

特殊災害報告書（情報共有のための状況データ）

資料 3-5

日本中毒情報センター → 内閣情報集約センター用

[第__報] 報告日時：____年__月__日__時__分（西暦及び24時間表記）

1. 報告者：（所属）____（氏名）____

：（TEL）____（FAX）_____

2. 報告内容：_____

3. 現地到着／受診日時：____年__月__日__時__分（西暦及び24時間表記）

4. 発災日時：____年__月__日__時__分（西暦及び24時間表記）

5. 発災場所：a) 屋内 b) 屋外 c) その他 _____
5-1. 施設名（ビル・工場・会社名など） _____
5-2. 施設の規模（何階建て？常時使用人数は？など） _____
5-3. 発災場所の詳細（何階？個室 or ロビー？など） _____

6. 投射手段（散布法等）：a) 爆弾 b) 噴霧器 c) その他 _____

7. 被災者発生数（推測）
a) 10人以下 b) 10人～20人 c) 20人～50人 d) 50人以上 e) 約____人

8. 特殊災害種類（可能性含む）：a) 化学剤 b) 爆発物 c) 核/放射性物質 d) 生物剤

9. 起因物質の情報（推測）
9-1. 推定物質：_____ b) 不明
9-2. a) 液体 b) 固体 c) 気体 d) その他：_____ e) 不明
9-3. 臭い・色など：_____

10. 被災者の発現症状
10-1. 眼の所見 充血・涙・痛み・見え方（暗い・かすむ）など _____
10-2. 皮膚の所見 汗で湿潤・発赤・水ぶくれ・痛み・びらん など _____
10-3. 分泌物の所見 鼻水・唾液 など _____
10-4. 神経・筋症状 意識低下・頭痛・震え・けいれん など _____
10-5. 呼吸器症状 咳・息苦しさ・呼吸回数 など _____
10-6. 消化器症状 悪心・嘔吐・腹痛・下痢 など _____
10-7. その他の症状、臨床検査値異常 _____

11. 検知：a) 検知物質：_____（検知器：_____） b) 未検知

12. 除染：a) 不要 b) 乾的除染 c) 水除染 d) その他 _____

13. 個人防護装備（PPE）： 不要 必要（レベル：_____）

14. 重症度：a) 重症（_____人） b) 中等症（_____人） c) 軽症（_____人）
d) その他 _____

15. 被災者の主たる搬送先：_____

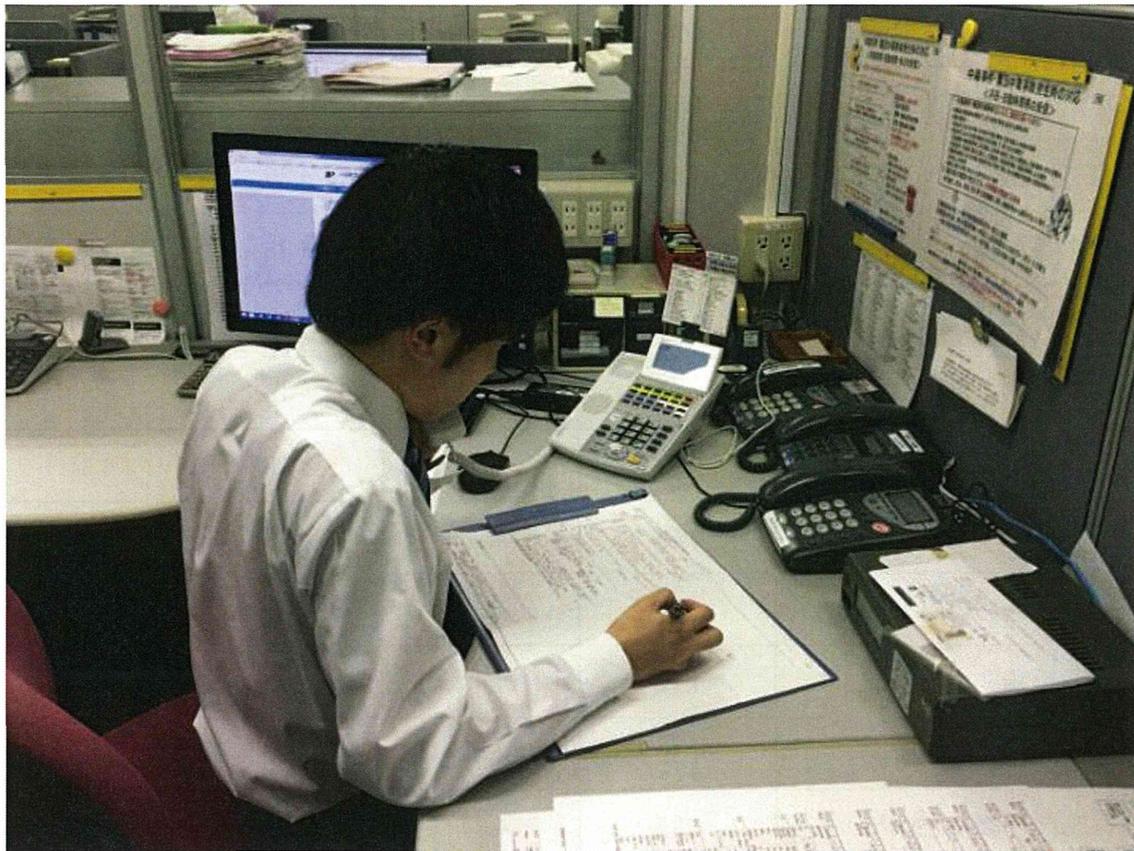


写真 平成 27 年度 北海道国民保護訓練 日本中毒情報センター対応風景

表1 平成27年度 第1回NBC災害・テロ対策研修 講義評価アンケート

	内容評価	講師評価	テキストの 見やすさ	(平均)
本研修	4.55	4.50	4.33	4.46
NBC総論	4.64	4.53	4.39	4.52
化学兵器総論	4.70	4.57	4.39	4.55
化学テロ・災害	4.63	4.57	4.38	4.53
生物災害	4.51	4.21	4.19	4.30
放射線災害	4.53	4.22	4.19	4.31
サーバイメーター	4.48	4.00	4.19	4.22
爆傷・災害対応	4.64	4.53	4.40	4.52
診療手順	4.72	4.49	4.38	4.53
医師向け講義(化学)	4.39	4.44	4.32	4.38
医師向け講義(生物)	4.35	4.34	4.32	4.34
医師向け講義(放射線)	4.43	4.34	4.33	4.37
事務向け講義	4.68	4.41	4.19	4.43
院内対応 (化学災害机上訓練)	4.65	4.54	4.35	4.51
医師・看護師診療実習	4.86	4.70	4.60	4.72
事務向け(エマルゴ)	4.68	4.50	4.29	4.49
スローオンセット (生物災害机上訓練)	3.77	3.56	3.39	3.57
全体エマルゴ訓練	4.53	4.28	4.13	4.31
関連機関連携(パネル)	4.28	4.27	4.23	4.26
総合演習(説明)	4.67	4.58	4.47	4.57
総合演習(実技訓練)	4.88	4.80	4.65	4.78
	4.55	4.39	4.28	4.41

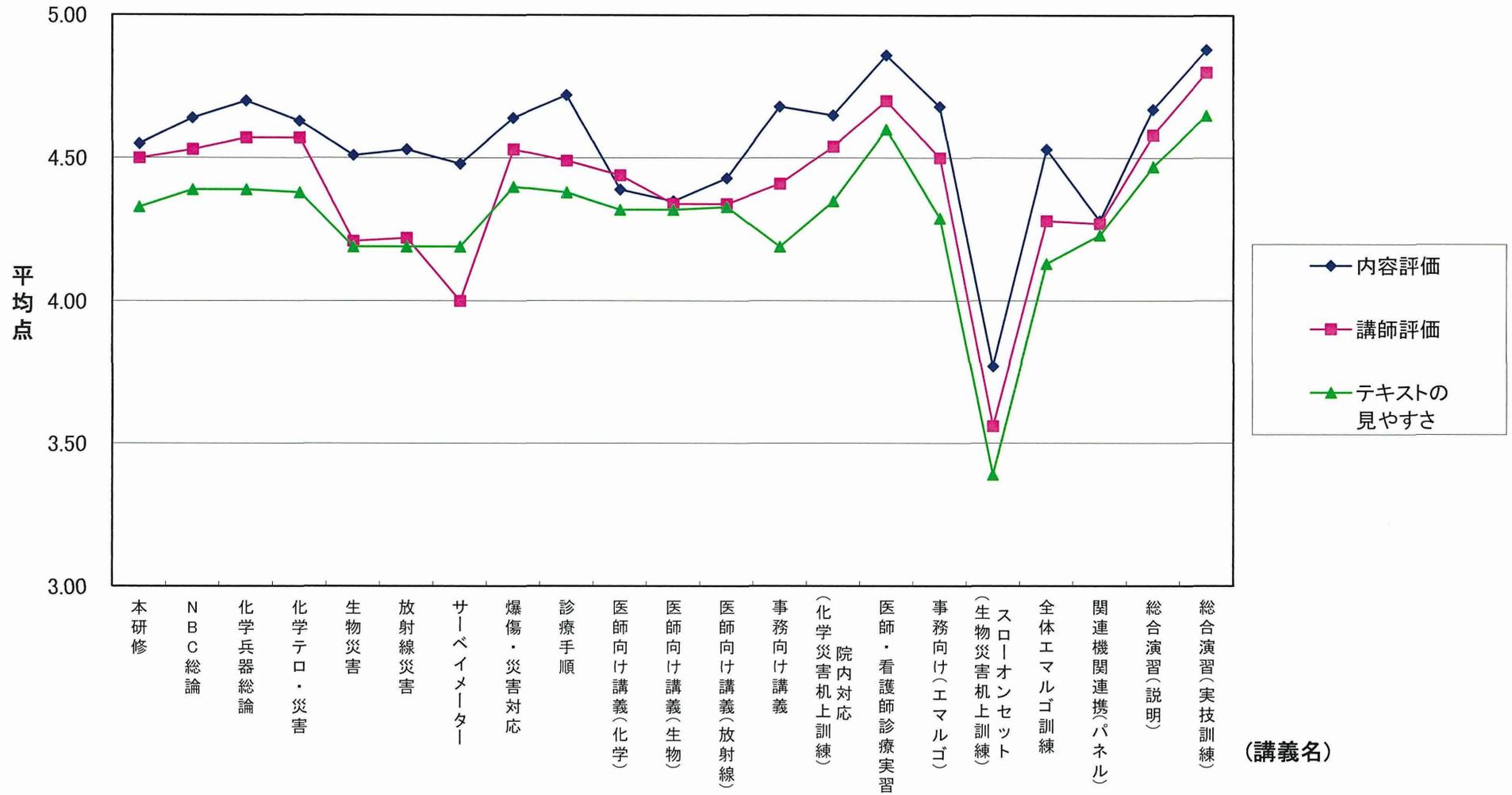


図1 平成27年度 第1回NBC災害・テロ対策研修 講義評価アンケート

表2 平成27年度 第2回NBC災害・テロ対策研修 講義評価アンケート

全体	内容評価	講師評価	テキストの 見やすさ	(平均)
本研修	4.71	4.63	4.56	4.63
NBC総論	4.73	4.54	4.53	4.60
化学兵器総論	4.80	4.65	4.63	4.69
化学テロ・災害	4.66	4.46	4.52	4.55
生物災害	4.59	4.29	4.36	4.41
放射線災害	4.68	4.49	4.42	4.53
サーバイメーター	4.76	4.55	4.50	4.60
爆傷・災害対応	4.78	4.68	4.64	4.70
診療手順	4.80	4.70	4.70	4.73
医師向け講義(化学)	4.72	4.62	4.62	4.65
医師向け講義(生物)	4.65	4.31	4.48	4.48
医師向け講義(放射線)	4.67	4.52	4.43	4.54
事務向け講義	4.82	4.73	4.71	4.75
院内対応 (化学災害机上訓練)	4.74	4.56	4.56	4.62
医師・看護師向け診療実習	4.77	4.71	4.56	4.68
事務向け(エマルゴ)	4.83	4.74	4.73	4.77
スローオンセット (生物災害机上訓練)	4.52	4.37	4.36	4.42
全体エマルゴ訓練	4.74	4.68	4.48	4.63
関連機関連携(パネル)	4.66	4.69	4.57	4.64
総合演習(説明)	4.73	4.70	4.63	4.69
総合演習(実技訓練)	4.91	4.81	4.66	4.79
	4.73	4.59	4.56	4.63

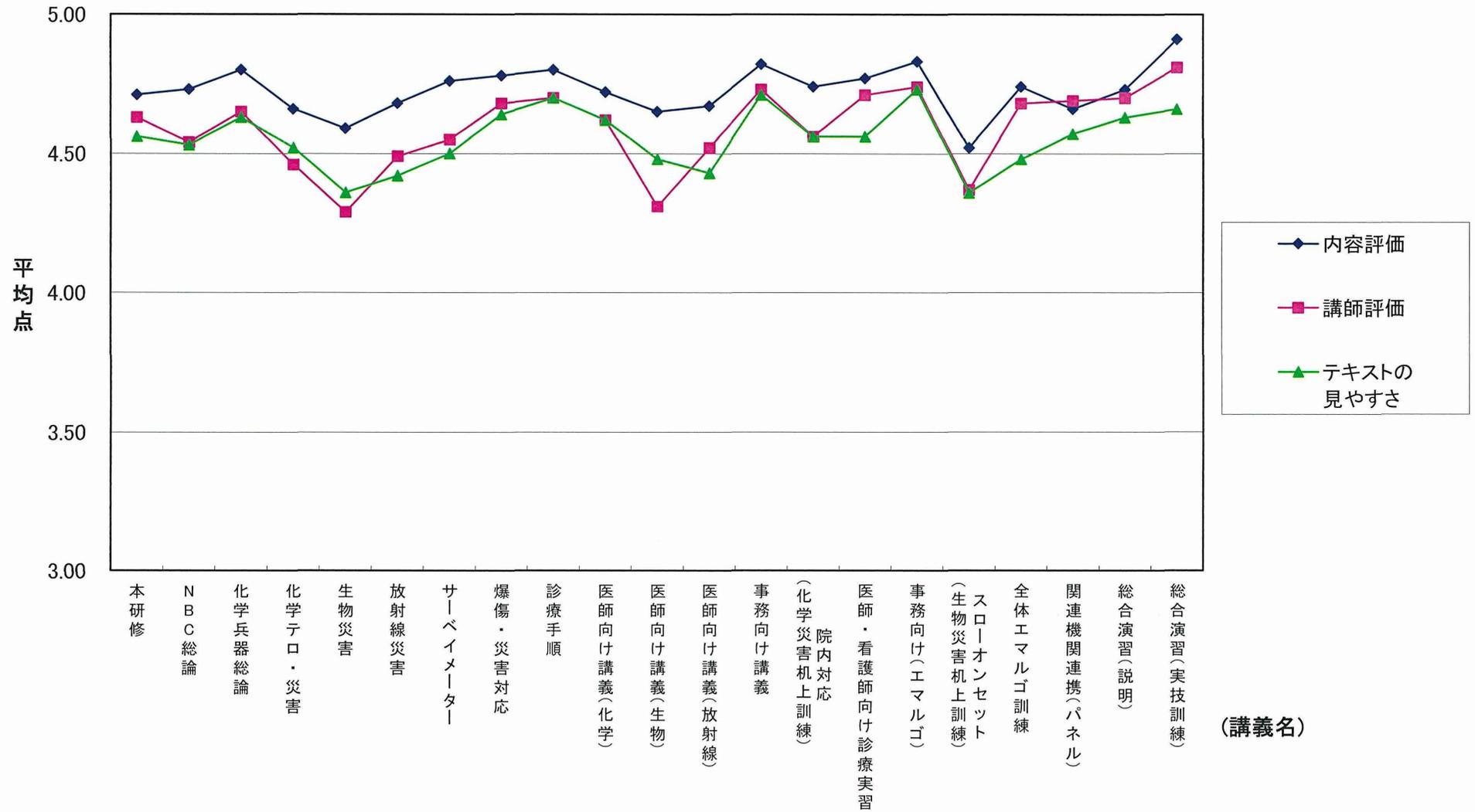


図2 平成27年度 第2回NBC災害・テロ対策研修 講義評価アンケート

表3 平成27年度 北海道国民保護訓練 クロノロジー(まとめ)

時刻	発信元	発信先	質問内容・得られた情報・発信内容	対応終了の有無(時間)
11:00	発災			
11:25	旭川消防本部・電話		東光スポーツ公園にて化学剤らしきものが散布され200人以上の人が倒れたり、呼吸障害を起こしている。縮瞳の症状から神経剤を疑っている。	○
11:32	旭川医大・電話		これから患者が搬送されてくる予定。縮瞳があるため、神経剤を疑っている。	○
11:35	旭川消防本部・FAX		特殊災害報告書①を受信	○
11:35		旭川医大・電話・FAX	早期鑑別チェックリスト～化学兵器類型別性質までをFAXにて情報提供	○(11:38)
11:35		つくば中毒110番	大規模災害発生の連絡	○(11:36)
12:03	旭川医大・電話		原因物質はサリンと確定	○
12:05	旭川消防本部・電話		自衛隊の検知で原因物質はサリンと確定	○
12:07	旭川消防本部・FAX		特殊災害報告書②を受信	○
12:08		旭川医大・FAX	サリンの資料をFAX	○(12:08)
12:58	旭川医大・電話 (JPICから電話した)		傷病者が病院に搬送され始めた。 現在、赤:6、黄:0、緑:5 症状は、縮瞳、流涎、呼吸困難	○
13:54	旭川医大・電話		現在、赤:10、黄:20、緑:5 症状は、同じで重いか軽いかの違いだけ。 * JPICより特殊災害報告書での報告を依頼した。	○
17:13	旭川医大・FAX		特殊災害報告書を受信(赤の患者10名分)	○

厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)

平成 27 年度 分担研究報告書

「緊急被ばく医療体制と災害・救急医療体制の連携」

平成 28 年 3 月

研究分担者

明石 真言 (独立行政法人 放射線医学総合研究所 理事)

研究協力者

富永 隆子 (REMAT 医療室 医長)

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
「CBRNE 事態における公衆衛生対応に関する研究」
分担研究報告書

「緊急被ばく医療体制と災害・救急医療体制の連携」

研究分担者 明石 真言 放射線医学総合研究所 理事

研究要旨

2011年に起きた東京電力福島第一原子力発電所の事故後、原子力規制庁は原子力災害医療体制を見直した。この体制を調査したところ、医療チームを派遣する医療機関、医療機関の教育研修など具体的な内容が含まれていた。しかしながら、この医療体制は、原子力施設が設置されているか、もしくは隣接する道府県のみを対象として構築されており、医療、消防、警察などの職員への教育研修もこれらの自治体に限定されている。そのため、CBRNE 事態に対する急性期医療について実効性のある体制を構築するには、原子力施設が設置もしくは隣接する道府県の医療機関や、高度被ばく医療支援センターによる原子力災害医療体制との連携が必要であることが示された。

A. 研究目的

原子力規制委員会は、平成27年4月22日に「原子力災害対策指針」を全部改正し、新たな原子力災害に対する医療体制を示した。この体制は、原子力発電所等が立地もしくは隣接する道府県にのみ構築される。しかしながら、CBRNE テロはこれらの地域に限定されない。このため、NR テロ現場における早期の医療の開始が行われるためには、原子力災害医療体制と、そうでない自治体の救急・災害医療体制との連携が迅速かつ円滑に行われることが不可欠である。当研究課題では、新しい原子力災害医療体制を調査し、現時点における我が国における CBRNE 事態の医療体制の方向を模索することを目的とした。

B. 研究方法

国の原子力規制委員会が、平成27年8月に示した新しい原子力災害に対する医療体制を、詳細に検討する。特にそれ以前の被ばく医療体制と比較し、今後 NR テロ医療体制を構築するための問題点を抽出する。

C. 研究結果

A) 原子力災害医療体制の概要と国レベル

原子力規制委員会は、「原子力災害拠点病院等の施設要件」(平成27年5月)の中で、原子力災害医療機関に関して、各医療機関の具体的な機能と役割を示した。

全国レベルでは、高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターが指定された。一方、地域レベルでは、立地及び隣接道府県等が、原子力災害拠点病院を指定、同時に原子力災害医療協力機関を登録し、これら施設の役割等を踏まえて立地道府県等が策定する地域防災計画に位置づけるとともに、平時より情報交換、訓練、研修等を通じて、原子力災害時に適時適切に対応できるように努める、とした。

図1に原子力災害医療体制の全体像を示す。国レベルに関しては、高度被ばく医療支援センターは内部被ばく患者、高線量外部被ばく患者や重度汚染患者等特殊な診療等被ばく医療に係る専門的な支援及び専門的助言・指導をする一方、原子力災害医療・総合支援センターは、高度専門的医療、地域のネットワー

ク構築の支援及び教育研修、さらに原子力災害医療派遣チームの派遣調整を行う、とされている。

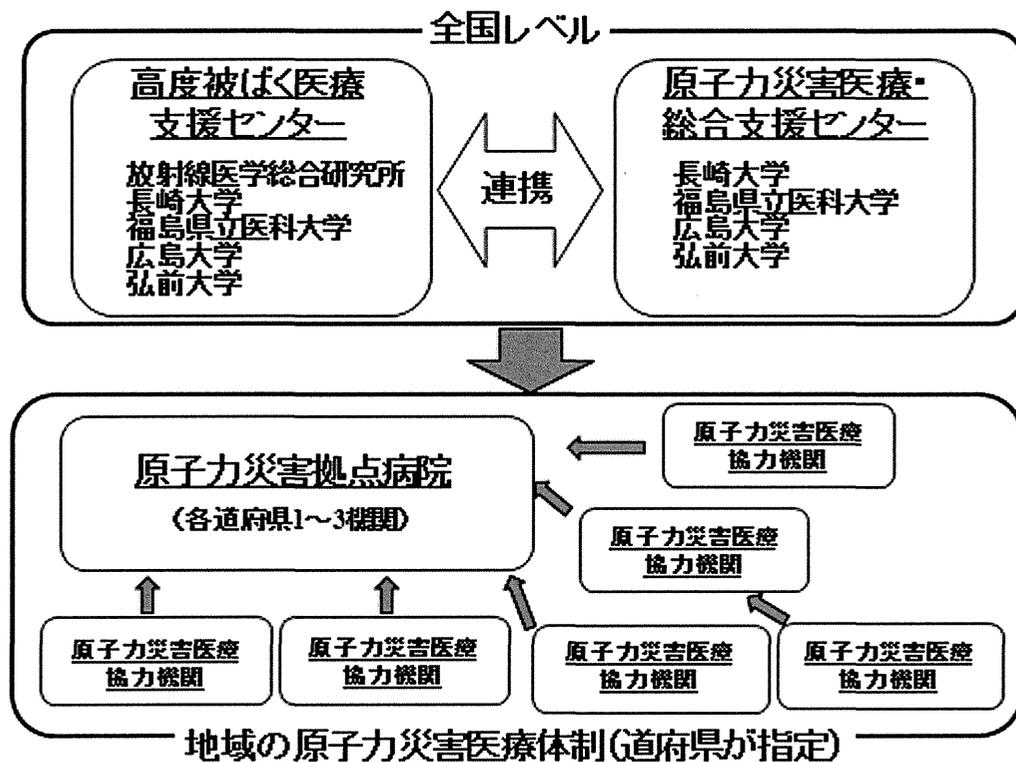


図1 新しい原子力災害医療体制

全国レベルでは、高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センター、地域レベルでは、原子力災害拠点病院（各道府県に1-3機関）、原子力災害医療協力機関（数に制限は無い）が指定もしくは登録される。

B) 原子力災害拠点病院

原子力災害拠点病院は、災害拠点病院であることを原則とし、その他救命救急センター、二次救急医療機関、又は災害拠点病院に準ずる医療機関であることを、立地もしくは隣接道府県等が認めた施設であり、主要な施設要件は下記の通り。

1. 汚染の有無にかかわらず、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤な傷病者に対する高度な診療
2. 被ばく傷病者又は被ばく患者に対して、線量測定、除染処置を行うとともに、被ばくに対して必要な集中治療等の診療を提供
3. 救急医療と被ばく医療の両方の医療が必要

な患者に対して、救急医療を提供するチームと被ばく医療を提供するチームとが連携して対応する体制

4. 高度被ばく医療支援センターが開催する原子力災害医療に関する専門的な研修等を受講した者を配置

C) 原子力災害医療協力機関

原子力災害医療協力機関は、立地道府県等が行う原子力災害対策に協力をを行い、原子力災害拠点病院が構築する災害医療体制ネットワークに積極的に参画することが求められる。また以下の機能の内下記に掲げる7項目の機能のうち、1項目以上を実施できることとさ

れている。

1. 被ばく傷病者等の初期診療及び救急診療を行える
2. 被災者の放射性物質による汚染の測定を行える
3. 「原子力災害医療派遣チーム」を保有し、その派遣体制がある
4. 救護所への医療チーム(又は医療関係者)の派遣が行える
5. 避難退域時検査実施のための放射性物質の検査チームの派遣を行える

6. 立地道府県等が行う安定ヨウ素剤配布の支援を行える
7. その他、原子力災害発生時に必要な支援を行えること

D) 新旧放射線事故・災害時の医療体制の比較

以前の体制と大きな違いは、監督官庁が原子力安全委員会から原子力規制委員会に変わったこと、従来の体制が放射線被ばく事故全般を対象としていたことに対して、新体制は原子力災害に限定していることである(表1)。

表1 新旧放射線事故・災害時の医療体制の比較

	従来の被ばく医療体制	新しい被ばく医療体制
監督官庁	原子力安全委員会	原子力規制委員会
範囲	放射線被ばく事故全般	原子力災害
地域レベル	初期被ばく医療機関 (包括的な機能を明示) 二次被ばく医療機関	原子力災害医療協力機関 (各医療機関の機能を明示) 原子力災害拠点病院
国レベル	三次被ばく医療機関	高度被ばく医療支援セ (被ばく医療専門) 原子力災害医療・総合支援セ (災害医療、派遣)
ブロック化	東西ブロック	4地域
災害医療との関係	考え方のみ	具体化 災害拠点病院と連携
派遣チーム	国レベル	国、地方レベル (具体的な構成、配置、資機 材が明示)
教育研修の義務化	無し	有り

原子力規制庁は、「高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターの指定について」(平成27年8月26日)により、

高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターとして、それぞれ5もしくは4機関を指定した。これらは従来の

体制では、三次被ばく医療施設に相当する。具体的には、高度被ばく医療支援センターとして国立研究開発法人 放射線医学総合研究所、国立大学法人 長崎大学、公立大学法人 福島県立医科大学、国立大学法人 広島大学、国立大学法人 弘前大学の5機関を指定、また、原子力災害医療・総合支援センターについては、国立大学法人 広島大学、公立大学法人 福島県立医科大学、国立大学法人 弘前大学、国立大学法人 長崎大学の4機関を指定した。さ

らに原子力規制庁 原子力災害対策・核物質防護課は、平成 27 年 11 月 6 日付けで、「原子力災害医療・総合支援センターの担当地域について」を示し、原子力災害医療・総合支援センターの地域分けを行った。従来は、日本を2つのブロックに分けていたが、全国を4つの地域に分け、分担し、原子力災害医療体制の整備等に当てることを決めた（図2及び3）。また教育研修を義務づけた。

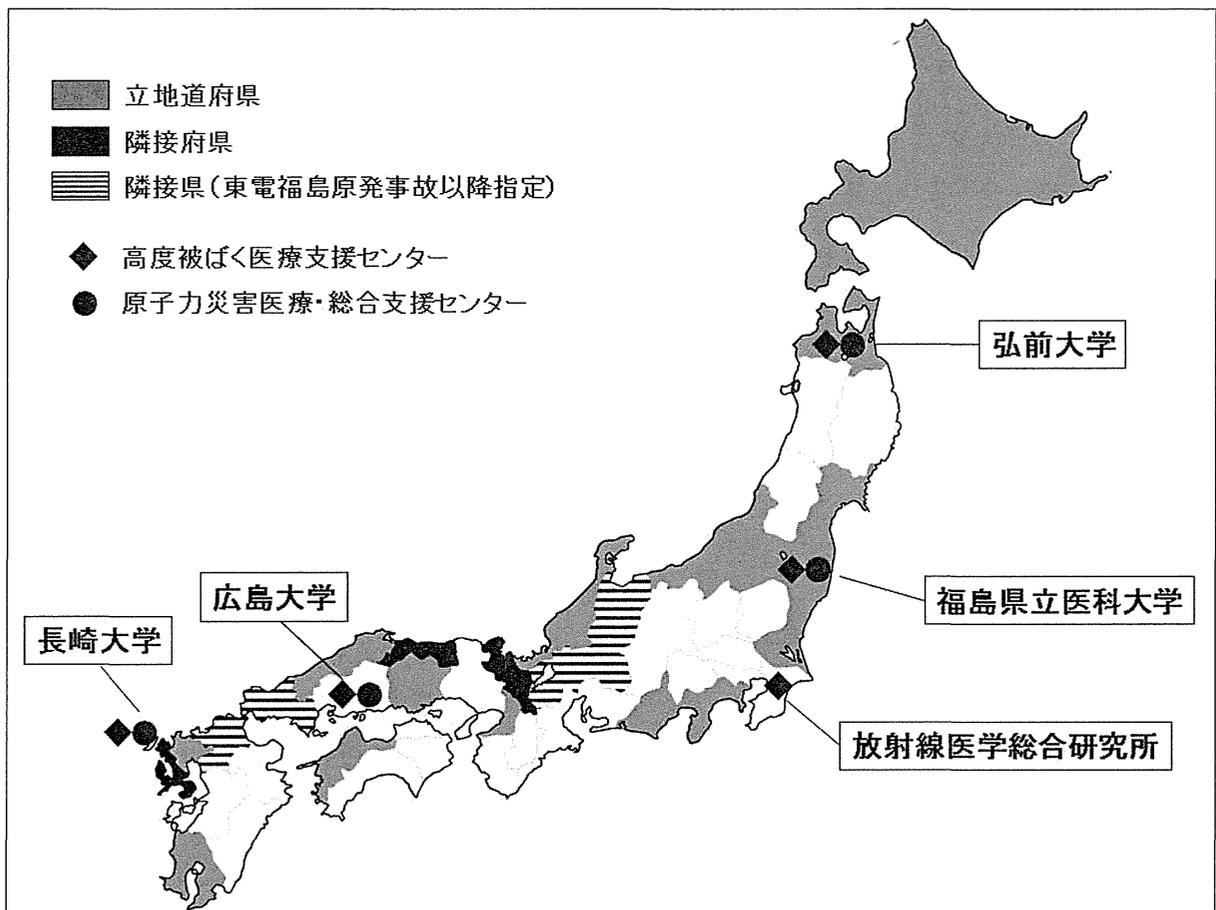


図2 原子力発電所等立地および隣接県と支援センター

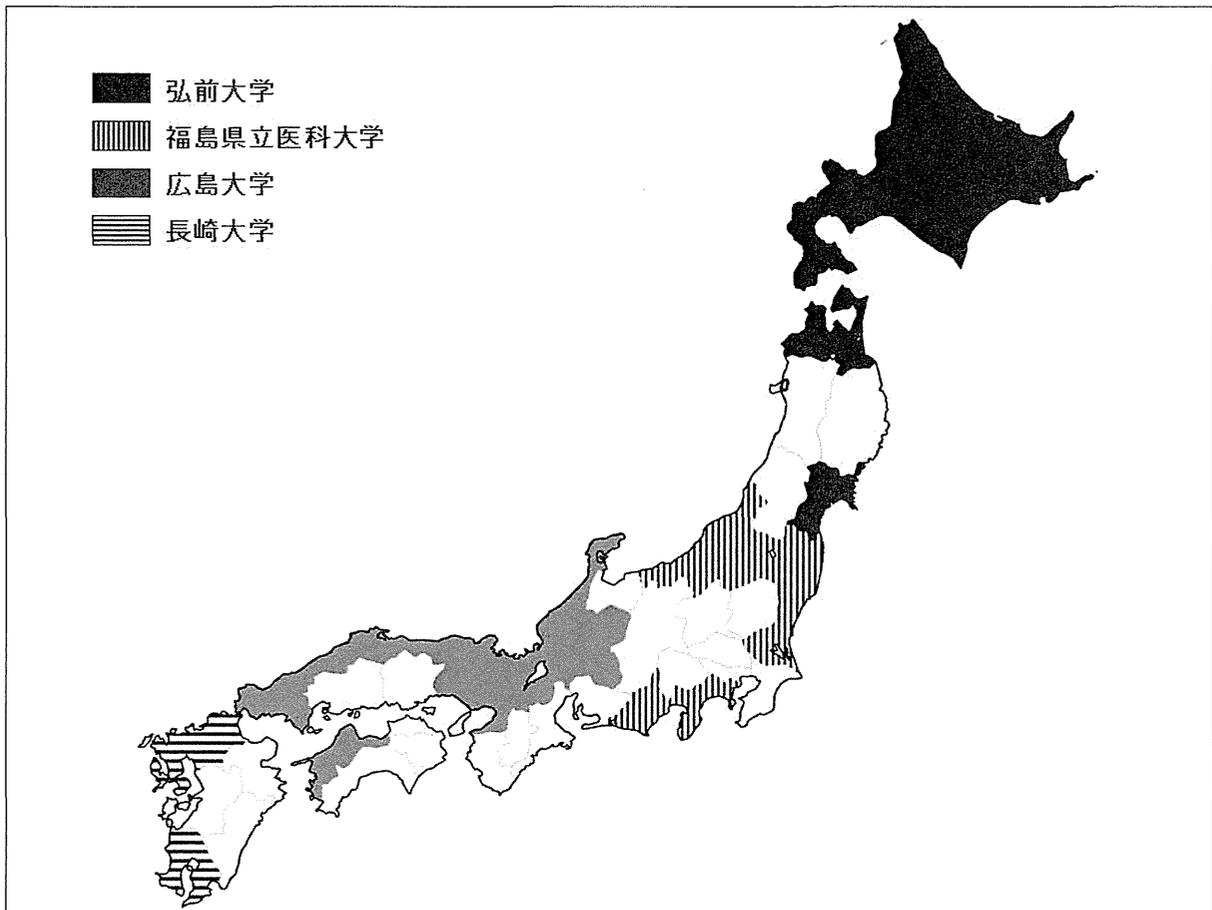


図3 原子力災害医療・総合支援センターの地域分け

弘前大学は北海道、青森県、宮城県（3道県）、福島県立医科大学は福島県、新潟県、茨城県、神奈川県、静岡県（5県）、広島大学は富山県、石川県、福井県、岐阜県、滋賀県、京都府、大阪府、鳥取県、岡山県、島根県、山口県、愛媛県（12府県）、長崎大学は福岡県、佐賀県、長崎県、鹿児島県（4県）を担当する。

地域レベルでは、原子力災害医療拠点病院が従来の二次被ばく医療機関に相当し、原子力災害医療協力機関が、初期被ばく医療機関に相当する。他の災害でいう災害拠点病院を、原子力災害拠点病院とし、原子力災害と他の災害対応を一体化したことも特徴である。

D. 考察

放射線事故、原子力災害は希であるが、大規模な事故・災害時には、屋内退避、避難が必要になるなど、他の災害との共通点が多い。そのため今回、原子力災害拠点病院と災害拠点病院の一元化を図った。以前の調査では、2

次ばく医療機関のうち同時に災害拠点病院である機関は70%であったが、被ばく医療が他の災害医療と区別されないことが求められる（厚生労働科学研究費補助金「健康危機管理における効果的な医療体制のあり方に関する研究」平成21年度 総括研究報告書）。

従来の枠組みでは、原子力災害医療派遣チームの派遣は、放射線医学総合研究所以外では国立大学及び国立病院に限られていたが、新しい体制では、原子力災害拠点病院、高度被ばく医療支援センター、原子力災害医療・総合支援センターのいずれも義務づけられている。さらに、原子力災害医療協力機関も、

原子力災害医療派遣チームの派遣することで、原子力災害医療への参加が可能とされた。従来の体制は、1999年に起きたウラン加工工場での臨界事故を教訓に構築されたものであり、主に少数の高線量被ばく患者を念頭においていたが、2011年の東京電力福島第一原子力発電所事故の反省から、サイト内のみならずサイト外の住民も考慮された体制に近づいた。

問題点もある。新体制では、教育研修の義務化が求められている。放射線事故や原子力災害自体が稀であり、指定や登録がされても病院収入や保険点数に反映されず、いかに教育研修を受けるモチベーションを持ち続けるかは、解決すべき問題である。

東京電力福島第一原子力発電所事故では、原子力施設を持たない自治体に属する緊急消防援助隊やDMATが福島県に入った。しかしながら、汚染患者の搬送への戸惑い(Tominagaら Health Phys. 2014 106:630-637)、そして“屋内退避区域の患者搬送拒否 群馬など3県の消防援助隊”(2011年3月23日 12:42 共同通信)、“群馬県緊急消防援助隊 「搬送拒否」の真相 「自分守れなければ他人救えない”

(2011年5月7日 産経ニュース)などの機記事も見られる。RNテロは原子力施設の有無に関わらずどこでも起こりうる。放射性物質による汚染があっても、重篤な疾病や外傷があれば、少なくとも初期治療が行える体制が、全ての都道府県に構築されるべきである。そのためには、原子力施設が立地もしくは隣

接しない自治体の災害拠点病院にも、被ばくに関する教育研修の機会が与えられるべきである。

E. 結論

原子力規制委員会が平成27年度に構築した原子力災害医療体制を調べ、実効的なCBRNE事態への医療対応を検討した。CBRNE事態に対する急性期医療について、実効性のある体制を構築するには、新しい原子力災害医療体制との連携が必要である。特に原子力施設を持たない自治体では急務である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

富永隆子：千葉県における放射線災害対処のための研修会について、近代消防, 53(9), 61 - 68, 2015-09

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

I. その他

当該研究は、富永隆子氏、立崎英夫氏、蜂谷みさを氏、相良雅史氏との共同研究である。

厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)

平成 27 年度 分担研究報告書

「B テロ担当、感染症医療体制との連携のあり方」

平成 28 年 3 月

研究分担者

松井 珠乃 (国立感染症研究所感染症疫学センター 室長)

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）

「CBRNE 事態における公衆衛生対応に関する研究」

分担研究報告書

B テロ担当、感染症医療体制との連携のあり方

研究分担者 松井珠乃 国立感染症研究所感染症疫学センター 室長

研究要旨

ロンドンオリンピックパラリンピックの事前準備の段階で、当局は医療機関、検査機関、死亡統計など、様々な情報源からの情報を一元化し、評価を加えた上で、関係者に情報提供する仕組みを作り上げた。また、開催期間中においては、海外などから経験のない疾患や新興感染症の侵入が懸念されたため、undiagnosed serious infectious illness surveillance が特別に立ち上げられた。日本においては、救急外来など最前線に立つ医療機関と、行政部門（保健所、県庁、地方衛生研究所）との積極的な連携作りとともに、マَسギャザリングイベント対応としては、日本の仕組みにあった強化サーベイランスのプラン作りが必要であろう。

A. 研究目的

B テロは、化学剤や放射能によるテロと比較すると、潜伏期があること、テロ以外の通常の感染経路をたどる感染症として発生しうることが、ユニークであると言える。潜伏期があることから、少なくとも潜伏期分は探知が遅れること、また曝露された人が移動すれば地域的に散在して症例が発生することになり、これも事例の早期探知にとってはネガティブな要素となる。事例が探知された後は、潜伏期があるということにより、曝露された可能性がある人々は恐怖感を持続させられることとなる。テロ以外の通常の感染症の経路をたどるという点からは、通常の感染症のモニタの中でテロが探知される可能性もある。

さて、国際的なスポーツ・政治のイベントの開催は、B テロを含む感染症の対応について、関係機関が具体的に問題点を洗い出すためのよい機会となる。これからは、2016年5月には三重県においてG7 サミットが開

催される予定であり、また2019年にはラグビーのワールドカップ、2020年には東京オリンピックパラリンピックが開催されることになっている。それぞれ、実施主体・開催期間・開催場所が異なるが、ひとまず、英語での包括的な報告書が得られる2012年のロンドンオリンピックパラリンピック（以下ロンドンオリンピック）における感染症事例の探知における医療と公衆衛生の連携の取り組みを学ぶことにより、B テロ対応を含む感染症事例対応における日本の課題を考えてみたい。

B. 研究方法

（倫理面への配慮）

公表されている以下のロンドンオリンピック関連の資料から、感染症事例の探知における医療と公衆衛生の連携にポイントを絞ってまとめた。公表されている情報のみでまとめており倫理面での配慮を要する点はない。

○Severi E et al. Infectious disease surveillance for the London 2012 Olympic and Paralympic Games. Euro Surveill Volume 17, Issue 31, 02 August 2012

○Heinsbroek E et al. A new surveillance system for undiagnosed serious infectious illness for the London 2012 Olympic and Paralympic Games. Euro Surveill, Volume 17, Issue 31, 02 August 2012

○Dabrera G et al. Evaluation of the surveillance system for undiagnosed serious infectious illness (USII) in intensive care units, England, 2011 to 2013. Euro Surveill 2014 Nov 20;19(46). pii: 20961.

○Public Health England. Syndromic Surveillance Report London 2012 Olympic and Paralympic Games
(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/398954/2.6_Syndromic_Surveillance_London_2012_report.pdf)

C. 研究結果

ロンドンオリンピックの事前準備の段階で、当局は医療機関、検査機関、死亡統計など、様々な情報源からの情報を一元化し、評価を加えた上で、関係者に情報提供する仕組みを作り上げた。

医療機関からの情報については、症例の特性の面からは、報告が義務化されている疾患、症候のみで届けるものなどに区分され、医療機関の特性面からは、救急外来や GP、特設クリニックなどに従ってデータが取りまとめられた。

開催期間中は、海外などから経験のない疾患や新興感染症の侵入が懸念されたため、

undiagnosed serious infectious illness

(USII) surveillance が特別に立ち上げられた。症例定義は、「ICU か PICU に入室したもの（成人・小児）で感染症を思わせる重篤な症状を示すが、臨床的特徴から診断をすることができない、もしくは、通常の治療で軽快がみられないもの。かつ、病原体診断において陰性か診断に至らないもの」とした。試行段階を経て、ロンドンオリンピック期間においては、会場周辺の 12 の ICU と 7 の PICU がセンチネル医療機関に設定された。試行期間を含め（医療機関数が増加中の期間も含む）2011 年 7 月 11 日から 2013 年 1 月 10 日までの期間に 34 例が報告された。うち 12 例は、最終的診断がなされ（10 例は感染症、2 例は感染症以外）、それらを除いた 22 例が USII とされた。これらの症例は相互の疫学的関連がなくまたオリンピックとも関連がなかったことから、いわゆるバックグラウンドであると最終的に判断された。USII サーベイランスの評価プロセスでは、医師の受容は概ね良好であり、一方、診断基準に「通常の治療で軽快がみられない」等の要件が入っていることもあり、入室から届け出までの期間は、情報が得られた 27 例について中央値で 11 日（範囲：3-52 日）であった。論文の考察では、マシギザリング以外に、新興感染症の探知に利用可能かどうかについて検討したいとのことであった。

D. 考察

重篤な感染症を探知していく上で、ICU や PICU はよい情報源であると思われるが、それぞれの国の医療システムにフィットした形でマネジメントされるべきであろう。加えて、それぞれの国の既存の仕組みをよく検討した上で、国際的なスポーツ・政治

のイベントの特性（期間、実施主体、想定される感染症リスク）やテロの蓋然性に合わせて、必要なサーベイランスの強化ポイントを見出していくことも必要である。また日本においては、いわゆる USII を探知するメカニズムとしては、感染症法に基づくサーベイランスである疑似症定点サーベイランスをうまく運用することも考慮すべきであろうと考える。探知された事例の評価についてのプロトコールづくりも必要である。平素より、救急外来など最前線に立つ医療機関と、行政部門（保健所、県庁、地方衛生研究所）との積極的な連携作りが肝心である。

E. 結論

ロンドンオリンピックにおける当局の取り組みは、日本として B テロを含む感染症事例対応において参考にすべき点が多いが、平素より、医療機関と行政部門が積極的に連携していくことも重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

CBRNE 事態における公衆衛生対応に関する研究

厚生労働科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業
平成 27 年度 総括研究報告書

研究代表者 本間 正人
鳥取大学医学部 救急・災害医学分野 教授
発行 平成 28 年 3 月

