

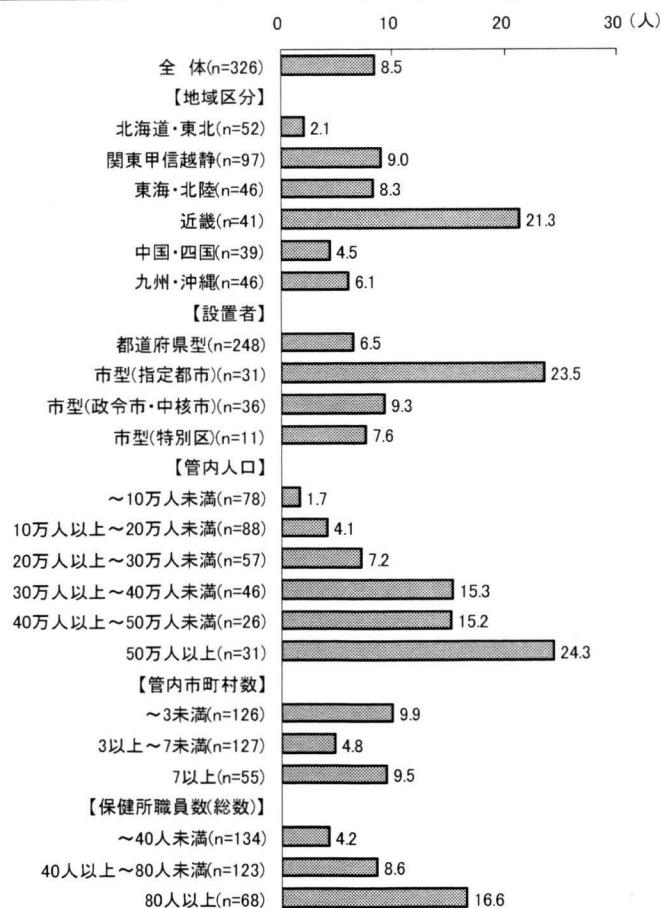
## (2) 確定患者数

### ① 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)]

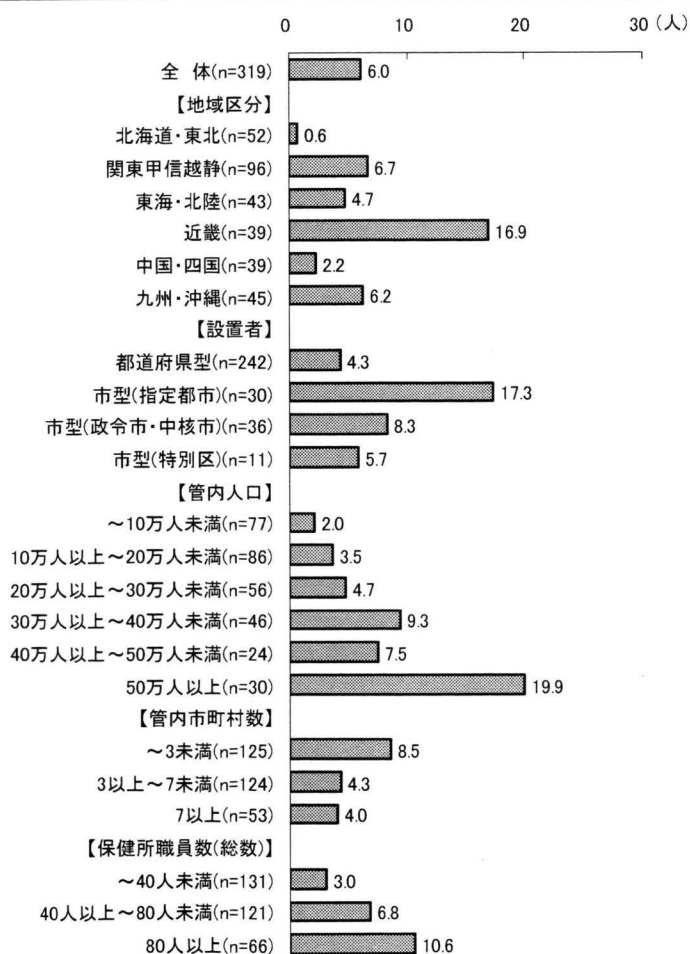
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上 ～15人未 満	15人以上 ～20人未 満	20人以上 ～25人未 満	25人以上 ～30人未 満	30人以上	無回答
全 体		332	23.5	34.3	15.4	9.6	4.2	3.6	1.2	6.3	1.8
地域区分	北海道・東北	53	49.1	39.6	3.8	3.8	-	-	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	13.3	35.7	24.5	11.2	5.1	6.1	-	3.1	1.0
	東海・北陸	47	23.4	25.5	14.9	10.6	10.6	4.3	4.3	4.3	2.1
	近畿	43	9.3	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
	九州・沖縄	46	28.3	37.0	13.0	8.7	6.5	2.2	2.2	2.2	-
設置者	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	-
	市型(特別区)	11	-	18.2	54.5	9.1	18.2	-	-	-	-
管内人口	～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	-
	50万人以上	31	6.5	22.6	22.6	12.9	6.5	6.5	3.2	19.4	-
管内 市町村数	～3未満	128	22.7	28.9	20.3	6.3	6.3	3.9	1.6	8.6	1.6
	3以上～7未満	129	28.7	37.2	14.0	11.6	3.1	1.6	0.8	1.6	1.6
	7以上	56	19.6	42.9	7.1	5.4	1.8	8.9	1.8	10.7	1.8
	保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	39.0	36.0	11.0	4.4	2.2	2.2	0.7	2.9
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	-	

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)]

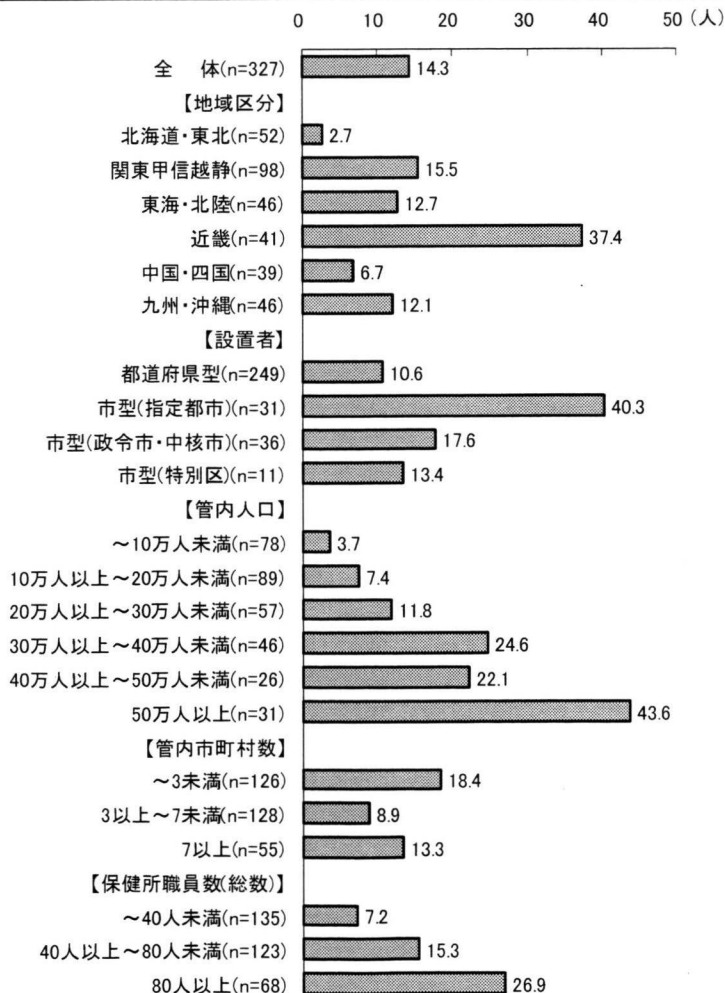
	回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未 満	15人以上～ 20人未 満	20人以上～ 25人未 満	25人以上～ 30人未 満	30人以上	無回答	
全 体	332	43.4	23.5	13.6	6.0	3.0	2.4	0.3	3.9	3.9	
地域区分	北海道・東北	53	83.0	9.4	3.8	1.9	-	-	-	1.9	
	関東甲信越静	98	29.6	27.6	24.5	5.1	3.1	3.1	5.1	2.0	
	東海・北陸	47	44.7	21.3	10.6	8.5	4.3	-	2.1	8.5	
	近畿	43	18.6	23.3	11.6	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	
	九州・沖縄	46	47.8	19.6	13.0	6.5	2.2	2.2	-	6.5	2.2
設置者	都道府県型	251	49.4	23.5	10.4	6.0	2.8	1.6	0.4	2.4	3.6
	市型(指定都市)	34	14.7	23.5	20.6	5.9	5.9	5.9	-	11.8	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	-
	市型(特別区)	11	-	45.5	45.5	9.1	-	-	-	-	-
管内人口	～10万人未満	78	66.7	21.8	5.1	3.8	-	-	-	1.3	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	5.5
	20万人以上～30万人未満	58	39.7	32.8	6.9	6.9	8.6	-	-	1.7	3.4
	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	2.1
	40万人以上～50万人未満	26	26.9	30.8	19.2	3.8	3.8	-	-	3.8	7.7
	50万人以上	31	6.5	22.6	25.8	9.7	3.2	12.9	-	16.1	3.2
管内 市町村数	～3未満	128	41.4	22.7	11.7	7.8	3.1	3.9	-	7.0	2.3
	3以上～7未満	129	47.3	28.7	10.1	4.7	1.6	-	0.8	3.1	3.9
	7以上	56	50.0	10.7	19.6	5.4	7.1	1.8	-	-	5.4
保健所 職員数 (総数)	～40人未満	136	54.4	24.3	8.8	4.4	2.2	-	0.7	1.5	3.7
	40人以上～80人未満	126	38.1	24.6	13.5	7.9	4.0	3.2	-	4.8	4.0
	80人以上	68	30.9	20.6	23.5	5.9	2.9	5.9	-	7.4	2.9

③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)]

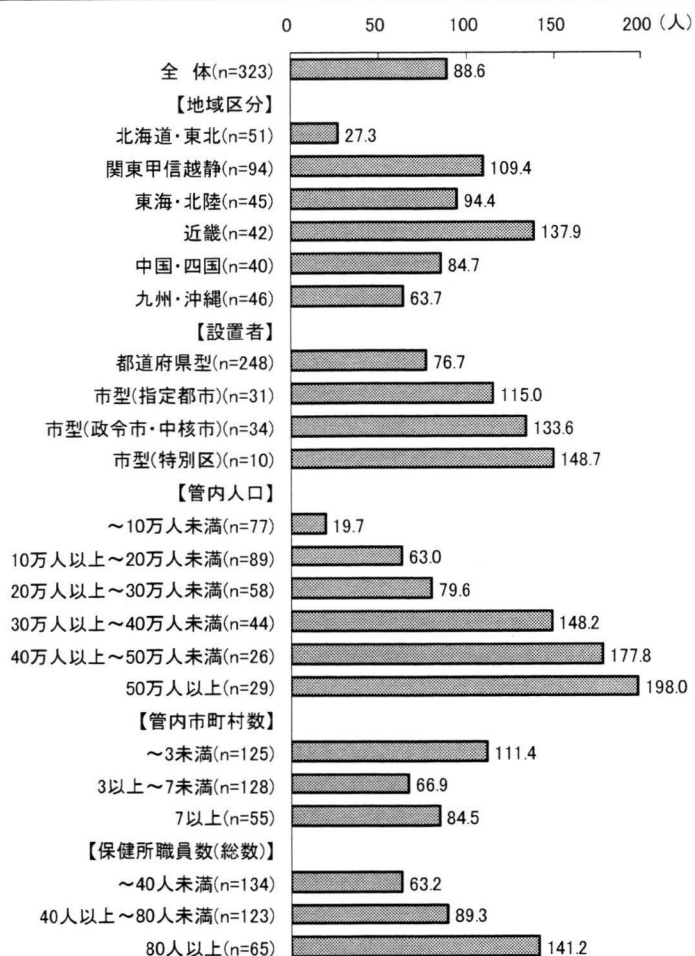
		回答数	0人	1人以上～ 5人未満	5人以上～ 10人未満	10人以上～ 15人未満	15人以上～ 20人未 満	20人以上～ 25人未 満	25人以上～ 30人未 満	30人以上	無回答
全 体		332	17.2	26.5	14.5	13.0	5.7	5.4	4.2	12.0	1.5
地域区分	北海道・東北	53	47.2	35.8	7.5	3.8	-	1.9	1.9	-	1.9
	関東甲信越静	98	8.2	23.5	19.4	15.3	8.2	9.2	6.1	10.2	-
	東海・北陸	47	14.9	23.4	17.0	12.8	6.4	6.4	4.3	12.8	2.1
	近畿	43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

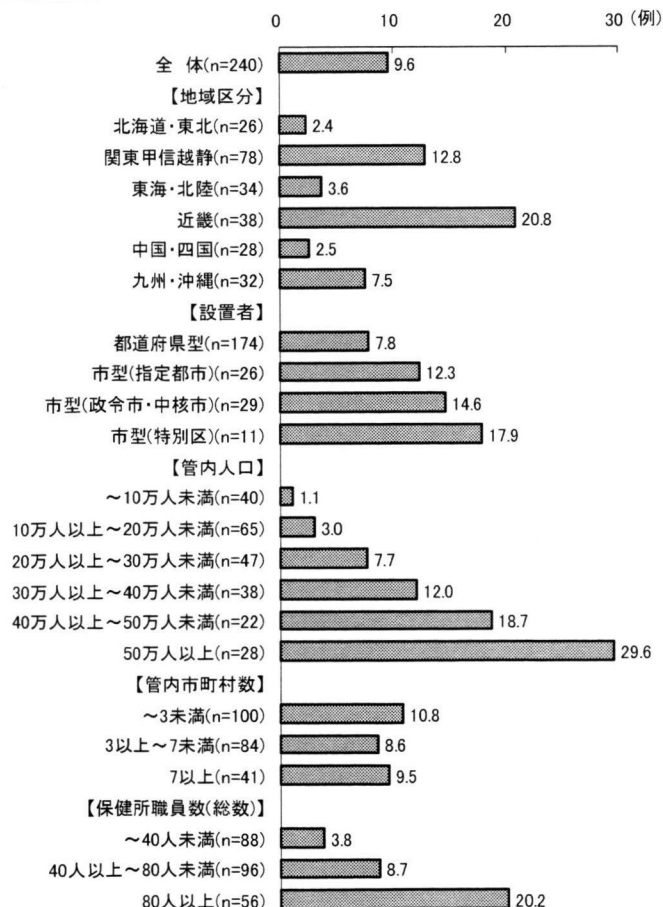


#### (4) 予防投薬の件数

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



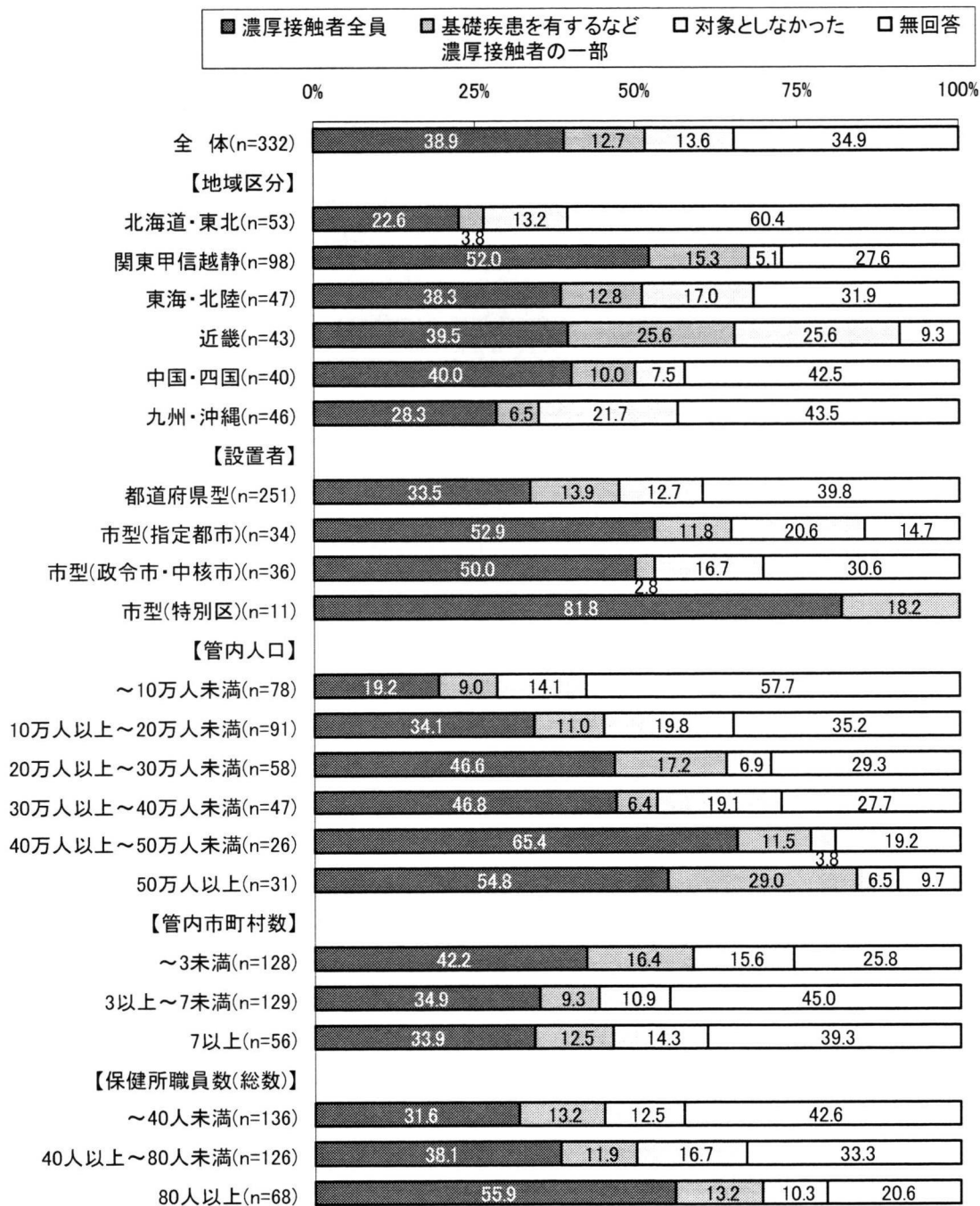
また、予防投薬の件数の度数分布は以下のとおりである。

[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	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

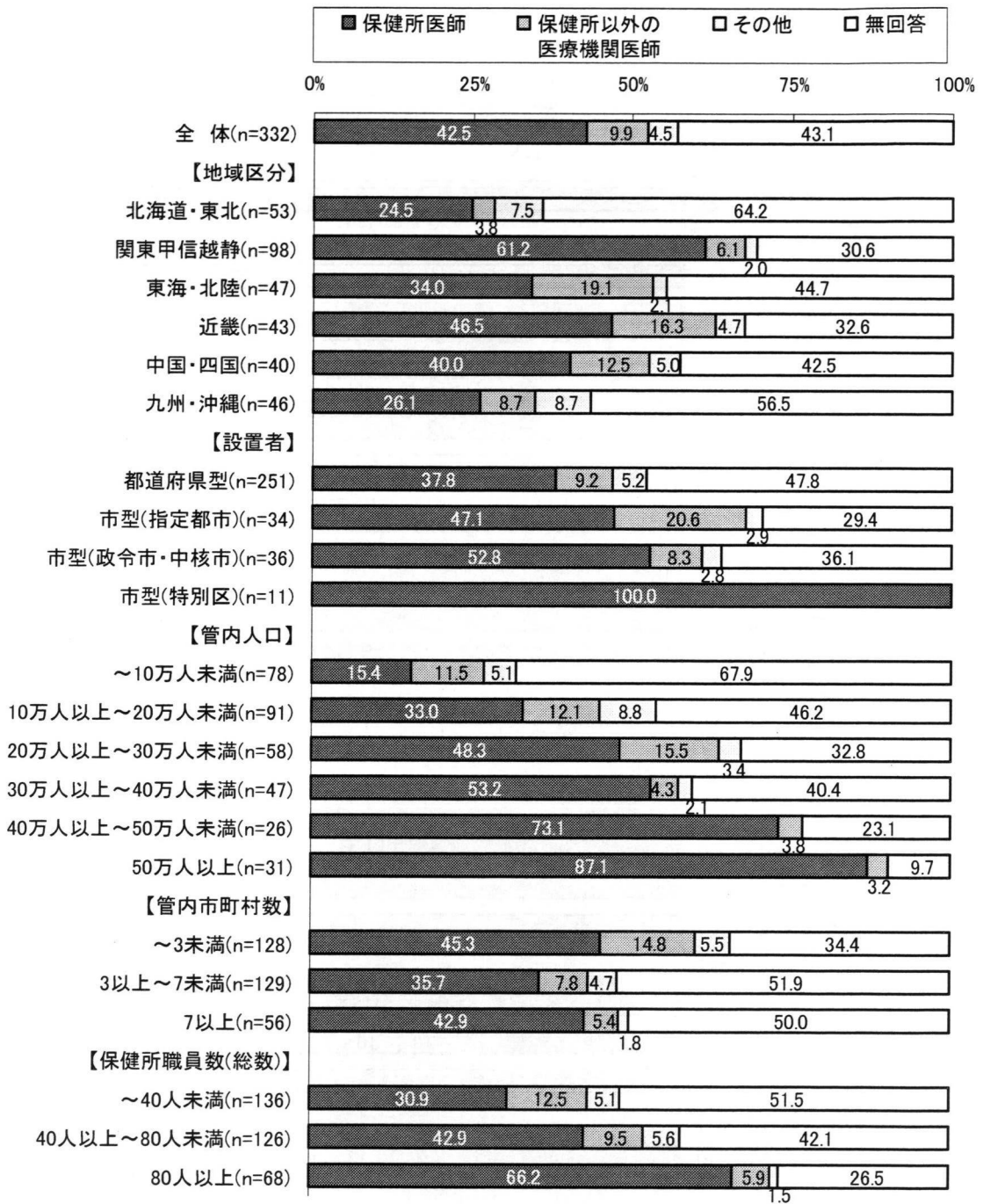
### (5) 予防投薬の対象とした濃厚接触者

6月19日頃まで、濃厚接触者のうちどのような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もみられる。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。



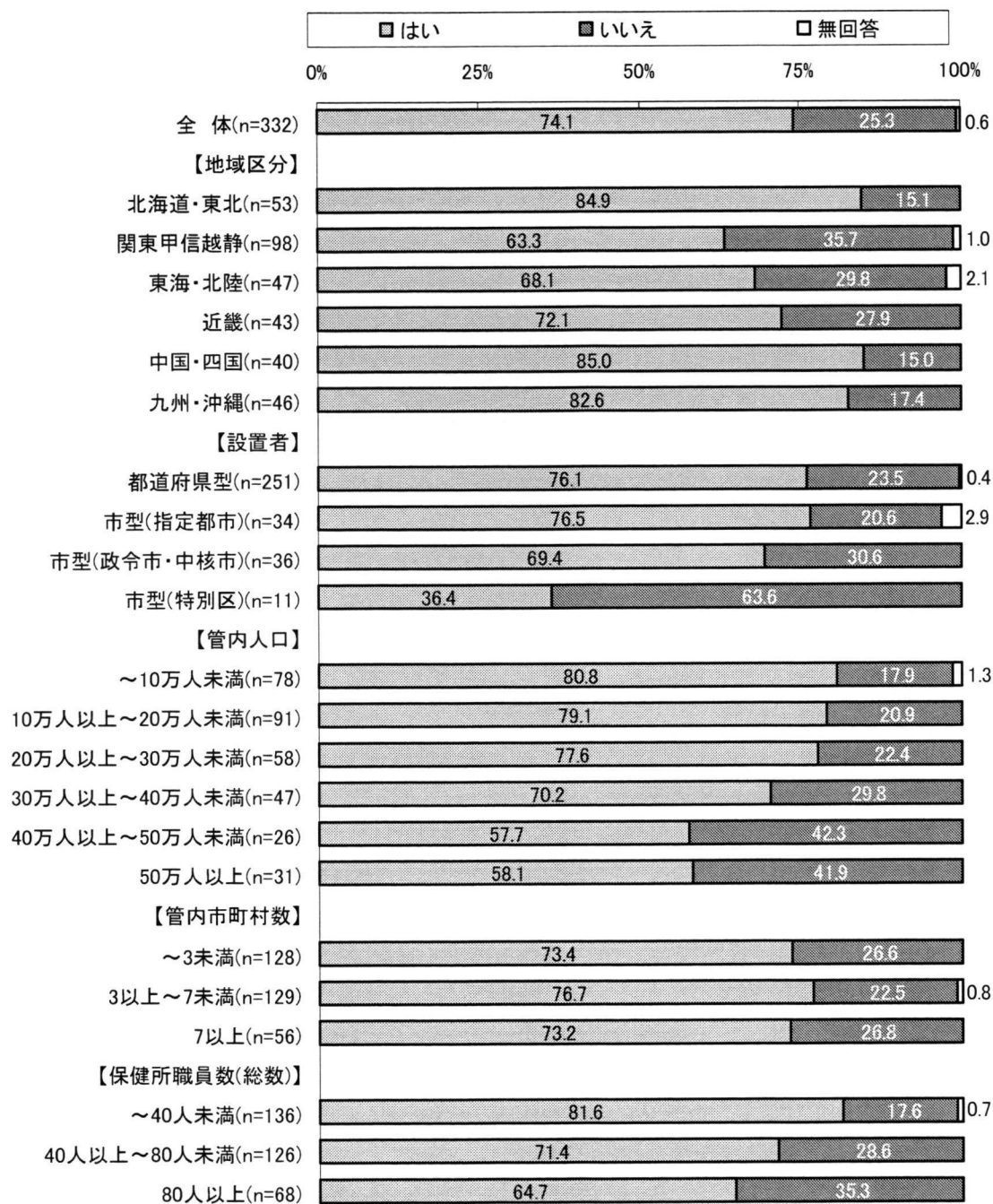
(6) 予防投薬の実施主体

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。



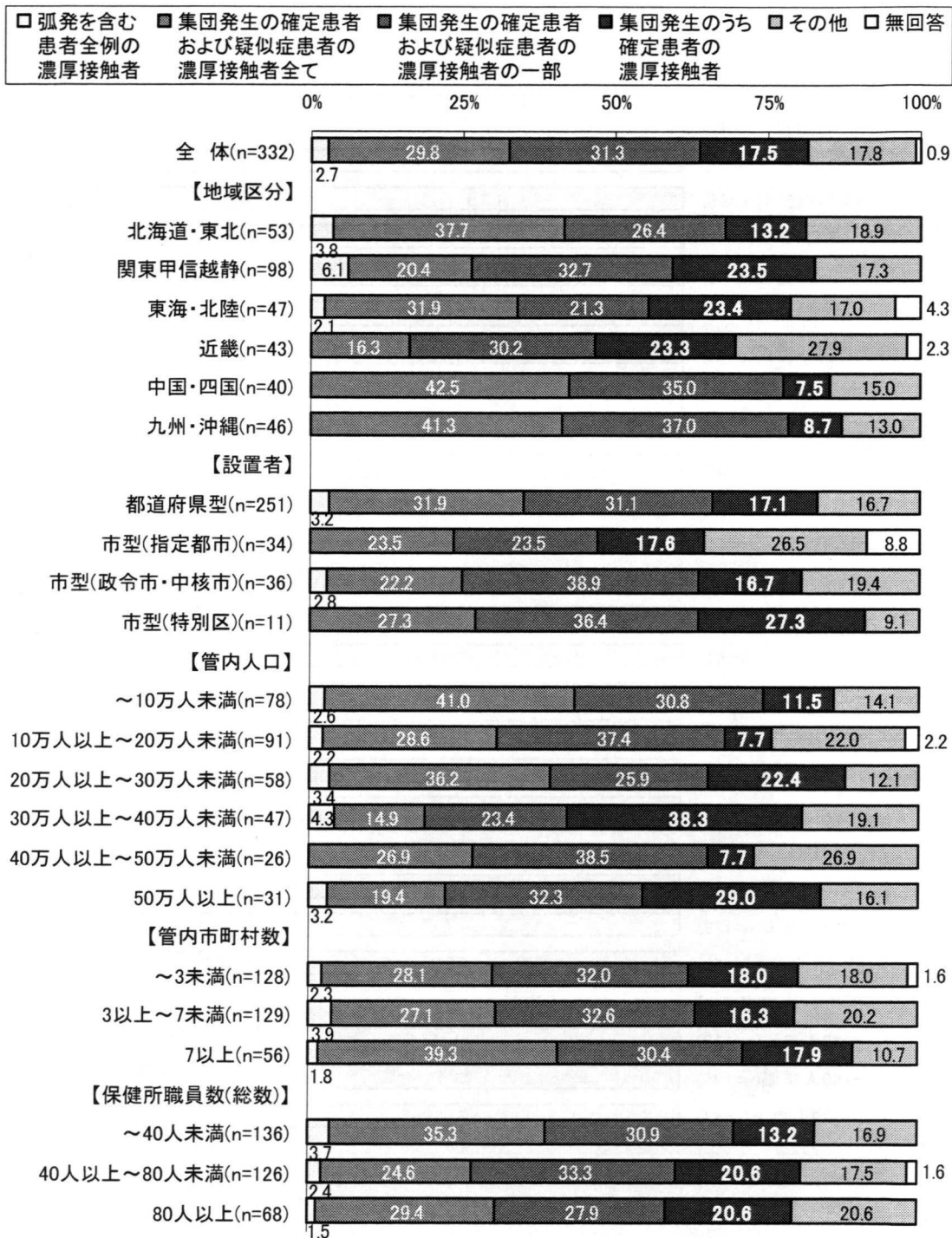
### (7) クラスターサーベイランスの実施状況

「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)

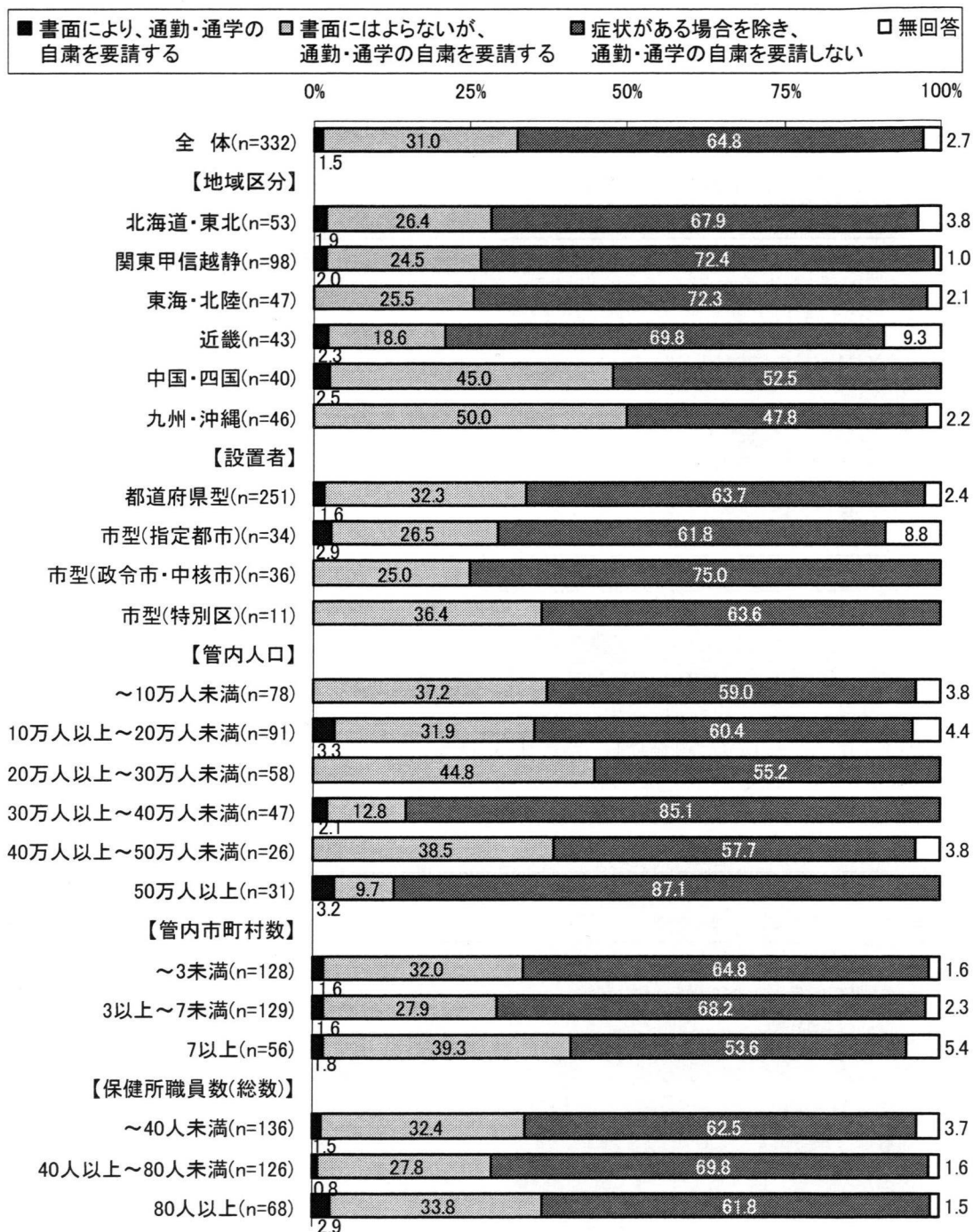
平成21年8月25日付け通知による扱い。
集団発生が疑われる施設等を対象とし、施設長等と連携した簡便な方法で実施している。
8月28日現在、確定検査を行わない。 集団発生への対応は、その集団の連絡担当者を通じて行い、個別には行っていない。
8月28日国運用に準ずる。
集団における感染拡大状況を踏まえ、個々の事例ごとに対象を決定している。
二次感染予防の普及啓発を主に実施している。
集団把握した施設等の状況に応じ判断(現時点実績なし)。
集団発生のうち集団の調査(他の有症患者数等)。
現在は、新型インフルエンザの集団発生が疑われる施設等を把握した場合、当該施設長等と連携してインフルエンザ様症状を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

これまでの新型コロナウイルス対応において、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)

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。

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 で報告してもらい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。

新型コロナウイルス用で東京都より贈与された陰圧テントを発熱外来へ貸与要綱を作成し貸与したことにより、医療体制の確立に寄与した。

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。

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。

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。

#### ● チラシ・パンフレット等による情報提供(7件)

・保健所で新型コロナウイルス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。

・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。

・本庁では、「新型コロナウイルス～自宅療養の手引き～」を作成し、また保健所では「新型コロナウイルスが心配なとき(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]

・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>)

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]

診療所で新型コロナウイルスを診断した場合、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。</p> <p>[別添3]</p> <p>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。</p> <p>各機関別チラシ</p>
---

● 他機関との連携(6件)

<p>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。</p>
<p>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。</p> <p>①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</p> <p>②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</p> <p>③住民への啓発は市町が実施</p> <p>※①、②、③の実施に当たり、保健所が媒体を作成し配付</p>
<p>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。</p>
<p>関係機関連絡会議・研修会</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>・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。</p> <p>・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]</p> <p>・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。</p>

● 対策や情報の整備(3件)

<p>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。</p> <p>期 間 :H21.4. 30～</p> <p>対象機関:管内医療機関、市町他</p> <p>内 容 :患者発生状況、対策、方針、集団発生状況等 [別添5]</p>
<p>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。</p> <p>①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)</p> <p>②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]</p>
<p>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)</p>

● 人員・組織の整備(2件)

<p>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。</p>
<p>BCP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。</p>

● 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)</p> <p>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。</p> <p>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な。</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>マスコミ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No.	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