

(案)

新型インフルエンザ発生初期における早期対応戦略
ガイドライン

新型インフルエンザ専門家会議

平成18年1月19日版

新型インフルエンザ発生初期における早期対応戦略 (Rapid response strategies) (案)

はじめに

近年の高病原性鳥インフルエンザ A/H5N1 の世界的な流行、散発的なヒトの感染発生の継続から、次の新型インフルエンザ出現が強く懸念されている。2005 年まで、世界保健機関 (WHO) や諸外国の鳥インフルエンザ・新型インフルエンザ対策は、フェーズ 3 までの対策の中心となる、動物での蔓延防止およびヒトの感染防止を中心とした「鳥インフルエンザ対策」と、フェーズ 6 でパンデミックが発生したときに被害の最小化を目的として行う「新型インフルエンザパンデミック事前対策」の二本柱で構成されていた。しかし、ひとたびパンデミックが発生した場合には医療サービス・社会機能の破綻を伴う様な甚大な被害が生じる可能性が想定されることから、ヒト-ヒト感染が起こり始めた初期において、更に積極的なパンデミック拡大防止策が各国において検討されている。数学的モデリング (シミュレーション) によって、抗ウイルス薬予防投薬による感染拡大コントロールの可能性が示唆され、WHO は、発生地域の封鎖とその地域内での抗ウイルス薬の一斉投与を柱とし、自発的自宅隔離や集会の中止等の社会防衛策と併せて行う「インフルエンザパンデミック早期対応と封じ込め」のプロトコル案を、2006 年 5 月 30 日に公開している。

国際的には、パンデミック対策は各国が主体的に行うことが原則であるが、新型インフルエンザ発生初期は国際的な危機管理の観点から、WHO は抗ウイルス薬の提供を含めた早期封じ込めを実施するとしている。WHO の早期封じ込めプロトコルは、世界的な発生初期にのみ適応される作戦を示している。そのため、WHO プロトコルでは、地域封鎖、抗ウイルス薬の一斉投与を前提とした一連の対策を示している。

一方、本稿で想定している我が国の状況は、「世界的な発生初期」ではなく、「我が国における発生初期」であり、数カ所程度の同時発生、間隔をおいた複数回の発生も含まれている。また、抗ウイルス薬の使用に関しても、中長期対策との連続性も考慮しなければならない。

我が国において、どのような早期対応が適切かは、患者の致死率などの重篤度、ウイルスの感染力、発生地域や患者数などの発生状況等により異なると考えられる。新型インフルエンザがどのような状況で日本に発生するかは不明であるが、可能性が高い状況の一つとして、ある程度世界中で発生が確認された国際的な状況下で、国内の大都市を含めた複数の地域で患者が発生することが想定される。その様な場合には、適切な院内感染予防策の元で患者を隔離・治療し、感染拡大が懸念される地域において外出を控える等により感染機会を可能な限り減少させ、患者の家族や接触者、患者と同じ学校や職場に属する者への抗ウイルス薬投薬による発病予防と感染拡大抑制などを組み合わせることで、感染拡大

をできるだけ抑制することが、おそらく我が国における早期対応の方針として妥当と考えられる。

しかし、場合によっては、世界中での発生が限られた状況下で、国内の諸島地域や過疎地域に少人数の症例が限定して発生する可能性もあり得る。さらには、ウイルスの感染力が比較的小さく感染拡大阻止の可能性が高かったり、致死率が非常に高いなど病原性が強く非常に厳密な感染拡大防止策を駆使することが求められる状況となったりすることも考えられる。その様な場合には、個人・社会の自由な活動の制限を行ったとしても、地域封鎖など強力な感染拡大防止策を一時的に行うことが妥当となるかもしれない。

そのため、本稿は、地域封鎖と抗ウイルス薬の一斉投与を選択肢の一つ（地域封じ込め作戦）とした複数のオプションからなる戦略を示している。抗ウイルス薬の予防投薬を早期封じ込め目的に限定した WHO のプロトコールとは用語の定義が異なっている点を注意されたい。

本ガイドラインは、我が国における新型インフルエンザ発生初期の早期対応戦略を示した初めてのものであり、今後様々なレベルでの議論を踏まえて改訂されることを前提としている。

1. 本ガイドラインが適応となる状況

本ガイドラインは、日本国内にて、新型インフルエンザが発生した初期の段階に使用することを想定している。それには、外国でヒト-ヒトの感染性を有するウイルスが発見されていない（フェーズ3）が、国内でヒト-ヒトの感染が確認された場合（5人以上の二次感染が発生するかもしれないもしくは3世代以上のヒト-ヒト感染が確認され、一般市民への感染拡大が想定される場合）や、外国でヒト-ヒトの感染性を有するウイルスが発見され（フェーズ4以降）、日本で同ウイルスによる確定症例が発生した場合が含まれる。

2. 用語の定義

① 薬剤以外の感染拡大防止策 (non-pharmaceutical interventions: NPI)

新型インフルエンザ対策の基本となる、抗ウイルス薬による感染予防以外の対応の総称。これらの医薬品による感染拡大防止には、効果の不確実性や供給量の限界があり、これのみで確実性の高い感染拡大防止・抑制は行えない。薬剤以外の感染拡大防止策としては、患者の適切な治療と院内感染防止、個人や地域における感染防止策、人の移動制限、渡航制限、学校の臨時休業、職場対策、集会や社会活動の中心の要請、リスクコミュニケーション、住民支援などが含まれる。

② 抗ウイルス薬の予防投薬方法

②-i 家庭・施設内予防投薬 (Targeted antiviral prophylaxis: TAP)

患者の家族及び患者が通う施設（保育施設、学校、職場、入所施設等）に属する全ての者を対象に行う抗ウイルス薬の予防投薬。デパート・コンビニエンスストア・商店・公共交通機関等での接触（casual contact）者は対象としない。

②-ii 接触者予防投薬 (Contact targeted antiviral prophylaxis: CAP)

患者の接触者（詳細は積極的疫学調査ガイドラインを参照）を対象に行う抗ウイルス薬の予防投薬。対象者に対する行動の制限、保健所による対象者の追跡健康観察を併せて実施する。

②-iii 地域内予防投薬 (Geographically targeted antiviral prophylaxis: GAP)

患者の感染性がある期間（発症した日の1日[24時間]前より、解熱した日を0日目として解熱後7日目まで [発症者が12歳以下の場合は発症した日を0日目として発症後21日目まで]）に行動した範囲を全て含めた地域を特定し、その地域に所属するすべての者を対象に行う抗ウイルス薬の予防投薬。

③ 薬剤以外の感染拡大防止策と抗ウイルス薬予防投薬方法を組み合わせた作戦

③-i 家庭・施設内予防投薬作戦

「②-i 家庭・施設内予防投薬」と「① 薬剤以外の感染拡大防止策」とを組み合わせた対策。Casual contact に対する予防投薬を行わないため、予防投薬対象者外からの症例発生に対し注意深い監視と迅速な対応が重要となる。ウイルスの封じ込め成功は期待できないが、大幅な感染拡大抑制効果の可能性が示されている。患者の接触者追跡調査が実施されている状況下では、その接触者に対する予防投薬も行われる。

③-ii 接触者予防投薬作戦

「②-ii 接触者予防投薬」と「① 薬剤以外の感染拡大防止策」とを組み合わせた対策。接触者に対する発病予防効果は期待できるが、集団としての感染拡大防止効果は期待できない。この作戦は予防内服対象者数は最小となるが、一方で症例の行動調査による接触者のリストアップと個別の連絡とが必要となり、症例数が多くなると実施は困難である。

③-iii 地域封じ込め作戦

「②-iii 地域内予防投薬」と「① 薬剤以外の感染拡大防止策」とを組み合わせた対策。対象地域の地域封鎖及び内外の移動制限等を厳格に行う。

3. 新型インフルエンザ発生初期における早期対応の意義

① 意義

新型インフルエンザ行動計画においては、全人口の 25%が罹患すると想定し、米国 CDC の FluAID2.0 を用いた推計値が示されている [医療機関受診者数：1,300 万人～2,500 万人（中央値 1,700 万人）]。また、過去のパンデミックのデータを当てはめて、入院患者数は約 53 万人～200 万人、死亡者数は 17 万人～64 万人と推定されている。

病原性の強い新型インフルエンザが出現した場合、膨大な数の患者と重症患者、死亡者が発生し、医療機関へ過剰な負担がかかると共に、医療従事者の罹患、また、電気・ガス・水道・食糧供給・通信・交通・警察等々の社会機能維持者の罹患によって、医療サービスや社会機能・行政機能の破綻が生じることが想定される。その場合、インフルエンザウイルス感染による直接被害に加えて、適切な医療が受けられないことや社会的な基本サービスが受けられないこと、ひいてはその

不安によるパニック等による二次被害がふくらむことが考えられる。

新型インフルエンザ発生初期に早期に対応することにより、感染拡大を遅らせ、患者発生のピークを抑えつつ、医療サービス・社会機能維持者への感染拡大を抑制することによって、それら基本サービスの破綻を防ぐことは極めて重要である。加えて、感染拡大を遅くすることができた場合には、新型インフルエンザワクチン開発を含めた新たな対策を行うための時間稼ぎを行うことができる。

② 目的と目標

新型インフルエンザ発生に対する早期対策の目的は以下の通りである。

- ・ 新型インフルエンザによる直接の健康被害（罹患者、死亡者）の最小化
- ・ 新型インフルエンザによる二次被害（医療サービスの破綻、基本的社会機能の破綻、パニックなど）の防止

対策毎の具体的目標

- ・ 家庭・施設内予防投薬作戦：地域や国単位での感染拡大の抑制
- ・ 接触者予防投薬：接触者の発病抑制
- ・ 地域封じ込め作戦：
 新型インフルエンザ患者発生地域における完全なウイルスの封じ込め
- ・ 薬剤以外の感染拡大防止策：感染拡大の抑制

③ 「早期対応」以降の対策との連続性

地域封じ込め作戦は、地域における新型インフルエンザウイルスの封じ込めという明確な目標が存在する。その目標が達成された場合、もしくは、達成が困難と判断された場合には速やかに地域封鎖を解除し、地域封じ込め作戦を終了する必要がある。

封じ込めが困難との判断で終了する場合には、WHO のパンデミックフェーズにかかわらず、事実上フェーズ 6 対応に速やかに移行することが重要である。すなわち、薬剤以外の感染拡大防止策は、間を空けることなく実施する。その際、予防投薬が行える状況であれば、家庭・施設内予防投薬もしくは接触者予防投薬を行う。

4. 責任と役割

① 主体と指揮命令系統

新型インフルエンザ発生初期においては地域ごとに発生状況が異なるため対策

は地域の疫学調査結果に応じ柔軟な対応が必要となる。新型インフルエンザ発生時は、都道府県知事は速やかに対策本部を設置し、対策の実施主体となる。具体的な対策によっては、以下に示すように、実務実施主体が異なることもある。

1) 家庭・施設内予防投薬及び接触者予防投薬

家庭・施設内予防投薬及び接触者予防投薬の実施は、都道府県知事が決定し、その主体となる。実務は管轄保健所が行う。ただし、施設内予防投薬については、施設内医師や嘱託医、産業医等の協力を得て行うものとする。

2) 薬剤以外の感染拡大防止策

薬剤以外の感染拡大防止策の実施は、都道府県知事が決定し、その主体となる。

3) 地域封じ込め作戦

地域封じ込め作戦の実施に関して、都道府県知事が都道府県の行動計画に沿って決定し実施する。また、都道府県知事は対象市町村に実務実施の依頼を行う。市町村長は、市町村内の詳細な対策を主体的に行う。地域封じ込めを隣接する複数の市町村で同時に行う場合は、その統括を都道府県知事が行う。感染予防策の啓発や指導、適切な医療提供の調整、抗ウイルス薬の提供や疫学調査等の公衆衛生対応は管轄保健所が行う。

② 国の役割、地方自治体の役割、各省庁・関係部署の役割

新型インフルエンザ発生初期の早期対応は、その地域内の感染拡大防止（抑制）のみならず、全国への感染拡大を抑えるために実施される。国はその実施に関して、支援する責任を負い、都道府県知事はその実施の責任を負うと共に、地域封じ込めに際しては、実施市町村への監督を行い、技術的及び実務上の支援を行う。各省庁関係部署は、対策本部の指揮の下、連携して管轄業務を行う。

1) 国の役割

新型インフルエンザ発生に際し、国は「新型インフルエンザ対策本部」を設置する。対策本部は、新型インフルエンザ対策専門家諮問委員会（以下、諮問委員会）に新型インフルエンザ対策の方針を諮問し、諮問委員会の勧告を受けて、新型インフルエンザ対策の基本方針を定める。

予防投薬に際して、国はその抗ウイルス薬の確保・備蓄・都道府県までの輸送を含めた供給を行う。また、省庁間の調整や、新型インフルエンザが発生していない都道府県に対する対応や国民に対する対応も行う。

国は、国際保健規則 2005 [以下 IHR (2005)] に基づき、世界保健機関 (WHO) に連絡を行い、国際連携を図る。さらに、必要に応じ諸外国とも連携を行う。

2) 都道府県（知事）の役割

対策の実施主体となる。都道府県内の政令市、中核市等の保健所設置市、特別区の対策も統括する。新型インフルエンザの患者発生が都道府県をまたがる場合には、当該都道府県が連携して対応にあたる。

3) 各省庁関係部署の役割

国においては、国の新型インフルエンザ対策本部の指揮の下で、所管する対策を推進する。都道府県においては、その対策本部の指揮の下で対策を実施する。

4) 都道府県衛生主管部局の役割

都道府県の衛生主幹部局は、感染予防策の啓発や指導、適切な医療提供の調整、抗ウイルス薬の提供や疫学調査等の公衆衛生対応の実施を行う。地域封じ込め作戦及び接触者予防投薬においては、国より供与された抗ウイルス薬の都道府県内輸送、対象者への投与、服薬の監視と評価等を行う。

5) 国立感染症研究所の役割

必要に応じ、技術的な助言を行うことができる。

③ 国の新型インフルエンザ対策専門家諮問委員会

早期対応は、発生確認直後に実施する第一期対応と、発生状況等の初期評価に基づく第二期対応とに分かれる（詳細後述）。初期評価においては、専門的な知見に基づく判断が求められることから、学術的な専門家の提言を行う機関として、国は医療、公衆衛生、疫学、ウイルス学等を含む10人程度の専門家からなる諮問委員会を設立する。諮問委員会は、専門的知見、国内外の発生状況、ウイルス学的情報等を検討し、国の対応に関する提言を行う。

④ 連携と情報共有

1) 国内連携

早期対応においては、指揮命令系統に沿った「縦の連携」と、分野部署が異なる「横の連携」が迅速かつ効果的に行われる必要がある。国や都道府県の対策本部では、主要な情報を適切に監視することが必要であり、効果的なデータ管理システムの構築が求められる。発生（要観察例、疑い症例、確定症例、重症者、死亡者）情報、疫学調査情報、接触者追跡調査情報、ウイルス学的情報、院内感染の有無、対策の実施状況の評価（移動制限の実施状況、予防投薬の実施率、住民支援の状況、ニーズ評価など）、対策の効果の評価（サーベイランスによる継続的な評価、横断的評価など）、物品支援情報などは重要となる。

対象地域内や地域間において、臨床分野、ウイルス学分野、疫学分野の専門家や担当者間のネットワークを構築し、定期的な意見交換、知見の共有を図る。

効果的な情報管理のためには、データベースや遠隔会議（電話会議、テレビ電話会議など）の構築が有用である。

2) 国際連携

新型インフルエンザ対策は、国際連携が極めて重要である。世界保健機関とは、IHR(2005)と新型インフルエンザに関する総会決議事項に基づき、発生確認の際の情報共有、対応における協議と協調が必要となる。IHR(2005)における日本政府のフォーカルポイントである厚生労働省大臣官房厚生科学課を通じ緊密な情報共有と連携が必要である。さらに、必要に応じ、諸外国とも情報共有及び連携を行う。

また、公式な情報共有と連携に併せて、非公式情報の活用も重要である。国は、国立感染症研究所等を活用し、公式・非公式情報の収集や適宜情報共有を図る。

5. リスクコミュニケーション

① 事前のリスクコミュニケーション

早期対応は、迅速な対応と同時に、関係者の理解、高いコンプライアンスの達成が必要となる。国、都道府県、市町村などの行政主体、公衆衛生関係者、医療関係者、関係部局関係者、一般市民など、関係する多くの人々が、新型インフルエンザの脅威と早期対応及びその後の継続的な対応（フェーズ 6 対応）の必要性に関して少なくとも共通理解を持つことが必須である。その上で、個々が備えておくべきこと、組織として備えておくこと、情報伝達・情報共有のシステム構築、連携して対応するためのシステムやネットワークの構築・発展などを行うことが重要である。国及び地方自治体は、そのための基本的なリスクコミュニケーションを日常より十分行うべきである。

② 早期対応実施の際のリスクコミュニケーション

地域封じ込め作戦を含む早期対応に際して、関係者や対象者に対し十分理解してもらうのと同時に、対策実施中には、対象者のニーズに即した情報提供を行うことが重要である。また、非対象者である周辺住民や県民、国民に対して適切な情報提供を行う。

6. 人材育成と人材確保

① 業務分類

新型インフルエンザ発生時には、調査対応のために、かなりの人的資源が必要

となる。そのため、通常業務も含め必要な業務を、職員以外の者では行えない外部委託不可能な業務、臨時職員やボランティアを含めた外部の人材に一定の研修を行うことで担当させる事が可能な業務、外部委託が可能な業務に分類し、整理しておくことが重要である。

② スタッフの研修

発生時対応に備えて、外部委託不可能な業務を中心にスタッフの研修・訓練を行っておく。

③ サージキャパシティ（臨時スタッフの研修等）

新型インフルエンザ発生時には、他の地域からの応援は期待できない。一方でニーズは急増する。そのため、必要な人材を地域内で確保するシステムを構築する必要がある。例えば、地域封じ込め作戦の際の抗ウイルス薬予防投薬の場合には、配布する対象者が数万人に上る可能性も想定され、薬剤の運搬配布、服薬指導、服薬コンプライアンスのモニター等の業務も生じる。さらに、症例の接触者に対しては、健康状態の追跡調査を継続的に実施する必要がある。これらの膨大な業務は、保健所のみならず、市町村保健師などが一義的に担うが、これら公衆衛生関係のスタッフでは対応することはできないと想定される。その場合、例えば、退職者を活用したり、医学生・看護学生などの地域の潜在的な人材を、患者と直接接触がなく感染リスクの殆どない業務（電話による調査や定型的な電話対応など）を行う臨時スタッフやボランティアとして活用する様なシステムを構築することも検討される。このような人材確保のためには、身分と権限、研修と認定、関係者の調整等の課題があり、事前に国による体制整備や都道府県による地域計画が必要である。

7. 早期対応の二段階戦略

① 新型インフルエンザ発生を探知して直ぐ行うこと（第一期対応）

発生探知直後は、対策方針を決めるための基本的情報（症例数、症例調査、症例間疫学的関連性など）が不足しているため、地域封じ込めが実施できるかどうかの判断も困難である。そのため、都道府県は、新型インフルエンザ封じ込め実施の可能性を想定しつつ、家族・施設内予防投与作戦を実施する。また、国外において新型インフルエンザが発生している場合、検疫を強化し国外からの新たな患者の侵入を最小限に抑える（水際対策）。

さらに、初期評価を行うための疫学調査を実施する。

② 初期評価に基づく第二期対応方針の決断

1) 第二期対応方針決定プロセス

新型インフルエンザが発生した都道府県は、初期評価に必要な情報を国に提示し第二期対応決定のため正式な協議を行う。国は直ちに得られた情報を諮問委員会へ提示し諮問を行う。諮問委員会は、専門的知見や国内外の状況を考慮し早急に国に勧告を回答する。勧告には、現在の対策を継続した上での継続評価や次項に示す第二期対策の選択等が含まれる。国はその勧告を受けて、対策方針を都道府県に伝える。国からの情報を受けて都道府県知事は、対策方針を決定する。

2) 第二期対策の選択肢

第二期対策の選択肢としては、家庭・施設内予防投薬作戦、接触者予防投薬作戦、地域封じ込め作戦のいずれかを選択する。

8. 実施方法

① 第一期対応

新型インフルエンザ症例の確認直後に実施する対策項目としては以下の項目が挙げられる。

- 1) 症例管理（隔離・治療）
- 2) 医療施設における感染予防策
- 3) 家庭・施設内予防投薬

発生初期は、迅速に新型インフルエンザの拡大防止を最小限に抑える目的で、家庭・施設内予防内服を実施する。すなわち感染性を有すると考えられる期間に症例が滞在した、家庭（大家族含む）、保育施設（幼児の場合）、学校（学童・生徒・学生の場合）、職場等に所属する者全員を対象に抗ウイルス薬の予防投薬を行う。デパート・コンビニ・商店・公共交通機関等での接触（casual contact）者は対象としない。接触した日を問わず、成人：75mg/日 x 10 日間、一歳以上の小児：2mg/kg/日（最高 75mg まで） x 10 日間を1コースとして投与する。投薬期間の服薬状況（コンプライアンス）、健康状況の追跡調査、服薬に伴う有害事象調査を、家庭の代表者や施設長の協力を得て実施する。服薬率は、80%以上を達成することが必要である。

4) 接触者予防投薬

家庭や施設を除く接触者に対する予防投薬は、患者発生状況に依存する。即ち、患者の接触者リストアップと個別の追跡調査が保健所によって可能な範囲であれば、予防投薬を実施するが、患者数が多く業務上実施不可能

となれば中止する。

- 5) 予防投薬接触者に対する行動制限（不要不急の外出の自粛＝自発的自宅待機）

予防投薬対象者に対しては、自宅や自宅近所からの外出自粛を求める。

- 6) 個人・家庭・職場における感染拡大防止策

個人及び一般家庭・コミュニティにおける感染対策に関するガイドライン、事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドラインを参照

- 7) 水際対策

検疫対策の強化により新たな感染者の流入抑制を図る。

- 8) 国への報告

都道府県知事は、新型インフルエンザの発生を確認した場合には、直ちに、国（厚生労働省健康局結核感染症課）へ報告する。

- 9) 他の都道府県に対する情報提供と強化サーベイランスの実施

厚生労働省は、新型インフルエンザが発生した事を、健康危機管理情報支援システム等を活用し、できるだけ速やかに他の都道府県知事へ連絡し、新型インフルエンザサーベイランスの強化を指示する。

② 初期評価のための疫学調査と情報収集

- 1) 症例の疫学調査

積極的疫学調査を用いた症例発生の全体像把握、症例の感染源と感染経路調査、感染性を有する期間の症例の行動調査（行動範囲）と接触者リストアップ、症例間の疫学的関連の調査などを行う。（詳細は、新型インフルエンザ積極的疫学調査ガイドラインを参照）

- 2) 接触者追跡調査

接触者に対しては、服薬コンプライアンス、健康状況の追跡、服薬の有害事象調査等を10日間に渡って調査する。家庭内接触者に対しては、保健所による追跡調査を実施し、保育施設・学校・職場等に関しては、当該施設長が毎日確認を行い、その結果を保健所に報告する。家庭や施設を除く接触者に対する予防投薬は、患者発生状況に依存する。即ち、患者の接触者リストアップと個別の追跡調査が保健所によって可能な範囲であれば、予防投薬を実施するが、患者数が多く業務上実施不可能となれば中止する。

- 3) 強化サーベイランス

新型インフルエンザ発生に伴い、全ての都道府県で、サーベイランスを強化する。クラスターサーベイランス、症候群サーベイランスなどを組み合わせて、新たな症例の発見、症例クラスターの発見に努める。

- 4) 地理情報

症例発生地域及び行動範囲を含む市町村の地理的情報や医療資源を含む社会基盤インフラに関する情報

5) 効果的効率的なデータ管理（データベース）

収集される様々な情報を、正確にかつリアルタイムに管理・活用するためには、効果的なデータベースの構築が必要であり、事前に準備しておくことが求められる。

③ 初期評価（診断の評価、発生状況の把握）

1) 初期評価における時間的猶予

地域封じ込めが成功するためには、最初の症例が発症してから 21 日以内に対策が実施されることが必要とされている。新型インフルエンザ発生が確認された時点では、既に複数の症例が発生している状況も十分に想定される。

都道府県は、新型インフルエンザ症例が確認された時から 72 時間以内に初期評価を行うための情報収集を完了し、国（新型インフルエンザ対策本部）と正式に協議を開始する。新型インフルエンザ対策本部は、直ちに諮問委員会に諮問を行う。諮問委員会は、国に対し、第二期対応の方針等につき勧告を行うが、状況によっては、第一期対応を継続し経過を観察する様勧告することもできる。その場合、国は次の諮問まで 48 時間を超えてはならない。

2) 初期評価に必要な情報

都道府県が把握する項目

○ 事前に整理しておく情報

➤ 市町村の地理情報

人口、年齢構成、交通、社会基盤インフラ、地域封鎖上重要な幹線交通路、政治・経済的状況、医療機関情報（総ベッド数、施設数と規模、感染症指定医療機関、入院可能医療機関など）

○ 発生後に把握する情報

➤ 症例に関する情報

症例の疫学情報（発症日、入院日、患者の住所、患者の性、生年月日、症例間の疫学的関連など）、感染源・感染経路、感染地（国内外含む）、院内感染の有無と状況（患者・病院スタッフ別罹患状況）、施設内感染の有無と状況

➤ 発生地域における疫学情報

症例数（疑い症例数、確定例数）、重症者数（気管内挿管者数、集中治療者数）、死亡者数、要観察例数・接触者数、家庭・施設内予防投薬対象者数、