

平成 2 5 年度

北多摩北部健康危機管理対策協議会

及び

北多摩北部感染症医療体制確保部会

会議録

平成 2 5 年 1 2 月 1 9 日
多 摩 小 平 保 健 所

- 1 開催日時 平成25年12月19日(木曜日)
午後1時15分から2時44分まで
- 2 会場 東村山市市民ステーション
「サンパルネ」コンベンションホール

3 出席委員(敬称略)

今井均	渡邊隆
佐藤正孝	行川勝義
渡邊儀一郎	福田利治
島田尚範	鶴巻好生
小玉剛	原子南
新倉久市	細淵睦
石塚卓也	矢ヶ崎直美
阿久津七光	絹良人
平沼一郎	原田祐子
梅田茂	増原貴文
藤田明	栗田和也
尾形英雄	小田智三
伊藤敬司	三山健司
鈴木崇	武田文彦
本橋和季	野村新
塩賀昭夫	木村幹男

4 欠席委員(敬称略)

奥村秀	木屋啓一
平野功	小松哲郎
山口規夫	武藤眞仁
石田秀世	住友眞佐美
馬場孝道	酒井雅司
堤一生	武井司
永井英明	

5 代理出席者(敬称略)

西東村山警察署員(長塚委員代理)
及川東京消防庁第八方面本部救急担当主任(寺田委員代理)

北原西東京市危機管理室主幹(田喜知委員代理)

平塚滝山病院事務長(小笠原特別委員代理)

6 事務局

芦野企画調整課長

山田歯科保健担当課長

小林地域保健推進担当課長

齋東生活環境安全課長

鈴木保健対策課長

会議次第

- 1 開会
- 2 保健所長挨拶
- 3 委員紹介
- 4 第一部 議事
 - (1) 東京都新型インフルエンザ等対策行動計画の概要について
 - (2) 新型インフルエンザ発生時の住民接種の手引き(暫定版)について
 - (3) 質疑・その他
- 5 第二部 公開講演 (13時45分スタート予定)

「医療機関対応力を超える事態(医療サージ)に地域で取り組むためのシステムの検討ー日本語版インシデント・コマンド・システム(危機時指揮調整システム)についてー」

講師：山梨県中北保健所長 古屋好美氏
- 6 閉会

(午後1時15分 開会)

○芦野課長 定刻となりましたので、ただいまから、平成25年北多摩北部健康危機管理対策協議会及び北多摩北部感染症医療体制確保部会を開催させていただきます。

私は、議事に入るまでの間、司会進行を務めさせていただきます、多摩小平保健所企画調整課長の芦野と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議は、新型インフルエンザ対策に関する議題が中心となります。新型インフルエンザ対策につきましては、協議会、部会ともに所掌事項であり、委員の方も相当数重複していることから同時開催とさせていただきましたので、よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、多摩小平保健所の早川所長より、ご挨拶を申し上げます。

○早川所長 お忙しい中、本当に皆様、ありがとうございます。ご存じのことと思いますが、今年11月に、東京都では新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づきまして、行動計画をつくり公表させていただきました。本日は、その行動計画につきまして、東京都の担当者でおられます武田課長から説明をいただきたいというふうに思っております。

また、2部として、本日は公開講座という形にさせていただきました。山梨県の中北保健所の古屋所長からご講演をいただきますけれども、医療機関の対応能力を超えるような事態、患者さんが押し寄せた事態、医療サーージというふうに呼んでいるようですが、そのときにどういうふうに対応するか、取り組むかというシステム等についてご講演いただきたいというふうに考えてございます。

本日、時間が1時間半ということで、非常に詰まっておりますが、皆様方のご協力をいただきまして、会議を進行していきたいというふうに思います。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

○芦野課長 次に、委員のご紹介でございますが、時間の関係上、大変恐縮でございますが出席委員名簿及び座席表でご紹介にかえさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日の座席につきましては、会長、副会長を除き名簿順となっておりますので、ご了解いただきたいと思います。

続きまして、資料のご確認でございますが、会議次第の下のほうに記載した資料となっております。逐一の紹介は省略させていただきますけれども、お手元がない方がいらっしゃいましたら、恐縮ですが挙手をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

なお、本日の会議並びに会議録及び会議にかかる資料は協議会設置要綱によりまして、原則公開とするとされておりますので、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、広報用として、この会議の写真を数枚撮らせていただきますので、よろしくお願いたします。

それでは、これより第一部の議事に入りたいと思いますので、司会進行は会長にお願いいたします。

○早川会長 それでは、議事に入らせていただきます。

第一部議事、(1)は東京都新型インフルエンザ等対策行動計画の概要について。(2)新型インフルエンザ発生時の住民接種の手引きについて。東京都の医療体制整備担当でおられます武田課長からお話をいただきたいというふうに思います。

武田課長、よろしくお願いたします。

○武田課長 皆さんこんにちは。ただいま、ご紹介いただきました東京都福祉保健局医療体制整備担当課長武田と申します。

私のほうから、今日は議題として取り上げていただいております新型インフルエンザ行動計画等について、ペーパーに基づいてお話をさせていただきたいというふうに思います。

それでは、お手元の資料3をお開きいただきよろしいでしょうか。

東京都の新型インフルエンザ等対策行動計画の概要というペーパーでございます。

平成25年、今年の4月に特別措置法が施行されまして、これを踏まえて東京都でも新たな行動計画をつくったと、先ほど所長のほうからご紹介いただきましたけれども、そういった取り組みを進めてきたというところでございます。

都の行動計画の概要ですけれども、1番の位置づけのところにございますけれども。病原性の高い新型インフルエンザの発生、これの対応を念頭に置きつつも、病原性が低い場合も対応できるように、あくまでも行動の選択肢を示すものだというふうな位置づけで取りまとめを行っております。

主な内容としましては、新型インフルエンザに対する対策を発生段階ごとに具体的に記載するといった内容になっております。

この新型インフルエンザ等行動計画の目指すところの目的ですけれども、真ん中の網かけのところに二つございます。

これは、一つは都民の生命、健康を保護する、守るということと、都民生活、経済に及ぼす影響を最小にとどめるというものでございます。

そもそも特措法を耳なじみのない方も中にはいらっしゃると思いますが、これどういうものかといいますと、新型インフルエンザの発生を危機管理の観点から捉えて、これに対するさまざまな取り組み、対策を講じていく。その取り組み、対策について法的な裏づけをちゃんと持たせるといった趣旨の内容になっております。このような観点から、都では、発生段階の対策としまして、八つの柱立てで対策を取りまとめ、それが未発生期から海外発生期、国内発生期と至っていくわけですが、発生の段階ごとにどのような展開をしていくかといったものを具体的に

記載しているところでございます。

1枚めくっていただいてもよろしいでしょうか。これは、東京都の基準になるんですけど、この新型インフルエンザの発生というのは、先ほど申し上げましたとおり、危機管理の観点から捉えておりますので、全体的な取りまとめの部署は総務局というところになっております。ただ、保健医療にかかる分野というのは、この新型インフルエンザ対策については大勢を占めるところでございますので、福祉保健局、私のところも主体的な取り組みとしてかかわって取りまとめをしてきたという話になっております。

この都の行動計画の中で保健医療にかかわる主なところについて、ちょっとポイントを押さえたものをお話ししたいと思います。

一つは、サーベイランス・情報収集ということなんですけれども、新型インフルエンザが発生した場合のサーベイランス対策の構築運用。これは情報を速やかに収集・分析するということと、この行動計画をつくるに当たっては、医師会の先生方とか、あと有識者の先生方に入っていただきましたけれども、その委員の先生方から、収集だけではなくて、実施した対策の結果、これをちゃんとフィードバックして反映させるのが大事だといったご意見をいただいたことから対策については的確に評価するといった記載を行っております。

それと、発生段階のうちでサーベイランスの実施としましては、二つにフェーズを切っているんですけれども、都内の患者数が少ない段階まで、これは全数把握に努めさせていただきます。ただ、一定程度増えてしまって追えなくなったとか、あと、情報がある程度蓄積したとかいった段階に至っては、重症患者とか入院患者の方に限って情報収集にシフトしていくというような形で進めたいと考えております。

二つ目は都民相談というところなんですけれども、これは海外で発生しましたといった段階に至ったときに、保健所に相談センターを設置して、そこで相談について受け付けると。また、休日・夜間の対応も必要になりますので、これについては共同の窓口を設置して対応するといった内容になっております。

上にいっていただいて3番のところなんですけれども、予防接種でございます。これは特措法で枠組みが示された新しい取り組みになるわけでございますけれども、二つございます。

一つは特定接種。これはどういうものかといいますと、その新型インフルエンザが発生したときに目的の一つであります国民生活とか国民経済、これを守らなければならない。停滞を防止していかなくちゃいけない。そういったときに、医療機能を確保するために、あるいは社会インフラ機能を確保するために事業者の方、医療機関の方にあらかじめプレパンデミックワクチンを打っていただくといったものが、この特定接種の内容となっています。この特定接種については、実施主体は国なんですけれども、当然、協力を求められる部分もございますので、それについて必要

な協力をしていくといった内容となっております。

あと、住民接種というものなんですけど、これはすごい大変な話になっていまして、後ほどまた別途触れますけれども、区市町村が実施主体となって全住民を対象にしてワクチンを接種するといった内容になっています。このように区市町村が実施主体という位置づけになっておるのですが、広域調整に要する部分だとか、あと集団的接種というかなり困難な内容を伴う部分になっておりますので、こういった部分についての技術的な支援を実施していくといったことを記載しております。

4番目の、これがメインになるところの医療ですけれども。医療についての具体的な内容としまして、例えば抗インフルエンザウイルス薬、これはタミフルとリレンザですけれども、これについて都民の60%相当を都のほうで確保していくといったことだとか、あと医療体制を支えるために必要な个人防护服だとか簡易ベッドだとか、そういった備蓄を計画的に進めていく。

あと、発生段階に応じた医療としましては、これも二つにフェーズを切っているんですけれども、始めの発生早期の段階は限られた医療機関で医療機能を確保していくといったことから専門外来等を設けて、封じ込めといった考え方で取り組みを行う。ただ、一定程度患者数が増大した、そういった感染期に至っては、基本的には全ての医療機関で実施をいただくと、対応をしていただくという話になっております。

これは都の行動計画にある保健医療の分野にかかる主な枠組みとしてのお話でございます。

もう1枚めくっていただきますと、表みたいなのがついていると思いますけれども。これは今、私が申し上げた三つの対策、取り組みが発生段階ごとにどのような形で展開していくのかといったものを俯瞰いただくためのペーパーとなっております。

行動計画の概要については以上でございます。

続きまして、これと関連してというか、派生しての話になるんですけど、資料4のほうをお開きいただいてよろしいでしょうか。

こちらが住民接種の手引きについてというものになっております。この住民接種の手引きなんですけど、先ほどもちょっと出ましたが、住民接種というのは、この特措法の中で新しい枠組みとして規定されたということになっております。この住民接種を着実に進めていただくために、参考までに一つのたたき台として東京都の基本的な考え方を示したのがこちらの手引きということになっております。

この手引きをつくるに当たっては、使っていただける手引きをつくりたいと思っていたので、実務的な観点から区とか市の課長さんたちにも入っていただき、あるいは医師会の先生方にもお力をいただきながら、実務者の観点で取りまとめをしたといったつもりでこれはつくっております。

こちらの手引きについてなんですけども、2番目の国の検討状況というところでございますけれども。本来であれば国がちゃんとそういったモデルだとか実施要領を示すといったことを政府の行動計画だとかさまざまところでアナウンスをしていたところでございますけれども、なかなかそれを待っていても出てこない。ただ、そうは言ったとしても、区市町村におかれても、これからの区市町村ごとの行動計画をつくっていただかなくちゃいけない、あるいはその住民接種についての検討を進めていただかなければならない。そういったときに国を待っていてもしょうがないと。いつまでたっても出てこないといったことがありましたので、ちょっと先走っているところもあるんですけども、都としての一定の見解、基本となる考え方、たたき台として使っていただければというものとして、この手引きを取りまとめたものでございます。

具体的な手引きの中身ですけれども、3番の概要のところをご覧いただければと思います。

こちらの手引きは3章立てでつくっております。

第1章のところには住民接種についてということで、これはそもそもの総論的なところを説き起こしております。繰り返しになりますけれども、本当に担当者の方が、これを読めばある程度住民接種についてご理解いただける、その上で具体的な検討を進めていただけるといったものを目指しましたので、ちょっと回りくどいところもあるんですけども、基本的なところからこちらでは記載しています。

第2章のところでは、事前準備についてということで、これは具体的な中身になるんですけども。全住民を対象に集団的接種をやるといったことというのは、本当、ボリューム的にもかなり困難を伴うものだというふうに思っています。検討会の中でどこから手をつけようかということ、結構議論になったんですけども、まずは、その対象者を把握することが必要なことということで、その対象者の試算の仕方、ボリューム感の把握の仕方について、二つの切り口からお示ししております。あと、その会場を決めるに当たってのポイントだとか、資機材のリスト、こういったものについて。全ての自治体、自治体の規模感もそれぞれありますから、このとおりというわけにはならないんですけども、一つのたたき台としてご参考いただけるんじゃないかというものとしております。

第3章のところでは、東京都で広域調整を要すること。ワクチンの供給だとか、例えば里帰り出産の方が接種する場合の費用の精算とか。そういった、その仕組みの部分については、これは広域調整が必要だということで、これは都として国のほうと詰めていかなければならないというふうに考えているところです。それについて今現在の枠組み的なものを3章でお示しするといった内容になっております。

時間の許す限り若干触りたいのですが、1枚めくっていただいてよろしいでしょうか。

1の住民接種というところですけども、臨時接種と新臨時接種というものが大きく分けてあります。これは何が違うかという、新型インフルエンザが発生したときには、政府のほうで緊急事態宣言を発する場合があります。この緊急事態宣言が発される場合というのは、病原性が高く、重篤度が危惧される、あるいはまん延の恐れがあるといったときに緊急事態宣言が発令されるわけですけども。そういった事態にある場合には臨時接種、そういった事態にない場合には新臨時接種といった違いがありまして、具体的には自己負担があるなしといったところで違いが出てきます。

発生段階ごとにどのような取り組みが求められるのかというものを、国、都道府県、区市町村という主体ごとにみた場合に取まとめたのが真ん中の表になっています。

具体的に申し上げますと、区市町村におかれましては、未発生期の段階では体制を構築していただく。海外発生期の段階に至っては、具体的な準備を開始していただいて、実際には接種順位、どのような順番で打つのかというのは国のほうで決めるんですけども、その国の決定に基づいて接種を実施していただくといった流れになります。今、順番でと、優先順位という話をしましたけれども、(2)のところ、国のほうでは、対象となる住民の方を四つのグループに分けています。医学的なハイリスク者とか小児とか、成人・若年者、あと高齢者、こういう四つですけども、この四つのグループに分けた上で、どういう順番ですかというものを国のほうで有識者の会議で決めて区市町村に示すといったスキームを組んで想定しています。

実際に、その住民接種の前提条件としては、10ミリバイアルで供給されるかどうか、原則2回の接種だというようなことがあります。

このような前提を踏まえた上で、その接種の方法をどういう展開ができるのかというのを考えた場合に、集団的接種というものを基本とするわけですけども、地域での集団的接種、会場を設けてやっていただくといったものを原則としても、例えば入院患者の方とか施設に入所されている方については、それぞれの入所先で、施設で集団接種をしていただくのが効率的だろうと。また、この集団接種からもれてしまうような方、訪問介護の方とかですね、そういった方については個別の接種が必要だろうというようなことでカテゴライズしております。

1枚めくっていただいてよろしいでしょうか。

どこから手をつけていくかと、ボリューム感の把握というところで申し上げましたけれども、先ほど触れましたが、国のほうでは優先順位を決めて接種を実施していただくという形で進めるという話になっていますので、大体、その1から4のカテゴリー、分類ごとにどのぐらいのボリューム感の住民の方がいるのかというのは、事前に把握しておくことが必要だろうというふうに都では考えました。これは例え

ばの数字なんですけれども、この表は試算の表で、網かけのところに数字を入れていただくと白いところに数字がかえってくるというものになっています。具体的な数字は入れたほうがわかりやすいと思ったので、これは江東区に協力をいただいて数字を入れたんですけれども。Aのところでは48万人という人口を入れます。そうすると、その下のところに3.5%という数字がかえってきます。これは都の人口に占める割合なんですけれども、この3.5%を使って、例えば①の医学的ハイリスク者のところであれば、患者調査は入院患者数が10万6,000人いらっしゃいますので、それに3.5%を掛けるとBのところでは4,070人がかえってくる。あるいは通院患者、外来患者であれば64万8,000人いらっしゃるの、3.5%を掛けるとCのところでは2万4,000がかえってくるといったところで、それぞれの①②③④のボリューム感が把握できるかというふうに考えています。

もう一つの切り口としては、その接種方法、先ほども申し上げましたけれども、会場を設けてやるだとか、施設でやるだとかありますので、その接種方法ごとに会場の規模感、あるいは体制、それぞれ違うと思いますので、それを把握することも必要だということで試算の手順を手引きのほうで示しております。

こういった試算をした上で、右側の(2)のところなんですけれども、一つの例としてフローをつくっております。これは5列体制で接種した場合ということなんですけれども。このフローの中で一番肝になるのは、真ん中よりちょっと右側の予診・接種のところ。医師あるいは看護師の方が5名体制で接種をするといった体制を考えた場合に、その前後でどのような役割がどういう体制で必要かといったものをつくったものでございます。

その下に、一つの例として5列体制でやった場合に、1日当たりのこの仕事量、どのくらい確保できるかということで試算しました。これはあえて数字を出したところなんですけれども。一人当たりの接種を4分として7時間実施の時間を確保した場合に、5列体制だと525人接種できるという話になっています。

ここで何を申し上げたいかという、525人です。先ほど、江東区の人口が48万人。これを40万人だとおいたとしても、この40万人に接種するのに、40万割るので800日かかるという話になります。こういった話をするとかなり苦笑がもれるわけなんですけど。こういったところから、まずこの仕組みについて地区ごとに、区市町村ごとに、地域の医師会の先生方や薬剤師の先生方と、歯科医師の先生方とお話をいただきながら、地に足をつけた検討を進めていく必要があるのかということで。あえてハレーション（批判）があるのを覚悟で、都としては数字を出したつもりでおります。

それ以外にも、こちらの手引きの中ではハード面の対応だとか、施設の広さ、こういった点についてのチェックリストをつけて、一つ参考としていただけるような取り組みを進めてまいりました。

ちょっと駆け足で説明してまいりましたけれども、ペーパーについての説明は以上でございます。ありがとうございました。

- 早川会長 どうもありがとうございました。ただ今、議事の1、2についてご説明をいただきましたが、どなたかご質問はございますでしょうか。市町村の方も予防接種を行わなければならないんですが、何かございますか。よろしいですか。

なければ、私から聞かせていただきます。

実は私、2009年に八王子市の保健所におりまして、新型インフルエンザが出たときに、住民の予防接種を集団で行いました。そのときは小児からたしか始まったかと思うんですけども。小児から始まって、もうワクチンが非常に小出しにしか出てこないものですから、それをやるのに結局、小児でも誰を先にやるんだという話が出てきまして。八王子市では結局抽せんせざるを得ませんでした。何倍かの抽せんで受かった人を接種したというふうな状況がございました。

今回の検討で、そういう話というのは出ましたんでしょうか、東京都の検討の中で。

予防接種の液が対象分だけバツと来る。来ないと思うんです。その対象者の中でも接種が早い、遅いという方が出てくるわけなんですね。そこら辺をどうしたらいいのかなのことを2009年の課題として持っていたんですけど。そういう話というのは検討会の中で出てきたのか。出てきたのならどんな話になったのかを、わからないんで教えていただけるとありがたいんですけど。

- 武田課長 今、所長からご指摘いただいた部分については、今回検討するに当たっては、当然、2009年の時の豚インフルの経験を生方からいろいろお話を聞きながら進めていくこととなります。今、その中で先生方からのお話で、課題があったという部分のお話の一つが今のワクチンの供給の部分だったというふうに思っております。

実際にワクチンはどのような形で供給するか、つくられるかというのは、国のほうでも卵から細胞へというようなことでいろいろ検討しているところでもあって、そういう2009年の反省を踏まえた形の改善というか、考え方の改めというものもいろいろしているようなところもあります。

ワクチンの供給、あくまでこれは国の役割。国がちょっと頑張ってくださいしかないというところは、今回の検討の上では、一つ主なのかなというふうに置いてあります。その中の主と置いた上でも、実際にその需要と供給の問題というのは、実際にその接種ということを考えた場合に起きてくると。そのときの受診の調整だとかというものについては、卸だとか、そこら辺と枠組みをつくりながら、例えば需要が1万人いるのに供給が100だった場合にどうするんだと。区市町村ごとにどういう割り振りにするんだというのは、一定程度の枠組みというのを運用面でのルールというものをつくっていかなくちゃいけないんだといった認識には至ってい

ます。じゃあ、その認識に基づいてどのような形で枠組みをつくるのかというのは、また所長とかのお知恵をかりながら検討をしていきたい部分だというふうに思っています。ただ、その2009年のトラブルというのは、ちょっと次元が違うものを今回は想定しなくちゃいけないのかなというふうには思っています。

○早川会長 どうもありがとうございました。また、各市町村で活用できるような方法を検討していただけるとありがたいと思います。

ほかに。どうぞ。

○尾形委員 複十字病院の尾形ですけど。前のときも問題になったんですけど。そのハイリスク者、これは主に前のときは病院関係は病院で打つことができる。酸素を使っている患者さん、そしてもともとそういう自分で介助人とかというルートを持っていないような患者さんに関しては、前は病院でやったんで。もともとそういうルートを持っている人たちについてお聞きしたいんですけど。これは、そういう会場に行けないような人というのは、結構、酸素を使っているそう簡単に行けない人たちがたくさんいるんですね。それについては何か考えは。

○武田課長 住民接種の件でよろしいと思うんですけど。ご質問ありがとうございました。

実際に、その集団的接種というものは、基本的な枠組みとして置きつつも、これはあくまでもパンデミックのときの効率的な接種の観点から集団的接種というものを考え方の基本としております。ただ、そういったことが対応できない方というのは当然いらっしゃるしまして、そういった方については個別で、あるいは訪問しながらということになるんだと思います。そういった方々がどのくらいのボリューム感いらっしゃるのかというのを、一定程度、区市町村のほうで把握をいただいて。把握をいただいた上で、じゃあどういうふうにやっていくのかというのを。これまだ緒に就いたばかりであるところもあるので、実際の検討は大きな課題として捉えた上でやっていかななくちゃいけない部分だというふうなところで、今とまっています。

○早川会長 よろしいでしょうか。まだご質問、皆さんはあると思われそうですが、時間の都合ですみません、これで二部の方に移らせていただきますけれども。もし、ご質問、どうしてもこれを聞きたいという方がおられるのであれば、あと保健所のほうにご連絡をいただければ、わかる範囲でお答えをさせ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。

それでは、議事の2のほうに移らせていただきます。

○芦野課長 それでは第二部のほうに移りたいと思いますけれども、ちょっと準備にお時間をください。

それでは、第二部の公開講演に入りたいと思います。本日は、インシデント・コマンド・システムの日本における研究の第一人者いらっしゃる山梨県中北保健所の古屋所長をお迎えしてご講演をいただくことになりました。古屋所長、よろしく

お願いいたします。

○古屋所長 皆様、こんにちは。私、山梨県から参りました、中北保健所長の古屋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

今日はインシデント・コマンド・システムについて、お話をする機会をいただきましてありがとうございます。

皆様、お手元の資料をちょっとご覧いただきたいと思いますが、本日の話の流れというところからご説明させていただきます。私は感染症の話と災害の話とお持ちしたんですが、感染症のほうに重点を置きましてお話をさせていただきます。

新型インフルエンザや大災害はまた来るかというような課題があります。ここにお集まりの皆様方はご専門の方々でいらっしゃいますので準備のために、この会場においでになっているわけです。その中で医療サージというのは新しい概念だと思えますので、それをご紹介します。

それに関連して、業務継続計画が必要になるというお話もします。

そして、先進国、特に米国ですけれども、組織的、階層的、統括的な連携の仕組みであるインシデント・コマンド・システムを、ご紹介をしたいと思います。また、これを基にした国際標準化への動きがございます。このインシデント・コマンド・システム。コマンドというのは指揮・命令というような意味ですので、それぞれの組織や機関が独立している我が国のこういう組織の中では、この中ですぐ指揮・命令というのを結びつけるのはちょっと難しいのではないかということで、我が国の風土に適した仕組みづくりについて、今日、短い時間ですけれども、一緒に考えていきたいと思えます。

これは、先ほどからお話が出ております2009年のインフルエンザH1N1ということで、もう今は既にこれは新型インフルエンザとは呼ばないものですが、そのウイルスでございます。これは1918年ごろのアメリカの軍の病院ということで、病院といっても体育館のようなところですが、こんなふうに、スペインのインフルエンザのときには医療が行われたということでご覧いただければと思えます。

このスペイン風邪と書いてありますがインフルエンザですけれども、スペインのインフルエンザが輪廻であると書いてありますがけれども、この豚のウイルスに鳥のウイルスが混じり合って、H1N1というのができたというような図でございます。ずっとめぐりめぐってこういう新しいインフルエンザが起きるのだということです。

今日はたぶん、保健医療の専門家の中にいろいろな部署の危機管理の方がいらっしゃると思えます。この和田耕治先生という方が作った、この医学的・公衆衛生的知識というのをご覧になると、大変わかりやすく説明してありますので、その一部を今日ご紹介します。実は、人類を脅かす感染症、そして人口が減ってしまうような感染症というのは、有史以来いろいろ、天然痘やペストのようなものがあって、最近は新興感染症というようなものです。新型のインフルエンザ、そのときどきの

新型インフルエンザが最近では2009年の新型インフルエンザです。これは幸い、そんなに毒性は高くなかったということですが、先生方の中にはアジア風邪とか香港風邪のときはどうだったかということ覚えていらっしゃる方もドクターの中ではいらっしゃるのではないかと思います。

今、問題になっているのは、高病原性鳥インフルエンザから新型インフルエンザにならないかどうか。

あるいはH7N9ですね。この春に問題になったような。それから、それと別に2002年から2003年にかけてSARSという感染症が世界中に拡大して、大変、関係者を心配させたというようなことがございます。

こういうふうな健康危機管理の会議を持つということは、医療の確保、最後の砦の医療の確保のためには、社会機能の維持、そして医療以外の対策、これが非常に重要だということです。これはそれぞれの部署がやってくださるわけですが、医療を含めて公衆衛生対策、調整を含めてですね、こういうものが公衆衛生対策ということで、保健所がこのような会議を企画することが重要です。

そして、医療サージという言葉ですが、医療機関の対応能力や収容力を超える緊急事態ということで、新型感染症とか災害時などにおいて健康被害が急激に集積する場合、あるいは非常に特殊な健康被害が起きて、医療機関は普段は対処していないので非常に難しいというような場合が考えられます。健康危機管理先進国のアメリカではMedical Surge Capacity and Capability。Capacityというのは収容力という意味で、Capabilityというのは、その危機に対応できるかというふうな意味だと思います。そういうふうな大規模な危機の発生時に、これの調整・統合を図るマネジメント・システムとして定着しているというふうに理解されております。

実は、我が国でも医療サージは発生しております、その都度、関係者のご努力でおさめているわけですが、自然災害や、先ほどお話しました新しい感染症、またテロなどもございました。つまり、一つ一つの発生頻度は小さいですが、現在では総じて備えるべき事態と言えらると思います。

そこで、先ほど武田課長から特措法に基づく行動計画のお話がありましたけれども、実は感染症に関する法律は、感染症の予防と医療に関する法律ということで、感染症法と私たち短く言っております。感染症の発生の予防、まん延の防止、迅速な対応、人権尊重、国際的動向を踏まえた対応ということで、これを基本理念にしたものがございます。この措置としましては、隔離とか入院の措置、それから医師の届け出などが義務ということで行われております。

それに対しまして、新型インフルエンザ等、この等というのが意味があるわけですが、対策特別措置法というのは、昨年5月11日に1年以内の施行ということで、これより前倒して今年の5月に施行になったわけですね。H7N9の関係であったと理解しております。新型インフルエンザだけでなく、同じような危険性の

ある新しい感染症に対して、国民の生命・健康を保護し、影響を最小となるようにするというので、先ほど、行動計画についてはご説明があったとおりでございます。この緊急事態宣言というのが出されますと、感染拡大防止、医療提供体制の確保というふういろいろな措置が行われることになっております。

ここで、新感染症ということでちょっとご説明します。人から人にうつる。そして、今までの感染症とは明らかに異なる。治療法や、伝染性などの面で明らかに異なる。非常に重篤である。そしてまん延すると国民の生命・健康に重大な影響があるということで、この感染症には2003年4月にSARS、今年の5月6日に鳥インフルエンザA(H7N9)が指定されたというような経緯がございます。

今のをまとめますと、感染症というのは微生物によって引き起こされる疾患でございますが、ものによっては非常に重篤になるということで、法律としては感染症法と新型インフルエンザ等対策特別措置法というのがあるということでございます。

政府の行動計画概要です。流行が起きたらどうなるかということで、全人口の25%が罹患するとなると、ここを読んでいただくと、医療機関の受診患者数は1,300万人から2,500万人も来るだろうということです。死者も17万人以上になるだろうという予想です。やはり医療サージへの備えというものが今後必要になってくるだろうと思われまます。

これが先ほどの図を拡大したのですが、このワクチン戦略が大変大事でございますが、同時に医療体制の整備、これが今日の話題になっている医療サージへの対策ということになります。

このあたりは先ほど行動計画の中で説明されたもので、特に指定公共機関の役割を新たに規定したということと、先ほどお話ししたように緊急事態宣言が起きると、いろいろな措置がとられるということが新たにつけ加えられたところです。

そして、これが発生段階ごとですが、海外発生期。海外で発生したから、そのうち日本に入ってくるという身構える時期でございますよね。そして国内発生早期、国内感染期、小康期と四つの段階に分けてありますが、この中で実施体制、サーベイランス情報、情報提供、共有。先ほど武田課長からお話があったとおりです。この指定公共機関の役割などがここに書かれているわけでございます。特に、医療のところでは、先ほどもお話ありましたが、帰国者接触者外来というのが初めはありますが、やがて一般の医療機関で診療が開始されるということになります。

それでガイドラインをいろいろ作っております。医療に関するガイドライン、ここがございますけれども、医療体制に関するガイドライン、そして抗インフルエンザウイルス薬に関するガイドライン、このようなものを定めるとなっております。

もう一つ、医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引きというのがありまして、この中にポイントが書かれております。ポイントの4になりますけれども、業務計画、診療継続計画（BCP）についてということで、公立病院や

公立病院に準ずる指定がされます指定公共機関、その新型の感染症が起きますと、指定された公共機関、病院も含めて特措法第9条の規定に基づき、業務計画を作成する必要があるということです。また全ての医療機関は、その診療継続計画の作成が求められる。特定接種の登録事業者については、この診療継続計画の作成が登録の要件となっているということです。

ポイント8、患者数が大幅に増加した場合の医療体制について、ここが医療サーージですけれども、未発生期から、地域における医療連携体制の構築、そして各医療機関で診療継続計画の作成をすること。事前の計画に基づいて、最大限の対応を行った上でも不足する場合には臨時の施設などの提供を考えるということ。そして、また新型インフルエンザ等以外の医療体制の維持も重要であるということで、普段も非常にお忙しい医療機関が、新しい感染症が起きたら、どうなるかというのは想像に難くないわけですが、そういうことも考えながら診療継続計画をつくっていくということでございます。

これも同じことの繰り返しですが、海外発生期から地域発生早期のときには、一般の病気は一般の医療機関で、そして帰国者、発生している地域から帰ってきた方で熱が出ている方のような、その症例定義はそのとき出されるということでございますけれども、帰国者接触者の外来ということで、特別に診る。そして、地域でもう広がってしまったというときには、広報によって、どの医療機関でも診ていただくということになるということに定められております。

これはまた全然別なコロナウイルスということで、最近のMERSではなくて、これは2002年コロナウイルス、SARSでございます。

これも中国、香港を経由して世界中に広がったということで、8,000人以上の患者数が報告されております。

ここでご覧いただきたいのですが、2002年から2003年にかけての、SARSの可能性例（SARSと診断された方々）ですが、各国に患者さんがおられまして、計8,000人以上の患者さんが出ております。その中でここをご覧いただきたいのですが、医療従事者の感染者数が1,706人ということで、この8,000人に対して医療従事者が大きな割合を占めているということがわかります。

最近、中東で発生したMERSというコロナウイルスですね、中東のコロナウイルスですけど、それも院内感染をしたというような報告がございます。SARSは今は情報収集をしている段階です。そのSARSウイルスがどこかに、地球のどこか外に行ってしまったのではなくて、どこかにいるので、万一に備えて患者を見落とさないようにするというような段階にあります。もしも発生したら封じ込める、その方を隔離治療して、時間との戦いで、周りに接触した人がいないかということで、その方も健康観察をする。そして、おさまったらば、適時に判断、万一にも備えるということで、感染症というのはこういうことの繰り返しでございます。大昔はそういうこ

とがなかったので、天然痘にしてもペストにしても流行ってしまったんですが、現代では何も対策を講じないと大変人口が減ってしまうような感染症は、今は封じ込めると。みんなでその対策をするということで、かなりな対策ができるような仕組みが日本だけではなくて全世界で起きているということをご理解いただきたいと思います。

それが国際保健規則というものです。例えばSARSのときにはまだちょっと不十分だったと思うんですけども、最近のMERSとか2009年のH1N1もそうでしたけれども、この国際保健規則というものに沿って、WHOが発表します。私たちはそれに従って、その情報を基に対策が立てられるわけですが、逆に日本で発生した場合には、参加国として情報を提供する義務があります。ですので、地域で起きた、どこかでぽっと発生したようなものですね。これだけ海外との行き来があれば、どこかの病院でぽっと出てくる事だって可能性があります。そのときには、この国際保健規則に沿って、国際的に公衆衛生上の脅威となり得る健康被害事象を報告しなくちゃならないと。国の責任でしなくちゃならないというようなことで、そのことをPHEIC^{フエイク}というそうです。Public Health Emergency of International Concern、要するに国際的に非常に重要なパブリックヘルスの緊急事態であるということですね。判断基準は重篤性、予測不可能性、国際的伝播の可能性、国際交通規制の必要性ということでございます。

感染症対策の基本。この図は、今、インシデント・コマンド・システムについて、日本の中で普及の研究班がございましてけれども、その班長をしている中瀬克己先生のスライドを、感染研におられた岡部信彦先生がつくりかえたものを私がまたちょっとつけ加えさせていただいたというものでお断りしておきます。感染症対策の基本は、普段からの生活習慣、よく眠ったり、栄養を摂ったりして、一般衛生、環境衛生とか種々の衛生を図るといふことのほかに、特異的な予防策としてはワクチンがありますよね。それと、このような場で医療安全システムの確保をみんなで確認しあうということも非常に重要ではないかということで、私がここをつけ加えさせていただきました。

もしも起きたら、早期発見。これは国の先ほどの感染症に基づくサーベイランスをやっておりますし、また、2009年のインフルエンザのときも、医師会の先生が発見してくださいましたよね。発見した場合には、それを適切に対処するという事です。初期の対応としましては、保健所が反応的に疫学調査というのをいたします。疫学調査の結果、このぐらいもう既に広がってしまっているということになれば、先ほどの、もう既に広がってしまっているから一般の医療機関でも診なくてはならないような状態になるだろうと考えられます。とても帰国者だけをどこかの医療機関に振り分けるということにはできないということになりますよね。それで皆さんの合意を得て、目的的な対応をするということになると思います。

そこで、そういったことが可能になるのは、多くの組織の間でも対応可能となるような何かの仕組みがないと難しいんじゃないかということです。その仕組みの一つが今の段階でこのインシデント・コマンド・システムで、世界的スタンダードになっているということなので、これを使ってやる方法を考えてはどうかということです。

適切に対処した結果、その感染症がおさまれば、また日常の予防策に戻るということで、これを繰り返すことで、社会全体が感染症に対して強くなっていくということが想定されると思います。

これは、感染症分類（全数把握対象疾患）でございますので、ご参考にご覧いただければと思います。

それから、これは感染症指定医療機関の指定状況。今年の4月1日現在ということですので、これもご参考にご覧いただければと思います。

以上、感染症についてご説明しました。次は災害でございます。

災害にかかわる医療サージのお話を少しさせていただきたいと思います。

これは、東日本大震災の悲惨な状況でございます。阪神淡路大震災のときには、超急性期、急性期の医療が全く足りなかつたので、後から検証したところ、防ぎえた災害死が500名存在した可能性があるという評価結果が出ております。そこで、阪神淡路大震災をもとにして日本版DMAT^{ディーマット}ができました。EMIS^{イーミス}という緊急時の医療情報システム、これは医療機関にをお願いしているところなんです、全国的にEMISというものができました。そしてここで発生した非常に重症な患者さんを域外に搬送をして治療をするというような仕組みが、これをきっかけにできました。48時間以内、DMATですね。

続いての課題は亜急性期や慢性期の医療です。亜急性期や慢性期の医療には心のケアチームや活動不活発病対策とか地元の医師会、地域医療機関、こういうところのご協力が不可欠になってきます。災害医療対策本部というところで行うことが想定されます。東日本大震災では防ぎえた災害障害というのが非常に多数存在した可能性があるということが言われています。ですので、感染症対策、環境衛生対策合わせて地域のいろいろなNPOなどの支援も得ながら、やっていかななくてはならないということです。こういういろいろな方々、いろいろな組織や機関の方々をまとめ上げるという、その仕組みがやっぱり必要になってくるということで、やはり感染症対策と同じように医療サージ対策は必要です。一つ一つやるよりも、やはり総論的に考え方をあわせて、感染症に対してもこういう災害時の感染症対策に対しても、どんなふうに多組織間の連携をするかということを考えていく必要があるのではないかと思います。

これは病院の災害対応計画作成の手引きということです。BCPの考え方に基づきますと、放っておけば医療機関のキャパシティがグッと落ち込んで、もう長引いて

なかなか回復してこないというような、点線のようなものになりますけれども、早期対応することで、少しそれが前倒しで回復できると。それから低下軽減措置をすれば、もう少し影響が少なくて済むということで、BCPをつくることによって、これをこのぐらいの影響にもっていかれないかというようなことを、総論でございませうが、それを地域の保健所ごと、あるいは医師会ごととか病院ごととか、いろいろなレベルで考えていく必要があるのではないかとということがここに書かれております。

それでは、従来のマニュアルではできないのかということです。従来のマニュアルは、普通の病院の平常時の緊急事態、あるいは患者さんの増える状態を想定していると思いますが、災害時にはどうしようか恐らくどちらの地域のマニュアルも、もしそうじゃないところがあつたら大変失礼ですが、隣の病院と協力するとか、病院連合体で助け合うとか、ここを超えてしまったら保健所に相談するとか。従来のマニュアルでは、普通に書かれているのはこの部分が書かれております。ですが、このBCPというのは、もしできなくなっちゃったらどうするのというところが書いてあるんだろうと思うんですね。できなくなっちゃったら、この外部のこの人・物・情報を入れますよと。平常時でもこうですけども、特に災害時はこういう人・物・情報を入れます。これが足りないというのを判断して入れるというところは、このICSにかかわってくるところです。

これで増えた分はどうするか、事前準備ですね。そうなってしまった場合はこうするんですよという、方針や計画や教育をやっておくとかですね。それはどういう点検をすれば得られるのか、チェックリストのようなものですね。その評価ですね。こういうものを作って、これの全部をBCPとして書き込んでくださいよというのが、この災害時の単なるマニュアルではなくて、BCPということになります。

非常に簡単に申しますと、こんなに簡単にいかないかもしれませんが、災害医療の体制、被災地域内を中心に考えた場合には、まず、災害において重篤な外傷の救急患者さんが出ますよね。そうしますと救命医療が大事ですのでDMATもここに派遣をされます。大きな災害でけが人がたくさんいるとなるとですね。そして、被災患者さんを広域搬送します。だけどそれだけで患者さんがいなくなるわけではありませんよね。災害によって持病が悪化する患者さんもいます。でもDMATは2日とか3日ぐらいでもういなくなってしまうので、その後の治療をどうするか。つまり、超急性期から亜急性期、慢性期にかけてどうするかというと、被災者に対する感染症のまん延防止や衛生面のケア、メンタルヘルスケアを実施するというのは、もうDMATはいないですので、災害拠点病院とか救護所、避難所等の運営する人たち、あるいは医師たちが協力して、この被災地域の健康を守ることになります。

もし、ほかの地域で発生すれば、この災害拠点病院を中心にしたところから、DMATが派遣されるということで、お互いに助け合うというこんなイメージになりま

す。

災害拠点病院の整備について、細かいことは申しませんが、都道府県の中心的な役割を果たす基幹災害拠点病院で、その基幹災害拠点病院は原則として都道府県に1カ所。地域災害拠点病院は原則として二次医療圏ごとに1カ所ということで、ここが中心にお考えいただくということ。

そして、特に機材等を貸し出すというようなことが書いてあります。恐らくこの地域の災害について、こういう災害が起きたらどこに何をやらしてもらおうような役割分担もお考えいただくような機能も持っていていただくといいんじゃないかなと私は思うんですけども、この指定要件がここに書かれております。

整備状況でございますが、24年度1月1日までに638病院ということで、東京都はその時点で基幹が2で地域拠点病院が68というような整備状況になっているということです。

ちょっとDMATに関して簡単に申します。大地震とか大事故のような災害時に被災地に迅速に駆けつけて救急医療を行うための医療チームです。医師だけではなくて、医師、看護師、事務職のような混合のチームですね。災害急性期、主に48時間以内に活動できる機動性を持ったチームということで、広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動などを主な活動とします。東日本大震災のときには、日本中から380チーム、1,800人が派遣されて、うち何チームかは空路で派遣されたということです。ただ、ご承知のように東日本大震災は阪神淡路大震災と違ってけが人というものは非常に少なく、地域の施設の患者さんを移すとか、そういうことをたくさんやっていただいたというふうに聞いております。

やっと保健所にたどり着きましたが、そういういろいろなことをやらなくてはならない中で、保健所の役割はなんでしょうか。保健所は地域保健対策検討会報告、これは国に報告されたわけなんですけど、地域健康危機管理の拠点、地域保健法第4条に定められる指針、基本指針について、これも改定されて、だんだん健康危機管理の拠点としての役割が強くなってまいりました。これは初めて健康危機管理12分野について保健所が危機管理の拠点になるんですよということを言われたときのものです。これ平成17年の報告です。その中には結核感染症も入っておりますし、災害有事・重大健康危機も入っておりますよね。医療安全も入っておりますから、保健所が災害や感染症に関して、特に医療サーージに関して調整するというのはこういう裏づけがあります。この報告には、対物保健、災害、保健所を中心とした災害時保健調整機能を確保して、重層的、分野横断的な対応が可能となる体制を構築しなさいというふうに書かれております。

この報告に基づいて、この地域保健の推進に関する基本的な指針というのが一部改正されたのが昨年です。これは厚生労働省医政局の通知ですが、保健所が行うことは、災害拠点病院も含む医療機関や医師会、歯科医師会、薬剤師会、今日たくさ

んお見えになっておりますがそのほかの先ほどのいろいろな職種、他機関の方々の連携が重要となることから、保健所はそのつなぎ役をなささいということが書いてあります。EMISのことですね。EMISもきちんと登録していただくことや、これはDMATですけれども、災害現場に最も近いところの保健医療行政機関での保健所が自立的に集合した医療チームの配置調整、情報の提供を行うこと。そして地域災害医療対策会議を持つことというようなことが書かれております。保健所がこういう、調整を図ってくだささいというようなことがここに書かれてあります。

そして、その調整が可能となるような仕組みのことを次にお話したいと思います。

インシデント・コマンド・システムは、大変耳なれない言葉だと思います。開発したのはアメリカなんですね。アメリカは広い国土ですし、非常にいろいろな機関が危機管理にかかわるということで、保健所のような組織もないですから、災害現場とか事件現場で標準化された危機管理のシステムが必要だということです。インシデント・コマンド・システムはインシデント・マネジメント・システムとも呼ばれます。命令系統や管理手法が標準化されていまして、これは国が進めているということなんですね。

もともとは1970年代に山火事が起きますが、いろいろな消防隊が集まっても一緒にうまく火を消すことができなかつたというようなことがもとになっていて、だんだん開発されてきて今のような形になったというふうに聞いております。アメリカはいろいろな事件や災害が起きますけれども、全部このインシデント・コマンド・システムで動いています。例えばテロとかハリケーン、それだけじゃなくて普段のコンサートとかパレードとかオリンピックのような、大規模な人が集まるようなときにも、この仕組みを使っているというふうに聞いております。

先ほどの健康危機管理12分野が保健所の仕事ですよと言われた後に、保健所長を中心とした研究班で、これを保健所がやるならば標準化をしなくてはならないということで、各種ガイドラインやマニュアルを作成してきました。そして、その過程の中で、やはり保健所だけで危機管理はできないので、地域のいろいろな機関や組織の方々と一緒にやらなくてはならないということで、この連携システムとして日本版標準ICS、インシデント・コマンド・システムをつくったのです。

そして、もうこれは平成24年に、昨年の段階で仕上がりました。そして、昨年度と今年度にかけて全国8ブロックごとの検討会で、これを普及している状況でございます。このようなメンバーで組織として普及啓発しているんですが、先ほど感染症のところでお話した、岡山市の保健所長が班長で、私もメンバーに加えていただいて、そのほかに保健医療科学院の方や大学の教授や厚労省の方や、こういった方が入って、保健所長を中心にして普及を図っているということでございます。

全国保健所長会、どんな取り組みをしているかということをお話させていただきます。健康危機管理に関する委員会というのがありまして、例えば中国産

の毒物混入餃子事件のときには現地の調査をしたり報告書を出したりいたしました。そして、健康危機管理における対策整備に日本版インシデント・コマンド・システムを推進するということを今年の総会で決定いたしました。そして、先ほどお話ししましたガイドラインやマニュアルなどをたくさんつくりました。事例収集もしております。今日も、この研究成果のお話をしているわけでございます。

日常想定される事案への能力を超える対応が必要な事態への対応です。保健所は普段、感染症とか食中毒などの健康危機対応は非常に慣れておりまして、その場合様式も全部決まっています、やることも全部決まっています、そして保健所長に報告ということになって、所内で一緒に会議もいたしますけれども、粛々と動きます。ただ、健康危機管理の量や内容、質とか内容が既存のシステムでできないときに危機なんですね。だから大災害とか新しいタイプの感染症が出たときに危機だと思います。そういうときに、このシステムが使えるということで、保健所の標準的対応を作成したものです。

ちょっと言葉の定義をいたしますが。インシデント・コマンド・システムというのは、多数の機関も一緒に動ける。一緒に動けるってどういうことかということ、コマンドという言葉に大変反応してしまいますよね。何か誰かが、行政がじゃあ医療機関に命令するのとかというふうな対応をしてしまう、考えてしまう。そうするともうそこだけでバリアができてしまいますが、そうではなくて、それぞれの機関の独立性や指揮命令系統を保ったまま連携できる仕組みなんです。そのために、インシデント・アクションプランというのがあります。それは目標です。プランですから目標ですよ。インシデントに対して、いついつまでにこれをやり遂げましょうという目標です。ですので、この目標を共有して、それぞれの組織が一緒に動く、それができるような仕組みということなんです。

ACというのはアクションカードです。アクションカード、その名前のおりアクション、行動を起こすときに必要なカード。カードというのは、実際そのカードとして印刷したもので、みんなに配って、こうやって動くんだよって示すんですが、それは何かということ、こういうことをやるんですよという業務の内容とか。現場はこうなっていますよという地図であったり、それから誰々が当番ですよという、その役割分担表であったり、そういうものがアクションカードなんです。ここにありますように地図とか職員シフト表、様式。様式が統一されていますとみんなで共有できますよね。それから、何をやったかの活動記録。医療資源。今日はどここの病院が動いてくれますよというふうな医療資源。医療機関の稼働状況なんか書かれたものがアクションカードで、これをみんなで共有することによって一緒に動く、そのもとになるものでございます。

今日はあまり時間がありませんが、これも参考資料で持ってきましたので、後でご覧いただければありがたいんですが。

インシデント・コマンド・システムですので誰か代表の人がいるわけで、それはコマンドです。このコマンドについている機能として広報、安全担当、そのオペレーションですね、安全に行えるようにする。例えば列車の事故とか、何か作業自体が危険が伴うようなときには、安全担当の責任者がそれを見張っているわけですね。連絡調整、連携の責任者、これがコマンドについています。実際、例えば保健所で何か健康危機管理が起きたときに、実際に動くのはこの事案処理という実働部隊、実行部隊なんですけれども。そのほかにそれを補佐する役割。例えば実行部隊が持っていくものがないといけませんので、資源を管理してくれるところ。それから人を手当してくれるところ、財務とか行政の、事務のことですね。事務の方がついている。そして情報を集めてきたり計画を練るところ、これのもとに実行部隊が動けるということです。

1970年代、先ほど消防が火事を消せなかったというのがありましたけれども、みんなで同じ言葉を使い、同じ組織の形態をつくって、そして一緒に動けるようにしたというのがもともになっているものです。

ここにICSの特徴がありますけれども、組織だけじゃなくて考え方。組織もあらわしますが考え方も含むということです。今日たぶんお聞きになっただけでは、私のつたない説明ではおわかりいただけないかも知れないんですけど、みんなで同じ方向を向かって、それぞれが役割を持って、そしてどこまでできたかをもう一回話し合っ、また次の目標に向かって進むというようなイメージです。

ここに詳しく広報とか安全、連絡調整の責任者の役割というのが挙げてあります。

ちょっとこれも参考にご覧いただきたいと思いますが。特にこの資源管理とか、財政・行政管理部門というのは事務職の方に担っていただくと思いますので、このところを実働部隊が動きやすいようなシフトを組んだり、それからものを持ってきてくれたり、手配してくれたりというのがないと、実働部隊が動けないということになります。だから、今度、行動計画の中でも指定公共機関が足りないものについては、そのロジスティックとか財務、ファイナンス、そっちのほうがやってくれるというようなことが書かれていますよね。ですから、あれもインシデント・コマンド・システムをかなり意識しているんじゃないかなというふうに思います。

日本型危機対応組織の基本形。日本は指揮者がいて幕僚長がいて実行部隊があるというふうな、こんな形で、さっきの仕組みとちょっと違いますけれども。これが基本形であれば、例えばこの情報とか資源とか庶務、財務が、ここにやっぱり深くかかわることで、実行部隊が動きやすくなるということです。こっちとこっちがここでぷちんと途切れていないで、対策本部といわれるところと実行部隊がやっぱり密接な関係を持つということが、日本型のICSの参考になるのかなというふうに思います。

繰り返しになりますが、コマンドは事案処理をする、オペレーションをするだけ

じゃなくて、情報や作戦を練るところ。そしてその資源を調達してくれるところ、財務、総務、これが必要になってくるということでございます。先ほど説明したとおりのことがここに書かれております。

うまくいかなかった理由は、だから命令系統が不明瞭であったり責任者がわからない。計画がはっきりしていない、マネジメント組織がない、用語が統一されていなかった、これが反省点ということであって、インシデント・コマンド・システムがだんだん普及してきたということです。

感染症についてちょっとお話しします。サーベイランスとか疫学調査というのは、やはり反应的対応。サーベイランスはもう日常行われておりますよね。これは反应的対応なんですけど、もし、何か新しい感染症が出たとなれば、別のサーベイランスをしなくちゃいけないかもしれませんよね。そこで、その状態に応じて目的的な対応するというので、今日、もしお持ち帰りいただく言葉があるとすれば、この反应的対応ということと、目的的な対応ということをお持ち帰りいただきたいと思いません。普段やっていることのほかに、医療サージのようなことが起きたときには、目的的な対応をしなくてはいけないということだと思います。

平時は何をするか、有事・事後、これに関してリスクコミュニケーションを広く行うこと。そして多組織間の調整においては、インシデント・コマンド・システムが有効ですよということを申し上げたいと思います。

インシデント・コマンド・システムは予測される業務の基本区分の共有化ということで、先ほどのアクションカードというのをを用いて、誰が当番だからここまでできますねとか、ここが足りないですねということが関係者みんながわかる。そして部門責任者がはっきりしていて、それをみんなで共有できる。

そして、時間を区切って目標到達をしたかどうかもわかるので、また計画も変更できるということと。それから、きちんとしたこういうものがあれば、対応者が変わってもできるということと、対応者が休むことができるということですね。多組織が共同した効果的な対応が期待できるということです。

それに比べて、日本はわかっている人一人だけでやるので、その一人の人がずっと長い時間やることで疲れてしまう。それから、全体が把握できないので、応援要請がうまくできない。そして多組織、多部門の協力や組織運営の無駄や混乱が多い。みんな自分が必要だと思ふことをやるので、みんな同じことをやってしまうことがあるので、皆さんもそういったことはご経験があるんじゃないかと思います。それはもう、うちでやっているのと思うこともあるんじゃないかと思うんですね。

これも繰り返しになりますが、インシデント・コマンドを行うためには、実行部隊のほかに計画・情報・後方支援、ロジスティックですね。資源調達、そして財務や総務が必要という、この基本形を覚えていただきたいと思いません。

ここにも反应的対応と目的的な対応ということが出てきます。恐らく、それぞれの

機関が反応的に対応すると思います、医療サージが起きた場合に、あるいは大災害が起きた場合に。うちでできることは何かということで、初動の初期評価をすると思います。でも、その段階で、これはうちだけではできないとなった時点で、みんなで集まって、誰の調整のもとに動くかということを決めて、そしてインシデント・アクションプラン、計画を決めて、了解をされたらそれに従って、それぞれの組織が動く。そしてまた、目標を設定して優先順位をつけて、どうなったか見て、また、目的的な対応を繰り返していくということで、これは保健医療分野におけるインシデント・マネジメントの総論的な図でございます。

普段、保健医療システムは安全に動いております、通常レベルです。ですが、例えば患者さんの行き場がない、救急で行き場がないというときには、ちょっと黄色信号がともりますが、病院間の調整によって行き先が見つかって、緑のレベルに戻るといったようなことが、ふだんの保健医療システムじゃないかと思います。ですが、大災害が起きますと、管轄地域内部で調整できるのは橙のようなイメージ。そして、管轄地域の外に要求しなくちゃならないような場合が赤のイメージと。もう全然お手上げ状態が黒ということで。こんなふうな色分けをすると、イメージが付きやすいのかなというふうに思います。

先ほどから何度もご説明しておりますけれども、大災害、医療サージが起きてしまったような場合には、連携した収集情報を共有して、機関はいろいろですね、保健所も本庁も医師会も医療機関もいろいろなものが入ってきますけれども、連携によって、これ一緒に連携するとどうなるかなという予想を評価して、企画を連携し、連携によって同じインシデント・アクションプランを共有しますと、またそれを各組織が実行することでどうなったかわかるということで、ぐるぐる回る。

先ほど行動計画の中でフィードバックが大事というお話がありましたが、まさにこのことを言っているんだろうと思います。

このインシデント・コマンド・システムはもう既に国際標準化機構のISO TC223という委員会で世界標準になってきています。国際的な企業の中では、この認証をとって社会セキュリティの標準化ということで、環境面のような標準化が世界的に進んでおりますので、これを取り入れないと商売できないというような状況に世界的にはなっているようです。

これは一つの組織の場合です。さっきの図は私が日本語に書きかえたものなんです。一つの組織の場合、一つの組織では情報を収集して評価して実行して、またぐるぐる回るということです。これが組織が複数あって、組織がA、B、C、Dとあっても同じようなことができるということを示している図です。これは段階を追って行うということで、これがストラテジック・タクティカル。タクティカルが戦術的ですね、ストラテジックというのは戦略的ですから。ふだんやっていることは戦術の範囲ですが、戦術だけでは、ちょっと戦争の言葉で耳ざわりかもしれま

せんが、ふだんやっていること。戦術も集めたりあるいはみんなでやらないとできないことはストラテジックという言葉だと思います。

これは保健所の必要な準備状態を考えるとということで、ここに用語の定義を書いています。皆さんのほうにもありますか、これは。ないですか。後で保健所の方にはご覧いただきたいと思いますが。この言葉の定義が日本語に訳したものがありますので、これを共有していったらいいのじゃないかと思います。

もう2～3分よろしいでしょうか。

東日本大震災のとき茨城県も被災しました。茨城県が大変だったのは、東北3県が重大な危機に陥ったので茨城県はそんなにひどくないと周りには思っていたかもしれませんが、病院は停電したり、水が出なくなったりしてとても困ったということで、この医療関連対策会議というのを結集して、みんなで相談してこの危機を乗り切ったというようなことなんですね。

これが組織図ですが、県の災害対策本部の下にある保健所と医師会と薬剤師会と市の対策本部が、みんな同じテーブルで、何をしようかというのを決めて、そしてプランを立てて実行したと。で、うまく回っていったということなんですね。先ほど申しましたアクションカードというのは、こういうふうに役割分担を決めたり、当番表、具体的に名前を入れるんですね、そうすると落ちなく、もれなくできるというようなことです。これは誰々に命令されるとかということではなくて、みんなで相談した結果、こういうふうにしましようということがかなうということです。

これも私たちが研究班でまとめたもので、細かくて全部説明できませんけれども。例えば、災害時の医療サージが起きてしまったときにどうするか。普段はこの地域災害医療対策会議メンバー表、このような健康危機管理のメンバーですよ。そしてEMISの入力の訓練をすとか、それから救護所がどこに開設されて担当者が誰なのかという具体的なものを書く。そして様式の確認とか、医薬品の災害時の協定とか、こういうものが全部、具体的なものをいっぱい持っているのがカードがたくさんあってわかりやすいということになります。

これが先ほどと同じ図ですね。医療サージにおけるコマンド。コマンドといっても、一人が命令するのではなくて、つくば保健所の図をもとにしていますが、みんなで相談をするための会議の場のようなこと、これがコマンドとなるというようなイメージでつくってあります。

そのほか、院内感染で保健所がかかわった例から、このような専門家をお願いすることがあります。それから新型インフルエンザの流行のときには、フィラデルフィアの子供病院で聞き取り調査をしてきましたが、非常に見事にICSを使ってトリアージをして乗り切ったということでした。それから、0157、起こりましたよね。富山と横浜と広域で起きたものも、この治療に慣れている先生もいるし慣れていない先生もいる。それから病理の結果の共有とか、そういうものを全部の、富山県が

全部の関係する医師を巻き込んだメーリングリストをつくって、全員に配信したり、フィードバックをかけたということで、非常に効率的に乗り切ったというようなことです。

その他にもお話したいことがあるんですが、ちょっと時間が押してきていますので、今日は割愛したいと思います。

これは、この前、関東甲信越静岡ブロック、（所長とは東京ブロックの会議でお目にかかったんですが。）関東甲信越静岡ブロックの中で、東京都と近隣の県の間で患者さんが発生したときに、どういう連携をとるかというようなシミュレーションがありまして、これも提供していいと言われていまして、シミュレーション訓練をすることもできるのではないかと思います。

また、地域住民の自助・共助を促すことも大変大事です。避難所保健衛生チェックリストモデルというのを中北保健所で作成しましたので、またご参考にご覧いただき、ご活用いただければと思います。

保健所は、そのICSに沿って、一つ一つ今日説明いたしませんけれども、保健所はどんな機能を持っていて、いつ、誰が何をやるかというような表をもう作成してあります。ですので、これをまたご批評いただいて、よりよいものに変えていきたいというふうに考えております。

まとめでございますが、必ず災害や感染症というのは来ますので、業務継続計画をつくりながら、こういう地域で組織的、階層的、統括的な連携の仕組み、インシデント・コマンド・システムを参考にして、ぜひ、お作りいただければと思います。国際標準化も進んでおりますので、地域になじむ仕組みづくりが必要だというふうに考えております。

健康被害の最小化は協働から生まれますので、平時の顔の見える関係、そして信頼できる関係、ネットワークへぜひ私たちも山梨県で作り上げたいと思っております。皆様にもご参考になれば幸いです。

今日のご清聴ありがとうございました。

○芦野課長 古屋所長、貴重なご講演、大変ありがとうございました。

それでは、時間も限られておりますが、ただいまのご講演についてご質問をお受けしたいと思います。いかがでしょうか。ご質問ございませんでしょうか。

○聴講者 お願いします。保健所の職員なんですけれども。保健所で災害に対して、先ほど言いましたこのICSについてなんです。例えば組織づくりというのはよくわかるんですけれども、それから5カ所のこういう組織をつくるというのもよくわかるんですが、平日ならいいんですけども、夜間とか休日とかですね、職員が集まらない場合を考えられます。その場合のこういった組織づくりの何か優先順位、プライオリティみたいなものはあるのでしょうか。

○古屋所長 もし、所長が来なくても、次長が来なくても、何がある保健所がやらな

くちやいけないかという、その優先順位が決まっていれば、来た職員がやるというのがこの考え方だと思います。何かの形で連絡が取れば、これをやるよというのはもちろん連絡は必要だと思いますけれども。誰々がいなくてはできないというようなことではなくて、これは保健所としてやらなくてはならないということの優先順位はつけておくということだと思います。なかなかそこまでいくのは大変なことだと思うんですけど、私たちも今、四苦八苦しておりますが、ぜひよろしく願いいたします。

○聴講者 ありがとうございます。それですと、やはり平時に相当訓練をして、そういうことを練習しておかないと、なかなか書面に書いただけでは無理だという感じがしますけどいかがでしょうか。

○古屋所長 全くそのとおりだと思います。よろしく願いいたします。

○聴講者 ありがとうございます。

○芦野課長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

○早川会長 保健所の早川です。いろいろとありがとうございました。

今日の会議には医師会の方、歯科医師会の方、薬剤師会の方、そして医療機関、消防の方、警察の方、市の方、いろいろな機関の方が参加されております。先生のお話ですと、アメリカでは危機時指揮調整システムというのはもうスタンダードというご説明がございました。ということは、アメリカではこういう関係機関は、ほとんどのところはアクションプランを中心とした、そういう指揮命令システムができているというふうに、復習になりますけど、理解をしてよろしいのでしょうか。

それと同時に、そういう関係機関が何かあったときに一堂に会してどうしようという会議をもつというシステムができているというふうに解釈をしてよろしいでしょうか。

○古屋所長 どの健康危機管理関係部門もICSで動いているというふうに理解をしております。

その共有の仕方は、必ずしも1カ所に集まるということではなくても、いろいろテレビ会議とか電話会議とか、非常にそういった仕組みも発達しておりますよね、アメリカは広大です。ですので、そういう形で共有を図るということだというふうに理解をしています。

○芦野課長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

古屋所長、どうもありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、平成25年度北多摩北部健康危機管理対策協議会及び北多摩北部感染症医療体制確保部会を終了させていただきます。

なお、冒頭に所長のほうからもお話がありましたけれども、本日の会議に関して、ご質問・ご意見等がございましたら、改めて保健所にお問い合わせいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。本日は長時間にわたり、大変にありが

ありがとうございました。

(午後 2 時 4 4 分 閉会)