

行うべきである。この事例を見て、一旦整理した上で厚生労働省に相談しようと考えた自治体も、多かったのではないと思われる。

第二に、「最初」をどう伝えるか、またそれをメディアがどうとらえて発信するかは、その後大きく影響する。今回は、その後も、患者、重症者、死亡者、…と、マスコミは第1例目を求めて、取材を重ねる事に集中していた。また、個人情報を追及しがちで、患者の通った道筋を詳細に記事にまとめるような、本質を離れた興味本位の報道も見られた。

第三に、発表にあたっては、患者や学校等への配慮が必要であり、その後の調査やフォローが円滑に実施されるため、信頼関係が築けていることが大切である。この事例においては、①患者及び患者家族が状況をよく把握しており、非常に理解があり協力的だったこと、居住区福祉保健センターの担当者と特に患者の母親が密に連絡を取り合って信頼関係が築けていたこと、②学校の危機管理体制がしっかりしていたこと、私立なので公立と違い校長のみの判断で動けたこと、保護者の理解が得られやすかったこと、学校所在区福祉保健センターと学校の関係も良好であったことなどがあり、対応できたと思われる。

後からわかったことだが、マスコミが患者宅のまわりに押しかけ、状況を察知した警察が現場に行っていた。また、インターネットへの情報流出や書き込みも、悪質なものも含めてかなりあったようである。当時は、一種異様な状況にあった。対応に追われている学校や、医療に専念しなければいけない病院等への取材は、配慮してくれるよう、マスコミにお願いしたが、やはり現実にはかなり問い合わせが行っていたようである。実際、かなり上手な聞き方をしてくるので、慣れていないと、生徒や患者のプライバシー保護は難しい。

横浜市は、その後1日置いた5月3日にも、

疑似症の対応をしている。1例目を踏まえて、対応はスムーズに行えたが、別の問題が起きる。患者が受診の際に、公共の交通機関を利用し、これが報道されたため、病院にも迷惑をかけることになった。そのため、後述するように、横浜市では、自家用車が不可の場合には全て民間救急車で対応することにした。

2 医療機関との連携・情報共有

今回の新型インフルエンザの対応を振り返るとき、関係者が必ず口にするのが、情報がきちんとわかりやすく、タイムリーに提供されなかったということである。特に、医療従事者において、そのことへの不満がとて強かった。情報発信をしていく行政側として、反省も含め振り返る。

国からは多くの通知が出されているが、量が多く内容がわかりづらい、しかも同じ題名で修正、改訂がなされるために紛らわしく混乱する。こうしたことから、ただ、通知を流しただけでは、十分な理解が得られないと考え、横浜市としてのフローを見やすい図にして、それに通知を付けるといった形で、医療機関に送付した。

送付に当たっては、医師会、病院協会、発熱外来設置医療機関等には、メール・FAXなどで送付し、会員等関係者に周知してもらった。ただ、医師会に加入していない医療機関もあり、市内約3000の医療機関に対し、「新型インフルエンザへの対応について」を、計3回にわたり、郵便で各医療機関に送った。膨大な事務量であった。その後、ワクチン接種にあたり、医療機関を振り分けることが出来たので、以降は、医師会加入の医療機関には医師会を通して、未加入の医療機関には郵送で、通知していくようになった。

横浜市の発生状況等については、横浜市衛生研究所の感染症疫学情報課（横浜市感染症情報センター）が、「横浜市インフルエンザ流行情報」

を、流行期に入った8月から、概ね1~2週くらいの間隔で発行し、市医師会・各区医師会にメールで送ると共に、衛生研究所のホームページに掲載した。

また、10月に、重症者や入院に対応する大病院や地域中核病院等の医師を中心とした担当者会議を開催し、メールアドレスの交換など互いの情報共有を行った。その後は、個人的に、いろいろと情報を流し、時には問い合わせや相談にも利用した。

横浜市では、国内患者発生前は、新型インフルエンザが疑われる患者については、健康安全課が調整し、感染症指定医療機関（一種、二種対応）で対応していた。

国内患者発生時には、その日のうちに、当初予定していた地域中核病院等9か所の全てに発熱外来が設置された。9か所の医療機関へは、平成20年度に保健所長を始めとした局の担当者が訪問し、それぞれにスタッフチームの作成や病院内でのマニュアル整備等をお願いしていた。設置に当たっては、健康安全課から、市で備蓄していた医療従事者への予防投薬用のタミフル、衛生研究所での遺伝子検査のためのウイルス輸送培地等の検体採取セットなどを配布した。その後、さらに別の病院をまわってお願いし、最終的に18か所で、発熱外来を実施してもらった。

国のガイドラインでは、国内で患者が発生したら直ちに発熱外来を立ち上げ、その後患者が増えてパンデミックとなったら全医療機関で診療するとなっている。国立感染症研究所感染症情報センターの集計では、実際、流行期に入ったのは8月、流行がピークになったのは11月だったことを考えると、パンデミックになるまでには、かなり時間がかかっている。しかし、現行の行動計画やガイドラインでは、発熱外来をいつまで続けるか、体制を変えるタイミング、どんな体制を取って行くか等が具体的に決めら

れておらず、横浜市としても、そうしたことまでは事前に検討していなかった。

国の新型インフルエンザ対策本部は、現行の行動計画は強毒性の鳥インフルエンザ(H5N1)を念頭に策定されているため、そのまま適用するのではなく、国の「基本的対処方針」により、地域の実情に応じた柔軟な対応を行っていく必要があるとしている。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」を出し、5月22日版では、(1)感染の初期、患者発生が少数であり、感染拡大防止に努めるべき地域と、(2)急速な患者数の増加が見られ、重症化の防止に重点を置くべき地域に分け、(1)の地域ではほぼそれまでと同様の対応、(2)の地域では、6月19日版で示されたような対応を前倒しで可能とした。

横浜市では、最初の新型インフルエンザ患者が確認されたのは、6月6日と、比較的遅く、発熱相談センターで振り分けて、発熱外来で診療し、確定したら感染症指定医療機関へという当初からの対応を続けていた。

6月19日に、「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」の改訂版が出て、原則として患者は入院措置ではなく自宅療養となった。医療体制としては、発熱外来を行っている医療機関だけでなく、原則として全ての一般医療機関においても患者の診療を行うこととなった。その際、発熱外来機能を持たせるよう最大の注意を払うとされた。

横浜市では、入院措置の中止については、その日のうちに実施されたが、この時点での全医療機関での対応については、前述のように事前に検討されていなかったため、すぐに対応することが出来なかった。

医師会と調整を進めたが、医師会としては、全医療機関といっても全ての科が対応できるわけではないこと、運用指針にあるように発熱外来機能を持つ診療所が対応するのが望ましいこ

となどから、一律に全医療機関ではなく、手挙げ方式を提案してきた。リストアップ等の準備があり、実際に対応方針を変更したのは、運用指針の改定から1か月、7月16日の本部会議であった。7月17日より、発熱外来は廃止され、最寄りの病院や一般の協力医療機関で診療を行うこととなった。発熱相談センターの役割は、受診先がわからない市民に対して受診できる医療機関の紹介することと、見直された。協力医療機関に対しては、9月に各区医師会を通じて、サージカルマスクの配布を行った。

その後も、サーベイランス体制については、何回か見直され、そのつど、医療機関に通知しているが、わかりにくいという不満が多く聞かれた。

自治体と医療機関の連携・情報共有について、コミュニケーションの視点で課題を振り返ると、第一に、国から次々と通知等が出され、それを医療機関に周知していただくだけでも大変であった。忙しい医療現場で、それらを全て十分に読み込むのは時間的に大変であると考え、市としてのフローを示したり、ポイントを絞ったりと、出来るだけ工夫をしたが、十分には消化されていなかったと思われる。医療機関から、通知をもらってすぐに実行するというのではなく、実施に向けて余裕を持って通知してもらえると、院内に周知しやすいと言われたが、もっともな意見である。

第二に、国は通知を出すだけでよいが、自治体で実際に行うにあたっては、様々な準備や調整が必要なが多いというのが挙げられる。特に、大きな自治体では調整が大掛かりな上、患者も多く、関係者が実際の対応に追われていて、調整そのものが難しかった。

第三に、医療機関への情報提供のツールを充実させることの重要性である。郵送は、確実ではあるが、対象数が多いと職員の負担が大きく、また、次々と対応が変わっていく場合は、その

つど対応するのが難しく、即効性に欠ける。FAXは、目につきやすく気付かないことは少ないと思うが、量が多いと送るのに時間がかかり、細かな記載や図は見にくいという欠点がある。メールが一番スピードは速く、資料もいろいろと添付出来るが、受信出来る環境にあることが前提で、受信側が注意してそのつど打ち出す手間もかかる。今回は、3つの方法を組み合わせて対応したが、今後に向けて、医療機関の意見も聞きながら、より実際的な方法を構築していく必要があると考える。

現場の医師は、横浜市内の患者の状況等についてリアルタイムに情報が欲しいのはもちろんだが、他の医療機関での様子についても、情報を求めている。特に秋からの流行時は、医療機関が役割分担をして、医療体制を維持しなければならなかったため、円滑に患者を紹介できるよう、医療機関同士が患者情報を共有し、相談出来るシステムの必要性を感じた。小児科については、小児科学会の地方会が中心となって、県内で打合せを持ち、治療法や病床等、病院が重症児に対応可能かどうかを確認できるシステムが、試行的に実施された。

また、市内の流行状況については、前述したように、「横浜市インフルエンザ流行情報」を発行していたが、キットの感度や陽性反応的中度といった検査に関するバックデータ、重症例やタミフル耐性例といったケースの詳細な経過など、臨床医が診療に活かせるような情報の提供について、一部個人的には行ったが、ネットワークのもとに広く行えればよかったと、強く感じた。

3 市民への情報提供

1) 発生前の啓発

横浜市では、市の新型インフルエンザ対策行

動計画を策定した平成 17 年度より、職員への研修や、新型インフルエンザ対応訓練を毎年行ってきた。平成 19 年度は、市民向け啓発資料・Q&A など、ホームページの充実を図り、3 月には、カラーの A4 三つ折りチラシ「新型インフルエンザ～流行に備えましょう」を作成した。平成 21 年度に入り、特に市民への啓発の強化に取組み、A3 二つ折りチラシ「みんなで実践！今からできる新型インフルエンザ対策」を作成、随時増刷し、合計 80,000 枚以上を、イベントや講演会・研修会、地域等に配布した。中でも、医師会からの提案で、季節性のインフルエンザ予防接種時等に、説明しながら配布していただけたのは大きかった。市内市立学校の養護教諭の研修会ではデータでも提供し、保健便りなどを通して、生徒及びその保護者へ呼びかけてもらった。

2) 新型インフルエンザ発生後の情報提供

発熱相談センターにまず電話をするということについては、テレビ等で繰り返し流れたため、かなり浸透したと思われる。電話番号についても、新聞で報道のたびに載せてくれたので、周知が図れた。

市の持っている媒体としては、ホームページと毎月 1 日発行の「広報よこはま」を利用した。「広報よこはま」は、6 月に特別版を発行し、全戸配布（約 160 万世帯）を行った。ホームページは、随時更新できるため、状況が変わっていく事柄を伝えるのには便利だが、どこまで見られているかが、不確実である。広報版は、比較的目にしてもらえ、しばらく保存もしてもらえる場合もあるようだが、締め切りが早いため、時期によっては、記事の内容をどうするか、けっこう苦慮したことも多い。

外国人や視聴覚障害者への対応も行っている。発熱相談センターでは、24 時間 FAX を受け付け、点字のチラシも作成した。ホームページに

は、外国人向けに、やさしい日本語・英語・スペイン語・ポルトガル語・中国語・ハングル語で、新型インフルエンザの対応について載せ、ワクチンのチラシについては、ベトナム語も加えた 6 か国語で作成した。

他にも、独自のものとして、横浜スタジアム・日産スタジアムでの電光掲示、市営地下鉄車内のテロップ、ごみ収集車のアナウンスなどを行っている。

ラジオ、テレビ、タウン誌などからも声がかかり、無料で取り上げてもらったのはありがたかった。ただ、ワクチンについてタイミングよく記事を出したかったので、一つのタウン誌には、こちらからお願いして有料でも載せてもらった。これは、朝刊に折り込まれるため、全戸配布に近い効果が期待できた。

予防方法、受診の仕方など、どう行動すべきかについて、とにかくあらゆる機会をとらえて伝えていくようにした。

秋からは、特に重症化予防と、適切な医療機関へのかかり方に重点を置いて広報した。以下は、「横浜市のインフルエンザ対策」として、広く医療機関等にも配布したものである。また、神奈川県が中心となって、県内の保健所設置市、市町村、県が連携して、県内全域で、新型インフルエンザの感染予防を啓発するポスターの作成・配布を行った。

平成21年9月30日

よこはまの新型インフルエンザ対策

かからぬ！！

手洗い・うがい、マスク
入浴を避ける
規則正しい生活
十分な栄養と睡眠

うつさぬ！！

体調が悪い時は無理せず休み、
咳エチケットを守る。
発症の翌日から7日間、又は解熱の翌日から2日間は自宅療養し、人との接触を避ける。

こじらぬ！！

重症化しやすい人は、早めに受診。
基礎疾患がある人は、普段からコントロールを良くし、事前に主治医と相談。
重症化のサインに注意。

咳が出たら、すぐマスク！

重症化のサイン

息苦しい、呼吸が速い
高熱が続く
胸が痛い
一度回復した後再び発熱や咳がひどくなる
話しかけても反応が悪い
意識減退（もうろうとする）

自宅療養のポイント

処方された薬は、症状がなくなっても最後まで服用する（熱が下がってもウイルスを排出しています）。毎日、熱や症状を記録し、重症化のサインがあったらすぐに相談する。
水分補給、栄養、十分な睡眠を心がける。
こまめな換気と、適度な湿度を保つ。
発症の翌日から7日間、又は解熱後2日間は、咳エチケットを守り、しっかりと自宅で療養する。（期間を守れば、治愈証明は不要）

受診についてのお願い

通常の症状の場合は、まず、かかりつけなど、一時的な協力医療機関を受診するようにしてください。大学病院や地域の中核病院等は、新型インフルエンザの重症患者や救急患者を受け入れて対応する病院です。医療体制を維持するために、皆で協力しましょう。

何となく調子が悪い、かぜのような症状がある場合は、マスクをして、体温を測定し、様子を見てください。学校や職場で感染を拡大してしまうかもしれません。無理をせずに休みましょう。緊急でなければ、なるべく日中に受診するようにしてください。

妊婦や基礎疾患（喘息や糖尿病、心臓病など）のある人など、重症化しやすい人は、普段から主治医とよく相談しておき、早めに受診するようにしましょう。

受診する際は、事前に医療機関に電話をして、必ずマスクを着用してください。重症化のサインが見られたら、すぐに医療機関にご相談ください。

検査目的の受診はやめましょう！

インフルエンザにかかっていないことの証明は出来ません。迅速診断キットの検査も、医師が必要に応じて行うものです。検査を目的に、必ずしもインフルエンザを疑うような症状がない場合に、受診するのはやめましょう。

かかりつけがない、どこも医療機関に行ったらいいのかわからない、といった方は、
発熱相談センターへ 071-4183

横浜市健康福祉局健康安全課 電話 671-2463
ファックス 664-7296

指揮機能に支障をきたすことなく運営でき、また同じビルのため、様子も把握でき、情報共有がスムーズだった。各区については、概ね通常の健康相談の電話番号を利用した。

2) 発熱相談センターの24時間化

健康福祉局健康安全課は、平日の午前9時～午後9時と休日の午前9時～午後5時、各区福祉保健センターは、平日のみ午前9時～午後5時とした。疑似症例の報道後、4月30日は226件、5月1日は657件と、急に多くの相談が寄せられた。そのため、5月3日は臨時に24時間対応とし、連休明けに向けて体制を検討した。局に一元化するイメージで、5月8日より発熱相談センターの対応を拡充し、健康安全課では、平日・休日ともに24時間対応、福祉保健センターでは、それまで通り平日のみ午前9時～午後5時とした。平日夜間と休日については、各区から局に応援（管理職）をもらっての対応である。

5月9日に成田空港検疫で感染者が確認された事を考えると、いいタイミングで24時間対応に移行出来たと思われる。一方、国内発生に向けて、支所である各区福祉保健センターも含めた保健所職員（専門職を含む管理職）だけで対応していくのは難しいと考え、派遣の利用について、検討を進めた。

3) 派遣オペレーターの導入

5月16日、神戸市内で患者が発生、その日が215件、17日が723件、18日の月曜日は市内全体で1570件、21日には1872件と最大数となった。休日は局のみでの対応だったが、24日の日曜日には最大の1237件となった。そうした中、発熱相談センターの電話回線は、17日に5回線から10回線に、22日に10回線から20回線に増設され、22日朝より、派遣オペレーターが導入された。

4 発熱相談センターの運営

1) 発熱相談センターの設置

国のガイドラインでは、海外で新型インフルエンザが発生した時点で、発熱相談センターを整備し住民に周知することとなっている。

横浜市では、厚生労働省からの事務連絡を受けて、4月26日の日曜日からは局内に、翌日の月曜日からは18区それぞれの福祉保健センターでも、電話相談窓口を設置した。4月28日、WHOのフェーズ4への引き上げを踏まえ、電話相談窓口を発熱相談センターとした。

場所については、横浜市保健所と同じ場所にフロアを分けて設置した。横浜市は、平成19年度より1保健所18支所（各区の福祉保健センター）の体制を取っており、市庁舎とは別のビルの4階に市保健所機能が集約されている。そのビルの別のフロアの1室を、発熱相談センターとして、電話回線の整備やレイアウトを行っていった。場所を分けたことで、保健所の

横浜市は、政令指定都市としては人口規模が非常に大きいため、いろいろな意味で対応が大変であったが、外注をうまく活用することで、乗り切れた部分もある。その一つが、発熱相談センターへの派遣社員の起用であった。早番（6時～10時）、中番（10時～19時）、遅番（19時～23時）、深夜（19時～翌6時）のシフトを組み、人数を調整した。支払いについては、緊急時の対応として、総務課が調整を進めてくれた。実際、5月～7月分の支払いの合計は、約1600万円程度であった。

4) 発熱相談センターの運営

局の発熱相談センターは、市民及び医療機関からのあらゆる問い合わせに24時間対応し、相談対応、患者の振り分け、発熱外来受診の判断、発熱外来への受診調整、民間救急車の手配等を一手に行った。体制は、派遣オペレーターが相談チームとして、マニュアルに従ってファーストコールに対応、市の職員による判断チームが、それを引き継ぐという形をとった。相談シートに沿って聞き取るため、ファーストコールは派遣で十分対応できた。ただし、日々状況が変化するため、相談シートは随時改訂し、ホワイトボードには常に最新の情報を提示した。派遣オペレーターには、従事にあたってはもちろんだが、その後も必要時に適宜職員がレクチャーを行うようにした。皆、非常に熱心で、よく勉強して対応してくれた。一方、判断チームには医師が必ず入り、保健師、薬剤師、衛生監視員等専門職を中心に構成した。職員は、局の健康安全部内、区の福祉保健センターから応援をもらってローテーションを組み、その中に保健所スタッフが毎日必ず入るようにして、情報共有を図った。特に医師については、市全体での行政医師の数が少なく、それぞれが医師業務を抱えているため、24時間体制での配置にはかなり苦労した。しかし、様々なケースに即して

すぐに判断が下せたこと、医療機関とのやり取りでは医師と直接話すことが多かったことなどから、医療職が常駐していたことは、非常に有効であった。また、24時間相談対応は、医療機関にもとても好評であり、7月24日から平日の日中だけになったときには、不満の声が聞かれた。

区福祉保健センターは、ファーストコールとし、判断・振り分け・調整等は局に振ることで、区の通常業務への影響が大きくなるようにした。発熱相談センターの連絡先については、新聞や、前述したようにタウン誌ほか、様々な場面で周知してもらったので、24時間対応の局の電話番号が、かなり浸透した。ただ、その後市内でも多く患者が発生すると、各区が疫学調査を担うようになり、区はマンパワーの問題もあって、負担が大きかった。

発熱相談センターについては、7月の対応方針変更後、役割が変わり、体制を縮小した。職員による判断は必要なくなったため、派遣オペレーターが対応していた。人数と電話回線は減らしたが、システムを維持していたため、10月からは、ワクチン相談窓口として、相談体制を強化できた。

体制変更前の7月16日までの実績は、発熱相談センター相談件数が43,803件、発熱外来受診者数が1,217人、PCRで新型インフルエンザと確定した患者数は235人だった。

なお、外国人対応としては、当初の約2週間は、発熱相談センターに英語・スペイン語・ポルトガル語・中国語・ハンガール語の通訳を置き、その後、横浜市国際交流協会（YOKE）の協力を得て、相談者・相談センター・YOKEの3者で話すことができるトリオフォンのシステムに移行した。

5) アウトソーシングの活用

発熱相談センターに派遣の電話オペレーター

を活用するとともに、衛生研究所への検体搬送を、バイク便に委託した。

横浜市では、発熱外来設置後の対応について、発熱相談センターを通して発熱外来を受診させるフローを、5月16日に医療機関に周知した。その後すぐ、18日には、「インフルエンザ（A型）への対応について」という通知を出し、一般医療機関を受診した患者についても、インフルエンザ迅速診断キットでA陽性だったときには、すべて発熱外来受診とすることにした。すでに国内発生が見られている中、まだ、新型インフルエンザが蔓延している国又は地域に滞在もしくは旅行した者といった基準では、漏れる可能性があると考えて、独自にサーベイランスの強化を行ったわけである。

衛生研究所へ持ち込まれる検体の数は増加し、衛生研究所も、5月3日より、3クルールの検査体制で24時間対応した。そこで、問題になったのが、誰がいつ検体を運ぶかであった。5月27日より、時間を決めて、定時3回、職員がタクシーを利用して搬送する体制を取ったが、労力的・時間的にかなり無理があった。確実に効率的に行えるよう、民間事業者への業務委託を決め、6月2日より開始した。

衛生研究所の検査開始時刻（9時、15時、21時）に合わせ、8時頃、13時頃、17時頃に、委託事業者が発熱外来設置病院に電話をして検体の有無を確認し、回収するようにした。輸送培地等の供給もスムーズに行えた。このバイク便については、距離で基本料金が決まっており、夜間は30%増し、日祝祭日は50%増しに設定されていた。実際、6月～7月の支払いの合計は、約200万円程度であった。全数検査中止後も引き続き、クラスターサーベイランス、入院サーベイランス等、必要時に使用しており、非常に重宝している。

疑似症の2例目で、患者が公共交通機関を利用したことから、横浜市では、自家用車が不可

の場合は全て民間救急車で対応しているが、その費用は、5月～7月の対応で約1400万円以上かかっている。1/3位が自家用車を持っていないか、持っても運転者が不在だった。

5 考察

横浜市では、4月28日より、市長を本部長とする新型インフルエンザ対策本部を設置し、方針決定の場である本部会議を、公開で、計11回開催している。危機管理部門である安全管理局（平成22年度からは消防局）が事務局として、会議の開催・運営、決定した方針の周知徹底等を担当した。健康福祉局からは、局長と保健所長がメンバーとなっている。実際の医療対応や、対策の考え方については、健康危機管理部門である健康福祉局健康安全部に任せてくれており、会議でもその意見が尊重された。対応に追われている中での会議への出席は負担だったが、全体として、防災部門と健康危機部門との役割分担と連携は、ほぼうまく行ったと考えられる。

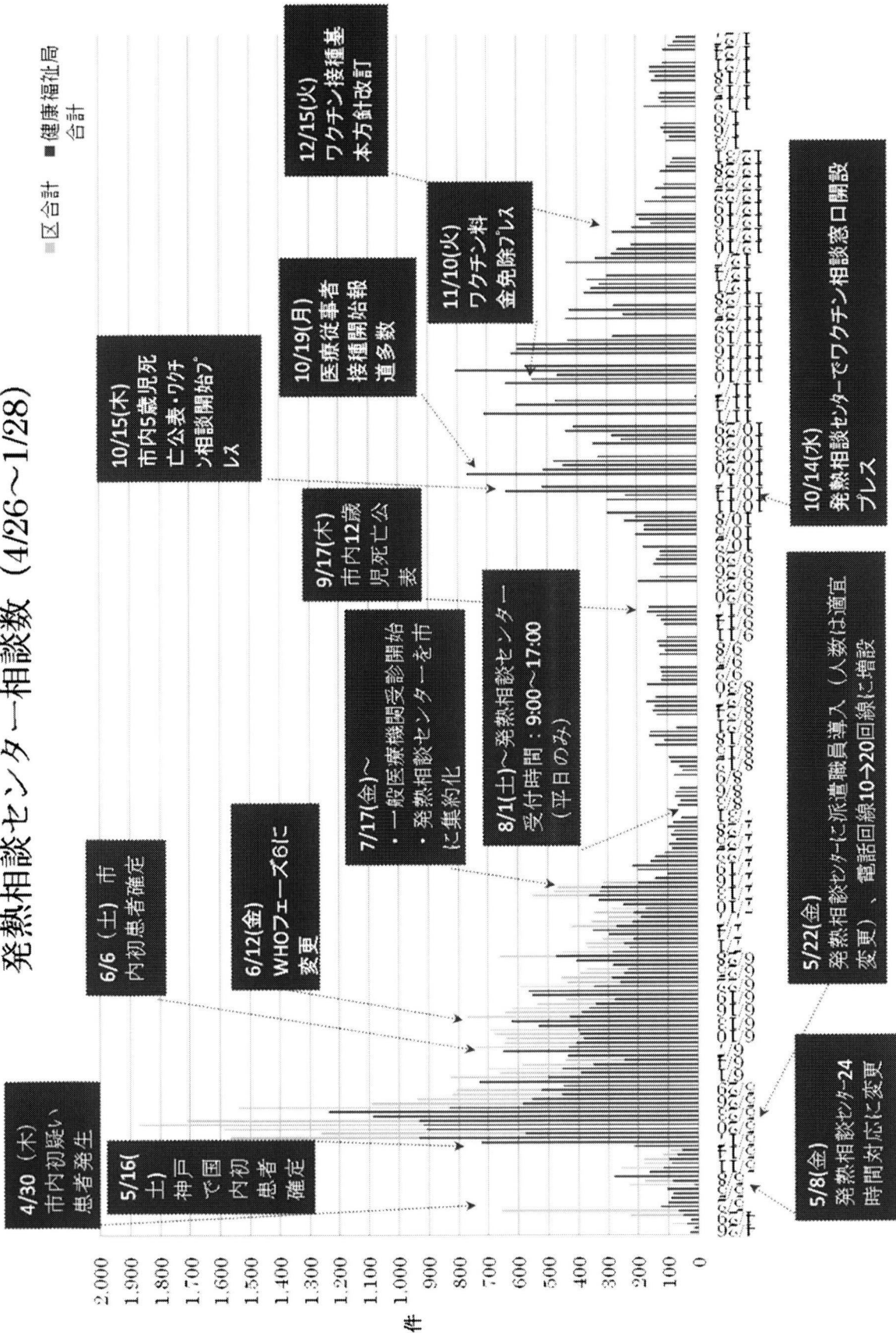
また、1保健所18支所（各区福祉保健センター）だったことの効用もあった。新型インフルエンザ（A/H1N1）への対応においては、国からの通知が次々と送付され、また状況が刻々と変化していく中で、随時、速やかな判断や決定が求められた。保健所長のもとに指揮命令系統が統括されているため、保健所長を囲んでの打合せを頻繁に行い、他部署との調整なしで決めることが出来たので、大変な状況であっても、むしろ担当者のストレスは少なかったかもしれない。医療体制の判断、情報提供、記者会見対応、医療機関との調整など、健康福祉局の保健所部分、特に健康安全課に業務が集中したが、全体を見て、統一的な対応を取ることができたのではないと思う。それには、各区において、

最初は海外からの帰国者への健康観察、患者発生後は、積極的疫学調査による接触者の二次感染防止、集団発生時の学校・幼稚園等への対応など、区福祉保健センターのバックアップが不可欠であった。また、局の中に保健所機能が集約されているため、衛生研究所とも直接やり取りをしており、よく連携がとれていた。

医療機関への情報提供の部分にも書いたが、医療機関への提供ツールを充実させることは、非常に重要である。あらかじめ医療機関のネットワークを作っておけば、感染症危機管理における課題は、ある程度解決できると思われる。現在は、「横浜市新型インフルエンザ対策医療関係者連絡協議会」を設置し、対応の振り返りと課題検証をするとともに、今後の医療体制について検討している。その中で、双方向のネットワーク作りにむけても考えていきたい。

発熱相談センター相談数 (4/26～1/28)

■ 区合計 ■ 健康福祉局 合計



厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）
研究報告書

リスクコミュニケーション研究班(平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業:2009 年度第一四半期の新型インフルエンザ対策実施を踏まえた情報提供のあり方に関する研究班)

新型インフルエンザ発生初期におけるリスクコミュニケーションの問題点
国内初発事例を確認した自治体として～神戸市の経験から～

主任研究者：安井良則（国立感染症研究所感染症情報センター）

分担研究者：白井千香（神戸市保健所予防衛生課）

研究要旨

神戸市は 2009 年 5 月にインフルエンザ患者から、豚インフルエンザ (A/H1N1) を PCR 検査により検出し、新型インフルエンザ国内感染事例として経験した。海外渡航歴がない豚インフルエンザ (A/H1N1) 患者であったため、国内感染の初発として、神戸市内外で情報伝達において、当初は混乱が生じた。発生初期に行った対応について、神戸市と国（厚生労働省）および兵庫県との情報共有や医療機関や市民への情報提供などを振り返り、リスクコミュニケーションの問題点を挙げ、今後の新たな感染症の発生に備えて解決方法を考察した。

背景

2009 年 3 月にメキシコにおいて豚インフルエンザのヒトへの感染例が確認され¹⁾、4 月にはメキシコに加えて、アメリカ、カナダでの豚インフルエンザの発生が複数報告された²⁾。さらに、これらの国からの渡航者が他国で豚インフルエンザを発症した経緯から WHO は段階的にフェーズ 4～5 と宣言し、我が国では 4 月 28 日に豚インフルエンザ (A/H1N1) のヒト-ヒト感染が「新型インフルエンザ」として定義され、内閣総理大臣を対策本部長とし 2009 年 2 月に作成された「新型インフルエンザ対策行動計画」および「新型インフルエンザ対策ガイドライン」に基づく対応が始まった。国はこの時点で、行動計画により第一段階（海外発生期）として万全の体制での取り組むよう、地方自治体へ通知した³⁾。まず、検疫の強化として水際対策の徹底を行い、国内へのウイルスの侵入まで時間を延ばし、国内発生時の医療体制は、ガイドラインに沿って、発熱相談センターでのトリアージにより発熱外来での診断、搬送、入院措置をとることとされた。また、患者発生に際しての保

健所の役割は、積極的疫学調査により接触者の二次感染防止対策をとることであった⁴⁾。

平成 21 年 5 月 15 日夜半から 16 日未明にかけて、神戸市保健所は国内初の豚インフルエンザの患者の発生報告と報道対応に並行して、接触者調査および発熱相談センターの拡充など、初動体制に総力を注いだ。予想に反して国内初の豚インフルエンザ患者は、海外渡航歴のない高校生で、かつ複数の学校での集団発生であった。この時点で、トリアージの根拠となる症例定義は崩れ、国が想定した発生段階に応じた対策を執行するに当たって、数か月を数日に凝縮したような対応を余儀なくされた。一連の情報共有については、自治体から外部への伝達のタイミングや方法によって、必ずしも円滑に行われたとは言えず、外部のみならず自治体内部においても担当部署とそれ以外との連絡が十分でない場合もあった。

これらはリスクコミュニケーションの問題点として、今後の感染症等発生時における健康危機管理上の課題として検討するとは重要である。

A. 目的

神戸市における新型インフルエンザ発生当時に行った対応について、リスクコミュニケーションの視点から厚生労働省や県との情報共有、医療機関との連携、住民への情報提供や受け皿としての電話相談などの状況について経過を振り返り、リスクコミュニケーションの問題点を挙げ、今後の新たな感染症の発生に備えて解決方法を考察する。

B. 方法

神戸市が豚インフルエンザ (A/H1N1) の患者発生を確認し報告した後の約 1 か月間に注目し、当時、神戸市が経験した対応の記録や業務内容の資料を参考に、以下の①～④について、情報の提供や共有に関する事実及び経過を述べる。

- ①厚生労働省－自治体の連携:情報共有
- ②自治体－医療機関の連携:情報共有
- ③自治体－都民、市民への情報提供:共有
- ④市民情報提供受付窓口
:発熱相談センターの運営

C. 結果

①厚生労働省－自治体(兵庫県および神戸市)の連携:情報共有

1. 第一例の届出まで

新型インフルエンザ国内発生の確定は、当初、国立感染症研究所のラボで豚インフルエンザと確認されることが必要であった。そのため地方衛生研究所(神戸市環境保健研究所)で行ったPCR検査(RT-PCR法)で豚インフルエンザとであることが判明しても、それだけでは「豚インフルエンザの感染が否定できない」という表現にとどまった。

症例定義では、渡航歴があるインフルエンザ様症状患者の検体がインフルエンザ迅速診断A型の場合、疑い事例としてPCR検査を行うこととなっていた。神戸市の第一例は海外渡航歴がないことや既に開業医でインフルエンザと診断され通常の治療によって症状が軽快していたことなどから、その症例定義から外れていたため、届出に必要な情報の確認や届出のタイミングなどを厚生労働省と協議する必要があると考えた。どの段階で厚生労働省に連絡するのかについては、先に横浜市の事例でフライングしたような形は避けたかったために、慎重になっていた。

厚生労働省結核感染症課へ第一報としての情報伝達は、担当者が電話で行い、患者発生状況の確認や検査の詳細をやりとりしていたが、「海外渡航歴のない高校生」は国内発生第一例としては、想定外と考えられ、厚生労働省から複数の担当者やインフルエンザ対策室関係者、結核感染症課長、参事官などから電話が何度も入り、問い合わせの内容も重複することが多く、届出の催促もあり、神戸市保健所の複数の電話がそれだけで埋まった。保健所は感染症対策の担当部署として、患者搬送や受け入れ病院との調整や家族や学校への説明等、粛々とすべきことがあった。また、それだけでなく神戸市全体として危機管理体制をとる本部への情報伝達や本部からの指示を得る必要があり、兵庫県とも連絡を密にして連携体制をとる必要があったが、複数の電話がつかない状態になり、一時、庁内外の通常の連絡網にも支障をきたした。

2. プレスに係る国、県、市における患者情報の共有

第一例報告の意味合いは、感染症法に従った届出とその後の感染拡大防止対応をとる保健所の業務報告のみならず、記者発表前にマスコミが情報を察知した場合には、「国内初」という、かなりセンセーショナルにスクープになることが想定された。厚生労働省から届出の催促があった時に、「もう、テレビに出ますよ」という警告があり、マスコミの動きが先行していたようであった。実際、5月15日22時過ぎにはテロップで、23時過ぎには「神戸市の10代男性、新型インフルエンザに感染…」というテレビニュースが入ったが、国立感染症研究所へ確認検査のための検体搬送をする前であった。

今回の一連のインフルエンザ騒動については、常にマスコミの反応を意識する必要があり、プレスに係る患者情報は、国、県と共通した内容である必要があったが、それぞれの対策本部のトップ(国は首相および厚生労働大臣、県は知事)の意向が必ずしもそろっているわけではなく、内容の共有に至るまでに、神戸市の予定の会見時間(定例)と国、県(時間不定)の会見時間が異なるため、それぞれの立場で国や県から神戸市の情報の伝達に催促があり、その時点では共通情報が限られ、情報確認が十分でないまま見切り発車での会見となったりしたこともあり

3. サーベイランス体制に関して

感染症発生動向調査として、インフルエンザは

届出指定医療機関(定点)からの週報で把握され、新型インフルエンザのような未知の感染症については、いわゆる症候群サーベイランスに準じた、疑似症サーベイランスによる発生の探知が、これも指定医療機関の協力によって試みられていた。ただし、疑似症サーベイランスは十分機能していなかった。一部のマスコミは「保健所は厚生労働省が通知したはずのその機能を果たしていなかった」というシナリオを組み立てて神戸市に取材に来た。検疫から連絡されたリストの健康観察の業務増に紛れて、厚生労働省からの通知が、自治体の限られた担当者へのEメールのみで重要性が伝わらなかったという指摘があった。また、学校のインフルエンザによる欠席者の把握は、季節性インフルエンザが流行する時期に小学校と中学校の学級閉鎖の報告によって把握されていたが、4月末～5月に至るこの時期には、学級閉鎖の報告はすでに終了しており、小中学校以外は学級閉鎖の報告は必須でなかった。

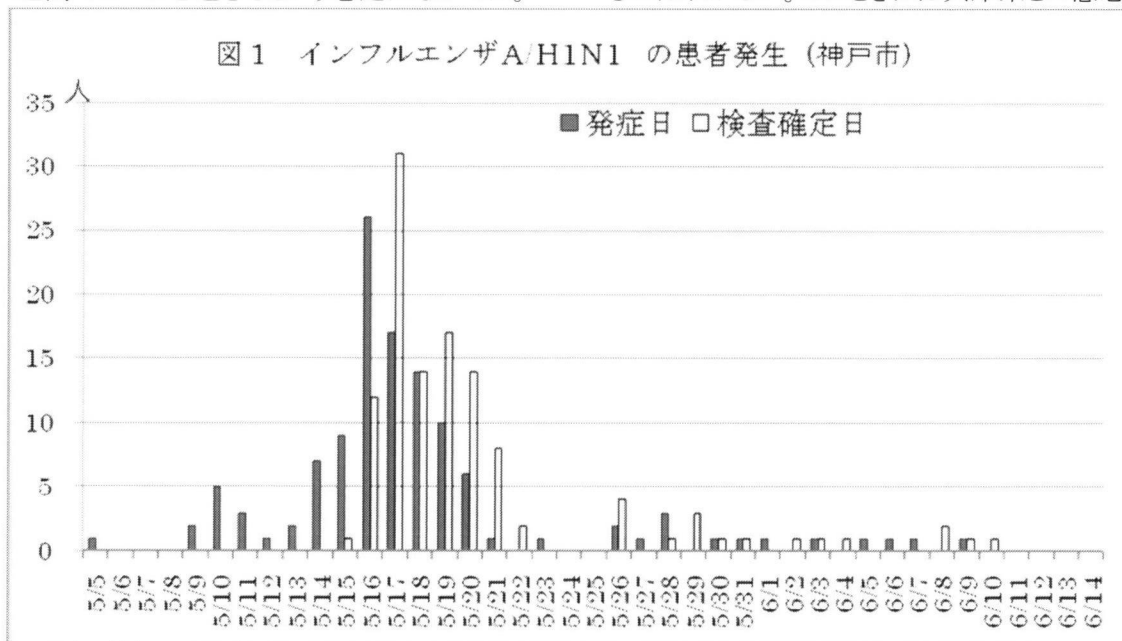
4. 発生段階に応じた対応の変更に関して

国の行動計画は新型インフルエンザの発生段階に応じて、対応を変えることになっている。国内発生早期から蔓延期に至るには誰がどの情報を根拠にして判断するのか、当初は明確ではなかった。国内発生前には第三段階(患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった段階)による対応の変化は自治体(都道府県)単位で決定すればよい、と行動計画の総論にあったが、発生から一週間でピークを過ぎるという想定はなかった。

神戸市や兵庫県下で発生した新型インフルエンザは5月の時点ではパンデミックではなくアウトブレイクとして局所的な感染ではあったが、発生から3日目の5月17日には確定患者数が急増し、その後、一部はリンクの切れた患者の発生も見られ、周囲への感染拡大防止対応が限界に近づき、エピソードに及ぶ状況になっていた。確定患者の発症日と検査確定日を並べてグラフに示したのが図1である。

発熱相談センターを経ずに発熱外来へのウオークインの受診者が増え、5月20日に一般医療機関でも発熱患者の診療が開始されたが(後述)、実際は図1にみられるように5月20日には発症のピークは過ぎていた。

また5月22日に出された基本的対処方針の改正に伴う運用指針によれば、(1)患者発生が少数で感染拡大防止に努めるべき地域と(2)急速な患者数の増加があり重症化予防に重点を置くべき地域、のいずれかに都道府県や保健所設置市が厚生労働省と相談してどちらかのグループに分けて対処することとされた⁵⁾。しかし、神戸市および兵庫県においては、患者発生はピークを過ぎ、(1)でも(2)でもないため、回復期であるという認識から(3)その他のグループを厚生労働省へ提案した。そもそも地域分けによって、対応が異なるというのは混乱の元であった。例えば、通勤通学圏内で隣県と発生状況が異なる場合、入院や接触者の行動自粛等の扱いが異なれば、1人の人間において、職場と自宅の対応が異なるのはおかしい。このときには兵庫県との意思疎



通はよくとられており、厚生労働省へ対して足並みをそろえることができた。

②自治体－医療機関の連携：情報共有

1. 発生前からの医療機関との情報共有

2008年11月に全市対策本部会議の設置を訓練として行った後から、神戸市医師会は新型インフルエンザ対策会議を月2回定例に開き、行政担当者も出席し、新型インフルエンザ対策に関する情報交換をしていた。一方、行政の主導では、発熱外来設置予定の病院を訪問し、院長、事務長等と新型インフルエンザ対策の準備状況や行政への要望などを聞き取っていた。そもそも、発熱外来設置予定の医療機関は、SARS対応の時に空気感染対策を考慮し、外来での陰圧装置やHEPAフィルター設置など感染対策上の措置を行政の補助により、ある程度行った病院として協力の継続を依頼していた。しかし、この時期までは、新型インフルエンザ発生時の対応について、SARS対策との違いや感染症指定医療機関との役割分担については病院自体も検討しておらず、行政からも明確な説明を行っていなかった。お互いのリスク想定が十分ではなかった。その後2009年3月に発熱外来設置予定の協力病院の連絡会議を開き、発熱外来設置の時期や役割分担などを調整した。ただし、この時点では医師会においても病院においても鳥インフルエンザH5N1型の病原性の高いインフルエンザ由来の新型インフルエンザを想定していた。特に医師会との連携の課題は、国内発生早期までは感染症指定医療機関や発熱外来を設置する病院が患者の診療に対応するとしても、蔓延期において診療所が対応せざるを得ない場合、診療所職員が感染した場合や濃厚接触者として経過観察対象である場合に診療行為を控えるべき期間とその間の補償などについて、行政から何らかの手立てはないのか、ということに集中した。行政内の事業継続計画(BCP)や発生時の具体的な対応マニュアルについても策定中であり、医療機関との連携の具体的検討は平行線状態であった。

2. 海外発生期の情報共有と対応

海外発生期以降における医療体制については、2008年9月に作成した「神戸市保健福祉局対策実施計画」に示されていたが、必要病床数の算定や病床確保については、市民病院の数百床を丸ごと新型インフルエンザ患者で埋める、という現実的なものではなかった。発熱外来の準備は、第1種感染症指定医療機関であり、公的病院である市民病院が先行することとなり、メキシコ、アメリカ、カナダからの入国者で発熱をはじめとするインフルエンザ様症状があった場合は、『発熱相談センター』への電話で振り分けてから、迅速検査の実施も含めて市民病院の『発熱外来』で対応するとし、入院の必要がある場合は感染症病棟へ直結するとしていた。4月末から5月15日までの間には疑い事例の症例定義に適應する事例が4例あったため、迅速検査からPCR検査まで対応した事例報告を医療機関(医師会事務局、病院は民間病院協会や二次救急病院協議会および市民病院群)へFAX等で伝達していた。ただし、いずれも確定例ではなく、届出の必要な患者ではなかったため、個人の特定につながる情報は、伝達内容から省略した。このような情報は、迅速ではなかったり、国や県からの通知に紛れることがあったり、FAXがオーバーフローしたり…と受け手側の医療機関では情報の整理が困難だったと聞いている。

この時期には、医師会の新型インフルエンザ対策会議や各区単位での医師会の会合などで、「インフルエンザ様患者が増えているのが気になる」という複数の情報が医師どうしの間で飛び交い、従来の香港型かソ連型またはB型の再流行かシーズンの残りか…という疑問に加えて、「季節性の発生時期とは違う」「新型インフルエンザでは?」「海外から既に入っているだろう」「迅速検査でインフルエンザAが増えている」という情報を、保健所医師としても小耳に挟んでいた。そのような状況では、いつ国内発生早期になるのかは時間の問題であったため、医師会に対しては保健所から患者発生の際の対応フローチャートを全区の役員に説明し、その都度質問に応じていた。ただし、このような説明会や医師会主導の対策会議は、診療終了後の夜間に行われ、海外発生期には検疫からの健康観察や発熱相談センターの運営などに加えて、外部の会議も24時間体制の中で行われ、既に非常事態の対応を余儀なくされ、職員の疲弊も蓄積していた。情報共有は9月に医療機関専用のホームページを立ち上げることで、大量のFaxや印刷が遅れがちであった国の通知や事務連絡、地域の集団発生状況などについて伝達を円滑に行うことができた。

3. 国内初発からの情報共有と対応

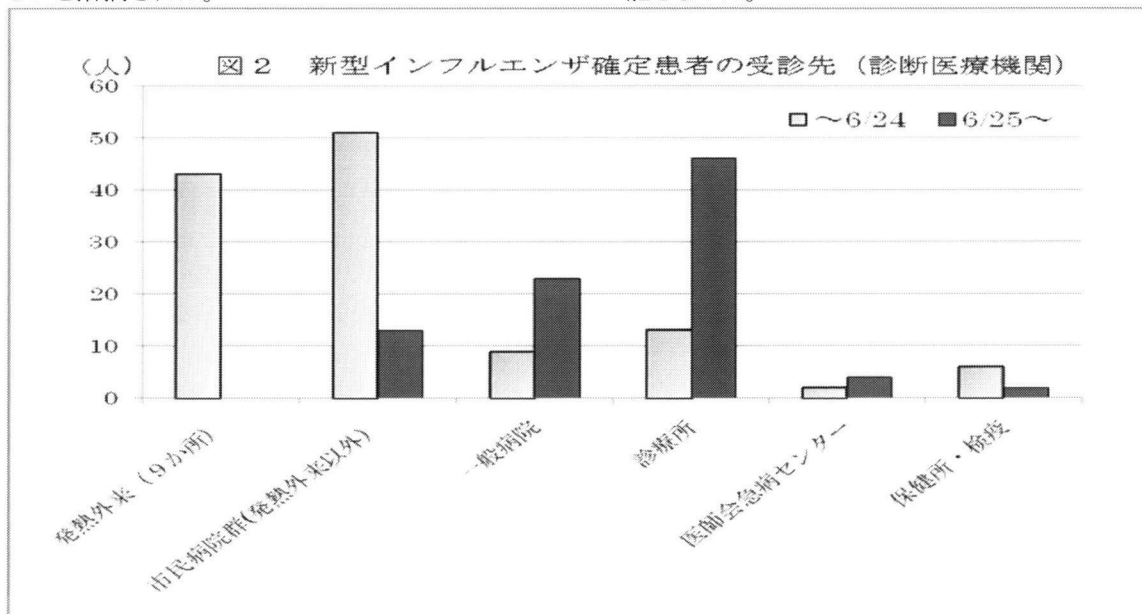
5月15日夜半に豚インフルエンザA/H1N1の検出を認めてプレスをせざるを得ないという段階で、医師会事務局と幹部役員にFAXで伝達を

した。おりしも検体提出は個人の診療所で医師会会員であったため、医師会では行政からの連絡のほかにも情報は得ていたようであった。また、緊急の神戸市新型インフルエンザ本部員会議を開くことになるため、市長部局から医師会長や民間病院協会、二次救急病院協議会へ伝達が同時に行われていた。

しかし、5月16日未明の記者会見後からは医師会や病院などから「保健所へは電話が通じない」「医師会の重要な会議に保健所の責任者が出席しない」「保健所の危機管理や指揮命令系統が機能していない」と指摘された。また、3か所の市民病院群について、実際の連携は期待以上に行われており、第一例から診療の現場として、また当事者として実務者どうしの連絡体制はとれていたが、組織としての情報共有がトップの間でできていたかという点、病院からは「十分ではなかった」という、不満の声が挙がっていた。つまり、危機管理室や保健福祉局長および保健所長の指揮命令系統が病院には伝わらず、プレスばかりで、神戸市全体の状況がわからなかったという。また機械的に新型インフルエンザ患者の受入れを当たり前のようにさせられ、救急外来を止めたり、感染症病棟以外の病棟の提供も行ったり、本来の診療体制を崩してまで病院職員は対応したが、発熱相談センターのトライアージは機能していないとか、他病院の発熱外来との分担のバランスが悪いとか、病院の現場を保健所は把握しないまま病院を疲弊させたという苦情もあった。民間病院においても救急外来を圧迫するような発熱患者の受診は、発熱相談センターのトライアージがおかしいと指摘された。

5月16日に第一例を搬送し、入院させてから3日目の17日夜半には、市民病院群を中心に準備した感染症対応の病棟(計54床)が埋まり、患者のほぼ全てが基礎疾患等の医学的リスクのない高校生で、抗ウイルス薬に治療が奏功していることから、入院措置を解除してよいか厚生労働省へ申し入れた。当時、兵庫県及び大阪府下における新型インフルエンザ患者の状況も同様であり、他都市とも連携して情報交換を行い自宅療養の徹底を約束して、国の了解を得た。よって、18日からは順次退院とし、重症例以外は外来治療とした。また、19日には保健福祉局長から市医師会長へ、患者の増加に伴い蔓延期直前の対応として、一般医療機関での発熱者の診療を依頼した。翌20日から医師会は、感染対策が可能な医療機関から診療を受け入れた。この時の交渉として、医師会から行政へ次の7つの条件を提示された。①抗ウイルス薬の確保②受診前に電話連絡の徹底③発熱相談センターの機能向上④発熱外来と発熱相談センターの継続⑤症例の提示(重症か軽症かなど)⑥医療スタッフへの防御体制の指針を示すこと⑦市民への広報の徹底、を守ってくれば蔓延期としての対応に移行するといわれたので、行政は条件を全て了解した。発熱患者に対応可能な診療所は、後の医師会アンケートから1500の医師会員中約2/3であった。

その後、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(6月25日事務連絡)により、発生状況別に地域をグループ分けせず、全国的に一般医療機関での外来診療も可能となった。



改定前後で神戸市の確定患者212例の診断医療機関を図2に示す。サーベイランス体制が変更された7月24日までに全数報告した確定患者計212例は、43例(20.3%)が発熱外来で発見されていた。神戸市の医療機関では、発熱外来以外の一般病院や診療所でもPCR検査を積極的に行っていたので、既に初期から確定患者を見つけていることがわかる。特に、6/25の運用指針改訂後の確定患者88例中73例(83.0%)は一般医療機関で発見された。

③自治体—市民への情報提供:共有

1. 発生前からの啓発

2008年11月の訓練は全市対策本部会議の設置とともに地域のボランティアを活用した実地訓練を行った。海外旅行から帰国した近所の発熱患者が新型インフルエンザの疑いであることから、地域のボランティアを中心に戸別訪問し、感染防止方法を伝達したという訓練であった。H5N1を想定しながら、「マスクもせず素人に訪問させるのはどうか?」と言った批判もあったが、地元ニュースにも取り上げられ、訓練風景の映像が出たことで、地域住民が自分たちの問題として新型インフルエンザを考えるきっかけになった。また、希望のあったグループや団体へ保健所および区保健福祉部(保健センター)の職員が出張して講話を行う「出前トーク」や咳エチケットのポスター、チラシ等の配布を学校や地域団体を通して随時行っていた。



図3 咳エチケットのポスター(2009年3月)

咳エチケットのポスターは、市医師会からの要望もあり、また外国人にもわかりやすいものを、という意図から、神戸市国際交流協会の協力を得て、6ヶ国語併記で2009年3月に作製した(図3)。

2. 海外発生期の情報提供と啓発

神戸市からの一般的な情報は市ホームページ、ポスター、チラシ、マスメディアを活用して提供された。5月初旬には市議会の時期と重なり、新型インフルエンザを含む危機管理体制の準備状況などについて質問を受けた。議員からは市民への広報のタイミングや方法について、「迅速にわかりやすく、若者から高齢者まで、地域に伝わるように」と要望された。

この時期には、「発熱相談センター」による電話相談を開設しており、主に海外渡航歴がある有熱者の相談を受けていた(後述)。ただし、「発熱」という言葉に過敏に反応する市民が多く、また医療機関でも「発熱相談センター」に確認してから、受診するようにという指導もしており、海外渡航歴やそれらの接触者でなくても、この時期に「発熱」した市民が、「症例定義にあてはまらないので、新型インフルエンザではない」と言ってほしい場合も含めて、電話をかけてきた。5月7日の地元新聞には「神戸市」と「兵庫県下」の保健所の相談対象について、渡航歴や発熱の条件が異なっているのではないかと、対応が県市で異なると、市民を混乱させるのではないかと指摘されており、医師会からは新聞記事が保健所の説明と違うのではないかと等、マスコミへの抗議があり、保健所が記事の解釈の疑義について、調整を行った。

3. 国内初発からの情報提供と啓発

神戸市からの情報発信について、5月16日未明からは、すなわちプレス発表が全てとなった。市民への情報提供は、広報課がマスメディアを媒体として行うことしたのは保健福祉局長の意向であった。保健福祉局長は阪神淡路大震災当時、広報課長であったことから非常時の危機発生時の情報伝達や情報収集の方法を経験しており、今回は教訓的にマスメディアを活用した。市民対象のみならず、他部局を含めて市職員に対しても、市役所各部署への伝達がままならない時期だったので、このプレスを活用して情報提供に努めた。市ホームページの

活用は、記者発表資料の掲示として行われたが、通常の業務としては一時更新が途絶えた。

2009年6月に行われた市民アンケート(有効回答:市政アドバイザー808人による郵送調査)によれば、5月16～22日の1週間に利用した情報源は、テレビ、新聞、職場や学校から、口コミ、インターネットや携帯サイトの順に、約5割の市民に利用されていた。ラジオや行政の窓口や電話による情報収集は2割程度で、町内会などの地域の情報ネットワークは1～2割程度で利用されていた。年齢別による情報収集の傾向は、テレビ、新聞は全年齢で、インターネットや携帯サイトは20～40歳代で、ラジオは60歳代で、行政機関の窓口は40～50歳代の利用が特徴的だった⁶⁾。

4. 蔓延期直前以降の提供と啓発

ハイリスク者への情報提供が必要であるとして、難病連や腎友会からの神戸市へ要望書が寄せられた。市長から5月28日に全国へ向けて、「ひとまず安心宣言」が発せられた。これは集団発生があった学校でインフルエンザの終息がみとめられ、地域的な感染拡大に及んでいないことから、休校措置解除によって、新たな感染が拡大する恐れは少ないこと、経済的な打撃を受けた観光業界や商店街、企業等の対応の見直しをすること、など厳しい基準から対応を緩和することとなった。ただし、医療関係者、特に医師会からは「安心宣言は時期尚早である」と苦情があり、むしろ発熱相談センターと発熱外来機能の維持を約束させられた。

④市民情報提供受付窓口:発熱相談センターの運営

1. 海外発生期(検疫強化)の運営

4月末から5月初旬の連休あたりから、保健所には一日計約100件の検疫対象者リストが検疫所(関西、成田、中部の国際空港)から送られてきた。それらの対象者の健康観察と海外帰国者等市民からの相談を受けるよう「発熱相談センター」を並行させていた。この時期には一日40～80件くらいの電話相談を受理して保健師3名、3回線の電話で対応していた。つまり、検疫所リストのフォローと疑い事例トリアージの並行した運営をしており、24時間対応で相談を受けていた。

厚生労働省は症例定義を「メキシコ・カナダ・アメリカから渡航し、38℃以上の発熱に

加えて、咳、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、熱感等のうち2つ以上の症状を呈する」とした⁷⁾。神戸市ではこれにより発熱外来へ搬送、受診させた疑い事例は4例であったが、PCR検査では全て豚型インフルエンザA/H1N1は検出されなかった。国内発生以降、症例定義は果たして発熱外来における振り分けの基準にはならなかった。さらに「国内初」のために、連日センセーショナルな報道がなされ、まるで神戸の発熱者全てが「新型インフルエンザにかかったかも」という不安から市民が発熱相談センターへ電話せざるを得ない状況になった。5月16日～6月14日の1か月の相談件数は24,701件で、そのうち最初の1週間は多い順に、①渡航歴がないが体調が悪い②受診する場合の医療機関③診断・治療について、即答を求めるものであった(図4、図5)。日々増加する電話相談に対して回線を増やし、退職保健師や看護協会、看護大学等への応援を含め最大35人で三交代勤務一日100人以上が対応した。市職員は医療技術職のみならず、人員の確保から事務職でも対応し効率的に発熱外来へ誘導するよう、必要な部署への調整と相談対応マニュアルを頻回に改訂した⁸⁾。しかし、1時間以上数時間待ちという状況に陥り電話がつながらず、直接発熱外来へ受診した市民も多く、外来での待ち時間も半日以上の長時間に及んだ。

図4 発熱相談センター・発熱外来・確定患者数(神戸市)

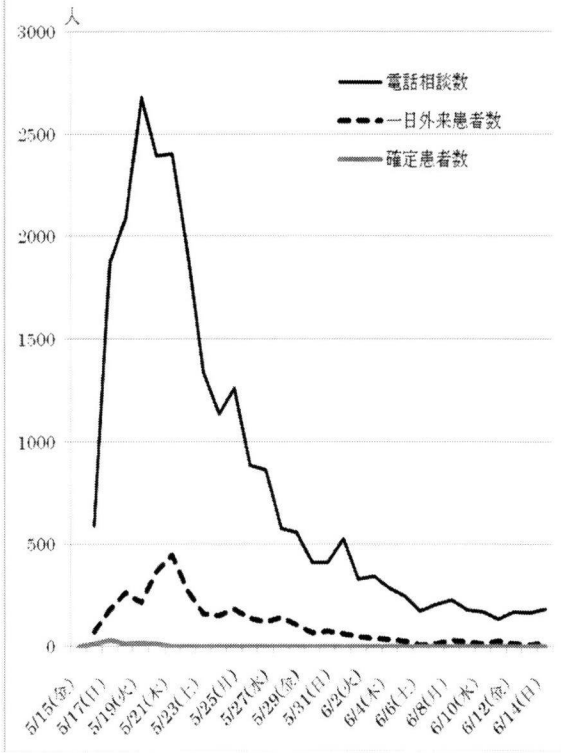
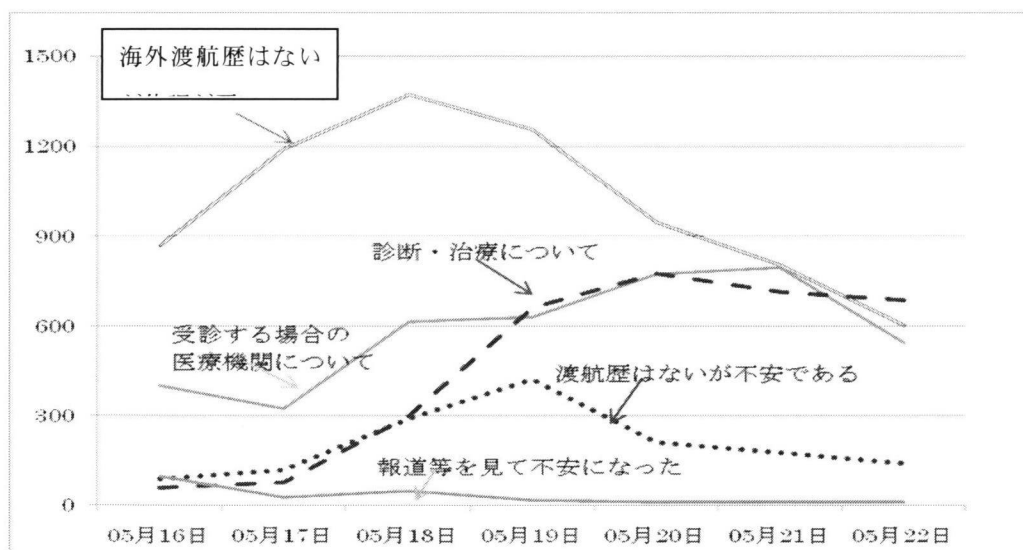


図5 発熱相談の主な内容



2. 国内初発後の運営

国の医療体制に関するガイドラインによれば、「発熱相談センターは、新型インフルエンザの患者の早期発見、当該者が事前連絡せずに直接医療機関を受診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等目的とする」とある⁴⁾。当初、発熱外来へ誘導したのは一般市民よりも、患者の家族や高校の接触者で、その後、集団発生が収まりつつある頃には医学的ハイリスクや妊婦や小児などを考慮して発熱外来へ誘導した。5月25日には1,259件、26日には885件の電話相談があり、自宅療養の勧めが20%、一般医療機関受診の勧めが40%、発熱外来への受診誘導は8%で、ハイリスクと考えられる基礎疾患を有する者は5%であった。その他27%は受診に関しない相談内容であった。「体調が悪いので心配」と言っても高熱でもなくインフルエンザ様症状でもなく、「37度2分だが、今から熱が上がるか?」「子どもが寝ない、どうしたらよいか」「兄弟姉妹は熱があるが症状の無い子は明日学校へ行ってもいいか?」など、

24時間開設の発熱相談センターは、育児相談も含めてまるでコンビニ的に利用された。発熱相談センターで新型インフルエンザを早期発見する機能は、国内発生直後から崩れ、電話がつながらないため直接の受診を回避できず、本来の役割を発揮することは困難であった。むしろ、国内初の混乱であらゆる不安の受け皿を余儀なくされた⁹⁾。

D. 考察

①厚生労働省—自治体の情報共有について

危機発生時の情報交換が可能な担当者や責任者が誰なのか、当初不明確であったことは双方の混乱の原因であった。国内患者発生に際して、一番慌てていたのは、厚生労働省ではなかったか。

発生前から職員の出向や出身校の同窓の関係で管理職が、顔見知りであったことから、厚生労働省と神戸市のホットラインを担い、意思疎通が円滑になった場合も多かった。ただし、厚生労働省担当課のみで国の対応が決定されるわけではなかった。神戸市からは、症例定義の変更(国内で感染が起きていることから海外渡航歴を除くこと)や既に季節性インフルエンザと同様な対応で

治療や拡大防止が可能になってきたので、感染症法上 5 類対応とする検討など、いち早く経験している地域での対応の切り替えを要望したが、国はまだ全国的に発生が広がっていないためか、発生段階を横並びにしたかったのか、切り替えまでの対応を長引かせた。

患者の発生地神戸からの情報発信はすなわち、兵庫県及び厚生労働省においても、県、国レベルで第一報となるため、末端の地方自治体としては、神戸市が県、国に合わせなければならなかったのか。しかし、むしろ情報発信元の神戸市に、国、県が合わせるべきではなかったのか、と海外発生期における検疫から毎日 100 以上のリストが送られてきた健康観察も、患者発生後に患者本人の調査はもとより家族や接触者や学校への感染症防止対応も、電話相談等市民対応も、プレス対応も、限られた人員で一度に全て行っていた現場からはそのような思いを持った。

今回の新型インフルエンザの発生状況を鑑みると、感染症の多くは海外で発生するという想定であっても、検疫体制の強化を十分に行っても、それをすり抜ける恐れがあることを意識しておくべきである。H5N1型であっても他のタイプのインフルエンザであっても、潜伏期内には国内に入ってくる。感染症の国内第一例を発見するためのサーベイランスは常に検疫と並行して、国内で網を張る必要があり、症例定義は場合によっては臨機応変に変えるべきである。

厚生労働省からの多くの伝達事項について、その方法については、Eメールによるファイル添付は確かに迅速であるが、内容が重要であるか、対応を早期にすべきかなど取捨選択するには、一方的な連絡のみでは判断が困難である。全ての自治体の担当者へ個別に連絡するのは現実的ではないが、自治体がメールを受け取って開いたかどうかの確認メールを義務化するとか、送りっぱなしではなく、双方が確認できるシステムが必要である。

②自治体－医療機関の情報共有について

神戸市では行政からの依頼により、5月20日から一般医療機関で発熱者の診療を可能としたが、このとき既に今回のインフルエンザが H5N1 型のような病原性の高いものではなく、高校で集団発生した様子も季節性に似ており、病態としても抗ウイルス薬で治療が可能であることを経験的に開業医も察知したためであろう。小児科では普段から感染症対応の診察室があったり、耳鼻科や内科ではサージカルマスクを常用していたりしていた診療所は、受け入れに抵抗は少なかったであろう。発熱患者の診療にあたっては、発熱外来だけで対応していると診療所へ一般市民の受診も控えられるというデメリットも考えたと思われる。医療機関にとっては、感染対策の不備や患者の急増による感染拡大の機会が医療上のリスクであるが、「患者が来ない」リスクも経営上大きいのではないか。医療機関とのリスクコミュニケーションにおいては、感染防止対策と診療自粛の両者を絡めた補償を行政に求められると平行線にならざるを得ない。感染対策上の課題には、実際に必要な資機材(マスクやガウンなどの PPE)を行政が医療機関へ提供することも可能だが、診療自粛においては、行政はあくまでも必要時の自粛を呼び掛けるのであり、営業を妨げるものではないことを了解してもらえよう、理解を求めたい。

今後、新たに発生する疾患に備えては疾患の概念(症例定義など)をわかりやすく、地域の患者情報も含めた医療機関向けのホームページなども活用して情報提供をすること、その際には医療従事者が病原性や感染性の不安を拡大解釈せず、適切な感染防止対策に役立つよう、感染症対策の専門家のいる医療機関と一般医療機関の情報交換が可能な機会を持つことが必要である。

③自治体－市民への情報提供について

リスクコミュニケーションを考えた時、危機発生

をある程度想定して、発生時前に市民が自分の問題として「何をすべきか」を考えられる情報を提供すべきである。地域の意見を代表する市政アドバイザーや自治会および婦人会の役員などを対象とした参加型の訓練や学習会も効果的ではないだろうか。また、マスコミは市民の情報源として年齢を問わず利用されており、影響力が大きい。危機発生時には、可能であればプレスの前にマスコミ向けの学習会を行って、適切で確実な情報提供を心掛ける。煽るような興味本位の情報は可能な限り控えてもらう。市民へは安心情報をいかに早く、いかに適切な方法で提供するかが課題である。

④市民情報提供受付窓口

電話相談は、次々に照会があっても対応可能な相談窓口を複数設定すべきである。また電話だけではなく、“感染症”と言っても役所の窓口へ来所する住民も想定して対応策を講じる必要がある。大流行に先立ち、市民への情報提供を各部署から統一して行い、パニックを防ぐことが重要である。相談窓口は名称や機能の変化によって、利用者数も変化しうる。発熱に特化したインフルエンザ様疾患の電話トリアージは技術的に困難なので、電話相談は問い合わせ機能に限定する。市民があらかじめインフルエンザの症状や重症化のサインを知っておくよう健康教育を行う。また、リーフレットやインターネットで自己チェックが可能で、国民自らが適切に行動できるようなシステムを作り、エンパワーメントする。英国ではNHSのホームページに、National Pandemic Flu Serviceが抗インフルエンザ薬の入手をインターネットで自己申告するシステムとして提供されている¹⁰⁾。ただし、妊婦や乳幼児、または重症化やハイリスクと判断される場合は、インターネットではなくGP（家庭医）に連絡して受診するよう、呼びかけている。これは発病者が外

出する機会を減らし、受診先で患者が集中することを避ける方法として有効と考えられる。GPに依り、我が国における開業医はかかりつけ医として、かかりつけ患者と電話（近い将来にはテレビ電話や画像付きEメール）での診療も可能となるのではないか。

E. 結論

厚生労働省との連携を円滑にすべくためには、危機発生時に現場で何が起きているのか、発生地から臨場感を持って現状を伝えるべきである。地方自治体は「国はわかっていない」と待っているのではなく、国へは地方から積極的に現状を適時伝えることが大切である。厚生労働省ではその受け手として、地域の窓口となる担当者やキーパーソンである課長および補佐クラスの管理職を地方自治体に対して明確にすべきであるし、危機発生以前から、キーパーソンは地方自治体の幹部や管理職と顔見知りでなくとも、地域とのパイプが繋がった役割を示してほしい。

県と市に及んでは、情報共有と公表のタイミングをそろえるべきで、お互いの首長または本部長が、県民および市民への情報の一元化を基本とすべきである。

医療機関との連携は、日頃からの情報交換が重要であり、ITなどの情報伝達のツールも活用しながら、病院、診療所それぞれの立場を、お互いが配慮して交渉することが重要である。

市民に対しては、危機発生時に自らが判断できる材料としての情報を、普段からマスコミも活用し、リスクコミュニケーションの機会として提供することや予防行動へのエンパワーメントを促すことが望ましい。

F. 参考資料

1) <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/desc>