

<資料>

新型コロナウイルス感染症対応業務における 保健所長の対応状況とリーダーシップ

赤松友梨¹⁾²⁾, 尾島俊之¹⁾³⁾, 島田裕子⁴⁾, 藤田利枝⁵⁾, 春山早苗⁴⁾

¹⁾ 浜松医科大学ヘルスインフォマティクスセンター

²⁾ 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野

³⁾ 浜松医科大学健康社会医学講座

⁴⁾ 自治医科大学看護学部

⁵⁾ 久留米市保健所

Roles and Leadership of Public Health Center Directors in the COVID-19 pandemic

AKAMATSU Yuri¹⁾²⁾, OJIMA Toshiyuki¹⁾³⁾, SHIMADA Hiroko⁴⁾,
FUJITA Rie⁵⁾, HARUYAMA Sanae⁴⁾

¹⁾ Health Informatics Center, Hamamatsu University School of Medicine

²⁾ Department of Health Informatics, School of Public Health, Kyoto University

³⁾ Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine

⁴⁾ School of Nursing, Jichi Medical University

⁵⁾ Kurume-shi Public Health Center

抄録

目的: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行下, 保健所は健康危機管理の拠点として多岐に渡る業務を行ってきた。その組織の指揮命令系統のトップとしての役割を保健所長は果たしたと考えられる。本研究の目的は, 保健所長が対応した業務, その際にリーダーシップを発揮できたかどうか, 業務の他職種・機関等への委譲/委託/役割分担(以下, 委譲等)の状況を明らかにすることである。

方法: 2022年9-11月に全国の保健所(468箇所)の保健所長を対象に質問紙調査を行った。調査項目のうち, 保健所長及び所属の保健所の属性, COVID-19対応業務(医師業務・医学的調整業務・事務等その他の調整業務(以下, 調整業務)・管理業務の大項目4個から成る計35項目)毎の対応経験・リーダーシップの発揮・委譲等の有無とその先について, 記述統計を行った。

結果: 189箇所(40.4%)の保健所長からの有効回答を分析した。保健所長は1人を除き全員医師で, 所属保健所内医師数は約6割が1人以下だった。半数以上の保健所長がほとんどの業務でリーダーシップを発揮したと回答し, 調整業務を除く多くの業務に対応経験があった一方, 半数以上の保健所長が全業務で委譲等も行っていた。委譲等の先は管理業務を除いては多くの業務で専門職の割合が最も高く, 管理業務では事務職の割合が高くなっていた。保健所長の対応経験の割合が低かった業務(調整業務を除く)は, 医師業務の“診察による重症度判定”(12.2%), 医学的調整業務の“クラスター対応における職員等へのメンタルケア”(41.8%), 管理業務の“記者会見等メディア対応”(39.2%)であった。“診察による重症度判定”は委譲等の先の割合は医療機関が最も多く, “クラスター対応における職員等へのメンタルケア”は委譲等の割合自体が医学的調整業務の中で最も低かった。

結論: 保健所長は多くのCOVID-19対応業務にリーダーシップを発揮し, 対応を行ったと回答した。一方, 委譲等も多くの保健所長が行っており, 保健所長の対応経験が少なかった調整業務や“診察に

連絡先: 赤松友梨

〒431-3192 浜松市中央区半田山1-20-1

TEL: 053-435-2333, FAX: 053-435-2341

E-mail: akamatsu.yuri152@gmail.com

[令和8年3月11日受理]

よる重症度判定”を中心に、委譲等を最初から行えた業務がある可能性が示唆された。また、職員等へのメンタルケアやメディア対応等各業務で振り返る必要がある業務がある。本研究が今後の健康危機管理の対策の一助となることを期待する。

キーワード：保健所長，COVID-19，健康危機管理，地域保健行政，リーダーシップ

Abstract

Objective: During the COVID-19 pandemic, public health centers (PHCs) in Japan played a central role in managing health crisis management, engaging in a wide range of responsibilities. It is assumed that PHC directors, as organizational leaders, were responsible for organizing, allocating, and executing these tasks. This study aimed to examine which types of tasks the directors handled, whether they demonstrated leadership in carrying out the tasks, and which tasks were delegated/contracted/shared (hereafter, “delegated”) with which other organizations or professionals.

Methods: A questionnaire survey was conducted between September and November 2022, targeting directors of all 468 public health centers, in Japan. In addition to the data on characteristics of the directors and PHCs, the data on the experience of handling, demonstrating leadership, delegating, and to which organizations or whom those tasks were delegated, for each of the 35 specific COVID-19-related tasks (classified into clinical tasks, medical coordination, general coordination, and administrative management) was collected. Descriptive statistics were used for analysis.

Results: Valid responses were obtained from 189 directors (response rate: 40.4%). All but one respondent were physicians, and approximately 60% worked in PHCs one or fewer physicians. Over half of the directors had handled most tasks except for coordination tasks, demonstrated leadership in those tasks, and delegated across all tasks. Most tasks except for administrative management were delegated to professionals, while some general coordination tasks and administrative management were delegated to office clerks. The task with the lowest handling rate was “assessment of severity for COVID-19 patients” with only 12.2%; this task was mainly delegated to medical institutions. Among general coordination tasks, “medical communication” was the lowest handling rate and mainly delegated to office clerks. Among medical coordination tasks, “mental health support for staffs at the public health center” was the lowest handling rate and also the low rate of delegation.

Conclusions: PHC directors handled COVID-19-related tasks with demonstration of leadership, and delegated various tasks to other organizations or professionals. It is suggested that general coordination and “assessment of severity level” which few directors had handled could have been delegated from the beginning. Some tasks such as stall mental health care and media communication require review. These findings can inform preparedness and organizational planning for future public health crises.

keywords: public health center director, COVID-19, crisis management, regional health administration, leadership
(accepted for publication, March 11, 2026)

I. 緒言

保健所は、地域住民の健康維持・増進を目的として、1937年に旧保健所法に基づいて設置され、1947年改正の新保健所法を経て、現在は1994年改正の地域保健法に基づいて位置づけられている[1]。平時より、結核・感染症、難病や精神保健福祉、母子・成人保健、環境・食品衛生等多岐にわたる業務を行っているが、加えて、有事の際には健康危機管理の拠点として機能することも重要な業務である[1-3]。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行下では保健所は3年以上にわたり、平時の業務を縮小・中止しながら、COVID-19対応業務を行ってきた[4-6]。その業務内容は、検体採取や搬送、

医療機関・学校・企業等への感染対策の助言や相談対応、自宅療養中のCOVID-19陽性者対応、入院調整、住民からの相談、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19：HER-SYS）等を用いた積極的疫学調査等多岐にわたり、保健所職員の業務は逼迫し、長時間労働やメンタルヘルスの悪化という課題に繋がった[5,7-10]。その業務軽減のため、厚生労働省は各都道府県・保健所設置市・特別区の衛生主管部(局)宛に、「保健所の業務継続のための体制整備について」（令和2年3月13日付け事務連絡）や「保健所の業務継続のための体制整備について（補足）」（令和2年3月17日付け事務連絡）、「保健所の体制強化のためのチェックリストにつ

いて」(令和2年4月4日付け事務連絡)を通じて, 事務職員による支援や外部委託可能な業務, また平時の業務で縮小・延期等が可能と考えられる業務を明確化し, それに基づいて各保健所は業務を整理・遂行したと考えられる[11-13].

これらの保健所業務や保健所という組織全体の指揮を取る役割を担うのが保健所長である[1,3-4]. 米国の危機管理では, 指揮系統の統一と管理を重視したインシデント・コマンド・システム(Incident Command System: ICS)というシステムが用いられる. ICSは, 災害対応等の緊急時において, 複数の組織及び多数の人が関与する状況下でも, 指揮命令系統を明確化し, 役割分担と情報共有を効率的に行うための標準化された管理体制である. 保健所という組織においては, 危機管理時には保健所長にその指揮系統のトップとしての役割が期待される[10,14-15]. 期待される役割として, リーダーシップを発揮して, COVID-19 対応に係る業務を適切な部署や人へ配分することや他機関との連携, 平時の業務の中止・縮小・延期等の判断があったと考えられる. しかし, 保健所長がどの程度その役割を果たすことができたかに関する知見は乏しい.

本研究の目的は, COVID-19 流行下に保健所長が対応した業務と各業務の委譲等の状況, そして各業務で保健所長がリーダーシップを発揮できたかどうかを明らかにすることで, 今後の危機管理に向けて保健所や関係機関等が対策を検討する際の一助とすることである.

II. 方法

1. 使用データ

本研究では, 令和4年4月1日時点の全国保健所 468 箇所(都道府県型保健所 352 箇所と市区型保健所 116 箇所)の保健所長を対象に行った質問紙調査のデータを用いた. なお, 調査対象に保健所支所は含んでいない.

2. 質問紙調査

質問紙調査は, 本研究の説明も記載した調査票(無記名式)をエクセルファイル形式で添付したメールを, 全国保健所長会の事務局を通じて全保健所長に配信した. 複数箇所の保健所を兼務している保健所長には, 保健所毎の回答を依頼した. 調査票回答後, 調査票に記載のURLへのアップロードを行ってもらい調査票の回収を行った. アップロードがなんらかの理由で困難な場合には, 調査票に記載の調査票提出専用のメールアドレスに, 調査票を添付し送信してもらった. 調査票のメール送受信を行うのは研究補助員とし, 研究補助員が匿名化した状態の調査票だけを研究員に送ることで, アップロード・メールアドレスへの送付, いずれにおいても無記名式の調査票であることを担保した.

調査期間は当初, 令和4年9月12日から10月7日を予定していたが, 回収率向上のため再度調査への協力依頼

を行い, 結果, 最終回収日は同年11月8日となった. 調査を行った時期は, COVID-19 第7波のピーク(7月下旬～8月上旬)を過ぎた後である.

3. 質問紙調査 調査票の項目

調査票内の質問項目は, 複数箇所の保健所へのマネジメント支援の経験がある研究者・保健所でのCOVID-19 対応業務の実務経験がある研究者・現役の保健所長の計4名で構成される研究班のメンバー間で主に討議し, 決定した. 討議は令和4年6月～7月にweb会議(3回)とメールで行われた. 本研究では, 調査票の全項目のうち, 下記項目(1)～(4)を用いた.

なお, 調査票内のCOVID-19 対応業務(大項目4個(小項目35個): 医師業務(小項目8個)・医学的調整業務(小項目8個)・事務等その他の調整業務(以下, 調整業務)(小項目11個)・管理業務(小項目8個))は, 各研究者の経験等をもとに本研究のために討議し作成したものである[4-6,10].

(1) 保健所長の所属保健所と保健所長の属性: 所属保健所(都道府県型保健所・市区型保健所), 所属保健所の保健所管内人口規模(10万人未満・10万人以上30万人未満・30万人以上), 所属保健所内の医師数, 保健所長の職種(医師・その他)・行政経験年数・保健所長経験年数

(2)～(4)については, COVID-19 対応業務の小項目毎(35個)の回答をもとめた.

(2) 保健所長としての対応経験の有無(調査時対応中も含む)

(3) 他職種・他機関等への委譲/委託/役割分担(委譲等)の経験の有無, その委譲等の先(専門職・事務職・本庁又は対策本部・医療機関・その他). ただし, 専門職・事務職については保健所の所内の専門職・事務職を含んでいる.

(4) 保健所長として何らかの形でリーダーシップを発揮したと思うかどうか

4. 分析方法

調査票内の本研究への参加同意・不同意の選択欄で参加同意を選択した回答を有効回答とし, 分析を行った. (2)～(4)についてはCOVID-19 対応業務の小項目毎(35個)に算出した.

(1) 保健所長と所属保健所の基本属性については, 有効回答の総数を母数として, 項目に該当する割合($n, \%$)を算出した. 保健所長の行政経験年数と保健所長経験年数については, 各々の平均を標準偏差とともにとめた.

(2) 保健所長としての対応経験の有無については, 対応経験あり・なしの該当数及びその割合を, 母数を有効回答総数としてもとめた.

(3) (2)で保健所長としての対応経験があった業務の中で、他職種・他機関等に委譲等をおこなった割合とその委譲等の先の各割合を、母数を(2)で対応経験ありと回答した数として算出した。

(4) 保健所長としてリーダーシップを発揮したと回答のあった割合を、母数を(2)で対応経験ありと回答した数として算出した。

(2), (3)の他職種・他機関等に委譲等をおこなった割合, (4)については、都道府県型保健所・市区型保健所別に同様の分析を行い、対応経験ありの割合・他職種・他機関等に委譲等をおこなった割合・保健所長としてリーダーシップを発揮したと回答のあった割合の各々について、都道府県型・市区型保健所の2群間比較をピアソンの χ^2 検定（イエーツの補正）を行った。なお、都道府県型保健所は、都道府県が設置し、管内の市区町村支援や広域的・専門的業務・健康危機管理を担う一方で、市区型保健所は、政令指定都市・中核市・その他の政令で定める市・特別区が運営し、県型保健所の業務に加え保健センター業務を担うことが多く、より住民に近い組織となっている[16,17]。

5. 解析手法

統計学的有意水準は5%とし、IBM SPSS Statistics version26およびExcel2019を用いて統計処理を行った。

6. 倫理的配慮

本調査及び研究は、自治医科大学附属病院医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した（臨大 22-088）。本研究への協力は自由意思に基づくものであり、不同意でも不利益は生じないことを書面で説明し、調査票内の参加同意・不同意の選択欄で同意が確認できたものを有効回答とした。

III. 結果

本調査の対象となった全国保健所 468 箇所のうち、191 箇所の保健所長より回答が得られた。調査票で本調査への同意の確認が取れた有効回答数は 189（有効回収率 40.4%）であり、これらを分析対象とした。

1. 保健所長と所属保健所の基本属性（表1）

所属保健所は、有効回答 189 のうち、都道府県型が 126 箇所（66.7%）・市区型保健所が 55 箇所（29.1%）、無回答が 8 箇所であった。保健所内医師数は 113 箇所（59.8%）が 1 人以下で最も多かった。複数箇所を兼務する保健所内医師がいる場合に、週の勤務日数等により小数点記載をする回答があった。保健所長の属性（無回答 11 箇所）では、職種は 1 人を除いて全員医師（177 人）で、行政経験年数は平均が約 20 年、保健所長経験年数は平均約 10 年であった。

表1 保健所長と所属保健所の基本属性

調査項目	全体 (N = 189) n (%)
保健所の概要	
所属保健所	
都道府県型保健所	126 (66.7)
市区型保健所	55 (29.1)
無回答	8 (4.2)
保健所管内人口規模	
10万人未満	52 (27.5)
10万人以上30万人未満	66 (34.9)
30万人以上	68 (36.0)
保健所内医師数	
≤ 1人	113 (59.8)
> 1, ≤ 2人	49 (25.9)
> 2, ≤ 5人	17 (9.0)
> 5人	8 (4.2)
保健所長の基本属性	
職種	
医師	177 (93.7)
その他	1 (1.1)
行政経験年数	
平均 (標準偏差)	20.6 (11.3)
保健所長経験年数	
平均 (標準偏差)	10.2 (8.8)

有効回答189のうち、n = 8は所属保健所（都道府県型、市区型）の回答が欠損していた

2. COVID-19 対応業務の保健所長としての対応経験の有無（表2）

保健所長としての対応経験の有無の割合は、COVID-19 対応業務の大項目（医師業務・医学的調整業務・調整業務・管理業務）による傾向の違いがあった。調整業務以外は、多くの項目で保健所長の対応経験ありの割合が5割を超えていた。対応経験ありの割合が5割未満となったのは、医師業務では“診察による重症度判定”（12.2%）、医学的調整業務では“クラスター対応における職員等へのメンタルケア”（41.8%）、管理業務では“COVID-19 対応職員・外部人材への研修”（43.4%）と“記者会見等メディア対応”（39.2%）のみであった。特に医師業務においては、8項目中6項目で対応経験ありの割合が7割を超えていた。一方、調整業務は、対応経験ありの割合が5割未満の項目が11項目中7項目を占めた。7項目のうち、“議会对応”を除く6項目は、高齢者・障害者施設での療養実施のための対応や精神科・一般病院での入院継続のための対応、COVID-19 診断前の救急車の搬送先調整といった患者に関わる調整で、最も

表2 COVID-19対応業務における、保健所長としての対応経験とリーダーシップの発揮・他職種・機関等への委譲・委託・役割分担の経験の有無

COVID-19対応業務 大項目4個（太字）・小項目35個	対応経験あり					(再掲) 委譲・委託・役割分担あり					(再掲) リーダーシップを發揮した										
	総数		都道府県型		市区型	総数		都道府県型		市区型	総数		都道府県型		市区型						
	N	% (N/189)	N1	% (N1/126)	N2	% (N2/55)	n	% (n/N)	n1	% (n1/N1)	n2	% (n2/N2)	n	% (n/N)	n1	% (n1/N1)	n2	% (n2/N2)	p-value [†]		
医師業務（小項目 8項目）																					
（発症発覚後）発症日（及び療養解除日）の判断	169	(89.4)	118	(93.7)	45	(81.8)	0.030 *	145	(85.8)	96	(81.4)	44	(97.8)	0.015 *	89	(52.7)	59	(50.0)	26	(57.8)	0.476
電話による重症度判定	119	(63.0)	76	(60.3)	40	(72.7)	0.152	99	(83.2)	60	(78.9)	37	(92.5)	0.107	65	(54.6)	43	(56.5)	19	(47.5)	0.462
診療による重症度判定	23	(12.2)	19	(15.1)	4	(7.3)	0.227	17	(73.9)	13	(68.4)	4	(100.0)	0.496	12	(52.2)	10	(52.6)	2	(50.0)	0.649
接触者・濃厚接触者の検出・特定	167	(88.4)	116	(92.1)	46	(83.6)	0.151	124	(74.3)	85	(73.3)	36	(78.3)	0.647	99	(59.3)	70	(60.3)	25	(54.3)	0.602
検体採取及びその関連	137	(72.5)	101	(80.2)	32	(58.2)	0.004 **	97	(70.8)	69	(68.3)	25	(78.1)	0.401	69	(50.4)	53	(52.5)	14	(43.8)	0.511
介護・福祉施設や学校・企業への感染対策に関する助言・相談対応	167	(88.4)	113	(89.7)	48	(87.3)	0.828	144	(86.2)	95	(84.1)	45	(93.8)	0.158	99	(59.3)	71	(62.8)	24	(50.0)	0.181
医療機関への感染対策に関する助言・相談対応	164	(86.8)	110	(87.3)	48	(87.3)	0.812	134	(81.7)	84	(76.4)	45	(93.8)	0.018 *	111	(67.7)	78	(70.9)	30	(62.5)	0.390
組織内職員の健康管理（管理職としての業務も含む）	156	(82.5)	108	(85.7)	44	(80.0)	0.457	91	(58.3)	56	(51.9)	33	(75.0)	0.014 *	94	(60.3)	71	(65.7)	19	(43.2)	0.017
医学的調整業務（小項目 8項目）																					
自宅療養中の居住者への対応	128	(67.7)	85	(67.5)	40	(72.7)	0.596	114	(89.1)	73	(85.9)	39	(97.5)	0.095	74	(57.8)	52	(61.2)	19	(47.5)	0.213
症状悪化時の相談対応	105	(55.6)	71	(56.3)	32	(58.2)	0.948	94	(89.5)	62	(87.3)	30	(93.8)	0.527	47	(44.8)	33	(46.5)	13	(40.6)	0.735
COVID-19以外の症状の相談対応	113	(59.8)	75	(59.5)	35	(63.6)	0.722	97	(85.8)	61	(81.3)	34	(97.1)	0.051	56	(49.6)	43	(57.3)	12	(34.3)	0.041 *
変診先調整																					
入院調整	145	(76.7)	95	(75.4)	45	(81.8)	0.450	120	(82.8)	73	(76.8)	43	(95.6)	0.012 *	85	(58.6)	60	(63.2)	22	(48.9)	0.156
入院の要否判断	117	(61.9)	76	(60.3)	37	(67.3)	0.470	99	(84.6)	62	(81.6)	34	(91.9)	0.247	61	(52.1)	47	(61.8)	12	(32.4)	0.006 **
入院先の選定・調整																					
クラスター対応	156	(82.5)	104	(82.5)	46	(83.6)	0.973	114	(73.1)	71	(68.3)	39	(84.8)	0.056	119	(76.3)	83	(79.8)	30	(65.2)	0.088
全体指揮・各種調整	116	(61.4)	78	(61.9)	34	(61.8)	0.877	95	(81.9)	60	(76.9)	32	(94.1)	0.055	62	(53.4)	46	(59.0)	14	(41.2)	0.126
現地での感染対策の指揮	79	(41.8)	51	(40.5)	25	(45.5)	0.645	50	(63.3)	29	(56.9)	19	(76.0)	0.170	39	(49.4)	27	(52.9)	10	(40.0)	0.414
職員等へのメンタルケア																					
調整業務（小項目 11項目）																					
COVID-19診断前の救急車の搬送先調整	77	(40.7)	51	(40.5)	22	(40.0)	0.917	59	(76.6)	36	(70.6)	20	(90.9)	0.113	31	(40.3)	24	(47.1)	5	(22.7)	0.091
高齢者・障害者施設での療養実施のための対応	87	(46.0)	61	(48.4)	22	(40.0)	0.377	72	(82.8)	48	(78.7)	21	(95.5)	0.142	49	(56.3)	39	(63.9)	7	(31.8)	0.019 *
施設への説明と同意取得	32	(16.9)	21	(16.7)	8	(14.5)	0.891	26	(81.3)	16	(76.2)	7	(87.5)	0.874	11	(34.4)	9	(42.9)	1	(12.5)	0.271
関係者家族へのDNR等説明	88	(46.6)	65	(51.6)	19	(34.5)	0.051	67	(76.1)	46	(70.8)	18	(94.7)	0.064	49	(55.7)	35	(53.8)	9	(47.4)	0.813
医療（往診等）対応の調整																					
精神科・一般病院での入院継続のための対応	92	(48.7)	65	(51.6)	24	(43.6)	0.411	68	(73.9)	44	(67.7)	22	(91.7)	0.043 *	47	(51.1)	34	(52.3)	11	(45.8)	0.762
病院への説明と同意取得	72	(38.1)	52	(41.3)	17	(30.9)	0.249	56	(77.8)	38	(73.1)	15	(88.2)	0.340	35	(48.6)	28	(53.8)	5	(29.4)	0.141
外部の専門的医療支援の調整	123	(65.1)	77	(61.1)	42	(76.4)	0.069	65	(52.8)	38	(49.4)	25	(59.5)	0.384	71	(57.7)	42	(54.5)	26	(61.9)	0.561
首長を含む幹部への報告	51	(27.0)	14	(11.1)	36	(65.5)	<0.001 ***	29	(56.9)	7	(50.0)	22	(61.1)	0.692	27	(52.9)	3	(21.4)	24	(66.7)	0.010 *
議会対応																					
関係機関との調整	171	(90.5)	116	(92.1)	50	(90.9)	0.973	96	(56.1)	60	(51.7)	33	(66.0)	0.126	132	(77.2)	93	(80.2)	35	(70.0)	0.219
医師会・病院	115	(60.8)	77	(61.1)	35	(63.6)	0.877	77	(67.0)	47	(61.0)	27	(77.1)	0.146	78	(67.8)	50	(64.9)	25	(71.4)	0.645
医師会以外の機関・団体	106	(56.1)	88	(69.8)	14	(25.5)	<0.001	76	(71.7)	62	(70.5)	11	(78.6)	0.759	69	(65.1)	59	(67.0)	7	(50.0)	0.348
管内市町村																					
管理業務（小項目 8項目）																					
所内のCOVID-19対応の指揮	163	(86.2)	110	(87.3)	48	(87.3)	0.812	95	(58.3)	57	(51.8)	35	(72.9)	0.022 *	126	(77.3)	89	(80.9)	33	(68.8)	0.142
通常業務の増小・中止等の指揮	155	(82.0)	104	(82.5)	46	(83.6)	0.973	88	(56.8)	50	(48.1)	34	(73.9)	0.006 **	116	(74.8)	80	(76.9)	31	(67.4)	0.305
保健所体制強化のための体制構築の指揮	156	(82.5)	105	(83.3)	46	(83.6)	0.867	95	(60.9)	59	(56.2)	32	(69.6)	0.172	107	(68.6)	73	(69.5)	30	(65.2)	0.739
対応方針や体制等の検討にかかわる定期的な所内会議の開催	157	(83.1)	107	(84.9)	46	(83.6)	0.997	92	(58.6)	60	(56.1)	32	(69.6)	0.167	103	(65.6)	75	(70.1)	27	(58.7)	0.236
COVID-19対応職員・外部人材への研修	82	(43.4)	62	(49.2)	17	(30.9)	0.034 *	63	(76.8)	49	(79.0)	14	(82.4)	0.969	41	(50.0)	32	(51.6)	7	(41.2)	0.625
保健所体制強化のための人材・物量・予算を確保するための本庁（又は対策本部）や財政調整等庁内各所との調整	100	(52.9)	64	(50.8)	32	(58.2)	0.451	73	(73.0)	44	(68.8)	26	(81.3)	0.291	54	(54.0)	36	(56.3)	17	(53.1)	0.942
対応重点化のための保健所業務見直しに関する本庁（又は対策本部）との調整	121	(64.0)	85	(67.5)	33	(60.0)	0.424	74	(61.2)	49	(57.6)	24	(72.7)	0.193	77	(63.6)	57	(67.1)	18	(54.5)	0.292
記者会見やメディア対応	74	(39.2)	36	(28.6)	36	(65.5)	<0.001 ***	45	(60.8)	20	(55.6)	25	(69.4)	0.330	39	(52.7)	16	(44.4)	21	(58.3)	0.346

略語: DNR, Do Not Resuscitate
有効回答189のうち、n = 8は所属保健所（都道府県型、市区型）の回答が欠損していたが、COVID-19対応業務の各項目の該当数によりその欠測数は8を最大として算する

1 都道府県型保健所と市区型保健所の割合の2群間比較において、ピアソンのχ²検定（イエーツの補正）を用いた

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001 を有意差ありとした。

新型コロナウイルス感染症対応業務における保健所長の対応状況とリーダーシップ

割合が低い項目は高齢者・障害者施設での療養実施のための対応の中の“陽性者家族への蘇生術を行わない（Do Not Resuscitate：DNR）等説明”であった（16.9%）。都道府県型・市区型保健所別でもこれらの傾向は大きく変わらなかったが、対応経験が5割未満となった項目のうち、“議会対応”と“記者会見等メディア対応”のみ都道府県型・市区型保健所でも有意に割合が異なり、“議会対応”は総数・都道府県型保健所・市区型保健所各々の対応割

合が27.0%・11.1%・65.5%，“記者会見等メディア対応”は39.2%・28.6%・65.5%であった。

3.COVID-19 対応業務の委譲等の経験とその委譲等の先（表2・3）

3.1 委譲等の経験

COVID-19 対応業務の全小項目35個で、委譲等の経験は5割を超えていた。医師業務では“組織内職員の健康

表3 保健所長がCOVID-19対応業務を委譲・委託・役割分担した際の委譲等の先

COVID-19対応業務 (大項目4個(太字)、小項目35個)	委譲・委託・役割分担先										計		
	専門職		事務職		本庁又は 対策本部		医療機関		その他↑			欠損	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*		N	
医師業務 (8項目)													
(発生届受理後)発症日(及び療養解除日)の判断	112	(77.2)	5	(3.4)	3	(2.1)	8	(5.5)	9	(6.2)	8	(5.5)	145
電話による重症度判定	79	(79.8)	0	(0.0)	1	(1.0)	11	(11.1)	3	(3.0)	5	(5.1)	99
診察による重症度判定	6	(35.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(41.2)	3	(17.6)	1	(5.9)	17
接患者・濃厚接触者の検討・特定	106	(85.5)	4	(3.2)	2	(1.6)	1	(0.8)	8	(6.5)	3	(2.4)	124
検体採取及びその関連	48	(49.5)	2	(2.1)	1	(1.0)	29	(29.9)	9	(9.3)	8	(8.2)	97
介護・福祉施設や学校・企業への感染対策に関わる助言・相談対応	113	(78.5)	4	(2.8)	4	(2.8)	8	(5.6)	9	(6.3)	6	(4.2)	144
医療機関への感染対策に関わる助言・相談対応	106	(79.1)	0	(0.0)	4	(3.0)	7	(5.2)	8	(6.0)	9	(6.7)	134
組織内職員の健康管理(管理職としての用務も含む)	38	(41.8)	39	(42.9)	3	(3.3)	0	(0.0)	6	(6.6)	5	(5.5)	91
医学的調整業務 (8項目)													
自宅療養中の陽性者への対応													
症状悪化時の相談対応	87	(76.3)	1	(0.9)	7	(6.1)	7	(6.1)	8	(7.0)	4	(3.5)	114
COVID-19以外の症状の相談対応	69	(73.4)	2	(2.1)	7	(7.4)	3	(3.2)	8	(8.5)	5	(5.3)	94
受診先調整	71	(73.2)	6	(6.2)	8	(8.2)	2	(2.1)	6	(6.2)	4	(4.1)	97
入院調整													
入院の要否判断	83	(69.2)	1	(0.8)	10	(8.3)	13	(10.8)	6	(5.0)	7	(5.8)	120
入院先の選定・調整	58	(58.6)	3	(3.0)	24	(24.2)	2	(2.0)	6	(6.1)	6	(6.1)	99
クラスター対応													
全体指揮・各種調整	99	(86.8)	2	(1.8)	5	(4.4)	0	(0.0)	5	(4.4)	3	(2.6)	114
現地での感染対策の指揮	66	(69.5)	0	(0.0)	8	(8.4)	6	(6.3)	8	(8.4)	7	(7.4)	95
職員等へのメンタルケア	28	(56.0)	10	(20.0)	2	(4.0)	0	(0.0)	6	(12.0)	4	(8.0)	50
調整業務 (11項目)													
COVID-19診断前の救急車の搬送先調整	39	(66.1)	2	(3.4)	1	(1.7)	2	(3.4)	9	(15.3)	6	(10.2)	59
高齢者・障害者施設での療養実施のための対応													
施設への説明と同意取得	58	(80.6)	3	(4.2)	0	(0.0)	1	(1.4)	6	(8.3)	4	(5.6)	72
陽性者家族へのDNR等説明	19	(73.1)	1	(3.8)	0	(0.0)	1	(3.8)	3	(11.5)	2	(7.7)	26
医療(往診等)対応の調整	49	(73.1)	1	(1.5)	3	(4.5)	5	(7.5)	5	(7.5)	4	(6.0)	67
精神科・一般病院での入院継続のための対応													
病院への説明と同意取得	53	(77.9)	0	(0.0)	2	(2.9)	1	(1.5)	6	(8.8)	6	(8.8)	68
外部の専門的医療支援の調整	38	(67.9)	0	(0.0)	4	(7.1)	2	(3.6)	6	(10.7)	6	(10.7)	56
首長を含む幹部への報告	12	(19.0)	25	(39.7)	9	(14.3)	0	(0.0)	6	(9.5)	11	(17.5)	63
議会対応	4	(13.8)	10	(34.5)	7	(24.1)	0	(0.0)	3	(10.3)	5	(17.2)	29
関係機関との調整													
医師会・病院	56	(58.3)	13	(13.5)	7	(7.3)	2	(2.1)	8	(8.3)	10	(10.4)	96
医師会以外の機関・団体	44	(57.1)	10	(13.0)	10	(13.0)	0	(0.0)	6	(7.8)	7	(9.1)	77
管内市町村	40	(52.6)	19	(25.0)	7	(9.2)	0	(0.0)	4	(5.3)	6	(7.9)	76
管理業務 (8項目)													
所内のCOVID-19対応の指揮	59	(62.1)	18	(18.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(8.4)	10	(10.5)	95
通常業務の縮小・中止等の指揮	29	(33.0)	40	(45.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	9	(10.2)	10	(11.4)	88
保健所体制強化のための体制構築の指揮	24	(25.3)	46	(48.4)	5	(5.3)	0	(0.0)	11	(11.6)	9	(9.5)	95
対応方針や体制等の検討にかかる定期的な所内会議の開催	34	(37.0)	39	(42.4)	3	(3.3)	0	(0.0)	9	(9.8)	7	(7.6)	92
COVID-19対応職員・外部人材への研修	42	(66.7)	6	(9.5)	1	(1.6)	0	(0.0)	7	(11.1)	7	(11.1)	63
保健所体制強化のための人材・物資・予算を確保するための本庁 (又は対策本部)や財政部署等庁内各所との調整	12	(16.4)	45	(61.6)	2	(2.7)	0	(0.0)	9	(12.3)	5	(6.8)	73
対応重点化のための保健所業務見直しに関する本庁(又は対策本部) との調整	27	(36.5)	32	(43.2)	2	(2.7)	0	(0.0)	9	(12.2)	4	(5.4)	74
記者会見等メディア対応	7	(15.6)	20	(44.4)	9	(20.0)	0	(0.0)	5	(11.1)	4	(8.9)	45

略語：DNR, Do Not Resuscitate

* 各々の割合(%)は、その業務に保健所長が対応経験があると回答したN数を母数として算出した

† その他には、専門職・事務職・本庁又は対策本部・医療機関からの重複回答が含まれていた

‡ 計は、保健所長が対応経験があったと回答した数である

管理”(58.3%)を除いて、医学的調整業務では“クラスター対応における職員等へのメンタルケア”(63.3%)を除いて、7割以上の保健所長に委譲等の経験があった。調整業務の中で7割を超えた7項目のうち6項目が、2.1で記述した患者に関わる調整であった。都道府県型・市区型保健所別分析においても、大きく傾向は変わらなかったが、多くの項目が市区型保健所の方が高い割合となっていた。また、“組織内職員の健康管理”は、市区型保健所では75.0%と7割を超えており、都道府県型が51.9%と有意に低くなっていた。

3.2 委譲等の先

委譲等の先は、COVID-19 対応業務の大項目（医師業務・医学的調整業務・調整業務・管理業務）による傾向の違いがあった。管理業務以外は専門職の割合が最も高い項目が多く、特に医学的調整業務では全項目で専門職の割合が最も高かった。その中で、医師業務の“診察による重症度判定”は医療機関の割合が最も高く、“組織内職員の健康管理”は専門職と事務職がほぼ約4割と同等に高かった。調整業務では“首長を含む幹部への報告”と“議会対応”は事務職の割合が最も高かった。一方、管理業務では多くの項目で事務職の割合が最も高く、“COVID-19 対応職員・外部人材への研修”と“所内のCOVID-19 対応の指揮”のみ専門職の割合が最も高かった。“記者会見等メディア対応”は事務職が最も多いものの(44.4%)も“本庁又は対策本部”も20.0%を占めた。

4. 保健所長のリーダーシップ発揮 (表2)

COVID-19 対応業務の項目35個の多くの項目で、保健所長がリーダーシップを発揮したと回答した割合が5割以上であった。特に、医師業務と管理業務では全項目が5割以上であった。リーダーシップを発揮したと回答した割合が7割以上であった項目は、医学的調整業務の“クラスター対応における全体指揮・各種調整”、調整業務の“医師会・病院との調整”、管理業務の“所内のCOVID-19 対応の指揮”と“通常業務の縮小・中止等の指揮”であった。最もリーダーシップを発揮したと回答した割合が低かった項目は、調整業務の高齢者・障害者施設での療養実施のための対応の中の“陽性者家族へのDNR等説明”であった(34.4%)。都道府県型・市区型保健所別分析では、COVID-19 対応業務の多くの項目で、都道府県型保健所の方がリーダーシップを発揮したと回答した割合が高かった。しかし、調整業務の“議会対応”のみ、市区型保健所の割合が有意に高く、都道府県型保健所(21.4%)・市区型保健所(66.7%)であった。

IV. 考察

保健所長を対象に行った本調査では、大項目4個（医師業務・医学的調整業務・調整業務・管理業務）から成る35個のCOVID-19 対応業務について、保健所長として

の対応経験の有無、他職種・他機関等への委譲等の経験とその委譲等の先、そしてリーダーシップを発揮したかについて明らかにした。

保健所長としての対応経験がある割合は、調整業務を除き多くの項目で5割を超え、またリーダーシップを発揮したと回答した割合も多くの項目で5割を超えていた。一方で、多くの保健所長が管理業務以外の業務では専門職に、管理業務では事務職を中心に委譲等を行っていた。委譲等の先には保健所内の専門職や事務職も含まれていることを考えると、保健所長は保健所という組織のリーダーとして、保健所外の機関と連携しながら保健所職員とともに多岐にわたる業務を担っていたと考えられる。保健所が多くの業務を担ったことは結果として、保健所における業務の逼迫・保健所職員の長時間労働やメンタルヘルスの悪化に繋がった[5,7-10]。一方、諸外国ではサージキャパシティ（Surge capacity:災害時等、医療の需要が急増した際に、医療提供体制が通常の水準を超えて迅速に対応能力を拡張できる力）となる地域のプライマリケア医や医療機関の助けもあり、本邦の保健所に相当する機関が本邦ほど逼迫しなかった[18,19]。今後の健康危機管理に備えて保健所が担う業務を軽減するために保健所が担うべき業務と委譲等が可能な業務を再検討し、委譲等を可能にする体制整備を検討する必要がある[19]。体制整備の中には、災害・危機管理時にICS等の組織マネジメントの手法を用いて組織内での委譲等を円滑に行えるようにすることも重要である[20]。今回のCOVID-19 流行下に保健所が多岐にわたる多くの業務に携わることが出来ていた背景には、保健所長がICSを利用して組織内での業務の委譲等を含んでマネジメントを円滑に行ったことがあるかもし、今後の体制整備に活かせるよう振り返る必要がある。

業務別にみると、医師業務は多くの項目で7割以上の保健所長に対応経験があった一方で、7割以上の保健所長が専門職を中心に委譲等を多くの項目で行っていた。まず、多くの項目で保健所長の対応経験があった理由としては、医師業務の性質上、医師が行うことが求められたことと約6割の保健所では保健所内医師数が1人以下で医師業務に対応できる医師が保健所長のみの保健所が多かったことが考えられる。次に、多くの保健所長が医師業務を専門職へ委譲した経験を有していた点について考察する。本研究と同一の調査を用いた、保健所長が受けたサポートを明らかにした先行研究では、保健所長が医師業務に関して受けたサポートは、保健師・看護師等よりも医師・感染症専門家・他の保健所長からの支援が多い傾向にあった[21]。委譲先の専門職には医師や保健師、看護師等が含まれることから、医師業務には医師同士で支え合って対応することが望ましい業務が多いながらも、医師以外の専門職からのサポートを得ながら遂行できる業務が存在した可能性が示唆される。今後の健康危機管理に備えて、業務毎に医師のみで担った方が良いのか、非医師の専門職のサポートを受けながら保健所長

が担うことができるのかを検討し、保健所長をサポートする保健所内体制や本庁・外部の人的資源も含めた受援体制を構築することを平時に構築する必要性がある[4]。医師業務の中で保健所長としての対応経験が最も低かった“診察による重症度判定”は臨床的側面が強く、本調査でも医療機関で行うケースが多かった。血液/画像検査等、保健所では行うことができない検査が多いことも考えると、今後の災害・危機発生時においても最初から医療機関やサージキャパシティの専門職が担う方が良いかもしれない。医師業務の中で委譲等の経験が唯一7割未満であった“組織内職員の健康管理”は、専門職と同等に事務職に委譲等を行っていた。職域の健康管理は労働安全衛生法で定められる通り、健康診断や労働時間の管理、ストレスチェックを含むメンタルケア等多岐にわたり、これらには事務職と産業保健の専門職が関わっている[22]。市区型保健所では委譲等の割合が7割を超えていたのに対して、都道府県型保健所でその割合が約5割であったことから、都道府県型保健所では本庁内に“組織内職員の健康管理”が出来る人材がいたのに対し、市区型保健所では不足していた可能性が考えられる。“組織内職員の健康管理”は平時より行う業務であり、健康危機管理の際には業務の逼迫を避けるため、特に市区型保健所に対して、公的機関等から健康管理に携わることで出来る人材派遣の体制整備を検討する余地があると考ええる。

次に、医学的調整業務は、医師業務と同様に多くの項目で5割以上の保健所長がリーダーシップを発揮したと回答し、保健所長としての対応を行っていた一方で、7割以上の保健所長に専門職を中心に他職種・他機関等への委譲等の経験があった。医学的調整業務は医師業務と調整業務の両側面をもつことも考えると、医師業務と同じ課題が背景にあると考えられる。保健所長としての対応経験が唯一5割未満であった“クラスター対応における職員等へのメンタルケア”は、委譲等の割合も医学的調整業務の中では最も低かった。保健所の業務が逼迫する中で、職員等のメンタルケアが後回しになり出来なかったり、そもそも関心が低かった可能性があり、これは先行研究と一致する[23]。COVID-19流行下の保健所職員のストレスの増大とメンタルケアの重要性は先行研究でも指摘されており、今後の健康危機管理の対策として重要な課題である[7,9]。災害等における支援者のメンタルケアの重要性は既に機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee : IASC)による「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」にまとめられており、本邦でも東日本大震災を含んだ自然災害における支援者の中長期的なメンタルケアの重要性は指摘されている[24-28]。災害支援者は自身も被災者でありながら、急性期を中心に慣れない業務を含めた仕事量の増加に伴い長時間労働が持続しやすく、さらにストレス反応が蓄積しても、支援者の中でも自治体職員が話を聞いてもらう機会が少ない等ストレス

の発散口が乏しく、健康状態が悪化するとされている。今後の健康危機管理が必要な事態に備えて、保健所職員のメンタルケアを中長期的にどう行っていくかを検討する必要がある。医学的調整業務では、医師業務と同様の課題に加えて支援者となる職員のメンタルケアを急性期から継続的に行う仕組みづくりが必要であることが分かった。

調整業務は、5割以上の保健所長が対応経験をした項目が少なく、委譲等を行う項目が多かった。特に、“陽性者家族へのDNR等説明”等の高齢者・障害者施設での療養実施のための対応や精神科・一般病院での入院継続のための対応、COVID-19診断前の救急車の搬送先調整といった患者に関わる調整の多くの項目では専門職に委譲等を行う割合が高かった。これは、保健所長ではなく専門職に含まれる保健師が行っていた実態が推測される。特にこれらの施設においては、保健師が平時より感染症等で必要な対応を行っていた背景が考えられる。一方で本来、陽性者家族へのDNR等説明やCOVID-19診断前の救急車の搬送先調整等は保健所の業務ではない。事務職員による支援や外部委託可能な業務をリスト化した「保健所の体制強化のためのチェックリスト」は、本調査の医師・医学的調整業務に該当する項目が大半を占め、調整業務に該当する項目はほとんどない。健康危機発生時にどの機関が各調整業務を担うのかの実現可能な体制整備を考慮した上で、保健所が担う業務かどうかを検討しなおす必要がある[13]。

患者に関わる調整の委譲等の先は専門職が中心だったが、“首長を含む幹部への報告”や“議会対応”では事務職が中心だった。関係機関との調整では、刻一刻と変化するCOVID-19の特性や対応等を公衆衛生の専門家として知っていることが期待されていたと考えられる。一方、“首長を含む幹部への報告”や“議会対応”の相手は議員等の政治家や行政の事務職であり、地方自治法により議会による首長の活動の適切性等を監視する機能と現状を改善する立案の2つの機能を求められる議会の性質と首長に求められていることを考えると、医学的な知識よりも法令を根拠に助言することを期待され、事務職が対応をした可能性がある[29]。特に、“議会対応”では、市区型保健所の保健所長は対応経験もリーダーシップを発揮したと回答した割合も高かったのに対して、都道府県型保健所の割合は低かったことから、都道府県型保健所では部局長等の事務職が行ったが、市区型保健所では保健所長が事務職等の助けを借りながらも“議会対応”を求められたことも考えられる。調整業務では、今後の健康危機管理に備えて、患者に関わる調整は保健所が行う必要があるかを再考し、委譲等が可能な業務をリスト化する必要性と、議会や首長等への対応や連携の在り方を地域防災計画や災害医療活動指針等を考慮しながら、各自自治体や所属保健所の種別で検討する必要がある[30]。

最後に管理業務は多くの項目で保健所長はリーダーシップを発揮して、対応を行っていたと回答した。特に

“指揮”を取る必要のあった業務では保健所長がリーダーシップを発揮したと回答した割合が高く、ICSを利用してたと推測される。委譲等の先は事務職が中心の中、“所内のCOVID-19対応の指揮”や“COVID-19対応職員・外部人材への研修”は専門職であったことを考えると、今後の健康危機管理において管理業務は、保健所長をトップとして、事務職や一部必要に応じて専門職から成るICSの体制を構築できる仕組みづくりの検討が必要である。管理業務の中で保健所長としての対応経験の割合が最も少なかった“記者会見等のメディア対応”は、都道府県型保健所の割合が少なかったことによるもので、“事務職”と“本庁又は対策本部”に委譲等を行っていた。都道府県型保健所では、“記者会見等のメディア対応”は保健所長ではなく、都道府県庁の事務職や首長が対応することが多く、その時の回答が“事務職”と“本庁又は対策本部”と記載が分かれた可能性が高いと考えられる。ICSの中で広報（Public information officer）は、報道機関対応を行う重要な役割として位置づけられ、その役割には文書に加えた報道機関向け資料の発信やインターネット・ソーシャルメディアへの投稿による、正確で入手しやすく、速やかな情報提供、そして風評対策への関与も推奨している[20]。従って、指揮命令システムのトップとして保健所長がメディア対応にどの程度、どのように関わっていたかやメディア対応に関する役割分担を振り返る必要がある。また、今後の健康危機管理対策のために、保健所長を含んだ職員全体がメディア対応の重要性を理解し、広報技能向上のための外部機関からの研修も利用しながらリスク/クライシスコミュニケーションにも通じる情報発信の在り方を検討することが重要であると考えられる[31,32]。管理業務では健康危機管理の際に、保健所長をトップとして事務職や一部専門職を中心としたICSが構築できるようにする必要性が示唆され、特にメディア対応の在り方を今後検討する必要があることが分かった。

本研究の限界を挙げる。まず、有効回答の割合が約4割であり、回答者のセレクションバイアスがある。本調査はCOVID-19第7波と第8波の間であったが、流行の波は保健所/保健所業務の逼迫を必ずしも反映はしていないことに加え、波の間でも保健所業務が平常化していたわけではない。そのため、一部の保健所長は業務の逼迫等で回答できなかった可能性がある。その状況下で、オンライン回答より紙媒体による回答を好む保健所長がいた可能性もあり、回答方法の多様化と利便性の向上を図ることも重要かもしれない。次に、委譲等の先の専門職の職種が不明である。例えば、医師に委譲等を行っていた場合には医師が行う必要性があった業務と推測できるが、本調査ではその点は不明である。3つ目に、調査票内にリーダーシップの定義は行っていないため回答する保健所長によりその認識が異なっていた可能性や自己申告バイアス（Self-report bias）、社会的な望ましきバイアス（Social desirability bias）が考えられる。また、保

健所長自身がリーダーシップを発揮したと回答していても、実際に共に働いた職員から見てリーダーシップを発揮できていたと感じたかは不明である。最後に、都道府県型・市区型保健所間で一部対応経験や委譲等の経験、リーダーシップを発揮したと回答した割合に有意な差を認めた項目の背景要因として、本研究では行政の構造上の違いからの考察に留まっている。しかし、都道府県型保健所と市区型保健所が置かれる地域の医療機関の資源の多さの違いやその地域における保健所の位置づけの違い等もあると考えられ、今後の健康危機管理対策の研究において更なる検討が必要である[17]。

本研究では、保健所長がCOVID-19流行下に業務を他職種・他機関等に委譲等を行いながら多くの業務に対応したが、その中には委譲等を最初から行うことができたものが含まれた可能性があることと業務毎に課題があることが分かった。今後の感染症による健康危機管理対策の保健所と関係機関等とのあり方を検討する際の一助となることを期待する。

結語

COVID-19流行下保健所長はリーダーシップを発揮して一部調整業務を除き多くの業務に対応していたが、その中には他職種・他機関等が行うことができた可能性のある業務も含まれていた。今後の健康危機管理のために、最初から委譲等できるものをリスト化することや平時からの他職種・他機関等との連携の在り方の検討、業務毎に存在する課題解決を行う必要性が示唆された。

謝辞

本研究は、厚生労働科研 JPMH22LA1003, JPMH-23LA2002, JPMH25LA2002 の一環として実施させて頂きました。本研究の実施に多大なご尽力を頂きました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「保健所における感染症対応職員の役割機能強化のためのガイドライン及び研修プログラムの開発」の分担研究班の皆様、そして本調査にご協力頂きました保健所長の先生方をはじめとした皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究に関し、開示すべき利益相反（COI）はございません。

引用文献

- [1] 地域保健法。昭和二十二年法律第百一号。1947. Community Health Act. Act No. 101 of September 5, 1947. <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/ja/laws/>

- view/4411 (in Japanese and English)(accessed 2026-3-5).
- [2] 厚生労働省. 地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～. 2001. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Chiiki ni okeru kenkou kiki kanri ni tsuite ~ Chiiki kenkou kiki kanri gaidorain ~.] 2001. <https://www.mhlw.go.jp/content/211201.pdf> (in Japanese)(accessed 2026-3-5).
- [3] 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 (平成6年厚生省告示374号). Ministry of Health, Labour and Welfare. [Chiiki hoken taisaku no suishin ni kansuru kihonteki na shishin (Heisei 6-nen kōseishō kokuzi 374-gō).] 2001. https://www.mhlw.go.jp/chikishokuikiportal/provisions/pdf/provisions_pdf_kihonshishin.pdf (in Japanese)(accessed 2026-3-5).
- [4] 白井千香, 内田勝彦, 清古愛弓, 藤田利枝, 上谷かおり, 木村雅芳, 他. 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—. 保健医療科学. 2022;71(4):292–304. Shirai C, Uchida K, Seiko A, Fujita R, Uetani K, Kimura M, et al. [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.] J Natl Inst Public Health. 2022;71(4):292–304. (in Japanese)
- [5] 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 corona virus kansensho e no taio: Kinki hokenjocho kai chosa hokoku.] Japanese Journal of Public Health. 2022;69(6):473–482. (in Japanese)
- [6] 正林督章. 新型コロナウイルス感染症に対する日本政府の対応. 保健医療科学. 2022;71(4):280–291. Shobayashi T. [Measures against COVID-19 by the Japanese government.] J Natl Inst Public Health. 2022;71(4):280–291. (in Japanese)
- [7] 山本民子. 新型コロナ禍での自治体職員の労働実態と課題. 過労死防止学会誌. 2022;3:45–50. Yamamoto T. [Shingata korona ka de no jichitai shokuin no roudou jittai to kadai.] Journal of Japan Society for Karoshi Research. 2022;3:45–50. (in Japanese)
- [8] 角野文彦. 自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究. 日本公衆衛生協会 令和4年度 地域保健総合推進事業. 2022. Kakuno F. [Jichitai ni okeru shingata korona uirus kannsenshō taisaku ni kannsuru chōsa kennkyū.] Chiiki hoken sogo suishin zigyo. Japan Public Health Association. Report on Fiscal Year Reiwa 4. 2022. http://www.jpaha.or.jp/sub/pdf/menu04_2/menu04_2_r04_01.pdf (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [9] Usukura H, Seto M, Kunii Y, Suzuki A, Osaka K, Tomita H. The mental health problems of public health center staff during the COVID-19 pandemic in Japan. Asian J Psychiatry. 2021;61:102676.
- [10] 尾島俊之, 研究代表者. 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」(19LA1003) 令和2年度総括・分担研究報告書. 2021. Ojima T, Kenkyu Daihyosha. Research on Health Security Control, Health, Labour, and Welfare Sciences Research Grants. [Chiiki hoken ni okeru hokenjo ni motomerareru yakuwari no meikakuka ni muketa kenkyū.] (19LA1003) Report on Fiscal Year Reiwa 2. 2021. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/149789> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [11] 厚生労働省. 保健所の業務継続のための体制整備について. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hokenjo no gyomu keizoku no tame no taisei seibi ni tsuite.] <https://www.mhlw.go.jp/content/000608402.pdf> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [12] 厚生労働省. 保健所の業務継続のための体制整備について (補足). Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hokenjo no gyomu keizoku no tame no taisei seibi ni tsuite (Hosoku).] <https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2020/11/000609244.pdf> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [13] 厚生労働省. 保健所の体制強化のためのチェックリストについて. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hokenjo no taisei kyoka no tame no checklist ni tsuite.] <https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2020/11/000618971.pdf> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [14] Jansen J, Steven T. The incident command system: a literature review. Disasters. 2016;40:158–182.
- [15] 古屋好美, 中瀬克己, 西塚至, 寺谷俊康, 砂川富正, 坂元昇, 他. COVID-19を経験したわが国の健康危機管理の課題と切望: 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会活動報告. 日本公衆衛生雑誌. 2023;70(9):519–528. Furuya Y, Nakase K, Nishizuka I, Teratani T, Sunagawa T, Sakamoto N, et al. [COVID-19 wo keiken shita waga kuni no kenkokikikan-nri no kadai to setubo.] Japanese Journal of Public Health. 2023;70(9):519–528. (in Japanese)
- [16] 全国保健所長会. 保健所ってどんなところ?. [Japanese Association of Public Health Center Directors. Hokenjotte donna tokoro?] <https://www.phcd.jp/03/> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [17] 赤松友梨, 尾島俊之, 福永一郎, 逢坂悟郎, 佐伯圭吾, 島村通子, 他. 保健師数と精神保健福祉相談・難病相談被訪問指導延人数の関連および地域差の検討. 日本公衆衛生雑誌. 2024;71(3):167–176. Akamat-

- su Y, Ojima T, Fukunaga I, Ohsaka G, Saeki K, Shimamura M, et al. Relationship between the number of public health nurses and the total number of people receiving home-visit nursing services for mental health/intractable diseases, and the numbers' regional differences. *Japanese Journal of Public Health*. 2024;71(3):167-176. (in Japanese)
- [18] Hospital emergency response checklist. World Health Organization. 2011. <https://www.who.int/publications/item/hospital-emergency-response-checklist> (accessed 2026-3-5).
- [19] 松田晋哉, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究「新型コロナウイルス感染症に対応する各国の医療提供体制の国際比較研究」(21CA2011) 令和3年度総括・総合分担研究報告書. 2022年. Matsuda S. Kenkyu Daihyosya. Research on Administrative Policy, Health, Labour, and Welfare Sciences Research Grants. [Shingata korona uirus kansenshō ni taiō suru kakkoku no iryō teikyō taisei no kokusai hikaku kenkyū.] (21CA2011) Report on Fiscal Year Reiwa 3. 2022. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/155886\(in Japanese\)](https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/155886(in%20Japanese)) (accessed 2026-3-5).
- [20] Bryant JL, Sosin DM, Wiedrich TW, Redd SC. Emergency Operations Centers and Incident Management Structure. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC Field Epidemiology Manual. <https://www.cdc.gov/field-epi-manual/php/chapters/eoc-incident-management.html> (accessed 2026-3-5).
- [21] 赤松友梨, 尾島俊之, 島田裕子, 藤田利枝, 春山早苗. 新型コロナウイルス感染症流行下に保健所長が受けたサポート: 保健所長を対象とした質問紙調査からの報告. *日本公衆衛生雑誌*. 2025;72(11):886-896. Akamatsu Y, Ojima T, Shimada H, Fujita R, Haruyama S. [Support for public health center directors during the COVID-19 pandemic: A questionnaire survey. *Japanese Journal of Public Health*.] (in Japanese)
- [22] 労働安全衛生法. 昭和四十七年法律第五十七号. 1972. Industrial Safety and Health Act. Act No. 57 of June 8, 1972. <https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/3440> (in Japanese and English) (accessed 2026-3-5).
- [23] 一般財団法人地方公務員安全衛生推進協会. 新型コロナウイルス感染症対応における保健所管理職の安全衛生調査研究報告書. 2024. Japan Local Government Employee Safety & Health Association. [Shingata Korona Uirusu Kansenshō Taiō ni okeru Hokenjo Kanrishoku no Anzen Eisei Chōsa Kenkyū Hōkokusho]. 2024. [https://www.jalsha.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/\(全体\)新型コロナウイルス感染症対応における保健所管理職の安全衛生調査研究報告書.pdf](https://www.jalsha.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/(全体)新型コロナウイルス感染症対応における保健所管理職の安全衛生調査研究報告書.pdf) (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [24] Inter- Agency Standing Committee. MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCY SETTINGS. 2007. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-0/documents-public/iasc-guidelines-mental> (accessed 2026-3-5).
- [25] 友常祐介, 矢嶋まゆみ, 奥野浩, 山本一也. 東日本大震災に伴う原子力災害の住民対応に携わった原子力の研究開発機関職員のメンタルヘルス対策. *労働安全衛生研究*. 2023;16(1):29-43. Tomotsune Y, Yajima M, Okuno H, Yamamoto K. [Mental health measures for the staff of nuclear research and development institution mobilized in dealing with residents during the nuclear disaster caused by the Great East Japan Earthquake.] *Journal of Occupational Safety and Health*. 2023;16(1):29-43. (in Japanese)
- [26] 山田泰行, 長須美和子, 原知之, 川本淳, 西田一美, 青木真理子, 他. 東日本大震災の被災地で災害対応と復興支援にあたる自治体職員の心理的ストレス—震災後1年目に実施したメンタルヘルス調査の結果から—. *労働科学*. 2017;93(3):80-94. Yamada Y, Nagasu M, Hara T, Kawamoto J, Nishida K, Aoki M, et al. [Psychological Stress Among Local Government Employees Engaged in Disaster Response and Reconstruction Assistance after the Great East Japan Earthquake: Mental Health Research Conducted in One Year after the Disaster.] *The Journal of Science of Labour*. 2017;93(3):80-94. (In Japanese)
- [27] 大類真嗣, 田中英三郎, 前田正治, 八木淳子, 近藤克則, 野村恭子, 他. 災害時のメンタルヘルスと自殺予防. *日本公衆衛生雑誌*. 2020;67(2):101-110. Orui M, Tanaka E, Maeda M, Yagi J, Kondo K, Nomura K, et al. [Saigaji no mental health to jisatsu yobo.] *Japanese Journal of Public Health*. 2020;67(2):101-110. (in Japanese)
- [28] 高田清佳, 新地浩一, 児玉豊彦, 吉水清, 梅崎節子. 国際緊急援助活動における救済医療者のメンタルストレスについて. *心身医学*. 2011;51(11):1025-1034. Takada S, Shinchi K, Kodama T, Yoshimizu K, Umezaki S. [Mental Stress of Medical Staff in International Disaster Relief Operations.] *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*. 2011;51(11):1025-1034. (in Japanese)
- [29] 林紀行. 災害時における地方議会の役割. *法政治研究*. 2020;6:53-72. Hayashi N. [The Role of Local Assembly in Natural Disaster. *Law and Politics review*.] 2020;6:53-72. (in Japanese)
- [30] 西垣明子, 小泉典章. 御嶽山噴火災害における保健所(保健福祉事務所)活動に関する報告. *信州公衆衛生雑誌*. 2015;9(2):89-96. Nishigaki A and Koizumi N. [A report on Disaster Public Health Emergency Activity and Psychological Measures to the eruption of Mt. Ontake

- in September, 2014.] Shinshu Journal of Public Health. 2015;9(2):89-96. (in Japanese)
- [31] 尾島俊之. 研究代表者. 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」(21LA1003) 令和3年度総括・分担研究報告書. 2022.Ojima T, Kenkyu Daihyosha. Research on Health Security Control, Health, Labour, and Welfare Sciences Research Grants. [Chiikihoken ni okeru hokenjo ni motomerareru yakuwari no meikakuka ni muketa kenkyū.] (21LA1003) Report on Fiscal Year Reiwa 3. 2022. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/159776> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).
- [32] 尾島俊之. 研究代表者. 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」(21LA1003) 令和4年度総括・分担研究報告書. 2023. Ojima T, Kenkyu Daihyosha. Research on Health Security Control, Health, Labour, and Welfare Sciences Research Grants. [Chiikihoken ni okeru hokenjo ni motomerareru yakuwari no meikakuka ni muketa kenkyū.] (21LA1003) Report on Fiscal Year Reiwa 4. 2023. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/165965> (in Japanese) (accessed 2026-3-5).