

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はあります。

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見ると、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きます。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。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、病院に医者がいらないだけでなく、行政にはもっといません。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、国の方針にすぎら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。

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。そうした経緯があって医者が 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ったほうがいいのでしょうか。

押谷：厚労省的には異動があっ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。そうなるたびに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ない。

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いると思います。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いる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。もっとも、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が、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ると思いますが、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。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。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になります。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ありました。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に、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に、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なかったのです。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で、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だと思います。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が限られています、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

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うえ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ませんが。

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。

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：本来はそうではいけないと思います。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ら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点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。そこら辺のせめぎ合いを教えてくださいませんか。

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をもらいました。

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ろ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いのかについて、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えます。

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も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よ。

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、それを守らなかっ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っ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ことが、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っ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ったのでしょうか。

正林：担当者によると思いますが、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ったと思います。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。