

東京都一類感染症等対応連絡協議会 議事録

日 時：平成29年3月30日（木曜日）

午後7時00分から8時30分まで

場 所：都庁第一本庁舎42階 特別会議室B

※個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。

平成29年3月30日

東京都一類感染症等対応連絡協議会

午後7時00分開会

○稲見医療体制整備担当課長 定刻となりましたので、ただいまから、平成28年度一類感染症等対応連絡協議会を開会させていただきます。

委員の皆様には、年度末の大変お忙しい中、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

私は、福祉保健局健康安全部医療体制整備担当課長の稲見でございます。議事に入りますまでの間、進行を務め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。

まず始めに、お手元でございます配布資料の確認をさせていただきます。

座席表、本日の次第、委員名簿、そして資料1から5までございます。

資料1は、平成28年度エボラ出血熱対応訓練の実施について、資料2は、一類・二類の感染症の発生状況、資料3は、東京感染症アラート、資料4は感染症健康危機管理情報ネットワークシステムの活用についての資料、資料5は患者受入れ等に関する情報共有事項の資料になります。その後、参考資料1を付けさせていただきます。当協議会の設置要綱でございます。なお、資料4につきましては、取扱注意となりますので御注意下さい。よろしくお願いいたします。

それでは、本日の協議会に先立ちまして委員を御紹介いたします。

お手元の名簿と座席表を御覧下さい。なお、本協議会は、昨年度、一類感染症を対象とした協議会として設置したしましたが、国内でも、MERS（中東呼吸器症候群）等の二類感染症患者発生がより現実的になったことを踏まえまして、今年度からは、二類感染症も協議の対象といたしまして、第二種感染症指定医療機関の先生方にも、委員として御参加していただくことになりました。

また、本日はまだお見えでないのですが、現在、第一種感染症指定医療機関として指定を申請していただいております、自衛隊中央病院からも、オブザーバーとして出席いただいているところでございます。

それでは、名簿に従いまして御紹介をさせていただきます。

国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室長、加藤委員でございます。

東京都立駒込病院感染症科部長、今村委員でございます。

公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院感染症内科医長、中村委員でございます。

東京都立墨東病院感染症科医長、岩渕委員でございます。

東京医科大学八王子医療センター感染症科教授、藤井委員でございます。

公立昭和病院感染症科医長、小田委員でございます。

東京検疫所検疫衛生課長、横塚委員でございます。

西多摩保健所保健対策課長、平野委員でございます。

世田谷保健所感染症対策課長、長嶺委員でございます。

東京都健康安全研究センター所長、大井委員でございます。

東京消防庁救急部救急医務課長緒方委員の代理といたしまして 本日は前田救急管理計画係長にお越しいただいております。

なお、青梅市立総合病院の正木委員、日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院の本郷委員、町立八丈病院の木村委員、病院経営本部の畠山委員からは事前に本日欠席の御連絡を頂いているところです。

続きまして、福祉保健局職員の紹介をさせていただきます。

福祉保健局感染症危機管理担当部長、矢内委員です。

福祉保健局健康安全部健康危機管理推進担当課長、根岸委員でございます。

なお、本協議会におきましては、東京都一類感染症等対応連絡協議会設置要綱第5におきまして、福祉保健局感染症危機管理担当部長を座長に充てることとしております。また副座長につきましても同じく要綱で東京都健康安全研究センター所長を副座長に充てることとしております。よろしくお願い申し上げます。

それでは開会にあたりまして、座長より御挨拶を申し上げます。

○矢内座長 東京都福祉保健局感染症危機管理担当部長の矢内でございます。

本日は委員の皆様におかれましては大変お忙しい中、遅い時間にも関わらず、御出席をいただき、誠にありがとうございます。また、日頃より、東京都の感染症対策に、深い御理解と御協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

この協議会は、西アフリカでのエボラ出血熱の流行に伴いまして、エボラ出血熱等の一類感染症が、国内でも発生する可能性を想定いたしまして、必要な情報共有、対応方法等について協議をいたしますため、昨年度、設置いたしました。幸いにも、西アフリカでの流行は終息いたしましたが、韓国では中東からの帰国者を基点に、MERSの感染拡大がみられる等、国際化の進展により、様々な感染症が東京都内で発生する可能性は依然高い状態にあると考えております。このため、今年度からは先ほど事務局から申し

上げましたとおり、一類感染症だけでなく、様々な感染症発生時の対応についても、平常時から関係機関の皆様と情報共有、緊密な連携体制をとって対応が行われるように、新たに第二種感染症指定医療機関の先生方にも御参加いただくことにしました。

本日は、昨年12月に公社荏原病院、病院経営本部に御協力いただき実施いたしましたエボラ出血熱対応の訓練結果、あるいは、一類、二類感染症発生状況等について事務局より御報告させていただきます。また、各感染症指定医療機関の先生方からは、保健所が患者を搬送する際の連絡先、あるいは病院での搬入口等について、情報提供いただきたいと考えております。委員の皆様におかれましては、それぞれのお立場から忌憚のない御意見を頂きまして今後の感染症対策に役立てて行きたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。それでは続きまして、副座長からも一言御挨拶をいただきます。

○大井副座長 東京都健康安全研究センター所長の大井でございます。

私どもの健康安全研究センターは、疑いの患者さんが発生した場合に、臨機応変に、迅速に、かつ正確な検査を行うことで、感染症指定医療機関の先生方の診療や保健所の拡大防止対策を後方から支援する役割を担っている所でございます。いざという時に、そうした活動が迅速に行えるためには、平素から皆様方との連携を深めておく必要があるということで、この会議が大変重要と考えておりますので、何卒よろしく願い申し上げます。

○稲見医療体制整備担当課長 ありがとうございます。では、ここからは、座長に議事進行をお願いいたします。

○矢内座長 それでは早速、会議次第に従いまして進行させていただきます。まず、議事に入る前に、一類感染症等対応連絡協議会の設置目的等について、事務局より、改めて御説明申し上げます。

○稲見医療体制整備担当課長 それでは、参考資料の1を御覧ください。こちらに東京都一類感染症等対応連絡協議会設置要綱をお示しさせていただいております。本協議会の設置目的でございますけれども、都内における一類感染症、二類感染症、及びこれらと同様に罹患した場合の重篤度が高く、厳重な感染防止対策が必要と認められる感染症の

患者の発生に備えまして、関係機関が連携し、円滑な対応を行うために、必要な情報共有や対応方法等の協議を行うこととしております。

またこの協議会の公開について、併せてお伝えさせていただきます。要綱第8に基づきまして会議は非公開となっておりますけれども、都の設置する附属機関等につきましては原則公開として、それをホームページ等で事前告知することが徹底されております。これを受けまして、本協議会も、今回から、都のホームページで議事録と委員名簿を公開させていただきます。各委員の皆様には、この旨御理解いただきますようお願い申し上げます。

○矢内座長 よろしいでしょうか。それでは、議事を進行いたします。まず、議事に従いまして、(1) 一類感染症を想定した訓練の実施について、事務局よりお願いします。

○稲見医療体制整備担当課長 それでは、私の方から説明させていただきたいと思っておりますけれども、その前に遅れてきた委員の先生を一人、御紹介させていただきたいと思っております。本日、オブザーバーとして参加していただいております、自衛隊中央病院の田村第一内科医官でございます。

○田村オブザーバー 遅くなりまして申し訳ございません。自衛隊中央病院の田村と申します。

当院は、今、東京都の方に第一種感染症指定医療機関の申請をしているところでございまして、今後のためにオブザーバーとして参加させていただくこととなりました。よろしく願いいたします。

○稲見医療体制整備担当課長 どうもありがとうございます。

では、続きまして、もう一方お見えになりましたので、御紹介させていただければと思います。

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院感染症内科医長の足立委員でございます。

○足立委員 遅れましてすみません。足立でございます。よろしく願いします。

○稲見医療体制整備担当課長 それでは資料1の御説明を、私の方からさせていただきますと思います。資料1、平成28年度エボラ出血熱対応訓練の実施についてを御覧ください。昨年度に引き続きまして、今年度もエボラ出血熱の対応訓練を実施いたしました。

まず、1番としていたしまして、訓練の目的でございますけれども、都内でエボラ出血熱疑いのある患者さんが発生した際の初動対応の手順を確認するというところでございます。

2番目といたしまして、訓練の概要でございますが、実施した日は、平成28年12月21日の、本当に年末遅くなってからで、大変申し訳なかったですけど、御協力いただきました。

実動訓練は、午後2時から計画してはいたのですが、それに先立ちまして、午後1時から、情報伝達訓練を実施しております。情報伝達訓練につきましては、本日の資料にはございませんけれども、エボラ出血熱流行国から帰国いたしまして、健康監視の対象であった患者さんが、発熱したとの連絡を大田区保健所が受けたという設定から開始いたしました。非常にざっくり御説明させていただきますと、大田区保健所から都庁の感染症対策課に連絡をし、感染症対策課が受入医療機関、そして患者の移送の調整をさせていただきます、荏原病院に患者の受入れを、そして東京消防庁に患者搬送をお願いし、東京消防庁とそして大田区保健所と都庁感染症対策課で、患者の自宅に伺うまでの情報伝達訓練を実施しました。

その後、2時から実動訓練を実施しております。御参加いただいた機関といたしましては、医療機関といたしまして、荏原病院、そして移送業務につきましては、大田区保健所、東京消防庁、そして、感染症対策課で実施いたしました。また、実施にあたりましては病院経営本部にも御協力いただいております。この場を借りて御礼申し上げます。

実動訓練の具体的な内容でございますけれども、まず患者さんの設定といたしましては、大田区在住の江戸太郎さん30歳の男性医師で、エボラ出血熱流行国の医療センターで医療支援をし、7日前に帰国したという設定でございます。帰国時には発熱がなかったものの、12月21日訓練当日朝方から体調を崩し発熱したと。このため、当該患者が検疫所に連絡しまして、検疫所から連絡を受けた大田区保健所が、電話により患者に聞き取りを行ったところ、エボラ出血熱疑似症の届出要件を満たしていると判断いたしまして、都庁の感染症対策課の方で、荏原病院へ患者の受入れをお願いし、東京消防庁に移送の依頼を行いまして、大田区保健所と感染症対策課と消防庁で、患者を乗せて荏原病院に搬入する、というところから訓練を開始いたしました。

次のページおめくりいただきまして、こちらが実動訓練のシナリオでございます。スケジュール的には、14時に開始いたしまして、5分後に移送車両が病院到着という設定でございます。そして、15分に患者をソフトアイソレーターごと病室に搬送いたしまして、救急隊員はストレッチャーを固定後、前室へ移動して、PPE（个人防护具）脱衣。患者をソフトアイソレーターからベッドに移す。そして保健所職員はアイソレーター外部を清拭後、廃棄いたしまして、ストレッチャーを前室へ移動し、消防庁職員に渡す。そして、14時20分に、保健所職員が病室内で病院職員に申し送りを行います。申し送りを行った後に、前室に移動し脱衣し、廊下に出る、という流れになります。この後電子カルテの入力であるとか、医師による採血、また嘔吐物の処理、そしてエックス線撮影等行いまして訓練を終了しました。

次のスライドから、当日の写真になります。だいたい流れにそって写真を載せてございますので、簡単に説明させていただきます。

まず、最初の写真でございますけれども、こちらは感染症対策課の職員がPPEを着た写真でございます。移送業務従事者用のPPEとなります。次に、ソフトアイソレーターの写真でございます。以前は、ハードタイプのアイソレーターを使用しておりましたけれども重くて非常に使いにくいということでありまして、現在は、このソフト型のアイソレーターを使用するというようになっております。

次をおめくりいただきまして、移送車両でございます。この車両は、協定に基づきまして都福祉保健局が東京消防庁に運行委託しているものでございます。平常時は救急車として使っていただいておりますけれども、一類感染症が発生した際には移送車両として運行していただいているものでございます。

次に、写真が小さくなってしまっ申し訳ないのですが、1番の写真、2番の写真が移送車両が病院に到着し、ストレッチャーで搬送するところでございます。3番の写真が外側から見にくいのですが、アイソレーターを清拭によって消毒しているところございます。4番はPPEを脱衣しているところでございます。

次のスライドを見ていただきますと、ポータブルレントゲンを病室内に持ち込んでレントゲン撮影をしているところでございます。次に患者が嘔吐したことを想定いたしまして、嘔吐物に見立てたものを床に広げまして、掃除をするという訓練も行っています。

次のページへ行っていただきまして、最後が訓練の振り返りでございます。今日は参加された医療機関の先生、また消防庁の方もいらしていただいておりますので、この後、御説明があると思いますが、主な意見をこちらに載せさせていただきます。一番最後が、清潔区域と汚染区域を分かりやすくするための工夫といたしまして、世田谷保健所

の方から情報提供いただきました、アメリカの病院の写真を載せていただきました。私の方からは以上でございます。

○矢内座長 荏原病院で実施していただいた、訓練の説明でした。この訓練につきまして、は荏原病院の御協力のもと大変有意義なものとすることができました。ありがとうございました。また、東京消防庁の救急部におかれましても、移送車両や移送業務に従事される職員に訓練に御参加いただき、大変ありがとうございました。実際に訓練を実施いたしました荏原病院の中村先生から、御発言をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○中村委員 荏原病院の中村です。今回訓練参加させていただきまして、ありがとうございました。訓練の一番のポイントは、恐らく、移送車両が東京消防庁のものを使ったということが、一番のポイントであったかと思うのですが、私自身は、4月に荏原病院に着任したばかりですし、病棟スタッフもかなり人の入れ替わりがありましたので、基本的な受入れですとか、PPEの着脱に始まって、動き方を確認するという意味でも、大変有意義な訓練だったと思います。

今回は患者さんを搬送するにあたって消防庁の方にストレッチャーを操作していただいて、それに保健所の職員が、病室まで来て患者さんを搬送するという手順で行ったのですが、患者さんを、アイソレーターからベッドに移した後に、消防庁の方に外に出ていただいて、PPEを脱いでいただく、保健所の方が情報交換を私といたしまして、保健所の方が外に出ていただくということで、実際に患者さんの問診ですとか、診療するまでに非常に時間がかかりまして、このあたりが、まず改善するポイントかなと思っています。

それと資料1の最後のスライドで、清潔区域と汚染区域の例ということでお示しいただいていまして、その区域は区切っていたのですが、PPEを着脱するところで、そのあたりが曖昧になってしまって汚染の恐れがあるということで、院内の方でもマニュアルですとか、どうやってエリアを確保するかということが問題になっていて、今マニュアルの改訂の方に取り掛かっているところです。

あとは、今回は私、来たばかりなので、大田区や東京都の方の顔を見て訓練することができましたので、今後のマニュアル改訂ですとか、実際の受入れがあった場合にも役立てていきたいと思っています。以上です。

○矢内座長 中村先生ありがとうございました。続いて東京消防庁から御発言お願いできますか。

○前田東京消防庁救急部救急管理計画係長 東京消防庁の前田です。今回、訓練ということで参加させていただきましたけれども、福祉保健局様との協定も結構長い期間ありまして、このような訓練、何回か過去にもやっておりますけれども、今回東京消防庁が借りている移送車両が全部で5台ありまして、渋谷と牛込、新宿、中野、立川になるのですけれども、荏原病院さんからだいぶ遠い、立川の移送車両を使って隊員と共に参加させていただいたところです。なお、立川を呼んだのは、やはり、まんべんなく訓練をするという意味合いを持ちまして、遠いのですけれども、参加させていただきました。

当庁としても行動マニュアルがある中で、病院内の構造の違いとかがあったりして、その通りにいかないところも、実はあるのですけれども、行動手順の確認ですとか、PPEの着脱ですとか、やはり東京消防庁の中で人が入れ替わり、隊員も入れ替わりますので、そういった部分で、非常に訓練の成果は大いにあったかなと感じております。

それから一昨年導入された新しいPPEなのですけれども、従来のものと比べて非常にバリア性能が高いというところで、また裏表の色が違ったりですとか、安心感が高くなったのかなというところがあるのですけれども、その一方で、素材が硬くて結構着脱がしづらいつらいつらといった部分ですとか、熱がこもりやすくなって、汗だくになってしまったという隊員の感想もありまして、そういった実態がわかったのかなというところがあります。救急隊の移送の作業の中で狭い場所で、作業しますので、安全を取って二層にしております。それもあって、当日結構気温も高く、最高気温が17度位あったということで、非常に汗をかいたというところがありました。新しい素材の強度も踏まえて、例えば、二層をやめて一層で対応することも必要なのかなというところがありますので、今後、内部でも検討して、考えていきたいと思っております。引き続き、今後、このような機会に参加して、訓練の習熟を図っていききたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。以上です。

○矢内座長 ありがとうございます。訓練の実施について何か御意見や御質問があれば、お願いいたします。お願いします、足立先生。

○足立委員 西アフリカでのエボラ出血熱患者の搬送に、私何度か立ち会っているのですが、現地ではここまで嚴重ではなくて、もっと簡素化できるところが、恐らく多分にあ

るのだと思います。ただ、決まりで決まっていることは、すぐには変えられないという手続き面はあるのでしょうか。搬送される方の動きやすさと、あるいは患者さんにとっての心理的な圧迫感がないように、まだ改良の余地はあるとは思っていますので、機会があれば、その辺も働きかけていただいとと思っています。以上です。

○矢内座長 足立先生ありがとうございました。実際には現地ではどのような PPE なのでしょう。

○足立委員 PPE も二重ではなく、一重ではありますし、あと患者はアイソレーターでは搬送しないですね。というのは、急性期の患者は高率に嘔吐下痢しますので、吐き気のある患者をこういった狭い空間に押し込めるというのは、患者側にとっても非常に大きな圧迫感でありまして、ですので患者は搬送車の中、椅子に腰掛けて、そのまま搬送される。あと患者の側には搬送の係の人が立ち合わずに、運転席がありまして、救急車の後ろがありまして、その間は仕りで仕切られて、飛沫が仮に発生しても、運転席側には行かないようになってはいますが、仕切りの後ろ側は非常にシンプルな構造で、腰掛け椅子位しかなくて、そこに座って到着したら病院の中に歩いて行って、中は清掃しやすい椅子と床くらいしかないですから、搬送された後には消毒すれば、それでひと手順が終わり、もっと簡素化されたやり方でした。

○矢内座長 貴重なお話ありがとうございました。その他いかがでしょうか。加藤先生お願いします。

○加藤委員 国際の加藤です。今の移送の事に関連することなのですが、この訓練の様子で移送車両の写真があります。運転席にいる方の、写真なのではっきりしないところがあるのですが、PPE がほぼ同じ様な格好をしているのかなという気がしました。実際はどうなのか分からないのですが、さっき出てきたように、たぶん運転席については、患者さんからの感染のリスクが低いと思われしますので、かえってこういう格好だと運転がちゃんと安全にできるのか、そちらのリスクと比べる必要があるのかなと思います。運転席の人も患者さんの側で見守るスタッフと PPE が同じなのかどうかというのを確認させてください。

○矢内座長 前田係長、よろしいでしょうか。

○前田東京消防庁救急部救急管理計画係長 御指摘のとおりですね、実は私も以前、この移送車両を運転したことがあるのですが、フルにすると視界の面で問題というのがあるのです。写真で見ると全く同じように見えますけども、実際ちょっと簡素化していきまして、一重にするなりして、運転するという部分で、安全が保たれるようにはしております。あとはその前の席と後ろの患者室の間は、扉で塞げるようになっていますので、その辺である程度区切りができていますという対応をしています。

○矢内座長 ありがとうございます。加藤先生よろしいでしょうか。今後、運転手さんも防護体制、PPEについて、何か東京消防庁の方では御検討される御予定があるでしょうか。

○前田東京消防庁救急部救急管理計画係長 以前に比べ、そういった部分で安全を図っていますので、いまのところはそれで対応できているのかなと考えております。

○矢内座長 ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。どうぞ平野委員。

○平野委員 別にここで言うことではないのかもしれませんが、パワードというか送気の付いているものがあるとしたら、これを使われた経験がある方、これだと熱さであるとかそういうことが、かなり軽減されるのでしょうか。

○矢内座長 送気のある PPE の着用ですか。いかがでしょうか、加藤先生。

○加藤委員 中で患者さんの側にいるスタッフということでしょうか。それも一つの方法ではないかなと思うのです。やはり視界の曇りなどはなくなりますので、使いやすいと思いますけれども、ただ、一方で、アイソレーターで患者さんを搬送していますので、側にいるスタッフはわりと簡素な PPE でもいいという考えもあります。PPE はあくまでバックアップといいますか、そういう考え方にもなるのではないかなと思うのです。患者さんはアイソレーターで搬送し、更に見守るスタッフも重装備であるというのと、さっきの足立先生の話ともつながりますけれども、どちらを優先するか、患者さんの快適さを優先するのであれば、アイソレーターみたいなものは場合によっては必要なし、ただスタッフの方は今の様ですね、視界も良好に保たれるような高度な PPE を使うとい

うやり方もあるでしょう。車内を汚染させないという意味では、もちろん患者さんをアイソレーターで搬送するという方法がいいわけですが、そこら辺も患者さんの状態次第だと思います。エボラ出血熱の場合、発熱した当日あたりですと、それほど消化器症状も強くないと言われていいますので、汚染のリスクは小さいです。そのような患者さんの状況に合わせて搬送方法の選択ができればいいでしょう。けれども、なかなかそうすると、とっさの判断が難しい場合もあるでしょう。ある程度ルーチン化しなくてはいけない面はあると思うのですが、患者さんはアイソレーターで搬送し、なおかつスタッフのPPEを重装備にするのかというのは、ちょっと再検討が必要と感じています。これは全国的に行われていることだとは思いますが、もう少し患者さんの状態なども評価して対応するというのを、誰が判断するのかという問題はある訳ですが、そういうことまでできると、患者さんはより快適に、スタッフも安全にということにつながっていくのかなと思います。

○矢内座長 加藤先生、ありがとうございました。このエボラ関係の訓練、今年度は荏原病院でお願いをして、その前は墨東病院でお願いをして、いずれも12月の非常に寒い時期、今年は暑かったですけれども、墨東病院の訓練の時はすごく寒かったですけれども、それでもやはり着ている方は汗だくになっていた状況ですので、東京消防庁の方からも御指摘いただいた暑さ対策、あるいは、そういった曇り防止というのは、防護機能との関連で、よく検討していかなくてはいいかなと思います。どうもありがとうございました。その他いかがでしょうか。中村先生。

○中村委員 また、アイソレーターで患者さんを搬送するか、しないかの話に戻ってしまうのですが、保健所との最後の振り返りでやっぱり問題になったのは、患者さんを搬送したアイソレーターを保健所の職員の方に拭いていただいて、外に出すという手順にしたんですけれども、どこまで拭けばいいのか、中を拭く必要があるのかと議題になりまして、私はその時、個人的には患者さんが嘔吐しているわけでもないですし、汗からそんなにウイルスが、たぶん出るわけではないので、外側を拭けばいいじゃないかと思ったのですが、逆に搬送者が簡単なPPEにして患者さんの中に入れちゃうと、加藤先生がおっしゃっていた通り、あるいは、足立先生がおっしゃったとおり、患者さんが吐いちゃった場合にそのアイソレーターをどう処理するのかという問題が出てきますし、こちらが厳重なPPEを着て、患者さんは普通に座っていただいて嘔吐し

た場合、またどうするかという手順が出てくると思うのですが、やはり、状況に応じた防護の仕方というのを導入していく必要があるんじゃないかなと思います。

○矢内座長 ありがとうございます。藤井先生。

○藤井委員 アイソレーターは使った後、捨てるんですか。

○中村委員 換気をする機械を取って、あとは捨てます。

○藤井委員 質問したかったのは、今回、これはエボラですけれども、MERSとか鳥インフルエンザでも、移送とかアイソレーターの使用は、ほぼ一緒と考えていいのでしょうか。

○矢内座長 事務局の方からいいですか。

○稲見医療体制整備担当課長 新型インフルエンザの場合は、PPEの種類がちょっと違うのですが、ほぼ同じ様な形で移送を考えています。

○藤井委員 アイソレーターを使って。

○稲見医療体制整備担当課長 はい。

○矢内座長 新型インフルエンザの訓練、今年度、駒込病院で実施された訓練を見学させていただきましたけれども、それほど重症感がない場合には車椅子のアイソレーターを使ったりとか、そういう場合もあります。昨年度でしたか、車椅子型のアイソレーターを使って、新型インフルエンザの場合は民間救急の移送車を使って実施しています。

(3名の発言がありましたが、個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、非公開としています。)

○矢内座長 その他いかがでしょうか。よろしいですか。それでは進行いたします。失礼いたしました。横塚課長お願いいたします。

○横塚委員 下痢の想定が訓練想定から読めるのですけれども、ダイパー（シートタイプでアイソレーター内に吸収材として使用できるもの）は使われたのでしょうか。

○中村委員 使っていないです。

○横塚委員 そうすると、嘔吐は無い状態だったとしても、やっぱり下痢便の中のウイルスが気になるので、つまり液体の漏れが気になります。ご使用のアイソレーターなのですが、ファスナー部からの液体の漏れが無いタイプのもので、よろしいのでしょうか、実は、うちで使っていたソフトアイソレーターが、ファスナー部から液体の漏れがある旨、国立国際医療研究センターからの御指摘があつて、アイソポッドというファスナーから漏れが無いタイプに換えようとしているところなのですね。ちょっと、ファスナー部からの液体の漏れが気になりました。

○矢内座長 事務局の方からいいですか。

○稲見医療体制整備担当課長 このアイソレーターですけれども、普通のファスナーを使っておりますので、同じ様な懸念は考えられるという状況です。

○矢内座長 検疫所で御購入された新しいアイソレーターは、やわらかいタイプで、ファスナー部分が耐水性ということなのでしょうか。

○横塚委員 そうですね。ファスナーの部分が防水タイプになっており、アイソポッドというものなのです。まだ、注文している段階なのですが。

○矢内座長 その他いかがでしょうか。はい、長嶺委員。

○長嶺委員 ちょうどファスナーの話が出てきたので、昨年度ですね、国立成育医療研究センターさんと訓練させていただいていますけれども、先程もトランスバッグに入れるかということですが、お子さんは無理かなという感想を持ちましたので、使う使わないという議論も、やはり進めていかないといけないかと思えます。そこで、小児の患者さん役になってくださった先生が、ちょっと面白い方で、わざとファスナーを開け

始めて、子供だったらこういうことするよねって、ビーって、開けて閉じたりってこと
もありまして、お子さんについてのバッグの使用というのはファスナーの部分も含めて、
かなり厳しいものがあるのじゃないかなって思いました。以上です。

○矢内座長 ありがとうございます。感染防御体制については、様々御意見をいただき、
本当にありがとうございました。今後の検討の材料とさせていただきます。それでは、
進行してよろしいでしょうか。次に一類、二類感染症の発生状況について、事務局から
お願いします。

○村上疫学情報担当課長 それでは、一類、二類感染症の発生状況ということで、お伝え
いたします。皆様方、御存知のこともあるかと思いますが、近年のまとめということで、
御一読いただければと思います。1ページ目をめくっていただきまして、報告する疾患
につきまして、一類、二類リストがありますけれども、赤字の部分になります。

まず、1番、エボラ出血熱ですけれども、ただ今、議論あったとおりですけれども、
この会議のきっかけとも伺いましたけれども、2014年から2015年にかけての動
きを示しております。ギニアとシエラレオネの国境付近から始まりまして、リベリアに
拡大し、またギニアとシエラレオネの方に動いていくと。青の色が累積の患者数で、赤
の部分が新規の発生動向を示しておりますけれども、左下のスライドを見ていただきま
して、終息に関しましては、シリアが3月17日、ギニアが6月1日、リベリアが6月
9日ということで、去年それぞれ3か国、今回のアウトブレイクに関しては終息してお
ります。また、PHEICについても3月29日に解除となっております。3か国の集計
で3年間で合計28,616例、うち死亡者が11,310例ということになっており
ます。

続いて、クリミア・コンゴ出血熱ですけれども、こちらは **International Travel and Health** の WHO のマップですけれども、北緯50度がイボマダニの北限ということで、
それ以下の地域でイボマダニの分布とともに、疾患があるということなのですが、今回
2016年8月にスペインの国内感染、それまでは、マダニはいるだろうけれども、疾
患としての確認はあまりされていなかった地域で、国内のマダニからの感染、そして更
にそれを介護した保健医療従事者への感染ということがございましたので、その報告が
取り上げられておりました。それに伴って、厚労省からの注意喚起も出ております。

2ページを御覧ください。ペストですけれども、「ヒト感染ペスト2010年～
2015年」ということで、これも WHO のまとめですけれども、計3,248例、う

ち584例が死亡です。中でもマダガスカルの報告例が減ってきてはおりますけれども、例年200以上は報告されているのが御覧になられるかと思えます。その中でWHOのDisease Outbreak Newsの方で、右のスライドですけれども、今年の1月に報告があったのが、アウトブレイクはずっとあるんだけれども、1950年代より発生報告がなかった地域、地図で言いますと右下の部分ですね、そこからも報告がありましたよということで、取り上げられておりました。

続いて7番のラッサ熱ですけれども、こちらはCDCのマップですけれども、CDCの分類では、青色が、ラッサ熱が風土病もしくは大規模なアウトブレイクがあった国、緑色が少数症例や定期的なウイルス分離がある国ということです。その中で、青い国、WHOのDONsからまとめてきておりますが、ナイジェリアの方では、2015年8月から2016年5月にかけて、23州から273例、致命率が53.9%ということで報告があがっています。また、同じ青い国、リベリアの方からは、2016年5月、更に輸出例としてスウェーデンの方にも報告があがっています。めくっていただきまして、緑の地域なので、散発の地域だったのですが、ベナンやトーゴでも、規模は小さくはありますが、アウトブレイクを認めて、トーゴからはドイツに輸出された例等も報告されております。そして、二か国以上に渡った例ということで、これは先ほどのCDCの地図を見てもいただいたら分かると思いますが、国が接しておりますので、国境を越えて人々が移動するということで、国を越えて接触者のフォローが行われた例がございましたので、後でお読みになってください。

続いて8番ポリオになります。ポリオ野生株の確定診断数ということで、こちらはポリオのERADICATION INITIATIVEから取ってきておりますけれども、2016年はパキスタンが19例、減ってきてはいますけど、まだ19例、アフガニスタンが12例、ナイジェリアが4例、ナイジェリアは2015年は報告数がなかったのですけれども、残念ながらまた報告数が上がった状況です。そして、WHOのDONsの方では、2016年の19例はこれまでreservoirとされてなかった地域からの報告で、注意が必要です。

9番結核です。新規患者2015年に1,040万人、60%は6か国、中国、インド等から報告されています。結核による死亡は180万人です。左下の緑色ベースの罹患率のマップですけれども、中国、インドは人口が多いので、罹患率としては低めになるのですが、どうしてもHIVとの重複感染が多い南部アフリカの方に、色が濃く出ているのが分かるかと思えます。そして、4ページの最初の方で、全体の罹患率を下げようという動きが世界の方でありまして、2015年比で2020年までにまず20%減

ということで、日本の方もそれに従って今後目標を上げていくという段階になっています。

10番、ジフテリアですけれども、ジフテリアこれは、1980年からの推移になっていますが、青が三種混合のカバレッジ、赤がオフィシャルカバレッジより厳しめに見たものですが、いずれにしろカバレッジが上がるにしたがって、報告数が下がっているのが分かるかと思います。2015年は世界で4,530例の報告、接種率は86%です。

12番、MERSに移ります。MERSの方は、ちょこちょこ報告が上がっておりますけれども、2012年以降の全体の流れとしまして、こちらのグラフでは、濃い青がサウジアラビア、赤が韓国のアウトブレイク、水色がその他の国で、ほとんどがサウジアラビア、または韓国の例になっております。2016年の中ばに少し高い山があるのは、リヤド市内の病院でアウトブレイクがあった時のものと合致しております。2012年9月以降に1,917例確定しております。ちょっと余談にはなりますが、サウジアラビアとして何もしていないわけではなくて、MERSのホットラインを設置したり、新聞記事の掲示等をされていますけれども、なかなか抑えるというわけにはいかない状況だと思います。そして、右の部分がこれも参考なのですが、サウジアラビアの保健省のサイトにいっていただきますと、MERS日報というのが出ておまして、やや興味深いのが右下の円グラフになります。字が小さいのですが、probable source of infection、感染源の分類ということで、青と緑とからし色の合計が、人から人への感染が考えられるものです。これを足しますと51%となるのですけれども、その他はラクダからのprimaryであると、小規模でありながらも、累計するとこれぐらいになっているという状況になっています。

めくっていただいて5ページ目、13番、ヒト感染のA(H5N1)になります。こちらは2003年以降、16か国から858確定例が報告されております。2014年以降、オリーブ色が増えているのが分かるかと思いますが、こちらはエジプトになります。最近の報告も2017年2月にエジプトから報告になっています。H5の話が出ましたので、こちら参考までなのですが、H5N6の方で日本国内における高病原性鳥インフルエンザの検出状況が話題になっていました。グラフの方は環境省の資料から拾ったものですが、3月13日と少し古いのですが、その現在で鳥の検体の方で、217例陽性が出ております。また、家禽の方では12か所の養鶏場等で起こっておりまして、最近では千葉や宮城で3月24日に起こったのが、記憶に新しいところです。ただ、ヒ

ト感染例は全て中国からの例ですが、これまでに16確定例に留まっておりまして、WHOとしましては、ヒトヒトのリスクは依然低いと見ております。

14番としまして、A(H7N9)のヒト感染例ですけれども、御存知のように、今年の冬のシーズンに報告例が多いということで、そのグラフで分かるかと思えます。ただ、青いのがケースで赤が死亡なのですけれども、全体としての致命率としては、特に上がっているということではなく、むしろ報告数が上がっていて、死亡数が以前より低く計算されるのではないかと思います。右下がEURO CDCの地図ですけれども、主に増えているところは、一番濃い、茶色ですけれども、江蘇省、浙江省というあたりで、今、増えております。そのデータの数は次のページ、6ページを見ていただきまして、こちら香港の保健省からのまとめですけれども、少し古いデータですけれども、10週の段階で、1週間に24例報告されていて、10月以降の今回のアウトブレイクでは、500例を超していると、ただ、2013年からの累積では、すでに1,200例を超していると、そういう状況になります。気になるヒトヒト感染ですけれども、WHOのDONsの方では、これまでに4つのクラスターが報告されていまして、それぞれ家禽市場に出入りがあって、重症であった方の娘さん、家族の方やケアをされた方で、小さな範囲ではありますが、クラスターが報告されています。以上になります。

○矢内座長 続いて、アラートとK-netの説明です。

○杉下感染症対策課長 そうしましたら、資料3の方を御覧ください。私の方からは東京感染症アラートについて御説明いたします。資料3の1枚目の下ですね、こちら東京感染症アラートですけれども、MERSや鳥インフルエンザ等、こうした疾患を、疑い例の段階で医療機関から保健所に報告していただいて、早期に病原体検査を実施しまして、患者の発生を迅速、的確に把握する仕組みとなっております。こちらの方は、夜間や休日においても、東京都保健医療情報センター、通称ひまわりに連絡していただくことで、24時間365日対応可能となっております。対象疾患は、そのこの囲みにあります、MERSと鳥インフルエンザのH5N1、H7N9、あとはSARSと、4疾患となっておりますが、鳥インフルエンザに関しては、これ以外の方が疑われる場合においても対象となりますので、保健所の方に御相談いただければと思います。

そうしましたら、裏側ですね、こちらの今御説明した、東京感染症アラートの検査の流れについて、御説明いたします。医療機関の方から、まずは第一報及び連絡票の方を保健所の方に送付いただきます。その連絡票というのは、見開いた次のページの下側に

なりますけれども、こういった連絡票というものがありますので、こちら記入していただいて、症例定義のところをチェックしていただいて、送っていただくと。保健所の方では、これが症例定義に合致しているか等含めて、我々の感染症対策課と協議をして、検査をする必要になったということになりますと、疫学調査と併せて検体の受け取りを医療機関の方に行って、検体を健康安全研究センターの方に搬入をいたします。検査結果の方は、健康安全研究センターから都庁を通じて保健所、そして保健所から医療機関へお戻しするという流れになっておりますので、医療機関においては、保健所が窓口になるということで御承知おきいただければと思います。具体的な症例定義と連絡票について、3ページ以降記載していただいておりますが、申し訳ありません、鳥インフルエンザの症例定義、5枚目のスライドと7枚目のスライドについては、誤りがありまして、正しくないもので、これら訂正したものを後日資料3はお送りいたしますので、こちらは今の段階では間違っているということをお願いいたします。時間もないので、一番最後ですね、最後に6ページ目になりますけれども、アラートの対象疾患、症例定義は変更する場合がありますので、最新の情報に御注意いただきたいということで、私からは以上になります。

○矢内座長 K-net についても併せてお願いできますか。

○杉下感染症対策課長 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

引き続き、資料4、感染症健康危機管理情報ネットワークシステム、K-net の活用についてということで御説明をいたします。1枚めくっていただいて、2ページ目、その下のK-netのイメージというものを御覧ください。K-netというのは、感染症健康危機管理情報ネットワークシステムの略称になりまして、都内の保健所、あとは感染症指定医療機関を中心とした感染症対策に携わる関係機関の方の情報収集や情報共有を目的としたネットワークシステムになっておりまして、参加者においては、この他都庁の感染症対策課と健康安全研究センターということになります。

○矢内座長 一類、二類の発生状況と東京感染症アラートとK-netについての御説明でした。御質問や御意見があれば、お願いします。どうぞ、お願いします。

○小田委員 (個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

非常にわかりやすい説明ありがとうございます。公立昭和病院の感染症科の小田と申します。私どものところは、第二種感染症指定医療機関ですので、この機会初めてなのですけれども、一つ気になっているのは、結核以外の一・二類の感染症の患者さんというのは、現実的には、ほとんど今、日本でいない状況ですよね。現実的に差し迫っているだろうと思われるのが、MERS と鳥インフルエンザだと思うのですが、診療を集約していくような感じで、国とか東京都は今現状考えているのか、それとも各医療圏で完結した医療を二類感染症の場合には行うのかという、そこらへんだけ知りたかったのですね。例えば私どもの北多摩北部の圏域で出た場合には、二類感染症に関してはその圏域内で完全に対応するのか、それとも一例目、二例目、国内では今ゼロですので、国内で数例ぐらいまでは、その診療の知見とかを集積するために、日本中の患者さんを一か所に集めるとかですね、治療の方も国内では少なくとも診療経験がないわけですので、そういうような感じで集約化していく診療を当初はするのかですね、そこら辺を知りたかったのですけれども。

○矢内座長 事務局の方からお願いします。

○杉下感染症対策課長 ありがとうございます。やはり、ケースバイケースになるかと思うのですけれども、当初、数例、一例とかいう場合においてもですね、やはり患者さんの接触歴だったりとか、滞在歴だったりとか、あるいは、症状の軽症だったりとか、重篤性だったりだとか、そういったところで、ある程度地域で対応できるような症例であれば、そこは地域でやっていただければと思いますし、あるいは重症な肺炎でかなり疑われるということであれば、やはり国立国際医療研究センターなり、そういうところでということと考えております。

○小田委員 現時点で国から一例目は日本のどこでも発生するか、わからないわけですが、現状ではケースバイケースの対応というのが、現時点の国の考え方でもあるということなのでしょうか。

○杉下感染症対策課長 MERS ですとかなり幅がありますので、また少しエボラとは考え方が異なるかなと思います。

○矢内座長 その他いかがでしょうか。今村先生。

○今村委員 アラートによって、疑いの時点で行政検体として扱って、患者の検体を送ることはできます。今はアラートかけることによって、疑いの段階で運べるということになったという利点はあるのですが、疑似症に指定されていないことで、本人は強制力がない入院になり、入院費用も本人負担になってしまいます。MERS 疑いの状態であっても、行政の検体として扱い、現場の最前線は疑似症と同じ診療を行うことになります。そうすると本人にとっては、疑いだとか、疑似症になっているとか、そういうのが全然わからない状況で、費用がかかったり、かからなかったりもしますし、費用負担の問題や入院拒否などで問題が生じるケースも想定されます。本当はアラートというの自体が疑似症になっていて、そして陰性とかリスクが低ければ、その時点で疑似症を解除するというのが正しい流れなのかなと思うのですけれども、他のところはアラートかけていないと思うのですけれども、かけていない状況だと行政検体をどうしているのですかね。それってわかりますか。

○杉下感染症対策課長 MERS に関しては、かなり今複雑な対応をしているというような状況になっていまして、まず報告事例に合致するというものは事前に国に全て報告せよということで、国がある程度、疑似症かどうかというのを判断するというような、そういうような状況にありつつも、並行してこういうアラートというシステムも存在しているので、なかなかケースバイケースで同時並行で走っているような状況があって、ちょっと整理がついていない状況がございます。

○今村委員 中東を中心に流行している MERS においては、現地から渡航してくる外国人の疑い例の発生が予想されます。外国人に対して、法律的に強制力のない中で、疑い例として扱うことになると、本人が帰りたい、もう嫌だから隔離室を出たいと主張すれば抑えることはできません。実際に、陰圧室で PPE を着用して対応している状況で、そのようなことが起こる可能性があるのです。国側にも、そういうことは、伝えた方がいいかなとは思いますが。

○杉下感染症対策課長 国にはそこら辺の事情も説明しながら、要請をしていきたいと思っています。

○矢内座長 今村先生、ありがとうございます。足立先生。

○足立委員 一類、二類の感染症の発生状況、村上先生、非常に綿密に調べ上げておられて、非常に勉強になります。ありがとうございます。

私の質問はやはりアラートについてでありまして、アラートの6ページ、一番最後のところ、MERSの疑い患者の連絡票、これが症例定義ということになって、これからいろんなことが立ち上がってくるわけなんですけれども、やはり韓国の事例から教訓を学ばないといけないと思うのですよね。同じシナリオが日本で起こったとして、発端者が国内にいて、そこから二次感染者、三次感染者が発生して、そこで初めて国内でMERSが発生しているらしいとわかった時に、この症例定義のうち、渡航歴プラス症状というアトイは機能しませんから、ウでいくしかないわけですね。ウで患者をスクリーニングで拾い上げようとする、MERS疑い患者がどこの医療機関で発生しているのか、これはほとんどイコール、どこの医療機関で封じ込めに失敗したのかという情報と同じなわけですけど、それをリアルタイムで公にしていだかないと、この症例定義は機能しないと思うのですよね。ですので、これは立場上行政の方で情報を出していただくしかないかなと思いますので、患者を診断する立場としては、この情報の共有を是非お願いしたいと考えています。

○矢内座長 貴重な御意見をありがとうございました。他にいかがでしょうか。加藤先生お願いします。

○加藤委員 (個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

私からも感染症アラートのことで、これも私の記憶だと、たぶんSARSの後に東京都が作り上げた、非常に進んだシステムだと当時から思っております。中東から帰ってきて、肺炎をしっかりとレントゲンで認めるような患者さんの場合に、何が病原体なのかと、臨床側ではとても知りたいと思います。二類感染症のMERSは否定されるのか、とりあえず一回目は陰性であっても、じゃあなんなのかということになります。例えばマイコプラズマみたいなですね、比較的頻度が高い病原体まで、同時に検査していただけると、とても助かると思います。MERSコロナウイルスが陰性でマイコプラズマ陽性だと、ああ、この患者さんの疾患はマイコプラズマ肺炎でMERSではないのだということがより正確に言えます。これは本当に希望ですが、ただ肺炎の病原体を決めるのは、臨床的にはとても難しく、実験室診断に頼らざるをえない面もあるということをお伝えしておきたかったということです。

○矢内座長 ありがとうございます。御意見として承りました。その他いかがでしょうか。

(1名の発言がありましたが、個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、非公開としています。)

○矢内座長 ありがとうございます。アラートに関して、様々御意見をいただきまして、ありがとうございます。それぞれ貴重な御意見だと思いますので、十分所管でも考えさせていただきます。では、よろしいでしょうか。

それでは、最後の議題になります。その他でございますが、感染症の患者さんが発生した場合の対応について、それぞれの医療機関の状況についての情報共有を行いたいと考えております。協議会の開催に先立ちまして、各感染症指定医療機関から、感染症の患者さんが発生した場合の連絡先と患者を受け入れるときの図面について、情報提供をいただきました。ありがとうございます。また、各感染症指定医療機関における訓練の実施状況についても情報提供をいただきました。本当にありがとうございます。いただいた状況を資料5にまとめました。各感染症指定医療機関の先生方から簡単な御説明、あるいは追加での御発言があればと思います。資料5に従いまして、まず国立国際医療研究センターの加藤先生から簡単にお問い合わせできますか。

○加藤先生 入口の説明と訓練の説明ですか。

○矢内座長 書いてございますので、追加で御発言があれば結構でございます。

○加藤委員 (個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

あと訓練については、21ページのところで、当センターは年に2回ですね、定期訓練というのを実施しています。これに加えて検疫所と実動訓練を行う場合など、これにプラスアルファで行うことが多いです。今年度は7月と2月に行って、新型インフルエンザの訓練、新宿区との訓練でしたけれども、これは12月に行っております。内容としては、電動ファン付の呼吸保護具、先ほど搬送のところで出てきたPPEですね、これはいつもルーチンで使うものではないので、これについて看護職員に慣れてもらうということが一つ大きなテーマでした。あとは、病室内と外のナースステーションとのコミュニケーションのやり方ですね、こういったものを中心に行いました。

○矢内座長 加藤先生、ありがとうございました。非常に広い敷地の中なので、こうやって地図で示していただくと、私どもも分かりやすいなと思います。また、たくさん患者さんを受け入れていただきまして、ありがとうございます。続きまして、駒込病院の今村先生、お願いできますか。

○今村委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

一類の大きな訓練は、年に一回開催しており、本年度は10月19日に行う予定となっています。この訓練は病院主導で行っており、開催時は東京都へ案内を出し、感染対策担当者や保健所などからの見学も受け入れています。また年末か年明けに1回、都と連携して新型インフルエンザ訓練を行っており、この訓練においても一類対応も想定して、保健所だけでなく、民間救急や警察にも参加していただけるようになっています。

○矢内座長 今村先生、ありがとうございます。引き続きどうぞよろしく願いいたします。続いて、公社荏原病院の中村先生、お願いします。

○中村委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

訓練の振り返り等が出された意見、羅列してあって見にくくって、もう少し整理したものを入れ替えるように事務の者には言っていたのですが、そのまま出てきていて、患者受入準備からの搬入ですとか、検体受け渡しですとか、吐物処理ですとか、シーンごとの課題を一応あげていて、それに関して、マニュアルの改訂を行っているところです。来年度も、恐らく訓練、日にちはちゃんと決まってないのですが、対外的な外との連携の訓練も行っていきたいと思いますし、院内でも PPE の着脱等について訓練を行っていきたいと思います。以上です。

○矢内座長 ありがとうございます。来年度も引き続きよろしく願いいたします。では、墨東病院の岩淵先生、お願いします。

○岩淵委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

訓練ですが、墨田保健所と合同で一度訓練を行いまして、それが対外的には1回行った訓練で、その他院内で、患者受入訓練、PPE 着用から、検体採取、吐物処理等、エッ

クス線の撮影、一回は先ほど話題に出た PAPER を着けた訓練と、何回か設定を変えながら、院内での受入訓練を今年度は 6 回行っております。墨東病院は以上になります。

○矢内座長 ありがとうございます。続きまして、豊島病院、足立先生お願いします。

○足立委員 豊島病院は 28 ページでございます。うちは第一種ではなく、第二種感染症指定医療機関ですので、二類感染症あるいは新型インフルエンザという想定で、患者の受入訓練をしています。型どおりの PPE 着用から収容にいたるまで、やっています。疑い患者とわかっている人が病院に収容されるのは、言ってみれば、比較的優しいシナリオでありまして、本当にタフなシナリオですね、私が本当にやりたいのは、肺炎で入院した患者が、散々、院内で、いろんな人と接触をして、やっぱり、どうも様子がおかしい。そこで、初めて、二類感染症あるいは新型インフルエンザとわかった。そこからスタートという訓練をやりたいのですけれども、あまりに不確定要素が多い訓練は、なかなか院内のうけが悪くてですね、まだ実現には至っていません。でも、私が本当にやらなきゃいけないのは、そういうタフなシナリオかなって考えています。ICT のメンバーを説き伏せて、やりたいとは思っています。

○矢内座長 ありがとうございます。続いて、東京医科大学八王子医療センターの藤井先生、図は 12 ページになります。お願いします。

○藤井委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

訓練は実施しておりません。例のエボラのアウトブレイクとか、韓国での MERS 騒ぎがあった時だけは、やるんですけれども、その後はちょっとやっていませんでしたけど、PPE の着脱訓練等は定期的にはやっております。先ほどのエボラのシナリオ等を見て、また少し考えたいと思います。

○矢内座長 ありがとうございます。御紹介が遅れましたが、共済立川の黄先生、お願いいたします。

○黄委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

立川病院の黄と申します。本日は初めて参加させていただくのですけれども、大変勉強になりました。ありがとうございます。

先日、東京都の方から御指導いただいて、新型インフルエンザの着脱訓練の御指導を
していただきました。

○矢内座長 ありがとうございます。続いて公立昭和の小田先生お願いします。

○小田委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

よろしくをお願いします。あとこれまで過去10年間で、新型インフルエンザの訓練を
所轄の保健所の先生方に御協力いただいて2回程やらせていただいております。ただ、
なかなか二類感染症等に関して、訓練は行えておりませんので、今後の検討課題とさせ
ていただきます。以上です。

○矢内座長 ありがとうございます。本日オブザーバーで参加していただいております、
自衛隊中央病院の田村先生の方からお願いします。

○田村オブザーバー (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

自衛隊中央病院の田村です。受入訓練は大きなものは年に1回から2回、PPEの着
脱訓練、小さなものは年に3回から4回やらせていただいております。先ほど会議の始め、
荏原病院さんの訓練の所見を伺ったのですが、まさしく当院も似たようなところを毎回、
訓練の度に悩んでいる、足立先生の御指摘にありましたけれども、そこまで搬送の時と
か嚴重にPPEを着けなくてもいいのではないかということを検討しながらも、逆の所
では本人の心理的な安全マージンというか、そういったところもどうしても現場のスタ
ッフからは意見があがってくるということと、本当にたくさん着込んでいることが、感
染リスクを下げることになるのかは、はっきりしないところはあるのですが、そ
の辺は少しいろいろ悩みながらやっています。是非今後、他院の訓練なんかも見させて
いただいて、いろいろ参考にさせていただければ助かるなど、考えております。よろし
くをお願いします。以上です。

○矢内座長 ありがとうございます。各病院の方では大変お忙しい中、貴重な情報を御提
供いただきまして、ありがとうございました。私ともども、こうやってまとめて、図面
や訓練の実施状況を把握したのは、初めてでございます。貴重な資料として、今後疑い
患者が発生した際には、活用させていただきたいと思っております。ありがとうございました。

その他、本日の会議の全体について、御意見や御質問があればお願いいたします。

よろしいでしょうか。それでは、ちょうど予定の時間となりました。委員の先生方にはそれぞれの御立場から、貴重な御意見をたくさん頂戴いたしまして、本当にありがとうございました。感染症がいつ起こるかわからない状況の中で、先生方とこういった顔の見える関係作りができていくことは、私どもにとっても非常に心強いことでございます。今後とも先生方に御協力をいただきながら、委員の皆様の連携体制のもと、感染症対策を進めていきたいと考えておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。本日は本当にありがとうございました。事務局の方にマイクをお返しします。

○稲見医療体制整備担当課長 本日は貴重な御意見を頂戴いただきまして、大変ありがとうございます。頂戴いたしました御意見につきましては、今後十分に参考にさせていただきながら、今後の対策の推進に努めて参りたいと思います。本日は年度末のお忙しい中、当協議会の方に御出席いただきまして、誠にありがとうございました。以上でございます。

午後 8 時 3 0 分閉会