

成18)年には新型インフルエンザの「フェーズ3」におけるガイドライン, 2007(平成19)年には「フェーズ4以降」のガイドラインを取りまとめた。

2008(平成20)年4月に新型インフルエンザを感染症法および検疫法を位置付ける改正をおこない, 入院措置等の法的根拠が整備され, 新型インフルエンザに感染の恐れのある者に対する蔓延防止策を拡充すること等が定められた。その結果, 新型インフルエンザに感染の恐れのある者に対する健康状態の報告, 外出自粛の要請規定が創設された。

その後, 関係省庁や新型インフルエンザ専門家会議における検討等を踏まえ, 2009(平成21)年2月に行動計画の改訂版が公表された。この改定により, わが国の新型インフルエンザ対策の基本方針の目的を, 「1. 感染拡大を可能な限りに抑制し, 健康被害を最小限にとどめる。2. 社会・経済を破綻に至らせない。」の2点が明示された。また, 世界保健機構(WHO)とは異なる, 日本独自の発生段階が設定された。この日本の段階は, 世界保健機構(WHO)が宣言するフェーズを参考にしつつ, 我が国における新型インフルエンザの発生の実情を踏まえた対策を検討できるよう作成されている。

以上のような国の方針により都道府県を中心とした対応の枠組みが公表され, 各都道府県は新型インフルエンザ対応行動計画を策定し始めた。しかし, 市町村における新型インフルエンザ対策の計画等は義務づけられてはいなかった。そんな中で国や県の行動計画との整合性をはかりながら, 市の具体的な対策を検討し行動計画を策定する自治体も現れてきた。

(2) 自治体(仙台市, 神戸市, 横浜市)の事前体制の特徴

仙台市は市長の新型インフルエンザ対策への強い思い入れがあり, 担当部署に行政側の専門家を置くのではなく, 副市長に感染症の専門家を置き具体的な対策を作成した。また, 2003(平成15)年のSARS⁵が世界を震撼させたときは, 行政, 医師会, 学識経験者(感染を専門とする大学教授)の三者がSARS研究会を共催した。歯科医師会, 薬剤師会, 看護協会にも声をかけ行政の関係者も含めた多くの参加者の賛同を得た。このような, 状況の中で後に「仙台モデル」といわれる対策が作られていた。

神戸市はH5N1型の新型インフルエンザを想定し, 2008(平成20)年11月2日(日)に市長以下管理職と外部の関係者が一同に会した図上訓練を行なった。その後, 医療体制整備のために, 市医師会の対策会議へ行政が参加することになる。同年12月には発熱外来設置予定病院を市が全て訪問し新型インフルエンザ発生時の対応の準備を依頼し, 2009(平成21)年3月には協力病院連絡会を開いた。4月末に新型インフルエンザ(A/H1N1)の海外発生以後, 発熱外来以外の民間病院も後方支援に協力しようという雰囲気になっていった⁶。

⁵ Severe Acute Respiratory Syndrome 重症急性呼吸器症候群

⁶ 白井千香 「新型インフルエンザへの取り組み～組織としてどう備えるか～」災害看護学雑誌 Vol. 11, No. 2, 2009, P. 71～75

横浜市は国のガイドラインを想定して、2008（平成20）年に市のガイドラインを作成した。医療体制の強化を図り、発熱外来の設置を依頼する病院には直接行政が出向いてお願いするという方法で協力を得る体制を確立していた。また、各区における保健福祉センターの役割を明確にしていた。年末には訓練も行っておりガイドラインを擬似的に体験している。

4. 仙台市の新型インフルエンザ（A/H1N1）対応

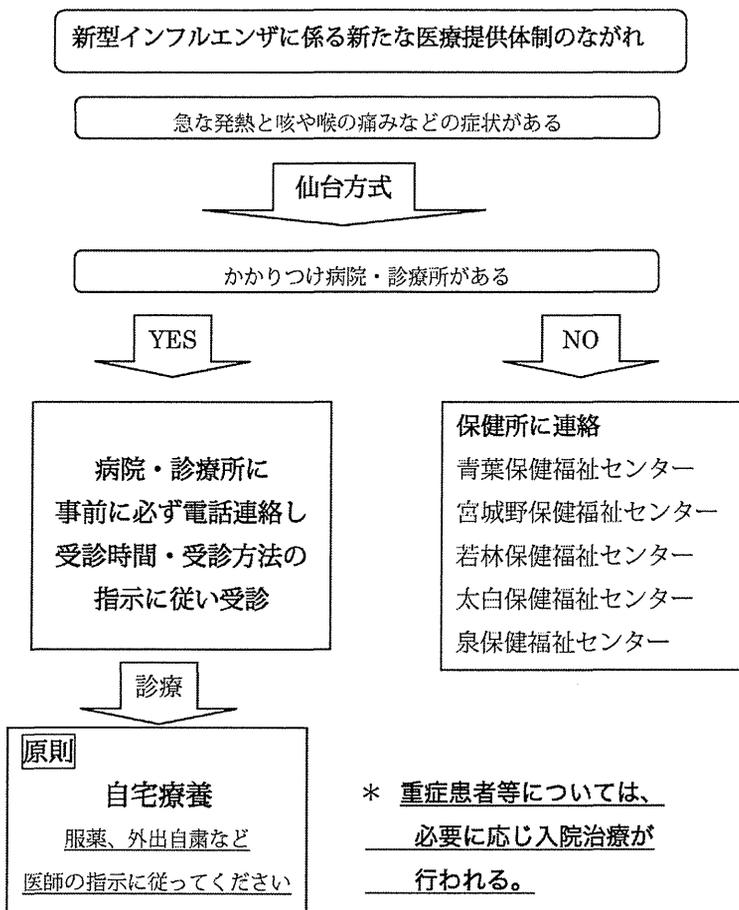
（1）仙台市の医療体制

仙台市と仙台医師会は強固な信頼関係に基づき、2009（平成21）年5月、新型インフルエンザ（A/H1N1）のパンデミックに対し、100万都市仙台で300を超える診療所が新型インフルエンザを診るという体制自体を速やかに構築した。国の発熱外来構想は早期に破綻すると見通したのである（永井 2009）⁷。国はガイドラインを示すが、自治体への実質的な指導はなされない。それは自治体の裁量により、より具体的な行動計画を立てることを認めていると言える。仙台市は副市長として厚生労働省仙台検疫所長を招き、新型インフルエンザ対策の作成にあたった。地球上で新しい型のインフルエンザが始まると、人間にくっついてウィルスは広がっていくため、潜伏期を考慮すると検疫所で感染症の侵入を防ぐことは難しいことを念頭においていた。それにより、国の方針である、新型インフルエンザの疑いのある患者は、特定の発熱外来で診る、そして確定したら入院措置という方針に反して、仙台市として対応可能な範囲で独自の対応を組み立てていった。国の方針とは異なったガイドラインを作成した背景には、新型インフルエンザ対策に極めて熱心だった市長の存在も大きい。仙台市と仙台医師会が協力して新型インフルエンザ対策を検討し作成されたのが「メディカル・アクションプログラム」である。それは、新型インフルエンザ（A/H1N1）の海外発生情報入手時から現状に即した修正が行なわれた。仙台市では軽症の新型インフルエンザは診療所が診るという体制を確立していた。その後、この体制がメディアで「仙台方式」として大きく取り上げられるようになる。

仙台市、医師会、東北大学という、行政と医師会そして大学が連携を深め、信頼関係が構築されていた。そのことが、仙台方式が円滑に行なわれた潤滑油になっていたのではないかと。2008（平成20）年4月に新型インフルエンザに対する医師会としての意向は「(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流行状況などの最新の情報提供、②診療所従事者への予防薬の配布、③重症患者の入院先病院の確保」であった。300以上の医師会員協力を得るため説明を行ない、医師およびスタッフの安全確保に対し、市のスタッフ用オセルトナビルとマスク配布の体制を準備した。病院では院内感染病施策を徹底し、感染拡大の防止に努めた。仙台方式における医療の確保について図1に述べる。

⁷ 永井幸夫 「仙台市新型インフルエンザ対策「仙台方式」—医師会の取り組みについて」感染症と抗菌薬 Vol. 12, No. 4, 2009

【図1】 仙台の新型インフルエンザに関する医療体制



仙台の新型インフルエンザに関する医療体制 宮城県ホームページより筆者作成

軽症患者は、「かかりつけ医」等の最寄りの診療所⁸を受診する。重傷患者（かつ中等症患者）は病院⁹で入院治療を行う。仙台市が、メディカル・コールセンターの24時間対応を設置する。診療所・病院への情報提供・問い合わせ対応は現実的には「健康コールセンター」で対応していた。このように仙台市内の病院と行政が協力体制を取り、医療の確保にあたった。

(2) 仙台モデル

国は6月19日に「一般医療機関における外来受診」,「新型インフルエンザ(A/H1N1)患者は原則として入院措置ではなく自宅療養」と元来の方針を大きく転換することになった。仙台市は当

⁸ 市内329診療所が協力申出（内科系232施設，小児科系43施設，その他54施設）2010年5月12日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～

⁹ 市内21病院が協力申出（病院の特徴・意向に応じた機能分類） 出典同上

初から6月19日に出された方針を行っていたことになる。そのことから、仙台モデルは新型インフルエンザ対策として評価されるものである。

5. 神戸市の新型インフルエンザ（A/H1N1）対応

(1) 神戸市の医療体制

新型インフルエンザの発生に伴い、患者の治療・感染拡大の防止を効率的に行なうためには医療体制のあり方は重要である。医療体制のあり方として、医療機関をはじめとする様々なアクター間の連絡調整が出来るような連携を確保することが必要になる。新型インフルエンザのパンデミックが起こると患者数は増え、医療機関への受診者数も増える。また医療者は感染のさらなる拡大を阻止することを意識しながら通常の医療業務を行なうことになる。どのような状況であっても市民に十分な治療を提供できるような体制を築いていかななくてはならない。

2008（平成20）年11月の図上訓練の後、全市対策本部会議の設置を行い、神戸市医師会は新型インフルエンザ会議を定例で月2回開催することになる。医師会の会議には行政担当者も出席し情報交換が行われ、行政と病院の連携が取れる体制が始まっていた。しかし、具体的な対応マニュアルは策定中であり、医療機関との連携の具体的検討は結果が出されていない状況であった。以下、神戸市の新型インフルエンザ（A/H1N1）の医療体制を経時的に述べていく。

2009（平成21）年4月27日、危機管理室兼務・兼任職員会議で豚インフルエンザ対策の検討を行なう。神戸市立医療センター中央市民病院（以下、中央市民病院）に発熱外来を設置する。中央市民病院は第一種の感染指定病院¹⁰であり、救急指定病院として神戸市の基幹病院としての役割を担っている。そのため、救急患者を受け入れながら同時にインフルエンザ対応も行なっていかなければならない状況であった。4月28日、発熱相談センターの開設準備を開始する。発熱外来については、当面は中央市民病院6階の感染症病棟で対応し、搬送時は非常時エレベーターで移動、発熱相談センターの受け付けで案内された患者に限ることが神戸市豚インフルエンザ連絡協議会で決定された。4月29日、発熱相談センター運営が開始となる。5月7日、本庁において海外渡航歴のある人を対象に健康観察を実施する。5月16日、西神戸医療センターと民間病院（1ヶ所）で発熱外来を設置するが、想定を超える外来受診者が詰め掛ける。発熱相談センターの規模を拡大し、一般相談窓口を開設する。5月17日、神戸市立医療センター西市民病院で発熱外来を設置する。だが、発熱外来への受診者が多く、開設当日の17日の時点で限界に達してしまう。この現象は5月16日に国内第一号患者が神戸市で発生したことが報道されたため、発熱者や新型インフルエンザを心配する人々が直接発熱外来へと、受診行動を取ったことによる。さらに、発熱相談センターも電話相談が殺到し、電話がほとんど通じない状態であった。このような状況が市民の不安を強め、

¹⁰ 第1種感染症指定医療機関 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院

直接発熱外来へと行ってしまったことになった。5月18日、民間病院（3ヶ所）で発熱外来を設置する。5月19日には神戸大学医学付附属病院が発熱外来を設置する。

国内初の患者が神戸市で発生して、発熱外来を増やすなど行政は対応を行なったが、発熱外来や発熱相談センターはパンク状態で市民への対応がスムーズに行かない状況であった。5月19日、神戸市は神戸市医師会に対して「蔓延気に準じた医療体制の依頼」を行なった。阪神淡路大震災では神戸市のほとんどの医療機関も被災しそんな中で病院のスタッフも市民と共に被災の苦しみを味わい、復興に努力をしてきた経験が神戸市医師会にはある。そのため、神戸市医師会は、常に市民の目線に立った医療提供体制を取ることを第一義としていたため、医師会からの協力が得やすい環境であった。5月20日には神戸市医師会は、発熱外来と発熱相談センターの機能は残したまま蔓延期に準じた医療体制を敷くことになる。医師会としては一般医療機関では時間的あるいは空間的に区切りをつけて、発熱患者と一般患者との病院内における接触を避けるようにし新型インフルエンザの感染拡大の防止に努めた。そして、発熱相談センターから電話紹介、あるいは患者自身による電話予約を受けた上で発熱患者を受け入れる体制にした。このような体制になる前から、実際には発熱外来からあふれが患者は電話予約も無しに一般医療機関を訪れるケースが増えてきていた。そんな時期に、一般医療機関で発熱患者を診ることに切り替えたことは適切であったと言えよう。国の方針として「発熱外来以外でも発熱患者の受診を受け入れる」が出る前に、早期に一般病院で発熱患者の診察を受け入れる体制が取れたことは医師会の協力が大きな要因である。

(2) 医療体制における混乱

地域の救急医療とインフルエンザに対する対応を両輪で行なうこととなった中央市民病院の状況について述べる。中央市民病院は第一種感染指定病院であるため、病院としての感染対策の充実と感染者の受け入れに対する施設的な設備等が充実している。感染病棟は一類感染症¹¹と二類感染症¹²の対応病棟で、36ベッド（2人部屋18室）を有している。入院患者が増えるにあたり、感染症病棟だけでは病床が不足する場合は仮設病棟へと順次拡大していくことになっていた。また、院内における2次感染を避けるために入院患者には早く退院してもらう、マンパワーの確保、職員の感染予防など様々な方針に基づき行動を行なった。PCRの結果で、陽性、陰性が決定するまでは1部屋に1人の発熱患者を入院させた。そのため、入床数に較べて効率が悪くなってしまった。6階北の感染症病棟に発熱外来を設置したため、当時の入院患者22名を一般病棟に移動した。そし

¹¹ 感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が極めて高い感染症 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱 国民衛生の動向 2012-2013

¹² 感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が高い感染症。急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性性呼吸器症候群（SARS）、鳥インフルエンザ（H5N1） 国民衛生の動向 2012-2013

て6階北病棟の病床が埋まったため、11階北病棟に仮設病棟を拡大することになった。また、マンパワー確保のために、10階北病棟を閉鎖して看護師要員29名を新型インフルエンザへの対応にあてた。PCR検査の結果が出るまで最大12時間¹³かかり、増える発熱患者に対する入院体制を維持することは困難であった。そのため、感染症対策の医師が厚生労働省に何度も交渉を続けた結果、PCR検査の結果を待たずに軽症患者は自宅療養でよいという入院取り扱いの変更が認められることになった。

医療者はフルプロテクトのPPE¹⁴の装着で診療・看護にあたっていたため、通常業務以上の疲労を余儀なくさせられた。また、発熱患者の病床確保のためには既に入院し何らかの治療を受けている患者へも、負担を与えることになった。発熱患者の入院は、患者隔離であり家族も患者に近づけないため入院患者への対応を職員がしなくてはならない場合もあり、患者へのケアが十分行き届かない面があった。このように実際に経験しないと分からない状況も起こった。

発熱外来の混乱の原因としては、発熱相談センターの機能が十分でなかったことも上げられる。発熱相談センター開設に向けて、本庁内でのマンパワーの確保行なった。電話での対応マニュアルは予防衛生課と調整し、地域保健課にて作成し随時改正していった。5月29日から、健康部内3課（生活衛生課、予防衛生課、地域保健課）による対応が始まり、ゴールデンウィーク中には高齢福祉部、子育て支援部からの応援を得て、職員の交代¹⁵による発熱センターの24時間体制運営が行なわれた。国内初の新型インフルエンザ（A/H1N1）感染者を確認した5月16日以降は、電話回線数は3回線から15回線へと徐々に増やしていった。急に回線を増やすことが出来なかったのは、相談件数に見合う人員の確保が難しかったためである。

また、5月16日9時には発熱相談センターとは別に一般相談窓口を開設した。24時間体制を市民参画推進局の職員で対応した。開設当初はマスコミからの確認の電話が多かった。市民からの問い合わせの中には、発熱相談に該当する内容（発熱相談センターへ転送）もあったが、発熱相談センターへの電話がつかないとの苦情が多かった。

(3) 「神戸モデル」

5月29日の「ひとまず安心宣言」発表後に、推進することが進められた「神戸モデル」と呼ばれる神戸市の医療体制がある。これは、3つの柱による新型インフルエンザに対する対応である。1つ目の柱は、「サーベイランスシステム」の整備である。新型インフルエンザの発生場所によって神戸検疫所あるいは環境保健研究所でPCR検査を行う。その結果を市保健所の感染対策チームに報告する監視システムである。2つ目の柱は、各区に教育機関、医療機関、福祉施設および区など

¹³ 通常なら2, 3～6時間で判定が出るのだが最大では12時間になってしまったためとりあえず入院するというかたちを取らざるをえなかった。

¹⁴ Personal Protective Equipmentの意。個人防護用具である。

¹⁵ 9～21時, 21～9時の2交代体制

の代表が参加する「感染症対策会議」を設置することである。最後に3つ目は、学校職員、高齢者・障害者施設の職員を対象とした「感染症対策特別講座」を開催することである。

神戸市において国内初の新型インフルエンザ（A/H1N1）感染者を確認したのは5月16日であったが、その確認には3日を要した。3日早く確認できていれば、今回ほど感染が拡大しなかった可能性がある。確認できた時点で、患者を隔離することで感染経路を立つことができたことは確かである。3日間も要したのは、疑いのない検体まで検査機関に送られたためである。神戸モデルを活用すれば、感染者の確認は今回のように時間を要することはなくなるであろう。

神戸モデルは、早期探知連携システムである。市長の「ひとまず安心」宣言の後も感染拡大が予想されるなかで、このシステムを稼働させ、従来の感染症対策に重ね関係機関との強力な連携、感染予防啓発の強化としての機能へ向けての準備が行われていた。

6. 横浜市の新規インフルエンザ（A/H1N1）対応

(1) 横浜市の医療体制

2008（平成20）年に行動計画の改定を行っており、それをもとに新規インフルエンザ（A/H1N1）の対応を行なった。国が2009（平成21）年2月に発表した行動計画の改定を踏まて、横浜市が改定を行なうには発生まで時間がなかった。2008（平成20）年の行動計画の改訂では、発熱外来や発熱相談センターの設置に関してかなり詳しく表記されていた。横浜市としては、国の改定を見越して前年に行動計画を改定していたため概ね変えなくても対応はできた。発生段階の表記が異なっていたが特に問題はなかった。

発熱外来を設置する地域中核病院等9病院には、前年までに保健所長と局の担当者が直接訪問し依頼と説明を行った。また、発熱相談センターのシミュレーションも行なわれていた。

(2) アウトソーシングの活用

横浜市が行なった、3種の外注を述べていく。まず1つ目は、派遣オペレーターの動員である。国のガイドラインにより、海外で新規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市民へ周知することになっている。横浜市では、4月26日の日曜日と同局内に翌日の月曜日からは市内18区の福祉保健センターに電話相談窓口を設置した。4月28日には世界保健機構（WHO）のフェーズ4宣言により、電話相談窓口を発熱相談センターの名称にした。局内では通常の保健所機能が行えるように、保健所とは別のフロアに発熱相談センターの整備を行なった。その後、疑似症例の報道後より相談件数は増えたため、発熱相談センターの対応を拡充することになる。健康安全課では平日・休日とも24時間体制とし、区の福祉健康センターでは設置当初の平日午前9時から午後5時を継続した。

住民サービスの拡充のために、発熱相談センターの対応時間を長くするためにはマンパワーの補充をどうするかが問題となった。市では、平日夜間と休日への応援として各区の管理職に局に来て

【表2】 2009年新型インフルエンザ対策における横浜市のアウトソーシング活用

アウトソーシングの具体的内容	支払い	
《発熱相談センターに派遣のオペレーターを起用》 早番（6～10時）、中番（10～19時）、遅番（19～23時）、深夜（19～翌6時）のシフトを組み、人数を調整	5～7月の支払い合計	約1,600万円程度
《衛生研究所への検体運送をバイク便に委託》 電話による検体の有無の確認、回収、搬入、輸送培地等の供給などに迅速に対応	6～7月の支払い合計	約200万円程度
《自家用車が不可の場合は全て民間救急車で対応》	5～7月の支払い合計	約1,400万円以上

岩田真美「地域における新型インフルエンザ対応」

http://idsc.nih.go.jp/training/22kanri/22pdf/sep15_07.pdf#search より筆者作成

もらうことになった。さらに、5月9日に成田空港検疫で感染者が確認され、国内発生に向けての準備が必要となった。そして各区福祉保健センターを含めた保健所職員だけでは手に負えない状況になることを想定した。

横浜市が考えたのが派遣オペレーターの導入である。局内の発熱相談センターの電話回線は最大20回線まで増設し、それと同時に派遣オペレーターが動員された。派遣オペレーターが、マニュアルに沿って、ファーストコールに対応し、市の職員による判断チームが引き継ぐ体制であった。派遣社員は医療に関する資格等いっさい持たない人たちである。しかし、相談シートに従って聞き取るため、ファーストコールは医療の資格のない派遣でも十分対応ができた。政令指定都市としても人口規模が非常に大きいため市民サービスの充実も大変である。横浜市は新型インフルエンザ(A/H1N1)への対応の1つとして外注を活用し乗り切ることができた。

マンパワーの確保として、派遣社員の外注は的をいっていることであるが問題になるのは財政面である。横浜市において、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、5～7月分の支払いの合計は、約1,600万円程度となった¹⁶。

次に、バイク便の使用である。発熱外来で採取した検体を衛生研究所に搬送しPCR検査を行った。はじめは、検体の運搬は保健所職員が時間を決めてタクシーを利用して行っていたが、バイク便宅配業者に委託するようになる。検体運搬は1日3クール24時間体制を取ったため、職員が搬送するのは労働力・時間的にかなりの無理があった。バイク便の料金は基本料金が距離で決まっており、夜間は30%増し、日祝祭日は50%増しであった。実際、6～7月の支払いの合計は約200万円程度であった。

最後に、発熱外来への受診手段として民間救急車を使用することである。横浜市における第2

¹⁶ 岩田真美 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実態と課題～国内初の疑似症例への対応とアウトソーシングの活用など大規模都市としての工夫：横浜市の経験から～ 平成21年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究特別研究事業）総括研究報告書

例目の擬似症例の患者が公共交通機関を利用し受診したことが明らかになった。そのため、自家用車での受診をするように市民へ指導した。しかし、自家用車を所有しない者、自家用車を所有していても運転手が不在などの場合は、全て民間救急車で対応を取ることとした。その費用は5～7月で約1,400万円以上かかっている。市の職員以外のマンパワーの導入により市民の安全・サービスは確保されるが、それにかかる費用は全ての自治体が出せるとは限らない。

7. 結論

国の医療体制に関するガイドラインは、新型インフルエンザの感染拡大を可能な限り抑制し、感染者が速やかに必要な医療を受けられる体制を整備することが目的とされている。ガイドラインに沿うと、海外発生期から感染拡大期における対応としては、発熱相談センターにより受診の有無が判断され、受診した発熱外来では感染の有無が判断され、感染者は入院し隔離された状態で治療が行われるというものであった。しかし、厚生労働省の基本方針やガイドラインはあくまでも通知として提示されているものである。そのため、ガイドラインの通知にどこまで準じるかは自治体の裁量に任されている。今回述べた3市の医療体制の例は、ガイドラインの方針と異なった体制を作っていた仙台市、ガイドラインに沿ったが方針から状況により変更させた神戸市、ガイドラインに沿った方針であったがそれを推し進めるためには行政にマンパワーが不足した事態が生じた横浜市である。

仙台市の医療体制には、市長の感染症への強い関心と医師会と自治体との連携が取れていたことが大きく影響している。また、感染症の専門知識を持った副市長の存在も大きい。そのため、新型インフルエンザ（A/H1N1）への対応は大きな混乱を起こすことなく対応していたため、評価は「○」と言える。幹部職員の体制を整えることは良い医療体制を作る上で重要であることがわかる。

神戸市は事前に計画を立てていたが、十分な機能がなされず医療現場がパニックを起こしてしまった。しかし、神戸市は阪神淡路大震災の経験から危機における協力体制への対応が早く医師会等の協力を得て対応を行うことで医療現場の混乱は改善に向うことができた。そのため、評価として

【表3】 2009年新型インフルエンザ対策における自治体の医療体制と評価

自治体	発熱相談センターの設置	発熱外来の設置	医療体制における特徴	評価	理由
仙台市	○	×	<ul style="list-style-type: none"> 幹部(感染症への関心) 体制(医師会) 	○	幹部職員の体制
神戸市	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 事前の計画が機能不全 ↓ 体制, 経験 	× ↓ ○	リーダーシップ不足 (初動における市の対応・医療機関の混乱)
横浜市	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 体制(アウトソーシング) 	○	都市規模, 財政力

筆者作成

は「×」から「○」へ変化が見られたと言っているのではないか。初動対応時の医療現場の混乱に市が迅速性できなかったことは、リーダーシップが発揮できなかったからではないか。混乱した医療現場からの申し出への対応に即座に対応するためには、専門知識のあるリーダーの存在は重要であり、またその人がリーダーシップをとれるような体制が必要である。

横浜市は国のガイドラインに沿った計画を実施し、状況から混乱を予知しマンパワーを増大していった。その結果、大きな混乱がなかったため評価は「○」である。しかし、この対応はどんな自治体でもできるものではなくある程度の都市規模と自治体の財政力がなければ実施できない。

医療体制に関しては、特に行政と医療者側が平常時から近い存在でなければ不測の事態に適宜対応することは難しい。新型インフルエンザ（A/H1N1）では、国の方針が高病原性ウィルスを想定した対応を行なったが、実際には弱毒性であったため季節性のインフルエンザと同様の対応となった。医療の現場に情報をより早く、より具体的に発信し医療現場が混乱することなく新しい情報を得られるシステムの準備も必要である。また、医療者からの協力が必要時、タイムリーに得られるように事前に諸機関との打ち合わせを十分行なっておくことも大切である。

状況に応じた、即座の対応は行政側にも医療者側にも求められる。神戸市は医療現場が混乱し十分な診療が行なえなかったため、症状の軽い感染者は自宅待機にするなど状況に応じて対応を変化させた。横浜市は事前に作成した方針を遂行するために、計画にはなかったアウトソーシングを導入して対応した。自治体の特性によっても状況対応は異なってくるが、不足の事態が起きたら即座に対処できる体制作りも準備段階で考えておくべきである。

発熱相談センター、発熱外来に関してはその機能は効果的だったとの評価もある。だが、行政の迷惑通り受診行動を取らなかった市民が多かったことも事実である。東京都においても、国のガイドラインに準じ「発熱相談センター」、「発熱外来」が設置された。発熱相談センターへの11万2,196件の相談に対して、発熱外来への紹介受診がわずか0.3%の384件に絞り込まれ、一方で新型インフルエンザ（A/H1N1）と確定された患者は160人、患者発見率は42%と高くきわめて効率的だった¹⁷。実際に発熱相談センターから紹介を受けて受診した患者は多くはなかったが、自らの判断で発熱外来を受診した人たちが医療機関に混乱を来す原因となった。また、マスコミなどの報道機関が市民の不安を煽る結果になったとも言われている。市民へ正しい情報を伝達することは自治体として重要な役割である。しかし、全ての市民が情報内容を理解した上で正しい行動を取るとは難しい。情報伝達の方法は地域の特性を考えて計画を立てるとともに、平常時から感染予防行動に関する意識を高める対策も行なっていく必要がある。

今回、政令指定都市の事例を3つ取り上げたが、今後は規模の小さな自治体の新型インフルエンザ（A/H1N1）における医療体制も調査し市民の健康を守るための一助としていきたい。

¹⁷ 前田秀雄 自治体における対応と教訓—東京都— 『日本医師会雑誌』第139巻・第7号 2010 P. 1470-1471

【引用・参考文献】

- 押谷仁 「インフルエンザパンデミック (H1N1) 2009を考える」ウィルス 第59巻 第2号, P. 134-144, 2009
- 白井千香 「新型インフルエンザへの取り組み～組織としてどう備えるか～」災害看護学雑誌 Vol. 11, No. 2, 2009, P. 71～75
- 永井幸夫 「仙台市新型インフルエンザ対策「仙台方式」一医師会の取り組みについて」感染症と抗菌薬 Vol. 12, No. 4, 2009
- 岩田真美 「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実態と課題～国内初の疑似症例への対応とアウトソーシングの活用など大規模都市としての工夫：横浜市の経験から～」平成21年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究特別研究事業）総括研究報告書
- 前田秀雄 自治体における対応と教訓—東京都— 『日本医師会雑誌』第139巻・第7号 2010 P. 1470-1471
- 押谷仁 「新型インフルエンザこれからの備え」Medical ASAHI 2010 October P. 10-13
- 上田博三 「新型インフルエンザ対策の経緯」日本公衆衛生雑誌 第57巻 第3号 2010
- 和泉徹彦 「新型インフルエンザ発生に伴う即応計画修正～日本とイギリスの対応～」嘉悦大学研究論集 第52巻 第2号通巻96号 2010
- 高山義治 「政府による新型インフルエンザ対策の実際—2009年パンデミックを振り返る」インフルエンザ Vol. 11 No. 2 (2010-4)
- 菅谷憲夫 「インフルエンザ Update—課題と問題点」医学のあゆみ Vol. 214, No. 1 2012
- 江副邦子, 遠藤奈邦子 「世界の新型インフルエンザ対策の課題と今後の方向性—新型インフルエンザ A (H1N1) 2009ウィルスによるパンデミックを振り返る」医学のあゆみ Vol. 214, No. 1 2012
- 岩崎恵美子 「新型インフルエンザウィルス出現時の対策～仙台方式について～」VIRUS REPORT Vol. 6, No. 2, 2009
- 岩崎恵美子 「新型インフルエンザ対策～自治体の取り組み・仙台方式～」日本災害看護学会雑誌 Vol. 11, No. 2, 2009
- 白井千香 「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 国内初発生事例を確認した自治体として～神戸市の経験から～」平成21年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究特別研究事業）総括研究報告書
- 中野悦子 「新型インフルエンザへの対応」日本災害看護学会雑誌 Vol. 11, No. 2, 2009
- 平田きよえ 「新型インフルエンザへの取り組み～組織としてどう備えるか～」日本災害看護学会雑誌 Vol. 11, No. 2, 2009
- 宮村達男監修 『新型インフルエンザ (A/H1N1) 我が国における対応と今後の課題』中央法規 2011
- 新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議 報告書 平成22年6月10日
- 2010年5月12日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～
- 新型インフルエンザ対策行動計画 平成21年2月改定【用語解説】
- 国民衛生の動向 2012-2013

