

## 平成 28 年度 第 2 回仙台市感染症メディカル・ネットワーク会議

1. 開催日時 平成 29 年 3 月 14 日 (火) 19 時

2. 開催場所 仙台市急患センター 5 階 研修室

### 3. 出席委員 (10 名 敬称略)

委員	飯島 秀弥	公益財団法人仙台市医療センター 仙台オープン病院 呼吸器内科 主任部長
委員	賀来 満夫	東北大学病院医学系研究科 科長 感染制御・検査診断学分野教授
委員	川村 和久	一般社団法人 仙台市医師会 理事
委員	鈴木 直子	一般社団法人 仙台歯科医師会 副会長
委員	高橋 将喜	一般社団法人 仙台市薬剤師会 副会長
委員	佃 祥子	公益社団法人 宮城県看護協会 会長
委員	永井 幸夫	一般社団法人 仙台市医師会 会長
委員	西村 秀一	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 臨床研究部 ウイルス疾患研究室長
委員	三木 祐	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 呼吸器内科部長 感染対策室長

### 4. 事務局

佐々木 洋	仙台市健康福祉局長
岡崎 宇紹	仙台市健康福祉局次長
下川 寛子	仙台市保健所長
大金 由夫	仙台市健康福祉局衛生研究所長
石澤 健	仙台市健康福祉局保健衛生部長
勝見 正道	仙台市健康福祉局衛生研究所微生物課長
田脇 正一	仙台市危機管理室危機管理課長
若生 明智	仙台市危機対策調整担当課長
大上 喜裕	仙台市立病院総務課長
清水 義明	仙台市健康教育局参事
沼田 和之	仙台市健康福祉局健康安全課長
鈴木 花津	仙台市健康福祉局健康安全課感染症対策係長

## 5. 内容

### 1) 開会

### 2) 会長挨拶

東北大学の賀来でございます。今日はお足元の悪い中、委員の皆様お集まりいただきありがとうございます。昨年から今年にかけて、ノロウイルスの大規模な流行がありました。又、インフルエンザも大きな流行がありまして、学校閉鎖・学級閉鎖がありました。現在、中国でH7N9のインフルエンザの持続的な流行が続いております。最新の情報を西村先生からお話いただくことになっております。私の方からは2月終わりから3月にかけてWHOのグローバルネットワークのメンバーとして参加してまいりました。その状況についてもご報告申し上げたいと思います。現在の仙台市感染症メディカル・ネットワーク会議は平成21年から始まっています。まさにパンデミックの時もこのメディカル・ネットワーク会議が、大きな役割を果たしたことは全国的にも注目されているネットワーク会議です。その中で仙台市は、今後、色々な事を計画しております。その中で、仙台市の計画について委員の先生方にお諮りをして色々なご意見をいただきたいと思っております。どうかよろしく申し上げます。

### 3) 議題

#### ・議事録署名人の指名

高橋 将喜委員を指名 (了承)

#### ・協議

以下のとおり

発言者	議 事
【議題】 会長	(1) 感染症の最近話題について 先程冒頭にも話したように、現在中国でH7N9感染症の持続的な流行が続いている。西村先生は、インフルエンザの専門家であり、色々な情報もお持ちである。西村先生から中国の状況の説明と仙台市の課題と最新の情報をお話いただきます。よろしく申し上げます。
西村委員	①中国のH7N9インフルエンザについて-状況説明と仙台市の課題- この話は1か月前に相当驚いて、このままでは大変なことになるのではないかと、賀来先生をはじめ皆さんにお願いしてスモールグループで集まり説明した。なぜ今回そこまで驚いたか話をして共通認識としたい。その中で問題提起をして、論点の整理をしたいと思う。 これが、今までターゲットと考えていたH5N1があり、現状がどうなっているか？全世界でのケースで、2015年は145例というペースで

出ている。去年になると 10 例しか出なかった。これまで 10 年近く騒いできたが、現状ではリスクとして高まっていないだろうと考えている。一時期、プレパンデミックワクチンもしなければならぬかということも一時期はあったが、このような現状。

H7N9 の亜型が少しずつ出ている。2013 年に出まして、これを第 1 波とすると去年で第 5 波となる。毎年同じくらいのペースで出ている、初期の段階では、世の中が少し騒いだ。私はこれくらいならなんともないと思っていた。

去年までこのように推移していた。この頃、広州第一医科大学に呼吸器研究所がありシンポジウムをしてきたが、当時はこのレベルだった。このような状況が続いたので、中国政府は養老院や路地裏の掲示板に、H7N9 の脅威や生活上の注意をしていた。第 4 波に至るまでに中国としても対応を固めていっていた。

今年に入り、突然一週間で 107 名の H7N9 患者が出た。今までのレベルと桁が違う。その後、春節を挟みながら 50~60 名出て驚いた。

このままいけば S A R S のような大流行が始まる可能性があるところだった。中国政府も鳥のマーケットをクローズしたり、色々な手を打って流行を抑えている。先週の時点で 23 例のレベルまで落ちついている。中国本土で昨年 10 月から 477 例出ており、全体では約 1300 人のケースが出ている。これは統計の数字で、中国全土で H7N9 の出かたとして固まって出ている。新疆ウイグル自治区・吉林省を除く中国全土で出ている。浙江省・広東省・江蘇省が多く、ここの出かたが第 1 週目の 107 例出た報告を詳しく見て驚いたのが、年齢的に若い人も含み 40 代から 60 代が多い。高齢者の病気と思われているが、高齢者だけの問題ではない、60 歳以下の患者半数以上でている。一つの都市で短期間に複数例発生している。広東省広州市周辺で 1 月 5 日の 1 日に 12 例の患者が出ている。これはどういう事かと思った。大きく広がる数と思ったが、そうではなかった。蘇州市は 1 月 9 日の 1 日で 18 例の患者が出ている。これは地域のアウトブレイクが起きても不思議はない。

これですごく驚いたので、会議に先立って関係者に集まっていただけ今後どうしたらよいか考えることを提案した。データを示すが、どのようなポピュレーションで罹っているか。鳥に直接関係していた人達、直接接触歴が確認できない患者というように分類されている。中国でヒト-ヒト感染はほぼないので、本人は気づかず感染があったのだろうという人。交通事故みたいな発生が相当数あるという事でこれ

も相当に驚くべきことです。広州地域で複数患者が出ている。これは非常に脅威で、市内で流行が起きていると疑いたくなるようなデータ。致死率は35例中12例が死亡している。

次のデータは、1人のH7N9患者の経過を追ったもので1月6日に咳が出て、次の日に呼吸困難・発熱。その次の日入院するが、この時点でインフルエンザのキットで陰性であり、鳥インフルエンザを疑われていない。ですが大事をとってタミフルも入れているがこの時点ではH7N9とはわかってない。12日にICU管理となり体外呼吸器（ECMO）につながれ、ほぼ2か月後に亡くなるという経過だった。タミフル・ペラミビル（ラピアクタ）・抗生剤等で治療していたが、胸部レントゲン写真では肺炎がひどくなっている。

その患者のウイルス量を測っている。気管からの量が一番多い。初期には、ウイルス量が気管支吸入液1ccあたり10の3乗は出ている痕跡的であり感染力はないと考える。2週間目くらいまで10の5乗で量的には多くない。逆に考えるとこのようなウイルス量で臨床的には、重症になっているといえる。10の6乗となっているところもあるが、このレベルになると周りに対し感染を広げる脅威となる。これまで、中国ではH7N9の患者を何十例も診ている中で、ウイルス学的な情報となると、2013年からこれまでのインフルエンザウイルスと変わらない。ウイルス学的には特別な変異が入って、増殖効率が上がっていたとは捉えられない。ただ、PB1とかPB2等の内部遺伝子の変異は人に対するアダプテーションが相当すすんでいるだろうという変異がある。中国の研究チームでわかったことは、HAスパイクに特殊なインサクションがあり、それによりアミノ酸の増加があることが特徴的なウイルスと言っている。

何十例かあった中で、一例タミフル耐性の変異がみつかった。アマンタジンにはそもそも耐性。彼らはここまでを論文にしている。

今の広州での流行株は上記のいままで述べたとおりだろう。ただし中国全土の範囲ではわからない。

もうひとつ懸念すべき材料は患者が国内で動いている。重症化するまで患者は動けるので、発症したのはそれぞれの流行地域だが入院しているのは別の地域というのがある。北京での入院や四川省では、患者は発生していないが、移動してきている。台湾・香港・マカオにも行っており、香港は多い。人が移動している、移動している可能性は中国近辺だけではないだろう。日本に入ってくる可能性もないわけではない。一週間で107例も出ている状況で、日本も対岸の火事として

見ているわけにはいかないだろう。それをどのように考えるか。

論点とすると①仙台での感染例の出現 ②日本のどこかで出現 ③可能性は小さいが大流行した場合 これらの可能性に対して我々はどのように対処するか、準備ができているのかを問題提起したい。少なくとも仙台で出てきたらどうするのかは、考えておかないといけないような状態と思っている。仙台での感染例の出現を考えた時に、どういう人に考えられるか。考えられるのは中国人の旅行者・帰国者が発症して、市内のクリニックに行く。インフルエンザ陽性と診断し、抗ウイルス剤で治療する。治ればよいが重症化した場合、病院に行く。病院でインフルエンザ陽性となり、そこから型判定するのかもしれないか考えなくてはならない。H7に至るまでの道筋ができるかどうか。今後きちんと動かせるようにできるか。どの段階でどういうことをしたらよいかを、具体的に考える必要がある。H7が出たとわかった時には、積極的な疫学調査をしてフォローアップしなくてはならない。それは誰がするか、どういうチームがするか、どのようにするのか。仙台市の保健所が中心となると思うが、感染研が協力するとなっても、それで間に合わない。自前のチームがどういう体制でいくのか考えておかななくてはならない。ウイルス検査は市の衛研がするか。積極的疫学調査で出てきた患者を軒並み検査しなければならない場合も考えられるがその場合、検査がパンクする可能性があり、その手当はどうするか。

治療はどの段階で市立病院の感染症に入れるか、山形や福島に搬送するか。少なくともH7が確定するまでは新型インフルエンザに準じて、どこかに入れなくてはならない。それは仙台市立病院になるかもしれない。きちんと約束を決めておかななくてはならない。そのような事態に至った際にどのように発表するか。誰がいつどのような内容をどのように発信するのか。情報発信の頻度はどうするか。どのような発表をすれば、パニックを起こさず冷静にできるかを考えないと医療が破綻する。関係者間の情報共有が非常に大事。今回、下川先生にはネットワークにメールで出してもらったが、見た方はいるか？流しても末端まで届いているか、流すだけではなく確認しなくてはならないと思う。流すだけではよくない。

ここまでは机上の空論であり、実際にはどのようなことが起こるかを考えた。患者を診察しキット陰性。キットで陽性になるまで時間がかかり、出てくる時には重症肺炎でどうしようもなくなり病院に行く。ここでもキット陰性でインフルエンザではないと悩む。重症化し

<p>会長</p>	<p>ているので入院させるが、原因が長期間不明でインフルエンザがわかった頃には院内感染の可能性。きちんとしておかないと、韓国でのMERSと同様の事が起きる可能性がある。インフルエンザと判明すれば、前回のスライドと同じように動けばいい。判明しない時点で、どう対処するかが非常に大事になる。どうしたらいいのかを皆さんで考えていただきたい。ひとつの病院で原因不明の肺炎があった時に、全員で共有するようになにか。今回のように中国で大流行しているような時などには、そういう体制をとれるようなやり方を考えた方がいいというのが私の提言です。どの段階でなにをするかが、これが私のリアルストーリーと思う。日本でのパンデミックについては、まだ猶予があることと思う。これを機会に手当てを考えておく必要がある。</p> <p>現状でヒトヒト感染はないと考えられる。明らかなクラスタはふたつで、親子の例と病院に入院していた同室者で罹った例。院内感染がないとは言えないので、これはちゃんと考えなければならない。パンデミックになった時に、2009年のパンデミックの時の仙台方式は非常によかった。今回の場合はワクチンがなくタミフルも効かない、軽くない場合。新仙台方式を改めて考えていく必要があるのではないかと。変えていかないと苦労すると思う。前回も、最初は発熱外来で苦労したがどうなるか。ワクチンが無い、重症化病床が少ない・なくなった時に医療の在り方をどうするか考えおく必要がある。ワクチンがないので抗ウイルス剤で対処するしかない場合どううまく使ったらよいか、不足しないのか考える必要がある。以上です。</p>
<p>賀来委員</p>	<p>西村先生には、最新の情報を提供いただきありがとうございました。以前から新型インフルエンザのパンデミックの危機的状況を常に思っておられ、シミュレーションを行っておりました。この機会を捉えて、新仙台方式を考えていくのは非常に重要なポイントと思う。先日、宮城県でインフルエンザの委員会が開かれた時に、永井先生が例えば仙台方式のように医師会の先生に診ていただくが、その後重症化した患者をどの病院が診られるかが重要と発言された。まさに西村先生も同じく、医師会の先生方と病院との連携をどうするかがポイントとご意見いただいた。委員の先生方で、今の西村先生の発言に対して質問・意見はあるか？</p>
<p>飯島委員</p>	<p>インフルエンザ診断キットはいつできるか？インフルエンザ診断キットがH7に対して有効なのか？</p>

西村委員	今のキットはH7 に対応する。H7 とはいえないがインフルエンザの判定はできる。
飯島委員	となると、今も行っている。ウイルス性の肺炎と続発性の細菌性肺炎と混同して考えると危険で、今年もたくさんの患者さんが入院した。インフルエンザだと重症の肺炎になる。ほとんどは二次性の細菌性の肺炎だった。入院した時にインフルエンザとわかれば個室管理する。PPE を使いながら診療するので実際それで困ることはない。ウイルス性の血症型の肺炎。これは治療が難渋する。痰のサクション等でたくさんの人の暴露の可能性もある。この場合もわかってくれば対応しやすい。ウイルス性の肺炎になった場合、悪い方を考えて対応すればよいかと思う。
西村委員	H7 専用キットではないので、通常のもので判定するが陽性まで時間がかかる。たまに出でこない。
飯島委員	インキュベーションの期間が長いということか？では、今のキットをどのように使えば検知しやすいとか具体的な方策はないか？ インキュベーションタイムを延長すると偽陽性が出やすくなる。
西村委員	インキュベーションタイムではなく、インフルエンザは通常 2 日位で陽性になるが、1 週間程度かかる。それが問題。
飯島委員	ウイルスの増殖速度が遅いのか？
西村委員	遅くない。下気道粘膜で増える。
川村委員	西村先生、貴重な報告ありがとうございました。一番の問題はパンデミックになるかどうか。お話の中に出てきたケースで、局地的に地域性のパンデミックが出たことが注目です。
西村委員	ヒトーヒト感染ではない。孤発例がなにかの機会が増え、あれほどの数が出た。そこがわからなかったので、現象を見て地域流行が起きていると思った。

川村委員	<p>孤発例の偶然が重なる条件に関するスペキレーション？はなにか？もう一点、排出するウイルス量が少ないと話されたが、季節型のインフルエンザはどのくらいの排出量か？</p>
西村委員	<p>PCRでみて、拭い液で10の8乗くらい。H7は量が少ない。今年は鳥の流行が多かった。中国で鳥を処理するのに、ドラムのようなものに入れ羽を取ったりする。中途半端にすると周りに飛ぶ可能性がある。マーケットでは鳥の糞が乾いて舞い上がれば、近くにいる人も罹る。鳥の流行が以前より大きくなったのは間違いないトリでとれたウイルスがヒトにいつているのは間違いない。ヒトーヒトだったらあれで済まないの、そこまではいつていないだろう。</p>
飯島委員	<p>ウイルスが出るまで時間が長いのは、今までの反応とは違うか？      これまでのインフルエンザでは、2日位でどっとウイルス量が増えて、同時にγ-インターフェロンとか出てきて、2日が過ぎるとウイルス量が下がってきて、サイトカインが高くなって炎症がひどくなるという経過をとっていた。これを重症化と言っていた。そこから考えると今度のH7による重症化はそういった人体側の反応によるものではないということか？</p>
西村委員	<p>通常のインフルエンザとは今までとは違う発想でいかないといけないかもしれない。通常インフルエンザはほとんど上気道の感染で、そこで増えるため、採取量が多い。詳細はわからない。</p>
賀来委員	<p>H7N9の感染があり仙台市で起こった場合、診断が遅れる可能性がある。仙台市の衛研には、感染研からキットがあると伺っているがなにかコメントはあるか？</p>
勝見課長	<p>衛生研究所ではPCRを立ち上げ、常時H5とH7について検査できる体制になっている。通常の季節性インフルエンザについても、ほぼリアルタイムPCRで検査を行っている。同じ試薬を使うので十分準備している。</p>
賀来委員	<p>疑い例があった場合、送ればある程度答えが出ると考えてよいか。</p>
西村委員	<p>敷居が高くなくできる体制が取れるようにし、周知した方がいい。自分のところでわからないものを抱えたままにするより、PCRをした方がキットと違い一発で出る。</p>



<p>賀来委員</p>	<p>今、先生が言われたようなリスクコミュニケーション、リアルタイムの情報共有が大切。情報共有や検査体制の充実に反映させていただきたいと思う。よろしくお願いします。</p>
<p>賀来委員</p>	<p><b>②WHOグローバルネットワーク会議参加報告</b></p> <p>私と遠藤、吉田と3名でWHOのグローバルネットワーク会議に行ってきました。自分たちの国でどのようにしているかを発表してほしいということで、東北大学・長崎大学での地域でのネットワークについて話してきた。東北大学について、仙台市はどこにあるか。病院の中だけではなく、医師会の先生方や他の地域の先生方とも一緒にしている。ALL JAPANでもしていること。東北地域で、仙台を中心とした色々なネットワークがあり色々行っていることを紹介した。マニュアル・消毒薬のガイドライン・抗生物質のガイドライン・MAR SのDVDなど、医師会の先生方とさせていただいているキッズセミナーこと、震災の時のマニュアルも紹介した。当時、多剤耐性緑膿菌(MDRP)が極めて多いことがわかり、ネットワークの活動を通じてMDRPが下がってきた。画期的なエビデンスであること。注目され、地域ネットワークを組むことで下がってきたことを紹介した。国からヨーロッパの雑誌に紹介されたこともWHOで報告した。</p> <p>WHOが重要として挙げたこと。</p> <p><b>1 コミュニケーションについて</b></p> <p>Webでどのようにコミュニケーションを図っていくのか。WHOは非常に重要なコンポーネントと言っている。</p> <p><b>2 感染対策のトレーニング</b></p> <p>トレーニングや教育用のパッケージ</p> <p><b>3 手洗いの重要性</b></p> <p>教育・啓発・手洗い・ネットワークの構築を重要なコンポーネントとしていると伝えていた。</p> <p>もうひとつWHOとして疾患として注目しているのが、外科感染症・薬剤耐性菌・重症感染症・職業感染防止(いわゆる針刺し)を重要な項目としてグローバルネットワークでも、取り組んでいけばいいのではないかということだった。</p> <p>同時にWHOに報告させていただいた、宮城県仙台市の取り組みは、まさにコミュニケーション・トレーニング・手洗い・AMRの4項目をカバーしているということで、非常に注目されていた。今まで私た</p>

ちは「介入」、指導するとかインターベーションという言葉をよく使っていたが、今回はWHO「Implementation」、「実施」自分たちで自主的にすることを、重要視していこうというのが印象的だった。

次に、カルバペネム耐性腸内細菌（CRE）についてのワーキンググループがあり、遠藤先生がつくったスライドでアメリカ・日本・インドでCREのタイプで全然違う。カルバペネム耐性腸内細菌は、国による地域性があることがわかった。

アメリカではKlebsiellaが増えている。2004年にニューヨークの病院で、CREが産生する耐性菌で14名中8名が亡くなった。死亡率が高く使う薬がなく、十数年前に注目されていた。

ベルギーではNDM-1。2009年のニューデリータイプのインド発祥の菌がイギリスまで広がった。キャメロン首相が国家戦略として述べている。イギリスでは、パキスタンやインドへ行った方を調べると、かなりの確率でNDM-1が深刻な状況であると、2009年から報告されている。新しい薬は効くが、臨床で使っている薬はほとんど効かないというのは、死亡率が高いことになる。

日本でもNDM-1は獨協大学でスーパー耐性菌として見つかった、これもインドに行った方だった。2例目は海外渡航歴のない高齢者だったので、すでにNDM-1は日本に入っているということになる。問題になっているのは、ステルス型という見えない隠れた耐性菌が問題になっている。IMP-6が日本に多い。アメリカではKlebsiellaの菌が多いと言ったが、日本ではEnterobacterが非常に多い。東北大学でもEnterobacterが多く、たぶん宮城県内も多いと思う。この中で、MBLはカルバペネムを壊す酵素を出す。壊す以外にもいろいろなタイプの耐性があるが、このタイプはプラスミドで動く遺伝子でどんどんうつっていく。お腹の中の他の菌も耐性化してしまう、これが増えるとやっかいになる。

その中、国はAMRアクションプランで昨年政策をあげた。ふたつの論文がWHOのモデル論文として紹介された。イスラエルのグループの論文で、16-point infection control scoreは新しく日本では今日初めて紹介するが、イスラエルはCRE対策に成功した。ミッテルというイスラエルの厚生労働省の先生で、イスラエル全土でCREを防ぐことができた。どういう事が重要かという16のポイント（各病室にアルコール製剤とか、有効性のある石けんの設置、ペーパータオル等）で、これは日本では当たり前に行っているように思った。（ポイントの一つである）入院時のスクリーニングはできないと思う

<p>事務局 (健康安全課課長)</p>	<p>が。</p> <p>先生方にお示ししたかったのは、日本の infection control は非常にレベルが高いと実感した。日本では I C T のチームが熱心に行っている。だから日本は、あまり耐性菌が多くないのではないかと感じた。今回、WHO に行ってよかったのは日本のレベルは世界最先端の infection control ができているのではないかと実感しました。以上が報告です。</p> <p>いかがでしょうか？各病院での infection control はかなりなされておられ、それが日本のレベルの高さではないか。WHO も発展途上国もたくさんあり、消毒薬も十分でないそのようなところのようにすればいいかを考える必要もあり、高いレベルのガイドラインではない。そういう意味では、日本全体のレベルの高さを感じるミーティングだった。続いて</p> <p><b>(2) 仙台市の新型インフルエンザ等対策</b></p> <p><b>① 仙台市感染症に係る病院ネットワーク活動について</b></p> <p>平成 28 年度活動報告 説明をお願いします。</p> <p><b>【資料 3】</b> この会議で提案し活動を始めネットワークで、今年度 2 回開催した。第 1 回目は 9 月 6 日、第 2 回目を 2 月 7 日に開催。またメール配信を行っている。これはご参加の皆様方にメールの登録をしていただき、直接個人に届くように個人への配信を基本としている。毎週 1 回程度、東北大学から感染症疫学情報を、私どもから感染症情報をメール発信している。平成 29 年度は、同じように 2 回程度の会議開催を予定している。他に感染症トータルマネジメント勉強会として会議とは別の場を考えている。参加している各医療機関の院内感染症対策、感染症医療に関する東北大学病院による支援を実行していければと考えている。参加病院は 200 床程度以上の病院に参加いただいている。第 1 回目は、薬剤耐性 (AMR) アクションプラン 2016-2020 についてと新興ウイルス感染症対策の現状と課題の講演をいただいたあと、意見の交換を行った。第 2 回目は、研修会についてはアクションプランの具体的な現状と感染症診療の考え方についてお話しいただき、具体的な症例の提示。感染症トータルマネジメントの勉強会や東北大学による支援等。2 回目の会議で案を示し、意見をいただくためアンケートを実施した。アンケートを基に内容を詰め、開催をしたいと考えている。開催の頻度は月 1 回を予定。ネットワーク以外でも集まる機会を設けたいと考えている。一例としての案を提案し、</p>
--------------------------	--

<p>賀来委員</p>	<p>他に希望があれば伺い検討していく。以上です。</p> <p>ありがとうございました。仙台市の方から報告いただいた、病院に関わるネットワーク活動。先程、西村先生からも話があった、病院間でのネットワークをどのようにするか。永井先生からの、医師会の先生方と病院の中とのネットワークをどう組むのか？重症化した時の対応等。仙台市内の16病院と共に医師会の先生方も参加いただいて、会議が開かれた。</p> <p>感染症トータルマネジメント勉強会について、もう少し細やかにできないかと。一年を通じて地域のレベルアップを図る。16病院についてはこれまで加算のネットワークにも入っておられて非常にレベルが高いので、私のところがラウンドに行くのではなく、外部意見として参考にできればということと。以前新型インフルエンザのパンデミックの際に、急患センターや透析の病院などに出向かせていただき、改善点についてディスカッションさせていただいた。もう一度改めて急患センターとか開業医で困っていることがあれば直接出向き、情報を差し上げることができたらと思う。</p> <p>仙台市がよりネットワークを充実して、新興・再興感染症に対し対応していこうという新しい取り組みについて、西村先生からの確認についての意見も参考にしてもらいたい。実際に大きなアウトブレイクが起こった場合の動き方の話し合いも持って行くべきと思っているが、なにか意見はないか？</p>
<p>永井委員</p>	<p>前回、2009年の新型インフルエンザの際には、最初に宮城県が各病院に調査した「新型インフルエンザの患者さん入院を受け入れるか」に地方の病院は、ほとんどがノーだった。</p> <p>ではどうするかとなったが、実際は仙台市内の場合は、病診連携が進んでおりますので、重症な患者さんはそれぞれの病院が治療してくれた実績がある。あの時はうまくいったと思っている。</p> <p>今度は西村先生がご懸念の全くの新型で、致死率も高いとなるとどうするかということは、これから検討していかなくてはならない。</p>
<p>賀来委員</p>	<p>来年、1種病床が大学に設置される。市立病院の先生方とも協議をしていかなくてはならないが、重症な患者については東北大学病院の1種病床で対応するかと。今までは、福島や山形や岩手に送らなければならなかったかもしれないが、1種病床ができるとそこでの対応も</p>

<p>飯島委員</p>	<p>含め、意見をいただき進めていきたい。感染症トータルマネージメントの勉強会も開いていくということだが、ぜひ西村先生にも講師でお話しいただければと思う。いかがか？</p> <p>勉強会は、やり過ぎて困ることはなくいいと思う。常々思うが、医療側が勉強会をするのも大事と思うが、感染症の知識を市民にどう伝えるか。市民の方への教育が不十分だとどうなるか。テレビで新しいインフルエンザがでた、外国で致死率が高いらしい、危ないと聞くとパニックになる。よくよく考えてみると、この間のパンデミックの時にも、アメリカでたくさん亡くなった。日本ではほとんど死亡が高くなかった。さきほど賀来先生がお話になった、感染対策も全部できている。母数が何か、不顕性感染の方は病院に来ない。軽い人も病院に来ないで治る。悪い人が病院に来て、ピックアップするから致死率が上がる。悪くならないと病院にかかれない国など。実際に今度来るウイルスが、たくさんの人にうつったとしても重症化する人はどの程度か、わからない。SARS程高くはないのでは？アルコールが効くので対処仕方はある。テレビがいたずらに煽るので、市民があわてる、相対的に必要のない健康な人がこぞって病院にやってくる、タミフルを処方してほしい、ワクチンを打てと言ってくる。本来弱い人を守らなければならない。そういった市民向けの知識を広めていく必要があると思う。重症化するのには、ウイルス側の要因だけでなく罹った人の免疫の応答性で重症化することが多いはず。糖尿病の方や妊婦さんを守って、注意してもらおうなど、リスクのある人はわかっている。わからない人もいるがウイルスが怖いと言うよりは体質によることもあると教育しておかないと、いたずらに怖がって騒ぎが大きくなる、薬の奪い合いになるのはよくない。事前に教育が必要と思う。</p>
<p>賀来会長</p>	<p>市民向けリスクコミュニケーションについては、川村先生を中心に仙台市医師会市民公開講座を、子供中心に父兄も含め少しずつ行っている。薬剤師会もドラッグストアへ啓発に行くことも重要と思う。ぜひ、薬剤師会の先生方ともネットワークを組みながら、させていただきたいと思う。小中高ではインフルエンザとはどんな病気なのか、といったことも重要なポイントと思われませんがなにか意見はないか？</p>
<p>西村委員</p>	<p>N7H9 では、H5 も同じだが、血清疫学でみると、軽症者はいない。患者の周りを見ると抗体価を持っている人はいない。ということは感</p>

川村委員	<p>染していない。軽症者がどれだけいるか本当はわからないが、現在までの知見から行くと、重症化の機序がわかっていない状況。正しい情報を与えるのはいいが、何が正しい情報かが重要になる。科学的な知見をたくさんとったうえでの、リスクコミュニケーションになる。現段階では周りに軽症者はいないが、発症者はいる。</p> <p>新型インフルエンザ流行時に、小児科の医療機関 20 件で医療従事者あわせ 165 人で、6 か月間抗体価の測定を行った。その時に不顕性感染が 2 割。新型インフルエンザで出やすかったのは、近い発生がなかったので抗体価を持っている人がない。軽症感染はほぼ半数。H5N1 やH7N9 で軽症がないと考えると、半分罹ってあの死亡率は大変なパンデミックになると思う。我々も知識を共有しながら、どのように予防していくのか。</p>
高橋委員	<p>先日、薬剤師会で勉強会があり吉田先生に来ていただいた。お客さんに手を洗ったか聞くと、洗ったとはいうが、色々なやり方がある。うがいも人によって様々。正しくうがい・手洗い・消毒・マスクの装着などで予防できる率は高くなるか？</p>
賀来委員	<p>そう思う。100%は難しいが、色々な方法を組み合わせていくことでリスクは下がっていく。</p>
高橋委員	<p>東北大学でつくっていただいたビデオや手洗いの映像を、各薬局に配布し見ていただくのも可能か。目で見ないとわからないのではないか。</p>
鈴木委員	<p>川村先生から、子供に対する啓発のポスターを貼ってくださいということ、歯科医師会の会員の中でポスターを貼るなど協力している。我々として直接啓発に関わることはあまりないが、インフルエンザと口腔ケアの関わりはいわれている。施設や在宅訪問などで歯科診療に行った際には、からめての啓発などでなにかできるのではないかと考えている。</p>
佃委員	<p>研修会は常時開いている。市民の方のために“町の保健室の健康相談”を定期的にかいている。そこでインフルエンザの予防の仕方やあらゆることの予防について、一般市民の方に集まっていたい時にお</p>

<p>三木委員</p>	<p>話をさせてもらっている。訪問看護の方では、家庭の中での処理の仕方などを常時している。“町の保健室”も各訪問ステーションの中でも、地域の方に集まっていただき開いている。色々なところで市民の方と接し啓発することはできると思う。</p> <p>先程西村先生から、(H7N9) 仙台市で起こったらどうなるかということだったが、国内で仙台市が初めてとなればまず難しいかと。治療して治らないとなり、何か変だとなった場合、気楽に検査ができればいいのかと思う。最初から疑ってかかることは無いだろうから、見つけるのが大変だろう。</p> <p>感染症が起こった時の取り組みとしては、仙台市内の場合は仙台市・宮城県の両方が一緒に市内病院に働きかけをし、医療体制をつくっていく方がわれわれもやりやすいと思う。窓口をひとつのようにまとめてほしいと思う。患者教育は、自分がそのような病気となると大きな病院に来る。去年も麻疹が騒がれた時に、疑いという患者が何件か来た。親が入院させないのか？と怒る。大したことなく入院させたら院内が大変なのに、自分の子どものことだけ考えて騒ぐ。日頃から感染症が起こった時には、病院に来れば弱い人たちがいて、ある面では凶器になることがある。軽い・入院の必要なければ自宅で診ていくことが大事ということ、市民にわかっていたかかないと。感染症が流行れば心配だとすぐ病院に来ることが出てきてしまう。</p>
<p>西村委員</p>	<p>リスクコミュニケーションをどのようにするのか、どういう内容でするのかに尽きる。どういう情報を流し、どういうメッセージで、目的などひとつひとつ整理し、正しい情報を流して嘘はつかない。そのあたりをうまくさばくやり方を研究していただきたいと思う。本当に専門家なのかわからない人もいる。出す情報の信憑性は慎重に判断した方がいい。</p>
<p>賀来教授</p>	<p>他にはないか？様々な意見が委員の先生方から出た。仙台市の計画は行っていくが、意見をふまえ事務局でも考えてより充実したものになっていくように思っている。どうかよろしくお願いします。</p> <p>② 新型インフルエンザ等対策特別措置法に係る特定接種について 事務局から説明願います。</p>

<p>事務局(沼田課長)</p>	<p>【資料 4】 新型インフルエンザが発生した場合に、住民接種に先立ち医療の提供又は国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者の従業員等を行う予防接種。昨年 10 月より候補となる機関の事業者や医療機関の登録を行っているところ。医療分野の登録について 1 月に終わる予定だったが、システム障害等の事情で、国が 3 月 17 日まで受付期間を延長している。私どもの方で申請されてものについては、随時内容確認・修正依頼をしている。この作業が 4 月 17 日まで終えることになっている。その後、厚生労働省において内容確認を 5 月 17 日まで行うこととなっている。以後、登録された医療機関・事業者の公表がなされる。国における最終的な公表は、現在未定という状況。以上です。</p>
<p>賀来委員</p>	<p>ありがとうございました。特定接種についてなにか意見・質問はないか？このようなかたちの登録で公表が 5 月 17 日以降で、時期は未定ということになる。よろしいでしょうか。以上で議事を終了する。</p>



本議事録について、平成29年3月14日に開催した仙台市感染症メディカル・ネットワーク会議の議事内容と相違ないことを確認しました。

平成29年6月23日

議事録署名 高橋 将喜 