

テレビも、映像などはマイクロウェーブ波で本社にそのまま飛ばしているのですね。だからここに来ている記者にあまり知識がなくても、社のデスクに音声と画像が流れていて、そこから指示が飛んでくるのです。だから、よく知っているなど思っても、実は後ろから指示が出ていたという場合があるのです。それから、共同通信なんかは、メールに厚生労働省の会見情報が入ってくるようですね。それを見ながら質問してきます。厚生労働省の誰れさんがこういうことを言っていますが、どうですか、とか聞いてくるのです。私たちはそんなことを知るはずないですよ。このようにマスコミは情報高速化時代に入っていますから、われわれもそれに対抗できるだけの情報部隊を持っていないと負けてしまうのです。

次ですが、我々は、対策本部会議をマスコミに全て公開していますが、実はそう言いながらも、ここではコア会議というものを、市長も入れてやっております。ここで大まかな方針を決めているのです。その上で、外部の方も入れた対策本部会議で方針を決めるのです。侃々諤々の議論はコア会議で行っているのです。対策本部会議では、外部委員との議論になります。

これは、医師会との会見写真ですが、これも私たちがお願いをして、医師会長に出てきてもらって、会見をしてもらったのです。医師会が医療機関をオープンするというのを、こういう状況でやると、医師会も後ろに引けないですね。

これは、ある自治体の会見ですね。一番まずいのは、左端に座っている人で、この人は広報担当の人なのでしょう。広報担当というのは、本来であれば、マスコミと発表者の間に立って、さばく役割なのです。その人が、会見者と同じ席に座ってしまえば、マスコミからすると向こうサイドの人間になってしまうのです。そうすると会見を打ち切ることができなくなってしまいます。広報の鉄則と言えば、絶対にあんなところに座ってはいけない。立ったまま、記者を指名し質問させて、時間が経ったら切らなければ行けない。そういう役割を果たしていないのですね。

それにこういう姿、両方が相談している絵姿がありますよね。それから、髪の毛がぼさぼさで、ネクタイがゆがんでいますね。こういう姿は自信なく見えて、市民から見るとものすごく不安になってしまう。これは、マスコミに対峙する時の基本的なことが分かっていないということです。これが映像に映ることで市民を不安にさせてしまう。そうしたことを意識せずに会見しているということは、今のメディア時代からいくとマイナスです。こういう映像は、今はテレビだけではなくて、YouTube やニコニコ動画にまで流れてしまうわけですからね。ですから、映像を取られるという会見のスタイルについて、イメージを持ちながらトレーニングしなければ太刀打ちできないですね。

次はある自治体が嘘をついたときの謝罪の模様です。生徒さんの家族から言わないで欲しいと言われたものだから、インフルエンザに感染していないということを言ってしまったのですね。それが嘘だということがわかって、大もめにもめてしまったという事例です。

これは学校名の公表です。このように新聞なんかは、エクスキューズしているのです。このお断りというのも、微妙に変わるのですよ。「生徒が新型インフルエンザに感染していることで地域住民の安全を鑑み実名で報道する」となっている。ところが、民間企業でも、感染者が出てくると自分から発表するようになってきます。大企業はよいのですが、小さな商店なんかで感染者が出てくると、その店がつぶれてしまうということにもなりかねないわけですから新聞のお断りは、ケースバイケースですと言い換えていくのです。

福本：確かに企業の規模によって、風評被害をまともに受けて…

桜井：そうです。たとえばある銀行が、私の所に電話をかけてきて、「うちの社員が感染しました、記者発表したい」と言うのです。市立中央市民病院に入院している、というのです。しかし私たちのところには、入院している人の個人情報なんかは入ってきていないのですよ。お医者さんだって、患者さんがどこに勤めているかは治療と関係ありませんから、患者さんに聞きませんよね。ところが、本人が会社に電話を入れたわけですよ。今、感染して中央市民病院に入っていると。そこでその銀行から問い合わせを受けたわけですが、私たちにはわからないですよ。そんな話もありました。

福本：いろいろ面白い話がありました。いくつか質問したいと思います。私共の今回の研究の中で、一つの大きな問題は、自治体と国との調整、自治体と都道府県との調整、自治体と医療機関との調整など、調整がどのように進められているのかということです。神戸市は政令市ですので、感染症法ではかなりの権限を与えられていたかと思いますが、兵庫県と同じような対応をするということになった場合、県と神戸市の対応の調整がどのようになされるのでしょうか。

桜井：まず、県の副知事と私とで携帯電話のホットラインを作っておりました。それに、県の危機管理の職員が神戸市の危機管理に常駐し、また神戸市の危機管理の職員が県に常駐して、情報交換をしながらやっておりました。

ただ、それでも齟齬はどうしても出てきてしまいます。私共が「安心宣言をやります」と言った際には、知事は「県はまだそういう状態ではないからやらない」と仰っておりました。

結局、県は宣言を出すのが遅れたのですが、そのために観光業界から突き上げがあったようです。というのは、県の観光客がかなり激減していた中、神戸市が宣言を出して、安心だとキャンペーンをはったわけです。ところが、県は何も言わないので、なぜ言わないのかと、他の市町村の観光業界などからだいぶ責められていましたね。だからといって、県におさえられるというのは困るので、副知事と電話をして、知事とも話をするのですが、時期尚早だと仰っていました。

そういう兵庫県と神戸市は阪神・淡路大震災以降、いろいろな形で意見交流などをやっていますし、一緒にやってきたメンバー、知っているメンバーが多いので、そういうことができるのだと思います。トップ同士の関係も良好ですし。

国の方では、始めは混乱していたということもあるのでしょうけれど、神戸市がやることに対して駄目だとは言わなかったですね。また、偶然、感染症課の梅田課長が神戸市におられたことがあるのです。彼女ともホットラインをつくっていましたし、電話でもやりとりを行いました。それから、私は厚生労働省に詰めている記者ともホットラインをつくっておまして、その記者に「この質問を聞いて欲しい」と頼んだり、「厚生労働省の考え方がおかしいからそう言って」とお願いしたりしていましたね。

福本：私たちから見ると、全国の自治体の中でも、神戸市と仙台市は当時うまく対応していたという印象を持っているのですが、逆に仙台市や神戸市がうまく対応できたのは、地元で大学があるとか、阪神・淡路大震災があったりして危機管理慣れしているというところがあったのではないかと考えている。他の市だと、地元で国立大学がないとか、研究機関とのネットワーク、厚労省とのネットワークがないということで、政令市だったというところが大きいと思うのですが……。

桜井：たとえば、大阪では、対応する病院、措置する病院が離れていたということがあって、検体を取るのに保健所の職員が患者さんに直接お伺いをして許可を取っていたそうです。私たちの場合は、すぐの病院に運んでそこで検体を採取するということができたから、そういう立地条件も大きいのではないかと思います。

他にも、たとえば、保健福祉局はこの本庁舎にあります。保健所が違うところにあったとしたら、また動きが違うということになっていたかもしれませ。保健福祉局という行政判断をするところ、保健所という医療の判断をするところ、そして危機管理もここにある。そうすると、ものすごくコミュニケーションが取りやすいのですね。

たとえば、保健福祉局には対策本部を作って朝晩ミーティングしていたのですが、危機管

理のメンバーも入っていましたし、教育委員会のメンバーなど、色々なメンバーが入っている中でやることができました。場所がばらばらにあると、やはりコミュニケーションの取り方は違いますね。横浜市の前の危機管理監の上原さんにお聞きしたのですが、横浜市内で騒動が起きたときは、危機管理と保健福祉局と保健所が違う場所にあったそうですね。そうすると電話のやりとりになります。保健所は保健所として衛生研究所に検体を調べさせるが、その情報は即こちらに入っていないということが起こってしまいます。そういう意味での機関同士の立地ということも、大きいと思いますね。

われわれは、保健所をちょうど 4 月にここに持って来たばかりだったのです。中央区役所が JR 三宮駅のすぐ東側にあるのですが、それまで保健所はその上にいたのです。それでは意思疎通がうまくいかないということで移したら、新型インフルエンザ騒動が起きたのです。そういう意味ではものすごくラッキーでした。

仙台市の場合は医師会と対応するという形をとっていた、岩崎さんですね。そういうことがベースにあつてうまくいったのだろうと思いますね。私のところは、最初はそれがなかったから大変でした。

笹岡：自治体のことで質問ですが、さまざまな自治体がある中で、国の指示がないと困るという自治体もある一方で、そこらへんはあまり関与して欲しくないという自治体もあると思います。一律にできるのか、個別に考えるべきものなのか、その辺はいかがでしょうか。

桜井：私たちも国に行ったりするのですが、あの世界に入ってしまうと現場が見えないですよ。あそこは理屈とペーパーの世界になってしまうので、リアリティがない。だから、現場のリアリティを盛り込めと言っても、現場はそれぞれですから、盛り込みようがないのです。平均的な物を書いているということでしかないのであって、中央の方がその問題に精通しているのかといえば、しているはずがないですよ。現場を踏んでいませんから。だから意見を求めても、分からないから書いてあることしか言わないのです。そういう国の性質を知っていれば、そもそもそこまで国に求めないですよ。ですが、性質を知らない人は、県や国がよく知っているという思い込みがあるのです。確かに文書やマニュアルがある、事例集があるかもしれませんが、聞いた人が知っているとは限らないですよ。だから「書いてある通り」という返事しか来ない。

余談ですけれども、今回の東日本大震災の後、3月12日に、内閣府参加から来てくれと頼まれたのです。新幹線がまだだめでしたから16日に行ったのですけれども、あの空間に

入ったら震災というムードがないのですよ。リアリティがないのに、机の上で全然違う議論しているような印象を受けました。

そういう現場感覚のない世界で仕事をしている方も、現場を見てその感覚を持ち帰ったら別なのだと思いますが……。ただ、持ち帰ってもその人一人では何もできません。やはり、こういう感染症も含めて、目の前の市民のためのことができるのは、まず市町村ですから。そういう感覚を大事にしつつ、市民を助けたりするために、国に対してこの制度をこうしてくれというのはあっても、どうしたらいいですかということを知ることはやめたほうがいいと思うのですね。

福本：各自治体に新型インフルエンザの行動計画が作られてはいるかと思いますが、しかし、厚労省で作った行動計画の焼き直しも多いとも思います。自治体からすると独自の計画を立てにくいということがあるのでしょうか。

桜井 計画を作って、さらにその下の具体的なマニュアルを作る作業をするのと訓練をするということだと思います。

地域防災計画でもほとんどが横並びですよ。違うのは、マニュアルを作っているかどうか、さらにその下に落としているかどうか。現場で何が大事かということ、例えば、今回の東日本大震災の時に、私も地域防災計画をいろいろ見たのですが、県の計画をそのまま市の計画にしているところがあって、生活再建支援金なら、給付すると書いてあって、そこまでなのです。じゃあどうやって給付するのかというときには、こんなケースあんなケースといった Q&A が必ずいるのです。この感染症、新型インフルエンザも同様ですが、電話で受ける質問に対する Q&A がいるのです。まずそれがあのかないのか。マニュアルとしてあるのかどうかです。具体的に言うと、実際に給付するときに、どういうふうに机を配置して、来た人をどういう流れにして、というものがあるかないかですね。さらに、災害があって、職員が半分になったときに、どこを誰が担当するのか、こういうところまで落としておけば、動けますよね。ですがここがないのです。

新型インフルエンザでも、マニュアルに書いてあることを、もう少し下に落として、ではこの時に、50人同時に発生したらどうするのか、というようなイメージで、Q&A でその時にどこの病院に連れて行くのかということを知りたいと聞けば、これはどうしようもないということに気がきます。さらに、では、どうしようもなくなったときにどうするのか、その時は予防かな、とか。また、予防のところでも漏れがないように、どこまできめ細かくやれるかという対策にも結び付く。さらにその対策でも、さらに細かくこの人をどのようにチェックするのかとか、そこまで考えていけるのです。そういうことが必要だということ

を、私たちは阪神・淡路大震災の中で得ているのですけれども、それが、今回の新型インフルエンザの行動計画にはなく、作った実施計画にもなくて、NHKの本にはそれがあったと。

笹岡：2008年11月に行った訓練には、やはり大きな意味があったのでしょうか。

桜井：そうですね。これによって問題点がかなり明らかになってきました。私はこのときの訓練でも、口を酸っぱくして、マスコミ対応の仕方をかなり指示したのですけれども、いざ5月に発生して会議を開いたら、この訓練が全然生きていないのです。もう全く忘れてしまっているのです。それでもう一度集めてやり方を教えていきました。

よく間違えるのは、緊急時は日本ではこういう対策会議を開きますよね。ところが、それは違うのです。緊急時の会議というのは、椅子だけか、立ったままか、教室型なのです。そこできちんと報告する人間が前に出て報告する。どのような進め方をするかというのをそこで説明するのです。そういうやり方じゃないと、報告と皆の問いかけをして、ディスカッションをする。円卓型でやると、まあいいかということになる。雑談形式になってしまって、プレゼンテーションという能力が落ちるのです。前に出て説明すると、分からないところがあれば、聞いてきますよね。そういう、緊急時の場の作り方というものもある。そういうものを含めて対応のやり方を教えていかなければならないですし、日頃からのリスクコミュニケーション、特に健康危機管理は、リスクコミュニケーションをきちんとやっているかということですね。

インフルエンザの時は、私の横には必ずドクターがいたのですよ。記者会見の時、私から全部説明するのですけれども、高校生が元気かどうかのような医学的などころではドクターが必ず言うのです。なぜなら、私にはそういう知見がないですから。専門家が専門家として確率を含めてきちんと発言することが大切なのです。東日本大震災の原発記者会見もそうですけれども、やはり素人が言っても信頼性がないのです。使ってはいけない言葉を使っていたりしますしね。

まあこういうことは皆さんの方がくわしいかもしれませんね。皆さんはやはり法律学をやるのですか。

笹岡：私たちは政治学や行政学を専門にしています。

桜井：意思決定のプロセスがどのようになっているのかということの研究しているのですね。

福本：災害の経験が無い自治体からすると、メディア対応の大切さが分からないのではと思うことがありますが、そのあたりはいかがでしょうか。

桜井：対応というよりも、マスコミが持っている情報をどのように引き出すのかという事が大事。うまく切り抜けるということではないと思います。

本部を取材するのはどういうことかという、次はどの現場にいけばいいのかということを見極めているということです。発生した高校から病院にうつるとか、取材先を決めていく事になります。

マスコミも、従来のマスコミとは変わってきています。例えば、マスコミも、コストカットしているので、情報を足でかせぐということが少なくなっているように思います。だから、ツイッターなどの情報を確かめて、情報をとってしまうということが起こります。記者の数も減ってきていますので、東京中心の情報ばかりで、ローカルネタを遣ろうと思えば、ソーシャルメディアを使う必要が出てくるのではないのでしょうか。

笹岡：メディアに対しては、どのような評価をされているのでしょうか。

桜井：メディアについては、印象として、関東のメディアと関西のメディアの性質が違うのではないかと思います。

新型インフルエンザが起きたとき、関西のメディアは冷静でした。こちらのメディアはあまりどうのというのはなかったように思います。関東のメディアが騒いでいたという印象でしたね。それは、舛添大臣の知名度からかもしれませんね。ひょっとしたら、大臣が違っていたら、メディアも違っていたのかもしれませんがね。もっと下の、淡々とした官僚が出たら、ああいうことにはならなかったと思います。そういう意味でも対応訓練が必要なのではないかと思っています。

そういうことも念頭に置きながら、「ひとまず安心」という言葉も考えました。どういう言葉なら人の感性に訴えることができるのか、というのを意識しました。本当に「安心」と言い切るには、世論に一抹の不安がありました。だから「ひとまず」というのをつけたのです。

また、内閣府と厚生労働省では、通知文が微妙に違っておりましたね。縦割りで、一つ

の事象に対する認識が違っていました。もう少し組織内のリスクコミュニケーションをもっとやらなくてはいけないと思います。ばらばらの方向のものが下に下りてくるわけです。それを現場で議論してうまく調整できればいいのですが、それにはものすごいエネルギーがいますよ。そういうことを専門的にやる人がいないときついのではないかと思います。このごろは国も HP に情報を載せておりますので、情報部隊をつくっていることで、そうした判断のベースとなる情報収集が可能になります。

厚労科研費ヒアリング調査 3

1 日時、場所、対象者

2011年12月6日

リージャス仙台

岩崎恵美子氏（前仙台副市長）

2 参加者（五十音順、敬称略）

小松志朗、角田和広（速記録作成担当者）、福本 博之、宮脇 健

3 速記録（本文）

福本：今日は、こちらにも書かせて頂きましたが、私たちは、2009年4月の末に始まった新型インフルエンザに対する、政府と自治体の対応について共同研究を行っております。特に関心があるのは、政府の対応というのが H5N1 を想定した、強めの対応をしていたと思うのですが、逆にそれが現場の人たちにとっては現実的な対応ではなかったと、そういったことになります。

岩崎：できもしないことを現場にやらせようとしても無理があります。基本は、やはり自分達でできることをやらなければ、地域にやってもらわなければ困ります。実際、私は、感染症の専門家として、H5N1 についてもあんなことが起こるとは思っていません。感染症ってルール違反はしないのですよ。絶対にとんでもないルール違反は起こり得ません。メキシコで流行した新しい型のインフルエンザが世界に広がるのは分かり切ったことです。メキシコからはアメリカにすぐに広がってしまうのも分かり切った話ですよ。それは、アメリカとメキシコの間の人間の交流について考えたときに、メキシコ人はチープレーバーですから、アメリカはメキシコ人が日帰りで通勤で行ける範囲ですよ。人の往来はアメリカとメキシコでは日常的で、すなわち、人についてくる感染症なども日常的に持ち込まれている訳です。ですから、当然アメリカと人の交流のあるカナダ、日本に広がるのも分かり切っていた話しでした。そういう発想がないという点でも、私は、やはり日本の国の対策は感染症の基本を理解せずに、WHO に固執したところに問題はあったと思います。

宮脇：今回の共同研究に対して、厚労省の科研費と文科省の科研費を頂いておりまして、おそらく報告書を作成するときに先生のお名前を出させて頂くことになりますが、よろしいでしょうか？

岩崎：全然構いません。

宮脇：もちろん今日記録させて頂いたことは、まず事前に先生に確認して頂く、という手順を踏む予定です。

岩崎：全然構いません。私は全く厚労省とやり合ったという訳ではなく、私ももと厚労省の人間ですから、仁義は切っています。自分が、厚労省の方針と違うということをやるとあたっては、私はきちんと感染症課の当時の課長のところに行って話しました。彼女は、「先生がそれで良いとおやりになり、責任取られるのであれば、良いのではないですか、」と仰られ、私は背中を押してもらったように感じました。ただ、この話しをしに行ったのは、メキシコでインフルエンザが発生する前の話です。確か、その前の年の12月位だったと記憶しています。

実は、私が何故仙台市に呼ばれて来た理由は、前の梅原市長が、私のことを書いた「検疫官」と言う本を読んで、私に白羽の矢を立てられたようでした。

ですから、市に来ての私の使命は、インフルエンザ対策をきちんとやることでした。日本一のインフルエンザ対策を作る、と彼は言うておられましたが、結果的にはやっぱり元役人の彼は、基本的に国にたてつくようなことには反対で、国が作成したものを更に細かくマニュアルを作成しろ、という感じでした。それで、凄い分厚いマニュアルが作られました。

実際、パンデミックが発生した時には、その分厚いマニュアルを見る訳はないし……私は市長に「できることをやりましょう。」と進言しました。しかし、市長には最後まで「これで大丈夫か」と、言われました。でもそれを私は無理矢理押し切りました。

というのは、感染症を良く知っている専門家が、今回の国のブレーションにはいず、ウイルスの専門家が中心になっていることを知っていました。彼らは、感染症の専門家ではないのです。そこに、私は1つの間違いがあるのだと思います。

ウイルスが怖いと言っても、私はエボラの現場にも行っていますが、誰かがやらなければならない、やれるのですよ。ウイルスのことさえ知っていれば、そのウイルスが何処までできて、どういう経緯で感染したのかを知っていれば、それを避けるすべはみんなある訳ですよ。そのために感染症の専門家でなければならないのです。ウイルスの専門家であっても、患者を診たことがない、ケアしたことがないのですから、感染症対策を語ることは出来ないと思います。

福本：実は2週間前に、神戸大学の岩田先生にヒアリングを実施しました。やはりその時にも、岩田先生もウイルス学の学者と感染症の専門家は異なる、という話を伺いました。

岩崎：岩田先生のこと私も私はよく知っていますよ。

私は、感染症対策を考える上で、国の役人の経験が大きかったと思っています。9年検疫所で働き、水際での感染症対策をやってきました。

もし私が仙台市に来なくて、検疫所長のままでしたら、成田での対応はやらせなかったと思います。あのような対応は、世界的にも、感染症を知っていたら、恥ずかしい対応だと思いますね。

小松：あれは日本だけですか？あのような物々しい防護服は…

岩崎：当たり前です。後は、韓国や中国もやっています。韓国は日本を真似していますからね。韓国の検疫法は、日本の法律を全て韓国語訳にただけなのですよ。

小松：では、日本だけが昔からずっと

岩崎：ええ、昔から日本はアジア地域では最先端を歩んでいました。それでそれを真似て追いつけ追い越せでやってきたのが、韓国なのです。

小松：同じ島国でもイギリスは異なるのでしょうか？

岩崎：イギリスは島国ですが、世界各地に軍隊を派遣し、未開発地域を開発し植民地を作りました。その時に発達したのが熱帯医学なのです。熱帯医学というのは、世界の未開発地域に軍隊を派遣する際に、兵隊が病気になって、兵力が低下したり、兵士が死んでしまう、というので発展した学問です。ですから、これは軍の医学といえます。アメリカでさえ、熱帯医学は軍の中で一生懸命研究しています。熱帯医学で一番有名な学校はロンドン・スクールとリバプール大学です。当時の大英帝国が、自分の植民地を広げるために、兵隊が死んでしまわないように、如何に効率よく軍を動かすかを考え、熱帯地域での病気などを色々研究し、その結果発達した学問が熱帯医学です。

日本にはそういう発想は余りありませんでした。第二次大戦では多くの軍隊が南方で、マラリアにかかったりして亡くなっています。

また、ヴェトナムなどの東南アジアでは土のなかに特殊な細菌がいます、泥の中で細菌にアメリカ軍の兵士達が感染したりしました。この感染症はメリオイドーシスと言う感染症で、この感染症は潜伏期が非常に長く、アメリカに帰ってから発症し、中々診断がつかず、すごく問題になりました。実は、第二次大戦で南方から帰ってきた日本の兵隊の中にも同じ感染症、メリオイドーシスの報告がありましたね。

福本：東南アジアへの旅行者が多いからでしょうか。

岩崎：熱帯医学だけでなく、感染症についての実践的な学問が発達していない日本では、医学部の授業の中で熱帯医学や感染症を学ぶ機会はあまり、ありません。ですから、東南アジアを旅行し感染症に罹って帰国して来ても、日本のお医者さんには診断できないのが現実で、それらが今、大きな問題になっています。そのような背景の結果、それらの感染症に対しては、宇宙服（防護服）を着て対応し、感染症から身を守ると考えるような発想になってしまうのです。

福本：そういう意味では、政府の対応からどのように現実的な対応に移すことができるのか、それが我々の大きなテーマの1つといえますが、まず質問票の頭から質問をさせて頂ければと思います。まず先生が作成された、メディカル・アクションプログラム、後は仙台市の新型インフルエンザに対応に関する基本指針についての質問となります。まず、メディカル・アクションプログラムを作成する際に参照したものはあるのでしょうか。

岩崎：いえ、ありません。（福本：では先生のご経験に基づいて？）ええ。計画を作るにあたっては、当時、私は仙台市の副市長でしたので、仙台市の健康福祉局の次長に相談しました。彼に私は、今やっている国の対策は感染症を考えた時に、非常にナンセンスで、別な方法でないと対策は出来ないと説得しました。私は、とにかく国が指示するようなインフルエンザ対策ではインフルエンザのコントロールはできない、ずっと検疫所時代から思っていました。それで仙台市に来てから、兎に角、普通にお医者さんが診てくれる体制を作ろうということで、医師会を入れた体制を検討し、医師会との折衝に1年間をかけて、彼らを説得しました。その時にかっこいい名前を作ろうということで、彼と二人でメディカル・アクションプログラムと名づけました。そして、自治体と医師会の提携という形にした訳です。

小松：医師会の最初の反応は？

岩崎：全然ダメでした。最初、医師会はインフルエンザの患者さんを診たらすぐ、風評被害で自分の病院がダメになる、と言っていました。私は、医師会の先生方に、たとえH5が来ようが、人間の中に広がる時には、インフルエンザになる、と言い続けました。皆、正しいトリインフルエンザの知識を知らなさすぎですね。今も鳥インフルエンザにかかって死んでいる人はいます。でもその人が罹ったのは鳥インフルエンザです。ヒトの中で流行するには豚を介してウイルスが変異する必要があるのです。それは、通常のインフルエンザですよ。それを皆知らない。私と北大の喜田先生だけが一生懸命言っても、そうは言っても、という感じになる。過去のインフルエンザのパンデミックの経験からいっても発生するのはインフルエンザで特別な感染症ではありません。H5が豚に入り豚の抗体が高くなったら人の中で感染が拡がる可能性が高いから、豚を飼育している人たちや近くに

る人々に注意すれば良いのです。ワクチンはシベリアに行つて、喜田先生がやっているように、カモの糞を拾つてきて、糞の中のウイルスの中からウイルスのライブラリーを作ればいいのです。ワクチンはそこからでもできるのです。

それであの作ったH5インフルエンザのワクチンは何だったのか？H5トリインフルエンザにかかった人のから作ったワクチンは医学的にいってもナンセンスと思います。H5トリインフルエンザに罹ったのであって、H5インフルエンザに罹った訳ではないのです。私は、感染症に対する国の科学的なよりどころが間違っているという風に考えています。そのような正しい方向を市役所の仲間に説明して、それから医師会を味方につけ、そして喜田先生をお願いして2回か3回、講演会を開催しました。私は、一年以上かけて、インフルエンザ対策を検討しています。

福本：医師会との調整に1年かかった、ということですが、最終的には医師会全体が新型インフルエンザのプログラムに賛成してくれたのでしょうか、それとも一部でしょうか？

岩崎：それぞれ事情もあると思い、強制的でなく、手挙げ方式としました。賛同してくれる先生に手を挙げてもらう形で小児科と内科の先生にお願いしました。8割以上が手を挙げてくれました。その代わりに仙台市は参加して下さった医師会の先生方と職員にはタミフルを用意しました。また、必要だという感染防止のマスクや、様々な必要なものを提供しました。だって患者さん見てもらうのですからね。

小松さん：市長はなぜ、先生と呼ばれたのでしょうか？

岩崎：市長は危機管理に対する意識が高く、危機管理担当部署を総務課の中に、企画調整局として設立していました。当時の危機管理の一大テーマが新型インフルエンザ対策でしたから、感染症の専門家が欲しかったんだと思います。たまたま、そこに私が入ったということでしょう。危機管理担当に企画調整局のメインは消防でした。

福本：神戸市も割と当時の対応を振り返ってみると、現実にあった対応を取ったと思われるのですが、如何でしょうか？

岩崎：神戸は必要に迫られて、あのような私達と同じ体制になったのだと思います。彼らはあれしかできなかつたと思います。

神戸市の場合は電話がパンクし、いやおうなしに神戸はあのようにするしかなかったのでしょうかね。最初からの予定ではなかつたと思います。その後、神戸に私が呼ばれて行ったときに、神戸市長や知事さんと話をしました。知事さんは、私のところに患者が来たのが、非常に不本意だったと、繰り返して言っていました。自治体がそんな気持ちになるような対策って、可笑しいと思いませんか？実際、今のこの時代に人を止めるのは無理です、と私

が知事に言ったら、「では人を止めればいいではないですか」と言われました。その位その後の風評被害の中で苦戦したけれども、国は何一つ神戸のためになることをやってくれなかった、という強い意識を感じました。

病人としてウイルスがやって来るときに判別は出来るのですが、人の中にほうりこまれて症状の出ない期間では判別は出来ません。実際、ウイルスは生きた生物の中でしか生きることができないのだから、人や動物の中に入って、その体で増えながら、拡がります。

人の中に入り、増えた場合には、くしゃみとか咳、鼻水の中にウイルスは排出されます。私は、耳鼻科医を17年やっていましたが、この経験もインフルエンザ対策では本当に良かったと思っています。耳鼻科医はインフルエンザを診ることに内科医に対して多少の遠慮があります。耳鼻科医はインフルエンザ患者を診てしまうんです。咽が痛いとか、鼻水が出るとかで始まりますので、初期に耳鼻科に行く患者さんも多いのです。

ですから、インフルエンザ、咽頭炎などの初期の患者さんを診ている訳です。インフルエンザとかウイルス性の感染症は、喉をみるだけで分かります。発赤を起こす場所やリンパ装置の腫れる場所が、ウイルス性の炎症と、細菌性炎症では違うのです。咳まで来るのはかなり時間をかけてからですね。

今回の対策をやりながら、耳鼻科医であってよかったなあと強く感じました。これはウイルス性感染症、これは細菌性感染症だという違いが患者さんの鼻や咽の状態を見ただけで分かるということです。

福本：そういう耳鼻科医の立場からみると、政府の対応はやはり間違っているといえますか？

岩崎：耳鼻科医は全部とは言いません。耳鼻科が風邪を診てはいけないという感覚がありますから。患者さんは来るけれども、堂々と私は風邪を診ているという耳鼻科医はいませんね。大手をふるっては、インフルエンザの治療を耳鼻科医もやるということの中々言えないですよ。

宮脇：内科医に伝えることはできないのでしょうか？

岩崎：できませんと言うよりも、お互いのプライドがありますから、難しいでしょうね。私は内科のお医者さんも、診断をキットに頼るだけでなく、咽頭を診ていただきたいと思えますよ。そこにはキット以上に明確な所見が見えているのですから…

小松：人に付着するウイルスの移動を止めることができないのであれば、水際対策も仕方ないのではないのでしょうか。専門家の立場ではなく、政治家の判断からすると、止むを得ない側面があるのではないのでしょうか。

岩崎：水際対策の考え方を改めて、「入国させない」ではなく、「出来るだけ早くに見つけ、治療をスタートし、感染拡大を防ぐ。」を水際対策にするようにしなければならないと思います。私が検疫所時代に作ったマニュアルでは、サーズの時も一緒でしたが、患者が入国しても、その人を追跡し、発症したら連絡してもらおうような体制を作る、という対策を作る必要があると思います。

実際には、国の決めたマニュアルでは検疫所の職員は水際で立っていることしかできませんでした。電話で受ける、というのを仙台市はやっていました。市民が不安になり電話するのは、ほんの一時だけじゃないですか、です。で職員全員で対応しました。そして、症状や場所、周りに類似する症状があるのかどうかを聞き、お医者さんを紹介しました。その方が絶対いいと思いますね。国として政治家としてやるべきことは、見つけて追うような体制をつくれればいい、検疫所が電話を受けて、相談窓口を作ればいい、それだけのことです。それを夜中起きるのが嫌だから、束縛されるのが嫌だから、やらない。しかし仙台検疫所はやりました。

あの時代に仙台検疫所で一緒に働いた人が集まったのですが、大変だったけれども、楽しかったし、一生懸命やってやりがいがあった、と言っていました。やはり役人でも、そういう感覚を持っていると思いましたね。

宮脇：国としてあるいは自治体として、感染症対策をとらないと国民に何か言われてしまう、そういう恐怖感が政治家や役所にはあると思うのですが、如何でしょうか。

岩崎：政治主導と言っていながら、基本的な知識がないし、頼るべき専門家の人選にも問題があるように思いますね。厚生労働大臣がテレビで病院のことについて触れていましたが、本当に聞きかじりの知識ばかりの感は明らかでした。感染症と言うものはどのようなものかは全く知らないから、「絶対に1人も入れない」、「流行を3日遅らせた」と平然と言えるのですよね。実際に患者は、その前に入っていた訳ですから。だから人の動きを止めない限り、それは無理ですが今の世の中では不可能なので、その代わりに何を考えるかを彼の周りにいる専門家が考えなければならないのですよね。情けない、と思いますね。

福本：国民からすると、あの時の厚労大臣の姿を見て、安心をする人もいたかも知れません。本当は、あそこで厚労大臣がしなければならなかったのは、ウイルスがどういうものなのか、どういう風に感染していくのか、説明することではなかったのでしょうか。

岩崎：私はあの厚生労働大臣の姿を見て安心する人なんていなかったと、思いますよ。やはり大切なことは説明することだと思います。ただ、あの時点では大臣の近くには正しい知識のある厚生技官もいなかったのではないのでしょうか。仙台では国の言うようには出

来ないので、仙台で出来る方法でやりますと、言った所、厚生労働省の人に言われました。

「。責任は、先生とるのですか？」もちろん、私の中に責任は取るつもりで、政策を作っていますから。しかし、こういう場合の責任とは何なのでしょうか。それは国に対しても言えることで、自分達の政策が失敗した場合には、国は責任を取るのでしょうか？

私自身、感染症については自信はありました。人工的に手を加えない限りは、とんでもないことが起こらないと言う。その信念で検疫所の中でもやっていました。私は職員にあんな服を着る必要はないし、マスクと手袋程度で防禦は可能であり、それ以上に自分達の手で自分の中に取り込まないようにすることが大切と言い続けてきました。そのため仙台検疫所の職員には、あんな恰好はさせませんでした。旅行者、入国者は丸腰なのに、自分達ばかり宇宙服を着て、あれは失礼ですよ。あれはないと思います。

感染症自体が、もう少しどんな病気なのか、どんな H5 インフルエンザでも人の間で流行する時点ではインフルエンザですから、淡々とインフルエンザ対策をしましょうと言い続けていました。医師会の先生方にも、どんなにウイルスの形が異なっても人の間で流行段階ではインフルエンザですよ、「先生、具合が悪いと言ってきた患者さんは、とりあえず、診るでしょう」と問いかけました。

宮脇：国や仙台市の広報体制については如何でしょうか。

岩崎：国のやり方は問題だったと私は考えます。国が選んだ専門家にウイルス学者を選んだところに間違いがあったと思います。厚生労働省のインフルエンザ対策委員の委員長が前任者の喜田先生の時代は問題はなかったと思います。あんな、エキセントリックな発想はありませんでしたし。

小松：専門家の選び方は、役所の人間関係によって決まるのでしょうか？

岩崎：そうですね、感染症課の上の方が選ぶのだと思います。私は断定的にものを言いますから嫌われますが、国民にしてみたら、曖昧に言われたら困るだけです。厚生労働省の逃げ腰な姿勢は国民にも分かりますよ。国民には、これをやれば大丈夫という確かなことを伝える必要がありますね。それだって段階的に対応も違うだろうし、症状が出た時にはこうして下さいと、親切で丁寧な指導をするべきなのですよ。国が感染症対策として出していた対応法だって、指導方法からして間違っていましたし。

国には、患者は検疫を抜けるのは当然と言う前提の上での対応は一切指示がなかったですよ。例えば、入国後に症状が出た場合には検疫所に電話し、それを受けた検疫所が医療機関に誘導するとか、近くの感染症の先生にお願いすると言う、医師と検疫所の連携を確立することが大切だったと思います。国は水際をすり抜けた患者は各自自治体に丸投げ。自治体に対応の指導をするのではなく、上から目線で「言うとおりにやれば良いのです。」っ

て感じでした。私はずっと、仙台検疫所で、検疫所が国と自治体の橋渡しをする役割をするべきと思い、そのように検疫所の職員にも指導して来ました。

福本：わりと国民の新型インフルエンザへの意識が高まったのは、おそらく NHK の番組ではないでしょうか。

岩崎：あの番組は、国民は恐怖心を植えつけ、医者も、国民も新型インフルエンザと正面から向き合うことをしなくなってしまったように思います。NHK の番組の作成の前に相談され、「その内容ではまずいのでは・・・」と話したのですが、当時のウイルス学者の押し切られてしまいました。

福本：感染列島やコンテイジョン（：小松）というイメージを国民は抱いているのではないのでしょうか？

岩崎：物語としては面白いですが、現実離れしたフィクションの世界なのですが、見た国民の頭の中では現実とフィクションの区別がつくわけがないので、あのような時期に出るのは日本の場合には人々は影響を受けることを良く知ってやって欲しいですね。

福本：大手の新聞社の人たちは自分の主観で記事を書くのでしょうか。

岩崎：そうですね、そのような問題や記事を取り扱う記者は、それなりに知識があります。しかし、専門家が煽り、しかも大報道機関があのように取り上げたのですから、皆、影響を受けて行ったと思いますよ。

福本：ああいうイメージがあると、国は厳重な政策をとらざるをえないのでしょうか。

岩崎：偏った一専門家とそれに振り回されたメディアが作ったイメージに、国民はもちろんのこと、一国の政策を作る役所まで踊らされたと言うことですよね。私は国がそんな対応してよいとは絶対に思いませんね。何が正しいのかについて、国はきちんと対応すべきです。私は、この対策では厚労省も情けなかったと思っています。

私は一介の耳鼻科医から、途上国に出て現地で学んだことは、教科書と実際には違っていたと知り、愕然としました。そこで、教科書でいくら学んでも、実際とは違うし、文字の表現では病気の実態を表すことは出来ないと学びました。多くの熱帯での重篤な感染症では最初の症状は、みんな一緒に区別をつけることができないことも、現地で学びました。診断を確定するには、様々な条件を重ね、その後の経過を注意深く観察した上でないと難しいのです。そんな現場で働きながら、一度最も重篤な感染症はどのようなものかを知り

たくなり、厚生労働省時代にウガンダへ出してもらいました。その前に私は、インドに3年、タイ、パラグアイで1年間の現場で経験していましたが、一類感染症はそれらの経験とは違うかもしれないとの思いが強く、どうしても現場で患者さんに接したくてウガンダへ行かせてもらいました。

福本：やはり、南方の感染症に対する知識・技術を持っている人は、いないということでしょうか？

岩崎：本当にそうだと思います。

福本：仙台市の基本指針についてなのですが、国や県との調整の必要性について書かれています。国や県との連携はどのようなものだったのでしょうか？難しかったのでしょうか？

岩崎：県よりも市の方が権限やお金があります。知事は上から来たものを下に落とすだけ、自分のやりたいことができるのは市長。それは仙台市に入って思いました。

小松：そうすると、市は県にあまり気を使わずにできたということでしょうか？

岩崎：もちろん、県も国も無視したわけではありませんし、県には声をかけました。最終的には県医師会の会長にも了解いただき、宮城県も全てが基本的には仙台市方式で対策を立てると言っていました。しかし、県内、全てがやったかという、そうではなく、うやむやになりました。県医師会も仙台市方式に従うとは言ってくれましたが、ただ会長が言っただけで全地町村医師会が乗ってくれた訳ではありませんでした。

宮脇：やり易さからすると……（この部分は消してしまいました。よろしく。）

岩崎：神戸市の場合、私を感じる限りでは、兵庫県と神戸市の連携は必ずしも良かったようには感じられませんでした。実際、政令指定都市は独自でも出来るのですが、県はそれらの下に市町村があり、上には国がありで難しいですね。仙台市では県を必ずメンバーに入れ、県医師会や大学も入れましたね。

福本：メディカルネットワークのことですね。

岩崎：入ってもらおうと、私たちが勝手にやっていると言う感じはもたれないのではないかと、その意見を入れました。私は言葉が強いから、うまくオブラートに包んでやってくれたの

が高橋君、仙台市健康福祉局の次長さんで、医療関係者でもないのですが、いろいろ策を考えてくれました。このネットワークのアイデアも高橋君です。

県の専門家の中に私が入っていたので、私に押し切られた形ですかね。

福本：ネットワークに参加せざるを得なかった？ということでしょうか。

岩崎：そうですね、私達にとっても県にとっても、参加するメリットはあったと思います。何よりも、私たちにとっては、自分たちの独りよがりで行っているのではなく、県も参加してくれていると知らせる必要がありましたから。そういう意味では、高橋君は、うまくやる方法を私に教えてくれましたね。

小松：国との関係については如何でしたか？

岩崎：国については、仙台での体制を説明し、発熱外来は設けずに、市役所関係部局全体で行いますと、伝えました。この体制は私としては、1年かけて準備してきましたし、メキシコでのパンデミックが始まる前の12月に、高橋さんを連れて本省の結核感染症課へ説明に伺いました。その時、課長は私達に、「よろしいのではないのでしょうか、先生が責任取られるのであれば」、と言って頂き、私達は「分かりました、そうします。」と返事して帰りました。

小松：2008年の12月ですよ？

岩崎：このままで私達はスジを通してやってきましたが、ある補佐には、「それ法律違反ではないですか？」と言われました。私は法律違反しているとは思わなかったので、強引に進めました。正直、自分たちにできることは、あれしかなかったのです。

神戸でも明らかのように、では、発熱外来いくつ作ればいいのか？そういう話になりますよね。結局は私たちのやり方で良かったと今も、思っています。

福本：国も、最終的にはそういう風に対応を変えました。

岩崎：しかし、「仙台方式」とは言いませんよね。それを使うということは、本省は自分達のやり方とは違ったやり方を認めたくはなかったのでしょうか。国の指定する方法を無視されたようで…

宮脇：私は仙台方式という名前を本省の会議でみたのですが、おそらく、総括しているから、というので使っただけでしょうか。

岩崎：そうだと思います。私は最初から厚生労働省にいた訳ではありません。たまたま、感染症の知識を少し買われたに過ぎないですから、生粋の厚労省の人間ではないのです。そういう意味では、待遇は冷たいですよ。ね。(笑)

小松：仙台方式にメディカルコールセンターを設置しましたが、機能したのでしょうか？

岩崎：電話を置き、回線を準備し、人を一時的に増やしたただけでしたから、機能しました。机の上に電話を置き、何人かが順番、順番で、この期間だけだから、というのでやりました。あれは仙台市の職員でやりました。危機管理室というのが当時はまだ、機能していませんし、そこも一緒にやりました。昼間は、保健所でも電話を受けていました。夜は本庁の中の一か所に集め、24時間体制でやりました。

そういう時の電話には、「隣の人が咳をしているのですけど・・・」、みたいなものもありました。私は検疫所でサーズを経験してましたので、想像はついていました。その時も、検疫所で何人かに転送電話を持たせました。いつもそこにいる必要がないように、工夫はしました。肝心なことは、トップにやる気があるかどうか、の問題でしょうね。

福本：メディカル・アクションプログラムについての不安はなかったのでしょうか？

岩崎：ありませんでした。プログラムに参加された先生方の中には最初は、「大丈夫なのかな・・・」と思われた先生も少なくはなかったと思います。しかし、インフルエンザの流行が始まった時にはまず、巻き込まれるのですから・・・彼らに頑張ってもらいように、支援する体制作りが最も大切と、私自身は思っていましたので、先生方に診てもらって、重症化した場合には、その人たちを収容する病院や支援体制を決めました。それがこの仙台方式を支える原点であり、最も大切な点と認識していました。

私はH5インフルエンザの流行についても、現在、流行しているのはトリインフルエンザであり、人の間で流行するように変化した場合には、トリインフルエンザではなく、インフルエンザになると思っています。しかし、専門家の中には意見の違う人も多く、医師会の先生方にも、そう思っておられない方もおられますので、流行が始まり、重症度などに応じて、この体制の支援体制を考える必要はあると考えていました。H5インフルエンザが流行した所で、H5の致死率も、新しいインフルエンザで人々には免疫はありませんので、多少の上昇は見られるとは思いますが、従来のインフルエンザとそう、変わらないと思いますね。新しい型のインフルエンザですから、人々は抗体が無いですからね、罹る人は多いし、その結果、流行は広がり易いとは思いますが。そのような中では、高齢者が罹る人が増えますし、その中には肺炎にかかって亡くなる人も増えるとは思いますが。でも、インフルエンザで亡くなる訳ではないです。ただ、それが中国だとか東南アジアとかアフリカ、