

フォーラム「再び秋に迎え撃つ～新型インフルエンザの危機管理と情報活用」

2009年7月26日(日)

神戸国際会議場 502会議室

司会 今日、こちらは晴れていますが、豪雨警戒で自治体の防災関係の方は今日おいでになれない方も随分いらっしゃるようです。最初に、関西学院大学災害復興制度研究所所長の室崎益輝からごあいさつを申し上げます。室崎先生よろしく申し上げます。

室崎益輝 ただいまの御紹介に預かりました関西学院大学の室崎でございます。今日は足元が悪い中というか、天候が定かじゃない中、危機を顧みず御出席いただきましてどうもありがとうございます。まさに異常気象というのは、やはり我々の将来というか、人間にとって非常に重大な問題であると、そういう異常気象問題と同じか、それ以上に重要な問題がウイルス感染の問題というふうに思っております。まさに将来の我々がどうあるべきかと考えさせるのは、まさにそのウイルスの問題、感染症の問題でもあるということでもあります。今日はそういう意味で、将来の日本の危機管理のあり方を考えるためにも、このウイルスの問題をしっかり考えたいということで、本研究会を開催させていただきました。御出席いただきましてどうもありがとうございます。

災害復興制度を研究しようという、復興を扱う研究所と思われる方も何人かおっしゃいます。復興というのは、災害直後の危機管理の対応から次の災害予防に至るまでをトータルに総合的に考えるということだと思っております。瞬間的に家を再現するだけのことではなくて、まさにその直後から次の事前まで。そういう意味で言うと、今のこの新型インフルエンザの問題というのは、まさにその直後にいかに対応すべきか、そこから教訓を引き出して、次のその感染に対してどう備えるかという、何となく後者のほうの問題だというふうに思っているわけでご覧いただきまして、私どもはまさに、とりあえず次のそのウイルスの拡大の感染防止になるかということでもありますけれども、同時に地震、その他の災害に対する危機管理のあり方もここから学ぶべきこと大変多いだろうというふうに思っておりますので、ぜひそういう視点からも、今日はこのフォーラムの中でいろいろ学んでいただきたいと思いますし、質問、その他積極的に御参加いただいて、これからの危機管理のあり方を考えていただければありがたいなということ……。

最後になりましたが、今日東京から浦島先生に来ていただきました。それから、一番まだ大変な、まだ最中に来られた神戸市の桜井さんに、まさに、そういう非常に忙しい中、御出席いただき、それから朝日新聞の中村さんにも、今日は専門家としていろいろ

コメントをいただくということで御参加いただきまして、この3人のパネラーの皆さんには心からお礼申し上げて、開会のあいさつにかえさせていただきたいと思います。どうも今日は本当にありがとうございます。

司会 室崎先生ありがとうございました。ちょっと皆さんにお願いですけれども、一部と2部に分かれて、今日開催はします。1部が14時50分に大体前半が終了いたす予定でございます。その間に皆さんの御質問等がありましたら、お手元に配られている紙にお書きいただいて、この一番前のテーブルの皿か、受付にもう一つ同じようなトレイを置いておりますので、そこへ置いて下さい。それをまとめさせていただいて、整理をさせていただいて、今日コーディネーターを務めます関西学院大学の森が質問をさせていただくというふうにいたしますので、よろしくお願いいたします。

今、室崎先生から紹介がもう既にありましたけれども、もう一度パネリストの方々を御紹介いたします。最初に、神戸市の保健福祉局長の桜井さん、私とはずっと昔から阪神大震災のころからの仲よしといいますか、広報課長で全国の情報の伝達の仕方でいろんな工夫をなさった桜井さんに今日は来ていただきました。よろしくお願いいたします。それから、東京からわざわざ慈恵会医大の浦島先生に来ていただきました。御専門と、それから国から見た危機管理とか災害対策のこと、それから御専門の医療の問題等、皆さんの御質問が多々あるかと思いますが、浦島先生にお聞きいただければと思います。よろしくお願いいたします。それから、朝日新聞でそういう医療とか感染症の専門家であります朝日新聞編集委員の中村通子氏にも来ていただきました。よろしくお願いいたします。コーディネーターは関西学院大学社会学部の森 康俊が務めます。よろしくお願いいたします。

では、この後は森先生にバトンタッチをいたします。よろしくお願いいたします。

森 康俊 皆さんこんにちは。どうぞ本日はよろしくお願いいたします。進行役は関西学院大学の森が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。それでは着席させていただきます。3時前に一たん休憩を15分ぐらい取らせていただく形で、前半は今回の新型インフルエンザの感染拡大というものを振り返るということで、3人のパネラーの方からそれぞれまず御発表を聞くという形を取りたいと思います。その間、皆さんにお配りしております質問票に質問、希望、あるいは御意見等を書いていただいて、休憩のときに私のほうで集約させていただきます。前半が今回の振り返りだとすると、後半のセッションでは、この新型インフルエンザの第2波、または関連する別の感染

症が顕在化した際の取り組みということを課題としたいと思います。今後の取り組みプラス皆様方からの御質問にお答えする形で進めさせていただこうと思っております。よろしくお願いたします。

それでは早速ですけども、神戸市保健福祉局長の桜井さんのほうからお願いします。今、山中のほうからも御紹介がありましたが、桜井さんは震災のときに神戸市の広報担当、それから再建、復興の仕事をされて、今回保健福祉局長のときにこのインフルエンザの対応をされたということで、キーパーソンということが言えるかと思えます。まず初めに、ちょっと時間を取りまして、桜井様のほうから神戸市の対応というものを振り返りながら、そこから見えてくる国とのやりとりだとか、あるいは兵庫県とのやりとりなど、お話をしていただけたらと思います。皆さんも、今は少し落ちついて新型インフルエンザのことを少し振り返る余裕ができたと思います。5月の半ばの土曜日の朝ぐらいから我々非常に緊迫しました。その当時のことを少し思い起こしていただきながら、桜井さんの話をお伺いしたいと思えます。

それでは、まず桜井さんのほうからパワーポイント、スライドのほうを使いまして、神戸市の対応を振り返るといことでお話をいただきたいと思えます。よろしくお願いたします。

桜井誠一　マイク聞こえますでしょうか。大丈夫でしょうか。

私のほうからこの新型インフルエンザの案件について、神戸市の対応等を振り返りながらお話をさせていただきたいと思えます。皆さん方のお手元のほうに一応レジюмеを書いたものを資料としてつけてございます。また、少し詳しい経緯等については都市問題研究所のほうで、都市政策という7月号で出たレジюмеのほうもつけさせていただきますので、またそれはごらんいただけたらなと思えます。

それでは、私のほうから御説明させていただきます。まず、このインフルエンザの発生以前ということで、時系列なのですけれども、私先ほど御紹介にあずかりましたように、阪神・淡路大震災のときに広報課長でありました。この略歴のほうには少し書いてないのですけれども、実はその前の年は医療対策室長といたしまして、地域医療のほうを3年間ほど携わっていました。ちょうどその当時には、神戸でエイズの日本人女性第1号というのがありまして、それも少々かすっているというか、そのときの担当の課長ではなかったのですけれども、少しその側面からバックアップしたという経緯がございます。係長の時代には、中央市民病院を布引からポートアイランドのほう

に移転をするという事業をやっておりましたので、医療関係を少しさまざまなところから勉強させていただいていたということもございます。そういうこともあって保健福祉局長というポストについたわけですけれども、そのときに非常に福祉といたら医療と両方でございますので、膨大な福祉を担当する局なので、何をテーマにここを、この保健福祉局長というポストをどう遂行していこうかなあと考えたときに、ふと目にしたのは、やはり健康危機管理でした。それであれば、その昔からやってきていた、いわゆる情報であるとか、危機管理の勉強の延長になるのかなと思ってやっておりました。

そうすると、この新型インフルエンザの話が随分出てまいりましたので、少し興味を持って見ておりましたら、ちょうど昨年1月でしたか、NHKがやったテレビドラマ、三浦友和が出たテレビで、2日、2回か3回連続であったんですが、それを見ていまして、こういうことが本当に起こるのかなというぼやとした気分でしたけれども、この後にこの元になる本に出会ったんですね。これが最強ウイルスというNHKの出版社が出している本なのですけれども、これを読んだときに、それまで私どものやっております実施計画とか、それから国の行動計画というのがあったわけですが、内容が難しく、そのこと自身が頭に入らなかったのですね。ところが、この本を読みますと、非常にアメリカでの最前線での、いわゆる実施訓練が具体的に書いてある。例えば、非常にリアルですけれども、鳥のインフルエンザがはやったときに、最終的にはいわゆる人工呼吸器をだれにつけるかと、この優先順位を決めていくことになる。非常にリアル、そして、またワクチンの接種をするときにドライブスルー型、マクドナルドで買うようにドライブスルー型でやっていると、これは感染をさせないというふうな観点からだと思えるのですけれども、非常に具体的でリアルだった。そういったことで、この本というのはちょっと大事だなと思ひまして、これを約60冊購入いたしました。60冊購入して、私どもの幹部、市長以下全幹部に配りまして、この本を読んでほしいと、そしてこの本を読むことによって、神戸の新型インフルエンザの対応というものを少ししっかりしたものにしていきましょと、こういう話もたしかやりました。そうしましたら、市長がこの本を読まれて、大事なことだということで、訓練で初期対応、ここにあります発生初期対応訓練というものをやろうということにつながっていった。この発生初期の対応訓練というのは、昨年11月2日にやったのですけれども、このシナリオをつくるのに6月ぐらいからずっと始めまして、11月ま

でかかったのですね。結局このシナリオをつくるプロセスの中で、多くの関係者がもう一度新型インフルエンザに対するさまざまな対策というものを共通の認識をつくっていくというか、今回神戸市でいろんな対策をしていきましたけれども、そのときの共通の土台というものが、このあたりにできていったのではないかなというふうに思っています。

それから、次にこのインフルエンザが発生したときなのですが、ちょうど4月25日ですが、私、電話でこの情報を受け取ったのですけれども、それまでインフルエンザと言えば鳥のインフルエンザ、鳥以外の動物、あまり頭になかったのですね。ところが、豚ということですので、非常に戸惑いました。どうして、何で豚なのだろうと、この、先ほどお見せしたスライドの最強ウイルスというNHKの本の横に写っていました新型インフルエンザという新書がございまして、山本太郎さんという先生の、その本の中に、実はアメリカでその昔、フォード大統領の時代に豚のインフルエンザらしきものはやって、逆にそのワクチンを打って、ギランバレー症候群を起こして非常に大変なことになったというような、そのくだりのことが出ていたのを思い出しまして、それで豚についての情報収集を始めたのですね。もともとこの新型インフルエンザにつきましても、非常に言葉が難しい、また医学用語もたくさん出てきますので、本当に理解に苦しむのと、もう一つはその言葉の意味を解読することが難しかった。そういう意味では、この情報というものを入手して理解するのに非常に時間がかかったというのが、今回のやはり特徴だろうというふうに思っています。

危機を管理するときには、当然その危機が起こった発生時間ごとに、そのことに対する対処の仕方というものも当然あるのですけれども、それと同時に並行に、私たちがどういう考え方でどういう対策をしていっているかということを知らせていくということが非常に大事です。そのためにも、言葉でありますとか、その用語の意味でありますとかということをも十分理解しなければ、そういった対応ができていけないということですので、そして、この難しい用語がたくさんありますので、一度その用語を使って文書をつくってみたのです。そうしますと、ちょっと赤で入れてありますとおり、高病原性鳥インフルエンザから始まって、強毒、弱毒ですね。PCRなり、症例定義なり、N95マスクとか、これ一般の方が見られたら、多分わかりませんよね。国のほうの出している用語解説というのもあるのですけれども、ある程度専門で勉強されている方はその用語解説もわかるのですが、本当に一般市民の方は

わかりませんよね。マスクでも、N95型とか、サージカルマスクという名前も不織布という、これは繊維があるかないかということでしょうけど、この言葉なんかも。おまけに検疫のほうでは停留措置、健康監視ですね。例えば、検疫のほうでは、健康監視と言いますが、感染症法では健康観察と言っているのですね。この違いはどこにあるのだとか、非常に言葉というのが難しかったこと、これが最初でございます。

そういった難しい用語を一つずつひもときながら、この25日に情報を入手してから27日に保健福祉局の新型インフルエンザ対策本部委員会議をやりました。この最初の会議終わってから、私はちょっと愕然としたのです。というのはなぜかと言うと、昨年の11月2日に訓練をして、かなりの人間がそのときに携わっていたにもかかわらず、この会議をした内容が非常にまとまっていない。だれがどういう役割をするのか、どういったように行動するのかということがはっきりしていないまま会議が終わってしまった。

これはだめだなと、一体訓練の成果はどこにあったのだろうというのが非常に私の頭に残りまして、翌日、休みの日に朝6時ごろ起きましてメモをつくりました。そして、職場のほうにFAXを入れて、このメモに従ってもう一度組織を立て直してほしいというふうに、そしてその日、出ていっていた幹部の、私どもの幹部の連中でその議論をしていただいて、そして会議の報告のやり方であるとか、対策の方法について議論をした。そして、何とか私どもの市のほうの対策本部会議に出せる資料が整い、あわせて組織が整いだしたというような状況でございます。私がそういう指示をしたことから、11月2日の訓練の報告書をやはり皆持ち出して、もう一度点検をして、そして内容を精査し、組み立てをしていった。

それ以降、5月15日から16日に発生をするまでに36回この会議をやっています。その36回の会議の中で、本当にさまざまな内容の情報の共有化が図られてございます。発生した以降は、会議らしいことをほとんどしておりません。しかし、みんなはそれでも動けたという、いかにその準備というものが大事であったかということのあかしだろうなというふうに思っています。その4月25日以降、連休も挟みまして、政府のほうは水際作戦というのをとっていくわけですけれども、その中で横浜のケースというのが起こっています。

横浜のケースというのは、これは何かと言いますと、国内初はいつか、どこかと非常にみんな緊張していくのですね。横浜で最初の、海外渡航歴のある高校生が新型イ

ンフルエンザの疑いがあるということで、横浜で発表になりました。そのときに、厚生労働省のほうと発表の手續について行き違いがどうもあったようですね。そのことによって、お互いが、危機管理ができていないといった内容のことで、非常に問題になった状況がございます。それがちょうど5月1日ですけれども、国も、それから自治体も、こういう国と自治体とがこのような問題を起こしてはだめだという認識に立って、それ以降、非常にお互いの情報交流なり、一緒になってやっていくということの認識ができたのです。結局その疑似症例というのは黒ではなくて白だったのですけれども。

それから、もう一つここで問題だったのは、いわゆるインフルエンザの迅速キットで検査をしたときに、A型プラスだと、そうしますと、それで感染症法上は国のほうに届け出るといふ仕組みになっていました、確定ではなくて。そのことがやはり混乱を招いていったというようなことがございます。結局国のほうは、5月9日ぐらいですけれども、このことに関しては、一たん即国に届けるのではなくて、保健所のほうに届け出ることによって、そこで判断をするというふうに向きを変えていたしたので、それ以降、その疑いの事例でマスコミに発表したり、それからそのことによる混乱というのは治まっていきまして、そういう意味では、当初のさまざまな国の出してきた指示というものが、やはり現場とうまくマッチングしていなかったという、そういう事柄を持った横浜での不幸な事件でしたね。

それから、次に5月9日になりまして、成田空港で感染者が発覚をするわけですね。この成田空港で感染者が発覚をいたしましてから、このときに国のほうが、これが国内初ではないというふうに言ってしまった。国内初、当然日本の国に入っているわけですから国内初でもよかったのですけれども、なぜ国内初にしなかったかと言いますと、国内初としていけば、そのときの大臣の発言で言いますと、国内初と言ってしまえば全部、日本国じゅうの、いわゆる学校であるとかというようなところを全部閉鎖してしまわなきゃいけない。そういう非常に大きい影響があるので、これはまだ国内初ではないというようなせりふが出てきた。そういったときに、我々は国内初だろうと、非常におかしいなという印象が残りました。その後、成田で発覚した4人の方については、停留措置という形で隔離をされていくわけですが、もう一つ我々が非常にびっくりしたのは、PCRの検査というものをやって停留措置を解除するのに、

2回なり3回なり、検査をしている。そして、陰性になったということで、そこから出られるという話。私どものほうの担当に話を聞きますと、その検査そのものの費用も非常に高いし、そのためにいろんな試薬とか、そういうものが国内に十分流通していないだろうと、そういった中で1人に対して3回も4回もPCRをすれば、当然そんな待遇はできないだろうと、本当にこういうことを国内の中でも発生したときにしると思うのだからかと、こういうふうな様々なことを、非常に疑問に思いました。

もう一つは、ここでCDCのレポートというのがあるのですけれども、これがCDCのレポートなんですけれども、これは国立の感染症情報センターのほうのホームページのほうに上がったのを私どもが入手しているものです。これはアメリカの機関で5月5日の日付で更新をされていました。これについては、なぜ私どもがこれに注目したかと言うと、私のほうでいろんな防災関係のネットワークがございまして、その方々とメールで交換している中で、今後の展開といったところで、アメリカで1,000の症例が出た時点で、恐らくWHOもさまざまな形で一つのメッセージが出てくるだろうという情報の情報が入りまして、1,000の症例ということのを頭に置いて、キーワードにして、データを、いろんな情報を探していました。そうしますと、ここにありますように、アメリカのほうでは、1,000症例出た、その中で学校の閉鎖は非効果的であった。それから、CDCは、学校でのインフルエンザ拡大を抑える有効な手段として、自宅待機を推奨するというので、学校閉鎖をしないということが言われている。これは5月5日です。それと同時に、この中には7日間ということも出てきますし、そして7日間経過してもまだ症状のある人は自宅にとどまると、こういうようなことが出てきます。1,000症例を見た結果であれば、当然そういう1,000症例の結果であれば、非常に確かさ度という意味ではいいのではないかなというふうに思って、これが日本の国の政府が、それを準用してくるのだからというふうに、そういうふうに私は思っていました。ところが、日本の国のほうは、与党プロジェクトが水際の作戦について、より強化するよという申し入れを行ったりもした、そういうこともあったのだからと思うのですけれども、国のほうがむしろこの停留措置を7日間にするのは5月13日になるのですね。この5月13日にこの停留措置の7日間にするのですけれども、その7日間にしたときに、同じように学校の休校措置についても何か触れるかなと思っていたのですけれども、触れなかった。そういうような流れになってきています。

さまざまな国からの情報を読み取りながらいろんな情報の中で判断をしていくわけ

ですけれども、やはり国から文書で出てくる内容と、それから実際に新聞報道されておること、それから国立感染症研究所のセンター長さんがおっしゃっておられること、それにやはり非常に食い違いあるのですね。そういうものも、私たちはどう解釈すればいいのかというのが、行政としてやっていく上では非常に悩みでした。

そういった状況から。私たちはきっと、これは、国内初かどうかは別にして、神戸でも1例目は出ると、こういう考え方を持っていましたので、そのとき何とか、その対応をするためにシミュレーションしようではないかと、5月の連休の初めころから早くこのシミュレーションをつくれと、そういう指示をしていました。ところが、いわゆる成田なり関空なりでの検疫から観察リストというのが回ってくるのですね。それはもう500以上、連休の間超すとふえてきまして、その観察者の方に連絡を取って状態を聞く、状況を聞くということで追われて、なかなかこのシミュレーションのほうの作業にかかれなかった、そういう現実がございました。

そういったことから、私どもとしては、何とかこのシミュレーションというのを早くしようということで、せかしましたら、やっと出てきたのですね。5月12日になってからでした。5月12日のときに出てきたシミュレーションというのは、ちょっと今、絵がございませけれども、この一つは、発生してから36時間の間にどういう行動を取るかということ想定いたしました。この36時間というのは何かと言うと、いわゆる疫学調査のガイドラインというのがあるのですけれども、その中にいわゆる疫学調査をして濃厚接触者を調べる。いわゆる一定の目安の時間、これが36時間。それを目標として、発生から36時間の間にどういう動きをするか。もちろん患者さんへの対応と同時に、対策本部の開催からその対応までの時系列を整理する。それと同時に、それぞれのステージにおいて対応を、この今回の豚由来のこのインフルエンザに対する対応というものを決めていこうと、シミュレーションというものを、机上のものをつくったわけですね。

この中でやはり議論になっていたのは、先ほどCDCのレポートにあったように、季節性のインフルエンザとしての対応をどうするのか、おそらく国のほうはCDCのレポートで1000症例もの事例があるのと、それから成田の4人の患者さんを見ているので、その結果としては季節性のインフルエンザと同じような対応ということで、対策を切りかえてくるんではないかなというふうに考えていました。しかし、それではそういうことを前提にしているのではなくて、とりあえず今伝わってくる情報の中で、

例えば学校の休校措置の範囲というのは、もともと県下で1例でも出れば、県下の高校全部を閉鎖すると、こういう想定でしたけれども、今回は、そこまでする必要ないだろうとか、そしてイベントをどうするか、とにかく学校以外の施設なり人の集まる場所をどうするか、そういうふうなことを細かく議論していきました。ただ、12日にはもう時間切れで、それまであともう少し詳しく深めていこうというふうなことで、この場は終わりました。ですから、その5月12日の時点では、あくまでもこの神戸の中で、第一例目が発生するだろうと。ただ、第一例目というのは、それまでと同じように、海外渡航歴のある1人の人が、熱があるということで相談にいられて、そして検査をしたら感染していた。その一例の人が接触したところを調べていって、そしてタミフル等を処方して感染の防止をしていくと、こういう一つの直線的なシナリオを描いていました。そういう中で、今回のものについての国、政府なり、感染症研の方々の意見なども総合しながら、シミュレーションというものを深めていこうとしていたわけでございます。

その次に、5月15日になりまして、渡航歴のない高校生の感染というのが神戸で。これは皆さん方も、この後テレビでごらんになったり、新聞で、ほうぼうでごらんになったと思います。私のところに情報が入ってきたのは、この日の5月15日の11時23分でした。私のほうの、課長級の職員からの電話でしたけれども、最初の一報は、何かおかしいことが起こりましたと。おかしいことって何と言うと、新型インフルエンザが出ましたが、海外渡航歴がないのですという。別に興奮した様子もなく、淡々とした話でした。そのときに、それってひょっとして、ニューヨークと一緒にという話をしますと、少しどうも話を聞くと、1人じゃなさそうですと、こういう話でしたので、その高校で広がっている可能性がありますという話でした。これひょっとしてニューヨークと一緒にかなという感じで、じゃあ今から出ていくよという感じで準備をしていましたら、ちょうど11時半過ぎか、40分過ぎでしたか、また電話が入りまして、関西テレビに速報が流れましたという話になりまして、これは大変なことになったなと。というのは、実は11時23分の時点では、おそらく1時ぐらいまでこれが何とか持ちこたえれば、新聞社の締め切り時間が終わっているのだから、朝刊には間に合わないから夕刊用だから、少しはエキサイトしなくて、きちっと話を聞いてきてもらえる時間があるだろうと、1時までには何とかすれば。朝まで時間があるなと思っていたのです。ところが、速報が流れたということですから、1時までしかもう時間がないのです。

これはマスコミがきっとエキサイトするなということで覚悟を決めて、そして車に乗って市役所のほうに出ていったわけです。

着きましたら、12時ちょうど40分ぐらいでした。そうすると、メールでそのときは携帯メールのほうに会見時間が送られて来ましたので、会見時間が決まっていたから、1時って言っていたのですが、結局1時10分まで延ばしてもらって会見に臨んだのですが、その間に市長とやりとりしているのですね。記者発表しますと言ったら、それ国立感染症研究所のほうで確定してからでないと発表するのはおかしいのと違うのかと、こういう話。ただテロップも流れていますし、とりあえず私どもの環境保健研究所のほうの検査能力も高いし、まず間違いないでしょうと、そういったことから、会見はとりあえずやらせていただきますということで電話切って、すぐその後、市長は出てこられたのですけれども。この市長の頭の中には、やはり横浜の事例があったからでありまして、あれも疑似症で発表して混乱したと、だから確定からでないと、やはり発表するのは、まずいのではないかなというような思いがあったようです。ただ、マスコミのほうに、もう流れてしまっていますし、今の状況だけでもはっきりしておかないとだめだろうなということと、同時に職員の話からいろいろ情報を聞きますと、かなり環境保健研究所での検査も複数回やった結果だということもありました。そんなことから、私は確信を持って、これは新型であって、学校でアウトブレイクしているということで対応しようと、こういうことでマスコミ対応させていただきました。

マスコミ対応の、これが会見の様子ですけれども、こういうふうにテレビ局がずっと並んだ中で、マスクをしているテレビカメラの人もたくさんいました。そういう状況でした。そういった、なぜテレビに流れたのかというのは、いろいろ探っているのですけれども、複数の説がありまして、これはちょっと時間がないので、また後日何かの機会にお話ししたいというふうに思います。このときにやはり課題になりましたのは、対策本部会議ですね。マスコミに公開するのか、非公開にするのかというふうなこと、それから個人情報との関係で、いわゆるどこまで個人情報を出していくのか、こういうことが非常に議論になりました。特に私どもは、X高校とY高校というふうに名前をつけさせていただいたのですが、これの実は私どもの中でXとYという二つにしたんですが、XとYの次といたらZしかないですね。要は、Zで終わらせたいと。Aとつけますと、永遠にA校、B校、C校、D校と行っちゃう、だから

私どもの思いはXとY出たら、三つ目のZで封じ込めたいと、こういう思いと、あとこれはマスコミ戦略なのですが、XとYの次はその他という分類になるんですね。その他というふうになると、三つ出ても四つ出てもその他ですね。そうすると余りふえた印象はないとか、このあたりは対マスコミ等との関係でXとYという名前をつけることによって、封じ込めたいという思いと、拡大していることでの印象度が非常に小さくなっていく、この辺はそういう思いがあって、XとYという名前をつけていくのですけれども。

あと個人情報の関係では、非常にいろんな課題が出てきています。例えば、個人情報の関係では、感染症法の第16条に情報の公開というのがあります。それと同時に、44条の2というところに、やはり新型インフルエンザに対する個人情報の取り扱いという規定があります。あと実名に関しては、マスコミのほうのガイドラインというのがありまして、実名と報道という新聞協会の発行した冊子があるのですけれども、そういったような内容のことで物事を考えていくというのがセオリーだろうという考え方もしていました。やはり公衆衛生という観点からは、やはり非常に個人情報を慎重に扱わなければいけない場面と、やはりそのことをお知らせすることによって感染を防ぐという二面性があります。その辺のバランスをどう取るかという部分ですけれども、この44条の2に書かれていますのは、個々の事例ごとにやはり判断されるというふうに逐条解説にも書いてありますので、当然個々の事例ごとに判断すべきだということと考えております。

私どもが一番困りましたのは、もともと症例定義で、アメリカ、カナダ、メキシコから帰国する方で熱が38度以上の方について、健康状態が悪いということであれば検査をするということでした。この時点で海外渡航歴がありませんから、メキシコ、カナダ、アメリカという定義が崩れるのですね。そしたら、電話がかかってきたときに、あなたはどこの方と接触しましたかということを知りたくなるのですね。そうしますと、我々はどうしても高校の名前を言って、あなたはそこの高校の方と接触したことがありますかということを知らないと、発熱相談センターでは対応できないという状況です。そういう意味で、高校の校長先生のほうに、何とか実名を出させていただいでよろしいでしょうかと聞きます。そうすると高校の先生は、私の一存では決められないということで、県の教育委員会の方と相談をするということですので、ぜひ、その県の教育委員会には実名を公表していただくようお願いしておいてほしいと、

こういうやりとりがあって、とりあえずは私どもも、先ほど言いましたX Yという形で、報告させていただいたという経過になります。

あと個人情報の関係では、川崎市の事例ですけれども、川崎市のほうは、やはり個人の方との関係で公表を控えてほしいと言われたために、報道機関のほうに検査のそういった疑似症例という事例は出ていませんというふうなことを、マスコミのほうにうそをついちゃうのですね。そのことによって、それがばれて、今度は大騒ぎになって謝罪をしている。そういう個人情報等、実名についての問題については、さまざまな問題を提起しているというふうに思っています。

それから、こういった騒動が起こっているさなかに、私どものほうとしては実際に現場で皆動いていっているわけですので、なかなか情報の共有化というのを図れません。それまで36回会議をしたと言いましたけれども、この事が起こってからは、会議は一切やっていません。というのは、会議を招集しますと、現場で動いている人間の動きがとまってしまいます。ですから、皆さん方のイメージとしては、何か対策本部で集まっているいろいろやって物事を決めていくというふうにイメージするのですが、会議をやっている暇というのは本当はないのですね。そういう意味では、その事前の36回やった会議の中での共有する理解の上に立って、やはりトップが判断していく、こういう流れになっています。そういったことで、ただ実際にどういうふうに動いているかということの情報を共有しないといけませんので、本来はいろんなやり方をちょっと考えていたのですが、結局上司に報告するという場面で一番の工夫は、このちょうど後ろ、この後ろのほうにたくさん職員が見えますね。これ私どもの職員です。各部局、もしくは市長の秘書も含めて、その秘書も会見場に聞きに来てもらって、みんなメモを取ってもらって、それを上司に上げてほしいと、そのことによって事態がどう推移しているか、情報共有をする。結局、マスコミといろいろやりとりしている内容をみんなに聞いてもらうことが一番の情報共有としての早道だと、こういうような考え方で、ここにみんなが寄ってきて情報を聞いていってもらおうという、当初は庁内放送で記者会見の様様を流そうかというふうなことも考えたのですが、休みの日はよかったんですが、平日の仕事している最中にまで流すということは無理なので、こういうやり方をさせていただいたということで、これは今回の一つの新しい試みで、うまくいった事例かなというふうに思っています。

それから、5月15日以降に16日、17日というのは大体高校生の話に終始したのです

けれども、その後会社員、いわゆるこれはU F Jですけども、銀行の社員がインフルエンザにかかったと、それからキヨスクの職員がかかったと、そういうふうなことで、かなり社会的には大きなことになり出しました。企業も非常にその辺ナーバスになっていまして、私どものほうからは、どこの会社にお勤めかという部分は一切言いませんし、わからないのですけども、その会社、U F Jの方から電話が入ってくるんですね。うちの会社の職員が感染したようだけれども、どういうふうに発表したらよろしいかと。それは私どもに聞かれてもちょっと困るなということで、その前に本当にそこの社員の方がかかったのかどうかということを確認させて下さいというようなお話をさせていただいて、待ってもらった経緯がございます。どうもやはりかかった方は、会社のほうにすぐに連絡をされたと、だけど我々のほうは、逆にその方がどこの会社に今お勤めでという情報がまだ入手されていないし、それを発表するつもりもなかったものですから、逆にいわゆる企業対応のほうの動きの早さに非常にびっくりしたというのが印象に残りました。

そういうふうに、会社員にも感染していったので、逆に発熱相談センター経由でなく発熱外来に直接行かれる方がふえてきまして、そんなことから、非常に発熱相談センターが、数がふえていきます。

これは発熱相談センターの数ですけども、5月19日に2,678名というふうなことで、ピークが来ています。この5月19日の前に、電話の回線数が少なかった時期がございますから、本当はこの17日、18日にも、これと同じぐらいの件数が来ていただろうなというふうに思っています。それから発熱外来も、これは21日ですけど、特に中央市民病院のほうは20日がピークとなり、これぐらい患者がふえていっている。直接の方もおられますし、病院のほうがパンクをするという状態になります。もともと感染症のほうでは、疑似、疑いのある患者さんというのは、全部入院措置をするというふうになっていますので、当然この80人という患者さんというのは、全部病院に入院させなきゃいけないという状態になるのですけれども、そんなことしていると、もう病院がパンクするということと、アメリカのCDCの状況を見ても、自宅での療養ということもあると、そんなことから病院のほうではこのままじゃもたないということで、自宅療養に切りかえていったという状況になっています。

その後、同じように発熱外来に来て、入院するというのでは、患者さんの対応はできないということで、医師会に一般医療機関での診察ということで、医師会のほうに

お願いに行きました。そうしましたら、医師会の会長さん以下、神戸市の今の状況というものをよく理解いただいて対応しましょうということで了承していただきまして、一般の開業のところでも診ていただけるという話になりました。

このときに、やはり私どもがこだわったのは何かと言いますと、「蔓延期」という言葉でした。「蔓延期」と言いますと、神戸市そのものが、全部が汚染されているような印象を与えますので、「蔓延期」ということを使いたくなかったのです。ところが、国の行動計画では、蔓延期になったときには一般医療機関で診るというふうに規定されていますので、医師会の会員の先生方に理解していただくというのと、「蔓延期」という言葉を使わなきゃだめと、こういう流れがありまして、それで私のほうは「蔓延期」に準じたという言葉で、最後了解をさせていただくことになりました。

一方、このころは逆に大阪のほうでは「蔓延期」宣言というようなことをされておられましたけれども、非常に私どもの神戸市では「蔓延」という言葉を使いたくなく、また使わないようにいたしました。そういった意味でも、この「蔓延」という言葉の持つイメージ、医師会の先生方にお聞きすると、患者がもう80人も増えてくると蔓延でいいんだよと、こういうふうに言われるのですけれども、やはり一般の方々から見ると、多分経済の方々から見ると、蔓延しているというイメージは、非常にダメージが大きいということで、蔓延という言葉については非常に慎重にしたかったですね。

そして1週間という時が経て、学校の休校措置をしていったという状況の中で、ごらんいただいたらわかりますように、一挙に患者数が減ってまいります。これが第一学区から始まって、第二学区、そして第三学区を締めたということでの効果だったというふうに思っています。ですから、学校の閉鎖というのは、非常に効果があったということでございますけれども、ある意味、経済とのバランスで言うと、風評被害等が出て、大変だったと、そういう状況でございます。私どものほうは、やはり今回の中で、アメリカが1,000症例、そして成田で一つの症例が出た、その前にこれはアメリカですけれども、日本人の方が1症例ございます。今回神戸で43症例というもの、いわゆる臨床の状態というもののレポートができて、そしてやっと国のほうもその状態であればということで、さまざまな対策の展開が進んでいったのではないかとこのように思っております。

9番の、ひとまず安心宣言以降は、今後の対策等も絡んできますので、とりあえずこの8番までで私のレポートは終わらせていただきたいというふうに思います。あり

がとうございました。

森 康俊 桜井さんどうもありがとうございました。

我々も桜井さんを取材された記事とか、御本人でお書きになったものも幾つか事前に拝見していて、ある程度神戸市の対応というのもわかっていたつもりなんですけども、御本人から直接5月16日の深夜の対応のところを赤裸々というか、詳しく話していただきました。大変生々しく思い起こすことができたと思います。

それから、印象に残ったことを言いますと、事前の準備のところを今回詳しくお話いただいて、新書の本を60冊購入されて職員に配られて、市長もお読みいただいたというあたりの話が、非常に僕自身はすごく感銘を受けたところであります。

情報の話が今日一番のテーマになっているわけですが、後で議論のきっかけとしてコメントしておきますと、やはり一番大きいのは職員の方、庁内の方に対して、メディアに対する会見を使って、同時並行で一挙にやるというようなところの取り組みですよ。事案が進行し始めたら、会議をせずに、それ以前にやっていたことを使っていくというあたりのこの取り組みは、非常に興味深いというか、これから考えていくところが幾つもあるのではないかというふうに思いました。どうもありがとうございました。

また、幾つか論点を探っていきたいと思います。引き続きまして、浦島先生のほうから新型インフルエンザ、今、桜井さんのお話にもありましたけれども、昨年来、専門家はある程度準備をしてきた中で、今回この4月5月の動きだったわけですがけれども、公衆衛生の観点とか、疫学の観点から、今回の新型インフルエンザの感染拡大についてお話をちょうだいしたいと思います。よろしく願いいたします。

浦島充佳 過去の、20世紀ですね。皆さんもいろんなところで話を聞かれているかと思いますが、スペイン風邪が1918年にはやりまして、そして1957年のアジア風邪、1968年の香港風邪、40年、41年ぐらいたったところで、そろそろまた新型が出るんじゃないかということがずっと言われていたんです。ただ、このようにして見ると、世界でスペイン風邪のときには数千万人、2,000万人とも4,000万人とも言われていたんですが、これは日本の全死亡の毎月当たりの平均ですね、死亡率につきまして、1899年から2006年までの厚労省が出している死亡統計からこのグラフをつくったものなんです。日本の場合はどうだったのかというふうに考えてみますと、やはりスペイン風邪のときにはかなり多くの死者を出しているんですが、アジア風邪、香港風邪のときに

は世界で100万から400万人亡くなっただとされているんですが、日本ではこうやって見ても、その死亡率のピークは見れない。患者数はかなりふえていったんですが、それはなかったという状況があります。

今回のものを振り返ってみますと、水際対策、これに関しましては、僕は国際感染症学会というものがプロメドメールというのをを出しておりまして、皆さんもホームページにアクセスをして自分のEメールのアドレスを打つと、英語ではあるんですが、1日世界で起こった感染症についての情報が逐一送られてくるんですね。それで、やはり4月の半ばぐらいから何か怪しい兆候が出てきてまして、それをちょっと時系列でこのように並べてみますと、4月カリフォルニア州で豚インフルエンザ罹患例が報告されている。4月23日メキシコで呼吸不全を主徴とするアウトブレイクがあり、死者多数と。このときは、もうかなり死亡率が高いというような感じで出てきました。翌日にはアメリカでの事例と……同時に出ていたんですが、それが同じ原因だということがわかりまして、さらに翌日、これはやっぱり新型であると、インフルエンザのウイルスは遺伝子を8本持っておりまして、それが4種類の、要するに豚だけではなくて、鳥からも香港型の、いわゆるヒトのインフルエンザもいろんなものがまざっているということが、もう25日の時点でわかっていて、そうこうするうちに、26日にはニューヨークの高校でアウトブレイクがあって、しかも高校生の家族が、高校生はメキシコのほうに修学旅行にでたのですが、その家族内でもそういう症状が認められていて、もうこれはヒトからヒトへの感染が明らかになってきたわけです。ですから、4月半ばから後半にかけて非常に早い勢いで様々な情報が飛び込んできた。ちょうど連休を前にしまして、日本でも成田を中心に水際対策、特に赤外線で見ると熱をはかる機械ですね、あんなものも導入しはじめたわけです。

そうこうしているうちに、日本の中でも国内外からの事例もあったわけですが、国内での事例もあったと。学校閉鎖が5月17日から行われまして、こちらは2ページ目は発症件数で出ているわけです。ですから報告数といいますと、その診断のつく日というのは、発症してから少し時間ギャップがあるんですね。熱が出てからすぐに受診する方もいれば、2日ぐらいたってから受診する人もいます。検査をして陽性になるのも、結論が出るのも少し時間がかかるということで、発症日で一応このようにきれいなグラフが見れます。学校閉鎖を開始したのが月曜日からなんですけど、実際にはウイークエンドがかかっているんで、5月15日から実質的には学校閉鎖したと考えます

と、大体感染してから次の人に感染させるまでに1日から1日半ぐらいの傾向がありますので、劇的にこの辺で効果があって、ずっと感染数が落ちているのがわかります。この時点でこの結果を見ると、少なくとも僕はこの時点での学校閉鎖というのは成功だったのではないかと思います。

ただ、では今後もこれでやっていけば大丈夫かと言うと、必ずしもそうではないのではないかと思います。この第一波の発症というものは、高校生が患者の主体で、あと中学、大学生にばらばらというふうなわけです。一たん落ちついたかのように見えたんですが、5月の終わりぐらいからまた患者数がふえ始めて、今となっては正確な患者数はわかりませんが、感染研のホームページを見る限りでは、大体二百数十例から300例近い数が毎日報告されているという状況で、決して感染が落ちついたという状況ではないわけです。しかも、今を第二波と位置づけるのであれば、第一波が高校生中心だったのに対して、第二波ではもう少し小さいお子さんから大人まで、かなり年齢層が広がっているというのが特徴ですので、前回のように急にふえてきたからといって、学校閉鎖でどれぐらい効果があるのかということは、ちょっとやってみないとわからないというところが出てきているかと思います。このような形で、スペイン風邪のときには何カ月という形で世界に広がっていった新型インフルエンザであります。今回はそれ以上のフェーズの引き上げから見ても、少なくとも実際にはもっと早い勢いで世界に広がっていったというふうに言えることができると思います。

時間もないので、その後は割と簡単に締めくくりたいと思うんですが、東京でちょうど僕が勤めている大学病院のすぐそばの私立高校で、新型インフルエンザのアウトブレイクが起きました。ここでは19人の患者さんが発症したわけですが、非常に興味深いことに、15人が3年生だったんですね。1年生、2年生は出ておりませんでした。4人が先生のほうで、しかもその先生はすべて3年生の担当だったんですね。ちょっと学校のほうにインタビューに行きまして、何か共通点は？と聞いてみると、3年生のクラスはこちらのほうで、こちらが南で日が当たるんですね。こちらが一、二年生のクラスになっています。3年A組だけはこの辺にあるんですが、A組からは発症してないんですね。しかし、3年生のあるクラスに集中しているのかと言うと、そういうわけでもない。いろいろ聞いていきますと、理系のクラスだけで集中してまして、しかも数学の演習をこの東向きの校舎、この辺に教室があるんですが、そこでとっていたという共通点があったようです。

その教室を見せてもらったら、普通の教室、40人ぐらい入る教室の3分の1ぐらい、だから10人ぐらい入るような非常に小さな部屋で、窓がこちら側、校舎側が廊下になってまして、教室はこちらの東側なんです。ところが、ちょうど隣に高いビルに面しております、ですから窓はあるんですけど、ほとんど日が当たらない。しかも、東から太陽が上りきっちゃうと、もう非常に暗い、余り高校の校舎としては余りないような部屋でありまして、しかも、窓側は校舎、校庭はこちらにあるので、ボールが当たらないように金網になってるんですね。ですから、窓も多分ほとんどあけない状態だったんですね。そこで、同じクラスの子。だから、恐らくそこに新型インフルエンザの患者さんがいて、そこで感染したんじゃないかというふうに思います。

非常に不思議なのは、1年生、2年生もまだこの時期で6月ぐらいですからクラブ活動もやってるので、接点は絶対あるはずなんですけど、そこでしか感染が成立しなかったという点が……。ですから、この1例の事例だけで言えること、断定的には言えないと思うんですが、やはり日の光が当たらない、しかも換気の悪い部屋というのは、非常にリスクではないかなというふうに思います。特に紫外線が当たると、ウイルスというのは早く遺伝子が分解されて死滅する傾向にあるんですね。それは多分窓ガラスを通してもある程度効果があるんだと思うんですが、どうしても冬になると日差しも弱くなるし、窓がない会議室ではウイルスは長生きする可能性がありますので、しかも、窓がないということで換気もしにくいわけですから、特に冬になると、窓もあけない傾向にあると思うので、今後注意する点と言いますと、やはり常に換気をはかって、できれば日の当たるようなところで、集団で会議をするなり、集団が集まる場合には、そういう部屋を選んで、理想的にはすごくいいんですね。……ないでしょうから、それを気をつけるだけでもそれは違うんじゃないかなというふうに思いました。これだけ1学年、多分9クラスあると思うんで、300人ちょっとくらいいる学年ですから、1,000人近くは若い高校生がいるんですけど、3年生だけに発症する、これは偶然ではちょっと説明できない。何かだれにでも簡単にできる秋冬に向けての対策についてと思って紹介します。

今度は医療の立場から、海外での流行の状況というものについてお話ししたいと思います。これはWHOのホームページから取ったものですが、メキシコでの事例を挙げています。一つは、英語で、このグラフはわかりにくいと思いますが、ここで言いたいことは、トータルの死亡率は2%でした。発症した人で亡くなった人が50人に

1人の割合だった。発症者の半分以上は、二十歳未満の若い子ということです。ところが、死亡した人の50歳以上は全体の患者さんの中の11%、10人に1人ぐらいだったんですが、致死率は6%ぐらい、この若い人の10倍ぐらいですね。非常に高い割合。ですから、パターンとすると、若い人の間に広がって、それが年齢の高い方たちに広がって、ここで多く死亡していますというのが現状であります。

最初は僕も弱毒じゃないかという話が出始めてから、季節性のインフルエンザ程度ものかなとひそかに思っていたんですが、しばらく連休明けてから1週間ぐらいたってるでしょうか、アメリカの非常に権威のある雑誌のほうに、アメリカの入院率とか死亡率が出てきまして、意外に高いんですね。今も恐らくWHOのホームページなどから計算すると、アメリカでさえも0.4%ぐらいの死亡率があると思うのですが、その入院率も高くてかなり重症化してることも多かったんで、そうだとすることは、ちょっとこれは余り楽観的に考えると痛い目に遭うんではないかと思って、特に注視して書いたものであります。

具体的に申しますと、アメリカ、カナダで入院率が2から4%、特にアメリカではなかなかよっぽどのがないと入院させないので、アメリカでこの比率というのは患者数が増えると日本でも似たような事態が発生する可能性があると思います。病院の約半数は基礎疾患を持つ者ということがありまして、逆に考えると、基礎疾患のない人も半分は入院しているということなんですね。特に阻止すべきことは、妊娠、ぜんそく、その他の個別疾患、糖尿病、後でまたお示しますが、病的にはアメリカなどでやはり肥満の程度がかなり強い傾向にあります。非常に早い段階で呼吸不全が進行しています。メキシコでは発症してから死亡するまでに日数の変化、入院までの日数の変化、発症から入院までの日数が4日なのがアメリカでありまして、やはり発症してから入院までの期間が遅いことによって、メキシコでは死亡率が2%、アメリカでは0.4%ぐらいですから、この2日間ぐらいでひょっとするとこういった違いが出てくるかもしれません。大体死因になるのは、急性呼吸窮迫症候群といいまして、呼吸不全、あるいは腎不全といったところが原因になっています。特に、ちょっとこの辺は日本でどうなっているのかわからないんですが、血液検査で筋肉が壊れるとCPKという酵素が上がって血液検査でわかるんですが、これが初期より上がっている人たちというのは、筋肉が崩壊して、この崩壊したものが腎臓に詰まって腎不全を起こすというパターンが多いようでして、だから非常に重症化しやすいか、ひょっとする

と、そういった血液検査をすることによって、ある程度早期に重症化を予見できる可能性はあるというふうに考えます。

ちょっと皆さんに紹介したい二つの印象的な特徴が、最近CDCによって報告されました。一つは、急性の脳症です。これはダラスで4人立て続けにあったケースです。普通季節性のインフルエンザで急性脳症といいますと、2歳児ぐらいの年齢を中心にしまして、けいれんを起こしたり、その後意識が戻らないということで、中には亡くなるお子さんもいますし、重症の後遺症を残すケースもあるわけですが、これはアメリカでの報告を見ますと、年齢はかなり高いですね。7歳から17歳という形で、一番人口も多いということもあるかとは思いますが、4人報告されています。ただ、幸いなことにいずれも完治はしております。ただ、やはり熱も非常に高くて症状も強くて、脳症あるいはけいれんといったような初期症状で発症しているということがあります。日本でも急性脳症が報告され始めておりますので、やはり今後軽い軽いと思っていると、特に秋冬注意しなきゃいけない。

もう一つ皆さんにお話ししておきたいのは、先ほども触れた病的な肥満ですね。これはシカゴで、いわゆる人口呼吸器を必要とするような、ICUに入院した呼吸不全の強い患者さん10名について言いますと、10名中9名がBMI、ボディ・マス・インデックスといいまして、25以上が肥満となっています。僕も二十六、七ぐらい実はあって肥満の範疇に入りますが、30というとかかなり肥満ですね。30以上の人が10人中9人、しかも7人が40以上と、40というのは日本ではめったにないと思います。かなり肥満ですね。このような人たちが特に呼吸不全に至りやすいということが報告されています。ですからアメリカで、また後でお示ししますが、何で先進国なのにもかかわらず、イギリスでは比較的同じ先進国でも死亡率が低いのに、アメリカでは高いのかといったところは、まだ断定的なことは言えないんですが、ひょっとすると、こういったところにも一つの要因があるのかもしれない。まずは、ちょっと今日は時間もありませんし、このぐらいで一たん終わらせていただきます。

森 康俊 浦島先生ありがとうございました。

最新の医学的知見をわかりやすく説明していただいて、皆さんも幾つか質問があると思います。司会の特権で話をまとめるとともに伺いますと、今回の弱毒というのは一つのキーワードです。それから今の医学的なデータを示していただきましたが、日本では報道もあって、お年寄りは大丈夫だというようなことが、通しているような懸

念もあります。今後、後半、秋に向けての話にいこうと思うんですけども、先ほどのデータだと、合併症であるとか、持病によって実際に死に至るケースというのは楽観できないと、高齢者の場合、楽観できないというデータが示されて、会場の中にも興味をひかれた方が多かったんじゃないかと思います。

それから、私自身興味ひかれたのは、血液検査である種のリスクがあるんじゃないか探知できる可能性がありましたけれども、これも非常に興味深かったところです。後半、この点のことなんか深めていきたいと思います。皆さんのほうでも何か質問があれば、メモに書いていただいてもお渡し下さい。

それでは続きまして、中村さんのほうから、ジャーナリストとしてのお立場というのありましようし、それから災害医療とか、専門の医学、科学、報道に携わっていらっしゃるお立場もと思います。それから一般の人に情報をお伝えする役目、それから取材する役目、桜井さんのほうではそういうメディア対応の話も先ほどありましたけれども、そのあたりも含めましてお話しいただければと思います。よろしく願います。

中村通子 皆さんよろしく願います。朝日新聞大阪本社で編集委員をやっている中村と申します。今日は「報道の現場から見た新型インフルエンザの感染拡大」について話をしようかなと思っているんですが、座らせていただきまして、失礼いたします。

さて、本日お話できること、前半の部分では、まず新型インフルエンザの報道量はどのよう推移したのか。報道に際して私たちは何に配慮したのか。国の情報提供は適切だったかどうかと、そういうあたりを考えてみたいと思います。

まず報道の数の推移ですが、スポーツ選手がインフルエンザで帰国できなくなるとかという話も含めて、だっと並べてみたのが、このグラフ(図1)です。特に最初の1カ月、4月25日に初報道、これはメキシコで豚インフルで60人死亡かと一面に掲載されて、その後、帰国の高校生が成田で感染が確認されて、神戸で国内発生患者が確認されたということで、大変な思いをなさったあたりに、怒濤のようなピークが来ているのがわかると思います。

このような報道の中で、私たちは何をしていたのか。最初の報道はこれですね。4月25日の朝刊の記事です。豚インフルで60人死亡、かなり大きい記事で、このときに毒性の強い新型登場かという推測が書いてあります。ヒトからヒトへの感染が確認されたという提示があります。大概の人は、こういうでっかい文字を読んで、ああ、何

かすごいことが起きてるんだなと理解しておられるかと思ってます。メキシコでは死者が60人ほど把握されているんだというインフォメーションの中で、強毒だと書いてある。でも、何となく「か」とかあって、すごくあいまいな感じがしますね。でも、60人とか、ヒトからヒトへ感染していく。豚インフルという聞いたこともないような病気で、どうも重大らしいよと感じさせる記事ですね。

「うわさの公式」というのがあります。うわさの流通量は、「問題の重要さ」と「あいまいさ」積に比例する。うわさの伝達力は「あいまいさ」と「不安」の積に比例する、というものです。災害時に、何が起きたのか、どうなっているのか、どうすればいいのか、これからどうなるのかという情報が十分あればみんな安心するんですけども、さきほどの記事を見てみましょう。問題は「重要っぽい」という印象があり、かつあいまいであるということです。さきほどのこうしきによれば、うわさの流通量が増加します。すると、ネットに何だかよくわからないような情報がたくさん出るということですね。どうも不安だし、あいまいだし、重大だしというと、うわさがいっぱい流れるような状況というのもあるんじゃないかなということが容易に推測されるわけです。

翌日26日の朝刊で、メキシコで何が起きてるのか、とか、日本は慌てて情報収集してますとか、そういうインフォメーションが出る中で、私は、これはいったいどんな症状なの、どういうふうにヒトに感染するんですか、豚肉やハムを食べても大丈夫なんですか、というようなことをQ & Aの形で丁寧に書きました。今までのインフルエンザと何が違うのか、みんな物すごく不安ですよ。すべての疑問にこれはいったいどんな症状なの、どういうふうにヒトに感染するんですか、豚肉やハムを食べても大丈夫なんですか、というようなことをQ & Aの形で丁寧に書きました。今までのインフルエンザと何が違うのか、みんな物すごく不安ですよ。すべての疑問に答えることは、とてもじゃないけどこの段階ではできないんですが、一生懸命に1日前のことに受けて、もう必死で取材をして書くわけです。それは先ほどのうわさの方式で、今何が起きているのか、どんな状況なのか、私たちは何をしたらいいのかということに対して、ある程度示唆を与えることで、不安な状況というものが少しのではないかと考えたので、私なりに一生懸命頑張りました。

翌日26日付でちょっと一段落したかなという感じがあったんですが、それから5月16日に神戸市で高校生が国内初感染例になり、編集局長室からあらためて「安心で

きる情報を発信してくれ」と言われたんです。事実を伝える。それは非常に新聞にとってはとても重要な役目なんですけど、ニュースはそれだけではなくて、その事実をどのように考えたらいいのかというのが、私のような、おばさん記者のやるべき仕事です。安心できる情報とは何なのか。単に大丈夫ですよ、全員で信じましょうと言われて安心できるかと言ったら安心できない。「何が大丈夫」「どうして大丈夫なの」と問われて、「いや、よくわかんないけど、おれがいるから大丈夫だ」なんて言われたって、全然信用できないですね。

じゃあ、どうしたら安心できるのか。まず正確であること。この正確というのは、こっちは科学者じゃないんで、何が正確か、正確でないか、怪しいのかよくわかりませんけども、WHOとか、CDCとか、国際的な公的機関が出しているものだったら、まあまあ信用できるんじゃないかと。そこに基づいた情報を提供して、初期段階は、専門家だって状況はよくわかりません。そういう中で何ですか、何ですかって無理やりコメント取って、「ああ、何だかよくわかんない、怖そうですね」みたいなことを聞いて、新聞に羅列して書くと。そういうことをした記者もいたんですけど、そういうふうな専門家だとはいえ、あいまいな情報は載せず、正確で、なおかつ信頼できることを書く。専門用語は極力避ける。H1N1、H5N7などこれが亜型だと言われてわかる人はほとんどいません。もうどんだけかみ砕いてもかみ砕きすぎることがないというぐらいにかみ砕く。で、具体的に書く。先ほど示したようにQ&A、インフォグラフィックという図と文字を組み合わせたチャート方式の表現形式、これは朝日新聞は非常に得意で、すばらしい威力を発揮しております。そして、4番目として負のメッセージを正のメッセージとあわせて伝える。これはパニックを抑える。パニックって本当に起きるかどうかわかんないですけども、パニックを、不安を抑えるために、負のメッセージを正のメッセージと併せて伝えることが重要ですね。

5月17日に神戸で高校生が感染したということがわかって、それを受け翌日の一面に解説を書きました。このウイルスが日本じゅうに広まっている可能性がある。神戸だけの話じゃないんだと。この感染の危機があんたに及んでますなんておどしを書いた、これは負のメッセージですね。でも、これは弱毒性で、比較的軽症者が割と多い。治療薬もあるという正のメッセージを伝える。今後ウイルスがどう変化するかわかんないと。軽症でも患者がいっぱい一気に出ると、社会機能が麻痺する恐れがあるこれは負のメッセージ。でも手洗いとうがい、一般の人だってできる予防方法がある

んです、という正のメッセージ。まず、おどすばかりでは、どうにも不安がつるばかりで、どうしていいのかわからない。だけど、その対策がこういうことがありますよ。どんなことができるのか、ここまでだったらできるのよと、これは限定的でも構わないと思います。そういうことをきちんと並べて伝えていくことで、安心感のある報道ができるのではないかと思って、書きました。

5月17日の夕刊にQ & Aとインフォグラフィックという記事を載せています。アイコンをつけて短い説明をする。それを一つの表にすることで、切り取りやすいというメリットもありますし、ぱっと目を引いてわかりやすいアイコンがついていることで、何を伝えようとしているかが非常にわかりやすい。こういう工夫をしています。

さらに、翌日の朝刊では、一回、大型のQ & Aを掲載。メキシコで発生した時に書いたQ & Aと内容が重なってもいいからという指示でした。1回新聞に載ったからって、2週間も前の話をだれが覚えててくれるでしょう。私だって覚えてませんよ。2週間で状況も変わってることもあります。やっぱり、豚肉は大丈夫なのとか、マスクの効果、海外旅行に行ってもいいんだろうとか、そういうことを伝えました。それとあわせて、情報の窓口として信頼できるウェブサイトを紹介して「もっと知りたい人はこういうところにアクセスしたらいいですよ」というインフォメーションリソースを示すようにしました。

で、もう一つ努力や工夫をしたのが、毎日伝えるということ。5月18日付朝刊から毎日毎日こういう小さい困り記事を書きました。この非常に小さいコラムを社会面の新型インフルエンザの関係記事のあるところに載せるようにしました。他の記事は非常に怖い記事が多いですね。不安に駆られるような、高校生たちが集団感染とか、あっちでも患者、こっちでも患者とか、怖い話がいっぱいある中で、そういう、じゃあどんなふうな予防ができるのか。くしゃみやつばでウイルスが飛び散るというけど、そうやっていつまで、ウイルスは環境中で生きているのか、など非常に具体的に書きました。リモコンスイッチ、リモコンだとか、照明の設備で何げなくさわっているところが案外に汚しやすいんだというようなことです。予防するには、こんなことするといい、首を温めると感染と戦う力ができるんですというようなこと。こういう正確な知識を持つということは今の時点で非常に重要なワクチン効果を持つと私は信じているので、このようなことをわかりやすい言葉で、面倒くさがりでも読んでもらえるように、非常に短く約250字でまとめました。これは19回、20日間ずっと毎日毎日

インフルエンザ報道が下火になるまで、社会面にほかのインフルエンザの記事載っていないから、これだけ載っているのはちょっと勘弁してくれよと言われるまで載せました。

すばらしい朝日新聞の報道をこのように見てきた中で、じゃあ同じ朝日新聞の5月14日付の朝刊にこういう全面広告、これ政府広報ですね。新型インフルエンザって出るんですけど、どうでしょうかね。これ読んで、ああ、すばらしい、よくわかるなって思う人は余りいないと思うんですよ。これだけ字がいっぱい詰まった紙面を読めって言われて、読む人はあんまりいないような気がする。じっくり読むと、いろんな問題点が見えてくるんですね。問題点を羅列してみましたけど、「早期に適切な治療を受ければ、恐れる必要はありません」って書いてある。どんな治療なのか、早期っていつなのか。3日間なのか3時間後なのか。「恐れる必要はありません」って、どうなったら恐れなくていいのか、死なないというのを恐れなくていいのか、発病しない、軽くて済むことを恐れなくていいのか、何を恐れなくていいのか全然わからない。「政府や各自治体が発表する情報に十分注意して冷静な対応をお願いします」といわれても、どこでどんなふうに発表するのもわからないから、どう注意すればいいのか全然わからない。冷静な対応って何したらいいの。マスクを買いに行ったらいいのか、買いに行かないほうがいいのか。どうしたらいいのか全然わからない。政府はこんな手を打ってるから、皆さん心配することありませんよと書いてくれたら安心なんだけど、政府が何やってるかちっとも書いてない。一カ所だけ、「タミフルもリレンザも備蓄してます」なんて書いてあるけど、例えば、これ手に入れられるかも全然わからない。新型インフルエンザは当初、自治体の相談窓口、そこから発熱相談センター、発熱外来という、今までにない、国民が全然なれ親しんでいない受診ルートを設定しており、非常に複雑で新しい。それなのに、そういうルートを取っているんだというのを3回ぐらい読まないといけない。3回読んでもよくわからない。じゃあ、どうすればいいのか。各都道府県の相談窓口で電話かけりゃいいんだなと思って電話番号リストを見て電話をするとパンクしてる。全然つながらないからと言って、近所の病院に行って門前払いされる。40度ぐらい熱あって門前払いされて、非常に辛い思いをする。こんな広告では、非常にお金がかかっているのに、ちっとも効果がない。そもそも、相談窓口がこんなにいっぱいあること自体がおかしい。窓口は一つ、わかりやすく。それはとても大きな窓口でなくてはいけないのではないかと思います。これはひどい

なと思いました。ほかに政府が地方自治体、地方の衛生研究所などに対して出してくる指令、通知等々にも非常にたくさん問題点があると私は思う。

あと深夜の記者会見も頻りにやった。国内患者が発生しましたという非常に重要な内容の会見を神戸市が午前1時にやったのは、非常に適切な対応だと思ってる。しかし「疑い患者が発生しました」程度の内容の会見を午前1時、2時に開く。深夜に呼び集める状況がテレビに流されるわけですよ。何で舛添大臣が手をふるわせながら、「冷静に」ってわめいても、それで冷静になれるのでしょうか。午前1時に記者会見開かなきゃいけないほど重大事情が起こっている、と受け止める方が普通だと思うんですけど。そんな時刻の会見で、「冷静に」って興奮した口調で言われて、どうしていいのかわからないですね。

対応指針の改定など、医療や検査現場にとって非常に重要な情報がホームページに全然掲載されない。全数のPCR検査をやめますという知がついこの間出て、新聞にも出てるんで、本文を見たいなと思って、厚労省のホームページを見たんですけど、1週間くらい過ぎた今でも載ってません。そういうふうなことで、適切で迅速な情報提供って言えるのでしょうか。テレビコマーシャルは首相の顔と字幕だけでしたよね。麻生さんの顔がどんな顔なのか、よくわかったと思うんですけど、じゃあ何をしたらいいのか、何を伝えようとしているのか、すなわち何がメッセージなのかさっぱり伝わらない。もうちょっと工夫していいんじゃないですか、お金掛けるのになと思います。政府だって限界があるよと言いたいかもしれないですけど英国政府は広報として、同じようなテレビコマーシャルを流してます。

(コマーシャル放映)

中村通子 いかがでしょうか。わかりやすいですよ。くしゃみするときには口を覆いましょうというメッセージ、その後には手を洗って、ごみ箱にすぐ捨てましょう。手を洗いましょう、そうしないと、どうなるか。気になりますよね。仲よく手をつないだ老夫婦がどうなるのか。小さい子供との握手やハグ。こんなふうにウイルスが広がるんだよというメッセージ、そして政府の窓口の連絡先の電話番号が1カ所。ここへかけりゃいい。物すごくわかりやすいんです。皆様はどうお感じになりますでしょうか。ということで、前半を終わらせていただきたいと思います。

森 康俊 中村さんどうもありがとうございました。

ちょっと3時を過ぎましたけれども、ここで一度休憩を挟ませていただきまして、皆

さん方からの質問を集約したいと思います。今10分前なので、20分から再開したいと思います。それまで、この部屋の出口のところと私の今座っているところで質問票をお受けしたいと思いますので、よろしくお願いします。

後半は、前半の話を受けまして、今後の取り組みというところ、それと皆さんからの質問を交えながら進めていきたいと思います。

前半部、御清聴ありがとうございました。20分から再開したいと思います。

(休憩)

森 康俊 質問たくさんお寄せいただきましてどうもありがとうございました。

後半、その質問を幾つか私のほうで、今即興で整理させていただきながら進めていきたいと思います。前半も幾つか医学的な知見といいますが、そういうところの御紹介が浦島先生からありましたけれども、質問も幾つかいただいております。

例えば、後半では、秋以降への対応というところを考えていきたいんですけども、タミフル、抗インフルエンザの薬というのが行き渡るんでしょうかとか、既に報道されておりますけども、タミフル耐性がいわれていますが大丈夫なんでしょうかというような御質問ですね。それから今回とは違うH5への備えはどうかと。今回、幸い弱毒性ということで、現在、「蔓延期」に入ったと言ってもいいのかもしれませんが、ある種の我々の緊張というか、ある種の緊迫感というのは今落ちついていると。これがそうではなく変異だとか、そうなった場合にどういうふうに対応がなされますかと。今回のことが死者とか、そういうこと言えば、ある種楽観的な見方が最終的に広がった、それがあだとなることはないですかというような御質問があります。

それから、先ほども少し私のほうも触れましたけども、高齢者への影響というのは実際どうなのかということに関心をいただいているようです。ワクチンのこととか、それからもう少し具体的な質問ですけども、喫煙者と非喫煙者の重症化のリスクなんていうのも御質問いただいています。ちょっと今のところ私のほうで把握できる医学的な知見に関する御質問、少し最初に紹介させていただきました。

こういうのをちょっと踏まえていただきまして、後半は浦島先生のほうから、今後に向けてということでお話いただければと思います。よろしくお願いします。

浦島充佳 今いただきました御質問は、多分後半のほうで少しあるんじゃないかと思いますが、まず話のほうからさせていただきたいと思います。最初の説明につきますこのグラフは、スペイン風邪のときにイギリスでの流行曲線を示したものです。横軸

を見ていただきますと、1918年はスペイン風邪が流行したわけですが、6月29日から、縦軸はこれ1,000人当たりの死亡数なんですけど、見られてますね。そして2番目の一番大きなピークは10月台、9月後半ぐらいから出ていて、11月ぐらいをピークにして、翌年の3月ぐらい。これはあくまで死亡の流行曲線でありまして、かつてはイギリスでさえも感染期のサーベランスがなかったんで、患者さんが結果的に何人発生したかというのはわからないわけですが、記述を見ると、患者数自体はこの夏が一番多く出てますね。しかし、死亡率は低かったと。一方、この時期になりますと、患者数はもうちょっと落ちついてきたけど、死亡率が一番高いというようなことが書いてあります。ですから、今後要するに夏に流行している……ひょっとすると比較的軽い、秋冬以降になるともっと重症の方が出てくる可能性は十分頭に入れておく……ではないかというふうに思うわけです。

そのような目で、日本ではスペイン風邪が流行したときどうだったのかと思って見てみますと、先ほどイギリスのグラフと同じように、スペイン風邪がはやった年の、縦軸は毎月の10万人当たりの超過死亡がついておりますが、死亡だけで見ると、11月をピークとする……と、それから年を越えまして1920年の1月にも大きな波が来ております。ただ、じゃあこのイギリスのように夏には波がなかったのかといろいろ見てみますと、国会図書館で、内務省が1918年というのは大正7年に当たるんですが、大正11年に内務省がレポートをまとめておりまして、日本でも実は5月とそれから8月ぐらいから、いわゆるその当時は流行性感冒と呼んでおりましたが、スペイン風邪の流行はあったんですね。特に横須賀、横浜の海軍から軍隊病として広がってきまして、神奈川、東京にかなり多くの患者さんを出している。それが夏の相撲の興行などで、……があったということから、相撲病などとも呼ばれていたようです。

要するに、夏から5月、8月あたりから実は流行があったんですね。しかし、そのときは死者はほとんど出てないんです。そう考えますと、今の日本に非常に似てるように思うわけです。そうしますと、実はここにも患者のピークがここにあったということなんです。このとき死亡率がゼロ%としますと、最初の本格的なピーク的时候は、これは内務省の報告によりますと、1.22%の患者死亡率、要するに発症した人の中で何人が亡くなったというデータです。そして、1920年のときには5.29%、かなり高い死亡率なんです。このように、ウイルスがこの3年間の間に変異したかどうかというのはわかってはおりません。しかし、変異したかもしれないし、もう一つは、

可能性としては流行する時期によって、ひょっとすると重症度が違うかもしれない。例えば、肺炎で亡くなる方というのは夏に比べてやはり冬のほうが圧倒的に多いですね。もともと年間の、いわゆる死亡率の曲線を見ると、やはり冬にいろんな病気、持病が悪化して、いわゆる心臓病で亡くなるとか、脳卒中で亡くなるとか、肺炎で亡くなるとか、大体が冬にピークが来ますね。そのようなものもありますので、やはり冬というのは、仮に同じ程度の毒性を持つウイルスが蔓延したとしても、重症者、あるいは亡くなる方が多くなる可能性はあると思います。

もう一つ僕が指摘したいことは、確かにウイルス自体の毒性というものも重要だとは思いますが、毎年この国の統計によると、普通の季節性インフルエンザでそれがきっかけとなって、例えば肺炎になるとか、あるいは持病の心筋梗塞が悪化して亡くなるとか、そういったこともある程度含めると、1万人ぐらいがインフルエンザに関連して亡くなっているだろうと言われているんですね。仮に季節性のインフルエンザに1,000万人がかかるとして、今年流行するであろう新型インフルエンザ、多分多くの人が免疫を持たないと言われておりますので、これが流行して仮に4倍ぐらいの感染流行があったとしたら、毒性が仮に同じだったとしても4万人が亡くなる可能性がある。そうすると、3万人余分に亡くなるわけですね。それというのはかなり重大な問題だろうと思います。

スペイン風邪の話にまた戻りますと、この当時超過死亡というのが、僕の計算によりますと57万人、その当時だと人口の1%ぐらいに当たる方たちが亡くなっているわけです。非常に興味深いことに、今と同じ47都道府県があったわけですが、死亡率10万人当たりの数で見ますと、何と14倍の差があるんですね。一番悪かったのが10万人当たり6,000人の香川県でありまして、なぜかと言うと、都会だから悪いのかと思って見てみると、一番よかったのが10万人当たり約150人が東京都だったわけです。じゃあ、何でこんなに死亡率に差が出るのかと、いろんなデータ、この当時のデータですから限りがあるんですけど、いろいろ調べてみると、何とスペイン風邪が流行した1918年なんですけど、その前の年の1917年の子供の死亡率、特に1歳代の死亡率と非常に強い相関がありました。この小児の死亡率から予測できる人数、10万人当たりの死亡率の予測できる人数を統計解析を使って出して、横軸にして、縦軸に実際にスペイン風邪のときの超過死亡率を出して、47都道府県をこのようにプロットしてみますと、きれいにこの横軸と縦軸が比例関係にありますね。相関係数0.7、医療の領域でこれだけ高い

相関係数出ることにはめったにないです。

ということは、このグラフから何が見て取れるかと言うと、ふだんですね、要するに、危機が発生したときでなく、普段いかに助けられる病気を助けられるかということなんだろうと思います。大正6年、この当時1歳代の子供の死亡率、何が原因だったかと言いますと、1位が脱水です。2位が肺炎、3位が髄膜炎、4位がはしかです。今の医療であれば、こういった病気で小児の命が失われるとあれば、小児科医が訴えられて多分負けちゃう時代だと思うんですね。でも、そうは言っても子供とか妊婦さんが場所によっては、地域によっては、たらい回しになる。つまり、救急車に乗ってるうちに亡くなってしまうということが実際には起こっているわけですね。このように普段から地域で、多分それには医療自体というレベルもあるでしょうし、人々の栄養状態、社会経済状況というものも影響するでしょう。医療だけでないと思います。しかし、その地域でいかに助けられる命を普段から助けることができるかというのが、次、発生時にも当然反映されてくるだろうと思います。これは当然のことなんだろうと思うんですが、ですから、新型インフルエンザ対策で何が大事なのと言われたら、今さら遅いよと言われるかもしれませんが、助けられる病気、助けられる地域をつくることなんじゃないかというふうに思うわけです。

実際にそのような観点で、今世界で発生しているインフルエンザ、これが実は世界で流行、例えば先ほど示したようにメキシコでは死亡者が2%です。アメリカでは0.4%です。日本では発病した人で、今のところ死亡例は報告されてないわけです。このように、国によってかなり死亡率に差があるわけですね。基本的には同じウイルスなんですけど、これだけ違うのは何かというふうに考えてみました。そして、結論に至ったのはこのグラフです。横軸は5歳未満の、いわゆる乳幼児死亡率です。そして縦軸は患者当たりの死亡率と、やはり統計学的にもきれいな比例関係にあったわけですね。要するに、5歳未満の助けられる病気の子供たちを助けることができない国では、やはり新型インフルエンザが季節性のインフルエンザと同じぐらいの毒性だったとしても、やはり助けられないということになるわけです。そう考えると、日本はちょっと楽観してもいいのかなという気がしなくもないんですが、そうはいかないというふうに思うわけです。

このような情報をもとに、今後、じゃあどういうふうにしていくべきかということを私なりに考えてきました。恐らく、もう既に新型インフルエンザ、日本も含めて世

界に蔓延している状態で、過去の事例を見ると、恐らく3年ぐらいかけて、日本人の多くがこのウイルスに感染することになるだろうと思います。もうこれは避けられないだろうと思うんですね。恐らくこの新型インフルエンザが香港型などに取って変わって、主流になってくるのではないかと。過去の歴史を見ると、そのように思うわけです。そうすると、じゃあ我々は何もしなくていいのか、あるいはじゃあ何ができるのかと考えますと、僕が一番言いたいのは、今後だから新型インフルエンザの数を数えるということは余り意味がないし、もう現実問題なかなか数がふえると不可能になってくるので、いかに重症の患者さんが時間的、空間的に集中する、これを防ぐかということが大事になってきます。

医療の世界ではサージキャパシティと言いまして、いわゆる高波、サージというのは高波なんですけど、高波が押し寄せたときにどれくらい重症の患者さん、高波の高さを重症の患者さんの数に例えたんですが、それをさばくことができるかという能力が問われています。これはまさに高波をあらわしてるわけですが、ですからこの高波が来るのを、波の高さをなるべく平らにして一遍に患者さんが来ないようにすることがすごく大事なだろうと思います。例えば1日1人の重症呼吸不全の患者さんが来る程度であれば、何とかスタッフが頑張れば命を助けることができるかもしれない。しかし、一遍に3人も、5人も、10人も来ると、1人ずつ来てくれるのであれば何とかなるんだけど、とても人工呼吸器が足りないとか、助けられる人も助けられなくなってしまうという可能性があるわけですね。ですから、いかにその重症の患者さんが一つの病院に集中するのを防ぐかといったところが多分大事なんだというふうに。そのためには、例えば軽い人たちが一遍に押し寄せると、その中に重症がまざっていると、それを見落として助けられないこともあるかもしれませんし、いろんな方法があるだろうと思います。

アメリカではどういう対策を考えていたかと言いますと、このようにカテゴリー分類しています。まさにハリケーンが来たときに、程度によって分けていると思うんですが、いわゆる患者発生当たりの死亡率で分けてるんですね。0.1%未満であればカテゴリー1です。0.1から0.5%であれば、カテゴリー2。人口の30%がこの新型インフルエンザに感染したときに、カテゴリー1であれば9万人未満の死亡である。これは、でも冷静に聞くと、すごい数ですよ。9万から45万はカテゴリー2です。ですから、それぞれのときに何が起きるかと言うと、9万人未満のカテゴリー1程度であれば、

ほとんど何もしないですね。これは日本の社会でこれ……疑問だと思いますが、今アメリカの経済自体をそのまま……0.5%ぐらいなんで、本当はカテゴリー2にないようだと思いますが、アメリカ全然動かないと。この死亡率というのは非常に見方が難しく、いわゆる患者1,000人当たりの死亡した人の割合と見るわけですが、本当に現発症人数を把握できてるかどうかというのは極めて疑問なわけですね。重症の人しか病院にかからないような国であれば、当然死亡率も濃縮されて高くなってしまいますんで、アメリカなんかでは本当は報告されてるだけで何万人というレベルですから、本当はもう100万人とか、それぐらいの人が感染しているんじゃないかという人もいるぐらいなんで、そう考えると死亡率はもっともっと低くなる。ですから、なかなかこの死亡率というのを正確に判断することは難しいんじゃないかなと。逆に、その死亡した人数のほうですが、例えば今の医療であれば、仮に重症であっても、心臓さえ動いていれば、いろんな薬を使って人工呼吸器を使えば、場合によっては1カ月ぐらい生き長らえさせることができるわけですね。ですから、本当に死亡率がわかってるくのはかなり後だと思うんですね。ですから、そのときになって対応したのでは遅すぎるわけでありませう。

一応僕なりに考えてみたグラフ、対策がこれです。ですから、非常に早い段階でわかるデータ、パラメーターを二つ設定しました。一つは患者数倍化時間です。要するに、今確かに患者数が1日二、三百人ぐらいと日々報告されているわけですが、でも、もう既に6,000人ぐらいの患者さんがいるとすれば、300人ずつぐらいふえても、全体の中ではそんなに多いわけではないようで、ところが初期の段階で400人だったのが、今日200人になれば、一日で倍になると。そのように、患者さんの増加するスピードを見ていくというのが一つのパラメーターでありまして、もう一つは日々病院に来た人たちが何%ぐらい重症と判断されて入院しているのか。例えば、体中の酸素の濃度が足りなくて、あるいはレントゲン写真を撮ったら肺に影があるということで重症と判断されて入院すると。その何か数%が、これを考えた環境……昨年僕の感覚で見えてくるんですが、そのような形で切ってみました。そして、例えば、その患者倍化時間が2日以上であれば、あるいは入院率が5%未満であれば、とりあえずは普通の季節性のインフルエンザと同等であるかと。ところが、重症度が増してくると、学校閉鎖を取り入れていって、患者の急増、先ほどのような高波になるのを防ぐと。高波になると、当然それが広がっていって、高齢者の方とか……人につながる。感染が

激化していく可能性が出てきますので、そしてステージの3ぐらいになると、集会の禁止とか、もう少し社会的な対応を含めていって、非常にもう..... 2人に1人以上ぐらい重症化する、あるいは非常に早いスピードで広がっていく、こういうレベルになってくると、もうほとんどの人がパニックを起こして、自主的に対処のいかない状態で、もうむしろ社会経済活動が休止する状態になると思うんで、ここまで来ると、中央のインフラだけをしっかり動かして、45%消費.....が下がろうと、ここまでくれば、.....といったような状況が想定されるんじゃないかと思うんですが、こういった方式を踏まえていました。

このようなものでやると、各地域、例えば、保健所を中心とした地域でもできないことはないと思うんですね。例えば、その地域の医療機関からその日の状況を保健所にFAXを入れてもらうと。それが届いてない、何か問題がありそうであれば、保健所のほうから電話をする。そうすると、発熱相談センターをつくるよりもはるかに保健所も楽になるだろうと思いますし、しかし、重要な情報は入ると、そうすると、その日の状況がどうだったかというのが判断できて、あらかじめこういう基準を、これがベストだとは言いませんが、その地域地域で、こうなったら学校閉鎖に踏み切ろうといったものも、その日のうちに多分判断できると思うんですね。あしたから、じゃあ、学校閉鎖にしたほうがいいたろうと、保健所等、判断すれば教育委員会等を通じて学校のほうへも通知してもらおうとか、地域ごとに非常に小回りのきいた判断ができるんじゃないかと思って、このようなものを提案してみました。

あと、質問の内容についてお答えしますと、なかなか国の人にも聞いたほうがいいかなという質問も多いので、僕のほうから正確には答えられないんですが、抗インフルエンザ薬の備蓄と耐性の問題で、多分備蓄に関しては、三千八百何人分でしたっけ、あったように聞いてて、もう既に幾つか使われているかと思いますが、やはりこれから秋冬のほうは、確実に季節性のインフルエンザと相まってふえるだろうと思いますね。今、予防的に投与されるケースもあるわけですが、一つは耐性の問題も含めて、やはり発症した人用に僕は取っておいたほうがいいんじゃないかなと思います。どうしても、今、普通は、普通のインフルエンザに対しては、1日2カプセルを5日間使うというのが一般的なタミフルの使い方、予防投与はどうかと言いますと、1日1カプセル、要するに半分の量を10日間使うというのが原則なんですね。このように、ある意味では非常に中途半端な使い方をすると、体の中でふえ始めた、最初は0.1%し

かいなかった耐性のウイルスが、それがそういう使い方をすると、発症したときには当然自然洗濯のような形で、耐性ウイルスが.....かけてしまうわけですね。そうすると、むしろその予防投与という、今のやり方では予防投与というのは、理論的には恐らく耐性化を抱えて発症する可能性があると思うんですね。僕は、タミフルをしっかりと使うべき人にとっておくということと、耐性化を起こし得るという問題から、僕は予防投与をするべきではないのではというふうに思います。

それから、変異の問題は無視していいのか、決してそんなことはないと思いますので、常に情報には聞き耳を立てるべきだろうし、変異の可能性がないのか、やはりそういう兆候もちらちらと最近報告が出ています。ですから、先ほどの時系列で見たときに死亡率が違って、ひょっとするとウイルスが変異したというものだった可能性もあるので、こういった情報網をしっかりと立てておくべきだと思います。こればかりは確率論でありまして、神のみぞ知る、当然こういう可能性もあるし、そのままいくかもしれないし、現時点では言いようがありません。

それから高齢者の影響ですが、これも賛否両論あって、まだまだ推測の域を出ないと思います。アメリカのCDCのほうでは、比較的高齢の人たちには今回の新型インフルエンザに対しても、かかってもいないのに既に免疫があるという報告がありました。しかし、日本の研究チームが調べた結果によりますと、日本人の場合にはそれが検知できなかったという報告も出ております。ですから、こればかりは流行しないとわからないと思います。しかし、季節性のインフルエンザであっても、高齢者の方がかかると、やはり肺炎などにかかって亡くなる方も多いので、やはり高齢者に対する影響というのは、非常に注意して、なるべく広がらないように工夫するということが大切だと思います。

ですから、ワクチンに関しては、僕が聞いた話であれば、新型インフルエンザに...七、八万人分を用意するというように聞いております。その一つの理由としては、ウイルスをまく、いわゆる有精卵、我々が食べる卵ではなくて、有精卵のほうでふやすんですね。だから、卵の数に限界があるというのが予測段階で、もう一つ、新型インフルエンザは、普通の季節性のインフルエンザよりもふえが悪いということがありまして、なかなか十分な数をつくれないと。1,700万人分、じゃあ今度はだれを優先的に打つのかというのは、多分今国が考えているのか、だれが考えてるのかわかりませんが、つまりオーソリティーをしっかりと決めていかないと、むしろこれがパニック

を誘発する可能性もあるんじゃないかというふうにも考えています。ちょっとどうなるかは、僕が決める話ではないのでわかりませんが、僕個人としては、医療関係者というのは一つあるだろうと思うんですが、ただ、じゃあ糖尿病患者さんに優先的に打つかというと、あつという間にもうワクチンなくなっちゃうんですね、それだけで。ですから、僕個人とすると、今回台風の目になったのが高校生ですので、仮に高校生とすれば、高校生を抑えれば、例えば高校生が3人ずつにうつしていくとすると、3人分に予防接種をするようになるというふうに考えれば、むしろ高校生ぐらいに打つのが一つかな、なんかは僕は個人的には思ってますけど、何が正解なのか、最終的にどうなるかはわかりません。

それから、喫煙者の重症化リスクですが、まだちょっとその辺の情報までは僕の勉強不足もあって、確かな情報は今日は……。

以上です。

森 康俊 ありがとうございます。

タミフルの備蓄ですよ。それと、予防的な投与というよりも発症した人にとっておくのがいいんじゃないかというようなお話がありました。大体、医学関係の質問にもお答えしていただいたかと思うんですけども、さっきのこの図なんですけれども、学校関係の方も今日たくさんお見えで、休校措置を今回17日から1週間とった学校が多いんですね。私どもの大学も月曜日から土曜日まで休校にしました。いただてる質問の中に、それがやりすぎだったんじゃないかという声は起きるんですけども、効果があったんだったら、ある種、医学や疫学の立場からこうだったというのを言ってもらうとありがたい。私もそういう学校の立場で言うと、そういうところがあって、今この御説明を聞いて、そういうふうに説明できるんだなという、こういう場合には休校措置というものが有効であるというふうに、僕の場合は説明できる。私は今大学に勤めてる人間として、例えば学生や保護者の方に説明できるのかなというふうに思っていました。

あともう一つおもしろいと思ったのは、広報のとも問題とも絡むのですが、私どもの大学の休校措置をとるときに、大学生にまず知らせないといけません。それから関係の方に知らせないといけません。やはり電子メールやホームページを使って知らせるんですけども、先ほど中村さんから指摘があったように、やはり政府広報と同じで、通り一遍の情報しか、メッセージしか流せていないのではないかなという反省があり

ます。一つだけこの関西の近隣の大学でおもしろいメッセージを發したのは、京都大学なんですね。恐らくだれか先生の知恵だと思っただけですけども、その正確な文面はちょっと再現できませんけれども、ある種これはもうみんながかかって、集団免疫と言っていいんでしょうか、ちょっと言葉が不適切だったら修正してほしいですけども、ある種みんながかかって乗り越えていくべきというようなメッセージがありました。そこまで普通出せないです。ほかにも大学の広報としても、行政機関もそうだと思うんですけど。

ですので、広報という局面で言うと、大学が休校措置をして、一定期間とめた意義というのは、これはやらなかったらどうなったかということを検証できない以上、なかなか評価は難しいんですけども、ある程度今回関西での流行に関しては一定の役割をしたのかなというふうにはちょっとは思っています。ただ、その際の説明はやはり関係の方に説明というのは、大学や各学校機関もあんまりうまくできなかったのではないかという反省もありますし、それがどれだけの効果を持ったのかということも逆に説明しないと、やった意味がないということもあって、次回こういう局面が来たときに、その判断をどうトップができるのかというのはなかなか難しいんです。そのときにこういう判断の考え方というのが一つ示されたのかなというふうに思って聞きました。ありがとうございました。

浦島充佳 その点に関してなんですが、もちろん当時にかえって、……学校閉鎖しなかったときにどういう流行曲線を描いたかって比較しないと、本当のところはわからないんですが、今、数理モデルという数学を使って、潜伏期間がどれぐらいで、1人の人が何人にうつしてとか、そういったパラメーターを入れますと、大体その集団の中で何人ぐらいの患者さんが何もしなかった場合に生きられるかということも予測することができるんですね。何もしなかった場合の予測に基づいて、今回学校閉鎖を地域ごとでやってきたという実際のデータを当てはめると、恐らく100分の1よりもはるかに低い患者数に抑えられたということが、僕のシミュレーションからは結論づけることができた説明ですから、あの流行曲線の変化を見ても、僕は劇的な今回効果を示したというふうに思います。

森 康俊 ありがとうございました。

じゃあ、学校関係の方、こういう今回のことは、そういうことが言えるんだということも自信を持って。

浦島充佳 だから、もう一点指摘しないといけないのは、あの時点で流行初期の時点でやはり高校生の間で広がったというところがキーだったわけですが、だから高校を中心として学校閉鎖したことが劇的にきいたんですね。ところが、現段階ではかなり小さい年齢からお年寄りの方まで広がっているの、この今、学校閉鎖をしたときにどれぐらいの効果があるかというのは、何とも言えないですね。前回成功したから次も当たるというのはわからないというのが、やはり……というふうにも思われます。

森 康俊 わかりました。ありがとうございました。

次に、中村さんから、先ほど伝え方の工夫という話で、ある種御自身のジャーナリストとしての営みと、それから政府広報に欠けているものという、明確に示していただいたと思いますけども、後半のほうで、桜井さんのお話にも係るんですけど、今度住民への報告ということに関して幾つか質問をいただいております。リスクコミュニケーション全般といいますか、医療とか科学とか、割と内面的に難しいことを伝えていくときの工夫とか、そういうところを第二波に備えてということでお話しいただきたいと思います。よろしくお願いします。

中村通子 よろしくお願いします。住民へのリスク情報の発表は非常に難しいんですが、私たちの報道というものは、何か事件が起きたときにその危険を読者に伝えるということなので、それは大きな意味でリスク・コミュニケーションの一つの形態ではないかと思っています。そういうことを考えながら、次の第二波に備えてどんなふうにしたらいいのかなと、自分の動きも含めながら考えてみたいと思います。

今日、これからは第二波では、じゃあ、どのような情報提供が必要なのか、リスク・コミュニケーションとは何か、それを学ぶ方法の紹介、そしてちょっとおおげさですが、報道の責務ということをお話していきたいと思つてます。

まず、第一波の教訓として、何が必要だったか。それは迅速な情報提供だったと思います。夜中の1時、2時、3時に記者を集めて記者会見を慌ただしく開くということではありません、ということが明確になりました。迅速な情報提供とは、例えばホームページに、だれでもアクセスできる場所に速やかに情報を掲載する。「今日こんなことが新聞に載ってる、もう一度詳しく知りたいな」と思ったときにホームページを見たら載っていると。そういうふうなことをもうちょっと自治体、行政はやらなくちゃいけないのではないのか。これが非常によくできていたのは福島県です。とてもすばらしいことと思つてます。厚労省のホームページには載っていない厚労省の通知が、

福島県のホームページには載っている。

次に、具体的でわかりやすい説明。これはくどくどと、ねちねちということではないということは、イギリスの広報番組を見るとわかると思います。焦点を絞ることで、具体的にイメージしやすい形で示す。で、正確であるということ。これは過度に専門的であることではありません。正確であるというのは、どこまでわかっていて、どこまではわかっていないかということをはっきりさせることが正確であると思います。それをやるテクニックとして、伝えるべきポイントを絞ると。だれに伝えるのか、マスコミに伝えるのか、住民に伝えるのか、患者さんに伝えるのか、老人ホームに入っておられる方々に伝えるのか、学校の生徒に伝えるのか、生徒の保護者たちに伝えるのか、伝える相手はだれなのか、それは極めて重要なことになってきます。

そして、第二に、何を伝えたいのかがわかったら他の人に話してます。そうすると、「わかんないよ」と言われる。私たちが記事を書くときもだれかが見ます。そのまま新聞に載るということは、まず絶対にありません。私が書いた原稿をデスクが読んで、このところがわからない。このところが難しすぎるんじゃないのか、この論理のつながり方がわからない、そういうことを言われる。それと同じことで、自分の頭の中だけではなくて、実際に口に出して練習をする。しかも、その対象者に見てもらえれば一番よろしい。

非言語コミュニケーションに配慮。これはどういうことかおわかりでしょうかね。「君のこと大好きだよ」と腕組みして目をそらしながら言われたって、信用できない。やっぱり愛の言葉はちゃんと身を乗り出して目を合わせて言う。これと同じです。「大丈夫です、安心して下さい」と言いながら、興奮して手をふるわせていたら、絶対安心できないですよ。だから、言葉の中身に加えて、非言語的な身ぶり、言い方、しぐさ、そういうものがコミュニケーションにおいて、非常に大きな働きをします。新聞記者もインタビューの時にこういうテクニックを使っています。特にこういうエマージェンシーなときに、非言語的なコミュニケーションというのは極めて大きな意味を持つ。無意識のうちの情報発信になってると考えるべきだと思います。広報担当者の方々は特に、ビデオに撮ってもらって、それを見てみて、練習をするということは非常に有効なのではないかと思います。

情報入手の敷居を低く、とここに書きましたが、これはもうさっき言ったようなホームページが代表です。情報をどこで手に入れればいいのか。問い合わせ先が幾つも

あって、あちこちたらい回しになったり、ネットサーフィンしなきゃ手に入らないみたいな状況はまずい。厚労省が出した情報を福島県のホームページでようやくたどり着くようなことがないように、情報を、だれでも簡単にアクセスできる形ですぐに出す。そうすると非常に安心感を与える。厚労省、行政、地方自治体もそうかもしれませんが、「マスコミに広報しとけば伝えてくれるだろう」という感覚がある。それは今の時代、ちょっと横着。昔はそれでよかったんですけども、今は新聞を読んだ人がもっと詳しく知りたいよってネットにアクセスする時代ですから、そういうところをきちんと対応していくことが情報提供者側の責務ではないでしょうか。

リスク・コミュニケーションという難しい言葉が出てきたので、難しい言葉はかみ砕くという報道の原則に立ち返って、その説明しようと思いますが、これは難しく、短い時間では説明できません。ここに紹介している本を読んで頂くとよくわかると思うんですよ。いろいろ書いてあるんですけど、ああ、いいなと思ったのは、「コミュニケーションは一方的な情報の押しつけではない」というところです。例えばあなたが学校の先生で、生徒さん保護者さんに何か情報を伝えようとする。うちの学校でインフルエンザの患者さんが出てますけども、これこれこういうとこ出てます。こういう対策をとりますというようなことを伝える。そのときにどんな情報が必要なのか。受け入れ側のニーズというものをきちんと把握しておく必要があるわけです。コミュニケーションというのは、一方的な押しつけでは絶対に成り立たない。これはリスク・コミュニケーションの根幹にあることではないでしょうか。

政府広報が何となく嫌だなと感じる理由は、すごく一方的な感じがするから。共感することがコミュニケーション。コミュニケーションなしに、リスク・コミュニケーション、もしくはクライシスコミュニケーションは成りたちません。リスク・コミュニケーションの根幹はやはりコミュニケーションにあるということを強調したいと思います。だから、人の目を見て話せない人をスポークス・パーソンにしてはだめだということですね。とリスク・コミュニケーション、もしくはクライシス・コミュニケーションというのは、必要とされるときは非常に緊急時であって、一歩対応を間違えると、パニックが起きたり、流言蜚語が飛んだりとか、ひどいときには「責任がある」と一方的に見なされた人がつるし上げられて自殺しちゃったりとか、悲しいことがたくさん起きるので、慎重さが必要です。

それにはどうしたらいいか。まず、情報の準備。誰に伝えるのかを明確にする。じ

やあ、その人たちにどんな情報を提供すればいいのかを考える。それには必要な情報を収集するという段取りが必要です。それは桜井さんが最初のお話でお示しになったように、神戸は情報の収集と提供すべき情報の検討をやってきたということは明らかだと思います。そこから提供すべき情報をつかって、どんな媒体で伝えるか、新聞の全面広告にするのか、テレビにするのか、それとも面と向かって人を集めて話すのかなというようなことを考えます。それで提供した後にその人たちの反応、レスポンスはどうだったのか、それを含めて、情報の見直しをします。非常にこのスパイラルな中で動いていくわけですね。

情報の準備をするのと、それを伝える人を決めておく。人の目を見て話せない人を据えてしまうと、とても不安な気持ちを与えてしまう。先ほどの非言語的なコミュニケーション、そういうスキルをきちんと持つ人を選ぶ。欧米のクラシス・コミュニケーション、リスク・コミュニケーションの研修というものを私は米国で受けてきましたけれども、そこでは一番最初に言われるのが、人の話を聞くときの態度をきちんとすることと、しゃべり方をきちんとすること。身だしなみをきちんとすること。TPOに合った服装や態度で出ることという、見た目のことがまず大事であるということでした。ここら辺がちょっと見落とされがちなんじゃないかと思います。

緊急時のリスク・コミュニケーションについて、アメリカの専門家のワーナーさんという方が、このようにまとめております。これは地方の自治体が住民に対して行うのを念頭に置いたまとめですけれども、まず早いうちからやる。共感を持つということ。分からないことがたくさんあるんだけど、自分だってわかんないんだけど、それでもできる範囲で詳細な説明をしましょうよと、言っています。ここまではわかんないですよと、ここまではわかってるんですけどか、を明確に示すことですね。そして、安心させようとするためだけに、大丈夫ですよと言いたくなっちゃう気持ちに耐えましょう。不確実なことは正直に示しましょう。それで不確実なことは、じゃあどのようにして確実にしていくつもりなのかというプランを示しましょう。非難を浴びる人が出ないように努力しましょう。神戸の学生さんが悪いとか、バレーボール部の全員が悪いのか、そんなことは意味がない。そして地域に対して団結といたわりの気持ちと呼びかける、そういう気持ちを持ってメッセージを伝える。これが重要なんだと指摘されております。

情報をどのように何を伝えたらいいのかということを考えていく上で、いろいろ重

要なツールが出ております。これは非常にもう防災関係者の方々には、いまさらなことでしょうが「クロスロード新型インフルエンザ編」というボードゲームが市販されています。一つのシチュエーションを与えて、考えるというものです。例えば、こんな具合です。新型インフルエンザが発生して地域の学校は全部休校です。あなたは塾の経営者です。父兄から勉強がおくれてしまうと困るので塾は開いてほしいと言われました。さあ、あなたはどうしますかというもので、自分が塾の経営者になった気持ちで、いろいろとディスカッションをしていく。やっぱり塾も休校しますとするのか、いやいや塾はこうこうこういう理由でやっていけると思うからやりますなどと、ディスカッションしていく。その過程が学びの場と言ったら嫌らしい言い方ですけども、そこで勉強をしていく、いろいろな立場の考え方を知りながら、ディスカッションを楽しみながら勉強していくということですね。こちらの「パンデミック・フル」というのは、中学生、高校生向けのものなんですが、写真で示しているようなカードがあって、トランプカードゲームのような感じで、遊びながら知識を身につけるといって、これはきちんとした科学的根拠に基づいて厚労省の研究班がまじめに研究開発したもので、非常に成果を上げています。

さて、災害時の報道の責務でございますが、災害時に報道は防災広報になるという、これは亡くなられた東大の廣井教授がおっしゃったことですが、このことを理解しておくことが重要です。関東大震災のときに、東京の報道機関はことごとく被災して、情報発信ができませんでした。このときに、横浜の警察が大阪の朝日新聞に、船の上の海上無線を経由して電報を打って、当時の状況と支援を訴えました。朝日新聞はそのままそれを一面に掲載することで、東京で何が起きているのか、どのような状況なのか、そしてどんな支援が必要なのかというインフォメーションの提供をやっております。適切な情報が十分に提供されないときに、流言や風評が生まれる。これはうわさの方式として知られています。

流言や風評は、健康危機管理の妨げになることは明らか。じゃあ、どうすればいいか。阪神大震災のときに、「神戸で地震が起きるとだれも思ってなかった」という市民の声を伝えると、研究者が、「いや、ちゃんと神戸が危ないと言っていた」と言う。

「どこで」とたずねると、「学会で」とか、「学会誌に論文出した」とかいう。それで、市民に向けて情報を伝えたと言えるのか。そういう行き違いですね。行政はマスコミを敵とってる、結構いると思うんですけども、そういう気持ちを捨てて、オープン

ハートで対応していただきたいなと思います。マスメディアのほうも揚げ足取ったりとか、あのとき、ああしときゃよかったですらうなんて後知恵で批判する。そんな態度は百害あって一理もないのでやめた方がいい。テレビゲームのようにもう一回やり直すみたいなことはできるわけないんで。何がお互い嫌なのかということ率直に話し合っ、適切な情報提供とは何なのかということ事前、今第一波から第二波の間、ちょっと小休止の時間を利用して、そういうのを話し合っおく必要があるのではないかと。私たちメディアも反省して、そういう施策、防災広報としての重要な役目ということを自覚しなくてはならないでしょう。報道する側に知識がなければ適切な報道はできません。それはコミュニケーション・スキルであり、科学的な知識でもあるかと思ひます。そういう知識を身につけておく必要があると思ひます。

朝日新聞では、第一波と第二波の間を受けて、新型インフルエンザの勉強会を、専門家を阪大からお呼びして、勉強会を開きました。そういう意味では、第一波は関係なさった方には悪いですけど、死者も出なかつたことすし、私たちみんなの経験値を上げる機会であつたんではないんではないでしょうか。

情報公開と報道ということで、ちょっとだけ過去のことを振り返ると、O-157、カイワレのときには、農園の名前を出して、そのカイワレが悪かつたというようなことを当時の菅厚生大臣が言つておりましたけども、業者が風評被害でつぶれるとか、カイワレ、一般の業者もみんなえらい目に遭つたと言つて訴訟が起きて、国は負けました。東京高裁の判決では、業者の利益より消費者の利益を重視した初の措置として非常にこの情報公開を評価しています。私もその点は同感です。だけど、公表方法について、何に注意を喚起して、どう行動に対し、どうやって食中毒の拡大の再発防止を図るのが明確でなかつた、と厳しく指摘しています。先ほどお示した新型インフルエンザの政府公報を思い出して下さい。何に注意したらいいのかわかんない。何をしたらいいのかわかんないという広報でしたね。体質が全然変わっていないということがよく分かります。東京高裁がカイワレ事件で指摘してくれたにもかかわらず、厚労省は身にしみてないんだというのが分かります。

SARS騒ぎ、このときは日本に患者が出なかつたので、騒ぎということで済んでおりますけれども、このときには、行政は積極的に台湾人医師がSARSだったのにうろうろ観光旅行して帰っちゃつて、その後、SARSを発病していたことがわかつて大騒ぎになりました。このときに地方自治体と担当行政は、隠すとかえつて、あそ

こじゃないか、ここじゃないかとかえって言われちゃうので、積極的に広報したんですけども、マスコミの方が訴訟を恐れて実名報道をためらった社もあったと、マスコミ懇談会では報告されております。

今回私たちが直面している新型インフルエンザは、まさに健康危機の状況ですけれども、その健康危機管理において情報公開と報道がどうあるべきか、まだ答えは出ておりません。このような研究会を通じて、今後さらに考えていくべき課題だと思えます。

最後に有名な言葉を引用します。三原山の噴火に対して、寺田寅彦先生が「ものは怖がりすぎたりするのは易しいけれども、正當に怖がることはなかなか難しい」と言っております。まさにその通りです。正當に怖がることのできるために私たちに必要なのは準備であり、知識であり、スキルであると思えます。それは一般の情報の受け手と考えられている方々、今日参加している皆さんの多くもそうかもしれません。そういう方々も例外ではありません。情報は単に口をあけてたらもらえるものではありません。そこら辺を考えて、新聞をいっぱい読んでいただければいいなと思っております。どうもありがとうございました。

森 康俊 ありがとうございました。

じゃあ、僕のほうからちょっと中村さんに幾つかお尋ねしてみたいんですけど、風評被害、今回の件で言いますと、いわゆる神戸、関西地方全般に対する観光業を中心とする被害というのはもちろん算出できると思うんですけども、当初豚インフルエンザということで報道していたのが、言葉の問題だと思うんですけども、新型インフルエンザということで、豚肉関連食品に対する風評被害というのはある程度これまでの経験が生かされたかなと思うんですけども、その点はどういうふうに評価されますか。

中村通子 そうですね。科学的には、豚インフルエンザであり、新型ではないと思っております。新型というのは、これまで私たち人間が経験したことのない亜型であるというのが定義です。亜型とは、H1とかN1とかの記号ですね。今回のいわゆる新型インフルエンザはH1N1というソ連型と同じ亜型でありますから、これを新型と言ってしまうと、ちょっとちがうんじゃないかと。ただ、豚は全然悪くないので、豚インフルエンザという呼称もどうだろうという気持ちはあるんです。

じゃあ、どう呼べばいいのかと。これは国際的にも非常にWHOも困っていて、2009インフルエンザと呼ぼうという提案もだしているのですが、そんなインパクトの

ない名前じゃ何となく新聞的には締まりもないなということで、うまい呼び名が見あたらぬので、とりあえず新型と呼んでいるというのが実情です。もうちょっと2年、3年と続いてきたら、アジア風邪だとか、香港風邪だとかというみたいに、メキシコ風邪だとか、USA風邪とか、そんなところに落ち着いてくるんじゃないかなと思っています。

森 康俊 ありがとうございます。

やはり風評被害ということに関して言うと、我々普通の市民というか国民というかのほうも、そういうことへの士気というのが、これまでの経験からある程度共有されていて、先ほど来説明いただいているようなわかりやすいメッセージというものを正確に伝えていただくと、そういうのを防げたというふうに今回のケースを評価することもできるのかなというふうに少し思っております。ありがとうございます。

桜井さんのほうには、先ほど時系列、神戸市の対応を説明していただきました。会場のほうからも幾つか質問というか、を次もう少し聞きたいというのをいただいております。僕のほうで整理させていただきましたところ、他の公的機関、行政機関とのコミュニケーションも、実際のところどうなんでしょうかと、もう少し教えて下さいという質問ですね。他の行政機関とのやりとり、あるいは情報共有について教えて下さいということが一つ。

それから、桜井さん自身のこれまでの行政経験というのは冒頭紹介されたわけですが、一般に考えると、2年、3年で異動があると。桜井さんのようなエキスパートをどういうふうに各市町村というのは育てていったらいいんでしょうかと。多分同じような行政関係の方からの質問かと思えますね。エキスパートの教育ということで、何かあれば教えて下さいという質問をいただいております。

それから、神戸市のサーベイランスの実際の仕組み、他の市町村や県などと違いがあれば、特徴を教えて下さいという質問ですね。

最後にメディアとの対応とか、庁内のコミュニケーションというのは先ほどのお話にあつたんですけれども、住民への広報について何か特記すべきことがあつたら教えて下さいというような質問をいただいております。

一応先に出させていただきました。これらを踏まえて、後半の話をよろしくお願ひします。

桜井誠一 それでは、私のほうからちょっと、中村さんのほうからお話があつた点につ

いて、補足しておきたいなと思うのは、一つは新型という言葉なのですけれども、新型というのは感染症法上では、ほぼ 類相当に位置づけられていまして、もともと新型というのは、出てくるまでは、新型ってありますよということが位置づけられていたのです。そこへ位置づけられると、H5N1の鳥型と同じような対策をとるといふ前提になっていますので、4月28日でしたか、国のほうがこれを新型に位置づけると言った瞬間に、感染症法の 類相当の位置づけでの措置というものがなされ、非常に厳しい扱いになっている。季節性インフルエンザは 類ですかね。ですから、全然対応のレベルが違うのです。だから、そういうことも今回非常に法律との狭間みたいなものがあつたというのが一つの課題なのです。

それから、私どもたまたまではないのですが、先ほどのクロスロードの話なのですが、これは阪神大震災の後に、慶大の吉川先生が、吉川先生たちのチームと私どもと一緒にあって、私どもの事例を参考にしてクロスロードをつくられたというのが最初です。そしてその後、吉川先生がいろんな形でクロスロードをつくられて、今回インフルエンザの関係のもつくられて、このクライシス・コミュニケーションを全部私のほうでもいつも買っていて、我々としてはそういうことも勉強してまいつたというのがございます。そういう意味では非常にラッキーといえますか、勉強していたということが少し、いろんな意味で役に立ったかなと思います。

それから、先ほどちょっと出ませんでした、実名報道のところの話でちょっと見ていただきますと、いわゆる感染者名を学校に開示せずということで、大阪市などがやはり個人情報の保護ということで、学校がどの子がかつたというのがわからない。だけど、その生徒に対して、ちゃんと落ちつけと言ふのにも情報がなかつたというようなことが、まあここで、新聞なんかでも報道されています。それから、神戸新聞ですけれども、ここにちょっと小さくて申しわけないのですが、ここに何書いてあるのかと言うと、ちょっと大きくしてみましようかね。おことわりというふうに書いてありまして、生徒が新型インフルエンザに感染していることが確認された兵庫県立神戸高校については、地域住民の安全にかかわる情報であるため、学校名を実名で報じます。こういうふうなマスコミのほうもこういうことのお断りを入れて、実名報道の必要性というものをきちっと、その新聞の中でもお知らせをしている、こういうことの扱いをしながら、実名というものを出していつているということの参考の資料です。ちょっとこれ、先ほどお見せしたかつたのですが、出てきませんでした。申しわけ

なかったです。

それから、じゃあその次、ひとまず安心宣言にむけてということですが、5月28日に神戸市がひとまず安心宣言というものを出しました。私どもが5月16日ごろ学校閉鎖をし、1週間の時を経ていくわけですが、その間に一番考えたことは、どう終息していくかということだったのです。当初は、いわゆる患者さんの様子というのはわかりませんでした。しかし、国から積極的疫学チームという、F E T Pというチームがあるんですけども、そういう方々が入ってきて、私どもの保健師と一緒にあって、この患者さん方の臨床であるとか、いわゆる濃厚接触された方の調査していくのです。その中で、19日の時点で43症例の臨床像が明らかになってきました。そうすると、やはりアメリカの事例と同じように非常に軽症であるし、季節性インフルエンザと変わらないということがわかりました。これだったら、1週間ということの期限をそこでもう閉鎖やめてもいいだろうということの確信を得まして、これはやはり大臣のほうに言いに行かないと、国に言いに行かないと、このままいくと、まだ延長しろと言われてしまう。これはなぜそういうものかと言うと、実は18日に国のほうから県下全部高校を閉鎖しろという指示が出たのです。その前は、我々は発症した学校を中心にした学区ごとに対応をしていったと。ところが、その後にかぶせたように、国のほうが出てきた。県はそのときにどう言ったかと言うと、淡路島は何もないのに、そこまで閉鎖しろということだったので随分抵抗したのですけれども、やはり最後は国の言うことだからということで、我々も第三学区というのは、1例あったけれども、アウトブレイクしてないので、第三学区までということは頭に置いてなかったのですけれども、結局そういう状態だった。というようなことがあったものですから、このままいくと、まだ休校が延長されるのではないかという、そういう思いもあったもので、何とかこの43症例をもって国のほうに行き、もう大丈夫ですという話を、今、何とかなっていますよということをお話して、休校措置というのは解かれた。

ところが、この発症のもとになった神戸高校、兵庫高校の休校解除がとられなくなつた。もう1週間延びちゃったのです。これは県立高校ですから、私どももそこまで考えてなかったのですけれども、県立高校の権限がなかったもので考えてなかったのですが、これはしかし、子供たちがそこだけが延びることについては、ああ、しまったなという感じがしました。ここまで延ばしてしまうということについては影響が大きすぎたなと思っていたので、何とか早く終息をしないかと。そのためにはじゃ

あ、どうしたらいいだろうかということ、5月23日ぐらいのときに考えていました。日曜日でしたか、町をずっと歩いて様子を見ました。そうしますと、南京町の獅子舞を見まして、多少にぎわいがあったけれども、やはり元気がない。そういうことも含めて、早く安全ということもなかなか言えないですけども、何かメッセージを送りたいというのがありまして、それで月曜日ぐらいに安心宣言というようなものを言いましょうというような話を市長のほうに持って上がりました。

そうすると、市長は大丈夫かと、こういう話になったのですが、ほかのいろんな言葉を模索するんですね。例えば都市機能回復宣言でありますとか、危機回避宣言でありますとかね。いろんなキーワードを探っていくのですが、結局どういう言葉がいいだろうということで、若手の連中を集めて一緒になってディスカッションやりました。その中から、安心というだれかの言葉をきっかけで、ひとまずかなという話になって、じゃあひとまず安心という形でいこうと、このキーワードでいこうということを決めて、ただひとまず安心というキーワードだけでは市民の方も納得していただけないだろうから、やはり一たんは終息していった患者数のことも踏まえて、次のことが気になる。ということで、私は秋に向けてとかいうことではなくて、これからどうするかということと一緒にしようということで、神戸モデルという、そのサーベイランスの仕組み、早期の探知の仕組みというものを考えたんですね。それも大分議論いたしました。2日間ぐらい議論して、結局木曜日に発表することになっていくわけです。

これがひとまず安心宣言の市長の会見ですが、ここでは記者の方々に何を説明しているかと言うと、なぜひとまず安心宣言をすることになったのかという、いわゆる背景ですね。いわゆる患者数そのものが急激に落ちて、今は私たちが追っかけられる状態になると、だから、安心宣言、ひとまず安心という形のことをしても大丈夫ですよ、それと同時に神戸モデルというのを説明させていただいています。ただ、そういうふうに安心宣言をしますと、本当にびっくりするぐらい一晩にして町の様子が変わるので、みんなマスク外していますし、私も木曜日に出しましたから、金曜日ちょっと禁酒していましたものを、飲みに行こうと行ったら、居酒屋に入れないのですよ、いっぱい。びっくりしましたね。本当に一晩で変わりました。それぐらい市民の方々というのは待っておられたのかなという感じがします。しかし、医療関係者から言うと、無謀なことをしたと、こういうふうにしられまして、これももっともだな

と思っています。安心宣言、尚早だというふうに言われました。ただ、やはり理解を示していただきました。やっぱり市民生活への影響を踏まえて、ひとまず安心宣言に一定の理解を示したけれども、まだ患者が出ているのにという。これは本当にそのとおりなのですが、そういったことを置いても、私たち政治なり、行政が判断していかなくちゃいけないことがある、そういうことを思いながらやらせていただきました。

それから、早期探知のための神戸モデルというのは、ちょっとここに新聞ですけれども、何かと言いますと、従来公衆衛生というのは、保健所で保健師さんを中心にして、公衆衛生という観点で地域の住民のところに出かけて行って、いろんな啓発もしながらやっていたのです。時代が変わってきて、どちらかと言うと、いわゆる糖尿病ですとか、病気のほうも成人病も含めてですけれども、そういう病気のことを含めてこの保健師さんが中心になって、公衆衛生の基本としてはずいぶん手薄になってきたと、そういうことの反省もあって、区ごとに保健師さん、キーになる保健師さんと、それから看護大学でこういう新型インフルエンザなり感染症の講座を設けて、学校の先生、それから各施設の担当者の方々に講習を受けていただく。その受けていただいた方と保健師さんがネットワークを結んで、相談に乗るとか、学校の中で学級閉鎖がたくさんあるときは拡大に備え、そういうキーマンをつくる形でやっぺいこうと。これはさっきのサーベイランスの話もあるのですけれども、そういう形でのサーベイランスのやり方をしていこうと。よくサーベイランスと言いますと、データを集めて、そしてその把握をしていくということも多いんですが、我々としてはアナログでいこうと。まずは、基本はアナログでやると、アナログを基本にしながらネットワークを組んで、そして違う角度から集めたデータと突き合わせていこうと、こういう考え方のものが早期探知の神戸モデルというものです。

そして、じゃあなぜそういうことを考えたかと言いますと、これは何も難しいことではなくて、例えば通常の災害ってありますね。今、台風にしても豪雨にしても、気象庁が何をしているかという、気象庁は予報ってやっているのです、きめ細かく熱心に。今回の事例で、気象庁にかかわるところがどこなのかと言うと、感染症の研究所、気象庁の役割として、そしてその気象庁の役割があるとすれば、我々何をするかと言うと、これですね。ハザードマップですね。このハザードマップというのは、危険地域を住民の方に知っていただいて、そしてそこで住民の方々がそのことについて自分たちで気をつけるし、避難の勧告が出れば避難をすると、こういう仕組みですね。この

ハザードマップというのは、よくよく考えると、基礎疾患がハザードですよ。例えばそういうふうにと考えると、ハザードマップ、ハザードであるということを認識していただいて、そのことをどういうふうに対処すればいいことを教えるなり、情報をつかむこと。これが大事だと。

こういうふうなことで、通常の災害対策と何ら変わるところないのです。置きかえてみればわかる。置きかえたときに今回、何が欠けていたのかなと言うと、気象庁の部分、情報が全然なかったのと違うかと、気象庁はひまわり衛星を使います。我々は地上のアナログで探知をするという、そういうことがあってもいいんじゃないかなというように思います。実際は、国のほうの指針では、国のほうのガイドラインがそういう感知の仕組みってやっぱり書いてあるのです。これは書いてあるけれども、今回はなぜかこれが動いてなかったような気がいたします。そういうようなことをして、例えばこれが個人でわかりやすく控える防災メモ帳、これ個人の方が自分の疾患について書いて、災害時に何が大事かというのを書けば、これで安心情報ができていくわけですね。ですから、何かの目新しい話じゃなくて、こういうものの応用だということを理解すれば、広報ということにつながっていくのではないかと考えています。

次ですけれども、今の状態はくすぶり流行と言われています。これは国立感染症の研究所のほうのホームページを見ていただくと、現在の状況という形でレポートが出ています。これは香港のときと同じ状態であると。ちょうど夏場のときにぼつぼつ火種がいろんところで出て、秋になれば、冬になればそれが一遍に発火して、そういうような状況ではないだろうかというふうに言われています。そういうような状況の中で、私たちは何をしなくちゃいけないのかと言うと、やはりその啓発ではないかと、さまざまな、全体に啓発というものがおろそかになってきているし、意識も薄くなっているんで、やはりこの啓発、きちっとした啓発をしていきたいというふうに思う。

例えば今回の夏休みに流行っています。私が部下に問いかけているのは、夏休みになって学校には皆が集まってない、しかし、よくよく考えてみたら、児童館に人集まりますよね。じゃあ、児童館にそういう指示を流しているのかと、そういうところにはなかなか気がつかないですね。人が集まる場所はどこかをつかんで、そこに対してポスターなり啓発をしていこうということを提案しています。今いろんな形でしているんで、例えば、これが啓発なんですけど、これはCDCのホームページなんです

が、このCDCのホームページ、先ほども中村さんなんかもCDCのホームページが今すごいよという話をしてはりましたけども、ここにやっぱりおもしろいなと思うのは、啓発のポスターこれぐらいありますね。やはりくしゃみするときはちゃんとこうしなさい、それこそ手を洗いなさい、お熱があったら家にいなさいということ、動画もセサミストリートを使って、いろんな動画を入れてありますね。そういう意味では、やっぱりこういう広報というのが大事なかなと思っております。

こういうものが日本ではないのかなと思うのですが、実は日本のポスターの中で、やっぱりおもしろいポスターがありますね。これは練馬にあります「減災どっこむ」というところがつくっているのですけれど、これっておもしろいですね。このくしゃみの仕方の記事の内側、これも必ずアメリカのCDCのホームページで動画見るとこれ出てくるのですよね。手でくしゃみするなよと、さっきのイギリスの映像、ウイルスがひっついていくという場面、せきが出るときはマスク、そしてそれはごみ袋に入れなさい、ここではむしろ今こちらですね。ここにちゃんと感染拡大のサイクルというのがあって、これボタンのスイッチ、こんなものさわると、やはりウイルスというのは残ってきますと、頻繁に手を洗いましょうと。

このポスター非常によくできていますねという話を我々の中でして、これを少しアレンジしたらという話をしているのですが、ただ人込みを避けましょうというところが抵抗あってとか、ここを改善したらと話をしていますので、一つこういうのが参考になりながらやっていくということで、私は考えています。

ただ、もう一つ、やはり今情報の出し方がわからないって言っています。なぜかと言うと、例えばパンデミックという言葉があるのですけれど、パンデミックというのをどういう感じしますかって何人かの人に聞いたら、やはり怖いという感じするねと。それをよくよく聞いてみると、やっぱりパニックと同じようにとられる。語源がどうもギリシャ語、ギリシャ神話に出てくるのですよね。パーンという神様とデーモンという人々という単語でつくられた言葉なので、どうも同じような語源があったもので、非常にこのパンデミックという言葉自身が大流行というイメージじゃなくて、日本で言えば蔓延ということですよ。じゃなくて、怖いものにとらえられる。そういうふうなこともありますよね。

例えば、新聞報道でも、パンデミック宣言をしたときの新聞によりますと、いろんなこと書いてあるのですよね。これ今回WHOが中等度というふうに言ったことに対し

て、病原性の強弱をあらわす新たな尺度だというふうな書き方をしているところもあれば、新たな国際基準を設定したとかですね、一番下は、深刻度中程度で、多くの要因によって様々になり得ると書いてあるのですよ。これ四つの新聞記事ですけど、全部違うのですね。こういうのを見ると、やっぱり我々も迷うのですね。いろいろ聞くと、この健康の被害度というのは前から言われていて、何も今新しい基準でも何でもないことなのです。アジア風邪のレベルが中等度で、スペイン風邪は重度というか、死亡というか、致死率から来ている。けれど、そういうことすら、きちっとしたWHOが出したことに対しての日本語訳ができていないのです。そのWHOの発表の中には、発展途上国のことが非常に詳しく書いてあるのです。それが心配だというので。そういうようなことで考えると、やっぱり違うだろうなというふうに思います。やっぱり我々が見ていなきゃいけないのは、できるだけやっぱりいろんな、確かな情報というのきちっととらえて、そして皆さん方に提供していくことが大事だろうというふうに思っております。

それから、最後に、今回、震災とインフルエンザの違いということの比較、この中で組織として震災体験は生かされたかということなのですが、実は行政の組織というのは、なかなかこういうことに対して、組織として対応できるかという非常に難しい。なぜかと言うと、コミュニケーションというセクションが組み込まれてないのです。広報課というのは全庁的に一つあるのですけども、各いろんな部署にわたってコミュニケーションの部門が組み込まれているかという、組織上ありません。そういうセクションがないという難しさ、それはなぜかと言うと、伝統的な行政組織で組み込まれているのは、財政と人事という、この二つはどこのセクションに行ってもあるのですけれども、コミュニケーション、広報と広聴というところのセクションというのは役所の下部組織の中にはつくられていない、これはもう伝統的です。ですから、なかなか市全体としては窓口があったとしても、ほかへ行くと意識がどうしても薄くなる。ですから、3年ぐらいになると、前までのノウハウというのが引き継がれなくなる。今回も、そういう意味ではいろんなところで、そういう場に遭遇いたしました。できるだけ組織の中にそれこそ組み込まれるような仕組みというのは必要です。

やはり組織の中に各部門に至るまでコミュニケーションの担当の組織というものを入れていくことが重要です。

それから、他の行政とのコミュニケーションということですが、今回は先ほど言い

ましたように、横浜のケースがあった関係から、国とは非常に良好でした。横浜の市長がかなりかみつきましたから、神戸のほうにかみつかれたら困るというようなことだっているかもしれませんが、国とは発生当初から、国の課長さんと私どもの部長が携帯電話の番号を交換して、ずっと連絡をとってやっていました。県のほうも、防災のセクションの担当者が県のほうのセクションに行き、県のほうも担当者のほうが我々のところに来ている。そういう意味で、お互いのコミュニケーションはとれています。ただ、細かい部分になりますと、どうしても行き違い、そして思い違い、そして立場の違い、こういうふうなのは出てきます。これは、こういう少し混乱した状態のときに起こり得ることですので、そういうことをもって何もできていなかったということにはならないというふうに思っています。コミュニケーションの悪さが原因で大きな二次被害にまで及んだかどうかと言う点評価をすれば、今回はいろいろ連携がうまくいったのではないかなというふうに思っております。

最後に、この落ち着いて、助け合って行動した震災、マスクが売り切れて発熱相談センターや発熱外来に殺到した新型インフルエンザ、これどういうのですかね。ボランティアがたくさん来た震災、神戸というだけで嫌がられた新型インフルエンザ、こういったことの検証というのは本当に生かされるのかなと思ったときに、非常に最後何と言いますか、私が少し思い出した資料がありまして、ちょっと皆さんに最後にお見せしたいなと。

これは震災のあと、山折哲雄さんが講演された内容です。これは現代社会と孤独死ということで、ここに非常に人間というものを書いている。インドに行きますと道端に横たわっている人間によく出会いますと、しかし、道行く人々の多くはそんな光景には目もくれないで通り過ぎる。マザーテレサのような人がいる国なのにと、こういうせりふですね。結局、山折哲雄さんの言われるのは、人間というのは慈悲の部分と無情の部分があって、そこを行き来していくものであると。あるときは慈悲深い人になるし、あるときは無情な人になる。しかし、その中を右往左往しているのが人間なのだ。だから、今回のことも一つの教訓にして、よその都市の人のことを恨むのではなく、私たちがそういうことをしない。私たちが逆の立場でしないというふうなことを市民の方に伝えていけるかなというふうに思っています。

以上で、質問にも答えていると思いますので、終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

森 康俊 どうもありがとうございました。

質問に答えていただきながら、後半のお話をちょうだいしました。ちょうど時間となりましたが、今回やはり神戸市の対応というのが、神戸モデルという言葉も出てきましたけども、ここ日本の今回の新型インフルエンザに対する対応の主導的な役割というか、基本をつくってきたと思います。むしろ国に先行していろいろな判断を実質的にされてきたと思います。先ほどの「ひとまず安心宣言」に象徴されると思うのですが、それによって実質的な、都市機能の回復という少し言葉が大げさなのかもしれませんが、そういうことが実質的に社会的に起こったということ、我々がここでもう一度、今日整理できたのではないかと思います。

また、医学的にこれまでわかっていること、それから今後予測できることについても、浦島先生のほうからお話を今日いただきました。我々は防災、それから災害復興の研究をしているところですが、こうした医療関係の問題についても引き続きフォローをしていきたいと思っています。

桜井さんにも震災の話と並行させて今日話をいただきました。実際そのときの経験というのが今回の対応にもきちんと活かされているというふうにお聞きした。例えば先ほど少し話をお聞きしました豚関連の食品に対する風評被害というものをある程度抑えていくとか、その個人情報の取り扱いについてきちんとした判断をして、出すところと出さないところをという判断をしていくとか、これまでのいろんな災害事案の経験というのが活かされていると思います。その辺、細かいレベルでどういうふうに評価していくかはこれからやらなければいけないのですが、うまくフレームを豚関連の食品に合わせさせていない。だから、そういう風評被害が起こらなかった。

マスクというものも、例えば自分が感染しないためのものだというふうにフレームしてしまった。だから、我々はそれが欲しくて欲しくてたまらなくて、探し、買い求めた。でも後から、それは人にうつさないためのものだというふうにフレームが設定された。そうすると、これはもう先にそういうフレームが設定されていますので、そうは言われても自分はやっぱり飛行機乗るときはつけていたいという記憶は残ってしまいますよね。だから、そういうフレーミングって、認知心理学のことばですが、そういう枠組の付与を最初どうするかによって人々の認識と行動が違って来るわけです。今回マスクが一つ象徴的だったと思うのですが、マスクの役割というのをどう位置づけるかによって、結果が変わってくるところがあります。自分の感染防止なのか、他

者の感染防止なのかということです。

今回の新型インフルエンザの4月、5月、6月の動きというのを今日ちょっと振り返ることができましたので、それを踏まえて、秋以降のことを考えていける良い機会になったのではないかと思います。

長時間にわたりまして御清聴ありがとうございました。最後にパネラーのお三方に拍手をお願いします。どうもありがとうございました。