、何かあつたときにバッシングされてしまうから、躊躇してしまう、だからそういう人は行き場所がなくなってしまうのです。

過剰反応という面では、治癒証明書やインフルエンザに罹っていない証明書を出せという声もありましたが、これは学校や企業が医療機関に対して過剰な役割を押し付けていると言えます。

宮脇：感染症は見えないものですから、過剰に反応してしまう。

岩田：インフルエンザに罹らない方法は、家から出ないことなのです。感染するルートを断つてしまえばいいのですが、それでは生きていけません。家から出ること、出かけることはリスク行為であることをきちんと認識しなければいけません。しかし、リスクゼロは無理ですが、リスクを低くすることはできます。

福本：貴重なお話をありがとうございました。

厚労科研費ヒアリング調査 2

1 日時、場所、対象者

2011年11月25日

神戸市役所

桜井 誠一氏（神戸市代表監査委員）

2 参加者（五十音順、敬称略）

笹岡 伸矢、福本 博之、松岡 信之（速記録作成担当者）

3 速記録（本文）

福本：本日はよろしくお願ひします。お渡しした質問票に基づいて、桜井さんのご経験をお聞きできればと思っています。

桜井：皆さんから頂いた質問内容に沿って、災害情報学会などの報告で使ったパワーポイントで、お話しさせていただきます。

まず、保健福祉局長に就任した時（2007年4月）、何を保健福祉局の重要テーマとするか、つまり、いろいろな懸案や課題があるのですが、組織のトップとして何をテーマにしていくのかを考えました。私は、個人的に阪神・淡路大震災をずっと引きずっており、また、危機管理と情報をライフワークにしていたということもあったので、保健福祉局の危機管理に新型インフルエンザの話がありましたので、これを一つのテーマにしようと考えたわけです。

そこで、国が出している行動計画や実施計画がどのようになっているのかを、自分なりに確認してみました。ところが、たとえば実施計画をみると、たくさん内容が書かれているのですが、読んでみても全くイメージがわからないのです。現場でわれわれが動くのに、それでは何も書いていないのと同じと感じたのです。

たとえば地域防災計画なども、計画の下には具体的なマニュアルがあって、さらにマニュアルの下に、より具体的な行動までを落とし込まないと動けないのです。

そのような時期に、ちょうど、NHKから『最強ウイルス』という本が出まして、私も偶然手に取ったわけです。この本を読むと、アメリカでの具体的なインフルエンザ対策が書いてありました。たとえば、ワクチンの接種をするにしても、マクドナルドにあるような

ドライブスルーがあって、車で来て下さいとなっているのです。車で来れば、そこは車外と隔離状態にあるわけですから、他の人に感染する心配もありません。そして、車から腕を出して注射をする。そのようなことが具体的に書いてありました。これならばイメージもわかりますが、行動計画や実施計画にはそういうものがないのです。そこで、市長以下、幹部の職員に具体的なイメージをつかんで欲しいという話をして、この「最強ウイルス」を50冊くらい買って、皆に配り、読むようお願いしました。

その上で、新型インフルエンザの対応訓練を行いました。

笹岡：具体的にはいつくらいでしたか。

桜井：この本が出てすぐでした。2008年です。発生初期対応訓練という訓練を11月2日に行いました。国の行動計画が前提条件だったのですが、これを整理しながら、たとえば、「フェーズ」を「発生段階」などの日本語に訳していったりするのですけれども、全然頭に入っていないのです。

それに、言葉が難しい。健康危機管理に出てくる言葉が非常に難しいのです。それをいかにして市民に伝えればよいのか、リスクコミュニケーションの基本のところ非常に気になっておりました。自分が理解できないモノを人に理解してもらうのは無理なことです。たとえば「蔓延期」というイメージも、そのイメージと医療機関での対応は違うと感ずるのです。計画では「蔓延期」になると一般の医療機関をぜんぶ開けなさいということになっていますが、一般の市民は最初の初期の段階は感染センター、感染症の対応を受け持っている病院しか行っては駄目で、蔓延期になったら一般の病院に行けるという理屈は理解しにくいのです。

というのは、近く的一般診療所に行っても良い病気なら、最初から行って良いのではないのかと、考えるのです。

このようなことを含めて整理をしようと、初期対応訓練を行いました。

これはそのときの訓練の報告書ですが、内容としては、かなりくわしい想定と時間軸に沿って行い。なおかつ、市民やマスコミ、国の感染症研究所から参加して頂き検証を行っています。その結果、実施計画や行動計画では動けないということが分かりました。この辺は、訓練の意義の大きなところですよ。

また、訓練をする中で、私たちが柔軟に物事を判断することが必要ということを理解しました。もともと私には、事件や事故に対する認識について、一つの基準があります。マスコミなどもそうなのですが、たとえば、人がどれくらい亡くなるかというのは、一つの

基準となります。それと特異性です。物事の特異性と人がどれくらい亡くなるかということによる事件や事故の大きさの評価があって、マスコミの報道が変わるのです。報道の内容によって、世間の関心を呼びますから、市民からの働きかけも多くなるという作用が出てくるのです。そうすると行政機関にとっても対応する件数が多くなり、事務が回らなくなって本来なすべきことができなくなる。負のスパイラルになるのです。危機管理では、このことを考えておかなければなりません。そういう状況に陥らないために、これが本当に危機なのか、重大な事件・事故なのかという尺度を常に持つておく必要があります。

2009年の事例では、新型インフルエンザがメキシコで発生したときは、死亡率が高かったのです。これはまずいなと思ったのですが、ウイルスがアメリカに入っていくと、あまり死亡率が高くないということが分かりました。まさしく情報戦ですので、私はあらゆる情報をネットワークから収集しておりました。たとえば、これはJETROの報告書で、5月20日に出たものですが、これを読んでいくと、新型ウイルスについては、メキシコで致死率が高かったのは、医療環境と、労働環境とか、保険がないとか、貧困など、そういう社会的要因が大きいということがデータとして書いてありました。学歴でも小学校以下が多く、どちらかという肉体労働で、病院にすぐに行かず手遅れになったと。風邪に似た症状を無視して仕事を続けたとか、正規労働者ではなかった、社会保険に加入していないと病院で無料で診療を受けられないなど、そういう社会環境の問題でアメリカとメキシコの違いが出ているということが書いてありました。もちろん、このまとまったレポート以前に断片的に情報は得ていましたが。

5月20日の時点で、このようなまとまった知識が入っていました。また、日本国内では水際作戦をしたときに患者さんを隔離しましたが、それほど病状が悪化していないということを見ると、それほど大きな事件・事故レベルではないということを感じていました。

つまり、世間の大きな関心事ではありましたが、一方で、もともと鳥インフルエンザを想定しながら訓練してきた。その時の啓発内容と、豚なのに新型であるということがうまく合わないわけですね。ただ、世間のこういった事象に対する特異性、恐がり方、感心の度合いということからすると、あまり亡くなっていないという感じに対応することはできないわけです。このようなバランスをどうするかというのを、最初から考えていました。

神戸市で発生する前から感心は高く、騒いでいましたが、私はそれほどのものではないなと思っていました。JETROのほか、アメリカのCDCでも学校の休校措置について情報を得ていましたが、アメリカは学校閉鎖をしないことを早い段階で決めており、閉鎖しても意味が無いということがCDCのサイトに出ておりました。これを国立感染症研究所でも翻訳して、ホームページにアップされていましたね。

国と国立感染症情報センターというのは、同じ国の機関なのに言っていることが全然違うのですね。国も内閣府、厚生労働省の言っていることが少しずつ違う。WHO が発表した言葉についてのマスコミの報道も、微妙に違う。どうも致死率のことを言っているのか、全体としてのイメージとしてたいしたことないのかひどいのか、といったことが日本語で書いたときに意味が変わってしまっているのです。これは良くあることだと思うのですが、その辺のニュアンスが違うのです。基本は原文でどのように区別しているのかというのを見ないといけません。特に、WHO の発表に軽度、中度、重度という表現があるのですが、向こうでは例えば *mild* と言っていたりするのですね。言葉の意味が違うということもあって、色んな情報をチェックしながら、事象の評価をしておりました。そういった要素が大きく、発生対応として、私たちが判断し、シナリオを書けたということがあった。

もともと国の行動計画を元に、実施計画を作っていたのですが、そのレベルでは裁量というもので想像できる内容ではありませんでした。むしろ、具体的なマニュアルとか、行動の実施訓練をやって初めて、たとえば、この辺りに国の考え方と齟齬があるので、私たちの裁量でやった方がいいのか、それともきつく縛られるのか、ということがチェックできるのです。そういう意味では、計画を実施するときの課題として、具体的なマニュアルや実施訓練ができておらず、この行動計画なり実施計画が現場では使えないということが基本にありました。

たまたま神戸で、5月16日に国内初の患者が発生したときも、いろいろ議論するのですが、学校の休校措置をやるかどうか、やるならどれくらいやるのか、また神戸祭りというイベントを控えていたので開催するかどうか、判断を迫られていきました。そのときに、「あまりたいしたことはないな」ということが頭にありながらも、世間は燃えているので、炎上しているから、そこで「たいしたことない」と言っても、逆に火に油を濯ぐことになりかねません。だから一回休校措置などをかけよう。ただし引っ込めるタイミングをいつにするかということ、その予測を早めにしましょう。だいたい1週間勝負と云う事を考えていました。

なぜ1週間かというと、保育所も休園措置としたからです。保育園は閉鎖しなくても良くて、学校は閉鎖しなければならないというのは変ですよ。だから学校も保育園も一齐に一度休校した方がいいと考えました。ただ、保育園を休園にすると、困るのは働いている保護者の方です。世間が燃えている間は、おばあさんやおじいさんに保育園の代替措置をしてもらう。そうしてでも、子どもを守りたいという気持ちが強いのですね。

しかし、1週間くらいして、何も無いということが分かってくると、なんで預けることができないのかという、逆の気持ちの方が強くなり、行政は何をしているのだという声も強く

なってくるのです。その辺のバランスやタイミングを間違えると、批判にさらされるようになってくる。良い事をしていても批判にさらされてしまうこともありますので、その切り替えを巧くやらなければなりませんでした。

切り替えをするときも、ただ私がこう思っているからこうするのだということでは通用しません。だから、国立感染症研究所に調査に入ってきてもらって、その調査の結果、病原性がどうなのかという判断をふまえて、その結果で、ここまで緩めましょうということをしました。

対策を緩めたり、次のことをするときには、新しい対応策を打ち出すことと、科学的な根拠がセットになるのです。科学的な根拠をもとに説得をしていくことになる。このようなことを模索しながらやっていた。ある意味、先を読んで予測しながらシナリオを書いた、ということです。そのようなことができたのは、阪神・淡路大震災で事態がどんどん推移していく中で、その推移していく事象に対して先手を打たなければ、悪い方向へ進んでしまい、3倍4倍のエネルギーがかかることになるという経験をしたからです。ですから、ともかく先手を打つことによって、負のスパイラルに入らないようにと気をつけました。そのような経験があったから、実践ができたのだと思っています。

手記にも書きましたが、横浜事件というのがありました。なぜこれが事件かということ、勇み足とか、突然公表されたとか、危機管理がなっていないとかで、厚生労働大臣と横浜市長が喧嘩するのです。この情報だけで、新聞読んでいる市民は、横浜市長の発言からは、確かさが足りない。足りないところは聞かなければいけないと、電話をかけるようになってくる、そうすると、どんどん市の仕事が増えていって回らなくなるのです。

国は、迅速キットでA型陽性が出れば、国に報告しなさいということをして4月29日付で通知しているのです。それにしたがって各市町村が対応していましたから、A型が出ると、国に報告すると同時に、マスコミにもその情報を出します。マスコミはそれを報道しますので、それを聞いた人は自分の近くに感染源がいるのか、誰だと、大騒ぎになったのです。だけど結局シロだったのです。何が問題だったかと言えば、迅速キットの確かさの問題なのです。陽性率は完璧ではない。神戸市には環境保健研究所があり、そのことは、そのメンバーから聞いて分かっておりました。

私たちがPCRという検査をやるときには、4、5時間かかるのです。まず、迅速キットでAが出たものを環境保健研究所でPCRにかけます。PCRでは、サンプルの曲線とこの曲線が同じ曲線になれば、新型だというような検査をします。このように分析をする中で、曲線が立ち上がってくるまで3時間はかかるわけです。それから確定までにまた2時間ぐ

らいかかるのです。ですから、曲線がある程度立ち上がって、見極めてから報告すればいいではないかと考えました。それでは厚生労働省の方針と違ってしまいますが、このときは「我々の方針としてはこれでいけ。迅速キットでやったら大変になる」と指示し、現実には沿わないものを現実に沿うようにしたということです。よそからどうしているのかと聞かれ、私たちはそういう風に行っているといったら、結局、国は混乱に混乱していますから、5月9日には、迅速キットの結果を報告しなくてもいいと方針を変えていくのです。国は混乱していますし、現場の経験もあまりありませんので、こうしたらいというセオリーがないのです。セオリーがないなら、我々が判断して責任を取ればいいだけのはなしですから、そういう割り切りをしました。つまりは、そういう割り切りが私たちにはあったということです。

また、政令指定都市という特徴もあったと思います。権限が任されているということもありますし、保健所もありますから、判断するという点について、日頃から訓練させられているというところがあると思います。一般市町村になると、いろいろと県に聞かなければなりませんし、今度は県が国に聞かなければならないという手続きになってしまいます。他に聞かないと動けないということになると、対応が後手後手になりますし、違う事をやったりする。

今回の東日本の震災を見てもそのような事例が多くあります。やはり判断できる職員と体制を作っておかなければなりません。そのために必要な情報が入手できるということが大事でした。

私もこの手記で述べておりますが、情報を自分で集めておりました。国立感染症研究所の先生とメールもしましたし、厚労労働省やマスコミとも連絡し、あらゆる情報をメール等でやりとりしながら判断していました。こうした情報収集にかかるエネルギーは、非常に大変なのです。やはり情報将校のようなものが一人はいるなと思いました。情報を集めて分析する情報将校のようなものをおかないと、戦略を組み立てられません。「確かさ」を確認するという意味も含めて情報処理が必要だと痛感しました。

特にマスコミは、情報機関です。マスコミの構図というのは、たとえば、記者が厚生労働省、内閣府、国立感染症研究所、WHOにもいて、彼らの情報を全部アンカーマンであるデスクに集めて、その情報を分析しながら記事にしていくのです。ですから、彼等ほど情報を持っている人はいません。だから、私は記者会見が終わると、自分の部屋をオープンにしておきます。そうすると、記者がどんどんやって来ます。その中で話をしていくわけです。全国紙の記者は、厚生労働省はこういうことを言っているとか、こういうものを出そうとしているがどうか、ということを混ぜて質問してきます。それが、逆に私たちにと

って情報はなるのです。マスコミとの会話の中から政府の動向を見極めたりもしてありました。そのように、今回の新型インフルエンザについては、まさに情報戦だったと思います。

福本：新型インフルエンザの発生当初は不確実性が大きかったように思います。感染力とか強毒性がどのくらいなのか分からない中で対応しなければならないということで、自然災害とは違うと思われました。

桜井：それは大きかったと思います。たとえば、5月9日に高校生が発症したという情報がありました。これ（記事）を見ると国内初と書かれていたのに、これが後に国内初ではなくなるのです。水際だったから国内初ではないと言ってしまふ。CDCのレポートをチェックしていくと、5月5日のレポートで、学校は再開しても良い、生徒・職員で発症した場合は7日間自宅に留まりなさい、外出するのも医療機関受診以外は避けること、つまり医療機関にかかっても良いということですね。5月5日の時点でアメリカでは学校閉鎖は意味が無いと報道し、一方で日本では水際でつかまえて、牢獄みたいな所に入れている。この差は何なのだろうかということ、われわれは思っていました。

ですから「確かさ」をどうやって確かめるのか、ということが大事でしたね。メキシコはどうなっているのか、WHOはどのように考えているのかということを確認していきました。そういう時に神戸で患者が発見されたのです。神戸でもいつかは発症するのではないかと考え、シミュレーションしておりました。発生の手順の他に、具体的に神戸に入ってきたときにどうするのかということペーパーに落とさせ、この流れはおかしいということを議論していたのです。それが12日。この流れはおかしいから修正しろと言っていたら、16日が来てしまったのです。私共の環境保健研究所では、検体検査をやったときに、渡航歴がない人だったので、自分達の検査が間違ったと思って3回くらい検査をやり直しました。そのために報告が遅れ、私に情報が入ったのは、夜の11時頃でした。それからが大変です。あまりぎりぎりになって、マスコミ対応をしにくくと、そのことだけで、負のスパイラルに入ってしまうので、それは避けなければなりません。ところが先にテレビに流れてしまったのです。なぜマスコミに流れたのかと聞くと、厚生労働省に報告したらそこから流れていたらしいですね。横浜市と国とやり合いをしたときも同様でしたが、マル秘と言っても、だめなのです。マスコミは情報機関ですから、どんなことがあっても情報をつかんでくるのです。ですからそんなところを相手にエネルギーをかけるよりも、事情を言ってみればいいのです。私はマスコミ対応は馴れておりますので、本来、会見には危機管理監が対応するのですが、私が出ますとあって、会見をやっていました。

一番の問題は、私が記者会見でやりとりするときに、そのことを内部でどのように情報共

有するかということです。このときは、会見場の後ろに職員が聞けるスペースを作りました。そこに、市長の秘書や副市長の秘書、各局の担当者に来てもらって、メモを取ってもらい、それを上司にあげてもらうわけです。その中で、分からないことや説明が欲しいことがあったら、呼んで下さいということにしました。ですから、この期間中、私は市長、副市長の所に一度も行っておりません。本部会議の時は別ですが、それ以外の時は現場対応をしておりますので、私が説明に行く時間がとられると、現場対応の指揮が遅れてしまうのです。全部それで済ませて、疑問があったら電話をしてもらうことにしました。結局ほとんど聞かれることはありませんでした。全部任せてもらっていましたから。

この事件の重要度という点では、マスコミの尺度とそれに影響される市民の尺度を見極めながらやっていました。

高校生の個人情報の問題もありました。間違っただけとはいえないことは、高校名というのは個人情報ではありません。それで、個人が特定されるということは駄目なのですが、高校名をいったからといって、個人情報だとバッシングを受けることは、払拭していかなければなりません。校長先生がマスクを外してマスコミの前に出て、「何が悪いのですか？」という話をすれば、みんな気づくはずなのです。ですが、このときは校長先生が謝ってしまいました。アメリカではこうですと言ってしまえばみんな気付くのに、そうしないことが私にとっては不思議で仕方ありませんでした。

記者会見で「高校名を言え」とずいぶん聞かれましたが、「高校は県のことなので、神戸市からは言えません」と言いながら、時々ミスって高校の名前を言ってしまって、「聞かなかったことにして下さい」と頼んだこともありましたね。そのような時はマスコミも書きませんでした。結局、マスコミでは既に情報を知っているわけです。知っているから書くと言っていました。しかし私の口からは言えません

小学校や中学校に広がった場合に学校名をどうするか、という議論を市の教育委員会とすることがあって、「通常の学校閉鎖をしたときにマスコミに発表しているのに、なぜこれは駄目なのですか」と聞きました。相手はこれに何もいえませんでした。「バタバタ人が亡くなっていませんし、重傷者も出ていません。だから騒ぐような内容ではないですよ。もっと落ち着いて堂々としていた方が良いですよ」と言いました。そういう中で、1週間をめぐりして早く安心宣言を出していこうということになっていきました。安心宣言のタイミングについては国立の研究所で出してもらったデータを科学的根拠とし、市長から榊添大臣に説明してもらいました。そういうステップを踏んで安心宣言を出していきました。

こういう風に進んでいく中で、私たちがもっとも大変だったのは、医師会です。医師会

という場に行くと、医師会の会員の先生方は専門分野が幅広いのです。小児科から始まって、内科にも循環器など、さまざま専門を持っているのです。その診療所の診療科目によって、先生方は患者が来た場合のリスクを考えてしまうのですね。総論は賛成でも、各論になるとうまくいかないというところがありました。そうした中で、理解してもらいながら対応を決めていくことは難しかったですね。それでも、世間が関心を持って燃えている最中でしたから、医師会にも協力してもらい、診療所を開けてもらうという方針に変えてもらうことができました。これは仙台方式といわれているのですが、これと同じことが、どさくさに紛れた中ではありましたが、やれました。

やれたのですが、やはりこれが本当に大変でしたね。何度も何度も行って、市の専門性のある先生と一緒に行って、大丈夫ですという説明をしても、その場では「そうなのか」という雰囲気にはなるのですが、決定となると医師会の内部決定はスムーズにはいきませんでした。それでも、医師会の会長さんたち幹部の方々に頑張って説得してもらい、何とかなったということです。

内部のことをいうと、神戸市の保健所はこの本庁舎にあります。そして、各区に区役所があります。区役所の中には保健センターがあります。保健センターには、医師や保健士がいて、地域保健を担当しているのですね。5月16日の件は、一般医療機関の先生が疑問に思ったから検体が持ち込まれたのです。保健所はその情報を把握しておりませんでした。

そうした反省を込めて、区ごとに関係医療機関を含めたネットワーク会議を作り、やっていこうという方針を出しました。区によって温度差があって、その調整とか、役割を担ってもらうための説得にはなかなか時間がかかりました。なぜなら区としては業務量が増えることになりますので、末端の職員まで行くと、組合との交渉マターにもなっていきます。また、危険業務なら危険手当をつける、つけないとか、そういう話にもなって行きます。ですから、誰かが右を向けと行ったから右を向く、ということにはなりません。こういう交渉がありますので、時間がかかってしまいます。

そういう時に、自分達が事象に対するイメージや、展開の予測について、どの程度やれるか、どの程度準備できるかと言うことが、危機管理の勝負どころになってくるのです。

5月28日に「ひとまず安心宣言」を出しましたが、16日からだいたい1週間という風に思っていたのですが、結局、28日まで12日間かかりました。結局、医師会には「尚早だ」と言って叱られるのです。医師会の言っていることも分かるのですが、世間のムードは違っているのです。早く学校を開けてもらわなければならない、保育所を開けなければならないと、とそういうムードの方が強いのですよね。彼らからすると自分達の感染した子ど

もが元気なのに、どうしてなの？という話になってくるのです。そことのバランスで、こちらを取ったという話です。ちょっとそれが遅くなると、対応が遅かったと言うことで、市民やマスコミから批判されることになります。

そこで、早期探知という仕組みを作るという対策を一緒に打ち出して、医師会もようやく納得してあげようとなる。ですが、その時はまだイメージ図でしたから、これを具体化して感染症対策連絡会をつくらうと言ったときには、またもめることになりました。話を聞いていないということから始まって。内部は内部で合意手法には色々あるのです。このように絵は描けるのですが、これを具体的にやっていくにはエネルギーがかかるのです。

それでも、こういうものを描くことによって、一つの方向性を出した、対応も考えている、マイナス思考ではなくプラス思考だというようにマスコミの方も評価します。そうすると、記事を良いように書いてもらえますので、市民の方も安心する、そうすると信頼が深まります。これが大事だなと思います。

早期探知の神戸モデルを考えた背景は、実は通常の災害対応なのです。災害対応の時に気象庁はちゃんと警戒情報を出しますし、ハザードマップや防災メモも出ます。そういったものを作ればいいのではないかと思ったわけです。

国レベルでは流行宣言が出ましたね。流行宣言は何回も出ました。ますます情報の確かさが分からなくなってしまいます。

福本：ここを見ると、深刻度は様々な要因によって国ごとに異なり得ると書かれています。

桜井：そうです。医療環境によって違いますね。今回の日本の結果を見ると、医療先進国ということで致死率は小さいということで終わりました。これで安心して良いのかということになると、リスクコミュニケーションの点では、そういうわけではなかったかもしれません。

ちょっと別のスライドを見てもらいます。情報に関してお話しする時にいつも事例をいくつか出すのですが、例えば伝える技術の未熟さとか表現です。例えばこれですが、こういう写真を見る限りでは冷静に落ち着いて下さいという写りになっていないのです。ですから、新聞にこういう写真を使われるということ自体が、問題となるのです。落ち着かせたり、沈静化させるための言葉の使い方や表現、つまりリスクコミュニケーションということですが、実際にやっていることと言っていることが違うのです。例えば、後で調べた

データでは、映像や報道で、不安に思う人が 4 割をこえています。

福本：これはアンケート調査か何かでしょうか。

そうです。私たちが消費者動向調査に盛り込んで調べたのですが、5 月 15 日までは 4 割くらいの方が不安に思っていたのです。だからこそ学校閉鎖ということが受け入れられたのです。これが低い数字だと、なぜこんなことをするのだという話になってくる。裏腹なのです。

福本：消費者情報調査の結果は公表されておりますか。

桜井：出しています。神戸の場合、発覚したというときには 7 割を越えているのです。だから休校措置は市民に支持されました。ですが 1 週間が限度でしたね。ひとまず安心宣言をしたら、みな喜んでくれた。そして 3 割台になるわけですね。マスク姿が消えまして、咳をしてもマスクをしていないという、またこれはこれで問題としました。

それから、伝える技術、表現などのリスクコミュニケーションをきちんと考えておかなければならないという事例になります。

まず確かさですね。流行しているのか、何が正しい情報かということです。8 月 19 日に厚生労働省が発表したときに、本格的な流行ということが記事になっているのです。そのときの流行マップは、まだこんな程度なのですよ。ただ沖縄だけがすごい状況になっている。なぜ沖縄がこうかという、一つは、定点観測をしている病院が小児の病院だったからです。ここに集中していたから上がってしまう。だから定点の測定の問題もあるのです。

そして、8 月 28 日に、今度は流行シナリオというのが出るのですね。そのシナリオでは、9 月下旬から 10 月上旬にピークが来るということを厚生労働省が発表するのです。一方、その同じ時期に、ワクチンの意見交換会資料というものが、ワクチン懇談会から出ていて、それを見ると、年齢階級を含めて十代が結構罹っているのです。ところが、1 日 76 万 2 千人、20%が発病して、病院に入院するというデータを計算すると、この構成比と合わないのですよ。日本の人口を見ますと、ご存知のように高齢者が多いのですが、全体の 2 割ということは、高校生が 100%罹らないと 2 割にならないのです。だから一つのデータを取って見ても、全人口の 2 割がかかるという中で、年寄りが罹っていないとすれば、若者は何割罹るのかということで比率が全然違ってくるのです。そうすると、このデータを見たら、諸外国の年齢の分布を見て、これに日本全体が 20%にかかるような計算をすると、厚生労働省の発表資料は何を根拠にしているのか分からなくなってくるのです。僕らはこ

ういう資料が出たときにいろいろな資料とつきあわせることによって、これは「おかしいな」と見極めていました。そういうことをなぜ同じところを出している資料でやらないのかと思いましたね。その結果、新聞には「流行」と書いてあるのに、私たちにきた通知文には「仮定の流行シナリオ」と書いてある、ということがありましたね。片や新聞には「流行シナリオ」で、9月から10月にかけてものすごくピークが来ますよとなっている。しかし通知文には「仮定の流行シナリオ」だから本当に流行するか分かりませんと書いてある。これは問題だと思います。このような資料を出したりすることによって正しいコミュニケーションを取っていないのです。むしろクライシスにもちこんでいる可能性がありますね。

10月16日には、ピークを迎えたとは言えない。厚生労働省の発表は違っていたということになりますが、「すみません違っていました」とは言わないのです。これは素直じゃないですから、国民は支持しないですね。(スライドを見ながら)これが厚生労働省の発表の資料です。10月末になって本格流行が来ます。実は本格流行が3回くらいあったのです。まず11月23日~28日にありましたね。だから、ちょっと遅かったですね。人口の約14%だから2割には行かない。これは当然でしょう、あの人口構成比では。そういう事例がありました。

それから、これは啓発映像です。ちょっと音声を上げます。(映像を見て)これはイギリスの啓発映像です。どちらかという脅かし型です。ところが、これが日本のもの。明らかに間違った啓発をしていますね。手で口をふさぐのは駄目といわれているのに、日本の政府公報が間違ったことをやっている映像を流しているのですよ。これでは信用をなくしてしまう。それから、これがアメリカのCDCの啓発ポスターです。こっちはどちらかという、かわいい系なのです。やっぱり、国によって啓発のスタイルが違います。これは、ポストカードになっていて、友達におくっていいよとなっている。

福本：デザインも良いですし…

桜井：日本のものは、まるで工事現場のポスターです。啓発コミュニケーションをとるという考え方がないのですね。また、これは減災ドットコムが作ったポスター、これはわかりやすい。日本の政府広報は駄目ですけども、民間広報は良いのですね。そして、これが私共の作ったポスターです。そういうことを頭に置いて、広報紙を作ったのです。

それから、これは何日休んだら良いかというもので、厚生労働省の通知、指針では「発症した翌日から7日を経過するまで、解熱した日の翌々日。」下は保育所の感染ガイドラインで、5日以内に症状はなくなりますが、「症状が始まってから7日目まで、解熱の3日後。」これではわからないですよ。もっと面白いのは、学校の臨時休校、「下熱後2日間できれば7日間欠席」「積極的学級閉鎖」と「消極的学級閉鎖」というのがあって、これでは分

からないですよ。こういう表現が、リスクコミュニケーションとしてはもっともまずいですね。兵庫県や県の教育委員会も国のものを受けてこういうのをつくっておりますが、これ（スライド）は、登園自粛については、「医師の判断等により治癒するまでの期間」とか、「症状の出た日の翌日から最低 5 日間かつ解熱した人の翌日から 3 日間」とかになっていますこれでは計算しても分からないのです。ところがアメリカでは、はっきり「解熱剤を使用せずに」と書いてある。日本の場合には、「解熱剤を使用せずに」とは書いていないのです。医者に行って解熱剤をもらい、それを飲んだら下がったからそれから 3 日で大丈夫だ、となるのですね。

ところがその期間はだめなのです。アメリカの CDC の場合は、解熱剤を使用せずに自宅で 24 時間経過するまでと推奨しています。色々比較すると面白いですね。日本では何も分からないから、とりあえず医者に行ってしまう。それで医療機関がパンクしてしまうのです。結局、コミュニケーションの失敗からクライシスを呼んでしまっているという事例ですね。

福本：神戸大の岩田先生にインタビューしたのですが、コミュニケーションの失敗が医療機関をパンクさせたという話を、というよりも苦言を呈しておりました。

桜井：これは岩田先生にも関係しますが、10月の意見交換会でワクチンの接種が1回ということになるのですね。ところが、その後接種回数は、政務官がドクターだったものから、撤回されてしまうのです。さらにその後、16日は1回だったものが、19日には議論が拙速だったということで二転三転していくのです。結局市民から見ると、何を信じてよいのか分からなくなりますね。国が決定したというふうに報道されているのに、それが実は決定ではなかった。そういうことが繰り返されていくわけですよ。

意見交換会では、森兼先生と岩田先生が頻繁に発言しますね。旧来の厚生労働省の審議会の委員だったメンバーが保守的で新しい知識がないと、森兼先生と岩田先生が攻めているのですね。だから医学論争のような、よくわからない戦いになってしまっています。結局臨床研究のことを調べて、最後はまた議論。臨床研究が間違っているとか、間違っていないとか、それから研究対象が違うとかです。結局、最後は、何回になったか分からなくなるのです。よく調べると、20代から50代は1回とか2回とか。最後になると、当面は2回ということになっていて、知見を深めて検討ということになります。市民にとっては本当に分からないですよ。11月11日にまた見直しとなります。妊婦さん、基礎疾患患者、健康成人、高齢者は1回、中高生は2回となって、また今後の知見を深めて検討ということになっている。また残しているのですね。中学は1回になる。1歳から13歳は1回、その他2回となる。そうしている間にワクチン接種が下火になって余ってしまい、大量放棄になっ

てしまったわけですよ。

福本：医療機関の先生はたまったものではないですね

桜井：ワクチンが一人分なら良いですが、20人分くらいになると、患者が来なければ捨てなければならぬのです。だからものすごく無駄が多いのです。これなんかは「40人分使い切れず」と書いてありますよね。結局、困るのは現場なのです。

私にとっては、こうした新型インフルエンザのワクチン騒動は、リスク・コミュニケーションとしても危機管理の研究材料としても良い事例を提供してくれたと思っています。反省点は多いと思いますね。

行動計画を作る場合には、行動計画の域にとどまらず、自分が具体的にどのように行動したら良いのか、というところまで落とし込んでいけるように、仕掛けをしていかないといけないと思います。

それから、マスコミ対応というのは、避けて通れません。その際、マスコミがどのような人種であるかを理解した上で対応していくべきです。マスコミ対応は難しいといわれますが、その印象で全てが決まるようなところがありますから、気を付けてやった方が良いでしょうね。

福本：マスコミ対応が難しいというのは、人によってマスコミ対応のあり方に対する考えが違うということがあると思います。懇切丁寧に対応した方がよいという人と、岩田先生のように、全くマスコミ対応はしなくてもよいという人もいます。

桜井：その人によるでしょうね。

これは、関西テレビ系で流れた会見ですが、ご覧のように狭い会見場です。緊急で仕方なかったのですが、記者を落ち着かせなければなりませんので、狭い空間では駄目なのです。だから、変更してもらいました。ここを使ったのは一回だけです。

その後はこのように広い会議室になりました。そうすると落ち着きが出てきます。マスコミの方もエキサイトしなくなる。ちなみに、マスコミの様子なのですが、記者はマスクをせずに、テレビカメラの連中がみんなマスクをしていますよね、聞いてみると、前の日に飲み会だったそうで、お酒臭かったのです。それだけの理由だそうです。そういう雑談を、会見が終わった後にできる関係をつくるのです。