

## 厚労科研費ヒアリング調査 4

## 1 日時、場所、対象者

2011年12月18日

日本大学法学部

押谷仁教授（東北大学）

## 2 参加者（五十音順、敬称略）

小松志朗、窪田悠一（速記録作成担当者）、笹岡伸矢、福本博之、宮脇健

## 3 速記録（本文）

福本：我々は大学院生も含めて、10名ほどのグループで2009年の新型インフルエンザにおける政府・自治体の対応について共同研究を行っております。主に政治学や行政学を中心に研究を行っており、感染症の専門的なところになると知識のおぼつかない部分もあり、的外れな発言などあるかと思いますが、色々とお話をお伺いできればと思います。時間の制約もありますので、早速始めさせていただきたいと思います。

宮脇：この共同研究は厚労科研費と文科省科研費で行われていまして、後者の方で主に国の対応について調べ、前者の方で神戸市と仙台市の対応また国との関係について調査しています。

福本：研究を進めているうちに分かってきたこととして、政府の対応や専門家の意見、また自治体や医療機関の現場の方々の考え方などの間にギャップがあったということがあります。まずそのギャップがなぜ生じたのか、また実際の対応の中でそのギャップをどう調整していったのかということに関心があり、そのような点が専門家である先生の目にどう映っていたのかをお伺いできればと思います。そこで新型インフルエンザへの対応の際に、政府・自治体、WHO、あるいは感染研などからの意見・情報を集約して政策が立案されていたと思われませんが、実際にどのような情報だったと思われませんか。

押谷：根本的な問題点（厚労省一般に関するもの）と2009年のあの時点に関する問題点と分けて考える必要があると思います。まずは2009年の新型インフルエンザがアメリカ（4月18日）・メキシコ（4月24日）で発生したというレポートがあったのですが、メキシコが発表した週の月曜日に専門家会議が開かれていました。そこではいわゆるプレパンデミック・ワクチンをどうするのかについて議論が行われました。私は2006年から専門家会議に参加しており、ガイドラインの作成などに携わってきました。しかしながら、24日にメ

キシコの発表があり、おそらく WHO がパンデミックフェーズ 4 を宣言するだろうという時点になって、感染研にも我々の方にも連絡が全く来なくなってしまいました。その月曜日の会議までは色々やり取りがあり、例えば、2月のガイドラインの改訂までは新型インフルエンザ対策室などとも様々なやり取りをしていました。しかしその後は色々な働きかけをしても、全く反応なしという状態が続きました。したがって、その中で何がおきていたかについては我々専門家は知る由もないところです。それが根本的な問題です。なぜそういうことが起きたのかについてはよく分かりません。省自体が元々そのような特徴を持っているのだということも言われたりしていますが、いずれにしても我々は全く相談を受けなくなってしまいました。9月ぐらいになってから、ようやく（厚労省の）高山さんから相談を受けるようになりましたが、それも省として正式にということではありませんでした。

したがって、そうした情報収集についても（彼らが）何をしていたのかについては正確には分かりません。一方で我々は情報にアクセスするチャンネルはあり、4月27日（日本時間28日）のWHOによるフェーズ4の宣言がありましたが、アメリカやメキシコの状況に関する前日の電話会議に感染研の人たちと参加していました。ただし、そういう場にも厚労省は参加していません。おそらくあの時点では検疫の問題があったため、また舛添大臣の発言にもあったように、厚労省からWHOに職員を派遣していたと思います。ただしここでも各国の状況がどのようになっていたのかを把握するためではなく、各国がどのような検疫体制を敷いているかにありました。それは自分たちの政策を正当化ということが最大の目的であったのだと思います。

これも同じく根本的な問題ですが、厚労省の職員も専門家ではないので、事態をよく理解していなかったのだと思います。医系技官などもそもそも医者なのですが、彼らは何の専門家でもないということが最大のネックです。特に、我々の世代で入省した職員は臨床研修もしていない人たちが多い場合があります。もともと、臨床経験があったとしても、2年程度で様々な部署を異動し、また感染症を専門にしている者もほとんどいないわけです。そのような状態で、どのような情報を集めればいいのかについてもよく分かっていなかったと思います。そうした人たちが感染研などとも切り離された状態で動こうとすると、どうしても政治家の言いなりになってしまい、彼らに指示されたことを調べるだけになってしまうというようなことがあったと思います。つまり、メキシコやアメリカの疫学的な状況がどのようになっていたのかというような視点での情報収集は行われていなかったのだと思います。

福本：各国の検疫体制を今振り返ってみると、日本ほど厳重な検疫体制を敷いた国は少なかったように思われます。これは厚労省の目的からすると逆の結果になってしまったとい

えるのでしょうか。

押谷：すくなくとも他の先進国は、(そうした検疫を) やっていないというのは明らかであったとは思いますが。

小松：専門家の関与はどうだったのでしょうか。5月から活動を始めた専門家諮問委員会もあまり効果的な役割を果たさなかったのでしょうか。

押谷：本来は専門家会議があり、数年にわたってガイドラインを作成してきた経緯があります。しかし唐突に専門家諮問委員会ができてしまった。そこに参加されたのは尾身さんなどでしたが、必ずしも感染症の専門家ではなかった。さらにその下に、田代先生と川名先生もいらっしやいましたが、なにぶん忙しいので、一応委員会の形はとりましたが、検疫の切り替えなどについても尾身さんの意見も通らなかったというのが実情です。結局、すべての事項が決定済みで、何か批判があった際には専門家の意見を聞きましてというようなアリバイ作りに使われてしまったのではないのでしょうか。そのようなことから田代先生と川名先生も嫌になり、あまり参加していなかったと思います。そしてその後、民主党政権が誕生してから、岩田さんや森兼さんなどの臨床分野の人たち(公衆衛生をやっているわけではない)が参加するようになりましたが、これもアリバイ作りになってしまったのではないのでしょうか。

このようなことから、今のやり方は大きな危険性をはらんでいると思います。つまり、危機の度合いが高まれば高まるほど、専門家の意見は反映されなくなるということです。何も無いときには我々にも色々と意見を求められるわけです。例えば、平時にガイドラインを作るなどもそれに含まれます。しかしひとたび何か起き、厚労省の大臣、副大臣、政務官あたりの事象になると、我々が関与することができなくなってしまう。

宮脇：それは(向こうから)呼ばれるときにだけ関わるができるということですか。

押谷：そういうことです。いまのガイドライン上も(新型インフルエンザに関する政策決定権は)内閣官房に行くことになっていますが、そうすると専門家が関与するハードルがさらに一段高くなります。そのような状態だと震災のときのように、政治家のお友達のような専門家が呼ばれてしまい、新型インフルエンザの専門知識を持っている人たちが全く関与できなくなってしまうということになるわけです。そうすると情報収集もできなくなってしまう。

反対にアメリカでは、CDCがほとんどの決定をおこないます。ワクチンの優先順位をどう

するのかといった決定については、最終的に Homeland Security Council が（HHS などを飛び越えて）行います。ナポリターノという代表者もいましたが、Homeland Security Council が絡んだのは 5 月 9 日ぐらいで、それまでは CDC が政策決定を行っていました。そのような形が普通なのだと思います。しかし、日本では厚労省のマスターになったときにその決定をおこなうのが医系技官になります。先ほども言いましたように、医系技官というのは専門知識がないわけですから、大きな問題となります。医系技官は医師免許を持っているものの、感染症対策や健康・危機管理のような高度の専門知識と経験が必要とされる分野をまかせるのに十分な知識や経験を持っているわけではありません。

福本：技術官僚は国交省や警察庁などにもおり、専門家と省庁とをつなぐ役割を持ち、いざというときには自らのネットワークを使って専門家から意見を聞くのが大きな存在意義だと思われませんが、新型インフルエンザの対応に関してはそのような機能は果たさなかったということでしょうか。

押谷：少なくとも私や感染研の人たちは蚊帳の外でした。岡部先生などは時々呼ばれていたようですが、それも特定の問題に限られていたようです。平常時のサーベイランスなどは感染研で集計・分析するわけですが、2009 年の場合は厚労省が症例定義を決めて、感染研は関与できませんでしたし、全数調査や重傷者の情報もすべて厚労省のほうに行っていました。ただ厚労省は情報の収集は行えても、分析する能力はありません。その意味では情報を集める必要のないところに情報が行ってしまっていたということになります。結局、そうした情報も対策に対して有効に使われず、週に一回行われるプレスリリースにのみ使われてしまいました。そして、そういった感染者数情報の中身も我々は知ることができませんでした。

宮脇：政府の対応も一応ガイドラインに沿って行われていたように見受けられますが、ガイドラインの役割や拘束力についてはどのようにお考えですか。

押谷：まず、ガイドラインの位置付け自体が不明確でした。専門家会議は厚労省の中に設置されているわけですが、あのガイドラインもどのように公表されるのかが分からないままでした。2009 年 2 月になって新型インフルエンザ関係省庁連絡会議が出した形になっていますが、その後の会議でも言われたのは、専門家会議での議論は必ずしも反映されるわけではないということでした。結局、ガイドラインも行動計画も法的拘束力は何もないわけですね。

ガイドラインについては、当初病原性の高いインフルエンザが発生したときにどう対応するかが第一の命題でした。よく読むとそうでない場合もありうると書いてあるのですが、

実際のところ2009年の新型インフルエンザに対応できるようなガイドラインになっていませんでした。そこが様々な混乱が生じた原因でもありました。例えば検疫をどのような状態でやるのかというと、インドネシアにおいて鳥インフルエンザによって30~40人が感染したフェーズ4のような状態です。そういう状況を想定して検疫を考えるのですが、実際に2009年4月25日の状況はもうすでにそういうものではありませんでした。メキシコでは数十万人、アメリカでも十万人近くの人が感染していましたので、(検疫を) やってもしようがない状況でした。それはガイドラインの中にはあまり明確には書かれていませんでした。結局、舛添元大臣のような政治家のパフォーマンスに使われてしまったということがあります。新型インフルエンザについて一度も考えたことのないような政治家にとっては、日本は島国であるからウイルスの流入を抑えられるはずだと考えやすいのではないのでしょうか。

小松：ガイドラインの作成時には病原性の異なるレベルごとに対応策を分けるといったような議論は出てこなかったのでしょうか。

押谷：話には出てきましたし、アメリカでも2008年にすでにSeverity Index というものを導入しており、実際の運用上の問題は残るものの、病原性のレベルに応じて対応を変えることは考えられてました。そうした点もガイドラインの中に反映させるべきだとの話もありましたが、実際にはそこまで議論が進まず見切り発車のような形になりました。

小松：それは時間的な余裕がなかったということでしょうか。

押谷：それは現在の改定作業でも同じことですが、関係省庁連絡会議との兼ね合いがあって、国会の日程によって会議の日程が左右されたりします。そのような事情で、改訂しなすと言いながら全く会議が開かれない状況が長く続いたりします。そして突然会議の日程が決まると、改訂の作業を短い期日までにやらなければならなくなります。2009年のパンデミックをうけて行動計画を改定する総括会議が2010年5月に開かれましたが、そこから2010年9月半ばまで半年のあいだ専門家会議が開かれませんでした。そもそもこの専門家会議は2009年4月以来ずっと開かれていませんでした。しかしひとたび開かれるとタイムラインがかなりきっちりと設定されており、年内に行動計画を改訂しなければならないようなものでした。結局、年内にドラフトは完成し、パブリック・コメントに2、3月頃に出しましたが、そこで震災がおき、ずっとガイドラインの改訂も先送りされることになりました。その後約一年たってから、2011年9月に再びガイドラインの改訂をしようとの声がかかったような次第です。

このように厚労省主導でやっている限りは、専門家会議のペースでは物事を進められない

のが実情です。本来であれば、他の国がそうであるように、専門家会議の議長である岡部先生などがタイムラインを決めて、専門家が改訂内容を決める（厚労省をオブザーバーと呼ぶぐらいの）ぐらいであるべきだと思います。現行のように厚労省主導で行うと、国会といった彼らの都合でタイムラインなどが決まっていってしまいます。

小松：今回の改訂のポイントはどのようなところになるのでしょうか。

押谷：様々な点がありますが、例えばフレキシブルに対応しなければいけない、そのためにはどうするのか、というところですね。2009年2月のものでは、どうしても単一のシナリオを想定していますので、そこをもう少し考えようということです。専門家が検疫をやってもしょうがないと言っているにもかかわらず、いまだに内閣官房なども検疫が大事であるといっているような状況下でどういう対応ができるのかというようなどころだと思います。

小松：政府の方では2009年の検疫は成功体験として残っているのでしょうか。

押谷：残っているでしょう。ただし、疫学的に見れば全然成功していません。日本は4月28日に検疫を始めましたが、やるのであればもっと早く始めるべきでした。そしてやるタイミングは翌日です。その時点で検疫をやってもしょうがないとあきらめるべきでした。なぜだめなのかと言うと、4月25日の段階ではまずメキシコの状況が良く分からず、致死率が非常に高いかもしれないと思われていました。またどの程度感染が拡大しているのかもわかりませんでした。しかしながら、メキシコのみならずアメリカにも感染が広まっている中では日本に検疫のオプションはありませんでした。アメリカであるように広まっている状態では、日本での検疫によって感染の拡大が抑えられる可能性は存在しません。当時もメキシコー日本間の直行便はあったものの、アメリカとの人の移動に比べれば非常に小さいものでした。一方でアメリカー日本間であれだけ人の行き来がある中で、それを全部抑えるというのは、誰がどう考えても不可能なわけです。だから、アメリカで感染が拡大しているという時点であきらめなければなりません。以上のようなことを専門家は言っていましたが、実際の政策に反映されることはありませんでした。

宮脇：政府の説明では国内での感染者は出ていないので（検疫が）うまくいっているとの説明でした。

押谷：5月9日に国内感染者が見つかる前に検疫で感染者が見つかることで、検疫をやることの方がいいのではないかと考えを政府関係者は持ってしまったのではないのでしょうか。

福本：上田健康局長の文章などを読んでみると、検疫で感染者が見つかったことで国内からも検疫を続けるべきだとの声が聞かれたというように述べています。

押谷：それは実際にあった話だとは思いますが。今のガイドラインの改定作業の中でも出てくる話ですが、日本は検疫をやらないわけにいかない国なのだと思います。疫学の専門家の立場からするとやってもしょうがないのですが、検疫の対策をせずに発熱をしている患者が成田空港を通り抜けて国内に入っていたということになると、当時のマスコミによる騒動のようなものが起き、厚労省や政府への批判に確実につながります。実際には 5 月 9 日に検疫で感染者が見つかったことは国内での感染者とは全く関係がないことですが、検疫が意味がないということを引きちんと国民やメディアが理解してくれるかということ、おそらく理解してくれないだろうと思います。したがって検疫をやらなければいけないという事情は当然ありうると思います。

小松：政府は豚インフルエンザが終った今でも、島国であれば感染の流入は防げるのだというような感覚をもっているのでしょうか。

押谷：少なくとも政府はそう思っていると思いますし、「やらなくてはいけない」、「やれるんだ」と内閣官房も思っているのだと思います。先ほども行ったように、(危機の) レベルが上がればあがるほど、その事情をよく分かっていない人たちが判断をするわけです。医系技官は何も分かってないとは言うものの、一応は医者でもあり、また新型インフルエンザ対策室に入れば勉強しているわけですが、それが内閣官房に行ってしまうと全然専門知識がない人たちが決定を下すことになる。そうした人たちがいまだに検疫をしなければならぬというようなことを言っているのです。だから次に感染の流行が起きたときも検疫をやるでしょう。

福本：厚労省の中には医系技官の他にも事務官がいるわけですが、専門家会議などではそうした事務官からの発言は何かあったのでしょうか。

押谷：感染症対策に関しては、ほとんど医系技官が担当していると思います。それ以外の人たちが法令上の問題について意見を言うてくることはありましたが、そのほかは医系技官が行っていたと思います。

2008 年 4 月 1 日に新型インフルエンザ対策室ができましたが、当初はほとんど外部の人たちによって担われていました。室長は厚労省の医系の職員ですが、その下に入っていたのはほとんど外からの派遣の人たちでした。新たに雇われた薬剤師もいましたが、対策室は時限的なもので内部の厚労省ではなく外部の人たちによって担われていたものでした。

福本：その方々は感染症の専門の方々だったのでしょうか。

押谷：必ずしも専門ではなかったようですが、よく勉強していたようです。もともと、医系の感染症担当の人たちは他にもやらなければいけないことがあり、当時の最大の問題は肝炎訴訟でした。

小松：先生はガイドラインの作成・改訂に関わっておられましたが、その後国内の感染が広がった時期には政府の問題とは別に仙台で活動していらっしやったのでしょうか。

押谷：政府と全く関わらなかったわけではなく、尾身さんや高山さんとの間で連絡を取っていました。彼らには直接連絡してはいけないとの指示が出ていたのかもしれませんが。そのほかには、厚労省を含めて色々な方たちが参加しているメーリングリストで情報交換を行ったりしていました。ただし直接に関わったことはありません。

小松：マスコミの報道についてはどのような印象を持ちましたか。

押谷：最初は無茶苦茶で、それにどう対処したらいいのかという議論も行ってきましたが、結局どうにもなりません。マスコミの中でも科学文化部にいる人たちは理解していましたが、2009年のような事態になると、社会部などの記者が感染者が出た高校に行って校長に対して怒鳴り散らすなどといったことまで起こりました。そのように、普段から専門家との勉強会に参加していないような記者が、当時のような記事を書いてそれが一面に出たりしていました。

福本：大事になるからこそ、社会部のようなところが出てきてしまうのでしょうか。

小松：先ほどの先生のお話にもあったように、危機のレベルが高まるとそれを扱うセクションが上位の方に移ってしまうということでしょうか。

押谷：朝日新聞や毎日新聞では論説委員の人たちが（そのような極端な論調を）抑えていたりはしたようです。それでもなかなか抑えがきかない部分があったようです。

宮脇：CDCやWHOなどのほうから情報を発信しているように、政府の側から情報を発信する制度について先生はどのようにお考えでしょうか。

押谷：それには、きちんとしたトレーニングを受けた人が対応を行うことが必要だと思い

ます。新型インフルエンザ対策室の室長もあまりそうしたメディア対応が得意な方ではなく、そういう方が記者会見で説明をしなければなりません。結果として、会見の内容が非常に分かりづらくなってしまい、むしろ言い訳をしているようにしか見えなくなっていました。したがって、誰がどのように説明するのかを考えなければなりません。アメリカの CDC などでは映画「Contagion」のモデルとなったアンシューカットという女性が記者会見を毎日行っていました。おそらく CDC の他の幹部と同様に、彼女はかなりきちんとしたメディア対応のトレーニングを受けていたのでしょう。

日本でも平時であれば感染研の人たちが、季節性インフルエンザに関する発表を含めたメディアとの様々なやり取りを許されていますが、新型インフルエンザに際しては感染研も一切メディアでの発表をさせてもらえませんでした。勉強会のような形態は問題ないようですが、記者会見はできないのだと思います。本来であれば、メディア対応のトレーニングを受けた感染研の人が専門知識に基づいて対応しなければならないのだと思います。実は、それが 2003 年の SARS を受けての各国の教訓で、CDC の中にもメディア対応を行う人たちが数十人おり資料もそろっているわけですが、日本は必ずしもそうでなかった。そうしたメディア対応のシステムを構築しなければならないのですが、問題は厚労省のような閉鎖的な組織の中でそれを誰がやるのかが不明なところです。

小松：感染研の権限を強めるといったことはないのでしょうか。

押谷：私も感染研の外部評価委員会で言っているのですが、これは感染研がやるべきことです。しかしそれをやる体制になっていないのが実情です。

福本：この調査の一環で神戸市でもインタビューを行ったのですが、当時のメディア対応の話を知ると、記者をいらつかせないために会見を広い部屋で行ったり、ネクタイも落ち着いた色にするなどの考えた対応をしていたという印象を受けました。そうしたメディア対応という点ではやはり自治体の方が優れているのでしょうか。

押谷：少なくとも、現行の感染症法では（都道府県や政令市といった）自治体がほとんどのことが行えるようになっています。しかしながら、（神戸市などは別として）実態をよく見ると権限が与えられているものの、それを実行できる能力を持っている自治体は非常に限られています。そうした能力を持っているのは、おそらく東京都と一部の政令市だけでしょう。他の都道府県に関しては絶望的な状況です。例えば、西日本や九州地方は別として、東北地方などは県庁に医者が一人か二人しかいません。そうした人たちは病院や福祉を含めた「医療崩壊」の問題に取り組んでおり、感染症に携わっている者はほとんどいません。したがって、権限は与えられているものの、実際に対応できないのが実情です。

これは地方分権の大きな問題です。インドネシアでは鳥インフルエンザ対策が全くできませんでしたが、その最大の原因は地方分権を進めてしまったことだといわれています。分権の結果として、中央政府の意向が十分に通らずに、地方が勝手なことをやってしまったのが原因のひとつだといわれているのです。

日本に目を向けてみると、東京都などは厚労省よりも多い130名ほどの医者を抱えていて、独自の対策を取れるという点で例外的です。それができるのは判断を下せるブレーンを持っているためですが、それをもっていないところがほとんどです。政令市が保健所を持っているように、宮城県なども保健所は各地に持っているのですが、各地域の保健業務に関わっているので、県庁の仕事などはなかなかできません。保健所長は現行法の中では医者でなければなりませんので、県の中にいる行政の医者はほとんど保健所長で出ていますので、県庁自体にはあまり在籍していません。政令市の場合も同じような事情ですが、その場合は県と違って割合と市役所に近いところにいます。したがって、神戸市などもそうだと思いますが、医者が市役所の中に多くいるはずですが、したがって、他の県などに比べると、お金があることにも増して、恵まれた状況にあるといえます。

2009年のときもそうでしたが、県などは厚労省から何も指針が出ないから対応ができないのだと主張し、厚労省は法律をたてに新型インフルエンザ対策は県が行うべきことだと主張しました。その結果、水掛け論になって、どちらも何もやらないということになっていました。しかし、法制上は都道府県の責任であるとなっていますが、政令市は別として自治体が何かできる可能性があるかという点、これが絶望的ないのが現実です。

小松：それは意識の問題でしょうか、あるいは財政的な問題でしょうか。

押谷：人がそもそもいないのが問題です。特に地方では行政に入る医者が非常に少ない。東北地方では医療崩壊などといわれていますが、病院に医者がいないだけでなく、行政にはもったいません。ポストがあっても人がきません。そういうところが意思決定をしなければいけないというのが非常に危ういといえます。

また都道府県知事や政令市長がパフォーマンスをやることがあります。2009年にも橋下知事が様々なことを行ったり、横浜市の中田市長なども（新型インフルエンザ感染の拡大時には）市内の地下鉄をすべて止めるなどといったようなことを発言していました。そうした発言を行う知事や市長が出てくる可能性があり、こうした点も事態を危うくさせる危険性があります。したがって、感染症法上は人の移動の制限も含めて知事や市長が決められることになってはいますが、そこにきちんとした判断をできる専門家がついていることが

非常に重要だと思います。

小松：地下鉄を止めるなどというのは一般市民やマスコミに受けがいいのかもしれませんが。

押谷：その対応策の根拠はというと 1918 年のスペイン風邪流行時のフィラデルフィアでした。90 年前のフィラデルフィアと現在の日本の状況とでは全然違うわけですが、そうしたことがしばしばパフォーマンスに使われてしまうのです。

神戸市は比較的感染症について良く分かっている人がいるうえに、地震のあとで危機管理体制をしっかりと構築しました。そのため神戸は、日本の自治体の中では例外的にしっかりとやっていると思います。

小松：感染症の対策として検疫がだめだとすると、ウイルスが入ってきたことを前提にして考えるのがいいのでしょうか。

押谷：それは状況によって異なるので、一概には言えません。むしろそういう判断が求められるのだと思います。学校閉鎖を行うことで感染の拡大が抑えられるのは流行初期の段階だけです。そういう見極めをする必要があるのですが、そのためにはきちんとデータを解析して状況を把握した上で、どのような対策を採るのかを決めなければいけません。そういうことができる人材が今の自治体にはほとんどいません。

宮脇：そうすると制度的な制約上、国の方針にすがるなければならないという状況が必然的にできてしまうのでしょうか。

押谷：結果的に自らで判断する能力を全く持たない自治体に権限が与えられてしまっている。本来であれば、こうした危機管理は中央集権的にやらなければいけないのだと思います。しがたって、例えば宮城県と山形県で対応が全く違うというのはやはり問題です。しかしそれをどのように指導するのかというと、国の方も頼りないのが実情です。地方分権で地方の役割を評価するのであれば、そこにいる人たちの能力も評価しなければいけないと思います。

福本：先ほどの保健所のお話ですが、医者立場からすると、採用の道は開かれていても、なかなか人材が行きたがらないのでしょうか。

押谷：給料も大学教授などと比べてもいいのですが、なかなか人が行きたがらないのだと思います。ほとんどの県では行政の医師の給与を県立病院の職員の給料に準じて決めています。

ます。

小松：それは仕事として魅力がないからでしょうか。

押谷：忙しいという理由もあるのではないのでしょうか。

宮脇：大阪の高槻市などでも給料が高いのに人が集まらないのはなぜだというような議論を聞いたことがあります。

押谷：大阪府はそのポストにおける医師手当をなくしたはずですが、そうした経緯があつて医者が 8、9 名出て行ってしまったのだと思います。

福本：自治体の医系技官は医者の間では地位が低いと考えられているようなことはあるのでしょうか。

押谷：地位が低いというよりは、あまり魅力的ではないのだと思います。臨床をやっている人たちは患者を診たいでしょうし、行政というオプションをほとんどの人が考えてないのではないのでしょうか。行政に行きたいという人がいたとしても能力の問題もあります。また保健所長などへの転向でよくあるパターンは、外科手術をするのに疲れたからなどといった理由もあります。医学部を出て、厚労省や県庁に入ろうというのは、そうした意味からすれば変わっているということもできるかと思います。なかには優秀な人もいますが、そうとは限らない人たちもいるわけです。ましてや厚労省の場合は医師手当もないわけですから、魅力的なところではないでしょう。

笹岡：そうしたところでは人の異動などがあつたほうがいいのでしょうか。

押谷：厚労省的には異動があつたほうがいいのですが、そのために人が育たないという弊害もあります。新型インフルエンザ対策でも、去年担当していたのは課長のみで、それ以外に人はすべて変わってしまいました。そうすると再び一から説明しなければいけないのが問題です。

小松：そうした意味でも感染研で蓄積された知識・経験を生かせればいいのではないのでしょうか。

押谷：感染研などに権限をすべて委譲してしまうと、医系技官の存在意義がなくなってしまうのかもしれませんが。

小松：話は変わりますが、学術雑誌『公衆衛生』内の論文で先生は、新型インフルエンザの拡大について、日本のパターンはアメリカとは異なっていたのだとおっしゃっていますが、疫学的に見ても日本の感染拡大はかなり特徴的だったのでしょうか。

押谷：はっきりとした理由は分かりませんが、明らかに違っていました。

小松：成人の感染が少ないということでした。

押谷：学校閉鎖などを行ったことで、子供たちの間の感染にとどまっていたということが理由としてもしかしたらあるのかもしれませんが。

小松：季節性のインフルエンザであれば、そうした感染のパターンは変わらないということですか。

押谷：変わりません。アメリカでも死亡者が多いのが 40・50 代です。日本でもその年代の死亡者はありませんでしたが、そこでの感染は少なかったです。妊婦なども他の国では多くなっていますが、日本国内では妊婦の感染そのものが非常に少なかったです。

宮脇：それは日本がきれい（衛生的）であるからでしょうか。

押谷：季節性のインフルエンザは毎年はやるので、それはあまり関係ありません。

小松：そうした差が出ることは、インフルエンザに限らず感染症一般では珍しいことなのでしょうか。

押谷：そもそも世界同時に流行するのは新型インフルエンザぐらいですので、どのように異なるのかを言うのは難しいのですが、例えば HIV とは全く広がり方なども違うといえるでしょう。

福本：次に、仙台市の新型インフルエンザ対応についてお話を移していきたいと思います。先生は仙台市のメディカル・ネットワークに参加されていましたが、ネットワークの設立の経緯や内部の業務についてご教示いただけますでしょうか。

押谷：メールでもお知らせしたように、実際にはあまり積極的には関わっていませんでした。市長の梅原さんの下で、医師である副市長の岩崎さんがネットワークの調整を行って

いましたが、「インフルエンザは手洗いをすれば大丈夫」とのお考えとの間に意見の相違もあり、途中からはあまり参加していませんでした。

もともとの設立の背景は、梅原さんの医師であるお母様が大学病院の前で小児科を開業していたおり、またその 2 階を病時保育のために開放して子供を預かっていた関係で、大学病院などの医師がすごく世話になっていました。そのこともあり、梅原さんの選挙時も医師会のバックアップがありました。特に、医師会の会長である小児科医の永井先生が市長に頼まれて応援をしていました。そうした中で仙台市のネットワーク作りに関しても、医師会が協力する体制が永井先生を中心に作られることになったのだと思います。

福本：一般の診療所にしてみれば、新型インフルエンザ患者にどのように接すればいいのかわからないところもありますので、医師会としても協力しづらかったのではないのでしょうか。

押谷：仙台市の場合にはその永井先生が強力に意思統一をしたということだと思います。医師会に招かれて講演に行く機会も多いですが、「うちでは（新型インフルエンザ感染者を）絶対に診ない」というような医者も多かったです。世間一般には医者だというと、専門知識を持っているように考えられているが、必ずしも感染症の専門家とは限りません。特に、日本の開業医や勤務医では感染症を専門にしている医者は非常に少なく、ほとんどいないといってもいいと思います。そうした医者は感染症のことを知りませんので、色々な誤解が生じ、発生に際しては右往左往することになるのだと思います。

小松：感染症の専門家が育たないのはなぜなのでしょう。

押谷：様々な理由があるかと思いますが、感染症は必ずしもメジャーな分野ではなくなってきました。今の日本では感染症で亡くなる人は少ないですし、病院の中でも感染症科がほとんどない、つまり専門分野として確立していない現状を見ると、感染症だけを専門にしても食べていけないことがあるのだと思います。今感染症をやっている人のほとんどは **Infection Control** というものをしていて、感染症の診療を専門にしている人たちは非常に少ないです。

小松：そういったことに対して国がバックアップするといったようなことはないのですか。

押谷：なかなか見られません。さらにいうと感染症の疫学や公衆衛生を専門とする人は絶望的に少ないです。ほとんどいないといってもいいと思います。感染研の情報センターに十数人いますが、これもどこまで専門家といってもいいのか分からないケースも合って、きち

んとトレーニングを受けていないのがほとんどです。

アメリカの CDC では専門職の人が 7000 人いますが、約半分の 3000 人ぐらいは疫学や公衆衛生をやっている人たちです。それに対して感染研は実験室の研究をやっている人たちが中心です。

小松：先日も感染研に行ってきましたが、情報センターもすごく小さいところにありました。

押谷：アメリカでは公衆衛生をやっている人たちがかなり大きな集団として存在していて、そうした人たちが政策決定に関わっているわけです。

堺市の O157 の教訓から、感染症の中にも FETP (Field Epidemic Training Program : 実地疫学トレーニングコース) が 10 年前ぐらいにできました。もともと、他の国では何十年も前から常識的に存在しており、例えばアメリカでは EIS があり、またフィリピンやタイなどの途上国でも類似の機関があります。その FETP の目的は行政の人たちをトレーニングすることであり、感染症の専門家を作って、行政に還元するということになりました。アメリカではそうした専門家を各州に必ず置かなければいけないことになっており、そういう人たちが感染症対策を行っています。しかし日本では 2 年間のコースで FETP を作ったものの、地方の自治体が職員を 2 年間派遣できるかといったら非常に難しい。期間も長すぎるし、そうした人たちがずっと感染症対策に携われるかというところでもない。そのような事情からコンスタントに人を派遣しているのは、岡山県、京都府、北海道のような少数の自治体ですが、一番多い派遣元は自衛隊となっているはずです。行政からきているのは、ここ十年の間で 10 人にも満たないのではないのでしょうか。

感染症法上で規定されているように自治体に権限を与えるのであれば、それなりの能力が地方になければなりません。例えば、都道府県や政令市には必ず FETP のトレーニングを受けた人が一人はいなければならない、などといった法律の枠組みを作らないといけないと思います。

実際には各都道府県には地方衛生研究所というものがあります。ただ、そこでもラボの研究がほとんどで疫学の研究をしている人たちはおらず、また保健所と違って設置の法的根拠も全くないらしいのですが、そうした機関を整備して疫学や公衆衛生に取り組むといったようなことは絶対にやらなければならないことだと思います。そういう枠組みがなく、何も能力がない人たちにただ権限を与えるというのは非常に危険なことです。

小松：そういう話は政府や厚労省の中では議論されているのでしょうか。

押谷：地方衛生研究所や保健所の能力を強化しなければいけないという話はずっとあるはずですが、なかなか人材も集まらないし予算もないので現実的ではないのかもしれませんが、保健所そのものも危機管理をできるようにしなければいけないなどといった議論もありますが、人もお金もないのが実情です。宮城県、福島県、岩手県の沿岸部などは公衆衛生の人材が特に足りないところです。宮古市の保健所も所長がずっと欠員の状態です。また石巻市の保健所長も登米氏の所長を兼任しているようになっています。仙台市の場合には各区に保健センターとそこに医師がいるようにはなっており、宮城県全体と比べて医者の数も同数ぐらいになっているのではないのでしょうか。

小松：先生は WHO にも関わっていらっしゃいますが、WHO は政治的な力に影響されやすいことなどがあるのでしょうか。

押谷：影響されないことにはなっているのですが、実際には影響されます。2009 年も 5 月から 6 月にかけてジュネーブに行っていましたが、局長のマーガレット・チャンやケイジ・フクダなどはほとんど政治的なことに振り回されていました。特にフェーズ 6 をどの段階で宣言するかが懸案でした。疫学的にみると 5 月のはじめぐらいにはフェーズ 6 の段階といってもよかったのですが、なかなか宣言できずに結局 6 月 11 日まで遅れました。その原因は各国の間で駆け引きがあったことでした。

5 月 17 日に神戸の流行が判明したときにフェーズ 6 に移行しようとの動きもありましたが、それに対して日本は強硬に反対しました。イギリスやスペインなどでも感染が広がりましたが、各国とも自国内での感染をきっかけにしたフェーズ 6 への移行を嫌がりました。実際フェーズ 6 に移行するとなると、各国ともに飛行機を止めるなどの措置と自動的にリンクしている場合もあるので、そういったことを恐れたということもあります。

小松：科学的な観点からすると 1 ヶ月半ほど遅れているということですか。

押谷：遅れています。

笹岡：日本の反対というのは具体的に誰が行ったのですか。

押谷：厚労省だと思います。そして今回は最初の感染国にアメリカが入ってしまったので、WHO もあまり強く出られませんでした。実際問題としてアメリカに渡航制限するということもできなかったでしょう。

小松：ワクチンを巡る途上国と先進国との対立もあったようですが。

押谷：それに関しては、2006年にインドネシアがWHOにウイルスを提供しないという態度がありました。インドネシアの言い分としては、国内の鳥インフルエンザのウイルスを使って先進国の薬剤メーカーがワクチンを作って莫大な利益を手に入れるだろうが、そうしたワクチンはインドネシアに来ないし、途上国にとっては何のメリットもないとのことでした。

ヨーロッパではWHOに対してかなり批判が高まっていました。British Medical Journalに記事が載っていましたが、WHOに意見を求められているヨーロッパやアメリカの専門家がワクチンメーカーから多額のお金をもらっているということが背景にありました。

小松：それがなぜ問題になったのでしょうか。

押谷：批判の論点となったのは、今回の新型インフルエンザの感染拡大は本当にパンデミックだったのかという点でした。つまり、WHOがフェーズ6であると騒いだのは、ワクチンメーカーを利するためだったのではないかということです。厳密に言うと、我々が想定してきたパンデミックは、新しいサブタイプが出てきて起こるというものでした。したがって、それまで全く流行したことがないか、過去数十年間のうちに流行したことがない新しいサブタイプが出現することがパンデミックであると説明してきたわけですが、その定義から言うと、2009年の場合はパンデミックにならないこととなります。むしろ1977年から30年以上流行を繰り返してきたものと同じサブタイプでありました。だからあれをパンデミックと呼ぶべきかという議論からは始まって、WHOがフェーズ宣言をして各国にワクチンを取るようにさせたのは、ワクチンメーカーからお金をもらった専門家が意思決定に深く関わっていたからであるとも言われました。またヨーロッパ各国の政府の専門家委員会や諮問委員会にもワクチンメーカーからお金をもらっている専門家がいました。オランダのオストハウスやイギリスのインペリアル・カレッジの学長であった人も多額のお金をもらっていました。

日本のワクチン行政も問題になっています。国内でワクチンを作っているのが4社（デンカ生研、阪大微生物研究会、北里研究所、化学及血清療法研究所(化血研)）なのですが、これらを守るために日本のワクチン行政が成り立っています。輸入ワクチンを入れないというのもそういうことです。言ってみれば、この4社で官製談合をやっているようなものとも映ります。これら4社で、最大で2千万人分ぐらいのワクチンしか作ることができないのですが、それがいままでの季節性インフルエンザでは間に合っていた。しかしながら、

2009年にパンデミックがおこるとワクチンが大量に足りなくなります。当初の厚労省の推計では1500万人分ぐらいしかできないとのことでした。それで政府は慌てふためいたのだと思います。急いで海外の2社からワクチンを5000万人分輸入することを決めました。アメリカなどは訴訟問題を抱えていたこともあり、自国にワクチンを製造する機能を持っていなかったの、定期的に季節性インフルエンザのワクチンを購入すると同時に、問題が起きる際にはヨーロッパから優先的に手配してもらえよう事前に契約を結んで決めていました。一方で日本はそういった準備をしていなかったの、関連する法整備もできておらず、臨床試験をして安全性を確かめるなどの手続きが決まっていませんでした。結局、1130億円を投じてワクチンを輸入しましたが、安全性や認可の問題をクリアしなければならず、それが使えるようになったのは、ほとんど流行が終った2010年2月でした。実際には、GSKというメーカーのワクチンが使われたの、その社員のための数百人分、また治験のために使われた数千人分、そして一部の開業医が使ったもののみで、一万人分も使われなかったと思います。そうした政策上の問題も考えておかなければいけなかったのですが、全く考えられてきませんでした。

小松：ワクチンを製造するメーカーを増やすというのは現実的ではないのですか。

押谷：今ではパンデミックを受けて大手の製薬メーカーもワクチン製造に乗り出してきているので、今後は増えてくるものと思います。ただあの時点では4社がそれぞれに生産調整を行っているような状態だったのではないのでしょうか。実際に季節性インフルエンザの場合には2000万人、3000万人分作っても売れないわけですから。

小松：訴訟リスクの問題などもあるのでしょうか。

押谷：そういうこともあるのだと思います。

小松：現実問題としてワクチンに限られていますが、接種の優先順位はどのようになっているのでしょうか。

押谷：それもずっと議論されてきてはいるものの、ガイドラインでも結論が出ていなかったわけです。アメリカではずっとそうした議論が続いてきていて、職場ごとに順番が決まっていたりします。当初は死亡するリスクの高い高齢者に優先的に接種するようになっていましたが、高齢者の側から将来を担う子供たちを優先すべきであるといった意見が出されるなど、そうした議論が繰り返行われてきました。しかし日本では議論がないままに先送りされてきており、突然2009年9月になって優先順位をどうするかなどという話が出てきました。10月になってから医療従事者を優先することが決められましたが、国民のコ

ンセンサスといったものも何もないままに発表されました。当初はここに健康な子供は含まれていませんでしたが、日本の状況を診ると感染者や入院患者には圧倒的に子供が多くいました。また、たまたま 11 月に東京でウイルス学会のシンポジウムで日本の優先順位は考え直すべきではないのかという話も出たぐらいです。その影響があったかどうか不明ですが、すべての子供が優先的に接種を受けることになりました。こうした点でも専門家がデータを見たらうでの意見が尊重されるべき場面でも、彼らが意思決定に関われない状態がありました。

小松：疫学的な感染のリスクを考えると、必ずしも医療従事者が優先順位の一位になるとは限らないのではないのでしょうか。

押谷：医療従事者に関しては、現場にとどまってもらわなければいけないので優先順位はどうしても高くなります。あとは社会機能維持者（消防官、警察官）などは今回は入っていませんでしたが、もう少し病原性の高いウイルスであった場合は考えなければならなかったでしょう。

こうした改善すべき根本的な問題は色々あるのですが、総括会議で取り上げられているのは表面的な事象に対する個々の対応に限られており、日本全体のシステムに関する問題にはあまり踏み込んでいません。行動計画改訂の中でも総括会議の議論が重要であるとの記述があるものの、極めて表面的、例えばフレキシビリティがなかったとか、そういうことばかりでした。

福本：新型インフルエンザが発生したときに際して、これまでの専門家会議ではなく、別の専門家諮問委員会が発足した理由はどのようなところにあったのでしょうか。

押谷：6 月ぐらいに専門家会議を開こうとして日程調整などを行おうとしたことはありました。しかし結局それは開かれませんでした。それがどういう理由で開かれなかったかは分かりませんが、政府は情報を共有したくなかったのではないかのではないかと思います。当時はメディアに対して色々な人が話していたりしたので、そうしたところに情報を出したくなかったのではないのでしょうか。厚労省の内部でも情報を出すなという何らかのプレッシャーはあったのかもしれませんが。

笹岡：それはあいまいな情報だから出したくない、またまとめができていないから出したくないといったことなのか、あるいは体質的な問題なののでしょうか。

押谷：よくわかりませんが、体質的な問題なのではないかと思います。

小松：国民がパニックに陥る状況などを恐れた可能性はないでしょうか。

押谷：しかし我々にしてみれば、厚労省が持っている情報などは高が知れているわけです。

福本：尾身先生の話などを読みますと、当時の専門家諮問委員会の力はかなり限られていたようですが、今日伺った話によるとそれよりもさらに限られていたのだと感じました。

押谷：尾身さんは、舛添元大臣の専門家諮問委員会に諮って決定を行いましたというように趣旨の発言に見られるように、ほとんど言い訳に使われていました。

笹岡：これまでのヒアリングでも、舛添元大臣のパーソナリティはかなり重要な役割を担っていたのではないかと言うような声を聞きますが、先生はどのようにお考えですか。

押谷：すくなくとも 5 月から検疫所でインフルエンザ A が出るたびに深夜に記者会見を開いたなどというのは、異常であったと思います。結局彼のパフォーマンスのためだけであったのかもしれない。

宮脇：アクターとしてはかなり重要な役割を担っていたのではないのでしょうか。

押谷：おそらく周囲の意見が活かされていなかったのではないのでしょうか。民主党政権になってからも、長妻大臣はほとんど新型インフルエンザにタッチしておらず、むしろ足立政務官が前面に出てきて発言を行いました。そのようなところでも、各国のデータからも成人に対しては 1 回接種で問題ないということが分かったにもかかわらず、その発表の前日になってからそれを覆すというようなことを行いました。おそらく民主党政権発足直後であったので、官僚に対する対抗的な態度をとりたがろうとしたのだと思います。その後も接種の優先順位やスケジュールが白紙に戻ってしまうようなことがありました。

外国のワクチンを買うか買わないかという問題も政権交代が行われるまで先送りになったのだと思います。そもそも外国のワクチンを買うというのも専門家はみな反対でした。私自身は、100 万人分といった少量のワクチンを緊急に輸入してすぐに使えるのであれば、バックアップとしてとっておく意義はあるのではないかと考えてました。しかし 5000 万人に接種させるということは 1 年がかりになりますから、そうすると国産ワクチンを製造しても間に合うことになります。そういうことも全然考えられずに意思決定がなされてしまったわけです。