

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。
 - ・分娩週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	防護具補助	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を行っていない。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、保健所が検体を入手できても、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