

新型インフルエンザ対策ヒアリング

日本病院会 感染対策委員会 委員 木村 哲

2年前の新型インフルエンザ対策の教訓

- 空港等における検疫の意義：発症者しかスクリーニングできないので労力の割りに十分な効果が得られなかった（国内発生第一例目は渡航歴のない高校生であった）。ウイルスは発症の1日前から排出されている上、感染していても軽症、又は無症状の例も多く、検疫をすり抜けてしまう。後者の場合でもウイルスは排出されている可能性が有る。従って、検疫の効果は限定的であると言わざるを得ず、現実にその通りであった。ある程度の効果が在ったと思われるが、エネルギーを注ぎすぎた感がある。
- 検疫後の保健所による健康状態のフォローアップ問い合わせ業務は、対象人数が多く保健所の通常の必要業務を圧迫し、弊害もあった。流行阻止・緩和・遅延に対してどれほどの予防効果が有ったのか総括されていない。今後の施策はこの点を総括した上で策定すべき。
- 2009年5月中旬から下旬にかけての兵庫県・大阪府における小規模流行発生時に行った、その地域全域における学校の臨時休業は非常に効果的であり、小規模流行で収束に漕ぎ着けた。これにより全国的流行を3ヶ月程度遅らせることが出来、対策の準備期間が得られた。その功績は評価できる。
- 流行が始まった段階においても、各地の流行の中心となった中高生・大学等の臨時休業・休講は流行のピークを低くし、医療機関、社会活動の混乱を防ぐ効果が有ったと思われる。
- 日本におけるそれまでのインフルエンザ医療の状況は、全世界のタミフルの3分の2を使用しているなどの批判は有ったが、医療機関へのアクセスの良さとあいまって、早期の治療開始が流行の遅延、ピークの平定化、重症者・死亡者の抑制に貢献したと思われる。早期診断・早期治療の体制が日本の死亡率がとりわけ低かったことの主因と考えられる。
- 医療機関にとって発熱外来、渡航者外来によるトリアージ、診療動線の分離は、通常の患者が多い中、多くの困難を伴った。分離することで新たな人員の配置や診療時間帯の再編が必要になり、また、新たな場所には診療端末が無いなど、効率が悪く、日常の診療にも支障が出た。
- トリアージのための仮設テントは冬季は寒く、使用に耐えなかった。仮設するならばプレハブ型が良い。十分な換気と冷暖房が必要（流行は冬季とは限らず、夏のこともある）。
- HEPA フィルター付・テント型車椅子が院内移動（放射線検査時など）に必要と考えられる（備蓄しておかないと製造が間に合わない・・・自治体が備蓄？）。

- ・ インフルエンザを対象とするのであれば N95 マスクより、サージカルマスクを支給すべき。前回、自治体から N95 マスクが支給されたが、無用の長物となった。他への転用も許可されておらず、院内で採用しているタイプとも異なり使いにくい。
- ・ 新型インフルエンザワクチンは初期の供給量が少なく、胸部レントゲン撮影をする放射線技師や窓口担当の事務職員に接種できなかった。十分な供給が必要。

新型インフルエンザ対策全体について望むこと

- ・ 国はグローバルな観点で、発生状況、流行状況、臨床的特長、基本再生産係数（伝播係数）、薬剤耐性状況等につき、リアルタイムの情報を入手し、リアルタイムに情報を広く提供・共有する体制を強化し、対策に活かして欲しい。前回は対応が硬直していて後手に回った。
- ・ 省庁の縦割り行政が障害となって（国土交通省、文科省、厚労省 etc）調整に手間取ったことが一つの原因であり、医療現場は無用な体制を強いられ、必要以上に疲弊した。次回からは一本化し、迅速な対応が取れるようにして頂きたい。
- ・ パンデミックワクチンは輸入しなくても自国で供給できる体制を整えるべきではないか。生産能力の乏しい国の分まで日本が買い占める形にならないようにすべき。
- ・ そのためにも新型インフルエンザが多発すると考えられる途上国等との信頼関係を築いておくことが重要。H5N1 で見られているように、分離されたウイルスの提供を拒否されるようなことが起こると、結果として大きな犠牲を払うことになる。
- ・ プレパンデミックワクチンの安全性に関する情報、ノウハウを蓄積して頂きたい。1976年の米国の教訓を活かすべき（ギランバレー症候群）。パンデミックワクチンの安全性に活用できる。
- ・ 医療はもとより、社会のインフラ機能を維持するメカニズムをそれぞれの関係団体が構築する。
- ・ 流行初期、流行期におけるワクチン接種の場所に対する配慮が必要。病院では接種希望者が新型インフルエンザ患者と接触し感染する恐れがあり、保健所での接種はその時点における保健所の繁忙状況を考慮する必要がある。公共施設における、混雑しないよう時間を区切った予約制の接種も候補になるのではないか。
- ・ 既存の病院、診療所は外来トリアージを意識して設計されたものではない。病院、診療所はハイリスク患者ばかりである。日常診療を維持しながらの外来、入院診療には無理がある。これまでの患者さんに不利益を強いることは出来ないし、新型インフルエンザ患者を遠ざけることも出来ない。如何に両立させるかジレンマがある。発熱相談センターを設置しても、患者は病院に来てしまう。通院中の患者が罹患して来院することも避けられない。このような状況を加味した上での対応策が必要。
- ・ 新しく病院、診療所を設計・建築する場合はトリアージできる構造とすることを勧奨する必要があるのではないか。

- ・ 地域で分担・連携するにしても、病院単位で分担・連携するにしても多くの困難が伴う（通院の便、病院への信頼感・愛着、医師と患者の関係など）。地域の特性、現場の実情、現場の声などを考慮しつつ解決策を見出すことが重要。ある程度の規制が必要であるが、それに対する支援・補償も必要である。
- ・ インフルエンザであれば陰圧室の必要はないが、重症者は個室管理が必要となる。日本では個室が不足しているため、簡便に間仕切りあるいは個室化できる体制を準備しておく必要がある。一方においてコホート管理を推奨する。
- ・ 流行ピーク時には空きスペースを臨時の病室として活用することも推奨する必要がある。
- ・ 人工呼吸器も高病原性インフルエンザの流行時には不足する。備蓄を増やす必要があるのではないか。機器の性能が常に向上してゆくの、流動的備蓄が必要。
- ・ HEPA フィルター付・テント型車椅子の備蓄が必要。もともと余り流通していないので流通備蓄は無理と思われる（自治体が備蓄？）。
- ・ 早期診断・早期治療の有用性が示されたので、その体制を維持するため、国および自治体が診断キットと薬剤の備蓄を計画的に行う。拡大防止・被害軽減に必須な事項。
- ・ 診断キット、治療薬は医療機関でも年間使用実績の3分の1程度の備蓄を持つのが安全。
- ・ トリアージのための仮設プレハブの備蓄が必要（自治体）。テントは不向きであった。緊急時とはいえ、患者を患者として処遇できる、患者に思いやりのある設備であることが望まれる。
- ・ 死亡率が高くない場合は、軽症者の自宅待機・自宅療養を推奨する。
- ・ 死亡率が高い場合はドライブスルー方式、ファックス処方箋方式を推奨し、他者との接触を極力回避した形で迅速な治療ができる体制を作るべき。
- ・ 濃厚接触者の定義とフォローアップ方法、治療薬の予防投与、自宅待機期間などに対する基準を作成する。
- ・ 上記諸課題に関連する各種ガイドライン、具体的マニュアルを作成すると混乱防止に役立つのではないかと。法制化の準備段階としても必要なステップと思われる。
- ・ 感染症研究者、感染症医の育成が急務である。

新型インフルエンザ対策の立法化について望むこと

- ・ 感染症法がある中で、新型インフルエンザに特化した立法がどこまで必要なのかの根拠が不明確。SARS や出血熱など多数ある重要な感染症ごとに法律を作るのかなどの点についても熟慮する必要があるのではないかと。
- ・ 法律にすると機敏性が失われて実際の流動的状況に対応できないのではないかと。
- ・ 感染経路別、重症度毎にカテゴリーとしてまとめた形で法制化する方が、どのような感染症にも対応でき、汎用性があるのではないかと。
- ・ 法律で規制や義務付けする場合にはそれに対する支援・補償も明記する必要がある。