

整を必要とする規制として捉えた場合、どのような課題があったのか。最後に、このような観点から休校措置に関する課題について2つの点を確認しておく。

事前の計画と実際とのギャップ

まず大きな前提として、2009年の新型インフルエンザでは、政府や地方自治体の事前の計画で事前に想定されたリスクと、実際に発生したリスクとの間にギャップが生じていたという点である。

新型インフルエンザの発生以前に日本で考えられてきた新型インフルエンザとは、鳥由来のH5N1ウイルスであった。このウイルスは強い病原性を持つと想定され、実際、政府の行動計画では、最悪の場合、64万人の死者が生じるとも推計されている（新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議 2009a, 3）。また、神戸市や仙台市を含む多くの地方自治体においても、事前の計画がH5N1を想定して作成されている。

これに対し、実際に発生したH1N1ウイルスの病原性はそれほど強くなく、「季節性なみ」だった。いわば、事前の計画で想定されていたリスクと、実際に発生したリスクとの間には、大きなギャップがあったのである。

したがって、2009年の新型インフルエンザ・パンデミック下では、事前の計画で想定されてきた対策を、実際のリスクに合わせてどう調整するかという点が、政府や地方自治体の重要な課題となった³⁰。

³⁰ 2010年に開催された新型インフルエンザ総括会議で第一に提言されたのが、「病原性に応じた柔軟な対応」だったことから、当時、こうしたギャップがいかに重要な課題とされていたかが示唆されよう（厚生労

政府の対策と自治体の対策とのギャップ

こうした事前の計画と実際の対策とのギャップは、政府、地方自治体の両方のレベルで生じる。そのため、地方自治体が実際のリスクに合わせて対策を調整することで、かえって政府の対策とのギャップを生じさせてしまう可能性もある。

これは、いうまでもなく神戸市の休校措置で、顕著に見られた問題である。国内最初の感染者が神戸市で確認された後、神戸市では自らの判断で、学区ごとの休校措置を決定、実施していた。その結果、一方で、兵庫県、大阪府全域で一斉休校を行う方針を決めた政府と対立し、神戸市は市内全域で一斉休校へと休校範囲の変更を余儀なくされたのだった。

神戸市のケースが重要なのは、新型インフルエンザに対する政府のリスク評価と地方自治体のリスク評価が、必ずしも一致するわけではないという例を示している点である。神戸市のケースでは、一斉休校により、生徒・児童のプライバシーの問題や、風評被害による経済的損失の問題も生じている（桜井 2009）。こうした地域住民や地域経済の利害に携わる地方自治体と、国全体の利害に携わる政府とで、リスクに対する評価の仕方が異なるのは、ある意味当然であるともいえる。だが、このように当然に起こりうる問題について、新型インフルエンザの発生から4年経つ現在、少なくとも国民的な議論が行われたとはいえない。結局のところ、こうした問題は、社会的に合意を形成していくべき問題ともいえる。今後そのような議論が必要ではないだろうか。

働省 2010, 2)。

F. 健康危険情報

該当事項無し（詳細は総括研究報告書の当該項目を参照のこと）

G. 研究発表

G-1. 研究論文

該当事項無し

G-2. 研究報告

福本博之「政策過程における「不確実性」の一考察—2009年新型インフルエンザ・パンデミック下の日本の対応を事例として」日本政治学会 2012年度研究大会分科会 A4 「リスクにおける政策過程の研究」（2012年10月6日、九州大学伊都キャンパス）（審査あり）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

H-1. 特許取得

該当事項無し

H-2. 実用新案登録

該当事項無し

参考文献、URL

- ・石突美香・小松志朗・小森雄太、2013「2009年新型インフルエンザに対する行政機関の対応—自治体アンケート調査の結果分析—」『日本大学工学部紀要』54（2）、pp65-80。
- ・上田博三、2010「新型インフルエンザ対策の経緯」『日本公衆衛生雑誌』57（3）、157-164。
- ・尾身茂、岡部信彦、河岡義裕、川名明彦、田代真人、2010「パンデミック（H1N1）2009

わが国の対策の総括と今後の課題」『公衆衛生』74（8）、pp 636-646。

- ・神垣太郎・押谷仁、2009「新型インフルエンザ流行時における学校閉鎖に関する基本的考え方」平成21年度厚生労働科学研究費補助金（新興再興感染症研究事業）「新型インフルエンザ大流行時の公衆衛生対策に関する研究」（主任研究者 押谷仁）。
- ・具 芳明、古宮伸洋、神谷元、安井良則、松井珠乃、岡部信彦、2009『大阪府における新型インフルエンザ集団発生事例疫学調査 報告書』国立感染症情報センター。
- ・厚生労働省（2010）『新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 報告書』。
- ・神戸市、2008『神戸市新型インフルエンザ対策実施計画』。
- ・神戸市新型インフルエンザに係る検証研究会、2009『神戸市新型インフルエンザ対応検証報告書』。
- ・桜井誠一、2009『新型インフルエンザ国内初！神戸市担当局長の体験的危機管理』株式会社時事通信社。
- ・笹岡伸矢・福本博之、2012年「リスクと政治的選択：ゲーム理論を用いた2009年新型インフルエンザへの対応の分析」『修道法学』34（2）、pp 1048-1070。
- ・新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議、2009a『新型インフルエンザ対策行動計画』。
- ・新型インフルエンザ及び鳥インフルエンザに関する関係省庁対策会議、2009b『新型インフルエンザ対策ガイドライン』。
- ・仙台市、2006『仙台市新型インフルエンザへの対応に関する基本方針』。
- ・宮脇健、2010「リスクにおける日本の行政

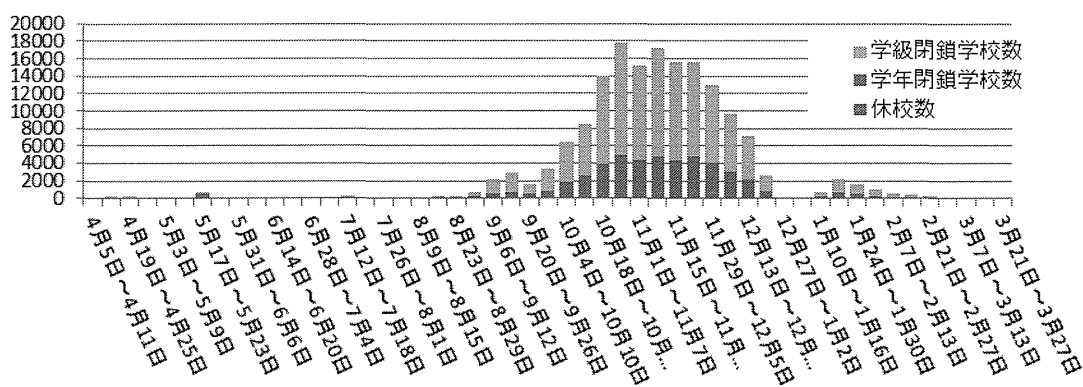
- 対応：新型インフルエンザの事例分析」
『法学紀要』51,pp 487-512。
- ヒアリング調査結果
- ・岩崎恵美子氏（前仙台副市長）、2011年12月6日、リージャス仙台。
 - ・桜井 誠一氏（神戸市代表監査委員）、2011年11月25日、神戸市役所。
 - ・押谷仁氏（東北大学教授）、2011年12月18日、日本大学法学部。

図表1 行動計画・ガイドラインの位置づけ及び休校措置に関する記載内容

	行動計画	ガイドライン
位置づけ	「国としての対策の基本的な方針及び認識」を示すもの。	「新型インフルエンザに係る各種対策についての具体的な内容、関係機関等の役割を提示」するもの。
休校措置に関する記載内容	<ul style="list-style-type: none"> ■休校措置を、主要6項目の一つ「予防・まん延防止」と位置付け ■新型インフルエンザの発生4段階のうち、第二段階と第三段階で実施。 ■厚労省・文科省から都道府県に、学校等の設置者に対し臨時休業、入試等の延期を要請するよう依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> ■都道府県の役割:必要と認められた場合、学校等の設置者に対し臨時休業を要請。 ■市町村の役割:要請に応じ、休業の開始・終了を判断、実施。 ■休業の開始時期 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県内で1例目の患者を確認時。 ・市区町村単位の休業もあり得る。 ・近隣都道府県で臨時休業を実施。 ■終了時期 <ul style="list-style-type: none"> 回復期になった時点から概ね7日ごとに厚生労働省等と協議、臨時休業の解除時期を検討・要請。

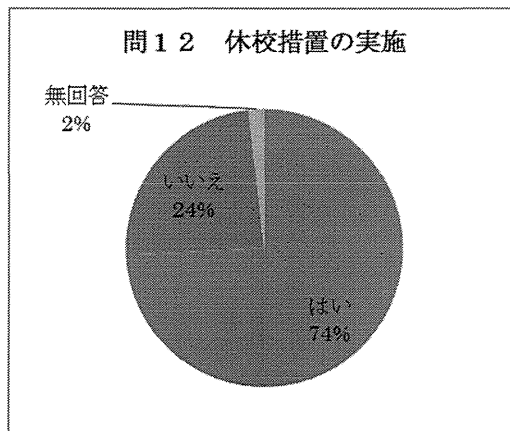
出典：筆者作成

図表2 インフルエンザによる全国の休校、学級・学年閉鎖等の状況（平成21年度）



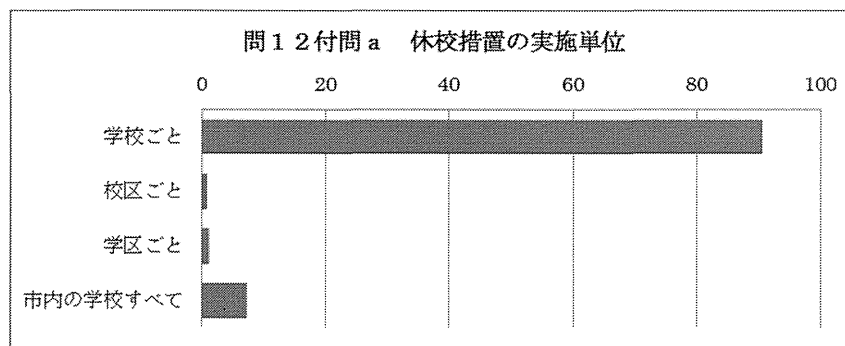
出典：国立感染症研究所感染症情報センターホームページ インフルエンザ様疾患発生報告(学校欠席者数)をもとに筆者作成。http://idsc.nih.go.jp/idwr/kanja/infreport/report.html(最終確認日2013年5月17日)

図表3 基礎自治体（市区）における休校措置の実施状況（N=450）



出典：石突・小松・小森（2013）から抜粋

図表4 基礎自治体（市区）における休校措置の実施状況



出典：石突・小松・小森（2012）から抜粋

図表5 神戸市のフェーズ分類と行動計画の発生段階

【改定前】フェーズ分類	【現行】発生段階
フェーズ1、2A、2B、3A、3B	【前段階】未発生期
フェーズ4A、5A、6A	【第一段階】海外発生期
フェーズ4B	【第二段階】国内発生早期
フェーズ5B、6B	【第三段階】感染拡大期、まん延期、回復期
後パンデミック期	【第四段階】小康期

※「A」国内非発生 「B」国内発生

出典：厚生労働省（2009,12）からの抜粋

図表6 フェーズ別の対策会議・本部員会議の主な協議事項

	フェーズ 3 鳥インフルエンザのヒト感染	フェーズ 4 ヒトヒト感染するウイルスの発生/小クラスター感染の発生	フェーズ 5 小クラスター感染の続発/大クラスター感染の発生	フェーズ 6 パンデミックの発生
情報の収集・周知	・鳥インフルエンザ発生地域情報	・新型インフルエンザ発生地域情報	・同左	・非常事態宣言
広報・啓発	・予防啓発内容と啓発方法 ・事前準備の奨励	・新型インフル発生に伴う啓発内容と方法 ・受診システムの周知方法	・集団発生予防啓発内容と方法 ・受診システム、受診方法の周知徹底	・パンデミックへの対応方法 ・受診方法、自宅療養方法
ライフライン機能の確保	・対象事業、事業者の選定	・対象事業団体・事業者への協力要請 ・予防体制の確立要請	・同左の強化要請	・体制確保と維持への支援、協力対策
行政機能の確保(行政窓口・体制)	・対象機能の選定 ・職員啓発、防護対策検討、準備	・防護措置職員による対応(以下同様)～強化	・閉鎖又は休止事務事業、必須確保事務事業・機能の選定	・機能確保 ・国、県、自衛隊などへの支援要請
事業活動の制限	・事業者、事業者団体への啓発 ・海外出張の注意	・事業者自己防衛体制の確保 ・従業員教育の実施要請 ・海外出張の注意	・同左の強化要請 ・時差出勤、操業短縮、臨時休業の検討要請	・時差出勤、操業短縮、臨時休業の実施要請
集客・集会施設の開鎖	・同上	・利用者、市民への事前予告	・臨時休業、休止の実施の検討、実行の要請	・同左の実施指導及び監視
学級閉鎖・休校		・患者発生施設・関係施設の開鎖、関係者対策 ・周辺地域対策	・同左	・一斉休校など
医療供給体制		・発熱センターの設置 ・医療体制の確認	・市民病院群体制の確立 ・受診窓口の確保 ・2、3次救急体制の確保 ・市民病院群一般入院患者転院対策	・インフルエンザ患者臨時収容施設の設置 ・インフルエンザ以外の重症患者対策
予防接種	・ワクチン接種対策の準備	・ワクチン接種対象者の選定・周知 ・接種体制確立・接種 ・対象外市民等への説明	・同左	・同左
要援護者対策	・対象者の把握	・対象者リストの作成 ・連絡体制の検討	・対象者リストの精査 ・連絡体制の確立	・対象者リストの精査 ・連絡体制の確立 ・訪問・支援の実施
火葬場 遗体安置所		・遗体安置所・火葬能力の確認	・臨時遗体安置所の準備・計画 ・火葬場の運営計画	・臨時遗体安置所の設置 ・火葬場の運転強化

出典：神戸市（2008、4）から抜粋

図表 7 休校措置に関する神戸市の決定内容（5月16日15時）

検討事項	決定内容
範囲	第一学区（東灘区、灘区、中央区、芦屋市）
対象	第一学区内の幼稚園、小学校、中学校、高等学校、保育所
期間	7日間。

出典：神戸市新型インフルエンザに係る検証委員会（2009、10）をもとに筆者作成。

図表 8 仙台市のフェーズ分類と行動計画の発生段階

県におけるフェーズ	市におけるフェーズ	本市の対応体制
フェーズA (流行前期) 国内外ともに、高病原性鳥インフルエンザウイルスや新型インフルエンザウイルスによるヒトへの感染被害が発生していない状態	フェーズA (流行前期) 同左	「2. 高病原性鳥インフルエンザの発生段階とその基準」の項目を参照
フェーズB 国外において、高病原性鳥インフルエンザウイルスのヒトへの感染被害が発生している状態	フェーズB 同左	
フェーズC 国内(県内を含む)において高病原性鳥インフルエンザウイルスのヒトへの感染被害が発生している状態	フェーズC 同左	
フェーズD 国外において新型インフルエンザウイルスの感染被害が発生している状態(ウイルス亜型の検査で新型インフルエンザウイルスであることが確認できない段階において、種々の疫学的条件から新型インフルエンザウイルスであることが疑われる場合を含む。フェーズE、F及びGにおいて同じ。)	フェーズD 同左	危機対策本部により対応 ※ 状況により、危機警戒本部を設置して対応する場合もある。
フェーズE 国内(県外に限る)において新型インフルエンザウイルスの限定的な感染被害が発生している状態	フェーズE 同左	危機対策本部により対応
フェーズF 県外において新型インフルエンザウイルスの感染被害が拡大している状態又は県内において新型インフルエンザウイルスの限定的な感染被害が発生している状態	フェーズF 県外において新型インフルエンザウイルスの感染被害が拡大している状態又は県内(市内)において新型インフルエンザウイルスの限定的な感染被害が発生している状態	危機対策本部により対応 「緊急事態宣言」発令
フェーズG 県内において新型インフルエンザウイルスの感染被害が拡大している状態	フェーズG 県内(市内)において新型インフルエンザウイルスの感染被害が拡大している状態	危機対策本部により対応
後パンデミック期 パンデミックが発生している前の状態へ、急速に回復する時期	後パンデミック期 同左	危機対策本部により対応

出典：仙台市(2006.5)

図表9 休校措置に関する仙台市の決定内容(10月29日)

検討事項	決定内容
範囲	仙台市内
対象	10月30日の欠席率が7.5%を超える市立小中学校、高等学校(57校)
期間	11月2日

出典：筆者作成。

(別添4)

II 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

分担研究報告書

2009年新型インフルエンザ（H1N1）の自治体におけるワクチン対応

研究分担者 高橋 幸子 帝京大学医療技術学部講師

研究要旨

感染症に対する予防手段の1つとして、ワクチン接種があげられる。しかし、インフルエンザはウィルスの抗原構造が変化しやすいため、それに応じたワクチンを製造しなくては効果が見込まれない。特に新型インフルエンザは元来ヒトには感染しなかったウィルスが、突然変異を経てヒトへ感染するようになった新しいタイプのウィルスである。そのため、新型インフルエンザを発生初期の段階でワクチンにより予防することは難しい。

2009年の新型インフルエンザA(H1N1)2009によるパンデミック発生によって、世界各国でインフルエンザワクチンの供給問題がクローズアップされた。日本では、国内生産ワクチンの不足、優先接種の順番、接種回数などが話題になっていた。このよう問題に対して国から順次方針が出されたが、内容が二転三転することもあった。これらの国の方針を受けて、我々の身近な自治体が具体的にどのように対応を実施したのかを明らかにした。その結果、自治体の役割の範囲内の中で十分な対応をするには事前のマニュアル作成が必要であることが明らかになった。そこには自己負担金など地域格差をなくし平等にワクチン接種が受けられる体制を盛り込まなければならない。また、医療機関等の関係機関との意思疎通のできる関係作りを平常から行なっていかななくてはならない。さらに、医療機関の協力だけではなく、ワクチン接種を実施するマンパワーの確保が新型インフルエンザ対策には必要である。

A. 研究目的

2009年、世界規模にわたる新型インフルエンザの感染流行“パンデミック”が発生した。罹患患者の症状の特徴としては、季節外流行や死亡年齢の若年化などがあげられた。感染拡大や健康被害、社会的な破綻や混乱を最小限に留めるには、ワクチン、

抗インフルエンザ薬、サーベイランスなどの様々な対策がある。これらの対策は国が主体となりながらも、各自治体の裁量により具体的な行動を行なうことになっている。

感染症に対する予防手段の1つとして、ワクチン接種があげられる。人間の命を奪ってきた感染症がワクチンの開発により発

生が激減、さらには撲滅された疾患もある。しかし、インフルエンザはウィルスの抗原構造が変化しやすいため、それに応じたワクチンを製造しなくては効果が見込まれない。特に新型インフルエンザは元来ヒトには感染しなかったウィルスが、突然変異を経てヒトへ感染するようになった新しいタイプのウィルスである。そのため、新型インフルエンザを発生初期の段階でワクチンにより予防することは難しい。

新型インフルエンザが発生した場合は、ウィルス株を特定しその後にワクチン製造にとりかかる。そして、新型インフルエンザが発生してからワクチンの製造まで約半年を要するとも言われている。

2009年の新型インフルエンザA(H1N1)2009ウィルスによるパンデミック発生によって、世界各国でのインフルエンザワクチンの供給問題がクローズアップされた。2009年の日本におけるパンデミック時、国内には十分な数のワクチンを確保することが当初できなかった。そのため、国ではワクチン接種の優先者を決めその基準に沿って対応を行なった。このように、十分な数のワクチンが確保できない場合は、確保できる範囲で最小限にリスクを抑えるための対策を即座に講じなければならない。

我が国では皆保険制度が導入されているため、病院機関へ自由に受診ができ診療が受けやすい環境にある。そのため、インフルエンザパンデミック時においても、健康を心配する人々が軽度の症状であっても受診行動を取ることになる。結果として、医療機関へ患者が集まり本来の医療施設としての機能が発揮できない状態になる。

パンデミックを振り返ってみると、国内

生産ワクチンの不足、優先接種の順番、ワクチンの接種回数が2回か1回か等が問題として取り上げられていた。このような問題に対して国から順次方針が出されたが、内容が二転三転することもあった。これらの国の方針を受けて、我々の身近な自治体が具体的にどのように対応を実施したのかを明らかにしていく。そして、2009年新型インフルエンザへのワクチン対応における自治体対応上の問題点と明らかにし、今後の課題を考えることは、自治体の権限内で行なえる住民サービスの向上へと繋がっていくと考える。

B. 研究方法

文献調査・アンケート調査（石突報告書参照）を実施した。また参考資料として、「新型インフルエンザ対策行動計画」、「新型インフルエンザワクチン接種に関するガイドライン」、「抗インフルエンザウィルスによるガイドライン」、WHOによる報告を使用した。

倫理的配慮として、ヒアリングに関しては、ヒアリング対象者にデータの中身を確認して許可を貰った。アンケート調査に関しては、調査目的を伝え了解を得、個人が特定されることの無いようにした。

C. 研究結果

C-1. インフルエンザワクチンとは

C-1-1. 日本におけるインフルエンザワクチンの歴史

インフルエンザワクチンは1930年代に製造方法における躍進があり、各国で製造研究が開始された。日本では、1953年に国家検定を経てインフルエンザワクチンがは

じめて国内市場に供給された。1957年に発生したアジアインフルエンザによるパンデミックが契機となり、ワクチン増産体制が強化された。同年、集団生活をする学校が感染拡大の場であるという考えに基づき、インフルエンザワクチンの学童接種が開始された。その後、インフルエンザワクチン接種の考え方が集団防御から個人防御へと変化していった。1994年の予防接種法改正時にインフルエンザ予防接種は対象疾患から外れ、任意接種に変更した。その後、インフルエンザワクチン接種の有効性に対する報告が集積した。その結果、2001年より高齢者などのハイリスク者を中心としたインフルエンザワクチンの定期接種が開始された。

インフルエンザワクチン接種率¹の推移は全体的には増加傾向をたどっている。そんな中での特徴として、2001（平成13）年には予防接種法改正²により、65歳以上接種率が前年度の17.2%から33.9%に上がっている。また、2003（平成15）年度にSARSが発生し、インフルエンザとは異なる疾患であるにも関わらず、翌年のインフルエンザ接種率に影響が出たと言われている。いわゆる風邪と言われている、上気道感染症

¹ ここで述べるインフルエンザワクチン接種率は「季節性」インフルエンザワクチンである。

² 予防接種改正法 疾病が一類と二類に分類され、一類疾病は当該疾病の発生およびまん延を予防することを目的として、予防接種が行なわれるよう奨励されている。ジフテリア、百日咳、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻疹、風疹、日本脳炎、破傷風、がこの中に含まれる。二類疾病は個人の発病またはその重症化を予防するもので、併せて当該疾病のまん延を予防することを目的としている。

状（咳、発熱、くしゃみ等）を伴う疾患が国民に不安を与えた結果であろう。このように、インフルエンザ予防にワクチンを接種するという意識は国民の間に広がって来ている。

C-1-2. インフルエンザワクチンの種類と役割

インフルエンザワクチンには、季節性インフルエンザワクチン、プレパンデミックワクチン、パンデミックワクチンの3種類がある³。季節性インフルエンザワクチンは例年冬に流行するインフルエンザの予防のための流行株予測に基づき作られるワクチンである。現行では、生後6ヶ月以上から接種でき、12歳まで2回接種（1回接種後3～4週間空ける）が推奨されている。13歳以上は1回摂取となっている。

プレパンデミックワクチンとは、パンデミックを起こす以前に、鳥→ヒト感染の患者または鳥から分離されたウィルスを基に製造されるワクチンである。新型インフルエンザのウィルスが不明な段階、あるいはウィルス株に基づいたワクチンの作成途中の対処として接種されるワクチンである。

パンデミックワクチンは新型インフルエンザがヒト→ヒト感染を生じたウィルスまたはこれと同じ抗原性を持つウィルスを基に製造されるワクチンである。ウィルス株が判明しても、製品化まで時間がかかるとともに生産量にも限界がある。

³ 一般にインフルエンザワクチンと言うと、季節性インフルエンザワクチンを指す。ただし、インフルエンザパンデミック時の対応としてのインフルエンザワクチンと表記されているものはパンデミックワクチンを示している。

予防接種の目的は、①個人が病気に感染して、発病しないための「個人の防衛」と、②個人が発病して、周囲に病気を拡大させさせないための「社会の防衛」である⁴。上記の3種のインフルエンザワクチンは①、②ともに果たす役割は大きい。感染力が強く、強毒性インフルエンザに対しては、社会的影響が大きく人々が通常の生活を営むことが出来なくなってしまう。インフルエンザワクチンはヒトの命の守るとともに、社会生活を守るためにも重要である。

2009年新型インフルエンザの一連の対応の中で、「インフルエンザワクチン」と言う場合にはほとんどパンデミックワクチンを指している。また、この新型インフルエンザで様々な課題が明らかになったのもこちらである点を踏まえこの論文ではパンデミックワクチンに焦点を絞っていくことにする。

C-1-3. インフルエンザワクチン接種における法律

ワクチン接種の実施主体についてまず述べる。インフルエンザの予防接種に関する法律は現在、「予防接種法」に定められている。予防接種法で取り扱われる疾患は「感染症法」の分類にしたがっている。感染症法は今まで知られていなかった新興感染症⁵や、近年克服されると考えられてきた再興感染症⁶の出現により1999（平成11）年4月から「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」として定められ

た⁷。これは、感染症が発生した後、集団感染をいかに予防するかという発生及びまん延予防の視点から、感染の発生・拡大を平常から監視し、感染症の発生を早期に防ぐものである。感染症法では分類が「感染症類型1～5類感染症」、「新型インフルエンザ等感染症」、「指定感染症」「新感染症」に分けられている。

「予防接種法」では感染症類型1類疾病⁸、2類疾病ではインフルエンザを対象としている。予防接種とは、感染性の疾患に対して免疫効果を人に得させるため、その病気の予防に有効であることが確認されているワクチンを人体に注射することである。これは、感染性疾患の発生及びまん延を防ぐことを目的としている。

1類疾病、2類疾病のうち政令で定めるものについては市町村で区域内に住んでいる住民に予防接種を行なわなければならない。都道府県知事は区域において予防接種を行なう必要がないと認めた地域を指定することが出来る。また、厚生労働大臣が予防接種を必要と認めた疾患に対し、予防接種を行なうよう市長村に指示することができる。予防接種の実施主体はあくまで市町村であると法律上はなっている。国の役割としては、実施主体が予防接種を円滑に実施するために、ワクチンの供給等に関して必要な措置を取ることである。

ここで実施主体が市長村であることがら、予防接種台帳の作成が義務付けられている。

⁷ それ以前は「伝染病予防法」

⁸ ジフテリア、百日ぜき、急性灰白髄炎、麻疹、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、その他その発生及びまん延を予防するため特に予防接種を行なう必要があると認められる疾患として政令で定める疾患。

⁴ 宮津光伸 予防接種の考え方と適切な接種 『ファルマシア』Vol.49 No.3 2013 P.189

⁵ エボラ出血熱、ウエストナイル熱などすくなくとも30以上があるといわれている。

⁶ 結核、マラリアなど。

インフルエンザの予防接種の対象は、①65歳以上の者、②60歳以上65才未満の人であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者であること⁹、とされている。これらの対象者を市町村は、あらかじめインフルエンザ予防接種の対象者として、予防接種台帳を作成することになっている。

インフルエンザの予防接種を受ける際は、予防接種法により接種を受ける法律上の義務は無い。自らの意思で予防接種を希望する者のみに実施するものである。費用は実施する自治体によって異なる。自己負担額は1,000～2,200円と幅があり、自治体に補助金額が異なっている。千代田区では2009年新型インフルエンザに対するワクチン接種は無料であった。

予防接種に関する考え方は、社会背景に応じて変化が見られるものである。前後の衛生環境の悪化、国民の栄養状態の悪化、十分な医療が提供されず、体力回復のための食糧も不十分であった時代では、予防接種は集団的に感染症を防衛する手段の一つであった。集団接種が中心であり、個人が感染防止の意識を持ち病院を訪れ自ら予防接種を行なうものではなかった。昭和30年代になると、予防接種の効果とともに衛生状況の改善などの生活環境の変化が見られた。その結果、かつて予防接種の対象となっていた天然痘、腸チフス、パラチフスの

発生は激減していった。その一方で、インフルエンザ、日本脳炎、ポリオなどが予防接種の対象として制度に組み込まれていくこととなる。

1957(昭和32)年に新型インフルエンザ(当時、アジア風邪)が大流行した。中国大陸で発生したA2型インフルエンザは従来知られていたタイプ型と異なるものであった。そして、全世界に広まり、日本においては死亡者数が約5700名を数えた。新しい型のインフルエンザの流行が起これば、新しくワクチンを開発しなければならない。また、製造には限界があるため需要における十分なワクチンの供給は無理である。したがって、インフルエンザ予防接種を効果的に実施するには、第一に、こうしたワクチン製造上の障害をいかに乗り越えるか、そして第二に、供給されたワクチンをどのように配分するかが鍵となった¹⁰。これらの問題は、2009年新型インフルエンザパンデミックのワクチン対応で生じた問題と同じであり、50年以上経過していても解決に至っていなかった。

現行の予防接種法では前記の通り、インフルエンザの定期接種は対象者が高齢者のみと定められている。2009年新型インフルエンザ(A/H1N1)の予防ワクチンを定期接種として高齢者以外にも対象を広げるのであれば、法改正が必要であった。また、有効性と安全性の国内検証が十分されていないワクチンを定期接種にすることにも問題はあった。ワクチンの定期接種は市町村が実施主体とされていたが、これらの理由から今回の予防接種に関しては、特例的に

⁹ 「インフルエンザ予防接種実施要領」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/teiki-yobou/08.html>

¹⁰ 手塚洋輔 戦後行政の構造とディレンマ
藤原書房 2010 P.121

国を予防接種の実施主体とした¹¹。また、事業主体を国に置き健康被害発生時の救済制度に対してとく特別措置法を制定することとした。

C-2. 新型インフルエンザに対するワクチン対策

C-2-1. 国の方針 (表 1)

新型インフルエンザ対策においてワクチンは、発生した場合の重症化を予防することで健康被害を最小限にし、医療機関への負担を減らす役割を担っている。目に見えないウィルス物質による感染に対して人々は不安や恐怖を抱く。そんな国民の不安は、感染予防を薬物によって施すワクチン接種という手段によって軽減される。

「新型インフルエンザ対策行動計画」は全体として、「前段階（未発生期）→第一段階（海外発発生期）→第二段階（感染拡大期、まん延期、回復期）→第四段階（小康期）」というように、感染の広がり具合に応じて段階を設定し、各段階で対応の中身を定める形になっている。ワクチンに対する対応としては、前段階では、国と地方が連携して、各ワクチンの接種体制を構築し製造・供給を整備する。ここで言っている各ワクチンとは、プレパンデミックワクチンとパンデミックワクチンのことを言っている。

第一段階では、ワクチン製造会社に生産開始を要請し、ワクチンの供給が可能にな

り次第、接種を開始する。その後の第 2～4 段階までは引き続きワクチンの製造・開発・接種を行ないながら、接種体制と接種者の優先順位について検討を行い国民に周知してもらうようにしている。

しかし、今述べたような行動計画に関するワクチン関連部に関するガイドラインは造られていなかった。この「新型インフルエンザ対策行動計画」発表は、2009 年新型インフルエンザパンデミックが起こる直前の 2009 年 2 月であった、この時点では「ワクチン接種の勧め方は検討中」となっていた。

¹¹ 2009 年 10 月 1 日「ワクチン接種の基本方針」にて今回の事業は、予防接種法に基づく臨時接種等ではなく、地方自治体との役割分担のもと、臨時応急的に国が主体となり予算事業として行なうとした。（和田 2011）

表1 新型インフルエンザにおける国の方針

インフルエンザの発生段階	方針内容
前段階・未発生期	国と地方が連携して、各ワクチンの接種体制を構築し、製造・供給の体制を整備する。
第一段階・海外発生期 第二段階・国内発生早期	パンデミックワクチンの開発・製造の開始とプレパンデミックワクチンの接種を開始する。 (ウイルス株が特定された後に、パンデミックワクチンの製造を薬品会社に要請) (プレパンデミックワクチンは供給次第、接種開始) ワクチン接種後のモニタリング (有効性・副反応)
第三段階・感染拡大／まん延期／回復期 第四段階・小康期	パンデミックワクチンの接種 (接種順位、摂取体制を検討)

「2009年新型インフルエンザ対策行動計画」より筆者作成

表2 パンデミックワクチンにおける行政機関の役割

国	都道府県	市町村
<ul style="list-style-type: none"> * 必要量の設定 (輸入の有無・輸入量の決定) * 必要量の確保 (国内外製造会社への要請) * 優先接種者の決定 * 接種回数の決定 * 接種後のモニタリング 	<ul style="list-style-type: none"> * 接種スケジュールの決定 * ワクチン流通の円滑 	<ul style="list-style-type: none"> * 医療機関 (受託医療機関) の確保 * 住民への周知 * 低所得者への負担軽減措置の実施

「2009年 新型インフルエンザ対策行動計画」より筆者作成

C-2-2. 行政の方針 (表2)

国のパンデミックワクチンに関する方針の中で書かれていることを行動主体ごとに役割を整理してみる。国は「パンデミックワクチンの確保、接種順位と実施方法の決定、ワクチンの確保、接種順位と実施方法の決定、ワクチンの配送、副反応への対応措置への検定、ワクチンの評価を行なう」となっている。

このように、国・都道府県・市町村では

基本的に重複する業務は無く、分担がなされている。ただし、国の方針・決定を受け、その範囲のなかで各自治体が決定を行なう業務もある。今回の新型インフルエンザパンデミックでは特例的に接種の主体が国になっており、地方とそこの医療機関の「協力」で接種を行なうことになっていた。パンデミックワクチンは季節性のインフルエンザワクチン接種と同じ法的扱いとなっており、「予防接種法」によりインフルエンザ

ワクチン接種における法律が定められている。

C-2-3. 2009年新型インフルエンザパンデミック時の国のワクチン対策における問題

報告書などで、取り上げられた問題を中心に3つ述べる。

はじめに、ワクチン接種対象者の選定である。十分なパンデミックワクチンが確保できないために、有効的に接種を実施していかななくてはならない。これについて政府は優先的にワクチンを接種する対象者を選定したが、その数は5400万人を上回る算定であった。そのうち特に優先接種されるべきとされたのは、医療従事者・約100万人、妊婦・約100万人、基礎疾患を有する者・約900万人、1歳から小学校3年生・約1,000万人、1歳未満の保護者および対象者のなか、身体的理由でワクチンが接種できないものの保護者・約200万人と概算された。それに対して、国内メーカーの予定製造数はウィルスの増殖率などの情報公開前後でばらつきがあり、おおよそ2009年の年内には2,000万人分には届かないほどの生産量しかないことが明らかになった。つまり、国内では優先接種対象者分のワクチンを自国で補えないことがわかってきたため、政府は海外からのワクチン輸入を決定した。

輸入ワクチンに関しては厚生労働省が10月以降、国内での臨床試験を実施し、その結果を踏まえて、年明けの2010年1月20日に「特例承認」というかたちで輸入を許可している。輸入ワクチンが実際に供給され始めたのは、結局2月3日からで、そ

の後はインフルエンザ自体が弱毒性で、発症率も低下したことによりワクチン接種者は減少し、大幅な余剰を生み出す結果となってしまった。

国は優先者接種対象者に対する案を、9月6日から13日までパブリックコメントを実施した。その結果、約3,000人から約4,000件の意見が提出された。約一週間の短い期間に多くの意見が出されたことは国民の新型インフルエンザに関する関心の高さが伺える。

次に、ワクチンの接種回数が結果的に3回変更したことに關する問題である。季節性インフルエンザワクチンの予防接種の場合、小児は2回接種、成人および高齢者は1回接種が通常となっている。しかし、新型インフルエンザワクチンの接種回数については、2回接種が前提と考えられていた。8月下旬より海外の治験において、1回接種での十分な有効性が期待できるとの報告もされていた。また、米国では新型インフルエンザワクチンの接種回数を1回として承認していた。日本では、自国の臨床試験の十分な結果が得られていなかったため、今回の新型インフルエンザワクチン接種は全体を対象者に2回接種を前提とすると発表された。

10月1日に出た「新型インフルエンザ(A/H1N1)2009 ワクチン接種の基本方針」では、当面、2回接種を前提として取り組み、国内における臨床実験の結果を踏まえ、見直す可能性がある。」とされていた。この内容の変更について検討されたのが、10月16日に行なわれた厚生労働省主催の意見交換会であった。ここでは、専門家たちから小児(1歳から小学校3年生)以外は1

回接種でよいという意見がでた。10月20日には、医療従事者は1回接種、小児は2回接種とし、それ以外の優先接種者は改めて検討するという決定であった。10月19日から国内ワクチンの接種が開始されており、接種開始後に方針の改定となった。

続いて、11月11日に健康な成人は1回接種で、妊婦と基礎疾患を有する者、1歳未満の小児の保護者および対象の中で身体上の理由で接種出来ない者の保護者も1回接種となった。12月16日には、中高生も1回接種と決定された。

表3 新型インフルエンザワクチンの接種回数の経時的变化

経過	根拠・方針	接種回数
10月1日	2001年から2003年に行なわれた鳥インフルエンザ(H5N1)ワクチンの臨床試験の結果、1回接種では抗体価の上昇が十分でない。	当面2回接種、臨床試験の結果等を踏まえ見直す可能性がある。
10月20日	健康成人を対象に実施した1回接種後の臨床試験結果(10月16日に意見交換会が行なわれており、その結果をマスコミが国の方針が決定したと断定的に報道されたことから、「省内の認識が統一されておらず、見解が二転三転している」と批判された)	「インフルエンザの診療に従事する医療者」1回接種、「13歳未満」2回接種、それ以外の対象者に関しては検討
11月11日	健康成人の2回接種後の国内臨床試験結果、海外の知見等	健康な成人は1回接種
12月16日	中高生の国内臨床試験の中間結果	中高生に該当する者は1回接種、妊婦1回接種

宮村達男監修『新型インフルエンザ(A/H1N1)』2011より筆者作成

日本において新薬に対する承認に時間がかかるのは、新型インフルエンザだけの問題ではない。国民の安全を守るために、優先接種が開始される時期までに、多くの臨床データや専門家の意見を収集した上で国が決定を下した。

最後に、バイアルの大きさの設定をめぐる問題に触れていく。1mlバイアルと10mlバイアルのどちらを用いるかが議論となり、どちらのバイアルの利便性が高いかについて国は市町村にアンケートを実施した。ま

た、「新型インフルエンザ(A/H1N1)2009 ワクチンの接種について(素案)」¹²をパブリ

¹² 9月6日から13日までのバイアルに関するパブリックコメントの内容は「1mlバイアルの場合2010年3月までに、約1800万人分の出荷可能と考えられている。また出来る限り多くの者が国内産ワクチンを接種できるようにするため、ワクチンの効率的な確保と接種の際の利便性とのバランスを測りながら、可能な限り10mlバイアルによる効率的な接種を行う計画を策定し、それに応じた10mlバイアルと1mlバイアルの生産割合を決定する。」年度内のワクチン推定量は、約2,200万人分(1mlバイア

ックコメントにかけた。小児では1回0.1ml、成人では0.5mlを接種する。10mlは成人では計算上は20人分になるが、実際には18人分に相当する。一度使用したバイアルは24時間で使用しなくてはならず、10mlバイアルは医療現場では利便性が悪く、しかし1mlバイアルでは製造効率が悪いという問題があった。そのほかの利便性や製造業者の製造キャパシティなどを検討した結果、最終的にはとりあえず年内はワクチン製造4社のうち、1社が10mlバイアルを、他の3社が1mlバイアルを製造することとした。実際のワクチン接種状況を加味して、その後はバイアルの選択について再度調整を行うことになった。

自治体としては、配付されるバイアルによって医療施設への配分を考えなければならない。1日のワクチン接種患者の多い病院や集団接種の場では、10mlバイアルで対応することは可能である。しかし、小児へのワクチン接種が中心となる医療施設や1日のワクチン接種の少ない医療施設で10mlバイアルを使用すれば廃棄が多くなり必要な接種者へのワクチンが計算上より少なくなってしまう。ワクチン接種を受けるヒトにとって、バイアルの大きさで効果に差が出るわけではない。しかし、バイアルの特徴を加味すると必要回数分バイアル口のゴムを穿刺することになり、10mlバイアルではバイアル内が無菌状態に保たれないリスクが高くなってしまふ。また、臨床

ルで製造した場合)から約3,000万人分(10mlバイアルで製造した場合)。今後、製造株の増殖率が減少する可能性を考慮し(2割程度の減少と見込み、1mlバイアルで製造した場合)、約1,800万人分と推定した。(和田 2011)

の現場では1mlバイアルで成人に0.5ml接種した場合、残りは破棄するのが一般である。必要量だけ注射器にセットされた製品化も可能だが、生産上のコストと時間がかがってしまうことになる。

C-3. 2009年新型インフルエンザパンデミック時の自治体の対応

C-3-1. 神戸市の対応

ここまで新型インフルエンザワクチンに国の役割や自治体の役割、また2009年新型インフルエンザ(A/H1N1)2009のワクチンに対する諸問題を述べてきた。この章では、実際の自治体の対応をみていく。

ワクチン接種開始時は、まだワクチン供給が不足しており優先接種として医療従事者が対象とされていた。神戸市では医療機関に調査をした結果、10月14日の時点では4,232機関で40,458人がワクチン接種を希望していた。市民の希望者すべてにワクチンは行き渡らないために、国の優先接種の順位に従い、医療従事者へのワクチン接種が10月19日より開始された。その後、11月2日より重症化のリスクが高い基礎疾患のある人や妊婦への接種が開始された。11月18日には、神戸市医師会新型インフルエンザ対策会議において、リスクの高い小児へのワクチン接種を早めた。そのため、10mlバイアルを効率良く使用する方法として集団接種の必要性が認識された。集団接種に関しては、人が集まることで感染者が増えるのではないかという意見も神戸市や小児科医会からあった。集団接種に関しては、医師会と神戸市とでは意見を異にした。しかし、12月3日には神戸市から医師会に集団接種の依頼がなされた。12月4日

からは1歳から小学校3年生と軽度の慢性疾患のある人への接種が開始された。同13日から23日まで市と市医師会の協力で第1回目の集団接種が市内5か所で実施された。第1回では1,330人、第2回では1,083人が集団接種においてワクチン接種が行われた。

2009年12月25日からは1歳未満の保護者と小学4-6年生への接種が始まった。翌2010年1月8日から中高生と65歳以上への接種が開始された。そして、ワクチン接種開始から2カ月以上が過ぎた、1月25日から優先接種の対象外だった健康な成人(19-64歳)への接種が開始され、全ての市民へのワクチン接種が可能となった。

全ての市民に接種が可能になった時期には、新型インフルエンザの流行もピークを過ぎていた。そのため、接種希望者は減り、ワクチンの多量な在庫が出てしまった。

神戸市は新型インフルエンザに関して、いわゆる「神戸モデル」と呼ばれる地域連携の対策システムを構築してきた。ワクチンに関する連携に関しては、医師会と神戸市が必ずしも初めからうまくいっていたわけではなかった。医師会の方針として出した、集団接種に神戸市は難色を示すという経緯がみられた。

集団接種は個人の防衛としては効果があるが、もし新型インフルエンザに感染し発生前のヒトがいた場合、感染は広がり社会の防衛としてはハイリスクであると言う考え方もある。安全性に確信が持てず、ワクチン接種によるハイリスクが予想される場合、行政は出来る限りそのリスクを最小限に抑えるよう行動することが予想される。集団接種はインフルエンザの拡大リスクを

高める可能性がある。その点で安全性が確保されない限り、行政側の対応は一定の足かせをはめられているといえる。つまり、これは神戸市だけの問題ではないため、公衆衛生学的研究結果などの専門的根拠から集団接種に対する国としての方針を決めておく必要もあるのではないかと。

C-3-2. 仙台市の対応

次に、2009年新型インフルエンザ(A/H1N1)のワクチンに対する仙台市の対応を見ていくことにする。仙台市においてワクチンの接種回数や接種者の優先順位は国レベルで決定され、実施スケジュールは自治体レベルで決められていた。仙台市では医師会と調整して医療機関を確保するとともに、ワクチンの関係情報を市のホームページや広報に掲載するなどの方法で市民に周知をした。生活保護世帯と市民税非課税世帯にはワクチン接種費用を無料にする措置を実施した。ワクチン接種費用に対する軽減措置は国の方針として出されたが、具体的な内容は自治体が決めることになっていた。宮城県の他の市町村では妊婦や子どもにも独自の措置が取られる自治体もあった。仙台市は他の予防接種の措置と同じ方法をとったが、このように近隣の市町村においてもサービスに差が生じた。

仙台市における優先接種対象者は全部で438,000人であった。10月19日から優先接種者である医療従事者への接種が開始された。その後も国の優先接種順位にしたがって実施していった。

仙台市では基本的に国や県の方針が固まるのを待ち、それに順じて実施を行なった。インフルエンザワクチンの絶対数の不足に

関して、宮城県が県医師会、医療関係者等と協議して決めている。また、10月下旬には仙台市長が仙台市の希望する数のワクチンが入ってこないことから、国より供給されるワクチン数にあわせた対処として優先接種者の中でもさらなる絞込みが必要であるとしている。

仙台市立病院が2009年12月4日から開始した接種予約では、予約対象者を以下のようにしている。①当院に通院中の基礎疾患を有する方、②当院に通院歴のある1歳～小学校3年生までの方、③これまでに接種対象となっていた方、であった。ここでは但し書きとして、「県から供給されたインフルエンザワクチンに限りがあるため、今回は、『当院に通院歴のある方』にかぎらせていただきます」記されていた¹³。市民には平等にワクチン接種を受ける権利がある。しかし、限られた数のワクチンは全ての市民に行渡るものではない。自治体は、限定された状況で最大のサービスを発揮しなければならない。仙台市では新型インフルエンザ対応では医療体制においても、行政と医療機関の協力体制が取られていた。仙台市、医師会、東北大学という、行政と医師会そして大学が連携を深め、信頼関係が構築されていた影響がパンデミック時でも生かされたのであろう。

D. 考察

D-1. 自治体対応から見えてくる問題

神戸市は新型インフルエンザワクチンに対する事前対策が2008年に作られていたが、仙台市は新型インフルエンザのワクチン

に対する事前対策はなかった。しかし、仙台市は新型インフルエンザに対する仙台方式と後に呼ばれている独自の方法を決めていたため、ワクチン接種に関しても医療機関との協力・連携が比較的とりやすかったのではないかと考える。そして神戸市は、パンデミックワクチン接種の実施に当たり医師会の方針と神戸市の方針が異なり、国からのワクチンの分配が決まった後に検討が必要になってしまった。

全国の自治体に医師会などの医療現場との意思疎通についてアンケートを実施した結果(表4)、有効回答数450(回答率55.6%)において、「とてもうまくいった」「ややうまくいった」が55.6%であり半数以上がうまくいっていると評価している。

表4 ワクチン集団接種時の医療現場との意思疎通
N=450

	%
とてもうまくいった	9.6
ややうまくいった	46.0
あまりうまくいかなかった	11.3
全くうまくいかなかった	1.8
無回答	31.3
合計	100

石突・小松・小森 2013 より筆者作成

医師会をはじめ医療諸機関はインフルエンザ対策において重要な役割を持つ。意思疎通が「あまりうまくいかなかった」・「全くうまくいかなかった」という自治体は13.1%と少数派ではあるが、無回答31.3%と多いことも含め、それらの自治体は地域の医療機関との協力体制を作り、緊急時に意思疎通がはかれる関係を構築すべきである。

ワクチン接種は医師・看護師等の有資格

¹³ 仙台市 HP、記者会見発表資料、2009年12月3日。

者しかヒトに接種することはできない。そのため、ワクチン接種に関しては特に自治体と医療機関の連携がいかにもうまく取れているかがポイントとなる。定期接種となった場合、自治体内の医療機関の協力は不可欠である。医療体制の確立とワクチン接種の出来る人材の確保を検討していくべきである。

自治体によって、ワクチンの接種日が市町村によって異なっていた。接種開始日の違いは、市民の不満や不安につながるものであり、出来るだけ接種開始日を統一して一斉に実施できるようにすべきである。しかし、現実的には国からの供給時期に差がで、市町村の中での配付にかかる時間が全て同じわけには行かず難しい問題である。

また接種料金や減免措置が自治体によって異なっていた。これは、自治体主体で行なう場合はしかたないが、今回のように国主体で行なう措置であれば統一が出来るように国の働きも必要であったのではないか。

D-2. 役割下における自治体のありかた

2009年新型インフルエンザ(H1N1)のワクチン対応としては国と自治体の役割ははっきりしていた。しかし、国の方針を受けて自治体が動くため自治体が素早く対応するには事前の実施計画が必要である。ワクチンの不足は予測できることであり、優先接種者の人数把握だけでなく更なる優先者の絞込みの方法を自治体の特色を踏まえてマニュアル化しておくべきである。

今回の新型インフルエンザは強毒性ではなかったため、定期予防接種に近いものと位置付けられた。その場合、市町村が実施主体となるのが適切であるが法律上の位

置づけがなかった。そのため、予防接種法の改正には時間がかかること等から、特例的に国が臨時接種となる新型インフルエンザワクチンの接種主体となり、事業主体を置いた。それにより、法改正などの時間をかけることなく定期接種としてワクチンを市民に提供できるようになった。自治体は国の方針に出来るだけ早く対応できる体制が必要となる。

ワクチンとは弱毒化されている病原体を体内に投与することである。ワクチンに対する評価は時代とともに変わっている。ワクチンの副反応が社会問題となりワクチン治療に対する不信感が日本には強く存在していると言われている。そのためリスクを高めるためにも、自治体は国からの通達だけではなく自ら新しい情報を獲得しそれを政策への活かしていかななくてはならない。そのためには、学識経験者や臨床データなど専門家の意見を含めた見解に敏感でなくてはならない。現に、インフルエンザワクチンに関して、2009年当時と較べると接種量が小児では異なっている。2010年までは乳児は1回0.1mlで2回と接種量が少なく効果が期待薄であったが、2011年からは1回0.25mlを2回摂取することとなり、ワクチン量が2.5倍に増加している。医療に関わる状況の変化には学術的データがエビデンスになるため、最先端にいる専門家からの意見は自治体にとっての大切な情報である。

自治体によって、ワクチン接種の自己負担金が異なり、接種開始日が異なるということが起こった。今回例にあげた、神戸市と仙台市のような政令指定都市であっても、開始日に対しては同じ対応にはならなかった。東京から遠い地域、アクセスの悪い地

域では、市内の医療機関への移送に時間のかかる自治体もある。自治体の財政や地域的な特徴において生じる問題であるが、パンデミックはグローバルな問題である。グローバルな問題に対して地域差が生じないような措置を国も自治体も考えていかなければならないのではないかと。

D-3. 実施するアクターは医師・看護師

ワクチン接種は実際に医療行為の出来る資格のある者しか実施できない。市は事前対策として、限られたワクチンの量をより有効的に市民に提供できるようにパンデミック時には医療行為のできる人材の確保をしておかなければならない。そのためにも、医師会や医療機関との協力体制を具体化しておく必要がある。その場合、整形外科、耳鼻科、眼科など普段予防接種を行っていない医師・開業医たちの協力を得ることも必要となる。また、医療の中ではワクチン開発に関する研究や集団接種に関するエビデンスなど新しい研究結果が発表されている。平常から市と医療者が情報共有できる場を行政は持ち協力体制を強化すべきである。市民に提供されるサービスは、目に見えるアクションにより市民の満足度を上げることに目が行きがちである。しかし、先ず何より安全性の確保を第一に考えていかなければならない。そのためには、行政は専門的な知識や新しい研究の成果など常にアンテナを高くしていなければならない。

さらに、医療機関に所属していなくても有資格者の協力体制の確保が出来るように臨床に従事していない、医師・看護師等のマンパワーの確保方法の具体化を行っておくべきである。ワクチン接種は災害時の

救命措置のような高度な技術を有するものではないため、看護師などの経験のある有資格者であれば臨床現場を離れていても安全性の確保は高いと考える。

E. 結論

新型インフルエンザのワクチン対応に関して、国と自治体の役割として重複する部分はなかった。自治体として行なうべき範囲が決まっている。今後、新型インフルエンザパンデミックが発生した場合に予測される事態は今回の事例から明らかになっている。新型インフルエンザワクチンの製造には時間がかかり、必要量が早期には確保できないこと。そのため、優先接種者の絞り込み方法も計画に取り入れるなど具体的な内容を検討しなくてはならない。

今回の新型インフルエンザは強毒性を想定した行動計画で対応されていたが、途中で弱毒性の季節性インフルエンザと同等の位置付けのウィルスとなった。このように、ウィルスの特性によって事前の計画を早めに修正できるような体制も必要である。

また、自治体毎でワクチンの自己負担金の格差を無くし平等にワクチン接種が出来るような措置も事前に考えておくべきである。

自治体は関連諸機関（ワクチンの場合は医療機関・医師会・専門家等）と平常からコンタクトを取り、実施計画に関する共通認識をしておくことが必要である。緊急時、情報共有する場合、各機関における内容の咀嚼具合は異なってくる。そのような状況において、少しでも早く方針を出せるような組織体制を考えていかなければならない。

また事前体制としては、ワクチン接種を