

「保健所情報支援システムの構築」

本事業においては、全国保健所長会協力事業として、保健所に情報を提供し支援するため、メーリングリスト、ウェブサイト、ウェブ会議の構築・活用を推進するとともに、感染対策等において専門家と連携・支援するシステムの構築を推進しました。純粹の学問的研究ではありませんが、実用性が高く保健所の活動に貢献できるものをめざしました。ご協力いただいた関係者に感謝申し上げます。

平成26年3月31日

分担事業者 緒方剛（茨城県筑西保健所長）

事業協力者

佐々木 隆一郎（長野県飯田保健所）
米山克俊（日本公衆衛生協会総務課長）
藤本眞一（埼玉県草加保健所）
伊東則彦（北海道根室保健所）
中里栄介（佐賀県杵藤保健所）
国吉秀樹（那覇市保健所）
稲葉静代（名古屋市緑保健所）
松本小百合（東大阪市保健所）
高岡道雄（兵庫県加古川保健所）
長井大（鳥取県鳥取保健所）
永野美紀（福岡市城南保健所）
森兼啓太（山形大学）
坂本史衣（聖路加国際メディカルセンター）
金井信一郎（信州大学）
押谷 仁（東北大学）
和田耕治（国立国際医療研究センター）
中島一敏（国立感染症研究所）

アドバイザー

中瀬克己（岡山市保健所）
石丸泰隆（山口県岩国環境保健所）
山口亮（旭川市保健所）
金谷泰宏（国立保健医療科学院）
森澤雄司（自治医科大学）
石黒信久（北海道大学）
萱場広之（弘前大学）
佐藤智明（山形大学医学部）
徳江豊（群馬大学医学部）
人見重美（筑波大学医学部）
山口敏行（埼玉医科大学）
細川直登（亀田総合病院）
吉田眞紀子（亀田総合病院）
大久保憲（東京医療保健大学）
吉田正樹（慈恵医科大学）
坂本史衣（聖路加国際病院）
小野和代（東京医科歯科大学）
満田年宏（横浜市立大学）
飯沼由嗣（金沢医科大学）
村上啓雄（岐阜大学）（名古屋大学）
八木哲也（名古屋大学）
朝野和典（大阪大学）
大毛宏喜（広島大学）
武内世生（高知大学）
青木洋介（佐賀大学）
川村英樹（鹿児島大学）
鈴木里和（国立感染症研究所細菌第二部）
一乗健太郎（日本公衆衛生協会）

A. 事業目的

全国の保健所の業務における対策について、IT 技術や専門家を通じて必要な知識・技術などの情報を提供するシステムを構築することにより、保健所を支援する。

B. 事業方法

必要な情報を提供して全国の保健所を支援するために、全国の保健所長へのアンケート調査を実施するとともに、次のような事業を行う。

1 IT を利用した情報支援システムについて

保健所支援メーリングリストの整備、保健所支援ウェブサイト・ウェブ会議を推進する。

2 専門家と連携した情報支援システムについて

院内感染などの健康危機に適切に対応するために、保健所と感染制御専門家が連携する体制を確保する。

C. 事業結果

1 IT を利用した情報支援システムについて

保健所長へのアンケート調査を 9 月に実施し、265 保健所から回答があった(回答率は保健所に対し 54%、会員に対し 59%)。保健所の関心について尋ねたところ、保健所長支援メーリングリストは 93%、所長会総会・研修会などの動画配信 66%、ウェブ上の保健所長のみ閲覧できるページでの情報提供 80%、ブロック会議などへのテレビ会議による参加 41%、災害時個人アドレスからメーリングリスト参加 60%であった。(資料 1)

IT を利用した情報支援システムについて、7 月 25 日、11 月 25 日、2 月 24 日の 3 回の班会議を実施した。このうち、11 月 25 日の会議はウェブ会議で実施した。

支援メーリングリストについては、10 月に参加者を更新し、会員 446 名中 338 名の(76%)の参加が得られ、昨年を上回った。規約改正を 7 月と 2 月に行い、健康危機管理以外に対象分野を拡大するとともに、助言者登録の削除、受信の原則転送禁止、公的アドレスへの限定を定めた。(資料 2)

メールを 16 のカテゴリーに分類・分析したところ、感染症と医療に関するものが多かった。質問投稿 39 通についての回答が得られるまでの時間は、同日中は 54%、翌日 21%であり、回答のないものは 5%で昨年の 13%より減少していた。メールのアーカイブを作成中である。(資料 3)

ウェブサイトについては、メーリングリスト加入者限定ページ設定を検討した。メーリングリストのアーカイブメールを掲載するものとし、会員退会後も含めて一定年限メールを残すことを規約に規定する。また、質問への個人メール回答も発信者了解後に掲載するとともに、匿名の質問やコメントも可とするものとする。

ウェブ会議については、食中毒調査支援システムを用いた班会議および接続テストを実施し、概ね通信は良好であったが一部に問題があった。ウェブ会議は、一方向のみの配信では快適であり、双方向の会議については一定人数以下では概ね良好であった。また、アプリケーション資料を利用することにより、線引き(提示者は修正)が可能であった。(資料 4)

2 専門家と連携した情報支援システムについて

保健所長へのアンケート調査では、感染防止対策加算を算定している病院数について回答のない保健所が44%あった。回答があった保健所においての加算1または加算2を算定している病院の比率は、30%以下が29%、30-50%が39%、50%以上が26%であり、加算のカンファレンスに参加している保健所は17%であった。加算を算定していない病院がネットワークに参加していると回答した保健所は20%であった。管内病院の多剤耐性菌重大アウトブレイクにおける感染管理の専門家の紹介について、「ケースによっては紹介してほしい」と回答した保健所が62%、「紹介を希望する」が25%であった。風疹、新型インフルエンザ対策で、保健所は役割を果たしている。(資料1)

専門家と連携した情報支援システムについて、8月16日、1月10日の2回の班会議を実施した。

院内感染のアウトブレイク時に保健所を支援いただける全国の感染制御専門家のメーリングリストには、大学教授1名(国公立大学附属病院感染対策協議会事務局長)を追加して25名とするとともに、8月19日に専門家への説明会を実施した。専門家のプロフィール一覧を保健所長に配布した。(資料5)12月に東京都の保健所長より依頼があり、初めてメーリングリストを活用して専門家が保健所支援した。班会議で当該所長よりご報告いただき、有益とのことであった。

専門家の執筆により、保健所長支援メーリングリストを通じて支援情報の提供を5回行った。(資料6)加算を算定しない病院の参加するネットワーク事例について、資料収集した。(資料7)

D. 考察

ITおよび専門家を活用した支援はいずれも有用であり、院内アウトブレイク対応時に活用されるなど一定の成果が得られた。保健所長会の公的支援と事業班の支援の双方が有益と考えられた。

E. 結論

保健所に情報を提供し支援するため、メーリングリスト、ウェブサイト、ウェブ会議の構築・活用を推進するとともに、感染対策等において専門家と連携・支援するシステムの構築を推進した。

F. 今後の計画

非公開サイトやメールアーカイブの構築、国立保健医療科学院と連携したウェブ会議基盤整備と試行、日本環境感染学会と連携した対応支援事例集作成、院内感染以外の専門家活用など、情報支援システムの一層の推進を図る。

G. 研究発表

公衆衛生 インфекション・コントロール誌第77巻11月号 「院内感染対策 行政の立場から」
2013年

キーワード：メーリングリスト、ウェブ、専門家、感染対策、連携

(資料 1)

保健所情報支援・感染防止対策連携等についてのアンケート調査報告

平成 26 年 1 月 27 日

平成 25 年度 地域保健総合推進事業 保健所情報支援システムの構築事業
感染症対策連携研究班
東大阪市保健所 松本小百合

【目的】

平成 24 年度より開始された診療報酬の感染防止対策加算の病院への普及に伴い、地域における感染対策に関する連携の状況は急速に変化してきている。病院内外の感染防止対策における地域連携の具体的なあり方および保健所が果たしている役割についての現状を把握する目的で、本年度の地域保健総合推進事業「保健所情報支援システムの構築事業」において、「保健所情報支援・感染防止対策連携等についてのアンケート調査」を実施した。

【対象・方法・期間】

平成 25 年 9 月 5 日に全国 495 保健所にメールにてアンケートを送付し、9 月 5 日から 10 月下旬にかけて回収した。

【結果】

1. 回収率 53.5% (265/495 保健所)

設置主体別回収率 (都道府県 54.6% (203/372)、市区 53.0% (62/117))

2. 質問内容と回答

①平成 25 年 4 月から 8 月までに管内に風疹患者の届出は何例ありましたか。

なし	1-9	10-99	100 以上	回答なし
47	117	81	19	1
17.7%	44.2%	30.6%	7.2%	0.4%

②風疹発生に対して保健所に対処したものは下記のうちどれですか。

a. 住民・企業への啓発または問い合わせへの対応

はい	いいえ	回答なし
221	30	14
83.4%	11.3%	5.3%

b. 患者発生時の接触者への疫学調査 (うち風疹届け出ありの保健所)

はい	いいえ	回答なし	届出有	はい	いいえ
123	126	16		75	62
46.4%	47.5%	6.0%		54.7%	45.3%

c. 住民への抗体検査

はい	いいえ	回答なし
38	213	14
14.3%	80.4%	5.3%

d. (県型保健所) 予防接種やその助成に関する市町村への啓発

はい	いいえ	回答なし
109	72	22
53.7%	35.5%	10.8%

e. (市型保健所) 予防接種の助成

はい	いいえ	回答なし
45	16	1
72.6%	25.8%	1.6%

③市町村の新型インフルエンザ対策計画策定に対して支援・連携は可能ですか

現在している	今後してもよい	いいえ	わからない	回答なし
107	122	2	12	22
40.4%	46.0%	0.8%	4.5%	8.3%

④管内の病院数はいくつですか

病院数	0 ~ 9	10 ~ 14	15 ~ 19	20 ~ 24	25 ~ 30	30 ~ 34	35 ~ 39	40 ~ 44	45 ~ 49	50 ~ 54	55 ~ 59	60 ~ 64	65 ~ 69	70 ~ 74	75 ~ 79	80 ~ 84	100~
保健所数	9	2	4	13	9	10	9	18	13	15	7	9	4	2	4	1	4

県型

病院数	1~5	5~9	10~ 15	16~19	20~25	26~29	30~40	41~
保健所数	27	53	47	26	24	11	12	3
	13.3%	26.1%	23.2%	12.8%	11.8%	5.4%	5.9%	1.5%

市・区型

病院数	~10	10~19	20~ 29	30~39	40~49	50~99	100~
保健所数	4	15	16	8	8	7	4
	6.5%	24.2%	25.8%	12.9%	12.9%	11.3%	6.5%

⑤管内で、感染防止対策加算を算定している病院はいくつですか

加算算定病院数 (全体)

比率 (%)	0 ~ 5	5 ~ 10	10 ~ 15	15 ~ 20	20 ~ 25	25 ~ 30	30 ~ 35	35 ~ 40	40 ~ 45	45 ~ 50	50 ~ 60	60 ~ 70	70 ~ 80	80 ~
保健所数	9	0	2	4	13	9	10	9	18	13	22	13	6	5
保健所比率	7%	0%	2%	3%	10%	7%	8%	7%	14%	10%	17%	10%	5%	4%

加算算定病院数 (加算1)

比率 (%)	0 ~ 5	5 ~ 10	10 ~ 15	15 ~ 20	20 ~ 25	25 ~ 30	30 ~ 35	35 ~ 40	40 ~ 45	45 ~ 50	50 ~ 60	60 ~ 70	70 ~ 80	80 ~
保健所数	38	29	30	23	15	6	3	0	1	0	2	2	0	1
保健所比率	25%	19%	20%	15%	10%	4%	2%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	1%

加算算定病院数（加算 2）

比率 (%)	0 ～ 5	5 ～ 10	10 ～ 15	15 ～ 20	20 ～ 25	25 ～ 30	30 ～ 35	35 ～ 40	40 ～ 45	45 ～ 50	50 ～ 60	60 ～ 70	70 ～ 80	80～
保健所数	11	3	7	12	15	14	24	15	17	1	6	2	3	3
保健所比率	8%	2%	5%	9%	11%	11%	18%	11%	13%	1%	5%	2%	2%	2%

加算の記載なし
115
265
43.4%

⑥貴保健所は、感染防止対策加算のカンファレンスに参加または関与していますか

参加しており、開催事務にも関与している	参加しているが、開催事務には関与していない	参加していないが、結果については情報を得ている	参加しておらず、結果についても情報を得ていない	回答なし
5	40	12	203	5
1.9%	15.1%	4.5%	76.6%	1.9%

⑦感染防止対策加算を算定していない管内病院のうち、院内感染症対策に関するネットワークに参加している病院がありますか。

感染防止対策加算以外のネットワークがある	感染防止対策加算のカンファレンスのみであるが、加算を算定していない病院も参加している	ない	わからない	回答なし
31	22	58	120	34
11.7%	8.3%	21.9%	45.3%	12.8%

⑧⑦のネットワークに、貴保健所は参加または運営していますか。

運営している	運営ではないが、参加している	参加していないが今後参加予定	参加しておらず、今後も参加予定がない	回答なし
15	23	9	79	139
5.7%	8.7%	3.4%	29.8%	52.5%

⑨管内の病院で多剤耐性菌による重大なアウトブレイクが起こったとして相談があった場合、本事業班から感染管理の専門家の紹介を受けたいと思いますか。

別途に専門家からの支援が得られるので不要である	別途に専門家の支援は得られるが、ケースによっては紹介してほしい	事業班からの紹介を希望する	回答なし
31	164	65	5
11.7%	61.9%	24.5%	1.9%

⑩感染症などのテロへの対応について協力要請があった場合、保健所が対応することについて、どう思いますか。

対応する	必要な指針、資機材、支援などがあれば、対応を検討したい	対応できない	わからない	回答なし
56	140	28	39	2
21.1%	52.8%	10.6%	14.7%	0.8%

⑫保健所に対する情報支援に関して、次の事項についてご関心があるかをお答えください。

a. 現在運用中の保健所長支援メーリングリスト

ある	ない	回答なし
243	18	4
91.7%	6.8%	1.5%

b. 所長会総会・研修会などの動画配信

ある	ない	回答なし
172	88	5
64.9%	33.2%	1.9%

c. ウェブ上の保健所長のみ閲覧できるページでの情報提供

ある	ない	回答なし
209	51	5
78.9%	19.2%	1.9%

d. ブロック会議などへのテレビ会議による参加

ある	ない	回答なし
108	153	4
40.8%	57.7%	1.5%

e. 災害時の個人アドレスからのメーリングリスト参加

ある	ない	回答なし
156	104	5
58.9%	39.2%	1.9%

(資料 2)

平成 25 年 7 月 25 日制定

平成 26 年 2 月 24 日改定

草加保健所 藤本眞一

保健所長支援メーリングリスト規約(改定案)

(目的)

第 1 条 本規約は、平成 25 年度地域保健総合推進事業「保健所情報支援システムの構築事業（分担事業者：全国保健所長会広報担当副常務理事 緒方剛）」（以下「保健所情報支援班」という。）と全国保健所長会事務局が運営するメーリングリストに関し、利用に当たって遵守すべき事項等、必要事項を定めるものである。

(名称)

第 2 条 このメーリングリストの名称は、「保健所長支援メーリングリスト」（以下、「当ML」という。）とする。

(利用目的)

第 3 条 当MLは、全国の保健所長間において、保健所長の業務に関連する情報等の相互共有の促進を図り、保健所長の対応を支援することを目的とする。当MLを利用する者はこれを営利目的で利用してはならない。

(運営)

第 4 条 当MLは、全国保健所長会及び日本公衆衛生協会の協力の下、保健所情報支援班が運営する。

(登録資格)

第 5 条 当MLに登録できる者は、原則として全国保健所長会会員とし、かつ当ML登録に同意している者とする。また、登録メールアドレスは、保健所など勤務先の、公的かつ保健所長個人に直接配送されるメールアドレスとする。

2 全国保健所長会事務局の当ML情報管理担当者の公的メールアドレスも、当MLの運用上登録する。

(登録資格の取消)

第 6 条 当MLの運営に当たる保健所情報支援班は、当ML登録者が次の各号のいずれかに該当する場合、その登録資格の取消を行うことができる。

(1) 登録者が全国保健所長会会員でなくなった場合

(2) 登録者が当ML本規約を遵守しない場合。（ただし、その際には、注意、警告を行った上で、改善なき場合に登録資格の取消を行う。）

(登録・登録の解除)

第7条 当MLの登録および登録の解除は、第5条あるいは第6条に基づいて、保健所情報支援班の管理下で全国保健所長会事務局が行う。新規に全国保健所長会員となった者については、当MLへの登録の意向に関して、保健所情報支援班が全国保健所長会の協力を得て確認を行う。

(登録メールアドレス情報管理)

第8条 当ML登録者の登録メールアドレスの情報については、保健所情報支援班及び全国保健所長会事務局が厳重に管理を行う。保健所情報支援班及び全国保健所長会事務局は、登録者本人の許可なく、そのメールアドレス情報を第三者へ提供してはならない。

(利用者の範囲)

第9条 当MLを利用できる者は、当MLの登録者に限定し、当ML登録者から受信したメールの転送は、原則として禁止する。

(運営への協力等)

第10条 当ML登録者は、当MLの利用に当たり、本規約その他全国保健所長会または保健所情報支援班が決定した事項を遵守するとともに、閲覧パソコンには最新のウイルス対策データをインストールする、配信メールがフィルタリングによる排除を受けないように設定する、配信先アドレスの変更があれば速やかに全国保健所長会事務局に通知する、などにより当MLの円滑な運営に協力することとする。

(運営の中断)

第11条 保健所情報支援班は、運営を妨害する行為を受けた場合、あるいはウイルスメールの影響拡大防止など緊急を要する場合には、当MLの運営を予告なく一時中断することができる。

(メーリングリストの利用方法)

第12条 当MLは、利用目的の範囲内でメーリングリストに登録されている者全員に電子メールを配送したい場合に、当MLのメールアドレス (support-hc-ml@support-hc.com) に電子メールを送信することにより利用する。このとき、送信する電子メールには、受信者が内容を把握できる簡潔な題名 (Subject) が与えられているものとする。

2 当MLで配送する情報は、原則として保健所長の業務に関連する情報とする。加えて、第12条の禁止事項に該当せず、登録者にとって有益な情報であれば、その配送を妨げないこととする。

3 利用者は、万が一の情報漏洩の被害を最小限に抑えるため、不必要な個人情報や機密性の高い情報は掲載してはならない。

(禁止事項)

第13条 当MLの利用に当たっては、以下の行為を禁止する。

(1) 公序良俗、法令に違反する行為を目的とした利用。

- (2) 犯罪的行為に結びつく行為。
- (3) 登録者や第三者の著作権を侵害する行為。
- (4) 登録者や第三者の財産、プライバシーを侵害する行為。
- (5) 登録者や第三者に不利益を与える行為。
- (6) 登録者や第三者を誹謗中傷する行為。

(規約の変更)

第14条 保健所情報支援班は、本規約の改定の必要を生じた場合には、登録者に当MLにより通知の上、規約を改定することができる。

(その他)

第15条 利用者は、本規約を遵守し、コンピュータネットワーク上のエチケット（ネチケット）を十分理解した上で、当MLを利用しなければならない。

(資料 3)

保健所情報支援システム構築班情報支援グループ班資料メール分析

北海道根室保健所 伊東則彦

2013年・平成25年分（1月8日～12月27日）までのメール452通を分析、仕分けした。
なお、一部、開封確認メール、到着確認メールなど内容無しのメール、速やかに削除されたメール等約20件については除いた。

月別件数

2013.1 1、2013.2 2、2013.3 55、2013.4 114、2013.5 23、2013.6 55
2013.7 20、2013.8 16、2013.9 32、2013.10 43、2013.11 64、2013.12 19

テーマ別件数

テーマ	数
1 組織・システム	6
2 情報・事例・疫学	27
3 人材確保・育成	6
4 医療	89
5 災害	7
6 感染症	274
7 健康増進	4
8 精神保健	0
9 難病	0
10 母子保健	1
11 歯科保健	2
12 食品・生活衛生	16
13 放射線	4
14 福祉介護	2
15 研修会ニュース	2
16 環境保健	4
17 その他	0

メーリングリスト質問初投稿へ

回答されるまでの時間

即日 30

翌日 10

2-7日後 8

回答無し・不明 3

(資料 4)

県境を越えた広域連携 Web 会議について

佐賀県杵藤保健所 中里栄介

平成25年度 地域保健総合推進事業
「保健所情報支援システムの構築 事業」
情報支援グループ班会議

食中毒調査支援システムNESFDを利用したweb会議
県境を越えた広域連携web会議について

平成26年2月24日
佐賀県杵藤保健所 中里栄介

1

はじめに(前回までの課題の復習)

- 引き続き、以下のようなウェブ会議(模擬会議)を重ね、その効果的な活用について検討を重ねる。
- 例)県をまたがる食中毒発生時の対応に備え
A県の県庁と保健所
及びB県の県庁と保健所によるウェブ会議
NESFD本来の目的である、食中毒発生時の対応時に、本システムが利用可能か、その試験的運用を試みる。

※ その後、分かった状況 と 代替案の検討

佐賀県は福岡県と隣接し、その間の人の往来が多いため、食中毒事例対応にはその間の連携が重要である。

- しかしながら、福岡県は諸般の事情によりNESFDの利用が認められていないため、両県によるweb会議の実施はできないことが判明した。
- そのため、まずはNESFDの利用が可能で、かつ地域として連携の需要が高い、久留米市保健所と鳥栖保健所の二者間及び仮想県庁としての杵藤保健所の、三者間によるweb会議を実施し、NESFDによるweb会議の活用について検証を図ることとした。

2

県境を越えた広域連携Web会議(概要)

【 想 定 】

- 久留米市と鳥栖市をまたがる食中毒事例が発生した。
- そのため、当該2保健所間及び県庁及び事務局保健所の4～5者間でNESFDを活用したWeb会議を開催し、当該事例に関する情報を共有すると共に、事例への対応の検討を図る。

【参加予定者】

- 久留米市保健所
- 佐賀県鳥栖保健所
- 佐賀県生活衛生課、健康増進課
- (事務局) 佐賀県杵藤保健所

【 会 議 概 要 】

- Web会議システムを利用し、パワーポイント資料等を用い、情報共有、事例検討を行い、その活用状況について検討する。
(所要時間；約30分)

3

本日の流れ

- 会議概要の説明(事務局) + 参加者全員の自己紹介
- Web会議システムによる想定事例[PPT]の提示 (事務局提示)
- メールによる患者数入力シート送付 (事務局→2保健所)
- 患者数入力シートの返信 (今回は想定のみ)
- 集計後、Web会議システム上で集計、提示 (事務局提示)
- Web会議システムによる想定事例に関する討議 (全員)
- Web 会議システム全般に関する意見交換 (全員)

4

Web会議システムによる想定事例に関する討議

- 当日、参加者から意見を伺い、
- その意見の主なものをパワーポイント上に記載(=ワーディングによるまとめの作成)できればと思っています。

5

Web 会議システム全般に関する意見交換

- 提示資料は、web上のみでなく、事前にメール又はファックス等で事前に配布しておく、会議中にも紙を見ながら協議ができると思う。
- 顔を見ながら会議できるのは良い。
- 音声だけでなく、○などのゼスチャーで意思表示する方法を併用するとより良いと思う。
- 音声環境の面から、会議は個室参加が望ましい(皆がいる部屋では大声で話すのは難しい)
- 通常から、このシステムが利用できる環境整備が必要。
- 補足(課題): 本日の会議では当初通信環境の問題により、音声又は画像が配信できず、パソコンの再起動等による修復作業のため、会議開催を一時間遅らせる結果となった。会議中のメールの活用も未検証である。

6

県境を越えた広域連携Web会議(補足訓練)

【想定】

- 鳥栖市と武雄市をまたがる食中毒事例が発生した。
- そのため、当該2保健所間及び県庁及び事務局保健所の4～5者間でNESFDを活用したWeb会議を開催し、当該事例に関する情報を共有すると共に、事例への対応の検討を図る。

【参加予定者】

- 佐賀県鳥栖保健所
- 佐賀県杵藤保健所(主催者)

【会議概要】

- Web会議システムを利用し、パワーポイント資料等を用い、情報共有、事例検討を行い、その活用状況について検討する。
- 特に今回は、前回(2月7日)訓練時に省略した、web会議中のメールによる情報交換について訓練を行う。(所要時間; 約30分)

7

本日の流れ

【補足メモ】(前回の反省を受け)資料(の一部)は事前に送付

- 会議概要の説明等(主催者)
- Web会議中にメールによる集計表(Excelファイル)の送付(主催者→鳥栖)
- Web会議中にメールによる患者数シート送付(鳥栖→主催者)
- Web会議中に集計作業等を行い、会議上で再提示(主催者)
- Web会議システムによる想定事例に関する討議(二者間)
- Web会議システム全般に関する意見交換(二者間)

8

Web会議中のメールによる情報交換

Web会議中に、メールにより「エクセルファイル」を受信。共有中のパワーポイントスライドにこのデータをコピー&ペーストし、提示スライドの内容を更新(次スライド)した。

9

集計表(鳥栖保健所管内)

メニュー	症状 有		症状 無	
	食べた	食べない	食べた	食べない
前菜	11	1	8	0
刺身	7	5	6	2
天ぷら	11	1	6	2
茶碗蒸し	9	3	5	3
酢の物	10	2	3	5
ごはん	6	6	4	4
デザート	10	2	6	2

赤字部分が、会議中に挿入したデータ

10

Web会議使用中の「Excel」の使用検証

メニュー	症状 有		症状 無		オッズ比
	食べた	食べない	食べた	食べない	
前菜	15	2	12	1	0.425
刺身	14	7	9	4	0.635
天ぷら	16	1	11	2	2.505
茶碗蒸し	12	5	9	4	1.067
酢の物	15	2	4	9	18.875
ごはん	9	8	7	6	0.964
デザート	13	4	10	3	0.975

修正前

修正後

Web会議中に、エクセルファイルを提示し、主催者がそのデータを修正。参加者は、その修正をweb画面により確認する。

リンク(計算式)による変更

11

県境を越えた広域連携web会議(補足訓練 まとめ)

- ◎ 今回の訓練では、
 - web会議中にメールによるエクセルファイルの送受信と、それを元にした提示スライド(パワーポイントファイル)の内容修正
 - 会議中に提示したエクセルファイルのデータ修正と参加者による内容確認を行った。訓練結果は非常に良好であった。
- ◎ この訓練により、広域食中毒事例が発生した際、web会議システムとメールの併用により、患者情報の集計や協議、並びに結果の共有が可能であることが分かった。

12

(資料 5)

感染制御専門家 名簿

山形大学 森兼啓太、緒方剛

森兼 啓太	山形大学医学部	感染制御部部長
森澤 雄司	自治医科大学	感染制御部部長
石黒 信久	北海道大学	感染制御部部長
萱場 広之	弘前大学	感染制御センター長
佐藤 智明	山形大学医学部	検査部技師長
徳江 豊	群馬大学医学部	感染制御部准教授
人見 重美	筑波大学医学部	感染症科教授
山口 敏行	埼玉医科大学	感染制御科副診療科長
細川 直登	亀田総合病院	総合診療・感染症科部長
吉田 眞紀子	亀田総合病院	地域感染症疫学・予防センター副センター長
大久保 憲	東京医療保健大学	感染制御学教授
吉田 正樹	慈恵医科大学柏病院	感染制御部診療部長
坂本 史衣	聖路加国際メディカルセンター	QIセンター
小野 和代	東京医科歯科大学	副看護部長
満田 年宏	横浜市立大学	感染制御部部長
飯沼 由嗣	金沢医科大学	感染制御室室長
金井 信一郎	信州大学医学部	感染制御室
村上 啓雄	岐阜大学	生体支援センター(CNI)長 地域医療医学センター (CRM)長
八木 哲也	名古屋大学	中央感染制御部教授
朝野 和典	大阪大学	感染制御部部長
渡邊都貴子	岡山大学	感染管理担当師長
大毛 宏喜	広島大学	感染症科教授
武内 世生	高知大学	感染制御部部長
橋本 丈代	福岡大学	感染制御部看護師長
青木 洋介	佐賀大学	感染制御部部長
川村 英樹	鹿児島大学	感染制御部門

感染症公衆衛生専門家

中島 一敏	国立感染症研究所	FETP 主任研究官
鈴木 里和	国立感染症研究所	細菌第二部

(資料 6)

保健所の業務を支援する専門家意見

保健所の業務に関して専門家の先生にご助言、ご意見の原稿をご執筆いただき、掲載いたしております。

感染症関連業務に関する保健所および保健所長への期待

山形大学医学部附属病院 感染制御部・検査部 病院教授・部長

森兼啓太

保健所は、地域住民の健康と衛生を支える公的機関の一つであり、その業務は非常に広範囲かつ多岐にわたる。感染症関連業務はそのひとつにすぎない。しかし病院に所属し、感染症を管理する立場から見ると、保健所の感染症関連業務は非常に重要な位置づけを占めているように感じる。

感染症以外の他疾患に関しては、短期間に発生し一時的な減少である患者数の大幅な増加（流行）をきたすことがほとんどない。長期的や視点から、疾患予防の啓蒙活動を様々な組織が実施主体となっていて行っている。

一方、感染症に関しては、感染症発生動向調査により地域の感染症の流行をいち早く検知し、必要に応じて注意報や警報を発することにより住民の行動変容を起し、少しでも流行を小さくすることが場合により可能になる。これらの活動の主体は都道府県等の保健福祉部局であり、その最前線に保健所が位置している。また非流行時にはワクチン接種事業を行うが、これも実施主体は同じであり、実際の接種場所が医療機関や職場・学校であっても、保健所がその実施のカギを握っている。

病院は、感染症の治療という保健所にはない役割を担っている。市中感染症の流行時には、当該感染症に罹患した患者が受診目的や見舞客として次々と病院にやってくる。病院の中でどれほど熱心かつ厳格に感染伝播防止活動を行っていても、外部からの持ち込みによる院内の感染症流行を食い止めるのは困難である。

このように、感染症への包括的な対策は、病院が院内感染対策と当該感染症の罹患患者への適切な診断治療、保健所が市中の流行の早期察知や介入、平時のワクチン接種による疾患負荷の低下、といった役割分担をすることにより、はじめて実効性をもち、地域における感染症の制御が可能になる。

保健所長は、保健所の業務を統括し各所員に対して指示を出す立場から、感染症だけでなく様々な疾患に対する幅広い知識を有していることが期待される。しかし、医師である保健所長は、病院勤務医師が通常そうであるようにある程度の専門性（専門分野）を有していることも少なくなく、それ以外の分野には明るくないということもありうる。いや、あって当然であろう。保健所長のすべてが感染症を専門とすることは、非実際的である。

かといって、最近脚光を浴びつつある「総合診療医」のように、どんな疾患でも一応診ることがで

きるといった能力や指向性を保健所長に求めるのもやや酷であり、またその必要もなからう。保健所長は「指揮者」であれば良く、所員がどのような分野においてどのような専門性をもち、自分の指揮に沿って動いてくれるかを把握しておれば良いと考える。

感染症に限っても、すべての疾患の診断治療、その伝播防止を保健所長が知識として持ち、かつそれらを自分自身で実施できることはまず考えられないし、すべきでもなからう。所員を最大限に活用し、更には地域に所在する大学病院などの医療機関に在籍する専門家と連絡を密に取っておき、そういった人材を有効活用するのが効率的である。

保健所は病院に対して、医療法に基づく立入検査の形で病院に赴き、指導を行う権限を持っている。その際、院内感染防止対策に関してもチェックすることになっているが、保健所のチェック能力について医療側からしばしば疑問が呈されているのは周知のとおりである。これは、立入検査という医療全般の監視において、院内感染防止対策の現場における詳細までチェックしなければならない制度にも問題があると考ええる。

制度を前提にするならば、現実的な解決策としては保健所が地域の院内感染対策の専門家と連携を密にし、場合によっては助言者として同行してもらうなどすることではなからうか。それによって、保健所の能力不足を補うことができ、また保健所長や所員はそれ以外の重要業務により大きな労力を割くことができるのではないだろうか。

大学病院などの医療機関と保健所は、ある面では指導を受ける・指導する立場であるが、別の面では支援する・される立場であり、それらの様々な立場を有効かつ柔軟に適用してより良い医療を目指すべきである。それが患者や一般市民の健康増進につながり、保健所の存在価値が改めて認められることになるであろう。

国立感染症研究所感染症疫学センターと実地疫学専門家養成コース（FETP）の保健所へのアウトブレイク疫学調査支援

国立感染症研究所感染症疫学センター 主任研究官
実地疫学専門家養成コースコーディネーター
中島一敏

国立感染症研究所は、「感染症を制圧し、国民の保健医療の向上を図る予防医学の立場から、広く感染症に関する研究を先導的・独創的かつ総合的に行い、国の保健医療行政の科学的根拠を明らかにし、また、これを支援すること」を目的とし、「研究業務、感染症のレファレンス業務、感染症のサーベイランス業務、国家検定・検査業務、国際協力関係業務、研修業務等の業務」を行う国立の試験研究機関です。

平成 11 年 4 月に施行された感染症法では、国立感染症研究所に中央感染症情報センターを設置することが述べられています。感染症疫学センター（IDSC）は、平成 9 年度に感染症疫学部が発

展解消され、感染症研究所内に設置されたもので、国のサーベイランス事業の中で、中央感染症情報センターとして位置づけられています。感染症情報（患者情報、病原体情報、血清疫学情報）の収集・分析・提供、感染症対策に関する立案と技術支援、実地疫学調査及び専門家の養成（実地疫学専門家養成コース：FETP）、病原体診断及びその技術の講習、およびこれらをより有効に実施するための研究を、疫学センター内 6 室が共同して行っています。

FETP は、アウトブレイク調査等の技能をもつ感染症危機管理の専門家の育成を行う 2 年間の研修プログラムとして、平成 11 年度に設立されました。2 年の殆どが実務を通じた研修であり、感染症サーベイランスのデータ分析、アウトブレイク調査、疫学研究等を行います。さらに、国内外のネットワークを構築し、実際のアウトブレイク対応にあたっています。卒後臨床研修中、研修医が医師として医療を提供するのと同様、FETP は、スタッフの指導のもとで疫学専門家として実務にあたります。世界的に感染症危機管理の重要性の認識が高まる中、世界のあらゆる国や地域で、同様の 2 年間の実地疫学プログラムが設立されており、その数は 50 を超えています。FETP はこのような海外のプログラムとも積極的に連携を行っています。

感染症研究所は行政機関ではありませんので、感染症法に基づく感染症対策の実施主体となることはできませんが、保健所、都道府県庁、厚労省などの行政機関から依頼がある場合に、行政機関を支援する形で、感染症疫学センターや FETP はアウトブレイクの疫学調査や対応を行うこととなります。

これまで、国内では、医療機関・社会福祉施設におけるアウトブレイク [腸管出血性大腸菌(EHEC)感染症、セラチア菌感染症、肺炎クラミジア感染症、サルモネラ症、B 型肝炎、薬剤耐性菌(VRE、MDRP、MDRA)、術後感染症、ノロウイルス感染症、クロストリジウム感染症等]、原因不明脳炎脳症のアウトブレイク、新興感染症 [鳥インフルエンザ (H5N1, H5N2)、SARS、新型インフルエンザ、重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) 等]、学校職場等におけるアウトブレイク [麻疹、風疹、百日咳、細菌性赤痢、髄膜炎菌感染症等]、動物由来感染症 [オウム病 (鳥や動物の展示施設)、レプトスピラ症 (地域発生)]、感染症の地域流行 (麻疹、風疹、百日咳、ピブリオ・バルニフィカス感染症)、広域食中毒 (EHEC、毒素原生大腸菌感染症)、災害関連の感染症対策 (避難所におけるノロウイルス感染症アウトブレイク、感染症リスク評価) 等の実地調査や対応支援を行っています。海外では、WHO 等と連携して、中国・ラオス・フィリピン等のポリオ対応、麻疹対策、コレラ対応、SARS 対応の支援を行っています。また、SARS 以降、殆どの研修生が、2 か月間マニラの WHO 西太平洋地域事務局へ派遣され、国際的な感染症アウトブレイク監視と対応の業務に関わっています。

都道府県庁や保健所からの依頼で、私達がアウトブレイク調査を行う場合は、通常、保健所の調査対応チームに加わることになります。目的は、第一に、アウトブレイクのコントロールや再発防止に寄与することです。疫学調査の情報や調査結果は保健所と共有し、断りなく外部に提供することはありません。また、アウトブレイク調査は、人材育成の重要な場ともなります。私達は、可能な限り、保健所等の職員と一緒に調査をさせて頂けるようお願いしていますが、それは、調査対応上の必要性とともにその職員の方のトレーニングになるという意図もあります。

施設内アウトブレイクの場合には、施設関係者の役割が感染症コントロールに欠かせないことも少なくありません。薬剤耐性菌による院内感染対策では、ICT を始めとする病院関係者が対策の主役となります。その様なアウトブレイクの対応では、最初は、医療機関や行政、私達の関係は緊張感を伴い始まることもありますが、対策を進めるためには信頼関係を構築することが重要です。異

なる立場の関係者が、アウトブレイクのリスク評価、調査対策の目的と目標、役割分担を共有する事が不可欠になります。そのような認識の共有のお手伝いをする事も調査と同時に行います。

先にご紹介したアウトブレイク調査対応支援の例は、自治体等から正式な依頼を頂き実地調査を行ったものですが、実際には、自治体が依頼を出すかどうかの判断に至っていない場合や、本格的な現地調査支援には至らなくても何らかの相談が期待される場合があり、そのような場合のご相談も積極的に受け付けています。是非お気軽にご相談下さい。

「地域での感染制御のための保健所を含めた行政、医療機関の連携・ネットワーク体制の構築」
村上啓雄(Nobuo Murakami)

岐阜大学医学部教授・附属病院生体支援センター長 (NST/ICT/PUT/RST/VC)
(Center for Nutrition Support & Infection Control:CNI, Gifu University Hospital)

(1) はじめに

患者診療動線の中で、医療関連感染対策に関して各施設が異なる対応をされたのでは、本人・家族は困惑するとともに、医療従事者が信頼感を失う可能性がある。現場では感染制御知識・技術不足が存在し、また施設間の情報交換や連携がこの領域に存在しなかったことが判明したため、われわれは少なくとも岐阜県内の感染制御の規格統一とレベルアップを目指すことこそ、県内唯一の医育機関としての使命であると自覚し、地域連携を ICT ミッションの柱として取り組んできた。まさに患者動線に寄り添った地域での医療関連感染対策体制構築である。

(2) 感染管理防止対策加算・地域連携加算算定前の 3 つの地域連携の取り組み

① 岐阜院内感染対策検討会：平成 12 年 11 月～

医療関連感染対策の規格統一と推進のため、できる限り感染制御担当者が数多く一同に会して情報交換・共有することが重要と考えた。それには単にオープンな勉強会の開催ではなく、県内のすべての病院、高齢者施設、保健所にダイレクトメールを送り、参加の意思を確認して会員制とした。結果的にはほぼすべての病院や高齢者施設が参加意思表示をし、県内全保健所や県感染対策関連行政部門も会員化した。現在病院・医院など 125、高齢者施設 269、保健所および社会福祉協議会 19 の施設会員に加え 9 社の製薬企業の支援も受けている。

検討会は年 2 回開催し、当 ICT を事務局として毎回会員に直接開催通知を発送した。会の形式は特別講演、会員施設の ICT 紹介、トピックスミニレクチャーに加え、テーマに合わせたアンケート調査とフィードバックなど、全施設参加型の研修会をめざした。

② 岐阜県健康福祉部医療整備課院内感染対策受託研究事業：平成 17 年 4 月～

厚生労働省院内感染対策地域支援ネットワーク事業の採択をきっかけに、医療整備課から受託研究事業として開始した。院内感染対策相談窓口および年度末の Q&A 集発行、希望施設への訪問実地指導(中小病院を中心として、県内圏域毎に年数施設ずつ、現在までに 46 施設実施)、アウトブレイク施設訪問・改善支援(岐阜県院内感染対策協議会開催)を 3 本柱として継続的に県の支援で取り組んでいる。

③ 岐阜県健康福祉部保健医療課委託岐阜県予防接種センター事業：平成 20 年 4 月～

同様に相談窓口および年度末の Q&A 集の発行、アレルギーや基礎疾患を有する被接種者の 3 次予防接種、研修会の実施を 3 本柱として県の支援で継続している。

(3) 院内感染対策防止加算および地域連携加算新設への展開(平成 24 年 4 月～)

それまでに構築した地域連携体制を土台に、加算 1 および加算 2 施設間の組み合わせ、加算 1 同志の相互連携体制を、岐阜県病院協会の理解と協力のもと、すべて当 ICT がコーディネートした。これにより、各加算病院が気遣いなくスムーズに連携体制をとることができた。算定開始時から全施設に共通のフォーマットで院内感染に関するパラメータを月例提出する体制をとり、データ分析とフィードバックにより施設間のデータ比較や自施設の立ち位置確認による取り組み目標設定に役立っている。

(4) サマリー

① H12 年度から「岐阜院内感染対策検討会」を開催し、医療機関、高齢者施設、保健所自治体との相互情報交換・共有を行ってきた。

② H17 年度から「岐阜県健康福祉部医療整備課受託研究事業」として相談窓口・Q&A 集の発行、病院訪問実地指導、アウトブレイク時の改善支援などを継続してきた。

③ これらにより極めて円滑に、H24 年度からの「院内感染防止対策加算・地域連携加算」算定病院間連携を県全体でコーディネートし、各施設からの共通フォーマットデータを収集してフィードバックする体制構築につながった。

(5) 終わりに

岐阜県では岐阜大学と保健所が風通し良く連携してきましたが、皆様の地域でも感染制御専門家の力をぜひご活用いただき、保健所と大学および各医療施設間で連携して感染制御ネットワークを形成し、感染制御力を高めることができるよう期待しております。

社会運動としての住民健診

沖縄県立中部病院感染症内科・医師 高山義浩

先日、職場での健診を受けました。血圧測定、尿検査、胸部レントゲン、聴力検査、心電図・・・流れ作業のようにチェックを受けながら、品質管理を受ける中古のアンドロイドになった気持ちです。修理工場に回されなければいいのですが・・・

ともあれ人間扱いはされていませんね。この健診でどれほどの疾患が早期発見され、かつ早期治療につながっているのでしょうか？ あるいは、どれほどの人が「毎年健診を受けているから大丈夫」と過信して、受診の遅れにつながっているのでしょうか？ 軽微な数値上の異常を伝える紙切れ一枚の通知をみるにつけ、ある種の空しさすら感じてしまうのです。

少し思い出話をさせてください。

長野県の田舎の病院で働いていた 7 年ほど前のこと。外国人向けの健診活動をはじめたことがあります

ました。

この病院で私はエイズ診療を担当しており、とくに外国人のエイズ発症者の多さに手を焼いていました。私が働いていた5年のあいだに37人の新規HIV陽性者を認めたのですが、うち12人が外国人だったのです。その多くが滞在資格もないままスナックなどに就労している女性で、彼らに共通した問題は、エイズを発症して重症化するまで受診しないということでした。

長野県におけるエイズ拡大防止において、外国人陽性者を早期に発見することの重要性は疑うところではありませんでした（もちろん他にもすべきことは多々ありましたが・・・）。しかし、滞在資格のない外国人女性が保健所や医療機関を自主的に受診して、HIV検査を受けることなど考えにくいことです。彼らは、何より摘発を怖れていましたし、HIV感染の事実を知ったからといって「できることなど何もない」と考えていました。

事実、彼女たちの多くが「エイズを発症しつつあるのではないか」と体調不良に気がついたとき、「死ぬまでの間にできるだけ多くのお金を両親に仕送りしたい」と必死で働く傾向がありました。そして、コンドームをつけたがらない客に対して、もはや自らの身を守る理由が希薄になっていることもあり、より多くチップを手にするサービスへと流されてゆくのも理解できることでした。

病院で待っていても、ただエイズ発症した女性たちが運び込まれて来るばかりです。まだ健康だと信じていたり、ぎりぎりまで受診を先のばしている外国人との対話の場を私は必要としていました。これが外国人健診を呼びかけることになったきっかけです。

さいわい、病院内で有志を集めることに苦労しませんでした。病院幹部もバックアップしてくれました。次に、私は保健所を巻き込むべきだと考えました。民間ベースで課題を共有して汗を流していても、局所的な解決にとどまってしまうでしょう。行政こそが課題の背景を認識すべきであり、そこへアドボカシー（特定の問題に対する政策提言活動）するのが民間による社会活動の重要な役割ともいえます。

幸いなことに保健所長は極めて柔軟な発想の持ち主であり、かつネットワークに溢れていました。「健診ブースのひとつを先生に担当いただきます。ぜひ、外国人の声を直接聞いてあげてください」と私が言うと、「ぜひ、やらせてください。こんな貴重な機会はそうそうないですよ」と二つ返事でこころよく承諾してくださったのです。

ただし、手伝ってくれることになった保健所との打ち合わせのなかで、ちょっとした議論になったことがありました。それは、健診項目にHIV検査を盛り込むべきかどうかということでした。保健所側からは「せっかく集まってもらうのだから、強制はしないまでも検査をすべきじゃないですか？」という意見が出ていました。

もちろん、自主的な検査希望者については、十分なカウンセリングを果たしたうえで実施すべきでしょう。しかし、健康保険も滞在資格もない外国人においては、仮に陽性であったときにサポート

する制度が存在しないため、宣告するだけの検査となってしまう可能性があります。医療へのアクセスが保障されている日本人のH I V陽性者ですら、自殺者が多発している現状を考えると、十分な情報源をもたず、教育も十分に受けていない移民労働者に事実だけを伝えて「あとは何とかしなさい」では無責任すぎます。私たちは何のために外国人への健診を展開しようとしているのでしょうか？ 彼女たちの顧客を守るため？ 陽性者をあぶり出して帰国させるため？

ですから私は、こう主張しました。

「H I V検査を勧奨するのは、個別のケースで臨床的に求められる場合に限ることとしませんか？すでに免疫不全を疑わせるような症状があつて、彼らのためにH I V検査を急ぐ必要を認める場合です。しかし、なんら症状もなく、検査を受ける必要も認識していない外国人に対してまで呼びかけるべきではありません。陽性であったときに支援する制度もないのに、宣告するだけの検査ならしない方がマシじゃないですか？ 滞在資格のない外国人H I V陽性者について、ここにいる誰が責任をもって対処できるというのですか？ 帰国させるしか能がないでしょう。そんなの責任をとったとは言えません。病院も、保健所も、この健診によって外国人からの信頼を失いますよ。私たちの医療体制は、外国人にH I V検査を推奨できるだけの成熟をみていないのです。これは私たち日本人側が持ち帰るべき課題だと気づくべきです」

ときに医療者は自らのニーズに耽溺しがちです。これをやると早期発見できるじゃないか？ 死亡率を下げられるじゃないか？ と……。病院のなかでそれをやるのは上等でしょう。でも、地域に出て行ったとき、すでに主客逆転していることに気づかなければなりません。患者でもない市民に対して、私たちは医療者としての価値観を押し付けてはなりません。

保健所長は私の意見に共感してくださり、H I V検査を呼びかけない外国人健診活動が始まりました。初回は、東南アジアに活動拠点を有する国際NGOの協力もえて、長野県内にある外国人が集う仏教寺院の新年行事にあわせて開催しました。主催は病院ではなく寺院として、相談の最後も医師ではなく、外国人僧侶による説法で締めくくるようにしたのです。

その後は、地域のタイ料理店で開催したり、病院内で開催したり、やがて大使館と共催にしたりと発展してゆきました。毎回数十人の健診希望者が訪れましたが、喘息などの慢性疾患を増悪させながら働きつづけていたり、日本社会への不適應で精神的に不安定になっていたり、帰国が必要と判断されるケースも少なくありませんでした。問診していると「(母国に) 帰りたいが、帰り方が分からない」と号泣されることもありました。こんなとき、保健所のみならず大使館がいてくれると、すぐに協力して対応することができ、健診活動における多分野連携の重要性を強く実感させられました。

また、市内のショッピングセンターでは、店長の好意により月1回の外国人健康相談会を開催することができました。毎回5名前後の相談者がありましたが、その内容は極めて多岐にわたりました。収縮期200以上の高血圧、中枢性が疑われる眩暈、小児の巨大な甲状腺腫など、病院へと紹介を要するケースもしばしば認められ、項目を決めた健診とは異なる相談会ならではの情報共有ができ

たと思います。

「で、長野県のエイズ発症者が減少したの？」と結果を急ぐ方もいらっしゃるでしょうね。

それは分かりません。疫学的に分析すれば、何らかの評価が得られるかもしれませんが、私はそんなことを試みません。なぜなら、それはもはや健診活動の目的ではなくなっていたからです。大切なことは、こうして病院と保健所と外国人コミュニティのあいだに、信頼関係が育まれはじめたということだったのです。

少しずつ外国人のあいだでは口コミになり、「病院が外国人の健康を気遣ってくれている」とか、「保健所は摘発せずに相談に乗ってくれている」とか、そういう理解が醸成されるようになりました。こちらは統計をとっていたのですが、私の働く病院では、外国人の初診患者が徐々に増加してゆきました（おかげで未収金も増加しましたが）。そういうなかで、HIVという数ある問題のひとつについて、理解をひろめる活動をしてゆけばいいのですよね。外国人が学ぶべきことを伝え、私たちが整えるべきことを知る。そんな、双方向の活動でもあります。

「客観的必要性（ニーズ）を主観的要求性（ディマન્ズ）まで高めることこそが、私ども技術者の任務であり、その努力が「運動」である」

これは、日本の健診事業のモデルとなった、八千穂村（現・長野県佐久穂町）全村一斉健診を指揮した若月俊一先生の言葉です。病院が住民にとって遠い存在だった時代から、「農民とともに」の精神で地域住民のなかに積極的に入り込み、住民と一体となって健康運動に取り組んだ医師でした。

こうした、若月先生にはじまる住民健診の歴史を振り返っても、そして私自身のささやかな足跡を辿ってみても、やはり私は「そもそも住民健診活動とは社会運動である」と結論づけています。「健診やると老人医療費が抑制できるんじゃないか」とか、「早期診断によって当該疾患の死亡率が抑制できるんじゃないか」とか、そういう色気のある話ではないのですね。

もし、いまの住民健診が「宣告するだけの流れ作業」に貶められているとすれば、そんなものはさっさとやめてしまった方がよいと私は思います。そして、いま一度、私たちは医療者としての原点に戻り、地域住民との対話の場を模索し、自らの医療サービスの限界を知り、それを住民とともに克服してゆく社会運動をはじめべきだと思うのです。

動かない（動けない）理由を超えて

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 堀 成美（感染症対策専門職・看護師）

「それ以外」はどうするのか？

保健所の医療職を対象とした感染症対策の研修の中で疑問に思ったことがあります。感染症についてどんな仕事をしたことがあるのか、現在しているのか？という問いに、ほぼ全員が同じ項目を挙

げました。結核、インフルエンザ、HIV、とホワイトボードに病原体名が並びます。これらは「やることになっている」「毎年やっている」、事業化されたものであり、一定のニーズのもとではじまったものです。しかし、人口構成や地域特性を踏まえた違いはなかなか出てきませんでした。地域における健康問題のアセスメントの中で「リスクの評価」が行われていないのかもしれないと思いました。感染症は起きないようにすることが最善ですので、地域に潜在的なリスクはないだろうか？という頭と心の引き出しと、住民や現場の人が気づいている問題や不安をキャッチする努力をしないといけないのだと考えています。前任者がやっていたこと、予算がついていることだけでよいとおもいますか？それ以外をケアしていない理由はなんですか？と問いました。また、実際に問題が発生したときの迅速対応の障害になる見えない壁をどうすればいいのか？を皆で考えました。

法律？ 上司からのストップ？ 自己規制？

具体的な事例を紹介したいと思います。

1) 「5類」は観察だけでよいのか

性感染症は5年に一度改定される特定予防指針のある特別な位置づけの感染症です。HIVや梅毒のように生命にかかわるもの、母子感染につながるもの、不妊症につながるものなどもあります。あるとき地域で急性C型肝炎が性的コンタクトで増えていることが把握され、保健所関係者に相談をしたのですが、一番最初に言われたことは「5類だから」でした。5類だと何もしない、しなくてよいという法律上の記載はありません。症状の気づきにくいウイルス感染症が拡大している現状と、このままさらに広がる可能性について一緒に検討し、何らかの介入を検討したいと思って相談をしたのですが、うまくいきませんでした。

2) ガイドラインやマニュアルがない場合どうするのか

2012-2013年に都市部の成人を中心に風疹が流行したときに、企業の方から事業所内で複数発症していることについての相談がありました。

地域の保健所に助言を求めるよう伝えましたが、「電話したが保健師から情報が得られなかった」「麻疹と違って特別な対応をすることになっていないと言われた」という事後報告がありました。当時、指針やマニュアルはありませんでしたが、周囲への感染拡大を食い止めるための情報提供をしたり、啓発を行った保健所も多かったのですが、このような反応もありました。

保健所の担当部署に相談をしてうまくいかないような場合、次にどうすればいいのだろうと悩んだ件です。似たような事例は他の感染症でも経験しています。

その先にいくための対話

上記のような状況において、「潜在リスクを放置するのか」あるいは「制度や仕組みがわかってない」というその場のリアクションで終わり、不信や批判の空気が臨床や公衆衛生の間に漂うことじたいが危機管理としてリスクであると考えています。そこで終わらないために、保健所のリーダーである保健所長に相談をしたり、公衆衛生のメーリングリストに参加し、情報共有を試みています。また、病院で感染症のカンファレンスやセミナー開催する時には演者やコメンテーターとして保健所の方にも入ってもらおうような工夫を臨床の人たちにも提案しています。そこで、ともに地域や市民を守る専門職としての対話を行うことから危機管理が始まると考えているからです。

保健所と放射線との関わりという、診療用エックス線装置備付届、変更届、廃止届等、病院での放射線に関する医療法上の申請・届出が浮かびます。しかしながら住民の健康危機管理、環境保健また衛生を担うことが保健所の業務であれば、放射線災害や事故でも公衆衛生の観点から対応が求められます。災害時に備えた調整と体制作りを行う上で、保健所として、基本的な放射線と被ばくに関する知識を持っていることは不可欠です。住民等からの問い合わせにおいては、医療者が対応する場合もあるかもしれませんが、実際に求められることは、被ばくや放射線物質による診断や治療というより、何処に行けば問題が解決されるのかの指導であり、住民に影響が及ぶ放射線事故時には被ばくの低減化への対応とリスクコミュニケーションだと思います。

放射線は原子力発電所などに限らず、様々な場所で使用されています。保健所に「放射性物質が出て来てしまっていますが、どうしたらよいのでしょうか。」「放射線に被ばくしたかもしれません。」「被ばく線量を知りたいのですが。」「放射性物質が、目や口に入ってしまった。」等の問い合わせがあった時を考えてみます。まず、放射性物質が存在している可能性があるのか、被ばくは事実か等の判断が必要です。そのためには、放射線は何処で使われているのか、どのくらい量があるのか、被ばくするとどうなるのか等の放射線と被ばくに関する極基本的な知識が必要です。連絡を受けた際にどんな情報を取るべきかの参考にもなります。例えば、放射線を扱っている病院、事業所、研究所等での非密封 RI (ラジオアイソトープ) による事故では、開封前バイアルから、どういう放射性物質がどのくらいあったのかを知ることで、最大摂取量からの被ばく量を知ることができますし、X線発生装置の場合は、機器名、管電圧と電流がわかれば、およその被ばく量はわかります。

もう一つ重要な事は、近郊のどの機関が必要な測定を行ってくれるのかを把握し、これらの機関との連携することです。実際事故が有った場合には、近くの協力して頂ける機関や施設は必要です。また、管理下にない放射性物質を見つけた場合には、原子力規制委員会に連絡の上、指示を受けることとなりますが、これらの場合も実際の対応には協力機関からの支援が重要です。“

万が一の際のリスクコミュニケーションは、地元保健所の重要な仕事です。放射線事故は、医学・環境ばかりでなく、社会経済に大きな影響を及ぼします。チェルノブイリや茨城県東海村の事故からは、リスクコミュニケーションにおける地域保健所の役割が大きいことがわかっています。放射線は、人の五感で感じる事ができない、放射線の影響がすぐには現れない等から、不安が大きいことが特徴であり、正確な事故情報とその影響を説明することが求められます。保健所のもつ専門性、情報収集機能、また行政でありながら医療機関でもあることから、放射線事故への対応への積極的な対応が望まれます。

放射性物質又はそうと思われる物質を発見した場合

◎原子力規制委員会 原子力規制庁

電話 03-5114-2112 (直通)

原子力防災課事故対処室

FAX 03-5114-2183

スクラップ等から発見した場合

<相談先>

- (社) 日本アイソトープ協会 医療品・アイソトープ部放射線源課
電話 03-5395-8031
- (株) 千代田テクノル RI 事業本部
電話 03-3816-2531
- (株) アトックス RI 事業部
電話 03-5540-7952
- ポニー工業 (株) 営業開発事業部
電話 06-6262-2451

以上「管理下でない放射性物質を見つけたら」(原子力規制委員会原子力規制庁) から引用

急を要する「放射線被ばく・汚染事故」発生時の医療及び防災関係者向け

- 放射線医学総合研究所 被ばく医療ダイヤル(24時間受付対応窓口)
電話 043-206-3189

(資料 7-1)

加算を算定しない中小病院が参加する地域感染対策ネットワーク 事例

日本公衆衛生協会地域保健総合推進事業

1 筑西院内感染対策地域ネットワーク会議

- ・事務局 保健所、管内病院（一年毎持ち回り）
- ・代表者 管内病院長（一年毎持ち回り）
- ・地域 保健所管内
- ・加算を算定しない病院 9病院
- ・ネットワーク会議参加病院

加算を算定しない 9病院、加算1算定 なし、加算2算定 2病院

専門家 感染制御医師 2、認定看護師 2

- ・加算を算定しない病院のネットワーク参加者
- 職種 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など
- 総参加人数 1回会合当たり約 30人

- ・加算を算定しない病院に関する活動
- ネットワーク会議 年1回

ラウンド 年1回(保健所職員も同行、立入検査と直接関係なし)

アウトブレイク時の支援、病院からの相談

- ・加算を算定に関する活動はない

2 兵庫県東播磨保健医療圏域 院内感染対策医療機関連携ネットワーク

- ・事務局 2保健所（加古川健康福祉事務所、明石健康福祉事務所）
- ・代表者 圏域内第1種感染症指定病院長
- ・地域 2次医療圏（兵庫県東播磨保健医療圏）
- ・加算を算定しない病院 18病院（全病院40病院）

参考：加算1算定 7病院、加算2算定 15病院

(ネットワーク会議参加病院)

加算1算定 6病院、加算2算定 1病院

感染制御専門医・認定看護師などがアドバイザー

加算を算定しない病院はネットワーク会議に参加せず)

- ・加算を算定しない病院に関する活動

各保健所管内院内感染対策担当者会議 年2回

ネットワークの研修会への参加 年2回

病院からの相談とこれに対する支援

- ・加算を算定するに関する活動

加算のカンファレンスはネットワーク会議とは別である。

3 A 県東部圏域感染制御地域支援ネットワーク

- ・事務局 鳥取県鳥取保健所

- ・代表者 鳥取県保健所長
- ・地域 2次医療圏（A 県地域保健医療圏）、（都道府県）
- ・参加者 14 病院(全病院)

加算を算定しない4病院、 加算1算定4病院、加算2算定6病院

専門家：ICD及びICN(県感染制御専門家チーム)

地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師、臨床検査技師会、看護協会
保健所

- ・加算を算定しない病院の総参加人数概数 一回会合当たり 5人
- ・加算を算定しない病院を含めた活動

情報交換会 年3-4回、研修会 年1回

相談対応（紙面や電話の相談、現地支援）、アウトブレイク発生時実地指導

- ・加算を算定する病院に関する活動

ネットワーク情報交換会終了後に同一会場で引き続きカンファランス実施

4 中河内地域感染防止対策協議会

- ・事務局 加算算定病院
- ・代表者 専門家
- ・地域 医療圏（2保健所管内 八尾保健所、東大阪市保健所）

地域内の加算を算定しない病院 17病院

- ・参加者 加算を算定しない病院 11病院

加算1算定6病院、加算2算定20病院

感染制御医師、認定看護師含む

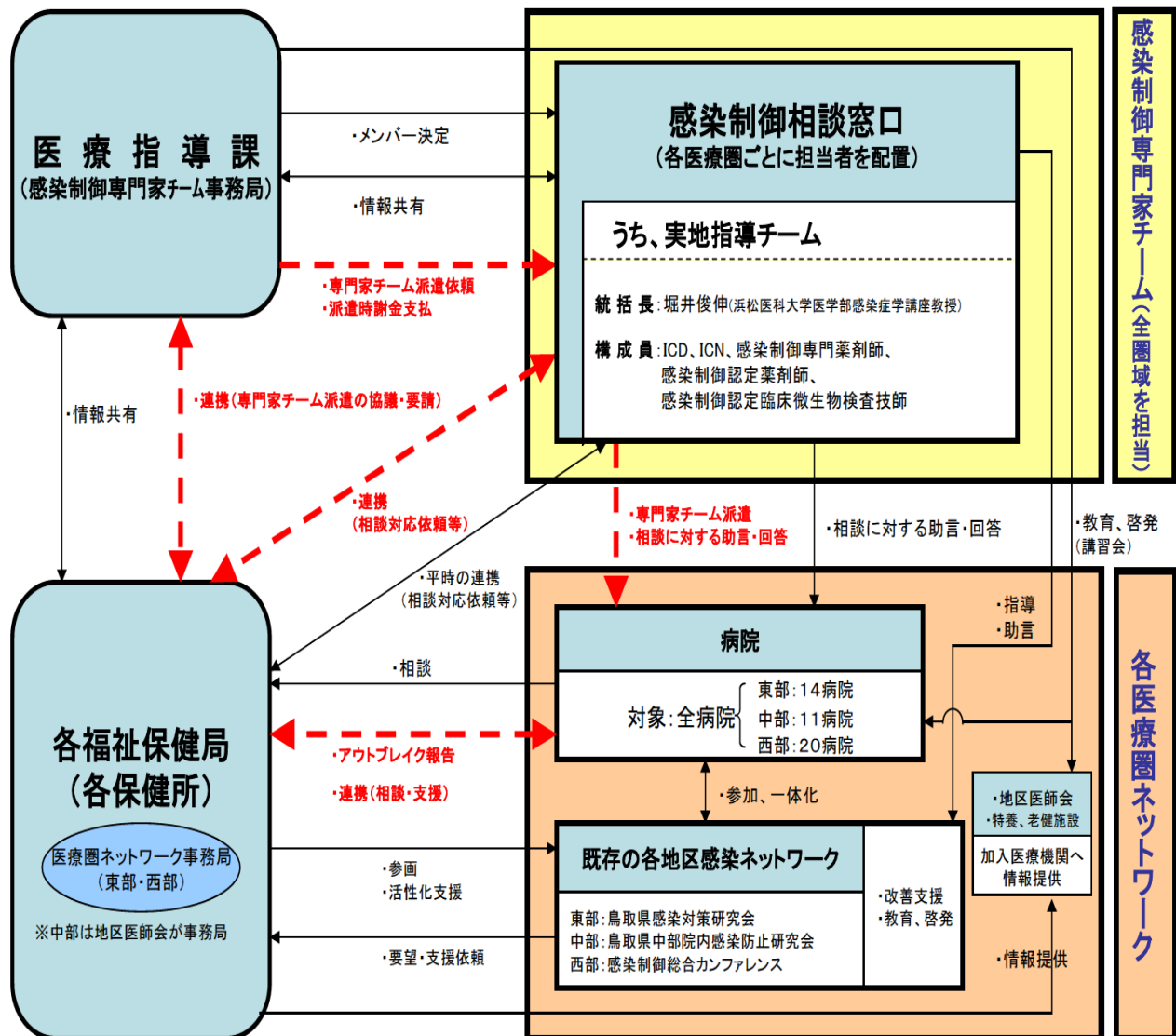
- ・参加職種 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師
- ・加算を算定しない病院に関する活動

カンファレンス 年2回

研修会参加、病院からの相談、アウトブレイク時の支援

- ・加算を算定する病院に関する活動 加算のカンファランスを兼ねている

鳥取県における「感染制御地域支援ネットワーク」(概念図)



- 1) 平成 25 年度より感染防止対策加算 1 算定施設として当院で開催する地域連携カンファレンスに当院を所轄する鹿児島市保健所からもご参加いただいている。第 1 回は鹿児島市医師会病院と共催で 5 月 31 日に実施し、サーベイランス報告等に関して意見交換を行った。
- 2) 当院が事務局を担当している鹿児島 ICT ネットワークの平成 25 年 4 月 13 日に開催した第 18 回総会で鹿児島県加世田保健所長（兼）指宿保健所長 岩松洋一先生に「地域における感染症対策（保健所の立場から）」というテーマで御講演を頂いた。
- 3) 平成 24 年 12 月に当院と感染防止対策加算 2 算定施設として連携する A 病院で発生したノロウイルス多発事例発生に対し、訪問ラウンドによる感染対策支援を行った。支援内容を踏まえ当該医療機関より所轄保健所へ報告が行われている。
- 4) 平成 25 年 5 月に当院と感染防止対策加算 2 算定施設として連携する鹿児島市 B 病院で発生した低濃度酸化エチレンガス（EOG）供給により発生した衛生材料滅菌不良発生事例に対し、訪問ラウンドによる感染対策支援を行った。本事例については所轄の鹿児島市保健所へ報告され、5 月 31 日に当院で開催された地域連携カンファレンスで保健所からもご参加いただき事例概要の情報共有を行った。

群馬県感染症対策連絡協議会・評価指導委員会の設置に関する要綱

（目的）

第 1 条群馬県内の医療機関からの依頼を受けて、院内感染に関する必要な評価及び助言指導を行うため、群馬県感染症対策連絡協議会に評価指導委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（業務）

第 2 条委員会の業務は次のとおりとする。

一院内感染患者の発生又は死亡状況、各種の院内感染対策の実施状況及びその効果等について、定期的に評価し、必要な助言指導を行うこと。

二抗菌薬の使用状況について、必要な助言指導を行うこと。

三臨床現場における職員教育について、必要な助言指導を行うこと。

四院内感染の再発防止対策について、必要な助言指導を行うこと。

五その他院内感染対策について、委員会が必要と認めた事項

（委員会の構成）

第 3 条委員会は、委員及び専門員から構成する。

2 委員は、別表のとおりとする。

3 委員会に委員長及び副委員長を置く。

4 委員長は、委員の互選により選任し、副委員長は委員長が指名する。

5 専門員は、委員長が必要に応じて委員会に諮って指名する。

6 委員長は、委員会を総括し、委員会を代表する。

7 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は欠けたときは、その職務を代行する。

(依頼機関からの申請)

第4条委員会からの評価及び助言指導を受けようとする医療機関（以下「依頼機関」という。）は、別に定めるところにより、群馬県感染症対策連絡協議会に依頼申請書を提出しなければならない。

2 群馬県感染症対策連絡協議会は、前項の申請があった場合であって、委員会による評価及び助言指導が必要であると認めたときは、当該医療機関との間で業務委託契約を締結する。

3 依頼機関は、別に定めるところにより、感染症対策協議会に対し委託料を支払うものとする。

(委員会の開催)

第5条委員会は、委員長が招集する。

2 委員長は委員会の議長となる。

3 委員会は原則として非公開とする。

4 委員長は必要と認めるときは、常任委員又は専門員以外の者から委員会への出席、その他の方法により、説明又は意見を聴取することができる。

-1 -

(委員会による調査等)

第6条委員会は、第2条の業務ため必要があると認めるときは、依頼機関から必要な資料及び報告の提出を求め、又は委員会による実地調査への協力を求めることができる。

(依頼機関の責務)

第7条依頼機関は、前条の求めがあった場合は、正当な理由なく、これを拒んではならない。

2 依頼機関は、第2条の助言指導があった場合は、遅滞なく必要な措置を講じるよう努めなければならない。

(秘密の保持)

第8条委員会の委員は、業務上知り得た事項に関して、正当な理由がなく他に漏らしてはならない。ただし、感染対策の向上に資するための学術目的に使用する場合には、個人情報保護に関する関連法令の定めるところにより、これを適正に使用することができる。

(庶務)

第9条委員会の庶務は、群馬県感染症対策連絡協議会において行うこととし、群馬県が必要な協力を行う。

(委任)

第10条この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

附則

この要綱は、平成24年 月 日から施行する

兵庫県東播磨保健医療圏域における院内感染対策医療機関連携ネットワーク

1、経緯

平成23年6月厚生労働省通知を受け、東播磨二次保健医療圏における院内感染対策の医療機関連携ネットワーク準備会を平成24年3月に立ち上げ、平成24年度から健康福祉推進協議会医療部会の下部組織として院内感染対策医療機関ネットワーク会議を設置し、さらに25年度には各健康福祉事務所に管内院内感染対策担当者会議を設置した。

2、組織

- (1) 二次保健医療圏域40病院中、感染制御認定看護師等からなるICTを設置し院内感染対策診療報酬加算を得ている7病院をネットワーク会議の構成員とする。
- (2) 拠点病院感染管理担当者（ICN）連絡会を部会としておく。
- (3) 健康福祉事務所に管内院内感染対策担当者会議を設置する。

3、事務局

加古川圏域健康福祉事務所・明石地域健康福祉事務所が事務局となる。

4、活動

- (1) ネットワーク会議を年間2回の開催。1回は、ネットワーク会議の構成員によるグループワークの場を設ける。
- (2) 全病院を対象とする研修会を年間2回の開催。1回は、ネットワーク会議の構成病院の院内研修と合同開催とする。
- (3) 拠点病院感染管理担当者（ICN）連絡会をネットワーク会議と同時開催し、電子メールによる情報交換を随時行う。
- (4) 管内院内感染対策担当者会議を年間2回開催し、1回は、全病院対象の研修会と合同開催とする。

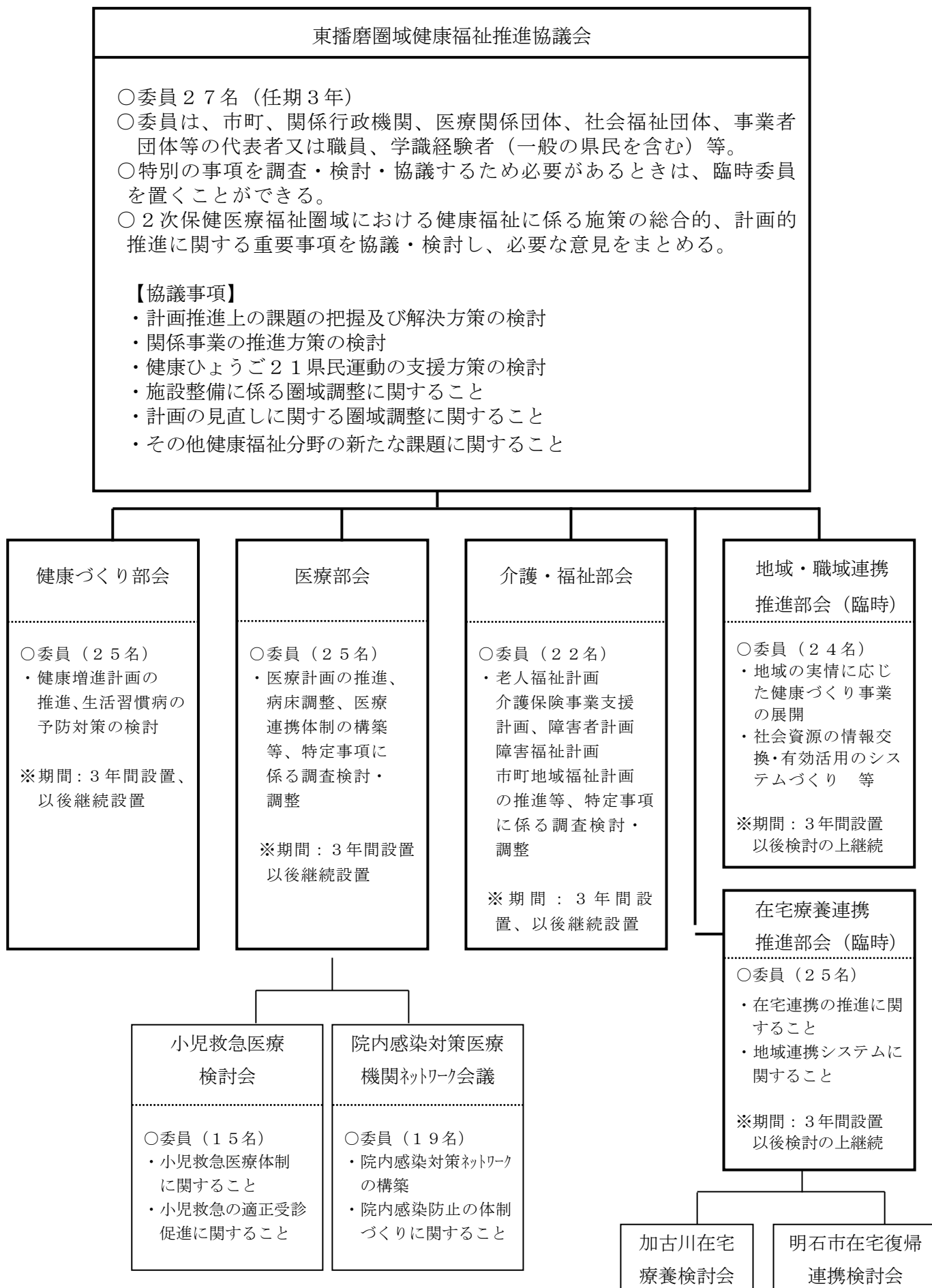
5、費用

県予算から研修会講師謝金等を支出する。

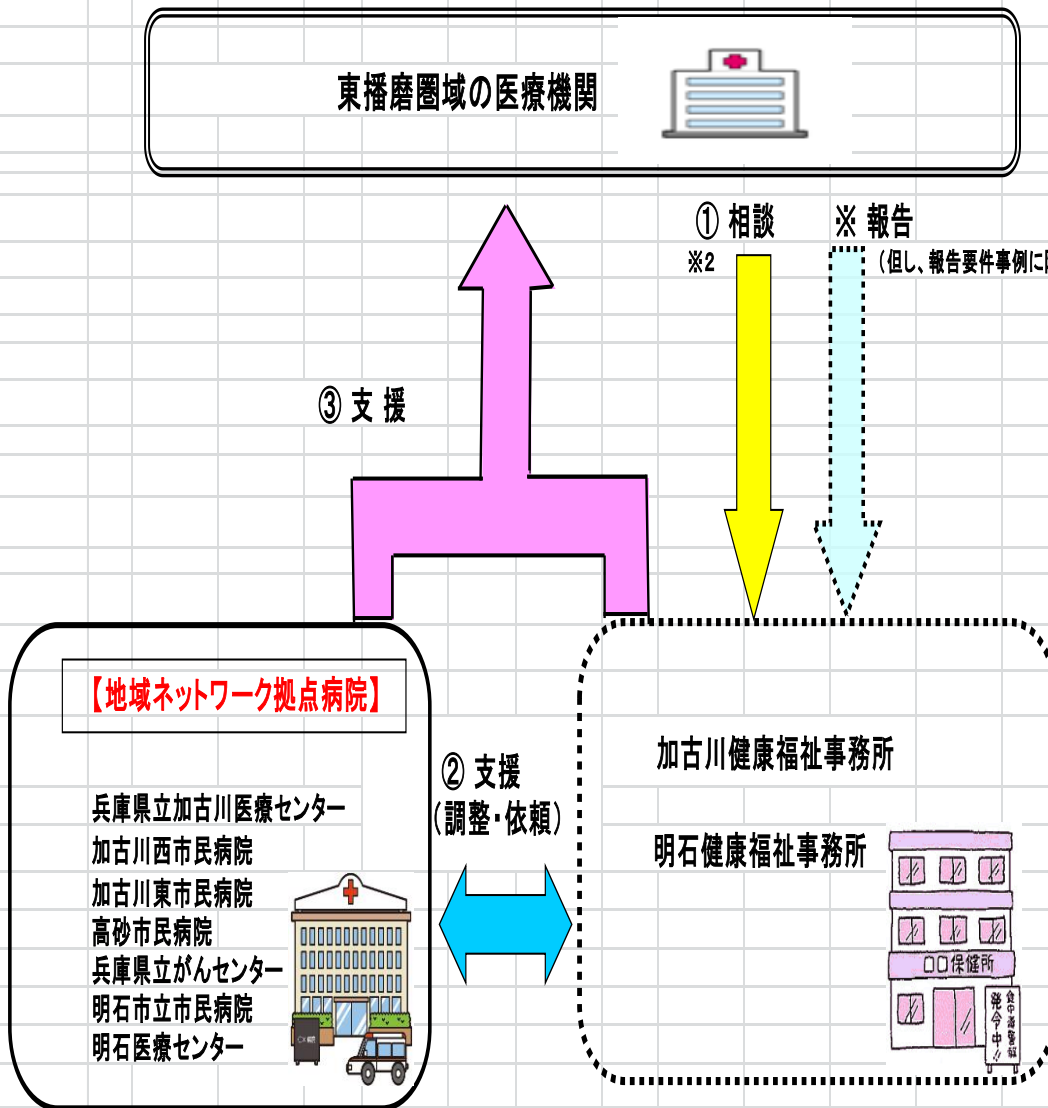
6、東播磨二次保健医療圏の状況

- (1) 3市2町、人口72万人、加古川圏域健康福祉事務所、明石地域健康福祉事務所と高砂保健支援センターを設置
- (2) 院内感染対策診療報酬加算病院
 - ①感染防止加算Ⅰ：7病院
 - ②感染防止加算Ⅱ：15病院
 - ③加算なし：18病院

東播磨圏域健康福祉推進協議会及び部会の設置について



東播磨圏域院内感染対策医療機関ネットワークによる院内感染対策支援概念図



・加古川健康福祉事務所及び明石健康福祉事務所は、東播磨圏域の医療機関からネットワーク会議へ支援要請をする際の窓口となる。

・院内感染対策の在り方について、中小規模病院からネットワーク会議に指導・助言を求められた場合は積極的に支援する。

・アウトブレイクが疑われる事例発生の際は、ネットワーク会議において感染拡大防止に向けた支援を積極的に行なう。

※1 ※ 報告(報告要件): 同一菌種による感染症の発生事例が多数(10名以上)の場合、または感染症の発生により死亡者が確認された場合

※2 ① 相談: 同一菌種による感染症の発生が複数あり、支援を必要とする場合