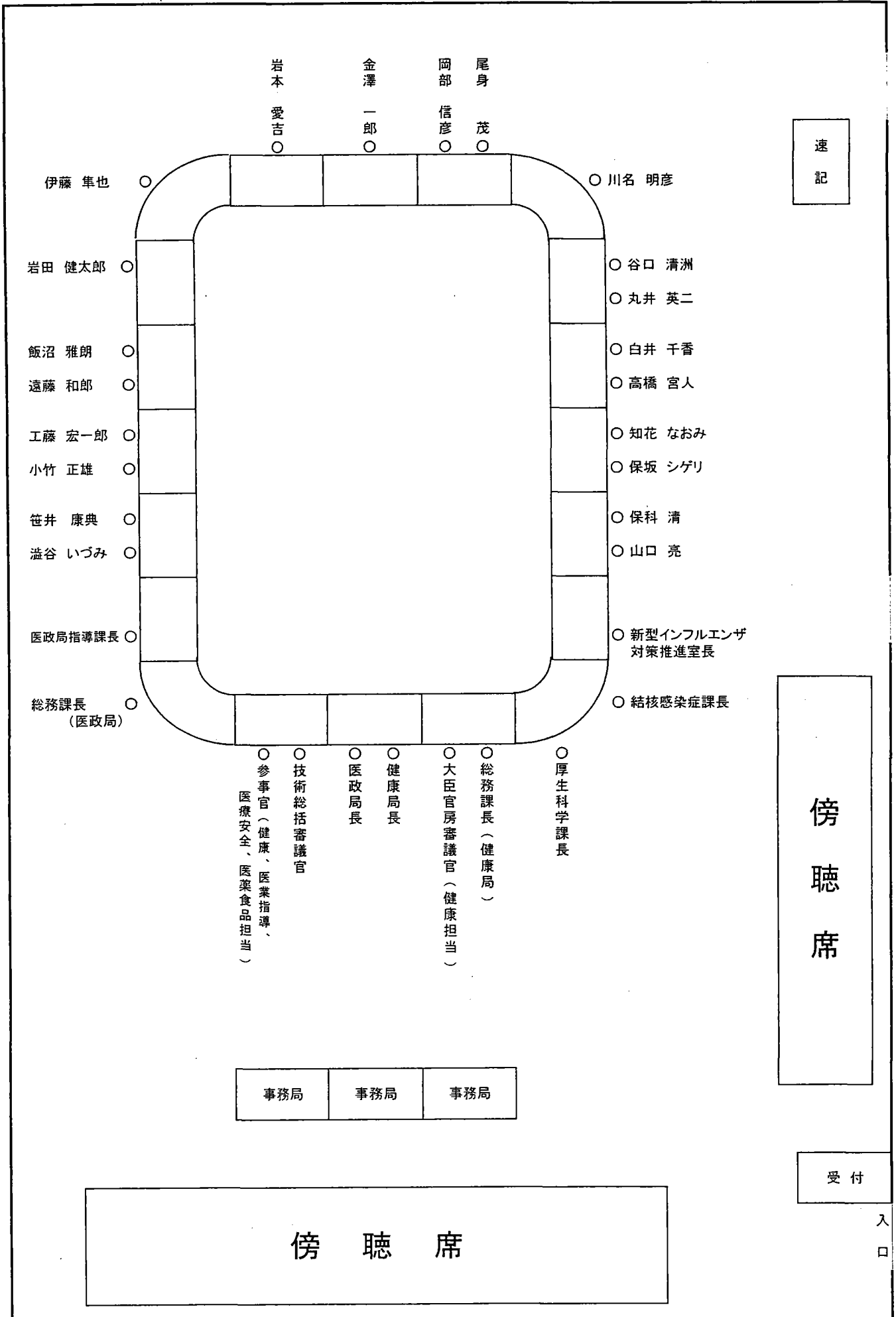


「第4回新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議」座席図

日時:平成22年5月12日(水)13:00~
会場:厚生労働省 省議室(9階)

日
比
谷
公
園
側



速記

傍聴席

受付

入口

事務局 事務局 事務局

傍聴席

第4回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議

平成22年5月12日(水)

13:00～

厚生労働省 省議室（9階）

議 事 次 第

1 開会

2 議題

(1) 今般の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策に係る

医療体制について

(2) その他

3 閉会

○ 配付資料

- 資料 1 医療提供体制について
(飯沼特別ゲスト作成)
- 資料 2 沖縄県中部地区における新型対策の「初期」問題点について
(遠藤特別ゲスト作成)
- 資料 3 今般のインフルエンザ (A/H1N1) 対策に係る医療体制について
(工藤特別ゲスト作成)
- 資料 4 医療体制に関する課題と対応について
(小竹特別ゲスト作成)
- 資料 5 医療体制に関する課題と対応案について
(笹井特別ゲスト作成)
- 資料 6 全国保健所長会が行った新型インフルエンザ対策の要望書等からみた
評価と振り返り
(澁谷特別ゲスト作成)
- 資料 7 医療機関と行政との連携調整について
(白井特別ゲスト作成)
- 資料 8 仙台市の新型インフルエンザ対策
(高橋特別ゲスト作成)
- 資料 9 那覇市立病院における対応について
(知花特別ゲスト作成)
- 資料 10 医療提供体制について
(保坂特別ゲスト作成)
- 資料 11 新型インフルエンザ医療体制“現場の苦労・問題点”について
(保科特別ゲスト作成)
- 資料 12 北海道の医療体制について
(山口特別ゲスト作成)
- 資料 13 医療体制についての主なテーマと対応の考え方
(厚生労働省 新型インフルエンザ対策推進本部作成)
- 別添 医療体制に係る主な指摘事項
(厚生労働省 新型インフルエンザ対策推進本部作成)

<参考資料>

- 参考資料 1 今般の新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策について
～対策の総括のために～ (医療体制)
- 参考資料 2 医療体制・医薬品・医療品に関する参考資料
- 参考資料 3 医療体制に関する主な事務連絡等
- 参考資料 4 新型インフルエンザ (A/H1N1) の流行入りを迎えるに当たって
(平成 21 年 8 月 19 日 厚生労働大臣メッセージ)
- 参考資料 5 「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」(平成 21 年 8 月 28 日付け厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務連絡)
- 参考資料 6-1 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
- 参考資料 6-2 新型インフルエンザ患者人工呼吸器状況調査結果一覧
- 参考資料 6-3 新型インフルエンザ患者の入院診療を行う医療機関の病床状況調査結果一覧
- 参考資料 7-1 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～
Ver. 1 (平成 21 年 11 月 20 日)
- 参考資料 7-2 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～
Ver. 2 (平成 21 年 12 月 25 日)
- 参考資料 7-3 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～
Ver. 3 (平成 22 年 4 月 23 日)
- 参考資料 8 新型インフルエンザ対策行動計画(抄)
※医療に係る部分を抜粋
- 参考資料 9 新型インフルエンザ対策ガイドライン(医療体制に関するガイドライン)

別添 構成員及び特別ゲスト名簿

第4回新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議

医療提供体制について

蒲郡深志病院理事長 飯沼 雅朗
(前日本医師会感染症危機管理対策室長)

インフルエンザ A (H1N1) 2009 (以下、新型インフルエンザという) は、平成 21 年 5 月の国内発生以降、瞬く間に全国に拡大した。その間、各地域の医療機関は、発熱患者の診療とワクチン接種に積極的に協力してきた。

一方、国内発生当初、発熱等のインフルエンザ様症状のある患者は、各地域の発熱相談センターに連絡し、新型インフルエンザへの感染が疑われる場合には、「発熱外来」に受診することとされた。しかし、この方針に沿って対応した一般の医療機関が、「診療拒否」として一部メディアに報道されるなど、情報伝達の不備が露呈された。

また、今回は発熱相談センターの許容量を超えた電話等が殺到した。とくに小児や高齢者の場合、現状のままの発熱相談センターを通じた受診という流れが、受診の遅れ、重症化につながる可能性も否定できない。

今後、鳥インフルエンザ (H5N1) のような、高病原性の感染症が発生した場合には、国民の不安はさらに増幅され、相談数はより増加することが予想される。ウイルスの毒性に応じた対応を予めとることができればよいが、現実的にはウイルスの特性が明らかになるのに一定の期間を要する以上、発生当初から拡大までの間、発熱外来での対応は不可欠であろう。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が極めてお粗末であり残念であった。

現状では発熱相談センター、発熱外来ともに圧倒的に不足しているといわざるを得ない。国の支援により地域の行政・医療体制を整備し円滑な対応が図れるようにしておくことが肝要である。

さらに、日本医師会からの再三にわたる要請等の結果、医療従事者の新型インフルエンザ二次感染に対する補償、個人防護衣の配備等に「地域活性化・経済危機対策臨時交付金」の利用が可能となったが、これはあくまでも時限措置に過ぎない。

毒性の強い新たな感染症が早晚発生するということを前提にすれば、国民の生命を守るという視点から、医療提供体制の確保のために次の対応が国策として不可欠である。

- ① 各地域における実態の迅速な把握と、医療現場からの意見を速やかに施策に反映できる仕組みの導入
- ② 各地域での発熱外来に協力できる医療機関の確保、および協力医療機関に対する積極的な財政的支援
- ③ 各地域における感染症病床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
- ④ 医療従事者が感染患者の診療により二次感染した場合の恒久的な国家補償制度の確立
- ⑤ 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄の拡充と円滑な供給ルートの確立
- ⑥ 抗インフルエンザウイルス薬の予防投与の範囲の拡大
- ⑦ 国による手袋、ガウン、ヘッドカバー、サージカルマスク等、PPE（個人防護衣：Personal Protective Equipment）の備蓄とすべての医療機関に対する分配

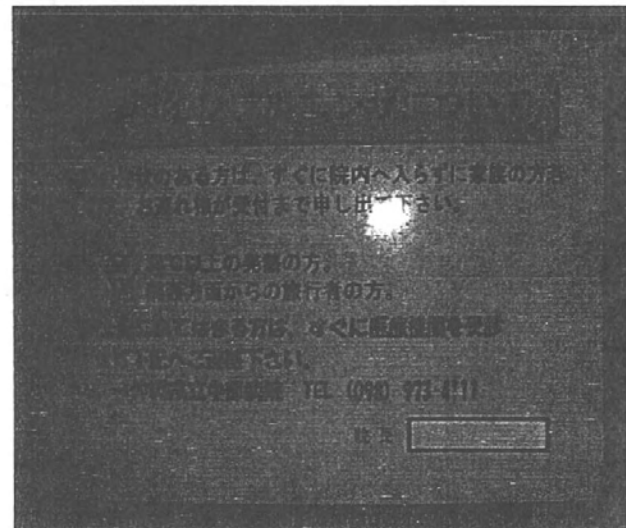
以上が私としての医療提供体制の整備についての総括であるが、要旨は既に昨年5月15日に当時の舛添厚相に提出したものと同一である。H5N1を含めた新興感染症のpandemicを考えたとき次の二点を強調しておきたい。

1. 医療資源は各地域によってかなり異なっている。地域医師会と行政は常にその地域の特性を鑑み常に良好な関係を保ち、危機管理について日頃から協議しておかなければならない。このための国及び都道府県からの指導・援助が不可欠である。
2. ワクチンの問題は今回の主題ではないので議論は後日とするが、ワクチン行政が後手後手にまわり、その劣悪さが露呈し最後にはワクチンの返品を不可とする行政には現場の先生の motivation が下がり、結果として現行医療提供体制の崩れが予想される。今回の医療機関での在庫の増えた原因は、2回接種から1回接種に変更されたこと、接種順位の発表で接種控えが生じたこと、予想を超えた感染者の増加で接種の必要性が低くなったこと、接種希望者の予約の重複、予約キャンセル等が考えられる。これらはいずれも医療機関側の要因とは考えられず在庫の責を医療機関に負わせるのは酷としか言いようがない。国は全国民が理解の出来る方略を示すべきである。

沖縄県中部地区における新型対策の「初期」問題点

- 基地関連の「米国帰りの発熱者」が多く来院
- 「厄介な患者は中部病院へ」という信頼と依存
- 医師会、薬剤師会との連携不足
- 救急告示病院間の連携不足
- 小児科医不足
- 住民との接点が少ない

沖縄県中部地区の
某診療所の張り紙
2010年5月



対策-1: 地域医療機関との連携



中部福祉保健所 2009・05・11

中部福祉保健所が調整の要

- ・ 臨床現場の分かる医師
- ・ 中立の立場で積極的に動く
- ・ 普段からの連携が前提

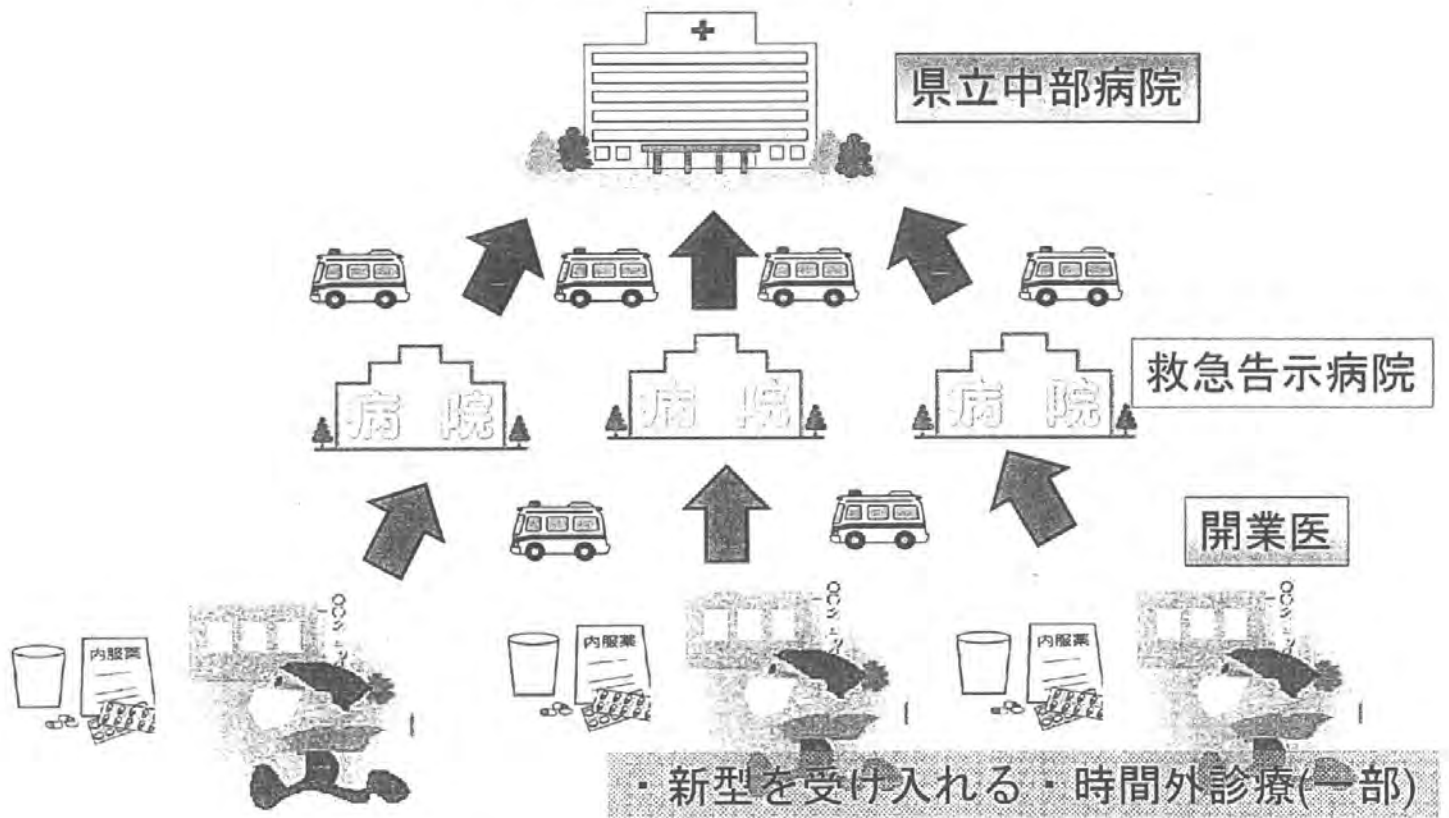
【目的】救急告示病院、医師会、
薬剤師会との連携強化

【調整】中部福祉保健所

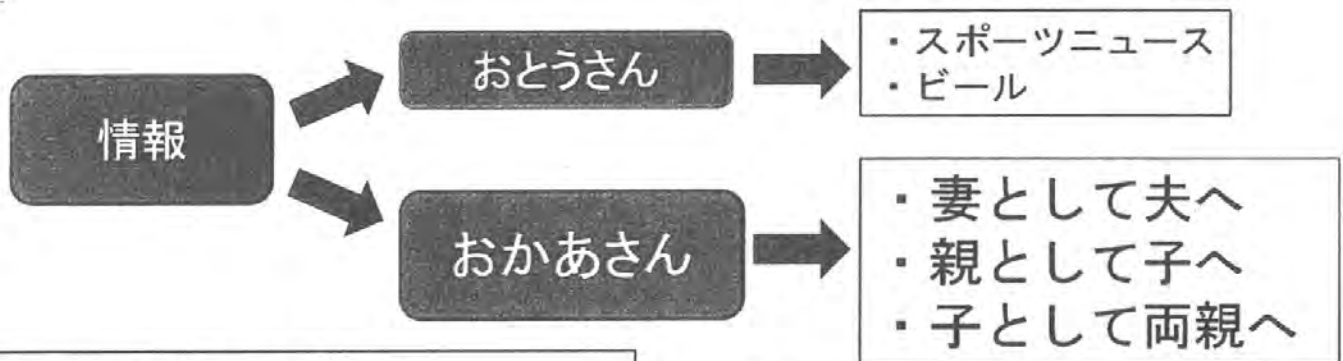
【内容】

- 地域医療を守る目的の共有
- 新型対応の進行状況の確認
- MLの作成
- マニュアル、ポスター、パンフレットなどの共有による標準的な医療の提供
- 地域独自のデータの提供

中部地区での体制



対策-2: 住民へのリスクコミュニケーション



- ・正しい知識と受診法
~~念のための受診、検査希望~~
~~大病院志向、完治証明希望~~
- ・マスクの適正な使用
- ・ワクチンには優先順位がある
- ・季節性ワクチンを接種する



中部地区婦人連合会
2009.6.13

対策-2:住民へのリスクコミュニケーション

- うるま市役所:2回
- ホテル旅館業組合:1回
- TV(NHKスペシャル、沖縄金曜クルーズ、四国羅針盤)
- 新聞、ポスター作成(沖縄県医師会)など
- 薬剤情報の裏にインフルエンザ情報を

印刷



医療機関(A2判): 4000枚
学校関係(A4判): 38万枚

まとめ

1. 地域における新型インフルエンザ対策

- ①保健所を要として、医師会、薬剤師会などと連携。
- ②住民に適切な受診を促すリスクコミュニケーション。

2. 課題

- ①医療者への災害補償の適用(必須)。
- ②PPEは現物支給ではなく、診療報酬として認める。
- ③医療者への予防投与の提供。
- ④データ提出(サーベイランスなど)の要求は最小限に。
- ⑤厚労省からの資料やマニュアルはPDFではなく、汎用ソフトで。

新型インフルエンザ対策にご支援いただきました沖縄県中部福祉保健所の崎山所長、松野先生、宮川先生、沖縄県衛生環境研究所の稲福所長、感染症コンサルタントの高橋央先生に深謝いたします。

沖縄県中部地区における新型対策の「初期」問題点

- 基地関連の「米国帰りの発熱者」が多く来院
- 「厄介な患者は中部病院へ」という信頼と依存
- 医師会、薬剤師会との連携不足
- 救急告示病院間の連携不足
- 小児科医不足
- 住民との接点が少ない

沖縄県中部地区の
某診療所の張り紙
2010年5月



対策-1: 地域医療機関との連携



中部福祉保健所 2009・05・11

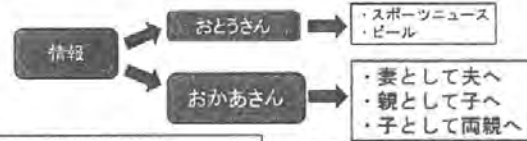
- 中部福祉保健所が調整の要
・臨床現場の分かる医師
・中立の立場で積極的に動く
・普段からの連携が前提

- 【目的】救急告示病院、医師会、
薬剤師会との連携強化
- 【調整】中部福祉保健所
- 【内容】
- 地域医療を守る目的の共有
 - 新型対応の進行状況の確認
 - MLの作成
 - マニュアル、ポスター、パンフレットなどの共有による標準的な医療の提供
 - 地域独自のデータの提供

中部地区での体制



対策-2: 住民へのリスクコミュニケーション



- ・正しい知識と受診法
- ・念のための受診、検査希望
- ・大病院志向、完治願望
- ・マスクの適正な使用
- ・ワクチンには優先順位がある
- ・季節性ワクチンを接種する



中部地区婦人連合会
2009.6.13

対策-2: 住民へのリスクコミュニケーション

- うるま市役所: 2回
- ホテル旅館業組合: 1回
- TV(NHKスペシャル、沖縄金曜クルーズ、四国羅針盤)
- 新聞、ポスター作成(沖縄県医師会)など
- 薬剤情報の裏にインフルエンザ情報を印刷



医療機関(A2判): 4000枚
学校関係(A4判): 36万枚



まとめ

1. 地域における新型インフルエンザ対策
 - ①保健所を要として、医師会、薬剤師会などと連携。
 - ②住民に適切な受診を促すリスクコミュニケーション。
2. 課題
 - ①医療者への災害補償の適用(必須)。
 - ②PPEは現物支給ではなく、診療報酬として認める。
 - ③医療者への予防投与の提供。
 - ④データ提出(サーベイランスなど)の要求は最小限に。
 - ⑤厚労省からの資料やマニュアルはPDFではなく、汎用ソフトで。

新型インフルエンザ対策にご支援いただきました沖縄県中部福祉保健所の崎山所長、松野先生、宮川先生、沖縄県衛生環境研究所の野原所長、感染症コンサルタントの高橋久先生に感謝いたします。

新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議（平成 22 年 5 月 12 日）

今般のインフルエンザ（A/H1N1）対策に係る医療体制について

- 国立国際医療研究センターの診療から
- 新宿区インフルエンザ対策協議会の一員として
- 厚生労働省特別研究班 神戸市民医療センターからの総括の紹介
- 海外活動の経験から日本の体制への提案

(独)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

1. 国立国際医療研究センターインフルエンザ様疾患受診者

(1) 初期対応 （トリアージ外来、初の患者診察は5月1日）

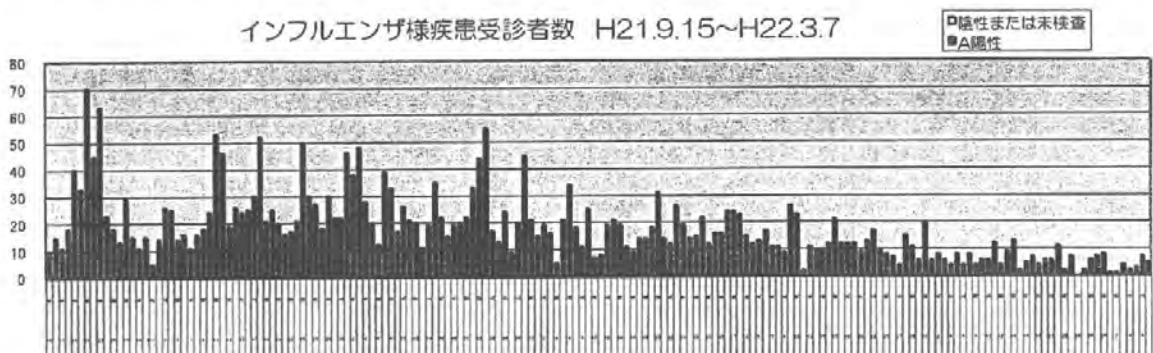
- 初期（2009年5月1日～6月18日）の患者分類



【問題点】

1. 保健所の定めたPCRの適応に地域差があった。
2. 結果が出るまで患者を留めておかなければならなかった（最大半日）。

(2) インフルエンザ様疾患総受診者 外来：3,847（陽性1,283）入院：168（陽性118）



【問題点】

1. 土日・祭日に外来患者が集中した
2. 職員の感染（インフルエンザ様疾患 89 人（陽性：69））
当センターでは救急外来、小児科、病棟、ICU などインフル様疾患患者と接する機会の多い医師・看護師に多い傾向があった。

2.新宿区 入院サーベイランス (2009年8月—2010年1月)

確定例 (27例)・疑い例 (10例)

新宿区保健所保健予防課 資料



3. 神戸市立医療センター中央市民病院からの総括

厚生労働科学特別研究事業 (H21-特別-指定-002)

『秋以降の新型インフルエンザ流行における医療体制・抗インフルエンザ薬の効果に関する研究』班

代表研究者: 工藤宏一郎

分担研究者: 北 徹

神戸市立医療センター中央市民病院長

研究協力者: 林 三千雄、春田 恒

- ① 検疫強化の効果は極めて限定的
- ② 国内流行を察知する地域のサーベイランスシステムの充実が必要
- ③ 地域の人口、需要に合わせた発熱相談センター数、発熱外来数、隔離病床数の確保が不可欠
- ④ 正確な情報をリアルタイムに医療機関に提供するシステムが必要
- ⑤ 蔓延期対応への移行準備と医療機関同士・行政との連携体制が必要
- ⑥ 新型インフルエンザ患者受け入れに伴う、膨大な財政的負担 (発熱外来設置費用、感染防御具費用、病棟閉鎖による減収など)

4. 地域完結型医療連携の確立

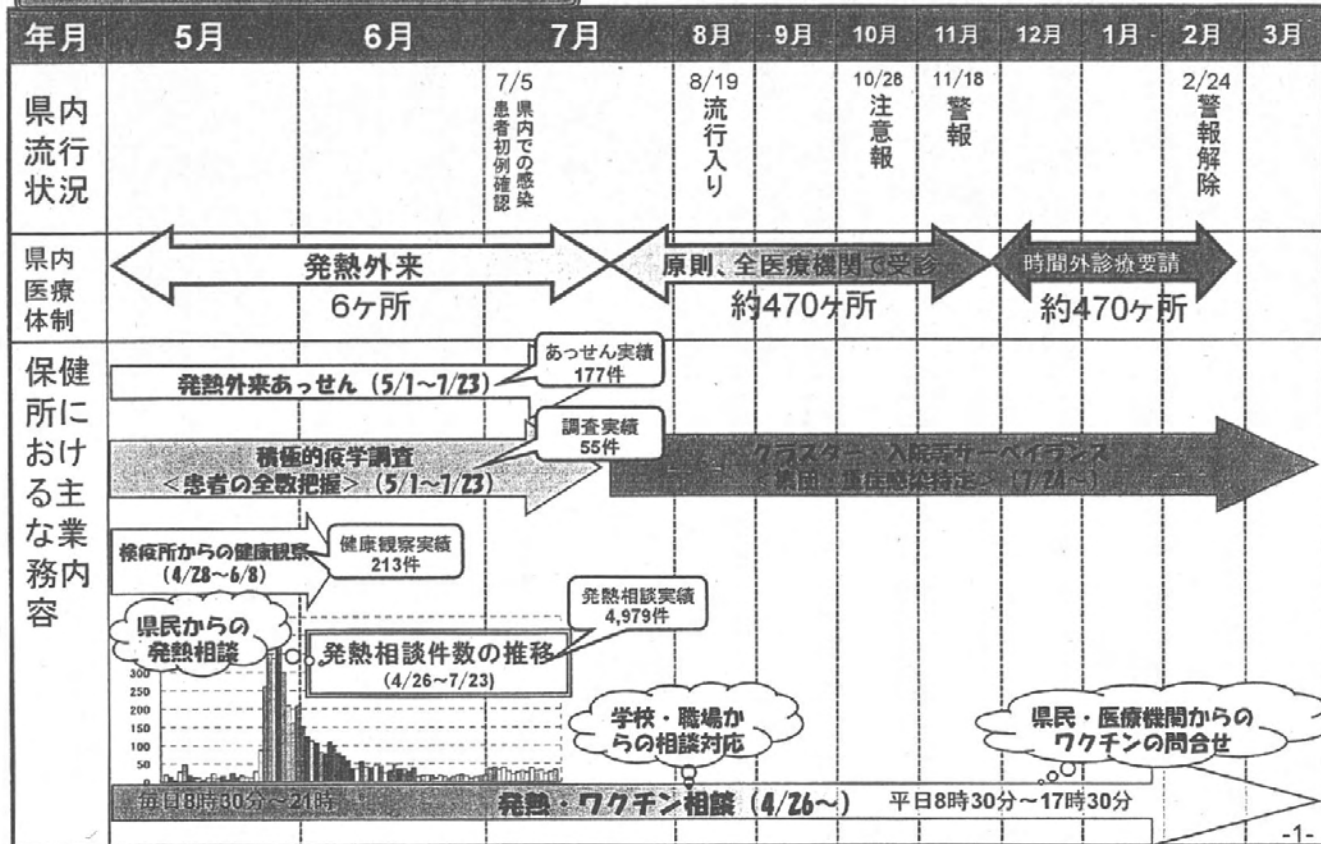


- 1) 中央集権的ではなく、地域に即し、地域で完結出来る医療体制の確立
- 2) 自治体・保健所をリーダーとした連携体制の構築と権限の委譲
- 3) 日常診療の延長ではなく、非常時医療体制としての取り組みと財政的支援
- 4) ステップアップ (感染拡大期) 及び特にステップダウン (終息期) のマニュアルの必要

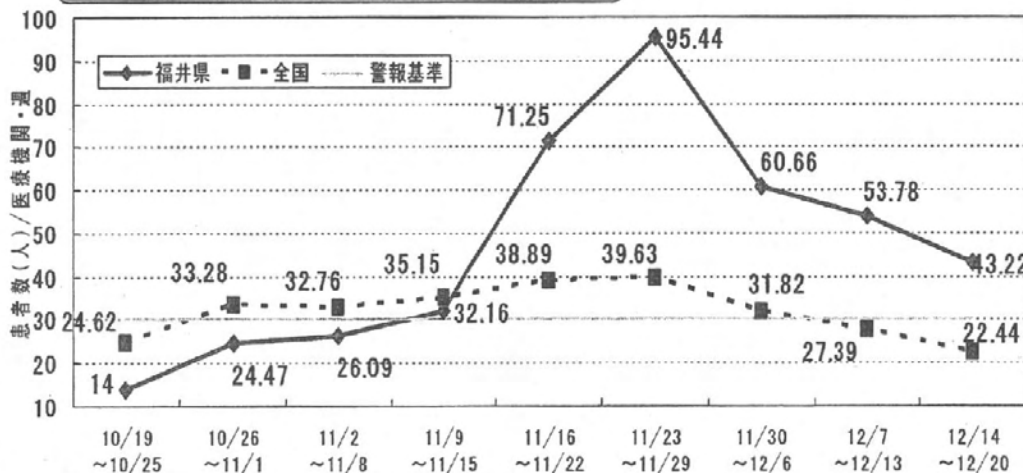


医療体制に関する課題と対応について

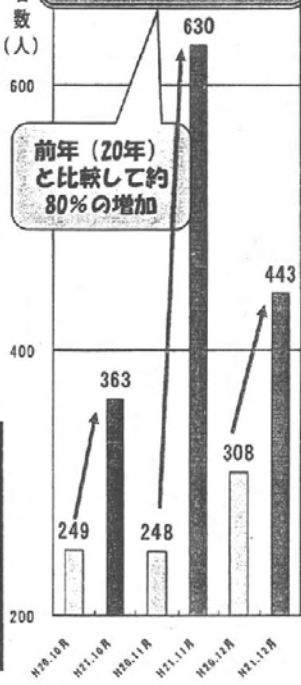
1 本県の新型インフルエンザ対策の概況について



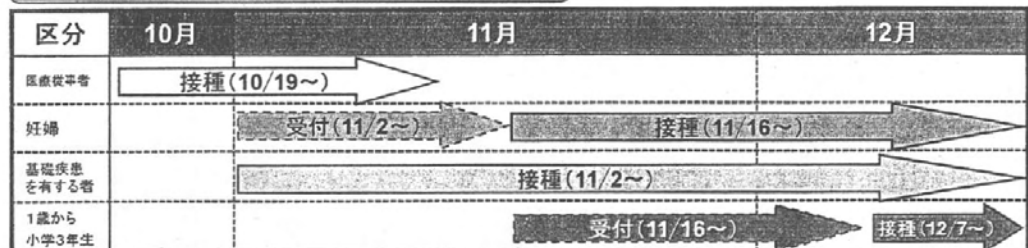
2 本県のインフルエンザ定点観測の推移(平成21年)



3 福井県立病院(小児救急夜間輪番病院)受診者数の状況



4 新型インフルエンザワクチン接種県内スケジュール

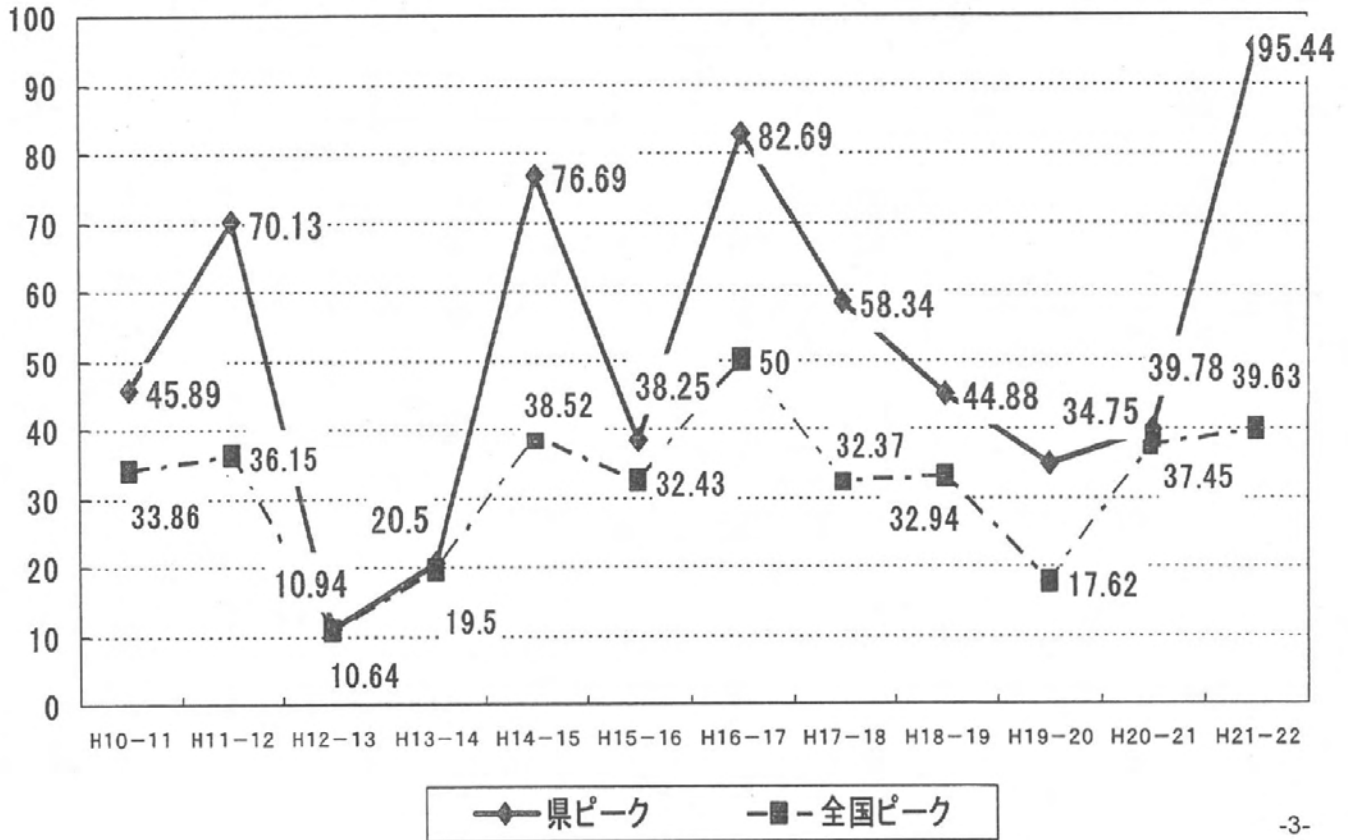


<県内医療体制の変遷>

- 5月 2日~ 発熱外来(県内6ヶ所)で発熱患者を診察
- この間に保健所を中心に 7月24日~ 原則、すべての医療機関で診察
- まん延期の体制を検討 11月26日~ 県医師会を通じて休日・時間外診療を要請

インフルエンザ定点観測値(ピーク値)の推移

参考



-3-

医療体制に関する課題と意見について

課題

発熱外来の設置

本県では、発熱外来に患者が殺到する事態はなかったが、強毒性の新型インフルエンザのまん延期には、現在の発熱外来だけでは十分対応できない。

全医療機関での医療提供

院内感染のリスクや、医療従事者への感染を念頭におき、インフルエンザ患者の診療が困難であると回答する医療機関もあった。
また、昨年12月には、小児へのワクチン接種開始時期と患者発生のピークが同時となったため、特に小児科医の負担が大きかった。

医薬品等の提供体制

感染ピーク時に検査キットや抗インフルエンザ薬(特にタミフルドライシロップ)に品薄感があった。

その他(発熱相談センター等)

保健所において、患者の全数把握を行っている最も重要な時期に、水際対策の入国者の健康管理や発熱相談が殺到し、過大な負荷が生じた。
企業や学校などから、新型インフルエンザの陰性証明をもらうよう指示があり、患者の診察を行う医療機関から苦情があった。

意見

毒性が不明、感染が拡大していない時期においては、感染拡大防止やリスクの分離という観点から、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を検討することを前提として、発熱外来の果たすべき機能などその必要性について検討していただきたい。

また、健康危機管理として国レベルで対策が行われる新型インフルエンザについては、毒性の判断や症例定義を速やかに提示するようお願いしたい。

新型インフルエンザ発生に伴う医療体制の整備に当たっては、健康危機管理の観点から、全ての医療関係者の協力が得られるような法整備を検討する必要がある。

特定診療科への負荷を軽減するため、患者の発生動向等を踏まえ、都道府県においてワクチンの接種スケジュールの調整や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とする必要がある。

健康危機管理に対応した医薬品や検査薬の流通を検討する必要がある。また、国において、在庫量などの管理を適時適切に行うことができる体制を検討していただきたい。

新型インフルエンザ対策は、国家的危機管理の問題であり、国の責任において法整備や財政措置を講じる必要がある。健康危機管理の拠点である保健所の充実・強化は、今後の強毒性新型インフルエンザの発生に備えて必要不可欠な課題であり、人員確保、人材育成などについて国の責任において十分検討し、対応を講じる必要がある。

限られた医療資源を有効活用するため、国民に対して、通常の医療体制とは違うことを、文部科学省など関係省庁と連携し、今後も継続的に啓発する必要がある。

(課題)

発熱相談センター・発熱外来**■発熱相談センター**

- ◇ 電話によるトリアージは機能しない
 - ・電話による症状の聞き取りでは、感染の有無を判断することは困難。
 - ・国から示された症例定義（海外渡航歴、38度以上の発熱）に当てはまらない感染者が出るなど、トリアージは機能しなかった。
- ◇ 発熱相談センターを経由することで診察を遅らせる
 - ・発熱相談センターに電話が殺到し、本来トリアージが必要な人の対応が遅れてしまった。（大阪府では、最大1日約7000件の相談）
- ◇ 発熱相談センター業務によって保健所の疫学調査機能等に支障が生じる
- ◇ 相談に対応するため体制強化を行ったが、専門職員（医師等）の確保には限界がある（一般職員を含め全庁体制で取り組んだ）

■発熱外来

- ◇ 発熱外来の十分な確保ができない
 - ・知見や症例定義が明確になっていない段階においては、まず医療機関は患者の院内感染を危惧するため、発熱外来を担う医療機関を確保することが困難であった。
- ◇ 発熱外来であっても、感染の拡大を防御することは困難
 - ・非感染者が発熱外来へトリアージされることで、感染してしまうリスクが高くなる。
 - ・症状のない患者や発症前の感染者が通院することにより、ハイリスク層に感染を広げてしまうおそれがある。
 - ・発熱外来を受診する前には、必ず発熱相談センターを経由することとしていたため、結果として患者の診察を遅らせてしまった。

**当初から全医療機関で診療受け入れ
のできる体制づくりを！**

(対応案)

- ① 新型インフルエンザもインフルエンザであり、同じ特性を持つ可能性が高いことを踏まえた対策が必要。
 - ⇒ 症状が発現する1日前からウイルスを排出し、他者への感染力を持ち、軽微な症状のまま回復する例や症状を呈さない不顕性感染もあるため。
- ② トリアージ機能を前提とした発熱外来のスキームは廃止すべき。
 - ・全ての医療機関で感染防止対策を徹底し、受け入れるべき。
 - ・発熱相談センターには、トリアージ機能をもたせず、健康相談や情報提供に限定すべき。
 - ・症例定義については、早期に海外等の情報を分析し、適切な症例定義を各自治体、医療機関に提供すべき。
- ③ 院内感染対策、相談、サーベイランスに必要な経費等を確保するために、
 - ・適切に診療報酬等で評価するシステムの構築
 - ・医療機関に対する国の助成制度の拡充が必要。

-1-

(課題)

医療体制**■全医療機関での受診**

- ◇ 方針の切替
 - ・運用指針が変更されたが、具体的な対応策について示されず、直ちに全医療機関で診察受入の切替ができなかった。
 - ・明確な症例定義が示されず、医療機関によっては、来院患者に対して、発熱外来の受診や発熱相談センターを紹介するなどの対応が行われた。
- ◇ 医療従事者への補償制度
 - ・安心して診療を行うための、医療従事者の感染に対する補償制度の創設が望まれた。

■重症化（入院、救急ほか）への対応

- ◇ 医療スタッフの確保
 - ・病床があっても、医師、看護師等の医療スタッフが確保できず、機能しなかった。
 - ・重症化しやすい小児や透析患者等のハイリスク者に対する治療は、専門の医療機関による治療が必要である。
 - ・インフルエンザ様症状のない患者もきめ感染者と接触する可能性がある救急隊員から、7月に入ってからでも予防投与のためのタミフルの提供について強い要請があった。

(課題)

抗インフルエンザウイルス薬等**■抗インフルエンザウイルス薬について**

- ・タミフル耐性ウイルスが多く検出されているが、国の備蓄計画はタミフルに偏ったものとなっている。
- ・備蓄した抗インフルエンザウイルス薬は、その使用期限（タミフルの場合、7年）が到来すると廃棄が義務付けされており、資源や経費の無駄になる。

■簡易検査キット、マスク、小児用タミフル等の品薄

- ・流行初期における簡易検査キット、マスクの不足、ピーク時の小児用タミフルの不足が問題となった。

医療体制の確保には

人材、情報、経済的支援が必要

(対応案)

- ① 医療従事者が感染した場合の全国一律の補償制度等の創設が必要。
- ② 平時からの人材確保等の仕組みづくりが大事
 - ・適切な診療報酬検討を含め、院内感染対策や医療スタッフ等の確保のために必要な経費が確保される仕組みが必要。
- ③ 医療機関等での適切な診療、院内感染対策のためには、症例定義やウイルスの特性、予防投与等について、国からの早期の情報提供が必要。
- ④ ハイリスク者を受け入れる専門の医療機関の設備、陰圧病床等の院内感染対策の助成制度を拡充する必要がある。（小児、妊婦、透析等）

薬剤備蓄計画の見直しなど

(対応案)

- ① 最近、有効な新薬の開発、承認が行われており、危機管理上の観点からも、タミフルだけの備蓄ではなく、新薬の安全性や備蓄性を考慮し、国の備蓄計画を見直し、多種の薬剤を備蓄していくべき。
- ② 使用期限の近づいた薬剤の有効活用の検討を進め、流通在庫による備蓄の導入などの効率的な備蓄方法を構築すべき。
- ③ 冬以外のオフシーズンの発生に備えた簡易キットやマスクの確保について対応策を検討しておくべき。

-2-
-1-

全国保健所長会が行った新型インフルエンザ対策の要望書等からみた評価と振り返り

平成 22 年 5 月 12 日

第 4 回新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議

はじめに：全国保健所長会は現場の状況をできるだけタイムリーに届けたいと、全国のネットワークを活用し、3 回にわたり厚生労働省に意見を出してきました。対策の評価および今後の参考になればと考えます。

1. 「新型インフルエンザ対策に関する要望」 21 年 6 月 16 日

6 月 12 日、WHO がフェーズ 6 を宣言

入院措置の見直し：5 類感染症に準じるか保健所長又は保健所に設置されている感染症の診査協議会の判断を尊重することを要望。

疑似症患者の症例定義：国内蔓延の進展で地域の要件を削除する様要望。

医療提供体制の再構築：医療機関、医師会、保健所等の連携で構築される体制は、これまで病院などの発熱外来と入院措置が中心。今後基礎疾患を有する患者と重症患者への医療、一般医療機関の院内感染防止の徹底へ見直しとその提示を要望。(発熱外来を受診しない、PCR 検査をしない症例の増加が懸念、受信者が増加した場合現在の体制は維持できないだろうとの判断)

サーベイランスの見直し、疫学的知見の情報提供、個人情報保護と人権尊重、状況変化に対応した対策の見直し、の 7 項目を要望した。

2. 「新型インフルエンザ運用指針(改訂版)に関する意見」 21 年 7 月 10 日

6 月 26 日に示され都道府県への説明がなされた

外来、入院医療機関について：陰圧病床の活用、想定確保病床の算定基準、通常の医療機関の感染防止対策等の意見。

強毒化への診療対応について：監視と早期の情報提供、地域活性化・経済危機対策臨時交付金以外の財政措置による地域格差解消を要望。

治療について：地域の医療資源のばらつきを考慮した重症化・妊娠・腎疾患など特殊病態の患者に対する支援医療機関を定める必要性。

予防投薬、発熱相談センター、疫学調査、修学旅行等からの発病者への全国的な対応指針、等々 16 項目の意見を伝えた。

○通知などの不一致や矛盾のある内容の整合性を図っていただくようお願い。

○都道府県・自治体によって保健所への説明が十分なされていないため厚生労働省の意図が十分伝わっていないと思われるところがあった。

3. 「新型インフルエンザワクチン(A/H1N1)の接種について(素案)」に関する意見書

21 年 9 月 9 日

9 月 4 日に発出された優先接種の考え方

○直接新型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の確認を求めた。

おわりに：保健所および全国保健所長会としての役割を次のように考えました。

○健康危機管理の観点から現場の情報をできるだけ早く厚生労働省へ伝えること、保健所と厚生労働省との連携が重要。(全国保健所のネットワークが活用できた)

○日頃からの保健所と医療機関・医師会との良好な関係が必要。(発熱外来、集団予防接種)

○保健所、医療機関、市町村保健センター等、関係者で平常時の訓練・シュミレーションを実施しておくことが必要。(21年1月国との実地訓練に参加)

○保健所、都道府県等にBCP作成の普及啓発が必要。

その他、

○国・都道府県の抗インフルエンザ薬の備蓄方針等、事前施策を評価。

○それぞれに方針決定の仕組みの確認と透明化が重要。

全国保健所長会

会長 澁谷いづみ(愛知県半田保健所)

国内発生前 ~ '09 5/15

H5型高病原性の新型インフルを想定

'08. 11月全市訓練によりシミュレーション
(届出・搬送・調査～市長本部員会議)

'09. 3月 発熱外来設置医療機関とその他
医療機関の役割を明確化するため連絡
会を開催。

'09. 4/28～H1N1豚インフル＝新型インフル
として国のガイドラインと市の実施計画に
沿って、以下それぞれの役割を担う。

- ・市民病院と大学病院 : 発熱外来と入院
- ・協力病院 : 発熱外来設置
- ・協力病院以外 : 後方支援
(救急・術後ケア・リハビリ等)
- ・診療所(医師会) :
症例定義によるトリアージ
発熱相談センターへ連絡

国内発生後(H1N1pdm) '09 5/16～(図1)

発熱相談センター・発熱外来の機能が
2～3日でオーバーフロー(図2, 3)

診療所を含め全医療機関で診療する
方針へ(5/20～)。協力病院の発熱外来
を解消(一部、6/19まで 図4)

新型インフルエンザ対策に関する会議

('10. 3月までの実施回数～現在継続中)

- ・病院連絡協議会 14回開催
- ・市医師会対策会議 2回/月開催
- ・二次救急・民間病院緊急会議 2回開催

医療機関向けWeb開設

(HP:ILH情報連携センター)

小児、妊産婦、透析等を含め空床情報の共有
や有用な情報伝達(国からの通知や連絡)等

*H1N1pdm対策は、発熱相談センター(電話トリアージ)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。

神戸市保健所

1

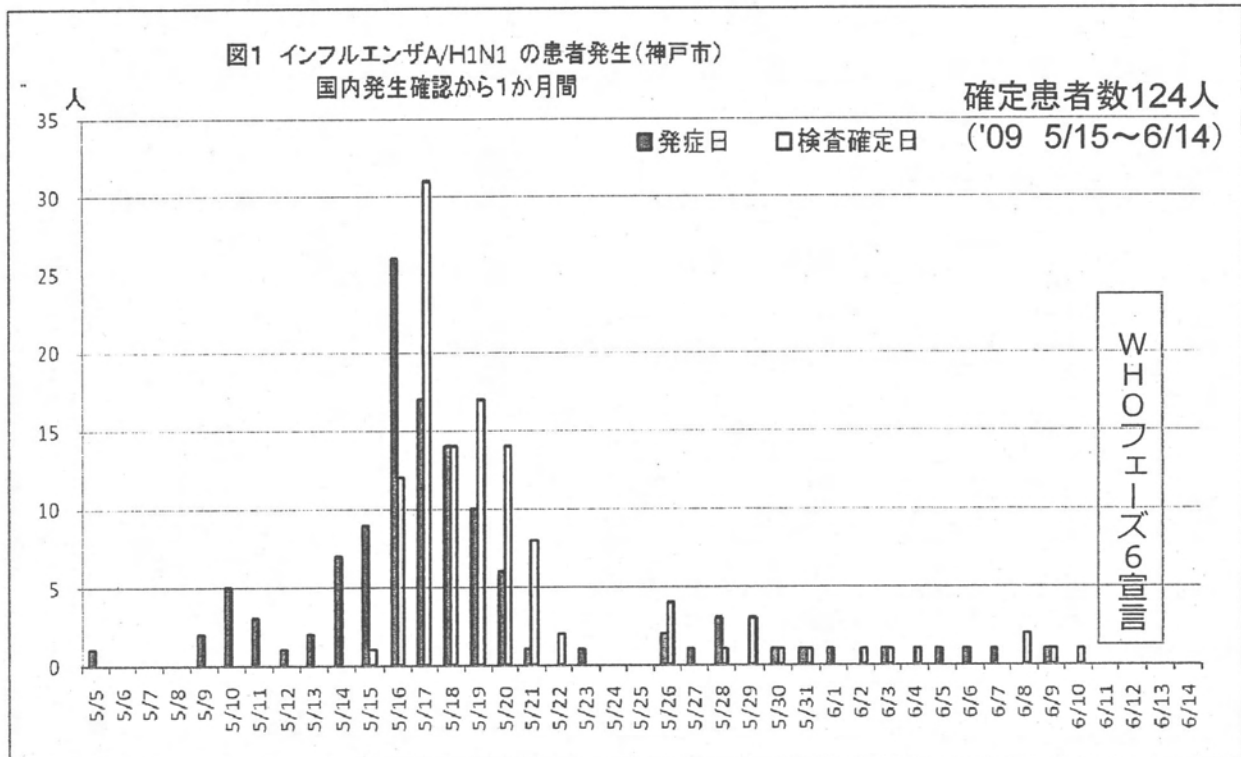
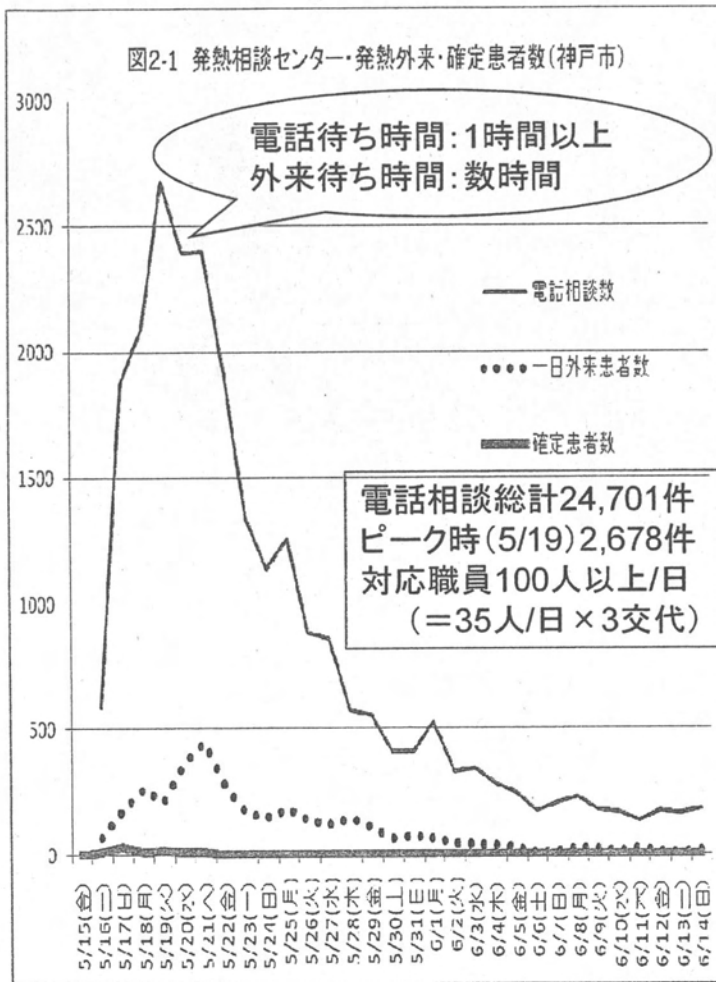


図1 神戸市における新型インフルエンザ(A/H1N1)患者の発症日とPCR検査確定日

神戸市保健所

2



5月15日～6月14日の発熱相談・
発熱外来受診者数・確定患者数

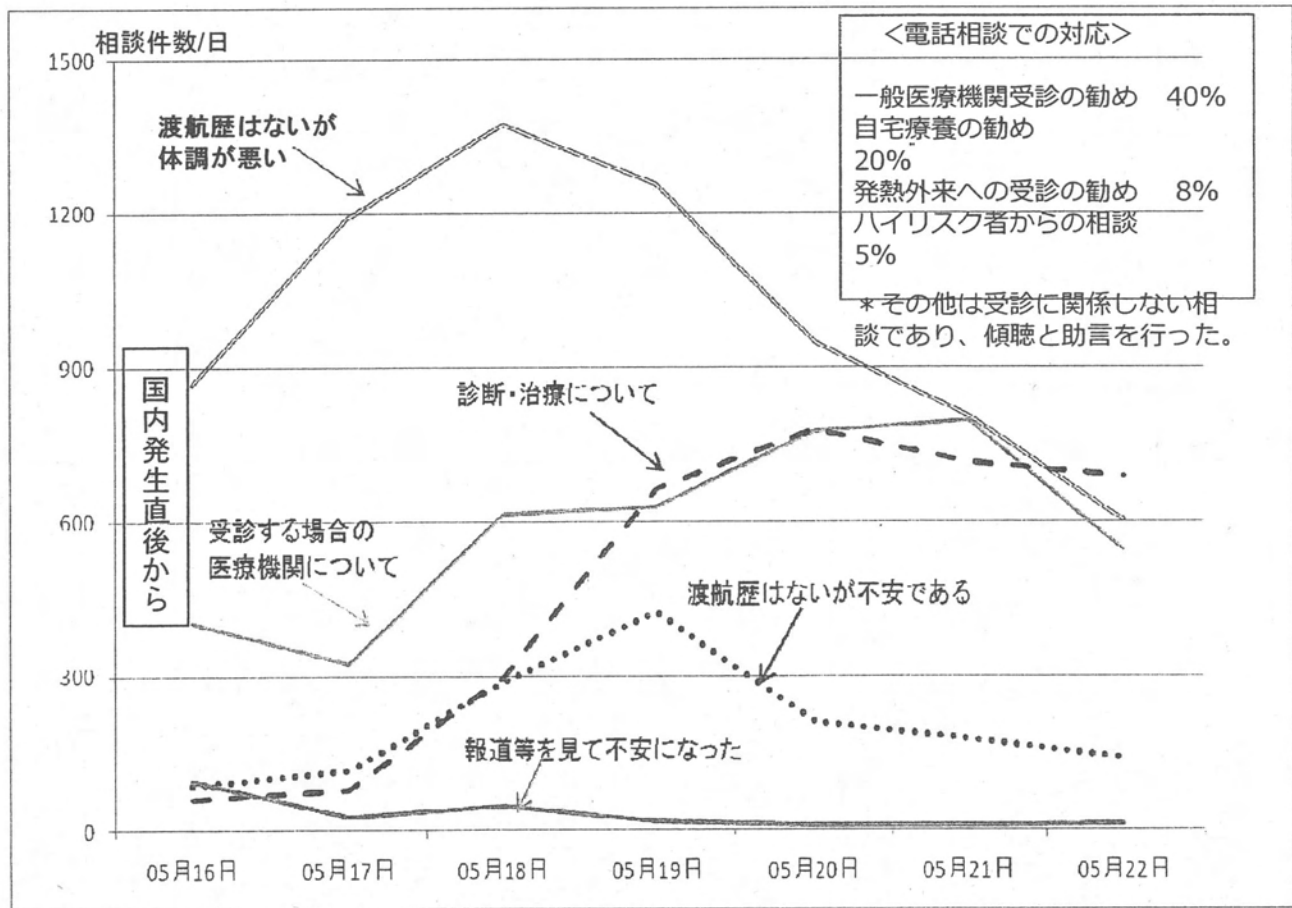
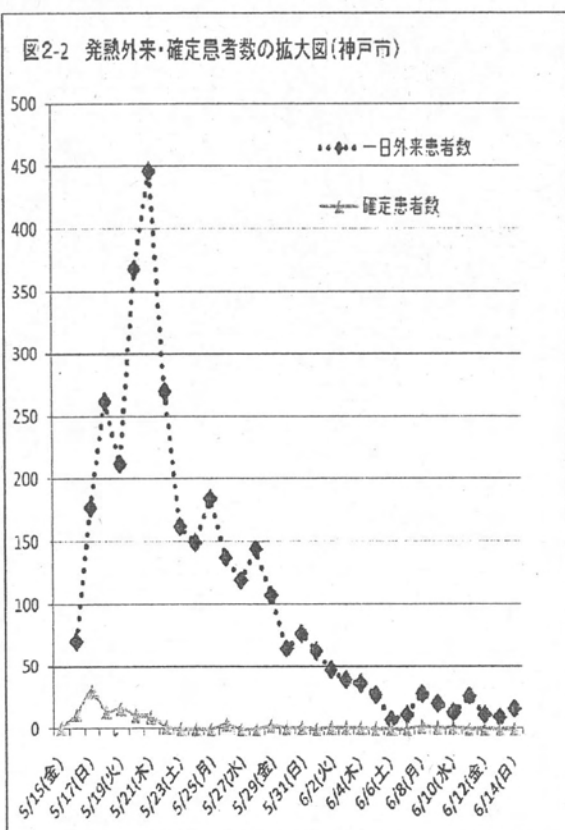


図3 発熱相談センターにおける主な相談内容 (神戸市)

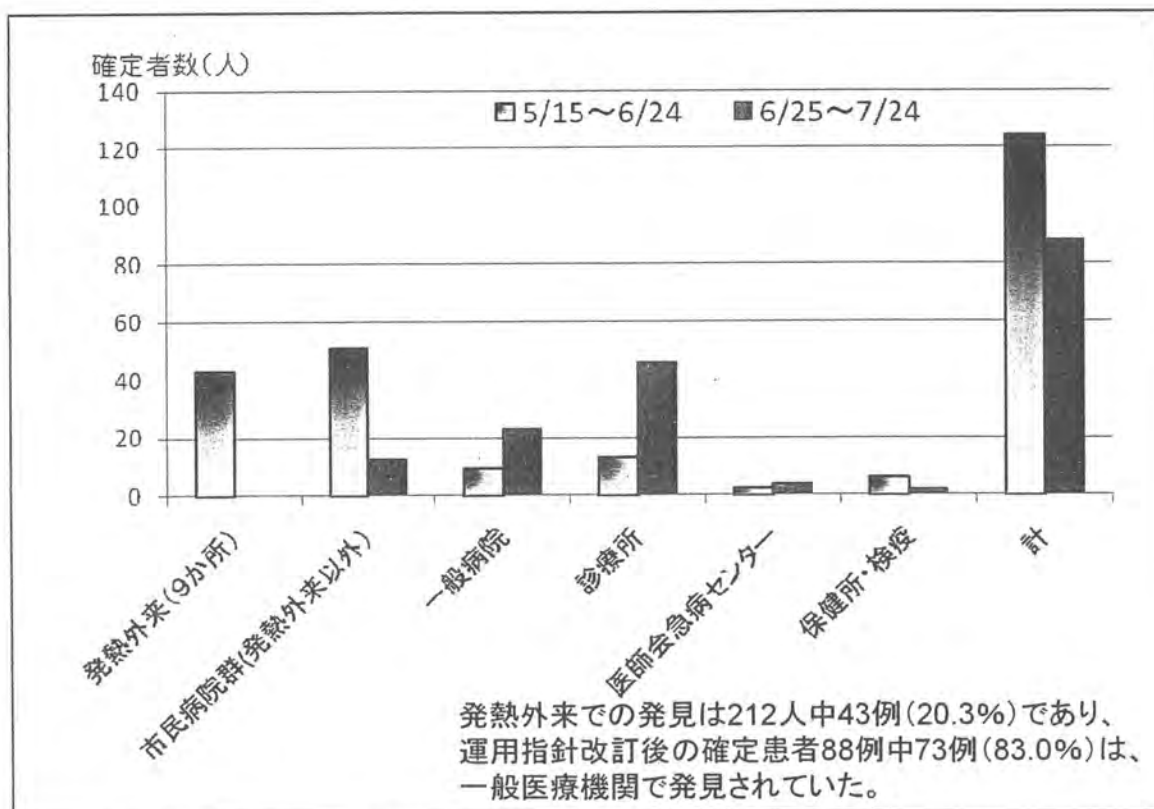


図4 神戸市における確定患者212人の受診先(診断医療機関)

厚生労働省結核感染症課「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」の改定について、6月25日事務連絡前後で比較した。

5

仙台市の新型インフルエンザ対策

～診療所・病院が連携した「仙台方式」の医療提供体制～

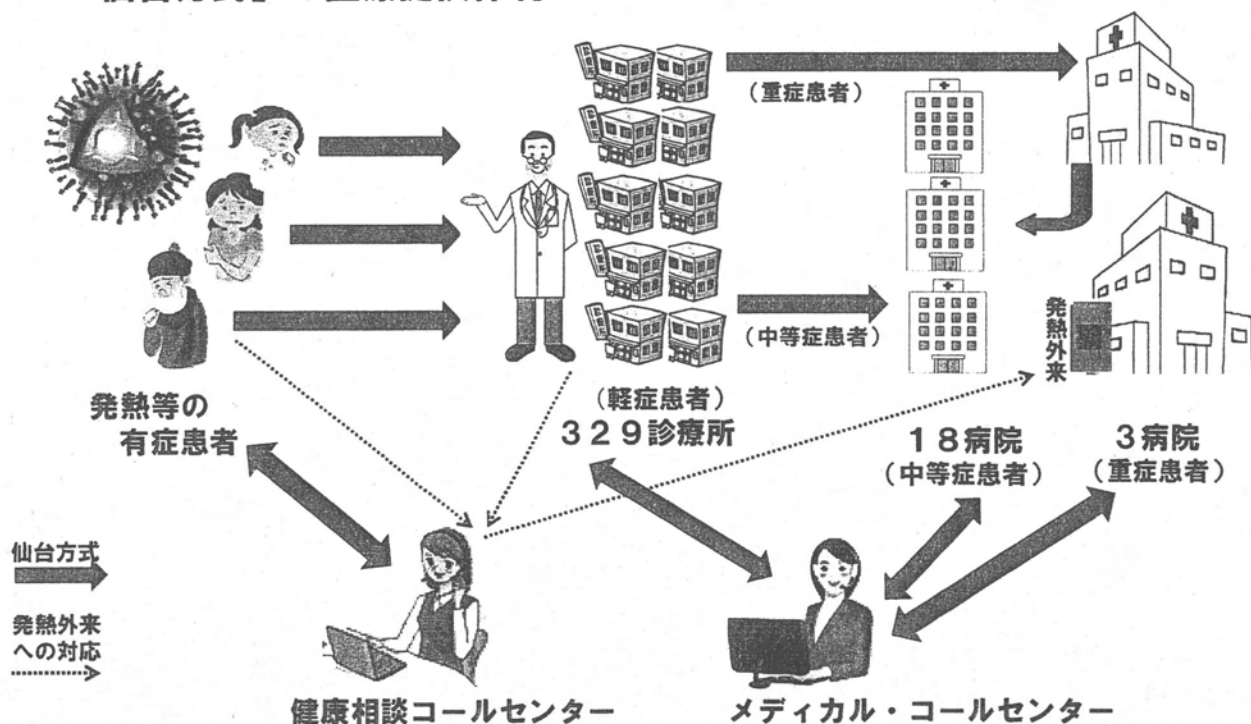
2010年5月12日

仙 台 市

仙台市の新型インフルエンザ対策

P. 1

「仙台方式」の医療提供体制



「仙台方式」の医療提供体制とは

P. 2

～仙台市メディカル・アクションプログラム～

1. 医療の確保

(1) 軽症患者は、「かかりつけ医」など最寄の診療所を受診する。

市内329診療所が協力申出：内科系232カ所、小児科系43カ所、その他54カ所
→仙台市は、協力申出の診療所に、従事者用の予防薬とマスクを配付



(2) 重症患者（中等症を含む）は、病院で入院治療を行う。

市内21病院が協力申出（→病院の特徴・意向に応じた機能分担）
重症患者 → 3病院
中等症患者 → 18病院



(3) 仙台市が、メディカル・コールセンター（24時間対応）を設置する。

診療所・病院への情報提供・問合せ対応（現実的には「健康相談コールセンター」で対応）
（実施例）国方針、国内・市内の流行状況、海外機関からの最新知見
薬・資材の流通状況、重症患者の受入調整など



2. 感染予防・感染拡大抑制

- ① 予防知識の市民啓発、予防接種（インフル・肺炎球菌）の勧奨、小学校欠席率調査・公表
- ② 健康相談コールセンター（24時間対応）、学校休校要請、報道機関と連携した情報提供等



「仙台方式」はマスコミが名付け親

P. 3

～仙台市医師会との信頼関係～

・ H19. 4～ 新型インフルエンザ感染予防講習会の開催（延べ50回）
手洗い・うがい・マスク着用など、市民レベルの対策を普及啓発

・ H20. 4 仙台市医師会との初協議

<共通認識>

- (1) 感染スピードは速く、当初からパンデミックを想定した対策を検討する。
- (2) 患者の受診行動を踏まえ、現実的な医療提供体制を構築する。

<市医師会の意向>

- (1) 医師会は、新型インフルエンザ治療に正面から取り組む。
- (2) 仙台市に対する要望
 - ① 流行状況など最新の情報提供
 - ② 診療所従事者への予防薬の配付
 - ③ 重症患者の入院先病院の確保



・ H21. 2 仙台市メディカル・アクションプログラムの策定

・ H21. 4～ 仙台市メディカル・ネットワーク会議での協議（これまで5回開催）

メンバー：感染症専門家、仙台市医師会、市内主要病院、
仙台市薬剤師会、宮城県看護協会、宮城県、仙台市

・ H21. 5～ 仙台市医師会感染症検討委員会での協議

仙台市：オブザーバー参加

・ H21. 5 仙台市医師会新型インフルエンザ研修会の開催

診療所・病院関係者に協力要請

・ H21. 6 マスコミが「仙台方式」と名付ける



今後の取り組み

～「仙台方式」の進化を目指して～

1. 仙台市感染症対策タスクフォース

東北大学・仙台市医師会・仙台市による「仙台市感染症対策タスクフォース」を設置し、H1N1の第二波や新型インフルエンザ（H5N1）の発生に備え、医療の現状を踏まえた対策を検討する。



2. 仙台市メディカル・ネットワーク会議

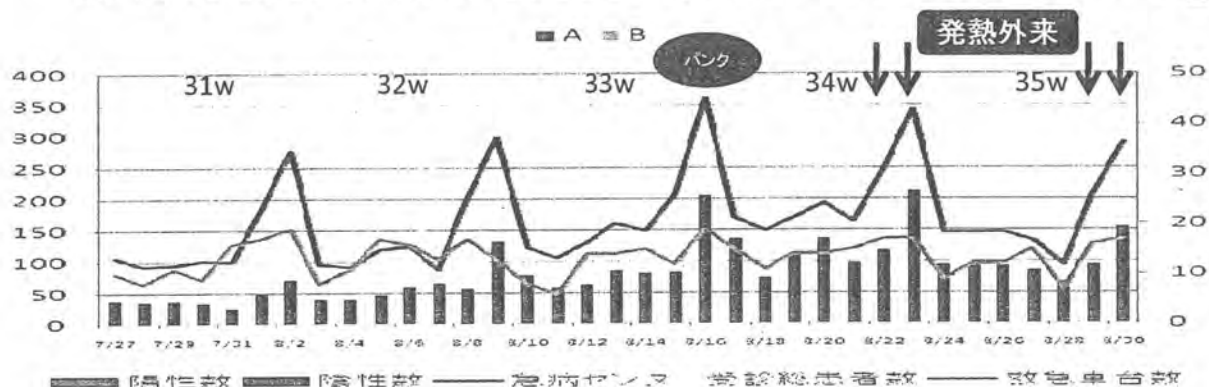
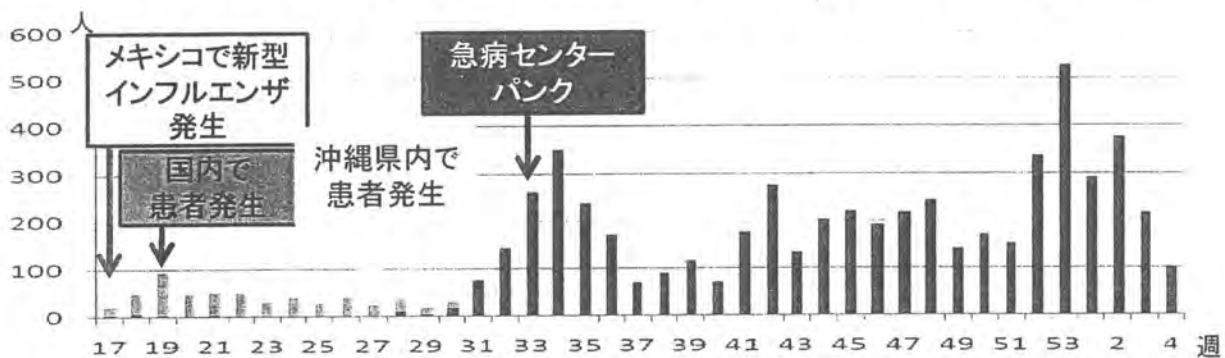
タスクフォースの検討を踏まえ、仙台市内の医療関係者の連携強化を図ると共に、最新の知見に基づいた正確な情報提供により、市民・事業者へ冷静な対応を促す。



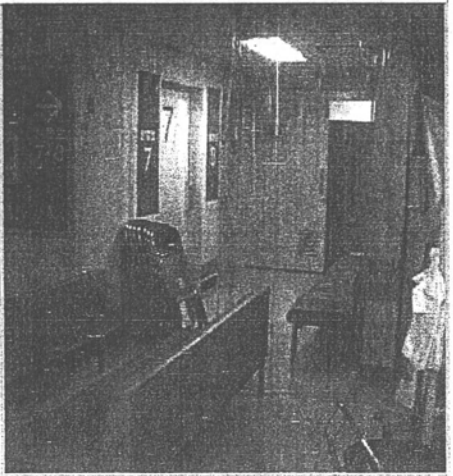
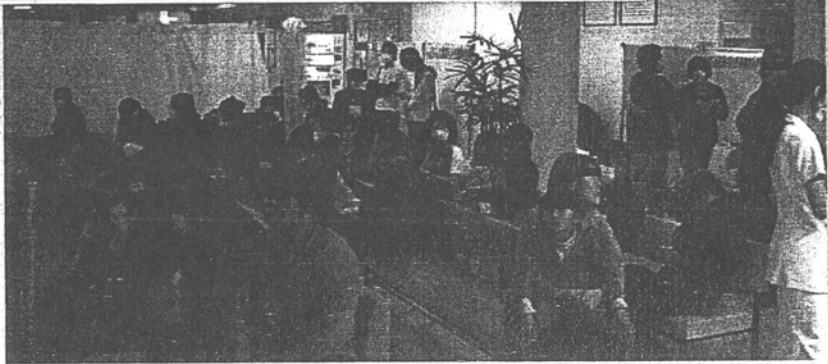
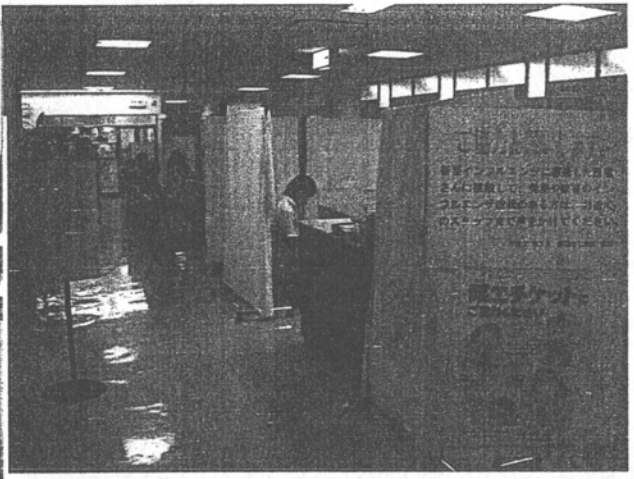
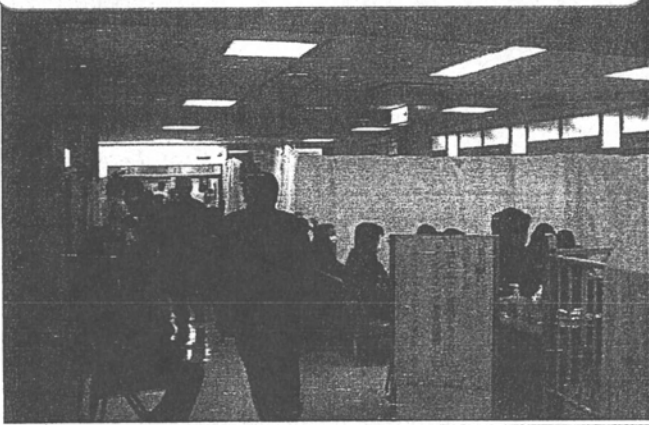
那覇市立病院

那覇市立病院 内科
知花なおみ

那覇市立病院 2009 インフルエンザ検出状況



地下1階;急病センター



那覇市医師会参加型 発熱外来

- 土、日曜日; 10~22時 (8/22, 23, 29, 30, 9/5, 6)
- 1階皮膚科・脳外科外来
- 医師会からの応援
 - 12時~16時、16時~20時
 - 内科2人、小児科1人
- カルテ、処方箋
 - 院外医師は手書き



那覇市医師会参加型発熱外来

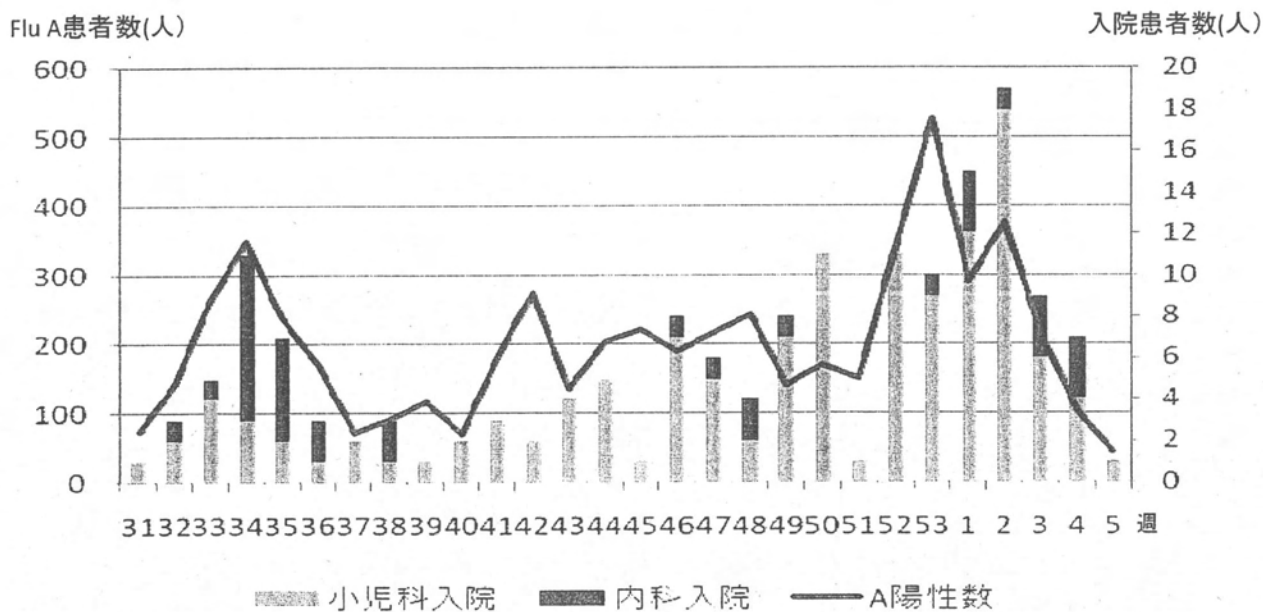
	ER総受診 患者数	発熱外来 患者数	応援医師
8/22(土)	249	65	内科;1
8/23(日)	342	138	内科;2 小児科;1
8/29(土)	207	52	内科;1 小児科;1
8/30(日)	289	97	内科;2
9/5(土)	156	21	内科;1
9/6(日)	268	77	内科;3 小児科;1

発熱外来患者数;のべ450名、応援医師;のべ12名

沖縄県看護協会;電話対応

	8/26 水	8/27 木	8/28 金	8/29 土	8/31 月	9/1 火	9/2 水	9/4 金	9/5 土
件数	11	12	13	13	4	3	5	0	4

Flu A陽性患者数、入院患者数 31週～5週



入院;158人(内科35人、小児科123人)

対応;まとめ

- 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。
 - 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
 - 那覇市近郊拠点病院でのインフルエンザサーベイランスが那覇市医師会によって数年前から行われており、地域での流行状況を皆が把握していた
- 電話相談も増加
 - 沖縄県看護協会ボランティアが対応
- 入院、外来ともに小児科が多かった
 - 沖縄県インフルエンザ重症例情報を参考に、重症例については病院間で連携を行った
- 観光客・マスコミへの対応
 - 県が観光局などと連携
 - 沖縄県医師会によるマスコミとの懇談会開催

第4回 新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議 レジュメ

医療提供体制について

日本医師会常任理事
保坂 シゲリ

2009年5月の新型インフルエンザ（A/H1N1）の国内発生以降、地域の医師会、そして医療機関は大きな混乱のなか、地域医療の確保のために昼夜を問わず対応してきた。

私自身、実際に小児科の診療所で殺到する電話相談、発熱患者の診療、ワクチンの接種に対応してきた。最前線にいたひとりの医師として、医療提供体制等の課題を申し述べる。

1. 国は各地域の医療提供体制を把握しておくべきである

今回の対応を省みると、国は画一的に「あるべき対応」を全国に求めてきたことがわかる。机上の論理を現場に無理やり適用しようとしてきたことが、各地域の混乱を招いた最たる要因である。

各地域の医療提供体制の現状を的確に把握し、これに見合った対応を施策として展開していくべきである。

2. 外来患者の区別のあり方を再考すべきである

今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）のように、感染力は強いが病原性は比較的強く、特異的な症状がない感染症に対する発熱外来での受診は疑問である。

また、一般の医療機関において、時間的もしくは空間的に発熱患者とその他の患者を区分する対応にも強い疑問を感じる。とくに都市部の診療所等の医療機関においては、これらを区分することは事実上不可能である。

高病原性の感染症に対する発熱外来での受診は必要であるが、現状の数は圧倒的に不足している。その背景には、医師や医療従事者の二次感染の危険性等が考えられるが、発熱外来を整備するためには、防御体制を含め、国による強力な支援が必要である。

新型インフルエンザ医療体制

“現場の苦労・問題点”

日本小児科医会 保科 清

1. 感染者と予防接種希望者（健常者）の時間的・空間的分離の困難
2. 発熱外来があっても、直接小児科へ来院
3. 問い合わせ電話で、一人がかかり切りに（ワクチンの件と受診の件など）
4. 発熱後2, 3時間で来院 → 検査希望 → 再受診
5. 発熱後数時間で呼吸困難 → インフルエンザでなければ受け入れ可能
6. 脳症を疑う患者の受け入れ先 → どこも満床
 - ・ 地域基幹病院における新型インフルエンザの入院状況・重症度・合併症種類・新規患者受け入れ可能状況などの情報の集約・提供
 - ・ 基幹病院に装置はあるが、動かす専門職がないこともある。ECMO さえしていたら助かったかもという要求が簡単に出されると困る。
7. 地域でのサーベイランスをしないと、非常に難しい。しかし、どこが主体となってサーベイランスをするのか。全国でのデータも必要だが。
8. 住居地の医療体制に即した対応をとりたいが、画一的な対策を強制されると、現場は対応に苦慮する。地域で柔軟な対応がとれるようにして欲しい。
8. 登園・登校基準の問題
9. 住居地による予防接種補助金の違い → 地域格差、貧富の格差。事務手続きの煩雑性

新型インフルエンザ対策総括会議資料
平成22年5月12日 於：厚労省

北海道の医療体制

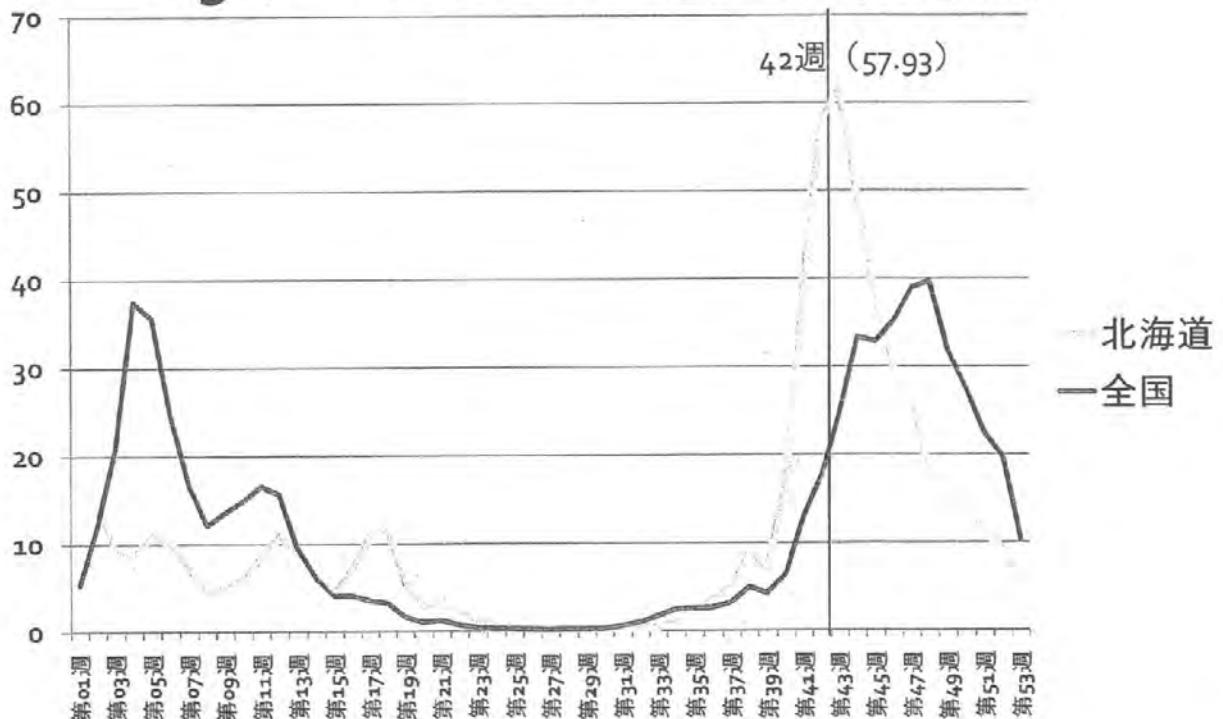
Medical system for H1N1 Influenza in Hokkaido

北海道保健福祉部健康安全局
医療参事 山口亮

42週 57.93
43週 61.72

新型インフルエンザ対策総括会議資料
平成22年5月12日 於：厚労省

'09インフルエンザ定点報告数





10月13日（火）読売新聞夕刊（北海道版）
10月12日午前、札幌市内のある診療所前の様子

平成21年10月10日（土）
10月11日（日）
10月12日（祝）体育の日（第42週の初日）

- ・ 夜間急病センターや休日当番医療機関（小児科）で行列ができた
- ・ 電子カルテの医療機関では深夜にはバックアップに入ってしまった、診療を続けることが困難になった
- ・ 診療時間待ちのため医療機関周囲で駐車車両が増えたり、夜間急病センターの周囲を取り囲むように縦列駐車が増えた

- ・ 夜間及び休日の初期救急医療体制を強化した
- ・ 重症化した小児患者を受け入れるため、土日祝日の小児科二次救急医療機関を1施設増やした
- ・ 後方支援の病院（非公表）を確保し、医療機関での待ち時間短縮に役立てた
- ・ 中学生以上は内科受診も考慮するようにアナウンスした
- ・ 休日当番の内科医師には中学生の受診についても対応するように依頼した

体制名		診療科名	通常体制	拡充体制 ※2 (期間)
休日当番 医療機関 ※1		内科	1日あたり7施設	1日あたり8～9施設 (10月4日～1月31日)
		小児科	1日あたり3施設	1日あたり5～8施設 (10月4日～1月3日)
夜間 急病 センター	土曜日曜 (19～24時)	内科 小児科	各科医師2名	各科医師3名 (10月4日～11月8日)
	平日 (19～24時)	内科 小児科	各科医師1名	各科医師2名 (10月1日～11月6日)
二次救急医療機関 (土曜日曜)		小児科	1日あたり1施設	1日あたり2施設 (10月3日～1月3日)

医療体制

【新型インフルエンザ発生以前】

2009年4月22日まで

- 新型インフルエンザの発生に備えるため、2005年12月に関係省庁が「新型インフルエンザ対策行動計画」を、2007年3月には新型インフルエンザ専門家会議が「新型インフルエンザ対策ガイドライン フェーズ4以降」をとりまとめた。
- 我が国における新型インフルエンザ対策をさらに強化するため、第169回国会において感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）及び検疫法の改正を行い、2008年5月に施行された。
- 当該法改正や与党プロジェクトチーム（当時）の提言、さらには最新の科学的知見、関係省庁や新型インフルエンザ専門家会議での検討などを踏まえ、2008年後半には、行動計画及びガイドラインの改訂作業が進み、同年年末のパブリックコメント募集を経て、翌2009年2月17日に改訂版が公表された。
- 2009年2月17日の「医療体制に関するガイドライン」では、新型インフルエンザが発生してから終息するまでの医療体制について、住民の医療相談窓口としての発熱相談センター、新型インフルエンザ診療の専用外来としての発熱外来、さらには感染症法に基づく入院措置への具体的対応に至るまで、段階別に対策が詳述されている。

【新型インフルエンザ海外発生以降】

2009年4月23日～5月15日

- 2009年4月23日、アメリカ疾病管理センター（CDC）から、アメリカ国内においてブタ由来H1N1のA型インフルエンザウイルスの人への感染事例があるとの報告があった。
- 4月24日、世界保健機関（以下、WHOという）より、アメリカのみならずメキシコにおいてもインフルエンザ様疾患が発生しているとの情報があった。厚生労働省では、引き続き情報の収集を進めるとともに、翌25日より、都道府県等や医療関係者に対する情報提供、流行地に渡航する方への注意喚起、流行地から帰国する方への対応、電話相談窓口の設置等の対応を開始した。さらに、25日に到着するメキシコからの直行便に対する検疫を強化することを決定した。
- 4月27日（日本時間）、WHOにおいて専門家による緊急委員会が開催され、その結果を踏まえて公表されたWHO事務局長のステートメントの中で、継続的に人から人への感染がみられる状態になったとして、28日未明正式にフェーズ4の宣言がなされた。

- 4月28日、厚生労働大臣は、メキシコ、アメリカ、カナダにおいて、感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症が発生したことを宣言した。

同日、政府は内閣総理大臣を本部長とする「新型インフルエンザ対策本部」を設置し、新型インフルエンザの発生は、国家の危機管理上重大な課題であるとの認識のもとで、当面の対応を示す「基本的対処方針」を発表した。この「基本的対処方針」において、水際対策の強化やワクチン開発に加えて、発熱相談センターと発熱外来の設置の準備を急ぐべきことが示された。これを受けて、全国の自治体は、自ら策定していた行動計画等に基づいて新型インフルエンザ対策を開始し、順次、保健所における発熱相談センターや医療機関における発熱外来が地域ごとに設けられた。

- ・発熱相談センターは、ガイドラインにおいて、新型インフルエンザの患者の早期発見、当該者が事前連絡することによるそれ以外の疾患の患者への感染の防止、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したものである。(医療体制に関するガイドライン64ページ)
- ・発熱外来は、ガイドラインにおいて、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触を最小限にし、感染拡大の防止を図るとともに、新型インフルエンザに係る診療を効率化し混乱を最小限にすることを目的としたものである。

また、まん延期以降においては、感染防止策を徹底した上、新型インフルエンザの患者の外来集中に対応することに加え、軽症者と重症者の振り分け(トリアージ)の適正化により入院治療の必要性を判断することを目的としたものである(医療体制に関するガイドライン60ページ)

- 4月29日、アメリカで1歳11ヶ月の幼児の感染者が初めて死亡した。これは、メキシコ以外で初めて確認された死亡例であった。同日、厚生労働省は、国内発生に備え、関係者との情報共有や発熱外来の設置など、医療体制の確保の方針について、医療機関向けに事務連絡「新型インフルエンザの診療を原則行わない医療機関の指定に伴う医療体制整備について」を発出した。
- 4月30日、地域単位の感染が2カ国以上で起きており、大流行直前の兆候があるとして、WHOにより警戒水準がフェーズ5へ引き上げられた。
- 5月1日、香港特別行政区政府が、4月30日に香港に到着した25歳のメキシコ人男性の感染を確認したと発表した。これが東アジアで確認された最初の新型インフルエンザ事例であったが、翌2日には、韓国でも初の感染が確認された。
- 5月3日、厚生労働省は、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与などの新型インフルエンザの診療についての考え方をとりまとめ、医療機関向けに事務連絡「新型インフルエンザの診療等に関する情報(抗インフルエンザ薬の予防投与の考え方等)」について」

を発出した。

- 5月13日 厚生労働省は、成田空港検疫所で確認した日本人4名の臨床経過は季節性インフルエンザと極めて類似し、軽症のまま推移したこと等に基づき、停留と健康監視期間を短縮することを決定した。

【新型インフルエンザ国内発生以降】

2009年5月16日～8月14日

- 5月16日、兵庫県神戸市において国内最初の新型インフルエンザ患者の発生を確認した。政府はこの事態を受けて、自治体、医療機関、事業者や関係団体と連携・協力するための「確認事項」を発表した。医療体制に関しては、各自治体が地域の実情を踏まえ、適切かつ柔軟に判断しながら発熱外来の整備を進めること等が示された。
- 神戸の発生動向は急速であり、医療体制の整備は発生する相談件数及び患者数に追いつくことができなかった。とくに、第一例の患者が海外渡航歴のない高校生であったことから、神戸市においては渡航歴の有無によらず発熱外来に発熱患者が集まったため、数日にわたって発熱外来が混乱状態となった。
- 5月19日までに神戸市において確定例となった患者は43例となり、神戸市内における入院措置も限界となった。同日、神戸市は全ての医療機関で発熱患者を診療するとの決定をし、厚生労働省もこれを追認することとなった。
- 一方、大阪では、5月17日に集団発生を認めたため、厚生労働省から大阪府に対し、患者発生が多数にわたる地域においては、入院措置を全員に適用させる必要がない旨を伝えた。
- その後も兵庫県、大阪府を中心として患者数が急増した。感染の拡がりとともに、発生している新型インフルエンザについて、多くの感染者は軽症のまま回復しており、抗インフルエンザウイルス薬の治療が有効であるなど、季節性インフルエンザと類似する点が多いことが我が国においても実際に確認できる場所となった。
- 5月21日、国立感染症研究所感染症情報センターは、急速に患者増加が認められる地域を対象とした、院内感染対策の考え方を示すガイドラインを発表した。標準予防策、飛沫感染予防策を徹底することを求めるとともに、N95マスクやガウンといった厳重な感染対策は限定された状況でのみ使用するものとした。
- 5月22日に厚生労働省は「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」（以下「運用指針」という。）を策定した。運用指針に基づき、「各

地域の感染レベルが異なる時点では、行動計画をそのまま適用するのではなく、第三段階にとることとされている対策を弾力的に行うことも必要である。運用において、「感染者・患者の発生した地域を2つに分けて対応する」として、「患者発生が少数である地域と急速な患者数の増加が見られる地域に区分し、状況に応じた対策を地方自治体が厚生労働省との相談のもとに実施することとした。

患者発生が少数である地域では、インフルエンザ様症状が見られた場合には、まずは、発熱相談センターに電話で相談し、その後、指示された発熱外来を受診することとした。患者（患者と疑われる者を含む。）については、新たに濃厚接触による感染者を増やさないよう、感染症法に基づき、感染症指定医療機関等への入院とし、抗インフルエンザウイルス薬を用いて適切に治療し、新たな感染を防ぎ、感染源を減らすよう努めることとした。患者の濃厚接触者に対しては、外出自粛など感染者を増やさないような行動を要請すると同時に、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与と健康観察を行うこととした。

一方、急速な患者数の増加が見られる地域では、発熱外来の医療機関数を増やし、関係者の協力の下、対応可能な一般の医療機関においても、発熱外来の機能を果たすとともに、患者の直接受診を行うことを可能とした。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い、また、基礎疾患を有する者等であるかどうか明確でない人でも重症化の兆候が見られたら、速やかに入院治療を行うこととした。一方、軽症者は、自宅で服薬、療養し、健康観察を実施することとした。自宅療養する軽症者の家族の中で基礎疾患を有する者等がいる場合は、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を行うが、その他は、予防投与は行わないこととした。

- 6月2日、厚生労働省は事務連絡「医療機関における新型インフルエンザ感染対策について」を発出し、国民のほとんどが新型インフルエンザに対する免疫をもたないことから、感染が拡大する素地を有しており、とくに基礎疾患のある者等のハイリスク者に対しては一層の感染防止策が必要となるとの考えを示し、医療機関における感染対策、とくにハイリスク者に対する感染防止策を徹底するよう各都道府県等に求めた。
- この時期、世界的には感染者数が増加し、特にこれから冬を迎える南半球において増加が著しかったこと、6月12日にWHOがフェーズ6宣言を行ったこと、国内において原因が特定できない散発事例が発生していたこと等を踏まえ、厚生労働省では、秋冬に向けて大規模発生の可能性が高く、感染拡大防止措置による封じ込め対応は困難な状況であるとの判断を行った。このため、患者数の増加に伴い増えると考えられる医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を提供することを目的とし、6月19日に運用指針を再び改訂した。改訂運用指針では以下のような方針を掲げた。
 - ① 重症患者数の増加に対応できる病床を確保し、重症患者の救命を最優先とする医療提供体制を整備すること。特に、一部の基礎疾患を有する者等が重症化しているため、軽症の人が自宅療養を行うこと等により、患者数の増加に伴い増えると

考えられる医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を提供することを目指すこと。

- ② 院内感染対策を徹底し、基礎疾患を有する者等の感染防止対策を強化すること。
- ③ 感染拡大及びウイルスの性状の変化を可能な限り早期に探知するサーベイランスを着実に実施すること。
- ④ 感染の急速な拡大と大規模かつ一斉の流行を抑制・緩和するための公衆衛生対策を効果的に実施すること。

なお、患者発生が少数である地域と急速な患者数の増加が見られる地域に区分した地域別の運用については、この運用指針の改訂をもって廃止し、医療体制については以下のように全国で統一した対応をとることとした。

- ① 保健所などに設置している発熱相談センターは、受診する医療機関が分からない方への適切な医療機関の紹介、自宅療養している患者への相談対応等、電話による情報提供を行うこととした。
- ② 医療機関の外来部門は、患者数の増加に対応するため、原則として全ての一般医療機関において診療を行うこととした。その際、発熱患者とその他の患者について医療機関内の受診待ちの区域を分ける、診療時間を分けるなど発熱外来機能を持たせるよう最大の注意を払うこととした。
- ③ 入院措置については実施せず、軽症者は原則として自宅療養とするが、重症患者については、感染症指定医療機関以外の一般入院医療機関においても入院を受け入れることとした。なお、患者の濃厚接触者に対しては、外出自粛など感染拡大防止行動の重要性をよく説明し協力を求めるとともに、一定期間に発熱等の症状が出現した場合、保健所への連絡を要請した。
- ④ 抗インフルエンザウイルス薬の予防投与については、基礎疾患を有する者等で感染を強く疑われる場合に医師の判断により行うこととした。

- 国内において、7月24日までに新型インフルエンザ感染が確定した累計患者数は5038名であった。同日より、集団発生を把握するためのクラスターサーベイランス体制に移行したため、その後全数調査は実施されなくなった。ただし、確定した入院患者や重症患者、死亡者についての全数調査は引き続き実施された。
- 夏期休暇を迎え、国内では旅行先での発症者が相次ぎ、サマーキャンプにおいて喘息を有する児童の集団感染などの報告が相次いだ。そこで、厚生労働省では、事務連絡「喘息等の基礎疾患を有する者等の旅行等での留意点について」を8月7日に発出し、喘息等の基礎疾患を有する者等に対して基礎疾患の自己管理と体調管理の徹底を呼び掛けるとともに、旅行やキャンプ等における留意点を周知した。

【流行入り以降】

2009年8月15日～12月まで

- 8月15日、沖縄県で基礎疾患を有する57歳男性が死亡。国内初の死亡例であった。その後も、基礎疾患を有する者の死亡や小児の脳症や肺炎による重症例が、流行が拡大している地域を中心に報告されるようになった。死亡事例については、ウイルスの遺伝子変異等の異常がないか、国立感染症研究所において遺伝子配列の確認作業等を行い、明らかな異常がないことを確認した。
- 8月28日、厚生労働省は、事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」を発出した。このなかで、すでに流行が始まっている沖縄県や北海道における医療提供体制の確保対策を参考として情報提供を行うとともに、医療提供体制を確保するための参考として示す「新型インフルエンザの流行シナリオ」を公表し、各都道府県において、新型インフルエンザ患者や重症者の発生数等について検討を求めた。さらに、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求めるとともに、受け入れ医療機関の確保や重症患者の受け入れ調整機能の確保等、地域の実情に応じて必要な医療提供体制の確保対策等を講じるよう求めた。また、医療機関に対しては、厚生労働省研究班（主任研究者 工藤宏一郎、分担研究者 川名明彦）が作成した「新型インフルエンザ（A/H1N1）診療の基本的考え方」を示した。
- その後は急速に国内でも感染が拡大し、特に沖縄県では、一部の医療機関において救急外来が混雑したり、重症患者の受け入れが重なったり等の一時的な混乱が認められた。ただし、沖縄県庁、医療関係団体、各医療機関などの連携により、市民にも協力を呼びかけるなどして、地域中核医療機関を周辺の診療所等が支える対策が取られることで乗り越えることができた。

厚生労働省としても、沖縄県の取り組みを注視し、その対策について情報収集を行い、沖縄県の対策とその成果を全国の都道府県に周知するため9月8日に開催した全国担当課長会議において、沖縄県の感染症担当者より「新型インフルエンザに関する沖縄県の現状と対策について」と題し、こうした沖縄県の取り組みについて報告いただいた。
- その後も新型インフルエンザの流行拡大に伴い、重症化例や死亡例の報告が重なった。9月18日、厚生労働科学特別研究「秋以降の新型インフルエンザ流行における医療体制・抗インフルエンザウイルス薬の効果などに関する研究」（主任研究者 工藤宏一郎、分担研究者 川名明彦）により、人工呼吸管理を要した症例や脳症症例等、6例を紹介する症例集が取りまとめられ、その時点で関係学会等から公表されていたガイドライン等とあわせ、厚生労働省から事務連絡で情報提供を行った。
- 10月に入ると、患者数の急速な増加が各地で見られるようになった。全国の週あたりの推定受診者数も100万人を突破した。ほとんどの地域で、休日当番医療機関数を増やしたり、沖縄県の例にならい診療所の医師が救急医療機関の診療を支援する等の対策が実施されるようになった。また、一部の地域ではファクシミリによる処方せん発行が実

際に運用された。

- こうした地域での経験をもとに、厚生労働省は運用指針の二訂版を10月1日に公表した。医療体制については、これまでの運用指針から特段の変更は加えなかったが、引き続き、大規模な流行が生じた場合においても患者数の急激な増加に対応できる病床の確保と重症患者の救命を最優先とする医療提供体制の整備を進めることを確認して、以下のように、より具体的に提供体制の整備の考え方について示した。
 - ① 慢性疾患等を有する定期受診患者については、感染機会を減らすため長期処方を行うことや、発症時には電話による診療でファクシミリ等による抗インフルエンザウイルス薬等の処方ができること。
 - ② 夜間や休日の外来患者の急激な増加に備えて、都道府県等は、地域医師会と連携して、救急医療機関の診療を支援する等の協力体制についてあらかじめ調整すること。
 - ③ 患者数が増加し医療機関での対応が困難な状況が予測される場合には、公共施設等の医療機関以外の場所に外来を設置する必要性について、都道府県等が地域の特性に応じて検討すること。
 - ④ 重症者の受け入れ体制の整備のため、都道府県等は、入院診療を行う医療機関の病床数及び稼働状況、人工呼吸器保有台数及び稼働状況並びにこれらの実施ができる人員数などについて確認し、必要に応じて患者の受け入れ調整等を行うこと。特に、透析患者、小児、妊婦等の重症者の搬送・受け入れ体制について整備すること。
- 10月16日、厚生労働省では、改めて国民に向け、地域の医療体制、特に、
 - ① 夜間救急対応の医師等ができるだけ重症の患者さんの方々の対応に割けるよう、かかりつけの医師と発熱時の対応についてあらかじめ相談しておくこと
 - ② 救急外来時間帯における救急以外の外来受診を控えること
 - ③ あらかじめ電話をかけてから受診すること
 - ④ 小児救急電話相談事業（#8000）も含めた電話相談窓口を活用することなどの対応に協力するよう事務連絡「新型インフルエンザによる外来患者の急速な増加に対する医療体制の確保について」で呼びかけた。また、この中で、一部の事業者において、家族が新型インフルエンザにかかった場合に、本人が感染していないことを勤務先などに証明するため、簡易検査を受けるために受診しているといった指摘があるため、企業等においては、従業員に対して、感染していないことを証明する検査を求めないように呼びかけた。
- 11月5日、厚生労働省は、新型インフルエンザに係る医療体制に関する調査結果を公表した。外来診療体制および透析患者、小児、妊婦等の重症者の搬送・受入体制の確保状況について、すべての都道府県の状況を示し、全国的に体制強化が図られていることが確認された。

- 11月20日、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)を公表した。11月初旬までに国民の20人に1人が受診したと推定し、その多くを小・中学生の年代が占めたとした。また、50名の死亡者の分析によると、発症から死亡までが平均5.6日であり、比較的早い経過で死亡している例が多いことが明らかになった。
- 全国における患者数のピークは11月下旬であったと考えられる。11月23日から30日までの定点あたりの報告数は39.63人であり、推定受診者数では189万人に及んだが、外来受診ができなくなる、入院先が見つからない、といった状態にまで至った地域は殆どなかった。ただし、小児科を中心に救急外来の混雑は多くの地域で認められ、中学生以上の発熱患者については内科で対応するよう申し合わせたり、不要不急の救急受診を控えるよう市民に呼びかけるといった対応をとる地域がみられた。
- 12月14日、自宅療養中に急変して死亡する小児の事例が認められたことから、厚生労働省と小児科学会は共同で「発熱したお子さんを見守るポイント」と題するパンフレットとポスターを作成し、小児科医療機関等を通じて配布した。
- 12月25日、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)の第2版を公表した。11月中旬までに国民の14人に1人程度がインフルエンザで医療機関を受診したと推定し、推定受診者当たりの入院率と重症化率は、それぞれ0.08%、0.006%程度で横ばいに推移しているとした。また、主治医の報告に基づく直接死因として、20歳未満では急性の心筋炎や脳症、肺炎などが報告されており、20歳以上では、急性肺炎が死因の20%を占めていることを明らかにした。
- 12月以降、新型インフルエンザの受診者数は減少傾向となり、医療体制への負荷も通常のインフルエンザ程度へと落ち着きがみられた。そして、3月下旬には定点あたりの受診者数が1以下となり、流行の第1波は終息したものと考えられた。

医薬品・医療品

【新型インフルエンザ発生前】

2009年4月22日まで

1. 備蓄目標量の考え方について

- 厚生労働省における抗インフルエンザウイルス薬の備蓄は、新型インフルエンザ(H5N1)の発生に備え、平成17年度当初予算にリン酸オセルタミビル(商品名:タミフル)の購入経費を計上することにより開始した。

- 平成17年度当初予算
平成16年8月に厚生労働省「新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会」により、米国疾病管理センター(CDC)の推計モデルを用いた我が国における新型インフルエンザによる健康被害の推計が示され、全人口の25%が新型インフルエンザに罹患すると想定した場合に、医療機関受診者の上限値は約2,500万人とされた。
タミフルの備蓄についてはこの推計に基づき、製薬会社によれば、インフルエンザ流行シーズンを通して1,500万人分(1日2錠4日分:12,000万カプセル)は確保できるものの、パンデミック時においては不足することが予測され、要治療者2,500万人分(1日2カプセル3日分:15,000万カプセル)を必要量として、製薬会社の確保量との差である3,000万錠を国と都道府県における当面の備蓄目標とした。
そのうち、国においては、社会機能維持や全国の病院等の診療機能の確保などに必要な約240万人分の25%相当分(60.5万人分:363万カプセル)を5年計画で備蓄(平成17年度:72.6万カプセル1.6億円)することとし、残余については、各都道府県において人口比に応じて備蓄することとした。

- 平成17年度補正予算
当初計画においては、「新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会」の議論等において、タミフルの緊急的な投薬として3日処方とするとしていたところであるが、最新の知見により、短期間の投薬では、薬剤耐性ウイルスが発生する可能性が指摘され、標準的な投薬期間を5日間とするように備蓄計画を見直し、流通分、国及び都道府県の備蓄目標量については、それぞれ、400万人分、1,050万人分及び1,050万人分とした。
この計画の見直しを踏まえ、国備蓄分として、平成17年度補正予算に年度内に調達可能な約742.8万人分162億円を計上し、都道府県分については、平成18年度~19年度の2か年で1,050万人分を備蓄することとして地方財政措置が行われた。

- 平成18年度当初予算
新型インフルエンザウイルスがタミフル耐性を獲得している可能性も懸念されることから、危機管理上、ザナミビル水和物(商品名:リレンザ)の備蓄を行うこととし、その目標量は、医療従事者や社会機能維持者など、タミフルの投与が優先される者(約

240万人)の25%(罹患率)に相当する量の60万人分を備蓄することとし、平成18年度予算には、30万人分9.1億円を計上し備蓄を行った。

○ 平成18年度補正予算

平成18年度補正予算においては、備蓄目標量に不足している量を確保するため、タミフル：300万人分72億円、リレンザ：30万人分8.3億円を計上し備蓄を行った。

○ 平成18年度予備費使用

新型インフルエンザの予防及びまん延防止に早急かつ万全の対応を図る観点から、新型インフルエンザの初発事例発生時に、当該患者の居住する地域以外への拡散を防止するための住民への予防投与及び初発例を診察する可能性の高い医療従事者等に対して予防投与を行うため、タミフルを追加備蓄した。(住民に対する地域内予防投与：240万人分、医療従事者等に対する予防投与：60万人分、合計300万人分68億円)

○ 平成19年度補正予算

タミフル耐性ウイルスの発生など最近の状況や国際的な動向等も踏まえ、リレンザの備蓄量について、タミフルの備蓄量(1,350万人分)の1割相当となる135万人分を目標とし、これまでに60万人分のリレンザを備蓄していることから、不足分の75万人分を追加備蓄した。(75万人分22億円)

○ 平成20年度補正予算

平成20年6月に「鳥由来新型インフルエンザ対策に関するプロジェクトチーム」により「鳥由来新型インフルエンザ対策の推進について」が取りまとめられ、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄について、最新の医学的な知見、諸外国における抗インフルエンザウイルス薬の備蓄状況、鳥インフルエンザの発生状況、抗インフルエンザウイルス薬の流通状況等を勘案しながら、現在の国民の23%相当から40~50%程度まで段階的に引き上げることを提言された。

この提言を踏まえ、国備蓄分として、タミフル1,330万人分347億円、リレンザ133万人分39億円を平成20年度補正予算に計上し、都道府県分については、平成21年度~23年度の3か年で、タミフル1,330万人分、リレンザ133万人分を備蓄することとして、地方財政措置を行うこととされた。

2. 備蓄量の推移

(1) タミフル

平成 年度	政府備蓄		都道府県備蓄 (地方財政措置)
	予算措置	備蓄量	
17年度	当初	7.2万人分 1.6億円	—
	補正	742.8万人分 162億円	
		257万人分	

18年度	補正 予備費	300万人分 300万人分	72億円 68億円	1,093万人分	18年度～19年度 1,050万人分
19年度		—		—	
20年度	補正	1,330万人分	347億円	500万人分	—
21年度		—		1,150万人分	21年度～23年度 1,330万人分
合計			651億円	3,000万人分	2,380万人分

(2) リレンザ

平成 年度	政府備蓄			都道府県備蓄 (地方財政措置)
		予算措置	備蓄量	
18年度	当初	30万人分	9.1億円	—
	補正	30万人分	8.3億円	
19年度	補正	75万人分	22億円	—
20年度	補正	133万人分	39億円	
21年度		—		21年度～23年度 133万人分
合計			78億円	133万人分

【新型インフルエンザ海外発生以降】

2009年4月23日から

- 国民に対し、国内の抗インフルエンザウイルス薬の保有状況を公表し、十分な量の抗インフルエンザウイルス薬を確保していることを伝えることとした。このため、製造販売業者及び卸売業者が保有している通常流通用のタミフルの毎週末の流通在庫について調査を開始した。
- 行動計画における抗インフルエンザウイルス薬の保有状況
(総数量 約3800万人分を確保)
4月末時点のタミフルの保有状況
行政が備蓄しているタミフル 約3,000万人分
(国の備蓄量 約1,850万人分、都道府県の備蓄量 約1,150万人分)
通常流通用タミフル(メーカー・卸)の保有状況 約400万人分
4月末時点のリレンザの保有状況
行政が備蓄しているリレンザ 約470万人分
(国の備蓄量 約268万人分、都道府県の備蓄量 約202万人分)
- また、メキシコにおける新型インフルエンザの発生後、メキシコ国内においてマスクが不足しているとの報道があり、我が国のマスクの需要についても需要の増加が予測され

たことから、マスク業者の生産計画を把握するため、業者及び衛生材料業界団体に対し、調査を行った。

5～6月までのメーカー生産計画 約1.2億枚

- マスクについては、着用による感染防止効果は十分とはいえないことから、咳やくしゃみなどの症状が出ている者に対する「咳エチケット」や、やむを得ず人混みに外出する場合に着用することを推奨していたものの、この時期としては、過去に例がないほどのマスク需要の拡大に対し、メーカーの生産能力が追いつかない事態となった。
- 新型インフルエンザの海外発生に伴うWHOのフェーズ4宣言を受け、今後、医療機関等に対する医薬品、医療機器等の供給に支障が生ずることがないように、医療機関、薬局、医薬品卸売業者が過剰な発注や過剰な在庫が発生しないよう、医薬品、医療機器等の安定供給確保を要請する通知を、同日中に発出した。

【新型インフルエンザ国内発生以降】

2009年5月16日から8月14日まで

- 5月15日に兵庫県神戸市在住の海外渡航歴のない10代後半の男性が、新型H1N1(+)となり、国立感染症研究所における検査の結果、5月16日に国内初の新型インフルエンザの患者であることが確定した。その後、上記男性と同じ高校に通う10代後半の男性と女性の計2名や、神戸市在住の10代の女性5名が新型インフルエンザであることが確定した。また、大阪府においても、同日、10代前半の女性1名、10代後半の女性3名、男性5名が、新型インフルエンザの患者であることが確定した。
- 同日中に兵庫県担当者から、翌17日には大阪府の担当者から、予防投与用として行政備蓄用リレンザの送付要請があったことから(この時点でリレンザを備蓄していた自治体は東京都のみ)、それぞれ約5000人分を直ちに両府県庁(担当者宛)に送付した。
- 兵庫県、大阪府のほか、基本的対処方針が見直され予防投与が中止されるまでの間に、予防投与用としてリレンザを送付した自治体は、京都府(5/22)、福岡県(6/8)、千葉県(6/8)、神奈川県(6/9)、岩手県(6/11)、長野県(6/16)、岐阜県(6/18)であり、9府県に対して約14000人分を送付した。
- 一方、通常流通用の抗インフルエンザウイルス薬については、医療機関からの発注が増加したが、爆発な感染拡大はただちには起こらなかった。しかしながら、抗インフルエンザウイルス薬の安定供給の観点から見れば、この時点では、各メーカーは次シーズンの供給計画の検討を始めたところであり、次シーズンの供給計画を前倒して出荷することとしてはいるものの、生産(又は製品輸入)から供給までには、約3ヶ月のリードタイムが必要であった。

5月15日～17日時点の、抗インフルエンザウイルス薬のメーカー・卸の保有量は、タミフル約500万人分、リレンザ約60万人分であった。

- 医療機関から直接注文を受ける卸売業者に対しては、このようなメーカーの実情を具体的に伝え、安定供給に協力していただく必要があることから、メーカーの生産及び出荷の計画を詳細に伝えるとともに、卸売業者を通じて、医療機関に対しても、発注量全てを納入することが出来ない場合には、頻回配送を行うなどの分割納入を行うことに理解をいただくよう依頼し、安定供給確保への協力を要請した。
- また、小児への流行拡大に伴い「タミフルドライシロップ 3%」の入手が困難な場合の対応として、当該製剤の投与対象となる患者に対してタミフルカプセル 75mg を脱カプセルし調剤した場合も調剤料を算定できる、との診療報酬上の取り扱いについて、5月26日付で事務連絡を発出した。また、同様の内容を11月6日付事務連絡として再度周知を行った。
- 国内発生後、全国的にマスクの需要が増加し、近畿圏においても、この時点でのマスクの在庫では足りないとの情報があった。このため、マスクメーカー各社及び大手卸売業者に対し、納入していないマスクの在庫を、関西方面へ融通して欲しい旨依頼し、各業者はできる限りの協力を行った。
- メーカー及び卸売業者の協力を得て、週ごとの「卸売業者から医療機関への供給状況」をまとめ、厚生労働省のホームページを通じて、毎月の供給状況を公表することにより、医療現場に安定的な供給が継続していることを情報提供することとした。また、必要に応じて、都道府県ごとの抗インフルエンザウイルス薬の流通状況についても報告するよう要請した。
- 7月末になって、沖縄県においてインフルエンザ患者が増加しはじめ、8月17日の週（34週）には、定点が46.31となった。インフルエンザ患者の増加は沖縄県のみで顕著であったが、抗インフルエンザウイルス薬の需要は全国的に増加した。（全国の定点は2.47）

※ 国内の抗インフルエンザウイルス薬の供給量

	タミフル	リレンザ
34週(8月17日～)	約45.2万人分	約33.6万人分
35週(8月24日～)	約72.1万人分	約41.6万人分
36週(8月31日～)	約53.0万人分	約27.3万人分

- 患者が増加した沖縄県に対しては、県内の卸売業者に、抗インフルエンザウイルス薬の

安定供給に支障がないか確認するとともに、メーカー及び他県の卸売業者が保有する抗インフルエンザウイルス薬の沖縄県への優先供給を依頼した。

※ 沖縄県における抗インフルエンザウイルス薬の供給量

	タミフル	リレンザ
34週(8月17日～)	約1.4万人分	約0.4万人分
35週(8月24日～)	約1.2万人分	約0.4万人分
36週(8月31日～)	約0.5万人分	約0.2万人分

- 定点からの発生報告が低い状況が続いたこともあり、マスクの需要については、全国的には小康状態となったが、沖縄県においてインフルエンザ患者が増加したため、沖縄県では、マスクの需要が拡大した。特に医療機関向けのマスクの安定供給を確保する必要があることから、医療機関向けのマスクを取扱っている大手卸売業者に対し、納入していないマスクの在庫を沖縄県へ融通して欲しい旨依頼した。

【流行入り以降】

2009年8月15日から12月まで

- 09-10 シーズンにおける通常流通用抗インフルエンザウイルス薬の供給計画を例年より早期に公表するよう各メーカーに要請したことから、各メーカーは、例年を上回る数量を供給することを8月末に決定し、9月上旬に公表した。また、各都道府県が備蓄を予定している行政備蓄用の抗インフルエンザウイルス薬の納品に支障を来さないよう計画的な供給にも配慮して対応するよう依頼した。
- 8月中旬にインフルエンザの流行が宣言されたことから、各都道府県において抗インフルエンザウイルス薬の需要が増加し、8月17日の週(第34週)から同31日の週(第36週)の間で、推定患者数 約43万人に対し、約270万人分を超える抗インフルエンザウイルス薬が供給された。
- 9月の供給量は、減少傾向となったが、9月7日の週(第37週)から9月28日の週(第40週)の間では、推定患者数 約102万人に対し、約155万人分の抗インフルエンザウイルス薬が供給されており、推定患者数を上回る傾向は継続していた。
- 第43週の全国定点が20を超え(24.62)、特に、北海道では定点が34週(0.82)から増加傾向となり、43週には60を超えた(61.43)ことから、抗インフルエンザウイルス薬の医療機関への供給量が増加した。このため、北海道庁及び北海道卸業組合と連絡を取り、抗インフルエンザウイルス薬の供給への支障について確認したが、供給は安定的に行われているとのことであった。

※ 北海道における抗インフルエンザウイルス薬の供給量

	タミフル	リレンザ
4 2 週(10月18日~)	約5. 1万人分	約4. 1万人分
4 3 週(10月25日~)	約5. 2万人分	約3. 6万人分
4 4 週(11月1日~)	約2. 8万人分	約1. 5万人分

- 福井県では、定点が43週に二桁(14.00)となり、47週には70を超え(71.25)、さらに48週には90を超えた(95.44)ことから、抗インフルエンザウイルス薬の医療機関への供給量が増加した。このため、福井県庁及び福井県卸業組合と連絡を取り、抗インフルエンザウイルス薬の供給への支障について確認したところ、リレンザの需要が増加しており、卸売業者の在庫が少なくなっているとの報告を受け、製造販売業者及び広域の大手卸業者に対し、近隣県においてに納入先が決まっていなリレンザを福井県内の卸業者へ融通するよう依頼し、迅速に供給された。

※ 福井県における抗インフルエンザウイルス薬の供給量

	タミフル	リレンザ
4 6 週(11月15日~)	約0. 3万人分	約0. 2万人分
4 7 週(11月22日~)	約0. 4万人分	約0. 3万人分
4 8 週(11月29日~)	約0. 8万人分	約0. 3万人分
4 9 週(12月6日~)	約0. 5万人分	約0. 4万人分

- 宮崎県では、定点が43週に20を超え(22.17)、46週から52週までの7週の間、40を超えた(ピークは48週、69.08)ことから、抗インフルエンザウイルス薬の医療機関への供給量が増加した。このため、宮崎県庁及び宮崎県卸業組合と連絡を取り、抗インフルエンザウイルス薬の供給への支障について確認したが、供給は安定的に行われているとのことであった。

※ 宮崎県における抗インフルエンザウイルス薬の供給量

	タミフル	リレンザ
4 6 週(11月15日~)	約1. 0万人分	約0. 5万人分
4 7 週(11月22日~)	約0. 5万人分	約0. 4万人分
4 8 週(11月29日~)	約0. 8万人分	約0. 4万人分
4 9 週(12月6日~)	約0. 9万人分	約0. 4万人分
5 0 週(12月13日~)	約0. 6万人分	約0. 4万人分

- 12月に入って、定点が低下傾向となったが、インフルエンザ推定患者は100万人台で推移しており、年末年始を控えた対応について、検討を開始した。

- マスクについては、衛生材料の業界団体を通じた、マスクメーカーへの増産要請に対し、各メーカーとも増産を継続していたが、秋以降の流行に備えて、調査したところ、今年度における生産供給数は昨年（15.6億枚／年）の約2.3倍の計画となった。

3月末までのメーカー生産計画

約35.8億枚／年

平成 22 年 5 月 12 日 (水)

医療体制についての主なテーマと対応の考え方

	テーマ	厚生労働省の行ったこと	基本的考え方
1	発熱相談センター	<p>○ 4月28日 基本的対処方針等に基づき、各地方自治体に対して、<u>発熱相談センターの設置及び医療体制の確認等の対応を依頼した。</u></p> <p>○ 各地方自治体において、発熱相談センターが順次設置された。</p>	<p>○ <u>海外発生当初は、致死率が高い、又は不明との情報であったこと、行動計画及びガイドラインに基づかずに新型インフルエンザ対策を行うことは想定されておらず、また、その根拠もなかったことから、行動計画及びガイドラインに則り、発熱相談センターの設置準備を進めた。</u></p> <p>➤ 行動計画： 第1段階（海外発生期）医療 【発熱相談センターの設置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県及び市区町村に対して、<u>発熱相談センターを設置するよう要請する。</u>（厚生労働省） <p>➤ ガイドライン： <u>新型インフルエンザの患者の早期発見、当該者が事前連絡することによるそれ以外の疾患の患者への感染の防止、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を整備する。</u>発熱相談センターでは、本人の情報（症状、患者との接触歴、渡航歴等）から新型インフルエンザに感染している疑いがある場合、<u>感染症指定医療機関等を受診するよう指導を行う</u></p>

	テーマ	厚生労働省の行ったこと	基本的考え方
2	発熱外来	<p>○ 4月28日 基本的対処方針等に基づき、各地方自治体に対し、<u>発熱外来の設置の準備を行うことを依頼した。</u></p> <p>○ 5月22日 兵庫県・大阪府における患者の集団発生を受け、運用指針を策定した。その運用指針に基づき、患者発生が<u>少数である地域では、「インフルエンザ様症状が見られた場合には、まずは、発熱相談センターに電話で相談し、その後、指示された発熱外来を受診する」</u>こととした。</p> <p>○ 一方、急速な患者数の増加が見られる地域においては、同運用指針に基づき、「患</p>	<p>○ <u>海外発生当初は、致死率が高い、又は不明との情であったこと、行動計画及びガイドラインに基づかずに新型インフルエンザ対策を行うことは想定されておらず、また、その根拠もなかったことから、行動計画及びガイドラインに則り、発熱外来の設置準備を進めた。</u></p> <p>➢ ガイドラインに示されている発熱外来の機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>感染拡大期まで：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触を最小限にし、感染拡大の防止を図るとともに、新型インフルエンザに係る診療を効率化し混乱を最小限にする</u>」こと ・ <u>まん延期以降：「感染防止策を徹底した上で、新型インフルエンザの患者の外来集中に対応することに加え、軽症者と重症者の振り分け(トリアージ)の適正化により入院治療の必要性を判断する」</u>こと <p>○ 兵庫県・大阪府における初の国内発生を受けて、専門家の意見も聴取して5月22日に策定された「運用指針」において「各地域の感染レベルが異なる時点では、行動計画・ガイドラインをそのまま適用するのではなく(注)、<u>第三段階にとることとされている対策を弾力的に行うことも必要。</u>運用において、感染者・患者の発生した地域を、各都道府県、保健所設置市等が厚生労働省と相談のうえ、以下の2つに分けて対応する」こととした。</p> <p>(注) ガイドライン上、第三段階のまん延期においては、発熱外来や感染症指定医療機関等以外の医療機関においても患者の外来・入院診療を行うこととされている。</p>

者数の増加に伴い、発熱外来の医療機関数を増やす。関係者の協力の下、対応可能な一般の医療機関においても、発熱外来の機能を果たすとともに、患者の直接受診を行うことを可能とする」こととした。

- ① 患者発生が少数である地域
感染のさらなる拡大を防ぐことを目的として、従来通り発熱外来を設置することを求めることとした。
- ② 急速な患者数の増加が見られる地域
感染症指定医療機関等による発熱外来だけでは診療体制として不十分であることから、その数を増やすことを求めることとした。このため、時間的空間的に新型インフルエンザ患者と分離することにより、一般の医療機関でも診療を行うことを求めることとした。

○ 6月19日 運用指針(改定版)に基づき、
「 現在、発熱外来を行っている医療機関のみならず、原則として全ての一般医療機関においても患者の診察を行う。その際、発熱患者とその他の患者について医療機関内の受診待ちの区域を分ける、診療時間を分けるなど発熱外来機能を持たせるよう最大の注意を払う。特に、基礎疾患を有する者等へ感染が及ばないよう十分な感染防止措置を講ずる。公共施設、屋外テント等の医療機関以外のところに外来を設置する必要性は、都道府県等が地域の特性に応じて検討する」こととした。

○ 6月19日に改訂した「運用指針」において、
・ 6月12日にWHOがフェーズ6宣言を行ったこと
・ 世界的には感染者数が増加し、特にこれから冬を迎える南半球において増加が著しかったこと
・ 国内において原因が特定できない散発事例が発生していたことを踏まえると、秋冬に向けて大規模発生の可能性が高い状況下にあるとの見通しのもと、感染拡大防止措置による封じ込め対応は困難な状況であり、患者数の増加に伴い増えると考えられる医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を提供することを目指すことに転換した。

	テーマ	厚生労働省の行ったこと	基本的考え方
3	入院措置	<p>○ 当初は、ガイドラインに基づき、新型インフルエンザの患者であると診断した場合、直ちに保健所に連絡し、当該者については、<u>入院勧告</u>とすることとした。</p>	<p>○ <u>海外発生当初は、致死率が高い、又は不明との情報であったこと、行動計画及びガイドラインに基づかずに新型インフルエンザ対策を行うことは想定されておらず、また、その根拠もなかったことから、行動計画及びガイドラインに則り、新型インフルエンザ患者は、感染症指定医療機関等に入院勧告を行うこととした。</u></p> <p>➤ 行動計画： 新型インフルエンザの患者は、原則として、感染症指定医療機関等で診療及び抗インフルエンザウイルス薬の投与を行うため、発熱外来及び一般医療機関に対し、受診者について本人の渡航歴等を確認した上、新型インフルエンザが疑われる場合には感染症指定医療機関等の受診を指示するよう、周知する。 感染症指定医療機関等に対し、症例定義を踏まえ新型インフルエンザの患者と判断された場合には、直ちに保健所に連絡するよう要請する。<u>当該者に対しては、感染症法に基づき入院勧告を行い、確定診断を行う。</u> 新型インフルエンザ患者の接触者（同居者等）に対しては、経過観察期間を定め、外出自粛、健康観察、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与及び有症時の対応を指導する。なお、症状が現れた場合には、感染症指定医療機関等に移送する。</p> <p>➤ ガイドライン： 新型インフルエンザ国内初発例を確認してから第三段階の感染拡大期までは、新型インフルエンザの患者は病状の程度にかかわらず、感染症法第19条の規定に基づく入院措置等の対象となる</p>

	<p>○ 5月17日集団発生を認めた大阪府に対し、患者発生が多数にわたる地域においては、入院措置を全員に適用させる必要がない旨を伝えた。</p> <p>○ 5月22日兵庫県・大阪府における患者の集団発生を受け、運用指針を策定した。その運用指針に基づき、患者発生が少数である地域では、「感染が確定した患者については感染症指定医療機関等への入院」とした。</p> <p>○ 一方、急速な患者数の増加が見られる地域では、同運用指針に基づき、「<u>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</u>。また、基礎疾患を有する者等であるかどうか明確でない人でも重症化の兆候がみられたら、速やかに入院治療を行う。一方、<u>軽症者は自宅で服薬、療養し、健康観察を実施する</u>。また、当該地域においては、感染</p>	<p>感染症指定医療機関等は、新型インフルエンザの患者であると診断した場合、直ちに保健所に連絡する。当該患者については、法第19条の規定に基づく入院措置の対象となることを踏まえ、入院治療を開始する</p> <p>○ 兵庫県・大阪府における初の国内発生を受けて、専門家の意見も聴取して5月22日に策定された「運用指針」において「各地域の感染レベルが異なる時点では、行動計画・行動計画をそのまま適用するのではなく（注）、<u>第三段階にとることとされている対策を弾力的に行うことも必要</u>。運用において、感染者・患者の発生した地域を、各都道府県、保健所設置市等が厚生労働省と相談のうえ、以下の2つに分けて対応する」こととした。</p> <p>（注）ガイドライン上、第三段階のまん延期においては、発熱外来や感染症指定医療機関等以外の医療機関においても患者の外来・入院診療を行うこととされている。</p> <p>① 患者発生が少数である地域 感染のさらなる拡大を防ぐため、新たに濃厚接触による感染者を増やさないうよう、<u>従来通り入院勧告を行うことを求めることとした</u>。</p> <p>② 急速な患者数の増加が見られる地域 <u>行動計画・ガイドラインをそのまま適用するのではなく、対策を弾力的に行う必要があったこと</u>から、感染が確定した患者についても感染症指定医療機関等のみへの入院、といった対応とはしなかった。</p>
--	--	--

	<p>症指定医療機関以外の一般病院でも、重症者が入院する可能性があるので、<u>一般病院においても重症者のための病床を確保する。その場合も、特に入院中の基礎疾患を有する者等への感染防止に努める</u>」こととした。</p>	
	<p>○ 6月19日 運用指針に基づき、「入院については、<u>原則として実施せず自宅療養とするが、重症患者については、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。</u>その場合も、医療機関は院内感染防止に配慮した病床の利用に努める。都道府県は、地域の実情に応じて病床を確保する」こととした。</p>	<p>○ 6月19日に改訂した「運用指針」において、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 6月12日にWHOがフェーズ6宣言を行ったこと ・ 世界的には感染者数が増加し、特にこれから冬を迎える南半球において増加が著しかったこと ・ 国内において原因が特定できない散発事例が発生していたことを踏まえると、<u>秋冬に向けて大規模発生の可能性が高い状況下にあるとの見通しのもと、感染拡大防止措置による封じ込め対応は困難な状況であり、患者数の増加に伴い増えると考えられる医療機関の負担を可能な限り減らし、重症患者に対する適切な医療を提供することを目指すことに転換した。</u>

	テーマ	厚生労働省の行ったこと	基本的考え方
4	医療提供体制	<p>○ 8月19日、厚生労働省大臣が「新型インフルエンザ（A/H1N1）の流行入りを迎えるに当たって」を発出し、基礎疾患を有する方・妊娠中の方及び乳幼児の保護者の方へ、早期受診・早期治療を心がけるよう呼びかけた。また、重症患者への対応に必要な地域内における医療体制の整備のため、地方自治体と医療機関の間で、医療連携について検討して頂くよう、医療従事者の方に依頼した。</p> <p>○ 8月28日、事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」を発出し、<u>重症者の発生数等について確認の上、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、受入医療機関の確保や重症患者の受入調整機能の確保等、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。</u></p>	<p>○ 8月15日に沖縄県において国内初の死亡患者の報告があったこと、また、平成21年第33週の感染症発生動向調査（8月21日公表）によれば、インフルエンザ定点当たりの報告数が1.69となっており、流行開始の目安としている1.00を上回ったので、<u>インフルエンザ流行シーズンに入ったと考えられ、新型インフルエンザ患者数が急速に増加することが懸念されたことなどから、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った。</u>その際、具体的な必要病床数などが算出しやすいよう、感染のシナリオを提示するとともに、医療機関間のネットワークの構築などによる診療体制の確保を依頼した。また、医療機関に対しては、院内感染の徹底や、診療の考え方・症例集等を示した。</p> <p>○ 院内感染を防止するために必要な設備整備を促進するため、<u>必要な財政措置を講じた。</u>（平成21年4月1日分から適用）</p>

	<p>○ 9月25日に、「感染症外来協力医療機関の整備について」「新型インフルエンザ患者入院医療機関整備事業の実施について」を発出し、パーテーションの整備など院内感染防止に必要な設備について、財政措置の対象を拡充した。</p>	
--	---	--

平成 22 年 5 月 12 日(水)

第 4 回新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議

医療体制に係る主な指摘事項

1. 発熱相談センター

- 発熱相談センターに求める機能は何か。想定通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、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相談センター等に変えることや、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。
- 発熱相談センターの数が不足していたのではないか。
- 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。
- 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。
- 電話によるトリアージは機能しなかったのではないか。
- 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。
- 発熱相談センターの相談員の確保及び対応能力は十分であったか。
- 対応する保健師などの専門職員の確保には限界があるのではないか。

2. 発熱外来

- 発熱外来に求める機能は何か。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。
- 発熱外来の数が不足していたのではないか。

- 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。
- 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、発熱外来は不要ではないか。
- 発熱外来に新型インフルエンザではないかと疑いを持つ患者が押し寄せ、当該医療機関に過剰な負担をかけた。「発熱外来」との名称や、設置・運営に問題があったのではないか。
- 対策の切り替えのタイミングが遅かったのではないか

3. 入院措置

- 入院措置をもっと早期に中止できたのではないか。
- 入院措置に対応できるベッド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が不可欠ではないか。

4. 医療提供体制

- 都道府県によって医療提供体制が十分に整備できていないところがあったのではないか。
- 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施策が不十分だったのではないか。(感染症の専門家の養成など)
- 新型インフルエンザ患者の治療を行う診療所等の医療従事者が罹患することにより休業を余儀なくされる場合の補償などを検討すべきではないか。
- 新型インフルエンザ患者受入に伴い必要となる経費等に対する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医療機関に提供するシステムが必要ではないか。
- 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。
- 地域に即し、地域で完結できる医療体制の確立が必要ではないか。