

新型コロナウイルスワクチン接種にかかる事故の実態と
町幹部の関与についての調査特別委員会

調査報告書

令和6年 9月10日

<目次>

1. はじめに	1
2. 調査議会の設置	2
3. 議会・委員会の開催状況	3
4. 調査事件	9
(1) 接種会場においてシリンジが1本余った事案	9
(2) 再冷凍ワクチンを接種した事案	11
(3) 接種済みシールが2枚足りなくなった事案	16
(4) 温度管理不適切なワクチンを接種した事案	17
5. 総括	18
6. 提言	18
7. 結論	19

はじめに

令和3年5月7日から、同年9月22日において、新型コロナウイルスワクチン集団接種を進めるなかで、未接種の注射器が1本余った事案、ロット番号シール2枚が足りない事案、再冷凍ワクチンを接種した事案、温度管理が不適切なワクチンを接種した事案が複数回発生した。高取町は、この事案を隠蔽し、令和3年9月17日、週刊新潮の記事により事態が判明した。高取町議会は直ちに真相を究明し、住民の安心・安全を担保するため百条調査権の行使に至った。

このような不適切事案の対象者は、当初59名であったが、調査を進めていく中、他にも不適切事案があることが判明し、最終的には3,084名を対象に感染症検査や抗体検査を実施する事態となった。

本調査においては、事案ごとの時系列をもとに、その原因や担当者の責任、関与等について調査分析し、個々の責任を明らかにし、再発防止策を提言することを目的とする。

2. 調査議会の設置

(1) 設置決議

令和3年9月21日の議会において、新型コロナウイルスワクチン接種にかかる事故の実態と町幹部の関与についての調査に関する動議を提起し、全会一致にて可決。

(2) 議長・副議長・議員の氏名

- ① 議長 新澤 良文
- ② 副議長 森川 彰久
- ③ 議員 西川 侑壱
- 谷本 吉巳
- 松本 圭司
- 野口 勝也
- 森下 明
- 新澤 明美

(3) 委員長・副委員長・委員の氏名

- ① 委員長 新澤 良文
- ② 副委員長 森川 彰久
- ③ 委員 西川 侑壱
- 谷本 吉巳
- 松本 圭司
- 野口 勝也
- 森下 明
- 新澤 明美

3. 議会・委員会の開催状況

○百条調査議会

回数	日時・場所	証人	
第1回	令和3年9月21日 開会 10時00分 閉会 17時28分 議場	町長	中川裕介
		地域包括支援センター保健師兼総括保健師	濱坂知子
		住民課保健師兼総括保健師	藤原香織
		保健センター所長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	植山みか子
		保健センター保健師	松本聖子
第2回	令和3年9月24日 開会 9時00分 閉会 18時03分 議場	副町長	東扶美
		総務課長	芦高龍也
		福祉課長	梶井貞男
		総合政策課長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームリーダー	石尾宗将
		総合政策課長補佐兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	前田繁
		事業課兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチーム主査	江口繁雄
		地域包括支援センター保健師兼総括保健師	濱坂知子
		住民課保健師兼総括保健師	藤原香織

第3回	令和3年9月29日 開会 9時00分 閉会 18時07分 議 場	副 町 長	東 扶 美
		総 括 参 事	武 平 年 史
		総 務 課 長	芦 高 龍 也
		福 祉 課 長	梶 井 貞 男
		総合政策課長兼新型 コロナワクチン接種 プロジェクトチーム リーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼 新型コロナワクチン 接種プロジェクトチ ームサブリーダー	前 田 繁
		事業課兼新型コロナ ワクチン接種プロジ ェクトチーム主査	江 口 繁 雄
第4回	令和3年10月5日 開会 9時00分 閉会 17時35分 議 場	総 括 参 事	武 平 年 史
		総 務 課 長	芦 高 龍 也
		福 祉 課 長	梶 井 貞 男
		総合政策課長兼新型 コロナワクチン接種 プロジェクトチーム リーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼 新型コロナワクチン 接種プロジェクトチ ームサブリーダー	前 田 繁
		事業課兼新型コロナ ワクチン接種プロジ ェクトチーム主査	江 口 繁 雄
		第5回	令和3年10月11日 開会 9時00分 閉会 16時35分 議 場
保健センター保健師	松 本 聖 子		
地域包括支援センタ ー保健師兼総括保健 師	濱 坂 知 子		
住民課保健師兼総括 保健師	藤 原 香 織		

第6回	令和3年10月19日 開会 9時00分 閉会 16時35分 議 場	副 町 長	東 扶 美
		保健センター所長兼 新型コロナワクチン 接種プロジェクトチ ームサブリーダー	植 山 み か 子
		看 護 師	橋 本 康 子
		看 護 師	杉 本 陽 子
		総合政策課長兼新型 コロナワクチン接種 プロジェクトチーム リーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼 新型コロナワクチン 接種プロジェクトチ ームサブリーダー	前 田 繁

○百条調査特別委員会

回 数	日 時・場 所	証 人	
第1回	令和3年11月15日 開会 13時00分 閉会 15時40分 議 場	町 長	中 川 裕 介
		総 務 課 長	芦 高 龍 也
第2回	令和3年12月9日 開会 14時00分 閉会 18時11分 議 場	総合政策課長兼新型コロ ナワクチン接種プロジェ クトチームリーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼新型 コロナワクチン接種プロ ジェクトチームサブリー ダー	前 田 繁
		住民課兼新型コロナワク チン接種プロジェクトチ ーム主査	橋 本 直 樹

		事業課兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチーム主査	江口 繁雄
第3回	令和3年12月13日 開会 10時00分 閉会 17時37分 議 場	総合政策課長補佐兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	前 田 繁
		保健センター所長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	植山 みか子
		保健センター保健師	松 本 聖子
第4回	令和4年1月31日 開会 10時00分 閉会 14時03分 議 場	町 長	中 川 裕 介
第5回	令和4年2月15日 開会 10時00分 閉会 18時00分 議 場	副 町 長	東 扶 美
		総 括 参 事	武 平 年 史
		総 務 課 長	芦 高 龍 也
		福 祉 課 長	柘 井 貞 男
		総合政策課長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームリーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	前 田 繁
		事業課兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチーム主査	江 口 繁 雄
		地域包括支援センター保健師兼総括保健師	濱 坂 知 子
住民課保健師兼総括保健師	藤 原 香 織		

		保健センター所長兼新型コロナウイルスワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	植山みか子
		保健センター保健師	松本聖子
第6回	令和4年3月15日 開会 10時00分 閉会 11時46分 議 場	参 考 人 弁 護 士	山 下 真
第7回	令和4年6月16日 開会 10時00分 閉会 18時44分 議 場	町 長	中 川 裕 介
		副 町 長	東 扶 美
		総 括 参 事	武 平 年 史
		総 務 課 長	芦 高 龍 也
		福祉課長兼新型コロナウイルス接種対策推進室室長	柘 井 貞 男
		総合政策課長兼新型コロナウイルスワクチン接種プロジェクトチームリーダー	石 尾 宗 将
		総合政策課長補佐兼新型コロナウイルスワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	前 田 繁
		事業課兼新型コロナウイルスワクチン接種プロジェクトチーム主査	江 口 繁 雄
		地域包括支援センター保健師兼総括保健師	濱 坂 知 子
		住民課保健師兼総括保健師	藤 原 香 織
		保健センター所長兼新型コロナウイルスワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー	植 山 み か 子
保健センター保健師	松 本 聖 子		

第8回	令和4年9月20日 開会 10時41分 閉会 14時35分 議 場	参 考 人 弁 護 士	山 下 真
	第9回	令和4年12月8日 開会 10時00分 閉会 16時40分 議 場	
第10回	令和5年3月14日 開会 10時00分 閉会 15時44分 議 場	証 人 及 び 参 考 人 は 無 し 委 員 の み で 議 論	
第11回	令和6年9月10日 開会 14時10分 閉会 14時17分 集会室	証 人 及 び 参 考 人 は 無 し 委 員 の み で 議 論	

4. 調査事件

(1) 令和3年7月11日 接種会場においてシリンジが1本余った事案

○明らかになった事実

令和3年7月11日13時から、対象者59名に対し、保健センターにおいて午後の部の新型コロナワクチン接種事業を開始し、14時10分頃、松本保健師がワクチン lot 変更に伴う残数確認作業をしたところ、14時20分頃、残数不一致の疑いが判明し、会場総括（石尾総合政策課長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームリーダー）及び場内管理者（榊井福祉課長）に「注射器が1本余っている。ワクチンを接種せずに帰った方がいるかもしれない」と報告。榊井福祉課長（以下、榊井課長）は、15時頃に武平総括参事（以下、武平参事）に報告。武平参事は榊井課長に対し、すぐに対象者全員に連絡するように指示するも、榊井課長は継続するワクチン接種業務の中で、すぐに連絡を取らなかった。

この事案を受け、夕方に保健センターにおいて全体会議が開かれ、中川町長、東副町長、武平参事、芦高総務課長（以下、芦高課長）、石尾総合政策課長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームリーダー（以下、石尾PTリーダー）、榊井課長、前田総合政策課長補佐兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー（以下、前田PTサブリーダー）、松本保健師が出席した。会議の冒頭、松本保健師が、当日スタッフ全員に聞き取り調査を実施した結果、ワクチンを接種せずに帰った人がいる可能性があることを報告。その他にも空打ちや二度打ちの可能性、シリンジが1本多かった可能性についても考えられることから、今後の対応について協議がなされた。各人が重大事案と認識はしていたが、積極的な発言はしていなかった。松本保健師が、万一、空打ちがありシリンジの重複使用があれば、感染症を主とした健康被害や免疫獲得について保証されないため、住民の健康を守るための対応を求め、合わせて、県および国への報告義務があることを発言したが、対応については、ひとまず静観する意見が主流となった。石尾PTリーダーが、これまでの協議内容から、中川町長に判断を仰ぐことで帰結すると発言。町長は、「様子を見ましょう」と状況を静観する方向性を示し、会議は散会。

翌日の7月12日、前日の会議の決定に不安を覚えた東副町長、芦高課長、

石尾PTリーダーの三人は、再考を進言すべく町長室を訪ね「接種された59名の方に連絡を取り、事実確認を行うべきではないのか」と申し入れたが、中川町長は、「もうこの事は、私が決めたことですから、変更はありません」と明言。その後も、中川町長の再考を促すという対応はできなかった。

7月15日、松本保健師は、会議の結論が経過観察になったが、具体的な目途も方法も決まっていなかったことから、7月11日付で必要と思われる内容と会議で発言した内容を改めて記載した伺書を持参し、再検討をお願いしたいと榊井課長に手渡した。榊井課長は、武平参事と芦高課長に相談し、東副町長を交えて4人で協議したが、7月12日の中川町長の発言から、再考を進言する余地はないとの判断に至った。伺書は、東副町長、芦高課長の要請により、榊井課長が預かる事になり、伺書が中川町長に報告される事はなかった。

その後、何一つ対応される事は無く、9月17日、週刊新潮に当該記事が掲載される事となった。

○問題点

最大の問題点として、ワクチン接種事業を始める上で、最低限のリスクマネジメントの共有ができていなかった。7月11日、15時に武平参事の指示を受け、榊井課長が危機意識を高く持ち、すぐに電話にて確認をするべきであった。この点で、榊井課長の危機意識の希薄さが問題である。責任感の欠如という面では、夕方の全体会議において、参加した各職員が積極的に発言せず、松本保健師のみが発言している状態であった。その松本保健師の発言にも耳を傾けず、町長の「様子を見ましょう」という判断に異論を唱える事もなく、会議が散会になってしまっている。これは、職員の責任感が欠如していると言わざるを得ない。また、中川町長も危機意識を高く持ち、町民の命を守る判断をするべきで、速やかに公表して検査をするという適切な対応を取れなかった事が大きな問題である。

なお、松本保健師が起案した伺書を東副町長、芦高課長、榊井課長が決裁せず榊井課長が止めおいた行為は行政職員として非常に不適切である。ただし、そのことで中川町長の間違った判断が容認されるわけではない。

また、新型コロナウイルス対策本部会議で本事案を報告していなかった事も重大な問題である。

(2) 令和3年7月21日 再冷凍ワクチンを接種した事案

○明らかになった事実

・7月15日

集団接種事業の開始日までに、医療用冷蔵庫を購入することができなかった為、家庭用冷蔵庫を集団接種会場のリベルテホールに設置した。プロジェクトチームの江口PT主査が保健センターから、データロガー（温度計）を2台借り（以下、便宜上データロガー①とデータロガー②とする）、冷蔵庫内の温度を測定したが、思うような測定結果は得られず、その旨を石尾PTリーダーに報告した。

・7月16日

藤原総括保健師はリベルテホールでの準備中に、初めてワクチン保管用の冷蔵庫が家庭用冷蔵庫である事を認識した。なぜ家庭用冷蔵庫になったのか江口PT主査に尋ねたところ、植山保健センター所長兼新型コロナワクチン接種プロジェクトチームサブリーダー（以下、植山PTサブリーダー）が家庭用冷蔵庫で良いと言ったため、家庭用冷蔵庫を購入したと答えた。（※令和3年7月30日まで、厚生労働省の指導では温度管理ができていれば家庭用冷蔵庫でのワクチンの保管を可能としていた。）また、藤原総括保健師が、なぜ家庭用冷蔵庫なのかとワクチン接種事業を委託した業者「ヒトコム」の大向氏に尋ねると、上記通達により「植山PTサブリーダーが、家庭用冷蔵庫の中でもワクチンの薬液を充填したシリンジを10本入れたトレイが入るぐらいの大きさにしてほしいと言っていた。」と答えた為、藤原総括保健師は、保健センターの指示があれば、安心できると判断した。

同日、16時にワクチン44バイアルを受け取るため、石尾PTリーダー、前田PTサブリーダー、濱坂総括保健師、藤原総括保健師が保健センターを訪れた。16時5分、石尾PTリーダーの確認の元、植山PTサブリーダーがディープフリーザーからワクチン44バイアルを取り出し、保冷バックに移した。その間、前田PTサブリーダー、濱坂総括保健師、藤原総括保健師が注射器、注射針、生理食塩水等、接種に必要な物品を数えて持ち出し、石尾PTリーダーが情報提供シートに受け取りのサイン

をして16時25分頃リベルテホールに向けて出発した。

一方、江口PT主査は、冷蔵庫にデータロガーを設置する作業を行うが、データロガー①は、温度計としては機能が、パソコンと接続できず、データロガー②は異常な温度が表示される状態で、庫内温度を正確に測定し記録に残すことができない状況であった。16時40分頃にワクチン移送チームが到着。

冷蔵庫の温度が不安定だと認識していた石尾PTリーダー、前田PTサブリーダーは、この事を藤原総括保健師、濱坂総括保健師に伝え、江口PT主査を加えた5人でワクチンの取り扱いについて相談。唯一、温度計として機能する、データロガー①を保冷バッグ内のワクチンに入れたところ、マイナス16度を表示。濱坂総括保健師、藤原総括保健師は、冷凍庫に入れるべきではないと発言。しかし、ファイザー社のマニュアルには、マイナス15度からマイナス25度の間のワクチンは冷凍状態であれば、一度に限り、再度冷凍室に入れてもいいと記載されていた認識のもと、最終的に温度が不安定な冷蔵庫よりも安定している冷凍室に入れた方が安全と石尾PTリーダーと前田PTサブリーダーが判断し冷凍室に入れることとなった。

しかし、ファイザー社のマニュアルには冷蔵移送用の保冷バッグによる移送は、冷凍移送とはならない為、このワクチンを冷凍室に入れる事が不適切な対応であった。

18時頃、江口PT主査は、設置した冷蔵庫の温度がマイナス3度や16度になるなど不安定のため、移送したワクチンを冷凍庫に入れたと植山PTサブリーダーに電話で報告した。植山PTサブリーダーは、厚労省のマニュアルでは、ディープフリーザーから保冷バックに入れた時点で冷蔵扱いとなりワクチンが溶け出している可能性がある。冷凍したなら、破棄しなければならないことを指摘した。その後江口PT主査は、冷凍庫から冷蔵庫に移し、藤原総括保健師、濱坂総括保健師、石尾PTリーダーと前田PTサブリーダーに冷凍庫から冷蔵庫に移したことを報告した。

・ 7月17日

濱坂総括保健師は藤原総括保健師と相談の上、このワクチンを使用す

べきでないことを芦高課長に進言した。この進言を受け、芦高課長はグレーなワクチンであるので、使用しない方針とし、県に対応を確認するよう前田PTサブリーダーに指示をした。一方、江口PT主査は、棒温度計でも冷蔵庫の温度管理ができると聞いたことがあり、データロガーの代わりに自ら自費で買い求めた棒温度計を冷蔵庫に設置した。以降、医療用冷蔵庫が設置されるまでの間、棒温度計によりワクチンの温度管理が行われることとなる。

この15日から17日の出来事を受け、7月18日のワクチン接種は、再冷凍の疑いのあるワクチンを使用せず、保健センターで保管されている新たなワクチンを7月18日の朝から保冷バックで移送し使用する事となった。

・ 7月18日

8時20分に前田PTサブリーダーと濱坂総括保健師が、保健センターに到着。当日、使用する新たなワクチン44バイアルを受け取る。その際、7月16日に移送したワクチンを廃棄する場合は、県に報告書を提出する必要があると植山PTサブリーダーから前田PTサブリーダーに伝えたが、前田PTサブリーダーは、まだ廃棄するとは決まっていないと発言。この発言を受け、植山PTサブリーダーは、8時29分、芦高課長にワクチンを受け渡した旨を報告し、合わせて、7月16日に渡したワクチンを破棄する場合は、報告書が必要であることを伝えた。芦高課長は、県に確認するよう前田PTサブリーダーに指示していると回答した。

接種終了後、ミーティングが開催された。出席者は中川町長、東副町長、武平参事、芦高課長、石尾PTリーダー、前田PTサブリーダー、福若総務課長補佐、濱坂総括保健師、松本保健師。

まず、ワクチン移送チームが、7月16日にワクチンを保健センターで受け取り、保冷バックに入れ、リベルテホールまで5分程度で移送したと報告したが、リベルテホールに到着するまで約35分かかったことが今回の調査で明らかになった。また、搬入時、ワクチンの温度がマイナス16度であると確認し冷凍庫に入れたが、その後に疑義が生じたため、冷蔵庫に入れなおしたことについて説明した。中川町長は、リスクのあるワク

チンは、破棄すべきで、今後の接種計画に影響がないか懸念される。ワクチン移送は、高齢者施設のスタッフもマニュアルを遵守し行っており、保健師以外の看護師でも対応が可能な業務ではないのかと発言。冷蔵庫に残る44バイアルのワクチンについては、安全性を確認すること、今後、マニュアルを遵守することを中川町長が指示した。会議後に芦高課長が前田PTサブリーダーに疑義のあるワクチンの安全確認を取るよう指示したが、その後、前田PTサブリーダーが松本保健師に安全確認するよう指示をした。

・ 7月19日

始業前に松本保健師は、ファイザー社に電話をしたが繋がらなかった。8時30分頃、前田PTサブリーダーが、安全確認はプロジェクトチームで行うので、保健センターは確認を取らなくてよいと松本保健師に電話で指示をした後、県の担当課に電話をしたが、県ではワクチンの安全性を判断できないと言われ、ファイザー社に確認するよう指示を受けた。

その後、前田PTサブリーダーがファイザー社へ電話で問い合わせ、お客様センターの藤田氏が電話に出て対応。石尾PTリーダーと前田PTサブリーダーは、7月16日、保健センターのディープフリーザーから、ワクチンを取り出しリベルテホールへ移送した。温度を測ったところ、マイナス16度であった為、冷凍の範囲であると判断し、冷凍庫に入れた。その後、植山保健師から再冷凍にあたるとの指摘を受け、30分後に冷蔵庫に移し替えたと経緯を説明した。そして、このワクチンは使用が可能か、あるいは破棄すべきかを確認したいと問い合わせた。藤田氏からは、保健センターからリベルテホールまでの距離と移送時間について問われ、距離は約1km、5分程度であるとのみ回答した。藤田氏は、マイナス16度であれば、再冷凍は可能である。今どこで保管しているか問われ、冷蔵庫に保存していると答えたところ、そのワクチンは、31日以内に使用するようにと指導された。石尾PTリーダーは、中川町長、東副町長、武平参事にワクチンの安全性がファイザー社に問い合わせた結果、確認できたことを報告し、その後、保健センターにFAXにて報告した。この報告に疑義を持った植山PTサブリーダーは、ファイザー社、厚労省、県にあ

らためて確認するように松本保健師に指示した。

松本保健師が、ファイザー社、厚労省、県に確認したところ3者から移送手段が「冷蔵」であり、今回問い合わせのあるワクチンは再冷凍に該当し安全性や有効性ともに確認出来ていないため使用は避け、廃棄すべきと回答を受けた。その内容を植山PTサブリーダーへ報告した。プロジェクトチームの報告とは違う報告を受けた植山PTサブリーダーは、この結果を東副町長に報告したが、勝手に問い合わせたことに対して東副町長から注意を受けた。その後、東副町長、武平参事、芦高課長、石尾PTリーダー、前田PTサブリーダーが副町長室に集まり、松本保健師が問い合わせた内容の報告を受け協議した。その中で、松本保健師が独断でワクチンの安全性について照会をかけたことは、高取町に対して不審を招きかねない軽率な行為であると東副町長から叱責され、退出した。その後、5名で協議した結果、プロジェクトチームの回答結果を重視することとなり、東副町長が5名で協議した結果を中川町長に報告した。

・ 7月20日

16時頃、梶井課長が、植山PTサブリーダーが起案した伺書を持参して、武平参事、芦高課長、石尾PTリーダーと共に東副町長室を訪ねて相談。松本保健師がファイザー社、厚労省、県に確認した内容を詳しくまとめ、伺書を持って、中川町長を交えて協議した。中川町長は、石尾PTリーダーにファイザー社には、しっかりと確認が取れているんですよと質問し、しっかりと確認が取れているのであれば、明日の担当医に、その旨を報告したうえで使用してくださいと指示をした。

・ 7月21日

石尾PTリーダーは、専門職である保健センターの保健師がリスク（疑義）のあるワクチンであるとの回答を県とファイザー社、厚生労働省から受けているとの報告があるにもかかわらず、県とファイザー社に安全性と有効性について確認が取れていると担当医師に報告した。その後、石尾PTリーダーが担当医師の承諾が下りたことを東副町長に報告。再冷凍ワクチンが町民に接種されることとなった。

○問題点

本事案における問題は、リスク（疑義）のあるワクチンの使用を止める事ができなかった町執行部の判断であり、その責任は重大である。

加えて、主担当となるプロジェクトチームのメンバーにおいて、適正を欠く石尾 PT リーダーと前田 PT サブリーダーを任命した中川町長の責任は重い。

また、就任間もない中川町長に適性のある者の任命を助言できなかった東副町長並びに芦高課長の責任も重いと言わざるを得ない。

さらに、町執行部及びプロジェクトチーム幹部は知見のある保健センターの植山 PT サブリーダー、松本保健師を重用することなく、リベルテホールでの集団接種に着手したことにより、共通認識の欠如の問題が起こっただけではなく、多くの住民の生命を危険にさらすこととなった。こうした一連の行為は行政の信用を大きく失墜させた重大な問題である。

(3) 令和3年8月1日 接種会場において接種済みシールが2枚足りなくなった事案

○明らかになった事実

8月1日のワクチン接種予定者は648名であり、シリンジ数、シールの枚数を確認の上、ワクチン接種を開始した。接種途中で看護師から、1本のシリンジの取り扱いにミスが生じたとの報告があり、不具合のシリンジ1本とシールを薬液充填室へ引き上げた。

その後、646人目の接種が完了した時点で、シールが足りないことが判明し、薬液充填室へ引き上げていたシールで対応した。調査の結果、2診のブースでシールが2枚足りなくなっている事が発覚した。

この事案を濱坂総括保健師はワクチン接種プロジェクトチームの石尾リーダーと前田サブリーダーと芦高課長に報告し、その後、武平参事へ報告し対応したが、シールが不足（紛失）した原因は特定できなかった。武平参事は中川町長へ報告し、中川町長から再発防止を徹底するよう指示があった。当日、不在であった東副町長は、翌日、中川町長から状況を聞き、事案を共有した。その後、本事案に関して、接種業務受託業者から、再発防止策が本町に提出された。

○問題点

この案件については、委託業者および行政の報告体制に問題があったとは言えない。また、注射器の使いまわし等の事実を隠蔽したことには、当たらないと考える。しかし、町の新型コロナウイルス対策本部会議で本事案を報告していなかった事は、先にも述べたとおり重大な問題である。

また、物品等の管理体制、設備の環境設定、スタッフ指導に問題があった。シールを貼付するスタッフは、1名であり、間違いが起こった時に発見しにくい環境になっていた。小さい机一つでシール貼付作業をしていたとの証言があることから、十分な物品管理が困難な環境にあったことが想像できる。また、この接種済み証の重要性の説明を含め、スタッフ教育ができていなかったことも問題であった。

(4) 温度管理不適切なワクチンを接種した事案

○明らかになった事実

令和3年7月18日～8月18日の間に行われた新型コロナワクチン接種事業において、町民2,436名に温度管理が不十分なワクチンを接種していた事が判明した。

本来、温度管理は、庫内温度を24時間測定して記録するデータロガーを使用し、庫内温度を適正温度である2度～8度であることを確認しなければいけない。しかし、高取町の集団接種では、家庭用冷蔵庫で棒温度計を設置して、ワクチンを取り出すごとに適正温度であることを保健師が目視で確認しており、ワクチンを取り出す時以外は、適正温度に保っているか確認できず、常に温度管理ができていたとは言えない事が判明した。

7月15日、リベルテホールにワクチン保管用の家庭用冷蔵庫が搬入され、江口PT主査は、2つのデータロガーを保健センターから借り、データロガー①の外部センサーを冷蔵庫に入れて、テストを実施したが、思うような測定結果にならず、石尾PTリーダーに報告した。

7月16日、江口PT主査は、データロガー①とパソコンが接続できないため、ワクチン搬入に備え、データロガー②を設置して庫内温度を確認しようとした。

しかし、データロガー②の測定値は、異常な温度表示となる現象が起

こった。データロガー①は、温度計として作用するが、パソコンにデータが転送できない状態、データロガー②は、異常な温度表示される状態となり、庫内温度が確認できない事態となっていたので、江口PT主査はデータロガーでの温度管理を断念した。

ワクチン接種会場では、家庭用冷蔵庫を使用しているため、新品の冷蔵庫でワクチン以外、ほかに何も入れない状態で開閉しなければ、メーカー説明書にあるように3度から8度になるはずなので、棒温度計を入れて、温度管理するとの条件が提示された。

しかし、家庭用冷蔵庫を採用すること及び、棒温度計で温度管理することについて、誰が指示したかは明確でない。

7月17日、江口PT主査は、前日に棒温度計で温度管理ができることを教えてもらっていたので、自ら棒温度計を購入し、家庭用冷蔵庫に入れたが、誰に教えてもらったのか明確にならなかった。

○問題点

ワクチンの温度管理については、家庭用冷蔵庫を使用する場合、24時間管理する必要があるにも拘わらず、プロジェクトチームの石尾PTリーダー、前田PTサブリーダー、江口PT主査は、当初、使用していたデータロガーを外し、棒温度計を使用したことが、大きな誤りである。

植山保健師は当時体調不良で長期休暇を取得しておりリベルテホールでのワクチン接種に薬液充填担当として当日の午前中1回のみ関わっているが、データロガーが外されていることを認識しながら、指摘をしなかったことも、大きな要因の一つである。

また、濱坂総括保健師、藤原総括保健師はリベルテホールでのワクチン接種において看護師総括担当として相当数関わっており、その担当としての職責や専門職としての立場から、誤りに気付かず指摘をしなかったことも、大きな原因である。

5. 総括

上記の調査結果のとおり、四つの調査事項の全てにおいて問題があると言わざるを得ず、新型コロナウイルスワクチン接種事業に関わった主担当の職員が、当該業務を遂行する上で、法的根拠の認識が欠如していた

事、必要最低限の知識等を有していなかった事、体制と役割分担が明確でない段階において、接種事業を行ってしまったという事、ワクチン接種事業開始までのスケジュールが稚拙であった実態が明らかになった。

接種会場において、シリンジが1本余った件については、当該事象が発生した後の初期対応に大きな誤りがあったと言わざるを得ない。対象者全員を調査していれば、未然に防ぐことができたと考える。一事が万事である。

とりわけ、情報を公開せず、隠蔽したことが悪質であり、結果として町民に不安を与え、行政の混乱を招いた最大の要因であると考ええる。

6. 提言

本委員会は、下記のとおり再発防止策を提言する。

ワクチン接種業務を遂行する上において、職務遂行マニュアルを遵守するべきであった。

また、所管課および職員間での意思の疎通や連携が不足しており、事前の会議、打ち合わせ等を開催し共通認識を持つべきであったと考える。

更には、公務員としての自覚と資質を向上させるために、全職員を対象とした職員研修等を定期的実施することが必要不可欠である。

今回の不祥事については、情報の隠蔽、職員からの提言を留保したことが主たる原因であることから、内部告発者保護法に基づき、内部告発が躊躇なく行われる環境を早急につくることが求められる。

7. 結論

今回の一連の不祥事については、町幹部ならびに一部の担当職員に公務員としての自覚と責任感の欠如、そして職務遂行に当たったの最低限の知識等を有していないにも拘らず、ワクチン接種事業を行ってしまったことが、その要因であり、起こるべくして起こったと言っても過言ではない。

また、専門職の意見を聞かず安全性において疑義のあるワクチンを使用し、結果として3,084名の住民に対し、抗体検査や感染症検査など、肉体的、精神的な負担をかけた。令和6年3月時点で健康被害は報告され

ておらず、町費負担は、発生しなかったとはいえ、約2,700万円の国費が投入された事態に鑑み、中川町長、東副町長をはじめ、関係職員の責任は、極めて重大であり、その処分等については、町長自らが判断し、科すべきであると考えます。

議会では、行政の監視が十分に行えておらず、このような事態を招いてしまった責任の一端が議会にもあると判断し、議員8名全員の歳費の10%を1年間減額した。

今後、このような事態が二度と繰り返されることのないように住民の皆様にお約束し、議会からの報告とする。