

第4回 新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 議事録

【日時】平成22年5月12日（水） 13:00～15:30

【場所】厚生労働省 省議室（9階）

【出席構成員】（50音順）

伊藤構成員、岩田構成員、岩本構成員、岡部構成員、尾身構成員、金澤構成員、谷口構成員、丸井構成員

【特別ゲスト】（50音順）

飯沼様、遠藤様、工藤様、小竹様、笹井様、澁谷様、白井様、高橋様、知花様、保坂様、保科様、山口様

【行政関係出席者】

上田健康局長、谷口技術総括審議官、中尾大臣官房審議官、塚原大臣官房参事官、三浦厚生科学科長、鈴木健康局総務課長、鈴木新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長、福島健康局結核感染症課長、正林新型インフルエンザ対策推進室長、阿曾沼医政局長、岩淵医政局総務課長、新村医政局指導課長

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第4回「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議」を開催いたします。

御出席の皆様におかれましては、御多忙の中、お集まりいただきまして、厚く御礼を申し上げます。

私は、新型インフルエンザ対策推進室長をしております正林でございます。よろしく申し上げます。

この会議は、今般発生した新型インフルエンザ A/H1N1 対策について、厚生労働省が講じてきた対策の総括を行い、今後のインフルエンザ A/H1N1 の再流行時の対応及び鳥インフルエンザ H5N1 発生時の対策の見直しに生かすことを目的として、平成 22 年 3 月 31 日に設置された会議です。

第1回目は事実関係の整理、第2回目は広報、前回第3回目は水際対策、公衆衛生対策、サーベイランスについて議論を行なったところです。

本日、第4回目は「今般の新型インフルエンザ対策に係る医療体制について」をテーマに御議論をいただきたいと思っております。

それでは、本日、お招きいたしました特別ゲストの皆様を 50 音順で御紹介させていただきます。

まず、医療法人雅修会、蒲郡深志病院理事長、飯沼雅朗様。

沖縄県立中部病院内科部長、遠藤和郎様。

独立行政法人国立国際医療研究センター国際疾病センター長、工藤宏一郎様。

福井県健康福祉部長、小竹正雄様。

全国衛生部長会会長（大阪府健康医療部長）、笹井康典様。

全国保健所長会会長（愛知県半田保健所長）、澁谷いづみ様。

神戸市保健福祉局参事、白井千香様。

仙台市健康福祉局次長、高橋宮人様。

地方独立行政法人那覇市立病院内科部長、知花なおみ様。

社団法人日本医師会感染症危機管理対策担当常任理事、保坂シゲリ様。

社団法人日本小児科医会会長、保科清様。

北海道保健福祉部保健医療局健康安全室医療参事、山口亮様。

以上、12名の皆様に特別ゲストとして御出席をいただいております。ゲストの皆様、どうぞよろしくお願ひいたします。

なお、本委員の方の出欠状況ですが、本日は、河岡先生、田代先生から御欠席の御連絡をいただいております。

それでは、次に資料の確認をしたいと思います。

お手元の資料で、まず、座席図、それから表紙がありまして、配付資料一覧があつて、資料1が飯沼先生の資料。

資料2が遠藤先生の資料。

資料3が工藤先生の資料。

資料4が福井県、小竹部長の資料。

資料5が大阪府と右側に書いてあります。笹井部長の資料。

資料6が左に全国保健所長会と書いてある澁谷所長の資料。

資料7が神戸の白井さんの資料。

資料8が仙台市と書いてある資料。

資料9が那覇市立病院と書いてある資料。

資料10が保坂日本医師会常任理事の資料。

資料11が日本小児科医会保科先生の資料。

資料12が北海道の医療体制、山口参事の資料。

資料13は事務局の資料ですが、医療体制についての主なテーマと対応の考え方と書いてある資料。それに、別添というものが付いております。医療体制に係る主な指摘事項と書いてあります。

参考資料1は、今般の新型インフルエンザ対策の総括のためにと書いてある資料。

参考資料2は、医療体制と書いてある資料。

参考資料3は、事務連絡等と書いてある資料。

参考資料4は、流行入りを迎えるに当たつてと書いてある資料。

参考資料5は、8月28日の事務連絡。

参考資料6-1は、タイトルが新型インフルエンザに係る医療体制に関する調査結果のまと

めと書いてある資料。

参考資料 6-2 も同じですけれども、人工呼吸器等と書いてある資料。

参考資料 6-3 は、病床の状況の調査結果であります。

参考資料 7-1 は、新型インフルエンザの発生動向。医療従事者向け疫学情報と書いてある資料。

参考資料 7-2 は、同じですが、バージョン 2.

参考資料 7-3 は、バージョン 3.

参考資料 8 は、行動計画医療に係る部分の抜粋。

参考資料 9 は、医療体制に関するガイドライン。これは、抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドラインも後ろの方に付いております。

それから、別添は、本委員のメンバーと、裏は本日の特別ゲストの名簿であります。

本日は、時間にして 1 時から 3 時半を予定しております。

何か資料に不足等ございましたら、事務局にお申し付けください。

それでは、ここから先、金澤先生、お願いします。

○金澤座長 ありがとうございます。遠いところから、何か新幹線が一時止まったらしいですけれども、よくおいでいただきました。ありがとうございます。

それでは、今日で第 4 回目になりますが、新型インフルエンザ対策総括会議を始めたいと思います。

大変貴重な御意見を皆さん方からちょうだいするのに、4 分というのはけしからぬという御意見もいただいているんですが、やむを得ませんので、4 分というのを精神的な命令とさせていただきます、そのようにお受け取りいただいて、どうぞ。

○伊藤構成員 毎回、ゲストの方が非常に忙しい中、来ていただけるのは非常に感謝しているんですが、1 点だけ事務局にお聞きすればいいのか、座長にお聞きすればいいのか、ゲストの皆さんをお呼びになる経緯が、我々委員には知らされていないんです。それで、どなたがどういう形でお決めになっているかということ。

もう一方で、私は今朝、こういう方がいらっしゃるということを知りまして、ある程度予習というか、勉強も含めて、どんな方がいらっしゃるのかということを含めて、どういう経緯なのか、座長か事務局の方から御説明いただきたいんですけれども。

○金澤座長 どうぞ。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 3 月 31 日の会議で、各本委員の先生方に、どなたかお呼びしたい方がいらっしゃればということで、1 週間の締め切りを切って、何人かの先生方から、こういった方を呼んでほしいというのをリクエストいただきました。

それと併せて、事務局としてこういう方々はどうかというものを候補者として出して、毎回、事務局というか、一応、政務三役、大臣までということは、ときどきないことがありますけれども、政務官までは上げて、更に座長にも御了解をいただいて、各委員にお電話で御都合が付くかどうかを聞いて、そういう形でお呼びしております。

済みません、できるだけ早目に本委員の方にはお知らせするようにしてはいたしましたが、今日になってしまったのは、ちょっと申し訳ありませんでした。

○金澤座長 ということです。

○岩田構成員 それについて、こちらが呼んでくださいとお願いして、呼ばれなかった方については、落選基準とか、そういったものというのは、どういうふうにされていますか。そういう方がいますか。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 全部は覚えていませんが、岩田先生から、例えば新型インフルエンザ対策推進室にかついていた石川とか、さすがに自分の職員をこういう特別ゲストでお呼びするのはどうかと思ったりとか、それから舩添大臣のお名前もいただいていたけれども、ちょっとどうかと思って、特別に何か基準、線を引いたわけではないんですけども、申し訳ありませんが、そういう方はお声をかけませんでした。

○金澤座長 ありがとうございます。それでは、早速であります。御意見をちょうだいしたいと思います。

最初は、飯沼さんからお願いできましようか。資料1です。どうぞ、よろしく。

○飯沼特別ゲスト こういう機会をいただきまして、ありがとうございます。4分ですので、前置きはやめまして、結論を先に申し上げます。

そのレジュメは、またお読みいただきたいと思いますが、結論から申し上げます。日本の新型インフルエンザによる致死率は、世界的に見て極めて低く、このことより今回の新型に対する医療供給体制は、抜群に優れたと言える。ここに言う医療体制とは、優れた国民皆保険制度、比較的安価であること、いつでも、どこでも、すなわちフリーアクセスが守られていることに加え、医療従事者の献身的な活動及び全国民の知識レベルの高さ、優れた医療行政などが含んでいると思います。

それで、レジュメの御説明にまいります。「一方」のところ、これは非常に大事なことでございますけれども、初めのうちは、発熱相談センター、発熱外来という1つのスキームがございまして、それで患者を診るということでございましたけれども、それがうまく国民に広報されていないと、一部の報道によりますと、診療拒否というふうに言われまして、私は非常にこの対応に困った次第でございますので、正しい広報が必要であるということでございます。

2番目のパラグラフの「今後」の以下のところに、実際には病原性等がはっきりしておれば、初めからこういうことをしなくてもよかったわけでありまして、発生当初から拡大までの間は、発熱外来の対応が不可欠であるというふうに思います。

しかし、今回は、ウイルスの性状が明らかになってからの国の対応は極めてお粗末であったのが残念であったと考えております。

それから、数といたしまして、発熱センター、発熱外来は非常に少ないので、万が一に備えまして、国等の支援によりまして、拡充が望まれるところでございます。

次のパラグラフ「さらに」のところからでございますけれども、これは、私どもが再三にわたって、大臣等々、皆さんにお願いを申し上げたところでありますけれども、医療従事者の新

型インフルエンザの2次感染に対する補償、それからPPE等のことをございますけれども、昨年度に関しましては、地域活性化・経済危機対策臨時交付金の1兆円の予算から使えばいいと、これは利用が可能になったわけでありましてけれども、あくまでも時限措置でございますので、これは恒久的な措置にさせていただきたいと。これが、今後の医療体制を確立するために非常に重要なことだと思います。

次に裏の方にまいります。1番から7番までは、これは昨年5月15日に舛添厚労大臣に、金澤会長と私で申し入れたことが、ここに記載されておりますけれども、特に④のところは、今、申し上げました2次感染、医療従事者の2次感染の場合の恒久的な補償ということ強く望んでおります。

それから、1つ付け加えさせていただきますが、⑧といたしまして、検査体制の不備が言われましたので、医療供給体制に影響しますので、検査体制の充実が望まれるところであります。

次の1番と2番というところでありますが、この地域の医療資源は、それぞれ違いますので、保健所を含めて地域の行政と医師会が親密で、良好な関係で検討を常日ごろから行なっていたと、そのように思います。その危機管理についての協議等が国並びに都道府県からの指導でなされることを望みます。

それから、2番目といたしまして、これはワクチンの話のときがあるそうでございますので、そのとき申し上げればいいと思いますけれども、新型インフルエンザのワクチンはダブつきまして、それを返品ができないということは大変な問題であります。

これは、現場の先生方のモチベーションを非常に下げる危険がありまして、今後の医療体制に悪い影響になりますので、特に今度の場合のワクチンの在庫の控えと申しますのは、例えば予防接種の重複予約でありますとか、予約のキャンセル、それから2回を1回に変更したとか、ここに書いてあるようなたくさんの条件がございますけれども、医療機関側の条件は全くございません。

したがって、これが医療機関側が返品できないということになれば、これはかなりの影響を今後及ぼすのではないかと危惧しております。

以上で終わります。

○金澤座長 どうもありがとうございました。具体的な御質問はございますか。

よろしいですね。

それでは、一とおき皆さん方の御意見を伺いたいと思いますので、次は遠藤さん、どうぞ。

○遠藤特別ゲスト こんにちは。沖縄県立中部病院の遠藤です。沖縄から4分間のためにお呼びいただいて、どうもありがとうございます。

市中病院の代表みたいなものだと思いますので、現場の状況をお話ししたいと思います。後にお話しされます、知花医師の方と同じ沖縄県ですので、違うスタイルの対応をお話しできればと思っております。

タイトルは、私の資料の一番後ろの「沖縄県中部地区における新型インフルエンザ対策」です。

沖縄県に、新型が入ってきたのは遅いほうでした。初期の問題点としては、沖縄には米軍基地がありますので、米国帰りの発熱患者が、すぐ中部病院に紹介されてくるという状況でありました。

ちょっと言葉は悪いですがけれども、厄介な患者さんは中部病院へという信頼と依存の関係が以前からありました。しかし患者を受け入れるための医師会、薬剤師会あるいはほかの救急告知病院との連携が不足していました。御多分に漏れず、やはり小児科医は不足している。

それと、やはり医療の現場でしか仕事をしていないので、住民とのコミュニケーションというのが、非常に少ない状況のもとで新型インフルエンザ対策が始まりました。

そこで、余りにも我々の病院に外国帰りの発熱患者が紹介されてきますので、このまま本格的な流行が始まると、絶対に支え切れないだろうと予想されました。地域との連携を強化しようということで、中部福祉保健所が中心となりまして、救急告知病院、医師会、薬剤師会との連携強化を図りました。すなわち患者さんを分散させたいということですね。

まず、地域医療を守るために、みんなで一緒にやろうという目標を立てました。他の救急告知病院は、十分な準備ができていなかったもので、まず正直にそれぞれの病院の進行状況を確認しました。

保健所の先生がメーリングリストを作成してくれまして、我々のつくったマニュアル、ポスター、パンフレット等を共有することにしました。その際、pdfではなくて、ワードやパワーポイントベースで共有しました。そうすれば病院名さえ代えれば、すぐ自分の病院で使えます。そのデータを、医師会から開業医の先生方にも流すという形にしました。

実は救急告知病院は地域に5つあり、4つの病院が来ました。やはりライバル関係で、普段は非常に仲が悪かったんです。それを保健所がかなめになり、中立の立場で平等に救急告知病院や医師会を集めてくださったため、非常にやりやすかったです。

例えばうちの病院が音頭取りをしたら絶対に来てくださらなかったと思うんです。ですので、保健所が非常に有用な役割をしてくださった。

2～3か月の経緯を経て、軽症患者さんは開業医の先生方が診る。一部の開業医の先生方は、時間外診療や土日も空けていただいて、協力していただきました。

中症以上の患者さんは救急告知病院、更に最重症患者はうちの病院に送っていただくというような大きな流れがつけられました。

病院側が幾ら準備をしても、結局、住民が大挙して訪れてしまっていたらどうしようもありません。前々回の会議でリスクコミュニケーションの話がありましたが、現場は現場でリスクコミュニケーションする必要があります。救急室あるいは外来に来てくださる患者さんや御家族には、念のための受診はやめてほしい。検査希望、大病院志向、完治証明希望での来院はやめてほしいということを伝えました。それと、5月にはマスクがなくなるということがありましたので、マスクの適正な使用等をお伝えしました。

私たちは現場ですので、非常に雑駁な書き方をしていますがけれども、情報を会社等でお父さんに伝えても、お父さんは家に帰ると、スポーツニュースとビールで終わってしまって、だれに

も話してくださらない。情報伝達のターゲットはお母さんだろうと考えました。お母さんに話せば、妻として夫へ、親として子どもへ、子どもとして田舎のおじいちゃん、おばあちゃんに話をしてくれるだろう。お母さんの代表は地区の婦人会です。非常に恐ろしい方がたくさんいましたけれども、婦人会に行ってお話をさせていただきました。

あと、どうしても役所はなかなか専門家がおられませんので、役所でもお話をしました。沖縄県は就学旅行者がたくさん来られましたので、ホテル旅館業組合に伺いました。あとは地域のローカルなテレビを使いました。

沖縄県医師会が非常に動いてくださいまして、ポスターをつくってくださいました。厚労省はうつさない、うつらないということは標語にしていたけれども、我々は3つ目の「つぶさない」ということを入れました。つぶさないというのは、我々医療機関をつぶさないということです。つぶさないためには、基礎疾患を持っている方は、かかり付け医が当然あるわけですので、まず、かかり付け医に行ってください。そして軽症の方は、地域の開業の先生方を受診してくださいというポスターをつくりました。これは、医師会の予算でつくってくださいましたので、かなりの枚数をつくっていただいて、沖縄県全土にまいていただきました。

地域の調剤薬局さんは、調剤薬局の薬剤情報の裏に適切な受診方法を印刷して配付してくださいました。

まとめです。沖縄県の中部地区では、保健所をかなめとして、医師会、薬剤師会などと連携したことで、患者さんの分散ができて、潰れることを防げたと思います。

それと、国、自治体だけではなくて、やはりそれぞれの地域におけるリスクコミュニケーションをやっていく必要があるかと思います。

今回の対応で感じたもっとも重要な課題は、感染した医療従事者へ災害補償を適用していただきたいことです。開業医の先生方にお声がけして、最初に出た言葉が、先生たちは複数の医者で診療しているからいいけれども、開業医が倒れたら、患者さんも診られなくなる。さらには雇っている事務員や看護師さんたちの首を切らなければいけなくなるということでした。我々も同じ人間ですので、きちんとした災害補償制度が不可欠です。今後、より重症になる感染性疾患が来たときには、二の足を踏んで対応が後手後手に回っていきたくらいだと思います。

さらに、PPEは現物支給ではなく、診療報酬に認めていただきたい。自施設の状況に合わせて、重要度の高いものが購入できるようにしていただきたいと思います。

サーベイランスなどのデータ提供はなるべく少なくしていただきたい。厚労省から非常にすばらしいデータあるいはポスター、パンフレットが出ますけれども、当初はほとんどpdfでの提供のため、現場で使えませんでした。現場で調整して使えるように、是非汎用ソフトで提供していただきたいと思います。

以上です。早口で済みませんでした。

○金澤座長 どうもありがとうございました。何か御質問はございますか。

どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、工藤さん、よろしくお願ひします。

○工藤特別ゲスト 国立国際医療研究センターの工藤と申します。どうぞ、よろしく申し上げます。

私の立場は、我々の施設の診療の経験あるいは新宿区という、密集した人口の多い地域での地域連携医療からの立場、また、厚労省の特研の責任者として、分担研究者として神戸市民病院の御意見がありますので、その紹介。

それから、私たちは海外、ベトナムあるいはメキシコとの共同研究をしております。そういうことを踏まえて、多岐にわたるかと思えますけれども、最後に総括的な意見を述べさせていただきます。

まず、初めに我々の医療センターの状況です。初期の段階で、東京都の初期は外国人あるいは神戸、大阪地区から東京に来られた方が圧倒的に多かったということです。

その中で、新型インフルエンザと診断された患者さんは 17%くらいでした。当時、問題点は多々ありましたが、代表的なものを挙げました。保健所の定めたPCR検査施行の適応に差があって、少し現場では混乱しました。結果が出るまで受診者をとどめおくということもありまして、病院の中でかなり困ったということがあります。最大限半日とどめおかなければいけない。

また、当センターのインフルエンザの患者さんの受診者数を棒グラフで示してあります。2009年9月から2009年3月まで、左が9月で右の方が3月、ピークが9月、10月、11月。12月になって少し減ってきたということで、問題点は、土日に非常に診療が多くなって、特に小児科、これが破綻寸前までいったということで、平日は開業医の先生等にも診ていただいたりして、少し余裕があったんですけども、こういう状態が続いたり、あるいはもっと数が増えると医療センターとして診療の体制が崩壊したと考えます。

職員の感染者について、総計職員は1,200人くらいいますけれども、インフルエンザ様発症者が89名、陽性者69名で、患者さんと接する部署の職員の中で多かったというような結果です。報告のまとめの所を見ていただきたいんですが、これが地域連携についてです。

新宿区入院サーベイランス、これは8月から今年の1月までの患者さんの数です。新宿区保健所からの資料ですが、患者数が実態に反映しているとは思われませんが、不十分と思われる資料からも、個々の限られた病院（我々の病院が多い）に入院者数が集中している。地域の医療連携といっても、我々の病院等にかなり集中して、バランスを欠いているのではないかと思います。

3番目の神戸市立医療センターの御意見の総括を御紹介致します。

神戸市は、一番初めに国内発生し、大変な尽力をされたところであります。貴重な経験、それから貴重な提言をされておりますので、提言をここに列挙しております。

第一に検疫強化の効果は極めて限定的であったのではないかと。これは神戸の市民病院から見た実感であり、御意見だと思います。

国内流行を察知する地域のサーベイランスの充実が必要性。

人口、需要に合わせた発熱センターの数あるいは外来、隔離病棟等を設定する必要があるこ

と。

特に移行期に医療機関同士あるいは行政との連携が非常に大事であること。

患者を受け入れるための財政的な負担、これはかなりのものになるかと思しますので、あらかじめ支給すべきではないかという御意見です。

最後に、私たちとして海外との協力あるいは研究をやっている経験から申し上げたいと思います。

先ほど、日本の成績が素晴らしいものであったということを裏付ける1つのことにもなるかと思えますけれども、いわゆる中央集権というのは、日本がすべてそうだという意味ではありませんが、海外途上国あるいは発展途上国は、やはり中央集権的な要素が非常に強い。そういうところでは、こういうインフルエンザ・パンデミックになかなか対応できない。今回目指したような地域医療連携、これをもっと促進すべきではないかということでもあります。

そして、沖縄の先生もおっしゃられたように、リーダーになるところが、やはり病院だと、通常の診療ではコンペティションの関係になっておりますので、一つの病院だけでパンデミックの様な事態にリーダーシップをとることは困難で、これは公共的な自治体あるいは保健所あるいはそれに協力的な病院、これを中核とした連携体制を築き上げることが重要ではないかと思えます。

それから、診療に伴う種々の財政的な支援が主要です。それから、こういう診療体制、行政的措置に関して、パンデミックにステップアップすることは、少し慣れてきたと思えますけれども、事態の鎮静化に伴ってスタッフダウンしていく、こういうマニュアルも是非とも確立していただければということです。

○金澤座長 どうもありがとうございました。何か御質問は、ございますか。

どうぞ。

○谷口構成員 ありがとうございます。簡単に質問します。職員の感染というのは、とても大事なことだろうと思うんですが、これについて、感染経路とかを調べているのでしょうか。

というのは、米国CDCが医療スタッフの感染のサーベイランスをやっていて、当時、中間までの段階では、ほとんどは家族から感染して、職員が職員に感染させている状況が多くて、患者からうつっている状況は非常に少なかったという報告をされていたんですけども、先生のところでは。

○工藤特別ゲスト 個々の症例すべて追いかけていませんけれども、かなりの数がわかると思います。ただ、今、ざっと見て、今、先生が言われたように、友人からうつった、診療とは別のところでうつって持ち込んだ。あるいは患者さんからうつったと、あるいは職員と職員でいろいろあるかと思えます。

○金澤座長 ほかに、どうぞ。

○伊藤構成員 問題点の中で、保健所の定めたPCRの適用に地域差があったということなんですけれども、もう少し具体的に教えていただけないでしょうか。

○工藤特別ゲスト 例えば当初の指示は、我々保健所の指示に従ったわけですけども、ある

保健所は、外国人で疑ったらすぐやる。あるところは、それも疑われるけれども、そうでなければやらないとか、そういう基準が少し違っていたということでもあります。

したがって、我々が強く疑った場合、そこでできない場合は、ほかの保健所でやってもらうということもあります。

○金澤座長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。とりあえずは、よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、第4番目、小竹さん、お願いします。

○小竹特別ゲスト 福井県の健康福祉部の小竹でございます。福井県は、お手元の資料を見ていただきますと、11月23日の週で、定点観測の数値が95.44とピークを迎えたということで、福井県の対応状況を御報告させていただきます。

福井県の場合、県内で最初の感染者が確認されたのは、7月5日ということで、これは全国の都道府県で45番目でございます。

その後、8月19日に定点観測値が1を超えまして流行入り、それから10月28日から注意報を発令し、11月18日に警報を発令したところでございます。

これに伴いまして、医療体制でございますが、まず、発熱外来、これは県内に6つの感染の指定医療機関がございますけれども、ここに発熱外来を設置いたしまして、国が示しました症例に該当する発熱患者の診療を行いました。

7月24日からは、原則、すべての医療機関での診察を開始いたしました。

また、今、申し上げました、8月19日、定点観測値1を超えて流行入りということで、それ以降、蔓延期が想定されましたので、医療体制を適切に提供するというところで、保健所を中心に、それぞれ地域の医師会、また、小児科医会など、関係機関と協議を行ってまいりました。

そして、感染のピーク時、今、申し上げました11月でございますけれども、このときに勤務医または小児科医の負担軽減を図るため、県内の医療機関に対して、県の医師会を通じまして、休日、時間外診察への協力を要請いたしました。

また、こういう中で、お手元の資料の2でございますけれども、見ていただきますと、今、申し上げました11月23日の週に、95.44という最高値を記録したわけでございますけれども、このときの状況といたしますと、15歳未満の方が、約82%を占めておりました。その横、3の福井県立病院の受診者数の状況と、ここは小児の救急輪番病院でございますけれども、平成20年と比較いたしますと、この11月は前年比で2.54倍と、小児を中心に多くの患者が受診をしております。

更に、このときちょうどワクチンの接種につきまして、小児、1歳～小学3年のワクチン接種の予約に重なりまして、特に小児科医の医療機関では窓口が非常に混乱し、また、小児科医の負担が非常に大きくなったところでございます。

ただ、裏面を見ていただきたいんですが、参考資料としまして、インフルエンザの定点観測値の推移でございます。

これは、福井県は32の医療機関で定点観測を行なっているんですけれども、全国と比べま

すと、見ていただきますように、福井県の場合、これまでもピーク値が全国よりも高い傾向が見られるということで、ここは留意が必要ではないかと思っております。

最後に、医療機関に関する課題と意見でございますが、まず、発熱外来の設置につきましては、福井県の場合、発熱外来に患者が殺到する事態は起こりませんでした。

ただ、強毒性の新型インフルエンザの蔓延期には、現在の発熱外来だけでは十分対応できないのではないかと、このように考えております。

そこで、発熱外来でございますが、初期の時期、毒性が不明とか感染が拡大していない時期におきましては、必要性があると考えられますが、蔓延期の医療体制をどうするかということをお前提にして、発熱外来の果たすべき機能、またはその必要性について十分検討が必要ではないかと思っております。

また、併せまして、新型インフルエンザにつきましては、毒性の判断とか症例定義、これを速やかに提示が必要だと思っております。

次に、すべての医療機関での医療提供体制についてでございますが、福井県は、実は 78 の医療機関で診療が困難であるという医療機関がございました。その内訳と申しますか、中には、例えば整形外科とか眼科とか、耳鼻科、皮膚科など、こういったインフルエンザの患者さんを診察していない医療機関が半分以上ございましたが、中には、院内感染のリスクとか、医療従事者への感染を懸念いたしまして、診療が困難であると、こうした回答もあったわけでございます。

また、先ほど申し上げましたけれども、12 月には小児のワクチン接種時期と患者の発生のピークが重なりましたので、特に小児科医への負担が過重になったと、こういうことがございます。

そこで、新型インフルエンザの医療体制の整備に当たりましては、すべての医療関係者の協力が得られるような法整備、先ほどもちょっとお話がございましたけれども、補償の問題とか、そういったことも含めまして検討が必要だと思っております。

また、特定診療科への負担を軽減するために、患者の発生動向、福井県の場合ですと、特に小児科が目立ったわけでございますけれども、都道府県においてワクチンの接種スケジュールの調整とか接種を行う医療機関を指定するなど、適切に対応できる仕組みを構築する必要があると、このように考えております。

それから、3 番目に医薬品等の提供体制でございます。福井県の場合、ピーク時におきましては、簡易検査キット、また、抗インフルエンザ薬の品薄感がございまして、特に医療現場ではタミフルの小児用のドライシロップが一時不足いたしまして、大人用のタミフルを使用していたということもございます。この際は、国に特に追加供給を緊急に要請して対応させていただいたところがございますけれども、今後、医薬品の流通体制を検討するとともに、国におきまして、製造販売業者または在庫量の管理など、適時適切に行う体制を御検討いただければありがたいと、このように思っております。

最後に、健康危機管理の拠点となります、保健所の体制についてでございます。

保健所では、7月23日までは、インフルエンザ患者の全数把握のため、いろんな業務を行なってきたところでございます。

更に、検疫所からの入国者の健康管理のフォロー、また、発熱相談センターの相談業務など、非常に負荷がかかったというのが実態でございます。

新型インフルエンザは、国家的な危機管理ということで、国において、そうした健康危機管理の拠点である保健所の充実、強化、こういった点につきまして、人員確保とか人材育成など、十分検討して対策を講じる必要があるのではないかと考えております。

また、集団感染の発生時には、企業とか学校などから医療機関に対して、簡易検査の実施とか、罹患とか治癒の証明の発行とか、こういったことを求められまして、その件につきまして、保健所に対して多くの医療機関から苦情とか問い合わせがあったところでございます。

こういったいわゆる健康危機管理の非常時におきましては、職場や学校など国民、県民の方々に通常の医療体制とは異なる対応が必要だと、そういった普及啓発が必要だと思います。日ごろから、こういったことも実施が望まれると考えております。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。何かスペシフィックな御質問、よろしいですね。

ありがとうございました。それでは、続きまして、笹井さん、お願いいたします。

○笹井特別ゲスト 資料5を参考にしてお聞きいただきたいと思います。

まず、今回のH1N1の流行の経験を踏まえた上で、今後のH5N1あるいは未知の感染症に対応する医療体制について考えをお話したいと思います。

まず、当初から感染症対応がしっかりできているすべての医療機関で患者を受け入れるという体制をつくるべきだと思います。

すべての医療機関でそれが無理だとしても、各地域に数多くそういう病院を用意しておくということが大事です。

今回、まず、発熱相談センターでトリアージをして、発熱外来を受診するというシステムを取りましたが、今回は、それはうまくいきませんでした。

その理由は、当初から症例定義の渡航歴あるいは38度以上の発熱に合わない患者が多数発生したことです。

それから、急激な患者増加と、それから報道を見た住民が発熱相談センターあるいは保健所に、これは一時的に何万件という、関西では問い合わせがあったと思いますが、そういうことによって、電話がつながらないといったことから、よけいに住民の不安あるいは不満を爆発させたと考えております。

また、電話だけでは患者のトリアージは困難です。加えて、先ほどもありましたように、保健所がそういういろんな相談に追われて、感染者家族の調査あるいは相談、こういったものが不十分になるという点が目立ちました。

それから、感染症指定医療機関が初期患者を受け入れて隔離するというシナリオも機能しておりません。大阪、神戸では患者を発見した当日に、既に多数の感染者が発生しており、感染

症病床、これは数床しかありませんので、発生した患者がほとんど軽症者であったことから自宅待機といたしました。

また、感染症指定医療機関は大阪でも数か所、各県1か所程度ですので、このように短時間に多数患者が発生した場合には、全く対応できないということで、感染症指定医療機関も含めた感染防止をきちんと対策を講じた医療機関、入院医療機関を多数用意するべきと考えております。

これまでの行動計画では、発熱外来を設置する医療機関のリストをあらかじめ作成するというようになっておりましたが、間に合いませんでした。

我々衛生部長会からは、従来から国に対して発熱外来の設置に協力する医療機関に対しては、必要な職員の確保、それから感染防止上必要なハード面、ソフト面も含めた支援。

それから、万が一休業せざるを得ない職員が出た場合の補償制度、これが必須であると要望してまいりましたが、それらは診療報酬でカバーをするという説明で終始し、実現はされてきませんでした。

ただ、皆さん御承知のように、現在の医療機関は余剰人員はございませんし、また、外来の診療報酬のみでは、赤字は当然発生するわけで、そういった条件下で、当初、医療機関の協力を得るということは非常に困難を極めました。ここは保健所等の本当に努力で説得をし、何とか用意をしました。

例えば大阪では、最終的には56か所設置しましたが、これらはすべて医療機関の献身的な努力に負うものであります。

診療報酬では赤字を負わせることとなりますので、最終的には、府としては1か所当たり100万円を上限に運営費の補助をいたしました。

全体的には、冒頭に申し上げましたように、これから発生する未知の感染、そういったものが疑われる患者の相談、診療、それから重症患者の入院を担当する、それらを総合的に対応できる病院が、地域ごとに用意をされ、普段からそういう情報が公開され、住民がいざという場合には、相談、連絡、場合によっては受診ができるという用意をしておくことが極めて大切です。医療機関の専門職が患者の相談を聞いて、例えばマスクの着用とか、そういったことを指示し、適切な受診ができるようにすることがパニック、それから不安解消に不可欠です。中途半端な発熱相談センターは、むしろ有害と言えます。また、平時からそれらの医療機関の人材確保の仕組みづくりが大切です。

先ほど言いましたように、今の医療機関には、余剰の人材はありません。したがって、それらの確保や院内感染対策のための必要な経費を確保しておくことが大切です。

また、ハイリスク者を受け入れる専門の医療機関の設備等、院内感染を防止する対策も拡充する必要があります。それらについては、やはり国を挙げて、そういう経費も含め、措置をして、準備をしておくことが大切だと思います。

緊急の場合には、予備費の活用もしかるべきだと思います。

最後に、薬剤についてですが、やはり今後、今年度も買う予定ですが、タミフル以外の薬剤

も考慮した計画に見直すことと、それから何とか流通備蓄との関係を考えて、将来廃棄をしなくても済む方法を検討すべきだと考えております。

以上が、全国の都道府県の意見でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。何か特別に御質問はございますか。

よろしいですか。それでは、次にまいりましょう。次は、澁谷さん、よろしく。

○澁谷特別ゲスト 全国保健所長会でございます。資料6をお願いいたします。

昨年度は、全国に510の保健所がございました。全国保健所長会は、一昨年の中国ギョウザのことで健康危機管理のネットワークをつくらなければいけないということと、現場の声をすぐ厚労省に届けるようなシステムを考えなければいけないということで、この1～2年、努力をしてまいりました。

それで、今回、3回にわたり、厚生労働省に現場の意見ということで、要望書等をお届けしてまいりました。これを振り返ることで、今後の対策の評価の参考になればと思って、今日は、お話をさせていただきます。

1回目は、6月16日に出しました。これはそこにありますように、12日にWHOがフェーズ6を宣言した後ということになります。

このときに要望いたしましたのは、7項目ですが、特に入院措置の見直しということで、これは基準を保健所長が決められるか、あるいは保健所に設置されております感染症の診査協議会、これは感染症の専門の先生や弁護士などの人権の関係の先生がいらっしゃるわけですが、こういったところで、ある程度判断できるようにしてほしいということを要望しております。

これは、何もかも入院措置ということではなくて、少し現場で判断ができるようにということが、1点要望に入っております。

それから、疑似症患者の定義ということで、この時点では症例定義に地域の要件というのが入っております。この要件を今後更に国内で蔓延が進展をしたときには、地域の要件は削除した方がいいということで、日本の中でもかなりばらつきがありましたので、こういうような意見も出てきております。

それから、医療体制の再構築ということで、医療機関、医師会、保健所等でそれぞれの地域で医療体制が構築されておりますけれども、それまで、発熱外来と入院措置というのが、対策の主な柱でございましたけれども、このときに、発熱外来を受診しない、PCR検査をしない症例が増加しているのではないかと、あるいは今後、受診者が増加した場合には、現在の体制では対応できないということがございまして、今後は、特に基礎疾患、重症の患者、こういったものへの医療と一般の医療機関で感染症、院内感染の防止対策を徹底して診られるようにと、そういうような方向転換の再構築というようにお願いしております。

そのほか、サーベイランスの見直しや個人情報や人権の問題、こういったような7項目があります。

その後、指針が改定されまして、6月の終りに都道府県の説明がされました。その改定版に

関する意見ということで7月にお持ちしたのが、その2でございます。これにつきましては、まず、外来や入院の医療機関について、意見が多く出ておりました。このとき、16項目のかなり細かいそれぞれの意見が出ておりましたので、担当の方にお問い合わせするという形で、要望書というような大げさな形ではなくて、こんな意見が出ていますということで、お伝えをしております。

陰圧の病床については、診療は必須ではないけれども、人工呼吸器の使用時などは、気管内挿管者の管理には、陰圧病床の活用を検討するというような記載があって、大変、これは厳しいので、実際には陰圧病床には非常に限りがあるので、現場では難しいのではないかと。なるべく季節性のインフルエンザに準じるような、そういう医療の内容に近づけてほしいという要望でございました。

それから、その次の想定確保病床の算定基準ですけれども、その時点では、想定確保病床の算定基準というのは特にありませんでしたけれども、地域の医療機関の社会資源によらず、やはり一般的にインフルエンザにかかる医療、現実性をもって確保できるような体制でないと困るということで、その辺りについても要望をしております。やはり一般の医療機関で診療ができるということを前提に考えているものでございます。

それから、強毒化への診療の対応ということで、国の方にお問い合わせしたのは、監視と早期の情報提供の2つが重点だろうと。強毒化については、この2つのことを外さないようにお願いをしたいということ現場からお願いしました。

また、そこにもありますけれども、経済危機対策臨時交付金、これでということなんですけれども、やはり地域格差がございますので、地域格差がないように財政措置というものも考えていただきたいということ、ここでも出してあります。

それから、治療については、地域の医療資源のばらつきを考慮して、特に重症化あるいは妊婦さん、そして腎疾患、こうした特殊な病態については、支援する医療機関を決めておくことが必要だろうということで、体制の構築の考え方を是非丁寧にしていただきたいということもお願いをしております。

そのほか、予防投薬ですが、これは、基礎疾患のある人は、自己負担ではなくて基礎疾患のある人については保険診療でもいいのではないかとか、あるいは自己負担と混合診療になるのではないかとというようなことで、保険診療との整理をして、わかりやすい情報を出してほしいということです。

それから、発熱相談センターについては、先ほど来、いろいろ出ておりますけれども、機能を考えて、インフルエンザの相談センターというような名称にして、機能を考え直した方がいいのではないかと、実際にはそういうような要望が多くございました。

それから、就学旅行からのというのは、これは、個々の事例の取扱いは、都道府県の判断でいいと思うのですけれども、例えばQ&Aのような目安となるような事例があれば、お示しをしていただいて、文科省とも連携を取って、現場の混乱がないようにお願いをしたいというような意見がございました。

実際に保健所には現場の学校からとか、医療機関からの問い合わせがありますので、その辺も話題になっておりました。

それから、この時期に出された多くの通知があったわけですが、非常に読み取りにくい矛盾のある、1つずつを見比べてみますと、例えば届出基準や自宅療養期間あるいは就業制限などの記述表現が矛盾していたり、わかりにくかったりということがあって、これも現場から多く問い合わせがございました。

もう一つは、保健所はそれぞれの自治体の保健所ですので、各都道府県から保健所へ十分説明が伝わっていないのではないかとと思われる質問をしてきた保健所がありました。

例えばクラスターサーベイランスというのは、蔓延期以前の時期に限定して行うということで、厚労省は出していたわけですが、それが十分理解をされていなくて、蔓延期になったらこんなことをやるのかと、そのような御意見があったり、都道府県によって保健所への伝達が十分でなかったところも見受けられました。

それから、3つ目の意見書は、予防接種の優先接種の考え方について出されたもので、医療従事者の中に、保健所の職員が当然入っていると考えていたわけですが、そうではないよだという話がございます、直接やはりインフルエンザ対策をする保健所職員が対象者であることを確認していただきたいという意見書をお出ししております。

裏側をお願いします。

今回、全体的に見ますと、確かに地域でさまざま状況はあったわけですが、所長会としては、ネットワークが1年くらい経ってかなり機能できるようになっており、現場の声をまとめてすぐに伝えられるようになってきたかと思っております。

やはり現場の状況をきちんと伝えるということが重要だなと思っております。

それから、日ごろからそれぞれの保健所と医療機関と医師会の良好な関係が、やはり地域の医療構築には欠かせないということも出ております。ちなみに、私どものところでは、大変医師会の先生方も病院も協力的で、発熱外来に医師会の先生が交代で出て運用してもよいと保健所に申出をしてくださったり、それから、ワクチンを集団接種で市と医師会で調整してもいいということで、実際実施してくださったりというような状況がありました。

これもやはり普段からそういう話ができる良好な関係ができているということが必要ではないかと思っております。

実は、保健所は、数が減ってきております。目を合わせて会って話ができる、地域で、所長あるいは担当者と医師会の先生方と話ができるような配置ならいいんですが、大きな市に1か所だけというようなところも出てきておまして、そういうところでは、なかなか医師会の先生の御要望もくみ取りにくいのかなという気がしており、危機管理上、そういうところには課題があるのではないかなという気もしております。

次のシミュレーションをしておくということですが、実際、のど元過ぎればということで、疎かになってしまうといけないと思うので、ここに挙げさせていただいたのですが、これまで年に一度厚労省は、全国のどこかの県と国の合同訓練をやっていたのですが、実際に起こる数

か月前の 21 年 1 月に、実は、愛知県と私どもの半田保健所が該当しました。偶然そういうことになりまして、地元の感染症病床を持っている病院と保健所と、実際の実働訓練をさせていただきました。

これをやっていたので、何とか動けたかなというのが実感で、これは多分いきなりだったら、さらに様々なことが大変だったなと思っております。

ですので、やはり平常時にこういった訓練とかシミュレーションを今後も定期的にやっておくことが必要ではないかと思っております。

それから、BCPですが、業務継続計画、これも保健所、それから都道府県につくるようにということで啓発が必要ではないかと思っております。

所長会でもBCPをつくりましょうということで、研究班などで啓発はしておりますが、保健所は感染症対策の機能をきちんと果たすためということもあるんですが、もう一つは、職員を感染から守るという意味もありますので、実際、BCPをつくってみると、自分のところの仕事の見直しもできますので、これもやはりまた全国の各方面に国の方から言っていただけたらいいかと思っております。

これは、起きたときの話ということではないのですが、そのほかのところ、抗インフルエンザ薬の備蓄のことです。これは、実際に起こる前から耐性があると言われながら、抗インフルエンザ薬、タミフルを備蓄していたわけですけれども、これがあったので、ある程度助かったという部分もあります。

ですので、事前の国の施策として、備蓄ということの方針を出して、各都道府県にも備蓄をしていただいて、これが今回、役に立っているということも、事前の施策としてよかったことではないかということで、評価をしておく必要があるのではないかと思っております。

それから、先ほどもございましたけれども、それぞれの都道府県から保健所にどういう仕組みで情報が流れるかとか、どのように意思決定がされるかということをもう一度確認をしておかないといけないと思います。やはりここで地域差が出てしまうという気がしております。

以上が全国保健所長会からの、少し私見も入っておりますけれども、評価と振り返りということでございます。

○金澤座長 ありがとうございます。大変いいお話なんですけど、12 分かかっておりますので、次の方もおられますので、済みません。どうぞ。

○岩田構成員 その前に、できれば、時間厳守をもう少しお願いしたいと、私も思います。

質問なんですけれども、先ほど工藤先生の方から、保健所によって対応の違いがあったというコメントがあったんですけども、先ほど保健所のネットワークが活用されているということでしたが、この対応の均一化について、ネットワークで何か議論がありましたでしょうか。

また、神戸市の方で、最初に国の診断基準に見合わない方を、独自の判断で国内発生例として拾い上げることができたんですけども、そういった自分たちで積極的に探していかなければというような議論が、5月の早期の段階でネットワークで議論がありましたでしょうか。

○澁谷特別ゲスト 特にそういう議論はありませんが、実際には、PCRの検査は、保健所が

決めているというより、それぞれの都道府県と衛生研究所の状況で、もう一つは、実際にそこで検体を採取する先生の考えということもあつたりするので、一概に言えないかなという気はしております。

○金澤座長 ありがとうございます。それでは、次にまいりしましょう。

○伊藤構成員 1つだけ簡単にいいですか。

○金澤座長 どうぞ。

○伊藤構成員 6月16日に入院措置の見直しを5番という感染症に準じるかということを出しているんですが、これは状況のファクターを見て、一番こういうふうに見直しをしなければいけないと思ったこと、一番プライオリティーの高いものを教えていただけますか。

○澁谷特別ゲスト まず1つは、そんなに入院させる必要がないんじゃないかということがあります。それが一番大きかったと思います。

○金澤座長 それでは、予定どおり、白井さん、どうぞ。

○白井特別ゲスト 神戸市の白井です。大きな150万人都市の1か所の保健所なんですけど、全市一括の対応で、政治的な判断もいろいろとされましたけれども、対応した経過をお話したいと思います。

結論としては、「H1N1の対策としては、発熱相談センター、発熱外来は適さないと早期に判断していただき、発生段階の転換と対応方針を変える必要があつた」と思っています。

このような私たちが取った医療体制ですが、一朝一夕でできたわけではなく、この体制の始まりとしましては、2008年の11月に全市の訓練をシミュレーションして行いました。市長を本部長として行なったわけですが、厚労省からも助言者として参加をしていただきました。

それを踏まえて、3月までに発熱外来を設置する医療機関と体制を整えるということで、病院を訪問したり、感染症指定医療機関と打ち合わせをしております。

その後、4月に入りまして、豚インフルエンザを新型インフルエンザとして対応するということについては、市民病院と大学病院の役割、それから協力病院、ここを発熱外来設置として9か所ありましたけれども、それ以外の病院、それから診療所、医師会を含めてですが、症例定義によるトリアージをして、発熱相談センターへ連絡をするというようなフローチャートをつくりながら、このような組立てをしておりました。

このときには、既に蔓延期になったら、すべての医療機関で対応するというのを何回も繰り返して対策会議の中では言っております。

このように、スタートはスムーズだったんですけども、5月15日の夜に、神戸市で新型インフルエンザの確認をしまして、その後、5月16日からの国内発生の後ですが、さかのぼっても海外渡航歴のない患者さんで、更に学校での集団発生ということがありましたので、発熱相談センターと発熱外来の機能が2、3日でオーバーフローしました。

図1の~~左~~で示してありますけれども、発症日は、疫学調査から聞き取ったものと、実際の検査確定日を並べております。

5月16日からの1週間は兵庫県内では、約2,000か所一斉に学校の休校をしまして、その

後、6月の最初のころまでは、学校単位での休校も行いましたが、WHOのフェーズ6の宣言の後の1週間くらいは、神戸市では全く発症者はありませんでした。

診療所を含めて、このような全医療機関で診療するという方針を5月20日にも立てておりますけれども、図2と図3の方を見ていただきたいと思います。

これが発熱相談センターと発熱外来・確定患者数を同じグラフに示しておりますけれども、発熱相談センターは、5月19日にはピークということで2,700件、対応職員は1日100人以上ということで、いろいろな専門職も含めて、いろいろなところから応援を頼みました。

ただ、以前にも防疫体制で、24時間体制を取っておりましたので、この時点では、本当に36時間以上の勤務体制というふうになっております。

私が、今、ここで元気でいられるのがよかったなと思うくらい、過労死するのではないだろうかと思うくらい危機感を持ちながら対応していました。

実際、スケールをちょっと変えまして図2の方で見ますと、発熱外来の患者さんというのは、ピーク時が5月21日に400件以上なんですけど、実際の確定患者は、5月17日という日曜日に31人の確定をして、それがピークで、あとは数人の確定で終わっています。

ただ、このときには発熱外来からのPCRの検体数が膨大になっておまして、1日に200件以上の検査をしたということがありました。

発生相談センターにおける相談内容としましては、電話相談での内容が既に「渡航歴はないけれども体調が悪い」、ここに勿論、インフルエンザとは限らない患者さんというか、体調の悪さということが全部含まれているわけなんですけど、この中で、実際に発熱外来への受診を勧めたのは8%程度でした。

2,700に8%をかけると大体200くらいになるんですけども、そうすると、発熱外来ではピークでは400件ということがありましたので、その倍がほとんど、ウォークインというか、そういう形で直接に来てしまった患者さんでした。

中央市民病院の方でも外来の患者さんの内訳を見ていますけれども、半数くらいが発熱相談センターからの勧めでありましたけれども、それ以外はウォークインであったり、あとはこの時点で既に陰性証明がほしいとか、職場に提出するとか、そういうものもここに含まれてしまっていました。

私たちの対応としては5月20日に神戸市の方で全医療機関で診療が可能だということのお願いをしながら、そういうふうにしたことが、5月22日の対処方針の変化に関わったのではないかと考えておりますけれども、それ以降の対処方針の弊害ということも、そこに出てきたのではないかと考えています。

実際、図4の方を見ていただきますと、一般医療機関でPCRの検体を検査できるようにということで、約300以上の診療所にも検体容器を配りました。そういうことで、診療所の方がかなり積極的に検査を出していただいていたわけなんですけれども、5月15日から6月24日というのは事務連絡の前後で比較をしていますけれども、確定患者さん212人のうち、特に運用指針改定後の確定患者さんの73%は、もう既に一般医療機関で発見されておりましたので、

一般医療機関で診断ができる、対応ができるというような疾患だと、この時点でもう既に把握しております。

新型インフルエンザ対策に関しては、このような状況では、医療資源をかなり消耗したということがありますし、協力病院の発熱外来というのを解消していったのは、全国より先駆けてどんどん解消していったわけなんですけど、実際、救急とか病院本来の機能を回復していかなければ、病院の本来機能も経営も成り立たないということもあったと思います。

新型インフルエンザ対策に関する会議につきましては、それ以降、病院連絡協議会、それから市の医師会との対策会議、2次救急とか民間病院協会での緊急の会議も開きまして、秋の流行に備えて、実際、特に混乱なく対応したんですけども、これはワクチンのことを除けば、混乱がなかったと思っています。

医療機関との情報共有の中では、迅速化、それから効率化を考えるためにそのような会議以上にウェブも開設しまして、小児、妊産婦、透析とかICU、NICCの空床情報の共有なんかもしましたので、これはかなり落ち着いて医療機関が対応できたんじゃないかと思っています。

結論から言いますと、電話相談とか外来の受診数はパニックが起これば、短期間で件数が集中します。これは、最初に国内の患者さんの発生を経験した神戸市から是非伝えなければいけないことだと思っています。

また、インフルエンザというのは、今後、病原性が高まる、そういうものが発生するおそれが常にありますけれども、インフルエンザだと考えれば、この診療体制というのは、受診のアクセスをよくする。勿論、感染対策を講じてということですけども、患者さんの集中を避けることが一番重要ではないかと思ひますし、これが日本でできることではないかと思っています。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。質問の時間がほしいので、なるべく短くしてください。

さて、いかがでしょう。何かスペシフィックなクエスチョンはございますか。

どうぞ、伊藤さん。

○伊藤構成員 発熱外来の一般医療機関への対応を5月20日に御判断されて変えているんですが、国は5月22日に改定しているんですが、国より先んじること2日早く始めたときに、やはり一番大きなファクターというのは、何だったか教えていただけますでしょうか。

○白井特別ゲスト このグラフを見ていただきますと、5月の。

○金澤座長 図の幾つですか。

○白井特別ゲスト 図の2の方に、2つ並んでおりますけれども、発熱相談センターが1日に2,700件対応しています。そこから患者さんを外来に誘導するということは限界があるということ。

それから、勿論、この時点で、国立感染症研究所の方からFETPの方が来ていただいでい

るですが、入院している患者さんの臨床症状であるとか、そういうことをかなり細かくまとめていただきまして、これは季節性のインフルエンザとそう変わらないであろうというような判断をいただきました。

それを記者発表も含めて、私たちは全医療機関も含めて提示をいたしましたし、そうなったところで、全医療機関というか、医師会についても含めてですが、我々が今までやっているインフルエンザの治療とは変わることはないだろうと、そういうことを理解いただきました。

○金澤座長 ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。それでは、ちょっと席を外しますが、また来ますので。

○岩本構成員 それでは、高橋さんの方から仙台市の新型インフルエンザ対策として、資料8でお願いいたします。

○高橋特別ゲスト 仙台市の高橋でございます。それでは、資料8に基づきまして、仙台市の新型インフルエンザ対策につきまして、御説明をさせていただきます。

1 ページの下のページになりますけれども、医療体制のフロー図を示しておりますが、太い矢印で示したものが、仙台市が独自に行ってまいりました仙台市方式といわれる仕組みでございます。点線が発熱外来を設置した後のフローの分でございます。

仙台市は、インフルエンザの特性からいたしまして、かなり早いスピードで都市部を中心に感染が広がって、一気にパンデミックに陥るという想定をいたしまして、いわゆる発熱などの症状がある患者さんにつきましては、できるだけ早期に診療所を受診していただく医療体制、これが現実的であると考えたところでございます。

その上で、中等症とか、あるいは重症の患者さんにつきましては、行政が関与いたしまして、入院治療に結び付けるというものでございます。

しかも、この医療体制を支えるために、健康相談コールセンターを設置いたしまして、市民の不安解消、それから冷静な対応を呼びかけるということと、更には医療機関専用のメディカル・コールセンターを設置いたしまして、医師からの個別の要望につきましても対応するとしたものでございます。

なお、発熱外来につきましては、これは都道府県を通じてでございますが、要請がありましたので、仙台市立病院に設置をして、具体的にはPCR検査を中心に行なったところでございます。

2 ページをごらんいただきたいと思います。上の資料でございます。こうした医療体制の構築に当たりまして、仙台市は21年の2月にメディカル・アクション・プログラムを策定いたしまして、これは原案でございますが、次のような対策を講じております。

まず、かかり付け医の協力を得るために、医師会を通じまして、329か所の診療所から協力を得ることができました。

国内初の感染者が確認される前の5月11日から329か所の診療所で患者さんを診るということを開始させております。

仙台市は、これらの診療所のスタッフ全員に対してタミフル1人当たり30錠、それからマ

スク、1人当たり50枚を配付いたしまして、診療が継続できるようにサポートしたところでございます。

次に病院の協力につきましては、仙台市が直接病院を訪問いたしまして、市内21か所から合意を得ることができました。

病院を2つの階層に分けまして、重症の度合いに応じた入院治療が直接行なわれるように機能分担をしていただきました。

次のメディカル・コールセンターですが、幸い重症患者が少なかったこともございまして、2のところ、感染予防、感染拡大抑制の対策として設置をいたしました、先ほど御説明いたしました、健康相談コールセンターが業務を代行いたしました。

特徴的な件といたしましては、海外の最新情報を入手いたしまして、かなり早い段階から、今回のいわゆる豚インフルの病原性は季節性と同じだという情報を、各医療機関に提供いたしました。

それから、検査キッドが足りないといった情報があれば、市の方が直接業者に納入を働きかけるとか、更には重症患者の受入れ病院の調整を行うといった、いわゆる医療のロジスティクスに関わる機能を担ったところでございます。

次に下の段でございしますが、仙台方式と言われますけれども、これの最大の特徴は、その背景にあるものと考えております。

仙台市も伝統的に地元の医師会と常に良好な関係にございまして、両者が共通の認識を持って、現実的な医療の在り方について、これまで一緒に検討して、その結果として、地域の医療機関の協力を得て対策を講じることができたと考えております。詳細につきましては、御高覧いただきたいと思います。

最後の3ページでございしますが、ここには今後、仙台市が取り組むということの2点を掲げてございまして、まず、第1点目といたしましては、今後、設置をいたしますタスクフォースの中で、大学と医師会、行政、それが科学的な検証、それから医療現場の対応、そして政策の決定、この3つの視点を共有しながら、引き続き、現実的な対応を検討してまいります。

第2点目としては、メディカル・ネットワーク会議を通じまして、医療関係者の連携を一層強化し、更に国内外の最新の治験や情報を入手いたしまして、これをオープンにしながら、市民あるいは事業者提供して冷静な対応を促してまいり、このような対策を今後とも引き続き取ってまいりたいと考えております。

以上でございます。

○金澤座長 どうもありがとうございました。ただいまの御質問、どうぞ、伊藤さん。

○伊藤構成員 今、仙台市が海外の情報を提供したという非常に興味深いお話をいただいたんですが、これは時期について教えていただけますか。まず、弱毒性だということをつ出したかということです。

○高橋特別ゲスト これは、たしか5月の初めころだったかと思います。ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシンの中に、たしか電子媒体として載っていたもの、私どもの

ネットワークの会議に入っている東北大学の賀来先生が、それを取り上げてまいりまして、我々に説明をして、では、これを医療機関に説明しようということで、情報提供いただきましたのが5月の初めです。

○伊藤構成員 提供した方法はどうやって。

○高橋特別ゲスト 提供は、医師会からメーリングリストで全部回してもらおう。それから、それを市の場合は市のホームページの中に載せる。もう一つは、マスメディアを使って、マスコミにも出していただく。

○金澤座長 どうぞ。

○谷口構成員 ありがとうございます。当時、私の記憶では、4月30日あるいは5月1日の時点で、国際的には、そういったコンセンサスがあったと思いますので、この仙台方式というのは、とても適切な選択だったと、個人的には思います。

ただ、ときどき、我々も地方自治体の方にお話をするときに、こうしたらいいんじゃないですかというお話をしたときに、厚生労働省はこう言っていると、感染研が責任を取るのかということと言われることがあるんですね。

つまり、この仙台方式というのは、当初から厚生労働省の通知を一切無視した形になっていると思うんです。それは内部で何かなかったですか。私は、結構怒られるんですけども。

○高橋特別ゲスト 当初というか、そもそもの発端は、SARSが最初の発端なんですけれども、当時、仙台市内でも、やはりSARS患者お断りと掲示した診療所がありまして、それについて医師会がかなり危機感を持って、そんなことをしたら、地元で医療を続けられないと、やはりそういうものは正しい情報があった上で、やはり自分たちがSARSも含めてですけれども、新型インフルエンザに対しても闘わなければいけないんだということを最初から言われました。それについて、当時の市長、それから当時の副市長は厚労省出身の方なんですけれども、国は国、地方は地方ということで、先ず検討を進めるべきだという話がありまして、ただ、市長からは国に対して、検討状況を説明をしておくように、国の全体の流れの中で、仙台市は決して外れてはいないということを確認しながらやるようにとの指示を受けておりましたので、市内部の問題はありませんでした。

○金澤座長 どうぞ。

○丸井構成員 話題は変わりますが、仙台方式の中で、コールセンターをあらかじめ用意したという話がありました。先ほどの神戸の話ですと、どちらかというと、コールセンターが余り機能しなかった、パンクしたというようなお話でした。勿論、流行のタイミングや規模が神戸と仙台とで違ったと思いますが、仙台の場合には、コールセンターは2種類ありましたけれども、これは機能したと言えるのでしょうか、それとも何か問題があったのでしょうか。

○高橋特別ゲスト 市民対応のコールセンターは、いわゆる厚労省で出されている発熱相談センターと全く同じものでございます。そういう機能を担ったというのと、それに加えて、医療機関専用の窓口をつくったコールセンターは、いろんな国からの情報も含めて、咀嚼した形で、各医療機関に対して情報提供をできたという意味では、かなりメディカルの部分では、機能し

ていると思っております。

○丸井構成員 前者の方について、神戸ではほとんど1日に2,000人ほどでパンク状態になって対応できなかったというお話がありましたけれども、その辺りはいかがでしょうか。

○高橋特別ゲスト それにつきましては、仙台市内の協力診療所が329カ所で、そのうち小児科、内科だけ見ますと、全体の85%ですので、ほとんど風邪の症状、インフルの症状の受入れ体制が整っていたこともあり、いろいろな不安について市民からコールセンターに問い合わせがありましたけれども、それほどパニックになるという話ではなかったかと思います。

○金澤座長 どうぞ。

○岩田構成員 関連した質問なんですけれども、仙台市では、当初、コールセンターを必ず電話してから受診するよというルールをつくっていましたが、それとも受診時は、特にそういうコールセンターを確認しなくてもいいよという形になっていましたでしょうか。

○高橋特別ゲスト 2つに分けて、国の症例定義に該当するようなものについては、まず、コールセンターに相談してください。それ以外のものについては、直接診療所を受診してくださいということで、情報提供しています。

○岩田構成員 ありがとうございます。

○金澤座長 ほかにいかがですか。

ありがとうございます。それでは、また、続きは後にいたしまして、知花さん、どうぞ、お願いします。

○知花特別ゲスト 沖縄からまいりました那覇市立病院の知花です。どうぞ、よろしく申し上げます。

資料9をごらんになってください。うちの病院は、年間約5万人が受診する急病センターを持つ、470床の市中病院です。

下のスライドですが、沖縄県での新型インフルエンザの患者の発生は全国でも遅い方だったんですけれども、7月の下旬の第30週からインフルエンザが急増しました。国内初の死亡者が出た33週の8月16日、日曜日、私は本当にラッキーなことに、急病センターの日直が当たってまして、まさに押し寄せる発熱患者を重症患者とともに診なければいけない立場にありまして、パンデミックを目撃した非常に印象深い1日となりました。

この日のER総受診者数は361名で、そのうち発熱患者が206名、その中のインフルエンザA、陽性患者が101名でした。重症患者を診ながらの診療で、診察にも時間がかかりましたが、それ以外にも検体が多く、検査結果が出るのにも時間がかかって、急病センターでの待ち時間が3時間を超える状況となっていました。

次のスライドをお願いします。これは、落ち着いた9月ごろに撮った急病センターの写真です。8月は写真を撮るような余裕もなく、これでも待合室は混雑していますが、その当時は待合室も非常に混雑しておりまして、インフルエンザを疑う患者さんを隔離するために設けられたカーテンで仕切ったスペースからは患者さんがあふれかえって、発熱患者とそうではない患者が混在する状態となってしまいました。トリアージしても、それを受け入れるスペースが

ないこと、待ち時間が長いことから、急病センター内での院内感染のリスクが高いこと。そして、これから更に患者の増加が予想されること。また、この時点で研修医4名が院内感染していて、マンパワー不足が予想されていたことなどに対して、特に混雑する週末に那覇市医師会からの応援をいただき、発熱外来を設置することになりました。

下のスライドをお願いします。那覇市医師会のスピーディーな対応で、翌週34週の8月22日土曜日から発熱外来が始まりました。10時から22時まで、当院の急病センター担当医師が1名ずつ2交代で担当し、更に患者さんが多い12時から20時の時間帯には、医師会からの応援医師が入り、小児科1人、内科2人体制で発熱外来が始まりました。

当院では、電子カルテを用いていますが、応援医師は手書きのカルテ、処方箋を使用し、後で、その手書きのカルテをスキャンして電子カルテに取り込みました。

このような体制で臨んだ8月23日、日曜日には、その前の週を上回る発熱患者が来院しましたが、すぐに1階の発熱外来に案内され、スムーズに診療が行われました。

その日、来院したインフルエンザを合併した重症患者は、発熱外来ではなく、急病センターの治療室で、すぐに治療が行われ、速やかに病棟に移すことができました。インフルエンザの患者さんと、通常の救急患者さんを分けるだけで、それに対応する救急担当医、ナースの負担が格段に軽くなり、流れがスムーズになりました。

次のスライドです。結局、34週をピークにインフルエンザ患者は減少し、発熱外来は9月6日をもって終了となりました。この6日間で、延べ450名の発熱患者の診療が行われ、そこに入った那覇市医師会からの応援医師は、延べ12名でした。

また、流行が拡大するにつれ、病院にかかってくる電話相談の数も増加し、この電話対応のために、急病センターのナースが取られ、業務に支障が出ている状態でした。

このことを沖縄県に相談したところ、沖縄県看護協会に対応してもらうこととなり、8月26日から9月5日の18時から22時まで、計65件の電話相談に対応していただきました。

下のスライドをお願いします。沖縄県は、年末年始に夏を上回る第2波を経験しましたが、それとともに小児科の入院が増加しました。当院でも123名が小児科に入院となっています。

外来で多くの患者を診療しながら、重症入院患者にも対応しなければならず、病院間の調整、連携については、各病院の状況を沖縄県が、沖縄県インフルエンザ重症例情報として、毎日午後5時にファックスで知らせてくれていましたので、これを参考に行いました。

最後のスライドです。まとめです。集中する週末は、那覇市医師会の協力による発熱外来で対応しました。実は、このいい連携が現在も継続しておりまして、このゴールデンウィークも那覇市医師会の先生に急病センターの応援に来ていただきました。

これができたのも、数年前から、沖縄県は夏のインフルエンザを経験しており、那覇市医師会が行っていたインフルエンザサーベイランスによる地域の生の情報を共有していたため、地域の流行状況を皆が把握していたからだと思います。

当院の状況を医師会の先生方が知っていたため、すぐに応援が入ることになりました。もし、このサーベイランスがなければ、ここまでスピーディーな対応はなかったと思われます。

当院でも、当初はWHOのフェーズや厚労省の国内発生段階を目安に対策を練っていましたが、実際の沖縄県の流行状況と大きな隔たりがあり、余り参考になりませんでした。

今回は、うまくいった発熱外来ですが、応援医師が発熱外来で罹患し、休業した際の補償をだれが、どのように行うか、こういう課題は、まだ残ったままです。

また、沖縄県の特徴として、観光客や修学旅行生が多く、病院としては、この対応にも非常に苦慮しましたが、沖縄県へ相談したところ、すぐに観光部局などと連携し、対策を練ってくれました。

また、マスコミへの対応も、沖縄県医師会が中に入り、正確な情報を適切なタイミングで報道してもらうよう調整してもらいました。

発熱外来をあと1週間早めて開設できていればという反省はあるものの、今回の流行においては、沖縄県では、病院、医師会、看護協会、保健所、沖縄県、そしてマスコミがそれぞれの立場で協力、連携して、この新型インフルエンザにスピーディーに対応し、乗り切ることができたと思っています。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。どうぞ。

○遠藤特別ゲスト 沖縄県の遠藤です。同じ沖縄県でしたが、このような体制は、当院では取れませんでした。その理由が2つあります。1つ目は、那覇市立病院は、普段から地域の医師会と連携して応援業務体制ができていたため、非常にスムーズに運用ができました。しかし当院はそれがなかったということ。2つ目は生々しい話ですけれども、応援医師に対する謝金の問題です。知花医師の病院は独立行政法人で、謝金を独自で決めることができました。我々は県立病院なので、1時間あたりの謝金が、とても言えないような少額しかお出しできませんでした。このギャップを最後まで埋め切れずに、胸を張って開業医の先生をお呼びできませんでした。こういう非常に融通の利かない報酬制度も、県立病院では応援医師を呼びにくいという一つの大きなファクターになりました。

○金澤座長 よく記録しておいてください。どうぞ。

○丸井構成員 だいたい察しがつきますが、沖縄県あるいは仙台、神戸のお話を伺ったあとでするので改めてお伺いします。市民病院と医師会との間のつながりは、1対1で直接行われたのでしょうか、それとも行政が何らかの形で関わっていたのでしょうか。つまり行政の役割というのは、あったのか、なかったのかという部分ですが、いかがでしょうか。

○知花特別ゲスト この発熱外来に関しては、間に保健所とか県は入っていません。病院と那覇市医師会との直接交渉です。

○金澤座長 なるほど、ほかにいかがですか。

どうぞ。

○岩田構成員 先ほどの御質問のことなんですけれども、神戸市については、白井さん、保健所がすごい接着剤役になってリーダーシップを取っていただいたと、そういうやり方をしています。

○金澤座長 それぞれに特徴があるんですね。ほかによろしいですか。

どうぞ。

○遠藤特別ゲスト 確認ですが、応援の医師には那覇市立病院側から事前に予防投与のタミフルを渡したのではなかったかと思うんですが。先ほども言いましたが、補償制度がありませんので、少しでも開業医の先生がたを守るという誠意の意味で、PPE と予防用のタミフルをお渡しされたと聞いておりましたが、いかがでしょうか。

○知花特別ゲスト N95 マスクと、普通のサージカルマスクとタミフルをお渡ししましたが、多くの先生方は要らないということで、タミフルは受け取らずにそのまま診療していただきました。

○金澤座長 ありがとうございます。それでは、また、後で議論をしてください。

続きまして、保坂さん、どうぞ、お願いします。

○保坂特別ゲスト 日本医師会の保坂でございます。と申しましても、私は、この4月1日から日本医師会の仕事をするようになったもので、その前は、最初にお話しいただいた飯沼先生が日本医師会の感染症危機管理対策の担当の理事でいらっしゃいました。

ということなので、皆様のお話も長々とお聞きしましたので、私は、自分が現場にいた立場からまとめたことをちょっと申し上げさせていただきたいと思いますが、私は、小児科医師でございまして、当時は、私のところの診療所で、先ほどの国際医療研究センターの患者さんの数のおよそ半分くらいの数を一診療所で、流行期に診たという状況でございます。

なぜ、それを申し上げますかというと、日本の医療の主なところは、実は診療所が担っていて、その診療所で、とりあえず、最初のところを診て、そこで足りない部分を病院がやっていたというところであること、是非皆様に認識していただきたいと思っております。

それから、先ほどからこの会議に呼ばれているゲストの方の顔ぶれを見ますと、現場の意見、現場の意見というふうにおっしゃっているけれども、医療の現場の意見を言う人がほとんどいない。行政の方がほとんどである。

確かに行政の方は現場ですけれども、その更に診療行為をやっている現場というのは、医療機関そのものであって、病院の先生も何人かいらしていますけれども、実は医療の現場の人がここにいないということ、やはり厚生労働省はしっかり認識していただきたい。

それから、医療体制について、保健所がさまざま察知していろいろやっているという話も、保健所関係の方々のお話にありましたけれども、沖縄の那覇市とか、仙台市とかは、勿論保健所とか、行政もここに関与しているんですけれども、現実動くには、やはり地域の医師会が、かなり強い意思とリーダーシップを持ってやらなければならないと、ですから、それもやはり厚生労働省に日本の医療をこれからずっときちんとやっていこう、特に今日はインフルエンザの対策会議ですから、インフルエンザについてもきちんとしたことを整えておこうと思ったら、やはり申し訳ないんですけれども、医師会を軽んじてはいけないと、まず、最初にそれを強く申し上げたいと思っております。

医師会というのは、勿論病院も入っていますけれども、地域の診療所がみんなでやっている

ものでございますので、そのことだけは、是非記録に残していただきたい。まず、それを申し上げます。

いろいろ皆さんの話にも出てきましたけれども、医療提供体制を国がいろいろ、厚生労働省がいろんなことを考えて、いろいろ提示していただいておりますが、今の皆さんのお話をお聞きしてもわかりますように、それは、あくまでも机上の論理なんです。

現在、日本の現実にある医療提供体制がどうなっているかということを中心に把握して、それに応じた、現実に対応できるような施策を、これからは出していただきたいというのが、今回のインフルエンザの騒ぎの中で感じたことでございます。

それは、恐らくは地域、地域によって違うだろうと、そうであれば、地域、地域に応じたやり方をするを国は言っていただきたい。

それで、勝手にやったというような仙台市だとか、那覇市だとかは、多分かなり独自にやっているけれども、今回の状況の中では、それはとがめられることはなかったけれども、ややもすると、そういうことがとがめられることで、実際に現場で一生懸命やっている方たちの保健行政に関わっている方たちの意欲もそいでいることがあるということ、やはり国がしっかり考えていただきたいと思っております。

それから、厚生労働省から出てくる情報が非常に頻繁にばらばらに出てきたということが、現場をすごく混乱させたと思っておりますけれども、出てくる情報も、先ほど仙台や那覇の先生たちが情報をかみ砕いて提供したというお話がございましたけれども、やはりこれからは厚生労働省が出す文書そのものも、もう少し血の通った文書にしてもらいたい。次々と文書は来るけれども、非常に難解というか、何がなんだかわからないというような、それが法律の文書なんでしょうけれども、でも実際に現場が動いていくためには、やはり血の通った文書をこれからは出していただきたいということもお願いしたいと思っております。

それから、先ほどからのお話でもう出ておりますけれども、発熱外来ということが、実際には実現不可能なような発熱外来をつくれというふうな最初の御提案がありまして、患者数がすごく少ないような、例えばSARSくらいの規模のことであれば、そういうことを設定してもよかったかもしれませんが、そうでなければ、やはり熱が出た人は、まず、最初は診療所を受診する。特別な事情のある、さっきの症例定義で、どこかのはやっているところから帰ってきたとか、そういう方以外は、熱が出た方もみんな一般の診療所を受診して、それからということにしなければ、絶対に不可能だと思うんです。発熱外来をつくるなんていったって、それだけの人的資源も物的資源もないわけですから、ですから、そういうことを現実にできる施策を厚生労働省はこれから出していただきたいということをお願いしたいと思っております。

それから、今回、出て来なかったことでは、医療体制の中の、広い意味での医療体制ですけれども、感染予防のところ、学校や保育園なんかの、お休みさせること、それから会社とかももしかすると集団発生すれば公的にきちんとなさなければいけないのかもしれませんが、いわゆる出席停止の取扱いについても、非常に地域によってばらばらだった部分もあるんですけれども、そういうことも本来であれば厚生労働省や文部科学省や、保育園は厚生労働省

ですけれども、幼稚園は文部科学省です。学校も文部科学省ですけれども、そういうところときちんと相談をして、統一的な見解を早めに出していただくということが必要であったのではないかと思います。

以上、非常に雑駁な意見になりましたけれども、お話しさせていただきました。

○金澤座長 ありがとうございます。何か御質問はございますか。

伊藤さん、どうぞ。

○伊藤構成員 非常に参考になる御意見をありがとうございました。1点だけ確認したいんですが、医師会は、今般の体制に関して、診療所の受診などの話をされていたんですが、例えば仙台とか一部は、国の指針を守らないという非常に語弊があるんですが、そういう体制を取って非常に有効だったと考えているんですが、医師会の中では、そういう議論はあったんでしょうか。

○保坂特別ゲスト 私は、今、日本医師会に来ておりますが、その当時は、日本医師会のいわゆる執行部ではなかったもので、私どもの地域の医師会のことを申し上げれば、地域によって、勿論、そういう議論はありましたけれども、ここは突っ走ってしまえとか、国の言っていることは、こういう会議の場で言うことはどうかわかりませんが、あてにならないから、もう自分たちでやろうとか、そういうような議論は、当然私たちは、私的な機関ですから、保健所とかはなかなか難しいとか、そういう議論も勿論ございました。

ただ、日本医師会という単位としては、なかなか私どものような地域の一医師会であればできたことも、多分日本医師会では、国の方針に背くということは、なかなか難しかったかと思っています。

○金澤座長 ほかに、よろしいですね。

どうぞ。

○高橋特別ゲスト 仙台が国の方針を守らないという言い方をされましたけれども、仙台市として守らないわけではなくて、国の大きな対策の流れの中で、パンデミックというのは、結構早い時期に来るということと、先ほど申し上げましたように、診療所が診療をスタートするに当たりまして、国に対して報告をして、仙台市は地元の医師会と話し合ってからスタートしますよということを申し上げていました。今回の国の方針は、あくまでもそれを踏まえて地域の実情によって対応するものだと、我々は理解しておりました。

○伊藤構成員 守らないと思っていません。議事録を訂正してください。要するに独自のことをやったということです。済みません。

○金澤座長 理解をしているつもりです。

どうぞ。

○保坂特別ゲスト 私の発言も勝手なことをやったのではなくて、独自な方針をやろうと試みたくらいにしてください。

○金澤座長 わかりました。ほかにいかがですか。よろしいですか。

それでは、続きはまた後にして、保科さん、どうぞ、お願いいたします。

○保科特別ゲスト 日本小児科医会というのは、半分以上が開業の先生なので、全国から集まって6,000人の会員。そこへぼんとメールを流して、こういう会議があるので、私が発言するので、どんなのがいいと言ったら、ぱっと入ってきて、100見たら嫌になってしまったので、残りの400くらいのメールは捨てていきました。こちらが目が回ってしまうので、大体要約して箇条書きで、ここを出させていただきました。4分と聞いて、これ以上書いても無駄だと思って、実際に診療所では、診療所の要員が一人かかり切りで電話相談の対応をしていたということで、発熱外来に行くよりは、小児科へ直接来るのが普通で、一般的な小児科の患者の7割から8割は発熱患者だというのが、それは発熱外来をもったからって、そっちへ全部行くかといったら、行きません。そこら辺が理解できていないんじゃないでしょうか。

それから、熱が出たらすぐ来ると、もうとてもではないけれども、検査が陰性だから再受診してくださいと、2人来ることになる。だけれども、保険請求は1人ですからね。そういう形になってしまう。

それから、熱が出て数時間で呼吸困難を起こすのというのは、非常に多かった。ぜんそくのほかに。受入れ場所がないんです。受入れ体制をしっかりとしているところは、東京は大学病院が13もあっても、それを受入れられたのは3つしかなかった。だから、それがすぐいっぱいになってしまう。インフルエンザでなければ受入れます。2、3時間で陽性になるわけがない。

それから、ここには箇条書きとしてないんですけれども、子どもがインフルエンザで、お母さんが妊娠していたと、これはどうするのと、それを説明するのに、また時間がかかる。

それで、予防注射が始まったときには、産科は予防注射をしたことがないからやりたくないといって、全部小児科に押し付けてきたというのが事実です。半分以上が小児科に押し付けてきた。

それから、脳症を疑う患者の受入れ先、これはここに書いてありますように、先ほどもたくさんお話が出たので、箇条書きでやめさせていただきます。

それから、地域でのサーベイランス、これは非常に大事だと思うのは、確かに全体的な、全国のものも必要なんですけれども、医療体制としては、どこの小学校で何人発病したかというのは非常に重要なんです。

それから、保育園でだれが出た、一人出た、確実に出たかどうかというのは非常に大事なので、次に来るのは必ず同じ医者のところに行っているわけではないということ。そういうのがサーベイランスでちゃんとわかってくれる方が非常に役立っている。

実際にどこが主体となってサーベイランスするのか、医師会がやるのか、地域の小さな医師会がやるのか、保健所がやるのか、保健所の機能というのは、私は非常に疑問に思ったのは、保健所の先生方がいらっしゃるので怒られるかもしれませんが、言わせていただければ、集団接種が必要になっても、東京都内のほとんどの保健所はノータッチだった。それで医師会でやってくれと、医師会でやると話がまとまってやり始めたのは12月の終わり、もう流行期の終わりです。ですから、10ミリリットルのアンプルが本当に役立ったのはほとんどないんじゃないでしょうか。そのくらい現場の小児科医は腹が立っているというのは間違いない。それで、

残ったワクチンは取り戻さないと、戻せないと。

それから、やはり住居地の医療体制というのは、各地でいろいろ違うんです。東京都内でも23区内、市、地区では違うので、この地域によって違うんだというのが、一括した医療体制をぼんと押し付けてきたのでは対応できない。

これは、いろいろ先ほどもあったように、仙台と那覇、神戸市のような形で、いろいろな形が出てくるのはしょうがないんです。それがどういう形であろうと、現場が、現地が納得するような形をちゃんと取らせてくれないと困るということです。

それから、登園・登校基準の問題。これは、先ほども保坂先生の方からありましたから、飛ばさせていただきます。

それから、住居地による予防接種補助金の違い。これは23区内でも全額補助と隣の区は半額補助、1,000円だと、隣の区から患者が来たら処理が面倒なんです。この処理の事務手続の煩雑性、それから、これが任意になったことが貧富の格差、お金がなければ打てない、地域格差も出てくる。こういうことは、やはり初めからパンデミックを疑ったなら任意接種はやるべきではない。きちんと国が面倒をみるべきだと、意見をまとめてくるとこの程度だと思います。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。どなたか御質問はございますか。御意見は後でちょうだいしますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

それでは、いただくプレゼンテーションの最後になりますが、山口さん、どうぞ。

○山口特別ゲスト 殿になりましたけれども、北海道保健福祉部健康安全局、医療参事の山口です。私の立場は、県庁にいる医療システムを見る医者という形になりますので、ちょっと今までの方とは少し立場が違うかもしれません。スライドは6枚です。

1枚目の下をごらんください。北海道は、沖縄県が30週の流行がありましたけれども、それに次いで43週ごろにピークが来た形になっておりまして、全国よりも1か月ほど早いようなピークになりました。42週では、インフルエンザ報告数は定点当たり57.93でしたけれども、次の43週で61となった次第です。

それでは、次のページをごらんください。42週の初日、これは10月12日が該当するんですけども、この週になりますと、どこもそうだったんでしょけれども、待合室に入れない方が、写真のような形で待つことになりました。特に休日、夜間の混雑がひどかったです。この写真は札幌市内での、ある小児科の前の風景なんですけれども、100メートルほどの行列ができたということが報道されました。

それから、10月だと、北海道は少し寒さが入ってきていますので、並んでいる方は、ごらんになっていただければわかると思うんですけども、子どもさんというよりは、大人の方が並んでおりまして、実際には、この周囲に車が止まっています、具合の悪い子どもさんは車の中で待っていて、お母さんかお父さんがこのように並んでいるという形で、小児科の前で行列ができました。

平日もインフルエンザの患者さんは混んでいたんですけども、平日は、それなりに対応できたということでした。しかし、やはり夜間ですとか、休日は対応する医療機関の数が少ないことや、受診がしやすいという状況などがあると思いますので、非常に患者さんがたくさん出ってしまったというような状況になりました。

それでは、次のスライドをごらんください。もう既にこの時期は、新型インフルエンザの患者さんでも普通のインフルエンザのように、すべての医療機関で診察を受けることになっていました。いつからかと言いますと、8月からは北海道はすべての医療機関で診ることになっていましたので、新型インフルエンザの患者を受け入れるかどうかという意味での混乱はなかった時期です。患者さんは、平日の日は普通のかかりつけの医療機関等に行っていたんですけど、夜間とか休日では医療機関の数が限られるので、その救急医療体制を強化しました。それから、重症化した患者さんを受け入れるために施設を増やしたり、他に非公開で外来患者さん、特に小児科を見ていただけるような病院をつくりまして、すごく当番医療機関で患者さんが並んだ場合は、そこの先生に相談して、ここで並んでいると3時間から4時間待ちなので、後ろの方については、札幌市立病院等が、今、開いていますので、そちらに回れば、1時間か2時間待ちですとご案内して混雑を解消しました。

ただ、そうしますと、最近携帯電話等でメールが多く回ってしまっていて、後方で支援している病院名は非公開なんですけれども、いきなり札幌市立病院等の小児科に受診されるような方もいたようです。また、ピーク時でも、小児の外来受診が多かったものですから、内科の先生方に、中学生の受診については、内科でも診ていただけるようなことをお願いし、市民にはマスコミを通じてこうした受診の話をいたしました。

以上が、すごく患者さんが多かったときの北海道の対応でございます。

今、北海道内では、去年の新型インフルエンザの行政対応を少しまとめている最中なんですけれども、どうしてこれだけ患者さんがたくさん出た中で、すごく患者さんが集中したかの要因なんかを考えているんですが、簡易検査をしないと、タミフルを処方できないんじゃないかという誤解が一部の先生方にもあったということもあるようです。

他の要因として、会社を休む時や学校の休校のための治癒証明ということについては、流行の初期の頃にはあったのかもしれませんが、この10月の時期ですから、余りそういうことはなかったと思います。

また、臨床の先生方のお話の中に、呼吸器を付けた方では、人工呼吸器で陽圧で肺を押しているわけではないんですけども、新型インフルエンザでは気胸が結構出ているという情報がありましたので、これは道庁、それから札幌市や中核市の先生方を通じて、これは非公式な形で、メールを通じて、メーリングリストなんかで情報提供しました。

先ほど申し上げましたが、住民の方々に、例えば中学生は、場合によっては内科を受診してくださいという話をテレビとか新聞、マスコミを通じてお話をしました。勿論、医師会等を通じて内科の先生方には事前をお願いしてあったのですが、一部の先生方からは、道庁等の行政機関からの公表は、マスコミや新聞が先になってしまって、医師会からの情報よりも先にマス

コミに話してしまうのはけしからぬという随分おしかりを受けたんですけども、こうしたコミュニケーションのやり方についても、少し反省をしなければいけないのかなというふうに思いました。医師会の先生方からお叱りを受けたんですけども、自分たちを振り返ってみると、そういえば、国の新型インフルエンザに関する情報提供で、都道府県に情報が着く前に報道の情報提供が先行した際は、住民からの相談や確認に十分な対応ができなかったこともあり、そうした際は自分たちも国の情報提供の方法に不満だったことを思うと、北海道としては関係団体と報道には同時に情報提供をする等して、不要な混乱を招いてはいけないと、深く反省した次第です。

あと、発熱外来のことについて、多くの先生方がおっしゃっていたことに類似しますが、一言触れておきたいと思います。北海道では、すべての医療機関で新型インフルエンザ患者を診ることになっていた時期において、患者さんがたくさん出たこととなります。発熱外来は、北海道は56か所設定していたんですが、道内の市町村数は179でもあり、多数の患者さんが出たときには、この数では十分な対応できません。では、どのようにしたらいいだろうか。大規模な発熱外来をつくるという手もあります。他の手としては、発熱外来は、患者さんがたくさん出してしまうと対応できないので、すべての医療機関で診るような対応をしていくべきなのかもしれません。それとも軽症の方はなるべく自宅で待機して重い症状の方のみ受診するような、受診行動などを制限する何かの対策が必要なのかもしれません。また、これら組み合わせて流行の時期で対応方法を変えていく等の、いろんな考えを持っていかなければいけないかなと思っています。

ただ、今回のようなH1N1のような病原性ではなくて、もっと病原性が高くなってしまった場合に、すべての医療機関で診るということについては、やはり大きな抵抗もあるんじゃないかと考えております。

PCR検査についてのコメントも少しあったと思うんですけども、行政検査ですから、北海道の場合は道立衛生研究所、1か所で検査をしているんですけども、地域が広大なところについては、他の方法、すなわち、民間の検査所や病院でできるようなPCRの技術の普及なんかも必要なのではないかと思います。

それから、運用されているところもあるシステムのように、さきほど実際にお話しができましたけれども、学校でのインフルエンザ様疾患の欠席状況ですとか、休校の状況、学級閉鎖の状況なんかはリアルタイムに近い状況で何とか公表できないかということを考えています。入力の手間ですとか、システム管理者や学校関係者の方々の御負担なんかを考えますとすぐに実行することは難しいとは思いますが、ある限られた条件の下ではこうした情報提供が可能ではないかなということ、今、考えています。これは流行状況の把握にとっても役立つと思っています。

以上です。

○金澤座長 どうもありがとうございました。スペシフィックな御質問はございますか。

伊藤さん、どうぞ。

○伊藤構成員 北海道に対策本部が8月28日に事務連絡で医療供給体制の確保等について、シナリオをある程度想定して、各都道府県について、いろいろシミュレーションするようにと
いう情報を出しているのですが、例えば北海道の医療規模の推計から、小児入院患者の需要推計
で、シナリオで罹患率20%、たしか30%、重症率も少し指定があったと思うんですが、これ
について、いわゆるシミュレーションされたのかどうか、実態の供給体制はどうだったのかと
いうことの結論を少し教えていただけますか。

○山口特別ゲスト 現時点においては、想定される病床数の約9割を確保できていますが、8
月の当時は、どのくらい確保できていたのかは、ちょっとわかりません。その時点ではあま
り確保できなかったかもしれません。10月に流行のピークを迎えた際には、重症患者さんは
一定数出てきていたんですけども、医療機関で振り分けをしながら何とか対応できたとい
うのが現実でございます。もちろん、シミュレーションをしており、その数字に基づいての検討
です。

○金澤座長 ありがとうございます。ほかにどうですか。よろしいですか。

どうもありがとうございました。大変短い時間ではありましたが、皆さん方からお話
を伺うことができました。

これから自由討論になるんですが、その前に、事務局でまとめたものを資料13に基づいて
説明をしてください。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 それでは、大急ぎで資料13と別添を説明したいと
思います。資料13をごらんください。

幾つかテーマに沿って、当時厚生労働省が行ったことと、考え方をまとめております。

まず、発熱相談センター、これが4月28日に発熱相談センターの設置、その対応を依頼し
ております。

考え方は、海外発生当初は、致死率が高いあるいは不明だという情報だったので、行動計画、
ガイドラインに基づかずにやらないということは想定していなかったために、その設置の準備
を進めました。

ちなみに行動計画、ガイドラインには、例えばガイドラインのところですけども、新型イン
フルエンザ患者の早期発見、当該者が事前に連絡することによる、それ以外の疾患の患者の
感染の防止、地域住民への心理的サポート及び特定の医療機関に集中しがちな負担の軽減など
を目的とする発熱相談センター、保健所に限ったわけではないんですけども、多くの都道府
県は保健所に発熱相談センターを設置するところが多かったように感じます。

2ページ目ですが、発熱外来、これも同じ4月28日の基本的対処方針に基づいて設置を依
頼しております。考え方も大体同じでして、ガイドラインで新型インフルエンザの患者とそれ
以外の疾患の患者を振り分けることで、両者の接種を最小限にし、感染拡大の防止を図る。た
だ、蔓延状態になった場合は、軽症者と重症者の振り分けの適正化により、入院治療の必要
性を判断する。若干役割を変えるということを当時のガイドラインは想定していました。

ちなみに、そのガイドラインをつくるに当たって2年前専門家会議でいろいろ議論した際に、

心配していたのは、発生当初医療機関での感染拡大、例えば待合室で何も医療機関に知らせずに、別のある患者さんが入って、その方がたまたま新型インフルエンザだった場合に、待合室でどんどん広げてしまうのではないかと、それを防ぐ手立てが何かないかということで、発熱相談センターとか、あるいは発熱外来というのが提案されてまいりました。

それについては、今日数々のご批判をいただいておりますので、後でそれをまとめて申し上げますが、発熱外来、2ページ目に5月22日、この段階では運用指針を策定して、まだ患者は少数の地域と急増している地域との2つに分けて書いています。少数のところは従来どおり発熱外来を受診する。急増しているところは発熱外来の医療機関数を増やす、あるいは一般の医療機関においても、発熱外来の機能を果たすということにしております。

考え方が右にあるように、行動計画、第3段階で取ることとされている対策を弾力的に行うことも必要だと。ちなみに、ガイドライン上は第3段階の蔓延期においては、発熱外来や感染症指定機関等以外の医療機関においても、患者の外来・入院診療行うとされておりますので、そういったことも必要だということで、特に患者が急増しているような地域では、いわゆる蔓延期の対応をすとしておりました。

3ページ目ですけれども、6月19日には、運用指針を改定して、すべての医療機関について患者の診察を行う。その際、医療機関内の受診待ちの区域を分ける、診療時間を設けるなどの発熱外来機能を持たせるよう注意を払うこととしております。

この段階では、WHOは、フェーズ6の宣言をしていたり、世界的には患者数が増加している、特に南半球で増加が著しかった。原因が特定できない単発事例が国内でも発生していたということで、いわゆる感染防止措置による封じ込め対応が困難であって、重症患者に対する適切な医療を提供する、そちらにシフトすることが必要だと考えておりました。

4ページ目、入院措置、発生当初は感染症法に基づく入院勧告をするという方針でおりました。これも同じように行動計画ガイドラインにのっとっておりました。行動計画上も当該者に対しては、法に基づいた入院勧告を行うというふうに記されておりました。

5月15、16日辺りで関西地区で発生が見られた際に、今、5ページ目を見ておりますけれども、5月17日大阪府で集団発生を認めて多数にわたる地域については入院措置を全員に適用する必要はないということ、大阪府に対しては伝えております。

22日に運用指針を策定しています。同じように、まだ少数の地域と急増している地域と分けて、特に急増している地域は、基礎疾患を有する者等は、初期症状が軽微であっても優先して入院治療を行う。重症化の兆候が見られたら、速やかに入院治療を行う。

一方、軽症者は自宅で服薬、療養し、健康観察を実施するとしておりました。

考え方は、発熱外来相談センターと大体同じであります。

それから、6ページ目、その段階で一般病院においても重症者のための病室を確保するとしていました。

6月19日には、原則として入院は実施しない自宅療養とすると、重症者については、感染症指定医療機関以外の一般医療機関においても入院を受け入れるとしております。

考え方は同じであります。

最後に、7ページの4番目、医療提供体制、8月19日に、大臣が流行入りの宣言をして、その際に、地方自治体と医療機関間との間で医療連携について検討を引き続きいただくようと、大臣のメッセージに入れてありました。

8月28日、参考資料で付けてありますけれども、医療提供体制の確保についてという通達を発出しています。

重症者の発生数等については確認の上、入院診療を行う医療機関の病床数等について、確認及び報告をいただくとともに、受入れ医療機関の確保や、重症患者の受入れ調整機能を確保など、地域の実情に応じて、必要な医療提供体制の確保等を講じていただくよう依頼したとしています。

ちょうど8月15日に沖縄で初の死者が出た。それから、流行入りした。こういったことを受けて、至急、各都道府県において医療提供体制の整備を要請する必要があるということで、感染のシナリオであるとか、ネットワークの構築であるとか、院内感染の徹底とか、感染防止対策の徹底とか、診療の考え方・症例集等を示しておりました。

なお、8ページ目に、9月25日に、これは補助金の実施要項ですけれども、それを改定して、パーティションの整備など、院内感染防止に役立つような設備について財政措置の対象を拡充しています。

これが事実関係ですが、それに対して別添をごらんください。今日も、最初から御指摘いただきましたが、まず、発熱相談センター、これまでどんな御指摘があったか。

まず、発熱相談センターの求める機能は、何だったのか。想定どおりに機能していたのか、機能していないのであれば、それはなぜか。

発熱相談センターという名称のためにインフルエンザ以外の発熱患者も電話することになって、本来果たすべき業務に集中できなかった。新型インフルエンザ相談センターといった名前に変えてみたらどうかとか、そもそも数が不足していたんではないか。いちいち電話していったら受診の遅れや重症化につながる可能性があるではないか。トリアージ機能なんて持たせないで健康相談、情報提供でいいんではないか。電話によるトリアージ機能は、トリアージが機能しなかったんではないか。保健所の疫学調査等の業務に支障を来たすんではないか、相談員の確保、対応能力は十分だったか、保健師などの専門職員の確保には限界があるんではないか。

発熱外来についても同じような指摘が幾つかあり、次のページですが、国内発生当初からすべての医療機関において感染策を徹底した上で、すべての外来患者を受け入れるべきではないか。

発熱外来を設けても感染していない者を発熱外来に受診させる可能性があるため、感染の拡大を防御することは困難ではないか。

今回のようにウイルスの病原性が低い場合には、発熱外来が不要ではないか。

発熱外来に新型インフルエンザ、ネーミングの問題ですが、それもありません。

切り替えのタイミングが遅かったのではないかというのもありました。

入院措置についても、もっと早期に中止できたのではないか。

ベッドの数が不足していたのではないか。

地域の人口、需要に合わせた病床数の確保は不可欠ではないか。

医療提供体制については、十分にできていないところがあったのではないか。特にハードだけではなくてソフト面の支援も不十分だったのではないか。各地域に感染症のスペシャリストがいて、そういう方から指導できるような、こういう体制が必要だったのではないか。そういう要請も必要だったのではないか。

それから、補償も検討すべきではないか。患者を受け入れて、経費がかかることに対して財政支援が必要ではないか。

正確な情報をリアルタイムに提供するシステムが必要ではないか。

医療機関間あるいは行政との連携体制が重要ではないか。

地域に即して、医療体制の確立が必要ではないか。

今日、それぞれゲストの方から大体御指摘いただいているようなことも、これまで受けてまいりました。

あとは、お配りしている資料、参考資料1は、いつものデータ集であります。後ほどごらんいただければと思います。

それから、参考資料2は、これまで行ってきたものを文章で、ざっと経緯をまとめております。

参考資料の3は、これまで出してきた主な通知を、医療体制と院内感染対策と、治療などの情報提供に分けて、重要な通知だけをピックアップしております。

参考資料の4は、8月19日に舩添大臣が公表した文書と、そのときに記者会見でお使いになったパワーポイントであります。

参考資料の5は、8月28日の事務連絡であります。

あと、6-1、6-2、6-3辺りは、3月31日に宿題としていただいた、診療体制についてどのように各都道府県で準備していったのか、その辺に関連した数値的な資料であります。

参考資料の7-1、7-2、7-3は、これまで医療従事者の向けに疫学的情報をまとめて随時ホームページやあるいは通達という形で公表をしています。

最後の参考8、9、この辺は医療体制に関するガイドラインあるいは行動計画の抜粋であります。

私からは、以上であります。

○金澤座長 ありがとうございます。さて、今、まとめたような話がありましたけれども、1つの考えとして、先ほど4つ、発熱相談センター、発熱外来、入院措置、医療提供体制、このようなことに分けてお話をいただくのがわかりやすいかもしれませんね。幾つかまとめても結構ですが、どうぞ。

○岩田構成員 神戸大の岩田です。コメントします。

第1回の会議のときに、正林さんの方から、あと尾身先生の方からも専門家委員会と厚労省は、当初からにより柔軟に対応するという事を考えていたとおっしゃっていた議事録に書いてあると思います。

今、皆さんのコメントを聞いて、厚労省は柔軟に対応できていたかと思う人は手を挙げてみてほしいんですけども、多分、これだけ現場と意識のギャップ、厚労省の中ではちゃんとやっているはずだと言っている、現場では全然硬直的であるというコメントがたくさんあって、このギャップこそが多分この問題の大きな問題の本質ではないかと私は思います。

その中心にあるのは、恐らく、工藤先生から御指摘がありましたけれども、途上国的なプランあるいは中央集権的なプランニング、硬直的なプランニングというところにあると思います。

私は、自分でも発熱外来に行きましたし、それから白井先生にお願いして、発熱相談センターの電話を受けた人に、長いインタビューを取ったんですけども、発熱外来がよかった、悪かったとか、相談センターがよかった、悪かった、そういったイエス、ノーレスポンスでやると余りいい答えが出てこないんです。勿論、よかったことも悪かったこともあります。例えば相談センターでトリアージがうまくいった人もいますし、発熱外来でうまく拾い上げた人もいます。

よかった、悪かったという二択のイエス、ノーレスポンスにしてしまうと、大体みんなうやむやになってしまうんですが、問題なのは、必ず発熱相談センターに電話しなければいけない。絶対発熱外来に行かなければいけないという硬直的な仕組みというのが、本来であれば、もう少しうまくいったはずかもしれないアイテムの一つひとつというのが、なかなかぎくしゃくしてしまったというところの、本質的なところにあつたのではないかと思います。

私の記憶が正しければ、第1回の会議のときに、正林さんは、行動計画とかガイドラインに一応柔軟にやってもいいようなことはちゃんと書いてあるとおっしゃっているんですけども、現場ではそういうふうには全然受け取られていない。よくよく読めば、そういう読めなくてもないところを書いてあるというのはだめで、メッセージとして、柔軟にやってくださいというふうな伝え方をしていなかったんです。

あのとき私は柔軟にやってくださいと厚労省の方から言ったというのは全然記憶にないです。ですので、私はここまで出てきて舛添大臣に柔軟にしてくださいとお願いしに行ったぐらいです。

アメリカのACIP会議に行ったときは、そのベーカーというワクチン部門のトップがインターネットで公開させる会議で、ワクチンの運用、次回出てきますが、現場で柔軟にやってくださいと、ACIPで言っていることは、あくまで勧告にすぎませんということを重ね重ね強調していました。この重ね重ねというのがすごく大事で、ただ言っているだけではだめで、ちゃんと伝わっていないと意味がない。ここに多分、今の現場のさまざまな、今日出てきた問題の本質の一つがあると思います。

もう一つは、当初はよくわからなかった、死亡率が高いという情報もあったので、初期はし

ようがなかったんだという話が、第3回の前回の会議であったと思います。これは必ずしも正しくありません。どうしてかという、私は2008年12月に神戸大学から出していたパブコメで言っているんです。患者さんにはいろんな患者さんがいるので、最初からガチガチになるのではなくて、柔軟性を持たせるべきであって、来る前から3月のパンデミックの勃興する前から言っていたんです。当時から鳥インフルエンザH7N7のように病原性が比較的低いものがあるということはわかっていましたし、実は、今、H5N1が少しずつ増えているんですけども、すごい軽症なH5N1というのは、今、見つかり始めています。

そうすると、今度は強毒型のH5N1が出てきたら、また、同じことをやろうということになると、また同じパニックになる。繰り返しになります。これはどこの根底に問題があるかという、日本は、厚労省だけの問題ではなくて、感染症を病原体から切っているんです。MRSAとか、HIVとかH1N1とか、専門家委員会もほとんどが微生物の専門家で臨床感染症のプロではない。

本当は患者さんから切らないといけないという側面があるわけです。これの象徴的な問題は、感染症法です。今回も感染症法という法律があって、指定医療機関に必ずということだったんですが、諸外国でも届出感染症というのがあるんですけども、この感染症はこういうふうな病院に行って、こういうふうにしなさいという、例外的な、例えば出血熱なんかありますけれども、そんなにないわけです。

こういうノウハウなドクターのいる、こういう能力がある医療機関できちんとやりましょうということはありませんけれども、それがリジットなルールになっていないところがほとんどで、結核とかもそうです。

感染症法に代表されるように、日本では病原体で物を切って、その病原体が見つかったものすべて同じような対応しなければいけないというふうにやっていたから、もう既に元気になっている神戸の最初の高校生も神戸中央市民病院に入院しなければいけなくなってしまったんです。それは、一昨年12月に指摘していたことです。

この病原体だけで感染症が起きるとというのが問題なので、今度の行動計画でも、また改定されるとしたら、その点は是非考えなければいけないと思うし、それから、私はやはり感染症法は改正すべきだと思います。なぜならば、あれば病原体で行動を決めるという、その固定性が規定されていて、今回もそれである程度縛られて、もっともこれは厚労省だけの問題ではなくて、岩本先生がいらっしゃいますけれども、学会もそうですし、実は臨床現場の医者も検査が陽性になると、タミフルを出すみたいな病原体で行動を決めるというプラクティスを今までずっとやってきているので、これは自分自身に対する反省も込めてなんです。保健所もそうですね。ですから、病原体だけで切らない。患者で感染症を切るという、日本の感染症の一番深いところの問題を、もう少しパラダイムシフトしないと、表面的なところばかりいじっても、この問題は恐らくよくなりません。

長くなって済みません。

○金澤座長 ありがとうございます。ほかに御意見はございますか。

どうぞ。

○岡部構成員 岡部ですけれども、今日のお話を伺っている中で、やはり国の決めていることと、地方のギャップというものが随分話題になっています。岩本先生もおっしゃった部分なんです、私も今新型インフルエンザ対策行動計画をもう一回読んでみたんですが、前に正林さんもおっしゃっていて、また私も以前に発言しているように、これには「各場において適時適切に修正を行うということ、地域の実情を考慮した詳細かつ具体的な行動をとる」といったようなことが明記されています。地域の特性に応じての対策行動というのが随分この行動計画をつくる際にディスカッションされました。

しかしそれが結局、時間がなくて、それだけのことを読みくださるあるいは説明する時間がなかったというのが問題だと思います。それはこの次の、もしこういうものが来たときの対応に対して十分考えていかなければいけないと思うんです。

もう一つ、事務局の方に質問をしたいんですけども、今、感染症法の話が岩田先生の方から出ていましたけれども、感染症法に限ってでもいいと思うんですけども、ああいう法律というのは、マックスのものを決めてあることなんですか、ミニマムのものを決めてあるのでしょうか。これは、対策行動計画をつくる委員会でも随分議論されましたけれども、我々の受けている説明は、「感染症法による行動制限などは最大限ここまでできるからということで決めておく」であり、それで「実情に応じて、そこまでやらなくてもいい」といいとして決め、いろいろな制限に関する議論がスタートしてきたと思います。実際どこでの判断が悪いということではないけれども、今回はここまでできるあるいはやるべきであるとしてすべて動かしてしまっただというのが最初のステージであったと思います。

最初は、やはり何がくるかわからないので、私は岩田先生とちょっと違いますけれども、最初の段階はやはり相手がわからないので、ある程度のことをやらざるを得ないけれども、それがわかったときにシフトダウンするのをどこで切り替えるかというのが問題のときに、これを決めていくからであるということの一斉に動いたというのは、私は最大の反省すべき点だと思っております。いかがでしょうか。

○金澤座長 どうぞ。

○福島結核感染症課長 まず、感染症法の規定ぶりは、規定の中身によって、できることとされているものもあれば、しなければいけないこととされているものもありまして、それは今、岡部先生の答えに、イエスでありノーであるということになります。

先ほどの岩田先生からの御指摘のところは、特に新型インフルエンザのように、非常にバリエーションがあるものをどう考えるかというものと、病原体で管理してもいいものの中にはあるんだろうと思います。

そういう面で、感染症法の中で病気の特徴であるとか、病原体の特性に応じて、もう少し細かな規定ぶりを、考えていくべきではないかという御指摘だと私はお聞きしたんですが、そういう理解でよろしいでしょうか。お答えになっているかどうかわかりませんが。

○金澤座長 ありがとうございます。どうぞ。

○工藤特別ゲスト 私が出した中央集権は、危惧していたように、少し誤解されているので、発展途上国では非常にそれが強い。日本は今回、厚労省は少なくとも、今、岡部先生が言われたように、各自治体とか地方によっていろいろ臨機応変にやってください、ここまでは書いてあるんですけども、この具体的な、やはり日本人の特性、今までの我々の行動パターンなのか、やはりお上に決めてもらわないと、なかなか動かない。これから脱却できなかったんではないかと思うんです。

見方を変えれば、地方のところでそういう状況に応じて、対応する政策を立てて、例えば沖縄あるいは仙台のような対策を取るといようなことを、やはりそれぞれやるべきだというふうに厚労省がおっしゃっているんだと思うんです。だけれども、その意識がまだちょっと足りない。むしろ今まで日本人の考え方からすれば、明確にそういう権限を移譲するんだ、あるいは自主性を尊重するというを書けば、また違ってきたんではないかということで、いわゆる発展途上国あるいは中央集権という意味で、私は言っているわけで対比の意味で申し上げた。

もう一つ、医療連携というのは非常に大事だと思うんです。何千万という人がかかっている疾患で、大多数が軽症である。そして中には入院しなければいけない、あるいは致命的になる。この患者さんの重症度に応じた医療連携ということ、私はちょっと不足していたので申し上げたいと思います。

そういう意味では、例えば私たちの病院、総合病院で本来だったら重症あるいは入院が必要な人たちをたくさん診なければいけない。しかしながら、外来の図は、それが不当だと言っているわけではないんですけども、やはり機能から見れば、やはり一般の診療所で、あるいは一般のところで見ていただくような患者をある程度受けて、日常の診療の、ほかの疾患もいっぱい抱えております。そういう機能が阻害されつつあったということ、多くの大きな病院がそうだと思うんですけども、ここを少し変えていかないといけないのではないか。そういう意味での医療連携が大事だということです。

○金澤座長 どうぞ。

○尾身構成員 どうもありがとうございます。今日は現場の方々の生の声を聞かせていただいて、現場の方々への過剰な負担につき、再認識をさせていただきました。ありがとうございます。白井先生はどうぞサバイバルしていただいてありがとうございます。

今日は、いわゆる“行動計画”について、次に国と地方自治体の関係について少しお話をしたいと思います。今回のパンデミックの最も大きな特徴の一つは保健所の方、現場の開業の先生及び地方への負担が大変強かったことだったと思います。

もう一つの特徴は、すでに決まっていた“行動計画”から“ソフトランディング”することが大変難しかった事だと思います。皆さん御承知のように、WHOでは国際保健規約の基に特定の疾患については、すぐ報告するよう加盟国に要請していますが、それと同時に、病気あるいは病原体が同定されなくても、普段とは違う状態（例えば過剰な死亡等）があれば、報告してもらおうといういわば二本立てになっています。

そういう中で、今回のパンデミックから我々はいろんなことを学んだと思いますけれども、

最も重要な教訓の1つは、パンデミックが始まる前に既に作られていた“行動計画”が、H5N1という高病原性のシナリオだけを想定していたことだと思います。他のシナリオについては、今、岡部先生がおっしゃったように、弾力的には対応するとは書かれていた（残念ながらこのことは岩田さんがおっしゃるように一般の人には上手く伝わっていなかった）が、具体的な対策については述べられていませんでした。そういう意味で、前回は申し上げましたけれども、縦軸に感染力、横軸に病原性、あるいは致死率、入院率等健康へのインパクトを大体大きく2つか3つくらい（あまり細かく分けても実際には適用できませんから）に分けてマトリクスを作り、それぞれの状況に合わせて、検疫はどうか、医療体制をどうか、学校閉鎖はどうかということを大まかに決めておくことが必要だと思います。しかし、一般論として記述することはあまり役立たないので、具体的に例えば今回のH1N1のような疫学的性格を持つパンデミックだったら検疫、医療体制、学校閉鎖等をどうか。アジア風邪、あるいはSARSのような場合はどうかというようなことを大まかに決めておくことが大切です。

しかしどんなに素晴らしいマトリクス、行動計画を作っても実際にパンデミックが起きた時には“判断“が必要ですのであまり細かすぎることを書くのは実際的ではありません。今、落ち着いているこの時期に、今日の総括会議に参加されている人、あるいはそれ以外の人々の知恵を集めて是非このマトリクスを作る仕事をやるよう事務局にお願い致します。

ただし、今、岡部さんの方から発言がありましたように、パンデミックの初期については、不確定要素つまり情報が限られているので、どのシナリオに当てはまるかを判断することはできないことが多い。初期の段階では、致死率等もはっきりしない。こういう初期には最悪の状態を当局は想定せざるを得ません。しかし、徐々に情報がわかってきたときに、どのシナリオに当てはまるかということを考えることができれば、今回のような混乱のかなりの部分は防げた可能性があります。是非マトリクスの作成については、今日の参加者あるいは参加していない人も含めて全国的な知恵を絞ってやられたらいいと思います。事務局宜しく申し上げます。

次に地方自治体と国の関係についてですが、すでに多くの議論がなされたように、地域、特に保健所、診療所の医師会の方等、当然現場の声を反映しなくてはいけないので、次回には国が政策案をつくる際には、ITの技術等を利用し、現場の人の声を聞きながらやる必要があると思います。

私も昨年の中年のパンデミックの最中に、いくつかの県を訪問させていただきましたが、概して大きな県は人的資源などが豊富でありますから、なるべく自らで意思決定をしたいという気持ちが強いと思いました。小さな県では国への期待がやや強いというところもありました。

いずれにしても、感染症対策は地域で実行されるわけですから、地域にどれだけ権限の移譲ができるか、また意思決定のプロセスをどうか等、先ほどのマトリクスと同じように、県の人も含め、皆で知恵を絞り、大まかに決めておくことが大切だと思います。私自身は基本的には大筋については国が作らざるを得ないと思いますけれども、具体的な適用については県、地域にまかせればよいと思います。いずれにしても国、県、地方の意思決定の在り方についてはぜひ総括の提案の一つとして書いておいてください。ありがとうございました。

○金澤座長 どうもありがとうございました。時間になってしまっているんですが、もう少しだけ御意見をいただいて、少し時間を延ばすことをお許しください。

では、どうぞ。

○保坂特別ゲスト お時間がないのに済みません。1つだけどうしても言っておきたいことは、感染症の対策を考えると、今回の対策では年齢といいますか、そういうことを全くなしに決めていたように思うんです。発熱外来ということの概念があるんですけども、小児について、発熱外来とか発熱相談というのは全く無意味であるというに等しいと、大人であれば発熱は非常に珍しい事象でございますので、発熱ということで、特別に扱うということが多分あるんだと思うんですけども、小児について、発熱ということで何か特別扱いすると、発熱した子がみんな重症の新興感染症のところに触れてしまうということがございますので、恐らく私も全部詳しく見ていないんですけども、全く年齢ということを関係なく対策を立てられたように思うので、是非そこを次に立てられるときには、小児の特性ということで、小児については、このようにするというを入れていただきたいということが1つ。

もう一つ、この場で、マイクもあって、傍聴者もいるところで申し上げるべきことなのかどうか分かりませんが、政治と専門家の意見の関係というものが、先ほどの尾身先生のお話でもありましたけれども、非常に結果的にうまくいかなかったところがあるのではないかと感じておきまして、やはり専門家たちはもっと強く政治に対してきちんとものを言っていたきたい。そうしないと、それは結局国民のためにならないと思いますので、当局の方々は政治家ではないし、ここには多分政治家の方はいらっしゃらないと思うんですけども、当局の方は専門家の力を借りて、是非科学的に正しいことといいますか、国民にとって正しいことをこれからやっていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。どうぞ。

○川名構成員 防衛医大の川名です。いろいろありますが、3点ばかりお話しさせていただきたいと思います。

まず、1点は、先ほどの現場の自主性で判断するという点についてです。自分に対する反省も含めて考えますと、やはりどうしても国からの通知が出ないと動けない、あるいは病院のマニュアルをつくるのでさえも国から通知が出ないとつukれないということもありましたので、これが現場で判断するという点になりますと、一方では、現場への丸投げというような解釈をされる場合もありますので、これは事前に十分な意見交換とコンセンサスづくりをしておく必要があるだろうと思いました。

第2点目は、発熱外来についてです。発熱外来は是非かという議論は随分されていると思いますし、本日お話を伺っておきまして、発熱外来をもっと早く始めていればよかったというお話もありましたし、一方では全くこれは意味がないという御意見もありました。

ただ、発熱外来というものの定義に随分幅があるように私は思います。

ある人は、例えば病院の空き地にテントを張ってやるというイメージをお持ちでしょうし、

またある方は病院の中のどこか一つのブースをインフルエンザ専用にしてやる、あるいは待合室を分けるようなものを発熱外来と理解している方もいらっしゃる。

こういう認識のずれの中で議論していると、かみ合った議論ができませんので発熱外来という1つの名称にこだわらずに、こういったことがうまくいったとか、こういったことがうまくいかなかったというふうに分解して議論していく必要があるのではないかと思います。

3点目です。これは新型インフルエンザの医療体制ということ考えた場合に、新型インフルエンザ対策という枠組みだけではとても解決できない問題が非常にたくさんあると私は思っています。

例えば、今回、日本のお亡くなりになった方は非常に少なかったということが言われていますけれども、恐らくその理由は日本の医療水準が高いこととか、国民皆保険だとか、タミフルのアクセスがいいとか、あるいは臨床現場の人たちの献身的な努力であるとか、そういったようなものが背景にあると思いますけれども、これは新型インフルエンザ対策が講じられるよりもずっと前からあったことです。

あと、今日もたくさん問題が出ていましたが、医師の数が足りないとか、医師が偏在しているとか、あるいは医師に対する補償の問題とか、そういったさまざまな問題、これはとても新型インフルエンザ対策の中で解決できる問題ではない。

ですから、例えば新型感染症とか、新興感染症に対して堅牢な医療体制をつくっていくというのは、新型インフルエンザに限らず、平素から高いレベルで検討していく必要がある問題ではないかと感じています。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。あと、御予定はお二方、では、そこぐらいまでにいたしましょう。いや、お三方にしましょう。

どうぞ。

○谷口構成員 今までの議論で、やはり日本の危機管理体制の問題だろうと思うんです。通知で何もかも危機管理というのはできないと思うんです。結局、国がやるべきことと地域がやるべきことときちんと分けてやっていく必要が多分あると思うんです。

そうすると、普段から私は思っているんですけども、国の感染研が何で保健所辺りのデータを出さなければいけないかと思って、本来、都道府県が出していれば、我々が出す必要は全くないと思うんですが、ただ、今はそういう状況になっている。

そうすれば、やはり、先ほど尾身先生からIHRというのがありましたけれども、IHRのように、都道府県で何をすべきかではなくて、コア・キャパシティー・リクワイアメント(Core Capacity requirement)というのをつくって、これだけのキャパシティーを都道府県で持ちなさいと、その範囲でやりましょうとやれば、その地域の実情に合った危機管理ができるのではないかと思います。多分、そういったものが本当の危機管理につながっていくのではないかと思います。1点。

もう一点は、今、発熱外来、いろんなものがありましたが、すべてもともと海外から出てき

たアイデアだろうと思うんです。

オーストラリアにお邪魔した際に、オーストラリアでは、フィーバー・クリニックは、すべて州の保健局のスタッフだけで運営ができると言われています。つまり、そのくらいMDが行政にたくさんいるんです。そこが日本と大きく違うところですし、例えばアメリカなんかでフィーバー・クリニックを病院で立てていました。アメリカの病院というのは、同じサイズの病院であれば日本の多分倍ぐらいいるんです。そうすると日本は、その中でやろうというのはかなり難しいところがあって、やはり全体のキャパシティーというのも、パンデミックだけではなくて考えていただかなければいけないのではないかと思います。

○金澤座長 どうもありがとうございました。白井さん、どうぞ。

○白井特別ゲスト 地域の対策を地域に合わせてというような雰囲気が出てきて、デシジョン・メイキングにしても、どれだけ地域に任せるかということの意見が出てきたと思いますが、神戸市がやむを得ず、これは自分たちでやるしかないなと思ったときに、かなり迷いがあったんです。

というのは、そういうふうに書かれているのはわかりました。措置病棟にということと、ただ、それに応じて財源はどうなのか。それは、好きにやるんだったら、そちらの財源でやってくれと言われることが、そうなっているんだと思うんです。実際予算も立てていない部分も無理やりやりました。そして、かなり負債があります。地域活性化とか経済危機対策の臨時交付金を使えということもありましたけれども、その時点でまだ神戸市は、震災 15 年で、その負債がいっぱいあります。それに使っていたわけなんです。ですから、新型インフルエンザについても、これから何年かけてそれを解消していくかという問題があります。

そういった場合に、地域が好きなようにやっていいといった場合に、その財源はどこから出るのか、厚生労働省だけではなく、財務当局がどういうふうに地域の意見を持って、それを認めてくださるかということがないと、やはり地域は自由に動けないと思っております。その点についても是非御検討いただけたらと思いますし、今回も、本当に数十億円かかったものについては、何とか私たちが職員を減らしてでもやらなければいけないことになりまして、そうするとやはり、自治体の士気が下がるというような悪循環を経験すると思います。

以上です。

○金澤座長 では、最後になりますが、保科さん、どうぞ。

○保科特別ゲスト ただいまの話と同じなんですけれども、やはり地域で自由にやってもいいと、確かに岡部先生が言ったように記載があるんです。しかし、では、医者の方はわかるんですけれども、保健所とか市の役人もわかっていないんです。やりたくないんです。国が言わないとお役所日の丸で、言われないとやらないんです。それに予算を付けなければいけないのは、さっきの話です。ですから、そこら辺も打破していかなければ、恐らく今のこういう問題は解決していかないだろう。そこをどうやって打破するか。

幾ら市町村にこれを私たちが言って、サーベイランスもどンドン国でやって、地方にもどンドンお金を出してくださいと言っても、市長さんがお金を出すわけではないので、国としての

責任を持っていく、ワクチンもちやんと国として責任を持っていくという責任感が国になれば、子ども手当をやっている場合ではないという小児科が言うんですから、その分があったら簡単にできてしまうことなので、あんなもの払っているばかりで、親が酒を飲んでもわからないじゃないかと、そういうのをきちんとやること。

もう一つは、もしそれを自治体で自由にやったときに、何かあったときは必ず報道機関がたたくんです。これが一番悪いことです。たたく前に、よく内容を聞いてからたたけばいいんです。それをきちんと今の報道機関にもちゃんと話をしておいてもらわないと、厚労省の方から話をしていただかないと、厚労省が先にお話しして、では地方に行って話が通じているかというに通じない。何かあったら必ずその地域がやられる。これをきちんとしておいてほしいというのが意見です。

以上です。

○金澤座長 ありがとうございます。かなり実態がわかってきたような気がするんですけども、今日の雲と同じで少し暗くなってきましたので、もうそろそろやめたいと思います。大分時間が過ぎてしまいました。今後の予定について事務局からどうぞ。

○正林新型インフルエンザ対策推進室長 どうもありがとうございます。次回の第5回は5月19日の1時から同じ場所であります。大体2時間半を予定しております。テーマはワクチンであります。

以上です。

○金澤座長 どうも皆さん御協力ありがとうございました。終わりにいたします。