

No. 1138 (2021. 3. 2)

新興感染症の流行と対策

—新型インフルエンザ等への対応を振り返る—

はじめに

I 新興感染症とは

II SARS

1 SARS の病態

2 SARS の感染拡大

3 日本政府の対応

III MERS

1 MERS の病態

2 韓国での感染拡大

IV 新型インフルエンザ (A/H1N1)

1 インフルエンザの病態

2 日本政府の対応

3 新型インフルエンザ (A/H1N1)
の教訓、その後の動き

V 新興感染症への対策

おわりに

キーワード：新興感染症、SARS、MERS、新型インフルエンザ

- 古来より感染症の流行は繰り返され、人類は悩まされてきた。近年にも、これまで知られていなかった新興感染症が相次いで発見されている。
- 近年流行し、我が国でも話題になった新興感染症として、SARS、MERS、新型インフルエンザがある。このうち、SARS、MERS は国内では感染者が確認されていない。新型インフルエンザは国内で流行し、対応をめぐっては混乱も見られた。
- 新型インフルエンザの沈静化後に検証が行われているが、検証時に指摘された課題には今日に至るまで積み残されたものもあった。感染症の対応には平時から準備を進めておくことが必要である。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 たけうち ゆうへい 竹内 優平

はじめに

2019年12月に中国で発生が報告された新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界に広がった。同感染症は、発生から1年以上が経過しているが、今なお、収束のめどは立たず、社会に大きな影響を及ぼしている。

現在、新型コロナウイルス感染症が注目されているが、世界で感染症が流行したことは今回が初めてではなかった。歴史を振り返れば、中世ヨーロッパで人口の3分の1が減少したとも言われるペストや、世界中で2000万人以上が死亡したとも言われる20世紀初頭のスペインインフルエンザ（スペイン風邪）など、当時の社会に大きな影響を与えたものもあった¹。また、医学が発達した現代においても、感染症はしばしば大きな被害をもたらしており、近年では、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、新型インフルエンザ（A/H1N1）など、「新興感染症」（後述）と呼ばれる感染症の流行が続いている。

感染症は、流行時は大きな注目を集めるものの、ひとたび感染症が落ち着けば関心は薄まり、危機感は続かなかった。しかし、本来は、次なる感染症の流行に備えるために、過去の感染症への対応を検証することが必要である。

本稿では、感染症対策についての教訓を得るため、これまでに流行した感染症の中でも、近年に流行した「新興感染症」、特にアジア地域で感染が拡大したSARS、MERS、新型インフルエンザ（A/H1N1）に焦点を当て、その際の対策を概観する。

I 新興感染症とは

人類は、古来より様々な感染症に苦しめられてきた。ハンセン病やペスト、梅毒、天然痘、コレラ、結核、インフルエンザ、エイズなど、これまでに世界的に流行した感染症は数多く存在した²。感染症は多くの命を奪い、時に社会を変革するほどの大きなインパクトを与えた³。

18世紀以降、医学の進歩によりワクチンや抗生物質が発見され、感染症の予防・治療は進歩した。1980年には世界保健機関（WHO）により天然痘の根絶宣言がなされ、一時は感染症が脅威ではないと思われた時期もあった。しかし、その後も、エボラ出血熱など新たな感染症が相次いで発見され、人類は引き続き感染症の脅威にさらされている⁴。

WHOは「かつて知られていなかった、新しく認識された感染症で、局地的あるいは国際的に、公衆衛生上問題となる感染症」を「新興感染症」と定義している⁵。これまでに流行した新興感染症は表1のとおりである。次章以降では、これらのうち、近年アジア地域で流行したSARS、MERS、新型インフルエンザ（A/H1N1）について見ていくこととする。

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2021年2月16日である。

¹ 「第2章 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて」厚生労働省『厚生労働白書 平成16年版』p.42. <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/1-2.pdf>>

² 石弘之『感染症の世界史』KADOKAWA, 2018, p.86.

³ 同上, pp.102-104, 109-114, 211-215.

⁴ 「第2章 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて」前掲注(1)

⁵ 同上, p.44.

表 1 主な新興感染症

・クリプトスポリジウム症（全世界）	・エボラ出血熱（サハラ以南の熱帯諸国）
・腸管出血性大腸炎（全世界）	・後天性免疫不全症候群（エイズ。全世界）
・鳥インフルエンザ（H5N1。香港など）	・ニパウイルス感染症（マレーシアなど）
・重症急性呼吸器症候群（SARS。中国など）	・新型インフルエンザ（H1N1。全世界）
・重症熱性血小板減少症候群（SFTS。中国、韓国、日本など）	
・中東呼吸器症候群（MERS。中東など）	
・鳥インフルエンザ（H7N9。中国）	・新型コロナウイルス感染症（COVID-19。全世界）

（注）括弧書きは主な流行地。

（出典）上野仁「5章 感染症とその予防」鍛冶利幸・佐藤雅彦編『コンパス衛生薬学—健康と環境— 改訂第3版』南江堂, 2020, p.62（表5・3）等を基に筆者作成。

II SARS

1 SARS の病態

SARS は、コロナウイルス⁶の一種である SARS コロナウイルスを原因とする感染症である。

SARS コロナウイルスに感染すると、2～10日の潜伏期間を経て、38℃以上の発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛などのインフルエンザに似た症状が現れる。咳、下痢などの症状が出ることもある。SARS を発症した患者は、多くの場合、発症後10日過ぎから症状が改善するが、10～20%の患者は呼吸困難に陥り人工呼吸器が必要となる⁷。特に、糖尿病や心肺疾患などの基礎疾患を有する場合や65歳以上では重症化しやすいとされる⁸。

SARS は、医療従事者、家族など発症者との濃厚接触がある場合に感染しており、感染経路は、飛沫による感染が主体と考えられている。また、下痢便や尿中からウイルスが検出されており、接触感染や糞口感染の可能性も考えられている。SARS 感染者からの感染伝播は、感染後1週間以上経過した重症肺炎患者から起きるとされ、感染初期の患者からの伝播はまれとされている⁹。

2 SARS の感染拡大

SARS の最初の症例は、2002年11月、中国広東省で発生した。この地域では、同時期に非定型肺炎¹⁰が集団発生したとされており、2003年2月には、305人が感染、5人が死亡したとの公式報告がWHOに届けられている¹¹。当初は局地的な発生にとどまっていたが、2003年2月、

⁶ コロナウイルスは、直径約100nmの球形で、表面に突起が見られるウイルスである。人に感染するコロナウイルスとして風邪のウイルス4種類とSARS コロナウイルス、MERS コロナウイルス、新型コロナウイルスが知られている（「コロナウイルスとは」2020.1.10. 国立感染症研究所ホームページ <<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohashi/9303-coronavirus.html>>）。

⁷ 田口文広「重症急性呼吸器症候群（SARS）—発生と病態—」『呼吸器内科』29(5), 2016.5, pp.428-433; “Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS).” WHO website <https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_2>

⁸ 川名明彦「SARSとMERS」『医学のあゆみ』253(1), 2015.4.4, pp.51-58.

⁹ 田口 前掲注(7)

¹⁰ 症状や検査所見が典型的ではない肺炎のこと（松本哲也「1.呼吸器感染症とは」迎寛編『臨床呼吸器感染症学』南江堂, 2019, p.6.）。

¹¹ 後に、これらの患者はSARSと一致する症状だったと確認されている。

中国広東省で患者を治療し、感染した医師が、香港のホテルに宿泊したことをきっかけに SARS は世界に伝播した。医師と同じ階に宿泊した宿泊客、訪問客 12 人以上が感染し、それぞれの感染者が出身国に帰国したことにより、複数の国で集団感染が起きた。特にベトナム、香港などでは、院内感染が起き、医療スタッフが新しい疾患の発生を知らずに、予防措置もなく治療を行ったことが感染拡大を招いたと見られる¹²。

SARS は、感染者のうち 21%が医療従事者であり、医療施設など人と人の接触が密な場合に、集団発生の可能性が高まると見られている¹³。感染の抑え込みには、感染ルートの特定と、感染者と感染者の接触者を隔離することが有効であったが、一部の地域では、情報不足・情報隠蔽・情報操作が見られ、感染ルートや接触者の特定もできずに感染拡大を招く結果となった¹⁴。

その後、各国では、感染伝播を防ぐため、隔離と検疫を行うことにより終息を図り、SARS は 2003 年 7 月 5 日に終息宣言が出された¹⁵。終息宣言以降は、散発的な感染が数件確認されているものの大規模な感染拡大はなく、2005 年以降は SARS の発生は報告されていない¹⁶。2002 年 11 月～2003 年 7 月までのアウトブレイク（感染拡大）において、世界で、SARS の感染者は 8,096 人、死者は 774 人となっており、そのうち中国が多数を占めている（感染者 5,327 人、死者 349 人）¹⁷。

SARS は比較的短期間に終息させることに成功した感染症であった。SARS は潜伏期にはあまり感染性がなく、ほとんどは濃厚接触により感染するという性質があったため、接触した可能性のある人にはフォローを行い、発熱した人についてはすぐに隔離をすることが戦略の要になったと見られる¹⁸。

3 日本政府の対応

我が国では、WHO が SARS に対する緊急情報を発表したこと（2003 年 3 月 12 日）を受けて対応が取られ、厚生労働省がホームページでの情報提供や電話相談を開始した。検疫も強化され、4 月 4 日からは伝播確認地域からの航空機には機内で問診表が配布された。また、主要空港では、発熱患者発見のため、サーモグラフィが設置された¹⁹。国内では SARS 患者の疑いがあるなど

¹² WHO, “Severe acute respiratory syndrome (SARS),” 2003.5.20. <https://www.who.int/csr/media/sars_wha.pdf> (邦訳：厚生労働省健康局結核感染症課監訳「重症急性呼吸器症候群（SARS）」2003.5.20. 国立感染症研究所ホームページ <<http://idsc.nih.go.jp/disease/sars/sars03w/03sars.body.pdf>>) SARS 患者は、通常、患者 1 人が 2～3 人に感染させるとされているが、香港のホテルに宿泊した医師の例など、1 人で大人数に感染させた例も少数見られる。このような患者を「スーパースプレッダー」と呼ぶが、その原因はよく分かっていない（岡部信彦「SARS の世界的流行と対策、疫学的知見のまとめ」『医療』58(3), 2004.3, pp.133-137.)。

¹³ 「SARS（重症急性呼吸器症候群）とは」国立感染症研究所ホームページ <<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohashi/414-sars-intro.html>> 先述の香港のホテルでの感染事例や、香港の高層住宅で 300 例以上の集団感染が発生したケースがあるが、これ以後一般住居でこのような集団発生は見られておらず、例外的なケースと考えられている（岡部 前掲注(12)）。

¹⁴ 伊藤裕美子「重症急性呼吸器症候群（SARS）流行の教訓と今後の対応—香港・シンガポール・台北・中国大陸に学ぶ—」p.5. 東京海上日動リスクコンサルティングホームページ <<https://www.tokiorisk.co.jp/publication/report/trc-eye/pdf/pdf-trc-eye-040.pdf>>

¹⁵ 「SARS（重症急性呼吸器症候群）とは」前掲注(13)

¹⁶ 田口 前掲注(7)

¹⁷ “Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003,” 2015.7.24. WHO website <<https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>> WHO の統計では、この数値とは別に、香港、マカオ、台湾の数値を掲載している。

¹⁸ 「特集 SARS・インフルエンザ対策 インタビュー 尾身茂さんに聞く」『厚生労働』58(12), 2003.12, pp.4-10.

¹⁹ 中里栄介「重症急性呼吸器症候群（SARS）への行政の取り組みについて」『インフルエンザ』5(1), 2004.1, pp.47-51.

の事例として 68 例が報告されたが、最終的にはいずれも SARS を否定されており、国内における発生例はなかった²⁰。

一方で、2003 年 5 月には、台湾で SARS と診断された台湾人医師が、診断直前に関西・四国に観光に来ていたことが分かり、我が国でも感染した人がいるのではないかとの危惧が広がった²¹。厚生労働省は当初、患者が搭乗した航空機の便名も宿泊ホテル名も公表しない方針であったが、自治体などからの要望を受けて公表する方針に転じるなどの混乱が見られた²²。また、台湾人医師の日本滞在の情報は、初期段階で検疫所に寄せられていたにもかかわらず放置され、消毒作業や追跡調査が遅れるなど、初期対応に影響が出たとされる²³。結果的には国内で台湾人医師から感染した人はいなかったが、対応に課題を残す形となった。

III MERS

1 MERS の病態

MERS はコロナウイルスの一種である MERS コロナウイルスを原因とする感染症である。

MERS コロナウイルスに感染すると、2～14 日間の潜伏期間を経て発熱、咳などの症状が現れ、一部の患者で急速に肺炎を発症し、呼吸管理が必要となる。高齢者や、糖尿病や腎不全などの基礎疾患を持つ人は重症化する割合が高い。

2012 年 9 月、サウジアラビアへの渡航歴があるカタール人に呼吸器症状が出て、イギリスに緊急移送され治療を受けたが、このときに新型のウイルスとして発見されたのが MERS コロナウイルスであった。その後の調査で、この患者以前にも同様のウイルスが検出されていたことが分かっており、MERS コロナウイルスは 2012 年 9 月以前にも存在していたと見られている²⁴。

MERS はヒトコブラクダが感染源の動物であると考えられており、ラクダとの接触や、ラクダの未加熱肉や未殺菌乳を摂取することにより感染するリスクがあると見られている。また、家族間や医療機関などにおける限定的な人から人への感染も報告されており、これらは、咳などによる飛沫感染や接触感染によるものであると考えられている²⁵。MERS は季節性インフルエンザと比較しても感染力は弱く、次々に人から人に感染することはないとされている²⁶。

MERS は今日に至るまで散発的に感染例が発生しており、2020 年 1 月末時点で、世界全体の感染者（累積）は 2,519 名であり、866 名が死亡している。感染者のうち 2,121 名、死亡者のうち 788 名がサウジアラビアでの症例であり、大多数を占めている²⁷。我が国では MERS の感染

²⁰ 「本邦における SARS：重症急性呼吸器症候群サーベイランスへの報告症例」国立感染症研究所感染症情報センターホームページ <<http://idsc.nih.gov/jp/iasr/24/281/pr2824.html>>

²¹ 「検証 SARS 感染台湾人医師滞在問題 その 1 危機管理の甘さ露呈」『毎日新聞』（大阪本社版）2003.6.1.

²² 「新型肺炎の感染者入国 厚労省、右往左往「放置された初報、揺れた公表範囲」」『読売新聞』2003.5.21.

²³ 「検証 SARS 感染台湾人医師滞在問題 その 1 危機管理の甘さ露呈」前掲注(21)

²⁴ 一般社団法人日本環境感染学会「MERS 感染予防のための暫定的ガイドライン」2015.6.15, p.6. <http://www.kankyo.kansen.org/modules/publication/index.php?content_id=26>

²⁵ 「中東呼吸器症候群 (MERS) について」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/mers.html>>

²⁶ 「中東呼吸器症候群 (MERS) に関する Q&A 問 7」2017.7.7. 同上 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou19/mers_qa.html>

²⁷ “MERS situation update, January 2020.” WHO website <<http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/mers-cov/mers-situation-update-january-2020.html>>

例は報告されていない²⁸。

2 韓国での感染拡大

上記のとおり MERS の感染例はほとんどがサウジアラビアであるが、サウジアラビアの次に感染者が多かったのは韓国である²⁹。韓国では 2015 年に、中東から帰国した 1 名の患者から集団感染が発生した。

アウトブレイクの発端となったのは中東諸国を訪問した 60 代の男性であった。男性は韓国に到着したとき（2015 年 5 月 4 日）は無症状であったものの、帰国から 7 日後（5 月 11 日）に MERS を発症した。発症後、男性は複数の医療機関を相次いで受診し、当初、渡航歴の聞き取りが十分になされなかったため、男性は MERS を疑われることなくほかの人と接触していた。発症から 9 日後（5 月 20 日）、男性はようやく MERS の診断を受けたが、この頃までに男性と接触していた医療機関の患者や医療従事者、病院の見舞客などが次々に感染することとなった³⁰。また、この男性と同じ病院に入院していた別の患者が退院していたが（5 月 20 日）、その患者は MERS に感染していた。その患者が発熱等の症状が出た際に別の複数の病院を受診したため、それらの病院でも院内感染を引き起こすことになった³¹。

韓国政府は、感染症を終息させるため、6 月 7 日に MERS 患者を診療した医療機関名等を公表し、公表された医療機関を訪問した人は症状が出ても自宅で待機し、電話等の方法で申告するよう要請した。積極的な隔離等の対策の結果、MERS の感染は徐々に減少していったが、アウトブレイクが終息するまでに、韓国では 186 名の感染者が確認され、36 名の死亡者が出た³²。たった一例の輸入事例を発端にアウトブレイクが発生したことは、これまで感染症が流行していない地域でも拡大する可能性があり、油断できないことを示している。

韓国では多くの感染者を出した反省から、感染症予防管理法を改正し、強制隔離規定を新設するなど政府の権限を強め、感染症対策を強化した³³。その取組は今般の新型コロナウイルス感染症対策においても活かされている³⁴。

²⁸ 一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向 2020/2021』2020, p.137.

²⁹ 「韓国 MERS 感染者 87 人に、サウジに次ぎ国別 2 位」2015.6.8. ロイターホームページ <<https://jp.reuters.com/article/health-mers-southkorea-idJPKBN0ON17O20150608>>

³⁰ “Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – Republic of Korea,” 2015.5.30. WHO website <<http://www.who.int/csr/don/30-may-2015-mers-korea/en/>>; 加來浩器「韓国での中東呼吸器症候群 (MERS) アウトブレイク」『Schneller』No.96, 2015.秋, pp.3-7.

³¹ 加來 同上

³² 同上 WHO は、韓国での感染拡大について、韓国固有の条件や伝統文化も流行の拡大につながったと分析している。具体的には、①韓国の医療の利便性と医療費の安さが「ドクターショッピング」を助長したこと、②患者が入院しているときなどに、たくさん家族や友人が患者に付き添い、見舞うことが通例であったこと、を感染拡大の原因として挙げている (“Middle East Respiratory Syndrome (MERS) in the Republic of Korea,” 2015.6.15. WHO website <https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/situation-assessment/update-15-06-2015/en/> (邦訳: 「2015 年 06 月 18 日更新 中東呼吸器症候群 (MERS) の発生状況評価—韓国」2015.6.18. 厚生労働省検疫所 FORTH ホームページ <<https://www.forth.go.jp/topics/2015/06181141.html>>))。

³³ 藤原夏人「韓国における感染症対策の強化」『外国の立法』No.267, 2016.3, pp.192-222. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9914665_po_02670008.pdf?contentNo=1>

³⁴ 「韓国・台湾「強力」司令塔」『読売新聞』2020.4.24.

IV 新型インフルエンザ (A/H1N1)

1 インフルエンザの病態

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって引き起こされる感染症である。インフルエンザウイルスに感染すると、1～3日の潜伏期間の後、38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れる。感染経路は主として飛沫感染と接触感染であり、感染者はインフルエンザ発症前日から発症後3～7日間は鼻や喉からウイルスを排出すると言われている。我が国では、例年12～3月に流行しており、季節性インフルエンザは、我々にとって身近なものとなっている³⁵。

インフルエンザウイルスは、時として例年流行しているものとはタイプが大きく異なる新型のものが出現することがある。こうした新型インフルエンザは多くの人々が免疫を獲得していないことから、急速にまん延することが予想されている³⁶。インフルエンザは30～40年周期で世界的な大流行を引き起こすと言われており、従来から警戒されてきたところである³⁷。

直近で世界的に流行した新型インフルエンザは、2009年に起きたものであり、これは豚由来のインフルエンザウイルスによるものであった（以下、2009年に起きた新型インフルエンザを「新型インフルエンザ (A/H1N1)」という。）。当初メキシコで感染拡大が起きたが、その際には致死率が高いと報告され、緊張が走った。その後、感染は世界に広がり、我が国でも新型インフルエンザ (A/H1N1) の感染者が確認されたが、実態が分かるにつれてその致死率³⁸は発症当初に想定されていたものほど高くはないことが分かった³⁹。我が国において、2009～2010年シーズンのインフルエンザによる受診者数（季節性インフルエンザを含む。）は約2061万人と推計され、重症患者は1,641人、死亡例は198人とされている⁴⁰。我が国の死亡率は諸外国より低い水準であるとされる⁴¹。

我が国において特に感染者が多かったのは5～19歳の低年齢層であり、多くの患者は季節性インフルエンザのような発熱、咳、咽頭痛、鼻汁などの症状であった⁴²。

我が国では2009年5月中旬に国内初の感染例が確認され、兵庫県・大阪府を中心に感染事例が見られるようになった。その後、8月中旬に流行入りし、11月下旬にピークを迎え、2010

³⁵ 「令和2年度インフルエンザ Q&A」（Q1、2、17）2020.11.18. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html>>; 増田佐和子「インフルエンザウイルス」『日本耳鼻咽喉科学会会報』118(7), 2015.7, pp.904-907. <https://www.jstage.jst.go.jp/article/jibiinkoka/118/7/118_904/_pdf-char/ja>

³⁶ 「令和2年度インフルエンザ Q&A」（Q3）同上

³⁷ 正林督章「第1章 準備段階の対応」宮村達男監修, 和田耕治編『新型インフルエンザ (A/H1N1) —わが国における対応と今後の課題—』中央法規出版, 2011, p.2. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_1.pdf>

³⁸ 本稿では、ある病気になった人のうち、その病気が原因で死亡した人の割合を「致死率」と呼び、人口10万人当たりで、ある病気で死亡した人の割合を「死亡率」と呼ぶことにする。

³⁹ 正林督章「第2章 新型インフルエンザ (A/H1N1) 発生後の主な出来事と対応」宮村監修, 和田編 前掲注(37), pp.22, 26-27. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_2.pdf>

⁴⁰ 正林督章「第10章 パンデミックのその後」宮村監修, 和田編 同上, p.345. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_10.pdf>

⁴¹ 小田切孝人ほか「第3章 新型インフルエンザ (A/H1N1) の特徴」宮村監修, 和田編 同上, p.58. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_3.pdf> 我が国の死亡率が他国よりも低い水準となっている原因は未解明ではあるものの、広範な学校閉鎖、医療アクセスの良さ、医療水準の高さ、手洗いなど公衆衛生意識の高さなどが指摘されている（同）。

⁴² 同上, pp.65, 67.

年3月に一旦収束している⁴³。さらに、2010年12月中旬から再び流行したが、その性質は季節性インフルエンザと類似したものであった。こうしたことから、新型インフルエンザ(A/H1N1)は季節性インフルエンザと異なる特別な事情は確認されないとして、2011年3月末をもって通常の季節性インフルエンザとして取り扱われることになった⁴⁴。

2 日本政府の対応

新型インフルエンザ(A/H1N1)が発生した当時は、東南アジアを中心に鳥インフルエンザ(A/H5N1)⁴⁵が発生していた。鳥インフルエンザ(A/H5N1)は致死率も高く、人から人に感染することが心配されていた⁴⁶。こうした状況の中で、日本政府は、2005年12月に「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定し、2009年2月に同計画を改定している⁴⁷。また、2009年2月には「新型インフルエンザ対策ガイドライン」を策定し、各対策の内容や関係者の役割分担等を明記している⁴⁸。これらの行動計画やガイドラインは重症化しやすい新型インフルエンザの発生を想定していた⁴⁹。

2009年4月21日、米国疾病予防管理センター(CDC)が米国内で豚由来インフルエンザの人への感染事例を報告し⁵⁰、当時は警戒されていなかった豚由来の新型インフルエンザの発生が明らかになった。同月24日にはWHOからメキシコでもインフルエンザに似た疾患が発生しているとの報告があり⁵¹、同月27日にはWHOによりフェーズ4の宣言が出された⁵²。以降の日本政府の主な対応は表2のとおりである。先述のとおり、我が国では新型インフルエンザ対策として重症化しやすいインフルエンザを想定しており、それを基とした対応となったが、5月8日には軽症の人が多いとの報告があり、5月11日には致死率が0.4%との報告があった⁵³。しかし、その後も重症化しやすいウイルスを想定した対応が続き、過剰な対応が継続したとの

⁴³ 大平文人ほか「新型インフルエンザのこれまでの発生状況」『小児科』51(12), 2010.11 pp.1595-1606; 正林 前掲注(40), p.344.

⁴⁴ 正林 同上, pp.359-360. 2009年4月28日に厚生労働大臣が、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(平成10年法律第114号)上の「新型インフルエンザ等感染症」が発生したことを宣言したが、2011年3月31日に同法第44条の2第3項の規定に基づき、新型インフルエンザ(A/H1N1)は「新型インフルエンザ等感染症」と認められなくなった旨、公表された(正林 前掲注(39), p.22; 同 前掲注(40), p.360)。

⁴⁵ 2003年以降、東南アジアを中心に発生が報告されており、感染した場合には重篤な症状となることが多いとされている(「鳥インフルエンザA(H5N1)について」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000144523.html>>)。

⁴⁶ 高山義浩「新型インフルエンザの発生と政府の対応」『看護』61(15), 2009.12, pp.66-69.

⁴⁷ 「新型インフルエンザ対策行動計画・ガイドライン」2009.2.17. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/13.html>>

⁴⁸ 「新型インフルエンザ対策ガイドライン(新規策定)の概要」内閣官房ホームページ <<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/guide/090217gaiyou.pdf>>

⁴⁹ 「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議報告書」2010.6.10, p.2. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>>

⁵⁰ “2009 H1N1 Pandemic Timeline.” Centers for Disease Control and Prevention website <<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-pandemic-timeline.html>>

⁵¹ “Influenza-like illness in the United States and Mexico,” 2009.4.24. WHO website <https://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/>

⁵² 高山 前掲注(46) WHOはインフルエンザの状況をフェーズ1~6の6段階に分けて評価しており、フェーズ4とは、ヒトからヒトへの感染が持続している状態のことを指す(「現在のWHOパンデミック警戒フェーズ」2009.4.29. 国立感染症研究所感染症情報センターホームページ <http://idsc.nih.gov/disease/swine_influenza/2009who/09who21.html>)。

⁵³ 正林 前掲注(39), p.27.

指摘もあった⁵⁴。本項では、水際対策の強化、学校の休校等、医療体制、ワクチン接種、広報・リスクコミュニケーションに分けて、当時の対応等を記述する。

表2 新型インフルエンザ（A/H1N1）発生以降の国内の主な動き（2009年4月～2010年3月）

年月	主な動き
2009年	
4月25日	メキシコ便における有症者に対し、任意の健康診断を実施するなど検疫体制を強化。
4月28日	「基本的対処方針」を決定。メキシコ、米国、カナダの北米3国便に対する検疫強化開始。
5月9日	検疫において最初の感染者を確認。
5月16日	兵庫県神戸市で国内初の患者の発生を確認。当面講ずべき措置を定めた「確認事項」を決定。
5月22日	「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」を策定。地域を感染拡大防止地域、重症化防止重点地域に分け、地域の実情に応じた対策を実施することとする。
6月19日	運用指針を改定。患者数の増加が見込まれる秋冬に向けて、上述の地域分けを廃止。全ての一般医療機関において診療することとし、患者は原則として自宅療養とする。
8月15日	沖縄県で国内初の死亡者を確認。
10月1日	「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針」を策定。
10月19日	国内産ワクチンの接種を開始。
12月4日	「新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法」が公布。
2010年	
1月15日	薬事・食品衛生審議会薬事分科会が輸入ワクチンについて特例承認して差し支えない旨、答申。
3月31日	第1波の沈静化を述べる大臣ステートメントを公表。

（出典）正林督章「第2章 新型インフルエンザ（A/H1N1）発生後の主な出来事と対応」宮村達男監修、和田耕治編『新型インフルエンザ（A/H1N1）—わが国における対応と今後の課題—』中央法規出版、2011、pp.44-48。<https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_2.pdf>を基に筆者作成。

（1）水際対策の強化

水際対策の強化が行われたのは2009年4月25日からであった。メキシコでの呼吸器感染症発生の情報を受けて、4月25日からメキシコからの乗客に発熱者などがいた場合、簡易検査キットによりインフルエンザの検査をするなど、通常よりも強化した検疫が行われた⁵⁵。さらに、4月26日からはメキシコからの到着便について、検疫官が航空機内に乗り込む「機内検疫」が始まり、4月28日にはその対象がメキシコ、米国、カナダからの到着便まで拡大された⁵⁶。38℃以上の発熱があるなど一定の症状がある人に対してインフルエンザ迅速診断キット⁵⁷を用いた

⁵⁴ 「強毒性想定 遅れた転換」『朝日新聞』2009.6.12; 「特集 新型インフルエンザ 国内感染確認から1週間」『毎日新聞』（大阪本社版）2009.5.23; 岡部信彦「アングル 新型インフル① 対策の浸透 さらに努力必要」『読売新聞』2009.6.9.

⁵⁵ 小野日出磨「新型インフルエンザ（A/H1N1）に対する成田空港検疫所での対応」内閣官房ホームページ <https://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_07.html>

⁵⁶ 和田耕治ほか「第4章 入国者管理（水際対策）」宮村監修、和田編 前掲注(37), pp.86-87. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_4.pdf>

⁵⁷ インフルエンザウイルスの抗原を検出する器具であり、小型かつ操作が簡便で、15分以内で判定が行われる（徳野治ほか「各種インフルエンザ迅速診断キットの評価—検出感度の比較検討—」『感染症学雑誌』83(5), pp.525-533. <https://www.jstage.jst.go.jp/article/kansenshogakuzasshi/83/5/83_525/_pdf/-char/ja>）。

検査を行い、インフルエンザウイルス A 型陽性の場合は PCR 検査⁵⁸が行われた。また、新型インフルエンザ (A/H1N1) 発生国に滞在した人は健康監視の対象者とし、メキシコ、米国、カナダからの帰国・入国者の情報は、健康監視を行う保健所・自治体に送付された⁵⁹。これらの措置は 5 月 21 日まで行われた⁶⁰。

異例の「機内検疫」が始まったことで、感染防護服を着た職員などが航空機内や空港を駆け回る光景が繰り返しテレビや新聞で伝えられた。水際対策の目的は、感染拡大の時期を遅らせ、その間に医療体制等の整備を図ることであったが、「安全」「安心」を強調しようとする政治家の発言もあり、検疫の目的が国内上陸阻止であるかのような誤解を国民に広めた側面もあった⁶¹。

そもそも、水際対策でウイルスの流入を完全に阻止することはできないとされる。感染症には潜伏期間が存在し、症状が出るまでに時間がかかる上に、解熱剤を使用している場合もあり、発熱での拾い上げにも限界がある⁶²。この水際対策には、一定の感染者を発見したという効果もあった一方で、防衛省や国立病院などから 7,069 人の医師や看護師などを動員したとされ、大きな負担があった⁶³。さらに、健康監視の対象者数も日に日に増え、4 月 28 日から 5 月 21 日までで約 13 万人に上り、1 保健所で平均 1 日 77 人の追跡調査に追われることになった。これらの対応は現場に過度の負担を与え、結果的に、水際対策により「時間稼ぎ」している間に国内での感染拡大に備えて態勢を整えるべき医療現場が疲弊してしまったとの指摘もあった⁶⁴。新型インフルエンザ (A/H1N1) の水際対策は、膨大な資源と時間が投入されたのに比して、効果は極めて限定的であった可能性が強いとの指摘も見られた⁶⁵。

政府の新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議 (以下「総括会議」という。) の報告書では、専門家の意見を基に機動的に水際対策の縮小などの見直しが可能となるようにすべきとする意見や水際対策の効果について更に知見を収集することが必要であるとする意見が記載されている⁶⁶。

(2) 学校の休校等

水際対策で国内の感染拡大を遅らせる取組が行われる中で、2009 年 5 月中旬には国内初の感染例が発生した。最初の感染例が報告されたのは、5 月 16 日未明で、患者は神戸市の高校生であり、海外渡航歴はなかった。同日夕刻には大阪府内でも高校生の患者が報告され、こちらも海外渡航歴はなかった。国内初の感染例が報告された頃には、兵庫県、大阪府の高校を中心に集団感染が広がっており、以降、感染者が次々と報告された⁶⁷。

こうした状況の中で、政府は「確認事項」(平成 21 (2009) 年 5 月 16 日新型インフルエンザ対策本部幹事会決定) を策定し、患者や濃厚接触者が活動した地域等においては、集会、スポーツ大会等の主催者に開催の必要性を改めて検討するよう要請したり、学校・保育施設等の

⁵⁸ ウイルスの感染の判定などに使う遺伝子検査のこと(「きょうのことば PCR 検査」『日本経済新聞』2020.4.24.)。

⁵⁹ 小野 前掲注(55) 健康監視とは、入国後しばらくの間、体調に変化がないか電話等で確認することである。

⁶⁰ 同上; 和田ほか 前掲注(56), pp.86, 88, 90, 105-106.

⁶¹ 前村聡「2009 年新型インフルエンザ―「未知の感染症」をどのように報じたのか?―」内閣官房ホームページ <https://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_09.html>

⁶² 小野 前掲注(55)

⁶³ 和田ほか 前掲注(56), pp.90-92.

⁶⁴ 前村 前掲注(61)

⁶⁵ 尾身茂『WHO をゆく―感染症との闘いを超えて―』医学書院, 2011, p.93.

⁶⁶ 「新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議報告書」前掲注(49), p.6.

⁶⁷ 大平ほか 前掲注(43)

臨時休業を要請したりするなどの措置を示した⁶⁸。各自治体では、順次、市町村や学区を単位として一斉休校を行っていたが⁶⁹、厚生労働省の更なる要請を受けて、5月18日から23日まで、兵庫県と大阪府の全域で学校の臨時休校が行われた⁷⁰。これ以降、患者数は急速に減少していき、兵庫県・大阪府の患者報告数は5月末には大幅に減少した⁷¹。専門家からは、学校の休校は新型インフルエンザ（A/H1N1）の影響を低減させた要因であるとの指摘がなされている⁷²。総括会議報告書でも、学校等の臨時休業について、「今回は一定の効果はあったと考えられる」としつつも、今後更にその効果や在り方を検討すべきであり、学校の休校に当たっては、保護者などが欠勤を余儀なくされるなどの社会的・経済的影響も勘案した運用方法を検討すべきとしている⁷³。

(3) 医療体制

政府は、「新型インフルエンザ対策行動計画」（平成21（2009）年2月改定）において、感染症のまん延防止などを理由として、まん延期よりも前の段階では、患者等を原則入院させることとしており、患者は各地域に設置された発熱相談センターや発熱外来において振り分けを行うこととしていた⁷⁴。そして、新型インフルエンザ（A/H1N1）発生後の4月28日に「基本的対処方針」（平成21（2009）年4月28日新型インフルエンザ対策本部決定）で、政府は、発熱相談センターと発熱外来の設置の準備を急ぐべきことを示していた⁷⁵。

5月16日に、国内初の感染事例となった兵庫県神戸市、大阪府で感染が確認された高校生の事例が報告されると、発熱相談センターは住民からの相談件数が増え、同センターはパンク状態となった⁷⁶。また、神戸市では、入院病床（54床）はすぐに限界になり、17日の時点でこれ以上の入院対応が不可能な状態を迎えるに至った⁷⁷。さらに、発熱外来を設置する病院にも患者が殺到し、診療に当たる医師や看護師などの確保のため救急体制縮小を迫られるなどの状態となった⁷⁸。こうした状況を受けて、神戸市は、国の方針変更を待たず一般医療機関での診療に

⁶⁸ 新型インフルエンザ対策本部幹事会「確認事項」2009.5.16. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090516-01.html>>

⁶⁹ 兵庫県新型インフルエンザ対策検証委員会「兵庫県新型インフルエンザ対策検証報告書—第2波に備えた対策に関する提言—」2009.9, p.42. <<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk42/documents/000135807.pdf>>; 和田耕治ほか「第5章 地域での感染拡大防止策」宮村監修, 和田編 前掲注(37), p.120. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_5.pdf>

⁷⁰ 厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部「新型インフルエンザ対策本部幹事会「確認事項」における感染拡大防止措置を図るための地域について（第4報）」2009.5.18. <<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/090518-01.html>>; 和田ほか 同上

⁷¹ 大平ほか 前掲注(43)

⁷² 同上; 尾身茂「日本で、感染拡大が抑制できた理由とは 評価すべき、国・行政の対応」『時評』52(3), 2010.3, pp.78-82.

⁷³ 「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議報告書」前掲注(49), p.7.

⁷⁴ 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「新型インフルエンザ対策行動計画」2009.2, p.17. <<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/kettei/090217keikaku.pdf>> 同行動計画では、発生段階を、前段階（未発生期）、第一段階（海外発生期）、第二段階（国内発生早期）、第三段階（感染拡大期、まん延期、回復期）、第四段階（小康期）に分けており、それぞれの段階でとり得る対策が示されている（同, p.8）。

⁷⁵ 「基本的対処方針」首相官邸ホームページ <<http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/swineflu200904284.pdf>>

⁷⁶ 笹井康典「2009年新型インフルエンザ流行の経験から学ぶこと」内閣官房ホームページ <https://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_08.html>; 兵庫県新型インフルエンザ対策検証委員会 前掲注(69), pp.14-15.

⁷⁷ 神戸市新型インフルエンザに係る検証研究会「神戸市新型インフルエンザ対応検証報告書」2009.12, p.11. 全国保健所長会ホームページ <http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/influ_2010_tmp21.pdf>

⁷⁸ 和田ほか 前掲注(69), p.128.

移行し、5月18日から自宅療養への切替えを行った⁷⁹。

政府は、自治体の取組を後追いする形で、5月22日に「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」（平成21（2009）年5月22日厚生労働省策定）を策定し、①患者発生が少数である地域は発熱相談センターに電話で相談し、発熱外来を受診するよう求め、②急速な患者増加が見られる地域では、一般医療機関においても診療を行うこととし、軽症の患者は原則として自宅療養とした⁸⁰。6月19日には、上記の運用指針を改定し、地域別の運用をやめ、全国で一般医療機関において診療を行うこととし、患者は原則として自宅療養とされた⁸¹。

上記のとおり、感染の拡大に応じて運用指針が改定され、柔軟な取扱いが可能となったものの、初期段階においては、医療体制の変更は基本的には自治体任せであり、感染者は原則入院としていた方針は機能していなかったとの批判もあった⁸²。想定を超える感染の拡大に対応が追い付かなかった面もあるが、重症化しやすいウイルスを想定していた国の政策の転換が遅かった面もあったと見られる。

(4) ワクチン接種

インフルエンザワクチンは、感染後に発症させる可能性を低減させるほか、発症した場合の重症化防止が期待されている⁸³。政府は、ワクチンを確保するため、2009年7月上旬に海外企業3社と交渉開始合意書を締結し、国内のワクチン製造企業に対してもワクチン生産開始を依頼した⁸⁴。また、政府は、10月1日に接種事業の目的、優先的に接種する対象者、費用負担等を示した「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針」（平成21（2009）年10月1日新型インフルエンザ対策本部）を決定した。接種の順番は、①インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者（救急隊員を含む。）、②妊婦及び基礎疾患を有する者、③1歳から小学校低学年に相当する年齢の者、④1歳未満の小児の保護者等、⑤小学校高学年から高校生に相当する年齢の者、高齢者（65歳以上）の順に優先的に接種を開始することとし、都道府県は、国が示す標準的な実施時期等を考慮し、具体的な接種スケジュールを設定することとなった。また、同方針ではワクチンを7700万人分確保することとしていた⁸⁵。

予防接種に関する事項は、予防接種法（昭和23年法律第68号）において定められているが、新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチンの接種を法律上位置付けるには時間的余裕がないことなどから、予算事業として接種事業が実施された。国を予防接種の実施主体とし、都道府県、市町村及び医療機関の協力を得て、ワクチン接種を行うこととし、費用負担は、実費相当額の

⁷⁹ 神戸市新型インフルエンザに係る検証研究会 前掲注(77), p.11.

⁸⁰ 「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」首相官邸ホームページ <http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/newflu20090522_unyouhoushin.pdf>

⁸¹ 厚生労働省「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針（改定版）」2009.6.19. <<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/2009/06/0619-01.html>>

⁸² 「新型インフル 検証・国内感染1カ月 3 実効性欠く、行動計画」『毎日新聞』2009.6.18.

⁸³ 「令和2年度インフルエンザQ&A」（Q9）前掲注(35)

⁸⁴ 正林督章「2009年新型インフルエンザ—パンデミックの概要・国の対応（後半）—」内閣官房ホームページ <http://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_04.html>

⁸⁵ 新型インフルエンザ対策本部「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種の基本方針」2009.10.1. 首相官邸ホームページ <http://www.kantei.go.jp/jp/kikikanri/flu/swineflu/newflu20091001_vaccinehoushin.pdf>

徴収を原則としつつも、低所得者に対してはその費用を国などが助成することとなった⁸⁶。

さらに、予防接種法に基づく季節性インフルエンザの定期接種に係る健康被害救済措置と同様の給付を行うことができるように「新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法」（平成21年法律第98号）で措置を講じ⁸⁷、同時に、今回の輸入ワクチンの使用等に伴い生じる健康被害等に関して製造販売業者に生じた損失等について国が補償することができるようにした⁸⁸。

ワクチンは2010年4月26日時点で約2283万回の国産ワクチンと3465回の輸入ワクチンが接種されたと推定されているが、接種可能となった際にはすでに感染のピークを越えたなどの事情もあり、基本方針の想定よりも接種率は低率であった⁸⁹。この結果、輸入ワクチンはほとんどが接種されず、国産ワクチンも余ることとなった⁹⁰。

(5) 広報・リスクコミュニケーション

新型インフルエンザ（A/H1N1）発生以降、重要な発表は厚生労働大臣が記者会見を開催したほか、一般的な政府による広報活動として、新聞の全面広告、テレビCM、ポスター、インターネットなどで国民に対する情報提供が行われた。マスメディアも情報発信を行ったため、多くの国民に新型インフルエンザ（A/H1N1）に対する理解が深まり、手洗いや発症時のマスク着用、早期の医療機関受診などの具体的な行動に結び付いたと考えられる⁹¹。

一方で、医療機関の立場からの意見として、2009年4月から2010年2月末までに政府の担当部署から約150件もの通知・事務連絡が出され、さらに通知の内容が現場に伝わる前にマスメディアによる報道が先行して伝えられることもあったことから、明確にその意図が医療機関に伝わらなかったとする指摘もある⁹²。また、マスメディアによる報道も「事件」に関することが中心であり、感染状況の総説的な分析や評価など本質についての腰を据えた解説、説明が少なかったとする指摘⁹³や、「冷静対応」を呼び掛ける一方で不安をあおる報道も少なくなかったとの指摘⁹⁴もある。

情報公開や報道による影響も出た。初期に感染者が出た学校では、学校名が連日報道されたことにより、保護者や教職員がタクシーで乗車拒否をされたり、病院で診療拒否にあたりたりした。心ない言葉を掛けられた生徒もいたとされる⁹⁵。感染者やその関係者に対する配慮も課題となっている。

⁸⁶ 和田耕治ほか「第9章 ワクチン」宮村監修, 和田編 前掲注(37), pp.315-316. <https://www.chuohoki.co.jp/products/topic/images/3513_9.pdf>

⁸⁷ 同上, p.338. 予防接種法では、同法に基づく接種が原因の健康被害に関して医療費等の給付が行われるが、新型インフルエンザ（A/H1N1）の予防接種は、予算事業として行っており、予防接種法に基づく予防接種ではなかったため、同法の給付の対象とならないことが問題となっていた（同, pp.338-339）。

⁸⁸ 同上, p.338. 世界的にワクチンの需給の逼迫が生じている中で海外企業からの輸入ができるよう、海外企業からの求めに応じて措置が講じられた（同, p.339）。

⁸⁹ 同上, p.319.

⁹⁰ 「新型インフルエンザ ワクチン234万回分、廃棄へ 厚労省、対策を検証」『毎日新聞』2010.3.30, 夕刊; 「クローズアップ2010 新型インフル、余るワクチン 「ピーク越えた」 認定議論」『毎日新聞』2010.2.24.

⁹¹ 正林督章「2009年新型インフルエンザパンデミックの概要・国の対応（前半）」内閣官房ホームページ <https://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_03.html>

⁹² 鈴木敏弘「地域での対策 ある中核市における新型インフルエンザ対策」『小児科』51(12), 2010.11, pp.1623-1631.

⁹³ 尾身 前掲注(65), p.102.

⁹⁴ 「グローバル・アイ 新型インフルエンザ騒ぎ 大きいメディアの責任」『毎日新聞』2009.5.23.

⁹⁵ 宮之前隆春「新型インフル(5) 保健所と学校 情報共有したい」『読売新聞』2009.6.16.

3 新型インフルエンザ (A/H1N1) の教訓、その後の動き

新型インフルエンザ (A/H1N1) による我が国の死亡率は結果としては他国よりも低い水準となっており、被害を最小限にするという目標は達成したと見られる。しかし、上記で見てきたように様々な問題が生じており、将来の新興感染症対策に向けてその対応を検証することは重要であった。そこで、流行が沈静化した後の 2010 年 6 月に、政府の新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策について検証した総括会議報告書がまとめられ、政府に対して、今後の新型インフルエンザ対応のための提言がなされた。同提言では、全般的な事項のほか、水際対策から医療体制、ワクチンなどの各論に至るまで多岐にわたって提言がなされている⁹⁶。

その後、同提言に盛り込まれた事項は、実現されたものもあった。重症化しやすいウイルスを想定した行動計画しか策定されていなかった反省から、2011 年に改定された政府の行動計画⁹⁷では、ウイルスの病原性に応じて柔軟に対応できるよう、あらゆる選択肢が示された。2012 年には感染症のまん延防止対策のための措置を法的に位置付けた「新型インフルエンザ等対策特別措置法」(平成 24 年法律第 31 号) が成立した⁹⁸。一方で、今日に至るまで積み残された課題もあり、その内容については次章で概観することとする。

V 新興感染症への対策

前項まで見てきたように、SARS、MERS は我が国で感染者の発生はなかったが、新型インフルエンザ (A/H1N1) は我が国に侵入し、流行をもたらした。現在流行している新型コロナウイルスのように、今後も新興感染症が流行することは予想され、これまでの教訓を基に感染症対策を強化していく必要がある。

感染症に対応する上で注意しなくてはならないのは、感染症の感染力や致死率等は発生した時点では分からないことである。本項で取り扱った SARS、MERS、新型インフルエンザ (A/H1N1) も、今でこそその致死率や感染経路等が推測できるが、発生当時は未知の感染症であり、手探りでの対応を余儀なくされていた。感染症は、当初から、理論的に計算して感染力や病原性を算定できるものではなく、広がっていく中で、徐々にその正体が明らかになっていくものであり、危機管理上、ウイルスの実態が不明の間は、最悪の状態を想定した対策を打ち、その後、正体が分かってくにつれて柔軟な対応をするということが求められるとされる⁹⁹。こうした視点から見れば、新型インフルエンザ (A/H1N1) の場合は、最初にとられた厳しい対策から、軟着陸するまでの対策の変更に時間を要し、地域への過大な負荷がかかったと整理できるとする識者もいる¹⁰⁰。

また、感染症対策に関して振り返る際には、①感染症流行時の与えられた条件 (例えば、重症化しやすいウイルス以外を想定した行動計画が存在しなかった、ワクチンの生産能力が限定されていたなど) の下でとられた対策がふさわしかったか、②そもそも与えられた条件そのも

⁹⁶ 「新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議報告書」前掲注(49)

⁹⁷ 新型インフルエンザ対策閣僚会議「新型インフルエンザ対策行動計画」2011.9.20. <<http://www.cas.go.jp/jp/scisaku/fu/kettei/110920keikaku.pdf>>

⁹⁸ 齋藤智也「2009 年のパンデミックから 10 年の歩み (前半)」内閣官房ホームページ <https://www.cas.go.jp/jp/influenza/kako_14.html>

⁹⁹ 尾身 前掲注(72)

¹⁰⁰ 工藤翔也ほか「(座談会) 2009 年新型インフルエンザパンデミックから学ぶもの」『日本医師会雑誌』139(7), 2010.10, pp.1441-1452.

のを変える必要があったか、という点に分けて検証することが有用であり、総括会議の報告書もこの2点に分けてまとめられている¹⁰¹。

総括会議の報告書では、多岐にわたって提言をしているが、新型コロナウイルス感染症の流行が続く現在において注目されるのは以下の5つの提言項目である（表3）。

表3 新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議で提言された項目

<ul style="list-style-type: none"> ・国における意思決定プロセスと責任主体を明確化するとともに、医療現場や地方自治体などの現場の実情や専門家の意見を的確に把握し、迅速かつ合理的に意思決定のできるシステムとすべき。 ・国立感染症研究所や、検疫所などの機関、地方自治体の保健所や地方衛生研究所など、感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成を進めるとともに、関係機関のあり方や相互の役割分担、関係の明確化等が必要。 ・国立感染症研究所、保健所、地方衛生研究所も含めた日常からのサーベイランス体制を強化すべき。とりわけ、地方衛生研究所のPCRを含めた検査体制などについて強化するとともに、地方衛生研究所の法的位置付け^(注)について検討が必要。 ・国民への広報やリスクコミュニケーションを専門に取り扱う組織を設け、人員体制を充実させるべき。 ・発熱相談センターと発熱外来の設置の是非、設置する場合の対象者、求める役割、機能、体制について、病原性なども考慮しながら、再度整理すべき。
--

(注) 地方衛生研究所はその役割が法律に規定されておらず、在り方は自治体に委ねられている（調恒明「地域保健法体制下の地方衛生研究所の現状、課題と将来像」『公衆衛生』80(1), 2016.1, pp.37-42）。

(出典) 「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議報告書」2010.6.10. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>> を基に筆者作成。

表3の項目は10年前に提言されていたものだが、今回の新型コロナウイルスへの対応時にも混乱が見られた部分であった。感染症は、その感染力や症状等は異なるが、根本の問題は共通することも多い。一度感染症を乗り切ったら忘れてしまうのではなく、感染症の教訓を活かして脅威に備えることが重要である。

おわりに

昨年以來、新型コロナウイルス感染症の流行は続いており、一人一人の生活に大きな影響を与えている。収束に向けた取組が続いているが、その行方はいまだ不透明なものとなっている。

本稿で振り返ったように、これまでも感染症の流行は繰り返されてきた。特に新型インフルエンザ（A/H1N1）は感染が拡大し、我が国にも影響を与えたが、危機が去ると関心は薄れ、危機感は続いてこなかった。総括会議においてもその対応は検証され、提言が残されているが、実現されていない部分もあった。

感染症はそれぞれ感染力や致死率等、異なる部分はあるが、対策として共通する部分もある。繰り返される感染症の流行に備えるためにも、過去の感染症への対応策を検証し、必要な対策については常に準備を進めておくことが求められるであろう。

¹⁰¹ 同上