

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、病原性が低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体的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)

--

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。

〔 1. は い 2. いいえ 〕

③	
---	--

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。

〔 1. は い 2. いいえ 〕

④	
---	--

【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。

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。

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。

〔 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。

〔 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 〕

回答欄	
-----	--

①		人
---	--	---

②	
---	--

③	
---	--

④	
---	--

【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。

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。

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。

〔 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。

〔 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 〕

回答欄	
-----	--

	5月まで		件
①	6月		件
	7月		件

②		人
---	--	---

③	
---	--

④	
---	--

【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

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

【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

② 集団 人

③ 人

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

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	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〕

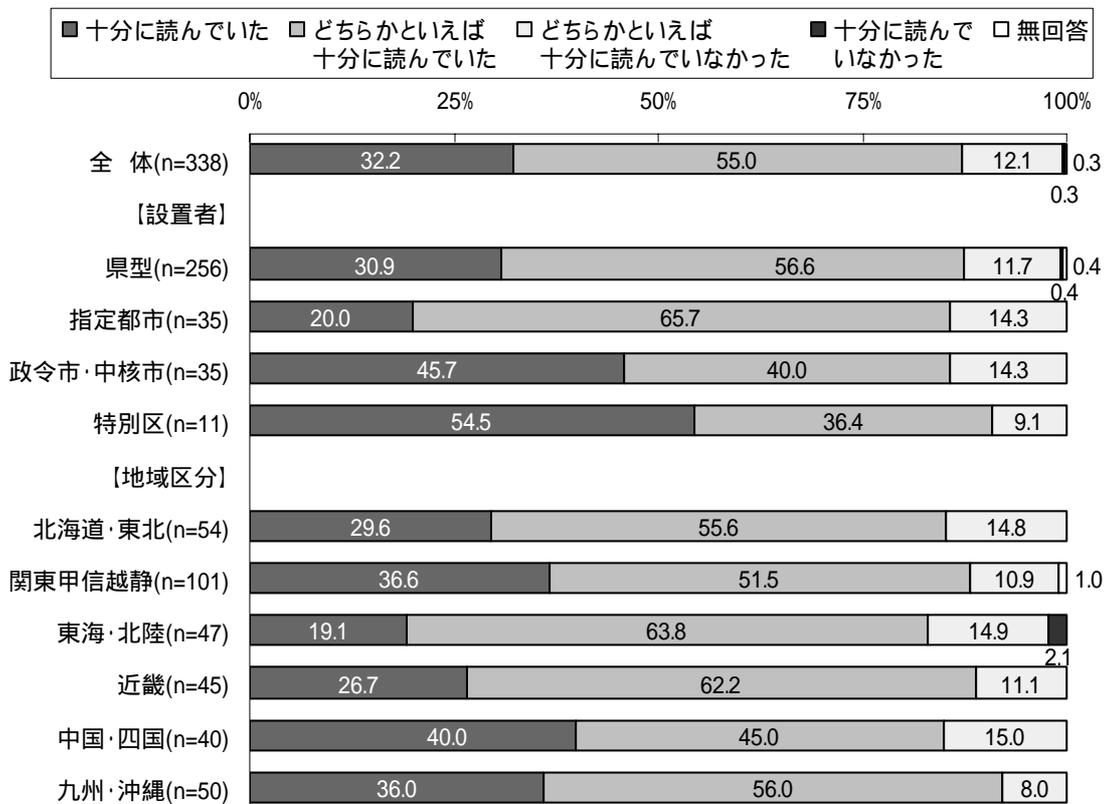
保健所長の回答結果

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	-	-

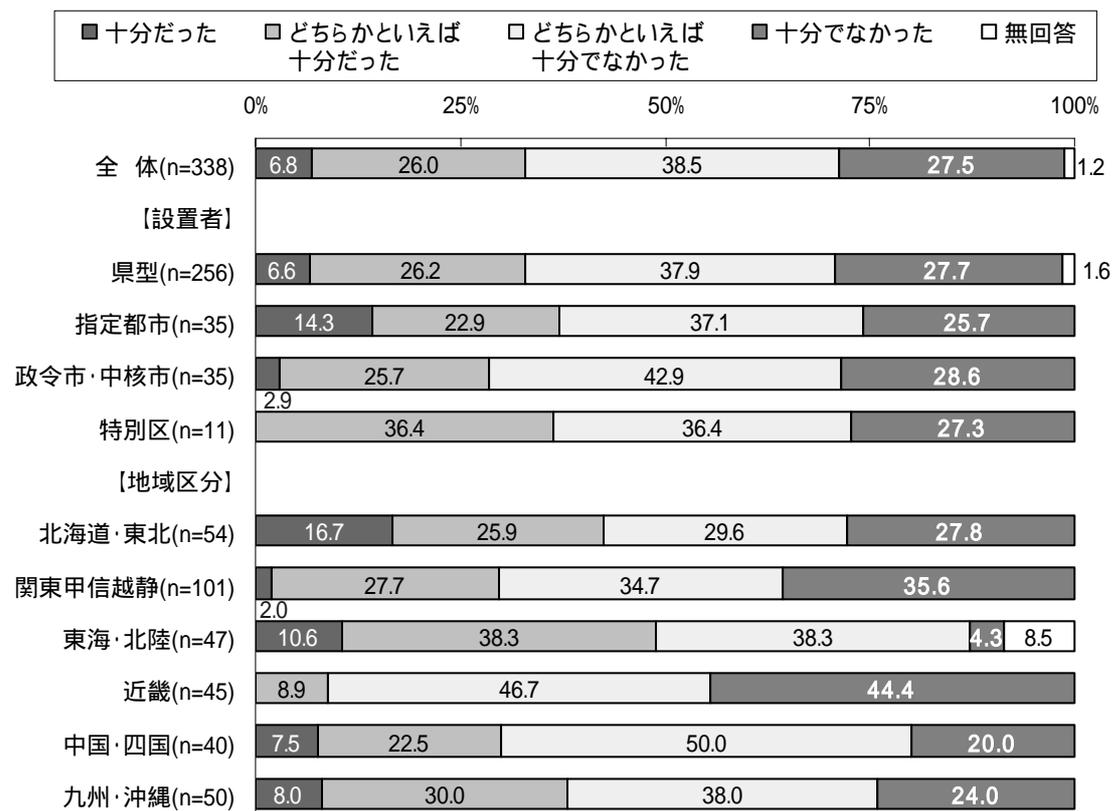


2. 保健師(保健所職員)の充足状況

「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	-

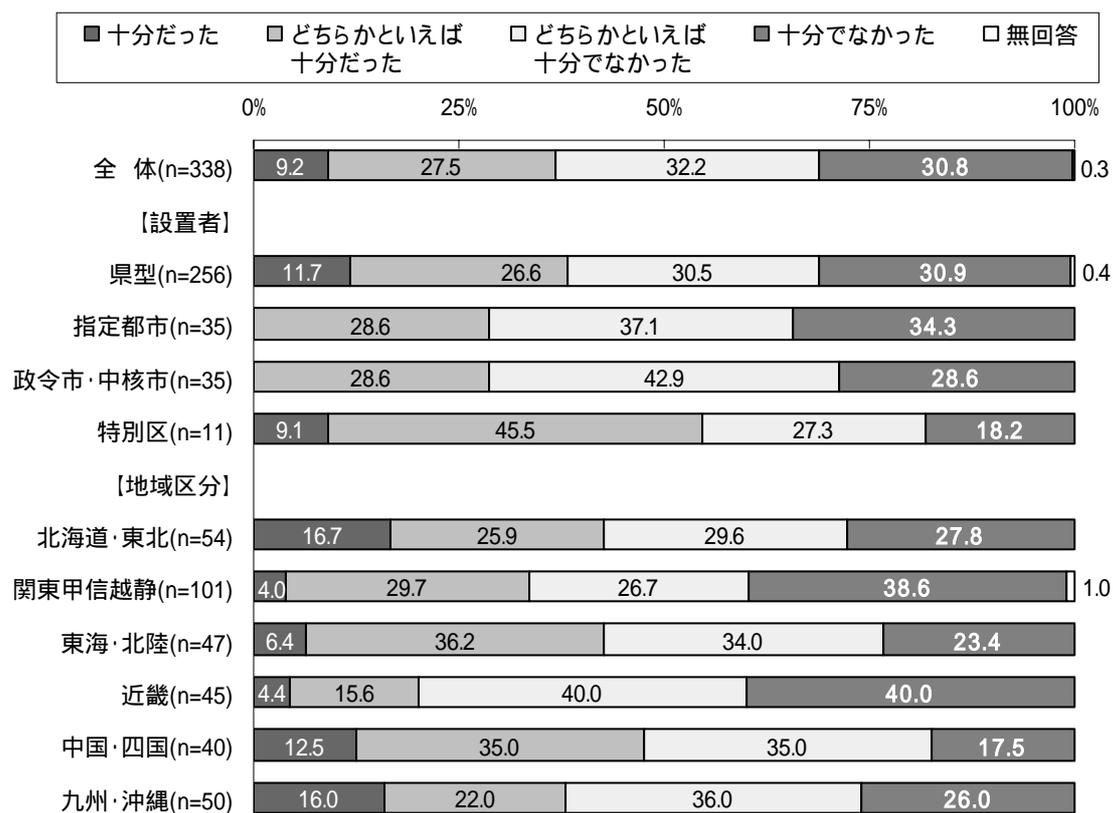


3. 医師(保健所職員)の充足状況

「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	-
	関東甲信越静岡	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	-

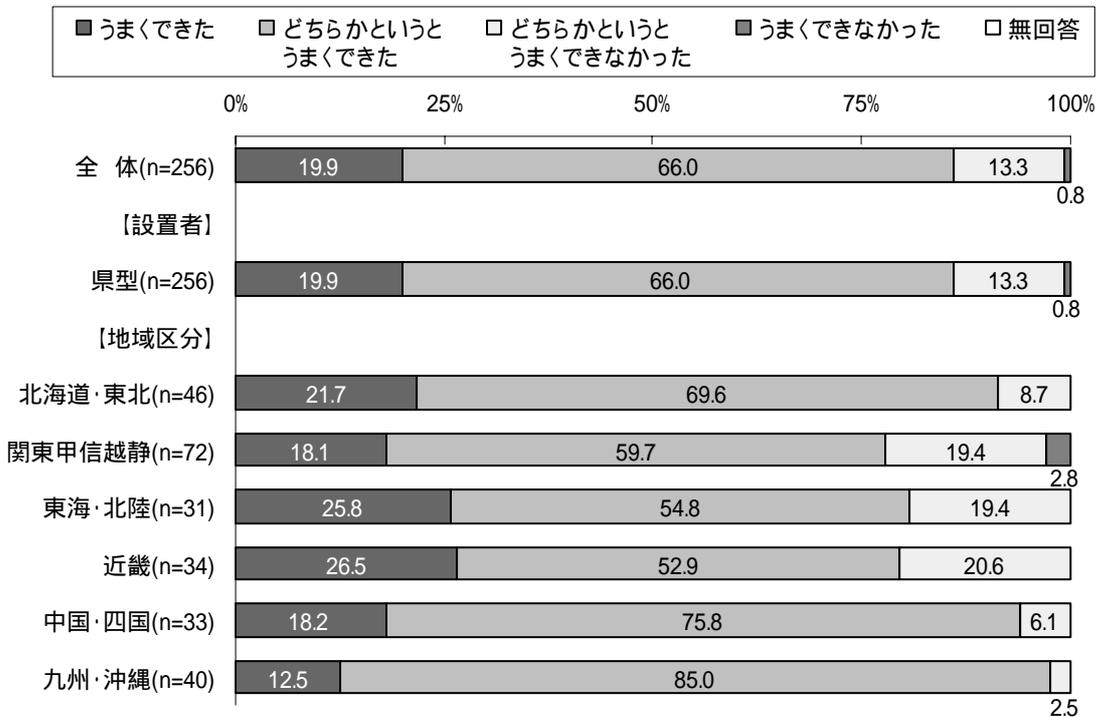


4. 市町村支援に対する自己評価[都道府県型保健所]

「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	-	-

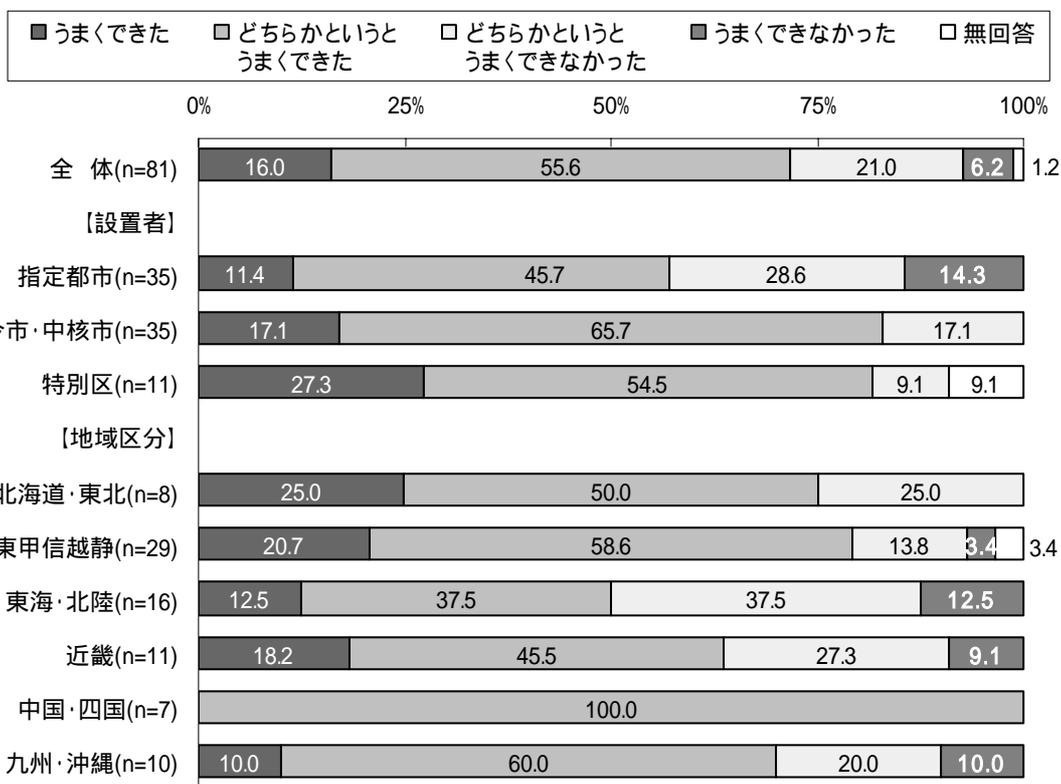


5. 都道府県本庁・保健所との連携に対する自己評価[市型保健所]

「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	-

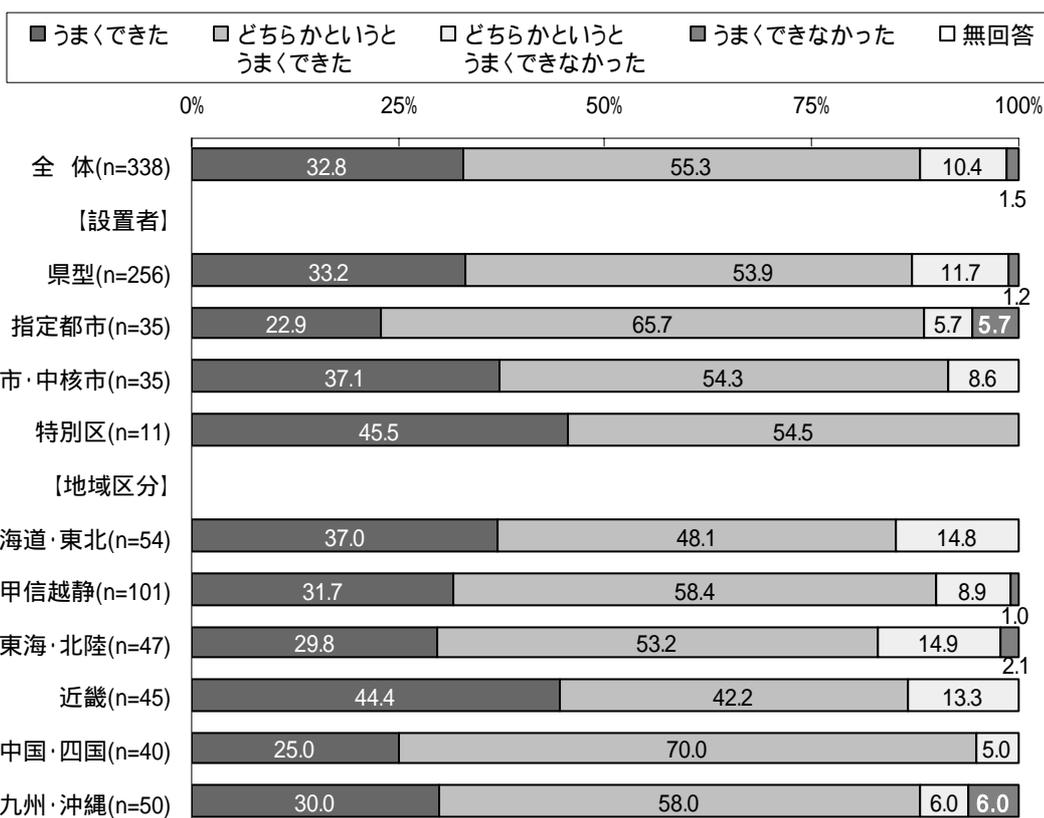


6. 地域医師会との連携に対する自己評価

「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	-

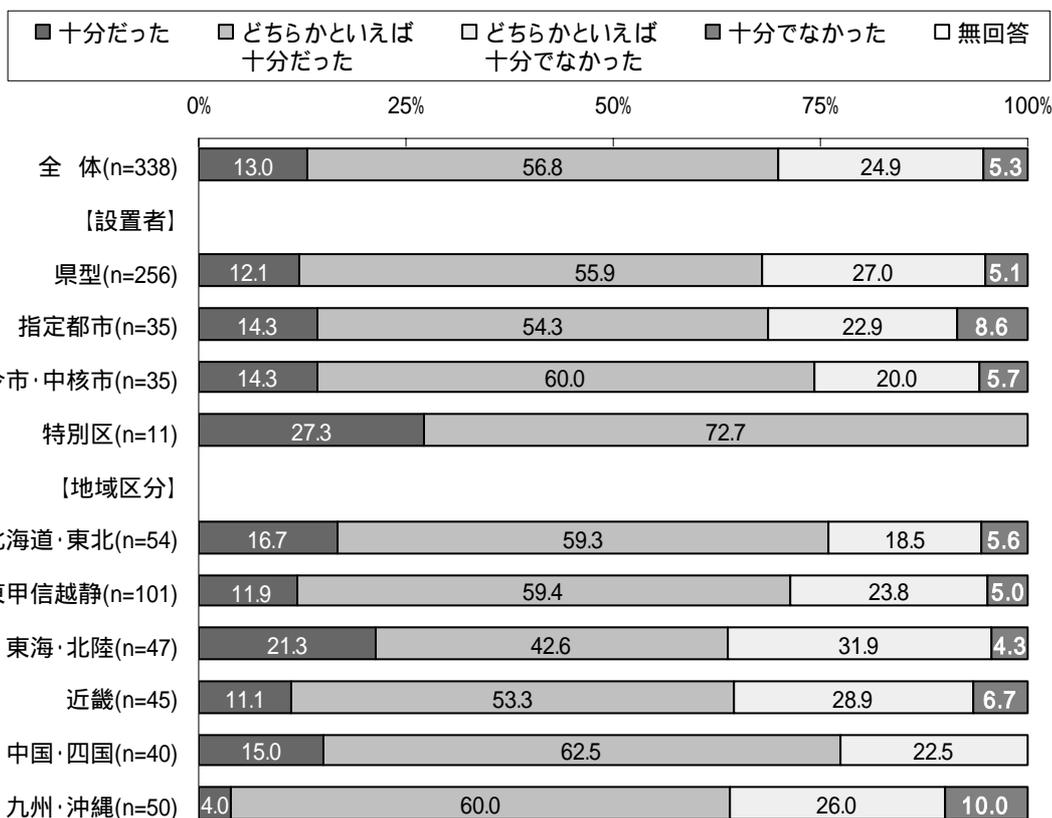


7. 必要な情報の充足状況

「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。

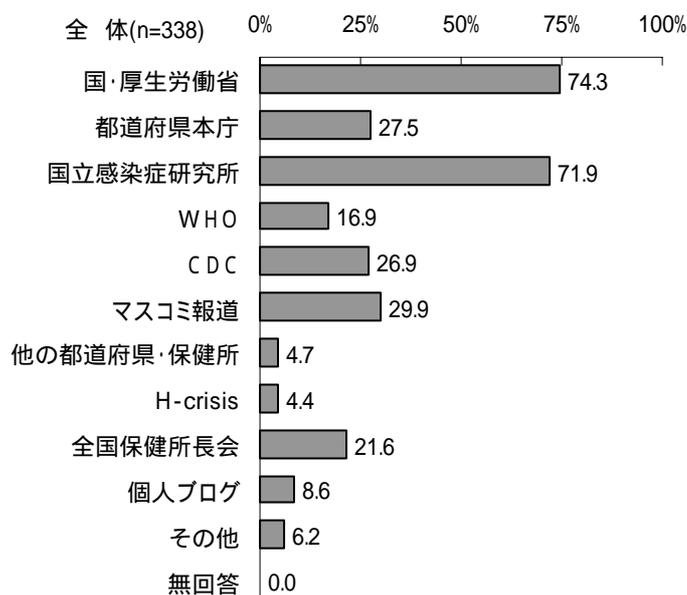
8. 新型インフルエンザ対応で有用な情報サイト(最大3つまでの複数回答方式)

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。

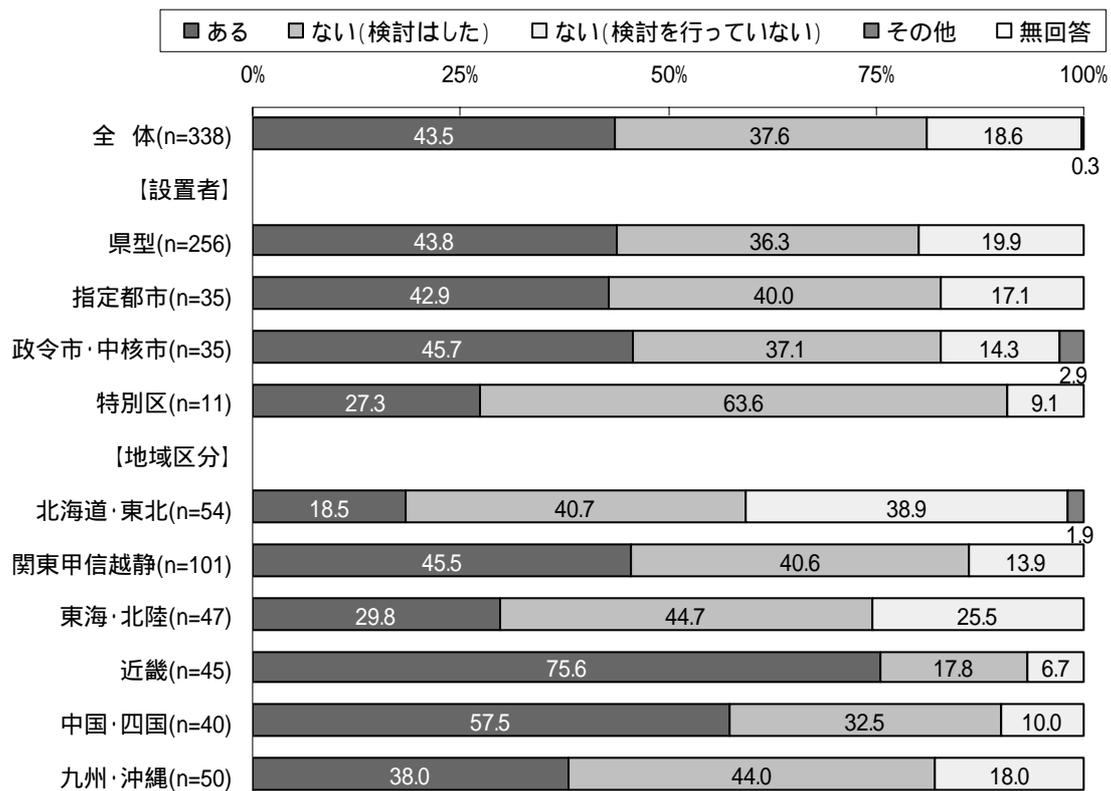
種別	サイト名称	回答件数
個人ブログ	鳥及び新型インフルエンザ海外直近情報(前小樽市保健所長外岡立人氏のブログ) http://nxc.jp/tarunai/	18
	「新型インフルエンザの達人」	3
	「感染症診療の原則」 http://blog.goo.ne.jp/idconsult	2
	「楽園はこちら側」	2
医療関連サイト	日経メディカル	3
	研修ネット21	1
	日本医師会ホームページ	1
	防災リスクマネジメントWeb	1
	健康安全研究センター	1
	三重県感染症情報センター(三重県保健環境研究所(地衛研))	1
	県の保健環境科学研究所	1
	厚生労働省科学研究班・緒方班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	-	-

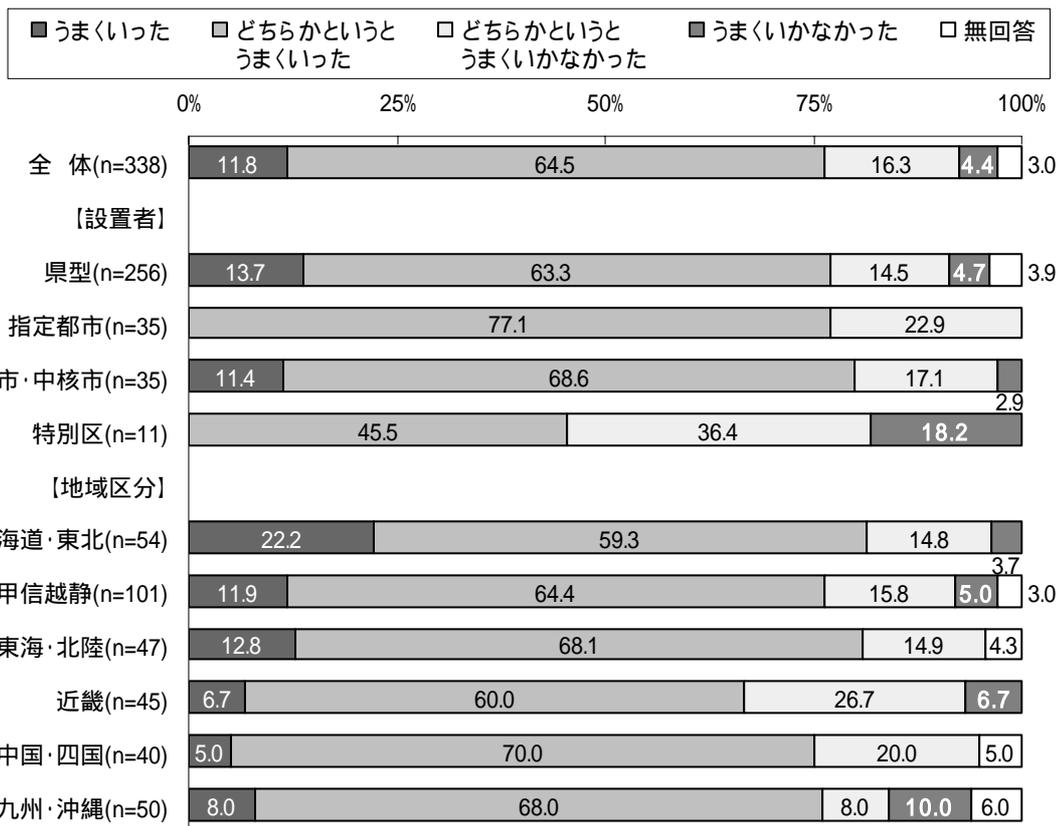


10. 健康監視における検疫との連携

「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

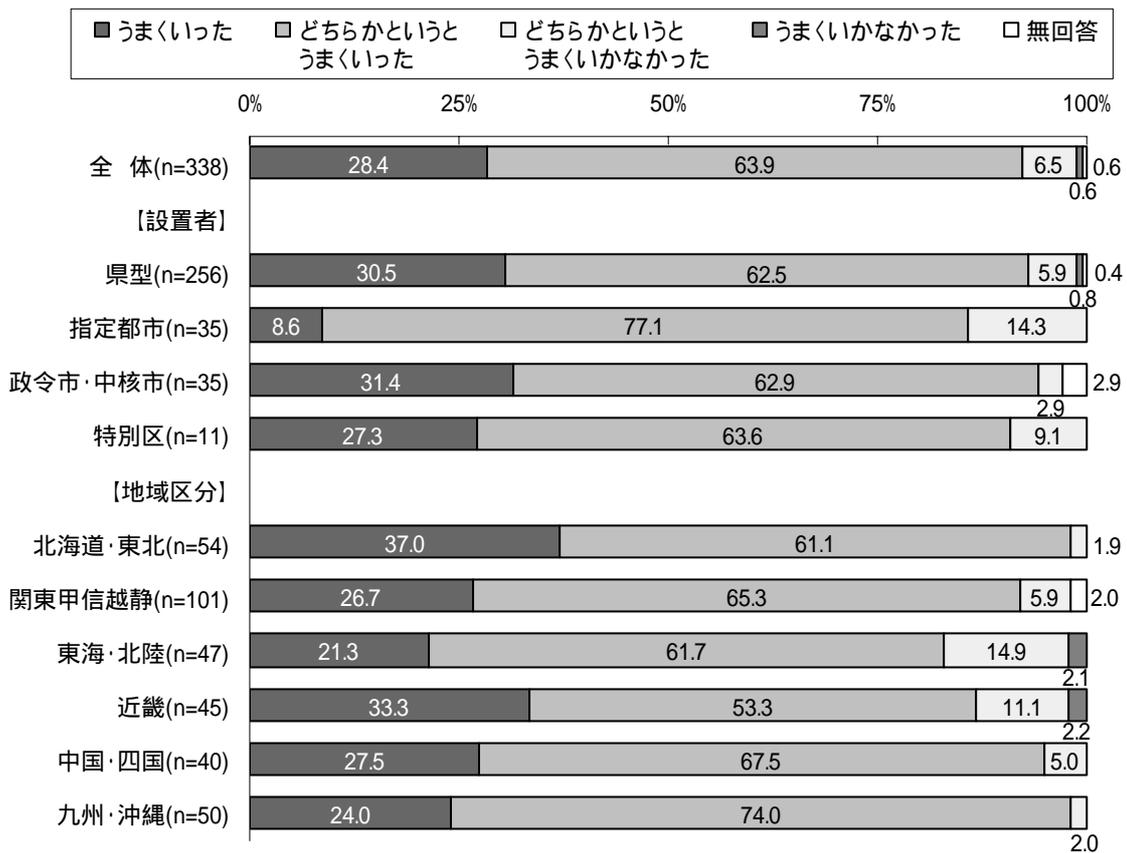


12. 発熱相談センターと発熱外来との連携への評価

「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」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)

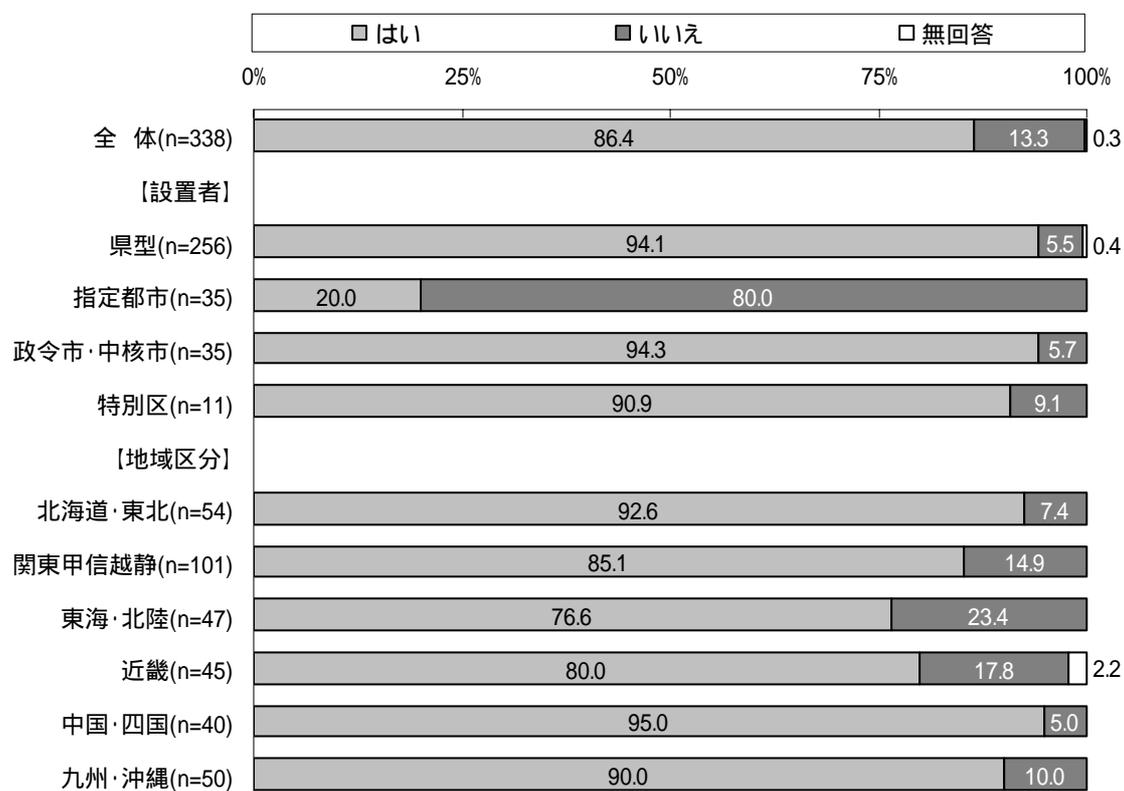
国の対応の変化について行けなかつた。
患者情報を市町村役場と共有することの是非。
新型インフルエンザ確定者の勤務先が勤務者の発症を発表し、本人・家族共にかなりのストレスを訴えた。
平成21年7月24日以降、国が全数調査をやめていたが、本県は感染初期ということで、まだ全数調査を行っていた。首都圏から帰省した感染者で、首都圏の対応と本県の対応が異なることへのクレームがあつた。
患者・当該家族からのねぎらいの言葉があつた。
発熱外来は設置しなかつた。
受診方法やPCR 検査依頼等での些細なトラブルはあつたが、重大なトラブルはなし。
患者の搬送手段として民間救急を活用したが、時間がかかるなどの苦情があつた。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	-



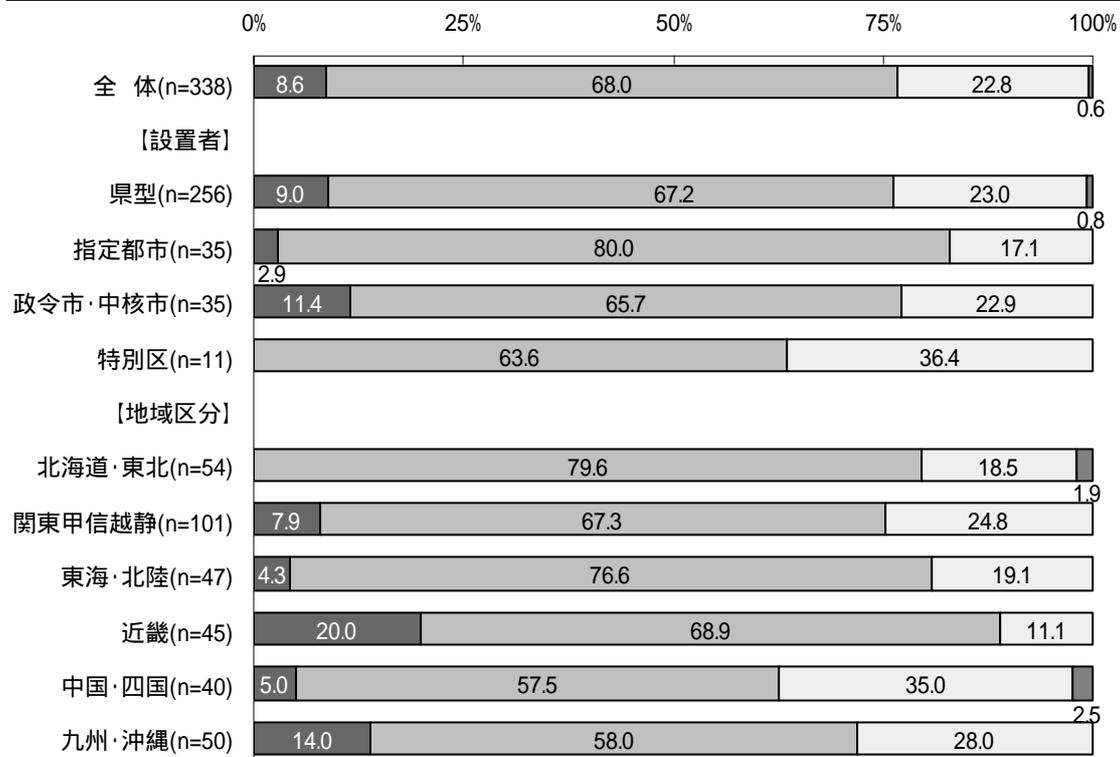
15. 国が発熱外来設置を指示した後、一般医療機関での診療に移行したことへの考え方

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 外たか 来当ど 初初う はにか おわ初 要いか 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



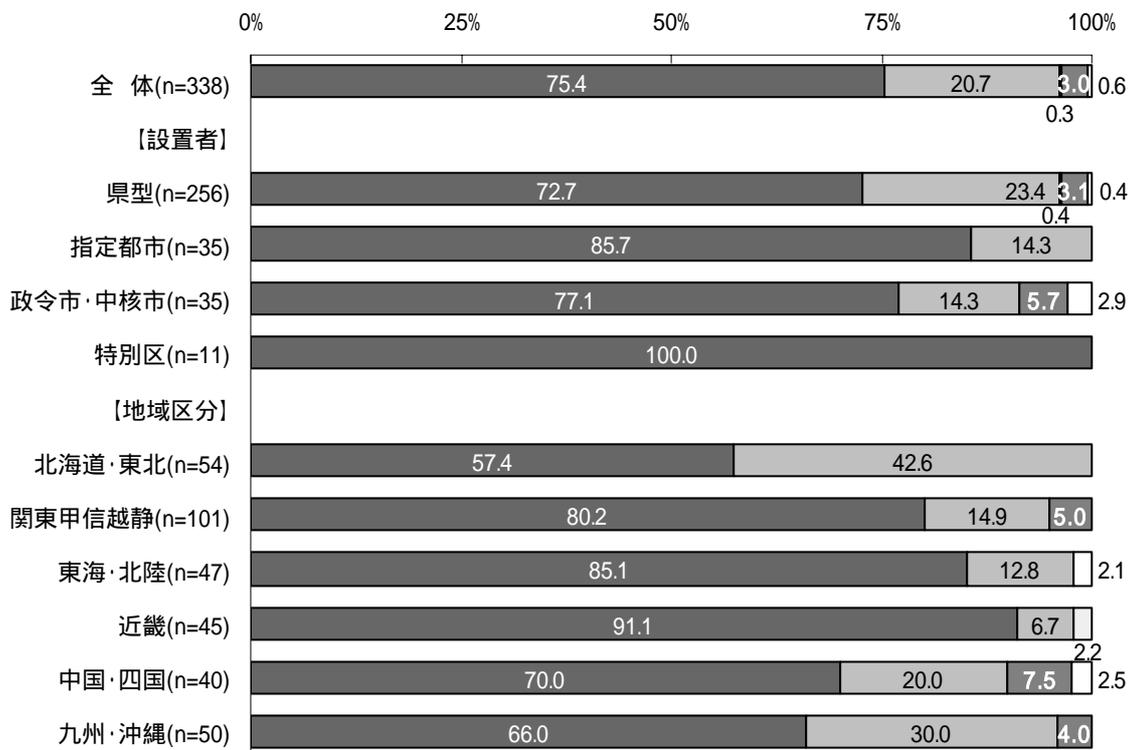
16. 今後の発熱外来廃止及び一般医療機関での診療意向

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	-

■ 一般医療機関のみで診療を行う □ 一般の医療機関と発熱外来の両方で診療を行う □ 発熱外来のみで診療を行う ■ その他 □ 無回答

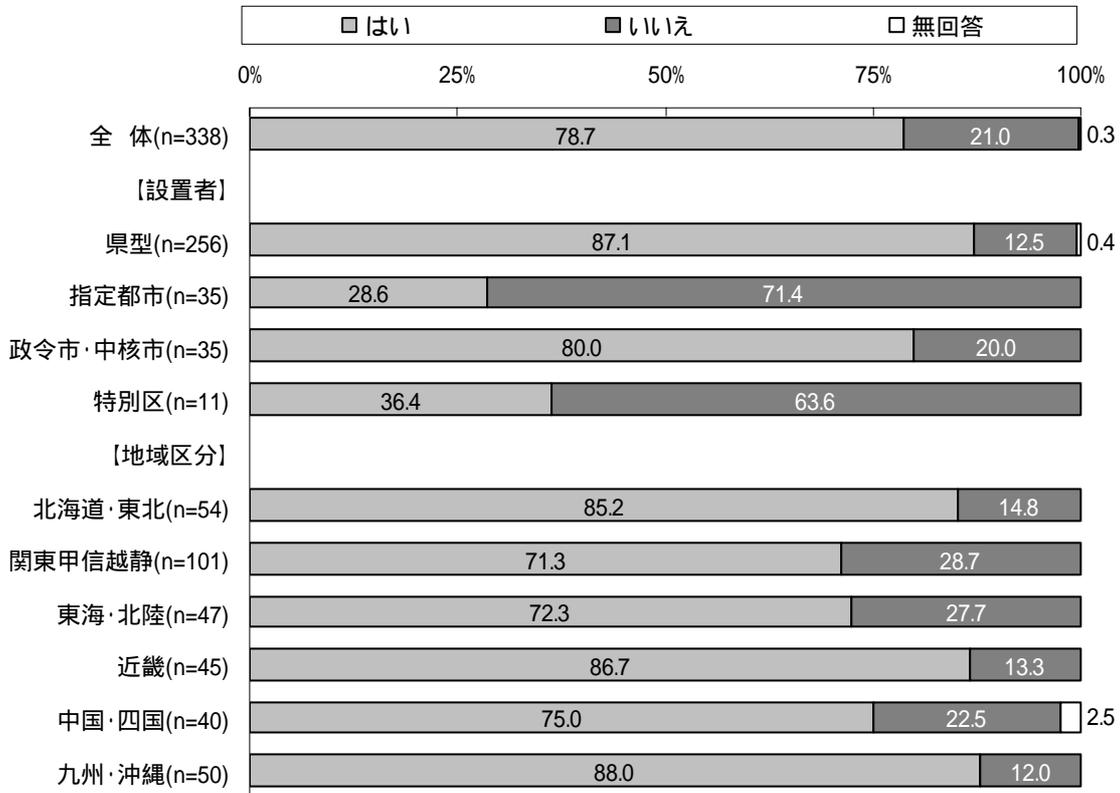


17. 入院医療機関確保に関し管内の病院への協議・要請の有無

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	-

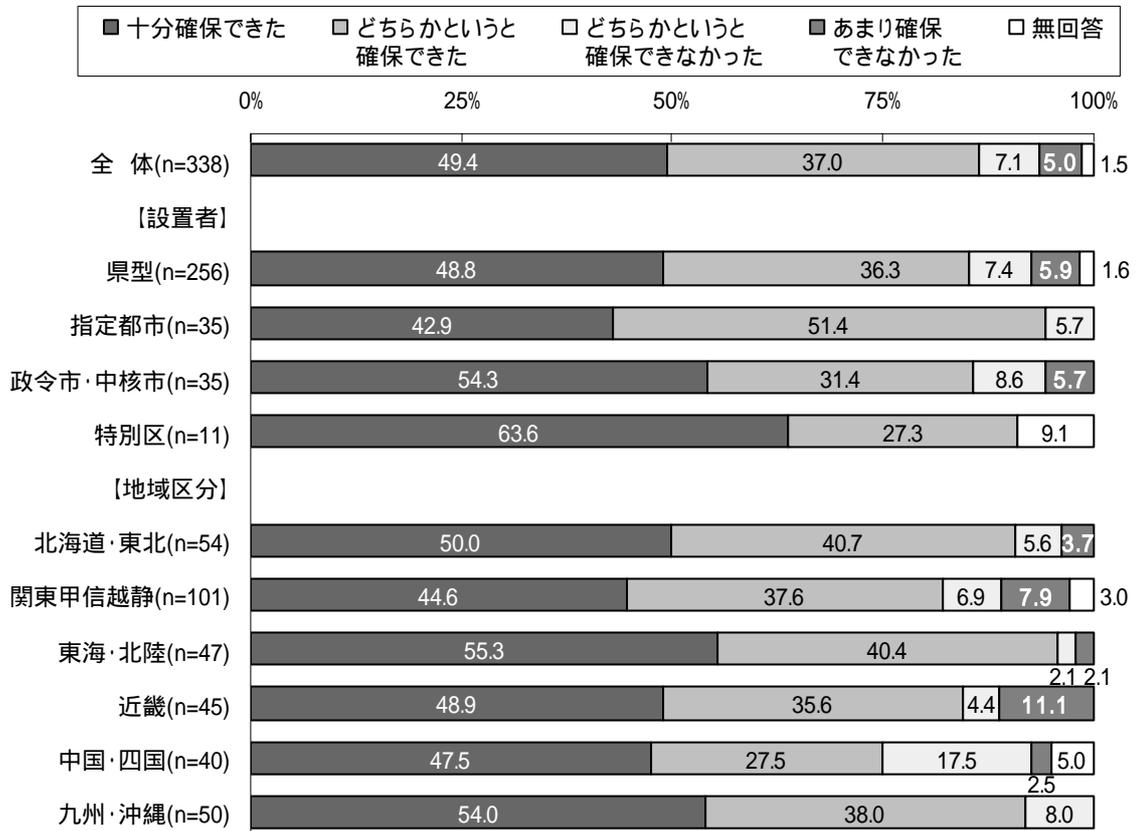


18. 発生患者数に対する病床確保の状況

「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 と確保 でき た	どちらか という と確保 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	-	-

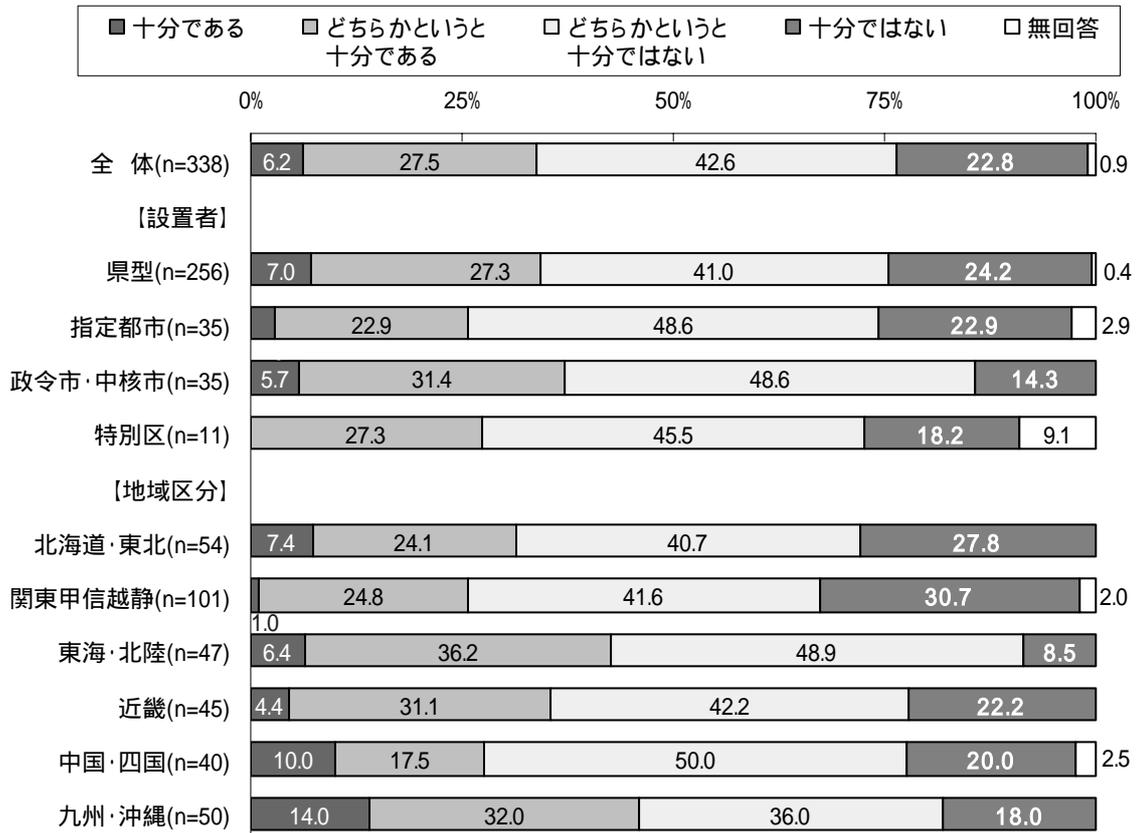


19. 今後の重症入院患者発生に対する受入病床の充足予測

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	-

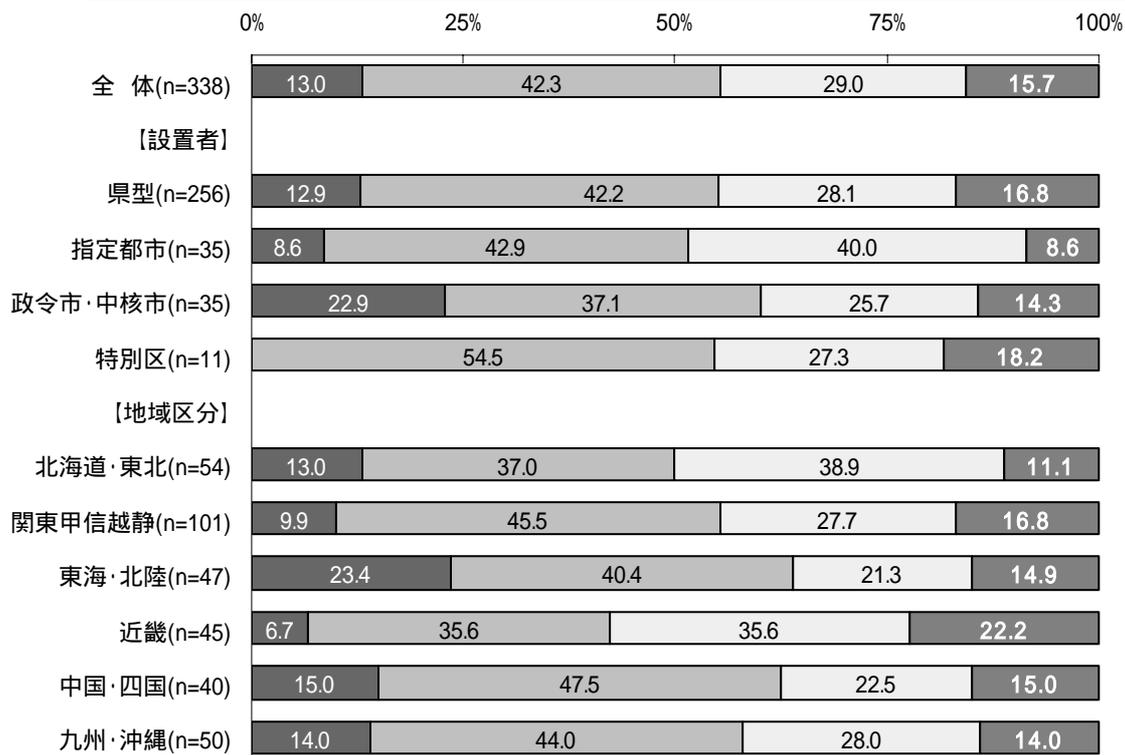


20. クラスターサーベイランス・積極的疫学調査の実施について

「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振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思う。
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思う。
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、通常の前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)

長期間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いを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後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料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そう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と。

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と。

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れば、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。新型の類型から外し、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。
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。都道府県内数力所に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。

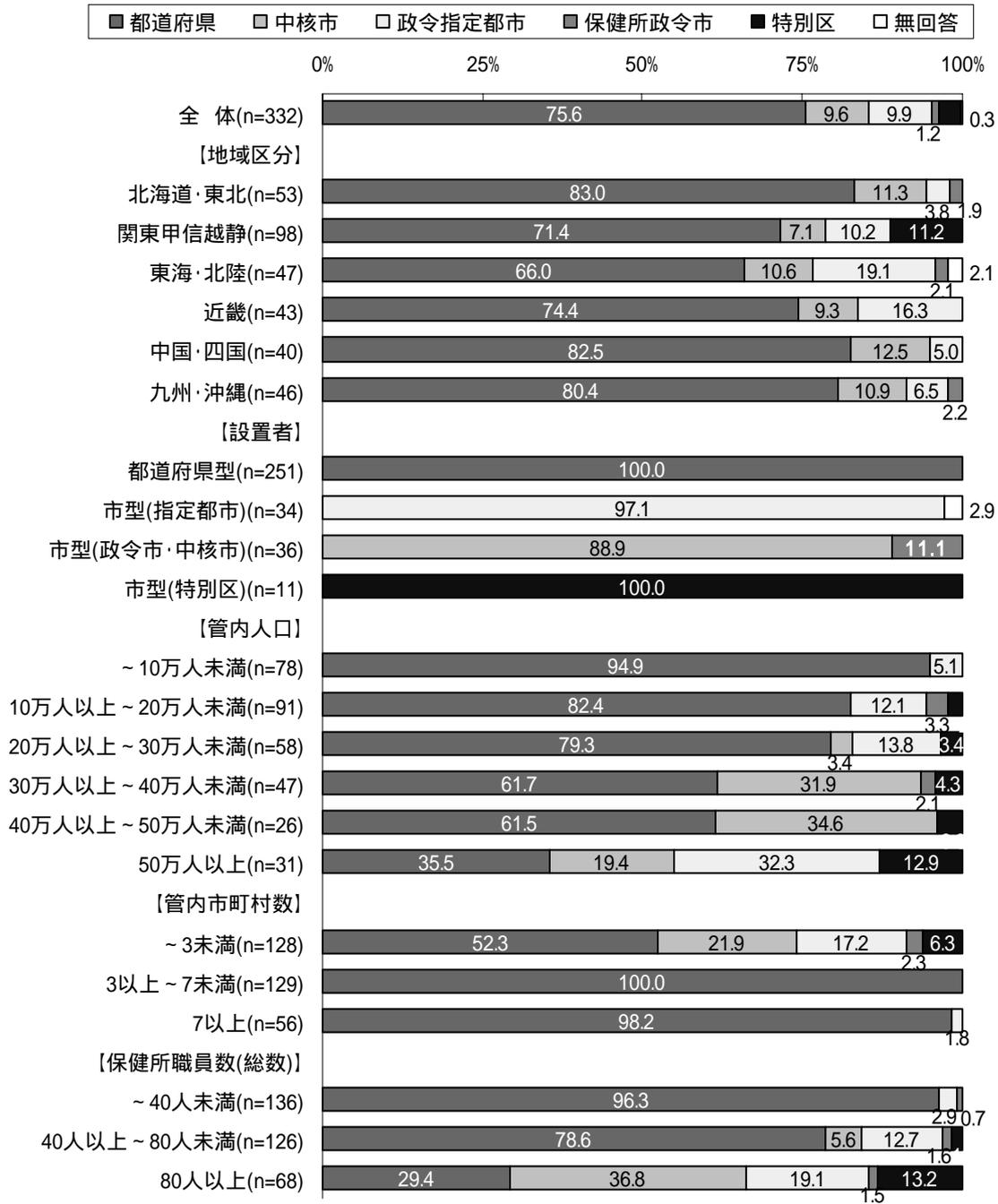
終息後、今回の日本の新型インフルエンザ対応について全体的な総括を行ったうえで、評価を行っていただきたい。

保健所担当者の回答結果

1. 保健所・地域の属性

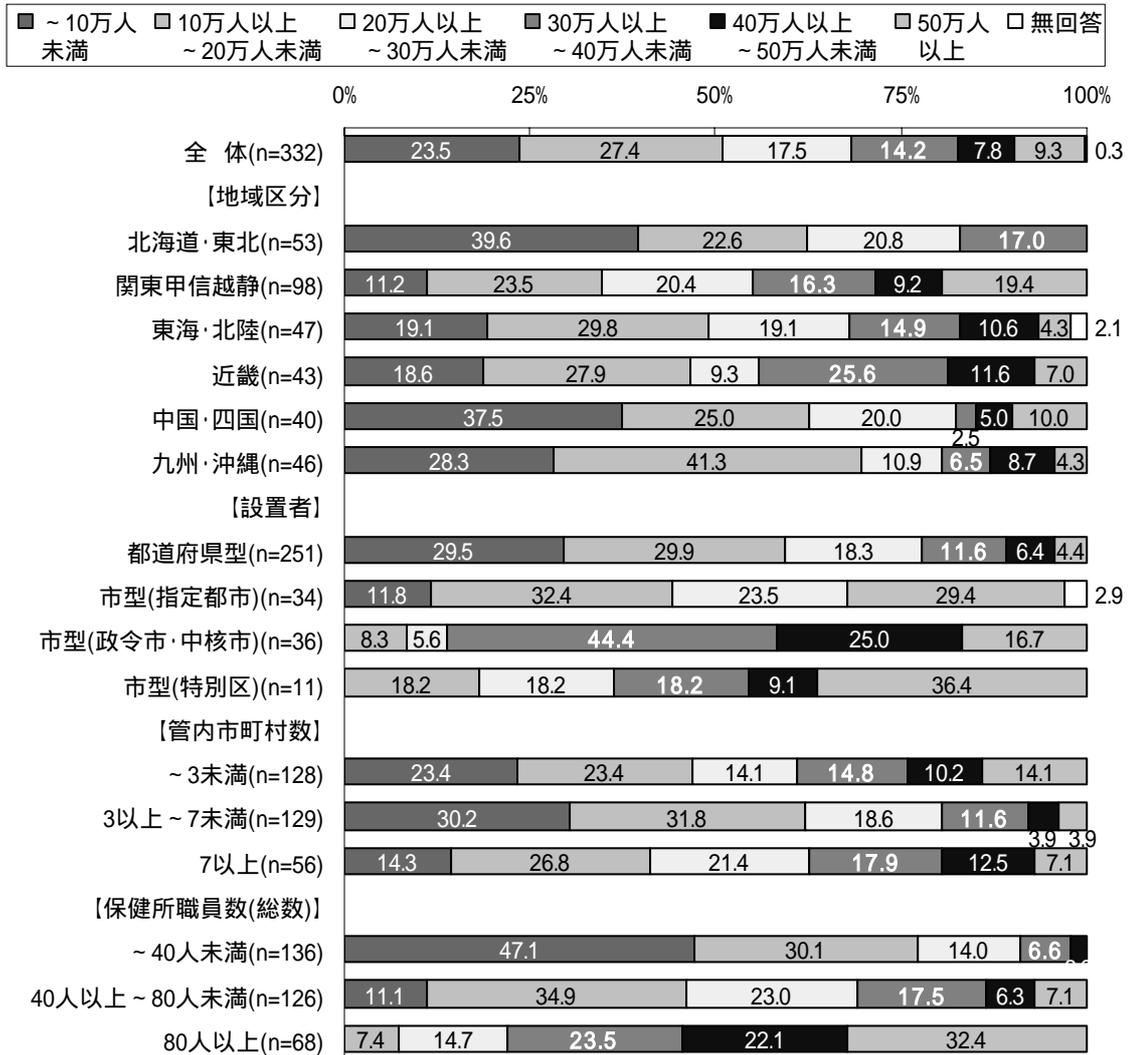
(1) 保健所の設置者

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。

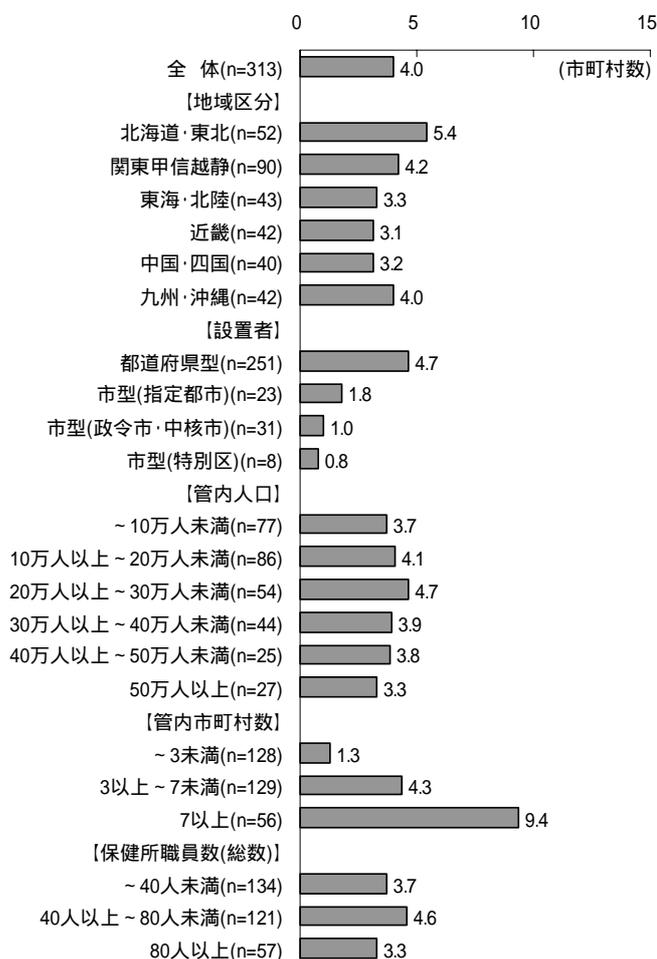


(3) 管内の市町村数

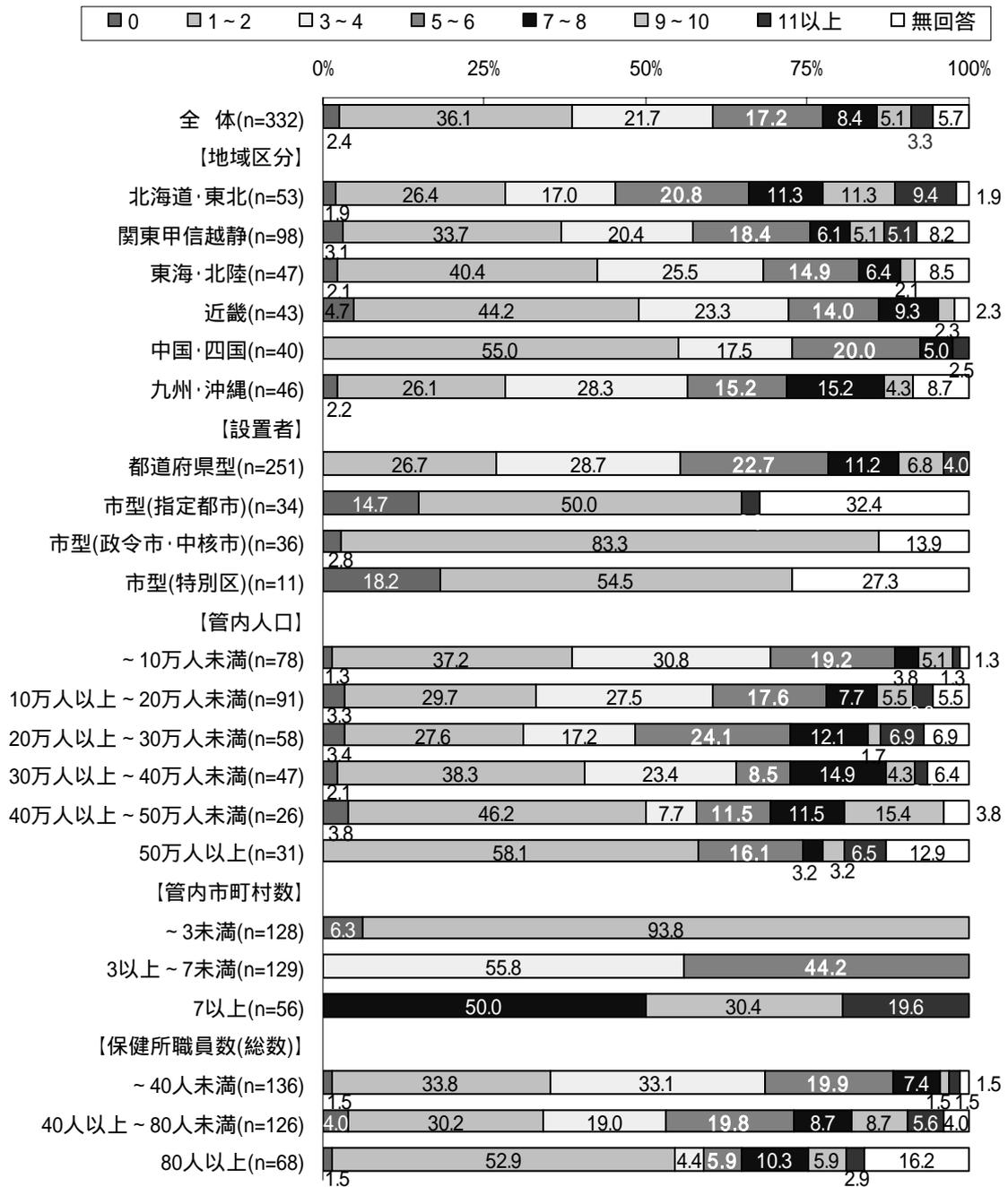
回答保健所管内の市町村数(平均値)は以下のとおりである

[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



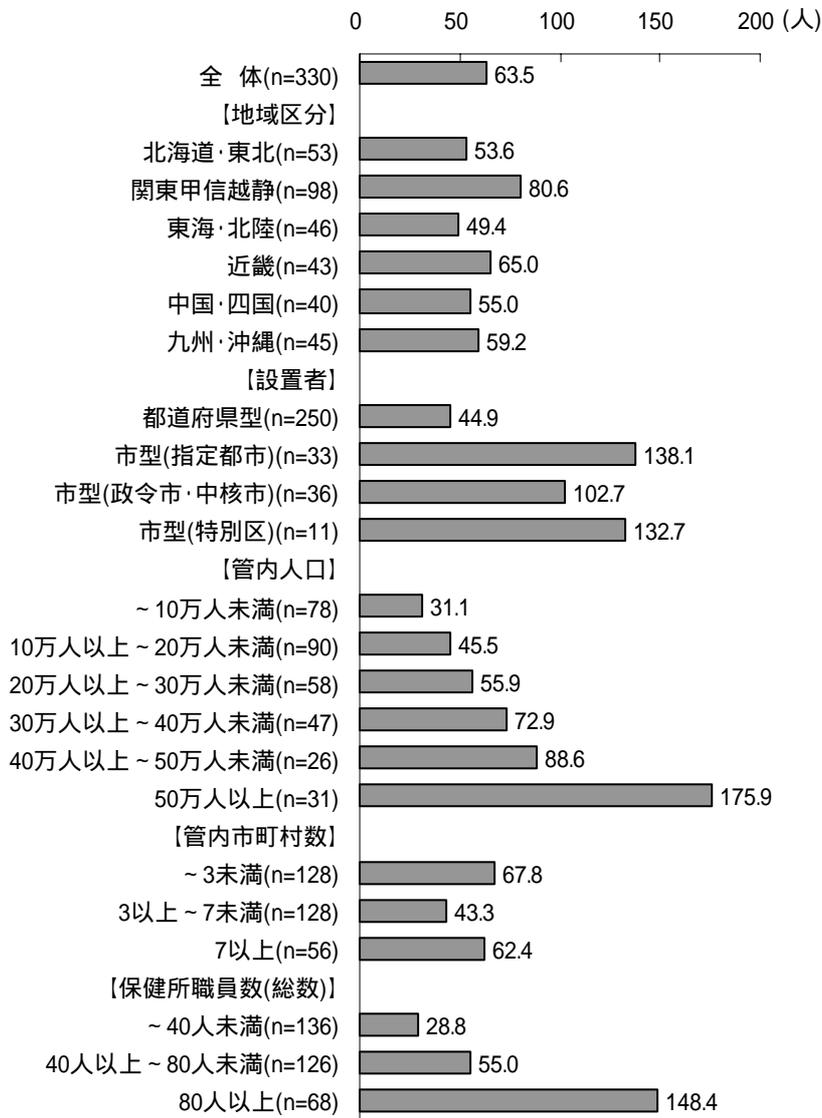
また、管内市町村数の度数分布は以下のとおりである。



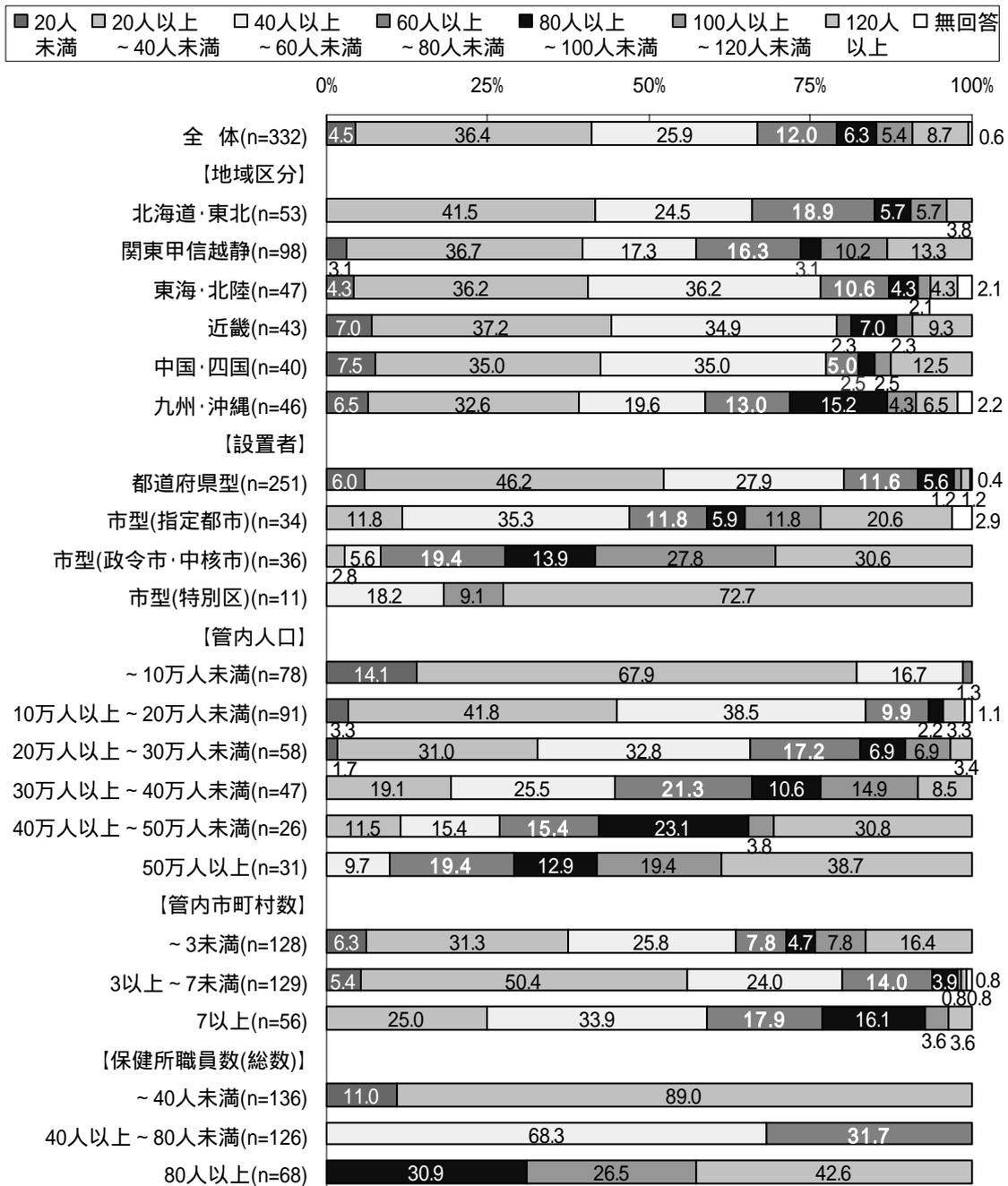
(4) 保健所の職員数

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。

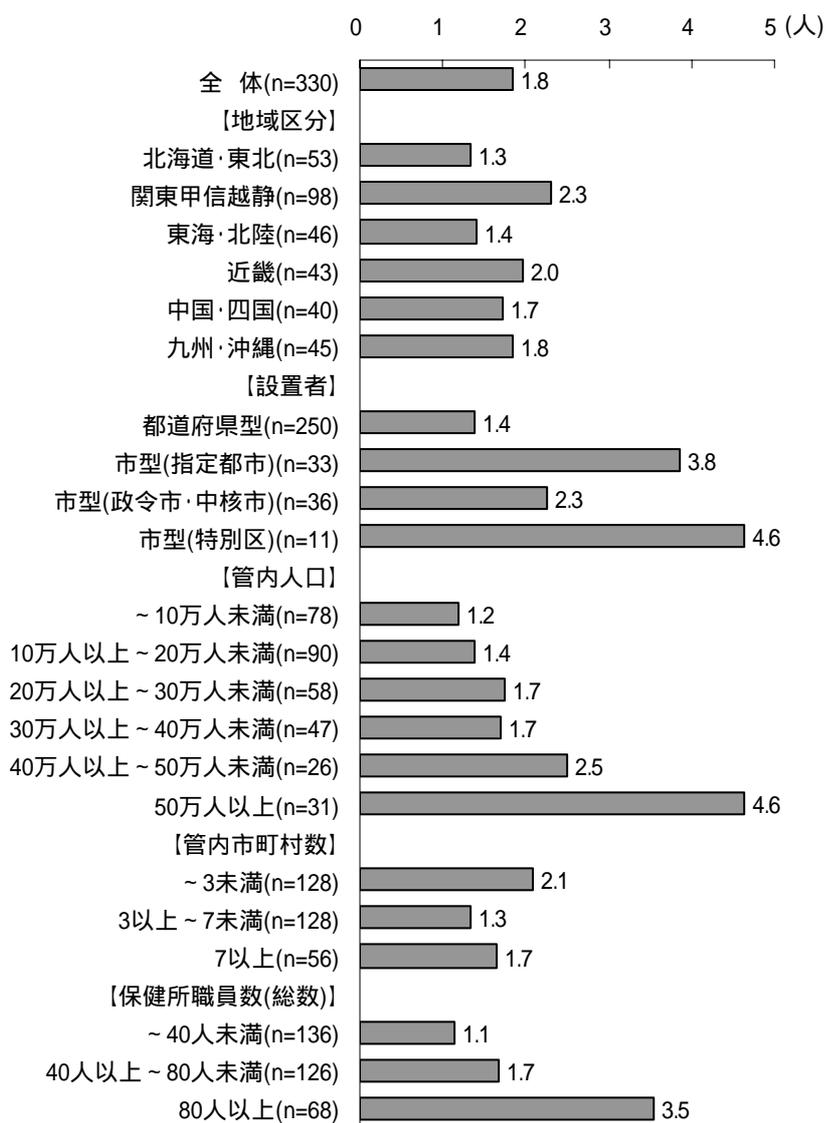


また、職員総数の度数分布は以下のとおりである。



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。



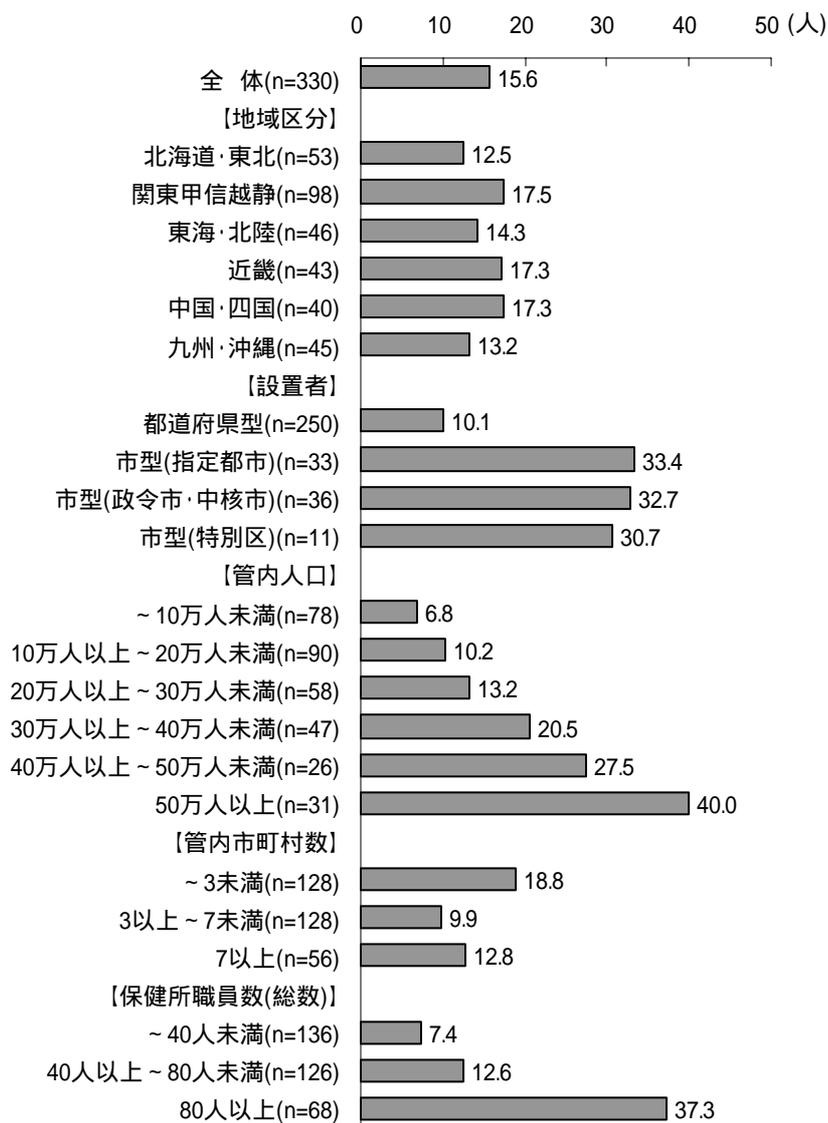
また、医師・歯科医師人数の度数分布は以下のとおりである。

[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。



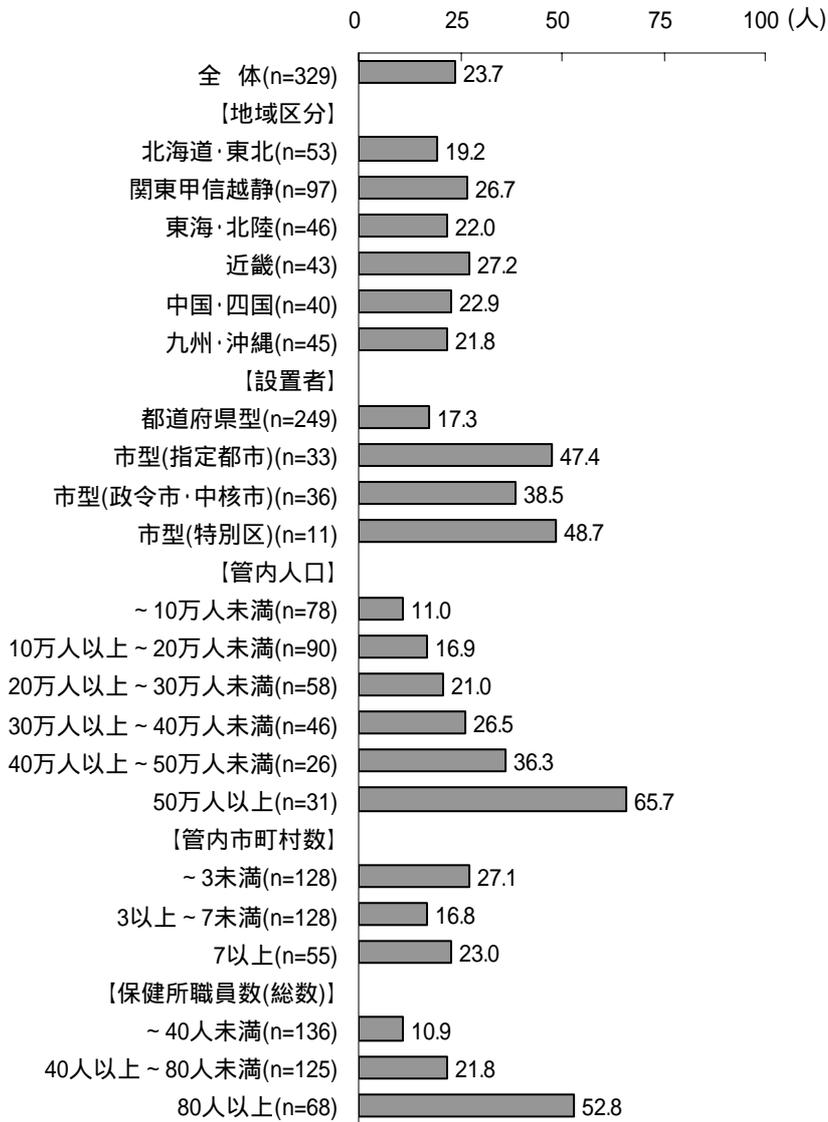
また、保健師の人数の度数分布は以下のとおりである。

[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)]

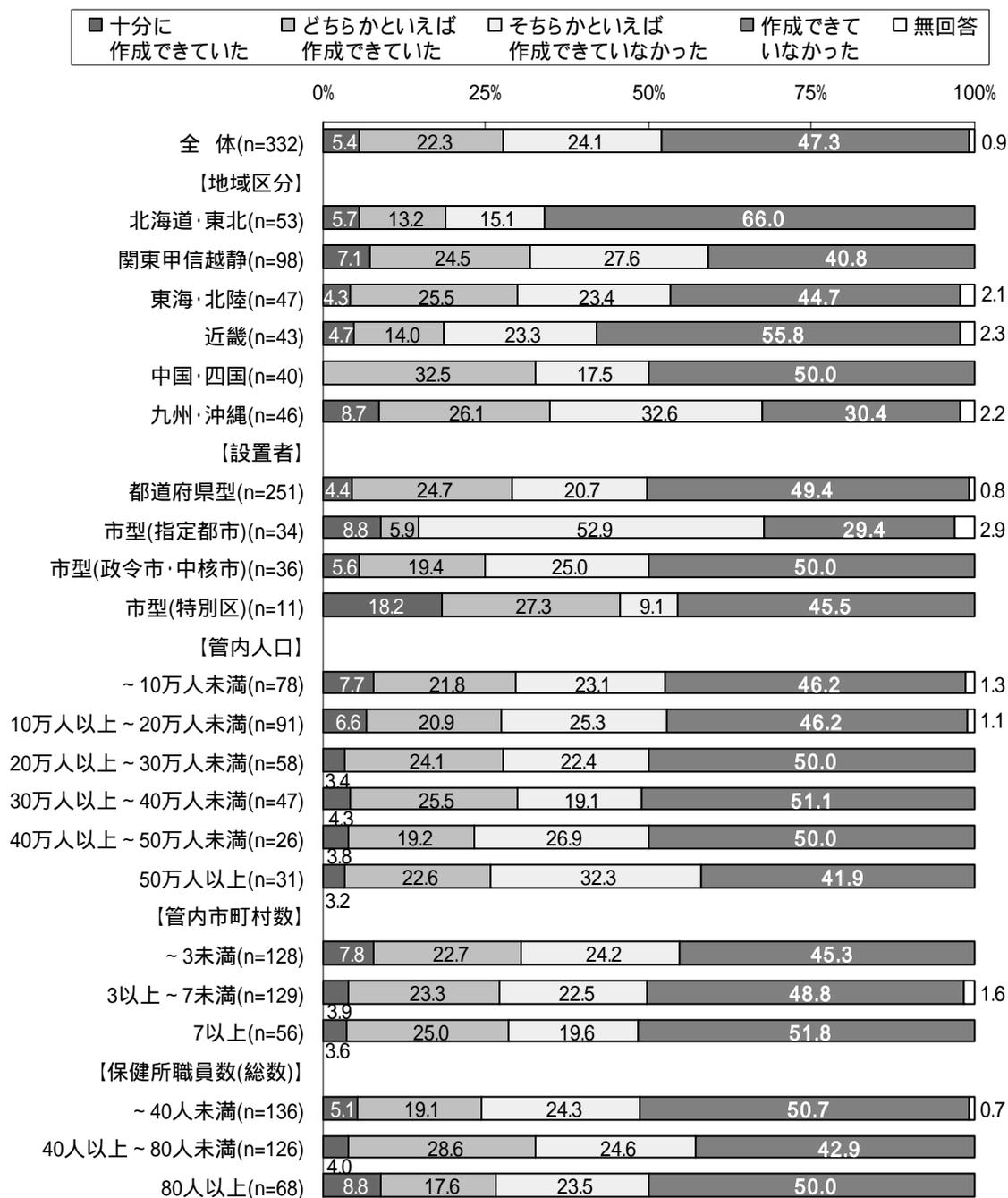
		回答数	0人	1人～9人	10人～19人	20人～29人	30人～39人	40人～49人	50人以上	無回答
全 体		332	-	19.0	38.6	19.6	8.4	4.8	8.7	0.9
地域区分	北海道・東北	53	-	18.9	47.2	18.9	7.5	3.8	3.8	-
	関東甲信越静岡	98	-	19.4	29.6	20.4	12.2	6.1	11.2	1.0
	東海・北陸	47	-	14.9	38.3	23.4	8.5	8.5	4.3	2.1
	近畿	43	-	20.9	46.5	14.0	4.7	-	14.0	-
	中国・四国	40	-	25.0	30.0	25.0	7.5	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

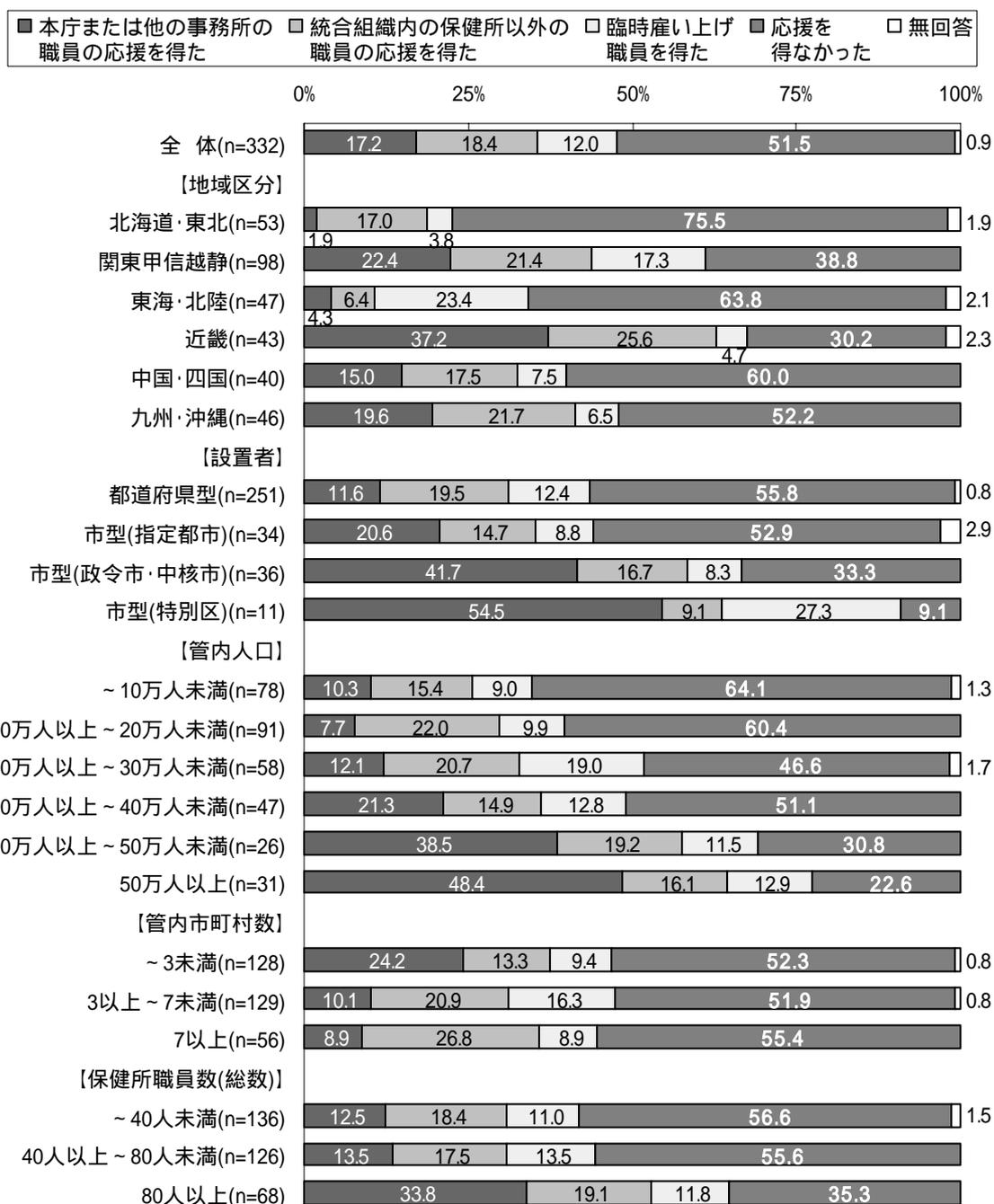
「新型インフルエンザ発生前に保健所の事業継続計画(BCP)を作成できていましたか」との問いに対する回答は以下のとおりである。「十分に作成できていた」は全体の5%、「どちらかといえば作成できていた」を含めても27%程度と、新型インフルエンザ発生前から3割弱の保健所は作成に着手していた。

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。



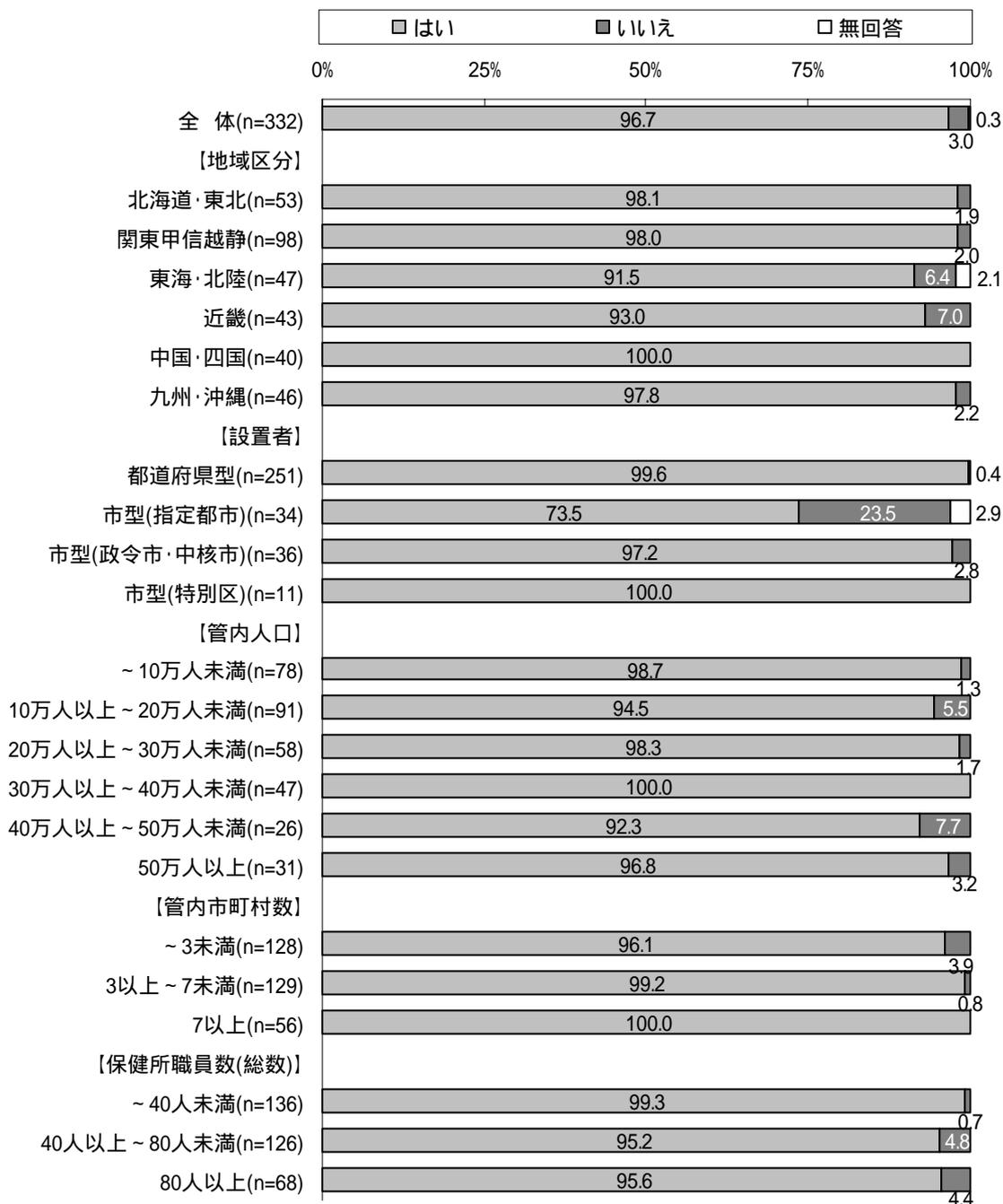
(2) 新型インフルエンザ発生後における保健所職員以外の応援の状況

「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。



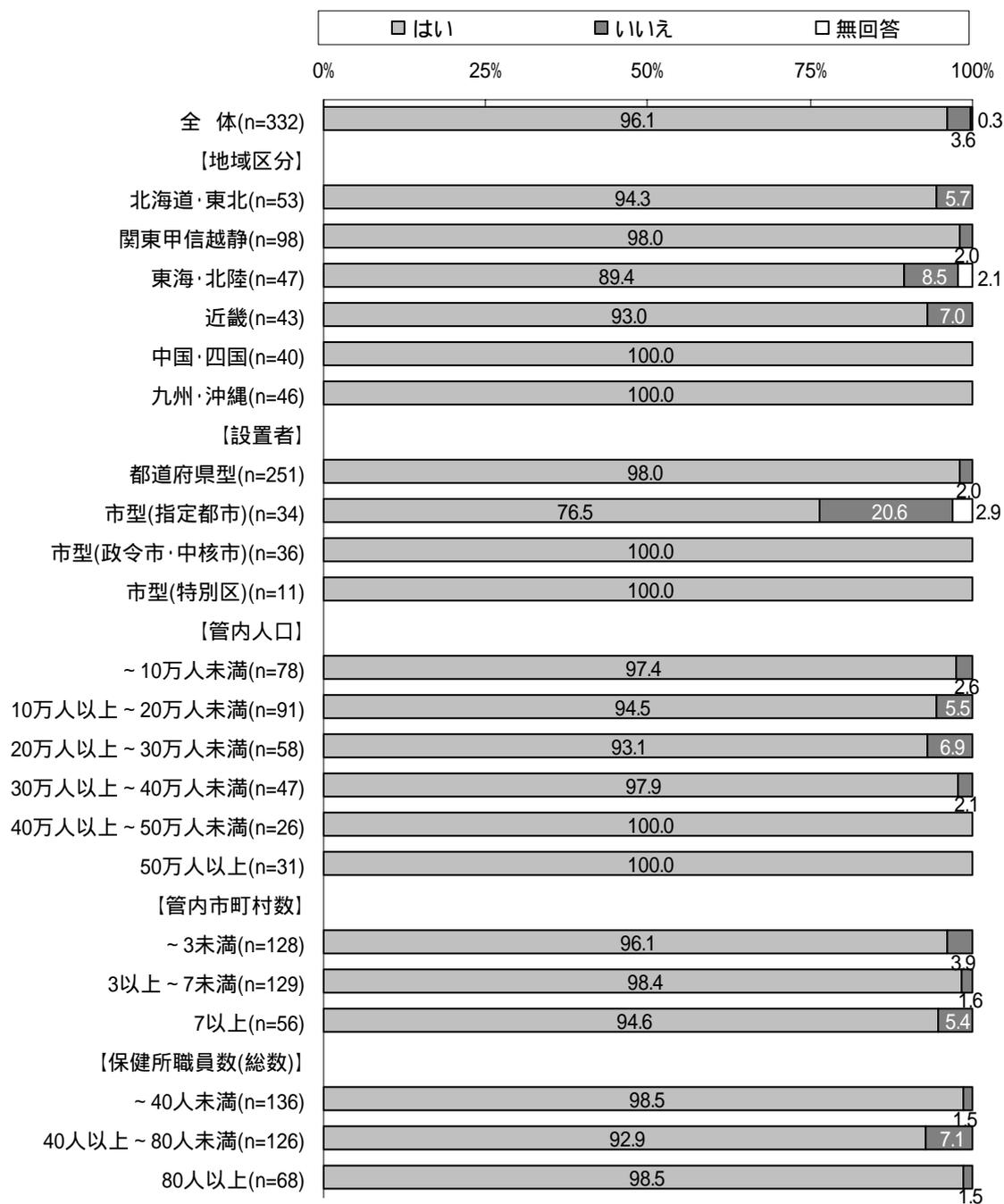
(3) 市町村(他の部局)に対する助言・情報提供・打ち合わせ・研修の実施有無

「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。



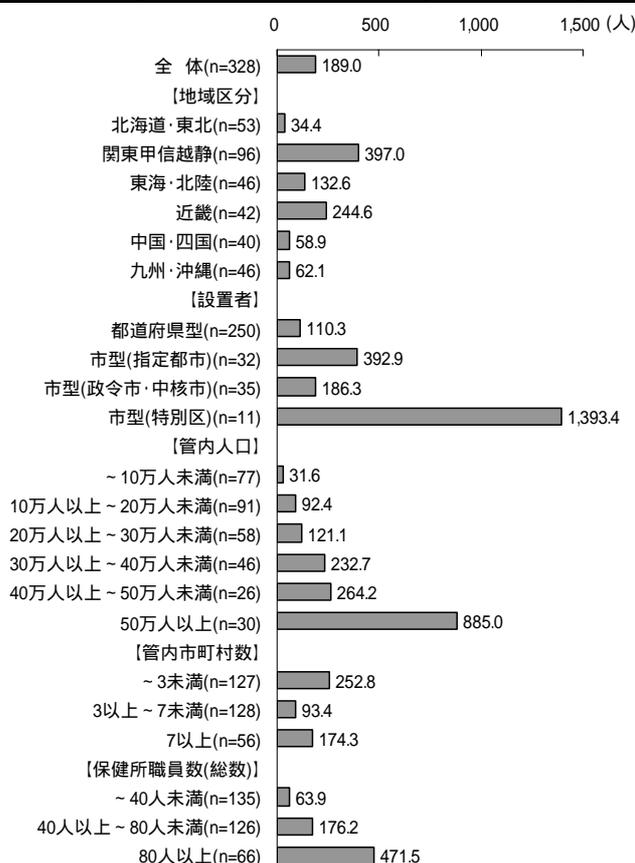
3. 健康監視

(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)]

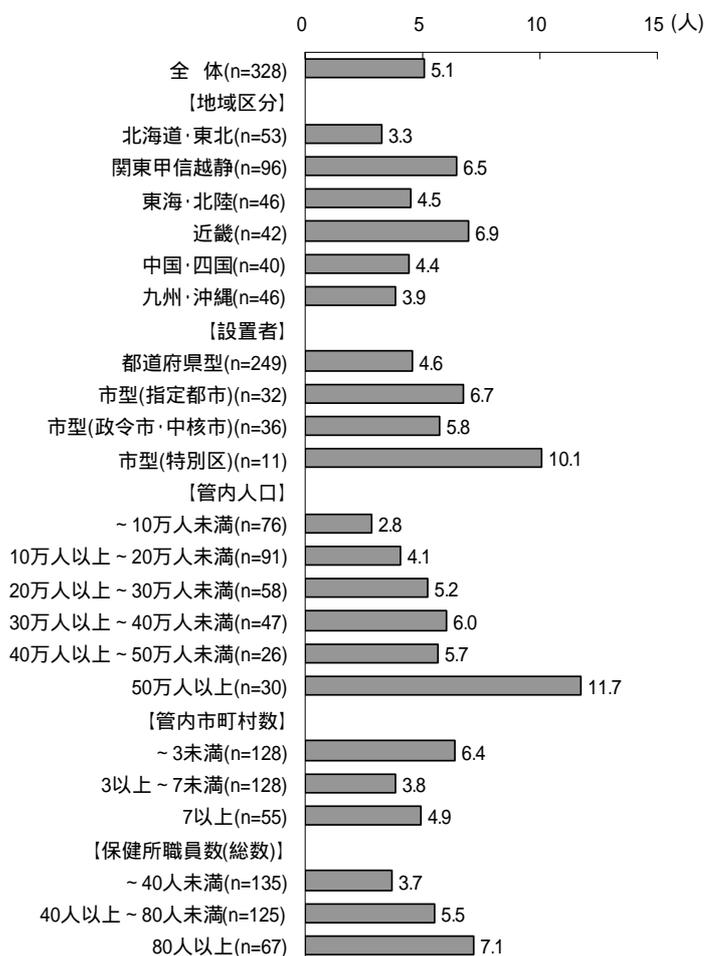
	回答数	0人	1人以上～ 20人未満	20人以上～ 50人未 満	50人以上～ 100人未 満	100人以上～ 150人未 満	150人以上～ 200人未 満	200人以上～ 250人未 満	250人以上～ 300人未 満	300人以上～ 400人未 満	400人以上～ 500人未 満	500人以上	無回答
全 体	332	0.3	23.5	19.9	15.7	11.1	6.9	4.2	3.9	3.3	2.7	7.2	1.2
地域区分													
北海道・東北	53	-	47.2	28.3	20.8	1.9	-	-	1.9	-	-	-	-
関東甲信越静	98	1.0	11.2	11.2	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

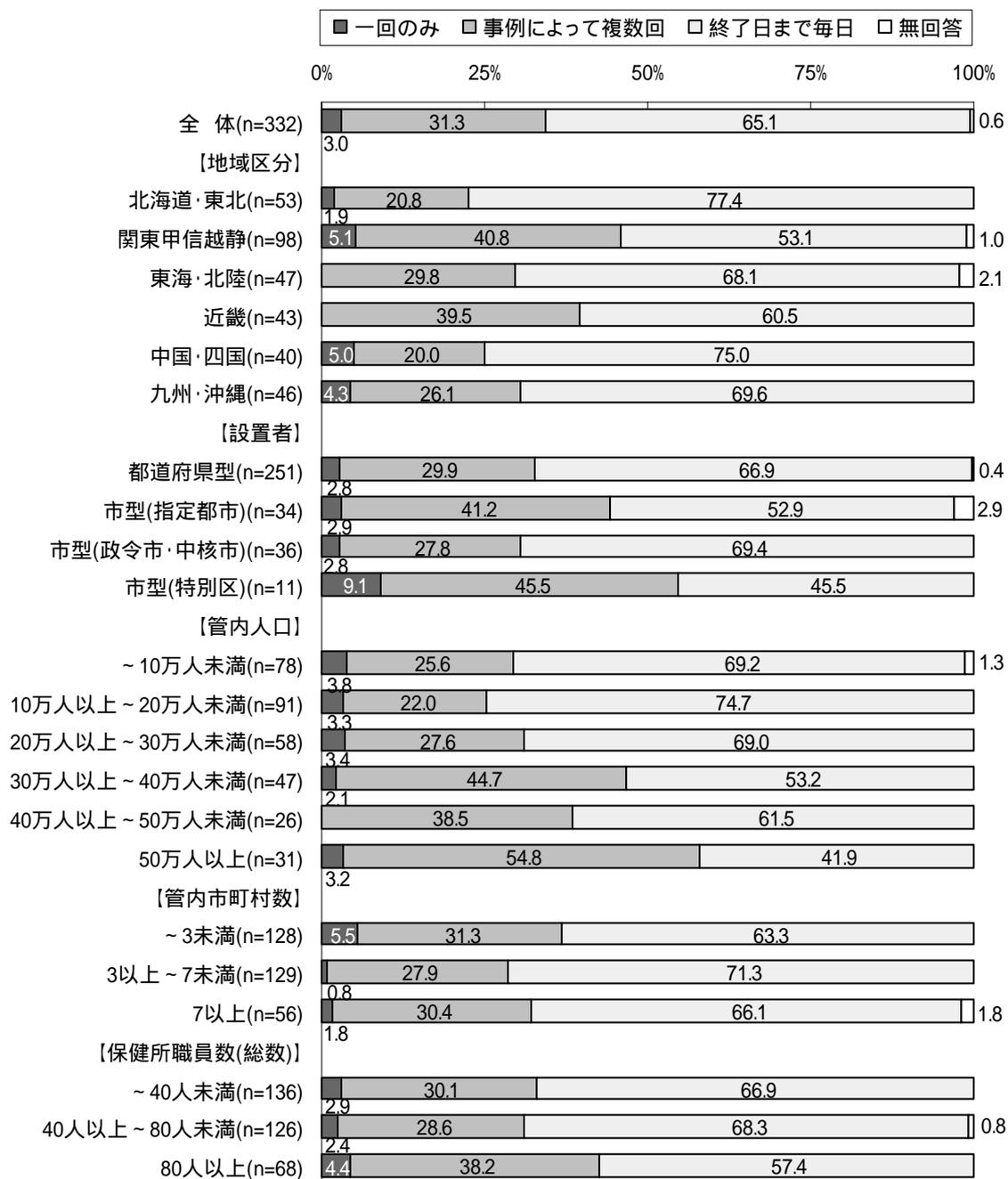


[健康監視の1日最大要員数・度数分布(属性)]

	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

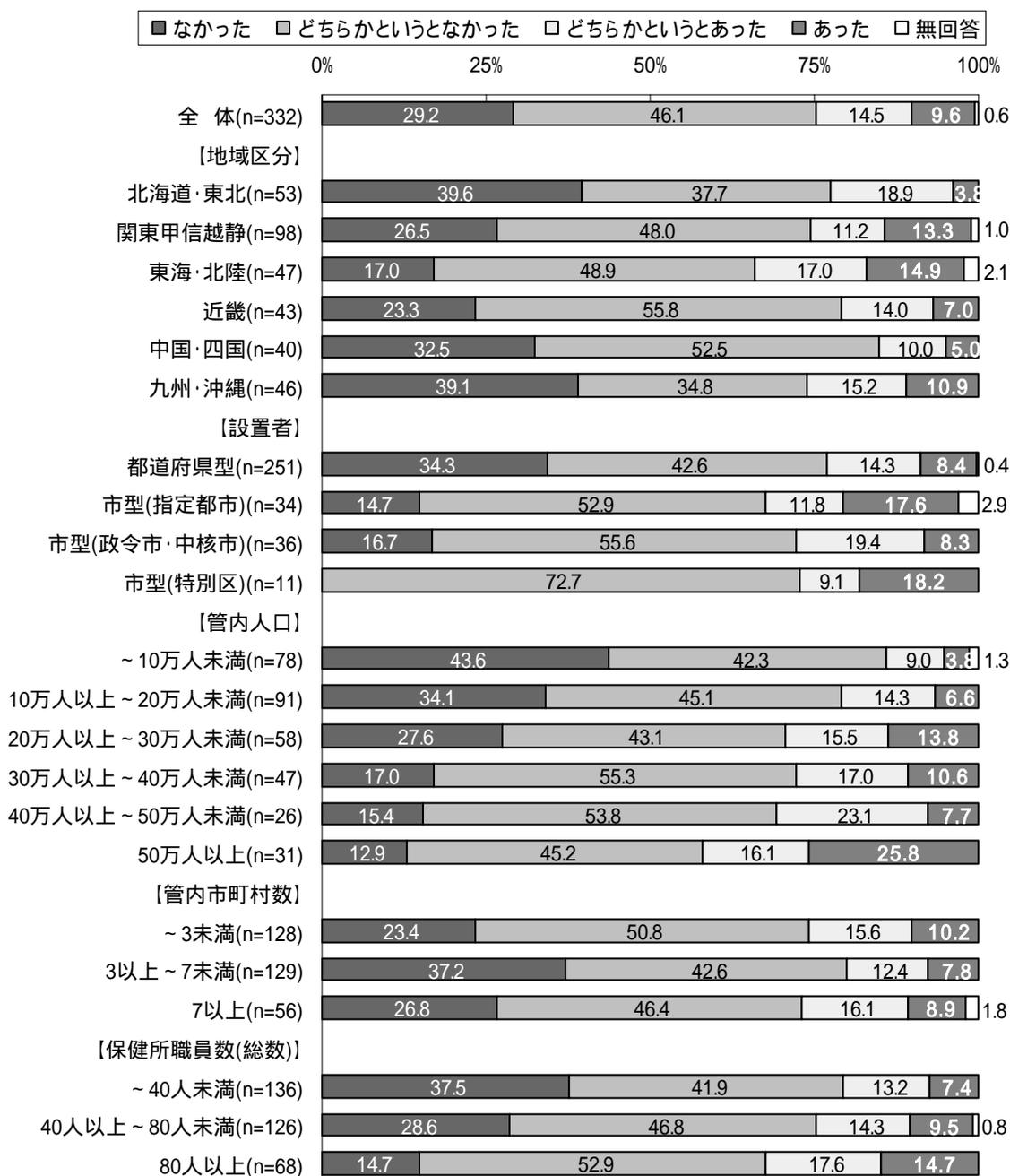
(3) 初期段階での健康監視の頻度

「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

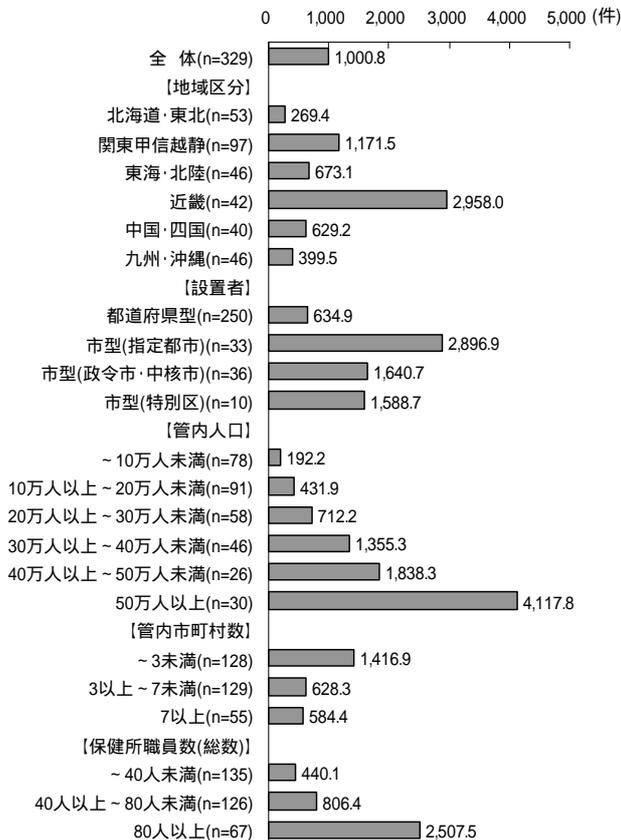
(1) 相談件数

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)]

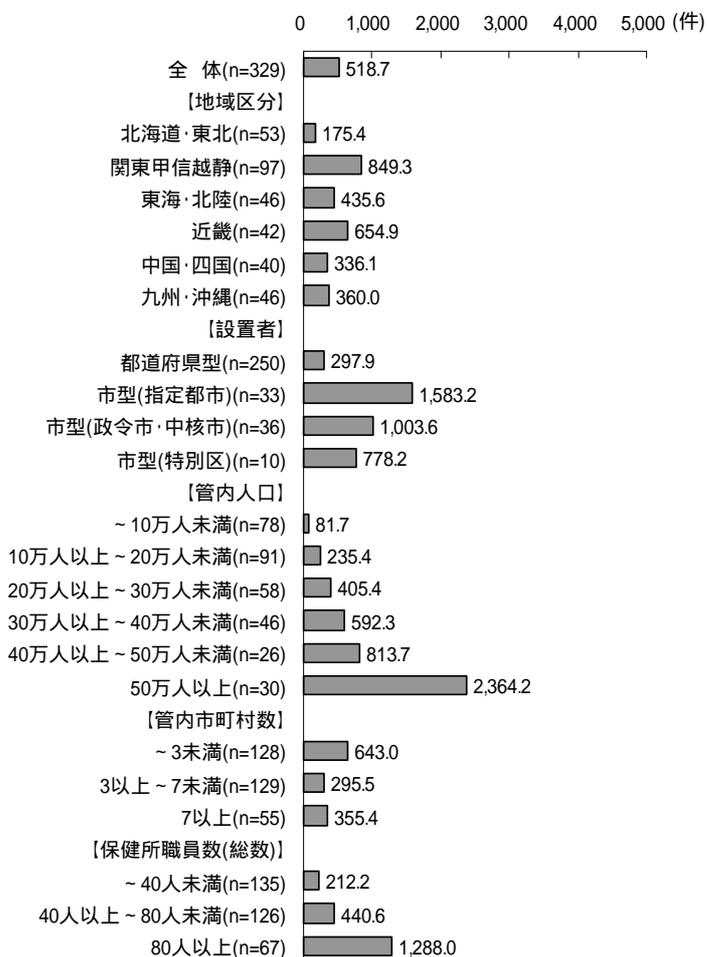
	回答数	0件	1件以上～ 200件未満	200件以上 ～400件未 満	400件以上 ～600件未 満	600件以上 ～800件未 満	800件以上 ～1000件 未満	1000件以 上～2000 件未満	2000件以 上	無回答	
全 体	332	0.3	24.7	19.6	13.3	8.4	8.1	13.3	11.4	0.9	
地域区分	北海道・東北	53	-	52.8	30.2	3.8	9.4	1.9	-	1.9	-
	関東甲信越静	98	1.0	12.2	16.3	17.3	7.1	12.2	17.3	15.3	1.0
	東海・北陸	47	-	8.5	21.3	21.3	14.9	10.6	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)]

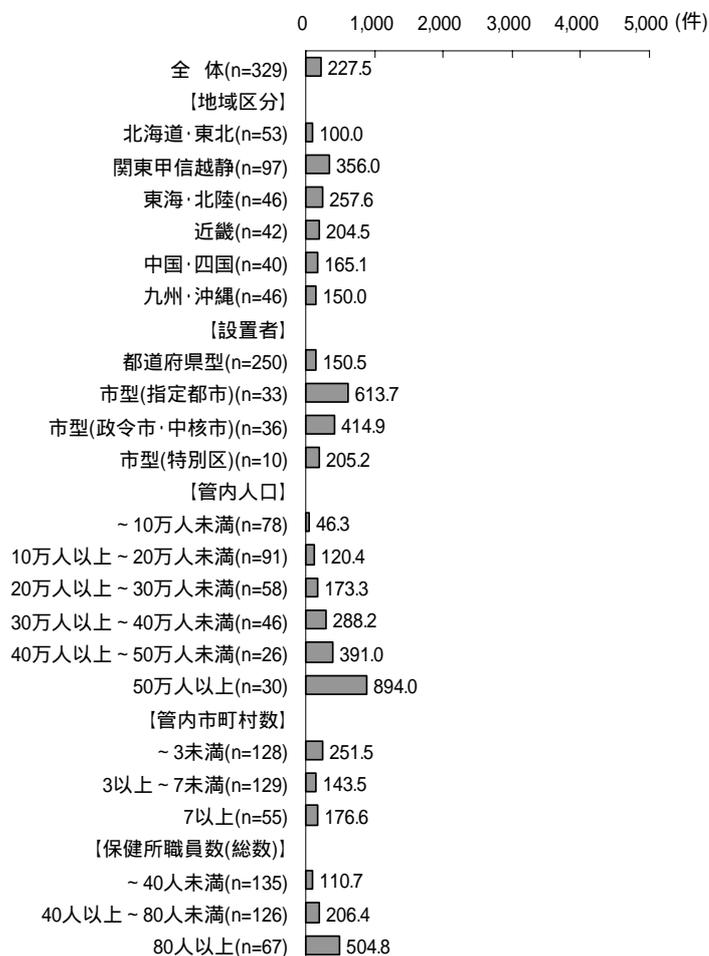
	回答数	0件	1件以上～ 100件未満	100件以上～ 200件未満	200件以上～ 400件未満	400件以上～ 600件未満	600件以上～ 800件未満	800件以上～ 1000件未満	1000件以上～ 2000件未満	2000件以上	無回答
全 体	332	-	24.7	19.6	17.8	13.9	6.0	6.9	7.2	3.0	0.9
地域区分											
北海道・東北	53	-	47.2	28.3	15.1	5.7	-	1.9	1.9	-	-
関東甲信越静岡	98	-	14.3	14.3	23.5	12.2	6.1	9.2	13.3	6.1	1.0
東海・北陸	47	-	12.8	19.1	14.9	27.7	8.5	10.6	4.3	-	2.1
近畿	43	-	11.6	16.3	16.3	23.3	9.3	9.3	7.0	4.7	2.3
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	-	0.4
市型(指定都市)	34	-	2.9	14.7	29.4	8.8	5.9	-	14.7	20.6	2.9
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	-	9.1
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	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	3.2
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	-	1.8
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	-	0.7
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	1.5

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)]

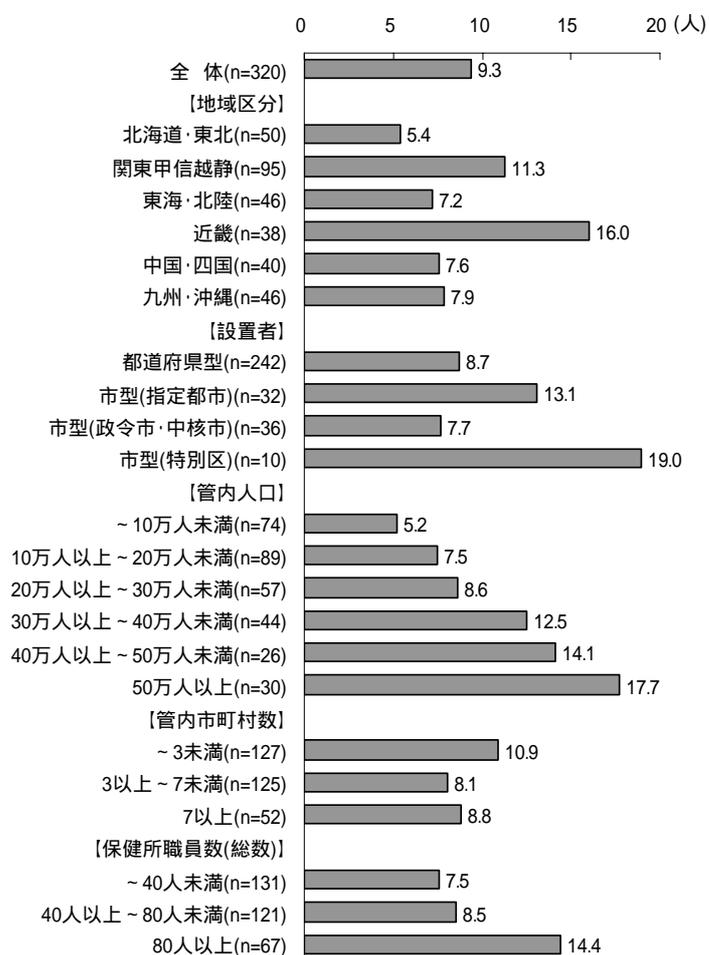
	回答数	0件	1件以上～ 100件未満	100件以上 ～200件未 満	200件以上 ～400件未 満	400件以上 ～600件未 満	600件以上 ～800件未 満	800件以上 ～1000件 未満	1000件以 上～2000 件未満	2000件以 上	無回答
全 体	332	-	48.5	19.9	16.3	8.4	2.1	2.1	0.9	0.9	0.9
地域区分											
	北海道・東北	53	-	81.1	5.7	5.7	5.7	1.9	-	-	-
	関東甲信越静	98	-	32.7	26.5	22.4	9.2	1.0	2.0	2.0	3.1
	東海・北陸	47	-	29.8	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	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



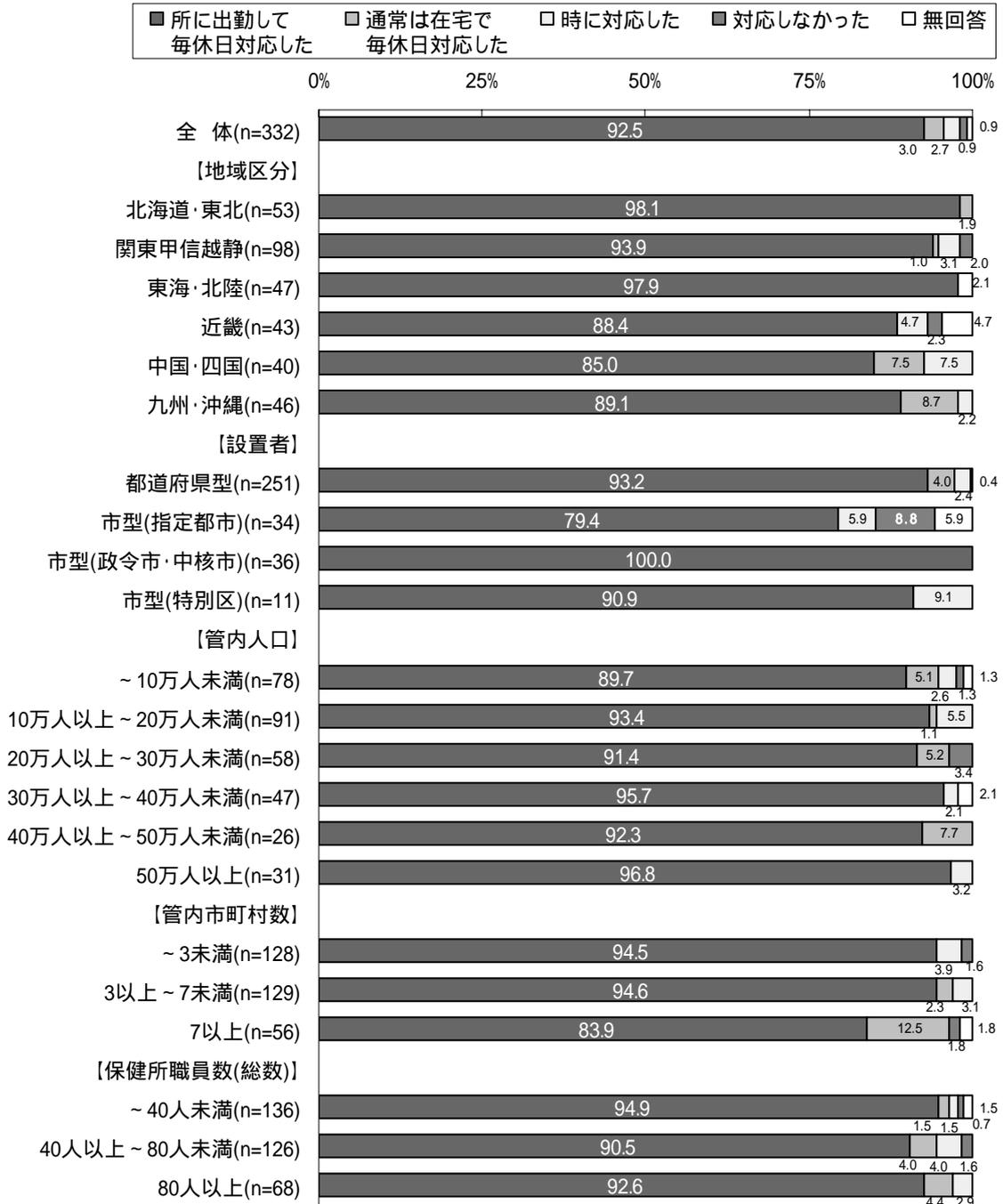
発熱外来担当(所外からの応援を含む)の1日最大要員の度数分布は以下のとおりである。

[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

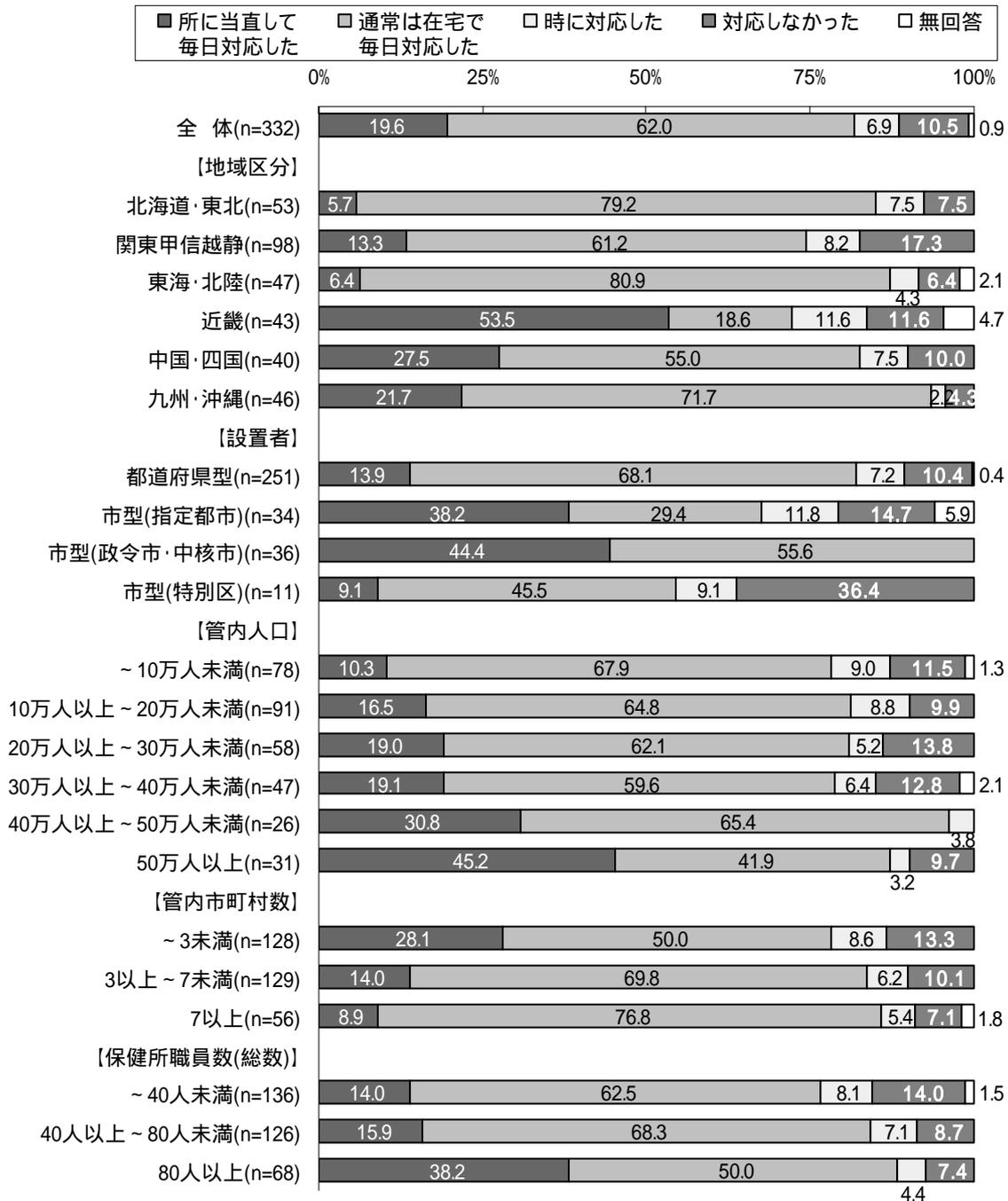
(3) 最大対応時における土日・祝日の対応状況

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。



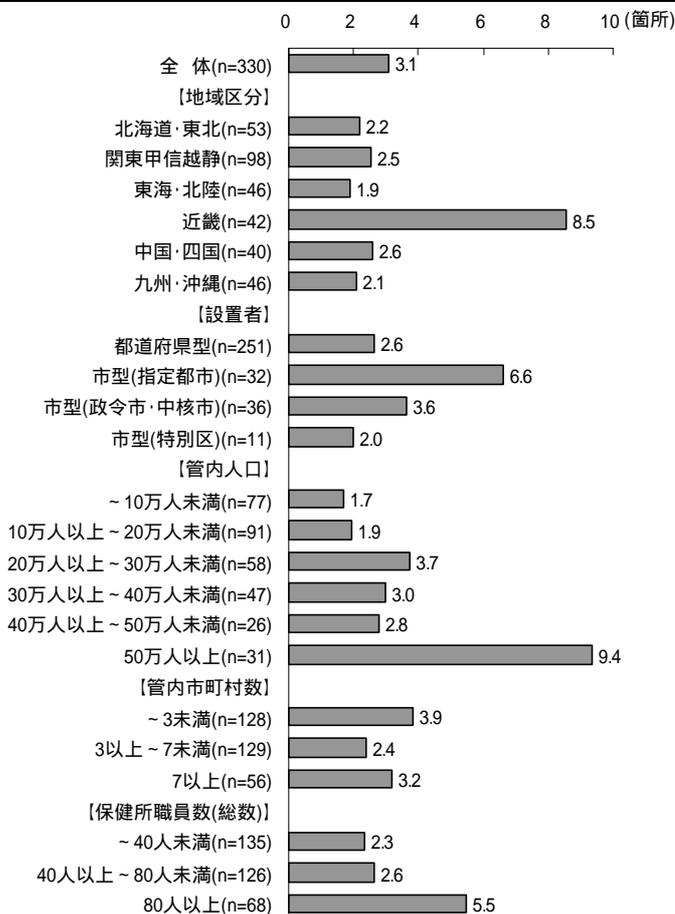
5. 発熱外来・入院措置

(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



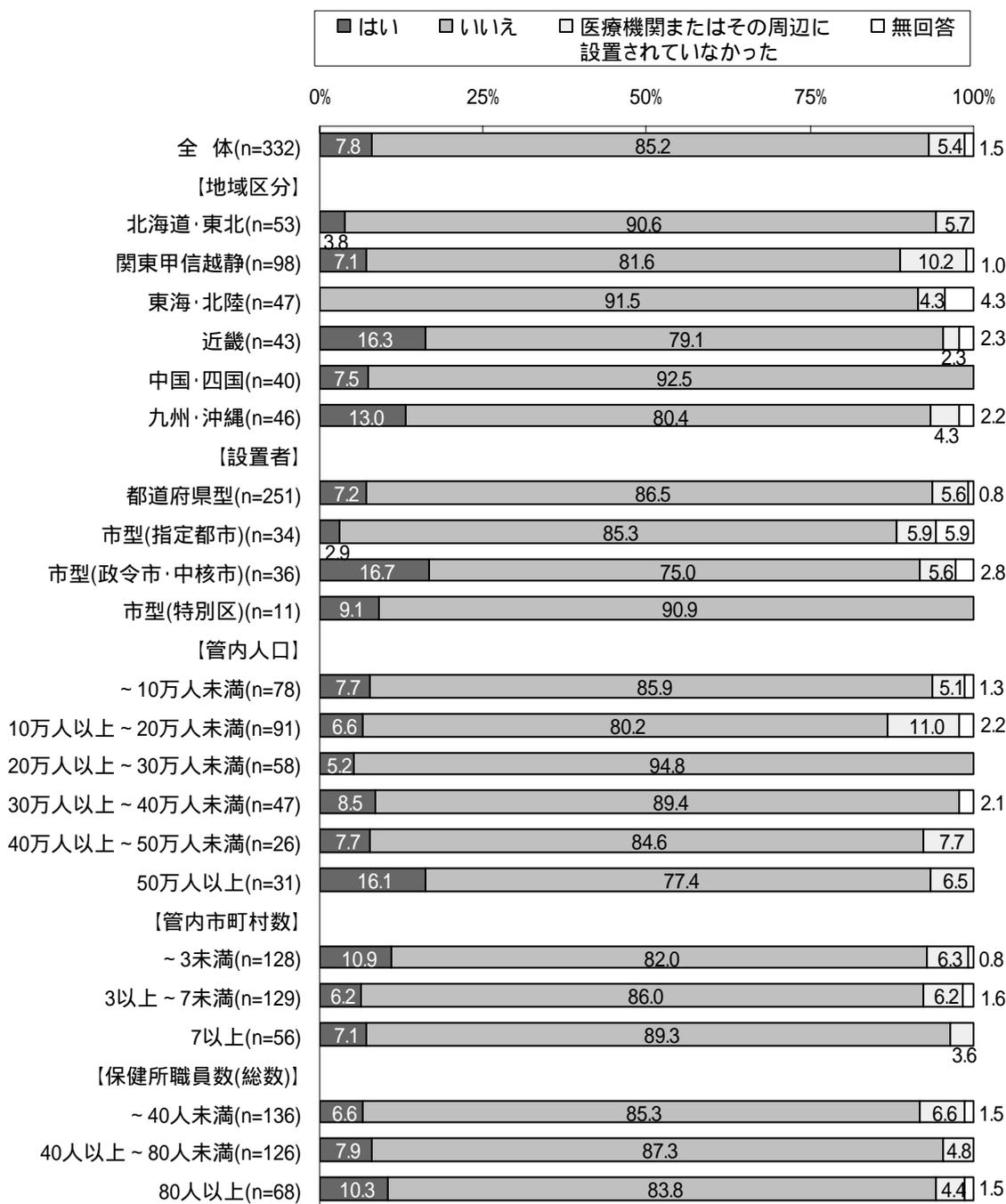
また、発熱外来設置箇所の度数分布は以下のとおりである。

[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	-

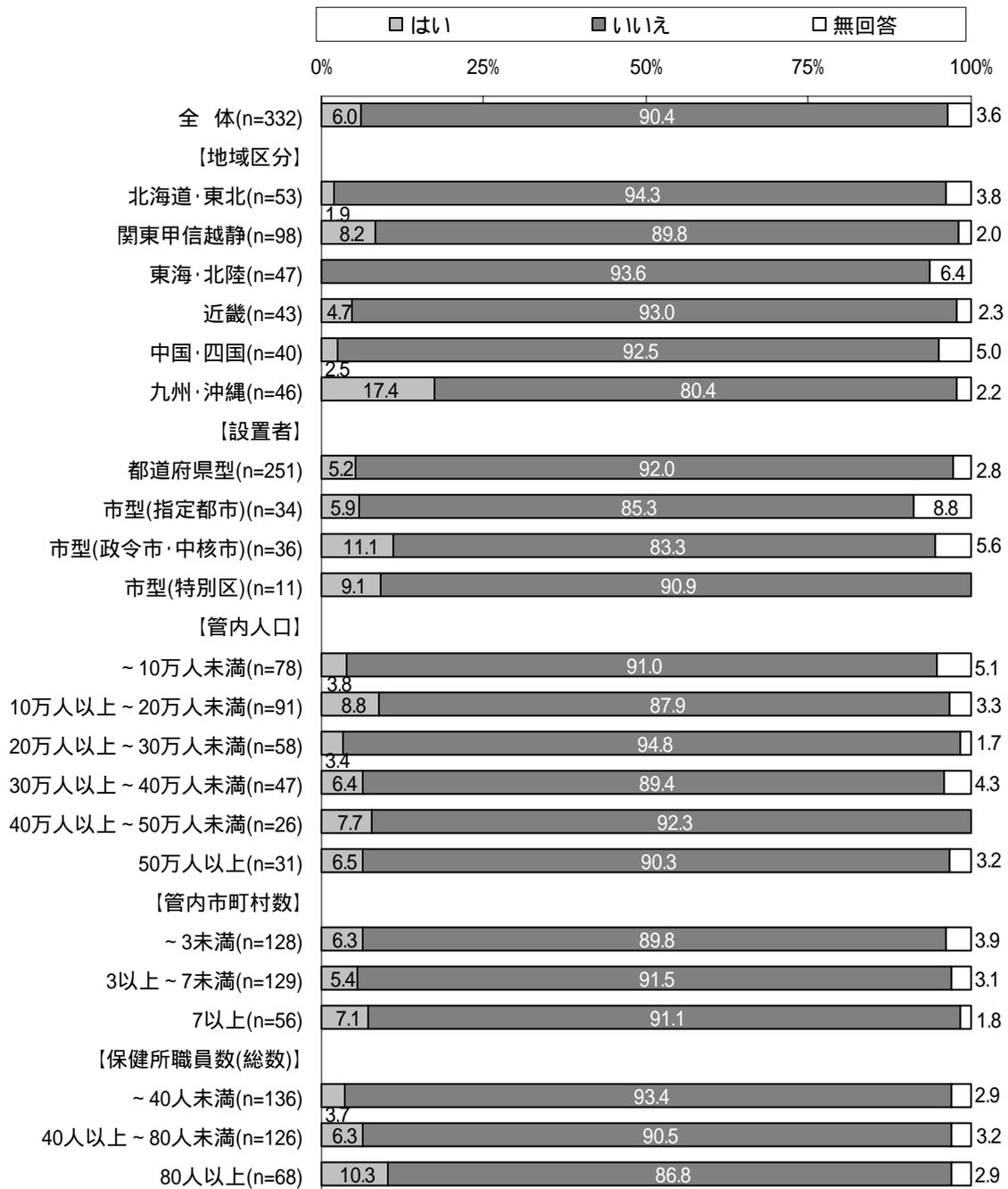
(2) 発熱外来への医師の応援・派遣の有無

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。



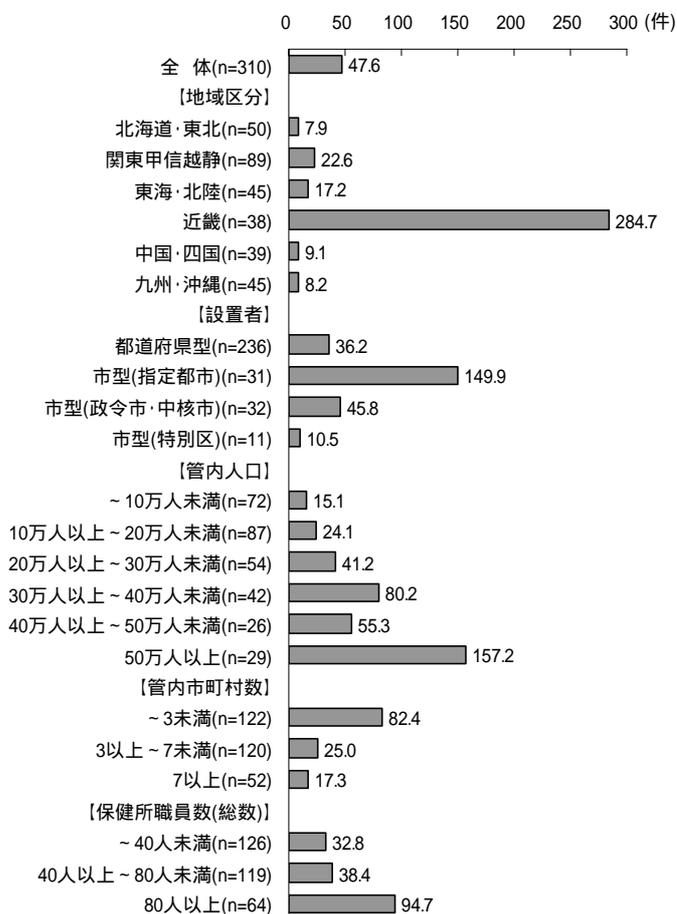
(4) 発熱外来の受診件数

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)]

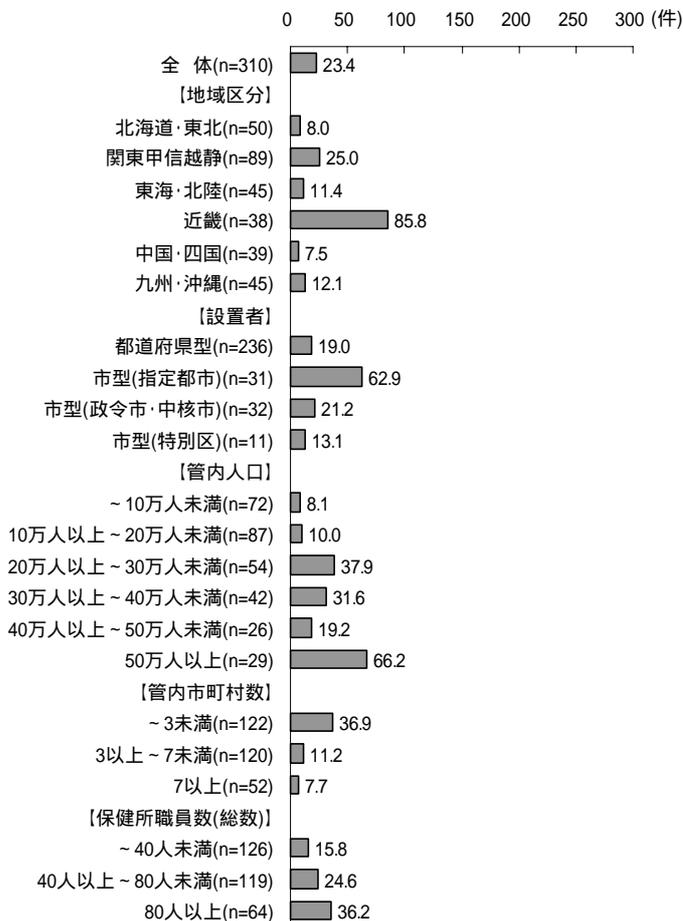
		回答数	0件	1件以上～ 5件未満	5件以上～ 10件未満	10件以上～ 20件未満	20件以上～ 30件未満	30件以上～ 40件未満	40件以上～ 50件未満	50件以上～ 100件未満	100件以上	無回答
全 体		332	9.0	24.4	19.3	18.1	5.7	2.7	3.3	3.6	7.2	6.6
地域区分	北海道・東北	53	11.3	52.8	15.1	7.5	1.9	1.9	1.9	-	1.9	5.7
	関東甲信越静岡	98	9.2	16.3	25.5	22.4	7.1	-	3.1	3.1	4.1	9.2
	東海・北陸	47	6.4	17.0	14.9	29.8	10.6	10.6	2.1	2.1	2.1	4.3
	近畿	43	-	4.7	2.3	7.0	4.7	4.7	7.0	16.3	41.9	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	6.4	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	14.7	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	-	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	7.7
	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	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	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	12.8	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	12.9	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	4.7
	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	7.0
	7以上	56	10.7	28.6	19.6	19.6	7.1	-	-	3.6	3.6	7.1
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	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	5.6
	80人以上	68	7.4	8.8	19.1	27.9	7.4	2.9	1.5	7.4	11.8	5.9

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。

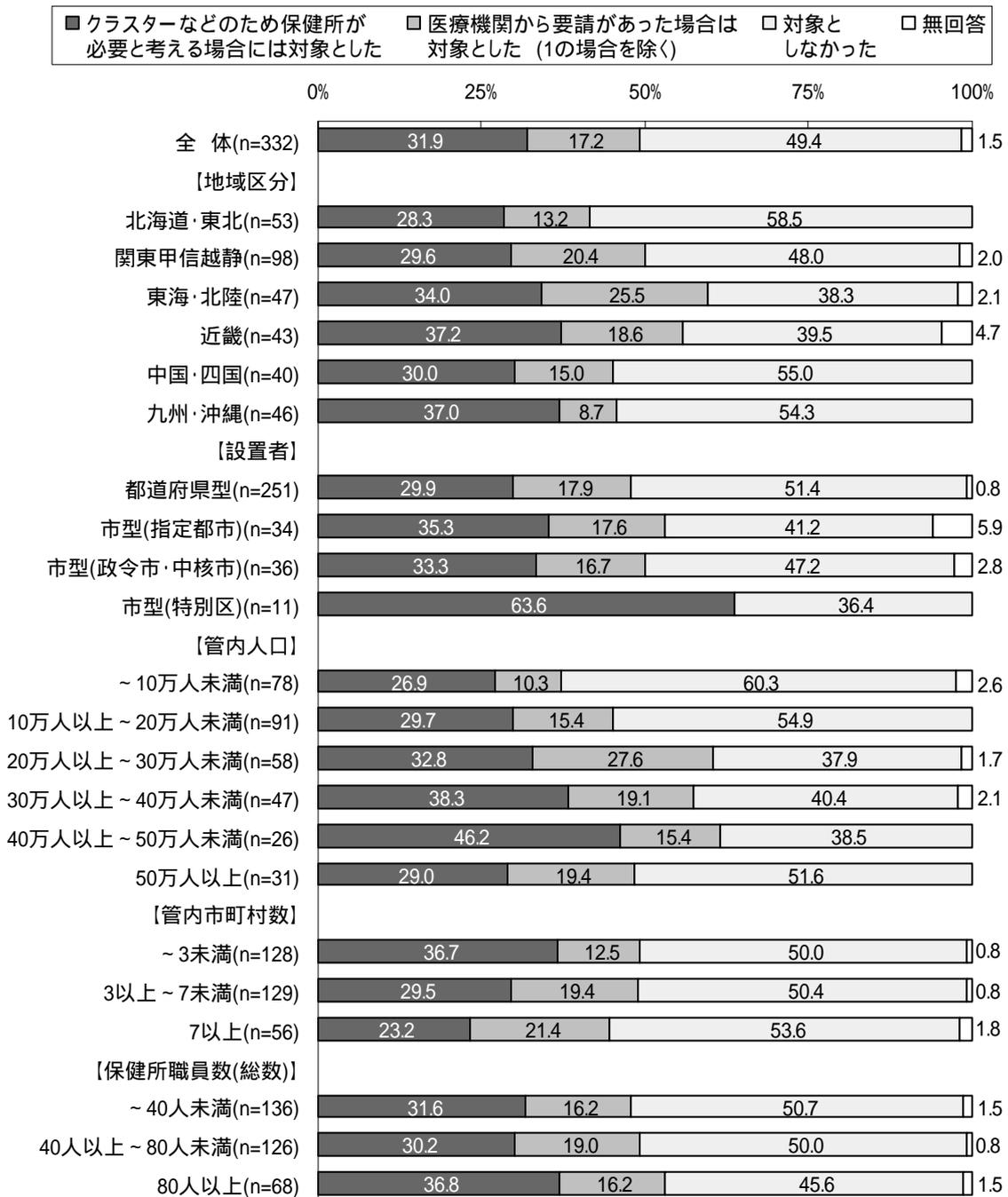
[6月中の受診件数・度数分布(属性)]

	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。



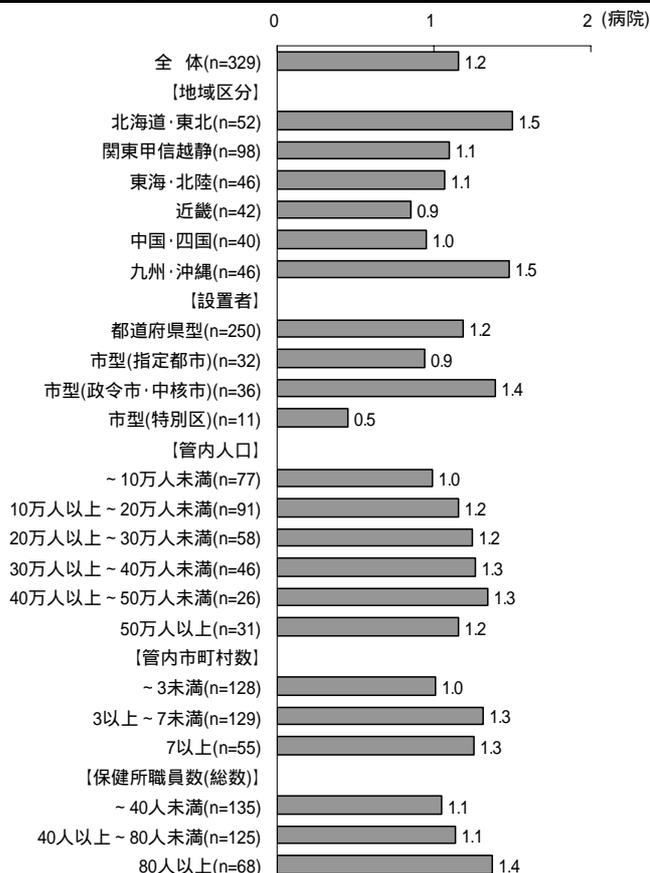
(6) 入院勧告に基づき収容可能な病院数・最大病床数

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)]

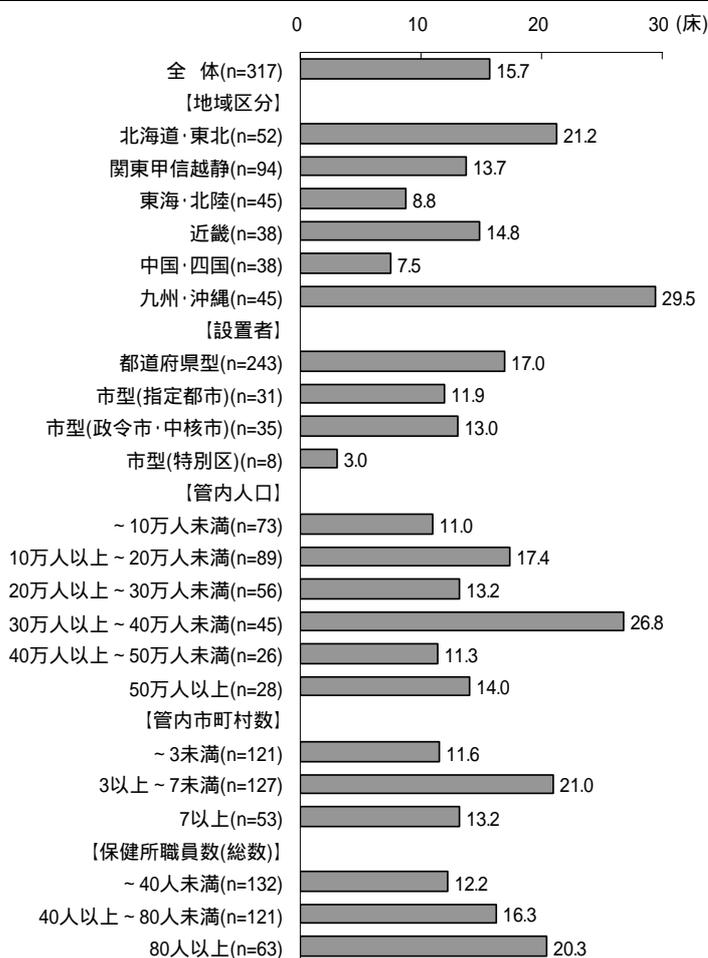
		回答数	0病院	1病院	2病院	3病院	4病院	5病院	6病院以上	無回答
全 体		332	28.9	49.1	10.2	4.5	2.4	2.4	1.5	0.9
地域区分	北海道・東北	53	17.0	56.6	9.4	1.9	5.7	3.8	3.8	1.9
	関東甲信越静	98	27.6	53.1	8.2	7.1	2.0	1.0	1.0	-
	東海・北陸	47	36.2	38.3	14.9	2.1	2.1	4.3	-	2.1
	近畿	43	37.2	48.8	2.3	7.0	2.3	-	-	2.3
	中国・四国	40	37.5	37.5	17.5	7.5	-	-	-	-
	九州・沖縄	46	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

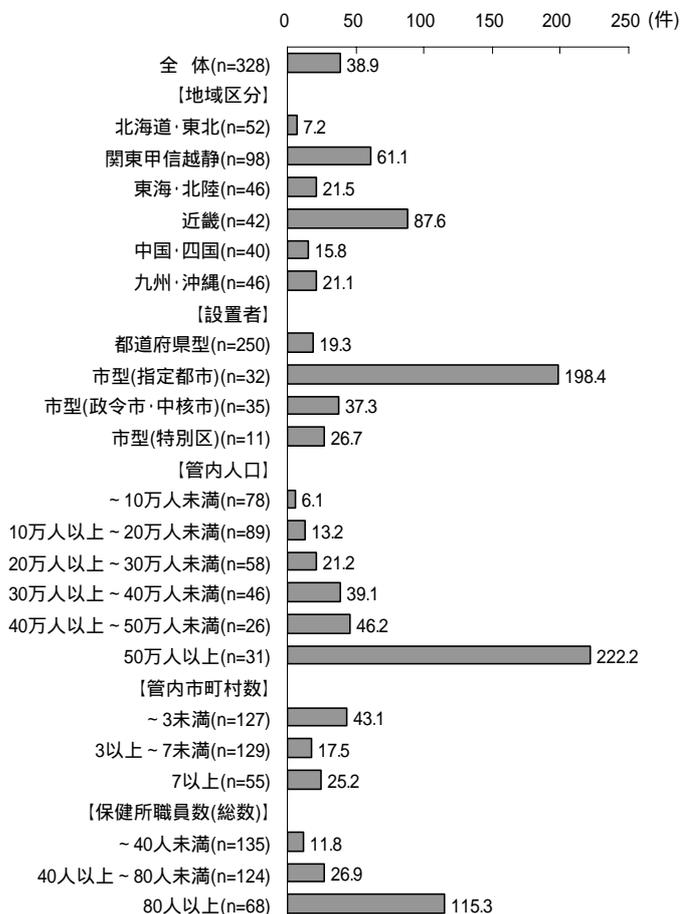
6. 患者発生への対応

(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	-

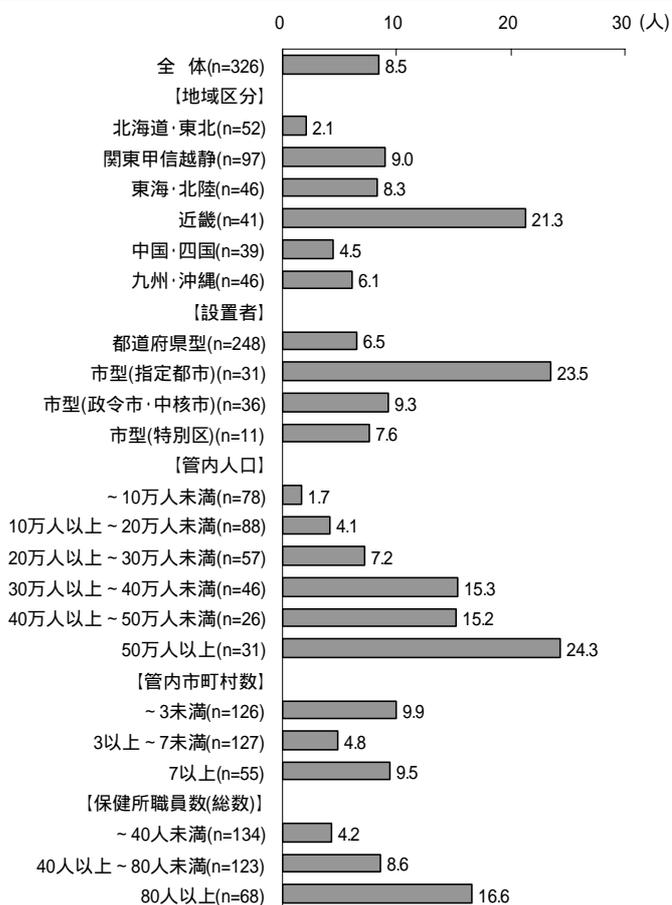
(2) 確定患者数

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)]

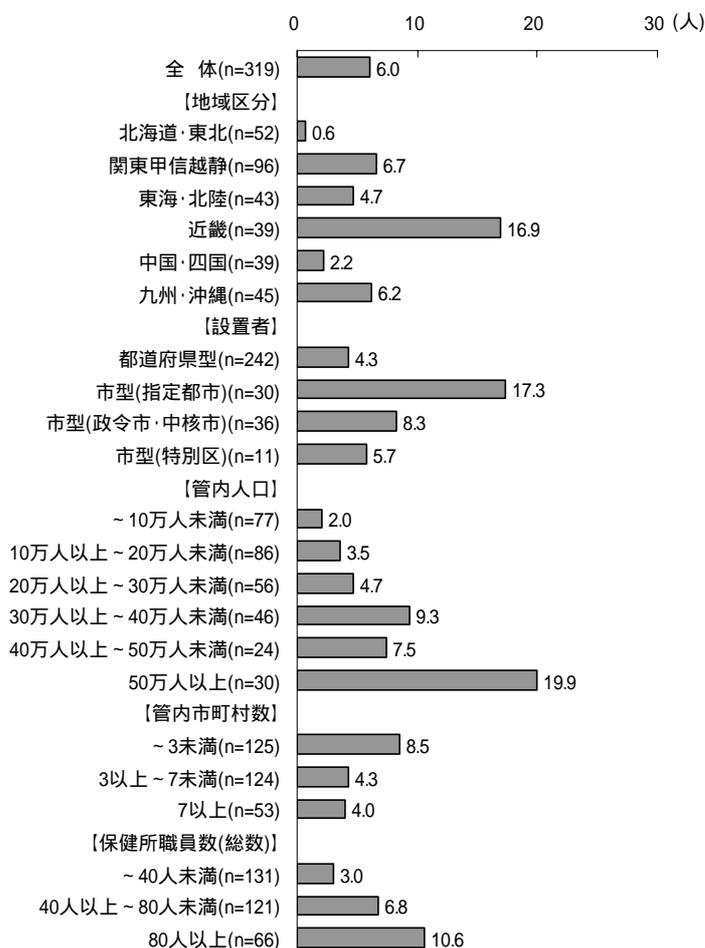
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体		332	23.5	34.3	15.4	9.6	4.2	3.6	1.2	6.3	1.8
地域区分	北海道・東北	53	49.1	39.6	3.8	3.8	-	-	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	13.3	35.7	24.5	11.2	5.1	6.1	-	3.1	1.0
	東海・北陸	47	23.4	25.5	14.9	10.6	10.6	4.3	4.3	4.3	2.1
	近畿	43	9.3	18.6	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
保健所 職員数 (総数)	7以上	56	19.6	42.9	7.1	5.4	1.8	8.9	1.8	10.7	1.8
	～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)]

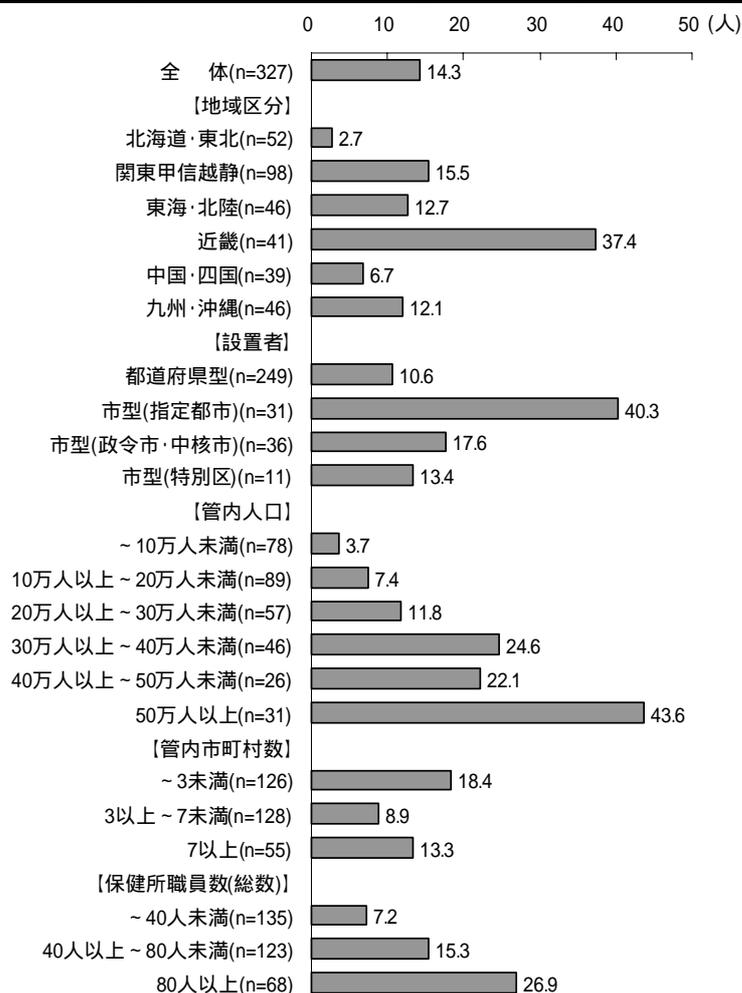
	回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体	332	43.4	23.5	13.6	6.0	3.0	2.4	0.3	3.9	3.9
地域区分	北海道・東北	53	83.0	9.4	3.8	1.9	-	-	-	1.9
	関東甲信越静	98	29.6	27.6	24.5	5.1	3.1	3.1	-	5.1
	東海・北陸	47	44.7	21.3	10.6	8.5	4.3	-	-	2.1
	近畿	43	18.6	23.3	11.6	9.3	7.0	9.3	2.3	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
保健所 職員数 (総数)	7以上	56	50.0	10.7	19.6	5.4	7.1	1.8	-	-
	～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月末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)]

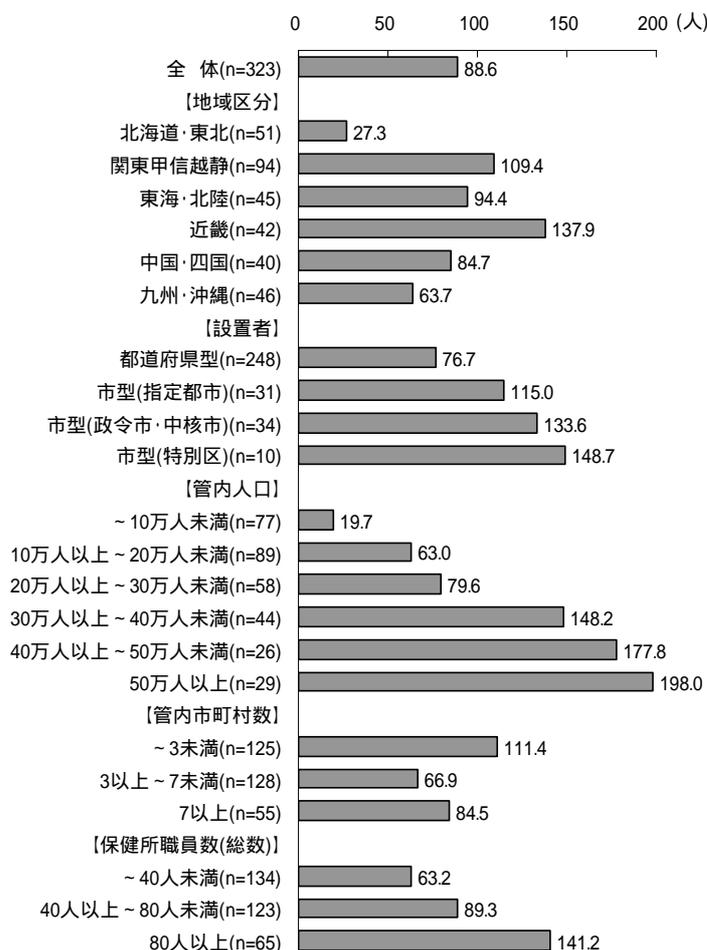
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未満	20人以上～ 25人未満	25人以上～ 30人未満	30人以上	無回答
全 体		332	17.2	26.5	14.5	13.0	5.7	5.4	4.2	12.0	1.5
地域区分	北海道・東北	53	47.2	35.8	7.5	3.8	-	1.9	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	8.2	23.5	19.4	15.3	8.2	9.2	6.1	10.2	-
	東海・北陸	47	14.9	23.4	17.0	12.8	6.4	6.4	4.3	12.8	2.1
	近畿	43	2.3	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)]

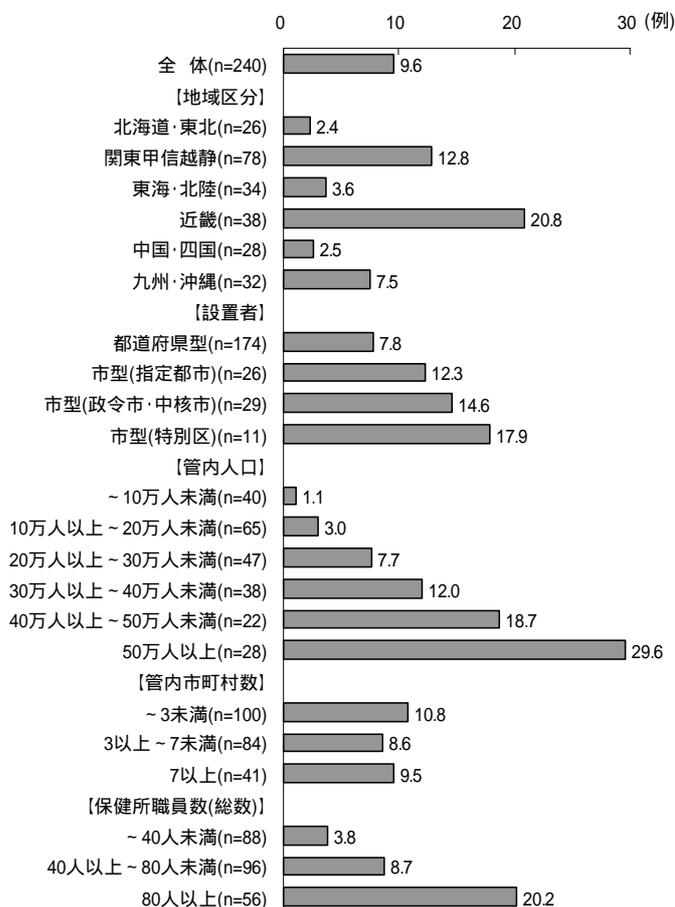
	回答数	0人	1人以上～ 40人未満	40人以上 ～80人未 満	80人以上 ～120人未 満	120人以上 ～160人未 満	160人以上 ～200人未 満	200人以上 ～300人未 満	300人以上 ～400人未 満	400人以上	無回答	
全 体	332	15.1	37.3	17.2	6.3	4.8	3.0	5.4	3.3	4.8	2.7	
地域区分	北海道・東北	53	37.7	41.5	13.2	-	-	-	1.9	-	1.9	3.8
	関東甲信越静	98	10.2	35.7	17.3	6.1	6.1	4.1	6.1	4.1	6.1	4.1
	東海・北陸	47	12.8	36.2	27.7	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



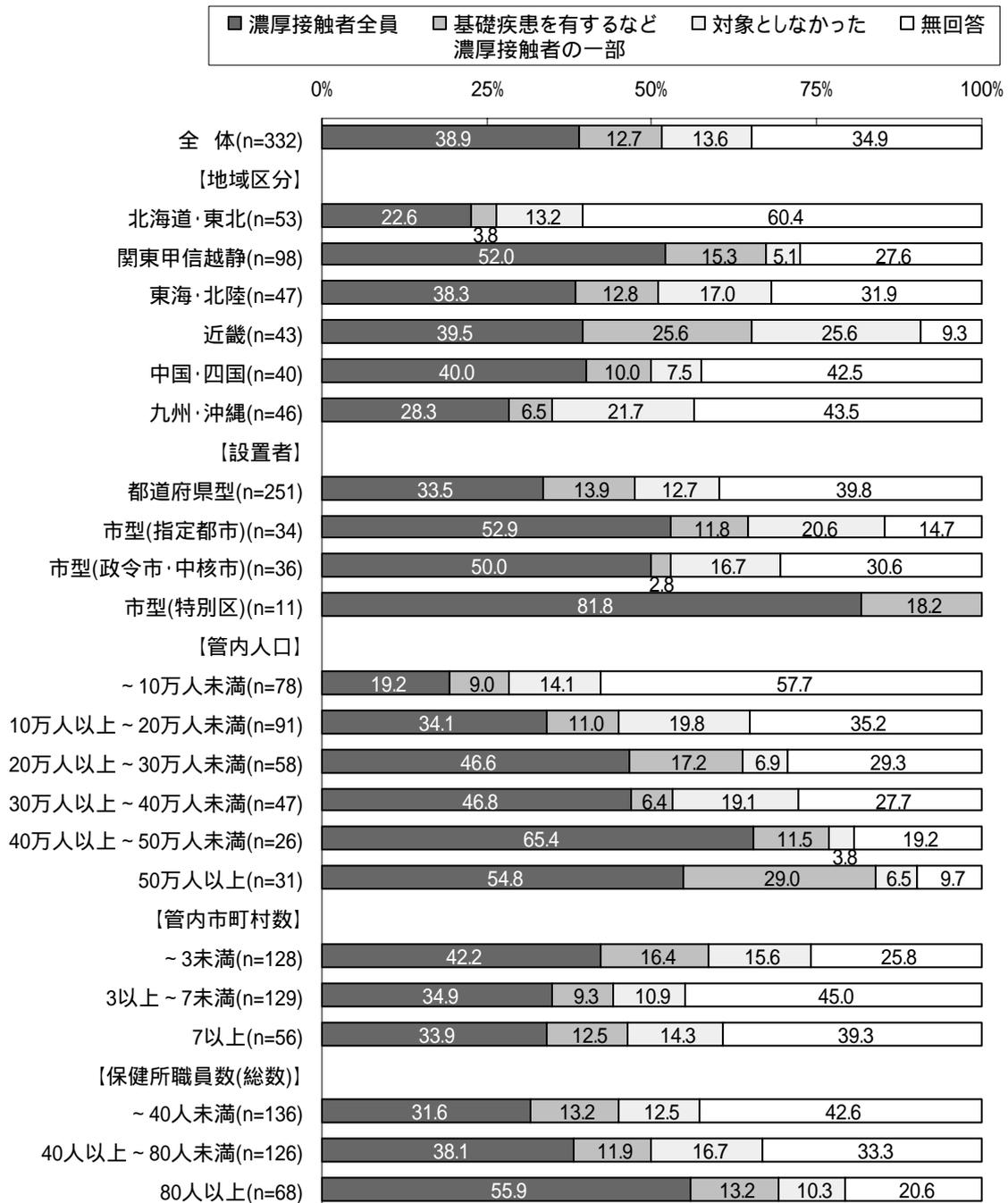
また、予防投薬の件数の度数分布は以下のとおりである。

[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

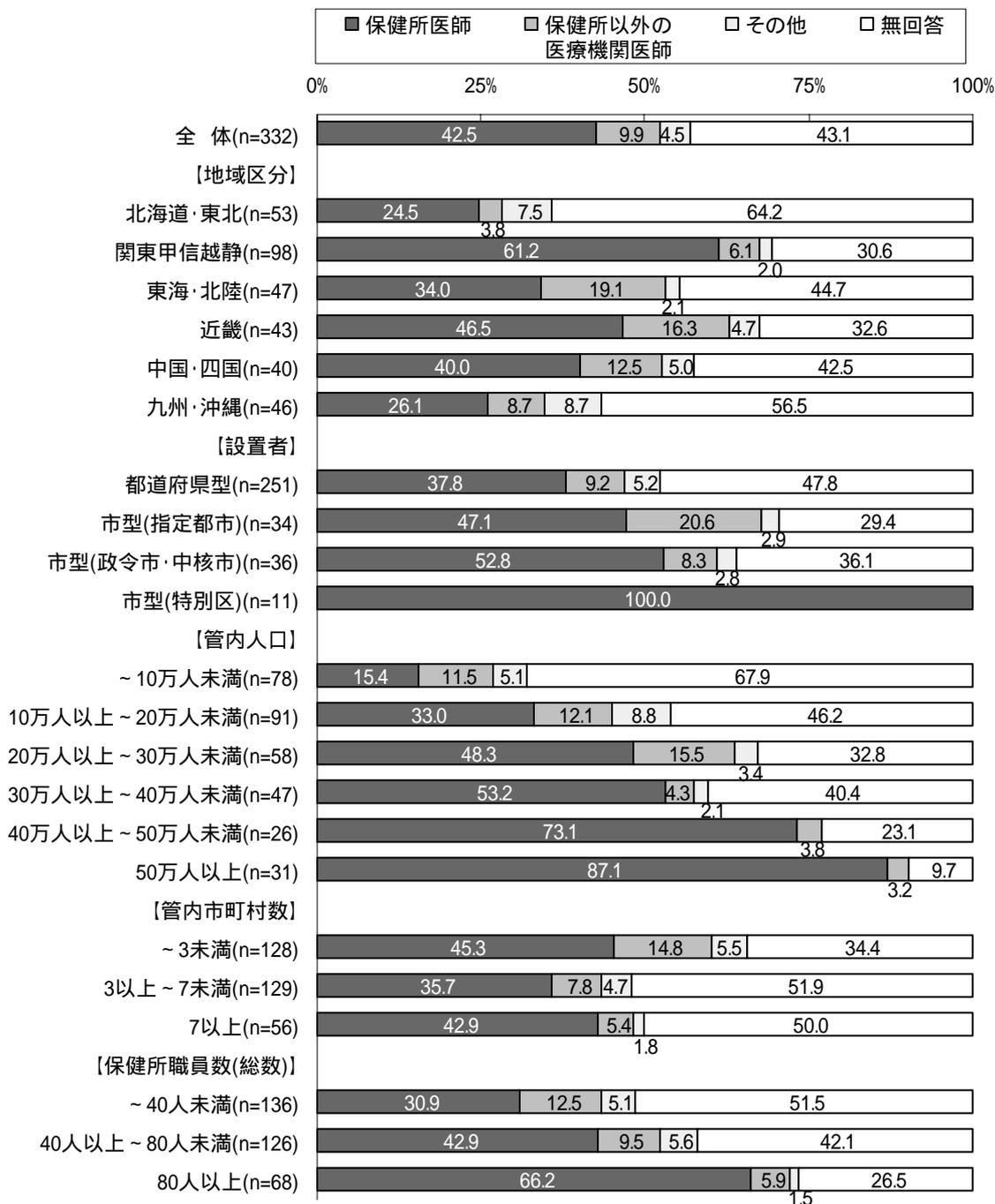
(5) 予防投薬の対象とした濃厚接触者

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。



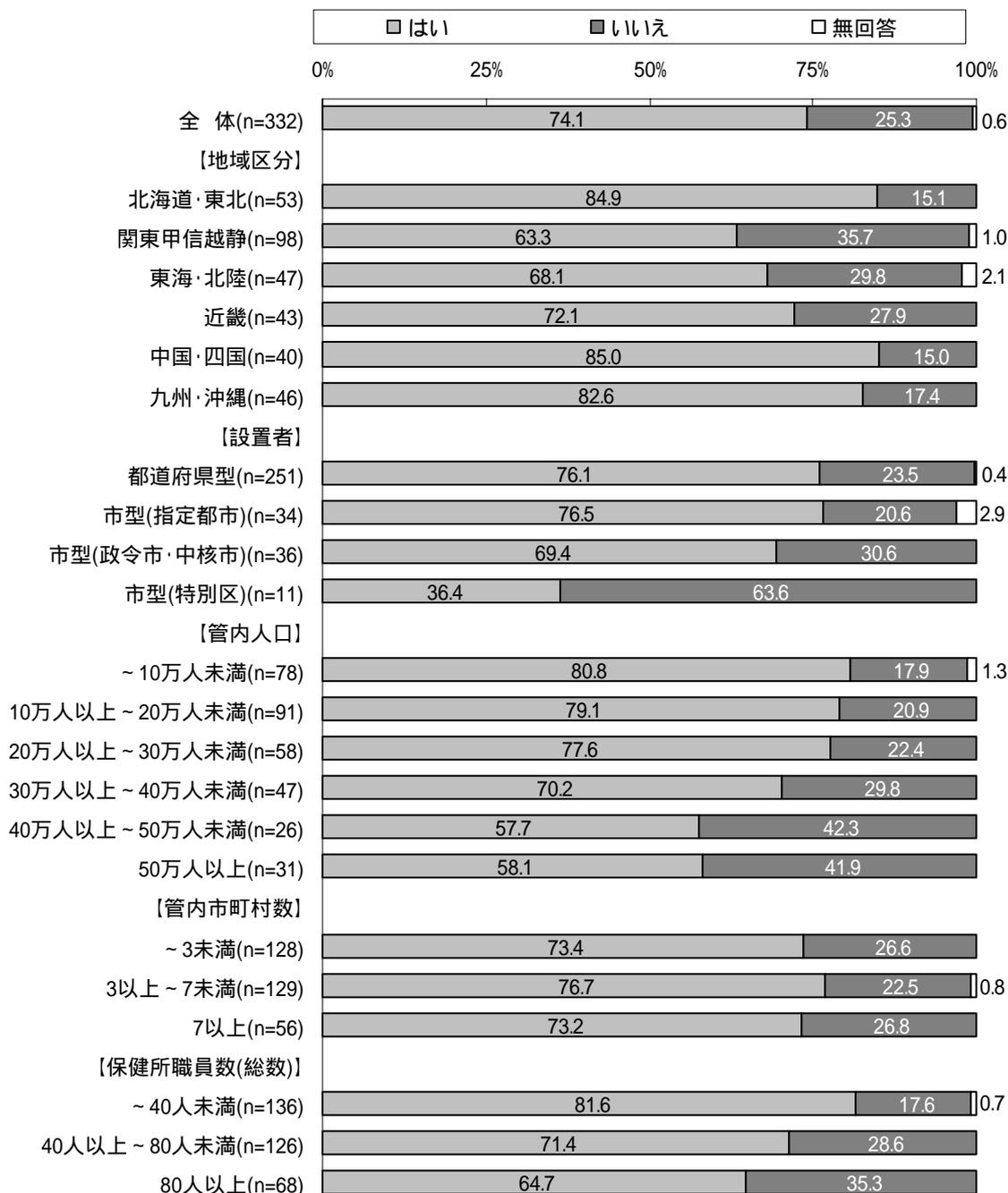
(6) 予防投薬の実施主体

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。



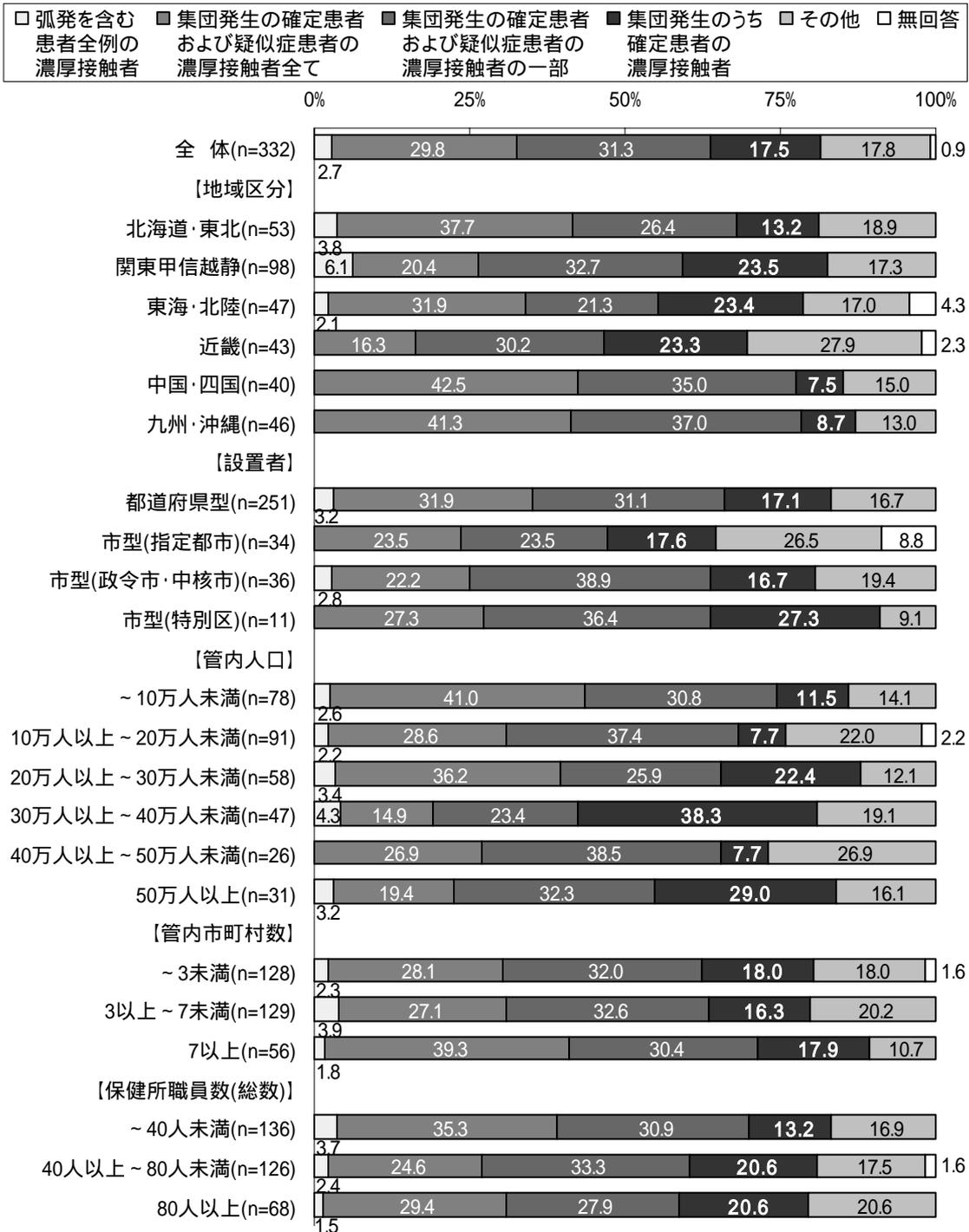
(7) クラスターサーベイランスの実施状況

「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。

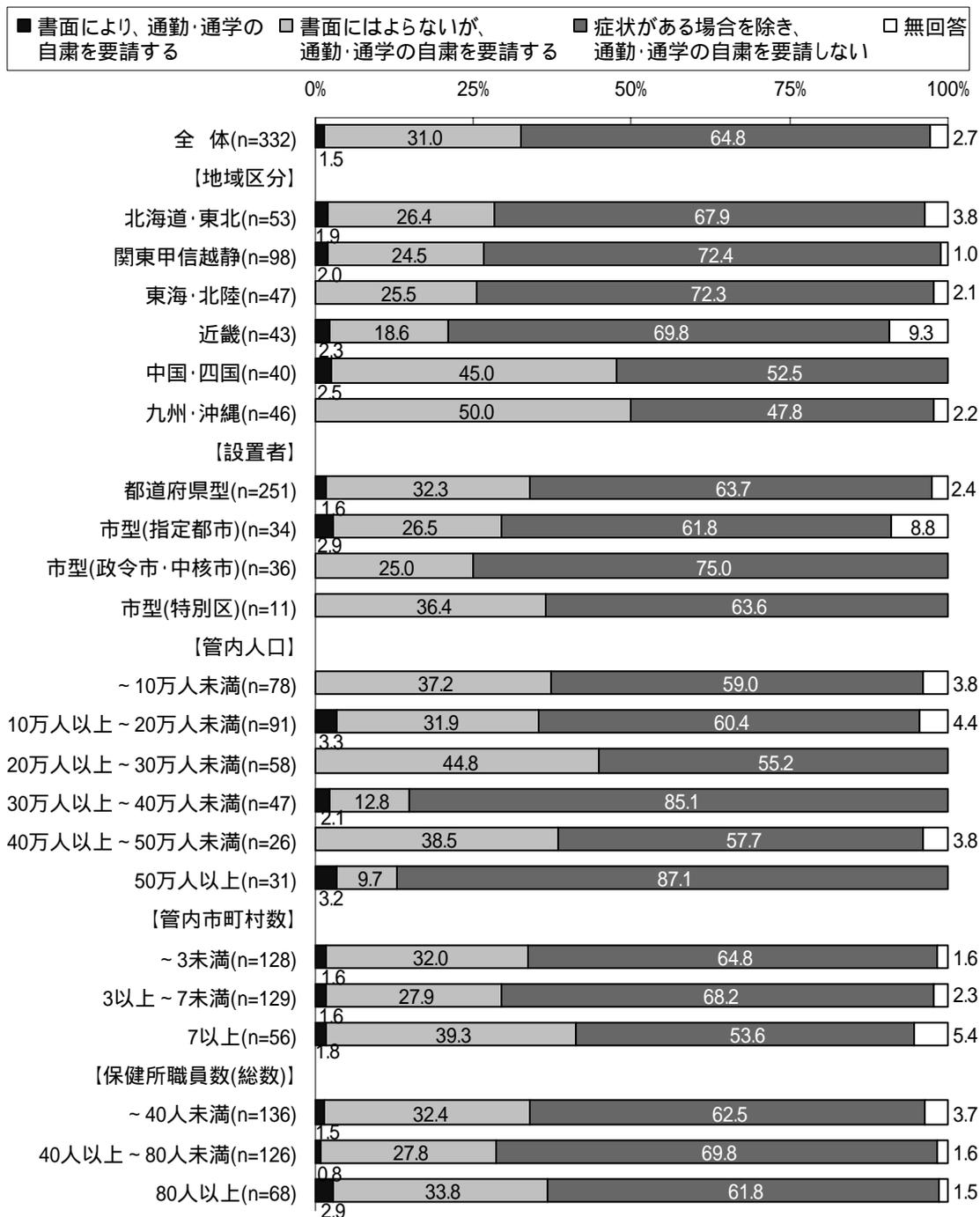
- その他の方針による(13件)

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 TENT 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も多く、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。今後には備えて、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、住民のへ情報提供が不十分。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。

