

厚生労働科学研究費補助金

特別研究事業

新型インフルエンザ A (H1N1) への
公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究

平成 21 年度 総括研究報告書

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

平成 22 (2010) 年 3 月

班員一覧

研究代表者：尾島俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学）

【重症化が予測される住民等への市町村の対応】

研究分担者：小林 光樹（東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野）

研究協力者：川原 礼子（東北大学大学院医学系研究科老年保健看護学分野）

末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科地域ケアシステム看護学分野）

平野かよ子（東北大学大学院医学系研究科国際看護管理学分野）

吉沢 豊子（東北大学大学院医学系研究科ウイメンズヘルス看護学分野）

鈴木 陽（東北大学大学院医学系研究科微生物学分野）

菊池 史子（東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野）

荒田 吉彦（旭川市保健所）

南條 景子（宮城県健康福祉部健康推進課）

織江 勝美（宮城県栗原市健康推進課）

森岡 幸子（大阪府健康医療部）

【高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応】

研究分担者：西山 利正（関西医科大学公衆衛生学）

研究協力者：濱田 篤郎（労働者健康福祉機構 海外勤務健康管理センター）

福島 慎二（労働者健康福祉機構 海外勤務健康管理センター）

甲村加奈子（労働者健康福祉機構 海外勤務健康管理センター）

古賀 才博（労働者健康福祉機構 海外勤務健康管理センター）

山田 明（滋賀県立大学人間看護学部）

宮城 啓（長崎大学熱帯医学研究所）

吉田 常孝（外務省日本国ニューヨーク総領事館）

三島 伸介（関西医科大学公衆衛生学）

三宅 眞理（関西医科大学公衆衛生学）

中谷 逸作（関西医科大学公衆衛生学）

【感染拡大地域の行政対応】

研究分担者：早坂 信哉（浜松医科大学医学部健康社会医学）

研究協力者：毛利 好孝（兵庫県健康福祉部健康局）

足立ちあき（兵庫県健康福祉部健康局）

松下 清美（兵庫県健康福祉部健康局）

野田 哲朗 (大阪府健康医療部保健医療室)
宮園 将哉 (大阪府健康医療部保健医療室)
佐藤 良江 (大阪府健康医療部保健医療室)
河上 靖登 (神戸市保健所)
田中由紀子 (神戸市保健所地域保健課)
伊地智昭浩 (姫路市保健所)
柳 尚夫 (兵庫県洲本保健所)
一居 誠 (大阪府茨木保健所)
高野 正子 (大阪府吹田保健所)
永井 仁美 (大阪府豊中保健所)
今岡 利香 (兵庫県龍野保健所)

【保健所及び本庁の対応】

研究分担者：緒方 剛 (茨城県筑西保健所)
研究協力者：押谷 仁 (東北大学大学院)
森澤 雄司 (自治医科大学)
砂川 富正 (国立感染症研究所)
中西 好子 (東京都健康安全研究センター)
吉村 健清 (福岡県保健環境研究所)

[保健所調査]

荒田 吉彦 (旭川市保健所)
町田 宗仁 (長野県佐久保健所)
古屋 好美 (山梨県中北保健所)
伊藤 正寛 (京都府東山保健所)
岩本 治也 (福岡県京築保健所)
中里 栄介 (佐賀県鳥栖保健所)
国吉 秀樹 (沖縄県中央保健所)

[都道府県等本庁調査]

小林 良清 (長野県衛生部健康づくり支援課)
山口 亮 (北海道保健福祉部保健医療局健康安全室)
角野 文彦 (滋賀県健康推進課)
中原 由美 (福岡県健康増進課)

目 次

I. 総括研究報告書

尾島俊之（浜松医科大学健康社会医学）	1
--------------------	---

II. 分担研究報告書

1. 重症化が予測される住民等への市町村の対応	9
-------------------------	---

小林光樹（東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野）

（資料1）市町村における新型インフルエンザ対応に関する調査	32
-------------------------------	----

2. 高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応	43
------------------------------	----

西山利正（関西医科大学公衆衛生学）

2-1. 新型インフルエンザ流行における高等学校、中学校、小学校の臨時休業 実態調査から見た新興・再興インフルエンザ流行時における社会防衛と 学校の位置付け	43
--	----

2-2. 新型インフルエンザ流行における日本人学校の臨時休業実態	70
----------------------------------	----

2-3. 海外進出企業の新型インフルエンザ対策に関する調査	73
-------------------------------	----

3. 感染拡大地域の行政対応	75
----------------	----

早坂信哉（浜松医科大学健康社会医学）

3-1. 報告書概要	75
------------	----

3-2. 府・県における対応	
----------------	--

・兵庫県における新型インフルエンザの医療確保対応について	79
------------------------------	----

・大阪府における新型インフルエンザ対策の概要（中間まとめ）	96
-------------------------------	----

・兵庫県（本庁）における対応と課題	106
-------------------	-----

・兵庫県における相談体制について	112
------------------	-----

3-3. 指定都市・中核市における対応	
---------------------	--

・神戸市の新型インフルエンザ対策の課題と対応策	115
-------------------------	-----

・姫路市における新型インフルエンザ対応	127
---------------------	-----

3-4. 県保健所における対応	
-----------------	--

・兵庫県洲本保健所での新型インフルエンザ対応	131
------------------------	-----

・兵庫県における保健所から見た新型インフルエンザ対策の課題	135
-------------------------------	-----

4. 保健所及び本庁の対応 -----	139
緒方剛（茨城県筑西保健所）	
4－1. 調査目的 -----	139
4－2. 調査方法 -----	139
4－3. 調査結果 -----	139
・保健所に対するアンケート調査結果	
・都道府県等本庁に対するアンケート調査結果	
4－4. 考察 -----	145
・新型インフルエンザへの初期対策の経緯	
・保健所の初期対策に関する教訓と提言	
・都道府県等本庁の初期対策に関する評価と提言	
・国の初期対策に関する評価と提言	
4－5. 資料 -----	152
・保健所アンケート調査様式	
・都道府県等本庁アンケート調査様式	
・保健所アンケート調査集計結果	
・都道府県等対応調査の結果と考察	
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	313
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別冊 -----	314

総括研究報告書

新型インフルエンザA（H1N1）への 公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座教授）

研究要旨 平成21年春に発生した新型インフルエンザA（H1N1）の経験を生かすことにより、将来に再度、別の新型インフルエンザの流行に見舞われた場合に、より適切に対応できることに資することを目的として研究を行った。研究方法としては、①重症化が予測される住民等への市町村の対応として市町村への調査、②高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応として学校等への調査、③感染拡大地域の行政対応として先行して流行した阪神地域に関する調査、④保健所及び本庁の対応として全国の保健所及び都道府県等本庁への調査を行い、それらの結果の検討を行った。その結果、今後の新型インフルエンザ対策として、状況に応じて柔軟な運用が行いやすい行動計画策定等の備え、種々の関係者間及び国民とのコミュニケーションの強化、感染症対応に関する人材力の強化などが重要であると考えられた。

研究分担者

小林 光樹（東北大学大学院医学系研究科成人看護学教授）

西山 利正（関西医科大学公衆衛生学教授）

早坂 信哉（浜松医科大学医学部健康社会医学講座准教授）

緒方 剛（茨城県筑西保健所所長）

題が指摘されている。

そこで、本研究では、次の4点について研究を行うものである。①市町村による対応が求められる第3段階において感染拡大の予防のために行った対応について、その実態を把握し、この結果に基づき致命率の低いインフルエンザの発生に対応する具体性のある対応指針を作成し、市町村の住民と職員の安全と安心を高め予防と拡大防止を図る対応が普及すること。②高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応のあり方を明らかにすること。③今回の発生時の感染拡大地域における行政対応について評価、検討を行い、今後の対応方やマンパワーについて明らかにすること。④全国の都道府県等本庁及び保健所の対策の状況及び成功・失敗事例等について基礎資料として記録するとともに、その背景やより適切な対応方法を明らかにすることである。

以上のことにより、将来に再度、別の新型インフルエンザの流行に見舞われた場合に、今回の経験を生かして、より適切に対応できること

A. 研究目的

平成21年春に発生し世界中での流行となった新型インフルエンザA（H1N1）は社会的な影響の大きい健康危機となり、国及び自治体等では迅速に特別な体制を敷いて対応を行ってきた。今回の発生に先立って、国の新型インフルエンザ対策ガイドライン及び行動計画が策定され、また市町村の対応のてびきが全国保健所長会により作成されていた。これらの行動計画等は、致命率の高いH5N1株の発生を想定したものであり、実際の発生株であったH1N1への対応において、予定どおり実施できたものと、想定とは異なっていたものがあり、課

に資することが目的である。

B. 研究方法

(1) 重症化が予測される住民等への市町村の対応

まず、O県健康医療部及び県下の2市町村と管轄の保健所並びにH県健康福祉部に対し聞き取り調査を行った。また、M県（健康福祉部健康推進課、疾病・感染症対策室、医療整備課）と政令指定都市のS市（健康福祉局保健医療課）、K市（健康推進課）と検討会議を持ち対応状況について聞き取り調査をおこなった。

それらの結果から調査票を作成し、平成21年9月現在に患者発生率の高かった全国17都道府県の保健所を設置していない820の市町村を対象に平成21年10月から約1か月間、郵送調査を行った。

(2) 高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応

兵庫県、大阪府、滋賀県、神奈川県、東京都の6都道府県にある公立高等学校、中学校、小学校7,384校を対象に、平成22年1月28日から郵送調査を行った。

別途、海外における日本人学校の平成21年12月31日までの臨時休業実態について、文部科学省の公開資料等の分析を行った。

さらに、東洋経済新報社発行の海外進出企業総覧に掲載されている日系企業を対象に平成21年10月に郵送調査を行った

(3) 感染拡大地域の行政対応

国内における新型インフルエンザ初期感染拡大地域である兵庫県、大阪府、神戸市、姫路市の発生時の本庁及び保健所の対応の状況について、関係者等により記録を整理し、課題を抽出して、検討を行った。

(4) 保健所及び本庁の対応

全国510保健所の所長宛に、平成21年8月に電子メールによる調査を行った。調査票は、保健所長用と保健所担当者用の2種類の調査票とした。

また、全国の都道府県及び政令指定都市等保健所設置市（東京特別区を除く）の感染症対策課111か所を対象に、平成21年8月下旬に電子メールによる調査を行った。

以上の調査結果等を元に、関係者による検討会議、また全国保健所長会総会における意見交換を行った。

(倫理面への配慮)

本研究では、行政機関や学校等への調査を行ったものであり、個人情報等に関する問題は生じなかった。なお、調査に当たっては、研究の趣旨を説明し、協力の意思がある場合のみに回答して頂いた。

C. 研究結果

(1) 重症化が予測される住民等への市町村の対応

郵送調査は272市町村から回答が得られた（回収率33.2%）。医療機関に関して、重症患者が入院可能な設備のある医療機関数は平均5.7か所、診療所数は平均55.2か所であった。新型インフルエンザの対策本部を設置したのは78.7%の市町村であり、対応チームを組織したのは38.2%であった。対策本部の事務局は68.1%が保健衛生部門であり、残りの31.9%は防災安全や総務企画部門あるいはこれらと保健衛生部門の合同の事務局体制が組まれた。自由記載で「医療部局でない事務局と医師会との連携は難しい」との意見もみられた。管内の関係機関との連携会議は、12.9%が開催し、77.2%が開催していないと回答した。新型インフルエンザの管内での発生状況に関する

情報の入手経路としては、保健所 73.9%、都道府県の保健衛生部局 51.1%、マスコミ 39.0%、教育委員会等の市町村の他の部門 25.7%、医師会 4.0%、その他 10.7%であった。新型インフルエンザ関連情報を集約し、情報を一元化して発信する部門を定めたかについては 64.3%がありと回答した。その部門の機能に関して、そのうち、73.9%が機能していると回答した。保健所との連携会議の開催と参加に関しては 91.4%の市町村で保健所との連携が取られていた。保健所との連携についての課題としては、保健所からの情報伝達が遅い、市町村の役割に対する具体的な助言指導が少ないなどの意見が見られた。医療機関との連携に関しては、連携したと回答した市町村は 33.8%にとどまった。市町村の行動計画については、作成済み 47.9%、作成中 12.1%、作成していない 27.0%であった。なお、行動計画が未作成でも、対応マニュアルや対応手引きなどをまとめているという回答もあった。物資の備蓄に関しては、入手における物資不足、予算不足、必要量が不明、備蓄場所の確保などの課題が上げられた。相談窓口体制に関しては、93.1%が設置し、設置場所としては保健センターが 20.6%であった。対応した職種としては保健師が最も多く 42.3%であり、窓口での対応者数は平均 7.2 人であった。集団発生に関しては、79.5%であったと回答した。情報発信と健康教育に関して自由記載で回答を求めたところ、外国人に対する対応 24 市町村、高齢者 16 市町村、要援護者 14 市町村、視覚・聴覚障害者 3 市町村から記載があった。要援護者・基礎疾患のある人に対する重症化予防のための支援策としては、広報での情報提供、ワクチン接種費用の助成等の回答が比較的多く見られた。

(2) 高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応

学校への調査は、平成 22 年 2 月 8 日までの中間集計で 872 通の回収が得られた(中間回収率 11.8%)。平成 21 年 5 月 1 日～12 月 31 日の間に罹患した生徒・児童数は最頻値 151～200 人、最大 542 人であった。臨時休業の状況としては、学校閉鎖は 5 月に多かったが、学年閉鎖・学級閉鎖は 10～11 月に多く見られた。臨時休業の日数は、学校閉鎖が平均 4.6 日であった。臨時休業を決定する際に重視したものとしては、教育委員会の方針、学校医の意見、養護教諭の意見の順であった。臨時休業を決定する際の懸念事項としては、授業数の不足を最も懸念したとの回答が全体で 57%を占め、次いで行事への影響であった。小学校においては、保護者への影響との回答も多く見られた。臨時休業を決定する際の相談相手としては、学校医が最も多く、次いで教育委員会、保健所の順であった。相談の手段としては、電話が圧倒的に多い結果であった。保健所からの問い合わせや指導は 34.0%でありと回答した。教育委員会からの問い合わせや指導は 87.4%がありと回答した。臨時休業を決定する際の情報収集の手段としては、電話・FAX が最も多く、次いでインターネット、新聞、テレビの順であった。臨時休業を決定する際に活用したホームページとしては、教育委員会が最も多く、次いで、厚生労働省・国立感染症研究所、保健所・地方衛生研究所の順であった。新たな感染症に対する相談先や機関の必要性としては 84%がはいと回答した。学校への保健所職員等の専門家の派遣の希望は 56%がはいと回答した。社会防衛のために学校が担う役割について 84%がはいと回答した。

海外の日本人学校の臨時休業は、全日本人学校 88 校中延べ 113 校で実施された。形態別には、休校 33 校、学部閉鎖 11 校、学年閉鎖 13 校、学級閉鎖 56 校であった。時期別の地域分布としては、4～5 月は中南米で見られたのに

対し、7月に南半球、9～11月にアジア・中東・欧州で多い傾向であった。

海外進出企業への調査に関しては 613 社から回答が得られた。事業継続計画 (BCP) の策定については、あり 211 社、策定中 206 社、なし 121 社であった。今回の流行時に対応に苦慮したこととしては、マスクの入手 226 社、家族の罹患や休校措置に伴う従業員の欠勤 205 社、想定された病原性と対策の乖離 191 社などであった。

(3) 感染拡大地域の行政対応

兵庫県における新型インフルエンザの医療確保対応として、5月16日の国内初の感染者確認以降臨機応変な対応を迫られ、早々に兵庫県新型インフルエンザ対策計画の遵守が困難となった。兵庫県本庁においては、県民からの問い合わせが殺到し、対応する保健師が不足した。兵庫県における相談体制として、4月28日に13保健所に発熱相談窓口を24時間体制で設置し、1日当たり最大1万件を越えた。

大阪府においては、5月17日に感染者の検査結果が確定され、また100人以上の生徒が同様の症状を呈しているとの情報があり、国と相談の上、自宅療養へと切り替えた。

神戸市では、4月28日に対策本部を立ち上げたが、渡航歴のない高校生を中心とした集団発生、広域での散発発生により現在のサーベイランスシステムでは必要な情報を早期に把握することが難しかった。感染症対策専任保健師を配置し、平常時から学校等関係機関の職員と顔の見える関係づくりを行う「神戸モデル」を構築する必要があると考えた。今回の経験から人口153万人の神戸市において神戸モデル構築に必要な業務量を積算したところ、感染症対策として年間延べ約26,000時間、即ち区業務に11人、本庁業務(保健所機能強化)に1名の感染症対策専任保健師が必要であることが

分かった。

姫路市では、対策計画を策定中で完成していない状態で流行を迎えた。しかし、保健所と本庁の対策本部との連携・協働も比較的良好で、結果的には臨機応変に柔軟な対応ができた。

兵庫県洲本保健所では、感染者発生に先立つ4月30日に地元医師会と協議し、まん延に近い状況では一般医療機関での受け入れを決定しており、5月18日以降、一般医療機関での受診システムを開始した。兵庫県内の発熱専門外来では受診者の88%が新型インフルエンザではなく、これらの患者に対する院内感染防止策が課題である。また、多数の患者が受診しオーバーフローが見られ、発熱相談センターには電話がつながりにくくなり、住民の不満が高まるとともに保健所業務に支障が出た。

(4) 保健所及び本庁の対応

保健所調査では、所長用337人(回収率66.1%)、担当者用332人(回収率65.1%)から回答が返送された。以下の結果では、「どちらかという」という回答を含めて記載した。新型インフルエンザ発生前の準備としては、発生前に関係職員が新ガイドラインを読んでいたのは87%であった。保健所の人員・体制については、保健師の人数が対応に十分でなかったとの回答が全体の66%であった。医師の人数が十分でなかったのは63%であった。保健所の事業継続計画(BCP)を作成できていなかったのは71%であった。新型インフルエンザ発生以降、保健所の業務で実際に縮小、中止、延期したものが44%の保健所であった。保健所と都道府県本庁との連携として、保健所以外の職員の応援を得た保健所は45%であり、このうち本庁または他の事務所の職員応援を得た保健所が36%であった。市町村・地域医師会などの地域関係機関との連携として、市町村に対し助言・情報提供・打ち合わせを行った保健

所は 97%であり、医師会に対して助言・情報提供・打ち合わせを行った保健所は 96%であった。対応に必要な情報について、十分に情報源から得られたとの回答は 70%であった。特に有用だったウェブサイトは、国・厚生労働省・国立感染症研究所が 70%以上と最も高かった。入国者への健康監視は、最大で 1 日平均 5 人の職員が担当した。平均実人員 189 人に対して行われた。発熱相談の 1 日最大要員は平均 9 人であった。ピーク時における土日・祝日の対応は、93%の保健所で所に出勤して毎休日対応した。夜間（24 時間）対応は 62%の保健所で通常は在宅での対応であったが、近畿地区では 54%の保健所が当直による毎日対応であった。保健所管内の発熱外来設置箇所数は、6 月の運用指針変更前の時点で平均 3 か所、近畿地区では 9 か所であった。入院医療に関して、6 月の運用指針変更前の時点で入院勧告に基づき入院させることが可能な管内の病院数は、平均 1.2 病院であった。入院措置に対応する入院医療機関の確保のため、管内の病院との協議や要請を行った保健所は 79%であった。PCR 検査は、7 月末までに平均 39 件行われ、確定患者数は平均孤発 9 人、集団発生 6 人であった。積極的疫学調査を行った濃厚接触者は、7 月末までに平均 89 人であった。予防投薬は 6 月の運用指針改定までに平均 10 例に行われた。クラスター・サーベイランスや積極的疫学調査については、適切に実施できると回答した割合が 55%であった。

都道府県等本庁調査は、83 か所から回答があった（回収率 74.8%）。PCR 検査実施数は、人口 10 万人あたり平均 15 件で、うち確定患者数は 8 人であり、比率は 57%であった。集団発生については、人口 10 万人当たりの発生数は 3 件で、確定患者数 3 人、疑似症患者数は 11 人であった。1 日当たり PCR 検査可能数は平均 46 件であった。業務継続計画（BCP）を策定

していたのは 29%のみであった。医療機関併設型の発熱外来について、6 月の運用指針変更までの平均設置数は、設置した都道府県で 32 か所、保健所設置市で 6 か所であった。入院医療機関の平均確保数は、6 月の運用指針変更までの時点で都道府県の場合に平均 18 病院、322 床であり、まん延期となった場合の確保数は 55 病院、4308 床であった。特別な患者への診療体制では、小児及び透析患者ではかかりつけ医が多いのに対し、妊婦では未定・不明が多かった。医療機関への補助で多いものは、防護具、人工呼吸器、間仕切りの順であった。学校等の休業については、52%で基準が設けられていた。

D. 考察

調査結果に基づき、研究班内で検討をしたところ、数多くの問題点や課題が指摘された。しかしながら、それでは、具体的にどのような対応をとっておけば良かったかについて検討すると、多くの論点について、研究班内でも意見が分かれたり、また良い対応策が考えられなかったりという状況であった。今回の新型インフルエンザへの対応については、諸外国やWHO（世界保健機関）での対応についても多くの問題点が指摘されており、また健康危機管理一般について、完璧に対応された事例は皆無と行って良いであろう。一方で、将来に再度、別の新型インフルエンザの流行に見舞われた場合に、より適切に対応できることは重要であり、そのためにいくつかの論点について、本研究による調査結果や研究班内の議論等に基づき総括して考察したい。

（1）行動計画策定等の備え

今回の流行に先立って、平成 21 年 2 月に国の新型インフルエンザ対策ガイドライン及び行動計画が取りまとめられていた。しかしながら、今回、実際に流行したウイルスは、想定さ

れていたものよりも致命率が低い株であったため、その行動計画等が有効に対応のよりどころとすることができなかつた。そのため、今回のような致命率の低いウイルスの流行を想定した行動計画等を策定しておくべきであったという意見も聞かれた。一方で、研究班内の議論において、米国での状況などを見ると、致命率のレベル別の行動計画は有効ではないとの意見も聞かれた。感染症の流行には、さまざまなパターンが考えられ、それぞれについて、完全に対応できる行動計画を策定しておくことは実務的にかなり困難である。また、今回策定されていた行動計画には、「適時適切に修正を行うこととする」ものとされていた。そこで、一定の想定に基づいて行動計画等を予め策定しておくことは当然としても、実際に流行が起きた際には、随時行動計画を修正する方法を盛り込んでおくなど、状況に応じて柔軟な運用が行いやすい行動計画等にしておくことが重要であると考えられる。

また、今回の保健所への調査等において、国から明確な指針を示して欲しいという声がある一方で、国で全てを決めてしまうのではなく地方の運用に委ねて欲しいという両方の意見が聞かれた。国からの行動計画や指針等の内容として、致命率がいかなるレベルのウイルスであってもゆるがない対応の基本原則、また地域の状況が異なっていたとしても全国一律に遵守を求める必要がある事項、そして、地域の状況に応じて柔軟な運用をした方が良い事項が含まれると考えられる。その区分について、国と地方とが認識を共有できるように策定していくことが重要であると考えられる。

さらに、市町村への新型インフルエンザ対策の行動計画等に関する調査からは、市町村における行動計画の必要性が再認識された。

行動計画等に関して、今回は幸い致命率が低いウイルスであったが、仮に想定通りに致命率

が高いウイルスであった場合には、医療機関の協力体制の構築等が行動計画の通りには到底実行不可能であったとの指摘も見られた。今後、行動計画の見直し等が行われる際には、そのような点からも、今回の経験を生かした見直しを行う必要が有ろう。

その他の重要な事前の備えとしては、物資等の課題がある。今回、抗インフルエンザウイルス薬であるタミフル等の供給は概ね対応可能であったが、ある時期に極端に不足したマスクや消毒液等の物資の備蓄に関する課題がある。特に、保存期限がある物資について、費用を考慮した効率的な備蓄のあり方は重要である。また、将来に、致命率が高いウイルス株の流行を想定した場合には、個人防護具の備蓄や、医療機関の待合室や診察室の構造等の課題も大きい。昨今の緊縮財政の状況の中で、これらの課題に完全に対応することは不可能であるが、必要性和費用を勘案して、国及び地方ではそれぞれ現実的な備蓄量や方法を再検討する必要がある。また、本研究では、研究実施時期の関係で検討の対象外としたが、ワクチン供給体制の整備等も重要な課題である。

今回の流行において、流行初期の神戸及び大阪での集団発生を適確に把握することができなかつた。行動計画等において、海外発症期等のかかなり早期から、クラスター・サーベイランス等のサーベイランス体制の整備等を計画しておくことが必要であろう。

(2) コミュニケーションの強化

保健所及び学校への調査結果等からわかるように、今回、迅速かつ詳細な情報共有の手段として、インターネットのウェブサイト（ホームページ）が重要な役割を果たした。特に、年度の後半において国等からの効果的な情報提供が行われた。今後もウェブサイトによる情報提供について、より一層の速報性及び内容の充

実を期待したい。一方で、今回の流行において、全てを通読することが困難なほど、大量の情報が提供された。今後、特に地方の種々の機関の意思決定者や一般国民等の利用者の立場に応じて、まずは重要な情報をコンパクトに知ることができ、必要に応じて、より詳細な情報にアクセスできる形に情報整理が行える体制が作られることが理想であろう。これは、インシデント・コマンド・システムにおける状況認識の統一（Common Operational Picture）のためにも有用であると考えられる。

次に、種々の関係者間での相互のコミュニケーションの強化も重要である。今回の流行において、国と都道府県や保健所等の地方、意思決定者と公衆衛生や感染症等の専門家、行政と医師会や医療機関、行政と学校、学校と学校医等の間で電話やメール、FAX、その他の手段でコミュニケーションをとりながらの対応が行われた。しかし、一部にはコミュニケーションが不十分であったと指摘される部分もあり、今後の一層の強化が必要であろう。

国や自治体と国民等の間の適切なリスクコミュニケーションも大きな課題である。今回、新型インフルエンザに関する注意喚起や、咳エチケット・手洗い・うがい等に関する啓発について、比較的十分に図られたと考えられる。一方で、一般企業や国民の中には、強い不安から過剰な反応を起こした例も聞かれた。リスクコミュニケーションにおいては、メディアの影響力は非常に大きく、今回、特に流行初期における報道の問題点の指摘も聞かれた。近年、例えば、芸能人の自殺の報道などにあたっては、後追い自殺を助長しない報道のあり方などについてメディアの理解も深くなっている。新型インフルエンザ等の報道に関しても、メディアが社会的責任を理解できるようにするとともに、メディアの特性を考慮した情報提供のあり方について検討する必要がある。

（3）感染症対応に関する人材力の強化

国の新型インフルエンザ行動計画では、地域によって流行の進展が異なることを想定し、知事がまん延期の宣言を行い、地域の状況に応じた対応をとることとなっていた。しかしながら、今回の流行において、諸般の状況から、まん延期の宣言を行った都道府県はなかった。また、地方の状況に応じて、主体的な判断で対応がきちんと行えた都道府県は多くなかったと考えられる。これまで、FETP（実地疫学専門家養成コース）による人材育成などの努力が行われてきたが、今後、感染症に関して地域の状況を専門的に把握して対応を検討することができる人材をより一層養成する必要がある。また、さらに、そのような専門能力を持った人材が政策決定に関わることができるような体制とすることが重要であろう。

前項の資質向上の問題に加えて、保健所やその他の対応機関において、マンパワーの量的な不足が大きな課題として指摘された。今回の流行で保健所に求められた全ての機能を完全に果たそうとした場合には現状より遙かに多い人員が必要となると考えられる。一方で、昨今の公務員数削減の流れの中で、保健所等の職員数を増加させることは容易ではない。他部署からの応援等の努力がなされたが、人員が限られる場合には、果たすことのできる機能にも一定の限界があることになる。人員と機能のトレードオフの中で、その時点や地域毎に、最も妥当な折り合いをつける必要がある。

保健所において多大なマンパワーを要した業務として、入国者への健康監視がある。今後、同様の流行が発生した場合には、健康監視についての費用と、その効果を検討した上で、健康監視の要否を判断する必要が有ろう。

感染症対策における人材力については、国レベルでの状況も重要である。米国においてはC

DC（疾病予防管理センター）が専門的な視点から重要な役割を果たしている。今回の流行において、国立感染症研究所は、感染症発生動向調査の取りまとめや、積極的疫学調査などで大きな役割を果たした。今後、より万全な感染症対応を行うためには、国立感染症研究所における人材力強化によって、その機能を強化することが非常に重要であると考えられる。

E. 結論

今後の新型インフルエンザ対策として、状況に応じて柔軟な運用が行いやすい行動計画策定等の備え、種々の関係者間及び国民とのコミュニケーションの強化、感染症対応に関する人材力の強化などが重要であると考えられた。

緊縮財政や公務員数削減の流れの昨今、多大な予算を要する対応は困難な面があるが、種々の対応について費用と重要性について検討し、将来に再度、別の新型インフルエンザの流行に見舞われた場合に、より適切に対応できるようにすることが求められよう。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産の出願・登録状況

該当なし

重症化が予測される住民等への
市町村の対応

重症化が予測される住民等への市町村の対応に関する研究

研究分担者 小林 光樹 東北大学大学院医学系研究科 がん看護学分野

研究要旨

本研究では市町村による対応が求められる流行の第3段階において、各市町村が流行の予防と拡大防止のために行った対応について、その実態を把握し、この結果に基づき弱毒性のインフルエンザの流行に対応する具体性のある対応指針を作成し、市町村の住民と職員の安全と安心を高め予防と拡大防止を図る対応が普及することを目的とする。また、弱毒性のインフルエンザの流行に対応する対応指針に加え、強毒性のインフルエンザの流行にも対応できる具体性のある指針を作成する。市町村での聞き取り調査を2回実施し、その結果を基に調査票を作成した。この調査票を全国17都道府県の保健所を設置していない820の市町村へ郵送調査を行った。調査期間は10月9日から11月13日の約1ヵ月間である。最終的にこれらの調査結果を踏まえ、「市町村新型インフルエンザ対策行動計画策定の手引き試案Ⅰ」を作成し、聞き取り調査をおこなった市町村に送付して検証を行い、修正を加えて完成させた手引きを、今後市町村の地域保健従事者に配布及びインターネットを通じ公開、配信することによって、新型インフルエンザ対応方法の普及と管理体制の推進を図る予定である。

A. 研究目的

これまでに新型インフルエンザへの対応は強毒性であることを想定した保健所、医療機関のものが作成され、これに準じた市町村の対応のてびきが全国保健所長会により作成されてきている。しかし、住民に身近な市町村が遭遇する問題への対応としてはより具体的な内容を含むものが必要である。そこで、本研究では市町村による対応が求められる流行の第3段階において、各市町村が流行の予防と拡大防止のために行った対応について、その実態を把握し、この結果に基づき弱毒性のインフルエンザの流行に対応する具体性のある対応指針を作成し、市町村の住民と職員の安全と安心を高め予防と拡大防止を図る対応が普及することを目的とする。また、弱毒性のインフルエンザの流行に対応する対応指針に加え、強毒性のインフルエンザの流行にも対応できる具体性のある指針を作成する。

B. 研究方法

1) 本年度の新型インフルエンザに対する市町村の対応の実態調査

①聞き取り調査Ⅰ

○県健康医療部および県下の2市町村（I市、M市）と管轄の保健所並びにH県健康福祉部が行った具体的な対応について聞き取り調査を行った。保健所の取り組みについて聞き取り調査を行っている緒方研究班と連携を図りながら、実施した。

聞き取り調査項目は、新型インフルエンザ流行時における対策本部体制の設置、対策行動計画の策定状況、新型インフルエンザ関連の情報の収集、住民や施設への情報発信や健康教育などの啓発活動、相談体制と相談内容、基礎疾患を持つハイリスク住民への対応である。さらに都道府県においては市町村や関係機関との連携および困難であったこと、市町村においては都道府県及び保健所、関係機関との連携と、他市町村に伝えたいこと、聞きたいことである。

②聞き取り調査Ⅱ

M県内での対応に関しての聞き取り調査を行った。この調査については、M県（健康福祉部健康推進課、疾病・感染症対策室、医療整備課）と、政令指定都市のS市（健康福祉局保健医療課）、K市（健康推進課）と検討会議を持ち、県レベル、保健所を持つ政令指定都市レベル、市レベルでの対応の状況について聞き取り調査を行った。

③全国の市町村への具体的な対応についての質問紙調査の実施

上述の聞き取り調査ⅠおよびⅡの結果を基に調査票を作成した。この調査票を平成21年9月現在に患者発生率の高かった全国17都道府県の保健所を設置していない820の市町村へ郵送調査を行った（質問紙調査票を添付）。調査期間は10月9日から11月13日の約1ヵ月間である。

④「市町村新型インフルエンザ対策計画策定の手引き試案Ⅰ」の作成

①、②、③の調査結果を踏まえ、「市町村新型インフルエンザ対策行動計画策定の手引き試案Ⅰ」を作成した。これについて、聞き取り調査をおこなった市町村に送付して検証を行い、修正を加えて完成させた手引き試案Ⅰを市町村の地域保健従事者に配布及びインターネットを通じて公開、配信することによって、新型インフルエンザ対応方法の普及と管理体制の推進を図っているところである。

C. 研究結果

1. 都道府県及び市町村聞き取り調査

○県は患者発生初期には強毒型インフルエンザを想定した対応が求められたが、国からのタイムリーな対方策の情報が十分でない中で、昼夜電話対応に追われ混乱し、行動計画の根拠となる発生状況の実態把握のための積極的疫学調査は後回しになりがちで、集団感染発生時のマンパワーの確保の重要性、保健所間での支援協力体制あるいは保健所保健師と市町村保健師との協働の重要性を強調していた。

〇県下の市町村は新型インフルエンザ対策行動計画を策定していたが、同様に住民からの電話対応に終始し、市立病院を設置する市町村では、地区医師会からの要請もあり、保健師は看護師として発熱外来を応援し、一時予防事業を停止させ混乱したことが語られた。市町村における専門職は保健師だけであることが多く、管理職の専門職が保健衛生部門にいないと対策本部員として参画する専門職に欠け、行政としての専門的な判断が臨機応変になされにくく、混乱したことが伝えられた。K市からは、生徒を患者発生のある地域への全国大会の対外試合へ参加させるや修学旅行の実施など、市町村として専門的な判断を行わなければならない時に、保健所の助言を期待したがままならなかったこと、保健所へ情報を求めてもマスコミ報道のほうが先行し、地域のインフルエンザ情報が入手しづらかった等、情報の収集と専門的な判断のサポートが得られる連携のニーズが明らかにされた。一方H県は自然災害の危機対応の経験を基盤として危機対策体制が速やかに整備され、また、職能団体からの応援体制も得られ、混乱を経験しながらも対応検証会議を設置し課題の整理を行い、保健医療情報と学校保健情報を全県的に一元化して収集・発信する情報システムを構築していた。平常時からの危機対応の準備と日頃の連携の重要性が示された。

2. 質問紙調査について

1) 質問紙調査の概要

表1 人口規模別 市町村数

人口（人）	市町村数
～5,000 未満	35
5,000～10,000 未満	41
10,000～30,000 未満	69
30,000～50,000 未満	37
50,000～100,000 未満	51
100,000～	37
不明	2
合計	272

質問紙調査に対する回答は 272 市町村から得られ、回収率は 33%であった。回答のあった人口規模別の市町村数は表 1 に示した通りである。

高齢化率(回答数 264)は平均 25.6%(平成 20 年度全国平均 22.1%)、標準偏差 7.0、最小値 11.1、最大値 56.7%であった。

医療機関に関しては、重症患者入院可能な設備のある医療機関数(回答数 254)は平均 5.7(最小 0、最大 104)であり、回答のあった市町村の規模により医療機関数には大きな変動があると考えられる。同様に診療所数(回答数 255)は平均 55.2(最小 0、最大 3655)

と同様に市町村により変動が大きいことがうかがわれた。

2) 対策本部の設置と連携

対策本部の設置：対策本部が設置されたと回答した市町村 214 (78.7%) であった。一方対応チームを組織した市町村は 104 (有効回答数 226) 38.2% であった。対策本部の事務局は 68.1% が保健衛生部門であったが、残りの 31.9% は防災安全や総務企画部門あるいはこれらと保健衛生部門との合同の事務局体制が生まれ、防災対策に位置付けて対応したことがうかがわれた。

表2. 対策本部で協議されたテーマ

地域医療体制	発熱外来の設置、発熱センターの設置
	医師会との連携
	受診医療機関調整
	協力医療機関の確保
情報交換・共有	住民への広報
	情報交換
	都道府県の最新情報提供
	医師会の取り組み提供
	市町村内発生情報共有
	インフルエンザの意見交換会
対応策	行動計画の策定
	対策検討
	問題点と今後の課題
	学校等集団発生時の対応検討
	感染防止対策
	発生時の対応
備蓄	備蓄物品
	消耗品の備蓄について
市民への広報	住民への周知方法について
その他	対策用消耗品の配布方法について
	ワクチン接種に関する市町村間の対応について
	タミフル等対策物品検討

対策本部と他の部署や組織との連携では、まず、医師会との連携に関して、有効回答数 208 のうち、スムーズであったとする回答 96 (35.3%) であり、難しかったとする回答 28 (10.3%) であり、スムーズであったことが分かる。

管内の関係機関との連携会議を開催したかどうかについては、開催した 35 (12.9%)、開催していない 210 (77.2%) であり、大多数の市町村では管内の関係機関との間に連携会議の開催されていないことが分った。開催した市町村での会議の構成員は保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院が多く、

他に保育所、学校、消防署、観光協会、商工会、住民組織代表、ライフライン関係代表者を含めた市町村もあった。テーマは各機関・部署のインフルエンザへの取組についての情

報交換、治療薬やマスク等の備蓄について、住民への広報・周知方法について、協力医療機関の確保、ワクチン接種関連等であった。

以下、対策本部で話し合われたテーマについて表 2 に示す。

3) 新型インフルエンザの情報の入手

次に新型インフルエンザの管内での発生状況に関する情報の入手経路についての質問では、有効回答数が 269 あり、保健所 201 (73.9%) とする回答が最も多く、次いで都道府県の保健衛生部局 139 (51.1%)、マスコミとする回答 106 (39.0%)、教育委員会等の市町村の他の部門とする回答 70 (25.7%)、医師会 11 (4.0%) の順であり、その他とする回答も 29 (10.7%) であった。

また、新型インフルエンザ関連情報を集約し、情報を一元化して発信する部門を定めかどうかについての質問では、263 の有効回答のうち 169 (64.3%) がありと回答しており、情報発信に関して一元化が過半数の自治体ではかられていたことが分った。また、この情報発信を一元化した部門の機能に関しては、機能しているとする回答が有効回答 157 のうち 116 (73.9%) であったことから、情報を一元管理し発信する部門を決定した場合には、有効に機能することが分った。

4) 保健所との連携

保健所との連携会議の開催と参加に関しては、267 の市町村から回答があり、このうち 244 (91.4%) の市町村で保健所と連携が取られていた。

さらに、保健所との連携についての問題点や課題について自由記載で回答してもらったところ、120 のコメントが得られた。

① よい連携が得られた	- 5 件
情報提供が行われた	3
事例に対しての指導がおこなわれた	1
連携がスムーズであった	1
② うまく連携が取れなかった	- 226 件
i) 保健所の情報提供に関すること	- 53 件
情報伝達が遅い	21
詳細な情報提供がされない	13
情報共有不足で混乱	6
保健所の情報不足	4
一方的な情報伝達のみで回答が遅い	4
決定事項がわかりにくい	4
市町村の個別性を考慮した情報がない	3

市町村間の情報交換が重要	2
ii) 保健所と各部署の連携に関すること	- 19 件
保健所と県疾病対策課の連携が悪い	12
医療機関との連携の主導	7
iii) 保健所の市町村への対応に関すること	- 33 件
役割に対する具体的な助言、指導が少ない	22
保健所の対応がほとんどない	7
市町村の自主的な行動を求められる	3
強毒性の計画の市町村の役割が不明瞭	1
iv) その他	- 6 件
電話対応がつかないとクレームを受けた	3
現場の人数が足りない	2
発熱センターが市町村管轄と思う住民がいた	1

5) 医療機関との連携

しかしながら、医療機関との連携は有効回答 252 のうち、連携したという回答は 92 (33.8%) であり、医療機関との連携ができたのは約 1/3 程度の市町村にとどまっていたことが分る。自由記載してもらった 89 回答の中から課題を拾い上げると、多い順に下記のよ
うな課題が明確になった。

① 情報共有に関すること	- 33 件
市町村、各医療機関、医師会との情報共有、連携不足	27
都道府県と医療機関の情報共有不足	5
学校と医療機関との情報共有、連携不足	1
②具体的な行動計画に関すること	- 21 件
窓口、外来設置、人員等実際の運営手法について	12
新型インフルエンザのワクチン接種の対応混乱	9
医療機関からの要望へ対応できない	5
対応できる診療所の機能が市町村内にない	6
③方針の相違に関すること	- 20 件
各医療機関の考え方、受け入れ、温度差の違い	12
保健所の役割が不明	4
国の方針が不明	3
国が受託契約を結んでいる病院の市町村の役割分担不明	1
④その他 (分類不明)	- 4 件

受託医療機関でない場合の他市町村との連携	1
特になかった	3

6) 行動計画の作成

新型インフルエンザ流行に対する行動計画については、全 267 回答のうち作成済み 128 (47.9%)、作成中が 67 (12.1%)、作成していないとする市町村 72 (27.0%) と半数弱の市町村で準備されていた。また、行動計画は未作成であるが、「対応マニュアル」や「対応手引き」などとしてまとめているとする回答もあった。

作成にあたっての課題としてあげられたのは、関係部署の役割分担が不明である、流行規模の推計に関する情報不足などであった。作成済みの場合でも「強毒性のものを下敷きにしているため弱毒性への対応が定められていない」「行動計画と実際の対応に隔たりがあった」「離島での交通遮断時の諸物品や食料の備蓄や配付に関する問題」など、強毒型を想定して策定され、弱毒型への対応とし十分は行動計画になっていなかったことがうかがえた。

この行動計画の作成に関する問題点や課題は、下記に列挙したとおりである。

① ウイルス毒性の変更に伴う計画変更に関すること	- 57 件
ウイルス毒性等による変更がスムーズにいかない	52
状況変化に対応できない	5
② 他部署との連携に関すること	- 13 件
他部署との連携	6
部署間の温度差	4
専門職としてすべてを一任されやすい	2
③ 情報不足に関すること	- 9 件
庁内の部門ごとの詳細計画が未定	7
保健所からの情報が不足していた	1
法的根拠があいまい	1
④ 計画の内容に関すること	- 7 件
業務継続計画の立て方が困難	2
物流に関する計画を立てにくい	2
窓口がどこか	1
生活要援護者に関する対応が未定	1
市民への助成へのライン引き	1
⑤ 計画立案の資源不足	- 5 件
予算不足	2

準備時間に余裕がない	2
医療機関の確保	1
⑥ その他（分類不明）	- 7件
対策本部の流れは文書化している	3
発生を想定し、関係部署の役割を明確化した	2
これから作成	2

行動計画の策定のでびきに盛り込んでほしいことを尋ねたところ、住民対応：情報伝達方法、濃厚接触者への指導方法、要支援者への支援方法(23)が最も多く、続いて各機関・部署の役割(12)であり、学校や事業所への行動制限の対応方法(5)や、具体的な業務継続計画：職員の配置・確保、初動態勢等(5)、備蓄の目安(5)、ワクチン接種の運用(4)、受診ルートや医療情報(4)等があった。

7) 物資の備蓄

また、計画の中での資材等の備蓄に関して、入手しようとして流通がなく確保できなかったことや、市町村として予算の確保や備蓄場所の確保が困難であったこと等などがうかがえる。下記に自由記載内容を列記した。

① 入手に関すること	- 107件
物資不足	102
時期による価格変動	5
②物資の運用方法について	- 34件
備蓄場所の確保	24
物資の使用期限の取り決め	9
物資の運用	1
③物品選択に関すること	- 33件
必要量が不明	28
物資に関する情報不足	5
④予算に関すること	- 32件
予算不足	32
⑤各部署との連携に関すること	- 2件
危機感の温度差	1
総務で対応	1

8) 相談窓口体制

相談窓口体制に関しては、設置した市町村は 253 (93.1%) であった。設置場所としては保健センターが 52 (20.6%) であり、その他に保健所や市町村内の関連部署がみられた。

この相談窓口で対応した職種としては保健師が最も多く 107 市町村（42.3%）であり、その他保健師を含む看護師、事務職との回答もあった。窓口での対応者数は平均で 7.2 人であり、最小では 1 人、最大で 27 人と担当者数は市町村の規模により違っていた。なお、市町村での平均相談件数は一月あたり、5 月は 43 件(0 件-1657 件)で対応した職員一人あたりでは平均 6.0 人（0 人～295 人）、6 月は 21 件(0 件-1439 件) で対応した職員一人あたりでは平均 2.0 人（0 人～64 人）、7 月は 11 件(0 件-432 件) で対応した職員一人あたりでは平均 1.2 人（0 人～30 人）、8 月は 13 件(0 件-444 件) で対応した職員一人あたりでは平均 1.7 人（0 人～53 人）、9 月は 23 件(0 件-1059 件) で対応した職員一人あたりでは平均 2.9 人（0 人～116 人）であった（有効回答数 202）。新型インフルエンザ流行の規模の推移により相談件数も増減が見られ、また所在地、市町村の規模や流行の規模により相談件数には大きな差が見られた。

相談窓口での「相談マニュアル」の作成については、有効回答数が 237 あり、176 市町村（74.3%）が作成していた。

9) 相談内容

相談内容については、下記の通りであるが、「知識提供」と「情報提供」に分類できるものがそれぞれ 36.1%と 43.0%であり、相談内容の大半を占めた。

分類	詳細	件数
知識提供		215 件
	予防方法について	29
	症状について	24
	ワクチン（効果等）について	12
	季節性と新型の違い	3
	家族の発症についての対処	26
	発症者と接触したばあいの対処	21
	発症時の対処法	26
	医療機関の具体的な受診方法	47
	妊婦の相談	3
	乳幼児の相談	5
	流行地へ旅行に行く際の注意点	7
	旅行後の発熱、体調不良について	6
	イベント開催時の注意点	4
	報道内容についての不安	2
保健行動		113 件

軽度症状（咽頭痛、微熱）のある人の相談	5
発熱した人の受診調整	67
発熱後の自宅療養について	7
基礎疾患のある人の相談	10
基礎疾患のある人のワクチン接種相談	4
施設の発生時の対処相談	3
事業所の発生時の対処相談	7
季節性と新型のワクチンの具体的な接種方法相談	9
インフルエンザ発症の保健所の届出について	1
情報提供	256 件
ワクチン接種についての概要、医療機関について	60
接種の対象について	9
接種の時期について	20
接種の費用について	1
受診できる医療機関紹介	42
ワクチン接種の助成について	2
医療費助成について	1
インフルエンザ検査について	4
夜間の病院受診	1
保健所の発熱窓口の紹介	57
マスクがない場合の予防指導	10
豚肉等食品に関すること	3
海外渡航に関すること	10
近隣のインフルエンザの拡大状況について	33
職場への診断書提出について	1
タミフル服用時の注意点について	2
傾聴	12 件
近隣の発症者への苦情	2
情報公開が不十分である	1
自宅の近くに鶏舎がある	1
乳幼児感染の不安	1
病院までの交通手段がない	1
保健所の電話が繋がらない	2

学校閉鎖と対応の遅さについて	1
マスクが購入できない苦情	3

10) 集団発生の有無とその際の対応

集団発生の有無に関する質問に関しては、有効回答数が 254 あり、このうち新型インフルエンザの集団発生があったとした回答は、202 (79.5%) にのぼった。

学校での対応は教育委員会と連携して対応、あるいは教育委員会が対応して学級閉鎖、学校閉鎖やチラシ・消毒薬などの配布を行ったとする回答が多く、また新型インフルエンザ対応マニュアルなどを活用して対応を実施している市町村も見られた。

その他として、タイムリーな情報、新型インフルエンザの正しい知識、体験型学習による確実な理解が重要であったとする意見が多く見られ、そのためにはホームページの重要さの一方で、そのような情報手段を持たない住民に対する回覧情報の有効性も指摘があった。同時にメディアからの情報量が早く、多かったことへの評価と、逆に、住民に不安が強まったりすることへの対応が必要であったとする回答もごく少数ながら見られた。

11) 情報発信と健康教育

住民や施設向けに情報の発信や健康教育に関して対応していた状況については、各市町村より自由記載で回答してもらった。

特に要支援者に向けた対応として、以下のような内容の回答があった。回答より、特に外国人に対する対応については、都市部周辺（外国人在住者の多い）市町村と地方（外国人在住者の少ない）市町村では、対応内容の差が大きい。すなわち支援に関する地域格差が大きいと言える。

また、視覚・聴覚障害者に対する対応については、「対応行動計画作成」を設定している市町村はほとんどなかった。障害者は周辺住民やボランティアとの接点はあるものの、市町村職員が直接、現状のすいあげとその把握がどの程度実施されているかは不明確である。以上より、今後、要支援者に向けた対応として、第一に要支援者をあらかじめリストアップしておくこと。第二に要支援者の置かれている環境把握を行う。

第三に要支援者に関する情報を共有することが重要となる。

① 要援護者全体にたいする対応	-14 市町村
ケーブルテレビ等の活用	3
全町防災無線放送の活用	2
地区保健推進員への指導、協力依頼	2
民生委員への指導、協力依頼	2
広報の活用	2
町内回覧の活用	2

チラシの全戸配布	1
② 高齢者対象に対する対応	- 16 市町村
高齢者支援関係機関との連携	7
民生委員への指導、協力依頼	5
高齢者用チラシ作製、配布	3
個別対応	1
③ 外国人に対する対応	- 24 市町村
ホームページの翻訳、翻訳サイトへのリンク	10
広報、チラシの翻訳、作成、配布	8
外国人支援団体、就労事業所を通じての情報提供	3
都道府県の外国人専用ダイヤルの広報	2
個別対応	1
④ 視覚・聴覚障害者に対する対応	- 3 市町村
民生委員への協力依頼	1
ケーブルテレビでの手話通訳	1
個別対応	1
また、その他に住民や施設への健康教育で重要、有効であった点をあげてもらった。	
① 指導内容について	- 41 市町村
正しい予防行動の周知、指導	22
市主催の健康教室、催しでの指導	13
住民対応窓口の設置	3
感染時の具体的な対処行動の周知	1
町内行事中止、呼び掛け	1
インフルエンザの毒性の区別を早期に行うこと	1
② 情報提供に関すること	- 38 市町村
最新情報を迅速に周知すること	25
冷静な対応を心掛け不安をあおらない	6
繰り返し広報活動を行う	3
過剰な広報を行わないこと	2
災害対策と併せて周知すること	2
③ 広報物、方法に関すること	- 17 市町村
広報の利用	5
全戸配布のチラシ配布	3

タイムリーなチラシ、ポスター作製	3
新聞、ケーブルテレビの利用	3
HPの利用	3
⑤ 連携に関すること	- 6市町村
地域の店舗等との連携	4
学校関係者との連携	2

また、「特になし」とする回答も、10件あった。

1 2) 重症化予防のための支援策

要支援者に対する具体的な対応内容を表3に示す。

表3. 要支援者 基礎疾患のある人

分類	項目		件数	
個別対応	個別指導、訪問		3	
	対象者に個別通知	人工透析者	4	
		レセプトや健診結果、厚生医療受給者各種勸奨の働きかけ		1
情報提供	場面	健康事業内(健診、教室で)	啓発	3
		医療機関を通して	啓発	6
			予防接種	1
		障害担当課を通して	チラシ配布	1
		各団体行事	啓発	2
		医療機関の窓口で	小冊子提供	1
		公共施設に	ポスター掲示、チラシ配布	1
	場面限定せず	チラシで		11
		広報で		21
		ホームページで		10
		全住民対象のチラシ配布に含めた		1
		防災無線で		1
		テレビ放映		2
	内容	感染予防対策		19
		ワクチン接種について(時期、受け方等)		18
		ハイリスク対象者として積極的なワクチン接種の呼び掛け		12
		ハイリスク対象者であることの周知		3
		重症化予防(早期の医療機関受診)		8

		ワクチン助成について	4
		医療機関の受診方法	2
		事前のかかりつけ医との相談の呼び掛け	3
		発症時の受診先	1
		保健所からの情報	1
		家族内で発症者が出た場合の対応	1
		基礎疾患のコントロール	1
連携	医師会		3
	県		1
	医療機関		1
	保健所		3
	学校		1
	地域包括支援センター		1
体制整備	最新、正確な情報提供		8
	円滑なワクチン接種体制整備		5
	医療機関受診の整備、調整		1
助成	ワクチン接種費用の助成		20
	低所得者への減免措置		6
	非課税世帯の減免措置		8
	生保世帯の減免措置		3
	基礎疾患名を公表し申し込み制とする予定		1
	ワクチン1回目を無料化		2
	ワクチン1回目3600円ワクチン2回目全員無料。重症基礎疾患患者の全員に病院から直接連絡してワクチン接種を呼びかけた		1
事業	相談窓口の設置		7
	マスク配布		2
	透析患者へのマスク配布		1
	発生状況の把握		1
	受診行動への支障がないか状況把握		1
	検討中		7
	特になし		4

状況に応じて対応	3
困難であると思慮	4
国の施策に準ずる	4

表4. 要支援者への支援 高齢者

分類	内容		件数
個別対応	訪問	民生委員	2
		保健師	1
情報提供	場面	健康事業内(健診、教室で)	11
		各団体行事	3
		施設で	3
		集会所にポスター掲示	1
	場面限定 せず	広報で	13
		チラシで	6
		包括支援センタースタッフを通して	4
		ホームページで	3
		リーフレットで	2
		全住民対象のチラシ配布に含めた	1
		ケアマネージャーを通して	1
		在宅支援センターを通して	1
		介護保険事業を通して	1
		回覧で	1
	内容	感染予防対策	20
		ワクチン接種の時期、受け方	13
		ハイリスク対象者として積極的なワクチン接種の呼び掛け	12
		重症化予防(早期の医療機関受診等)	6
		医療機関の受診方法	3
		ワクチン助成について	2
健康管理について		2	
発症時の受診先		2	
事前のかかりつけ医との相談の呼び掛け		1	
保健所からの情報		1	
家族内で発症者が出た場合の対応	1		

	基礎疾患のコントロール	1
	施設事業者への啓発	1
	介護サービス事業者への啓発	1
	ヘルパーへの啓発	1
連携	介護サービス事業所	3
	医師会	2
	地域包括支援センター	2
	在宅介護支援センター	2
	県	2
	社会福祉協議会	1
	医療機関	1
	保健所	1
	介護部門	1
体制整備	円滑なワクチン接種体制整備	8
	最新、正確な情報提供	6
	要援護支援者の名簿作成	1
ワクチン 助成	ワクチン接種費用の助成	10
	低所得者への減免措置	8
	非課税世帯の減免措置	7
	生活保護世帯への減免措置	2
	ワクチン1回目無料化	2
	町独自の助成を検討中	1
	65歳以上の公費負担	1
	上限3000円の自己負担、それ以上は公費負担	1
	肺炎球菌ワクチンの一部助成	1
	70歳以上の者へ肺炎球菌ワクチン予防接種費用の一部負担	1
	ワクチン1回目2000円、ワクチン2回目全員無料、重症基礎疾患者の全員に病院から直接連絡してワクチン接種を呼びかけた	1
ワクチン接種全員無料化	1	
事業	相談窓口の設置	5

	高齢介護福祉課を通じた支援	1
	独居老人世帯の食事提供サービスについての調整	1
	インフルエンザ勉強会の開催	1
	集会所、サロン等に消毒液配布	1
	発生状況の把握	1
	検討中	8
	国の施策に準ずる	7
	特になし	4
	高齢者への予防接種の妥当性の検討	1

表5. 要支援者への支援 小児

分類	項目		件数	
個別対応	個別指導、訪問		4	
	対象者に個別通知		2	
情報提供	場面	健康事業内(健診、教室で)	啓発	12
			チラシ配布	7
			リーフレット配布	2
			個別対応	4
			健康状態のチェック	1
			手洗いの指導	1
		学校・保育所を通じて	啓発	7
			ポスター配布	1
			体調のチェック実施	1
		母子手帳交付時	チラシ配布	2
		予防接種時	啓発	1
		各団体行事	啓発	1
	医療機関の窓口で	県からの情報提供	1	
	場面限定せず	チラシで		12
広報で		10		
ホームページで		6		
全住民対象のチラシ配布に含めた		3		

		リーフレットで	1
		防災無線で	1
		回覧で	1
	内容	感染予防対策	25
		ワクチン接種について	16
		ハイリスク対象者として積極的なワクチン接種の呼び掛け	11
		インフルエンザ脳症について	5
		重症化予防(早期の医療機関受診)	4
		ワクチン助成について	4
		健康管理について	4
		医療機関の受診方法	3
		事前のかかりつけ医との相談の呼び掛け	3
		発症時の受診先	2
		保健所からの情報	1
		家族内で発症者が出た場合の対応	1
		ハイリスク対象者であることの周知	1
		基礎疾患のコントロール	1
連携	医師会		4
	学校		3
	保育所		2
	教育委員会		2
	医療機関		2
	保健所		1
体制整備	最新、正確な情報提供		11
	円滑なワクチン接種体制整備		6
	医療機関との調整		1
ワクチン 助成	ワクチン接種費用の助成		16
	低所得者への減免措置		5
	非課税世帯の減免措置		4
	町独自の助成を検討中		2

	ワクチン1回目を無料化	2
	12か月から6歳までの子どもにワクチン接種費用の全額負担	1
ワクチン 助成	1～13歳のワクチン接種1回目無料	1
	1歳から就学前の子どもについて全額負担	1
	生保、非課税世帯の小学生以上の子どもについて全額負担	1
	幼児～中学生は全額公費負担、16歳以上は1回1500円、上限3000円 までの自己負担とし、それ以上は公費負担	1
	ワクチン1回目3600円ワクチン2回目全員無料重症基礎疾患者の 全員に病院から直接連絡してワクチン接種を呼びかけた	1
	ワクチン接種全員無料化	1
事業	相談窓口の設置	8
	マスク配布	2
	保健活動の自粛	2
	学級閉鎖の速やかな実施	2
	消毒液配布	1
	発生状況の把握	1
	保育所からの情報提供	1
	検討中	9
	特になし	3
	国の施策に準ずる	7

3. 市町村新型インフルエンザ対策行動計画策定の手引き（仮称）の作成について

前述の市町村聞き取り調査結果と調査票の郵送調査の結果を踏まえて、「市町村新型インフルエンザ対策行動計画策定の手引き（仮称）」を作成し公表することを目的に、その原案を「新型インフルエンザA（H1N1）への公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究班」ホームページ <http://influ.umin.jp/>、東北大学医学系研究科ホームページ <http://www.med.tohoku.ac.jp/>と国立保健医療科学院のH-CRISIS 健康危機管理支援ライブラリーシステム <http://h-crisis.niph.go.jp/hcrisis/index.jsp> 等に公開予定である。

D. 考察と提言

対策本部の設置と連携：対策本部が80%弱の市町村で組織されており、対応が多くの市町

村で取られていた。対策本部の68%は、保健衛生部門に事務局があり、32%は防災体制に位置づけられていた。医師会との連携において「医師会への情報提供のみであった。医療部局でない事務局と医師会との連携は難しい」という意見もみられた。今回の新型インフルエンザではあまり重症化率が高くなかったために連携を取るに至らなかったという回答も多かったが、今後の課題であるかもしれない。

新型インフルエンザの情報の入手：情報の入手は大半が保健所からであり、後述するように、保健所との連携連絡が重要である。また、医療機関（発熱外来の設置、重傷者の入院、外来での対応など）の情報が把握できなかったという回答がある一方で、危機対策本部の事務局が情報の一元化を行うことによりスムーズであったとする回答も多く、連携の取り方に工夫が必要かもしれない。情報を一元管理し発信する部門を設置することが有効であることも分った。

保健所との連携：保健所との連携は90%強の市町村で取られていた。ただし、フリーコメントでは、保健所からの情報提供に関して、タイムラグや伝達の遅延など時間的なことに関する事、具体的な行動計画や市町村での発生状況の周知伝達の不備に関する事等連携についての困難さがあげられており、今後の課題である。また、個人情報の観点から情報の共有や提供などについて障害があったという回答もあり、この点についても個人情報の保護と情報共有についての指針を示していく必要があると考えられる。

医療機関との連携：医療機関との連携ができたのは約1/3程度の市町村にとどまっていたことが分った。市町村の大きさによって、管内の医療機関や診療所の数に差があり、それぞれに課題が異なると思われるが、協力してもらえない医療機関が少ない、医療機関によって対応が異なる、状況が刻々と変わり発熱外来から一般外来への変更への対応などに今後の課題があると考えられた。

行動計画の作成：新型インフルエンザ流行に対する行動計画は、今回の調査では作成済みであったのは半数弱（47.9%）であったが、残りの市町村も作成中という回答が多く準備が進められていることが窺われた。行動計画作成に関して生じた問題点に関して、作成済みの市町村からは、鳥インフルエンザを想定した行動計画に対して今回の新型は症状が軽度であるため現実の対応に合わないところがある、新型インフルエンザの発生段階に応じて対策が少しずつ変化していくのでその見直しまでは対応しきれていないという今回の新型インフルエンザに起因する問題点があげられており、今回の新型インフルエンザの教訓を基に鳥インフルエンザに対する行動計画から現実に即して柔軟に対応するための指針が必要であると考えられた。

また、行動計画を策定したが、その実行に際して、感染が拡大した時のマンパワー確保、資材の確保や備蓄などの体制的な問題点があげられており、人的資源・空間の確保につい

でも対策をあらかじめ決めておく必要があると考えられる。

一方で、作成していない市町村の回答では、刻々と状況が変わり計画策定が困難である、関係部署間での調整の困難さといった点が回答された。

物資の備蓄：手指消毒と子供用サージカルマスクが入手困難であった、財政負担が大きい、という意見のほかに、配置の基準がどこにも明確にないために判断に困ったという回答もあり、判断材料となる基準を示しても良いのではないか。

相談窓口体制と相談内容：相談窓口体制に関しては、設置した市町村がほとんどであり（93.1%）、その対応に当たり中心的な役割を果たしたのは、保健師であった。ひと月あたりの窓口対応件数は11～43件であった。調査期間は5月～9月にかけての間であったが、5月と6月の期間の相談件数が多く、またその内容も受診の相談、新型インフルエンザ発生に関する不安などがあり、流行初期の相談窓口の体制を準備していくことが重要であると考えられた。また、これに関連して流行早期からできるだけ、感染の発生や医療体制、予防法といった情報を提供していくことの必要性も今後考慮しておくべきではないか。その意味で、今回の調査で集められた窓口への相談内容に関する結果は広く周知して良いものであると考えられる。この結果を生かして、次回以降の流行期にどのような情報を発信、提供していくべきか検討するべきである。

情報発信と健康教育：この点に関しては全ての市町村で様々な取り組みが行われ効果を上げていたことが分かった。正確な知識やタイムリーな情報提供が重要とする回答が多かったが、手洗い方法などについて写真等を利用し目に見えるような工夫が必要、電話相談等で必ず基本的な手洗いやうがいの励行を加えて話す、手洗いの方法を健康教育で実践する、健康教室等で実技をまじえた講話をするなど、できるだけ具体的な内容を示していくことが、効果が上がり理解が深まるとする回答もあった点は注目される。

その他として：

- ・町村の規模にあわせた対策と都道府県の対応を明確に（町村をどのようにサポートしてくれるのか）してほしい。
- ・スポーツ大会等不特定多数の参加者が集まるイベントにおける予防対策マニュアル等。患者の増加によって医療機関が混雑し、機能低下が懸念されている。
- ・軽症者の対応を効果的に振り分け実施する仕組みを作って欲しい。
- ・本人感染時の対応は明確だったが、家族感染時に仕事に出ていいか等はあまり明確でなく、各会社の対応が大きく違っていた。基本的な対応等があればよい。
- ・新型インフルエンザについての情報の伝え方の事例。国からの広報紙により周知を図ってもらえば、正しい情報が伝わる。以前、肝炎の件については有用だったと感じられた。
- ・新型インフルエンザ予防接種で減免対応をとる際の非課税世帯の確認方法について。非

課税世帯把握は保健センターでは困難であり、市民税の担当課との協力体制が必要だが、積極的な（新型インフルエンザ対応）協力は得られなかった。行政で新型インフルエンザ対策本部を立ち上げ、何かに取り組む際、関係各課を集め、縦割りではなく市全体で協力体制を取り、一つの課だけに負担を負わせないように総合的な取り組みの必要性を対策マニュアルに入れていただきたい。

E. 結語

17 都道府県へ行った市町村の新型インフルエンザへの対応状況の調査から、約 8 割の市町村が対策本部を設置し、多くは保健衛生部門が事務局機能を担ったが、市町村によっては防災担当部局や総務企画部門が担い、教育委員会との連携を図り、全庁的に取り組み大きな役割を果たしていたことが明らかにされた。しかし、前例のない経験であっただけに、情報の入手と情報の発信や、住民の不安への相談対応、在宅療養者への支援、ワクチン接種関連など、さまざまな課題に直面し困惑したことが伺えた。インフルエンザの毒性の程度が判明しない段階から市町村として住民の健康を守るためには、行動計画の策定は必須である。備えあれば憂いなしであり、市町村としての行動計画を持ち、日ごろから管轄保健所を単位として関係機関と連携し集団発生への対応を協議できることの重要性も示された。しかし、行動計画は市町村の規模やインフルエンザの型の違いによって異なるものとなり、一様に役立つ手びきを提示することは困難である。今後公表予定である「市町村新型インフルエンザ対策行動計画策定の手引き（仮称）」を参考として、各市町村が市町村の特性に合わせ弾力的に対応できる計画が作られることを期待したい。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

市町村における新型インフルエンザ対応に関する調査

この調査は、市町村（保健所を設置しない）における新型インフルエンザの対策の手引を作成するために実施するものです。

市町村の感染症対策担当者と相談等に対応した保健師さん等がご回答下さい。
回答用紙は同封した封筒に入れて、平成 21 年 10 月 31 日（土）までにご送付下さい。

本調査では、都道府県名、市町村名は公表いたしません。

I 市町村について

- 1) 都道府県・市町村名 _____ 都道府県 _____ 市町村 _____ 保健所管内
- 2) 市町村人口 _____ 人（平成 年 月現在）
- 3) 高齢化率 _____ %
- 4) 出生率 _____ %
- 5) 管内の医療機関の状況
- ① 病院数 _____ ケ所
- ② そのうち、重症患者入院可能病院数 _____ ケ所
- ③ 診療所数 _____ ケ所

II 新型インフルエンザ対策本部体制について

- 1) 対策本部の設置を行いましたか。（該当するものに○をつけて下さい）

【 1. なし 2. あり 】 ありの方は→2)へ

- 2) どのような部局で対策本部を形成しましたか。部局名を記入してください。

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____

- 3) 事務局の役割を担った部署はどこでしたか。

- 4) 本部の下に実際に対応するチームが置かれましたか。

【1. なし 2. あり】

5) 地区医師会との連携はいかがでしたか(該当するものに○をつけて下さい)。

【1 スムーズであった 2 難しかった 3 その他】

[具体的に]	[具体的に]
---	------	---	---	------	---

6) 管内の関係機関との連携会議を市町村が開催しましたか。

【1 開催していない 2 開催した】 2 開催した方は→次へ

①会議の構成メンバーの部局、機関、団体名を記入して下さい。

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____

②連携会議のテーマはどのようなものでしたか。主なものを記入して下さい。

記述欄

Ⅲ 発生状況

1) 発生状況(7月23日以前)の情報の入手はどこからでしたか。(複数回答可)

1. 市町村他部門(教育委員会等) 2. 県保健衛生部局 3. 保健所 4.

医師会

5 . マ ス コ ミ 6 . そ の 他
()

2) 職員が情報を共有するために、全庁的に情報を一元化して集約・発信する部門が定められましたか。

【1. なし 2. あり】

3) 2) で「あり」の場合、その部門は機能しやすかったですか。

【1. 機能しにくい 2. 機能している】

理由：	理由：
-----	-----

4) 治療機関（外来・入院）についての情報の入手で困ったことがありましたか。

① 5 ～ 6 月 頃
()

② 現 在
()

4) ワクチン接種に関する情報はどこから入手できますか。

記述欄

IV 保健所との連携について

1) 保健所が開催する連携会議に参加しましたか。

【1. いいえ 2. はい(参加者:)】

2) 保健所と連携していく中で、困難なことあるいは課題があったらお書き下
(情報収集、相談・協議、応援のための職員などについて)

--

V 医療機関の連携について

医療機関との連携をしていく中で、困難なことあるいは課題がありましたか。

【1. いいえ 2. はい】

「2. はい」と回答された方は、困難や課題についてお書き下さい。）

記述欄

VI 行動計画の作成について

1) 行動計画は作成されていきましたか。

【1. 作成してない 2. 作成中 3 作成済】 2と3の方は
→2)へ

2) 作成にあたり、課題があったらお書き下さい。

記述欄

3) ひとり暮らしの人や家族全員が感染した家庭へのサポート（食糧・薬）の配布方法や見守りの方法について、検討していたら記入して下さい。

記述欄

4) 感染防護の資材等を備蓄するにあたり、困難なことがあったら記入してください。

記述欄

5) 職員の健康管理をどのようにしますか。

記述欄

ご記入ありがとうございました。

以下の質問は、相談対応等をされた保健師さん等にご記入をお願いします。

以下の質問は、相談や健康教育を行った保健師さん等がお答えください。

Ⅶ 相談窓口体制について

1) 窓口をどこに設置しましたか。 _____ (複数可)

2) 窓口対応者は誰でしたか。(職種、人数) 職種 _____、 _____ 名
で対応

3) 相談時間や休日の対応はどのようにしましたか。

相談開設時間 (平日)・休日の対応方法・相談者のローテーション等

4) 月別相談件数はどのくらいでしたか、概数で結構ですのでお書き下さい。

_____件／5月、_____件／6月、_____件／7月、_____件／8月、_____件
／9月

5) 相談マニュアルを作成しましたか

【 1. いいえ 2. はい 】

Ⅷ 相談内容について

相談の内容はどのようなものでしたか。(相談内容をまとめたものがあれば、添付下さい)

不安・訴え	対 応 (聴いて受け止める、知識の提供、連携機関の紹介など)

Ⅸ 情報発信・健康教育について

- 1) 集団発生前に住民や施設向けに対応していたことがありますか。
(広報などの資料があれば添付下さい。)

○住民

- ・ 個人の予防 :
- ・ 家庭内での感染予防 :

○施設 (福祉施設・高齢者施設等)

2) 集団発生後^後はどのように対応していましたか。

○住民

○学校

○施設（福祉施設・高齢者施設等）

3) 特に外国人やひとり暮らしの方への情報発信について工夫したことはありますか。

記述欄

4) 自分が感染した場合、外出を自粛し感染源にならないようにする等、自分と周囲の人たちの身を守るというメッセージはどのように伝えていますか。

記述欄

5) その他、広報や健康教育で重要と思われたこと、有効であったことがあれば、お書きください。

記述欄

X 集団発生への対応

1) 集団発生はありましたか。

【1. なし 2. あり】 ありの方は→2) へ

2) 集団発生の際、市町村としてどのように対応したか記入して下さい。
(初期・拡大期・蔓延期等に分けて記入しても結構です。)

学校

施設（福祉施設・高齢者施設等）

XI 要支援者への支援

重症化を予防するために、市町村として下記の対象に、どのような支援（県や保健所、医療機関との連携も含む）をしようと考えていますか。

妊婦

子ども

高齢者

基礎疾患をもつ者

XII その他

- 1) これまでの新型インフルエンザ対応で、特に伝えたいご経験、特に有効と思われた

XII その他

- 1) これまでの新型インフルエンザ対応で、特に伝えたい経験、有効であった対策がありましたら、お書きください。

記述欄

- 2) これまでの新型インフルエンザ対応に有用であった資料がありましたら、お書き下さい。

記述欄

- 3) 他の市町村の新型インフルエンザ対応方法で知りたいこと、あるいは対応の手引きに含めた方がよい内容がありましたら、お書き下さい、

記述欄

調査へのご協力ありがとうございました。

問い合わせ先：

平野かよ子（東北大学医学部保健学科）

TEL/FAX:022-717-7925

E-mail:kayhirano@m.tains.tohoku.ac.jp

高校生等の集団発生に対する 自治体と学校等の連携対応

高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応

1. 新型インフルエンザ流行における高等学校、中学校、小学校の臨時休業実態調査から見た新興・再興インフルエンザ流行時における社会防衛と学校の位置付け

研究分担者	西山利正	関西医科大学公衆衛生学講座	教授
研究協力者	三島伸介	関西医科大学公衆衛生学講座	助教
研究協力者	三宅眞理	関西医科大学公衆衛生学講座	助教
研究協力者	中谷逸作	関西医科大学公衆衛生学講座	研究員
研究協力者	山田 明	滋賀県立大学	教授
研究協力者	宮城 啓	長崎大学熱帯医学研究所	助教
研究協力者	吉田常孝	外務省日本国ニューヨーク総領事館	医務官

研究要旨

地域や職場における感染拡大を防止するためには、患者や濃厚接触者が活動した地域等における積極的な疫学調査を行い、各自治体における対応が必要である。新型インフルエンザ（A型H1N1亜型）が発生当初、兵庫県内、大阪府内の各自治体においては、政府の新型インフルエンザ行動計画に基づく段階に応じた対応を実施した結果、地域の医療体制等に混乱が生じることとなった。その後、「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」が策定され、地域の感染拡大の状況に応じた弾力的な対応を提示し、地域の実情に応じた柔軟な対応を実施することに変更された。

新型インフルエンザ発生の兵庫県、大阪府、滋賀県、京都府、東京都、神奈川県における対応・対策の詳細について把握し、その検証結果から浮かび上がる新型インフルエンザ行動計画及び各自治体の新型インフルエンザ対応・対策における問題点等についても明確にする。

本研究はこれらを明らかにして、集団発生がみられた兵庫県・大阪府をはじめとする滋賀県、京都府、東京都、神奈川県の実態調査と自治体における新型インフルエンザ対応、対策をまとめ、都道府県等の自治体と情報を共有すること等により、今後の感染症対策の指標とする。また、学校等における休校の効果などについての評価を行うとともに地域における医療体制に関する評価を行う。今後の感染症対策に資することを目的とするものである。

A. 目的

平成21年4月にメキシコから始まったA型H1N1亜型（以下：新型インフルエンザ）の流行は同年5月兵庫県神戸市内の複数の高等学校を中心とした流行として輸入が顕性化

し、それ以後徐々に全国規模の流行として拡大していった。今回の新型インフルエンザの流行の特色として、比較的若年層に流行の主体が見られ、例年経験される季節型インフルエンザの流行状況と、流行の時期や感染者の年齢などに大きな違いが見られた。この様に抗体の保有率が低い新型のインフルエンザが社会に流行する場合、飛沫・接触感染をすることから人と人が非常に接近して生活している、学校（高等学校、中学校、小学校）の流行が従来より懸念されていた。今回我々は新興・再興インフルエンザ流行における学校防衛のみならずその community の社会防衛の観点から高等学校、中学校、小学校にアンケートを行い問題点の抽出と地域保健行政機関とのより良い連携のあり方の検討を行った。

本研究は、集団発生がみられた兵庫県・大阪府をはじめとする滋賀県、京都府、東京都、神奈川県、感染動向調査と自治体における新型インフルエンザ対応、対策をまとめ、都道府県等の自治体と情報を共有すること等により、今後の感染症対策の指標とする。また、学校等における休校の効果などについての評価を行うとともに地域における医療体制に関する評価を行う。今後の感染症対策に資することを目的とするものである。

B. 方法

対象は兵庫県、大阪府、京都府、滋賀県、神奈川県、東京都の6都道府県にある公立高等学校、中学校、小学校とした。それぞれの学校長宛に「学校とインフルエンザに関するアンケート」を送付し、記入して郵送での返信を求めた。（計 7,384校）

実施期間は平成22年1月28日～2月6日である。それぞれの配布数を表1に示した。

表1. アンケートの配布数

府県	小学校	中学校	高等学校	小計
東京都	1,315	635	176	2,126
神奈川県	862	413	156	1,431
滋賀県	229	99	46	374
京都府	405	169	54	628
大阪府	956	432	165	1,553
兵庫県	786	342	144	1,272
合計	4,553	2,090	741	7,384

C. 結果

C-1. アンケート回収率

アンケートの回収は平成22年2月8日の回収の総数は872通で全体の回収率は12%で、小学校436通(10%)、中学校311通(15%)、高等学校124通(17%)であった(表2)

国立学校5校、都道府県立学校123校、市町村立校743校であった。

表 2. アンケート回収状況

学校	小学校	中学校	高等学校	総数
発送数	4,553	2,090	741	7,384
回収数	436	311	124	872
回収率	10%	15%	17%	12%

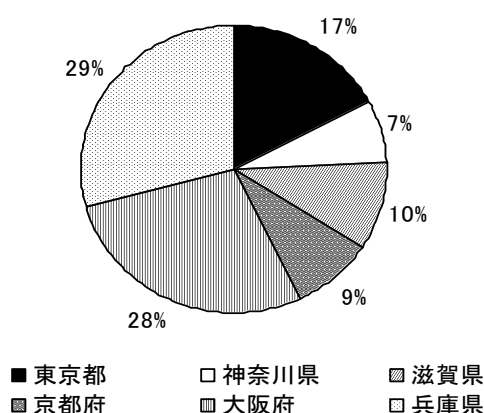


図 1. アンケート回収状況

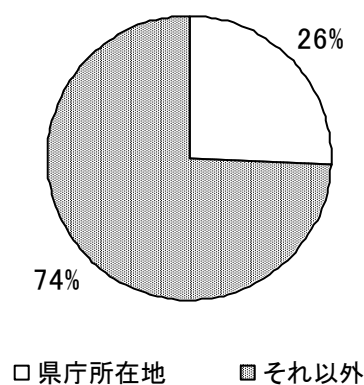


図2. 回答学校の地域性

図1に示すとおり、回答数とその割合は東京都149校、17%、神奈川県62校、7%、滋賀県87校、10%、京都府75校、9%、大阪府245校、28%、兵庫県253校、29%の回答を得た。それぞれの在地域は、県庁所在地224校、26%でそれ以外の地域が642校、74%であった。

C-2. インフルエンザ罹患状況(アンケートの調査結果)

2009年5月1日から2009年12月31日の間にインフルエンザに罹った生徒(もしくは児童)の1校における最大罹患数は542名であった。図3には罹患数を50人ごとのランクに分け、集計した結果を示した。その結果、1校につき、151名~200名、次に101名~150名の罹患者が発生し学校が最も高値を示した。全校生徒(もしくは児童)に占める罹患者の割合は、0~4%は7校、5~9%は4校、10~19%では50校、20~29%は184校で30%以上が617校であった。図4に全体の罹患者割合と小学校、中学校、高等学校別の割合を示した。

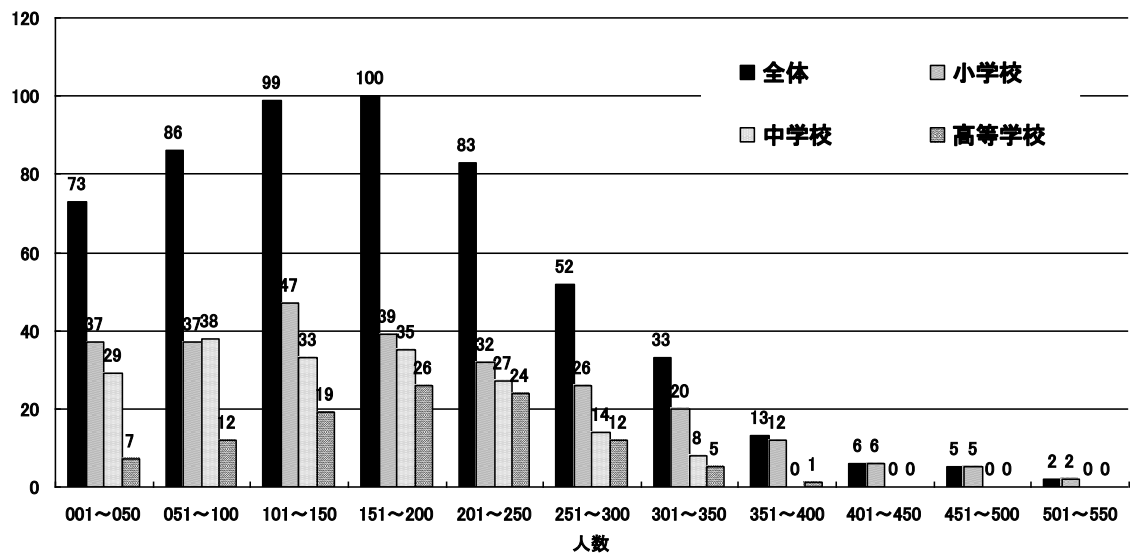


図3. 各学校別の罹患者数

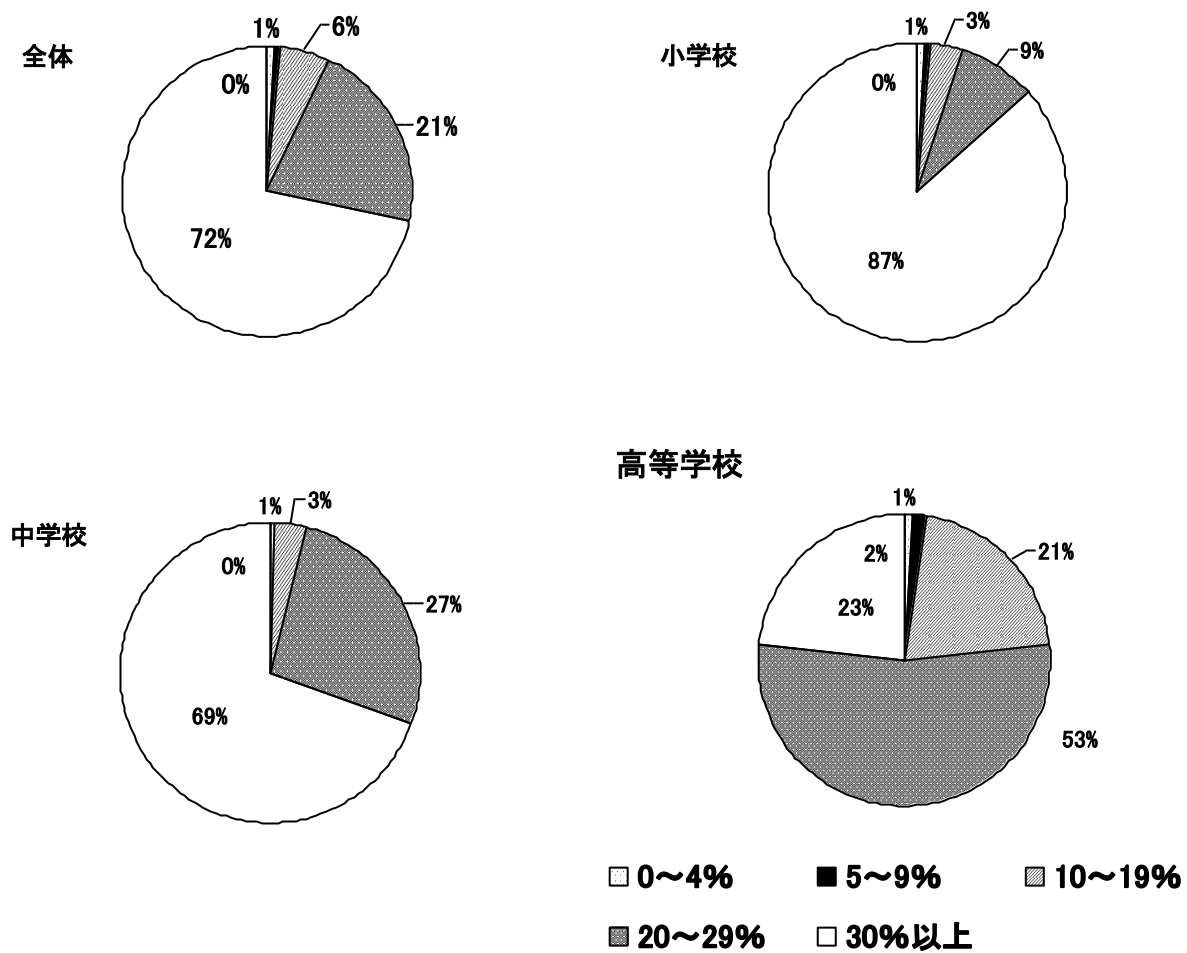


図4. 全校生徒(もしくは児童)に占める罹患者割合

C-3. 学校の臨時休業の状況(アンケートの調査結果)

今回の調査の結果から学校閉鎖、学年閉鎖を実施した学校数を全体と、小学校、中学校、高等学校の別にグラフにして月別に示した。図8に、学校の臨時休業について、厚生労働省健康局結核感染症課によるインフルエンザ様疾患発生報告(学校欠席者数)から集計し、学校閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖の回数を示した。図7の本調査結果も同様に、5月、6月には学校閉鎖が対策として行われていたが、夏休み以後の9月からは学年閉鎖や学級閉鎖などに移行していることが示される。

表3. 学校閉鎖・学年閉鎖・学級閉鎖の変動

学校数	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
学校閉鎖	303	6	4	1	11	39	31	3
学年閉鎖	4	2	2	0	86	473	391	87
学級閉鎖	5	4	8	3	368	1816	1693	507

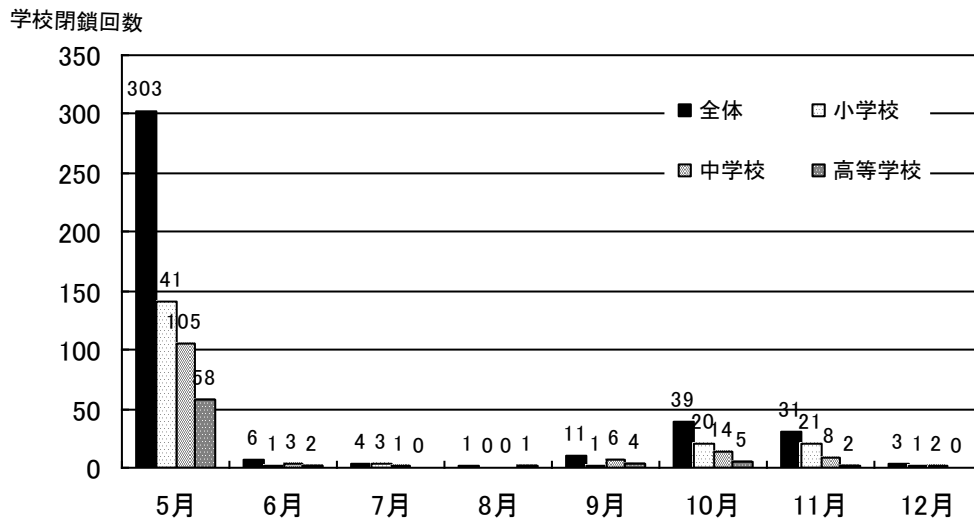


図5. アンケート結果 学校閉鎖回数

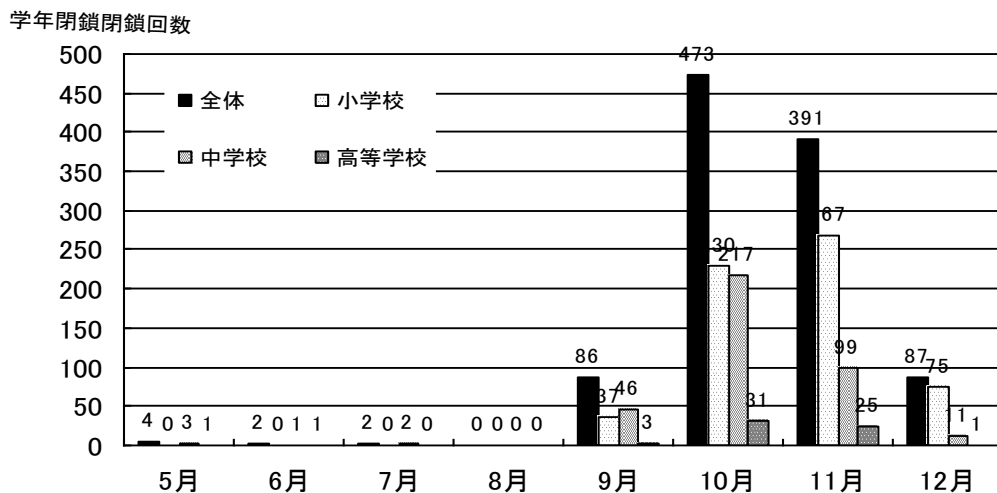


図6. アンケート結果 学年閉鎖

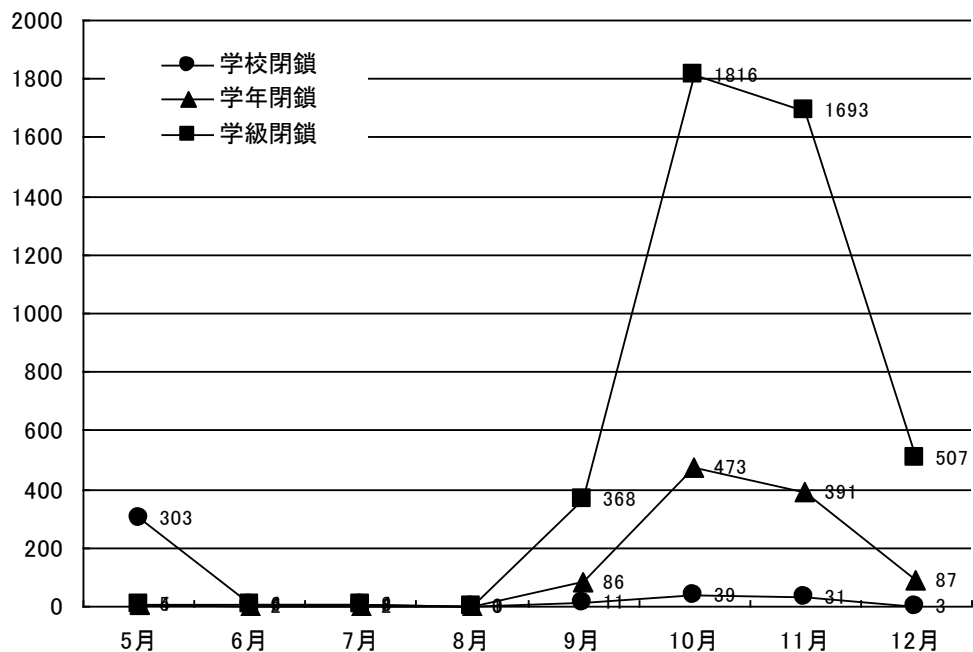


図7. アンケート結果 学校閉鎖・学年閉鎖・学級閉鎖の変動

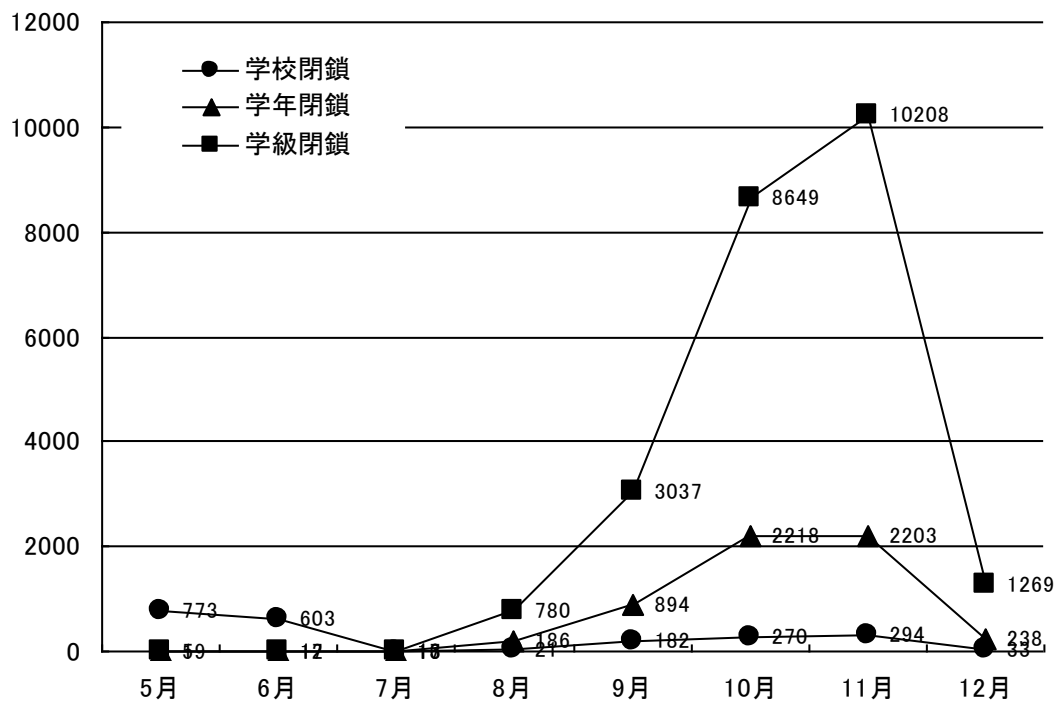


図8. 学校閉鎖・学年閉鎖・学級閉鎖の変動（厚生労働省健康局結核感染症課）

<http://idsc.nih.go.jp/idwr/kanja/infreport/report.html> .

C-4. 学校の臨時休業の日数の状況(アンケートの調査結果)

今回の調査の結果から学校閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖を実施した日数を全体と、小学校、中学校、高等学校別にグラフにして月別に示した。全体での学校閉鎖の日数は1406日(303校)が休校したこと、平均4.6日を示し、小学校では547日(141校)が平均3.8日、中学校554日(105校)5.2日、高等学校311日(58校)平均5.3日であった。

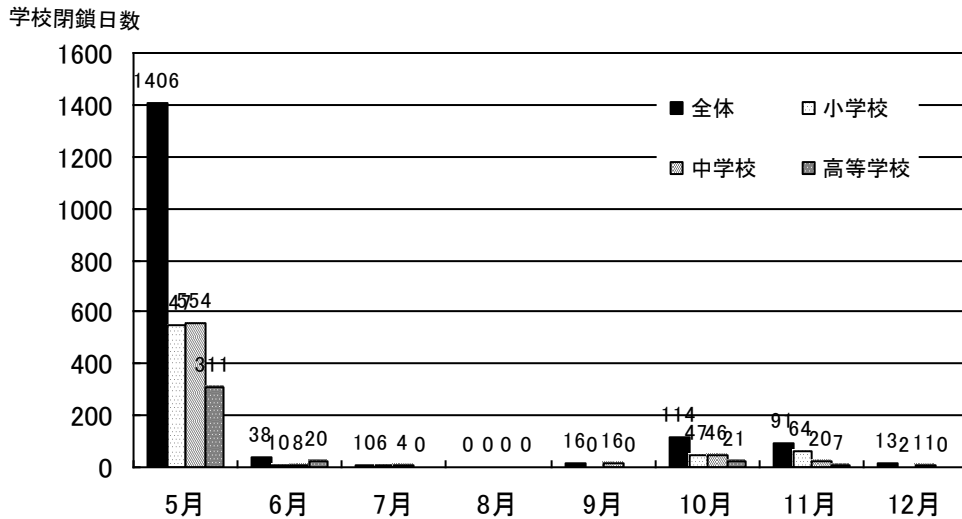


図9. アンケート結果 学校閉鎖の日数

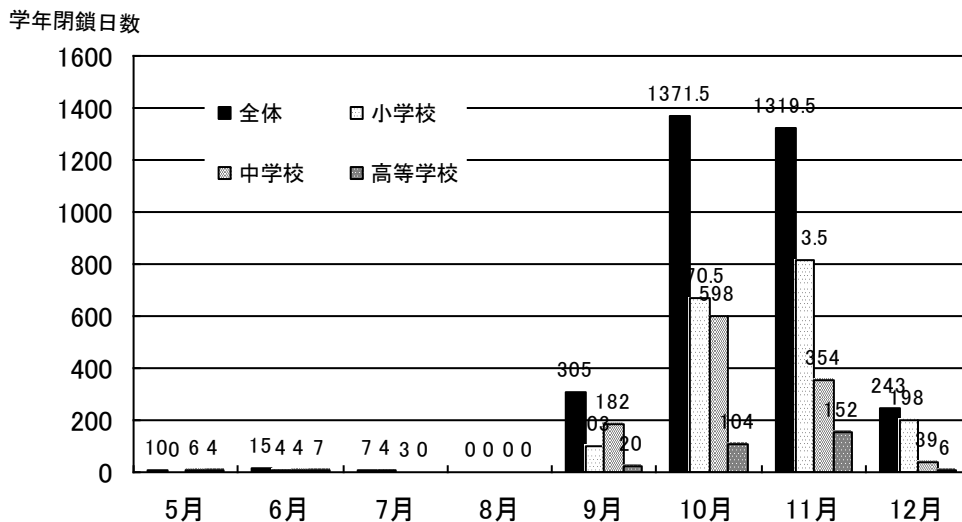


図10. アンケート結果 学年閉鎖の日数

学級閉鎖閉鎖回数

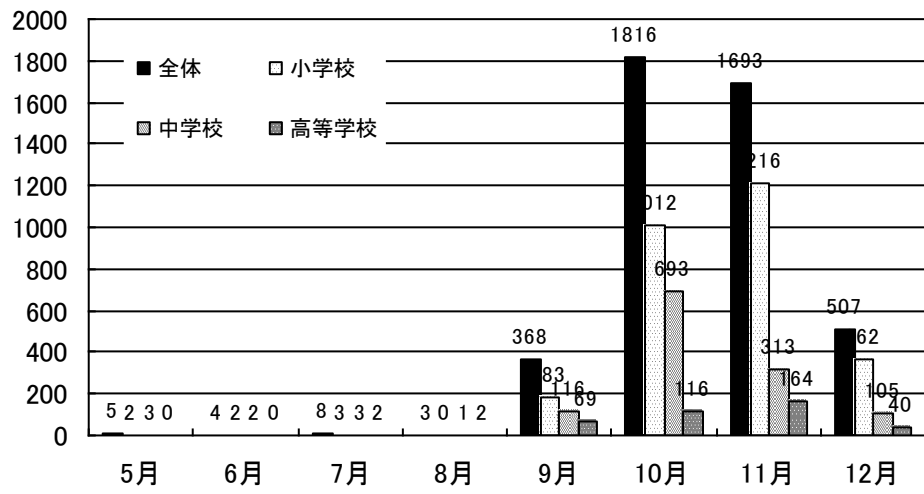


図11. アンケート結果 学級閉鎖の日数

C-5. 臨時休業を決定する際の重点事項(アンケートの調査結果)

1) 最も重視したもの

インフルエンザによる臨時休業を決定する際に最も重視するものについて、質問したところ、最も教育委員会の指針を重視している学校が多く、高等学校の回答においては87%を占めており、次に学校医の意見、養護教諭の意見を重視していることが明らかになった。

表4. 臨時休業を決定する際の最も重視した事項

	教育委員会の方針	学校医の意見	保健所の意見	養護教諭の意見	その他	合計
全体	518	254	7	29	72	880
小学校	232	160	3	11	33	439
中学校	179	86	3	13	36	317
高等学校	107	8	1	5	3	124

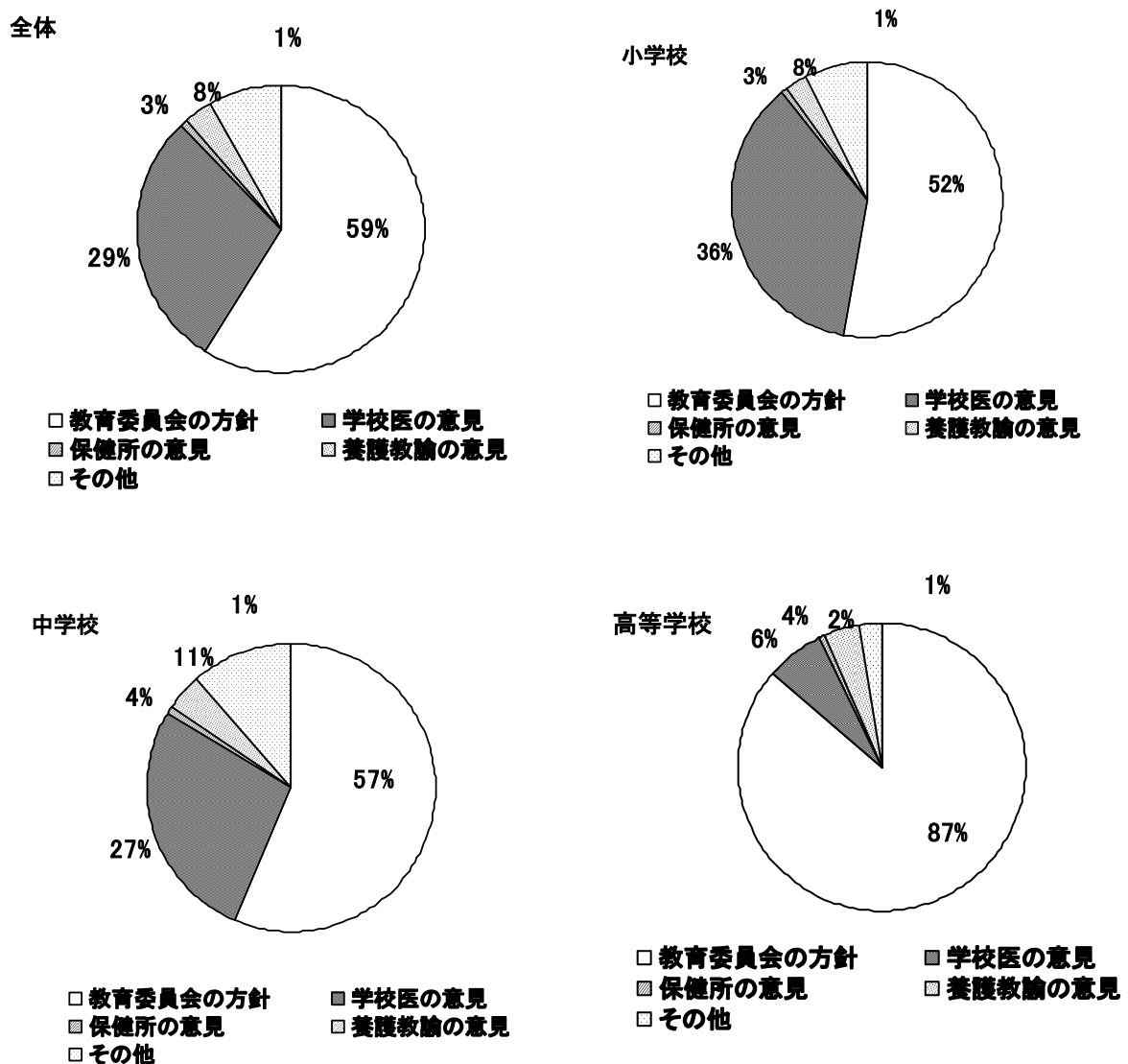


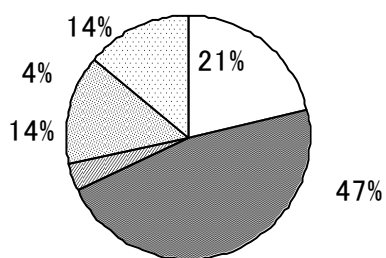
図12. アンケート結果 臨時休業を決定する際の最重点事項

インフルエンザによる臨時休業を決定する際に二番目に重視するものについて、質問したところ、学校医の意見、養護教諭の意見を重視しており、臨時休業を決定する際の重点事項が明らかになった。

表5. 臨時休業を決定する際の二番目に重視した事項

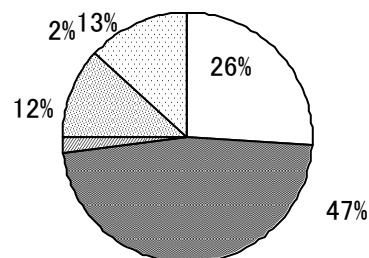
	教育委員会の方針	学校医の意見	保健所の意見	養護教諭の意見	その他	合計
全体	184	402	31	125	121	863
小学校	111	203	9	50	57	430
中学校	66	127	9	68	43	313
高等学校	7	72	13	7	21	120

全体



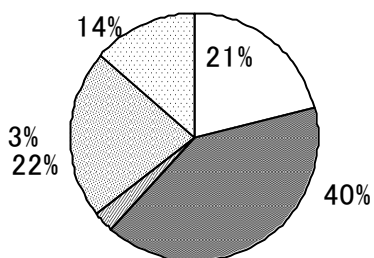
□教育委員会の方針 ■学校医の意見
 ■保健所の意見 □養護教諭の意見
 □その他

小学校



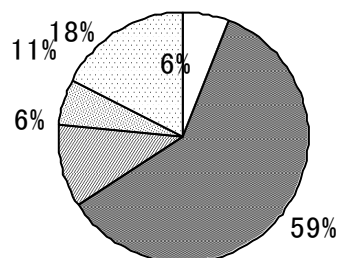
□教育委員会の方針 ■学校医の意見
 ■保健所の意見 □養護教諭の意見
 □その他

中学校



□教育委員会の方針 ■学校医の意見
 ■保健所の意見 □養護教諭の意見
 □その他

高等学校



□教育委員会の方針 ■学校医の意見
 ■保健所の意見 □養護教諭の意見
 □その他

図13. アンケート結果 臨時休業を決定する際の重点事項

C-6. 臨時休業を決定する際の懸念事項(アンケートの調査結果)

1) 最も懸念したもの

インフルエンザによる臨時休業を決定する際に最も懸念した事項は、授業数の不足で高等学校が71%と最も高値を示した。

表6. 臨時休業を決定する際の最も懸念した事項

	授業数の不足	行事への影響	保護者への影響	地域への影響	その他	合計
全体	488	293	45	11	25	862
小学校	248	121	36	7	16	428
中学校	155	140	9	3	6	313
高等学校	85	32	0	1	3	121

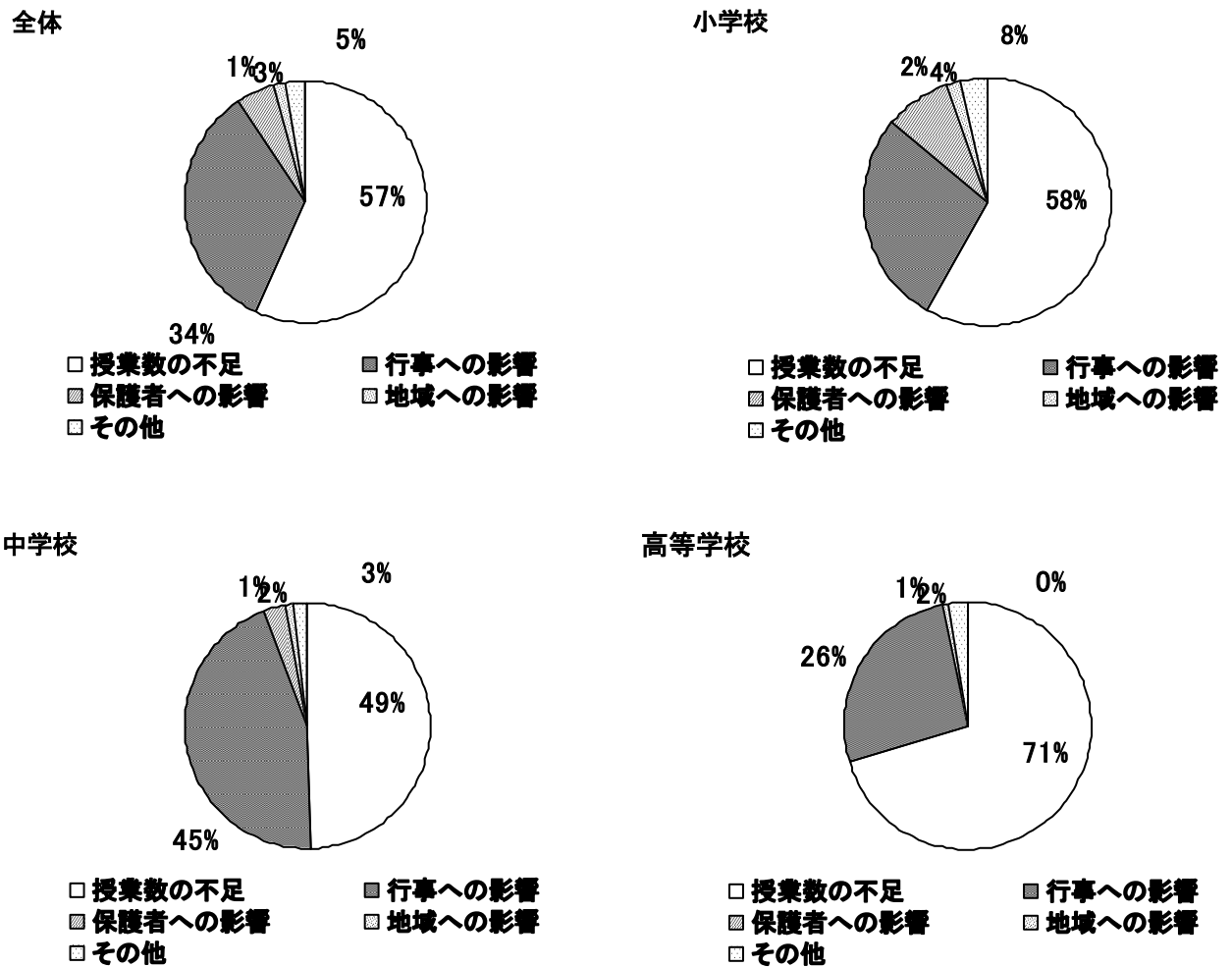


図14. アンケート結果 臨時休業を決定する際の最も懸念した事項

2) 二番目に懸念したもの

インフルエンザによる臨時休業を決定する際に二番目に懸念した事項は、行事への影響であった。

表6. 臨時休業を決定する際の二番目に懸念した事項

	授業数の不足	行事への影響	保護者への影響	地域への影響	その他	合計
全体	304	421	102	13	18	858
小学校	131	202	83	4	7	427
中学校	141	142	14	8	6	311
高等学校	32	77	5	1	5	120

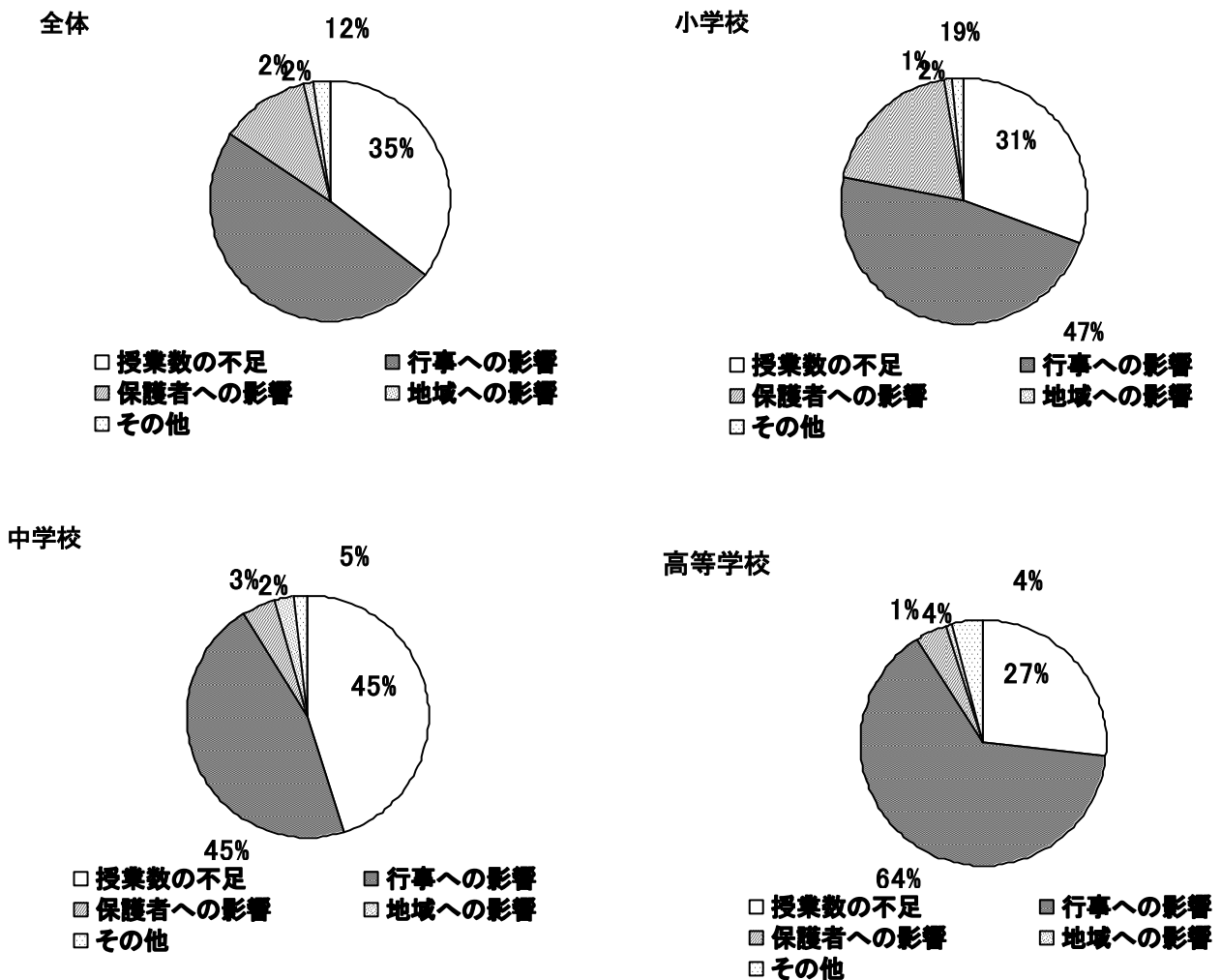


図15. アンケート結果 臨時休業を決定する際の最も懸念した事項

C-7. 臨時休業を決定する際の相談相手(アンケートの調査結果)

表7. 臨時休業を決定する際の相談相手

	教育委員会	学校医	保健所	近隣の学校関係者	その他(学校外の機関・人物)
全体	542	788	101	56	9
小学校	247	416	39	34	2
中学校	208	284	34	17	3
高等学校	87	88	28	5	4

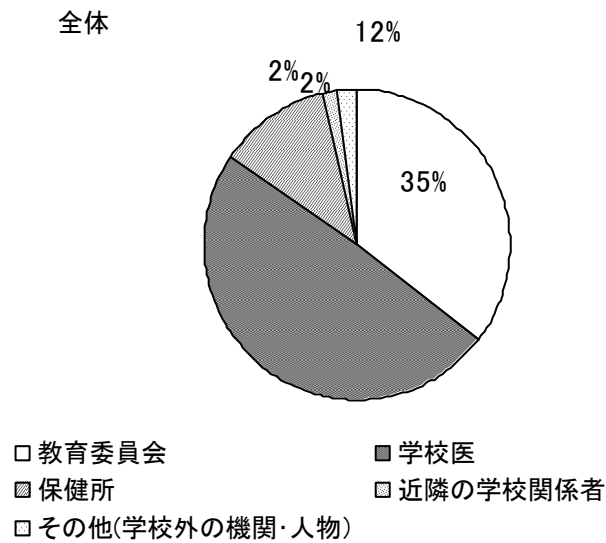


図16. アンケート結果 臨時休業を決定する際の相談相手

C-8. 臨時休業を決定する際の相談の手段(アンケートの調査結果)

表8. 臨時休業を決定する際の相談の手段

	電話	電子メール	文章(郵送)	その他
全体	801	39	8	44
小学校	404	20	4	25
中学校	288	12	3	16
高等学校	109	7	1	3

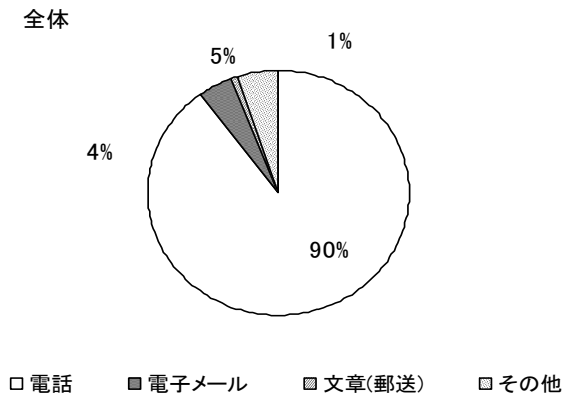


図17. アンケート結果 臨時休業を決定する際の相談の手段

C-9. 保健所からの問い合わせや指導の有無(アンケートの調査結果)

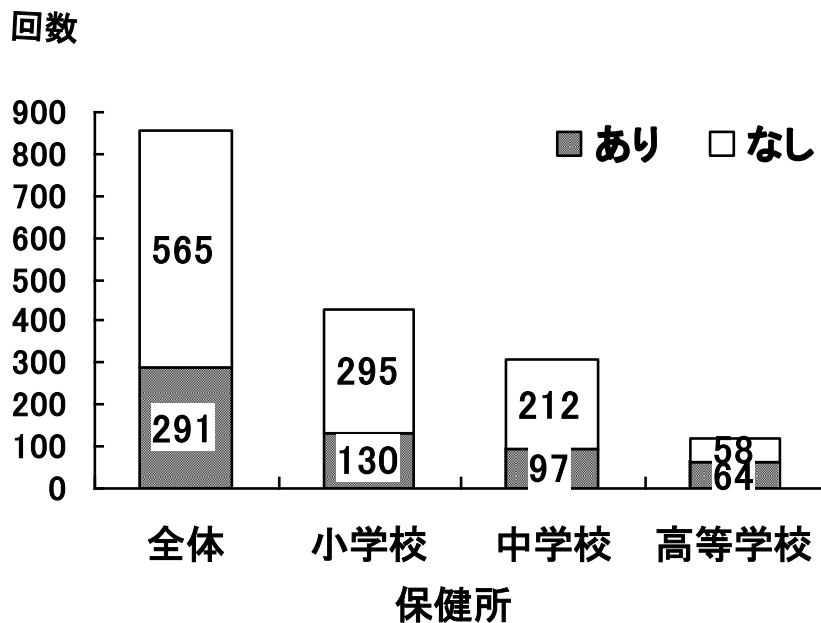


図18. アンケート結果 保健所からの指導の有無

C-10. 教育委員会からの問い合わせや指導の有無(アンケートの調査結果)

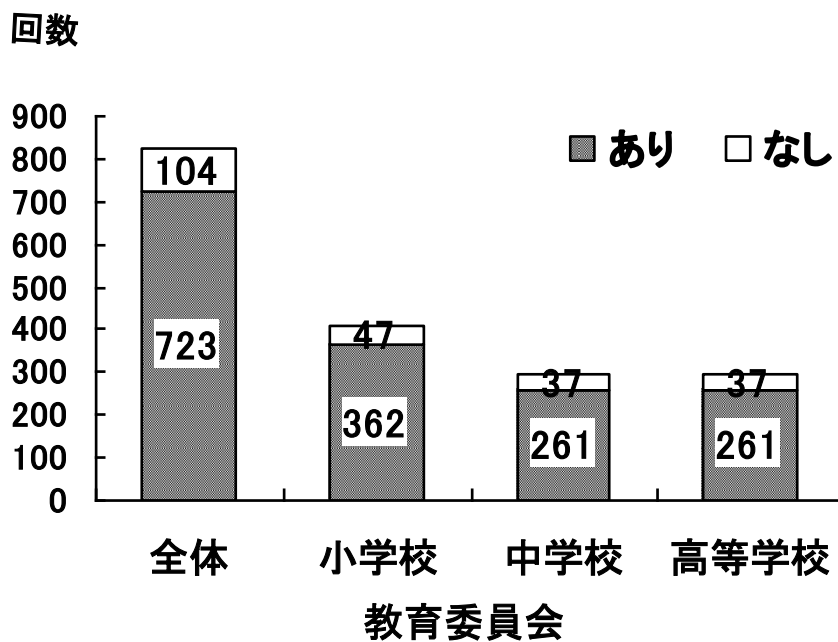


図19. アンケート結果 教育委員会からの指導の有無

C-11. 保健所と教育委員会の指導や問い合わせ回数(アンケートの調査結果)

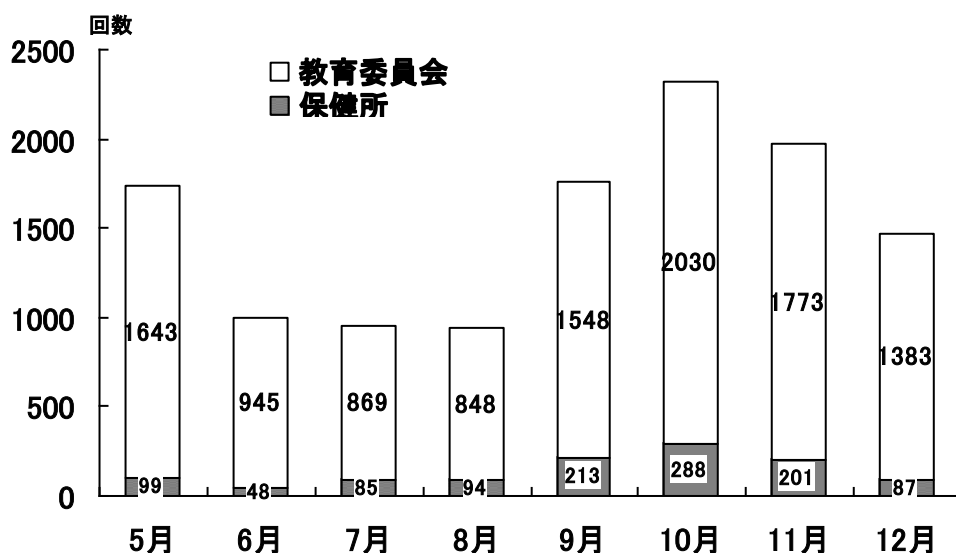


図20. アンケート結果 保健所と教育委員会からの指導の回数

C-12. 教育委員会の臨時休業の情報の発信数(文科省のホームページより抜粋)

アンケート調査の結果、教育委員会との連絡が行われており、教育委員会からの文章の発信の回数を文科省からのホームページで調べ、表9に示した。

最も、多かったのは初等中等教育機関宛・高等教育機関宛の9通であった。

表9. 初等中等教育機関宛・高等教育機関宛の発出文書の回数

発出文章	4月	5月	6月	8月	9月	10月
初等中等教育機関宛 発出文書	2	5	4	5	3	3
高等教育機関宛 発出文書	2	4	3	3	1	3
合計回数	4	9	7	8	4	6

http://www.mext.go.jp/a_menu/influtaisaku/syousai/1280034.htm

C-13. 臨時休業を決定する際の情報収集の手段(アンケートの調査結果)

表10. 臨時休業を決定する際の情報収集の手段

	新聞	テレビ	本・雑誌	インターネット	電話・FAX	その他	合計
全体	250	110	4	280	521	92	1257
小学校	134	60	3	132	260	44	633
中学校	98	38	1	114	187	30	468
高等学校	18	12	0	34	74	18	156

全体

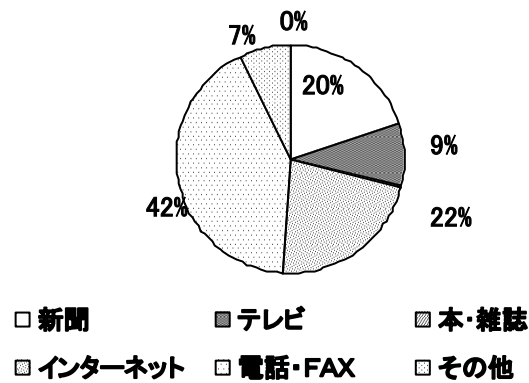


図21. アンケート結果 情報収集の方法

C-14. 臨時休業を決定する際に活用したホームページ(アンケートの調査結果)

表11. 臨時休業を決定する際に活用したホームページ

	教育委員会	厚生労働省・国立感染症 研究所	文部科学省	保健所・地方衛生 研究所	その他	合計
全体	603	297	76	154	73	1203
小学校	302	150	39	80	33	604
中学校	211	111	31	57	26	436
高等学校	211	12	0	34	74	331

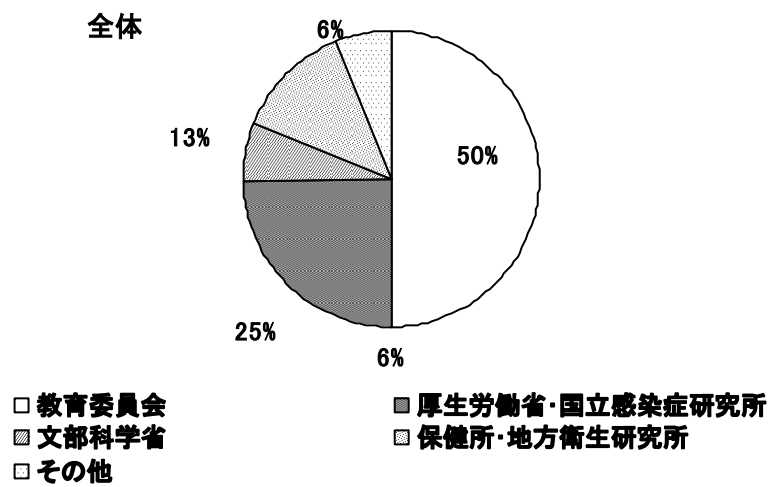


図22. アンケート結果 活用した情報・ホームページ

C-15. 新たな感染症に対する相談先や機関の必要性(アンケートの調査結果)

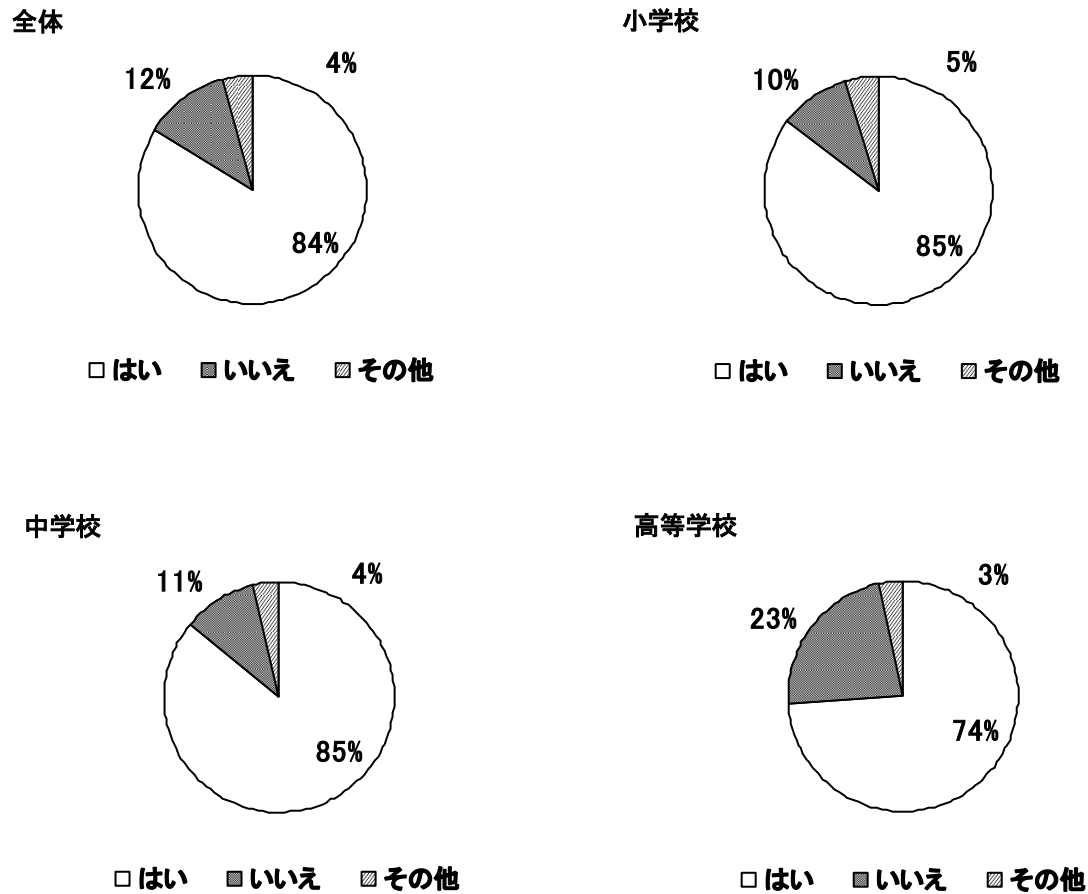


図23. アンケート結果 新たな感染症に対する相談先や機関の必要性

フリーコメント数 473

気軽に相談出来る機関や専門的知識、指導などの希望、連携、対応マニュアルの構築などが主な意見として挙げられる

- ・ 新たな感染症の場合、その予防策について学校(教職員)の判断で動いた事が最適とならない、場合が考えられる。専門家の指導をもとに、学校としてできる事は何かを相談できる機関が必要で、同地域での対応を統一したい。
- ・ 学校医は相談相手として十分機能している。強毒性のインフルエンザや未知の感染症が発生したあるいは、流行しつつある、という時にはより正確な情報が必要で、リアルタイムで情報のやりとりができる機関や緊急システムが望まれる
- ・ 行政からの文書では情報伝達の遅れがあり、近隣の病院や委員(校医)保健所がつかんでいる情報を交換できればと思う
- ・ 感染症の拡大を防ぐためには地域医療ネットワーク的な体制が必要であり、そこを拠点とした情報収集による判断が学校にも必要、現行の教委を通した情報だけではやや不足

C-16. 学校への保健所職員等の専門家の派遣の希望(アンケートの調査結果)

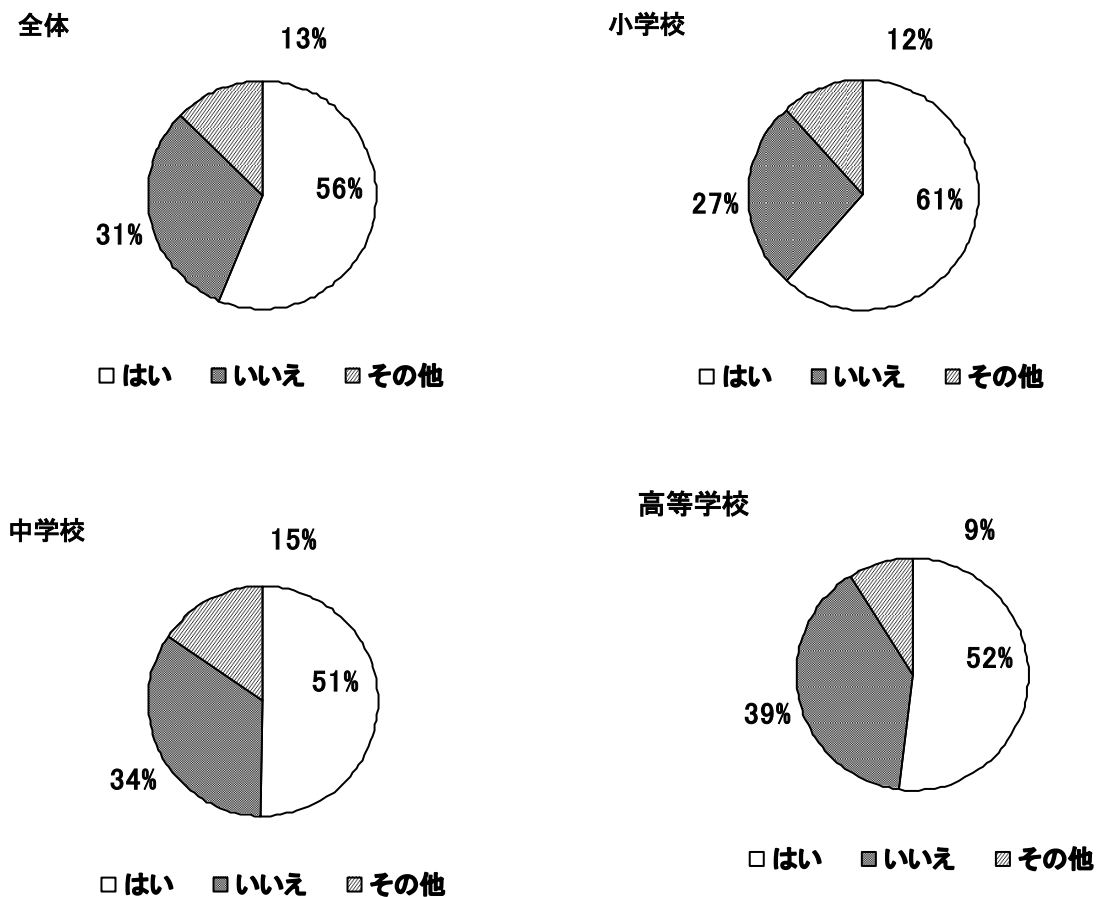


図24. アンケート結果 学校への保健所職員等の専門家の派遣の希望

フリーコメント数 350

感染症の適切な指導、発生時の業務対応専門職の派遣、保護者への説明、研修会などを実施してほしいとのコメントが多くあった。

- ・ 新たな感染症が発症しているかどうか専門家による学校現場の立ち入り検査、分析、第二次災害防止、予防への啓発等専門家による指導が必要。子供・保護者の根拠なき不安や風評被害から学校・児童・保護者・地域を守るためには、正しい知識・より専門的な判断、配慮等が必要と考える。
- ・ 以前 O-157 の児童がでた際も来校していただき、予防についてのご指導を受けたり、保護者への説明会の席にも説明会の席にも出席していただき、専門的な立場からお話していただけてとてもよかった。
- ・ 心のケア 初期の段階では特に必要
- ・ 学年閉鎖の時に保健所からはその学年全員の健康状態の報告書を保健所に出す必要があった。負担が大きく、調査が必要であれば担当者の派遣を希望する

C-17. 社会防衛のために学校が担う役割について(アンケートの調査結果)

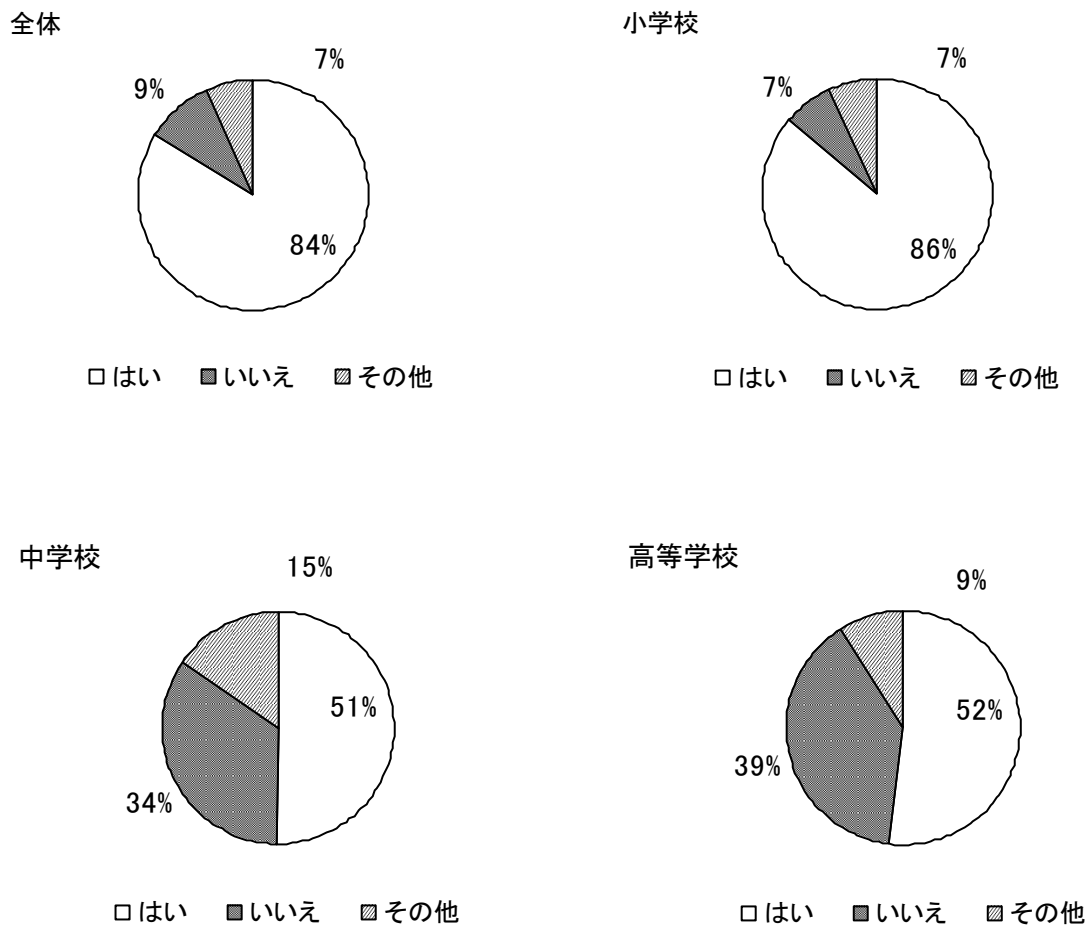


図25. アンケート結果 社会防衛のために学校が担う役割について

フリーコメント数 503

集団発生の予防や地域や家庭への指導、子どもの健康管理として担う役割が大きいとのコメントが多くあった。

- ・ 学級閉鎖や学年閉鎖を行ったことで学校では、十分な授業時間の確保ができず、生徒は大変な思いもしたが、生徒が休んで自宅にいる事で、学校内での大発生を防ぎ、社会との接触が減り、社会防衛の一端を担う事ができたと思う。
- ・ 学校から子どものいる家庭には注意喚起や様々な情報提供ができ、家庭でもより身近な問題として対応してもらえる。特にマスクが市場に不足した時なども学校から咳エチケットをお願いすることで、家庭の協力が保たれたように思う。
- ・ 学校閉鎖中にも塾や習い事に行く生徒が有り、学校と保護者の間の認識の相違があり、保護者から苦情もあるので、地域社会で統一した情報を共有する必要がある

D. 考察

本調査の結果、新興感染症の対応は学校などの集団では最も対策が不可欠であり、学校職員だけでの対応でなく、地域全体での取り組みが必要である。

学校防衛と社会防衛を連携するために、地域のネットワークを今後発展させることが必要である。今回のアンケートの中で新型インフルエンザが最初に発症した兵庫県では、神戸淡路大震災後のネットワークが充実しており、すでに感染症対応マニュアル化が進んでいるという回答を得られた。

各地域における感染症ネットワークの構築には、保健所と学校の交流会や講習会、対策委員会などを企画し積極的な展開を図ることが望まれる。

E. 結論

新興・再興インフルエンザ流行では、今回の新型インフルエンザ流行時の様に抗体を保有していない比較的若年の集団である高等学校、中学校、小学校が感染のフォーカスとしてきわめて重要である。ところが、学校における感染対策は教育委員会などの連絡網を中心として判断・決定しており、必ずしもその地域の現状に即したものではない。従ってその地域でそれぞれ地域の感染症状況の把握をしている保健所と学校医や養護教員などの学校保健担当者の協議会を設立することにより、感染症社会防衛の中の学校防衛の位置づけを明確にし、新興・再興インフルエンザ感染時の対策につながるものとする。

(参照)

学校の臨時休業の状況について

http://www.mext.go.jp/a_menu/influtaisaku/syousai/1266888.htm

学校の臨時休業(休校)の状況(日報) 学校の臨時休業(学級閉鎖・学年閉鎖・休校)の状況(週報) 問い合わせ先 スポーツ・青少年局 学校健康教育課保健指導係 電話番号：03-5253-4111 (内線 2918)

初等中等教育機関宛 発出文書

http://www.mext.go.jp/a_menu/influtaisaku/syousai/1280034.htm

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について

(平成 21 年 4 月 28 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する正しい知識の普及等について

(平成 21 年 4 月 28 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 2 報)

(平成 21 年 5 月 1 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 3 報)

(平成 21 年 5 月 14 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 4 報)

(平成 21 年 5 月 16 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 5 報)

(平成 21 年 5 月 22 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する修学旅行等の対応について

(平成 21 年 5 月 28 日発出)

新型インフルエンザ発生による国内修学旅行の中止又は延期の状況及びキャンセル料負担状況等の調査結果について

(平成 21 年 6 月 1 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 6 報)

(平成 21 年 6 月 12 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 7 報)

(平成 21 年 6 月 19 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 8 報)

(平成 21 年 6 月 26 日発出)

夏季休業中における新型インフルエンザの集団感染の発生について

(平成 21 年 8 月 4 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 9 報)

(平成 21 年 8 月 5 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 10 報)

(平成 21 年 8 月 19 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 11 報)

(平成 21 年 8 月 26 日発出)

新型インフルエンザに関する対応について (情報提供)

(平成 21 年 8 月 26 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 12 報)

(平成 21 年 9 月 1 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 13 報)

(平成 21 年 9 月 24 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 14 報)

(平成 21 年 9 月 30 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 15 報)

(平成 21 年 10 月 1 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 16 報)

(平成 21 年 10 月 9 日発出)

各都道府県・指定都市教育委員会等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 17 報)

(平成 21 年 10 月 19 日発出)

新型インフルエンザに関する対応について (情報提供) (平成 21 年 11 月 9 日)

(平成 21 年 11 月 9 日 発出)
新型インフルエンザに関する対応について (情報提供) (平成 21 年 11 月 13 日)
(平成 21 年 11 月 13 日 発出)
新型インフルエンザに関する対応について (情報提供) (平成 21 年 11 月 18 日)
(平成 21 年 11 月 18 日 発出)
新型インフルエンザに関する対応について (情報提供) (平成 21 年 12 月 17 日)
(平成 21 年 12 月 17 日 発出)

高等教育機関宛 発出文書

http://www.next.go.jp/a_menu/influtaisaku/syousai/1280035.htm

各国公私立大学長等宛 プタインフルエンザに関する対応について
(平成 21 年 4 月 27 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について
(平成 21 年 4 月 28 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 3 報)
(平成 21 年 5 月 1 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 4 報)
(平成 21 年 5 月 16 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 5 報)
(平成 21 年 5 月 20 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 6 報)
(平成 21 年 5 月 22 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 7 報)
(平成 21 年 6 月 12 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 8 報)
(平成 21 年 6 月 19 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 9 報)
(平成 21 年 6 月 29 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 10 報)
(平成 21 年 8 月 7 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 11 報)
(平成 21 年 8 月 20 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 12 報)
(平成 21 年 8 月 27 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 13 報)
(平成 21 年 9 月 25 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 14 報)
(平成 21 年 10 月 2 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 15 報)
(平成 21 年 10 月 13 日)
各国公私立大学長等宛 新型インフルエンザに関する対応について (第 16 報)
(平成 21 年 10 月 29 日)

アンケート調査依頼文

各位

平成21年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

「新型インフルエンザA(H1N1)への公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究」
研究班 「高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応」について調査研究ご協力のお願い

研究代表者 西山利正

このたび、平成21年度厚生労働科学研究費補助金(特別研究事業)の「新型インフルエンザA(H1N1)への公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究」研究班の特に「高校生等の集団発生に対する自治体と学校等の連携対応」について調査を実施いたすこととなりました。

本調査は、新型インフルエンザ発生後の学校と自治体との、対処方法や連絡及び指導について問題点を把握し、施策の改善点を提示するものであります。

なお、個人を特定する情報は一切含まれておりません。得られた情報につきましては、今後の疫学調査研究に活用させていただきます。

つきましては、短期間の締め切りで申し訳ありませんが、本調査にご協力賜りたくお願い申し上げます。

平成22年2月4日(木)まで必着にてご返送いただきたく、お願い申し上げます。
ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

2010年1月吉日

関西医科大学 公衆衛生学教室

西山 利正

〒578-6054 大阪府守口市文園町 10-15

Tel:06-6993-9437

Fax:06-6992-5194

アンケート調査表

学校とインフルエンザに関するアンケート調査票

- 1-1. 貴校はいずれに該当しますか。 (a) 国立 (b) 都府県立 (c) 市町村立
- 1-2. 貴校の所在地はいずれに該当しますか。 (a) 県庁所在地 (b) それ以外
2. 貴校はいずれに該当しますか。 (a) 小学校 (b) 中学校 (c) 高等学校
3. 貴校はいずれに位置しますか。
(a) 東京都 (b) 神奈川県 (c) 滋賀県 (d) 京都府 (e) 大阪府 (f) 兵庫県
4. 全校生徒(もしくは児童)は何人ですか。 人
5. 全校生徒のうち女子は何人ですか。 人
6. 全校生徒のうち男子は何人ですか。 人
7. 全職員数は何人ですか。 人
8. 全職員数のうち女性は何人ですか。 人
9. 全職員数のうち男性は何人ですか。 人
10. 2009年5月1日から2009年12月31日の間にインフルエンザに罹った生徒(もしくは児童)の数を教えてください。(新型・季節性を問いません。疑い例も含めて下さい。) 人
11. 10が全校生徒(もしくは児童)に占める割合を教えてください。
(a) 0~4% (b) 5~9% (c) 10~19% (d) 20~29% (e) 30%以上
12. 10のインフルエンザに罹患したうち女子は何人ですか。 人
13. 10のインフルエンザに罹患したうち男子は何人ですか。 人
14. 2009年5月1日から2009年12月31日の間にインフルエンザに罹った職員の数を教えてください。
(新型・季節性を問いません。疑い例も含めて下さい。) 人
15. 14が全職員に占める割合を教えてください。
(a) 0~4% (b) 5~9% (c) 10~19% (d) 20~29% (e) 30%以上
16. 14のインフルエンザに罹患したうち女性は何人ですか。 人
17. 14のインフルエンザに罹患したうち男性は何人ですか。 人

2009年5月から12月の間にインフルエンザによる臨時休業(学校閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖)は何回ありましたか。

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
学校閉鎖	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.
学年閉鎖	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.
学級閉鎖	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.

2009年5月から12月の間にインフルエンザによる臨時休業(学校閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖)は何日間ありましたか。

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
学校閉鎖	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.
学年閉鎖	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.
学級閉鎖	58.	59.	60.	61.	62.	63.	64.	65.

66. インフルエンザによる臨時休業を決定する際に最も重視するものはどれですか。

- (a) 教育委員会の指針 (b) 学校医の意見 (c) 保健所の意見 (d) 養護教諭の意見 (e) その他

67. インフルエンザによる臨時休業を決定する際に2番目に重視するものはどれですか。

- (a) 教育委員会の指針 (b) 学校医の意見 (c) 保健所の意見 (d) 養護教諭の意見 (e) その他

68. インフルエンザによる臨時休業を決定する際に最も懸念するものはどれですか。

- (a) 授業時間の不足 (b) 行事への影響 (c) 保護者への影響 (d) 地域への影響 (e) その他 ()

69. インフルエンザによる臨時休業を決定する際に2番目に懸念するものはどれですか。

- (a) 授業時間の不足 (b) 行事への影響 (c) 保護者への影響 (d) 地域への影響 (e) その他 ()

70. インフルエンザによる臨時休業を決定する際、次のどちらかに相談しましたか。(複数回答可)

- (a) 教育委員会 (b) 学校医 (c) 保健所 (d) 近隣の学校関係者 (e) その他の学校外の機関・人物

71.70で相談された連絡方法で有用だったのはどれですか？

- (a) 電話 (b) 電子メール (c) 文書(郵送) (d) その他 ()

72.保健所からインフルエンザに関する問い合わせや指導はありましたか。

- (a)あり (b)なし

72の保健所からインフルエンザに関する問い合わせや指導はあったとご回答の方

その時期と回数をお答えください。

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
保健所	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.

81.教育委員会からインフルエンザに関する問い合わせや指導はありましたか。

- (a)あり (b)なし

81 の教育委員会からインフルエンザに関する問い合わせや指導はあったとご回答の方

その時期と回数をお答えください。

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
教育委員会	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.

90. インフルエンザによる臨時休業を決定する際の情報収集手段として次のうち特に有用だったものはどれですか？(2つまで選択可)

- (a) 新聞 (b) テレビ (c) 本・雑誌 (d) インターネット (e) 電話・FAX・文書

91. インフルエンザによる臨時休業を決定する際に活用した情報は次のうちどこからのものが特に有用でしたか？(2つまで選択可)

- (a) 教育委員会 (b) 厚生労働省・国立感染症研究所
(c) 文部科学省 (d) 保健所・地方衛生研究所 (e) その他 ()

92. 今後新たな感染症の問題が発生した際に、学校外に相談できる(あるいは連携をとれる)機関が必要とお考えですか。 (a) はい (b) いいえ (c) その他 ()

93. 今後新たな感染症の問題が発生した際に、学校への保健所職員等の専門家の派遣を希望しますか。
(a) はい (b) いいえ (c) その他 ()

94. 今回の新型インフルエンザのような感染症の問題が発生した際に、社会防衛のために学校が担う役割があるとお考えですか。
(a) はい (b) いいえ (c) その他 ()

95 から 97 については、自由にご意見をお聞かせください。

95. 92 で、今後新たな感染症の問題が発生した際に、学校外に相談できる(あるいは連携をとれる)機関が必要あるとご回答のかた、具体的な考えをお教え下さい。

96. 93 で、今後新たな感染症の問題が発生した際に、学校への保健所職員等の専門家の派遣を希望するとご回答のかた、具体的な考えをお教え下さい。

97. 94 で、今回の新型インフルエンザのような感染症の問題が発生した際に、社会防衛のために学校が担う役割があるご回答のかた、具体的なお考えをお教え下さい。

2. 新型インフルエンザ流行における日本人学校の臨時休業実態

研究分担者 西山利正 関西医科大学公衆衛生学講座 教授

研究協力者 濱田篤郎 労働者健康福祉機構海外勤務健康管理センター 所長代理

研究協力者 福島慎二 同上 研修交流部

A. 目的

2009年4月に新型インフルエンザがメキシコで初めて報告され、その後、世界的に流行が拡大した。学校保健に関わる対応としては、日本国内では、休校や学級閉鎖などの臨時休業が行われたが、アメリカをはじめとする海外では感染症流行に伴う臨時休業はあまり行われていない。調査の目的は、新型インフルエンザ流行時における日本人学校での臨時休業の実態を把握することである。

B. 方法

文部科学省の公開資料等を参考に、新型インフルエンザ発生後から12月31日までに実施された臨時休業の実態を分析した。

(臨時休業の形態は、休校、学部閉鎖、欠席者が多く感染拡大防止が30校、現地政府の措置が3校であった。休校が実施された時期は、4月に2校、5月に2校、6月に3校、7月に5校、8月に1校、9月に8校、10月に4校、11月に6校、12月に2校であった。休校日数は、7日以内が23校

学年閉鎖、学級閉鎖に分類。分校舎の存在するシンガポール・上海・香港の3校に関しては、分校舎すべてが休校した場合には休校、分校舎別に休校した場合には学部閉鎖として集計。)

C. 結果

全日本人学校88校中のべ113校で、臨時休業が実施された。臨時休業の形態別では、休校33校、学部閉鎖11校、学年閉鎖13校、学級閉鎖56校であった。地域的な内訳は、アジア62校、大洋州1校、北米4校、中南米11校、欧州27校、中東7校、アフリカ1校であった。

臨時休業のうち休校は、31校(のべ33校)で実施された。休校の主な事由は、インフルエンザを含むインフルエンザ様症状によるであった。また、発生早期では、10日以上行われていた学校もあった。

D. まとめ

新型インフルエンザのパンデミックにおける日本人学校の対応策を明らかにする目

的で、臨時休業の実態分析を行った。新型インフルエンザのパンデミックにより、日本人学校でも臨時休業という対応を行っていた。臨時休業の主な目的は、自主的な感染拡大防止であり、新型インフルエンザの発生早期に長期間の休校を実施している実態が明らかとなった。

今後の調査

今後は、臨時休業前後の欠席者数の状況などを調査する予定である。また、臨時休業を決定した経緯や情報源、休業決定の際の連絡方法や苦悩、臨時休業後の授業日数確保のあり方などを明らかにしていきたい。さらに現地校での対応を調査し、日本人学校での対応と比較することも計画している。

表：休校が行われた日本人学校(のべ 33 校)：地域別

地域(学校数※)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
アジア(35校)	0	0	0	1	0	5	2	2	0
大洋州(3校)	0	0	0	0	1	0	0	0	0
北米(4校)	0	0	1	0	0	0	0	0	0
中南米(14校)	2	2	1	4	0	0	0	0	0
欧州(21校)	0	0	1	0	0	1	1	3	1
中東(8校)	0	0	0	0	0	2	1	1	0
アフリカ(3校)	0	0	0	0	0	0	0	0	1

※学校数：平成22年2月1日現在 計88校（休校中の1校をのぞく）

表：休校が行われた日本人学校(のべ 33 校)：半球別

地域	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
北半球	0	0	2	0	0	5	3	6
熱帯	2	2	0	3	0	3	1	0
南半球	0	0	1	3	1	0	0	0

※定義 北半球：北回帰線以北の地域
 熱帯：両回帰線(北・南回帰線)にはさまれた地域
 南半球：南回帰線以南の地域

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権出願・登録状況

なし

3. 海外進出企業の新型インフルエンザ対策に関する調査

研究分担者	西山利正	関西医科大学公衆衛生学講座	教授
研究協力者	濱田篤郎	労働者健康福祉機構海外勤務健康管理センター	所長代理
研究協力者	甲村加奈子	同上	研修交流部
研究協力者	古賀才博	同上	健康管理部副部長

A. 目的

海外では、新型インフルエンザの流行時、医療機関への受診方法など日本国内とは異なる対応が求められるとともに、抗インフルエンザ薬やワクチンなどの流通状況も様々である。海外勤務健康管理センターは、2006年1月に海外派遣企業向けに新型インフルエンザ対策ガイドラインを作成し、過去3回改定を実施するとともに東洋経済新報社発行の海外進出企業総覧に掲載されている企業を対象に2006年より毎年、新型インフルエンザ対策に関するアンケート調査を行っている。(表.1)今回、海外進出企業の新型インフルエンザ対策を考える上で、企業の状況を経年的に把握し、2009年の新型インフルエンザ流行時どのような対応に苦慮したのか明らかにし、今後の対策について考察する。

B. 方法

2009年10月、東洋経済新報社発行の海外進出企業総覧に掲載されている日系企業を対象に新型インフルエンザ対策に関する調査票を送付し、新型インフルエンザ対策の有無とその内容、新型インフルエンザが発生した場合の対応等について調査を行った。また今回の結果と過去2年間に行った調査結果を比較し、どのような対策が必要か検討した。

C. 結果

有効回答数：613社

Q. 新型インフルエンザに対し、何らかの対策があるか？

対策あり	494社
策定中	82社
対策なし	31社
不明	5社
その他	1社

Q. 対策がある場合、どのようなインフルエンザの流行を想定したものか？

H5N1	122社
H1N1	254社
両方	215社
想定なし	26社

Q. 事業継続計画（BCP）を策定しているか？

BCPあり	211社
策定中	206社
なし	121社
不明・その他	37社

Q. 2009年の新型インフルエンザ流行時、企業が対応に苦慮したこと

マスクの入手	(226社)
家族の罹患や休校措置に伴う従業員の欠勤	(205社)
想定された病原性と対策の乖離	(191社)
海外勤務者・家族の退避の判断	(152社)
流行国から帰国した社員の健康観察	(136社)
抗インフルエンザ薬の入手	(135社)
事業所への訪問者対策	(92社)
報道対応	(32社)
その他	(42社)

表.1 日系海外進出企業の新型インフルエンザ対策の推移

アンケート実施時期	2006年9月	2007年10月	2008年9月	2009年10月
回答数	329社	386社	445社	613社
対策を有する企業数(割合)	126社(38.3%)	197社(51.0%)	251社(56.4%)	576社(94.0%)
以下、対策を有する企業数(割合)				
経営トップ等の参画	75社(59.5%)	125社(63.5%)	176社(70.1%)	520社(90.3%)
BCP(事業継続計画)	53社(42.1%)	37社(18.8%)	150社(59.8%)	417社(72.4%)
通信手段の整備	16社(12.7%)	49社(24.9%)	47社(18.7%)	66社(11.5%)
流行時の在宅勤務計画	23社(18.3%)	45社(22.8%)	56社(22.3%)	63社(10.9%)
海外派遣者向けの抗インフルエンザ薬の備蓄	47社(37.3%)	62社(31.5%)	70社(27.9%)	173社(30.0%)
海外で発生時に帰国を計画	73社(58.0%)	117社(59.4%)	169社(67.3%)	320社(55.6%)*

*病原性が変化し、致死率が2%程度となった場合を想定

D. 考察

2009年4月にメキシコや米国で発生が報告された新型インフルエンザ(H1N1)により、2009年10月に実施したアンケート調査では、「対策がある」もしくは「策定中」を含めた企業の割合は、回答のあった企業の94%に上り、これまで過去3年間に実施してきた同様の調査に比べ、対策を有する企業が増加していた。

実際に新型インフルエンザが発生、流行したため、企業の経営トップが対策に参画している企業数、BCPを有する企業数なども増加しているが、依然、通信手段の整備や在宅勤務計画を行っている企業の割合は低く、今後、対策の充実が望まれる。新型インフルエンザA(H1N1)は、当初危惧されていた高病原性鳥インフルエンザに比べ致死率は低

く、過剰な反応など社会的な混乱を来したことから重症度に応じた柔軟な対策が必要と思われる。海外へ進出する企業にとって新型インフルエンザやSARS等の新興感染症対策に加え、再興感染症対策も合わせた総合的な対策が必要であり、今回の流行が海外に派遣されている従業員とその家族の健康管理を再考する契機となることが期待される。

E. 結論

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権出願・登録状況

なし

感染拡大地域の行政対応

感染拡大地域の行政対応

研究分担者 浜松医科大学健康社会医学講座 早坂信哉

A. 目的

新型インフルエンザA（H1N1）は社会的な影響の大きい健康危機となっており、国及び自治体等では迅速に特別な体制を敷いて対応を行ってきた。

今回の発生に先立って、国の新型インフルエンザ対策ガイドライン及び行動計画が策定され、また市町村の対応のてびきが全国保健所長会により作成されていた。これらの指針等は、強毒性のH5N1株の発生を想定したものであり、実際の発生株であったH1N1への対応において、予定どおり実施できたものと、想定とは異なっていたものがあり、課題が指摘されている。今回の流行発生の関西地区を中心とした初期感染拡大地域における行政対応について記録し、現時点で評価可能な事項については評価検討を行い、今後の対応方策やマンパワーについて明らかにすることを目的とした。

B. 方法

国内における新型インフルエンザ初期感染拡大地域について、兵庫県、大阪府、神戸市、姫路市の発生時の本庁及び保健所の対応の状況について関係者等により記録を整理し、課題を抽出して、現時点で評価可能な事項については評価検討を行い、今後の対応方策やマンパワーについての検討を行った。

C. 結果と考察

1. 府・県における対応

(1) 兵庫県における新型インフルエンザの医療確保対応について

対策計画は強毒型H5N1の発生を想定していたため、5月16日の国内初の感染者確認以降臨機応変な対応を迫られ早々に対策計画の遵守が困難となり、様々な課題が挙げられた。当初疾病対策課での対応予定であったが業務量急増のため医務課が急遽対応することになった。医療現場の状況を的確に把握して対応できたことは効果的であったが、地域によって対応に齟齬が生じたことも課題であった。情報の収集分析、判断への利用はできたが関係機関への体系化して情報発信できなかったことが最も重要な課題であった。

(2) 大阪府における新型インフルエンザ対策の概要（中間まとめ）

当初は高病原性のインフルエンザを想定した行動計画等に基づいて対応したが、入院患者の急増からすぐに満床になることが想定され、国と相談の上自宅療養へと切り替えた。中学・高校については府内全域で全校園の休業を行い、その後患者数の急速な減少を観察できた。相談体制では府民からの相談が一時殺到したため、府庁や保健所では回線の増設

を行うとともに、他部局の応援を得て対応を行い、さらに市町村にも窓口の設置を要請して役割分担を図るなどの対応を行った。医療体制では発熱外来を設置した医療機関から名称の非公開の希望が多かったため、受診希望者は発熱相談センターの紹介を受けてからの受診という状況になったが、実際の相談対応においては電話による問診だけの患者トリアージは極めて困難であることが分かった。また、保健所に発熱相談センターを設置したため、保健所に問合せが殺到し、感染症対策の根幹であり、本来保健所が行うべき積極的疫学調査等保健所の業務の遂行が非常に困難になった。さらに、個人情報の取り扱いの考え方の違いによる関係機関での情報共有についての課題が残り、関係機関同士の連携体制を見直すとともに、各自治体で必要な対策を独自で判断できるよう専門家ネットワークや人的確保の体制整備が必要と思われた。さらに、府民と報道機関等も巻き込んだリスクコミュニケーションの推進が極めて重要であることが分かった。

(3) 兵庫県（本庁）における対応と課題

電話相談には県民からの問合せが短期間に殺到し、対応する保健師が不足した他、保健所本来業務に支障が出た。電話でのトリアージは困難で多くの患者を発熱外来へ紹介することとなった。発熱外来での医療従事者の確保が困難であり本来当該医療機関が担っている救急体制へ支障が出た。途中で一般医療機関での受診へと変更したため混乱が生じた。患者急増に伴い感染症指定医療機関での入院は困難となったため、一般医療機関での入院、軽症者の退院等の対応とした。神戸市内とそれ以外の圏域、あるいは保健所によって入院対応調整が異なるなどの混乱が生じた。当初、検査結果確定までかなりの時間を要し患者は長時間の待機を強いられ、また発熱電話相談による受診者の新型インフルエンザ陽性率は低かった。

(4) 兵庫県における相談体制について

4月28日に対策本部事務局に総合相談窓口を、13保健所に発熱相談窓口を24時間体制で設置した。1日当たり最大件数は1万件を超え、マンパワーの不足、電話トリアージの限界、相談の専門性・質の確保、他業務への支障などの課題が残った。

2. 指定都市・中核市における対応

(1) 神戸市の新型インフルエンザ対策の課題と対応策

神戸市では4月28日に対策本部を立ち上げ、新型インフルエンザ対応を行ってきたが、渡航歴のない高校生を中心とした集団発生、広域での散発発生により現在のサーベイランスシステムでは必要な情報を早期に把握することが難しかった。また、発熱時の相談の殺到や医療機関に直接押しかけるなど市民や関係者の感染に対する対応能力が不十分であった。神戸市では、保健所機能を強化するとともに平常時から地域・学校・医療機関等関係機関との連携強化を図り、新型インフルエンザなど感染症発生のサインを早期に把握し、迅速に対応することにより、地域における急速な感染拡大の防止と重症化の防止を図る新たなシステム「神戸モデル」を構築する必要があると考えた。「神戸モデル」とは、感染症

対策専任保健師を配置し、平常時から学校等関係機関の職員と顔の見える関係づくりを行うことで、感染症発生サインの早期把握や予防対策にかかる情報を共有するネットワークの構築に努める。また、感染症発生時には地域ネットワークを活用して、関係機関との連携による迅速な疫学調査の実施や現場の実践活動に即応した相談体制を確立するものである。神戸市における今回の新型インフルエンザ感染拡大の経験から人口 153 万人の神戸市において「神戸モデル」構築に必要な業務量を積算したところ、感染症対策として年間のべ約 26,000 時間、区業務に 11 名、本庁業務（保健所機能強化）に 1 名の感染症対策専任保健師が必要であることが分かった。

(2) 姫路市における新型インフルエンザ対応

姫路市では新型インフルエンザ対策計画を策定中であったが、完成しておらず、2009 年 5 月の流行を迎えた。しかし、保健所と本庁の対策本部との連携・協働も比較的良好で、結果的には臨機応変に柔軟な対応ができた。一方、各部署の事業計画は早急に作成する必要があると思われた。診療体制については新型インフルエンザの病態や姫路市の医療体制全般を考慮し、医師会と共同して早期から全医療機関で初診患者を診療する形をとった。その結果、周辺圏域と診療方法の違いもありやや混乱があったが、市の基幹病院に軽症患者が集中するなどの大きな問題は生じなかった。PCR 検査については幅広くは行わなかったが、早期から、サーベイランスとしての方策がとれなかったかを今後検証したい。その他保健所業務として海外渡航者追跡調査、サーベイランス、発熱相談窓口の運営について、より効果的な方法を検討する必要があると思われた。

3. 県保健所における対応

(1) 兵庫県洲本保健所での新型インフルエンザ対応

国内発生報道当初から、一般医療機関での受診体制を医師会と協議し実施した事例を示した。4 月 30 日に事前に保健所が地元医師会と協議し、まん延に近い状況では一般医療機関での受け入れを決定していた。5 月 18 日以降事前協議通り一般医療機関での受診システムを開始し、併せて医師会、管内各市、住民へ情報提供を行った。その後の国の運営指針見直し内容が当初からの保健所対応と同じであったことからそのまま体制を継続した。

(2) 兵庫県における保健所から見た新型インフルエンザ対策の課題

健康観察や隔離は多くの職員を動員したがその効果については今後解析をする必要があると思われた。発熱専門外来においては県内では受診者の 88%は新型インフルエンザではなく、これらの一般患者に対する発熱外来における院内感染が懸念された。また多数の患者が受診しオーバーフローが見られた。発熱相談センターにも電話が多数寄せられ、電話がつながらない住民への不満が高まる一方、保健所業務にも支障が出た。保健所業務の見直しも必要と思われた。また、まん延期判断の困難さや方針の大幅な変更による混乱など、今回の経験を踏まえて対策計画の再検討も必要であろう。

D. 結語

今回の新型インフルエンザ流行を初期に経験した自治体から多くの課題が挙げられた。これらのことを今後一つ一つ具体的かつ入念に検討し、その結果を感染症対策に生かす必要である。

兵庫県における新型インフルエンザの医療確保対応について

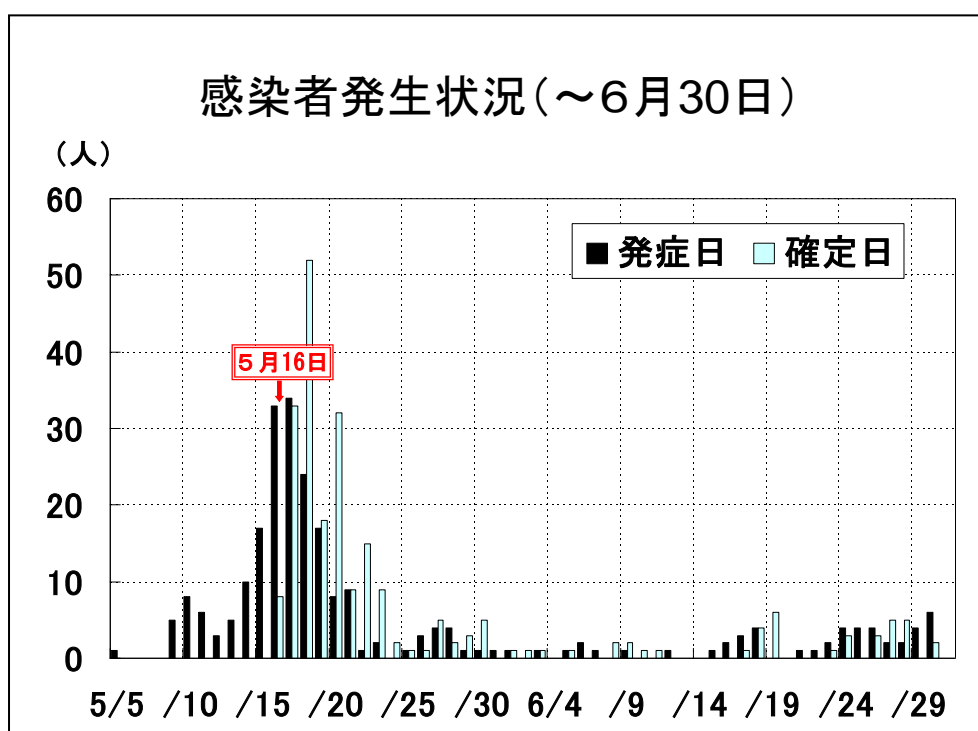
兵庫県健康福祉部健康局医務課 足立 ちあき、毛利 好孝

1. はじめに

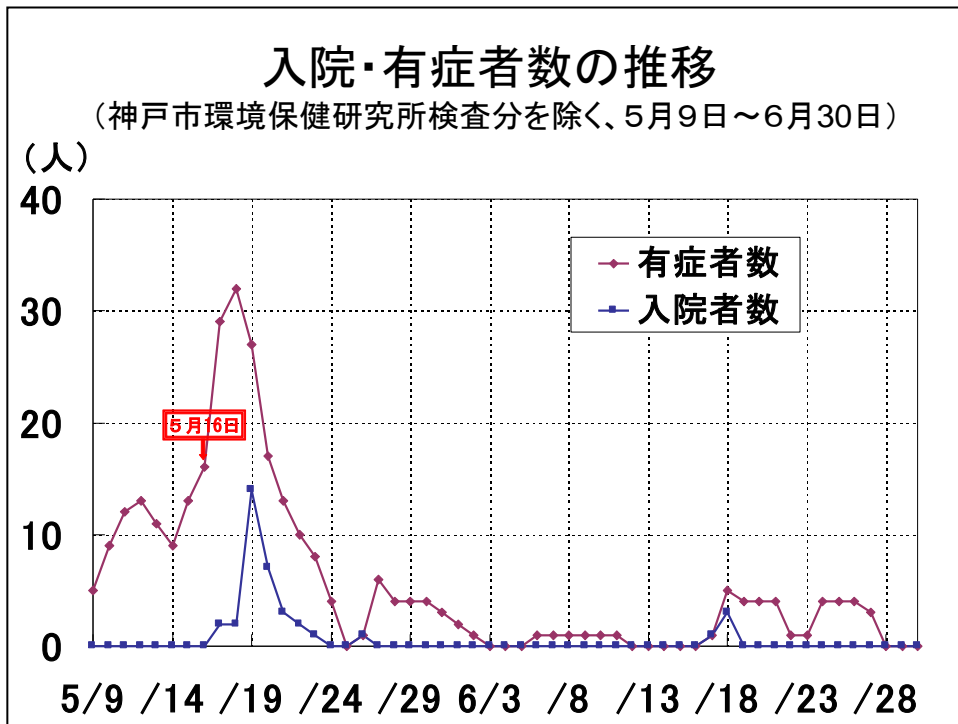
兵庫県では、平成 21 年 4 月 28 日、WHO が新型インフルエンザの警戒レベルをフェーズ 4 に引き上げたことに伴い、新型インフルエンザ対策本部を設置して対策を進めていた。5 月 16 日に神戸市在住の男子高校生の感染が確認された後、県内での患者は急増し、県対策本部では、患者の治療のほか、濃厚接触者への対応、学校等の臨時休業、イベントの中止・延期をはじめとする社会活動の制限などの感染防止対策等に全力で取り組んだ。

2. 患者発生状況等について

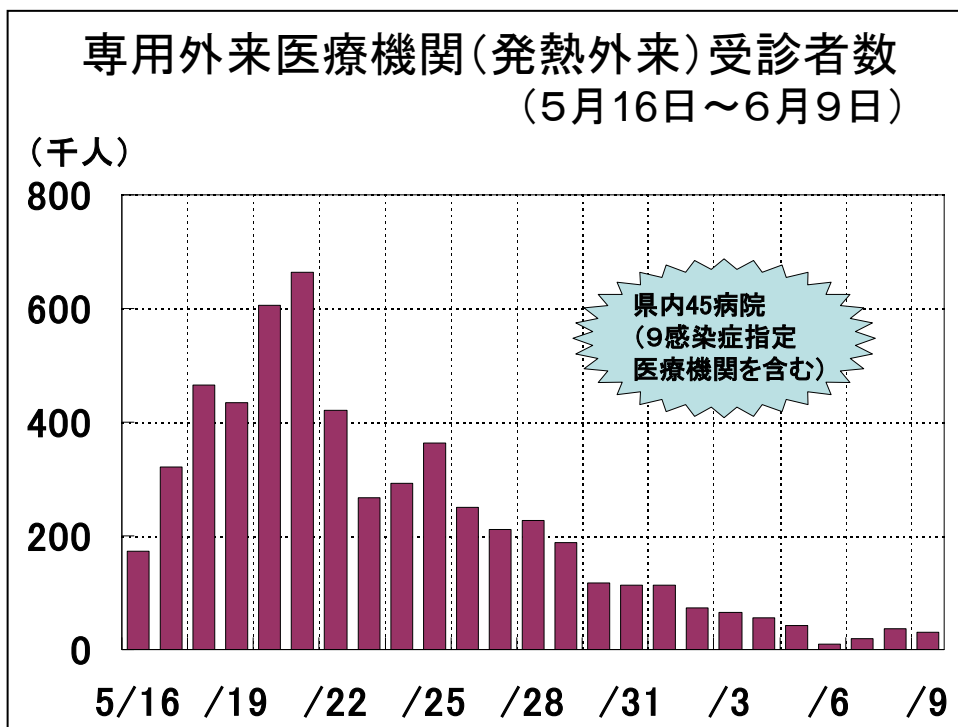
5 月 16 日に最初の発生を確認してから、当初は高校生を中心に感染が拡大したが、3 日間でピークを迎えて以降減少した。なお、患者の発症については、5 月 5 日に既に 1 名が発症しており、16 日までに 50 名以上の患者が発症していたことが確認されている。



入院者数についても、患者の確定状況と同様に、5 月 19 日がピークであり、その後はほとんどの患者が自宅待機の対応がとられていた。



一方、発熱専用外来医療機関の受診者数については、5月16日に設置以降急増し、5月21日には約660万人の受診があった。



2. 業務執行体制について

兵庫県が平成 21 年 4 月 27 日に策定した「兵庫県新型インフルエンザ対策計画」における対策本部の体制の事務分掌は下図に示すとおりとなっている。なお、医療確保に関しては感染症対策を所管している疾病対策課（今回の新型インフルエンザ発生時においては疾病対策室）が分掌していることから、本部体制の下でも、同課の所管することとされていた。県では4月28日、WHOによるフェーズ4への引き上げに伴い、新型インフルエンザ対策本部を設置して対策を進めていた。

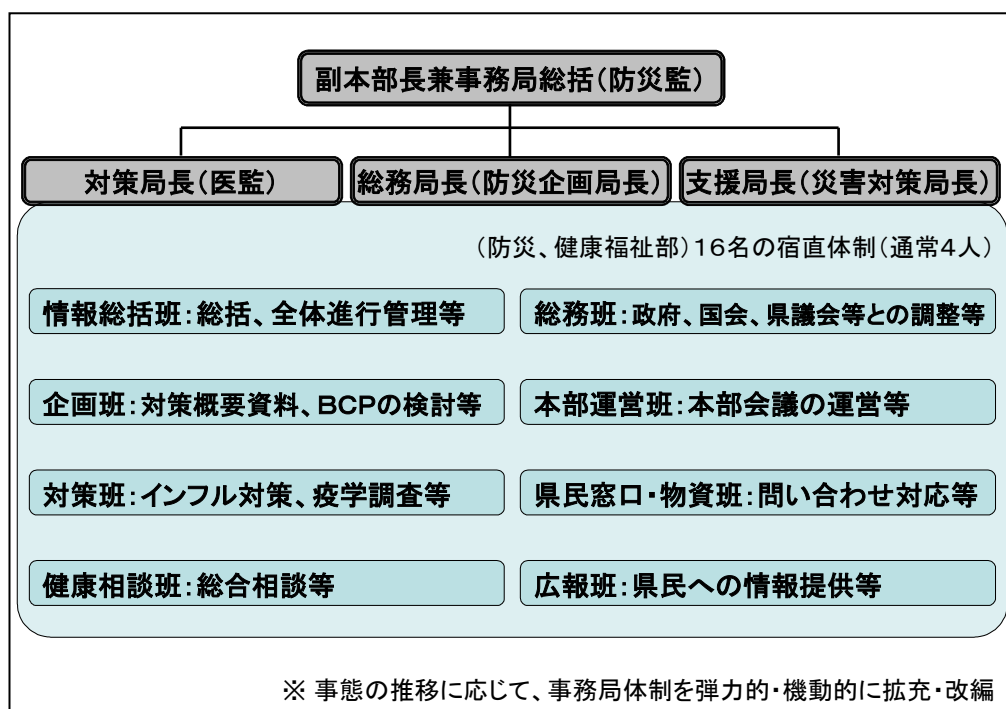


図1 新型インフルエンザ対策本部の業務分掌

3. 5月16日以降の対応

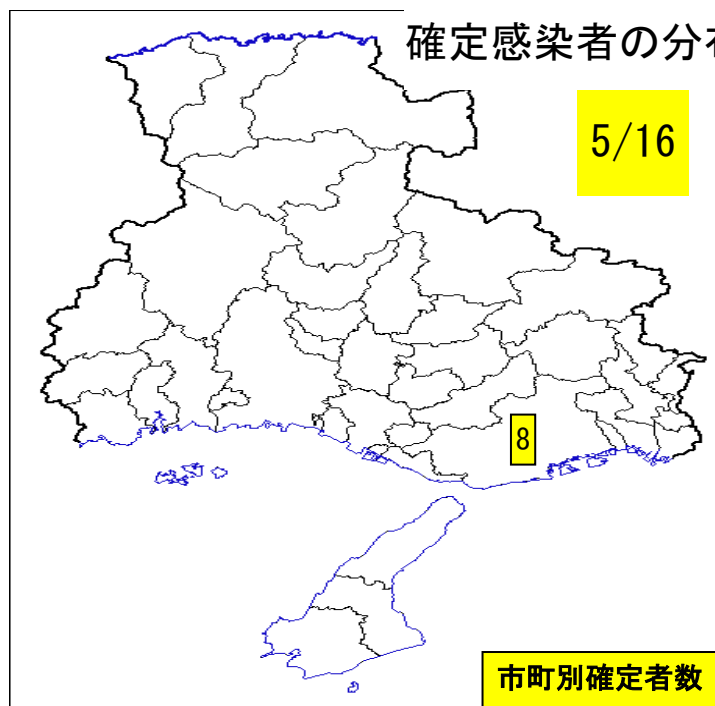
5月16日に国内で初となる新型インフルエンザの感染が神戸市在住の男子高校生3名で確認され、対策計画にもとづいて実際に医療確保を行っていくこととなった。他の自治体においても共通であったが、対策計画は強毒型であるH5N1の発生を想定していたため、通常の救急医療体制を維持しながら、可能な限り混乱を回避して新型インフルエンザに対応するためには、医療現場の状況を的確に把握して臨機応変の対応を取ることが最優先であり、対策計画を遵守することは当初から不可能であった。

また、新型インフルエンザにかかる医療確保に関しては、本部体制の下でも通常どおり疾病対策課の分掌であったが、瞬間風速的に発生した同課への業務の集中により、結果的に当課が対応することとなった。以降、5月16日から1週間において当課が医療確保に関して行った対応の概要を述べる。

1) 5月16日の動き

① 第4回本部会議での検討事項

- * 緊急事態宣言の発出
- * 患者の行動調査による濃厚接触者の把握
- * 濃厚接触者に対する予防投与と外出自粛の指導
- * 発熱専用外来及び感染症指定医療機関での医療提供体制の徹底を要請



② 対応を要する課題について

課-16-① 救命救急センターにおける対応 (⇒ 対-16-①)

- ・ 3次救急の患者で新型インフルエンザ感染が疑われる場合の対応について、高次救命救急センターより問い合わせがあった。

課-16-② 休日・夜間急病センターにおける対応 (⇒ 対-17-③)

- ・ 当日は土曜日であり、発熱専用外来の設置を予定していた医療機関も時間外の勤務体制であった。翌日曜日の対応も含めて、休日・夜間急病センターで一定の対応が不可欠であった。

課-16-③ 小児の有熱者に対する対応 (⇒ 対-17-③)

- ・ 小児では時間外受診者の約9割が有熱者であるが、対策計画で小児の発熱専用外来については特別な対応を想定していなかった。

課-16-④ 医療従事者に対する予防内服 (⇒ 対-17-④)

- ・ 休日・夜間急病センターにおいては、新型インフルエンザの紛れ込みに対応するため、従事者に予防内服を始めたところもあり、タミフルの確保及び費用負担に

ついて方針を示す必要があった。

課-16-⑤ 診療自粛を指示された医療機関への対応 (⇒ 対-17-②)

- ・国立感染症研究所感染症情報センターが初発患者の診察医に濃厚接触者として、1週間の診療自粛を求め、これに基づいて神戸市保健所が当該医師に対して要請したため、医療現場で混乱が生じていた。

課-16-⑥ 集団感染事例での疫学調査と検体採取 (⇒ 対-16-④、対-17-⑤)

- ・16日には高校3校で集団感染の疑い事例が発生したため、うち1校の疫学調査と検体採取に関して当課へ応援要請があった。

課-16-⑦ 感染症把握のためのサーベイランスの実施 (⇒ 対-16-③、対-17-①)

- ・通常の医療体制を維持しながら、新型インフルエンザに対し臨機応変の対応を図るため、医療現場の状況を的確に把握する必要があった。

課-16-⑧ 発熱専用外来設置に係る取り扱い (⇒ 対-16-②)

- ・新型インフルエンザ発生時における発熱専用外来の設置については、緊急性が求められ、かつ、一時的な対応となることから、手続きの簡素化及び迅速化と費用負担の軽減を図る必要があった。

③ 対応について

対-16-① 救命救急センターにおける対応についての協議

- ・WHO、国立感染症研究所感染症情報センター等の知見・情報等から、感染防止に十分配慮し、適切に対応するよう協力を求めた。

対-16-② 発熱専用外来設置にかかる手続きについて通知

- ・発熱専用外来設置について、外来設置を類型化して巡回診療をはじめとする必要な手続きについて通知した。[資料1](#)

対-16-③ A型インフルエンザ陽性者数の報告を依頼

- ・県内の病院・診療所に対し、5月7日以降の、簡易検査キットでのA型インフルエンザ陽性者数の報告と、引き続き、16日以降の陽性者数についての報告を依頼した。

対-16-④ 高校有症状者14名の検診・検体採取 (→PCR検査)

- ・学校付近の、発熱専用外来の設置を予定していた病院と調整し、発熱専用外来での疫学調査、検体採取を検討したが、プライバシーの確保が困難であることが予想されたため、有症状者を自家用車で学校へ呼集し、医務課職員が屋外で疫学調査と検体採取を実施した。

④ その他

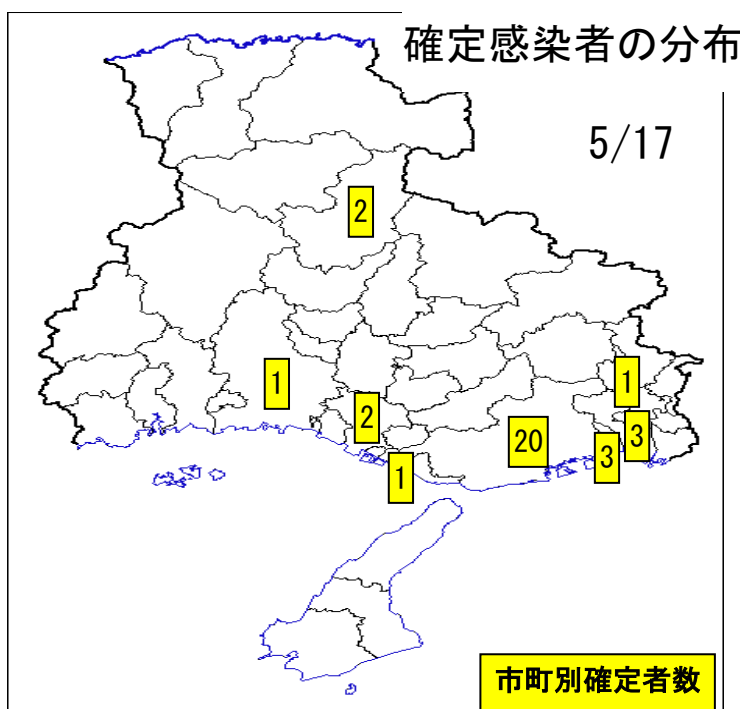
- * 県医師会対策会議に出席し、県の方針を説明し協力を依頼するとともに、地域の医療体制について情報交換を行った。その結果、行政として対応を要する複数の課題が

明確になった。

2) 5月17日の動き

① 第7回本部会議での検討事項

- * 国への新型インフルエンザ対策に関する緊急要望の検討
- * 発熱専用外来をはじめとした医療体制の調整
- * 発生疑い例の検査状況の把握
- * 抗インフルエンザウィルス薬の備蓄・供給方法の確認
- * まん延期に準じた医療体制の確保について提案（しかし、時期尚早と判断される）
 - ・ 季節性インフルエンザと同様な取り扱い
 - ・ 重症者のみへの入院勧告
 - ・ サーベイランス目的に限定したPCR検査の実施
 - ・ インフルエンザ感染予防策の院内感染対策の徹底 等



② 対応を要する課題について

課-17-① PCR陽性者に対する入院勧告の判断（⇒ 対-17-⑤）

- ・ 確定感染者数の急増により、PCR陽性者全員に対し、入院勧告を行うことが事実上不可能となってきたことから、入院勧告の基準を検討する必要がある。また、神戸市では18日から緊急的な措置として、重症者のみを感染症指定医療機関に入院させ、軽症者は厳重な外出自粛要請を行い、自宅療養する方針を検討していたため、神戸市をはじめとした政令市との調整を行う必要もあった。

課-17-② 複数の政令市保健所における対応の調整 (⇒ 対-17-⑤)

- ・ 県、政令市保健所によって入院要否の判断基準等が異なり、医療圏域を超えた入院調整に齟齬が生じた。

課-17-③ 政令市保健所に対する情報提供 (⇒ 対-17-⑤)

- ・ 16日に検診・検体採取を行った高校有症状者でPCR陽性であった9名のうち、政令市に居住する者について、政令市保健所にどの程度の情報を提供すべきか検討が必要であった。

課-17-④ 濃厚接触者に対する行動自粛の内容 (⇒ 対-17-⑤)

- ・ 17日時点では、濃厚接触者については7日間の自宅待機が要請されていたが、16日に検診・検体採取を行った高校有症状者でPCR陽性であった9名は半数が抗インフルエンザウイルス薬を処方され、全員が治癒傾向にあったため、その濃厚接触者に対し、どの程度の行動自粛を要請するか検討の必要があった。

課-17-⑤ 濃厚接触者に対する予防内服の方法等の周知 (⇒ 対-18-①)

- ・ 患者家族に対してタミフル予防内服の必要性が生じたため、備蓄タミフルの取り扱い等について、保健所（政令市を含む）に周知を図る必要があった。

課-17-⑥ 5月18日（週明け）以降の外来診療体制の確保 (⇒ 対-18-②)

- ・ 発熱等新型インフルエンザの疑いによる来院患者が増加し、週明けの一般医療機関の診療に支障を来すことが予想され、外来診療体制の確保が必要であった。

課-17-⑦ 国への新型インフルエンザ対策に関する緊急要望の検討

(⇒ 対-17-⑥)

- ・ 県内外での感染の拡大が懸念される中、新型インフルエンザへの対応は国家の危機管理上重大な課題であることから、強化すべき取組について国に対し緊急に要望することとなった。

③ 対応について

対-17-① 発熱専用外来受診者数及び入院患者数の調査依頼

- ・ 保健所（政令市を含む）に対し、管轄の発熱専用外来受診者数と、A型インフルエンザ入院患者数の報告を依頼した。

対-17-② 診療自粛を指示された医療機関への対応

- ・ 2診療所からの診療自粛の必要性に関する文書照会に対し、医療法等関係法令上、5月18日以降の診療に支障はない旨、文書で回答した。資料2

対-17-③ 休日・夜間急患センター等に対し、小児の発熱等の有症状者への対応を依頼

- ・ 休日・夜間急患センター等の1次救急医療機関において、多数の有症状者を診察している実態を踏まえ、感染防止に十分な配慮をした上で、小児の発熱等有症状者への対応について協力を依頼した。資料3

対-17-④ 医療従事者に対する予防内服についての対応

- ・発熱専用外来や、発熱等の有症状者を診察している休日・夜間センター等に対し、診療従事者への備蓄タミフル予防内服が可能であること、必要量については備蓄タミフルを供給することを連絡した。

対-17-⑤ 高校有症状者のPCR検査結果に対する対応

- ・有症状者14名の検体検査の結果、9名がPCR陽性であったが、結果的に5月9日～12日の発症で全員が治癒傾向にあたったため、神戸市在住者については、神戸市保健所の担当医師と相談の上、入院勧告を実施しないことと判断した。他地域の居住者については、足並みを揃えて入院勧告を実施しないよう、管轄の保健所と調整した（該当者の情報のみを提供）。
- ・濃厚接触者に対しては、原則7日間の外出自粛を要請していることを説明し、不要不急の外出を控えるよう理解を求めた。

対-17-⑥ 国への新型インフルエンザ対策に関する緊急要望の作成

- ・迅速な対応が必要な事項として、発熱専用外来等の設置にかかる財政的支援や、円滑な医療実施のための体制整備について取組を強化することを要望した。

④ その他

- *第7回本部会議（5月17日開催）に議題として提案した、まん延期に準じた医療体制の確保についての検討資料がネットに流出した（後日、写真週刊誌に取り上げられる）。
- *16日に発生した高校3校での集団感染に関するプレス発表について、発表内容は居住地、職業、年齢、性別といった通常の感染症発生時と同じ内容とした。

3) 5月18日の動き

① 第8回本部会議での検討事項

- *患者発生状況（感染ルート）について
- *検査体制について（簡易検査キット寄贈の申し入れ）
- *入院病床の確保と自宅療養基準
- *タミフルの供給、予防投薬について
- *発熱相談センターについて

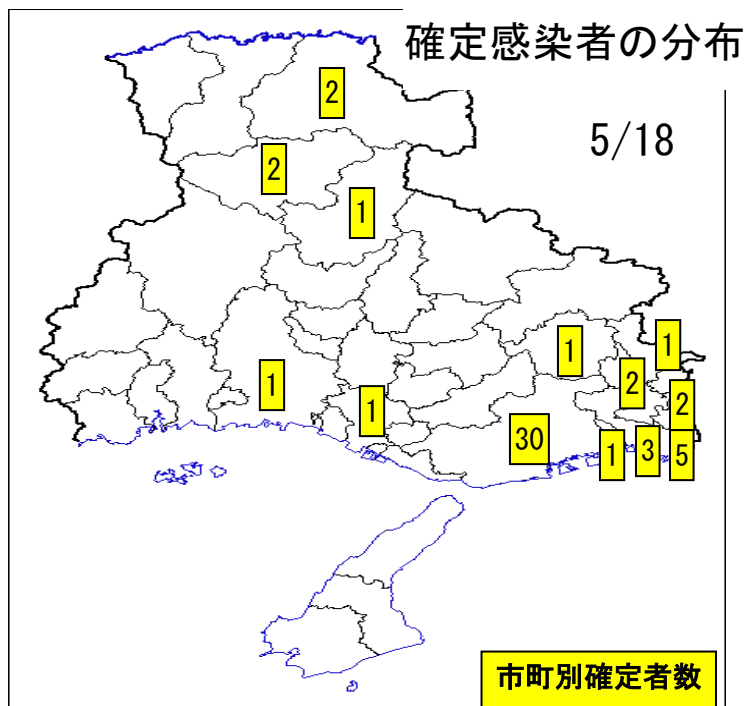
② 対応を要する課題について

課-18-① 簡易検査キットの確保（⇒ 対-19-③）

- ・新型インフルエンザを疑い受診する患者の急増により、簡易検査キットの不足についての相談が一般医療機関からも多数あり、医薬品卸売業者における流通在庫も希薄であった。

課-18-② サージカルマスクの確保 (⇒ 対-22-②)

- ・院内感染対策の強化により、サージカルマスクの不足についての相談が発熱専用外来から多数あった。



③ 対応について

対-18-① 濃厚接触者に対する抗インフルエンザウィルス薬の処方及び、予防内服関係様式の送付

- ・保健所（政令市を含む）に対し、備蓄タミフルの処方について指示するとともに、関係様式を送付した。

対-18-② 外来診療体制の確保についての協力依頼

- ・発熱専用外来を設置していない医療機関に対し、発熱専用外来の設置を依頼するよう、保健所（政令市を含む）に依頼した。

4) 5月19日の動き

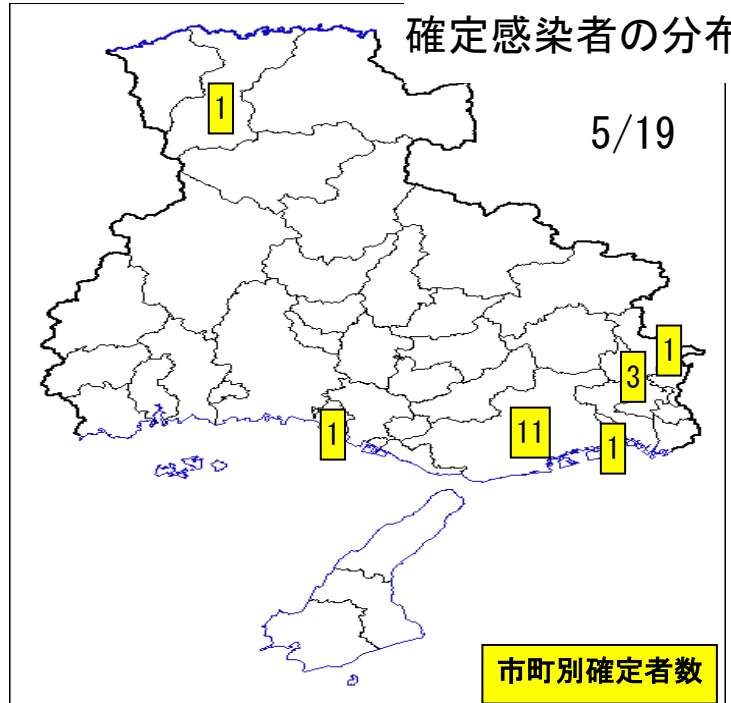
① 対応を要する課題について

課-19-① まん延期の医療体制（一般医療機関における診療への対応等）への移行についての検討 (⇒ 対-19-①)

- ・一部の政令市において、一般医療機関における新型インフルエンザ診療の対応をはじめとする、まん延期の医療体制への以降についての検討が始まったとの情報があった。

課-19-② 新型インフルエンザ死亡疑い事例への対応 (⇒ 対-19-②)

- ・10時30分頃、感染症指定医療機関から新型インフルエンザによる死亡疑い事例発生の連絡があった。



② 対応について

対-19-① 神戸市、西宮市及び両市医師会へ今後の医療体制を確認

- ・現状の医療体制や、まん延期の医療体制への移行に対する意見等について情報を収集した。

対-19-② 新型インフルエンザ死亡疑い事例への対応

- ・医務課観察医務室にて検案・解剖を実施、診断結果は細菌性肺炎であった。16時30分PCR陰性の検査結果が判明した。

対-19-③ 簡易検査キット等の入手にかかる相談への対応

- ・県内の医療機関から医薬品、簡易検査キット等の入手にかかる相談を受けるための専用電話を薬務課内に設置した。

5) 5月20日の動き

① 対応を要する課題について

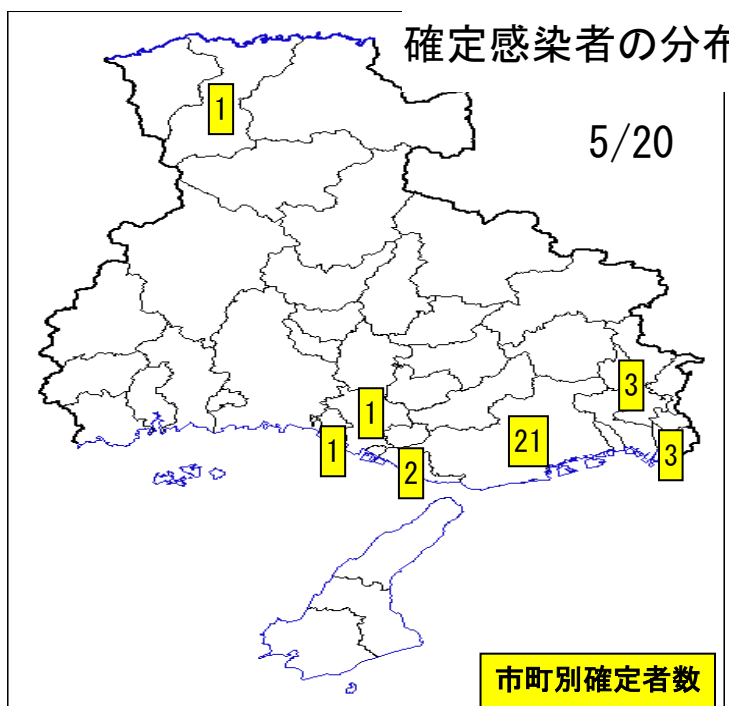
課-20-① 宝塚市から小児専用発熱外来設置について協議あり (⇒ 対-20-①)

- ・小児有症状者の拡大に伴い、特に平日中間に小児が受診できる医療機関を確保する必要がある。

課-20-② 発熱専用外来設置にかかる手続き (⇒ 対-20-②)

- ・発熱専用外来の設置について、必要な手続きを行っていない医療機関が確認され

た（発熱専用外来設置にかかる手続きについては、16日に保健所（政令市を含む）に周知済み）。



② 対応について

対-20-① 宝塚市、同市医師会と小児専用外来設置について調整

- ・宝塚市医師会に対し、新たに小児専用の発熱専用外来の設置について、協力を依頼した。

対-20-② 発熱専用外来設置に係る手続きの徹底について依頼

- ・発熱専用外来設置に関して、必要な手続きを実施するよう、保健所（政令市を含む）や発熱専用外来医療機関に依頼した。

③ その他

*発熱専用外来については、病院名を公表せず、発熱電話相談に連絡した者のうち、新型インフルエンザが疑われる者に受診勧奨を行っていたが、近畿中央病院（伊丹市所在）は独自にホームページで発熱外来設置を公表した。

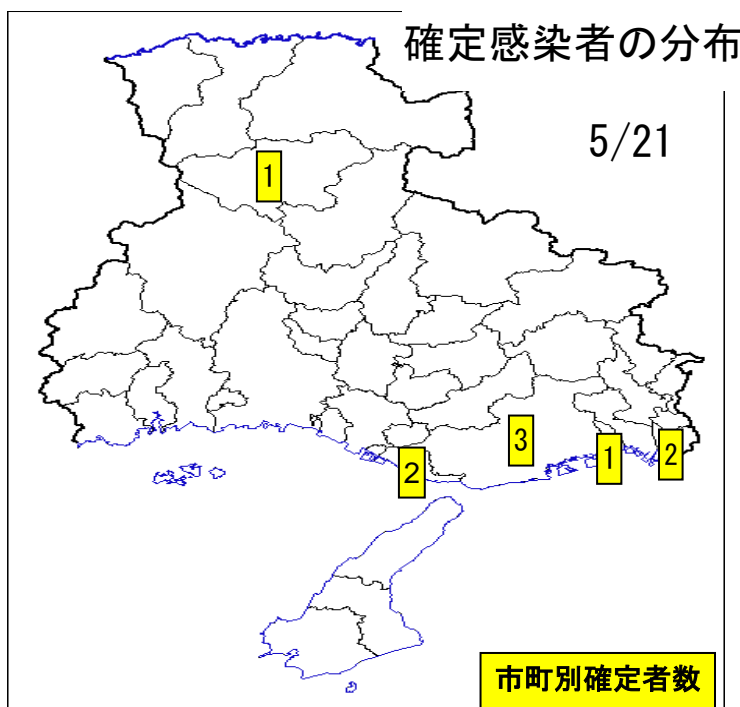
*5月6日に県内医療機関において季節性インフルエンザとして対応した患者のPCR陽性が判明した。5月5日に発症しており、国内1症例目と確認した。

6) 5月21日の動き

① 第9回本部会議での検討事項

- *患者の発生状況について

- *医療体制の充実について
- *濃厚接触者対策について
- *台湾からのマスク（10万枚）の寄贈について
- *まん延宣言について（→実施せず）



② 対応を要する課題について

課-21-① 川西市、三田市から発熱専用外来への支援について協議（⇒ 対-21-①）

- ・有症状者の急増に伴い、発熱専用外来を設置する医療機関の外来運営に支障が生じたため、発熱専用外来への支援を両市医師会に要請する必要がある。

課-21-② 一般医療機関における新型インフルエンザ診療の準備（⇒ 対-21-②）

- ・患者の増加に伴い、発熱専用外来だけでは対応が困難となり、一般医療機関での診療について準備を進める必要があった。

③ 対応について

対-21-① 川西市、三田市及び両市医師会と発熱専用外来への支援について調整

- ・両市医師会医師会に対し、発熱専用外来への支援について、協力を依頼した。

対-21-② 院内感染対策マニュアル（新型インフルエンザ対応）の作成

- ・一般医療機関における新型インフルエンザ患者の診療に際しては、感染拡大防止のため、院内感染予防の徹底が求められることから、国立感染症研究所感染症情報センター等による最新の知見・情報等を踏まえ、院内感染対策マニュアル（インフルエンザ様疾患対応）を作成した（院内感染対策は、新型インフルエンザ及

び季節性インフルエンザに共通であることからインフルエンザ様疾患対応とした)。各医療機関に対しては、兵庫県医師会等を経由して、5月25日に配布した。さらに、5月29日、新型インフルエンザに関する院内感染対策については、季節性インフルエンザに準じた対策をとるよう、各医療機関に周知した。

7) 5月22日の動き

① 第11回本部会議での検討事項

* 今度の新型インフルエンザ対策に関する基本的な考え方について

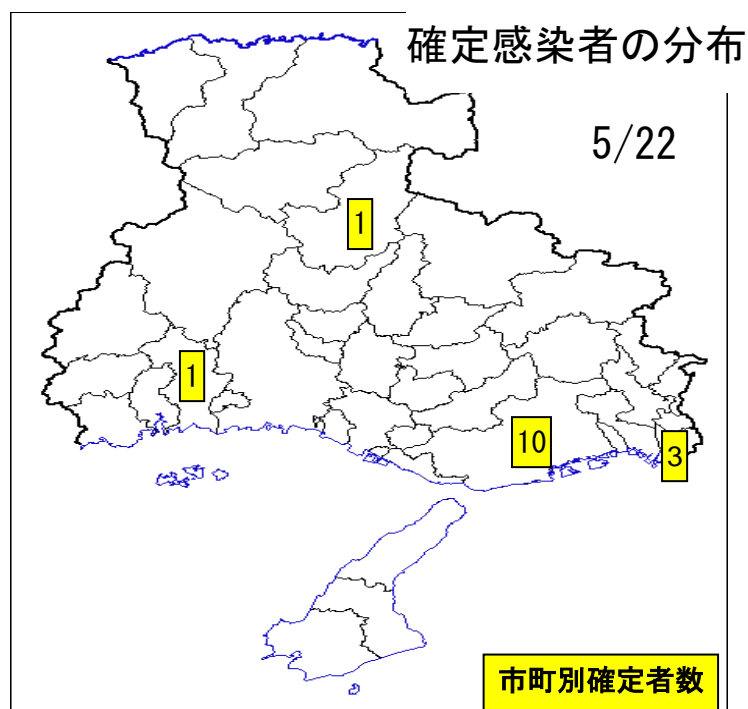
- ・ 政府の「基本的対処方針」が示され、新型インフルエンザが季節性インフルエンザと類似する点が多いとされたことに伴い、本県の事情に応じた対応を行うこととする。
- ・ 発熱電話相談体制を継続するが、基礎疾患のある者を除いて一般医療機関への案内を可能とする。
- ・ 軽症者は自宅療養も可能とする。
- ・ 簡易検査キットでA型陽性の場合、PCR検査を引き続き実施する。

* 医療体制の充実について

- ・ 発熱専用外来拡大のための支援を実施する。
- ・ 感染症指定医療機関の他に入院を受け入れる入院協力医療機関を指定する。

* 濃厚接触者対策について

- ・ 濃厚接触者への予防投与を実施する。
- ・ 濃厚接触者に対しては、7日間の健康観察を行う。



② 対応を要する課題について

課-22-① 宝塚市から発熱専用外来への支援について協議あり (⇒ 対-22-①)

- ・有症状者の急増に伴い、発熱専用外来を設置する医療機関の外来運営に支障が生じたため、発熱専用外来への支援を市医師会に要請する必要がある。

③ 対応について

対-22-① 宝塚市医師会と発熱専用外来への支援について調整

- ・宝塚市医師会に対し、発熱専用外来への支援について、協力を依頼した。

対-22-② 関係機関に対し、寄贈マスクを配布

- ・中国から寄贈されたマスク 1 万枚を、患者発生の多い保健所を通じて、管内の発熱専用外来へ配布した。

4. まとめ

今回の新型インフルエンザについては、「兵庫県新型インフルエンザ対策計画」(平成 21 年 4 月 27 日策定)にもとづき医療確保を行うこととなっていた。しかし、対策計画は強毒型である H5N1 の発生を想定していたため、遵守することは当初から不可能であった。また、新型インフルエンザにかかる医療確保に関しては、感染症対策を所管する疾病対策課の分掌であったが、兵庫県内で国内発の感染が確認されたこと、県内の患者数が急増したこと等から、疾病対策課に業務が集中し、結果的に医務課が担当することとなった。

特に、5 月 16 日からの 1 週間においては、通常の救急医療体制を維持しながら、可能な限り混乱を回避して新型インフルエンザに対応することが求められていたため、通常業務として医療確保対策を担当している医務課に新型インフルエンザへの現場対応に関する権限を実質的に集中化し、医療現場の状況を的確に把握して臨機応変の対応ができたことは非常に効果的であったと考える。しかし、一方、医療現場の混乱を最小限に抑えるため、早期の課題解決に努めたことから、新型インフルエンザ対策本部と方針が異なったり、地域によって対応に齟齬が生じたこと等も事実である。当課においては、対応を判断するために必要な情報を集中させ、それを分析して判断に利用できたが、体系化して関係機関に発信することはできなかった。このことが、今回の危機管理対応を振り返って、もっとも重要な課題であると考えられる。

【資料1】

新型インフルエンザ発生時における発熱外来設置について

新型インフルエンザ発生時における発熱外来の設置については、緊急性が求められ、かつ、一時的な対応となることから、医療法上の取扱いは次のとおりとします。

1 発熱外来の設置について

(1) 医療機関の同一敷地内の屋外（駐車場等）にテント等の構築物を設置する場合及び医療機関の建物の用途変更を行う場合

発熱外来の設置に際し緊急性を要し、仮設的な設置であり、かつ一時的な対応である場合に限り、医療法上の構造設備・平面図変更許可及び使用許可について不要とします。ただし、対応後は、現状復帰することを条件とします。

なお、新型インフルエンザ終息時以降も用途変更した状態で、継続して使用する場合は、従前通りの許可手続を要することとします。

(2) 医療機関以外の場所（公共施設等）を利用する場合

「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」（昭和37年6月20日医発第554号）に基づき、事務処理をお願いします。

(3) 新たに診療所を開設する場合

開設許可に係る手続きについては、事前に開設許可申請書を提出した上で、事態発生時には届出をもって直ちに許可する等の迅速な対応をお願いします。

ただし、継続的には使用せず、一時的な対応として設置する場合には、巡回診療としての対応も可能なことから、適切な指導をお願いします。

2 留意事項

- ・ 発熱外来を設置した場合は、必ず別紙書類（新型インフルエンザ発生時における発熱外来の設置状況報告）を2部提出するように求め、受理後速やかに医務課へ1部送付して下さい。
- ・ 診療に必要なスタッフが確保されているよう指導願います。
- ・ 衛生上、防火上及び保安上安全が確保されている構造設備・場所であり、かつ、清潔が保持されているよう指導願います。

【資料2】

医第 1256 号
平成21年5月17日

様

兵庫県健康福祉部健康局医務課長

診療に係る医療法等関係法令の疑義について

日頃から、保健医療行政については、格別のご高配を賜りありがとうございます。

また、新型インフルエンザ対応にご尽力いただき感謝申し上げます。

平成21年5月16日付けで照会の貴診療所における5月18日以降の診療に関する疑義に関しては、医療法等関係法令上、支障のないことをお知らせします。

(参考)

【照会】

新型インフルエンザ患者の受診に伴い、平成21年5月18日以降の診療を自粛する必要があるか。

<本件連絡先>

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1
兵庫県健康福祉部健康局医務課
TEL 078-362-3303
FAX 078-362-4267

【資料3】

(公 印 省 略)
医第 1 2 5 5 号
平成 2 1 年 5 月 1 7 日

各 休日夜間急患センター長 様

兵庫県健康福祉部健康局医務課長

休日夜間急患センター等における小児の発熱等の有症状者の対応について

現在、有症状者については、「兵庫県新型インフルエンザ対策計画」（平成 2 1 年 4 月策定）に基づき、発熱相談センターに連絡いただくことにより、専用外来の受診を紹介しているところです。

しかしながら、休日夜間急患センター等の 1 次救急医療機関においても多数の有症状者を診察していただいている実態を踏まえ、関係する医療機関におかれましては、有症状者の診療について、下記のとおりご協力をお願いします。

記

- 1 小児の有症状者が受診された場合は、新型インフルエンザをはじめとする感染症拡大防止の観点から、①屋外で診療可能な体制を整える、②屋内での動線を他の患者と分離する、③診療時間帯を分離する等、感染防止に十分な配慮をいただき、診療いただきますようお願いいたします。
- 2 軽症者については、病状に応じたインフルエンザ治療を行っていただくとともに、患者家族等への感染予防に配慮していただきますようお願いいたします。
- 3 重症者については、速やかな入院治療が必要となりますので、対応について健康福祉事務所（保健所）に、ご相談いただくようお願いいたします。
- 4 簡易キットにてインフルエンザ A 型陽性となった者について、PCR 検査の実施を依頼される場合は、県立健康科学研究センター等において実施しますので、健康福祉事務所（保健所）にご連絡ください。
- 5 職員の発症予防に必要なタミフルについては、健康福祉事務所（保健所）から配布しますので、希望があれば所管の健康福祉事務所（保健所）へご連絡をお願いします。

<本件連絡先>

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1
兵庫県健康福祉部健康局医務課医務係
TEL 078-362-3242
FAX 078-362-4267

大阪府における新型インフルエンザ対策の概要（中間まとめ）

大阪府健康医療部保健医療室地域保健感染症課 宮園 将哉

1. はじめに

平成21年の春ごろに北米から発生した新型インフルエンザは、5月に日本国内初の患者が確定されて以降徐々に患者数が増加し、例年の季節性インフルエンザでは見られない10月から11月にかけて全国的に流行が拡大した。大阪府では、国内でも早期に患者が確定され、その対策を通じて多くの経験をしたが、その過程を通じて浮かび上がってきた課題等について以下に述べる。

2. 対応の概要

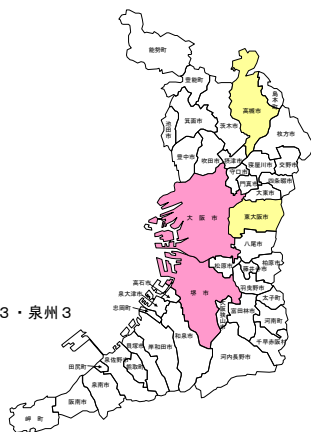
平成21年4月下旬からメキシコやアメリカなどでヒト-ヒト感染が確認された新型インフルエンザは、5月9日にアメリカから帰国した高校生らが成田空港において感染が確認され、約1週間後の5月16、17日には国内初めての患者が神戸と大阪で相次いで確定された。府内で初めて確定した患者は茨木市内の私立高校に通学する高校生であったが、当該高校の生徒を中心に大阪府北部地域で感染が疑われる患者が次々に報告され、その対応に追われることとなった。

当時は、国も大阪府も高病原性のウイルスを想定した行動計画やガイドラインに基づいて対応していたため、当初、患者は全て感染症指定医療機関へ入院させることになったが、茨木市内の私立高校ではさらに100名以上の生徒が同様の症状を呈しているとの情報があり、府内に78床ある感染症病床がすぐに満床となることが想定された。また、患者はすべて軽症であり入院による治療は必要とはしなかったことから、国と相談の上、17日からは感染症法に基づく入院勧告は新たに実施せず、自宅療養を行うこととした。

大阪府の状況

大阪府：人口 約884万人
政令市＝大阪市約266万人
堺市 約84万人
中核市＝東大阪市約51万人
高槻市 約35万人
→政令・中核市を除く大阪府
＝ 約448万人

府内の保健所
大阪府 14保健所
北摂4・京阪4・中河内3・泉州3
政令市・中核市
各1か所ずつ保健所を設置
→ 合計18保健所



学校休業の状況

- ・高等学校（府立147・市立31・私立101）
- ・中学校（公立464・私立62）
：府内全校休業
- ・小学校
公立547校：患者発生自治体*を中心に全校休業
私立 17校：全校休業
- ・幼稚園
公立172園：患者発生自治体*を中心に全園休業
私立 91園：患者発生自治体*を中心に一部休業
*豊中・池田・箕面・能勢・豊能・吹田・茨木・高槻・
島本・八尾・柏原・泉大津・阪南・大阪・堺
(堺市以外は市町村内の全校園を休業とした)

その後、症例が積み重なる中で、今回発生したウイルスは季節性に比べてそれほど病原性が高いとは言えないことが徐々に判明し、これまで高病原性を想定した行動計画等に基づいて対応を行った場合、必要以上に過剰な対応となるため、国は5月22日に「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」を発出し、患者の入院等に関して柔軟な対応が認められることとなった。

また、当時は大阪府と兵庫県以外では患者発生が認められていなかったことから、行動計画やガイドラインに基づき感染拡大防止のための早期封じ込めを行う必要があったため、患者発生を認めた自治体を中心に全ての学校を休業する等の対策が取られることとなり、大阪府では特に中学・高校については府内全域で全校園の休業に踏み切った。

確定患者158名の概要

性別：男性104名（67％）・女性54名（33％）
 ＊A高校・中学：男子約1200名・女子約600名

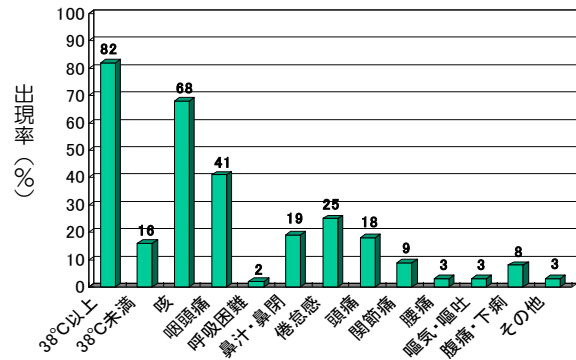
学校等種別

：乳幼児 0名（0％）・小学生 15名（9％）
 中学生19名（12％）・高校生102名（65％）
 大学生等3名（2％）・その他 19名（12％）

迅速検査

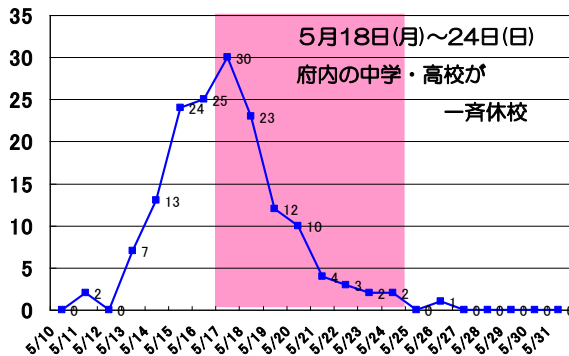
：陽性142名・陰性10名・実施せず6名

確定患者158名の概要

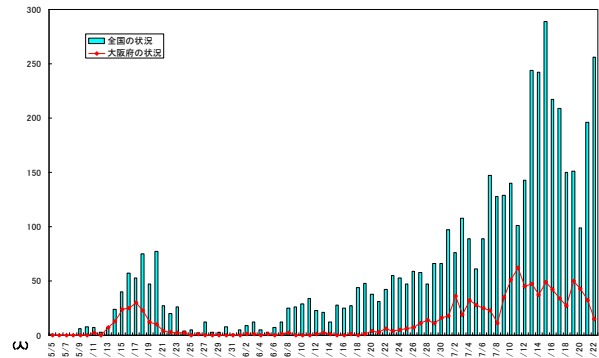


さらに、家族等の濃厚接触者に対する抗インフルエンザ薬の予防投与の実施や、外出自粛の協力要請等、あらゆる感染拡大防止策を徹底的に実施したこともあり、5月18日から24日までの1週間にわたる学校等の一斉休業の後には新たな患者発生は急速に減少し、6月初めには府内において海外渡航歴のない患者の発生は一時見られなくなった。

発症者数の推移



発症日別患者数の状況（速報値）



その後、6月下旬になって大阪府南部地域で再び海外渡航歴のない患者の発生を認めるようになったが、5月に学校等の一斉休業を実施した際に社会的な影響があまりにも大きく、また今回発生した病原性が高くないウイルスに対して一斉休業は必要ないとの判断から、患者が所属する学校単位での学級閉鎖等の感染拡大防止策を実施したが、新たな患者発生は府内全域に拡大していった。

一方、それまで新型インフルエンザが疑われる患者は、それを専門に診療する「発熱外来」のみで行うこととされてきたが、国が6月19日に出した「運用指針」の改定版によって、新型インフルエンザに関する外来診療を院内感染対策講じた全ての医療機関で行えるようにするとともに、それまで入院による診療が原則であったものを、季節性インフルエンザと同様に自宅療養を基本とすることに変更されることとなった。また、感染症発生動向調査においても、それまで新型インフルエンザが疑われる患者全員に対して保健所等が積極的疫学調査を実施していたものを、学校や施設等で集団感染が疑われる事例や、入院を必要とする重症事例に対してのみ実施することとなった。

日付	大阪府の動き	世界・国・他府県等の動き
4月24日		メキシコで豚インフルエンザがヒトからヒトに感染している事例が発生している旨の報道があった。
4月25日	大阪府新型インフルエンザ対策本部事務局(地域保健感染症課)で情報収集を開始。	
4月26日	新型インフルエンザ電話相談窓口を設置(府庁26日・保健所27日から)。	
4月27日	大阪府新型インフルエンザ対策本部幹事会を開催。	
4月28日	大阪府新型インフルエンザ対策本部会議、大阪府新型インフルエンザ対策協議会を開催。	WHOがフェーズ4を宣言。 厚生労働省が新型インフルエンザの発生を宣言。
4月30日	大阪府発熱相談センターを設置(府庁は24時間体制・保健所は平日昼間のみ)。	WHOがフェーズ5を宣言。
5月9日		成田空港でアメリカから帰国した府立高校の生徒と教員が、検疫における初の確定患者と確認され、停留措置を受ける。
5月16日		神戸市で国内初の確定患者が確認された(15日に神戸市環境保健研究所が陽性を確認。翌16日に国立感染症研究所が陽性を確認して確定)。
5月17日	豊中保健所管内で府内初の確定患者が確認された(16日に大阪府立公衆衛生研究所が陽性を確認。翌17日に国立感染症研究所が陽性を確認して確定)。 対策本部会議を開催し、府内全ての中学と高校の休校、および患者が発生した市町村における全ての小学校、幼稚園等の休校措置を要請することを決定。	
5月18日	対策協議会を開催。茨木市内の私立高校を中心とした集団感染について検討。	
5月23日	対策本部会議を開催。一部の学校を除き、25日からの学校再開を決定。	
5月25日	府内のほとんどの学校が再開(集団感染のあった茨木市内の私立高校は6月1日に再開)。	
6月12日		WHOがフェーズ6を宣言。

6月19日		厚生労働省より「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針（以下「運用方針」という）」の改定版が出され、新型インフルエンザに関する国の対応方針が大きく変更された。
7月13日	対策本部会議を開催。国の運用方針の改定に基づき、原則としてすべての医療機関において新型インフルエンザが疑われる患者の診療を行うことを決定した。	
7月14日	原則としてすべての医療機関において新型インフルエンザが疑われる患者の診療を開始。同時に発熱相談センターを休止し、新型インフルエンザ相談電話を開設。	
7月24日	国の運用方針の改定に基づき、サーベイランスの体制を変更して患者の集団発生と入院が必要な重症患者を中心に対応することとして、以後は新型インフルエンザが疑われる全ての患者に対して確定検査を行わないこととした。	

3. 行動計画および対策本部会議と対策協議会

(1) 大阪府新型インフルエンザ対策行動計画

平成17年11月に国が策定した「新型インフルエンザ対策行動計画」に基づき、大阪府では同年12月に「大阪府新型インフルエンザ対策行動計画」を策定した。その中では、H5N1亜型の高病原性のウイルスを想定して、その発生状況をWHOが提唱した6段階の「フェーズ」に基づいて11段階に分類し、それぞれの段階に合わせた対策を記載していた。

平成21年2月に国の行動計画が大幅に改定されたことから、大阪府としてもそれに基づく形で平成21年度中に府の行動計画を改定する予定であったが、その後間もなく今回の新型インフルエンザの発生を迎えることとなった。

なお、今回の対策の経験を踏まえ、ウイルスの特性に応じた柔軟な対策の実施が可能となるよう、11月に府の行動計画を改定している。

(2) 大阪府新型インフルエンザ対策本部会議

上記行動計画に基づき、大阪府としての新型インフルエンザ対策を行う中心となる「大阪府新型インフルエンザ対策本部」を設置するとともに、その対策に関して検討する場として、知事、副知事、および府庁内の各部長をメンバーとする「大阪府新型インフルエンザ対策本部会議」と、各部の担当課長をメンバーとする「対策本部幹事会」を平成17年に設置した。

(3) 大阪府新型インフルエンザ対策協議会（専門家会議）

上記行動計画に基づき、大阪府の新型インフルエンザ対策について、専門家等からの意見を聞くことを目的として「大阪府新型インフルエンザ対策協議会（当初は「専門家会議」の名称を使用）を平

成17年に設置した。

*平成19年に「専門家会議」から「対策協議会」に名称変更。

(4) 新型インフルエンザの医療体制整備における考え方（提言）

上記行動計画に基づき、大阪府における新型インフルエンザに関する医療体制を整備する目的で、大阪府新型インフルエンザ対策協議会が平成19年度より検討を始め、平成21年3月に「新型インフルエンザの医療体制整備における考え方」を提言の形で取りまとめた。

4. 大阪府の体制

(1) 当初の対応

大阪府では、感染症対策を担当している健康医療部保健医療室地域保健感染症課の感染症グループが新型インフルエンザ対策に対応していたが、海外発生の情報が入って以降は、電話相談への対応を中心に課内の他グループや部内他課の職員の応援を受けて対応を進めていった。

(2) 国内発生以降の対応

国内発生以後は、緊急に対応すべき業務が急激に増えたことから、部内関係課等から職員の応援を得ながら各対策班に分かれて業務を分担するとともに、電話相談の対応者については、庁内すべての部局から応援を受けて対応した。

○ 新型インフルエンザ対策本部事務局対応班

- ・総括：保健医療室長・保健医療室副理事（事務）・保健医療室副理事兼地域保健感染症課長（医師）
- ・総合調整担当（リーダー：保健医療室副理事（事務））
- ・連絡調整班：全体の問題点抽出や方針決定の調整、国や市町村との調整（5名）
- ・広報報道班：報道提供資料の取りまとめ（2名）
- ・庶務班：対策班全体の庶務（3名）
- ・相談対応班（リーダー：地域保健感染症課参事（保健師））
：相談体制の確保、相談マニュアルの作成（6名）
- ・疫学調査班（リーダー：地域保健感染症課課長補佐（医師））
：積極的疫学調査に関する情報収集、分析（9名）
- ・医療対策班（リーダー：地域保健感染症課課長補佐（事務））
：医療体制確保に関する医師会等との調整（9名）
- ・薬剤資機材班（リーダー：地域保健感染症課課長補佐（事務））
：抗ウイルス薬、簡易迅速検査キット、PPE等の供給調整（6名）

*記者会見等報道機関への対応は、上記総括者（3名）が中心に対応。

(3) 他部局の対応

今回、最初の国内発生は学校を中心とした集団感染であったことから、公立学校を所管する教育委員会事務局や私立学校を所管する府民文化部私学・大学課等が対応の中心となった。また、施設内における集団感染対策を行うため、多くの施設等を所管する福祉部についても、高齢者・障がい者・児童福祉施設の対策に当たった。さらに、今回の事案は危機管理事象の1つであることから、府庁内の対策においては、政策企画部危機管理室危機管理課の支援を受けるなど、庁内の関係課の支援を受けながら対応に当たった。

(4) 保健所等の対応

保健所ではこれまでもSARS対策や高病原性鳥インフルエンザ対策などを行ってきた経緯があり、健康危機管理に関する体制整備を行ってきたことから、今回も初動対応としての情報収集から、電話相談への対応、検疫所からの依頼による帰国者・入国者の健康観察、発熱外来の設置依頼等の医療提供体制の整備、感染が疑われる患者の検体採取・搬送を含む積極的疫学調査と、その結果に基づく保健指導や予防内服等の感染拡大防止措置などを実施してきた。

特に国内発生初期においては、ゴールデンウィーク明けで海外からの帰国者が他の時期より多く、検疫所からの依頼による健康観察の業務が多忙を極めていたところに府内北部を中心に感染が拡大したことから、この地域の保健所においてはこれら業務を同時に行う必要があり、その際には府内の他の地域の保健所等から職員の応援を得て対応した。

また、府立公衆衛生研究所においては、保健所等から搬入された感染が疑われる患者の検体について、PCR検査等により新型インフルエンザウイルスの検査を行ったが、最初の国内発生の際には24時間体制で検査を実施していた。

5. 相談体制

(1) 電話相談窓口・発熱相談センターの開設

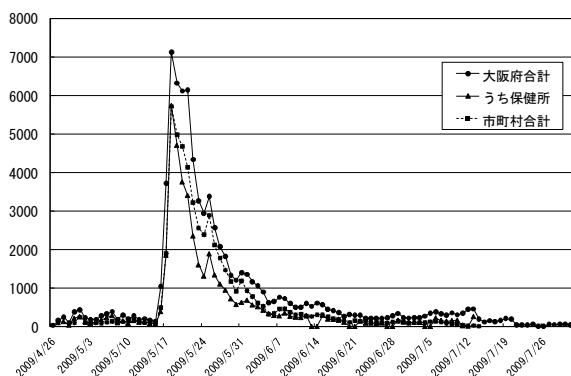
新型インフルエンザに関する相談体制については、当初国からの設置依頼に基づき「電話相談窓口」を府庁と保健所に設置したが、4月30日には新型インフルエンザが疑われる患者からの相談を受け付けて発熱外来での受診が必要か否かをトリアージする「発熱相談センター」に変更して対応を進めた。

また、市町村に対しても府民からの一般的な相談に対応する電話相談窓口を設置するよう要請するとともに、府庁においては聴覚障がい者からの相談を受け付ける「相談FAX」や、外国人からの相談に対応するために通訳者と同時に通話ができる「トリオフォン」のシステムを活用するなど、相談体制の整備を図った。

(2) 府民お問い合わせセンターとの連携と新型インフルエンザ専用相談電話の設置

神戸・大阪で国内における患者発生が確認されると、発熱相談センターに府民や関係機関から最大で府庁だけで約1,500件、保健所と合わせて約7,000件の相談が殺到したため、電話がなかなかつながらないなどの問題が発生したことから、府庁の発熱相談センターについては回線数を最大16本まで増設するとともに、一般的な相談は府庁の「府民お問い合わせセンター（ピピッとライン）」で受け付けるという役割分担によって解決を図った。

電話相談件数の推移



関西経済への負の影響

- ・ 関西域内在住者の自粛行動による影響
直接効果 664億円 / 間接効果 1,866億円
 - ・ 関西域外在住者の自粛行動による影響
直接効果 615億円 / 間接効果 1,758億円
 - ・ 修学旅行のキャンセルによる影響
直接効果 24億円 / 間接効果 691億円 の損失
- ↓
- ・ 生産額ベース **2,383億円の損失**
 - ・ GRP (地域内総生産) ベース **1,312億円の損失**
 - ・ 就業者ベース 15,000人分の労働需要減少

(平成21年8月 関西経済連合会調べ)

なお、その後の国の運用方針の変更により、7月14日から府内すべての医療機関において診療が開始されることになったため、トリアージの機能を中心とする発熱相談センターは休止し、「新型インフルエンザ専用相談電話」を設置して新型インフルエンザに関する府民等からの相談に対応する体制に変更した。

6. 医療体制

(1) 医療体制整備に関する提言

「大阪府新型インフルエンザ対策協議会」では、平成19年度から大阪府における新型インフルエンザに関する医療体制整備に関する検討を開始し、平成21年3月に「新型インフルエンザの医療体制整備における考え方」を提言の形で取りまとめた。その中では、原則として国の行動計画やガイドラインに沿った形で、発熱外来や感染症指定医療機関、協力医療機関等を中心に対応することとなっていた。

(2) 医療体制整備の実際

今回の新型インフルエンザの発生を受け、大阪府では発熱外来を府内の市町村に1か所以上を目標に設置をすすめ、最大時で56か所に設置することができた。しかし、発熱外来は地域でも比較的大きな公的病院等に設置される場合が多かったことから、通常時から多忙を極めているこれらの医療機関において、院内感染対策等特殊な対策を必要とする発熱外来を設置することは、特別な人員配置を必要とすることからも医療機関にとってかなりの負担となった。

そこで、今回の新型インフルエンザの病原性については、これまでの季節性インフルエンザと大きな差はないことから、大阪府では医師会等を通じてこれまでに設置をすすめてきた規模の大きな病院を中心とした発熱外来に加え、診療所を含むさらに多くの医療機関に発熱外来の設置協力を依頼したところ、6月9日時点で447か所の医療機関から協力の申し出があった。そのため、従来の発熱外来を「基幹型発熱外来」とし、新たに設置依頼を行った発熱外来を「協力型発熱外来」と位置づけ、その一部では新型インフルエンザが疑われる患者の診療を開始した。

その後、国の運用方針の変更により、今回の新型インフルエンザについては原則としてすべての医療機関で診療することができるようになったことから、現時点では発熱外来は休止状態となっているが、ウイルスの変異や新たな新型インフルエンザの発生に備えて、発熱外来の開設に必要な費用を助成する補助制度を府独自に創設し、各医療機関においてはその制度を利用して院内感染対策の充実を図るなど、更なる体制整備を進めている。

(3) 医療体制・相談体制を通じた課題

今回の発生を受けて実際に医療体制の整備を行った際には、新型インフルエンザが疑われる患者が殺到することを恐れ、発熱外来の設置に当たっては名称を非公開としてほしいという医療機関からの要望が相次いだため、ほとんどの発熱外来については医療機関名を非公表にせざるを得なかった。そのため、新型インフルエンザが疑われる患者は発熱相談センターの紹介がなければ診療が受けられないといった状況が起こってしまった。

また、相談体制においては、府庁（24時間体制で対応）や保健所（平日昼間のみ対応）に設置した発熱相談センターの機能としてその患者が新型インフルエンザを疑うか否かを判断する「トリアージ機能」を持つことが求められたが、電話による問診だけで患者のトリアージを行うことは事実上不可能であり、その対応は困難を極めた。

そもそも国のガイドラインでは、発熱外来の設置に当たっては名称を一般に公開して、受診を希望する患者は自由に発熱外来を受診できることとして、発熱相談センターについてはそういった新型インフルエンザに関する医療体制を知らず、受診すべき医療機関がわからない人に対して情報提供を行うものとして設置することを想定していたのだが、これらの前提が崩れてしまったことから今回の混乱が起きたと考えられる。

今後、次回の新型インフルエンザの発生等に備えて、その後混乱が見られているワクチン接種体制も含めて、本当に今回準備していた体制がよかったのか十分検証を行い、必要に応じて体制を見直す必要があると思われる。

7. 疫学調査

(1) 保健所における対応

今回の初発事例については、当時の症例定義に当てはまらない「海外渡航歴」や「患者との接触歴」のない事例であったため、PCR検査の対象とならないはずであったが、診察医師や保健所長らの機転により、偶発的に発見できた事例であった。今回、当該学校や周辺地域でインフルエンザによる学校休業があったことなど、新型インフルエンザの集団発生を疑うことができる事例が発生していたことが判明しているが、こういった事例が早期探知につながらなかったことから、症例定義の内容や感染症発生動向調査のシステムについて今後見直していく必要があると考えられた。

また、新型インフルエンザに関する疫学調査体制については、国が事前に定めたガイドラインにおいて、早期に積極的疫学調査を行い、その結果に基づいて流行状況を判断し対応を行うといったことが事前に決められていた。ところが、今回の発生を受けて実際に積極的疫学調査を行う保健所では、発熱相談センターの業務や医療体制整備に関する業務などを同時進行で行っており、保健所に問い合わせの電話が殺到していたために、本来行うべき積極的疫学調査に関する電話連絡が困難になるほどのパニック状態に陥ることがあった。

今回のこのような経験をもと、新型インフルエンザ対策の中で本来保健所が担うべき業務について、今後必要な見直しを行う必要があると思われる。

(2) 府庁における対応

これまで感染症の集団発生があった場合、原則として集団が所属する市町村を管轄する保健所が中心になって対応してきたが、今回の新型インフルエンザについては、疫学調査で得られた情報を次の対策へ活かすことが行動計画等で決められていたため、保健所が収集した疫学情報については府庁の地域保健感染症課が情報の取りまとめ役の中心を担っていた。

今回は、府保健所管内にとどまらず、府内の政令・中核市を含む広域において患者発生が見られたが、それら調査の結果を集約してどのような発生状況にあるのか、特にそれぞれの患者について疫学的リンクの有無がどうなっているのかといった状況などについては、国立感染症研究所感染症情報センターFETP等の協力を得て、今後の対策に反映させるべく分析を行った。

今後、今回の経験をもとに、広域にわたる積極的疫学調査の結果を集約・評価・分析を行うための関係機関同士の役割分担や連携体制についても見直していく必要があると考えられる。

8. 拡大防止措置

(1) 濃厚接触者への対応

国内発生の初期段階において、本来であれば患者を感染症指定医療機関等へ入院させて感染拡大防止を図るところが、今回は症状が比較的軽症であることなどから自宅療養を行うこととしたため、患者本人だけではなく患者家族などの濃厚接触者に対して抗インフルエンザ薬の予防投与や外出自粛等の要請を行った。

しかし、学校の友人など同居家族以外の濃厚接触者については判断基準が不明確であったために現場ではしばしば混乱が見られた。今後、こういった基準等についても明確化していく必要があると考えられる。

(2) 学校休業

これまで季節性インフルエンザの流行に対しても各学校において必要に応じて学校休業を実施してきたが、今回府内で初めての新型インフルエンザ患者が高校生で確認されたことに対して、感染拡大防止を目的として事前に決められていたことを参考に、府内全域にわたる学校休業を実施した。今回の学校休業は、高校・中学校については府内全域、小学校・幼稚園・保育所については患者発生があった市町村を中心に、5月18日から23日までの1週間について全ての学校等を休業とし、児童・生徒については、その間の自宅待機を要請することとした。

その後の積極的疫学調査の結果から、今回の一斉の学校休業等の対策によって患者の集団発生があった学校での感染拡大を一旦終息させるとともに、その他の学校等における感染拡大を防ぐことができたことがわかった。また、その後一時期は府内での海外渡航歴のない患者の発生がなくなったことから、一斉の学校休業は感染拡大防止に対してかなりの効果があったと考えられる反面、社会的・経済的にかなり大きな影響があった。

危機管理の基本として、危険度が明らかでない場合は強い対策を実施することが必要であるが、今回の経験を踏まえ今後の新たな新型インフルエンザの発生に際しては、学校の一斉休業を実施することについては慎重に検討する必要があると考えられた。

9. 情報発信

(1) 市町村・関係機関等への情報提供

今回の新型インフルエンザ対策に際しては、発熱外来の設置をはじめとする医療体制の整備や、学校休業等の実施や相談窓口の開設等、医師会や市町村等の協力が不可欠だったことから、患者発生に関する情報についても可能な限り医師会や市町村等関係機関に対して情報提供を行った。しかし、公表可能な情報の範囲など個人情報の取り扱いについての考え方が各機関で異なることから、関係機関での情報共有について課題が残った。

(2) 府民への啓発とリスクコミュニケーション

これまで高病原性のウイルスを想定して新型インフルエンザに関する啓発が行われてきたことから、今回発生した病原性が低いウイルスに対して過剰に恐怖感・嫌悪感を与えることとなり、そのため初期においては患者等に対する全く根拠のない誹謗・中傷が起こるなどの問題が発生した。また、困難かつ無意味であるにも関わらず、医療機関に対して感染していないことを証明するための「陰性証明書」等の発行を求める人がいるなど、最近になっても不確実な情報で国民・府民が混乱している状況がしばしば見られている。

今後国民・府民が感染症に関して正しい知識を持ってもらうために、リスクコミュニケーションをこれまで以上に進めていくとともに、報道機関等に対して連携・協力を求めることで、より効果的な啓発を進めていく必要があると考えられた。

10. その他の課題

(1) 流行期における課題

流行が全国に拡大するに従い、8月下旬から始まった第1波と呼ばれる流行は、10月下旬から11月上旬にかけてピークを迎え、それが特に小児を中心とした流行であったことから、小児科を中心とする医療機関に患者が殺到し、とりわけ通常時から多数の患者が来院する夜間・休日の小児救急医療機関には過重な負担がかかることとなった。

(2) ワクチン接種における課題

新型インフルエンザワクチンについては、国民全員にいきわたるだけのワクチンが国内だけでは準備できないことが当初から判明していたため、国が海外からの輸入も含めて準備を進め、短期間のうちにワクチンを必要とするできるだけ多くの人に接種しようと取り組んできたものの、優先接種対象者の範囲や優先順位、配布方法や配布量等について様々な問題点が浮上し、また短期間でそれらに関する情報提供を行うことが困難であったことから、府民や関係機関等からの相談が国や自治体、医療機関等に殺到するなど、非常に混乱した状況となった。

(3) 地域における独自判断に関する課題

これまで新型インフルエンザについては、感染症法や国の行動計画・ガイドライン等で様々な対応が事前に決められていた。ところが、今回発生したウイルスに関して、メキシコやアメリカでの事例について致死率がやや高いとするものや、それほど病原性は高くはないとするものまで様々な情報が流れてくる中で、実際にはどの程度の病原性なのか、また病原性が高くはない場合でも日本人が感染した場合も病原性は変わらないのかといったことについて、当時はあまりにも情報が少なかった。

また、今回実際に大阪府内で発生した事例についても、短期間のうちに詳しい積極的疫学調査を行い、それらの情報を収集して詳しい分析を行った上で、国の判断を待たずに本当に病原性が低いといったことを府として独自に判断して、対策を変更することは非常に困難であった。

今後、今回の経験をもとに法律も含めて行動計画やガイドライン等についても必要な見直しを行うとともに、各自治体においても必要な対策を独自で判断できるよう、専門家ネットワークや人的資源の確保等を含めて体制を整備する必要があると考えられた。

9. おわりに

今回の新型インフルエンザの発生と国内での流行における様々な経験を踏まえて、今後も発生する可能性が高い今回と同程度の病原性のウイルスだけではなく、これまでに準備を進めてきた高病原性のウイルスも含めた新型インフルエンザ対策全般について評価・検討を行い、必要に応じて体制の再構築を行う必要があると考えられる。

兵庫県（本庁）における対応と課題

兵庫県健康福祉部健康局医務課 足立 ちあき

1. 県民に対する相談体制

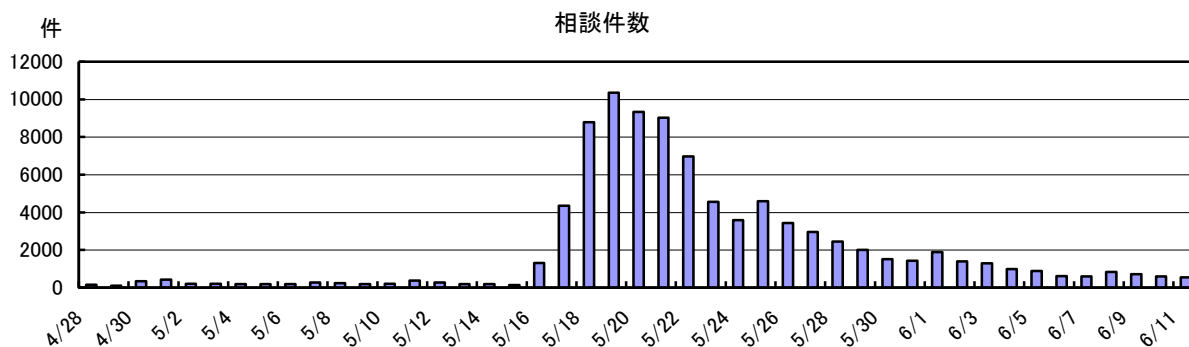
(1) 対応

- ① 4月28日、厚生労働大臣の「新型インフルエンザ発生宣言」を受け、県対策本部に健康総合相談窓口を、健康福祉事務所（保健所）内に発熱電話相談を設置した。

		健康相談窓口	発熱電話相談窓口
設置場所		県対策本部事務局	健康福祉事務所（保健所）13か所
対 応 状 況	4/28～	9～21時：保健師2 2回線 21～9時：保健師1 嘱託1 2回線	9～21時（※） 18時以降は、概ね保健師1、事務等1で対応
	5/16～	9～21時：保健師2 2回線 21～9時：保健師、事務等4 嘱託1 5回線	24時間対応 保健師とその他職種（2～3人）による交代勤務
	6/3～	同上	9～21時に変更（※） 18時以降は、概ね保健師1、事務等1で対応
	6/10～	9～18時：看護師1 2回線 18～9時：保健師1 看護師2 3回線	平日9～18時に変更（※）

（※）他の時間帯は、健康危機管理ホットラインで対応

- ② 設置当初は、まん延国からの帰国者に対して、症状の有無に関わらず健康福祉事務所（保健所）への連絡を呼びかけ、発症時には直接医療機関を受診しないよう要請した。発熱電話相談への連絡で、新型インフルエンザの感染が疑われる場合は、専用外来医療機関（発熱外来）の受診を勧奨した。
- ③ 5月16日の県内発生確認後は、渡航歴の有無に関わらず、発熱や咳などの症状がある者に対して、幅広く相談に応じ、新型インフルエンザの感染が疑われる場合は、専用外来医療機関の受診を勧奨したが、5月22日以降、専用外来医療機関（発熱外来）で対応しきれない場合は、基礎疾患等のある者を除いて、一般医療機関の受診を案内した。



(2) 課題

- ① 「発熱電話相談窓口」という名称で相談窓口を開設し、発熱や咳等を有する者すべてから相談を受けることとしたため、県民からの電話が殺到し、相談に従事する保健師等が不足した。
- ② 電話でのトリアージは困難であることから、多数の患者を発熱外来に紹介することになった。
- ③ 県内発生確認後の電話相談急増時には、インフルエンザの可能性のある住民からの電話が殺到し、回線を増やしても、相談窓口につながらないことから、住民からの不満が高まった。
- ④ 24時間相談を行う等で、保健所職員が電話相談に忙殺され、新型インフルエンザ対策として行うべき医療の確保等の対策だけでなく、本来の保健所業務にも多大な影響が出た。
- ⑤ 電話相談に対して統一した回答ができるようQ&Aを作成して対応したが、専門的な相談が多く、保健師の専門職種と事務職等の他職種で回答内容に差が生じた。
- ⑥ 健康総合相談窓口や発熱電話相談窓口の電話番号を従来業務の電話番号としたため、相談業務と感染対策業務等の電話が錯綜して事務効率が低下した。
- ⑦ 健康危機ホットライン（24時間体制で健康危機に関する県民からの情報を直接受け付け）や小児救急医療電話相談（#8000、平日・土曜日18～24時、日祝日等9～24時）にもインフルエンザの可能性のある住民からの電話が殺到し、本来業務に関する電話が繋がらなかった可能性がある。
- ⑧ ごく短期間に集中する電話相談の需要に対して、回線及び相談員を増やして対応することは非現実的である。

電話相談受付状況（5/16～6/15 件数）

	新型インフルエンザ 関係	総相談件数
健康危機ホットライン	867	873
小児救急医療電話相談	151	2,326
合計	1,018	3,199

2. 医療機関に対する情報の提供

(1) 対応

- ① 5月16日の県内発生前に、兵庫県医療機関情報システムを活用し、発熱外来設置医療機関、一般医療機関メールアドレス等のグループ登録を行った。
- ② 発生後は、厚生労働省等関係機関からの通知や情報をメール送信し、速やかな情報提供に努めた。

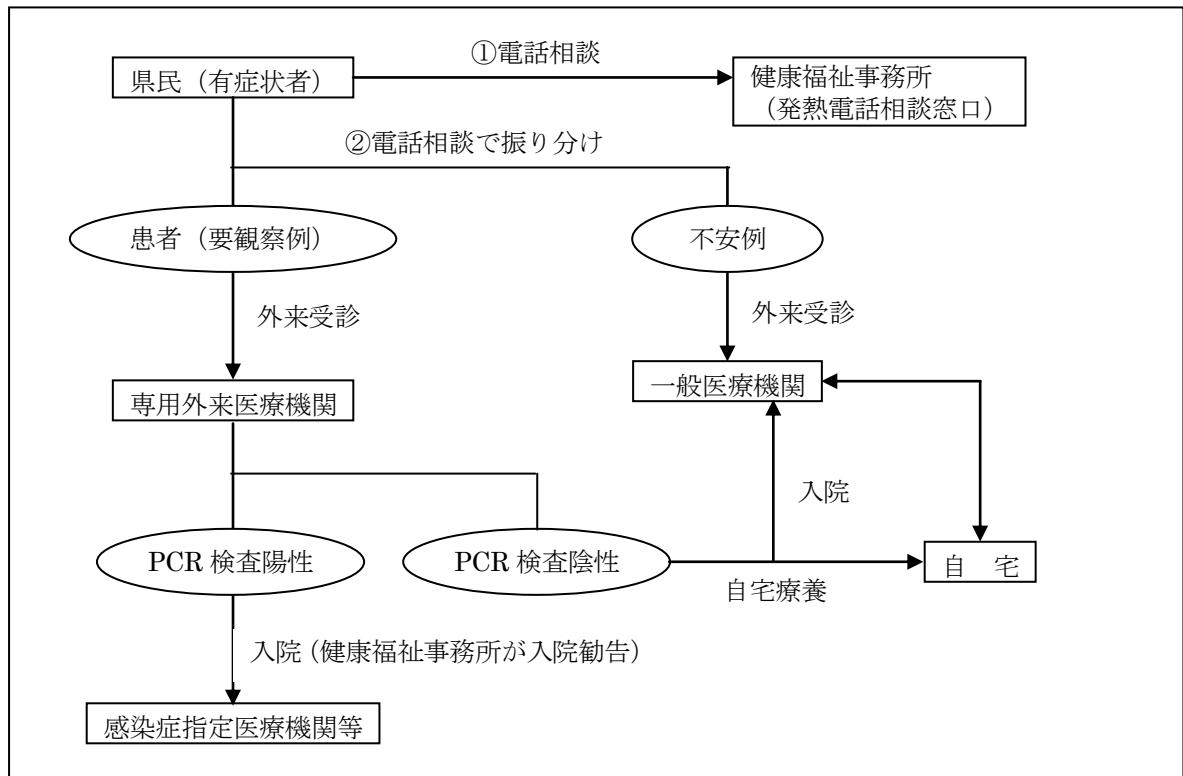
(2) 課題

- ① 医療機関に対し、同一の情報が複数のルートから伝えられ、混乱が生じた。
- ② 医療関係者に対し、診療の一助となる、新型インフルエンザ地区別発生状況や治療法等について、最新の情報を医療機関に速やかに提供する必要がある。
- ③ 基礎疾患のある方等、重症化が懸念される患者を速やかに入院に結びつけるため、感染症指定医療機関や、その他の入院可能な病院の情報等を一般医療機関に提供する必要がある。

3. 外来医療体制

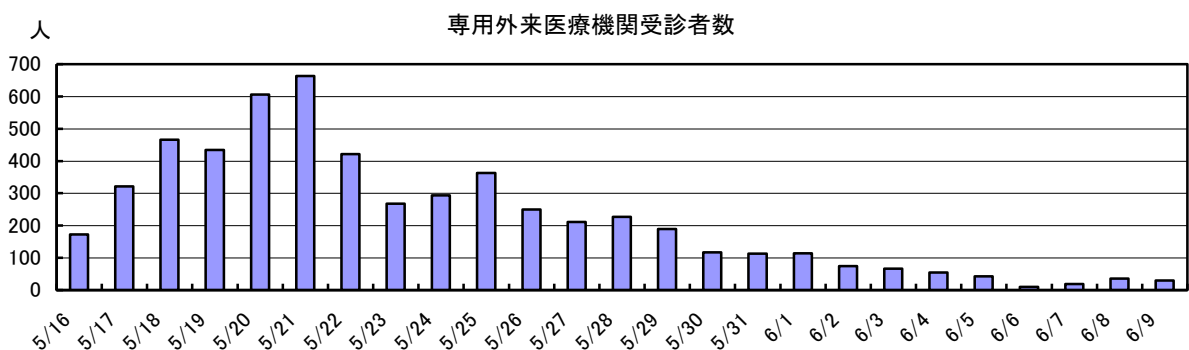
(1) 対応

- ① 兵庫県新型インフルエンザ対策計画に基づき、発熱等の症状を呈する者は発熱電話相談に連絡し、新型インフルエンザを疑う者は専用外来医療機関（発熱外来）を受診することとした。



(参考)

専用外来医療機関（発熱外来）：42施設



- ② 5月17日時点で、発熱外来医療機関から、小児への対応で混乱が生じているとの情報を受け、また、休日夜間急患センター等の1次救急医療機関が多数の有症状者を診察している実態を踏まえ、感染防止に十分な配慮をした上で、小児の発熱等有症状者への対応についての協力依頼を行う等、地域医療体制の確保に努めた。
- ③ 国内最初の報告事例となった高校生は、5月12日にインフルエンザ様症状を主訴として一般医療機関を受診したが、その診療所からの診療自粛に関する疑義に対し、医療法等関係法令上診療継続に支障がないことを即時に通知した。
- ④ 5月23日以降は、専用外来医療機関で対応しきれない場合は、基礎疾患等のある者を除いて、

一般医療機関へ案内することができることとした。それに伴い、院内感染対策マニュアル（インフルエンザ様疾患対応）を作成し、兵庫県医師会等関係団体を通じ、各医療機関へ配布することによって、院内感染予防の徹底を図った。

(2) 課題

- ① 発熱電話相談窓口で電話し、その指示に従い、専用外来医療機関（発熱外来）を受診するシステムとしたため、必要な治療が迅速に受けられない場合があった。
- ② 非公表の専用外来医療機関が対応することとしたため、新型インフルエンザへの感染リスクを高めることにもなった。
 - ア 季節性インフルエンザや他疾病による発熱等との鑑別が困難であったため、
 - ・ 早い段階から、一部の医療機関では発熱患者の診療を行った。
 - ・ 発熱電話相談窓口を経由して専用外来医療機関を受診した患者の多くは新型インフルエンザではなかった。
 - イ 直接、専用外来医療機関を受診した者については、感染防止対策が徹底できなかった。
- ③ 専用外来医療機関での医療従事者の確保が困難であった。公立病院をはじめとした地域の救急医療を担っている病院が中心であり、本来の救急体制へのしわ寄せが起こった。
- ④ 専用外来医療機関の設置箇所数が少ないと、特に都市部では患者が公共交通機関を使用する場合も多く、感染拡大の可能性が高まった。
- ⑤ かかりつけ医でない医師が、基礎的な医療情報もなく診察することになった。
- ⑥ 専用外来医療機関はインフルエンザの発見を主たる目的としていたため、インフルエンザ以外の疾患の鑑別診断や、症状悪化時の指導等が不十分な場合があった。
- ⑦ 感染拡大の度合いやウィルスの毒性の強弱によって、感染拡大の途中の段階で医療体制を変更したことで、県民サイド、医療提供サイド双方に大きな混乱が生じた。

4. 入院医療体制

(1) 対応

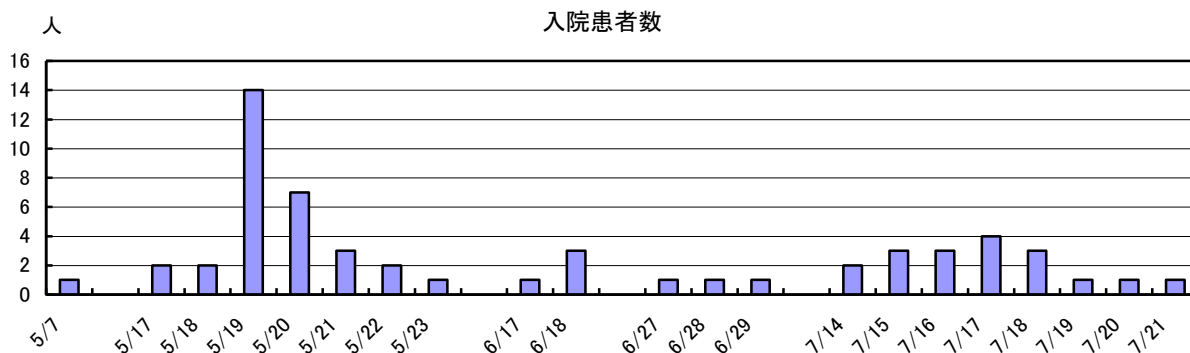
- ① PCR検査で新型インフルエンザの感染が確定した患者は、感染症法に基づき入院勧告され、感染症対策の設備の整った感染症指定医療機関（県内9か所）等へ入院した。しかし、患者数の増加により、ア. 感染症指定医療機関以外の病院でも患者を受け入れたり、イ. 感染症病床が満杯になったため軽症患者を自宅療養として退院させた地域もあった。

(参考) 感染症指定医療機関

圏域※	医療機関名	感染症病床
神戸	神戸市立中央市民病院	10
阪神南	県立尼崎病院	8
東播磨	加古川市民病院	6
北播磨	市立加西病院	6
中播磨	姫路赤十字病院	6
西播磨	赤穂市民病院	4
但馬	公立豊岡病院	4
丹波	柏原赤十字病院	4
淡路	県立淡路病院	4
合計		52

※ 阪神北圏域については、感染症指定医療機関はない。

- ② 5月22日以降は、軽症者は自宅療養を可能とした。しかし、基礎疾患のある方等は、優先して感染症指定医療機関に入院させることとし、感染症病床が確保できない時は、感染予防策をとった上で、一般医療機関を活用することとした。



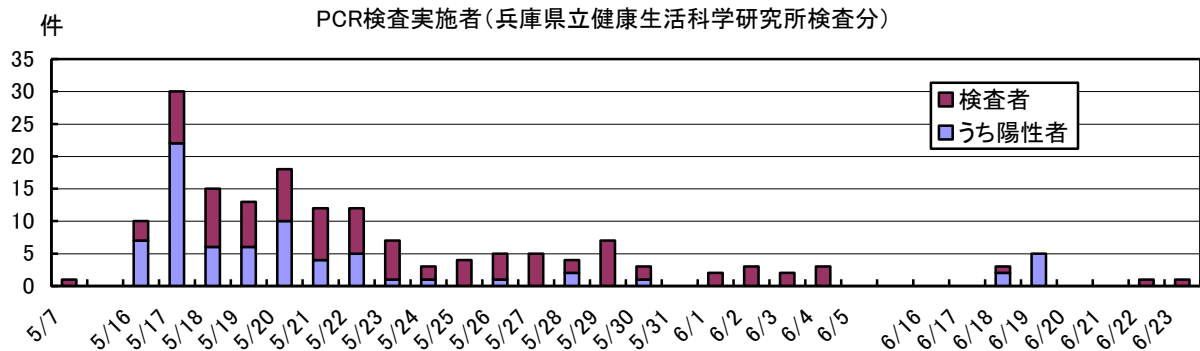
(2) 課題

- ① 新型インフルエンザの感染が確定した患者は入院としていたため、比較的元気な高校生を入院させることになった。
- ② 5月16日の県内発生確認後、新型インフルエンザ患者が急増し、神戸市では18日から緊急的な措置として、重症者のみを感染症指定医療機関に入院させ、軽症者は、厳重な外出自粛要請を行い、自宅療養することとした。その結果、神戸市内の同一高校に通学する患者の対応を統一するため、神戸市以外に居住する生徒についても軽症の場合は自宅療養としたが、神戸市以外の市町においては22日までは確定患者は入院措置としていたため、入院調整に混乱が生じた。
- ③ 健康福祉事務所（保健所）によって入院要否の判断等が異なり、医療圏域を越えた入院調整に齟齬が生じた。

5. 検査体制

(1) 対応

- ① 県内の健康福祉事務所（保健所）と西宮市保健所で受け付けたPCR検査の検体は、兵庫県立健康生活科学研究所で検査を実施し、陽性になった検体について、国立感染症研究所の検査結果をもって確定とした。しかし、県内で患者発生を確認した後、5月17日以降は兵庫県立健康生活科学研究所の結果のみをもって確定とした。
- ② PCR検査については、当初、感染が疑われる患者全員に対して実施していたが、6月3日以降は対象者を次のとおり限定した。
- ア 検体定点医療機関（20施設）及び専用外来医療機関（42施設）においてインフルエンザ様症状を呈する患者で迅速検査簡易キットA（+）の場合
 - イ 学校サーベイランスで有症者の増加が認められた場合
 - ウ 特に感染が強く疑われる事例があった場合（例：患者との濃厚接触者）



(2) 課題

- ① 国内最初の報告事例となった高校生は5月12日にインフルエンザ様症状を主訴として一般医療機関を受診した。その時点では、新型インフルエンザのPCR検査対象は渡航歴のある者等となっていたこと、検体採取は(発熱)専用外来での実施が原則であったこと等から、確定診断までの対応にかなりの時間を要した。
- ② 当初は、PCR検査結果が陽性の場合には感染症指定医療機関への入院措置であったため、専用外来医療機関(発熱外来)が感染症指定医療機関でない場合は、検査結果が判明するまでの間、医療機関において長時間待機する必要があった。
- ③ 国内発生例が確認された後に、発熱電話相談に電話した相談者のうち、(発熱)専用外来を受診し、最終的にPCR陽性となり、新型インフルエンザと診断されたのは約3%にとどまり、発熱電話相談における振り分け機能は有効でなかった。
- ④ 発生当初は、県・市の衛生研究所に持ち込まれた検体のPCR検査陽性率に大きな差があった(5月18日時点の陽性率は、県60%余、市約30%)。加えて、発症から長時間が経過した患者からの検体についても、陽性率に差が生じていた。
- ⑤ PCR検査については、プライマーの不一致や、検体中のウィルス量が少ない等の理由により、新型インフルエンザと確定されなかった症例も多く存在すると思われる。5月7日に兵庫県内で初めての疑似症患者として報告された女兒(米国在住で兵庫県内に一時滞在中)についても、プライマーを再考したPCR再検査や、分離培養検査を行った場合は、新型インフルエンザ陽性と判定される可能性があった。

兵庫県における相談体制について

兵庫県健康福祉部健康局医務課 松下 清美

1. 相談体制について

4月28日の「新型インフルエンザ発生宣言」を受けて、総合相談窓口を対策本部事務局に、発熱相談窓口（発熱相談センター）を健康危機ホットライン活用して、13健康福祉事務所（保健所）に設置した。

① 対応時間

健康総合相談窓口：5月16日以降24時間対応を継続中

発熱相談窓口：5月18日から24日まで、健康福祉事務所で24時間対応を実施

② 相談従事者数

4月28日～6月12日（46日間）延254人

③ 総合相談窓口での相談内容

県内発生以降渡航歴の有無にかかわらず発熱咳など症状のある者は直接受診しないように呼びかけた

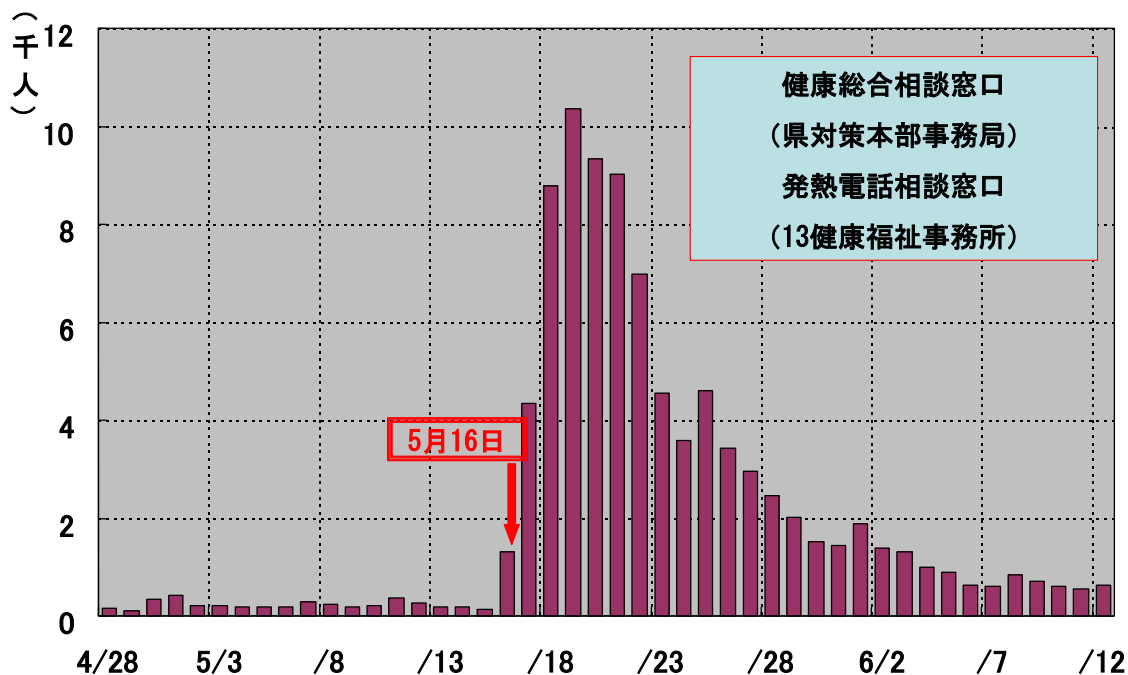
④ ボランティアの確保

看護協会ボランティア（県全体）5月18日～6月12日（26日間）実100人、延178人

⑤ 相談実績

1日当たり最大件数：10,344件（5月19日）、合計96,077件（4月28日～6月26日）

発熱電話相談窓口相談件数 （4月28日から6月12日）



- ⑥ 発熱（専用）外来への紹介体制
 - ・健康福祉事務所(保健所) より紹介
 - ・必要に応じてPCR検査実施
 - ・5月23日以降は、電話後基礎疾患のある人を除いて、一般医療機関に案内
 - ・マスクを着用して、感染拡大に留意のうえ受診

2. 兵庫県健康福祉事務所（保健所）保健師の意見

(1) 相談体制で困った点

① 相談体制に関すること

- ・発熱者を対象としたため、ピーク時は数百件の電話あり、相談センターの許容量を超えた。
- ・相談対応するマンパワーが不足（保健師だけでの体制はできない、深夜24時間体制に対応できるスタッフ確保が困難）
- ・危機管理に対応できる体制（シフト編成、所長、副所長の役割）

② 振り分け基準に関すること

- ・電話相談の振り分け基準が不明確
- ・県内発生後症例定義によるトリアージに限界
- ・#8000（小児救急医療電話相談）的な小児相談も多かった

③ 環境・設備に関すること

- ・発熱電話専用電話の設置が必要（他の電話と混在している）
- ・情報が集中し、メール機能が働かなかった

④ 情報の集約・共有に関すること

- ・刻々と変わる情報に対応することが困難
- ・複数の課で対応することとなり、情報の集約が困難
- ・疾病対策室、医務課等メールによる情報提供の配信先がまちまちで情報共有が困難。

⑤ 相談の専門性・質の確保

- ・保健師以外の職種が対応した時の質の担保
- ・一般の来庁者がある中で、プライバシーの確保

⑥ 医療機関の体制

- ・医療機関の不足
- ・発熱専用外来の疲弊
- ・消防との連携

(2) 患者調査・濃厚調査等で困ったこと

① 患者調査・濃厚調査等で困ったこと

- ・保健所は患者対応及び疫学調査を行い、感染拡大防止や受診治療の体制づくりを担うことが必要

- ・通常業務との併走により、業務量が過多
- ・調査チームへの応援体制が必要
- ・遠方からの出勤者もあり緊急招集などの対応が困難

② 感染・安全に関すること

- ・搬送体制
- ・搬送を保健所がどこまで担うのか

③ その他

- ・PPE（個人防護具）レベルについての情報共有
- ・調査表が記入しにくい

(3) 関係機関との連絡調整

① 医療機関

- ・医療機関により受け入れ体制が異なり、受診調整に時間、手間を要した
- ・医師会により受け入れ体制が異なり調整が必要であった
- ・発熱があるだけで、一部受診拒否などがあり対応に苦慮した
- ・各医師会員への周知の不十分さが、一層受診支援時の混乱を招いた

② 市・県関係機関等

- ・県民局との役割分担が不明確、県民局の対策本部が機能していなかった
- ・県の方向性がはっきりしない
- ・市との方針の違い（感染者等の情報開示を求めてきた）
- ・早期に地方連絡会を開催し、関係者に情報提供、共有したため、関係機関との連携はスムーズだった

神戸市の新型インフルエンザ対策の課題と対応策 (神戸モデル推進の推進) について

神戸市保健所 田中 由紀子、河上 靖登

1. 現状

神戸市は、人口約153万人を対象とし、保健師167人が、本庁（保健所）と各区のあんしんすこやか係・子育て支援係（保健センター）に配置され、業務分担と地区分担を持ち合わせながら活動してきた。

4月28日、WHOの宣言に基づき神戸市においても神戸市新型インフルエンザ対策本部を立ち上げ、啓発・相談・海外渡航者の健康観察等を行ってきた。5月16日神戸市において、国内初の海外渡航歴のない患者が発生した。発熱相談センター・発熱外来の体制整備、迅速な情報提供、積極的疫学調査等により、市民の不安の軽減、感染拡大防止・重症化防止に努めてきた。

しかし、高校生を中心に発症し、クラブ活動や学生間での接触が、多くの学校の集団発生と広域での散発発生となった。特に保健所（保健センター）と私立学校とは日頃からのつながりが少なく、学校での職員・学生への聞き取りは難しく、現在のサーベイランスシステムでは、必要な情報を早期に十分に把握することができなかった。また、発熱相談センターに市民からの問い合わせや、相談が殺到し、一時に多くの職員の確保に苦慮したり、発熱患者が直接医療機関に押しかけるなど、市民や関係者の感染に対する対応能力が不十分であった。

2. 対応状況の検証

そこで、保健師が関わった業務の対応状況の課題と対応策について検証し、今後の感染症対策に係る保健活動への反映ならびに充実に向けて全国に発信する。

(1) 医療体制についての課題と対応策

①発熱相談センター 資料1

○市内患者発生直後に相談件数が急増し、ピーク時は、1日に109人を配置し、2,678件の相談を受けたが電話がつながらず相談できない市民もいた。

○最終15回線増設にしたが、医師や保健師等の専門職が不足し、看護協会、退職保健師、在宅看護師、人材派遣業者など日々単位で確保した。夜間・早朝の電話相談も多く、24時間体制としたが、特に夜間の確保が困難であった。他部局の一般事務職員にも応援を依頼し、専門職は後方支援するなど人材活用の工夫を重ねた。

○患者の発生状況、発熱外来の開設状況など刻一刻と変化し、その都度マニュアルを保健師が改定する必要があった。発熱相談センターの担当者は市民の相談だけでなく、限られた時間内で多くの関係機関との調整を迫られた。

○適時、相談内容を分析し、情報共有・情報提供する余裕に欠け、啓発に生かせなかった。

◎対応策として、「新型インフルエンザ健康相談窓口」として正しい知識の提供、医療機関

の紹介、受診方法・自宅療養の留意点の助言指導等を通じ市民への啓発・情報提供をしていく。また、タイムリーにニーズを把握し、市民・関係者へ正確な窓口機能を医療機関等と調整の上周知するなど対策に生かせるようにする。医療機関向けの「ILI (influenza-like illness) センター」(ホームページ)を確立し、その活用を図っている。

②発熱外来

○小児の発熱者が多かったが、小児受け入れ可能な発熱外来が少なく受診紹介が困難であった。

◎対応策として夜間・休日の救急外来及び小児科・透析・産科(分娩妊婦)など特殊診療科目の入院受け入れ、罹患した場合は病態を見守り重症化予防のために早期に抗インフルエンザウイルス投与等診療体制について「神戸市新型インフルエンザ対策病院連絡協議会」を設置し、協議・調整していく。

○発熱相談センターに相談せず、直接、発熱外来を訪れる場合が多数あった。医療現場が混乱した。

◎対応策として、事前に連絡するなど正しい受診方法の啓発、重症者以外は自宅療養を徹底する。基礎疾患を有する者には、日頃からかかりつけ医を受診するなどコントロールの必要性について啓発していく。

③医療機関における診療体制

○医療機関での診療状況の把握ができなかった。また、行政から発生状況、症例情報などの情報提供ができなかった。国からの通知などの情報提供も少し時間がかかった。

◎対応策として、運営の充実や医療機関との連携強化を図るために、現在、「神戸市新型インフルエンザ対策病院連絡協議会」を設置し、随時、協議・調整している。入院について、一般医療機関でも可能であるよう二次救急病院協議会や民間病院協会と調整している。

◎対応策として一般医療機関でも発熱患者の診療が可能であることをポスター、広報で全市民に啓発している。

(2) 調査、検査、健康観察等患者・接触者対応の課題と対応策

①サーベイランス

○渡航歴があった者を重点的にスクリーニングしたため、患者の発見が遅れた。疑似症例定点報告は、直接、国へ報告されるので市として活用できなかった。特に高校においては、集団で症状が発生したり欠席したりした場合に保健所へ連絡するルールがなかった。

◎対応策としてPCR検査の検体提出に協力する医療機関は344以上(クラスターサーベイランスまで)に増やした。また、平時から地域や学校などへの巡回、指導・助言などを通じて顔の見える関係づくり(「新型インフルエンザ対策神戸モデル感染症早期探知地

域連携システムー」以下「神戸モデル」[資料2](#)という。)を推進することにより、感染症の集団発生の端緒となる事例を早期に把握することで、学校、福祉施設等における集団感染を早期に探知する。

②積極的疫学調査

- 感染研や兵庫県もそれぞれ実施する中、保健所の予防衛生課の他、地域保健課・区保健センターが応援し、全市一体となって実施したが、全体像を把握することが困難であった。
- 保健所と区保健センターの関係も各組織における指揮命令系統で動くため、保健所と本庁と区保健センターの情報共有ができない状況に陥った。
- 急速に患者が多発した場合、1区の保健師だけでは対応が困難であり、特に、長期戦にわたり、通常業務を実施しながらの疫学調査は困難であった。
- 膨大な調査結果をデータベース化するための入力作業が一元化されておらず、時間がかかった。また、疫学調査結果を分析する専門家が不足していた。
- ◎対応策として感染症の動向調査や評価・検証、各区保健センターとの調整・情報共有等、保健所の危機管理体制を強化し、全体指揮者及び疫学調査の指揮者を明確にするため感染症対策チームを設置し[資料3](#)、7月1日付で保健所予防衛生課に危機管理調整担当主幹(事務職)と感染症対策担当主幹(保健師)を配置した。また、非常時には、区間を相互補完できる体制整備を行い全市一体で対応する。
- ◎調査結果は1箇所にもとめ一元化する。関係者は誰でもその情報にアクセスできるようにする。
- ◎重症化予防のためにハイリスクの早期把握についても、「神戸モデル」、「ILI (influenza-like illness) センター」を連動させながら、対象者の情報共有と早期対応に努める。
- ◎医師、保健師等の人材確保に努める。また、非常時における通常業務の事業実施優先順位を計画しておく必要もある。

③健康観察

- 患者の入院期間が短く、経過観察者が多かった。濃厚接触者に関する健康観察も対象者数が多く、調査時間がかかり、拡大防止の対策まで追いつかなかった。
- 各区で実施する健康観察結果の情報を一元管理できなかった。
- ◎対応策として、健康観察、疫学調査及び予防投与は一体の活動として、計画的に実施することにより、業務の効率化を図る。
- ◎学校・施設等集団発生においては、「神戸モデル」を活用し、実務者への助言・指導、情報収集に努める。責任者、指揮命令系統を明確にする必要がある。保健所感染症対策チーム、区感染症対策専任保健師等を中心に双方が定期的連絡会議の開催により情報共有、全市一体的対応に努める。

④患者・濃厚接触者の外出自粛制限

- 患者には発症から7日間又は症状消失から48時間の期間、活動自粛を要請し、濃厚接触者にも動揺に自粛を要請したが、今後濃厚接触者への自粛要請の必要性については検討する。
- 学校等の臨時休業措置は取られたが、外出自粛しない生徒もおり、感染拡大につながったケースがあった。
- ◎対応策として市教育委員会、子育て支援部、障害福祉部、高齢福祉部も関連施設の休業等に関する指針を策定して周知している。その他、県との調整や、私学を含めた関係施設との調整を進めていく必要がある。
- ◎「神戸モデル」の活用にて学校・施設等と連携して感染拡大防止対策についての指導・助言、必要に応じて臨時休業中の外出自粛を強く要請する。
- ◎医師より患者周辺での集団発生状況連絡を得るため連絡表を作成。市と医師会共同で作成したチラシを配布し、実行すべき事項の個別への指導の徹底を図っている。
- ◎咳エチケット、重症化防止の啓発を関係機関と連携の上、継続実施していく。

(3) 広報・市民啓発の課題とその対応策

①感染防止対策・感染を疑う場合の対応の啓発

- 基本的な情報については、速やかにチラシを作成、配布したが、配布団体の調整をする時間がなく、重複配布や配布漏れ団体が生じた。
- ◎平素からチラシの配布方法を計画し、配布リストを作成しておく必要がある。自治会、婦人会、ふれまち協議会、防災コミュニティを活用する。出前トーク、講演会の開催、ホームページの充実、広報「保存版」の発行等市民周知の徹底を図っている。
- 刻々と状況が変化し、広報内容（例えば、「不要不急の外出自粛」の要請）も変更する必要があるが、すぐには対応できず、周知が図れなかった。
- ◎変更内容を強調して、タイムリーな広報・周知方法を検討する。

②発生状況などの情報提供

- ホームページの内容は徐々に充実したが、更新が遅れることもあった。
- ◎原局（課）で分担し、市民向けホームページの内容を毎日リアルタイムで更新していく。
- 月に1回の広報紙は即応性がなく、事態が急速に変化する場合は対応が困難であった。
- ◎「神戸モデル」の区感染症対策連絡会や学校・施設等の巡回において随時情報提供する。
- 現状の感染者や患者の症状や順調な回復状況など安心情報の広報が少なかった。
- ◎安心情報を積極的にホームページや資料提供を通じて広報する。

(4) 保健福祉局（保健所）の体制の課題

①保健福祉局（保健所）の危機管理体制

○指揮命令系統が機能せず、自ら判断し、動かなければならない状況であった。特に、疫学調査、健康観察、発熱相談、予防投与などは医師や保健師など専門知識を求められる人材が不足していた。

◎対応策として医師、保健師等専門職の人員確保に努め健康危機管理体制の強化をする必要がある。

○区の保健師を保健所に出務させ、保健所業務（健康観察や発熱相談）に従事させたが、区の通常業務もあり、誰の指揮下で業務をするのかが明確でなかった。

◎健康危機管理の非常時の体制としては、保健所長の指揮下で一体化して対応するため、区保健センターとの調整による役割分担と優先業務を検討する必要がある。

○市の危機管理室との連携が不十分であり、他の部局との情報共有ができなかった。

◎市対策本部、他部局、各区等全市一体でより迅速に効果的に対応していくため市危機管理室との連携の強化を図る。

3. 検証のまとめ

課題と対応策を検証した結果、神戸市では、保健所機能を強化するとともに平常時から地域・学校・医療機関等関係機関との連携強化を図り、新型インフルエンザなど感染症発生のサインを早期に把握し、迅速に対応することにより、地域における急速な感染拡大の防止と重症化の防止を図る新たなシステム「神戸モデル」を構築する必要があると考えた。

4. 今後の対策（「神戸モデル」の推進）

今後さらに、感染拡大が予想される中、従来の感染症対策に重ねて関係機関との強力な連携、感染予防啓発を強化し「神戸モデル」を構築・整備し、早期探知・地域連携の取り組みを推進していく。新たなシステム「神戸モデル」が有効に機能するためには関連する施設・団体と地域をつなぐ調整・パイプ役が必要である。調整には公衆衛生に関して十分な知識と経験が必要である。そこで、神戸市においては、感染症対策専任保健師がこの中核的役割を担うこととなった。この感染症対策専任保健師は平常時から学校等関係機関の職員と顔の見える関係づくりを行うことで、感染症発生サインの早期把握や予防対策にかかる情報を共有するネットワークの構築に努める。また、感染症発生時には地域ネットワークを活用して、関係機関との連携による迅速な疫学調査の実施や現場の実践活動に即応した相談体制を確立する。そのために地域のコーディネーターとして活動できる感染症対策専任保健師を9月1日付けで各区支所等11ヶ所に1名ずつ配置した。資料3

5. 「神戸モデル」推進における感染症対策専任保健師の業務内容

資料4

(1) 経常的業務

①学校、社会福祉施設等の地域巡回

専任保健師が地域の感染症対策のキーパーソンとして、学校、施設等の関係者との連携（顔と顔の見える関係づくり）を実現することによって、感染症発生の早期探知の情報を把握し、タイムリーな感染拡大防止の啓発、助言・指導を実施する。

②学校・施設・医療機関との感染症対策ネットワークの構築

学校、施設等の実務者レベルの区単位のネットワーク会議や研修会を企画（既存の会議の参画を含む）し、感染症予防対策の実践的な取り組みの情報交換や事例検討及び検証を行い、関係機関の感染症対応能力の向上を支援する。

③対応策の検証・評価

発生事例・所属集団の分析、発生情報・調査データの総括と検証、発生時対応の評価検証を行い、感染症対策関係会議への情報提供や提言を行う

④医療機関連携

地域医療機関や学校医等と日常的な巡回、ネットワーク会議を通じて患者発生情報の共有やネットワーク会議における対策情報の共有を図る。

また、医療監視等のしくみと連携して院内感染防止対策の現状等を把握し、適切な医療体制の確保に努める

(2) 感染症発生時

①疫学調査

関係機関との連携システムの構築によって、患者所属集団と連携した迅速な発生状況の把握やハイリスク者の把握、環境調査及び濃厚接触者、有症状者の健康観察等を行う

②感染症予防対策の相談対応

関係機関職員と連携し、患者所属集団の実情に応じた感染防止対策や保健指導、の実施や休業等の相談体制の確立を行う

また、ハイリスク者の重症化防止のための主治医との連携による病状の把握、検体採取、医療機関の受診等の相談対応を行う。

③健康相談

流行のピークを迎える中で、市民に正しい情報の提供と不安軽減により冷静な対応を促すとともに、受診医療機関の情報を提供することで混乱を回避する

6. 稼働量に伴う必要な保健師人数

各区の専任保健師は、上記業務を担うとともに、区内部職員との連携・調整、本庁・保健所との連携・調整業務等がある。本庁保健師においては、国・県・他都市・関係機関都の調整、国の方針の情報収集、全市的発生情報の把握、関係者の質の向上に向けての全市の関係機関職員への研修会開催や施策の周知と調整、医療監視での感染症対策強化、専任保健師との連絡会議、区間調整等総括的業務が新たに加わることになる。

(1) 概ね次の業務にあてはめ業務量を算出した。 資料5

- ①地域巡回
- ②ネットワークの構築
- ③医療機関連携
- ④検証・評価
- ⑤疫学調査
- ⑥保健指導、療養指導、相談体制の確立
- ⑦経過観察とフォローアップ
- ⑧本庁保健師業務

(2) 稼働時間数

- ①保健師1人当たりの年間稼働時間：8時間×240日＝1,920時間
- ②感染症対策にかかる1年間の延べ時間：区21,396時間、保健所4,476時間

(3) 稼働時間数を職員数に置換

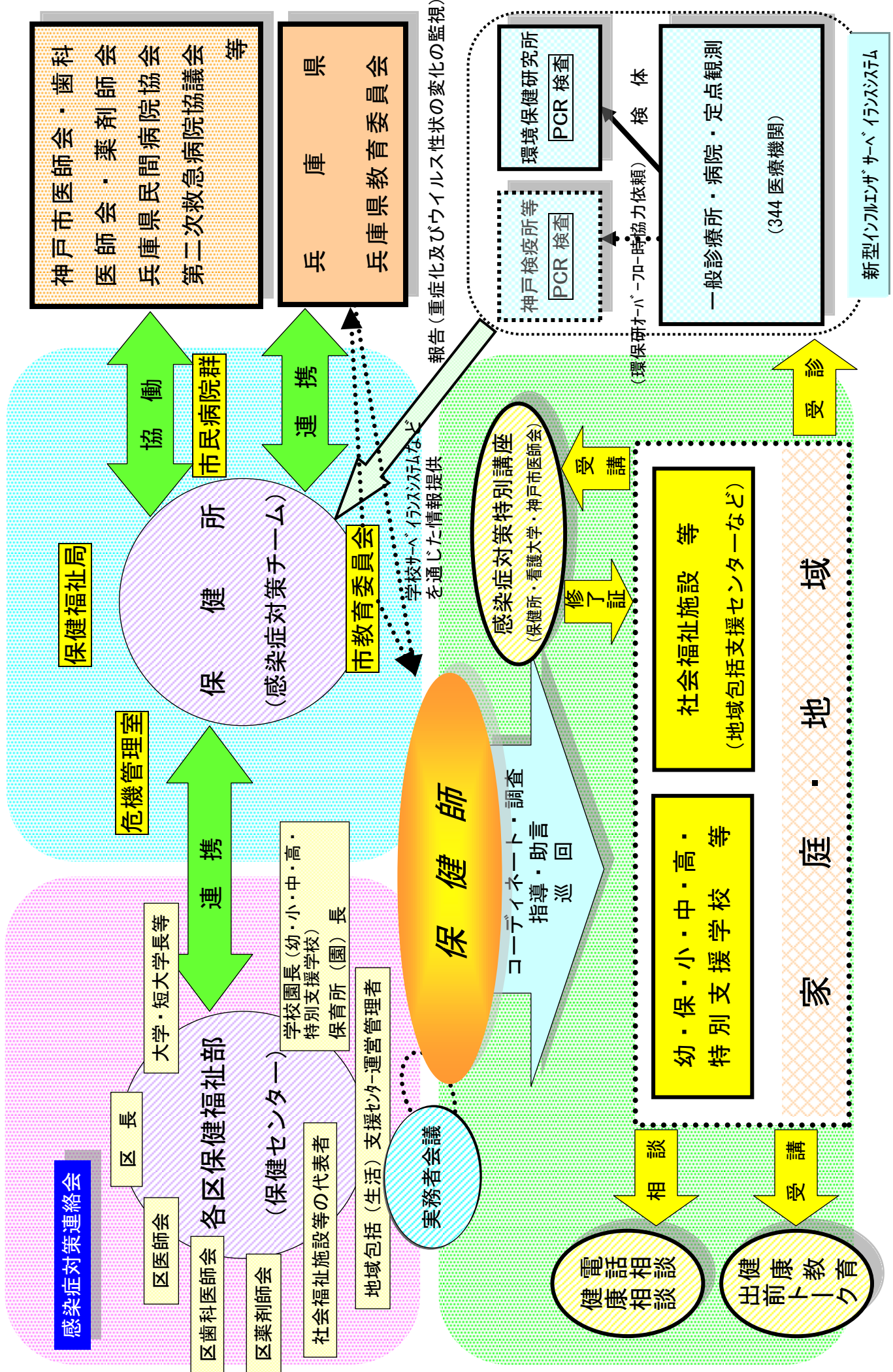
- ①区に11名の保健師を配置。
- ②保健所に保健師管理職1名、事務管理職1名配置。

【 発熱相談センターの振り廻り 】

日 時	関連する出来事	最大 回線数	相談 件数	体制・開設時間	実人数	発熱相談センター電話相談対応 従事者数/日			課題	マニュアル	変更・追加内容	変更理由・背景	調整を必要とした事
						専任 (専任)	専任 (電話相談)	応援 (後方支援)					
4月25日 土	兵庫県養育対策FAX												
4月28日 日													
4月27日 日	各区相談窓口の設置												
4月28日 火	対策本部会議第1回会議												
4月29日 水	発熱相談センター開設	3	20	9時～21時 (夜間携帯電話 2台)	9	9							
4月30日 木													
5月1日 金													
5月11日 月	三者通話の開始												
5月16日 土	国内1例目の発表	7	588	9時から24時間体制へ	20	17	17						
5月17日 日													
5月18日 月	他部局職員への応援開始	10	2,089	* 15時より10回線へ	46	18	40						
5月19日 火	神戸市医師会あて 「蔓延防止」に準じた協力の依頼	2,678			65	20	56						
5月20日 水	民間病院協会・二次救急協会 「蔓延防止」に準じた協力の依頼	15	2,393	* 15時より15回線へ	95	16	83						
5月21日 木	政府「基本的対処方針」改定 市立学校「休校措置解除」		2,400		109	23	97						
5月22日 金			1,914		103	20	91						
5月23日 土			1,337		84	17	72						
5月24日 日			1,137		86	19	74						
5月25日 月			1,259		67	15	56						
5月26日 火			885		42	14	31						
5月27日 水			861		38	14	28						
5月28日 木	市長「心とまず安心宣言」	8	603		35	13	25						
5月29日 金		4	522		35	13	25						
5月30日 土			389		29	11	23						
5月31日 日			426		29	11	23						
6月1日 月			462		33	10	27						
6月2日 火			341		33	10	27						
6月3日 水	兵庫県「安心宣言」		326		31	10	25						
6月4日 木			285		33	10	27						
6月5日 金			209		33	10	27						
6月6日 土			183		12	10	10						
6月7日 日			209		12	10	10						
6月8日 月			232		14	10	12						
6月9日 火			176		11	9	9						
6月10日 水		4	142		11	9	9						
6月11日 木			154		12	10	10						
6月12日 金	WHO「フェーズ6」へ		169		11	9	9						
6月13日 土			202		9	9	8						
6月14日 日			130		8	5	6						
6月15日 月		2	100		9	4	4						
6月16日 火			81		8	6	6						
6月17日 水													
6月18日 木			60		7	6	7						
6月19日 金			61										
6月20日 土			55										
6月21日 日			66										
6月22日 月	神戸市医師会・協力医療機関 「事前連絡」解除		60										
6月23日 火	夜間(2時～7時)委託												

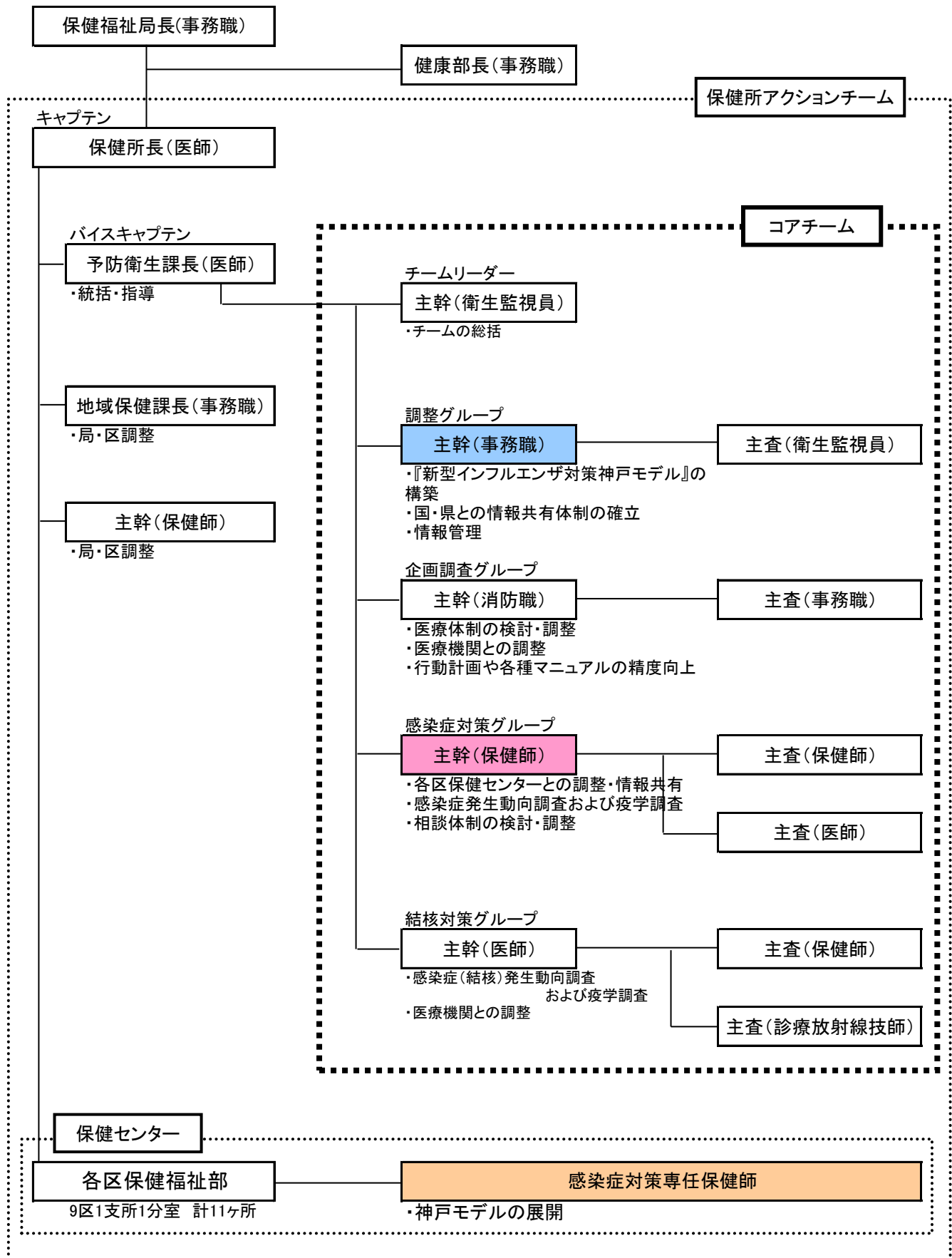
資料 2

— 早期探知地域連携システムの整備 —



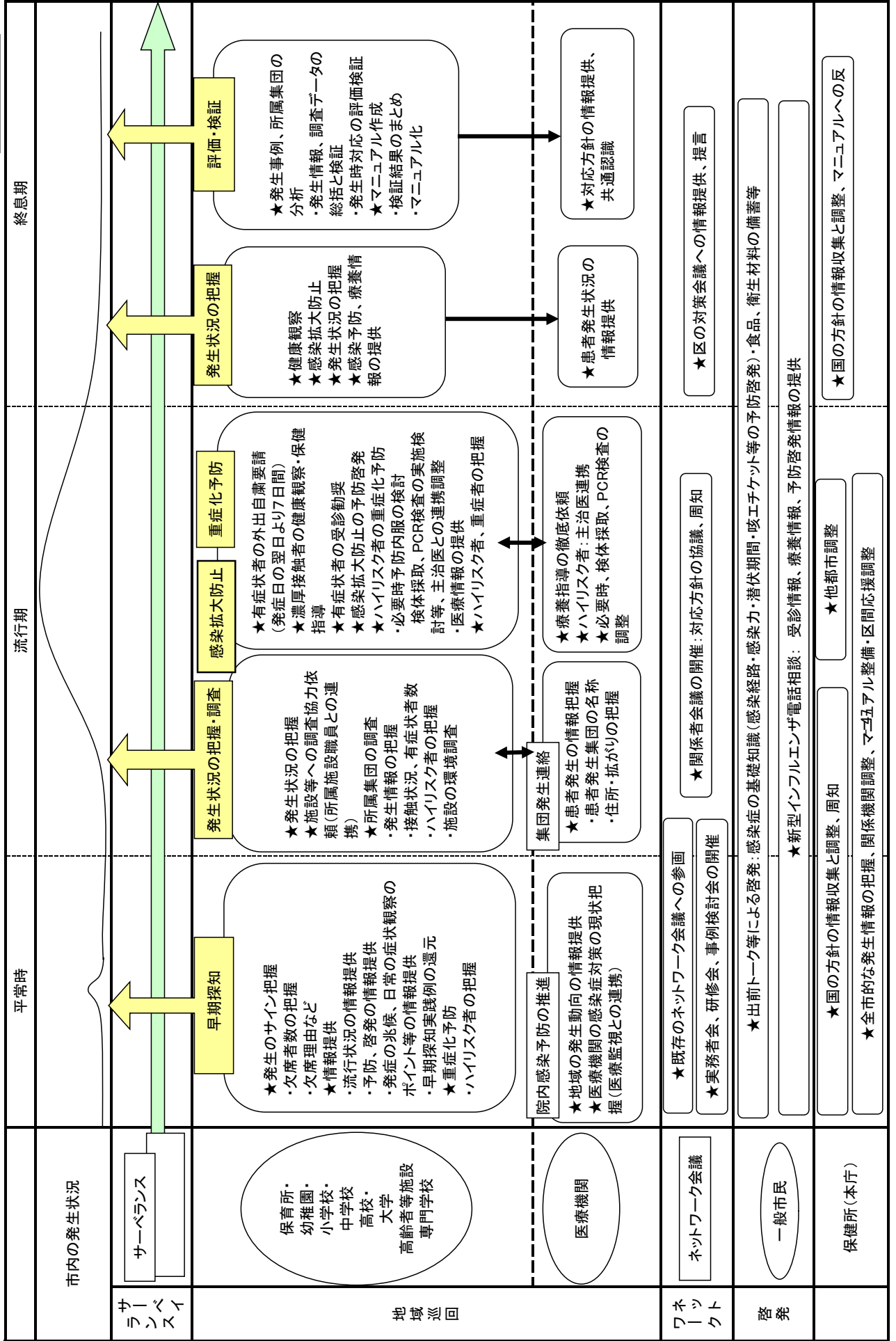
資料3

保健所 感染症対策チーム



資料4

神戸モデル 保健師活動(案)



感染症対応に必要な稼働量

事業	事業の内容	時間(1回あたり)	箇所数	回数	人員	延べ時間	備考
地域巡回	情報交換・連携調整	巡回・学校、社会福祉施設等の感染予防対策の点検と助言	2	1,000	1	1	2,000 施設数
	感染症発生動向の把握・分析	医師からの発生情報の把握と情報提供	2	1,000	1	1	2,000
	感染拡大防止の指導・助言	学校サーベイランス、クラスターサーベイランスからの把握と集約	2	300	1	1	600 1000施設の30%の発生を予測
	啓発	学校、社会福祉施設への予防対策情報の提供と相談・協議	2	300	1	1	600
	健康相談	学校、社会福祉施設、市民団体等への健康教育	4	110	1	3	1,320 施設種別(乳幼児・高齢者・身障・学校)10種の機関×1箇所×年1回
	健康相談	感染症予防の資料、啓発媒体等の作成、提供	8	10	3	2	480
	健康相談	電話相談等(新型インフルエンザ健康相談窓口)による情報提供、啓発	8	11	240	0.3	6,336 従来の窓口相談と並行で行う。
	健康相談	区関係機関実務者会の企画、運営	8	11	4	2	704
	健康相談	区関係機関実務者会ネットワークの構築	8	11	4	2	704
	健康相談	感染症対策連絡会への参画、情報提供	8	11	2	1	176
経営業務	健康相談	会議出席、関係機関の対応方針、実践活動の把握	2	11	2	1	44 全市の施設概数
	健康相談	疫学調査データの蓄積と分析、評価	4	11	12	1	528
	健康相談	集団発生データの評価・検証	8	1	12	11	1,056 準備・調整時間含む。
	健康相談	発生時対応(集団発生事例、重症化事例)の分析	8	1	12	3	288
	健康相談	マニュアル作成	8	1	12	3	288
	健康相談	小計	74	2,788	296	30	16,836
	健康相談	発生状況の把握・調査(患者、有症者、ハイリスク者等)	2	300	1	1	600
	健康相談	ハイリスク者、濃厚接触者、有症状者の対応調整	2	300	1	1	600 増地保有医療機関344
	健康相談	感染拡大防止策の検討、調整	2	300	1	1	600
	健康相談	施設の利用制限、休業等の相談対応と検討	2	100	1	1	200
集団発生時業務	健康相談	ハイリスク者の重症化防止	4	100	1	1	400
	健康相談	市民の不安軽減、受診医療機関の情報提供	24	1	30	3	2,160
	健康相談	小計	36	1,101	35	8	4,560
	健康相談	施設長と連携した迅速な発生情報の把握と環境調査・助言	110	3,889	331	38	21,396 11,144
	健康相談	医療機関と連携した病状把握、検体採取、医療提供体制の調整	2	5	40	1	400
	健康相談	予防啓発、フォローアップ	4	5	50	1	1,000
	健康相談	感染拡大の規模、施設の機能、社会的影響等の側面から助言	2	5	50	1	500
	健康相談	主治医との連携による病状把握、検体採取、受診調整	4	130	1	1	520
	健康相談	市民の不安軽減、受診医療機関の情報提供	16	1	5	2	160 区専任保健師の協力による。
	健康相談	小計	4	1	12	1	48
本庁業務	健康相談	啓発媒体等の作成(啓発リーフレット・HPでの情報提供)	16	1	6	2	192
	健康相談	患者発生情報、サーベイランス情報の集約と還元	2	1	240	1	480
	健康相談	医療提供体制の情報提供、検体採取の調整	2	1	6	1	12
	健康相談	人員体制、関係機関への協力依頼、マニュアル更新	8	1	12	2	180
	健康相談	報告資料作成	1	1	200	1	200
	健康相談	施設の休業等の検討と相談・助言	4	11	10	1	440
	健康相談	発生時の規模、エリアの把握と人的体制の区間連携等の調整	8	1	10	1	80
	健康相談	区対策会議の資料作成及び会議参画	8	11	3	1	264
	健康相談	小計	81	175	645	17	4,476 2,331
	健康相談	合計	191	4,064	976	55	25,872 13,475

姫路市における新型インフルエンザ対応

姫路市保健所長 伊地智 昭浩

1. 平成 20 年 12 月～平成 21 年 4 月

医療体制に関連した対応	姫路市としての対応（対策本部関連）
<p>① 新型インフルエンザ医療体制意見交換会の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構成：姫路市保健所、市内で専用外来に指定された公的病院等の医療機関、医師会代表、県福崎保健所 ・県が指定した 2 つの専用外来医療機関を軸に市の医療体制の具体策の検討に着手 ・しかし、発熱専用外来以外の初診外来受入医療機関や感染症指定医療機関以外の入院病床を明確に確保することはできていなかった。 <p>② 救護所的な専用外来の設置・開設についても検討を開始。</p>	<p>① 姫路市新型インフルエンザ対策計画策定に着手</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原案作成員：保健所感染症担当、市防災危機管理室、市保健福祉推進室 ・計画案作成後は市長以下、局長級で構成される姫路市危機管理推進会議で決定することとした。 ・神戸市など他の自治体の計画を参考とし、国の行動計画レベルに相当する対応の基本的事項のみを記載する形とした。 ・しかし、完成しない状態で、09 年 5 月を迎えた。

2. 平成 21 年 4 月中旬以降

医療体制に関連した対応	姫路市としての対応（対策本部関連）
<p>① メキシコ、米国、カナダでの新型インフルエンザの発生とまん延を受け、医師会と専用外来医療機関（1 か所は感染症指定医療機関）と協議し、下記の医療体制を調整。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所での相談窓口により、まん延 3 カ国への渡航歴等がある場合は専用外来、それ以外は一般医療機関での受診へ誘導する。 ・2 か所の専用外来は、個々に外来形態を決定（テントまたは別の外来入口の設定）。 ・姫路市夜間急病センター（内科、小児科）においても患者対応は上記と同じとした。 ・確定患者は感染症指定医療機関へ入院。 <p>② 保健所での検疫所からの調査の実施。</p> <p>③ 保健所での相談窓口の開設</p>	<p>① 成田空港での検疫による患者の発見（5 月 1 日）などを受け、姫路市新型インフルエンザ対策本部会議を開催し（策定途中であった対策計画を一時的に活用）、下記の事項を確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所相談窓口開設 ・予防に関する市民啓発 ・医療体制の確保に関する調整 ・保健所（所長と総務課危機監理調整担当）と対策本部本部班の定期的打合せ：短時間であるが、ほぼ連日の開催となった。

3. 神戸市での患者発生以降

医療体制に関連した対応	姫路市としての対応（対策本部関連）
<p>① 医師会などとの協議により、姫路市では、国外のまん延国と神戸での感染の可能性（濃厚接触）など感染の可能性が非常に高い群は専用外来で、それ以外は保健所の振り分けにより一般医療機関で対応することとした。</p> <p>【夜間急病センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記の条件を診療の基本とした（兵庫県が県下の急病センターにおける小児の発熱患者の診療方針に関する通知を发出）。 ・夜間や休日の患者増加に対して、職員（医師、看護師、事務）の増員で対応した。 <p>【姫路市救急】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対策本部の消防班（姫路市司令室など）とも発熱患者の診療方針につき協議し、発熱を伴う救急患者の診療態勢を確保した。 <p>② PCRによる確定検査を行う対象患者を上記の条件の者に絞った。</p> <p>③ 保健所での相談窓口を24時間態勢に拡充</p>	<p>① 対策本部会議（5月16日、17日）で下記対応を16日～22日の間実施することを決定。17日に市内の感染確認者第1例目が出たことを受け、市の対処方針を「市長メッセージ」として発表。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市内の学校/保育園、介護保険/福祉施設等の休業 ・市内で開催される集会/イベント中止、自粛 ・市全体の相談体制の立ち上げ（保健所の医療健康相談と一般相談窓口） など <p>② 5月22日の対策本部会議で上記の対応を23日に解除することを決定</p> <p>③ 今回の感染拡大を一応防止することができたとして、6月3日に市長が「安心宣言」</p>

4. 5月16日～6月19日のまとめ（医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針（改定版）の通知発出まで）

- ・専用外来受診者数：約120名
- ・PCR検査実施数：約20名
- ・確定患者数：2名
- ・入院勧告者数：1名
- ・相談件数：約7,000件（最大約1,000件/日、5月18日）

5. 課題の整理

1) 市の対策計画、保健所のマニュアルなどの策定

いずれも、今回の新型インフルエンザ発生前に策定を完了することができていなかった。

- ・市の計画に関しては、大まかな対応事項と班構成、計画書の形態は整理されていた。

保健所ではフェーズ 4 まで利用可能な鳥インフルエンザ対応マニュアルが策定されていたが、市の対策計画と整合性のとれる形にはなっていなかった。

- ・明確な計画がなかったため、対策本部の立ち上げの決定も臨機応変に判断し、市の各部署での対応も急遽整理した班構成と対応事項に基づいて実施することができた。
- ・今回の経験から、計画であまり細部まで規定しすぎていると、かえって柔軟な対応がとりにくいこともあることがわかった。
- ・保健所を始め、各部署の事業継続計画が無く、今後早急に作成する必要がある。

2) 診療・検査体制

主として以下の点から、姫路市では医師会及び基幹病院と協議し、初診外来患者に関して、専用外来受診者は新型インフルエンザ感染の可能性が非常に高い群に限り、他の患者は一般医療機関での受診を依頼した。

- ・4月中旬からメキシコ、米国、カナダに拡大した新型インフルエンザは、少なくとも高病原性インフルエンザと同等の医療体制をとる必要はないと考えられた。
- ・県により専用外来に指定された医療機関は、市内の基幹病院のうちの 2 つであり、これらへ発熱患者が集中し機能が専用外来に特化されると通常の医療及び救急機能まで影響を及ぼしかねない可能性があった。

しかし、国のガイドラインや兵庫県医師会の通知などから、発熱患者の診察を行わない一般医療機関も一部出現した。また、姫路市周辺の県保健所管轄地域との診療方法の違いもあり、5月16日以降しばらくの間は医療機関及び市民ともやや混乱が生じた。

- ・ただし、救急搬送やその他の一般医療において大きな問題は生じなかった。
- ・また、姫路市の夜間急病センターは主として年間 4 万人を超える受診者に対応しているが、特に神戸市の患者発生後は受診者が増加した。受診者に対して待合の外でトリアージを行うなど可能な範囲で感染対策を講じ、また、医療従事者も増員した上で発熱患者を受け入れたため、センター機能を落とすことなく診療を継続することができた。

PCRによる確定検査も専用外来受診者の条件と同様に対象者を絞った。

- ・全数検査はどのような状況でも不可能であるが、PCR 検査を幅広く実施しなかったことによりこの時期の新型インフルエンザの発生状況を確認することができていない。医療機関との調整により、同時期においても定期的な抽出検査を実施する方策がなかったかを検証したい。
- ・個別の医師からは、PCRの全数検査の要請も多くあった。
- ・ちなみに、県下の3か所の病原体定点のうち、市内では小児科の1か所のみである。
- ・保健所の検査部門では、PCR検査に関わるのはこれまでほとんど1名の検査員であったが、5月の連休中に内部での研修を行い3名でPCR検査を実施できるように体制を整えていた。

3) その他の保健所業務

① 検疫所調査（海外渡航者追跡調査）

下記の理由などから、保健所の追跡調査を含む検疫所の対応方法について、より有効な方法の有無を再検討する必要があると考えられる。

- ・疾患の性格から、発症以前から他者への感染性が認められること。
- ・検疫対象となった航空便が米国などからの直行便に限られたこと。
- ・多大な時間を要したが、結果的には発病者なし。

② サーベイランス

姫路市では8月後半から、市内の流行拡大を把握しうるインフルエンザ定点の観測値を示していたが、国においてはクラスターサーベイランスが継続されていた。沖縄などの一部の地域では感染拡大速度が顕著で、早期から本サーベイランスを継続することが困難となっていたことなどからも、本サーベイランスの継続の有無について、地域の状況に早期の判断が必要と考えられた。

③ （発熱）相談窓口

国の方策では、この窓口には疾患一般についての相談以外の、受診の振り分け機能を持たせた。しかし、電話による受診の振り分けは、やはり、症状などに加えその他の疫学的条件が設定できる場合に有効な手法と考える。この状況を踏まえ、保健所における相談機能を設定すべきと考える。

④ 市民への情報提供

地域への情報提供は自治体独自でも工夫しているが、適時適切で即時性のある情報提供が難しい。国レベルでも、より適切な情報提供方法を検討すべきと考える。

兵庫県洲本保健所での新型インフルエンザ対応

「国内発生報道当初から、一般医療機関での受診体制を医師会と協議し実施した事例」

兵庫県洲本保健所長 柳 尚夫

1. 神戸で患者が発生するまでの対応

4/27 管内3市に、メールにて情報提供

4/28 感染症病棟及び専用外来機能を持つ県立淡路病院と対応について協議

特に感染症病棟等、現地確認をし、窓口担当の決定や受け入れ手順など確認

4/30 3市医師会長等と協議し、蔓延に近い状況では、一般医療機関での受け入れの方針を決定

5/1 ①県立淡路病院にて、専用外来の準備状況を確認にし、保健所との連絡体制を確認

②消防署と体制について協議

③3市担当部長・課長との連絡会を実施、新型インフルエンザについて説明、「冷静な対応」という方針の確認。

④ 市保健師協議会研修会総会において新型インフルエンザの研修を実施。

2. 神戸で患者が発生報道後の対応

5/16 管内の青少年宿泊施設から、インフルエンザ様症状の患者の専用外来への受診依頼があり、専用外来への受診とPCR検査の実施（保健所長に情報が入った時点では、準備がすでに進んでいたため、受診及び検査を実施）し、陰性が確認される。

同日に、専用外来に小児の専用外来への受診が2例あるもインフルエンザでないという診断にて、PCRは未実施

5/18 ①4/30の事前打ち合わせに従って、一般医療機関での受診システムをスタートさせる。3市医師会会員向けに、基本方針（資料1）を送り、了解を得る。一方、医師会では、受信可能医療機関の把握をしてもらう。

②保健所作成の一般向け「新型インフルエンザにご理解を(5月18日現在)」を各市へFAX送信し、理解を求める連絡を行った。(資料2)

③淡路島ケーブルテレビジョンで市民向けメッセージを撮影し、以後放映。

④専用外来(県立淡路病院)で、消防署職員・健康福祉事務所が参集し、今後の対策を協議し、救急搬送においても、専用外来へは、重症患者を中心に行うことを確認。対応病床も、感染症病棟ではなく、一般病床での対応を確認。

5/19 県対策本部からは、県方針と淡路圏域の対応が一部違う事への問い合わせがあったが、基本方針は変更せず。

5/22 医師会調査により、患者受け入れ可能医療機関名簿ができあがる。

5/23 医師会総会での研修で保健所長が「新型インフルエンザ」をテーマに講演を行い、3市の医師会から会員が参加し、参加医師会員から、淡路圏域での対応に理解を得る。

3. 国の運営指針の見直し後の対応

6/19 国方針変更内容が、圏域対応とほとんど同じであることから、基本対応の変更無く、体制を維持することを確認する。

8/6 県立淡路病院から、小児の重症例の入院連絡があり、重症例への対応として、PCR検査を実施し、陽性を確認し、圏域内第1例を確認。患者は、1週間の入院後軽快し、退院する。

<資料1>

淡路島内の医療機関のみなさんへ(5月18日現在)

新型インフルエンザの診断治療のお願い

洲本健康福祉事務所長 柳 尚夫(医師)

<より適切な医療を島民の方に提供いただくために>

新型インフルエンザが、日本国内、特に神戸市を中心に兵庫県内で感染が広がっています。海外渡航歴のない高校生が発病していることから、兵庫県では、蔓延に近い状況にあると思われます。まだ、島内では感染者は確認されていませんが、県内では感染が広がっているため、それに即した体制が求められています。島内では、すでに4月30日に3市の医師会の会長の先生方と健康福祉事務所で、蔓延に近い状況になった場合の対応を御相談しておりますので、それに沿った対応をよろしく申し上げます。

1. 熱や風邪症状のある患者の受診は一般の医療機関で

神戸での患者発生により、神戸地域の感染症病床は受け入れ困難な状況になっていることから、小児を中心に、インフルエンザ様症状の患者も一般の医療機関で、季節性インフルエンザと同じように受け入れていただくことをお願いします。

2. 受診前の患者への指導

待合室での他の患者への感染の危険性を防ぐため、マスクの着用や、受診時間の指定、個室での待合い、優先的診察等の配慮をいたくとともに、患者さんへの受診指導をお願いします。

3. 診察時の職員等の対応

職員の方は、マスクの着用等の防護と手洗いの徹底をお願いします。

4. 検査・治療の態勢について

インフルエンザが疑われ、先生方が必要であると判断された場合には、簡易キットでの検査を実施下さい。しかし、A(+)、B(-)という結果でも、季節性インフルエンザの扱いで、適応があると判断されれば、抗ウイルス薬の投与をお願いします。軽症例では、PCR検査は行いませんので、専用外来への紹介は不要です。

5. 重症例で新型インフルエンザが疑われる場合の対応

激しい呼吸症状等で呼吸困難に陥っている患者さんで、新型インフルエンザが強く疑われる場合には、専用外来(県立淡路病院内)での重症トリアージを行いますので、健康福祉事務所にご連絡下さい。専用外来受診の体制を整えていただきます。

6. 医療者こそ冷静な対応を

季節性インフルエンザと変わらない疾患を「新型」と法で定めたために現在大きな混乱がありますが、知識のある医療従事者のみなさまには、「季節性インフルエンザ」と原則同じ冷静な対応をよろしく申し上げます。

<新型インフルエンザの情報>

1. ウイルスの特徴

このウイルスは、A型インフルエンザ(H1N1変異株)で、豚の体内で、人、鳥、豚由来のインフルエンザが交雑した珍しい型で、「弱毒性」とであるとWHOが表明しており、深刻な健康被害はあまり心配がないという認識である。

2. 治療や予後

健康者がかかっても重症になりにくい、基礎疾患のある人も早く治療すれば重症化せず、抗インフルエンザ薬(タミフル・リレンザ)が効くなどの特徴がある。

3. 今回のインフルエンザ疫学的特徴

アメリカ等からの情報では、感染力は一般のインフルエンザと同等か、やや強いが、毒性が弱く致死率は一般のインフルエンザと変わらない。しかし、腎不全や免疫不全のような基礎疾患を持っている人は、重症化の可能性があります。高齢者(50歳以上)はかかりにくく、感染者の中心は5歳から20歳です。症状は、熱、咳、鼻水、のどの痛み等の風邪症状以外に、下痢や頭痛という症状もあります。

4. 一般的な予防

新型といえども、インフルエンザですので、咳エチケット、手洗い、うがいは必要です。人混みにでるときには、マスクをされるのも一つの予防法です。「正確の情報に基づいた冷静な対応」とは、現時点ではこのインフルエンザに関しては健康被影響があまり無いという事実に基づいて、普通の生活をする事です。

マスコミ等のやや過剰ともいえる情報に振り回されないように冷静に対応下さい。

.....

<資料 2 >

新型インフルエンザにご理解を (5月18日現在)

洲本健康福祉事務所 柳 尚夫(医師)

<正しい情報に基づく対応を>

新型インフルエンザが、日本国内、特に神戸市を中心に兵庫県内に感染が広がっており、海外渡航歴のない高校生が発病していることから、蔓延に近い状況にあると思われます。まだ、淡路島では感染者は確認されていませんが、県全体では感染が広がっているので、それに即した体制をとることが必要です。住民のみなさんの中には、ご心配されている方々も多くいらっしゃると思いますが、現時点での情報を整理しましたので、お読みいただき参考にしてください。

7. 熱や風邪症状がでたら

新型インフルエンザでも、季節性のインフルエンザと同じく発熱等の風邪症状がありますが、その場合にもかかりつけの医療機関等の一般の医療機関を受診ください。蔓延に近い状況では、特別な検査(PCR検査)をして、新型であるかの診断より、簡易な検査でインフルエンザであるかを診断されて、治療を受けることが優先されます。しかし、受診の際には、まず医療機関に電話をして、熱がある等の病状の説明をされて、受診時間等の指示を医療機関から受けて、できればマスクをして受診下さい。

8. 治療や予後について

①健康な方がかかっても重症になりにくい②基礎疾患のある人も早く治療すれば重症化しない③日本で広く使われている抗インフルエンザ薬(タミフル・リレンザ)が効くなどの特徴があり、WHO(世界保健機関)も重大な健康被害を起さないとされており、ウイルスの健康に与える影響は、季節性インフルエンザと変わらない程度です。

9. 今回のインフルエンザの特徴

アメリカ等からの情報では、感染力は一般のインフルエンザと同等か、やや強いが、毒性が弱く致死率は一般のインフルエンザと変わりません。しかし、腎不全や免疫不全のような基礎疾患を持っている人は、重症化の可能性があります。高齢者(50歳以上)はかかりにくく、感染者の中心は5歳から20歳です。症状は、熱、咳、鼻水、のどの痛み等の風邪症状以外に、下痢や頭痛という症状もあります。

10. 一般的な予防

新型といえども、インフルエンザですので、咳エチケット、手洗い、うがいをよろしくお願いします。人混みにでるときには、マスクをされるのも一つの予防法です。

「正確の情報に基づいた冷静な対応」とは、現時点ではこのインフルエンザに関しては健康被影響があまり無いという事実に基づいて、ふつうの生活をする事です。

マスコミや一部の専門家等のやや過剰ともいえる情報に振り回されないように冷静に対応下さい。

11. 海外渡航歴のある方で、発熱等の症状がでたら、

海外でも、メキシコ、アメリカ本土、カナダから10日以内に帰国された方は、感染をしている可能性が引き続きありますので、38度以上の熱や鼻水、咳、のどの痛み、悪寒などがあれば保健所にご相談ください。

兵庫県における保健所から見た新型インフルエンザ対策の課題

兵庫県保健所長会 柳 尚夫（兵庫県洲本保健所長）

1. 今回の医療の対応の課題

(1) 健康観察

健康観察は、多数の職員（医療従事者）を動員し、多数の人を当初10日（後で、7日に短縮）、接触者として外出自粛を要請したが、その効果については未だ明らかではなく今後解析をする必要がある。

- ① 国内第1例と確認された寝屋川の高校生は、5月8日に帰国して、その後隔離、同行者等49人が留め置きされた。
- ② しかし、国内発生第1号の神戸市内の高校生から、別の高校の高校生に感染が広がったと思われるのは、5月8日の交流大会であり、5月4日には海外渡航歴のない高校生の感染（後の検査）が確認されている。
- ③ 従って、国内発生第1号とされた高校生が国内で感染したのは、5月8日より数日前で、ゴールデンウィーク中には、国内で感染は起こっていたと推定される。

(2) 隔離

当初たまたま検査で見つかった軽症者を重装備の隔離病棟に入れたため、多数の職員と医療費を費やし、比較的元気な高校生が入院しているということになった。

- ① 神戸をはじめ、国内感染例を隔離したが、その対策によって、感染の広がりを抑える効果や遅らせる効果は分析できておらず、今後の調査検討が必要である。
- ② 5月17日の段階で隔離病床が満杯となったので、神戸市では隔離をせず、自宅待機としていた。
- ③ しかし、県内の他の地域では、隔離は行われていた。

(3) 発熱専門外来

- ① 医療従事者の確保が困難であった。

多くは公立病院が担当したが、そのために、公立病院が担っていた本来の2次救急機能を割いて、新型インフルエンザ対応に振り向けざるを得なかった。

- ② 県内の発熱外来受診者の88%は、新型インフルエンザではなかった。嚴重な感染予防対策が確保されないと、新型インフルエンザ患者が待合いで長時間も待つ内に、新型インフルエンザ以外で来院した患者に感染を広げてしまう可能性があった。
- ③ 発熱専門外来の箇所数が少ないと、患者は都市部では移動のため公共交通機関を使う例もあり、移動中に他の乗客に感染を拡大する可能性がある。

- ④ 普段からのかかりつけのでない医師が診察にあたるため、何ら医療情報のない患者を診察することになる。
- ⑤ 箇所数や診察体制には限界があるため、多数の患者が殺到した当初の段階からオーバーフローが生じた（本報告書「兵庫県における新型インフルエンザの医療確保対応について」参照）。
- ⑥ 発熱専門外来以外の一般医療機関が基礎的感染防護を十分に行わない可能性もあった。その場合、結果として院内感染が起りやすくなる可能性がある。
結果として、国内感染での発見第1例は、発熱外来ではなく、一般の医療機関の外来で発見された。当初の時点では多くの患者が、確認事例との接触歴のある患者として発見され、発熱外来を受診した者のうち感染が確認されたのは12%であった。

(4) 発熱相談センター

流行当初はインフルエンザではないと思われる多くの患者からの電話が寄せられ、電話ではトリアージが困難であることから、発熱外来に患者紹介を多数行うことになった。回線を増やしたが、患者急増時にはインフルエンザの可能性のある住民からの電話の件数が非常に多く、電話が繋がらないことから、住民からの不満が高まった。24時間相談を行う等で、保健所職員が電話相談を行うだけで手一杯になり、新型インフルエンザ対策として行うべき医療の確保等の対策だけでなく、本来の保健所業務にも多大な影響が生じた（本報告書「兵庫県（本庁）における対応と課題」参照）。

2. 県新型インフルエンザ対策計画（平成21年4月27日策定）の課題

(1) まん延期の判断をどうするのか

- ① 定義が不明確で、データが迅速に収集分析できなかった。
- ② まん延期宣言の判断は、今回の経験を踏まえると行政や政治家にとって困難であるように思われた。まん延期になったことを認めるのは、対策の失敗を認めるかのように思われる一面もあり、そのような判断を下すことを恐れる傾向にあったのではないか。

(2) 感染の広がりによって、対策の方針が大きく変わるような対策は、下記のような場面から混乱を起こす可能性がある。

- ① 最初は、専門の外来（発熱外来）へ受診を勧め、一般医療機関の受診を避ける方針から、まん延期には、方針が変わり一般医療機関への受診を奨励すること。
- ② 最初は軽症でも全て隔離をするが、感染者が増えると、軽症は自宅待機対応になること。
- ③ 隣接している市や県で、感染初期かまん延期で違う対策をしていること。
- ④ 全国ネットの放送では、感染初期の対応を促しているが、まん延期の地域では、

違う対応を求めること。

(3) 保健所がすべき業務は下記の通りであった。業務量が多くマンパワーを勘案するとすべてに対応することは困難であった。今後優先順位を付けるなどの検討が必要と思われた。

- ① 電話での相談（当初は24時間）
- ② 入国者の健康観察
- ③ 検査検体の搬送
- ④ 患者ができれば、患者の搬送・隔離
- ⑤ 接触者調査と予防内服の処方や行動制限
- ⑥ まん延期の医療機関調整
- ⑦ 本庁・国への報告や対策会議

(4) 事前に想定していたH5N1より今回の新型インフルエンザが弱毒であったことによる課題

- ① 感染の広がりによる健康被害と対策による社会的被害とを秤にかけると学校の休校、保育所や高齢者サービスの停止、コンサート等の事業の中止、観光の中止は、明確な効果があったかどうかは現時点では不明であり今後の対策立案のために詳細な分析が必要である。
- ② 患者が発生した学校や企業への社会的非難を恐れる意識があり、学校や企業の過剰な反応を引き起こした。
- ③ 強毒性ではなく心配はあまりないとする情報がある一方、不安をあおるような情報もあり、県民が混乱した。

(5) 対策計画を見直さない場合、強毒性のウイルスが流行すれば、以下のように大きな混乱を生じる可能性がある

- ① どのレベルを強毒性とするか、死亡率はすぐには把握できないことと、死亡率も連続数であるので、何%以上を強毒性とするかは決定困難である。
- ② 一般医療機関の患者受け入れ拒否がさらに強くなる。
- ③ 住民がパニックを起こし冷静な対応ができなくなる。
- ④ 感染がおればマスコミ等で患者のプライバシー侵害になりかねない過激な報道がなされる。
- ⑤ 死因に関する適切な検索がなされないまま死亡例が公表されれば、住民のパニックを増幅する。

(6) 被害想定は妥当であったのか

対策計画の基本的根拠となっているスペイン風邪のパンデミック時と同じということが、現在の想定として適切か。

- ① 90年前の流行時と比較して、医療体制の整備状況や医療技術の水準は、明らかに異なっている（点滴、検査、抗ウイルス薬、人工呼吸器等）。
- ② 被害を軽減するために必要な医療体制の整備については、何が適切であるかを継続して検討する必要がある。

(7) 対策の目標の明確化の必要性

- ① 「一例も感染者をださない」とか、「一例も死亡者を出さない」というような実際には困難な目標を挙げる傾向にあった。
- ② 死亡率を下げることを目標にするのは現実的だが、対策の有効性を検証することは難しい。
- ③ 発症のピークを遅らせという目標は、「どれくらい遅らせるのか」を設定することが必要で、一方、ピークが遅れれば対策が長期化してしまうというデメリットもありうる。
- ④ ワクチンができるまでには少なくとも4ヶ月はかかるため、ワクチンによる対策の効果がでるまでに時間が必要になる。
- ⑤ いつまで強力な対策を続けるのか、いつから対策を緩めるのかの目安が必要である。

3. 行政の課題と改善に向けて

(1) 今回の経験から、決断の遅れから対策は遅れる傾向にあった。たとえ精緻な分析ができなくても、可能な限り多くの情報を把握することによって、適切な時期に対策の判断をする必要があると思われた。

(2) 歴史的に振り返り、これまでの健康危機管理事例では行政の対応が遅い場合や不十分な場合、事後に責任追及を受けることが多かった。このような過去の経験もあってか今回過剰な対応をする場面が多く見受けられた。情報が不十分な時点での適度な対応を行うことの難しさが明らかになった。特に国、県、市町村と順に情報が流れて対応をする時、国より県、県より市町村が過剰な対応をする事例が見受けられた（例 国が中学校、高校の休校対応を勧めると県は小学校を加え、市はさらに保育所、高齢者施設も加えて休止させる等）。

保健所及び本庁の対応

保健所及び本庁の対応に関する研究

研究分担者 緒方 剛（茨城県筑西保健所）

A. 調査目的

全国の保健所及び都道府県等本庁の初期の対策の状況等について基礎資料として記録する。また、これまでの対応についての評価に加えて、今後想定される事態について検討し、新型インフルエンザ発生に対して迅速かつ適切に対応し、社会的混乱を防止できる対応方策について提言する。

B. 調査方法

1. 保健所に対するアンケート調査

アンケート調査の素案を、8月3日から8月10日まで全国保健所長会のウェブサイトに掲載し、意見募集を行った。

8月14日に電子メールにより、全国510保健所の保健所長あてにアンケート調査を発送した（資料1）。うち、「調査1. 保健所長用」の回答は、できるだけ保健所長自身が記載または確認するようお願いし、「調査2. 保健所担当者用」の回答は、保健所の担当者が所長と相談の上ご記載すればよいこととするとともに、事例等に関係する資料の提出を求めた。なお正確な数が不明の場合は、概数による回答でよいこととした。回答は電子メールで回収した。

2. 都道府県等本庁に対するアンケート調査

都道府県、政令指定都市等保健所設置市（東京特別区を除く）の感染症担当課111か所に対し、患者発生、医療体制整備、学校等休業等について、8月下旬にアンケートを電子メールで送信し、電子メールで回収した（160頁 資料2）。

3. 検討

関係者による検討会議を、8月17日、11月22日、12月1日と3度開催した。また、10月20日に全国保健所長会総会において意見交換を行った。

保健所及び都道府県等本庁への調査の結果に基づき、自治体における新型インフルエンザに対する対応状況および予測と異なっていた問題点について整理した。また、国および自治体の新型インフルエンザ対策について評価するとともに、今後の対応方策等について検討を行った。

C. 調査結果

1. 保健所に対するアンケート調査結果

回答率を上げるために電子メールにより2回催促を行い、最終的に9月末に締め切った。回答率は、無記名のものを含めて所長用66%、担当者用65%であった。所長用の回答率を設置者類型別にみると、都道府県が67%、指定都市が59%、中核市・政令市が73%、23区が48%であった。

調査結果詳細は、別添の調査集計結果（166 頁 資料 3）のとおりである。

なお集計結果資料中、自治体名の記載がある場合は固有名詞を削除し、原則として「都道府県」「保健所設置市」または「市区町村」などに改めて表記した。明らかな誤字、誤表記と考えられるものは改めた。また、集計された結果及び自由記載については原則として削除はしないこととした。

以下においては、所長用調査（主に評価）と担当者用調査（主に事実関係）をまとめて記載する。

（1）新型インフルエンザ発生前の準備

新型インフルエンザ発生前に新ガイドラインを関係職員が読んでいたかについては、「十分に読んでいた」または「どちらかといえば十分に読んでいた」を合わせると 87%であった。

自由記載では、保健所における事前の準備が役に立ったとの記載がある一方、強毒性に対する準備であったため混乱がみられたとの記載もあった。

（2）保健所の人員・体制

保健所の平均職員数は、総数 64 人、うち医師・歯科医師 1.8 人、保健師 16 人、その他の技術系職員 24 人であった。都道府県型保健所では、総数 45 人であった。

保健所の職員のうち、保健師の人数は対応に「十分でなかった」および「どちらかといえば十分でなかった」を合わせると全体の 66%であった。保健所の職員のうち、医師の人数は対応に「十分でなかった」および「どちらかといえば十分でなかった」を合わせると全体の 63%であった。近畿地区においてこれらの割合が高かった。

自由記載においても、職員はよく努力したとの記載がある一方、保健所の人員や保健所医師が不足し負担が大きかった、今後は過大な負担に対して専門職員を含む保健所の人員増強が必要であるとの記載が、少なからず見られた。また、保健所内の連携について、連携がよい場合業務をうまく処理できた、連携に課題がある場合担当職員の負担が大きかった、保健所長の役割が十分果たせない状況であった、今後は保健所の所内連携、対応体制を強化する必要があるなどの記載があった。

（3）保健所の事業継続

新型インフルエンザ発生前に保健所の事業継続計画（BCP）を作成できていたかについては、「作成できていなかった」または「どちらかといえば作成できていなかった」を合わせると 71%であった。

新型インフルエンザ発生以降、保健所の業務で実際に縮小、中止、延期したものが 44%の保健所であり、これらの検討をしていない保健所は 19%であった。

自由記載においては、今後はBCPの作成が必要であるとの意見があった。

（4）保健所と都道府県本庁との連携

保健所以外の職員の応援を得た保健所は 48%であり、このうち本庁または他の事務所の職員応援を得た保健所が 36%、統合組織内の保健所以外の職員の応援を得た保健所が 39%、臨時雇い上げ職員を得た保健所が 25%であった。

自由記載では、保健所と都道府県庁との連携が役に立った保健所がある一方、都道府県本庁や各機関からの支援、連携が不十分な保健所や、保健所ではなく本庁が決定する場合に問題があった保健所もあった。今後については、都道府県本庁や他部局との連携強化、支援を図る必要がある

る、保健所への権限付与を行う必要があるなどの記載があった。

(5) 市町村・地域医師会などの地域関係機関との連携

市町村（市型保健所では他の部局）に対し、助言、情報提供、打ち合わせまたは研修を行った保健所は97%であった。医師会に対し、助言、情報提供、打ち合わせを行った保健所は96%であり、指定都市でやや低かった。

都道府県型保健所について市町村への支援を自己評価した場合、「うまくできていた」および「どちらかというとうまくできていた」を合わせると全体の78%であった。市型保健所について都道府県の本庁や保健所との連携を自己評価した場合、「うまくできた」および「どちらかというとうまくできた」をあわせると、指定都市では57%、政令・中核市、特別区はそれぞれ83%、82%であった。

対応のための地域の医師会との連携について自己評価した場合、「うまくできた」および「どちらかといえはうまくできた」を合わせると全体では85%であった。特別区はすべての保健所が「うまくできた」または「どちらかといえはうまくできた」と自己評価していた。

自由記載では、保健所と医師会など地域関係機関との連携・情報提供が役に立った保健所がある一方、保健所と市町村などの地域関係機関との連携や情報提供に課題がある保健所や中核市と都道府県との連携に問題のある保健所もあり、今後については管内の市町村などの関係機関との連携を強化する必要があるとの記載があった。

(6) 必要な情報

「対応に必要な情報は十分に情報源から得られたかについては、「十分だった」および「どちらかといえは十分だった」を合わせると全体の70%の保健所であった。特別区は全保健所で十分だったと回答した。

今回の新型インフルエンザ対応で特に有用だったウェブサイトは、国・厚生労働省、国立感染症研究所が70%以上と最も高かった。次いで、マスコミ報道、CDC、都道府県本庁、全国保健所長会のサイトが20%以上であった。地域区分では、特別区で都庁サイトが高く全国保健所長会サイトが低く、近畿地区で国・厚生労働省サイトが低く、近畿地区、九州・沖縄地区でWHO、CDCサイトが高かった。

自由記載では、国、都道府県本庁、国立感染症研究所からの情報が遅い、マスコミよりも情報が遅い、知見や対策についての情報がほしいなどの記載があった。

(7) 入国者への健康監視

健康監視は最大で、一日概ね平均5人の職員（外部の応援を含める）が担当した。

健康監視は平均実人員189人に対して行われたが、70%の保健所では実人員150人未満であった。健康監視は初期において一人の対象者に65%の保健所が終了日まで毎日実施した。

健康監視において検疫との連携はうまくいったかについては、「うまくいった」および「どちらかといえはうまくいった」を合わせると76%であり、特別区では低かった。監視対象者への連絡・健康観察において、問題やトラブルがあったかについては、「なかった」および「どちらかといえはなかった」を合わせると75%であった。

(8) 発熱相談

発熱相談担当（所外からの応援を含む）の1日最大要員は、平均9人であった。平均相談件数は平均で、5月までは1000件、6月が519件、7月が228件であった。5月までは近畿地区、6

月以降は関東甲信越地区が多かった。発熱相談のピーク時における保健所の土日・祝日対応は、93%の保健所が所に出勤して毎休日対応した。発熱相談のピーク時における保健所の夜間対応(24時間対応)は、62%の保健所が通常は在宅で毎日対応したが、近畿地区では54%の保健所が所に当直して毎日対応した。自由記載では、人員の負担は特に発熱相談が集中した際に大きかったとの意見があった。

発熱相談センターについての評価は、「うまくいった」および「どちらかというとうまくいった」を合わせると92%であったが、近畿地区では67%とやや低かった。発熱相談センターと発熱外来の連携についての評価では、「うまくいった」および「どちらかというとうまくいった」を合わせると93%であった。発熱相談での重大な苦情やトラブル例に関する自由記載では、受診の基準に関するもの、医療機関の診療体制・受診拒否に関するもの、発熱相談体制に関するもの、電話回線に関するものなどがあった。

(9) 発熱外来

保健所管内の発熱外来設置か所数は、6月の運用指針変更前の時点で平均3か所、近畿地区では9か所であった。73%の保健所で1-3か所であった。発熱外来を医療機関(周辺の場所を含む)以外にも設置したかについて、90%の保健所は設置していないが、九州・沖縄地区では17%が設置していた。自由記載では、医療機関以外の保健所などに設置した医師による発熱外来・発熱トリアージにおいては、治療ができない場合などに問題が生じたとの意見があった。

発熱外来のうち、医療機関(周辺の場所を含む)に設置されかつ医師会や他の医療機関から医師の応援・派遣がなかったものは85%であった。

発熱外来設置のため、管内の医療関係者への協議や要請を行っていた保健所は87%であった。

発熱外来の受診件数の平均は、5月は48件であり、6月は23件であり、近畿地区が多かった。6月の運用指針変更前の時点での保健所の基準では、まん延国・地区への渡航・旅行歴がない患者も発熱外来への紹介対象としたかについては、「対象としなかった」のは49%、「クラスターなどのため保健所が必要と考える場合には対象とした」のは32%、「医療機関から要請があった場合は対象とした(前記を除く)」のは17%であった。特別区では「クラスターなどのため保健所が必要と考える場合には対象とした」割合が高かった。

「国が発熱外来の設置を指示し、その後一般医療機関での診療に移行したこと」については、「当初は良かったがより早い時点で廃止すべきだった」と回答した保健所は68%であった。「概ね妥当だった」と回答した保健所は22%、「当初においても発熱外来は不要であった」と回答したのは全体では9%であり、近畿地区はやや高かった。

今後は発熱外来を廃止して一般医療機関で診療を行うかについては、「一般医療機関のみで診療を行う」のは75%であり、「一般の医療機関と発熱外来の両方で診療を行う」のは21%であった。

「一般医療機関のみで診療を行う」割合は、特別区、指定都市、近畿地区、東海・北陸地区でやや高く、北海道・東北地区で低かった。自由記載では、今後は外来医療体制の確保・調整や院内感染防止の啓発が必要であるとの意見があった。

(10) 入院医療

6月の運用指針変更前の時点で、入院勧告に基づき入院させることが可能な管内の病院数は、平均で1.2病院であり、1病院の保健所が49%、病院なしの保健所が29%であった。入院勧告に基づき入院させることが可能な管内の入院可能最大病床数は、平均は約16床であるが、70%の保

健所で10床未満であった。

入院措置に対応する入院医療機関の確保のため、管内の病院への協議や要請を行った保健所は79%であった。指定都市、特別区でやや低かった。これまでの発生患者数に対して、病床確保は「十分確保できた」および「どちらかといえば確保できた」を合わせると86%であった。

受け入れ病床については、今後の重症入院患者発生に対して、「十分でない」および「どちらかといえば十分でない」は65%であった。自由記載では、今後は重症・入院患者の医療体制の確保・調整や医師確保が必要であるとの意見があった。

(11) PCR検査・確定患者数

PCR検査は、7月末までに平均39件行われた。

7月末までの平均確定患者数は、孤発は9人、集団発生は6人で、近畿地区が多かった。

(12) 積極的疫学調査・予防投薬、クラスター・サーベイランス

積極的疫学調査を行った濃厚接触者数は、7月末までに平均89人であり、近畿地区および関東甲信越静地区が多かった。

予防投薬は6月19日頃（国が新しい運用方針で予防投与の方針を変更する前の時点）までに平均10例に行われ、近畿地区および関東甲信越静地区が多かった。6月19日頃まで濃厚接触者のうちどういう原則で予防投薬の対象としたかについては、「濃厚接触者全員」を対象としたのが39%、無回答が35%であった。6月19日頃までの予防投薬の実施主体は、「保健所医師」が43%であり、無回答が43%であった。

クラスター・サーベイランスは調査時点で、2例以上のA型陽性患者がいる全ての施設・集団を対象に実施している保健所は、74%であった。患者が発生した場合、積極的疫学調査の対象は調査時点でどれに近いかにについては、「集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者の一部」が31%、「集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者全て」が30%であった。

濃厚接触者への通勤・通学について、調査時点で外出自粛を要請するかについては、「症状がある場合を除き、通勤・通学の自粛を要請しない」保健所が65%、「書面にはよらないが、通勤・通学の自粛を要請する」保健所が31%であった。

クラスター・サーベイランスおよび積極的疫学調査の実施については、「適切に実施できる」および「どちらかといえば適切に実施できる」と合わせると55%であった。自由記載では、クラスター・サーベイランスや積極的疫学調査の負担が大きい、今後見直すべきであるとの意見があった。

(13) その他の対応

自由記載で、今後は住民の感染防止啓発や国のワクチン政策が必要であるとの記載があった。

(以下は、自由記載における上記に述べたこと以外の主なものである。)

(14) 国の対応

全般の評価としては、国の対応はよかったという記載も政策決定過程に改善が必要であるという記載もあった。

その中で、対策の方針変更について、対策の変更が遅れており迅速に見直すべきであったとの意見が特に多い一方、対策の変更は慎重にすべきであったとの意見もあった。一方、事前に定めた行動計画が誤っていたとの批判は多くなかった。また、段階をまん延期とすべきであった、弱毒性等により季節性インフルエンザと差がないので、季節性と同様の対策・法的位置づけをすべ

きであったなどの記載があった。

行動計画については、策定された事前の計画は有用であったとの記載がある一方、計画の見直しが必要であるとの意見があった。

国と現場との関係については、現場の状況を把握し対策を行ってほしいとの記載があった。また、対策は国で統一の方針を示すべきであるとの意見と、対策は各都道府県の状況や裁量に委ねてほしいとの意見の双方がみられた。

国からの情報提供については、情報は的確にわかりやすく出してほしい、対策についての情報を迅速にマスコミより早く連絡してほしい、内外の流行状況や科学的知見についての情報をもっと提供してほしい、大臣の発言は冷静さを欠いていることがあったなどの意見があった。

今後については、医療や保健所の体制整備のための予算措置を講じてほしいとの意見が多かった。

(15) 都道府県本庁の関係者の対応

地域、現場の実情に合った対策を実施してほしかった、都道府県としての意思決定、情報提供が迅速でなかった、都道府県の組織や人材（医師を含む）が弱体である、保健所に決定権がなくうまくいかない、都道府県と保健所を設置する市との連携に問題があるなどの記載があった。

(16) 国立感染症研究所

科学的知見や流行状況を迅速、的確に情報提供してほしい、ウイルス検査の技術支援や研究をしてほしい、研修を実施してほしい、国は人員、予算を充実してほしいとの記載があった。

(17) マスコミの対応

マスコミは（6）（141頁）に記載したように有用な情報源として機能していた一方で、マスコミ報道について、適切な報道や人権への配慮などの観点から検証を求める記載があった。

(18) 全国保健所長会、本研究班

国への要望、評価などをしてほしいとの記載があった。

2. 都道府県等本庁に対するアンケート調査結果

9月3日から10月28日までに83か所から回答があった（回答率74.8%）。

詳細は「新型インフルエンザA（H1N1）都道府県等対応調査の結果と考察」（291頁資料4）のとおりである。数値等は8月24日までの状況である。

以下においては、主な結果を記載する。

(1) PCR検査と確定患者数

人口10万人に対する実施数は15、うち確定患者数は8人で、比率は57%であった。

集団発生については、人口10万人に対する発生数は3で、確定患者数は3人、疑似症患者数は11人であった。

1日あたりのPCR検査可能数は46であった。

自由記載では、検査担当者、検体の回収・搬送、経費と機器などの課題が指摘された。

(2) 業務継続計画（BCP）とマニュアル

BCPを策定していたのは、29%のみであった。

自由記載では、病原性が高くない場合の対策の検討などの記載があった。

(3) 医療体制

医療機関併設型の発熱外来を設置した場合の、6月の運用指針変更までの平均設置数は、設置した都道府県で32か所、保健所設置市で6か所であった。入院医療機関の平均確保数は、都道府県の場合、6月の運用指針変更までで18病院、322床であり、まん延期に対して調査時点で55病院、4308床であった。

特別な患者への診療体制では、小児及び透析患者ではかかりつけ医が多いのに対し、妊婦では未定・不明が多かった。

医療機関への補助で多いものは、防護具、人工呼吸器、間仕切りの順であった。

(4) 学校等の休業

学校等の休業については、52%で基準が設けられていた。

(5) その他

自由記載で、自治体などへの情報提供が不十分又は遅い、県庁内部の組織体制のあり方等の問題などの記載があった。

D. 考察

新型インフルエンザの初期対策の評価と提言

今回のアンケート調査で指摘された初期対応における問題点を踏まえ、今後の健康危機管理や将来における強毒性も含めた新型インフルエンザ再流行に備えて、新型インフルエンザ対策についての現段階での評価と提言の考え方を提示する。ただし、本調査は初期対応についての保健所による評価であり、また国の対策については主に自由記載による回答であるとともに、新型インフルエンザの流行と対策は今もなお進展中である。

今後は、初期以降の医療体制確保、予防接種などについての調査、国の対策や報道、感染者の人権などに関する調査、および保健所以外の関係者による検証、ご意見も踏まえて、最終的な提言を検討する必要がある。

1. 新型インフルエンザへの初期対策の経緯

(1) 事前の準備

近年高病原性鳥インフルエンザH5N1が東南アジアなどで流行したことから、新型インフルエンザの発生に対応するため、国は平成17年12月に「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定するとともに、抗インフルエンザ薬の備蓄を行った。また、保健所長を含めた公衆衛生学、医学の専門家からなる専門家会議は、平成19年2月に「新型インフルエンザガイドライン（フェーズ4以降）」を策定した。さらに、まん延期における対策を強化すべきであるという意見があったことなどから、平成21年2月には関係省庁対策会議において、次の2点を主たる目的として行動計画およびガイドラインの改定を行った。

1. 感染拡大を可能な限り抑制し、健康被害を最小限にとどめる。
2. 社会・経済を破綻に至らせない。

保健所、自治体などでは、行動計画およびガイドラインに沿って、地域の関係者と連携して積極的疫学調査の訓練、発熱外来設置や病床確保などの準備を開始していた。

(2) 海外発生期

行動計画の改定からほどなくの平成21年4月21日に、小児の豚インフルエンザA(H1N1)

感染について米国CDCが報告し、またメキシコなどでは相当数の死者が発生していることが報道された。4月27日にはWHOがインフルエンザパンデミックをフェーズ4に引き上げた。4月28日から国は、行動計画に沿ってまん延国から入国した者に対する厳重な検疫（水際対策）を実施するとともに、保健所に対し入国後の健康監視を指示した。また地域における封じ込めのため、保健所などは発熱相談センターを設置するとともに、渡航歴のある発熱患者が受診するための発熱外来が設置された。なお行動計画においては、水際対策および封じ込めは国内の発生、拡大を遅らせる機能を担っているものである。

国からは、国内における発熱を伴う原因不明の急性呼吸器疾患の集積などの報告も求められていたが、インフルエンザ様疾患の集団発生への対応等の表現はなく、PCR検査や症例定義の対象が原則としてまん延国への渡航歴がある者に限られていたこともあり、それ以外の者への対応は行われなかった。5月8日に成田空港の検疫で3名の患者が発見され、さらに停留された者からも患者が発見された。5月初めには海外から、発症者の多くは軽症であることが報告されつつあったが、成田空港で発見された患者の症状はこれと矛盾するものではなかった。なお、8日より前に入国した者の中で患者が発生したことが、後に明らかになった。

（3）国内発生期

5月16日に兵庫県、ついで大阪府で、渡航歴のない高校生などの新型インフルエンザの集団発生が報告された。その直後から、管轄の保健所は発熱相談センターに問い合わせが殺到し、積極的疫学調査実施などの対策が困難になった。行動計画では本来、このような場合には都道府県の判断で発生の段階をまん延期とし、発熱外来以外の一般医療機関での診療実施および入院措置の中止を行えることとなっていた。しかし、段階の変更はなされず、一般医療機関での診療、入院措置中止および一週間程度の休校などの社会的措置が実施された。このころには海外から、新型インフルエンザの深刻度は重度ではないが、基礎疾患を有する若年者や妊婦では重症化しやすいなどの知見が報告されており、また近畿地区においても患者の多くは軽症であった。

5月22日には、国は行動計画を改正しないままに、新たに「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」を定め、我が国を「感染の初期、患者発生が少数であり、感染拡大防止に努めるべき地域」と「急速な患者数の増加が見られ、重症化の防止に重点を置くべき地域」との二つに分けて、急増地域において柔軟な対応をとれる対策がとられることとなった。このころ、保健所などでは発熱相談と発熱外来受診の数が増加していたが、その後減少に転じた。

WHOは6月12日にフェーズ6の宣言を行うとともに、各国に対し柔軟な対策の実施を求めた。全国保健所長会長は本研究班の関係者による議論をもとに、6月16日に国に対して、入院措置の見直しと医療体制の再構築、症例定義の変更、サーベイランスの見直しなどの要望を行った。6月19日に国は専門家の意見などを基に運用指針を改定し、大規模な患者数増加などに備えて、入院措置の廃止と一般医療機関における外来診療を含む医療提供体制の整備、患者全数把握の中止とクラスター・サーベイランスの実施、検疫の簡略化などの方針を定めた。これらは、7月ごろまでに順次実施された。その後の患者増加により、保健所はサーベイランスと積極的疫学調査の業務が増加した。

2. 保健所の初期対策に関する教訓と提言

(1) 全国の保健所における対策の状況の推計

保健所担当者用アンケートは全国 510 保健所のうち 65%の保健所から回答があった。このことから、新型インフルエンザが4月末に発生して以降初期の、全国の保健所における対策の状況は、概ね下記のように推計される。ただし、回答した保健所の選択にバイアスがあることから、推計には限界がある。

- 健康監視は約 10 万人の対象に対し、約 3 千人の職員が対応した。
- 発熱相談は7月までに約 90 万件あり、最大約 5 千人の職員が対応した。
- 約 1.5 千か所の発熱外来に対し、6月までに約 4 千件の受診があった。
- 入院勧告に基づき入院については、約 6 百病院、約 8 千床が確保された。
- 7月までに、PCR検査が約 2 万件実施され、約 5 千人の孤発患者と約 3 千人の集団患者が確定し、約 5 万人に積極的疫学調査が行われた。

(2) 発生前の準備と事業継続

多くの保健所職員は、事前にガイドラインを読んでいた。十分には読んでいない職員が一部にいたが、新型インフルエンザが年度初めに発生し、保健所以外などから異動してきた職員がいたことによるものと思われる。

一方、事業継続計画（BCP）は多くの保健所で作成されていなかった。多くの保健所が事業の縮小、中止、延期又はその検討を行っていた。保健所は今後備えて、事業継続計画の作成を進める必要がある。またそのためには、国の制度的支援も必要である（151 頁（7）参照）。

(3) 人員の不足

保健所は対策に努力したと考えるが、人員数は不足傾向にあり、特に保健師、医師は過半数の保健所で不足し負担が大きかった。また突発的に集中して業務負担が生じた保健所では、人員の不足は著しく、夜間も職員の当直が必要となった。人員数の不足による発生時の過大な業務負担の軽減のためには、まず保健所内の職員の連携によって担当以外の職員の業務への参加を求める必要がある。また本庁や他の出先機関との連携により担当以外の職員の業務への参加を求めるとも必要である。

一方、保健所の職員数は交付税措置にもかかわらず行財政改革などにより削減されてきているが、医師及び保健師については他の機関からの応援による確保は容易ではなく、住民の健康、安全を守るといふ保健所の責務を果たすためには、必要な専門職の人員数を確保すべきである。

(4) 都道府県本庁との連携

保健所と都道府県本庁との連携が役に立った保健所もあり、連携が不十分な保健所もあった。

両者の緊密な情報交換と連携に加え、本庁の迅速、的確な意思決定と保健所への支援が、対策にとって重要である（148 頁 3 参照）。

(5) 地域における関係機関との連携と医療体制確保

ほとんどの保健所は管内の医師会や市町村（市型保健所では他部局）に対し、助言、情報提供、打ち合わせなどを行い、また多くの保健所は医師会との連携や市町村への支援がうまくできたと考えていた。特に地域の医療体制の整備については、発熱外来の設置や入院医療機関の確保のため、多くの保健所が管内の医療関係者への協議や要請を行っていた。保健所は感染症に対する地域医療体制の確保のために重要な機能を果たしていると考えられる。他方、医師会など地域医療の側

からの保健所に対する評価も必要である。

現在、流行ピーク時の医療体制の確保や予防接種場所の確保が課題となっており、保健所の一層の積極的関与が望まれる。今後も、保健所と地域の医師会、医療機関や市町村との連携を一層積極的に推進することが望ましい。

(6) 感染拡大防止業務

保健所は国、都道府県本庁の指導下で、概ねガイドラインに沿った手順によって順に、健康監視、発熱相談、発熱外来受診支援、積極的疫学調査など様々な感染拡大防止業務を担い、多くの保健所は休日も夜間も対応した。保健所長への調査においては、これらの業務はある程度うまくできていたとの回答が多かった。ただし、本調査は自己評価であるため全般的に評価が甘くなっている可能性があり、保健所が本当に機能を果たしたかについては、今後地域の医療機関、住民や専門機関による評価が必要である。

なお、医療機関以外に設置された発熱外来については、治療が実施できない場合には、それを住民に周知する必要がある。

(7) 公衆衛生の現場における保健所の役割

まん延国・地区への渡航・旅行歴がない患者について、保健所や医療機関が必要と考える場合は発熱外来への紹介対象としていた保健所が、相当数見られた。また多くの保健所は、国、国立感染症研究所、都道府県本庁などから情報を得ていたが、近畿地区などでは、CDC、WHOなどから情報を得ていた保健所も少なくなかった。

全国的に発生した新型インフルエンザであるが、地域における発生状況、保健医療の資源、住民や地域社会の特性などによって、対策における課題は様々である。保健所長は地域の問題について、国や都道府県等本庁の指示をただ待つだけではなく、進んで地域や医療の現場で起こっている状況を把握し、意見を聞き、問題となる課題について自らによる解決を検討するか、又は関係機関などに発信していく積極的な姿勢が望まれる。

なお全国保健所長会も、保健所の意見集約と国への情報発信に努めるべきである。

3. 都道府県等本庁の初期対策に関する評価と提言

(1) 本庁の体制

本庁においてはマニュアルを機械的に運用するのではなく、国の対策変更や地域の状況に応じて、迅速、的確に対策について意思決定するとともに、必要に応じて国への情報提供を行うべきである。このためには、医師職員配置を含めた健康危機管理部門強化を行う必要がある。

また、今後事業継続計画（BCP）の作成を進める必要がある。

(2) 保健所の支援

保健所に対しては、保健所との適時の情報交換と連携を進めることが必要である。また、現場にあった対策の実施や地域医療体制整備のため、必要な権限付与を行う。

特に、近畿地方のように突発的に集中して業務負担が生じた場合に迅速に保健所の発熱相談などの業務をバックアップする体制について、検討しておくことが必要である。

4. 国の初期対策に関する評価と提言

(1) 健康危機管理におけるエビデンスの不確実性

今回の新型インフルエンザでは、ウイルスの病原性等が行動計画で示されていたものとは異なっていたこともあり、様々な混乱が生じた。

およそ健康危機管理は人の生命、健康に関わるため、不十分な状況予測やエビデンスのなかで対策を立案・実施しなければならないことが少なくない。例えば今回の新型インフルエンザにおいては、当初はその病原性が不明であり、また小児の肺炎、脳症による重症化の重要性も、ある程度時間がたってから明らかになった。

水俣病や薬害エイズ、予防接種などの公衆衛生の歴史から行政が得た教訓は、社会的措置が不十分であるために健康被害が拡大したことが後に明らかになった場合は、行政は社会的、司法的に制裁を受ける可能性があるということである。したがって適切な対策の程度が不明確な場合においては、計画および当初における対策は、結果的に過剰になったり、その縮減、緩和が慎重になったりすることはあり得る。

ただし、感染症対策における公衆衛生上の措置は、身体的自由などの基本的人権に関するものを含むことから、社会的、経済的措置に比べて一層、人権の制限と社会の利益の間での慎重な考量が求められる。

(2) 対策の方針変更

健康危機管理対策が不十分な予測やエビデンスのもとに実施されるとすれば、その後に予測がはずれたり、状況が変化したり、対策に伴う問題が現場で生じたりする可能性がある。したがって行政は対策を不断に見直し、修正の必要があれば迅速に変更するという謙虚な姿勢が必要である。新型インフルエンザ行動計画においても「適時適切に修正を行うこととする」と記載されている。

今回の流行では、当初において厳格な水際対策にリソースが振り向けられる一方で、国内における発生については原因不明の急性呼吸器疾患の集積などの報告にとどまり、インフルエンザ様疾患の集団発生への対応等の表現はなく、結果として集団発生への対応が十分でなかったのは、今から考えるとややバランスを失っていた可能性がある。今後においては、海外発生期においても渡航歴のない患者について、集団発生のサーベイランスに加えて、PCR検査、症例定義が考慮されるべきである。

その後の対策においても、状況の変化に応じた対策の方針変更又は縮減、緩和が必ずしも迅速ではなかったと考えられる。例えば病原性が次第に明らかになり、また感染が少しずつ拡大するなかで、人権の尊重及び保健医療資源の適正な配分の観点からも、国内症例が発生した後には水際対策が簡略化され、6月初めには入院措置が中止され、夏季の地域において流行が広がった時期には当該地域での積極的疫学調査の簡略化が実施された方がよかったのではないかと、現場からは考えられる。また、濃厚接触者の外出自粛についても、国の担当者からの事務連絡では現場の実態に即して自粛が不要と変更されたのに、国の運用指針では長い間変更されなかったが、より早く削除すべきであった。

なお、季節性インフルエンザと同様の対策・法的位置づけをすべきであったとの意見があったが、季節性インフルエンザと比較して新型ウイルスの影響は同一と見なすことはできず、法に定められた情報の公開及びその他の新型インフルエンザ特有の対策は一定程度必要と考える。

今後は新型インフルエンザに関する知見の把握や状況の変化に応じて、定められた計画、方針を迅速、柔軟に変更または緩和すべきである。また変更のための手続きを、事前に定めておく必要がある。

また対策変更が遅れた理由と関連して、国のさまざまな関係者間の意思疎通が十分であったかについて、検証が望まれる。例えば、上記のように濃厚接触者への外出自粛については、国の見解に不一致がみられた。また、国内における集団発生後、行動計画も段階も変更されないままに、行動計画とは異なる内容の運用指針が示された。今後は内閣関係省庁と厚生労働省を含めて、国の内部における情報共有を図ることが必要である。

(3) 現場の状況の把握

行政が対策を立案した場合は、保健や医療の現場の状況や意見を把握した上で実施または変更を行うことが必要である。国の担当者は初期には特に多忙であったという事情はあるとは思われるが、保健や医療の現場の状況を踏まえた対応が十分ではなかったと考える。

他方、現場から出される意見は全ての確なものに限られるわけではなく、また臨床の専門家が必ずしも健康危機管理対策の専門家とは限らない。国の担当者は保健や医療の現場で起こっている状況を把握し、意見に耳を傾け、医学や行政に関する知識、経験に照らして取捨選択し、制度に翻訳し、望まれる方向へ対策を立案していくことが求められる。

新型インフルエンザの発生前に設置された専門家会議では、ガイドラインなどを策定する際に保健所長もそのメンバーとして役割を果たした。新型インフルエンザ発生後に開催された諮問委員会の参加者は研究者や臨床医学会が主であるが、実地医家や保健所長などの現場の関係者の委員会への参加や国と全国保健所長会との定期的な情報交換などにより、現場の状況について意見を得るべきである。

(4) 対策の全般的評価

上記のような問題はあったが、わが国では、少なくともこれまでは欧米諸国に比べて重症者、死亡者が必ずしも多くはないと考えられる。その理由として国による事前の行動計画策定などによる準備および医療や薬剤へのアクセスがよいことが考えられる。そのほか国の指導下での、保健所を始めとする公衆衛生システムによる行動計画に沿った対応が、感染拡大を遅らせることにある程度貢献している可能性もあるかもしれない。

いずれにせよ、行動計画で定められた「感染拡大を可能なかぎり抑制し、健康被害を最小限にとどめる」などの目的が我が国においてどの程度達成されたかについて、国際比較も含めて今後評価が必要であると考えられる。

(5) 適切な情報提供

特に発生初期においては、保健所、医療機関はなかなか国からの正確な情報を得ることができず、また国のウェブサイトも整理されておらず、そのため報道された情報についての住民からの問い合わせに対して適切に答えることができなかった。国は、保健所、医療機関、国民に対して、よりの確、迅速な情報の伝達が求められる。そのためには連絡ラインの確立のみならず、記者発表資料や事務連絡は原則として直ちにウェブサイトに公開するとともに、保健所などに電子メールが送られることが望まれる。

また対策を事務連絡し、またはウェブサイトを示す場合には、指示内容を伝えるのみでなく、当該対策を実施する背景についてもわかりやすく明らかにすることなどにより、メッセージ性の

ある情報伝達を行うことが必要である。特に、記者会見においては、例えば自治体の対策に言及する場合は自治体に確認をとるなどにより、メッセージが冷静に伝わる態度が望まれる。

(6) 健康危機管理対策の基盤整備

感染症などの健康危機管理対策は国民の生命、安全を守る対策である。今後、研究、情報発信、人材育成および自治体への技術支援を促進し、また国の政策立案を支援するために、米国、欧州、中国などのCDCを参考にしながら、国立感染症研究所およびその他の研究班の予算、人員の充実が必要である。

また、欧米からは様々なエビデンスが示されたが、我が国では臨床疫学などのエビデンスが多数報告されたとは言い難く、症例などについての一層の疫学的調査研究が望まれる

さらに健康危機管理対策強化のため、国は保健所、地域医療機関などへの予算、人員などに一層配慮すべきであると考ええる。

(7) 各業務における国と自治体との関係

各段階における様々な課題について、国がどの範囲において統一的に方針を定め、都道府県がどの範囲において裁量を持って対応するか、今後具体的に検討しておく必要がある。例えば、国の対策は基本的な方針に限り細部は都道府県の実情に応じて運用するという考え方もあるが、そのためには、都道府県の対策立案能力の強化が必要である。

また、今回国の国内対策着手が遅れたり、症例定義に困難を生じたりした背景の一つは、衛生研究所におけるPCR検査のリソースが限られており、地域によってはインフルエンザ症例の一部にしか検査を実施できなかったことである。この点を行政は臨床の現場によくご理解いただいた上で、地域において状況に応じた柔軟な検査対象選定が求められる。

さらに、保健所における事業継続計画（BCP）作成を支援するため、保健所の様々な業務の中止、簡略化などのために、法制度又は補助制度に関する具体的措置を検討する必要がある。

学校休業についても、関係省庁とも連携して今回の経験を検証し、考え方を整理して示すことが望まれる。

なお、健康監視に関しては、入国者に対する実施割合や発見された患者数について、別途に調査、検証が必要である。

資料1 新型インフルエンザ対応に関するアンケート調査1

保健所長用

平成21年8月

厚生労働科学研究特別研究班

- ・本アンケートは保健所長がご記載またはご確認ください。
- ・緑の欄にご入力の上、メールで下記アドレスあてご送付ください。

アドレス：influ@jpha.or.jp

都道府県名 (右の回答欄にご記入ください)

保健所名 (同上)

(集計は全国とブロック別に行い、都道府県別、保健所別には公表しません。

保健所名は回答状況の確認及び調査2との突合のみに使わせていただきます。)

回答欄

【 質 問 】

① 新型インフルエンザ発生前に新ガイドラインを関係職員は読んでいましたか。

1. 十分に読んでいた 2. どちらかといえば十分に読んでいた
3. どちらかといえば十分に読んでいなかった 4. 十分に読んでいなかった

② 保健所の職員のうち、保健師は対応に十分な人数でしたか。

1. 十分だった 2. どちらかといえば十分だった
3. どちらかといえば十分でなかった 4. 十分でなかった

③ 保健所の職員のうち、医師は対応に十分な人数でしたか。

1. 十分だった 2. どちらかといえば十分だった
3. どちらかといえば十分でなかった 4. 十分でなかった

(「都道府県型保健所」は④へ、「市型保健所」は⑤へお進みください。)

④ 市町村への支援を自己評価した場合、次のいずれですか。

1. うまくできた 2. どちらかというとうまくできた
3. どちらかというとうまくできなかった 4. うまくできなかった

→ ⑥へお進みください

(質問 ⑤は「市型保健所」のみお答えください。)

⑤ 都道府県の本庁や保健所との連携を自己評価した場合、次のいずれですか。

1. うまくできた 2. どちらかというとうまくできた
3. どちらかというとうまくできなかった 4. うまくできなかった

回答欄

①

②

③

④

⑤

(質問⑥以下は、都道府県型保健所と市型保健所の双方にお尋ねします。)

⑥ 対応のための地域の医師会との連携について自己評価した場合、次のいずれですか。

⑥	
---	--

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. うまくできた | 2. どちらかというとうまくできた |
| 3. どちらかというとうまくできなかった | 4. うまくできなかった |

⑦ 対応に必要な情報は十分に情報源から得られましたか。

⑦	
---	--

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 十分だった | 2. どちらかといえば十分だった |
| 3. どちらかといえば十分でなかった | 4. 十分でなかった |

(3. または4. 十分でなかった場合のその情報についての具体的記述欄)

--

⑧ 今回の新型インフルエンザ対応で特に有用だった情報サイトはどれですか。
(三つまで)

⑧	

- | | | | |
|-------------|------------|-------------|---------------|
| 1. 国・厚生労働省 | 2. 都道府県本庁 | 3. 国立感染症研究所 | |
| 4. WHO | 5. CDC | 6. マスコミ報道 | 7. 他の都道府県・保健所 |
| 8. H-crisis | 9. 全国保健所長会 | 10. 個人ブログ | 11. その他 |

(10. 個人ブログ 11. その他の場合の記述欄)

--

⑨ 新型インフルエンザ発生以降、保健所の業務で実際に縮小、中止、延期したものがありますか。

⑨	
---	--

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. ある | 2. ない (検討はした) |
| 3. ない (検討を行っていない) | 4. その他 |

⑩ 健康監視において検疫との連携はうまくいきましたか。

⑩	
---	--

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. うまくいった | 2. どちらかというとうまくいった |
| 3. どちらかというとうまくいかなかった | 4. うまくいかなかった |

⑪ 発熱相談センターの相談について自己評価した場合、次のいずれですか。

⑪	
---	--

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. うまくいった | 2. どちらかというとうまくいった |
| 3. どちらかというとうまくいかなかった | 4. うまくいかなかった |

⑫ 発熱相談センターと発熱外来の連携はうまくいきましたか。

⑫	
---	--

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. うまくいった | 2. どちらかというとうまくいった |
| 3. どちらかというとうまくいかなかった | 4. うまくいかなかった |

⑬ 発熱相談で重大な苦情やトラブルがあった場合はご記入ください。

(具体的記述欄)

--

⑭ 発熱外来設置のため、保健所は管内の医療関係者への協議や要請を行いましたか。

⑭

- 〔 1. はい 2. いいえ 〕

⑮ 今回の場合、国が発熱外来の設置を指示し、その後一般医療機関での診療に移行したことについてどのお考えが近いですか。

⑮

- 〔 1. 強毒性かどうかわからなかった当初においても、発熱外来は不要であった
2. 当初は良かったが、より早い時点において廃止すべきだった
3. 概ね妥当だった 4. 発熱外来はさらに継続すべきであった 〕

⑯ 今後は発熱外来を廃止して一般医療機関で診療を行いますか。

⑯

- 〔 1. 一般医療機関のみで診療を行う
2. 一般の医療機関と発熱外来の両方で診療を行う
3. 発熱外来のみで診療を行う
4. その他 〕

⑰ 入院措置に対応する入院医療機関の確保のため、保健所は管内の病院への協議や要請を行いましたか。

⑰

- 〔 1. はい 2. いいえ 〕

⑱ これまでの発生患者数に対して、病床確保は次のいずれでしたか。

⑱

- 〔 1. 十分確保できた 2. どちらかというと確保できた
3. どちらかという確保できなかった 4. あまり確保できなかった 〕

⑲ 受け入れ病床については、今後の重症入院患者発生に対してどのように予測されますか。

⑲

- 〔 1. 十分である 2. どちらかというと十分である
3. どちらかという十分ではない 4. 十分ではない 〕

⑳ クラスターサーベイランスおよび積極的疫学調査の実施については、今後どのように予測されますか。

⑳

- 〔 1. 適切に実施できる 2. どちらかというと適切に実施できる
3. どちらかというと適切に実施できない 4. 適切に実施できない 〕

・以下の質問については、特になければ記載しなくても結構です。

これまでの保健所の対応について何かご意見や問題点、反省点があれば、ご記載ください。

(具体的記述欄)

今後の保健所の対応について何か課題があれば、ご記載ください。

(具体的記述欄)

これまでの国、都道府県の対応について何かご意見や問題点、反省点があれば、
ご記載ください。

(国について)

(都道府県について)

(その他関係者について)

今後の国や全国保健所長会の対応について何か課題や提言があれば、ご記載ください。

(機関名に国・新型インフルエンザ対策本部(対策推進室)、国立感染症研究所、
全国保健所長会、本研究班のいずれへの提言であることを明示ください。)

記述欄：機関名

提言内容

記述欄：機関名

提言内容

・ 調査へのご協力ありがとうございました。

新型インフルエンザ対応に関するアンケート調査 2

保健所担当者用

平成21年8月

厚生労働科学研究特別研究班

- ・本アンケートは、保健所の担当者が所長とご相談の上ご記載くだされば結構です。
- ・数をお聞きする問いについて正確な数が不明の場合、概数による回答で結構です。
- ・回答は緑の欄にご入力の上、メールで下記アドレスあてご送付ください。

アドレス：influ@jpha.or.jp

都道府県名 (右の回答欄にご記入ください)

保健所名 (同上)

(集計は全国とブロック別、都道府県別に行い、保健所別には公表しません。

保健所名は回答状況の確認及び調査1との突合のみに使わせていただきます。)

回答欄

【はじめに】保健所及び地域の属性

① 保健所の設置者は次のどれですか。

- [1. 都道府県 2. 中核市 3. 政令指定都市 4. 保健所政令市 5. 特別区]

② 管内人口はどれくらいですか。

- [1. ~10万人未満 2. 10万人以上~20万人未満 3. 20万人以上~30万人未満
4. 30万人以上~40万人未満 5. 40万人以上~50万人未満 6. 50万人以上]

③ 管内市町村数はどれくらいですか。

④ 保健所の職員数は総数で何人ですか。

またその内訳は [1. 医師・歯科医師 2. 保健師 3. その他の技術系職員数]
ごとに、それぞれ何人ですか。

回答欄

①

②

③ 市町村

④	総数	人
	1	人
	2	人
	3	人

【Q1】 対応の体制

① 新型インフルエンザ発生前に保健所の事業継続計画 (BCP) を作成できていましたか。

- [1. 十分に作成できていた 2. どちらかといえば作成できていた
3. どちらかといえば作成できていなかった 4. 作成できていなかった]

② 新型インフルエンザ発生後に保健所以外の職員の応援を得ましたか。

- [1. 本庁または他の事務所の職員の応援を得た
2. 統合組織内の保健所以外の職員の応援を得た
3. 臨時雇い上げ職員を得た 4. 応援を得なかった]

回答欄

①

②

③ 保健所は市町村（市型保健所では他の部局）に対し、助言、情報提供、打ち合わせまたは研修を行いましたか。

③ []

〔 1. は い 2. いいえ 〕

③ 保健所は医師会に対し、助言、情報提供、打ち合わせを行いましたか。

④ []

〔 1. は い 2. いいえ 〕

【Q2】 健康監視

① 入国者への健康監視は概ね実人員何人に対して行われましたか。

回答欄	
①	[]人

② 健康監視は最大で、一日概ね何人の職員（外部の応援を含める）が担当しましたか。

② []

③ 健康監視は初期において一人の対象者に概ねどの頻度で行われましたか。

③ []

〔 1. 一回のみ 2. 事例によって複数回 3. 終了日まで毎日 〕

④ 監視対象者への連絡・健康観察において、問題やトラブルがありましたか。

④ []

〔 1. なかった 2. どちらかというとなかった 〕
〔 3. どちらかというにあった 4. あった 〕

【Q3】 発熱相談センター

① 相談件数は4月から5月で概ね何件でしたか。

6月の相談件数は概ね何件でしたか。

7月の相談件数は概ね何件でしたか。

回答欄	
	5月まで [] 件
①	6月 [] 件
	7月 [] 件

② 発熱相談の担当者数は（所外からの応援も含めて）最大時に一日何人でしたか。

② []人

③ 保健所としては最大対応時には、土日・祝日も発熱相談対応をしていましたか。

③ []

〔 1. 所に出勤して毎休日対応した 2. 通常は在宅で毎休日対応した 〕
〔 3. 時に対応した 4. 対応しなかった 〕

④ 保健所としては最大対応時には、夜間も含め24時間発熱相談対応をしていましたか。

④ []

〔 1. 所に当直して毎日対応した 2. 通常は在宅で毎日対応した 〕
〔 3. 時に対応した 4. 対応しなかった 〕

【Q4】 発熱外来・入院措置

以下の質問は「国が新しい運用指針で発熱外来・入院措置廃止の方針を示す前」の時点についてお答えください。

- ① 保健所管内の発熱外来の設置箇所数はいくつでしたか。
- ② 医療機関(周辺の場所も含む)に設置された発熱外来には、医師会や他の医療機関から医師確保の応援、派遣がありましたか。
 [1. はい 2. いいえ 3. 医療機関またはその周辺には設置されなかった]
- ③ 医療機関(周辺の場所も含む)以外の場所にも、発熱外来は設置されましたか。
 [1. は い 2. い い え]
- ④ 発熱外来には何件の受診がありましたか、それぞれお答えください。
 ・ 5月末までの概ねの件数を記入ください。
 ・ 6月中の概ねの件数を記入ください。
- ⑤ 保健所の基準では、まん延国への渡航歴や国内まん延地区への旅行歴がない患者も発熱外来に紹介する対象としていましたか。
 [1. クラスターなどのため保健所が必要と考える場合には対象とした
 2. 医療機関から要請があった場合は対象とした(1の場合を除く) 3. 対象としなかった]
- ⑥ 入院勧告に基づき入院させることが可能な管内の病院数及び入院可能最大病床数はいくつでしたか。(ない場合は0とお答えください。)

回答欄

① [] 箇所

② []

③ []

④ 5月末 [] 件
6月 [] 件

⑤ []

⑥ [] 病院
[] 床

【Q5】 患者発生への対応

- ① PCR検査は、7月末までに概ね何件行われましたか。
- ② 7月末までの弧発の確定患者数と集団発生の確定患者数はそれぞれ何人ですか。(正確な数が不明の場合は、概数による回答で結構です。)
- ③ 積極的疫学調査を行った濃厚接触者数は、7月末までに概ね何人くらいですか。
- [質問④-⑥は「国が6月に新しい運用指針で予防投与の方針を変更する前」の時点において、新型インフルエンザ患者の発生があった保健所のみお答えください。]
- ④ 予防投薬は6月19日ごろまでに、総数で概ね何例に行いましたか。
- ⑤ 濃厚接触者のうち予防投薬の対象は、6月19日ごろまでは原則としてどのようなでしたか。
 [1. 濃厚接触者全員 2. 基礎疾患を有するなど濃厚接触者の一部
 3. 対象としなかった]

① [] 件

② 弧発 [] 人
集団 [] 人

③ [] 人

④ [] 例

⑤ []

⑥ 6月19日ごろまでに、予防投薬は主に誰が行いましたか。

⑥

- [1. 保健所医師 2. 保健所以外の医療機関医師
3. その他]

(⑦以下の質問は現在の方針についてお答えください。)

⑦ クラスターサーベイランスは現在、2例以上のA型陽性患者がいる全ての施設・
集団を対象に実施しますか。

⑦

- [1. はい 2. いいえ]

⑧ 患者が発生した場合、積極的疫学調査の対象は現在次のどれに近いですか。

⑧

- [1. 弧発を含む患者全例の濃厚接触者
2. 集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者全て
3. 集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者の一部
4. 集団発生のうち確定患者の濃厚接触者
5. その他]

(5. その他の場合の記述欄)

⑨ 濃厚接触者への通勤・通学について、現在外出自粛を要請しますか。

⑨

- [1. 書面により、通勤・通学の自粛を要請する
2. 書面にはよらないが、通勤・通学の自粛を要請する
3. 症状がある場合を除き、通勤・通学の自粛を要請しない]

・以下の質問については、特になければ記入しなくても結構です。

【Q6】 有益な対策や資料の提供

① これまでの新型インフルエンザ対応で、特に伝えたいご経験、特に有効と思われた対策
がありましたか、ご教授ください。

①の記述欄

② これまでの新型インフルエンザ対応で作成された有用と思われる資料等があれば
ファイルを添付してご提供ください。

③ ②の資料は、他の保健所へ提供可能ですか。

③

- [1. はい 2. いいえ]

・調査へのご協力ありがとうございました。

資料2 新型インフルエンザ（A/H1N1）対応アンケート（都道府県、保健所設置市区）

記入上の注意等

- ・都道府県の場合、管内に保健所設置市区があればその部分を除いてお答えください。
- ・時期のうち、年が明記されていないものは平成21年を意味します。
- ・時期が明記されていない場合には、最新の状況を記入してください。
- ・自由記載等で枠内に全てが表示されないくらいに字数が多くても差し支えありません。
- ・原則として、回答いただきました内容をそのままコピーして一覧表に貼り付けます。

質 問		回 答
1. 基本事項	(1) 自治体名	
	(2) 記入者所属（課・係名）	
	(3) 自治体の種類 1 都道府県 2 政令指定都市 3 中核市 4 保健所政令市 5 特別区	
	(4) 管内人口（人）	
2. 8月24日までの新型インフルエンザ（A/H1N1）患者	すべての事案	PCR検査実施数
		確定患者数
		疑似症患者数
	そのうち、集団発生	集団発生件数
		PCR検査実施数
		確定患者数
	疑似症患者数	
3. 自治体の行動計画・マニュアル等	(1) 今回程度の低い病原性のインフルエンザまで想定していたか 1 想定していた（予定を含む） 2 想定しておらず、現在も変更をしていない	
	「1 想定していた（予定を含む）」の場合	想定時期（予定を含む） 平成 年 月
		想定病原性（致死率）（%）
	(2) 庁内業務継続計画（BCP、COOP）の策定 1 策定している（予定を含む） 2 策定の予定なし	
	「1 策定している（予定を含む）」の場合	策定時期（予定を含む） 平成 年 月
		「2 策定の予定なし」の場合、その理由（具体的に）
	(3) 庁内業務継続計画（BCP、COOP）の内容（複数回答） それぞれ該当すれば1，該当しなければ0	縮小・延期する通常業務
		新型インフルエンザ業務に関する他部局の応援
		新型インフルエンザ業務量
		欠勤職員の代替方法
その他 「その他」のその主な内容項目		
(4) 自治体の行動計画・マニュアル等に関するこれまで及び今後の課題（自由記載）		

質 問		回 答			
4. 医療体制	(1) 6月19日国の方針変更に基づき「原則すべての医療機関で診療する」との医療体制に変更したか 1 変更した(予定を含む) 2 変更していない・未定				
	「1 変更した(予定を含む)」の場合	変更時期(予定を含む)	月 日		
		「2 変更していない・未定」の場合、その理由(具体的に)			
	(2) 医療機関の確保	外来医療機関数	医療機関併設型	4月末まで	
				4月末から上記 まで	
			特設型	4月末まで	
				4月末から上記 まで	
			入院医療機関数	流行初期	4月末まで
					4月末から上記 まで
		まん延期		4月末まで	
				4月末から上記 まで	
				上記 以降	
				上記 以降	
		入院病床数	流行初期	4月末まで	
				4月末から上記 まで	
まん延期	4月末まで				
	4月末から上記 まで				
	上記 以降				
	上記 以降				
(3) 特定の患者に対する新型インフルエンザの診療体制	1) 妊婦(最も該当する1項目) 1 (妊娠の)かかりつけ医療機関が診療 2 診療医療機関を限定 3 他科が対応する 4 その他 5 決めていない				
	「2 診療医療機関を限定」の場合	診療する医療機関数			
		診療しない医療機関数			
	「3 他科が対応する」の場合、具体的に(診療科や医療機関の種類)				
	「4 その他」の場合、具体的に				
	「5 決めていない」の場合、その理由				
	2) 透析患者(最も該当する1項目) 1 (透析の)かかりつけ医療機関が診療 2 診療医療機関を限定 3 他科が対応する 4 その他 5 決めていない				
	「2 診療医療機関を限定」の場合	診療する医療機関数			
		診療しない医療機関数			
	「3 他科が対応する」の場合、具体的に(診療科や医療機関の種類)				
	「4 その他」の場合、具体的に				
	「5 決めていない」の場合、その理由				

質 問		回 答
	3) 小児患者(最も該当する1項目) 1 かかりつけ医療機関が診療 2 診療医療機関を限定 3 他科が対応する 4 その他 5 決めていない	
	「2 診療医療機関を限定」の場合	診療する医療機関数 診療しない医療機関数
	「3 他科が対応する」の場合、具体的に(診療科や医療機関の種類)	
	「4 その他」の場合、具体的に	
	「5 決めていない」の場合、その理由	
	4) その他、特別な対応をとる診療分野があれば、具体的に	
	(4) 医療機関・医療従事者への対応	1) 医療従事者への保障制度(感染時の手当、休業補償など) 1 設けている(予定を含む) 2 設けていないし、その予定(見通し)もない
「1 設けている(予定を含む)」の場合	制度創設時期 平成 年 月 (予定を含む) 内容・予算(具体的に)	
「2 設けていないし、その予定(見通し)もない」場合、その理由		
2) 感染防護具、消毒薬品等の物品の提供 1 提供している(予定を含む) 2 提供していないし、その予定(見通し)もない		
「1 提供している(予定を含む)」の場合	提供時期 平成 年 月 (予定を含む) 内容・予算(具体的に)	
「2 提供していないし、その予定(見通し)もない」場合、その理由		
3) 陰圧装置(陰圧室)の補助(感染症病床の整備を除く) 1 補助している(予定を含む) 2 補助していないし、その予定(見通し)もない		
「1 補助している(予定を含む)」の場合	補助時期 平成 年 月 (予定を含む) 内容・予算(具体的に)	
「2 補助していないし、その予定(見通し)もない」場合、その理由		

質 問		回 答
	4)人工呼吸器の補助 1 補助している(予定を含む) 2 補助していないし、 その予定(見通し)もない	
	「1 補助している(予定を含む)」の場合	補助時期(予定を含む) 平成 年 月
		内容・予算(具体的に)
	「2 補助していないし、その予定(見通し)もない」場合、その理由	
	5)間仕切り等の施設整備の補助 1 補助している(予定を含む) 2 補助していないし、 その予定(見通し)もない	
	「1 補助している(予定を含む)」の場合	補助時期(予定を含む) 平成 年 月
		内容・予算(具体的に)
	「2 補助していないし、その予定(見通し)もない」場合、その理由	
	6)予防投与用抗インフルエンザウイルス薬を行政から配布しているか 1 配布している(予定を含む) 2 配布していないし、 その予定(見通し)もない	
	「1 配布している」の場合	配布時期(予定を含む) 平成 年 月
		配布先 1 医療機関 2 保健所
		配布数(人数ベース)
		自己負担額(円)
		投与対象 1 感染予防のみ 2 発病予防のみ 3 感染予防・発病予防
「2 配布していないし、その予定(見通し)もない」の場合、その理由		
(5)医療体制に関するこれまで及び今後の課題(自由記載)		

質 問		回 答		
5 . PCR検査・サーベイランス体制	(1) 地方衛生研究所における検査件数の限度 (1日あたり)	PCR検査		
		分離・培養検査		
	(2) PCR検査実施基準	1) 7月24日～8月24日 1 国の基準 (7月24日厚生労働省新型コロナウイルスエンザ対策推進本部事務局通知) 2 自治体独自の判断 「 1 自治体独自の判断 」の場合、具体的に		
		2) 8月25日以降 1 国の基準 (8月25日厚生労働省新型コロナウイルスエンザ対策推進本部事務局通知) 2 自治体独自の判断 「 1 自治体独自の判断 」の場合、具体的に		
	(3) PCR検査・サーベイランス体制に関するこれまで及び今後の課題 (自由記載)			
6 . 学校等の臨時休業	(1) 8月28日時点 (延べ件数)	幼稚園・保育所	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		小学校	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		中学校	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		高校	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		大学	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		福祉施設	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
		その他	要請件数	
			要請あり実施件数	
			要請なし実施件数	
	(2) 臨時休業を要請する基準 1 あり 2 なし			
	「 1 あり 」の場合、その内容			
	(3) 学校等の休業に関するこれまで及び今後の課題 (自由記載)			

質 問		回 答						
7. 新型インフルエンザワクチン接種	(1) 接種順位の検討 1 検討している(予定を含む) 2 検討していない・未定							
	「1 検討している(予定を含む)」の場合	<table border="1"> <tr> <td>検討終了時期 (予定を含む)</td> <td>平成 年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>月</td> </tr> <tr> <td colspan="2">内容</td> </tr> </table>	検討終了時期 (予定を含む)	平成 年		月	内容	
	検討終了時期 (予定を含む)	平成 年						
		月						
内容								
「2 検討していない・未定」の場合、その理由								
(2) 新型インフルエンザワクチン接種に関するこれまで及び今後の課題(自由記載)								
8. その他、これまで及び今後の課題(自由記載)								

保健所の新型インフルエンザ対応に関する
調査集計結果

協力 株式会社 医療産業研究所

(調査概要)

調査目的

地域保健の要である保健所が新型インフルエンザ発生に対し、どう対応をしたかを定量的に捉え、今後のインフルエンザ対応の参考とする。

調査対象

全国510保健所の所長及び新型インフルエンザ対象者

調査方法

電子メールによるアンケート調査

調査時期

平成21年8～9月

調査回答状況

設置主体	総数	所長用		担当者用	
		回答	回答率	回答	回答率
都道府県	380	256	67.4%	251	66.1%
指定都市	59	35	59.3%	34	57.6%
中核市・政令市	48	35	72.9%	36	75.0%
特別区	23	11	47.8%	11	47.8%
市計	130	81	62.3%	81	62.3%
総計	510	337	66.1%	332	65.1%

* 無記名回答を含む

〔調査集計結果〕

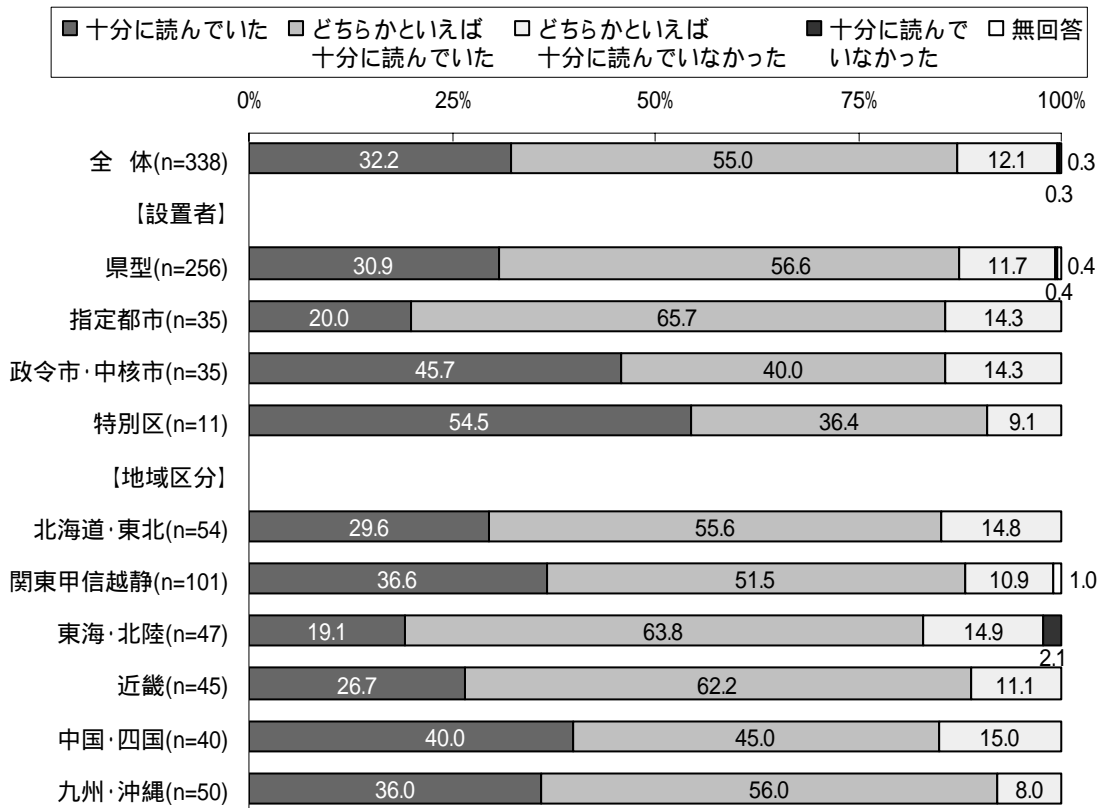
保健所長の回答結果

1. 新ガイドラインの通読状況（新型インフルエンザ発生前）

「十分に読んでいた」または「どちらかといえば十分に読んでいた」を合わせると、全体の87%が発生前に新ガイドラインを読んでいた。

Q 「新型インフルエンザ発生前に新ガイドラインを関係職員は読んでいましたか。」

		回答数	十分に読んでいた	どちらかといえば十分に読んでいた	どちらかといえば十分に読んでいなかった	十分に読んでいなかった	無回答
全 体		338	32.2	55.0	12.1	0.3	0.3
設置者類型	県型	256	30.9	56.6	11.7	0.4	0.4
	指定都市	35	20.0	65.7	14.3	-	-
	政令市・中核市	35	45.7	40.0	14.3	-	-
	特別区	11	54.5	36.4	9.1	-	-
地域区分	北海道・東北	54	29.6	55.6	14.8	-	-
	関東甲信越静	101	36.6	51.5	10.9	-	1.0
	東海・北陸	47	19.1	63.8	14.9	2.1	-
	近畿	45	26.7	62.2	11.1	-	-
	中国・四国	40	40.0	45.0	15.0	-	-
	九州・沖縄	50	36.0	56.0	8.0	-	-

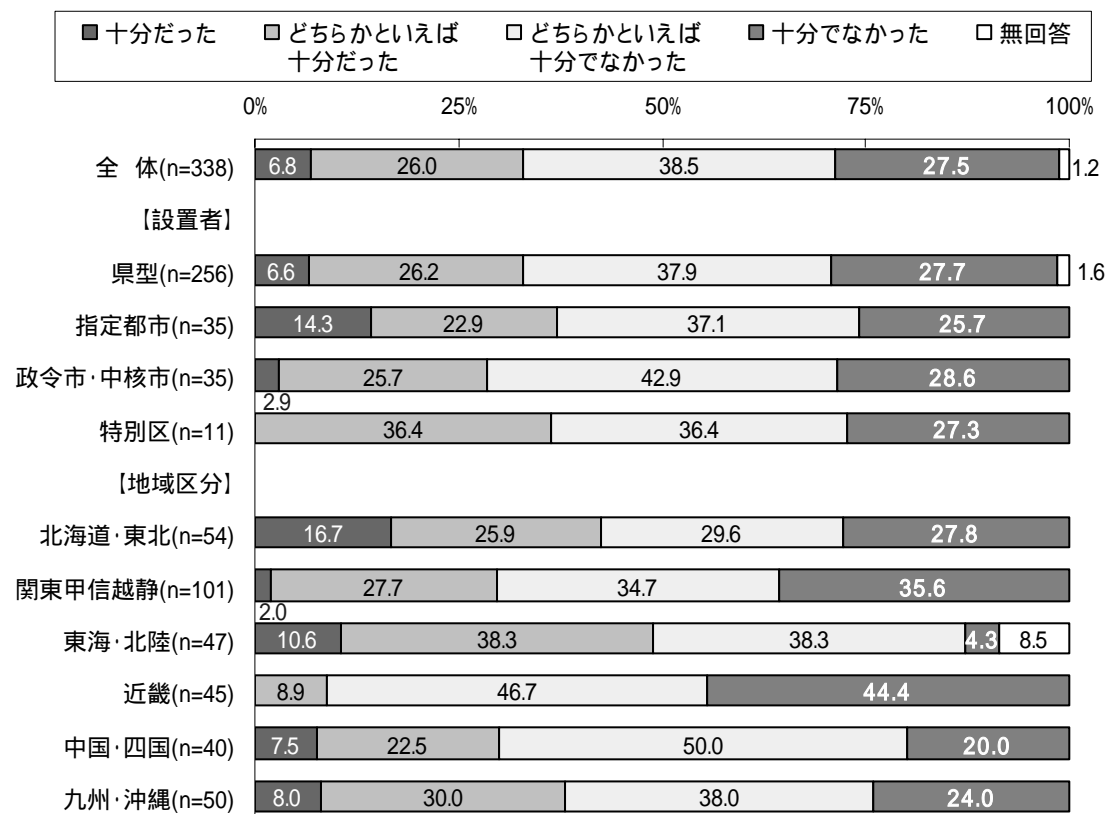


2. 保健師(保健所職員)の充足状況

「十分でなかった」または「どちらかといえば十分でなかった」を合わせると全体の66%の保健所において保健師数は不足していた。近畿地区では「十分でなかった」または「どちらかといえば十分でなかった」保健所が91%と高かった。

Q 「保健所の職員のうち、保健師は対応に十分な人数でしたか。」

		回答数	十分だった	どちらか といえば 十分だった	どちらか といえば 十分でな かった	十分でな かった	無回答
全 体		338	6.8	26.0	38.5	27.5	1.2
設置者類型	県型	256	6.6	26.2	37.9	27.7	1.6
	指定都市	35	14.3	22.9	37.1	25.7	-
	政令市・中核市	35	2.9	25.7	42.9	28.6	-
	特別区	11	-	36.4	36.4	27.3	-
地域区分	北海道・東北	54	16.7	25.9	29.6	27.8	-
	関東甲信越静	101	2.0	27.7	34.7	35.6	-
	東海・北陸	47	10.6	38.3	38.3	4.3	8.5
	近畿	45	-	8.9	46.7	44.4	-
	中国・四国	40	7.5	22.5	50.0	20.0	-
	九州・沖縄	50	8.0	30.0	38.0	24.0	-

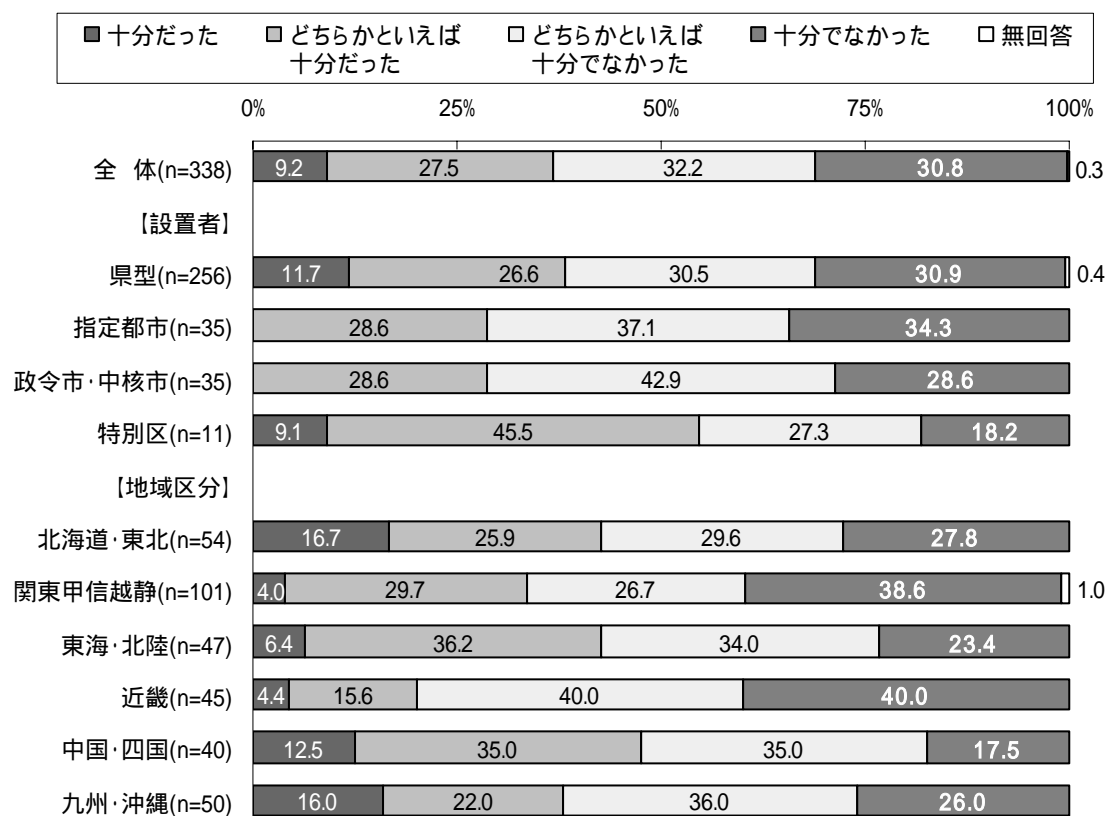


3. 医師(保健所職員)の充足状況

「十分でなかった」または「どちらかといえば十分でなかった」を合わせると全体の63%の保健所において医師数は不足していた。保健師と同様に近畿地区では「十分でなかった」または「どちらかといえば十分でなかった」保健所が80%と高かった。

Q 「保健所の職員のうち、医師は対応に十分な人数でしたか。」

		回答数	十分だった	どちらかといえば十分だった	どちらかといえば十分でなかった	十分でなかった	無回答
全 体		338	9.2	27.5	32.2	30.8	0.3
設置者類型	県型	256	11.7	26.6	30.5	30.9	0.4
	指定都市	35	-	28.6	37.1	34.3	-
	政令市・中核市	35	-	28.6	42.9	28.6	-
	特別区	11	9.1	45.5	27.3	18.2	-
地域区分	北海道・東北	54	16.7	25.9	29.6	27.8	-
	関東甲信越静	101	4.0	29.7	26.7	38.6	1.0
	東海・北陸	47	6.4	36.2	34.0	23.4	-
	近畿	45	4.4	15.6	40.0	40.0	-
	中国・四国	40	12.5	35.0	35.0	17.5	-
	九州・沖縄	50	16.0	22.0	36.0	26.0	-

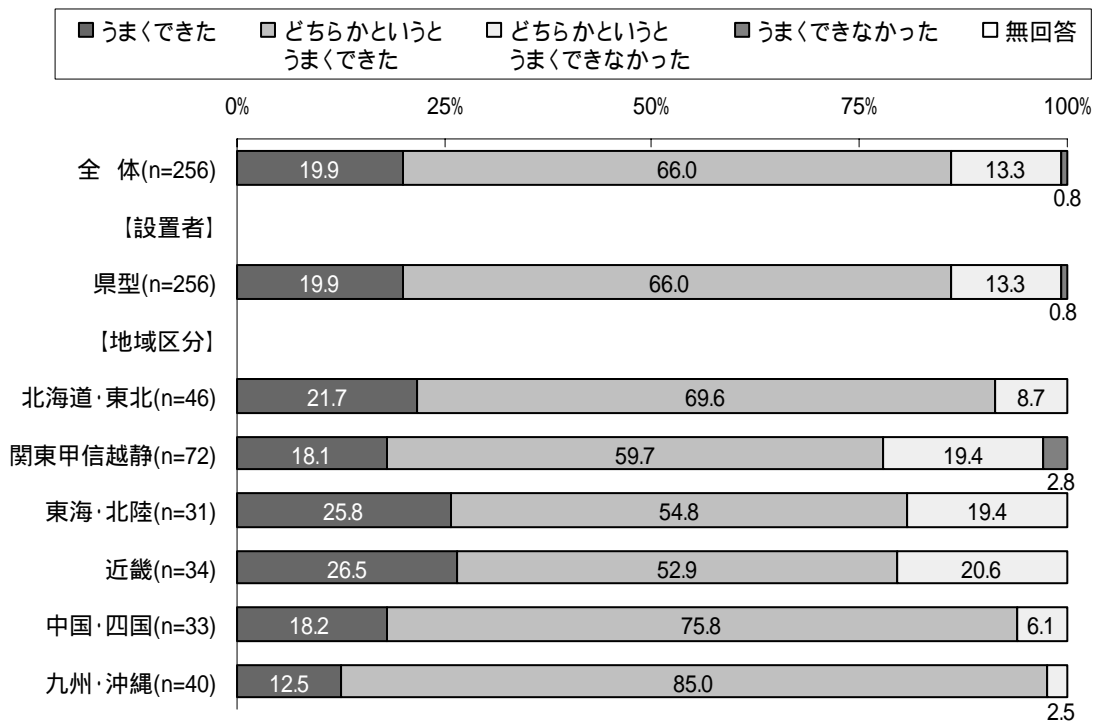


4. 市町村支援に対する自己評価[都道府県型保健所]

「うまくできていた」または「どちらかといううまくできていた」を合わせると全体の86%が市町村への支援は円滑にできたと考えていた。

Q 「市町村への支援を自己評価した場合、次いずれですか。」

	回答数	うまくできた	どちらかといううまくできた	どちらかといううまくできなかった	うまくできなかった	無回答	
全 体	256	19.9	66	13.3	0.8	-	
設置者類型	県型	256	19.9	66	13.3	0.8	-
	指定都市	0	-	-	-	-	-
	政令市・中核市	0	-	-	-	-	-
	特別区	0	-	-	-	-	-
地域区分	北海道・東北	46	21.7	69.6	8.7	-	-
	関東甲信越静	72	18.1	59.7	19.4	2.8	-
	東海・北陸	31	25.8	54.8	19.4	-	-
	近畿	34	26.5	52.9	20.6	-	-
	中国・四国	33	18.2	75.8	6.1	-	-
	九州・沖縄	40	12.5	85	2.5	-	-

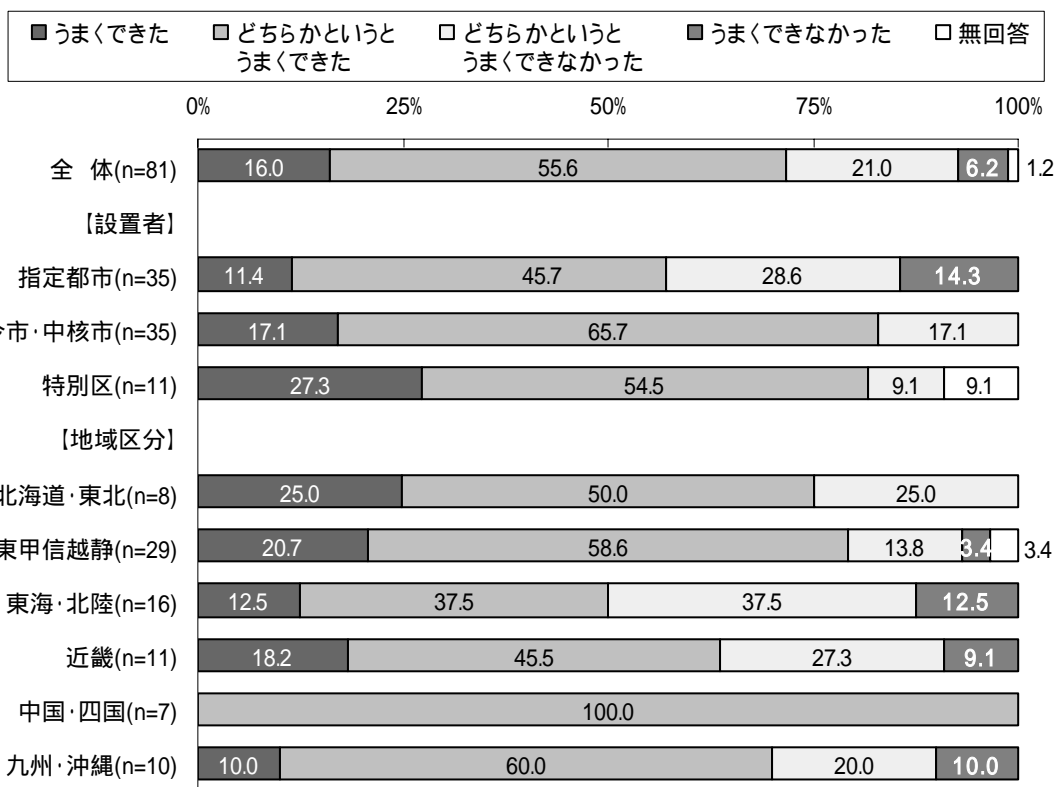


5. 都道府県本庁・保健所との連携に対する自己評価[市型保健所]

「うまくできた」及び「どちらかというとうまくできた」と回答した保健所の割合は指定都市では 57%、政令・中核市、特別区はそれぞれ 83%、82%であった。

Q 「都道府県の本庁や保健所との連携を自己評価した場合、次のいずれですか。」

		回答数	うまくできた	どちらかというとうまくできた	どちらかというとうまくできなかった	うまくできなかった	無回答
全 体		81	16.0	55.6	21.0	6.2	1.2
設置者類型	県型	0	-	-	-	-	-
	指定都市	35	11.4	45.7	28.6	14.3	-
	政令市・中核市	35	17.1	65.7	17.1	-	-
	特別区	11	27.3	54.5	9.1	-	9.1
地域区分	北海道・東北	8	25.0	50.0	25.0	-	-
	関東甲信越静岡	29	20.7	58.6	13.8	3.4	3.4
	東海・北陸	16	12.5	37.5	37.5	12.5	-
	近畿	11	18.2	45.5	27.3	9.1	-
	中国・四国	7	-	100.0	-	-	-
	九州・沖縄	10	10.0	60.0	20.0	10.0	-

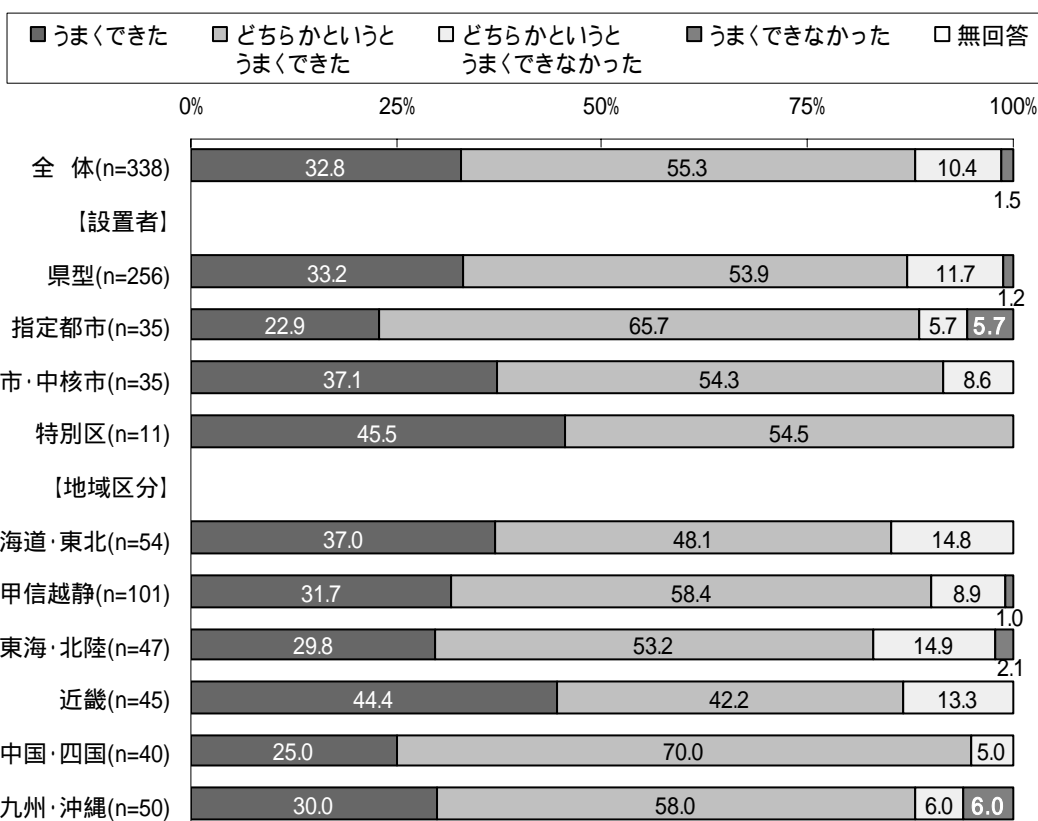


6. 地域医師会との連携に対する自己評価

「うまくできた」または「どちらかといえばうまくできた」を合わせると全体では 85%が地域医師会との連携は良好であったと自己評価していた。特別区はすべての保健所が「うまくできた」または「どちらかといえばうまくできた」と自己評価していた。

Q 「対応のための地域の医師会との連携について自己評価した場合、次のいずれですか。」

		回答数	うまくできた	どちらかというとうまくできた	どちらかというとうまくできなかった	うまくできなかった	無回答
全体		338	32.8	55.3	10.4	1.5	-
設置者類型	県型	256	33.2	53.9	11.7	1.2	-
	指定都市	35	22.9	65.7	5.7	5.7	-
	政令市・中核市	35	37.1	54.3	8.6	-	-
	特別区	11	45.5	54.5	-	-	-
地域区分	北海道・東北	54	37.0	48.1	14.8	-	-
	関東甲信越静	101	31.7	58.4	8.9	1.0	-
	東海・北陸	47	29.8	53.2	14.9	2.1	-
	近畿	45	44.4	42.2	13.3	-	-
	中国・四国	40	25.0	70.0	5.0	-	-
	九州・沖縄	50	30.0	58.0	6.0	6.0	-

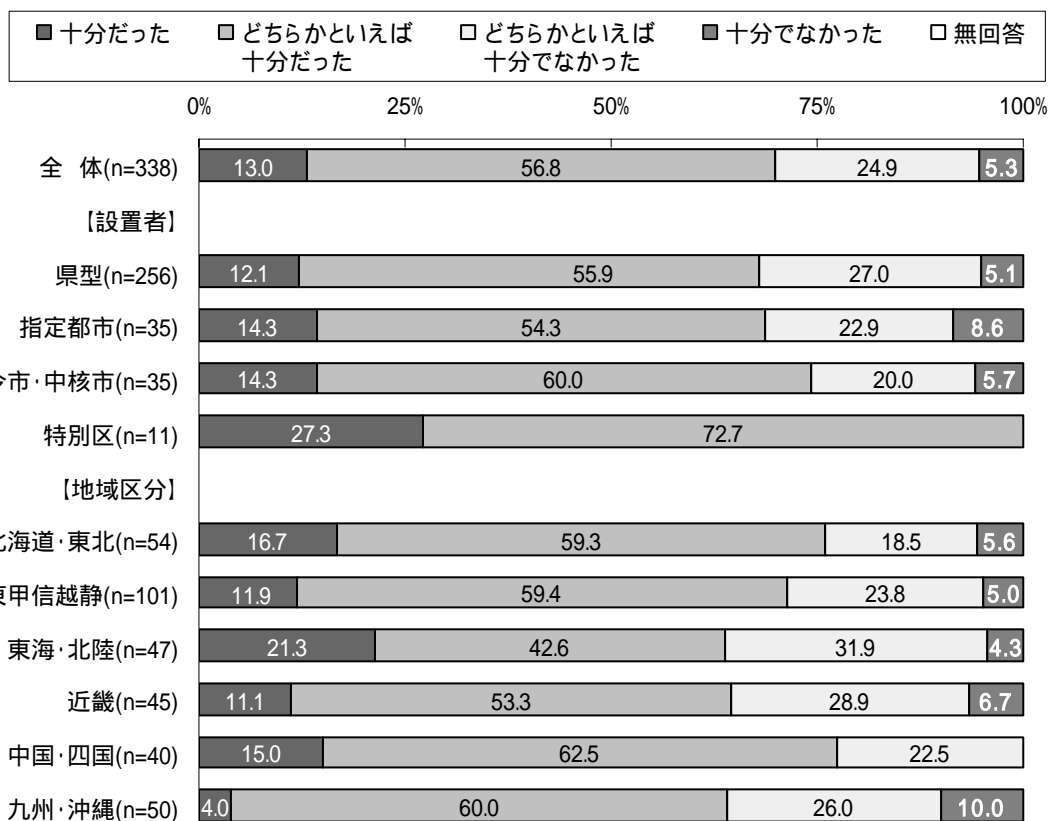


7. 必要な情報の充足状況

「十分だった」または「どちらかといえば十分だった」を合わせると全体の70%の保健所において情報充足は良好であった。特別区は全保健所が情報は十分だったと回答した。

Q 「対応に必要な情報は十分に情報源から得られましたか。」

		回答数	十分だった	どちらか といえ ば十分 だった	どちらか といえ ば十分 でな かった	十分で な か つ た	無回答
全 体		338	13.0	56.8	24.9	5.3	-
設置者類型	県型	256	12.1	55.9	27.0	5.1	-
	指定都市	35	14.3	54.3	22.9	8.6	-
	政令市・中核市	35	14.3	60.0	20.0	5.7	-
	特別区	11	27.3	72.7	-	-	-
地域区分	北海道・東北	54	16.7	59.3	18.5	5.6	-
	関東甲信越静岡	101	11.9	59.4	23.8	5.0	-
	東海・北陸	47	21.3	42.6	31.9	4.3	-
	近畿	45	11.1	53.3	28.9	6.7	-
	中国・四国	40	15.0	62.5	22.5	-	-
	九州・沖縄	50	4.0	60.0	26.0	10.0	-



本問では、「どちらかといえば十分ではなかった」、または「十分ではなかった」と回答した場合は、その情報についての具体的内容を求めた。自由記載の内容は以下のとおりである。

●国・厚生労働省からの情報に関して(9件)

サーベイランス体制の変更、医師の届出の廃止
地域での発生に際して、現実の医療現場での対応を国が収集して各自治体に積極的に情報提供してほしかった。
初期において国からの指示の情報が十分得られなかった。
当該質問の主語は保健所と解して回答すると、必要な情報としては不十分と考えられる。県境に圏域がある場合、国は調整を行い情報提供があるように記載されていたが一度も本件に関する通知はなかった。
転勤で初めて赴任したところで土地勘、人脈ともになく、また所長以下の転勤者も多かった。要するにマンパワー不足。また、国からの情報は発表されたモノは全部収集できたが、意味不明、論理性無し、形式主義など責任逃れの通達、連絡が多かった。要するに現場不在を痛感した。
1、厚労省はマスコミ発表後に通知を発出することが多い。 2、通知の内容で矛盾した部分があったり、現場の保健所の活動をあまり理解していない部分があったりした。
国からの情報がタイムリーではなかった。
初期頃に早期に海外の患者の経過やウイルス等の情報が入らなかった。厚生労働省のホームページに掲載される情報が遅い。
5～6月は厚労省からの情報も多かったが、6月19日運用指針改定後、とくに7月以降は今後の感染拡大を見通した国の検討状況について情報が得られなかった。
国としての対応の原則について、マスコミからの不確実情報のほうが早かった。

●都道府県など自治体からの情報に関して(12件)

国や報道で発表されている情報や指示について、本庁から明確な情報がなく、住民や医療機関に対して説明に悩んだ。(特に新型インフルエンザの可能性を否定できない患者の受診先について)
県の方針や対応の具体化については、十分でなかった。
発熱外来センター(医療機関以外に設置)設置に向けた準備に係る情報は、県本庁からの十分な情報提供や指示が遅れ、市町村・医師会との調整に苦慮したこと。
本庁からの情報に時間的ロスがあり対応が後手に回った。
県内の発生状況、県内他保健所の対応の状況
発熱外来体制の時には、応援要請等適切にできなかった。現体制への移行に当たっては、連携を図ることができた、と考えている。
県本庁の対策本部そのものからの情報が不十分。記者発表や他から、対策本部の方針を知るようなことが多かった。
国の情報は十分得られたが、県本庁からの対策通知が遅れ気味であり、その分、対応は慎重に行った。
管内での蔓延速度が速かったため、調査対象が多数となった。その為、保健師を総動員し残業をしてもらっても、十分な情報は得られなかった。
政令市と隣接している為、本庁を介しての情報伝達となる。
本庁での情報処理、保健所に通知すべき内容かすぐにでも協議を要する内容かの判断が全くできておらず、必要な情報がこなかった。むしろマスコミや厚生労働省のホームページから情報収集した。
本庁機能低下のため、国からの文書に対して府の方針が出ない、出ても極めて遅くずさんなものであった。

● 国や自治体からの情報提供に関して(21件)

厚労省の対応が二転三転したのでそれに合わせた県の対応の通知が遅くなり、「十分」な時間を得られないまま対応にとりかからずを得なかった。
発熱外来の体制について十分な説明、情報がなかった。(設置主体、設置方法、助成内容など)
対応が変更になった場合の運用の方法について
個人的なつながりを利用して情報を得ることで国や県からの情報より、正確な情報を迅速に得ることができたが、この方法では、個人的に積極的に働きかける必要があり、そのための時間もとられてしまい効率的ではなかった。
他の都道府県の患者発生状況を、直接知ることより、新聞、テレビなどで知ることが多かった。
国の情報と県の指示との間に時間差はもちろんだが内容にも差異が認められた。
国の情報は、外国の情報とずいぶん乖離した対策や、情報が多かった。県は、その的外れな情報をただ、下へ流すだけだった。
刻々と変わる対応や運用についての情報が十分でなく、保健所間で指導に差が出たことがあった。できればその時々での運用に関する情報が欲しかったが、本庁もたいへんな状況の中で業務を行っており、さらに十分な情報発信を求めることは酷であったように感じる。
市全体の情報がなく、国の情報だけを消化して使用。よって各区ばらつきのある対応となった。
現場の医師が困っていることが様々だったが、厚生労働省が公表していないことも多く、本庁からの情報も届きにくかった。
府北部のA中・高校で生じた事例に関しては、当該校が私学であったため、学校の情報が殆ど入ってこない中で対応をせざるを得なかった。指揮命令が不明確であった。
情報が届くのには時間がかかっていた。
一度に多数の患者が発生したため、国、県で即断できないことが多すぎた。
各都道府県での患者発生報道のもう少し具体的な内容。
国や県の方針が、現状に即して具体的になるのが遅かった。各市町村や施設等との役割、防護具の準備等も各機関に任せ、基本的には指針がなかった。伝達経路が統一していなかった。
管内情報についてはまあまあよかったが国や県からの情報が遅く諸事を決定するのが遅れ独自対応した部分もあった。
内容というよりはスピードという点で、マスコミ情報の方が速くて、活動するために必要な根拠となる通知文等が後からしか手に入らなかった。
公的な機関の情報は後手にまわりむしろマスコミが先行して正確な情報を流していた。正確さに拘泥せずどんどん情報をながしてほしい。パニックを心配してもらうほど住民は無知ではない。マスクパニックを言われる前に秋の大流行に備えて十分なマスクを供給しておくことなど。

● 国立感染症研究所など専門機関からの情報に関して(3件)

国立感染症研究所感染症情報センターの情報更新が遅い。
8月以降、患者の病状や迅速診断の感度等に関する分析結果の情報がほとんど公開されなくなり、現場での判断が困難であった。今後の流行予測やワクチン接種の優先順位についての情報もマスコミ報道から得る他なく、暗中模索の状況にある。
特に疫学的情報などについては、マスコミ報道の方が早かったり詳しくあったりした。発生直後においては、CDC や WHO に比べると、国立感染症研究所の情報は、やや遅れ気味だっと思う。

● 医療やウイルスの性状に関するもの(8件)

入院例の詳細(治療方法など)情報がほしかった。
5月中旬以降に 県・ 府で患者が発生してから、およそ二週間ほどは現地の保健所等の行政機関や産科・腎透析医療機関の実態に関する情報が途絶えていました。災害とは異なり、マスコミや支援の入らない状況が情報発信の少なさに結果したのかもしれませんが。準備段階にあった地域にとって必要な情報でした。
診断キットに関する情報(実施時期によって感度が異なる等)、患者の転帰に関する情報等。

今回の新型インフルエンザ患者の検疫所で確認された事例についての詳細な情報のまとめが欲しかった。また、5月中旬に集団発生があった や において、早期に一般診療所への対応をしていたので、院内感染状況や自宅療養における家族内感染、また10歳代のタミフル内服事例での副作用の出現率などの情報も欲しかった。
地域の医療機関の先生方は、ご自身の診療の参考とするため、流行先端地の米国やメキシコがどのような感染防護体制で診療体制を行っていたのか、興味があったようであるが、そのような情報を得ることが出来なかった。
、 での疫学的な情報。
新型インフルエンザの性状、感染力、毒性等の情報。
強毒性対応のマニュアルであったため、現実的に行うべき対応と、イメージが乖離しており、それらを調整するだけの情報が得られていない。ウィルスの毒性と感染防御の必要性に関しての意見について 2 面性があるのではないか。

● 対策方針等に関するもの(13件)

対応に当たっての具体的な取扱いが示されるのが遅かった。
行動・運用の指針は次々と流れてきたが、その根拠となるような情報や考え方等は殆ど示されなかった。情報と現実(地域の状況)との間に乖離があった。
クラスターの規模や範囲の定義がややはっきりせず、対応に苦慮することがあった。
発熱外来設置の時間帯または空間的分離の基準。
6月19日の運用指針の改正通知により新型インフル疑い患者の全数把握から7月24日の集団発生の早期探知に移行するまでの間、1月以上もの移行期間があったため、住民や医療機関からの問い合わせにどのように回答すべきか。 全数把握に比べ、感染拡大の早期探知では休校等の措置が遅れる傾向にあるので、運用指針を再改正して学校等の施設で1例目の高熱などインフル疑い患者が発生した時点で出席停止と自宅待機勧告(又は措置)を行うようにしてはどうか。
あいまいなPCRの実施基準
抗ウイルス薬や簡易検査キットの流通状況。受け入れ医療機関への公的支援の考え方。
PPEの装備(国)や抗インフルエンザ薬の予防投与(県)についての考え方を明確に示されなかった。
発熱外来の情報について 症例定義について 保健所医師の新型患者往診体制について不明確であった。
産婦人科通常分娩入院や外来透析、小児科外来や保育園等における具体的かつ現実的な二次感染防止対策の資料が入手できればよかった。
診断をするための定義、検査 予防内服の投与基準 医療従事者の感染防護、感染した場合の補償
発熱外来など患者を診察の人的な協力を医療機関にお願いしたが、位置づけ(身分)、報酬、健康被害を受けた場合の補償が当初は明確でないため、なかなか納得してもらえなかった。
地区医師会の医師の出務に際しての事故への補償について。

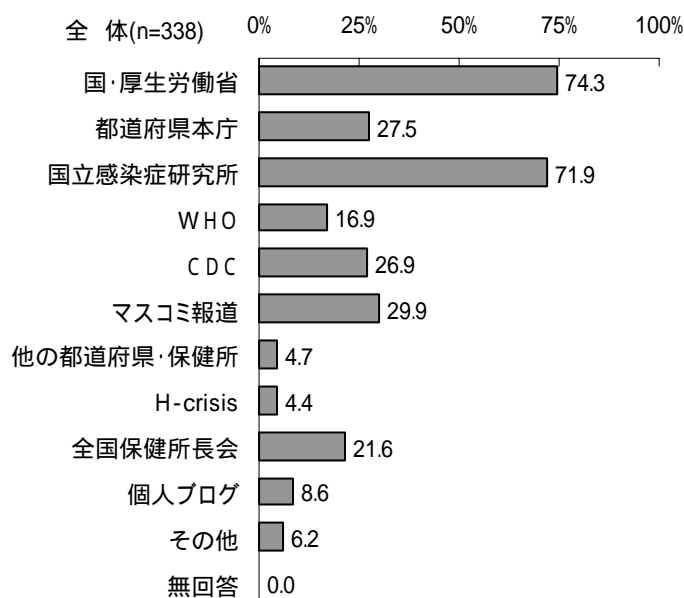
8. 新型インフルエンザ対応で有用な情報サイト(最大3つまでの複数回答方式)

全体では有用な情報サイトは国・厚生労働省、国立感染症研究所が 70%以上と最も多かった。特別区が都庁からの情報が 73%と高かった。地域区分では近畿地区、九州・沖縄地区で WHO,CDC を有用としていた割合が高かった。マスコミ報道、CDC、都道府県本庁、全国保健所長会のサイトは 20%以上が有用であったと回答しているが、特別区は全国保健所長会のサイトは 9%と少なかった。

Q 「今回の新型インフルエンザ対応で特に有用だった情報サイトはどれですか。(三つまで)」

	回答数	国・厚生労働省	都道府県本庁	国立感染症研究所	WHO	CDC	マスコミ報道	
全体	338	74.3	27.5	71.9	16.9	26.9	29.9	
設置者類型	県型	256	74.2	28.9	71.9	16.8	26.2	28.1
	指定都市	35	74.3	14.3	74.3	14.3	28.6	40.0
	政令市・中核市	35	88.6	17.1	65.7	17.1	34.3	34.3
	特別区	11	36.4	72.7	81.8	27.3	18.2	27.3
地域区分	北海道・東北	54	83.3	16.7	75.9	9.3	14.8	29.6
	関東甲信越静	101	72.3	31.7	70.3	13.9	32.7	32.7
	東海・北陸	47	87.2	38.3	66.0	14.9	23.4	27.7
	近畿	45	53.3	28.9	77.8	28.9	35.6	24.4
	中国・四国	40	82.5	27.5	72.5	12.5	17.5	35.0
	九州・沖縄	50	70.0	20.0	70.0	26.0	32.0	28.0

	回答数	他の都道府県・保健所	H-crisis	全国保健所長会	個人ブログ	その他	無回答	
全体	338	4.7	4.4	21.6	8.6	6.2	-	
設置者類型	県型	256	5.1	4.7	21.9	9.0	6.6	-
	指定都市	35	5.7	5.7	22.9	2.9	5.7	-
	政令市・中核市	35	2.9	-	22.9	11.4	2.9	-
	特別区	11	-	9.1	9.1	9.1	-	-
地域区分	北海道・東北	54	1.9	7.4	33.3	11.1	5.6	-
	関東甲信越静	101	5.9	5.0	16.8	7.9	6.9	-
	東海・北陸	47	6.4	2.1	17.0	6.4	2.1	-
	近畿	45	4.4	2.2	17.8	4.4	8.9	-
	中国・四国	40	5.0	2.5	27.5	7.5	2.5	-
	九州・沖縄	50	4.0	6.0	22.0	14.0	8.0	-



なお、有用であった情報サイトとして回答のあった個人ブログ、その他サイトは下表のとおりである。

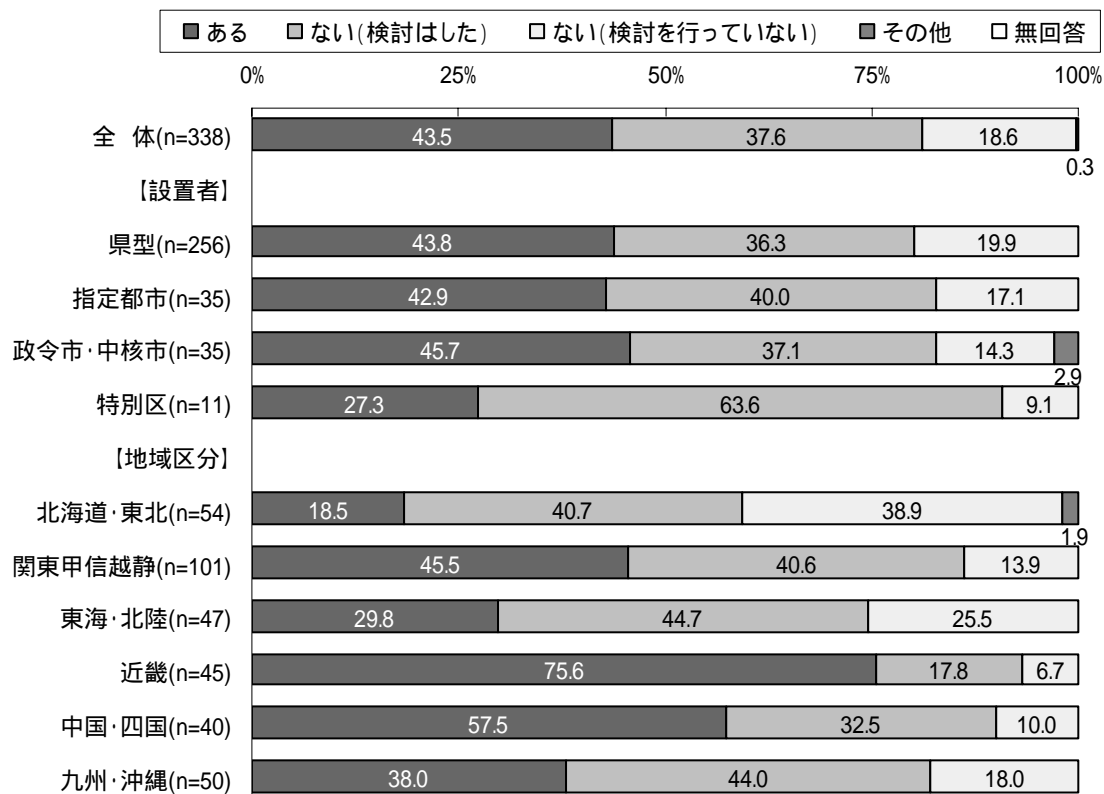
種別	サイト名称	回答件数
個人ブログ	鳥及び新型インフルエンザ海外直近情報(前小樽市保健所長外岡立人氏のブログ) http://nxc.jp/tarunai/	18
	「新型インフルエンザの達人」	3
	「感染症診療の原則」 http://blog.goo.ne.jp/idconsult	2
	「楽園はこちら側」	2
医療関連サイト	日経メディカル	3
	研修ネット21	1
	日本医師会ホームページ	1
	防災リスクマネジメントWeb	1
	健康安全研究センター	1
	三重県感染症情報センター(三重県保健環境研究所(地衛研))	1
	県の保健環境科学研究所	1
	厚生労働省科学研究班・緒方班新型インフルエンザ研究班	2
医療関連 ML	全国保健所長会 新型インフルエンザ研究班連絡網	1
	神戸市医師会	1
	京都府医師会メーリングリスト	1
	茨城県保健所長会メーリングリスト	1
	加入する学術関係のメーリングリスト(大学等)	1
	全国いきいき公衆衛生の会の会員メール	1
	海外情報	ECDC
	New England journal of medicine	1
	nature	1
	CIDRAP	1
その他	「2ちゃんねる」	1

9. 縮小・中止・延期した保健所業務

全体では 44%が業務の縮小・中止・延期を行った。特別区は 27%と全国より少なく、地域区分では近畿地区が 76%と顕著であった。業務の縮小・中止・延期を検討していない保健所は全体の 19%であったが、北海道・東北が 39%と高かった。

Q 「新型インフルエンザ発生以降、保健所の業務で実際に縮小、中止、延期したものはありますか。」

		回答数	ある	ない (検討は した)	ない (検討を 行って いない)	その他	無回答
全 体		338	43.5	37.6	18.6	0.3	-
設置者類型	県型	256	43.8	36.3	19.9	-	-
	指定都市	35	42.9	40.0	17.1	-	-
	政令市・中核市	35	45.7	37.1	14.3	2.9	-
	特別区	11	27.3	63.6	9.1	-	-
地域区分	北海道・東北	54	18.5	40.7	38.9	1.9	-
	関東甲信越静	101	45.5	40.6	13.9	-	-
	東海・北陸	47	29.8	44.7	25.5	-	-
	近畿	45	75.6	17.8	6.7	-	-
	中国・四国	40	57.5	32.5	10.0	-	-
	九州・沖縄	50	38.0	44.0	18.0	-	-

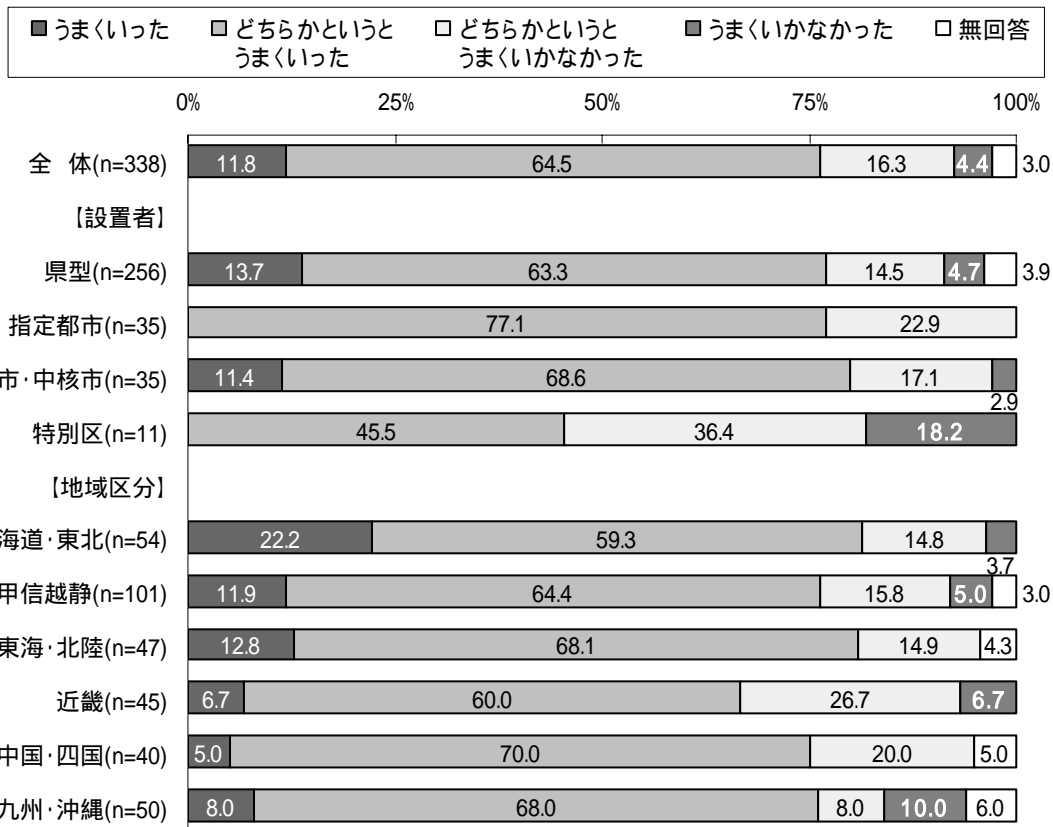


10. 健康監視における検疫との連携

「うまくいった」または「どちらかといえばうまくいった」を合わせると全体の76%が検疫との連携は良好であった。「うまくいった」または「どちらかといえばうまくいった」の割合は特別区では46%と連携は良好であった割合が少なかった。

Q 「健康監視において検疫との連携はうまくいきましたか。」

	回答数	うまくいった	どちらかというとうまくいった	どちらかというとうまういかなかった	うまくいかなかった	無回答	
全体	338	11.8	64.5	16.3	4.4	3.0	
設置者類型	県型	256	13.7	63.3	14.5	4.7	3.9
	指定都市	35	-	77.1	22.9	-	-
	政令市・中核市	35	11.4	68.6	17.1	2.9	-
	特別区	11	-	45.5	36.4	18.2	-
地域区分	北海道・東北	54	22.2	59.3	14.8	3.7	-
	関東甲信越静	101	11.9	64.4	15.8	5.0	3.0
	東海・北陸	47	12.8	68.1	14.9	-	4.3
	近畿	45	6.7	60.0	26.7	6.7	-
	中国・四国	40	5.0	70.0	20.0	-	5.0
	九州・沖縄	50	8.0	68.0	8.0	10.0	6.0

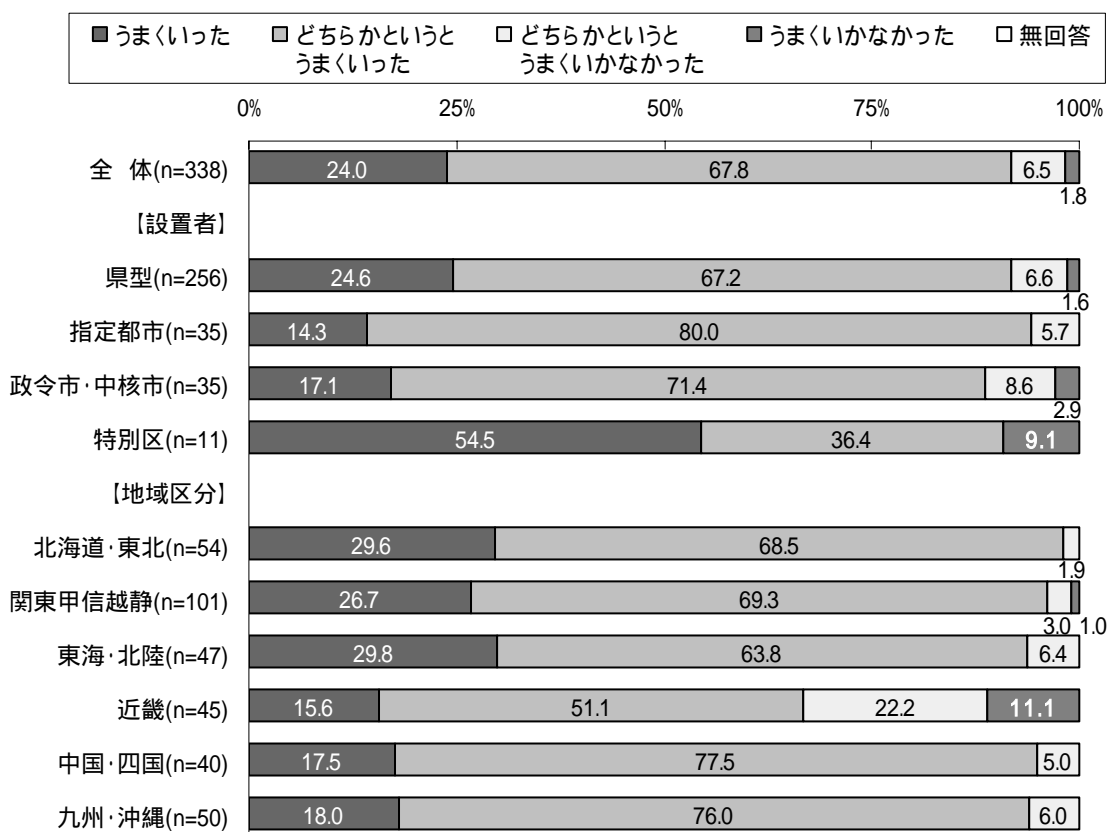


11. 発熱相談センターでの相談についての自己評価

「うまくいった」または「どちらかというとうまくいった」を合わせると全体では92%が発熱相談センターの機能は良好であったと自己評価している。近畿地区においては「うまくいった」または「どちらかというとうまくいった」は67%と機能が良好であった保健所がやや少なかった。

Q 「発熱相談センターの相談について自己評価した場合、次のいずれですか。」

		回答数	うまくいった	どちらかというと うまくいった	どちらかというと うまくいかなかった	うまくいかなかった	無回答
全 体		338	24.0	67.8	6.5	1.8	-
設置者類型	県型	256	24.6	67.2	6.6	1.6	-
	指定都市	35	14.3	80.0	5.7	-	-
	政令市・中核市	35	17.1	71.4	8.6	2.9	-
	特別区	11	54.5	36.4	-	9.1	-
地域区分	北海道・東北	54	29.6	68.5	1.9	-	-
	関東甲信越静岡	101	26.7	69.3	3.0	1.0	-
	東海・北陸	47	29.8	63.8	6.4	-	-
	近畿	45	15.6	51.1	22.2	11.1	-
	中国・四国	40	17.5	77.5	5.0	-	-
	九州・沖縄	50	18.0	76.0	6.0	-	-

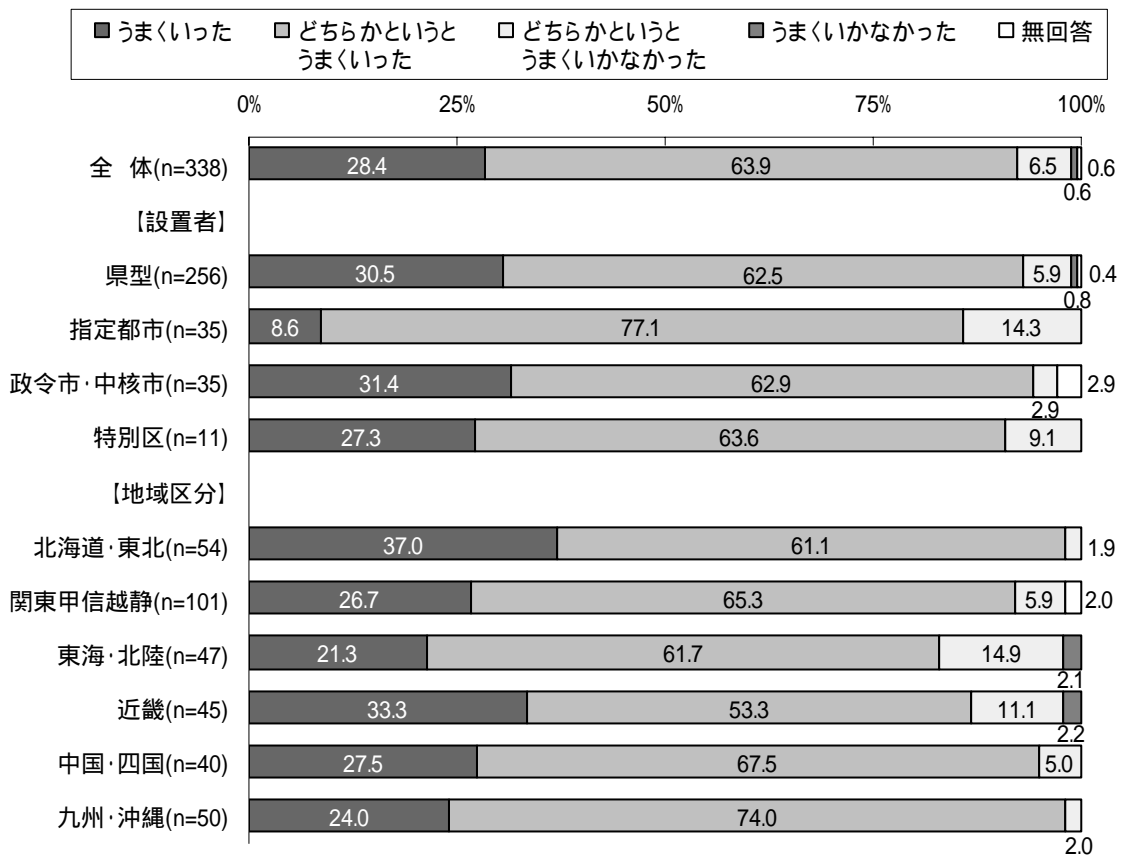


12. 発熱相談センターと発熱外来との連携への評価

「うまくいった」または「どちらかというとうまくいった」を合わせると全体では 93%が発熱相談センターと発熱外来との連携は良好であったと評価した。

Q 「発熱相談センターと発熱外来の連携はうまくいきましたか。」

		回答数	うまくいった	どちらかというとうまくいった	どちらかというとうまくいかなかった	うまくいかなかった	無回答
全体		338	28.4	63.9	6.5	0.6	0.6
設置者類型	県型	256	30.5	62.5	5.9	0.8	0.4
	指定都市	35	8.6	77.1	14.3	-	-
	政令市・中核市	35	31.4	62.9	2.9	-	2.9
	特別区	11	27.3	63.6	9.1	-	-
地域区分	北海道・東北	54	37.0	61.1	1.9	-	-
	関東甲信越静	101	26.7	65.3	5.9	-	2.0
	東海・北陸	47	21.3	61.7	14.9	2.1	-
	近畿	45	33.3	53.3	11.1	2.2	-
	中国・四国	40	27.5	67.5	5.0	-	-
	九州・沖縄	50	24.0	74.0	2.0	-	-



13. 発熱相談での重大な苦情やトラブル例

発熱相談における重大な苦情やトラブルに関する自由回答は以下のとおりである。

● 発熱外来受診基準に関して(6件)

他疾患で発熱した患者が、簡易キットでインフルエンザが診断できる時間まで受診を控えてしまった。結果、治療開始が遅れた。
明らかにインフルエンザとは思われない事例について、PCR依頼があり、断るのに困難。乳幼児が夜間発熱し、受診を朝まで延長した。診察を行っても、主訴だけでインフルエンザと判断するのはむずかしい。にもかかわらず事務職までも発熱相談を行うことは不可能。
国内発生早期の頃、医療機関からA+の連絡があり、リンクやクラスターでない患者であるため発熱外来紹介の必要性がない、との判断をなかなか理解していただけないことがあった。その後本市での患者集団発生があったから、全医療機関でA+の場合PCR検査の実施の体制がとられた。
症例定義に基づいて該当せずと判断して一般診療所での受診を進めたのだが、受診先の診療所より「こんな時期になぜいきなり発熱患者を受診させるのか」との苦情あり。
5月16日から発熱相談センターがつながらなくなったとの苦情が殺到した。 5月16日から症例定義が変更になり、発熱者全てを発熱外来に紹介したことが発熱外来をパンクさせた。 車の無い患者が発熱外来に紹介できなかった 車の無い発熱者は保健所が往診すると患者に説明していたため、患者と保健所との調整に混乱を招いた。
発熱相談後、外来(当所)へ案内したが来なかった。

● 医療機関の診療体制に関して(14件)

診療拒否に関わる相談
高熱・肺炎合併疑い・独居の患者を診断確定まで観察入院させる際、発熱外来を担当した医療機関が感染症指定医療機関へ保健所を介さず受け入れ要請したが断られた。両者の間に翌日保健所が介入し和解したが、呼吸器専門医の配置が限られている当地域では、重症患者の受け入れの調整が大きな課題となっている。
行政として発熱外来の受診対象者を症状+接触歴で限定的に扱っていたが、これに該当しない患者をなぜ受診させてくれないのかと開業医から強硬に要請されたケースが数件あった。
指針改定前、新型インフル罹患を心配する高熱有症者が市の発熱相談センターに連絡したところ、渡航歴などが無いために一般医療機関の受診をすすめられたが、新型インフルが疑われ拒否され、患者が途方に暮れて困った事例があり、医療機関と患者の相互不信を招いた。当該医療機関は非公表ながらも発熱外来を担ってもらっていたため翌日病院に出向き話し合いをした。その後は全面的に協力してもらえるようになった
初期において外来を円滑に受け入れてくれない医療機関があった。
数が多かった。無知な開業医からのパニックした相談があった。
小児科医不在時の小児科患者の受診勧奨
相談者本人やその内容に関してのトラブルというものは殆ど無かったが、一部に非協力的な医療機関があり、特に 大学の医局から管内の病院へ当直のアルバイトをしに来ている若い医局員は、協力指定医療機関であるにも関わらず、「僕は、発熱している患者は診ないんだよ」などと嘯いて診療を拒否されてしまい、その時は結局保健所の担当職員が大変苦慮した末に、他の病院に依頼したことがあった。
5月19日夜間、国内発生早期、渡航歴のない39度の発熱の1歳2か月の小児、より電話相談を受け、当番である二次救急病院へ紹介するも診てもらえず、やむをえず所長の判断で、対応病院である病院で診て貰った。後日、対応病院より苦情あり、後日病院間の調整により、以後は二次救急病院で診て貰うことで解決した。
発熱相談センターで新型インフルエンザではないと判断し、一般医療機関を紹介しても診療拒否にあった。
医療機関での受診拒否 厚生労働省への苦情が多く時間もかかった
国内発生当初、新型インフルエンザの患者情報の少なさから、発熱者の受け入れを拒否する診療所が少なからずあり、発熱者等の診療が困難な時期があった。
当所管内では小児科専門医が少なく、小児発熱事例の受診調整に難渋した。受診拒否には至らなかったが、今後強毒性対応の場合に課題となる。
発熱相談センターで発熱外来受診を指示したところ、同担当者から診察を拒否された。

●発熱相談の体制に関して(10件)

不慣れな職員が適切に対応できなかった。
発熱相談電話のお陰で、インフル疑いの患者が病院に来てしまったとの苦情があった。
PCR 実施基準をはっきり示すことができなかつたため、PCR 未実施事例に対して医療機関より苦情あり。
視覚障害者への対応が不十分であった。
発熱外来設置医療機関への患者殺到を避けるために、発熱相談という不可解な、電話でのトライージは不可能な、また一定しない方針の症例定義に振り回された中で、苦情の出ないわけはありません。医療機関からも相談者からも極めて不評をかったと感じています。
特になし、しかし相談の電話をしたために手遅れになるような症例がいつ出てもおかしくなかつた(とくに小児の細菌性髄膜炎などが発生しなくて良かった)。
発熱相談自体が無意味でした。当保健所では、5月18日から、一般医療機関での受診を医師会と調整したため、混乱が少なかったが、そうでなければ、職員が疲弊していたと思われる。下記の14の質問も、発熱外来が機能しないので、協議はせず、基本として全医療機関での受診をお願いした。
深夜の小児の発熱相談が多く、内科医が当番の発熱外来に案内せざるを得なかつた事例が多く見られた。
遺伝子検査の適応について、臨床の要望に応えられるだけの県検査機関(主にマンパワー)の体制が無く、診療に当たる臨床現場からの苦情や、感情的な避難に対応することが、かなりの頻度で要求された。
慣れてからは改善されたが、当初は発熱外来へつなげるのに時間がかかってしまい、患者・家族か、医療機関から不満が多く寄せられた。

●電話回線等に関して(4件)

最盛期には電話がつながらなかつた(14回線)
電話の待ち時間が長く、なかなかつながらず、発熱外来のウォークインの受診が多くなつた。
時間外対応への苦情があつた。
ピーク時1日に85件の相談があり、電話がつながらない、発熱相談センターに電話したうえでないと診療してもらえないなどの苦情があつた。

●その他(10件)

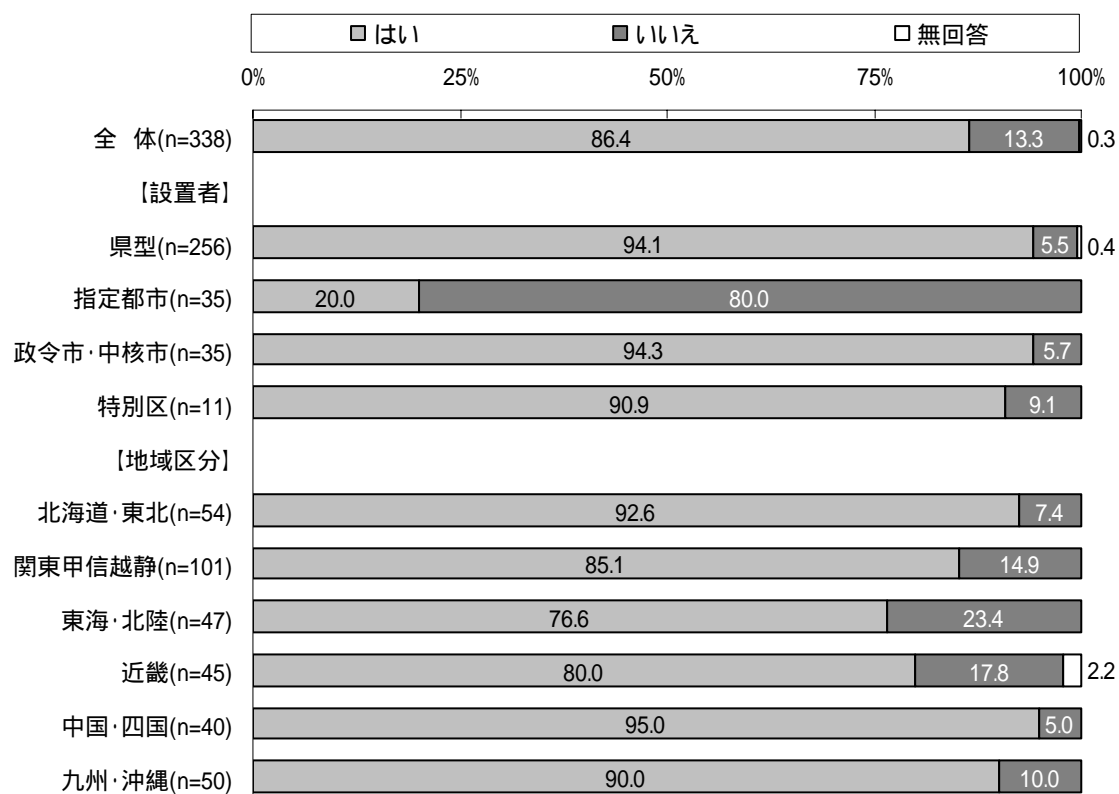
国の対応の変化について行けなかつた。
患者情報を市町村役場と共有することの是非。
新型インフルエンザ確定者の勤務先が勤務者の発症を発表し、本人・家族共にかなりのストレスを訴えた。
平成21年7月24日以降、国が全数調査をやめていたが、本県は感染初期ということで、まだ全数調査を行っていた。首都圏から帰省した感染者で、首都圏の対応と本県の対応が異なることへのクレームがあつた。
患者・当該家族からのねぎらいの言葉があつた。
発熱外来は設置しなかつた。
受診方法やPCR 検査依頼等での些細なトラブルはあつたが、重大なトラブルはなし。
患者の搬送手段として民間救急を活用したが、時間がかかるなどの苦情があつた。なお、民間救急の活用により、多額の経費を必要とした
現場の医師の判断で、発症24時間以内の場合迅速キットの検査をせず、再診としていたが、患者が市町村職員関係者で、市町村から検査をするように保健所長が医師を説得しろとせまられた。
重大でないトラブルが多すぎて困つた。偏見誹謗中傷、人権上の配慮が課題である。

14. 発熱外来設置に関する管内医療関係者への協議・要請の有無

全体で 87%が管内の医療関係者への協議や要請を行った。指定都市の 80%が行っていないことが顕著である。

Q 「発熱外来設置のため、保健所は管内の医療関係者への協議や要請を行いましたか。」

	回答数	はい	いいえ	無回答	
全体	338	86.4	13.3	0.3	
設置者類型	県型	256	94.1	5.5	0.4
	指定都市	35	20.0	80.0	-
	政令市・中核市	35	94.3	5.7	-
	特別区	11	90.9	9.1	-
地域区分	北海道・東北	54	92.6	7.4	-
	関東甲信越静	101	85.1	14.9	-
	東海・北陸	47	76.6	23.4	-
	近畿	45	80.0	17.8	2.2
	中国・四国	40	95.0	5.0	-
	九州・沖縄	50	90.0	10.0	-



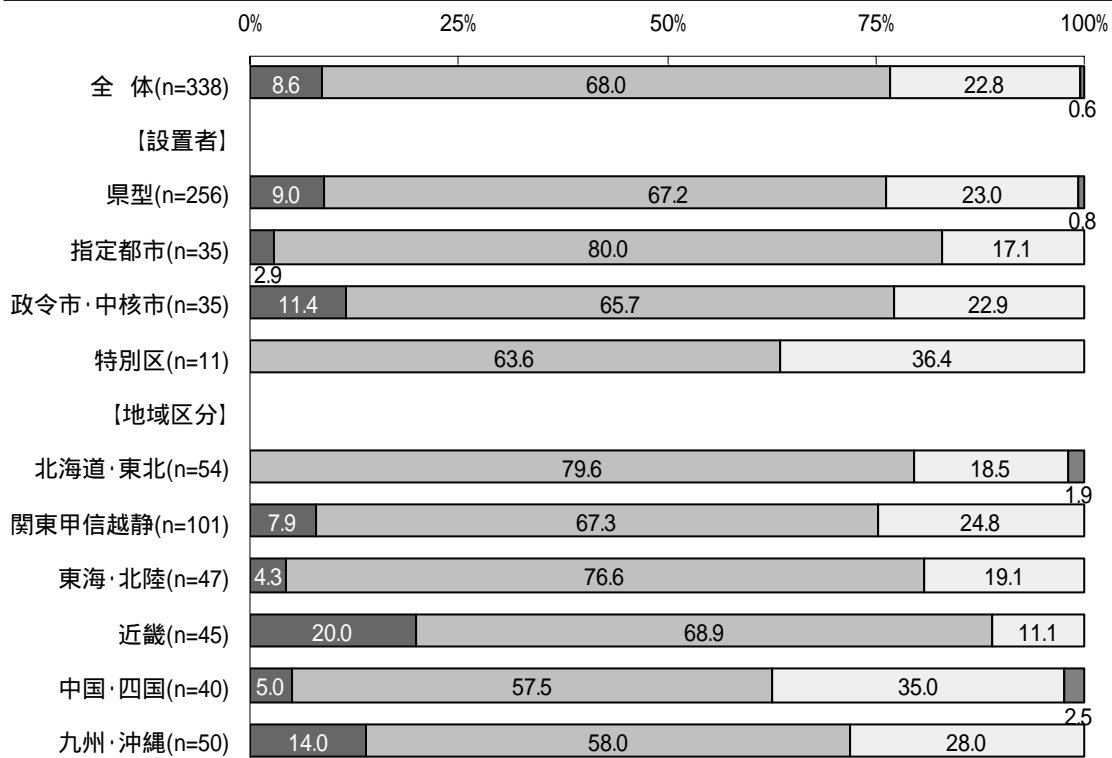
15. 国が発熱外来設置を指示した後、一般医療機関での診療に移行したことへの考え方

全体では 68%が当初は良かったがより早い時点で廃止すべきだったと答えている。当初から発熱外来は不要であったと回答したのは全体では 9%であり近畿地区は 20%とやや高かった。

Q 今回の場合、国が発熱外来の設置を指示し、その後一般医療機関での診療に移行したことについて

	回答数	あもな強 つ、か毒 た発つ性 外当ど 来初う はにか 不要おわ いか でてら	止り当 す早初 べいは き時良 だ点か っにつ たおた いが て、 廃よ	概 ね 妥 当 だ っ た	す発 べ熱 き外 で来 あは っさら たに に継 続	無 回 答	
全 体	338	8.6	68.0	22.8	0.6	-	
設置者類型	県型	256	9.0	67.2	23.0	0.8	-
	指定都市	35	2.9	80.0	17.1	-	-
	政令市・中核市	35	11.4	65.7	22.9	-	-
	特別区	11	-	63.6	36.4	-	-
地域区分	北海道・東北	54	-	79.6	18.5	1.9	-
	関東甲信越静	101	7.9	67.3	24.8	-	-
	東海・北陸	47	4.3	76.6	19.1	-	-
	近畿	45	20.0	68.9	11.1	-	-
	中国・四国	40	5.0	57.5	35.0	2.5	-
	九州・沖縄	50	14.0	58.0	28.0	-	-

強毒性かどうかかわらなかつた当初においても、発熱外来は不要であった
 当初は良かったが、より早い時点において廃止すべきだった
 概ね妥当だった
 発熱外来はさらに継続すべきであった
 無回答

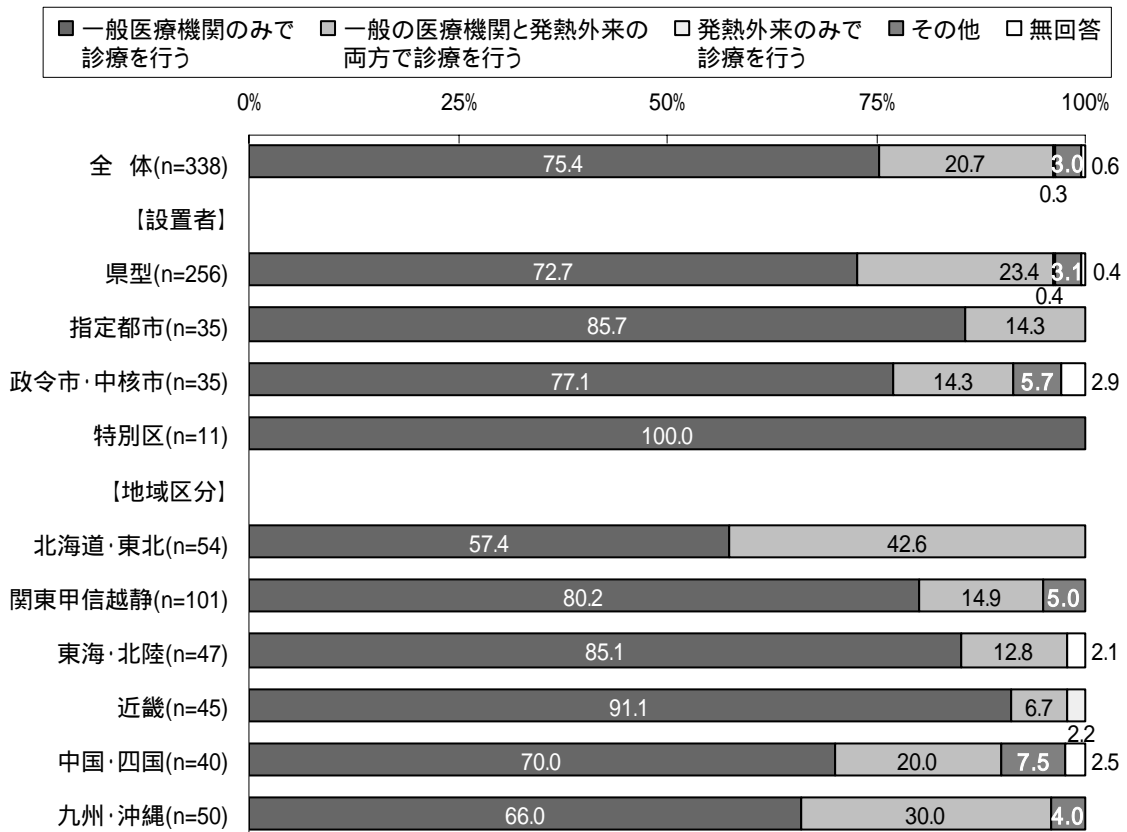


16. 今後の発熱外来廃止及び一般医療機関での診療意向

全体では 75%が今後一般医療機関のみで診療を行うと考えており、21%が発熱外来と一般医療機関の併用を考えている。近畿地区、東海・北陸地区、関東甲信越静地区では 80%以上が一般医療機関でのみ行うと考えているのに対し、北海道・東北地区では 43%が併用と考えている。

Q 今後は発熱外来を廃止して一般医療機関で診療を行いますか。

		回答数	で一般診療を行う機関のみ	診発一般療熱外を来の療うの療両機方関と	療発を熱行外うののみで診	その他	無回答
全体		338	75.4	20.7	0.3	3.0	0.6
設置者類型	県型	256	72.7	23.4	0.4	3.1	0.4
	指定都市	35	85.7	14.3	-	-	-
	政令市・中核市	35	77.1	14.3	-	5.7	2.9
	特別区	11	100.0	-	-	-	-
地域区分	北海道・東北	54	57.4	42.6	-	-	-
	関東甲信越静	101	80.2	14.9	-	5.0	-
	東海・北陸	47	85.1	12.8	-	-	2.1
	近畿	45	91.1	6.7	2.2	-	-
	中国・四国	40	70.0	20.0	-	7.5	2.5
	九州・沖縄	50	66.0	30.0	-	4.0	-

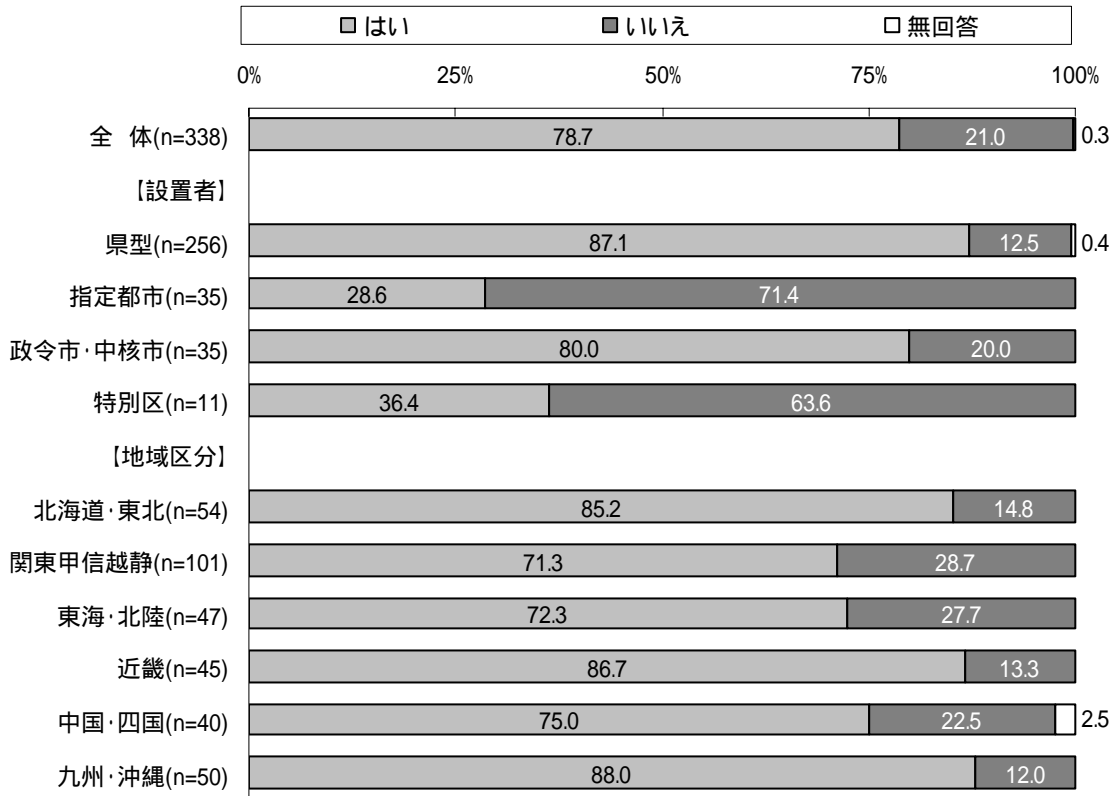


17. 入院医療機関確保に関し管内の病院への協議・要請の有無

全体の79%が医療機関との協議、要請を行った。指定都市の71%、特別区の64%が行っていなかった。

Q 入院措置に対応する入院医療機関の確保のため、保健所は管内の病院への協議や要請を行いましたか。

		回答数	はい	いいえ	無回答
全 体		338	78.7	21.0	0.3
設置者類型	県型	256	87.1	12.5	0.4
	指定都市	35	28.6	71.4	-
	政令市・中核市	35	80.0	20.0	-
	特別区	11	36.4	63.6	-
地域区分	北海道・東北	54	85.2	14.8	-
	関東甲信越静	101	71.3	28.7	-
	東海・北陸	47	72.3	27.7	-
	近畿	45	86.7	13.3	-
	中国・四国	40	75.0	22.5	2.5
	九州・沖縄	50	88.0	12.0	-

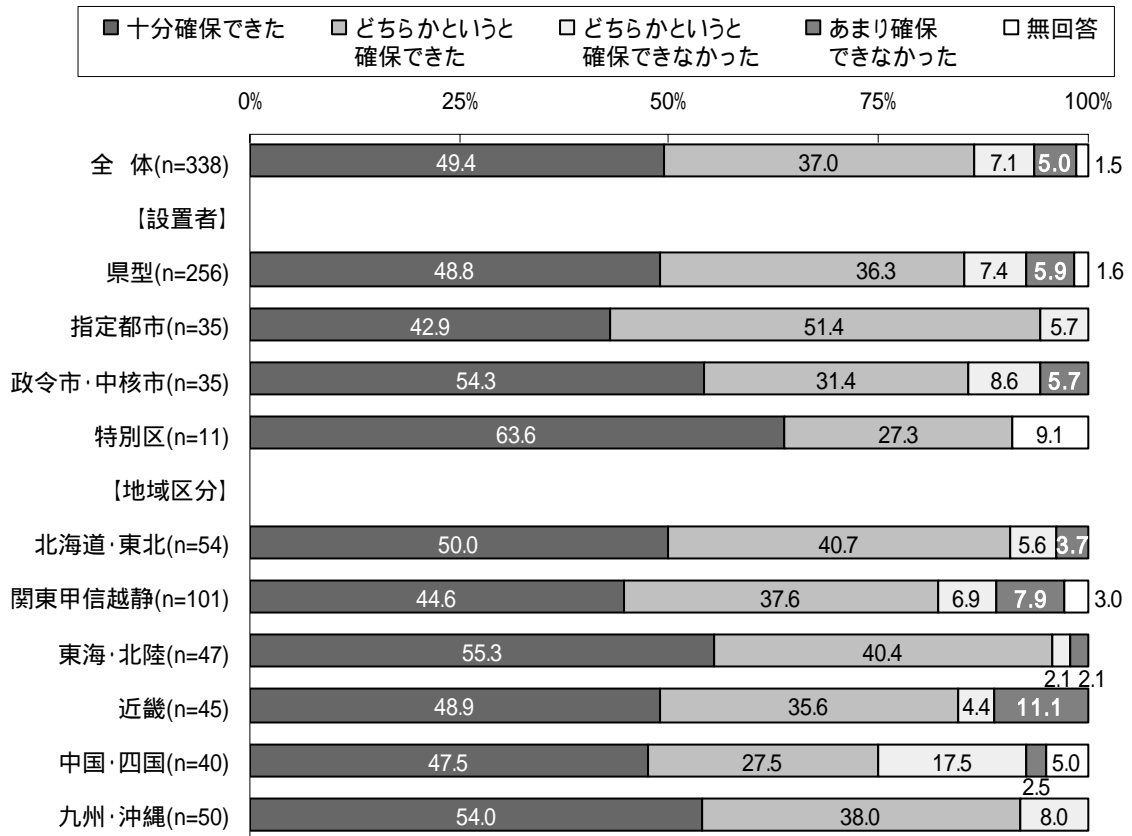


18. 発生患者数に対する病床確保の状況

「十分確保できた」または「どちらかといえば確保できた」を合わせると全体の86%が病床を確保していた。

Q これまでの発生患者数に対して、病床確保は次のいずれでしたか。

		回答数	十分確保できた	どちらか という 確保でき た	どちらか という 確保でき なかつた	あまり確 保できな かつた	無回答
全 体		338	49.4	37.0	7.1	5.0	1.5
設置者類型	県型	256	48.8	36.3	7.4	5.9	1.6
	指定都市	35	42.9	51.4	5.7	-	-
	政令市・中核市	35	54.3	31.4	8.6	5.7	-
	特別区	11	63.6	27.3	-	-	9.1
地域区分	北海道・東北	54	50.0	40.7	5.6	3.7	-
	関東甲信越静	101	44.6	37.6	6.9	7.9	3.0
	東海・北陸	47	55.3	40.4	2.1	2.1	-
	近畿	45	48.9	35.6	4.4	11.1	-
	中国・四国	40	47.5	27.5	17.5	2.5	5.0
	九州・沖縄	50	54.0	38.0	8.0	-	-

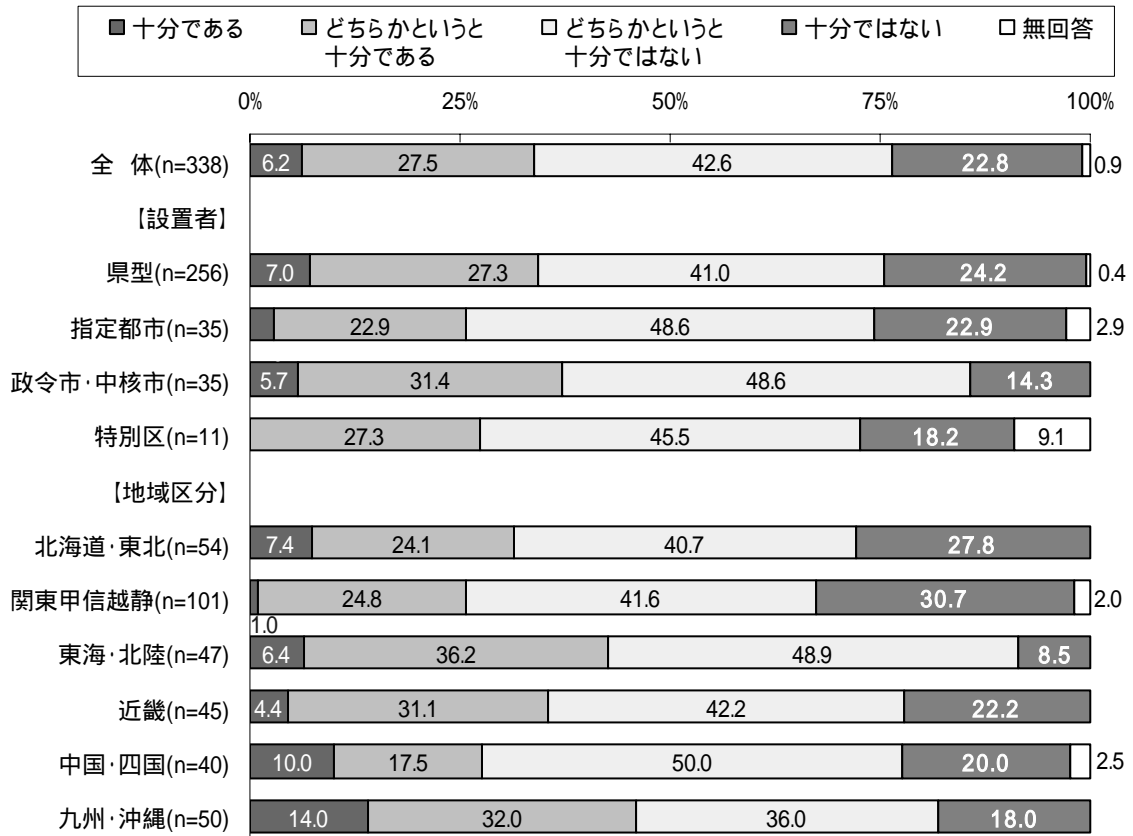


19. 今後の重症入院患者発生に対する受入病床の充足予測

今後の重症入院患者に対する病床は全体では65%が「十分でない」または「どちらかといえば十分でない」と回答した。

Q 受け入れ病床については、今後の重症入院患者発生に対してどのように予測されますか。

		回答数	十分である	どちらか という 十分である	どちらか という 十分ではない	十分ではない	無回答
全 体		338	6.2	27.5	42.6	22.8	0.9
設置者類型	県型	256	7.0	27.3	41.0	24.2	0.4
	指定都市	35	2.9	22.9	48.6	22.9	2.9
	政令市・中核市	35	5.7	31.4	48.6	14.3	-
	特別区	11	-	27.3	45.5	18.2	9.1
地域区分	北海道・東北	54	7.4	24.1	40.7	27.8	-
	関東甲信越静	101	1.0	24.8	41.6	30.7	2.0
	東海・北陸	47	6.4	36.2	48.9	8.5	-
	近畿	45	4.4	31.1	42.2	22.2	-
	中国・四国	40	10.0	17.5	50.0	20.0	2.5
	九州・沖縄	50	14.0	32.0	36.0	18.0	-

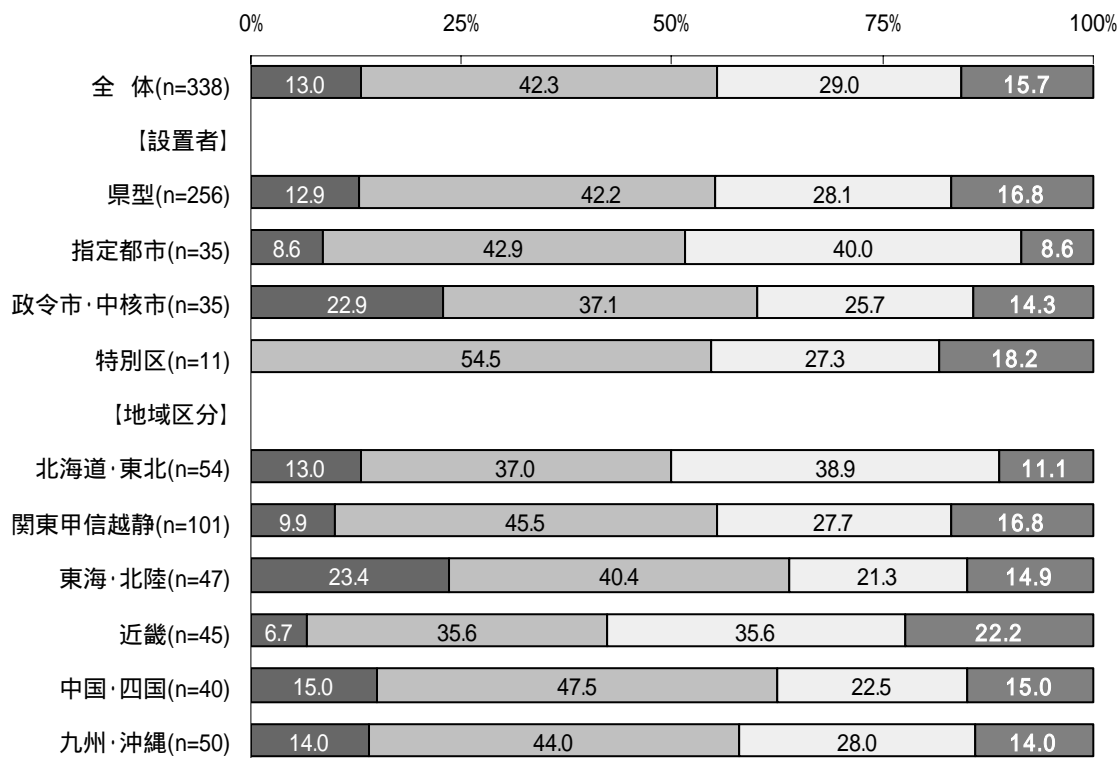
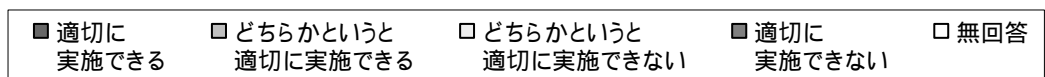


20. クラスターサーベイランス・積極的疫学調査の実施について

「適切に実施できる」または「どちらかといえば適切に実施できる」と合わせると全体として 55%がクラスターサーベイランスと積極的疫学調査は適切に実施可能であると予想している。

Q クラスターサーベイランスおよび積極的疫学調査の実施については、今後どのように予想されますか。

		回答数	適切に実施できる	どちらかといえば適切に実施できる	どちらかといえば適切に実施できない	適切に実施できない	無回答
全体		338	13.0	42.3	29.0	15.7	-
設置者類型	県型	256	12.9	42.2	28.1	16.8	-
	指定都市	35	8.6	42.9	40.0	8.6	-
	政令市・中核市	35	22.9	37.1	25.7	14.3	-
	特別区	11	-	54.5	27.3	18.2	-
地域区分	北海道・東北	54	13.0	37.0	38.9	11.1	-
	関東甲信越静岡	101	9.9	45.5	27.7	16.8	-
	東海・北陸	47	23.4	40.4	21.3	14.9	-
	近畿	45	6.7	35.6	35.6	22.2	-
	中国・四国	40	15.0	47.5	22.5	15.0	-
	九州・沖縄	50	14.0	44.0	28.0	14.0	-



21. これまでの保健所対応についての意見・問題点・反省点[自由回答]

保健所における準備

- 保健所における事前の準備役に立った。(4件)

所内全体で研修や計画を作成していたため、保健師が少ない状況ながら、所全体で対応でき、一部職員への過重労働にはならずよかった。
昨年夏より、保健所新型インフルエンザ対応マニュアル作成のため班体制で検討し、関係機関と発熱外来設置訓練を実施するなど準備を進めてきた。
職員がよく努力した。2年間、県内保健所担当者が県庁とプロジェクトチームを組み、マニュアル作成や訓練を実施してきた成果が現れた。
昨年市で実施した、発熱外来設置訓練にあわせて、当保健所でも衛生課と保健福祉課合同で発熱相談設置訓練を実施したが、この経験が、発熱相談センターのスムーズな開設に繋がったと思う。

- しかし、強毒性に対する準備であったため、混乱もみられた。(4件)

訓練を含めて準備してきたのは、鳥インフルエンザH5N1の強毒性のものだったので、豚インフルエンザH1N1に関して対応がやや過剰にならざるを得ず、現場には少なからず混乱を招いたところがある。
強毒型を想定して、市町村始め、関係機関と対策を練ってきたが、弱毒型とわかった時点で戻す様子になってしまった。これから、秋・冬に向けて、再び危機意識を高めていくことは非常に難しい。
昨年度、県が医療機関以外の公的施設に発熱外来を設置する計画を立てた矢先のH21年2月に、国が医療機関へ設置することを基本とするガイドラインと行動計画を策定したため、地域によっては軌道修正できなかった。昨年度の計画通り対策を進めたところ、様々な問題点が明らかになり、かろうじて弱毒性なら対応できるよう設置準備ができたが、強毒性への対応は公的施設では困難と考えられた。
市において事前に毒性が強いインフルエンザに対する計画を作成し、市民への啓発を行ってきた。状況を見て対策の変更を迅速に行うとともに、市民に情報をより具体的に伝えることの重要性和困難さを感じた。

全般的評価

- 保健所職員は努力した。(4件)

ともかく、当保健所の担当職員は、管内が人口約57万人で、2医療圏を抱え、少ない職員数で業務が多忙を極めたにもかかわらず、愚痴一つ言わず、非常に前向きに適切に対応していた。そのことに対して、私は大変感謝しており評価している。
少ない人員や情報不足の中、所全体でこの3ヶ月を乗り切ってきたと思っています。
日本や中国は少なくともアメリカなどに比べて感染がひろがっていない。これは医療システムがしっかりしていることもあるが、保健所などの地域の公衆衛生システムがある程度機能している成果であると考えます。
保健所の業務としての重要性をより認識した。保健所職員も感染症担当も感染症に対して、日頃未経験の者が多く、文書様式から手順、検査方法、態勢づくり等初歩からの取り組みで悪戦苦闘した。

人員

- しかし、保健所の人員が不足し、負担が大きかった。(9件)

明らかにマンパワーの不足があり、一保健所での対応は困難である。
専門職の人的な配置に苦慮した。24時間休日なしの対応には疲弊が大きく、医師をはじめ専門職の使命感だけでは持ちこたえられない。通常事業を実施しながらの対応での人的配置は、厳しく予算的な措置が必要と考える。
24時間対応体制になっていない保健所に24時間対応を指示されても人員的に不可能である。また、ここ数年の人員削減のなかで、日頃の業務にもぎりぎりで行っており、なおさらである。

平日昼間業務を前提に人員配置されている保健所で、24時間対応は無理である。全県下対応であるので、他からの応援は不可能であり、保健所の他部署の職員では、感染症対応に十分な知識がないため、応援できるところが限られてくるので、担当職員に過重な労働負荷がかかった。発熱のように他の疾患でも多く起こる症状に対して、ひとりずつ相談して発熱外来に連れて行くという作業は非現実的であった。
夜間・休日の職員体制(夜間、休日は、職員が発熱外来に直ぐに行けなく、時間がかかる)
検疫の健康監視、発熱相談センターの運営、患者・接触者への対応、発熱外来との調整、積極的疫学調査等。特に発熱相談センターについては、発熱者がすべて連絡をしてきて、その振り分けのため市内他保健所と合同で24時間体制を組み対応したが、その労力とまた発熱外来へのふりわけには医療職の負担が大きかった。
保健師等のマンパワーの充足が思うように出来ず、担当の部署の職員にはかなりの超過勤務を強いたことが反省点です。
管内人口は23万人だが、面積規模は神奈川県と同等の広域を担当している。地域保健法の30万人に1箇所を目安として保健所の合併・統合を進めたため、夏場でも疫学調査を行う地域の病院まで片道1時間近くかかるなど、ロスタイムが大きい。加えて、この規模に対し、感染症担当の保健師がたった3名(内1名は新人)という配置であったため、新型インフルエンザの対応に加え、O-157が多発した際の職員の負担は多大であった。何とか所内の他の部署から応援の体制を取ったが、他もギリギリの配置であるため業務の分散が難しい。国を挙げて危機管理を推進するのであれば、通常の予防業務も含めた適正な人員配置を試算し、県本庁への働きかけをお願いしたい。
国の方針が、たびたび変更され、また、十分な予算措置、人員配置もとられない中で保健所のキャパシティを超えた対応を求められ苦慮した。

・特に発熱相談が集中した際には負担が大きかった。(11件)

発熱相談センター(保健所)は件数の多いときは、機能は麻痺し、マンパワー不足で職員も疲弊した。
当保健所は多数の学校・施設などで患者が発生した地域です。その経験では、発熱相談センター業務を週7日24時間実施することが可能なのは、たかだか2週間です。スタッフが少ない小さな保健所では数日でしょう。
発熱相談センター対応で、平日は夜8時半まで、土、日、祝日は午前9時から午後5時まで連日数名の職員が相談業務に対応したため、他課の応援があったとはいえ担当課職員(生活環境安全課)にかかる負荷は大きなものがあった。
これまで、季節性インフルエンザの診療そのものにタッチしてこなかった保健所が発熱相談センターという機能を担うことの大変さがあった。もっと、保健と医療が一体となって進めていくべきものと思う。そもそも、わが国のような保健と医療が余りにも乖離していることの弊害は大きい。保健と医療を融合していけないと疾病対策は上手くいかないと考える。
これまで、季節性インフルエンザの診療そのものにタッチしてこなかった保健所が発熱相談センターという機能を担うことの大変さがあった。もっと、保健と医療が一体となって進めていくべきものと思う。そもそも、わが国のような保健と医療が余りにも乖離していることの弊害は大きい。保健と医療を融合していけないと疾病対策は上手くいかないと考える。
発熱相談センター機能を保健所に持たせたため、毎日約600件、14回線の電話がなり続け、その上に300人を超える検疫の健康調査も加わり、保健所が本来、やらなければいけない任務はともなせたとはいえない。この、発熱相談センター・発熱外来というシステムを同じように運用することは、不可能と考える。
対策業務に支障をきたすので、発熱相談センター機能を保健所におくべきではない。
保健所内の各課において、役割分担して対応したが、十分機能したとはいえない。発熱相談センターの24時間対応で、職員が疲弊した。発熱相談センターに、新型と関係のない発熱相談が集中した。
発熱電話相談は、電話での鑑別が出来ない以上、無意味どころではなく、有害無益であった。また、バックアップすべき発熱外来が患者が多すぎて十分機能しない(パンク)ような状態では、相談を行うべきではない。当保健所管内では、相談をしたために、他の疾患(例えば小児の髄膜炎など)で手遅れになった例は無かったが、そのようなことがあれば、このような計画を立案した者が責を負うべきである、あるいは少なくとも、計画と実態の齟齬が判明した早期時点で計画変更を行う責任があったと考える。

発熱相談センターについては、発熱者がすべて連絡をしてきて、その振り分けのため市内他保健所と合同で24時間体制を組み対応したが、その労力とまた発熱外来への振りわけには医療職の負担が大きかった。

発熱相談は対応時間を区切っていたが、対応時間以外の深夜でも担当者へ転送されるために、結果として土日祝祭日24時間対応状態となった。

・保健所医師についても不足していた。(2件)

保健所長は医師ではあるが、管理者であり、実務医の配置はぜひ必要であると考えられた。

保健所の医師数について、現在1人しかいないため、現場に出る医師業務があった場合に、事務所に不在となる。危機管理のシステムとしては問題がある。行政の医師不足の認識は県当局も持っているが、医師会からの派遣で対応できるという認識があるようで、保健所医師の増員につながらないようである。行政医師の配置・増員が計画的に行われる必要がある。

保健所内の連携

・保健所内の連携がよい場合、うまく処理できた。(6件)

豚インフル発生時も、班会議を毎日開き全所体制で動いたことは良かったと思われる。

当保健所では、WHOのフェイズ4宣言以降、5月末までは毎朝8:30から約1時間程度、所内の部長、課長等による「新型インフルエンザ毎朝ミーティング」を開催した。この「朝ミーティング」は、所内の情報共有、課題の整理、取り組み方針の決定を迅速に行う上で大変有効であった。今秋以降、新型インフルエンザが流行した場合も、この「毎朝ミーティング」を開催することとしている。

今回の各時期において、保健所は職員が一丸となり、国が求める役割を懸命に果たしたとは思っている。

保健師の数は明らかに足りなくなることが予想されたので、全職員で対応するようあらかじめ計画をたてていたため、他の事業を中止せざるをえない状況には追い込まれなかった。もし、保健師だけで対応していたら、保健予防課の他の事業はストップせざるを得なかったと思う。

今回の対応には専門職の必要なのはもちろんだが事務職の大切さを感じた。企画調整スタッフを一人専任状態にすることができ大変良かった。

当保健所ではWHOのphaseに合わせて感染症担当以外の職員へ教育を開始し、パンデミック時は感染症担当以外が全発熱相談電話対応を行うことを決め、保健所の職員全員で感染症業務に集約することを決めていました。このシステムと管内で患者発生が無かったことが、今回保健師不足を強く感じなかった理由です。

・保健所内の連携に課題がある場合、担当職員の負担が大きかった。(10件)

組織的な問題、共通認識を得るのに時間もエネルギーも必要

当保健所は、保健師は新型インフルエンザ対策に主戦投手として関わっておらず、積極的疫学調査の段階になると始動するルールになっているが、全国的に見て、保健師は今般のインフルエンザ対策にどう関わっているのか、興味がある。

所内の役割分担を更に明確にし、業務の負担を分散化して過重負担の軽減を図るとともに、危機管理体制の一層の強化を図る。

BCPを前もって策定し、感染症担当者以外にも動員した所内体制も整備したが、職員の認識に温度差が大きかった。特に、職員の健康管理や情報管理の一元化を総務担当の事務職に一任しようとしたが、積極性に欠け、役割を果たし切れていない。

発生時に保健所に義務づけられた項目が多すぎる。事務的に出来るものは、他部署で行うべきであった(例えば検疫より報告のあった健康状態の聞き取りは、異常があった時のみ、保健師対応として、その他は事務的に処理すべき)。

担当課以外の職員へ協力要請をし、役割分担をすべきであった。(担当課職員に短期的に負担がかかった)(しかし、このためには、事前に情報提供等し、お互いに役割等を認識しておく必要があるが…)

一部職員に過重の負担をかけた。市全体(全職員)で対応すべきであった。

管内での新型インフルエンザの発生は、県内でも他の圏域より遅れての発生だったので対策の方針が確立していたことと、発生件数も少なかったこともあり感染症担当班での対応になり、担当者にとっては負担が多かったのではないかとされた。

感染症係りの業務量が増大しており、体制をどのように見直していくのが課題です。

発熱相談センターでの対応と発熱外来との受診調整で忙殺され、所内の情報共有と積極的疫学調査が不十分であった。

- 保健所長の役割が十分果たせない状況の保健所もあった。(2件)

保健所が相談を受けた場合に、医師である所長が後日その内容や対応等についてすべてを再検討するようにしていなかった。担当の対応だけで十分な場合がほとんどであると思われるが、少なくとも医療機関等からの相談については重要性を担当だけで判断せずに全例について詳細を把握すべきと考える。

本県では保健所長は福祉事務所長も兼ねていて、大変業務量が多いところにこの新型インフルエンザ対応になり、改めてこの福祉との統合について危機管理上無理があるかと思った。

都道府県庁内の連携

- 保健所と都道府県庁内の連携が役に立った。(2件)

国内発生および県内発生が始まり、県民に不安が増えたことに対応するため、24時間の電話相談体制の構築にあたっては、保健所単独では人員的に不可能であった。県の他部局からの応援を得て実施することができたが、そのためには総合事務所(ミニ県庁組織)の中に保健所が入っていることが有効に作用した。危機管理を担当する保健所のあり方として考えさせられた。

市は、本庁にある健康安全室と連携して対策にあたってきた。概ねうまく対応できたと思う。特に、医療機関との交渉や、マスク対応は本庁部門が一手に引き受けたので、保健所は現場の対応に終始することができた。検体の搬送など、民間に委託する自治体が相次いだ中で、全て自前で対処できたもの分業の成果を思われる。

- 都道府の県本庁や各機関からの支援、連携が不十分な保健所もあった。(6件)

担当職員が不足。他部署の応援を大いに利用したい。

ヒト、モノ、カネが足りない。他部署からの動員を訴えたが本庁は動かなかった(動けなかった)

県・近隣保健所とのコミュニケーションにやや困難を感じることも。

ゴールデンウィーク中の空港検疫のリストは、都を通じて特別区にメールで送られるということであったが、都と区の事前の連絡調整が悪くメールが区の想定と違うところのアドレスに届いていたため健康監察が数日遅れてしまった。(しかし、遅れたことによる実害はなく、全ての人に連絡がついたことは不幸中の幸いだった)

広域的は問題なのに、保健所ごとの対応が異なる点(特に医師会との関係)

水際対策をはじめ、国の対策や報道に左右されることが多く、保健所間の情報の共有や組織横断的取り組みが不十分であった。縦割り行政の弱点が露呈する形となった。

- 保健所ではなく本庁が決定する場合に問題があった。(4件)

本庁の指示に時差があり、保健所の独自判断がしがたかった。

保健所長の裁量権がなく、すべて県の指導で事が運んだ。

県の対応が遅く、時間が無駄に過ぎてしまった。

県一本でされた発熱相談センターを保健所でも開設していれば、パンクすることはなかったのではと思います。

保健所と地域関係機関との連携

・保健所と医師会など地域関係機関との連携・情報提供が役に立った。(5件)

<p>新型インフルエンザの発生から流行が拡大している現在まで、国の指針の複数回の変更に、保健所としては、地域の医療機関と連携して、対応でき、成果があったのではないかと思います。</p>
<p>市町や病院、医師会、消防等の協力により、適切に患者への対応ができた。集団感染の早期探知と拡大防止がうまくいった。</p>
<p>地区医師会・市立病院との連携はうまく行っていると思う。予算も財政難のわりには確保できた。</p>
<p>新型インフルエンザが発生して早期(5月1日)に、地域の医師会、主要病院、市町村、警察、消防を集めて、対策会議を開催し、対策の方向性や情報を共有できたのは有意義であった。また、その会議前に主要病院3病院には個別に、保健所長が発熱外来の設置等についてお願いに行き、情報交換したが、それも有意義であった。市町村とは、5月28日にも会議を開催し、情報交換に努めた。ただ、その後、関係機関とは、電話でのやりとりはあったものの、忙しさのせいもあり、国、県からのメールを横流しするだけのことが多かったのは反省点である。</p>
<p>管内も医療機関と市町村まで入れてのメーリングリストは大変役に立ったと思う。情報がほしいと現場からつかれる毎日であったのでそのつどわかる情報についてはどんどん流していった。国の通知や事務連絡などもとりあえずはメールで流し後で処理をした。</p>

・保健所と市町村などの地域関係機関との連携や情報提供に課題がある保健所もあった。(8件)

<p>発生初期において市町村の過剰反応・過剰対応をうまく調整してやれなかった。不安が先行してしまい、かえって住民には動揺を与えてしまったように思えます。国も冷静な対応とを呼びかけてくれたのですが、現場はなかなかその通りにとはなりませんね。</p>
<p>管内には、医療機関が少なく発熱外来や迅速検査等の依頼、調整に苦慮した。市町村や消防等関係機関との情報伝達(なにを、どこまで話すか)が、当初困った。</p>
<p>関係者の共通理解を求めることが難しかった。市町村や担当者においてはその役割を放棄していると考えられる言動を取ったものもいた。</p>
<p>県は発熱外来とは別の形で全県的に「外来協力医療機関」を募り公表したため、管内に協力機関がない当地域では当初電話相談者の受診依頼に苦慮した。(結果的には2病院に非公表ながらも協力してもらった。)指針改定後の現在は一応すべての医療機関で診てもらおうとのことで、協力機関は休止になっているが、秋冬に向けては新たに発熱外来(県では新型インフルエンザ外来と称している)の設置に向けて準備を進めているところである。</p>
<p>特に一般医療機関への情報提供は十分にはできず、個々の患者を媒介しての対応のみだった。</p>
<p>保健所のトリアージに関して基準がブレたことがあり、関係医療機関にご迷惑をかけた。状況によって何を優先すべきなのかの確に判断する必要性を痛感した。</p>
<p>発生初期の体制整備(特に他領域との調整など)、管内全体の情報共有などに課題がある。</p>
<p>市として事前にもっと医療体制の構築、医師会等医療機関との密な連携体制が行われていたら、よりスムーズな対応が取れていたのではないかと、思われる。</p>

中核市と都道府県との連携

・中核市と都道府県との連携に問題のある保健所があった。(4件)

<p>保健所設置市の保健所と都道府県の保健所の本庁段階や保健所段階での連携は難しかったのではないかと。</p>
<p>県とマスク対応について予めルールを定めておき、中核市と県が足並みをそろえる必要がある。</p>
<p>国、県、中核市との連携、方針の決定に統一性がとれにくく、決定までに多くの時間を必要としてしまった。</p>
<p>中核市であるが、自前の衛生検査所がないため、PCR検査を県の衛生検査所をお願いせざるを得なかった。今後は衛生検査体制の整備に努めたい。</p>

発熱外来

・医療機関以外の保健所などに設置した医師による発熱外来・発熱トリアージは治療ができず問題があった。(7件)

発熱外来を保健所に設置したが、治療機能がなかったため、新型であっても、なくても、その後、医療機関を受診してもらわなければならなかった。発熱外来は医療機関に設置するのが望ましい。
市では5月12日より6月21日まで、保健所に24時間体制(18時以降はオンコール)で発熱トリアージセンターを設置、213例について行った結果、患者さんが医療機関に直接いかず、病院での感染拡大防止には大変意味あったと反面、特に乳幼児、糖尿病などハイリスクのある患者さんなど、高熱等当面医療を必要とする患者に対し治療法できない為、医療に繋がらず患者にとって非常に負担が大きくなる場合あり。即ちトリアージ出来ないリスクより患者さんの症状の悪化の方が心配になるケースがあった。
県は発熱外来を保健所に設置したが、インフルエンザ迅速診断検査のみしか実施できず、発熱患者の治療の遅れが生じ、また、保健所職員には過重な負担がかかり、発熱外来の保健所設置は不適切であった。
医師がトリアージ業務に追われ、本来の対策(情報の収集・発信、患者発生時の対応等に支障を来し発熱トリアージを保健所で保健所職員だけで行うには限界があるなどの課題が残った。
医療機関以外の公的施設で発熱外来を実施したが、職員の確保や抗インフルエンザウィルス薬以外の薬剤の処方、入院が必要な場合の病床確保等に関して、課題が多かった。
保健所の往診体制については見直しが必要と思います。合併症の見極めは主治医がすべきことと思います。何れにしても、弱毒であったことが幸いしたと思いますし、今後強毒に向けたより現実味のある緊迫したトレーニングができたと思います。
今後病原性が増した場合は、国の方針にもよるが、発熱外来を設置して対応する予定。当圏域では、病原性が季節性インフルエンザ相当の場合、まん延期は全医療機関で対応することで医師会、各病院長と了承済みであり、今秋～冬も今の状況なら、全医療機関で対応する。

クラスターサーベイランス

・(アンケートを実施した時期においては)、クラスターサーベイランスの負担が大きかった。(4件)

多数の患者または複数のクラスター発生時の疫学調査は保健所にとり、負担が大き過ぎる。
クラスターサーベイランスを、早期に通常のインフルエンザサーベイランスに移行すべきであった。
クラスターサーベイランスは、9月7日の現時点でも多数寄せられている。流行が拡大すれば、クラスターの把握は難しくなり、最終的には集団感染防止も季節性インフルエンザと同じ対応をせざる得ないだろう。いつの時点で切り替えるか、このまま保健所職員を疲弊させたまま続けざる得ないのか、問題であると思っている。できれば職員が疲弊しきってしまう前に早急に季節性インフルエンザと同じ扱いにして、医療体制の整備の調整、啓発活動の強化をしたいが、目先のクラスターサーベイランスを片付けなくてはならない。
今回の新型については症状が軽いため住民の危機意識が薄く、行動制限がほとんどかからない状況で、当所ですでに簡易キットA陽性者数が200名を超え、蔓延期に入ってきています。医師会の協力により簡易キット陽性および臨床的なインフルエンザの全数登録がすでに毎日行われており、この時期になれば国から求められているクラスターサーベイおよび積極的疫学調査はあまり意味を持たなくなると思います。先日各市区別A陽性者数を臨時的インフルエンザA流行状況として関係機関に送付するとともに8月14日にはHPにアップしました。季節型インフルエンザのと同様の対応と、病原体定点を少しふやし流行しているウイルスをより確実に確認する程度で十分ではないでしょうか。

国の方針との関係

相談センターの縮小などの時期の判断に苦慮したため、今後対策を行う場合には、その中止の基準をある程度設定した上で行っていく必要があると感じた。
--

・国の方針変更が遅すぎた。(3件)

これまで国の方針に沿って、海外からの帰国者の健康監視や、発熱外来への疑い患者の搬送等の業務を遂行してきたが、国の対策の転換は科学的な根拠や社会情勢等を考え合わせた対策の効果(費用対効果も含め)を見極めたうえで、もうすこし早い段階での舵取りが必要ではなかったのかと思われる。

メキシコで発生した時点で弱毒性とわかっていたはず。にもかかわらず、発熱外来、発熱相談センターを行ったことは大きなまちがい。もっと早くから一般医療機関における診療を行うべきであった。

一度始めたことの終了時期については国や都県のチェンジは遅くなる。現場では適当に早めに変えて対応したこともある。地域医療機関の責任感は期待していきたいが

・国の方針変更についていくことに課題があった。(2件)

走りながら考え、実行していく日々であった。地域の医療機関に厚労省からの指針や対応の変化や、Vor の変わりごとの連日の連絡に職員の多くの時間が割かれた。

次から次へと降りてくる国からの「事務連絡」に振り回された感じ。保健所としての準備不足を痛感させられたが、今回の事案を通じて本番(強毒性)に向けた対応が見えてきた。適宜、対応を振り返りながら問題点を検討し、改善につなげたい。

・国からの情報が不十分である。(1件)

水際作戦や疫学情報の収集のために、かなり無駄な労力を使った。関係職員は相当疲れたと思う。今後の後の流行への対応については、モチベーションが下がったままの現状では非常に不安が大きい。国の舵取りの失敗だと思う。

・国からの情報が多すぎる。(1件)

無駄な文書は送ってこないこと。受け取る側の都合を考えていない。関係機関からも同様の意見あり。

・国の個別的施策に問題があった。(4件)

保健所の行う調査内容について、患者発生数の大きく異なる地区ごとに違うのは当然だと思うが、患者に対する行政の対応は、全国一律にすべきと思う。たとえば、ある地域では「自宅待機」なのに、別の地域では、「隔離入院」というのは、人権上も無理があるのではないかと。

発熱外来受診のために保健所が移送をした外国人疑似新型インフルエンザ患者が診療費の支払いを拒否したケースがあった。発熱外来受診を徹底するなら、医療費(検査料)の負担についても、何らかの対応が必要と考える。

検疫所からのデータに基づく健康調査は保健所でする必要はないと思われる。

インフルエンザの主たる感染経路は飛沫感染であるのにマスクでは手洗い、うがいの励行のみが重要視されている。もっと、罹患者のマスク着用を広報すべき。また、知見に基づく療養期間を明らかにすべきである。

質問に関する意見

・設問が不適切である。(3件)

の1は「一般医療機関のみで診察を行う」というより「一般医療機関・すべての医療機関で診察を行う」というほうが適切であるよう思われました。発熱外来であった医療機関はほかの医療機関と同様に診察を行っているからです。そういう意味で回答は1としましたが、解釈の仕方では2という回答にもなります。御検討をお願いします。

この質問には問題があります。 県の場合、囲い込み期までの病床確保は県庁疾病対策課で行っており、個々の保健所は直接関与していません。重症化した場合の病床確保は今後の問題であり、「これまでに…」の質問には回答困難です。

、 、 は、保健所の役割ではなく、県全体で調整を行ってきた。重症患者は、まだ発生していないが、入院については、県で検討中であるので、そのまま集計されるのは如何なものか？

その他(7件)

発熱電話相談に対して、件数の増減に応じた体制作り。専用外来への円滑な受診。庁内および関係機関等への必要な情報提供
オーストラリアから姉妹校として来日したグループやアジア太平洋子ども会議で来日した子供たちに新型インフルエンザが発生したが、国際的対応と日本の対応のギャップに苦慮した。
必ずしも入院が必要でなくなった後の確定患者の自宅への移動手段確保に難渋した。結果として保健所の患者搬送用の救急車を使用せざるを得ないケースが多発した。
報道への対応など本質ではないことさらに多大な労力を取られた。
発端がアウトブレイクだったので初動が肝心であったが、国内での前例がなく、マスコミ対応や政治的判断に振りまわされた。保健所は感染症対策の基本を粛々と遂行できる組織でなければならない。
業務の継続住民一人一人の感染防止に対する意識の向上を図るために、咳エチケットや受診方法、療養時の配慮などきめ細かな公衆衛生対策に更に力を注ぐ必要がある。
24時間体制で発熱相談センターに対応するための職員数の確保と当直するための部屋や電話回線等の設備が十分でなかった。医師会や医療機関に発熱外来を依頼するにあたり、検査キット、PPE などの備品、諸謝金の予算が準備されていないのは、交渉しにくかった。

2.2. 今後の保健所対応についての課題[自由回答]

保健所の体制

・過大な負担に対して、保健所の専門職員を含む人員増強が必要である。(19件)

相談や調査等の件数が増えること、また夜間土日の対応が必要になることを想定すると、現在の職員態勢では困難である。
圧倒的に人手が足りない。当保健所は中核市保健所であり、現場対応に加えて、議会・予算対応やマスコミ対応までこなさなくてはならない。人員の確保に努めていきたい。
担当や個人に対する一時的とはいえ負荷が生じた点
今後、強毒性新型インフルエンザが発生した場合は、現在の職員数では対応が困難と予想される。
対応に必要な、人員や物的資源の確保のための予算措置。
質及び量的に感染症に対する十分な職員がいない。特定の職員に負荷がかかったままである。本庁もそのことを良く理解していない。
新型と季節型が混在するまでは、現行の対応方法で実施することになる。担当する人員には限度がある。
保健師が業務担当制となっており、感染症担当保健師の過重負担の継続がある。
従事職員数の確保が課題である。
新型インフルエンザへの対応は、現在でも人員的には想定外の対応を強いられているので、今後の秋冬の大流行時には所を挙げての対応が求められるが、長期化した場合、職員への過大な負担が懸念される。
日ごろは職員定数がきっちりとされているので、今回のような急激な仕事量の増大はとても困難。日ごろもっと定数に余裕が欲しい。
人材確保(専門業務補完機能の確保)
人員、予算の確保。
対応する期間が長丁場となるため、職員の疲労と他の業務へのしわ寄せが気になる。
今後の流行で、職員の4割が休むことになれば、新型インフルエンザ対策の一部ができなくなることが予想される。その対策には、住民から直接受け一次相談業務自体を保健所から切り離し、コールセンターにすることなどが考えられるが、国で一定の方向を出さない限り、県は実施に向けて具体的には動いてくれない。このままでは、インフルエンザ以外で特に、過重労働で、職員に故障者が出てもおかしくない。
健康危機管理の要として、保健所の機能強化(人的・技術的)が必要である。
管内人口は23万人だが、面積規模は神奈川県と同等の広域を担当している。地域保健法の30万人に1箇所を目安として保健所の合併・統合を進めたため、夏場でも疫学調査を行う地域の病院まで片道1時間近くかかるなど、ロスタイムが大きい。加えて、この規模に対し、感染症担当の保健師がたった3名(内1名は新人)という配置であったため、新型インフルエンザの対応に加え、O-157が多発した際の職員の負担は多大であった。何とか所内の他の部署から応援の体制を取ったが、他もギリギリの配置であるため業務の分散が難しい。国を挙げて危機管理を推進するのであれば、通常の予防業務も含めた適正な人員配置を試算し、県本庁への働きかけをお願いしたい。
広報に保健所という名前が何回も出たことで、保健所の存在や役割について市民の認識の向上につながったと言える。しかし、健康危機管理においては、職員数と業務量との乖離が起きていることが十分に伝わったとはいえない。今後、市民と接する場合に伝えたい。
保健所職員の人材育成。

・特に専門職員の増強が必要である。(3件)

長期にわたって対応していくための専門職員の確保、予算の確保。
相談窓口に対応できる専門職員の充実。
絶対的な人材不足(とくに、保健師)。

・保健所の所内連携、対応体制を強化する必要がある。(6件)

特定の職種、職員のみ(感染症担当課長、臨床検査技師など)に、インフルエンザ関係業務が集中している。業務の分散化を図ることが課題である。
健康危機管理の要として、保健所の機能強化(人的・技術的)が必要である。
相談体制や疫学調査などの対応が長期にわたる場合、公衆衛生医師、保健師等の専門職の体制(従来業務の縮小等の整理も含む)や外部資源の活用の検討が必要。
課をまたがった所内体制づくり及び対応技術、意識の向上。
スタッフの人員不足と組織上の問題があり、所内調整にエネルギーが必要。
感染の拡大に伴い、疫学調査担当職員の不足が生じてくる可能性が高く、所内体制を見直す必要が生じてくる。

・BCPの作成が必要である。(9件)

保健所でのBCP及びマニュアル等の作成。
BCPを早急に作成し、全県レベルで対応する必要がある。おそらく秋には、いわゆる本格的な第1波がくるであろうから。
BCPの確率が必要。(この際、行政文書取扱規程などで事務処理をする期間を限定しているものについて、調整が必要となる。)
保健所職員が罹患した場合に、本来業務で不要不急のものは少ないうえに、地域でのまん延により感染症業務が増加するため、BCP計画が立案困難である。特に代替人員の確保がほぼ不可能な所長が罹患した場合に、業務継続が困難になる。
職員が濃厚接触者になったときの外出自粛の考え方。職員の職務上の感染防護策。
保健所における事業継続計画で何をスクラップするか検討していくこと。
実際に使えるBCPにしたい。集団の発生例に対し、市町村や施設側にその判断をだいたい任せているが、これだけ毎日集団発生が続く中で保健所としてどのように手を打出せばよいのか、どのくらい出せるのか考えてしまう。
保健所BCPをこれから検討し作成しようとしていたところで豚インフル新型インフルエンザが発生してしまった。
職員が感染した場合の職場機能確保(BCP)。

都道府県庁内の連携

・都道府県本庁や他部局との連携強化、支援を図る必要がある。(6件)

県当局とのより緊密な情報交換に努めること。
強毒性に変化したときには、外部からのスタッフの応援が必要になると考えられる。
危機管理担当部局との連携強化。
市として、保健所が重点的に対応し、他部署においては傍観的・日和見的であった。行動計画に沿った対応ができず、今後の大流行に向けて大きな課題である。
当管内は、患者発生数が少なかったこともあり、概ね良好に対応できた。現時点までの患者発生(60名弱)では、現員スタッフで対応可能であったが、今後更に患者が増加した場合、また重症患者が発生した場合、振興局内の応援体制等の整備が必要である。
感染者住所と受診医療機関が複数の保健所(特に県と中核市)にまたがる場合の行政対応。

・保健所への権限付与を行う必要がある。(2件)

保健所長の判断で直接行動できないため、最終決定までに要する本庁その他の関係機関との協議時間が過長となる。
保健所毎に臨機応変に、行動できるようにする必要がある。

関係機関との連携

- 管内の市町村などの関係機関との連携を強化する必要がある。(7件)

円滑なパンデミック対策の推進には、平常時における地域の関係機関との協力体制の構築が不可欠であり、地域保健医療連携及び健康危機管理の拠点としての活動が一層必要となっている。
冬に向けて、サーベイランスを充実させるための市町村、医療機関との連携において、迅速という点ではパソコン等を利用した情報ネットワークの構築が不可欠であるが、市町村においては、その環境が整備されておらず、構築が困難である。
今後は、メーリングリストの活用等により、双方向の情報交換を行うとともに、時機を失することなく会議を開催して、関係機関との連携をより密にしたい。
事業所におけるインフルエンザ対応について、商工会議所、商工会等との連携をとりさらに啓発していく必要がある。
保健所での相談窓口は市町村で担うべき。
対応については保健所だけでは無理があるので、関係機関が協力しあって対応していくことが必要。どれだけの機関等が積極的に対応するか。
管内医療機関、市町村、消防等との連携調整

医療体制の確保・調整

- 外来医療体制確保・調整が必要である。(5件)

外来、入院とも医療確保が課題(特に夜間、休日に休日急病センターがパンクする恐れがある。
今回の軽症パンデミックでは、保健所は外来患者急増時の医療確保にもっと注力すべきだと思います。
秋以降、新型に加え季節性インフルエンザも流行する可能性があり、患者が急激に増えた時の外来機能の確保・維持が急務。
全医療機関による診察体制を崩すべきではないと考える。保健所が全ての管内発熱患者のトリアージできるわけもなく、前回と同じ対応では、次の流行には対応できない。
重症患者の治療を担う二次・三次救急医療機関に患者が集中しないように、地域医師会等の協力を呼びかけて、インフルエンザ患者の受診受入れ体制の強化を図ること。

- 重症・入院患者の医療体制確保・調整が必要である。(11件)

南半球で起きているように、入射抜け入れ可能病院であっても、入院必要患者が増加した場合には、他疾患や救急で受診する患者のベッドが確保できない可能性がある。
地域に有床の医療機関が少なく、まん延した場合に重症者を収容する医療機関の確保について困難が予想される。
重症患者の入院治療確保に病院間の調整機能を果たすこと。
特に妊婦・人工透析患者・小児について、重症患者の受け入れ病院の調整を図る必要がある。
強毒性になった場合の入院治療の必要な患者の病床確保、入院医療機関が集中しないように調整。
今、県全体で、入院、治療措置を検討していると聞いている。現在、県下での入院可能病院は決まっているので、おそらく、発生した段階で、そこへの入院ということになると考えている。
管内には急性期医療機関が2箇所しかないので、重症患者が増えたときの救急医療の役割分担を含め、地区医師会との連携を図る必要がある。
入院体制の確立。
患者数が増加した時に備えて、小児科・産婦人科、救急等の診療体制の構築。重症患者が増加した時の入院病床の確保。
重症者の入院医療体制の確保や透析、がん治療、周産期、精神医療など特殊な医療の継続。
感染者がいかに増加しようが、医療機関で対応できれば、何も問題は無い。しかしながら、小児科のキャパ及びサイトカインによる脳症、多臓器不全やウイルス肺炎の重症化に対応できる医療体制を早期に確立すべきと思っている。

・医療体制全般・医療従事者の確保・調整が必要である。(13件)

医師不足により管内のみでは対応不可能な事態も予想され、医療体制に大きな懸念がある。
医療機関、医療従事者側の体制の整備
外来及び入院協力医療機関に協力を依頼する際に、当核病院へのマンパワーや院内感染対策強化に関する財政支援がないため交渉が困難である。
入院施設があっても医療スタッフが不足して入院できないというインフルエンザ以前の課題があり、これは保健所の努力だけでは解決できない。
医療体制の構築において、保健所は重要な役割を果たすと考えられる。
夜間・休日の医療体制及び職員体制。
新型インフルエンザの急速な流行拡大やウイルスの変異、強毒性ウイルスの出現により、体制変更が迫られる場合等十分な医療体制の確保等ができるかどうか。
外来、入院、重症というニーズに対する医療の機能分担を話し合う場を提供する。
医師会との調整は今後も重要なものと考えている。
管内の医療提供体制の不備による保健所業務へのしわ寄せ
医師、看護師不足のため、地域の感染症指定医療機関の診療機能低下が著しく、認可病床の稼働が一部停止している。管内で従事者を確保することは困難であり、大流行時にはフル稼働が可能になるよう、引き続き本庁へ、医師、看護師の確保について申し入れを行う。
地域の医療機関によっては、新型インフルエンザの対応に違いがあり、特に民間の医療施設においては顕著な場合がある。患者の受け入れ等、医療上明らかに問題があると判断するに足る施設に対しては、ある程度の処分も必要ではないかと考える。
流行最盛期が10月下旬から11月上旬に来ると思われるが、その時の医療体制の確保が困難になると思われる。 外来診療において、確実な防護体制の上で効率よく多数の患者診療を行うためのシステムづくり 一般患者に感染させないための院内感染防止対策 急増する入院患者に対する病床数の確保等

感染防止の啓発

・住民への感染防止等の啓発活動を推進する。(6件)

新型インフルエンザのみならず、季節性インフルエンザや麻疹等の呼吸器感染症に対する咳エチケット等の普及。
沖縄で新型インフルエンザによる死者が出たが、一般の人々の関心は薄らいでおり秋に向けての、注意喚起。
市民への感染予防対策についての周知
市民への啓発と情報発信(現状と対策をより迅速により具体的に)
重症患者発生が、一番心配である。保健所では、添付ファイルのパンフレットで、「マスク123運動」を5月から、愛育委員、栄養委員、医療、学校等へ、幅広く、運動を展開してきたのは、持病の方への重症化の予防が、その目的である。
秋冬に向けて、社会福祉施設や学校、市民に対する啓発活動、医療機関・医師会との意見交換等をさらに行っていく必要があると考えている。

・医療機関の院内感染防止を啓発する。(2件)

一般医療機関の診療体制の指導を(院内感染対策等)強化する必要がある。
昨年度の発熱外来訓練並びに独居老人等在宅医療訓練に加え、今年度は医院・診療所を対象に発熱外来機能訓練を実施し、さらに講演会を開催する予定。

国の対策

・対応方針の変更と情報提供を、速く、適切にしてほしい。(5件)

対応の速度を速めないといけない。(国の対応方針の変更をもう少し早めていただいたら、現場の実感と合致する。)
情報の包括的管理と指示の迅速化。連携と称する連絡だけで、時間がとられる。
県では、流行はすでに感染拡大期からまん延期になっていると考えられる。それに応じ対策のモードも県独自の変更をとらざるを得なくなった。感染症法に基づく届け出等の課題等、県単位では決められない事項もあり、国において、より具体的なまん延期の対応について示しておく必要がある。
新学期が始まれば瞬間に学校が集団発生の場になってゆくだろう。国民に説明しやすい対応に早期に切り替えるようお願いしたい。
迅速、正確な情報収集、情報提供

・行動計画を改定する必要がある。(1件)

この弱毒性の新型インフルエンザに対する行動計画を完成する必要がある。また、この経験を踏まえて、強毒性の新型インフルエンザの行動計画を見直すことも急ぐべきである。
--

・財政支援をしてほしい。(2件)

地域活性化・経済危機対策臨時交付金のみでは交付されない地域が発生しています。地域格差がありますので、国が特別予算を計上するなどして保健所及び医療機関等の感染対策などに関し、更なる直接財政支援を要望します。
マスク、消毒薬、タミフル、リレンザ、迅速キットの安定供給

・クラスターサーベイランス・積極的疫学調査は負担が大きく、見直すべきである。(注 アンケート実施後に縮小された。)(18件)

8月25日に患者及び疑い患者の届出不要、PCR検査の原則中止となってから、医療機関への出向き、患者との直接接点、検体搬送などがなくなり、保健所担当職員の負担がある程度軽減され、感染を受ける機会も少なくなったが、クラスターの報告は漸増しており、今後流行の状況を見ながら、このクラスターサーベイランスの廃止あるいは見直しなどが必要と考える。
クラスターサーベイランスは早晩破綻する。
冬季における季節性インフルエンザ流行期には、マンパワーの関係からクラスターサーベイランスの対象を一定範囲としないと、十分に対応できない懸念がある。
一律に過重な疫学調査が求められ、職員が疲弊した。
これまで、そして今後も一般住民、医療機関等からの相談や問い合わせの対応に追われ、本来の公衆衛生学的な積極的疫学調査等がほとんどできないと思われ、職員(特に技術職)の疲弊とモチベーションの低下が心配です。
現在のクラスターサーベイランスにはマンパワーの点で限界があると思う。できれば、通常の5類感染症なみ対応への早期移行をお願いしたい。
今後はクラスターサーベイランス等の問題が中心になってきますが、発生が集中してきたときのマンパワーの不足に少し不安が残ります。(職員は日常業務でも人員削減で仕事量が増えています。)
今回のように同時多発的にクラスターが発生した場合には、疫学調査の価値はその労力に比して全くないといってよい。だから、疫学調査等の対応は保健所単位で判断できるようにしてほしい。
クラスターサーベイランスや積極的疫学調査は、大規模な流行となった場合、もしくは季節性インフルエンザの流行が重なる時期となってきた場合、保健行政のみだけでは対応は難しいと考えら得る。(学校等の協力が必要)
今後も積極的疫学的調査等を行うマンパワー不足が大きな課題です。
国が求めるクラスターサーベ이를綿密にやろうとすると、マンパワー不足です。職員の業務に応じて、精度を落とす方向で、進めています。(長期戦になるので、体力温存の方向です)
サーベイランス等の疫学調査については労力を必要とするわりには、あまり重要性があるようには思えない。

今後、流行が拡大した場合には十分に対応できない恐れがある。しかし、そのことによる社会的損失がさほどあるとは思えない。
今後冬になると明らかにインフルエンザ様疾患の数は増えていくので、いつまでこのサーベイランス体制(特にクラスターサーベイランス)や医師からの届出のための通知ができるかわかりません。
職員の疲弊も増大してきており、疫学調査自体をいつまで継続すべきかの目安を示してもらいたい。
クラスターサーベイランスの評価、介入の時期などスコア化したものが必要だ(マニュアル)。
小規模な保健所のため職員が少なく、まん延した場合の積極的疫調査の対応に困難が予想される。
県内でも、患者の発生状況には保健所によって粗密が顕著です。報道によれば全国的にも都道府県ごとの格差は大きいようです。クラスターの定義や、疑似症患者の報告義務などについては、地域が自主的に決定できるようにするべきです。
現在のクラスターサーベイランスの対応については、患者が急増中で、そのクラスターの把握とその対応(医療機関、施設、患者、接触者等)に追われている。学校が再開されれば、対応が不可能なぐらいの発生が予想され、国から、対策の目的を明確にした新たな方針が示されることを期待している。

・ワクチン対策と説明が必要である。(2件)

新型インフルエンザワクチン接種対象がどの範囲になるのか？ ワクチンの確保。
ワクチン接種体制と優先順位の決定、及びその理由説明。新型のワクチンについては、治験なしに実施することへの説明と同意。

その他の意見。(8件)

9月から学校がはじまれば、患者数はさらに増加するであろうし、臨時休業など基準を決めておかないと混乱すると考えられる。
死亡率が高いウイルスが出現した場合、現在の体制では、現場(保健所)で対応できない。
保健所設置の発熱外来(治療機能なし)は、住民にとって、受診の複雑さ、重症化の恐れ等不利益がある。
今後報道関係のモラルに期待する。多忙なときに強引に取材を要請するのは保健所職員の疲弊の元にもなる。別に広報部門を設けたので保健所長としてはよかったが。
受験の時期における学校閉鎖のタイミング等。
当保健所は、離島を管轄する保健所である。離島航路においては、特に年末年始においては、多くの乗客が乗船し、2時間以上の間、互いに2m以内の至近距離で接しながら船内で過ごすことになる。こういった状況の中、「長距離旅客船における新型インフルエンザ対策」をどのように行っていったらよいか課題である。
患者発生時における患者の所属などについて情報公開が求められる一方、個人情報に関しては慎重に取扱い患者に不利益がないよう配慮。患者にいわれのない誹謗中傷がないよう、また受診した医療機関や所属の学校や企業が風評被害のないようにしていくことが必要。
そのような状況でも従来どおりの業務遂行が求められるため、保健所の規模に応じた対応方法を検討して頂きたい。従来どおりの業務遂行が求められるため、保健所の規模に応じた対応方法を検討して頂きたい。

23. これまでの国・都道府県等の対応について[自由回答]

(1)国に対して

全般への評価

・全般的に国の対応はよかった。(6件)

限定列挙された国の防災基本計画等に規定されていない大規模感染症への対応は、国としてできる十分な対応だったと思う。
国は強毒性を想定して準備をし、実際にはそうでなかったため対策の変更も必要となり混乱もあったが、何も準備しなかったことに比べたらはるかに優れており、評価すべきである。国は、当初入院措置中止が遅いなど対策の変更が遅かったが、次第に時宜にかなった迅速な対策が打ち出されてきている。
当面の対応方針、5月22日の運用方針が出され、現場での体制構築に大変参考になった。
地域ごとの対応は、困難なこともあると思います。でも、今回は、よくやっていたように思います。
発生後、現在に至るまでの対策は朝令暮改のようであるが、危機管理事例であるから、それが正しい。
日本がアメリカ大陸などに比べ感染の広がりが遅いのは、国の打ち出す施策と保健医療システムがある程度状況にそって機能しているものと評価する。

・政策決定過程に改善が必要である。(7件)

政治日程に左右されることのない、一貫性のある新型インフルエンザ対策を期待したい。
政府には、もっと社会全体の利益を最大化するような措置を取って欲しい。今のやり方は、政府がただいたずらに世論の批判を避けているように感じられる。
国民の健康を守ることが大前提であるので、国の対策は科学的根拠に基づき、社会情勢とも照らし合わせ、より効果的かつ効率的な対策を適宜実施してもらいたい。
高病原性のシナリオからの対応の変更に時間を要したことは今の体制では難しかったのではないかと思います。組織そのものの体制が感染症危機管理対応には人員的にも十分でなかったことは否めません。これから先も大臣や有名な学者さんたちの調整するのは大変だと思いますので、もっとすっきりした決断、対応ができる組織を作られてはどうでしょうか。
個別の通知等とは別に、流行の各段階において大局的見地から専門家会議、専門家諮問委員会等としての見解を示してほしい。
国の方針で新型インフルエンザが強毒性でないにもかかわらず適宜適切な対応が遅れ、無駄なエネルギー(ひと、もの、かね)を浪費したことは、国や諮問機関である新型インフルエンザ対策委員会などに責任があるのでないかと考える。米国のCDCのような専門機関が、緊急性のある健康危機管理時点で、権限を發揮できる体制をとるべきではないか。机上の空論であったような気がする。現場である保健所や住民が振り回されるので十分に配慮してほしい。
厚労省の公衆衛生学的な基本姿勢の無さ。医系技官の無能さと対応のまずさ。

対策の変更

・状況に応じた対策の変更が遅れており、迅速、柔軟に見直すべきであった。(27件)

全体に、より蔓延した状況を想定して、早めに転換するべきだったと思います。
発生状況に応じた対応方針の決定(感染拡大防止措置、サーベイランス体制、ワクチン製造方針、医療体制の強化等)が遅い。
学校、保育所、施設等の対応について8月25日付けより迅速に方向性の決定を示してほしいです。
ある程度、タミフルが奏功することが判りつつあった5月中旬の段階で、空港検疫の緩和や発熱外来の廃止方針が打ち出せなかったのか。現場の病原体に対する感覚と国の対策とでは、明らかに乖離が生じていた。
現場の意見を重視という割にはなかなか一度出した通知等を変えることもしない。もっと臨機応変になってほしい。国民を不安に陥れるような情報提供の仕方は、考え直してほしい。

新型インフルエンザが弱毒性ということが判明したあとの国からの通知等が遅れ、軽症患者の入院措置が全国で行われるなど混乱を招いた。
空港検疫の解除や発熱外来廃止等についての対応が遅れがちであると感じる。もっと早期の判断及び迅速な施策変換が必要。
弱毒性と分かってからの方針転換で遅速性を書いた面があった。
今後、発生状況の変化に応じ、できるだけ敏速に対応方針の変更を行っていただきたい。
国の対応は、明らかに国際水準からするとかけはなれており、今後、強く反省すべきと考える。とくに、今回、アメリカで発生しており、アメリカ発の情報がかなりあったにもかかわらず、それらの情報を迅速に有効に活用したとは思えない。本来だったら、今回は、日本での最初の患者発生以前に、できるだけ多くの一般医科機関での診療をすべきであったし、入院措置も不要だった。
ワクチンの優先順位等の検討は、もう少し早い時期にできたのではないか。
グローバル化している中で、国際標準からはずれた対策を行うべきではない。WHOやCDCの情報に基づいた、正しい予防・対応方法を国民に広く周知するべきである。国そのものが、不安と恐怖を煽りすぎである。
2009年5月19日現在の神戸市における新型インフルエンザの臨床像等のデータに基づいてもっと迅速に対応要領等変更すべきであった。
状況に応じた、適確かつ迅速な対応策の提示をお願いします。
状況を速やかに分析し、速やかに方針を出すことを要望します。
強毒ではない新型インフルエンザ対応への方向転換をもう少し早くしていただきたいかった。
今回の新型インフルエンザの毒性・感染拡大の状況等をみて、もっと早い時期に対策の転換を行ってほしかった。
すみやかに方針を明らかにして欲しかった。柔軟性に欠けた。専門家の意見は施策に反映されないのであろうか。
先を見越したシナリオを早期に公表すべきである。
初期封じ込めの時期に、まん延国まん延地域(日本国内も含めて)の情報が、遅れる傾向にあった。例えば香港から帰国した人から複数感染が確認されているのにまん延地域の指定をしていなかったり、国内でも、東京大阪に旅行した人から複数の感染が確認されているのに指定しなかった。これは、集団感染の報告がないということのみ指定していた。また、報告された集団感染の収束を理由に感染地域の指定を解除するというようなことも行われていた。報告された集団感染が収束してもその地域での感染の危険性がなくなったわけではないのである。また、毒性の判断をもう少し早く行ってほしかった。集団感染が、各地で起こっているのに、封じ込めのための全数把握と隔離は、労力だけ職員にさせてあまり効果的ではなかったと思われる。
現状に対する方針変更を速やかにしてほしい。
弱毒性と判断後、早急に新たな対応策を出して欲しかった。
方針の決定が遅すぎる感がある。
今回はH5N1を想定した行動指針やマニュアルによる対応であったが、もっと早期に現実を見据えた方針の変更を図るべきであったと思う。
既通知に固執することなく、現状に即すように、通知を改正してほしい。
発熱外来の廃止、一般医療機関への受診をすすめる体制への移行をより早い時期にすべきであったと考える。
弱毒に対する切り替えをもっと早期に行うべき。あの騒ぎは何だったのか。職員に死者が出なくてよかった。

・対策の変更は慎重にすべきである。(3件)

運用方針の改正に伴いサーベイランス体制が大きく変更になったが、新体制への延期が判明したのは、当所が各医療機関等へ通知した後だった。重要な変更を行う場合は対外的な影響を考慮し慎重に対応して頂きたい。
確固とした方向性が見えず、行き当たりばったりとの印象である。
法制度の改正がめまぐるしく、所内、関係機関との調整・周知に追われた。

・段階をまん延期に変更すべきであった。(2件)

大臣は流行期宣言をしているのに、厚生労働省のHPでいつまでも国内発生早期としているのはおかしい。折角の段階分類が生かされていない。

現在、厚生労働省では、発生段階を第2段階(発生早期)としているが、封じ込めができなくなっており、現在は、第3段階(蔓延期)である。発生段階については、的確に、判断する必要がある。

・弱毒性などにより季節性と差がないので、季節性インフルエンザと同様の対策・法的位置づけをすべきである。(14件)

新型に特化された指針の発出があいついだ。通常健康危機管理(感染症対応)から大きくはずれた対応は混乱を招く。

感染症法でのサーベイランスは全数、または定点把握である。現在の新型体制はそれ以外で、混乱の元です。一度、5類定点観測にして、変異した場合は「新感染症」として扱うべきだろう。変異の可能性は今回の新型(H1N1)と季節性インフルエンザで差は無いはずだ。新型の呪縛を解かねば、混乱が続くだけだ。

感染症法による対応が困難と判断した時点で、A/H1N1については感染症法上5類として取り扱うべきである。

国は、基本方針として、強毒型のインフルエンザのみを新型に指定することにすべきであった。今回、疾患の重篤度等が十分考慮されずに対策が実行され、それが報道されたために、風評被害等の社会的影響が大きかった。

感染症法の趣旨に沿って、患者への特段の法的措置をとらないなら、「新型」でなく「季節性」とあわせ「通常の」インフルエンザの大流行に対応する方針に早急に変えるべきであると思う。(変異して毒性が高まれば、あらためて新型に位置づければよい。)

すでに蔓延状態にあること、季節性インフルエンザとの差異がないことなどの現状に鑑みて、新型インフルエンザとしての法的な対応を含め、特別な対応を求めることを解除していただきたい。

現在のA/H1N1の5類感染症への変更を考慮してほしい。

豚インフル向けのガイドラインや現行ガイドラインの適応方法をより明確にして周知すべき。国民に豚インフルでの行動や協力依頼をより明確にかつ徹底して行うべき。

今回の豚インフルエンザをいつまで2類相当として扱うのか、季節性と混在する秋以降の混乱が予想されるので即座に5類相当とすべき。

今回のインフルエンザは5類感染症に位置づける。

今回の新型インフルエンザは弱毒性であり、今後は季節性インフルエンザと同じ扱いにしていくよう検討されたい。

季節性インフルエンザより、感染性や毒性が高いことは承知していますが、致死率0.4%を考えると、対応を季節性インフルエンザに準じたものにしていただきたい。重症者の入院確保を考えた場合、今のままでは、一般病院の入院への理解が得にくい。ベッドがあいていても、入院をさせない病院が出てくる。

強毒型を想定していたのであれば、ある程度強制力を伴う「国民保護法制」のような対応を考えられなかったのか? 新型インフルエンザに伴う特別な配慮もなく、外来や入院を要請しても引き受けてもらいにくい。現状のままであれば、早く5類相当に格下げし、通常のインフルエンザの対応に切り替えるべきである。

なぜ今回のブタ由来のインフルエンザを新型インフルエンザとしていつまでも扱うのでしょうか、感染症法との不都合を運用でおしすすめるのはいかなものかと思えます。指定感染症として扱えなかったのでしょうか?

行動計画について

・策定された事前の計画は有用であった。(1件)

今回の対策においては、策定されたH5のマニュアル通りにスタートした点については、いままでの準備が役に立っていると思われるが、やはり、正確な情報をもとに迅速に段階に応じて判断していく柔軟さが求められる。

・計画の改定が必要である。(2件)

今回の新型インフルエンザについては、弱毒性であることから方向性を転換したのは理解できるものの、強毒性を前提とした従来のガイドラインの扱いをどうするのが全く示されず宙に浮いている。リスコミや市町村の役割などについては転用する、医療や検査体制については抜本的に改訂するなど、扱いを明示すべきである。
弱毒であることが分かった時点で、強毒性の行動計画を見直すべきであった。迅速で柔軟な対応が求められる。

国と現場の関係

・現場の状況を把握し、対策を行ってほしい。(6件)

現場の実情把握の上で現場に沿った迅速な対応判断を願う。
現場の状況を考えずに、「ここまで出来れば良いのだが」と考えての施策が多いため、無理な要求が多かったり、施策の転換が遅れがちのように思います。
保健所の実態にそぐわない施策がみられた。現場の状況を迅速に把握して対策につなげるためにも、現場の意見を積極的に聴く機会を増やす、現場の職員を国の新型インフルエンザ対策委員会のメンバーに加える等を検討されたい。
対応方法を変更する場合、実務レベルとの格差が大きすぎ、国が示す規程に基づく実施は困難な場合が多いと思う。
現場の苦勞が理解されているのでしょうか。
現場の意見がどの程度反映されているのか疑問。

・対策は国で統一の方針を示すべきである。(7件)

感染症対策は、ある意味では国家の安全保障であるから、地方の裁量にまかせてというような地方分権の思想はそぐわないのではないかと。こんな時こそ強力なリーダーシップで引っ張っていきべきだと思う。
医療従事者等の休業補償については地方の裁量で行うなどという中途半端はやめるべき。やるなら全国一律きっちりやるべき。
以前、新型インフルエンザに関する取材に「感染症は都道府県業務」と回答した厚生労働省担当者がいたが、今回各都道府県に任せられた結果が対応相違の混乱を招いた。
症例定義が変更されなかったこと、「感染拡大防止措置を図るための地域」を設けたことで却って混乱が生じた。
患者数が増えるにつれて勧告入院などの法定の手続きが困難になってくると、国は地域を2つに分けて、その結果わかりにくい制度になってしまった。適切な時期にだれにでもわかりやすい制度に移行すべきであった。
医療における対応については、その考え方の原則について、先手で、より明確に示すべきである。数やネットワークの持ち方については都道府県、医療圏ごとに特性があってそれぞれで調整が必要であるが、医療機関が、医師が、国民がどう対応するかについての原則は日本全国同じであり、国民全体のコンセンサスが必要であることから、厚労省大臣が行政代表として、総理大臣が元首として積極的に発言するべきである。たとえば単に人工呼吸器の台数や病床数の問題ではない(台数も医師も十分に確保することはそもそも無理)。
今回を含め、健康危機管理対策は、迅速、柔軟に、全国統一の基準の下に進めてほしい。

・対策は各都道府県の状況や裁量に委ねてほしい。(4件)

感染状況は全国一律でないし、医療体制も地域差があるので、細かい事まで国が一律に決めず、それぞれの都道府県の裁量に任せる部分があっても良いのではないかと。方針、指針、Q & A等々きわめて多量の文書が届き、現場は大変戸惑った。
地域の流行状況に応じた対応を各都道府県で対応できるようにしてほしい。
対応の切り替えが遅い。地域差が大きく、すべてを国でコントロールしようとすると弊害が生じる。

各県ごとにステージが違い、国の方針が一樣には行かないことを感じた。国の方針の切り替えが 県にいつもフィットしていたのかということではないこともあるように思った。今後は弱毒型のパンデミック対応になることを考えると医師会との調整が重要になると思う。

国からの情報提供

・情報は的確にわかりやすく出してほしい。(8件)

危機管理や情報伝達について、責任を明確に自覚しているのだろうか。事務連絡や過去の文書への言及によって、命令的指示を行うという手法は、きわどい点がある。また、朝令暮改的な変更、追加も、異同の判別を直ちに、正確にできるように指示されていない点も困ったことである。
公的施設に発熱外来を設置する旧ガイドラインの問題点について県が検討不足であったのも反省点であるが、急に医療機関併設を基本に方針転換する際に、そのようになった経緯の説明や情報提供を適宜してもらえれば、都道府県計画の乗り遅れが防げたのではないか。
なぜ警戒態勢を継続しているのか、その理由を語るメッセージ的なものがあつたら、よかつたのではないか。
一部文書で未だに「新型インフルエンザの患者の入院は感染症病床で対応することが原則」との考え方が示されており、病床確保に向けた地域での協議において誤解を招く恐れがある。
途中で方針を柔軟な対応へと変えたが、それは病毒性が低いというだけの理由よりは、体制そのものの続性に問題があつたように感じた。健康被害の抑制に有効なものはワクチン、抗ウイルス剤など主に医療的な対策であつて、発熱外来などのいわゆる感染拡大防止に関するものは効果に疑問があることを踏まえた上での対策ということを当初から周知すべきであつた。
発出される文書は出来るだけ簡潔な文書で、分量を少なくし、混乱している現場が理解しやすいものにして欲しい。
意味があつて、役に立つ情報をわかりやすく伝えてほしい。
新型インフルエンザのみがすぐにも強毒型に変異するような誤解を与える表現はやめていただきたい。季節型を含めてその可能性は変わらない。季節型が30年以上強毒型になっていないのに、秋には強毒型が出現するかの様な表現はおかしい。重症者が出てくると混同しないで欲しい。

・対策についての情報を迅速に、マスコミより早く連絡してほしい。(5件)

国の検討内容に監視、まずマスコミ情報から入手することが多かつた。速やかな情報提供を希望する。
国の対応について報道が先行することがあり、現場では混乱することがあつた。
対応が後手後手に廻っているような印象を強く持っています。また、8月25日のような県や市へ情報が来る前にマスコミに流れているというような事態は絶対に避けてほしいと思います。
国の方針に関する情報が、それを行う保健所への連絡よりもマスコミ発表が先行し、現場軽視を感じた。
新型インフルエンザワクチンについての情報提供が遅い。

・国内外の流行状況や科学的知見についての情報を、もっと提供してほしい。(8件)

海外、国内症例の情報共有、ウイルス性状変化の情報の迅速な提供。
最近の感染状況について、まとまったものが欲しい。HPからの情報は、報道への情報提供をみないと、最近の状況もわからないが、関係者などへの研修会にも使うので、もう少し見やすくしていただきたい。
国は病毒性は季節性インフルエンザ並みと言いながら、WHO報告の致死率は当初の推定も0.4%と高値であり、実際に算出した値もそれに近いものである。この矛盾について具体的に言及していないように思う。
緊急の記者発表をはじめ、非科学的な報道は問題である。科学性のある情報を流してほしい。
WHOやCDCなど世界の良い情報をより早く都道府県等に提供するように。新型インフルエンザの今後の詳細な見通しやそれに応じた詳細な対策計画を。
諸外国の感染事案や対応方法の詳細についての情報を迅速に発出して欲しい。
神戸、大阪で集団感染が出た時点で、両者を統合した解析を至急実施し公表する必要性があつた。
正確な情報、とりわけ重症化のサインや海外の重症者の情報をもっと伝えるべき。

・大臣の発言は冷静さを欠いていることがあった。(6件)

国民に冷静な対応をと呼びかける大臣の記者会見その他の言動こそ冷静であるべき。一部の自治体首長を一方向的に名指しで非難するなどの言動は不見識であるばかりか、国民に無用な不安を煽り不信感を増長せしめるだけであり慎まれない。
大臣自ら騒ぎの発端にならないようお願いします。
報道発表において、国民へ冷静な対応を呼びかけながらも、WHOフェーズ4宣言を受けて会見を深夜に行い、また、その後の対応においても、具体的な対応策を周知することなくアナウンスしており、返って国民の不安を煽るような対応に疑問をもった。
冷静に対応するようと言いながら、国ができていない。
厚労省大臣の「この対応についてはやり過ぎるくらいやるのがよい」発言は、現場での過剰反応、患者や発生施設非難につながった。世論やマスコミ受けの発言ではなく、正しい知識に裏付いた配慮ある発言をしてもらいたい。
大臣が「夜中に自治体を呼び出したが出なかった」と記者会見で批判したり、飛行機の座席位置を説明したり、対応が適切でなく、また自ら水際作戦縮小が遅れた責任者であることへの言及が不十分である。

財政措置

・予算・人員の支援が必要である。(8件)

感染症対策は国の重大な危機管理の柱として位置づけるべきである。その上で、十分な人員と予算、そして海外との情報交換が速やかに行えるような人材育成を進めていただきたい。
今回のような突発的な健康危機対応については、PPEや発熱外来設置に伴う改装費用等(今回の新型インフルでは、次第に不要となったが)の必要な予算措置をしっかりと欲したい。
対応病院の人的、物的負担は想像以上のものがある。財政的支援を含めた国、県の支援を望む。
医療体制を整える上で、財政的支援が欠かせない。
圏域の救急医療への応援体制などの課題があるが、報酬の問題、補償の問題など保健所レベルでは解決できない課題がある。
新型インフルエンザのみならず他の感染症にも対応できる感染症診療体制(設備や人員等)を各医療機関が整備・確保するための財政的支援を実行すべきである。
入院協力医療機関等へマンパワーや院内感染対策の強化に関する財政支援が早急に必要。
国は「医療体制の整備を図る」としているが、地方の医療資源の実態から具体的なサポートとなるものがない。

個別の対策

・クラスターサーベイランス見直すべきである。(注 アンケート実施後に縮小された。)(7件)

このたびの新型インフルエンザに関しては、定点サーベイランスをやっているならば、クラスターサーベイランスは不要である。
クラスターサーベイランスを中止して、従来の病原体サーベイランスを強化していただきたい。
クラスターサーベイランスも限界という声も聞こえてくる。早く5類に落として欲しい。
水際作戦やあまり意味があるとは思えないクラスターサーベイランス等せず、医療の確保やワクチンの問題について、もっと早期に検討すべきであった。
疑似症患者の報告は、有症者数のカウントに止めないと実態からかけ離れます。発熱外来機能充実などは、あらためて医療対策として実施すべきでしょう。
クラスターサーベイランスも、発生数があまりに多く、対応出来ない状況である。もう氏名入りの届け出は必要ないと思われる。早期に定点把握に変更されたい。新型の種類から外し、五類感染症の対応で良いと思われる。
現行のクラスターサーベイランスを廃止し、通常の季節性インフルエンザと同じサーベイランスにすべきである。入院患者等の重症者サーベイランスを行い、その状況の変化により対応方針を決めるのがよい。

・検疫・水際作戦については評価が分かれた。(5件)

たとえば水際対策としての入国者への健康観察は保健所の役割であったが、実態は名簿が来る時期が遅かったり、対象者の連絡先が不備であったり、労力に比して効果の少ない業務であったと思う。
検疫で封じ込めが不可能なことは、国の行動計画でも始めから想定されていた。検疫が機能したので、対策をたてる時間を稼ぐことができた。
空港での検疫は、機内での濃厚接触者へのフォローが過大な負担を保健所にかける結果となった。
感染拡大のあまり進んでない地域がある段階で、検疫体制を一気に緩めるべきではなかったと思う。迅速検査を行い、陽性を示す等感染が疑われる者にはマスクを配布して着用を指示し、管轄保健所へ連絡いただくことにより、感染拡大をより遅らせることができたのではないかと。
検疫が無意味であったことをはっきり認めて、今後はこのようなことを実施しないことを明確にすべき。

・医療の確保に課題がある。(3件)

医師不足が大変厳しい中、重症者の入院病床確保に苦慮している。
季節インフルエンザの重症者が治療されている現状は院内感染防止よりは提供できる治療レベルがより優先されていると考える。今後は重症者の対策に重点を移すとのことだが、入院病床の確保においては、これと同じ理屈であれば、感染症指定医療機関よりは、季節性インフルエンザの重症者を治療した経験があるような集中治療が可能な施設とが望ましいということなのか、よくわからない。
感染症病棟をどんどん減らしてしまったために、重症者が入院できなくなったら、国の責任である。特に結核病棟をスペアのように記載してあるが、結核患者そのものが入院待ちの状態である。新型インフルエンザ対策は計画そのものが間違っている。臨床医を入れて検証すべき。最終的には医療政策の誤りも、この際正すべき。

・その他の個別的意见(6件)

検体採取時の対応としてマスク、ゴーグルと言われるが、市中の医療機関ではゴーグルなどしていない。接触感染、飛沫感染が主であったSARSであれば発熱外来や当初検疫官が行ったあのようなPPEは必要であるが、どうであったか検証していただきたい。スペインかぜの時との違いはタミフル及び予防接種だけである。もっと、予防接種について研究(アメリカは生)し、増産すべきであった。
国は安全な新型インフルエンザワクチン製造に全力をかけ予防対策に重点を置いてほしい。
基本的対処方針及び運用指針における自治体の役割分担について、都道府県及び特別区・中核市等を含む「都道府県等」の規定が明確でない部分がある。対応の混乱を防ぐため、明確化されたい。
早期に新型インフルの弱毒が判明していたにも関わらず、過剰なパニックや風評被害をきたし、安全性が啓発できなかった。
マスコミ報道についても、報道による力は非常に大きいため、国民の不安をあおる形でなく、適切な内容を報道するようにしてほしい。
当初、海外渡航歴やまん延地域の滞在、接触歴等がない場合の検査等対応について。

(2)都道府県に対して

全般への評価

・地域、現場の実情に合った対策を実施してほしかった。(16件)

詳細検査が市の衛生研究所に限定されている。都道府県内数カ所はこの検査が出来る体制が必要と考える。
県の場合、発熱相談センターを市にも設置し「発熱コールセンター」としたが、名称が紛らわしく不評であった。今回のような新型コロナウイルスの相談機能は保健所のみで対応可能と思われる。
国の通知に固執することなく、保健所の職員数も考慮し、県独自の対策を立案して欲しい。
旧ガイドラインに基づいた公的施設に発熱外来を設置する方針を、新ガイドラインが出てから容易に転換できなかった。公的施設設置の発熱外来の問題点が事前に分かっていたら、必要な予算を医療機関の整備へ向ける考え方もできたのではないか。また、医療体制整備の計画を、行政医師や現場の医療者の意見を聞かずに策定したため、現場で運用し難いものになってしまった。
国の対応に準じた対応をしようとしたため、現場では、行政施策と医学的な事実との間で異なったため unnecessary 苦勞が多かった。
国の指針・指令より、各地域(都道府県・市町村)の現状に沿った対応を実施すべきだ。
国の方針をそのまま当てはめるのではなく、大都市での人口密度の高さなど地域の特性に応じた対応に変更して欲しい。
検査対応の症例定義等にあたって、国との調整を十分に行っていただきたい。
PCR 検査の実施の決定権を県が握っていた。そして 基準が明確でなく、一定でなかった。
国の支持待ちや、情報の上意下達をやめて、地域に必要な対応を独自の判断でおこなうべきである。が、誰も国と違ったことをしたことの責任を取りたくないで無理な話であろう。
府の行動計画は何をターゲットにしているのか、まったく意味不明のもの、外部に出すのも恥ずかしいような代物。重症者対策に重点を置いたものに書き換えるべき。また本庁は現場に出て、状況を把握すべき(一度の部長はじめ課長は現場へ出ていない)。
対応が、後手に回っていた。県内でも地域により状況が違うのに、一律を求められたが、非現実的であった。
現場の意見も取り入れた対応を希望する。
都と特別区の情報共有化に関してはやや不十分であった。
「現場置き去り」の印象が強い。発熱外来へ地元開業医の動員を要請するための会議を開催するよう本庁から要請があったものの、休業手当や旅費について全く示されないまま現場では医師会との協議に難渋し、結局協力が得られなかった。その後、国の運用指針により発熱外来を廃止し一般医療機関において診療するよう示された後、1ヵ月経過してそれを伝達するための会議を開催するよう、要請がきた。前回から 180° の転換であるにもかかわらず、納得できる説明がなかった。
発熱相談センターの電話相談は、特に夜間休日には、コールセンターで行い、個別医療機関の紹介等は、そのコールセンターから保健所につなげる方式をとったほうがよい。いつ来るか、また一般的な相談や症状のみの相談のために保健所の職員を待機させるのは、人員削減をしてきたことに逆行し非効率的である。電話相談は、全ての相談に答えられる人間を配置するのは不可能である。会社関係で行っているように、まず電話を受け付け、内容によって対応可能な部署に振り分けることが効果的である。

・都道府県としての意思決定、情報提供が迅速性でなかった。(15件)

情報共有、提供を迅速に行うためには、IT 化推進は必須である。
国の運用方針等に基づき、県としてほぼ同時に迅速に方向性の決定を示してほしかったです。
国の取り次ぎ機関になっていること、その意思表示が遅いこと。
国から出される行動計画、その柔軟化、運用指針の改定などを受けて県での具体的な対応策が出されるまでに時間がかかりすぎる。そのため住民への周知、地域の医師会や医療機関との協議、折衝も遅ればせになってしまう。もう少し迅速に県の方針を打ち出してほしい。

新型インフルエンザ対策に係る県の基本方針や、変更方針についての情報が全く無く、医療機関等関係機関との協議、調整が不十分であったため関係機関の理解を得ることが困難であった。
国の方針を受けてから、県の方針を打ち出すまでに、相当な時間がかかっていた。原則、迅速に国と一致した方針をうちだすべきだと思われる。県は PCR 等の検査方法等独自のやり方で実施する時期があり、現場での混乱を招いていた。県庁内からの文書も各担当部署ごとに、ばらばらに発信され統一されていなかった。
医療機関での診療体制について、国の改訂よりかなり遅くなってから、方針が決まった。早い対応を再三お願いしたが、なかなか決まらなかったのもっと早く決めてもらいたかった。
国の指示待ちが多く、県としての方針を速やかに打ち出せなかった。
状況の推移に迅速に対応し、科学的根拠に基づいて効果的で過剰負担(時間的、人的、経済的)を軽減出来るよう、本庁と保健所が情報や意見を交換できる環境整備が必要である。
本庁の危機管理部門は事務のみで、実行は感染症対策課が行ったため、統一的な判断が遅れた。
対応が後手後手である。
方針を出し決定するまで時間がかかりすぎる。
県の情報発信をマスコミから得るといふ事態が重なり、現場には担当課への不信感に繋がった。現場の医療機関からの質問や対応は全て保健所が実施し、処理せざるを得ないためにその対応に苦慮した。
当初は対策本部にて検討された内容の出先機関への伝達が遅れた。国の通知等の遅れにより県としての方針も送れ、出先機関として医療現場等への確かな指示が出せなかった。
本庁からの指示は迅速・的確に、拙速は避けて欲しい

・都道府県の組織・人材(医師を含む)が弱体である。(3件)

発熱外来医療機関への人的物的支援がなく負担が大きい。
県の主務課も専門的知識がないために、医療機関との連携がうまくいかなかった。専門職医師の増員。
県庁の担当部署に専門的知識を有したものが不足している。

・対策・方針の変更による混乱(2件)

当初県は、地域の医療体制整備については全面的に地域に任せる方向だったが、途中から急に方針を変えるなど対応のぶれが見られ、それまでの地域現場の対応を急に変更しなければならないなど、混乱をきたした。県庁主管課の保健医療行政部門には、医師が配置され確固たる方針を示すべきだと痛感する。
都は国とやや異なる症例定義、対応方針を示すためやや混乱が生じた。

・肯定意見(3件)

東京都は十分に機能して働いた。現場での対応や広域的な連携にもよく対応してくれた。
府等が実態に即した対応を望み、それが国が方針を変える一要因となったことには評価したい。
県対策本部の対応が的確で、現場の保健所は有難かった。

都道府県と保健所を設置する市との連携に問題がある。

・リーダーシップ・主体性(7件)

政令指定都市を2つ抱えていると、全県的な統一がやりにくいとは思いますが、もう少し対応についてリーダーシップを発揮して欲しい。
やむをえないのですが、国の指示待ちで現場の保健所が医師会等との板ばさみになってしまうことがありました。
担当課のごく一部の職員が働いている状況で、もう少し組織全体で対応できないものかと出先にいて思った。
県の中でも保健所ごとにステージが違い、そのコントロールをするべき本庁・県にはもっとスタッフがほしいと感じた。21年4月よりの組織変更により県の担当課長が医師ではなくなったことも影響した。特に中部保健所が個別の疫学調査をできなくなったところから、隣はどう対応しているのかという情報が得にくくなり自分の保健所への対応に追われる毎日であった。保健所と本庁・県のメーリングは役に立ったと思う。
県の実態に合わせて県独自の対策を考え、国に提案するだけの実力が欲しかった。

県の方針を打ち出してほしい。(情報を整理して)
県と中核市との関係において、考え方に一部相違があり調整に苦労した面がある。

その他(15件)

中核市も含めてマスコミ対応の一元化をすることが必要なのではないか。
県際地域での有効な情報共有について検討願いたい。今般の新型インフルエンザ対策は危機管理事案でもあり、現在のところ、隣接する保健所間で直接情報交換をしているが、特に以前からのルールではない。
県際地域での有効な情報共有について検討願いたい。今般の新型インフルエンザ対策は危機管理事案でもあり、現在のところ、隣接する保健所間で直接情報交換をしているが、特に以前からのルールではない。
同上(兼任所長)
どのような場合、保健所等の行政を活用すべきか、どのような場合は自己判断可能かについて、地域住民や関係者への啓発が不足した。(保健所設置市とそれ以外の市町との違いも含め)
国の対応に即した体制への移行について考慮願います。
県全体で、対応についての反省、検証をする機会が、あってもよいのかもしれない。健康危機対応計画は、健康危機管理事案発生時に見直すことが、大変かもしれないが、よいような気がする。
情報伝達の徹底
政令市、中核市との対応に質的、時間的な差があり、感染症対策をどの範囲で行っていくかは今後の課題。
今回の新型インフルエンザは弱毒性であり、今後は季節性インフルエンザと同じ扱いにしていくよう検討されたい。
県立病院と保健福祉部との連携が悪い。
・情報伝達経路(縦・横)が不明確 ・統括窓口機能が不十分
保健所職員、発熱外来、受け入れ医療機関等への予防内服用タミフルやPPEの確保等、十分備えが必要。
今の発生状況を考えた場合、積極的疫学調査は止めてよいのでは、ないでしょうか。学校や施設等の集団感染の対応は季節性インフルエンザと同じ対応でよい。対策は季節性インフルと同様、その上で重症者の入院確保、人工呼吸器の確保を重点としてやること。
県全体として、小児科・産婦人科、救急医療体制について考えるべきだったのではないかと思う。現状のまま、本格的な流行シーズンを迎えると一般医療に大きな負荷がかかる恐れがある。特に、ただでさえ疲弊している地域の中核医療機関が、今回を機に破綻してしまうのではないだろうか？

(3)その他関係者に対して

マスコミの報道を検証すべきである

・マスコミは不安をあおり、適切な報道や人権への配慮に欠けていた。(13件)

マスコミは単に不安をあおるだけでなく、関係者が何をすべきかを見渡しながら動いて欲しい。そのためには、事件発生前から十分に情報収集し学習できるような研修プログラムを彼らに提供することが重要だと思う。
マスコミ報道のあり方を検討すべきであり、リスクコミュニケーションをマスコミと協力して計画的に実施すべきである。
今回の報道について検証していただけますか。患者は加害者なのでしょうか？
特にマスコミの取り上げ方は異常です。確かに感染症は太古より、忌み嫌われる存在ではありますが、風評被害はマスコミが作っているようなもの。
マスコミは、その時々に応じて、取り上げる有識者が異なる。病原性が不明な時は不安を煽る有識者を、それほど高病原性ではないことが判ると、行政の過度な対策を叩く者を重用する。マスコミは今回の一連の報道を自己検証していただきたい。
マスコミ報道により、社会の反応(マスク不足、疑似症患者への批判集中など)が大きく生じることから、冷静な報道と言えるかどうかの検証が必要ではないか。マスコミ各社は、公衆衛生専門家に意見を求めるなど、報道全般のあり方について、自主的に検証をすべきではないか。
マスコミが不安と恐怖を煽って喜びすぎ。何の知識もないキャスターが野次馬報道をするだけである。
報道関係者へ一言。国民がパニックに陥らないことを第一に考えて、報道していただきたい。また、感染者が悪者扱いにならないような配慮をお願いします。(第1例目や阪神の高校生の時はほんとうに気の毒でした。彼らも被害者です。)
マスコミ報道をどのように対処するか。
マスコミの非科学的で人権上の配慮を欠いたプレス体質は極めて遺憾である。
マスコミ対応については、行政が資料提供など協力しているにも関わらず、公務のさまたげになる行為が多々みられたので、マスコミの良識を改めてほしい。
地元メディアの取材は扇情的で、新型インフルエンザ蔓延を縮小する方向がなかった。
マスコミ報道に「あおり」と「無関心」の両極端の傾向があり、患者への差別や国民の過大・過小反応を助長している。

医療機関(4件)

医療従事者についても行政任せとならず自ら積極的に情報収集することが必要。
大学病院の感染制御部以外の診療科や、機能特化した一部の県立病院が新型インフルエンザ対策に非常に無関心であった。県が積極的に協力を要請しなかったことも反省に値するが、全国が非常事態の時にも、一部の大規模病院では自院を守ることしか考えが及ばず、自主的に地域貢献する発想が無いことがわかった。
病原性がこれだけ低かったにもかかわらず医療従事者の根強い拒否感を感じた。もし病原性が増した場合、本当に診療を受けてもらえるのか一抹の不安がある。全医療機関で診療するのが当然なのだが、理論的にはおかしなくても、発熱外来などの仕組みをつくらないと診療拒否が起こるのではないかと危惧している。
市郡医師会は非常に協力的に動いていただいたが、発熱外来と入院病床の確保において、各医療機関との調整に苦労した。

市町村(4件)

市の新型インフルエンザ対策の認識が甘く、常に傍観者の立場で、協力・連携を依頼しても迅速な対応がえられず苦慮した。(市民の健康を守るという第1戦的立場という基本的姿勢がみられず、保健所がなんとかするだろうという視点であった。)国のインフルエンザマニュアルに市の役割について、具体策が記載されていないため、常にそれを盾に協力を拒否された。

一部の市町村は、自分で考える力がなく、保健所からの指示待ちの状況で、県への不満ばかりであった。医師会、主要病院には、非常に前向きに適切に対応していただき助かった。警察、消防も、非常に前向きに協力していただき助かったが、情報が安易に外部に漏らされることがあり、困惑した。
市町は地域情報等を独自で確保しようとする姿勢に欠けた面があった。
消防は自分の仕事ではないとして、発熱患者の搬送をしない。搬送に位置づけるべきである。

その他(7件)

有効性に関してマスコミ等の批判はありますが、私は早期の検疫や発熱外来、全数把握やクラスターは有効であったと思います。関係者のご苦労に感謝申し上げます。
教育関係は、当事者を除けば(或いは当事者さえも)リスク管理・予測という点で、非常に鈍い。
国立感染症研究所におけるレファレンスラボラトリーの構築。
国、県、市にかかわらず、政治家の判断が大きく関与しすぎている。健康危機管理事例については、政治的な判断から離れて自動的に進むように計画すべき。
学校や施設など、企業も含め専門家との関係が薄いのか、自助力が弱い。
県医師会の対応は、協力的でした。地元の医師会も非常に協力的でした。発熱外来が政令都市にしかなく、そこや市保健所との関係が当初一部うまくいきませんでした。(連携がスムーズではなかった)
一部の人たちやサイトが、行政医師たたきという政治的目的に新型インフルエンザ対策問題を利用しているように思われ、例えば計画・政策変更の遅れの一部は本質的には内閣対策本部と厚生労働省が一枚岩でないことによるのに、責任が医系技官に転嫁されている。

24. 今後の国・全国保健所長会の対応についての課題・提言〔自由回答〕

(1) 国・新型インフルエンザ対策本部に対して

予算・人員関連

・医療や保健所の体制整備のための予算措置を講じてほしい。(8件)

重症患者の収容人数を2次医療圏ごとに明示し、この収容人数に適切に対応するために必要な予算措置を講ずることが重要である。
医療資源の乏しい地方小都市において、医療提供体制を構築することは非常に難しい。その中の医療従事者の確保で問題となっている補償について明確な制度や方法を示していただきたい。また患者収容施設となりうる公的研修施設等がない場合、多額の費用が必要となるが、施設の基準や助成等について考えを示していただきたい。
医療体制の強化を図るための予算化。
従来感染症対策は、数例の患者が、短期で終結することを前提にされているものだが、今回のように長期にわたって、24時間体制でも、保健所が対応するために人と設備、物品の予算を確保してほしい。さもないと、一部の職員や医療機関の負担が多くなるだけで、継続性が担保できない。
まん延期の対応について、今後、各医療機関において新型インフルエンザ患者用にどれぐらいのベッド、レスピレーターが空いているのかに加え、マスクや抗インフルエンザ薬の在庫についても随時把握する必要があると考える。その役割を誰が担うのか明示したうえで、空床数等の情報を各病院が入力し、リアルタイムで状況が閲覧できるようなシステムの開発を望む。
特定の集団への封じ込めの必要性について： 救急医療や周産期医療等を担う医師/助産師/看護師等の医療職、消防の救急救命士等は、リスクのある患者に接触し、365日、24時間体制で勤務し、限られた人数で体制を組んで勤務しており、これらの集団で流行があった場合、直ちにその機能が破綻すると予想される。ワクチン接種が可能となる当分の間、患者に濃厚接触した場合、抗インフルエンザ薬の予防投与を積極的に行い、その費用について公的な補助を行うことを検討されたい。
一般医療機関における感染対策強化について、補助をお願いしたい。
入院協力医療機関等へのマンパワーや院内感染対策強化への早急な財政支援。

迅速・正確な情報提供をしてほしい(7件)

現在は、新型インフルエンザにおいては、医学的な情報が究めて迅速に得られるようになっているので、医学的事実に立脚して柔軟性のある迅速な対応をお願いしたい。とくに、医学的に必要がないので入院措置の時間が長かったのは、人権拘束という意味からも問題があったと思える。
いつもマスコミ報道による情報収集の方が早い。もう少し迅速な情報提供を望みます。
流行が拡大すると医療体制がパンクする可能性があるため、その時の対応を示して欲しい。
全国で問題になっている件について、統一の見解を早期に公表し、都道府県対応にしないこと。
都道府県レベルでも専門家の助言が得やすい体制をお願いしたい。偏見差別への配慮。
新聞にまず情報を流して、後から各県に情報を流すのはやめて頂きたい。 感染拡大防止のための正しい知識の啓発を、TV・ラジオ等の国民に広く行きわたる媒体で実施して頂きたい(インターネットは限定的)。
大臣が新型インフルエンザ発生時にうろたえすぎであった、その後の事態に際しても疫学的な方針をあまり理解していないで発言していると疑われる内容を散見した。国は新しい方針を発出する際マスコミを優先して内容を発表した、発出も金曜日にばかり発出し現場の保健所の通知に対する対応の苦勞を考慮しなかった。

対応全般について(8件)

危機対応は素早い状況判断と迅速な意思決定を必要とし、朝令暮改は必然である。しかし、今回の対応は一旦決定した事が相応しくないと明らかになった後も、面子のためとは思わないが、直ちに改められることはなかった。その為に、無駄な労力や莫大なお金の浪費をした懸念がある。今回のドタバタを十分に反省し、真に有効な危機対応の確立に進むことを期待する。
新型インフルエンザを5類相当の感染症として対応することの宣言。新型インフルエンザ患者の入院・外来を積極的に引き受けることへのインセンティブ。
感染症法、国の新型インフルエンザ行動計画、ガイドライン等は、強毒性の鳥インフルエンザを想定して策定されたものだが、今般の弱毒性のインフルエンザの発生により、被害状況によっては社会が防疫対応を受け入れることが困難であることが実証されたのではないか。対応の幅を想定した形の制度設計を要するのではないか。
厚生労働省での感染症対策にとどまらない対応が今後も求められるが、各省庁間で方針のブレがないようにしてほしい。
新型インフルエンザを5類相当の感染症として対応することの宣言。新型インフルエンザ患者の入院・外来を積極的に引き受けることへのインセンティブ。
症例定義についての通知はあったが、発熱相談センターがどのようなトリアージを行うのかはすべて保健所に委ねている状況であった。とくに毒性が強い場合にはトリアージの基準が医療機関とのトラブル、人命に関わると思われる。今後新たなインフルエンザが発生した場合におおよその基準を出していただきたい。机上の理論ではなく、現状を踏まえて、何のためのPCR検査であるか、その結果をもって何をしたいかなどを明確に出していただきたい。国立感染症研究所の提言の位置づけを明確にいただきたい。
発生数の少ない疾患ならばガイドラインに沿った対策ができるかもしれないが、インフルエンザのような多くに感染を起こす疾患では、ガイドラインは机上論にすぎなくなる。 発熱のように他の疾患でも多く起こる症状に対して、ひとりずつ相談して発熱外来に連れて行くという作業は非現実的であった。特に小児では、重大な疾患の見落としに繋がる恐れが大きい。
新型インフルエンザの感染力・毒性等、得られた知見から、それに見合った対策を発令すべき。

疫学調査・クラスターサーベイランスを見直してほしい。(4件)

クラスターサーベイランスに変換されてから、7月~8月にかけて集団発生が次々起こり、学校が始まる9月以降は更に増え、迅速に対応するのが困難になるであろうことが予測される。現在、迅速 A 陽性のほとんどが新型に置き換わっておりことを考えるとクラスターサーベイランスで PCR を行うこと自体意味がなくなる。季節型に準じた対応に切り替えることも視野に入れて考えて欲しい。
患者が増えれば、今のクラスターサーベイランスは、不可能ではないか。10名以上の集団で2名以上の発症者が疑われる場合という条件を早急に変更してもらいたい。(人数の要件を緩和し、PCR検査は特に必要な場合以外は行わなくてもいいのでは。)
クラスターサーベイランスの負担が大きくなると予想され、また負担に比べ、効果がどの程度あるか疑問です。早急に見直してください。
大学等でPCRを行い新型陽性になったものを当県では環境保健研究所で行ったものではないということで届出をしておりますし、1クラスターについてPCRは1例のみという検査制限が行われています。何のための届出か、何のためのウイルス検査がよくわからない状況ですのでそのあたりの趣旨を徹底していただくとともに費用負担について考慮していただければと思います。

その他(11件)

保健所職員にワクチンを接種していただきたい。
ワクチン接種の意義、目的を明らかに示すとともに、優先順位について速やかな通知をお願いしたい。入院患者が増えたときを想定し、医療法上の規制緩和等について通知を出す必要がある。

<p>国立感染症研究所の公的役割(研究者の個人的見解でなく)をオーソライズして、国民へ直結する感染症対策専門機関として位置づけてほしい。</p>
<p>早く今回の新型インフルエンザの固有名を決めてもらい「新型」からはずしてほしい。はずさなくても固有名を使わないと今後新た「新型インフルエンザ」が流行してきたときに、混乱を起こす可能性がある。</p>
<p>安全なワクチンを全国民が出来るだけ早く接種できるよう要望してほしい。無駄な対策に日ともの、金を使わなくてすむと考える。</p>
<p>発生初期の段階での疑似症例についてプレス発表等の対応は、患者の人権等を勘案し、慎重に取り扱うべきではないか。</p>
<p>テレビ、新聞でもっと蔓延防止(咳エチケット)、ハイリスク者に対する注意喚起を行って下さい。</p>
<p>新型インフルエンザの名称を早く変えて欲しい。例えば(2009)メキシコインフルエンザなど。これからのH5N1型インフルエンザ対策が名称が紛らわしくてやりづらい。「季節性・新型の区別無く、インフルエンザは全て怖い感染症である」という認識を周知する必要がある。</p>
<p>防疫体制の変更等対応の大きな変更を行う場合は、周知期間を設けていただきたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン接種の意義、目的を明らかに示すとともに、優先順位について速やかな通知をお願いしたい。 ・入院患者が増えたときを想定し、医療法上の規制緩和等について通知を出す必要がある。
<p>今回の新型インフルエンザの検査キットの開発を早く行ってほしい。</p>

(2)国立感染症研究所に対して

科学的知見や流行状況を迅速、的確に提供してほしい。(10件)

感染管理に関する研究部門を強化し、エビデンスに基づく情報発信をして欲しい。N95マスクに随分悩まされたことの反省を含め、地域のインフェクショナルコントロールだけでなく、病院、施設、一般診療所の感染管理のガイドライン等も早い時期から発信して欲しい。
政治的な色がまったくつかない、科学的なデータ、助言を出し続けて欲しい。
ホームページをもう少し見やすくして欲しい。更新が遅い。
海外の情報(オーストラリアの重症化率、死亡率、発生経過)を教えてください。
発症地図は流行初期には意味があったと思われるが、せめて率表示でないと、流行の実態を反映できていなかった。国立機関が不安を煽るようなデータを示すことは厳につつしむべきであり、解説なり評価なりを充分記述しなければ無意味であった。
全学校の患者発生状況をオンラインで登録し、リアルタイムで状況が把握できるシステムが島根県でモデル的に稼働している旨の報道があったが、これを全国で利用できるようお願いしたい。
想定被害や感染拡大のシミュレーションへが必要であり、日本に適した使いやすい試算プログラムの公表を希望する。
7月に新型インフルが一般診療になって以降、それまでホームページに掲載されていたリアルタイムの致死率が掲載されていない。米国、カナダのデータを元にした致死率 0.5%推計値が新聞等でまかりとおっているので、日本における致死率を出して頂きたい。
新型インフルエンザに関する新しい知見等についての速やかな情報提供。
各国におけるワクチン接種の副反応状況等の速やかな情報提供。

ウイルス検査の技術支援や研究をしてほしい。(3件)

ウイルスの薬剤耐性や毒性のモニタリング手法を確立し地衛研へ伝達願いたい。
何歳までは抗体があってもかかるとかかからないとかの情報が錯綜したように思います。もっと早く研究デザインを組んでいただき前向きに検体採取を行ってはどうでしょうか。保健所も協力できると思うのですが。
今回の新型インフルエンザの検査キットの開発を早く行ってほしい。

研修を実施してほしい。(1件)

SARSの際も大変助かったが、随時 WHO 等の最新情報を HP に掲載いただき、それを地域の医療関係者へ配信することができた。また、FETP という専門家を養成されているので、いざと言う時には SOS ができるという心強さもある。今後は、FETPと全国の保健所長が顔の見える関係を作るためにも、定期的に研修会を開催し、その中で事例を通したグループワークなどを企画していただけたらと考える。

国は研究所の人員、予算を充実してほしい。

研究所の人たちは個人としては一生懸命がんばっている。しかし、全体の人員、予算、設備が米国CDCや中国CDCに比べてあまりにも貧弱であり、対策への支援機能が見劣りしているので、新政権は感染研の充実を図るべきである。
--

(3)全国保健所長会に対して

国への要望、情報収集、評価をしてほしい。(5件)

これまでの貴会の功績に対し、敬意を表します。今後とも、現場の意見を吸い上げていただき迅速な対応が取れるよう、国への要望活動を期待します。

時間的にいうともっと早い時期に国に要望を出せなかったのかという反省はあると思われま

す。新型インフルエンザ対策に関する情報は全てマスコミが先行している。保健所長会の要望や感染拡大状況により、国の対策が変更となる場合は、事前に情報を収集し、支障のない限り情報の公開を希望する。

最近ホームページを開いていないが、国の方針は最近早く来るようになってきたので、ダブっているかと思う。今後は事例の共有などができると良いと思う。どんな風に対処しているのかということが知りたい。選択した方法以外にどんなことが可能か考える余裕がなくなっている。医療スタッフの予防投薬をどんなにしているか、退院の判定はどうしているのか疫学調査ができなくなってくると、保健所が行うことは何をしているのかとか、情報がほしい。

終息後、今回の日本の新型インフルエンザ対応について全体的な総括を行ったうえで、評価を行っていただきたい。

国への要望などがなされていた。(2件)

全国保健所長会から新型インフルエンザの体制に関する、要望が国にいったのはとてもよかったと思えます。

提言ではなく、評価であるが、全国所長会は、適切に情報提供や要望活動等をしていたと思う。

(4)本研究班に対して(2件)

このアンケートの活用方法を明確にしていきたい。

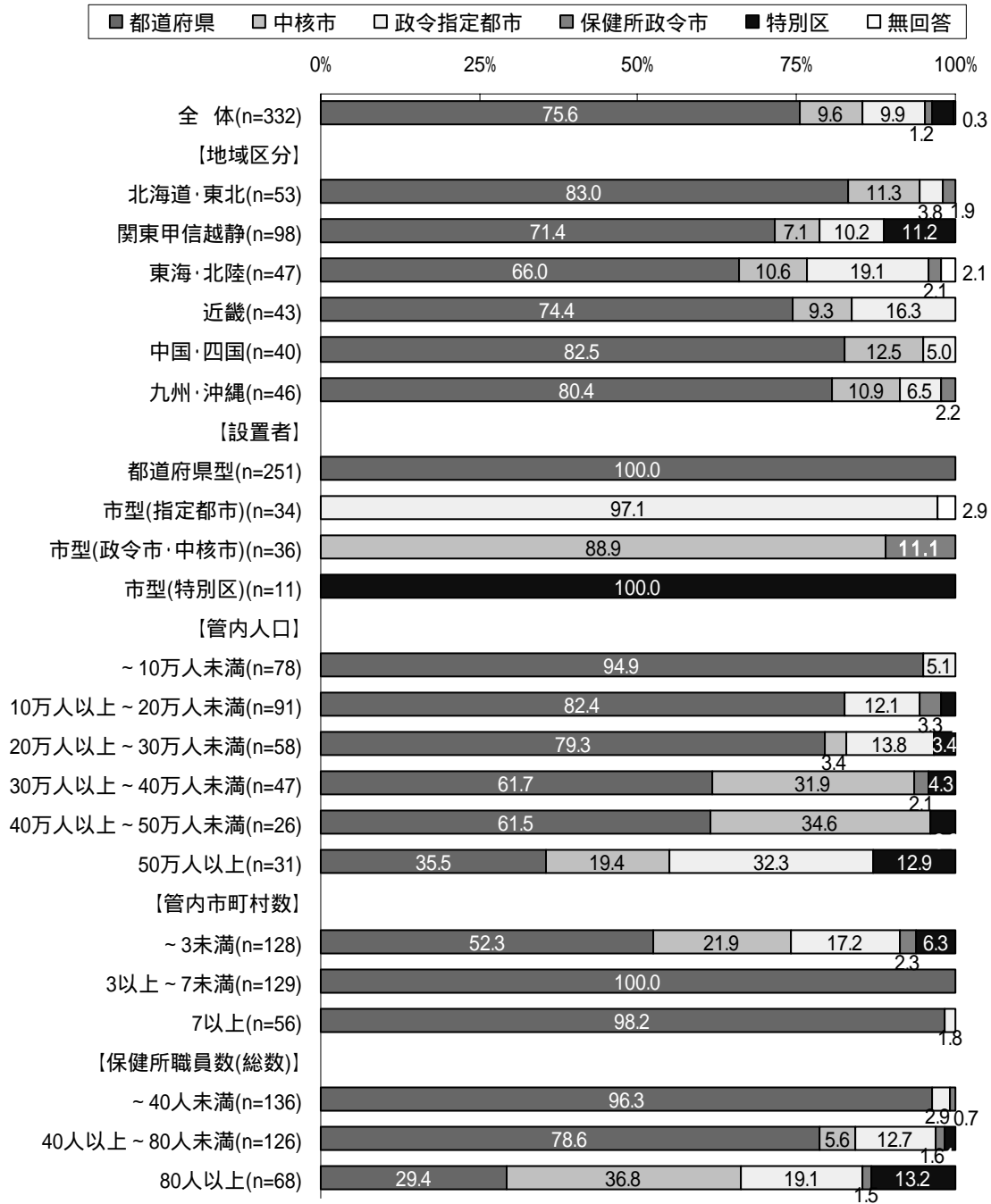
終息後、今回の日本の新型インフルエンザ対応について全体的な総括を行ったうえで、評価を行っていただきたい。

保健所担当者の回答結果

1. 保健所・地域の属性

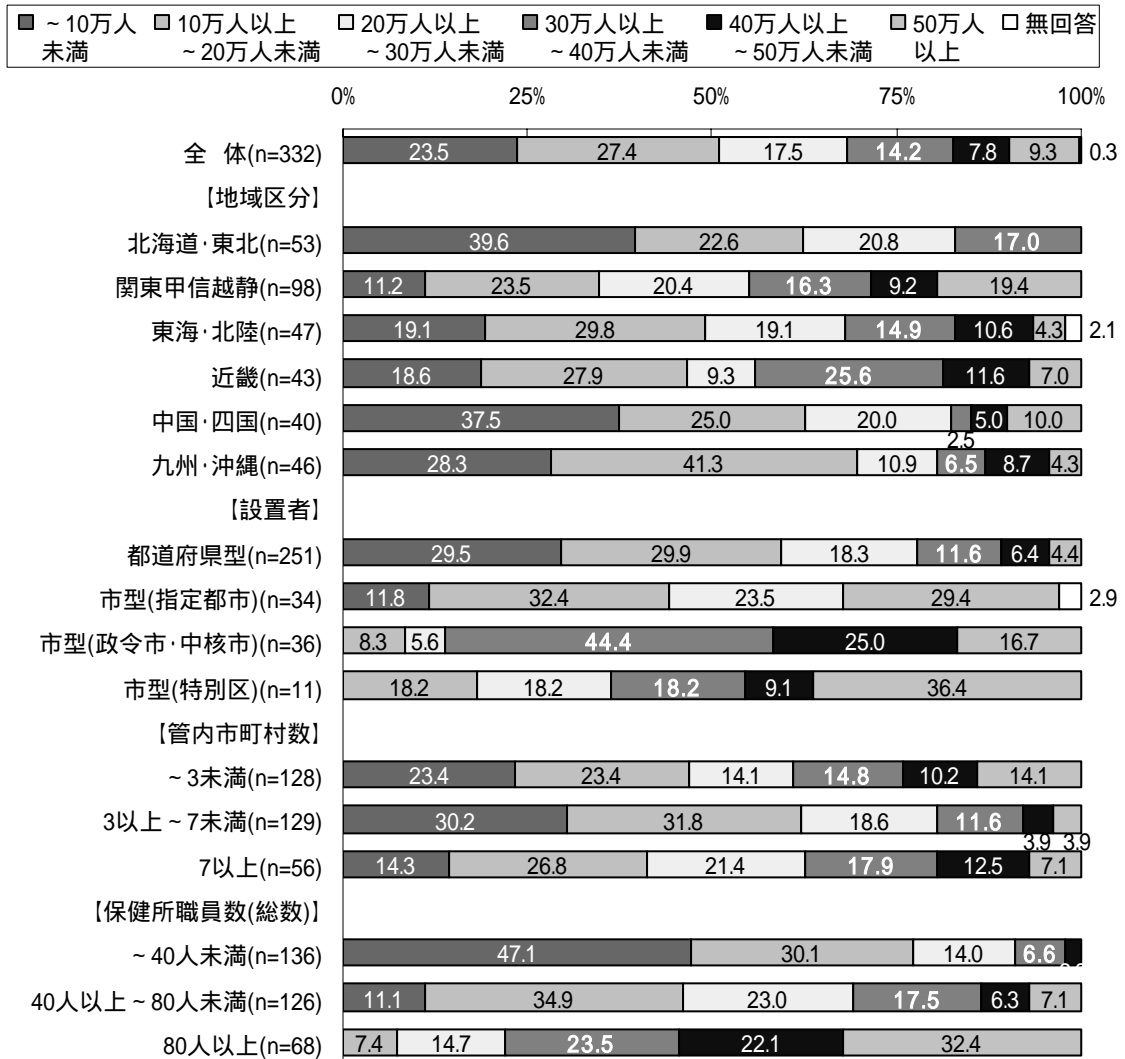
(1) 保健所の設置者

今回、回答のあった保健所332カ所の設置者内訳は以下のとおりである。



(2)管内人口

回答保健所の管内人口は以下のとおりである。

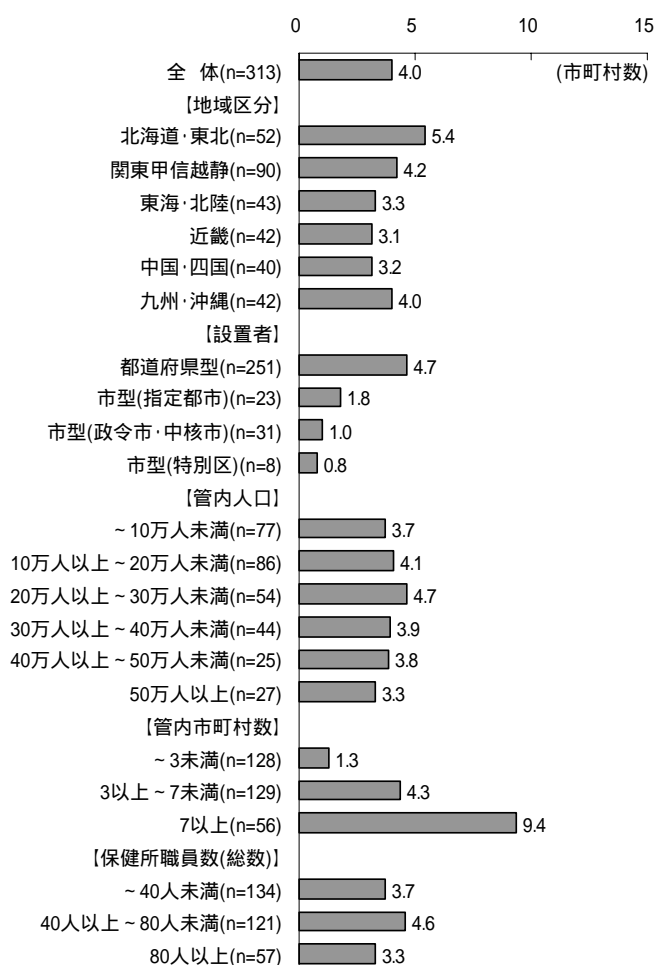


(3) 管内の市町村数

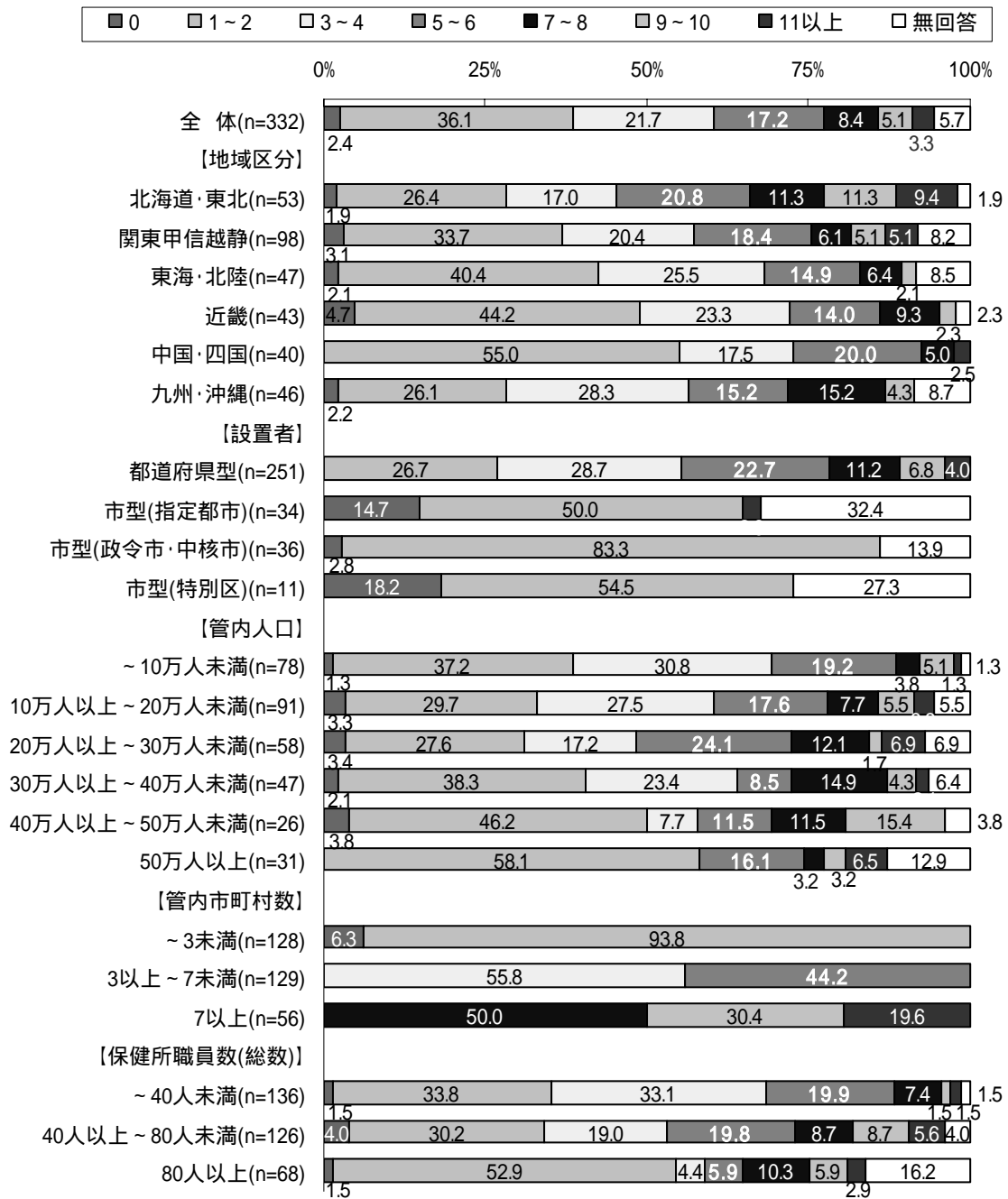
回答保健所管内の市町村数(平均値)は以下のとおりである

[管内の市町村数・平均値(属性)]

	件数	平均	最大値	最小値	
全 体	313	4.0	24.0	0.0	
地域区分	北海道・東北	52	5.4	19.0	0.0
	関東甲信越静	90	4.2	24.0	0.0
	東海・北陸	43	3.3	9.0	0.0
	近畿	42	3.1	10.0	0.0
	中国・四国	40	3.2	13.0	1.0
	九州・沖縄	42	4.0	9.0	0.0
設置者	都道府県型	251	4.7	19.0	1.0
	市型(指定都市)	23	1.8	24.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	31	1.0	1.0	0.0
	市型(特別区)	8	0.8	1.0	0.0
管内人口	～10万人未満	77	3.7	15.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	86	4.1	14.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	54	4.7	24.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	44	3.9	19.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	25	3.8	10.0	0.0
	50万人以上	27	3.3	13.0	1.0
管内市町村数	～3未満	128	1.3	2.0	0.0
	3以上～7未満	129	4.3	6.0	3.0
	7以上	56	9.4	24.0	7.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	134	3.7	14.0	0.0
	40人以上～80人未満	121	4.6	24.0	0.0
	80人以上	57	3.3	19.0	0.0



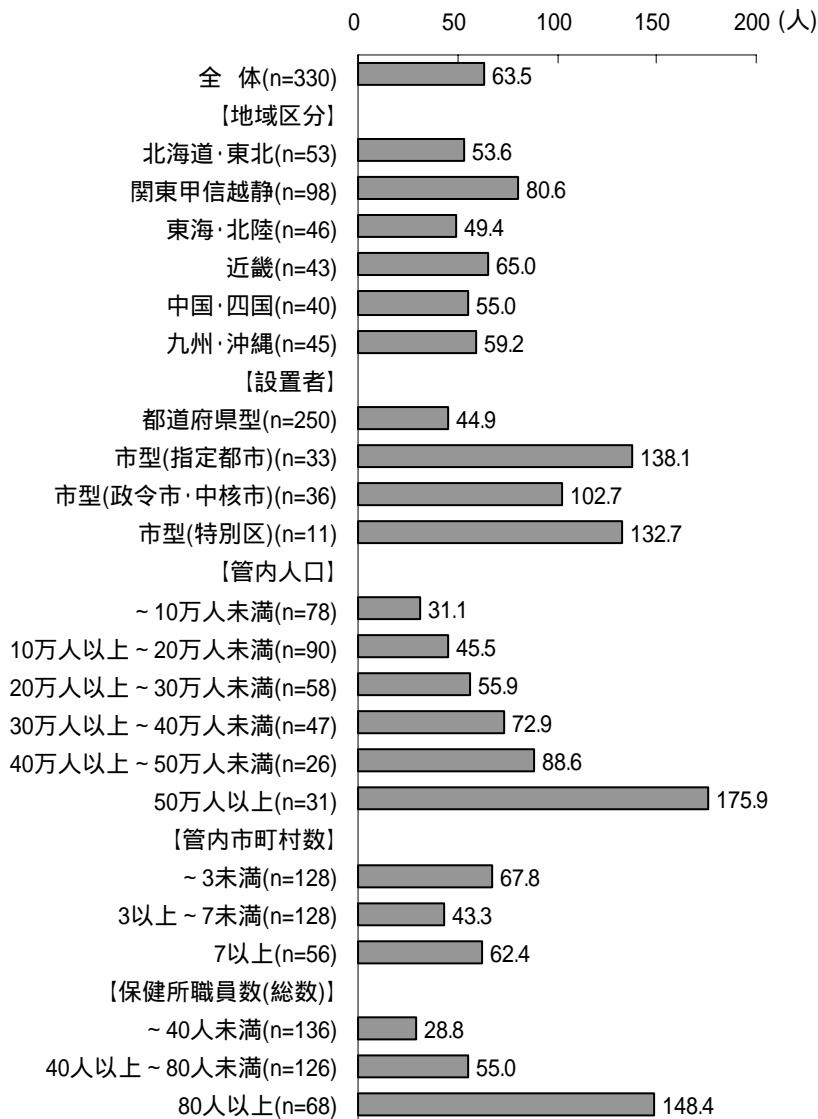
また、管内市町村数の度数分布は以下のとおりである。



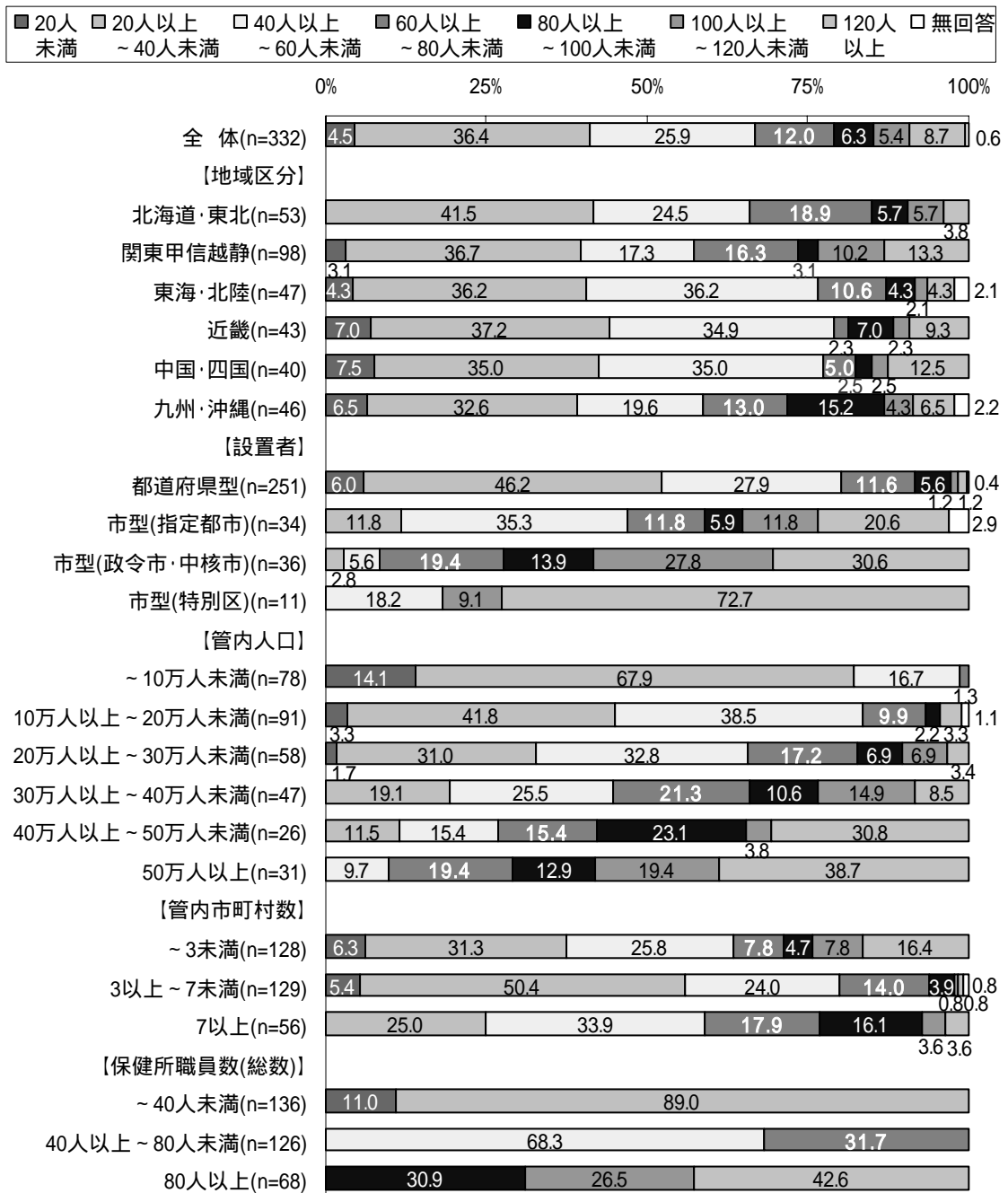
(4) 保健所の職員数

職員総数

回答保健所の職員総数(平均値)は以下のとおりである。

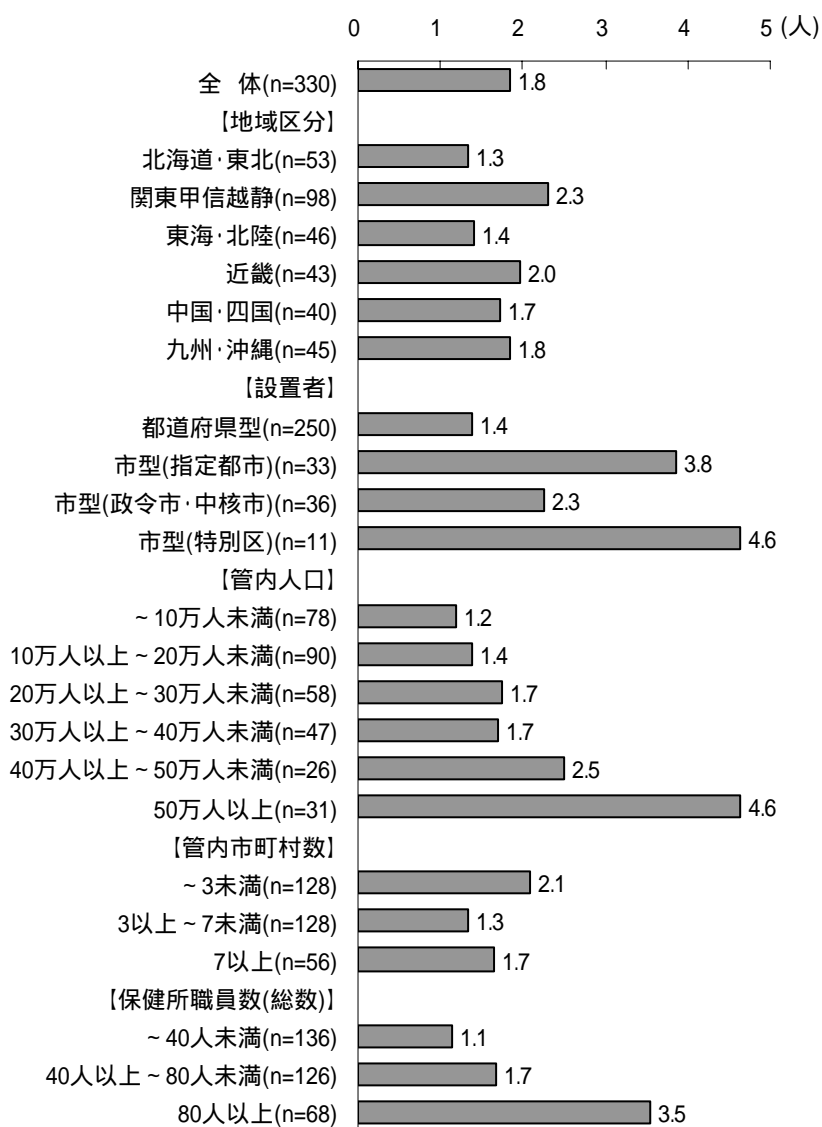


また、職員総数の度数分布は以下のとおりである。



医師・歯科医師

職員のうち、医師・歯科医師の人数(平均値)は以下のとおりである。



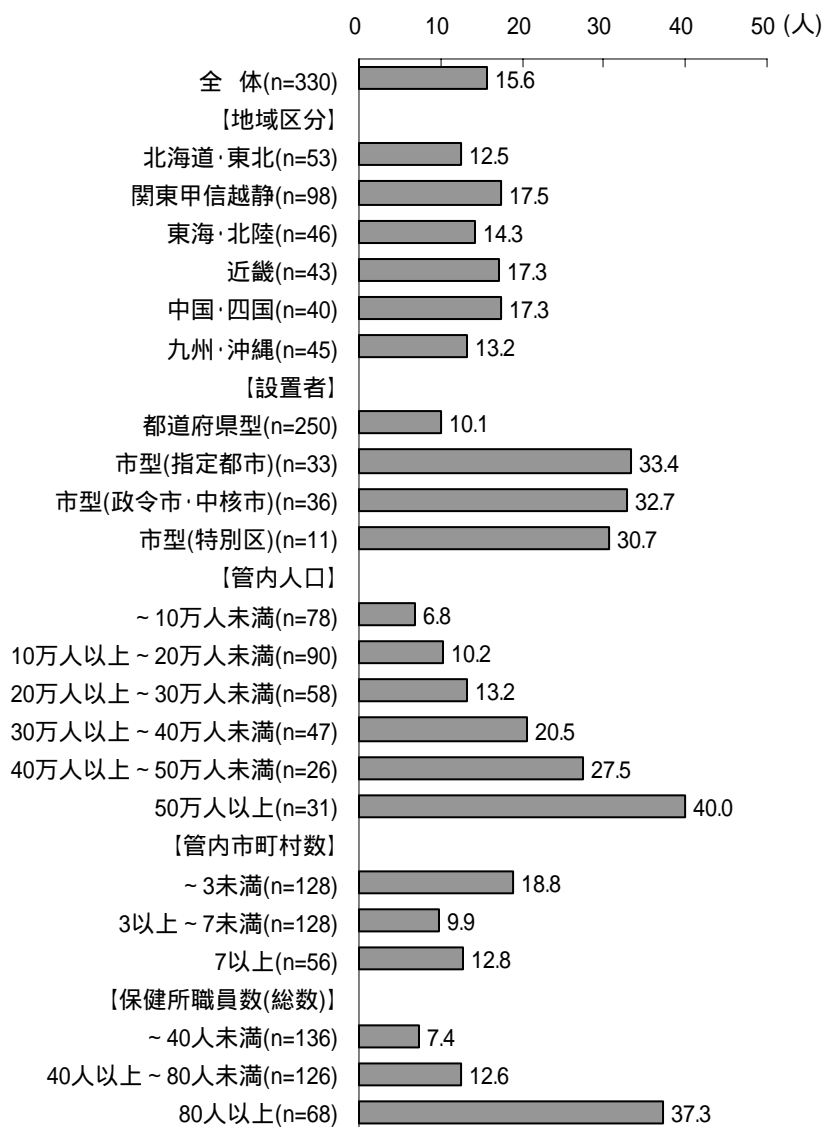
また、医師・歯科医師人数の度数分布は以下のとおりである。

[医師及び歯科医師数・度数分布(属性)]

		回答数	1人未満	1人以上～ 2人未満	2人	3人	4人	5人	6人以上	無回答
全 体		332	0.9	59.3	21.4	9.3	4.2	1.5	2.7	0.6
地域区分	北海道・東北	53	1.9	71.7	18.9	7.5	-	-	-	-
	関東甲信越静	98	2.0	53.1	14.3	12.2	10.2	3.1	5.1	-
	東海・北陸	47	-	70.2	19.1	4.3	4.3	-	-	2.1
	近畿	43	-	53.5	34.9	4.7	-	2.3	4.7	-
	中国・四国	40	-	62.5	27.5	2.5	2.5	2.5	2.5	-
	九州・沖縄	46	-	50.0	23.9	19.6	2.2	-	2.2	2.2
設置者	都道府県型	251	1.2	70.1	20.7	5.6	1.2	0.4	0.4	0.4
	市型(指定都市)	34	-	17.6	32.4	26.5	5.9	2.9	11.8	2.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	41.7	19.4	19.4	13.9	2.8	2.8	-
	市型(特別区)	11	-	-	9.1	9.1	36.4	18.2	27.3	-
管内人口	～10万人未満	78	2.6	83.3	10.3	2.6	1.3	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	1.1	69.2	22.0	4.4	2.2	-	-	1.1
	20万人以上～30万人未満	58	-	53.4	25.9	17.2	-	3.4	-	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	57.4	25.5	10.6	4.3	-	2.1	-
	40万人以上～50万人未満	26	-	26.9	30.8	26.9	7.7	-	7.7	-
	50万人以上	31	-	12.9	25.8	9.7	22.6	9.7	19.4	-
管内 市町村数	～3未満	128	-	55.5	18.0	10.9	8.6	3.9	3.1	-
	3以上～7未満	129	2.3	72.1	18.6	3.9	1.6	-	0.8	0.8
	7以上	56	-	51.8	32.1	14.3	1.8	-	-	-
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	2.2	85.3	10.3	2.2	-	-	-	-
	40人以上～80人未満	126	-	54.0	31.0	11.1	2.4	1.6	-	-
	80人以上	68	-	19.1	26.5	20.6	16.2	4.4	13.2	-

保健師

職員のうち、保健師の人数(平均値)は以下のとおりである。



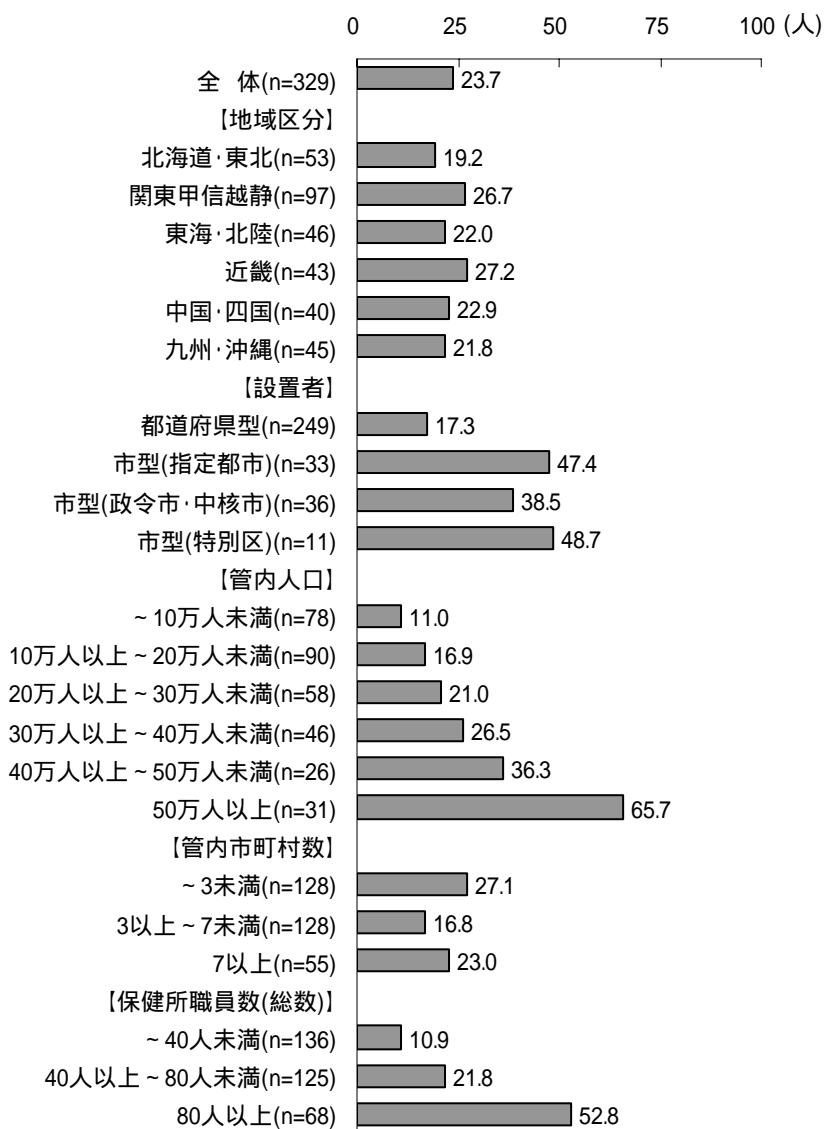
また、保健師の人数の度数分布は以下のとおりである。

[保健師数・度数分布(属性)]

		回答数	0人	1人～4人	5人～9人	10人～14人	15人～19人	20人～24人	25人以上	無回答
全 体		332	0.3	6.9	36.1	29.8	8.4	5.7	12.0	0.6
地域区分	北海道・東北	53	-	9.4	35.8	34.0	7.5	3.8	9.4	-
	関東甲信越静	98	1.0	10.2	36.7	23.5	8.2	5.1	15.3	-
	東海・北陸	47	-	6.4	29.8	42.6	8.5	-	10.6	2.1
	近畿	43	-	-	30.2	32.6	16.3	11.6	9.3	-
	中国・四国	40	-	5.0	42.5	30.0	-	7.5	15.0	-
設置者	九州・沖縄	46	-	6.5	41.3	26.1	8.7	6.5	8.7	2.2
	都道府県型	251	-	8.4	45.4	33.5	6.0	4.8	1.6	0.4
	市型(指定都市)	34	2.9	-	8.8	26.5	23.5	11.8	23.5	2.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	2.8	5.6	13.9	13.9	5.6	58.3	-
	市型(特別区)	11	-	9.1	9.1	9.1	-	9.1	63.6	-
管内人口	～10万人未満	78	-	16.7	70.5	12.8	-	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	-	7.7	38.5	41.8	7.7	1.1	2.2	1.1
	20万人以上～30万人未満	58	-	1.7	34.5	36.2	12.1	10.3	5.2	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	2.1	10.6	31.9	10.6	17.0	27.7	-
	40万人以上～50万人未満	26	-	-	11.5	30.8	19.2	3.8	34.6	-
	50万人以上	31	3.2	3.2	6.5	22.6	12.9	9.7	41.9	-
管内市町村数	～3未満	128	0.8	10.2	31.3	21.1	9.4	3.1	24.2	-
	3以上～7未満	129	-	7.0	49.6	31.8	4.7	4.7	1.6	0.8
	7以上	56	-	-	28.6	48.2	10.7	8.9	3.6	-
保健所職員数(総数)	～40人未満	136	-	15.4	65.4	18.4	0.7	-	-	-
	40人以上～80人未満	126	-	0.8	23.0	50.8	15.1	9.5	0.8	-
	80人以上	68	1.5	1.5	2.9	14.7	11.8	10.3	57.4	-

その他の技術系職員

職員のうち、その他の技術系職員(医師・歯科医師・保健師以外)の人数(平均値)は以下のとおりである。



その他の技術系職員数の度数分布は以下のとおりである。

[その他の技術系職員数・度数分布(属性)]

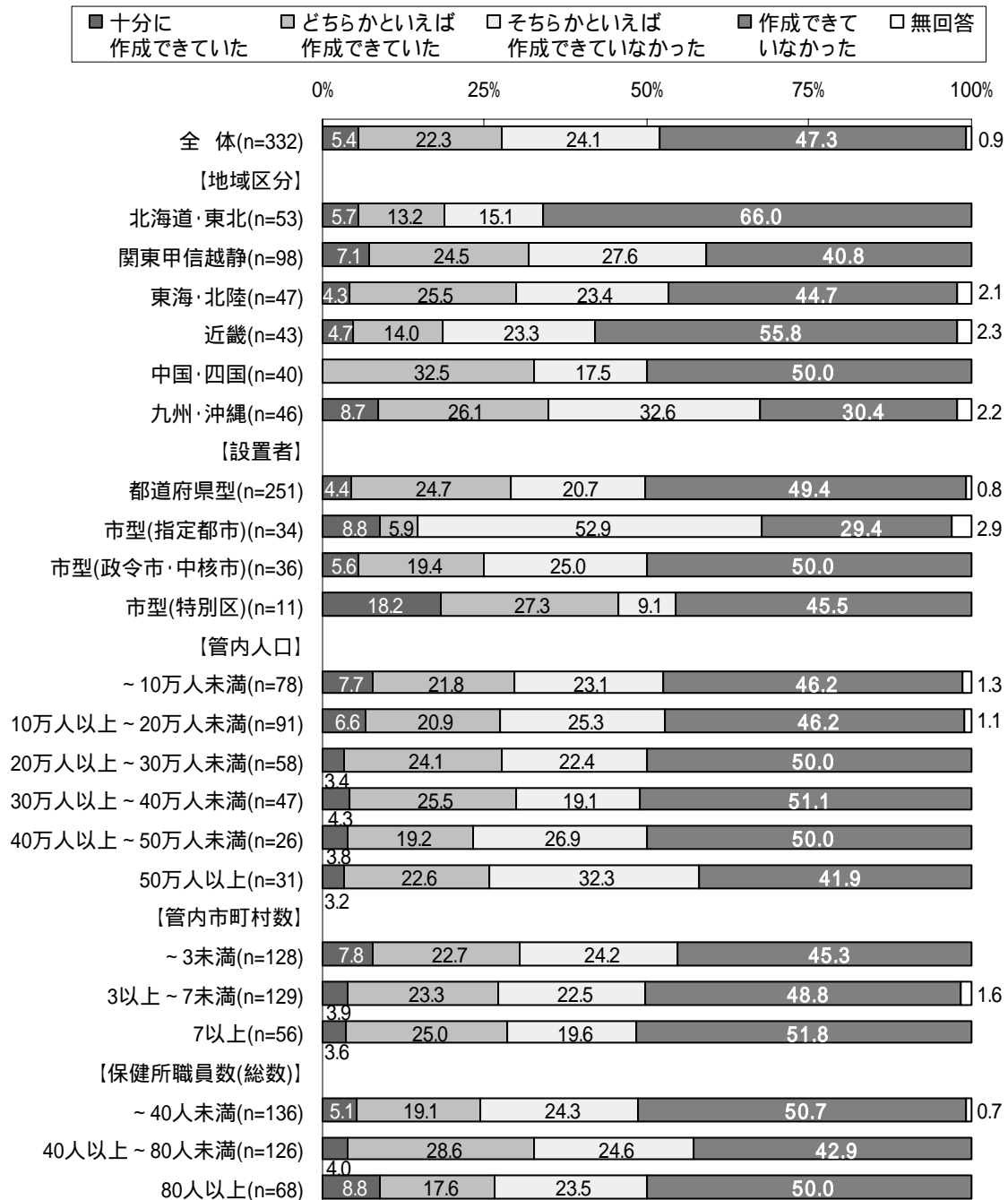
		回答数	0人	1人～9人	10人～19人	20人～29人	30人～39人	40人～49人	50人以上	無回答
全 体		332	-	19.0	38.6	19.6	8.4	4.8	8.7	0.9
地域区分	北海道・東北	53	-	18.9	47.2	18.9	7.5	3.8	3.8	-
	関東甲信越静岡	98	-	19.4	29.6	20.4	12.2	6.1	11.2	1.0
	東海・北陸	47	-	14.9	38.3	23.4	8.5	8.5	4.3	2.1
	近畿	43	-	20.9	46.5	14.0	4.7	-	14.0	-
	中国・四国	40	-	25.0	30.0	25.0	7.5	5.0	7.5	-
	九州・沖縄	46	-	17.4	45.7	15.2	6.5	4.3	8.7	2.2
設置者	都道府県型	251	-	24.3	44.6	19.1	6.4	1.6	3.2	0.8
	市型(指定都市)	34	-	2.9	32.4	26.5	8.8	5.9	20.6	2.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	2.8	13.9	19.4	16.7	19.4	27.8	-
	市型(特別区)	11	-	-	-	9.1	27.3	27.3	36.4	-
管内人口	～10万人未満	78	-	47.4	44.9	6.4	1.3	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	-	17.6	49.5	25.3	3.3	3.3	-	1.1
	20万人以上～30万人未満	58	-	10.3	44.8	25.9	13.8	3.4	1.7	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	6.4	34.0	25.5	14.9	8.5	8.5	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	-	3.8	19.2	11.5	19.2	15.4	30.8	-
	50万人以上	31	-	-	3.2	22.6	12.9	9.7	51.6	-
管内市町村数	～3未満	128	-	20.3	33.6	16.4	8.6	8.6	12.5	-
	3以上～7未満	129	-	25.6	45.0	18.6	5.4	1.6	3.1	0.8
	7以上	56	-	7.1	39.3	28.6	14.3	1.8	7.1	1.8
保健所職員数(総数)	～40人未満	136	-	44.1	50.7	4.4	0.7	-	-	-
	40人以上～80人未満	126	-	2.4	44.4	36.5	11.9	3.2	0.8	0.8
	80人以上	68	-	-	4.4	19.1	17.6	17.6	41.2	-

2. 対応の体制

(1) 保健所の事業継続計画の作成状況

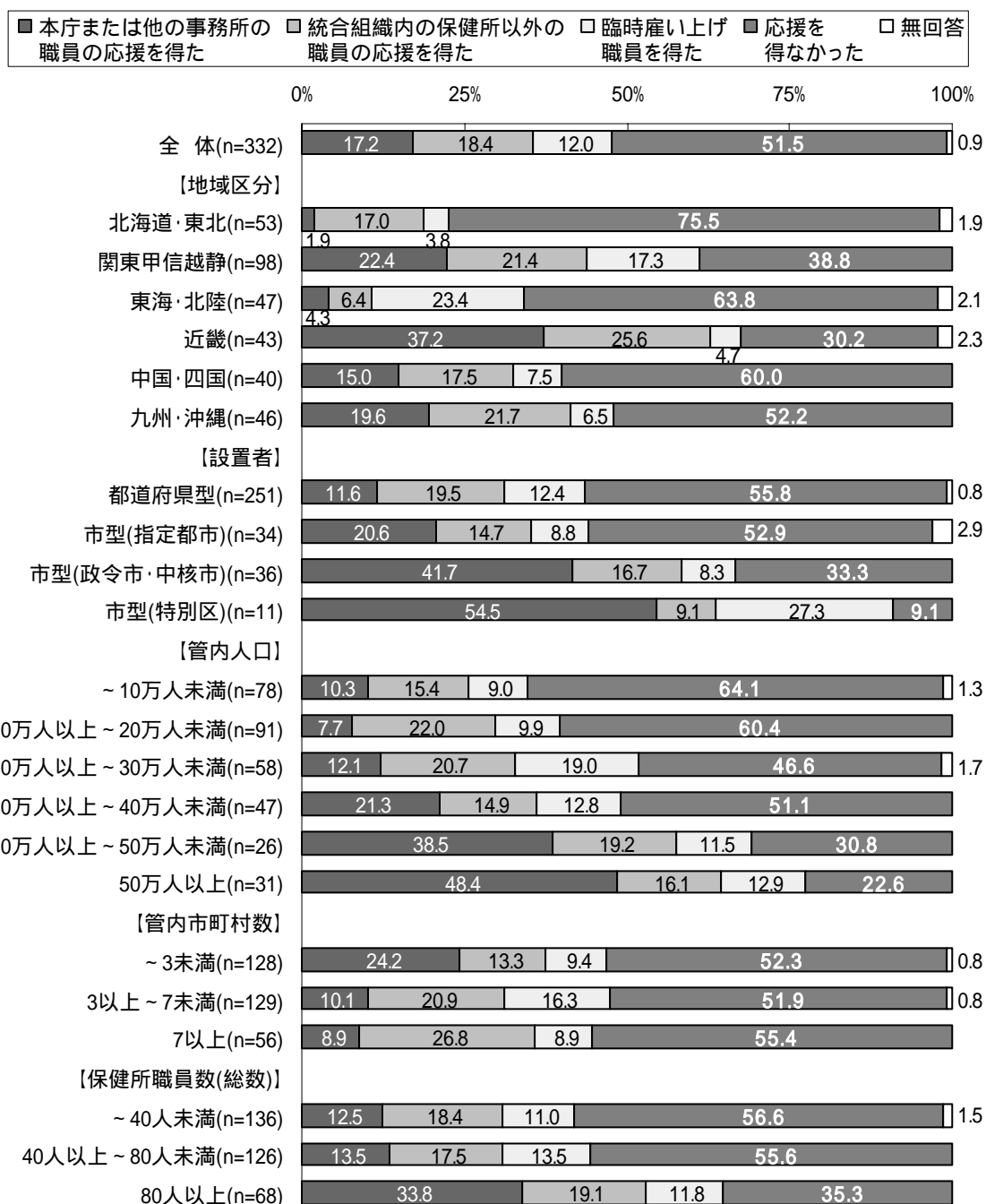
「新型インフルエンザ発生前に保健所の事業継続計画(BCP)を作成できていましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。「十分に作成できていた」は全体の5%、「どちらかといえば作成できていた」を含めても27%程度と、新型インフルエンザ発生前から3割弱の保健所は作成に着手していた。

属性別に見ると、特別区の保健所が最も進展している。「どちらかといえば」レベルを含めても作成できていた保健所は46%であった。逆に遅れ気味の属性としては、指定都市があげられる。



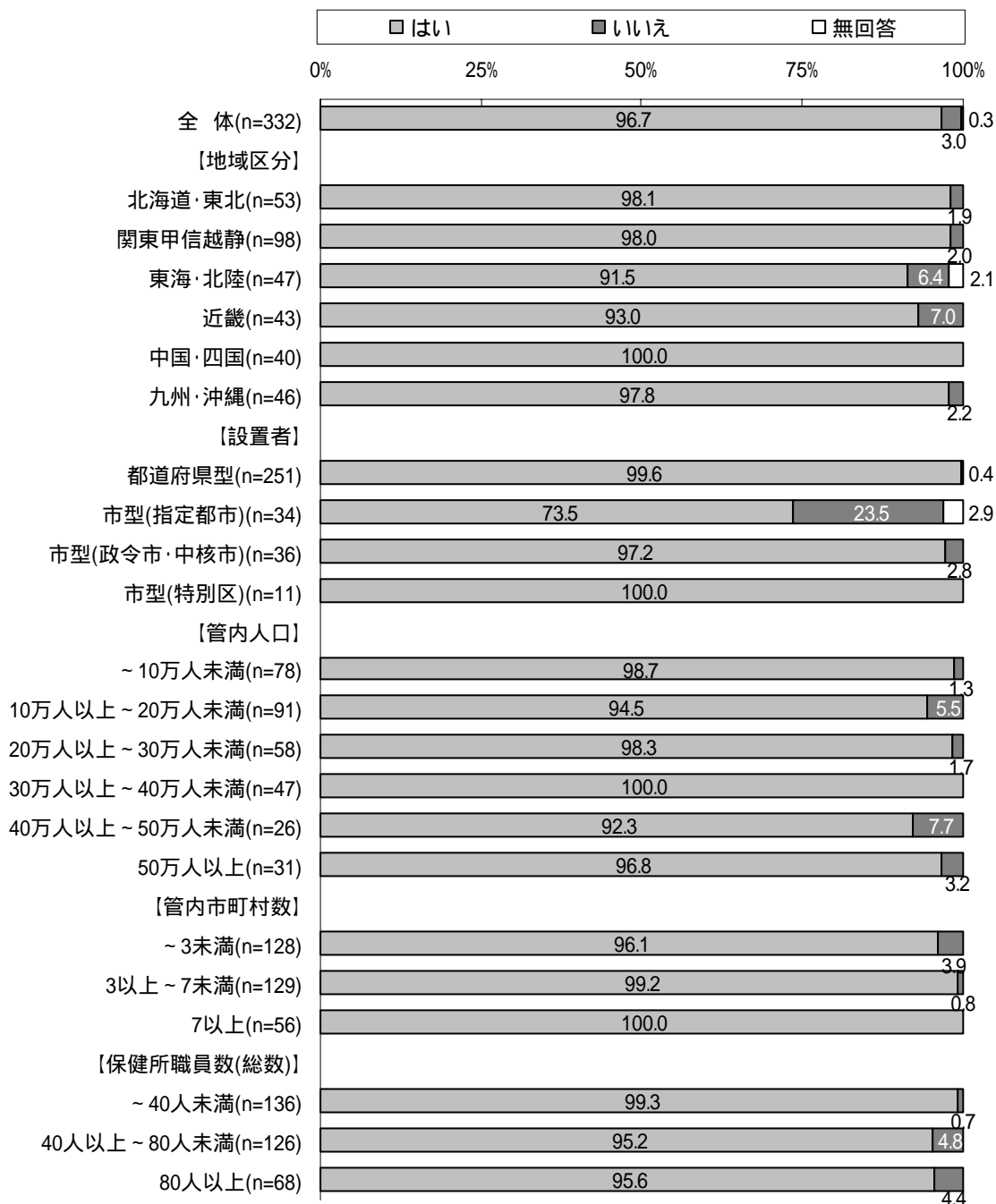
(2) 新型インフルエンザ発生後における保健所職員以外の応援の状況

「新型インフルエンザ発生後に保健所以外の職員の応援を得ましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。全体としては「応援を得なかった」保健所が52%で半数を超えるが、保健所以外の職員の応援を得た保健所のうち、本庁または他の事務所の職員応援を得た保健所が36%、統合組織内の保健所以外の職員の応援を得た保健所が39%、臨時雇い上げ職員を得た保健所が25%と、応援の得方は比較的分散していた。また、管内人口別では、人口が増えるに従い、何らかの応援を得たケースが増える傾向がみられた。関東甲信越静、近畿地方は他地域に比較して、応援を得た割合が高かった。



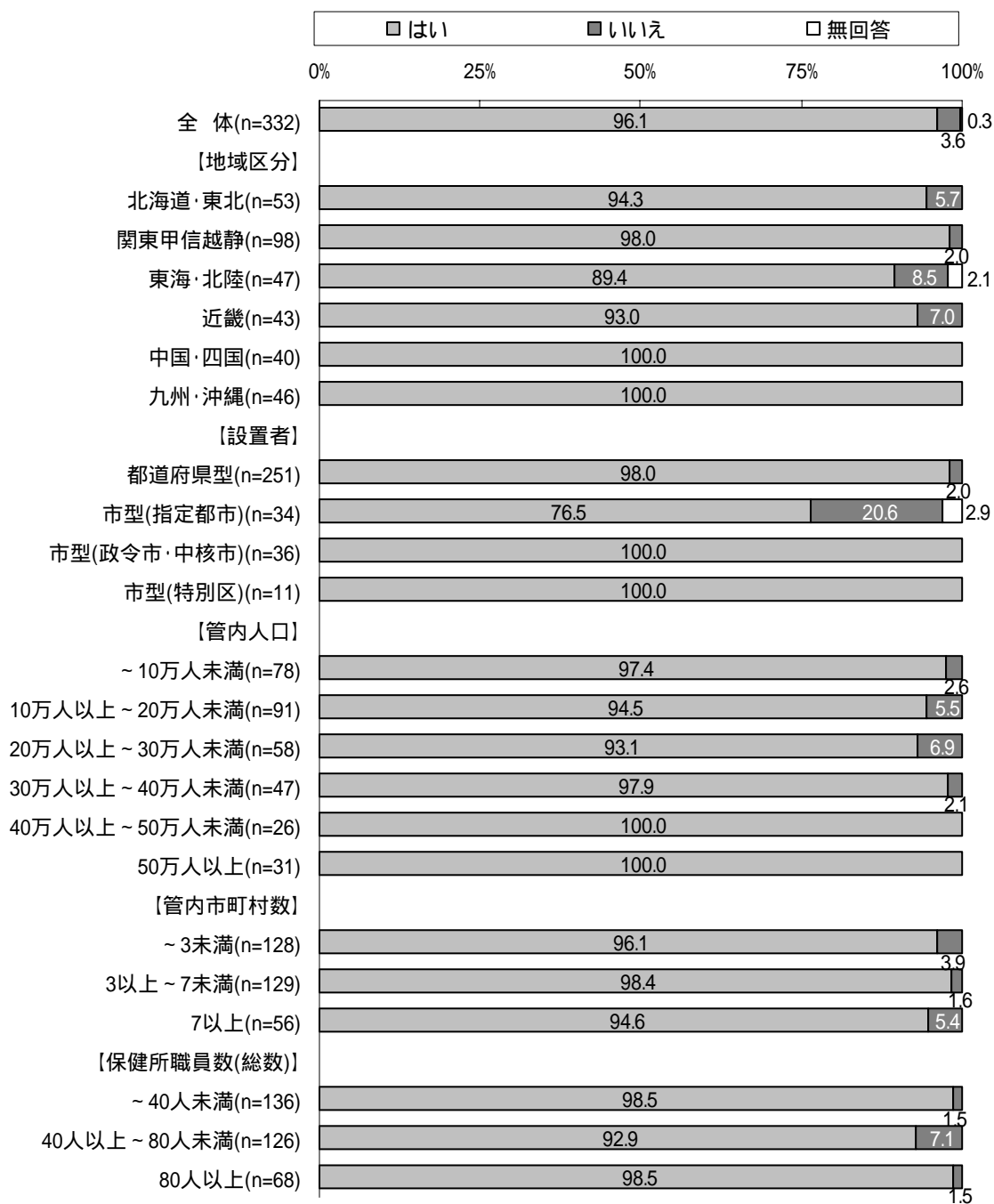
(3) 市町村(他の部局)に対する助言・情報提供・打ち合わせ・研修の実施有無

「保健所は市町村(市型保健所では他の部局)に対し、助言、情報提供、打ち合わせまたは研修を行いましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。ほとんどの保健所が市町村・他の部局と連携・支援を図っていた。指定都市の1/4の保健所が他部局に対する助言等は未実施であったが、市役所本庁内の衛生主管部局が実施していたことも想定される。



(4) 医師会への助言・情報提供・打ち合わせの実施有無

「保健所は医師会に対し、助言、情報提供、打ち合わせを行いましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。前問の市町村・他部局との連携・支援と同様、ほとんどの保健所が実施していた。、指定都市は他の設置者に比べて低かったものの、76%は実施していた。



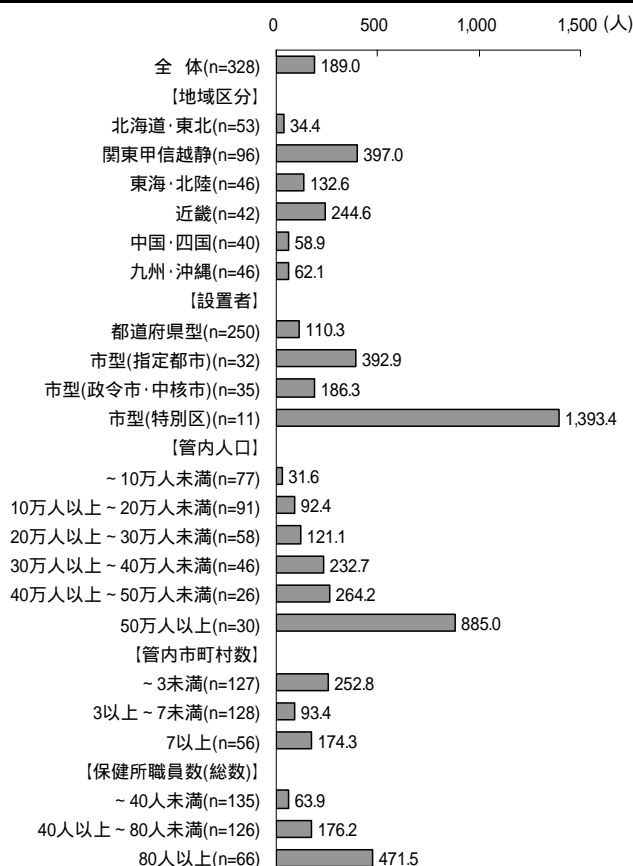
3. 健康監視

(1) 健康監視を実施した入国者数

「入国者への健康監視は概ね実人員何人に対して行われましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。特別区保健所の件数の多さが、人口が多いとはいえ目立つ。人口に応じたマンパワーが必要であることがうかがえる。

[入国者への健康監視要員数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		328	189.0	4684.0	0.0
地域区分	北海道・東北	53	34.4	260.0	1.0
	関東甲信越静岡	96	397.0	4684.0	0.0
	東海・北陸	46	132.6	492.0	3.0
	近畿	42	244.6	2019.0	13.0
	中国・四国	40	58.9	669.0	2.0
	九州・沖縄	46	62.1	287.0	1.0
設置者	都道府県型	250	110.3	4684.0	0.0
	市型(指定都市)	32	392.9	2019.0	40.0
	市型(政令市・中核市)	35	186.3	916.0	10.0
	市型(特別区)	11	1393.4	3466.0	288.0
管内人口	～10万人未満	77	31.6	492.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	91	92.4	2258.0	2.0
	20万人以上～30万人未満	58	121.1	646.0	3.0
	30万人以上～40万人未満	46	232.7	3466.0	4.0
	40万人以上～50万人未満	26	264.2	916.0	95.0
	50万人以上	30	885.0	4684.0	120.0
管内市町村数	～3未満	127	252.8	2820.0	2.0
	3以上～7未満	128	93.4	1414.0	1.0
	7以上	56	174.3	4684.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	63.9	646.0	1.0
	40人以上～80人未満	126	176.2	4684.0	0.0
	80人以上	66	471.5	3466.0	23.0



[入国者への健康監視要員数・度数分布(属性)]

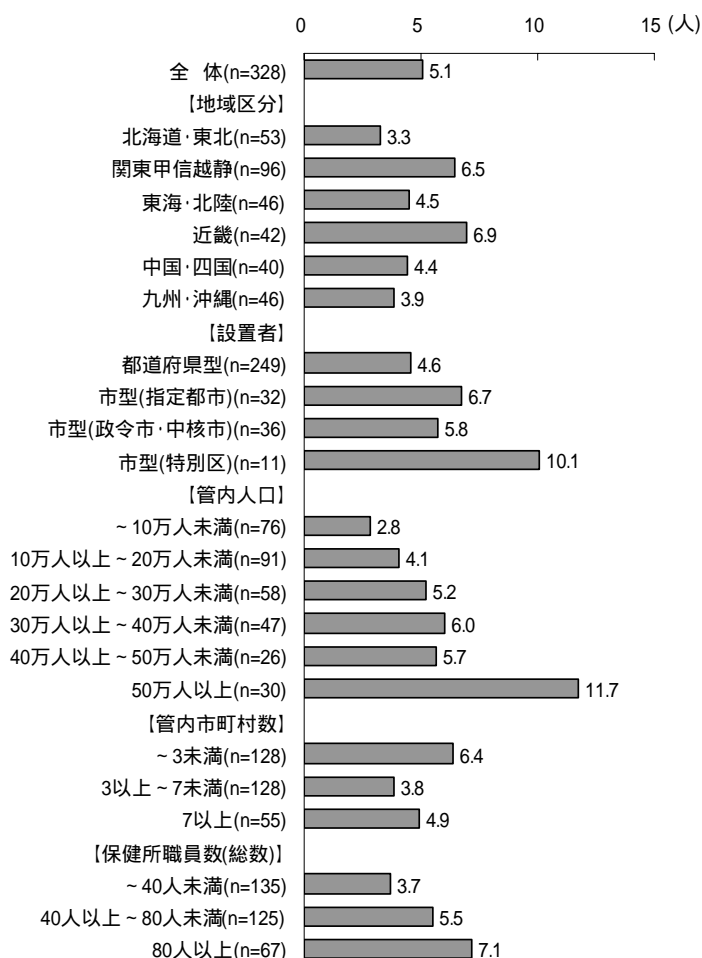
	回答数	0人	1人以上～ 20人未満	20人以上～ 50人未 満	50人以上～ 100人未 満	100人以上～ 150人未 満	150人以上～ 200人未 満	200人以上～ 250人未 満	250人以上～ 300人未 満	300人以上～ 400人未 満	400人以上～ 500人未 満	500人以上	無回答
全 体	332	0.3	23.5	19.9	15.7	11.1	6.9	4.2	3.9	3.3	2.7	7.2	1.2
地域区分													
北海道・東北	53	-	47.2	28.3	20.8	1.9	-	-	1.9	-	-	-	-
関東甲信越静岡	98	1.0	11.2	11.2	14.3	12.2	8.2	5.1	5.1	3.1	7.1	19.4	2.0
東海・北陸	47	-	14.9	8.5	17.0	23.4	17.0	4.3	2.1	8.5	2.1	-	2.1
近畿	43	-	7.0	14.0	18.6	11.6	9.3	14.0	2.3	9.3	2.3	9.3	2.3
中国・四国	40	-	42.5	27.5	15.0	5.0	5.0	2.5	-	-	-	2.5	-
九州・沖縄	46	-	28.3	41.3	8.7	10.9	2.2	-	8.7	-	-	-	-
設置者													
都道府県型	251	0.4	30.3	25.5	15.5	11.2	4.8	3.2	2.4	2.4	0.8	3.2	0.4
市型(指定都市)	34	-	-	2.9	11.8	11.8	8.8	5.9	11.8	11.8	14.7	14.7	5.9
市型(政令市・中核市)	36	-	5.6	2.8	25.0	13.9	22.2	11.1	5.6	2.8	-	8.3	2.8
市型(特別区)	11	-	-	-	-	-	-	-	9.1	-	18.2	72.7	-
管内人口													
～10万人未満	78	1.3	73.1	16.7	1.3	1.3	-	1.3	1.3	-	2.6	-	1.3
10万人以上～20万人未満	91	-	17.6	45.1	22.0	6.6	3.3	-	-	3.3	-	2.2	-
20万人以上～30万人未満	58	-	5.2	17.2	34.5	25.9	1.7	1.7	6.9	1.7	3.4	1.7	-
30万人以上～40万人未満	47	-	4.3	4.3	21.3	17.0	25.5	12.8	2.1	4.3	2.1	4.3	2.1
40万人以上～50万人未満	26	-	-	-	3.8	23.1	19.2	11.5	19.2	3.8	3.8	15.4	-
50万人以上	31	-	-	-	-	3.2	6.5	9.7	6.5	12.9	9.7	48.4	3.2
管内 市町村数													
～3未満	128	-	22.7	10.9	15.6	10.2	8.6	5.5	3.9	5.5	4.7	11.7	0.8
3以上～7未満	129	-	30.2	29.5	16.3	8.5	4.7	3.1	-	1.6	1.6	3.9	0.8
7以上	56	1.8	17.9	25.0	16.1	16.1	7.1	3.6	8.9	1.8	-	1.8	-
保健所 職員数 (総数)													
～40人未満	136	-	41.9	20.6	16.9	10.3	1.5	2.9	2.2	0.7	0.7	1.5	0.7
40人以上～80人未満	126	0.8	16.7	26.2	15.1	11.1	11.1	2.4	2.4	5.6	3.2	5.6	-
80人以上	68	-	-	5.9	14.7	13.2	10.3	10.3	10.3	4.4	5.9	22.1	2.9

(2) 健康監視を担当した最大要員数(外部応援を含む)

「健康監視は最大で、一日概ね何人の職員(外部の応援を含める)が担当しましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。

[健康監視の1日最大要員数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		328	5.1	100.0	1.0
地域区分	北海道・東北	53	3.3	10.0	1.0
	関東甲信越静	96	6.5	100.0	1.0
	東海・北陸	46	4.5	21.0	1.0
	近畿	42	6.9	50.0	1.0
	中国・四国	40	4.4	23.0	1.0
	九州・沖縄	46	3.9	12.0	1.0
設置者	都道府県型	249	4.6	100.0	1.0
	市型(指定都市)	32	6.7	50.0	1.0
	市型(政令市・中核市)	36	5.8	12.0	2.0
	市型(特別区)	11	10.1	30.0	4.0
管内人口	～10万人未満	76	2.8	14.0	1.0
	10万人以上～20万人未満	91	4.1	14.0	1.0
	20万人以上～30万人未満	58	5.2	23.0	1.0
	30万人以上～40万人未満	47	6.0	20.0	2.0
	40万人以上～50万人未満	26	5.7	12.0	2.0
	50万人以上	30	11.7	100.0	3.0
管内市町村数	～3未満	128	6.4	100.0	1.0
	3以上～7未満	128	3.8	20.0	1.0
	7以上	55	4.9	21.0	1.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	3.7	14.0	1.0
	40人以上～80人未満	125	5.5	100.0	1.0
	80人以上	67	7.1	50.0	2.0

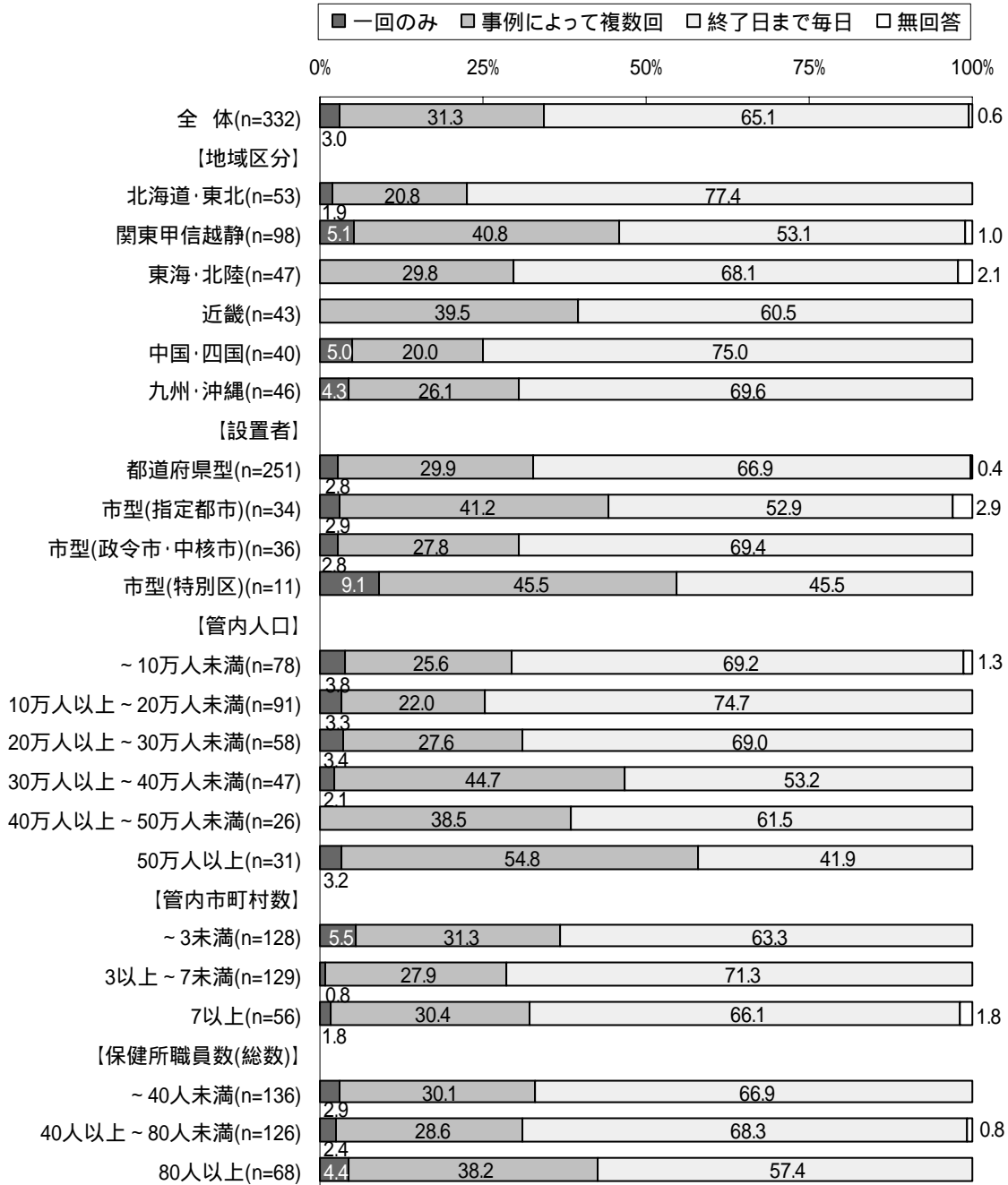


[健康監視の1日最大要員数・度数分布(属性)]

	回答数	1人以下	2人～3人	4人～5人	6人～7人	8人～9人	10人～11人	12人～13人	14人以上	無回答
全 体	332	9.9	36.1	25.9	11.1	6.6	4.2	0.9	3.9	1.2
地域区分	北海道・東北	53	18.9	49.1	20.8	3.8	5.7	1.9	-	-
	関東甲信越静	98	5.1	30.6	27.6	12.2	9.2	6.1	1.0	6.1
	東海・北陸	47	10.6	34.0	27.7	10.6	8.5	4.3	-	2.1
	近畿	43	7.0	25.6	23.3	16.3	4.7	7.0	2.3	11.6
	中国・四国	40	15.0	40.0	20.0	12.5	7.5	2.5	-	2.5
	九州・沖縄	46	8.7	43.5	32.6	8.7	2.2	2.2	2.2	-
設置者	都道府県型	251	12.7	41.8	21.5	10.8	5.6	3.2	0.8	2.8
	市型(指定都市)	34	2.9	17.6	44.1	14.7	-	5.9	-	8.8
	市型(政令市・中核市)	36	-	25.0	33.3	11.1	16.7	11.1	2.8	-
	市型(特別区)	11	-	-	45.5	9.1	18.2	-	-	27.3
管内人口	～10万人未満	78	30.8	43.6	14.1	5.1	1.3	1.3	-	1.3
	10万人以上～20万人未満	91	4.4	47.3	27.5	12.1	5.5	2.2	-	1.1
	20万人以上～30万人未満	58	8.6	32.8	27.6	13.8	6.9	5.2	-	5.2
	30万人以上～40万人未満	47	-	29.8	34.0	8.5	10.6	6.4	4.3	6.4
	40万人以上～50万人未満	26	-	26.9	30.8	11.5	15.4	11.5	3.8	-
	50万人以上	31	-	9.7	32.3	22.6	9.7	6.5	-	16.1
管内市町村数	～3未満	128	7.8	32.8	26.6	10.2	8.6	7.0	0.8	6.3
	3以上～7未満	129	15.5	43.4	21.7	8.5	4.7	3.1	0.8	1.6
	7以上	56	5.4	35.7	25.0	19.6	7.1	1.8	-	3.6
保健所職員数(総数)	～40人未満	136	16.9	44.1	18.4	10.3	5.1	2.9	-	1.5
	40人以上～80人未満	126	7.9	37.3	28.6	8.7	6.3	4.0	1.6	4.8
	80人以上	68	-	17.6	36.8	17.6	10.3	7.4	1.5	7.4

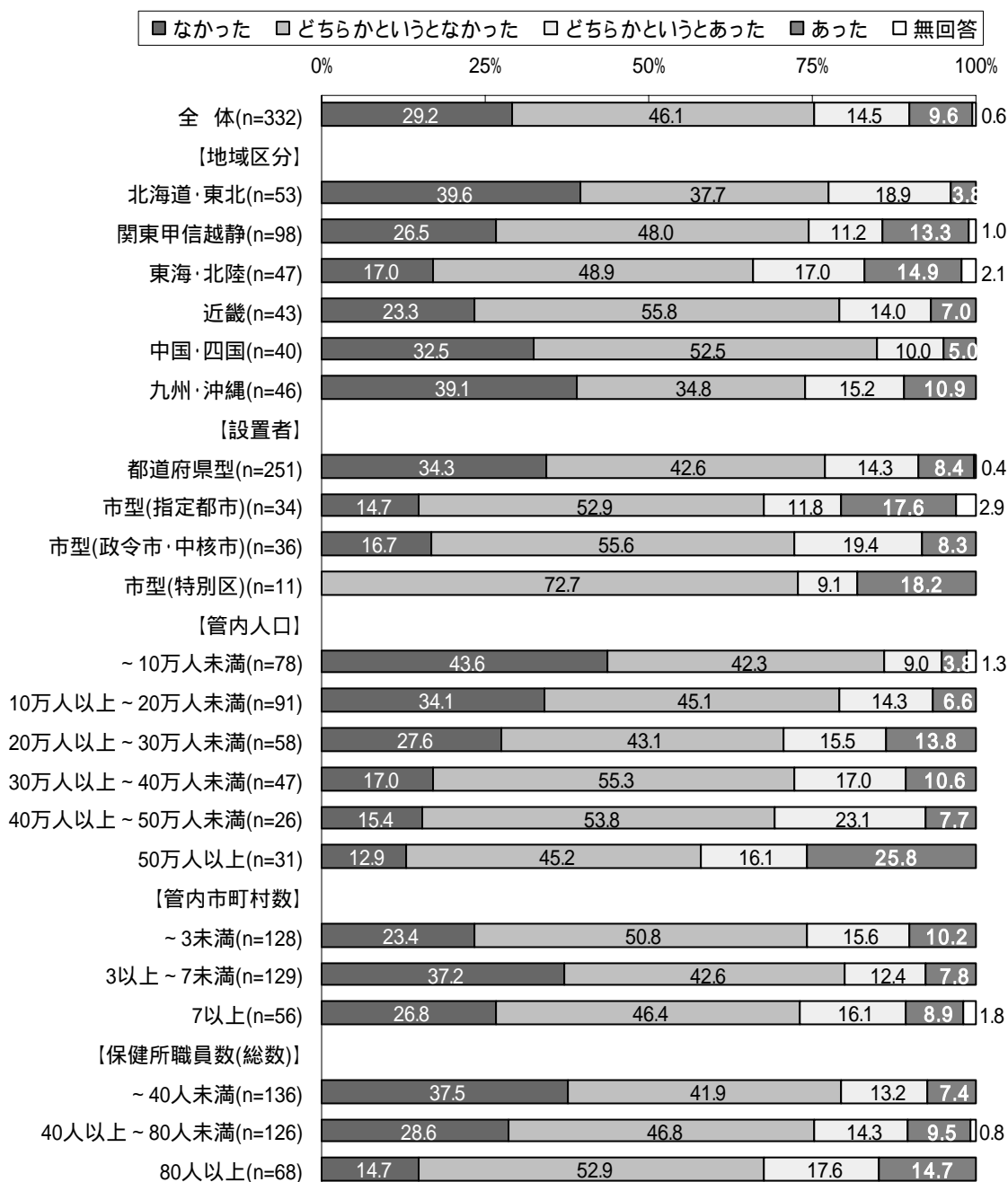
(3) 初期段階での健康監視の頻度

「健康監視は初期において一人の対象者に概ねどの頻度で行われましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。全体の65%の保健所が初期においては「終了日まで毎日」健康監視を行った。属性別に見て頻度が高かったのは、地域別では北海道・東北と中国四国、管内人口別では10万～20万人未満の階層などがあげられる。



(4) 監視対象者への連絡・健康観察における問題やトラブルの有無

「監視対象者への連絡・健康観察において、問題やトラブルがありましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。全体では24%の保健所が「どちらかというとなかった」レベルを含め「あった」と回答しており、各属性別に見ても20～30%が「あった」と回答している。管内人口が多い保健所ほど、問題やトラブルがあったと回答した傾向にある。



4. 発熱相談センター

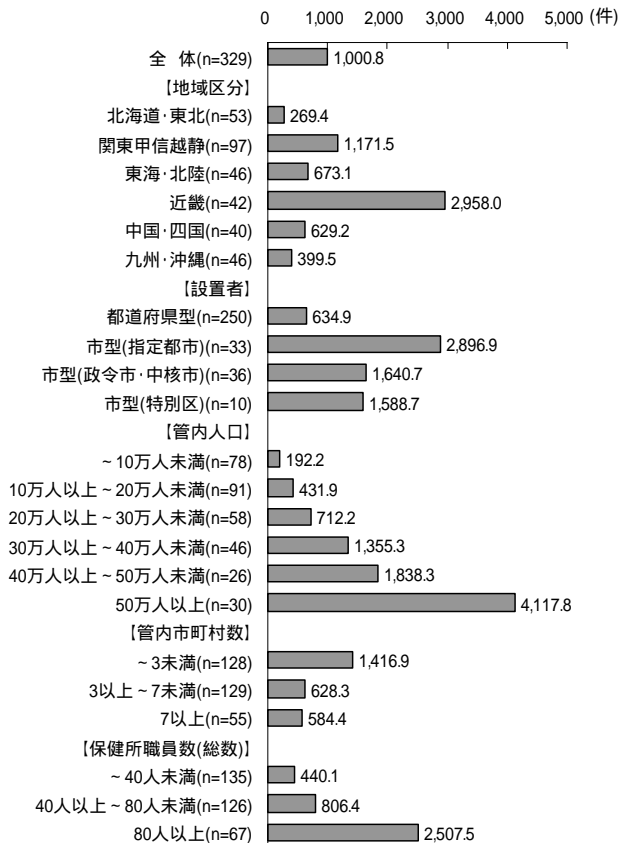
(1) 相談件数

4～5月

‘09年4月～5月にける発熱相談センターでの相談件数(概数)は以下のとおりである。全体平均は1,000件で、最大は関東甲信越静ブロック・指定都市保健所の21,000件で、最小は同ブロック・都道府県型保健所の0件である。人口規模が大きいほど、件数も多い傾向にある。

[4～5月の相談件数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		329	1000.8	21000.0	0.0
地域区分	北海道・東北	53	269.4	2395.0	20.0
	関東甲信越静	97	1171.5	21000.0	0.0
	東海・北陸	46	673.1	1904.0	77.0
	近畿	42	2958.0	20000.0	150.0
	中国・四国	40	629.2	5156.0	17.0
	九州・沖縄	46	399.5	3426.0	11.0
設置者	都道府県型	250	634.9	5130.0	0.0
	市型(指定都市)	33	2896.9	21000.0	150.0
	市型(政令市・中核市)	36	1640.7	7034.0	88.0
	市型(特別区)	10	1588.7	3280.0	673.0
管内人口	～10万人未満	78	192.2	1699.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	91	431.9	2000.0	72.0
	20万人以上～30万人未満	58	712.2	3900.0	90.0
	30万人以上～40万人未満	46	1355.3	4194.0	218.0
	40万人以上～50万人未満	26	1838.3	7034.0	80.0
	50万人以上	30	4117.8	21000.0	600.0
管内市町村数	～3未満	128	1416.9	20000.0	11.0
	3以上～7未満	129	628.3	5130.0	17.0
	7以上	55	584.4	4700.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	440.1	4097.0	11.0
	40人以上～80人未満	126	806.4	3900.0	0.0
	80人以上	67	2507.5	21000.0	80.0



また、4～5月の相談件数の度数分布は以下のとおりである。

[4～5月の相談件数・度数分布(属性)]

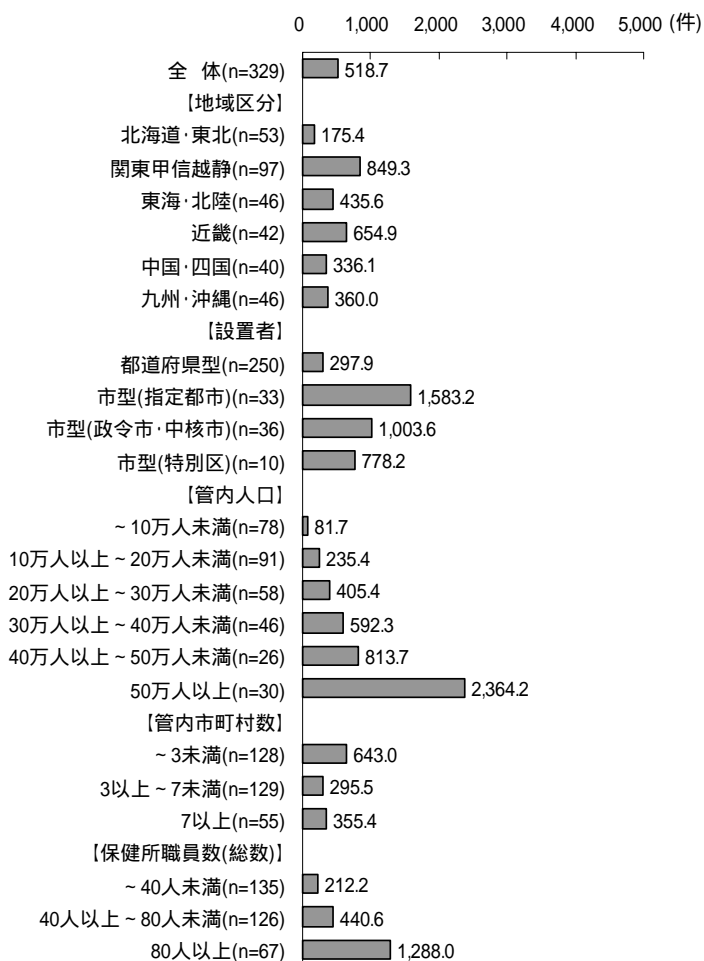
	回答数	0件	1件以上～ 200件未満	200件以上 ～400件未 満	400件以上 ～600件未 満	600件以上 ～800件未 満	800件以上 ～1000件 未満	1000件以 上～2000 件未満	2000件以 上	無回答	
全 体	332	0.3	24.7	19.6	13.3	8.4	8.1	13.3	11.4	0.9	
地域区分	北海道・東北	53	-	52.8	30.2	3.8	9.4	1.9	-	1.9	-
	関東甲信越静	98	1.0	12.2	16.3	17.3	7.1	12.2	17.3	15.3	1.0
	東海・北陸	47	-	8.5	21.3	21.3	14.9	10.6	21.3	-	2.1
	近畿	43	-	2.3	7.0	11.6	4.7	4.7	23.3	44.2	2.3
	中国・四国	40	-	37.5	17.5	15.0	7.5	5.0	12.5	5.0	-
	九州・沖縄	46	-	45.7	28.3	4.3	6.5	8.7	4.3	2.2	-
設置者	都道府県型	251	0.4	31.9	22.7	12.4	8.0	6.8	10.8	6.8	0.4
	市型(指定都市)	34	-	2.9	11.8	35.3	5.9	8.8	-	32.4	2.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	2.8	11.1	2.8	13.9	11.1	41.7	16.7	-
	市型(特別区)	11	-	-	-	-	9.1	27.3	18.2	36.4	9.1
管内人口	～10万人未満	78	1.3	75.6	11.5	3.8	1.3	5.1	1.3	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	-	18.7	47.3	22.0	1.1	1.1	8.8	1.1	-
	20万人以上～30万人未満	58	-	5.2	15.5	31.0	17.2	20.7	6.9	3.4	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	-	8.5	6.4	25.5	17.0	17.0	23.4	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	-	11.5	-	-	3.8	7.7	57.7	19.2	-
	50万人以上	31	-	-	-	-	9.7	-	25.8	61.3	3.2
管内 市町村数	～3未満	128	-	21.9	11.7	12.5	7.0	10.9	17.2	18.8	-
	3以上～7未満	129	-	32.6	25.6	10.1	7.8	5.4	11.6	7.0	-
	7以上	56	1.8	19.6	26.8	17.9	12.5	5.4	10.7	3.6	1.8
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	-	44.1	19.1	14.0	7.4	6.6	5.9	2.2	0.7
	40人以上～80人未満	126	0.8	15.1	24.6	15.9	9.5	8.7	15.1	10.3	-
	80人以上	68	-	4.4	10.3	7.4	8.8	10.3	25.0	32.4	1.5

6月の相談件数

6月の発熱相談センターへの相談件数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は519件で、最大は関東甲信越静岡ブロック・指定都市保健所の17,000件、最小は九州・沖縄ブロック・都道府県型保健所の2件である。

[6月の相談件数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		329	518.7	17000.0	2.0
地域区分	北海道・東北	53	175.4	1389.0	6.0
	関東甲信越静岡	97	849.3	17000.0	10.0
	東海・北陸	46	435.6	1597.0	29.0
	近畿	42	654.9	4900.0	14.0
	中国・四国	40	336.1	2867.0	3.0
	九州・沖縄	46	360.0	2387.0	2.0
設置者	都道府県型	250	297.9	1800.0	2.0
	市型(指定都市)	33	1583.2	17000.0	31.0
	市型(政令市・中核市)	36	1003.6	6825.0	132.0
	市型(特別区)	10	778.2	1608.0	336.0
管内人口	～10万人未満	78	81.7	485.0	2.0
	10万人以上～20万人未満	91	235.4	1192.0	19.0
	20万人以上～30万人未満	58	405.4	1389.0	14.0
	30万人以上～40万人未満	46	592.3	2490.0	68.0
	40万人以上～50万人未満	26	813.7	1800.0	146.0
	50万人以上	30	2364.2	17000.0	200.0
管内市町村数	～3未満	128	643.0	6825.0	2.0
	3以上～7未満	129	295.5	1774.0	3.0
	7以上	55	355.4	1800.0	6.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	212.2	1192.0	2.0
	40人以上～80人未満	126	440.6	6825.0	6.0
	80人以上	67	1288.0	17000.0	76.0



また、6月の相談件数の度数分布は以下のとおりである。

[6月の相談件数・度数分布(属性)]

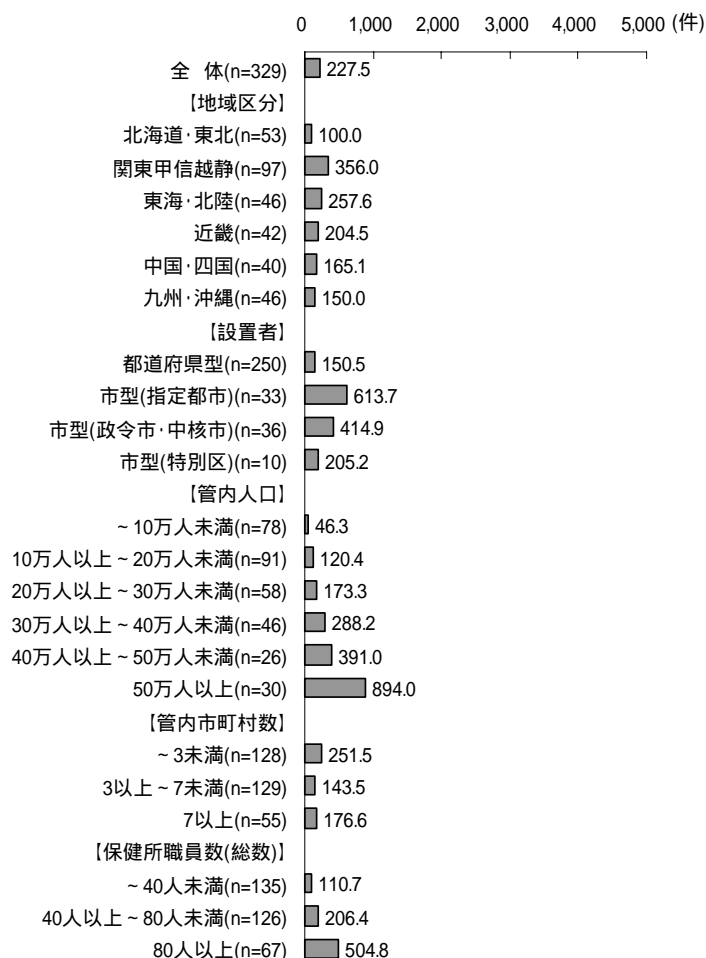
	回答数	0件	1件以上～ 100件未満	100件以上～ 200件未満	200件以上～ 400件未満	400件以上～ 600件未満	600件以上～ 800件未満	800件以上～ 1000件未満	1000件以上～ 2000件未満	2000件以上	無回答
全 体	332	-	24.7	19.6	17.8	13.9	6.0	6.9	7.2	3.0	0.9
地域区分	北海道・東北	53	-	47.2	28.3	15.1	5.7	-	1.9	1.9	-
	関東甲信越静岡	98	-	14.3	14.3	23.5	12.2	6.1	9.2	13.3	6.1
	東海・北陸	47	-	12.8	19.1	14.9	27.7	8.5	10.6	4.3	-
	近畿	43	-	11.6	16.3	16.3	23.3	9.3	9.3	7.0	4.7
	中国・四国	40	-	37.5	15.0	17.5	12.5	10.0	2.5	2.5	2.5
	九州・沖縄	46	-	34.8	26.1	13.0	6.5	2.2	6.5	8.7	2.2
設置者	都道府県型	251	-	32.3	23.1	16.7	13.1	5.6	4.8	4.0	-
	市型(指定都市)	34	-	2.9	14.7	29.4	8.8	5.9	-	14.7	20.6
	市型(政令市・中核市)	36	-	-	5.6	13.9	19.4	8.3	27.8	16.7	8.3
	市型(特別区)	11	-	-	-	18.2	27.3	9.1	9.1	27.3	-
管内人口	～10万人未満	78	-	76.9	14.1	6.4	2.6	-	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	-	20.9	35.2	30.8	8.8	3.3	-	1.1	-
	20万人以上～30万人未満	58	-	3.4	27.6	20.7	31.0	10.3	1.7	5.2	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	2.1	8.5	21.3	29.8	8.5	23.4	2.1	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	-	-	7.7	7.7	15.4	15.4	26.9	26.9	-
	50万人以上	31	-	-	-	6.5	-	9.7	12.9	38.7	29.0
管内 市町村数	～3未満	128	-	18.8	17.2	17.2	16.4	6.3	7.0	10.9	6.3
	3以上～7未満	129	-	34.1	21.7	16.3	14.7	5.4	4.7	3.1	-
	7以上	56	-	25.0	25.0	17.9	8.9	5.4	8.9	7.1	-
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	-	44.9	22.1	14.7	9.6	4.4	2.2	1.5	-
	40人以上～80人未満	126	-	15.9	20.6	23.8	19.0	6.3	7.1	6.3	0.8
	80人以上	68	-	1.5	11.8	13.2	13.2	8.8	16.2	20.6	13.2

7月の相談件数

7月の発熱相談センターへの相談件数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は519件で、最大は関東甲信越静岡ブロック・指定都市保健所の7,000件、最小は九州・沖縄ブロック・都道府県型保健所の1件である。

[7月の相談件数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		329	227.5	7000.0	1.0
地域区分	北海道・東北	53	100.0	768.0	4.0
	関東甲信越静岡	97	356.0	7000.0	11.0
	東海・北陸	46	257.6	955.0	10.0
	近畿	42	204.5	900.0	8.0
	中国・四国	40	165.1	1920.0	2.0
	九州・沖縄	46	150.0	960.0	1.0
設置者	都道府県型	250	150.5	1021.0	1.0
	市型(指定都市)	33	613.7	7000.0	8.0
	市型(政令市・中核市)	36	414.9	2141.0	74.0
	市型(特別区)	10	205.2	461.0	79.0
管内人口	～10万人未満	78	46.3	227.0	1.0
	10万人以上～20万人未満	91	120.4	697.0	10.0
	20万人以上～30万人未満	58	173.3	705.0	6.0
	30万人以上～40万人未満	46	288.2	989.0	52.0
	40万人以上～50万人未満	26	391.0	1021.0	78.0
	50万人以上	30	894.0	7000.0	95.0
管内市町村数	～3未満	128	251.5	2141.0	1.0
	3以上～7未満	129	143.5	989.0	2.0
	7以上	55	176.6	727.0	4.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	110.7	1021.0	1.0
	40人以上～80人未満	126	206.4	2141.0	4.0
	80人以上	67	504.8	7000.0	43.0



また、7月の相談件数の度数分布は以下のとおりである。

[7月の相談件数・度数分布(属性)]

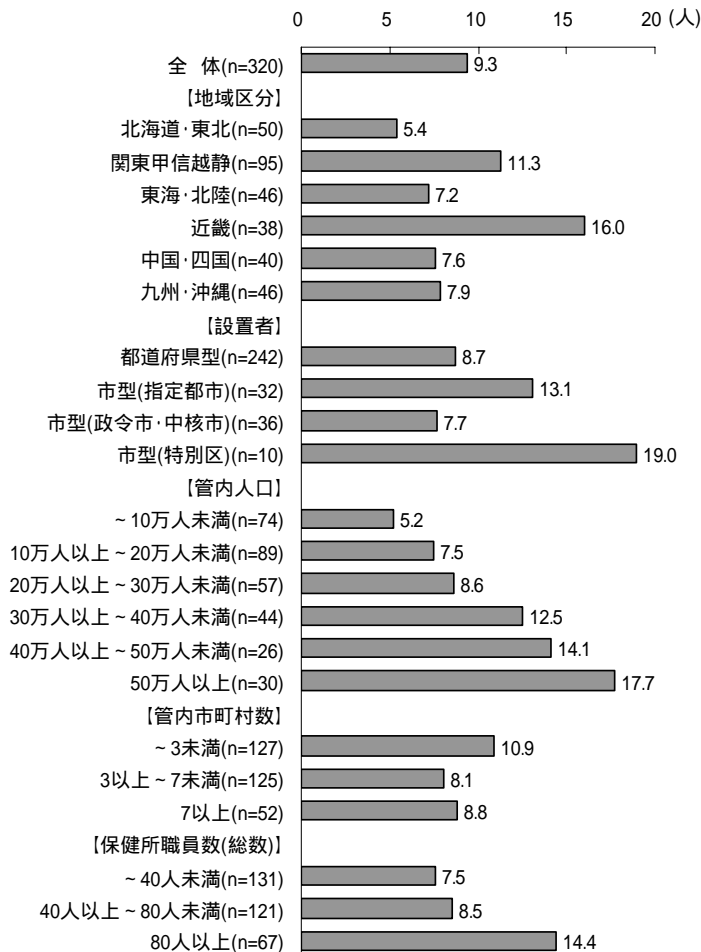
	回答数	0件	1件以上～ 100件未満	100件以上～ 200件未満	200件以上～ 400件未満	400件以上～ 600件未満	600件以上～ 800件未満	800件以上～ 1000件未満	1000件以上～ 2000件未満	2000件以上	無回答
全 体	332	-	48.5	19.9	16.3	8.4	2.1	2.1	0.9	0.9	0.9
地域区分	北海道・東北	53	-	81.1	5.7	5.7	5.7	1.9	-	-	-
	関東甲信越静	98	-	32.7	26.5	22.4	9.2	1.0	2.0	2.0	3.1
	東海・北陸	47	-	29.8	25.5	19.1	12.8	6.4	4.3	-	-
	近畿	43	-	41.9	23.3	20.9	4.7	2.3	4.7	-	-
	中国・四国	40	-	60.0	22.5	7.5	5.0	2.5	-	2.5	-
	九州・沖縄	46	-	63.0	10.9	13.0	10.9	-	2.2	-	-
設置者	都道府県型	251	-	57.4	19.5	12.4	7.6	1.6	0.8	0.4	-
	市型(指定都市)	34	-	23.5	26.5	26.5	2.9	-	8.8	2.9	5.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	22.2	8.3	30.6	19.4	8.3	5.6	2.8	2.8
	市型(特別区)	11	-	9.1	45.5	27.3	9.1	-	-	-	-
管内人口	～10万人未満	78	-	88.5	9.0	2.6	-	-	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	-	62.6	20.9	12.1	3.3	1.1	-	-	-
	20万人以上～30万人未満	58	-	31.0	41.4	19.0	6.9	1.7	-	-	-
	30万人以上～40万人未満	47	-	25.5	19.1	29.8	12.8	6.4	4.3	-	-
	40万人以上～50万人未満	26	-	15.4	11.5	23.1	34.6	7.7	3.8	3.8	-
	50万人以上	31	-	3.2	12.9	32.3	19.4	-	12.9	6.5	9.7
管内 市町村数	～3未満	128	-	42.2	20.3	20.3	6.3	3.1	4.7	2.3	0.8
	3以上～7未満	129	-	60.5	16.3	13.2	7.8	1.6	0.8	-	-
	7以上	56	-	46.4	26.8	10.7	12.5	1.8	-	-	-
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	-	67.6	16.2	10.3	3.7	0.7	-	0.7	-
	40人以上～80人未満	126	-	43.7	25.4	16.7	8.7	2.4	2.4	-	0.8
	80人以上	68	-	19.1	17.6	27.9	17.6	4.4	5.9	2.9	2.9

(2) 発熱外来担当の最大要員数

発熱外来担当(所外からの応援を含む)の1日最大要員(平均値)は以下のとおりである。特別区の102人、近畿ブロック・指定都市の100人といった大陣容がある反面、0人という回答も散見でき、全体平均は9人であった。

[発熱外来の最大要員・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		320	9.3	102.0	0.0
地域区分	北海道・東北	50	5.4	20.0	2.0
	関東甲信越静岡	95	11.3	102.0	0.0
	東海・北陸	46	7.2	35.0	0.0
	近畿	38	16.0	100.0	0.0
	中国・四国	40	7.6	50.0	0.0
	九州・沖縄	46	7.9	24.0	0.0
設置者	都道府県型	242	8.7	70.0	0.0
	市型(指定都市)	32	13.1	100.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	7.7	16.0	2.0
	市型(特別区)	10	19.0	102.0	0.0
管内人口	～10万人未満	74	5.2	35.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	89	7.5	45.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	57	8.6	30.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	44	12.5	70.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	14.1	102.0	0.0
	50万人以上	30	17.7	100.0	0.0
管内市町村数	～3未満	127	10.9	102.0	0.0
	3以上～7未満	125	8.1	70.0	0.0
	7以上	52	8.8	45.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	131	7.5	45.0	2.0
	40人以上～80人未満	121	8.5	70.0	0.0
	80人以上	67	14.4	102.0	0.0



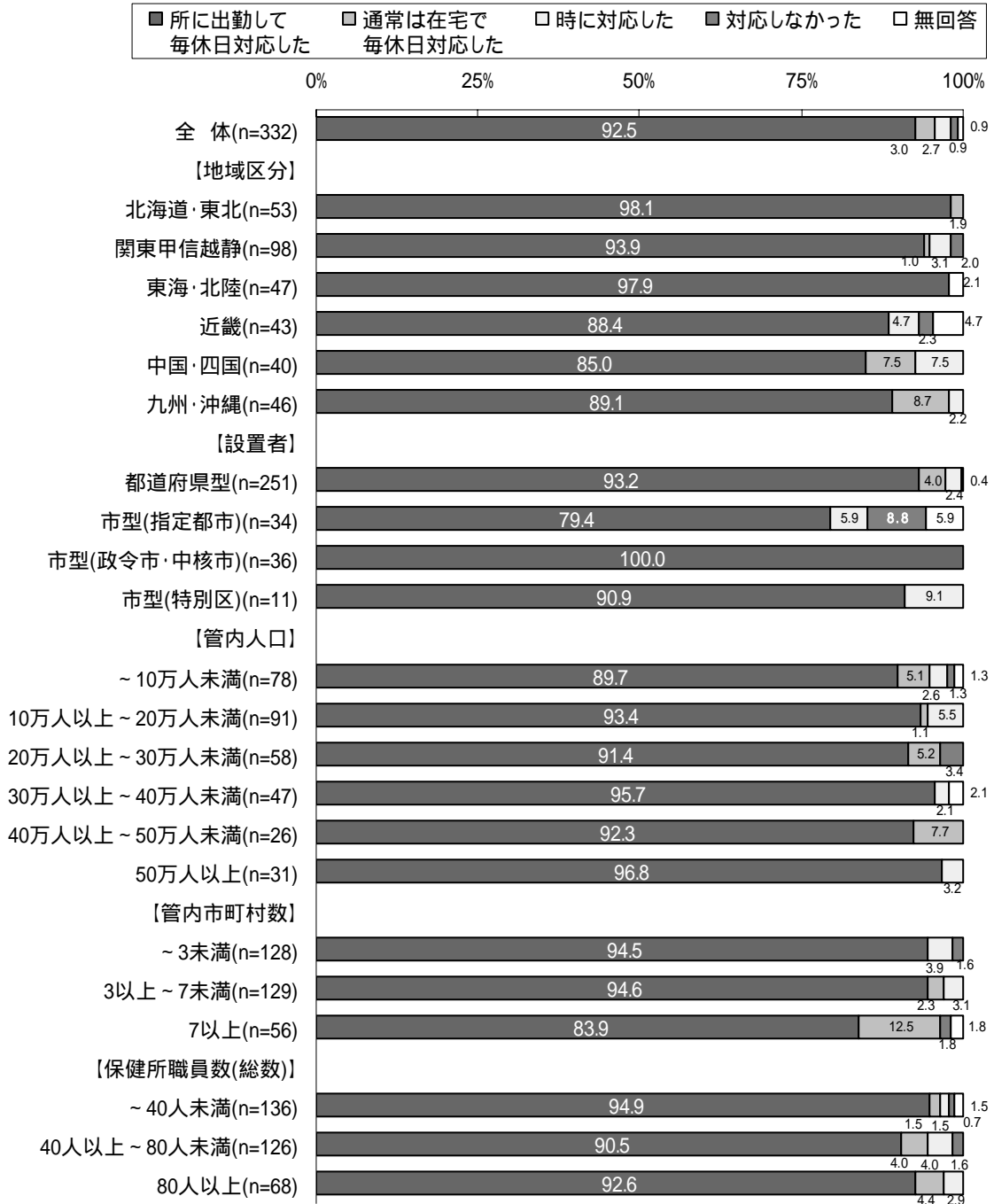
発熱外来担当(所外からの応援を含む)の1日最大要員の度数分布は以下のとおりである。

[発熱外来の最大要員・度数分布(属性)]

		回答数	0人	1人～3人	4人～6人	7人～9人	10人～12人	13人～15人	16人～18人	19人以上	無回答
全 体		332	2.1	16.3	32.8	15.7	13.6	7.2	0.9	7.8	3.6
地域区分	北海道・東北	53	-	26.4	45.3	15.1	3.8	-	1.9	1.9	5.7
	関東甲信越静	98	2.0	12.2	35.7	8.2	18.4	7.1	1.0	12.2	3.1
	東海・北陸	47	2.1	12.8	40.4	19.1	12.8	8.5	-	2.1	2.1
	近畿	43	2.3	9.3	18.6	14.0	11.6	14.0	-	18.6	11.6
	中国・四国	40	2.5	20.0	35.0	20.0	7.5	10.0	2.5	2.5	-
	九州・沖縄	46	2.2	19.6	17.4	28.3	21.7	6.5	-	4.3	-
設置者	都道府県型	251	1.6	18.3	31.9	15.5	13.9	6.8	0.8	7.6	3.6
	市型(指定都市)	34	5.9	5.9	41.2	8.8	5.9	11.8	-	14.7	5.9
	市型(政令市・中核市)	36	-	13.9	30.6	22.2	22.2	8.3	2.8	-	-
	市型(特別区)	11	9.1	9.1	36.4	18.2	-	-	-	18.2	9.1
管内人口	～10万人未満	78	1.3	28.2	42.3	16.7	5.1	-	-	1.3	5.1
	10万人以上～20万人未満	91	2.2	14.3	38.5	15.4	18.7	5.5	-	3.3	2.2
	20万人以上～30万人未満	58	1.7	15.5	31.0	17.2	8.6	15.5	1.7	6.9	1.7
	30万人以上～40万人未満	47	2.1	10.6	21.3	12.8	25.5	6.4	4.3	10.6	6.4
	40万人以上～50万人未満	26	3.8	15.4	15.4	15.4	19.2	11.5	-	19.2	-
	50万人以上	31	3.2	3.2	29.0	16.1	6.5	12.9	-	25.8	3.2
管内市町村数	～3未満	128	3.1	14.1	35.2	16.4	12.5	7.0	0.8	10.2	0.8
	3以上～7未満	129	1.6	18.6	34.1	14.0	15.5	8.5	0.8	3.9	3.1
	7以上	56	1.8	19.6	26.8	14.3	12.5	3.6	1.8	12.5	7.1
保健所職員数(総数)	～40人未満	136	-	20.6	36.0	17.6	11.8	4.4	-	5.9	3.7
	40人以上～80人未満	126	3.2	15.9	34.9	13.5	15.9	6.3	1.6	4.8	4.0
	80人以上	68	4.4	8.8	23.5	14.7	13.2	14.7	1.5	17.6	1.5

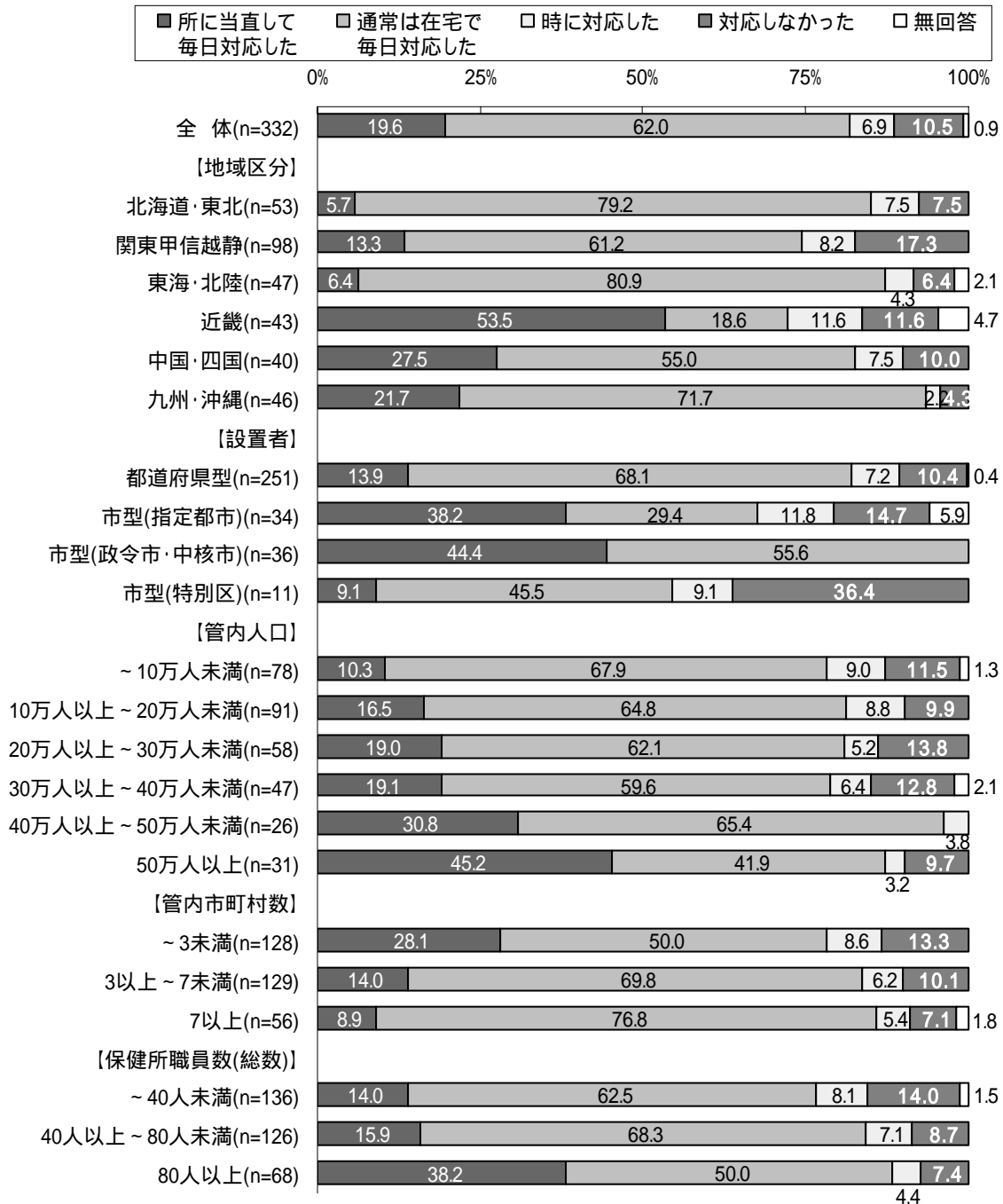
(3) 最大対応時における土日・祝日の対応状況

発熱相談のピーク時における保健所の土日・祝日対応は以下のとおりである。全体の93%の保健所が「出勤して毎日対応した」としているが、指定都市の保健所では9%が「対応しなかった」と回答している(市本庁で対応していたと思われる)。



(4) 最大対応時における夜間(24時間)対応

発熱相談のピーク時における保健所の夜間対応(24時間対応)は以下のとおりである。全般的には「通常は在宅で毎日対応した」が62%で主流と捉えられるが、近畿ブロックでは「当直して毎日対応した」が54%と際だっている。相当な感染事例数が発生した場合には、24時間対応が必要と考えられる。



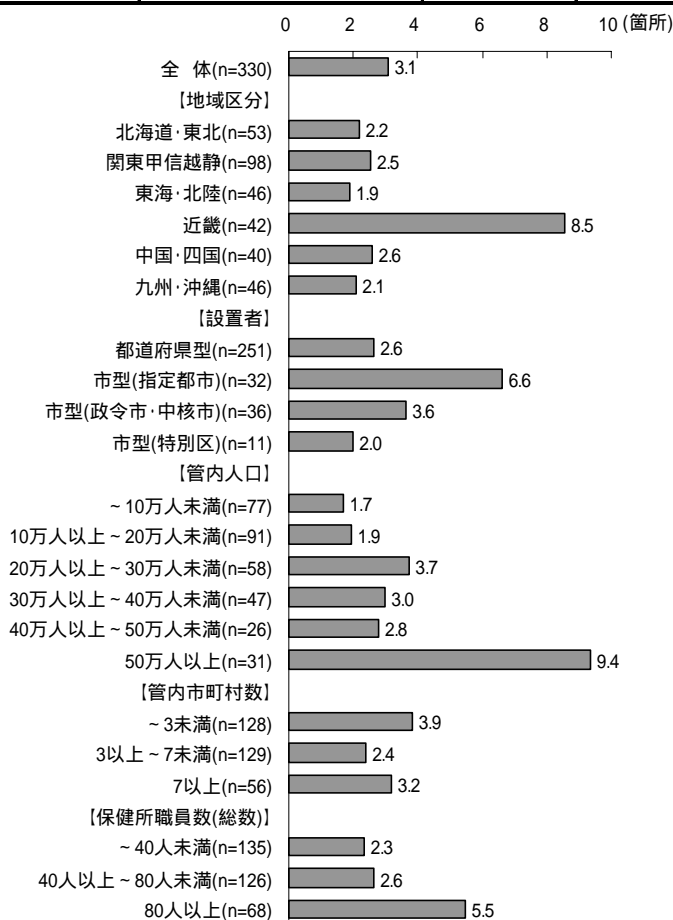
5. 発熱外来・入院措置

(1) 管内の発熱外来設置数

各保健所管内の発熱外来設置箇所数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は3カ所であるが、近畿ブロックでは9カ所と多数設置していた。人口規模や流行状況に応じて、対応していたことがうかがえる。

[発熱外来設置箇所数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
	全 体	330	3.1	144.0	0.0
地域区分	北海道・東北	53	2.2	7.0	0.0
	関東甲信越静	98	2.5	27.0	0.0
	東海・北陸	46	1.9	5.0	0.0
	近畿	42	8.5	144.0	0.0
	中国・四国	40	2.6	8.0	1.0
	九州・沖縄	46	2.1	9.0	0.0
設置者	都道府県型	251	2.6	37.0	0.0
	市型(指定都市)	32	6.6	144.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	3.6	35.0	0.0
	市型(特別区)	11	2.0	3.0	1.0
管内人口	～10万人未満	77	1.7	14.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	91	1.9	6.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	58	3.7	37.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	47	3.0	23.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	2.8	7.0	0.0
	50万人以上	31	9.4	144.0	1.0
管内市町村数	～3未満	128	3.9	144.0	0.0
	3以上～7未満	129	2.4	27.0	0.0
	7以上	56	3.2	13.0	1.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	2.3	37.0	0.0
	40人以上～80人未満	126	2.6	23.0	0.0
	80人以上	68	5.5	144.0	0.0



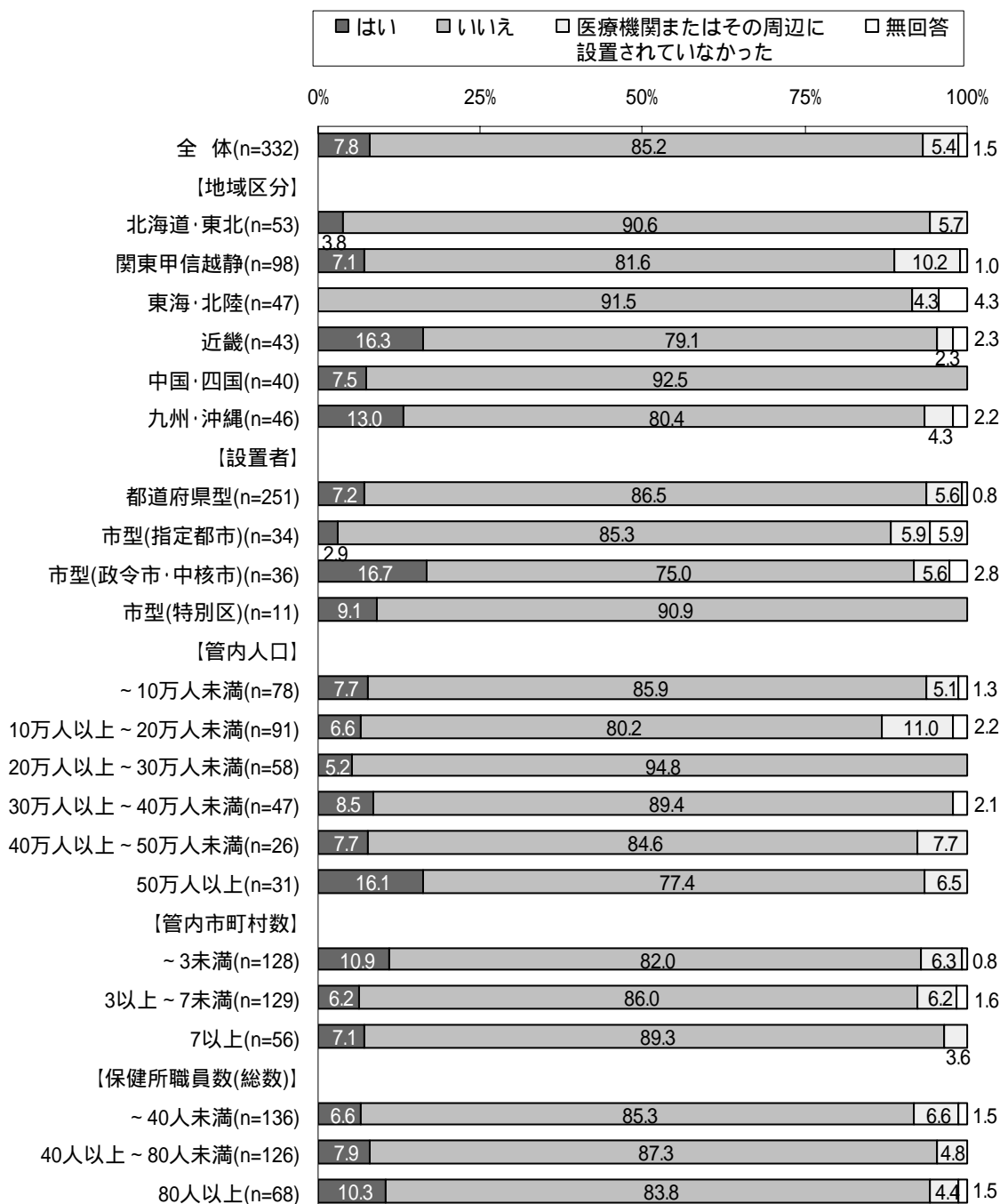
また、発熱外来設置箇所の度数分布は以下のとおりである。

[発熱外来設置箇所数・度数分布(属性)]

	回答数	0箇所	1箇所	2箇所	3箇所	4箇所	5箇所	6箇所	7箇所以上	無回答
全 体	332	5.4	39.8	19.0	14.5	9.6	2.7	3.3	5.1	0.6
地域区分										
北海道・東北	53	3.8	54.7	13.2	5.7	5.7	5.7	9.4	1.9	-
関東甲信越静岡	98	6.1	39.8	23.5	13.3	8.2	1.0	3.1	5.1	-
東海・北陸	47	14.9	31.9	21.3	10.6	17.0	2.1	-	-	2.1
近畿	43	2.3	20.9	20.9	20.9	14.0	-	2.3	16.3	2.3
中国・四国	40	-	37.5	20.0	20.0	7.5	5.0	5.0	5.0	-
九州・沖縄	46	2.2	52.2	10.9	19.6	8.7	4.3	-	2.2	-
設置者										
都道府県型	251	4.4	39.8	19.5	15.9	10.4	2.8	3.2	4.0	-
市型(指定都市)	34	14.7	55.9	2.9	5.9	-	-	2.9	11.8	5.9
市型(政令市・中核市)	36	5.6	30.6	16.7	11.1	16.7	5.6	5.6	8.3	-
市型(特別区)	11	-	18.2	63.6	18.2	-	-	-	-	-
管内人口										
～10万人未満	78	6.4	56.4	23.1	7.7	1.3	1.3	-	2.6	1.3
10万人以上～20万人未満	91	9.9	45.1	14.3	12.1	13.2	3.3	2.2	-	-
20万人以上～30万人未満	58	1.7	32.8	17.2	15.5	15.5	3.4	8.6	5.2	-
30万人以上～40万人未満	47	4.3	27.7	29.8	17.0	8.5	2.1	4.3	6.4	-
40万人以上～50万人未満	26	3.8	26.9	15.4	26.9	11.5	3.8	7.7	3.8	-
50万人以上	31	-	25.8	12.9	22.6	9.7	3.2	-	25.8	-
管内市町村数										
～3未満	128	6.3	39.8	21.1	14.1	7.8	2.3	2.3	6.3	-
3以上～7未満	129	5.4	41.1	20.9	15.5	11.6	2.3	0.8	2.3	-
7以上	56	-	37.5	12.5	14.3	10.7	5.4	10.7	8.9	-
保健所職員数(総数)										
～40人未満	136	7.4	46.3	22.1	11.0	7.4	0.7	1.5	2.9	0.7
40人以上～80人未満	126	5.6	39.7	11.9	15.9	12.7	4.0	5.6	4.8	-
80人以上	68	1.5	26.5	26.5	19.1	8.8	4.4	2.9	10.3	-

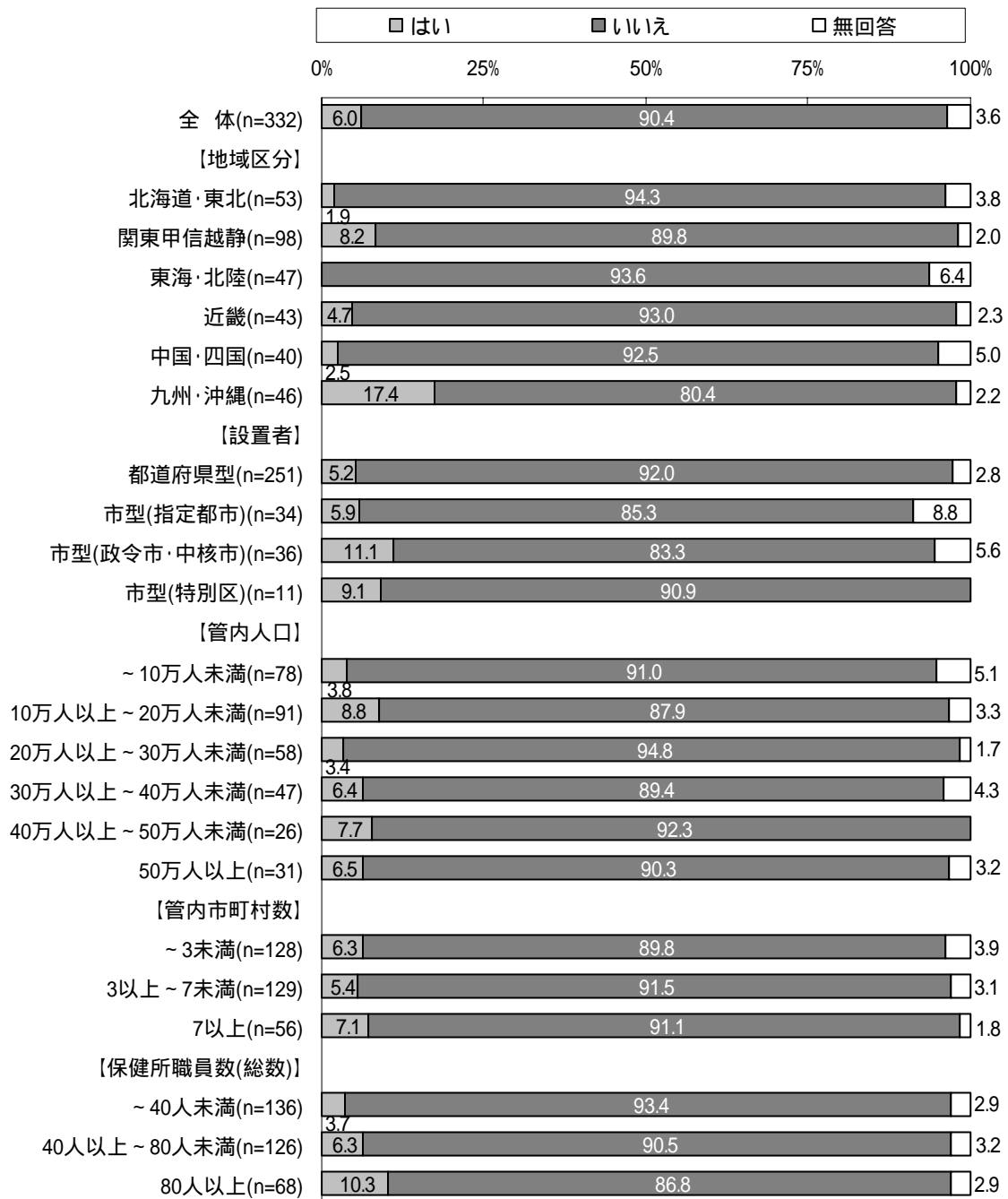
(2) 発熱外来への医師の応援・派遣の有無

医療機関(周辺の場所を含む)に設置された発熱外来における他の医療機関から医師の応援・派遣の有無については以下のとおりである。応援・派遣はなかった(「いいえ」と回答)とする保健所が85%、あったとするのが8%であり、発熱外来への医師支援は極一部に留まった模様である。



(3) 医療機関以外の発熱外来設置有無

発熱外来を医療機関(周辺の場所を含む)以外にも設置したか否かについては以下のとおりである。全体の9割が「いいえ」とし、医療機関以外への発熱外来設置はレアケースのように捉えられるが、九州・沖縄ブロックでは「はい」が17%あり、当該地域においては稀な例ではなかったとみられる。



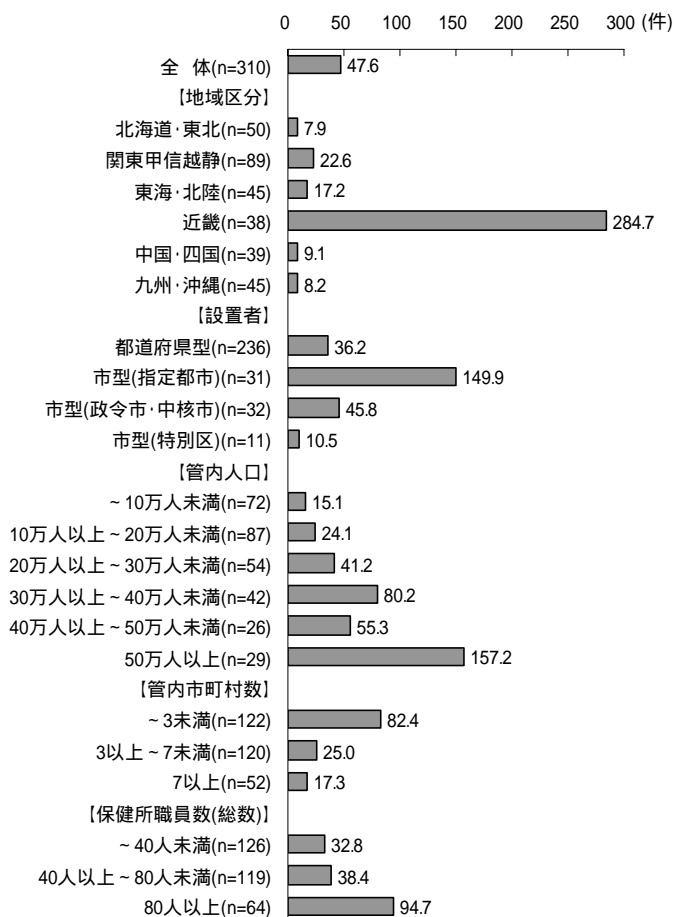
(4) 発熱外来の受診件数

5月末までの受診件数

‘09年5月末までの発熱外来における受診件数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は48件であるが、近畿ブロックでは285件と群を抜いている。

[5月末までの受診件数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		310	47.6	3000.0	0.0
地域区分	北海道・東北	50	7.9	126.0	0.0
	関東甲信越静	89	22.6	277.0	0.0
	東海・北陸	45	17.2	140.0	0.0
	近畿	38	284.7	3000.0	4.0
	中国・四国	39	9.1	71.0	0.0
	九州・沖縄	45	8.2	49.0	0.0
設置者	都道府県型	236	36.2	1500.0	0.0
	市型(指定都市)	31	149.9	3000.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	32	45.8	460.0	0.0
	市型(特別区)	11	10.5	18.0	5.0
管内人口	～10万人未満	72	15.1	259.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	87	24.1	540.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	54	41.2	630.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	42	80.2	1500.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	55.3	460.0	0.0
	50万人以上	29	157.2	3000.0	2.0
管内市町村数	～3未満	122	82.4	3000.0	0.0
	3以上～7未満	120	25.0	540.0	0.0
	7以上	52	17.3	260.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	126	32.8	630.0	0.0
	40人以上～80人未満	119	38.4	1500.0	0.0
	80人以上	64	94.7	3000.0	0.0



また、5月末までの受診件数の度数分布は以下のとおりである。

[5月末までの受診件数・度数分布(属性)]

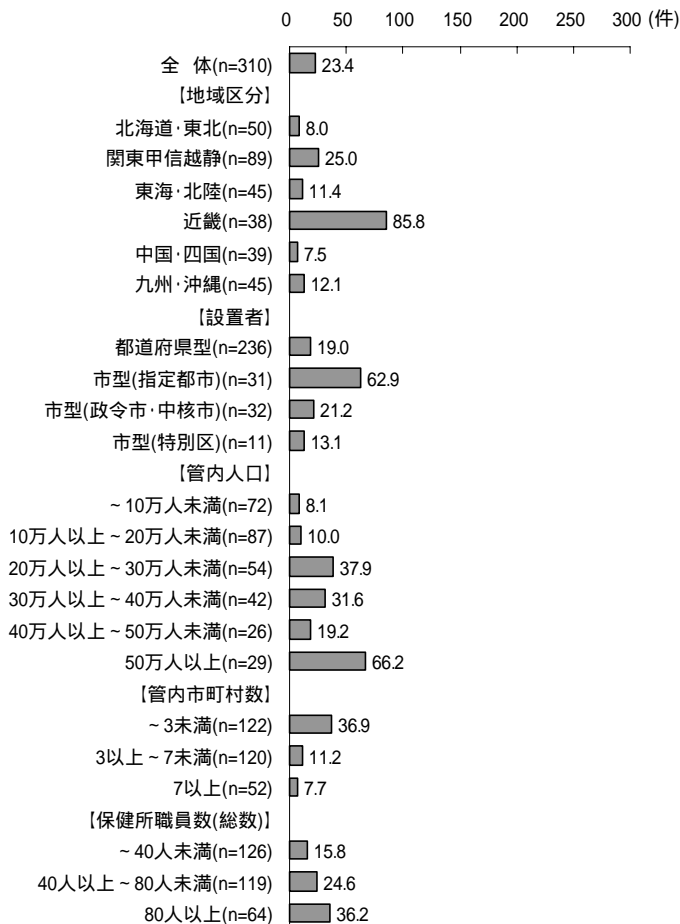
	回答数	0件	1件以上～ 5件未満	5件以上～ 10件未満	10件以上～ 20件未満	20件以上～ 30件未満	30件以上～ 40件未満	40件以上～ 50件未満	50件以上～ 100件未満	100件以上	無回答
全 体	332	9.0	24.4	19.3	18.1	5.7	2.7	3.3	3.6	7.2	6.6
地域区分	北海道・東北	53	11.3	52.8	15.1	7.5	1.9	1.9	-	1.9	5.7
	関東甲信越静岡	98	9.2	16.3	25.5	22.4	7.1	-	3.1	4.1	9.2
	東海・北陸	47	6.4	17.0	14.9	29.8	10.6	10.6	2.1	2.1	4.3
	近畿	43	-	4.7	2.3	7.0	4.7	4.7	7.0	16.3	11.6
	中国・四国	40	10.0	32.5	27.5	20.0	2.5	-	2.5	2.5	2.5
	九州・沖縄	46	15.2	30.4	23.9	19.6	2.2	2.2	4.3	-	2.2
設置者	都道府県型	251	10.0	28.3	20.3	16.3	6.0	1.6	2.8	2.4	6.0
	市型(指定都市)	34	11.8	8.8	11.8	14.7	2.9	5.9	2.9	17.6	8.8
	市型(政令市・中核市)	36	2.8	19.4	11.1	22.2	8.3	8.3	8.3	-	11.1
	市型(特別区)	11	-	-	45.5	54.5	-	-	-	-	-
管内人口	～10万人未満	78	17.9	33.3	14.1	14.1	6.4	-	-	2.6	3.8
	10万人以上～20万人未満	91	6.6	35.2	27.5	13.2	1.1	1.1	4.4	2.2	4.4
	20万人以上～30万人未満	58	8.6	17.2	24.1	19.0	6.9	3.4	3.4	3.4	6.9
	30万人以上～40万人未満	47	4.3	21.3	10.6	21.3	8.5	6.4	2.1	2.1	10.6
	40万人以上～50万人未満	26	11.5	3.8	19.2	23.1	11.5	11.5	-	7.7	11.5
	50万人以上	31	-	6.5	12.9	32.3	6.5	-	12.9	9.7	6.5
管内 市町村数	～3未満	128	10.2	21.1	18.8	14.8	6.3	3.9	3.9	4.7	11.7
	3以上～7未満	129	7.8	28.7	20.2	18.6	5.4	2.3	3.9	2.3	3.9
	7以上	56	10.7	28.6	19.6	19.6	7.1	-	-	3.6	3.6
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	11.0	25.0	25.0	11.8	6.6	2.2	1.5	2.2	7.4
	40人以上～80人未満	126	7.9	31.7	13.5	19.8	4.0	3.2	6.3	3.2	4.8
	80人以上	68	7.4	8.8	19.1	27.9	7.4	2.9	1.5	7.4	11.8

6月中の受診件数

6月中の発熱外来における受診件数(平均値)は以下のとおりである。5月までとは若干期間が短い、受診件数が幾分減少し、全体平均は23件となった。地域別では5月までと同様に近畿ブロックの件数が86件で最多である。

[6月中の受診件数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		310	23.4	790.0	0.0
地域区分	北海道・東北	50	8.0	178.0	0.0
	関東甲信越静	89	25.0	513.0	0.0
	東海・北陸	45	11.4	63.0	0.0
	近畿	38	85.8	790.0	0.0
	中国・四国	39	7.5	76.0	0.0
	九州・沖縄	45	12.1	101.0	0.0
設置者	都道府県型	236	19.0	790.0	0.0
	市型(指定都市)	31	62.9	513.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	32	21.2	243.0	0.0
	市型(特別区)	11	13.1	29.0	3.0
管内人口	～10万人未満	72	8.1	178.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	87	10.0	157.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	54	37.9	790.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	42	31.6	524.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	19.2	101.0	0.0
	50万人以上	29	66.2	513.0	3.0
管内市町村数	～3未満	122	36.9	790.0	0.0
	3以上～7未満	120	11.2	130.0	0.0
	7以上	52	7.7	48.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	126	15.8	790.0	0.0
	40人以上～80人未満	119	24.6	524.0	0.0
	80人以上	64	36.2	513.0	0.0



また、6月中の受診件数の度数分布は以下のとおりである。

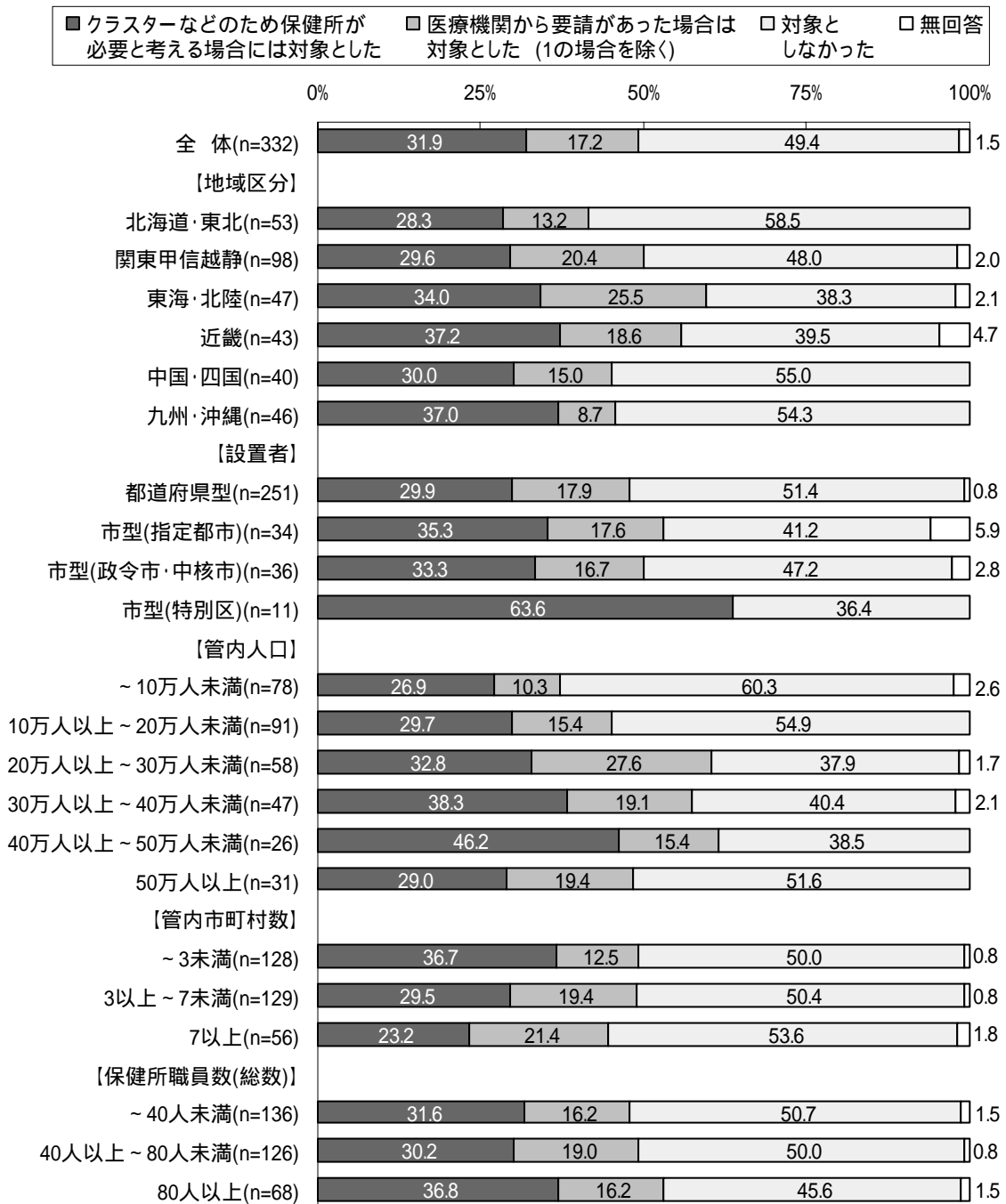
[6月中の受診件数・度数分布(属性)]

	回答数	0件	1件以上～ 5件未満	5件以上～ 10件未満	10件以上～ 20件未満	20件以上～ 30件未満	30件以上～ 40件未満	40件以上～ 50件未満	50件以上～ 100件未満	100件以上	無回答
全 体	332	11.4	27.4	17.5	17.5	7.5	2.7	2.4	2.7	4.2	6.6
地域区分											
北海道・東北	53	18.9	47.2	13.2	7.5	5.7	-	-	-	1.9	5.7
関東甲信越静岡	98	10.2	20.4	17.3	18.4	8.2	5.1	4.1	2.0	5.1	9.2
東海・北陸	47	8.5	14.9	23.4	36.2	8.5	-	2.1	2.1	-	4.3
近畿	43	2.3	9.3	11.6	16.3	14.0	7.0	4.7	7.0	16.3	11.6
中国・四国	40	15.0	40.0	20.0	15.0	2.5	2.5	-	2.5	-	2.5
九州・沖縄	46	10.9	37.0	21.7	13.0	6.5	-	2.2	4.3	2.2	2.2
設置者											
都道府県型	251	13.1	33.1	17.1	14.7	6.8	2.8	1.2	2.4	2.8	6.0
市型(指定都市)	34	8.8	2.9	8.8	23.5	8.8	5.9	11.8	2.9	17.6	8.8
市型(政令市・中核市)	36	5.6	16.7	22.2	27.8	5.6	-	2.8	5.6	2.8	11.1
市型(特別区)	11	-	9.1	36.4	27.3	27.3	-	-	-	-	-
管内人口											
～10万人未満	78	25.6	41.0	9.0	6.4	3.8	3.8	-	1.3	1.3	7.7
10万人以上～20万人未満	91	13.2	31.9	19.8	18.7	6.6	2.2	1.1	1.1	1.1	4.4
20万人以上～30万人未満	58	3.4	27.6	20.7	19.0	6.9	-	5.2	3.4	6.9	6.9
30万人以上～40万人未満	47	2.1	19.1	27.7	23.4	8.5	-	-	2.1	6.4	10.6
40万人以上～50万人未満	26	11.5	11.5	19.2	26.9	11.5	7.7	3.8	3.8	3.8	-
50万人以上	31	-	6.5	9.7	22.6	16.1	6.5	9.7	9.7	12.9	6.5
管内 市町村数											
～3未満	128	10.2	21.1	17.2	21.9	6.3	3.9	3.9	3.9	7.0	4.7
3以上～7未満	129	14.0	32.6	17.8	14.7	6.2	2.3	0.8	3.1	1.6	7.0
7以上	56	12.5	35.7	19.6	14.3	7.1	1.8	1.8	-	-	7.1
保健所 職員数 (総数)											
～40人未満	136	16.2	33.8	16.2	13.2	5.9	2.9	1.5	1.5	1.5	7.4
40人以上～80人未満	126	10.3	27.8	15.1	21.4	7.9	2.4	2.4	2.4	4.8	5.6
80人以上	68	4.4	14.7	23.5	19.1	10.3	2.9	4.4	5.9	8.8	5.9

(5) まん延国・まん延地域へ旅行歴のない患者の発熱外来紹介状況

「保健所の基準では、まん延国・地区への渡航・旅行歴がない患者も発熱外来への紹介対象としたか」との問いに対する回答結果は以下のとおりである。全体では「対象としなかった」49%、「クラスターなどのため保健所が必要と考える場合には対象とした」32%、「医療機関から要請があった場合は対象とした」17%の順である。属性別に見ても概ね全体と同様であるが、特別区は「クラスター…」が64%となっていた。

全体として、半数程度が、渡航・旅行歴がない人も発熱外来に紹介しており、多くの保健所が、渡航歴等での判断ではなく、医療機関からの情報を元に、発熱外来受信の判断を行わざるを得ない状況であったと考えられる。



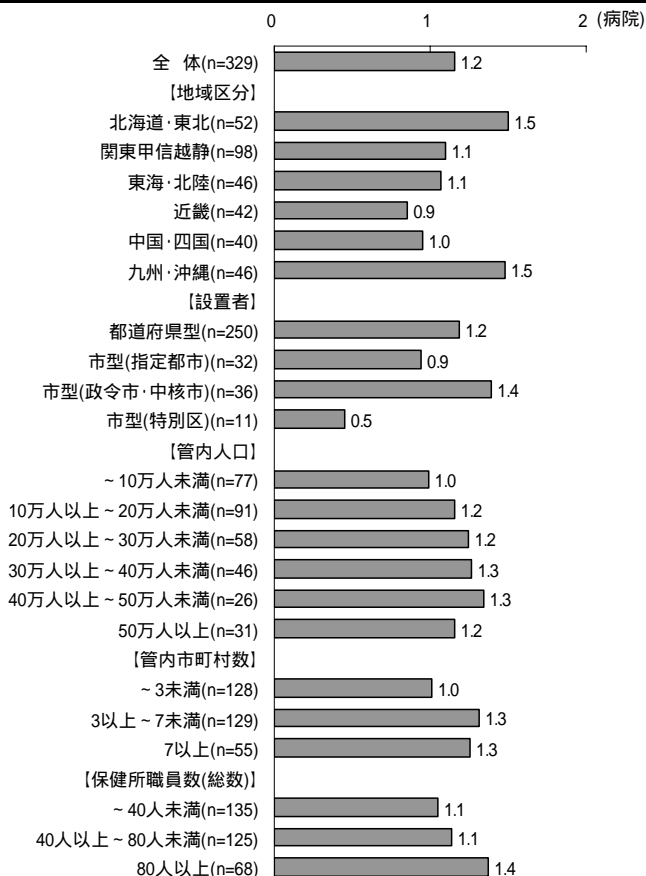
(6) 入院勧告に基づき収容可能な病院数・最大病床数

収容可能な病院数

入院勧告に基づき入院させることが可能な管内の病院の数は以下のとおりである。全体平均は1.2カ所であり、地域に大きな差異はみられない。保健所設置者別では特別区がやや少なく0.5カ所であった。管内人口の多さと病院数は必ずしも比例していない。

[クロス集計_平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		329	1.2	8.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	1.5	7.0	0.0
	関東甲信越静	98	1.1	6.0	0.0
	東海・北陸	46	1.1	5.0	0.0
	近畿	42	0.9	4.0	0.0
	中国・四国	40	1.0	3.0	0.0
	九州・沖縄	46	1.5	8.0	0.0
設置者	都道府県型	250	1.2	8.0	0.0
	市型(指定都市)	32	0.9	3.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	1.4	7.0	0.0
	市型(特別区)	11	0.5	1.0	0.0
管内人口	～10万人未満	77	1.0	5.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	91	1.2	5.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	58	1.2	8.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	46	1.3	7.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	1.3	5.0	0.0
	50万人以上	31	1.2	3.0	0.0
管内市町村数	～3未満	128	1.0	7.0	0.0
	3以上～7未満	129	1.3	8.0	0.0
	7以上	55	1.3	5.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	1.1	6.0	0.0
	40人以上～80人未満	125	1.1	8.0	0.0
	80人以上	68	1.4	7.0	0.0



また、入院患者収容可能病院数の度数分布は以下のとおりである。収容可能病院が1カ所もないとする保健所が全体の29%に達している。

[入院勧告に基づき収容可能な病院数・度数分布(県別)]

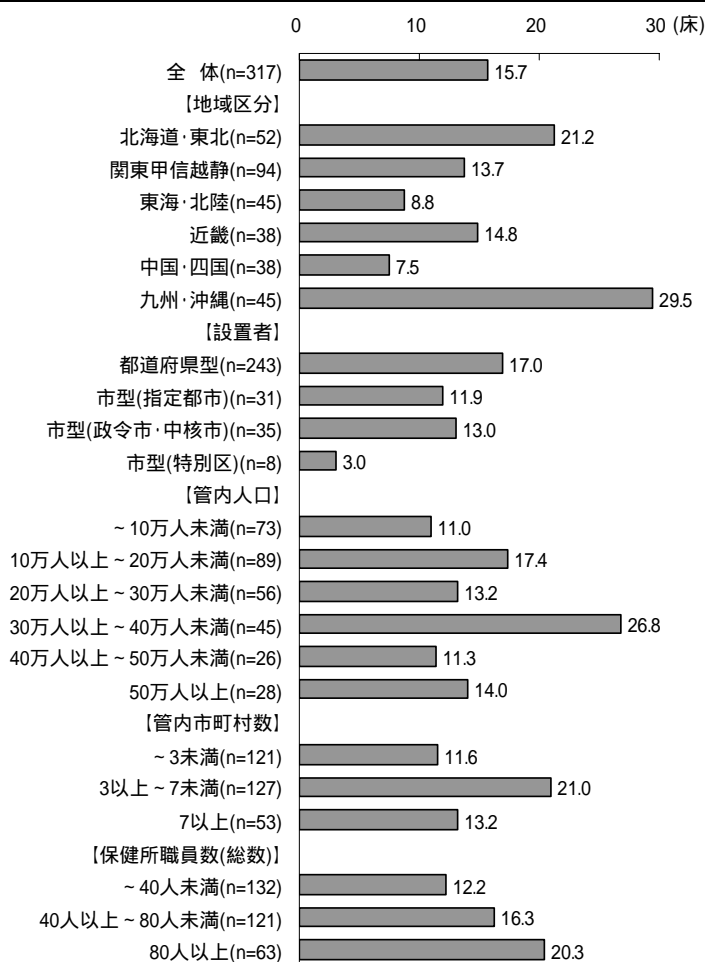
		回答数	0病院	1病院	2病院	3病院	4病院	5病院	6病院以上	無回答
全 体		332	28.9	49.1	10.2	4.5	2.4	2.4	1.5	0.9
地域区分	北海道・東北	53	17.0	56.6	9.4	1.9	5.7	3.8	3.8	1.9
	関東甲信越静	98	27.6	53.1	8.2	7.1	2.0	1.0	1.0	-
	東海・北陸	47	36.2	38.3	14.9	2.1	2.1	4.3	-	2.1
	近畿	43	37.2	48.8	2.3	7.0	2.3	-	-	2.3
	中国・四国	40	37.5	37.5	17.5	7.5	-	-	-	-
	九州・沖縄	46	21.7	56.5	8.7	-	2.2	6.5	4.3	-
設置者	都道府県型	251	27.5	50.2	10.4	4.8	3.2	2.4	1.2	0.4
	市型(指定都市)	34	35.3	38.2	11.8	8.8	-	-	-	5.9
	市型(政令市・中核市)	36	25.0	52.8	11.1	-	-	5.6	5.6	-
	市型(特別区)	11	54.5	45.5	-	-	-	-	-	-
管内人口	～10万人未満	78	26.9	57.7	7.7	2.6	2.6	1.3	-	1.3
	10万人以上～20万人未満	91	26.4	51.6	11.0	4.4	4.4	2.2	-	-
	20万人以上～30万人未満	58	37.9	39.7	8.6	5.2	1.7	1.7	5.2	-
	30万人以上～40万人未満	47	36.2	38.3	10.6	2.1	2.1	4.3	4.3	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	23.1	50.0	11.5	7.7	-	7.7	-	-
	50万人以上	31	19.4	54.8	16.1	9.7	-	-	-	-
管内 市町村数	～3未満	128	37.5	43.8	10.9	2.3	1.6	2.3	1.6	-
	3以上～7未満	129	24.0	52.7	9.3	5.4	3.9	2.3	2.3	-
	7以上	56	21.4	51.8	12.5	7.1	1.8	3.6	-	1.8
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	27.9	53.7	8.1	5.1	3.7	-	0.7	0.7
	40人以上～80人未満	126	34.1	44.4	10.3	4.0	0.8	3.2	2.4	0.8
	80人以上	68	22.1	50.0	14.7	4.4	2.9	4.4	1.5	-

収容可能最大病床数

入院勧告に基づく収容可能最大病床数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は16床であるが、最小0から最大270床まで差が開いている。管内人口の多さと病床数は、必ずしも比例していない。

[収容可能最大病床数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		317	15.7	270.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	21.2	228.0	0.0
	関東甲信越静	94	13.7	220.0	0.0
	東海・北陸	45	8.8	164.0	0.0
	近畿	38	14.8	157.0	0.0
	中国・四国	38	7.5	42.0	0.0
	九州・沖縄	45	29.5	270.0	0.0
設置者	都道府県型	243	17.0	270.0	0.0
	市型(指定都市)	31	11.9	152.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	35	13.0	214.0	0.0
	市型(特別区)	8	3.0	10.0	0.0
管内人口	～10万人未満	73	11.0	214.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	89	17.4	164.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	56	13.2	230.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	45	26.8	270.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	11.3	129.0	0.0
	50万人以上	28	14.0	152.0	0.0
管内市町村数	～3未満	121	11.6	214.0	0.0
	3以上～7未満	127	21.0	270.0	0.0
	7以上	53	13.2	214.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	132	12.2	164.0	0.0
	40人以上～80人未満	121	16.3	270.0	0.0
	80人以上	63	20.3	228.0	0.0



また、収容可能最大病床数の度数分布は以下のとおりである。

[収容可能最大病床数・度数分布(県別)]

	回答数	0床	1床以上～ 5床未満	5床以上～10 床未満	10床以上 ～15床未 満	15床以上 ～20床未 満	20床以上 ～25床未 満	25床以上 ～30床未 満	30床以上	無回答	
全 体	332	26.5	26.8	17.2	8.1	2.4	4.2	-	10.2	4.5	
地域区分	北海道・東北	53	17.0	39.6	17.0	3.8	5.7	1.9	-	13.2	1.9
	関東甲信越静岡	98	26.5	24.5	19.4	8.2	1.0	5.1	-	11.2	4.1
	東海・北陸	47	34.0	17.0	19.1	17.0	2.1	4.3	-	2.1	4.3
	近畿	43	30.2	20.9	14.0	9.3	2.3	-	-	11.6	11.6
	中国・四国	40	32.5	20.0	17.5	7.5	2.5	10.0	-	5.0	5.0
	九州・沖縄	46	19.6	39.1	13.0	2.2	2.2	4.3	-	17.4	2.2
設置者	都道府県型	251	25.1	31.9	14.7	7.2	2.0	4.0	-	12.0	3.2
	市型(指定都市)	34	35.3	11.8	11.8	14.7	8.8	2.9	-	5.9	8.8
	市型(政令市・中核市)	36	22.2	11.1	44.4	5.6	-	8.3	-	5.6	2.8
	市型(特別区)	11	45.5	9.1	-	18.2	-	-	-	-	27.3
管内人口	～10万人未満	78	23.1	41.0	7.7	7.7	2.6	2.6	-	9.0	6.4
	10万人以上～20万人未満	91	25.3	31.9	14.3	5.5	2.2	6.6	-	12.1	2.2
	20万人以上～30万人未満	58	36.2	22.4	13.8	8.6	-	3.4	-	12.1	3.4
	30万人以上～40万人未満	47	34.0	17.0	21.3	6.4	-	4.3	-	12.8	4.3
	40万人以上～50万人未満	26	23.1	7.7	38.5	19.2	3.8	3.8	-	3.8	-
	50万人以上	31	12.9	16.1	32.3	9.7	9.7	3.2	-	6.5	9.7
管内 市町村数	～3未満	128	33.6	17.2	18.8	8.6	3.1	5.5	-	7.8	5.5
	3以上～7未満	129	23.3	32.6	14.0	7.8	1.6	5.4	-	14.0	1.6
	7以上	56	17.9	37.5	19.6	7.1	3.6	-	-	8.9	5.4
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	26.5	36.8	8.8	4.4	2.9	5.9	-	11.8	2.9
	40人以上～80人未満	126	31.7	25.4	19.8	7.9	0.8	3.2	-	7.1	4.0
	80人以上	68	17.6	10.3	29.4	16.2	4.4	2.9	-	11.8	7.4

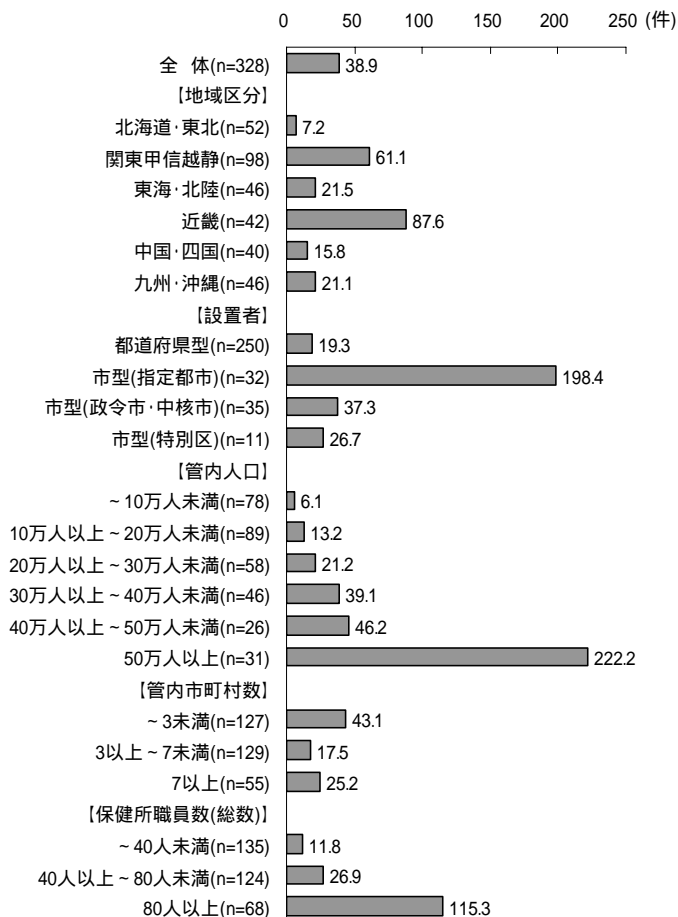
6. 患者発生への対応

(1) PCR検査の実施件数

7月末までに実施したPCR検査の件数は以下のとおりである。全体平均は39件であるが、最小の0件から管内50万人以上の保健所の最大3,190件までの大差がある。人口規模に比例して調査件数が多い。

[PCR検査の実施件数・平均値(属性)]

	件数	平均	最大値	最小値
全 体	328	38.9	3190.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	7.2	57.0
	関東甲信越静	98	61.1	3190.0
	東海・北陸	46	21.5	120.0
	近畿	42	87.6	1690.0
	中国・四国	40	15.8	90.0
	九州・沖縄	46	21.1	104.0
設置者	都道府県型	250	19.3	146.0
	市型(指定都市)	32	198.4	3190.0
	市型(政令市・中核市)	35	37.3	155.0
	市型(特別区)	11	26.7	48.0
管内人口	～10万人未満	78	6.1	48.0
	10万人以上～20万人未満	89	13.2	146.0
	20万人以上～30万人未満	58	21.2	100.0
	30万人以上～40万人未満	46	39.1	136.0
	40万人以上～50万人未満	26	46.2	120.0
	50万人以上	31	222.2	3190.0
管内市町村数	～3未満	127	43.1	1690.0
	3以上～7未満	129	17.5	146.0
	7以上	55	25.2	116.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	11.8	75.0
	40人以上～80人未満	124	26.9	150.0
	80人以上	68	115.3	3190.0



また、PCR検査実施件数の度数分布は以下のとおりである。

[PCR検査の実施件数・度数分布(属性)]

	回答数	0件	1件以上～ 10件未満	10件以上～ 20件未満	20件以上～ 30件未満	30件以上～ 40件未満	40件以上～ 50件未満	50件以上～ 100件未満	100件以上	無回答
全 体	332	4.8	35.8	20.8	13.6	5.1	4.5	8.4	5.7	1.2
地域区分										
北海道・東北	53	17.0	60.4	13.2	3.8	-	-	3.8	-	1.9
関東甲信越静	98	1.0	29.6	24.5	14.3	9.2	6.1	7.1	8.2	-
東海・北陸	47	-	29.8	34.0	14.9	-	6.4	10.6	2.1	2.1
近畿	43	2.3	18.6	9.3	16.3	9.3	4.7	18.6	18.6	2.3
中国・四国	40	-	52.5	22.5	12.5	2.5	5.0	5.0	-	-
九州・沖縄	46	10.9	30.4	15.2	21.7	6.5	4.3	8.7	2.2	-
設置者										
都道府県型	251	6.4	42.6	21.1	11.6	2.4	4.8	7.2	3.6	0.4
市型(指定都市)	34	-	20.6	8.8	14.7	14.7	2.9	14.7	17.6	5.9
市型(政令市・中核市)	36	-	13.9	25.0	22.2	8.3	2.8	13.9	11.1	2.8
市型(特別区)	11	-	-	36.4	27.3	27.3	9.1	-	-	-
管内人口										
～10万人未満	78	15.4	62.8	15.4	3.8	1.3	1.3	-	-	-
10万人以上～20万人未満	91	2.2	48.4	25.3	14.3	3.3	3.3	-	1.1	2.2
20万人以上～30万人未満	58	3.4	27.6	29.3	17.2	8.6	3.4	8.6	1.7	-
30万人以上～40万人未満	47	-	17.0	19.1	19.1	6.4	6.4	19.1	10.6	2.1
40万人以上～50万人未満	26	-	-	23.1	19.2	7.7	7.7	26.9	15.4	-
50万人以上	31	-	6.5	6.5	16.1	9.7	12.9	22.6	25.8	-
管内 市町村数										
～3未満	128	1.6	32.8	20.3	18.0	5.5	3.9	8.6	8.6	0.8
3以上～7未満	129	7.0	42.6	24.0	10.9	3.1	3.9	6.2	2.3	-
7以上	56	8.9	37.5	12.5	8.9	3.6	7.1	14.3	5.4	1.8
保健所 職員数 (総数)										
～40人未満	136	8.8	51.5	19.9	9.6	2.2	4.4	2.9	-	0.7
40人以上～80人未満	126	3.2	33.3	21.4	14.3	4.8	4.8	10.3	6.3	1.6
80人以上	68	-	10.3	20.6	20.6	11.8	4.4	16.2	16.2	-

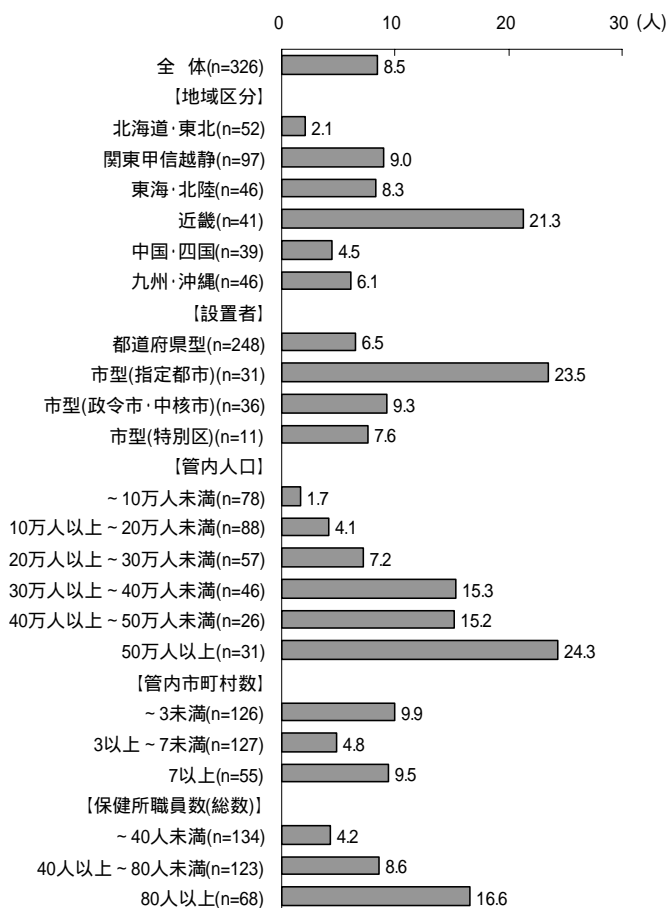
(2) 確定患者数

孤発の患者数

7月末までの孤発の患者数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は9人で、地域別では近畿ブロックの21人が目立つ。

[孤発の患者数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		326	8.5	235.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	2.1	28.0	0.0
	関東甲信越静	97	9.0	235.0	0.0
	東海・北陸	46	8.3	49.0	0.0
	近畿	41	21.3	121.0	0.0
	中国・四国	39	4.5	50.0	0.0
	九州・沖縄	46	6.1	52.0	0.0
設置者	都道府県型	248	6.5	99.0	0.0
	市型(指定都市)	31	23.5	235.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	9.3	52.0	0.0
	市型(特別区)	11	7.6	15.0	1.0
管内人口	～10万人未満	78	1.7	13.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	88	4.1	33.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	57	7.2	41.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	46	15.3	99.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	15.2	52.0	0.0
	50万人以上	31	24.3	235.0	0.0
管内市町村数	～3未満	126	9.9	121.0	0.0
	3以上～7未満	127	4.8	49.0	0.0
	7以上	55	9.5	53.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	134	4.2	53.0	0.0
	40人以上～80人未満	123	8.6	99.0	0.0
	80人以上	68	16.6	235.0	0.0



また、孤発の患者数の度数分布は以下のとおりである。

[孤発の患者数・度数分布(属性)]

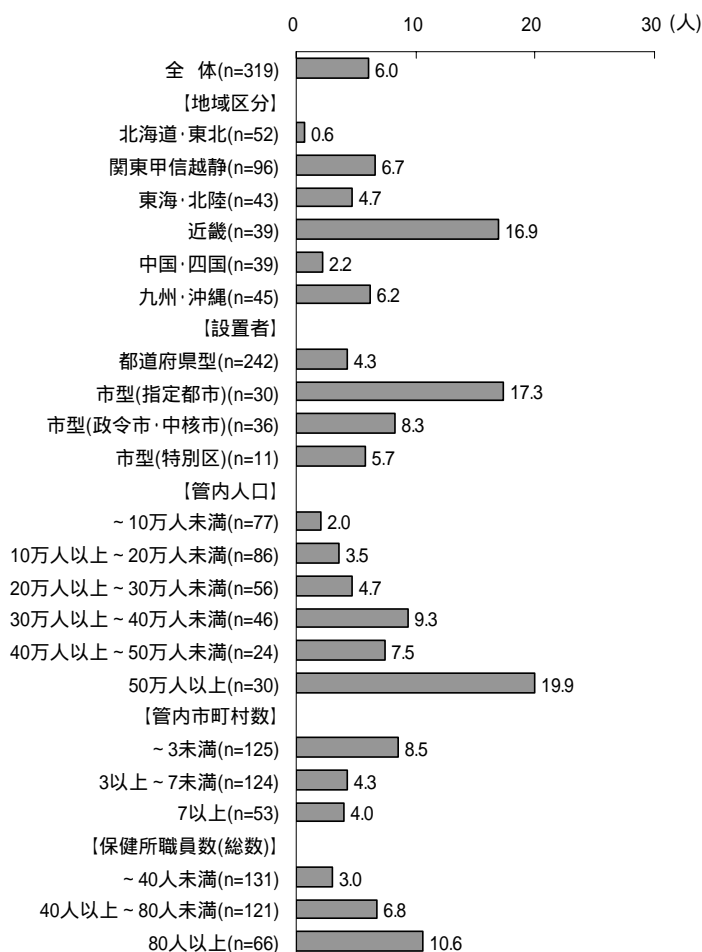
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体		332	23.5	34.3	15.4	9.6	4.2	3.6	1.2	6.3	1.8
地域区分	北海道・東北	53	49.1	39.6	3.8	3.8	-	-	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	13.3	35.7	24.5	11.2	5.1	6.1	-	3.1	1.0
	東海・北陸	47	23.4	25.5	14.9	10.6	10.6	4.3	4.3	4.3	2.1
	近畿	43	9.3	18.6	14.0	16.3	-	7.0	-	30.2	4.7
	中国・四国	40	27.5	42.5	15.0	7.5	2.5	-	-	2.5	2.5
設置者	九州・沖縄	46	28.3	37.0	13.0	8.7	6.5	2.2	2.2	2.2	-
	都道府県型	251	28.3	37.1	12.7	8.0	3.2	3.6	0.8	5.2	1.2
	市型(指定都市)	34	8.8	17.6	11.8	23.5	2.9	5.9	2.9	17.6	8.8
	市型(政令市・中核市)	36	11.1	36.1	25.0	8.3	8.3	2.8	2.8	5.6	-
管内人口	市型(特別区)	11	-	18.2	54.5	9.1	18.2	-	-	-	-
	～10万人未満	78	55.1	30.8	9.0	5.1	-	-	-	-	-
	10万人以上～20万人未満	91	18.7	51.6	13.2	7.7	2.2	2.2	-	1.1	3.3
	20万人以上～30万人未満	58	17.2	34.5	17.2	12.1	8.6	5.2	-	3.4	1.7
	30万人以上～40万人未満	47	10.6	19.1	19.1	12.8	10.6	6.4	4.3	14.9	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	3.8	26.9	23.1	15.4	-	7.7	3.8	19.2	-
管内 市町村数	50万人以上	31	6.5	22.6	22.6	12.9	6.5	6.5	3.2	19.4	-
	～3未満	128	22.7	28.9	20.3	6.3	6.3	3.9	1.6	8.6	1.6
	3以上～7未満	129	28.7	37.2	14.0	11.6	3.1	1.6	0.8	1.6	1.6
	7以上	56	19.6	42.9	7.1	5.4	1.8	8.9	1.8	10.7	1.8
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	39.0	36.0	11.0	4.4	2.2	2.2	0.7	2.9	1.5
	40人以上～80人未満	126	15.9	34.9	16.7	14.3	4.8	4.0	0.8	6.3	2.4
	80人以上	68	7.4	29.4	22.1	11.8	7.4	5.9	2.9	13.2	-

集団発生の患者数

7月末までの集団発生の確定患者数(平均値)は以下のとおりである。全体平均は6人であるが、最大値を見ると北海道・東北ブロックの11人から近畿ブロックの214人まで、集団の大きさに差がある。

[集団発生の患者数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		319	6.0	214.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	0.6	11.0	0.0
	関東甲信越静	96	6.7	56.0	0.0
	東海・北陸	43	4.7	68.0	0.0
	近畿	39	16.9	214.0	0.0
	中国・四国	39	2.2	16.0	0.0
	九州・沖縄	45	6.2	60.0	0.0
設置者	都道府県型	242	4.3	91.0	0.0
	市型(指定都市)	30	17.3	214.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	8.3	68.0	0.0
	市型(特別区)	11	5.7	14.0	2.0
管内人口	～10万人未満	77	2.0	56.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	86	3.5	91.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	56	4.7	60.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	46	9.3	51.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	24	7.5	68.0	0.0
	50万人以上	30	19.9	214.0	0.0
管内市町村数	～3未満	125	8.5	214.0	0.0
	3以上～7未満	124	4.3	91.0	0.0
	7以上	53	4.0	24.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	131	3.0	56.0	0.0
	40人以上～80人未満	121	6.8	91.0	0.0
	80人以上	66	10.6	214.0	0.0



また、集団発生の患者数の度数分布は以下のとおりである。

[集団発生の患者数・度数分布(属性)]

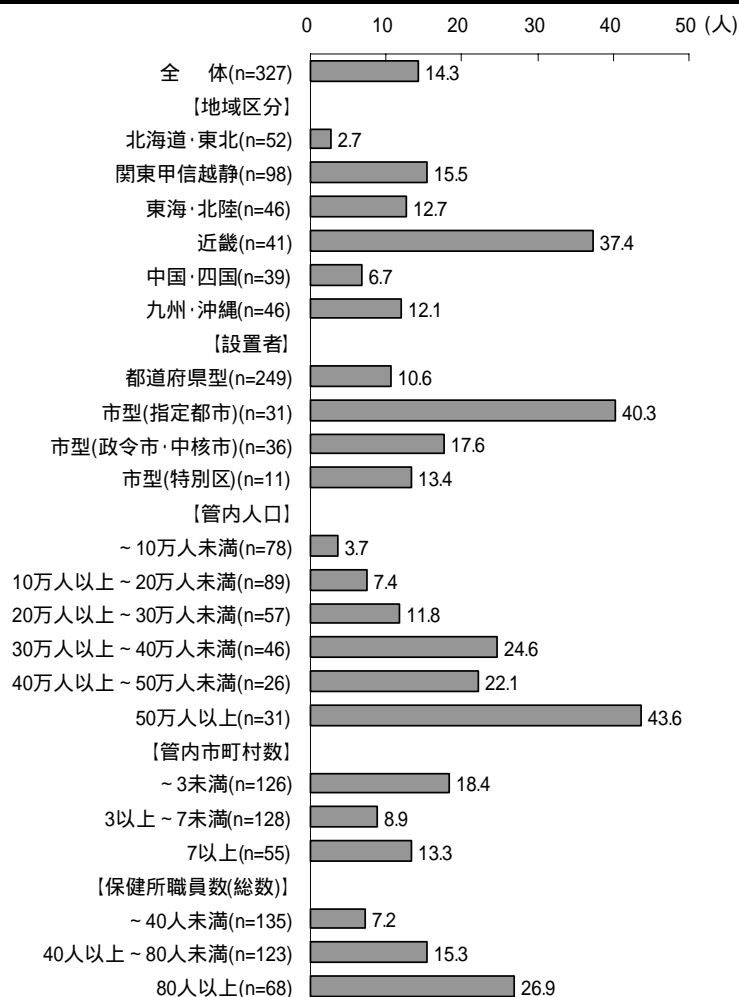
	回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体	332	43.4	23.5	13.6	6.0	3.0	2.4	0.3	3.9	3.9
地域区分	北海道・東北	53	83.0	9.4	3.8	1.9	-	-	-	1.9
	関東甲信越静	98	29.6	27.6	24.5	5.1	3.1	3.1	-	5.1
	東海・北陸	47	44.7	21.3	10.6	8.5	4.3	-	-	2.1
	近畿	43	18.6	23.3	11.6	9.3	7.0	9.3	2.3	9.3
	中国・四国	40	47.5	37.5	5.0	5.0	2.5	-	-	2.5
設置者	九州・沖縄	46	47.8	19.6	13.0	6.5	2.2	2.2	-	6.5
	都道府県型	251	49.4	23.5	10.4	6.0	2.8	1.6	0.4	2.4
	市型(指定都市)	34	14.7	23.5	20.6	5.9	5.9	5.9	-	11.8
	市型(政令市・中核市)	36	41.7	16.7	19.4	5.6	2.8	5.6	-	8.3
管内人口	市型(特別区)	11	-	45.5	45.5	9.1	-	-	-	-
	～10万人未満	78	66.7	21.8	5.1	3.8	-	-	-	1.3
	10万人以上～20万人未満	91	50.5	26.4	11.0	3.3	1.1	-	-	2.2
	20万人以上～30万人未満	58	39.7	32.8	6.9	6.9	8.6	-	-	1.7
	30万人以上～40万人未満	47	29.8	6.4	29.8	12.8	4.3	6.4	2.1	6.4
	40万人以上～50万人未満	26	26.9	30.8	19.2	3.8	3.8	3.8	-	3.8
管内 市町村数	50万人以上	31	6.5	22.6	25.8	9.7	3.2	12.9	-	16.1
	～3未満	128	41.4	22.7	11.7	7.8	3.1	3.9	-	7.0
	3以上～7未満	129	47.3	28.7	10.1	4.7	1.6	-	0.8	3.1
	7以上	56	50.0	10.7	19.6	5.4	7.1	1.8	-	-
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	54.4	24.3	8.8	4.4	2.2	-	0.7	1.5
	40人以上～80人未満	126	38.1	24.6	13.5	7.9	4.0	3.2	-	4.8
	80人以上	68	30.9	20.6	23.5	5.9	2.9	5.9	-	7.4

孤発と集団発生の合計患者数

7月未までの孤発と集団発生の合計確定患者数(平均値)は以下のとおりである。

[合計の確定患者数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		327	14.3	264.0	0.0
地域区分	北海道・東北	52	2.7	28.0	0.0
	関東甲信越静	98	15.5	239.0	0.0
	東海・北陸	46	12.7	73.0	0.0
	近畿	41	37.4	264.0	0.0
	中国・四国	39	6.7	60.0	0.0
	九州・沖縄	46	12.1	76.0	0.0
設置者	都道府県型	249	10.6	111.0	0.0
	市型(指定都市)	31	40.3	264.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	36	17.6	73.0	0.0
	市型(特別区)	11	13.4	29.0	3.0
管内人口	～10万人未満	78	3.7	60.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	89	7.4	92.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	57	11.8	76.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	46	24.6	111.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	22.1	73.0	1.0
	50万人以上	31	43.6	264.0	2.0
管内市町村数	～3未満	126	18.4	264.0	0.0
	3以上～7未満	128	8.9	92.0	0.0
	7以上	55	13.3	68.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	135	7.2	68.0	0.0
	40人以上～80人未満	123	15.3	111.0	0.0
	80人以上	68	26.9	264.0	0.0



また、孤発と集団発生を合わせた確定患者数の度数分布は以下のとおりである。

[合計の確定患者数・度数分布(属性)]

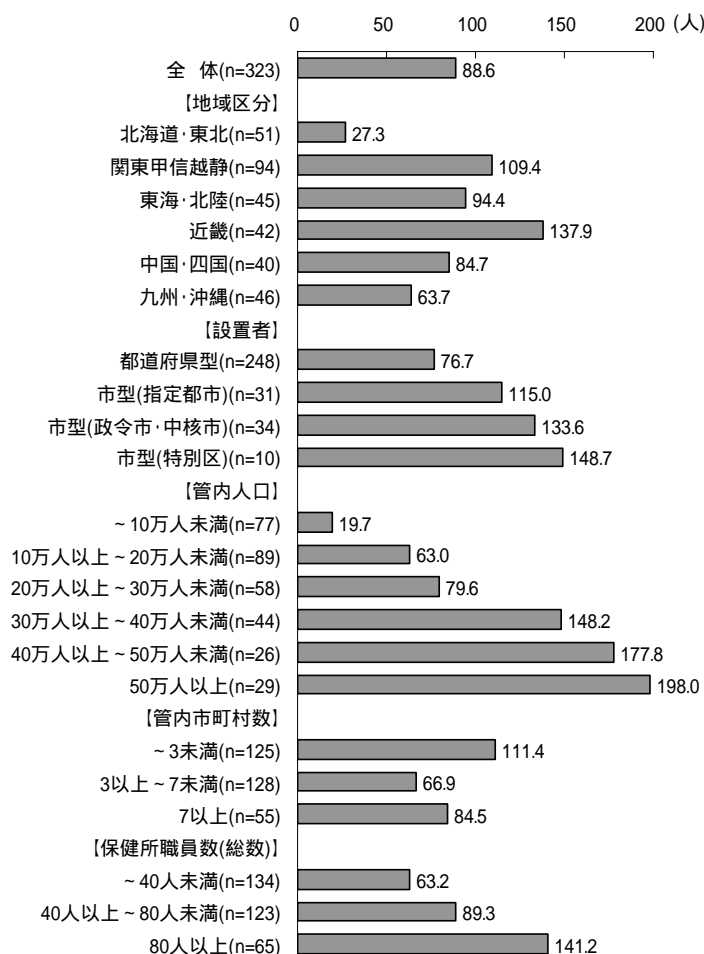
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体		332	17.2	26.5	14.5	13.0	5.7	5.4	4.2	12.0	1.5
地域区分	北海道・東北	53	47.2	35.8	7.5	3.8	-	1.9	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	8.2	23.5	19.4	15.3	8.2	9.2	6.1	10.2	-
	東海・北陸	47	14.9	23.4	17.0	12.8	6.4	6.4	4.3	12.8	2.1
	近畿	43	2.3	14.0	9.3	14.0	2.3	7.0	4.7	41.9	4.7
	中国・四国	40	15.0	42.5	20.0	7.5	7.5	-	2.5	2.5	2.5
	九州・沖縄	46	21.7	23.9	8.7	19.6	8.7	4.3	4.3	8.7	-
設置者	都道府県型	251	21.9	29.1	14.3	11.2	4.4	5.2	4.0	9.2	0.8
	市型(指定都市)	34	2.9	11.8	11.8	14.7	11.8	2.9	2.9	32.4	8.8
	市型(政令市・中核市)	36	2.8	27.8	16.7	16.7	5.6	8.3	5.6	16.7	-
	市型(特別区)	11	-	9.1	18.2	36.4	18.2	9.1	9.1	-	-
管内人口	～10万人未満	78	47.4	26.9	12.8	9.0	1.3	1.3	-	1.3	-
	10万人以上～20万人未満	91	13.2	44.0	13.2	17.6	2.2	2.2	1.1	4.4	2.2
	20万人以上～30万人未満	58	8.6	25.9	20.7	10.3	12.1	10.3	3.4	6.9	1.7
	30万人以上～40万人未満	47	6.4	6.4	17.0	17.0	6.4	6.4	8.5	29.8	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	-	23.1	11.5	11.5	3.8	11.5	15.4	23.1	-
	50万人以上	31	-	9.7	9.7	9.7	16.1	9.7	9.7	35.5	-
管内 市町村数	～3未満	128	15.6	23.4	14.1	14.1	4.7	5.5	3.9	17.2	1.6
	3以上～7未満	129	21.7	30.2	17.1	11.6	5.4	3.9	3.1	6.2	0.8
	7以上	56	16.1	30.4	10.7	7.1	3.6	10.7	7.1	12.5	1.8
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	32.4	30.1	11.0	12.5	1.5	3.7	2.2	5.9	0.7
	40人以上～80人未満	126	8.7	25.4	19.0	12.7	7.9	4.8	5.6	13.5	2.4
	80人以上	68	2.9	20.6	13.2	14.7	10.3	10.3	5.9	22.1	-

(3) 積極的疫学検査を行った濃厚接触者数

7月末までに積極的疫学検査を行った濃厚接触者数は以下のとおりである。全体平均は89人であるが、最小0人から最大1,200人まで大きな開きがある。調査時期に感染者の多かった近畿で件数の多さが目立つ。

[積極的疫学検査を行った濃厚接触者数・平均値(属性)]

		件数	平均	最大値	最小値
全 体		323	88.6	1200.0	0.0
地域区分	北海道・東北	51	27.3	564.0	0.0
	関東甲信越静	94	109.4	826.0	0.0
	東海・北陸	45	94.4	1200.0	0.0
	近畿	42	137.9	557.0	0.0
	中国・四国	40	84.7	589.0	0.0
	九州・沖縄	46	63.7	472.0	0.0
設置者	都道府県型	248	76.7	826.0	0.0
	市型(指定都市)	31	115.0	810.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	34	133.6	1200.0	0.0
	市型(特別区)	10	148.7	514.0	5.0
管内人口	～10万人未満	77	19.7	300.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	89	63.0	589.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	58	79.6	502.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	44	148.2	1200.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	26	177.8	826.0	0.0
	50万人以上	29	198.0	810.0	5.0
管内市町村数	～3未満	125	111.4	1200.0	0.0
	3以上～7未満	128	66.9	658.0	0.0
	7以上	55	84.5	826.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	134	63.2	826.0	0.0
	40人以上～80人未満	123	89.3	602.0	0.0
	80人以上	65	141.2	1200.0	0.0



また、積極的疫学検査を行った濃厚接触者数の度数分布は以下のとおりである。

[積極的疫学検査を行った濃厚接触者数・度数分布(属性)]

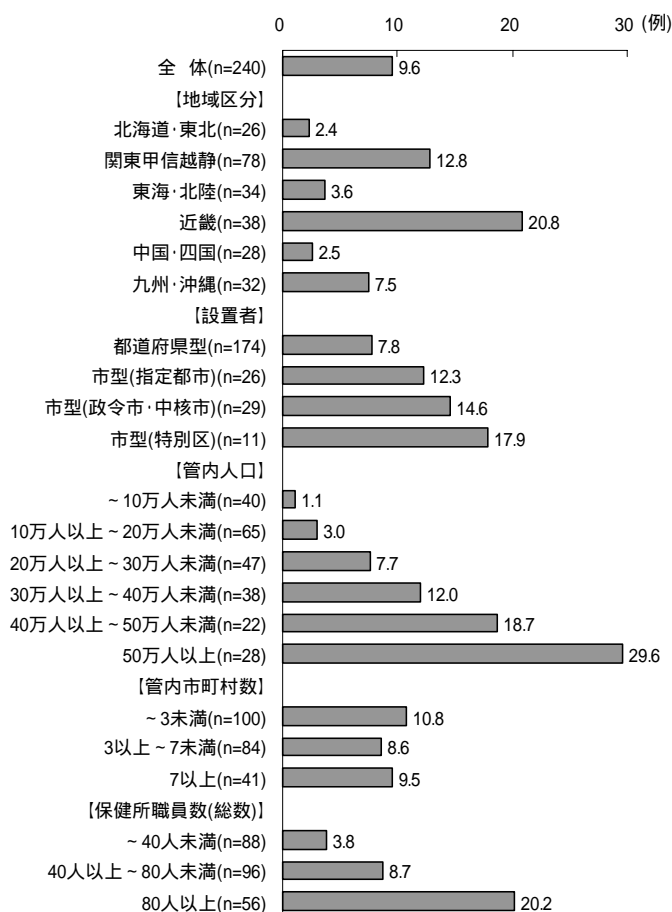
	回答数	0人	1人以上～ 40人未満	40人以上 ～80人未 満	80人以上 ～120人未 満	120人以上 ～160人未 満	160人以上 ～200人未 満	200人以上 ～300人未 満	300人以上 ～400人未 満	400人以上	無回答
全 体	332	15.1	37.3	17.2	6.3	4.8	3.0	5.4	3.3	4.8	2.7
地域区分											
北海道・東北	53	37.7	41.5	13.2	-	-	-	1.9	-	1.9	3.8
関東甲信越静岡	98	10.2	35.7	17.3	6.1	6.1	4.1	6.1	4.1	6.1	4.1
東海・北陸	47	12.8	36.2	27.7	2.1	2.1	2.1	4.3	2.1	6.4	4.3
近畿	43	4.7	23.3	14.0	11.6	11.6	9.3	9.3	9.3	4.7	2.3
中国・四国	40	10.0	57.5	5.0	7.5	5.0	-	5.0	2.5	7.5	-
九州・沖縄	46	17.4	34.8	23.9	10.9	4.3	-	4.3	2.2	2.2	-
設置者											
都道府県型	251	18.3	39.8	16.3	5.2	5.2	2.0	4.4	3.6	4.0	1.2
市型(指定都市)	34	5.9	32.4	17.6	11.8	2.9	5.9	5.9	2.9	5.9	8.8
市型(政令市・中核市)	36	5.6	30.6	19.4	8.3	5.6	5.6	11.1	-	8.3	5.6
市型(特別区)	11	-	18.2	27.3	9.1	-	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1
管内人口											
～10万人未満	78	43.6	39.7	10.3	1.3	1.3	1.3	-	1.3	-	1.3
10万人以上～20万人未満	91	7.7	51.6	16.5	7.7	5.5	2.2	2.2	1.1	3.3	2.2
20万人以上～30万人未満	58	8.6	39.7	24.1	6.9	1.7	3.4	8.6	5.2	1.7	-
30万人以上～40万人未満	47	6.4	21.3	27.7	4.3	8.5	2.1	10.6	4.3	8.5	6.4
40万人以上～50万人未満	26	3.8	23.1	15.4	15.4	11.5	3.8	7.7	3.8	15.4	-
50万人以上	31	-	22.6	9.7	9.7	6.5	9.7	12.9	9.7	12.9	6.5
管内 市町村数											
～3未満	128	14.1	33.6	16.4	7.8	4.7	3.9	6.3	3.9	7.0	2.3
3以上～7未満	129	17.1	44.2	17.8	3.9	3.9	1.6	4.7	3.1	3.1	0.8
7以上	56	17.9	32.1	17.9	7.1	7.1	3.6	5.4	3.6	3.6	1.8
保健所 職員数 (総数)											
～40人未満	136	27.9	36.8	15.4	1.5	5.1	2.2	2.9	4.4	2.2	1.5
40人以上～80人未満	126	7.9	41.3	20.6	7.1	4.0	3.2	5.6	1.6	6.3	2.4
80人以上	68	2.9	30.9	14.7	14.7	5.9	4.4	10.3	4.4	7.4	4.4

(4) 予防投薬の件数

6月19日頃(国が新しい運用方針で予防投与の方針を変更する前の時点。以下(6)まで同様)までに、実施した予防投薬の総数は以下のとおりである。全体平均は10件であるが、地域別に見ると近畿ブロック21件、関東甲信越静ブロック13件が多い。調査時期に感染者の多かった近畿で件数の多さが目立つ。

[予防投薬の件数・平均値(属性)]

	件数	平均	最大値	最小値	
全 体	240	9.6	210.0	0.0	
地域区分	北海道・東北	26	2.4	30.0	0.0
	関東甲信越静	78	12.8	143.0	0.0
	東海・北陸	34	3.6	25.0	0.0
	近畿	38	20.8	210.0	0.0
	中国・四国	28	2.5	15.0	0.0
	九州・沖縄	32	7.5	69.0	0.0
設置者	都道府県型	174	7.8	210.0	0.0
	市型(指定都市)	26	12.3	122.0	0.0
	市型(政令市・中核市)	29	14.6	143.0	0.0
	市型(特別区)	11	17.9	49.0	4.0
管内人口	～10万人未満	40	1.1	12.0	0.0
	10万人以上～20万人未満	65	3.0	48.0	0.0
	20万人以上～30万人未満	47	7.7	69.0	0.0
	30万人以上～40万人未満	38	12.0	64.0	0.0
	40万人以上～50万人未満	22	18.7	210.0	0.0
	50万人以上	28	29.6	143.0	0.0
管内市町村数	～3未満	100	10.8	143.0	0.0
	3以上～7未満	84	8.6	210.0	0.0
	7以上	41	9.5	69.0	0.0
保健所職員数(総数)	～40人未満	88	3.8	64.0	0.0
	40人以上～80人未満	96	8.7	143.0	0.0
	80人以上	56	20.2	210.0	0.0



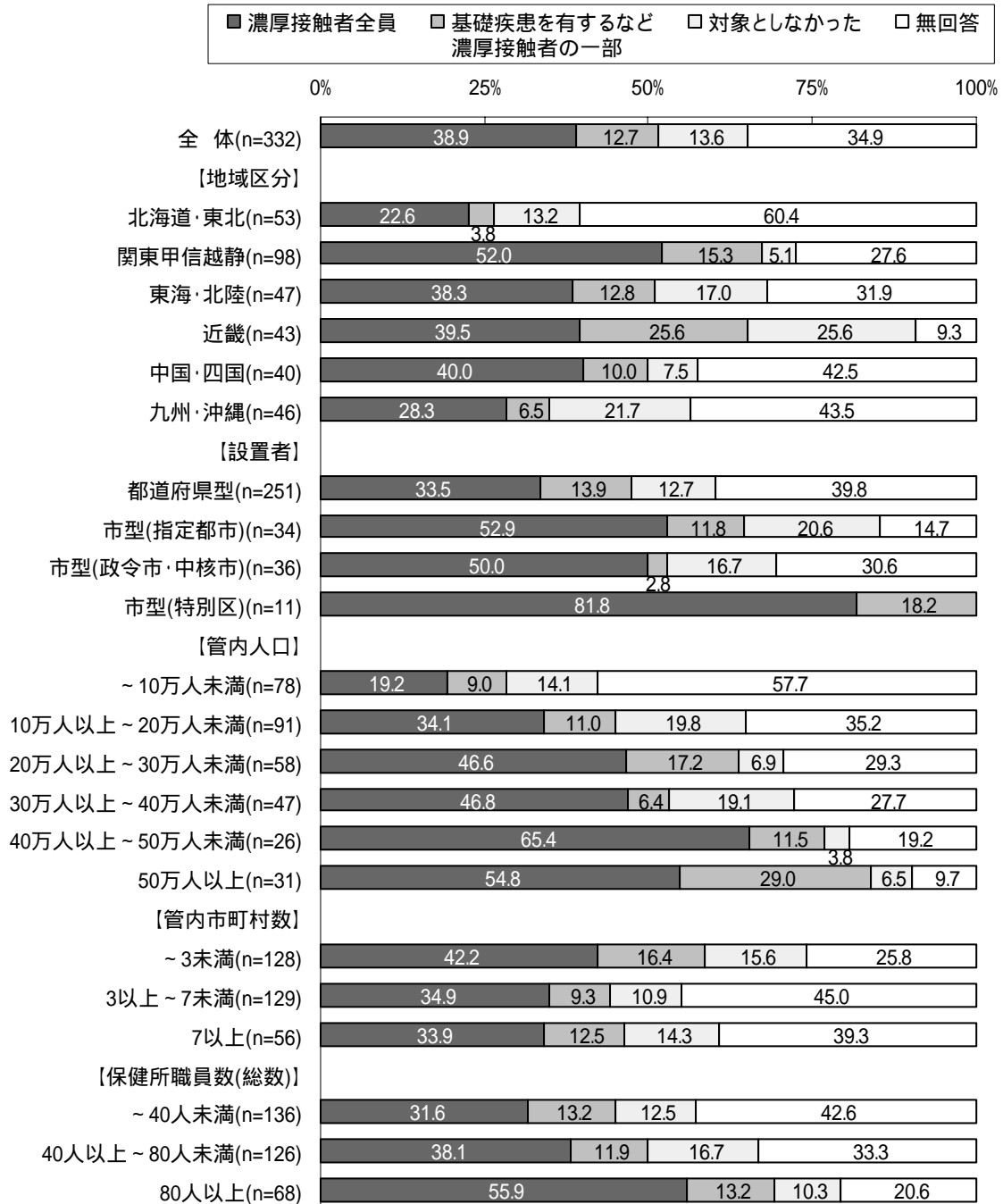
また、予防投薬の件数の度数分布は以下のとおりである。

[予防投薬の件数・度数分布(属性)]

	回答数	0例	1例以上～ 5例未満	5例以上～ 10例未満	10例以上～ 15例未満	15例以上～ 20例未満	20例以上～ 25例未満	25例以上～ 30例未満	30例以上	無回答	
全 体	332	30.4	17.2	8.1	4.2	3.3	1.2	0.9	6.9	27.7	
地域区分	北海道・東北	53	37.7	5.7	1.9	-	-	1.9	-	1.9	50.9
	関東甲信越静岡	98	19.4	18.4	11.2	9.2	8.2	2.0	1.0	10.2	20.4
	東海・北陸	47	29.8	29.8	4.3	2.1	2.1	2.1	2.1	-	27.7
	近畿	43	37.2	11.6	14.0	2.3	-	-	2.3	20.9	11.6
	中国・四国	40	32.5	22.5	10.0	2.5	2.5	-	-	-	30.0
	九州・沖縄	46	39.1	10.9	6.5	4.3	2.2	-	-	6.5	30.4
設置者	都道府県型	251	32.3	17.9	8.8	1.2	2.4	0.8	0.8	5.2	30.7
	市型(指定都市)	34	23.5	17.6	5.9	14.7	5.9	-	2.9	5.9	23.5
	市型(政令市・中核市)	36	33.3	13.9	5.6	5.6	2.8	2.8	-	16.7	19.4
	市型(特別区)	11	-	9.1	9.1	36.4	18.2	9.1	-	18.2	-
管内人口	～10万人未満	78	33.3	15.4	1.3	1.3	-	-	-	-	48.7
	10万人以上～20万人未満	91	39.6	17.6	8.8	2.2	1.1	1.1	-	1.1	28.6
	20万人以上～30万人未満	58	24.1	27.6	12.1	5.2	3.4	-	1.7	6.9	19.0
	30万人以上～40万人未満	47	34.0	10.6	10.6	4.3	4.3	4.3	-	12.8	19.1
	40万人以上～50万人未満	26	23.1	15.4	19.2	3.8	3.8	3.8	3.8	11.5	15.4
	50万人以上	31	9.7	12.9	3.2	16.1	16.1	-	3.2	29.0	9.7
管内 市町村数	～3未満	128	28.1	22.7	5.5	6.3	2.3	2.3	1.6	9.4	21.9
	3以上～7未満	129	31.0	16.3	7.8	1.6	3.1	-	0.8	4.7	34.9
	7以上	56	39.3	5.4	16.1	-	1.8	1.8	-	8.9	26.8
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	28.7	23.5	7.4	1.5	0.7	0.7	0.7	1.5	35.3
	40人以上～80人未満	126	38.1	14.3	10.3	2.4	3.2	0.8	0.8	6.3	23.8
	80人以上	68	20.6	10.3	5.9	13.2	8.8	2.9	1.5	19.1	17.6

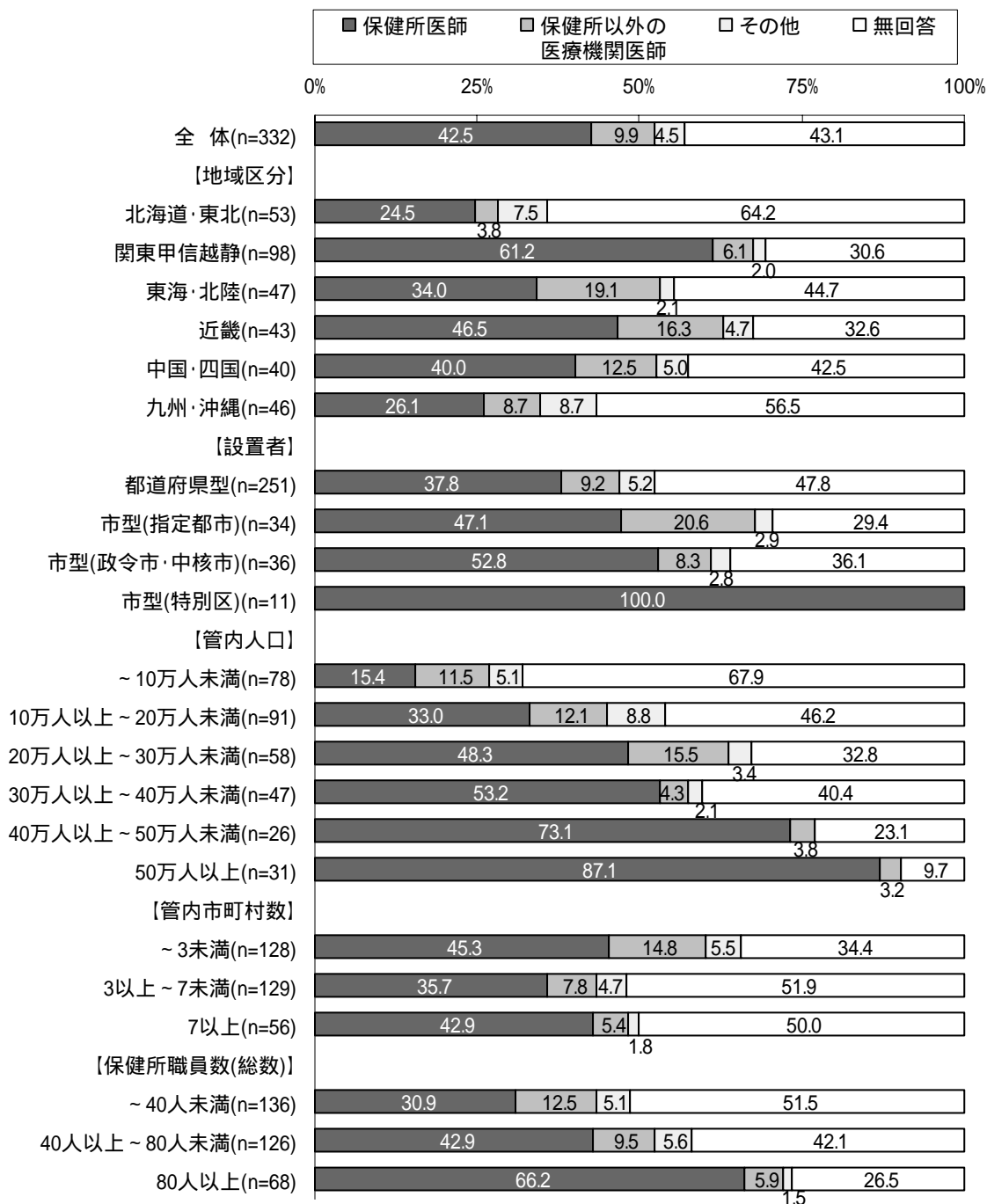
(5) 予防投薬の対象とした濃厚接触者

6月19日頃まで、濃厚接触者のうちどういう原則で予防投薬の対象としたかは以下のとおりである。「濃厚接触者全員」を対象としたのが39%、逆に「対象としなかった」が14%であり、無回答(6月19日までに管内で患者が発生しなかったと推定される)が35%を占めることから、基礎疾患を有するなど特定の原則で濃厚接触者を区分する保健所は多くはなかったとみられる。関東、近畿において、予防投薬の対象とする範囲が他地域より広い傾向にある。



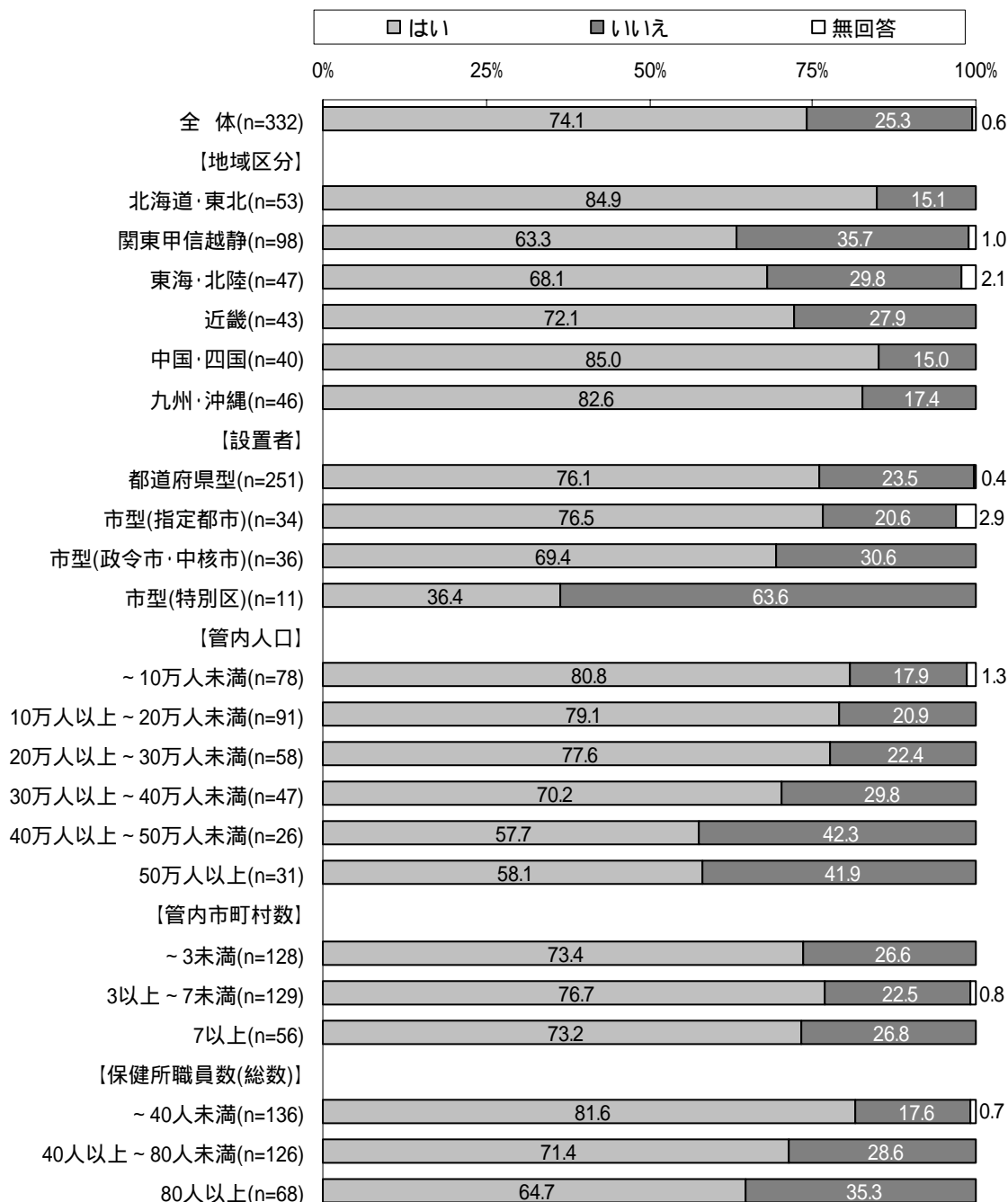
(6) 予防投薬の実施主体

6月19日頃までの予防投薬の実施主体は以下のとおりである。全体では「保健所医師」が43%であるが、関東甲信越静ブロックでは61%と比較的高率であった。一方、東海・北陸ブロックでは「保健所医師」が34%に留まり、「保健所以外の医療機関医師」が19%であった。



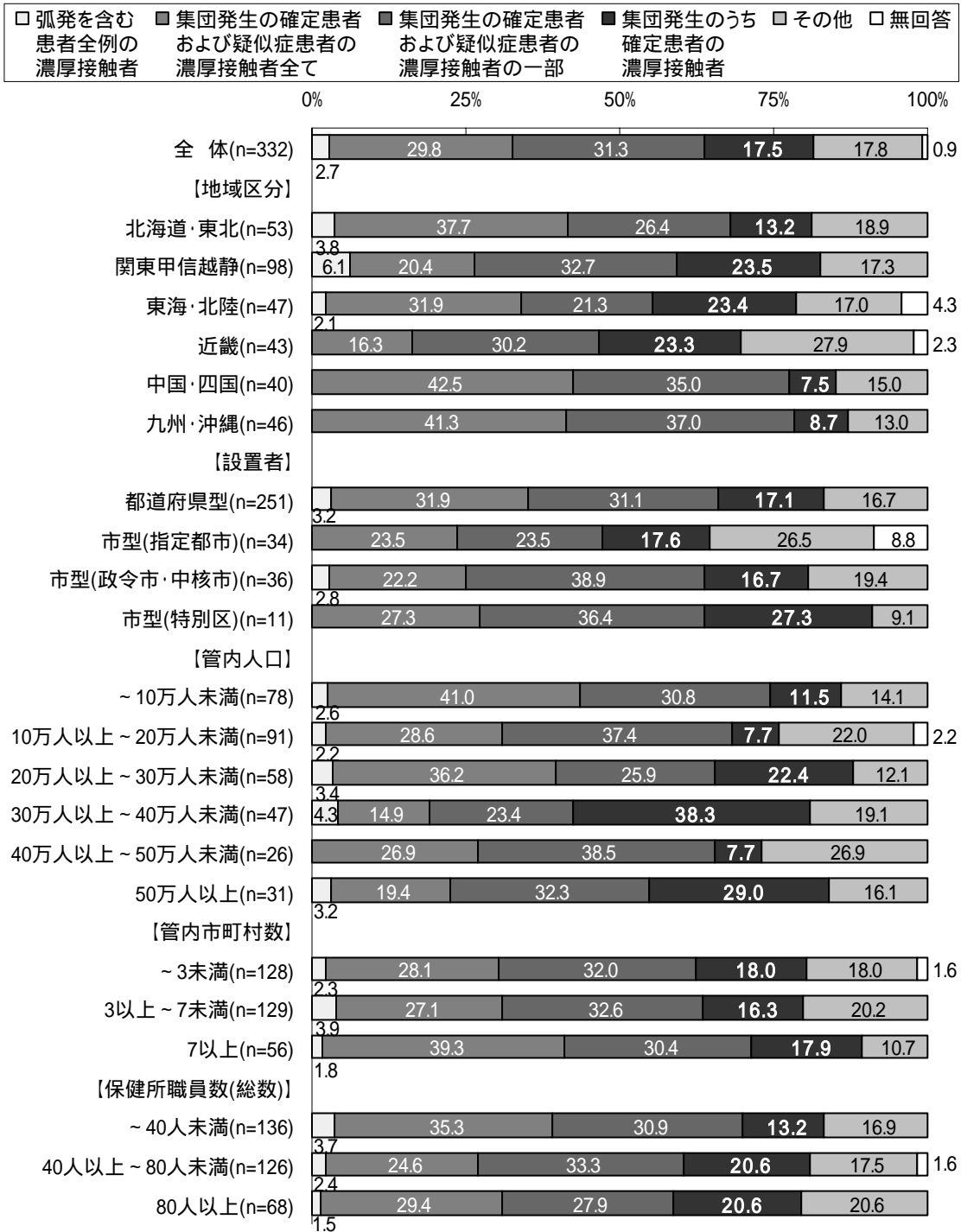
(7) クラスターサーベイランスの実施状況

「クラスターサーベイランスは現在、2例以上のA型陽性患者がいる全ての施設・集団を対象に実施しますか」との問いに対する回答は以下のとおりである。「はい(実施している)」との回答が74%を占めるが、保健所設置者別で見ると特別区が36%と、傾向が他の設置者による保健所と逆転している。クラスターサーベイランスの精度管理の観点から、まん延状態でも、人口規模を問わず運用可能なサーベイランス方式の検討が必要である。



(8) 積極的疫学検査の対象

「患者が発生した場合、積極的疫学調査の対象は現在次のどれに近いですか」との問いに対する回答は以下のとおりである。全般的には、「集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者の一部」31%、「集団発生の確定患者および疑似症患者の濃厚接触者全て」30%、「集団発生のうち確定患者の濃厚接触者」18%であり、「孤発を含む患者全例の濃厚接触者」は3%と僅かである。流行の拡大状況に応じて、対象者の幅を狭めざるを得なかったことが推察される。



なお、本設問では「その他」と回答の場合は具体的記述を求めており、類型化すると以下ようになる。

- 確定患者および疑似症患者(5件)
- 入院患者・重症患者(4件)
- その他の患者・対象者(6件)

集団発生のうち、インフルエンザ様症状を呈する者及び濃厚接触者。
その集団の母体となる施設管理者。
クラスター構成員のみ。
遺伝子検査は原則行われなくなったため、確定患者と疑似症患者の区別はできなくなっている。現在は「集団感染の患者の濃厚接触者の一部」を対象に積極的疫学調査を行っている。
孤発を含む患者全例の濃厚接触者の一部。
(8月25日以降の対応)調査の対象としては、集団発生を認めた濃厚接触者の全てとしている。しかし、集団の状況に応じて対象を限定したこともある。

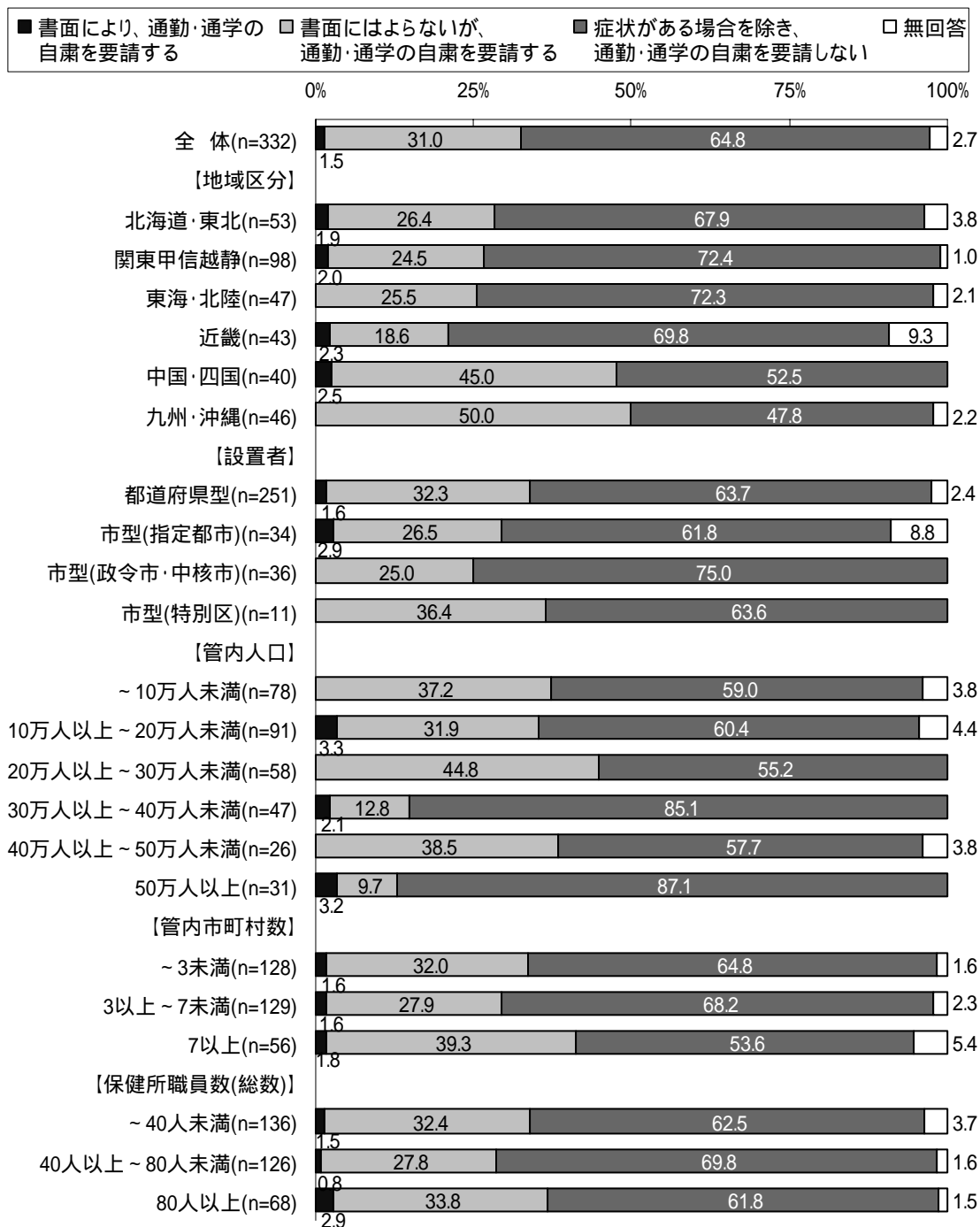
- その他の方針による(13件)

平成21年8月25日付け通知による扱い。
集団発生が疑われる施設等を対象とし、施設長等と連携した簡便な方法で実施している。
8月28日現在、確定検査を行わない。 集団発生への対応は、その集団の連絡担当者を通じて行い、個別には行っていない。
8月28日国運用に準ずる。
集団における感染拡大状況を踏まえ、個々の事例ごとに対象を決定している。
二次感染予防の普及啓発を主に実施している。
集団把握した施設等の状況に応じ判断(現時点実績なし)。
集団発生のうち集団の調査(他の有症患者数等)。
現在は、新型インフルエンザの集団発生が疑われる施設等を把握した場合、当該施設長等と連携してインフルエンザ様症状を呈する者を把握するとなっており、その方針に則っている。
各施設の患者(A(+))の状況(発症日、受診日、迅速キットA(+)、受診医療機関、投薬)を調査依頼。併せて発症クラスター対象グループ(学級、クラブ等)家族に注意書きを配付。最終濃厚接触者の罹患についても当該施設から報告いただくこととしている。
発生範囲及び感染状況の把握。
8月25日まで:孤発(当所が把握した迅速陽性患者全て)を含む患者に対する症例調査、及び濃厚接触者の把握。8月26日から:必要に応じて。
現在は、8月25日付の国からの通知を受けて、集団発生が疑われる施設に対し実施。

- 積極的疫学調査は実施していない(11件)

(9) 濃厚接触者への外出自粛要請

「濃厚接触者への通勤・通学について、現在外出自粛を要請しますか」との問いに対する回答は以下のとおりである。「症状がある場合を除き、通勤・通学の自粛を要請しない」が65%、「書面にはよらないが、通勤・通学の自粛を要請する」が31%で、書面での要請はわずかである。



7. 有益な対策例や資料提供

(1) 伝えたい経験・有効な対策例

これまでの新型インフルエンザ対応において、本会や他の保健所に伝えたい経験、有効と思う対策などを自由記載方式で求めたところ、33カ所の保健所担当者からコメントが寄せられた。

● 対応事例(5件)

<p>経験: 結婚式披露宴での集団感染事例。多自治体にまたがった接触者 137 人(披露宴、2 次会、3 次会参加者)に対して保健所から直接注意喚起を行い、それぞれの接触者住所地自治体に対して健康観察を依頼した。</p> <p>対策: 地域医療機関から迅速検査で A 型インフルエンザが陽性になった症例を個別に保健所に Fax で報告してもらう独自のシステムを現在運用している。個別症例の所属する集団を併せて報告してもらうために、A 型陽性患者 1 名段階から当該集団に対して保健所から注意喚起が可能となり、集団感染の早期探知を可能にしている。また報告を受けた情報を地域医療機関に還元し、地域で留意すべき集団と期間を地域の医療機関が把握できるよう、「A 型陽性患者確認状況一覧(所属および留意期間)」を医療機関に対して発行している。</p>
<p>新型インフルエンザ用で東京都より贈与された陰圧テントを発熱外来へ貸与要綱を作成し貸与したことにより、医療体制の確立に寄与した。</p>
<p>24時間の電話対応をおこなってきた 6月に派遣職員を入れて電話相談を行った。</p>
<p>発熱相談センターとして県庁で1本化していた。また、発熱外来についても発熱相談センターが受診調整をしていた。当初、相談センターの電話回線が少なく「電話が繋がらない」という苦情が殺到したが、回線が増えたことで徐々に解消した。今回のご質問である発熱相談センターの相談件数や発熱外来の受診者数等には回答できません。</p>
<p>7月末までの報告は、他圏域で開催されたイベント等への参加等で、A(+)が数名のみであったが、夏休みに入り、部活動での遠征やキャンプ等、濃厚接触の機会が増えた事により、管内でも一気にA(+)の報告数が増えた。イベントなどクラスターには上げにくいものが多く、確定検査は数例のみ。A(+)増加について、関係機関へ注意喚起すると共に、教育委員会や学校へ「感染拡大防止の注意喚起」を依頼した。</p>

● チラシ・パンフレット等による情報提供(7件)

<p>・保健所で新型インフルエンザの啓発用パンフレット(4月28日)及びフェーズ4の体制について(医療機関用 4月28日)のフロー図を作成(その後の体制の変更に伴い、随時修正)し、スムーズな対応が図られるようにした。</p> <p>・保健所で集団発生時の医療機関対応マニュアル(7月21日の変更を受けて)を作成し、医療機関への周知を図った。</p> <p>・本庁では、「新型インフルエンザ～自宅療養の手引き～」を作成し、また保健所では「新型インフルエンザが心配なとき(受診時の注意事項)」のチラシを作成、医療機関への電話の問い合わせ等が事前に緩和されるように配慮した。[別添資料6]</p>
<p>・県衛生部が作成した、自宅療養の手引き、ポイントのパンフレットを配布し、啓発に努めている。 (http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/kansen/kankeisha.htm)</p>
<p>保健所でパンフレットを作成した。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamakodaira/oshirase/newinflu/index.html[公表可]</p>
<p>診療所で新型インフルエンザを診断した場合、医師が十分な説明をしていないことがあるようで、保健所に患者やその家族からの問い合わせが多かった。そのため、7月の早い時期に家庭での療養や、看護する家族への注意を保健所長の指示の元に、保健所独自のチラシを作成した。医療機関に配布して、患者さんに渡してもらい好評であった。医療機関は診断のついた患者さんには早く帰って欲しいし、患者さんは落ち着いてから心配がどっと出て来るし、保健所は連日多くの相談電話に対応しているということで、独自のチラシが役立った。</p>

保健所では、添付ファイルのパンフレットで、「マスク123運動」を5月から、愛育委員、栄養委員、医療、学校等へ、幅広く、運動を展開してきたのは、持病の方への重症化の予防が、その目的である。 [別添3]
医療機関で、新型インフルエンザ疑い(インフルエンザ簡易迅速検査A型陽性)となった患者に対して交付していただく「チラシ」を作成し、地域医師会に対し活用していただくよう依頼した。
各機関別チラシ

● 他機関との連携(6件)

地域医師会に対して、新型インフルエンザ疑い(インフルエンザ簡易迅速検査A型陽性)者を連絡して下さるよう依頼。
管内医療機関(病院・診療所)、市町村(保健担当、教育委員会)、学校、保育所、幼稚園、社会福祉施設等と連携体制づくりを行い、下記の役割分担で対策を進めている。 患者及び家族への療養指導 診療所や病院外来で医師、看護師が指導 集団発生時の濃厚接触者への指導 保育所、学校の養護教諭等がリストを作成し指導 住民への啓発は市町が実施 、 、 の実施に当たり、保健所が媒体を作成し配付
県内の保健所、県主管課間の情報提供で、当保健所の濃厚接触者の確認の欠落を防止できた。
関係機関連絡会議・研修会
保健所が中心となり、管内医療機関や学校、警察、市町村等関係者が一堂に会する会議を適宜開催し、その時期に応じた現状と課題がタイムリーに協議できている。 管内医療機関の連携会議により、医療現場の現状や課題が共有できている。顔の見える関係機関との連携は大切であると実感している。
・発熱外来等医療体制の整備に当たって、キーパーソン(市医師会長)の存在があったこと。 ・新型インフルエンザ対策連絡協議会(医師会、入院医療機関、関係行政機関等49機関)による情報共有と医療体制の整備促進が図られたこと。[別添2] ・保健所長と医師会、病院等との平素からの人的なネットワークが存在したこと。

● 対策や情報の整備(3件)

関係機関に対して「新型インフルエンザ関連情報」を発信した。 期 間 : H21.4.30 ~ 対象機関: 管内医療機関、市町他 内 容 : 患者発生状況、対策、方針、集団発生状況等 [別添5]
クラスターサーベイランスを実施するに当たり、集団の端緒を把握するため、医師が1人でもA型と診断した場合には、サーベイランス連絡様式「様式1」を保健所へFAXし、その情報を保健所で取りまとめ医師会を通じて各医師会員へ情報を還元し管内の情報共有を図った。また、その情報を取りまとめたものを関係機関へ情報提供した。 医師会員限定情報(発生者一覧:患者の所属団体名等の情報有り) 管内患者状況報告(適宜取りまとめたものを医師会を始め、管内関係機関へ情報提供)[別添7]
入院隔離は必要ないことを症状から季節性インフルエンザに類似していること等、入院症例の臨床症状をFETPがまとめられたこと。(感染症情報センターHPで掲載済)

● 人員・組織の整備(2件)

所全体で健康危機管理体制に取り組むことにより、迅速な対応と各課の連携が強化された。
B C Pの案をバージョンアップしながら、職員の業務量調整を行う。

● 要望・提案等(8件)

<p>・PCR検査の意味の周知と理解が必要である。(PCR検査をしないと治療に影響するのかという患者からの質問あり)</p> <p>・クラスターを迅速に捕らえるには、患者が(児童生徒学生)インフルエンザA(+)と診断されたら、所属する施設等に自分から報告してもらい、その集団の管理者に情報を把握してもらう必要がある。</p> <p>・医師会会員への情報伝達(県医師会 地区医師会 会員)が正確になされるべきである。</p>
<p>患者早期発生であれば、集団発生を早期探知した段階で、学級閉鎖等の処置を講ずることは感染拡大防止に有効である。</p>
<p>迅速な対応と、新型インフルエンザに対する正しい知識の普及がポイントかと思います。</p>
<p>発熱相談センターは限界を超えた。電話でのトリアージには限界があり、同じ方策を考えたのでは次回はさらに破綻するであろう。現在の全医療機関での診察・加療という方式を後退させる必要はないと思われる。</p>
<p>以下の対策が必要。</p> <p>所内：発熱相談の電話等（感染症担当以外のスタッフでも相談に対応出来るようなマニュアルの準備） 刻々と変わる患者数や情報を専門に整理処理する事務担当が必要</p> <p>所外：一般啓発用パンフレット・リーフレットの作成。</p> <p>役に立った対策：患者発生状況や相談数・検査実施数や紹介医療機関の情報等をまとめておく事で、管内の状況が把握できた。また、対策の検証にも役立った。</p>
<p>症状だけで新型インフルエンザと他疾患との区別を発熱相談センターで行うのは不可能。</p>
<p>咳エチケットのポスター等による国レベルのキャンペーンの実施を検討していただきたい。</p>
<p>メディアの報道について、過剰報道については疑問をもった。正しい知識の普及啓発が必要である。</p>

● 苦慮した例(5件)

<p>現在実施しているクラスター調査の積極的疫学調査ですが、クラスターが増加してくると、調査しきれないことと、今回のウイルスの感染力の強さから一般的予防を指導しても感染が広がりやすく、新たなクラスターに飛び火しやすい状況の中で、疫学調査のあり方について対応に非常に苦慮している。</p>
<p>クラスターサーベイランスでPCR検査をした生徒の精神的ショックや周囲の心ない中傷、その生徒や家族、学校へのフォロー等、住民も保健所も大変な思いをしました。今後、強毒化に備えるのであれば、クラスターサーベイランスではなく、定点を増やして監視する方法等で、個人が傷つかない方法で実施してもらいたい。</p>
<p>発生当初は「専門外だから」とか「発熱は診ない」と受診を拒否する医者がおり対応に苦慮した。今の医師は専門化しすぎており特に若い医師は総合医が少なく、結果として重症化するケースが懸念される。今後、感染症対策等をいち早く徹底させるためには、臨床医に対して国立感染症研究所やWHO等の専門家が対応方法をアドバイスするための媒体が欲しいと感じる。今回は社会現象を解消する形でのみ対応が変わっていったように思われる。特に蔓延地域とそうでない地域を区別した対応は混乱を招いた。今後、に備えて、仙台方式のように、はじめから全医療機関での対応を考えて準備しておく必要があると感じている。</p> <p>検疫からの報告による健康調査はとても事務量が多く大変であった。当事者から体調に変化があった場合は報告義務を課すような指導で良かったのではないかと。</p>
<p>発熱相談センター(土日の対応を含む)、患者の移送、PCRの検体持込に要する人員の確保が困難であった。封じ込め期において、発熱外来の設置個所が少なく、医療機関との協力面においての調整が難しかった。</p>
<p>市町村へ情報提供したが、情報提供内容、時期ともに市町村によって考え方が異なり、個人情報保護の観点から 課題が生じた。</p>

● その他(1件)

<p>マスクから情報が提供されたことにより、濃厚接触者にモニタリングをする場合でもスムーズに協力していただけたこと。医療機関との連携、地元医師会への情報提供。</p>

(2) 提供資料

本アンケート調査は電子メールを利用して行い、有用と自認する啓発資料等を添付ファイルで受領した。そのうち、他の保健所に提供可能と了承しての添付は以下の10保健所からあった。

別添	都道府県	保健所名	内容物
1	三重	鈴鹿	パンフ
2	山口	宇部	連絡協議会要領
3	岡山	真庭	チラシ
4	兵庫	伊丹	チラシ
5	栃木	県南	不明
6	山形	置賜	パンフ
7	群馬	利根沼田	資料
8	東京	世田谷	チラシ等
9	岡山	倉敷	疫学調査票
10	福島	県南	チラシ

新型インフルエンザ（A/H1N1）都道府県等対応調査の結果と考察

平成 21 年 11 月 30 日

1. 目的

新型インフルエンザ（A/H1N1）に関して、都道府県、政令指定都市等の保健所設置市（都道府県等）は、基本方針の決定、危機管理体制の整備、人員・予算等の確保と運用などの面で保健所とは異なる役割を有している。

そこで、都道府県等の対応を調査し、その課題を整理して今後の対策・対応に役立てる。

2. 方法

（1）調査対象

- ・都道府県、政令指定都市等保健所設置市（東京特別区を除く）の感染症担当課 111 か所

（2）調査内容

- ・患者発生、医療体制整備、学校等休業等に関する都道府県等の対応及び課題。
- ・数値等は 8 月 24 日までの状況とした。

（3）調査方法

- ・8月下旬、依頼文書とアンケート用紙（エクセルファイルで作成）を調査対象にメール送信し、メールで回収。
- ・回収されたエクセルファイルを集計用エクセルファイルにコピーし、一覧表の形とした。
- ・同一覧表は、パスワードをかけてウェブにアップし、回答した都道府県等にパスワードを知らせ閲覧可能とした。

（4）回答状況

- ・9月3日～10月28日で83か所から回答があった（回答率74.8%）。
- ・都道府県33、政令指定都市13、中核市32、保健所政令市5

3. 結果

注：表中の「0 - 10」は、「0以上10未満」を表す。

（1）PCR検査・患者発生の状況（全数把握及び集団発生の合計）（未集計自治体を除く）

1）PCR検査実施数

人口10万人に対するPCR検査実施数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	29	1.37	11.79	53.43
保健所設置市	50	3.15	17.30	137.25
全体	79	1.37	15.27	137.25

PCR 検査実施数別自治体数

区分	数	0 - 10	10-20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	130 - 140
都道府県	29	15	21	1	0	0	1	0
保健所設置市	50	23	12	9	3	1	1	1
全体	79	38	24	10	3	1	2	1

2) 確定患者数、疑似症患者数

人口 10 万人に対する確定患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	32	0.98	7.47	38.83
保健所設置市	50	0.63	8.59	42.38
全体	82	0.63	8.15	42.38

確定患者数別自治体数

区分	数	0 - 10	10-20	20 - 30	30 - 40	40 - 50
都道府県	32	27	4	0	1	0
保健所設置市	50	38	9	1	0	2
全体	82	65	13	1	1	2

PCR 検査実施数に対する確定患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	29	0.21	0.62	1.00
保健所設置市	50	0.14	0.54	0.88
全体	79	0.14	0.57	1.00

PCR 検査実施数に対する確定患者数別自治体数

区分	数	0.0 - 0.2	0.2 - 0.4	0.4 - 0.6	0.6 - 0.8	0.8 - 1.0
都道府県	29	0	5	8	11	5
保健所設置市	50	2	10	15	19	4
全体	79	2	15	23	30	9

人口 10 万人に対する疑似症患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	30	0.00	1.07	2.23
保健所設置市	47	0.00	1.39	12.60
全体	77	0.00	1.26	12.60

疑似症患者数別自治体数

区分	数	0 - 2	2-4	4 - 6	6 - 8	8 - 10	10 - 12
都道府県	30	26	4	0	0	0	0
保健所設置市	47	40	4	0	1	1	1
全体	77	66	8	0	1	1	1

(確定患者数 + 疑似症患者数) に対する確定患者数
平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	30	0.16	0.43	1.00
保健所設置市	47	0.02	0.50	1.00
全体	77	0.02	0.47	1.00

(確定患者数 + 疑似症患者数) に対する確定患者数別自治体数

区分	数	0.0 - 0.2	0.2 - 0.4	0.4 - 0.6	0.6 - 0.8	0.8 - 1.0
都道府県	30	2	16	6	3	3
保健所設置市	47	4	16	13	5	9
全体	77	6	32	19	8	12

(2) 集団発生における PCR 検査・患者発生の状況 (未集計自治体を除く)

1) 集団発生件数数

人口 10 万人に対する集団発生件数
平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	32	0.68	2.98	25.99
保健所設置市	50	0.00	2.38	5.62
全体	82	0.00	2.61	25.99

集団発生件数自治体数

区分	数	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 6	25 - 26
都道府県	32	8	4	13	3	2	1	1
保健所設置市	50	8	12	12	12	4	2	0
全体	82	16	16	25	15	6	3	1

2) 集団発生における PCR 検査実施数

人口 10 万人に対する PCR 検査実施数
平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	30	0.73	3.33	12.29
保健所設置市	48	0.00	3.51	20.33
全体	78	0.00	3.45	20.33

PCR 検査実施数自治体数

区分	数	0 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	8 - 10	12 - 14	18 - 20	20 - 22
都道府県	30	8	12	8	1	0	1	0	0
保健所設置市	48	15	23	6	1	1	0	1	1
全体	78	23	35	14	2	1	1	1	1

3) 集団発生における確定患者数、疑似症患者数

人口 10 万人に対する確定患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	31	0.73	3.09	11.14
保健所設置市	48	0.00	3.31	17.84
全体	79	0.00	3.22	17.84

確定患者数別自治体数

区分	数	0 - 2	2 - 4	4 - 6	6 - 8	8 - 10	10 -
都道府県	31	10	14	6	0	0	1
保健所設置市	48	16	22	5	2	1	2
全体	79	26	36	11	2	1	3

PCR 検査実施数に対する確定患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	29	0.67	0.96	1.22
保健所設置市	42	0.00	0.96	2.42
全体	71	0.00	0.96	2.42

確定患者数別自治体数

区分	数	0.0 - 0.1	0.5 - 0.6	0.6 - 0.7	0.7 - 0.8	0.8 - 0.9	0.9 - 1.0	1.0 - 1.1	1.1 -
都道府県	29	0	0	1	2	1	6	18	1
保健所設置市	42	1	1	1	3	3	7	24	4
全体	71	1	1	2	5	4	13	42	5

人口 10 万人に対する疑似症患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	28	0.00	11.00	29.27
保健所設置市	46	0.00	10.25	74.98
全体	74	0.00	10.54	74.98

疑似症患者数別自治体数

区分	数	0 - 10	10 - 20	20 - 30	60 - 70	70 - 80
都道府県	28	15	9	4	0	0
保健所設置市	46	29	13	2	1	1
全体	74	44	22	6	1	1

(確定患者数 + 疑似症患者数) に対する確定患者数

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	28	0.12	0.25	1.00
保健所設置市	43	0.04	0.36	1.00
全体	71	0.04	0.32	1.00

確定患者数別自治体数

区分	数	0.0 - 0.2	0.2 - 0.4	0.4 - 0.6	0.6 - 0.8	0.8 - 1.0
都道府県	28	16	8	3	0	1
保健所設置市	43	12	19	5	2	5
全体	71	28	27	8	2	6

(3) PCR 検査体制

1) PCR 検査実施可能数

地方衛生研究所 1 日あたりの PCR 検査可能数

(地方衛生研究所を有する自治体で、数字を記載のところのみ)

平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	32	7.7	45.1	143
保健所設置市	14	3	47.9	200
全体	46	3	46.0	200

PCR 検査可能数別自治体数

区分	数	0 - 20	20 - 40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	100 -
都道府県	32	7	9	5	5	4	2
保健所設置市	14	4	4	1	2	1	2
全体	46	11	13	6	7	5	4

保健所設置市の場合

- ・自前の地方衛生研究所を設置していないことが多く、今回も 19 の保健所設置市が PCR 検査を都道府県地方衛生研究所に委託していると回答している。

2) PCR 検査に関する独自の実施基準

8 月 24 日までの間に独自の基準を設けていた自治体：7

- ・クラスターで 1 検体
- ・集団感染を疑う場合
- ・同一集団からの発生患者数を 2 名以上にこだわらず、感染拡大の状況を見て判断 (即時感染拡大防止対策をとり、新たな患者の発生がない場合は行わない)
- ・散発事例についても、協力医療機関において実施
- ・集団発生のおそれがある場合は、1 例目でも検査可能
- ・行政が必要と認めた場合を追加
- ・学校、社会福祉施設の集団感染疑い確認事例のみ
- ・重症例のみ

8 月 25 日以降で独自の基準を設けていた自治体：7

- ・クラスターで 1 検体
- ・医療機関依頼分で相当の理由のあるものについてのみ実施
- ・集団感染を疑う場合
- ・当面散発事例についても、協力医療機関において実施
- ・入院サーベイランス、ウィルスサーベイランスのみに限っている
- ・行政が必要と認めた場合を追加
- ・重症例のみ

3) 培養検査実施可能数

(地方衛生研究所を有する自治体で、数字を記載のところのみ)

地方衛生研究所1日あたりの分離・培養検査実施可能数
平均等

区分	数	最小	平均	最大
都道府県	21	0	30.0	200
保健所設置市	9	0	1.4	4
全体	30	0	21.5	200

分離・培養検査実施可能数別自治体数

区分	数	0 - 20	20 - 40	80 - 100	140 - 160	180 - 200
都道府県	21	13	5	1	1	1
保健所設置市	9	9	0	0	0	0
全体	30	22	5	1	1	1

4) 「検査に関する問題点」として自由記載された内容

- ・検査員、検体回収・搬送の確保。(9自治体)
- ・検査に要する経費、機器の確保。(6)
- ・急激な感染拡大に伴い、重症患者などにどこまで対応できるか不安である。(4)
- ・都道府県立衛生研究所に委託しており、搬入時間や検査件数などに限度がある。(3)
- ・都道府県立衛生研究所に委託しており、検査数や結果通知の調整などに苦慮している。(2)
- ・検査法が全国で統一されていない。近隣市とでも対応にずれが生じている。(2)
- ・患者や医療機関などの要望で検査するものではないことの周知が必要。(2)
- ・都道府県立衛生研究所に委託しているため、国と方針が異なり、対応に苦慮している。
- ・反応時間が長くかかり、負担が大きい。
- ・医療機関・自治体の労力の負担の軽減。
- ・サーベイランス体制が煩雑で、規模が大きい病院では周知徹底が難しい。
- ・検体回収、搬送が保健所に負担
- ・サーベイランス等の検査結果をタイムリーで効果的に還元する方法(時期、目的等)
- ・県外からの集団が滞在地で集団発生した場合のPCR検査は住所地都道府県対応とすべき。
- ・学校等からの報告があれば、診察した医師からの報告は必要ないのではないか。
- ・季節性インフルエンザのリアルタイムPCR法の検査方法が国から示されていない。
- ・物理的な限界と必要な検査件数等のバランス
- ・国の基準変更より先行して体制を変更した。
- ・通常のインフルエンザ定点サーベイランスと病原体サーベイランスで十分ではないか。
- ・簡易検査キットのあり方。
- ・短期間での体制が変更され、関係機関への周知で混乱

(4) 今回のような病原性の想定

- ・H5N1 インフルエンザのような高い病原性ではなく、今回のような病原性の新型インフルエンザの発生を事前に想定していた自治体は、7都道府県。
- ・そのうち、想定していた病原性は、致死率1%が1自治体、2%が2自治体。

(5) 業務継続計画 (BCP) の策定

BCP を策定した時期別自治体数

区分	数	4月以前	同5月～8月	今後予定	予定なし
都道府県	33	4	8	20	1
保健所設置市	49	4	8	33	4
全体	82	8	16	53	5

BCP に盛り込んでいる内容別自治体数 (複数回答)

区分	数	縮小業務	他部局の応援	新型インフルエンザ業務量	欠勤代替法
都道府県	33	28	21	20	18
保健所設置市	49	37	23	21	17
全体	82	65	44	41	35

上記以外で BCP に盛り込んでいる内容

- ・ 職員や職場内の感染防止対策 (7)
- ・ 職員や職員の家族が発症した時の対応 (2)
- ・ 職員の健康管理・安否確認 (2)
- ・ 基礎疾患を有する職員への配慮等
- ・ 事前準備策、事後対応策
- ・ 環境整備、庁舎管理 (2)
- ・ 新たに発生する業務
- ・ 危機管理体制の整備

BCP を策定する予定がない理由

- ・ 各部署において作成するため。(2)
- ・ 策定に関して部局間での意思統一が図られていないため。
- ・ 必要であると考えているが、具体的な計画策定については着手できていない。
- ・ 策定の必要性を含め検討中

(6) 「行動計画・マニュアル等の問題点」として自由記載された内容

- ・ 低病原性に対応する対策の検討やマニュアルの作成。(11)
- ・ 保健所のみならず、他部局を含めた全庁的な対応が必要。(5)
- ・ 事業継続計画 (BCP) は、まん延期の期間が不明、業務内容によって対応が異なるなどの理由で、具体的なマニュアルの作成が困難である。(3)
- ・ 低病原性の対策を盛り込むことで、高病原性との違いに迷う (例 : 休業措置の基準等)。(2)
- ・ 権限を一元化した国家危機管理体制。(2)
- ・ 低病原性に対するマニュアルの要否。(2)
- ・ 流行の影響を正確に推測することが困難である。
- ・ 医療体制の確保、業務縮小、人員体制など地域の実情を考慮した具体的内容への改定。
- ・ 医療体制、ワクチン・予防接種に関する行動計画・ガイドラインの改定
- ・ 現状に即応できる体制・計画。
- ・ 行動計画の見直しと修正
- ・ 都道府県と保健所設置市との役割分担。
- ・ 市町村の対策全体を示す標準行動計画 (マニュアル) の作成。

- ・強毒性インフルエンザへの対応。
- ・法的な位置付けがなく、対策に職員の温度差等がある。
- ・広域な対応が必要であり、国や都道府県の積極的な指導が必要。
- ・平常業務を通常どおり実施する中で、全庁的な対応計画ができていない。
- ・通常業務の人員確保にも苦慮しており、行動計画上の人員の確保はさらに困難である。
- ・対応が変更となった場合の関係者や住民への周知。
- ・前例のない新型インフルエンザであり、弱毒性ということもあり、危機管理意識が低い。
- ・高病原性から低病原性への切り替えを周知する時間がかかる。

(7) 医療体制

1) 6月19日国方針に沿った医療体制の変更時期

変更時期別自治体数

区分	数	6月19日以前	6月19日	6月20～30日	7月中	8月中	変更なし
都道府県	33	0	2	1	21	9	0
保健所設置市	47	2	6	5	23	10	1
全体	80	2	8	6	44	19	1

変更なしの理由

- ・登録医療機関での実施にしたため。

2) 発熱外来の設置数(予定を含む)

医療機関併設型発熱外来の設置状況別自治体数

区分	数	設置数	4月以前	4月から6月19日国方針変更まで	6月19日国方針変更以降
都道府県	33	未定・不明	6	4	9
		設置数判明 (平均設置数)	25 (69.7)	29 (31.7)	6 (694.2)
		「全医療機関」	2	0	17
保健所設置市	50	未定・不明	12	10	13
		設置数判明 (平均設置数)	38 (1.7)	40 (6.0)	24 (129.2)
		「全医療機関」	0	0	13
全体	83	未定・不明	18	14	22
		設置数判明 (平均設置数)	63 (28.7)	69 (16.8)	30 (242.2)
		「全医療機関」	2	0	30

独立型発熱外来設置の自治体数

区分	数	設置数	4月以前	4月から6月19日 日国方針変更まで	6月19日国方針 変更以降
都道府県	83	自治体数 (平均設置数)	1 (1.0)	4 (5.8)	1 (1.0)
保健所設置市	50	自治体数 (平均設置数)	3 (1.0)	6 (1.0)	2 (18.5)
全体	83	自治体数 (平均設置数)	4 (1.0)	10 (2.9)	3 (12.7)

3) 入院医療機関の確保数(予定を含む)

流行初期における入院医療機関の確保数別自治体数

区分	数	確保数	4月以前	4月から6月19日 日国方針変更まで	6月19日国方針 変更以降
都道府県	33	未定・不明	7	5	11
		確保数判明 (平均設置数)	25 (20.5)	28 (17.5)	11 (49.5)
		「全医療機関」	1	0	11
保健所設置市	50	未定・不明	10	11	19
		確保数判明 (平均設置数)	40 (2.0)	39 (2.1)	25 (6.2)
		「全医療機関」	0	0	6
全体	83	未定・不明	17	16	30
		確保数判明 (平均設置数)	65 (9.1)	67 (8.5)	36 (19.4)
		「全医療機関」	1	0	17

流行初期における入院医療機関の病床確保数別自治体数

区分	数	病床数	4月以前	4月から6月19日 日国方針変更まで	6月19日国方針 変更以降
都道府県	33	未定・不明	12	8	17
		確保数判明 (平均設置数)	21 (746.4)	25 (322.2)	10 (3277.1)
		「全医療機関」	0	0	6
保健所設置市	50	未定・不明	14	18	26
		確保数判明 (平均設置数)	36 (26.2)	32 (14.3)	20 (368.2)
		「全医療機関」	0	0	4
全体	83	未定・不明	26	26	43
		確保数判明 (平均設置数)	57 (291.6)	57 (149.3)	30 (1337.8)
		「全医療機関」	0	0	10

まん延期における入院医療機関の確保数別自治体数

区分	数	確保数	4月以前	4月から6月19日 日国方針変更まで	6月19日国方針 変更以降
都道府県	33	未定・不明	13	11	13
		確保数判明 (平均設置数)	17 (24.8)	19 (24.0)	13 (54.5)
		「全医療機関」	3	3	7
保健所設置市	50	未定・不明	18	18	23
		確保数判明 (平均設置数)	30 (3.1)	29 (3.3)	19 (8.1)
		「全医療機関」	2	3	8
全体	83	未定・不明	31	29	36
		確保数判明 (平均設置数)	47 (11.0)	48 (11.5)	32 (26.9)
		「全医療機関」	5	6	15

まん延期における入院医療機関の病床確保数別自治体数

区分	数	病床数	4月以前	4月から6月19日 日国方針変更まで	6月19日国方針 変更以降
都道府県	33	未定・不明	17	14	18
		確保数判明 (平均設置数)	14 (2045.9)	17 (1715.6)	12 (4308.1)
		「全医療機関」	2	2	3
保健所設置市	50	未定・不明	21	23	28
		確保数判明 (平均設置数)	28 (53.9)	26 (47.4)	16 (221.4)
		「全医療機関」	1	1	5
全体	83	未定・不明	38	37	46
		確保数判明 (平均設置数)	42 (717.9)	43 (707.0)	28 (1972.9)
		「全医療機関」	3	3	8

4) 妊婦への診療体制

診療体制別自治体数

区分	数	かかりつけ医	医療機関を限定	他科が対応	その他	未定・不明
都道府県	33	9	0	8	12	33
保健所設置市	50	11	0	15	10	14
全体	83	20	0	23	22	47

「その他の対応」の具体的な内容

- ・かかりつけ医に連絡し指示を受ける。(9)
- ・限定しない。(2)
- ・入院は、あらかじめ受け入れ可能とする医療機関へ誘導。
- ・保健所ごとに各地域で医療体制を確保する。
- ・分娩周辺期の軽症妊婦については、産科一次医療機関で対応。

診療体制が未定の理由

- ・かかりつけ医などの医師や医療機関の判断によるため。(4)
- ・調整中。(3)
- ・調整が済んでいないため(進んでいない)。(3)
- ・事例によって対応が異なるため。(2)
- ・すべての医療機関で対応、としているため。
- ・医療圏が市域を越えており、都道府県の方針に合わせた対応となるため。
- ・本人が事前に主治医と相談することになっているため。

5) 透析患者への診療体制

診療体制別自治体数

区分	数	かかりつけ医	医療機関を限定	他科が対応	その他	未定・不明
都道府県	33	23	0	0	6	4
保健所設置市	50	23	0	0	10	17
全体	83	46	0	0	16	21

「その他の対応」の具体的な内容

- ・かかりつけ医に連絡し指示を受ける。(4)
- ・検討中。(4)
- ・入院は、あらかじめ受け入れ可能とする医療機関へ誘導。(2)
- ・保健所ごとに各地域で医療体制を確保する。
- ・都道府県が対応。

診療体制が未定の理由

- ・かかりつけ医などの医師や医療機関の判断によるため。(8)
- ・調整が済んでいないため(進んでいない)ため。(8)
- ・事例により対応が異なるため。
- ・すべての医療機関で対応、としているため。
- ・医療圏が市域を越えており、都道府県の方針に合わせた対応となるため。

6) 小児への診療体制

診療体制別自治体数

区分	数	かかりつけ医	医療機関を限定	他科が対応	その他	未定・不明
都道府県	33	25	0	0	5	3
保健所設置市	50	36	1	0	4	9
全体	83	61	1	0	9	12

「その他の対応」の具体的な内容

- ・かかりつけ医への相談。(3)
- ・入院は、あらかじめ受け入れ可能とする医療機関へ誘導。
- ・検討中。
- ・保健所ごとに各地域で医療体制を確保する。
- ・都道府県が対応。

診療体制が未定の理由

- ・かかりつけ医などの医師や医療機関の判断によるため。(3)
- ・調整中。(3)
- ・事例により対応が異なるため。
- ・すべての医療機関で対応、としているため。
- ・医療圏が市域を越えており、都道府県の方針に合わせた対応となるため。

7) 妊婦、透析患者、小児以外の特別な診療体制の例

- ・重症患者については二次医療機関である公的医療機関が対応する。
- ・精神科の対応が困難と思われる(具体的な方策はない)。
- ・循環器・呼吸器疾患等(基礎疾患のない一般の患者も含む)の入院を要しない軽症患者、入院を要する中等症・重症患者の受け入れ先を指定している。

8) 医療機関への補助等の支援

補助等の支援を行っている(予定を含む)自治体数

区分	数	医療従事者補償	防護員補助	陰圧病床	人工呼吸器	間仕切り
都道府県	33	3	31	17	30	22
保健所設置市	50	4	31	0	6	3
全体	83	7	62	17	36	25

医療従事者への補償

内容

- ・自治体設置の発熱外来に従事した場合、条例や公務災害による補償を予定。(4)
- ・自治体の依頼による発熱外来を実施する医療機関に対して、設備整備、施設整備、医療従事者への補償などの補助金事業を実施。
- ・保障事例発生時に補正予算で対応する。

支援を行わない理由

- ・自治体単独での補償制度の創設は困難である。全国一律の制度が必要。(22)
- ・すべての医療機関で診療となっており、各医療機関で対応すべき。(11)
- ・財政上の理由。(5)
- ・都道府県の対応である。(5)
- ・病原性から考えても、休業要請等を求めていることから、必要性がない。(4)
- ・医師会及び医療機関からの要望がない。(2)
- ・医師等の責務である。
- ・法的な規定がない。
- ・医療従事者を優先にワクチンを接種する。
- ・感染が拡大し、医療行為による感染であるとの確定が困難。
- ・標準予防策の徹底で感染防止が図れる。
- ・感染防護具等の配布で対応。

感染防護具への補助

内容

- ・N95 マスク、ゴーグル、ガウン、消毒薬等。

支援を行わない理由

- ・発熱外来廃止後は、特段一般の医療機関に対して物品等の提供等に行っていない。 2
- ・全医療機関での診療、低病原性を踏まえ、院内感染予防対策の中で対応すべき。 8
- ・都道府県で対応。 6
- ・医師会及び医療機関からの要望がない。

陰圧病床への補助

内容

- ・簡易陰圧装置、陰圧テント等。

支援を行わない理由

- ・都道府県で対応。(20)
- ・全医療機関での診療、低病原性を踏まえ、通常の施設で対応が可能。(13)
- ・国の補助制度を活用。(12)
- ・財政上の理由。(4)
- ・感染症指定医療機関の整備を優先。(2)
- ・医療従事者を優先にワクチンを接種する。
- ・対象の選定が困難。
- ・補助しても運用に困る。

人工呼吸器への補助

内容

- ・購入またはレンタルの費用。

支援を行わない理由

- ・都道府県で対応。(20)
- ・国の補助制度を活用。(11)
- ・財政上の理由。(2)
- ・全医療機関での診療、低病原性を踏まえ、通常の施設で対応が可能。
- ・政策の開発自体に苦慮している。
- ・稼働率をみると、現在の保有台数で足りる。

間仕切りへの補償

内容

- ・クリーンパーティション、衝立、HEPA ユニット。

支援を行わない理由

- ・都道府県で対応。(13)
- ・国の補助制度を活用。(11)
- ・財政上の理由。(2)
- ・全医療機関での診療、低病原性を踏まえ、通常（既存）の施設で対応が可能。(9)
- ・政策の開発自体に苦慮している。
- ・各医療機関で対応すべき。

9) 予防投与薬の配布

予防投与薬の配布及びその時期

区分	数	配布自治体	配布時期				
			4月以前	5月	6月	7月	8月以降
都道府県	33	20	3	9	4	1	3
保健所設置市	50	15	0	8	1	1	5
全体	83	35	3	17	5	2	8

予防投薬の配布先

区分	数	配布自治体	配布先（配布先不明を除く）		
			医療機関のみ	保健所のみ	医療機関・保健所
都道府県	33	20	4	10	6
保健所設置市	50	15	9	2	3
全体	83	35	13	12	9

予防投薬の自己負担

- ・ 1か所（都道府県）のみ、「国提示契約単価に同じ」。
- ・ 残りの自治体は、すべて無料。

予防投薬の投与対象

区分	数	配布自治体	投与対象（投与先不明を除く）		
			感染予防のみ	発病予防のみ	感染予防・発病予防
都道府県	33	20	5	7	6
保健所設置市	50	15	3	6	4
全体	83	35	8	13	10

予防投与薬を配布しない理由

- ・ 都道府県が対応する。（14）
- ・ 予防投与はしないこととなったため。（8）
- ・ 個人の重症化防止の観点から自己負担が原則。（4）
- ・ 医療機関用に配布するほど備蓄がない。（2）
- ・ 流通が枯渇した時に放出することとしている。（2）
- ・ 検討中。
- ・ 対象となる事例が発生した場合、医師から連絡を受け提供することとしている。
- ・ 発生がなかった。
- ・ 予防投与は個々の医療機関で判断して実施する。
- ・ 防疫従事者用として管理しているため、積極的配布は行わない。

10) 「医療体制に関する問題点」として自由記載された内容

- ・病床の確保、重症患者、専門性の高い領域などにおける入院体制の確保・調整。(19)
- ・患者数の急増に向けた医療提供体制の確保。(5)
- ・外来診療、救急部門への患者の集中。(5)
- ・時間外診療。(4)
- ・補償問題。(4)
- ・医療情報の集約と医療機関・住民への周知が困難である。(3)
- ・医療機関に対する自治体の財政支援に限度がある。(3)
- ・医療機器・設備の整備、医療資機材の確保。(3)
- ・発熱外来のあり方等、これまでの対応について検証が必要。受診の遅れ、再受診による負担の増加等の課題がある。(2)
- ・国や都道府県による広域的な対応。(2)
- ・強毒性インフルエンザへの対応。(2)
- ・人員体制。
- ・補助金の対象が限定的で、実情と合わない。
- ・ワクチン接種の実施方法。
- ・医療機関によるBCPの策定。
- ・搬送体制の確保。
- ・医療機関における感染対策の徹底。
- ・体制変更に伴う大混乱。
- ・医療対策の遅れ

(8) 学校等の休業

学校等の休業基準

区分	数	あり	具体的な欠席者数・率を設けている自治体数						
			1人	2人	3人	5人	10人	10%	20%
都道府県	33	19	0	2	0	1	1	10	1
保健所設置市	50	24	1	3	1	0	0	11	2
全体	83	43	1	5	1	1	1	21	3

「学校等の休業に関する問題点」として自由記載された内容

- ・学業への影響が大きい。(5)
- ・感染拡大防止対策の指導と徹底(休業中の児童の行動など)。(3)
- ・基準を設けていても、学校独自の運用になっている。(3)
- ・合理的かつ適切な発生情報の管理。(2)
- ・社会福祉施設における臨時休業の取扱い。(2)
- ・発生初期時の個別学校名、年齢区分等の公表時の風評被害と、公衆衛生上の注意喚起とのバランスの取り方。(2)
- ・統一した対応策を決めておらず、各部門における対応となっていた。(2)
- ・患者本人の休みの期間が医師によって異なり、保護者が混乱している。(2)
- ・過剰な不安から休校等を求める保護者への対応。
- ・事業所等で集団発生した場合の休業措置の基準がない。
- ・措置の基準が学校等から求められるが、基準が必要か要検討。
- ・全国の統一基準が示されていない。
- ・閉鎖状況を見ながら基準の見直しを行っていく必要がある。

- ・保健所の要請基準と教育委員会等との実施基準とのズレ。
- ・休業期間が同じ地域の中でも設立主体によって異なる。
- ・保育園における休業の判断が難しい。
- ・児童等の親が就業している場合等の休業中の児童等への対応。
- ・治癒証明書が医療機関の負担が増している。
- ・学年、学校閉鎖の判断基準がないので判断に苦慮している。
- ・保健所の探知（2人以上）と臨時休業の基準（2名かつ1割以上）で差がある。

(9)「ワクチン接種に関する問題点」として自由記載された内容

- ・低所得者の費用負担やその補助。(13)
- ・対象者の把握と選定、詳細な優先順位のつけ方。(10)
- ・各医療機関のワクチン使用料・必要量の迅速な把握と配分を円滑に行う体制・考え方。(8)
- ・接種スケジュールが過密である。時間がない。(8)
- ・ワクチン接種開始までの問い合わせ、不安・苦情等に対する対応、広報。(7)
- ・ワクチンの確保、流通。(4)
- ・ワクチン自体の有効性及び副反応が未確認。情報が不足している。(3)
- ・国による制度の明確化。法的根拠がない。(3)
- ・集団接種の考え方。(2)
- ・自治体の負担の軽減。
- ・流行に間に合うまでに接種できない。
- ・国産ワクチンと輸入ワクチンの接種対象者の設定。
- ・補償制度等の法的整備
- ・安全性の確保。
- ・接種の予約方法。

(10)「その他の問題点」として自由記載された内容

- ・自治体、医療機関、住民への情報提供が不十分。遅い。(4)
- ・県庁内部の組織体制のあり方。(2)
- ・9月1日時点では、クラスターサーベイランスの疫学調査を早期緩和し、季節性インフルエンザ相当の対応にすることが望まれる。
- ・病原性、毒性及び感染性等に応じた感染症の類型を策定し、対策対応の選択肢を持たず等検討が必要ではないか。
- ・通常業務をしながらの新型インフルエンザ対策であり、人で不足で現場は多忙を極めている。
- ・強毒性の新型インフルエンザが発生した場合の関係者の各種作業の軽減。
- ・医療機関が市に集中しており、近隣市町村の患者のPCR検査料が財政的な負担となっている。

4. 考察 ~ 今後に向けて

(1) PCR 検査

1) PCR 検査の実施状況

- ・PCR 検査の実施数そのものは、発生状況に左右されるので、自治体によって異なることは十分に考えられる。
- ・しかし、「PCR 検査実施数に対する確定患者数」を見ると、平均値が 0.57 であるものの、小さい自治体は 0.1 台であり、大きい自治体は 1.00 となっている。これだけの幅があるということは、PCR 検査の実施に関する基準や考え方が自治体によって大きく異なることを推測させるものである。
- ・また、「(確定患者数 + 疑似症患者)に対する確定患者数」の値も、平均は 0.47 だが、小さい自治体は 0.2 台であり、大きい自治体は 1.00 となっている。この幅は、疑似症患者をどう扱うかにも影響を受けているが、やはり PCR 検査の実施状況が影響していることも考えられる。
- ・これらのことは、全数把握の場合のみならず、集団発生の場合にも見られる。
- ・PCR 検査の実施やその基準については、発生早期から注目されており、また、PCR 検査を実施するかどうかで保健所と医療機関との間で考え方のずれがあり、双方の行き違いによる混乱もあったようである。
- ・こうした状況も踏まえ、自治体によっては PCR 検査の実施基準を独自に設けている自治体も多かった。
- ・また、PCR 検査の実施は、症例定義と密接に関係しているが、その症例定義が週の単位で細かく変更された。さらに、「感染が急速に拡大している地域」といった表現が使われ、当初は具体的な地域名が提示されたものの、その扱いが個々の事例ごとに異なっていたことが推測される。
- ・以上を総合すると、症例定義や PCR 検査の適応について、情勢が刻々と変化していく中で困難かもしれないが、より明確な規定が望ましいと言える。そして、可能であれば、その内容や考え方をあらかじめ医療関係者や国民に説明しておき、発生時の混乱を回避するといいいのではないか。

2) PCR 検査可能数

- ・都道府県立、保健所設置市立を問わず、実施可能数の幅が大きい。
- ・また、保健所が検体を手で取っても、それを地方衛生研究所に搬入する手間と労力も大きい。
- ・さらには、保健所設置市の場合、独自の衛生研究所を所有しておらず、都道府県立の施設に委託しているケースが多く、その際には依頼や搬入が手間になるだけでなく、実施するかどうかの判断を委託元である保健所設置市ではなく、受託先である都道府県が決めてしまうと言う弊害も生じている。
- ・PCR 検査実施数にこうした限界がある一方、医療関係者や国民は PCR 検査の実施に大きな関心を寄せることになり、1) で記載の行き違いを増長させた可能性がある。
- ・今後は、行政上必要な PCR 検査が実施できる体制を強化し、迅速に新型インフルエンザが診断できるようにすることが肝要である。
- ・そして、PCR 検査実施数に限りがあることから、治療方法が季節性インフルエンザと大差ないことが判明した時点で PCR 検査は基本的には実施しない、とし、そのことをあらかじめ行動計画かガイドラインに記載し、関係者の理解を得ておくことが望ましい。

(2) 病原性の想定

- ・事前に今回のような病原性まで想定していた自治体は、7都道府県にとどまっており、その中で想定されている病原性も、致死率が1～2%とされており、今回、流行している新型インフルエンザの病原性よりもかなり高い。
- ・一方、実際に流行した新型インフルエンザは、国や自治体のレベルで事前に策定されていた行動計画・ガイドライン等よりも低い病原性であることなどから、5月以降、これらの行動計画・ガイドラインの規定から離れた対応が続いている。
- ・感染性、病原性それぞれにある程度幅を持たせるとともに、柔軟な運用が可能な行動計画等が必要であり、また、今回の新型インフルエンザの発生や対応状況を振り返り、その流れを整理して今後の対応に活かすことが重要である。

(3) 業務継続計画（BCP）の策定

- ・発生前にBCPを策定していた自治体が数か所だったが、発生後に策定した自治体もあるなど、BCPの策定が少しずつ進んできたと言えるが、今後予定とする自治体が多数であることから、今後も注視が必要である。
- ・また、その内容を見ると、縮小業務を規定している自治体は多いが、他部局からの応援、新型インフルエンザの業務量、欠勤代替法の規定を設けている（予定を含む）ところが必ずしも多くない。
- ・実際、今回の発生に対して、他部局の応援があまり得られず、保健所部門に偏った負担となっているとの指摘も出されている。
- ・さらに、各部局が作成、部局間の意思統一が不十分といった状況もある。
- ・BCPについてはすでに報告されているガイドラインなどを活用しながら、自治体内で危機管理体制を活用しながら、早急に策定することが望まれる。
- ・そして、それを踏まえた机上訓練等を通して実効性を確認することも必要である。

「平成20年度地域保健総合推進事業全国保健所長会協力事業『新型インフルエンザ保健所対応マニュアル平成20年度版（別冊）』保健所における新型インフルエンザ発生時業務継続計画（BCP）策定ガイドライン」（全国保健所長会ホームページ）

(4) 医療体制

1) 医療体制の変更

- ・患者が急増した自治体では、国が「全医療機関で診療を」とする方針に転換する前からそのような対応をとっていた。このような対応は、行動計画にも規定されており、また、実際にそのようにせざるを得なかった結果と言える。
- ・一方、6月中に体制が変更できたのは14自治体と多くない。約半数は7月中の変更であり、また、8月にずれ込んだ自治体も2割近くある。
- ・こうした医療体制の変更は、行動計画・ガイドラインに規定されていたこととは言え、医療機関の確保、そして医師会等の関係機関との調整が困難であったことを示している。
- ・ただ、患者の発生状況や感染拡大の様子が自治体によって異なっている可能性があり、医療体制もそうした状況を踏まえて決められるものであることから、自治体による体制の違いはあまり問題ではないとの見方もできる。
- ・各自治体は、医療体制の変更を検証し、医療機関の確保、医師会等の関係機関との調整が円滑に進むよう、次の流行前までに確認しておくことが必要である。

2) 発熱外来の設置

- ・海外発生以降に設置された医療機関併設型発熱外来が、その前に想定されていた数よりも半分程度に減少している。
- ・その理由として、いざ発生となったときにすぐに対応できない、病原性がそれほど高くないなどが考えられる。今回の調査ではこうした理由まで聞き取っていないので、推測の域を出ないが、前者だとすれば、準備不足が否めないことになる。
- ・各自治体は、発生時にいかにして速やかに発熱外来の設置などの外来部門を確保するか、当該医療機関や医師会等の関係機関と事前に十分に調整しておく必要がある。
- ・また、外来部門の確保そのものが未定となっている自治体もあり、早急な確保が求められるとともに、国としても自治体の進捗状況を確認し、取り組みを支援することを検討する必要がある。

3) 入院医療期間の確保

- ・入院医療機関及びその病床数も発熱外来と同様の現象が認められる。特に、流行初期における入院医療体制で著しい。
- ・発熱外来と同様、各自治体は、発生時の入院医療機関の確保について、当該医療機関や医師会等の関係機関と事前に十分に調整しておく必要がある。
- ・また、入院医療機関の確保そのものが未定となっている自治体もあり、早急な確保が求められるとともに、国としても自治体の進捗状況を確認し、取り組みを支援することを検討する必要がある。

4) 個別医療分野への対応

- ・今回、特に注意が必要であり、医療体制の確保に特別な対応を要する分野として、国から「妊婦、透析患者、小児」が示された。これまでの行動計画・ガイドラインにほとんど記載されていなかったことから、準備が不十分だった可能性があるが、「原則として、すべての医療機関で診療」との方針が出された後だったこともあり、かかりつけ医での対応とする自治体が多かった。
- ・しかし、未定・不明の自治体も多く、また、個々の医療機関・医師の判断とする自治体もあった。病原性がそれほど高くないというのがその理由かもしれないが、重症化するリスクが高いとされている以上、行政としても何らかの関わりが必要ではないか。
- ・また、今回は調査していないが、こうしたハイリスク者が重症化した場合の診療体制(特に、入院治療)を確保、確認しておくことが重要である。
- ・自治体は、個別の配慮が必要な医療分野について、医師会や医療機関等の関係機関と十分に調整し、外来及び入院の診療体制を確保しておく必要がある。
- ・また、国としても自治体の進捗状況を確認し、取り組みを支援することを検討する必要がある。

5) 医療機関への補助等の支援(予定も含む)

- ・新型インフルエンザ診療に従事する医師等が感染・休業した場合の補償を行っている自治体は少なく、いずれも自治体設置の発熱外来での診療に対して公務災害を適用するというものであった。発生当初は、補償がないと診療できないといった声が多かったが、病原性が明らかになるにつれて、そうした要望も徐々に少なくなってきた感がある。
- ・しかし、今後の流行において、同様のことが起きる可能性もある。
- ・自治体とすれば、この問題は国での対応とするところが多く、国においてどう対応するか、

十分な検討と明確な結論が望まれる。

- ・一方、N95等の感染防護具への補助はかなり進んでおり、次いで人工呼吸器、間仕切りとなっている。ただ、陰圧病床については、その必要性が低下したこともあって、実施自治体は多くなかった。いずれも、国の補助制度や交付金が活用されていることから、今後も国において十分な財政措置を講ずることが望まれる。

6) その他

- ・急増する患者への対応、救急医療機関や時間外診療への患者の集中、患者の搬送などの問題も指摘されている。
- ・発生のごく初期を除き、原則としてすべての医療機関が関与する必要がある、と行動計画・ガイドライン等にも記載されていたとおり、インフルエンザに関する医療体制は、封じ込め的な対応ではなく、膨大な数の患者にどう対応するか、そして、その中で重症患者の救命をどう行うかが課題である。
- ・自治体はもとより、医療機関等の関係機関も含め、こうしたインフルエンザ診療の特徴を十分に踏まえた医療体制の構築が求められている。

(5) 予防投与薬の配布

- ・予防投与薬の配布については、自治体によって配布の有無、配布先、使用する対象者の扱いが異なっている。
- ・特に、行政備蓄している抗インフルエンザウイルス薬は、患者が大量に発生し、流通備蓄薬が枯渇してきた段階で放出することを目的としているため、それを初期段階で使うことに異論があることは当然である。
- ・一方、病原性がまだはっきりしていない段階では、医療従事者から配布に関する強い要望が出されており、結果的に行政の対応にばらつきが生じることになった。この点、国が定めているガイドラインには行政備蓄薬を予防投与に活用することについて明確に記載されていない。
- ・なお、今回の調査では聞き取っていないが、保健所に配布する場合、処方や薬剤の管理を保健所長や薬剤師が行うのかも重要なポイントとなる。新型インフルエンザの業務が多い中、保健所の職員がどこまで予防投与の業務に関与できるか、十分な検討が必要である。
- ・そして、配布している自治体の中には、感染予防を目的とするところがあり、添付文書やガイドライン等と異なる対応となっている。
- ・こうしたことを踏まえ、予防投与薬の配布について、行政備蓄薬を使うのかどうか、必要量がどれくらいか、処方や薬剤の管理は誰が行うのか、そして、予防投与の目的は何かといった具体的な事項を明らかにしておかなければならない。
- ・特に、今後、病原性が高いインフルエンザウイルスが登場してきた場合、今回以上の混乱が発生することが懸念される。

(6) 学校等の休業

- ・学校等の休業の基準があるのは約半数の自治体であり、その内容も1人の欠席から10人や20%の欠席までさまざまであった。
- ・実際にどの段階で休業するかは、地域のさまざまな事情を踏まえて決める必要があり、全国一律の基準を設けることが困難であることは理解できるが、同じ地域で異なる休業基準となっていることで、保護者や混乱を生じ、休業に対する社会の信頼度を下げているとの懸念も

ある。

- ・国から学校等の休業に関する考え方がその都度示されてきたが、いずれも明確なものではなく、各自治体では結果的にばらつきのある対応となっている。
- ・文部科学省等との調整が必要となるが、発生段階に応じた具体的で明快な休業基準の設置を検討する必要があるのではないか。

(7) ワクチン接種

- ・本調査を行った時点ではまだ具体的な手順が国から示されておらず、自治体から多くの問題点が出されたが、その多くは、その後情報提供され、現在も接種が進められている。
- ・低所得者の負担軽減措置は、国から補助金交付要綱が示され、自治体補助分は特別交付税措置される予定とのことである。
- ・しかし、対象者の選定・優先順位、ワクチンの迅速な配分、過密なスケジュール等、実際に接種が始まってさらに混乱を来している課題が多く、予約や照会への対応、対象者の選定等、医療機関でも過大な負担となっている。
- ・開発から生産までの期間が限られており、また、今までに経験したことがない対応であったことから、やむを得ない状況もあるが、今回の経過を踏まえ、次回には円滑に進められるよう、国及び自治体においては、あらかじめ接種手順を明確にしておくことが必要である。
- ・特に、接種に関する照会を効率よく受けられるような相談体制の確立も必要である。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版年	ページ
	なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	なし				

研究成果の刊行物・別冊

なし

厚生労働科学研究費補助金
特別研究事業

新型インフルエンザA（H1N1）への
公衆衛生対応に関する評価及び提言に関する研究
平成 21 年度 総括研究報告書

発行日 平成 22（2010）年 3 月

研究代表者 尾 島 俊 之

事務局 〒431-3192 浜松市東区半田山 1 丁目 20-1
浜松医科大学健康社会医学講座

電 話 0 5 3 - 4 3 5 - 2 3 3 3

F A X 0 5 3 - 4 3 5 - 2 3 4 1

メール dph@hama-med.ac.jp

研究班ホームページ <http://influ.umin.jp/>

本報告書印刷後に追加成果があった場合、また本報告書に訂正、
補足説明があった場合に、このホームページに掲載しますので、
こちらをご覧ください。

