

平成29年度  
東京都一類感染症等対応連絡協議会  
議事録

---

日 時：平成30年2月5日（月曜日）

午後7時30分開会

場 所：都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

※個人情報保護及び公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。

(午後 7時30分 開会)

○中島医療体制整備担当課長 それでは定刻になりましたので、ただいまから、平成29年度東京都一類感染症等対応連絡協議会を開催させていただきます。

本日、委員の皆様には、御多用の中、御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

私は、福祉保健局健康安全部医療体制整備担当課長の中島でございます。議事に入るまでの進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。以降、着座にて失礼いたします。

本日の協議会ですが、議事は3件となっております。

まず、始めに、お手元でございます、配付資料について確認をさせていただきます。

座席表と、本日の次第、そして委員名簿、そして資料としまして資料1、一類・二類感染症の発生状況、資料2、東京都感染症アラート、資料3、平成29年度一類感染症対応訓練の実施について、資料4、一類感染症患者受入訓練、資料5、患者受入れ等に関する情報共有事項、そして参考資料1としまして、本協議会の設置要綱を御用意いたしております。

続きまして、協議会委員の御紹介ですが、本来であれば委員の方、皆様御紹介させていただくところでございますが、本日時間の関係から、今年度新たに就任された委員の方のみ、御紹介をさせていただきます。

名簿順に新たに就任された委員を御紹介させていただきます。

まず、国立国際医療研究センター、国際感染症センター、国際感染症対策室医長、忽那委員です。

○忽那委員 忽那です。加藤の後任で1月から医長になりました。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、自衛隊中央病院第2内科部長、田村委員です。なお、自衛隊中央病院ですけれども、昨年度はオブザーバーとして本協議会に御参加いただいておりますが、今年度から第一種感染症指定医療機関に指定されたために、新規で委員に御就任されました。

○田村委員 田村です。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、東京医科大学八王子医療センター臨床検査医学科科長・准教授、田中委員ですが、本日は代理としまして、平井感染症科・科長に御

出席をいただいております。

○平井感染症科・科長 平井でございます。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院、小児科部長、長澤委員でございます。

○長澤委員 長澤です。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、西多摩保健所保健対策課長、源委員です。

○源委員 源でございます。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、病院経営本部経営企画部、経営戦略担当課長、小野寺委員ですが、少し遅れていらっしゃる予定でございます。

続きまして、東京消防庁救急部、救急医務課長、大木島委員ですが、本日は代理としまして、前田救急管理課計画係長に御出席をいただいております。

○前田救急管理課計画係長 前田です。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 続きまして、本日の委員の出欠状況ですけれども、本日、都立墨東病院感染症科医長の岩渕委員と、青梅市立総合病院外科診療局長、正木委員、そして、町立八丈病院副院長、木村委員は御欠席の御連絡をいただいています。

そして、遅れていらっしゃる委員ですけれども、豊島病院の足立委員、そして立川病院の黄委員、そして病院経営本部の小野寺委員が遅れていらっしゃる御予定でございます。

続きまして、今年度から新たに就任いたしました福祉保健局職員の委員を御紹介いたします。

福祉保健局、感染症危機管理担当部長、吉田委員です。

○吉田座長 吉田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 なお、本協議会におきましては、本協議会設置要綱第5におきまして、福祉保健局、感染症危機管理担当部長を座長に充てることとしております。

また、副座長につきましても、同じく要綱で東京都健康安全研究センター所長を副座長に充てることとしておりますので、よろしくお願いいたします。

次に、事務局ですけれども、福祉保健局、健康安全部感染症対策課長、杉下でございます。

○杉下感染症対策課長 杉下です。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 東京都健康安全研究センター、疫学情報担当課長、石川で

ございます。

○石川疫学情報担当課長 石川でございます。よろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 改めまして、福祉保健局、健康安全部、医療体制整備担当課長、中島でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、座長より一言御挨拶を申し上げます。

○吉田座長 皆様、本日は大変お忙しいところ、本協議会に御参加いただきましてありがとうございます。また、日頃より東京都の感染症行政に多大な御協力をいただきまして、ありがとうございます。この場をかりて厚く御礼申し上げる次第でございます。

本日は大変僭越でございますが、大井委員とともに会を運営させていただくということでございまして、まず会の趣旨について、若干御説明申し上げます。

本協議会につきましては、平成26年に国内で疑われるという事例も発生いたしましたが、エボラ出血熱の流行を受けまして、都内での一類感染症患者の発生に備えて設置されたものでございまして、当初は第一種感染症指定医療機関のみということでございましたが、昨年度からは第二種感染症指定医療機関も加えた形で、より感染症対策を充実させていきたいということで、協議会を運営させていただいているところでございます。毎回いろいろな先生方のお立場から、さまざまな御意見を頂戴しているところでございまして、なかなか全てというのは難しいかもしれませんが、できるだけ東京都の対策に皆様方のお声も反映させていただきたいと考えているところでございます。

本日は、世界での一類・二類感染症の発生状況を踏まえまして、東京都でのアラートの対応、そして今年度、実際に行っていただきました各種の訓練等も踏まえまして、また先生方から今後の東京都の感染症対策を充実させるための、いろいろなお知恵を拝借できればと考えてございます。限られた時間でございますが、どうぞ活発な御議論をお願い申し上げまして、簡単ではございますが、御挨拶とさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 どうもありがとうございました。

それでは、ここからは座長に、議事進行をお願いいたします。

○吉田座長 改めまして、吉田でございます。それでは僭越でございますが、座長を務めさせていただきたいと思っております。どうぞ、よろしくお願いいたします。以後、着座にて進行を務めさせていただきます。

まず、本日の議題は先ほど事務局から御説明がありましたように、全部で3題でござ

います。比較的時間も限られているというところがございますので、順を追って議事の1番目から進行を務めさせていただきたいと思います。

まず、議事の一つ目でございます。一類・二類感染症の発生状況等について、事務局から御説明をお願いいたします。

○石川疫学情報担当課長 それでは、私のほうからは、一類・二類の近年の発生状況について、御報告差し上げます。資料1を御覧いただきたいと思います。

資料1の下のほうですね。報告する疾患につきましては、お示ししたリストにあるとおりでございます。赤で反転している疾患について御説明をしたいと思います。

めくっていただいて、2ページ、上から御説明を差し上げます。これはエボラ出血熱からですけれども、2000年以降のエボラ出血熱の発生状況と患者数及び死亡者数、死亡率について示した表でございます。近年は表の中ほどに示してあるとおり、Sierra Leone、Liberia、Guineaにおきまして、アウトブレイクが発生しております。特にGuineaの死亡率は67%と高い数値となっております。

下の欄にいきまして、近年のアウトブレイクですけれども、昨年、コンゴ民主共和国で発生しております。8名の症例が報告されておりましたが、7月2日にWHOがエボラ出血熱の終息を宣言しております。

お隣のページ、上です。近年のリスクアセスメントということで、昨年10月に国立感染症研究所から、エボラ出血熱のリスクアセスメントが更新されております。現在はエボラ出血熱の流行は発生してはいません。特別な検疫対応は不要ということですが、しかしながら、西アフリカ及びアフリカ中央部の流行状況に注意をはらい、日本国内への輸入リスクについて判断していくことが重要とされております。

その下、(2)のクリミア・コンゴ出血熱に移ります。ウイルスが検出されている国は赤で示しておりますけれども、近年では平成28年9月にスペインのマドリッドで、これは西ヨーロッパ最初の国内感染例ということでしたが、それが発見されております。日本国内への侵入のリスクですけれども、ウイルス性出血熱の行政対応の手引第2版でクリミア・コンゴ熱の日本国内への侵入リスクについて記載はされております。それによりますと、流行地域に渡航し、マダニにかまれたり、ウシやヒツジ、ヤギなどに直接接触して感染した人が日本に入国することで国内にウイルスが持ち込まれる可能性はありと考えられます。

めくっていただきまして、(5)ペストに移ります。2010年～2015年の間で、

全世界で3,248名のペスト患者が発生しております。うち584名が死亡しております。表の黄色の帯で示しているところがペストの発生の多い国です。コンゴ民主共和国、マダガスカル、ペルーが該当いたします。

下の段に移ります。昨年ですけれども、マダガスカルでペストのアウトブレイクが発生しております。主に肺ペストの患者の増加が見られております。これは報道等でも発表されておりますので、皆様も御存知の方もいらっしゃると思いますが、昨年の12月8日まで、これがマダガスカルの状況ですけれども、2,575例、症例が報告されておまして、221人の死亡例が報告されています。患者数自体は減少しておりますが、引き続き注意が必要ということで、経過観察がなされております。

5ページ上、(6) マールブルグに移ります。マールブルグ病につきましては、10月17日、昨年ですけれども、ウガンダで1家族で3名の発病者が出るという感染事例が発生しております。マールブルグ熱の日本への侵入リスクですが、非流行地での患者発生事態は非常に限定的なために、日本にウイルスが持ち込まれるリスクは低いと考えられます。しかし、輸入動物やエコツーリズムへの参加者が持ち込む可能性は排除はできません。

その下、(7) ラッサ熱に移ります。2016年～2017年にかけて、ナイジェリアでアウトブレイクが発生しております。2017年は年間で733名の患者が報告され、そのうち71名が死亡しています。

めくっていただいて、6ページの上になります。ラッサ熱の発生地域を地図で示しておりますが、主に西アフリカ諸国に限定されております。世界的に見てもラッサ熱の輸入事例は年間数人のレベルですが、一類指定の出血熱の中では輸入事例が比較的多い疾患ということで知られています。

下の(8) ポリオに移ります。表では2007年～2016年の10年間で100名以上の患者が発生している国を示しています。赤字になっているナイジェリア、パキスタン、アフガニスタンは、ポリオの蔓延国とされています。

7ページ上を御覧いただきたいと思います。ポリオの蔓延国は先ほどの3国ですけれども、この他にコンゴ民主共和国とシリアでアウトブレイクが発生しております。

その下に移ります。すみません、まだポリオの蔓延国のところを御覧いただきたいと思います。17という数字をここに記載しておりますけれども、この17は、ポリオのワクチン接種率が非常に低くて、発生のリスクが高い国ということで、ここにリストが

記載されております。

その下の国別発生状況に移ります。昨年のポリオの発生状況ですけれども、ポリオの野生株、表ではWPVというところを御覧いただきたいと思います。アフガニスタンでは14件、パキスタンでは8件が報告されております。cVDPV、これ伝播型のワクチン由来ポリオウイルスでございますが、このアウトブレイクはコンゴ民主共和国とシリアで発生しております。

めくっていただいて、8ページの上です。1988年にポリオの根絶決議が出されて以降、患者発生数は減少しており、既にアメリカ地域、西太平洋地域、ヨーロッパ地域、東南アジア地域での根絶は宣言されております。ポリオの3種類ある血清型のうち、ポリオ2型、3型の野生株につきましては、患者発生は認められておらず、今現在検出される野生株は全て1型となっております。

その下を御覧いただきたいと思います。結核に移ります。Global Tuberculosis Report 2017から抜粋しておりますけれども、新規患者推定数が2016年の1年間で1,040万人となっております。このうち子供の発生数推定が100万人、結核による死亡は170万人となっております。発生国別ではインド、インドネシア、中国、フィリピン、パキスタン、ナイジェリア、南アフリカの7カ国で、世界の患者の64%に達します。

お隣の上ですね。結核の指標を御覧いただきたいと思います。国連が設定した結核の罹患率及び死亡率の減少目標として、2030年に2015年ベースで罹患率が80%、死亡率は90%の減少を目標としております。中間報告が2020年に予定されておりました、そのときまでには罹患率を20%、死亡率の35%減少を目標としております。

その下の(10)ジフテリアに移ります。2015年世界でジフテリアの報告数は4,530例となっております。めくっていただきまして、ジフテリアの発生国ですけれども、2007年～2016年までの10年間で100名以上の患者が発生している国をお示ししています。インドが最も多く、10年間で3万6,482例の患者を認めております。昨年はバングラデシュのコックスバザールにあるロヒンギヤですね、ミャンマーからの難民キャンプと、それから11月にイエメンで大きなアウトブレイクが報告されております。

その下の(12)MERS(中東呼吸器症候群)に移ります。2017年11月17日時点のMERS-CoVの推定患者数の推移を示しています。患者確定数が

2, 103名、そのうち733例が死亡しています。発生国はほぼサウジアラビアと  
いいところだと思います。そのサウジアラビアの状況ですけれども、次のページ、  
11ページの上を御覧いただきたいと思います。

2018年1月23日までのサウジアラビアの発生状況ですけれども、確定数  
1,778例中、死亡が726例、下の円グラフで示すように発生11%、患者の  
11%は家族内の感染で報告されております。それから医療機関での感染が医療スタッ  
フ、患者、含めて38%ということで報告されております。

その下を御覧いただきたいと思います。MERSの輸入感染の状況ですけれども、こ  
の図で示しているとおおり、渡航者を介して各国に感染者が発見されています。特にこの  
図の上の囲みのところにあるように、お隣の韓国で2015年に、これはクエートから  
の輸入例が起こしたアウトブレイクでしたが、それについてはかなり記憶に新しいところ  
だと思います。

めくっていただいて、国立感染症研究所がMERSのリスクアセスメントを昨年の6  
月に更新しております。それによりますと、現在発生している地域から輸入例で発生す  
る可能性があるということが指摘されております。

下の段(13) ヒト感染鳥インフルエンザA(H5N1)に移ります。2017年は、  
8月までのこれはデータになりますけれども、16カ国で860例の患者が認められて  
おります。昨年2017年はエジプトで3例、インドネシアで1例、発生が報告されて  
おりました、そのうち2例が死亡しております。

次の13ページ上になります。これは鳥インフルエンザA(H5N6)の日本での鳥  
の発生状況です。1月22日、東京都内でオオタカからウイルスの検出がありました。  
今現在、鳥インフルエンザA(H5N6)で、一症例が出ているものは全て中国で報告  
されているものです。

その下の(14) 鳥インフルエンザA(H7N9)に移ります。患者は全て中国で発  
生しております。2013年から毎年流行が認められておりました、5回にわたって、  
アウトブレイクが起こっております。昨年は患者発生数、死亡数とも過去最高を記録し  
ておりました、次のページをめくっていただいて、14ページ上です。2016年～  
2017年にかけては、750例が報告されております。

下の段、中国国内での発生状況をマッピングしているものですが、今回の流行  
では広範囲に中国本土内で患者が出ているということがわかります。輸入例としては、



2013～2014年にマレーシアに輸出というか、中国からマレーシアに行かれた患者で発病者が出たというのが1件。それから、2014年～2015年にカナダで2件の発生があります。

15ページ上のほうに移ります。インフルエンザA（H7N9）のヒト-ヒト感染は限定的ではありますが、このような形で報告されております。国立感染症研究所の11月に更新したA（H7N9）のリスクアセスメントでございますが、2016年～2017年にかけて、H7N9の抗病原性型のウイルスが発見されておりますが、今のところ、抗病原性化したウイルスがヒトでの病原性に、感染力に影響を及ぼしているという根拠は認められていないということです。

私からは以上の報告になります。

○吉田座長 詳細な御説明ありがとうございました。委員の皆様から御質問等はあるかと思いますが、次の東京感染症アラートまで進めさせていただいて、その後でお受けしたいと思います。

それでは東京感染症アラートの御説明をお願いいたします。

○杉下感染症対策課長 そうしましたら、資料2を御覧ください。

東京感染症アラート、今回、中東呼吸器症候群（MERS）の対応の変更についてということで、御説明いたします。スライドの2枚目ですけれども、こちらの東京感染症アラートは、東京都感染症予防計画に基づくものでして、こういったMERS等の疾患について疑いの段階で医療機関から報告をいただいて、迅速に患者発生を把握する仕組みとなっております。こちらにつきましては、休日・夜間、24時間365日検査対応するというようなものになっております。対象疾患は、下の囲みでございます二類感染症の呼吸器疾患となっております。

続いて、2ページ目の3枚目のスライドを御覧ください。こちらアラート検査の標準的な流れということで、まず医療機関のほうで、症例定義に当てはまる事例が発生した際は連絡票のほうを保健所に送付していただきます。保健所と感染症対策課のほうで協議をいたしまして、検査が必要という場合におきましては、保健所が医療機関に検体の確保に参ります。検体は咽頭拭い液ということで、そちらを健康安全研究センターのほうに運びまして、迅速に検査を行いまして、結果につきましては、保健所を經由して医療機関にお戻しするというような形となります。

今回、29年度におけるMERSの対応の変更がございましたので、続いて3ページ

目のスライドの5枚目を御覧ください。MERSにつきましては、平成24年9月以降、中東地域を中心に多数症例のほうで報告されております。感染症法上は、平成26年7月に指定感染症に指定されていまして、その後27年1月に二類感染症に指定されております。その後、平成27年6月に韓国におきましてMERSの流行がございました。このときに罹患した疑いのある患者発生時の情報提供と迅速対応が開始となりました。その後、12月に韓国での流行が終息をしております。

この間、日本国内で疑似症として検査された症例については全て陰性であったと。また、蓋然性の低い患者についても疑似症として取り扱われていたと、そういうような可能性が示唆されておったことから、29年7月に迅速対応について変更し、2種類の定義で疑似症を判断するというものになっております。まず一つが、MERSである蓋然性を高めるための定義の見直しと、あと二つ目がヒトコブラクダとの濃厚接触歴の定義を明確化したという、この2点になっております。

その下、地図上にMERSの確定症例の2012年以降の発生事例を示しております。6例以上発生している国については、色をつけて示しております。今、患者が報告されている国は中東の7カ国です。あとは先ほどの石川先生の御説明がありましたけれども、輸入症例が報告されている国が現在20カ国ということになっております。

続いて、スライド6枚目、変更された定義についてですけれども、29年7月から二つの定義に基づく対応ということで、まず一つ目の定義1というのが、これは地方衛生研究所で検体の検査結果を待たずに、医療機関における診断結果に基づいて疑似症と判断するものになります。ですので、診断の結果、定義1に該当した場合は、MERSの疑似症患者として対応する、入院勧告の対象となるというものであります。

もう一つの定義2というのは、医療機関における診断結果に加えて、衛生研究所での検体検査の陽性判定を受けて疑似症と判断するものになります。ですので、診断の結果、定義2に該当する場合は、検査結果の陽性までは疑似症患者とはみなされないで、定義2に該当しただけでは入院勧告の対象にはならないというようなものになります。

続いて、ページをおめくりいただきまして、4ページ目の上のスライド7です。上の定義1ですけれども、まず定義1というのは、アとイということで二つございます。アについては、4つの定義全てに該当するものということで、38度以上の発熱、せきを伴う呼吸器症状、それとあとは肺病変、こういったものがあり、あと4番目として、発症前14日以内に対象地域において、MERSの確定患者との接触歴があった場合、も

しくはラクダとの濃厚な接触歴があった場合、ここでの濃厚な接触というのは、その例にあります。ラクダの鼻や口などとの接触や、未殺菌乳や非加熱の肉を喫食、こういのが濃厚接触ということで、例示が挙げられております。

また、イとしては、①②全てに該当ということで、①は、発熱または急性呼吸器症状を呈するというので、軽症の場合を含むということになっております。②としては、14日以内に、以下の条件を一つ以上満たすということで、これはMERSの確定患者を診察や看護もしくは介護した、あるいはそういった確定患者と同居していた、もしくは確定患者の気道分泌液、体液等に直接接触したというものになります。

こういったものが定義1ということで、これに当てはまった場合は疑似症として入院勧告の対象となるということになります。

続いて定義2がその下の8枚目のスライドです。ア、イ、ウと分かれておりまして、アにつきましては、1～3については、先ほどの定義1のアと同じ定義になっておりますが、④としては、発症前14日以内に対象地域に渡航または居住していたというところが違いになります。

また、イとしては、①②の全てに該当ということで、このイの①は先ほどの定義1のイの①と同じ定義になっております。②が、発症前14日以内に対象地域において、以下の一つ以上に該当ということで、医療機関を受診もしくは訪問、またMERSであることが確定したものと接触歴がある、そしてあるいはラクダとの濃厚接触歴があるというものになります。

最後のウについては、これは定義1のイの②のMERSの確定患者がMERSの疑い患者になっているというものになります。ということで、こちら定義2に該当した場合においては、検査の陽性を受けて疑似症と判断するものというものになります。

続いて、右側の5ページ、スライド9ですけれども、対象地域につきましては、アラビア半島またはその周辺諸国ということで、こちらに列記しております国々、7カ国となります。

また、スライド10枚目ですけれども、確認フローチャートということで、フローに沿って進んでいただいて、どの定義に該当するのかというのをフローチャートでつくりましたので、ちょっとこれに従って、進めていただければと思います。

6ページ目です。このアラート対象疾患、それと症例定義については変更がありますので、最新の情報に御注意を願いたいと思います。今現在の最新版の連絡票というのは

7についておりますので、今説明したものがこちらの連絡票に載っているというものになります。

説明は以上です。

○吉田座長 ありがとうございます。東京感染症アラートの御説明でございました。

前段の発生状況とそれからこのアラートについて、あるいは御意見、あるいは御追加等がありましたらお受けしたいと思いますのですが、いかがでございましょうか。

どうぞ、足立委員。

○足立委員 豊島病院の足立です。いつもお世話になってます。

MERSのアラートの4ページ、定義2についてですけれども、定義1はこの時点で疑似症で入院勧告ですので、今までどおりで、これは明快なんですけれども、定義2に該当した場合には、この時点では連絡票は出して検査はお願いするけれども、入院勧告では、この時点ではないということで、疑似症でもないという理解でよろしいですか。

○杉下感染症対策課長 そのとおりです。

○吉田座長 そのほかいかがでしょうか。また後で総合的に御討論をいただく時間は今日は設けてございますので、その時にいただければと思いますが、どうしてもという方はいらっしゃれば。よろしいですか。

それではすみません、先に進めさせていただきたいと思います。

次に議題の2番目でございます。一類感染症対応訓練の実施についてでございます。事務局より、まず御説明をお願いします。

○中島医療体制整備担当課長 それでは、事務局のほうから資料3について御説明をさせていただきます。こちら、駒込病院で行いました訓練の概要をまとめた資料となっております。

まず、訓練の目的ですけれども、都内でエボラ出血熱の疑いがある患者が発生したときの対応手順を関係機関で確認することとしております。

2番の概要ですが、29年10月に駒込病院にて文京保健所、東京消防庁、福祉保健局が参加して行っております。

その下のスライド3番の訓練内容のところですが、患者は医師でエボラ出血熱流行国の医療センターで医療支援をして、5日前に帰国しております。今朝方から体調を崩し、発熱し、保健所に連絡をしまして、保健所は電話の聞き取りによって、疑似症の届け出要件を満たしていると判断したケースとなっております。

次のページをお願いします。訓練のシナリオですけれども、大きく二つのシーンに分かれております。前半が、患者の移送、後半が病室内で診察のシーンとなっております。上のスライドですけれども、2時半移送の訓練なんです、移送の車両が一類感染症入口、病院入口に到着しまして、病室へと患者を搬送いたします。そして病室で患者をアイソレーターからベッドへ移しまして、その後、ストレッチャーの消毒やPPEの脱衣を行いました。

そして、その下のスライドですけれども、3時から病室内での診察の訓練がございました。医師が診察、また看護師がバイタルサインを測定しまして、その後、医師による採血、保健所職員への検体の引き渡し、放射線技師によるレントゲン撮影、そして臨床工学技師によるモニターの装着、稼働確認を行いまして、最後PPEの脱衣を行うというものでございました。

次に、3ページですけれども、写真を掲載しております。上のスライドは移送車両の写真となっております。下の写真が移送の様子です、①は警察車両が先導しているところ、②が移送車両からアイソレーターに入った患者を搬出しているところ。③はこちらの病院入口のところ、院内へ患者を搬送するところでございます。

次のページ、お願いいたします。上のスライドは、診察の様子を写してございまして、①がバイタルサインの測定、②がレントゲン撮影、③がPPEの脱衣をしているところでございます。

その下のスライド、訓練の振り返りですけれども、駒込病院様のほうから、よかった点としまして、関係機関と連携した訓練ができて、一連の流れが把握できたこと。また実際の対応についてイメージがつかめたこと。PPEの着脱手順を確認できたこと。そして一番下のポツは、訓練の運営についてですが、事前の打ち合わせ、PPE着脱の練習をしていたので、スムーズに進行できたといった御意見が挙げられております。

次に、5ページ、上のスライドですけれども、改善点としまして、患者にとってアイソレーター、PPEは圧迫感があるので工夫が必要。また患者がどこにいるのか把握するために、受け入れ状況をモニターで確認できるとよい。そして使用後のアイソレーターを収納できる容器の検討が必要といった御意見がございました。下のスライドが、今後の訓練内容に関する課題ですけれども、定期的なPPE着脱訓練、そしてPPEの脱落等イレギュラーなことが起きた場合に備えた訓練が必要である。そして悪天候や夜間のケースについて検討が必要。多職種を含めた訓練回数をふやすことが挙げられており

ます。

次、6ページ、お願いいたします。上のスライドは文京区の保健所様から出された御意見でございます。重症例の場合、アイソレーターの利用法について検討が必要。移送中に患者が急変した場合、アイソレーターを解放して処置をするのかどうか、また、その判断は誰が行うのか検討が必要。三つ目のポツが、病室手前で救急隊と別れたのでストレッチャーのストッパーの位置がわからなくなって手間取ってしまった。そして、その下、二つのポツはPPEの脱衣についてですが、確認者が正しく脱衣をチェックできることが大事、また疲労によるミスがないよう、気を抜かずに脱衣をする必要がある、との御意見がございました。

下のスライドは、東京消防庁様から出された意見でして、よかった点として、実動での訓練機会が乏しい中、防護服の着装、移送専用車両、アイソレーターの取り扱いを含めた訓練は非常に有用であった。改善点としまして、患者搬送後にエンジン停止等の安全措置ができてなかった。搬送後の停車場所が事前に把握できたほうがよかった。また汚染された職員が院内を触れない工夫が必要であった。そして四つ目のポツは、文京区保健所様と同じなんです、消防庁職員以外の場合の方もストレッチャーの操作方法について知っておく必要があるとの御意見がございました。

説明は以上になります。

- 吉田座長 ありがとうございます。駒込病院を初め、病院経営本部、それから東京消防庁、文京保健所と、かなり多くの機関が参加して、かなり実践的な訓練になったのではないかと思います。本当に現実に沿った、あるいは近づけた訓練ということで大変お忙しい中、訓練を実施いただきまして、ありがとうございます。

それでは、ここで実際に訓練に当たっていただきました駒込病院の今村委員から御追加がもしあればお願いいたします。

- 今村委員 院内で中心となるスタッフは定期的に着脱訓練なども行っています。しかし、実際に症例が発生した場合には、日頃の訓練には関わっていない様々な職種の院内スタッフが関わる必要があります。大規模な訓練を行うことで、さらに事務担当者や幹部職員が、どのように対応するのかを把握する貴重な機会にもなります。また、東京都、消防庁、警察、保健所など、それぞれの担当者が、一類感染症病棟の導線や運用を把握するためには、実際に参加してみないとわからないことも多くあります。このように、全体的な連携も含めた調整を確認するためにも、このような大規模な訓練を行っておくこ

とは大切だと思っております。

- 吉田座長 ありがとうございます。やはり他機関、自分のところだけではなくて、ほかの機関との共同作業になってまいりますので、そこでの合同訓練がやはり必要という御意見かなというふうに思います。

では、続いて、東京消防庁の前田救急管理課計画係長様から御発言をお願いいたします。

- 前田救急管理課計画係長 今回の訓練、渋谷に配置しています感染症移送車両、それから渋谷の救急隊員が訓練に参加させていただきました。ちょっとコメントの中に訓練機会が乏しいというふうな書き方になってしまっているんですけども、やはり消防職員も定期的に人が入れかわったりしておりますので、毎年1回でもこういう訓練ができれば非常に有用なのかなと思っております。

今回、ちょっとあまり見取りをする職員が呼べなかったのがちょっと残念なんですけれども、できれば訓練に参加する職員以外にも訓練を見て覚えるというふうなことを今後やっていきたいなと思っております。

あと、保健所さんと私たちのコメントの中にありましたように、救急車に積んであるストレッチャー、これは病院の中で使っているストレッチャーと若干違いますので、こういったものを部分訓練的にパート訓練でちょっと事前にやる、もしくは訓練が終わった後にやるとか、そういったことをやれば、こういった操作が習熟できるのかなというふうに感じました。

以上です。

- 吉田座長 どうもありがとうございます。皆様からいろいろ御意見をいただきたいところでございますが、自衛隊中央病院とそれから世田谷区も同様の訓練を行っておりますので、まずそちらの御発表をいただいた後に、皆様から御意見をいただこうと思っております。

それでは、自衛隊中央病院の田村委員より、御説明をお願いいたします。

- 田村委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

自衛隊中央病院の田村です。

当院も去年の8月、一類感染症患者の受け入れ訓練を実施させていただきました。資料に沿って説明させていただきますと、訓練の目的としては当院は去年の4月に第一種感染症指定医療機関の指定を受けましたので、それに伴って、要領の、あるいは取り決

め等に基づく行動を演練して能力の向上を図るところでやらせていただきました。

次の資料を進めさせていただきまして、当院内での訓練の実施場所ですけれども、患者さんを収容して、陰圧室までの患者収容の流れ、それから検体を提出をして、2回目の検査室での検体検査といったことをやりまして、それを画面、モニターで中継するような形で、見学者の方にも極力多く集まっていただいて、会議室のほうで訓練全体を画像で見させていただいて、御意見、御指摘いただくというような形をとりました。

次のスライドですが、これはの陰圧室のところの部屋の写真になります。ちょっと写真が小さくてわかりにくいですが、陰圧室での患者受け入れをやったということですね。

その次のスライドですね、1階から救急車の受け入れ、それから収容ですね、それを映像中継して、会議室で多くの方に見ていただいたというような形でやらせていただきました。

患者さんの想定シナリオですけれども、流行地のNPOで働いていた33歳の男性看護師と、発熱症状等が出たので、保健所のスタッフに対応していただいて、エボラ出血熱の疑い、疑似症の基準を満たしているというようなことを確認した上で、当院に搬送になって収容したというような流れでやらせていただきました。

次のスライドですが、患者さんの到着から、流れでスライドをつくっていますけれども、到着ですね、患者さんの申し送りをして、移しかえをして収容すると。病棟のほうに収容して、ベッドの移しかえ、それから職員への検体の受け渡しですね。それから、患者さんを当院まで搬送していただいた保健所の職員の方のPPEの脱衣というところを別の場所をつくって、当院のスタッフが協力して、确实、安全に脱衣をするというところをやりました。また、今回初めてやったんですけれども、対応したスタッフ、病棟の勤務医が、御存知のとおり、フルPPEを着ていると暑くて体力を使いますので、スタッフが一人気分不良を訴えて倒れてしまったという想定のもとで、その倒れてしまったスタッフへどう対応するかというようなところも訓練をやってみました。感染している防護服の脱衣を、周りのスタッフに脱がせてやらせるということでやったんですけど、我々が実際想定した以上に結構時間もかかって、実際にこういう気分不良者が出たときに、このような対応でいいのかどうかというところを、訓練後、我々自身でも現在まだ話し合っているような状況です。

最後のスライドになりますけれども、今回の訓練で得られた成果事項です。全般は、やはり全体の流れを把握できたということと、今回、一種指定を受け入れる前にも定期



的に似たような訓練を院内でやっていたんですけれども、一種指定を受けたということで、都内のほかの第一種感染症指定医療機関の方々、多くの方々に見学にお越しいただいて、このスライドにも載せられないような細かいところから、大きな目線から、いろいろな御指摘、御教授をいただきまして、大変参考になることが多かった、得られるものが多かったというふうに感じております。いただいた御指摘なんかを、また院内のマニュアルに反映させたり、事後、我々自身でどうしていくかというようなところの検討も始めております。といったところです。

以上になります。ありがとうございます。

○吉田座長 それでは、長嶺委員、追加でもしございましたら、お願いいたします。

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

世田谷保健所でございます。一類感染症を搬送できる自衛隊中央病院さんが一種ということで加わっていただきまして、非常に同じ区内に搬送できるという状況はありがたいと思っております。もちろん一類もですけれども、二類の患者さんの対応もお願いできるかと思えますと、大変ありがたいことと思いつつ、今回の訓練も参加させていただきました。

今回の訓練は、初めて夏ということで、我々何度か他の病院さんともやっておりましたけれども、夏の訓練ということで、フルPPE、かなりやっている職員たちは大変ではありましたが、そういう現実もあるわけで、実際には、そういったところも通常とは違う厳しい季節の中という経験も大変よい経験となりました。

PPEの脱衣については、一番私どもが心配するところでございます。自分たちが感染を受ける可能性もあるわけなので、PPEの脱衣の環境についてはぜひ慣れておきたいという思いもございまして、事前より自衛隊中央病院の先生方と打ち合わせを重ね、何とか終わることができました。

そして、我々世田谷保健所の新しい業務としまして、検体を搬送するというところですけれども、これは別日にやったところではございますが、検体をいただいて、実際に武蔵村山の国立感染症研究所のところまで搬送するというのを、車でどれぐらい時間がかかるものなのか、また、交通の便はどうなっているかということの検証も後日行って、非常に充実した訓練となりました。

以上でございます。

○吉田座長 ありがとうございます。大変充実した訓練で、本当に実際に起きたときを想定して、二つともエボラ出血熱を想定した訓練ということでございますけども、若干内容も違うというところもございますので、もし委員の皆様から御質問、あるいは御助言、御追加等がございましたら承りたいと思いますが、いかがでございましょうか。

実際に一類の医療機関でこのような訓練を恐らくされている先生方もいらっしゃるかなと思うんですが。

忽那委員、例えば何か御追加とかございますかね。

○忽那委員 訓練の内容自体は、特に私から追加はないんですが、当院でも訓練をやっておりますので、御紹介をさせていただければと思いますが。

年に3回こうした一類感染症の対応の訓練を病院全体でやっています、ことは既に2回やっていますが、一つ目が、7月にやったものが災害時の対応ということで、患者さんが病棟に、感染症病棟に入っている場合に、何か急に地震とかが起こった場合に、どうやって搬出するのかというような訓練を7月にやりまして、患者さんを搬出するまでの動線などの確認を行っております。

もう一つが、12月に訓練をしましたが、これは患者さんが急変した場合の対応ということで、患者さんを収容している状態で、呼吸状態が悪化して、気管挿管を行い、採血などを行い、レントゲンなどを行ってという流れを確認させていただいたというような訓練をしております。

あとは、当院もPPEの着脱訓練をしておりますが、今年度から各診療科の先生、特に子供が患者さんだった場合とか、妊婦さんが患者さんだった場合とか、あと透析を必要とする場合ということを考えて、腎臓内科、小児科、産婦人科の先生方にPPEの着脱訓練に加わっていただいております、一応各自5回をノルマにして、毎週、私たちの課から一人担当にして、訓練というようなものをしております。

あと、もう一つ、手前みそではございますが、私たち、疑似症4例、エボラのときに対応しておりますが、そのときの対応の内容について、ことしの1月、論文で『Japanese Journal of Infectious Diseases』という国立感染症研究所の雑誌で内容を御紹介させていただきましたので、よろしければ御参考いただければと思います。

以上です。

○吉田座長 ありがとうございます。

委員の皆様から何か御質問、あるいは御発言はございますでしょうか。よろしいでし

ようか。

○吉田座長 それでは、ただいま御報告いただいた患者対応訓練、非常に他機関が連携してやっていかななくてはいけないというものでございます。また、患者さんが、保健所の立場としては、到着した後の対応ということで、接触者検診であるとか、あるいは患者さんの検体搬送もそうなんですけど、状況を確認するという、また患者が、今のところないんですけども、検査の結果陽性となった場合の対応というものが必要になってくるということでございます。

この点について、今日は、課題等、関係機関の皆様がお集まりですので、ございましたら、御意見、また、それへの対応ということで御助言等をお聞かせいただければと思いますが、どなたかいかがでございましょう。

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

○吉田座長 ありがとうございます。健康観察であるとか、あるいは外出制限と、いろいろ保健所側の問題としてはあるというところでございますが。

ここで、実は私どももよくわかっていない部分なんでございますが、患者さんが国内に入ってくるところの検疫所の委員も今日はいらっしゃるので、今日はぜひ健康観察等について、現状等をお聞かせいただければと思いますが、いかがでございましょう。

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

実際には、私は港側の本所におりますので、流行時期にも健康観察を実際に対応することはありませんでした。空港支所がメインでございました。

確かに、かなりな数が情報としては入っておりましたので、毎週港側の本所のエボラ対策会議で、関連情報の精査・確認なども行ってきたんですけども。

あとは、健康監視しなければならない方、流行国滞在歴を有し、潜伏期間内の方の情報、あらかじめ入ってきておまして、西アフリカに行かれる企業の方からの情報ですとか、いろんなリソースがあったんですけども、現地での行動情報に基づいて、帰ってきたらどう対応するかということ、あらかじめ考えた上で受け入れを行ってまいりました。

ほかにもっと何かご説明したほうがよろしいですか。

○吉田座長 実際の健康観察の方法というものを、御教示いただければと思います。

○横塚委員 こちらの方法是決まっております、朝夕の体温と、あと、健康状態ですね、こちらを申告していただく。申告がなければ、検疫所の職員のほうから確認するといったようなことをしております。

外国の方も多かったので、その対応がかなり問題になっておりましたけれども、携帯電話の番号を確認して、持っていなければ携帯電話をお渡ししたようなこともあったと思います。

あと、通訳の会社と契約しているんですけども、そこを介しての、つまり両者の間に通訳の会社を通して対応したといった事例も何件かあったと思います。

○吉田座長 どうもありがとうございました。詳細な御説明をいただきましてありがとうございます。

今、外国人対応ということでお話も一部出てまいりましたけれども、今後、都を訪れる外国人の方は非常に多くなるということで、感染症指定医療機関の皆様方も、いろいろ日常、外国人対応というものに非常に苦慮されているのではないかなというふうに思っております。

恐らく保健所も同じ課題をずっと持っているというところがございますが、こちらについて、実際、診療上の御苦労であるとか、あるいはこういったツールがあるといいなとか、都で共有できるもの、あるいは保健所のほうでこういう患者さんを実際に訪問するときにどんな準備をしたらいいかというふうなお話もございますので、ぜひ委員の皆様方から少し御意見をいただければと思います。

まず、病院側から外国人対応ということで何か対応をお考え、あるいはこういうものが必要だというものがございましたら、御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

忽那委員、どうぞ。

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

国際医療センターの忽那です。

当院では、結構通訳に難渋したことがありますが、やっぱり今後もそういうことがあり得るかとは思っています。

当院の場合は、医療通訳として、英語と中国語、韓国語が院内には日中にはいるんですけど、それ以外の時間帯だとちょっと対応が難しいということで、電話通訳というものを今、病院として契約してやっております。12カ国語ですね。ベトナム語とかそういう言語を含めての契約をしてやっていますが、それですと、なかなか、電話でやりとりをしながら、患者さんとやりとりして、通訳をしてもらうという感じなので、ちょっと、本当にこちらの意図が通じているのか、少し心配なところはありますが、一応そのようなことをやっております。

ちょっと、お願いしたいこと、アラビア語とかは、対応していない言語とかの患者さんが入ってきた場合に、通訳の問題がやはり発生したりすることがあると思うので、こちらもちろんそういう場合につてをたどって通訳の方を探したりはするんですが、そういう場合に、東京都からも何か通訳を探すお手伝いとかをしていただけると、ありがたいなと思いますし、救急外来に来た方の電話通訳サービスというものを、今、東京都はされていると思うんですけど、こうしたエボラ疑似症の患者さんとかにも適応を広げていただけたらするとありがたいかなと思います。

○吉田座長 貴重な御意見をありがとうございました。

ほかに、皆様、さまざまな御経験があると思いますが、いかがでございましょう。病院の特に先生方からいただければ。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

当院では、もともとHIVの患者さんが多く通院しているので、外国人の患者さんも多くいます。近年は、日本に住んでいる外国人では、かなり日本語を上手に話せる人も増えています。しかし、旅行者の外国人の多くはほとんど日本語は話せず、英語が話せたとしても医療的な内容を伝えられる語学力はもっていないことも多くあます。現場では、医療情報の伝達、制度的な問題などを説明するには、母国語の通訳を必要とする場面が度々あるのです。たとえば、病名の告知時など、ポイントとなるところで母国語の通訳を入れることができればと思います。そのような場合に当院では、外国人対応にソーシャルワーカーをお願いして、通訳対応を行っているNGOの団体などに通訳を依頼することもあります。

しかし、このような対策については、通訳を依頼して対応していただくまでの時間が必要です。したがって、緊急性が高い時にどのように対応するのかは、今後の大きな課

題だと思っています。

○吉田座長 ありがとうございます。

それでは、長澤委員、どうぞ。

○長澤委員 一般診療のレベルなんですけども、アプリで、自動翻訳のアプリを使って、患者さん自体がもう、それでやりとりをするということが一般診療で、小児科なんですけども、いろいろあって、そこそ役立つなということがありましたので、ちょっと、一例として報告させていただきます。

○吉田座長 どうもありがとうございます。

どうぞ、中村委員。

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

一類とか二類で、感染症で、本当に陽性で入院して、ビザが切れる場合だったりとか、あと、evacuationも考えなきゃいけないんですけども、そういう出国に、その患者さんをどうやって母国に返すかという手だても考えておかなきゃいけないのかなと思います。

○吉田座長 ありがとうございます。実際に経験されないと気がつきにくい点かなと思いますが、確かに必要な取り組みなのかなと思います。

そのほか、病院ではいかがでしょう。

○長澤委員 ちょっと今の翻訳とか通訳とかに関係ないんですけども、小児の疑似症例、多分余り例はないと思うんですけども、当院は第二種感染指定医療機関ですけども、新型インフルエンザとかそういったものが対象になるかと思うんですけども。実際、小児例は、前回のパンデミックのときに、重症化する例が多かったとかということで、基本的に、封じ込めということもそうですけど、診療ということを考えると、どうしても重症化することを踏まえると、当院では、幼少時の重症管理がちょっとなかなか難しいとなると、どうしても封じ込め隔離という段階で、高次の医療機関に転送するようなふうになってくるんですね。その場合に、現在の医療圏のシステムですと、小児集中治療が可能な施設というものが、その医療機関内で完結できなくて、ちょっと、ほかの施設、医療圏を考えなきゃいけないと。実際は、そういったところが感染症指定医療機関という立場にはなっていなかったりするわけで、そこら辺の制度構築というか、今は何かあうんの感じで、小児科同士で何となく、フェース・トゥ・フェースでお願いという

ような形でいっているんですけども、そこをちょっと、組織の中できちっと明確にしてください必要があるのかなという気はしています。

実際、小児で診ていただく、こちら当院で観察する場合も、幼少時の場合には、付き添いをしていただかなきゃいけないとか、看護体制の問題もあったりすると。そうすると、付き添いの人の隔離体制はどうするかとか、そういったところも含めて、ほかの施設もいろんな、そういう同じような事情を抱えているところもあると思うんですけども、そこも少し検討していただければと思います。

○吉田座長 どうもありがとうございました。恐らくほかの新型インフルエンザなどでも、この問題はすごく取り上げられて、今後検討が必要となつてございますので、ちょっと、すぐには結論というものは難しいかもしれませんが、事務局のほうでも今の御意見を参考にして、検討を進めていただければと思います。

すみません、ちょっと、時間が押してしましまして、まだまだ御意見をいただきたいところでございますが、先に、最後の議題でございますね。その他について、事務局から御説明をお願いいたします。

○中島医療体制整備担当課長 それでは、事務局のほうより、資料5について御説明をさせていただきます。

こちらは、各指定医療機関の連絡窓口、患者受入口の図面、そして今年度の訓練の内容をまとめた資料となっております。医療機関の皆様には、事前のアンケート調査に御協力いただきまして、ありがとうございました。

昨年度も同様の調査を行つておりまして、本協議会で情報提供しておりますが、今回、変更点ですけれども、太枠で囲われたところなんです、休日・夜間の連絡窓口というものを新たに追加いたしております。また、平日日中の連絡先と図面につきましても、昨年と同様のものが多いんですが、変更している箇所のみ下線を引かせていただいております。

そして、一番右の列に今年度の訓練の状況をまとめてございます。実施済み、また今後予定がある場合には、こちら、資料の記載のページのほうに概要をお示ししておりますので、後ほど御確認いただきまして、参考にしていただければ幸いです。

以上となります。

○吉田座長 ありがとうございました。各病院の皆様、御協力いただきまして、本当にありがとうございました。

まず、この点について、事務局のほうでまとめていただいておりますが、何か御追加はございますでしょうか。情報共有の部分、それから患者移送の際の、どこにつけるか、動線なども今回記載させていただいておりますけれども、何か御追加はございますでしょうか。

足立委員。

○足立委員 豊島病院の足立です。これ、都の方をお願いなんですけれども、我々感染症指定医療機関で、休日・夜間の24時間の対応まで期待されているのかどうかということ、ちょっと明確なメッセージを出していただきたいんですね。私どものところは、感染症内科の常勤1名ですので、1名で24時間対応は基本的にできないと考えています。ですが、行政上の理由で、それをしなさいということであれば、それは、院長以下、病院としての対応を決めないといけませんので、今の人員でできることと我々は今のところ考えているんですけれども、これが休日・夜間も含めての対応ということであれば、そういうものだという、ちょっとメッセージを出していただきたいと思っています。

○吉田座長 事務局のほうで、今の御発言について、いかがですか。

○杉下感染症対策課長 ありがとうございます。感染症指定医療機関については、基本的には24時間対応でお願いしたいところではありますが、ただ、やはり足立先生がおっしゃるように、各病院によって事情もさまざまであるというところで、そういったところをちょっと時間をかけて、全ての指定医療機関で受入体制ができるような、そういった方向性で進めていきたいと考えています。ちょっと、メッセージというお話でしたけれども、どういう形でできるのかはあれですけれども、やはり課題として捉えて、今後も取り組んでいきたいと思えます。

○吉田座長 ありがとうございます。

ほかに御追加はいかがでしょう。よろしいですかね。

○吉田座長 それでは、その他もこれで終了させていただきまして、あと、全体を通してでございます。今日は、海外での発生状況、あるいは東京都の取り組みというものを先に御説明いただいた後、各病院での訓練を踏まえて御意見を頂戴しているところでございますが、全体を踏まえて、何か御発言は。

どうぞ、小田委員。

○小田委員 公立昭和病院感染症科の小田と申します。

非常に勉強になったんですけれども、一類感染症の指定医療機関が全て23区内なん



ですね。東京都、米軍の基地が横田基地とかは多摩地区にあったりするので、そういうような周辺で、もし一類感染症等が発生したような状況の訓練、今後対応の訓練等をしていただければいいかなと思います。

その際に、例えば患者さんは実は多摩地区で、武蔵村山の近くなのに、一類感染症の指定医療機関まで運んで、検体はまた武蔵村山の国立感染症研究所に持っていくみたいなことだと、相当無駄が多くなるかもしれませんので、そういう場合に、例えば一時的に第二種感染症指定医療機関で検体採取をすとか、そこら辺はこちらのほうも協力できるかなとは思っていますので、もしよろしければそういうことを考えていただければと思います。

○吉田座長 貴重な御意見をありがとうございました。

事務局のほうでも何か御追加はありますか。今の御発言について。

○杉下感染症対策課長 ありがとうございます。基本的には、一類疑いということであれば、特定感染症指定医療機関もしくは第一種感染症指定医療機関ということですが、ちょっと状況に応じて御協力、どういったところがいただけるのかも含めて、課題として整理させていただければと思います。

○吉田座長 ありがとうございます。大変ありがたいお話だと思います。多摩のほうで、委員御指摘のように、患者さんが出るということも十分考えられることでございますし、また、その一方で、指定医療機関がないというところもございますので、ぜひその件については、また個別に御相談をさせていただければと思います。

そのほか、御発言、御追加はございますか。

どうぞ、源委員。

○源委員 (公正な行政執行の確保のため、一部非公開としています。)

西多摩保健所の源です。

今回、貴重な資料をいただきまして、非常に参考になりました。特に搬送車で患者さんを病院に搬送したというケースをもとに訓練をされているんですけども、実際には、例えばMERSで、健康監視の方がちょっと発熱したという場合には、患者さんが御自身の車で来院されたりということも十分考えられるんですね。そういうケースのときに、患者さんの車で御本人さんが来たときに、保健所職員がそこに乗っていないので、誘導とかということはなかなか難しいと。一般外来のところに来てしまっという対応はちょっと難しいんじゃないかということで、病院さんのほうで誘導の人を出していただ

るというようなお話もあったりとか、この地図を見ている、患者さんにそのまま車の中で待機していただくというような想定で書いていただいている病院さんもあるので、ぜひそういう患者さん御自身が来たときにどのような対応をするかということも含めて考えていただきたいなと思いました。

以上です。

○吉田座長 ありがとうございます。恐らく病院様と最寄りの保健所といえましょうか、関係のある保健所でそのあたりは少し協議を重ねていただいて、実際に患者様が発生したときにどういう対応ができるかということ、日頃から検討、訓練も含めて実施していただくことが一番よろしいのかなとは感じるところでございますが。

そのほか、いかがでございましょう。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 MER Sの定義について質問があります。今回の改定によって、ラクダに乗るだけなど、あいまいな定義が整理された点は良いと思います。しかし、疑似症とならない状況で検査を行うということには、少し問題が起こる可能性もあると思います。疑似症になっていなくても、疑って検査する時点で、医療機関はMER Sの疑いとして行動しなくてはなりません。検査の時間というものは、実際の現場では訓練と違って、検査にかなり時間がかかります。検体を取りに来て、健康安全研究センターに検体を搬送して、結果が出て、その報告が出るまで何時間もかかってしまいます。その間、患者さんを外来で待たせておくということは、一般の医療機関では難しいので、入院対応せざるを得ないことが多いと思います。そうすると、疑似症ではないので、入院の費用は公費負担にはなりません。このような説明をしっかりと行う必要があります。また、疑似症となっていない状況では、入院勧告を行われていないので、本人が拒否して帰ることも可能です。このように、本人が帰宅を希望した時には、どうやって帰すのでしょうか。公共の交通機関に乗る可能性もあります。疾患を疑って検査が行われる中で、どのように対応するかなどということも、再確認しておくほうがいいと思います。

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

基本的には、やはり患者さんについては、保健所がきちんと説明して、感染症法に基づく勧告以外にも、やはり勧告と対象にならない期間についての入院費ですとかそういったこともきちんとお話しするよということ、課長会等でもきちんとアナウンス

はしておりますが。

他方、やはり医療機関の先生方の御協力も得ないといけないところもあるので、やはり保健所と指定医療機関との関係を密に連携していくということが大事なのかなと思います。

○吉田座長 よろしいですか。ありがとうございます。

皆様方から本当にさまざまな意見をいただきまして、また、日頃訓練、あるいは実例を通さないとなかなか見えてこない部分もあろうかと思えます。今後も引き続き委員の皆様方には、ぜひ御助言を賜ればと思います。

大変申しわけございません。進行が悪くて、もう時間が迫ってまいりました。本日の議題につきましては、以上をもちまして、終了とさせていただきたいと思えます。本当に皆様、貴重な御意見、御発言をいただきましてありがとうございました。

本日の御意見を受けまして、今後の東京都一類感染症等対応に活かしていくということで、事務局のほうでも本日の貴重な御意見を踏まえまして、対策を検討いただければと思います。

それでは、事務局にマイクをお返しいたします。

○中島医療体制整備担当課長 本日は、大変貴重な御意見を数多くいただきまして、まことにありがとうございました。頂戴いたしました御意見につきましては、十分参考にさせていただきながら、今後の一類感染症等の対応の推進に努めてまいりたいと思えます。

また、最後になってしまったんですが、資料の取り扱いについて御案内をさせていただきます。これは昨年度と全く同様でございますが、お配りしました資料については、これは非公開の資料となっておりますので、お取り扱いについては十分御注意をお願いいたします。また、こちらの会議の日時、場所、議事内容、そして委員名簿、そして議事録については公開となっております。議事録につきましても、昨年度と同様に、事前に委員の皆様きちんと内容を確認させていただいて、公開させていただく予定でございます。

それでは、以上をもちまして、東京都一類感染症等対策連絡協議会を終了させていただきます。本日はまことにありがとうございました。

(午後 8時58分 閉会)