

海外社会保障研究

Autumn 2015

No.192

特集：予防接種の国際比較

特集の趣旨	加藤 智章	4
米国の予防接種制度から学ぶこと—日本の予防接種制度の現状と課題	齋藤 昭彦	6
途上国における予防接種制度の現状と課題	中村 安秀	20
ドイツにおける予防接種政策	松本 勝明	25
中国における予防接種の歴史的展開—種痘政策を中心に	福士 由紀	33

投稿（動向）

韓国における認知症対策および家族介護者支援の取り組みの 現状と課題	鄭 丞媛・井上 祐介・趙 恩暉・斎藤 民	46
--------------------------------------	----------------------	----

書評

井上恒男著『英国所得保障政策の潮流—就労を軸とした改革の動向—』 （ミネルヴァ書房、2014年）	丸谷 浩介	52
沈潔著『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか —社会主義・資本主義の調和—』（ミネルヴァ書房、2014年）	澤田ゆかり	57

海外社会保障研究

Autumn 2015 No.192

国立社会保障・人口問題研究所

『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』の統合のお知らせ

『季刊社会保障研究』は、1965年の創刊以来社会保障に関する学術研究の発展に貢献して参りました。1998年に創刊された『海外社会保障研究』もまた、その前身である『海外社会保障情報』を引き継ぎ、海外における社会保障制度に関する情報発信ならびに研究発表の場として機能を果たして参りました。

他方、この半世紀の間に我が国は人口高齢化のフロントランナーとなる一方、欧米以外の諸国でも制度の構築・発展がみられるなど、国内外の社会保障をとりまく環境は変化を遂げてきました。さらにインターネットの発達により、国内外のデータへのアクセスは格段に向上し、研究のありようにも大きな進展がみられます。国内・海外という対象国に基づく研究上の区別は稀薄になり、読者の多くも特定のテーマに関する双方の情報を同時に求めるようになってきています。

こうした変化を踏まえ、国立社会保障・人口問題研究所（社人研）では、これら2つの雑誌が築いてきた基盤の上に日本の社会保障研究をよりいっそう推進していくことを目指し、2015年度をもちまして、両誌を発展的に統合することといたしました。2016年度以降は、統合による相乗効果を活かした、社会保障に関する学術性、学際性、国際性、情報発信機能を備えた政策志向の雑誌として新たに生まれ変わります。

投稿論文については、2015年12月1日から新しい規程・要領が適用されます。詳細については次ページをご覧ください。また新しい雑誌の名称や編集体制、その他についても決定され次第、本誌および社人研のホームページにてお知らせいたします。

読者の皆様、これまでご寄稿いただきました皆様、編集にご協力いただきました皆様方におかれましては、長年のご高配に心より感謝申し上げますとともに、新雑誌につきましても、引き続きご指導、ご愛読くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご挨拶

このたび『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』は、現代社会に求められる学術性、学際性、国際性、情報発信機能を備えた政策志向の新たな雑誌へと生まれ変わるべく、2016年4月に統合することとなりました。両誌のこれまでの蓄積を踏まえ、学界と政策立案の双方にいっそう大きな貢献をする雑誌となるよう努めて参る所存です。今後ともご愛読くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

国立社会保障・人口問題研究所 所長 森田 朗

投稿論文の募集について

- 『季刊社会保障研究』『海外社会保障研究』への論文等の投稿は、2015年11月30日（当日消印分）まで現在の各誌の投稿規程・執筆要領にしたがった原稿を受け付けます。
- 新雑誌への移行に伴い、投稿論文の採用が決定される時期によっては、新雑誌に掲載となる場合もあります。予めご了承くださいますようお願いいたします。
- 既に投稿され、現在審査中のものについても、場合によっては新雑誌に掲載される可能性があります。急な変更となりますことをお詫び申し上げます。
- 2015年12月1日到着分以降（郵送の場合は12月1日以降消印分）については新しい投稿規程・執筆要領に沿った原稿を受け付けます。新しい投稿規程・執筆要領については、2015年11月中に社人研ホームページ（http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/bj_toukou.htm）にて発表いたします。
- 新雑誌では投稿論文の文字数上限が現行の1万6千字から2万字に変更されるなど、規程の大きな変更もございます。今後投稿をご予定の方はご注意ください幸いです。
- 引き続き多くの皆様からの投稿をお待ちしております。

今後のスケジュール

時期	新雑誌	季刊社会保障研究	海外社会保障研究
2015年9月末 11月中	投稿規程・執筆要領を ホームページに掲載	第51巻第2号	第192号
12月1日（郵送 の場合当日消印 分から）	投稿論文に新しい投稿規 程・執筆要領の適用開始	旧規程・要領による 投稿の受付の停止	旧規程・要領による 投稿の受付の停止
2016年2月頃		第51巻第3・4号	第193号
2016年4月 6月末	編集委員会の発足 創刊第1号の刊行		

上記の他、雑誌の名称や編集体制、その他についても決定され次第、本誌および社人研のホームページにてお知らせいたします。

特集：予防接種の国際比較

趣 旨

わが国では1948（昭和23）年に予防接種法が制定され、予防接種が感染症の発生及びまん延の予防、公衆衛生水準の向上ならびに国民の健康の保持に著しい効果をあげてきた。その一方、1990年代に入り感染症の患者数が減少する中で、予防接種禍集団訴訟（最判平3.4.19民集45/4/367、最判平10.6.12民集52/4/1087等）に対する被害救済の司法判断が相次いで示され、より安全な予防接種の実施体制の整備が求められるようになった。このような動きに対応して、1994（平成6）年に法改正が行われ、定期予防接種の法的義務が努力義務とされるとともに、法の目的に健康被害の救済に関する内容が追加された。それでも無菌性髄膜炎の発生被害などが社会問題となるなど、国民の予防接種に対する懸念は解消されなかった。なお、感染症については、予防接種法とは別に、1998（平成10）年に伝染病予防法、性病予防法およびエイズ予防法をまとめて感染症法が制定され、その後2007（平成19）年に結核予防法を統合して現在に至っている。

このような予防接種をとりまく環境変化を踏まえ、2014（平成26）年3月に「予防接種に関する基本計画（厚生労働省令121号）」が示された。この基本計画が示されてから3年が経過したが、本企画は予防接種を取り巻く諸問題について、わが国がどのような状況に置かれているかを、アメリカ・ドイツおよび中国における取り組みと対置させることによって明らかにしようとするものである。

齋藤昭彦論文「米国の予防接種制度から学ぶこと－日本の予防接種制度の現状と課題」は、アメリカ合衆国における予防接種制度を紹介する一方、わが国の問題点を指摘している。特に、同時接種や混合ワクチンが十分に普及していないこと、ワクチンの接種方法や接種部位、接種間隔などの問題点あるいは予防接種に関する諮問委員会のあり方などを指摘している。

中村安秀論文「途上国における予防接種制度の現状と課題」は、インドネシアを対象に、予防接種を

実施するための人材の確保やコールド・チェーンなどインフラの整備の必要性を明らかにする。さらに資金調達・ワクチンの供給・保健システムの強化などを図るGAVIアライアンスを持続することが求められる一方、予防接種に伴う健康被害に対する救済事業の充実が途上国における課題のひとつであることを指摘する。

松本勝明論文「ドイツにおける予防接種政策」は、日本と同様、接種義務規定を設けていないドイツを対象とする。そこでは、麻疹の流行が繰り返されていることなどを克服するために、子どもが保育施設に入る際に予防接種による健康の保護に関して医師の相談助言を受けたことの証明を求める健康増進・予防強化法案が検討されている。

福士由紀論文「中国における予防接種の歴史的展開－種痘政策を中心に」は、その題名から明らかなように、中国における種痘政策の歴史的展開過程を検討するものである。そこでは、地域による文化慣習の違い、政府の果たすべき役割、都市と農村の格差といった要素が種痘政策を実施する際のポイントになることが指摘されている。

このように本企画は医学、法学、歴史学といった異なる分野の研究者が、アメリカ、インドネシア、ドイツ、中国について、それぞれの視点に立って予防接種制度を検討したものである。わが国の予防接種制度について、その理解を深め、新たな政策推進の一助になれば幸いである。

(加藤智章 北海道大学大学院教授)

特集：予防接種の国際比較

米国の予防接種制度から学ぶこと

— 日本の予防接種制度の現状と課題 —

齋藤 昭彦

■要約

米国の予防接種は、国の予防接種諮問委員会（ACIP）が中心的な役割を果たし、ワクチンで予防できる病気を減少させ、その安全な使用の推進のために、継続的な活動を行っている。また、それ以外にも、予防接種をとりまく様々な政府の組織が政府間の横のつながりを保ち、万が一起こりうる予防接種による副反応に対する補償制度を充実させ、また、ワクチン接種後の有害事象の継続的な検出を行うなど、その制度を支持するための多方面の取り組みが行われている。日本の予防接種制度は、以前は、先進国の制度と比べ、大きな差があることを指摘され、“ワクチンギャップ”という言葉で例えられ、その問題点が指摘されていたが、この数年、そのギャップを埋めるための大きな進展が見られている。しかしながら、いまだ解決されなくてはいけない多くの問題を抱えており、米国の予防接種制度が参考となることが多い。

■キーワード

米国； 予防接種； 小児； ワクチンギャップ； ACIP

はじめに

米国は、世界中の国々から移民が集まる国であり、人の往来の極めて激しい国の1つである。ワクチンで予防できる病気（VPD, Vaccine Preventable Diseases）は、ワクチンで予防するという基本的な方針の基、国の政策の一つとして、新しいワクチンの開発、臨床治験、承認、販売、普及、接種率上昇のための教育など、様々な活動を通じて、VPDから国民を守るという姿勢が一貫している。筆者は、米国での小児科と小児感染症の臨床研修、そして、小児感染症専門医として計13年間、米国での小児科医として、米国の予防接種制度に触れてきた。ここでは、米国の予防接種の現状とそれを実行するための組織、そしてその制度につ

いて述べることとする。また、日本の予防接種制度と比較して、現在の日本の予防接種制度の現状と課題を明らかにしたい。

米国の予防接種の現状

小児と成人の予防接種スケジュール

米国の2015年の小児（図1）、成人の予防接種スケジュール（図2）を示す。縦に接種するワクチン、そして横に接種時期が記載されている。白色の枠が推奨される接種時期、薄いグレーの枠が接種時期を逃した場合のキャッチアップ接種の時期、そして、濃いグレーの枠がリスクの高いものに対する予防接種推奨時期を示している。これらのスケジュールは、毎年更新され、毎年1月に米国疾病予防管理センター（CDC, Center for Disease

Figure 1. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years – United States, 2015.

(FOR THOSE WHO FALL BEHIND OR START LATE, SEE THE CATCH-UP SCHEDULE (FIGURE 2)).

These recommendations must be read with the footnotes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars in Figure 1. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Figure 2). School entry and adolescent vaccine age groups are shaded.

Vaccine	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	9 mos	12 mos	15 mos	18 mos	19-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7-10 yrs	11-12 yrs	13-15 yrs	16-18 yrs
Hepatitis B ¹ (HepB)	1 st dose	2 nd dose														
Rotavirus ² (RV) RV1 (2-dose series), RV5 (3-dose series)			1 st dose	2 nd dose	See footnote 3											
Diphtheria, tetanus, & acellular pertussis ³ (DTaP; <7 yrs)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose											
Tetanus, diphtheria, & acellular pertussis ³ (Tdap; ≥7 yrs)														(Tdap)		
Haemophilus influenzae type b ⁴ (Hib)			1 st dose	2 nd dose	See footnote 5											
Pneumococcal conjugate ⁶ (PCV13)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose											
Pneumococcal polysaccharide ⁶ (PPSV23)																
Inactivated poliovirus ⁷ (IPV; <18 yrs)			1 st dose	2 nd dose												
Influenza (IV; IAV); 2 doses for some: See footnote 8																
Measles, mumps, rubella ⁹ (MMR)																
Varicella ¹⁰ (VAR)																
Hepatitis A ¹¹ (HepA)																
Human papillomavirus ¹² (HPV2; females only; HPV4; males and females)																
Meningococcal ¹³ (Hib-MenCY ≥ 6 weeks; MenACWY-D ≥ 9 mos; MenACWY-CRM ≥ 2 mos)																

Legend:
 □ Range of recommended ages for all children
 ■ Range of recommended ages for catch-up immunization
 ■ Range of recommended ages for certain high-risk groups
 ■ Range of recommended ages during which catch-up is encouraged and for certain high-risk groups

図1 米国における0-18歳児に推奨される予防接種スケジュール 2015

Recommended Adult Immunization Schedule—United States - 2015

Note: These recommendations must be read with the footnotes that follow containing number of doses, intervals between doses, and other important information.

Figure 1. Recommended adult immunization schedule, by vaccine and age group¹

VACCINE ▼	AGE GROUP ▶	19-21 years	22-26 years	27-49 years	50-59 years	60-64 years	≥ 65 years
Influenza ²		1 dose annually					
Tetanus, diphtheria, pertussis (Td/Tdap) ³		Substitute 1-time dose of Tdap for Td booster; then boost with Td every 10 yrs					
Varicella ⁴		2 doses					
Human papillomavirus (HPV) Female ⁵		3 doses					
Human papillomavirus (HPV) Male ⁵		3 doses					
Zoster ⁶						1 dose	
Measles, mumps, rubella (MMR) ⁷		1 or 2 doses					
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13) ⁸		1-time dose					
Pneumococcal polysaccharide (PPSV23) ⁸				1 or 2 doses			1 dose
Meningococcal ⁹		1 or more doses					
Hepatitis A ¹⁰		2 doses					
Hepatitis B ¹¹		3 doses					
Haemophilus influenzae type b (Hib) ¹²		1 or 3 doses					

*Covered by the Vaccine Injury Compensation Program

□ For all persons in this category who meet the age requirements and who lack documentation of vaccination or have no evidence of previous infection; zoster vaccine recommended regardless of prior episode of zoster
 ■ Recommended if some other risk factor is present (e.g., on the basis of medical, occupational, lifestyle, or other indication)

Report all clinically significant postvaccination reactions to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Reporting forms and instructions on filing a VAERS report are available at www.vaers.hhs.gov or by telephone, 800-822-7967.

Information on how to file a Vaccine Injury Compensation Program claim is available at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or by telephone, 800-338-2382. To file a claim for vaccine injury, contact the U.S. Court of Federal Claims, 717 Madison Place, N.W., Washington, D.C. 20005; telephone, 202-357-6400.

Additional information about the vaccines in this schedule, extent of available data, and contraindications for vaccination is also available at www.cdc.gov/vaccines or from the CDC-INFO Contact Center at 800-CDC-INFO (800-232-4636) in English and Spanish, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Eastern Time, Monday-Friday, excluding holidays.

Use of trade names and commercial sources is for identification only and does not imply endorsement by the U.S. Department of Health and Human Services.

The recommendations in this schedule were approved by the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Family Physicians (AAFP), the American College of Physicians (ACP), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and American College of Nurse-Midwives (ACNM).

図2 米国における成人に推奨される予防接種スケジュール 2015

2015 Recommended Immunizations for Children from Birth Through 6 Years Old

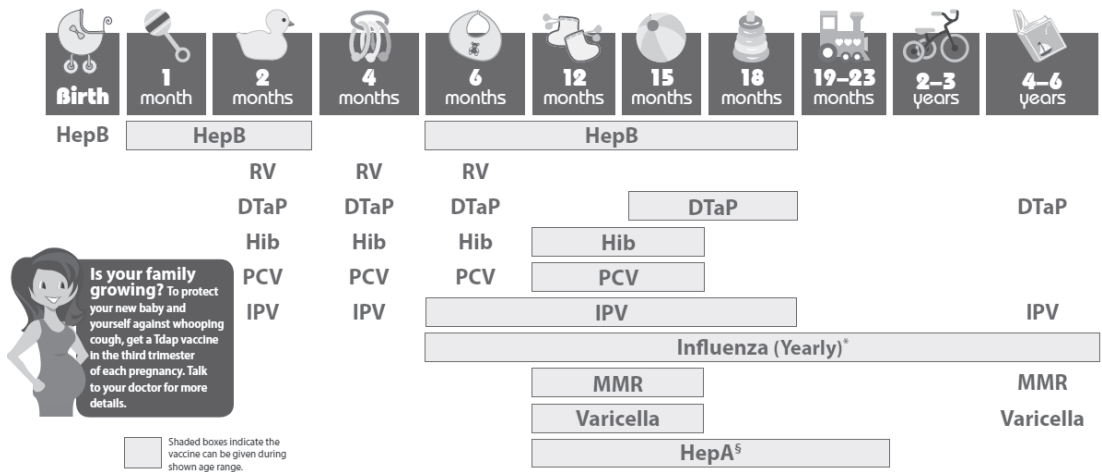


図3 米国における0-6歳に推奨される予防接種スケジュール（保護者向け）

Control and Prevention)の機関紙であるMMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)を通じて発表される[1, 2]。そこには、昨年のスケジュールとの変更点が記載され、そして、一般的推奨が記載される。また、接種漏れがあった場合のキャッチアップ接種のスケジュールも別表として発表される。更には、被接種者向けの簡易で、理解しやすいスケジュールも同時に発表され、接種される側の理解を進める努力がされている(図3)[3]。

一方で、米国小児科学会、米国家庭医学学会、米国内科学会、米国産婦人科学会、米国看護、助産師学会などの予防接種に関連する各学会からも、それぞれの学会推奨の予防接種スケジュールが発表されるが、CDCからのスケジュールと統一されており、接種者はCDCのスケジュールを基本として接種することになる。これは、後述する米国の予防接種諮問委員会(ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices)において、各学会の代表者がリエゾンとして会に出席し、そこでスケジュールの統一が行われるからである。また、各VPDについて、そして実際の接種については、CDCがEpidemiology and prevention of vaccine-

preventable diseases(俗称Pink Book、表紙の色がピンク色であることからこう呼ばれる)[4]を数年おきに改定し、指針を打ち出している。

小児の接種機会

米国では、上記のCDCのスケジュールにしたがって、ワクチン接種が各地域で実施されるが、実際の接種は、小児の健診時に接種を行う。例えば、乳幼児であれば、生後2か月、4か月、6か月、1歳時に、検診と同時に必要なワクチン接種を行う。

同時接種による予防接種

米国における予防接種の原則は、接種時期になったら、複数のワクチンを同じ時期に接種を行う同時接種を基本とする。同時接種は、患者を早期からワクチンで予防できる病気から守り、接種率の向上、接種者、医療従事者の負担を軽減する[5]。

混合ワクチンによる予防接種

混合ワクチンとは、2つ以上のワクチン抗原を1つのワクチンに混合したものである。特に1990年

表1 米国における主な混合ワクチン

商品名	会社	3種混合 (ジフテリア、 破傷風、百日咳)	不活化 ポリオ	ヒブ	B型肝炎	A型肝炎	MMR	水痘
米国								
Combax	Merck			○	○			
Pentacel	Sanofi Pasteur	○	○	○				
Pediarix	GSK	○	○		○			
Kinrix	GSK	○	○					
TriHIBit	Sanofi Pasteur	○		○				
Twinrix	GSK				○	○		
Proquad*	Merck						○	○

*副反応としての熱性けいれんの頻度が高く、現在は12-23か月の児の初回接種に限り、推奨を中止

代後半から乳幼児対象の混合ワクチンが多数開発され、児の接種本数を減らす努力がされてきた。現在、米国では、混合ワクチンが乳児、幼児のワクチンの主流として使われている。主に米国で接種可能な混合ワクチンを表1にまとめた[5]。特記すべきことは、接種が過密になる早期乳児、そして1歳児に、通常の3種混合ワクチンに不活化ポリオ、B型肝炎、ヒブワクチンを混合した5種混合が使用されている。また、米国以外の欧州を中心とした地域では、3種混合ワクチンに不活化ポリオ、B型肝炎、ヒブワクチンを混合した6種混合ワクチンがその主流となっている[6]。混合ワクチンの最大の長所は、1回の接種で複数の病原体に対する免疫を獲得でき、接種率が上昇することである、被接種者の痛みの回数を減少させること。更には、仕事量の低下、保管場所の削減、更には医療費の節約も可能である。一方で、混合ワクチンは、複数の抗原が混合されており、それぞれのワクチンの抗原や内容物が多く含まれる分、副反応の頻度がそれぞれのワクチンの単独接種に比べ若干増加することが知られている。また、単独接種に比べ、免疫原性が低下することがある。代表的な例として、3種混合ワクチンとヒブワクチンの混合ワクチンで、ヒブの抗体価が単独接種に比

べ、低くなることが知られている。しかしながら、今までの海外のデータからは、感染防御には十分な役割を果たしており、臨床上の問題は指摘されていない[5]。

接種費用

予防接種を受けるにあたり、接種の費用は、その接種率を決める上で、極めて重要な因子である。米国における予防接種の費用は、被接種者の入っている健康保険の種類によって異なる。全体の約6割は、HMO (Human Maintenance Organization)、PPO (Preferred Physician Organization) などと呼ばれる民間の保険会社の保険を購入して、その保険に所属している。この場合、ワクチン接種の際は、外来受診の際に支払うCo-pay (\$10-20程度)だけで、全てのその年齢に必要なワクチン接種が可能となる。これは、ワクチンで予防できる病気を確実に予防できれば、その児は、外来や救急室に來たり、あるいは、入院をすることもなくなる。保険会社としては、ワクチン接種代はかかるものの、最終的な医療コストの削減となるので、ワクチン接種を推奨することは、保険会社にとって利益を上げるために重要な戦略の1つである。一方で、保険会社に加入できない児は、地域

のDepartment of Public Healthでのワクチンクリニックなどで接種を行うが、この場合、一定の金額を支払って、その年齢に必要なワクチンを接種することが出来る。この金額は地域によって異なるが、私が居たSan Diegoでは、\$5の費用を支払うと、その児の年齢に必要なワクチン接種を全ておこなうことが可能であった。

接種方法

実際の接種は、生ワクチンを除いては、原則筋肉内注射がその基本である[7]。乳児の接種部位は、大腿前外側に行い、接種部位が不足する場合は、上腕を用いる(図4)。幼児においては、2歳までは、大腿前外側部か上腕3角筋部、そして、2歳以上は、上腕3角筋部が中心となる。尚、同じ解剖学的部位に同時に接種する場合、最低1インチ(2.5cm)離して接種することが推奨されている。米国で、実際のワクチン接種は、看護師によって行われ、医師が直接接種を行うことは少ない。

予防接種教育

米国では、予防接種に対する教育活動が盛んに行われている。例えば、CDCは、予防接種に関する講習会を年に4回(1回3時間)、サテライト放送

にて行っている。通常、地域のDepartment of Public Healthが会場を提供し、医師、保健師や看護師、学校保健の教員などが講習を受講できる仕組みになっている。さらに年に1度の予防接種週間には医師を対象としたセミナーも開かれるなど、医療従事者への継続的な教育活動が行われている。

また、市民に対しては、集団免疫の概念が浸透している印象を受けた。ワクチンを接種することは、接種者(個人)だけがVPDから守られるものではなく、社会全体で免疫を獲得し、ワクチン接種できない人を社会全体で守り、社会からVPDを少なくし、そして排除していく。この考えは、例えば、学校に入学する際に、一定の決められたワクチン接種をしていないと入学が認められないというようなシステムからも、その重要性を垣間見ることができる。

米国の予防接種制度を作る組織

米国の予防接種諮問委員会(ACIP)

米国の予防接種を実施する上で、その中心的な委員会が予防接種諮問委員会(ACIP)である[8]。ACIPは、既に40年以上の歴史を持つ委員会で、15名の予防接種領域の専門家が投票権のあるメン

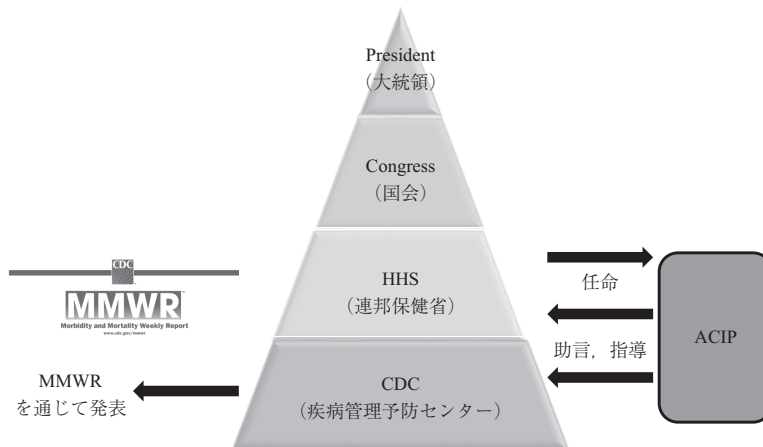


図4 ACIP

バー（Voting Member）となり、それに政府、専門団体の代表が複数加わり、さらに下部組織である10を超えるWork Groupが実働部隊となり、その活動を行っている。そこでの意見を国の連邦保健省、CDCに反映させ、国の予防接種政策の決定に大きな役割を果たしている（図4）。ACIPは、あくまで、政府の外の組織であり、その客観性が保たれている。

ACIPの2つの大きな目的は、国内における1) VPDの発生頻度を減少させること、そして、2) ワクチンとそれに関連する生物製剤（免疫グロブリンなど）の安全使用を推進することにある。具体的な仕事の内容としては、年3回の定期的会合の中で、小児、成人におけるワクチン接種の年齢、回数、間隔、注意点、禁忌などをMMWRにて発表すること、ワクチンの適応と接種スケジュールの決定、安全性と効果の確認、現在の推奨の成果と実施のしやすさ、ワクチン供給の平等性、コスト（医療費など）の評価、他の学会（米國小児科学会、米国家庭医学学会など）の指針との統一などがあげられる。会合は、全て公開され、その内容は、インターネットで中継され、また、ビデオに記録され、誰でも閲覧可能である。また、前もって登録しておけば、日本からの参加も可能で

ある。ACIPの活動は、VPDの継続的なサーベイランスにより、ワクチン導入前後のVPDの変化を明確にすること、必要であると考えられるワクチンを早期にスケジュールに導入すること、そして、一度導入したワクチンの効果、安全性を継続的に監視していくことなどに大きな役割を果たしている。

ACIP以外の予防接種に関連する組織

米国には、NVPO（National Vaccine Program Office）と呼ばれる国のワクチンプログラムオフィスが存在する[9]。連邦保健省内における予防接種事業を担当する主な部門は、CDC、NIH（National Institute of Health）、FDA（Food and Drug Administration）、OPHEP（Office of Public Health Emergency Preparedness）であり、それぞれの部門がワクチンに関連する仕事を担当している（図5）。また、それ以外にも、予防接種に関連する部門は、14部門あり、それらのワクチン関連の業務を統括する組織が必要である。その組織がNVPOで、これは連邦保健省直属の機関であり、連邦政府の各部署の予防接種事業の調整を行い、また、予防接種によって、疾患を予防、有害事象を減らす戦略を作成し、実行している。同時に、連邦政

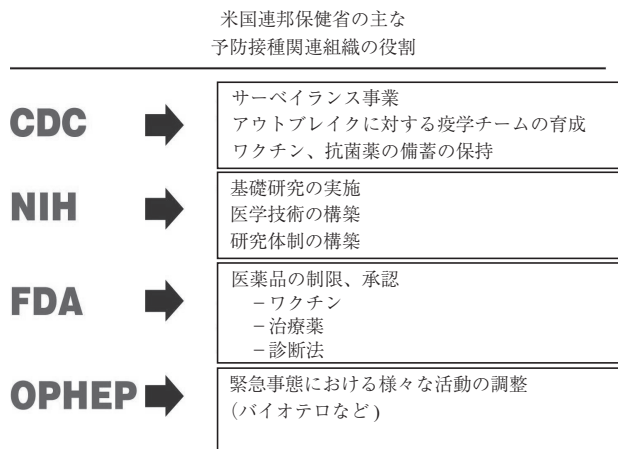


図5

府の予防接種の計画と現場での予防接種の行動のギャップを見つけ、その橋渡しをする役割を持つ。更には、NVPOに助言、指導をする外部機関であるNVAC (National Vaccine Advisory Committee) の活動をサポートしている。NVACは、連邦保健省内のNVPOの活動を客観的に見て、指導する組織である。これによって、その活動に透明性が保たれ、国よりの方針が是正されることもある。この様なワクチン関連の部署をつなぎ合わせる部門の存在はとても大きい。日本のような縦割りの行政組織で、横のつながりが薄い組織では、このような組織は、大きな役割を果たすものと考えられる。

ワクチン接種後の有害事象のサーベイランス

米国には、VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) と呼ばれる、国のワクチン安全サーベイランスプログラムが存在する[10]。1990年より、CDCとFDAが共同で運営され、このシステムは、有害事象(ワクチン接種後に起こる全ての負の事象)を吸い上げて、ワクチンと関連のある副反応を検知するシステムである。医療従事者、製薬会社、保護者など、だれもが、インターネット、手紙、電話など、様々な方法で報告が可

能である。このシステムが機能した例としては、1999年にロタウイルスワクチンが導入された際、市販後に15例の腸重積の症例の集積があり[11]、ワクチンとの関連の可能性があるとの判断を基に、ワクチンがスケジュールから除かれた経緯がある[12]。このプログラムには、年間約30,000件の報告があるが、そのほとんどが軽症で、因果関係は不明である。

ワクチン接種後の補償制度

VCIP (Vaccine Injury Compensation Program) は、1986年に設立されたプログラムで[13]、国の連邦保健省内のHRSA (Human Resources and Social Administration) と呼ばれる組織が運営している。この組織は、単独の組織であり、CDCやFDA、NIHなどのワクチンと関連する部署とは一線を引くところに存在していることを特記しておきたい。このプログラムは、CDCの推奨するワクチン接種後の健康被害に対しての補償を行うが、運営の資金は、ワクチンの1コンポーネントにかかるお金 (75 cents/1 component) で運営されている。すなわち、ワクチン代金に補償のための資金が既に上乘せされており、この資金の集積によって、特に他からの援助なく、この資金だけで運営が成

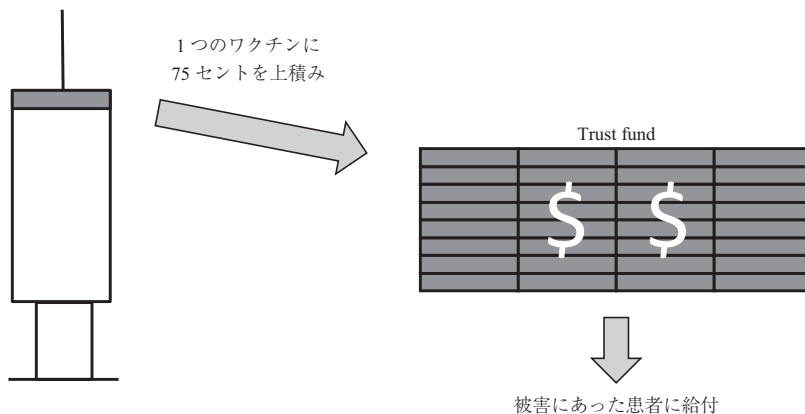


図6 ワクチンの補償制度
Trust Fund

立している（図6）。この組織も、外部機関である Advisory Commission on Childhood Vaccines (ACCV) による監視がある。重篤な死亡例であると、約100万ドル（約1億2千万円）が支払われるが、実際に起こった副作用が、ワクチンと関連のあるものなのか、そうでないのかは、National Childhood Vaccine Injury Actと呼ばれる法律で判断される。米国では、“補償”であり、日本のようにワクチンとたとえ関連がなかったとしても、否定できないという理由で行われる“救済”とは異なる。ワクチン接種の後に起こることは、全てワクチンとの因果関係が疑われるが、一定の基準の設定が重要である。以上の様なワクチンにある一定の金額を上積みし、万が一起こるかもしれない副反応に対して皆で支えあう姿勢は、非常に重要であり、これからの日本の救済制度にも参考になるものと考えられる。

米国の制度と比較した日本の予防接種制度

以前から、海外の予防接種制度と比較して、日本のそれは遅れがあることが指摘されてきた。これは、ワクチンギャップという言葉で例えられていたが[14]、国内でも、2008年以降、新しいワクチンが多数導入され、VPDが増え、国内で接種できるワクチンが増えてきた（表2）。ヒブワクチ

表2 2008年以降に国内に導入されたワクチン（インフルエンザワクチンを除く）

- 2008年12月 ヒブワクチン（アクトヒブ[®]）
- 2009年 6月 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（ジェービック[®]）
- 2009年12月 ヒトパピローマウイルスワクチン（サーバリックス[®]）
- 2010年 2月 結合型7価肺炎球菌ワクチン（プレベナー[®]）
- 2011年 4月 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（エンセバック[®]）
- 2011年 8月 ヒトパピローマウイルスワクチン（ガーダシル[®]）
- 2011年11月 ロタウイルスワクチン（ロタリックス[®]）
- 2012年 7月 ロタウイルスワクチン（ロタテック[®]）
- 2012年 9月 不活化ポリオワクチン（イモバックス[®]）
- 2012年11月 4種混合ワクチン（テトラビック[®]、クアトロバック[®]）
- 2013年11月 結合型13価肺炎球菌ワクチン（プレベナー13[®]）

ン、肺炎球菌ワクチン、HPVワクチンに関しては、2011年度より、国の臨時予算で公費の助成が開始され、更には、2013年4月の予防接種法改正により、定期接種のワクチンとなり、全て公費負担で接種できるようになった。図7、8は、ヒブ、肺炎球菌による重症感染症の頻度の変化をワクチン導入前で10道県で観察したものを比較したデータのまとめである。特にヒブによる髄膜炎は100%の減少、肺炎球菌の髄膜炎は、71%減少と、小児の重症細菌感染症は劇的に減少している。この様にワクチンが導入され、接種率が上昇することに

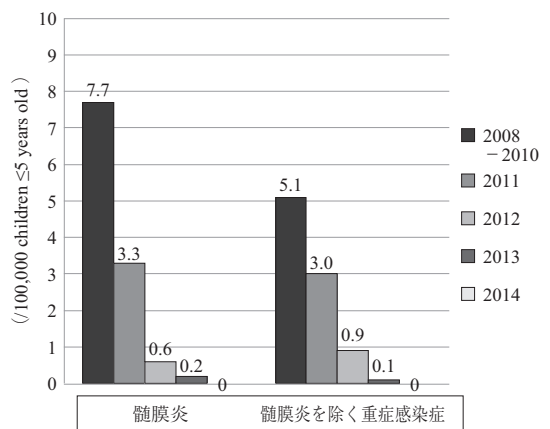


図7 ヒブワクチン導入後の侵襲性ヒブ感染症の減少

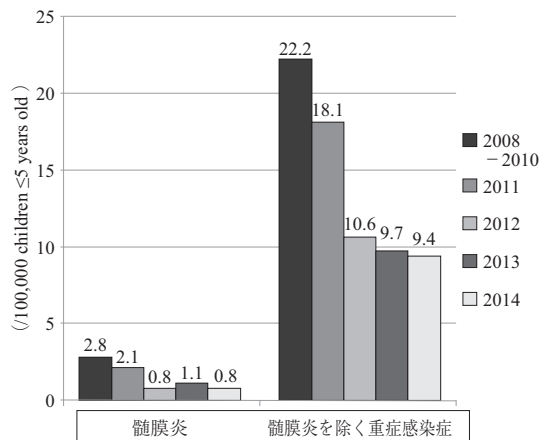


図8 肺炎球菌ワクチン導入後の侵襲性肺炎球菌感染症の変化

よってその効果が明確に示された[15]。これらのワクチンの効果を示すためには、今後も、これらの疾患の継続的なサーベイランスが必要である。また、2014年10月からは、水痘ワクチンも定期接種化され、過去の定点あたりの症例数は、1/3～1/4程度に減少している。

しかしながら、その具体的な接種方法に関しては、未だ、問題が残っている[16]。例えば、国際的に標準的な医療行為である同時接種が十分普及していない現状があること、接種部位と接種方法、異なるワクチンの接種間隔、予防接種に関する教育、そして、予防接種の諮問委員会のあり方など、課題は多い。予防接種の最終的な目的は、予防接種を積極的に行い、国民をVPDから守ることである。これを可能にするためには、医療関係者の予防接種に対する正しい理解が必要であり、同時に、予防接種制度の更なる改革が必要である。

定期接種と任意接種のワクチン

国内には、定期接種のワクチンと任意接種ワクチンという独特の分類が存在する。定期接種のワクチンは、国の責任で接種されるもので、費用は原則公費で負担されるが、任意接種のワクチンは、個人の責任で接種されるものであり、費用も原則個人負担である。任意接種のワクチンは、予防接種法に規定されていないワクチンであり、費用負担が大きいこと、保護者にも接種者にも十分な情報提供がされないこと、救済制度が異なることなどがその問題点としてあげられる。その様な理由から、任意接種のワクチンの接種率は低く、これらの疾患が依然社会に蔓延している現状がある[14]。例えば、ムンプスでは、国内のデータによると、約1000人に1人は、永続的な難聴を合併すると報告されている[17]。B型肝炎は、母子感染対策事業において、母子感染の症例数は減少したが、父子感染などによる水平感染の症例が問題と

なっており、全ての子どもたちに接種される Universal Vaccinationが推奨される。この件に関しては、国は、ようやく来年度から、定期接種化の方針を固めた。また、乳幼児の急性下痢症の主な原因ウイルスであるロタウイルスに対するロタウイルスワクチンは、海外で著明な効果を示し、その疾患疫学を変えている[18]。これらの任意接種ワクチンの定期化が強く望まれる。

同時接種

国内には、2008年以降、新しいワクチンが相次いで販売され(表2)、多くのワクチン接種が可能となり、特に乳幼児期には、複数のワクチンを限られた期間に接種する必要がでてきた。接種によって確実に子どもたちをVPDから守るためには、複数の異なるワクチンを同時に接種する医療行為、すなわち同時接種が重要である。日本小児科学会は、2011年1月に同時接種に対する考え方を発表した[19]。同時接種は、複数の異なるワクチンを同時に接種する医療行為であり、諸外国においては、標準的に行われている医療行為である[4]。同時接種によって、それぞれのワクチンに対する有効性について、お互いのワクチンによる干渉はないこと、それぞれのワクチンの有害事象、副反応の頻度が上がることはないこと、同時接種できるワクチンの本数に原則制限はないことが知られている[20, 21]。しかしながら、国内では、同時接種の必要性がなかったこと、また、2011年3月に、ヒブ、肺炎球菌ワクチンを含むワクチンの同時接種後に、7名の死亡事例が報告され、両ワクチンが一時的に差し止めとなったことなどを受け、接種者、被接種者にその理解が十分得られていなかった。その後の症例の精細な解析の結果、ワクチンとの因果関係は否定され、その後、約3週間後に接種が再開された。しかしながら、両ワクチンの添付文書には、特に基礎疾患のある児に対しては、単独接種も考慮することが併記さ

れ、そのハードルは高いままの状態である。その後、同時接種は、少しずつ普及し始め、現在では、多くの施設で実施されるまでに至っているが、その後のモニタリングでは同様の死亡例の集積などは認められていない。


なぜ、同時接種が重要なのか、その利点として、同時接種を実施することによって、子どもたちがVPDから早期に守られることがあげられる。ワクチンは、接種できる時に接種し、免疫をつけることがその目的である同時接種は、その目的を達成するための重要な手段である。また、付加的なこととして、保護者の経済的、時間的負担が軽減すること、各ワクチンの接種率が向上すること、そして、医療者の時間的負担が軽減することがあげられる。同時接種を行わない場合には、これらの利点の恩恵を被ることはできない。安全性については、国内のデータは限られている。しかしながら、海外のデータを見ても、どの様なワクチンの

組み合わせであっても、同時接種の安全性を問題視するデータは存在しない。諸外国の過去の膨大なデータがその安全性を確約している。

混合ワクチンの普及

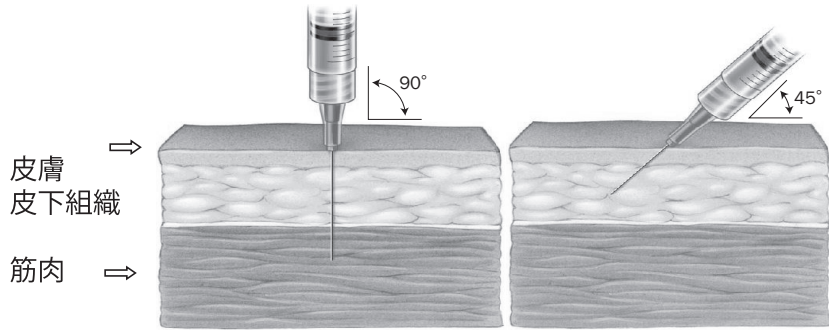
現在、国内には、異なる病原体のワクチンが一緒になった混合ワクチンは、4種混合ワクチン、2種混合ワクチン、MRワクチンの3つだけである。前述した通り、国外には、ヒブ、B型肝炎、三種混合、不活化ポリオを組み合わせた5種混合、6種混合と呼ばれる多くの複合ワクチンが存在する。また、ムンプスワクチンはMRワクチンとの混合ワクチンであるMMRワクチンとして接種されている国がほとんどである。

日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュールを示す(図9)。これを見ると分かるように、混合ワクチンの数の少ない国内では、3か月の児は、計5種類のワクチンを同時に接種し、また、12-15



ワクチン	種類	乳児期								幼児期				学童期/思春期										
		生後後	6週	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9-11か月	12-15か月	16-17か月	18-23か月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳以上	
インフルエンザ菌b型(ヒブ)	不活化		①	②	③					④ (注1)														
肺炎球菌(PCV13)(注2)	不活化		①	②	③					④				(注2)										
B型肝炎(HBV) コヒバサーサル 母子感染予防	不活化		①	②					③														①②③ (注3)	
ロタウイルス 1価 5価	生		①	②					③															(注4)
四種混合(DPT-IPV)	不活化		①	②					③			④ (注6)												(7.5歳まで)
三種混合(DPT)(注7)	不活化		①	②					③			④ (注6)												(7.5歳まで)
ポリオ(IPV)(注7)	不活化		①	②					③			④ (注6)												(7.5歳まで)
BCG	生						①																	
麻しん、風しん(MR)	生										①													② (注8)
水痘	生										①		②											② (注9)
おたふくかぜ	生										①													② (注10)
日本脳炎	不活化																							① ② ③ (7.5歳まで)
インフルエンザ	不活化																							① ② (毎年(10月、11月などに))
二種混合(DT)	不活化																							11歳 ① 12歳
ヒトパピローマウイルス(HPV)	不活化																							(注11) 小6 手1 0②③ (注12) 中2-高1

図9 日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール 2014年10月1日版 日本小児科学会



出所：MMWR 2011; 60: 1-60 より作図.

図10 筋肉内接種と皮下接種

か月の児は、計6種類のワクチンを同時に接種することになる。この接種回数の多さは、他の先進国では、見られない現状であり、混合ワクチンの国内での普及への期待は高い。

異なるワクチンの接種間隔

国内では、不活化ワクチン接種後に異なる不活化、あるいは生ワクチンを接種する場合は、中6日以上、生ワクチン接種後に異なる生、あるいは不活化ワクチンを接種する場合は、中27日以上あけてから接種することとなっている。これは、国内独特の規則であり、海外では、異なる生ワクチン同士の場合、中27日以上あける以外は、接種間隔の規定は存在しない。おそらくこの規制は、万が一、ワクチンの副反応が出た場合に、その責任となるワクチンを明確にする目的で作られたものと考えられる。しかしながら、現在、同時接種が進んでいる中で、この規則の意味は、少なくなってきたと言わざるをえない。この規定は、接種時期を逃してしまう大きな一因となっている。これらの規制を撤廃すべく、日本小児科学会は、厚生労働省に要望書を提出したが(9)、今のところ、改定の動きは見られていない。

ワクチンの接種方法と接種部位

日本では、ヒトパピローマウイルスワクチン、

1) 大腿接種部



2) 上腕接種部

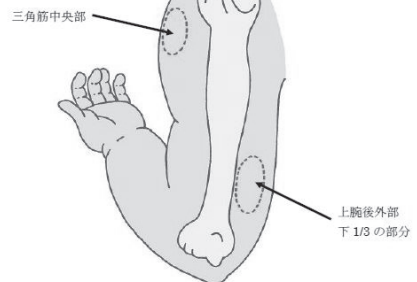


図11 乳幼児のワクチン接種部位

10歳以上のB型肝炎ワクチンなどの一部のワクチンを除いて、原則すべてのワクチンが皮下注射である(図10)。しかしながら、海外では、生ワクチンを除く全てのワクチンは、原則筋肉内注射である(図10)。日本では、その理由は、1970年代に大腿四頭筋拘縮症の患者が国内で約3700名報告され、この原因として、頻回の抗菌薬や解熱剤の筋

肉内投与が指摘された。日本小児科学会は、筋肉内注射には安全な場所はないという声明を発表し[22]、それ以来、国内では、全ての医薬品の筋肉内注射の閾値が高くなり、ワクチンにおいても、全て皮下注射となった経緯がある。それから、約40年以上を経過する現在でも、皮下注射で予防接種が実施されている。しかしながら、皮下注射による局所反応は、筋肉内注射に比べ高く[23, 24]、また、免疫原性に差はなく、むしろ筋肉内注射の方が高いという報告も散見される[23]。複数のワクチンを同時に接種する際、または、多くの新しいワクチンが開発され、特に混合ワクチン、アジュバント入りのワクチンなどは、その局所反応を減らすために筋肉内注射がその標準的投与方法である。今後、特に乳幼児早期に多くのワクチンを同時接種し、更には、新しいワクチンが順次導入されていく過程において、筋肉内注射を予防接種の標準的接種法として認める必要があると考える。また、近年、筋肉内接種が標準的接種法である髄膜炎菌結合型ワクチン、10価肺炎球菌ワクチンなども国内で販売、承認されており、今後、筋肉内接種の正しい方法の啓発も必要である。

一方で、ワクチンの接種部位は、上腕に接種することが多かったが、海外では、乳児、幼児では、大腿前外側部が標準的な接種部位である(図11)。接種本数が多くなった現在、大腿への接種の啓発活動も、引き続き必要であると考ええる。

国策として予防接種制度を検討する予防接種諮問委員会

諸外国には、ワクチンの専門家によって構成されるNational Immunization Technical Advisory Group (NITAG) が存在し、それぞれの国の状況に合わせ、新しいワクチンを国のワクチンプログラムに入れるかどうか、そして現行のワクチンの効果、その継続の審議が行われている。その代表的なも

のは、前述した米国のACIPであるが、ACIPには、予防接種を国策として行う米国政府の絶対的な信頼が寄せられており、そこで決定した事項のほとんどが国策として反映されている。[25]。

一方、国内でも、このような世界的な流れに追いつこうと、厚生労働省内の厚生科学審議会に感染症分科会予防接種部会が2008年より設立され、予防接種に関連する専門家が集まり、また、それぞれのワクチンに関する小委員会からのファクトシートが作成され、予防接種法の改定作業を勧めてきた。更には、この部会が2013年4月から、予防接種・ワクチン分科会となり、その下に予防接種基本方針部会、副反応検討部会、研究開発及び生産・流通部会の3つの会が作られ、活発な議論が行われている。また、ワクチン関連の14の学会の代表から構成される予防接種推進専門協議会は、予防接種政策を国策として行うための提言を国に対して行い、こちらもワクチンをとりまく専門家の立場から、国への提言を行う立場として、今後の活動が期待される。

ワクチンの有害事象と副反応

ワクチンの有害事象とは、ワクチン接種後に起こる全ての負の事象、いわゆる紛れ込み事象を含むものを指し、副反応とは、ワクチンと関連のあるものを指す。すなわち、有害事象の中に、副反応が含まれる。国内では、この2つの区別がつきにくく、全ての有害事象がワクチンの副反応と捕えられがちである。前述したが、2011年3月には肺炎球菌とヒブワクチンを含むワクチンの同時接種後に7例の死亡例を受けて、ワクチンの接種が一時的に中止された。精細な症例の検討を行い、ワクチン接種と死亡については関連がないことが証明され、接種は約3週間後に開始された。また、2013年6月には、ヒトパピローマウイルスワクチン接種後に慢性の疼痛、運動障害をきたす症例が報告され、様々な議論を呼んだが、2年以上経過し

た現在、科学的に因果関係がないとした部会の結論をもって、未だ接種の再開がされていない現状がある (26)。

予防接種は、健康な子どもに対して接種を行うため、その安全性には、最大の配慮がされなくては行けない。一方で、どの様な医療行為においても、ゼロリスクの医療行為は存在しなく、一定の頻度で副反応が起こることは認識すべきである。過去の膨大なデータからも、予防接種によるベネフィットは絶大である。一方で、起こりうる副反応に対するリスクに関しても、常に我々は目を向け続けなくては行けない。その2つを常にモニタリングすることが重要である。そして、それらをしっかりと天秤にかけて、予防接種をするかどうかを決める必要がある。

おわりに

米国の予防接種制度を紹介しながら、現在の日本の予防接種制度の問題点を指摘した。この数年のワクチンギャップを埋めるための新しい動きは顕著なものがある。接種できるワクチンの種類は、大幅に増加し、一部のワクチンの定期化により、ワクチンの素晴らしい効果が見られている。しかしながら、接種を実際に行う上で、埋めなくては行けないワクチンギャップが依然存在する。このギャップを今後どう埋めるかが重要であり、今後、予防接種を取りまく関係者のそれぞれの立場での継続的な活動が必要であると考ええる。

参考文献

1. Strikas RA, Centers for Disease C, Prevention, Advisory Committee on Immunization P, Group ACAIW. Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedules for persons aged 0 through 18 years--United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015,64:93-94.
2. Kim DK, Bridges CB, Harriman KH, Centers for Disease

- C, Prevention, Advisory Committee on Immunization P, *et al.* Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older--United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015,64:91-92.
3. 2015 Recommended Immunizations for Children from Birth Through 6 Years Old. <http://www.cdc.gov/vaccines/parents/downloads/parent-ver-sch-0-6yrs.pdf>.
4. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) , National Immunization Program (Centers for Disease Control and Prevention). *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. In. 12th ed. [Atlanta, Ga.?]: Dept. of Health & Human Services, Public Health Service; 2012. pp. v.
5. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. *Vaccines*. 5th ed. [Philadelphia, Pa.]: Saunders/Elsevier; 2008.
6. Lyseng-Williamson KA, Dhillon S. DTPa-HBV-IPV/Hib vaccine (Infanrix hexa): a guide to its use in infants. *Paediatr Drugs* 2012,14:337-343.
7. General recommendations on immunization --- recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2011,60:1-64.
8. Smith JC, Snider DE, Pickering LK. Immunization policy development in the United States: the role of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Ann Intern Med* 2009,150:45-49.
9. Saitoh A, Hull AD, Franklin P, Spector SA. Myelomeningocele in an infant with intrauterine exposure to efavirenz. *J Perinatol* 2005,25:555-556.
10. Saitoh A, Viani RM, Schrier RD, Spector SA. Treatment of infants coinfecting with HIV-1 and cytomegalovirus with combination antiretrovirals and ganciclovir. *J Allergy Clin Immunol* 2004,114:983-985.
11. Intussusception among recipients of rotavirus vaccine--United States, 1998-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999,48:577-581.
12. Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999,48:1007.
13. Saitoh A, Sarles E, Capparelli E, Aweeka F, Kovacs A, Burchett SK, *et al.* CYP2B6 genetic variants are associated with nevirapine pharmacokinetics and clinical response in HIV-1-infected children. *AIDS* 2007,21:2191-2199.
14. Saitoh A, Okabe N. Current issues with the immunization program in Japan: can we fill the "vaccine gap"? *Vaccine* 2012,30:4752-4756.
15. Suga S, Chang B, Asada K, Akeda H, Nishi J, Okada K, Wakiguchi H, Oda M, Ishiwada N, Saitoh A, Oishi T,

- Hosoya M, Togashi T, Oishi K, Ihara T. Nationwide Population-Based Surveillance on Invasive Pneumococcal Disease in Japanese Children: Effects of the Seven-valent Pneumococcal Conjugate Vaccine. *Vaccine* (in press).
16. Saitoh A, Okabe N. Recent progress and concerns regarding the Japanese immunization program: Addressing the "vaccine gap". *Vaccine* 2014.
 17. Hashimoto H, Fujioka M, Kinumaki H, Kinki Ambulatory Pediatrics Study G. An office-based prospective study of deafness in mumps. *Pediatr Infect Dis J* 2009,28:173-175.
 18. Patel MM, Glass R, Desai R, Tate JE, Parashar UD. Fulfilling the promise of rotavirus vaccines: how far have we come since licensure? *Lancet Infect Dis* 2012,12:561-570.
 19. 日本小児科学会 同時接種に対する考え方. In: http://www.jpeds.or.jp/modules/general/index.php?content_id=12.
 20. Lewis M, Ramsay DS, Suomi SJ. Validating current immunization practice with young infants. *Pediatrics* 1992,90:771-773.
 21. King GE, Hadler SC. Simultaneous administration of childhood vaccines: an important public health policy that is safe and efficacious. *Pediatr Infect Dis J* 1994,13:394-407.
 22. 日本小児科学会筋拘縮症委員会. 筋拘縮症に関する報告書. 日本小児科学会誌 1983,87:1067=1105.
 23. Mark A, Carlsson RM, Granstrom M. Subcutaneous versus intramuscular injection for booster DT vaccination of adolescents. *Vaccine* 1999,17:2067-2072.
 24. Carlsson RM, Claesson BA, Kayhty H, Selstam U, Iwarson S. Studies on a Hib-tetanus toxoid conjugate vaccine: effects of co-administered tetanus toxoid vaccine, of administration route and of combined administration with an inactivated polio vaccine. *Vaccine* 1999,18:468-478.
 25. Kamiya H, Okabe N. Leadership in Immunization: the relevance to Japan of the U.S.A. experience of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Vaccine* 2009,27:1724-1728.
 26. 厚生労働省ホームページ ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防ワクチン) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/>
- (さいとう・あきひこ 新潟大学大学院教授)

途上国における予防接種制度の現状と課題

中村 安秀

■要約

途上国では、予防接種は確実に子どもの命を守ることのできる保健医療施策の一つとして、政治的にも大きな意義をもっていた。また、先進国においては、国際医療協力のなかでも最もわかりやすく、市民社会に好意的に受け入れられやすい手段の一つであり、ワクチンに関するさまざまな資金調達メカニズムが整備された。しかし、途上国の乳幼児死亡率が著明に減少している現在、多額の費用を予防接種に投資することの再評価が問われている。また、予防接種プログラムがもたらす副反応に関する周知や健康被害に対する救済措置といった対応を進めていく時機が到来したと考えられる。

■キーワード

予防接種、予防接種拡大計画（EPI）、GAVIアライアンス、予防接種のための国際金融ファシリティ、健康被害、

1. インドネシアの予防接種の現場から

途上国における予防接種の現場における個人的な体験から、この論考を始めたい。

1986年から2年間、著者はJICA（当時は国際協力事業団）の母子保健専門家として、インドネシア北スマトラ州アサハン県で地域保健向上プロジェクトに関与していた。プロジェクト対象地域では、村人がヘルス・ボランティアとして、母子保健、家族計画、栄養改善、予防接種、下痢症対策という5つの目標をもつポシアンドゥ（インドネシアの乳幼児健診）に参画していた。

ポシアンドゥの健診の会場は、青空の下。赤ちゃんたちの泣き声に、ヘルス・ボランティアの村人たちの声が交じる。まだ、結婚もしていない若者たちが、一所懸命赤ちゃんをあやしなから体重を計っている。体重計は天秤棒そのもの。その

となりでは、体重をインドネシアの母子手帳に書き込んでいるボランティアがいる。体重の減っている赤ちゃんに対しては、お母さんへの栄養指導が行なわれている。定期的にピルをもらっている女性もいる。赤ちゃんの予防接種だけは、保健所の職員の仕事である。

また、健診の会場の壁には、予防接種をわかりやすく説明するために、絵の上手な青年が作った手描きのポスターが貼られていた。ちょっと見学しただけでは、だれが保健所の人で、だれがボランティアの村人で、だれがお母さんなのか、まったく見当がつかない。でも、お母さんと赤ちゃんは、大騒ぎのなかで、みんなきちんと健診を済ませ、相談したいことを話して帰っていく。混沌さと、いい加減さと、たくましがミックスされて、楽しくにぎやかな健診ができあがっていた（中村1991）。

予防接種を実施するのは、保健所の職員である

が、医師や看護師とは限らない。予防接種に特化した数週間の研修を受けた職員が、接種することも少なくなかった。

当時のインドネシアにおいては、世界で展開されていたEPI(Expanded Programme on Immunization : 予防接種拡大計画)に忠実に対応する形で、ポシアンドゥと保健所を主な接種場所にして予防接種が全国的に実施されていた。接種率は公式発表では60-75%といわれていたが、実際の接種率はもっと低いものと思われた。

電気がない村や停電の頻繁な町の保健所では、電気がなくても動くケロシン冷蔵庫が必要であった。保健所の冷蔵庫に保管されているワクチンを村の健診会場まで運ぶためのコールドボックスが不足しており、氷水で冷やしながら運搬したこともあった。ワクチンの在庫管理を実行できる人材が不足しており、予防接種の当日になってBCGの在庫がないことに気づくことも少なくなかった。また、当時は予防接種後の副反応に関する信頼できる調査は皆無であった。現場では、アルコール不足や注射針の不潔に原因する注射後の潰瘍は珍しくなかった。

2. 予防接種プログラムの発展

天然痘を予防する手段として開発された種痘は、予防接種の嚆矢である。1798年にエドワード・ジェンナーが、ウシが感染する牛痘の膿を用いた安全な牛痘法を発表した。発表当時は懐疑的な意見も少なくなかったが、天然痘の予防に大きな効果があることが明らかとなり、種痘は世界中に広まった。ワクチン接種による疾病予防という方法論は、バスターの狂犬病、コッホの結核菌の研究に受け継がれていった(表1)。

第2次世界大戦後には、感染症は撲滅できるという論調が主流となり、1958年に世界保健機関(WHO)総会において世界天然痘根絶計画が承認

表1 予防接種に関連する事項の経緯

年	事項
1798	種痘の発表
1885	狂犬病ワクチン開発
1958	世界天然痘根絶計画開始
1974	予防接種拡大計画(EPI)開始
1978	プライマリヘルスケア(PHC)提唱
1980	WHOによる天然痘根絶宣言
2000	西太平洋地域におけるポリオ根絶宣言
2000	GAVIアライアンス発足
2001	ミレニアム開発目標(MDGs)
2006	予防接種のための国際金融ファシリテイ(IFFI)

された。当時、天然痘により年間2千万人が罹患し、400万人が死亡していると推計された。天然痘の常在国において、患者を発見し、その周辺の人々に種痘を接種するという封じ込め作戦の効果は大きく、1977年にソマリアでの患者を最後に地球上から天然痘患者はいなくなった。1980年にWHOは天然痘の世界根絶宣言を行った。この天然痘根絶計画の陣頭指揮を執っていたのが、WHOの蟻田功医師であった。まさに、種痘というワクチンを武器に、感染症との闘いに勝利した瞬間であった。

なお、日本では、1950年代に世界で初めて日本脳炎ワクチンを開発した。また、1961年には米国に先んじて経口生ポリオワクチン(OPV)の一斉接種によりポリオ流行を制圧した(中野 2013)。

ちょうど天然痘根絶計画がほぼ成功しそうな時期に、1974年にEPI(拡大予防接種計画)が開始された。当時は厳しい東西対立の時代であったが、1978年には旧ソビエト連邦のアルマアタ(現カザフスタン共和国アルマティ)において、「すべての人びとに健康を！」というスローガンのもと、米ソを含む143か国の政府代表が集まりプライマリヘルスケア(PHC)を採択した。PHCでは、保健医療サービスは、医師や看護師という専門職から与えられる一方通行の恩恵のサービスではなく、サービスを受ける側が主体的に参画すべきものだ

と宣言した。その基本的な8項目の保健医療サービスの一つが、EPIであった（WHO 1978）。

EPIは、世界中の子どもたちを予防可能な感染症から守るため、基本的なワクチン接種を推進することを目的にWHOとユニセフが中心となり、世界各国と協働して実施されたプログラムである。当初は、BCG、ポリオワクチン、麻疹ワクチン、三種混合ワクチン（百日咳、ジフテリア、破傷風）を1歳までの乳児に接種していた。EPIワクチンの世界全体での接種率は1990年代を通じて70%以上に到達し、子どもの健康向上に大きな役割を果たした。

ワクチンを供給するだけでは、予防接種プログラムは回らない。熱帯地域で予防接種を円滑に実施するためには、ワクチンを冷凍冷蔵する設備と搬送体制を完備することが必要不可欠である。冷蔵庫やクーラーボックス、停電時の発電機などに加えて、搬送のためのバイクや自転車なども必須である。これを、コールド・チェーン（cold chain）と呼ぶ。道路や電気網の整備が行き届いていない途上国の遠隔地に予防接種を普及するためには、莫大な設備投資を要した事業であった。

また、予防接種プログラムは、保護者が忙しい仕事を休み、遠方にある保健医療機関に健康な子どもを連れていくという高い動機を必要とする事業でもある。単に「予防接種をしましょう」という呼びかけだけでは不十分である。そこで、国や地域を一つにまとめ一斉キャンペーンを実施する

ことにより、予防接種率を高めるというNID（National Immunization Day）といった方法を採用する国もある。たとえば、一斉予防接種キャンペーン当日はすべての乳児が、それまでの予防接種歴にかかわらずポリオの経口接種を受け、まるで予防接種のお祭りのように盛りあがるイベントである。

2000年代に入り、ワクチンに関する資金調達メカニズムが整備されるにつれ、高額なワクチンが次々と導入されていった。現在では、乳児は、新生児期から1歳までの1年間に、BCG、ポリオ、DPT（三種混合）、B型肝炎、Hib、肺炎球菌、ロタ、麻疹、風疹という11種類の疾病を予防するワクチンの接種が推奨されている（表2）。予防接種率については、BCG、ポリオ、DPT（三種混合）、麻疹、B型肝炎、Hibは途上国においてもほぼ80%に達している（ユニセフ 2015）。しかし、近年に導入されたばかりの肺炎球菌、ロタの予防接種率は低い。ただ、肺炎球菌、ロタの予防接種は地域による差異が大きく、ラテンアメリカで高く、南アジアや東アジアではサブサハラ・アフリカよりも低いといった特徴がある（表3）。

3. ワクチンに対する資金調達メカニズム

2000年以降に、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）を達成するために多額の資金が必要であるという認識から進展してき

表2 乳児に対する推奨ワクチンの一覧（2014年現在）

乳児の年齢	BCG	B型肝炎	ポリオ	DPT	Hib	肺炎球菌	ロタ	麻疹	風疹
新生児	○	○	○						
6週		○	○	○	○	○	○		
10週		○	○	○	○	○	○		
14週		○	○	○	○	○	○		
9-12月								○	○

○：ワクチン接種の推奨の時期（国や地域により、多少の前後がみられる）

（出典：ユニセフ Immunization Schedule for Infantsを改変）

表3 完全に予防接種を受けた割合 (%)

地域	BCG	DPT	ポリオ	はしか	B型肝炎	Hib	ロタ	肺炎球菌
サブサハラ・アフリカ	82	74	76	74	75	72	15	35
中東・北アフリカ	94	90	91	89	91	57	32	25
南アジア	88	75	73	75	71	37	0	8
東アジア・太平洋諸国	97	93	95	95	93	17	2	0
ラテンアメリカ	94	89	89	92	89	89	73	71
CEE/CIS	97	95	95	96	71	71	1	28
後発開発途上国	84	80	80	79	80	80	14	31
世界全体	90	84	84	84	81	52	14	25

(出典) ユニセフ 『世界子供白書 2015』

BCG：BCGの接種を受けた乳児の割合

DPT：DPTワクチン接種を3回受け生存している乳児の割合

ポリオ：ポリオワクチン接種を3回受け生存している乳児の割合

はしか：はしかワクチン接種を受け生存している乳児の割合

B型肝炎：B型肝炎ワクチン接種を3回受け生存している乳児の割合

Hib：ヘモフィルス・インフルエンザb型菌ワクチン接種を3回受け生存している乳児の割合

ロタ：ロタウイルスワクチン接種を推奨通り最後まで受け生存している乳児の割合

肺炎球菌：肺炎球菌結合型（PCV）ワクチン接種を3回受け生存している乳児の割合

CEE/CIS：ロシア、東欧、中央アジア、トルコなど22カ国が含まれる

後発開発途上国：Least Developed Country（LDC）といい、国際連合の定義に基づく

た（稲田 2010）。

2006年に、途上国における予防接種のための資金調達として「予防接種のための国際金融ファシリティ」(International Finance Facility for Immunization：IFFIm)が発足した。英国、フランス、イタリア、スペインなどが政府開発援助（ODA）を20年間にわたり拠出すると誓約したことを前提に、その予算を担保に国際金融市場で債券を発行するというシステムである。日本でも、「ワクチン債」として個人投資家に高い人気を呼んだ。運用はGAVIアライアンスが行い、財務管理は世界銀行が担っている。

GAVIアライアンス(The Global Alliance for Vaccines and Immunization)は、予防接種プログラムを通じて、子どもの健康の向上を図る同盟である。先進国や途上国の政府、国際機関、国際NGO、研究機関、ワクチン関連企業などが参加している。予防接種のための資金調達、ワクチンの供給、ワクチン市場の形成、予防接種を支える保健システムの

強化などを行い、1人当たり国民総所得（GNI）が1,500米ドル未満の国を支援対象としている。

IFFImの資金援助を受けているGAVIプログラムでは、五価ワクチン（百日咳、ジフテリア、破傷風、Hib、B型肝炎）に2006年から6年間で10億米ドル以上の資金を投入したという。一方、肺炎球菌やロタのように、途上国政府が自前の資金で提供できないような高価なワクチンを提供することが持続的な開発援助につながるのかという批判の声がある。

4. 予防接種の健康被害

アメリカ合衆国小児科学会では、「アメリカ合衆国で認可されたすべてのワクチンは安全であり効果的であるが、絶対に安全で完璧に効果のあるワクチンはない」と明言している。予防接種とは、人工的に精製されたワクチンを接種することにより、その病気に対する個人および集団の免疫

力を高めるといった目的を持っている。予防接種には疾病の予防という大きな利点とともに、その効果の限界性や種々の副反応も伴っている。従って、個人や集団に対する自然感染の危険性とワクチンの効果や安全性を比較して、ワクチン接種の効果が大きいと判断されたときに予防接種が施行されるべきである。

ワクチンの事故に関しては、ワクチン製造過程における品質管理の不十分さや異物の混入、さまざまな保管体制や接種時の汚染などによる事故、ワクチンの取り違いや接種量の間違いなど接種者の不注意による事故に大別される。これらは、途上国ではこのような事故は少なくないと思われるが、表面化するのはいくつかと推察される。

ワクチンの副反応については、一般的に言って、注射部位の腫脹など物理的に避けられない局所反応、不活化ワクチンによる発熱、生ワクチンによる発熱や発疹などの副作用は一時的でありほとんどは自然に回復する。ワクチンによる神経障害や脳障害、ワクチンの野生化などによる感染といった重篤な副反応は非常にまれではあるが、後遺症を残したり死亡に至ったりする場合もある。

日本においては、予防接種による重篤な障害に対して予防接種健康被害救済制度が設けられており、専門家による認定と被害者に対する給付が行われている。ただ、予防接種後に生じた臨床症状がワクチンによるものであるかどうかという因果関係を医学的に証明するのは困難であり、被害者救済の意味から弾力的に運用されている。

日本では「予防接種と子どもの健康」という冊子で、保護者はワクチン接種を受ける前に予防接種が惹起する副反応の詳細について知ることができる。しかし、途上国ではほとんど副反応に関する説明は行われていないまま、ワクチン接種が実施されている。どれほど優秀なワクチンにおいても、被害を生じることは避けられない。多くの国では、救済制度がないわけではないが、実効性の

ある制度を運用している国は非常に少数である。

WHOがワクチン戦略を実施するにあたって主な対象とするのは、低—中所得国である（岡部信彦 2009）。今後は、予防接種に関する国際協力において、ワクチンを提供するだけでなく、「予防接種と子どもの健康」のような説明文書を途上国の文化と文脈に沿った形で保護者に提供するような協力が求められている。すでに、予防接種リサーチセンターでは、英語、韓国語、中国語、ポルトガル語、タガログ語の5言語で在住外国人の保護者のために提供しているので、海外で説明文書を作成する際にも参考になるであろう。また、予防接種の副反応に対処するなかで整備されてきた日本の予防接種健康被害救済制度について国際的に発信していくことは、今後、予防接種の健康被害が明るみになると予想される多くの途上国の良識ある保健医療関係者や市民社会にとって、非常に役立つに違いない。

引用文献

- 稲田十一、秋山スザンナ、大村玲子、中山朋子 2010 「MDGs達成のための資金調達と配分」『開発への新しい資金の流れ』（秋山孝允、大村玲子編著）国際開発高等教育機構 pp. 57-93。
- 岡部信彦 2009 「WHOの予防接種戦略」『母子保健情報』49号 pp. 22-25。
- 中野貴司 2013 「日本と世界の違い—日本は“ワクチン後進国”か？」『日本医事新報』4640号 pp. 56-59。
- 中村安秀 1991 「インドネシアのプライマリー・ヘルス・ケア（第2報）ロシアンドウの現状と問題点」『小児保健研究』50巻 pp. 343-348。
- ユニセフ 2015 「保健指標統計」『世界子供白書 2015 要約版』日本ユニセフ協会pp. 48-53。
- 予防接種リサーチセンター <http://www.yoboseshu-rc.com/index.php?id=8> (2015年7月18日現在)。
- American Academy of Pediatrics 2015. Red book 2015 Report of the committee on infectious diseases, 30th edition, American Academy of Pediatrics.
- WHO 1978 Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva.
(なかむら・やすひで 大阪大学大学院教授)

特集：予防接種の国際比較

ドイツにおける予防接種政策

松本 勝明

■要約

近年、ドイツにおいては麻疹の流行が繰り返されており、予防接種により人々の健康を感染症から保護することが十分でない状態が問題となっている。このため、予防接種の接種率を高め、適切な時期までに接種が行われることを促進するための取組みが進められている。本年3月に連邦議会に提出された健康増進・予防強化法案においても、子供が保育施設に入る際に予防接種による健康の保護に関して医師の相談助言を受けたことを証明することが求められるなどの改正規定が盛り込まれた。

本稿では、これらの取組みについて検討を行い、ドイツにおける予防接種政策の基本的な方向とこの改正の意義を明らかにした。

■キーワード

予防接種、感染症予防法、麻疹の流行、健康増進・予防強化法

はじめに

近年、ドイツでは麻疹が流行し多数の患者が発生する事態が繰り返し生じている。患者には麻疹の予防接種を受けていない、あるいは、適切な時期に受けていない人が多く含まれている。このような問題を背景として、予防接種により人々の健康を感染症から保護することが十分でない状態を迅速に改善することが重要な課題となっており、それに応えるための取組みが進められている。

本稿においては、ドイツの予防接種に関する制度の現状、接種の状況などをみたくて、予防接種による健康の保護を改善するための改正について検討を行う。

1. 予防接種に関する制度の現状

(1) 基本認識

ドイツ政府は次のような基本認識の下で予防接種に関する政策を進めている（BMG 2015a：1）。予防接種は医療に使用することができる最も重要かつ効果的な感染症の予防手段である。近代的な予防接種は体に障りがなく、かつ、副作用も稀に見られるに過ぎない¹⁾。予防接種の直接的な目的は、予防接種を受けた人を感染症から守ることである。しかし、予防接種は、接種を受けた人を保護する効果を持つだけでなく、感染症が広がることを防止し又は減らすことにより予防接種を受けていない人を感染症から保護するという効果も有している。予防接種は、費用効率の面でも優れた予防措置であり、治療費用を軽減することにもつ

ながる²⁾。

(2) STIKOの勧告

ドイツでの予防接種の実施に関しては、感染症予防法³⁾第20条第2項に基づき、ロベルト・コッホ研究所 (Robert Koch-Institut)⁴⁾に置かれた常任予防接種委員会 (Ständige Impfkommision (STIKO)) が勧告を行うこととされている。勧告の対象になるのは、感染症予防の観点から個人と社会全体の健康を守るうえで価値の高い予防接種である。ただし、勧告の対象となった予防接種についても、国民がそれを受けなければならない法的義務が存在するわけではない⁵⁾。

STIKOは、各州の保健担当省庁の同意を得て連邦保健省により任命される委員で構成される。STIKOの委員は、予防接種に関する豊富な学術的及び実践的経験を有する様々な分野の認められた専門家である⁶⁾。STIKOの勧告は、医学及び疫学に関する最新の知見及び技術を勘案して予防接種がもたらす便益とリスクを考量することにより行われる。このために、STIKOは継続的にワクチン及び予防接種により予防可能な疾病に関するデータの評価を行っている⁷⁾。勧告される予防接種の種類及び量の決定には、専門家による独立した委員会であるSTIKOが重要な役割を担う仕組みとなっている。その理由は、予防接種の接種義務が存在しない中で接種率を高めるためには、予防接種の必要性が国民に広く受け入れられる必要があり、そのためには、それに関する決定が高い透明性を有することが極めて重要であるためと考えられる。

STIKOからは、人々が年齢に応じて受けるべき標準予防接種 (Standardimpfung) として破傷風など15種類の感染症に対する予防接種が勧告されている⁸⁾。STIKOからは、このほかに特別の蔓延状況や危険性がある場合に受けるべき予防接種が勧告されている (表1)。後者に属するものとして

は、例えば、ダニによる脳髄膜炎 (FSME) 感染の危険性のある地域でダニに咬まれる危険にさらされている人を対象とする予防接種が挙げられる。

(3) 医療保険の給付としての予防接種

医療保険について定める社会法典第5編⁹⁾第20d条の規定に基づき、被保険者は「予防接種のための給付 (Leistung für Schutzimpfung)」を受ける権利を有している。この「予防接種のための給付」の受給要件、種類及び量については、医療保険の保険者側と診療側で構成される共同連邦委員会¹⁰⁾ (Gemeinsamer Bundesausschuss) がSTIKOの勧告に基づき予防接種が公衆衛生に対して有する意義を勘案して指針として定めることとされている¹¹⁾。また、この指針の内容は、通常、STIKOの勧告を踏襲するものとされている¹²⁾。共同連邦委員会により実際に定められた指針 (予防接種指針 (Schutzimpfungs-Richtlinie))¹³⁾ においては、標準予防接種の対象となる15種類の感染症を含む22種類の感染症に対する予防接種が定められ (表1)、これらが医療保険による給付の対象とされている。このため、医療保険の被保険者 (家族被保険者を含む) は、STIKOの勧告の対象となった予防接種を医療保険による給付として自己負担なしに受けることができる¹⁴⁾。一方、予防接種に要する費用を負担する医療保険の保険者 (疾病金庫) は、被保険者が予防接種を受けることにより感染症に罹患することが防止され、それによって治療のための支出を抑えることができる。

疾病金庫又はその連合会は、医療保険による外来診療を担当する開業医 (保険医) で構成される州レベルの組織である保険医協会との間で予防接種の実施に関する契約を締結する (社会法典第5編第132e条第1項)。これによって、被保険者は各保険医から医療保険の給付としての予防接種を受けることができる。疾病金庫は、保険医のほかに、適当な医師や施設、公的保健サービスの実施

表1 対象となる予防接種(STIKOの勧告及び予防接種指針)

<p>【標準予防接種の対象感染症】</p> <p>ジフテリア ヘモフィルス・インフルエンザ菌b型感染症(Hib) B型肝炎 ヒト・パピローマウイルス(HPV) インフルエンザ 麻疹 髄膜炎菌感染症 流行性耳下腺炎 百日咳 肺炎球菌感染症 ポリオ ロタウイルス感染症 風疹 破傷風 水ぼうそう</p>
<p>【その他の予防接種の対象感染症】</p> <p>コレラ FSME 黄熱病 A型肝炎 狂犬病 結核 チフス</p>

出典: 筆者作成。

主体とも「予防接種のための給付」の実施に関して契約を締結することができる。しかし、実際には、予防接種の大部分は保険医により実施されており、公的保健サービスの実施主体や企業嘱託医により実施される予防接種の割合は10~15%程度にとどまっている(BZgA 2015: 2)。

この「予防接種のための給付」を受ける権利に関する規定は、2007年の医療制度改革により導入されたものである。それ以前において、「予防接種のための給付」は、疾病金庫が規約で定めることにより任意に行うことができる給付として位置づけられていた。このため、被保険者が医療保険の費用負担により受けることができる予防接種の範囲は加入する疾病金庫により異なり、このことが予防接種の接種率を高めるうえでの障害になっていると考えられた¹⁵⁾。そこで、被保険者の加入

する疾病金庫にかかわりなく、予防接種のための給付が統一的に実施されることなどを目的として、「予防接種のための給付」が全ての疾病金庫に実施義務のある給付として規定された。

(4) 予防接種の実施の促進

疾病金庫は、「予防接種のための給付」を行うほか、感染症予防法に基づき予防接種の実施を管轄する州当局と協力して、被保険者が予防接種を受けることを促進する義務がある(社会法典第5編第20 d条第3項)。このために、疾病金庫は被保険者に対する啓発、相談及び情報提供を行わなければならない。また、医療保険の給付としての予防接種を実施する医師には、予防接種を受ける者又はその保護者に対して予防されるべき疾病と予防接種について啓発することが義務づけられている(予防接種指針第7条)。この啓発の対象には、予防接種による便益と予防されるべき疾病、可能性のある副作用、合併症及び禁忌、予防接種の効果の発生時期と継続期間などに関する情報が含まれる。さらに、連邦健康啓発センター(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)¹⁶⁾は、「予防接種に関するポータルサイト」(impfen-info.de)を設けることなどを通じて、予防接種の仕組み、予防接種がもたらす便益や副作用、予防接種の対象となる感染症のリスクなどに関する情報提供を行っている。

できるだけ高い接種率を達成するためには、個別接種だけではなく、幼稚園、学校、高齢者施設での訪問接種が重要と考えられている¹⁷⁾。しかし、訪問接種の場合には保護者の権利を尊重する必要がある、相談・情報提供においてはそのことに留意しなければならない。被保険者には「予防接種のための給付」を受ける権利があるだけで、義務は存在しない。つまり、「予防接種のための給付」を受けるかどうかはあくまでも被保険者及びその保護者の自己決定に委ねられている。「予

防接種のための給付」を受けることについて被保険者等に協力を求めることについても、憲法で保障されている身体の不可侵（ドイツ連邦共和国基本法第2条第2項）にかかわる限界があるとされている（Wiercimok 2012 : 189）。

2. 接種の現状と麻疹の流行

感染症予防法第34条第11項の規定に基づき、各州において収集され、ロベルト・コッホ研究所に報告された、就学時健診の際の予防接種に関するデータによると、子供の予防接種の接種率は、全体として、継続的に上昇するか、高い水準で維持されている。接種率が特に大きく上昇したのものには、百日咳及びB型肝炎の予防接種と並んで、麻疹の2回目の予防接種が含まれている。

麻疹の1回目の予防接種の接種率は2002年に91.3%、2007年に95.4%、2012年には96.7%となっており、ドイツ全体の平均ではWHO（世界保健機関）が目標とする接種率（95%）を既に上回っている（RKI 2014b : 138）。州ごとにみても、2012年には初めて全ての州で接種率が95%を上回った¹⁸⁾。麻疹の2回目の予防接種の接種率は、2002年の33.1%から、2007年には90.9%となり、2012年には92.4%へと顕著に上昇しているものの、依然として95%を下回っている¹⁹⁾。このように接種率が95%を下回っていることはドイツにおいて麻疹の流行が繰り返される原因と考えられている（BMG 2015b : 1）。

さらに、接種の時期に関しても問題がみられる。STIKOの勧告によれば、麻疹の予防接種は、1回目を生後11か月から14か月までの間、2回目を生後15か月から25か月までの間に、麻疹・流行性耳下腺炎・風疹の混合予防接種（MMR）として行うこととされている。しかし、実際には適切な時期までに行われていないケースが良くみられる。1回目の予防接種に関しては、2012年では生後24

月の子供の接種率が95%以上の州は調査対象となった14州のうちの6州に過ぎなかった（RKI 2014b : 138）。ただし、36か月の子供の接種率はいずれの州においても95%以上となっていた。一方、2回目の予防接種に関しては、生後24か月の子供及び36か月の子供のいずれについても接種率が95%以上の州は存在しない。

以上のように、予防接種により麻疹から子供の健康を保護することについては不十分な点があり、予防接種の接種率を改善するための更なる取り組みが必要となっている。

予防接種による健康の保護が十分でない状態は、子供の場合に限られるわけではない。成人の予防接種の接種状況に関してロベルト・コッホ研究所が実施した抽出調査の結果によれば、18歳から64歳までの調査対象者のうち少なくとも1回は麻疹の予防接種を受けたことがある者の割合は38.1%となっている（Poethko-Müller, Schmitz 2013 : 849）。この割合は、18歳から29歳までの年齢階層では79.8%であるが、年齢が上がるにつれ低下し、60歳から64歳までの年齢階層では3.8%となっている。

成人に関しては、1970年以降生まれの18歳以上の者で、予防接種を受けたかどうか不明、予防接種を受けていない又は子供の時に1回しか予防接種を受けていない全ての人（特に保健医療サービスなどに従事する場合）にMMRなどとして1回の予防接種を受けることがSTIKOから勧告されている。しかし、調査によれば、52%の人がこの勧告のことを知らない、また、1970年以降生まれの者の81%はこの勧告のことを聞いたことがないという結果が出ている（BZgA 2013 : 1）。

麻疹は感染性が高いため、学校、大学、職場、大きな催しなどで急速に感染が拡大する可能性がある。したがって、青年や成人に関しても、自分の麻疹に対する予防接種の接種状況を点検し、予防接種による保護が欠けていることをできる限り

表2 麻疹の届出件数の推移

年	件数
2005	781
2006	2,308
2007	570
2008	914
2009	568
2010	780
2011	1,680
2012	165
2013	1,769
2014	444
2015(2月15日まで)	586

出典: Meldedaten des RKI.

迅速に埋める必要があると考えられる。

実際に、近年、ドイツにおいては麻疹の流行が繰り返されている。麻疹の件数は年によって大きな変動がみられるが、最近では、2013年に1,769件にまで達した(表2)。さらに、2014年秋以降はベルリンで集中的な麻疹の発生がみられたことが注目を集めた。ベルリンにおける麻疹の件数は2014年10月から2015年2月までの間に643件となり、2014年のドイツ全体での件数をも上回った。ベルリンでの麻疹の発生は、ボスニア及びヘルツェゴビナからの難民庇護申請者に始まり、その後ベルリン市民にも広がっていった(RKI 2015: 70)。このうちの48%は当該患者の年齢が18歳から43歳であり、26%は開業医による通常の外来診療ではなく病院での治療が行われた²⁰⁾。

2014年の全国での発生事例のうち麻疹の予防接種の接種状況が明らかになった383件についてみると、316件(83%)では患者が予防接種を受けていなかった(RKI 2015: 72)。67件では患者が予防接種を受けていたが、そのうち36件では予防接種を1回しか受けず、19件では2回以上受け、12件では予防接種の回数が不明となっている。

3. 改正法案

このような状況を背景として、本年3月に連邦政府により連邦議会に提出された健康増進・予防強化法案²¹⁾においても、感染症に対する健康の保護の促進を狙いとして、予防接種の接種率を改善するための規定が盛り込まれた。この法案は、出生率の低下及び平均寿命の伸長による人口学的な変化、疾病構造の変化及び労働環境の変化に対応して、効果的な健康増進・疾病予防を推進することを目的としている。このため、この法案では、社会保険の保険者及び民間医療・介護保険の保険者の共通の責務として、また、事業所での健康増進や労働者の保護とも連携して、あらゆる年齢階層と生活領域(例: 保育施設、学校、事業所、介護施設など)を通じた健康増進及び疾病予防が支援される条件の整備が図られる。そのための具体的な施策のひとつとして、共通の目的に沿った全国的な「予防戦略」の策定などと並んで、予防接種の促進が挙げられている。

健康増進・予防強化法が成立すれば、予防接種による健康の保護を促進する観点から、社会法典第5編及び感染症予防法の改正が行われる。現状の医療保険においても、一定年齢の被保険者は、医療保険の給付として健康診断や病気の早期発見のための検診を受けることができることとされている。健康増進・予防強化法案では、18歳以上の被保険者を対象とした健康診断と18歳未満の子供及び青少年を対象とした健康診断が医療保険の給付として規定されるとともに、それぞれの健康診断の内容として予防接種の接種状況についての確認と相談助言が含まれることが具体的に規定される(改正後の社会法典第5編第25条第1項及び第26条第1項)。これにより、啓発活動を通じた一般的な情報提供ではなく、それぞれの被保険者の健康状態、予防接種に対する疑問や不安に応じた専門

的、客観的な情報提供が可能になると考えられる。

さらに、子供に関しては、初めて保育施設に入る場合に、その子供の健康の予防接種による保護に関して医師の相談助言を受けたことを保護者が当該保育施設に対して証明しなければならないとされる（改正後の感染症予防法第34条第10a項²²⁾）。

この改正は、保育施設や学校に通うことができる限りすべての子供の健康が予防接種により保護されることを目指すものである（BMG 2015c : 1）。しかしながら、医師の相談助言を受けた結果、実際に予防接種を受けるかどうかはあくまでも任意である。また、勧告された予防接種が終わっていることは保育施設に入るための条件とはされない。

この改正の背景には、前述のような予防接種の接種状況を巡る問題がある。たとえば、麻疹の場合にはSTIKOが勧告している期間までに必要な予防接種が終わっていないケースが多いため、1歳から6歳までの年齢では、麻疹にかかりやすい子供の割合が高く、麻疹が発生した場合にはこの年齢の子供に流行が広がるおそれがある。特に、保育施設に通う子供の場合には流行の可能性が高い。

また、この改正は、STIKOの勧告に示された年齢までに予防接種が行われることを確保に当たって、小児科医や家庭医が重要な役割を担っていることを考慮したものである。その理由は、これらの医師は、医療保険の給付として行われる子供の健康診断を担当することにより、定期的に子供と会う機会があり、その機会を活用して、勧告された年齢までに予防接種を受け、感染症に対する健康の保護を確実なものとするように働きかけることができるからである。

4. 政策の基本的方向と改正の意義

ドイツにおいては、予防接種の接種義務は設けられておらず、全ての成人は自分自身のために、また、親は自分の未成年の子のために、予防接種を受けるかどうかを決定することができる。しかし、このことは、予防接種を受けるかどうかが全面的に本人や親の問題とされていることを意味するわけではない。すなわち、ドイツでは予防接種が感染症対策の効果的かつ経済的な手段であるとの認識が明確に示され、こうした認識に立って、予防接種を促進するための公的な政策が推進されている。その柱のひとつは、STIKOが勧告した予防接種を医療保険による給付の対象とすることにより、医療保険の被保険者が費用負担なしに該当する予防接種を受けられるようにすることである。もうひとつは、感染症が人の健康に及ぼす影響や予防接種の効果などに関する啓発・情報提供などを行うことである。

予防接種の接種率を高めるためにこのような取り組みが行われているものの、現状においては予防接種による健康の保護は必ずしも十分な状態にあるとは言えない。また、このことが麻疹の流行などにもつながっている。このため、勧告された予防接種が定められた時期までに接種される率を高めることにより、感染症から国民の健康を守ることが重要な課題となっている。

健康増進・予防強化法案に盛り込まれた感染症予防法などの改正は、このような課題の解決を目指すものである。解決策の検討過程においては、最近における麻疹の流行などを背景として、予防接種の法的な接種義務を導入することに関しても議論が行われた²³⁾。しかし、今回の改正は、関係者の間で大きく議論が対立する接種義務の導入を目的とするものではなく、あくまでも接種義務が存在しないことを前提に、予防接種に関する国民

の理解を高めることにより接種率の向上を目指すものである。その意味では今回の改正も従来からの政策の基本的方向に沿ったものといえる。

しかし、今回の改正により、従来から行われている国民全体を対象とした一般的な啓発宣伝だけでなく、個人が定期的な健康診断を受ける際に医師により予防接種に関する個別の相談助言が行われることになる。これを通じて、各人の健康状態などに応じた専門的な相談助言が行われることは、感染症のリスクや予防接種の効果に対する理解を高めるとともに、予防接種に対する不安を取り除くためにより有効な手段になるものと考えられる。特に、子供の場合には、この医師による相談助言が保育施設に入るための条件として位置づけられることが、相談助言を受ける割合を高める効果を持つと考えられる。このことは、親が子供を保育施設に入れる際に、子供に予防接種を受けさせるかどうかを客観的な情報に基づき判断することができる条件を作り出すことになると期待される。

もちろん、健康増進・予防強化法は連邦議会でも可決されたばかりであり、同法による今回の改正が成人の場合も含めて予防接種の接種状況にどのような影響を与えることになるのかについては今後の動向を注視する必要がある。

注

- 1) 予防接種の副作用による健康被害の補償の概要に関しては、松本（2013：25）を参照されたい。
- 2) 例えば、麻疹の予防接種は年間1.89億ユーロ、百日咳の予防接種は年間4.5億ユーロの治療費用節約効果を持つと推計されている（Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 100）。
- 3) Infektionsschutzgesetz vom 20. 7. 2000, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 1045.
- 4) ロベルト・コッホ研究所は、連邦保健省の所管に属する連邦研究所である。その中心的な責務は、特に感染症を認識し、予防し、対策を講じることにあり、保健政策上の決定に必要な科学的知見を提供している。

- 5) 感染症予防法第20条第6項は、重篤な経過をたどる感染症が発生し、その疫学的な蔓延が予想される場合には、連邦保健省は連邦参議院の同意を得た法規命令により、感染の恐れのある人々に対して予防接種を受けることを命じることができるとしている。しかし、現在、この法規命令は定められていない。
- 6) 連邦保健省、各州の保健担当省庁、ワクチンなどの臨床試験及び認可を所掌しているパウル・エールリヒ研究所（Paul-Ehrlich-Institut）及びロベルト・コッホ研究所の代表者もSTIKOの議論に参加することができるが、議決権を有しない。
- 7) データの評価及び勧告の策定は「根拠に基づく医療」の体系的な手法の重要ポイントに沿って行われる。この手法に関しては国内外の専門家との意見交換も行われている。（RKI 2014a：1）
- 8) Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014, Epidemiologisches Bulletin, 25. August 2014/Nr. 34, S. 305 ff.
- 9) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477.
- 10) 共同連邦委員会は、連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫連邦中央連合会により設置される委員会であり、医療保険による診療に関する指針などを定めることを任務とする。共同連邦委員会の議決委員会は、中立委員のほか、連邦保険医協会、連邦保険歯科医協会、ドイツ病院協会及び疾病金庫連邦中央連合会をそれぞれ代表する委員で構成される。
- 11) 疾病金庫は規約で定めることにより指針で定められた予防接種以外の予防接種を自らの費用負担により実施することも可能とされている。これは、地域的な特殊性により、特定の地域を対象としてSTIKOの勧告とは異なる予防接種を実施するような場合を想定したものである。
- 12) STIKOの勧告と共同連邦委員会の指針との関係については、松本（2013：29）を参照されたい。
- 13) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V.
- 14) 職務としてではなく外国に滞在することにより健康上のリスクが高まるために必要となる予防接種は、公衆衛生を保護するためにある感染症がドイツに持ち込まれることを防止することに特別な利益が存在するのでない限りは、医療保険による給付の対象から除外される。特別な利益が存在する場合の例としては、ポリオのようにドイツで根絶された感染症が発生している外国の地域への旅行が挙げられる（Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 100）。
- 15) Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 100.
- 16) 連邦健康啓発センターは、連邦保健省の所管に属す

る組織であり、実践的な健康教育の方法と内容に関する原則及び指針の策定、健康教育・啓発活動に従事する職員の研修、健康教育・啓発活動の調整・強化などを任務とする。

- 17) Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 100.
- 18) 前年はバイエルン州とバーデン・ヴュルテンベルク州で95%を僅かに下回っていた。
- 19) 州ごとにみると、チュービンゲン州とブランデンブルク州で95%を上回っている。
- 20) ドイツの病院は、入院医療及び救急医療を担当しており、通常の外来診療を行っていない。
- 21) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Bundestagsdrucksache 18/4282.
- 22) 保育施設に対する証明をどのようにして行うかについては、各州の州法において規定される。複数の方法によることが想定されており、「予防接種手帳 (Impfpass)」の記載によることや医師による証明書を提示することなどが考えられる。いくつかの州では、現時点においても、医師による相談助言を受けたことだけでなく、勧告された予防接種を受けたことについての医師の証明書を提出することが義務づけられている。今回の改正後も、州がこのような取り扱いを続けることは認められる。
- 23) この問題に関しては関係者の中でも大きく意見が分かれている。(Süddeutsche Zeitung (電子版), “Nach vermehrten Masern-Fälle. Ruf nach Impfpflicht wird lauter“, 14. Juli 2013)

[参考文献]

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015a, Früherkennung & Vorsorge. Impfung, <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/frueherkennung-und-vorsorge/impfungen.html> (2015年7月9日).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015b, Hintergrundinformationen zum Thema Masern, <http://www.bmg.bund.de/glossar/begriffe/m/masern.html> (2015年7

月9日).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015c, Präventionsgesetz verbessert Impfschutz, <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/impfschutz.html#mainWrapper> (2015年7月9日).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013, „Deutschland sucht den Impfpass“. Mitsuchen und Impfücken schließen, Pressemitteilung vom 25. September 2013.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015, „Das Impfsystem in Deutschland“, <http://www.impfen-info.de/wissenswertes/impfsystem-in-deutschland/?highlight=Das%20Impfsystem&cHash=8591c0bc6facd3b3199919b009d17bdb> (2015年7月9日).

松本勝明 2013 「ドイツ医療保険における予防接種の位置づけ」『社会保険旬報』第2551号 pp.22-29

Poethko-Müller C., Schmitz R., 2013, Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, 27. Mai 2013, S. 845 ff.

Robert Koch-Institut (RKI), 2014a, Ständige Impfkommision, Aufgabe und Methodik, http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html (2015年7月15日).

Robert Koch-Institut (RKI), 2014b, Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin, 22. April 2014/Nr. 16, S. 137 ff.

Robert Koch-Institut (RKI), 2015, Überblick über die Epidemiologie der Masern in 2014 und aktuelle Situation in 2015 in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin, 9. März 2015/Nr. 10, S. 70 ff.

Wiercimok P., 2012, § 20 d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen, in: Hänlein A., Kruse J., Schuler R., Sozialgesetzbuch V, 4. Auflage, Baden-Baden, S. 182 ff.

(まつもと・かつあき 長崎県立大学教授)

特集：予防接種の国際比較

中国における予防接種の歴史的展開

— 種痘政策を中心に —

福士 由紀

■要約

本稿は明清期から1950年代という長期的時間の中で、種痘がどのように中国社会に普及していったのかを通史的に検討するものである。中国では17世紀中葉以降、人痘接種が一部の知識階層・上流階層の間で知られていた。19世紀はじめ、牛痘法が中国へもたらされると、各地で慈善組織などにより牛痘処が陸続と設けられたが、この時期、政府により政策的に種痘の普及が行われた形跡は見られない。一方、19世紀半ば以降中国に設けられた租界や租借地では、行政機関により牛痘接種が政策的に行われた。しかし当局の思惑ほどは受け入れられず、中国人住民の間では旧来の接種法も根強く実施されていた。20世紀に入ると中国政府による衛生事業の行政化が進展する中で、種痘接種も制度化されはじめる。1920年代末から40年代、国民政府は乳幼児への接種の義務化、接種者の養成などを行い、都市部では種痘の一定程度の普及が図られたが、広大な農村部への普及には至らなかった。1949年に樹立された中華人民共和国は、農村部をも含めた医療衛生ネットワークの建設、広範な医療人員の動員と基層衛生員の養成・配置などを通して、全国レベルで種痘政策を実施した。この間の歴史的過程からは、種痘政策が普及していくまでに、文化慣習、政府役割、ヒトの移動と管理、都市と農村格差といった様々な課題が存在したことが見てとれる。

■キーワード

種痘、制度化、都市、農村

はじめに

本稿は、中国における予防接種事業の歴史的展開を、種痘政策を中心に検討するものである。

種痘は、天然痘に対する免疫を獲得させるための予防接種であり、1796年、ジェンナー（Edward Jenner）による牛痘法の考案以来、各国で実施された。1958年には世界保健機関（WHO）による天然痘根絶計画により、地球規模での患者の発見と種痘接種が行われ、1980年、WHOは地球上から天然痘が根絶されたとの宣言を出した。中国においても、全国的な種痘政策により、1960年代はじめ

以降、天然痘患者は発生していない（中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会2012）。

天然痘が強い免疫性をもつことは、ジェンナーによる牛痘法の考案以前から知られていた。中国では、その起源については諸説あるものの、明代末期の16世紀後半には天然痘感染者の膿や瘡を未感染者に接種する人痘法が行われており、17世紀半ばには長江以南地域では一定程度知られていたとされる（余2003；邱2007）。

医療社会史の分野では、天然痘やその予防対策である種痘法は、天然痘流行に関する記述が多く見られる明代・清代の時期を中心に、比較的関心を集めてきたトピックであり、人痘法の起源

(Needham1980)、地域社会における天然痘流行の実態(劉・曹2015)、種痘の普及状況(梁1987;余2003;邱2007)、清王朝と天然痘・人痘との関わり(張嘉鳳1996)など、様々な側面が検討されてきた。また、近代以降に関しても、政府による種痘政策の制度化や実施過程およびその社会的影響などに関して言及されてきた(飯島2000;福土2010;張泰山2008;李2007)。

本稿では、これら個々の時代・地域における先行研究を踏まえつつ、明清期から1950年代という長期的時間の中で、種痘がどのように中国社会に普及していったのかを通史的に検討することとする。

I. 人痘法とその普及程度

上述のように、中国における人痘法の起源については定かではない。10~12世紀はじめの北宋の時代に峨嵋山の人がはじめた、江西の道士が峨嵋山での修行中、夢の中にあられた神から教えられた、明代の嘉靖年間(1522-1566)、ある商人が航海中に媽祖から伝授されたなど、様々な起源伝説が伝えられている。だが、医書や地方志など各種文献の検証により、近年では、明代の隆慶年間(1567-1572)、安徽の寧国にあられたという説(余2003)や、時期こそ定かではないが、その起源は江西にあるのではないかという説(邱2007)が唱えられている。

史料からは、17世紀半ば頃までに、江西、湖南、湖北、安徽、江蘇、浙江、福建、広東などの中国南部で人痘法が行われていたことが確認されている。一方、北方への伝播は、1670年代、清朝の康熙帝が医師を招いて子女に接種させたところ効果があったことから、皇族や側近、上層階級を中心に広まったとされる(張嘉鳳1996)。王朝に公認されたことにより、人痘法は、官による刊行物にも掲載されることとなり、それまで民間で伝えら

れていた技術は、より広範に知られることとなった。乾隆帝の命により編纂された『医宗金鑑』(1749年)には、以下の4種の人痘接種方法が記録されている。①痘衣法：天然痘感染者の衣服を被接種者に与える、②痘漿法：痘瘡から出る漿液にひたした綿を被接種者の鼻につめる、③早苗法：かさぶた状になった痘瘡を粉末状にしたものを被接種者の鼻腔に吹き込む、④水苗法：かさぶた状になった痘瘡を粉末状にしたものを水に溶き、それをしみ込ませた綿を被接種者の鼻につめる。『医宗金鑑』では、水苗法が最善、早苗法が次善とされた(余2003;邱2007)。

では明清時期、人痘接種はどの程度普及していたのだろうか。邱仲麟によると、地域と社会階層による差異があったという。地域的には、南方でより普及し、北方では相対的に普及程度は高くなかったとされる。これは両地域の民衆の経済条件および種痘医の多寡、痘苗の製造や流通に関する条件において南方が優位であったことによる。西南や西北地域では、避痘法(天然痘患者を遠ざける方法)が盛行しており、人痘法はあまり普及せず、更に全体として農村に比べ都市でより普及していたという。

社会階層から見ると、経済上・認識上の原因により、人痘接種は「士商」など社会上層階級を中心に広まったとされる。人痘接種は安価な医療技術というわけではなかった。安徽の徽州府婺源県の生員・詹元相という人物は、1701年、自分の子女に人痘を接種した際にかかった費用を日記に記している。まず痘苗に銀三分、点薬に銀五分、処置の際に使用する香油・紅布に銀八分、接種場所の設置とそこでの祈祷に銀四分、ここまでで合計銀二銭。更に、種痘医への食費・謝礼に銀八銭がかかったという。当時銀一銭で塩九斤半を購入することができ、銀六銭で米豆一石を購入できた¹⁾というので、経済的に余裕のない人々にとっては、人痘接種は決して容易に取り入れられる技術

ではなかった（邱2007）。

人痘接種にともなう危険性に対する認識も存在していた。清代の医師・張琰は、8～9000人に種痘接種を行い、救えなかったのは20～30人だった²⁾と記している（余2003）。その成功率は比較的高かったものの、上述のように安価ではない上、不確実性もあったため、人々の間には人痘接種に対する恐怖感や反対論も存在していた（余2003；邱2007）。

明清時期、人痘接種の社会への普及に国家や政府は関与しておらず、強制性はなく、あくまで人々の任意によるものであった。各地の地方官も人痘接種を普及させようとした形跡は見られないという。この時期、人痘接種の効果について刊行物などを通して宣伝し、広めていたのは、接種技術をもった医師たちと、一部の知識階層や地域有力者などの社会上層といった民間の人々であり、その普及程度は限定的であったと考えられている（余2003；邱2007）。

II. 牛痘の伝来と普及

1. 牛痘の伝来と牛痘局の設立

牛痘は1805年、ポルトガル商人によってマカオへもたらされたことにより中国に伝わった。牛痘接種を中国で初めて実施したのは、イギリス在廣州領事館の医師・ピアソン（Alexander Pearson）である。上腕部を切開して牛痘苗を接種するこの技術を広く中国社会に広めたのは、広東の鄭崇謙と邱熹である。鄭崇謙は、ピアソンから伝えられた牛痘接種法を中国語訳した『英吉利国新出種痘奇書』（1805年）を刊行するとともに、自ら牛痘局を設立し接種技術の教育を行った。邱熹はこの牛痘局で学び、自らも牛痘局を開設し『引痘略』（1817年）を刊行し技術の更なる普及に努めた（梁1987；余2003）。

19世紀前半期、牛痘接種がどの程度普及してい

たのかを量的に把握することは難しい。だが、江南地域では、1830年代に江蘇・浙江の地方長官である両江総督・陶澍の命令により、牛痘接種を専門に行う牛痘局が設立されており（梁1987）、1870年代半ば以降には、江南各地の地方官により、人々に無料で牛痘接種を施す牛痘局が陸続と設立されている（余2003）。1875年、当時の上海の様子を記した葛元煦『滬游雜記』には、「邑廟園の中に官は牛痘局を設けており、種痘を受けるだけの力のない貧民が局へ来て施種してもらっている」という記事が見られる（葛元煦1876）。余新忠はこの記事から、官が設立した牛痘局が常設でなかった可能性を指摘する。すなわち、時期が限定的であるから、その時期に貧しい人々が来るのであって、経済力のある者は金を払って種痘を受けただろうと推測している（余2003）。

こうした官設の牛痘局のほか、善会・善堂と呼ばれる民間の慈善組織による施種牛痘も広範に行われていた。善会・善堂は、明末以来、死者の埋葬、孤老や貧しい寡婦への援助、孤児の収容、無料の医薬の提供といった「善挙」を行う組織として登場し、地域社会における民生・福祉事業の重要な担い手であった。牛痘接種もまたこれらの組織の活動に取り入れられ、実施されていた（梁2001；小浜1999）。

中国社会において19世紀後半以降、官設・民設を問わず、多くの牛痘局が設立され、種痘普及が図られたのは何故だろうか。余新忠は、とりわけ官設の牛痘局に関して、牛痘が人痘に加え安全性が高く、有効性が高いなどの利点をもっていたこと、「勤政愛民」という伝統思想が背景にあったことをあげている（余2003）。これに加え、牛痘接種が、人痘接種の際に付き物であった儀式性を有さず簡便であったこと、人痘に比べ痘苗を安定的に確保できたことなども要因として考えられよう。

19世紀後半、中国社会においては、種痘接種を政策的に推進する動きは未だあらわれていない。

上述の官説の牛痘局にせよ、あくまで地方官の個人的事業であって制度的裏付けがあったわけではなく、強制性もなかった(余2003)。だが、19世紀後半、中国に設けられた外国租界や租借地では、政策として牛痘接種が行政の一環に組み込まれつつあった。

2. 上海共同租界における種痘政策

上海共同租界とはいわゆる外国人居留地区である。1842年の南京条約による開港以後、イギリス領事と清朝地方官との間で結ばれた第一次土地章程により、イギリス租界が設置された。イギリスに続き、フランス、アメリカも上海に租界を設け、アメリカ租界は1863年にイギリス租界と合併し、共同租界となる。中国行政地域である華界も含め、近代期の上海には共同租界、フランス租界、華界の3つの行政地域が併存していた。外国租界は当初は中国人の居住を禁じていたが、太平天国の乱の際、多くの避難民が租界へ流入したことにより1854年には中国人の居住も認められた。これ以後、租界の人口は急増し、1855年には2万人あまりであった人口は、1880年には11万人、1900年には35万人、1910年には50万人あまりに増加した(鄒1980)。

共同租界の市政は、一定の納税額を納めている外国人居住者による納税者会議(議決機関)、納税者会議の構成員から選出される董事会(最高行政機関)、行政執行機関である工部局によって行われていた。納税者会議・董事会はもとより、工部局の上級職もまた外国人によって占められていた。

糞便やゴミ処理の監督、街路の清掃、下水溝の管理、食品市場の管理といった都市の衛生に関わる事柄は、1850年代以来、工部局警察の職掌として行われていたが、その活動は限定的だった。種痘政策といった住民の習慣・身体に直接関わる領域に共同租界当局が積極的に関わりだしたのは、

1868年、エドワード・ヘンダーソン(Edward Henderson)が工部局医官に就任して以後のことだった(MacPherson1987;福士2010)。

ヘンダーソンが医官に就任した翌年の1869年末から1870年にかけて、上海では天然痘の軽微な流行が見られた(Barton1871)。この流行の最中、ヘンダーソンは共同租界董事会に対し、「上海の天然痘の発生と蔓延にはかなりの程度、旧来の接種習慣が関わっており」、「中国での旧来の接種法はかつてイギリスで行われていた方法よりも危険で」、「何の衛生上の措置もとられていない狭く入り組んだ中国の建物内での接種は特に恐ろしい結果を招くので」、「中国人の安全と我々の利益のために、今こそ租界内での旧来の接種法を禁止し」、その上で租界当局により種痘ステーションを設立し、広く中国人に対し無料の接種を行うと同時に、中国人医師に牛痘苗を用いた腕種法を伝授すべきだと建議した³⁾(上海市档案馆2001)。

実際、種痘により軽度の天然痘に感染した子供が、免疫をもたない周囲の人々に感染させる可能性があるということは、中国社会においても古くから認識されていた。邱仲麟は、康熙年間(1662-1722)以後の様々な事例を紹介し、こうした事実が牛痘推進派による人痘接種批判の論拠となったと指摘している(邱2007)。

ヘンダーソンによる建議は董事会に容れられ、董事会は清朝地方官である上海道台に租界内での旧来の接種法の禁止を発令するよう要請した⁴⁾。これを受けて上海道台は1870年6月初旬までには租界内での旧来の接種法の実施を禁止した⁵⁾ようであるが(上海市档案馆2001)、この時、どのような禁止令が出されたのかは、資料的制約により明らかではない。

こうして、1870年9月、租界当局による種痘ステーションが設立された。中国人社会への宣伝もそれなりに行われたが、1870年10月3日、ヘンダーソンは以下のように報告している。「連日の暑さ

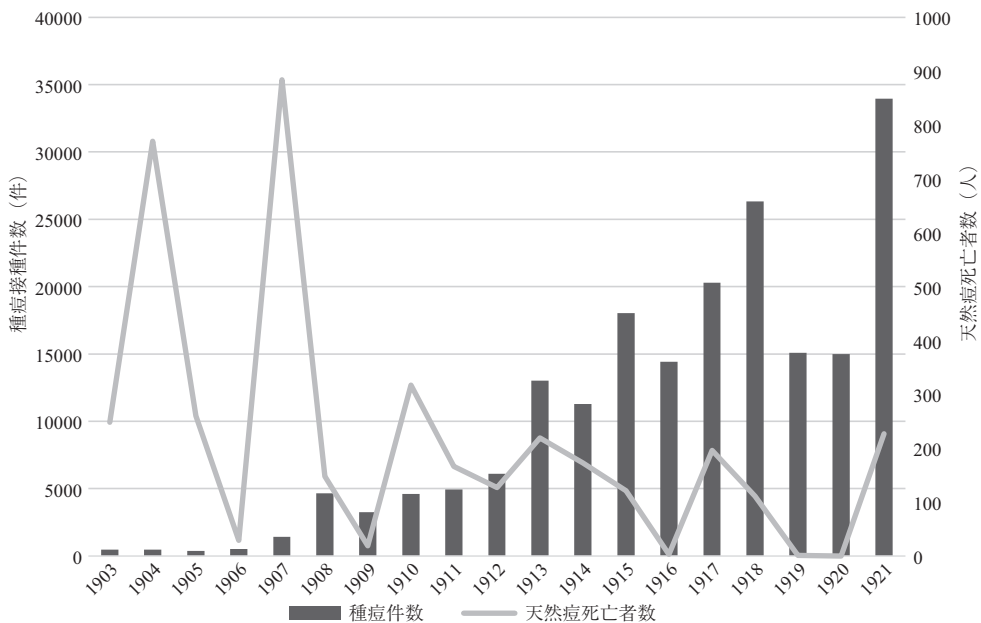
のため、今まで種痘を受けに来た人は一人もいない。寒い季節が来る前なので、中国人は子どもを接種に連れてくることを頑なに拒んでいる。彼らは依然として肯定的態度を示していないが、私たちはさほどがっかりはしていない。なぜなら、夏季に行う接種が奏功するかどうか断言しがたいからだ」⁶⁾ (上海市档案馆2001)。ヘンダーソンの期待どおり、夏季が過ぎた翌年の1871年3月・4月には180人の子どもへの接種が行われている(Jamieson1871)。だが、この後も種痘ステーションを訪れる中国人は少数であったのだろう。1873年には、当局は種痘接種を自主的に受ける子どもに対し銅銭を給付するという方法を取り、488人の児童に種痘を接種したという(彭善民2007)。

共同租界衛生当局による種痘政策は、当初は期待したほどの成果をあげることはできなかったが、種痘ステーションは衛生当局によって常設され、図1に見られるように、20世紀に入ると、種痘接種者数は大幅に増加している。これは、1907年

に天然痘の大流行があり共同租界内で800人を超える死者が出たことにより危機意識が高まったこと、中国社会においても種痘接種への認識が広まったことが要因として考えられよう。だが、ヒトの出入りの激しい上海においては、1907年の大流行以後も天然痘のコントロールは困難であった。1920年代、共同租界当局は子供だけでなく、租界内の会社企業等で働く労働者に対しても、種痘を接種するよう商会などを通して強く勧告している(Shanghai Municipal Council Health Dep. 1923)。

3. 旧来の種痘法の根強さ

牛痘苗を用いた腕種法が普及していく中で、上述のように人痘苗を用いた旧来の種痘法を禁止、排除しようという動きも見られた。にもかかわらず、それは中国社会ではかなり根強く実施され続けた。共同租界では1870年の段階で旧法の禁止令が出されたが、それは当初から「空文化」してい



出所) Shanghai Municipal Council Report and Budget 各年より作成。

図1 上海共同租界・種痘接種件数と天然痘死者数 (1903—1921)

たという (Jamieson1871)。1920年代はじめの共同租界衛生当局の報告書でも、「少数ではあるが未だ旧来の方法による接種が行われている」と記されている (Shanghai Municipal Council Health Department1921)。

馬伯英は、1985年、上海市区および浙江省・江蘇省に住む当時65歳以上の人々653人を対象に各人の初めての種痘経験に関する回顧調査を行った。調査対象者の出身地は上海、浙江、江蘇、四川、北京、天津、安徽、山東、陝西、黒竜江、華北、湖北、江西、貴州と様々で、多くは出身地で種痘を接種したと記憶していた。653人のうち種痘を受けたことがない、と答えた者は27人。旧来の接種法で受けた者は、1985年当時90歳以上のグループ (10人) では60%、80～89歳のグループ (111人) では27.93%、70～79歳のグループ (311人) では17.04%、65～69歳のグループ (221人) では11.3%であった (馬1991)。調査結果では被調査者の初めての種痘年齢は明確には示されていないが、0～5歳程度の乳幼児時期だとすると、被調査者が種痘を受けたのは1890年代から1920年代以前であり、1920年代には牛痘を用いた腕種法が浸透していたものの、依然として旧来の方法も実施されていたことがわかる。

では何故、人々は一部地域では禁止されていたにもかかわらず、旧来の方法で種痘を受けていたのだろうか。切開を伴う腕種法への恐怖感、外国からもたらされた技術・薬品に対する忌避感、腕種法を実施する技術を持った医療従事者の不足など、様々な要因が考えられよう。

Ⅲ. 種痘接種の制度化

1. 清末～民国初期の種痘事業

20世紀に入ると中国社会においても、種痘接種の制度化が徐々に進められる。

政府が種痘事業に関与しはじめるのは、1905

年、清朝末期の制度改革の中で巡警部が設立され、その中に衛生分野を担当する衛生司が設けられて以後である。衛生司は清道 (域内の清潔保持事業一般)、防疫、食品検査、屠獣の管理、医師・薬品の管理などを職掌とした。巡警部は1906年、民政部として改組され、1908年には「巡警道官制」により、各省に巡警道が設置され、警察行政の一環として衛生事業が行われることとなる (飯島2000)。

こうした中で種痘に関する法規も整備されはじめた。北京では1910年に「管理種痘規則」が出されている。「管理種痘規則」は、善堂あるいは医師を問わず凡そ局を開いて牛痘接種を行っている全ての者に適用される (第1条) 規則であり、善堂の場合、接種場所の所在地・管理者・接種を行う医師の氏名・経費・価格・痘漿・期日を、医者の場合、接種場所の所在地・氏名・価格・痘漿・期日を巡警官署に届け出ること (第2条)、毎月の種痘接種に関する報告書を提出すること (第3条)、発病している小児への種痘接種の禁止 (第4条)、痘苗はできるだけ「新製」のものを使用すべきこと (第5条)、痘漿を発症者からとる際には身体を傷つけてはいけないこと (第6条)、届け出をした価格以外を要求しないこと (第7条)、巡警による種痘処の検査を受けること (第8条) が規定されており、これらに違反した場合10日以下5日以上の拘留、もしくは10元以下5元以上の罰金が科せられるものとされた (田涛・郭成偉1996)。この規則からは、種痘事業を実質的に担っていたのは善堂などの組織や民間の医師であったが、その領域への政府による関与が進められつつあったことが看取できる (飯島2000)。また痘苗や接種法に関しては、この規則からは明確に牛痘苗を用いた腕種法が推進されていたわけではないこともわかる。

民間が実質的に種痘事業を担い、政府がそれを一定程度管理するという体制は、中華民国初期においても基本的には継続したものと考えられる。

中華民国北京政府は、衛生行政を担う内務部衛生司の設置、衛生関連法規の制定など一定程度の衛生の制度化を進めたが、中央政府の弱体化の中で、全国的な衛生行政機構としての役割を十分に果たすことはできなかった。その一方で、中国各地ではコレラやペストといった感染症の流行を背景として、それへの効率的対応のためにも、また中国の近代化・文明化の一環としても、衛生事業の制度化を行うことの重要性が意識されつつあった（飯島2000）。

北京政府時期、限定的ではあるが、政府が種痘事業に積極的に関与した形跡はみられる。1917年の山西・綏遠一帯での肺ペストの流行をきっかけとして1919年、北京に設立された中央防疫処は、北京市内の孤児院や育嬰堂、学校、遊民習芸所などで広く種痘を実施し、北京市街での種痘の普及に大きな役割を担った。だが資金不足などにより、市郊外の各県への普及にまでは至らなかったという（飯島2000）。

2. 南京国民政府の種痘政策

1927年に樹立された南京国民政府は、全国的衛生行政網を形成した。南京国民政府は1927年4月、全国の衛生行政を統括する中央衛生機関として内務部衛生司（同年10月には衛生部に昇格、1930年に内政部衛生署として改組）を設け、1928年12月、「全国衛生行政系統大綱」により、中央の衛生部以下、各省に衛生処、各特別市および市・県に衛生局を設置することが規定された（陳明光1996）。

組織整備に加え、各種の衛生法規の整備も行われた。こうした中で、種痘に関する規則である「種痘条例」が1928年7月、内政部により公布されている。「種痘条例」では、出生後3カ月～1年以内および6歳～7歳期の2度種痘を受けること（第2条）、毎年3月～5月、9月～11月に種痘接種を実施すること（第3条）、上記の時期を逃した者や善感しなかった者に対しては別に機会を設けること

（第4条）、種痘時期には各市県の衛生行政機関は種痘局を設け、種痘実施期日の10日前には必要事項を周知すること（第5条）、天然痘防止のために特別に種痘を行う場合は、各市県の衛生行政機関は被接種者の範囲と実施期間を定めること（第6条）、種痘局は被接種者に種痘証書を発給すること（第7条）、医師が種痘を行った場合、その医師が種痘証書を発行し、その証書をもつ者は種痘局で種痘を受けた者と同じと見なすこと（第8条）、疾病やその他の正当な理由によらず期間内に種痘を受けなかった者は、第四条による者以外、その父母、保護者あるいは保育に責任をもつ者は十元以下の罰金を科せられること（第9条）、種痘局と医師は種痘記録簿を備え、詳細に種痘状況を記録し、調査の便宜を図ること（第10条）、種痘局および医師は毎年6月～12月に被種痘者の氏名、性別、年齢、籍貫、住所およびその他の関連事項を各市県の衛生行政機関に報告し、市県の衛生行政機関は更に民政庁および内政部に報告を行うこと（第11条）、などの事項が規定された（陳明光1996）。

この「種痘条例」が出された翌年の1929年、衛生部は「省市種痘伝習所章程」を公布し、各地で種痘を実施する人員の訓練にも着手している。「省市種痘伝習所章程」では、省市の衛生行政機関あるいは公私立病院内に伝習所を設け（第2条）、20歳～45歳以下の品行方正で健康で文章読解能力のある男女を対象に（第5条）、3週間を上限とする研修を施す（第4条）としている。研修は、講義と実習から成り、講義では天然痘の感染メカニズムや免疫原理、種痘接種技術のほか、旧来の方法と牛痘法との比較などの項目が設けられていた。更に「本章程施行以前に、旧法による種痘業務を行っていた者は、本所に入り訓練を受け、訓練満期後は新法によって種痘を行わなくてはならない」（第10条）として、旧来の種痘法を行っていた者を再教育して種痘の普及に利用しようとしていた（陳明光1996）。

表1 1930年代上海特別市・上海共同租界・北京市の種痘実施件数

年	上海特別市	年	上海共同租界	年	北京市
1929-30	133,460				
1930-31	185,781	1931	106847		
1931-32	182,844	1932	262475		
1932-33	222,891	1933	181402		
1933-34	246,063	1934	262450	1934	95,963
1934-35	224,946	1935	—	1935	89,767
1935-36	202,765	1936	308741	1936	105,248
		1937	423454	1937	155,835

出所) 上海市衛生局(1938)『上海市衛生局十年來之公共衛生』28頁、*Shanghai Municipal Council Report and Budget*各年、張泰山(2008)205頁より作成。—はデータ未入手。

こうした種痘接種の制度化、人員訓練、中央防疫処により製造される痘苗の政府機関・病院などへの安価での提供、全国的な医師会を通じての医師への通達、各地の政府機関を動員した宣伝活動などが行われ、1937年までの南京国民政府期、各地で種痘実施件数は大きく増加した(張泰山2008)。

表1は、1930年代の上海特別市、上海共同租界、北京市の種痘実施件数を示している。上海特別市および上海共同租界では、1930年代、国際連盟による南京国民政府への衛生事業援助プログラムの一環として種痘およびコレラ予防注射の接種キャンペーンが展開されており(福士2010)、衛生行政機関や市内の公私病院での無料接種の他、移動接種隊により市内各所で接種が実施されたため、数多くの市民への接種が行われた。また、他地域でも、広州市では1937年・38年には159,638人(人口の25%程度)、湖南省では1934~38年の5年間でおよそ30万人が接種を受けたという(張泰山2008)。

だが、この時期、種痘の普及は都市部を中心としたものであったと考えられる。広大な農村部に関しては、後述のような一部の衛生実験区を除いて、普及は困難であったことが推測される。

3. 農村部への普及問題

南京国民政府による種痘政策は、政府衛生行政

機関が大きな役割を果たすものとしてデザインされていたが、1930年代、県以下の農村部では政府による医療衛生機構が設立された地域はわずかであった。表2は、1936年段階での政府による県レベルの医療衛生機構の数を示している。1936年当時、16省1098県のうち、県レベルの医療衛生機構が設立されていたのはわずかに181県であり、地域的にも差があった。表2からは他省に比べ江西省に多くの機構が設けられていることがわかるが、これは政治的理由による。江西省は1920年代末から30年代初め、中国共産党が革命根拠地(後にソビエト政府)を置いた地域であったが、1934年、国民党による第五次圍剿作戦により国民政府支配下に入った地域である。それ故に地域住民の指示を取り付けるため、他地域に比べ中央政府からの財政的・技術的援助が行われ、多くの県レベルの医療衛生機構が設けられた(Yip1995)。

多くの農村地域では、地域住民の健康状態に関与する医務人員や医療衛生機構が不足・欠如しており、種痘の普及は都市部に比べると遅々たるものであったと考えられる。1936年、国民政府衛生署は、「牛痘が中国にもたらされたのは100年以上前のことであるが、天然痘は未だ主要な死因となっている…農民への予防接種による免疫付与は困難な事業である。ある地域では人口の10%に種痘を接種するのに5年を費やした」(League of

表2 1936年段階での県級医療衛生機構数

	省級医療衛生機構	県級医療衛生機構
浙江	1	12
青海	1	—
河南	1	6
甘肅	1	5
江西	1	81
江蘇	1	44
広西	1	5
寧夏	1	—
陝西	1	9
安徽	1	3
雲南	1	3
福建	1	8
綏遠	1	—
山東	—	4
湖北	—	1

出所) League of Nations, Health Organization (1937), p20 より作成。—はデータなし。

Nations1937) と記している。

ただし例外的な地域も存在した。1920年代から30年代、一部の地域に設立された農村衛生実験区⁷⁾では、比較的広範な種痘接種が行われたことが報告されている。河北省定県衛生実験区では、1930年～34年の4年間で、対象地域住民44,190人に対し、24,699件の種痘接種が行われている。だが、こうした地域でも天然痘や種痘接種に対する住民の理解の欠如、村々への交通の便の悪さ、種痘接種事業に携わる人員・組織の脆弱性などといった困難は存在し、種痘接種を逃れようと子どもを天井に隠す女性や、また時には、村には「天然痘の神」がいるので種痘接種の必要はないと主張する老人なども見られたという (Chen and Li 1934)。

IV. 戦中戦後の天然痘の流行と中国共産党による1950年代の種痘政策

1. 戦中戦後の天然痘流行と種痘政策

1937年、盧溝橋事件により日本は中国へ本格的に軍事侵攻をはじめ、7月末には天津・北京を陥れ、8月には上海など華中への攻撃を開始した。

上海戦において大きな消耗を受けた国民政府は、11月、政府を長江上流の四川省重慶へと移転した。

戦区となった地域の住民の中には、より安全な地域を求めて省内あるいは省外へと移動する者も多く、9500万人以上の人々が難民化あるいは流動人口化したとも言われている (張根福2006)。こうした人の移動の激化が感染症のコントロールを困難にした可能性はおおいに考えられる。1937年から47年、8万人以上の天然痘感染者、1万人以上の死亡者が出たという (張泰山2008)。

重慶へ移転した国民政府は、1944年、新たに「種痘条例」を公布し、1歳以内、5～6歳期、11～12歳期に義務接種を受けること (第2条)、春季・秋季に戸別調査を行い、地域の病院・開業医師・看護師・助産師が接種を行うこと、保甲長は衛生機関の調査に対し責任を負い、管轄下の住民が種痘を受けるよう督促すること、病院・開業医師・看護師・助産師は衛生機関からの委託を拒絶することはできないこと (第3条)、幼稚園・国民学校および中学校では入学生・在学学生に対し種痘接種歴を調査し、未接種者に接種すること (第4条)などを規定した。この規定からは、1928年と比べ、接種者の父母や保護者だけではなく、地域社会 (保甲)、学校などをも含め全社会的に種痘政策を推進すること、また民間の医療従事者の動員が強化されていることがわかるが、日中戦争期、各地域でどの程度種痘が実施されたのかの実態は、現在のところ史料制約により明らかではない。

戦後内戦期もヒトの移動の活発化の中で、天然痘の流行が各地で見られた。上海では、1946年から48年の3年間、それぞれ666人、1,735人、980人の天然痘患者が記録されている (福士2010)。1945年秋から46年春にかけての流行の中で、上海市政府衛生当局は、上海から外地へ向かう船客への種痘接種の義務づけ、市民への無料接種の強化、宣伝、市立小中学校での強制接種を行っている (上

海市衛生局1946)。

2. 1950年代の種痘政策

以上のように1920年代末以来、中国では全国的な種痘接種を政策として実施することが志向されており、一部地域では一定程度の種痘接種が普及していたが、農村部をも含めた全国的な普及には至らなかった。1949年に樹立された中華人民共和国は、「面向工農兵（労働者・農民・兵士に目を向ける）」、「予防為主（予防を主とする）」、「団結中西医（中国伝統医学・西洋医学の団結）」の原則の下（張学文1953）、農村部をも含めた医療衛生ネットワークの建設、広範な医療人員の動員と基層衛生員の養成、大衆を動員した衛生運動などを通して、全国レベルでの天然痘のコントロールに乗り出した。

李洪河による1980年代に出版された各地の『衛生志』における天然痘流行状況に関する記述の調査によると、北京市では1950年下半年、山西省では1953年、湖南省では1955年、広西省では1953年、山東省では1953年、上海市では1951年7月、江蘇省では1954年、江西省では1954年、福建省では1953年以後、天然痘感染者は発生しておらず、このほかの地域でも1950年代後半には天然痘患者は見られなくなったという（李洪河2007）。

具体的な種痘政策の実施過程をいくつかの地域について見てみよう。中央人民政府衛生部は1950年10月「種痘暫行条例」を出し、中国境内の居民は、国籍を問わず、均しく種痘接種を受けること、生後6か月以内、満6歳、12歳、18歳の4度の義務接種、天然痘流行地域および隣接地域では、あらゆる住民に対して接種を行うこと、などを定めた（李洪河2007）。

これを受け、上海市では全市各区内の難民、棚戸（バラック小屋居住者）、貧しい労働者層が集まる場所で重点的に種痘接種を行うと同時に、40歳以下の市民で1950年内に接種した証明書を所持し

ていない者全てに対して接種を行うことを計画した（李洪河2007）。1951年1月、上海市衛生局は「種痘実施辦法」を公布し、開業医師・医学校の学生などを含む7000人近い医療関係者を動員し、市内1319か所の固定種痘ステーション、1836組の移動種痘隊を組織し、各戸検査、未接種者への接種を行い、接種対象者の95%以上への接種を実現したという（上海衛生志編纂委員会1998）。また北京市でも同時期、全市71万人への接種が行われた（李洪河2007）。

この時期、農村部でも農村基層衛生機構の組織づくりと同時進行で、住民への大規模な種痘政策が実施されている。1950年8月、全国衛生工作会議において「關於健全和發展全国衛生基層組織的工作」が通過し、各地方政府は県に衛生院、郷に衛生所、村に衛生員を置くことが規定された（張学文1953）。各地での農村基層衛生組織の設立状況は、当該地域の社会経済的条件、それまでにあった医療資源状況により多様であったと考えられる⁸⁾。以下では雲南省大理地区の事例を見てみよう⁹⁾。

雲南省大理地区では、農村基層衛生機構の組織、人員訓練は土地改革と同時に進められた。1951年雲南省政府は「雲南省土地改革実施辦法」を公布し、土地改革工作隊を組織して各地域での土地改革を主導させることを定めた。この土地改革工作隊の中には、衛生工作隊という組織が設けられ、土地改革工作隊と同道し、工作隊隊員の健康管理だけでなく、地域の感染症への対策、治療、衛生宣伝、基層衛生人員の訓練、基層衛生組織の設立を行うものとされた。大理地区の衛生工作隊の場合、のべ500人弱の衛生工作隊が組織され、四期に分けて大理地区の各県に派遣された。衛生工作隊の中には、衛生行政人員のほか、各県の県城などで開業する多くの開業医療従事者（西洋医・中国伝統医・薬剤師など）が含まれていた。彼らの農村での衛生工作への動員は、「衛生人員は反

動統治時期の搾取階級の毒素に浸蝕されているので、彼らに農村における実際の反封建闘争の現場を経験させることは、改造の一つの機会となる」としてとらえられていた（大理自治州檔案館153-1-4）。

衛生工作隊は、各県の村々を回る中で、住民に対する種痘接種を行った。1952年、大理地区祥雲県では住民195,709人中35,748人、蒙化県の一部では住民16,756人中13,580人に対し種痘接種が行われている（大理自治州檔案館153-1-4）。また、1953年には雲龍・漾濞・鄧川などの各県で106,411人が種痘接種を受けた（大理自治州檔案館153-1-7）。

農村住民への種痘接種は、地元の住民に短期間の訓練を施し村レベルの衛生員・接生員（助産員）・防疫員とする基層衛生人員の教育と結び付けて展開された。1951年から53年、大理地区では2,042人の衛生員、2,353人の接生員、2,180人の防疫員が養成されている。各県ごとに養成人員数には差が見られるものの、例えば祥雲県には当該時期、74の郷、472の自然村が存在していた。祥雲県で養成された基層衛生人員は449人であり（大理州檔案館153-1-4、153-1-7）、全ての自然村に1人の基層衛生人員が置かれたというわけではないようではある。だが相当程度の地域をカバー可能な人員がこの時期に既に養成されていた。

基層衛生人員は、種痘をはじめとする予防接種を地域住民に対し実施するものであった。1957年に刊行された農村衛生員のためのパンフレット『農村衛生工作者手冊』には、牛痘ワクチンのほか、コレラ、腸チフス、赤痢、結核、百日咳、ジフテリア、破傷風などに対する予防接種の接種方法、初接種時期、再接種間隔、免疫保持期間などの一覧表が掲載されている（呉元章ほか1957）。種痘以外のこれらのワクチンが、改革開放以前、全国的にどの程度の普及が図られたのは定かではない。だが、「60年代末以降、接種対象に対し計画

的に接種を行う試験区が設けられた」（黄永昌1994）とされていることから、地域的に限定されたものであったのかもしれない。だが種痘政策に関していえば、地域住民を把握し接種を施す基層衛生人員の存在は、政策の全国的普及に一定程度の効力を発揮したものと考えられる。

おわりに

以上、本稿では明清期から1950年代までの種痘普及の歴史的展開について述べてきた。

この間の歴史的過程からは、種痘政策が普及していくまでに、文化慣習、政府役割、ヒトの移動と管理、都市と農村格差といった様々な問題があったことが見てとれる。これらの問題は中国独自のものというよりは、軽重の違いはあれども、多くの国や地域においても歴史的に見られたものであろう。これらにどのように対応していったのかによって、各国各地域の予防接種政策や医療衛生制度の特徴がより鮮明に見えてこよう。また、これらの問題のいくつかは今日にも通底するものでもある。改革開放以後、中国では児童に対する計画免疫が進められ、百日咳・ジフテリア・破傷風、結核、ポリオ、麻疹ワクチンの接種が行われた。2002年にはこれにB型肝炎ワクチンが加わり、2008年以降は「拡大免疫計画」により12種の感染症に対する予防注射が行われている。だが1980～90年代には、農村医療システムの崩壊にともなう農村医療サービスの質の低下により都市・農村間での接種率の格差が見られ（飯島・澤田2010；大谷2007；联合国児童基金会2010）、また近年においては流動児童の低予防接種率が問題化されている（王淑梅2015）。

本研究の一部は、科研費・基盤研究C（26350371）の助成を受けたものである。

注

- 1) 清・詹元相『畏齋日記』(康熙40年12月初4、初5、27日、康熙40年11月11日)の記述。邱仲麟(2007)491頁より引用。
- 2) 清・張琰『種痘新書』巻2の記述。余新忠(2003)244頁より引用。
- 3) 上海市档案馆(2001)『工部局董事会會議録』上海古籍出版社、第4冊、23-27頁、ヘンダーソンから董事會宛て書信(1870年1月24日)。
- 4) 『工部局董事会會議録』第4冊、65頁(1870年4月5日)。
- 5) 『工部局董事会會議録』第4冊、106頁(1870年6月6日)。
- 6) 『工部局董事会會議録』第4冊、213頁(1870年10月3日)。
- 7) 1934年時点で全国に17ヶ所の実験区があったとされる。内訳は河北省(定県、宛平県)、北平市(西山)、山東省(歴城)、安徽省(和县)、江蘇省(肅県、塩城、泰県、句容、江寧県湯山、江寧県江寧城)、上海(呉淞、高橋、江湾)、浙江省(呉興、武康)、広東省(広州))(Li1935)
- 8) 1950年代以降の農村基層衛生の各地における歴史的事実態に関しては、これまであまり検討されてこなかった。近年Xiaoping Fangによる浙江省の事例研究が発表されるなど、地域での実態が徐々に解明されつつある。
- 9) 本稿で用いた雲南省の地方衛生档案は、総合地球環境学研究所「熱帯アジアの環境変化と感染症プロジェクト」(2008-2012)の一環として、上海交通大学(李玉尚教授)、雲南大学(周琼教授)、雲南開発発展研究会(張開寧教授)の協力により収集したものである。

参考文献

中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会(2012)『『中国的医療衛生事業』白皮書』(<http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/s7847/201301/6f5e5f5264d84e03960eb72dbd752d05.shtml>) (2012年12月27日)。

余新忠(2003)『清代江南の瘟疫與社会』中国人民大学出版社。

邱仲麟(2007)「明清の人痘法」『中央研究院歷史語言研究所集刊』第77本3分、451-516頁。

Joseph Needham(1980) *China and the Origin of Immunology*, Center of Asian Studies, University of Hong Kong.

劉思嫣・曹樹基(2015)「明清時期天花病例的流行特徵」『河南大学学报(社会科学版)』55巻3期、65-70頁。

梁其思(1987)「明清予防天花措施的演變」『国史釈論』食貨出版社、240-248頁。

張嘉鳳(1996)「清康熙皇帝採用人痘法的时间與原因試探」『中華医史雜誌』26巻1期、30-32頁。

飯島涉(2000)『ベストと近代中国』研文出版。

福士由紀(2010)『近代上海と公衆衛生』御茶の水書房。

張泰山(2008)『民国时期的伝染病與社会』社会科学文献出版社。

李洪河(2007)『新中国的疫病流行與社会応対』中共党史出版社。

葛元煦(1876)『滬游雜記』(『上海灘與上海人』上海古籍出版社、1988年所収)。

梁其姿(2001)『施善與教化』河北教育出版社。

小浜正子(1999)『近代上海の公共性と国家』研文出版。

鄒依仁(1980)『旧上海人口變遷的研究』上海人民出版社。

Kerrie MacPherson(1987) *A Wilderness of Marshes*, Oxford University Press.

George Barton(1871)“Dr. George Barton’s Report on the Health of Shanghai for Half Year ended 31st March 1871” *Custom Gazette* No. 10, April-June 1871.

上海市档案馆(2001)『工部局董事会會議録』上海古籍出版社。

Alexander Jamieson(1871)“Dr. Alexander Jamieson’s Report on the Health of Shanghai for the half year ended 30th September, 1871” *Custom Gazette* No.11, July-September, 1871.

彭善民(2007)『公共租界與上海都市文明』上海人民出版社。

Shanghai Municipal Council Health Department(1921) *Annual Report*, Kelly and Walsh Limited.

Shanghai Municipal Council Health Department(1923) *Annual Report*, Kelly and Walsh Limited.

馬伯英(1991)「以史為鏡 可明興替：十九世紀末二十世紀初抗天花予防接種回顧調查」『上海中醫藥雜誌』1991年第1期、43-46頁。

田濤・郭成偉整理(1996)『清末北京城市管理法規』北京燕山出版社。

陳明光主編(1996)『中国衛生法規史料選編』上海医科大学出版社。

Yip Ka-che(1995) *Health and National Reconstruction in Nationalist China*, Association for Asian Studies, Inc.

League of Nations, Health Organization(1937) *International Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene, Preparatory Papers: Report of China*, League of Nations, Geneva.

Li Ting-an(1935)“Summary Report Rural Public Health Practice in China” *Chinese Medical Journal*, vol.48, no.10, pp1086-1090.

C.C.Chen and F.J.Li(1934)“Controlling Small Pox under Chinese Rural Conditions” *Chinese Medical Journal*,

- vol.47, no.2, pp153-157.
- 張根福 (2006) 『抗戦時期の人口遷移』 光明日報出版社。
- 上海市衛生局 (1946) 『上海市衛生局工作報告34年9月12日至35年3月15日』。
- 張学文 (1953) 『新中国の衛生事業』 生活・読書・新知三聯書店。
- Xiaoping Fang (2012) *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*, University of Rochester Press.
- 上海衛生志編纂委員会 (1998) 『上海衛生志』 上海社会科学出版社。
- 大理自治州档案館所蔵・大理專署衛生科档案153-1-4「大理專区土改衛生工作隊1952年工作総結」。
- 大理自治州档案館所蔵・大理專署衛生科档案153-1-7「大理專区土改衛生工作隊第三期工作総結」。
- 呉元章・林秉権・周宏泉・姜実宇 (1957) 『農村衛生工作者手冊』 人民衛生出版社。
- 黄永昌主編 (1994) 『中国衛生国情』 上海医科大学出版社。
- 飯島渉・澤田ゆかり (2010) 『高まる生活リスク』 岩波書店。
- 大谷順子 (2007) 『国際保健政策からみた中国』 九州大学出版会。
- 联合国兒童基金会・國務院婦女兒童工作委员会辦公室・国家統計局社会和科技統計司 (2010) 『中国兒童發展指標図表』。
(<http://www.unicef.cn/cn/uploadfile/2012/0319/20120319083835920.pdf>)
- 王淑梅 (2015) 「流動兒童計画免疫現状分析及对策」 『中国衛生標準管理』 6卷14号、7-8頁。

(ふくし・ゆき 首都大学東京准教授)

動 向

韓国における認知症対策および 家族介護者支援の取り組みの現状と課題

鄭 丞媛、井上 祐介、趙 恩暻、斎藤 民

はじめに

韓国では、急速に高齢化が進んでいる。それに合わせて認知症患者も増えている。韓国では日本と同様に家族が介護を行う習慣があるため、認知症患者を抱える家族の介護負担感の問題が少しずつ出てきている。介護していた認知症患者を殺害し、介護者も自殺する事件も発生している。そうした中、韓国政府は2012年に発表した「第二次国家認知症管理総合計画」を元にして認知症対策を進めており、認知症患者の家族介護者の負担感の軽減策を構築しつつある。

韓国は、医療と介護制度の設計において日本の影響を強く受けており、①国民皆保険制度、②患者が自由に医療機関を選択できるフリーアクセス制、③民間病院を中心とした医療提供体制、④要介護認定制度をベースとした介護保険制度など日本と共通する点が多い (Inoue, et al., 2013)。他方で、近年では①保険者の一元化や医療や介護領域

でのIT化の整備による効率的な運営や、②医療領域のビッグデータの構築など日本より先行している面もある。

そこで、本稿では、急速に高齢化が進み、認知症患者が増えている韓国における認知症対策および家族介護者支援に関する現状と課題について考察するとともに、日本への示唆点を探索した。

I. 韓国における認知症関連施策の現状

1. 高齢者数と認知症患者の推移

韓国では急速に高齢化が進んでおり、認知症患者も増えている。2008年に501万人であった高齢者人口は、2012年には580万人（高齢化率11.8%）にまで増え、4年間で17.4%増加した。他方で、その間に認知症と診断された患者数は、26.8%（2008年421,000人から2012年534,000人）増加しており、2025年には100万人を超えると予測されている（表1）。

表1 韓国における認知症患者の増加推移と予測

	2008年	2010年	2012年	2020年	2025年
65歳以上人口（千人）	5,016	5,357	5,800	8,084	10,331
65歳以上認知症患者数（千人）	421	469	534	794	1,033
認知症有病率（%）	8.4	8.8	9.1	9.8	10.0

出所：ソウル大学病院、2009、2008年全国認知症有病率調査、統計庁、2010、2010年人口センサス

2. 認知症患者への対応状況

2010年に認知症と診断された患者は約47万人であるが、そのうち、実際に認知症の治療を受けた人は約26万人（56%）にとどまっている。治療を受けていない21万人（44%）の実態は把握できていない（保健福祉部、2012）。その背景には、①認知症専門の医療機関や介護施設の不足と、②認知症患者のうち、日本の介護保険制度に当たる「老人長期療養保険制度」が利用できない者が少なくないことが挙げられる。

2008年に老人長期療養保険制度が導入され、デイケアセンターや夜間保護センター（日本のショートステイに相当）などの施設が増えたが、認知症患者向けのプログラムを実施している施設は不足している。2011年基準で、全国老人福祉施設4,469ヶ所のうち、認知症患者向けのデイケアセンターや夜間保護センターは1,320ヶ所ある。しかし、利用者ベースで見ると、老人福祉施設利用者全体113,451人のうち、認知症患者の利用は7,600人（全体の6.7%）にとどまっている（保健福祉部、2012）。

また、認知症患者に対する老人長期療養保険制度の問題点として、要介護認定の基準が日常生活動作（ADL：Activity of Daily Living）を中心に構成されており、韓国は日本に比べ要介護認定される基準が厳しくなっている（2014年6月まで最も軽度の3等級で日本の要介護2に相当）。そのため、認知症患者のうち、身体機能が低下していない者は、老人長期療養保険制度の要介護認定されないケースが発生していた。その数は2011年で約2万2千人いるとされた（保健福祉部、2012）。そこで、保健福祉部（日本の厚生労働省に当たる）は2014年7月から認知症患者向けの特別等級を新たに設けて対応を進めている。

3. 認知症管理総合計画の概要

認知症患者が増える中で、韓国政府は2008年9

月に「認知症との戦争」を発表し、これまでに保健福祉部は「国家認知症管理総合計画」を二度策定している。2011年8月には「認知症管理法」を制定し、2012年5月には認知症のコントロールタワーの機能を持たせた中央認知症センターとして盆唐（プンダン）¹⁾ ソウル大学病院を指定した。現在は2012年に作成された「第二次国家認知症管理総合計画」を元にインフラやサービスの整備、専門人材の育成等が進められている。

この計画の目標には、①認知症の予防—発見—治療—管理のための体系的な基盤整備、②認知症患者とその家族のQOL（Quality of Life）の向上、③認知症に関する正しい理解と社会的関心を高めることが明記されている。具体的な推進課題としては、①認知症の検診・診断：認知症の早期発見および予防の強化、②認知症の治療・管理の強化：治療の支援、家族介護者の支援、認知症拠点病院の指定・運営、③インフラの拡大：認知症管理体制の確立、認知症患者総合データベースの強化、専門人材の育成等、④家族支援および社会的コミュニケーションの拡大：認知症に関する情報提供、相談業務の強化が挙げられている。

4. 認知症管理体制

認知症管理体制は、全体を統括する中央認知症センターと、地域ごとに設置された圏域認知症センターから成る。中央認知症センターは、認知症に関する統計、人材管理、教育プログラム開発、研究開発等、全体を統括する機能を持ち、認知症の予防・診断・治療に関する全ての業務を管轄するコントロールタワーとしての役割を担っている。

地域における認知症管理体制は、圏域認知症センターが中心機関となり、地域に合ったサービスモデルを開発し、提供している。圏域認知症センターは、2012年に4か所が設置され、2014年には11ヶ所にまで増えた（図1）。圏域認知症センター

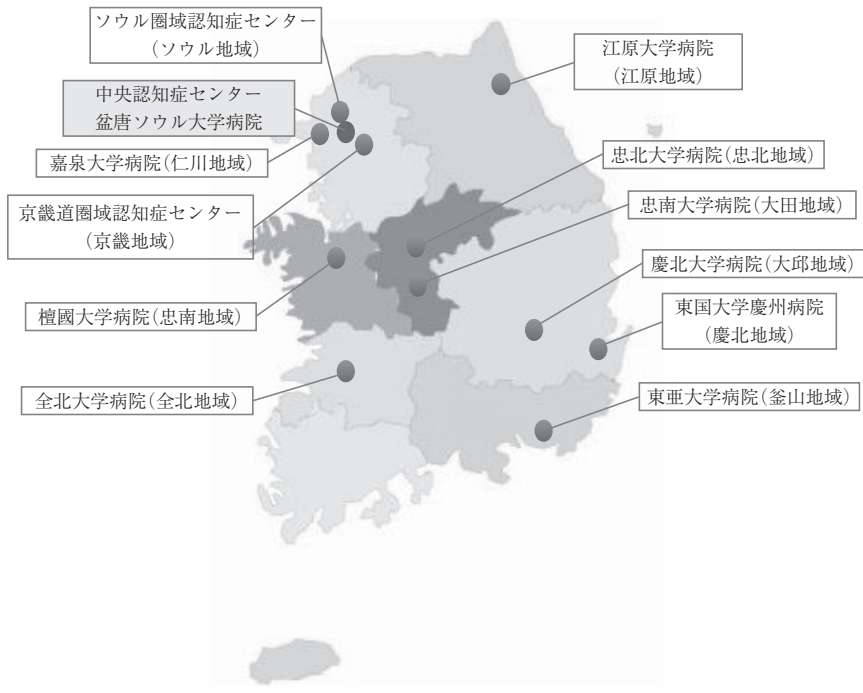
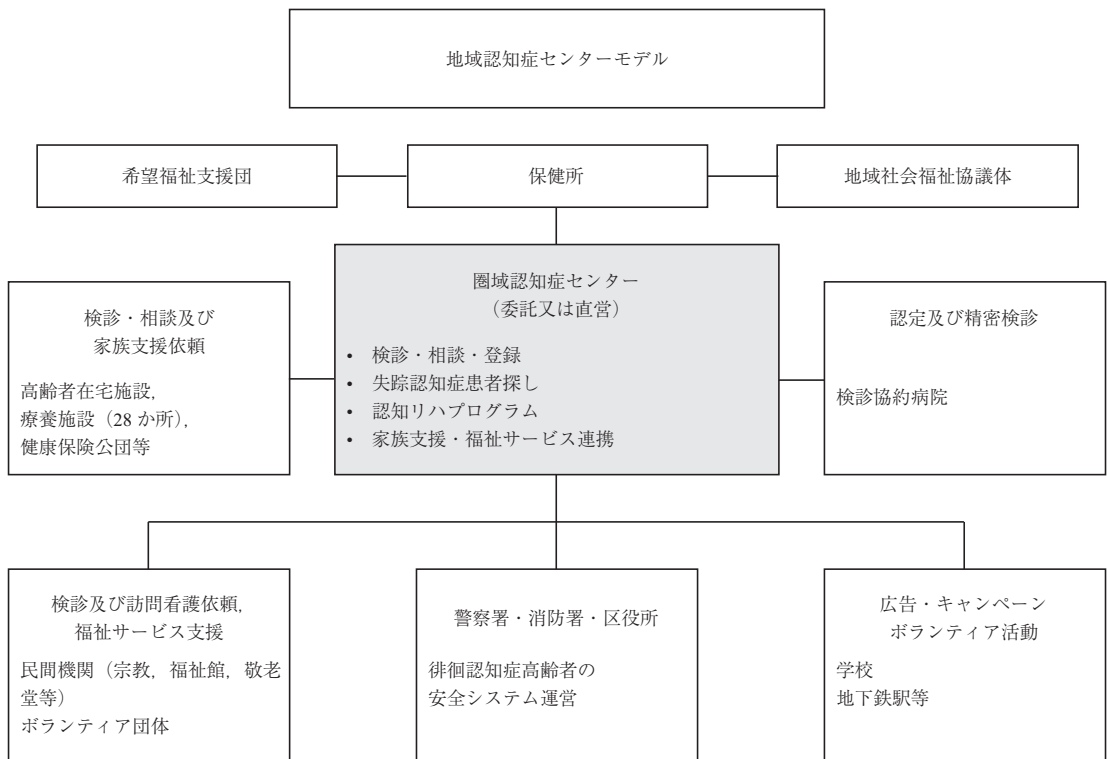


図1 韓国における認知症管理体制



出所：保健福祉部，2012，国家認知症管理総合計画。

図2 地域認知症センター運営モデル

では、認知症の予防・診断・治療および、地域の病院や高齢者施設、療養施設（介護施設）、警察や消防、行政、保健所などとも連携し、認知症の検診、相談業務、失踪した認知症患者の搜索、家族介護者支援などが行われている（図2）。

II. 韓国における認知症家族介護者への支援

1. 家族介護者支援サービス施策

韓国における認知症家族介護者支援サービスとして、①認知症に関する情報の提供、②相談コールセンターの設置、③家族介護者に対する教育、④認知症患者の失踪対策と、失踪した認知症患者とその家族への救済、⑤家族介護者に対するレスパイトケアがある。

国民の間で認知症に関する情報が不足していることから、保健福祉部は、認知症情報365 (<http://www.edementia.or.kr/main/mainStart>) というウェブサイトを開設し、そこで認知症に関する情報を提供している。

認知症に関する相談サービスとして、認知症相談コールセンターを設けており、局番なしの1899-9988にかければ、24時間365日年中無休で相談を受けられる。コールセンターの職員は、認知症患者への対応経験のある看護師、社会福祉士、臨床心理士などで構成されている。また、保健所に設けられている「認知症相談センター」などでは、認知症患者の家族会を運営（全国140ヶ所）している。

また、認知症相談センターなどでは家族介護者に対する教育サービスを提供している。教育は韓国認知症協会が管轄し、1回90分の6回コースから成るサービスを提供しており、主として、介護ストレスや介護負担の対処法について学ぶことを目的としている。

2013年からは、認知症患者の徘徊対策として、

GPS追跡装置を老人長期療養保険の福祉用具貸与品として利用可能とした。また、失踪した認知症患者の家族への支援として、相談サービス、TVやインターネットでの失踪者情報の提供、全国の老人福祉施設への失踪者の顔写真を含んだ情報提供などを行っている。

しかし、認知症患者やその家族への直接的なサービスはまだ不足している。そこで、2014年7月からは認知症患者の家族介護者に対するレスパイトケアのサービスを開始した。このサービスにより認知症患者は年に1回、2-3日間、短期入所施設（ショートステイ）を無料で利用できるようになった。

2. 認知症患者徘徊・行方不明者対策

韓国では2013年に認知症患者の失踪申告者は約8,000人であると報道され、社会問題として取り上げられつつある。こうした中で、韓国では認知症患者総合データベース構築および認知症患者写真、認識票等、認知症患者に関する登録情報の補強を通して失踪予防等の安全管理の手段として活用する（保健福祉部、第2次認知症管理に関する総合計画（2013-2015））ことが提起された。2011年より運用されている韓国警察庁の「安全DREAM-児童・女性・障害者警察支援センター」は、当初、児童、女性、障害者が行方不明になった場合に、事前に警察庁に登録していた指紋や顔写真、その他の個人情報を利用して行方不明者を発見するシステムである。2013年よりこのシステムに認知症患者を含めることになった。2014年末の時点で、指紋の事前登録を行った認知症患者は68,187人で、認知症患者全体（約47万人）の約14.5%に過ぎないが、認知症患者の徘徊・行方不明者対策の一環として「認知症患者の事前指紋登録」キャンペーンを全国で行っている。このシステムによって24時間以内に発見された認知症患者の事例が発表されており、警察庁は引き続きこのシステムの

広報活動や老人福祉施設などにおいて指紋登録を進めている。

3. 認知症患者の家族介護支援の事例と課題

地域別の認知症患者の家族介護支援の事例として、仁川市では、2014年から認知症の家族介護者25人を対象にした支援プログラム「くつろぎの空間（休・識・共・看）」を提供している。このプログラムでは、週に2回ずつ、計12回にわたって認知症に関する知識や、ストレス・マネジメントなどについて学ぶことを目的としている。釜山市では、認知症家族支援プログラムとして、認知症患者家族のうち、50から60程度の家族を対象とし、認知症患者のケアの方法やストレス対処の方法、心理治療などを行い、グループ別のミーティングでの討論、認知症患者と同行する家族旅行を支援している。

しかし、家族介護者支援については、実際に家族介護者に役立っているのかの検証は不十分な状況である。また、財政的な負担と専門人材の不足が問題となっている。それらに起因して、都市部とそれ以外の地域との間でサービス提供体制やサービス内容に格差が生じており、都市部以外の地域の認知症センターなどは本来想定していた機能を果たせていない状況である。

2013年12月から24時間「認知症相談コールセンター」を実施しているが、これが認知症の治療やサービスの利用への連携や、家族介護者のストレスの軽減に寄与しているのかなどについて、その効果の検証は行われていない。韓国では核家族化の進行によって介護力が低下しており、その分、家族介護者の負担も大きくなっている。認知症患者の60%が家族の介護を受けているが、そのうちの半数は介護者が1人（配偶者40%、息子の妻17%）で介護を全て担っている状況である（保健福祉部、2012）。介護ストレスを元にした介護殺人や自殺が発生しており、認知症の予防・診断・

治療だけでなく、家族介護者へのより多くの支援も必要となっている。

おわりに

韓国は、日本に比べてスピーディー且つ大胆な改革や制度設計を行う傾向がある。高齢者数と認知症患者が急増しており、認知症の家族介護者の問題も少しずつ大きくなっているのに合わせて、認知症関連の施策が急速に施行されている。韓国政府は2008年に「認知症との戦争」を発表し、2012年には「第二次国家認知症管理総合計画」を策定した。今はそれを元にインフラやサービスの整備、専門人材の育成等を進めている。しかし、施策がスピーディーに打ち出される反面、課題も抱えている。

韓国では全人口の約半数がソウル市とその周辺に集中しているなど、都市部に人口が集中する傾向が強い。そのため、財政や専門人材も都市部とそれ以外との間に差が出ている。地域間の格差は、他の施策と同様に家族介護者支援のサービスの提供体制の構築状況においても出てきており、地域間のインフラやサービス提供の格差を解消するため、都市部以外の地域に対する財政支援や専門人材の配置を進めていく必要がある。また、家族介護者支援の効果の検証も不十分である。

韓国から日本への示唆点として、①認知症の失踪者対策と、②大規模なデータベースを用いた認知症施策の構築が挙げられる。警察庁によると2012年に日本では認知症患者の行方不明者が約1万人いるとされるなど、行方不明者の問題が明るみになってきた。失踪した認知症患者の身元が分からぬまま長期間介護施設で保護されたり、事故に巻き込まれて死亡したり、列車事故によって家族介護者に損害賠償を命じる判決が出ている。韓国では、徘徊する認知症患者にGPSを装着させたり、失踪した認知症患者の家族に対する相談サー

ビス、TVやインターネットでの失踪者情報の提供、全国の老人福祉施設への失踪者の情報提供などを行っており、失踪を防いだり、事前指紋登録等を通して失踪しても早期に発見できる仕組みを整備しつつある。また、韓国では、保険者が一元化されており、患者のレセプトデータや要介護認定データを一箇所に集めて、そのデータの分析を通して政策立案や制度の設計に結びつけている。認知症関連でも認知症患者総合データベースを構築し、今後の制度設計に役立てる予定である。こうした点について、今後の動向を追うことで、日本への示唆点がより得られる可能性があると思われる。

謝 辞

本研究は、平成26年度長寿医療研究開発費（24-23）の助成を受けて実施した研究の一部である。

投稿受理（平成27年1月）

採用決定（平成27年7月）

注

- 1) ソウル市南部にある城南（ソンナム）市盆唐（プンダン）区

参考文献

1. Yusuke Inoue, Seungwon Jeong, Youngjoon Seo. 2013. "Innovation of Public Hospitals in Japan and Its Implications for Korea". *Korean Journal of Hospital Management*, Vol.18, No.4, 39-53. (Korean)
2. 保健福祉部. 2012. 国家認知症管理総合計画. (韓国語)
3. ソウル大学病院. 2009. 2008年全国認知症有病率調査. (韓国語)
4. 統計庁. 2011. 2010年人口センサス. (韓国語)
保健福祉部社会福祉施設情報システム <http://www.w4c.go.kr/intro/introFaciCurrent.do>

(Seungwon Jeong 国立長寿医療研究センター)

(いのうえ・ゆうすけ 岡山県立大学)

(Eunkyung Jo 韓国延世大学医療福祉研究所)

(さいとう・たみ 国立長寿医療研究センター)

書 評

井上恒男著
『英国所得保障政策の潮流—就労を軸とした改革の動向—』

(ミネルヴァ書房、2014年)

丸谷 浩介

1.本書の意図

わが国の社会保障制度は戦前にその萌芽を持つが、戦後「揺りかごから墓場まで」国民生活の安定・保障をうたったイギリス社会保障体制に刺激を受け、イギリスが社会保険方式を中心としていたこともあって、戦後の社会保障は社会保険制度を中心に構築されてきた。それは当時としてはやむを得ざる選択であったが、結果的にはよりよい途を選んだと誤りではない—1995（平成7）年の社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築（勧告）」の中でこう述べている。

社会保障制度が法に根拠を持つ制度である以上、政策決定方法はドメスティックなものにならざるを得ない。ただ、制度を支える理念なり制度設計を構想する際、海外の政策をじっくり検討することはきわめて有益である。英国は社会保障政策—英国の文脈でそれは所得保障を意味する—においてこれまで幾度となく参照の対象とされてきた。ところが英国の所得保障政策の分析は、個別分野を断片的に紹介するものに止まったり、制度を支える社会経済情勢について十分な配慮ができないものがあつた。本書は、英国での滞在経験と行政官としての経験に裏打ちされた、「できるだけ主要な事実を丹念に拾い上げる」（はしがき）ことによって英国の政策状況を的確に炙り出した労

作である。英国研究者による研究文献、政府による白書・政策提言書、省庁の報告書はもちろんのこと、与野党のマニフェストに至る膨大な一次資料を丁寧に分析し、問題状況を正確に把握し、政策議論状況の中で特定の政策を適切に位置づけて紹介する研究スタイルは賞賛に値するものである。

海外政策研究は、特定国の政策状況を正確且つ適切に紹介することが最低限必要である。読者は日本の政策動向における問題関心から海外の政策を学ぼうとし、何らかの示唆を得ようと期待する。そうすると執筆者の意図と読者の意図とが乖離してしまうことがある。本書はその点に配慮しつつ英国の所得保障政策の潮流について就労を軸にして詳らかにしようとしているが、この試みが成功しているのかという点が問われることになる。

以下では本書の内容について紹介を行った後、英国の所得保障を法律学で研究する者としての印象を述べることにする。言うまでもなくこの書評は評者の印象に止まるのであり、筆者の意図を誤解したり理解していない点が多々含まれ、誤りは評者に帰責する。

2.本書の構成と内容

包括的な海外の所得保障政策研究を行う場合、

史的研究、社会保険や公的扶助といった制度別研究、そして本書が採用するような稼働能力者や高齢者、障害者といった対象者類型別の研究手法が考えられよう。もっとも、所得保障政策の史的研究は、所得保障財源構成をいかにデザインしつつ、いかにして対象者類型を取り巻く社会環境の変化に対応してきたか、という視点が不可欠である。その限りで対象者類型と無縁ではあり得ない。同様に、制度別類型による政策研究も、特定の給付対象者から制度を見た場合には各種の複雑な制度構造の相互関係がわかりにくくなってしまいうという欠点を持つ。とりわけ、英国の所得保障は、ある給付対象者に対して社会保険と公的扶助、社会手当と給付付税額控除といった多様な給付類型が用意されていることから、それらの関係が複雑になりがちである。したがって、本書が英国所得保障制度を把握するために給付対象者別に論じる研究方法を採用するのは、英国所得保障研究のいわば必然でもある。

筆者は類型化の意義につき、就労を軸とした政策指向が具体的にどのように所得保障政策の中に現れているかという政策実体面に着目したことにその理由を求めている。注目すべきはこの場合の「就労」の位置である。わが国においては所得保障政策における就労の位置につき、就労できる者は就労による収入で、就労できない者には所得保障で、といった二分論的に把握されることが多い。しかし、英国では就労阻害要因を有していても「できる」ことに着目して就労等への可能性を拓いていこうという発想（はしがき）に立脚しており、所得保障制度もその限りで機能することになる。本書では就労することが「できる」者の類型化によって章を構成していることが特徴的である。従来の所得保障政策研究は、対象者の所得保障ニーズに応じて類型化を図ってきたのに対し、本書は一見類似しているように見えるものの、特色ある類型化がなされているものといえる。

このように、本書は就労に向かう類型ごとに章を構成するが、第1章「英国所得保障政策の俯瞰」は本書の総論的意義付けであり、類型化の例外である。英国の所得保障がベヴァリッジ報告以降社会保険制度を中核とし、その周辺に定型的ニードに対する社会手当、所得・資産調査に基づくミーンズ・テスト方式の給付、税クレジット（給付付税額控除）といった多様な制度を配置する多元的な制度で構成されてきた。筆者は、ヒルズ（Hills, J., 1998）の議論に立脚し、英国の所得保障政策をめぐる議論を①公共支出の削減、②民間分門の活用、③選別主義化、④社会保険原理の希薄化、⑤所得の不平等（格差）、⑥就労指向の所得保障という視点で、サッチャー政権（1980年代）以降の英国所得保障政策を俯瞰する。1997年のブレア労働党政権が「『福祉』か『就労』かではなく、いわば『福祉も就労も』という『第三の道』を目指していた」と指摘し、アクティベーション政策としての就労指向が強まり、前労働党政権終盤にはワークフェアの性格が強まったとする。そして、2010年に成立した保守・自民連立政権による所得保障政策については①公共支出の削減、②連立政権のスタンス、③世代毎の所得保障政策に分けて論じ、緊縮財政下における福祉給付見直しの一環として就労指向の傾向が強まり選別主義化が進行しているものの、老齢年金と児童貧困についてはその例外であることを指摘する。

第2章「就労世代に対する所得保障政策」と第3章「連立政権による福祉・就労対策の展開」は、就労可能な者に対する所得保障と就労支援政策について論じる。英国の公的扶助制度は給付対象者類型毎に構成されたカテゴリー扶助であり、就労の可能性を軸に構成されてきた。したがって、対象者を一元化し、所得保障制度と税も一本化することによって簡素な一元的システムにすることが可能となる。それがユニバーサル・クレジットである。就労可能な者といっても、稼働能力があり

就労阻害要因を持たない求職者から就労阻害要因を持つひとり親、稼働能力を制限される就労困難者、就労環境からワーキングプアを余儀なくされている者など、一元化された制度でありながらそれぞれの類型に応じた必要な配慮を行っていることが詳述される。筆者は今後の論点として事務処理電子化が就労インセンティブ機能に功を奏するか、就労インセンティブを機能させるためには就労支援体制を整備することが不可欠であり、それなしで早期就労を迫ることが生活の安心を支えない結果になると指摘しており、わが国の状況にも大変参考になる。

第4章「障害者に対する所得保障政策」では、障害者の所得保障を「福祉から就労へ」政策の一環として社会包摂を促進するための政策が策定されたことを指摘する。障害者就労支援事業の展開と所得保障制度の仕組みを通じた就労支援の強化が併行して行われた後、生活保障としての所得保障から就労支援のための所得保障へ軸足を移し、近年では就労能力評価の結果に基づき就労関連活動を条件とする所得保障制度へと変質していった。そして、今後の論点として就労関連活動能力を有すると判断される者が増大してくる中で、現状のジョブセンター・プラスとプライム・プロバイダーという体制で適切な就労支援を行うことができるのかという懸念を指摘する。就労関連活動の対応によっては給付に関する制裁を受ける可能性があることから、障害者個人の対応のみならず、就労上の障害を補完する努力が事業主によって十分に行われるのかという点も鍵となる。

英国では定年制を含む年齢を理由とする解雇が違法とされることから、職業生活の引退は労働者自らが決定しなければならない。高齢労働者が労働生活から引退を決意する要因には職業能力の減退もあろうが、公的年金・私的年金の支給要件も看過できない。第5章「高齢者に対する所得保障政策」では、低賃金労働者から高額所得者にそれ

ぞれ適合理的な公的年金・私的年金と税財源による年金クレジットがいかなる変容を遂げてきたかを詳述する。これらの改革もやはり就労指向であると同時に、私的年金（とりわけ職域年金自動加入制度を有する企業年金）の充実と公的年金の一元化という公私の役割分担が明確化されている。そして今後の論点として、年金制度は長期保険であることから漸進主義を採用せざるを得ず、その結果として経過措置に係る複雑な事務処理を克服することを指摘する。そして、一元化年金は拠出期間のみに比例する定額給付となるので、低所得者にはメリットがある反面で所得の高い者には就労インセンティブにネガティブな影響が出ることを懸念する。就労が報われるという路線を取っているにもかかわらず負担・給付の比率変更を機敏にとらえて論点にしないのは「奇異な感じがする」という。

第6章「児童に対する所得保障政策」は、世帯内に誰も就労している者がいない児童の貧困の割合は、少なくとも1人が就労している世帯と比較して高いことから、親の就労との関係を強調する。ところが英国における児童所得保障は一様ではなかった。ベヴァリッジ報告をうけて普遍主義的な家族手当が発足したが、1970年代には選別主義的な児童手当制度となった。連立政権は児童貧困対策として選別主義化を進め、ワークプログラムによる親への就労支援を強調することを指摘する。そして「福祉ではなく就労が貧困から抜け出す最善の方法である」との考え方から所得保障中心主義から脱却するというのである。児童貧困政策が遂行途上にある中で、児童税額控除制度が一般制度であるユニバーサル・クレジットに移行することから全体として就労等への取組みを要件とする体系へと軸足を移すことが今後の論点になるという。普遍主義的な児童手当制度から選別主義的な制度へと移行しつつ、所得保障中心主義から就労支援中心になることから、今後の親の就労支援対

策や関連する公共サービスの改善如何によって大きく左右されることになることを指摘する。

3.本書の意義

このように、本書は就労を軸に英国所得保障政策の展開を論じる。その際に筆者がもう一つの軸となり得ると暗示するのが政策立案過程であろう。英国の政策形成過程はしばしば二大政党制下における政治主導であることが指摘され、とりわけ政権交代期にはそれが顕著であるといわれる。

かつて政権交代は、所得保障政策の基本的な理念や政策決定指針の変更を伴っていた。しかしながら、ブレア労働党政権以降から保守＝自民連立政権への流れは、政党間に基本的な理念や依って立つ価値の違いがあるけれども、取られた政策については政党間の違いはみられなくなった。新政権は前政権との違いを見出そうとするが、結果として前政権の延長上の政策にあるように見える。これは、英国を取り巻くグローバル化した経済状況と、経済危機からの再建期において取り得る政策選択の余地なり選択肢が少なくなっているからであろうか。その少ない選択肢の中で、所得保障政策において取り得る選択肢が就労であった、と評価することができようか。

このように考えると、英国の所得保障政策立案は政治主導であるということが表層的な評価であるといえる。本書は政治主導をもたらした社会経済背景の動向と影響を的確に把握し、歴史の上に築き上げられてきた政策の持つ意味を正確に提示するものであり、所得保障政策ダイナミズムの中ではじめて理解されうるものである。類似の政策を採用する国は多いのであるが、もとより所得保障政策は経路依存性が高く、有する意味は時代と国家の成り立ちによって大きく異なる。したがって、就労を軸にした所得保障制度の構築を進めるという日本の現状に鑑みても、その持つ背景と政

策的意義が全く異なることに気付かされるのである。

そうはいっても読了後にいくつか疑問が残った。筆者は第1章で英国所得保障政策の視点を6点挙げている。この視点が最後まで通底していないような部分があるように思われる。とりわけ、④社会保険の希薄化については、日本の社会保険制度から見た「希薄化」なのであり、英国の史的展開過程においてそれが適切であるかどうかは別途の考慮が必要である。たとえば、第1章で掲げた「社会保険原理の希薄化」は、わが国でも十分に示唆的な議論ではあるものの、財源調達方法に止まらない受給者の権利といった視点からしていかなる意味を持つのか、もう少し検討されても良かったのではないか。もっとも、これは社会保障リスクに対応する社会保険制度を併存させたわが国の社会保険制度からみた印象であり、リスク類型に対応しない国民保険制度の場合、保険財源のうちかなりの部分が国民保健サービスのような社会保険以外の用途に用いられることに鑑みると、日本人が社会保険料拠出に対して抱くイメージと、英国における社会保険料拠出に対して抱くイメージとが異なることはよく指摘される。これをどのように考えるべきか。一つは、就労を中核とした所得保障制度の中で「社会保険原理の希薄化」が進行していると考えられる場合、所得保障制度に対する市民の貢献のあり方が変化してきているものとも評価できよう。今一つは、英国人の目から見て「社会保険原理の希薄化」なるものが本当に進行しているのか、という疑問である。学術的な論証が困難な事象ではあるものの、英国人にとっての国民保険料拠出と租税負担とは、どのような意味の違いがあるのか、ということ想像せずにはいられないのである。実はこの点は、第二次大戦後に先進国が共通理解としてきた社会保険と公的扶助（と社会手当）という分類方法が、果たして現実の社会の中で有効に機能してきたのであろう

か、という疑問にもつながるのである。

また、⑥就労志向については、対象者類型ごとに就労がいかなる意味を持つのか、それが所得保障といかなる関係を持つのか、もう少し検討が必要であるように思われた。もっとも、本書のように対象者別に記述すると、同じ政策目的のために同じ制度が用いられることが多々あり、その結果として記述に重複が見られることになることから詳述を避ける必要性は首肯しうる。しかし、所得保障政策における就労は、個人の自律を獲得する手段、自己実現の表現方法、生活の糧を得るための手段、所得保障を受けるための条件、国家による強制といった多面的な価値から構成される。所得保障についても生活の維持、職業生活からの引

退を決定するための要因、就労を継続するための生活基盤、就労の動機付けを向上させるための手段といった、多面的な価値から構成される。これらの点の分析なしに就労を軸にした所得保障政策を論じることは一面的であるように思われた。

このように、本書の分析には少々疑問を感じる点があるが、日本が「刺激を受け」てきた英国所得保障と就労政策を正確且つ詳細に論じた本書は、日本の所得保障政策を考える上で大変示唆的である。英国研究者のみならず、日本の所得保障政策と就労支援政策に関心を抱く者にとって必読の一冊であると言える。

(まるたに・こうすけ 佐賀大学教授)

書 評

沈潔著

『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのかー社会主義・資本主義の調和ー』

(ミネルヴァ書房、2014年)

澤田 ゆかり

I 本書の位置づけと特色

1 これまでの研究動向

中国の社会保障に関する研究は、21世紀に入ってから数が急増するだけでなく、内容面でも大きく変化した。2000年代前半には、アジア通貨危機の衝撃から、アジア諸国の社会保障制度に関する研究が台頭し、中国もその一環として取り上げられることがあった(大沢2004)。しかし、この頃のアジア全般に関する社会保障研究は、エスピン＝アンデルセンの福祉レジーム論の影響を受けて、東アジア型福祉国家論(Holliday & Wilding 2003)が主流であり、国有企業改革による急激な制度転換のさなかにあった中国は、これらの国際比較を念頭においた理論枠組にうまく収まらなかった。中国を対象にする研究は、主として市場経済への移行から社会保障制度を論じており(張紀濤2001、王文亮2001、田多2004)、いずれも国レベルの制度改革に関する政策解説を中心としていた。

しかし2000年代後半からは、特定の地域や事例の実態調査にもとづく研究が発表されるようになった。この背景としては、それまでの制度改革が具体的にどのような効果を挙げたのかを検証する需要が高まったこと、また中国での大学進学率の急上昇につれて大学院も拡張し、各地で院生や若手研究者がフィールドワーク報告を量産するよ

うになったことが挙げられる。また社会保障全般ではなく、特定の分野やテーマを対象を絞る研究が増加。日本語による出版物に限っても、年金に特化した何立新(2008)や社会的弱者に焦点を合わせた埋橋、于、徐(2012)、医療保険に関する久保編(2014)などが挙げられる。これらの研究においては、日本在住の中国人研究者あるいは中国現地の研究者と日本の専門家が提携して、最新データの入手とそれにもとづく分析を実現した。

さらに中国で各種統計の公開が進み、中国家計調査プロジェクト調査(Chinese Household Income Project Survey, 略称CHIPS)のような大規模な調査データが学術目的で利用可能になったことから、理論モデルを用いた計量分析も盛んになりつつある(馬欣欣2014)。このように、近年は研究対象や領域の細分化が進むと同時に、大規模なデータベースを利用した実証分析が勢いを増している。

2 本書の特色

こうした流れに対して、本書は再び社会福祉の全体像を捉え直し、改革の大きな方向を示そうと試みている。具体的には、本書は以下のような特色を備えている。

第一の特色は、中国の社会福祉改革を捉えるにあたって、歴史的な連続性に着目した点にある。本書が扱う時期は、中国共産党が改革開放に踏み切った1979年ではなく、国民党が中華民国として

全国を統一した1928年を起点としており、胡錦濤政権の任期末である2012年を終点としている。こうすることで、国民党が構築しようとした近代的社会福祉のどの部分が社会主義革命を経てなお継承された（逆にいえば、どこが断絶した）のか、また改革開放期に復活したのかを明らかにしている。

第二の特色は、こうした連続性の根底に古代ユートピア思想が存在することを指摘した点である。著者によれば、中国の社会福祉改革が目指すものは、「新自由主義・資本主義の福祉」でもなければ、社会主義の体制内での改良でもない。いずれかに接近するようになって見えても、それらはあくまで手段であり、目標として一貫しているのは中国固有の「大同思想」に範をとった平等主義であることを示唆している。

第三の特色は、イデオロギーを含む政治論争に踏み込んで、社会福祉改革の背景を解明している点である。本書は、福祉分野での個別政策をめぐる左派・右派の論争だけでなく、民主化要求と福祉改革の結びつきをも分析の対象としている。このため中国政治の変動の中に、社会福祉の問題を位置づけることができる。

第四の特色は、福祉人材の養成や社区（コミュニティ）福祉など、現場に近いテーマを個別に取り上げて、改革の大きな流れを具体的に裏付けている点である。とくに社区福祉については、著者は研究者として草分け的存在であり、1990年代からの現地調査の成果を踏まえた記述には迫力がある。

II 本書の構成と内容

本書は序章と三部の本論から構成される。序章では、対象期間の時期区分（近代化期1928-49年、計画経済期1949-79年、市場経済期1979-現在）を示し、分析の視点として①平等志向の強い福祉文

化、②共産党の一元管理から多元化する福祉政治、③資本主義と社会主義の遺産、という3点を打ち出している。著者は、現段階で中国が目指すのは、「適度普惠型」と呼ばれる「社会主義計画経済機の公正性と市場経済改革期の効率性を両立させ、両者の結合」を目指す「ナショナル・ミニマム」である、と結論づける（p.5）。

本論の第1部は、社会福祉の概念と政策および思想を扱っている。第1章は、社会福祉の概念が管轄省庁の間で差異があることを指摘したうえで、清末からの社会福祉事業の流れを解説する。ここで著者は、国民党と共産党に共通する要素として、家族・地域共同体に根ざした相互扶助の組織である合作事業（生活共同組合）を示した。

第2章は、国民政府期における個別の社会福祉政策をとりあげ、国民党と共産党の支配地区を比較している。国民党による防共政策としての社会救済事業や、政府による民間慈善団体の組織化、国際社会による難民支援と専門家育成に言及している。共産党については、農村の土地革命と都市部での労働保護の挫折が紹介されている。また著者は、共産党と国民党を「双子の兄弟」と呼び、表面的には「資本主義」の社会改良政策と「社会主義」の社会革命政策は対峙する構造であったが、実際にはお互いの政策を参照していたこと、そしてその根底には伝統的慈善救済事業という共通の土壌が横たわっていたことを指摘している（p.62）。

第3章「社会福祉文化の経路依存」は、中国の福祉文化の源流として「大同」と「普惠」の思想を挙げる。著者によれば、大同は「共有」と「均等」を柱とする私有財産のないユートピアである。「普惠」はその理想的な統治の実践規範である。これらの儒教の理念は、時代を超えて中国の政治家に受け継がれてきた。著者は、康有為、孫文、毛沢東、鄧小平、胡錦濤の言説に「大同」思想が反映されていることを取り上げて、連続性を示し

ている。

第2部は、中華人民共和国時代（1949年から現在）を対象に、社会福祉政策の展開を個別具体的に解説している。第4章「毛沢東時代の社会福祉改革」では、計画経済時代の社会福祉として、「単位」と呼ばれる職場ベースの生活保障制度を中心に、労働者保険制度と民政救済制度が形成され、かつ崩壊にいたった要因が示された。また国民政府からの連続性と断絶についても考察がなされており、社会救済事業については両者の発想や規定に重なる部分が多かったこと、そのいっぽうで国家と社会の関係が「水平的な対峙構造から垂直的な支配構造に変わり」、民間の社会团体が衰退したことを「断絶」として指摘している（pp.95-96）。

第5章は、改革開放期において、計画経済期の社会福祉が解体され、市場経済のもとで新たな制度が構築された過程を明らかにしている。福祉サービスへの転換にあたっては、当初は計画経済の非効率に対する反動もあって市場を偏重する傾向があった。その結果、社会福祉に関する政府の責任が個人に転嫁され、新たな貧困層が出現したこと、また住宅の商品化によってコミュニティが大きく変化し、NPOなど民間から多様なセクターが社会福祉の担い手として参加するようになったことが分かる。

第6章は、高度経済成長を遂げた中国が、公共福祉における「小さい政府」を見直し、民生重視へと舵を切って、新たな社会福祉モデルとして「適度普惠型」を提唱するにいたった背景を説明している。不平等指数の上昇、貧困の長期化と慢性化に危機感を募らせた政府は、公共福祉への財政投入により、それまで社会保険から排除されてきた農民や自営業、低所得層の人々もカバーする国民皆保険と最低生活保障を整備し、経済成長の果実が国民全体に行き渡ることを目指した。ただし、既得権益層の抵抗を回避するため、新たな社会保険は既存保険とは切り離す形で導入された。その

結果、新制度と既存制度の加入者の間に大きな格差が生じていることに、著者は注意を促している。

第7章「福祉政治の変革」は、政治家・官僚と利益団体の言説から、二種類の政策論争に焦点を当てている。第一の論争は、医療衛生の市場化をめぐる右派（市場改革派）と新左派（社会利益保護派）の対立である。右派は医療市場の未成熟による非効率を、左派は市場化の行き過ぎによる負担の格差を非難した。

第二の論争は、福祉国家の公的保障および「民主社会主義」と「普遍的価値」をいかに中国に適応させるかをめぐって発生した。しかしこれを契機として政治改革の要求が高まると、政府は急進的な学者グループが起草した「08憲章」を否定し、民主化論争の幕引きを図った。政治不安を危惧した胡錦濤政権は、民主主義ではなく民生主義で社会的安定を目指すこととし、左派の主張する社会主義の公平性と右派が支持する市場経済の効率性の両方を備えた「適度普惠型」の社会福祉を提唱するにいたった。

第3部は「中国社会福祉の実像」と題して、社会福祉の対象ごとに現場の課題を分析している。第8章は社会福祉改革の結果、福祉分野の人材不足が深刻になったことを説明し、専門職としてソーシャル・ワーカーやケアワーカーを育成し、資格認定を行う動きを、日本との比較を交えながら紹介している。

第9章「地域社会の変容と社区福祉」は、市場経済のなかで機能が弱体化した「単位」に代わって、住民に直結する社会福祉の受け皿として「社区」が期待を集めてきた。しかし「社区」行政主導で運営されたため、著者が2003年に行った現地調査では、社区の福祉サービスと住民の実際のニーズの間には齟齬が生じていたという。本章では、経済成長にともなって住民の意識に変化が現れ、住民が行政だけでなく福祉NPOや不動産業者と協働

する社区公益事業が生まれつつあることを事例研究から実証している。

第10章「児童福祉」、第11章「障害者福祉」、第12章「高齢者福祉」は、それぞれの対象が現実に直面する問題を挙げ、依然として家族への依存が高いものの、徐々に社会福祉の範囲が拡大しつつあり、残余型福祉からの脱皮が示唆されている。たとえば2000年代後半から高齢者福祉は、それまでの貧困高齢者への経済支援から、高齢者全体を対象にする医療、福祉介護の総合的な福祉サービスへと変容していることが伺える。

Ⅲ 本書の意義と課題

本書の意義は、中華民国期から現在までを通観することで、体制転換を越えた社会福祉の連続性と断絶面の全体像をとらえた点にある。これまでの研究は、1949年の社会主義革命を境にして民間組織の活動は断絶し、社会の末端まで国の管理が徹底していたと捉えがちであった（飯島、澤田2010）。そのような視点からは、改革開放期に市場化が進んで慈善団体など民間組織が復活する現象は見えても、民国期からの連続性を意識できない。

しかし本書は、計画経済期の大枠での断絶を認めながらも、末端組織では相互扶助が継続して機能していたことに注意を喚起する。生産手段の公有化が進んだ計画経済期にあっても、人民公社や生産大隊の福祉事業に対しては国や地方政府からの資金提供は基本として行われず、「一種の共同体内部の相互扶助システム」（p.101）の性格を保っていたこと、また都市の「単位」ですら伝統的家族としての行動規範や機能が埋め込まれ、一種の大家族として存在したこと（p.108）が指摘されている。こうした疑似家族的な相互扶助の組織原理は、民国期の慈善団体にも今日の当事者組織型のNPOにも見いだすことができる。また計画経

済時代の「単位」制度が強固だった地域では、社区福祉の構築が比較的順調であるという。

これを敷衍すれば、草の根レベルの相互扶助については、社会主義か資本主義かを論じるよりも、いずれの要素も合わせもつ領域である点が重要と思える。こうした発想は、社会福祉の分野以外でも検討されつつある。李曉東（2012）は、コミュニティの住民組織である居民委員会を指して、「行政権を持たないまま大量の行政業務を執行する」「国家でもあり、社会でもある」第三の領域と呼ぶ。また、加藤（2013）は中国経済に存在する「曖昧な制度」を挙げて、移行期の制度的空白に対応するのに有効であると述べている。加藤によれば、私有財産権が十分に保護されず、市場経済が未成熟な移行期には、不確実性のリスクを分散する手段として、現場経営者の裁量に任せる請負制度が効力を発揮した、という。

また本書が第7章で明らかにした福祉政治の変革プロセスは、2000年代後半の「国進民退」（国有企業が躍進し、民間企業が縮小する）をめぐる論争と共鳴している。これら他分野の研究との共通項から、本書は社会福祉の視点で中国における「公」と「私」の境界線を理解するのに資すると考える。

ただし、社会福祉改革が「社会主義でも資本主義でもない」状態を今後も目指すのかという点については、本書は判断を留保している。20世紀初頭から現在までを振り返ると、近代化と社会主義革命の移行過程にあって、市場経済は安定的に発達していたとはいいがたい。そう考えると「あいまいな制度」や「国でも社会でもない」グレーゾーンは、市場経済の発展段階の一時的なゆらぎにすぎず、市場経済の成熟とともに資本主義に収斂するのかもしれない。

最後に本書の課題として、伝統思想の扱いを挙げておきたい。中国の社会福祉に大きな影響を与える思想として「大同」の理念が紹介されている

が、政治家の理念と実際の政策決定の間には距離がある。「大同」「小康」の解釈は、時代と指導者によって変質しており、どのていど政策に影響を与えたのかは明確ではない。また文化的要素を考察するのであれば、社会福祉の分野で活動する宗教団体からアプローチすることもできよう。この点で本書の文化面からの分析は、表面的なものに留まった感がある。

参考文献一覧

<日本語>

- 飯島渉、澤田ゆかり（2010）『高まる生活リスク～社会保障と医療』岩波書店。
埋橋孝文、于洋、徐栄編（2012）『中国の弱者層と社会保障ー「改革開放」の光と影』明石書店。
加藤弘之（2013）『「曖昧な制度」としての中国型資本主義』NTT出版。

- 何立新（2008）『中国の公的年金制度改革ー体制移行期の制度的・実証的分析』東京大学出版会。
久保英也（2014）『中国における医療保障改革ー皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房。
李曉東（2012）「公共性から考える中国の『社区』の『自治』」（島根県立大学）『総合政策論叢』第23号、pp.123-138。<<http://hamada.u-shimane.ac.jp/research/32kiyou/10sogo/seisaku23.data/seisaku2309.pdf>>
張紀濤（2001）『現代中国社会保障論』。
王文亮（2001）『21世紀に向けた中国の社会保障』。
大沢真理編（2004）『アジア諸国の社会福祉戦略』。
田多英範編（2004）『現代中国の社会保障制度』。

<英語>

- Holliday, Ian and Paul Wilding ed. (2003) *Welfare Capitalism in East Asia: Social Policy in the Tiger Economies*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

（さわだ・ゆかり 東京外国語大学教授）

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

(1) 論文：16,000字 (図表を含む)

本文のほかに要約文(400字程度)およびキーワード(3~5語)を添付。

(2) 研究ノート：12,000字 (図表を含む)

(3) 動向：8,000字 (図表を含む)

(4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→① ② ③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

(例) <表1>受給者数の変化

<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

(例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

(例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell. Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review*, Vol. 58, No. 3, 63-87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009, Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP (Desk Top Publishing) に行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

(1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものを提出いただく場合もあります。

(2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。

(3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS (Windows, Macintosh など)、アプリケーション名 (Excel, Lotus など)、バージョン名 (2.0 など) を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第193号 2016年2月発行予定 特集：福祉国家の多様性：比較福祉レジーム論の射程

バックナンバー

- 第192号 2015年9月発行……特集：予防接種の国際比較
第191号 2015年6月発行……特集：ロシアの社会保障
第190号 2015年3月発行……特集：認知症対策の国際比較
第189号 2014年12月発行……特集：中国の社会保障
第188号 2014年9月発行……特集：大規模災害と社会保障Ⅱ
第187号 2014年6月発行……特集：大規模災害と社会保障Ⅰ
第186号 2014年3月発行……特集：ドイツの社会保障：メルケル政権下の社会保障
第185号 2013年12月発行……特集：貧困・格差を総合的、継続的に把握する指標の開発と活用
—数値目標化とモニタリングのしくみ—
第184号 2013年9月発行……特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性
第183号 2013年6月発行……特集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策
第182号 2013年3月発行……特集：精神障害者地域生活支援の国際比較
第181号 2012年12月発行……特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障
第180号 2012年9月発行……特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係
第179号 2012年6月発行……特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—
第178号 2012年3月発行……特集：スウェーデンの社会保障—グローバル化経済の中での苦悩と挑戦—
第177号 2011年12月発行……特集：貧困への視座と対策のフロンティア

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

予防接種政策は公衆衛生制度の一部であり、公衆衛生制度は社会保障の一部門であります
が、今回が初めての特集となりました。病気の予防に関する政策には、健康や身体についての
各社会の価値観が反映されており、他国との比較を通して現代日本社会を考える重要な手
がかりともなります。さまざまな学問的立場から色々な国についてご執筆頂いたことで、非
常に意義ある特集となったのではないかと思います。最後に、当初の予定より大幅に発刊が
遅れましたこと、執筆者の先生方をはじめとし、関係各位に深くお詫び申し上げます。

(K.T)

編集委員長

森田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

宮田 智 (同研究所・政策研究調整官)

小野 太一 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

金子 能宏 (同研究所・政策研究連携担当参与)

編集幹事

竹沢 純子 (同研究所・企画部第3室長)

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

暮石 渉 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

藤間 公太 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

安藤 道人 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 192

平成 27 年 9 月 25 日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、
国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Autumn 2015 No.192

Special Issue: International Comparison of Vaccination Systems

Foreword	Tomoyuki Kato
Things Learned from the Immunization System in the United States	Akihiko Saitoh
The Situation and Challenges of the Immunization System in Developing Countries	Yasuhide Nakamura
Vaccination Policy in Germany	Katsuaki Matsumoto
Historical Development of Preventive Inoculation in China:Focusing on the Vaccination Policy	Yuki Fukushi

Report and Statistics

Dementia: its underlying issues, measures and the support system for caregivers in Korea	Seungwon Jeong, Yusuke Inoue, Eunkyung Jo and Tami Saito
---	--

Book Review

Tsuneo Inoue (ed.) <i>Trends in UK Social Security Policy, Development of Work</i> —Oriented Reforms.....	Kosuke Marutani
Jie Shen (ed.) <i>What is the Aim of Social Welfare Reform in China?</i> —Harmonizing Socialism with Capitalism—	Yukari Sawada
