

## 第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会（第25期・第10回）

### 議事要旨

1 日 時 令和3年8月23日（火）19:30～22:00

2 会 場 ビデオ会議

3 参加者(敬称略)

分科会委員：相澤彰子、秋葉澄伯、岡本尚、郡山千早、  
小松浩子、高井伸二、高倉弘喜、中川晋一、糠塚康江、  
平井みどり、三嶋廣繁（委員13名中11名出席）

オブザーバー：神田玲子、喜連川優、真田弘美、杉山雄大、武田洋幸、  
田高悦子、中村眞、西村ユミ、林和弘、望月眞弓、  
森山美知子、菱沼典子

講演者： 北野宏明、中川晋一、丹田智美、坂本史衣

事務局： 増子、小川、穴山

#### 4 議 事

(1) 新型コロナウイルスの起源に関する米国科学アカデミー(National Academy of Sciences)のHPメッセージについて

<https://www.nationalacademies.org/news/2021/06/let-scientific-evidence-determine-origin-of-sars-cov-2-urge-presidents-of-the-national-academies>

今後とも、分科会としてはこのような海外の動向にも関心を持ち注視していく。

(2) 2021年9月11日「日本学術会議 緊急フォーラム」開催について（武田・望月）  
公式サイト：<http://www.scj.go.jp/ja/event/2021/315-s-0911.html>

(3) その他

・ IAP(InterAcademy Partnership)からの問い合わせに対する回答について  
(接種率を上げるための方策)

・ 第11回分科会予定（2021年9月）

講演者：北野宏明氏、高倉弘喜氏、糠塚康江氏

(4) 講演と質疑

- ① 北野 宏明氏（内閣官房新型コロナウイルス感染症対策・AIシミュレーション検討会議座長、人工知能研究開発ネットワーク会長）  
「COVID-19 感染拡大状況」

《講演概要》

- ・短期的感染者予測
- ・シミュレーション結果からの示唆
- ・モバイル統計データ（人口増減：歌舞伎町、渋谷）
- ・SNS 感情分析
- ・中等症以上割合詳細データ
- ・「新下田モデル」、下田市の感染者の推移
- ・理化学研究所のエアロゾル実験
- ・出口は見えるのか

② 中川 晋一氏（日本学術会議 連携会員）  
「討論 COVID19 問題点の整理」

《講演概要》

- ・感染者の同定
- ・感染機会の減少
- ・治療方法の開発
- ・医療体制
- ・ワクチン接種
- ・感染情報収集機能、予測機能の強化
- ・地域における相互援助（共助）の強化
- ・体制の問題
- ・メディアの問題

③ 丹田 智美氏（北九州市保健福祉局 地域福祉部地域支援担当課長）  
「新型コロナウイルス流行への現場対応と今後の課題 保健師活動の実践から」

《講演概要》

- ・北九州市の新型コロナウイルス感染症の状況
- ・北九州市における新型コロナワクチン接種について
- ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた保健師体制整備
- ・新型コロナウイルス感染症における保健師活動及び課題とその対応について
- ・保健師の健康危機管理能力を高めるために（人材育成の視点）
- ・コロナ禍での北九州における保健師活動からの考察

④ 坂本 史衣氏（聖路加国際病院 QI センター感染管理室 マネジャー）  
「医療関連感染予防・制御の専門性

新型コロナ流行から見える人材育成の現状と課題」

《講演概要》

- ・医療関連感染予防・制御
- ・構成要素 (core components)  
IPC (infection prevention and control/感染予防制御) プログラムの中核要素
- ・日本の医療機関における典型的な IPC 体制
- ・要求される専門性 (competency)  
情報収集と取捨選択、各施設の状況に合わせた実行 (implementation)  
事前評価から日常業務への 4 ステップへの方法論

- ・リスク評価と改善：経済的インセンティブ
- ・課題：IPC 全体像の明確化と専門性は何かという認識の共有  
     専門家専門性の明確化と共有  
     日常体制から非日常（パンデミック等）対策へ  
     地域連携のための基幹病院における IPC リソースの拡充

\*参考サイト：<https://apic.org/wp-content/uploads/2019/05/June-2019-AJIC-Article-APIC-Competency-Model.pdf>

《丹田氏、坂本氏への質疑応答》

Q：北九州市の高齢者関連施設に関するシステムは上手くいっているということだが、教育関連施設との協働の在り方や、地域の50歳代以下の各集団への啓発についてはどうか。

A：学校に関しては教育委員会に保健師が3名おり、双方の連携が可能。保育所とはこれから巡回等で連携を作っていくところで、家庭局等各所に配属された保健師とも常に情報共有している。市では啓発担当局や産業経済局、各区の保健師が様々な年代に対しHP掲載、宣伝等の活動を行っている。

Q：北九州市はすべてが均一な都市部ではないと思うが、各地の人材育成についてローテーションのメカニズムはどうなっているのか。

A：保健師は人事上どの区へも異動の可能性はある。リーダー的保健師の経験を重視した異動はあるが、原則は3～5年で、今回のパンデミックによる新たな異動はなかった。市の保健所は1か所で、コアメンバー13名が毎日各区へ兼務・応援という形で出向、情報共有し、皆がレベルアップしている。

Q：コロナ終息後、現場の経験を大学での講義や資格課程を通じて、後進にどう継承するかについての議論は行われているか。またどういう点に学生の関心があるか。

A：大学課程や実習には感染症対策を入れたほうが良く、学生の反応もよい。現場の人員が増えているため、学習機会や実習で伝えられる場も増やせるだろう。感染経路や疫学調査の方法論に対する学生の関心は高い。

Q：現場で吸い上げた問題について、全て日常業務に活かすことは不可能と思うが、その場合誰が統括するのか。

A：トップダウンでやっても上手くいかないのが、現場の皆で分析、議論し、優先順位を決める仕組みを作っている。現況下ではリモート化といった工夫をしつつ可能になっている。市本庁の思惑と現場の課題とをすり合わせ推進していく仕組みは、北九州市では比較的上手く機能していると思う。

Q：北九州市の例はある種のポジティブ・デビアンズ（良い方向への逸脱）の模範と思う。他府県の自治体に横展開する体制はできているのか。

A：現況では難しいが、他自治体と講師交換し話を聞くことをやっている。

Q：大学教育の現場で北九州のような行政の例を横展開していく仕組みが必要ではない

か。カリキュラムの充実、実習、資格課程における感染症のスキルや知識を上げていく必要があると考えるがどうか。

A：今回行政における保健師の活躍が理解できたが、個々のポジティブな事例を横展開し、日本全体のレベルの底上げへと繋げていくことが課題と思う。

日本看護系大学協議会では、潜在保健師のリカレント教育、他看護職からの感染症に強い看護師人材教育プログラム、大学院修了者の高度実践看護師を中心にプログラムを考え、基礎教育にも拡大を考えている。ただ行政で行われる先取例を、いかに学術的に集約していくかが今後の課題となる。

IPCプログラムを各病院でやる場合、資格に関しては「感染症管理認定看護師」、大学教育では「感染症看護専門看護師コース」があるが、十分ではない。

Q：それには潜在的なプログラムを作ることが必要と思うが、予算的に可能か。

A：パンデミックのためでなく、平時から本来必要な専門性と人数とを海外で出ている科学的根拠に基づき、明確にしておく必要がある。

現状では、平時ですら人員不足で必要最低限の状態でしかなく、平時からリスクを下げておくことを重視する姿勢は、日本は他国に比べ遅れを取っていると思う。

Q：その点は以前から指摘されてきたにもかかわらず、今まで改善は進まなかったが、どうすればよいのか。

A：予防に対する考え方の問題。予防のほうがコスト的には低く抑えられるという評価・検証を本気で行っていく必要がある。どこを目指すのか、目標達成までの必要な構成要素を十分構築したうえで取り組む必要がある。

個々の能力よりも、IPCのコアとなるコンピテンシー能力を持つ人を中核に、その人と一緒に仕事をしながらコア・コンポーネント全体を改善していく体制を作っていないといけない。

Q：日本ではIPCの全体像が曖昧ということだが、今回の新型コロナウイルス感染症に対する日本と海外の感染対策とに違いはあるか。

A：新型コロナウイルス感染症は非日常の状態であり、各国の政策の影響が強いため、どこの国が上手くいったかという議論は難しい。

平時の日本では、加算要件や医療法の中身に準拠することが最低限の目標になっている点が特徴的で、どの感染に問題があり、どの程度のデータベースが存在するかが全体的に曖昧である。現場が優秀なので、夫々が工夫を凝らし情報を得て取り組んでいるというのが現状だろう。

Q：データを集めてアウトカムを評価していくのは今非常に難しいが、これから政策評価も必要になるということになるか。

A：予算を投入するなら、それに見合う成果を可視化していかなければならない。

評価・改善のために十分な予算をつけるか、又は米国のようにペナルティを与える形が良いかわからないが、日本では、感染制御とは何であり、どのような専門性が求められているのかが曖昧にされたまま10年、20年が過ぎていっているのではないか。

Q：職能チームが上手くいっているかどうかの評価に関し、プログラムの評価やその人

物評価に関わる何らかの指標は検討されているのか。

- A：チームというよりも、病院としてリスク・アセスメントをやることになる。最終的な責任者である病院の管理経営層がチームを雇い、ガバナンスを効かせ、権限を与え、評価をする。評価は、米国の「コンシューマー・レポート（Consumer Reports）」のように市民が行う方法、あるいは、第三者機能（病院評価機関等）により特典又はペナルティを与える等の方法が考えられる。但し、以上のことはあくまで平時における体制の場合である。

— 以上 —