

ークはその3週間ぐらい前に同じようなことが起きて、(一律の学校閉鎖をしなかったために、)そのまま大きな流行に突入し、6月下旬までに100万人近くの人が感染して、47人の人が亡くなるというような流行が起きた。

- アメリカの場合には日本に比べてインパクトがやや軽いものとして判断をし、学校閉鎖等は日本に比べると明らかにやった箇所が少ない。
- 日本はクラス単位で動くが、アメリカは先生がクラスにいて生徒が動くため、学校の臨時休業はとりにくかった。
- 学校の臨時休業において、アメリカの法的な規制と日本の法的な規制がどう違うのかというのは検討課題。
- 学校閉鎖の社会的影響(親が休業を余儀なくされること)についても、検証が必要ではないか。
- 学校の臨時休業やイベントの自粛は、ウイルスの状況に応じて一定の指針をつくる必要があるのではないかと。また、全国一律に発生するわけではないため、各自治体が一定の趣旨に基づいて、範囲や期間を適切に決めていく必要がある。

◆ 学校等の臨時休業の影響について

- 学校閉鎖をやりすぎたのではないかとという意見もあるが、対策を講じなくても同じ結果だったのか、という視点でみるべき。
- 修学旅行のキャンセル被害額は24億円といわれている。
- 経済的な打撃は5～6月強かった。
- 修学旅行等学校行事・延期又は中止による取消料や、給食とりやめにより発生した購入済食材等のキャンセル費用、生徒連絡用の携帯電話レンタル料等の通信費用が発生したが、その経費を誰が負担するのか明確でなかった。
- 学級閉鎖をすると社会的な影響がある。例えば、保育園、幼稚園、小学生の小さなお子さんがインフルエンザになると、大体1週間の待機を余儀なくされ、仕事をされている保護者の一部が出勤できないという状況になる。
- イギリスは雇用が非常に不安定で、仕事をされている保護者が、子どもを休ませることによって直ちに仕事が失われるという不安があり、学校閉鎖が極めてやりにくかったというような報道もあった。医学的な側面と同時に、社会的なバックアップが必要。日本が決してすごくいいというわけではないが、日本のいい面がそこでは出たのではないかと。
- 多くの報道機関が学校に押しかけ、現場では、学校に対して、個人名の開示の要求や患者本人の取材申込、一部行き過ぎたことも見られた。
- 授業不足については、夏休みや学校行事の工夫を行った。修学旅行等の中止・延期については、業者に免除もしくは延期してもらうことで対応した。
- 休業期間中に生徒が外出することがあったため、生徒指導担当教員を中心に、全県で巡回指導の実施をした。

【サーベイランス】

◆ 症例定義について

- 医療機関が検査をしたくても、渡航歴がないことから保健所で検査を断られることがあり、渡航歴のない疑い症例に対して、保健所で検査ができるように調整されていなかったことは問題ではなかったか。
- 新型インフルエンザ発生当初に、確定診断のために実施した殆どのPCR検査が季節性インフルエンザであり、無駄が多かった。確定検査について症例定義に限らず、定点においてPCR確定検査など、既存の体制を生かした効率的なサーベイランス体制を構築すべきではないか。
- 初期の段階において、症例定義の海外渡航歴に縛られすぎていたという課題がある。一方で、感染者が多数確認された後も、感染者の周囲の疫学調査及び確定診断のためのPCR全数検査が継続され、現場にとって非常に大きな負担という問題点もある。

◆ サーベイランスの運用方法について

- 夏休みの都内の大学生が、部活動で新潟、長野、山梨県等で発症し、現地の保健所は大変でそのフォローも困難であった。
- 集団クラスターが頻発し、調査は確実にできなかった。また、同一地域に住所がない場合は大変であった。
- 必要な対策を行うのは、大変でもがんばれるが、医学的にほとんど無意味と思われることが、法律であること、指針が改定されていないという理由で実施することには徒労感が強かった。
- サーベイランスについて、初期の段階でクラスターサーベイが機能しておらず、また症例定義の渡航歴に縛られていたのも問題。
- 新型インフルエンザは全国一律に発生するわけではないので、地域によって柔軟な対応が必要である。
- 新型対策をやりながら、季節性の対応は無理である。効率的なサーベイランスが必要。
- 現場は、発熱外来の運用・問い合わせ対応・PCR結果の患者への連絡など対応することが山のようにあるので、通知は“簡潔明瞭な内容・書式”にすべき。

◆ サーベイランスの移行時期について

- 新型インフルエンザの病原性が明確になってきた時点でのサーベイランスの変更が、現場の感覚とは随分ずれていて遅かった。

◆ サーベイランス体制について

- 全国、どこでも同じ情報がとれたのは、全ての保健所が同様に実施できる体制が平素からあったためではないか。
- 法定の定点サーベイランスを基礎にサーベイランス体制を構築してほしい。
- 海外の情報も頻繁に入ってくる状況であるので、病原性等の科学的知見に基づいた判

断を速やかに行い、サーベイランスを含めて制度の切り替えが速やかに行われるようなシステムが必要ではないか。

- 平常時からやっていることはできるし、やってないことはできない。
- 新型インフルエンザが終息しても、入院サーベイランスなどを維持する必要がある。
- クラスタサーベイランスに変更した際、定点サーベイランスも切り替え、全数把握はしないけども、季節性インフルエンザとの比較が可能となったことは重要である。
- サーベイランスシステムを地方と全体できちんと運用し、意味あるサーベイランスに仕上げていく。基盤がないと何の比較もできないので、強化が必要。
- 医療・保健関係の専門家に速やかに情報提供できる体制(国立感染症研究所の中のサイト等)が必要。
- 厚労省と感染症研のサーベイランスがあったが、サーベイランスは本来専門家がやるべきであって、感染症研に一元化すべき。

【医療体制】

◆ 発熱相談センターについて

<1> 機能・役割について

- 国の症例定義に該当する場合にはコールセンター、そうでない場合には直接病院に行ってもらふこととした。仙台ではコールセンターは機能した。
- 発熱相談センターに電話してから受診するように求めることにより、受診の遅れや、重症化につながる可能性があるのではないか。
- トリアージを前提とした発熱外来のスキームを廃止し、発熱相談センターにはトリアージ機能を持たせず、健康相談や情報提供に限定すべきではなかったか。
- 今回は発熱相談センターでトリアージして振り分けることとしたが、うまくいかなかった。それは症例定義に合わない患者が多数発生したこと、報道をみた多くの住民からの電話が集中し、つながらなかったことから逆に不安や不満を爆発させたことなどが原因である。
- 国において、健康危機管理の拠点である保健所の人員確保、人材育成などについて十分検討し、対策を講じる必要がある。
- 神戸市では、発熱相談センターの機能が2-3日でオーバーフローした。

<2> 発熱相談センターの人員体制について

- 発熱相談センターの相談員の確保及び対応能力は不十分であった。
- 対応する医師や保健師などの専門職員の確保には限界があった。
- 発熱相談センター業務により保健所の疫学調査等、他の業務に支障が生じるのではないか。

<3> 発熱相談センター数について

- 地域の人口、需要に合わせた発熱相談センター数の確保が必要である。
- 発熱相談センターは圧倒的に不足している。
- 急激にインフルエンザ疑いの患者が増加している地域においては、発熱相談センターが、患者を電話で外来に誘導するのは困難ではないか。

<4> 発熱相談センターの名称について

- 「発熱相談センター」という名称のため、新型インフルエンザ以外の発熱患者も電話することになり、本来果たすべき業務に集中できなかった。名称を、例えば、新型インフルエンザ健康相談窓口に変えることや、住民の理解を得るための周知・広報などを図るべきではないか。
- 電話相談の名称と機能を変え、市民をエンパワーメントした。

◆ 発熱外来について

<1> 発熱外来の役割・設置等について

- 小児科では、殆どの患者は発熱患者であり、特別扱いをすることは意味がない。小児と、他の年齢層の患者に対する対策を分けるべき。
- 発熱外来があり、新型インフルエンザを疑っても、直接小児科へ来院してしまう。
- 発熱外来については、オーストラリアでは州のスタッフだけで十分な診療ができた。医師の多い米国でも対応できた。日本は医師の数が比較的少ないことを考慮する必要がある。
- 発熱外来を設けても、感染していない者を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。
- 国内発生当初から、全ての医療機関において、感染防止対策を徹底したうえで、全ての外来患者を受け入れるべきではないか。
- 毒性が不明、感染が拡大していない時期においては、発熱外来の必要性もあると考えるが、まん延期の医療体制の検討の中で、発熱外来の機能、必要性について検討の必要がある。
- 外来もある総合病院からすれば、まずは診療所で一般の患者をみていただく必要がある。
- 神戸では、発熱外来の機能が2-3日でオーバーフローした。
- 今回のH1N1のような低い病原性ではなくて、もっと高い病原性のものだったら、全ての医療機関での診療は困難が生ずることが想定され、患者数にもよるが発熱外来の必要性がでてくるかもしれない。

<2> 発熱外来の役割の切り替えについて

- 神戸市では、発熱相談センターと発熱外来が適さないと早急に判断し、発生段階の転換と対応方針を変える必要があった。
- 感染研からFETPの人がきて、今般のインフルエンザの病原性について、季節性と変わ

らないとの報告をまとめ、それに基づき、発熱外来の対応を見直した。

〈3〉 発熱外来の数について

- 神戸市立医療センター中央市民病院の経験から、地域の人口、需要に合わせた発熱外来数の確保が必要と考える。
- 通常の救急患者と急増するインフルエンザ患者で、急病センターは一時パンク寸前までいった。そのような状態になった後に開設した発熱外来は機能した。
- 発熱外来の数は圧倒的に不足している。
- 感染症指定医療機関は大阪でも数力所、各県数力所なので、短時間で多数発生した場合には全く対応できない。(今回は症状がそれほど重くなかったので自宅待機とさせていただいた方も多い)

◆ 入院措置について

〈1〉 入院措置の継続の要否について

- 入院措置の見直しが必要である。

〈2〉 入院措置に対応できる病床数について

- 各地域における感染症病室の確保と陰圧室の拡充等入院医療体制の全国的整備と国による財政支援が必要である。
- 地域の人口、需要に合わせた病床数の確保が不可欠ではないか。

◆ 医療提供体制について

〈1〉 医療体制の構築について

- 各地域での発熱外来に協力できる医療機関の確保が必要。
- 国は各地域の医療体制を的確に把握し、これに見合った対応を展開していくべきである。
- 医師の不足・偏在、補償の問題など、新型インフルエンザのみならず、感染症対策全般について、堅牢な医療体制の構築が必要。
- 感染防止上の必要なハード面のみならず、医療従事者を確保するためのソフト面の支援方策、感染症の専門家の養成などが必要である。
- 日常診療の延長ではなく、非常時医療体制としての取組と財政的支援が必要である。

〈2〉 医療連携について

- 医療機関間及び行政との連携体制がより重要ではないか。
- 日頃から行政と関係機関との間で良好な関係を築いておくべきである。
- 患者分散のために中部福祉保健所を中心に調整を行った。
- 近隣の5つの病院が連携する必要があったが、当初うまくいかなかった。その後、保健所が調整役となることで、患者の重症度にあわせた振り分け体制ができ、うまくいくようになった。