

パンデミックの
その後

第10章

1 はじめに

新型インフルエンザ（A/H1N1）は、わが国においては、2010年3月にいったん収束を迎え、その後は半年以上にわたり、流行はみられなかった。インフルエンザ定点サーベイランス（新型か季節型かは問わない）により監視していたところ、12月中旬に入り、報告数の全国平均が1を超え、流行入りし、ピークを2011年1月下旬に迎えた。当初はA香港型〈H3〉が主流だったが、第49週（2010年12月6日-12月12日）以降は逆転して新型インフルエンザ（A/H1N1）が2月中旬まで主流になり、2月下旬以降は再度、A香港型〈H3〉が主流となり、またB型も増加してきている。

こうした状況を受けて2011年3月31日には厚生労働大臣が感染症法第44条の2第3項の規定に基づき、「新型インフルエンザ等感染症」でなくなった旨の大臣メッセージを公表した。また、新型インフルエンザ（A/H1N1）が季節型に移行したことに伴い、厚生労働省は、2011年4月1日以降、その名称を「インフルエンザ（H1N1）2009」とした。

本章では、2009年のパンデミックが収束した後の再流行について、「今冬のインフルエンザの発生動向～医療従事者向け疫学情報～Ver. 2 in 2011、厚生労働省（新型インフルエンザ対策推進本部／国立感染症研究所）」より抜粋しながらその疫学的データなどを解説するとともに、そこでとられた対策や2年間にわたり流行した新型インフルエンザ（A/H1N1）対策を終えた感想を述べたい。

2 疫学データ^{*1}

(1) インフルエンザの流行状況

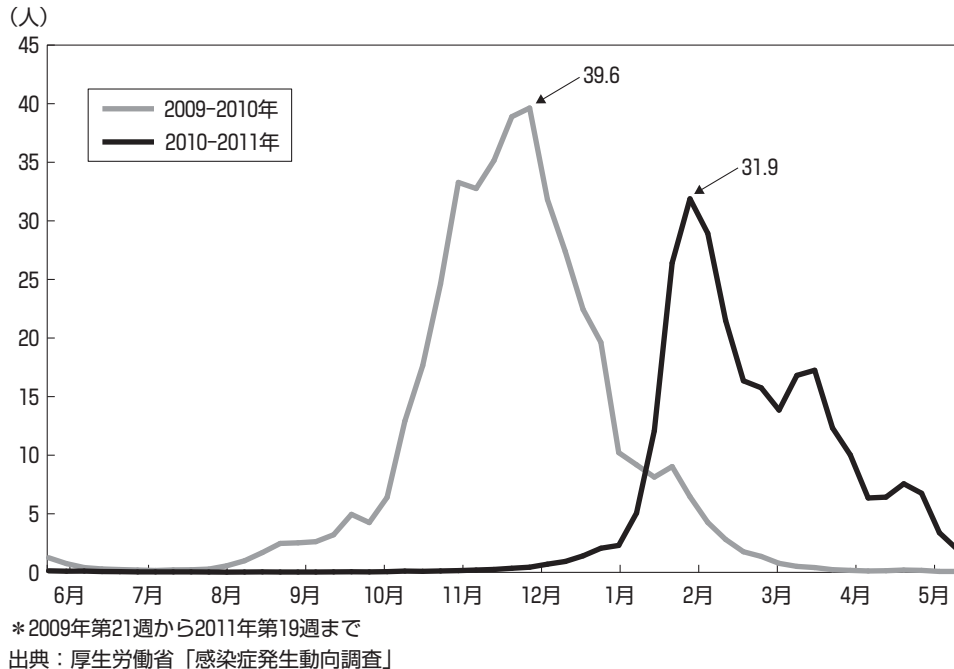
全国の定点当たりの受診者数の推移について、2010-2011年シーズン^{*2}と2009-2010年シーズン^{*3}を比較したデータを図10-1に示す。新型インフルエンザ（A/H1N1）が、2010年3月に収束を迎えた後、香港型やB型などの季節型が4月から5月まで続いた後は、11月までインフルエンザの流行は起きなかった。2010-2011年シーズンについては、第50週（12月13日～12月19日）に全国の定点当たり報告数が1.41となり流行入りした（例年「1」を超えると「流行入り」としている）。その後、急速に拡大し、2011年第4週（1月24日～1月30日）におけるインフルエンザの定点当たりの報告

*1 「今冬のインフルエンザの発生動向～医療従事者向け疫学情報～Ver. 2 in 2011、厚生労働省（新型インフルエンザ対策推進本部／国立感染症研究所）」より抜粋。

*2 本章における2010-2011年シーズンとは、特に注記が無い場合は「2010年9月6日から2011年3月13日」を指す。

*3 本章における2009-2010年シーズンとは、特に注記が無い場合は「2009年8月3日から2010年3月23日」を指す。

図10-1 定点当たり受診者数の推移



数は31.88となり、ピークを迎えた。以降、定点当たりの報告数は一時的に若干の上昇はあったものの、継続して減少した。

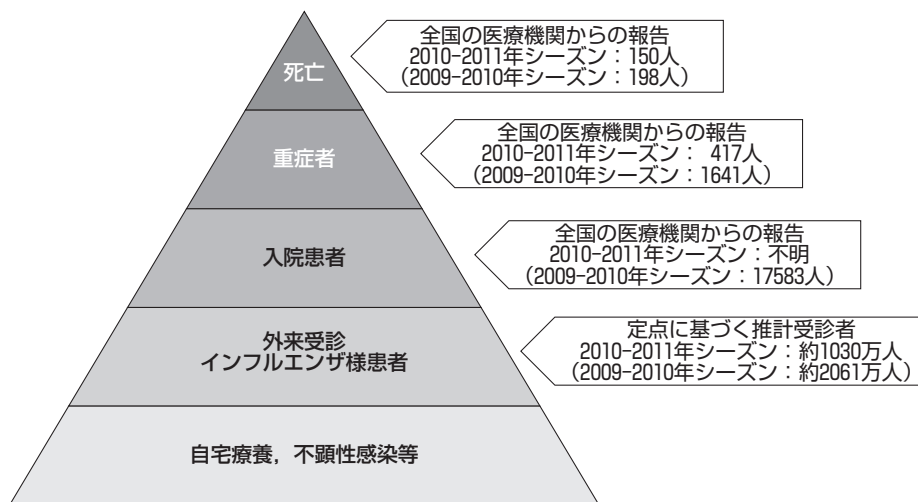
なお、2009-2010年のシーズンは、8月に流行入りし、第48週（2009年11月23日～11月29日）に、全国の定点当たりの報告数が最大となるなど、季節外れの流行がみられたが、2010-2011年シーズンは12月に流行入りしており、例年11月から1月にかけて流行入りが見られる季節性インフルエンザと同様の傾向となっている。また、流行規模についても、季節型と同程度となっている。

一方、重症化の状況については、図10-2に示すように、サーベイランス情報等から推察することができる。

感染症発生動向調査によると、2010-2011年シーズンのインフルエンザによる受診者数（新型インフルエンザ、季節性インフルエンザを問わず、インフルエンザ様症状を呈して、医療機関を受診した推定患者数であって、医療機関を受診せずに自宅療養をしている方や不顕性感染の方を含まず）は、約1030万人（2009-2010年シーズンは約2061万人）と推計される。

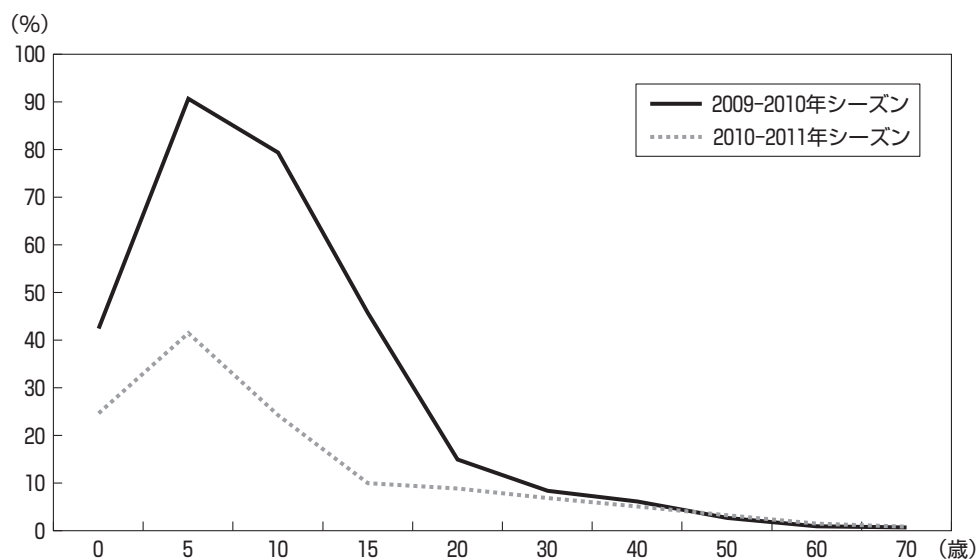
重症患者（入院中に一時期でも、①急性脳症に罹患、②人工呼吸器を装着、③集中治療室に入室された方）は、全国の医療機関からの報告により、417人（2009-2010年シーズンは1641人）と報告されている。また、死亡例については、全国の医療機関から150人（2009-2010年シーズンは198人）が報告されている。

図10-2 インフルエンザの重症度



出典：厚生労働省「今冬のインフルエンザの発生動向 Ver.2 in 2011」を一部改変

図10-3 年齢階級別受診割合

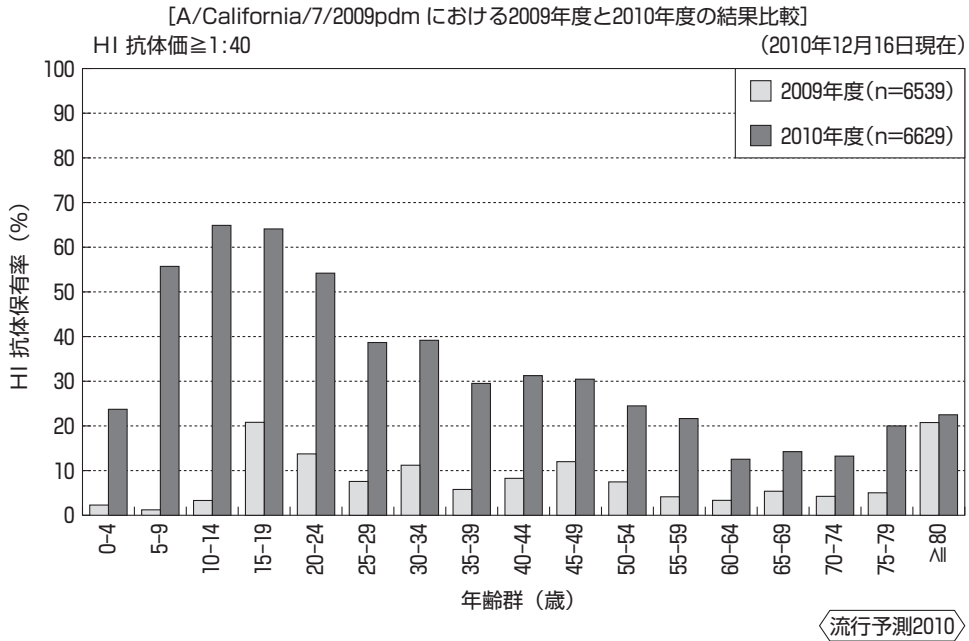


出典：厚生労働省

(2) 年齢別の発生動向

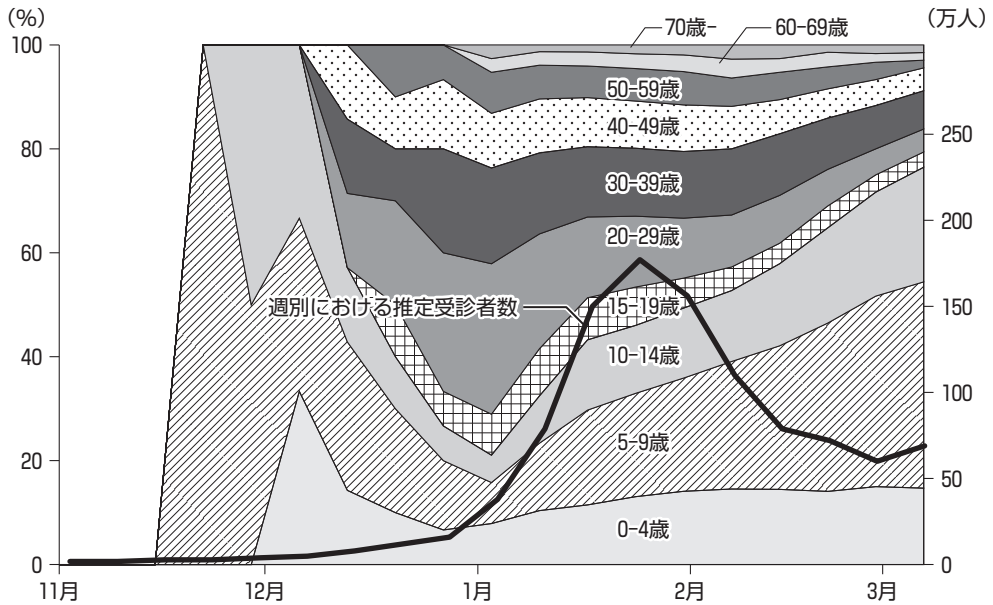
年齢階級別の推定受診割合について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンで比較したデータを図10-3に示す。2010-2011年シーズンは、15歳未満の小児における受診割合がほかの年代よりも若干多く、2009-2010年シーズンの傾向と類似しているように見える。また、参考に、

図10-4 インフルエンザA型に対する年齢群別 HI 抗体保有状況



出典：国立感染症研究所

図10-5 2010-2011年シーズンの推定受診者数の年齢階級別割合の推移



出典：厚生労働省

図10-6 2009-2010年シーズン*の推定受診者数の年齢階級別割合の推移

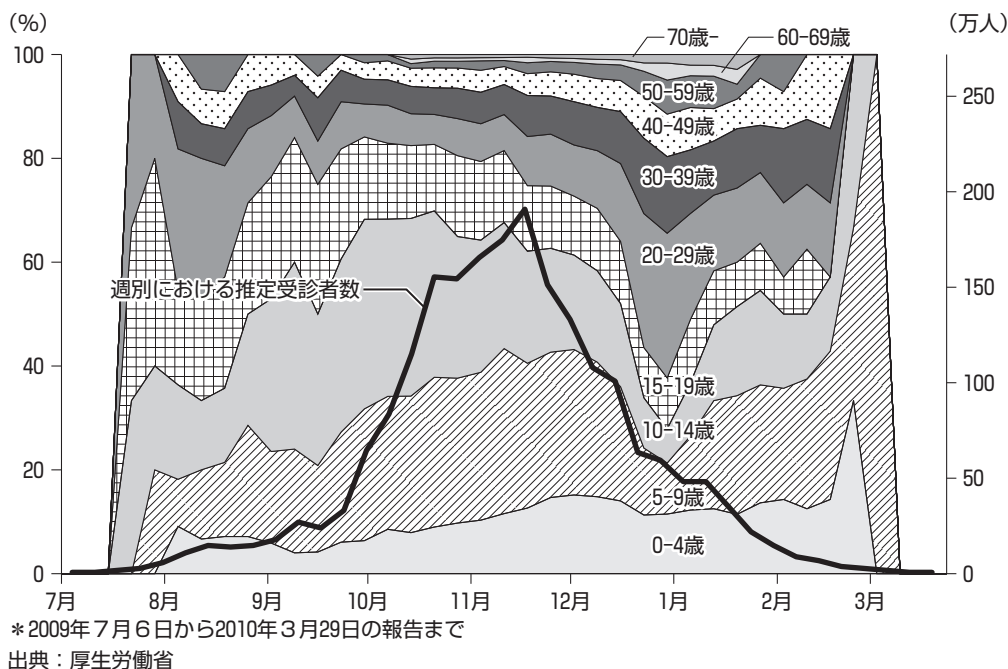


図10-4「新型インフルエンザA型に対する国民の抗体保有状況調査の結果について」を示す。

2010-2011年シーズンにおける推定受診者数の年齢階級別割合の推移を図10-5に示す。11月中旬頃から10歳未満の小児を中心に患者がみられるようになり、12月上旬よりの中高年層の患者割合の増加とともに推定受診者数も増加している。

また、就学児童・生徒の年代にあたる5歳から15歳未満の方が占める割合が、冬期休暇にあたる12月末から1月上旬の期間に大きく減少し、学校が再開する1月上旬から再度増加していることがわかる。

参考までに、2009-2010年シーズンにおける推定受診者数の年齢階級別割合の推移を図10-6に示す。

推定受診者100人当たりの年齢階級別重症化率および致死率について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを図10-7に示す。2010-2011年シーズンは、発症した場合に高齢者および10歳未満の低年齢層は、重症化する可能性が他の世代に比して高いことがわかる。この傾向は2009-2010年シーズンも同様である。

(3) 2010年における亜型別流行状況

2010-2011年シーズンのインフルエンザの亜型の動向を、図10-8に示す。検出されているインフルエンザウイルスは、新型〈A/H1N1〉、A香港型〈H3〉、B型であり、複数のインフルエンザウイルス亜型が混在して流行している。なお、第49週（2010年12月6日～12月12日）まではA香港

図10-7 年齢階級別重症化率及び致死率

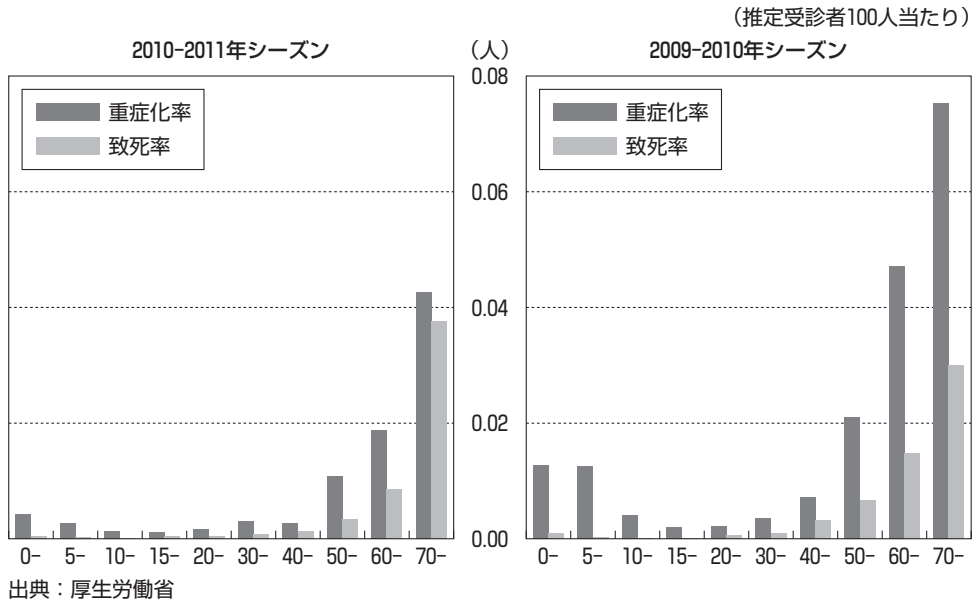


図10-8 2010-2011年シーズンのインフルエンザの亜型の動向

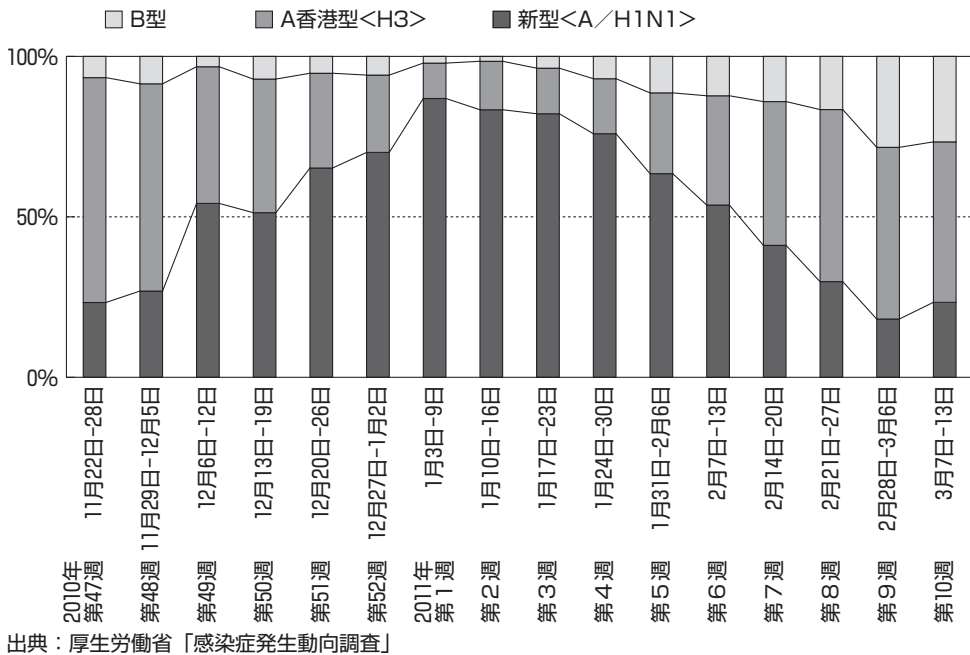
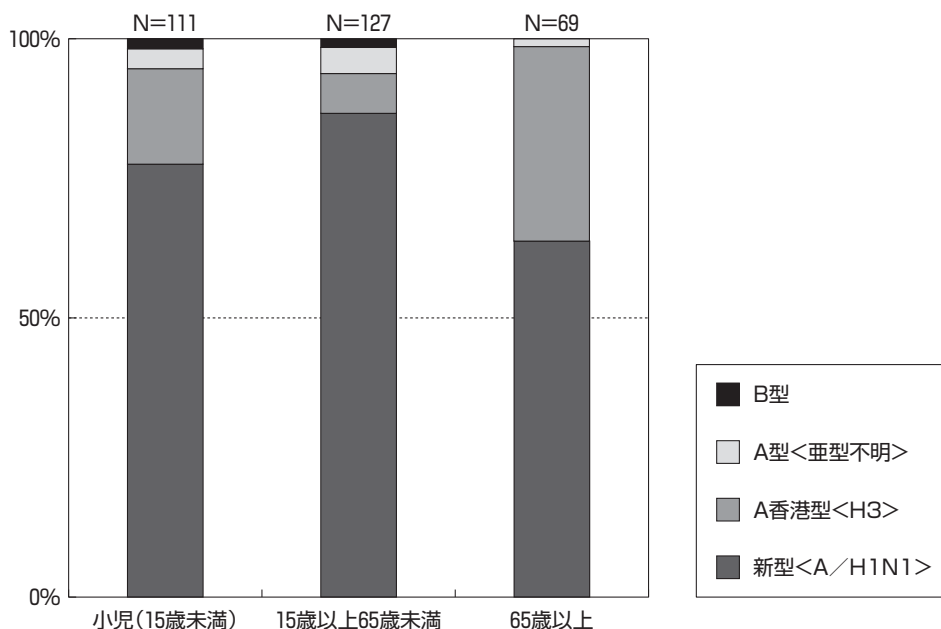


図10-9 重症患者における、PCR または迅速検査で判明した亜型割合（年齢階級別）



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

型〈H3〉が主流だったが、それ以降は逆転して新型〈A/H1N1〉が主流になった。第7週（2011年2月14日～2月20日）以降は再度、A香港型〈H3〉が主流となり、またB型も増加してきている。

2010-2011年シーズンの全国の医療機関からの報告による、重症患者におけるPCR または迅速検査で判明したインフルエンザの亜型割合について、15歳未満、15歳以上65歳未満、65歳以上の3つの年齢階級に区分して図10-9で示す。

亜型数については、新型〈A/H1N1〉が240と多く、次いでA香港型〈H3〉が52、B型が4となっている。Aソ連型〈H1〉の報告はなかった。

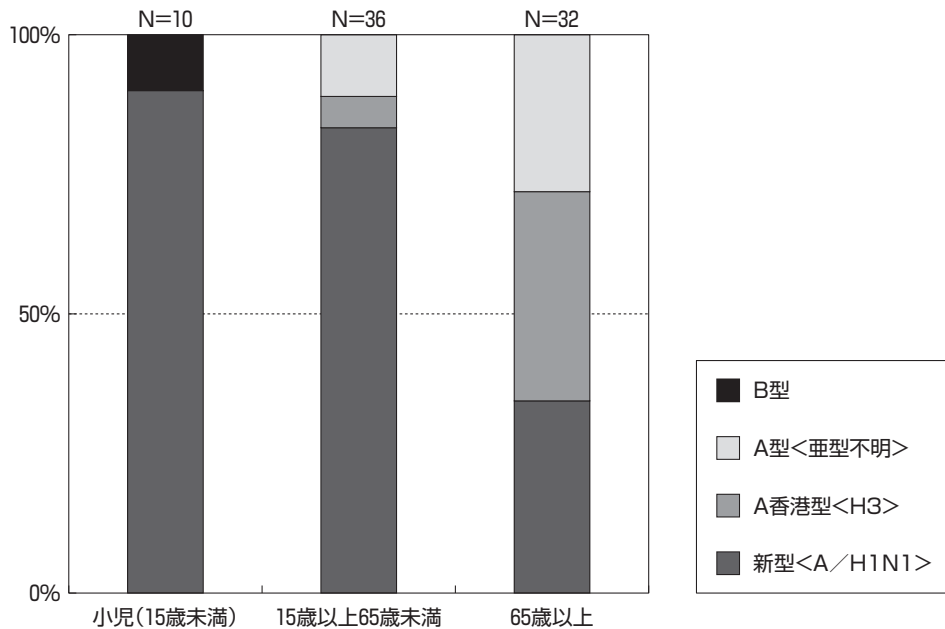
2010-2011年シーズンの全国の医療機関からの報告による、死亡例におけるPCR または迅速検査で判明した年齢階級別のインフルエンザの亜型割合について図10-10で示す。亜型数については、新型〈A/H1N1〉が50と多く、次いでA香港型〈H3〉が14、B型が1と続く。Aソ連型〈H1〉の報告はなかった。

(4) 重症患者の分析

全国の医療機関からの報告による重症患者について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを、表10-1に示す。

性別については、2010-2011年シーズンは男性267例、女性156例で、2009-2010年シーズンは男性1056例、女性586例となっており、2009-2010年シーズンと同様に2010-2011年シーズンも男性

図10-10 死亡例における、PCR 又は迅速検査で判明した亜型割合（年齢階級別）



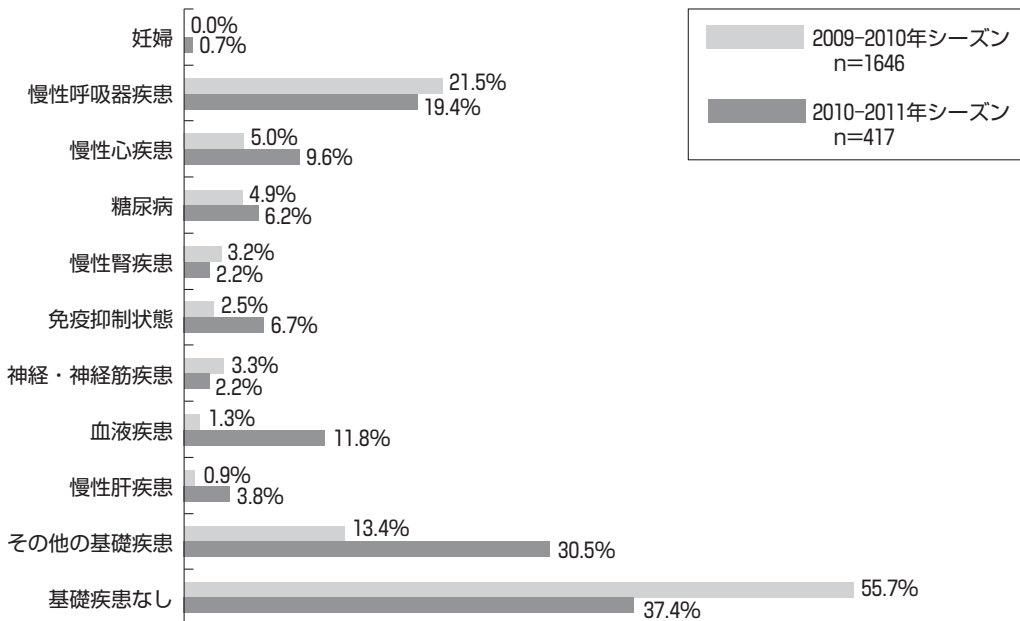
出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

表10-1 重症患者の分析

		2010-2011年シーズン	2009-2010年シーズン
報告数		417例	1642例
性別（男性：女性）		267例：156例	1056例：586例
年齢範囲		0歳-96歳（中央値37.0歳）	0歳-98歳（中央値8.5歳）
平均年齢		39.5歳	20.4歳
重症患者に占める 各年齢階級の割合	0-14歳	33%（N = 138）	69%（N = 1129）
	15-64歳	42%（N = 177）	22%（N = 366）
	65歳-	24%（N = 102）	9%（N = 147）
年齢階級別 基礎疾患保有割合	0-14歳	36%（49／138）	35%（392／1129）
	15-64歳	69%（122／177）	66%（243／366）
	65歳-	88%（90／102）	88%（130／147）
	全年齢	63%（261／417）	47%（765／1642）

出典：厚生労働省

図10-11 重症患者における疾患群別の基礎疾患保有割合（重複あり）



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

が占める割合が多くなっている。

年齢範囲については、2010-2011年シーズンは平均年齢39.5歳、中央値37.0歳となり、2009-2010年シーズンの平均年齢20.4歳、中央値8.5歳と比較すると高い年齢へとシフトしていることがわかる。

また、15歳未満の小児、15歳以上65歳未満の方、65歳以上の高齢者の3つの年齢階級に区分してみると、2010-2011年シーズンの重症患者に占める15歳未満の小児の割合は33%であり、2009-2010年シーズンの値の69%から大きく減少していることがわかる。これらから、2010-2011年シーズンは2009-2010年シーズンと比較して、重症患者の年齢分布が高い年齢にシフトしていることがわかる。

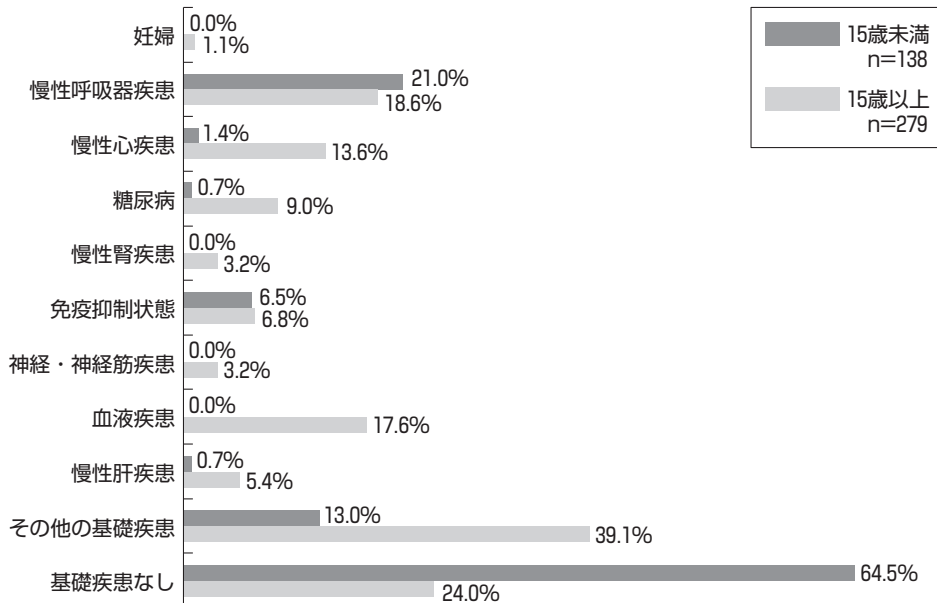
さらに、年齢階級別の基礎疾患保有割合だが、こちらは2009-2010年シーズンと比較して大きな変化はないようである。全年齢における基礎疾患保有割合が2010-2011年シーズンは63%となり、2009-2010年シーズンの47%より増加しているのは、基礎疾患保有割合の低い15歳未満の小児の、重症患者に占める割合が大きく減少したためと考えられる。

重症患者における疾患群別の基礎疾患保有割合について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを図10-11に示す。

2010-2011年シーズンは、全重症患者のうち、基礎疾患を有さない方が37%となっており、2009-2010年シーズンの56%より減少している。

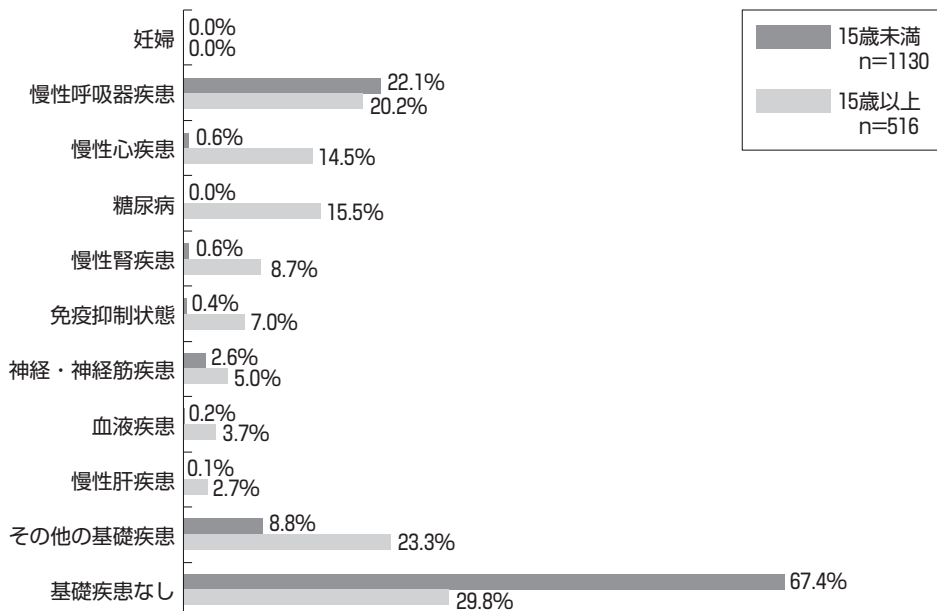
また、図10-11の重症患者における疾患群別の基礎疾患保有割合を、15歳未満の小児と15歳以上の方と年齢階級別に分け、データを示したものが図10-12と図10-13になる。図10-12は2010-

図10-12 2010-2011年シーズンの年齢階級別重症患者における疾患群別の基礎疾患保有割合
(重複あり)



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

図10-13 2009-2010年シーズンの年齢階級別重症患者における疾患群別の基礎疾患保有割合
(重複あり)

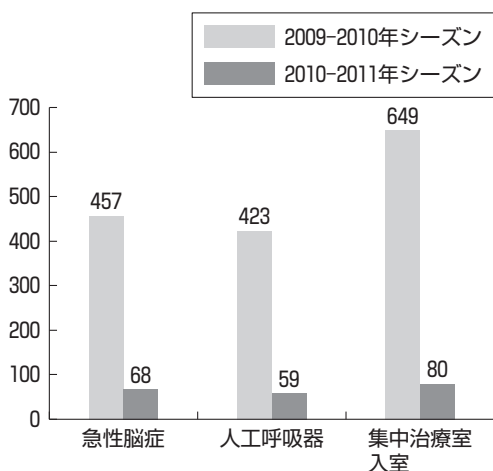


出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

2011年シーズンのデータを、図10-13は2009-2010年シーズンのデータを示している。2010-2011年シーズンは2009-2010年シーズンと同じく、15歳以上において基礎疾患を有する方の重症化傾向が高いことが示唆される。しかし、その年代の基礎疾患の有病率を反映している等の他の条件の影響の可能性もあり、慎重な解釈が必要である。

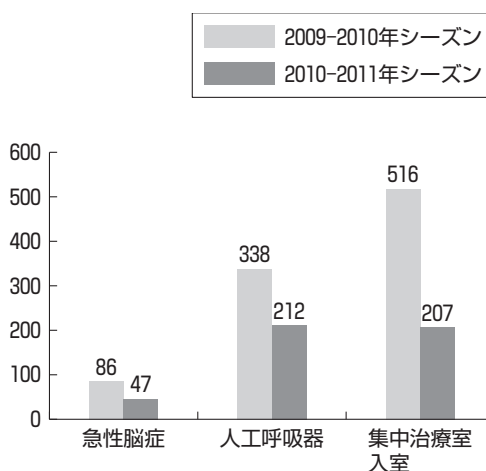
重症患者の定義による分類について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを、図10-14と図10-15に示す。症例数は少ないものの、15歳未満の小児においては、これ

図10-14 重症患者の定義による分類（15歳未満（重複あり））



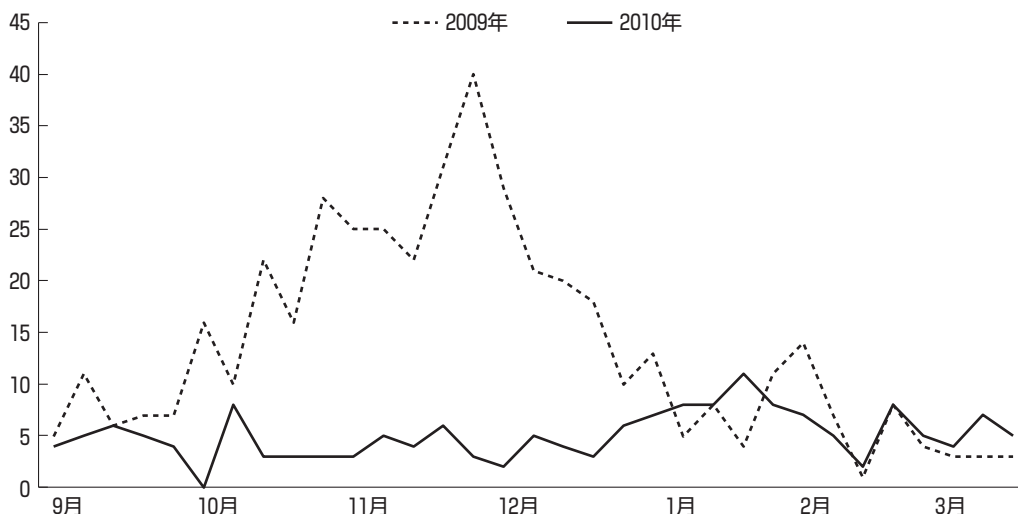
出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

図10-15 重症患者の定義による分類（15歳以上（重複あり））



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

図10-16 急性脳炎*の発生動向



*ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く

出典：厚生労働省「感染症発生動向調査」

までのところ2009-2010年シーズンと比べて、報告が少なくとどまっていることがわかる。

また、参考までに発生動向調査から、急性脳炎の発生動向を図10-16に示す。

(5) 死亡例の分析

全国の医療機関からの報告による死亡例について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを表10-2に示す。

性別については、2010-2011年シーズンは男性87例、女性63例で、2009-2010年シーズンは男性127例、女性71例であるため、2009-2010年シーズンと同様に2010-2011年シーズンも男性が占める割合が多くなっている。

年齢範囲については、2010-2011年シーズンは、平均年齢61.2歳、中央値67歳となり、2009-2010年シーズンの平均年齢48.1歳、中央値51歳と比較すると、年齢分布が高い年齢にシフトしていることがわかる。

また、15歳未満の小児、15歳以上65歳未満の方、65歳以上の高齢者の3つの年齢階級に区分してみると、2010-2011年シーズンの死亡例に占める65歳以上の高齢者の割合は54%であり、2009-2010年シーズンの値の28%から大きくなっていることがわかる。

さらに、年齢階級別の基礎疾患保有割合については、2010-2011年シーズンは全年齢における基礎疾患保有割合は83%となり、2009-2010年シーズンの72%と同様に、高いことがわかる。

なお、15歳未満の小児における基礎疾患保有割合については、2010-2011年シーズンは77%であり、2009-2010年シーズンの39%から大きく増加しているような印象を受けるが、2009-2010年シーズンと比較して症例数が少ないため、解釈には注意が必要である。

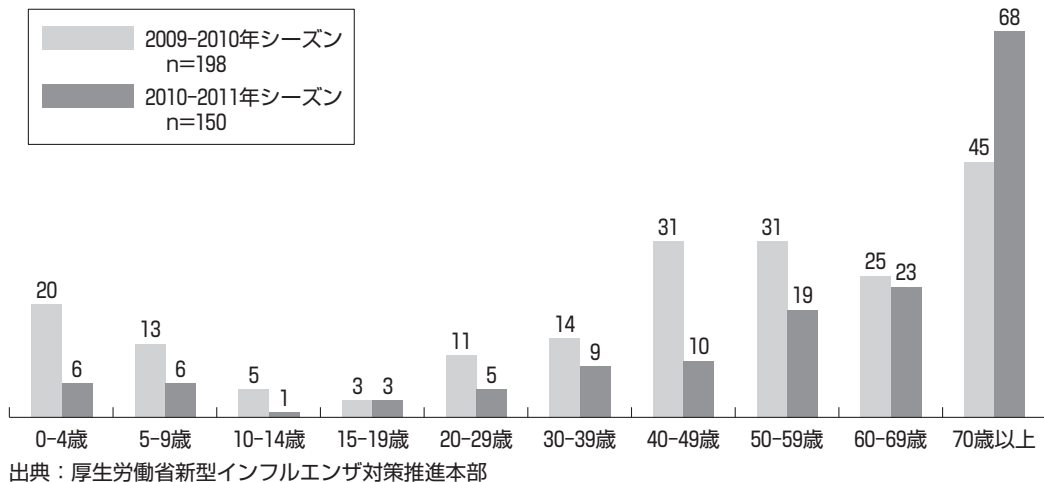
全死亡例の年齢分布について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータ

表10-2 死亡例の分析

		2010-2011年シーズン	2009-2010年シーズン
報告数		150例	198例
性別比（男性：女性）		87例：63例	127例：71例
年齢範囲		1歳-99歳（中央値67歳）	0歳-97歳（中央値51歳）
平均年齢		61.2歳	48.1歳
死亡例に占める 各年齢階級の割合	0-14歳	9%（N=13）	19%（N=38）
	15-64歳	37%（N=56）	53%（N=104）
	65歳-	54%（N=81）	28%（N=56）
年齢階級別 基礎疾患保有割合	0-14歳	77%（10/13）	39%（15/38）
	15-64歳	63%（35/56）	71%（75/105）
	65歳-	98%（79/81）	95%（53/56）
	全年齢	83%（124/150）	72%（143/198）

出典：厚生労働省

図10-17 年齢階級別にみた死亡者数



を、図10-17に示す。2010-2011年シーズンの死亡者数は、70歳以上の高齢者に多くみられ、2009-2010年シーズンに報告が多かった10歳未満と、40歳以上60歳未満の中・高齢者の死亡者数は少数にとどまっている。このことから、高齢者に死亡例の多い季節性インフルエンザのパターンに近づきつつあることが示唆される。

(6) 重症化リスクと直接死因

年齢別の死亡例における、重症化リスクとなる基礎疾患をもつ割合について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを図10-18に示す。2010-2011年シーズンは、2009-2010年シーズンと同じく、65歳以上の高齢者に基礎疾患をもつ割合が高くみられた一方で、2009-2010年シーズンとは異なり、15歳未満の小児において、基礎疾患をもつ割合が高い傾向がみられる。しかし、十分な症例数ではないことに加え、その年代の基礎疾患の有病率を反映している等の他の条件の影響の可能性もあり、慎重な解釈が必要である。

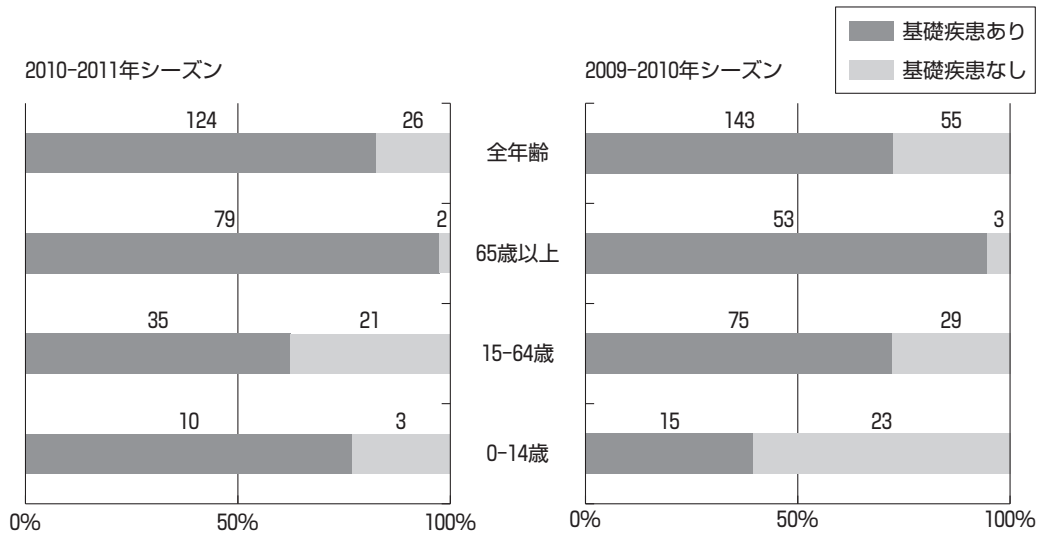
高齢者については、65歳以上の死亡例81名中、79名が重症化リスクとなる基礎疾患をもっていた。65歳以上の死亡例における基礎疾患の内訳について、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンを比較したデータを、図10-19に示す。慢性呼吸器疾患と慢性心疾患が、それぞれ30% (24/81)、31% (25/81) と、主な基礎疾患となっている。2009-2010年シーズンと比較しても、各基礎疾患が占める割合に大きな差はないようにみえる。

また、直接死因について、主治医の報告に基づいて報告する。

15歳未満の小児においては、全死亡例13例のうち、詳細なデータが利用可能な2例に対する死亡原因をみると、肺炎によるものが1例、脳症・脳炎が1例となっている。肺炎の内訳は、ウイルス性肺炎が1例となっている。

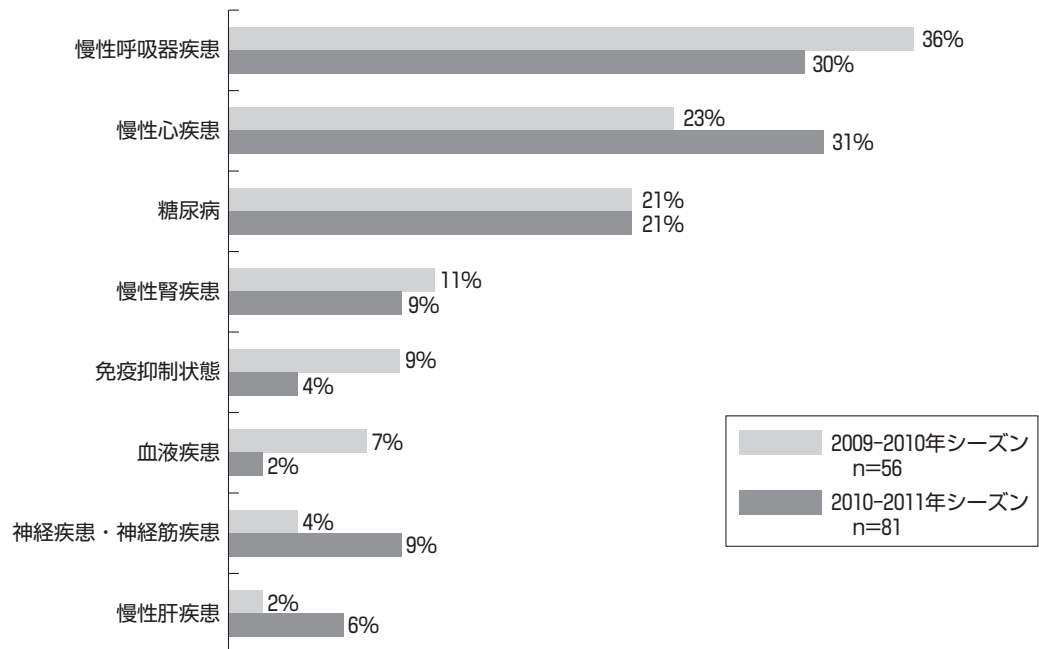
15歳以上65歳未満の方においては、全死亡例56例のうち、詳細なデータが利用可能な26例に対

図10-18 年齢別の死亡例の基礎疾患をもつ割合



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

図10-19 65歳以上高齢者死亡例の基礎疾患（重複あり）



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

する死亡原因をみると、肺炎によるものが19例、脳症・脳炎が5例、心筋炎が2例となっている。肺炎の内訳は、ウイルス性肺炎が14例、細菌性肺炎が3例、その他の肺炎が2例となっている。

65歳以上の高齢者においては、全死亡例81例のうち、詳細なデータが利用可能な23例に対する死亡原因をみると、肺炎によるものが20例、脳症・脳炎が3例となっている。肺炎の内訳は、ウイルス性肺炎が4例、細菌性肺炎が9例、その他の肺炎が7例となっている。

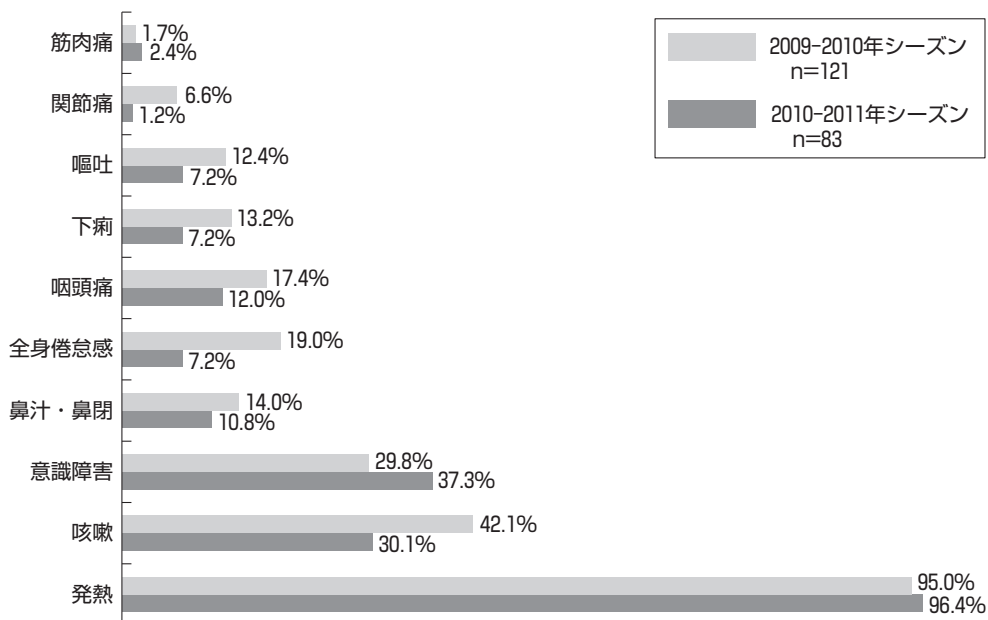
(7) 重症患者の症状

重症患者にみられる症状について、図10-20に示す。症状の報告のあった重症患者にみられた症状を、2010-2011年シーズンと2009-2010年シーズンとに分けて比較している。

2010-2011年シーズンの重症患者にみられる症状は、多い順に、発熱96.4%、意識障害37.3%、咳嗽30.1%となっており、2009-2010年シーズンと比較して重症患者にみられる症状の上位の順位に大きな変化はみられない。

また、上気道症状も、咳嗽30.1%、鼻汁・鼻閉10.8%、咽頭痛12.0%と、2009-2010年シーズン同様に依然として多くみられる。

図10-20 症状の報告のあった重症患者にみられた症状（重複あり）



出典：厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部

3 2010-2011年シーズンの対策

(1) サーベイランス

感染の拡大の速さや広がり、例年との比較、病原性の変化などを監視し、対策に役立てるため、サーベイランスを行うことは極めて重要である。このため、2010-2011年シーズンにおいても、①患者発生サーベイランス（インフルエンザ定点医療機関においてインフルエンザ様疾患と診断した患者についての保健所を通じての週ごとの報告）、②ウイルスサーベイランス（病原体定点医療機関において採取した検体を地方衛生研究所に送付し、インフルエンザの型・亜型、抗原性、抗インフルエンザウイルス薬への感受性などを調べる）、③インフルエンザ重症サーベイランス（入院中のインフルエンザ患者の急性脳症、人工呼吸器装着、集中治療室入室、死亡が確認された場合の保健所を通じての週ごとの報告）、④学校サーベイランス（インフルエンザ様症状の患者の発生による幼稚園、保育所、小学校、中学校、高等学校の臨時休業の状況および欠席者数を保健所を通じての週ごとの報告）を実施してきた。

(2) ワクチン

2010-2011年シーズンは、新型インフルエンザ（A/H1N1）と季節性インフルエンザ（A/H3N2とB型）の3つに効果があるワクチン（3価ワクチン）が製造され、2010年10月から接種が開始された。ワクチンの接種回数は、13歳未満の方は2回、それ以外の方は1回、基礎疾患（慢性疾患）のある方は、医師の判断により2回になることもあるとされた。接種費用については、市町村が設定することとされ、2009-2010年シーズンと同様に、所得が低い方のための助成措置が行われた。インフルエンザ予防接種による健康被害に遭ったときのための健康被害救済制度も、2009-2010年シーズンと同様に行われた。

今回のインフルエンザのように、病原性はそれほど高くなくても、緊急に接種が必要なものを新臨時接種と位置づけ、健康被害救済の内容もより手厚くすることを旨とした予防接種法等の改正法案が2010年の通常国会に提出されたが、審議はされたものの可決には至らず、継続審議となった。同年の臨時国会でも審議されることはなく、結果として2010-2011年シーズンの接種は2009-2010年スキームと同じスキームで実施されることになった。ただし、2009-2010年シーズンはワクチンの供給量が需要に追いつかなかったため、優先順位などを決めて接種したが、2010-2011年シーズンはその必要はなく、例年の季節性のインフルエンザワクチンを接種する場合とほぼ同様に実施された。

(3) 季節性インフルエンザへの移行

新型インフルエンザ（A/H1N1）の2010-2011シーズンの流行状況については、12月半ばに流

行入りしたのち、1月末には流行のピークを迎え、その後流行がほぼ治まった状況となった。同シーズンの流行状況を注視してきたところ、お亡くなりになった方や重症患者の方が2009-2010年シーズンに比べて高い年齢層に移ってきているほか、新型インフルエンザ（A/H1N1）のウイルスに加え、A香港型やB型のウイルスも検出されているなど、季節性インフルエンザと異なる特別の事情は確認されなかった。

こうした状況を踏まえ、厚生労働大臣は、2011年3月31日をもって、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第44条の2第3項の規定に基づき、今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）について、「新型インフルエンザ等感染症」と認められなくなった旨を公表した。これにより、今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）については、通常の季節性インフルエンザとして取扱い、その対策も通常のインフルエンザ対策に移行することになった。また、4月1日以降、その名称については、「インフルエンザ（エイチイチエスイチ ニセンキュウ H1N1）2009」とされた。

4 おわりに

この原稿は2011年4月23日に書いているが、まさに2年前の同日に新型インフルエンザ（A/H1N1）に関する最初の情報を入手した。あれから丸2年が経ち、本年3月31日をもって季節型と同じ扱いに移行し、現在は完全に落ち着きを取り戻している。むしろ死亡者の数が例年の季節性インフルエンザよりも少なかったことから、新型インフルエンザは発生前に恐ろしい病気として騒がれたが、終わってみるとたいしたことはない、という安心モードが漂っている。

2006年4月から厚生労働省健康局結核感染症課に感染症対策企画調整官として配属になり、新型インフルエンザ対策行動計画・ガイドラインの策定・改定、新型インフルエンザ対策強化のための感染症法・検疫法改正などに中心となって携わるとともに、新型インフルエンザ（A/H1N1）が発生してからは新型インフルエンザ対策推進室長として健康局長の指導のもと、対策本部の中心となって対応に努めてきた。2010年8月には環境省に異動となったが、4年4か月にわたり、新型インフルエンザ対策にかかわってきた立場として、この間の対応について最後に感想を述べたい。

まずは新型インフルエンザ（A/H1N1）が発生するまでの準備段階についてであるが、この間は本当に発生するのか半信半疑というのが正直な思いであった。抗インフルエンザウイルス薬の備蓄やインフルエンザ（H5N1）を念頭においたプレパデミックワクチンの備蓄など、多額の予算を充当し準備に努めたが、発生するのかわからないものに莫大な予算をつぎ込むことに否定的な意見は確かにあった。そのようななか、専門家からの助言は極めて貴重であった。特に新型インフルエンザ専門家会議の委員30名以上の方々には作業班会議のために毎週のように厚生労働省の狭い会議室に集まって、熱心にご議論いただき、行動計画やガイドラインの策定や改定にご尽力いただいた。新型インフルエンザ（A/H1N1）が発生したとき、思考停止に陥ることなく、初期の段階から次々と対策を講ずることができたのは、まさに行動計画やガイドラインが

策定してあったからにはほかならない。専門家会議の座長として会議をリードしていただいた岡部信彦国立感染症研究所感染症情報センター長をはじめとして、委員の方々には改めてこの場を借りて謝意を表したい。

新型インフルエンザ（A/H1N1）が発生したときは、まさか自分の任期中に本番が来るとは思ってみなかったというのが率直な感想である。特に、当初の情報は、メキシコや米国で豚由来の新しいタイプのインフルエンザウイルスが流行しており、致死率が極めて高い、といったものであったので、厚生労働省内に衝撃が走ったのを今も記憶している。4月23日からは、朝まで仕事が続く、帰宅することもできず、5月のゴールデンウィークも含め、土日休みなしという日々が6月末まで続いた。7、8月は電車で帰宅できるようになったが、8月終わりに流行入りしてからは再び土日出勤の生活が始まり、ワクチン接種が軌道にのる12月末まで睡眠時間は平均3時間の日々が続いた。40代後半の身にはこの生活は相当応え、内視鏡検査の結果、胃から出血するほどひどい胃炎になってしまった。まさに身も心もぼろぼろであったが、最後までやりとおすことができたのは周囲の上司や部下に支えてもらったことと、日夜現場で苦勞されている医療従事者や自治体職員も頑張っているのだからわれわれもしっかりやらなければという思い、そして何よりもここでわれわれが頑張らなければ国民の尊い命が奪われてしまう、という思いがあったからである。

対策全般を通じて最も苦勞したのは、実は情報発信やマスコミ対応である。検疫については当初機内検疫のみがクローズアップされ、連日ガウンを着た検疫官の対応ぶりが報道され、水際に国内への感染の流入を食い止めてほしいという国民の期待感の高まりに相当苦しんだ。もともとインフルエンザは潜伏期間があるので、機内検疫で患者を捕捉することは不可能ではないが、確率的にそれほど高くない。症状の発現しない潜伏期間に空港をすり抜け、自宅に戻り、症状が発現してから、かかりつけ医を何ら警戒心をもたずに受診し、気づいたときには待合室で多くの他の患者に感染を広げてしまった、という事態を可能な限り防ぐために、保健所による健康監視という制度を構築し、今回もそれを実施した。機内で質問票に答えながら健康チェックを行うのみならず、国内での連絡先を記入していただき、その情報を地元の保健所に提供し、保健所から可能な限り電話を入れ、健康状態を確認するというものである。また、仮に症状が発現した場合、必ず最寄の保健所に連絡してもらうことを記した紙を乗客一人ひとりに渡し、可能な限り感染拡大を初期で食い止める方法も実施していた。このように、われわれは検疫を機内検疫から健康監視まで一連のものと捉えていた。こうした政策意図は、マスコミをはじめ国民の皆様には理解されることが少なく、機内検疫は万全なのか、あるいはわれわれが潜伏期間を無視して、機内検疫に偏重しているかのような報道には心を痛めた。また、数か月あるいは1年以上経ってから、同様の観点から検疫不要論が浮上したが、機内で発症し、検疫で捕捉される可能性がゼロでない以上、安全のみならず安心を、そしてゼロリスクを強く求める日本人が検疫を最初から実施しないということを容認するかどうかはなほだ疑問である。検疫を中止するタイミングについてはいろいろ議論の余地はあると考えるが、病原性が不明の段階でも検疫をまったく実施しなくてもよいという意見が出るのは、今回のウイルスがたまたま病原性がそれほど高くなかったことから来る

安心感に基づいているような気がしてならない。

このほか、マスコミからは常に批判の目で見られ、ときに事実が大きく誤って報道され、それを訂正しようとしても情報が独り歩きすることが多々あり、マスコミへの対応の難しさを痛感した次第である。特に、週刊誌やテレビのパラエティ番組が厚生労働省に対して誹謗中傷を繰り返してきたことに対し、本来一つひとつ反論すべきだったのかもしれないが、そうした時間的余裕もなく、批判され続けたのは大きな反省材料である。

また、医療機関や地方自治体など現場の第一線で戦っている方たちとは、本来ウイルスという共通の敵に対し、一体感をもって戦うべきであったが、残念ながらそうした一体感を醸成することはできず、逆に現場にはワクチン関係を中心に国に対する不平不満や国によるやらされ感などが残ってしまった。わかりにくい行政用語の多い通知の乱発により、自治体や医療現場に国の思いが正確に伝わらない、また、逆に現場の思いを国として直接汲み取ることができない、このような現場とのコミュニケーション不足がその原因と考えられ、これも今後に残された大きな課題と認識している。

2010年3月に第1波が終息した段階において、わが国の死亡率は他の国と比較して低い水準にとどまっている。その理由については、現時点では未解明であるが、広範な学校の臨時休業、医療アクセスの良さ、医療水準の高さと医療従事者の献身的な努力、抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方や、手洗い・うがいなどの公衆衛生意識の高さなどが指摘されている。こうした成果の多くが、国民一人ひとりの努力と、病院、診療所、薬局などで働く医療従事者など現場の努力の賜であると考えられる。とりわけ日本人は、新型インフルエンザ発生前の段階からその性格や特徴、発生したらどうすべきか、といったことについて十分な知識をもち、発生後も適切な予防措置と受診行動がとられたと考えられる。このことが、他国と比較して死亡者が少なかった最大の要因ではないかという印象をもっている。

しかし、現在は先に述べたように新型インフルエンザは大したことはない、という安心ムードが漂っているような気がしてならない。次回到来する新型インフルエンザが、今回のように病原性が低いと断言できる人はいない。より病原性の高いウイルスを想定し、日ごろから行動計画やガイドラインの不断の見直し、そして訓練が行われることが望まれる。

最後に、新型インフルエンザ（A/H1N1）発生後、新型インフルエンザ専門家諮問委員会の先生方をはじめ、意見交換会や総括会議など、さまざまな場でご指導いただいた専門家の先生方に感謝の意を表して筆を^お擱きたい。