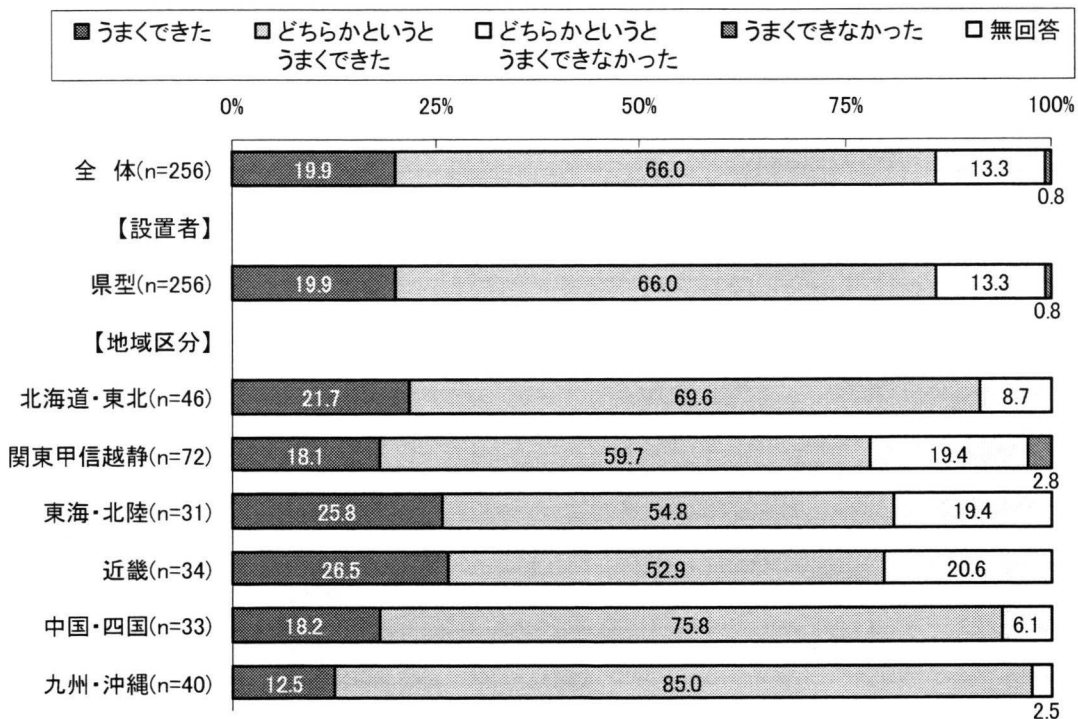


#### 4. 市町村支援に対する自己評価[都道府県型保健所]

「うまくできていた」または「どちらかというとうまくできていた」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。

Q④「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		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	-	-

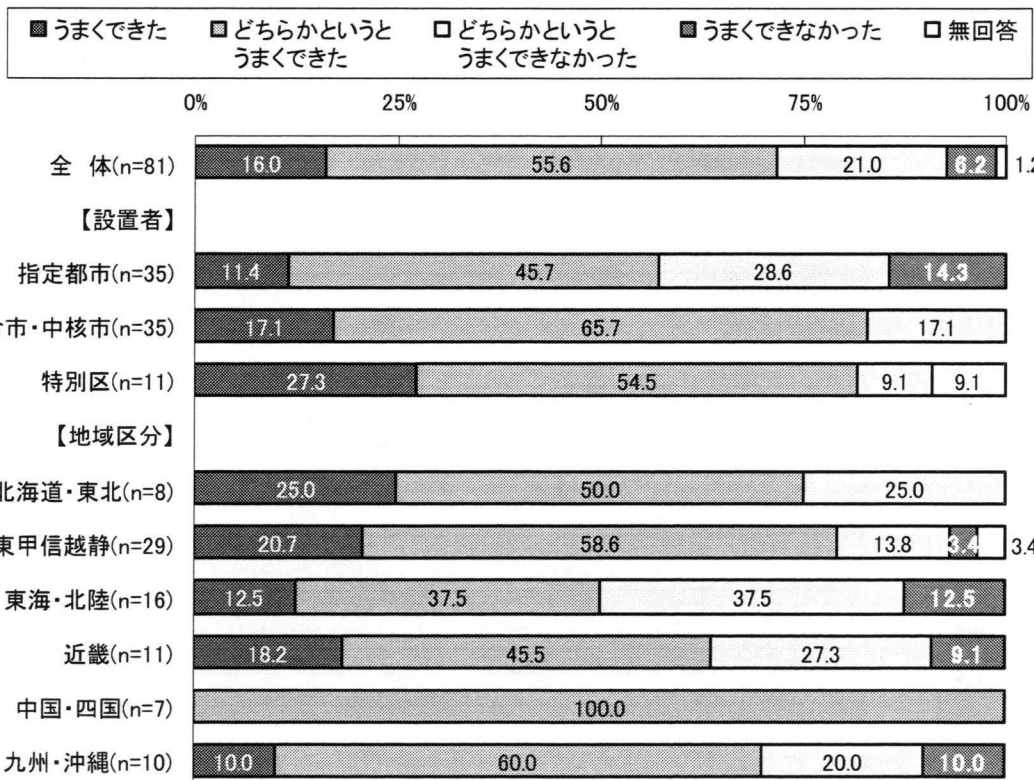


## 5. 都道府県本庁・保健所との連携に対する自己評価[市型保健所]

「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。

Q⑤「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	29	20.7	58.6	13.8	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

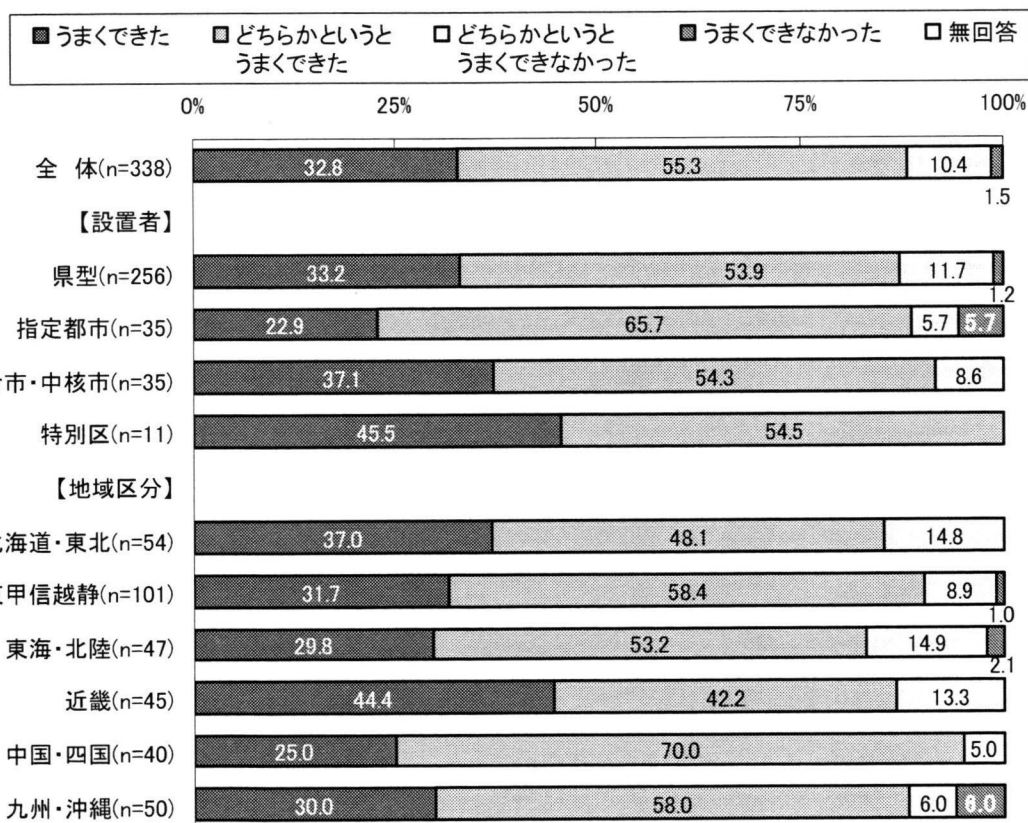


## 6. 地域医師会との連携に対する自己評価

「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。

Q⑥「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	-

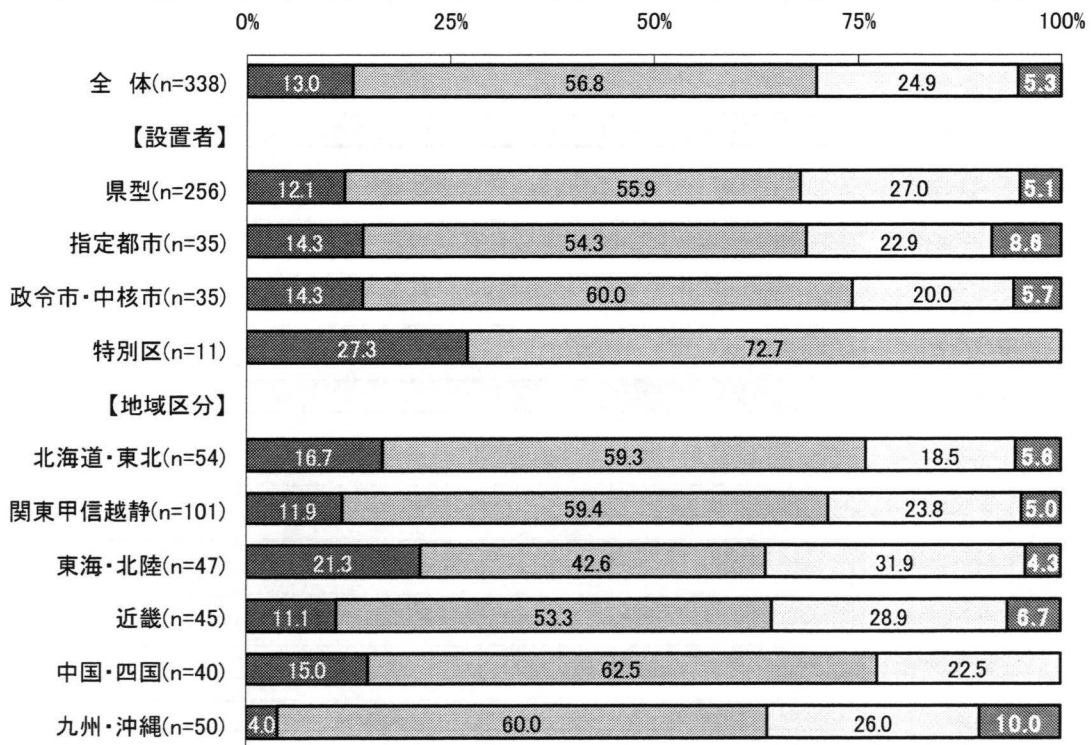
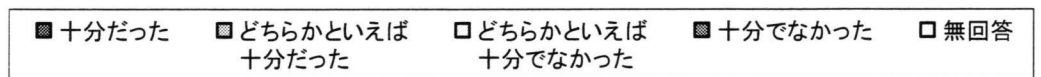


## 7. 必要な情報の充足状況

「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。

Q⑦「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	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
〇〇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、厚生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。
〇〇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。
〇〇府北部の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。
情報が届くのに時間がかかっていた。
一度に多数の患者が発生したため、国、県で即断できないことが多すぎた。
各都道府県での患者発生報道のもう少し具体的な内容。
国や県の方針が、現状に即して具体的になるのが遅かった。各市町村や施設等との役割、防護具の準備等も各機関に任せられ、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。正確さに拘泥せずにごんご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月中旬以降に〇〇県・〇〇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ない。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〇〇や〇〇において、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。
〇〇、〇〇での疫学的な情報。
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ついての意見について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。
①6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。
②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。
①発熱外来の情報について
②症例定義について
③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。

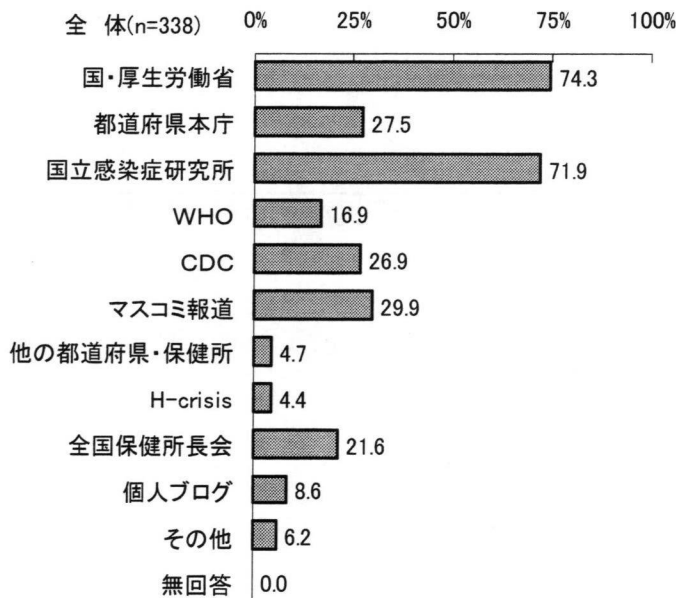
### 8. 新型インフルエンザ対応で有用な情報サイト(最大3つまでの複数回答方式)

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。

Q⑧「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。

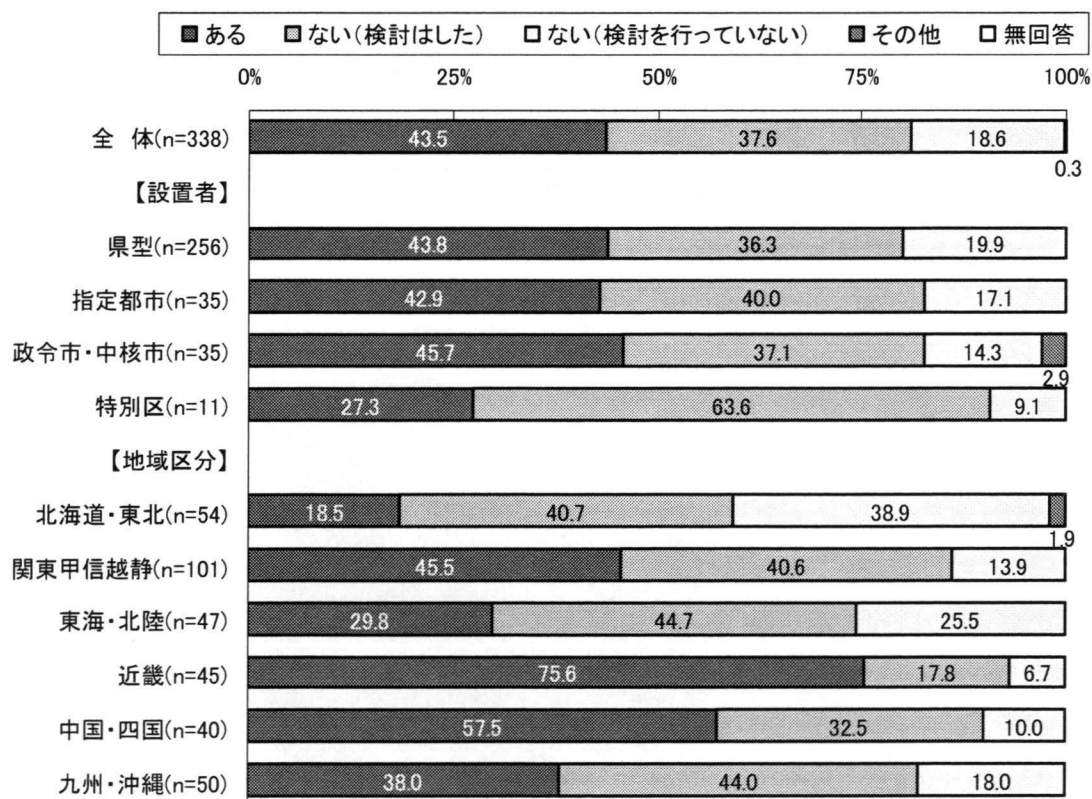
種別	サイト名称	回答件数	
個人ブログ	鳥及び新型インフルエンザ海外直近情報(前小樽市保健所長 外岡立人氏のブログ) <a href="http://nxc.jp/tarunai/">http://nxc.jp/tarunai/</a>	18	
	「新型インフルエンザの達人」	3	
	「感染症診療の原則」 <a href="http://blog.goo.ne.jp/idconsult">http://blog.goo.ne.jp/idconsult</a>	2	
	「楽園はこちら側」	2	
医療関連サイト	日経メディカル	3	
	研修ネット21	1	
	日本医師会ホームページ	1	
	防災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	3
		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。

Q⑨「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。」

		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	-	-

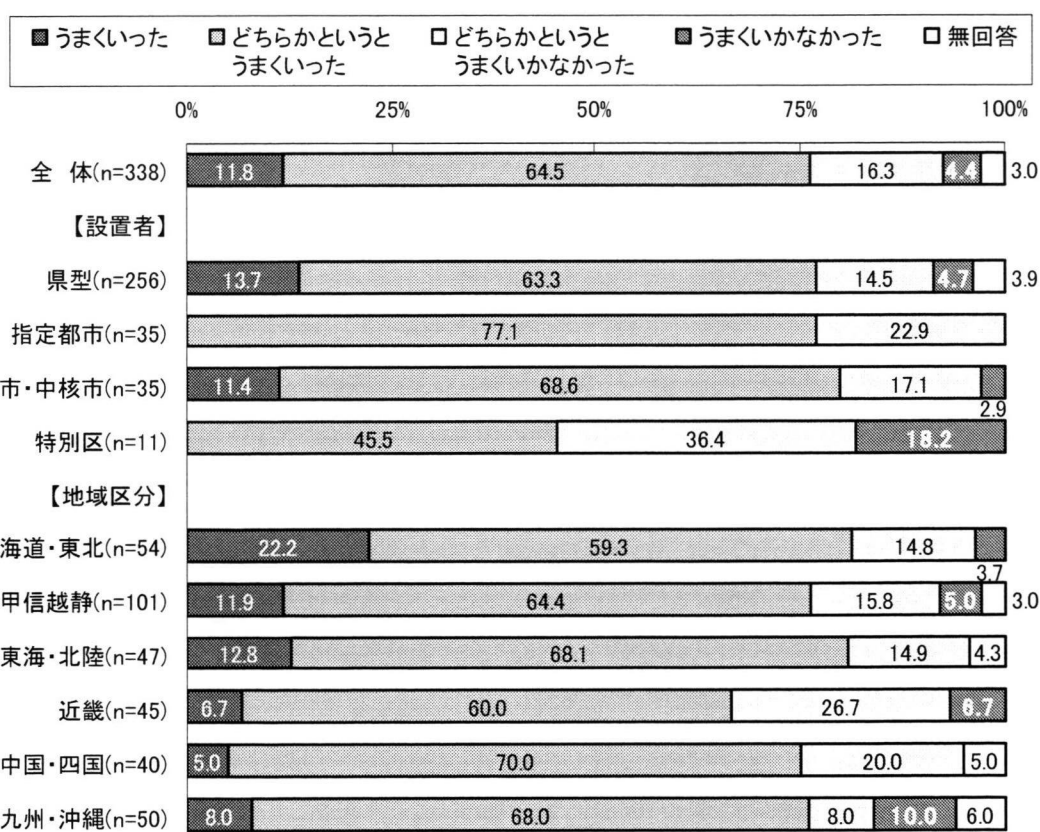


## 10. 健康監視における検疫との連携

「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。

Q⑩「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



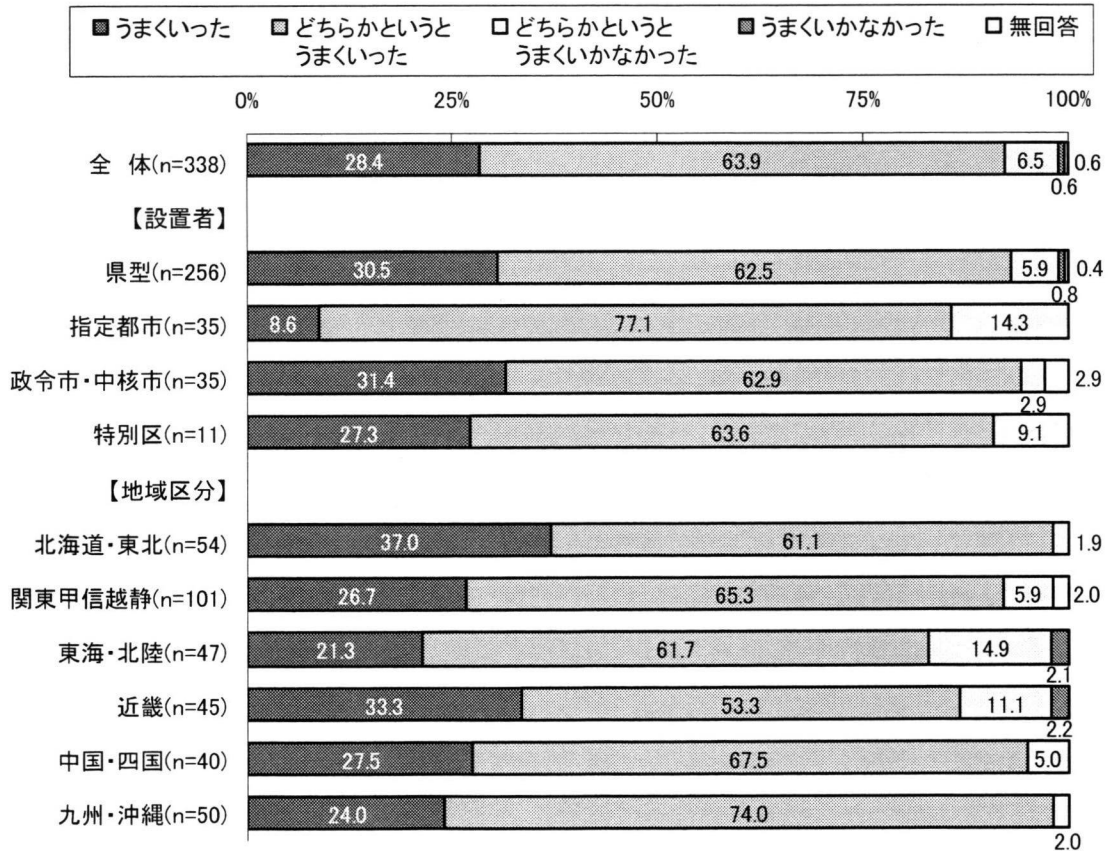


## 12. 発熱相談センターと発熱外来との連携への評価

「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。

Q⑫「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。
①5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。
②5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。
③車の無い患者が発熱外来に紹介できなかった
④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、特に〇〇大学の医局から管内の病院へ当直のアルバイトをしに来ている若い医局員は、協力指定医療機関であるにも関わらず、「僕は、発熱している患者は診ないんだよ」などと嘯いて診療を拒否されてしまい、その時は結局保健所の担当職員が大変苦慮した末に、他の病院に依頼したことがあった。
5月19日夜間、国内発生早期、渡航歴のない39度の発熱の1歳2か月の小児、より電話相談を受け、当番である二次救急病院へ紹介するも診てもらえず、やむをえず所長の判断で、対応病院である病院で診て貰った。後日、対応病院より苦情あり、後日病院間の調整により、以後は二次救急病院で診て貰うことで解決した。
発熱相談センターで新型インフルエンザではないと判断し、一般医療機関を紹介しても診療拒否にあった。
医療機関での受診拒否 厚生労働省への苦情が多く時間もかかった
国内発生当初、新型インフルエンザの患者情報の少なさから、発熱者の受け入れを拒否する診療所が少なからずあり、発熱者等の診療が困難な時期があった。
当所管内では小児科専門医が少なく、小児発熱事例の受診調整に難渋した。受診拒否には至らなかったが、今後強毒性対応の場合に課題となる。
発熱相談センターで発熱外来受診を指示したところ、同担当者から診察を拒否された。

●発熱相談の体制に関して(10件)

不慣れな職員が適切に対応できなかった。
発熱相談電話のお陰で、インフル疑いの患者が病院に来てしまったとの苦情があった。
PCR 実施基準をはっきり示すことができなかつたため、PCR 未実施事例に対して医療機関より苦情あり。
視覚障害者への対応が不十分であった。
発熱外来設置医療機関への患者殺到を避けるために、発熱相談という不可解な、電話でのトリアージは不可能な、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)

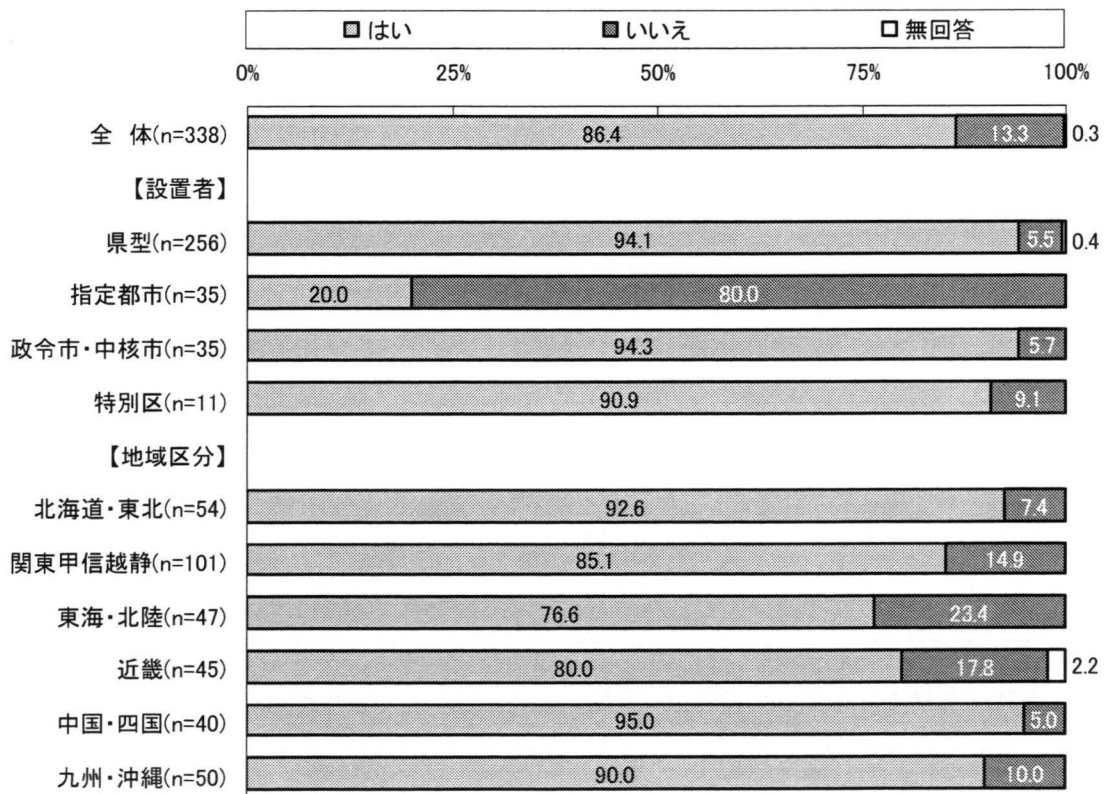
国の対応の変化について行けなかつた。
患者情報を市町村役場と共有することの是非。
新型インフルエンザ確定者の勤務先が勤務者の発症を発表し、本人・家族共にかかりのストレスを訴えた。
平成21年7月24日以降、国が全数調査をやめていたが、本県は感染初期ということで、まだ全数調査を行っていた。首都圏から帰省した感染者で、首都圏の対応と本県の対応が異なることへのクレームがあつた。
患者・当該家族からのねぎらいの言葉があつた。
発熱外来は設置しなかつた。
受診方法やPCR 検査依頼等での些細なトラブルはあつたが、重大なトラブルはなし。
患者の搬送手段として民間救急を活用したが、時間がかかるなどの苦情があ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

Q⑭「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	-





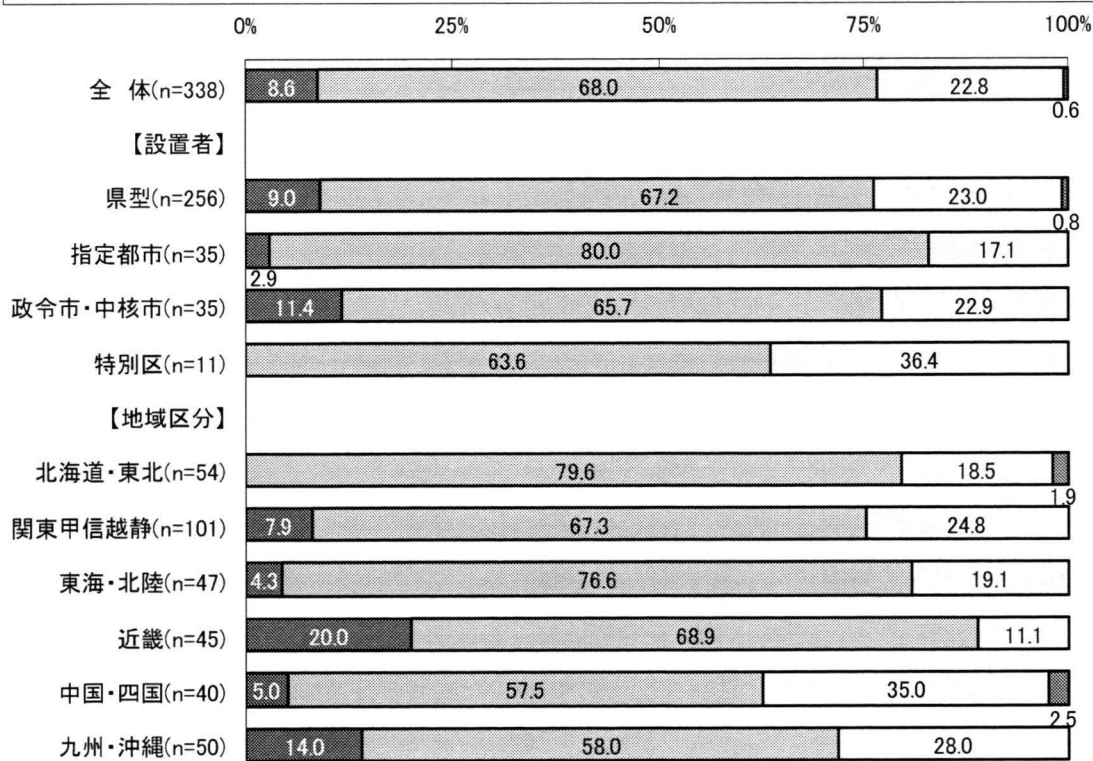
### 15. 国が発熱外来設置を指示した後、一般医療機関での診療に移行したことへの考え方

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。

Q⑮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 っか毒 た発性 熱たか 外当ど 来初う はにか 不わか 要いから でてら	止り当 す早初 すいは べき時 だ点良 つにか つにお たいた いが て、 廃よ	概 ね 妥 当 だ っ た	す発 べき 外 来 は さ ら 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	-	-

強毒性かどうか分からなかった当初においても、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



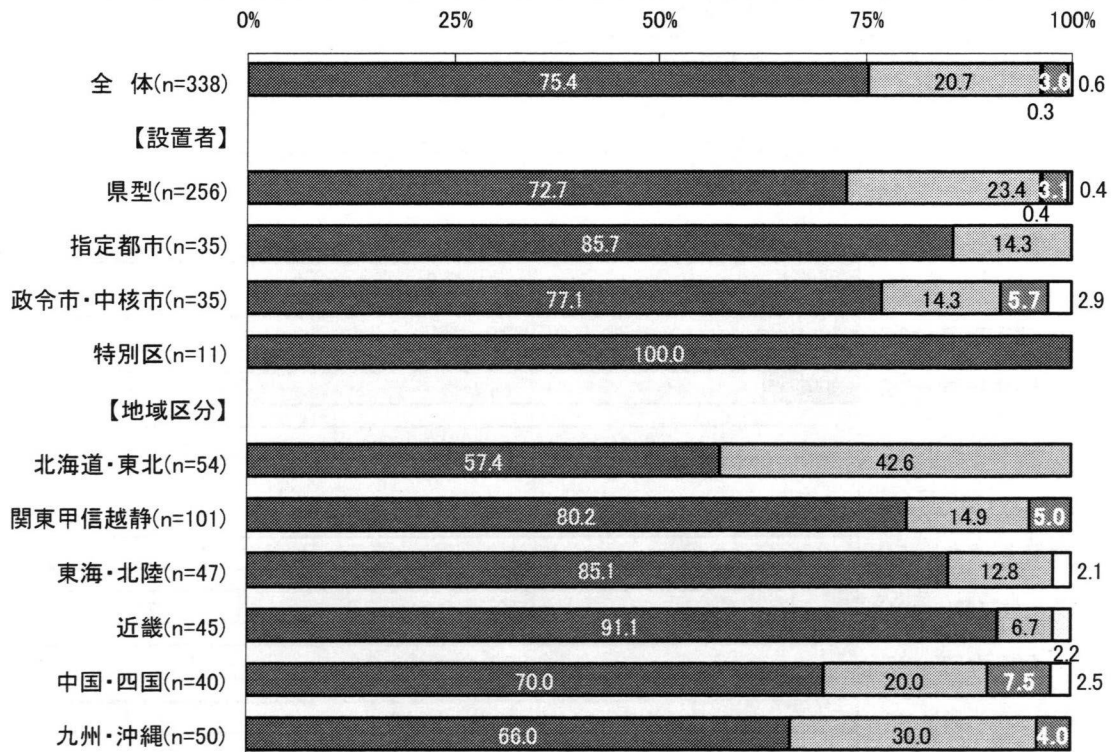
### 16. 今後の発熱外来廃止及び一般医療機関での診療意向

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。

Q⑩ 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	で一般診療を療を行う機関のみ	診発一療熱一般を外の療を来の医療機関と両方で行う	療発熱外来のみで診	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

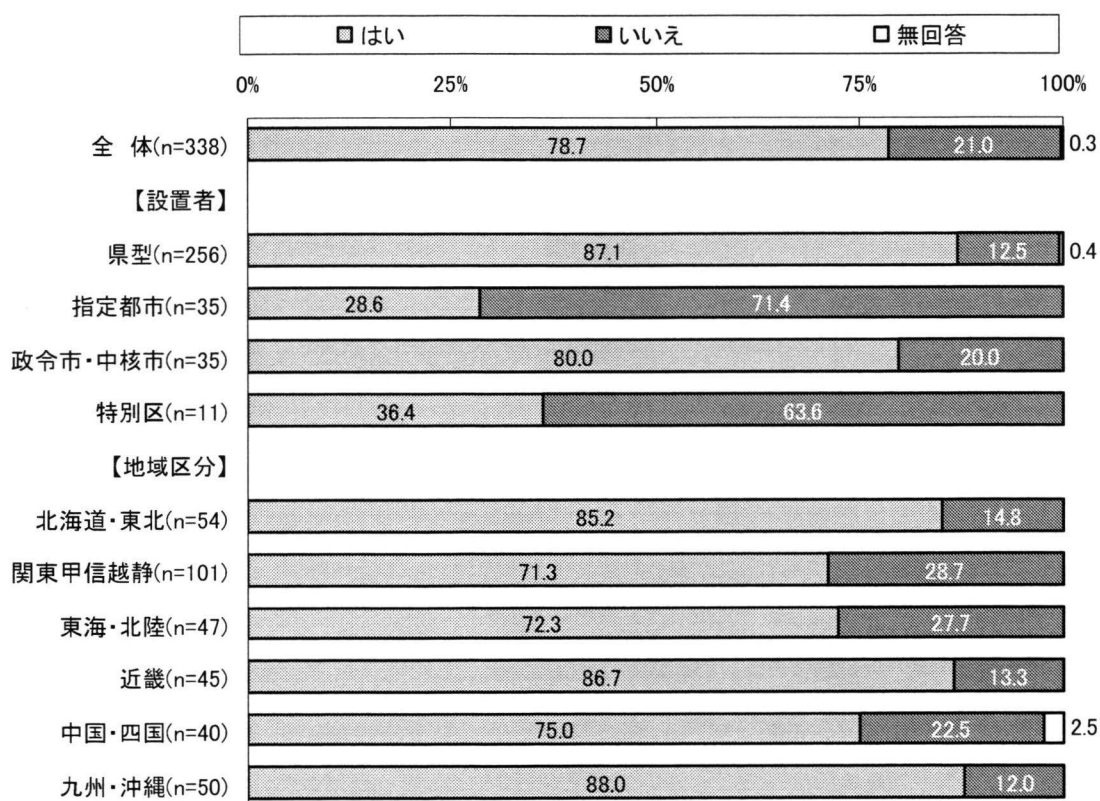


### 17. 入院医療機関確保に関し管内の病院への協議・要請の有無

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。

Q⑰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。

Q⑱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 かった	あまり確 保できな かった	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	-	-

