

# エボラ出血熱対策に関するアンケート調査

平成27年7月31日

全国保健所長会地域保健総合推進事業  
新興再興感染症対策支援班

- ・本アンケートは**保健所長**がご記載またはご確認ください。
- ・緑の欄にご入力の上、メールで下記アドレスあてご送付ください。

アドレス：[sakamoto-tatsuhiko@pref.saga.lg.jp](mailto:sakamoto-tatsuhiko@pref.saga.lg.jp)

(佐賀県鳥栖保健所長 坂本 龍彦)

提出締切日：平成27年8月17日(月)

都道府県名 (右の回答欄にご記入ください)

保健所名 (同上)

(集計は、保健所別には公表しません。)

回答欄

## はじめに

エボラ出血熱対策については、昨年の西アフリカを中心とした流行を機に、各保健所において様々な備えがなされたことと思います。

この度の全国保健所長会 地域保健総合推進事業による本調査は、各保健所における対策の現状を調査し、結果を皆様にお示しすると共に、本調査をきっかけに自らの準備状況を振り返り、不足あれば新たに備えて頂くことを目的に実施するものです。

調査の内容について、過不足があるかもしれませんことを予めお詫び致しますと共に、本調査が、皆様の備えの一助になればと思っています。

## 1 保健所の属性

(1) 保健所の設置主体についてお答えください。

1. 県型          2. 市(区)型

1:(1)

## 2 疑似症患者移送について

(1) 生命の危険がない疑似症患者の移送についてお尋ねします。

① 生命の危険がない疑似症患者が単発で発生した場合の移送方法をお答えください。

1. 自治体の移送車で移送          2. 消防機関の救急車で移送  
3. 民間委託業者の搬送車で移送      4. 医療機関の救急用自動車等で移送  
5. その他 (\*記入ください)

2:(1)①

② ①で1と回答された方へお尋ねします。(それ以外の方は、③へお進みください)

移送車両の設置状況についてお答えください。

1. 保健所ごとに設置          2. 複数の保健所で共同設置  
3. 県(市)全体で設置  
4. その他 (\*記入ください)

2:(1)②

③ ①について、移送車へ同乗する者(運転手を除く)の取り決めについてお答えください。

1. 保健所職員が同乗する：医師の同乗を必須にしている
2. 保健所職員が同乗する  
：医師の同乗は必須としていないが保健師等医療関係職種を必須としている
3. 保健所職員が同乗する：医療関係職種の同乗を必須としていない
4. 本庁（県庁等）職員が同乗する
5. 保健所や本庁（県庁等）職員は同乗しない
6. その他（\*記入ください）

2：(1)③

(2) 生命の危険があると判断される疑似症患者の移送についてお尋ねします。

① 生命の危険があると判断される疑似症患者が発生した場合の移送方法をお答えください。

1. 自治体の移送車で移送
2. 消防機関の救急車で移送
3. 民間委託業者の搬送車で移送
4. 医療機関の救急用自動車等で移送
5. その他（\*記入ください）
6. 明確に定まっていない

2：(2)①

② ①で1～5と回答された方にお尋ねします。（6と回答された方は、(3)へお進みください）

移送車へ同乗する者（運転手を除く）の取り決めについてお答えください

1. 保健所職員が同乗する：医師の同乗を必須にしている
2. 保健所職員が同乗する  
：医師の同乗は必須としていないが保健師等医療関係職種を必須としている
3. 保健所職員が同乗する：医療関係職種の同乗を必須としていない
4. 本庁（県庁等）職員が同乗する
5. 保健所や本庁（県庁等）職員は同乗しない
6. その他（\*記入ください）

2：(2)②

(3) 疑似症患者移送についての消防との協力体制についてお尋ねします。

① 疑似症患者移送についての消防との協力体制の現状についてお答えください。

1. 協議で合意し、協定を締結している
2. 協議で合意したが、協定の締結はしていない
3. 合意に向けて、協議をしている
4. 協力要請をしたが、協議はこれから
5. 協力要請をしていない

2：(3)①

② ①で1と回答された方へお尋ねします。（それ以外の方は、③又は自己評価へお進みください）

→ 1. 協定書に記載されている対象疾病の範囲をお答えください。

1. エボラ出血熱のみ
2. 一類感染症全体
3. その他（\*記入ください）

2：(3)②-1

→ 2. 協定書に記載されている「消防機関が移送に協力してくれる患者の範囲」をお答えください。

（各項目について、1：記載あり 2：記載なし をお答えください）

2：(3)②-2
----------

1. 管内で複数患者発生等、保健所の移送能力を超える場合
2. 基本的な移送体制の整備をしている間に暫定的に協力を求める場
3. 患者に生命の危険がある場合
4. その他（\*記入ください）

1	
2	
3	
4	

→ 3. 移送車（救急車両）への同乗者について、協定書記載内容をお答えください。

1. 保健所医師の同乗を記載
2. 保健所職員の同乗を記載  
(必ずしも医師でなくてもよいと解釈できる)
3. 保健所職員同乗の記載はない
4. その他（\*記入ください）

2 : (3) ②-3

③ ①で2と回答された方へお尋ねします。（それ以外の方は、自己評価へお進みください）  
協議に合意したが、協定の締結をしていない理由を記載ください。

(記述欄)

### 自己評価

疑似症患者移送方法に関する自己評価は、次のどれに近いでしょうか。

- |   |                  |                   |
|---|------------------|-------------------|
| { | 1. 整備されている       | 2. どちらかという整備されている |
|   | 3. どちらかという不十分である | 4. 整備されていない       |

2 自己評価

その他、移送方法に関し特別な取り組みや、抱えている課題があれば記載ください。

(具体的記述欄)

### 3 訓練について

(1) 疑似症患者発生に備えた訓練の実施（参加）状況をお答えください。

1. 保健所で訓練を実施
2. 県（市）全体で訓練を実施（保健所参加）
3. 1. 2の両方
4. その他（\*記入ください）

3 : (1)

(2) 保健所が実施（参加）した訓練の実施内容についてお答えください。

(各項目について、1 : 実施 2 : 未実施 をお答えください)

1. PPE着脱
2. 模擬患者の移送（疑い患者面接、感染症指定医療機関への移送、  
移送車両の養生・消毒など各保健所の移送方法に応じた訓練）
3. 疫学調査

3 : (2)

1	
2	
3	
4	

4. 情報伝達

その他、上記以外の訓練を実施された場合はその内容を記載ください。

(記述欄)
-------

(3) 今年度の訓練実施（参加）状況についてお答えください。

1. 実施（参加）した                      2. 実施（参加）予定  
3. 実施（参加）予定なし                4. 未定

3 : (3)

自己評価

訓練に関する自己評価は、次のどれに近いでしょうか。

1. 訓練が十分されている      2. どちらかというとは十分である  
3. どちらかというとは不十分である      4. 訓練が不十分である

3 自己評価

その他、移送訓練について特別な取り組みや、抱えている課題があれば記載ください。

(具体的記述欄)
----------

4 関係機関との連携体制の事前構築について

(1) 関係機関を交えた都道府県全体の会議に貴保健所は参加しましたか。

1. 参加した  
2. 参加していない

4 : (1)

(2) 保健所管内において関係機関と連携体制の構築のための会議は開催しましたか。

(関係機関主催の会議への参加も含みます)

1. 開催（参加）した  
2. 開催（参加）していない

4 : (2)

(3) (2)で1と回答された方へお尋ねします。（それ以外の方は、自己評価へお進みください）

保健所管内での会議について、関係機関の参加状況についてお答えください。

(それぞれの機関について、1：参加、2：不参加をお答えください。)

1. 特定又は第一種感染症指定医療機関  
2. 医師会  
3. 薬剤師会  
4. 消防  
5. 警察  
6. 検疫所  
7. メディカルコントロール協議会関係者  
8. その他（\*記入ください）

4 : (3)	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

## 自己評価

関係機関との情報共有・連携に関する自己評価は、次のどれに近いでしょうか。

- { 1. 十分されている    2. どちらかというと十分である  
3. どちらかというと不十分である    4. 不十分である }

4 自己評価

その他、情報共有・連携について特別な取り組みや、抱えている課題があれば記載ください。

(具体的記述欄)
----------

## 5 その他

- (1) その他、現時点で保健所が抱えている課題がありましたら記載ください。

記述欄：
------

- (2) 今後の国や全国保健所長会等への対応について要望・提言等ありましたら記載ください。  
(機関名に国、国立感染症研究所、都道府県、全国保健所長会、本研究班等いずれへの提言であるかを明示ください。)

記述欄：機関名
要望・提言内容

記述欄：機関名
要望・提言内容

- ・調査へのご協力ありがとうございました。  
(上書き保存のうえ、本エクセルファイルをメールで送付ください)