Ⅱ．調査の記録

混乱した中で、そして、保健所長の眼からみた記録である。桑名保健所では、ある程度の規模の調査の際にはその記録の作成をルーチン化している。この記録をもとに後日、自分たちの調査に対する検証を加え、次の調査に生かすことができるように努めている。今回は『記録を残す』という時間的・人的な余裕がなかったため、一部は記憶に頼ることとなっている。なお、調査班が現地へ入ったのは2月10日であり、集団発生は完全に終息していたことは留意して頂きたい。（**図Ⅱ-1,2**）疫学調査は、初期の2～3日が最も重要であると考えている。ここでは、情報入手の2月8日から県の中間報告にいたる2月25日までを中心に記載する。また、三重県では今年度（平成10年度）より組織改革が行われている。県保健所と県福祉事務所、児童相談所が統合再編され、県民局保健福祉部という組織が創設された。保健所長は、保健福祉部保健監という職名になっている。また、機能的には保健所から環境部門（水道、廃棄物、浄化槽、ビル管理など）の機能が実務的になくなっている。また、監視業務（医療法や一部の食品衛生法など）の集約が行われており、桑名保健福祉部管内の監視業務は、四日市保健福祉部が本務の職員が桑名保健福祉部の兼務辞令のもとに実施している。

2月8日（月）

三重県では、健康福祉部障害保健福祉課が精神保健福祉法を所管している。

17:10　県庁障害保健福祉課より電話

『Ａ新聞からの問い合わせがあった。多度病院で、6週間の間に15人のイ

図Ⅱ-1　平成11年のカレンダー

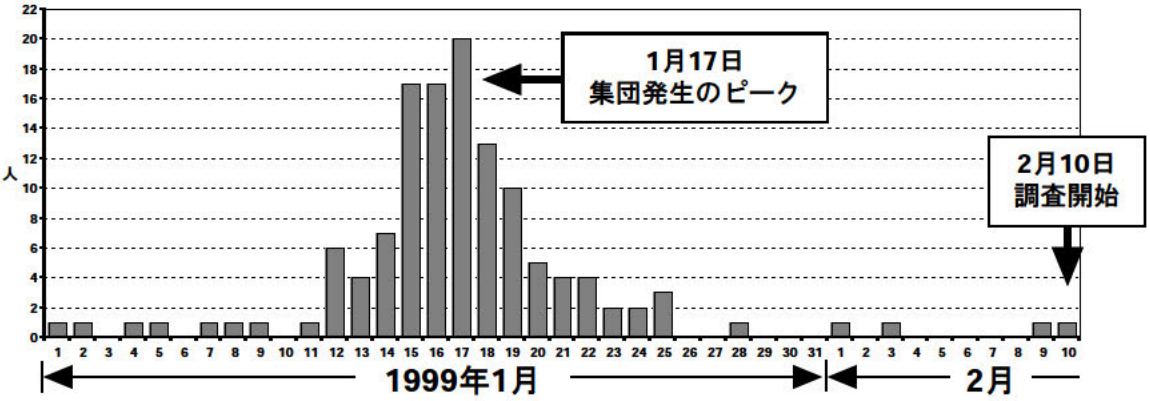
平成11年1月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

平成11年2月

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

図Ⅱ-2　発病日のヒストグラム



ンフルエンザ？死亡があるとの由。知っているか？』
→『聞いていない。』

『近日中に緊急の医療監視も考慮する。指示を待て。』
→『わかりました。』

職員に確認するも誰も知らない。

2月9日（火）

本日は、2月17日（水）予定の食品衛生監視員の研修会（サルモネラの全国調査）に使用するスライドを作成していた。その帰路の車中でのことである。

16:10　県庁医務福祉課より携帯に電話
『多度病院の件で緊急の医療監視を予定するので同行願いたい。明日を予定する。』
→『わかりました。』

何か特別の情報が入ったのだろうか？

16:50　四日市保健福祉部医療監視担当グループより携帯に電話
『緊急の医療監視に同行願いたい。』
→『先ほど医務福祉課から電話があった。』

17:05　事務所に到着する。
今月分の届いている死亡小票を確認
→多度病院関係分は、5枚（桑名市4枚、長島町1枚）
『毎月15日締めですから、現在、届きつつあるのは1月15日以降の死亡分です。市町村の住民課に急がせます。』
住所地が管外であれば把握できない。

17:10　県庁障害保健福祉課から電話
『多度病院からの死亡者リストを入手した。FAX送る。』
→19名もある?!

18:10　県庁障害保健福祉課から指示
『今から、多度病院に現状把握に行く。同行されたい。』

18:30　病院長に電話連絡
『今から、状況把握にうかがう。』
→『1月中旬頃、病院全体にインフルエンザが流行した。そのため、死亡者も増えた。しかし、誰がインフルエンザで誰が違うかは明確にはできない・・・。私は、8人がインフルエンザと考えている。』

19:30　障害保健福祉課到着

20:00　多度病院着

病院長から経過の概略を説明

○1月中旬にインフルエンザが病院内で流行したのは確かである。患者だけでなく職員も含めて。

○インフルエンザの流行のピークは1月中旬であり、現在は終息している。現在、男性4名、女性2名の計6名が風邪様症状を呈しているがいずれも発症は最近ではない。6名の患者の説明をベッドサイドで聞く。

○当初は、内科の重症疾患は近隣の協力病院に搬送していたが、提携先病院をはじめとして桑名市内の一般病院も病床が満床となったため、非常勤の内科医師と相談して多度病院で治療をすることにした。

○酸素の配管もされており、経口摂取のできない患者に対しては経静脈栄養も実施されている。

○その他、精神疾患という患者の特殊性（主訴の訴えがなく、乳幼児のように泣かない）もあるので、流行ピーク時には発病患者に脱水の予防のために点滴をおこなった。

○インフルエンザが関係したと思われる死亡はありますが、どの位と言われると難しい部分もあります。病院としては、数名はインフルエンザ関連であろうと考えています。19名という死亡者は、今年に入ってからの全死亡者数であり、多度病院から転院後に死亡した患者数も含めています。

○当初、男子病棟で流行したので、男女の共用部分の利用を制限した。そのため、女性の流行はやや少なかったと考えている。

院長の話は、本音・真実と見受けられるが、客観的な裏付けは必要。疫学調査の他に医療監視等は必要だろう。現時点では、病棟内の状況を見ても院長の言うように峠を越えている印象。インフルエンザ様疾患は、沈静化しており本日中の急を要する対応は必要ない。明日の監視で良い。

22:20　障害保健福祉課から自宅に電話
『話が急展開している。県は今からマスコミ発表する。』

22:25　直後に某テレビ局（東京）の電話取材あり。
以後、マスコミからの問い合わせの電話が深夜1時過ぎまで鳴り続ける。

22:40　県庁障害保健福祉課にマスコミ取材の状況を伝える。

23:00　某テレビ局全国放送にて病院の実名入りで放送

1:00　明日の予定を整理しておく。監視は明日の午後からであり、特に午前中にやっておくことを整理すべき。食中毒や伝染病の疫学調査は、最初の2日間が最も大事である。
　また、本日、桑名市立光風中学校（1月29日：学級閉鎖）のインフルエンザ流行予測調査を実施している。結果を早期に知りたい。ウイルス分離の成功を期待する。

【明日の予定】
○死亡小票の確認
→1月15日以前のものID=S1,S2,S3,S5 は、管内か？
→管内市町村に未提出の死亡小票を早く提出するよう指示する

○医療監視の打ち合わせ（県庁と四日市保健福祉部）

○病院で確認する事項
#1.今年死亡分の19名の聞き取り（死亡診断書と異なる部分あり）
#2.昨年1年間の入院患者の死亡状況
#3.転送先の医療機関での死亡は当初のID=S1,S3,S4,S6 が確認されているが、転送した患者はどれくらいの人数か？重症で救命しえた患者は？
#4.病院長、事務長だけでなく看護婦や看護士からの聞き取り
#5.患者間のトラブルの有無
#6.インフルエンザを念頭においているが、薬物混入や他の感染症（MRSA、TB、VRE、レジオネラ、赤痢など）も意識して聞いておくこと。下痢の有無なども。また、暖房・空調の方式と配管（女性部屋よりも男性部屋がきつかったという院長の言葉。まさか、今の時期にレジオネラはないと思うが・・・。）
#7.死亡者の分析だけでは限界がある。入院患者全員の熱発など時系列の情報もあると後が楽になる。
→病院患者職員全体の病状調査をして、インフルエンザ抗体検査をすればインフルエンザの流行のおおよその有無はわかる？
#8.ID=S4（34才、精神薄弱）嚥下性肺炎で死亡（桑名市民病院）
→状況を保健所で確認すること（午前中に）
#9.比較的若年者のADLが知りたい
→病院の内科疾患の治療のレベルの確認
#10.死亡した患者の家族で病院に不満を抱いている方はいるか？
#11.現在、マスコミの問い合わせは2つがごちゃまぜである。
①インフルエンザによる死亡
②インフルエンザの有無に関わらず、6週間で19人の死亡は多すぎやしないか？→精神病院だから、きっと何かあるだろうという偏見？も見え隠れする。

基本的には、素朴な質問であり、現在のところは行政に厳しいものではない。

2月10日（水）

8:30　過去の死亡小票の確認を指示

感染症サーベイランスでは、管内、三重県では1月はインフルエンザの流行が初旬から認められている。学校などの学級閉鎖は1月下旬から始まり現在がピークと思われる。愛知県・岐阜県の流行の状況とウイルスの分離

状況の確認を県庁健康対策課に依頼。

多度町役場へ連絡（近隣住民の不安感の除去）
→多度病院は住宅密集地にある（役場への問い合わせも多いはず）

9:00　桑名市民病院に確認
ID=S4（34才、精神薄弱）、ダウン症があり意識不明で入院してきた。動脈血酸素分圧40mmHg。発病前の基本的な生活能力は不明。インフルエンザの関与については判断できない。

9:10　多度病院入院中の患者家族より電話相談

9:20　死亡者（ID=S7）の家人から電話
『家族の気持ちを考えて下さい。40℃の熱発が2日続いたあと急に死亡では納得がいかない。点滴のあともなかった。ろくな治療がされていないのではないか？徹底的な調査をお願いします。』

10:00　県庁健康福祉政策課より電話
『保健所長を現地調査班のリーダーとします。』

10:20　桑名市民病院に電話
死亡者は、不整脈の頻発など心筋炎を疑わせる所見はなかった。
（突然死が多い理由の1つとして確認）

10:30　桑名警察署防犯と打ち合わせ
『傷害事件及び薬物混入が疑われる場合は科学捜査も含めお願いします。』

11:40　管内の精神病院に問い合わせ
『当施設では、インフルエンザ死亡が2名います。』

あっという間に午前の時間が過ぎた。午後より疫学調査と医療監視実施予定。保健所で確認できる資料では何も浮かんでこない・・・。

12:30　調査班の打ち合わせ開始

13:10　多度病院へ出発

13:20　桑名医師会長から、移動の車中に電話
『桑名医師会が全面的にバックアップする。協力できることがあれば、いつでも連絡されたい。』

13:40　病院に到着。テレビなど報道関係者が多数待機しているのが遠くからも確認できた。

14:00　病院2階の会議室にて（理事長、病院長、事務長）
『ただ今から調査を開始します。』
→今まで地域精神保健活動に協力を頂いていることに感謝はしつつ、一線を引くことを宣言する。
→調査班を4グループに分ける。死亡者19名の分析グループ、医療監視グループ、精神保健福祉法関係グループ、感染症グループ。まずは、これだけ、後は必要時に応援を依頼することとした。

→『早急に、病院内の患者・職員の全員のリストを出して下さい。また、そのリストは発病者・非発病者を区別しておいて下さい。発病者は、37.5℃以上の急激な発熱でとりあえずリストアップして下さい。』

私は、感染症グループとともに直ちに、病院内のすべての部屋や施設を病院長の案内で自分の目で確認して行った。その結果、集団発生の原因疾患は呼吸器感染症であり、インフルエンザが最も疑われる。レントゲンから肺結核は否定。また、患者の急激な死亡転帰やレントゲン所見（転送先の医師の意見）からレジオネラ肺炎は否定できず。まずは、インフルエンザとレジオネラの検査を進めることにした。また、本病院は、昭和55年に赤痢の集団発生（患者数120名）を起こしている、赤痢の否定も早期に行った。患者の症状は胸部症状のみであり、赤痢を疑わせるような腹部症状は認められない。また、水道法上の専用水道であるため自主検査の結果を確認した。年1回の全項目検査と月1回の水質検査は確実に実施されていた。直近の水質検査は2月1日実施であり、病院への報告はまだなされていないため、水質検査の依頼検査機関に問い合わせをし、水道法上適合していることを確認した。その他、病院内の傷害、薬物混入は否定的と判断した。

15:00　四日市生活環境部桑名環境グループに電話連絡
『レジオネラを疑った監視と検査を頼む。』
→『レジオネラ用の容器を確保するため、2時間後に病院に向かう。』

16:00　県庁から連絡
『県庁でマスコミに記者会見を行う。現地でも対応されたい。』
→以後、記者会見の打ち合わせで時間が費やされる。

19:30　記者会見
会見の内容は、同じ質問の繰り返しで回答も同じ。記者の聞きたいことは保健所の知りたいこと。マスコミと同じ全く白紙の状態で現場に入っており、半ば開き直り。

21:00　県庁に出向き、本日の報告と今後の対応を協議する。
厚生省へ技術支援を求める。来週始め（2月15日）を予定。

0:20　明日の薬事監視のため、担当職員の自宅に連絡する。

最終的に本日の検査は、有熱者6名（発病は以前）に対するインフルエンザ狙いの咽頭ぬぐい液と血清抗体価を採取。咽頭ぬぐい液も精神病院という施設の特徴からか、検体採取に困難さを伴い主治医の協力でやっと採取する状況であり、そのため検体の条件はきわめて悪い。レジオネラは、水周りを中心に検体採取を行った。この状態では、何もわからないまま不明となってしまう。乱暴なようではあるが、入院患者と職員全員を対象としたインフルエンザウイルスＨＩ抗体価の測定を決定する。約400検体、衛生研究所に検査を依頼し、直ちに本日採取分の検体を搬入した。

2月11日（木）建国記念の日（調査2日目）

9:00　調査再開（病院にはマスコミが大勢）

→ノートブックコンピュータ、桑名医師会の休日連絡網である自宅の電話番号簿などを持ち込む。また、昨年の県職員名簿も持参した。今年の職員名簿には自宅の電話番号の記載はなくなっている。

昨日、病院に指示した入院患者と病院職員全員のリストが完成していた。発病・非発病の区分もされている。昨日から夜勤の看護婦も含め急いで仕上げたとのこと。発病・非発病は発熱（37.5℃）のみにしぼり、胸部症状を省いたのは、早い情報の収集が目的であった。後で、38.0℃や胸部症状を入れても本日入手データから絞り込む作業だけであり、決して無駄にはならないと考えた。厚生省のインフルエンザ研究班の第1回の会議（平成9年10月6日、名古屋市）に神谷班長の要請で三重県保健所長会の代表としてオブザーバーとして出席したが、その会議で臨床所見のみでインフルエンザ患者をどのように定義するかの議論を聞いていたことが参考になった。

→直ちに、コンピュータ入力を開始する。早く、全患者・職員の入力を終了しID番号による識別化と氏名をあいうえお順にソートした台帳を整備するとともに、発症のヒストグラムを作成すること!!（いつもやっていることであるが、今回は雑用が多くなかなかはかどらない。）

薬事監視終了（毒劇物の使用実態はなく、睡眠剤の管理も錠管理で徹底）

院内感染対策の確認。マニュアルは作成されており、昨年は月1回のペースで開催されていた。結核、HIV、MRSA、疥癬、肝炎（A、B、C）の記載はあるがインフルエンザに関してはない。今回の集団発生に際しては、1月18日付けで風呂の禁止措置や大食堂の閉鎖（男子病棟から女子病棟への感染の拡大を防止する目的であったとの由）が指示されており、同日に会議が開催されていた。また、持続点滴ポンプの購入を決定していた。会議録に目を通してみると、MRSAに関する記載が多い印象を持った。

医療監視にて超過収容が確認された。全体の認可病床は基準を満たしているが（認可病床数286床に対し261人収容）、個々の病室をみると超過収容が確認された。感染症発生の対応による一時的な超過収容か、または、以前から行われているのか現時点では不明であった。

16:00　あっという間に記者会見の時間が近づく。また、県庁との打ち合わせの作業が続く。情報とマスコミ対応の一元化は必要。現場の調査に支障が出る。疫学調査は最初の2～3日が重要。時間が足りない。ヒストグラムが作れない。台帳整備ができない。雑用が多く、各グループの調査結果の把握も充分できていない。

17:30　死亡者19名の病室移動の記録で107号室に集積が認められた。集団発生の前からの恒常的な超過収容の病室の可能性が出てきた。病院側に確認する。

17:45　記者会見
→19人の死亡者の数字の整理と超過収容、院内感染対策について多くの質問が出る。厳しい質問も多かったが、『もし、集団発生のピーク時に病院から相談があった場合、あなたは何ができたか？』の質問には絶句してしまった。この病院内だけでの対応で拡大の防止は可能であったか？一般病院とは異なった性格を有しているため、構造的にも個室がないような今回の施設、近隣の一般病院にお願いするにしても、当時はインフルエンザ大流行で管内の一般病院はかなり空きベッドが不足していた様子もうかがわれる。その後の調査においてもこの言葉は脳裏から離れることはなかった。
→『明日、厚生省が来るそうですが本当ですか？』『今の時点で、私は明日来るということは聞いておりません。』実際に、その時点では私は知らなかった。しかし、結果的に私が嘘をついたと思われ、一部マスコミとの間の関係が、その後悪くなってしまった。

21:00　県庁に出向き、本日の報告と今後の対応を協議する。
→明日、厚生省が来ることを知らされる。先ほどの会見を思い出す。本日までの1日半の調査内容も整理・まとめがされておらず、私の頭の中だけであり、各グループにも確認が取れていない情報も多い。桑名庁舎で厚生省からの派遣職員を迎えることになった。夜中に北勢県民局に説明し部屋の確保、車の確保をお願いする。『明日、8時30分に厚生省が来ます。』

0:30　桑名保健所に戻る。
→今から、厚生省の到着まで8時間ある。何とかまとめを作ろう。厚生省からは、精神保健福祉課、結核感染症課、医薬安全局安全対策課の危機管理の専門官の3名である。それぞれの立場の情報を一元化して提供できるのは保健所しかない。自分の記憶を頼りに、細かなデータは○○として、とりあえずのまとめをつくっていく。事務所で徹夜となったが、結局時間切れ。時間が足りない・・・。

2月12日（金）（調査3日目）

7:00　朝、7時過ぎより、マスコミからの電話『桑名保健所へはどうやって行くの

ですか？』が鳴り続け、報道関係者も事務所に入ってきだした。事務所には私一人。厚生省への資料作成も途中で切り上げ、会議の会場設営とマスコミ対応に追われる。結局、発病のヒストグラムは作成できず。生データはあるのに、残念・・・。

8:30　厚生省との合同会議

→あまりに急な来県であり、三重県側の説明は調査結果がまだ一元化されておらず、各法律に基づく縦割りの説明となった。このあと、調査体制は整えられ、調査方針も軌道修正されていくことになるが、厚生省からの3名の担当官もおそらくわかりやすい説明であったという印象は持たれなかったことと思う。

→全体の説明の後、厚生省の3名の担当官に現地調査班が分かれ技術的な支援を受けるとともに病院への現地調査に同行した。

→本日、県議会の開会日にあたり、合同会議のあと県庁へ帰る者もあり、1日中忙しい日となった。厚生省からの技術支援は、後の調査において無駄を省くことができ、たいへん参考になった。できれば、私たちの調査のまとめ（ヒストグラムや検査データ）も提示できていれば、もう少し得るものも大きくなったのではないかという反省もさせられた。今までの1日半の調査において、時間配分や人的導入を工夫すれば充分できたという反省もある。

インフルエンザ患者の定義として、①急激な発症　②発熱は38℃　③胸部症状あり　の3条件を満たすものをインフルエンザ患者として調査を進めることとされた。

県庁健康対策課より感染症サーベイランス情報の詳細を入手。愛知・岐阜・三重県のいずれも99年第2週より立ち上がっている。桑名保健所はやや早く99年第1週から流行。ウイルスの分離状況は三重県の亀山市でＡ香港。愛知県、岐阜県ではA香港、Bがともに分離されている。

17:30　桑名庁舎で医務政策監による記者会見

→以後、私はマスコミ対応をせずにすむようにようになった。マスコミ対応の窓口の一本化は必要である。無用な混乱は避けたいし、現場の調査が進まない。

22:30　自宅にて

正確なインフルエンザ定義による解析はまだであるが、10日に病院に指示をした37.5℃のみという発病基準によるヒストグラム完成。1月15、16、17日前後をピークとする発病であり24～25日頃に終息している。やはり、今のまま多度病院で新患者を待っていても時間の無駄となる。病院内でのインフルエンザ確定診断（ウイルス分離と2ポイントのＨＩ抗体価測定）は最も優先されるが、病院外の近隣地での情報も探ることにしよう。

1:00　管内病院の医師から自宅に電話
『新聞の記事については、私はあのようなことは言っていない。県の調査に迷惑をかけ申しわけない。』

『私の勤務している病院でも、1月中旬にインフルエンザの患者が多く来院しています。また、看護婦など職員も発病して病棟看護婦のやりくりに困った診療科目もありました。きっと他の医療機関も同じでしょう。』

2月13日（土）（調査4日目）

9:30　病院職員とTV局との間でトラブル発生。『テレビカメラがあるので、外来患者が病院に入ってこられません。』
→報道陣と話をする。今日1日の調査の内容を説明する。その結果、調査担当職員が病院に入る画像がとれたら機材を撤去するとの約束をする。狭い道路に大勢の報道陣。道路は生活道路。一日の調査予定はこちらから毎日説明すべきであった。通院患者や近隣の人に迷惑がかかっていたことは知らなかった。近隣住民、そしてマスコミにも申し訳ない。

10:00　保健所保健婦4名による発病者の聞き取り調査開始。昨日、厚生省から明確な発病の定義を与えられたので迷いはなくなった。早く、正式な発病のヒストグラムを作りたい・・・。昨日の夕方、厚生省の基準を病院に連絡したが、朝には発病者のリストが作成されていた。病院も調査に全面協力である。

10:10　桑名医師会に協力要請
①1月1日から1月31日までのインフルエンザ様患者の把握をしたい。外来患者数などで表現したい。1月初旬から桑名保健所管内では流行があったと考えている。医療機関数は10施設以上をお願いしたい。結果は15日（月）の朝までに保健所にFAXで。
②1月中旬頃に、患者のインフルエンザの血清抗体価を測定している医療機関を探して下さい。
③咽頭ぬぐい液採取に協力してもらえる医療機関を選んで下さい。5～6医療機関ほど。1医療機関あたり20検体を目標とします。また、Flu A キット（A型インフルエンザウイルスの迅速検出キット）も配布します。

→会員には協力するように伝えます。③に関しては、医療機関には、保健所からの細かい指示も必要となるので、保健所が直接連絡をとって下さい。

→桑名医師会小児科部会長に連絡をし、6つの医療機関を紹介され連絡をとり承諾を得た。

16:00　保健婦による聞き取り調査がほぼ終了する。
→明日の打ち合わせ（本日の聞き取りの残分、死亡者19名の家人への聞き取り、15日から始まる病院全体のＨＩ抗体価検査用血清の採取方法）

17:00　県庁健康福祉政策課長に連絡
『人が足りません。応援をお願いします。県庁との連絡調整役1人と収集データをコンピュータ入力する者2人の合計3人です。』

22:00　全体のIDリストから発病37.5℃のヒストグラムが完成。1月12日から立ち上がり、16日をピークとし、ほぼ1月いっぱいで終息。単一暴露。現在は全く発生なし。IDリストの氏名のあいうえお順は未だ作成できず。

2月14日（日）（調査5日目）

9:00　本日から県庁より障害保健福祉課長、健康対策課感染症担当者、衛生研究所疫学情報課長の3人が現地調査班に加わる。やっと調査体制が整備され以後の調査がスムーズに進んだ。

近県のインフルエンザのサーベイランスデータなど入手できた。

11:00　死亡者19名の家人への聞き取り調査実施（保健婦4名）

14:00　明日より病院全体の抗体価採血開始。保健婦によりID番号と氏名入りの採血用のラベルを作成。データはこれしかとれない。回復期血清のみで集団発生の原因の断定はできないまでも推測は可能とするためには全員の採血しかないと考えた。衛生研究所には無理をかけるが・・・。

20:00　衛生研究所より電話連絡
『2月10日搬入の6検体のインフルエンザ抗体価の結果が出ました。A香港シドニー株に対し、2560倍以上が2検体あり、他も全体に高抗体価となっています。』
→急性期の採血は不可能である現状を考えると、この結果からインフルエンザを疑わせる検査結果を得たという発表はすべきである。

マスコミ報道はインフルエンザから離れていくような部分も出だしているようである。現場が納得できない追加調査は極力減らしたい。本来の調査が進まない。早くほぼインフルエンザだろうという発表は必要。また、我々がいつまでも多度病院にいることが変な疑いを持たれているようでもある。本日、病院を引き払える。あとは桑名庁舎内での作業で可能。はやく病院から離れること。

21:30　県庁へ出向き説明する。

2月15日（月）（調査6日目）

8:00　本日から、桑名保健所の1室でデータ解析を行う。歯科相談室を臨時に使用することとする。外線への電話通話ができないため、事務所から電話回線

を延長ケーブルで引っ張ってくる。これはインターネット回線も兼ねる。

本日の最大の目標は、『インフルエンザを疑わせる検査結果を得た』というマスコミ発表である。いったんは落ちつくだろう。厚生省基準のヒストグラムは欲しいところであるが、間に合わなければ37.5℃の基準でも良い。また、インフルエンザのサーベイランスデータも合わせて資料提供した方が良い。

午前中、医師会からのデータがFAXで送付されてくる。無茶なお願いだったが無理をきいてくれたことにただ感謝!!。1月初旬から桑名では患者が出ている。ピークはやはり1月中旬。『成人式前後が、熱発患者が多くてたいへんだった。』という医師の言葉を裏付けしている。

10:30　管内の小児科医師より連絡
『1月中旬にインフルエンザの血清抗体価を実施しました。A型香港に高い値を示している症例が2例ありました。』

ID名簿に、聞き取り調査の結果を入力予定であるが、最初のID番号のナンバリングにて、重複番号が20人ほどあり。いつもはしないような単純ミスあり。修正に手間取る。

また、患者の病室に移動状況の把握は想像以上に大変な作業である。カルテには病室の記載がないため、保健婦の発病者の聞き取り調査や病院看護婦からの確認作業で実施している。人の記憶に頼る調査は時間がかかるし勘違いもある。院内感染防止マニュアルには、カルテへの病室移動の記録は絶対に必要であると痛感した。

15:00　衛生研究所の抗体価データ（昨日の電話連絡分）を確認後に記者会見のため県庁に向かう。

17:30　県庁記者会見に同席する。『インフルエンザが疑われる』調査結果を公表
→これで、少しは落ちつくだろう。

2月16日（火）（調査7日目）

発病者の聞き取りデータをIDリストに入力中。

国立感染症研究所（感染症情報センター）の谷口清州先生に問い合わせ。
→サルモネラ調査でお世話になった先生である。
『非発病者においても、かなり高抗体価の者がでるでしょう。』
『インフルエンザに関する最近の知見としては、モダン・フィジシャンの「インフルエンザのすべて」（新興医学出版社）がお勧めです。』

2月17日（水）（調査8日目）

14:00　食品衛生監視員の研修会（サルモネラ食中毒の全国調査）
→すべての仕事をキャンセルしているが、これだけは別。私の長年の希望でもあった。

17:50　ＨＩ抗体価検査結果（71検体）

18:00　明日の部内協議をキャンセルしてもらう。新たな情報は入手できていない。全体の血清抗体価もまだ一部だけである。レジオネラ検査も未だ出ない。少しでも時間が欲しい。

21:40　ＨＩ抗体価検査結果（100検体）
→『A香港シドニーのＨＩ抗体価は高い傾向』
無理な検査のオーダーに応えてくれる衛生研究所に感謝!!

2月18日（木）（調査9日目）

本日は、部内会議の予定日であったがキャンセル。貴重な1日である。大事に・・・。

10:30　もう一度多度病院内を現場調査。現場に立った感覚・印象は重要。
・男女の重症感の違いについて男子と女子の閉鎖病棟の換気状態の関与を疑う。昨年10月に、鉄格子を撤去しており、各部屋の窓が10～15㎝くらいしか開かなくなっている。これは、男女とも同じ条件であるが、女子病棟には換気扇が多く設置されており、しかもほとんど稼働している。一方、男子病棟では換気扇はほとんど動いていない。インフルエンザと換気は関係あるのか？一応、確認はしたい。

20:00　血清抗体価検査結果の報告をまとめて眺めてみる。
→『どうもおかしい。あまりにA香港シドニーに対し高抗体価の者の人数が多すぎるのではないか？国立感染症研究所の谷口先生の言ったとおりではないか？』『もっと、Nを増やして評価すること』

21:30　病院への持ち込みは、おそらくID=S3による女子閉鎖病棟2階であった。正月の外泊時に家人からの感染と思われる。その後、女子の2階で散発的に発生が認められている。そして、男子病棟の流行が始まる。しかし、これが女子病棟からの持ち込みか、男子閉鎖病棟だけの固有の持ち込みかは不明である。男子と女子が一緒になる機会は、大食堂による食事（これは、男女ともに閉鎖病棟の2階の患者だけ）と作業療法時である。また、職員の感染による女子病棟から男子病棟への持ち込みの可能性は低い。職員の勤務体系も男子病棟と女子病棟とまったく切り離されている。呼吸器感染症の感染経路検索は難しい。

2月19日（金）（調査10日目）

10:30　四日市生活環境部の桑名環境グループと四日市保健福祉部医療監視担当グループとともに昨日の病棟内の換気状態についてチェックする。室内換気状態は確かに男女の閉鎖病棟間に違いはありそうだが、集団発生の重症度などの原因とは考えにくいとの結論となった。

13:00　感染経路について、病棟婦長らから聞き取り
→特に、集団発生がピークを迎える直前（1月10日から12日頃）に発病していた者の日常生活行動パターンなどを重点的に聞くが、有意な情報は得られず。

15:00　大食堂の座席表を入手
→ID=S3の座席周辺での感染の可能性はある。しかし、食堂で感染したのか病棟2階で感染したのかの場所は不明。食堂の座席は仲の良い者同士が近い席であったということから、病棟内での交流も濃いと考えられる。

17:00　医務政策監と健康対策課長が来所、今後の対応を協議する。
→国立三重病院長神谷先生に調査経過について相談予定となる（2月21日10時）。

20:10　抗体価結果の報告あり。
→パラインフルエンザ（Ⅰ～Ⅳ）の有意な抗体価上昇は認められない。
→インフルエンザの追加報告（67検体）では、やはりA香港シドニーに対する抗体価の上昇の検体数が多すぎる印象である。全体の台帳に抗体価のデータを入力して発病者と非発病者について抗体価の分析を早期に行わなければならない。今回の集団発生の原因の土台が揺らいでしまう。マスコミに発表した、『A香港インフルエンザでほぼ間違いないでしょう』の言葉を思い出す・・・。

3:30　自宅にて抗体価の分析。
→発病者と非発病者について、A香港シドニーの抗体価の高い順にソートをしてみる。想像以上に非発病者に抗体価の高い者が多い。データをざっと眺めた印象ではA香港で大丈夫そうではあるが、有意差検定は必要である。

2月20日（土）（調査11日目）

10:00　尾鷲保健所職員の自宅に電話。
→『早急に、有意差検定をお願いしたい。ファイルをインターネットで送付する。本日中に解析して欲しい。』

14:40　検定結果がFAXとインターネットで送付されてきた。相変わらず処理が早く正確であり助かる。
→『Wilcoxon順位和検定で明かな有意差あり（P<0.001）。』

→『やれやれ、一安心』『明日、神谷院長に相談のこと』

本日から、病院はアマンタジン[(*)]の予防内服を開始した。病院は、A型インフルエンザの迅速診断キットで陽性患者が確認されていないので、アマンタジン使用にためらいがあった。しかし、この薬は精神科医療にとっては使いなれた薬剤であり、思い切って使用することを決定した。

2月21日（日）（調査12日目）

10:00　三重病院神谷院長に相談。

『総合的に判断すると、原因微生物はA香港インフルエンザでしょう。インフルエンザは、通常は飛沫感染であり換気で感染拡大は考えにくい。』

『データをざっと眺めた印象では、入院患者はインフルエンザに対して感受性が高い傾向があるように見受けられる。』

相談の結果、感染症の分析という技術的な部分について三重県としての調査結果が固まった。

以後2月25日（木）（調査16日目）まで

中間報告の公表が2月25日に予定され、調整作業が開始となる。中間報告に向けて残りの検査データ結果を収集し数値を固める作業に入る。

2月23日（火）　県の健康福祉部内の調整会議

2月24日（水）　厚生省との調整

2月25日（木）　中間報告を公表する

以上が、中間報告までの状況であった。この時点では原因について、これだと言えるようなものは全くつかんでいなかった。本報告書の中心でもあるトキシックショック症候群関連の情報入手は、3月8日のことであり、書店に注文していたインフルエンザの特集の医学雑誌が私たちに届いた日であった。その中の小林信一（国立小児病院）の『インフルエンザと心筋炎・筋炎・その他の合併症』[2)]が調査方針の転機のきっかけとなった。

[(*)]アマンタジンとは･･･

従来、我が国ではパーキンソン病の治療薬として使用されていたが、1998年末に諸外国と同様にA型インフルエンザの治療に対しても追加承認された。98/99インフルエンザシーズンには、100万人近い患者に処方されたと考えられている。使用上の注意として、1）B型インフルエンザには効果がない　2）耐性のA型インフルエンザウイルスが高頻度に出現する　3）中枢神経系の副作用がある　などがあげられている。1999年末には、これら1）～3）のアマンタジン使用における問題点を改善した新薬が、発売される見通しと言われている（菅谷憲夫-日本鋼管病院小児科医長-：平成11年度感染症危機管理研修会より）。