

特集：新型コロナウイルス感染症の教訓
—パンデミックにいかに対峙し何を学んだか—

<解説>

新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応
—流行状況の推移およびウイルス変異に応じた感染症対応の模索—

白井千香¹⁾, 内田勝彦²⁾, 清古愛弓³⁾, 藤田利枝⁴⁾, 上谷かおり⁵⁾, 木村雅芳⁶⁾,
武智浩之⁷⁾, 豊田誠⁸⁾, 中里栄介⁹⁾, 永井仁美¹⁰⁾, 矢野亮佑¹¹⁾, 山本長史¹²⁾

¹⁾ 枚方市保健所

²⁾ 大分県東部保健所

³⁾ 葛飾区保健所

⁴⁾ 長崎県県央保健所

⁵⁾ 宮崎県都城保健所

⁶⁾ 静岡県西部保健所

⁷⁾ 群馬県利根沼田・吾妻保健所

⁸⁾ 高知市保健所

⁹⁾ 佐賀県杵藤保健所

¹⁰⁾ 大阪府茨木保健所

¹¹⁾ 盛岡市保健所

¹²⁾ 北海道渡島・八雲保健所

**The response of local governments and public health centers to
COVID-19: Looking for infectious disease control due to the change
of trend and mutations of the virus**

SHIRAI Chika¹⁾, UCHIDA Katsuhiko²⁾, SEIKO Ayumi³⁾, FUJITA Rie⁴⁾, UETANI Kaori⁵⁾,
KIMURA Masayoshi⁶⁾, TAKECHI Hiroyuki⁷⁾, TOYOTA Makoto⁸⁾, NAKAZATO Eisuke⁹⁾,
NAGAI Hitomi¹⁰⁾, YANO Ryosuke¹¹⁾, YAMAMOTO Nagafumi¹²⁾

¹⁾ Hirakaka City Public Health Center

²⁾ Tobu Public Health of Oita Prefecture

³⁾ Katsushika Ward Public Health Center

⁴⁾ Ken-ou Public Health Center of Nagasaki Prefecture

⁵⁾ Miyakonojo Public Health Center of Miyazaki Prefecture

⁶⁾ Seibu Public Health Center of Shizuoka Prefecture

⁷⁾ Tonenumata & Agatsuma Public Health Center of Gunma Prefecture

⁸⁾ Kochi City Public Health Center

連絡先：白井千香

〒573-0027 大阪府枚方市大垣内町2-2-2

2-2-2 Oogaitocho, Hirakata city, Osaka, 573-0027, Japan.

Tel: +81-(0)72-807-7623

Fax: 072-845-0685

E-mail: chika_shirai@city.hirakata.osaka.jp

[令和4年9月12日受理]

⁹⁾ Kitou Public Health Center of Saga Prefecture

¹⁰⁾ Ibaraki Public Health Center of Osaka Prefecture

¹¹⁾ Morioka City Public Health Center

¹²⁾ Oshima & Yakumo Public Health Center of Hokkaido Prefecture

抄録

保健所は2022年4月時点で全国に468か所設置されており、「地域保健法（1994年）」に基づき、健康危機管理の拠点となる役割をもち、災害時や感染症対応には主体的に関わることになっている。新型コロナウイルス感染症対応が始まってから、自治体はこの2年半、第1波から第7波の現在に至るまで、流行状況およびウイルス変異及び重症度等に応じて、「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」に基づき様々な感染症対応に模索を繰り返してきた。基本的には全国的に共通する感染症対応業務（相談、検査、発生届受理、入院調整、患者の移送、健康観察、積極的疫学調査、入院勧告や就業制限通知等）を行うが、都道府県単位で、感染症の発生状況や医療資源の違いもあり、具体的な業務内容や方法は全国一律ではなく、現実的には地域の実情により、それぞれの自治体で工夫されてきた。

流行状況を振り返ると、第1波、第2波、第3波は全国的に行動制限を要請され、PCR検査の需要と医療体制の供給がミスマッチであった。新型コロナウイルスは変異以前の特徴として呼吸器機能を低下させる病原性を持ち、有効な薬剤やワクチンがまだ普及せず、診療可能な医療機関も不足していた。第4は α 株で高齢者の施設内感染で医療提供が困難となり、第5波は東京オリンピックの後で δ 株の変異ウイルスが主となり、首都圏での流行が目立った。第6波および第7波は \omicron 株が中心で感染性が高く、病原性は低い感染者数の急増かつ膨大なため、保健所の能力を大きく上回る対応が求められた。全国的にどこの自治体でも保健所の負担軽減策について外部委託も含めて対応するようになった。2年半の間に厚生労働省からの通知も多く、全国保健所長会は要望や提言などの意見活動も行った。

日本は自然災害の多い国であるが故に、健康危機管理として災害や感染症においては、保健所が平時から備えとしての仕組みづくりや危機発生時の対応、被害からの回復という過程において、主体となることが期待されている。新型コロナウイルス感染症対策で得た教訓を生かしパンデミックとなりうる感染症対策を地域単位で行っていくため、住民の命と健康を維持する「保健所」を、医療機関や福祉施設等と有機的に連携し、持続可能な社会の枠組みとして活かしていくことを提言する。

キーワード：保健所、健康危機管理、感染症対策、全国保健所長会

Abstract

Public Health Centers of Japan, of which there are 468 across the country as of April 2022, are at the core of health crisis management, responding to natural disasters and infectious diseases according to the Community Health Act (1994). Under the Infectious Diseases Control Law, these centers have made repeated efforts to respond to COVID-19 from the first to the seventh waves, while epidemic dynamics changed, variants emerged, and pathogenicity fluctuated. All centers essentially play a common role in infectious disease control (answering questions and consultations, testing, registering cases, coordinating healthcare, transporting confirmed patients, following up with patients and close contacts, carrying out epidemiological investigations, issuing notifications for recommendations on hospital stays and work restrictions, etc.). However, due to the varying number of cases and healthcare resources depending on the region, the actual work was not identical, and local governments, which operate the centers, took different approaches.

Looking back on the epidemic, the first, second, and third waves saw travel restrictions implemented across the country, and were characterized by a demand for testing that exceeded capacity. At that time, COVID-19 was a threat to the respiratory system, no effective treatment or vaccination was available, and the number of healthcare institutions diagnosing and treating cases was inadequate. The fourth wave saw the Alpha variant ripping through nursing homes, putting a significant burden on healthcare, while the fifth wave saw the Delta variant spreading mainly from Tokyo after the Olympics. The sixth and seventh waves came with the highly-contagious Omicron variant, leading to skyrocketing patient numbers and the public health capacity quickly being overwhelmed. Local governments considered ways to reduce the burden on

Public Health Centers, including outsourcing. Over this 2.5 year period, numerous advisories were issued by the Ministry of Health, Labor, and Welfare (MHLW), and the Japanese Association of Public Health Center Directors has advocated actively on behalf of the centers.

Given that Japan is a disaster-prone country, Public Health Centers in Japan are expected to play a pivotal role in crisis preparedness, responses to, and recovery from natural disasters and infectious diseases. As a coordination hub to protect lives and maintain health, here we strongly suggest that public health centers implement the lessons learned from COVID-19 to collaborate with healthcare institutions and long-term care facilities, and evolve into a sustainable social framework to advance pandemic preparedness in their respective communities.

keywords: Public Health Centers of Japan, health crisis management, infectious disease control, Japanese Association of Public Health Center Directors

(accepted for publication, September 12, 2022)

I. 新型コロナウイルス感染症対応の始まり

保健所は「地域保健法（平成6年）」に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成27年改正）」により、地域における健康危機管理の拠点となる役割をもち、「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（感染症法）」を根拠法令とした事業を実施しているが、2019年末から国外で懸念されていた新たな呼吸器感染症について、本格的に取り組んだのは2020年2月1日施行の「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」（令和2年政令第11号）の発出以降であった。

それまでの経緯は、武漢から帰国した肺炎患者が新型コロナウイルス陽性と2020年1月16日に日本国内で報告され、翌1月17日に医療機関および自治体向けに、事務連絡「新型コロナウイルスに関連した肺炎患者の発生に係る注意喚起について」が発出され、この文面に「医療機関から保健所へ、肺炎疑い患者やサーベイランス等の相談をするよう」に示されていたことや、1月23日の事務連絡「新型コロナウイルスに関する検査対応について（協力依頼）」には積極的疫学調査の実施要領（暫定版）が添付されたことにより、各自治体では保健所における準備が始まり、実際に医療機関から相談があった場合は、入院や検査などに具体的に対応した保健所もあった。

「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令等の施行について（施行通知）」は1月28日に発出され、2月7日施行とされたところ、1月31日に厚生労働省医政局から事務連絡「医療施設等における新型コロナウイルス感染症への対応について」及び同日、「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」（令和2年政令第11号）によって、2月1日施行と前倒しとなり、感染症法に従って保健所の新型コロナウイルス感染症対応が全国一斉に開始された。感染症法に加えて地域保健法に示されているとおり、保健所は健康危機管理の要として新型コロナウイルス感染者の届出を受理した場合に、24時間365日連絡可能で直ちに動けるよう、相談、検査をはじめ、入院調整や患者の移送および

健康観察、接触者等についての積極的疫学調査などの感染対策および、入院勧告や就業制限通知などに対応する業務体制を設置自治体とともに整備することとなった。

II. 保健所の設置・人員および業務体制

保健所は2022年4月時点で468か所設置されており設置主体別に内訳を示すと、都道府県352、政令指定都市26、中核市62、保健所政令市5、特別区23となっている。保健所の規模は設置主体自治体が決定しているが、1か所の保健所の管轄人口は約1万人の島嶼から300万人以上の大都市までさまざまである。468か所全てが専任の保健所長ではなく複数兼務が62か所で、常勤の公衆衛生医師は所長1人である保健所が多い。広域かつ大都市で集約された保健所には10人以上の医師が所属し、都道府県等の本庁に公衆衛生医師が配置されている自治体もあるが、衛生部局の長や医監として統括的な立場では医師1人程度、または担当課長等管理職として数人が配置される脆弱な体制である。最新の医師統計調査（2020年12月31日現在）によれば、全国の医師数は339,623人であるが、行政機関勤務の医師は全国で1,805人となっており、その中に自治体保健衛生部局（本庁）や保健所医師が含まれている。人口10万対の行政機関医師数は全国平均1.4、都道府県単位では平均以上の東京都3.5、北海道2.0、島根県2.1から、平均以下の静岡県0.6、茨城県0.5と地域偏在も見られる[1]。人口10万人対の保健師数においても、全国平均は26.5人であるが、都道府県単位では島根県、高知県、山梨県、長野県、和歌山県が35人以上、東京、神奈川県、埼玉県、大阪府は16人未満といった地域差もある[2]。都市部と地方を比較すると人口密度や自治体面積、交通機関の整備や医療機関数などの違いも大きい。業務内容について、県型保健所は管内に複数の市町村を管轄することが多く、広域かつ専門性の高い保健衛生行政を担っているが、市型保健所は保健所業務と市町村業務を一体化し、より住民に近い身近なサービスを担っている。

保健所の新型コロナウイルス感染症対応は、医師であ

る保健所長が陣頭指揮を執り、都道府県本庁の行政医師がその立案に関与する役割を担っているが、いずれの行政組織もマンパワーが圧倒的に不足しているため、交代できない体制にあった。これらの背景を勘案しつつ、2020年2月～2022年8月までの自治体及び保健所の新型コロナウイルス感染症対応を振り返る。

III. 保健所の新型コロナウイルス感染症対応

新型コロナウイルス感染症対策は保健所が中心になって「感染症法」上、全国的に共通する業務を行うが、都道府県単位で感染者の発生状況や医療資源が異なり、さらに、今回の新型コロナウイルス感染症では保健所の対応能力を大きく上回る対応が求められたため、現実的には全国一律ではなく地域の実情により、それぞれの自治体で工夫した対応がなされてきた。自治体の裁量が認められたことは良い面もあるが、一方で、自治体の対策方針立案に各自治体の長の意向が強く反映され、それは時に保健所が行う対応を困難にした面もあるという意見も聞く。執筆現在（2022年8月）、第7波と言われるオミクロン株のBA.5系統が大流行しているが、第1波から今までの経過において、全国的に共通した対応と発生状況や地域により特徴的な事例も含めて、今後のパンデミックを見据えた感染症対策のあり方を述べる。

1. 全国共通に実施した新型コロナウイルス感染症対応 新型コロナウイルス感染症が指定感染症となった2020

年2月当初から、全国の保健所で対応した業務を表1に示す。これらは全て感染症法に基づき、患者発生の有無に関わらず相談、検査や医療機関との情報共有を行った。住民への啓発などは日常の延長線上の感染症対策であったが、実際、患者発生を経験してからは通常業務を制限しても、新型コロナウイルス対応を優先するという危機管理が続き、特に緊急事態宣言が出されてからは、それに従った措置に応じて自治体および保健所の対応も感染症対応を超え、担当部署以外に全庁的な新型コロナウイルス対策が行われた。

これらの業務の中で、感染者本人や医療機関との連絡は主に電話で対応していたが、保健所職員がPPE（个人防护具）を装備し患者宅や医療機関へ訪問する場合もあった。疑い事例を含めて新型コロナ感染症患者に関して事件性が考えられる際には警察と同行し、労務災害認定が申請された際には意見書を提出するなど、感染症患者への医療の提供や地域での感染拡大防止のための業務とは異なる種々の事務手続きにおいても多岐にわたる対応を行った。

なお、これらの業務については、2020年4月4日に事務連絡「保健所の体制強化のためのチェックリストについて」が発出され、衛生主管部局以外の事務職員による支援が考えられる業務や、外部委託が可能な業務や新型コロナウイルス対応以外に国に報告する統計調査や各種許可業務など、縮小・延期等が可能な業務をリスト化されたため、自治体によっては地域の発生状況や即応体制の整備状況により、継続された業務は異なっ

表1 感染症法に基づく感染症対策の主な業務

相談	新型コロナウイルス相談センター（有症状者等の電話相談） 帰国者・接触者等の専用外来へ受診調整（医療機関からの相談を含む）
検査	行政検査（PCR検査）受付・地方衛生研究所へ検体搬送 疑い患者や濃厚接触者のPCR検査の検体採取・PCR検査等の実施
届出	発生届受理・システム（NESID～HER-SYS）入力・都道府県や国へ報告
療養方針・入院調整等	患者等発生時に本人及び医療機関と連絡調整・療養方針決定 感染症診査協議会の開催（公費負担・入院勧告・就業制限） 入院勧告・就業制限・自宅待機の要請・入院/宿泊調整・移送（救急要請含む）
健康観察	自宅療養患者の健康観察・病状把握（My HER-SYS）・帰国者や感染者家族および濃厚接触者なども含め、自宅内の感染対策や消毒方法に関する指導等
調査および感染拡大防止	積極的疫学調査（「時・人・場所」を探知・クラスター対策を含む） 施設・企業等（患者職場、利用施設等を含む）への相談対応・指導 医療機関における感染対策の実地確認（患者や職員の動線・検体の扱い等） 医療用資機材（マスク・防護服等）の需要・在庫調査、確保・配布
情報共有や連携	医療体制について医療機関（病院・医師会等）へ説明や交渉、連携会議 診療に関する問合わせ・ホットライン設置・メーリングリスト
広報や啓発	広報及び取材対応、市HP・保健所公式ツイッターやLINE等SNSの活用、多言語対応、外国語ポスターの作成等 管内市町村と情報共有や住民啓発等に関する専門的科学的見地からの助言
組織内調整	補助金申請に係る調査・報告（都道府県・国との調整） 新型コロナ対応について本庁や他の保健所等との意見交換や調整会議等

ている。その後、2021年1月8日、10月1日に「保健所体制の整備について」事務連絡が出され、さらに「オミクロン株の感染流行に備えた保健・医療体制の強化について」は12月22日、2022年1月12日、3月2日、3月18日、4月4日、4月28日に、相次いで事務連絡が出され、7月22日、7月30日、8月5日、8月16日、8月24日には、「医療機関・保健所の負担軽減等」を考慮した事務連絡が短期間で発出されている。

よって、現在まで新型コロナウイルス感染症対応の全てが、保健所単独で維持されているわけではなく、全庁体制や外部への業務委託によって、対応しているところも多い。一方、全庁的にみても、その業務負担は過大となっているにもかかわらず、対応が長期化し世間の関心が薄れつつある状況では、どこまで保健所の支援を継続しなければならないのか、自治体内部で議論される場面も多くなっている。

2. 感染者の発生状況による時期による対応

図1に新型コロナウイルス感染症の発生状況、表2にピーク時における1日の届出数を示す。

1) 保健所の健康危機管理対応が始まった第1波（2020年春）

帰国者・接触者相談センターは自治体が設置することとされ、保健所がほぼその役割を担っていた。2月15日厚生労働省事務連絡により「帰国者・接触者相談セン

ターの更なる充実」が各都道府県衛生主管部へ発出された。2月17日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について」は、帰国者・接触者相談センターへの相談は発熱が4日以上継続した場合とされ、保健所には「手遅れになる」「早く検査をしる」といった苦情や恫喝が住民や医療機関から殺到した。同日、事務連絡「新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について（依頼）」により、検査対象は医師の総合的な判断で柔軟に、と補足されたが、外来医療機関の設置数や地方衛生研究所でのPCR検査体制など供給が必要に追い付かず、混乱が続くことになった。2月25日、政府の新型コロナウイルス感染症対策本部で「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」が示され、3月1日には「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策の移行について」のうち、サーベイランス／感染拡大防止策について、保健所の対応に関しては、「(1)現行体制から、及び(2)状況の進展に応じて講じていくべき施策として、地域で新型コロナウイルス感染症の疑い患者が増加し、全件PCR等病原体検査を実施すると重症者に対する検査に支障が出るおそれがあると判断される場合には、PCR等検査は重症化防止の観点から、入院を要する肺炎患者等の診断・治療に必要な検査を優先する。」とされた。これは、その当時にクラスターが発生した地域を鑑み、重症化しやすい者を守り、拡大防止も見据えたものと考えられた。

3月4日には「新型コロナウイルス核酸検出の保険適

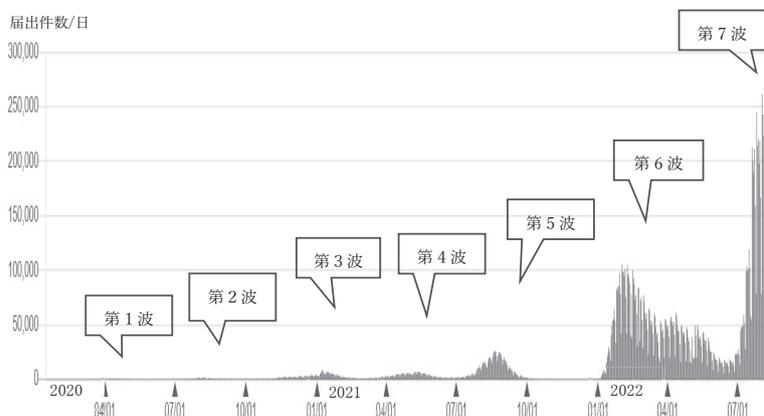


図1 新型コロナウイルス感染症の発生状況（全国）2020年～2022年8月

表2 ピーク時における1日の届出数（件）

*2022年8月末現在

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波*
ピーク日	4/11	8/7	1/8	5/8	8/20	2/1	8/2
最大届出数/日（件）	644	1,597	8,045	7,244	25,975	104,494	264,644
ウイルスの特性	武漢株（ウイルス変異以前）			α株	δ株	ο株 BA.2	ο株 BA.5
社会背景	初の緊急事態宣言	COCOA HER-SYS開始	GoToキャンペーン	4月～高齢者ワクチン	東京オリパラ	限定的海外渡航解除	国内行動制限なし

用に伴う行政検査の取扱いについて」が通知され、保健所を介さずとも帰国者接触者外来の医師から民間検査機関への委託も可能となり、行政がその検査体制拡大の整備を担った。3月11日には、保健所の業務増大に際し、帰国者・接触者相談センターの業務委託について事務連絡が出され、3月下旬には帰国者接触者外来と同様の機能を持つ医療機関での行政検査（PCR検査）の体制整備や、サーベイランスについては、新型コロナウイルス感染症においてもNESIDのファイル共有システムを活用して、自治体間で感染症発生動向に関する情報共有（診断週・保健所・発症者の性/年齢・検査結果・推定感染地・推定感染経路など）を4月2日から実施するよう事務連絡が出された。

第1波は最初の緊急事態宣言による措置期間と重なり、通常体制から危機発生時の新型コロナウイルス対策業務への切替えにおいて、実際の患者対応の有無に関わらず、相談や検査・受診調整などの電話対応の急増、検体搬送や疑い事例を含む患者の移送、感染症法事務処理等の膨大な需要と供給不足のアンバランスのため多くの保健所で人員不足が生じた。しかし保健所内では感染症対策部門以外からの応援や事業継続計画（BCP）発動の効果も乏しく、自治体内の全庁体制や交替勤務制とすることも難しい状況にも関わらず、感染者の早期発見と地域の感染拡大防止という任務遂行は超過勤務や過重労働につながり、特に保健師へ負荷が偏重していた。

さらに新型コロナウイルス感染症患者の増大を見越して、宿泊及び自宅療養のフォローアップ及び感染管理対策に関する具体的な事務連絡により、自宅療養及び宿泊療養の対象者が示され都道府県等にその環境整備を呼びかけられた。よって、入院病床数の圧迫を避けるため軽症及び無症状者に対して、既に第1波の時から東京や大阪など都市部の保健所は自宅療養の運用を始めていた。

2) 積極的疫学調査の充実や保健所の体制整備が目立った第2波（2020年夏）

新型コロナウイルスの感染可能期間は発症前2日からという特徴を踏まえ、感染源探求や濃厚接触者の特定には、「遡り調査」が推奨されていた。感染可能期間から潜伏期を鑑み、その間の接触者は後日、発病する恐れがある対象として、就業制限はかけなかったが、行動自粛として当初は新型コロナウイルス感染症患者との接触から、2週間程度自宅待機をお願いした。夏休みやお盆の時期となり全国的な移動が想定された時期であり、政府は国民に遠方への行動自粛を呼びかけた。ただし、日常生活範囲においても集団発生は起こりうるため、ライブハウスやカラオケ、パーティーなどのイベントや観劇、スポーツ観戦の興行の際に感染者が発生した場合、積極的疫学調査は多くの保健所が「クラスター対策」として精力的に行っていた。そのため国立感染症研究所の実地疫学専門家（FETP）や厚生労働省クラスター支援班を始め、自治体外部からの技術的な応援が自治体に入った事例もあった。

3) 新型コロナウイルス感染症が指定感染症から「新型コロナウイルス感染症等感染症」に類型変更された第3波（2021年冬）

GoToトラベルの推進から年末年始にかけて懸念された人の移動の増加やイベントのみならず、職場や高齢者の利用する介護施設などでも集団発生（クラスター）が発生し、保健所では慎重な感染症対応が続けられた。2020年10月14日に政令改正の通知により、医療資源を重症者や重症化リスクのある者に配分する重点化の観点から、新型コロナウイルス感染症に係る入院の勧告・措置が見直され、軽症者には自宅及び宿泊療養を求めるとされたが、自治体によっては感染状況や病床確保状況から入院を中心とした措置を継続した自治体もあった。全国知事会の要望もあり、2021年1月27日に感染症法の改正により入院勧告に従わない場合、措置の実効性の担保として当該患者に罰則規定が設けられたが、保健所は感染者に適切な医療を提供するためには罰則ではなく、支援者として対応するための調整を行う立場から、この改正には知事会とは異なった見解を持ったが、実際、罰則の運用に至った事例は確認していない。新型コロナウイルス感染症が指定感染症の期限を過ぎることから、「新型コロナウイルス感染症等感染症」に位置付けられたが、2類相当の対応はほぼそのまま延長された。

4) 入院病床が足りずに、保健所が積極的に医療介入を行った第4波（2021年春）

4月15日には健康局健康課長通知「保健所における縮小、延期等の柔軟な対応が可能な業務リスト（令和3年度）について」が発出され、保健所の従来業務である、監視指導業務（医事業事、食品衛生関係）、対人・保健サービス（健康増進事業・健康相談・健康教育・HIV検査等）、調査・報告（人口動態・患者調査・国民生活調査等）実習生受入れなどは、縮小、簡略化、延期、中止等柔軟な対応が可能であることを都道府県等から保健所に周知するよう示された。実際の運用は地域の感染状況や保健所運営の現状に合わせて、全国的には異なった対応ではあったが、新型コロナウイルス感染症対策に重点を置かれることとなり、他の業務よりも優先された。また、「新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材（IHEAT: Infectious disease Health Emergency Assistance Team）の運用要領（令和3年度）」により、事務局を日本公衆衛生協会が担うこととなり、都道府県の実情に応じて保健師等の応援による人材バンクが活用できるようシステム化された。

なお、新型コロナウイルスワクチンについて、医療従事者や医学的ハイリスクのある者を優先したワクチン接種が2月から開始されたが、この時期は高齢者を含む一般国民の接種の十分な推進に至らず、自治体によっては入院病床数が指定医療機関に限定されたまま、特措法での医療機関協力要請などパンデミックに対応する病床拡大への準備が出来ていなかった時期と思われ、抗体カクテル療法をはじめとする治療方法や抗ウイルス薬の普及

も十分ではなかった。その影響を大きく受けたのは兵庫県や大阪府で、変異ウイルスであるアルファ株の流行により感染者数が増え、重症者対応について肺炎や呼吸機能低下などによる入院を必要とする事例においても、必要な医療につなげることが出来ず、保健所が酸素濃縮器を手配して患者の自宅に配置して訪問看護師と連携し入院を待ったり、発生届を出した医師に、新型コロナウイルス感染症の診療の手引きを参考にステロイド薬の処方依頼したり、保健所長が臨床医に代わって医療行為や指示を行った保健所もあった。深夜を含め救急要請された場合の搬送先の手配についても、保健所が新型コロナウイルス感染症の医療の主軸までを担うような事態になっていた。重症者を優先するための入院トリアージや高齢者の看取りも見越したDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の確認を保健所が行っていた。住民の命を守らなければならないと思いつつ、命を選別するような対応を続けなければいけないジレンマは、長時間労働以上に職員のトラウマになった。

これらを経験した地域からは、のちの東京を中心とした都市部の第5波の全国的な流行に備えるよう、情報発信をしていたつもりであったが、「なぜ大阪や兵庫は死亡者が多いのか」「積極的疫学調査やクラスター対策ができていないのではないか」という負い目を受けるような世間の反応にさらされ、特に人口が集中している都市部の保健所の人的物的体制が脆弱であることが注目されたが、応援体制も十分ではなく保健所職員の過重労働と合わせて、心身の不調から休職や離職が相次いだ保健所も見受けられた。

5) 東京オリンピック・パラリンピックと新型コロナウイルス対策が並行した第5波 (2021年夏)

この時期に流行した変異ウイルスはデルタ株が中心で、今までの感染性を超える勢いとなり、感染拡大は世紀のイベントの中心である東京はもとより、第4波ではあまり大きな感染拡大が起こらなかった地方都市にも波及した。オリンピックは観客も入れずに選手とその関係者のみで慎重に開催され、引き続きパラリンピックにおいても「オリパラで感染は大きく広がらなかった」と解釈をする風潮であったが、これらのイベントの周辺では、感染者の急増により高齢者のみならず中高年で悪化リスクを持つ感染者が、重症化しても必要な治療につながらなかったり、対応可能な医療機関が限定されていたり、一般医療の提供にも影響し、新型コロナに関連した致死率が高い印象がぬぐえなかった。人工呼吸器や体外循環回路 (ECMO: Extracorporeal membrane oxygenation) の装置が最も求められたのはこの時期であった。

特に夏の移動はお盆による帰省時期とも重なり、行動制限は一部では呼びかけられていたものの、2020年ほどは徹底されなかったため、地方都市でも大きな流行が引き起こされた。また、それまで地方都市では入院以外の患者は全て宿泊施設へ入所し自宅療養者は稀で、接触者全員に対する行政によるPCR検査等の対応ができていた

ところもあったが、感染者の急増に伴い保健所ではその実施が困難な状況に陥った。しかし自治体によっては、本庁内で対策を変更する必要性の理解が進まず、入所や検査を求める住民からの困難な要望に保健所が板挟みとなって苦慮する状況も多くみられた。

6) オミクロン株が主となり軽症の感染者が拡大した第6波 (2022年冬)

ワクチン接種の推進が功を奏したか、ウイルスの変異の入れ替わりの時期だったのか、秋には数か月、流行が落ち着いた季節を迎えたが、年末からオミクロン株の感染力の高さと病原性の低下が海外から報じられるようになり、1月中旬から日本でも感染者数は急増した。3回目のワクチン接種は12月に医療従事者から始まり、高齢者への接種はやや遅れてのスタートとなった。高齢者への接種率が上がらない中、第6波に突入したことから、当初は高齢者の死亡も多い状況であったが、接種率が上がるにつれて感染者数に対する死亡数の率は減少した。コロナ診療を行う多くの医療機関では、ワクチン接種との両立に苦勞していた。抗原検査キットの流通が滞り、十分な納品がされないため診療できないという苦情も保健所に寄せられた。そのため地域によっては、濃厚接触者が発症した場合には検査を必要としない臨床診断による“みなし陽性”を認めるようになった。新型コロナウイルス感染者が医療保険会社や職場に提出するための書類である“療養証明書”の発行を求める申請数も急増し、保健所の本来業務である感染対策とは結び付かない業務の負荷が、各地の保健所を苦しめた。

この変異ウイルスは第5波の2倍以上の感染者数になるという推定もあり、ワクチンや複数の治療薬の承認も進んだことから、対応病床数増加を計画し医療が必要な場合のアクセスを確保することや事務処理に関してはさらに業務委託を勧める備えを行った自治体もあった。ただし、それまでの対応経験が乏しかった地域では、保健所が従来の積極的疫学調査を続ける自治体もあり、感染者数急増のため、ファーストタッチとしての感染者への連絡や聞き取りに膨大な時間を要した。軽症者が多かったため自宅療養者が増え、隔離期間中の配食の手配なども保健所が窓口となったことから、「対応が遅い」「食べるものがない」などの訴えにも自治体は耐えて務めていた。

7) 社会の行動制限が無い中で感染力の増したオミクロン株BA.5が大流行した第7波 (2022年夏)

全国どこの自治体でも毎日の新規感染者数の更新が報道され、地方都市では若年者の患者増加に伴い、家庭などで感染した職員が高齢者施設に入所する高齢者に感染を広げる状況であった。ワクチン接種から期間が経過していたことも相まって、重症化する高齢者が一定数おり、再び入院施設に大きな負担がかかる状況となった。オミクロンの派生型であるBA.5がゴールデンウィーク前後に国内各地で増え始め、これまで爆発的な患者数の増加を経験したことのない地方都市においても、陽性者への

ファーストタッチに数日を要する保健所が増えた。国からは、業務の外部委託化を進めるよう通知が何度も出されたが、地方都市では委託先も限られるため保健所の業務負担はなかなか軽減しなかった。本庁による業務一元化や自治体内の応援や外部委託が進んだ自治体では、軽症者の対応や事務文書についての負担が軽減されたが、保健師は病状悪化リスクの高い高齢者や基礎疾患を有する入院が必要な患者の入院調整や施設対応に追われていた。また、出産を間近に控える妊婦や透析が必要な患者や造血系の悪性腫瘍の患者が新型コロナウイルスに感染した際には、新型コロナウイルス感染症の病状は軽度でも、現症に対する医療を待たせるわけにはいかない状況であり、入院施設の確保に難渋した。

80歳代以上の超高齢者にも感染が広がったが、重症化率はこれまでの波よりも低かった。しかし、発生数が増えれば、一定数の重症者は避けられず、多くの高齢者が入院施設を占めることとなった。今までの経験を超える勢いで高齢者施設でのクラスターが多発し、入院できない場合は施設内療養を余儀なくされ、通常の介護に加えてPPEの着脱、ゾーニング、感染対策に非常に気を使うこととなり、介護職員の負担も増大した。ただ、これまでの波と異なるのは、高齢者施設での治療や療養継続に協力する医療機関等も徐々に増えたことと、施設職員への感染対策研修等の成果で施設内療養に対する施設スタッフの受け入れのハードルが下がったことであった。

3. 地域の実情に応じて工夫した自治体の対応

都道府県単位で、感染症の発生状況や医療資源の違いもあり、具体的な業務内容や方法は全国一律ではなく、現実的には地域の実情により、対応はそれぞれの自治体で工夫された。

1) 全庁体制の早期の整備

感染拡大が早期に起こった地域においては、都道府県本庁と保健所の指揮命令系統を整備し、専門職と事務職のそれぞれの役割を決め分担して対応した。保健所設置市を含み都道府県単位で事務処理を一元化したところもあった。

2) 関係機関によるコミュニケーションの推進

本庁が主催し、保健所とコロナ受け入れ医療機関等関係者が参加するWEB会議によって、円滑なコミュニケーションが可能となった。保健所や医療圏単位で民間病院や医師会を含めオンラインの活用で頻回な会議を繰り返したことも連携の推進につながった。

3) 歓楽街でのPCR検査

都市部における接待を伴う飲食店などでは、従業員と利用客の接触度合いが強く、感染を広げる機会になることを危惧し、その地域を含む自治体では感染予防啓発を兼ね、業者との信頼関係を保ちながらPCR検査を受検しやすい対応を行った。大規模クラスターなどの報告は見られず一定の成果を得たという評価もあったが、その地域やそこで働く人達が感染の温床になるといった「夜の

街」の風評被害や誹謗中傷のような禍根も生じた。

4) IHEATの要請

感染者数が急増した第6波の早期に、IHEATは自治体の判断で要請し、保健所の業務応援のためIHEATの専門職を会計年度職員として短期雇用した。システムに応募があった医師、保健師、看護師、薬剤師等が積極的疫学調査や療養中の健康観察に従事した。ただし、それらの勤務実績確認や業務マネジメントの重要性が受援側の課題となった。

5) 積極的疫学調査の重点化

本来の積極的疫学調査は、感染源探求や感染拡大防止であるが、感染者急増にはその方法論は効果的ではなく、感染者の病状把握により医療が必要な対象者を限定するための重点化を行った。ただし、戦略的に重点化したのではなく、保健所の対応能力を超えた感染者数が発生し感染経路も負えなくなったため、保健所単位で重点化を先行し、それを本庁に追認される形で切り替えたところもあった。住民には重点化によっても万全な対応を行っていると感じたい本庁（首長）と現場の保健所間で大きなミスコミュニケーションが生じた自治体もあった。

6) 一般医療機関を含め地域医療連携の活用

新型コロナウイルス感染症と診断した医療機関で自宅療養のフォローを基本として健康観察を行い、増悪時は主治医を受診し、それが出来ない場合は、担当住所地別に担当病院がフォローし、入院、転院等は医療機関同士で行い、医療圏域を越えた調整は保健所長が行う、という地域医療の枠組みで一般医療への移行を先行した自治体もあった。

7) 感染対策・感染加算・病院ネットワーク

新型コロナウイルス感染症の発生以前から、AMR対策として地域の医療機関による感染症ネットワークの構築を行っていた地域もあり、顔の見える関係の中での取り組みは新型コロナウイルス感染症の診療や感染対策の助言等においても、感染対策加算の上乗せを活用して大学病院などの専門機関などと協力した圏域もあった。

4. 国からの通知、事務連絡等

刻々と変化する情勢に追従した内容もあったが、多数の文書が各自治体および医療機関へ発出された。保健所に関連する件数のみを表3に示したが、医療機関等へ関連する文書を含めると、連日または1日に複数件の発出があり、所内で読み込んで理解するまでに難渋し、管内

表3 新型コロナウイルス感染症に関する文書（2020年2月～2022年8月）

保健所に関する国からの事務連絡および通知	発出数
・保健所体制に関するもの	39
・積極的疫学調査に関するもの	25
・自宅療養・宿泊療養に関するもの	12
・緊急包括支援事業・包括支援交付金等	17
・その他（小児の感染・マスク・選挙・広域火葬等）	7

の医療機関や関係機関へ伝達し周知のためには、さらに鑑文を加えたり説明会を開いたり、交付金関連においては制度の周知のみならず、予算計上や対象の施設の代行申請なども含め、かなりの事務に忙殺された。

IV. 全国保健所長会の活動

全国保健所長会から国（厚生労働大臣や健康局長等）への要望や提言など、保健所の立場から行った意見活動を表4に示す。

この中で主な活動について抜粋すると、2020年3月6日には最初の要望として、今後、長期化が考えられる感染症対応の方向性について、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における緊急要望」を厚生労働省に提出した。同時期に全国の保健所を対象に行った「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する緊急アンケート」[2]（健康危機管理委員会/厚生労働科学研究費補助金事業：尾島班）は2020年3月末の状況を見たもので、回答保健所（257/469保健所：回収率55%）の6割は、全て保健所直営で当直やオンコールを含め「帰国者・接触者相談センター」で対応しており、発生届の有無に関わらず、帰国者・接触者相談センターから帰国者・接触者外来への受診調整および行政検査の実施や検体搬送、管内医療機関や地区医師会等と連絡調整などに邁進していた。実際は、半数以上の保健所では新型コロナウイルス感染症患者の届出が無かったため、患者対応を経験しておらず、5人以上の発生届に対応したのは、2割程度（54保健所）であった。これは、初期の対応として体制が十分ではない段階の保健所の現状を示したもので、相談、検査、医療体制などの課題が浮き彫りになった。記者クラブでオンライン会見する機会を得たことから、資料公開となりメディアの取材を受け、厚生労働省へ現場からの声を届ける手段のひとつとなった。

2020年12月8日には「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における緊急提言」を全国保健所長会会でまとめた。課題として、感染者の急増・高齢者の入院療養の課題・保健所業務の逼迫を挙げ、感染拡大が生じている地域では感染症法上の運用を柔軟に、優先順位を付けて対応することや発生届様式の変更、指定感染症の検証などを提案し、国にも保健所設置自治体（首長）に対して、都道府県の判断で医療および介護福祉施設等へ感染対策（医療・介護職員の人的支援および個人感染防護具（PPE）の補充）の支援を可能とすることや、入院以外、宿泊や自宅療養を行った感染者の自己負担（医療費及び生活費）の軽減、更に年末年始の検査及び受診相談、医療調整における体制の確保等を要望した。

また、指定感染症の指定期間延長や感染症法の改正の議論があり、2021年1月27日に全国保健所長会から、主に次の4点について意見を提出した。①新型コロナウイルス感染症の位置づけ ②国や地方自治体間の情報連携 ③宿泊療養等の実効性の確保 ④国と地方自治体の役割・権限の強化についてである。これらは法改正（案）に関して、新型コロナウイルス感染症を「新型インフルエンザ等感染症」と位置づけた場合に「特別な病気」とのイメージが広がるおそれや、実効性を担保するための罰則規定などについて、解決すべき課題があり慎重な検討が必要と述べ、過去の伝染病予防法や、らい予防法、エイズ予防法の反省から成立した「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」の理念に沿って、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療の提供の確保という、感染症対策の目的を遂行することができるよう持続可能な保健所の使命を訴えたものでもあった。（全国保健所長会HPに詳細掲載）

さらに外部への発信のみならず、全国保健所長会総会（2021.12.20書面開催）では、所長会会員向けに健康危機管理に関する委員会で検討していた「健康危機管理の

表4 全国保健所長会の意見活動

緊急提言・意見・要望活動等	提出時期
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における緊急要望	2020年3月
新型コロナウイルス「保健所の現状」：日本記者クラブにてオンライン会見	2020年4月
新型コロナウイルス感染症の検査についての緊急要望	2020年5月
新型コロナウイルス感染症対策に係る保健所行政及び予算に関する要望書	2020年7月
新型コロナウイルス感染症の患者に関する自宅療養の取り扱いについて	2020年8月
令和3年（2021）度保健所行政の施策及び予算に関する要望書	2020年10月
新型コロナウイルス（COVID-19）対策における緊急提言	2020年12月
感染症法（案）についての意見	2021年1月
指定難病の更新申請事務に関する緊急要望（全国衛生部長会と連名）	2021年5月
令和4年（2022）度保健所行政の施策及び予算に関する要望書	2021年7月
健康危機管理の体制整備に関する提言（全国保健所長会会員向け）	2021年12月
感染拡大の多くが軽症である新型コロナウイルス感染症対策について	2022年2月
令和5年（2023）度保健所行政の施策及び予算に関する要望書	2022年6月
流行の急拡大における新型コロナウイルス感染症対策における緊急提案	2022年8月

表 5 健康危機管理の体制整備に関する提言

<p>保健所は健康危機管理の拠点として、常にマネジメント能力を維持し、危機発生時には機動力を高めるよう、以下の事項について会員の資質向上のために、提言する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康危機管理に関する事象（感染症・食中毒・災害・事故等）を判断できる 2. 危機事象発生の際には、初期対応が可能な組織体制を構築する 3. 有用な情報や科学的な知見を対策に反映する公衆衛生マインドを養う 4. 平常時から地域をつなぐ関係機関のネットワークを構築する 5. 受援及び支援を想定した対応訓練や研修を継続する 6. 対応経験はPDCAを意図して分析や評価を行い、将来の健康危機に備える 7. 職員の心身の健康管理と持続可能な業務体制を構築する

体制整備に関する提言」を公表した（表5）。

この提言は、まさに健康危機発生時が継続したコロナ禍において、指揮命令系統や業務マネジメントの重要性を実感したことから、情報収集と科学的な理解によって対策へ反映する保健所機能を発揮するため、平時から危機発生時に備えた対応において、保健所長がリーダーシップを取るべく、保健所の信頼を高めるため、全国保健所長会の会員に呼びかけたものである。特に先の見えないトンネルの中で新型コロナウイルス感染症対応を2年以上継続し、疲弊した職員を見るにつれ、常に仲間を守る責任を意識し、心身に過重とならない職場の環境整備を忘れてはならないことを改めて加えた。

V. 新型コロナウイルス対策に集中した保健所業務の課題

感染症法における「2類相当の指定感染症」で始まった新型コロナウイルス感染症は、2022年1月以降に流行した変異ウイルス（オミクロン株）の特徴をみると、2年前と比して感染性は増大し、病原性は低下し、結果的に感染者数が急増したが、デルタ株までのウイルスの特徴とは全く疾患概念が異なるのではないかという臨床的な印象が広く定着し、新型インフルエンザ等感染症の位置づけで果たして、特別措置法を適用する疾患なのかという疑問も生じている。2年以上前から、保健所が相談・検査・診断・健康観察・医療・療養解除（アフターコロナ・保険金申請の諸書類含む）に至るまで、全ての感染

者に個々に介入し関わり続けていることは、適切な医療提供に妨げになる場合もあり、特にオミクロン株の特徴に合わせた感染症対応として適切かどうかの議論がある。表6は保健所で実施している主な新型コロナウイルス感染症対応であるが、目的と方法とその課題について示した。

VI. 危機管理マネジメント等の課題

1. リスクコミュニケーション

保健所は管内の地域特性や人口および設置主体により職員数や規模も異なり全国一律の対応ではないが、住民の健康的な生活の維持向上を支えている。現在の仕組みで、災害やパンデミックのような健康危機の発生時に住民を守れるのか課題もあり、地域包括ケアシステムの構築やソーシャルキャピタルの醸成に大きく関わっている。危機発生時に、ロジスティックやリスクコミュニケーションを可能とするには、平時から顔の見える関係の維持が重要である。行政として危機発生の際の非常時のマネジメントやリスクコミュニケーション以前に、平時のマネジメントおよび住民を含めての情報リテラシーの課題がある。

2. 積極的疫学調査の有効的な実施とICTによる情報収集

感染症の発生は「サーベイランス」として探知に始まる。発生届により保健所は個々の感染者について、医療提供を行うことにとどまらず「積極的疫学調査」を行い、

表 6 新型コロナウイルス感染症対策における保健所業務の課題

	検査	発生届	療養方針決定	積極的疫学調査	健康観察
目的	感染症サーベイランス（感染者把握のため）	発症日や病状把握 HER-SYS入力、FAX	症状と基礎疾患や生活背景などを考慮して治療及び感染拡大を防ぐ	感染源対策 感染拡大防止 （濃厚接触者特定と健康観察）	療養中の体調管理・症状経過確認・急変時対応・療養終了の判断
方法	PCR・抗原定量・抗原定性	医師の診断により医療機関が入力 保健所は代行入力	入院（勧告）・移送 宿泊・自宅（施設内） 就業制限	廻り調査 接触者調査 分子疫学調査	電話・自動架電・アプリ / MyHER-SYS・かかりつけ医・訪問看護
課題	方法や時期、検体採取や精度の違いで結果を適切に判断すること	入力に時間がかかると感染者へのアプローチが遅れる	医療機関・宿泊施設の不足、決定が遅れると自宅待機は長引く。入院・宿泊拒否あり	感染者数が多いと疫学調査は重点化 廻り調査は不可能、感染リンク不明の増加	感染者数が多いと症状によりトリアージ 地域医療体制の拡充が必要

地域の発生状況や患者が接触した「時・人・場所」に及ぼす影響などを考えた対策を取る。ただし、この方法は感染者の急増時には有効性は乏しく、感染拡大の最中では医療提供をやむなく優先せざるを得ない状況も重なり、現場のデータはHER-SYSに吸い上げられ還元されるメリットは実感できなかった。情報収集はスマートフォンの普及などから個人が使用できる通信技術や機器などの発展は目覚ましいが、行政内の情報システムは、自治体の整備状況や個人情報保護の扱いの違いもあり、迅速性や情報量は必ずしも有用に活用できるレベルではない。

3. 感染者の公表の在り方

2020年当初は感染者が発生する度に、自治体は疫学調査の公表内容について、個人情報特定しないよう配慮し、慎重に本人に状況確認し報道発表してきた。人口の少ない自治体では感染機会の場所などの公表は、個人情報を出さずとも公表内容には個人が特定される事例もあった[3]。個人を守る立場と感染拡大防止を啓発する立場の保健所は、アンビバレンスに苛まれた。感染症法の理念の下、患者等の人権を尊重し、良質かつ適切な医療の提供の確保という、感染症対策の目的を遂行できるよう、保健所がこれからも、住民の立場に立ち、関係機関とともにあらゆる人々の命と健康を守る使命が持続可能であるようであればならない。

4. 感染症対策における医療と福祉の乖離

最初の緊急事態宣言が出されていた2020年5月頃は、地域での流行を出来る限り抑えるというゼロコロナにも近い対策のもと、国と自治体の方針で住民に制限を与え、医療機関においても限定した病院で感染対策を厳密に行うことで、一般医療機関と分断された対応となった。これまでは、療養型の医療を提供する病院に入院していた患者も、新型コロナウイルス感染症と診断された瞬間に急性期医療を提供するコロナ受け入れ医療機関に入院することとなったことから、患者が必要とする医療や介護を得意とする施設との間にミスマッチが起こるなど、これまで築かれてきた地域医療連携が崩れた。その後の流行は地域によって異なったが、保健所や行政が療養方針の決定や入院調整を行うことが新型コロナウイルス感染症の医療を特別なものとした。高齢者が重症化しやすいことから福祉施設等で入所者が感染した際の対応は当初は「籠城」と言われることもあったが、感染者対応の経験によって自施設での療養ができるように認識が変わってきた。保健所は医療と福祉の橋渡し役として、平常時から感染症に強い地域医療福祉の体制を構築する必要がある。

5. 国と自治体及び自治体内におけるコミュニケーションの課題

国と自治体のコミュニケーションは、首長であれば総務省や内閣府との政治的な事項が常であったと察するが、パンデミックにおいては厚生労働省と保健衛生部局・保

健所の間で実務的なコミュニケーションが必要であった。地方自治の立場では、自治体が主導したいところであるが、新型インフルエンザ等対策特別措置法が適用され国の対応方針に沿った対策の中、自治体に丸投げで判断を任されることも多く、指揮命令系統が混乱していたのではないかと考える。

また、自治体内のコミュニケーションの課題は、県の施策と保健所の対応能力の乖離や医療及び公衆衛生の意見が施策に反映されないことから生じていた。例として、積極的疫学調査の方針の妥当性や継続の可能性、宿泊施設利用率の広報と実態の乖離、入院基準と確保病床数の乖離などが挙げられる。行政の組織的な課題としては、保健所の意見が本庁に伝わりにくく、保健所長が本庁の方針決定に関与する影響力が弱く、上位下達による意思決定や本庁の立場では体制の変化によるリスクを回避する意図なども考えられた。さらに、保健所職員の過重労働となった勤務実態から乖離した対応方針の継続も安全な職場環境整備からは重要な問題であった。

VII. 保健所のBCP・新型コロナウイルス感染症対応以外の業務への影響

これまで、保健所の新型コロナウイルス感染症対応を主に述べてきたが、この2年半の間に、それ以外の保健所業務が滞り、保健センターを含め市町村の母子保健事業や健康増進事業などが中止された[4]。特に感染対策が徹底された時期には、一般住民においても行動自粛の要請や外出における地域の監視の目が甚だしく、学校の休校やオンライン授業、リモート勤務やBCPによる業務量及び内容の低下など、仕事以外においても地域で集合する催しや趣味の集まりは控えられるようになり、孤立や孤独を感じる生活を余儀なくされた。また、家庭内で閉ざされていること自体、運動不足や過剰なストレスとなってDVや子育ての不安に至る懸念も大きかった。パンデミック下では感染症による健康被害と感染防止策がもたらす社会的被害との比較均衡が必要であり、2021年の新型コロナウイルス感染症の死亡と他の死因である肺炎やインフルエンザ、自殺、交通事故との損失余命を比較した場合、新型コロナウイルス感染症は交通事故と同程度で、インフルエンザの2.4倍、肺炎の10分の1、自殺の8分の1であるという研究も報告されている[5]。また、がん検診や特定健診、特定保健指導も利用者数が減り、新型コロナウイルス感染症以外の疾患の受診控えや受診の遅れから、一般医療に多大な影響を及ぼしたことも忘れてはならない。

VIII. 教訓

1. パンデミック対策は危機を事前に想定し、災害対策に準じること

日本は自然災害の多い国であるが故に、地域によって

は過去の教訓を生かし、訓練や研修などの備えをしている。健康危機管理として重要な災害や感染症においては、保健所が平時から備えとしての仕組みづくりや危機発生時の対応、被害からの回復という過程において、主体となることが期待されている。毎年のように発生する水害や地震などに加え、2020年は新型コロナウイルス感染症の対応に始まり、季節や地域によっては複合的な危機を経験した。内閣府防災や厚生労働省では、住民の命を守ることを優先した避難対策マニュアルなどの作成を自治体に呼び掛けている。具体的な避難計画や住民の避難行動について、災害時には避難者を感染症の拡大から守ることも意図した方針を実行する必要がある。要配慮者として、従来、障がい者や高齢者や妊婦などが想定されてきたが、新型コロナウイルス感染症を経験してからは、感染者を要配慮者としてとらえることや、避難所における空間の利用や衛生的な環境整備がより重要となってきた。感染症をゼロリスクにすることは現実的ではないが、常に感染拡大の危機を想定し状況に合わせた対応策を優先するよう考慮しつつバランスをとりながら、どのようにPDCAを回していくのか、目先の対応だけでなく近い将来やその先まで見据えた「対策」を組織的に進めていなければならない。

2. 発生状況や重症度に応じた感染症対応を考慮すること

- (1) 新型コロナウイルス感染症の特徴はつかみにくいが、その疾患概念は既に確立されてよいはずである。変異を繰り返したウイルスであるが、オミクロン株の大流行に際しては、全数把握に限らず新たな発生動向調査や診断（検査含む）・治療の確立、効果的な予防方法の周知を行い、医療従事者のみならず一般市民の理解と行動を促すことが、人権にも配慮した感染拡大防止のために重要である。また、保健所が個々の医療へ介入するのではなく、対策の現場から地域医療福祉等の連携に関与できるような機能強化が鍵となっている。
- (2) オミクロン株による感染はデルタ株に比べて相対的に重症化率や致死率が低いことが示されている[6]。肺炎の発症率については、季節性インフルエンザよりも高いことが示唆されているが、限られたデータであること等を踏まえると、今後もさまざまな分析による検討が必要である。オミクロン株流行後の死亡者は、2021年夏の感染拡大と比べ、80歳以上の占める割合が高く、例えば、感染する前から福祉施設を利用している高齢者が感染し、基礎疾患の悪化等の影響で死亡するなど、新型コロナウイルス感染症が直接の死因でない事例も少なくないことが報告されている[7]。
- (3) 国と地方自治体の情報連携、役割分担と権限を明確にすること

わが国の感染症対策は、感染症法により、国が対応方針の枠組みを作り、地方自治体が設置する保健所が現場対応を行う。健康危機発生時には地域住民に及ぼす

健康影響を少なくするために、管内の市町村と医療機関や介護関連等、関係機関の調整役を果たしてきた。新型コロナウイルス感染症対応が2年半を経過し、未だ国と自治体の指示命令系統が不明確であり、保健所に期待される役割としての権限と実際の業務がミスマッチになっている。

IX. 提言—地方自治体及び保健所の機能向上のために—

1) 感染症を含めた危機に強い地域医療福祉体制を構築する

災害対応に準じて平時・有事・復興の過程において、保健所は地域の関係機関をつなぐハブ機能を発揮する。

2) 誰ひとり取り残さない医療のため、地域の医療機関において機能分担を促す

パンデミックの際に、感染症以外の疾患にも対応できるよう、基礎疾患の管理、外傷や事故の防止・救急体制・ターミナルケア・看取り（ACP）のあり方を住民とともに平時時から備える。

3) 地域の疾病発生状況の把握や分析を行い拡大防止の対策を立案する

地域の発生状況を分析し、医療機関や住民へ情報還元し、啓発やリスクコミュニケーションに活用する。保健所は保健衛生部門の行政機関として、国と自治体および自治体間の情報連携を効果的に行う。

今後、地域における総合的な保健医療福祉システムの構築とともに、全国の公衆衛生の第一線機関としての保健所の果たす役割を明らかにしていくことが重要である。保健所は各関係機関をつなぐハブ機能があり、権限行使は最小限であるほど、その地域は住民とともに醸成されている。医療機関の役割は、患者に必要な医療を提供することであり、福祉施設はセーフティネットとしてパンデミックの際にも個々の生活支援を継続するしくみが必要である。今後も、大規模かつ広域の感染症対策について有効な調整を地域単位で行っていくため、自治体運営と住民の命と健康を維持する「保健所」をリーダーである保健所長を筆頭に医療機関や福祉施設と有機的に連携し、持続可能な社会の枠組みとして活かしていくことが重要である。

謝辞

ご協力いただいた全国保健所長会に深謝申し上げます。

利益相反

この報告に際して開示すべきCOIはない。

引用文献

- [1] 厚生労働省. 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計・統計表. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reiwa 2 (2020) nen ishi shikaishi yakuzaishi tokei/ tokeihyo.] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/dl/R02_toukeihyo.pdf (in Japanese)(accessed 2022-09-11)
- [2] 尾島俊之, 白井千香, 大木本繁, 内田勝彦, 佐伯圭吾, 福永一郎, 他. 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「地域保健における保健所に求められる役割の明確化に向けた研究」(研究代表者: 尾島俊之) 令和2年度総括・分担研究報告書. 2021. Ojima T, Shirai C, Okimoto S, Uchida K, Saeki K, Fukunaga I, et al. [Research on Health Security Control, Health, Labour and Welfare Sciences Research Grants. Chiiki hoken ni okeru hokenjo ni motomerareru yakuwari no meikakuka ni muketa kenkyu (kenkyu daihyosha: OJIMA Toshiyuki) Reiwa 2 nendo sokatsu buntan kenkyu hokokusho.] 2021.
- [3] 永井亜貴子, 李怡然, 藤澤空見子, 武藤香織. 地方自治体におけるCOVID-19感染者に関する情報公開の実態. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69(7):554-567. Nagai A, Ri I, Fujisawa K, Muto K, et al. [Chiho jichitai ni okeru COVID-19 kansensha ni kansuru joho kokai no jittai.] Japanese Journal of Public Health. 2022;69(7):554-567.
- [4] 富岡公子, 山田全啓, 宇野健司, 荒木勇雄, 廣畑弘, 永井仁美, 他. 保健所における新型コロナウイルス感染症への対応: 近畿保健所長会調査報告. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69(6):473-482. Tomioka K, Yamada M, Uno K, Araki I, Hirohata H, Nagai H, et al. [Hokenjo ni okeru shingata coronavirus kansensho eno taio: Kinki hokenjochokai chosa hokoku.] Japanese Journal of Public Health. 2022;69(6):473-482.
- [5] 上田大貴, 川端祐一郎, 藤井聡. 新型コロナウイルス感染死による余命損失に関する研究. 実践政策学. 2021;7:7-12. Ueda D, Kawabata Y, Fujii S. [A Study on years of life lost caused by from COVID-19 in Japan.] Policy and Practices Studies. 2021;7:7-12.
- [6] 厚生労働省. 第6波における重症化率・致死率について(暫定版). 第98回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード事務局提出資料 参考資料2. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Dai 6 ha ni okeru jushokaritsu / chishiritsu ni tsuite (zanteiban).] Dai 98 kai shingata coronavirus kansensho taisaku advisory board jimukyoku teishutsu shiryō sanko shiryō 2. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000987078.pdf> (in Japanese)(accessed 2022-09-14)
- [7] 田中英夫, 他. COVID-19第6波の致死率, 2月から4月に大きく低下. 令和4年度地域保健総合推進事業「新型コロナウイルス対策等推進事業」随時報告. Tanaka H, et al. [COVID-19 Dai 6 ha no chishiritsu, 2 gatsu kara 4 gatsu ni okiku teika.] Reiwa 4 nendo chiiki hoken sogo suishin jigyo shingata coronavirus taisaku to suishin jigyo zuiji hokoku.