

## 戦中の体質を受け継ぐ厚労省

さらに、役人は、接種の優先順位を現場に強要した。

和田眞紀夫医師は、現場の窮状を次のようにも報告している。

「当院においてもとてもそれだけの許容力はないので、仕方なく1日の接種予定患者数を約20人に設定した。24時間の期限を考えれば連続2日間を接種日にしなければならず、また仕事や学校を休まずに接種できる便宜を考えれば土曜日を含めないわけには行かないで、金曜の午後に20人、土曜日の午前に20人(40人×24時間)と設定した。季節性インフルエンザのワクチンに関してはこれまで1シードで300~500人の子供が接種に訪れており、現在でも1日に20~40人の接種者が訪れている。当院への新型インフルエンザ用のワクチンの割り当ては成人を含めて約200人分(小児だけなら400人分に相当)という連絡を受けているが、週に40人のペースで新型インフルエンザのワクチン接種を行っても最大で10週間を要する計算になる。すなわち優先順位の高い未就学児の接種だけでも年内に終わらないことになる」

「優先順位者を2週ごとに増やしていく」という計画が立てられているが、診療をしながら1~2週間で300~500人もワクチンを打てるわけがなく、従つて1~2週ごとに優先対象者を増やすという計画は全くナンセンスなのだ。百歩譲つて1週間に500人接種すると決めてても思惑通りその期間に患者さんを集めて来院させるような手段も方法も持ち合わせていない。(中略)今の計画はまさに現場の状況を知らない行政が決めた机上の空論といわざるを得ない」

こんなことになつたのは、役人のワクチン輸入が「手遅れ」だつたため、この時に大きかつた国民の需要に対してわずかな量のワクチンしか供給できなかつたことが大きく影響している。本来なら、輸入が遅れたことを国民に謝罪しなければならないはずの役人

は、謝罪どころか接種の優先順位を強要して、現場の混乱に拍車をかけた。どのグループが1番か2番かという順位に医学的根拠はない。海外でも優先対象か否かの2グループに分ける大まかな概念はあつたが、日本のように国民を12グループにも分けて順位を決めるに、混乱を招くことを上回るメリットがあるというのか。役人はなぜ奢の上げ下ろしまで指令したがるのだろうか。国の役割は、実行不可能な計画やルールを押し付けることではなく、ワクチンなど必要なモノを現場に供給すること、そして判断は現場の専門家に任せることだ。

ところが、役人は接種の優先順位を守らなかつたとして「見せしめ」的に、兵庫県宝塚市の診療所に対し、ワクチン接種業務委託契約を解除した。「医療従事者用」とされていたワクチンを、順位が後だつた6歳の孫に接種したこと、とがめたのは厚労省である。現場の実情としては、無意味でほとんど実行不可能な指令を出す厚労省のほうがおかしいと思うが、皆さんはどう思われるだろうか?

厚労省と個別の医療機関が交した異例の契約書には先に述べたように、委託業務の中に「優先接種対象者に対するワクチンの接種」と書かれており、厚労省が決めた対象者に接種することとされていた。医療従事者への接種は10月から始まつたが、6歳の子ども(1歳)就学前の幼児)は12月以降と、医学的根拠はないが厚労省が決めたのだ。さらにこの

契約書には契約解除について「乙（医療機関）がこの契約に違反したとき」「乙（医療機関）の委託業務の実施が不適当と甲（厚労省）が認めたとき」は、厚労省は「通告なしにこの契約を解除することができる」と書かれている。まるで厚労省の胸元二寸でいつでも前触れなく医療機関に対して契約解除できるかのような契約だ。逆に「厚労省の業務の実施が不適当と医療機関が認めたときは、医療機関は通告なしにこの契約を解除できる」とは書いていないのだから対等な契約とはいえない。

役人はこの契約書による接種順位の強制だけでは飽き足らず、法律で強制して、順位を守らなかつた医療機関を取り締まることにすると、審議会（予防接種部会）で打ち出した。実行不可能なことを法律で強要されれば、現場の医師たちはほぼ全員が違法行為をさせられることとなり、行政処分が激増する可能性がある。医師たちがワクチン接種に協力できなくなれば、国民は接種を受けられなくなる。役人の方針には、国民を守るという視点が欠けている。

現場が必要とするモノを供給するという、厚労省の役割を十分に果たしていないだけでなく、実行不可能な指令を出し続け、役人の権限を強化する。

「兵站」を軽視した旧日本軍の大本営に、よく似てはいないか。

戦時中、大本営は、食糧や武器を満足に供給しないのに、戦闘命令は出し続けた。

ワクチンは十分に渡さないのに、接種順位はこと細かに指令を出し、少しでも違反したら契約解除する。戦時中の大本営の体質が、現在の厚労省には少なからず受け継がれてい るようだ。

## ワクチン輸入への非関税障壁

日本はまだ経済大国である。

日本は先進国だと思っている人が多いだろう。

しかし、お金はあるのにワクチンの接種ができない。これは無過失補償・免責制度がないことだけが理由ではない。

私は、新型インフルエンザに関する会議や医系技官の言動を見てきて、ずっと感じていることがある。医系技官たちは、どうもワクチンを輸入したくないらしく。ワクチンは新型インフルエンザ対策に欠かせないものなのに、輸入の決定を先延ばししようとしてきた。のために、輸入ワクチンは危険であるかのような説明をする。そのデータも示さずに、ある。

たとえば、医系技官が9月にパブリックコメント（行政機関が命令等を制定するに当たって、事前に命令等の案を示し、その案について広く国民から意見や情報を募集するもの）を募集し、10月2日に発表した「新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチンの接種について」には、輸入ワクチンについて次のような記載がある。

- ①現時点では国内外での使用経験・実績（臨床試験を除く。）がないこと
- ②国内では使用経験のないアジュバント（免疫補助剤）（\*）が使用されていること
- ③国内では使用経験のない細胞株を用いた細胞培養（\*）による製造法が用いられているものがあること
- ④投与経路：筋肉内であること
- ⑤小児に対しては容量が異なること

など、国内産ワクチンとは異なる。有効性については、ある程度期待されると判断される。一方、我が国で大規模に接種した場合の安全性に関しては、国内産ワクチンよりも未知の要素が大きく、その使用等に当たっては、より慎重を期すべきとの懸念も専門家から示されている。

医系技官は医学的に何のデータも示さずに、恣意的に偏った表現をしている。国内産ワクチンよりも輸入ワクチンのはうがずっと大規模な治験データがあるのに、それを示していない。

それに、もしもアジュバントが危険だと言いたいのなら、国内外のアジュバントが含まれるワクチンの使用実績や重い副作用発生確率などのデータを示してからでなければ議論できない。これまで日本で使ってきた百日咳、ジフテリア、破傷風などのワクチンや、新たに承認された子宮頸がんワクチンにもアジュバントが含まれているのに、何のデータも示さず、突然アジュバントが危険であるかのような発表をするようでは信用を失うだろう。

なぜここまでして輸入を嫌うのか。

さらに医系技官の間では、ある奇妙な論理がまかり通っている。

「ワクチンを輸入するなんてとんでもない。戦争が起きたらどうするつもりだ。戦争まで

いかなくとも何かあつたら海外メーカーは日本に売ってくれないだろう。日本はワクチンを確保できなくなる。ワクチンは国産でなければダメだ」

しかし、多くの医薬品も、食料品までも輸入に頼っているわが国が、なぜワクチンだけは国産にこだわるのか。あたかも自給自足しているかのようなイメージを作り出しているが、現実は必要なものが供給されていないだけなのだ。先進国では国内産、外国産を問わず普通に手に入るワクチンが日本にはないのだから。

それに、もし本当にワクチンを確保できなくなるリスクを心配しているなら、メーカーの国籍にこだわらず、複数のグローバルメーカーと事前契約すればよいはずだ。諸外国はそうやってリスクを分散している。しかし大勢が傍聴していた「新型インフルエンザ（A／H1N1）対策総括会議」で医系技官幹部が「危機管理は本務ではない」と発言したくらいだから、リスク分散についてもあまり考えていないのかもしれない。

やはり、国内メーカーの護送船団方式を、役人がまだ続けたいだけなのだろうか。厚労省の組織である国立感染症研究所は、ワクチンの開発をしている。ワクチンを作っている国立感染症研究所は、他のワクチンの許認可権にも関わっている。国立感染症研究所は、新型インフルエンザの輸入ワクチンをモルモットに投与したら死んだという、あたかも輸入ワクチンが危険かのようなデータを発表した。（厚労省薬事・食品衛生審議会薬事分科会

2010年1月15日）。体重約50kgの人間でも0・5mlしか接種しないのに、体重約400gのモルモットに人間の10倍量を投与したのだ。1250倍もの大量投与である。これは評価方法の問題であって安全性の問題とは言えない。ドイツ当局は、この結果はワクチンの異常毒性によるものではなく不適切な評価方法を使ったことによると回答している。歐米ではこのような試験をしなくなつてきているのだ。なぜ恣意的な発表をしてまで、役人も感染研もワクチンの輸入に抵抗するのだろう。モルモットどころか、海外ではすでに人に使われており、臨床試験で1万8000人、使用実績は少なくとも4480万回分もあるワクチンなのだ。輸入ワクチンが入ってくると、自分たちが作っているワクチンが売れなくなるなど、既得権益が減ってしまうのだろうか。ひとつでも輸入を認めたら、他にも、日本にはないたくさんワクチンを輸入すべきだという声が高まっててしまうことが嫌なのか。

もし私の推測の通り、奇妙な論理でワクチンの輸入が遅れているのだとしたら……。ワクチンを接種できなくて病気になり、後遺症に苦しむ人々が跡を絶たないといふに。

## 医師に違法行為をさせる法律

同じ頃、医療機関の現場はどうなっていたのだろう。

厚労省は、症状があつたら医療機関を受診するようにと指導した。

大量に押し寄せる患者たち。現場の医師たちは必死で診療にあたる。医療スタッフにとっては目の前の患者が第一だ。だが、厚労省の長年にわたる医療費抑制政策のおかげで、医療の現場は、医師も、看護師も、事務員も、とにかく人が足りない。

その上、厚労省の通達が、大量のアクセスとなつて病院や診療所に流れ込む。厚労省の大量の通達が医学的合理性も現場の実行可能性も考えていないルールであつても、すべて読んで従わなければ、役人に補助金を切られたり、診療報酬不正請求とレシテルを貼られて返金させられたりしかねない。医療機関へのお金の支払いの決定権だけでなく、医療機関の処分や、医師の処分の決定権を持っているのは役人なのだ。

医師たちが必死で患者を診ているうちに、医系技官は着々と、医師たちに落とし穴を用意してきた。たとえば、2008年に改正した感染症法に基づく新型インフルエンザ患者、疑いのある患者、無症状病原体保有者の届出義務。罰則規定についているので、「届出義務違反」で刑事罰にできる。刑事訴訟法の要件を満たせば逮捕もできる。まして医師免許取消などの行政処分は簡単にできる。その権限を発動せずとも、病院に対する厚労省の補助金や診療報酬などを切ることはもつと簡単にできるのだ。まるで「別件逮捕」のようなことが容易にできてしまうのは、戦前の衛生警察の思想を受け継ぐ組織だからなのだろうか。

新型でも季節性でも、インフルエンザが流行すれば、患者数が多過ぎて全例を届け出るのは不可能だし、増えたか減ったかといった動向がわかれればよいのだから、全例届出はナンセンスだ。だから毎年、一部の医療機関だけがデータを収集する定点観測を行っている。だが、医系技官は非現実的・非医学的な改正をしてまで、全例届出義務を医師に課した。

戦場のように忙しい現場であるにもかかわらず、新型インフルエンザ患者の届出に一例でも漏れがあれば、役人にどんな処分をされるかわからない。

「医系技官支配」は、患者に必要な診療の妨害や医療費抑制だけには終わらない。医系技官たちの権限は、「刑事罰」や「行政処分」によって裏打ちされている。医系技官が作る法律の多くは「厳罰化」に向かう傾向がある。自分たちの思い通りに、医師をどんどん処分できる仕組みを作ろうとしているのだ。

医系技官は2009年8月25日に、法律よりも下位レベルの省令で、全例届出は「当分の間、不要」とし、2人以上の患者発生が疑われる場合に医師が報告することとした。しかし法律に書かれた届出義務は改正されないまま残っている。今後も新型インフルエンザが発生すれば、厚労省は同じことを繰り返すだろう。

## 医系技官は「井の中の蛙」

明治以来の医系技官の主な仕事は、公衆衛生だった。今ほど医療は発達しておらず、大した治療もできないから、現場の医師としての仕事も衛生指導や栄養指導のような内容がほとんどだっただろう。そして何より、終身雇用の身分に安住している現在の「医系技官」と違うのは、現場の医師としても、官僚としても、政治家としても活躍するような幅広い見識を持っていたことだ。たとえば緒方洪庵の適塾で学んだ長与専斎や、関東大震災後の東京の復興計画を立案し、公共設備の整備に尽力した後藤新平らの名前が挙げられる。

毎年職員採用の時期になると、現在の医系技官たちはこの一人のような歴史に名が残る人物を「先輩医系技官」として引き合いに出し、志望者向けのポスターに写真を載せたりするのだが、「先輩」と呼ぶにはあまりに異質だ。彼らは、生涯「医系技官」というよりは、社会に対して幅広い役割を担う中で、人生のある時期、官吏だったにすぎない。

現代では衛生状態も良くなり、水道も整備され、国としての公衆衛生の仕事はほとんどない。もはや医系技官の存在意義はなくなっているのだ。そうして、終身雇用に安住し井の中の蛙となつた「医系技官」が厚労省の中に取り残されてしまつてはいるのが現状だ。

一方、医療は日進月歩の勢いで進化し、複雑化、かつグローバル化する。その最前線の現場のことは、霞が関に座っている医系技官にわかるはずがない。記憶にある限り、医系技官相手に、医学的な議論、医師としての議論ができたことはほとんどない。

にもかかわらず、存在意義を失った医系技官は、砂上の楼閣を守るために新たな仕事を作り出さずにはいられない。こうして、次々と医療に口を出すようになった。その主な手段が医療費抑制と、補助金行政、通知行政である。

医療費の不足については、本来なら診療報酬の財源増によって対応すべきだが、厚労省の役人たちはそれをせず、かわりに補助金で手当する。補助金を受けとれる病院は限られている。どの病院に補助金を渡すか決めるのは役人だ。医療費抑制政策によつてほとんどどの病院は赤字経営を強いられているから、補助金を受けとれるか否か、病院にとつては死活問題だ。だから多くの病院は、嫌でも役人にひれ伏すしかない。役人は医療関係者を支配したいから、診療報酬ではなく補助金をつけるのだ。補助金の使い道は、厚労省の通知によつて、簪の上げ下ろしに至るまで細かく決められている。補助金は個々の患者の診療に対して直接支払われるわけではないから、患者の多様なニーズには対応できない。

厚労省の通知は、法律と違つて国会審議を経ずに出せるため、医系技官の思うがままである。極論すれば、通知は、彼らがこの国の医療を支配する独裁者として振る舞うためのツールとなっているのだ。2009年の水際作戦も、次章で述べるワクチンに関することも、厚労省が数多くの通知を出し、医療現場を混乱に陥れたのである。