

5) 大震災等における災害時の環境衛生対策・感染症対策・火葬体制整備

保健所は、大震災等における災害時の環境衛生対策・感染症対策・火葬体制整備のため、平常時から本庁、市町村や関係機関等と連携し、保健所災害時対応マニュアルにおいて災害時の環境衛生対策・感染症対策・火葬体制整備を明確化しておく必要があるとともに、災害時には保健所は当該保健所管内及び派遣先において被害拡大防止を図るため、保健所の環境衛生監視員の出動や大分県保健所の初動対応チームや緊急支援チームが多職種間連携のもと稼働するような連携体制が必要である。そこで、平成22年度全国環境衛生・廃棄物関係課長会における大震災等における災害時の環境衛生対策・感染症対策・火葬体制整備事例を示す。

平成22年度全国環境衛生・廃棄物関係課長会

日時：平成22年度11月15日（月）

場所：神戸交際会議場

公開座談会「大震災等における災害時の環境衛生対策」

①阪神・淡路大震災における環境衛生の取り組み

（兵庫県健康福祉部生活消費局）

平成7年1月17日未明、阪神、淡路地域は震度6から7の激震に襲われ、この地震により多くの建物等が倒壊し、人々の生活の基盤であるライフラインは大きな被害を受けた。この被害のなかで特に、環境衛生関連施設の被害・対応状況について、また環境監視員として当時経験した業務等について報告された。

○阪神・淡路大震災の概要

- ・震源：淡路島北部 ・規模：マグニチュード7.3 ・最大震度：7（観測史上初）
- ・死者：6434人（行方不明3人）・負傷者：43792人・家屋被害：全壊104906棟 半壊144274棟
- ・被害総額：約10兆円

○断水による応急給水（発生時から約1カ月間に行った主な対策）

- ・応急給水は自衛隊、全国の水道事業体、企業、民間ボランティアによる給水車やポリタンク・ペットボトルを利用した給水が行われた。

〈給水車の支援〉自衛隊250台 水道事業体651団体から866台 民間団体102台 その他船舶による給水

〈災害に強い体制づくり〉「兵庫県水道災害相互応援に関する協定」の締結（平成10年）

県知事、各市町長、各水道企業団、日水協県支部

○遺体の火葬対策（発生時から約1カ月間に行った主な対策）

- ・遺体の火葬に当たっては、当該市町の火葬施設が被害を受けていることなどから、県内及び県外の火葬場を確保するとともに、遺体の保管、搬送についての調整を行った。

〈火葬受入れ能力の調査〉被災市町288人/日 その他市町118人/日

近隣府県418人/日 合計824人/日

※受け入れ能力により、被災市の遺体搬送の割り振りを決定（19日）

- ・遺体安置保存用ドライアイスの調達 約56トン
- ※各保健所の環境衛生監視員が入れ替え作業を行った
- ・遺体の搬送に当たっては、主要道路の被害や交通渋滞も予測されたことから、自衛隊、県警（先導）にも協力を依頼した。

※・自衛隊ヘリコプター3～4機 ・自衛隊車3台

・環境衛生監視員が同乗し相手方との調整等を行った。

- ・1月26日までに他府県を含め火葬された遺体数約4800体 2月8日ほぼ終了

○入浴対策（避難生活者を主とした被災者概ね100万人への支援）

- ・被災者が少なくとも1週間以内に1回程度の入浴機会をもつことができるよう市町・自衛隊と連携し仮設風呂・仮設シャワー等を設置した。

・27日自衛隊による仮設風呂10か所設置（神戸市8、芦屋市1、宝塚市1）

・2月2日仮設風呂設置 自衛隊21か所24基、県33か所59基、シャワー189基

・ゴルフ場、旅館等のお風呂を解放 避難所への「お風呂情報」の配布

○洗濯対策（避難生活者を主とした被災者概ね100万人への支援）

・（社）日本電気工業界から1000代の洗濯機の寄贈 28日 各市町に配布

・兵庫県クリーニング生活衛生同業組合16店舗による下着類の洗濯サービス（避難所）

○ペット動物の保護対策

- ・震災では、人のみならず多くのペット動物も被災し、飼い主とはぐれたり、飼えなくなる状況となった。
- ・「兵庫県南部地震動物救援本部」を設置 1月21日
（社）兵庫県獣医師会、（社）神戸市獣医師会、（社）日本動物福祉協会
- ・神戸救護センター（～H8.5.29） ・三田救護センター（～H7.11.30）
- ・保護収容数（犬1039頭、猫508頭、その他9匹）
- ・ボランティア参加人数 延べ21769人 寄付金2億6千万円
- ・「災害時における動物救護活動に関する協定」の締結
（甲）兵庫県 （乙）上記3団体及び日本愛玩動物協会
救援本部の設置及び県施設の提供（愛護センター及び支所）

②新潟県中越大震災及び新潟県中越沖地震における環境衛生の取り組み （新潟県福祉保健部生活衛生課）

平成16年10月23日に発生した新潟県中越大震災、その復旧から復興に向けて取り組んでいる矢先の平成19年7月16日に再び当該県を襲った新潟県中越沖地震は、多くの県民に甚大な被害をもたらし、多くのかげがいのない生命が失われた。これらの震災時における当該県の環境衛生の取り組みについて紹介する。

○中越大震災の概要

- ・発生日時：平成16年10月23日17:56
- ・最大震度：震度7（M6.8）
- ・人的被害：死者59名、重軽傷者4795名
- ・住家被害：全壊3175棟、半壊13772棟、一部損壊103603棟（H18.8.21時点）
- ・特徴：公共インフラの大規模破壊、孤立集落の発生、エコノミークラス症候群などの災害関連死の発生、地域コミュニティの強力な団結力等

○中越沖地震の概要

- ・発生日時：平成19年7月16日10:13
- ・最大震度：震度6強（M6.8）
- ・人的被害：死者11名、重軽傷者1984名
- ・住家被害：全壊1088棟、半壊3801棟、一部損壊34146棟（H19.9.14時点）
- ・特徴：住宅・商店等の個人財産を直撃、地盤災害、柏崎刈羽原子力発電所の被害、中越大震災の復興過程での二重被災等

○衛生害虫（ハエ・蚊）対策

- ・7月19日・20日 全避難所に電池式蚊取り器、ハエ取りリボンを配布した。
- ・7月19日 業界団体（新潟県ペストコントロール協会）に避難所周辺の衛生害虫の発生調査と応急対応を要請した。
- ・7月20日 団体では大規模避難所（22箇所）で周辺調査し、4箇所薬剤噴霧した。
- ・7月21日 応急対応を要する施設はない旨の報告を受理した。
- ・中越大震災時は、衛生害虫が発生しやすい夏季でなかったため未実施であった。
- ・中越沖地震時は、取り組み後、避難入居者からの苦情はなかった。
- ・今後の課題として、災害直後は避難所に被災者が集中し、大量の廃棄物が発生することや簡易トイレが多数設置されることによる大量の衛生害虫発生が危惧されるため、対応は早急を実施する必要がある。

○旅館等への一時宿泊

- ・高齢者、障害者、未就園児、妊婦、車中泊を行っている者、要援護者等と同一世帯者等、何らかの特別な配慮を必要とする者（介護が必要な者は対象外）を対象とした。
- ・県旅館生活衛生同業組合等と協定を締結し、旅館及びホテルを借り上げた。
- ・市町村へ依頼し、市町村窓口や避難所で受付を行い、旅館組合の各支部と調整して宿泊先を決定した。
- ・設置のための費用（受け入れた要援護者の宿泊費用、広報費用等）は災害救助法に基づく国庫負担対象費用で対応した。
- ・中越大震災時は、154日間、延べ10426泊の利用があった。
- ・中越沖地震時は、52日間、延べ1007泊の利用があった。
- ・今後の課題として、対象者への周知徹底、事前に関係機関、市町村と事業実施時の手順について

ての周知徹底とともに、宿泊する要援護者に高齢者が多いため、移動手段の確保が必要であることなどであった。

○入浴施設の無料開放

- ・周辺地域に所在する入浴施設に対し、仮設住宅での完成・入居や都市ガスの復旧までを目途に、被災地やその周辺地域で、被災者やボランティアが無料で入浴サービスを受けられるよう要請した。
- ・県公衆衛生浴場業生活衛生同業組合に対して、組合加盟施設に被災地域の被災者への無料開放とともにボランティアへの無料開放についても、併せて要請した。
- ・無料入浴施設情報について、県のホームページに掲載するとともに、モバイル版でも公表し、避難所やマスコミへの情報提供を通じて被災者に広く周知した。
- ・平成19年7月17日から9月末まで実施した結果、発災1日後に59施設で無料開放され、7月24日には175施設と最多になった。
- ・今後の課題として、入浴移設

③大震災等における災害時の感染症対策、広域火葬体制の整備について
(岡山市保健福祉局保健管理課)

○岡山市地域防災計画(遺体の捜索・処理・埋葬計画)

- ・遺体捜索態勢の確立、必要機器の確保
- ・遺体の安置場所の確保
- ・火葬場の確保
- ・遺体の搬送方法の確保
- ・遺体の埋葬
- ・応援協力関係

○大規模災害時の火葬に係る問題点

- ・遺体の安置、保存
遺族への配慮、宗教的感情、厳粛性、衛生的な保存
- ・身元確認
損傷、遺族不在、生活圈外での被災による身元確認作業の難航
- ・火葬場
焼却能力、専門職員の確保(人員・技術)、耐震性、ライフライン復旧
- ・身元不明の遺体の処理及びその遺体の措置

④大震災等における災害時の環境衛生対策「感染症対策」

(大分県生活環境部食品安全衛生課)

○自然災害時に想定される感染症と発生要因

- ・発生直後から3日以内は破傷風・炭疽等による外傷からの土壌由来菌の感染である。発生後3日から復旧までは、結核・レジオネラ症・インフルエンザ・百日咳等の呼吸器系感染症や赤痢・感染性胃腸炎(ノロウイルス等)・コレラ・ウイルス性肝炎・腸チフス・食中毒原因菌(サルモネラ、カンピロバクター等)等の消化器系感染症である。
- ・発生要因となる環境は、し尿等による飲料水汚染、氾濫した河川水、不衛生な食品、避難所の空気環境、空調などである。
- ・すべてに共通する要因として、自然災害の種類と規模・時間経過・地域・季節・(気温、湿度)水温・感染源の有無・地域の医療資源(人、物)である。
- ・過去の事例として、1907年のサンフランシスコ大火災時のペスト、1995年の阪神・淡路大震災時の避難所のインフルエンザ、2005年のインド西北部集中豪雨時のマラリア・テング熱・レプトスピラ・下痢症、2010年のハンガリー西部アイカでアルミニウム向上の廃液貯水池の決壊による有毒泥土の流出、ハイチの水害時のコレラなどの発生がある。

○環境面からの感染症対策

- ・正常な水(医療用・飲料水)、安全な食料、医療資材、消毒薬(住居、し尿、水環境、手指、被災地全域等)、マスク、手袋等の物資を提供する。
- ・被災地域の予防対策として、専門家によるサーベイランス活動及び避難所の対策がある。
- ・水の汚染の有無(細菌、ウイルス、重金属等)、感染症の発生状況、避難所の空気環境等について専門家によってサーベイランス活動をする。
- ・人の密度(人との距離は2m以上保つ)、通風・温度・湿度の確保、トイレの清潔保持、手洗い・

うがい等の衛生活動、廃棄物処理、食品の衛生等における避難所の対策がある。

○大分県保健所対応事例

- ・災害時における対応マニュアルの策定「大分県保健所災害時対応マニュアル」について
災害時の体制：環境調査班の設置、災害時の保健所活動：飲料水・食品衛生・防疫・死体・廃棄物・し尿・環境衛生・動物対策、災害時要援護者対策、平常時の対策等について記載されている。
- ・大分県保健所初動対応チーム・緊急支援チームの設置について
広域・大規模な健康危機管理事案が発生した場合の被害拡大防止等を図るため、大分県保健所初動対応チーム・緊急支援チームが設置されている。
- ・大分県保健所初動対応チームの編成と業務について
保健所初動対応チームはあらかじめ指定されたチームリーダー1名・職員3名から編成されている。業務として、平常時は健康危機管理に関する研修、各種マニュアルの整備、資機材の準備、訓練の実施、知見の集積等体制の整備・推進である。
- ・大分県保健所緊急支援チームの編成と業務について
保健所緊急支援チームはあらかじめ指定された獣医師・薬剤師・化学4名、保健師及び臨床検査技師各4名、計12名から編成されているが、事案発生時には必要な職種、人数でチームを編成し、派遣先で救援、被害拡大防止等の業務に従事する。

○広域事例への対応

- ・九州・山口9県災害時相互応援協定
職員派遣・食料等の生活必需品の提供・避難、収容施設及び住宅の提供・緊急輸送路及び輸送手段の確保・医療支援などが応援項目である。
- ・九州・山口9県における感染用に対する広域連携に関する協定
広域対応を要する感染用発生情報の伝達・地衛研の相互支援・標準マニュアルの作成・感染症担当職員の派遣受入れなど応援項目である。

3. 保健所対応連携体制ガイドライン

1) 連携体制フローチャート及び連携体制チェックリスト

今回は平成21年度28事例に平成22年度12事例を追加した40事例の具体的内容及び連携体制チェックリストから独自に連携体制フローチャートとして作成したものを提示する（資料13）。

医師は、一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症、四類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者について診断したときは、直ちに、五類感染症の患者について診断したときは全数疾患については、7日以内にその者の氏名、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項を、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出なければならない。定点疾患については、指定届出機関の管理者が、指定の日までに最寄りの保健所に届け出る。

今回は平成21年度事例別連携シートを基にして事例を追加して作成された連携体制チェックリスト（資料14）は縦軸には結核（2類*）、感染症（結核を除く2～5類*）、新型インフルエンザ等の事例を、横軸には初発患者、当該自治体として保健所（感染症担当：医師、保健師、事務、環境・食品衛生監視員）、衛生研究所、福祉事務所（生活保護担当課、施設所管課）、本庁保健担当局、本庁鳥獣担当部局、本庁養鶏担当部局、家畜衛生保健所、子育て保育園幼稚園所管課、教育委員会、消防署、警察署、医療機関、医師会、薬局・薬剤師会、関連自治体として当該自治体と同様の関連部局、厚生労働省、施設・企業として保育園幼稚園小中高校、福祉施設、更生施設、企業・事務所、宿泊施設、娯楽施設、旅行会社、施設利用者家族、専門機関・有識者（研究所、大学等有識者）、その他（検疫所、外務省、内閣府、農林水産省、海外患者出身地、各種団体、海外研究機関）として、実際の事例で要注意の部分は二重丸印◎にして、連携すべき部署と各事例との関係を示した。

実際に感染症・結核事例が発生した場合に、どの部署とどのように連携すべきかどうかをチェックしながら感染症に対応できるようにリスト化したものである。

平成21年度の事例から抽出された連携体制について提言された重要な当該自治体・関連自治体・関係機関等については次の通りである。

①当該自治体の患者・住民との連携

- （1）患者に適切で正確な情報を提供するとともに調査協力を求める。
- （2）住民に、市町村の広報・市町村が有する住民組織等の情報ネットワークとの連携を通じ

て、適切で正確な情報を提供する。

②当該自治体の職員との連携

- (1) 保健所の初動時には感染症担当の医師・保健師・事務等職種間連携で情報共有し、対応する。
- (2) 本庁は自治体内の連携、情報共有を行う。
- (3) 必要に応じて、初動から保健所の感染症・食品衛生・動物愛護・環境衛生部門が連携して対応する。
- (4) 初動対応する保健所・福祉事務所職員等へ定期的に教育・訓練が行われる。
- (5) 必要に応じて、初動対応を行っている保健所以外の関連部門（福祉部門・子育て部門・教育委員会・近隣保健所等）の協力も得て対応する。
- (6) 大規模・広域にわたるときには、本庁の危機管理部門・教育部門・保健担当部門・動物愛護部門・環境衛生部門・施設所管部・家畜衛生門等と協力して対応する。

③関連自治体との連携

- (1) 関連自治体には速やかに情報提供するとともに、緊密な連携のもとに、役割分担や情報共有する。
- (2) 情報提供時に最終的な判断はどこが行うか明確にする。

④関連機関との連携

- (1) 医療機関等（医師会・病院・薬剤師会・薬局等）とも緊密に連携し、適宜情報提供するとともに協力を得て対応する。
- (2) 大規模・広域の集団感染の可能性がある場合には、必要に応じて専門機関（地方衛生研究所・結核研究所・国立感染症研究所・医育機関等）の指導・助言等を仰ぎ対応する。
- (3) 発生時に患者が所属・利用している企業・事業所・施設・教育機関や住所地保健所・自治体等に正確で迅速な情報を提供するとともに、情報提供の協力を求める。
- (4) 必要に応じて厚生労働省・外務省・農林水産省・環境省等の政府機関（各省庁）に協力を依頼する。
- (5) 報道機関対応を一本化し情報漏洩防止手段が講じられ提供可能な情報の整理が行われる。

2) 連携ツールについて

今年度収集した保健所対応連携事例や前年度に独自に開発した事例報告様式等を踏まえて、標準報告事例様式、積極的疫学調査報告様式、保健所間連携様式（依頼用、回答用、（結核接触者健診に関する情報提供票等））、地域連携クリティカルパス※などの標準連携ツールを具体的に提案し、保健所が危機管理発生時に直ちに活用できるように示す。（※：文献16の303～307頁参照）

- ①準事例報告様式（散发事例）（資料15）
- ②標準事例報告様式（集団感染事例）（資料16）
- ③積極的疫学調査報告様式（単発事例）（資料17）
- ④積極的疫学調査報告様式（集団感染事例）（資料18）
- ⑤結核地域連携パス事例（資料19）

3) 感染症・結核連携体制の構築について

保健所は、地域における感染症対策の中核的機関・地域健康危機管理センターの役割として、市町村、病院・診療所、社会福祉施設等に対する感染症発生予防のための支援、地域における感染症情報の収集・分析・地域サーベイランス、地区医師会及び地域の関係機関との連携並びに専門的な指導の実施等、事前に感染症予防策を強化する。

さらに、保健所は感染症の発生時に、状況に応じた住民への情報提供、保健指導を行い、住民からの相談に幅広く応じていくとともに、患者に対する入院から退院までの対応、疫学調査、検体搬送、防疫対応等に総合的に対応する。

今年度は収集した保健所対応連携事例などとともに前年度の報告も踏まえながら、連携体制構築のために、①住民との連携体制、②保健所内連携体制、③地域連携体制、④保健所間連携体制、⑤検査機関・専門機関との連携、⑥都道府県及び国との連携、⑦報道機関との連携について提示する。

感染症と結核の保健所連携体制について示す。

① 住民との連携体制

住民に対して平時から感染症予防についての正しい知識の普及に努め、住民一人ひとりが感染症の予防と流行への備えを行うよう促すとともに、患者やその関係者等への差別や偏見を排除する。

また、海外で新興感染症等が発生した場合、保健所は、厚生労働省、国立感染症研究所、衛生研究所などを中心に収集した正確な情報を提供するとともに、保健所等で専門相談を実施することにより、住民の感染への不安の解消に努める。

感染症法に基づき、健康診断や入院の勧告・措置などの行動制限を伴う対応を行う場合は、患者・家族に十分な事前説明を行い、理解を得るよう努める。また、患者・家族に対して必要な援助を行う場合、人権に十分配慮する。さらに、平時から感染症に関する知識の普及啓発に努め、患者・家族等への差別や偏見を排除する。

また、大規模流行のおそれがある場合など、患者情報を広く一般に周知する必要があるときには、個人情報保護の観点から、本人及び第三者の権利利益を不当に侵害することのないよう配慮する必要があり、科学的知見に基づき、まん延防止に必要な内容を慎重に判断することはもとより、透明性を確保できる手続について検討していく。

さらに、保健所は感染症患者の円滑な職場復帰や再登校のために必要な支援を行う。

保健所は平常時から発生時に備え、教育機関、社会福祉施設、感染症指定医療機関等との間で速やかに情報の共有化を図るため、地域感染症情報ネットワークシステムを推進していく。

特に保健所長は、結核のまん延を防止するための必要があると認めるときに、患者に対して、第二種医療機関（結核）に入院し、又はその保護者に対し当該患者を入院すべきことを勧告することができる。

保健所は患者発生届と医療機関からの情報を参考にした上で、初発患者への訪問・面接等を行うが、患者の感染危険度や職業等に応じて収集すべき情報は異なる。塗抹陽性肺結核患者で感染性が高いと判断される場合は、医療機関や関係施設（職場、学校、福祉施設等）も対象に含めた詳細な調査が必要であり、担当職員や担当課だけでなく保健所としての健康危機管理対応を着実に行う必要がある。

医師からの患者発生届（診断後直ちに）を受けた場合、保健所は主治医等から患者の病状や診断までの経過に関する情報を収集する。

接触者健診の実施に当たっては、事前にその目的と必要性を初発患者本人（保護者）に十分説明し、対象者の範囲等について理解を得ておくことが望ましい。しかし、初発患者が同意しない場合も、接触者の安全確保という公衆衛生上の目的のために健診を実施しなければならないことがある。

他の保健所に接触者健診を依頼する際には、個人識別情報も含めて情報提供する。この情報提供は法に基づく行為であり、情報提供された側にも守秘義務が課されている。

初発患者への説明と理解を得る手続きは、接触者健診の対象に漏れないかを患者本人に再確認してもらうという意図も含んでいる。結核と診断された当初は、不安や精神的な混乱などから、本人にとって秘匿したい接触者の存在を打ち明けられない場合もあるので、接触者健診の企画段階での再確認は有用である。

② 保健所内連携体制（発生時保健所の対応及び保健所内検討会の開催の連携体制も含む）

保健所は、感染症又は感染症の疑いが濃厚な患者が発生した場合や、集団発生が認められるなど、通常の発生動向と異なる傾向が認められた場合にあっては、当該患者（疑似症患者や無症状病原体保有者を含む）及びその関係者に対して、積極的疫学調査を実施する。

一類・新感染症の患者が発生した場合及び広域的に発生した場合など、通常と異なる状況が発生した場合は、保健所は都道府県及び区市町村と連携しながら調査を実施し、総合的な対策を講じる。

また、海外で感染症患者が発生している場合、国内では未発生の段階であっても、感染の予防上必要な場合や、感染症媒介動物の調査が必要な場合にあっては、保健所は、医療関係者からの情報や感染症発生動向調査を基にして、適切に判断して調査を実施する。

これらの調査の実施に当たっては、患者の情報及び病原体の収集、並びにそれらの疫学的な解析が不可欠であるため、必要に応じて衛生研究所、国立感染症研究所、医師会等の関係団体の協力を得る。

さらに、保健所は円滑な対応が図れるよう、職員に研修を行うなど、専門的な対応能力の向上に努める。

積極的疫学調査の結果は、医師会等の関係団体へ情報提供するとともに、保健所は都道府県や区市町村との情報交換を通じて感染症対策に活用する。

なお、全国各保健所ですべて統一されていないので、地域の状況に応じた対応や柔軟な連携体制が構築される必要がある。

（１）動物衛生部門との連携

動物由来感染症が疑われる疾患が発生した場合、保健所の感染症対策部門は、患者及び関係者の病原体検査、動物との接触調査を行い、動物衛生部門と連携し、迅速に感染源が疑われる動物への対応を行う。

動物衛生部門は、流通経路・販売先の追跡調査など感染源の疑いのある動物の調査・対応及び飼い主や動物取扱業者等の動物管理者に対して衛生指導を行う。

獣医師から動物への感染症発生の届出があった場合、動物愛護相談センター等が、保健所と連携して、動物の調査、流通途中の動物取扱業者等の調査、感染動物の隔離、検査機関への搬送及び動物死体の焼却を行う。

動物が家畜の場合は、家畜伝染病予防法に基づき、家畜防疫員が必要な措置を行う。

また、高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）の発生など、各動物担当部門と感染症対策部門とが一体で対応する必要がある場合、速やかに関係部署との連絡調整会議を開催し、情報の共有化を図りにおいては、統一的な対応を行う。

(2) 食品衛生部門との連携

食品媒介感染症が疑われる疾患が発生した場合、保健所においては、保健所長の指揮の下、食品衛生部門は主として原因となる食品関係施設の調査、従業員の病原体の検査及び調査を行い、感染症対策部門は患者及びその関係者の病原体検査を行い、患者に関する情報を収集する。両部門は相互に連携し、かつ衛生研究所及び衛生試験所とも連携を図り、迅速に原因食品等の究明に当たる。

病原体、原因食品、感染経路が判明した場合には、食品衛生部門は、原因物質に汚染された食品の販売禁止、営業停止等の行政処分を行うとともに、必要に応じて、当該施設等の関係者に対して消毒等の指示を行う。

また、二次感染による拡大を防止するため、必要に応じ、食品衛生部門は原因施設や食品の情報を公表し、感染症対策部門は当該感染症に関する情報を公表して、当該施設の従業員への保健指導等、必要な対策を行う。

食中毒の発生時の対応については、当該保健所の食中毒調査マニュアル等に基づき、調査、措置、公表等の個別の対策を推進していく。

(3) 環境衛生部門との連携

水道水等飲料水を原因とする感染症が疑われた場合には、環境衛生部門が感染症対策部門及び食品衛生部門と協力し原因究明の調査等を行うとともに、飲料水健康危機管理に関する実施要領等に基づき、感染の拡大防止や代替水の確保等に努める。

公衆浴場、旅館業及びプール（公衆浴場等）において、環境水に由来するレジオネラ症が発生した場合、施設に対する改善指導等を迅速かつ適正に行うことが、被害拡大の防止につながる。保健所環境衛生部門では、直ちに立入検査を実施するとともに、感染症調査員が患者・家族に対して感染源特定のための聞き取り調査を実施する際、感染源の特定のため必要に応じて同行するなど、調査に協力する。当該施設が感染源として疑われるレジオネラ症患者が同時期に2人以上発生しているときは、当該施設が感染源である可能性がかなり高いと考えられるので、感染症法所管部署とも連携のうえ、早急に確実な予防措置のための対応を図ること。

感染源と疑われる公衆浴場等が保健所の管轄外にある場合は、環境衛生課にその旨を連絡する。この場合、当該施設を所管する保健所もしくは他都道府県の環境衛生関係法令を所管する部署への連絡は、環境衛生所管課が行う。また、施設監視時の行政検査によりレジオネラ属菌が検出された場合は、感染症の未然防止のため、検出菌数に応じ営業自粛勧告など必要な措置を講ずる。その他環境水及びねずみ族・昆虫等を介した感染症が疑われる疾患が発生した場合は、必要な措置を講じる。飲用以外の水による感染症が発生した場合は、保健所においては、保健所長の指揮の下に、環境衛生部門が、原因究明に必要な調査、感染経路等の情報収集及び原因施設への立入制限等を行う。

原因究明に必要な水質検査は、衛生研究所等が実施する。

結核において接触者健診の拡大あるいは結核集団感染対策を考慮すべき事案が確認された場合、保健所長は所長以外の保健所医師、結核対策所管の課長、担当保健師などの職員をメンバーとして、集団感染対策の要否について検討会を行うことが重要である。初発患者の居住地の保健所と問題となる施設や事業所の所在地の管轄保健所が異なる場合には、当然双方の保健所で情報交換を行う必要がある。

集団感染対策の要否に関しては、結核の感染・発病についての正しい認識に基づいて判断を

行うことが重要であり、必要に応じて外部の専門家の意見を聴取する。

③地域連携体制

保健所は、平時から本庁関係部門、衛生研究所等だけでなく、地域の中核医療機関、医師会、消防署（救急隊）、警察署、市町村（担当部署、教育委員会、学校等）、都道府県の出先関係機関（振興局、建設事務所、農林事務所、家畜保健衛生所等）、地域の関係団体（歯科医師会、薬剤師会、獣医師会、看護協会、保健師協会、食品衛生協会、生活衛生関係団体等）、各種事業所（水道関係事業所、化学工場、医療機器製造工場、大規模養鶏場等）、社会福祉施設（高齢者施設、障害者施設、児童福祉施設等）、ボランティア、NPOなど地域の実情に応じた連携チェックリストにもあるよう関係機関との連携が必要であり、発生時は平常時の延長線上として連携強化が推進されることとなる。

さらに、保健所は地域感染制御ネットワーク、地域医療安全ネットワーク、地域感染症情報システム、市町村担当者会議等あらゆる機会を捉えて情報共有を図ることが必要である。

保健所内での検討の結果、結核集団感染の可能性ありと考えられ、集団感染対策として接触者健診の拡大が必要と判断した場合には、保健所の担当者のほか、学校では学校長、学校医、養護教諭など、事業所では事業主、産業医、衛生管理者、医療機関では院内感染対策委員会など集団側の責任者（担当者）の参加を求め、対策委員会を設置する。必要に応じ施設等を所轄する都道府県の担当課あるいは外部の専門家にも参加を求める。

保健所は診療を行っている医師に対し、感染症発生動向調査の重要性について理解を求め、医師会等の協力を得ながら、調査の周知徹底を図る。

保健所は、五類感染症の定点把握感染症について、地域の実情により的確に把握できる定点指定医療機関を確保できるように図るとともに、医師会と連携し、医療機関からの報告の徹底を図る。

一類から三類までの感染症患者に対しては、勧告入院や就業制限が必要となるため、保健所は、診断した医師が速やかに保健所に届け出るよう、医師会等を通じ周知徹底を図る。また、同様に四類、五類感染症の届出義務を果たすよう働きかける。なお三類感染症の場合、勧告・措置による入院はない。

特に結核では集団感染対策（その要否の検討を含む）の対象が病院等の医療機関であった場合は、健診の実施方法について保健所と当該医療機関の間で十分協議する必要がある。このような場合、医療機関では院内感染対策の観点からも、医療法等に基づき、主体的に原因調査や感染拡大防止（健診を含む）に取り組む必要があることから、都道府県知事等からの勧告に基づく（感染症法第十七条の）健診ではなく、医療機関自らの責任で職員等の健診を実施する方法も考えられる。健診対象者が少人数の職員に限定される場合などは、参考資料を医療機関の院内感染対策委員会等に情報提供して健診方法を助言した上で、健診の医学的検査部分の実施を医療機関に任せる方法が多いようである。

この場合でも、保健所は事前協議の際に情報提供に関する協力を求めておくことが重要である。そして、医療機関から提供された情報を分析し、健診が不十分であると判断した場合には、さらなる健診の実施を要請するか、あるいは感染症法第十七条の健診で対応する。

なお、院内感染が疑われる場合の接触者健診の対象者の範囲については、判断の難しい事例が多い。このような場合、医療機関の職員（医療従事者）については、いわゆるデインジャーグループに該当するので、やや広め多めに接触者健診の対象者を選定することは妥当である。その上で、各対象者に対しては（50歳以上であっても）、適当な時期にQFT検査を実施して感染の有無を検査することが望ましい。

結核患者が発見された場合においては、保健所が中心となって積極的疫学調査を実施していくことは当然であるが、感染・発病者の発見、さらなる感染拡大の防止の観点から、必要な情報（個人を識別できる情報を除く）を地域の医師会等の医療関係団体に提供し、関係団体における結核対策の取り組みを依頼することが重要である。

保健所をはじめとする行政関係者と医療関係者が、密接な連携のもと予防と医療の両面が相まった総合的な結核対策を強化していくことが求められ、両者の普段からの情報交換・連携が重要である。

保健所は、地域感染制御ネットワークや地域感染症情報共有システムなどを活用しながら、病院、診療所、社会福祉施設等において、感染症が発生・拡大しないよう、最新の医学的知見に基づく感染防止に関する情報を、施設管理者に対して適切に提供する必要がある。

また、保健所は、福祉関係部署と協力し、施設職員への研修、感染症予防策、施設及び設備の改善策、感染防止マニュアル作成の指導等を行う。

施設管理者は提供された情報に基づき、必要な措置を講じるとともに、平常時から施設利用者及び職員の健康管理を適切に行うことにより、感染症の発生を早期に把握するように努める。

さらに、医療機関は、院内感染対策委員会やICT等を中心に院内感染の防止に努めるとともに、実際に行った防止策に関する情報を、他の病院等の施設などの地域に提供し、その共有化を図る。保健所は医療機関への立入検査の際には、院内感染対策委員会の適正な運営だけでなく、院内感染対策指針と院内感染防止マニュアルの適切な作成及び見直し、院内感染に関する研修会の適正な実施、感染情報レポートの作成状況、標準予防策の適正な実施、環境衛生の適正な実施、適正な消毒や滅菌の実施、抗菌薬の適正使用に関する体制整備、医療廃棄物の適正な処理状況などについても指導助言していく。

さらに、保健所管轄の地域における医療機関だけでなく教育機関、事業所、企業、社会福祉施設等においても、薬剤耐性菌、ノロウイルスやインフルエンザ等感染症の集団発生時に保健所に迅速に情報提供し、保健所はそれを受けて感染対策や感染制御等の専門医や専門家と連携しながら適切な調査や指導助言などが出来るよう地域感染制御体制を構築する必要がある。

④広域的連携体制

複数の都道府県にわたる広範囲な地域で感染症が発生した場合や特定の感染症について患者が大量に発生した場合に備えて、都道府県等は平時から情報交換等を行う広域的連携体制が必要である。

また、発生時の情報提供や接触者等の関係者調査の依頼が迅速かつ的確に実施されるとともに、連携ツールの活用により各種情報が共有され、相互協力しながら、円滑な感染症対策が実施される広域的連携体制を構築する必要がある。

接触者健診の勧告や実施等に関する広域的保健所間の連携は必要である。結核患者の家族・友人等の個別の接触者健診は、原則として、健診対象者の所在地を管轄する保健所から健診の勧告書を発行する。

初発患者の登録（患者管理）を担当する保健所（A保健所）が患者等からの聞き取り調査等を行って健診対象者を決めるが、対象者の所在地がA保健所管内でない場合は、A保健所から対象者の所在地を管轄する保健所（B保健所）への連絡に基づき、B保健所が対象者に健診を勧告して実施する。

しかし、事業所等を対象とした接触者健診（集団感染対策）が必要な場合で、初発患者の管理を担当する保健所（A保健所）と対象事業所の所在地を管轄する保健所（C保健所）が異なる場合は、A保健所が対象事業所の疫学調査等を実施するのは困難なことが多いので、当該事業所の疫学調査や接触者健診（集団感染対策）の企画と実施を含めて、事業所所在地のC保健所が実施主体となるのが現実的である。

実際にはC保健所がA保健所からの連絡を受ける前に、管内の事業所や関係者がC保健所に相談することがしばしばある。こうした場合には、C保健所はA保健所からの連絡を待つことなく、自らA保健所に連絡し、初発患者に関する情報提供を要請するべきである。

他の保健所に接触者健診の実施を依頼する際の文書様式等は定められていないが、参考様式を提示する（資料9、資料10、資料11）。なお、文書のやり取りの前に、保健所の担当者間で電話等による情報交換を行い、健診の企画と実施に必要な情報の共有を図る必要がある。

なお、結核患者は想定以上に移動範囲が広域的に短時間に多数の人々と接触していることがあり、接触者の特定や情報収集に難渋することがあり、保健所間連携は重要である。阿彦らが作成した結核接触者健診に関する情報提供票は今後活用すべき重要な連携グッズ・ツールの一つである（資料9、資料11）。

⑤検査機関・専門機関との連携

保健所は感染症の集団発生時等に迅速に対応するため、病原体等の迅速かつ正確な特定が行われるよう、地方衛生研究所等との検査機関との連携強化が必要である。また、新型病原体の発生や病原体の変異及び希少疾患の発生を的確に把握するとともに不明疾患を迅速かつ的確に診断するため、衛生研究所において、感染症法の改正を踏まえ、病原体等を収集する仕組みや病原体管理・搬送体制を構築し、菌株等病原体を集積・整理するなど、病原体等の検査分析・研究体制の一層の充実を図る。

病原体レファレンス制度等については、国立感染症研究所や他自治体の地方衛生研究所との連携を強化するとともに、役割分担を明確化し、その中で、本庁とともに保健所の役割を積極的に果たしていくことが必要である。

現在、結核菌遺伝子タイピング検査を実施できる検査機関は、結核予防会結核研究所、一部の地方衛生研究所、一部の結核病床を有する医療機関に限られている。このため、患者の治療状況などの実情に応じて、検査可能な施設を確保する必要がある。また、VNTR法により地域の結核の疫学的状況を包括的に分析するためには、検査結果情報を蓄積する必要があるため、地方衛生研究所、保健所、地方感染症情報センターなどに地域分子疫学情報データベースを構築することが求められている。

⑥都道府県及び国との連携

感染症法の規定では、都道府県知事、保健所設置市では市長、特別区では区長に権限があり、健康診断、就業制限、入院、消毒園等の措置を講じるよう定められている。

厚生労働大臣は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、当該職員に一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者、新感染症の所見がある者又は感染症を人に感染させるおそれがある動物若しくはその死体の所有者若しくは管理者その他の関係者に質問させ、又は必要な調査をさせることができると感染症の規定では定められ、厚生労働大臣からの助言を受けることがあるので、国との連携は重要である。

結核集団感染対策として接触者（集団）健診を行った場合、保健所は適宜、その結果を参考様式：結核の接触者健診（集団感染対策）実施状況にまとめ都道府県・政令市担当部局に報告する。

都道府県・政令市の担当部局は、結核集団感染の定義（同一の感染源が2家族以上にまたがり、20人以上に結核を感染させた場合をいう。ただし、発病者1人を6人の感染者に相当するとして感染者数を計算する）を満たす事例が確認された場合には、その概要を参考様式：結核集団発生事例にまとめ、参考様式：結核の接触者健診（集団感染対策）実施状況及び事例の具体的内容が分かる資料を添付して、厚生労働省の担当課あてに送付する。

⑦報道機関との連携

一類・新感染症については、患者又は疑似症患者が1人でも発生した場合、二類から五類までの感染症については、集団発生等の特異な状況が発生した場合に、情報を公表する。報道機関による取材対応は、窓口を本庁に一本化し、積極的に情報提供を行う。

結核集団感染が発生した場合、報道機関への対応を検討しなければならない。結核集団感染をマスコミへ公表する意義として、結核への関心が薄れている医療関係者や一般住民へ、結核がまだ身近に存在することの啓発や結核について正確な情報を提供することがあげられる。一方で、感染者や患者、家族らの人権が損なわれる事態が起こらないよう、個人情報の保護には細心の配慮が必要である。

このような目的を達するため、報道機関への対応窓口は一本化し、報道が先行する前に窓口担当者から公式発表を行い、最初から正確な情報提供をすべきである。

患者情報等の公表は、都道府県の感染症対策部門が一元的に行う（ただし、一類・新感染症等以外の感染症であって、それぞれの地域の実情に応じ独自の判断で行う場合を除く）。また、食中毒の可能性を否定できない事例については、食品衛生部門と連携して公表する。

また、報道機関に対しては、誤った情報などが報道されることのないよう、都道府県及び区市町村は、平常時から報道機関との信頼関係の構築に努める一方、患者・家族等の人権に十分配慮するよう、要請する。

保健所健康危機管理マニュアルによると、マスコミによる住民への情報提供は影響が大きい。保健所が現場対応に専念できるように、記者会見や取材への対応は本庁に広報担当を設け、窓口を一本化して対応することが必要である。しかし、健康危機の第一報は現場に最も近い保健所にはいることが多いので、取材への対応も、本庁の対応が整うまでは保健所で行うことが求められることも想定される。この場合、混乱を防ぐために、取材は原則として所長が対応することが必要である。このとき、所長は取材に応じる前に、本庁との間において調整を可能な限り行っておくことが望ましい。組織内部で見解を統一し、誰が話しても同じ話ができるようにすべきである。

マスコミ対応担当者（所長か次長が望ましい。）でない者が取材を受けた場合には、たとえ自分が

知っている事項であっても軽率に受け答えせず、マスコミ対応担当者に対して取材を受けるよう依頼することが望ましい。取材又は問い合わせを受けた場合は、取材内容のメモを残す等して、その旨を所長及び本庁へ連絡するとともに、保健所内で情報共有を図ることが必要であると言われている。

多数の取材による混乱を防ぐためには、本庁で定時の会見を開催し、積極的に情報提供を行うことが必要である。マスコミとの調整は、本庁知事部局広報担当課を通じて行い、テレビ・ラジオの報道時間や新聞の紙面締切り時刻等、マスコミ側の事情を配慮することも必要である。定時の会見は、原則として本庁の衛生主管部局長が対応することが望ましい。その際には、さまざまな価値観や視点を受容するとともに、住民本位の前向きな態度をとることが望まれる。報道関係者を「みんなの健康、安全、安心」を共通の願いとするパートナーと考え、「一人でも命が失われないようにするための対策」の積極的なメッセージを発信しようとする意思を示すべきである。また、記者の立場に立って、誠実に対応することに留意すべきである。具体的には、説明に入る前、話の大枠や進行順序を示し、専門用語はなるべく使わないようにするとともに。冷静に、正直に、真実を伝え、誤解を招くような表現をしたり、事実を故意に隠したりしない。「遺憾、残念」、「結果として・・・」という言葉は責任逃れになり、望ましくない。定時の会見が長期に続く場合には、日々の対策のプロセスを紹介し、日付をつけて情報を提供する。そして事前に知事部局の幹部、場合によっては知事まで、発表する内容を十分に報告するとともに、必要によっては会見の場に現場の保健所長が同席することが望ましいと言われている。

現地において特に記者会見が必要な場合には、保健所長が事前に衛生部局長に協議した上で行うこととし、必要に応じて本庁の広報担当者を同席させることが重要である。

なお、個人のプライバシーの保護には十分に配慮し、マスコミにも協力を要請することが重要である。

4) 感染症類型別連携体制の構築について

医師は、一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症、四類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者について診断したときは、直ちに、五類感染症の患者について診断したときは全数疾患については、7日以内にその者の氏名、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項を、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出なければならない。定点疾患については、指定届出機関の管理者が、指定の日までに最寄りの保健所に届け出る。

都道府県知事は勧告又は入院の措置をしたときは、遅滞なく当該患者が入院している病院又は診療所の所在地を管轄する保健所は協議会に報告しなければならない。

都道府県知事は、一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の患者であって規定により入院しているものに対し10日以内の期間を定めて特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関に入院し、又はその保護者に対し当該入院に係る患者を入院させるべきことを勧告することができる。

二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者について準用する。

三類感染症の場合、勧告・措置による入院はない。

医師は、結核と診断し、治療を必要とする場合は、結核発生届に必要な事項を記入し、直ちに最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出なければならない。

保健所は、医療機関からの感染症の届出を受理する。

結核については「当該患者が入院している病院又は診療所の所在地」とあるのは「当該患者の居住地」と、入院しているものに対し「10日以内」とあるのは「30日以内」と、「当該患者が入院している病院又は診療所の所在地」とあるのは「当該患者の居住地」とする。

都道府県知事は、一類感染症、二類感染症、三類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の病原体に汚染され、又は汚染された疑いがある死体の移動を制限し、又は禁止することができる。

一類感染症、二類感染症、三類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の病原体に汚染され、又は汚染された疑いがある死体は、火葬しなければならない。ただし、十分な消毒を行い、都道府県知事の許可を受けたときは、埋葬することができる。

厚生労働大臣は、技術的指導及び助言（第五十一条）とともに指示（第五十一条の二）として、新感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、定められた規定により都道府県知事が行う事務に関し必要な指示をすることができる。

感染症法類型別の連携体制チャート及び感染症法類型一覧表は次の通りである。

- ①感染症・一類・二類・三類感染症連携体制チャート（資料20）
- ②四類感染症連携体制チャート（資料21）
- ③五類感染症体制チャート（資料22）
- ④感染症法類型一覧表（資料23）

D. 考察

感染症・結核の全国調査結果から、保健所単位での要改善率が40%以上であり、平成20年度は平成22年度に比較すると、分野毎に分析した結果、感染症は40.5%から2.9%と削減実数と削減率とともに1位であり、著しく改善した。一方、結核は9.5%から5.8%と削減実数と削減率も改善傾向にあった。

平成22年度感染症健康危機管理に関する評価指数における要改善率が40%以上の具体的評価指の11項目のうち評価指数の大項目数が7項目であったのは感染症危機管理に関する実地訓練に関するものであり、3項目は感染症危機管理に関する事前協議に関するものであり、残り1項目は担当職員の確保と研修であった。このことから、平常時から感染症危機管理体制の構築のための実地訓練の必要性を示していたが、2009/2010シーズンでは新型インフルエンザ対応のため保健所業務量増加が及ぼす影響の因子も示唆された。さらに、地域に応じた保健所職員のスキルアップや人員確保など保健所キャパシティの確保する必要もあることも示唆された。そういう状況においても特にNo30～47の感染症による健康危機事例発生時及び事後における保健所の対応に関する評価指数では、要改善の割合そのものが非常に低値を示し、各保健所自身が的確かつ迅速に対応していると判断していることが明確にされたと考えられる。

感染症健康危機管理に関する評価指数と要改善の割合を平成22年度と平成20年度と比較して負の値になっている程、すなわち負の絶対値が高い程、要改善が低下し、改善されていると解釈される。

5%以上改善された項目順にあげると5項目であった。平常時から連絡調整会議を定期的に行っている項目は最も改善されているが、要改善の割合が46.78%と高値を示しており、なお一層の改善の必要性があると考えられる。次に担当職員の確保と研修の現地での必要な基本技術を習得した職員は、平成22年度の全体での要改善の割合は5.05%と低く、各保健所の対応が進んでいる項目でもあったと言える。三番目の感染症危機管理に関する情報収集の国の健康危機管理情報システム等の定期的な情報収集は、6.39%改善（平成22年度要改善15.07%）であり、定期的な情報収集が行われるようになり全体として良好な結果であったと言える。

感染症健康危機管理に関する評価指数と要改善の割合（要改善率）を平成22年度と平成20年度と比較して正の絶対値が高い程、改善されていないこと、すなわち要改善が必要であることと説明される。要改善率5%以上の高い項目を順にあげると、具体的な評価指標は5項目であり、感染症患者の搬送に関する定期的な訓練、警察や消防が参加しての定期的な実地訓練、感染症から自己防護を要する場合を想定しての定期的な対応訓練、住民の健康相談を想定しての定期的な対応訓練、住民やマスコミに対する情報提供のための定期的な訓練と要改善率5%以上の評価大項目はすべて感染症危機管理に関する実地訓練であった。これらのことから、平成22年度感染症健康危機管理に関する評価指数における要改善の割合が40%以上の具体的評価指数11項目のうち評価指数の大項目数が7項目であったのは感染症危機管理に関する実地訓練に關することとほぼ同様に、新型インフルエンザ対応のため保健所業務量増加などの影響や保健所キャパシティを確保する必要性も示唆された。さらに、現在の保健所業務量から感染症危機管理に関する実地訓練より優先させるべき業務が多いとも想定されるが、その中で高齢者施設や児童福祉施設等における感染症予防マニュアル（感染症予防に配慮した介護手順）等の作成を支援している項目が5%以上改善されていることは保健所内で感染症担当職員と社会福祉施設担当職員との連携が改善されている結果とも考えられる。

そこであらためて、今年度感染症健康危機管理において県型保健所と市型保健所とを比較すると、県型保健所では定期的な緊急連絡訓練の実施、平常時からの定期的な連絡調整会議の開催、地域拠点病院との連携、警察や消防の参加や住民の健康相談対応の訓練、自己防護の職員や施設職員対象の研修などにおいて優れていた。一方、市型保健所では転勤等の職員へのマニュアルの周知徹底、定期的な所内協議、所長不在時の職務代行医師の事前決定、迅速で的確な情報収集や所内訓練、院内・施設内感染の再発防止への支援、予防接種率の的確な把握などで優れていた。これらのことより県型保健所では地域の関係機関等との連携の視点で、市型保健所では所内体制や予防接種率の把握等の視点で、相対的に優れていたとも考えられた。

結核健康危機管理に関する評価指数39項目における要改善の割合が40%以上で高い順に、①No25、②No14、③No23、④No15、⑤No28、⑥No19、⑦No22であった。

平成22年度結核健康危機管理に関する評価指数における要改善の割合が40%以上の具体的評価指数は7項目のうち評価指数の大項目数が6項目であったのは結核危機管理における平常時対応に関するものであった。N○29からN○39の結核による健康危機事例発生時及び事後における保健所の対応に関する具体的な評価指数では、要改善の割合そのものが非常に低値を示し、各保健所自身が的確かつ迅速に対応していると判断していることが明確にされたと言える。

結核健康危機管理に関する評価指数と要改善の割合を平成22年度と平成20年度と比較して負の絶対値が5%以上改善された項目順にあげると、①N○19、②N○26、③N○5、④N○23、⑤N○15、⑥N○18、⑦N○8の順であった。N○18、19から外国人への対応において特に市型保健所だけでなく県型保健所でも取り組みへの努力の成果が認められた。N○26、N○27の医療監視等の機会を利用した指導等についても全体的に成果があがっていた。健康危機管理は外国人への対応も医療監視等も平常業務の延長線上にあるという示唆に富んだ意味が伺われる。

そこで、同様に今年度の結核健康危機管理において県型保健所と市型保健所とを比較すると、県型保健所は適正医療の確保、服薬支援体制の院内DOTSの推進、計画やマニュアル等の整備状況や事後評価によるその見直し、医療監視を利用した指導などの項目において相対的に優位であった。一方、市型保健所では管轄内の結核罹患率の対前年比の改善、母子健診の機会を活用したBCG接種の平均針痕数調査、外国人へのパンフレット等の準備やコミュニケーション体制、住所不定者・簡易宿泊所等への啓発と指導、集団感染等を想定した訓練、シミュレーション研修などが有意であった。これらのことは各保健所が取り扱う業務の特徴でもあるとも考えられるが、県型は医療機関との連携において、市型保健所は住民の視点や専門職等対象の研修において相対的に優れているとも考えられる。

保健所の感染症担当職員は地域や個人により勤務年数に相違があったとしても、異動を回避することば出来ず、外部の研修会に参加するとともに、所内研修会やOJTを含め、あらゆる機会をとらえ継続的に感染症担当職員の資質向上が必要であると考えられる。

感染症健康危機管理は要改善率が極めて高く、結核健康危機管理は前回調査時も要改善率は低かったにもかかわらず、改善された。各保健所が平常時からの連携システム等の構築に努め、平成21年度は新型インフルエンザ対策でも各保健所の業務が増加した時期であったからこそ、各保健所自身のキャパシティを超えるような状況下で発生時対応しながら、関係機関との連携システムの構築も図られたと考えられる。今回発生時及び事後対応評価指数が追加されたが、要改善率が改善されたことから、今後適宜各保健所が感染症・結核健康危機管理の自己点検チェックリストとして活用しながら、地域連携体制を推進していくべきであると考えられた。

福島県県南保健所は社会福祉事務所と平成14年4月に統合され、保健福祉事務所となっているため、医療監視だけでなく社会福祉施設等への感染症対策の実地指導もする立場にあり、地域の関係機関との連携を強化する必要があった。地域の中核病院から療養型病院やリハビリ回復病院へ転院したり、地域の病院から退院後、高齢者施設等へ戻ったり、自宅で在宅医療と各種サービス併せて受けている場合などのように地域において感染症が施設から施設へ、施設から自宅へ、自宅から施設へと持ち込むことが繰り返されている状況から、院内感染対策や施設内感染対策をそれぞれが独自に点的に実施するのではなく、悪循環を繰り返すことのないよう、地域を面として把握し対策を講じる必要があった。

そこで、当該保健所が平成18年度から社会福祉施設等への感染症対策を含め健康危機管理研修会を開始したのを契機にして、全国的に先駆的にモデル保健所として最初に地域における医療機関、市町村、教育機関、社会福祉施設等の関係機関と地域感染制御ネットワークが構築された。さらに地域医療安全ネットワークも構築し、年一回の病院立入検査だけでなく特に地域の院内感染対策を強化した。あらかじめ保健所が病院長をはじめ病院に対して医療安全ネットワークの目的や主旨を説明して同意された上で、各病院のリスクマネージャーが他病院の院内感染対策を含めて医療安全管理対策に関して自主的に院内ラウンドをした後に情報交換をするという現場の視点に立った医療従事者研修システムであると考えられる。

すなわち大規模病院だけでなく中小病院や診療所でも管理責任が問題となり、長期療養施設、さらに在宅など医療行為に関連する地域におけるすべての施設での感染が注目されていることから、院内感染対策から医療関連対策へと変わっていったのも必然性があると考えられる。

地域における感染症は平常時から地域の関係機関や関係者が感染症情報を共有し、発生時及び集団発生の可能性がある場合にも保健所へ情報が迅速に提供されるような双方向の情報共有される地域感染情報共有システムは今後のあるべき方向性をも示していると考えられる。

福島県県南保健所において実施され有効性が確認されている感染症対策のネットワークやシステムが重層的かつ重点的に全国の各保健所でも実施されていくことが喫緊の課題であると考えられる。このような地域感染制御ネットワークの輪が保健所管内から都道府県、そして各ブロックから全国へ普及され拡大さ

れていけば、感染症が複数の都道府県に広範囲にわたるような場合でも迅速かつ的確に対応できるような広域的連携体制も構築されていくと考えられる。

特に病院は、院内感染対策委員会やインфекションコントロールチーム (ICT)、感染制御医師 (ICD)、感染管理認定看護師 (ICN)、リスクマネージャー、さらには各部署のリンクナース等を中心に院内感染の防止に努めるとともに、実際に行った防止策に関する情報を、他の病院等の施設などの地域に提供し、その共有化を図るべき出ると考えられる。保健所は年一回の病院への立入検査において、院内感染対策委員会の適正な運営、院内感染対策指針と院内感染防止マニュアルの適切な作成及び見直し、院内感染に関する研修会の適正な実施などの医療法の基づく関係書類記録等の確認だけではなく、感染情報レポートの作成状況、標準予防策の適正な実施、環境衛生の適正な実施、消毒や滅菌の適正な実施、抗生物質・抗菌薬の適正使用に関する体制整備、医療廃棄物の適正な処理状況などについても院長をはじめ医療従事者に院内ラウンドなどの直接現場で指導助言していくことが有効であると考えられる。たとえば、薬剤耐性菌の出現を防止するために、薬剤感受性試験に基づき適正な抗菌薬を選択し、多剤併用投与や長期投与を回避する必要がある。さらに、広域スペクトラムの抗菌薬や抗MRSA薬などの院内使用は申請許可制度を導入し、血中薬物濃度測定 (TDM) を行い、抗菌薬の使用基準等を行う必要がある。周術期の予防投与は、第1世代か第2世代のセファロスポリン系抗菌薬を主体に使用し、第3世代セファロスポリンやバンコマイシンの予防投与は回避すべきであると言われている。そして、医療現場等で薬剤耐性菌が発生した場合には適切な対応を取るためには、検出情報が検査部門から関係各部門に迅速で的確な情報発信・共有システムの構築が重要であると考えられる。このような院内感染対策を構築されるよう、平常時から医療機関との保健所との連携が重要であると考えられる。

さらに、保健所管轄の地域における医療機関だけでなく教育機関、事業所、企業、社会福祉施設等においても、薬剤耐性菌、ノロウイルスやインフルエンザ等感染症の集団発生時に保健所に迅速に情報提供し、保健所はそれを受けて感染症疫学、感染対策や感染制御等の専門医や専門家と連携しながら適切な調査や指導助言などが出来るよう地域感染制御体制を構築する必要がある。

そのためには、保健所が平常時から ICD、感染症専門医や医療機関などの感染症疫学、感染対策や感染制御の専門家と連携するとともに、保健所の所長、医師、臨床検査技師、薬剤師、保健師など多職種の関係職員の感染症及び感染制御等に関する更なる資質向上が求められている状況にあると言える。

公衆衛生の向上や抗菌薬の開発をはじめとした医学の進歩により、多くの感染症が克服されてきた。しかし、MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)、PRSP (ペニシリン耐性肺炎球菌)、VRE (バンコマイシン耐性腸球菌)、MDRP (多剤耐性緑膿菌)、VISA (バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌)、ESBL 産生グラム陰性桿菌、多剤耐性アシネクトバクターなど抗菌薬に耐性あるいは低感受性の病原微生物の出現が新たな課題となっている。院内感染対策を進めていくためには、各医療機関及びそこで働く医療従事者のより一層の努力や意識改革が求められている。感染予防対策を含め医療安全を維持していくためには、ICT はサーベイランス、病棟ラウンドによる所見、要因分析など情報を迅速に行動することで効果が発揮され、また継続性が保たれると考えられる。

松尾らの ICT 活動と MRSA、多剤耐性緑膿菌検出数に関する研究において、当該国立病院医療センターでは 2005 年 11 月から ICT が発足し、ICD、ICN を中心に医師、コメディカル、業務部門が協力して活動を開始した。MRSA、MDRP、その他の抗菌薬耐性菌が検出された場合、最近検査室より ICT メンバー全員にメールにて情報を発信している。これらの情報はイントラネットを経由しており、その情報をもとにメンバーが自分の担当病棟のラウンドを行うこととした。アウトブレイクが予測された場合は、ICD、ICN の資格を持つメンバーが緊急のラウンドを実施し介入している。ICT 発足 1 年間で MRSA は 3.51% から 1.119% と発足時の 34% まで有意に減少し、MDRP も 1.30% から 0.28% と発足時の 22% まで有意に減少したことから、ICT 発足による病院全体の伝搬防止対策の効果を示していると考えられる。最近の MRSA 検出率においては持ち込み例が無視できないレベルになっていることが示されている。ある県内の各病院での MRSA 検出について 200 床以上の 10 病院で行った 2007 年から 2008 年の持ち込み率を検討すると平均 33% と極めて高かったことが判明した。特定の病院のみだけでなく地域全体での伝搬防止対策を検討する必要があることを裏付けるデータでもあると考えられる。

平成 22 年 1 月 21 日に開催された第 10 回院内感染対策中央会議において、厚生労働省の院内感染対策中央会議 (座長 = 小林寛伊・東京医療保健大学長) は 12 月 21 日、多剤耐性菌による院内感染を想定して、国や自治体、医療機関が取るべき対策をまとめた提言を大筋で了承した。提言では、多剤耐性菌の感染拡大などによって、各医療機関での院内感染への対応が難しくなっていると指摘した。大学病院などを中心に、地域の医療機関などがネットワークを構築して、相互に支援する体制づくりが重要だと強調している。会議が提言した対策の仕組みでは、医療機関で院内感染のアウトブレイクが疑わ

れると判断した場合には、管理者直属の「院内感染対策委員会」を開き、1週間以内を目安に院内感染対策を策定して実行する。その後も新たな感染者が出た場合には、地域のネットワークに参加している医療機関などの専門家に支援を依頼する。依頼を受けた専門家は、医療機関の院内感染対策を検証し、助言や支援を行う。これだけでは解決が難しいと判断した場合には、地方衛生研究所や国立感染症研究所などに相談するなど提言した。

管轄の保健所への報告は、感染者が多数（10人以上が目安）に上るか、因果関係が否定できない死者が発生した場合に「必要」とした。ただし、報告を法律で義務付けると医療機関が萎縮する恐れがあるので、通知などでの保健所への報告を求めることを検討すべきだとした。報告を受けた保健所の役割としては、医療機関の対策が当初の計画通りに実施されているかどうかや、地域のネットワークの支援が順調に進んでいるかどうかを定期的に確認することを挙げた。その上で、必要があれば、厚労省の「院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業」のデータを活用して指導や助言を行うよう提言した。

地域の状況は様々であるが、今後は保健所として、地域の実情に応じて、地域全体での感染症サーベイランスにより感染症情報を共有するとともに、地域支援ネットワークを充実させ、専門家を有しない中小病院/有床診療所への支援も行い、地域全体での感染症の発生防止、伝搬防止に取り組む必要があると言われていることから、今後全国へ地域感染制御ネットワークの構築を保健所が推進していくことが院内感染対策における医療現場の課題を解決する方向へつながっていくと考えられる。

東北地域においては全国モデルとなる感染制御地域ネットワークが構築され、多くの施設で情報の共有化がはかられ、感染制御における連携・協力・支援活動が実践されつつある。

第3回東北感染制御ネットワークフォーラムが昨年引き続き平成22年8月28日（土）、8月29日（日）の両日、仙台市国際センターで開催された。

本フォーラムは学会形式でいろいろなトピックスレクチャーやシンポジウム、ワークショップなどを2日間にわたって開催するもので、医師、看護師、薬剤師、検査技師、介護スタッフなどの実際の医療現場で感染症対策に対応する医療従事者のみならず、病院や高齢者・介護施設の管理者、さらに、国、地域自治体の医療保健担当者などが一同に参加し、「感染管理・感染予防」、「感染症の診断・治療」、「感染症の疫学」、「アウトブレイク対応」、「感染症に関する情報提供」、等の感染症に関する総合的な「マネジメント・危機管理」に関する最新情報を広く共有化し、討議する場となっている。

「感染制御・感染症危機管理」は今や、医療関連施設における「医療安全」、「医療の質向上」、「危機管理」の観点からの最重要課題であり、医療スタッフの教育や育成、スキルアップの重要性が強く認識されているが、本フォーラムはそれらの目的を満たす学術集會として重要な意義を有するものと大いに期待されている。

さて、ここで災害時における環境衛生対策や感染症対策等の視点についても述べておく必要がある。2005年、米国南部を襲ったハリケーン「カトリーナ」により浸水被害を受けた地域では、環境基準を大幅に上回る大腸菌、重金属が検出された。特に、大腸菌は環境基準を十倍以上の値であったと報告されている。被災者の多くは、避難所の生活を余儀なくされているが、避難所内で、ノロウイルスによる大規模な集団感染症が発生している。我が国では、災害時の大規模な集団感染症の報告例はないが、ノロウイルス症の他、インフルエンザ等の呼吸器感染症、小児の流行性疾患（麻疹、風疹等）、ヒトヒト感染を起こす感染症の発生に十分注意を払わなければならない。災害時の水道、下水、電気をはじめとするライフライン機能の寸断は、救命・医療救護及び消火活動などの応急対策活動を行う上で支障を来すこととなると言われている。

兵庫県南部地震や新潟県中越地震では、避難所の水や仮設トイレが不足し、様々な衛生上の問題を引き起こした。平常時の生活では、蛇口をひねれば水がふんだんに使え、トイレで排泄物を水で流せばそれだけでこと足りる。ここでいう水は水道水であり、97%を越える高普及率に達した我が国の水道は、住民の日常生活や社会の諸活動全体の基盤として不可欠な存在となっている。家庭での水道水の使いみちは、飲用水の他、トイレ、風呂、洗濯等の洗浄水であり、その洗浄水で、水量の9割以上を使用する。水の不足は、手や身体の清潔を保つことができなくなる。また、仮設トイレの清潔が不十分となり、トイレの汚れを招くこととなる。両地震では、仮設トイレの汚れと放置されたトイレの便器の様式が和式であったため、特に高齢者、障害者、乳幼児等の災害時要援護者にとって不便を強いることとなった。そのため、トイレの回数を減らそうと菓分の摂取や食事を控えた人が脱水状態となり、静脈血栓閉塞症（エコノミー症候群）等の健康被害を引き起こしたと報告されている。そのハリケーン「カトリーナ」では、避難所内のノロウイルスによる集団感染症対策として、先ず患者の急増を受けた健康管理者が、病原体の検出後、患者の隔離をするとともに、手洗いの励行、トイレをはじめ避難所内の清掃等の衛生対策を徹底することにより、二次感染の拡大を防止するという措置をとった。このように、避難所内の生活環境と避難者の健康状態は

密接に関係している。我が国では、避難所の衛生対策は、地域の健康危機管理の拠点である保健所のスタッフが中心となって実施される。特に環境衛生監視員は、「飲料水」「排泄環境」「避難所室内環境」「生活用水」「ペット対策」「仮設浴場」等の役割を担うことになるが、保健師、食品衛生監視員等の他職種との連携・協働の強化を図ることが重要であると考えられる。このため、平常時から相互の業務を十分に把握することや組織間の指揮命令系統を明確にしておく必要があると言える。また、災害時には、ストレスから、不安定な精神状態に陥りやすい災害時要援護者に対しては、円滑な情報伝達ができるよう、平常時から状況に応じた多様な情報伝達手段の確保や、水・食料、生活用品、医薬品、介護用具等避難生活に必要な物資等をあらかじめ整備、もしくは迅速に手配できるよう入手経路を確認しておくことが必要である。

今後は災害時における環境衛生対策や感染症対策等は感染症健康危機管理上、保健所が取り組むべき重要な課題の一つと言える。

E. 結論

今回は、感染症・結核健康危機管理において、保健所対応事例及び保健所連携体制事例から、住民、保健所内、地域、保健所間などの相互連携体制の構築について明確にした。実際に、福島県南保健所管内を地域感染制御ネットワーク等の構築モデルとして、その有用性等を提示するとともに、連携体制フローチャート、連携体制チェックリスト、連携ツールを含めて、感染症・結核発生時の保健所の対応について具体的に明示して、活用しやすい保健所対応連携体制ガイドラインを策定した。

なお、全国保健所調査では今回は前回に比較して感染症・結核分野で要改善率が低下し、特に感染症分野の低下が大きかった。

F. 発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

1) 遠藤幸男、他：感染症・結核健康危機管理の連携体制と保健所の役割. 第 69 回日本公衆衛生学会総会、東京. 日本公誌 (10 特別付録). 456. 2010. 10

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 文献

1. 感染症法研究会監修：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律—法令・通知・関係資料—. 中央法規.
2. 東京都感染症マニュアル改定版 東京都 平成 21 年版
3. 石川信克監修、阿彦忠之、森亨編集：感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説 平成 22 年度改訂版、公益財団法人結核予防会 2010 年 11 月 10 日改訂版発行
4. 中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（案）：厚生労働科学研究 安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0315-4c.pdf>
5. 医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き（案）：平成 18 年度 厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「薬剤耐性菌等に関する研究」.
6. 松尾佳那、吉永正夫、吉満桂子、渡邊真裕子：本院における ICT 活動と MRSA、多剤耐性緑膿菌検出数に関する研究. 環境感染. p19, 126 (1): 2011
7. 第 3 回東北感染制御ネットワークフォーラム開催のお知らせ
http://www.tohoku-icnet.ac/network_forum/annai.html
8. 平成 22 年度全国環境衛生・廃棄物関係課長会. 公開座談会「大震災等における災害時の環境衛生対策」講演集(平成 22 年 11 月 15 日 神戸交際会議場)
9. 秋葉道宏：平常時・災害時の衛生対策. J. Natl. Inst. Public Health, p93, 59(2): 2010
10. 第 10 回院内感染対策中央会議議事録 (平成 22 年 12 月 21 日厚生労働省開催)
nk.jiho.jp/servlet/nk/release/pdf/1226501872855
11. 院内感染対策、地域で相互支援を一厚労省会議が提言

<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/31591.html>

- 1 2. 東京都感染症予防計画 平成20年3月
- 1 3. 院内感染対策マニュアル(2010年版). 東京都福祉保健局 平成22年10月
- 1 4. 健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究班 編集:
保健所健康危機管理マニュアル. 発行 財団法人 日本公衆衛生協会. 平成22年10月15日.
- 1 5. 北川定謙 研究代表「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書 厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 平成18年度～平成20年度. 感染症分野及び結核分野.
- 1 6. 多田羅浩三 研究代表「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 平成21年度. 感染症・結核分野.
- 1 7. 平成22年度全国保健所長会研修会資料集. 平成23年1月27日・28日.

I. 資料

資料1 全国保健所アンケート調査結果

- 資料1-1：平成22年度感染症分野の平常時評価指標要改善C回答の県
型と市型の保健所の比較（表、レーダーチャート、棒グラフ）・・・1
- 資料1-2：平成22年度感染症分野の発生時・事後評価指標要改善C回答の
県型と市型の保健所の比較（表、レーダーチャート、棒グラフ）・・・3
- 資料1-3：平成22年度結核分野の平常時評価指標要改善C回答の県型と
市型の保健所の比較（表、レーダーチャート、棒グラフ）・・・5
- 資料1-4：平成22年度結核分野の発生時・事後評価指標要改善C回答の
県型と市型の保健所の比較（表、レーダーチャート、棒グラフ）・・・7

資料2 感染症患者票（一類感染症、二類感染症、三類感染症）の参考様式・・・9

資料3 保健所感染症危機管理対策本部・・・13

資料4 保健所新型インフルエンザ対策保健福祉班・・・14

資料5 保健所管内病院立入検査院内感染対策ラウンドチェックポイント・・・15

資料6 保健所管内院内ICT委員会報・・・19

資料7 保健所地域感染症情報共有システム事例

（福島県県南地域感染制御ネットワーク支援事業：地域感染症情報第7号、臨時第7号）

資料7-1：第1号H22.6.22《在宅ケアにおける感染症対策のポイント》・・・20

資料7-2：第2号H22.7.30《腸管出血性大腸菌（O157等）はなぜこわい？》
・・・21

資料7-3：第3号H22.9.7「疥癬に注意！！」・・・22

資料7-4：臨時第1号H22.9.9「多剤耐性アシネトバクター・パウマニ等感
染症により帝京大病院で多剤耐性菌に46人が院内感染し9人が死亡」
・・・23

資料7-5：第4号H22.9.29「結核予防週間特集9/24（金）～9/30（木）」
・・・24

資料7-6：臨時第3号H22.11.9「秋田県の医療機関でインフルエンザの
集団感染が発生！！」・・・25

資料7-7：第6号H22.11.30「冬季の感染性胃腸炎（ウイルス性胃腸炎）
に注意」・・・26

資料7-8：臨時第4号H22.12.9「第48週（11月29日～12月5日）で、
水痘が流行！！」・・・27

資料7-9：第7号H23.1.7「高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）とは」
・・・28

資料7-10：臨時第7号H23.2.2「県南地域のインフルエンザは、引き続き
警報レベルが続いています！」・・・29

資料 8	保健所間広域連携事例「広域に展開する飲食チェーン店における結核集団感染事例」	・・・30
資料 9～資料 1 1	保健所間 2 地域連携事例	
資料 9	結核接触者健診の実施について（依頼）、結核接触者健診の実施について（報告）（福島県県南保健所）	・・・32
資料 1 0	結核接触者健診の実施について（依頼）（品川区保健所）	・・・37
資料 1 1	接触者健診に関する他保健所への情報提供票	・・・39
資料 1 2	保健所業務フロー事例（福島県感染症マニュアル）	・・・40
資料 1 3	連携体制フローチャート	・・・41
資料 1 4	連携体制チェックシート	・・・42
資料 1 5	標準事例報告様式（散发事例）	・・・43
資料 1 6	標準事例報告様式（集団感染事例）	・・・45
資料 1 7	積極的疫学調査報告様式（単発事例）	・・・47
資料 1 8	積極的疫学調査報告様式（集団感染事例）	・・・48
資料 1 9	結核地域連携パス事例	・・・50
資料 2 0	新感染症・1 類・2 類・3 類感染症連携体制チャート	・・・65
資料 2 1	4 類感染症連携体制チャート	・・・66
資料 2 2	5 類感染症連携体制チャート	・・・67
資料 2 3	感染症法における届出疾患一覧	・・・68
参考資料 1	全国保健所アンケート調査結果 平成 2 2 年度感染症分野回答一覧（総数）	・・・69
参考資料 2	全国保健所アンケート調査結果 平成 2 2 年度結核分野回答一覧（総数）	・・・70

H22			要改善C 回答		
アンケート項目	大項目	具体的な評価指標	県型	市型計	市型-県型
1	感染症危機管理に関するマニュアル(要綱)の整備・改訂・周知	感染症機器事例(1類~3類等)発生時の初動体制や対応手順を定めたマニュアル又は対策要綱等が整備・改訂されていますか?	20.3	17.4	1 -2.9
2	感染症危機管理に関するマニュアル(要綱)の整備・改訂・周知	マニュアルや要綱等が決まった場所に一元管理されていますか?	17.8	21.4	2 3.6
3	感染症危機管理に関するマニュアル(要綱)の整備・改訂・周知	マニュアルの内容を職員に周知する機会を年に1回以上設けていますか?	19.4	15.7	3 -3.7
4	感染症危機管理に関するマニュアル(要綱)の整備・改訂・周知	転勤等で新たに配属された職員に、マニュアルの内容を速やかに周知していますか?	32.5	26.1	4 -6.4
5	感染症危機管理に関する事前協議	危機事例発生時に関係機関との連携を円滑に行えるように、平常時から連絡調整会議を定期的に行っていますか?	44.8	53.9	5 9.1
6	感染症危機管理に関する事前協議	管内で流行・増加の可能性の高い感染症の情報を把握し、予防策等に関する所内協議を定期的に行っていますか?	27.7	21.2	6 -6.5
7	感染症危機管理に関する事前協議	本庁や他保健所に職員派遣を要請する基準や手順等を定期的に検討していますか?	67.7	66.7	7 -1.0
8	感染症危機管理に関する事前協議	感染症患者の救急搬送体勢について、消防機関との間で役割分担の確認・検討等を定期的に行っていますか?	47.4	52.2	8 4.8
9	感染症危機管理に関する事前協議	地域の拠点病院との連携	12.4	23.6	9 11.2
10	感染症危機管理に関する情報収集	国の健康危機管理情報システム等を利用して、定期的に情報収集を行っていますか?	18.2	4.5	10 -13.7
11	感染症危機管理に必要な物品の確保	消毒薬・防護具等の必要な物品について、定期的に点検・後患・補充を行っていますか?	3.0	1.4	11 -1.6
12	担当職員の確保と研修	現地での疫学調査や消毒等をするために必要な基本技術を習得した職員は、十分確保されていますか?	4.4	7.1	12 2.7
13	担当職員の確保と研修	感染症から防護服の着用等により自己防御できる職員は、十分確保されていますか?	3.9	2.9	13 -1.1
14	担当職員の確保と研修	感染症危機管理に関する専門研修に職員を派遣していますか?	61.6	63.6	14 2.0
15	初動体制と緊急連絡網の確保	医療機関等からの感染症患者の届出・通報を休日夜間を含む24時間365日体制で円滑に受取できますか?	0.0	1.4	15 1.4
16	初動体制と緊急連絡網の確保	緊急時連絡網は人事異動の際に速やかに修正していますか?	1.3	1.4	16 0.2
17	初動体制と緊急連絡網の確保	所長不在時の感染症危機発生に備えて、職務を代行する医師を事前に決めてありますか?	38.4	20.0	17 -18.4
18	感染症危機管理に関する実地訓練	年度内に、職員の感染症危機管理能力向上のための研修や実地訓練を行いますか(またはか)?	17.3	17.7	18 0.4
19	感染症危機管理に関する実地訓練	要綱等で定められた職員の緊急連絡網の検証のため、初動時及び時間外の連絡訓練を定期的に行っていますか?	59.7	77.3	19 17.6
20	感染症危機管理に関する実地訓練	感染症患者の搬送に関する訓練を定期的に行っていますか?	59.3	55.6	20 -3.7
21	感染症危機管理に関する実地訓練	警察や消防が参加しての実地訓練を定期的に行っていますか?	73.2	80.0	21 6.8
22	感染症危機管理に関する実地訓練	住民やマスコミに対する情報提供のための訓練を定期的に行っていますか?	85.1	84.8	22 -0.3
23	感染症危機管理に関する実地訓練	住民の健康相談を想定しての対応訓練を定期的に行っていますか?	79.1	84.4	23 5.3
24	感染症危機管理に関する実地訓練	感染症から自己防護を要する場合を想定しての対応訓練を定期的に行っていますか?	42.9	61.2	24 18.3
25	感染症危機管理に関する実地訓練	情報を迅速かつ的確に収集し、判断能力を高めるための訓練(OJTまたは机上)を積極的にを行っていますか?	41.5	22.9	25 -18.6
26	感染症危機管理に関する実地訓練	実地訓練後に、感染症危機管理体制の事後評価のための所内検討会を行いましたか?	51.4	53.7	26 2.4
27	感染症危機管理に関する実地訓練	高齢者施設や児童福祉施設等の職員を対象とした感染症予防に関する研修会を開催していますか?	14.8	22.5	27 7.8
28	感染症危機管理に関する実地訓練	上記施設における感染症予防マニュアル(感染症予防に配慮した介護手順)等の作成を支援していますか?	17.5	11.8	28 -5.8
29	予防接種率の確保	予防接種率の的確な把握ができていますか(県型保健所の場合:管内の市町村の予防接種率の把握に関する支援を行っていますか?)	10.3	1.5	29 -8.8

