

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
健康安全・危機管理対策総合研究事業

# 保健所における健康危機管理対応の 推進等に関する研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾島 俊之  
(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

令和6年3月

## 目 次

<b>I. 総括研究報告書</b> .....	1
保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座） 白井 千香（枚方市保健所）	
<b>II. 分担研究報告書</b>	
1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進 .....	11
小林 良清（長野市保健所）	
資料 .....	15
2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携 .....	51
石井 安彦（北海道釧路保健所）	
3. 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証 .....	56
前田 秀雄（結核予防会）	
4. 海外における地域健康危機管理について .....	66
佐伯 圭吾（奈良県立医科大学）	
資料 .....	72
<b>III. 研究成果の刊行に関する一覧</b> .....	77

## 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座教授）  
研究分担者 白井 千香（枚方市保健所長）

### 研究要旨

保健所は、新型コロナウイルス感染症への対応において、保健所設置自治体の本庁等とともに、積極的疫学調査、クラスター対策を始めとしてさまざまな重要な役割を担った。令和4年度には、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、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）や地域保健法が改正され、予防計画の記載事項として保健所体制の確保に関する事項等が追加されるとともに、保健所業務を支援する仕組みである IHEAT が法定化された。加えて、地域保健対策の推進に関する基本的な指針も改正され、健康危機発生時においても地域保健対策の拠点として機能を発揮できるよう、保健所が健康危機対処計画を策定することが示された。

また、感染症以外にも、毎年のように発生する風水害や異常気象に加え、巨大地震や火山噴火等の自然災害や、CBRNE 災害、食中毒、飲料水等に関する健康危機の発生も懸念されることから、今後の保健所における健康危機管理については、オールハザードの健康危機を想定して、必要な体制を整える必要がある。

令和4年度までの厚生労働科学研究「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」として、地域保健対策の推進に関する基本的な指針の改定に向けた検討を行った経緯から、地域における健康危機管理についてより深く検討するため、保健所における健康危機管理対応の在り方等を明らかにして、オールハザードの健康危機を想定しながら、保健所の在り方に焦点を当て課題ごとに4つのグループ（1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進、2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携、3. 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証、4. 海外における地域健康危機管理）に分け、研究の1年目は、健康危機管理対応等の事例や課題の検討を進めた。

### 研究分担者、グループリーダー

白井千香（枚方市保健所・所長）

小林良清（長野市保健所・所長）

石井安彦（北海道釧路保健所・所長）

前田秀雄（公益財団法人結核予防会・審議役）

佐伯圭吾（奈良県立医科大学医学部・教授）

研究協力者（所属は2024年3月末現在）

（小林グループ）

岡田就将（東京医科歯科大学・教授）、豊田誠

（高知市保健所・所長）、鈴木陽（宮城県大崎保健所・所長）、山本信太郎（福岡市中央保健

所・所長）

（石井グループ）

小倉憲一（富山県中部厚生センター・所長）、

田中英夫（寝屋川市保健所・所長）、西垣明子

（長野県健康福祉部・参事（兼）長野県木曾保

健所・所長）、築場玲子（宮城県保健福祉部疾

病・感染症対策課・技術副参事兼総括課長補佐）

（前田グループ）

中島一敏（大東文化大・教授）、劔陽子（熊本

県菊池保健所・所長）、二宮博文（港区みなと保健所・健康推進課長 兼 地域医療連携担当課

長)、高山義浩(沖縄県立中部病院・医師、県政策参与)、調恒明(山口県環境保健センター・所長)、三宅邦明(株式会社DeNA・Chief Medical Officer)

(佐伯グループ)

吉見逸郎(国立感染症研究所感染症危機管理研究センター 第一室・室長)、松田亮三(立命館大学・教授)

(研究班全体)

河野英明(保健福祉部医療政策監兼健康衛生局・局長)、内田勝彦(大分県東部保健所・所長)、松本珠実(大阪市健康局健康推進部・保健主幹)、齋藤智也(国立感染症研究所・センター長)、富尾淳(国立保健医療科学院・部長)、高岡誠子(日本公衆衛生協会・健康危機管理支援部企画調整課長)、徳田武(株式会社ライフ出版社・代表取締役)、赤松友梨(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 兼 浜松医科大学健康社会医学講座 訪問共同研究員)

## A. 研究目的

保健所は、新型コロナウイルス感染症への対応において、保健所設置自治体の本庁等とともに、積極的疫学調査、クラスター対策を始めとして患者への医療提供における調整、住民からの相談対応、健康観察、生活支援等、さまざまな重要な役割を担った。新型コロナウイルスによるパンデミック対応を契機に、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)、地域保健法の改正が行われ、予防計画の記載事項として保健所体制の確保に関する事項等が追加されるとともに、保健所業務を支援する仕組みであるIHEATが法定化された。また、地域保健対策の推進に関する基本的な指針も改正され、健康危機発生時においても地域保健対策の拠点として機能を発揮できるよう、保健所が健康危機対処計画を策定することが示された。

また、感染症以外にも、毎年のように発生する風水害や異常気象に加え、南海トラフ巨大地

震、首都直下型地震等の巨大地震や富士山の噴火等の火山災害等の自然災害の発生も予測されており、さらに、CBRNE災害(化学・生物・放射性物質・核・爆発物)や、食中毒、飲料水等に関する健康危機の発生も懸念されることから、今後の保健所における健康危機管理については、オールハザードの健康危機を想定して、必要な体制を整える必要がある。

申請者らは、令和4年度までの厚生労働科学研究「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」において、地域保健対策の推進に関する基本的な指針の改定に向けた検討を行ってきた。さまざまな健康危機への対応の必要性が増す中、地域における健康危機管理についてより深く検討する研究が必要であることから、オールハザードの健康危機を想定しながら、保健所における健康危機管理対応の在り方に焦点を当てて検討することを特徴とする。

なお、健康危機管理に関しては、2001(平成13)年に策定された「地域健康危機管理ガイドライン」について適切に見直しをしていく必要があることから、保健所および保健所設置自治体等に求められる役割について検討し、同ガイドラインの見直しに資する政策的提言を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

4つの分担課題毎に、研究分担者と研究協力者数人によるグループを組織して、対面およびオンラインを活用したハイブリッド形式も含め、ヒアリング、フォーカスグループディスカッション等による情報収集及び検討等を行った。研究分担者の他、研究協力者、オブザーバーによる体制を構築し、他の分担研究と連携しながら、研究に必要な作業を行った。そして、年4回の全体研究班会議で各分担課題の進捗状況の共有及び意見交換等を行い、研究班全体の成果を取りまとめ、研究の1年目は、以下、それぞれのグループごとに、健康危機管理対応

等の事例や課題の検討を進めた。

## 1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進

(グループリーダー 小林 良清)

地域健康危機管理ガイドラインの改定案及び必要により関連する手引き等の作成を行うべく研究を進めている。1年目は事例や課題の検討と論点及び骨子の整理と健康危機事例の収集のため、現行ガイドライン作成後の国の動向、健康危機管理の考え方や手法に関する新たな経験や知見を収集し国立保健医療科学院のH-CRISIS（健康被害危機管理事例データベース）等の既存の資料等から主な健康危機事例を収集し、現行ガイドライン改正案の骨格を検討した。

## 2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携

(グループリーダー 石井 安彦)

人的資源の育成・連携に関する提言を行い、試行すべく研究を進めている。健康危機管理において重要な役割を担う保健所職員等に必要な能力と、その能力を獲得する人材養成のために必要な研修・訓練等の方法を明らかにするために、1年目は論点整理及び育成方策等の検討として、先行研究や過去の健康危機対応の事例から、対象とする健康危機の範囲や健康危機管理に必要な能力の考え方について論点整理を行った。

## 3. 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証 (グループリーダー 前田 秀雄)

次の感染症パンデミックに備える保健所機能強化に向けた提言をまとめるべく研究を進めている。COVID-19発生時においては、保健所業務が質的量的にひっ迫し、効果的・効率的な対策が困難となったことから、保健所の各分野におけるCOVID-19対応を、1年目は研究協力者間のグループディスカッション、関連学会報告等からの資料収集等を通じて、保健所機能強化策を制度等、人員強化、システム、連携の4つの観点から検証した。

## 4. 海外における地域健康危機管理

(グループリーダー 佐伯 圭吾)

海外における取り組みから、日本で参考になる知見をまとめるべく研究を進めている。1年目は情報収集として、保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料の収集として、米国公衆衛生機関認証制度やその効果について訪問やヒアリングを行い、英国の健康危機管理については文献等から情報収集し整理した。

(倫理的配慮)

事例および情報収集については、既存の資料を用いており公開されているものであるが、該当する自治体等に連絡し掲載の確認をした。ヒアリングに際しては、研究者の紹介により、対象者へ研究の趣旨をメールで説明し、同意のもと参加していただき、録音の了解を得て発言や検討内容について記録した。

## C. 研究結果と考察

### 1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進

#### (1) 収集した健康危機事例

65事例収集し、感染症（パンデミック、地域流行、施設内流行等）、食品による健康被害・食中毒、環境中の物質等による健康影響、自然災害・大規模事故（地震災害、気象災害、原子力施設事故等）、複合的な健康危機、その他（衛生害虫、原因不明、食物アレルギー、ワクチン、薬物、サイバーテロ等）に分類した。それらの事例ごとに発生年月日、発生場所、患者数・死亡者数、事例の概要、同様事例で想定される保健所等の主な対応、参考資料、該当保健所・自治体を記載した表を作成した（グループの報告書及び別添を参照）。

#### (2) 健康危機管理の考え方・手法の抽出考察

現行のガイドラインにおいて現時点においてもその重要性が変わっていない項目と内容が記載されている。一方で、現行のガイドライン作成以降の種々の健康危機管理、特に、COVID-19対応における知見、経験を踏まえ、国において地域保健法等の法令・通知等が大幅に改正され、保健所における健康危機対応計画

の作成が求められるようになった。また、インターネット環境の向上等により EMIS 等の ICT の活用が具体的に進んだ他、オールハザードやサージ対応といった新たな考え方、災害時等における保健医療福祉活動の調整、受援体制の構築、長期間対応における職員の過重労働防止対策、BCP（業務継続計画）作成等の新たな考え方や手法等の重要性が指摘されているため、これらの考え方や手法を踏まえることが重要である。

### （3）ガイドラインのコンテンツ

- 1) 基本および共通事項（ソーシャルキャピタル、リスクアセスメント、オールハザード、サージ対応、リスクコミュニケーション等）
- 2) ICT（情報通信技術）の活用
- 3) 組織・指揮命令
- 4) 住民・職員の健康管理
- 5) 事前対応
- 6) 事後対応
- 7) 特定分野における対応・課題等

### （4）改正ガイドライン案の骨格

- 1) 健康危機管理に関する国の動向
- 2) 全般事項（健康危機・健康危機管理の捉え方・想定分野、保健所等の役割、健康危機管理の区分等）
- 3) 健康危機発生前対応
- 4) 健康危機対応へのスタンバイ
- 5) 健康危機対応へのスイッチオン・オフ
- 6) 健康危機対応
- 7) 健康危機発生後対応
- 8) 特定分野における対応

保健所の役割として、地域保健対策の推進に関する基本的な指針等を踏まえ、「保健所は、地域における健康危機管理の拠点としてその機能と役割を發揮できるよう、健康危機発生前対応、健康危機対応、健康危機発生後対応を着実に実施する。」と記載し、併せて、保健所設置自治体本庁との連携・役割分担、都道府県型保健所と市区型保健所の相違にも触れることとした。また、健康危機管理の段階としては、

時間とともに一方的に進行していくのではなく状況の変化に応じて、現行ガイドラインの「健康危機管理の4つの側面」の記載内容を参考に検討し、「区分」とすることにした。この区分は、健康危機発生前、発生時、発生後（次の健康危機発生前）とし、健康危機対応への切替を行う「スイッチオン・オフ」の目安として保健所の手法・手段、人員・組織だけでは対応できず社会への影響が大きい等を例示し、保健所等が迅速かつ適切に健康危機事象に対応できる記載に努めた。

## 2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携

### （1）対象とする健康危機の範囲について

国内の過去の事例から、①自然災害②パンデミック③原因不明の健康危機の3類型を想定した。また、健康危機の規模としては平時の保健所等の体制では対処できないある程度以上の規模を想定すること（小林グループと共有し検討）や、複合災害も想定して必要な能力を考えた。

### （2）必要な能力の考え方について

オールハザード・アプローチ、Incident Command System (ICS)、社会医学系専門医のコアコンピテンシー、先行研究等を参考に整理を行った。「能力」については、「個人としての能力」とともに「組織としての能力」の検討も行った。個人の能力については①マネジメント②リーダー③メンバーの3階層程度のレベル設定を検討すること、「組織としての能力」については組織内外の資源の活用も含めて考える必要があると考えられた。また、健康危機管理において平時からの対応や事後の対応も重要であること、行政が説明責任を果たすという観点も重要である。

オールハザード・アプローチは、全てのリスクに適用できる共通の要素があり、それを個々のハザード固有の対策で補完するという考え方であり、様々な類型の健康危機管理に対応する保健所等の職員に求められる能力に親和性

が高いと考えられた。

ICS (Incident Command System)・IMS (Incident Management System) については、DHEAT など行政分野での健康危機管理分野の人材育成においては行政との親和性についての課題が指摘されてきたが、今後、DMAT にも共通する CSCA のコンセプトにより初動対応の充実を図りつつ、ICS/IMS に対する理解も深めていく。

社会医学系専門医の 8 つのコアコンピテンシーについては、健康危機管理対応時にも重要で、その中でも「事業・組織管理能力」、「コミュニケーション能力」、「パートナーシップの構築能力」は職種を問わず様々な健康危機管理対応に共通して特に必要な能力と考えられた。

多様な健康危機への対応を行う保健所等の職員に求められる能力について、今後、自然災害・パンデミック・原因不明の 3 類型の健康危機を想定した共通する必要とされる能力について、オールハザード・アプローチの概念を基盤にして、これまでの健康危機管理に関する人材育成の取組や COVID-19 への対応、令和 6 年能登半島地震の対応経験などを参考に検討を進める。また、能力を獲得するための手段として研修や訓練、OJT(On the Job Training)の役割や長期的な研修プランについても検討を予定している。

### 3. 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証

#### (1) 積極的疫学調査

初期には入院勧告等の私権制限を伴う公権力行使でありながら調査方法にばらつきがあり、不必要な個人情報収集により人権確保の課題もあった。まん延期には感染経路不明な市中感染が増大し、業務量が膨大となった。これらの強化策として、積極的疫学調査手引き等の早期発出、個人情報保護を遵守した調査方法の指針、自治体における人員の早期集中配置、IHEAT や外部専門家の応援、民間委託、平時からの研修、ICT を活用した調査・分析システ

ム等が考えられた。

#### (2) 相談事業

新興感染症のため当初は情報が少なく、保健所では多くの相談に対応し、疫学調査等の本来業務を圧迫した。強化策として、国による医学的情報の Q&A 等を早期発出、都道府県による相談事業の一元的実施(発生時対応は保健所)、地方衛生研究所(以下「地衛研」)等による地域の感染状況等の集計、迅速な人員強化、チャットボット等 ICT の活用が考えられた。

#### (3) 検査

初期は地衛研でしか PCR 検査が実施できず、検体採取についても医療機関で対応できず、保健所での実施が継続し、地衛研への検体搬送を含め保健所の業務のひっ迫の一因となった。PCR センターの設置は膨大な財政負担が生じ、医療資源の乏しい地域では保健所での実施が継続し、業務がひっ迫するという課題があった。これらの強化策として、医療機関の感染症検査機能の強化、人員強化を含めた地衛研の機能強化、民間検査機関への移行スキーム確立や各局での検査キット市販等が考えられた。

#### (4) 入院調整

多くの都道府県で保健所が担ったが、本来は診断した医師が行うことが適切であるべき臨床的な役割を求められ平時に医療業務のない保健所には無理があった。保健所医師に調整業務が集中し過重労働となり、広域調整や病床の確保は保健所圏域のみでは困難であった。また、まん延防止のための入院か、治療のための入院か、入院の方針が不明確であった。強化策として、感染症法に基づく予防計画及び協定締結の推進により、病床確保を担う都道府県が入院調整(医療機関への委託も含む)を担うこと、入院についての医療上の必要性和感染対策上の必要性の整理、保健所医師の充足や応援体制、広域での入院調整システムの強化や病病、病診連携体制等が考えられた。

#### (5) 医療体制構築

各医療機関の役割分担の整理、連携構築は都

道府県業務であるが、保健所が二次医療圏単位での調整を行う都道府県もあった。保健所設置市区によっては、本庁及び市区型保健所により市区単位でシステム構築が行われた。

課題は、在宅看護や介護・福祉分野との調整が必要であり、平時からの関係性が危機発生時に影響し、症状緩和後の受入病院が少なく急性期病床のひっ迫につながった。強化策として、保健所の医療連携構築機能の強化のため、保健所管轄単位での協議会の設置の検討を含め、ネットワークの構築が必要と考えられた。

#### (6) 在宅療養者医療支援

市区型保健所においては、庁内連携により効果的に訪問診療、訪問介護による療養者への治療を実施できた事例があった。課題として、中等症感染者が在宅療養する場合の投薬治療等の調整があり、強化策として在宅療養者の医療支援を制度的に明確化・充実させることを望む。都道府県型保健所においても、本庁が調整し管内市町村との地域包括ケアの連携体制を構築することや、訪問および遠隔診療、訪問看護ステーション、薬局（訪問調剤）等の連携強化が考えられた。

#### (7) 在宅療養者生活支援

一部自治体では保健所が法的な規定ではない本業務を担い、在宅療養者の増加に伴って業務ひっ迫の一因となった。強化策として、自治体の危機管理部門、生活福祉部門等保健所以外の部門による実施、民間事業者への委託、市町村への協力要請等による人員強化や ICT 活用が考えられた。

#### (8) 健康観察

課題として、オミクロン株の感染拡大時は濃厚接触者の健康観察・行動制限の効果が小さかったこと、軽症感染者対象の一律の健康観察は過重負担となったことが挙げられた。強化策として、感染症の疫学的状況に応じたマニュアル等の整備、自治体事務職、外部委託や市町村の協力等の活用、軽症者対象の ICT による自己申告システムの活用等が考えられた。

#### (9) 福祉施設支援・クラスター対策

初期には、施設の嘱託医等では感染対策が機能せず、保健所が行った。また市町村の各所管課との連携が円滑ではない場合、保健所の対応能力が限界を超えたことが課題であった。強化策として、平時からの都道府県、市町村の各施設支援所管課と連携した福祉施設の感染症対応機能の強化、医療機関や専門家等の応援による施設支援チームの構築、高齢者施設支援 NPO の活用等が考えられた。

#### (10) 地域の感染情報の分析

管轄地域の発生動向の分析は保健所の最重要業務であり、一部の保健所では医療状況等を含め地域の大学、専門家等の支援により情報分析を実施したが、保健所には人員的な余力がなかったことが課題であった。地域の実情に応じた対策実施のために、地域の専門家と行政機関との適切な関係の構築、保健所の情報分析機能の位置づけの明確化、ICT 環境の充実を含め、職員の育成、財政補助や地衛研との連携強化が必要と考えられた。

#### (11) 移送

感染者の移送も保健所の負担となった。移送専用車両が保健所で未整備の場合、民間救急・患者等搬送事業社への委託については、都道府県本庁が一括して実施することも可能である。移送対象を限定すべく軽症者を在宅療養とすることや、都道府県単位で市町村消防部局との協定等が必要である。

#### (12) 保険請求・療養証明

入院勧告、外出制限を行った保健所がこれらの証明に対応した実態があったが、これらは感染症法上、保健所業務か不明であり、本来は医療機関業務とも考えられる。保険会社や感染者から保健所へ療養期間照会の問い合わせも多く、事務のひっ迫に加え威圧的な態度での要求や苦情などから担当職員が精神的苦痛を強いられたことが課題であった。保険業者の制度改善や、ICT での療養期間確認システムの構築等が必要と考えられた。

### (13) 登録業務 (HER-SYS)

HER-SYS 導入後は、初期情報の入力に基本的な届出する医療機関の業務となり効率化が図られたが、過大な項目の入力業務を負担と感じる医療機関が少なくなかったことや ICT 環境の整わない医療機関の代行入力を保健所が担ったこと、HER-SYS のデータ分析は別のソフトで行わなければいけないことが課題であった。強化策として、対策に必要な入力項目の精査、医療機関の届出情報入力の支援、保健所間での情報共有システム、感染症サーベイランスシステム保有データを直接分析できるソフト、医療機関の電子カルテデータからの情報共有、時系列情報データベースの構築等が考えられた。

### (14) 意思決定・情報共有

基本的には国、都道府県庁間での調整が主であるが、国の戦略と自治体の対策のズレ、都市部、地方部などの流行状況の違いによる調整、流行の波に応じた業務の意思決定及び調整が十分なされていなかったことや、各都道府県において本庁と保健所の意思決定・指揮命令系統が明確でなく、意思疎通の良否も各自自治体により差が大きいという課題があった。また、政策決定にあたり科学的根拠が不明確で理解が得にくい場面もあった。国と自治体、保健所の意思共有のために、Evidence based public health (EBPH) が可視化できる情報分析システムの確立や、国、自治体、保健所間のリスクコミュニケーションシステムの構築等による連携強化が必要と考えられた。

### (15) 普及啓発

基本的な方向性は政府が担い、各地域の情報については、都道府県および保健所が分担したが、一部の自治体が国の示した基本的内容と異なる発表を行い、根拠となる科学的エビデンスが希薄な報道発表が行われたことや、他の自治体と普及啓発内容に関する意見交換をする機会が少なかったこと等が課題であった。強化策として、大規模感染症発生時のリスクコミュニ

ケーションシステムの構築が必要であり、各自自治体でリスクコミュニケーションができる人材の育成や感染症サーベイランスから自動的に広報に活用できる集計システム等を国・自治体・保健所等で情報共有する連携が重要である。

## 4. 海外における地域健康危機管理

### 1. 米国の地域健康危機管理体制

合衆国憲法のもと、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦主義制度により、50 州すべてが独自の憲法をもち、州には city, county, town, municipality, district といった地方政府がある。衛生行政組織としては国の保健省 (department of health and human service: HHS) の下に、州レベルの保健衛生部局 (State Health Department) があり、日本の保健所に相当するのは city, county, town, municipality, district といった地方政府の LHD (Local Health Department) である。

### 2. 米国公衆衛生機関認証制度

2003 年に米国の IOM (Institute of Medicine) は、公衆衛生機関が果たす役割やサービスの質を評価するために認証制度を推奨した。2007 年に米国公衆衛生認証評価委員会 (PHAB: Public Health Accreditation Board) が発足し 2011 年から全米で自主的認証制度が開始された。その効果は、短期アウトカムによる評価や地域の年齢調整死亡率との関連に現れている。公衆衛生認証規格には、感染症を含む健康危機管理に関する内容が含まれており、認証制度によって地域の公衆衛生活動が COVID - 19 による死亡率上昇を抑制した可能性を示唆する報告がだされている。

### 3. 米国勤務経験医師および米国公衆衛生機関認証機関へのヒアリング

米国ジョージア州 (人口約 90 万人) の Cobb Douglas Public Health(CDPH)を訪問した。CDC や大学から職員や学生の派遣があり、情報交換やデータ分析のサポートを得るなど研究機関の連携や公衆衛生認証を受けた動機や意義を聞いた。認証を受けるために

は、費用や時間を要し、各部署が共同して質を向上させ、承認要件を満たす必要がある一方で、認証されることにより、住民やその他のスポンサーが、施設の運営資金の使用が適切であることを確認する意義があるとのことであった。

#### 4. 英国の健康危機管理体制について

危機管理体制としては緊急事態法があるが、これを発動させたのではなく、COVID-19については公衆衛生法と COVID-19 感染症に関する新法を中心とした関連法令により対処された。医療調整は電話による相談やトリアージや移送を NHS が担当し、従来の計画や訓練から段階的に病床拡大がなされた。サーベイランスやデータ活用、ワクチン接種についても、実社会モニタリングのためのデータ環境がもともと充実しており、利活用の円滑化が図られた。このほか、COGUK (COVID-19 Genomics UK Consortium) によって、ゲノムサーベイランスという分野が確立された。

それらの COVID-19 対応を踏まえて、UKHSA (UK Health Security Agency) が設立された。これによりデータ収集、数理モデルの活用、情報収集・分析の体制が拡充・強化されると思われる。特にデータや分析の機能として大きな部門 (Data, Analytics & Surveillance) が設置されている。

#### D. 結論

健康危機発生時には、保健所は地域における健康危機管理の拠点として対策実務の中心的役割を担うことから、保健所が円滑に機能することが重要である。現行の地域健康危機管理ガイドラインの課題とその改正案の骨格のまとめを踏まえ、具体的な改正案の作成に際して、保健所等関係者から意見を求める機会を設け、実用性等を明らかにするワークショップ等についても検討する。保健所等の職員の人材育成に向けては、必要な全てのリスクマネジメントに共通する能力の検討を行った。COVID-19 対

応では保健所業務が質的量的にひっ迫したが、その原因は今後の感染症危機管理対策における課題を明示しており、その解決策が、今後の感染症危機管理対策において求められる施策であると考えられる。保健所機能強化のための方策は、健康危機管理業務全般に共通することが多いことから、本研究で明らかとなった機能強化策を踏まえて、今後の保健所の体制を総合的に整備することが求められる。さらに、わが国の保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料として、米国や英国の制度及び体制について、データ収集とその利活用、臨床研究体制などについて情報収集し整理した。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 赤松友梨, 尾島俊之, 福永一郎, 逢坂悟郎, 佐伯圭吾, 島村通子, 白井千香, 永井仁美, 宮園将哉, 内田勝彦. 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.
- 2) 藤浪正子, 中村美詠子, 伊藤正仁, 尾島俊之. 新型コロナウイルス感染症の療養期間延長と基礎疾患等の関連 静岡県熱海保健所における第5波・第6波疫学調査表の解析. 厚生の指標. 2023; 70(15): 1-8.
- 3) 尾島俊之. 日本の災害と公衆衛生 過去・現在・未来(第13回) 指揮調整機能、保健医療福祉調整本部. 公衆衛生. 2023; 87(11): 1146-1151.
- 4) 尾島俊之. 【災害時の保健・医療・福祉・連携と調整】保健医療福祉調整本部 連携・調整の拠点. 公衆衛生. 2023; 87(7): 623-630.

##### 2. 学会発表

- 1) Toshiyuki Ojima, Tomo Takasugi, Tomoko Haraoka, Shuji Tonai, Shoko Miyagawa, Manabu Ichikawa, Kiyoko Hattori, Hiroko Okuda, Tai-young Yi, Jun Tomio. Required

functions of information gathering and processing for Health, Medical, and Welfare Coordination Headquarters for disasters in Japan. World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM), Killarney (Ireland), 2023/5/10.

2) 尾島俊之、島田裕子、藤田利枝、春山早苗. 新型コロナ流行時の保健所長の首尾一貫感覚 (SOC) 等と心理的苦痛. 第33回日本産業衛生学会全国協議会, 甲府市, 2023/10/27-29.

3) 尾島俊之. 超高齢社会における被災者の包括的支援の到達点－保健医療福祉の包括的広域連携－. 第82回日本公衆衛生学会総会, つくば市, 2023/10/31-11/2.

4) 尾島俊之. オールハザードアプローチによる健康危機管理. 第12回日本公衆衛生看護学会学術集会, 北九州市, 2024/1/6-7.

5) 尾島俊之、内田勝彦、赤松友梨、佐伯圭吾、福永一郎、島村通子、永井仁美、宮園将哉、逢坂悟郎、白井千香. 健康格差縮小・中間支援組織との連携等に関する保健所の役割. 第34回

日本疫学会学術総会, 大津市, 2024/1/31-2/2.

6) 尾島俊之. 疫学による災害緊急対応と次の災害への備え. 第34回日本疫学会学術総会, 大津市, 2024/1/31-2/2.

7) 尾島俊之. 保健医療福祉調整本部との連携に向けて. 第29回日本災害医学会総会・学術集会, 京都市, 2024/2/22-24.

(その他、第83回日本公衆衛生学会総会において、当研究に関するシンポジウム等により報告を予定している。)

## F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし



## 地域健康危機管理ガイドラインの推進

研究分担者 小林 良清（長野市保健所 所長）  
研究協力者 岡田 就将（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授）  
鈴木 陽（宮城県大崎保健所 所長）  
豊田 誠（高知市保健所 所長）  
山本信太郎（福岡市中央保健所 所長）

### 研究要旨：

保健所及び保健所設置自治体（保健所等）における健康危機管理の向上を図るため、令和5年度、現行の「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」が作成された平成13年以降の主な健康危機事例の収集と健康危機管理に関する新たな考え方や手法等を抽出し、現行ガイドライン改正案の骨格について検討した。

その中で健康危機・健康危機管理の捉え方、想定分野、保健所等の役割、健康危機管理の区分が大きな論点となり、その内容について具体的に検討し、令和6年度に行う現行ガイドライン改正案の具体的な記載作業につなげた。

改正案の成熟度を高めるため、保健所関係者から広く意見を求める機会や実用性等を明らかにするワークショップの開催等を検討することが重要である。

### A. 研究目的

保健所は、新型コロナウイルス感染症の流行において感染拡大防止や患者への医療等の提供に重要な役割を担った。また、毎年のように発生する水害や大規模地震等の自然災害においても、保健所は、保健医療福祉活動の調整等の業務を遂行することが期待されており、国では地域保健法等の改正等を通じて、保健所における健康危機管理体制の充実強化を目指している。

その取組の一つとして、令和5年6月、厚生労働省から「保健所における健康危機対処計画（感染症編）策定ガイドライン」が発出され、各保健所は、これを参考に令和5年度中に健康危機対処計画（感染症編）を作成することになっている。

この分担研究は、令和5年度、感染症を含む様々な分野の健康危機における保健所及び保健所設置自治体（保健所等）の対応について事例の収集と課題等の検討を行い、それらを踏まえて、令和6年度、平成13年に作成された「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」（現行ガイドライン）の改定案の作成を目指す。

この現行ガイドライン改正案を踏まえ、厚生労働省から健康危機管理に関する新たなガイドラインが発出され、各保健所は、それを参考に感染症を含む様々な分野における健康危機対処計画を作成することになる。

### B. 研究方法

#### 1. 研究体制の構築

研究分担者の他、研究協力者、オブザーバーによる体制を構築し、他の分担研究と連携しながら、研究に必要な作業を行う。

#### 2. 健康危機事例の収集

国立保健医療科学院のH-CRISIS（健康被害危機管理事例データベース）等の既存の資料等を活用して、現行ガイドライン作成後に発生した主な健康危機事例を収集し、その概要を整理して現行ガイドライン改正案の検討資料とする。

#### 3. 健康危機管理の考え方・手法の抽出

現行ガイドライン作成後の国の動向、健康

危機管理の考え方や手法に関する新たな経験や知見を収集し、現行ガイドライン改正案を検討する際に参考となる事項・内容を抽出する。

#### 4. 現行ガイドライン改正案の骨格の検討

2. 及び3. を踏まえ、現行ガイドライン改正案の骨格を検討し、令和6年度の研究につなげる。

### C. 研究結果

#### 1. 研究体制と活動

分担研究の会議を5回開催し、研究代表者が主宰する会議に4回参加して、必要な作業等の実施と内容の検討、調整等を行った。

#### 2. 収集した健康危機事例

##### (1) 区分

101事例収集し、感染症（パンデミック、地域流行、施設内流行等）、食品による健康被害・食中毒、自然災害・大規模事故（地震災害、気象災害、原子力施設事故等）、複合的な健康危機、その他（環境中の物質等による健康影響、衛生害虫、原因不明、食物アレルギー、ワクチン、薬物、サイバーテロ等）に分類した。

##### (2) 事例の説明

事例ごとに発生年月日、発生場所、患者数・死亡者数、事例の概要、同様事例で想定される保健所等の主な対応（必ずしも実際の対応ではなく一般的に想定されるもの）、参考資料、該当保健所・自治体を記載した表を作成した（別添資料参照）。

#### 3. 健康危機管理の考え方・手法の抽出

##### (1) 現行ガイドライン以降の国の動向等

地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の改正が行われ、新型コロナウイルス感染症と類似の新興感染症が起きた場合に迅速、適切に対応できるよう、各保健所は、健康危機対処計画の作成が求められている。

##### (2) 基本事項・共通事項

ソーシャルキャピタル、リスク等アセスメ

ント、オールハザード、サージ対応、リスクコミュニケーション等

##### (3) ICT（情報通信技術）の活用

インターネットによるEMIS（広域災害救急医療情報システム）、D24H（災害時保健医療福祉活動情報支援システム）等、遠隔医療等

##### (4) 組織・指揮命令

所内・全庁体制、保健医療福祉活動調整、受援体制、専門家・ボランティアとの連携等

##### (5) 住民・職員の健康管理

PTSD（心的外傷後ストレス障害）対策等の心のケア、過重労働防止等

##### (6) 事前対応

BCP作成、研修・訓練、人材養成・確保、サーベイランス・モニタリング、協定締結等

##### (7) 事後対応

対応の記録・整理、次の事象への活用等

##### (8) 特定分野における対応・課題等

医療、感染症、災害、原子力等

#### 4. 現行ガイドライン改正案の骨格

##### (1) 健康危機管理に関する国の動向

地域保健法、感染症法、医療法等

##### (2) 全般事項

健康危機・健康危機管理の捉え方・想定分野、保健所等の役割、健康危機管理の区分等

##### (3) 健康危機発生前対応

リスク評価、準備、発生予防、発生監視・情報収集等を行う

##### (4) 健康危機対応へのスタンバイ

健康危機発生が懸念される事態の把握した場合、発生監視・情報収集を強化し、即応準備等を行う

##### (5) 健康危機対応へのスイッチオン・オフ

保健所の手法・手段、人員・組織だけでは対応できない、通常業務を縮小する必要がある、長期にわたる、社会への影響が大きい等を目安に健康危機対応への切替のスイッチのオン・オフを行う

##### (6) 健康危機対応

初期対応とリスクアセスメント、リスクコ

コミュニケーションと偏見差別回避、必要な手段・手法と人員・組織体制の確保、通常業務の縮小・再開、長期対応における持続性の維持、ソーシャルキャピタルの活用、柔軟な対応、対応の記録・整理等

#### (7) 健康危機発生後対応

対応の記録・整理と次の事象への活用、次の事象に備えてのリスク評価、準備、発生予防、発生監視・情報収集等

#### (8) 特定分野における対応

医療、感染症、災害、原子力等

## D. 考察

### 1. 健康危機管理事例の収集

現行ガイドラインが作成された平成13年時点において阪神・淡路大震災や有珠山噴火等の自然災害、和歌山市毒物混入カレー事件、JCOの東海村臨界事故、コンピュータ西暦2000年問題、サリン事件等の健康危機事例が発生しており、現行ガイドラインは、これらの事例への対応を踏まえて保健所等における健康危機管理の内容を記載している。

しかし、その後も住民の生命と健康に重大な影響を与えるおそれがある緊急の事態が続けて発生しており、そのうち、現行ガイドライン改正案の作成の参考になると思われる101事例について、その概要等をまとめた。今後、これらとは全く別の事象が発生する可能性もあるが、過去に起きた事象を振り返り、そこから次の健康危機管理に備えることも重要であり、これらの事例が各保健所等の参考になることを期待したい。

なお、ここでは各事例における保健所等の対応を検証することが目的ではないため、実際の対応が不明等の場合やその事例では保健所等の対応がなかった場合でも、当該事例が発生した場合に一般的に想定される保健所等の対応項目を記載することとした。

### 2. 健康危機管理の考え方・方法の抽出

現行ガイドラインにおいてすでに健康危機管理の4つの側面（未然防止、準備、対応、

回復）、体制づくり、人材確保・資質向上、情報通信手段の確保、指揮命令系統の確認、報道対応・住民への情報提供、こころのケア等、現時点においてもその重要性が変わっていない項目と内容が記載されている。

しかし、現行ガイドライン作成以降の種々の健康危機管理、特に、新型コロナウイルス感染症対応における知見、経験を踏まえ、国において地域保健法等の法令・通知等が大幅に改正され、保健所における健康危機対応計画の作成が強く求められることとなった。

また、インターネット環境の向上等によりEMIS等のICTの活用が具体的に進んだ他、オールハザードやサージ対応といった新たな考え方、災害時等における保健医療福祉活動の調整、受援体制の構築、長期間対応における職員の過重労働防止対策、BCP（業務継続計画）作成等の新たな考え方や手法等の重要性が指摘されている。

現行ガイドライン改正案の検討に当たってこれらの考え方や手法を踏まえることが重要であり、これらを具体的に抽出することにより現行ガイドラインを改正する必要性が明確になった。

### 3. 現行ガイドライン改正案の骨格

現行ガイドライン作成後に発生した健康危機管理事例の収集と健康危機管理の考え方・方法の抽出を踏まえ、現行ガイドライン改正案の骨格を検討した。

検討の際、大きな論点となったのが健康危機・健康危機管理の捉え方、想定分野、保健所等の役割、健康危機管理の区分であった。

健康危機管理の定義として現行ガイドラインでは「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう。」としている。一方、令和4年に改正された地域保健法において「健康危機とは、国民の生命及び健康に重大な影響を与

えるおそれがある疾病のまん延その他の公衆衛生上重大な危害が生じ、又は生じるおそれがある緊急の事態」とされており、健康危機管理の定義が必ずしも統一されていないのが実情である。そこで、ここでは定義との表現を避け、健康危機を「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所の通常の体制やノウハウ等では対応が困難な

（おそれがある）緊急の事態」と捉え、健康危機に関する保健所等の対応を記載することとした。

健康危機が想定される分野には様々なものがあるが、考え方や手法の共通性等を踏まえ、ここでは感染症、食中毒、自然災害、その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）、原因不明の事象に区分することが妥当と考えた。

保健所の役割として、地域保健法基本指針等を踏まえ、「保健所は、地域における健康危機管理の拠点としてその機能と役割を発揮できるよう、健康危機発生前対応、健康危機対応、健康危機発生後対応を着実に実施する。」と記載し、併せて、保健所設置自治体との連携・役割分担、都道府県型保健所と市型保健所の相違にも触れることが必要とした。

健康危機管理の各場面の呼称について、当初、「段階」という概念を用いたが、健康危機管理が時間とともに一方的に進行していくのではなく、状況が前後したり、省略されたりすることも多いため、現行ガイドラインの「側面」を参考に検討し、「区分」とすることにした。この区分は、大きく健康危機発生前、発生時、発生後（次の健康危機発生前）となるが、その中で健康危機発生が懸念される事態を把握した際の「スタンバイ」（発生監視・情報収集の強化、即応準備等）について記載するとともに、健康危機対応への切替を行う「スイッチオン・オフ」の目安として

保健所の手法・手段、人員・組織だけでは対応できない、通常業務を縮小する必要がある、長期にわたる、社会への影響が大きい等を例示し、保健所等が迅速かつ適切に健康機事象に対応できる記載に努めた。

## E. 結論

現行ガイドラインが作成された平成13年以降、様々な健康危機事象が発生し、また、健康危機管理に関する新たな考え方や手法等も取り入れられるようになり、国において法令等の改正も行われていることから、令和5年度の分担研究において現行ガイドラインの課題とその改正案の骨格を明らかにする作業を行った。

これらを踏まえ、令和6年度、現行ガイドライン改正案を具体的に記載する作業を行い、改正案をまとめることになる。

その際、保健所関係者から広く意見を求める機会を設けるとともに、その実用性等を明らかにするためのワークショップ等の開催についても検討し、改正案の成熟度を高めることが重要となる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし（第83回日本公衆衛生学会総会にて発表予定）

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

資料1

分担課題 地域健康危機管理ガイドラインの推進 研究分担者 小林 良清(長野市保健所 所長)

1 担当グループの活動実績

0L：オンライン開催

時期	項目	内容等
4月5日	グループ打ち合わせ (0L)	グループの構成等
4月14日	グループ打ち合わせ (0L)	グループ構成員の顔合わせ等
4月22日	第1回班会議 (東京都品川区・0L)	グループの活動等を説明し、意見交換
4月27日 5月9日	厚生労働省地域保健室からグループ構成員に「健康危機対処計画(感染症)策定ガイドライン(案)」を説明 (0L)	案の説明を受け、グループ構成員から地域保健室に意見を提出
5月23日	第1回グループ会議 (0L)	令和5年度報告書イメージの確認 取り上げる健康危機事例、健康危機管理手法等について構成員が作業し、次回のグループ会議で確認することになった
6月29日	厚生労働省が全国自治体対象に「健康危機対処計画(感染症)策定ガイドライン」等の説明会を開催 (0L)	同週に送付された「健康危機対処計画(感染症)策定ガイドライン」等を説明
7月4日	第2回グループ会議 (0L)	各構成員の作業を確認 新ガイドライン(案)の骨格案を各メンバー等が作成し、次回のグループ会議で確認することになった
7月16日	第2回班会議 (東京都品川区・0L)	グループの活動等を説明し、意見交換
9月10日	第3回グループ会議 (東京都千代田区)	取り上げる健康危機管理事例の確認、新ガイドライン(案)の骨格等を協議
11月1日	全国保健所長会健康危機管理に関する委員会 (つくば市・0L)	健康危機管理事例等、第3回グループ会議までの作業内容を説明
11月23日	第4回グループ会議 (東京都千代田区・0L)	これまでの作業内容をまとめた分担課題成果申告書(案)を確認し、新ガイドライン(案)に記載する具体的事項を検討
11月26日	第3回班会議 (東京都品川区・0L)	グループの活動等を説明し、意見交換
2月3日	全国保健所長会健康危機管理に関する委員会 (東京都・0L)	これまでの作業内容を説明
2月4日	第5回グループ会議 (東京都千代田区・0L)	健康危機管理事例の整理方法、健康危機管理の流れ等について協議
3月3日	第4回班会議 (東京都)	グループの活動等を説明し、意見交換

## 2 現ガイドラインを改定する必要性・視点

### (1) 現ガイドライン以降の国の動向等

#### 1) 地域保健法

- ・健康危機とは、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある疾病のまん延その他の公衆衛生上重大な危害が生じ、又は生じるおそれがある緊急の事態（第4条）
- ・国は、健康危機への対応を考慮して基本指針を定めなければならない（第4条）
- ・保健所設置地方公共団体の長は、新型インフルエンザ等感染症その他の健康危機が発生し、必要があると認めるときは、地域保健の専門的知識を有する等の者に対して地域保健対策業務への従事又は助言を要請できる（第21条）

#### 2) 地域保健対策の推進に関する基本的な指針（令和5年3月27日最終改正）

- ・新型コロナウイルス感染症において保健所の業務負担が増大し、地方衛生研究所等の検査体制が十分でなかったことなどを踏まえ、保健所や地方衛生研究所等が健康危機への対応と地域保健対策の拠点としての機能を発揮できる体制強化が必要

#### 3) 感染症法

- ・都道府県と保健所設置市が参画した協議会の設置
- ・保健所設置市にも感染症予防計画策定を義務
- ・電磁的な方法による届出等の努力義務

#### 4) 新型インフルエンザ等対策特別措置法

- ・自治体による行動計画の策定等が必要
- ・感染症法に加え、社会的な行動制限等に関する規定もある

#### 5) 医療法

- ・医療計画に盛り込む事項として「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加
- ・これにより5疾病5事業が5疾病6事業に増加
- ・外来・入院医療体制及び人材の確保などを盛り込み、流行初期医療確保措置協定等も準備

#### 6) 「保健所における健康危機対処計画（感染症編）策定ガイドライン」・令和5年6月

### (2) 現ガイドライン以降に発生した主な健康危機管理事例

#### 1) 事例の抽出に当たって

- ・各分野においてサブカテゴリごとに記載しているため、時期が前後している場合がある
- ・事例の分類は、便宜的なもの（参考：平成17年5月23日「地域保健対策検討会中間報告」では保健所が対応する健康危機の対象分野を次の12に分類している。原因不明健康危機、感染症、医薬品医療機器等安全、災害有事・重大健康危機、結核、食品安全、医療安全、精神保健医療、飲料水安全、介護等安全、児童虐待、生活環境安全）
- ・多くの事例は、H-CRISISから引用している
- ・整理した個々の事例は、新ガイドライン（案）に記載しないが、報告書等に記載し、保健所の新たな担当者等が過去の事例を確認する材料とする
- ・発生年は、複数年にわたる事例の場合、初発年を記載している
- ★事例ごとに発生年月、発生場所、患者数・死亡者数等、事例の概要、保健所等の主な対応（想定を含む）、参考資料等を簡単に整理している
- ・個々の事例の詳細は、別添にて記載。

#### 2) 感染症

##### ●パンデミック

発生年	内容
2009年	A型(H1N1)2009インフルエンザパンデミック

2019年	新型コロナウイルス（SARS コロナウイルス-2）感染症パンデミック
-------	------------------------------------

●地域流行（海外のみ）

発生年	内容
2003年	重症急性呼吸器症候群（SARS）
2012年	中東呼吸器症候群（MERS）
2013年	ジカウイルス感染症
2014年	エボラ出血熱

●地域流行

発生年	内容
2002年	麻しんの集団感染・地域流行
2002年	エコーウイルス13型による無菌性髄膜炎の流行
2007年	百日咳の集団感染・地域流行
2012年	風しんの集団感染・地域流行、先天性風疹症候群（CRS）の発生
2013年	重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の拡大
2014年	デング熱の国内感染例の集積
2022年	エムポックス感染者の増加

●施設内流行

発生年	内容
1999年	中学校において数年に及んだ結核集団感染
2000年	レジオネラ症の集団発生（温泉、宿泊施設、高齢者施設等）
2001年	セラチア属菌による院内感染
2002年	クリプトスポリジウム症の集団発生
2006年	福祉施設における呼吸器感染症の集団発生
2011年	侵襲性髄膜炎感染症の集団感染
2014年	野外活動中のノロウイルスの集団発生

3) 食品による大規模・広域の健康被害・食中毒

発生年	内容
2012年	洪水災害後に提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒
2012年	高齢者施設等で提供された浅漬による腸管出血性大腸菌 0157 食中毒
2012年	仕出し弁当によるノロウイルス大規模食中毒
2012年	会社の夏祭りで提供されたキーマカレーによるウェルシュ菌食中毒
2014年	花火大会の露店で提供された冷やしキュウリによる腸管出血性大腸菌 0157 食中毒
2014年	腸管毒素原性大腸菌とサポウイルスの混合感染食中毒
2014年	食パンによるノロウイルス大規模食中毒
2014年	学校で栽培したジャガイモによるソラニン食中毒
2016年	観光施設で提供されたさとうきびジュースによる広域散発の腸管出血性大腸菌 0157 食中毒
2016年	イベント会場で提供された鶏肉寿司によるカンピロバクター食中毒
2017年	学校給食で提供された刻みのりによるノロウイルス食中毒
2018年	保育所で提供されたまぐろ味噌がらめによるヒスタミン食中毒
2020年	学校で提供された海藻サラダによる腸管凝集付着性大腸菌耐熱性毒素遺伝子（astA）保有大腸菌食中毒

2021年	学校で提供された牛乳による大腸菌大規模食中毒
2022年	卵調理品からサルモネラ菌が検出された食中毒

#### 4) 環境中の物質等による健康影響

発生年	内容
2004年	軽油による水道水源汚染事故
2005年	旧石綿管工場の周辺住民に多発した中皮腫
2007年	新築小学校におけるシックハウス症候群の集団発生
2008年	集合住宅における硫化水素自殺に伴う周辺住民への健康影響
2013年	微小粒子状物質 PM2.5
2015年	マイクロプラスチック
2018年	高温による熱中症患者の増加
2020年	井戸水等における有機フッ素化合物 (PFAS) の検出

#### 5) 自然災害・大規模事故

- 地震災害=内閣府「最近の主な自然災害について」から死者・行方不明者10人以上のものを抜粋（令和6年能登半島地震を除く）

発生年月	災害名	震度	人的被害（人）
2004年10月	平成16年新潟県中越地震	7	死亡・不明68、負傷4,805
2007年7月	平成19年新潟県中越沖地震	6強	死亡・不明15、負傷2,346
2008年6月	平成20年岩手・宮城内陸地震	6強	死亡・不明23、負傷426
2011年3月	東日本大震災（福島第一原子力発電所事故を含む）	7	死亡・不明22,318、負傷6,242
2016年4月	平成28年熊本地震	7	死亡・不明273、負傷2,809
2018年9月	平成30年北海道胆振東部地震	7	死亡・不明43、負傷782
2024年1月	令和6年能登半島地震	7	災害継続中

- 気象災害=内閣府「最近の主な自然災害について」から死者・行方不明者10人以上のものを抜粋

発生年月	災害名	主な場所	人的被害（人）
2004年10月	平成16年台風第23号	近畿、四国	死亡・不明98、負傷555
2005年9月	平成17年台風第14号	九州	死亡・不明29、負傷177
2005年12月 ～2006年3月	平成18年豪雪	日本海側	死亡・不明152、負傷2,145
2006年6月～ 7月	平成18年梅雨前線豪雨	長野、鹿児島	死亡・不明33、負傷64
2006年9月	平成18年台風第13号	沖縄、九州	死亡・不明10、負傷446
2009年7月	平成21年中国・九州北部豪雨	山口、福岡	死亡・不明36、負傷59
2009年8月	平成21年台風第9号	中国、四国、東北	死亡・不明27、負傷23
2010年6月～ 7月	平成22年梅雨前線大雨	九州、広島、岐阜	死亡・不明22、負傷21
2010年11月 ～2011年3月	平成22年豪雪	鳥取、島根	死亡・不明131、負傷1,537
2011年8月～ 9月	平成23年台風第12号	紀伊半島	死亡・不明98、負傷113
2011年9月	平成23年台風第15号	九州、四国	死亡・不明20、負傷425

2011年11月 ～2012年3月	平成23年大雪等	日本海側	死亡・不明 133、負傷 1,990
2012年7月	平成24年九州北部豪雨	九州北部	死亡・不明 33、負傷 34
2012年11月 ～2013年3月	平成24年11月大雪等	北日本日本海側	死亡・不明 104、負傷 1,517
2013年6月～ 8月	平成25年梅雨期大等	九州、本州	死亡・不明 17、負傷 50
2013年10月	平成25年台風第26・27号	東京都大島	死亡・不明 45、負傷 140
2013年11月 ～2014年3月	平成25年大雪等	北日本、関東甲信 越	死亡・不明 95、負傷 1,770
2014年8月	平成26年広島土砂災害	広島	死亡・不明 77、負傷 68
2014年11月 ～2015年3月	平成26年大雪等	北日本、東日本の 日本海側	死亡・不明 83、負傷 1,029
2015年9月	平成27年関東・東北豪雨	関東、東北	死亡・不明 20、負傷 82
2015年11月 ～2016年3月	平成27年大雪等	関東、鹿児島	死亡・不明 27、負傷 631
2016年8月	平成28年台風第10号	関東、東北	死亡・不明 29、負傷 14
2017年6月～ 7月	平成29年梅雨前線大雨・ 台風第3号・九州北部豪雨	九州北部	死亡・不明 44、負傷 39
2017年11月 ～2018年3月	平成29年大雪等	北陸	死亡・不明 116、負傷 1,539
2018年6月～ 7月	平成30年7月豪雨	西日本	死亡・不明 271、負傷 449
2018年9月	平成30年台風第21号	四国、近畿	死亡・不明 14、負傷 980
2019年10月	令和元年東日本台風	静岡、新潟、関東甲 信、東北	死亡・不明 108、負傷 375
2020年7月	令和2年7月豪雨	九州	死亡・不明 88、負傷 82
2021年1月	令和3年1月大雪等	新潟	死亡・不明 35、負傷 382
2021年7月	令和3年7月大雨	静岡（熱海土石 流）、九州、中国	死亡・不明 29、負傷 12
2021年8月	令和3年8月大雨	九州、広島、長野	死亡・不明 13、負傷 17

- 火山災害＝内閣府「最近の主な自然災害について」から死者・行方不明者10人以上のものを抜粋

発生年月	災害名	主な場所	人的被害（人）
2014年9月	平成26年御嶽山噴火	長野、岐阜	死亡・不明 63、負傷 69

- 大規模事故

発生年月	内容
2005年4月	福知山線列車脱線転覆事故
2012年4月	関越道バス事故
2016年1月	軽井沢バス事故

- 原子力施設事故

発生年月	内容
2011年3月	東日本大震災後の福島第一原子力発電所事故

## 6) 複合的な健康危機

発生年	内容
2012年	洪水災害後に提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒（再掲）
2016年	地震後の避難所で提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒

## 7) その他

### ●衛生害虫

発生年	内容
1995年	セアカゴケグモ咬症、ハイイロゴケグモ咬症

### ●原因不明

発生年	内容
2004年	スギヒラタケ喫食者における急性脳症の集積

### ●動物における鳥インフルエンザ発生時の対応

発生年	内容
2004年	高病原性鳥インフルエンザ発生時のヒト等への感染防止対策

### ●食物アレルギー

発生年	内容
2009年	石鹼に添加された加水分解小麦による小麦アレルギー発症の多発
2012年	小学校給食によるアナフィラキシーショック死亡事例
2016年	小学校給食による食物（乳）アレルギー発症事例

### ●ワクチン

発生年	内容
2013年	HPV ワクチン接種者における神経症状等の多発

### ●薬物

発生年	内容
2017年	大学病院の院内製剤における注射薬の濃度の誤りによる死亡事故
2020年	製薬会社における抗真菌剤への睡眠導入剤混入による健康被害の発生

### ●マスギャザリング

発生年	内容
2001年	夏まつり花火大会における歩道橋での群衆死亡事故
2015年	国際イベント参加者における髄膜炎菌感染症発症

### ●サイバーテロ

発生年	内容
2021年	病院に対するサイバー攻撃
2022年	医療センターに対するサイバー攻撃

### ●その他

発生年	内容
2011年	電力不足・計画停電による健康影響

## (3) 現ガイドラインにおいて修正等が必要な内容

### 1) 全般事項

- ①事例・時代遅れ感があるため、代案があれば変更する
- ②根拠が不明確な記載（保健所や所長の役割等を過剰に強調したもの）が散見される  
・心情的に理解できるが、実際に現場で運用する際に混乱要因にならないかを懸念される
- ③災害を念頭にした部分・オールハザードとして総論へ移せる部分があるのではないか

## 2) 法令等に関するもの

- ①健康危機管理の定義・地域保健法、同指針が改定され、記載されている
- ②結核予防法・廃止され、感染症法に統合されている
- ③保健所等には電気通信事業法施行規則第 56 条により回線輻輳時でも優先して使用できる災害優先番号が指定・電気通信事業法施行規則第 55 条に変更
- ④薬事法

・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）が改正

- ⑤別添 2 地方衛生研究所のあり方・地域保健法基本指針に記載され、全体的に確認が必要
- ⑥保健婦・保健師に変更されている

## 3) 制度、通知、マニュアル等に関するもの

- ①厚生労働省の各種要領・マニュアル等が現在も存在しているか、確認が必要
- ②（災害時）医療ボランティアの配置等の調整を行う担当を予め決めることが必要  
・大規模災害時保健医療福祉調整本部の設置が求められている
- ③厚生労働省ドクターヘリ・現在は医療機関が設置し都道府県が補助（ドクターヘリ）

## 4) 組織・機関等に関するもの

- ①国立公衆衛生院・国立保健医療科学院に変更されている
- ②1つの保健所に複数の医師を配備する・発災時に早期に DHEAT 派遣要請を考慮する
- ③住民に対する幅広い相談対応・住民が相談できる体制を確保することが望ましい
- ④原子力関係・対応主体は保健所ではなく本庁主務課となる
- ⑤（財）日本中毒情報センター・（公財）日本中毒情報センターに変更されている
- ⑥職員派遣・派遣のみならず受援の姿勢も必要であり、公衆衛生活動チーム（保健師主体）、DHEAT、IHEAT の選択肢があるため、その判断も求められる
- ⑧医師会及び地域の医療機関と連携して迅速に病床確保のための調整を図る  
・病床（＝入院体制）のみならず、外来対応の整備も必要
- ⑨取材について・保健所ではなく本庁対応の自治体（特に都道府県型保健所）もある

## 5) 科学的知見・技術等に関するもの

- ①インターネットを活用できる機器・衛星電話接続や携帯型の PC の表現が現在も必要か
- ②検査器機等の整備
- ④地方衛生研究所等との連携、現場調査の実施・保健所内で検査する前提を避ける
- ⑤広域災害・救急医療情報システムの活用等・EMIS は災害医療に特化している
- ⑥デ・ブリーフィング・その効果は否定的に捉えられ暖かなケアと保護が優先される等

## 6) 社会情勢や社会通念等の変化に関するもの

- ①寝たきり・要介護者あるいは全介助が必要な者といった表現が妥当
- ②災害弱者等・災害時要配慮者、避難行動要支援者等の表現が妥当

## (4) 現ガイドラインの活用状況

### 1) これまでの活用状況

- ・見たことはあったが、活用はしていない
- ・職員から言及があった場面も経験したことがない
- ・現ガイドラインの記載内容は各種の災害対応ガイドラインの総論として網羅されており、現ガイドラインを見直すことはほとんどない
- ・年に 1 回、庁内各部の総務担当課を集めて「健康危機管理調整会議」を開催し、保健所長から健康危機管理の対応の流れを説明するが、その際には現ガイドラインに目を通している。書かれている内容は、今読んでも納得できて、参考になる。一方、書かれている分量が多く、また 20 年以上前のスキームを前提に記述されていて、現在のガイドラインとして

読むにはリニューアル、追加が必要と感じる。

- ・そもそも現ガイドラインの存在が知られていない。
- ・使われていない、知られていない、周知・研修されていない？

## 2) 今後の活用について

- ・健康危機対処計画を定期的に改定する必要があるため、活用されると思われる
- ・異動、新任者などに基礎的な30分でもe-ラーニングで必ずやるような形で「維持」する
- ・所内、地域、ブロック、全国などで演習、訓練等を行うとなおよいのかもしれない

## 3 新ガイドライン（案）の骨格案

### (1) 健康危機管理に関する国の動向

#### 1) 2001年地域健康危機管理ガイドライン

- ①作成の経緯 ②主な内容 ③現在の課題（改正の必要性）

#### 2) 地域保健法・同基本指針

- ①健康危機管理の明確化 ②保健所における健康危機対処計画の作成

#### 3) 感染症法・医療法

- ①新興感染症に対応した感染症予防計画の作成および保健医療計画の作成

### (2) 全般事項

#### 1) 保健所における健康危機・健康危機管理

- ①健康危機・健康危機管理の捉え方

##### ア 健康危機

この報告では健康危機を「国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所の通常の体制やノウハウ等では対応が困難な（おそれがある）緊急の事態」とし、健康危機に関する保健所及び保健所設置自治体（保健所等）の対応を記載する。したがって、通常の体制やノウハウ等が保健所によって異なる場合は、同じ事態であっても保健所によって健康危機になったり、ならなかったりする状況はあり得る。また、地域によって天候、地形、社会経済活動等が異なっており、発生が想定される健康危機やそのリスクも保健所によっても異なることにも留意が必要である。

##### イ 健康危機管理

健康危機管理を「健康危機において国民の生命及び健康への影響を最小限に抑えるため、健康危機発生時に実施する健康危機対応に加え、健康危機発生前の平時対応、健康危機発生後の平時対応を含む全体の過程」と捉えた上で、健康危機管理に関する保健所等の対応を記載する。

健康危機管理 = (発生前) 平時対応、危機対応、(発生後) 平時対応
-------------------------------------

- ②健康危機・健康危機管理が想定される分野

健康危機・健康危機管理が想定される分野として「感染症、食中毒、自然災害、その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）、原因不明の事象」に区分する。

- ③健康危機管理における保健所の役割

保健所の役割として「保健所は、地域における健康危機管理の拠点としてその機能と役割を発揮できるよう、健康危機発生前対応、健康危機対応、健康危機発生後対応を着実に実施する。」と記載する。なお、保健所の活動は、自治体全体の活動の一部を成すものであり、自治体内の他保健所、保健衛生本庁部門、人事・組織担当部門や危機管理部門等と連携し、人員、予算、組織等の確保という面の他に、災害対策本部等の危機管理

部署と保健所・保健医療福祉調整本部との連携、役割分担を明らかにすることも必要である。また、保健所は、大きく都道府県型と市型に大別され、人員、組織のみならず、自治体内の役割分担も異なっている。都道府県型保健所の場合、都道府県庁の指揮命令系統に基づいて業務を行うことがある一方、本庁機能を有している市型保健所の場合は、当該自治体の方針決定には直接関与することになる。

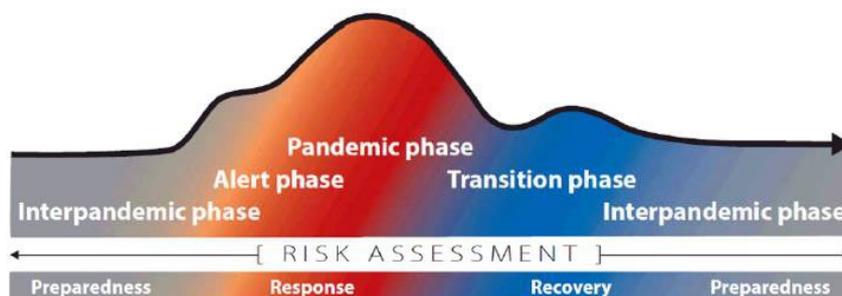
### 3) 健康危機管理の区分（概要）

・健康危機管理の大きな区分を次のように整理する。

区分	対応	対応の内容
健康危機 発生前	1 健康危機発生前対応	(通常業務の実施) 健康危機のリスク評価 健康危機対応の準備 健康危機の発生予防 健康危機の発生監視・情報収集
	2 健康危機対応へスタンバイ	健康危機の発生が懸念される事態の把握 健康危機の発生監視・情報収集の強化 健康危機対応の即応準備
健康危機 発生時	3 健康危機対応へスイッチオン	健康危機対応の開始を判断
	4 健康危機対応	健康危機対応を実施・継続
	5 健康危機対応のスイッチオフ	健康危機対応の終了を判断
	6 健康危機対応へ再スタンバイ	健康危機の再発が懸念される事態の確認 健康危機の再発監視・情報収集の強化 健康危機対応の即応準備
健康危機 発生後  =次の健 康危機発 生前	7 健康危機発生後対応	健康危機発生前以降の対応の検証と健康 危機発生前対応の見直し・改善 健康危機のリスク評価 健康危機対応の準備 健康危機の発生予防 健康危機の発生監視・情報収集 (通常業務の実施)

・この区分は、あくまでも概念であり、健康危機の状況等によっては省略されたり、前後になったりする場合があることに注意する。健康危機発生後は、次の健康危機発生前と捉えることも重要である。

★参考：WHO パンデミックインフルエンザフェーズ（平成 29 年改定）では以下のように表現されている（厚生労働省健康局結核感染症課新型インフルエンザ対策推進室「WHO における新型インフルエンザのパンデミックフェーズ改定に伴う新型インフルエンザ等対策政府行動計画等の変更について」から



★参考：WHO「Strategic Toolkit for Assessing Risks (A comprehensive toolkit for all-hazards health emergency risk assessment) (2021年11月17日)」で健康危機管理・リスク低減の対応として次の記載がある。

a health emergency or disaster

prevent, mitigate, detect early, prepare for, be operationally ready for  
respond to, recover from

## 2) 個別分野のマニュアル等との関係

- ・感染症、食中毒等、それぞれの詳細なマニュアルや手順書等がまとめられている場合は、それらに基づいて個別の対策や対応を行う。
- ・ここでは健康危機管理に共通する事項を中心に整理し、記載する。

## (3) 健康危機発生前対応

### 1) 健康危機のリスク評価

- ①想定される健康危機 (hazard) の抽出
- ②想定される健康危機のリスク評価 (risk assessment)

### 2) 健康危機対応の準備

- ①想定する健康危機の確認
- ②必要なツール等の確認・確保と更新
- ③健康危機発生中に必要な人員・組織体制の確認・確保と更新
- ④業務継続計画 (BCP) の作成と更新
- ⑤上記をまとめたマニュアル等 (健康危機対処計画) の作成と更新
- ⑥定期的な研修、訓練、実習等
- ⑦関係機関・団体、住民等への普及啓発、ネットワークづくり

### 3) 健康危機の発生予防

- ・保健所が行う普及啓発、教育、医療機関への立入検査、食品等営業施設に対する監視導等の機会を活用して、危機管理事象の発生予防のための取組を実施する

### 4) 健康危機の発生監視・情報収集

- ①感染症発生動向調査の確実な実施と活用
- ②国、国内研究機関等から提供される情報の活用
- ③WHOのサイト等を活用した情報収集

## (4) 健康危機対応へスタンバイ

### 1) 健康危機の発生が懸念される事態の把握

### 2) 健康危機の発生監視・情報収集の強化

### 3) 健康危機対応の即応準備

★以下の「イベントベーストサーベイランス」の考え方を参考に内容を検討する。情報源がどこか、職位によるそれぞれで内容や認識の違い、保健所、自治体、国それぞれでも違いあり。

★参考：Event-based surveillance (EBS) の考え方

- 「国立感染症研究所令和4年度第1回感染症危機管理研修会」の「実は身近なEBSとリスク評価」による
- 2つのサーベイランス
  - ・Event-based surveillance (EBS)：健康危機管理事象に関する情報を監視
  - ・Indicator-based surveillance (IBS)：症例定義に合致する患者に関する情報を監視
- 「公衆衛生上の潜在的リスクのあるイベント＝健康危機事例」とは？
- イベントサーベイランス(EBS)＝健康危機事例についての迅速な情報収集

○目をつけておくべき健康危機事例（イベント）かどうか？＝イベントスクリーニング（initial risk assessment）

○イベントスクリーニングで把握する事象

- ・公衆衛生的インパクトが大きい事例（Serious PH impact）：死亡・重篤報道、院内感染
- ・その疾患・症候群が普通でない状況（Unusual/Unexpected）

新たな病原体、原因不明集団感染、動物由来感染症の動物での大規模アウトブレイク

- ・拡散しやすい疾患の発生・集積：麻疹、結核の集団発生
- ・流通している食品の汚染、又はその可能性

輸入食品関連、複数自治体の食中毒、大規模食中毒（概ね100人以上）、原因不明食中毒

- ・個別（自治体・病院・会社など）の相談事例

★EBSに関する他の参考資料

- ・「我が国の健康危機管理におけるEBSの必要性と課題に関するコンセンサス文書」（平成26年3月分担研究者（研究総括）中島一敏）。
- ・WHO「A Guide to Establishing Event-based Surveillance」（2014年9月25日）

## （5）健康危機対応へのスイッチオン

- ・次のいずれかに該当する場合、スイッチを入れる＝健康危機対応を開始する
  - －保健所が有している手法・手段だけでは対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の通常の人員・組織体制では対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の通常の業務を縮小しなければ対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の対応が長期にわたる（可能性がある）
  - －社会に健康上または心理上の大きな影響が生じる（可能性がある）

★「立場ごとのスイッチ」（所長の頭、所長の指示、所内体制、所外体制等）も検討予定。

## （6）健康危機対応

★大規模地震への対応を踏まえた記載も検討する。以下、その例示。

- ・被災者や避難所に関する情報収集が困難な場合の対応（積極的な情報収集をどの行うか）
- ・道路の寸断、水道・ガス・電気の途絶等の困難な環境下での対応がどこまで可能か（支援者・支援物資の確保、被災している自治体職員への応援体制の確保、被災自治体の受援体制の構築等）
- ・市町村、保健所、県庁の間の連携と役割分担（情報共有も重要）
- ・大規模災害時の保健所の対応やあるべき姿の明確化
- ・地域保健法基本指針による大規模災害への備えは「都道府県及び市町村は、・・・、他の地方自治体や国とも連携して、大規模災害時の情報収集、医療機関との連携を含む保健活動の全体調整、保健活動への支援及び人材の受入れ等に関する体制を構築する必要がある。」と記載

### 1）初期対応とリスクアセスメント

- ①影響を受けている（可能性がある）住民の把握と対応
- ②科学的なエビデンスに関する情報収集
- ③患者数・状態、期間等の想定
- ④想定される事態に必要な手法・手段、人員・組織体制等の見直し
- ⑤健康危機管理対応への切替の判断と対応の開始

### 2）リスクコミュニケーションと偏見差別の回避

- ①リスクコミュニケーションの原則
- ②リスクコミュニケーションの方法
- ③偏見差別回避に関する普及啓発

### 3）新たな手法・手段の確保と活用

- ①類似事例に関する情報収集 ②専門家の活用 ③情報通信機器の確保と活用
- ④既存または新たなネットワークの活用
- 4) 新たな人員・組織体制の確保と維持
  - ①人員・組織体制の基本 ②所内体制 ③自治体内の連携 ④都道府県との連携（保健所設置市の場合） ⑤他都道府県、国等との連携 ⑥行政機関以外の関係機関・団体等との連携
  - ⑦受援体制 ⑧対応の記録
- 5) 通常業務の縮小と再開
  - ①通常業務縮小の判断 ②通常業務再開の判断
- 6) 長期対応における持続性の維持
  - ①長期持続可能な人員・組織体制の確保 ②従事する職員の心身の健康管理
  - ③長期に影響を受けている（可能性がある）住民への対応の継続
- 7) ソーシャルキャピタルの活用
  - ・地域包括ケアシステムや地域コミュニティ等の活用が考えられる。
- 8) 柔軟な対応
- 9) 実施した対応に関する記録と整理
  - ①クロノロジーの作成
  - ②実施した対応を記録する体制の確保
  - ③作成された記録の整理

#### **(7) 健康危機対応のスイッチオフ**

- ・次のいずれかにも該当しない場合、スイッチを切る＝健康危機対応を終了する
  - －保健所が有している手法・手段だけでは対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の通常の人員・組織体制では対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の通常の業務を縮小しなければ対応できないか困難である（可能性がある）
  - －保健所の対応が長期にわたる（可能性がある）
  - －社会に健康上または心理上の大きな影響が生じる（可能性がある）

#### **(8) 健康危機対応へ再スタンバイ**

- 1) 健康危機の再発が懸念される事態の確認
- 2) 健康危機の再発監視・情報収集の強化
- 3) 健康危機対応の即応準備

#### **(9) 健康危機発生後対応**

- 1) 健康危機発生前以降の対応の検証と健康危機発生前対応の見直し・改善
- 2) 健康危機のリスク評価
- 3) 健康危機対応の準備
- 4) 健康危機の発生予防
- 5) 健康危機の発生監視・情報収集
- 6) 通常業務の実施

#### **(10) 特定分野における特有の対応等**

\*健康危機管理に共通する対応等の他、個別の分野において保健所による特有の対応等がある場合、健康危機管理の観点から記載する

- 1) 感染症 2) 食中毒 3) 自然災害 4) その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）
- 5) 原因不明の健康危機

(別添) 現行ガイドライン以降に発生し、今後の参考となる主な健康危機事例

★はじめに

「同様事例で想定される保健所等の主な対応」は、実際の対応が不明等の場合や実際の事例では保健所及び保健所設置自治体（保健所等）の対応がなかった場合でも、当該事例が発生した場合に一般的に想定される保健所等の対応項目を記載している。

「H-CRISIS」は、国立保健医療科学院が運営する健康被害危機管理事例データベースである。

■感染症

●パンデミック

A型(H1N1)2009 インフルエンザパンデミック	
発生年月	2009年5月16日（世界では同年4月23日米国）から2010年まで
発生場所	各地
患者数等	推定累計患者2,100万人（2010年第13週）、死亡者198人
事例の概要	2009年4月23日：米国より豚由来のA型インフルエンザウイルスのヒト感染事例の報告 同年4月28日：WHOがフェーズ4を宣言 同年4月30日：WHOがフェーズ5へ引き上げ 同年5月16日：国内の初発患者探知 同年6月12日：WHOがフェーズ6へ引き上げ 同年8月19日：国内で流行入り宣言
同様事例で想定される保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料など	内閣感染症危機管理統括庁「2009年新型インフルエンザパンデミックの概要・国の対応」
該当保健所・自治体	各地

新型コロナウイルス（SARS コロナウイルス-2）感染症パンデミック	
発生年月	2020年1月16日（世界では2019年12月中国）から
発生場所	各地
患者数等	累計陽性者33,803,572人、死亡者74,694人(2023年5月9日)
事例の概要	2019年12月31日：中国当局が原因不明ウイルス性肺炎をWHOに報告 2020年1月16日：国内の初発患者探知 同年1月30日：WHOがPHEICを宣言 同年1月～5月：第1波 同年7月～9月：第2波 同年10月～2021年2月：第3波 2021年3月～6月：第4波 同年7月～9月：第5波 2022年1月～6月：第6波 同年7月～9月：第7波 同年10月～2023年3月：第8波 同年5月8日 5類感染症へ移行（以後、第9波、第10波が発生）

同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	令和3年版厚生労働白書－新型コロナウイルス感染症と社会保障－
該当保健所・自治体	各地

### ●地域流行(海外のみ)

重症急性呼吸器症候群 (SARS)	
発生年月	国内発生なし (世界では2003年3月12日から7月5日まで)
発生場所	国内発生なし (世界ではアジア・カナダ等32地域・国)
患者数等	国内発生なし (世界では感染者8,096人、死亡者774人)
事例の概要	2002年11月16日：中国南部広東省において非定型性肺炎の患者報告 2003年2月：ベトナム・ハノイおよび香港で院内流行、シンガポール、台湾、北京、トロントなどに流行が拡大 同年3月12日：WHOがGlobal Alert 同年4月3日：感染症法上の新感染症として取扱い 同年7月14日：感染症法上の指定感染症として政令指定 同年7月5日：WHOにより終息宣言
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	IASR (No.284)「重症急性呼吸器症候群(SARS)」
該当保健所・自治体	各地

中東呼吸器症候群(MERS)	
発生年月	国内発生なし (世界では2012年9月から)
発生場所	国内発生なし (世界ではアラビア半島諸国中心)
患者数等	国内発生なし (世界では感染者2,604人、死亡者935人)
事例の概要	2012年9月22日：英国にて中東へ渡航歴のある重症肺炎患者から新種のコロナウイルスを分離、Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS コロナウイルス)と命名 2015年1月21日：感染症法上の2類感染症に追加 中東以外の国で輸入例を発端とした国内感染事例が報告されているのは、イギリス、フランス、チュニジア、韓国の4か国、韓国では186名の院内感染が発生
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「中東呼吸器症候群 (MERS) のリスクアセスメント (2019年10月29日現在)」
該当保健所・自治体	各地

ジカウイルス感染症	
発生年月	2013年12月以降 (世界では2013年から2015年)
発生場所	輸入感染のみ (世界ではポリネシア、中央・南アメリカ大陸等)
患者数等	国内：輸入感染事例20例 (4類感染症指定後)
事例の概要	2013年12月：フランス領ポリネシアに滞在歴がある日本人が帰国後発

	症、都内の医療機関にて診断（国内初） 2016年2月1日：WHOは小頭症の因果関係をもとにPHEICの宣言 同年2月15日：感染症法上の4類感染症に指定 同年11月18日：PHEICの解除
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第5.1版）」
該当保健所・自治体	各地

エボラ出血熱	
発生年月	国内発生なし（世界ではWHOが2014年8月から2016年3月までPHEIC）
発生場所	国内発生なし（世界では2014年から2016年に西アフリカ中心に発生）
患者数等	国内発生なし（世界では2014年から2016年に感染者28,616人、死亡者約11,400人）
事例の概要	1976年6月末：スーダン南部で初の流行報告（284名の感染） 以後、主にアフリカ中央部にて30回を超えるアウトブレイクの報告 2014年3月～：西アフリカで流行 2023年9月：ウガンダ共和国にて流行
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、相談対応、外来・検査・入院医療体制の確保、積極的疫学調査、感染者支援、発生動向調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「エボラ出血熱」
該当保健所・自治体	各地

## ●地域流行

麻しんの集団感染・地域流行	
発生年月	・2002年愛知県：地域流行342人
発生場所	・2006年茨城県：小中学校96人
患者数等	・2007年東京都：大学生241人 ・2014年和歌山県：幼稚園児9人、家族2人 ・2017年島根県：飛行機内2人 ・2017年山形県：教習所・ホテル60人（6都県） ・2018年沖縄県：地域流行101人
事例の概要	地域流行、教育機関や宿泊施設における集団発生
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	サーベイランス、行政検査、積極的疫学調査、曝露後予防対応、リスクコミュニケーション
参考資料等	H-CRISIS
該当保健所・自治体	多数

エコーウイルス13型無菌性髄膜炎の流行	
発生年月	2002年3月～9月
発生場所	福井県
患者数等	106人
事例の概要	無菌性髄膜炎の地域流行を探知、臨床検体よりエコーウイルス13型を分離

同様事例で想定される 保健所等の主な対応	症候群サーベイランス、病原体サーベイランス、リスクコミュニケーション
参考資料等	福井健衛生環境研究センター年報 第1巻 (2002年)
該当保健所・自治体	福井県

百日咳の集団感染・地域流行	
発生年月	・2007年香川県：大学生290人
発生場所	・2007年高知県：大学生222人
患者数等	・2015年～2016年富山県：園児・小学生・中学生24人 ・2015年～2016年長野県：小学生・中学生4校109人 ・2017年山梨県：95人 ・2018年新潟県：41人
事例の概要	教育機関・保育施設内での集団感染
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	症候群サーベイランス、施設対応、受診勧奨、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「百日咳とは」
該当保健所・自治体	多数

風しんの集団感染・地域流行、先天性風疹症候群(CRS)の発生	
発生年月	・2012～2013年および2018～2019年に各地流行
発生場所	・先天性風疹症候群(CRS)：2012～2014年に45例、2019～2020年に5例
患者数等	例
事例の概要	地域流行およびそれに追従するCRSの発生
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	サーベイランス、行政検査、積極的疫学調査、リスクコミュニケーション
参考資料等	IASR(2023年4月号)「風疹・先天性風疹症候群2023年2月現在」
該当保健所・自治体	各地

重症熱性血小板減少症候群(SFTS)の拡大	
発生年月	2013年1月(海外渡航歴が無い感染者)～
発生場所	西日本が主(最北：富山県)
患者数等	報告症例930人、死亡者103人(2023年10月末)
事例の概要	2013年1月：初の国内感染事例(2012年秋の発症事例) 同年3月4日：4類感染症、全数把握対象疾患へ
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	症候群サーベイランス、病原体サーベイランス、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「感染症発生動向調査で届出られたSFTS症例の概要」
該当保健所・自治体	多数

デング熱の国内感染例の集積	
発生年月	2014年8月～10月
発生場所	東京都内(感染推定地域)
患者数等	感染者159人
事例の概要	2014年8月、海外渡航歴がない10代女性が埼玉県内医療機関にてデン

	グ熱と診断（初発患者）され、同年10月末までに計160例の国内感染事例の届出あり、都内の公園が主な感染地と推定された
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	リスクアセスメント、サーベイランス、積極的疫学調査、相談対応体制の確保、リスクコミュニケーション
参考資料等	IASR(2015年7月号)「デング熱国内感染症例の積極的疫学調査結果の報告」
該当保健所・自治体	複数

エムポックス感染者の増加	
発生年月	2022年7月25日
発生場所	各地
患者数等	国内感染者240人、全世界9万人以上（2024年2月26日更新）
事例の概要	1970年：ザイール（現在のコンゴ民主共和国）で初めて報告、以降アフリカ中央部から西部にかけて発生 2022年5月～：欧米を中心に流行が報告されているアフリカへの渡航歴のない症例が増加（男性が95%以上、MSMが80%以上） 2022年7月23日：WHOがPHEIC宣言 同年7月25日：国内1例目の患者報告 2023年5月11日：世界的な報告数が減少したことからPHEIC解除
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	サーベイランスの実施、医療提供体制の整備、相談対応体制の確保、積極的疫学調査、リスクアセスメント、リスクコミュニケーション
参考資料等	国立感染症研究所「複数国で報告されているエムポックスについて(第6報)」
該当保健所・自治体	各地

## ●施設内流行

中学校において数年に及んだ結核集団感染	
発生年月	1999年～2003年
発生場所	高知県
患者数等	患者34人、予防内服（潜在性結核感染症）155人
事例の概要	1999年1月28日：初発患者が発見 4年半後までに患者34人、予防内服者155人に
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、施設対応、環境調査
参考資料等	Kekkaku2003「中学校結核集団感染の環境要因に関する検討」
該当保健所・自治体	高知県

レジオネラ症の集団発生（温泉、宿泊施設、高齢者施設等）	
発生年月	・2002年宮崎県：温泉46人（死亡者7人）
発生場所	・2009年岐阜県：ホテル（入浴設備）8人
患者数等	・2011年神奈川県：スポーツ施設（入浴設備）9人 ・2012年埼玉県：温泉9人 ・2015年岩手県：公衆浴場13人（死亡者1人） ・2017年大分県：高齢者福祉施設（加湿器）3人（死亡者1人）

事例の概要	公衆浴場および高齢者福祉施設内における集団発生
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検索、施設調査（環境調査）、施設指導
参考資料等	国立感染症研究所「レジオネラとは」
該当保健所・自治体	多数

セラチア属菌による院内感染	
発生年月	・2000年大阪府：感染者3人（死亡者1人）
発生場所	・2001年東京都：確定12人（死亡者6人）、疑い9人（死亡者1人）
患者数等	・2008年三重県：感染者29人（死亡者1人）
事例の概要	セラチア属菌による院内感染疑い事例として探知
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検査、施設調査（環境調査）、施設指導
参考資料等	H-CRISIS
該当保健所・自治体	複数

クリプトスポリジウム症の集団発生	
発生年月	・2002年北海道：宿泊施設（感染源不明）170人
発生場所	・2004年長野県：プール利用者284名
患者数等	・2006年愛媛県：高校学生寮（感染源不明）19人
事例の概要	集団下痢症として探知
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検査、施設調査（環境調査）、施設指導
参考資料等	H-CRISIS
該当保健所・自治体	複数

福祉施設における呼吸器感染症の集団発生	
発生年月	・2006年福岡県：ヒトメタニューモウイルス48人（死亡者2人）
発生場所	・2013年群馬県：ヒトメタニューモウイルス56人
患者数等	・2018年福岡県：ライノウイルス43人（死亡者2人）
事例の概要	起因病原体不明な呼吸器感染症の集団発生として探知
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検索、施設調査（環境調査）、施設指導
参考資料等	H-CRISIS
該当保健所・自治体	複数

侵襲性髄膜炎感染症の集団感染	
発生年月	・2011年宮崎県：高等学校（全寮制運動部寮）5人（死亡者1人）
発生場所	・2015年山口県：世界スカウトジャンボリー4人（海外在住者）
患者数等	・2017年神奈川県：全寮制学校1人 （世界ではアフリカ中央部（セネガル～エチオピア周辺髄膜炎ベルト））
事例の概要	髄膜炎の集団発生として探知

同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検索、曝露後予防、施設指導
参考資料等	国立感染症研究所「感染症法に基づく侵襲性髄膜炎菌感染症の届出状況、2013年4月～2023年3月」
該当保健所・自治体	複数

野外活動中のノロウイルスの集団発生	
発生年月	2014年
発生場所	埼玉県
患者数等	患者295人
事例の概要	約300人の高校関係者が下痢・おう吐等の症状を呈し、学校外で実施されたマラソン大会での集団感染が疑われた。汚染環境との直接又は間接的な接触により発症者自身の手指汚染が起こり、それを介した感染拡大の可能性が強く示唆された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	積極的疫学調査、病原体検索、施設調査（環境調査）
参考資料等	H-CRISIS
該当保健所・自治体	埼玉県

#### ■食品による大規模・広域の健康被害・食中毒（食中毒100名以上、自然毒50名以上）

洪水災害後に提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒	
発生年月	2012年
発生場所	京都府宇治市
患者数等	患者106人（入院6人）、死亡者0人
事例の概要	救援物資として提供されたおにぎりの喫食者に食中毒様症状が出現。高温下で輸送に時間を要したこと等もあり、おにぎり中の黄色ブドウ球菌が増殖。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	災害対策本部、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 1544) 平成24年度第2回京都府食の安心・安全審議会「宇治市における食中毒の発生について」
該当保健所・自治体	山城北保健所・京都府

高齢者施設等で提供された浅漬による腸管出血性大腸菌0157食中毒	
発生年月	2012年
発生場所	札幌市、江別市、千歳市他
患者数等	患者169人（死亡者8人）
事例の概要	複数の高齢者施設で食中毒様症状が発生。同じ施設で製造された浅漬を原因食品とする0157による食中毒事件と断定。
同様事例で想定される	高齢者施設、医療機関等からの情報収集

保健所等の主な対応	関係自治体等との連携 食中毒疑い事例としての調査と分析 国立感染症研究所へ専門家職員（FETP）派遣依頼 原材料の遡り調査、製品の流通調査、再現実験等の実施 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No.1549)「腸管出血性大腸菌 0157 広域散発食中毒の調査報告について」 平成 24 年 8 月 28 日付け札幌食第 20504 号札幌市保健所食の安全担当部長報告
該当保健所・自治体	札幌市保健所等・札幌市・北海道

仕出し弁当によるノロウイルス大規模食中毒	
発生年月	2012 年
発生場所	山梨県
患者数等	患者 1,442 人
事例の概要	ノロウイルス胃腸炎に罹患した調理員の手指、調理器具、ドアノブ等に付着したノロウイルスが他の従業員の手指や調理器具を介して食品に汚染を拡げたと考えられた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No.1585) 薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会食中毒部会資料（平成 25 年 3 月 18 日）
該当保健所・自治体	中北保健所等・山梨県等

会社の夏祭りで提供されたキーマカレーによるウェルシュ菌食中毒	
発生年月	2012 年
発生場所	山梨県
患者数等	患者 253 人
事例の概要	夏祭りの前日に県外の業者によって調理、冷蔵保管されたキーマカレーが当日、会場に搬送。夏祭り会場では長時間常温で保管されていた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	会社、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導 夏祭り開催業者への注意喚起
参考資料等	H-CRISIS (No.1586)
該当保健所・自治体	山梨県

花火大会の露店で提供された冷やしキュウリによる腸管出血性大腸菌 0157 食中毒	
発生年月	2014 年
発生場所	静岡県（静岡市、浜松市を含む）他
患者数等	患者 510 人
事例の概要	花火大会の露店で販売された冷やしキュウリを喫食した 510 名が発症。

	患者検体と従業員検便から腸管出血性大腸菌（0157）が検出された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	危機管理本部の設置 医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導 露店出店者への衛生意識の啓発等
参考資料等	H-CRISIS（No.15029） 薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会食中毒部会資料（平成27年3月19日）
該当保健所・自治体	静岡市保健所等・静岡市等

腸管毒素原性大腸菌とサポウイルスの混合感染食中毒	
発生年月	2014年
発生場所	和歌山県和歌山市
患者数等	患者123人
事例の概要	宿泊施設で食中毒様症状が発生。有症者と調理従事者から腸管毒素原性大腸菌06かサポウイルス、又はその双方が検出。調理従事者を介して複数食品が2種類の病因物質に汚染されたことが原因と推定された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS（No.1632）
該当保健所・自治体	和歌山市保健所等・和歌山市等

食パンによるノロウイルス大規模食中毒	
発生年月	2014年
発生場所	浜松市内小学校
患者数等	患者1,271人
事例の概要	19の小学校で食中毒様症状が発生。原因食品は業者の製造した食パンと断定。患者、従業員、食パンなどからノロウイルスが検出された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	教育委員会、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 大規模事例発生のため一部検体検査を近接の地方衛生研究所に依頼 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS（No.1627） 薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会食中毒部会（平成26年2月4日）
該当保健所・自治体	浜松市保健所・浜松市

学校で栽培したジャガイモによるソラニン食中毒	
発生年月	2014年
発生場所	北海道千歳市
患者数等	患者93人
事例の概要	小学校敷地内で栽培したジャガイモを摂食した児童等から食中毒様症状が出現。当該ジャガイモよりソラニン含量が通常より多く検出

同様事例で想定される 保健所等の主な対応	教育委員会、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と必要な指導 ジャガイモを調理する際の注意点等の啓発
参考資料等	H-CRISIS (No. 15008)
該当保健所・自治体	千歳保健所・北海道

観光施設で提供されたさとうきびジュースによる広域散発の腸管出血性大腸菌 0157 食中毒	
発生年月	2016 年
発生場所	大阪府、埼玉県など 17 自治体 (18 グループ)
患者数等	患者 35 人
事例の概要	当初、腸管出血性大腸菌 0157 感染事例が広域散発事例として探知されていたが、その後の調査により、沖縄県観光旅行の際に摂取したサトウキビジュースが原因の集団食中毒事例と判明。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 県と市の担当部局等との合同調査および対策会議の開催 全国衛生主管課宛通知の発出、積極的症例探索の実施 各自治体での菌株解析結果の集約 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 17017) IASR(2017 年 5 月号)「サトウキビジュースが原因と推定された腸管出血性大腸菌 0157 広域散発食中毒事例について (疫学調査) —沖縄県」
該当保健所・自治体	那覇市保健所・沖縄県南部保健所等・那覇市・沖縄県等

イベント会場で提供された鶏肉寿司によるカンピロバクター食中毒	
発生年月	2016 年
発生場所	福岡市中央区のイベント会場
患者数等	患者 266 人
事例の概要	全国 5 会場で開催された「肉フェス」の福岡会場で鶏肉寿司を原因とする食中毒が発生。患者便、調理従事者便及び保存食からカンピロバクターが検出。お台場会場でも患者 609 名 (江東区からの報告) が発生。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	営業者、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 16003) 平成 28 年東京都の食中毒概要
該当保健所・自治体	福岡市等

学校給食で提供された刻みのりによるノロウイルス食中毒	
発生年月	2017 年
発生場所	東京都内 10 小中学校
患者数等	患者 1,193 人
事例の概要	学校給食での食中毒事例が短期間に連続して 4 事例発生。全事例に共

	通して提供された刻みのりの検体よりノロウイルスが検出され、刻みのりと4事例の検体のノロウイルス塩基配列は一致。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	医療機関、教育委員会等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導 学校等における感染拡大防止対策の指導
参考資料等	H-CRISIS (No.17016) 平成29年 東京都の食中毒概要 p.134-138
該当保健所・自治体	多摩立川保健所等・東京都等

保育所で提供されたまぐろ味噌がらめによるヒスタミン食中毒	
発生年月	2018年
発生場所	山梨県
患者数等	患者89人
事例の概要	町内6保育所の92名に食中毒様症状が出現。発症直前に各保育所に提供した昼食を摂取。共通食材であるまぐろ及びその調理品からヒスタミンが検出。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	保育所所管部局、保育所、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No.19012) 山梨県福祉保健部衛生薬務課「食中毒の発生について」平成30年9月29日プレスリリース
該当保健所・自治体	富士東部保健所・山梨県

学校で提供された海藻サラダによる腸管凝集付着性大腸菌耐熱性毒素遺伝子 (astA) 保有大腸菌食中毒	
発生年月	2020年
発生場所	埼玉県八潮市の複数の小中学校
患者数等	患者2,958人
事例の概要	複数の小中学校の児童生徒等に食中毒様症状が出現。患者便および検食（海藻サラダ）からastA保有大腸菌07:H4が検出された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	教育委員会、小中学校、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 国立感染症研究所等との連携 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No.21008) 薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会食中毒部会（令和3年3月22日）
該当保健所・自治体	草加保健所等・埼玉県等

学校で提供された牛乳による大腸菌大規模食中毒	
発生年月	2021年
発生場所	富山県富山市
患者数等	患者1,896人

事例の概要	市内の小・中学校、保育所等にて食中毒様症状が出現。共通食材である牛乳と患者便の検体から大腸菌 OUt (OgGp9) : H18 が検出。動物試験及びゲノム解析結果から、当該大腸菌が病因物質であると推定。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	教育委員会、小中学校、保育所所管部局、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 国立医薬品食品衛生研究所等との連携 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 22007) IASR(2022年10月号)「富山市の学校給食における牛乳を原因とする食中毒事例疫学調査解析」
該当保健所・自治体	富山市保健所・富山市

卵調理品からサルモネラ菌が検出された食中毒	
発生年月	2022年
発生場所	埼玉県東松山市
患者数等	患者113人
事例の概要	仕出し弁当を喫食した多数者に食中毒様症状が出現。患者便、調理従事者便及び仕出し弁当の卵料理からサルモネラ菌が検出。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な処分及び指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 23004) 埼玉県保健医療部食品安全課「食中毒を発生させた施設の行政処分を行いました」(2022年8月23日プレスリリース)
該当保健所・自治体	東松山保健所・埼玉県

## ■環境中の物質等による健康影響

軽油による水道水源汚染事故	
発生年月	2004年
発生場所	大阪府
患者数等	給水人口3,607人、患者数不明、死亡者なし
事例の概要	複数の住民から府内町営簡易水道の水道水で油臭がするとの苦情が寄せられ、保健所が調査(臭気試験)した結果、4系統の原水のうち1つの水源に臭気の原因があると特定され、この水源からの取水停止の措置を講じた。保健所の臭気原因究明調査により支流上流域で発電機より軽油を流出した事業所が排出源と特定された。町は、支川の汚染除去と簡易水道施設の清掃を施し、約1ヶ月後に取水を再開した。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、原因特定・環境改善の実施・協力、注意喚起・普及啓発
参考資料等	H-CRISIS (No. 1182)
該当保健所・自治体	大阪府立保健所、大阪府

旧石綿管工場の周辺住民に多発した中皮腫	
発生年月	2005年
発生場所	兵庫県尼崎市
患者数等	患者100人程度、死亡者80人程度
事例の概要	毒性の強い青石綿の使用時期の周辺地域住民から中皮腫を発症した患者、家族からの聞き取り調査を実施。中皮腫による死亡リスクは石綿工場に近いほど高くなる傾向が見られた。気象データにより旧工場周辺の気中石綿濃度のシミュレーションを実施し、濃度分布と患者の分布はよく一致し、推定石綿濃度の増加とともに中皮腫死亡率は直線的に上昇した。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、疫学調査・原因特定・環境改善の実施・協力、注意喚起・普及啓発
参考資料等	H-CRISIS (No.1307)
該当保健所・自治体	尼崎市

新築小学校におけるシックハウス症候群の集団発生	
発生年月	2007年2月初め（新校舎使用開始は1月18日）
発生場所	北海道紋別市
患者数等	13人（全児童17人中10人、教職員9人中3人）
事例の概要	学校環境衛生の基準の6物質の検査で異常無を確認後使用開始したが、目、鼻、喉の痛みや、頭痛・吐き気を訴える児童や教職員の人数が徐々に増加。市教育委員会は道立衛生研究所に原因調査依頼し、2種類の化学物質（1-メチル-2-ピロリドン及びテキサノール）を比較的高濃度で検出（他化学物質濃度は非常に低い）。これらは新校舎の教室などの壁に塗られた水性塗料の成分であった。換気の徹底とペークアウトにより、10月下旬には化学物質濃度を十分に低下させることができた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、原因特定・環境改善の実施・協力、注意喚起・普及啓発
参考資料等	H-CRISIS (No.1427)
該当保健所・自治体	紋別保健所（道立）

集合住宅における硫化水素自殺に伴う周辺住民への健康影響	
発生年月	2008年5月
発生場所	高知県
患者数等	死亡者1人（自殺者）、受診86人（救急搬送16人、入院14人）
事例の概要	集合住宅の住民から異臭がすると110番通報があり、県警機動隊員が自殺者の死亡を確認。警察、消防は、硫化水素自殺を疑い、集合住宅住民を体育館に避難させた。消防、県庁を通じて4時間後に保健所に連絡が入った。管外に救急搬送される住民が多く、本庁に医療対応を依頼して避難所に入り、残っていた避難者の健康状態に問題なく、市保健師に対応を引き継いだ。 翌朝、保健所が避難住民に硫化水素の健康影響を説明して不安除去し、現地指揮とマスク対応も行った。県警機動隊が反応液を除去し、消防と保健所が住宅の窓開放とガス検知を実施した後、帰宅を許可した。

	翌々日、市保健師が全戸訪問し、健康調査と心理面のフォローを行い、問題があれば、保健所が精神保健福祉センターの支援を得てフォロー、2か月後の全戸訪問後、通常対応とした。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	受診医療機関の調整、周辺住民の健康調査・相談、住民への状況説明、現場の安全確認、こころのケア
参考資料等	H-CRISIS「硫化水素自殺に伴う健康危機管理（高知県）」
該当保健所・自治体	高知県中央東福祉保健所

微小粒子状物質 PM2.5	
発生年月	2013年（※報道等にて中国の状況が話題となる）
発生場所	中国、日本国内（九州、西日本中心）
患者数等	－
事例の概要	2013年1月、中国北京を中心とする中国東部にて深刻な大気汚染が発生し、大気汚染物質の一つであるPM10（直径10ミクロン以下の微小粒子状物質）が900 $\mu$ g/m <sup>3</sup> に達した（日本の環境基準（1日平均値）PM2.5：35 $\mu$ g/m <sup>3</sup> 、PM10：100 $\mu$ g/m <sup>3</sup> ）。呼吸器系疾患等の患者の来院増加のほか視界不良等の影響があったとのこと。 日本国内では西日本の広い地域で環境基準を超える濃度が一時的に観測されたが、各地の一般測定局において環境基準を大きく上回ってはいない。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	健康相談、注意喚起・普及啓発
参考資料等	環境省「微小粒子状物質（PM2.5）による大気汚染への当面の対応」、「微小粒子状物質（PM2.5）に関する情報」、「微小粒子状物質（PM2.5）に関するよくある質問（Q & A）」
該当保健所・自治体	各地

マイクロプラスチック	
発生年月	※2015年
発生場所	各地
患者数等	－
事例の概要	マイクロプラスチックは、5mm未満の微細なプラスチックごみで、いろいろなプラスチック製品から発生していると言われており、人工芝や衣料品等に使用されている合成繊維も発生源の一つとされている。 マイクロプラスチックによる海洋生態系への影響が懸念されており、マイクロプラスチックの発生抑制、流出抑制及び回収の取組や技術の向上が求められている。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	注意喚起・普及啓発
参考資料等	中央環境審議会 循環型社会部会 プラスチック資源循環小委員会
該当保健所・自治体	各地

高温による熱中症患者の増加	
発生年月	(夏季前後) ※2018年記録的猛暑にて意識が喚起される
発生場所	(各地)
患者数等	熱中症による救急搬送：91,467人(令和5年5月から9月) 熱中症による死亡：1,477人(令和4年)
事例の概要	夏季の猛暑日や熱帯夜の数が増加する中、適切な予防や対処により、死亡や重症化を防ぐことができるにもかかわらず、熱中症による救急搬送人員は毎年数万人を超え、死亡者数は5年移動平均で1,000人を超える高い水準で推移している。 国内では近年、気候変動の影響により年平均気温が上昇しており、熱中症リスクの増加が懸念される。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、注意喚起・普及啓発
参考資料等	熱中症予防情報サイト、厚生労働省「熱中症予防のための情報・資料サイト」
該当保健所・自治体	各地

井戸水等における有機フッ素化合物(PFAS)の検出	
発生年月	※2020年頃
発生場所	各地
患者数等	—
事例の概要	PFAS(ペルフルオロアルキル化合物及びポリフルオロアルキル化合物の総称)の一つであるPFOS(ペルフルオロオクタンスルホン酸)やPFOA(ペルフルオロオクタン酸)は、人の健康の保護の観点からその目標値や基準に関し国際的にも様々な科学的な議論が行われ、残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約(POPs条約)においても規制対象物質とされている。 また、最近、環境省や都道府県等が実施した調査において局地的に比較的高濃度のPFOS、PFOAが検出された地域の関係自治体や地元住民からは、その影響に関する不安や目標値や基準値の検討等の対策を求める声が上がっており、PFOS、PFOA以外のPFASについても管理の在り方等が議論されている。 こうした状況を受けて、環境省は、専門家会議を設置し、国内外の最新の科学的知見及び国内での検出状況の収集・評価を行い、PFASに対する総合的な対応策について「PFASに関する今後の対応の方向性」が取りまとめられた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、注意喚起・普及啓発
参考資料等	環境省「PFASに対する総合戦略検討専門家会議」
該当保健所・自治体	各地

■自然災害、大規模事故

●地震災害および気象災害、大規模事故（事例は、本文を参照）

○地震災害・気象災害※において想定される保健所等の主な対応

項目	業務内容	
保健所における指揮調整業務	保健所本部の立ち上げ/定期ミーティングの開始	
	情報収集・伝達共有ラインの構築	
	医療機関の状況に関する情報収集、医薬品等確保に係る情報収集	
	保健所が把握する要配慮者の状況把握	
	市町村の状況に関する情報収集	
	衛生環境関連施設等の被災状況の情報収集	
市町村における指揮調整業務	市町村へのリエゾン派遣	
	情報収集・情報共有に係る連絡調整/収集した情報の整理・分析 評価・対策の企画立案の支援/通常業務再開支援	
	保健医療福祉活動チーム受援体制の構築支援/保健医療福祉活動 チームの受援調整の支援	
	統合指揮調整のための連絡会議設置の支援/連絡会議の開催による 統合調整指揮の支援	
	保健所への応援要請・資源調達、専門機関への支援調整・専門的 支援に係る連絡調整の支援	
	広報・渉外業務、職員の健康管理の支援	
災害時保健 医療福祉対策	医療対策	救命救護活動・医療機関のライフライン復旧・確保・医薬品・医療 用資機材等調達に係る連絡調整
		救護所の運営支援、避難所等における要医療者への対応
		医療提供体制の再開・復旧に向けたロードマップ作成
	保健衛生対策	避難所の運営支援・避難所アセスメント
		避難所等における健康管理、要配慮者支援、感染症対策、食支援・栄養 指導、歯科保健医療対策、こころのケア
		在宅被災者への健康支援
	生活環境衛生対策	環境衛生対策
		廃棄物対策
		食品衛生対策
		動物愛護対策
		環境汚染防止対策 動物対策(危険動物逸走への対応)
	広報・渉外業務	広報
メディア・来訪者等への対応		
職員の安全確保・健康管理	労務管理体制の確立、保健所の通常業務再開・普及に向けたロード マップの作成	
	職員健康管理体制の確立	

※災害の中で、広範囲に影響がおよぶ、ライフラインにダメージがある、避難所運営支援が必要となる、対応が長期化する可能性があるものとしてまとめた。

※保健所等の主な対応については、「DHEAT 活動ハンドブック(第2版)」を参考資料とした。

○火山災害・大規模事故※において想定される保健所等の主な対応

項目	業務内容
保健所における指揮調整業務	保健所本部の立ち上げ/定期ミーティングの開始
	情報収集・伝達共有ラインの構築
	医療機関の状況に関する情報収集
	保健所が把握する要配慮者の状況把握
	救命救護活動に係る情報収集
広報・職員の健康管理・こころのケア	広報・渉外業務の支援
	職員の健康管理の支援
	関係者におけるこころのケア

※局所的な災害や事故であり、ライフラインには影響なく、避難所運営支援はなく、対応が短期間に集中するものとして、後方支援としての保健所の対応を記載した。

※このような災害・事故では、関係省庁、警察、消防、DMAT、医療機関が主に対応する。

※保健所等の主な対応については、「DHEAT 活動ハンドブック(第2版)」を参考資料とし、抜粋した。

●原子力施設事故

東日本大震災後の福島第一原子力発電所事故	
発生年月	2011年3月11日～
発生場所	福島県大熊町と双葉町にまたがる福島第一原発で発生
患者数等	東日本大震災における福島県内の直接死亡者 1,605 人、関連死亡者 2,343 人
事例の概要	福島第一原子力発電所は、地震と津波により外部電源、非常用電源が使用できなくなり、原子炉を冷却する設備が使用できなくなったため、原子炉内の核燃料が高温になり損傷し、発生した水素の爆発等により、大量の放射性物質が放出された。 国からの避難指示により 16 万人を超える県民が避難を余儀なくされ、農産物等の出荷・生産停止等の被害が発生したほか、風評被害によって、農産物の価格低下や観光客の大幅な減少が生じた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	被ばくに関する相談、汚染の把握と簡易な措置・医療機関受診指導、安定ヨウ素剤配布、避難者の把握と健康相談等
参考資料等	福島県復興情報ポータルサイト
該当保健所・自治体	福島県

■複合的な健康危機

洪水災害後に提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒（再掲）	
発生年月	2012年
発生場所	京都府宇治市
患者数等	患者 106 人（入院 6 人）、死亡者 0 人
事例の概要	救援物資として提供されたおにぎりの喫食者に食中毒様症状が出現。高温下で輸送に時間を要したこと等もあり、おにぎり中の黄色ブドウ球菌が増殖した。
同様事例で想定される	災害対策本部、医療機関等からの情報収集

保健所等の主な対応	食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 1544) 平成 24 年度第 2 回京都府食の安心・安全審議会「宇治市における食中毒の発生について」
該当保健所・自治体	山城北保健所・京都府

地震後の避難所で提供されたおにぎりによる黄色ブドウ球菌食中毒	
発生年月	2016 年 5 月 6 日（4 月 14 日、16 日熊本地震）
発生場所	熊本県熊本市
患者数等	患者 34 人、死亡者 0 人
事例の概要	地震後の指定避難所におにぎりが提供され、喫食者 54 人の中から黄色ブドウ球菌による食中毒が発生。患者・食品・拭き取り（作業台、調理従事者の手等）から黄色ブドウ球菌（エンテロトキシン A 型産生株）が検出された。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	災害対策本部、医療機関等からの情報収集 食中毒疑い事例としての調査と分析 食中毒の判断と食品衛生法に基づく必要な指導
参考資料等	H-CRISIS (No. 17020)
該当保健所・自治体	熊本市保健所・熊本市

## ■その他

### ●衛生害虫

セアカゴケグモ咬症、ハイイロゴケグモ咬症	
発生年月	セアカゴケグモ：1995 年 11 月に大阪府で発見されて以降 ハイイロゴケグモ：2007 年 8 月に沖縄県で発見されて以降
発生場所	セアカゴケグモ：青森県、秋田県を除く 45 都道府県 ハイイロゴケグモ：西日本・東日本の 13 都道府県
患者数等	セアカゴケグモ咬症：1995 年から 2013 年 1 月まで 71 例
事例の概要	1995 年 11 月 19 日、大阪府で日本には生息せず、麻酔作用を持つ神経毒を有するセアカゴケグモが相当数捕獲され、その後、ハイイロゴケグモも含め、国内の複数の地域で発見されるようになるとともに、咬症例も報告されるようになった
同様事例で想定される保健所等の主な対応	関係部局等との連携による生物種の特定、住民等への注意喚起 咬まれた場合の相談による受診支援
参考資料等	H-CRISIS (No. 256、No. 1398)、国立感染症研究所感染症疫学センター
該当保健所・自治体	各地

●原因不明

スギヒラタケ喫食者における急性脳症の集積	
発生年月	2004年に国内で初めて報告
発生場所	東北日本海側から北陸地方
患者数等	2004年患者数59人以上、死亡者数19人
事例の概要	スギヒラタケ摂取者に急性脳症を疑う事例が多数発生し、種々の調査が実施された。当初は腎機能が低下している人に発生すると考えられたが、その後、腎機能が正常でもスギヒラタケを食べた後に病気を発症して死亡した事例も確認されたため、詳細な原因等、不明な点も多いが、厚生労働省ではすべての人にスギヒラタケの摂取を見合わせるよう注意喚起を行っている
同様事例で想定される保健所等の主な対応	急性脳症の集積の探知と事例に関する調査の実施、医療機関等に対する情報収集、自治体・都道府県・国・専門家等と連携した発生状況や原因に関する分析評価、注意喚起・普及啓発
参考資料等	厚生労働省「自然毒のリスクプロファイル」、農林水産省・林野庁等
該当保健所・自治体	東北日本海側から北陸地方の保健所・自治体

●動物における鳥インフルエンザ発生時の対応

高病原性鳥インフルエンザ発生時のヒト等への感染防止対策	
発生年月	家きんの感染事例は、2004年以降ほぼ毎年、発生
発生場所	家きんの感染事例は、多数の都道府県において発生
患者数等	ヒトへの感染事例はなし
事例の概要	H5N1などの高病原性鳥インフルエンザが家きんに発生した場合、周辺の家きんとヒトへの感染を防止するため、発生農場において多数の家きんの殺処分、埋却・焼却等の防疫作業が行われる。家きんへの感染事例が発生した地域の保健所は、防疫作業に当たる従事者と周辺の飼育動物等への感染防止を図ることが多い。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	防疫作業従事者の感染防具の着脱・使用方法等を確認・指導 防疫作業従事者に対する抗インフルエンザ薬の投与と健康確認、発症時の受診指導 周辺地域において動物を飼育している住民等への注意喚起
参考資料等	国立感染症研究所「鳥インフルエンザ」
該当保健所・自治体	各地

●食物アレルギー

石鹼に添加された加水分解小麦による小麦アレルギー発症の多発	
発生年月	2009年頃
発生場所	各地
患者数・死亡者数	2000件を超えるアレルギー症例
事例の概要	ある業者が小麦を加水分解した成分を含有した石鹼を製造したところ、その使用者において、パンや麺類など小麦を含有する食品を食べた後に運動した際に全身性のアレルギー（運動誘発性のアレルギー）を発症した事例が報告され、業者が当該石鹼を自主的に回収し、独立行政法人国民生活センターから当該製品による危害状況の報告が公表され

	た。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	製品利用者からの相談・受診指導、国への報告等
参考資料等	厚生労働省「茶のしずく石鹼」の自主回収について」
該当保健所・自治体	各地

小学校給食によるアナフィラキシーショック死亡事例	
発生年月	2012年12月20日
発生場所	東京都調布市の小学校
患者数等	小学5年生女子児童1人死亡
事例の概要	調布市立の小学校5年生女子児童が学校給食において粉チーズを除去したじゃがいもちぢみを食べた後、お代わり用のじゃがいもちぢみに粉チーズが含まれていたにもかかわらず、担任がそれを当該児童に提供したため、当該児童が食物アレルギーによるアナフィラキシーショックを起こした。 そのため、救急要請を行うとともに、AED装着、エピペン接種が行われたが、搬送先の病院で死亡が確認された。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	食物アレルギーに関する平時の普及啓発
参考資料等	文部科学省「調布市立学校児童死亡事故検証結果報告書概要版」
該当保健所・自治体	多摩府中保健所・東京都

小学校給食による食物（乳）アレルギー発症事例	
発生年月	2016年6月28日
発生場所	神奈川県横浜市内小学校13校
患者数等	17人アレルギー症状
事例の概要	横浜市立小学校で給食を喫食後、同一献立が提供された78校のうち13校17名の児童が喉の違和感・かゆみ、発疹等の食物アレルギー様症状を呈し、2名が救急搬送された。共通食材としてコロッケが疑われ、発症者全員が乳アレルギーを有していたことから、当該コロッケにおいてELISA法による乳タンパクの検査が陽性となり、コロッケの製造記録から脱脂粉乳の使用が確認された。 給食では食物アレルギー対策として乳由来の原材料を使用しないことになっていたが、製造業者が誤って市販品と同じ脱脂粉乳入り冷凍コロッケを製造・納入していた。
同様事例で想定される 保健所等の主な対応	喫食者における発症状況や食物アレルギー等の調査、業者への製造方法の聞き取り調査と食材等の検査・法令違反等における処分・指導、保護者・住民への情報提供・報道発表、再発防止策の周知徹底
参考資料等	<a href="https://www.niph.go.jp/h-crisis/archives/103441/">https://www.niph.go.jp/h-crisis/archives/103441/</a>
該当保健所・自治体	横浜市保健所・横浜市

●ワクチン

HPV ワクチン接種者における神経症状等の多発	
発生年月	2013 年から 2021 年まで
発生場所	各地
患者数等	副反応疑い報告 2,584 人／約 338 万人接種 発症日・転帰等が把握できた 1,739 人のうち回復又は軽快し通院不要：1,550 人、未回復：186 人
事例の概要	平成 22 年度から HPV ワクチン（子宮頸がん予防ワクチン）の補助事業が実施され、平成 25 年度から定期予防接種となった直後から被接種者における疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された。 これを受け、厚生労働省は平成 25 年 6 月、HPV ワクチンに関する積極的勧奨を差し控えるよう自治体に通知した後、健康影響等に関する調査と必要な対策の検討等を行い、令和 4 年 4 月、積極的勧奨の再開と接種機会を逃した方に対するキャッチアップ接種を開始した。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	ワクチンを受けた者からの相談・受診指導、国への報告等
参考資料等	厚生労働省「ヒトパピローマウイルス感染症～子宮頸がん（子宮けいがん）と HPV ワクチン～」
該当保健所・自治体	各地

●薬物

大学病院の院内製剤における注射薬の濃度の誤りによる死亡事故	
発生年月	2017 年 8 月 28 日（調剤）9 月 4 日（手渡し）、9 月 26～27 日（投与）
発生場所	患者自宅、京都大学医学部附属病院
患者数等	2 人に交付し、うち 1 人死亡
事例の概要	院内で製造しているセレン注射薬を 1 名の患者に使うため高カロリー輸液に混合したところ、色調が変化したので投与を中止したが、同じセレン注射薬を処方されていた別の在宅患者にそのことを連絡しなかったため、翌日、この患者がセレン注射薬の投与を開始したところ、背部痛が出現し、投与開始の 12 時間後に救急搬送されたが、急性循環不全にて死亡した。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	当該事例及び医療機関における医療安全対策に関する聞き取り調査・立入検査の実施と改善策の指導
参考資料等	京都大学「京都大学医学部附属病院における院内製剤事故に係る調査結果について（概要）—高濃度のセレン注射薬（院内製剤）が患者に投与された事例—」
該当保健所・自治体	京都市保健所・京都市

製薬会社における抗真菌剤への睡眠導入剤混入による健康被害の発生	
発生年月	2020 年 12 月
発生場所	小林化工株式会社（福井県あわら市）
患者数等	当該ロット処方・調剤された患者：344 人 健康被害の報告（令和 3 年 3 月 8 日時点）：245 人

	因果関係不明だが、2人死亡
事例の概要	製薬業者が製造販売する抗真菌剤を服用後、ふらつき、めまい、意識障害等の副作用が見られるとの情報が複数報告され、当該業者において製造記録から抗真菌剤に睡眠誘導剤の混入が発覚したため、記者会見等を通じて公表された。 ふらつき、めまい、意識消失、強い眠気等の他、これに伴う自動車等の車両運転時の事故例 38 例、救急搬送・入院例 41 例、死亡例 2 例（死亡との因果関係は不明）となった。 当該製品は自主回収されたが、厚生労働省、福井県等が立入調査を実施し、不適切な試験が判明し、他にも承認規格や安定性試験で不適合となった製品等が明らかになり、改善報告命令、製品回収の処分に加え、業務停止処分等の行政処分が行われた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	製薬業者における製造過程や安全対策に関する聞き取り調査・立入検査の実施と改善策の指導
参考資料等	厚生労働省「令和2年度第3回医薬品等安全対策部会」
該当保健所・自治体	福井県

### ●マスギャザリング

- 日本災害医学会「一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多人数の集団」
- WHO「特定の場所に特定の目的をもってある一定期間、人々が集積することで特徴づけられるイベントで、その国やコミュニティの計画や対応リソースに負担をかける可能性があるもの」

夏まつり花火大会における歩道橋での群衆死亡事故	
発生年月	2001年7月21日
発生場所	会場の大蔵海岸とJR朝霧駅を直結する明石市道「朝霧歩道橋上」
患者数等	11人死亡（10歳未満9人、70歳以上2人）、負傷者247人（2001年12月31日現在）
事例の概要	夏祭りの参加者が駅の歩道橋において1平方メートルあたり13人から15人という異常な密度の混雑となり、「群衆雪崩」が発生し、11名が全身圧迫による急性呼吸窮迫症候群（圧死）等により死亡、183名が傷害を負った。死亡した11名は、小学生以下の児童（9名）と70代の女性（2名）であった。 この事故を契機に雑踏警備が強化された。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	健康相談、受診指導
参考資料等	明石市民夏まつり事故調査委員会「第32回明石市民夏まつりにおける花火大会事故調査報告書」
該当保健所・自治体	あかし保健所・明石市

国際イベント参加者における髄膜炎菌感染症発症	
発生年月	2015年7月28日～8月8日開催 スコットランド隊：8月8日、8月11日、8月12日発症 スコットランド隊の親類：8月16日発症 スウェーデン隊：8月12日、8月14日発症
発生場所	山口県阿知須・きらら浜他
患者数等	発症6人
事例の概要	世界スカウトジャンボリーに152カ国から約3万4千人（うち日本人約6千人）が参加し、スコットランド隊においてその参加者と家族の計4人が帰国後に侵襲性髄膜炎菌感染症と診断され、1人が発症した。また、スウェーデン隊においても参加者1名の診断が確定した。当該イベントの参加者に対する注意喚起が行われ、スコットランド隊の近くに滞在していた日本隊の参加者の帰省先の自治体等にも情報提供され、国立感染症研究所の協力により疫学調査が実施されたが、日本国内での明らかな濃厚接触者は確認されず、感染者の発生もなかった。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	感染者等への積極的疫学調査、受診指導、医療機関に対する検査実施依頼、注意喚起
参考資料等	厚生労働省「世界スカウトジャンボリー参加者の侵襲性髄膜炎菌感染症発症報告について」
該当保健所・自治体	山口県

## ●サイバーテロ

町立病院におけるサイバー攻撃	
発生年月	2021年10月31日
発生場所	徳島県つるぎ町立半田病院
患者数等	電子カルテ利用不可、医事サーバダウン、身代金要求（3万ドル） 2022年1月4日通常診療再開
事例の概要	院内のコンピュータがLockbit2.0というランサムウェア（身代金要求型ウイルス）に感染し、電子カルテ等の端末や関連するサーバーのデータが暗号化され、データが使用できない事態となった。ネットワークの脆弱性を悪用して侵入したと思われる。 感染発覚後、ネットワークの遮断や端末の停止等を行い、救急や新規患者の受け入れを中止し、手術も可能な限り延期にする等、病院としての機能を事実上、停止する状態に陥った。 病院は、地震災害用に定めていた事業継続計画（BCP）を発動し、発生当初から災害級の取扱いで対応に当たったが、復旧までに時間を要し、約2か月後に通常診療の再開となった。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	医療機関における状況確認と必要に応じて他医療機関との連携による診療の維持等を支援するとともに、平時から立入検査等を活用してサイバーセキュリティ対策の徹底を指導する
参考資料等	つるぎ町立半田病院コンピュータウイルス感染事案有識者会議「徳島県つるぎ町立半田病院コンピュータウイルス感染事案有識者会議調査報告書」
該当保健所・自治体	美馬保健所・徳島県

医療センターに対するサイバー攻撃	
発生年月	2022年10月31日
発生場所	大阪急性期・総合医療センター
患者数等	電子カルテの運用停止 12月中病棟での電子カルテ運用再開、通常診療に係る部門システム 2023年1月11日に再開し、診療体制復旧
事例の概要	院内のコンピュータがランサムウェアに感染し、当初、感染経路や範囲が不明であったため、電子カルテに関連するすべてのネットワークの遮断と利用停止を行い、紙ベースのカルテ運用を開始した。 電子カルテを含む基幹システムの再開は、障害発生後43日目、部門システムを含めた全体の診療システム復旧は、73日目となった。 この間、限定されながらも診療継続を行い、システムの復旧状況に応じて診療機能を再開していった。 感染経路としては、外部委託業者とのネットワークの脆弱性等であった。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	医療機関における状況確認と必要に応じて他医療機関との連携による診療の維持等を支援するとともに、平時から立入検査等を活用してサイバーセキュリティ対策の徹底を指導する
参考資料等	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター情報セキュリティインシデント調査委員会「調査報告書」
該当保健所・自治体	大阪市保健所・大阪市

## ●その他

電力不足・計画停電による健康影響	
発生年月	2011年
発生場所	東京電力から電力供給される1都8県
患者数等	統計なし
事例の概要	東日本大震災によって火力発電所等に甚大な被害が発生し、また、福島第一原子力発電所事故等を受けて原子力発電所が安全確保のために停止したことから、首都圏等で約2週間にわたって随時、計画的に停電が実施され、個人の生活のみならず社会経済活動にも大きな影響を与えた。
同様事例で想定される保健所等の主な対応	在宅療養難病患者等に関する対応状況の確認と必要に応じて適切な場所への避難の調整 医療機関等における停電への対応と影響に関する把握 対応困難な医療機関に対する周辺医療機関からの支援等に関する調整
参考資料等	防災と減災の情報サイトあんしんラボ
該当保健所・自治体	1都8県の保健所・自治体

## 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

### 保健所及び地域の人的資源の育成・連携

研究分担者	石井 安彦	（北海道釧路保健所）
研究協力者	小倉 憲一	（富山県中部厚生センター）
研究協力者	田中 英夫	（寝屋川市保健所）
研究協力者	西垣 明子	（長野県 健康福祉部（兼）木曾保健所）
研究協力者	築場 玲子	（宮城県保健福祉部疾病・感染症対策課）

#### 研究要旨：

保健所等で健康危機管理を担う人材育成について検討するにあたり、対象とする健康危機の範囲について、自然災害、パンデミック、原因不明も含めた3類型をまずは想定することとした。必要な能力について、オールハザード・アプローチ、Incident Command System (ICS)、社会医学系専門医のコアコンピテンシー、先行研究等を参考に整理を行った。「能力」については、「個人としての能力」とともに「組織としての能力」の検討も行っている。

#### A. 研究目的

地域の第一線で健康危機管理を担う保健所は3年以上に及ぶ新型コロナウイルス感染症への対応や、地震や豪雨などの自然災害への対応など様々な事象の経験を重ねてきた。種々の健康危機管理への対応において、保健所等の職員には個別の健康危機に関する専門的な知識や危機管理対応における組織管理など様々な能力を発揮することが求められてきた。

本研究の目的は、健康危機管理において重要な役割を担う保健所職員等に必要な能力について明らかにし、その能力を獲得する人材養成のために必要な研修・訓練等の方法を明らかにすることである。

#### B. 研究方法

先行研究や過去の健康危機対応の事例から、対象とする健康危機の範囲や健康危機管理に必要な能力の考え方について研究協力者と検討を行い、論点の整理を行った。

#### C. 研究結果

##### 1. 対象とする健康危機の範囲

健康危機管理の対応に必要な能力を検討するにあたり、対象とする健康危機の範囲についての検討を行った。

国内の過去の事例から、まずは①自然災害、②パンデミック、③原因不明の健康危機の3類型を想定することとした（図1）。

また、健康危機の規模としては平時の保健所等の体制では対処できないある程度以上の規模を想定すること、複合災害も想定して必要な能力についての検討を進めることとした。

##### 2. 必要な能力の考え方

必要な能力の考え方について、先行研究や近年提唱されている様々な考え方から検討を行った。

前項で対象とすることとした3類型の健康危機を想定し、それぞれの概念やコンピテンシーから様々な健康危機管理に共通して必要と考えられる能力について検討を行うことと

した。具体的な能力について検討を行う上で、「個人としての能力」と「組織としての能力」のそれぞれを考える必要があると考えられ、個人の能力については①マネジメント②リーダー③メンバーの3階層程度のレベル設定を検討することが必要と思われた。また、「組織としての能力」については組織内外の資源の活用も含めて考える必要があると考えられた。

また、健康危機管理において平時からの対応や事後の対応も重要であること、行政が説明責任を果たすという観点も重要であることに留意して検討する必要がある。

#### (1) オールハザード・アプローチ

近年、WHO等で提唱されている考え方で、全ての緊急事態への対応を含めリスクのマネジメントには共通の要素及び必要とされる共通の能力があるという認識に基づく、緊急事態のリスクや事象全般をマネジメントするアプローチとされている。

全てのリスクに適用できる共通又は汎用的な能力をそれぞれのリスクや事象に固有の特性に応じた具体的な対策で補完するという概念は様々な類型の健康危機に対応する保健所等の職員に求められる能力に親和性が高いと考えられた。

#### (2) ICS (Incident Command System) ・ IMS (Incident Management System) /CSCA

これまで、DHEAT (災害時健康危機管理支援チーム) の養成研修やDHEAT活動ハンドブックにおいてICSの概念や英国のMIMMS (Major Incident Medical Management and Support)からDMAT等の災害医療分野の関係者が導入したC (Command & Control), S (Safety), C (Communication), A (Assessment)にDHEATに期待される役割であるH (Help), H (Hub for Cooperation & Coordination), H (Health care system), H (Health & Hygiene)を加えたCSCA-HHHHの合言葉を活動の基本としてきた。ICS/IMSの概念は重要と考えられるものの、これまでのDHEATなど行政分野での健

康危機管理分野の人材育成においては行政との親和性についての課題が指摘されてきた。今後、DMATにも共通するCSCAのコンセプトにより初動対応の充実を図りつつ、ICS/IMSに対する理解も深めて人材育成を行っていくことが望ましいと考えられた(図2)。

#### (3) 社会医学系専門医コアコンピテンシー

社会医学系専門医の8つのコアコンピテンシーについては、健康危機管理対応時にも重要と考えられ、その中でも「事業・組織管理能力」、「コミュニケーション能力」、「パートナーシップの構築能力」は職種を問わず様々な健康危機管理対応に共通して特に必要な能力と考えられた。「事業・組織管理能力」については、前述のマネジメントレベルを担う場合に特に重要と思われる(図3)。

#### (4) 先行研究(橘班)

2006年度から2008年度に実施された先行研究「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価および人材育成に係るeラーニングプログラムの開発評価に関する研究」によると健康危機管理担当職員に求められるコンピテンシーとして6の大項目と21の小項目が示されている(図4)。

## D. 考察

多様な健康危機への対応を行う保健所等の職員に求められる能力について、対応する頻度が比較的高く特徴の異なる自然災害・パンデミック・原因不明の3類型の健康危機への対応を前提に検討を進めたが、想定する健康危機の類型としては概ね妥当と考えられた。今後、3類型の健康危機を想定した共通する必要とされる能力については、オールハザード・アプローチの概念を基盤にしてこれまでの健康危機管理に関する人材育成の取組や新型コロナウイルス感染症への対応、令和6年能登半島地震の対応などを参考に検討を進める。また、能力を獲得するための手段として研修や訓練、OJT(On the Job Training)の

役割や長期的な研修プランについても検討を予定している。

## **E. 結論**

様々な健康危機管理を担う保健所等の職員の人材育成に向けて必要な全てのリスクマネジメントに共通する能力の検討を行った。

## **F. 研究発表**

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし（第 83 回日本公衆衛生学会総会にて発表予定）

## **G. 知的財産権の出願・登録状況**

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

図1

## 対象とする健康危機の範囲と必要な能力

	自然災害	パンデミック	原因・詳細不明
過去の事例	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 阪神淡路大震災</li> <li>● 東日本大震災</li> <li>● 熊本地震</li> <li>● 西日本豪雨</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新型インフルエンザ</li> <li>● COVID-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地下鉄サリン事件</li> <li>● 食中毒</li> <li>● SARS/MERS</li> </ul>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 突発的に発生</li> <li>● ライフラインへの影響</li> <li>● 人的・物的資源不足の発生</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 当初は原因不明の感染症</li> <li>● 経時的に知見が集積</li> <li>● 流行発生までに準備期間</li> <li>● 業務ピークが予測困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 探知が難しい</li> <li>● 状況からの予測で対応</li> <li>● 原因判明で対応が変化</li> </ul>
特に必要な能力	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 即応性、行動の自動化</li> <li>● 自己完結</li> <li>● 限られた資源の有効配分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 情報収集・分析</li> <li>● 地域・組織への知見の最適化</li> <li>● 状況予測と対応準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 異常の早期探知</li> <li>● 迅速な調査と照会</li> <li>● 包括的アプローチ</li> </ul>
共通する能力	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ICS</li> <li>● ロジスティクス</li> <li>● 情報マネジメント</li> <li>● リスクコミュニケーション</li> <li>● 資源管理</li> <li>● 多部門調整</li> </ul>		

図2

### (a) ICS・CSCA-福岡に沿った本部立ち上げ

災害が発生すると、平時の組織体制そのままに対応することがむずかしくなります。速やかに通常モードから災害モードに切り替えます。参集できた職員により、ICS (Incident Command System) と CSCA-福岡 (Command & Control (指揮と統制)、Safety (安全確保)、Communication (連絡・連携)、Assessment (評価)、Help (保健医療行政によるマネジメントの補佐的支援)、Hub for Cooperation & Coordination (多様な官民資源の連携・協力のハブ機能)、Health care system (急性期～亜急性期～復旧期までの切れ目のない医療提供体制の構築)、Health & Hygiene (避難所等における保健予防活動と生



図3：DHEATの役割の共通概念（出典：平成28年度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）「広域大規模災害時における地域保健支援・支援体制構築に関する研究」総括研究報告書（研究代表者：古屋好美）

活環境衛生の確保による二次健康被害の防止）（図3）の合言葉を参考に、本部を立ち上げ、指揮命令系統を確立し、保健医療福祉調整本部-保健所-市町村の3層による縦の連携と関係機関との横の連携体制、情報共有ラインを構築します。

出典：DHEAT活動ハンドブック（第2版）

図3 社会医学系専門医のコアコンピテンシーと健康危機管理に必要な能力のイメージ

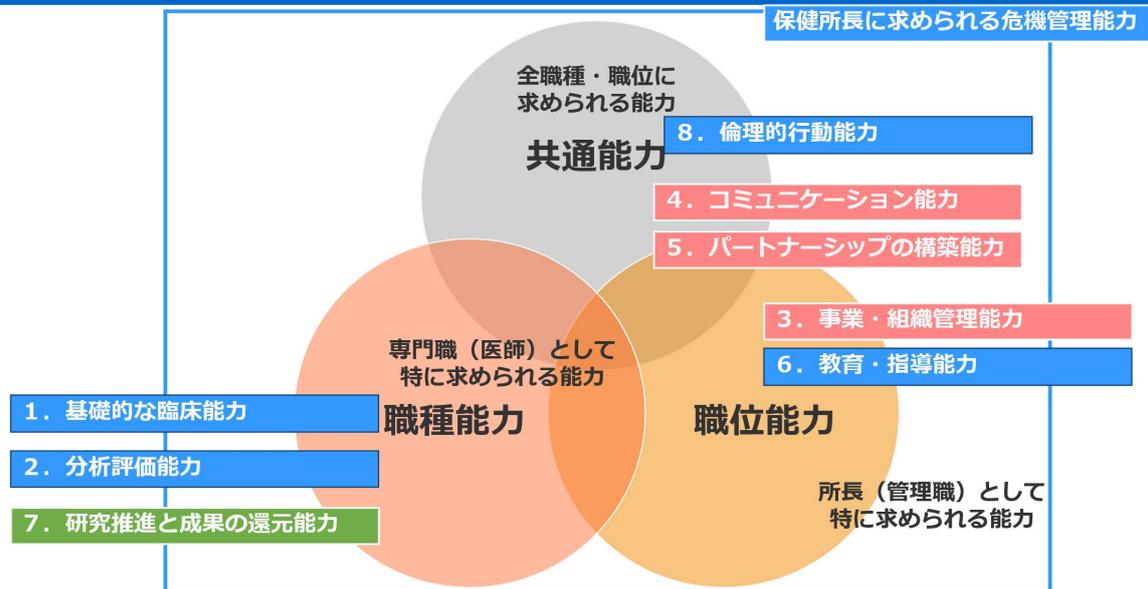


図4 先行研究（2006-2008橋班）における健康危機管理に必要なコンピテンシー—健康危機管理体制の評価指標、効果の評価および人材育成に係るe-ラーニングプログラムの開発評価に関する研究

大項目	小項目
発生の「第一報」「初動調査結果」から、地域保健上のインパクト（影響の大きさ）を計る（量る）能力	平常時から非常事態への移行を判断することができる
	発生自体のインパクト推計に必要な知識・技術を身につけている
	医学・公衆衛生学の知識・技術
	行政に関する知識・技術
	管轄地域の基礎情報（社会資源など）
	インパクト推計に必要十分な情報を収集することができる
原因究明調査のマネジメント能力	健康被害拡大防止策を組織的に講じることができる
	初動調査等、実地疫学を始めとする知識・技術により健康被害の原因究明調査を行うことができる
対策進行の組織マネジメント能力	外部専門調査機関（地方衛研・国の機関・CDCなど）との調整・マネジメントができる
	所属機関内部において適切な決断や支持・調整などの組織管理ができる
判明事実・対策方針等の迅速・正確な内外に対する情報提供および説明能力。スポークスマンとしての役割。	対外的に組織間調整を行うことができる（医師会・近隣自治体・国など）
	健康危機管理に係る各対策の目標を認識し住民や外部機関にそれを説明できる
対策後フォロー、再発防止策を継続可能体制とするシステム・社会的コンセンサス形成能力	対応に必要な責任体制と簡潔な意思決定プロセスを迅速に確立することができる
	被害者、周辺住民、マスコミ、政治家等に対して、必要事項を科学的に正確かつ的確に説明できる
	受身対応ではなく、積極的に対策の方針や判明した事実・教訓を発信できる
平常時に必要なコンピテンシー	PTSDや社会的弱者への対応ができる
	管轄地域の改善が必要なくみを検討し実現するための提案ができる
	記録文書や科学論文として一連の対策を総括することができる
平常時に必要なコンピテンシー	地域健康危機管理計画を策定・実施することができる
	組織間連携に必要な事項（合同図上訓練など）を企画・調整・実施することができる
	地域健康危機管理に必要な人材育成を企画・調整・実施することができる

## 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証

研究分担者 前田 秀雄（公益財団法人結核予防会 審議役）  
研究協力者 調 恒明（山口県環境保健センター 所長）  
高山 義浩（沖縄県立中部病院 副部長）  
劔 陽子（熊本県菊池保健所 所長）  
中島 一敏（大東文化大学 教授）  
二宮 博文（港区みなと保健所 健康推進課長）  
三宅 邦明（株式会社 DeNA CHO）

### 研究要旨：

大規模感染症発生時においては、保健所は感染症危機管理対策の第一線機関として対策実務の中心的役割を担う。一方で、今回の COVID-19 発生時においては、保健所業務が質的量的にひっ迫し、対策の効果効率性が損なわれた。このことから、2020～2022 年における COVID-19 への保健所の各分野における対応を、研究協力者間のグループディスカッション、関連学会報告等からの資料分析等を通じて検証し、次のパンデミックに備える保健所機能強化策を制度等、人員強化、システム、連携の 4 つの観点から検討した。

COVID-19 対策で明らかとなった保健所機能強化のための方策は、健康危機管理業務全般に共通することが多いことから、本研究で明らかとなった機能強化策を踏まえて、今後の保健所の体制を総合的に整備することが求められる。

### A. 研究目的

2020～2022 年における COVID-19 への保健所の様々な対応を検証し、次のパンデミックに備える保健所機能強化に向けた提言を行う。

### B. 研究方法

2 年間の研究について次のように進める。

#### 1. 研究協力者間のグループディスカッション

COVID-19 対策に取り組んだ様々な立場から、保健所機能の状況、課題、強化策等について検討を行う。

#### 2. 資料収集

学会での研究報告、各保健所の総括報告書、関係統計資料等から、検討された保健所機能の課題、強化策と符合する事例、統計を収集する。

### 3. 事例及び対策の分析

保健所の機能強化の方向性を示唆する事例について、フォーカスグループディスカッション、インタビュー等により分析する。

1、2、3 を通じて得られて知見に基づいて、再度 1 により包括的な検討を行う。

分析に当たっては、今回の対応で得られたレガシーと明らかとなった課題、次のパンデミックに向けての強化策、今後の COVID-19 と病原性・感染性が異なる（上回る）新興感染症発生時対応への意識等をポイントとした。

### C. 研究結果

各事業について、Ⅰ. 役割を担った組織（実施組織）、Ⅱ. 実施上の課題（課題）、Ⅲ. 事業体制強化のために必要な取り組み

(強化策)を、今年度は主に研究者間のディスカッションにより検討した。

項目毎に、実施組織、課題、強化策について、ディスカッションで出た意見等を中間的にとりまとめた。課題は、詳細には時期や地域によって異なる。強化策は、今回の流行を受けて実施されることになった事項も含まれる。

## 1. 積極的疫学調査

### A. 実施組織

都道府県型保健所及び市区型保健所

### B. 課題

1) 封じ込め期(流行初期)には感染源やリンクを発見しやすく、感染拡大防止に効果はあったが、まん延期には、感染拡大に伴い感染経路が不明な市中感染による感染者が増大したため、調査対象も膨大となり、業務ひっ迫を惹起すると共に、調査による感染者発見の効果が減少した。

2) 株の変異に伴い無症状有感染性期の短期化により、潜伏期患者の発見という調査目的の達成が困難となり調査の実効性も低下した。

3) 保健所業務ひっ迫による重点化が行われて、全ての症例、報告も簡素化されてしまい、疫学調査の目的があいまいになり、二次感染率等本来必要な情報が分析できにくい仕組みになっていた。

4) 流行初期は、調査手順やフォーマットが定まっておらず、積極的疫学調査に基づく検査により陽性と判明した市民に対する入院勧告等一連の行為は私権制限を伴う公権力の行使であるにもかかわらず、根拠となる調査方法にばらつきがあることは、不必要な個人情報の収集等により人権確保に支障をきたす可能性があった。

5) まん延期には疫学調査の業務量が膨大となり、保健所職員のみでは対応が難しかった。

6) 個人情報保護遵守を担保する体制・方法を徹底しながらの外部からの人員強化が必要だった。

### C. 強化策

感染症法に基づく予防計画等を整備し、初期段階から下記の発出・導入・活用ができることを目指す。

#### 1) 制度等

①疾病の特性に応じた積極的疫学調査手引き等の早期発出

②調査対象者の人権確保の観点からの個人情報保護を遵守した調査方法についての指針等

③フェーズに応じた単純な簡素化ではない合理的な疫学調査スキームの構築

④国からの無症候有感染性の期間の長さ等調査方法の根拠となる正確な疫学情報の提供

#### 2) 人員強化

感染拡大時のサージキャパシティの強化が必要。

①早期からの保健所への人員の集中配置

②現に感染症を担当していない保健師等も対象に含めた平時からの感染症対策研修の実施

③IHEAT 要員となる可能性のある地域の教育機関等の専門職、市町村保健師等への平時からの疫学調査トレーニング

④派遣職員等民間企業の活用

#### 3) システム

①携帯電話番号でのSMS等を活用した調査手法の確立

②ICTを活用した調査分析システム

いずれも初期段階から導入と活用ができればいい。

#### 4) 連携

①大学等の専門家を有する機関との平時からの包括応援協定の締結

②急増期に民間事業者等への業務の一部委託

## 2. 相談事業

### A. 実施組織

一般的な知識等に関しては都道府県本庁等が電話相談窓口等を担ったが、個別の症状、

地域の状況等についての具体的事項に関する相談は都道府県型保健所、市区型保健所が一義的に担った。

#### B. 課題

1) 膨大な数の相談が殺到し、疫学調査等の本来業務を圧迫した。

2) 新興感染症であるため当初は情報が少なく回答に苦慮した。

3) 保健所の負担軽減と一律的な対応が望ましいため、本来都道府県がコールセンター開設すべきだが、コールセンター等を設置するためには保健所の相談実績からのQ&A作成やノウハウの蓄積が必要だった。

4) 一部の自治体ではノウハウ蓄積後も各保健所が担い、感染拡大時の業務をひっ迫させた。

#### C. 強化策

##### 1) 制度等

①疾病に関する医学的情報、Q&A等の早期発出

②個別の相談に正確に回答できるための地域の疫学的な情報分析について地方衛生研究所が迅速に担うことができる人員組織体制の整備

##### 2) 人員強化

①相談業務を行う民間企業からの派遣人材の活用

②住民からの相談業務に精通した自治体内職員による応援

③地域の疫学的な情報分析等のための大学、医師会等の外部専門家の応援

##### 3) システム

①都道府県によるコールセンターの早期立ち上げ

②チャットボット等ICTの活用

##### 4) 連携

①地域の疫学的な情報分析等のための外部専門家の派遣応援に係る大学等との連携

②都道府県による一元の実施

③まん延期以降は福祉、教育施設等からの相談は一義的に関係部局で対応

④相談事業は都道府県で一元的に、発生時対応は保健所、という分担が理想。

#### 3. 検査

##### A. 実施組織

初期は、都道府県型保健所、市区型保健所が検体採取等の検査実務を担当し、地方衛生研究所が判定等の試験検査を実施した。

徐々に、医療機関が検体採取等を実施し、民間検査機関等が試験検査を担当し、地方衛生研究所は、調査研究として実施した。

##### B. 課題

1) 初期は、検査判定は地方衛生研究所でしか実施できず、診療及び検体採取等に対応できない医療機関が多数存在したため、保健所で検体採取等を実施し、地方衛生研究所等への検体の搬送を含めて保健所の業務が逼迫する1つの原因になった。

2) 医療機関の検体採取等を代行するPCR検査センターが設置されたが、膨大な財政負担が生じた。

3) 徐々に、PCR検査センター、発熱外来が開設され、検査判定も地方衛生研究所から民間検査機関へ移行ができたことで、業務の軽減に繋がった。医療機関における検体採取等が基本となったが、医療資源の乏しい地域では保健所での実施が継続し、保健所業務がひっ迫した。

##### C. 強化策

##### 1) 制度等

①医療機関の感染症検査機能強化

②検査プロトコルの早期設定

③地方衛生研究所の機能強化

##### 2) 人員強化

地方衛生研究所の人員強化

##### 3) システム

PCR検査センターの開設

##### 4) 連携

①民間検査機関への移行スキーム確立

②薬局での検査キット市販

#### 4. 入院調整

##### A. 実施組織

多くの都道府県で都道府県型保健所・市区型保健所が担った。第3波以降医療機関ひっ迫が顕在化したことにより、一部の都道府県が本庁で一元的に実施した。

##### B. 課題

1) 臨床的な入院の必要性の判断は、本来、かかりつけ医、診断医師等の既往歴や診断時所見を把握している医師が行うことが適切であるが、保健所に入院の必要性の判断や医療調整や健康観察等、臨床的な役割を求められた。平時に医療業務のない保健所が行うことは無理があった。

2) 臨床的な調整業務が24時間保健所医師に集中。医師1名の保健所では過重な労働となった。

3) 保健所は病院と異なり、また、担当地域外の医療機関との関係性は希薄であるため、広域調整を行うことが難しかった。

4) 感染症指定医療機関の確保は都道府県が行うが、病床が十分に確保できず、二次医療圏等の地域での入院ニーズに応じた均てん化が図られなかったため迅速な入院調整が困難だった。

5) 地域における医療機関同士の積極的な入院調整を行う体制がなく、医療機関同士の調整ができず、行政単独での入院調整の必要性が生じた。

6) まん延を防止するための入院なのか、治療のための入院なのか、入院勧告の方針が不明確であった。

7) 都道府県本庁に広域の入院調整を行う本部があったが医師1名のみであった県や、基本的には保健所圏域で調整し最後まで本庁で一元化しなかった県があり、上記の課題が解決されなかった。

##### C. 強化策

###### 1) 制度等

①感染症法に基づく予防計画及び協定締結の推進

②宿泊施設の感染症法に基づく効果的な運用（無症状病原体保有者、軽症者等に対応することにより入院医療機関の役割を補完する）

③入院の医療上の必要性と感染対策上の必要性の整理

###### 2) 人員強化

①保健所医師の充足強化

②医療機関、医師会等からの調整業務担当医師の応援

###### 3) システム

①都道府県本庁における24時間対応、広域調整可能な都道府県総合入院調整本部の設置（基幹的医療機関への委託も含む）。感染症法上都道府県等（保健所設置自治体）の業務は感染者に入院勧告する感染症指定医療機関を指定することのみであり、病床の整備は都道府県の業務であるため、都道府県一括実施が合理的。また、24時間対応、広域調整は個々の保健所に任せるのでは非効率的で保健所業務の更なるひっ迫につながる。

②リアルタイムの空床状況をシステム上で把握し、それを見た医療機関が保健所を挟まずに病院同士でやりとりできるのが理想である。（G-MISはリアルタイム情報になりにくく、それにより調整が行われたのは一部の県のみであった。）

③災害医療のように、二次医療圏内等で、病院－病院、病院－診療所等の医療機関間の連携で入院調整できる体制の構築。

###### 4) 連携

①病病、病診連携により入院調整できる体制が理想的。決定後に保健所へ連絡。

②都道府県による総合調整本部の設置、特に夜間調整、広域調整。

#### 5. 医療体制構築

##### A. 実施組織

各医療機関の役割分担、連携システムの構築は都道府県本庁で行った。都道府県型保健所が二次医療圏単位での調整を行う都道府県もあった。

また、保健所設置市区においては、本庁及び市区型保健所により、区市単位でのシステム構築も行われた。

#### B. 課題

①在宅医療・看護、介護、福祉分野の連携が十分でなかった。

②平時からの関係性の良不良が危機発生時の協力・対応にも影響した。

③在宅医療・介護連携推進協議会等について、形骸化しているところ、活性化しているところなど、圏域ごとに意識に差がかなりあった。

④症状緩和後の感染者の受入病院が少ないことも、急性期病床のひっ迫につながった。

#### C. 強化策

##### 1) 制度等

①保健所の医療連携構築機能の強化

##### 2) システム

非感染性となったが依然として入院治療の必要な患者を受け入れる下りの医療連携システムの構築。

##### 3) 連携

①保健所管轄単位での協議会等の設置

②診療報酬の感染管理加算制度を活用した入院医療機関、医師会との感染症対策ネットワークの強化。

#### 6. 在宅療養者支援

##### A. 実施組織

訪問診療実施医療機関、訪問介護事業者等が対応した。

市区型保健所においては、庁内連携により地域包括ケアシステムを活用し、効果的に訪問診療、訪問介護による療養者への治療を実施できた事例があった。指定都市・市型保健所で円滑に実施できる傾向があった。

##### B. 課題

①病床ひっ迫により入院できない中等症感染者の在宅療養は、在宅での投薬治療等が必要であったが、訪問診療医療機関、訪問看護ス

テーション等の協力が得られにくい地域では対応が困難であった。

##### C. 強化策

##### 1) 制度等

①新型インフルエンザ等感染症等の患者の在宅療養者医療支援を制度的に明確化・充実させる。

##### 2) システム

①ICTを活用した療養者情報の共有システム

②都道府県型保健所管内における、都道府県本庁の調整による管内市町村の地域包括ケア体制との連携体制の構築。

##### 3) 連携

①病床ひっ迫により入院困難な中等症療養者の支援には医療機関（訪問医療、遠隔診療）、訪問看護ステーション、薬局（訪問調剤）等との地域包括ケアシステム連携が重要

②平時からの保健衛生部門と地域包括ケア支援部門との関係性の強化。

#### 7. 在宅療養者生活支援

##### A. 実施組織

在宅療養者への食事の提供、日用品の支給等の支援について、保健所、市町村が、直接または民間事業者等への委託により対応した。

##### B. 課題

1) 自宅療養者への生活支援については、感染症法で都道府県、保健所設置市及び特別区の努力規定となっている。保健所業務とは規定されていないが、一部自治体では、保健所が担った。しかし、自宅療養者数の増加に伴い、保健所業務のひっ迫の一因となった。

##### C. 強化策

##### 1) 人員強化

①自治体の危機管理部門、生活福祉部門等保健所以外の部門による実施、民間業者への委託実施、市町村への協力要請等。

②平時からの自助、共助を含めた備えを推進。

##### 2) システム

①My HER-SYS 等の ICT を活用した支援ニーズの把握

### 3) 連携

市町村と連携した対応。

## 8. 健康観察

### A. 実施組織

元々、健康観察については感染症法 44 条の 3 に基づく濃厚接触者の健康観察が都道府県等（保健所設置自治体）の業務だったが、令和 3 年 2 月 3 日の改正により、自宅療養の法定化とともに、自宅療養中の患者の健康観察も都道府県等（保健所設置自治体）の業務となった。流行初期には保健所が直接実施。その後、民間事業者等が担う形も増加した。

### B. 課題

①濃厚接触者の健康観察・行動制限は、初期は一定の効果があつたが、潜伏期の短縮したオミクロン株の感染拡大時は効果が少なくなった。

②軽症感染者も対象とした一律の健康観察は保健所にとって過重負担であった。

③SMS 活用等 ICT 化により業務が軽減したため、初期から導入すべきだった。

④重症化の早期把握のための医療としての臨床症状の経過観察は、診断し病態を把握している医療機関が本来適している。発生届の情報みの保健所には確実な判断は困難だった。

### C. 強化策

#### 1) 制度等

①感染症の疫学的状況に応じたマニュアル等。

②臨床症状の経過観察と行動自粛の確認業務の制度上の整理。

#### 2) 人員の質的量的確保

①軽症者対応には、自治体事務職、民間企業派遣職員、市町村の協力等の活用。

#### 3) システム

②My HER-SYS に搭載されていたような、ICT を活用した陽性者本人や家族等がスマートフォンやパソコン等で健康状態を入力できる機能を有する軽症者を対象とした健康管理自己申告システムの構築

### 4) 連携

①訪問看護ステーション等関係機関への委託。

②市町村と連携した対応。

## 9. 福祉施設支援・クラスター対策

### A. 実施組織

流行初期の封じ込め対策期には都道府県型保健所、市区型保健所が実施した。感染拡大期には、保健所の対応は簡素化する一方で、一部の都道府県では感染制御医師（ICD）、感染制御看護師（ICN）等で構成された支援チームを施設に派遣し支援した。また、市町村福祉部門との連携も行われた。

### B. 課題

①感染拡大期に施設での感染者数が増加する中で、多くの福祉施設でクラスターが発生し、保健所での対応能力が限界を超えた。

②施設配置医・嘱託医はほとんど機能しなかった。

③社会福祉施設や保育園、学校関連のクラスター発生時は、市町村の各所管課との連携が重要だが、必ずしも円滑ではなかった。

### C. 強化策

#### 1) 制度等

現状の配置医、嘱託医制度では感染症危機発生時の医療には対応できないと考えられ、福祉施設における医療体制の強化が必要。

#### 2) 人員強化

①医療機関や専門家等の応援を得た施設支援チームの構築

②高齢者施設を支援する NPO の活用

#### 3) システム

感染者の一律の入院対応が困難。感染拡大期には、感染者の施設内療養を行い、二次感染予防、BCP 等を支援。

#### 4) 連携

- ①保健所による平時から福祉施設の感染症対応機能の強化支援。
- ②福祉施設間の情報やノウハウの共有。
- ③都道府県、市町村の各施設支援所管課と連携した支援。
- ④平時から福祉施設の感染症対応機能の強化。

### 10. 地域の感染情報の分析

#### A. 実施組織

地域の情報分析は保健所が一義的に実施し、都道府県、地方衛生研究所は保健所から得た情報を基に広域的な分析を行った。一部保健所では地域の大学、専門家等からの支援により実施した。

#### B. 課題

- 1) 管轄地域の発生動向の分析は都道府県型保健所、市区型保健所の最重要業務で、地域の実情に応じた対策実施のためには不可欠だが、業務のひっ迫により保健所が十分に機能を発揮できなかった。
- 2) 平時から地域の専門家と行政機関との適切な関係の構築が行われていない保健所では効果的な支援を受けることができなかった。
- 3) 外部機関等との協働による情報分析における個人情報保護に関する必要な対応が明確でなかった。

#### C. 強化策

##### 1) 制度等

- ①保健所の情報分析機能の位置づけの強化・明確化・財政補助、人員強化。
- ②保健所職員の ICT 技能、情報分析能力の育成。
- ③IHEAT 等の広域的支援体制の強化。

##### 2) システム

- ①保健所の ICT 環境の充実が必要。
- ②感染症サーベイランスシステムデータを効率的に活用できる情報システムの構築。

##### 3) 連携

①大学公衆衛生学教室からの支援制度・連携協定等地域の専門家と行政機関との適切な関係の構築。

②平時からの地域情報分析、オープンソース化。

③地方衛生研究所との密接な連携強化（発生動向調査・ゲノム解析、等）

### 11. 移送

#### A. 実施組織

感染症法 21 条により一類感染症の勧告入院患者の移送は都道府県等による義務であり、また、同法第 26 条により、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症については、「移送を実施することができる」として規定されている。新型コロナウイルス感染症については、令和 2 年 2 月に指定感染症に指定されており、その際、政令において、当該感染症では、同法第 21 条を「移送することができる」と適用することとされた。その後、上記政令の期限が到来し、また、令和 3 年感染症法改正に基づき、当該感染症は同法第 6 条第 7 項の「新型インフルエンザ等感染症」に位置づけられたことから、移送に関する規定は感染症法第 26 条第 2 項が適用されることとなった。

民間の患者等搬送事業者への委託については都道府県庁が一括して実施する都道府県もあった。流行初期は保健所が実施し、その後は、消防署や民間委託による実施も行われた。

#### B. 課題

①一類感染症等の希少な感染症患者の移送が義務とされ、新型インフルエンザ等の大規模感染により発生した患者の移送は想定されていなかったため、患者移送専用車両は多くの保健所で未整備であった。

②民間の患者等搬送事業者への委託でも保健所医師・保健師の同乗が求められ、人員がひっ迫した。

③都市部では徐々に民間の患者等搬送事業者へ委託したが、非都市部では委託先が無かった。

④救急要請をした陽性者等の移送に関しては、消防署との調整が難航する事例が多々あった。

#### C. 強化策

##### 1) 制度等

①発生早期から軽症者には感染症法第 44 条の 3 に基づく外出自粛を実施し、入院勧告に基づく移送対象を限定。

②感染症疑い患者の搬送に関する都道府県単位での都道府県庁と市町村消防部局との協定等が必要。

③移送専用車の購入助成

##### 2) 連携

①消防部局との役割分担について、都道府県単位で協定等を締結する。

②在宅療養体制を整備することにより、移送業務を減らす。

## 1 2. 保険請求：療養証明

### A. 実施組織

実態として、入院勧告、外出制限を実施した都道府県型保健所、市区型保健所が対応した。

### B. 課題

①感染症法上の保健所業務か不明である。本来は医療機関業務とも考えられる。

②HER-SYS での電子証明ができるまでは、紙での発行を行っており、膨大な申請への対応は、かなりの負担であった。

③保険会社や住民から療養期間照会の問い合わせも多く事務をひっ迫させた。

④威圧的な態度で要求してくる住民もいたため、担当する職員は精神的苦痛を強いられた。

### C. 強化策

#### 1) 制度等

①保険業者の制度の改善

#### 2) システム

## ①ICT での療養期間確認システムの構築

### 1 3. 登録業務 (HER-SYS)

#### A. 実施組織

当初は都道府県型保健所、市区型保健所が NESID にすべての情報の入力を行ったが、HER-SYS 導入後は、初期情報の入力は基本的に届出する医療機関の業務となった。全体的な管理は都道府県本庁、地方衛生研究所（地方感染症情報センターとして）が行った。

#### B. 課題

①当初は膨大な紙資料が作成され業務が混乱した。なお、HER-SYS 導入後は電子上で記録や情報を把握でき、効率化が図られた。

②膨大な数の患者に関する情報の HER-SYS は入力した情報を医療機関と保健所間、関連保健所間での迅速な確認・情報共有が求められた。

③入力業務を負担と感じる医療機関が少なかった。

④HER-SYS 上で記録したデータを分析に用いるためには、都度データのダウンロードを行い他のソフトで行わなければならなかった。

⑤ICT 環境の整わない医療機関の代行入力を保健所が担ったため、業務がひっ迫した。

⑥当初の入力項目設定が過大だった。業務軽減のための項目の重点化の内容と対策上の情報の必要性との整合性を検討すべきだった。

### C. 強化策

#### 1) 制度等

大規模感染症発生時期毎の対策に必要な入力項目の精査

#### 2) 人員強化

医療機関の届け出情報入力支援

#### 3) システム

①HER-SYS は入力した情報を医療機関と保健所間、関連保健所間での迅速な確認・情報共有することができ非常に役立ったが、改修された感染症サーベイランスシステムには類似機能がないため、再度の大規模発生においては同機能の追加が必要

②感染症サーベイランスシステム保有データを直接分析に用いることのできるアドインソフト。

③医療機関の電子カルテデータからの情報共有。

④断面情報のみではなく時系列情報データベースの構築。

⑤診査会資料作成等の事務支援ツール

#### 1 4. 意思決定・情報共有

##### A. 実施組織

基本的には国、都道府県庁間での調整が主であった。

##### B. 課題

1) 国の戦略と自治体の対策のズレ、都市部、地方部などの流行状況の違いによる調整、流行の波に合わせて業務の適正化等に関する意思決定及び調整が十分なされていなかった。

2) 各都道府県における本庁と保健所の意思決定・指揮命令系統が明確でなく、意思疎通の良否も各自治体によって差が大きかった。

3) 都道府県によっては首長同士で方針が異なり、競い合う傾向もあった。

4) 政策決定にあたり科学的根拠が不明確で理解が得にくい場面があった。

##### C. 強化策

###### 1) 制度等

・国と自治体、保健所の意思共有制度・システムの確立

###### 2) システム

・情報の可視化により、根拠に基づく政策形成（EBPM）ができる情報分析システム

###### 3) 連携

・国、自治体、保健所間のリスクコミュニケーションシステムの構築

#### 1 5. 普及啓発

##### A. 実施組織

基本的な方向性の情報発信は政府が担い、各地域の情報については、都道府県、都道府県型保健所、市区型保健所が、分担した。

##### B. 課題

1) 一部の自治体が国の示した基本的内容と異なる発表を行い、住民の混乱があった。

2) 一部に根拠となる科学的エビデンスが希薄な報道発表が行われた。

3) 他の自治体と普及啓発内容に関する意見交換する機会が少なかった。本来は協調して実施すべき内容もあった。

4) 啓発のポスター等の印刷物について、自治体所独自の作成により、自治体によって内容が異なった。国が共通の印刷物を作成し、それを自治体が共有するなど統一性の推進が望まれた。

5) マスコミ報道からの誤解により、不安を覚える人が多くいた。

6) 感染症の専門家と称して情報発信を行う者が増えたことで、様々な情報が錯綜し、正確な情報を取り入れるのが難しかった。

7) 地域により、発生動向が大きく異なることで、自治体の現状認識が異なっていた。

##### C. 強化策

###### 1) 制度等

①大規模感染症発生時のリスクコミュニケーションシステムの構築。

②地域の実情に応じた普及啓発のあり方の検討

###### 2) 人員強化

各自治体に説得力のあるリスクコミュニケーションができる人材の育成が必要。

###### 3) システム

感染症サーベイランスシステムから自動的に広報に活用できる発生動向集計が作成されるシステム。

###### 4) 連携

国—都道府県間、都道府県本庁—指定都市・中核市・保健所政令市・特別区、保健所間の情報共有。

## D. 考察

今後遠くない時期における新たな大規模感染症発生の確率が高い。その際には、保健所は再び感染症危機管理対策の第一線機関として対策実務の中心的役割を担うことから、保健所が円滑に機能する体制を検討することが、全体の政策および個々の対策を効率的効果的に実行するためには不可欠である。

しかしながら、今回の COVID-19 発生時においては、保健所業務が質的量的にひっ迫し、対策の効果効率が損なわれたことの一因となった。そのひっ迫の原因は今後の感染症危機管理対策における課題を明示しており、その解決策が、今後の感染症危機管理対策において求められる施策であると考えられる。

なお、こうした課題については、その後の法改正・制度改正によって対応された部分もあるため、法改正・制度改正も踏まえて、自治体において、保健所等の機能強化の推進のために取り組むべき点を継続的に検討する必要がある。この点については第 2 年度研究で明らかにしたい。

## E. 結論

COVID-19 対策で明らかとなった保健所機能強化のための方策は、健康危機管理業務全般に共通することが多いことから、本研究で明らかとなった機能強化策を踏まえて、今後の保健所の体制を総合的に整備することが求められる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし（令和 6 年度に第 83 回日本公衆衛生学会総会にて発表予定）

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

## 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

### 海外における地域健康危機管理について

研究分担者	佐伯 圭吾	（奈良県立医科大学 疫学・予防医学）
研究協力者	吉見 逸郎	（国立感染症研究所）
研究協力者	松田 亮三	（立命館大学 産業社会学部）
研究分担者	白井 千香	（枚方市保健所所長）
研究代表者	尾島 俊之	（浜松医科大学健康社会医学）

**研究要旨：**保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料として、米国公衆衛生機関認証制度やその効果について調査した。米国公衆衛生機関認証制度は、2011年に発足した自主的認証制度で、わが国の保健所に相当する地方政府のLHD（Local Health Department）の第三者評価と質の向上を目的に実施されている。同認証制度が導入された効果について文献的調査をしたところ、認証機関において、質向上プログラムの実施の促進や、職員の認識の増加が確認されたのみでなく、COVID19流行下において、総死亡率低下効果を示唆する結果を認めた。認証を受けたLHDを訪問し、その意義などについてヒヤリングを行った。英国の健康危機管理については、COVID19感染流行時の法的な対応、医療調整体制、データ収集とその利活用、臨床研究の実施や人材育成体制について情報収集し整理した。今後、これらの詳細を精査し、わが国の地域健康危機管理ガイドラインとの比較や参考とすべき点を検討する予定である。

#### A. 研究目的

わが国の地域健康危機管理ガイドラインにおいて、保健所はその中核的役割を果たすとされている。新型コロナウイルス感染症のパンデミックや、地震や豪雨災害の経験から、今後の地域の健康危機管理の在り方が再検討されている。

本研究の目的は、米・英国の地域健康危機管理体制や、米国公衆衛生認証制度を調査し、わが国の地域保健行政に資することである。

#### B. 研究方法

米国および英国の保健機関に勤務した経験がある医師からのヒヤリングによって健康危機管理体制について調査した。さらに米国の公衆衛生認証制度の効果について文献を用い

たレビューを行った。また同認証を受けた機関を訪問しヒヤリングを行った。

#### C. 研究結果と考察

##### 1. 米国の地域健康危機管理体制

米国は合衆国憲法のもと、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦主義制度がとられている。50州すべてが独自の憲法をもち、州には city, county, town, municipality, district といった地方政府がある。衛生行政組織としては国の保健省（department of health and human service: HHS）の下に、州レベルの保健衛生部局（State Health Department）がある。日本の保健所に相当するのは city, county, town, municipality, district といった地方政府のLHD（Local Health Department）である。LHDの運営は州によって異なるが、感染症

対策、健康危機管理、食品衛生に関する監視業務を行っている。

## 2. 米国公衆衛生機関認証制度

2003年に米国のIOM (Institute of Medicine) は、公衆衛生機関が果たす役割やサービスの質を評価するために認証制度を推奨した。2004年に、CDC (the center for disease control and prevention) は認証制度が公衆衛生インフラを強化する重要な戦略であると発表した。2007年に米国公衆衛生認証評価委員会 (PHAB: Public Health Accreditation Board) が発足し2011年から全米で自主的認証制度が開始された(1, 2)。

## 3. 米国公衆衛生機関認証制度の効果

### (1) 短期アウトカムによる評価

Kronstadt らは、認証後1年経過した60か所のLHDに対し、認証効果に関するアンケート調査を行い、52LHD (87%)から回答を得た。その結果、認証によって「LHDの活動の質や実績改善のための機会を促進した」、「各LHDの強みと弱点について認識する機会となった」の二点について、60%以上の機関が、強く同意すると回答した(3)。

Beitsch らは、認証制度発足前の2010年と開始後の2013年、2016年にNational Association of County and City Health Officials (NACCHO)によって実施された全米保健所調査結果を用いて、公式な質的向上プログラムの実施の有無を、2017年7月の時点で非認証施設、認証中施設、認証施設の3群で比較したところ、認証施設の実施状況は30.1% (2010年)、42.6% (2013年)、79.1% (2016年)と増加していた(4)。

Allen らは、NACCHOが2016年に実施した全米保健所調査にて、糖尿病、体格指数、運動・栄養に関するポピュレーションアプローチを実施していると回答したLHDから層化抽出した579施設に、根拠に基づく判断

(Evidence based decision making: EBDM) に関するオンライン調査を実施した。376施設(65%)からの回答に基づいて、認証の有無とEBDMの関連を分析した。認証機関のEBDMに関する得点が、対象施設の最高三分位となるオッズ比(95%信頼区間)が有意であったのは、EBDM能力の2.12 (1.04 to 4.32)、EBDMのリソースの活用しやすさの2.24(1.08 to 4.57)、EBDM評価能力の2.26 (1.12 to 4.56)であった(5)。

Yeager らは、全米の公衆衛生従事者に対する調査 (PH WINS 2017) のデータを用いて、認証されたLHDと非認証LHDに従事する職員の公衆衛生のコンセプトや仕事の満足度を調査した。調査対象者は70302名のうち、非認証機関の職員は34552人、認証手続き中の機関の職員は12194人、認証機関の職員は21556人であった。非認証LHDと比べて認証LDHの職員では、質の向上 (Quality improvement)、多施設の共同 (Multi-sectoral collaboration) を認識する職員の割合が有意に高かった。一方、仕事の満足度と認証の有無には有意な関連はみられなかった(6)。

### (2) 地域の年齢調整死亡率との関連

Kovach らは、2013-2016年に公衆衛生認証を受けたLHDにカバーされた地域(239 counties)と認証を受けていないLHDが担当する地域(2506 counties)のうち、男性割合、白人割合、都市部とのつながり度合いによって推定した公衆衛生認証のpropensity scoreを用いてマッチした認証機関地域(238 counties)と非認証機関地域(389 counties)の間で、年齢調整死亡率を比較した。認証後の2016-2019年には、認証機関地域のほうが、非認証機関の死亡率よりやや低いものの有意な差はみられなかった。しかし新型コロナウイルス感染症のパンデミックによって総死亡率が急増した2020年において、認証機関地域の総死亡率は非認証機関地域より有意に低い結果であった(人口10万人当たりの死亡

率: 871.0 vs. 904.0,  $p = 0.02$ )。公衆衛生認証規格には、感染症を含む健康危機管理に関する内容が含まれており、認証制度による地域の公衆衛生活動が COVID19 による死亡率上昇を抑制した可能性が示唆された(7)。

#### 4. 米国勤務経験医師へのヒヤリング

感染症危機管理専門家 (IDES) 養成プログラム参加者に協力を得てヒヤリングを行った。米国 CDC、Global health center に勤務した医師からは、イリノイ州の Henry county Emergency Operation Center へ見学に行かれた経験について伺った。地域の健康危機の際に、様々な情報を収集し、各部署への指令を行う機関で、行政・消防などの機関と一体となった施設に設置されているということであった。さらにジョージア州の Cobb Douglas Public Health への見学に行かれた経験について伺った。同施設では感染症に関する診療、ワクチン接種に加えて、母子保健活動なども実施していた。同施設へは 11 月に尾島班長が視察に訪問することとなった。米国国立進行特殊病原体研修教育センター (NETEC National Emerging Special Pathogens Training and Education Center)での勤務経験についてヒヤリングを行った。NETEC では定期的に、米国保健福祉省 (HHS) が地域事務局を設置する 10 地域の LHD や医療機関から特殊感染症に関する相談を受け付ける Web 会議が定期的で開催されていたことや、感染症のみでなくオールハザードの危機管理対応を行う中央機関として、戦略的準備対応管理局 (ASPR: administration for strategic preparedness and response) が機能していることが分かった。

#### 5. 米国公衆衛生機関認証機関ヒヤリング

IDES 養成プログラム修了者のご協力を得て、ジョージア州の Cobb Douglas Public Health(CDPH)へ訪問、聞き取りを行った。

CDPH はジョージア州によって設置されている LHD で、担当する地域の人口は 915,000 人である。

##### (1) CDC や大学との連携について

CDC (Center for Disease control and prevention) は、同地域の保健事業に資金を支出しているのみでなく、CDC によって雇用されたスタッフや学生が多く派遣されており、平時から協働して活動を行っている。

Kennesaw State University、Georgia State University Chattahoochee Technical College and the University of West Georgia、といった大学とは、保健所から保健関連情報を教員や学生に提供する一方、大学からは学生の派遣や、データ分析に関するサポートを受けている。

##### (2) 公衆衛生認証を受けた動機や意義

CDPH は 2015 年に公衆衛生認証を受け、2021 年に再認証されている。その意義として、住民や関連機関に対して、サービス向上のための取り組みを明らかにすることができたことを挙げた。認証を受けるためには、費用や時間を要し、当該機関の各部署が共同して質を向上させ、承認要件を満たしていることを示す必要がある。一方で認証されることによって、住民やその他のスポンサーが、施設の運営資金が適切に使用されたことを確認できた点を意義として挙げられた。(添付資料)

#### 6. 英国の健康危機管理体制について

##### (1) 危機管理体制

第二次世界大戦の戦時の地方の市民防衛体制を下敷きとし、特にブレア労働党政権において緊急事態への対応体制の見直しが行われ、2004 年緊急事態法が制定されている。この法律では、緊急事態を、人間の福利、環境、安全に対し、深刻なダメージを与える脅威がある状況あるいは出来事、と定義し、洪水、家畜の病気、テロ事件や、重要な公共

サービスやインフラの混乱による影響などといった幅広い想定が含まれる(8,9)。

COVID-19 感染症流行においては、この緊急事態法が発動されたわけではなく、公衆衛生法と COVID-19 感染症に関する新法を中心とした関連法令により対処された。

## (2) 医療調整 (トリアージ、入・退院)

NHS が主に電話によるトリアージや搬送調整を行った。

コロナ対応においては、優先的に患者を受け入れる体制が NHS のもとで提供されていたが、もともと病床が日本よりはるかに少ないことや、冬季には呼吸器感染症や感染性胃腸炎などの流行への対応として段階的に病床確保をすることがある点から (winter surge/winter plan など計画や訓練含む)、医療機関がある意味で、対応に慣れていたことも重要な要素であると考えられる。

救急搬送の指標を設定し、目標を位置づけ、重症度別にもモニタされたが、それらのデータが NHS で使用されるほかに、透明性、説明性の観点からも公開されており、各種シンクタンクが分析に用いられたことは、意義が大きいと考えられた(10)。

## (3) サーベイランス体制とデータ活用

2012年のロンドン五輪における拡大サーベイランスの経験や同時期の公衆衛生改革(法改正)など大きな政策的背景から、もともとサーベイランス体制は整理されていた(11)。コロナ対応においては2020年3月より dashboard を設置するなどデータ収集とその活用、可視性には大きく注力されていた(12)。世界初となったワクチン展開においてもモニタリング戦略が2020年1月に公開されている(13)。実社会モニタリングのためのデータ環境がもともと充実しているうえに、利活用の円滑化が図られた。このほかにも、COGUK (COVID-19 Genomics UK Consortium) によって、ゲノムサーベイラン

スという分野そのものが確立された印象がある。

コロナ後の方向性としては、コロナ対応で立ち上げられた部門や機能を活かして UKHSA (UK Health Security Agency) が設立された。データ収集、数理モデルの活用、情報収集・分析の体制が拡充・強化されると思われる。特にデータや分析の機能として大きな部門 (Data, Analytics & Surveillance) が設置されている。

## (4) 緊急時の臨床研究体制

国レベルの効率的な推進を支援する中核として保健医療福祉研究支援機関である

National Institute for Health Research

(NIHR) が2006年に設置され(16)、NIHR の臨床研究ネットワーク(17)も整備されてきており、臨床研究が効率的に展開される土壌がある。その上で、NHS という医療サービスの基盤のうえで臨床研究をするにあたり、Health Research Authority (HRA) が2011年に設置され、倫理審査も集約して実施されている(18)。

NIHR の設立に至る経緯については、保健政策関連の論文において、英国の歴史的な構造改革や根拠に基づく医療の展開の大きな流れの中で、公共事業のマネジメントや、医療研究開発への投資を支持する経済政策などが背景として存在し、古くからの生物医学研究の助成機関 (Medical Research Council) と共に医療サービス研究システムを一元化することに成功していることが報告されている(19)。

また、NHS の患者や関連法規に関連する研究の倫理審査については、2011年に NRES などから組織改編された HRA に申請することとなっており、質の向上・標準化の方策として標準作業手順書などが整備されている。英国は2001年のEU指令と前後して倫理審査委員会の集約と質の向上・標準化を進め、そのための体制や環境を整備している(20,21)。HRA の2018-2019年までの年報

によれば、各地区別や下部委員会も含め多数の審査実績があるが、ほぼ 21 日以内にレビューがなされており、効率よく安定した倫理審査体制が伺える(22)。

今回のパンデミック前までの保健医療福祉に関する研究環境改革という土壌のうえに、いくつかの主要な緊急公衆衛生研究課題が実施された。初期治療やワクチンに関する緊急課題が迅速に立ち上がったが、研究助成においてもこうした体制が準備・活用され、RECOVERY 試験：Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy (23) のような大規模な研究が素早く実施され、有用な知見が得られた。我が国においても、政策的な医科学研究（臨床分野も含め）の環境整備が必要と思われる。

#### D. 結論

わが国の保健所における健康危機管理対応の在り方を検討する資料として、米国公衆衛生機関認証制度、英国の COVID19 感染流行時の法的な対応、医療調整体制、データ収集とその利活用、臨床研究体制などについて情報収集し整理した。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

特になし

##### 2. 学会発表

特になし（第 83 回日本公衆衛生学会総会にて発表予定）

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

特になし

##### 2. 実用新案登録

特になし

##### 3. その他

特になし

#### 引用文献

1. Riley WJ, Bender K, Lownik E. Public health department accreditation implementation: transforming public health department performance. *Am J Public Health.* 2012;102(2):237-42.
2. Ingram RC, Scutchfield FD, Charnigo R, Riddell MC. Local public health system performance and community health outcomes. *Am J Prev Med.* 2012;42(3):214-20.
3. Kronstadt J, Meit M, Siegfried A, Nicolaus T, Bender K, Corso L. Evaluating the Impact of National Public Health Department Accreditation - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(31):803-6.
4. Beitsch LM, Kronstadt J, Robin N, Leep C. Has Voluntary Public Health Accreditation Impacted Health Department Perceptions and Activities in Quality Improvement and Performance Management? *J Public Health Manag Pract.* 2018;24 Suppl 3:S10-s8.
5. Allen P, Mazzucca S, Parks RG, Robinson M, Tabak RG, Brownson R. Local Health Department Accreditation Is Associated With Organizational Supports for Evidence-Based Decision Making. *Frontiers in public health.* 2019;7:374.
6. Yeager VA, Balio CP, Kronstadt J, Beitsch LM. The Relationship Between Health Department Accreditation and Workforce Satisfaction, Retention, and Training Needs. *J Public Health Manag Pract.* 2019;25 Suppl 2, Public Health Workforce Interests and Needs Survey 2017(2 Suppl):S113-s23.
7. Kovach KA. Age-Adjusted All-Cause Mortality in Counties Served by PHAB-Accredited Local Health Departments Compared With Counties Served by Nonaccredited Local Health Departments: 1999 to 2020. *J Public Health Manag Pract.* 2023;29(4):446-55.
8. Civil Contingencies Act 2004 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>

9. 英国の危機管理体制 自治体国際化協会  
ロンドン事務所 (2015)  
[https://www.jlgc.org.uk/jp/wp-content/uploads/2015/07/report\\_kikikanrifinal.pdf](https://www.jlgc.org.uk/jp/wp-content/uploads/2015/07/report_kikikanrifinal.pdf)
10. Why have ambulance waiting times been getting worse? The Health Foundation (2022)  
<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/why-have-ambulance-waiting-times-been-getting-worse>
11. Towards A Public Health Surveillance Strategy in England (2012)  
<https://www.gov.uk/government/publications/public-health-surveillance-strategy-overview-published>
12. Behind the scenes: Expanding the COVID-19 dashboard. Blog UK Health Security Agency  
<https://ukhsa.blog.gov.uk/2021/03/22/behind-the-scenes-expanding-the-covid-19-dashboard/>
13. COVID-19: vaccine surveillance strategy. Public Health England (2020)  
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-surveillance-strategy>
14. History of COG-UK. Sharon Peacock (2020)  
<https://www.cogconsortium.uk/about/about-us/history-of-cog-uk/>
15. UKHSA organogram (2023)  
UKHSA Senior Leadership  
(publishing.service.gov.uk)
16. National Institute for Health Research (NIHR)  
<https://www.nihr.ac.uk/about-us/who-we-are/>
17. Clinical Research Network. NIHR  
<https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/support/clinical-research-network.htm>
18. Health Research Authority (HRA)  
<https://www.hra.nhs.uk/about-us/what-we-do/>
19. Atkinson P, Sheard S, Walley T. 'All the stars were aligned'? The origins of England's National Institute for Health Research. Health Res Policy Syst. 2019 Dec 4;17(1):95.
20. 第1回疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る合同会議 資料 5 (p10-p13) / 臨床研究規制に関する英国 (イングランド) の最近の状況 国立がん研究センター 藤原康弘  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002vmja-att/2r9852000002vmrc.pdf>
21. 英国の倫理審査委員会から何を学ぶか 昭和大学研究推進室 田代 志門 / ※英国における倫理審査委員会の標準業務手順書：文部科学省科学技術試験研究委託事業 「次世代がん研究シーズ戦略的育成プログラム」 研究倫理支援ユニット・英国研究倫理政策研究班  
<https://www.pubpoli-imsut.jp/files/files/21/0000021.pdf>
22. Annual Report Summary for RECs in England April 2018 to March 2019. NHS Health Research Authority.  
<https://www.hra.nhs.uk/about-us/committees-and-services/res-and-recs/research-ethics-committees-annual-reports/april-2018-march-2019/>
23. Pessoa-Amorim G, Campbell M, Fletcher L, Horby P, Landray M, Mafham M, Haynes R. Making trials part of good clinical care: lessons from the RECOVERY trial. Future Healthc J. 2021 Jul;8(2):e243-e250.

## 添付資料：コブ&ダグラス保健所 事前質問回答

### Cobb & Douglas Public Health (CDPH) Responses to Outline Questions

Date Nov 7, 2023

#### Main Questions (tentative)

##### 1. Outline of the Cobb & Douglas Public Health (CDPH)

1.1 What is founding body of CDPH (county, state, semi-government sector, or non-government organization)?

Cobb & Douglas Public Health (CDPH) is part of the Georgia Department of Public Health (state agency). The state of Georgia is divided into 18 public health districts. CDPH is designated District 3-1 and is comprised of Cobb and Douglas counties and their approximately 915,000 residents.

District size is based on population density; this is why some districts only have one or a few counties while others have many. An online depiction of the districts is [here](#).

In addition, counties have a Board of Health as part of the county government. Cobb County's Board of Health web page is [here](#).

1.2 Roughly, how many the staff of CDPH by occupational category, and by centers?

Please see attached organizational charts.

1.3 How is the collaboration with universities, CDC and other academic organizations (including knowledge translation, collaboration research, and fund)?

- We have very strong relationships with several of our higher education systems in our district:
  - Kennesaw State University is one of the largest universities in GA with approx. 45,000 students. We frequently partner for interns, strategic community health planning, public health messages sent out to students/faculty, distribution of COVID tests/COVID & Flu vaccinations/ and outbreak responses. They were also a key pandemic partner hosting ongoing mass drive through testing and vaccination services.
  - We also partner with Chattahoochee Technical College and the University of West Georgia on various PH messages to students and faculty. We are about to launch another level of partnership with UWG related to a new mobile health van they recently purchased. We will use the van as needed and UWG will provide nursing/health education students as needed to assist.
  - Georgia State University and KSU have also both helped us with our 5-year thorough Community Health Assessment by helping to collect/analyze secondary data and host/analyze focus group feedback.
- We work regularly with the CDC on too many projects to fully list here. A few to mention:
  - CDC frequently funds programs and projects that directly serve our community.
  - They have assigned staff and students (and covered their cost) to our district to help with emergency and non-emergency projects.
  - They are one of our trusted advisors related to policies and protocols.

Other academic institutions such as Morehouse University School of Medicine and Emory University's Rollins School of Public Health also partner with us for special projects as needed.

##### 2. Health emergency preparedness and response

2.1 How to activate emergency mode from normal mode? (process and de facto decision maker)

The ultimate activation authority is the District Health Director (DHD), who would coordinate such a decision with the state DPH leadership. Process:

1. DHD becomes aware of a public health emergency in Cobb and/or Douglas counties requiring a district-level response.
2. DHD directs district Emergency Coordinator (EC), who is the Director of the Emergency Preparedness & Response department, to initiate a response.
3. EC notifies EP&R staff.
4. EP&R staff determines nature of response needed and deploys appropriate personnel, assets, and equipment.

## 2.2 Where and how to use emergency operation center (EOC) room?

CDPH's District Emergency Operations Center (DEOC) is located on the 2<sup>nd</sup> floor of Building A on the Marietta campus. Our district did not use the DEOC facility during COVID-19 for several reasons:

- Concern over people working in close quarters in the DEOC during an infectious disease emergency.
- Use of technology enabled DEOC functions to carry on via Teams, Zoom, conference calls, etc.

A physical EOC may be useful in a different kind of emergency for example where coordination over wide areas is necessary, for example during hurricane evacuations.

## 2.3 How are command and control or cooperation with related organizations (e.g. medical facilities, NPOs, county government; especially with county EOC, state EOC, and state department of public health EOC)?

- Our district Emergency Preparedness & Response staff includes a Healthcare Coalition Coordinator role. This individual is our liaison with medical facilities and related partners.
- Communication & coordination with other organizations, including the county, state, and state DPH EOCs, non-governmental organizations such as the Red Cross, and other external partners has evolved. In the past, we would typically have sent a representative to the EOC with overall authority for the situation. This has been superseded by technology, with the communication and coordination functions taking place through virtual meetings, conference calls, etc. This is helpful because it enables better staff utilization and faster collaboration.

## 2.4 How to gather and share information inside CDPH and with outside organizations (e.g. meeting, use of information and communication technology (ICT))?

This is accomplished through scheduled and ad hoc conference calls & virtual meetings. These may occur as often as multiple times per day or as seldom as weekly or even quarterly depending on the need. The state-level organizations, the Georgia Emergency Management Agency (GEMA) and/or Georgia DPH, typically organize and conduct these sessions.

## 2.5 How to overcome required surge capacity and how to cooperate with the "Medical Reserve Corp"?

- The Healthcare Coalition Coordinator within the district EP&R department is also our MRC coordinator. She conducts regular meetings and training for MRC members.
- Meeting surge capacity needs is a function of the 14 healthcare coalitions within the state. Our district is part of Region N. This description is from their [website](#) and a map of the regions is [here](#).

*Georgia's Healthcare Preparedness Program is directly funded by the Administration for Strategic Preparedness and Response (ASPR) through the Hospital Preparedness Program (HPP) ([link](#)). HPP's mission is to prepare the health care system to save lives through the support of regional health care coalitions. HCCs are groups of health care and response organizations that collaborate to prepare for and respond to medical surge events. HCCs incentivize diverse and often competitive health care organizations to work together. To that end, we have formed the Georgia Healthcare Coalitions (GHC911.org) website as the one-stop-shop for healthcare preparedness resources in the state of Georgia.*

## 2.6 How to ensure good logistic (including equipment and facilities) and good risk communication?

**Logistics:** This was such a challenge during the COVID-19 response that we added an additional staff position focused on inventory, maintenance, and calibration of assets, equipment, and supplies. This was initially considered

a temporary role, however it was decided to make it permanent due to the substantial amount of material acquired during the pandemic and ongoing agency needs, for example monitoring expiration dates and routine maintenance.

As an example, here are our before and after COVID command and storage assets:

Before:

- 1 x 10-meter Command trailer
- 6 x 4m storage trailers
- 1 x Ford tow vehicle

Present:

- 2 x 10m Command trailers
- 2 x 5.5m heavy-duty storage trailers
- 7 x 8m storage trailers
- 2 x Ford tow vehicles
- 1 x towable generator for site power
- 1 x small motorized vehicle for site mobility & non-mobile clients
- 1,500 x traffic cones

We will see and discuss these assets during your visit.

**Risk Communication:** This is a coordinated effort between our agency, including Epidemiology, and the state DPH. A self-reporting system is used to monitor deployed staff.

## 2.7 How to train CDPH staff and related organization staff?

Many training opportunities are available to agency staff, including:

- Federal Emergency Management Agency (FEMA) [Emergency Management Institute \(EMI\)](#) and [Center for Domestic Preparedness](#)
- “TRAIN DPH” state library of training (some is mandatory, for example cybersecurity)
- Partner offerings, for example through [Counterterrorism Operations Support \(CTOS\)](#)
- Georgia Emergency Management Agency (GEMA) [courses and certification program](#)
  - Georgia Certified Emergency Manager (GA-CEM)
  - Georgia Advanced Certified Emergency Manager (GA-ACEM)
  - Georgia Professional Certified Emergency Manager (GA-PCEM)
- Internal agency offerings
  - New staff EP&R familiarization (mission, assets, operations)
  - Workplace Emergencies course (fire, tornado, active assailant, bomb threat)
- External courses, for example the University of Minnesota’s [Incident Command System \(ICS\) courses](#)
- Conferences
  - Emergency Management Association of Georgia (EMAG) Summit & Training Sessions
  - Statewide public health emergency preparedness
  - National Association of City & County Health Officials (NACCHO) Preparedness Summit

## 2.8 How to ensure safety and health of staffs during disasters and pandemic?

Acquiring adequate PPE was difficult during the early days of the pandemic, however, while supplies ran critically low at some points, we never ran out. Clinical staff are of course used to using PPE but we had to train the temporary support staff.

## 2.9 What is the key points and major challenge to apply the National Incident Management System (NIMS)?

Use of NIMS and ICS has several advantages, for example documentation of decision-making rationale, recording milestones and statistics, and ensuring consistent staff awareness of important information. One of our areas for improvement following COVID was to take steps to improve adherence to ICS protocols. Use of ICS documentation for example was inconsistent.



- We note that we are PHAB accredited in all our applications for private and public non-traditional funding. Many funders have said that this gives them confidence in investing/contributing to our programs.

### 3.3 What is the concrete examples of challenge or hardship to obtain accreditation?

- Cost:
  - We hired a fulltime accreditation coordinator to manage initial accreditation (in 2014), and that position still exists and is responsible for annual reports and reaccreditation efforts. There are external consultants that will help with this but given the level of coordination you need throughout the agency; I'd recommend a fulltime internal position focused on this.
  - Annual accreditation fees to PHAB are significant. However, the amount of your annual fee is determined by the region's population. [Link for the 2022 Fee schedule.](#)
- Time
  - Many requirements for accreditation require written plans (e.g., workforce development plan, quality improvement plan, strategic plan) and an established performance management system that tracks various resource, output, and outcome measures. This takes substantial time from agency leadership and program managers. Also, consultants may need to be brought in to support some of these. We brought in a consultant to help develop our initial performance measures throughout the agency.

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌・学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
赤松友梨, 尾島俊之, 福永一郎, 逢坂悟郎, 佐伯圭吾, 島村通子, 白井千香, 永井仁美, 宮園将哉, 内田勝彦.	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	71(3)	167-176	2024
藤浪正子, 中村美詠子, 伊藤正仁, 尾島俊之.	新型コロナウイルス感染症の療養期間延長と基礎疾患等の関連 静岡県熱海保健所における第5波・第6波疫学調査表の解析.	厚生指標	70(15)	1-8	2023
尾島俊之	日本の災害と公衆衛生 過去・現在・未来(第13回) 指揮調整機能、保健医療福祉調整本部.	公衆衛生	87(11)	1146-1151	2023
尾島俊之	【災害時の保健・医療・福祉-連携と調整】保健医療福祉調整本部連携・調整の拠点.	公衆衛生	87(7)	623-630	2023
Toshiyuki Ojima, Tomo Takasugi, Tomoko Haraoka, Shuji Tonai, Shoko Miyagawa, Manabu Ichikawa, Kiyoko Hattori, Hiroko Okuda, Taiyoung Yi, Jun Tomio.	Required functions of information gathering and processing for Health, Medical, and Welfare Coordination Headquarters for disasters in Japan.	World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM)			2023
尾島俊之、島田裕子、藤田利枝、春山早苗.	新型コロナ流行時の保健所長の首尾一貫感覚(SOC)等と心理的苦痛.	第33回日本産業衛生学会全国協議会			2023
尾島俊之	超高齢社会における被災者の包括的支援の到達点-保健医療福祉の包括的広域連携-.	第82回日本公衆衛生学会総会			2023
尾島俊之	オールハザードアプローチによる健康危機管理.	第12回日本公衆衛生看護学会学術集会			2024
尾島俊之、内田勝彦、赤松友梨、佐伯圭吾、福永一郎、島村通子、永井仁美、宮園将哉、逢坂悟郎、白井千香.	健康格差縮小・中間支援組織との連携等に関する保健所の役割.	第34回日本疫学会学術総会			2024

尾島俊之	疫学による災害緊急対応と次の災害への備え.	第34回日本疫学会学術総会			2024
尾島俊之	保健医療福祉調整本部との連携に向けて.	第29回日本災害医学会総会・学術集会			2024

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

保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究  
令和5年度 総括・分担研究報告書

発行日 令和6年3月

研究代表者 尾島俊之

事務局 〒431-3192 浜松市中央区半田山1丁目20-1  
浜松医科大学健康社会医学講座

電話 053-435-2333

FAX 053-435-2341

メール [dph@hama-med.ac.jp](mailto:dph@hama-med.ac.jp)

令和 6年 3月12日

厚生労働大臣 殿

機関名 浜松医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 今野 弘之

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授

(氏名・フリガナ) 尾島俊之・オジマトシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人大阪

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 福島 伸一

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大阪公立大学大学院医学研究科 ・ 研究員

(氏名・フリガナ) 白井 千香・シライ チカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 長野市保健所

所属研究機関長 職名 保健所長

氏名 小林 良清

次の職員の令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 長野市保健所・所長

(氏名・フリガナ) 小林良清・コバヤシヨシキヨ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 一般社団法人日本家族計画協会)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道釧路保健所

所属研究機関長 職名 保健所長

氏名 石井 安彦

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 北海道釧路保健所・所長

(氏名・フリガナ) 石井安彦・イシイヤスヒコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 一般社団法人日本家族計画協会)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和6年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和5年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 保健所における健康危機管理対応の推進等に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 疫学・予防医学講座 教授

(氏名・フリガナ) 佐伯 圭吾 (サエキ ケイゴ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。