

第2回有識者会議における意見聴取の進め方について

有識者会議(第2回)

資料2

● 都道府県行動計画の作成等

① 特措法第7条第1項関係

「(都道府県行動計画)都道府県知事は、政府行動計画に基づき、当該都道府県の区域に係る新型インフルエンザ等対策の実施に関する計画(以下「都道府県行動計画」という。)を作成するものとする。」

② 特措法第74条関係

「(事務の区分)この法律の規定により地方公共団体が処理することとされている事務(都道府県警察が処理することとされているものを除く。)は、地方自治法第2条第9項第1号に規定する第一号法定受託事務[※]とする。」

● 青森県行動計画の作成方針等

① 青森県行動計画素案は、政府行動計画(平成25年6月7日)に基づき、県や市町村等が講じる対策等の内容を記載

② 政府行動計画で示された対策に加えて、本県の特色(在日米軍の存在等)を追記、または、政府行動計画の表現を一部修正等

◆ 意見聴取の進め方について

① 青森県行動計画素案について、素案の記載ぶりに加え、主に青森県の状況(在日米軍の存在等)に応じた、県の独自性に着目した対策等に関する事項を中心に、ご意見を伺いたい。

② また、素案に記載する被害想定については、平時に検討する病床等の確保等の目安、指定(地方)公共機関や事業者の業務計画等の作成にあたって参考に資することなどから、併せてご意見を伺いたい。

(※)「第一号法定受託事務」(地方自治法第2条第9項関係)

法律又はこれに基づく政令により都道府県、市町村又は特別区が処理することとされる事務のうち、国が本来果たすべき役割に係るものであつて、国においてその適正な処理を特に確保する必要があるものとして法律又はこれに基づく政令に特に定めるもの。各大臣は、その所管する法律又はこれに基づく政令に係る都道府県の法定受託事務の処理について、処理基準を定めることができる。(自治法第249条の5第1項)

例) 国政選挙、旅券交付、生活保護、国道管理 戸籍事務

新型インフルエンザ発生時の被害想定について【資料2のうち「◆意見聴取の進め方②」関係】

前提 ※「新型インフルエンザ等対策特別措置法案に対する附帯決議」

政府行動計画を策定する際の根拠となる被害想定については、最新の科学的知見を踏まえ、いたずらに過大なものとする事のないようにすること。

- 行動計画の策定に当たっては、対策を考える上で患者数等の流行規模に関する数値を置くが、実際に新型インフルエンザが発生した場合、これらの想定を超える事態もあり得ることを念頭に置いて対策を検討することが重要である。
- なお、これらの推計においては、新型インフルエンザワクチンや抗インフルエンザウイルス薬等による介入の影響(効果)、現在の我が国の衛生状況等については推計の前提とはしていないことに留意する必要がある。

国の推計 政府行動計画では、これらの前提の下、医療機関を受診する患者数、入院患者数、死亡数等を推計

健康への影響など

<第7回欧州インフルエンザ会議(1993年)による勧告を用いて試算>
※全人口の25%が罹患すると想定
罹患者数:約3,200万人と推計



<米国疾病管理センター・モデル(FluAid)を用いての試算>
※症状等が中等度のシナリオ
医療機関を受診する患者数:約1,300万人~2,500万人と推計

【中等度】入院患者53万人、死亡者17万人
(アジアインフルエンザ等並みの中等度の致死率 0.53%)
【重度】入院患者200万人、死亡者64万人
(スペインインフルエンザ並みの重度の致死率2.0%を加味)

<米国疾病管理センター・モデル(FluSurge)を用いての試算>
※中等度・重度における入院患者数・死亡患者を利用
1日あたりの最大入院患者数:【中等度】10.1万人【重度】39.9万人

国民経済への影響など

<アメリカ、カナダのパンデミック計画を参考>
パンデミックに対する国家戦略(米国国土安全保障委員会、2006年5月)
医療部門におけるパンデミック計画(カナダ公衆衛生庁、2006年12月)



- 国民の25%が、流行期間(約8週間)にピークを作りながら順次罹患する。罹患者は1週間から10日間程度罹患し、欠勤。罹患した従業員の大部分は、一定の欠勤期間後、治癒し(免疫を得て)、職場に復帰する。
- **ピーク時(約2週間)に従業員が発症して欠勤する割合は5%程度**と考えられるが、従業員自身の罹患のほか、むしろ家族の世話、看護等(学校・保育施設等の臨時休業や一部の福祉サービスの縮小、家庭での療養などによる)のため、出勤が困難になる者、不安により出勤しない者が多数いることを見込み、**ピーク時(約2週間)には従業員の最大40%が欠勤するケースが想定**

新型インフルエンザ発生時の被害想定<青森県の場合>【たたき台】

青森県行動計画では、政府行動計画における考え方にに基づきながら、医療機関を受診する患者数、入院患者数、死亡数等について、次のような推計の考え方を一旦示すものであるが、青森県有識者会議の意見を聴きながら、「一つの想定」として定めていく。

項目	推計の条件	①政府行動計画における試算方法を適用して試算	②政府行動計画における被害想定を人口構成により試算【参考値】
		政府行動計画における国内の被害想定 患者数等：FluAid、入院患者等：FluSurge、社会への影響：米国のパンデミック国家戦略、カナダの保健部門用パンデミック計画	①政府行動計画における試算方法を適用して試算 患者数等：FluAid、入院患者等：FluSurge、社会への影響：米国のパンデミック国家戦略、カナダの保健部門用パンデミック計画
感染者数	全人口の25%	全人口の25% (約343,000人)	全人口の25% (約343,000人)
受診患者数	約 1,300万人～約 2,500万人	約 14.4万人～約 26.6万人	<国の推計と県の人口構成比による> 約 13.9万人～約 26.8万人
入院患者数	<受診患者数推計の上限値である約2,500万人を基> 中等度 上限は約 53万人 重度 上限は約 200万人	<受診患者数推計の上限値である約26.6万人を基> 中等度 上限は約 6,400人 重度 上限は約 24,200人	<国の推計と県の人口構成比による> 中等度 上限は約 5,700人 重度 上限は約 21,500人
1日当たり入院患者数	<流行発生から5週目> 中等度 最大 10.1万人 重度 最大 39.9万人	<流行発生から5週目> 中等度 最大 1,100人 重度 最大 4,100人	<国の推計と県の人口構成比による> 中等度 最大 1,100人 重度 最大 4,300人
死亡者数	<受診患者数推計の上限値である約2,500万人を基> 中等度 上限は約 17万人 重度 上限は約 64万人	<受診患者数推計の上限値である約26.6万人を基> 中等度 上限は約 2,050人 重度 上限は約 7,700人	<国の推計と県の人口構成比による> 中等度 上限は約 1,800人 重度 上限は約 6,900人
社会への影響	○ピーク時(約2週間)に従業員が発症して欠勤する割合は、多く見積もって5%程度 ○従業員のり患のほか家族の看護等などにより、ピーク時(約2週間)には従業員の最大40%程度が欠勤するケースが想定	○同左	○同左

「政府行動計画における試算方法を適用して試算①」する方法

＜米国疾病管理センター・モデル(FluAid)を用いての試算方法＞



Population by Age Group

Other

0-18 Yrs

19-64 Yrs

65+ Yrs

Total Population:

平成22年国勢調査基本集計(青森県人口)
 00-18歳 228,453人
 19-64歳 792,118人(年齢等不明5,142人を含む。)
 65歳以上 352,768人
 合計 1,373,339人 を入力する。

流行期間中の

- ・受診患者数
- ・入院患者数
- ・死亡者数

などが推計され、シート化されて出力

【流行期間は8週間、12週間など、感染率は15%、25%、35%などと設定可能】

DEATHS	Gross attack rates			Distribution by age group-Most likely		
	15%	25%	35%			
0-18 yrs most likely	4	6	8	0-18 yrs	0%	0%
19-64 yrs most likely	246	413	578	19-64 yrs	28%	30%
65+ yrs most likely	578	964	1,350	65+ yrs	58%	70%
TOTALS				TOTALS	82%	100%
TOTAL/Most likely	830	1,383	1,936			
total maximum	398	697	1,097			
total maximum	1,231	2,054	2,871			

HOSPITALIZATIONS	Gross attack rates			Distribution by age group-Most likely		
	15%	25%	35%			
0-18 yrs most likely	64	107	149	0-18 yrs	1%	2%
19-64 yrs most likely	1,464	2,440	3,416	19-64 yrs	7%	48%
TOTALS				65+ yrs	31%	50%
TOTAL/Most likely	1,528	2,547	3,565			
total maximum	712	1,237	1,715			
total maximum	2,240	3,784	5,280			

＜米国疾病管理センター・モデル(FluSurge)を用いての試算方法＞



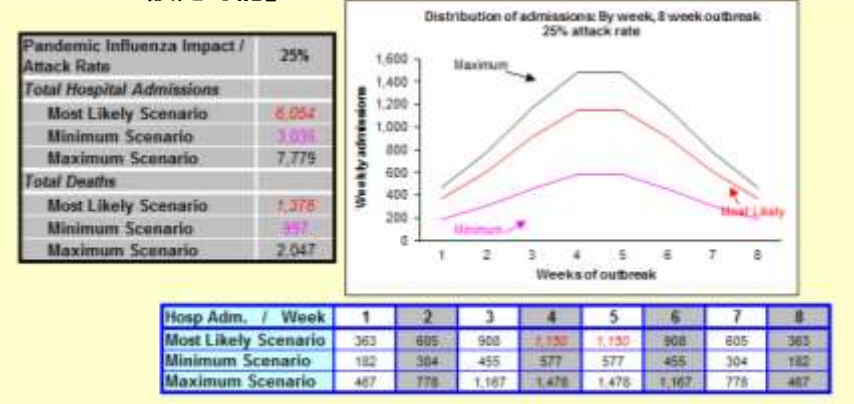
平成22年国勢調査基本集計(青森県人口)
 00-19歳 239,150人
 20-64歳 781,421人(年齢等不明5,142人を含む。)
 65歳以上 352,768人
 合計 1,373,339人 を入力する。

流行期間中の

- ・入院患者数
- ・死亡者数
- ・週ごとの入院患者数

などが推計され、流行期間の各週ごとに入院患者数等がグラフ化等されて出力

【流行期間は8週間、12週間など、感染率は15%、25%、35%などと設定可能】



「政府行動計画」における被害想定のうち 「新型インフルエンザ等発生時の社会への影響」

新型インフルエンザに対する国家戦略(米国国家安全保障会議、2006年)

健康部門における新型インフルエンザ計画(カナダ公衆衛生庁、2006年)

Planning Assumptions

Planning Assumptions for the Implementation Plan

Pandemics are unpredictable. While history offers useful benchmarks, there is no way to know the characteristics of a pandemic virus before it emerges. Nevertheless, we must make assumptions to facilitate planning efforts. Federal planning efforts assume the following:

1. Susceptibility to the pandemic influenza virus will be universal.
2. Efficient and sustained person-to-person transmission signals an imminent pandemic.
3. The clinical disease attack rate will be 30 percent in the overall population during the pandemic. Illness rates will be highest among school-aged children (about 40 percent) and decline with age. Among working adults, an average of 20 percent will become ill during a community outbreak.
4. Some persons will become infected but not develop clinically significant symptoms. Asymptomatic or minimally symptomatic individuals can transmit infection and develop immunity to subsequent infection.
5. While the number of patients seeking medical care cannot be predicted with certainty, in previous pandemics about half of those who became ill sought care. With the availability of effective antiviral medications for treatment, this proportion may be higher in the next pandemic.
6. Rates of serious illness, hospitalization, and deaths will depend on the virulence of the pandemic virus and differ by an order of magnitude between more and less severe scenarios. Risk groups for severe and fatal infection cannot be predicted with certainty but are likely to include infants, the elderly, pregnant women, and persons with chronic or immunosuppressive medical conditions.
7. Rates of absenteeism will depend on the severity of the pandemic. In a severe pandemic, absenteeism attributable to illness, the need to care for ill family members, and fear of infection may reach 40 percent during the peak weeks of a community outbreak, with lower rates of absenteeism during the weeks before and after the peak. Certain public health measures (closing schools, quarantining household contacts of infected individuals, "snow days") are likely to increase rates of absenteeism.

<http://www.flu.gov/planning-preparedness/federal/index.html#>

ピーク時の週には欠勤率40%

2.4 Absenteeism

The following assumptions and explanation have been provided by the Department of Finance (federal), Economic Analysis and Forecasting Division, based on work completed as of September 2006.

- During an outbreak in a specific area, it would be appropriate for employers to plan for a total workplace absenteeism rate of between 20% and 25% during the peak two-week period with lower rates in the preceding and subsequent weeks.
- This contrasts with average total absenteeism in a normal winter of 8%. Peak absenteeism could be expected to vary at the local level and by industry. The health care industry could expect to experience peak absenteeism at the top of this range – the highest of all industries (see Table 1 below). Small work units in which employees engage in a high degree of social interaction could expect higher peak absenteeism than larger work units with less social interaction.
- The prudent planning assumptions are based on modeling conducted by the Department of Finance. They reflect normal absenteeism, peak illness and caregiving absenteeism and a prudent planning buffer to account for heterogeneous effects across work units, possible workplace-avoidance absenteeism and possible absenteeism stemming from public health measures such as school closures.
- Industry variations in normal absenteeism are based on historical data. Estimates of peak illness absenteeism are based on evidence from past pandemics and consistent with a cumulative attack rate of 35%. Estimates of caregiving absenteeism are based on the historical relationship between sick leave and family leave. Industry variations in peak illness absenteeism are estimated using the historical relationship between total economy and individual industry absenteeism. This relationship is explained by industry variations in social density (the degree to which employees engage in social interaction as part of their work) and in the availability of leave. Below-average morbidity peaks could be expected in relatively low-social-density industries like goods and transportation and warehousing, while above-average

<http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/pdf-eng.php>

ピークになる第2週には欠勤率20~25%