

小松：政権交代で政府に呼ばれる専門家の顔ぶれも変わったわけですが、そういった専門家の選定はどのように行われるのでしょうか。コネクションのような要素が強いのでしょうか。

押谷：本来はそうではないと思います。そうではなく、専門家会議に参加している専門家が意思決定にもっと関われるようにならないといけないのだと思います。原発のときのように、何かあるたびに（政治家が）お友達を連れてきてやるのでは、やはりまずいと思います。そもそも感染研に専門家がいるわけですから、そうした人たちが意思決定に関わるようなシステムにしておかないといけません。政権や大臣が変わるたびにメンバーの顔ぶれが変わるようではやはり問題です。

笹岡：森兼先生とはご同僚でいらっしゃるのでしょうか。

押谷：森兼さんは感染研で岡部先生の下にいて、一時東北大にいたこともあり一緒に研究をしたこともありました。彼は東大医科研に上さんが中心となってやっている探索医療ヒューマンネットワークにも参加していました。

宮脇：お話を伺っていると意見の違う科学者同士のコミュニケーションが、政治の問題も絡むことでうまくいっていないようにも見受けられます。

押谷：ガイドラインの改訂でも言っていることですが、証拠に基づいて対策を行わなければいけないということです。それは政治的な対立軸とは別の問題で、データから何が言うことができ、特定の政策に対してどのような証拠に基づいていかなる効果があるのかというような点に関しても専門家が意見をいうことが必要だと思います。そして最終的な判断をするのは政治家の役割だと思います。したがって、そこにいたるまでの意見集約は専門家の役割であり、それは政治的な問題に左右されることなく出てこなければいけないと思います。しかしながらいまのやり方は、少数の（多くの場合一人の）専門家、あるいは医系技官に意見を聞いて、政治家が決定をしてしまっているのです、その過程の意見集約が省かれてしまっています。

アメリカなどではかなりの権限を持った専門家集団がいます。例えば、ワクチン政策に関してはHIPといった機関がほとんどのことを決めています。そうしたシステムが日本には存在していません。政治判断を行うのは最終段階であって、その過程を飛ばして、その後付で専門家の意見を聞きましたという今の日本のやり方は問題です。

福本：政治学・行政学の分野でも技術官僚の閉鎖性はよく指摘されますが、今日の先生の

お話を伺って医系技官にも同じことが言えるのだとわかって非常に興味深いと感じました。

宮脇：また当初のイメージでは、もう少しは専門家の意見が取り入れられているかと思いましたが、意外に感じた部分もありました。

押谷：最初に言ったように、危機のレベルが上がればあがるほど、きちんとした議論が行われなくなり、議論が理解できない人たちが意思決定をしてしまっています。

小松：国民の関心が高まってしまうと様々な縛りが出てきて自由に動けなくなるということもあるかもしれません。

押谷：専門家会議でも言っていますが、意思決定がどのようにしてなされたのかが全く分からないということもあります。今のガイドラインの改訂でも意思決定のプロセスやアクターを明示すべきだといっていますが、厚労省は全く書こうとしません。おそらく彼らが決める範疇ではなくなってくるのでしょうか。しかしそうした点を明らかにしておかない限りは、また同じことが繰り返されることになってしまいます。

結局、誰がどのようにして決めたのかということには分かっていません。本来、法制上は検疫を強化するかどうかは検疫所長が決めることになっています。ただ法律自体は明治時代に制定されたものであって、改定の必要性はずっと議論されていますが、そのままになってしまっています。実質的には、感染症の発生後も検疫所長独自の判断で検疫が行えることは現在はありませんので、実態と法律があっていないということはいえると思います。

小松：WHO については権限を強化したり、改革を行う必要性はあると思われませんか。

押谷：2003 年の SARS が発生したときに、中国が情報提供を行わなかったということもあり、WHO の International Health Regulations (1967 年作成) はそれに対応できませんでした。そもそもそれはコレラ、黄熱病、ペストのみを対象にしていました。そのためもあって、2003 年の SARS を受けてからの改定作業では、当該国の許可なしで調査を行うことができるといったように WHO の権限を強化するという案も含まれていましたが、中国とアメリカの強硬な反対によって削除されました。したがって、WHO の権限強化という点ではあまり変化がありません。

2009 年のパンデミックでもイギリス、スペイン、オーストラリアなどがなかなか情報提供をしませんでした。特にアメリカなどは SARS のときもそうでしたが、重要な情報を出すことはありませんし、他国のために協力をするという事もしません。2009 年 6 月のとき

にも日本が米国本土からの渡航者のスクリーニングをしていた際にも、ハワイでの新型インフルエンザの拡大状況に関しては日本人観光客の減少を恐れたために、何の情報提供も行いませんでした。その結果、日本の観光客はハワイで感染し、そのまま帰国してしまうことにもなってしまいました。さらに WHO の当初の想定でもあった **Exit Screening** についても無対策で、アメリカの空港ではインフルエンザ A に感染している人たちも自由に通ってしまっていました。

小松：感染症に対するグローバルな対応策を牽引しようとしているような国はないでしょうか。

押谷：結局、WHO に対して大きな権限を持っているのはアメリカです。日本とは違って、ヨーロッパや中国も発言力を強めてきていますが、(そうした国は) なかなかないでしょう。

福本：時間も参りましたので、この辺で終らせていただきたいと思います。本日は興味深い話をお聞かせいただきありがとうございました。



## 厚労科研費ヒアリング調査

## 1 日時、場所、対象者

2011年12月22日（木）

中央合同庁舎第5号館

正林 督章氏（厚生労働省健康局結核感染症課長（前新型インフルエンザ対策室長））

## 2 参加者（五十音順、敬称略）

小松志朗、小森雄太、松岡信之（速記録作成担当）、宮脇健

## 3 速記録（本文）

宮脇：それでは最初から質問をさせていただきます。

情報収集についての質問です。情報が錯綜していたりしていましたが、厚労省は国際機関である WHO や CDC などの研究機関、自治体のさまざまな機関などからの情報を仕入れて検討していたと思います。特に政府が対応を変化させた 5 月中旬に重要だったのは何かということが一点。政策決定をするときにどのような情報が有益になったのかということ、それぞれの段階でお聞かせ願いたいと思います。

正林：情報の収集、本当にいろいろなところから集めていました。初期の段階では、メキシコで何か起きているという第一報が入ってきました。大きな情報源は WHO でした。他には米国の CDC がありました。あとは日本大使館の外務省経由の情報が大きかったと思います。信頼していたのは WHO からの情報でした。国からの情報はバイアスがかかることが多い。

かつて私も WHO にいたことがあります。国際機関であり行政機関であるので、嘘は言えない、情報を出すことに慎重になる。そういうメンタリティのある機関ですから、そこが出す情報にあまり嘘はないと、だから信用していました。最初にもらった情報は、新しいインフルエンザが発生して、相当致死率が高いという情報でした。

水際対策を開始する段階に移りますと、第一報は 4 月 23 日、その直後くらいから検疫を強化しようということを検疫所に指示していました。その根拠となったのは、やはり WHO や CDC の情報です。

宮脇：検疫所の強化については後で何うことになりましたが、対策総括会議ではいろいろなことが言われていましたが、防護服を着てやるということについては省内で議論があったのか、また専門家に聞くと否定的な議論もありますが、そこら辺のせめぎ合いを教えていただけないでしょうか。

正林：やらなくてもいいじゃないか、やり過ぎではないかという意見は、後で病原性が低いという結果が分かってから言っているように聞こえます。最初の段階で我々が入手している情報では、致死率の高いインフルエンザがメキシコで流行りだした。メキシコへの直行便もありましたし、アメリカでも発生しだした、そしてアメリカ経由でも入ってくるかも知れない。そういう状況の中で、検疫をやらないという選択肢を取ることができたのかと言えば、難しかった。やらなければ相当の批判があったと思います。まず、検疫で感染者を捕捉する可能性がゼロだったら、日本国民がやる意味がゼロであるという共通理解があれば、やらないということもありえますが、可能性はゼロではない、それならばやるしかない。例えば潜伏期間が 5 日であって、飛行機に入るギリギリまで症状がでなくて、乗った時から仮に 12 時間など乗った時、機内で発症する可能性はゼロではないのです。インフルエンザ様症状の方が機内にいたとして、検疫をやらなかったばかりに素通りして、国内で蔓延したら、厚労省の担当者は相当非難されるでしょう。

日本国民はゼロリスク、完璧を求めますから、少しでも可能性があるのに対策をしない場合に行政の不作為を問われます。やらなくてよかったという選択肢の人たちは、何ヶ月とか何年か経ってから「実は病原性が高くなかった」と結果がわかってから言っているように聞こえます。後出しジャンケンに見えるのです。

私たちは日本国民の命を守る立場ですから、検疫をやらなくても良いという選択肢は取れなかったと思います。

また、防護服については、検疫官の感染を防ぐためには必要だったと思います。病原性が高い、あるいはわからない段階ではきちんと防護服を着て対応するのは当然だったと思います。

宮脇：神戸で感染が出た時は患者さんの隔離を行いました、その際はどのような情報を元にそのような措置をとられたのでしょうか。担当者との情報交換があったのでしょうか。

正林：神戸と大阪のケースですね。最初に高校生の集団発生が起きたときは、感染症法に基づいて入院を勧告して医療機関に入ってもらいました。ところが大阪府ではベッドがいっぱいになってしまった。5 月 16 日に最初のケースが出た時に、17 日になってからベッドがいっぱいになったという情報ももらいました。

その時に、大阪府に対しては、ベッドが一杯であれば無理に入院させる必要はなくて、自宅療養にして下さい、という措置をとりました。

宮脇：その対応は何をよりどこにしたかということも併せてお願いします。

正林：行動計画とガイドラインです。

平成 19 年に専門家で話し合ったガイドラインがあって、それを政府のものとして位置づけたのが平成 21 年 2 月です。そして、それを作ったばかりのときに新型インフルエンザが発生します。ガイドラインと行動計画は我々の行動規範になっています。

検疫については行動計画とガイドラインに書いてあったからやったということも言えます。同時にやらないという選択肢もなかったということです。同じように、入院措置も行動計画とガイドラインに書いてあったからやったということと、必要であると思われたからやったということです。

感染症というのは、広がっていくことを押さえることはできませんが、初期の段階でモグラたたきのような、出てきたらつぶし、出てきたらつぶす、ということをして、感染の波を後ろに倒すことと、ピークを低くするということが感染症対策の基本ですから、そのためには最初に出てくるケースを放置せずにやれることをやる。最初は入院してもらって接触をしないようにするということです。

宮脇：それは 2 番の質問に答えて頂いたということですね。今の話ですと、5 月段階で政策転換をするかしないという話があったと思いますし、強毒性かそうではないかという情報が錯綜していた時期であると思います。そのような中で H5N1 のインフルエンザを想定して対応しているのかについて、省内で議論があったのでしょうか。

正林：相当議論しました。様々な情報をベースにしていたので、あの頃は WHO の情報がメインでしたけれども、省内に専属のチームを作って海外の論文をとにかく入手して読み込ませて情報共有するということをしていました。あとは、もらっていた情報は様々だった。遺伝子を調べると強毒性ではないという情報もありましたし、疫学的情報だと、WHO が毎日発表していた感染者と死者のデータを見る限りですと、病原性が低くないということが分かっていました。

最初の段階、4 月では致死率は相当な高さだったと思いますが、それが段々下がってきた。おそらく、分母が増えていったからであると考えますけれども、メキシコでも統計を取っていて、感染者が増えていったからではないかと思います。

その後の 5 月中旬の段階で、アジア風邪並みの致死率と公表されていた。我々としてはそんなに致死率が高くないのではないかという考えに達していました。あとはどのタイミングで検疫を緩めることにしようか、ということは、データをずっと見て悩んでいました。

宮脇：その時にはガイドラインや行動計画が基礎になって、対応を緩くしていくのかということを議論していたということですね。措置を緩めることについての法的根拠はないですね。

正林：それはありません。新型インフルエンザということは法律には書いてあるのですが、

行動計画やガイドラインは法律ではないので、それを守らなかつたら罰則があるということではありません。我々の行動の一つの規範ではあつて遵守はしていましたが、それに縛られなければならないという意識はありませんでした。メンタリティとして重要性はありました。

担当によって違うということもあるかも知れませんが、我々が意識していたことは世論です。当時、私は参謀役だったのですが、一番意識していたのは世論です。仮に、緩めるタイミングが早くて、結果的に死者が多くなれば、後から両者を結びつけられてしまう。検疫を緩めるタイミングが早かったから死者が出たのだと報道されてしまうのです。当時の我々の意識は、新しいインフルエンザの病原性がわからないけれども、日本人の死者を最小限におさえること、それと社会を麻痺させないようにすること、この二つの目的だけは絶対にぶれないようにしようと考えていました。最後は結果ですから、これで他の国よりも日本の死者が多かったら、強く批判を受けてしまう。結果的に死者の数が多かったときに後々非難されるのです。分析されるときに判断の根拠にされそうなのが、国民全体のイメージです。つまりマスコミがどのように報道しているかも重要な判断材料です。私のイメージでは、後で結果的に死者が多くて責められたときに、あれをやっていなかったとか、緩めるのが早すぎたと批判されるよりも、少し「やりすぎだった」と批判される方がまだましという思いは強く持っていました。

病原性がそれほど高くないのでは、とマスコミが言い出したのは、6月に入ってからでしたから。徐々にマスコミのそのようなトーンが出始めてから、措置を緩めるということをやっていました。

宮脇：舛添厚労大臣についてもお聞きしたい。舛添さんに限らず政府との関係も伺いたいと思います。舛添さんが大臣でかなりメディアに出るとか、深夜に会見をやるとか、積極的に動いていました。著書にも自身が積極的に政策決定してきたと言っています。実際には、大臣と官僚との間でやり方などの議論あつたのではないかと思います。その辺について教えていただけないでしょうか。

また、大臣からの指示は想定内だったのでしょうか。それとも困ったこともあつたのでしょうか。

正林：担当者によるとと思いますが、私個人としては舛添大臣とは仲良くしていたので、私の言ったことを舛添大臣に信用してもらっていたと思いますし、舛添大臣の言ったことには従っていました。二人の間にはあまり齟齬を来すことはなかつたと思います。検疫の話も、舛添大臣もとことんやるというスタンスでした。後から検疫やり過ぎ批判がありましたが、それについて、舛添大臣は何ら悪いとは思っていない、正しいことをしたと思っています。これは我々も同じ認識です。

宮脇：舛添さん積極的に会見をしようとしていたのでしょうか。

正林：そうだと思います。世間では、舛添大臣がスタンドプレーという批判もありますが、私はそう思っていません。あれだけの一大事で、トップである大臣が記者会見を開いて、国民に丁寧に説明するのが大臣の役割ですから、舛添大臣の性格もおありでしょうから、世間からはスタンドプレーとの批判もあるでしょうが、舛添大臣ではなくても、他の大臣でも同じ事をやらなければいけないと思います。

宮脇：政府である麻生内閣総理大臣や河村官房長官などは表にでてこないという印象でした。出てきたとしても、たまに会見したりするくらい。内閣の側から指示はあったのか。それとも舛添大臣が決めたことを内閣が承認するという感じだったのでしょうか。

正林：往々にしてありがちですが、省庁間の連携はうまくいかないことが多いです。正直に言うと、内閣官房と厚労省は円滑な連携が取れたとは思っていません。麻生総理と舛添さんという構図になりますが、事務レベルではスムーズにやりとりできなかった。認識の違いも当然出てきましたし。

小松：認識の相違とは何でしょうか。

正林：実際に検疫を緩めようと思ったのは5月の中旬で、神戸で発症する少し前からです。大量に発症したので、早く緩めようとなりましたけれども、そのことを内閣官房に伝えても最初は同意を得られなかった。神戸のケースが出てから1週間、5月22日でした。我々と内閣官房との間に若干の意識のずれがありました。内閣官房としては、そんなに早く緩めてもいいのかとと思っていたでしょう。説得することに時間がかかりました。

小松：それは、内閣官房の方が国民の目を気にしていたのか、それとも専門知識がないからなのでしょうか。

正林：両方あると思います。危機管理を担当している部署が中心であったので、リスクを重んじる傾向が強いと思います。我々は科学的な情報を元にして判断します。一方で内閣官房は専門家がないということもありますが、最悪の事態、最悪のリスクを考える傾向がありますから、そんなに早く緩めて大丈夫なのかという思いは我々よりも強かったと思います。

総括的にいうと、検疫を緩めるタイミングが早かったのかどうかは、誰にも評価できないと思います。私個人としてはもう数日早く緩めることができたのかなと考えています。5月22日から数日前です。

宮脇：厚労省が説得しているけれども内閣官房が OK しないのか、内閣官房の意思決定に時間がかかっているのか、どちらなのでしょう。それとも両方ありますか。

正林：両方でしょうね。意思決定と説得することに時間がかかったということです。

宮脇：内閣官房ですと、総理大臣から直接指示が下ってくることはなかったのでしょうか。または内閣官房の事務方から指示があったのでしょうか。

正林：総理の指示は内閣官房の事務方を通じて来ることがありました。

宮脇：4 番の質問にいきます。4 月まで開催されていた専門家会議、その後の専門家諮問委員会は役割として、内部でどのように扱われていたのでしょうか。また、委員会の意見はどの程度反映されたのか。専門家諮問委員会では文献ですと早い段階で水際対策から国内対応重視へ転換した方がいいと主張していました。5 月 16 日までの経緯を聞かせていただきましたが、専門家諮問委員会の意見はどの程度反映されていたのでしょうか。4 月以降専門会委員会はあまり開催されていなかったと聞いています。その経緯なども教えてください。

正林：新型インフルエンザに関してはもともと、専門家会議というのがありました。新型インフルエンザ対策専門家会議のことです。実は大所帯で 30 人以上の大組織でした。行動計画やガイドラインはそこで作業してもらってまとめました。

パンデミックが起きた際、開催しようと思ったのですが、日程調整ができず開けなかったことが 1 度ありました。やはり 30 人以上の組織を開いて政策決定は難しいと思います。一方で、専門家諮問委員会は総理のアドバイザーとして 5 人のメンバーで開かれていました。専門家会議の主要メンバーがそのまま諮問委員になりましたから、諮問委員会のメンバーの意見を聞いていれば、適切な対応がとれるかと思っていました。諮問委員会は内閣官房というか、政府全体に対するアドバイザーとしてつくったものでしたが、我々も委員に相談してもらいました。具体的には、専門家諮問委員会は頻繁に開かれていましたが、開かれていない場合でも、個別の委員に相談して我々の政策に反映していました。

宮脇：専門家諮問委員会では（とは別に）、当時の舛添大臣が岩田先生達をつれてきましたが、非公式なものもあったかと思います。そのあたりはどちらの意見を聞くではないですが、意見の食い違いにどのような対処を行っていたのでしょうか。

正林：若手を中心とした専門家のグループは、舛添大臣のセカンドオピニオンという感じ

で呼んでいました。大臣としては両方の意見を聞いて判断したいという思いが強かったです。諮問委員会の方は重鎮の意見であり、若手の意見も両方聞いて判断したいと云う事がありました。たまには意見が食い違うこともありましたが、そんなに大きな違いではないと思います。

宮脇：その情報は、正林さん達も活用していたのでしょうか。

正林：我々も一緒に出ましたから、大臣が 5 人の意見を聞いている時は我々もその意見を聞いて、両方の意見を聞きながら考えていました。

宮脇：そのあたりは、文献を読むよりは円滑にやっていたということでしょうか。

正林：マスコミ的には両方の意見が食い違っているということにしたいようだが、ものすごく困ったという印象はありません。

話題は検疫の話に戻りますが、諮問委員の尾身座長などは早い段階で転換した方がいいと言っていましたが、それは意識していました。5 月初旬の段階で尾身さんから言われていましたから。GW 終わったらやめようということをおっしゃっていました。GW が終わる 5 月 8 日、9 日あたりの検疫で 5 人ばかり捕捉されました。あれで検疫をやめることが難しくなりました。

小松：検疫に引っかけたことで、やめられないという方向に働いたのか。もう仕方ないということではなくて、見つかった以上はやるべきだということでしょうか。

正林：検疫で捕捉することができ、検疫に対する期待が高まったということです。

小松：専門家の方を呼んで議論したときに、早く転換した方が良いということでしたが、その際に、議論の中身を外に出さないようにという風に気を使っていたのでしょうか。国民を刺戟しない方が良いとかそういう意識でしたか。

正林：これも人によると思います。私自身は、オープンな立場なので、意思決定過程を出していいという立場です。しかし内閣官房は危機管理だから意思決定過程を出したくないという立場だったようです。過程を外に出して混乱させるのではないかと危惧していました。専門家諮問委員会はクローズでやっていたし、夏くらいから厚労省にまかされたので、フルオープンにさせてもらいました。

宮脇：岩田先生もおっしゃっていましたが、政府の対応や厚労省の対応は硬直化していく

のではないかと。H5N1の行動計画に基づいた対応をいつ転換するというのを、きちんとやっていたということを、文献には書いてありました。いつH5N1の対応から脱却したのでしょうか、弱毒性のものがあるとしたら、2段階から3段階のように行動計画を作ることは想定されていたのでしょうか。具体的には、鳥インフルの行動計画がありましたが、弱毒性の場合は他の行動計画に準用するという想定はありましたか。

正林：行動計画ガイドラインを政府のものに位置づけたのは2月の段階でした。あの段階からアメリカのCDCは、致死率に応じた行動計画のアクションプランを立てました。それを踏まえ、致死率に応じて行動計画を作り直すという話がありました。改定作業が一段落したので次のステップで別のガイドラインを作らなければならないかな、という話はしていました。

宮脇：6番、メディア対応について、もう少し聞きたい。メディア対応で困ったことや、会見で気を使ったこともあったと思うがそこら辺はいかがでしたか。

正林：自分の反省として、メディア対応が一番大きな反省です。明らかに間違った報道や、あの時に「にわか専門家」が続々と出てきた。専門家と言っているが、略歴を見てもどこにも感染症のことが書いていない人もいました。その人の言う事が、本当の他の専門家と言っている事が違うことがありました。それで国民が混乱したのではないかと思います。そのことを、我々も知っていましたが、いちいち訂正して回ることはしていませんでした。会見で少し訂正していたということもしていましたが、そういう報道をしたマスコミに対しては、あの時の発言はおかしいのではないかと、訂正記事や訂正報道をしてもらうべきだったのでしょうか。しかし、そのようなことまでやる元気はありませんでした。

宮脇：例えば、そのようなことをやる部署、対策総括会議では広報を充実させようという話もありましたが、専門の部署や報道官を置くとか、そういう発想はなかったのでしょうか。

正林：報道官は現にいましたので、同じ人がずっと記者会見をしていました。一応、広報担当部局を設置して、マスコミ対応をしていましたけれども、十分ではなかったかもしれません。

訂正記事などのアクションを取り出したのは秋になってからです。こちらに余裕が出てきたという事もありました。それまでは本当に連日徹夜で特定のマスコミに行って訂正して回るくらいなら少しでも寝たいということでしたから。秋以降は、誤報があったら訂正してもらおうということで、本社に行って記者やデスクと話したりしました。

それにしても、色んな情報が出ましたね。特に週刊誌ネタはすごかったですね。あのよ

うな時は根も葉もないことを事実のように伝えますからね。

小松：新聞とテレビについてはどうでしょうか。困った報道などはありましたか。

正林：ワクチンの接種回数については少し困りました。仕方ない面もありますが、内閣官房から厚労省に委された 8 月以降は、会議をオープンにしました。ワクチンの優先順位や接種回数など、全てです。カメラだけは冒頭だけでしたが、記者を会場に置いて、みんなの前で意思決定しました。

ワクチンの接種回数は 2 回だったものを、オープンな会議では 1 回で十分という意見が出たところ、その日の夕刊か翌日の朝刊では「接種回数 1 回へ」と報道されました。本当は翌週に大臣が決めることになっていたのですが、新聞を見た人は 1 回と思うでしょうね。次の週に、大臣はデータを集めてから検討しようということで、2 回のままになりました。

しかし、新聞を見た人は、接種回数が 2 回から 1 回、翌週 1 回から 2 回ということで現場の混乱が起きてしまいます。それは意思決定過程をオープンにしたら、そのようになってしまいます。途中経過をこまめに報道してもらっていますが、見出しが「1 回へ」から翌週「2 回を維持」と報道されれば、混乱していると思われるでしょう。しかし、我々はまだ決めていないから何も変わっていないのですが、医療の現場は混乱したと思います。

宮脇：そのような報道がなされたときに、自治体に対して誤報や取り違えである、ということできちんと伝えていたのでしょうか。

正林：そこまではやっていないです。誤報と訂正という感じでは伝えていません。前の週に専門家会議で 1 回になったと自治体にメールに流して、次の週に大臣が 2 回と言ったという事実をメールに流しました。自治体にメールを流して医療現場に反映されるまでに数日かかります。しかし報道は翌日に分かってしまうので、報道を読んだ人は医療現場に問い合わせをしますが、医療機関にはどのようなになったのかということが伝えられるのはさらに数日後になります。ここでタイムラグが生じてしまいました。だから医療機関からはクレームを多数受けました。マスコミに言う前に医療現場に伝えてくれということを行いました。

しかし、オープン会議をしていると避けられない事態ですから、未だにどうすればいいのか分かりません。

小松：オープンにするとそういう事態も起きると思いますが、それでも正林さんはオープンにすべきであると考えますか。具体的にどのようなメリットがあるのでしょうか。

正林：われわれの意思決定過程を多くの人に見てもらえるというメリットがあります。我々

も悩んでいるし、何に悩んでそのような意思決定をしているのかということ、国民のみなさんにも見て欲しいということです。

小松：一種の危機というか、異常事態が起きたときもできるだけオープンにした方が良いということですか。

正林：そうです。

特にあの時、ワクチンの優先順位を役人が決めたら、国民に怒られる。だから数多くのヒアリングをやって、それも全部オープンにしたのです。例えば、なぜ医療従事者が最初にワクチン接種を受けることができるのかとか、その次は基礎疾患を有する人、子ども、1歳児、2歳児…という順番になっているのかということは、感染症の専門家や社会学者の方にも意見を聞いて、参考にしながら我々も決めていきました。

そのようにオープンにしながら意思決定をしないと、ある日突然に結論を決めたということになったら、国民の理解は得られません。国民全員にこの順位が良いと理解していただかなければいけませんから、情報を公開する必要がありました。

宮脇：ありがとうございます。ここからは厚労省の科研費では仙台市と神戸市の事例で市と政府・厚労省との対応を見ていくということになっています。

実際には、特に仙台市は「仙台方式」といって独自の方式をしていた。岩崎さんは厚労省に出向いて説明したと言っていました。危機管理は弱小自治体問わず一律の対応をした方がいいと考えますか。どのような対応を取った方がいいと思いますか。

正林：岩崎さんとの面談は私に対応しましたから、岩崎さんがいらっしゃってそのような話があった際は、私も賛成したはず。仙台市と私たちの関係は…岩崎さんは何と言っていましたか。

宮脇：それに関しては、岩崎先生が厚労省で話したところ、「先生が責任を取ってくれるのであれば結構です」という風に言っていました。その際に厚労省の担当者としては正林さんではなくて他の方の名前が出ていました。女性の梅田さんという方が対応してくれたそうです。

正林：何度かいらっしゃっているから、違う人が担当したこともあるかもしれません。そのうちの一回は私に対応したということですね。

宮脇：特にその時の対応に不満があるということではなくて、やりとりをした事実をお聞きしました。連携のところはうまくいったと聞いています。

正林：危機管理の様な、日本中に広がる様なものの場合、厚労省で音頭を取って、最低限の措置はどこ自治体も取ってもらった方が良いでしょう。また、一歩先を進むような自治体が出てくれば歓迎します。むしろ、なかなかそういう対応ができない自治体も出てくるから、そういうところには意識しながら、サポートしなければならないと感じています。岩崎さんには心配をしていませんでした。

やはり、責任の所在が問題になってくると思います。多くの自治体は全責任を負ってまでやりたいとは思わないですから。私自身は嫌でしたけれども、何か我々に言ってもらいたい、指示を受けたいと思っていたのではないかと。初期の頃ですが、感染者を入院させ、家族が仕事で出ることができるのは何日後からかと、こちらに問い合わせがありました。そのようなことは自分達で決めれば良いと思うのですが、何度も電話がありました。4日ですか、5日ですかと電話がかかってくるようになっていました。やりたいようにやったら良いです、と言っても、先方は「正林さんのコメントが欲しい」ときます。私が「では5日で」というと、「電話が終わったらメールでその指示をください」と言ってきます。

宮脇：証拠ということですね。

正林：そうです。

小松：自治体の気持ちも分からなくもないのです。東京都や神戸市、仙台市など人材がある一部政令指定都市は良いと思いますが、大半の都道府県や自治体は専門知識を持っている人がいないという現実があります。

感染症や公衆衛生の知識を持っている専門家がいけないという問題があると思いますが、その点についてはどのようにお考えでしょうか。

正林：完全に同意ですね。

私もある県に出向したことがあります。小さな県では感染症の専門家は本当にいないのです。集団発生したときの対処についての知見を持っている人はいなくて、私のときは、SARSが日本に入ってくるかもという時で、全国あちこちで疑似症例が見つかっていました。私がいた県でも疑似症例がありました。それに対して対応しなければいけないという時に、当時私は健康福祉部長という肩書きでしたが、自分で意思決定しなければならない。しかしながら感染症の研究をしている先生がその県にいませんでした。仕方ないので、どこに聞いたのかというと、国立感染症研究所に電話して対応しました。

日本の歴史を見てみると、昭和20年代～30年代には感染症の専門家がたくさんいらっしゃいましたが、残念ながら今は減ってしまいました。癌や脳卒中などが医療のメインになりました。全国どこでも感染症の専門家がいるということはありませんから、改めてパン

デミックのことを意識して、地域で感染症の専門家を育てていかねばならないと考えています。今年度からそういう育成の事業を始めています。これから各都道府県でリーダーになって、アドバイザーとなる人を育てていくようにします。

宮脇：神戸市についての質問で、神戸市とは連絡を取っていたのでしょうか。また、感染症対応では県が主体になりますが、神戸と兵庫県は政令市と都道府県との関係を見ますと、県と政令市はあまりうまくいかない場合が多いと思われれます。新型インフルエンザの時は両者せめぎ合ったりしていたのでしょうか。また、厚労省はどのように関わっていたのでしょうか。

正林：厚労省では、一自治体に一人の担当ということが基本でした。若い人と管理職が担当になっていました。私は神戸市などを担当していなかったから分からないですが、神戸担当の管理職と、兵庫担当の管理職を決めていました。大阪府も同様です。その部長さんとのやり取りをフォーカルパーソンで対応するということでした。私は神戸市を担当していなかったので分かりませんが、一般的に言えば、政令市と県の連携は必ずしも良くはありません。

小松：国際レベルで見ると、各国とも自国がきっかけでフェーズを上げて欲しくないということがあります。日本政府や厚労省は WHO に「フェーズを上げるのを少し待って欲しい」といった働きかけをしていたのでしょうか。

正林：働きかけをしたことはありません。あの頃、アメリカやメキシコから世界に広がりましたが、日本が広がっているからフェーズを上げてもらうということはして欲しくない、という思いはあったかもしれません。したがって、初期の感染拡大阻止には力が入っていたと思います。

小松：たぶんどの国もそのように思っていますよね。

宮脇：最後の質問です。医者や感染症専門家が少ない自治体には、何らかの援助をしていたのかということと、地方自治体からの問い合わせが多すぎて業務が回らなかったのではないかということについて教えて下さい。

正林：さっきの話は初期の頃の対応でした。一般的には厚労省内に国内チームを作って、九州地方は誰など担当を決めていました。もちろん厚労省の担当者の連絡先はきちんと伝えていました。その担当者がフォーカルパーソンになって、その県で起きている問題をそ

の人に伝えてもらい、また助言ができる場合はその担当者から直接やってもらうようにしました。担当者で難しければ管理職に上げてもらっていました。もちろん全ての情報が担当者に入ってくると業務ができなくなります。ちなみに私へのメールは1日500通来ていました。

自治体に対する援助、発生する前は何を行っていたのかというと、県に出かけて、講演するとか、知識などの伝達をしていました。何を伝えたいのかというと、いざパンデミックが発生した場合に、地震のように一つの地域に収まらない、感染症はどんどん広がっていくということを言っていました。特定の県で起きて、国や県からの応援が来て助けられるという事態はイメージしないようにということを強調していました。自分の県は自分で守ることを第一にするように言っていました。

医師不足に悩んでいる県などには感染症の専門家がないということがあって、発生したら国立感染症研究所の先生を派遣してもらえないかと言われましたが、そのような対応が可能であるのは初期だけのことです。日本中に広まった場合は助け船など出せないと伝えていました。

宮脇：CDC などのような機関、日本で言えば、国立感染症研究所があるが、強い機関は作らないのでしょうか。

正林：行政のあるべき姿があって、国の全体の仕組みの中で考えるべき問題であると思います。アメリカでは CDC がうまく機能していると思いますが、しかし他の国でうまく機能するかということがあります。日本のように、霞ヶ関で政策をつくり、国会で承認を得る、というしくみの中で、そのしくみの外に CDC のような組織を作ってもうまくいかないのではないかと考えます。専門的知識を蓄積している感染研と、霞ヶ関の行政組織との連携を強化することは重要なことですし、やるべきであると思います

宮脇：新型インフルエンザ対策を経験されて、日本の意思決定は早くできないか、変えたいと思うところはありませんか。時間がかかるとか、伝わるときに段階が多すぎる、ということが問題としてあると思います。

正林：そうですね…日本では、意思決定の責任の所在が不明確ということがありました。内閣官房か厚労省のどちらが決定をしているのかわからないことがありました。複数の省庁にまたがるような事案、具体的には飛行機を止めなければいけないということになったとき、厚労省だけではできないですから、そのような場合に総理のリーダーシップの下、内閣官房が中心に対処することが必要となるでしょう。

そうではない問題について、例えば個別の検疫をどうするとか、感染症の症例の報告などは内閣官房に意思決定を求めなくても良いと思うのです。症例の全数報告などは厚労省

固有の事務です。それをいつまで続けるといったことなどを内閣官房の判断を仰いでいたら意思決定はどうしても遅くなります。各省庁固有の業務は各省庁の判断で実施しても良いのではないかと思います。

宮脇：厚労省が決めたことに関して内閣官房で覆ったことはありませんか。

正林：覆ったことはありませんでしたが、時間がかかったことは多かったです。

小松：先ほどの話で、厚労省と感染研の連携を強化しなければいけないという話がありましたが、2009年の時点で両者の連携が不十分であるという認識はありましたか。

正林：ありました。サーベイランスの仕組みについて、厚生労働省と感染研との間で意思の疎通が十分でないこともありました。

小松：サーベイランスについてですが、普段のインフルエンザでは感染研が受け持ちをしています。新型インフルエンザでは厚労省が引き受けたと伺っていますが、その理由は何でしょうか。

正林：最初、全数報告をしてもらっていたのは感染症法に基づいてやっていました。その報告先は通常のサーベイランスとは違う仕組みになっています。法律上は最初に厚労省にFAXが入ってきて、それを感染研に渡す形をとっていました。途中からコンピューターの仕組みを用いていましたが、その仕組みを徹底しないと、FAXだけで報告するとか、感染研に一步報告が遅れる、またはFAXが感染研に届いていない可能性もありました。コンピューターの仕組みであれば、感染研のみならず他の自治体にも伝わる仕組みになっていましたが、それがうまくできていなかったのも、感染研からの提言を受けて、情報を共有するようにしましょうとなっていました。うまくいきませんでした。これは反省点です。感染研は非常に不満に思っていると思います。そういう意味での連携はきちんとやっていきたい。今後の改善点です。

小松：冒頭にありましたが、国民がゼロリスクを求めるといことがありますが、それが年々強まっていると思います。インフルエンザも国民はたいしたことないと思っているかも知れないが、厚労省としては次の感染症が流行ったときに強めの対処をすることになるのでしょうか。

正林：最新の情報を入手しようというスタンスはありますが、病原性の高さが分からないならやや強めの対処をして、実態が分かってくるに従って転換していくことが危機管理の

鉄則であると思います。「おそらく弱いだろう」という前提で、弱めの対処からだんだん強くということはできません。途中で気づいて慌てて強い対処をしようとしてもできないですから、やはり最悪の事態を念頭に置きながら、より強めの対処をして、随時の情報をもとに対策を転換していくことが、危機管理の鉄則であると思います。

小森：国会との関係で、この時期は国会議員からレク要求や資料請求はありましたか、業務の妨げになりましたか。

正林：たくさんありました。国会質問はたくさんありましたし、レク要求や資料要求はすごかったです。

小森：それは与野党関係なく、ですか。

正林：与野党関係なくありました。

小森：予算との関係もあって、日常的に国会に対してレクや資料提出などを行っていると思いますが、新型インフルエンザについて、積極的に厚労省から国会に対しての情報提供は行っていたのでしょうか。

正林：やっていました。我々行政府がやることは、国民の理解を得ながらやらなければなりません。ですから、国民の代表である国会議員に対する説明は我々の責務です。やろうとしていることは国会議員にお伝えしながらやらなければいけない、それは当然のことです。ただし、その回数や頻度が半端ではなかったです。すごい負担でした。

小森：厚労省の対策に異議を差し挟んだ議員はいたのでしょうか。

正林：それはもちろんいました。明らかに先生の方がおかしいと思えば、こちらから説明しましたが、逆に、我々が気づかないことを教えてくれたこともありました。

小松：印象に残っている国会議員はいますか。

正林：例えば、大阪神戸で起きた時に、保育所の休園もしていたのですが、保育所を完全に休園させると、親が働きに出ることができなくなってしまいます。実は深刻な問題で、それに対してどのように対処するのかということを知りました。どの段階で休園をやめるのか、休園を続けるのであれば、親のためにどうするのか、という問題に対してあまり準備できていませんでした。これについて国会の先生から対処すべきではないかと指摘を

受けて対応していました。

やはりどたばたの時に我々が気づかないことがあります。国会議員の先生は地元で情報をキャッチしますから、我々に伝えていただけるのは有益でした。

宮脇：以上でヒアリングを終わります。お忙しいところありがとうございました。