



Title	グローバルリスクと政策知・政策デザイン：パンデミックインフルエンザを事例に
Author(s)	清水, 美香
Citation	国際公共政策研究. 2010, 15(1), p. 53-69
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/10343
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

グローバルリスクと政策知・政策デザイン： パンデミックインフルエンザを事例に*

Global Risks and Policy Knowledge and Design: Case of Pandemic Influenza*

清水美香**

Mika SHIMIZU**

Abstract

This paper examines the case of H1N1 / Pandemic Influenza as one of global risks from the perspective of policy knowledge and design, an essential policy component in addressing global risks. This paper identifies a framework of key policy formation process to address the challenge by articulating how policy knowledge and design is relevant to the challenge. Using the framework, this paper assesses how Japan specifically responded to the 2009 H1N1 challenge to provide policy implications for Japan.

キーワード：グローバルリスク、政策知、政策デザイン、パンデミックインフルエンザ、H1N1

Keywords : Global Risk, Policy Knowledge, Policy Design, Pandemic Influenza, H1N1

* 本稿は、著者が "Managing Global Health Risks in Asia: Lessons from Japan" と題して行った講演（2009年9月17日、米国東西センター・ワシントンDC）、および安倍フェローシップコロキウムで「グローバルヘルス戦略の形成：新型インフルエンザ（H1N1）を題材に」と題して行った講演（2009年12月10日、国際交流基金・東京）を踏まえ、最新の状況や結果を加えながら、政策知・政策デザインの視点から捉えなおして執筆したものである。尚、本稿タイトルのプレゼンテーションを日本公共政策学会（2010年6月5日）で行なった。

** 国際公共政策博士・East-West Center（米国）客員研究員

なお、本稿の内容および見解は、所属組織に属するものではなく、個人に属するものであり、筆者の責任において執筆されたものである。

1. 視点・問題意識

2009年H1N1パンデミックインフルエンザは発生以来、世界中の警戒を呼び起こしてきた。2010年4月末現在、世界保健機構（WHO）は、依然として最も高いパンデミック警告段階である「段階6」を維持する一方、2009年H1N1パンデミックに関わる国際保健規制の機能に関するレビュー委員会（the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009）を設け、グローバルレベルの対応およびWHOの対応に関するレビューを開始した。一般的には、H1N1パンデミックは既に収束に向っているという見方が広がり、安堵感の様相が伺える。特に、2009年H1N1ケースにおいては死者数が当初の予想を遥かに下回り、先進国のワクチンが大幅に余る見込みが出てきたことから、WHOが誤った警告を行ったというような見解を示す一部の個人や組織すら見受けられる。

一方、問題解決志向型の政策形成、さらには政策研究の視点を通して見れば、目の前の観察のみに終始するのではなく、H1N1対応の経験を通して見えてきた課題を検証し、そこから何を教訓として得て、より強毒なパンデミック、あるいは大規模災害に備えてより良い政策づくりおよびその実施のために何ができるかを精査することが不可欠である。現行の日本で一部に見られるような感情論や一部の関係者間だけに聞かれるような成功論ではなく、独立的な分析・評価に基づいて、より良い政策のために必要な政策更新、改善を行うことが肝要である。特に、今回のH1N1パンデミックインフルエンザを一回切りの問題として扱うのではなく、時代の変化、それに伴う政策環境の変化といったコンテキストから、中長期的視点から政策をデザイン¹⁾するか否かは、未来社会の持続可能性の鍵を握ると考えられる。このポイントは、本稿が軸とする政策知、政策デザインの根幹にも関わる。

H1N1のようなパンデミックインフルエンザへの政策デザインを行うにあたって考慮すべき政策環境の変化とは、史上例を見ない速さとスケールで進む21世紀のグローバル化の深化であり、その影響によってリスクが益々複雑化し、あらゆる意味での不確実性が増している点に集約される（詳細は後述する）。こうした変化の影響を受ける政策課題には、その影響を正確に捉えた上での政策的アプローチが要求される。本稿では、こうしたグローバル化の深化との関係が深いリスクをグローバルリスクと呼び、H1N1パンデミックインフルエンザを、そのグローバルリスクの1ケースとして位置付け、そのケーススタディを通してより良い政策的アプローチを探るものである。

政策知という言葉は日本では未だ馴染みの薄い言葉であり、政策関係者においても見過ごされがちであるが、端的に言えば、分析、評価を経て、実施や経験、あるいは多くの議論を踏まえて体系化された、一連のプロセスを経た知識を指す。そうした政策知に基づいて政策立案、政策更新、改善を行うための政策デザインは、様々な情報とデータと知識を統合し、それをあらゆる側面から検

1) 政策を「デザイン」することに関する言葉の意味合いについては、足立幸男『公共政策学とは何か』ミネルヴァ書房 2009年、pp.23-27参照。

証し、様々な選択肢の中から弱点と利点を天秤をかけながら選択し、それを実行し、その経過を再検証し、このプロセスを繰り返ししながら、社会を問題解決方向に導くという、多様なステークホルダーを巻き込みながら築くプロセスを意味する。したがって、政策知の構築も、政策デザインの実施も、決して個人やある一握りの政策決定者によって一時的に成し得るものではなく、多大な年月、人材、資金を含めた政策資源を使ってなされるものである。

本稿では、政策研究の視点から、短期的な政策対応にあっては軽視されがちな、グローバルリスク対応に不可欠な政策知・政策デザインのあり方を重視しながら、グローバルリスクの1ケースとしてH1N1・パンデミック課題にこれまでに日本社会がどのように対応してきたかを検証し、今後日本社会がこうした課題に対応していくために政策知・政策デザインの視点から何が必要なのかを明らかにすることを目的とする。

具体的には、まず前提となる理解として、1) グローバル化の深化の中で見られるH1N1・パンデミック政策課題の背景と特徴を明らかにした上で、2) 政策知・政策デザインとパンデミック政策課題の特徴の関連性に沿って、同政策課題のための政策アプローチの鍵を示し、それに基づいて同政策課題に不可欠な政策形成プロセスを提示する。さらに、3) 2) の政策形成プロセスを基軸として日本のH1N1・パンデミック対応事例を検証し、4) 3) に基づいて、特に政策知・政策デザインの視点から、日本のより良い政策のための政策インプリケーションを提示する。

2. H1N1・パンデミック政策課題の特徴

パンデミックインフルエンザおよびその1ケースである2009年H1N1を通して見られる政策課題の特徴を挙げると、次の2点が指摘できる。第一に、グローバル化の深化の大きな特徴の1つであるモノと人の移動の速さとそのスケールの大きさによって、リスクの不確実性が益々強まっているという現状がある（以下「特徴1：不確実性」とする）。WHOは、2009年H1N1の強毒性について、発生時から現時点に至るまで一貫して「Moderate（中程度）」レベルとしてきた。しかし今後、人やモノの接触も含めたあらゆる環境の中でどのようにウィルスが変異するかについて、著名な科学者の間ですら未だ合意には至っていない現状がある。そのウィルスの特徴も然ることながら、大量の人とモノの移動により、ウィルスは文字通り国境を越えて移動し、しかもそれに伴い時間的速度は加速する中で、「いつ」、「誰が」、「どこで」被害が及ぶか予測困難な状況が存在する。WHOは、ウィルス変異の科学的な分析に基づいて「パンデミック」を宣言することはできるが、確実にどの地域の誰に最も影響があり、いつどのように、ウィルスが変異するかを予測することは不可能である。

一般的には、パンデミックインフルエンザの深刻度を測る目安として死者数が注目されやすい。2009年H1N1のケースに関していえば、WHOは、2009年7月の時点で世界の死者数約430名、2009年8月には2200名、2010年1月末には1万4000人以上と発表してきた。こうした死者数について、少ない、あるいは多いという評価は何を基準とするかによって異なるであろうが、少なくとも、当

初一般的に予測されていたより少ない数ではあったことは否めない。特に、1919年スペイン・パンデミックインフルエンザにおける世界の死者数が5000万人以上であったことと比較すれば、遥かに少ない数である。しかし、ここで注意すべき点が2点ある。1つは、H1N1の報告死者数は、必ずしも死者数の全体を示すものではなく、実際の死者数は、検査や記録方法を含めた様々な理由から、実験室診断で確認される死者数よりも高いとWHOが報告している点である²⁾。また、1919年スペイン・インフルエンザとの文脈から現行の死者数を解釈することにあたって、1919年スペイン・インフルエンザも弱毒性のパンデミックからはじまり、後に強毒性のパンデミックに変化したことも認識しておく必要がある。

さらに、H1N1が過ぎ去れば全てが終わりかというところではない。より強毒なH5N1鳥インフルエンザの感染拡大を警告する専門家も少なくない。H5N1は、2003年後半からヒトへの発生が報告されており、2003年から2010年4月現在までに、世界で（ほとんどはアジア）292名以上の死亡者が報告されている³⁾。

第二に、グローバル化の深化は、経済の相互依存の深化、および社会（国・地域・産業セクターを含む）の相互依存の深化と大きく関わる。こうした状況は、特にアジアで見られるような都市化および人口密集化、さらには重要インフラの相互依存をもたらしている（以下「特徴2：様々な相互依存の深化との連関性」とする）。

特に、感染率が高い割合で発生した場合、社会の重要インフラを支える組織の従業員の多くが外出できなくなり、業務を継続できない状況に至ることも想定される。その際、市民生活に欠かせない金融、電気、IT、通信、輸送、製造、ガス、水道、食品などの重要インフラに関する経済活動が中断されかねない状況がある。例えば、救急サービスは通信サービスに依存し、通信サービスは電力サービスに依存するということに、重要インフラの稼働は、セクター間を越えて相互依存しており、1つの社会・産業セクターが機能しないことによって、あらゆるセクターに影響を及ぼしかねない。さらに、発展途上国における影響は人道的問題のみならず、先進国が燃料、食料供給に依存している状況にあっては、発展途上国がパンデミックの影響で燃料・食料の供給不能に陥れば、その影響は直ちに先進国にも及ぼされかねないという点も考慮に入れておく必要がある。

上記の特徴1「不確実性」および特徴2「様々な相互依存の深化との連関性」と、それに伴う複雑な要素の相互作用の結果、それらが経済、社会的に及ぼす影響は多大になることは必死と見られる。なお、この経済、社会的影響について、その全容を数字で図ることは、その特徴ゆえに非常に難しいという状況も政策上考慮しておく必要がある。特にH1N1ケースは、具体的な経済的影響を数字で示したデータは、ごく一部分に過ぎず、例えば米国で4週間全ての学校の学級閉鎖をした場合、100～470億ドルの経済的コスト発生（GDPの0.1-0.3%）するとの試算などに限られてい

2) "Comparing deaths from pandemic and seasonal influenza Pandemic (H1N1) 2009: Briefing Note 20," World Health Organization, 22 December 2009.

3) 世界保健機構ウェブサイト:

http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2010_04_21/en/index.html

る⁴⁾。一方、強毒性のパンデミックインフルエンザの発生の場合、世界で約1400万死亡、3300億ドルといった経済的コスト試算（複数ソース）が見られる。他方、上述のように、不確実性については多に考慮する必要がある。さらには、オーバーリアクション、あるいは、社会麻痺がもたらす社会、経済的コストも政策上考慮する必要がある重要な要素である。

3. 政策アプローチの鍵と政策形成プロセス

(1) 政策アプローチの鍵—政策知・政策デザインとパンデミックの特徴との関連性から

前項2. では、H1N1・パンデミック政策課題の実態に重点を置いて検証したが、ここでは、同政策課題の特徴を踏まえた政策アプローチの鍵について考察するため、政策知・政策デザインに軸を置き、パンデミックの特徴がその軸と如何に関連するかを見ることによって、その鍵を浮き彫りにしていく。これに関連して、政策科学者の代表格であるYehezkel Drorは、グローバル化の深化がもたらす政策的環境の変化とその政策知・デザインに関わる影響についてその核となるポイントを以下のように指摘している⁵⁾。

- 1) グローバルな連関・連携・連鎖の拡大
- 2) 知識・情報・科学・技術の重要性の増大
- 3) 新たな知識領域の創造の必要性
- 4) 時間速度要因の重要性
- 5) 科学と産業と政策の関わりの増大

1) グローバルな連関・連携・連鎖の拡大、および4) 時間速度要因の重要性については、まさに、前項2. で指摘した政策環境上の変化、およびその影響を受けたパンデミック政策課題の特徴1「不確実性」および特徴2「様々な相互依存の深化との関連性」に顕著に表れている。こうした政策環境上の変化・影響を踏まえて、如何に政策知を構築し、政策をデザインしていくか、つまり、如何に政策アプローチを行うかという点では、2) 知識・情報・科学・技術の重要性の増大、3) 新たな知識領域の創造の必要性、および5) 科学と産業と政策の関わりの増大に大きく関わると考えられる。

具体的には、上記の政策環境の変化・影響を踏まえた政策アプローチのための第一の鍵として、「継続的な政策分析・評価」と、それを踏まえた「政策更新・改善」が挙げられる。つまり、2) の「知識・情報・科学・技術」を駆使し、政策分析・評価を継続的に行うことによって、政策知を積み上げていくメカニズムを政策形成過程の中に組み入れることが肝要である。それを前提として、

4) Howard Lempel, Ross A. Hammond, Joshua M. Epstein1, "Economic Cost and Health Care Workforce Effects of School Closures in the U.S", *Center on Social and Economic Dynamics Working Paper* No.55, Brookings, September 30, 2009.

5) Yehezkel Dror, "Redesigning Democracy to Take Care of the Future" 国際シンポジウム、京都大学、2007年5月

第二の鍵として「国内と国際政策の連関性」、第三の鍵には「複数の複雑に跨る政策領域」が挙げられる（第一、第二、第三の点の詳細は以下に述べる）。第二および第三の鍵は、上記の3)「新たな知識領域の創造の必要性」と密接に関連する。どちらの鍵とも、従来の政策アプローチだけでは対処できない領域であり、これに対応していくためには従来のアプローチを踏まえつつも、新たな政策領域に対応するための新しい政策アプローチを具体的に検討する必要があることを意味する。

第一の鍵に関し、2009年H1N1を例に挙げると、今回は弱毒性であったため死者数は予想を遥かに下回る結果となったが、「喉元過ぎれば全て良し」という考え方では、いつでも起こり得る次の危機に備えるための政策知の構築を怠っていることになる。今回の対応で何が問題になったのかを緻密に精査し、経験知を含めた多角的な知識を政策知に収斂させ、政策の「更新・改善」につなげられるような政策デザインを如何に行うかが重要になる。特にそのプロセスにおいて、「独立評価」と「多様なステークホルダーとの連携」は欠かせない。この点についてH1N1・パンデミックとの関連性において説明すると次のようになる。

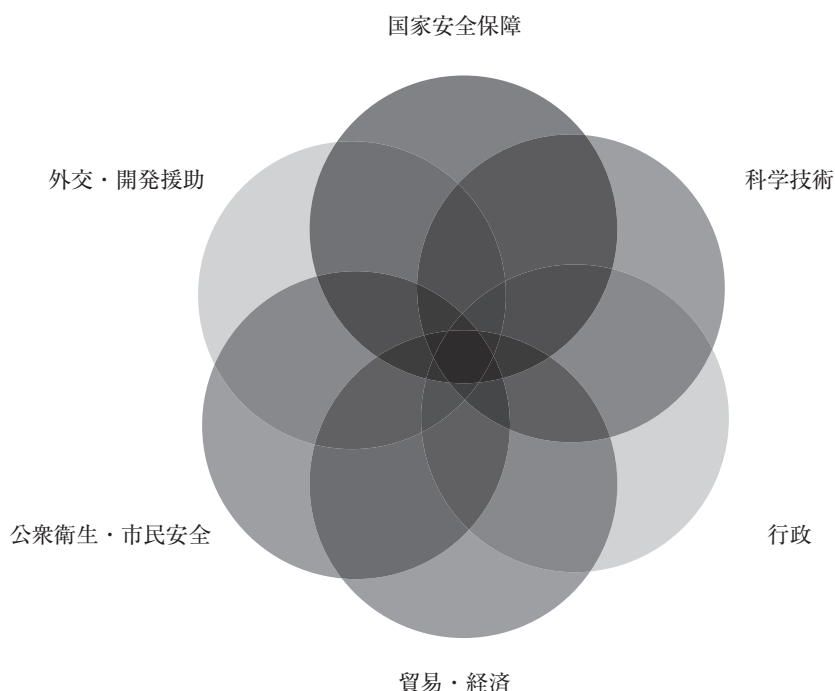
「独立」評価（ここで言う独立政策評価とは、政策の立案と施行を直接担当する当事者以外の専門家が、その機能と役割において他からの政治的圧力や指示を受けることなく、政策をできる限り客観的に評価することを意味する）が機能しなければ、さらには一時的ではなく「継続的に」専門家による評価が市民に公開されなければ、対策はどこまで進んでいて何が問題になっているのか、過去の経験を教訓としてどのようにより良い政策に向けて進んでいるのかを明らかにする政策形成プロセスが、不在であることを意味する。また、国家担当省庁以外の組織やステイクホルダーが政策の更新に関与する正式チャネルが不在であることも意味する。また、本問題対応に関わる国家対策計画が設けられていたとしても、前述したようなグローバル化の深化やその影響を考慮すれば、1つの行動計画によって対策が完成するはずはなく、様々な評価を踏まえながら、常に様々な「不確実性」を考慮して、検証し、レビューし、政策を更新していくことが不可欠になる。

さらに、以下で第二および第三の鍵に関して詳細を述べるような本政策課題の複雑性に鑑みれば、国家担当者が懸命に取り組めばよいというものではない。ワクチン政策1つ例にとっても、2009年H1N1のように、日本国内生産のワクチン生産能力の不足が明らかになったり、ワクチンを輸入したものの、予想外に感染が収束に向かいつつあることからワクチンが大幅に余ったりといったように、関連の政策は一筋縄ではいかない現実を見極める必要がある。そうであるからこそ、あらゆるステークホルダーと連携して、知識、情報、技術などを効率的に活用しながら、政策更新を行っていくための具体的な仕組み、正式なプロセスを構築していくことが問題対応の鍵を握る。

第二の鍵に関し、従来国内の公衆衛生の問題と捉えられてきた感染症の問題そのものが、国内政策にも、国際政策にも跨る傾向を強めており、それ故に、国内政策にも国際政策にも通じる政策形成をどのように成していくかを重視する必要がある。特に従来の国際協力といった観点だけでなく、国境を跨ぐオペレーションとコミュニケーションの協働が不可欠である。つまり、国際協力と一言で言っても、ここでの国際協力は既存のものと識別する必要がある。実施されている既存の

様々な国際協力は存在し、また多くの関係者が国際協力の重要性を謳ってはいるものの、ここでのポイントは、国際協力を通し、上記1) グローバルな連関・連携・連鎖の拡大および4) 時間速度要因を踏まえた措置を如何に行うかを含めて、より深いレベルにまで踏み込んだ協力が求められることにある。こうした点を斟酌すれば、特に国内政策だけでは対処することは不可能であることは明らかである。

図表 1：H1N1・パンデミックインフルエンザ政策課題における複雑な政策領域⁶⁾



第三の鍵について、第二の鍵にも関わるが、さらに踏み込むと、本課題は、公衆衛生・市民安全という従来の政策枠組みを越えて、国家安全保障、外交・開発援助、貿易・経済、科学技術、行政といった様々な課題が異なる政策領域間で複雑に絡みあっている（図表 1 参照）。特に、上記5) 科学と産業と政策の関わりが増大の指摘は、ここでの貿易・経済、科学技術の分野と関連づけられる。こうした複数の政策領域を跨る政策課題をどのように問題解決型方向に仕向けるのか、その政策形成のあり方がここで問われる。具体的に、図表 1 のそれぞれの政策領域に関して、H1N1あるいはパンデミックインフルエンザ政策課題にどのような問題が関わるのか、政策上の問題領域の例を図表 2 に示す。

6) 本図表は、著者が『国際公共政策研究』「グローバル・ヘルスと国家戦略の連関性：分析的枠組みと米国・英国のケース」（第14巻第1号、2009年9月）で扱った図表を日本および最新の状況に照らし合わせて更新したものである。

図表 2：H1N1・パンデミックインフルエンザ政策課題における具体的政策上の問題領域

公衆衛生・市民安全
● サーベイランスの実施 ● ワクチンの摂取 ● 医療体制（集中治療室の確保、重症患者優先体制を含む） ● 医療資源の確保 ● リスクコミュニケーション
国家安全保障
● 脅威サーベイランス ● 重要インフラ機能の維持 ● 社会的混乱の抑制 ● ライフライン破断の復旧 ● ワクチン政策 ● 大規模災害に柔軟に対応するための国家全体の「キャパシティ」強化
科学技術
● ウィルス脅威・変化の検証、予測 ● ワクチン安全性の検証 ● ワクチン研究開発 ● 新技術の開発 ● 海外との科学技術面の協働体制の確立 ● 科学技術と実際応用の連携 ● ヘルス I T（H I T）の活用
貿易・経済
● 様々な措置（学校閉鎖、空港検閲を含む）の社会、経済的コストの検証、評価 ● 不確実性とリスク両方を考慮したワクチン生産、供給 ● 経済活動の維持・復旧 ● 燃料、食料供給網、重要インフラ機能の維持・復旧 ● 企業ビジネス活動の維持・復旧 ● 諸外国との貿易、ビジネスの維持・復旧
外交・開発援助
● 国家主権問題 ● 発展途上国へのワクチン供給 ● 国境を越えた知識・経験の効果的、体系的な共有 ● 国境における検閲、運輸、外国人移動、移民対応への調整
行政
● 省庁間の連携・調整（情報・教訓共有、協働アクションを含む） ● 国家と地方政府の連携・調整 ● 官民連携・調整

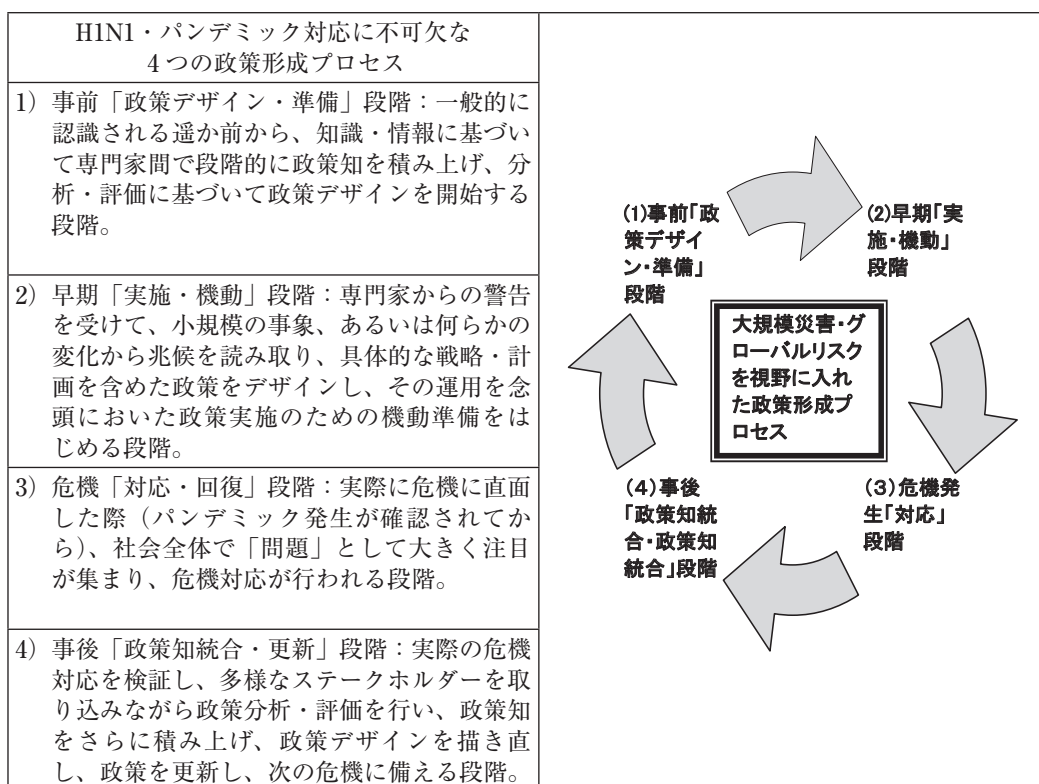
(2) H1N1・パンデミック対応のための政策形成プロセス

(1) に基づき、どのような政策形成プロセスが本課題に求められるのか。先ず、「国内と国際政策の連関性」や「複数の複雑に跨る政策領域」という新たな政策知領域を斟酌すれば、H1N1あるいはパンデミック対応において、問題が発生してから対応を協議するといった方法では到底間に合わず、「事前の」政策形成プロセスの幅が大きなウエイトを占めることが必然である。

さらに、政策知、政策デザインという視点を通して浮き彫りにされた「知識・情報・科学・技術」、「分析・評価」、「継続的独立評価」、「政策更新」、「多様なステークホルダーとの連携」といったポイントを重視すれば、ある限られた政策決定者によるその場限りの政策形成は、本政策課題対応に適さず、長年の政策資源の伴った政策知の構築のあり方、政策課題の特徴に沿った問題解決型の政策デザインを可能にする政策形成がここで問われることは、明らかである。

上記のポイントを踏まえた上で、H1N1・パンデミック対応に不可欠な政策形成プロセスを端的に示すと図表3のように示される。これは、事前の政策形成を重視し、上記ポイントの実施を可能にするために不可欠なプロセスを簡潔に示したものである。尚、こうしたプロセスは、H1N1・パンデミックに限らず、より広範囲に大規模災害やグローバルリスクの危機管理においても適応可能な政策形成プロセスと考えられる。そういう文脈では、他の大規模災害やグローバルリスクを視野

図表3：H1N1パンデミック対応に不可欠な政策形成プロセス



に入れながら、H1N1・パンデミックのための政策知の構築、政策デザインのあり方を考慮する必要があるだろう。

3. 2009年H1N1・パンデミック対応ケース・日本の事例

2009年H1N1対応における日本のケースは、図表3に示したH1N1・パンデミック対応に不可欠な4つの段階の政策形成プロセスにどのように当てはまるだろうか。前述のように、危機発生の最中での対応は、本政策課題に不可欠な政策形成プロセスの一部に過ぎず、4段階の政策形成プロセス全体を通じた本政策課題への政策形成が不可欠であることから、(1) 4つの段階それぞれに沿って全体の日本の動きを精査し、(2) 具体的に2009年H1N1対応事例を掲げながら、個別の検証を行い、(1) (2) を踏まえて、2. (2) で示した政策アプローチの鍵に沿って、(3) 日本の政策アプローチの評価を行う。

(1) 全体

前述の4つの段階の政策形成プロセスに沿って、日本の一連の主な政策上の動きを図表4に示した。欧米では、1970年～80年代にかけて、天然痘をはじめとする多くの感染症が収束の方向に向っているように見られたことから、専門家による感染症の警告もあまり聞かれなくなっていたものの、1990年代に入ると専門家の警告が再び始まった。こうした時期を、1) 事前「政策デザイン・準備」段階と捉えると、欧米でもこの段階で特に政策上目立った動きはないものの水面下で政策の動きが始動していたことは注目に値する。例えば、米国疾病予防管理センター（CDC）は、1994年に感染症に関する最初の包括的な戦略（*Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States, 1994*）を発表していた。一方、こうした段階での日本の政策上の動きはほぼ皆無であった。

図表4：パンデミック対応に不可欠な政策形成プロセスと日本における2009年H1N1への対応の関係

H1N1・パンデミック対応に不可欠な政策形成プロセス	日本の対応
1) 事前「政策デザイン・準備」段階：一般的に認識される遥か前から、知識・情報に基づいて専門家間で段階的に政策知を積み上げ、分析・評価に基づいて政策デザインを開始する段階。	特になし
2) 早期「実施・機動」段階：専門家からの警告を受けて、小規模の事象、あるいは何らかの変化から兆候を読み取り、具体的な戦略・計画を含めた政策をデザインし、その運用を念頭においた政策実施のための機動準備をはじめめる段階。	・2005年11月厚生労働省策定 ・サーベイランスシステム構築、関連ガイドライン等作成

3) 危機「対応・回復」段階：実際に危機に直面した際（パンデミック発生が確認されてから）、社会全体で「問題」として大きく注目が集まり、危機対応が行われる段階。	・本段階に政策対応が集中。 ・2009年4月～9月、リスクコミュニケーション不足顕著。
4) 事後「政策知統合・更新」段階：実際の危機対応を検証し、多様なステークホルダーを取り込みながら政策分析・評価を行い、政策知をさらに積み上げ、政策デザインを描き直し、政策を更新し、次の危機に備える段階。	現段階（2010年以降）に相当。教訓を活かして次に備えることができるか？

2002年以降、実際にアジアを中心にSARSやH5N1のような社会を脅かす感染症が実際に拡大した。その問題の深刻さを踏まえれば、この時期以降を、2) 早期「実施・機動」段階と捉えることができる。この段階において、WHOは2005年、パンデミックインフルエンザに備えて各国に国家計画を策定するよう要請した。これに伴って日本でも『新型インフルエンザ対策行動計画』が厚生労働省によって策定され、下記に示すような国家サーベイランスシステムも構築され、関連の幾つかのガイドラインも策定された。しかし、こうした動きが同段階で見られた主な政策上の活動であり、その政策アプローチの範囲と深さは限定的であった。また、同行動計画は、強毒性の「H5N1」を対象とした行動計画で、空港検疫を中心とした水際対策を主体とするものであった。その計画の実効性や運用に関わる主な政策議論、政策代替案の検証、それを踏まえた政策更新は、この段階ではほとんど見られなかった。

2009年4月、メキシコを中心に北米でH1N1感染が広がっていることが明らかになり、それが瞬く間に世界に拡大したことで、WHOはパンデミックを宣言、H1N1のパンデミック警告レベルを順次、「4段階」、「5段階」、「6段階」へと順次引き上げていった。こうして、日本の政策も、3) 危機「対応・回復」段階に入っていく。この段階になると、組織設置、政策更新を含めて、あらゆる政策の動きが展開された。それを経て、2010年4月現在、2009年H1N1を経験した上で、4) 事後「政策知統合・更新」段階に入っているといえる。しかし、これはパンデミックの危機は終焉したという意味ではなく、今後、同様のあるいはより脅威の大きいパンデミックや、その他の大規模災害に備えて、この段階で如何に経験知を踏まえた政策知統合・更新できるか、今それが問われる時期にある。そのためにも、3) 危機「対応・回復」段階で、政策上具体的に何が行われたのか、どのような課題が明らかになったのかを検証しておく必要がある。同段階で見られた国家および地方レベルの対応状況の概要を以下（2）に示す。

（2）2009年H1N1対応

WHOが4段階に警告レベルを上げたことに対応し、2009年4月28日に新型インフルエンザ対策本部が設置され、当時の麻生首相は同日、その第一回会合を開催し、日本政府は「H5N1」を対象として策定された前述の国家計画を紐解いた。この行動計画は、6月に同行動計画が改訂されるま

で、日本の政策対応の要として実施された。したがってこの計画に沿って、メキシコ、米国からの乗客に焦点を当てた空港検疫を中心に水際作戦が展開された。

今回のH1N1ウィルスの毒性が当初、不透明であったことを踏まえれば、H5N1を対象とした行動計画を実施に移したことは理解の範囲内と考えられる。しかし、H1N1が海外渡航していない神戸市内の個人に5月16日に確認された以降も、一ヶ月以上にわたって、成田、中部、関西空港の3空港のみの水際作戦に焦点を当てたこと、また北米からの渡航者のみに検疫が行なわれたことについて、疑問が呈されることは必然である。ウィルスは如何なる時も国境を越えて移動するという単純な事実も含めて、これまでに述べてきたようなグローバル化の深化とパンデミックの関連性が、政策レベルで十分に理解され、少なくとも2) 早期「実施・機動」段階で、その実効性について何らかの主要な政策議論が行われていれば、当時の政策判断は異なったものになっていたのではないかと考えられる。

さらに、本段階では、あらゆる政策展開・更新がアドホックに行われ、その多くにおいて、政策運用上の混乱が見られた。これは、2) 早期「実施・機動」段階での政策アクティビティが極めて限られていたことに起因すると考えられる。その主な事例を項目別に沿って具体的に以下に示す。

サーベイランス：2007年、厚生労働省はNESID (the National Epidemiological Surveillance of Infectious Disease) と呼ばれる感染症サーベイランスシステムを構築した。これは、中央官庁と地方自治体をインターネットベースで連携した電子システムで、特定の感染症を診断する各医療機関からの報告を統合し、分析することを目的に構築されたものである。2009年H1N1の危機対応において、NESIDは当初から稼動していたが、その運用中にシステム上に大きな欠陥が発覚した。NESIDは予め設定された特定の想定において設計されており、H1N1のように複雑なケースに対して、調査項目を付け加えたり、既存の調査項目を修正したりといったことができないように設計されていた。このため、医療機関は全発症ケースについてデータをエクセルファイルや電子メールを介して政府に送信せざるを得なくなり、政府側も全てのデータを手作業で集計する必要に迫られた。これに医療機関側も政府機関側も多大な時間を割き、重い負担がかかり、多くの混乱を巻き起こした。7月にこのNESIDは再設計され、その後再稼動されている。

ワクチン：2010年4月現時点では、H1N1感染の状況が静まり、ワクチン余剰が議論になっているが、2009年に感染ピークを迎えた際、ワクチンの国内生産は、日本人口（約1億2700万人）の半分以上の需要しか満たすことができないことが判明し、海外製薬会社から緊急輸入するに至った。国内のワクチン生産が満たされない状況から、日本は、他の先進国のように発展途上国にワクチンを贈与することが不可能な状況にあった。もし、現状とは異なり、ワクチンが国民一人一人に、また発展途上国に緊急に必要とされる状況に陥っていたとすれば、こうしたワクチン国内生産の不足は大きな問題になっていたであろうと考えられる。

組織：H1N1発生が始まる前までには、パンデミック問題への対応を統括する組織は存在せず、2009年7月13日、H1N1問題が発生して約3ヶ月後になってはじめて、専従職員（発足8名）を擁する「新型インフルエンザ等対策室」が内閣官房に設置された。同室は、「新型インフルエンザ、その他国家の危機管理上の問題となりうる感染症の対策の推進に係る企画立案及び総合調整に関する事務を処理する役割を担う」とされる。それまでは、厚生省内の1つの部署が様々な政策を担ってきたが、政府の中央で様々な政策調整を行う正式な機能がここではじめて設置されたことになる。

データと政策：H1N1の日本対応全体を通して、医療資源データを含めた公開政策データが乏しいことが挙げられる。例えば、病院の収容可能ベッド数、集中治療室、特別医療器具を含めて、医療準備体制能力を測る公開データが限定されている現実がある。実際の危機により良く対応するためには、こうしたデータに基づいて、危機に直面した際、医療機関が最大限どこまで稼働可能なのか、医療資源およびその管理において、各医療機関間で調整しておく必要があるものはないか、改善できるものはないかを明確にし、具体的に運用可能な政策レベルにまで、事前に準備体制を整えておくことが不可欠である。

別の例として、2009年H1N1対応において首相直下に置かれていた「新型インフルエンザ本部」に対し、国が採るべき方針を答申してきた専門家諮問委員会が開いた全ての会議議事録などの記録は残されていないという報道が一部なされている⁷⁾。この真偽のほどは現時点で不明であるが、これが事実であれば、4) 事後「政策知統合・更新」段階において、大きな影をもたらすであろうと言わざるを得ない。

リスクコミュニケーション：危機発生「対応・回復」段階における日本の対応の全体を通して、a) 省庁間、b) 国家・地方政府間、c) 政府・メディア・市民間という、主に3つのレベルでリスクコミュニケーションの問題が散見された。例えば、a) の省庁間レベルでは、当時の厚生労働大臣は、危機発生当時、地方自治体の首長と直接連絡が直ぐに取れず、地方自治体に対して管轄権を有する総務大臣に対し、厚生労働省と地方自治体をホットラインで結ぶシステムを構築するよう要請した⁸⁾ という経緯がある。

またb) の国家・地方政府間について言えば、例えば神戸市では、2009年5月15日に渡航歴のないH1N1患者が見つかった際、その第一報が夜11時40分にテレビで流れたことから、神戸市側は夜中の（5月16日早朝の）1時と4時にメディアブリーフィングを行った。さらに神戸市は、その直後にH1N1対策本部を設置し、同日朝7時には最初の記者会見を開催した。こうした一連の動きは、あらゆる関係者の非常に慌てた現場状況を反映していると言える。実際、日本政府の具体的な政策

7) 時事通信報道「新型インフル諮問委、記録残さず＝首相に答申の専門家会議－非公開の10回検証困難」（2009年2月22日）
(<http://www.jiji.com/jc/zc?k=201002/2010022000211>)

8) 2009年5月1日の閣議後記者会見概要 (<http://www.mhlw.go.jp/kaiken/daijin/2009/05/k0501.html>) に基づく。

運用が明確になっていない時点で、神戸市関係者は即時対応していくことが強いられた。さらに、神戸市関係者は当時、メディアブリーフィングや記者会見を行う前に、内部で事前打ち合わせをする時間すらもなく、神戸市職員は市の方針について把握するため、同メディアブリーフィングや記者会見に出席し、そこで取ったメモを上司に報告したことを明らかにしている⁹⁾。これは、メディア対応が危機対応の最優先事項になったことを顕著に示している。

上記の事例は、当時の状況を考えれば、仕方なかったといえればそれまでであるが、客観的に見れば、こうした慌てた対応そのものの効果について疑問が呈されるところであろう。しかし、誰が悪いか互いにそれぞれを指さして非難することは適切ではない。一言でいえば、これは、上記3つのレベル全てにおけるリスクコミュニケーションの不足の問題であり、国家省庁、地方政府、メディア、市民全ての層において、リスクコミュニケーションの改善の必要性を顕著に示すものと言える。リスクコミュニケーションというと、簡単なことのように捉えがちであるが、実際にはそうではない。リスクコミュニケーション1つととっても、危機発生以前、つまり、1) 事前「政策デザイン・準備」段階や、2) 早期「実施・機動」段階から、何が危機時にリスクコミュニケーションにおいて重要になるかという点からはじまり、国家省庁、地方政府、メディア、市民全ての層において、またその各ステークホルダー間において、リスクコミュニケーション能力を運用可能なレベルに引き上げるための仕組み作りやトレーニングに至るまで、様々な段階を経て時間をかけて、成熟化させる必要のあるものである。

(3) 政策アプローチの鍵との関連性

上記(1)および(2)を踏まえて、前項2.の政策アプローチの鍵との文脈に沿って日本の一連の動きをレビューすると、次の3点を指摘することができる。先ず、第一の政策アプローチの鍵「継続的な政策分析・評価」および「政策更新・改善」に関し、3) 危機発生「対応・回復」段階にあらゆる政策活動が集中し、本段階での政策・組織変更が度々行われたことを含め、現行の政策形成プロセスにおいて、この政策の鍵を重視している局面をあまり見ることができない。また、上記(2)で検証した個別の事例を通して、特に「サーベイランスシステム」では技術問題、「ワクチン」では政策—情報—科学—知識の連携の不足、また「政策・データ」でも、情報—知識—政策の連携の不足が見られる。このように、本政策アプローチの鍵が現行の政策形成プロセスに組み込まれていないとは言えない。

次に、第二の政策アプローチの鍵「国内と国際政策の連関性」に繋がるような政策、あるいは政策形成プロセスについても、現行では見受けることができない。確かに、日本は発展途上国へのパンデミックインフルエンザ対策、感染症対策のための開発援助、国際協力という文脈では、過去数年にわたって多大な貢献を行ってきた。例えば、2006年には、アジア諸国のパンデミック対応の国

9) 関西学院大学災害復興制度研究所「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)における神戸市関係者からの発言に基づく。

家キャパシティ強化のためにWHOに1億3500万ドルという多額の寄付を行っている。一方、(2)の「ワクチン」でも触れたように、実際に今回の危機に至った際、国内の需要を満たすためにワクチン輸入に頼り、2009年8月にワクチン需要がピークを迎えた際、米国・英国・オーストラリア・フランス・ブラジル・ニュージーランド・ノルウェー・スイスといった国々が発展途上国へのワクチン寄付をWHOに誓約したのに対し、日本はこの誓約の輪に加わるに至らなかった。当時、もし世界的にワクチンが不足する事態に陥っていたならば、こうした日本のワクチン政策の不備は世界的に大きな問題を呈していたと考えられる。

このように、ワクチン政策を一つ例にとっても、国内・国際政策の連携が不可欠になるが、現行の政策アプローチにおいて、これを重視した方向性を見ることができない。国内と国際政策の連関性を重視した政策アプローチが採られるならば、危機段階に至る以前に、公衆衛生担当省庁のみならず、外交・開発、科学技術、経済を含めた複数の政策領域に跨る政策関係者が、本問題について政策議論を行うことが不可欠になる。

最後に、「複数の複雑に跨る政策領域」について、現行においては、各担当省庁別の政策アプローチになっており、公衆衛生と外交・開発援助それぞれにおいて、個別のアプローチが採用されている状況が見受けられる。この2つの政策領域間の連関性、さらには、図表1に示したその他の政策領域およびその連関性についてを重視した政策アプローチは、現行の日本の政策形成プロセスにおいて確認することはできない。

4. 政策インプリケーション：より良い政策に向けて

2009年H1N1によってもたらされた日本の死者数は、米国も含む他の多くの国々と比しても少なかったが、その結果を政策の成功という結論に直接結びつけるのは短絡的である。なぜなら、2009年H1N1が弱毒性であったことが、そもそもの死者が少ない要因であり、それを論拠の中心にして、実際に危機時に起きた様々な混乱の経験を過去のものとして葬るやり方は、問題解決型の政策アプローチそのものが問われる。今こそ、前項2. および3. で示したことを踏まえ、政策環境の変化および本政策課題の特徴を深く捉えた上で、今回の経験を通して何が教訓となるのかを検証し、政策知に繋げ、次の危機に備えてより良い政策に向けて政策デザインを描き直す時である。

もちろん、米国をはじめとする他の先進国も、本稿を通して示した政策アプローチの鍵が実現できているかといえば、そうとは限らない。特に、2009年H1N1では、先進国がこぞってワクチンを大量に生産・購入したにも拘らず、ワクチンが大幅に有り余るなど、ワクチン政策を巡って大きな混乱が起き、ワクチン政策のあり方に大きな問題が呈されている。

それほど、本政策課題は、史上例を見ない複雑性と不確実性を伴う問題である。だからこそ、政策関係者は、これまで問題なく遂行されていたかもしれない従来通りの政策アプローチでは、到底間に合わないことを認識することが肝要である。特に、第一の政策アプローチの鍵として示した「継

続的な政策分析・評価」および「政策更新・改善」は、パンデミック政策課題への必要不可欠な政策アプローチの最も根幹を成すものであり、この基軸を失くしては、政策環境の変化にも、その影響にも、さらに実質的な危機時の対応においても、問題解決型のアプローチを施す上でスタートラインにも立てない。第一の政策アプローチの鍵を、4段階で示したような基本的な政策形成プロセスの中に組み込んでこそ、新たな政策知への領域に挑むことができるといえる。

これを踏まえ、日本の現行の政策をより良い方向に仕向けるためのステップとして、大きく2つを掲げる。先ず第一ステップとして、政策分析・評価・更新・改善に焦点を当てた政策形成プロセスの徹底的な見直しが必要である。特に、今回のH1N1対応の教訓を踏まえ、以下を早急に検討する必要がある。

- 短・中・長期的な視点を通して、パンデミックのリスク評価、分析、リスクマネジメント、それに基づく政策更新、予算配分を一貫して見通す政策デザインを体系化
- ITを最大活用し、データ・統計を継続的に集約・体系化、そのデータ・統計を公開
- 1) 省庁間、2) 国家・地方政府間、3) 政府・メディア・市民間の各層に焦点を当てたり
リスクコミュニケーション強化のための具体的な仕組みをデザインし、実施に向けた取り組みを継続
- 過去の教訓を次の危機に生かすための具体的な政策プロセスおよび仕組みをデザインし、
実施に向けた取り組みを継続

第二ステップとして、上記第一ステップを踏まえた上で、本政策課題の新たな知識領域である「国内と国際政策の連関性」および「複数の複雑に跨る政策領域」に焦点を当てた、具体的な戦略・仕組み作りを進めることが必要である。特に、本稿で精査した日本の問題は、おそらくアジア全体にもある程度共通する問題であろう。そういう意味で、戦略的な観点からいえば、新たな知識領域において日本がリーダーシップを発揮する機会として捉えることができる。アジアにおける感染症の問題、大規模災害といった日本がこれまでも開発援助の観点から大きく貢献してきた分野において、新たな知識領域を意識した、政策知に基づく、国家を跨ぐアクション可能な政策の協働のための仕組み作りのために、日本がリーダーシップを発揮することが可能な領域ではないだろうか。

その戦略作りの鍵として、本稿を通して見たように、従来の開発・援助といった政策アプローチのみでは、本政策課題には適さない。従来のアプローチでは、先進国がある程度の成功経験を踏まえて、それを発展途上国に伝授するという考え方が底辺にあったが、史上例を見ない複雑な不確実性を伴う問題においては、先進国も日々常に、あらゆる知識・情報・データ・経験に基づき政策を更新することが不可欠となる。従って、先進国は、その知識領域においてイニシアティブを採りながらも、発展途上国と共に各国の教訓・経験・情報・データを国境を越えて深いレベルで共有し、評価、分析を踏まえてアクション可能な政策に結びつけるための仕組み作りを実施していく必要がある。

ある。このポイントに、日本がアジアでリーダーシップを発揮できる機会がある。

こうした広範囲な取り組みについて、予算、人材を含めて、政策資源の限界を懸念する声もある。しかし、政策資源が限られているからこそ、さらには、極めて「不確実性」や「複雑性」を伴う問題であるからこそ、問題対処法的な政策措置ではなく、「事前」に如何にリスクを捉え、有限の政策資源をリスク分析評価に基づいて如何に配分するか、効率的なリスクマネジメントを行うことができるかが問われる。その効率的なマネジメントは、1 国家だけでは対処できるものではなく、上記のステップを踏まえてこそ可能になる。

以上のことは、単に政府担当省庁でできるものではないことは明らかである。一部の関係者の間だけで、到底太刀打ちできる問題ではない。まさに民が大きく関わるべき政策課題である。中でも、独立的な政策評価・分析を行い、新たな知識領域に果敢に取り組むことが可能な組織・人材が不可欠である。その意味でも、多くの課題は山積するが、少しでもこうした問題意識を共有し、本稿を通して述べたことを目安にしながら、1 つ 1 つの取り組みを積み重ね、こうした分野で日本がアジアでリーダーシップが取れるようにできる限り歩を進めていくことが最重要と考えられる。