

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6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7年3月

目 次

I. 総括研究報告書	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）	
II. 分担研究報告書	
1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進	10
小林 良清（長野県佐久保健所）	
資料1 地域健康危機管理ガイドライン改訂案	14
資料2 地域健康危機管理ガイドライン改訂案 参考資料集	52
2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携	125
石井 安彦（北海道釧路保健所）	
資料 保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引き	127
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	140
前田 秀雄（公益財団法人結核予防会）	
資料1 事例：新型コロナ感染症発生時における地域の研究教育機関との連携	162
資料2 事例：沖縄県における COVID-19 発生時における保健医療体制	165
4. 海外における地域健康危機管理について	167
佐伯 圭吾（奈良県立医科大学）	
資料 コブ&ダグラス保健所 事前質問回答	184
III. 研究成果の刊行に関する一覧	189

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。一方で、地球温暖化の進行などによる、毎年のように過去に例を見ない風水害や異常気象が発生し、また、予測される巨大地震や火山災害など自然災害への対応体制の強化が必要である。よって、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、地域特性に応じて対応する必要がある。

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、2年目には健康危機管理対応等の在り方の提案と推進を目標とした。具体的な成果物として、「地域健康危機管理ガイドライン改定案」と「保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引き」を作成した。また、Next Pandemic への提言を示し、海外（米国・英国・韓国）の地域健康危機管理体制について現状と課題を把握し、保健所の位置づけや健康危機管理対応のマネジメント体制の構築などを考察した。

本研究の成果を活用し、保健所をはじめとした地域の健康危機管理対応能力の向上および体制整備の推進に資することを期待する。

研究分担者（所属は2025年3月末現在）

グループリーダー

小林良清（長野県佐久保健所・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・副理事長）
佐伯圭吾（奈良県立医科大学医学部・教授）

<石井グループ>

小倉憲一（富山県厚生部・参事兼医務課長）、
田中英夫（寝屋川市保健所・所長）、西垣明子
（長野県健康福祉部衛生技監兼長野県木曽保
健所・所長）、築場玲子（宮城県石巻保健所登
米支所・地域保健専門監兼総括技術次長）

<前田グループ>

研究協力者（所属は2025年3月末現在）

<小林グループ>

岡田就将（東京科学大学・教授）、豊田誠（高
知市保健所・所長）、鈴木陽（宮城県塩釜保健
所・所長）、山本信太郎（福岡市保健所・部長）

中島一敏（大東文化大学・教授）、劔陽子（熊
本県阿蘇保健所・所長）、二宮博文（東京都保
健医療局保健政策部疾病対策事業調整担当課
長）、高山義浩（沖縄県立中部病院・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（愛媛県保健福祉部医療政策監兼健康衛生局・局長）、内田勝彦（大分県福祉保健部・審議監）、松本珠実（日本看護協会・常任理事）、齋藤智也（国立感染症研究所感染症危機管理研究センター・センター長）、富尾淳（国立保健医療科学院健康危機管理研究部・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・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、都道府県等が策定する感染症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、多くの保健所で、感染症編を先行して新たな計画策定がなされた。

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。

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」の見直しを、この研究班の1年目から具体的に着手しており、保健所および保健所設置自治体等に求められる役割の検討により、同ガイドライン（改定案）を示し、合わせて健康危機管理に当たる職員の人材育成の手引きを作成すること、また、新型コロナウイルス感染症対応の検証や海外の地域健康危機管理体制を参考にすることで、保健所における健康危機管理対応の推進等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

1年目と同様の方法として、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、学会発表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。2年目の令和7年度は年3回の全体研究班会議を行い、各分担課題の進捗状況の共有及び意見交換等により、研究の1年目の成果を踏まえて、更に考察を深め、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）

保健所及び保健所設置自治体（保健所等）に

における健康危機管理の向上を図るため、令和5年度に実施した健康危機事例収集等を踏まえ、現行の平成13年作成「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」の改定案を作成した。

改定案には健康危機管理の捉え方や基本的な対応等の基本事項、健康危機管理として平時対応、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時(危機後)対応への移行、平時(危機後)対応のそれぞれにおける具体的な事項等を記載するとともに、感染症、食中毒、自然災害等の特定分野における特有の対応も盛り込んだ。

改定案の作成に当たって全国保健所長会との連携、ワークショップの開催、日本公衆衛生学会シンポジウム等を通じて保健所等の関係者から広く意見を求めるとともに、保健所が健康危機対処計画を作成する際の参考となる資料を掲載した参考資料集を作成した。

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)

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。2年目は保健所等で健康危機管理を担う人材育成について検討を行い、保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引きを作成した。手引きの作成にあたり、健康危機管理の考え方、想定する健康危機の範囲、保健所等の役割と機能を整理した上で職員の立場に応じた役割を定義し、人材の育成方法についてまとめた。

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

た。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、COVID-19 対策に関連する学会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。2年目は、関連学会に加え複数の自治体の総括報告書や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、統計を収集し対策の分析を深めた。また、沖縄県への視察を行い、保健所と県(本庁)の役割分担の好事例として、保健所全体の在り方の普遍的構図を検討した。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、保健所において今後の 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。

これらの検討から保健所が実施する各分野(Ⅰ積極的疫学調査・Ⅱ相談・Ⅲ検査・Ⅳ地域の感染情報の分析及びリスクコミュニケーション・Ⅴ入院調整および医療体制構築・Ⅵ在宅療養支援・Ⅶ健康観察・Ⅷ保健所 ICT)において基本的事項、課題、方向性および Next pandemic への提言について考察した。

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、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、1)米国の保健所に相当する Local Health Department (LHD)をサービスの質を向上し、一貫したものにすべく、第三者機関である公衆衛生認証評価委員会・Public Health Accreditation Board (PHAB)による自主的な公衆衛生機関認証制度を発足している点に着目し、認証制度やその効果について1年目は訪問やヒアリングを行い、2年目には文献的調査を深めた。2)英国の健康危機管理については、緊急対応に関する調査として、(1)英国における新型コロナウイルス流行時の対応の体制(国・

地域自治体での業務・責任分担) (2) 新型コロナウイルス感染症の流行時の軍による支援(物資の輸送、危機対応計画の立案への関与)に着目して調査した。

さらに、韓国の保健所における健康危機管理体制を、研究代表者による現地視察から学び、新型コロナウイルス感染症対策を日本と比較するなど、海外の事例収集を増やした。

(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、引用する場合には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現地での対面およびメールで説明し、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

それぞれのグループの結果及び考察は、次の通りである。

1. 地域健康危機管理ガイドラインの推進

基本として健康危機・健康危機管理の定義付けが困難であったが、改正地域保健法を踏まえ、保健所等の現場が動きやすいものとし、現行ガイドラインで4つの側面としていた健康危機管理を実際の対応から5区分に変更するなど大きな見直しとなった。

1) 改定案の構成

(1) 健康危機管理の理解(目的・基本的事項)

(2) 健康危機管理の対応(5区分)

①平時対応②平時から危機対応への移行

③危機対応④危機から平時(危機後)対応への移行⑤平時(危機後)対応

(3) 特定分野における特有の対応

①感染症②食中毒③自然災害④国民保護法が適用される事象⑤その他(環境中の物質等による健康影響等)⑥原因不明の健康危機

2) 改定案の主な特徴

(1) 平成13年以降の健康危機や法改正等を踏まえた。本庁(保健衛生部門)、市町村等の役割を記載した。最近の考え方、手法等を踏まえた(オールハザードアプローチ、サージキャパシティ、柔軟な対応、受援、ICTの活用、リスク評価、リスクコミュニケーション等)

(2) 健康危機の捉え方と各区分における状況と保健所等の対応を明確にするため、改正地域保健法と保健所の実情を踏まえ、同じ事態であっても保健所等や状況によって健康危機にならないことがあることを明記した。

(3) 健康危機の定義を踏まえ、健康危機管理を5つに区分し、この区分は単純に一方向に進むものではなく、省略、戻り、逆転もあり得るとした。さらに、以下について具体的に記載した。(4) 健康危機管理のパターン (5) リスク評価の方法 (6) 人員・組織体制の準備 (7) 関係機関等との連携強化 (8) リスクコミュニケーションの方法 (9) イベントベースドサーベイランスの重要性 (10) 対応の切替における保健所長の役割 (11) 健康危機の発生状況と対応に関する記録と整理の重要性 (12) 危機対応における注意点 (13) 健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等への継続的な対応が可能な体制の確保

3) 参考資料集の内容

(1) ガイドライン改定案の補足事項

(2) ガイドライン改定案の記載事項の具体例

(3) 現行ガイドライン作成(平成13年)以降に発生した主な健康危機101事例

この「地域健康危機管理ガイドラインの改定案」の作成において、健康危機管理の対象となる事象の範囲が広く、その対応も個々の分野によって大きく異なるため、作成作業は困難を極め、関係者からの意見等を十分に活かすこともできなかったが、現行ガイドラインを20年ぶりに見直して改定案と参考資料集を作成することができた。そして、石井グループにおいてこの改定案と連動する形で健康危機管理を担う人材育成の手引きが作成された意義も大き

い。

こうした研究成果を踏まえて、今後、国から発出される改定ガイドラインの理解と普及を図り、保健所等における健康危機管理の推進に向けた取組が必要である。

2. 保健所及び地域の人的資源の育成・連携

前年度の検討を踏まえ、健康危機管理に資する人材育成の手引きを作成することができた。

1) 「人材育成の手引き」の構成の概要は以下のとおりである。

(1) 健康危機管理における保健所等に求められる役割 ①健康危機・健康危機管理の定義と想定する範囲 ②健康危機管理における保健所等の役割と機能 ③類型別の特徴

(2) 保健所等職員の役割 ①職位・機能別役割②モードの切り替え ③設置自治体・部署

(3) 健康危機管理に対応する人材の育成方法 ①人材育成の目標 ②人材育成の手段と留意点 ③心掛けておきたいポイント

2) 手引きのポイント

(1) 健康危機管理の考え方

人材育成の前提として、健康危機対応時の取組に特化した「狭義の健康危機管理」に対応することを想定して平時からの取組は「危機対応」に必要な取組として検討を進めた。

(2) 想定する健康危機

個別の健康危機に特化せず、様々な健康危機に共通して必要な能力を検討することとし、具体的には発生頻度を考慮して自然災害、感染症危機、原因不明の3類型を想定した。

(3) 保健所等の役割と機能

職員の能力を検討する前提として、保健所等に求められる役割と機能を先行研究や過去の健康危機事例を参考に整理した。

(4) 職員の立場に応じた役割

保健所等の機能を果たすために必要な能力について、先行研究や近年提唱されている様々な考え方から検討し、職員の職位や職種に応じて求められる役割を整理した。

(5) 人材の育成方法

健康危機管理に資する人材育成方法について、体制整備から目標の設定、様々な手段と留意点、心掛けておくべきポイントの流れで整理した。

「人材育成の手引き」の作成にあたって、様々な健康危機に共通して求められる能力を定義することが困難だったが、健康危機管理の考え方を整理すること、組織として求められる役割から個人の役割を整理することにより進めることができた。なお、人材の育成方法の検討において、自治体の担当部署や担当者が明確化されていないこともあること、研修等を受講する職員への配慮が十分ではないことがあることなど、人材育成を進めて行くためには行政組織への働きかけが重要と考えられた。今後、この人材育成の手引きと小林グループで作成した「地域健康危機管理ガイドライン改定案」の普及を図り、保健所等における健康危機管理対応、それに資する人材育成の取組を地域で推進することが必要である。

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

保健所が実施するⅠ～Ⅷの基本的事項と課題を挙げ、次のパンデミックに備えた、機能強化の方向性および提言をまとめた。

Ⅰ 積極的疫学調査

保健所の感染症対策の基本的な調査方法であるが、課題は1) 方針転換の指揮命令系統が曖昧 2) 積極的疫学調査担い手の専門職以外への拡大 3) アナログな調査 であり、流行状況に応じて、積極的疫学調査内容の方針決定を行う指揮命令系統を明確にすることや DX化の推進を提言する。

Ⅱ 相談

相談は地域における感染動向の情報源となるが、課題は1) マンパワーの確保 2) 質の担保 3) 従事者のメンタルヘルスである。事業維持のためには、リスクコミュニケーションの視点を含めた訓練や研修、職員が疲弊しない体制によって、マンパワーを消耗しないよう、住民

の知識・意識・行動の把握を効果的に行う。

III 検査

検査に関して保健所の機能強化に資する事項は、積極的疫学調査・保健所設置市との連携・都道府県庁・保健所の組織体制である。自治体による PCR 検査、民間移行、迅速検査等の活用について課題が多かった。流行状況に応じて、保健所が収集した、感染者情報の集積やゲノム検査を含めた解析をするよう地方衛生研究所や JIHS と連携し、専門家の確保、迅速な意思決定により、科学的な根拠に基づく対策に還元する必要がある。

IV 地域の感染情報の分析及びリスクコミュニケーション

科学的根拠に基づく感染症対策、感染症危機管理が行われるためには、疫学分析が活用される体制（リスクガバナンス）が必要であるが、疫学情報がアナログとデジタルが混在しているのが課題である。リスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーションが、それぞれに反映、相互作用を必要がある。保健所における疫学情報の収集と分析を行う専門性を強化するには、OJT、研修・訓練、大学等研究機関との連携が重要である。

V 入院調整および医療体制構築

保健所の役割は、感染症法上の入院勧告による感染拡大防止であるが、パンデミック時には重症者医療も必要となり、入院を含めた医療体制構築について、宿泊および自宅療養に関しても、医療機関との情報共有と担う役割の連携について、保健所単位のみならず医療圏や都道府県単位で体制構築をすることが望ましい。

VI 在宅療養支援

従来、高齢者に対しては、慢性疾患や介護の視点で地域包括ケアとして在宅看護および介護サービスが行われていたが、地域における保健医療福祉の緊密で迅速な連携体制が必要となった。平時からの保健医療福祉の連携事業において、感染症危機発生時における連携についても整備及び計画に取り組む必要がある。

VII 健康観察

パンデミックにおける健康観察者数の著しい増加に備え、ICT 活用による健康観察システムを導入し、疫学情報の分析から健康観察の定義及び観察頻度等の明確化を行い、対象者の急変時の体制構築が必要である。

VIII 保健所 ICT

平時から活用できるシステムの延長線上でパンデミック時にも、保健所業務である発生状況調査、予防対策、積極的疫学調査、検査、事務手続き等を一元化して管理できるシステムが望ましい。ICT 機能の強化において生成 AI も含め、適用可能な代表的な ICT 技術を示す活用も検討した。

COVID-19 発生時の保健所の対応を踏まえ、各分野（Ⅰ～Ⅷ）の課題が明らかとなった。Next pandemic に向けた提言として共通する以下の 3 点を示し、全体の考察とした。

- ・平時からの人的、技術的、組織的基盤の整備
- ・各機関間における連携体制の強化
- ・発生時の迅速で臨機応変な対応

4. 海外における地域健康危機管理

1) 米国公衆衛生機関認証制度

(1) 認証制度の開始

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 2003 年に IOM が認証制度を推奨し、2004 年に CDC が、公衆衛生機関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 PHAB が発足し 2011 年から全米で自主的認証制度が開始された。

(2) 米国公衆衛生認証制度の効果

認証施設では、非認証施設と比べて、保健所 (LHD) サービスに関する質向上プログラムの実施割合が高く、生活習慣病の一次予防プログラム実施において、根拠に基づく判断能力、リソースの活用しやすさに関連する得点が有意に高く、認証施設で勤務する職員では、非認証施設職員に比べて、公衆衛生の質向上への取り組みや多施設の共同を認識する者の割合が高

い等、それぞれの調査報告が得られた。また、LHD の認証機関地域と非認証機関地域をマッチングして比較した調査では、年齢調整死亡率を比較したところ、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。この結果は、施設・職員の主観的アウトカムや、質向上プログラムの実施といった代替アウトカムのみでなく、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、公衆衛生サービスの向上により、感染症流行時の死亡率抑制に寄与した可能性を示した重要な報告と考えられた。

2) 英国の緊急対応に関する調査

(1) 英国における新型コロナウイルス流行時の対応の体制

新型コロナウイルス感染症の流行への対応についての公開審問が現在進行中で、特に中央政府側の体制について、非常に厳しい評価と勧告が記述されている。「緊急事態の体制に関する問題点」の概要として、これまでの政府の計画は、世界規模のパンデミックには不適切であり、緊急事態対応計画を所管する組織と構造が非常に複雑で、戦略的欠陥があるとされた。その上で「緊急事態の体制に関する勧告」が10項目挙げられている。また、市民緊急事態法の枠組みで、地域での協働メカニズムであるローカル・レジリエンス・フォーラム（Local Resilience Forum: LRF）による広域な地域主体の基盤が明確になっており、例えばロンドンのLRFで公開されている主な議事内容としては、リスクの状況の共有（デモ等活動、山火事、ガス・電気、999（救急電話）トラブルなど様々）、英国政府のレジリエンス・フレームワークに関する状況（パイロット事業の可能性等）、各メンバーからの状況更新、ロンドンのレジリエンスプログラムの状況（リスク評価の更新や訓練等）が挙げられている。地域性や人口規模などで構造は大きく異なる面はあるものの、LRF

は行政、公的緊急サービスや関連団体という広義の対応関係者から構成される枠組みで、地域のリスクを踏まえ、対応のための情報共有や議論をする場となっている。新型コロナウイルス感染症対策については、LRFの分析から多組織による対応でうまくいった5つの提案を行っている。

(2) 新型コロナウイルス感染症の流行時の軍による支援について

英国では、市民緊急事態等への英軍の支援について、Military Aid to the Civil Authorities (MACA) という枠組みにより中央政府や地方自治体等からの依頼に応じて対応する、という日本の自衛隊法第83条による、都道府県知事等からの要請に基づく自衛隊の災害派遣の仕組みと似た枠組みがある。市民緊急事態における、英軍の支援は主として以下の2つの領域に焦点を当てている。

①防衛の本来の目的で維持され、市民の当局で独立して維持するにはコストがかかり過ぎるような能力の提供。（爆弾処理等）

②対応能を凌駕した際の市民当局の支援の準備。こうした支援は軍の中の能力を再配分するため、利用可能性と、核となる防衛の目的の達成の必要性とに依存する。防衛省ではこの目的のための隊を維持してはいない（MACA）。

3) 韓国の健康危機管理体制について

ソウル中区保健所訪問（2024年11月28日）
ユン・ヨンドク（尹 永恵）ソウル中区保健所
所長（医師/公衆衛生学修士）からの情報
ソウル中区：人口12万人、面積9.96 km²
職員数 201人（うち医師8人）診療所機能も併せ持つ（糖尿病、高血圧、在宅医療含む）。

1) 感染症対策として、法定感染症を診断した医師は統合感染症管理情報システム等で報告する。保健所は疫学調査や移送、接触者調査、検体採取及び検体搬送を行う。医療機関（指定医療機関の隔離病床）で確定検査、患者のケアを行う。病原体の遺伝子検査等はRIPHE（保健環境研究院）で実施。統合感染症管理情報シス

テムで全国民の予防接種歴が確認できる。

2) 新型コロナウイルス感染症の対応は、日本と類似するところが多く、疫学調査や移送、検体採取、健康観察は保健所が当初行っていたが、委託や自己申告でも可能となった。入院調整は中央政府の役割で空床情報は従来のシステムを活用し、パンデミック後にさらに整備された。

3) 食中毒対策も、日本と同様だが軽微な事例は処分せず衛生管理不良の飲食店が処分対象。

4) 災害対策について、健康危機管理という概念は無いが、災害医療には取り組んでいる。大規模な交通事故、火災、建物崩壊、地震など、死亡者が多数発生する事件に対応している。2016年に緊急医療サービス法に基づく緊急対応マニュアルが作られ、保健所の迅速対応チームが明確化された。

5) CBRNE 攻撃等への対応について、バイオテロ関係は、警察署が中心となり、保健所、消防署が協力して対応する。多検出キットによる検出を実施する。毒物除去場所の運営（除染テントなどでの除染作業）の訓練を1年に1回実施している。

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、保健所が円滑に持続可能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を踏まえ、具体的なガイドライン改正案の作成を行った。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。新型コロナウイルス感染症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と考えられる。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、情報収集し

整理した。

保健所機能強化のためには、(1) 保健所の役割と確保すべき体制を平時に確保することと

(2) 健康危機管理体制の構築は、①計画的な整備 ②危機体制への切替え ③マネジメント体制の強化 ④業務の見直し・効率化 ⑤雇用管理の改善 の視点を重視することである。

健康危機管理業務全般は、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。あらゆる健康危機が発生することを想定し（オールハザード）、保健所設置自治体は、保健所等の現場の業務負担が危機発生時にも偏らないよう、人材の養成を計画的に継続することが重要である。

E. 研究発表

1. 論文発表

1) 白井千香. 計画改定を踏まえた保健所の役割と課題 新型コロナウイルス等対策政府行動計画を実効性あるものに 中核市保健所の立場から. 公衆衛生. 89(3): 242-249, 2025.

2) 白井千香. 保健所と地方衛生研究所のモニタリング報告2024 保健所、地方衛生研究所等はどう変わったか?. 公衆衛生. 88(12): 1168-1173, 2024.

3) 白井千香, 中里 栄介, 豊田 誠, 藤田 利枝, 清古 愛弓, 内田 勝彦. 今後の地域医療体制の再構築に向けて, 新型コロナウイルス感染症対応を振り返る. 日本環境感染学会誌. 39(4): 83-87, 2024.

4) 尾島 俊之. 医学・公衆衛生学と災害 全体像と災害関連死の防止. 医学のあゆみ, 292(2):137-140, 2025.

2. 学会発表

1) 小林 良清, 岡田 就将, 鈴木 陽, 豊田 誠, 山本 信太郎. 保健所等における健康危機管理のあり方 地域健康危機管理ガイドライ

- ン改定案の作成に向けて（シンポジウム）．第83回日本公衆衛生学会総会（抄録集，p137），札幌，2024．
- 2) 石井 安彦，小倉 憲一，田中 英夫，西垣 明子，築場 玲子．保健所等における健康危機管理のあり方 保健所等の人的資源の育成・連携（シンポジウム）．第83回日本公衆衛生学会総会（抄録集，p137），札幌，2024．
- 3) 前田 秀雄，調 恒明，高山 義浩，劔 陽子，中島 一敏．保健所等における健康危機管理のあり方 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証（シンポジウム），第83回日本公衆衛生学会総会（抄録集，p138），札幌，2024．
- 4) 佐伯 圭吾，吉見 逸郎，松田 亮三，白井 千香，尾島 俊之．保健所等における健康危機管理のあり方 米国公衆衛生認証制度に関する文献的調査（シンポジウム）．第83回日本公衆衛生学会総会（抄録集，p138），札幌，2024．
- 5) 小林 良清，北原 瑞枝，宮島 有果．長野市における新型コロナウイルス感染症1波から6波までの年代別感染経路．第83回日本公衆衛生学会総会（抄録集，p314，札幌），2024．
- 6) Ojima T, Shirai C, Uchida K. Early Response to COVID-19 by Public Health Centers in Japan. 15th Asia Pacific Conference on Disaster Medicine (APCDM 2024), Seoul, 2024.
- 7) 尾島 俊之．健康危機管理及び高齢者等への支援体制の進歩．日本老年社会科学会第66回大会，奈良，2024．
- 8) 尾島 俊之．平時からの健康危機管理-どうする東海- 行政および大学等に求められる健康危機管理．東海公衆衛生雑誌，12(1); p 20, 2024．
- 9) 尾島俊之．災害対応の戦略（基調講演）．奈良県公衆衛生学会，奈良，2024．
- 10) 尾島俊之．多様な分野とのパートナーシップは公衆衛生をどう変えていくか（基調講演）．第13回日本公衆衛生看護学会，名古屋，2025．
- 11) 尾島 俊之、高橋 善明、高杉 友、吉野 篤人、渥美 生弘．浜松医科大学における健康危機管理教育．第30回日本災害医学会総会・学術総会（J J Dist Med, 29(suppl, p196), 名古屋，2025．
- 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（長野県佐久保健所 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（宮城県塩釜保健所 所長）
豊田 誠（高知市保健所 所長）
山本信太郎（福岡市保健所 部長）

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年度に実施した健康危機事例収集等を踏まえ、現行の平成13年作成「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」の改定案を作成した。

改定案には健康危機管理の捉え方や基本的な対応等の基本事項、健康危機管理として平時対応、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時（危機後）対応への移行、平時（危機後）対応のそれぞれにおける具体的な事項等を記載するとともに、感染症、食中毒、自然災害等の特定分野における特有の対応も盛り込んだ。

改定案の作成に当たって全国保健所長会との連携、ワークショップの開催、日本公衆衛生学会シンポジウム等を通じて保健所等の関係者から広く意見を求めるとともに、保健所が健康危機対処計画を作成する際の参考となる資料を掲載した参考資料集も作成した。

今後、国から発出される改定ガイドラインの理解と普及を図り、保健所等における健康危機管理の推進に向けた取組が必要である。

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重要な役割を担い、毎年のように発生する地震等の大規模自然災害においても保健医療福祉活動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、これを参考に健康危機対処計画（感染症編）を作成している。

この分担研究では令和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）の対応に関する事例の収集と健康危機管理における課題等の検討を行った。令和6年度は、これらを踏まえ、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（改定案）を作成する。

厚生労働省は、この改定案を踏まえ、健康危機管理に関する新たなガイドラインを発出し、各保健所は、それを参考にして感染症を含む様々な分野に関する健康危機対処計画を地域の状況に応じて作成することが望まれる。

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研究グループの体制を構築し、分担研究の会議を4回開催するとともに、研究代表者が主宰する会議に3回参加し、他の分担研究と連携した。

2. 改定案及び参考資料集の作成作業

研究グループにおいて改定案を検討し、以下の機会等を活用して改定案をまとめた。

また、改定案に記載しないが、保健所が健康危機対処計画を作成する際の参考になると思われる参考資料集を作成した。

3. 全国保健所長会との連携

全国保健所長会健康危機管理の推進に関する委員会（3回）においてその時点の改定案を提示

し、意見等を得た。

また、全国保健所長会研修会の企画に協力し、研修会においてその時点の改定案を紹介して意見等を得た。

4. 改定案検討ワークショップの開催（令和6年8月・東京）

全国保健所長会健康危機管理の推進に関する委員等の参加を得てその時点の改定案を検討するワークショップを開催した。

5. 第83回日本公衆衛生学会シンポジウムにおける改定案の紹介（令和6年10月・札幌）

研究代表者の企画による日本公衆衛生学会シンポジウム「保健所等における健康危機管理のあり方」において、その時点の改定案を紹介して意見等を得た。

6. 公衆衛生関係者への紹介（令和7年1月）

日本公衆衛生学会、全国衛生部長会等の公衆衛生関係者に対してその時点の改定案を紹介して意見等を得た。

C. 研究結果

1. 改定案の構成

（1）健康危機管理の理解

- 1) 本ガイドライン作成の目的等
- 2) 健康危機管理の基本事項

（2）健康危機管理の対応

- 1) 平時対応
- 2) 平時対応から危機対応への移行
- 3) 危機対応
- 4) 危機対応から平時（危機後）対応への移行
- 5) 平時（危機後）対応

（3）特定分野における特有の対応

- 1) 感染症
- 2) 食中毒
- 3) 自然災害
- 4) 国民保護法が適用される事象
- 5) その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）
- 6) 原因不明の健康危機

2. 改定案の主な特徴

（1）作成に当たって次の点を重視した。

- ・平成13年以降の健康危機や法改正等を踏まえている。
- ・本庁（保健衛生部門）、市町村等の役割を記載している。
- ・最近の考え方、手法等を踏まえている（オールハザードアプローチ、サージキャパシティ、柔軟な対応、受援、ICTの活用、リスク評価、リスクコミュニケーション等）

（2）健康危機の捉え方を明確にした。

- ・改正地域保健法と保健所の実情を踏まえ、「住民及び来訪者（住民等）の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所及び保健所設置自治体（保健所等）の通常の体制や手法等では対応が困難な（おそれがある）緊急の事態」とした。
- ・これにより、同じ事態であっても保健所等や状況によって健康危機にならないことがあることを明記した。
- ・具体的な状況として、保健所等が有している手法・手段や人員・組織体制だけでは対応が困難である（おそれがある）、通常の業務を縮小しなければ対応が困難である（おそれがある）、対応が長期にわたる（おそれがある）、社会に健康上又は心理上の大きな影響が生じる（おそれがある）のいずれかとした。

（3）健康危機管理の区分、各区分における状況と保健所等の対応を明確にした。

- 1) 健康危機の定義を踏まえ、健康危機管理を5つに区分し、この区分は単純に一方向に進むものではなく、省略、戻り、逆転もあり得るとした。
- 2) 平時
 - ・異常事象が探知されていない。
 - ・準備、発生予防、監視・情報収集
- 3) 平時対応から危機対応への移行
 - ・異常事象が探知されている。平時の人員・手法等で対応できるが、危機発生への警戒が必要。
 - ・異常事象の監視強化・評価、危機対応の開始を準備・決定
- 4) 危機対応

- ・平時の人員・手法等で対応できない。
 - ・危機対応の実施、危機と危機対応の評価・変更・終了
- 5) 危機対応から平時（危機後）対応への移行
- ・異常事象が探知されている。増強を含む平時の人員・手法等で対応できるが、危機再発生への警戒が必要。
 - ・異常事象の確認と評価、平時対応の開始を決定
- 6) 平時（危機後）対応
- ・異常事象が探知されないか、異常事象に対して、増強を含む平時の人員・手法等で対応でき、危機再発生への警戒が不要。
 - ・影響を受けた者・体制等への対応の継続、回復等、対応の検証・見直し、新たな危機への準備
- (4) 健康危機管理のパターンを例示した。
- 1) 平時、危機移行、危機、平時以降、平時の順に発生し、さらに危機移行、危機と続く場合
 - 2) 平時、危機移行、平時で終わる場合
 - 3) 平時から一気に危機に至る場合
- (5) リスク評価の方法を具体的に記載した。
- 1) 健康危機管理の基本であり、各保健所が必ず実施し、定期的に見直しを行うとともに関係者と共有する。
 - 2) 発生前リスク評価の手順
 - ・法令等、地域特性等を踏まえて健康危機を具体的に想定する。
 - ・想定した健康危機それぞれにおいて発生可能性（高、中、低）、影響の大きさ（大、中、小）を検討し、この2つの視点からリスクレベルを5（最高）、4（高）、3（中）、2（低）、1（最低）に区分する。
 - 3) 発生時・発生後リスク評価の実施
 - ・拡大・縮小の可能性と影響の大きさを常に検討してリスクレベルの増減を常に評価し、危機対応の準備、実施、終了等につなげる。
- (6) 人員・組織体制の準備を記載した。
- 1) 所内体制、自治体内の連携、専門家等の人員・受援体制の確保
 - ・保健所と本庁（保健衛生部門）の連携・役割分担が非常に重要。
 - 2) 業務継続計画（BCP）の作成
 - ・業務継続の必要性を4区分（A：常に継続、B：縮小、C：延期、D：中止）し、必要な人員、代替職員体制等を明確にしておく。
- (7) 関係機関等との連携強化を記載した。
- 1) 市町村の分野ごと夜間・休日連絡先一覧の作成と更新
 - 2) 国、研究機関・大学、医療・介護施設等の緊急連絡先一覧の作成、更新
- (8) リスクコミュニケーションの方法を記載した。
- 1) 健康危機管理において一方的な情報提供ではなく相互の情報・意見交換等が重要。
 - 2) リスクコミュニケーション計画
 - ・時期、期間、場所、実施者等、内容、方法等を明記した計画を事前に準備しておく。
 - ・相談窓口、偽・誤情報の収集と対応、偏見差別の低減等も準備する。
 - 3) 危機対応をはじめ状況や対応の変更に合わせて適宜、リスクコミュニケーションを実施する。
- (9) イベントベースドサーベイランスの重要性を記載した。
- ・通常と異なる死亡・重症化、原因不明患者等に着目し、医療機関等の情報も活用。
- (10) 対応の切替における保健所長の役割を明記した。
- ・平時対応、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時（危機後）対応への移行、平時（危機後）対応をそれぞれ切り替える場合、保健所長が職員、本庁（保健衛生部門）等と連携して判断する。
- (11) 健康危機の発生状況と対応に関する記録と整理の重要性を記載した。

- (12) 危機対応における注意点を記載した。
- ・長期対応を見据えて、業務の効率化や職員の心身の健康管理等を当初から行う。
 - ・危機対応が困難な場合、健康影響を最小限に抑制することを優先し、対応の縮小、住民等や関係機関等への協力依頼等を行う。
- (13) 危機対応から平時（危機後）対応への移行に当たって、健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等への継続的な対応が可能な体制の確保を記載した。

3. 参考資料集の主な内容

(1) ガイドライン改定案の補足事項

- 1) ガイドライン改定案の検討過程
- 2) ガイドライン改定案の概要
- 3) ガイドライン改定案の作成に当たって特に参考とした資料
- 4) 用語の解説

(2) ガイドライン改定案に記載している事項の具体例（レイアウト等一部改変して掲載）

- 1) リスク評価
 - ・東北地方の沿岸部に位置する保健所におけるリスク評価
- 2) 業務継続計画（BCP）
 - ・高知市南海トラフ地震対策業務継続計画
 - ・長野市保健所健康危機対処計画（感染症編）における業務継続計画
- 3) 分野別マニュアル一覧
 - ・長野県佐久保健福祉事務所（佐久保健所）「健康福祉の健康危機に関するマニュアル一覧」

(3) 現行ガイドライン作成（平成13年）以降に発生した主な健康危機101事例

- ・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。

- ・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を表に記載。

D. 考察

令和5年度の作業を踏まえ、保健所や公衆衛生の関係者等の協力も得て現行ガイドラインの改定案と参考資料集を作成することができた。

健康危機・健康危機管理の定義付けが困難であったが、改正地域保健法を踏まえ、保健所等の現場が動きやすいものとし、現行ガイドラインで4つの側面としていた健康危機管理を実際の対応から5区分に変更するなど大きな見直しとなった。

また、オールハザード、サージキャパシティ、リスク評価、リスクコミュニケーション等の新たな考え方、手法等も踏まえて内容を記載した。

健康危機管理の対象となる事象の範囲が広く、その対応も個々の分野によって大きく異なるため、改定案等の作成作業は困難を極め、関係者からの意見等を十分に活かすこともできなかったが、現行ガイドラインを20年ぶりに見直して改定案と参考資料集を作成することができた。そして、他の分担研究においてこの改定案と連動する形で健康危機管理を担う人材育成の手引きが作成された意義も大きい。

今後、こうした研究成果を踏まえて国から発出される改定ガイドラインの理解と普及を進め、保健所の健康危機対処計画の策定やさまざまな機会における検討等を通じて、保健所等による健康危機管理の向上を図る取組が必要である。

F. 研究発表

第83回日本公衆衛生学会総会シンポジウム「保健所等における健康危機管理のあり方」にて発表（令和6年10月30日・札幌）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

地域健康危機管理ガイドライン

改定案

(令和7年3月14日作成)

厚生労働行政推進調査事業

「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」

(研究代表者 尾島俊之(浜松医科大学))

分担研究「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(長野県佐久保健所))

- 目 次 -

I 健康危機管理の理解	1
1 本ガイドライン作成の目的等	1
(1)本ガイドライン作成の目的	1
(2)本ガイドラインの主な特徴	1
2 健康危機管理の基本事項	3
(1)健康危機・健康危機管理の捉え方	3
(2)健康危機管理の基本的な対応	3
(3)健康危機管理における重要な視点	5
(4)健康危機管理における行政機関の役割	6
(5)保健所の健康危機対処計画	7
II 健康危機管理の対応	9
1 平時対応	9
(1)健康危機の想定と発生前のリスク評価	9
(2)危機対応の準備	11
(3)健康危機の発生予防	19
(4)健康危機の発生監視・情報収集	19
2 平時対応から危機対応への移行	21
(1)異常事象の探知と発生時のリスク評価	21
(2)危機対応の開始を準備	21
(3)危機対応の開始を決定	22
3 危機対応	23
(1)危機対応の実施	23
(2)健康危機と危機対応に関する状況認識と評価	29
(3)危機対応の変更	29
(4)危機対応の終了を決定	30
4 危機対応から平時(危機後)対応への移行	30
(1)異常事象の確認と発生時のリスク評価	30
(2)平時(危機後)対応の開始を決定	31
5 平時(危機後)対応	31
(1)健康危機の影響を受けた者等への平時(危機後)対応	31
(2)健康危機発生前の状態への回復等	32
(3)一連の対応の検証と見直し	32
(4)新たな健康危機に備えた平時(危機後)対応	32
III 特定分野における特有の対応	32
1 感染症	32
2 食中毒	33
3 自然災害	33
4 国民保護法が適用される事象	34
5 その他の事象(環境中の物質等による健康影響等)	36
6 原因不明の健康危機	36

I 健康危機管理の理解

1 本ガイドライン作成の目的等

(1) 本ガイドライン作成の目的

- ・健康危機管理において保健所の果たすべき役割の参考とするため、平成 13 年 3 月、「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」（平成 13 年地域健康危機管理ガイドライン）が取りまとめられた。
- ・その後、世界規模で流行する感染症や大規模災害等が続き、特に、令和 2 年以降の新型コロナウイルス（SARS コロナウイルス-2）の大規模な感染拡大が保健医療福祉体制に大きな影響を与えた。
- ・そこで、令和 5 年 4 月施行の改正地域保健法において、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（以下「基本指針」という。）は、健康危機（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）への対処を考慮して定めることとされ、その基本指針において、各保健所は、都道府県等が作成する健康危機管理に関する手引書、感染症法に基づく予防計画、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく都道府県行動計画及び市町村行動計画等を踏まえて健康危機対処計画を策定することが規定された。
- ・本ガイドラインは、保健所が地域の実情に応じて健康危機対処計画を策定する際の参考となるよう、平成 13 年地域健康危機管理ガイドラインの見直しを行って作成した。
- ・本ガイドラインに先立って令和 5 年 6 月に示された「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」は、本ガイドラインに包含され、本ガイドラインのうちパンデミックを引き起こす感染症への対応を記載したものと位置付ける。
- ・保健所は、本ガイドラインを参考にして健康危機対処計画を策定することになるが、すでに健康危機対処計画（感染症編）を策定している場合、パンデミックを引き起こす感染症を除く健康危機対処計画を策定した上で、健康危機対処計画（感染症編）を健康危機対処計画の一部を構成するものと位置付けるか、感染症編も取り込んだ形で改めて 1 つの健康危機対処計画にまとめる。

(2) 本ガイドラインの主な特徴

1) 平成 13 年以降の健康危機の発生状況等を踏まえていること

- ・重症急性呼吸器症候群（SARS）（平成 15 年）、A 型（H1N1）インフルエンザパンデミック（平成 21 年）、東日本大震災（平成 23 年）と福島第一原子力発電所事故、平成 30 年 7 月豪雨等の気象災害等、平成 13 年以降の健康危機の発生状況等を踏まえた内容としている。

2) 平成 13 年以降の法改正、国の動向等を踏まえていること

①地域保健を取り巻く状況

- ・平成の大合併、市町村への権限移譲等が進み、都道府県の保健所や政令指定都市の保健所の集約化が進み、その数が減少する一方、中核市とその保健所が増加している。
- ・都道府県では保健所が福祉事務所や環境事務所等の組織と統合され、保健所や保健所長の位置付けや役割が多様になり、保健所の業務や対応における本庁（保健衛生部門）

の関与や役割分担のあり方も重視されるようになっている。

②地域保健法・基本指針の改正

- ・新型コロナウイルス感染症への対応等を踏まえ、令和5年4月施行の改正地域保健法において健康危機の定義が示され、感染症等の健康危機発生時に地域の保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み（IHEAT）が法定化されるとともに、専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等の責務規定が設けられた。
- ・令和5年4月から適用された改正基本指針において、保健所は、平時から健康危機発生時に備えた準備を計画的に推進するとともに、健康危機が発生した場合に、地域における健康づくり等の地域住民に必要な地域保健対策全般の業務についても適切に実施できるよう、効果的・効率的に地域保健対策を推進する必要があることが明記された。
- ・そして、保健所は、都道府県等が策定する予防計画、新型インフルエンザ等行動計画、手引書等を踏まえて健康危機対処計画を策定することが規定され、既存の手引書や業務マニュアル等の見直しにより健康危機対処計画としてもよい、とされた。

③感染症法の改正

- ・新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、令和6年4月施行の改正感染症法において、都道府県及び保健所設置市・区は、感染症予防計画を策定し、検査、移送、宿泊療養・自宅療養、人材確保等について記載し、保健所の人員体制、発熱外来、入院等の医療機関の確保等に関する数値目標を設定することとされた。

④医療法の改正

- ・新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、令和6年4月施行の改正医療法において、災害・感染症医療業務従事者の登録制度が規定され、また、医療提供体制確保基本方針において、新興感染症発生時における医療提供体制確保の施策を医療計画に盛り込み、発熱外来、入院等の医療機関の確保等に関する数値目標を設定することとされた。

⑤新型インフルエンザ等対策行動計画の改定

- ・新型コロナウイルス感染症への対応等を踏まえ、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく新型インフルエンザ等対策政府行動計画が令和6年に改定され、発生状況等に応じて区分される3つの期（準備期、初動期、対応期）における13項目の対策が盛り込まれ、都道府県等は、それぞれの行動計画の改定が必要となっている。

3) 保健所の対応等に大きく影響する本庁（保健衛生部門）、市町村等の役割を記載していること

- ・保健所による健康危機管理を円滑かつ適切に実施するためには本庁の保健衛生部門等及び管内市町村との連携や役割分担が不可欠であり、それらについて記載している。

4) 健康危機管理における最近の新たな考え方や手法等を踏まえていること

- ・オールハザードアプローチ、サージキャパシティ、リスク評価・リスクコミュニケーション、受援体制の構築、イベントベースドサーベイランス等の新しい概念・手法、新たに利用可能となったICT（情報通信技術）等を踏まえた内容としている。

2 健康危機管理の基本事項

(1) 健康危機・健康危機管理の捉え方

1) 健康危機

- ・地域保健法では健康危機を「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」としている。
- ・一方、保健所及び保健所を設置する地方公共団体（以下「保健所等」という。）が平時の対応から健康危機としての対応に切り替えるために具体的で実践的な捉え方が必要となる。
- ・そこで、このガイドラインでは健康危機を「住民及び来訪者（以下「住民等」という。）の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所等の通常の体制や手法等では対応が困難であるか、又はそのおそれがある緊急の事態」とする。
- ・通常の体制や手法等々が保健所等によって異なるため、同じ事態であっても、健康危機に該当するかどうかは保健所等により異なる。
- ・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等によって異なる場合がある。
- ・健康危機の発生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）、原因不明の事象等が考えられ、「その他の事象」に多種多様なものが含まれる可能性がある。

2) 健康危機管理

- ・このガイドラインでは、健康危機管理を「健康危機において住民等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（危機後）対応を含む全体の過程」とする。
- ・保健所等は、感染症や食中毒への対応等、関連する法令等に規定されている保健所等の固有の業務も適切に遂行しながら健康危機管理に当たる。

(2) 健康危機管理の基本的な対応

1) 危機対応を行う状況

- ・保健所等は、次のいずれかに該当する場合、危機対応を行う。
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）が有している手法・手段だけでは対応が困難であるか、又はそのおそれがある
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）の通常の人員・組織体制では対応が困難であるか、又はそのおそれがある
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）の通常の業務を縮小しなければ対応が困難であるか、又はそのおそれがある
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）の対応が長期にわたるか、又はそのおそれがある
 - －社会に健康上又は心理上の大きな影響が生じるか、又はそのおそれがある
- （例）医療機関や高齢者施設等がひっ迫し、通常体制で対応できない事態
報道機関や社会の関心が高く、特別の対応が必要となる事態
- ・健康危機発生の可能性の高さ、健康影響の大きさに応じてこれらの状況かどうかを判断する。

2) 健康危機管理の対応とその内容

- ・このガイドラインでは健康危機管理における対応を状況ごとに次のように整理している。
- ・健康危機の発生状況等によって状況や対応が省略されたり、戻ったりすることがある。

時期	状況	保健所等の対応
平時	・異常事象が探知されていない	・危機対応の準備 ・危機の発生予防 ・危機の発生監視・情報収集
危機移行期	・異常事象が探知され、平時の人員・手法等で対応できるが、危機発生への警戒が必要	・異常事象の探知と評価 ・危機対応の開始を準備 ・危機対応の開始を決定
危機	・平時の人員・手法等で対応できない	・危機対応の実施 ・危機と危機対応の状況認識と評価 ・危機対応の変更 ・危機対応の終了を決定
平時（危機後）移行期	・異常事象が探知され、増強を含む平時（危機後）の人員・手法等で対応できるが、危機再発生への警戒が必要	・異常事象の確認と評価 ・平時（危機後）対応の開始を決定
平時（危機後）	・異常事象が探知されないか、異常事象に対して増強を含む平時（危機後）の人員・手法等で対応でき、危機再発生への警戒が不要	・危機の影響を受けた者、体制等への対応の継続 ・危機発生前の状態への回復等 ・一連の対応の検証・見直し ・新たな危機に備えた平時（危機後）対応

3) 平時対応から危機対応への移行のパターン

①危機対応を開始するまでにほぼ時間がない場合

- ・予期されず、規模が大きい地震・津波・火山噴火・土砂崩れ、大規模事故、環境中の物質・ワクチン・薬物・食物等による急性の健康影響、サイバーテロ、広範囲・長時間の停電等の事象が突然、発生した場合等

②危機対応を開始するまでに数日程度までの時間がある場合

- ・規模が大きい地震・津波・火山噴火・土砂崩れ・風水害・降雪・高温、環境中の物資等による急性の健康影響等の発生があらかじめある程度予測される場合や、動物における鳥インフルエンザの発生が確認された場合等

③危機対応を開始するまでに数日程度以上の時間がある場合

- ・感染症、食中毒、環境中の物質・ワクチン・薬物・食物等による健康影響等の発生がある程度予測され、健康影響等の発生監視や情報収集が必要となり、事象の進展等に応じて危機対応を開始することになる場合等

④危機対応を開始せずに終了する

- ・異常事象が発生したが、小規模等により平時の人員・手法等で対応できる状況で終了する場合

4) 危機対応のサイクル

- ・危機対応の実施と並行して、事象に関する「情報収集」と危機対応に関する「状況認識・評価」を常に実施し、「最善な対応策の選択」と「対応策の実施」につなげる。
- ・このサイクル（工程）を繰り返し、状況変化に合わせた柔軟で迅速な健康危機管理を行う。
- ・健康危機によって危機対応の内容や量、変化の速度が増減する場合があることに注意する。
- ・状況認識・評価において危機対応の方向性（拡大、維持、縮小等）を判断し、縮小の方向性の場合、その状況が危機対応の終了に該当するかどうかや終了の時期を判断する。
- ・情報収集（Observe）、状況認識（Orient）、意思決定（Decide）、実施（Act）という流れは、OODA（ウーダ）ループと呼ばれ、災害対応等における重要な考え方とされている。

5) 危機対応から平時対応（危機後）への移行のパターン

①平時対応（危機後）を開始するまでにあまり時間がかからない場合

- ・短時間で健康危機の原因の究明と除去、回復が行われ、健康危機の再発生への警戒が早期に不要となる場合

②平時対応（危機後）を開始するまでにある程度の時間がかかる場合

- ・健康危機の原因の究明と除去、回復にある程度の時間を要し、健康危機の再発生への警戒がある程度の時間、必要となる場合

③平時対応（危機後）を開始するまでに長時間かかる場合

- ・健康危機の原因の究明と除去、回復に長時間を要し、健康危機の再発生への警戒が長時間、必要となる場合

（3）健康危機管理における重要な視点

1) さまざまな健康危機に対応できる体制整備と柔軟な対応（オールハザードアプローチ）

- ・健康危機は、感染症、自然災害等、さまざまな分野で発生し、同じ分野であっても事例や地域等によって状況も異なるが、それらの対応には共通することが多い。
- ・そこで、さまざまな健康危機に共通した体制整備や手法の確保等を行い、必要に応じて個々の事象に応じた対応を追加することにより、結果的に幅広い分野の健康危機に対して効率的な対応が可能となる。
- ・これをオールハザードアプローチといい、健康危機管理の重要な考え方とされている。

2) 急増する健康危機管理業務を遂行できる人員・組織体制の確保（サージキャパシティ）

- ・健康危機によっては短時間に危機対応業務が一気に急増し、通常の人員・組織体制では対応できず、大きな混乱に至ることが懸念されるため、保健所や本庁（保健衛生部門）以外の庁内部署に加え、外部の関係者等による人員確保とそのために必要な組織体制の確保を準備しておく必要がある。
- ・このように急増する業務にも対応できる能力のことをサージキャパシティといい、健康危機管理における重要な考え方とされている。

3) 迅速かつ適切に健康危機管理業務を遂行できる指揮命令系統の確立

- ・健康危機管理においては、業務を迅速かつ適切に実施するための指揮命令系統の確立が不可欠であり、状況に応じた柔軟な変更と関係者への周知、徹底を行う。

4) すべての日時に対応できる体制の確保（24 時間・365 日対応）

- ・夜間や休日等の閉庁時間であっても迅速に危機対応が行えるよう、外部機関と保健所等との連絡が 24 時間・365 日可能となる方法を確保し、関係機関・団体等と共有しておく。
- ・夜間や休日等において連絡や対応が困難な職員を想定して、2 次、3 次の代替職員も想定しておく。

5) 健康影響を最小化し、回復する能力（レジリエンス）の向上

- ・災害では災害を防止する「予防力」、致命傷を回避しつつ被害を最小化する「防災力」、暮らしや経済活動を速やかに立ち直らせる「回復力」を合わせてレジリエンスといい、その向上が重要とされている。
- ・健康危機においても健康被害を最小限に抑え、速やかに回復する能力の向上に向け、個人、組織、社会の各レベルがその認識をもつための取組が重要とされている。

6) 柔軟な対応

- ・過去に発生した類似の健康危機事例であっても同一のものではなく、計画していた対応が当てはまらない事態もあるので、実際に起きている状況に即して柔軟に対応し、それを逐次見直しながら対応を変えていく。
- ・どのような状況においても、住民等への健康影響と社会の不安や混乱を最小限に抑えることを最終目標に見据え、必要な対策をいかに効率的、効果的に行うかの視点を失わない。

（4）健康危機管理における行政機関の役割

1) 保健所

- ・地域における健康危機管理の拠点として、情報収集、分析、対策等の企画立案・実施、リスクコミュニケーション等の機能と役割を発揮できるよう、健康危機発生前の平時対応、発生時の危機対応、発生後の平時（危機後）対応等を着実に実施する。
- ・対応に当たって、地方公共団体内の他保健所、本庁の保健衛生部門、人事・組織担当部門や危機管理部門等と連携し、人員、予算、組織体制等の確保、災害対策本部等における危機管理部門との役割分担等を明らかにする。
- ・本庁（保健衛生部門）との意思疎通を推進するため、本庁（保健衛生部門）が首長の下で地方公共団体として判断し、意思決定していることを理解する。
- ・保健所や保健所長には法律上の権限の他、地方公共団体の首長からの委任事務及び専決事務等があり、また、保健所長が福祉事務所等との統合組織において長でない場合も、これらの権限や事務委任は、統合組織の長ではなく、保健所長が有していることがあるので、これらの位置付けを確認しておく。
- ・これらの点及び地方公共団体の健康危機管理手引書等を踏まえ、基本指針に基づく保健所健康危機対処計画を策定するが、保健所設置市・区の場合、健康危機管理手引書と健康危機対処計画を一体的に策定することも可能である。

2) 都道府県及び保健所設置市・区の本庁（保健衛生部門）

- ・保健所が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するため、本庁の

保健衛生部門内だけでなく、各保健所、人事・組織担当部門、危機管理部門等と連携し、保健所への助言等の技術的支援、人員、予算、組織体制等の確保、災害対策本部等における危機管理部門との役割分担の明確化に取り組む。

- ・保健所との意思疎通を推進するため、保健所が住民や地域に身近な立場で現場の対応に当たっていることを理解する。
- ・国や国立健康危機管理研究機構等の研究機関等から出される情報や方針等を注視し、本庁（保健衛生部門）や保健所の対応に反映する。
- ・これらの点を踏まえ、基本指針に基づき、健康危機管理手引書を作成する。
- ・都道府県内に保健所設置市・区が所在する場合、都道府県と保健所設置市・区は、相互に連携して役割分担や協力体制等を明確にするとともに、必要に応じて、情報集約、業務の一元化、保健医療福祉活動の全体調整等による健康危機管理業務の実施を検討する。
- ・保健所設置市・区の場合、保健所を設置していない市町村と同様の業務についても準備や対応を行うとともに、保健所が本庁（保健衛生部門）の機能を有している場合、保健所が本庁（保健衛生部門）として一体的に準備や対応を行う。

3) 保健所設置市・区以外の市町村

- ・自市町村を所管している都道府県保健所と協力して生活環境整備、住民等への情報提供、知識の普及等の業務を行う。
- ・当該保健所の健康危機対処計画を踏まえ、当該保健所の協力を得ながら、災害時の保健活動に関するマニュアルやパンデミックを引き起こす感染症等への対応を主な内容とした健康危機管理手引書を作成するとともに、その内容を定期的に見直し、職員等への周知や訓練等を実施する。

(5) 保健所の健康危機対処計画

1) 策定、推進、評価、見直し

①策定

- ・保健所は、このガイドライン等を参考に健康危機対処計画を策定する。
- ・策定に当たって、保健所内での作業に加え、検討組織の設置又は既存の組織の活用等により、本庁（保健衛生部門）との連携のもと、地域の保健医療関係者等からも十分に意見を聞き、実効性を高める。
- ・策定した計画は、保健所内の職員に加え、地域の保健医療関係者等にも周知する。

②推進

- ・計画に基づき、保健所内及び地域の保健医療関係者等の協力を得て、平時対応、危機対応等を実施する。

③評価

- ・計画に記載している内容の実施状況を確認する。
- ・評価に当たって、保健所内及び地域の保健医療関係者等による協力も得る。
- ・評価は、年1回以上実施し、保健所内で共有するとともに、必要に応じて、地域の保健医療関係者等にも情報提供する。
- ・危機対応等を行った事例があった場合は、その対応等を検証し、計画の評価を行う。

④見直し

- ・評価の結果を踏まえて必ず計画を見直し、必要に応じて、速やかに計画を変更する。
- ・変更にあたって、保健所内での作業に加え、地域の保健医療関係者等による検討組織の設置又は既存の組織の活用も検討する。
- ・変更した計画は、保健所内の職員に加え、地域の保健医療関係者等にも周知する。

2) 記載することが望まれる事項

1 計画の概要 (1) 計画の位置付け (2) 計画の目的 (3) 健康危機管理の基本的な対応 (4) 健康危機管理における重要な視点 (5) 保健所、本庁、市町村の役割 (6) 計画の策定、推進、評価、見直し 2 平時対応 (1) 健康危機の想定と発生前のリスク評価 (2) 危機対応の準備 (3) 健康危機の発生予防 (4) 健康危機の発生監視・情報収集 3 平時対応から危機対応への移行 (1) 異常事象の探知と発生時のリスク評価 (2) 危機対応の開始を準備 (3) 危機対応の開始を決定 4 危機対応 (1) 危機対応の実施 (2) 健康危機と危機対応に関する状況認識と評価 (3) 危機対応の変更	(4) 危機対応の終了を決定 5 危機対応から平時（危機後）対応への移行 (1) 異常事象の確認と発生時のリスク評価 (2) 平時（危機後）対応の開始を決定 6 平時（危機後）対応 (1) 健康危機の影響を受けた者等への平時（危機後）対応 (2) 健康危機発生前の状態への回復等 (3) 一連の対応の検証と見直し (4) 新たな健康危機に備えた平時（危機後）対応 7 特定分野における特有の対応等 (1) 感染症 (2) 食中毒 (3) 自然災害 (4) 国民保護法が適用される事象 (5) その他の事象（環境中の物質等による健康影響等） (6) 原因不明の健康危機
---	--

3) 分野別マニュアル等と健康危機対処計画との関係

- ・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）、原因不明の事象等に関して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、本ガイドラインを参考にしてそれらのマニュアルや手順書等を見直すことにより、健康危機対処計画と位置付けることも可能である。
- ・その際、保健所等の通常の人員や手法等では対応できない、多種多様なことが複合的に起きる、想定外のことが起きることを前提に、柔軟で現実に応じた対応をとる必要があり、個別分野に囚われない、さまざまな健康危機に対応できる体制を整備するため、本ガイドラインに記載されている健康危機管理の基本事項等を踏まえた見直しを行う。

4) その他

- ・都道府県設置の保健所の場合、各保健所がそれぞれ独自に策定等を行う他、本庁（保健衛

生部門)がある程度の基本形を示し、各保健所がそれを元にそれぞれリスク評価や人員体制、関係機関・団体等とのネットワーク等を踏まえて策定等を行うことも考えられる。

- ・保健所設置市・区の場合、感染症における医療体制の構築、災害時の対応等、都道府県の事務となっているものがあること、地方公共団体としての健康危機管理手引書と保健所としての健康危機対処計画を一体的に策定することが可能であることから、保健所の健康危機対処計画は、分野によって都道府県設置の保健所の健康危機対処計画と異なる内容となることがある。

II 健康危機管理の対応

1 平時対応

(1) 健康危機の想定と発生前のリスク評価

1) 発生前のリスク評価の基本

- ・平時において地域の特性に応じて行う発生前のリスク評価は、健康危機管理の基本であり、保健所は、必ず自地域におけるリスク評価を実施し、所内外の関係者と共有する。
- ・発生前のリスク評価は、定期的（少なくとも2、3年ごと）に見直すとともに、リスク評価を行う際の条件や環境等に変化があった時、危機対応を行った後、必要に応じて危機対応を行っている時等において臨時の見直しを行う。
- ・発生前のリスク評価は、健康危機の想定、想定した健康危機の発生可能性と影響の推定、リスクレベルの決定の順に進める。

2) 健康危機の想定

①想定される健康危機の例

- ・自然（生物以外）
 - －地震、津波、土砂崩れ、液状化、火山活動（噴石、降灰、泥流等）、洪水、雪崩、暴風、熱波・寒波、大量降雪、干ばつ、林野火災
- ・生物
 - －感染症、食中毒、昆虫大量発生
- ・科学技術
 - －化学物質・ガス・放射線等放出、建設物崩壊、交通障害、爆発・火災、大気汚染、停電・停水等インフラ障害、サイバーセキュリティ障害、大気・土壌・水中有害物、食品汚染
- ・社会
 - －マスギャザリング、群衆雪崩、暴力・社会不安、放射線・生物・化学テロリズム、金融危機

- ・環境
 - －塩害、海面上昇、砂漠化

②特に注意する自然災害

- ・地域防災計画や災害ハザードマップ等に記載されている自然災害
- ・特に、津波、土砂崩れ、火山活動等、その地域に特有の自然災害は、広く抽出する。

③特に注意する感染症

- ・新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症等、パンデミックを引き起こす感染症
- ・国内で発生していないが、国外で発生している重篤な感染症
- ・国内で発生しており、多数の感染者が発生し、又はその可能性がある感染症
- ・医療機関、高齢者施設、災害時における避難所等、特定の場所で多数の感染者が発生し、又はその可能性がある感染症
- ・ダニ・蚊媒介感染症、鳥インフルエンザ等の動物が感染した場合に特別の対応が必要となる動物由来感染症

④特に注意する食中毒

- ・患者の数が非常に多い、又は患者の所在が多数の地方公共団体に及ぶ食中毒
- ・重症や死亡に至る患者が多数発生し、又はそのおそれがある食中毒

⑤特に注意するその他の事象（環境中の物質等による健康影響等）

- ・健康に影響を与える物質等を扱う工業施設等における漏えい等の事故
- ・原子力発電施設における放射線被ばく、放射性物質漏えい等の事故
- ・鉄道、空港、港湾等の交通機関等における大規模事故
- ・猛暑による高温、電力不足・停電等による健康影響

⑥想定する健康危機の選定

- ・保健所は、①から⑤を参考にして保健所ごとに実際に想定される健康危機を選定する。
- ・選定は、自地域における過去の発生状況や他地域での事例の他、自地域の自然環境、社会経済活動、社会情勢等を参考にしながら、当該地域において明らかに発生しないものを除き、発生する可能性が少しでもあるものは幅広く取り上げる。

3) 想定した健康危機の発生可能性の推定

- ・保健所は、想定した健康危機ごとにその発生の可能性（発生の頻度）を推定する。
- ・発生の可能性の推定に当たって、自地域における過去の発生状況や他地域での事例の他、自地域の自然環境、社会経済活動、社会情勢等を参考にする。
- ・発生可能性の区分として、想定した健康危機の発生可能性を相対的に「高」、「中」、「低」の3段階に分けることが考えられる。
- ・区分の判断が困難な場合、高めに区分することも検討する。

4) 想定した健康危機による影響の大きさの推定

- ・保健所は、想定した健康危機ごとにその影響を推定する。
- ・推定に当たっては、影響の深刻度（住民等への健康影響、保健医療等サービスへの影響等）、住民等の脆弱性（健康状態、社会経済基盤、環境要因等）、対応能力（事前準備、緊急対応、体制等）を参考にする。

- ・影響の区分として、想定した健康危機による健康、保健医療等サービス、社会への影響をを踏まえ、次の3段階に分けることが考えられる。

影響	状況
大	健康影響が重度でその人数も非常に多い、保健医療等サービス中断等の影響が大きい、社会全体で対応する必要がある等
中	健康影響が中等度でその人数もある程度多い、保健医療等サービス中断等の影響が多少出る、保健衛生分野の対応で対処可能
小	健康影響が軽度以下でその人数も限定的、保健医療等サービス中断等の影響が限定的

- ・区分の判断が困難な場合、大きめに区分することも検討する。

5) 想定した健康危機のリスクレベルの決定

- ・保健所は、想定した健康危機ごとに発生可能性と影響の大きさの2つの視点からリスクレベルを決定する。
- ・発生可能性と影響の大きさをそれぞれ3区分とした場合、次のリスクマトリックスに想定した各健康危機を書き込み、リスクレベルを5段階に区分することも考えられる。

影響	大	3 (中)	4 (高)	5 (最高)
	中	2 (低)	3 (中)	4 (高)
	小	1 (最低)	2 (低)	3 (中)
		低	中	高
		発生可能性		

6) リスクレベルを踏まえた対応

- ・保健所は、リスクレベルの高い順から優先して危機対応の準備等を実施する。

7) 健康への影響を特に受けやすい住民等の把握

- ・保健所は、指定難病患者、小児慢性特定疾病患者、精神障害者等、保健所等が把握し、健康への影響を特に受けやすい住民等について、療養状況や災害発生時等における対応を確認する。
- ・市町村と連携して、高齢者、障害者等の災害対策基本法における避難行動要支援者の人数や個別避難計画の策定状況等を確認する。

(2) 危機対応の準備

1) 必要な人員・組織体制の確認・確保と更新

①人員・組織体制確保の基本

- ・保健所等は、危機対応が長期間に及ぶ、又は深刻な危機対応が必要となることを想定し、危機対応に従事する人員・組織体制を十分確保する。
- ・危機対応に従事する場合、感染や負傷等の健康影響を受けないよう、日常における健康管理、必要な防護具等の確保と適正使用の周知する等の安全確保を行うとともに、心的

外傷を受けた（おそれがある）場合の心理的なサポート体制も検討する。

- ・保健所等で危機対応に従事する人員の確保に向け、職種に関係なく、地方公共団体内の過去の研修受講者及び災害や感染症の対応の経験者を毎年リスト化して更新する。そして、掲載されている職員の現時点の所属及び当該職員に対して、当該職員が所属部署の業務を離れて保健所等において危機対応に従事することについて了承を得ておく。
- ・また、都道府県及び保健所設置市・区は、地域保健法に基づく業務支援員（IHEAT 要員）を確保するため、地域における外部の専門職や保健所を退職した者等の行政機関での勤務経験者等に対して積極的に募集・広報を行うとともに、IHEAT 要員の本業の雇用主等に対して、IHEAT 要員に関する情報提供と協力の依頼を行い、必要時に迅速に IHEAT 要員を確保できる体制を構築する。
- ・地域の実情に合わせて、保健所設置市・区以外の市町村とも連携し、健康危機の発生の際の市町村の職員による応援派遣について取り決めておく。

②保健所内の体制

- ・保健所は、健康危機発生時における管理責任者（保健所長等）及び代理者を明確化する。
- ・指揮命令系統を明確化・可視化するために、組織体制を明示し、各部署における役割、責任者を周知徹底する。
- ・例えば、現場統括部門をトップとして、現場統括部門に管理責任者（現場指揮官）、渉外担当、広報担当、安全監督担当を置き、その下に実行部門と計画情報部門、後方支援部門、総務部門を置く。健康危機の発生状況に応じて実行部門を適宜、再編成していく。
- ・通常の人員・組織体制での対応が困難になった時、所内の人員を何人、どのようにシフトするか等についても検討しておく。
- ・保健所において所長の補佐を行う統括保健師等の総合的なマネジメントを行う保健師を組織図の中で明確化しておく。
- ・これらの所内体制の構築は、様々な状況に対応できるように、通常の所内組織を横断した全所体制の中で行う。

③通常業務に関する BCP(業務継続計画) の作成と更新

ア 危機対応時において通常業務に従事できる人員・体制等の想定

- ・保健所は、所内体制等を踏まえ、危機対応に当たる人員・体制等を確保することによって通常の人員・体制がどのように減少・変更となるか確認する。
- ・パンデミックを引き起こす感染症や広範囲な自然災害等において、職員自身や家族等の感染や被災によって登庁できないこともあるため、危機対応に当たる人員に加え、こうした状況による人員の減少も想定しておく。
- ・通常から減少・変更となる人員・組織体制を見込むことが困難な場合、各課又は各係において人員が通常の 2～3 割程度減少した場合、5 割程度減少した場合、7～8 割程度減少した場合といった仮定を設けることも検討する。
- ・保健所長、所属長及び通常業務の担当者が当該業務に当たれなくなった場合の 2 次及び 3 次の代替要員等を業務ごとに確認しておく。
- ・また、人員・体制の減少・変更となる期間についても想定を行うが、想定が困難な場合、1～2 週間程度、1 か月程度、3 か月程度、6 か月程度といった仮定を設けることも検討する。
- ・危機対応が長期間に及ぶことも想定し、業務に当たる職員が定期的に休暇を取得できるだけの交代要員まで含めた人員・体制を検討する。

イ 危機対応時における通常業務の優先順位と必要な人員の想定

- ・保健所は、縮小や中止等による住民等の健康や生活への影響を踏まえ、危機対応時にどの通常業務を優先して実施・継続するか判断する。
- ・オンライン会議やリモート作業等の代替手段の可否についても検討する。
- ・通常業務の優先順位として次の区分が考えられる。

区分	業務
A	危機対応の業務が増大した場合でも継続する必要がある業務
B	危機対応の業務が増大した場合、縮小することが可能な業務
C	危機対応の業務の増大した場合、延期することが可能な業務
D	危機対応の業務の増大した場合、中止することが可能な業務

- ・優先順位を区分した業務ごとにその業務を実施するために必要な人員を想定し、これらを一覧表にまとめるとともに、優先順位の区分ごとに必要な人員を合計する。

ウ BCP の作成・更新

- ・保健所は、ア、イを取りまとめ、BCP を作成する。
- ・危機対応の業務が増大した場合でも継続する必要がある業務に必要な人員よりも実際に従事できる人員が少ない場合の人員の確保策についても記載する。
- ・その業務に当たっていない職員がその業務に当たる場合に必要なマニュアル等の作成や周知等についても記載する。
- ・業務の縮小や中止等の最終判断は、保健所長が行うこと、危機対応の業務が縮小して通常業務に従事できる人員が増えてきた場合の業務の復帰、再開等についても記載する。これらの判断は、本庁（保健衛生部門）との調整が必要である。
- ・業務の縮小や中止等によりその影響が及ぶ住民等や関係機関・団体等に対して理解と協力の依頼を含む周知についても記載する。
- ・作成した BCP を毎年度当初等、定期的に見直し、更新する。

④地方公共団体内の連携：本庁（保健衛生部門、危機管理部門、人事・組織担当部門）、他保健所

- ・保健所等は、危機対応に必要な人員体制等の調整、予算・物資等の確保、外部委託に係る役割分担等について、本庁（保健衛生部門、危機管理部門、人事・組織担当部門等）と協議しておく。
- ・都道府県内の業務の一元化、保健所間の情報共有体制等について、本庁（保健衛生部門）と協議しておく。
- ・保健所等は、本庁において保健師全体の調整役を担う統括保健師の位置付けや役割、連携体制を明確化しておく。
- ・地方公共団体内の連携を図るため、危機対応等において本庁（保健衛生部門）と全保健所が参加する定期及び臨時の会議（オンライン会議を含む）の開催、イントラネット等を活用した情報共有等についても協議しておく。

⑤他の地方公共団体、市町村、国

- ・本庁（保健衛生部門）は、国や他地方公共団体との連絡体制等について協議しておく。
- ・保健所は、保健所管内の市町村との連絡体制等について、協議しておく。

⑥所在する都道府県（保健所設置市・区の場合）

- ・保健所設置市・区の保健所等は、都道府県内の業務の一元化、保健所間の情報共有体制、連絡体制等について、所在する都道府県、都道府県保健所と協議しておく。
- ・所在する都道府県と会議や研修、人事交流等を通じた顔の見える関係づくりを行う。

⑦専門家等の人員

- ・保健所等は、感染症、放射線、化学物資等の専門分野において助言を得るため、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）と連携して国立健康危機管理研究機構等の研究機関、地元大学等の教育機関、企業等の専門家を確認し、リストアップしておく。
- ・日頃から地域の課題等についてこれらの機関等に支援を求めるようにしておく、健康危機発生時等においても迅速に助言等が得られる。特に、保健医療福祉系の大学等の教育機関については、教員等による現在の人員の確保の他、学生への健康危機管理の紹介等による将来の人員の確保につなげることも依頼することが望ましい。
- ・専門家のメーリングリストに参加し、平時から基本的な事項を学ぶとともに、健康危機の発生時に相談できるようにする。

⑧受援体制の構築

- ・災害や感染症等における保健医療福祉活動の支援者が多く組織されており、その受け入れ体制の構築が重要になる。
- ・例として、地域保健法に基づく業務支援員（IHEAT 要員）、医療法に基づく災害・感染症医療業務従事者（災害派遣医療チーム（DMAT）等）の他、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーターがある。
- ・保健所は、外部からの支援を要請する判断基準や要請方法等について、本庁（保健衛生部門）とあらかじめ協議しておく（例えば、健康危機発生3日後までに危機対応の終了が見込めない場合は、保健所から本庁に積極的に受援を要請することとする）。
- ・また、受援を要請しなくても、プッシュ式支援されることもあり、そのことも念頭においた受け入れ体制を構築する。
- ・外部からの支援を円滑に受け入れるための受援担当窓口、支援者の受付方法、受入れスペースの確保、オリエンテーション資料等の必要な物資、資機材を確認しておく。
- ・所内の人員・組織体制、指揮命令系統等の中でどの部署に外部からの支援者を受け入れるか、健康危機の発生状況と所内の人員・組織体制によって異なるが、可能な範囲で、あらかじめ検討しておく。
- ・危機対応の内容にもよるが、規模や業務が大きくなるにしたがって、所内体制、地方公共団体内の連携、市町村への要請、国や他地方公共団体への要請へと体制を拡大する。

⑨対応の記録に必要な人員・体制等の確保

- ・保健所は、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時（危機後）対応への移行までの一連の経過における対応、健康影響の状況等を経時的に記録するために必要な人員・体制、記録方法等をあらかじめ確認しておく。

2) 必要な場所・機器・機能等の確認・確保と更新

①危機対応を行う場所の確保

- ・保健所は、危機対応を行うための物理的スペースを所内で確保し、その際、増員や物資の保管スペース、休憩室・仮眠室も考慮する。また、作業のための椅子、机、書棚等の

物品も確保する。さらに、危機対応時の動線が最小限となるよう考慮する。

- ・ 所内で確保が困難である場合、あるいは保健所所在地が被災想定地域であり、被災時に代替施設が必要な場合等は、近隣の公的施設や民間施設を活用できるかどうか検討しておく。

②情報通信機器

- ・ 保健所等は、様々な状況下において関係機関と連携がとれるように、複数の通信機器を確保する。通常の電話回線の他に、非常時専用回線、衛星携帯電話等の複数の通信手段の確保を行う。
- ・ 災害発生時のネットワークの構築に当たっては、通信障害を想定し、複数の通信回線事業者を準備することが望ましい。
- ・ 既存のシステム（保健所現状報告システム、EMIS（広域災害救急医療情報システム）等）を利用する場合の機器、通信環境、操作方法等を確認しておく。
- ・ 効率的に情報管理および共有ができるように ICT（通信情報技術）化を推進する。所内であればホワイトボードも有効だが、外部組織と円滑に情報共有できるメーリングリスト、チャット、クラウドなどの電子的ツールも活用し一元的に管理する。
- ・ 総合行政ネットワーク（Local Government Wide Area Network：LGWAN）に接続されている業務用のパソコンは、一般のクラウド等へのアクセスが制限される場合があるため、情報共有ツールにアクセス可能なパソコンタブレット端末等を必要数確保する。
- ・ 連絡調整会議等をオンラインで主催できるように機材およびアカウントを準備する。
- ・ リスクコミュニケーションで使用する SNS（ソーシャルネットワークサービス）等の広報媒体を確定し、専用アカウント等を取得するなど、速やかに保健所等から情報を発信できるようにする。
- ・ ICTを活用した機器、システム、アプリケーション等は、常に更新、変化しているため、これらの動向を注視し、その導入状況に応じて柔軟に活用する。
- ・ オンライン会議やリモート作業等も想定して情報通信機器や環境の整備を行う。

③備蓄体制

- ・ 保健所等は、危機対応の従事者の安全確保に必要となる資機材（例えば、個人防護具・ヘルメット・安全靴、ライティングシート、除染シャワー、職員用簡易トイレ・食料・飲料水）を備蓄し、経年劣化を考慮して毎年度当初等、定期的に更新する。
- ・ 医薬品が必要となる場合は、該当する医薬品を所内、薬剤卸センター、災害拠点病院等で備蓄することも検討する（例えば、原子力災害発生時の安定ヨウ素剤）。

④検査体制

- ・ 保健所等は、地域で発生した健康危機管理へ迅速に対応できるよう、想定される検査に必要な資機材を準備する。検査項目、検体種類、検体保存方法、検体搬送方法等については、事前に本庁（保健衛生部門）、地方衛生研究所等と協議する。また、必要時は外部機関へ検査依頼できる体制をつくる。

⑤科学的なエビデンス等の情報の入手方法

- ・ 保健所等は、エビデンスの入手先として国内外の学術雑誌の活用を検討し、事象等の発生状況によって、公的機関および学術団体が作成した文章等を参照する。
- ・ 災害ハザードマップや被害想定等、想定される健康危機に関する発生前のリスク評価に用いる情報を整理し、どの機関がそれらを保有しているか確認し、どのような手段で入

手できるかを把握する。

3) 市町村との連携の強化

- ・保健所は、市町村が行う災害時の保健活動に関するマニュアルやパンデミックを引き起こす感染症等を主な内容とした健康危機管理手引書の作成と見直し、職員等への周知や訓練等について支援を行う。
- ・市町村の保健衛生部門、介護部門、福祉部門、環境部門、教育部門等における夜間・休日等の連絡方法を一覧表にまとめ、少なくとも新年度早々に見直しを行う。
- ・市町村が所管している保育所、介護施設等の一覧も作成する。

4) 医療機関、医療関係団体等との連携の強化

①医療機関、医療関係団体等との連携の強化

- ・医療機関や医療機関に勤務する医療従事者は、健康影響を受けた者をいち早く把握し、検査や入院等も担うことから、保健所は、相互の信頼関係の構築、意思疎通の促進を図るための定期的な会議や情報交換の場を積極的に設ける。
- ・健康危機が発生した時点で短時間のうちに連携を強化することは困難であり、その後の保健所等の危機対応にも大きく影響するため、平時のうちに円滑で率直な意思疎通を図っておく。

②健康影響を受けた者に対する医療・介護提供体制の構築

- ・保健所等は、消防機関と連携し、傷病者の搬送等の対応について確認し、必要に応じて、既存組織の活用等により体制強化に取り組む。
- ・周産期、小児、精神疾患等における救急医療体制（一次・二次・三次）を確認し、必要に応じて、既存組織の活用等により体制強化に取り組む。
- ・感染症指定医療機関（特定、一種、二種）、感染症協定指定医療機関（一種、二種）、地域災害医療拠点病院、基幹災害医療拠点病院の指定状況及びその機能と役割を確認し、必要に応じて、既存組織の活用等により体制強化に取り組む。
- ・医療機関での対応が困難となった場合、介護施設等の活用も想定されることから、医療機関、医療関係団体等の協力を得て、介護提供体制についても検討する。
- ・保健所は、これらの機関や医療関係団体と夜間・休日でも確実に連絡が取れる方法を確認する。
- ・新型インフルエンザ発生時のための抗インフルエンザウイルス薬、災害発生時のための医薬品・医療物品等の備蓄状況について、市町村、医療機関等と連携して、事前に把握する。
- ・指定難病患者、小児慢性特定疾病患者、精神障害者等、健康への影響を特に受けやすい住民等に対する医療体制について、市町村、医療機関等と連携して、事前に把握する。

5) 関係機関・団体等とのネットワークづくり

- ・保健所は、保健医療福祉等の関係機関・団体等による定期的な会議等により「顔の見える関係」を構築する。会議は、健康危機管理に関するものの新設の他、既存のものの活用でもよい。
- ・これらの機会を通じて、健康危機事例や保健所等による健康危機管理等に関して定期的に情報提供するとともに、これらの機関・団体の参加を得て研修会、机上訓練や実地訓練等を実施する。

- ・保健所、市町村、本庁（保健衛生部門）、国、研究機関・大学、医療機関、介護・福祉施設、民間事業者・民間組織等における緊急連絡先一覧を作成し、内容変更時及び年1回以上の定時（年度当初が望ましい）において見直しを行い、関係機関・団体等と共有する。
- ・情報を共有するデータベースが存在する場合は定期的にパスワードを確認するなど、確実に情報にアクセスできるようにする（例えば「EMIS（広域災害救急医療情報システム）」）。

6) ソーシャルキャピタルの醸成と住民等への普及啓発

- ・地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワーク等の社会関係資本(ソーシャルキャピタル)は、健康危機が生じた場合、住民相互の支え合い等に有効に機能するとされている。
- ・特に、地域包括ケアシステムの推進は、医療・介護関係者と住民等の間の連携強化を通じて、想定外の事象への対応力の向上にもつながる重要な取組である。
- ・保健所等は、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）、原因不明の事象等における健康危機やその対応について、保健医療福祉等の関係機関・団体と協力しながら住民等への普及啓発を行い、市町村等と連携してソーシャルキャピタルを醸成し、住民と協働する取組を推進する。

7) 情報提供、リスクコミュニケーション

①リスクコミュニケーションの原則

- ・健康危機管理におけるリスクコミュニケーションとは、関係する者（住民等、医療機関等の関係機関・団体、国・都道府県・市町村等の行政機関等）の間で事象や健康影響の状況、保健所等の対応等について情報や意見を相互に交換し、それぞれの理解を深め、共に考え、適切な意思決定、行動変容、信頼構築を目指す取組をいう。
- ・保健所等は、健康危機管理において、個人情報を除き、住民等や報道機関、関係機関・団体等に対してできるだけ情報提供するとともに、情報を受け取った相手からの質問や疑問、意見、不安等を把握し、丁寧でわかりやすい説明を行い、さらなる情報提供・共有の内容や方法に活かし、相互の意思疎通を図る。
- ・健康危機発生時において多様な情報が流布しやすく、適切なリスクコミュニケーションによって不安や混乱の軽減と偏見差別の回避、住民等の適切な判断につながるとされており、積極的にリスクコミュニケーションの機会を設ける。

②危機対応等における情報提供、リスクコミュニケーションの準備

- ・保健所等は、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時（危機後）対応への移行、平時（危機後）対応のそれぞれにおいて情報提供、リスクコミュニケーションに関する時期・期間、場所、実施者、内容（特に、健康影響を受けている者等の個人情報をどこまで情報提供するか）、方法（オンラインか報道機関への資料提供か記者会見か等）、情報が届きにくい者への対応（外国語、視聴覚補助等）、媒体等について、国の動向等も踏まえ、事前に計画を立てておく。
- ・方法や媒体は、報道機関、ホームページ、SNS 等の他、戸別配布用印刷物、地域巡回広報車等、可能な限り、多種多様なものを検討する。
- ・住民等や関係機関・団体等への情報提供と質問への回答等は、できるだけ地域単位で行うが、媒体の作成等において本庁（保健衛生部門）等が一括して行う方法もある。
- ・報道機関との対応については、保健所ごとに行うのか、本庁（保健衛生部門）が一括して行うのか、事前に調整し、混乱のないように実施する。
- ・保健所設置市・区は、所在する都道府県と共同で行うのか、単独で行うのか調整する。

- ・報道機関への情報提供は、取材等に応じて個別に行う場合もあるが、確実な準備と時間確保の観点から、日時と場所をあらかじめ決めて行う方がよい。また、公式の情報提供とは別に事象や健康影響の状況、保健所等の対応等について勉強会等の形式で説明や質疑等を行うことも検討する。
- ・住民等、医療機関等の関係機関・団体が質問や意見を表出する機会として、相談窓口の設置と周知等を検討し、Q&A の作成等、出された質問や意見に対する回答等の伝え方も決めておく。
- ・偏見差別や偽・誤情報への対応として偏見差別や偽・誤情報に関する普及啓発、偽・誤情報の探知、正しい情報等の提供方法、相談窓口の設置等についても検討しておく。

③平時における情報提供、リスクコミュニケーションの実施

- ・保健所等は、健康危機やその健康影響、保健所等の対応等についてさまざまな機会を活用して住民等に情報提供するとともに、出された質問や意見等を通じてその方法や内容を改善する。
- ・健康影響を受ける者等に対する偏見差別、誹謗中傷等が許されないものであること、偽・誤情報の存在とその対応方法等を繰り返し普及啓発する。
- ・学校、児童施設・高齢者施設等の集団生活を行う施設等に対して感染症の予防や対応、防災と災害発生時の対応を含む健康危機とその対応等について定期的に情報提供し、必要な準備を促す。

8) 健康危機対処計画、分野別マニュアル等の更新と周知

- ・保健所は、健康危機対処計画の他、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）、原因不明の事象等に関する分野別マニュアル等の一覧表（分野、名称、作成日・更新日、担当部署等）を作成し、所内、地方公共団体内で共有するとともに、年1回以上の定時及び必要時にこれらの計画やマニュアル等の見直しを行い、同様に所内、地方公共団体内で共有する。

9) 定期的な研修、訓練、実習等

- ・保健所等は、上記のマニュアル、ツール、体制等で作成、更新された内容について、研修等の機会を設け、毎年度当初等、定期的に全ての職員に周知する。
- ・保健所等において危機対応に当たることが想定される保健所職員、本庁の職員、IHEAT 要員、市町村職員等を対象に、座学による研修、仮想事例等を活用した実習、実働を伴う訓練等を定期的に実施する。
- ・また、外部の関係機関・団体等の従事者も参加する研修等の開催も検討する。
- ・これらの研修等を受講した職員の名簿をその都度、作成、更新し、本庁（保健衛生部門）及び保健所で共有する。
- ・過去や他地域における健康危機を実際に経験した職員も名簿に加え、新たな健康危機への対応に活用する。

10) 他の地方公共団体への支援の準備

- ・保健所等は、危機対応を行う他の地方公共団体に対して DHEAT や保健師等派遣チーム等として職員を派遣し、支援することを想定して、派遣する人員、派遣に必要な物品等の確認を行い、年1回以上の定時及び必要時に見直しを行い、所内、地方公共団体内で共有する。

11) 人材育成の推進

- ・保健所等は、必要な人員・組織体制を確保するため、危機対応とその準備に必要な人材育成を推進する。

(3) 健康危機の発生予防

1) 普及啓発・教育

- ・健康危機管理の基本は、健康危機の発生を未然に防止することであり、保健所等は、さまざまな機会を捉えて発生予防の取組を実施する。
- ・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）等のうち予防が可能なものに関して、研修会や講演会、広報媒体による周知等を活用して、住民向けの普及啓発や教育を行う。
- ・保健所等が直接、普及啓発や教育を行う他、市町村、学校、高齢者等の施設、医療機関等の協力を通じて行う方法もある。

2) 立入検査・監視指導等

- ・保健所等が各法に基づき実施している医療機関、衛生検査所、あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう（あはき）施設、柔道整復施設、薬局等への立入検査、飲食店や高齢者施設等の食品取扱施設への監視指導等において、感染症、食中毒、食物アレルギー、医療事故等の発生予防に関連する取組状況等を確認し、必要な改善等を指導、助言する。
- ・旅館・ホテル業、公衆浴場・温泉施設、理美容店等の生活衛生施設への監視指導等において、感染症等の発生予防に関連する取組状況等を確認し、必要な改善等を指導、助言する。
- ・これらの施設に対して感染症、食中毒、その他健康に異常を認める事象があった場合、直ちに保健所に連絡するよう依頼する。
- ・医療機関に対して感染症法に基づく患者等の届出を遅滞なく確実に行うよう指導する。

3) 予防接種、定期健康診断等の確実な実施の推進

- ・保健所等は、予防接種法、狂犬病予防法に基づく予防接種、感染症法に基づく結核定期健康診断等を確実に実施するよう市町村、事業者等に対して定期的に働きかけ、その実施状況を把握する。

(4) 健康危機の発生監視・情報収集

1) 通常業務における発生監視・情報収集

- ・保健所は、感染症法に基づく感染症発生動向調査（受動的サーベイランス）、統計法に基づく死亡統計等の法令等に基づく情報収集や任意の情報提供等を最大限、活用して、健康危機を可能な限り迅速に探知する。
- ・地域特性に応じてリスク評価が必要とされた化学物質等に関して、定期的にデータ収集（モニタリング）を行い、異常な発生や集積が発生していないか把握する。
- ・これらの情報収集によって得られるデータを活用し、経時的な変化や周辺地域との比較等を行う。

2) イベントベースドサーベイランスの考え方に基づく情報収集

①注意すべき事象

- ・これまでの状況と異なる死亡者・重篤患者が発生、拡大し、又はそのおそれがある
- ・原因不明の患者が多数発生、拡大し、又はそのおそれがある
- ・健康影響を及ぼす環境中の物質・ワクチン・薬物・食物等が多数の住民等に曝露し、又はそのおそれがある
- ・健康影響に関して住民等や社会の不安が大きく、関心が高い

②情報源

- ・市町村等の関係機関、医療機関・関係団体等からの相談、情報提供等
- ・事業者、住民等からの相談、情報提供

③情報の正確性等の評価

- ・得られた情報が通常と異なる内容かどうか保健所長を含む所内関係職員が共有し、正確性や信頼性等を評価する。

3) 国、国立健康危機管理研究機構等から提供される情報の活用

- ・保健所は、健康危機発生が懸念される事象が広域にわたり発生している場合、国や国立健康危機管理研究等から提供される情報をいち早く入手する。

4) WHO のサイト等を活用した情報収集

- ・保健所は、感染症など海外が起点となる事象は、WHO や各国の関係機関などから情報収集する。

5) 収集した情報の共有と評価

- ・保健所は、情報収集した職員は、時間や曜日にかかわらず、上司に報告し、明らかに緊急性がないと判断できる場合を除き、保健所長にも報告するとともに、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）や他の保健所と連携して、異常値や異常事象と捉えるべきか検討する。
- ・全体の発生動向に加え、性別・年齢・職業・場所別の発生状況等を算出し、異常値や異常事象の偏り等も分析する。
- ・業務担当、課長、保健所長によって事象の捉え方と健康危機発生の想定が異なる可能性があるため、立場を超えて気軽に情報共有できる機会を設け、結果的に健康危機に至らない場合であっても積極的に情報共有するよう、職員に徹底する。
- ・国際機関、国等から情報提供された事象については、本庁（保健衛生部門）と保健所が連携して、健康危機の発生を想定する可能性があるかどうか検討する。
- ・必要に応じて、医療機関等の関係機関・団体にも情報提供し、新たな情報等がある場合の保健所等への情報提供について依頼することも検討する。

2 平時対応から危機対応への移行

(1) 異常事象の探知と発生時のリスク評価

1) 異常事象の探知

- ・保健所は、収集した情報を異常値や異常事象と捉えるべきと判断された場合、危機対応への移行を見据えた対応に進む。

2) 異常事象の発生監視・情報収集の強化

- ・保健所は、感染症法、食品衛生法、医療法等の法令等に基づく他、任意の協力を得ながら、関係機関・団体や健康影響を受けていると思われる住民等に対して積極的に情報収集（能動的なサーベイランス）や検査等を行い、異常事象の発生監視や情報収集を強化する。
- ・情報収集、調査・検査等は、可能な限り、患者・住民等への直接の面接、発生場所への直接の訪問等を行うこととするが、担当職員に対する健康影響が懸念される場合は、無理をしない。
- ・国際機関や国から出される情報の確認も積極的に行う。
- ・これらの過程において、発生や拡大の防止、健康影響を受けた住民等への対応等が必要と認められる場合は、関係法令等に基づき、必要な措置を講ずる。

3) 健康危機に関する発生時のリスク評価

- ・保健所における発生時のリスク評価は、時間や曜日にかかわらず、所長が所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して遅滞なく実施し、健康危機発生のおそれを判断する。
- ・収集した情報を活用して、当該異常事象に関する拡大・縮小の可能性及び影響の大きさを推定する。当該異常事象について事前に発生前のリスク評価を行っている場合、そのリスクレベルに応じて対応を開始するが、その妥当性については情報が更新されるたびに再確認する。
- ・想定される原因が複数ある場合は、リスクレベルの高い順から優先して対応する。
- ・リスクレベルの区分の判断が困難な場合、高めに区分することも検討する。
- ・これらの事象がさらに拡大、悪化する可能性がある認められる場合、その時点で取り得るリスク軽減策を検討し、実施する。

(2) 危機対応の開始を準備

1) 危機対応の開始を準備する状況

- ・保健所は、(1)の結果、(3)の危機対応の開始を決定する状況に至る可能性がある認められる場合、危機対応を即座に開始できる体制を準備する。
- ・危機対応の開始を準備したものの、健康危機に至らず異常事象が収まる、平時対応が可能である等により危機対応の開始の準備を終了する場合がある。

2) 準備を判断する者と判断の伝達

- ・保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する。
- ・法律等に基づき国、本庁関係部門等から危機対応の開始の準備が示されるかどうかにも注意する（対策本部設置の準備等）。

- ・判断の結果を速やかに所内の職員、本庁（保健衛生部門）に伝達し、準備を徹底する。
- ・事象の内容が保健衛生以外の分野に及ぶかその可能性がある場合、当該関係機関・団体等に連絡し、十分に連携して対応に当たる。
- ・危機対応の開始の準備を終了する場合も同様とする。

3) 準備する内容

- ・保健所は、危機対応の開始を決定後、迅速かつ適切に危機対応が開始できるよう、危機対応に従事する予定の職員は、危機対応の内容を確認する。
- ・特に、人員・組織体制、対応に用いる手法・手段等については、早めに準備する。

4) 異常事象等の発生状況、実施した対応等の記録と整理

①クロノロジーの作成

- ・保健所は、入手した情報、連絡、対応について、経時的に記録（クロノロジー）し、対応の意思決定に資するとともに、所内、関係機関と共有する。

②実施した対応を記録する体制の確保

- ・保健所は、実施した対応については、ロジスティックの役割として、記録する体制を確保する。

③作成された記録の整理

- ・保健所は、健康危機発生後、作成された記録を整理し、管理体制、対応、結果について科学的根拠に基づく評価等に活用する。

5) 情報提供、リスクコミュニケーション

- ・保健所等は、異常事象の発生状況、健康危機発生の評価、危機対応開始の準備の状況等について、平時に準備していた時期・期間、場所、実施者、内容（特に、健康影響を受けている者等の個人情報どこまで情報提供するか）、方法（ホームページか報道機関への資料提供か記者会見か等）等に基づき、国の動向等も踏まえ、住民等や関係機関・団体等に対して情報提供を行う。
- ・情報提供に関して情報を受け取った相手からの質問や疑問、意見、不安等を把握し、できるだけ丁寧でわかりやすい説明を行い、さらなる情報提供・共有の内容や方法に活かし、相互の意思疎通を図る。
- ・必要に応じて、平時に検討しておいた住民等、医療機関等の関係機関・団体に対する相談窓口を設置して周知するとともに、出された質問や意見、SNS 等の動向等を踏まえた Q&A の作成等を通じて、相互の意思疎通を図る。
- ・偏見差別や偽・誤情報の発生にも注視し、発生やそのおそれが認められた場合、平時において検討していた対応等を実施する。

(3) 危機対応の開始を決定

1) 危機対応の開始を決定する状況

- ・保健所は、次のいずれかに該当する状況となった場合、危機対応の開始を決定する。
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）が有している手法・手段だけでは対応が困難であるか、又はそのおそれがある

- －保健所や本庁（保健衛生部門）の通常の人員・組織体制では対応が困難であるか、又はそのおそれがある
- －保健所や本庁（保健衛生部門）の通常の業務を縮小しなければ対応が困難であるか、又はそのおそれがある
- －保健所や本庁（保健衛生部門）の対応が長期にわたるか、又はそのおそれがある
- －社会に健康上又は心理上の大きな影響が生じるか、又はそのおそれがある
 - （例）医療機関や高齢者施設等がひっ迫し、通常体制で対応できない事態
 - 報道機関や社会の関心が高く、特別の対応が必要となる事態
- ・健康危機発生の可能性の高さ、健康影響の大きさに応じてこれらの状況かどうかを判断する。

2) 開始を決定する者と判断の伝達

- ・保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する。
- ・法律等に基づき国、本庁関係部門等から危機対応の開始が示されるかどうかにも注意する（対策本部の設置等）。
- ・判断の結果を速やかに所内の職員、本庁（保健衛生部門）に伝達し、準備を徹底する。
- ・事象の内容が保健衛生以外の分野に及ぶかその可能性がある場合、当該関係機関・団体等に連絡し、十分に連携して対応に当たる。

3 危機対応

(1) 危機対応の実施

1) 健康危機の発生状況、実施した対応等の記録と整理

①クロノロジーの作成

- ・保健所は、入手した情報、連絡、対応について、経時的にクロノロジーとして記録し、対応の意思決定に資するとともに、所内、関係機関と共有する。

②実施した対応を記録する体制の確保

- ・保健所は、実施した対応を記録する体制を確保する。

③作成された記録の整理

- ・保健所は、健康危機発生後、作成された記録を整理し、管理体制、対応、結果について科学的根拠に基づく評価等に活用する。

2) 対応する人員・組織体制の追加と維持

①人員・組織体制の基本

- ・保健所は、危機対応が長期間に及ぶ、又は深刻な危機対応が必要となることを想定し、危機対応に従事する人員・組織体制は、可能な限り、余裕をもたせる。
- ・危機対応への従事者に対する心身の安全確保に常に留意する。
- ・人員を平時の担当に関わらず機動的に再配置する。

- ・危機対応等に関する決裁について、平時の文書による形から、口頭での指示又は協議を行って、議事録等の記録を残す形に移行することを検討する。
- ・人員・組織体制、管理責任者（現場指揮官）・指揮命令系統を明確化・可視化して、職員に周知徹底する。
- ・状況に応じて、逐次、人員・組織体制、管理責任者（現場指揮官）・指揮命令系統を見直し、柔軟に変更するとともに、職員に周知徹底する。
- ・現場指揮官は、原則として、保健所長とし、統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師が保健所長を補佐する。
- ・関係機関とあらかじめ確認しておいた連絡体制と方法、連絡先を具体的に明示するとともに、常に最新の情報に更新して、その都度、職員等に周知する。
- ・関係機関・団体等との連携において、既存の会議等の活用やメーリングリスト、オンラインによるミーティングの活用に加え、リエゾンや人材派遣の仕組み、プロジェクトチーム等による連携等の活用も検討する。
- ・組織体制では、管理責任者（現場指揮官）は、各部門（班）の長に権限委譲という形で仕事を任せるようにすることや、指揮一元化（報告する上司は一人だけ、仕事の割り当てを受けるのもその上司からだけ）、各部門の人数（統制範囲）は、多人数とならないようにし、例えば5人程度とすること等に留意する。
- ・地方公共団体内に災害対策本部等の危機対応組織が設置された場合は、その中で業務を行う。
- ・人員確保については、地方公共団体内で過去の研修受講者等として登録されている者や、地域保健法に基づき登録されている IHEAT 要員、市町村からの応援派遣等を活用する。

②保健所内の体制

- ・保健所は、管理責任者（現場指揮官）及び代理者、指揮命令系統、役割分担等を確認し、明確化、可視化する。
- ・健康危機発生に関する情報共有を行い、基本的方針について決定する。
- ・速やかに健康危機体制に構成される人員の参集、必要な物資・資機材の調達等を開始する。
- ・人員等応援体制の調整、予算・物資等の確保、外部委託に係る役割分担等について本庁各部門と連絡調整する窓口を一元化し、明確化する。
- ・体制を整備した後も、状況に応じて、逐次、人員・組織体制、管理責任者・指揮命令系統を見直し、柔軟に変更するとともに、職員に周知徹底する。

③地方公共団体内の連携：本庁（保健衛生部門、危機管理部門、人事・組織担当部門）、他保健所

- ・保健所は、都道府県内の業務の一元化、保健所間の情報共有体制について、あらかじめ協議しておいた内容に基づき対応する。
- ・状況に応じて業務量を逐次、見直し、人員等応援体制の調整、予算・物資等の確保、外部委託に係る役割分担等について、その都度、本庁各部門と調整する。
- ・保健所等は、地方公共団体内の連携を図るため、本庁（保健衛生部門）と全保健所が参加する定期及び臨時の会議（オンライン会議を含む）の開催、イントラネット等を活用した情報共有等を行う。

④他地方公共団体、市町村、国

- ・保健所は、国や他地方公共団体との連絡体制等について、本庁（保健衛生部門）とあ

かじめ協議しておいた内容を確認し、明確化する。

- ・市町村との連絡体制等について、あらかじめ協議しておいた内容を確認し、明確化するとともに、市町村が担う危機対応業務についての支援を図る。

⑤都道府県との連携（保健所設置市・区の場合）

- ・保健所設置市・区は、都道府県内の業務の一元化、保健所間の情報共有体制、連絡体制等について、所在する都道府県、都道府県保健所とあらかじめ協議しておいた内容を確認し、明確化した上で対応する。

⑥専門家の活用

- ・保健所は、事前に準備した情報源をもとに圏域における発生時のリスク評価を行うが、エビデンスや情報等が乏しいなど保健所でのリスク評価が困難となった場合、あらかじめリストアップしていた専門家へ意見を求める。
- ・健康危機の規模が大きく、保健所単独では対応ができない、内容が行政機関である保健所では十分対応できない場合等、本庁（保健衛生部門）と連携して機を逃さず早めに外部の専門家への支援を要請する。
- ・要請先として、災害現場の統括管理であれば DMAT や DHEAT、感染症であれば国立健康危機管理研究機構の実地疫学チームが考えられる。

⑦受援体制の構築

- ・保健所は、あらかじめ協議しておいた判断基準や要請方法等に基づき、外部からの支援を要請する。
- ・平時対応から危機対応への移行の段階における被害・事態の予測や、健康危機発生時における被害状況や職員の参集状況などを踏まえ、本庁（保健衛生部門）に対し、応援の必要性を伝え、必要となる応援の内容と応援規模等を相談する。
- ・支援を要請しない段階から外部の支援が開始される場合もあるので、速やかに所内の受援担当窓口を確認して明確化するとともに、外部からの支援を想定してあらかじめ確認しておいた内容に基づき、支援者の受付、受入れスペースの確保、オリエンテーション資料等の必要な物資、資機材を確保する。
- ・所内の人員・組織体制、指揮命令系統等の中でどの部署に外部からの支援者を受け入れるか、健康危機の発生状況と所内の人員・組織体制を踏まえて調整する。
- ・体制を整備した後も、状況に応じて、逐次、受援体制を見直し、柔軟に変更するとともに、職員等に周知徹底する。

⑧対応の記録に必要な人員・体制等の確保

- ・保健所は、平時対応から危機対応への移行、危機対応、危機対応から平時（危機後）対応への移行までの一連の経過における対応、健康影響の状況等を経時的に記録する。
- ・記録に当たる職員と記録の方法等を具体的に明確にする。

3) 健康影響を受けている、又はその可能性がある住民等への対応

①健康影響を受けている、又はその可能性がある住民等の把握

- ・保健所は、健康影響を受けている、又はその可能性がある住民等を把握するために、健康影響が発生した場所及びその周辺の状況並びに日時（発症日時）、健康影響の症状及び主訴並びに受診日、健康影響を受けている人数等の情報を収集する。

- ・情報収集は、市町村、消防、警察、医療機関等から得る他、情報が得られない場合等においては、現地に職員を派遣し、情報収集を行い、情報の入手先も記録する。
- ・このうち、患者の診療を行っている医療機関に対して患者の主訴、症状、臨床経過、治療状況、検査結果等を詳細に調査して健康影響の臨床的な特徴を明らかにする。
- ・特に、死亡者が発生する等、健康影響の程度が重大な場合は、患者の死亡診断を行った救命救急センター等に対して職員を派遣して迅速な情報収集を行う。
- ・また、他の保健所管内の医療機関に搬送された患者については、消防等を通じて搬送先の医療機関を確認し、当該医療機関の所在地を所管する保健所に調査を依頼する。
- ・自然災害等において EMIS（広域災害救急医療情報システム）が稼働している場合は、EMIS を活用して医療機関における患者の診療状況や空床状況等を把握するとともに、地震災害等により医療機関が被災し、EMIS への入力が困難な場合は、必要に応じて、当該医療機関に職員を派遣する等して、被害の状況等について確認する。
- ・指定難病患者、小児慢性特定疾病患者、精神障害者等、健康への影響を特に受けやすい住民等の状況について、市町村、医療機関等と連携して確認する。

②健康影響を受けている、又はその可能性がある住民等に対する医療体制の確保

- ・保健所は、健康影響を受けている、又はその可能性がある住民等に関する救急搬送、外来医療体制、入院医療体制等を確認し、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）、都道府県（保健所設置市・区の場合）、医療機関、医療関係団体、市町村（保健所設置市・区を除く）等と連携し、受入れ者数の増加等に取り組む。
- ・医療提供体制と診療状況について既存組織の活用等により定期的に情報収集し、医療機関、医療関係団体、市町村等と共有する。
- ・保健所管内だけでは必要な医療体制が確保できない場合は、本庁（保健衛生部門）や他地方公共団体への応援を早急に依頼する。

③長期に影響を受けている、又はその可能性がある住民等への対応の継続

- ・保健所は、健康危機発生により心身への直接の影響を受けている、又はその可能性がある住民等に対して、保健所等への相談、医療機関への受診を呼びかける。
- ・健康危機が長期に及ぶ場合、当該健康危機による心身への直接の影響に加え、生活環境の大幅な変化や慢性疾患の管理不良等により、間接的な心理的負担や体調不良をきたす可能性があることを住民に対して広く啓発し、生活不活発病やフレイル等の予防、保健所等への相談、医療機関への受診を広く呼びかける。
- ・これらの対応に当たって、市町村、医療機関等の関係機関・団体等と連携し、定期的な情報共有等を通じて住民等の心身の健康支援を行う体制を構築する。

4) 原因究明、健康影響の範囲の想定に必要な情報収集

- ・地方衛生研究所等、国立健康危機管理研究機構、国立試験研究機関、専門家等を活用して、原因究明や治療等の対処法に必要な情報等も収集する。
- ・保健所の情報収集が不十分である場合、本庁（保健衛生部門）も協力する。
- ・必要に応じて、現場を観察し情報収集するとともに、現場に関する各種の記録（施設の見取図及び周辺地図、業務記録、手順書等）の収集、関係者から聞き取り調査、現場に残された検体の採取等を行う。
- ・検体採取を行う場合、作業に当たる職員の安全を十分に確保し、推定される原因に関連する各種のマニュアルに従い、健康影響を受け、又はその可能性がある者の血液、便、吐物等の生体試料、現場に存在している飲料水、下水、食品、ふき取り物質等を採取する。

- ・採取した検体の検査は、保健所及び地方衛生研究所等の機能に応じて実施し、可能であれば、クロスチェックを行う。
- ・国立保健医療科学院が運用しているデータベース等を活用し、国内の類似例について情報収集する。医学的な事象であれば、医学雑誌等の検索サービスで確認する。
- ・収集した情報から、新たに健康影響が生じる者の数、その重篤度、対応に要する期間等の想定を行い、健康危機の推移と必要な手法・手段、人員・組織体制等を見通し、その確保等につなげる。

5) 健康影響の拡大が懸念される場合の拡大防止

- ・保健所は、健康影響を受ける者が増加する等、健康影響が拡大する懸念がある場合、感染症法や食品衛生法等に基づく調査や措置等を通じて拡大防止を図る。
- ・健康影響やその拡大の原因が明らかでない場合は、関連する詳細な情報の収集と内容の確認、専門家への相談等を通じて、その時点における最善の対策を講ずる。
- ・健康影響の拡大防止対策として、避難、原因事象・原因物質等の除去・軽減、住民等への注意喚起等があり、必要に応じて、これらの業務や対策を担当する庁内関係部局、関係機関・団体等と連携して対応する。

6) リスクコミュニケーションと偏見差別の回避

- ・保健所等は、異常事象の発生状況、健康危機発生時のリスク評価、危機対応開始の準備の状況等について、平時に準備していた時期・期間、場所、実施者、内容（特に、健康影響を受けている者等の個人情報をごくまで情報提供するか）、方法（ホームページか報道機関への資料提供か記者会見か等）等に基づき、国の動向等も踏まえ、住民等や関係機関・団体等に対して情報提供を行う。
- ・情報提供に関して情報を受け取った相手からの質問や疑問、意見、不安等を把握し、できるだけ丁寧でわかりやすい説明を行い、さらなる情報提供・共有の内容や方法に活かし、相互の意思疎通を図る。
- ・必要に応じて、平時に検討しておいた住民等、医療機関等の関係機関・団体に対する相談窓口を設置して周知するとともに、出された質問や意見、SNS 等の動向等を踏まえた Q&A の作成等を通じて、相互の意思疎通を図る。
- ・偏見差別や偽・誤情報の発生にも注視し、発生やそのおそれが認められた場合、平時において検討していた対応等を実施する。

7) 対応に用いる手法・手段の追加と活用

①既存又は新たなネットワークの活用

- ・保健所は、関係者間で平時において想定していた方法を活用して情報共有する。
- ・EMIS（広域災害救急医療情報システム）等を活用し、医療機関等における患者の診療状況等を確認し、必要に応じて、消防機関や医療機関等の関係機関・団体等との連携により、医療機関等における人員や組織体制の維持、強化を図る。
- ・健康危機の発生状況に応じて、福祉サービスや生活環境の分野における状況を確認し、関係機関・団体等との連携により、福祉サービスや環境保全等における人員や組織体制の維持、強化を図る。
- ・状況に応じて、健康危機の特性等を踏まえ、関係者が参集する会議等を開催し、情報共有や課題解決の検討等を行う。参集者や開催頻度は、発生状況等に応じて柔軟に対応する。

②情報通信機器

- ・保健所は、使用している情報通信機器等に不足が生じる可能性がある場合、地方公共団体内、国等に対して支援を要請する。

③備蓄体制

- ・保健所は、備蓄している資機材等に不足が生じる可能性がある場合、地方公共団体内、国等に対して供給を依頼する。

④検査体制

- ・保健所は、検査体制に不足が生じる可能性がある場合、地方公共団体内、国等に対して支援を要請する。

8) 通常業務の縮小等と再開

①通常業務縮小等の判断

- ・保健所は、危機対応の業務が増加し、通常業務に従事できる職員が減少した場合、あらかじめ作成しておいた業務継続計画（BCP）に基づき、通常業務の縮小等を判断する。
- ・発生した健康危機が想定とは異なる場合、危機対応と通常業務の縮小等による住民等や関係機関・団体等への影響の均衡が最も図れる対応を柔軟に検討する。
- ・通常業務の縮小等を行う場合、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）や関係地方公共団体等と調整するとともに、関係機関・団体等との連携して情報共有を図る。
- ・オンライン会議やリモート作業等の代替手段も活用する。

②通常業務再開の判断

- ・保健所は、危機対応の業務が減少し、通常業務に従事できる職員が増加した場合、あらかじめ作成しておいた業務継続計画（BCP）に基づき、通常業務を段階的に再開する。
- ・発生した健康危機が想定とは異なる場合、危機対応と通常業務の再開による住民等や関係機関・団体等への影響の均衡が最も図れる対応を柔軟に検討する。
- ・通常業務の再開を行う場合、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）や関係地方公共団体等と調整するとともに、関係機関・団体等との連携して情報共有を図る。

9) 長期対応が可能な体制等の確保

①長期対応可能な人員・組織体制の確保

- ・保健所は、危機対応が長期間に及ぶ可能性がある場合、対応に当たる職員が定期的に休暇を取得できるよう、あらかじめ作成しておいた業務継続計画（BCP）に基づき人員・組織体制を確保する。
- ・発生した健康危機が想定と異なり、対応に当たる職員が定期的に休暇を取得することが困難な場合、危機対応を見直して業務の効率化・一元化や外部委託、外部人材の活用等を行うとともに、通常業務のさらなる縮小等を行い、必要な人員・組織体制を確保する。
- ・体制を確保した後も、状況に応じて、逐次、見直し、柔軟に変更する。

②従事する職員の心身の安全確保と健康管理

- ・本庁（人事・労働安全衛生担当部門等）は、保健所と協力して、業務に従事する職員に対して当初から安全確保、健康管理のための対応について周知する。

- ・対応が長期に及ぶ場合、職員のメンタルヘルスや身体的疲労のチェックを定期的に行い、必要に応じて、休暇取得やカウンセリング機会（メンタルヘルス相談ダイヤル等）の提供等の支援を行う。
- ・職員同士のコミュニケーションやチームワークを促進することによりストレスの軽減や相互の助け合いを図る。

10) ソーシャルキャピタルの活用

- ・保健所は、市町村等と連携してソーシャルキャピタルを活用した住民等との協働により、健康影響を受けた住民等の支え合い等を推進する。
- ・特に、危機対応が困難な場合は、ソーシャルキャピタルを含む住民等の理解と協力が重要となる。

11) 危機対応が困難な場合のさらなる対応

- ・保健所は、他地方公共団体等からの応援、危機対応以外の業務の停止等を行ってもなお危機対応が困難な状態が続く場合、危機対応そのものの業務を縮小し、そのことについて住民等、関係機関・団体等の理解と協力を求める。
- ・危機対応の縮小に当たっては、危機対応の全体像が見える化し、その中で健康影響を最小限に抑えるための優先目標を設定し、その実施に必要な人員・指揮命令体制を再構築する。

（２）健康危機と危機対応に関する状況認識と評価

1) 健康危機の発生状況に関する状況認識と評価

- ・保健所は、危機対応において収集された情報を常に注視し、健康危機が拡大・縮小・継続のいずれの方向に向かっているのか、健康影響の内容が変化しているのか等を適宜、評価する。
- ・国等から健康危機の発生状況の評価が示されるかどうかにも注意する。

2) 危機対応に関する状況認識と評価

- ・保健所は、危機対応の状況を常に注視し、危機対応が健康危機の動向に合わせて適時、適切に行われているか、過不足がないか等を適宜、評価する。

3) 状況認識と評価を行う者とその内容の伝達

- ・保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して状況認識と評価の判断を行う。
- ・判断の結果を速やかに所内の職員、本庁（保健衛生部門）に伝達する。
- ・事象の内容が保健衛生以外の分野に及ぶかその可能性がある場合、当該関係機関・団体等に連絡し、十分に連携して対応に当たる。

（３）危機対応の変更

1) 危機対応の変更と危機対応のサイクルの実施

- ・保健所は、健康危機と危機対応に関する状況認識と評価を踏まえ、必要に応じて、危機対応を速やかに変更する。
- ・変更した後も健康危機と危機対応に関する状況認識と評価、それに基づく危機対応の変更を適宜、繰り返して実施する（危機対応のサイクル）。

2) 健康危機の影響を受けた者及び保健医療福祉体制等に対する平時（危機後）対応に必要な体制確保等

①健康危機の影響を受けた者等の確認と必要な対応の見通し

- ・保健所は、健康危機の影響を受けた者及び保健医療福祉体制等のうち、平時（危機後）対応においても継続して支援等を行う必要がある人数や施設数、健康影響の内容等と支援の期間や内容の見通しを付ける。

②必要な対応を行うための体制確保等

- ・保健所は、通常業務をほぼ再開した後も健康危機の影響を受けた者等に対する支援等を安定して実施するために必要な人員、組織、場所、手法・手段等を確保する。

（4）危機対応の終了を決定

1) 危機対応の終了を決定する状況

- ・保健所は、次のいずれにも該当する状況となった場合、危機対応の終了を決定する。
 - －増強したものを含め、保健所や本庁（保健衛生部門）が有している手法・手段で対応ができる
 - －増強したものを含め、保健所や本庁（保健衛生部門）の人員・組織体制で対応できる
 - －保健所や本庁（保健衛生部門）の通常の業務を再開できる
 - －社会に健康上又は心理上の大きな影響が生じていない
- ・健康危機発生の可能性の高さ、健康影響の大きさに応じてこれらの状況かどうかを評価する。
- ・健康危機による影響が継続している場合であっても、健康危機の影響を受けた者等への平時（危機後）対応が可能となり、健康危機再発生を探知する方策等が確保されていれば、上記の状況を踏まえて危機対応を終了する。

2) 終了を決定する者と決定の伝達

- ・保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して終了を判断する。
- ・法律等に基づき国等から危機対応の終了の準備が示されるかどうかにも注意する。
- ・判断の結果を速やかに所内の職員、本庁（保健衛生部門）に伝達する。
- ・事象の内容が保健衛生以外の分野に及ぶかその可能性がある場合、当該関係機関・団体等に連絡し、十分に連携して対応に当たる。

4 危機対応から平時（危機後）対応への移行

（1）異常事象の確認と発生時のリスク評価

1) 異常事象の確認

- ・保健所は、危機対応を終了した後も異常事象の発生状況を確認する。
- ・必要に応じて、危機対応において実施した発生監視や情報収集を継続するとともに、法令等に基づく届出等の他、市町村や医療機関等の関係機関・団体からの情報提供、住民等からの相談等も活用する。

2) 健康危機再発生の可能性等に関する発生時のリスク評価

- ・ 1) で得られた情報等について、保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して遅滞なく発生時のリスク評価を実施し、健康危機再発生の可能性や影響、危機対応の再開等の可能性を判断する。
- ・ 「危機対応を開始する状況」に該当する場合、危機対応の再開を迅速に判断する。
- ・ 国等から健康危機の発生状況等の評価が示されるかどうかにも注意する。

3) リスクコミュニケーションと偏見差別の回避

- ・ 保健所等は、健康危機再発生の可能性の評価、危機対応終了と平時（危機後）対応への移行等について、平時に準備していた時期・期間、場所、実施者、内容（特に、健康影響を受けている者等の個人情報をどこまで情報提供するか）、方法（ホームページか報道機関への資料提供か記者会見か等）等に基づき、国の動向等も踏まえ、住民等や関係機関・団体等に対して情報提供を行う。
- ・ 情報提供に関して情報を受け取った相手からの質問や疑問、意見、不安等を把握し、できるだけ丁寧でわかりやすい説明を行い、さらなる情報提供・共有の内容や方法に活かし、相互の意思疎通を図る。
- ・ 必要に応じて、平時に検討しておいた住民等、医療機関等の関係機関・団体に対する相談窓口を継続して周知するとともに、出された質問や意見、SNS 等の動向等を踏まえた Q&A の作成等を通じて、相互の意思疎通を図る。
- ・ 偏見差別や偽・誤情報の発生にも注視し、発生やそのおそれが認められた場合、平時において検討していた対応等を実施する。

（2）平時（危機後）対応の開始を決定

1) 平時（危機後）対応の開始を決定する状況

- ・ 保健所は、異常事象の確認と発生時のリスク評価の結果、健康危機再発生のおそれが低いと判断された場合、平時（危機後）対応の開始を決定する。
- ・ その際、健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等への継続した対応が平時（危機後）においても必要と考えられる場合、そのための体制が確保されているか等を確認する。

2) 平時（危機後）対応の開始を判断する者と判断の伝達

- ・ 保健所において所長が中心となって所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する。
- ・ 法律等に基づき国等から平時（危機後）対応の開始の準備が示されるかどうかにも注意する。
- ・ 判断の結果を速やかに所内の職員、本庁（保健衛生部門）に伝達する。
- ・ 事象の内容が保健衛生以外の分野に及ぶかその可能性がある場合、当該関係機関・団体等に連絡し、十分に連携して対応に当たる。

5 平時（危機後）対応

（1）健康危機の影響を受けた者等への平時（危機後）対応

- ・ 保健所は、健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等のうち、危機対応を終了した後

もその影響が残り、継続して支援等を行う必要があるものに対して対応を継続する。

- ・対応に必要な人員、組織、場所等の体制を特別に確保している場合、支援を要する者等の人数や内容を適宜、評価し、体制の見直しを行う。

（２）健康危機発生前の状態への回復等

- ・保健所は、保健所や本庁の業務や事業を健康危機発生前の状態に戻すだけでなく、住民等や社会のさまざまな活動が回復するよう各機関の役割に応じて支援する。
- ・状況に応じて、健康危機発生前の状態よりもより望ましい状態に戻すことも検討する。
- ・これは、「より良い復興（ビルドバックベター）」として災害の分野で注目されている。

（３）一連の対応の検証と見直し

- ・保健所は、平時（危機後）に移行したできるだけ早期に（状況によっては、平時（危機後）移行期の段階から）一連の対応を整理し、その成果と課題を検証するとともに、対応等の見直しの内容とその時期等も明らかにして、それらの内容を公表する。
- ・対応に当たった職員や部門の参加の他、可能な場合は、外部の専門家等を加える。
- ・その結果を踏まえ、次の健康危機発生に備え、健康危機発生前対応を定めたマニュアル等を見直し、必要に応じて、改善等の修正を行い、関係する職員等において共有する。
- ・整理・検証と見直し・改善は、各保健所が行うとともに、保健所を含めた保健所設置地方公共団体としても実施する。

（４）新たな健康危機に備えた平時（危機後）対応

- ・ある健康危機の発生後の平時（危機後）対応は、新たな健康危機の発生前の平時対応と捉え、新たな健康危機に備えて「４ 平時対応」による健康危機の想定と発生前のリスク評価、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・情報収集等を行う。

Ⅲ 特定分野における特有の対応

１ 感染症

（１）新型コロナウイルスと同様のパンデミックを引き起こす感染症の場合

- ・新型コロナウイルスと同様のパンデミックを引き起こす感染症については、令和５年６月厚生労働省健康局健康課「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」を踏まえ、令和５年度中に健康危機対処計画（感染症編）を策定することとされている。
- ・すでに健康危機対処計画（感染症編）を策定している場合、パンデミックを引き起こす感染症を除く健康危機対処計画を策定した上で、健康危機対処計画（感染症編）は、健康危機対処計画の一部を構成するものと位置付けるか、感染症編も取り込んだ形で改めて１つの健康危機対処計画を策定する。

（２）それ以外の感染症の場合

- ・健康危機となりうる感染症においては、病原体の種別、感染様式、潜伏期間、主となる臨床

像、重症度、発症及び重症化する対象群、治療薬やワクチンの存在、地域の医療資源などにより、医学的および公衆衛生学的なインパクトが大きく異なる。

- ・感染症にかかる健康危機管理に当たっては、流行状況やエビデンスをもとに適宜リスク評価を行い、これまで経験した感染症対応も生かしつつ、適切な対応策を講じる。

2 食中毒

(1) 大規模な食中毒の場合

- ・通常の保健所体制では対応が困難となる大規模な食中毒の場合、多人数の聞き取り調査、検体採取・検便等の検査、疫学データの集計・分析等の業務が短期間に集中するため、必要な人員確保と組織体制の整備を行う。
- ・人員は、所内全課に加え、本庁（保健衛生部門）や他保健所、地方衛生研究所等からも幅広く確保し、迅速な調査と原因の究明、拡大防止を図る。

(2) 多数の地方公共団体に及ぶ広域な食中毒の場合

- ・発生又は探知した地方公共団体から他の関係する地方公共団体や国に情報提供して疫学調査や検査等を行う。
- ・各地方公共団体が実施した疫学調査や検査等の結果を集約する主体や方法については、国や関係する地方公共団体等による調整となるが、原因施設が特定又は推定される場合は、当該施設が所在する地方公共団体が担当する。
- ・多数の地方公共団体に及ぶ広域の食中毒の場合、食品衛生法に規定される「広域連携協議会」（地方厚生局の管轄区域ごとに当該地方厚生局並びに当該地方厚生局管轄区域内の都道府県、保健所設置市・区を構成員とする）を活用して早期の調査方針の共有や情報の交換を行い、効果的な原因調査、適切な情報発信等を実施することを検討する。

3 自然災害

(1) ハザードマップ等で想定される自然災害

- ・市町村や都道府県等が発行しているハザードマップの最新版を常に入手し、想定されている自然災害を確認する。

(2) 大規模地震等の重大な自然災害が発生した場合の対応

- ・令和4年7月22日科発0722第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について」に基づき対応する。
- ・大規模災害が発生した場合、被災地の都道府県は、速やかに災害対策本部の下に保健医療福祉調整本部を設置し、被災地以外からの支援チームを含む保健医療福祉活動の総合調整を行う。
- ・保健医療福祉調整本部は、保健所、市町村と連携し、派遣された保健医療福祉活動チームの活動調整や情報連携等の総合調整を行う。
- ・保健医療福祉調整本部及び保健所の指揮調整機能等への支援を行う仕組みとして統括 DHEAT や DHEAT がある。

- ・被災地の保健所は、保健医療福祉活動の指揮調整、市町村における指揮調整への支援、保健医療対策の実施、広報・渉外業務、職員の安全確保・健康管理が求められ、状況に応じた柔軟な対応を目指す。
- ・状況に応じた柔軟な対応が必要な状況として、次のようなものがある。
 - －被災者や避難所に関する情報収集が困難な場合の積極的な情報収集
 - －道路の寸断、水道・ガス・電気の途絶等の困難な環境下における支援者・支援物資の確保、被災している地方公共団体職員への応援体制の確保、被災地方公共団体の受援体制の構築等
- ・都道府県及び市町村は、大規模災害時に十分に保健活動を実施することができない状況を想定し、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。

(3) 局所的な災害や大規模事故発生時の対応

- ・台風や集中豪雨等による土砂災害や大規模事故発生時の対応について、基本的な対応の方針は上記「大規模地震等の重大な自然災害が発生した場合の対応」と同じとなる。
- ・災害の状況によって、保健所に求められる対応の業務の優先順位は一律ではないが、指揮調整業務で調整し、柔軟に対応する。
- ・被災地域又は近隣地域のライフラインや交通インフラ、医療提供機能が失われていない場合は、被害の規模と状況に応じて速やかに後方搬送を行うため、保健所は、警察、消防、DMAT、医療機関などの対応機関、支援チームの調整を行う。

(4) 市・区設置の保健所の場合

- ・ここでは一般的な都道府県設置の保健所において想定される対応を中心に記載しているが、市・区設置の保健所の場合、市・区の地域防災計画において救護所や避難所の設置等、具体的な活動が規定されていることもあるので、各地方公共団体の実情の応じた対応が追加で必要になる。

4 国民保護法が適用される事象

(1) 国民の保護に関する基本指針に記載されている保健所等の役割

1) 核攻撃等による災害が発生した場合

- ・消防機関等は、可能な限り迅速に救助・救急活動等を行うとともに、汚染物質に関する情報を保健所、地方衛生研究所等、消防機関、医療機関等の関係機関と共有する。

2) 生物剤による攻撃による災害が発生し、又はそのおそれがある場合

- ・消防機関等は、汚染の原因物質の特定のため、適宜検知を実施し、その情報を保健所、地方衛生研究所等、消防機関、医療機関等の関係機関で共有する。
- ・都道府県の区域を越える広域的な災害に対して迅速に対応するため、保健所、地方衛生研究所等の機関は、都道府県の区域を越えた連携体制を平素から構築するよう努めるものとする。
- ・都道府県は、患者の移送を実施する。消防機関等は、都道府県の行う移送の協力をする。
- ・都道府県は、情報収集、データ解析、疫学調査、関係者へのデータ提供及び公開を行うサーベイランス（疾病監視）の結果等により汚染地域の範囲及び感染源を特定する。

- ・保健所は、都道府県警察等の関係機関と連携し、消毒剤、除染機材等の装備を用いて消毒等の措置を講ずる。

3) 化学剤による攻撃による災害が発生し、又はそのおそれがある場合

- ・消防機関等は、迅速な原因物質の特定のため、適宜検知を実施し、その情報を保健所、地方衛生研究所等、消防機関、医療機関等の関係機関で共有し、汚染地域の範囲の特定、被災者の救助・救急活動及び除染等汚染の拡大の防止のための措置を講ずる。

4) 保健衛生に関する活動

- ・地方公共団体は、避難先地域においては、常に良好な衛生状態を保つように努め、特に、高齢者、障害者等の心身双方の健康状態には特段の配慮を行う。
- ・地方公共団体は、保健医療関係者による巡回健康相談等を実施するとともに、必要に応じ、健康相談等窓口を設置するよう努める。
- ・厚生労働省は、必要に応じ、又は関係地方公共団体の長からの要請に基づき、保健医療関係者の派遣計画の作成など避難住民等に対する保健活動の調整を行う。

(2) 国民の保護に関する基本指針に記載されている感染症等の指定等の特例

1) 感染症法による指定感染症等の指定

- ・厚生労働省は、武力攻撃事態等において、生物剤を用いた攻撃等により既に知られている感染性の疾病が発生し、又は発生するおそれがあるときは、必要に応じ、当該感染症を指定感染症として指定し、感染症法に規定する一類感染症の場合と同様の措置を講ずる。
- ・厚生労働省は、あらかじめ、この場合の手続、入院の勧告又は措置、患者の移送、建物への立入禁止、交通の制限又は遮断など指定した後に講ずべき措置の具体的内容及び方法、都道府県その他の関係機関との連携の在り方等について定める。

2) 検疫法による感染症の種類としての指定

- ・厚生労働省は、武力攻撃事態等において、生物剤を用いた攻撃等により検疫法に規定する検疫感染症以外の感染症が侵入することによって発生し、又は発生するおそれがあるときは、必要に応じ、当該感染症を感染症の種類として指定し、検疫感染症の場合と同様の措置を講ずる。
- ・厚生労働省は、あらかじめ、この場合の手続、外国から来航した船舶又は航空機の入港等の禁止、患者の隔離など指定した後に講ずべき措置の具体的内容及び方法、国土交通省その他の関係機関との連携の在り方等について定めるものとする。

3) 予防接種法によるA類疾病としての指定

- ・厚生労働省は、武力攻撃事態等において、生物剤を用いた攻撃等により予防接種法に規定するA類疾病及びB類疾病以外の感染症が発生し、又は発生するおそれがある場合において、当該疾病の予防にワクチンの注射又は接種が有効であることが確認されているときは、必要に応じ、当該感染症をA類疾病として指定することにより、予防接種を実施する。
- ・厚生労働省は、予防接種を的確かつ迅速に実施するため、あらかじめ、この場合の手続、予防接種の実施、地方公共団体その他の関係機関との連携の在り方等について定める。

5 その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）

- ・健康危機管理を要する事象は多岐に渡るが、原因が明らかな危機については、関連する法令等に基づき、本庁（保健衛生部門及び関係部局）及び関係機関との連携の上、対応する。

6 原因不明の健康危機

（１）原因不明の健康危機発生時の探知

- ・原因が不明だが、類似の症状の患者が時間的、空間的に近接している等の情報が保健所、本庁（保健衛生部門）において確認された場合や、外部から寄せられた場合、保健所は、健康危機発生の可能性を念頭に以下の対応に当たる。

（２）実態把握・原因究明の方策

１）疫学調査の実施

- ・保健所は、症例定義を定め、類似の症状の患者に関する居住地、症状、受診等の情報を収集する。
- ・情報収集先は、患者が発生している地域の医療機関等の他、状況に応じて、当該保健所や保健所設置地方公共団体を超えた広域調査を実施する。
- ・感染症、食中毒が疑われるか、その可能性が少しでもある場合、感染症法、食品衛生法に基づく疫学調査が可能だが、それ以外の場合は、任意の調査となるため、調査対象者や医療機関に十分趣旨を説明し、調査対象者の同意を得てから実施する。
- ・状況に応じて住民等に対して症状への注意、有症時等における医療機関受診等呼びかける。

２）実態把握・原因究明のための組織体制の構築

- ・保健所は、実態把握や原因究明に時間、労力、専門的な知見や手法が必要となる場合は、関係者による会議体を設置する等により組織体制を構築する。

３）専門家の活用

- ・保健所は、収集した情報等から原因究明が困難と考えられる場合、保健所や本庁（保健衛生部門）の職員の他、外部の専門家等や国立健康危機管理研究機構等の専門機関に助言を求める。

４）広域又は長期にわたって比較的小人数の患者が発生する場合

- ・保健所等は、患者の発生が比較的小数のまま、広範囲又は長期にわたって発生する場合、共通の原因や関連要因を明らかにすることは困難となるため、国や関係地方公共団体等に幅広く協力を求め、長期にわたる発生状況の監視を行い、専門家も活用して分析を行う。

（３）健康影響を受けた者への対応

- ・保健所は、原因不明のまま健康影響が続く場合、患者にとって大きな不安となるため、疾患や症状の治療に加え、医療機関等と連携して心のケアを行う体制も構築する。

地域健康危機管理ガイドライン 改定案（令和7年3月14日作成）

参考資料集 （令和7年3月14日作成）

厚生労働行政推進調査事業

「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」

（研究代表者 尾島俊之（浜松医科大学））

分担研究「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（長野県佐久保健所））

－ 目 次 －

I	作成の目的	3
II	ガイドライン改定案の補足事項	3
1	ガイドライン改定案の検討過程	3
2	ガイドライン改定案の概要	5
3	ガイドライン改定案の作成に当たって特に参考にした資料	15
4	主な用語の解説	15
III	ガイドライン改定案に記載している事項の具体例	17
1	リスク評価（改定案 9 ページ等）	17
2	業務継続計画（BCP）（改定案 12 ページ）	19
3	主な情報通信技術（ICT）（改定案 15 ページ等）	30
4	リスクコミュニケーション計画（改定案 17 ページ等）	31
5	分野別マニュアル一覧（改定案 18 ページ等）	33
IV	現行ガイドライン作成（平成 13 年）以降に発生した主な健康危機事例	36
1	事例の抽出及び記載	36
2	事例の一覧	36
3	事例の詳細	41
V	参考資料：保健所での健康危機管理～リスクアセスメントを基礎から学ぶ～	65

I 作成の目的

- ・地域健康危機管理ガイドライン改定案（ガイドライン改定案）の補足の他、ガイドライン改定案に記載している事項の具体例や参考となる資料等をまとめ、ガイドライン改定案の理解と活用を促進するために作成しました。
- ・「Ⅲ ガイドライン改定案に記載している事項の具体例」については、研究分担者及び研究協力者並びにその所属等の協力により作成していますので、保健所の現場で活用していただければ幸いです。
- ・なお、この参考資料集では次の表記を用いています。
「現行ガイドライン」平成13年3月に発出された地域健康危機管理ガイドライン
「ガイドライン改定案」現行ガイドラインに代わるガイドラインとして分担研究がまとめた案

II ガイドライン改定案の補足事項

1 ガイドライン改定案の検討過程

（1）検討組織（令和5年度・6年度）

1）研究全体

- ・研究代表者：尾島俊之（浜松医科大学医学部）、代表者補佐：白井千香（枚方市保健所）
- ・研究分担者
「地域健康危機管理ガイドラインの推進」
小林良清（長野市保健所（令和5年度）、長野県佐久保健所（令和6年度））
「保健所及び地域の人的資源の育成・連携」 石井安彦（北海道釧路保健所）
「保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証」
前田秀雄（公益財団法人結核予防会）
「海外における地域健康危機管理」 佐伯圭吾（奈良県立医科大学）

2）分担研究「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（令和5年度）、長野県佐久保健所（令和6年度））
- ・研究協力者：岡田就将（東京科学大学大学院医歯学総合研究科）
鈴木陽（宮城県大崎保健所、同塩釜保健所）
豊田誠（高知市保健所）
山本信太郎（福岡市保健所）

（2）検討のための会議と作業

1）研究代表者主宰の会議

- ・令和5年度4回、令和6年度3回開催され、分担研究の報告を行い、活動に反映

2）分担研究の会議

- ・令和5年度5回、令和6年度4回開催され、ガイドライン改定案の作成作業等に反映
- ・会議に研究代表者・代表者補佐、厚生労働省等からのオブザーバーも参加

3) 作業

- ・これらの会議の合い間にメール等で打ち合わせや意見交換等を行い、会議の状況に合わせて、研究分担者・協力者が手分けして作業を行い、メール等で共有して作業を進めた

(3) 検討の手順

1) 現行ガイドライン以降に発生した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 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
- ・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

2) 現行ガイドライン以降の国の動向や新たな考え方・手法等の確認

- ・地域保健法、感染症法、医療法等に係る法令、指針等の改正
- ・健康危機に共通した手法の重視（オールハザード）、急増する需要への対応（サージ対応）、十分な意思疎通（リスクコミュニケーション）、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等の新たな考え方、ICT（情報通信技術）の進歩等

3) ガイドライン改定案の骨格の検討

- ・健康危機、健康危機管理の捉え方、平時と危機の間の移行を含む時期ごとの保健所等の対応、対象分野等
- ・本庁、市町村の役割、保健所の健康危機対処計画
- ・平時におけるリスク評価と各種準備、危機における各種の対応、影響を受けた住民等への危機後の対応等
- ・特定の分野における特有の対応（感染症、食中毒、自然災害、原因不明等）

4) 全国保健所長会健康危機管理に関する委員会との連携

- ・令和 5 年度 2 回、令和 6 年度 3 回開催された委員会において分担研究が行った作業等の状況を逐次、報告し、その都度、意見等を聴取して作業等に活用
- ・令和 6 年度全国保健所長会研修会の企画に協力し、研修会でガイドライン改定案を説明

5) 地域健康危機管理ガイドライン改定案検討ワークショップの開催

- ・分担研究の主催で令和 6 年 8 月、東京で開催（オンライン併用）し、全国保健所長会健康危機管理に関する委員会 7 人、尾島班関係者 19 人の合計 26 人が参加
- ・分担研究が作成したその時点のガイドライン改定案についてグループワーク等を実施
- ・168 件の意見等が出され、危機対応の開始と終了、リスク評価、リスクコミュニケーション等の重要事項を含め、多数箇所の見直しや修正等につながった

6) 日本公衆衛生学会総会シンポジウムの開催

- ・令和 6 年 10 月、札幌市で開催された総会のシンポジウム「保健所等における健康危機管理のあり方」(研究代表者等が座長)にて分担研究者からガイドライン改定案に関して発表し、

会場参加者等から7件の意見等が出され、その後の改定案作成作業に活用した

7) 公衆衛生の関係者に対するガイドライン改定案の紹介

- ・令和7年1月8日作成のガイドライン改定案を公衆衛生の関係者（日本公衆衛生学会、全国衛生部長会、全国保健所長会、全国保健師長会等）に紹介し、意見等が寄せられた

2 ガイドライン改定案の概要

1 平成13年地域健康危機管理ガイドライン(ガイドライン)

■ 作成の経緯

- 平成6年、地域保健法が成立
- 平成7年の阪神・淡路大震災以降、健康危機危機事例が続発
- 平成12年、地域保健法・基本指針に自治体の健康危機管理手引書を規定
- 平成13年、保健所の健康危機管理の参考として厚生労働省がガイドラインを作成

■ 主な内容

- 総論（健康危機管理の4つの側面等）、各論（平常時の備え、発生時の対応等）等

■ 平成13年以降も健康危機事例が頻発

- 新型インフル（平成21年）、東日本大震災・原子力発電所事故（平成23年）、豪雨等
- 新型コロナウイルス感染症（令和2年以降）

■ 令和6年、地域保健法、感染症法、医療法、新型インフル政府行動計画の改定

- 保健所が策定する「健康危機対処計画」の参考となるよう、ガイドラインの改定が必要

2

ガイドライン改定案の【検討過程等】

■ 令和5年度、6年度の主な取組：以下を踏まえ、改定案を作成

- 検討組織：班会議7回、グループ会議9回、オンライン等打ち合わせ随時
- 健康危機事例収集：101事例について概要、保健所の主な対応等を記載
- 改定案検討ワークショップ：令和6年8月12日、26人が参加し、意見交換
- 全国保健所長会との連携：健康危機管理委員会との意見交換（5回）、研修会参加
- 日本公衆衛生学会シンポジウム：改定案の検討状況を報告し、意見交換

■ 改定後のガイドラインの対象範囲

	健康危機全般	パンデミックを引き起こす感染症
国のガイドライン	ガイドライン改定案を踏まえ、今後、発出	令和5年6月策定ガイドライン*
保健所の健康危機対処計画	今後、策定	令和6年3月までにはほぼ策定

*令和5年6月厚生労働省「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」

ガイドライン改定案の【主な特徴】

- 平成13年以降の健康危機や法改正等を踏まえている
- 保健所の対応等に大きく影響する本庁（保健衛生部門）、市町村等の役割を記載している
- 健康危機管理における最近の考え方、手法等を踏まえている

オールハザードアプローチ

サージキャパシティ

柔軟な対応

指揮命令系統の確立

受援の強化

ICT等の活用

リスク評価

イベントベースドサーベイランス

リスクコミュニケーション

ガイドライン改定案の【全体像】

ポイントのみ記載

I 健康危機管理の理解

- 1 本ガイドライン作成の目的等
- 2 健康危機管理の基本事項

II 健康危機管理の対応

- 1 平時対応
- 2 平時対応から危機対応への移行
- 3 危機対応
- 4 危機対応から平時（危機後）対応への移行
- 5 平時（危機後）対応

III 特定分野における特有の対応

- 1 感染症
- 2 食中毒
- 3 自然災害
- 4 国民保護法が適用される事象
- 5 その他の事象
(環境中の物質等による健康影響等)
- 6 原因不明の健康危機

★以下、次のように記載します

保健所等
＝ 保健所+保健所設置自治体

●（平成13年）ガイドライン

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

軽度の事象も含まれている

●地域保健法

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

●ガイドライン改定案

住民及び来訪者（住民等）の生命及び健康に**重大な**影響を与えるおそれがあり、保健所及び保健所設置自治体（保健所等）の通常の体制や手法等では対応が困難な（おそれがある）**緊急の**事態

同じ事態であっても保健所等や状況によって健康危機にならないことがある

■ ①から⑤のいずれかに該当 → 危機対応を開始する

保健所等の通常の	①手法・手段では	対応が困難か、そのおそれがある
	②人員・組織体制では	
	③業務を縮小しないと	

④保健所等の対応が長期にわたる（おそれがある）

⑤社会に健康上または心理上の大きな影響が生じている（おそれがある）

＜例＞医療機関や高齢者施設等がひっ迫し、通常体制で対応できない事態
報道機関や社会の関心が高く、特別の対応が必要となる事態

■ 健康影響の大きさ、事象発生の可能性の高さを踏まえて、判断する

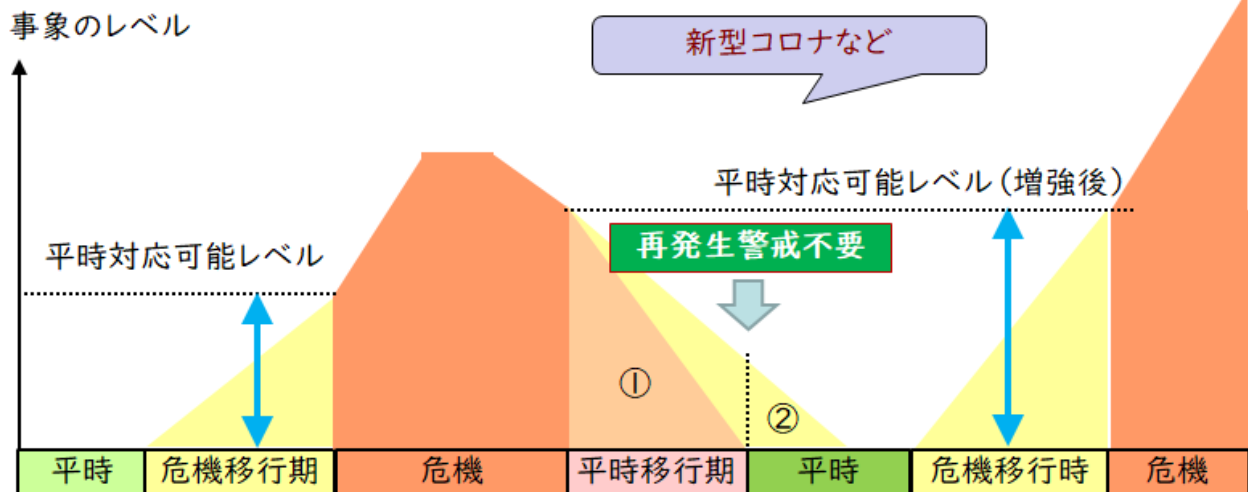
■ ①から⑤のいずれにも該当しない → 危機対応を終了する

7 ガイドライン改定案における【健康危機管理の概要】

省略、戻り、逆転あり

	事象の状況	保健所等の対応
平時	異常事象が探知されていない	準備、発生予防、監視・情報収集
危機移行期	異常事象が探知されている 平時の人員・手法等で対応できるが、 危機発生への警戒が必要	異常事象の監視強化・評価、 危機対応の開始を準備・決定
危機	平時の人員・手法等で対応できない	危機対応の実施、危機と危機対応の 評価・変更・終了
平時 (危機後) 移行期	異常事象が存在 増強を含む平時(危機後)の人員・手法等で 対応できるが、危機再発生への警戒が必要	異常事象の確認と評価、平時対応の 開始を決定
平時 (危機後)	異常事象が探知されないか、異常事象に対し 増強を含む平時(危機後)の人員・手法等で 対応でき、危機再発生への警戒が不要	影響を受けた者・体制等への対応の 継続、回復等、対応の検証・見直し、 新たな危機への準備

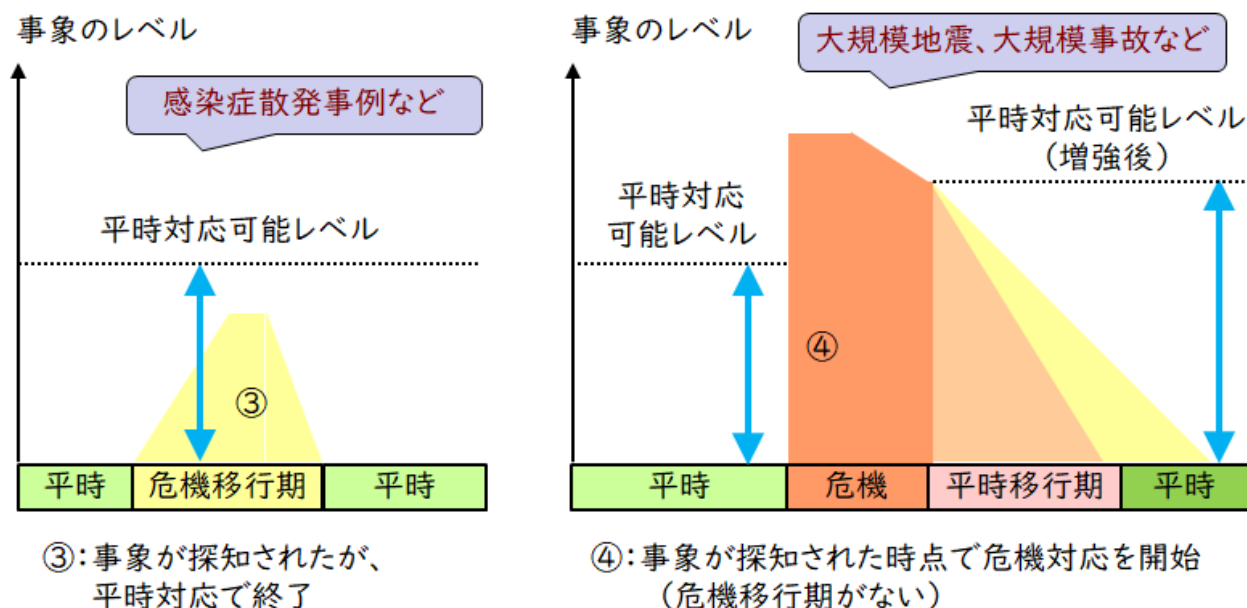
8 ガイドライン改定案における【健康危機管理のイメージ(基本的なパターン)】



①: 事象が探知されなくなり、平時となる

②: 事象は探知されるが、危機再発生への警戒が不要となり、平時となる

9 ガイドライン改定案における【健康危機管理のイメージ(バリエーション例)】



10 ガイドライン改定案における【健康危機管理の理解(その他)】

■ 行政機関の役割

● 都道府県

- 本庁(保健衛生部門)
- 保健所

それぞれの役割や業務を相互に理解することが重要

● 保健所設置市・区

● 保健所設置市・区以外の市町村

- 都道府県保健所と協力して災害時の保健活動に関するマニュアルやパンデミックを引き起こす感染症等を主な内容とした健康危機管理手引書を作成し、準備する

■ 保健所の健康危機対処計画

● 策定、推進、評価、見直しを繰り返し行う

保健所設置自治体による支援等も必要

- 感染症、食中毒、自然災害等に関してマニュアルや手順書等がまとめられている場合、本ガイドラインを参考に見直しを行い、健康危機対処計画とすることも可能

● 計画に盛り込むことが想定される事項

■ 発生前のリスク評価

● 基本

- 健康危機管理の基本であり、保健所は、必ず実施し、所内外の関係者と共有する
- 定期的（少なくとも2、3年ごと）及び状況変化に応じて見直しを行う

● 健康危機の想定

- 法令等がある事象、地域の特性に応じて、健康危機の発生を具体的に想定する
 - 感染症、食中毒、自然災害、その他（環境中の物質等による健康影響等－工業施設からの漏えい、大規模事故、猛暑・停電等）

● 想定した健康危機のリスク評価

- 発生可能性：相対的に「高」、「中」、「低」の3区分が考えられる
- 影響の大きさ：健康と保健医療等サービスへの影響の観点から「大」、「中」、「小」の3区分が考えられる
- この2つの視点からリスクレベルを決める

■ 発生前のリスク評価

● リスクレベル：次の5区分が考えられる

健康等への 影響	大	3(中)	4(高)	5(最高)
	中	2(低)	3(中)	4(高)
	小	1(最低)	2(低)	3(中)
		低	中	高
		発生可能性		

- リスクレベルの高い順から優先して危機対応の準備等を実施する

■ 人員・組織体制の準備

- 所内体制の明示、通常業務の業務継続計画（BCP）作成・更新
- 自治体内の連携（保健所設置市・区の場合、都道府県を含む）
- 専門家等の人員確保、受援体制の構築
- 対応の記録に必要な人員・体制等の確保

十分な体制の
確保が重要

業務経験者の
リスト作成も検討

■ 場所・機器等の準備

- 通信機器、必要物品等の備蓄、検査体制、科学的なエビデンス等の情報の入手方法

■ 関係機関等との連携強化

- 市町村が行う準備等への支援、分野ごとの夜間・休日連絡先一覧の作成・更新
- 医療機関、医療関係団体等との連携の強化、医療・介護提供体制の構築
- 市町村、本庁（保健衛生部門）、国、研究機関・大学、医療機関、介護・福祉施設、民間事業者・民間組織等における緊急連絡先一覧を作成・更新

■ 住民等への普及啓発とソーシャルキャピタルの醸成

■ リスクコミュニケーションの準備

- 関係する者（住民等、医療機関等の関係機関・団体、行政機関等）が情報や意見を相互に交換し、適切な意思決定、行動変容等を目指すことが重要
- リスクミの時期・期間、場所、実施者、内容、方法について事前に計画を立てる
- 相談窓口の設置と周知、質問や意見に対する回答等の伝え方も決めておく
- 偏見差別、偽・誤情報に関する普及啓発、探知と対応等も検討する

一方的な情報
提供ではない！

■ 計画策定・訓練等の実施

- 計画、マニュアル等の作成と更新、定期的な研修、訓練、実習等、他の自治体への支援の準備

■ 健康危機の発生予防

- 普及啓発・教育、立入検査・監視指導等、予防接種、定期健康診断等の確実な実施の推進

■ 健康危機の発生監視・情報収集

- 通常業務における発生監視・情報収集
- イベントベースドサーベイランスの考え方に基づく情報収集
 - 今までと異なる死亡者・重篤患者、原因不明の患者が発生、環境中の物質・薬物等が多数の住民等に曝露、住民等や社会の不安が大きい、等の現象に注意
 - 医療機関・関係団体等、事業者・住民等からの情報を活用
- 国、国立健康危機管理研究機構等、WHOから提供される情報の活用
- 収集した情報の共有と評価
 - 保健所長を含む所内関係職員、必要に応じて、本庁（保健衛生部門）で評価
- 結果的に健康危機に至らない場合であっても積極的に情報共有するよう、職員に徹底

15 ガイドライン改定案における【平時対応から危機対応への移行】

■ 異常事象の探知

- 異常事象を探知した場合、その事象の発生監視・情報収集を強化
- 健康影響を受けた住民等には関係法令等に基づき、必要な措置を講ずる

■ 発生時のリスク評価

- 拡大・縮小の可能性と健康影響の大きさを踏まえ、危機発生の可能性を評価する

■ 危機対応の開始を準備

- 危機対応を行う可能性がある場合、危機対応を即座に開始できる準備する
- 保健所長が所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する
- 異常事象等の発生状況、実施した対応等の記録と整理を開始する
- こうした状況について情報提供等のリスクミを行う（リスクミ計画があれば活用）

■ 危機対応の開始を決定

- 事態が進展し、危機対応を行う状況に至った場合、危機対応の開始を決定する
- 保健所長が所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する

16

ガイドライン改定案における【危機対応①】

■ 健康危機の発生状況、実施した対応等の記録と整理

■ 対応する人員・組織体制の追加と維持

- 現場指揮官は、原則として、保健所長とし、統括的な保健師が保健所長を補佐する
- 自治体内、他自治体、市町村、国等からの支援を受けて人員強化を図る

状況に応じて柔軟
に変えていく

■ 健康影響を受けている住民等の把握、必要な医療体制の確保

- 長期に及ぶ場合、生活不活発病やフレイル、心理的負担等による健康悪化にも注意

■ 原因究明、健康影響の範囲の想定に必要な情報収集

■ 健康影響の拡大が懸念される場合の拡大防止

- 健康影響やその拡大の原因が明らかでない場合、その時点の最善策を講ずる

■ リスクコミュニケーションと偏見差別の回避

- こうした状況について情報提供等のリスクミを行う（リスクミ計画があれば活用）
- 情報提供と、質問や疑問等に対する丁寧でわかりやすい説明により、意思疎通を図る

■ 対応に用いる手法・手段の追加と活用

- EMIS (広域災害救急医療情報システム) 等のシステム、情報通信機器、備蓄、検査

■ 通常業務の縮小等と再開

■ 長期対応が可能な体制等の確保

- 危機対応の見直し、業務の効率化・一元化や外部委託、外部人材の活用等
- 従事する職員の心身の健康管理を当初から実施

■ 危機対応が困難な場合のさらなる対応

- 危機対応の業務を縮小し、住民等、関係機関・団体等の理解と協力を求める
- 健康影響を最小限に抑える優先目標を設定し、人員・指揮命令体制を再構築

■ 健康危機・危機対応に関する状況認識と評価

- 健康危機の方向性と危機対応の状況を適宜、評価
- 評価に応じて、危機対応を速やかに変更する
- 危機対応を行う状況ではなくなったと判断した場合、危機対応を終了する

このサイクルを
繰り返すことが重要!

18 ガイドライン改定案における【危機対応から平時（危機後）対応への移行】

■ 異常事象の確認と発生時のリスク評価

- 異常事象の確認
 - 発生監視や情報収集を継続し、法令等に基づく届出等の他、市町村や医療機関等からの情報提供、住民等からの相談等も活用する
- 健康危機再発生の可能性等に関する発生時のリスク評価
 - 保健所長が所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して遅滞なく評価し、健康危機再発生の可能性を判断する
- こうした状況について情報提供等のリスクミを行う（リスクミ計画があれば活用）

■ 平時（危機後）対応の開始を決定

- 平時（危機後）対応の開始を決定する状況
 - 健康危機再発生のおそれが高い場合、平時（危機後）対応の開始を決定する
- 健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等への継続した対応が平時（危機後）においても必要と考えられる場合、その体制が確保されているか等を確認する
- 保健所長が所内の職員、必要に応じて本庁（保健衛生部門）と連携して判断する

■ 健康危機の影響を受けた者等への平時（危機後）対応

- 健康危機の影響を受けた者、保健医療福祉体制等のうち、危機対応を終了した後もその影響が残り、継続して支援等を行う必要があるものに対して対応を継続する

■ 健康危機発生前の状態への回復等

- 保健所等の業務を以前の状態に戻すだけでなく、住民等や社会のさまざまな活動が回復するよう、各機関の役割に応じて支援する（ビルドバックベター）

■ 一連の対応の検証と見直し

- 平時に移行したできるだけ早期に（状況によっては、平時移行期の段階から）一連の対応を整理し、その成果と課題を検証するとともに、これらの内容を公表する
- 次の健康危機発生に備え、マニュアル等を見直し、必要に応じて、改善等の修正を行い、関係する職員等において共有する

■ 新たな健康危機に備えた平時（危機後）対応に当たる

- ある健康危機の発生後の平時対応は、新たな健康危機の発生前の平時対応と捉える

■ 感染症

- COVID-19と同様の感染症の場合、それ以外の感染症の場合

■ 食中毒

- 大規模な食中毒の場合、多数の自治体に及ぶ広域な食中毒の場合

■ 自然災害

- 市型保健所の場合、ハザードマップ等で想定される自然災害、大規模地震等の重大な自然災害が発生した場合の対応、局所的な災害や大規模事故発生時の対応

■ 国民保護法が適用される事象

- 国民の保護に関する基本指針に記載されている保健所等の役割、感染症等の指定等の特例

■ その他の事象（環境中の物質等による健康影響等）

■ 原因不明の健康危機

- 原因不明の健康危機事象の探知、実態把握・原因究明の方策、健康影響を受けた者への対応

3 ガイドライン改定案の作成に当たって特に参考にした資料

名称	作成者（作成日）	主な参考内容
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	厚生労働省健康局健康課（令和5年6月）	健康危機対処計画の構成、業務継続計画
オールハザード・アプローチの公衆衛生リスクアセスメントー解説と実践の手引きー（世界保健機関（WHO）「戦略的リスクアセスメントのためのツールキット（STAR）」を用いたリスクアセスメントの進め方（暫定版））	令和3－4年度 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）「オールハザード・アプローチによる公衆衛生リスクアセスメント及びインテリジェンス機能の確立に資する研究」班（研究代表者：冨尾淳）（令和5年3月）	リスク評価
新型インフルエンザ等対策政府行動計画	内閣感染症危機管理統括庁（令和6年7月）	リスクコミュニケーション
感染症危機に備えたリスクコミュニケーションマニュアル（令和6年度内閣感染症危機管理統括庁委託調査研究「感染症危機におけるリスクコミュニケーションに関する研究」報告書）	株式会社三菱総合研究所（令和6年9月）	リスクコミュニケーション
実は身近なイベントベースサーベイランスとリスク評価（令和4年度第1回感染症危機管理研修会資料）	島田智恵（国立感染症研究所実地疫学研究センター第1室）（令和4年7月）	イベントベースドサーベイランス

4 主な用語の解説

用語	解説
イベントベースドサーベイランス（event-based surveillance）	異常な事態（イベント）発生後に同様の事態の発生や蓄積の状況を暫定的なシステムで把握するサーベイランス
OODA（ウーダ）ループ	Observe（観察）、Orient（状況判断）、Decide（意思決定）、Act（実行）の4つ工程を繰り返す意思決定と実行の思考法
オールハザードアプローチ	さまざまな危険因子（ハザード）を想定して取り組む方針
業務継続計画（Business Continuity Plan:BCP）	健康危機が発生した際、業務が中断しないように、あるいは中断後早期に再開できるようにするための計画
クロノロジー（chronology）	経時的活動記録方法
健康危機	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【地域保健法】 住民及び来訪者（住民等）の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所及び保健所設置地方公共団体（保健所等）の通常の体制や手法等では対応が困難な（おそれがある）緊急の事態【本ガイドライン】

健康危機管理	健康危機において住民等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【本ガイドライン】
サージキャパシティ (surge capacity)	健康危機発生時に需要が供給を大きく上回っても対応できる能力
サーベイランス(surveillance)	組織的に情報を収集、解析、評価、還元する危機管理方法
ソーシャルキャピタル (social capital)	人と人の関係性が資本であるとする概念、社会関係資本
パンデミック(pandemic)	世界規模あるいは広い地域で流行する感染症
プッシュ型支援	被災者・被災地からの具体的な要請を待たずに必要不可欠な物資を提供する支援、⇔プル型支援
マスギャザリング (mass gathering)	特定の場所に人々が集積するイベントであり、その国や地域に計画や対応を迫る可能性があるもの【WHO】
リスクコミュニケーション (risk communication)	専門家および行政と危険因子(ハザード)に直面している当事者間で同時に情報、助言、意見を交換すること
リスク評価 (risk assessment)	危険因子(ハザード)を特定(リスク特定)し、その影響を分析(リスク分析)し、対応の優先度を判断(リスク評価)すること
リエゾン(liaison)	組織間の連携を円滑にするために派遣される職員
(災害)レジリエンス	災害を予防し、発生時に円滑に対応および復活する能力
ロジスティックス(logistics)	兵站、業務の遂行に必要な資源を確保すること、あるいはその要員

Ⅲ ガイドライン改定案に記載している事項の具体例

1 リスク評価（改定案9ページ等）

（１）東北地方の沿岸部に位置する保健所におけるリスク評価

想定される健康危機	発生可能性	影響	リスクレベル	主な対応
地震（震度6弱以上）（津波の発生）	高	大	5（最高）	関係機関と連携（会議・訓練）、所内対応マニュアル作成、所内訓練実施
新型インフルエンザ等によるパンデミック	中	大	4（高）	関係機関と連携（会議・訓練）、所内対応マニュアル作成
養鶏所での鳥インフルエンザ発生（養鶏場あり）	高	小	3（中）	関係機関と連携（会議・訓練）、所内対応マニュアル作成
食中毒（広域）（大型流通加工施設あり）	中	中	3（中）	施設監視・収去検査
不法投棄（有害物質）	中	中	3（中）	環境パトロール、関係機関との連携（会議）
医薬品による健康被害（製薬工場あり）	低	中	2（低）	施設監視への参加
原子力災害（UPZ 範囲外）	低	中	2（低）	訓練への参加
輸入感染症（国際拠点港・国際空港あり）	中	小	2（低）	検疫所との連携（会議・訓練）、医療機関との連携
マスギャザリング（コンサート・スポーツイベント）（大型施設あり）	中	小	2（低）	医療機関との連携
河川への油流出	中	小	2（低）	関係機関との連携、訓練への参加
コンビナート事故	低	小	1（最低）	連絡会議への参加

(2) 長野県佐久保健所におけるリスク評価

想定される健康危機	発生可能性	影響	リスクレベル	特記事項
南海トラフ地震（最大震度6弱）	高	中	4（高）	防災対策推進地域2村、2市4町死亡0人、負傷150人
新型インフルエンザ等パンデミック	中	大	4（高）	
首都直下地震（最大震度6弱）	高	小	3（中）	緊急対策区域3村
火山活動（浅間山）	低	大	3（中）	避難住民数：降灰2市2町174,917人、軽石1市2町33,337人、火砕流2市2町89,900人、融雪型火山泥流2市2町88,290人
洪水	中	中	3（中）	令和元年東日本台風災害（佐久市の場合、最大避難者約3,800人）、1742年千曲川戊の満水
1類以外の感染症の大規模または重篤な集団感染	中	中	3（中）	
大規模食中毒	中	中	3（中）	
大規模または長期の停電	低	大	3（中）	
糸静構造線地震（最大震度6弱）	低	中	2（低）	2市5町2村死亡0人、負傷310人
土砂災害（土石流、地すべり、急傾斜地の崩壊）	中	小	2（低）	警戒区域2市5町4村3,183か所、孤立可能性あり集落2市2町1村60か所
大量降雪	低	中	2（低）	平成26年豪雪
1類感染症の発生	低	中	2（低）	
家きん類の高病原性鳥インフルエンザ	中	小	2（低）	養鶏場5か所最大飼育数約80,000羽
死傷者多数の大規模事故	低	中	2（低）	昭和60年日航機墜落事故（隣接地）、平成28年輕井沢町バス事故
有害化学物質の大規模漏えい事故	低	中	2（低）	
光化学オキシダント	低	中	2（低）	平成20年注意報発令
火山活動（八ヶ岳・横岳）	低	小	1（最低）	1市2町
林野火災	低	小	1（最低）	

2 業務継続計画（BCP）（改定案 12 ページ）

（１）高知市南海トラフ地震対策業務継続計画（レイアウト等一部改変）

１）はじめに

高知市では、南海トラフ地震の発生が高い確率で危惧されている。南海トラフ地震発生時においても迅速に非常時優先業務を開始するとともに、可能なかぎり早期に市役所機能を回復させることを目的として「高知市南海トラフ地震対策業務継続計画」を策定している。

高知市保健所は地域保健課、生活食品課、健康増進課の３課で構成されている。南海トラフ地震発生時、保健所には「高知市保健医療調整本部」を設置し、下表のような対応が求められる。

このような「高知市保健医療調整本部」を迅速に立ち上げ、非常時優先業務を開始するために、高知市保健所地域保健課が「高知市南海トラフ地震対策業務継続計画」として作成した2. 非常時優先業務シート（課用）、3. 非常時優先業務個別シート（感染症患者の対応に関すること）、4. BCP の訓練・研修計画シートを紹介する。

このような業務継続計画は、生活食品課、健康増進課でもそれぞれ作成されている。また、「高知市南海トラフ地震対策業務継続計画」は、「高知市災害時保健活動マニュアル」、「高知市災害時医療救護計画」、「高知市保健所災害時公衆衛生活動マニュアル」と整合、連動している。

○南海トラフ地震発生で想定される高知市保健所における対応の全体像

項目	業務内容	
高知市保健医療調整本部における指揮調整業務	高知市保健医療調整本部の立ち上げ／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／収集した情報の整理・分析評価・対策の企画立案／総合対策本部等へのリエゾン派遣	
	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	
	高知県保健医療調整本部からのリエゾン受入れ	
	DMAT・DPAT 活動拠点本部の受入れ	
	DHEAT チームの受入れ／保健医療活動チーム受援体制の構築／保健医療活動チームの支援調整	
	高知県保健医療調整本部への応援派遣要請、専門機関との調整・専門的支援に係る連絡調整	
	統合指揮調整のための連絡会議設置／連絡会議の開催による統合調整指揮	
災害時保健医療対策	医療対策	救命救護活動に係る連絡調整、医療機関のライフラインの復旧・確保に係る連絡調整、医薬品・医療用資機材等調達に係る連絡調整
		救護病院の運営支援、避難所等における要医療者への対応(歯科も含む)
		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
		避難所等における要配慮者支援
		避難所等における感染症対策
		避難所等における栄養・食生活支援
		避難所等における歯科保健対策
		避難所等におけるこころのケア
		在宅避難者への健康支援
	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・復旧に向けたロードマップの作成	
	職員健康管理体制の確立	

<DHEAT 活動ハンドブック（第2版）改編>

2) 非常時優先業務等シート【課用】

部局名	課名	災害対策本部の部・班名	電話番号	作成・更新年月日
健康福祉部	地域保健課	保健医療調整本部	088-822-****	2024/*/**

①課の方針

高知市保健医療調整本部を早期に設置し，災害応急対策として医療救護活動を行う。災害発生後3日目までは，人命救助活動や医療救護活動を最優先に実施する。所管施設（総合あんしんセンターと保健福祉センター）・設備の保全及び応急対策を行う。
--

②非常時優先業務

担当		応急 対 策 業務・ 通 常 業務	業 務 No ・	優 先 順 位	応急対策活動項目	BCP の開始・終了目標 時間（南海トラフ地震 を想定）					他業 務と の兼 務の 可否	円滑に行うための 準備・機器
部 (課)	班 (係)					3 時 間 以 内	1 日 以 内	3 日 以 内	2 週 間 以 内	1 か 月 以 内		
地域保健課	企画管理担当	応急 対 策 業務	1	1	来庁者の安全確保及び職員の安否に関すること	2	2				○	
地域保健課 (保健医療調整本部)	企画管理担当	応急 対 策 業務	2	2	所管施設、設備の保全並びに応急対策に関すること	3	3	3	3		○	災害時公衆衛生活動マニュアル参照
地域保健課 (保健医療調整本部)	災害医療担当	応急 対 策 業務	3	3	在宅人工呼吸器使用者等の安否確認状況の集約に関すること	1	1	1	1		○	高知県南海トラフ地震時重点継続要医療者支援マニュアル ・対象者名簿 ・災害時個別支援計画
保健医療調整本部 (地域保健課)	全職員	応急 対 策 業務	4	3	保健医療調整本部の運営管理全般に関すること 災害時保健医療対策に関すること	6	7	10	11	26	○	災害時公衆衛生活動マニュアル参照
地域保健課	感染症対策担当	応急 対 策	5	4	感染症患者の対応に関するこ	2	2	2	2	2	○	通信機器【パソコン・FAX・電

(保健医療調整本部)	当	業務			と							話（携帯電話）】，電源，事務用品（筆記用具・公印・コピー用紙），公用車，感染症調査セット(消毒薬・ガウン・グローブ・ゴミ袋・ビニール袋・メモ板)，検体採取セット(検体採取容器・検体搬送ボックス・冷却材)，訪問セット(リュックサック・ヘルメット・雨具・長靴・ライト・地図)
地域保健課 (保健医療調整本部)	毒物劇物危害防止対策班	応急対策業務	6	4	毒物劇物の漏洩・流出に関すること	1	1	1	1	1	○	通信機器(電話，FAX，パソコン)，地図，ホワイトボード
地域保健課	予防接種担当	通常業務	7	5	予防接種に関すること				1	1	○	コピー用紙・PC・公用車（燃料）・マスク・グローブ・消毒薬・電源・電話
必要人員合計（人）						15	16	17	19	30		
職員数（人）						33						

※No. に○のついた項目については、長期浸水が活動に影響を及ぼす恐れのあるもの

※各フェーズ内の数値は、各フェーズの必要な人数

③休止する業務

休止する通常業務	休止する通常業務
総合あんしんセンター貸館等に関する業務	休日夜間急患センター，平日夜間小児急患センター，二次保健医療圏小児救急医療に関する業務
薬局，医薬品販売業，医療機器販売業賃貸貸与業者，毒物劇物販売業者等からの申請受付，調査業務，許可証交付	保健福祉センター貸館等に関する業務
病院，診療所，歯科診療所，助産所，施術所からの申請受付，使用前検査・立入検査の実施	結核及び感染症の予防に関する事務全般
臓器移植・骨髄移植の啓発	結核患者管理検診及び接触者健診
骨髄移植促進事業費補助金事務	緊急肝炎ウイルス検査，H I V抗体検査，肝炎ウイルス検査
医療相談窓口の開設	成人定期予防接種に関する業務
医療安全支援センターに関する関係会議・研修会の開催	
医療従事者，栄養士，調理師免許及び調理師試験に関する申請書の受理	
統計調査員による全国統一厚生労働省統計調査	
医療機関の受診動向に関する調査	
地域推進協議会・保健福祉センター運営委員会の開催	

④職務代行順位表

職務代行の対象役職	第 1 順位	第 2 順位	第 3 順位	第 4 順位	第 5 順位
地域保健課長	課長	副参事	課長補佐	企画管理担当係長	災害医療担当係長
保健医療調整本部長	所長	地域保健課長	生活食品課長	健康増進課長	母子保健課長

⑤連携部署・機関及び連携内容

業務 No.	連携部署・機関	連携概要	連携内容
4	高知県保健医療調整本部	情報伝達・情報入手	市内医療機関等の被害状況の伝達，各種要請・応諾など
4	高知市医師会	情報伝達・情報入手	被災状況及び医療資源の情報共有など
4	高知県薬剤師会	情報伝達・情報入手	薬局等の被災状況や薬剤師活動に関する情報の共有など
4	高知市歯科医師会	情報伝達・情報入手	被災状況及び歯科保健医療に関する情報の共有など

⑥業務資源

項目	入手先	連絡先
衛星携帯電話，災害時優先電話，災害用公用携帯電話	配備済	
MCA 無線機	配備済	
災害医療用パソコン	配備済	
災害医療用 FAX	配備済	
防災行政無線	配備済	
ホワイトボード	配備済	
ライティングシート	配備済	

⑦別途資料等

用意済の資料
高知市内全域の地図，ハザードマップ等

3) 非常時優先業務個別シート

業務 No. 5

部局名	健康福祉部	課名	地域保健課
-----	-------	----	-------

①業務概要

災害対策本部実施部・班（課・係）	地域保健課 感染症対策担当		
応急対策活動項目	感染症患者の対応に關すること		
具体的内容	感染症患者発生届出時対応	長期浸水が活動に影響を及ぼすおそれ	
実施する詳細内容	発生届受理後，対応を協議し，感染症の類型・病名に応じて感染症法に基づいた対応を行います。 ○積極的疫学調査（感染源・接触者調査） ○入院勧告・患者搬送 ○就業制限・消毒命令 ○検体回収・搬送 ○健康診断勧告		
一緒に実施する業務の有無		具体的内容	

②業務を実施するために必要な人数

	BCPの開始・完了目標時間				
	3 時間以内	1 日以内	3 日以内	2 週間以内	1 か月以内
必要人数	2	2	2	2	2
受援の必要性	☐ 必要なし ☒ 必要あり		受援の概要 (必要ありの場合)	健康福祉部局の職員	

③業務を実施するために必要な資機材

資源名	調達先	調達量	調達時期		調達状況 (調達時期が 発災前の資源)	他業務との兼用	
			発災前	発災後		可否	兼用可能な 業務 No.
通信機器【電話(携帯含)・FAX・パソコン】	地域保健課	各1	○		調達済	可	No4
公用車	地域保健課	1	○		調達済	可	No4
事務用品(筆記用具・公印・コピー用紙)	地域保健課	各1	○		調達済	可	No4
感染症調査セット	地域保健課	20	○		調達済	否	
訪問セット	地域保健課	2	○		調達済	可	No4
検体回収セット	地域保健課	10	○		調達済	否	

④業務を実施するために入手すべき情報・伝達すべき情報

情報名	入手・伝達	入手・伝達先	入手・伝達時期	入手・伝達方法
患者・接触者情報	入手	本人・接触者	発生届受理直後	訪問・電話
患者情報	入手	医療機関	発生届受理直後	電話
対応可能医療機関情報	入手	保健医療調整本部・高知県健康対策課	入院・治療必要時	電話

⑤連携部署・機関及び連携内容

連携部署・機関	連携概要	連携内容
高知県健康対策課感染症担当	情報伝達・対応協力	情報の伝達，受入医療機関調整等の各種要請
高知県衛生環境研究所	情報伝達・行政検査	発生届共有，行政検査対応
高知市保健所食品及び環境衛生班・検査対応班	情報伝達・行政検査・消毒対応	行政検査対応，消毒対応
医療機関	患者の受入れ	患者の検査・治療。必要に応じて入院。

4) BCP の訓練・研修計画

担当課等	実施内容	実施頻度
地域保健課	災害時通信訓練…保健医療調整本部と医療機関の情報伝達訓練。保健所職員参加。	6月から毎月，年10回実施
地域保健課	災害医療救護訓練…救護病院を舞台とした医療救護活動の実地訓練。保健所職員参加。	年1回
地域保健課	保健所新任者研修…保健所に新規配属された職員に向けた研修。研修内容に保健所における災害時対応が含まれている。	年1回（年度当初）
地域保健課	健康危機管理研修…保健所職員を対象とした，災害時公衆衛生活動マニュアルの内容についての研修。	年1回
地域保健課	健康危機管理研修(感染症編)…保健所職員を対象とした，平時から感染症対応力を高めるための研修・訓練。	年1回（同内容を3回実施。いずれかに参加） ※基礎編・災害編と同時開催

(2) 長野市保健所健康危機対処計画（感染症編）（令和6年3月31日初版）における業務継続計画（計画のうち業務継続計画に関連する箇所を抜粋。レイアウト等一部改変）

＊研究分担者注釈

長野市保健所の内部組織である環境衛生試験所は、地域保健法に基づく基本指針で規定されている地方衛生研究所に位置付けられており、長野市保健所健康危機対処計画（感染症編）は、長野市保健所環境衛生試験所健康危機対処計画（感染症編）を包含して作成されている。

1) 統括責任者の代理者の順位

・統括責任者である保健所長が不在の場合、代理者の順位を以下のとおりとする。

状 況	職 名	備 考
保健所長が不在の場合	①総務課長	
①の者が不在の場合	②健康課長	
②の者が不在の場合	③食品生活衛生課長	
③の者が不在の場合	④環境衛生試験所長	

2) 通常業務を含む人員体制（環境衛生試験所を含む。）

感染状況の段階	必要人数	市保健所	増員する方法		
			会計年度任用職員	庁内応援	庁外応援
平時	180 人	180 人	－	－	－
海外・国内で発生	210 人	180 人	12 人	5 人	13 人
流行初期 （発生公表1か月後）	265 人	180 人	37 人	35 人	13 人
流行初期以降 （発生公表6か月後）	265 人	180 人	37 人	35 人	13 人
感染収束時期	180 人	180 人	－	－	－

（ア）流行初期における必要人数 265 人は、市予防計画上の人数

（イ）庁外応援人数うちの IHEAT 要員養成数（2024 年時点では2人。市予防計画では6年後の2029年にIHEAT要員10人を目標を増やすに従って、庁内応援の人数を減らす。

（ウ）庁外応援人数については、県や看護協会からの看護師支援、駐車場整理業務を担う公益財団法人長野市シルバー人材センター職員の応援を想定

3) 保健所の通常業務の取扱いの準備・確認

①業務継続計画（Business Continuity Plan。以下「BCP」という。）の必要性

・感染症が発生し、通常業務に影響が及ぶ場合、縮小・延期・中止等を行う業務等について平時から決めておく必要があり、市保健所業務における BCP が必要である。

②業務継続計画（BCP）の発動

ア 感染症対応業務の増大に伴う市保健所業務のひっ迫状況等を総合的に考慮し、市保健所長が BCP の発動を判断した上で、平時から決めておいた業務の縮小・延期・中止等を行う。

イ 縮小・延期した業務の再開については、市保健所業務のひっ迫度状況等を総合的に考慮し、

市保健所長が判断する。

ウ 感染症の拡大が想定以上の速さで進み、また、収束が想定以上に遅くなる場合があることに留意し、それらを見越して BCP の早めの発動と余裕を持たせた業務の再開を検討する。

③通常業務の優先度の考え方

ア BCP における業務の優先度の考え方は、次のとおり。

優先度	該当する業務
A	感染症対応業務が増大した場合でも継続する必要がある業務
B	感染症対応業務が増大した場合、縮小することが可能な業務
C	感染症対応業務の増大した場合、延期することが可能な業務
D	感染症対応業務の増大した場合、中止することが可能な業務

イ 感染症対応業務の状況を踏まえながら優先度 A、B の業務を確実に実施することを基本とする。

ウ 新型コロナウイルス感染症対応時の実績を踏まえ、縮小・延期・中止による市民の健康や生活への影響の大きさを推定して優先度を区分する。

エ 業務を実施する場合でもオンライン会議等を活用することを検討する。

オ 各課で策定した BCP は、市保健所の BCP として所内で共有する。

カ 策定した BCP は、少なくとも年 1 回見直しを行い、適宜、追加修正等を行う。

④通常業務の優先度

ア 総務課（一般管理業務を除く。）

大項目	小項目	細事業	優先度	備考
庁舎管理	保健所の庁舎管理	各種委託事務	A	
地域医療関係	医療監視	立入検査	C	
	医療機関開設等許認可	・ 病院診療等の申請・届出 ・ 巡回診療等の受付 ・ 医療法人の申請・届出	C	申請は A 届出は C
	子どもの急病対応講座	子どもの急病対応講座	D	
	医療安全・医療相談	医療安全相談	A	
医療一般事務関係	医療一般等係る業務	・ 医療一般通知業務 ・ 医療法等法令に係る業務	A	
国家資格等免許関係	国家資格等に関する業務	・ 医師、歯科医師 ・ 診療放射線技師、臨床検査技師 ・ 保健師、助産師、看護師、准看護師 ・ 栄養士、薬剤師 ほか	A	
統計調査関係	人口動態調査	人口動態調査	A	
	医療施設動態調査等	・ 医療施設動態調査、静態調査 ・ 病院報告	A	
	国民生活基礎調査	国民生活基礎的事項調査	A	
教育・訓練関係	医学生・薬学生等受入れ	保健所実習の受入れ	C	

イ 健康課

大項目	小項目	細事業	優先度	備考
健康増進対策 関係	生活習慣病	相談業務	B	
		保健指導・集団健康教育	B	
		歯周疾患検診	B	
	成人保健対策	相談業務	B	
		がん検診及び各種健診業務	B	
母子保健対策 関係	母子保健	母子保健健康相談業務	B	虐待対応 (緊急) A
		乳幼児健康診査	B	
		乳幼児健康教室	B	
		不妊治療費申請、支給業務	B	
		妊婦健康診査費用の助成	B	
		妊産婦、乳幼児及び未熟児訪問	B	
		小児慢性特性疾病医療費・未熟児療育医療給付申請、支給業務	B	
感染症対策関係	HIV・性感染症対策	相談	B	
		検査	C	
	結核対策	感染症診査協議会	B	委員数は最小限に
		接触者健診・管理健診	B	個別のケースによる 2週間程度の延期は可能
	その他感染症対策	感染症発生動向調査	A	
		風しん抗体検査	B	
	予防接種	予防接種	C	個別のケースによる延期については国の方針に従う
		予防接種健康被害調査委員会	C	
精神難病保健 対策関係	精神保健対策	精神保健相談	B	精神緊急対応A
		講習会・研修会	C	
	難病対策	長期療養を必要とする者の相談業務	B	
		長期療養を必要とする者の医療費申請・給付業務	B	
		講習会・研修会	C	
教育・訓練 関係	看護学生	看護学校等講義	C	
		臨地実習受入れ	C	
保健センター	庁舎管理	庁舎管理	A	

ウ 食品生活衛生課

大項目	小項目	細事業	優先度	備考
食 品 衛 生 関 係	営業関係	新規営業許可申請受付	B	
		変更・廃止・責任者等届出	B	
		継続営業許可申請受付	B	
		相談	B	
	監視指導対策	営業施設等監視指導	C	食中毒調査A
		収去検査	D	
		食品衛生講習会	D	
動 物 愛 護 関 係	狂犬病対策	徘徊犬の捕獲と収容	A	
		犬の鑑札	A	
	動物の愛護と管理	負傷動物の保護と収容	A	
		収容動物の管理	A	
		動物取扱業の申請、届出受付	B	
		飼養動物に関する相談	C	虐待対応A
		特定動物逸走に関する情報収集	A	
生 活 衛 生 関 係	興行場、旅館及び公衆衛生浴場	許可申請、変更等の届出	B	
		届出に伴う現地確認	B	
		施設監視	C	
	理容所、美容所及びクリーニング	届出受付	B	
		届出に伴う現地確認	B	
		施設監視	C	
	水道	各種届出	B	
		改修事業補助金	B	
	墓地、納骨堂及び火葬場	相談、現地確認	B	
	温泉	温泉掘削に関する申請、届出	B	
		温泉利用に関する申請、届出	B	
		申請、届出に伴う現地確認	B	
	血液確保	血液確保事務	A	
医 薬 品 等 安 全 関 係	薬事、毒物及び劇物	申請、変更等届	B	
		変更に伴う現地確認	B	
		施設監視	C	
	麻薬、向精神薬、大麻、あへん及び覚せい剤	申請、届出	B	
		申請、届出に伴う現地確認	B	
		施設の立入検査	C	

エ 環境衛生試験所（地方衛生研究所）

大項目	小項目	細事業	優先度	備考
環境検査関係	環境検査	大気及び水質検査	B	
		廃棄物及び土壌検査	B	
理化学検査関係	食品添加物及び食品残留検査	食品の成分、安全性検査	C	
		家庭用品の検査	C	
臨床検査関係	臨床検査	微生物学的検査（危機対応）	A	
		微生物学的検査（上記以外）	B	
		血清学的検査	C	
		臨床検査	B	

⑤優先度の高い通常業務を継続するための体制整備

- ・原則として、各所属において必要な人員を確保して、業務に当たることとし、各所属は、業務ごとに2次及び3次の代替要員も決めておき、所属内で共有しておく。
- ・また、3次の代替要員は、担当することが想定される業務に関して手順書等の内容をあらかじめ確認しておく。
- ・その上で、必要な人員の確保が困難な場合は、市保健所長が所属間の調整を経て人員を確保する。

3 主な情報通信技術（ICT）（改定案 15 ページ等）

名称	担当省庁等	主な機能
保健所現状報告システム（くものいと）	厚生労働省	災害時において保健所等が健康危機管理の拠点としての機能が維持できているか否かを入力し、関係機関が保健所等の状況を即時把握し、関係者間で情報共有を即時に行う。
災害保健情報システム	厚生労働省	保健所現状報告システム、DHEAT 派遣調整システム等の災害対応に関連する複数のシステムの総称で、各システム共通のログイン画面の役割を担う。
災害時保健医療福祉活動支援システム（D24H）	厚生労働省	被災地の医療、保健、福祉に関する情報を各システムから集約し、統合解析、マッピング化等を行う。
広域災害救急医療情報システム（EMIS）	厚生労働省	災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼働状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供する。
新総合防災情報システム（SOBO-WEB）	内閣府	災害情報を地理空間情報として共有するシステムで、災害発生時に災害対応機関が被災状況等を早期に把握・推計し、災害情報を俯瞰的に捉え、被害の全体像の把握を支援する。
災害診療記録（J-SPEED）	日本医師会等の合同委員会	J-SPEED とは、災害診療記録とセットで運用される災害医療チームの標準診療日報システムである。
医療機関等情報支援システム（G-MIS）	厚生労働省	全国の医療機関（病院、診療所）から医療機関の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、

		医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等を一元的に把握し、支援する。
クラウド（オンライン）型のデータ保存システム（ストレージ）	複数の事業者等	インターネットを活用して文書、画像等のデータをクラウド上に保存、管理して情報共有するシステムで、無料、有料とも多くの事業者が運営している。

4 リスクコミュニケーション計画（改定案 17 ページ等）

都道府県（保健所設置市・区が存在）のリスクコミュニケーション計画の骨格例

＊「広報」：広報誌、公式サイト・公式 SNS 等

1) 平時対応

項目	内容
時期・期間	随時
場所	都道府県・保健所設置市・区、各保健所及びその管轄地域内
実施者	都道府県・保健所設置市・区の本庁、各保健所の職員
内容	健康危機に関するリスク評価、健康危機管理の準備状況、誹謗中傷・偏見差別の回避等（報道機関対応のみとする内容を除く）
方法	内容に応じて広報、会議での説明、媒体の配布、報道機関への説明等
媒体	内容に応じて広報、会議資料、チラシ・リーフレット等
外国人等対応	内容に応じて外国語版を作成
報道機関対応	都道府県・保健所設置市・区の本庁
相談対応等	内容に応じて担当部署が対応
偽・誤情報対応	偽・誤情報を探知した場合、必要に応じて説明や周知

2) 平時対応から危機対応への移行

項目	内容
時期・期間	異常事象の発生状況を踏まえ、できるだけ早期から定期的かつ臨時
場所	都道府県・保健所設置市・区、各保健所及びその管轄地域内
実施者	都道府県・保健所設置市・区の本庁、各保健所の職員
内容	異常事象に関するリスク評価、危機対応の準備状況、誹謗中傷・偏見差別の回避等（報道機関対応のみとする内容を除く）
方法	内容に応じて広報、会議での説明、媒体の配布、報道機関への説明等
媒体	内容に応じて広報、会議資料、チラシ・リーフレット等
外国人等対応	内容に応じて外国語版を作成
報道機関対応	都道府県・保健所設置市・区の本庁（状況に応じて共同や一元化）（対応者をできるだけ限定）
相談対応等	内容に応じて相談窓口の明確化や Q & A の作成等
偽・誤情報対応	偽・誤情報を探知した場合、情報提供等の機会に説明や周知

3) 危機対応

項目	内容
時期・期間	危機発生直後及び定期的かつ臨時
場所	都道府県・保健所設置市・区、各保健所及びその管轄地域内
実施者	都道府県・保健所設置市・区の本庁、各保健所の職員
内容	危機に関する状況とリスク評価、危機対応の実施状況、誹謗中傷・偏見差別の回避等（報道機関対応のみとする内容を除く）
方法	内容に応じて広報、会議での説明、媒体の配布、報道機関への説明等
媒体	内容に応じて広報、会議資料、チラシ・リーフレット等
外国人等対応	内容に応じて外国語版を作成
報道機関対応	都道府県・保健所設置市・区の本庁（状況に応じて共同や一元化）（対応者をできるだけ限定）
相談対応等	相談窓口の明確化、Q & Aの作成と公表等
偽・誤情報対応	偽・誤情報を探知するよう努め、積極的に説明や周知

4) 危機対応から平時（危機後）対応への移行

項目	内容
時期・期間	危機対応終了直後及び定期的かつ臨時
場所	都道府県・保健所設置市・区、各保健所及びその管轄地域内
実施者	都道府県・保健所設置市・区の本庁、各保健所の職員
内容	危機終了に関する状況とリスク評価、危機終了後の対応、誹謗中傷・偏見差別の回避等（報道機関対応のみとする内容を除く）
方法	内容に応じて広報、会議での説明、媒体の配布、報道機関への説明等
媒体	内容に応じて広報、会議資料、チラシ・リーフレット等
外国人等対応	内容に応じて外国語版を作成
報道機関対応	都道府県・保健所設置市・区の本庁（状況に応じて共同や一元化）（対応者をできるだけ限定）
相談対応等	相談窓口の明確化、Q & Aの作成と公表等
偽・誤情報対応	偽・誤情報を探知するよう努め、積極的に説明や周知

5) 平時（危機後）対応

項目	内容
時期・期間	平時（危機後）対応以降直後及び随時
場所	都道府県・保健所設置市・区、各保健所及びその管轄地域内
実施者	都道府県・保健所設置市・区の本庁、各保健所の職員
内容	健康危機に関するリスク評価、影響を受けた者等への対応、誹謗中傷・偏見差別の回避等（報道機関対応のみとする内容を除く）
方法	内容に応じて広報、会議での説明、媒体の配布、報道機関への説明等
媒体	内容に応じて広報、会議資料、チラシ・リーフレット等
外国人等対応	内容に応じて外国語版を作成
報道機関対応	都道府県・保健所設置市・区の本庁
相談対応等	内容に応じて担当部署が対応
偽・誤情報対応	偽・誤情報を探知した場合、必要に応じて説明や周知

5 分野別マニュアル一覧（改定案 18 ページ等）

長野県佐久保健所（佐久保健福祉事務所）「健康福祉の健康危機に関するマニュアル一覧」 （レイアウト等一部改変）

★業務パソコンネットワークの他、印刷して所長室・執務室にて共有し、毎年度、上半期に更新
令和 6 年 10 月 1 日現在

1) 災害時対応

No.	名称	作成・更新日	作成者	管理者
1	所災害応急対策活動要領	H27.6.22	*総務課総務係	総務課総務係
2	佐久地域災害時医療救護活動マニュアル	R6.3.18	*総務課総務係	総務課総務係
2-1	避難所生活を過ごされる方々の健康管理に関するガイドライン	H23.6.3	厚生労働省	総務課総務係
2-2	一般家屋における洪水・浸水などの水害時の衛生対策と消毒方法	H28.9	日本環境感染学会	
2-3	水害にあったときに	R1.10.1 (R6.9改訂)	震災がつなぐ全国ネットワーク	
3	所大規模地震発生時業務継続計画	R6.4.1	*総務課総務係	総務課総務係

2) 新型インフルエンザ等

4	所新型インフルエンザ等発生時業務継続計画	R3.4.1	*総務課総務係	総務課総務係
5	所健康危機対処計画【感染症編】	R6.4.1	*総務課総務係 健康づくり支援課 保健衛生第二係	総務課総務係 健康づくり支援課 保健衛生第二係

3) 感染症（全般）

6	感染症発生時対応マニュアル	H21.4.1	*健康づくり支援課	健康づくり支援課 予防衛生係
7	感染症発生時における公表等の基準	H29.9.25	保健・疾病対策課	健康づくり支援課 予防衛生係

4) 感染症（疾患別）

8	ウイルス性出血熱への行政対応の手引き第2版	H29.6	厚生労働省	結核感染症課
9	感染症患者の公用車による移送の取扱いについて（通知）	H26.11.20	保健・疾病対策課	健康づくり支援課 予防衛生係
10	感染症患者移送等業務に関する委託契約書	H29.4.1	保健・疾病対策課	健康づくり支援課 予防衛生係
11	県高病原性鳥インフルエンザ及び低病原性鳥インフルエンザ防疫対策マニュアル	H27.12.25	県農政部	健康づくり支援課 保健衛生第二係
12	鳥インフルエンザ(H5N1)保健所・感染症指定医療機関等対応マニュアル	R6.3.25	感染症対策課	健康づくり支援課 保健衛生第二係
13	高病原性鳥インフルエンザ発生時の所対応について	H29.4.1	*健康づくり支援課	健康づくり支援課 保健衛生第二係

14	結核業務マニュアル	R3.11.15	感染症対策課	健康づくり支援 課予防衛生係
15	レジオネラ症患者発生時対応マニュアル	H15.12.8	保健予防課	健康づくり支援 課予防衛生係
16	重症熱性血小板減少症候群（SFTS）感染症に 関する検査について（通知）	H28.3.23	保健・疾病対策 課	健康づくり支援 課予防衛生係
17	デング熱・チクングニア熱等蚊媒介感染症の 対応・対策の手引き 地方公共団体向け	H29.4.28	国立感染症研究 所	
18	医師による麻疹届出ガイドライン 第五版	H28.3.9 R5.5.16 (改定中)	国立感染症研究 所感染症疫学セ ンター	
18- 1	医療機関での麻疹対応ガイドライン 第七版	H26.6.3	国立感染症研究 所感染症疫学セ ンター	
19	医療機関等における HIV 曝露事故後の感染予 防の指針	H27.3.24	保健・疾病対策 課	健康づくり支援課 保健衛生第二係
20	四種病原体に係る事故・災害等発生時の対応 マニュアル	H19.6.25	*健康づくり支 援課予防衛生係	健康づくり支援 課予防衛生係

5) 感染症（社会福祉施設・学校関連）

21	「社会福祉施設における感染症等発生に係 る報告」の一部改正について	R5.4.28	子ども家庭庁生 育局長ほか	健康づくり支援 課予防衛生係
22	高齢者介護施設における感染対策マニュアル	H31.3	厚生労働省老健局	福祉課社会係
23	保育所における感染症対策ガイドライン	H30.3 R5.5 改訂	厚生労働省子ど も家庭局	福祉課社会係
24	障害福祉サービス施設・事業所職員のための 感染対策マニュアル（入所系）	R2.12	厚生労働省障害 保健福祉部	福祉課福祉第二 係
25	障害福祉サービス施設・事業所職員のための 感染対策マニュアル（通所系）	R2.12	厚生労働省障害 保健福祉部	福祉課福祉第二 係
26	障害福祉サービス施設・事業所職員のための 感染対策マニュアル（訪問系）	R2.12	厚生労働省障害 保健福祉部	福祉課福祉第二 係
27	学校における感染症及び食中毒発生時の報 告について（通知）	H26.3.31	健康長寿課	健康づくり支援 課予防衛生係

6) 精神保健

28	長野県精神科救急医療整備事業実施要綱	R4.7.25	保健・疾病対策 課	健康づくり支援 課予防衛生係
----	--------------------	---------	--------------	-------------------

7) 大気

29	県光化学オキシダント緊急時対策要綱	R6.4.1	県環境部水大気 環境課	健康づくり支援課 保健衛生第一係
30	県微粒子状物質（PM2.5）に関する注意喚起要 綱	R6.4.1	県環境部水大気 環境課	健康づくり支援課 保健衛生第一係

31	火山灰の健康影響(地域住民のためのしおり)	H21.5.1	防災科学技術研究所	
----	-----------------------	---------	-----------	--

8) 薬事

32	毒物・劇物事故発生に伴うマニュアル	R6.10.1	*食品・生活衛生課生活衛生係	食品・生活衛生課生活衛生係
33	医薬品・医療機器健康危機対応マニュアル	R6.10.1	*食品・生活衛生課生活衛生係	食品・生活衛生課生活衛生係
34	緊急用ワクチン類供給マニュアル	R6.10.1	*食品・生活衛生課生活衛生係	食品・生活衛生課生活衛生係
34-1	予防接種における間違いを防ぐために	R6.4	国立感染症研究所感染症疫学センター	

9) 食品

35	食中毒処理要領	S62.3.2	*食品・生活衛生課	食品・生活衛生課食品衛生係
36	不良食品等処理要領	H4.5.15	*食品・生活衛生課	食品・生活衛生課食品衛生係

10) 動物

37	犬による咬傷事故処理マニュアル	H30.3.27	健康福祉部食品・生活衛生課	食品・生活衛生課乳肉・動物衛生係
38	特定動物等逃走時の対応マニュアル	R6.9.19	*食品・生活衛生課乳肉・動物衛生係	食品・生活衛生課乳肉・動物衛生係
39	長野県狂犬病(疑い)発生時対応ガイドライン	H29.7.20	長野県動物愛護管理推進連絡協議会	食品・生活衛生課乳肉・動物衛生係

11) DV

40	配偶者暴力加害者プログラム 実施のための留意事項	R5.5	内閣府男女共同参画局	福祉課福祉第一係
----	--------------------------	------	------------	----------

(注1) *は本庁の課名

IV 現行ガイドライン作成（平成 13 年）以降に発生した主な健康危機事例

1 事例の抽出及び記載

- ・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 (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) から引用している。
- ・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
- ・「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。

2 事例の一覧

(1) 感染症

①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

②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

③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

④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

(2) 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

(3) 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

(4) 自然災害・大規模事故

①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

②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

③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

④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

⑤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

（５）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

（６）その他

①衛生害虫

発生年	内容
1995 年	セアカゴケグモ咬症、ハイイログケグモ咬症

②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

③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

④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

⑤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

⑥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

⑦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

⑧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

⑨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 事例の詳細

(1) 感染症

①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

②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	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

保健所等の主な対応	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

③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	福井県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

エムボ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ボックスについて(第 6 報)」
該当保健所・自治体	各地

④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

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、病原体検査、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

(2) 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 保健所等の主な対応	高齢者施設、医療機関等からの情報収集 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業務課「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

(3) 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。換気の徹底とベークアウトにより、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、現地指揮とマスコミ対応も行った。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 $900 \mu\text{g}/\text{m}^3$ に達した（日本の環境基準（1 日平均値）PM2.5：$35 \mu\text{g}/\text{m}^3$、PM10：$100 \mu\text{g}/\text{m}^3$）。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

（４）自然災害、大規模事故

①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。

②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

(5) 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

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

(6) その他

①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

②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

③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

④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	https://www.niph.go.jp/h-crisis/archives/103441/
該当保健所・自治体	横浜市保健所・横浜市

⑤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

⑥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

⑦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

⑧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ものと思われる。 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
-----------	------------

⑨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

V 参考資料：保健所での健康危機管理～リスクアセスメントを基礎から学ぶ～

令和7年1月30日に東京で開催された全国保健所長会研修会において、浜松医科大学健康社会医学講座尾島俊之教授が講演された際の資料を一部加工しています。

2025.1.31
全国保健所長会研修会

保健所での健康危機管理 ～リスクアセスメントを基礎から学ぶ～

尾島 俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

本日の内容

- ・**健康危機管理**
- ・リスクアセスメント
- ・厚労科研の紹介
- ・まとめ

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

(地域保健法 令和4年12月改正)

3

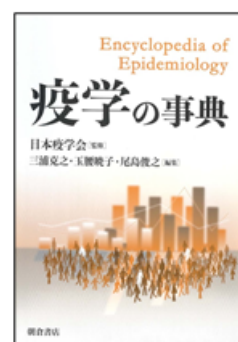
災害・健康危機の種類

表1 災害の分類

自然災害	
気象災害	風水害 、熱波、寒波、雪害、干ばつなど
地質災害	地震 、津波、 火山 、隕石など
生物学系災害	感染症 、昆虫異常発生など
人為災害	
交通災害	航空機・船舶・列車 、自動車事故など
産業災害	工場事故、 原子力事故 など
紛争災害	戦争、テロなど
その他	マスギャザリング(群衆)、 火 災 地球温暖化など

自然災害か人為災害か明確に分けられないものや、複数の項目に該当する災害もある。

原因不明健康危機、環境汚染等も重要



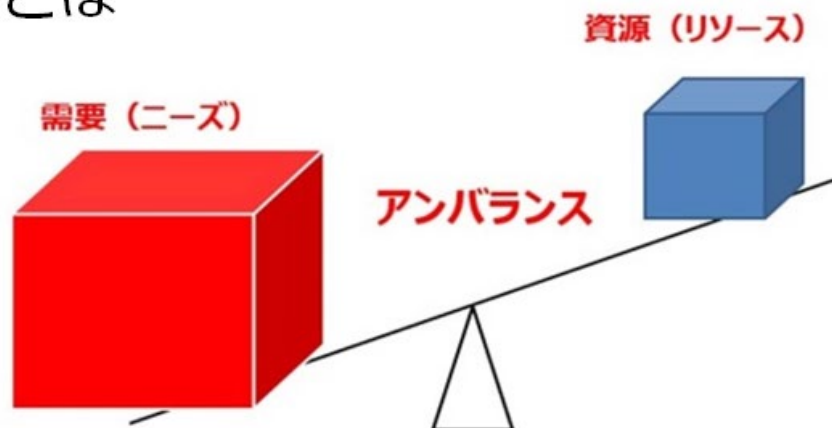
保健所における健康危機への対応の概要

対 象 分 野		
○原因不明健康危機	○感染症 ・ 感染症発生時の初動対応等、必要措置	○医薬品医療機器等安全 ・ 副作用被害、毒物劇物被害等
○災害有事・重大健康危機 ・ 生物テロ、SARS、新型インフルエンザ 等 ・ 地震、台風、津波、火山噴火 等	○結 核 ・ 多剤耐性結核菌対応等	○食品安全 ・ 食中毒、医薬品（未承認薬も含む）成分を含むいわゆる健康食品等
○医療安全 ・ 医療機関での有害事象の早期察知、判断 等	○精神保健医療 ・ 措置入院に関する対応、心のケア等	○飲料水安全 ・ 有機ヒ素化合物による汚染等
○介護等安全 ・ 施設内感染、高齢者虐待 等	○児童虐待 ・ 身体的虐待、精神的虐待、ネグレクト等	○生活環境安全 ・ 原子力災害（臨界事故）、環境汚染等

厚生労働省 地域保健対策検討会 中間報告(2005.5.23)

近年は健康危機として
大規模なものに焦点が絞られてきているか

災害とは



対応を検討するために、需要（ニーズ）だけでなく、
資源（リソース）にも注目が必要

6

リスクアセスメント

- **リスク特定** (risk identification)
 - リスクを**発見**し、認識し、記述すること
- **リスク分析** (risk analysis)
 - リスクの特質を理解し、**リスクレベル**を決定すること
- **リスク評価** (risk evaluation)
 - リスク対応をするかしないかや、対応の選択肢等の**決定を裏付ける**こと

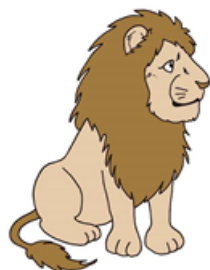
ISO 31000 (リスクマネジメント規格)

リスクアセスメントが行われる課題

- 自然災害、感染症
- 化学物質の自律的な管理、労働災害
- 環境汚染、気候変動
- 食品安全、医薬品安全
- 慢性疾患（NCD）
- テクノロジー など

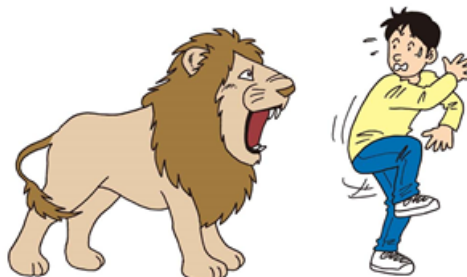
ハザードとリスク

危険性・有害性(ハザード)



人がいないため災害が起こらない

リスク



人がいるので災害が起こる可能性がある

厚生労働省 食品加工業におけるリスクアセスメント

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei14/dl/110713-00.pdf>

ただし、医療、サイバーセキュリティの分野等では、ハザードとリスクを分けずに全てリスクと呼ぶ傾向がある

リスクへの対応

対応方法	概要
リスク回避	リスクが発生する可能性を取り去ること。津波の危険がある地域の住民が全員、高台に引っ越すなどがある。
リスク移転	危険な化学物質を使用する工程を外部で担当してもらい、自社では扱わないようにすること。また、保険に加入しておくことで、万一事故がおきても金銭的な損失が生じないようにしたりすることなど。
リスク低減	リスクの発生可能性を低くしたり、リスクが発生した際の影響が小さくなるようにしたりすること。たとえば食中毒が発生しないように調理場での衛生管理を向上させたり、大地震がおきても建物が倒壊しないように耐震補強したりすることなどがある。
リスク保有	リスクが発生してもその影響が小さい場合や、リスクに対応する現実的な方法がない場合に、リスクをかかえたまま受容すること。

ISO 31000での追加・変更

→ 共有

+ リスク源の除去、起こり易さを変える、結果を変える

+ リスクをとる

尾島俊之. 健康危機管理. 『標準保健師講座3 対象別公衆衛生看護活動』医学書院, 2024.

リスク対応に関する紛らわしい用語

・リスクマネジメント

- ・リスクを組織的に管理し、被害の防止・低減を図る**プロセス**
- ・リスクマネジメントは発生前、クライシスマネジメントは発生後
両者を合わせて危機管理

・リスクガバナンス：企業で良く使う

- ・組織内でリスクを適時適切に認識し、長期的に対応するための**仕組み**

・リスクアナリシス（リスク分析）：食品安全で良く使う

- ・リスク評価、リスク管理、リスクコミュニケーションの3つの要素

リスクとは

- ・日常用語としては
 - ・危険性や危険度
- ・より厳密な定義
 - ・被害の**影響の大きさ**と被害が**発生する可能性**（確率）の組み合わせ
- ・ISO 31000の定義
 - ・目的に対する不確実性の影響
- ・疫学では
 - ・累積罹患率（リスク比：相対危険、リスク差：寄与危険なども計算）

リスクアセスメント、リスクについて

- 重要なことの根本は、分野が違っていても概ね共通
- しかし分野によって、よく使う言葉や言葉の意味が違う
- 自分はどの意味で使っているかを説明しながら使う必要

厚生労働行政推進調査事業（厚労科研） 「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」

- 地域健康危機管理ガイドラインの推進
小林良清（長野県佐久保健所・所長）
- 保健所及び地域の人的資源の育成・連携
石井安彦（北海道釧路総合振興局・保健行政室（釧路保健所）・所長）
- 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証
前田秀雄（公益財団法人結核予防会・副理事長）
- 海外における地域健康危機管理
佐伯圭吾（奈良県立医科大学医学部・教授）

保健所及び地域の人的資源の育成・連携 「健康危機管理に資する人材育成の手引き」を作製

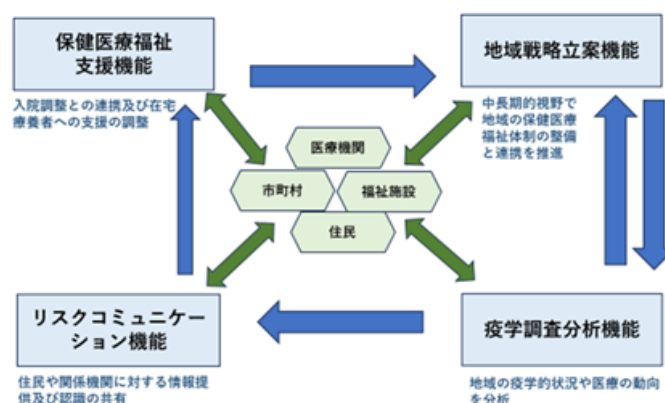
人材育成の手段と留意点

手段	特徴	留意点
研修	- 受講者に合致したテーマやレベル設定 - 演習等で模擬的な実働経験 - 近年はオンラインの実施も増加	- 受講目的の明確化 - 受講後の評価・フィードバック
訓練	- 実働の経験を補完 - 組織や地域の対応能力の向上	- 実働と異なるタイムラインや活動内容 - 企画・準備の負担
OJT	- 研修や訓練の経験を活用 - ジョブローテーションも有効	通常業務の中で意識的に行う必要
実働	研修や訓練では得られない経験	- 機会が少ない - 経験の振り返りと概念化が必要

保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証

保健所のパンデミック対策システム

沖縄県における健康危機管理システムを保健所機能に外挿する。



その他、入院調整における課題：感染拡大防止と重症治療入院の目的が渾然一体となり、また、双方とも保健所の業務となっていた。

海外における地域健康危機管理 米国公衆衛生認証制度

2.2 健康危機管理

評価項目2.2.1 A: 健康危機管理計画の策定

必要文書1: 公衆衛生健康危機管理計画 または管轄区域の緊急対応計画。

計画または添付書類には以下を含める必要がある。

- a. 計画の目的
- b. 指揮命令系について、責任の所在を含めた説明
- c. ハイリスク者（要配慮者）の特定。
- d. リスクの高い個人のニーズを満たすためのプロセス（2つ以上）。
- e. 主要な役割を担う機関、および以下の分野に関する保健部局(LHD)の責任:
 - ① 医療対策
 - ② 集団へのケア
 - ③ 集団レベルの致死率管理
 - ④ メンタルヘルス
 - ⑤ 非薬物的介入（法的な隔離、検疫、ソーシャルディスタンス）
 - ⑥ 対応者の安全と健康
 - ⑦ ボランティア管理（必要に応じて、主導的な役割を担う機関を示す）

当該LHDが主担当機関でない場合は、地域内の担当機関を記載する。

保健所での健康危機管理 ～リスクアセスメントを基礎から学ぶ～

- 基礎を学びつつ、臨機応変に現実への対応を
- いろいろな分野・国内外の考え方や言葉遣いも学びつつ

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）
分担研究報告書

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	（富山県厚生部）
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）木曽保健所）
研究協力者	築場 玲子	（宮城県石巻保健所登米支所）

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を行い、保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引きを作成した。手引きの作成にあたり、健康危機管理の考え方、想定する健康危機の範囲、保健所等の役割と機能を整理した上で職員の立場に応じた役割を定義し、人材の育成方法についてまとめた。

今後、この人材育成の手引きと別のグループで作成した「地域健康危機管理ガイドライン改定案」の普及を図り、保健所等における健康危機管理対応、それに資する人材育成の取組を推進することが必要である。

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

1. 研究体制の構築

研究分担者に加え、研究協力者、オブザーバーによる研究グループの体制を構築し、令和6年度は分担研究の会議を3回開催する

とともに、研究代表者が主催する班会議に3回開催し、他の分担研究と連携した。

2. 人材育成の手引きの作成

研究グループにおいて、健康危機管理に対応できる人材育成について先行研究や過去の健康危機対応の事例から検討を行い、「保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引き」を作成した。

C. 研究結果

1. 人材育成の手引きの構成

1. 健康危機管理における保健所等に求められる役割

(1)健康危機・健康危機管理の定義と想定する範囲

(2)健康危機管理における保健所等の役割と機能

(3)類型別の特徴

2.保健所等職員の役割

(1)職位・機能別役割

(2)モードの切り替え

(3)設置自治体・部署

3.健康危機管理に対応する人材の育成方法について

(1)人材育成の目標

(2)人材育成の手段と留意点

(3)心掛けておきたいポイント

2. 手引きのポイント

手引きの作成にあたり、以下の流れで検討を進めた。

(1) 健康危機管理の考え方

人材育成を考える前提として、健康危機対応時の取組に特化した「狭義の健康危機管理」に対応することを想定して平時からの取組は「危機対応」に必要な取組として検討を進めた。

(2) 想定する健康危機

個別の健康危機に特化した能力を考えるのではなく、様々な健康危機に共通して必要になる能力を検討することとし、具体的には発生頻度を考慮して自然災害、感染症危機、原因不明の3類型を想定した。

(3) 保健所等の役割と機能

職員の能力を検討する前提として、保健所等に求められる役割と機能を先行研究や過去の健康危機事例を参考に整理した。

(4) 職員の立場に応じた役割

保健所等の機能を果たすために必要な能力について、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。また、職員の職位や職種に応じて求められる役割を整理した。

(5) 人材の育成方法

健康危機管理に資する人材育成方法について、体制整備から目標の設定、様々な手段と留意点、心掛けておくべきポイントの流れで整理した。

D. 考察

前年度の検討を踏まえ、健康危機管理に資する人材育成の手引きを作成することがで

きた。手引きの作成にあたり、様々な健康危機に共通して求められる能力を定義することが困難だったが、健康危機管理の考え方を整理すること、組織として求められる役割から個人の役割を整理することにより進めることができた。

人材の育成方法の検討において、自治体の担当部署や担当者が明確化されていないこともあること、研修等を受講する職員への配慮が十分ではないことがあることなど、人材育成を進めて行くためには行政組織への働きかけが重要と考えられた。本グループで作成した人材育成の手引きと別のグループで作成した「地域健康危機管理ガイドライン改定案」を参考に各自治体における健康危機への対応が進むことを期待する。

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検討を行い、「保健所等における健康危機管理に資する人材育成の手引き」を作成した。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

第83回日本公衆衛生学会総会シンポジウム「保健所等における健康危機管理のあり方」にて発表（令和6年10月30日、札幌）

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

保健所等における 健康危機管理に資する人材育成の手引き

(令和 7 年 3 月作成)

厚生労働行政推進調査事業

「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」

(研究代表者 尾島俊之 (浜松医科大学))

分担研究「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))

保健所等における

健康危機管理に資する人材育成の手引き

目次

本手引きの位置づけ	3
1. 健康危機管理における保健所等に求められる役割	3
(1) 健康危機・健康危機管理の定義と想定する範囲	3
(2) 健康危機管理における保健所等の役割と機能	4
(3) 類型別の特徴	5
2. 保健所等職員の役割	5
(1) 職位・機能別役割	5
(2) モードの切り替え	8
(3) 設置自治体・部署	9
3. 健康危機に対応する人材の育成方法について	9
(1) 人材育成の体制整備	9
(2) 人材育成の目標	9
① 組織の目標設定	9
② 個人の目標設定	9
③ 目標設定と人材育成のサイクル	9
(3) 人材育成の手段と留意点	10
① 研修	10
② 訓練	10
③ OJT	11
④ 実働	12
(4) 心掛けておきたいポイント	12
① 健康危機管理に関する経験の共有と活用	12
② 人材配置	12
③ 研修等の参加者への配慮	12
④ 技能維持	12
用語解説	13

本手引きの位置づけ

自然災害や新興感染症などを対象とする健康危機管理は、保健所や設置自治体の重要な業務として位置づけられ、対応人材の育成が求められている。

令和 5 年 4 月の地域保健法改正により、地域保健対策の推進に関する基本的な指針(以下「指針」という。))について、健康危機への対処を考慮することとされた。指針においては、健康危機に備えた計画的な体制整備を推進することとされ、その中で人材育成に関して都道府県及び市町村は、健康危機に備えた研修や訓練の実施、健康危機管理が可能な人材の育成、外部人材を含む必要な人材の確保を行うこととされた。本手引きは保健所及び設置自治体が健康危機に備えた人材育成を平時に進める際の参考となるよう改正版の地域健康危機管理ガイドライン(以下「ガイドライン」という。))の附属資料としてあらゆる健康危機に共通して求められる基本的な事項を中心にまとめたものである。

1. 健康危機管理における保健所等に求められる役割

(1) 健康危機・健康危機管理の定義と想定する範囲

【健康危機の定義】

住民及び来訪者(以下「住民等」という。))の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあり、保健所及び保健所設置地方公共団体(以下「保健所等」という。))の通常の体制や手法等では対応が困難であるか、又はそのおそれがある緊急の事態。

【健康危機の類型】

健康危機は様々な原因により発生するが、本手引きでは、主に自然災害、感染症危機、原因不明事案の 3 類型を想定する。

【健康危機管理の定義】

健康危機において住民等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危機対応に加え、健康危機発生前の平時対応(事前準備)、健康危機発生後の平時対応(通常体制の回復)を含む全体の過程。この過程には健康危機対応時の取組に特化した「(狭義の)健康危機管理」と、それに加えて、平時からの健康危機発生に備えた取組を含む「(広義の)健康危機管理」があるが、本手引きでは広義の健康危機管理を「健康危機管理」とし、狭義の健康危機管理を「健康危機対応」とする(図 1)。本手引きは健康危機対応を担うことのできる人材を育成することを想定して作成した。

(図 1)健康危機管理のイメージ



(2) 健康危機管理における保健所等の役割と機能

【役割(mission)】

健康危機において住民等の生命及び健康への影響を最小限に抑える。

【機能(function)】

保健所等が担うべき機能を、「ガイドライン」と「指針」を参考に、5つの項目(①情報収集・評価分析、②状況判断・意思決定、③体制構築・対策実施・情報発信、④事後検証・改善計画、⑤人材育成)に分類した(表 1)。

(表 1)健康危機管理において保健所等が担うべき機能

分類	内容
健康危機対応	
情報収集 評価分析	・ 発生監視・情報収集と状況認識 ・ リスク評価
状況判断 意思決定	・ リスク予測 ・ 対応開始の判断 ・ 対応に必要な判断 ・ 状況判断に基づく意思決定 ・ 決定事項の説明・指示 ・ 状況に応じたモード切り替えの判断
体制構築 対策実施 情報発信	・ 必要な人員・組織体制の確認・確保・更新 ・ 健康影響の拡大が懸念される場合の拡大防止 ・ リスクコミュニケーション ・ 医療提供体制の確保
対応後の取組	
事後検証 改善計画	・ 対応の記録と整理・検証 ・ 改善計画の策定
平時からの取組	
人材育成	・ 定期的な研修、訓練、On-the-job training (OJT)等

(3) 類型別の特徴

想定する健康危機への対応には、3 類型に共通する部分と、それぞれの類型による特徴があり、それらを踏まえて対応を検討する必要がある。

過去に発生した 3 類型の事例やその対応における特徴は、表 2 のようにまとめることができる。

(表 2)健康危機の 3 類型の特徴

項目 \ 類型	自然災害	感染症危機	原因不明事案
事例	・阪神淡路大震災 ・東日本大震災 ・熊本地震 ・平成 30 年 7 月豪雨 ・能登半島地震	・SARS/MERS ・新型インフルエンザ ・COVID-19	・大規模食中毒 ・毒物混入カレー事件 ・サリン事件
特徴	・突発的に発生する ・インフラへ直接影響する ・人的・物的資源が直ちに不足しやすい	・当初は原因不明の場合もある ・経時的に知見が集積する ・他の国や地域で確認された場合、流行発生までに準備期間がある ・業務ピークが予測困難である ・社会経済的活動や人権擁護の考え方と対立しやすい	・探知が難しい ・原因が不明なまま危機対応を迫られるフェーズがある ・リスクコミュニケーションが極めて困難になりやすい
体制	・災害対策本部が設置される ・保健所等は防災計画等に基づく役割を担う	・感染症法等に基づき、保健所等が対応	・原因特定後は事案に関係した法律(食品衛生法・薬機法等)に基づき、保健所等が対応
保健所等の危機対応時の役割	・物的・人的資源の手配 ・医療提供体制の確保 ・要配慮者への支援	・流行拡大防止対策の実施 ・検査、疫学調査の実施 ・地域の関係機関との連携	・情報収集・調査 ・原因究明に向けた専門機関との連携

2. 保健所等職員の役割

(1) 職位・機能別役割

保健所等が表 1 の機能を発揮するために、保健所等職員の職位に応じた危機対応時に求められる役割(表3)を示す。

(表3)健康危機発生時の職位別役割

平時の職位 \ 危機対応時	立場	主な役割
保健所長、次長、本庁部局長	本部長	意思決定・方針の提示
課長級、課長補佐級、係長級	班長	状況判断・班内の職員を指揮
係員	班員	任務の遂行

また、様々な健康危機対応時に職員に求められる機能別の役割を表4にまとめた。基本的姿勢、健康危機対応、対応後の取組、平時からの取組の4つの大項目と23の小項目からなり、職種に関わらず共通する項目が多いと考えられるが、医学・公衆衛生学の知識やそれに基づく判断など特に専門職としての役割も期待される項目については※で示した。

基本的姿勢は知識や技術を活かすための前提として立場や職種に関わらず必要な事項である。健康危機対応については、対応のサイクルを回すために必要な役割を3つの中項目で示した。対応後の取組については、一連の対応を踏まえた健康危機管理のサイクルを回すために必要な役割を示した。平時からの取組については、人材育成に関する項目を示した。健康危機管理に共通する基礎的な知識としては、過去の健康危機事例等の教訓や健康危機管理に際して用いられるツールに関する知識などが考えられ、それを活用するための技術としてコミュニケーション能力やICSやCSCA/HHHH(「用語解説」参照)等の対応の考え方が挙げられる。

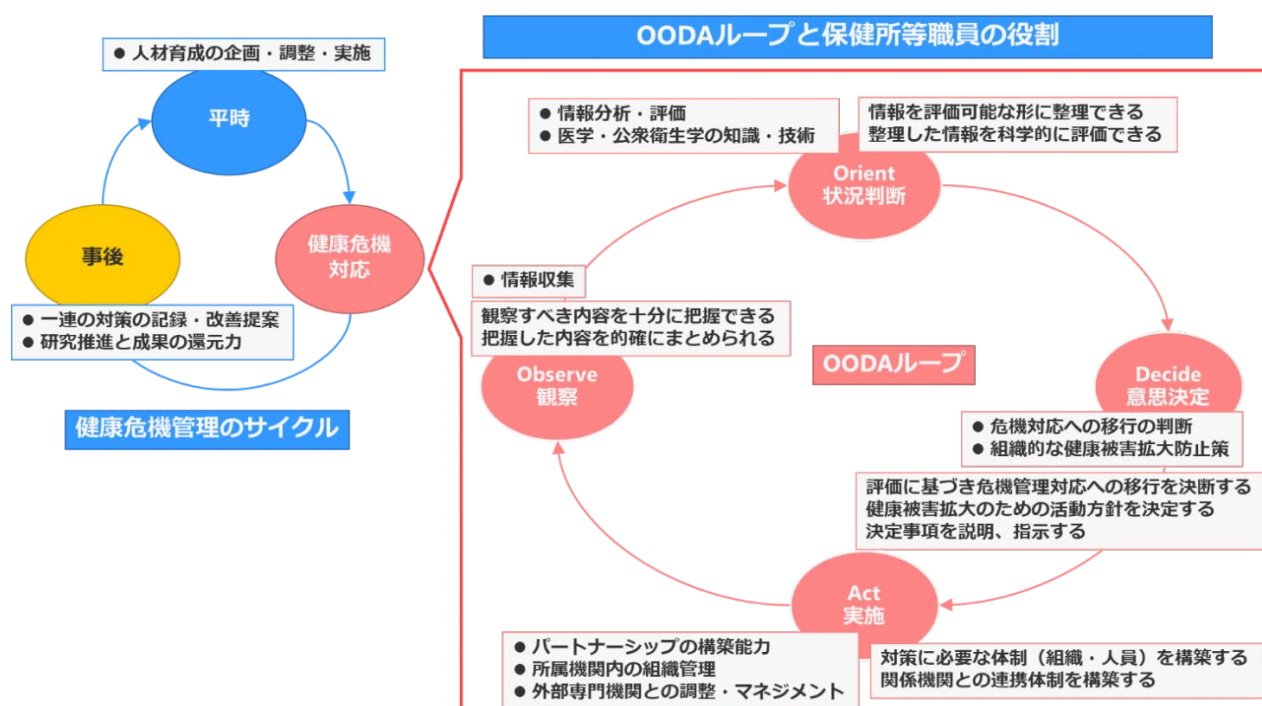
(表4)健康危機管理における機能別役割

分類	項目	本部長	班長	班員
基本的姿勢				
	被災者や健康危機対応に当たる人々に思いやりをもって接する	◎	◎	◎
	自分自身の限界を認識し、他者からの意見を受け止めながら活動を振り返る	◎	◎	◎
健康危機対応				
情報収集 分析評価	情報収集・記録を行う	△	○	◎
	情報分析・評価を行う	○	◎	△
	医学・公衆衛生学の知識・技術を発揮する※	○	○	○
状況判断 意思決定	リスク予測を行う※	◎	◎	△
	健康危機対応への移行を判断する※	◎	○	△
	健康危機対応に必要な判断を行う	◎	○	○
	状況判断に基づく意思決定を行う	◎	○	△
	決定事項の説明・指示を行う	◎	○	△
	組織的な健康被害拡大防止策を実施する※	◎	○	△
	対応の評価と修正を行う	◎	○	△
	方針変更を判断し実行する	◎	○	△
体制構築 対策実施 情報発信	関係機関とのパートナーシップを構築する	◎	◎	○
	所属機関内の組織管理(決断・指示・調整)を行う	◎	○	△
	外部専門機関との調整・マネジメントを行う※	◎	○	△
	住民や外部機関へ説明する※	◎	○	○
対応後の取組				
事後検証 改善計画	一連の対策の記録・改善提案を行う	○	◎	○
	研究推進と成果を還元する※	◎	○	△
	健康危機対処計画等の策定・改定を行う	◎	○	△
平時からの取組				
人材育成	人材育成を企画・調整し実施する	◎	○	△
	健康危機管理に共通する基礎的な知識を習得する	◎	◎	◎
	健康危機管理に共通する基礎的な技術を習得する	◎	◎	○

- ◎：自らの主な役割として実践できる
 ○：役割分担して必要に応じて実践できる
 △：研修で身につけておく
 ※：専門職としての役割も特に期待される事項

これらの役割を健康危機管理のサイクルと危機対応時に用いられるOODA ループ(「用語解説」参照)に当てはめてみると図2のように示すことができる。

(図2)健康危機管理のサイクル、OODA ループと保健所等職員の役割



(2) モードの切り替え

健康危機発生時においては、平時との違いを踏まえ、組織としてモードを切り替えて対応することが重要となる(表5)。

(表5)モードの切り替え

項目 \ モード	平時	健康危機対応時
業務処理の優先事項	正確性 > スピード	正確性 < スピード
指揮命令系統	決裁ライン	ラインの短縮・省略等 状況に応じて変化
人員の再編成	年度単位で計画的に実施	業務量に応じて随時実施
通知・マニュアル等	遵守して対応	臨機応変な対応が必要

(3) 設置自治体・部署

健康危機管理に職員に求められる役割は、所属する自治体や部署に関わらず基本的な部分は共通しているが、それぞれの組織や部署による特徴があることや、組織の中でも人事異動などにより立場が変わることに留意が必要である。

3. 健康危機に対応する人材の育成方法について

(1) 人材育成の体制整備

健康危機管理に資する人材育成を進めるにあたり、組織全体で担当部署(責任者)を明確にしておく。また、その企画や実施に従事する担当職員を決めておくことが重要である。特に保健医療福祉部局では専門職が多く、職種別に教育や人事管理が行われることもあり、関係する部署や担当者がそれぞれの役割を認識した上でお互いに連携して組織と個人の目標設定に応じた PDCA サイクルを意識する必要がある。

(2) 人材育成の目標

健康危機管理において、健康危機への対応が組織及び職員の役割(本来業務)であることを明示した上で、設置主体により求められる役割に特徴があることを踏まえ、組織と個人それぞれの目標を設定することが望ましい。

① 組織の目標設定

健康危機管理は組織対応であることから、その組織や部署に求められる役割について表 1 を参考に整理した上で、目標を設定することが必要である。

目標を達成するためには、所属職員に加えて組織内部の経験者や外部専門家の活用も含めて対応することが効果的である。

② 個人の目標設定

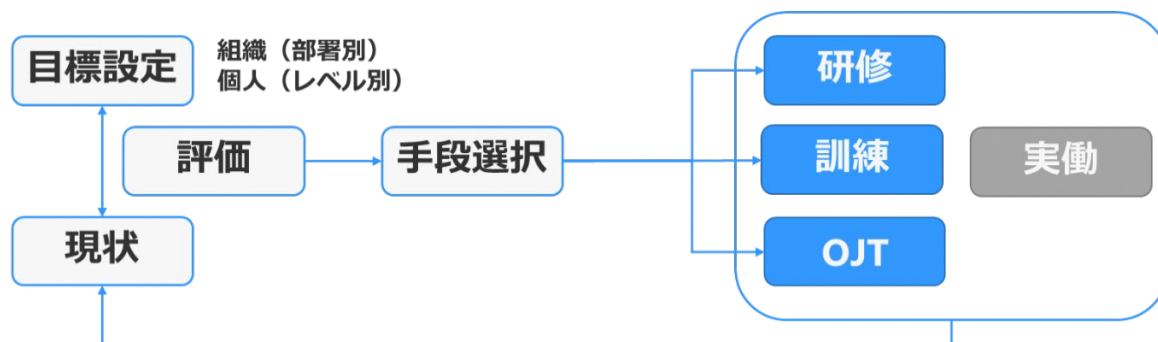
組織目標を達成するために、個々の職員についても表 3 や表 4 を参考に目標を設定することが必要である。

社会医学系専門医研修プログラムや保健師のキャリアラダーなど、既存の人材育成プログラムに含まれる健康危機管理に関する項目を活用することも考えられる。

③ 目標設定と人材育成のサイクル

人材育成を進めて行くためには、現状の評価を行って目標とのギャップを認識し、その差を埋めるための手段を選択し、定期的に評価を行うサイクルを回すことが必要である(図 3)。

(図 3)目標設定と人材育成のイメージ



(3) 人材育成の手段と留意点

人材育成においては、目標設定における到達度を評価し、学習の戦略を考え、具体的な学習手段を組み立てていくことが必要となる。

健康危機管理は実働の機会が少なく、平時の OJT(on-the-job training)のみで必要な人材育成を行うことには限界があるため、研修を中心に訓練や OJT といったそれぞれの手段の特徴を踏まえ、組み合わせて実施することが必要である。

研修や訓練を企画する際は、職員が主体的に携わることにより健康危機管理に関する個人理解を深めることができる。

また、地域や組織の課題を踏まえたテーマ設定、各職員がその職位や職種に応じた役割を果たせるような工夫、より実践的な演習を含めること、前後に自己評価等も活用した到達度の評価を行うこと等で、個人のみならず組織全体への効果が期待できる。

実施状況の把握に加え、その効果や課題を検証し、今後実施する研修や訓練の企画に反映することが必要である。

① 研修

受講者に合わせた研修テーマや難易度を設定する場合と、テーマを決めて研修を企画し受講者をマッチングする場合がある。研修の内容として、知識を習得するための講義や e-learning と、技術を習得するための演習が盛り込まれることが多い。

研修の中でより実践的な演習を行うことで、実働に近い模擬的な経験を積むことができる。また、受講前に受講者に研修参加の意義や目的を丁寧に伝えることは参加者の研修へのモチベーション向上が期待できる。更に、研修成果を報告会や所属機関のマニュアル等の改訂等の形でフィードバックする機会を設けることも研修効果を高めることにつながる。

② 訓練

訓練は、時間的な制約など実働における活動とは異なるが、実働経験を補完する役割を果たすとともに、組織や地域で定期的に実施することにより保健所等の計画やマニュアル

等の実効性の検証と見直しが可能になり、組織・地域全体の災害対応能力の向上が期待される。

訓練の実施にあたって重要なのは、地域で想定されているリスクに対応したテーマ設定や、その際対応する所属機関内外の関係者が広く参加することである。

行政で行われる訓練や研修においては終了後の振り返りの時間が少ないことも多いため、成果を十分に得るための時間配分に留意が必要である。

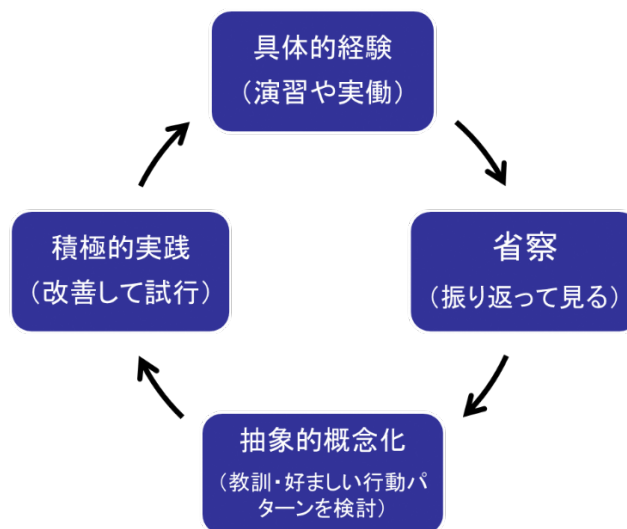
③ OJT

通常業務の多くが健康危機管理に繋がるものであり、OJTによってそれらを確実に実施できるようにしておくことが必要である。特に危機対応時に重要となる時系列に記録を行うことや要点を簡潔に報告することは平時からの積み重ねが重要である。

また、各自で健康危機管理に関する研修・訓練の参加や実働の経験の振り返りを行うとともに、研修や訓練の機会を通じて振り返りや試行を行って学びを強化することも重要である。

その際に、Kolb が提唱する経験学習モデル(図 4)を活用し、①健康危機管理に関する経験の機会を得る、②得られた経験から省察を行う機会を確保する、③経験を次の実践に活かすための概念化を行う、④経験から学んだことを積極的に実践するといったサイクルを回すことが重要となる。このモデルは積極的实践・具体的経験と省察・抽象的概念化の2つのモードを循環させることで、得られた経験を別の事象・状況での問題解決に適用する能力を高めることができるとされる。健康危機管理においては、各健康危機事象とその対処に関する個別性が高いため、訓練も含めた自己の健康危機事象への管理経験が他の健康危機事象の問題解決にそのまま適応可能なことがあまり期待できない。そこで、受けた研修・訓練や実働の経験を一旦は一般化・概念化・抽象化して記憶の整理を行っておくと、その記憶の適応範囲が広がるため、他の健康危機事象への対応の際に応用しやすくなると考えられている。

(図 4)Kolb の経験学習モデル



④ 実働

近年、災害支援活動や感染症危機への対応など、実働が必要な事象が全国で頻発している。実働経験は研修や訓練では得られない貴重なものであるが、その後の振り返りや改善に向けた行動が重要かつ必須である。

(4) 心掛けておきたいポイント

① 健康危機管理に関する経験の共有と活用

健康危機管理に関する組織や個人の経験を活用することは、人材育成において効果的な方策であり、組織の対応経験から報告書の作成や、個人の対応経験や研修受講歴等を一元的に管理するなどそれぞれの情報の適切な活用が非常に重要である。

② 人材配置

平時から、健康危機管理を想定し、職員の適性に配慮した配置について検討することが望ましく、研修や訓練の参加状況、実働の経験等を一元的に管理することは、平時の健康危機発生を想定した人材配置や、健康危機発生時の要員確保に重要である。

③ 研修等の参加者への配慮

研修や訓練の参加者に対し、選定の理由や研修の意義、受講後に組織内で期待される役割等を事前に説明することは、研修参加への意欲を高め、個人や組織への質の高い還元につながると考えられる。また、研修や訓練の修了後に伝達研修や研修内容の復命などを通じて振り返りの機会を確保することも効果的である。

研修や訓練等を効果的なものとするために、事前・事後課題が設定されることも増えてきており、参加者に対して、研修や訓練の実施日だけでなく参加前後の準備時間確保への配慮が必要となる。

更に、近年は研修や訓練等がオンラインで行われることも多く、これらの参加者に対して、通常勤務から切り離され研修に専念できるよう環境を整備することも必要である。

④ 技能維持

研修、訓練、OJT や実働により職員の危機管理に関するスキルが向上した後も継続的な取組による維持・伝承が必要である。各自治体において職員のスキル維持も視野に入れた人材育成計画を立てることが重要である。

用語解説

・ICS(Incident Command System)

米国で開発された危機対応のためのシステムであり、指揮命令系統や組織構成、管理手法を標準化し、あらゆる危機に対して、規模や種類、フェーズに応じて臨機応変に対応できるという特徴を有する。世界保健機関(WHO)や米国以外の国では、IMS(Incident Management System)とも呼ばれる。

・CSCA/HHHH

英国の MIMMS(Major Incident Medical Management and Support)が提唱し、わが国の DMAT(災害派遣医療チーム)も採用するあらゆる災害に共通する対応の基本をまとめたキーワード「CSCATTT」を、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)向けにアレンジしたもので、Command & Control(指揮と統制)、Safety(安全確保)、Communication(連絡・連携)、Assessment(評価)に加えて、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保健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活環境衛生の確保による二次健康被害の防止)を表している。

・OODA ループ

Observe(情報収集)、Orient(状況判断)、Decide(意思決定)、Act(実施)の一連の流れで意思決定を行うプロセス。「ウーダグループ」と発音する。米国空軍のジョン・ボイド氏が提唱した考え方であり、前述した狭義の「健康危機管理」(健康危機対応)のプロセスに当てはまりやすいとされる。

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）

研究協力者 調 恒明（山口県環境保健センター）

高山 義浩（沖縄県立中部病院）

剣 陽子（熊本県阿蘇保健所）

中島 一敏（大東文化大学）

二宮 博文（東京都保健医療局）

三宅 邦明（株式会社 DeNA）

研究要旨：

大規模感染症発生時には、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 発生時には、保健所業務が質的にひっ迫し、対策の効果効率性が損なわれた。すでに自治体では感染症予防計画および保健所ではパンデミックを想定した感染症に対する健康危機対処計画（感染症編）を策定したところであるが、保健所の現場においてそれらの実効性の確保には課題が残されている。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改めて検証し、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。

なお、新型インフルエンザ等対策政府行動計画の改定版（以下、政府行動計画）が 2024 年 7 月に発出されており、新型インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等以外も含めた幅広い感染症による危機に対応できる社会を目指すものとされている。このグループでの検討が同時進行であったことから、政府行動計画の一部には既に次のパンデミックに備えた法制度や組織体制の改正が国レベルの対策として反映されているが、今後、自治体レベルで具体的な対策行動計画を策定するにあたって、この検証がその地域に応じた Next pandemic への対策に関して参考に資することを望む。

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の方向性について考察し提言を行う。

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

COVID-19 対策に関連する学会での研究報告、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. を通じて得られた知見に基づき、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、保健所において今後の 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。

4. Next pandemic への課題

保健所の実施する各分野（Ⅰ積極的疫学調査・Ⅱ相談・Ⅲ検査・Ⅳ地域の感染情報の分析及びリスクコミュニケーション・Ⅴ入院調整および医療体制構築・Ⅵ在宅療養支援・Ⅶ健康観察・Ⅷ保健所 ICT）において基本的事項、課題、方向性および Next pandemic への提言について考察した。

C. 結果

Ⅰ 積極的疫学調査

1. 基本的事項

積極的疫学調査は、平時より感染症発生時に保健所で行われている。保健所には、感染症の性質に応じた積極的疫学調査のための聞き取り様式や調査マニュアル等が準備されており、保健所で勤務経験のある保健師等には、基本的な調査能力はあると考えられる。しかし、こういった様式やマニュアルが、保健所それぞれで作られており、同じ都道府県内の保健所でも対応が少しずつ異なるということがあり得る。

2. 課題

①方針転換の指揮命令系統が曖昧

新興感染症の場合は、感染症の性質（潜伏期間、感染性を持つ期間、感染経路等）が徐々に明らかになるため、常に新しい情報を入手して、その時々状況に見合った内容を調査することが求められる。COVID-19 においても、聞き取るべき内容は変わっていったが、新しい情報に見合った内容に適時に変更できていた保健所と、そうでない保健所があったと思われる（例：発症前に感染性のある期間が当初考えられていた期間より短いということがわかって、当初のやり方通り発症前 2 週間の行動を聴き続けていた保健所など）。また、COVID-19 発生当初は、本来の「感染拡大防止」のための積極的疫学調査が行われていたが、感染が拡大するにすれ、その内容は「重症者やハイリスク者を見落とさない」ことが最大の目的となっていく。こういった内容や目的の変遷を見極めた方針転換を誰が行うのかが曖昧だったところは、うまく方針転換できず当初からのやり方をそのまま続けていたり、同じ都道府県内であっても保健所によって聞き取る内容が異なったりすることとなり、積極的疫学調査から得られる都道府県とし

での疫学データを得ることも困難となっていた。

②積極的疫学調査担い手の拡大（専門職以外も積極的疫学調査に従事）

COVID-19 対策においては、保健所における対応が従来の感染症主管課を超えて全所体制となっていき、保健師以外の職種どころか、最終的には何のトレーニングも受けていない事務職までもが積極的疫学調査に従事することになった。積極的疫学調査のやり方の説明にも手間がかかり、保健所の大きな業務負担となった。また元々医療職ではない職種の人たちが、患者に病状を尋ねたりすることについては、心理的にも大きな負担となった。

③アナログな調査

COVID-19 発生当初は、電話で聞き取った内容を調査票に手書きで書きこんでいることが多く、患者数が膨大になるにつれその管理やデータベース化が困難になった。最終的には多くの保健所でデジタル化が推進されたが、それまでに膨大な時間と労力を費やすこととなった。

3. 方向性

①新興感染症の性質に関する最新の情報や、流行状況に応じた積極的疫学調査内容の方針決定を行う指揮命令系統を明確にする。

②平時から技術職の積極的疫学調査能力の醸成

③職種を超えて積極的疫学調査に従事しないといけないような流行状況への備え（マニュアルや動画作成などがスムーズにできるようにする）

④積極的疫学調査の内容がそのまま疫学データベースにつながるようなデジタル化の推進。患者数が膨大になったときに聞き取

りではなく、患者が自身で入力できるような疫学調査システムの準備。

4. Next pandemic への対応

①流行の状況に応じた、積極的疫学調査の役割や重点化を要所要所で国の方針として、地方自治体・保健所に周知していく必要がある。

②積極的疫学調査票や、患者が自身で入力するシステムなど COVID-19 で最終的に作成されたものを参考にして、できる限りのデジタル化を進める必要がある。

なお、上記①②の対応について、政府行動計画では対策項目「第 11 章 保健」に含まれ、対応期の積極的疫学調査において「国は、…感染症の特徴や病原体の性状を踏まえ、積極的疫学調査の対象範囲を見直し、都道府県等に対し、その内容を周知する。都道府県等は、流行状況、保健所における業務負担を勘案し、国が示す方針も踏まえながら、地域の実情に応じて積極的疫学調査の対象範囲や調査項目を見直す。」とされ、これらの業務における DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進については、政府行動計画の横断的視点として示されている。よって、都道府県等は、同じ都道府県内の保健所が共通したシステムを積極的疫学調査で活用できる取組を推進することを提言する。

II 相談事業

1. 基本的事項

住民や地域の医療機関、各種施設からの感染症に関する相談は、平常時から保健所の感染症部門の通常業務の一環として行われている。相談内容によっては、地域内の感染症の流行状況の把握や異常の早期探知・対応につながることから、地域における感

染動向の情報源としても活用される。

特に COVID-19 の発生初期段階（令和 2 年前半）において、地域差はあったが検査や受診についての情報が圧倒的に不足し、発熱者や接触者からの相談電話が各保健所に殺到した。また、芸能人の感染事例などセンセーショナルな話題をマスコミが連日報じたこともあり、感染不安が拡大した。

その後、国や都道府県単位で発熱相談や一般的な相談に対応するコールセンターを設置するとともに、各保健所においても、応援職員や人材派遣等を活用して、相談体制を強化した。さらに、一部の自治体では、COVID-19 が不安で眠れないといった方へのメンタルヘルスに特化した相談ダイヤルを開設するなど、相談窓口の多様化も進んだ。

2. 課題

流行初期段階では、マスコミからの情報が先行するなど、混沌とした状況の中、根拠となる情報が十分に得られないまま、相談対応に当たらざるを得なかった。保健所は、数年間におよぶ COVID-19 対応においても、周期的な流行の波のたびに、業務改善を繰り返しながら対応してきた。COVID-19 対応の経験を踏まえて、安定的に相談体制を維持していくためには、主に次の 3 点が課題であると考えられる。

①マンパワーの確保

流行状況や報道の影響等により、相談数は増減を繰り返した。また、時間帯による変動も大きく、週明けの午前中、朝や夕方の情報番組終了後に相談数が急増するなど、相談に従事する職員の配置には、臨機応変な対応が求められた。いわゆる政令市型保健所の場合は、本庁（または首長）と保健所との距離（物理的・心理的両面において）が近

いことから、流行の波に合わせた職員の調整が比較的スムーズだったが、都道府県型保健所においては、予算や人事の裁量が限られていることから、柔軟な職員配置が難しい面も見受けられた。

②相談の質の担保

住民等への相談対応は、EBA（エビデンス・ベースド・アプローチ）が基本であるが、特に流行初期段階では、マスコミからの情報が先行するなど、混沌とした状況の中、根拠となる情報が十分に得られないまま、相談対応に当たらざるを得なかった。また、SNS による様々な角度からの COVID-19 に関する情報も全国的に流布しており、情報の選別に苦心した保健所も多かった。さらに、COVID-19 流行中に開催された東京オリンピック・パラリンピックの関係者からも患者発生が見られ、一部の保健所では、日本とは文化背景や法制度の異なる外国人対応に苦慮する場面が見受けられた。

③相談に従事する職員のメンタルヘルス

発生早期やピーク期に、多くの保健所では、電話対応に追われ、その中で様々な相談に対応していたが、相談者の中には、行政や医療機関に対する不満を長時間話す人や職員への罵詈雑言や過度の要求をする人なども一部に見受けられた。

また、COVID-19 対応が長期化する中、相談に従事する職員の中には、神経をすり減らし、病休や退職を余儀なくされるケースもあったが、サポートする体制は必ずしも十分とは言えなかった。

3. 方向性

保健所は、地域における健康危機管理の拠点であり、新興感染症発生時においても、各自治体の感染症予防計画等に基づい

て、相談対応を確保・維持していく必要がある。

改定された「情報提供・共有、リスクコミュニケーションに関するガイドライン」においては、国と地方公共団体の連携について、1-1. 連絡体制には、発生前から国及び地方公共団体の窓口担当者（複数）の明確化、発生時に相互に連絡を取り合える体制整備等が示され、1-2. 地方公共団体との情報共有においては、発生時に発出する通知の工夫（要旨の記載、検索の利便性向上、視覚化等）、Q&Aの速やかな共有、実施する対策の決定理由、プロセス等についても可能な限り迅速に地方公共団体と共有するよう、示されている。

一方で、想定外の健康危機管理発生時において、通常の人員体制では対応が困難であることから、相談体制については特に、早期の段階で、人員を手厚く配置する必要がある。また、状況を逐次共有するためのリエゾン職員の配置や共有の場を設置するなど、保健所と本庁部門には物理的な距離があることも多く、自治体によっては、平時からの連携が課題となっているため、本庁部門と密接に連携を図る（リスクコミュニケーションの視点）人材配置も必要である。

新設された「保健に関するガイドライン」では、準備期の段階で、研修・訓練等を通じた人材育成及び連携体制の構築をするよう、研修・訓練等の実施について、都道府県等及び保健所の役割として、予防計画に研修・訓練の回数を定め、本庁や保健所において実践型訓練の実施を明記された。また、初動期の対応として、住民への情報提供・共有の開始について、「厚生労働省は、JIHSと協力し、新型インフルエンザ等に位置づけられる可

能性がある感染症について、発生国・地域、感染拡大状況、臨床像など、発生状況等を速やかに把握するとともに、その時点で把握している科学的知見等を都道府県等に情報提供・共有する」と示されている。

この他、エビデンスに基づく相談対応を行うためには、信頼性の高い情報源から得られる国内外の発生動向や知見、現地の疫学情報の活用等が有効であるが、それらの情報を効率よく収集し、解釈する力が必要になる。さらに、対応が長期化することを見据えて、相談に従事する職員が疲弊しないための継続したフォローアップ体制が必要不可欠である。

4. Next pandemic への対応

①予算と人事の裁量

「保健に関するガイドライン」では、準備期（流行開始から1か月間）において想定される業務量に対応するための感染症有事体制を構成する人員は「自ら確保する」とこととされているが、特に都道府県型保健所においては、予算と人事の裁量が限定されており、相談の急増等による、柔軟な職員配置は事実上困難と考えられる。相談需要の多寡に柔軟に対応するため、自治体内（本庁と保健所）の連携体制を確立（発生時のリエゾン職員の配置、会議体の設置、予算配分の調整等）をすべきである。

②情報収集について

平常時からエビデンスに基づく相談業務を安定的に運するための情報収集と疫学分析の体制強化として、エビデンスに基づく相談対応を行うためには、信頼性の高い情報源から得られる国内外の発生動向や知見、現地の疫学情報の活用等が有効であるが、それらの情報を効率よく収集し、解釈する

力が必要になる。

③ 複雑かつ不確実性の高い事案にも対応できる相談スキルの向上（人材育成）

④ SNS をはじめとした多様な広報媒体を用いた情報発信（相談の補完的役割）

なお、文化背景や法制度の異なる外国人対応に関して、流行初期のクルーズ船対応や東京 2020 大会の開催時をはじめとして、一部の地域において、外国人や外国人が宿泊する施設等からの相談対応に苦慮するケースが見受けられた。昨今の訪日外国人が増加している状況を踏まえて、検討が必要な課題であると考えられる。

⑤ 相談に従事する職員のメンタルヘルス

長期にわたる相談対応で、職員の中には、神経をすり減らし、病休や退職を余儀なくされるケースもあったが、サポートする体制は必ずしも十分とは言えなかった。相談に従事する職員が疲弊しない体制づくり（ジョブローテーション、シフト制、役割分担の明確化等）が必要である。

⑥ スケールメリットを生かした都道府県単位の総合調整機能の確立

マンパワーを消耗しないよう効率的でかつ住民の知識・意識・行動の把握を効果的にこなう。

Ⅲ 検査

検査に関して保健所の機能強化に資する事項として、積極的疫学調査・保健所設置市との連携・都道府県庁・保健所の組織体制について、それぞれ検討した。

<積極的疫学調査>

1. 基本的事項

発生早期の濃厚接触者等への積極的疫学

調査の強化策について、機器、人員、能力も含めて検討した。新型インフルエンザ等感染症のように、検査法のない未知の感染症に対して、公的機関（地方衛生研究所）が全国で統一した検査法で検査を実施する事は危機管理上極めて重要である。2020 年以前にも、2009 年の新型インフルエンザ、2015 年の韓国における MERS の流行などに対して、その時々において（ad hoc に）国立感染症研究所で検査試薬を開発し、地方衛生研究所と共同でマニュアルを作成し、全国の検査体制を立ち上げてきたが、新型コロナウイルス感染症の経験を経てようやく、新規感染症の発生に対して、速やかに国立感染症研究所で検査試薬を開発し、地方衛生研究所と共同でマニュアルを作成し、全国の検査体制を確立することが予め確認された。この国立感染症研究所と地方衛生研究所の連携体制はきわめて重要であり、2025 年 4 月に国立感染症研究所が国立国際医療研究センターと統合し、特殊法人国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security：以下「JIHS」）となっても維持強化されなければならない。

2. 課題

①自治体による PCR 検査：発生初期、民間の検査が実施可能となるまでの間、十分な数の検査を行う必要がある。そのため、新型インフルエンザ等感染症の発生公表 100 日までの間（民間の検査が不十分と考えられる時期）において、地方衛生研究所等で検査する検査目標値を感染症予防計画に記載している。初期の混乱の原因となった検体管理については、バーコード等を用いた検体管理システムは、現在、厚生労働省で進められていると認識しているがその実態が明ら

かでない。

②民間への検査の移行について：各都道府県で感染症予防計画に基づき地域の実情に応じて進めて行くことと思われる。なお、政府行動計画では、「国は民間検査機関を含めた検査関係機関等との間の役割分担を平時から確認し、有事における検査体制整備を進め、都道府県等は、地方衛生研究所等や検査等措置協定を締結している民間検査機関等における検査体制の充実・強化に係る検査実施能力の確保状況の情報を把握し、毎年度その内容を国に報告するとともに、当該機関等からの検査体制の整備に向けた相談等への対応を行う」とされている。

③迅速検査：COVID-19 では、2003 年 SARS ウイルスを抗原としたモノクローナル抗体がすでに作成されており、これを利用して抗原定量検査キット、迅速検査キットが比較的速やかに開発されたが、未知のウイルスの場合、より長い開発期間を要することが懸念され、PCR 検査の必要な期間が長くなる可能性がある。

④ゲノム解析数などの根拠、結果の利用促進：ゲノム解析の検査数、timeliness の根拠が示されていない。

3. 方向性

①自治体による PCR 検査：感染症予防計画に記載した検査数を可能とする検査人員の確保、研修、機器の更新、保守管理に対する予算措置が必要である。

②ゲノム解析数などの根拠、結果の利用促進：ゲノム解析の速度が遅いほど、変異株の発生を見つけるための必要検査数は増加することが報告されている。国はこの事を踏まえ、ゲノム解析の検査数を決定すべきである。また、ゲノム解析の結果は、変異株の

検出だけでなく、感染経路の分析に利用可能であり、地方衛生研究所ごとにその利用は行われてきたが、国立健康危機管理研究機構 (JIHS) の役割として国全体で進めるべきである。

4. Next pandemic への対応

新型インフルエンザが季節性インフルエンザ流行期に発生した場合の検査診断対応：2009 年の新型インフルエンザの発生が報道されたのは 4 月 25 日であった。新型インフルエンザの発生は季節によらないとされており、季節性インフルエンザ流行期に、新型インフルエンザが発生した時の検査対応は検討しておくべきである。季節性インフルエンザの流行期には 1 日あたり数十万人の患者が発生している。2 つのインフルエンザを見分けるには PCR 検査が必要であり、多くの自治体が PCR 検査の目標値としている検査数の 10 倍を超える検査が突然必要となる可能性がある。新型インフルエンザが季節性インフルエンザの流行期に発生した場合、検査で新型インフルエンザを見つけ出すことは不可能と考え、封じ込めをしないのか、或いは、あくまで膨大な数の検査を実施し、初期封じ込めを行うのか、予め決めておく必要がある。

<保健所設置市との連携>

1. 基本的事項

通常 PCR 検査を実施していない中核市保健所においても、発生から時間を経て PCR 検査が開始された。保健所検査課の人員、研修、精度管理、機器の更新は、地方衛生研究所と同様に今後の重要課題である。

2. 課題

検査の立ち上げの時期、精度管理（地方衛生研究所による定期的な研修）など都道府

県との連携は重要となる。地方衛生研究所は毎年、国の精度管理を受けているが、保健所検査課の多くは不参加である。

3. 方向性

中核市保健所の検査の精度管理を制度化する必要がある。都道府県の地方衛生研究所との連携を強化し、精度管理のあり方は今後検討されるべきである。

4. Next pandemic への対応

中核市も都道府県と同様に、独自で感染症予防計画を新たに策定しており、この目標を達成できるよう努めること、そのために必要に応じて都道府県と連携することが重要である。

<都道府県庁・保健所の組織体制>

1. 基本的事項

新型コロナウイルス感染症の発生時には、情報管理、感染症対策のための知事直轄の対策班が組織されたが、そこに平時に感染症を業務とする課、大学・医療機関等の感染症の専門家の意見が反映される体制が必要である。また、保健所が収集した、感染者の情報を集積、解析する方法が決められておらず、多大な無駄な情報収集、専門性に乏しい解析が行われた。

2. 課題

新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、都道府県は新型インフルエンザ等対策行動計画を策定しているが、対策を実施するに当たり、科学的根拠を示し、透明性を確保する必要がある。

3. 方向性

科学的根拠に基づく対策を策定するためには、専門家の確保、迅速な意思決定の方法等が重要である。

4. Next pandemic への対応

地域が効果的な公衆衛生監視とアウトブレイク対応能力を確保するために、WHO は人口 20 万人あたり 1 人の FETP 修了生の確保を求めている。政府行動計画において、平時から中長期的な視野による感染症危機管理人材の育成を各項目における横断的視点とされており、わが国には、FETP 修了生以外にも疫学調査の専門家は存在すると思われるが、各自治体はこの基準を念頭に専門家の確保、育成に努めることが求められる。

IV 地域の感染情報の分析及びリスクコミュニケーション

1. 基本的事項

感染症危機管理は、現地毎に異なる状況に応じて柔軟に行われる必要がある。疫学分析は、対策のためのリスクアセスメントにタイムリーに活用するために行われる。国が国全体の対策の方向性を決定するため、都道府県が対策の実務を実施するためにリスクアセスメントを行うのに対し、保健所は、危機管理の最前線にあつて、発生の探知、現地の疫学情報収集と分析を行う役割を担う。

○国、都道府県・地方衛生研究所・地方感染症情報センターとの連携

地域の状況に応じ、柔軟な感染症対策、感染症危機管理が実施されるためには、疫学分析とそれに基づくリスクアセスメントを、国、都道府県（本庁）、保健所の各レベルで連携して行われる必要がある。

○リスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーションの連携

科学的根拠に基づく感染症対策、感染症危機管理が行われるためには、疫学分析が

活用される体制（リスクガバナンス）の中で、適切に位置付けられる事が必要である。リスクガバナンスでは、リスクアセスメント、リスクマネジメント、リスクコミュニケーションが、それぞれに反映され、また、相互作用を可能にすることが重要である。

（図 1）

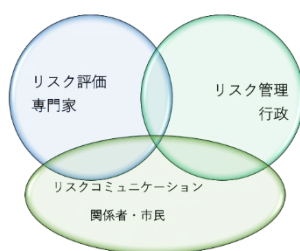


図 1 リスクガバナンスにおけるリスク管理、リスク評価、リスクコミュニケーションの関係

○疫学分析の目的

疫学分析の目的は、発生や状況の変化（異常）の早期探知、流行のレベルやトレンドの把握、将来予測、対策の評価、全体像の把握、インパクトの評価、対策の戦略・戦術の構築への寄与などである。

○疫学分析の情報源

各種サーベイランス、疫学研究、積極的疫学調査などが情報源として活用できる。その際、サーベイランスは、感染症発生動向調査に限定する事なく、病原体サーベイランス、血清疫学調査、ゲノムサーベイランス、下水サーベイランス等を複合的に活用する重層的サーベイランスとして活用する。

○積極的疫学調査

積極的疫学調査は、発生した公衆衛生イベントに対応するために実施する。全体像の把握、感染源や感染経路、リスク因子の特

定などが目的とされる事が多い。

2. 課題

①連携と情報共有

疫学情報及びその分析結果の共有には、技術的課題と制度的課題がある。

・電子化とフォーマットの共通化

疫学情報にはアナログ情報収集とデジタル情報が混在している。また情報管理を行うデータベースや分析手法は必ずしも統一されておらず、共有・公表の際の情報内容やフォーマットも共通化されていない。

・プライバシー保護と感染症対策に係る情報収集と共有

個人情報保護の観点から、法に基づいて積極的疫学調査等で収集可能な情報の範囲、情報共有可能な範囲について共通認識が形成されていない。また、研究の倫理審査に時間を要することが、調査研究を迅速に実施する妨げとなっている。

②コンピテンシーとキャパシティ

日常業務の中で、疫学情報収集及び分析を行う機会が限られていることもあり、コンピテンシー（能力）は十分とはいえない。COVID-19 発生時対応においては、自治体の他部署から応援体制がとられたものの、保健所の疫学分析に関するサージキャパシティの確保体制は不十分である。

③リスクガバナンス体制

都道府県本庁と保健所間の連携と役割分担、特に特定の保健所管内の疫学状況が他の地域と異なる場合に、その特定の地域に適したリスクマネジメントを行うためのガバナンス体制は十分には構築されていない。

④リスクコミュニケーション

ワクチンを含め感染症に関連し、様々な

誤解、誤情報、偽情報、差別、偏見などに対応する体制は十分には構築されていない。

⑤外部研究機関等との協力

疫学情報の収集と分析を行政機関のみで行うのには限界があり、大学などの専門機関、研究機関の支援が必要となり一部の地域では積極的な連携も見られるが、体制整備は不十分である。地域の感染症の疫学分析が研究対象となっていないという地域の専門機関・研究機関の課題もあるが、保健所の受け入れ経験が乏しいという課題もある。

⑥積極的疫学調査

COVID-19 パンデミック対応において、保健所の積極的疫学調査は、濃厚接触者調査とそのフォローアップに殆どのリソースが割かれ、本来のアウトブレイクの特徴を探る深掘り調査を行う余力が残されていなかった。

3. 方向性

①平時からの都道府県本庁や地方感染症情報センターと保健所の疫学分析の分担とタイムリーな情報共有の仕組みを、平時から整理調整しておく。

②情報 DX の推進

感染症の疫学情報の電子化を推進し、保健所で疫学分析が可能となるシステムを構築する。

③個人情報保護に関し迅速な疫学分析が可能となる体制の整備

個人情報保護と感染症対策に係る法制度上の課題整理と解決に向けた体制を整備する。また、感染症危機における疫学研究の倫理審査が迅速に進められる体制を構築する。

④研修と訓練

保健所における疫学情報の収集と分析を行う専門性を強化する。専門家の育成と招

聘、研修、訓練を行って能力強化を図るとともに、日常的に生じる感染症の発生事例に対し、積極的疫学調査を実施することでOJTを行う。

⑤大学等の専門機関・研究機関との連携強化

感染症危機において大学等の専門機関・研究機関と連携して疫学分析を行うためには、平時から連携する体制を推進することが重要である。

4. Next pandemic

①新型インフルエンザ等体制における疫学分析・リスクアセスメントの位置付けの整理（図2）

②国、都道府県との連携、情報共有体制と役割の整理

③情報 DX の推進

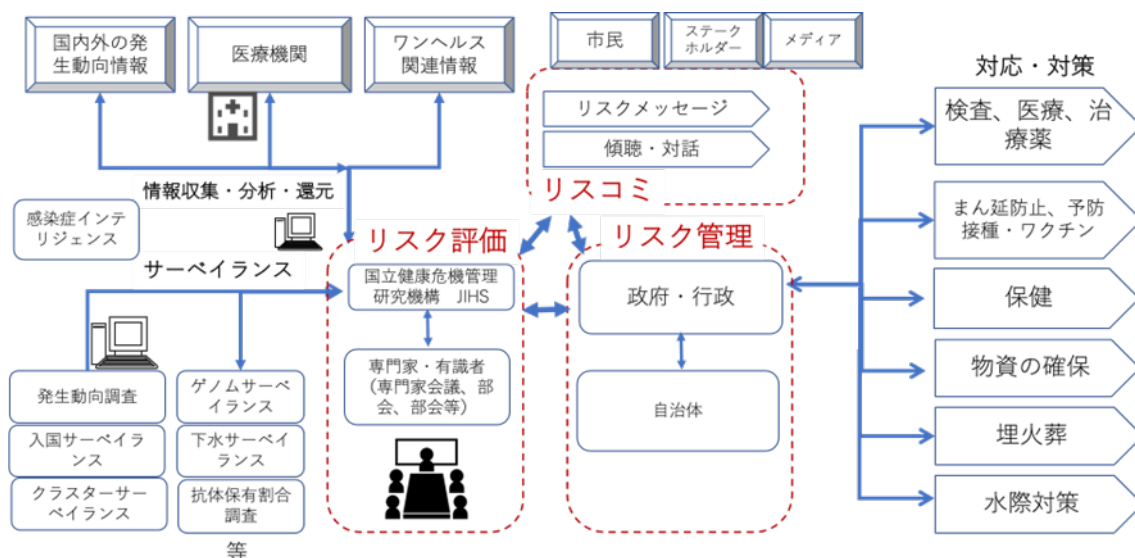
④個人情報保護と感染症対策のための疫学情報収集

⑤平時からの保健所の疫学の能力とキャパシティの強化

⑥研修、訓練、OJT の実施

⑦大学等の専門機関・研究機関との連携強化

図2 リスクガバナンスの考え方に基づく新型インフルエンザ等政府行動計画に基づくガイドラインの関連の概念図



V 入院調整および医療体制構築

医療（入院）調整機能の強化とパンデミック時の医療体制の構築について、保健所の役割を検討した。

<入院調整>

1. 基本的事項

新興感染症対策における入院の目的は以下のように二つの側面がある。

○感染拡大防止

発生早期においては、隔離による感染防止が目的であり、感染症法に基づき、患者の病状に関わらず感染性を基準に入院が勧告される。対応する病床については、感染症法指定医療機関及びそれに準ずる専門医療機関が中心となり、入院医療機関は知事（保健所長）が決定する。

○重症者治療

感染拡大期においては、臨床的判断に基づき重症度を基準に入院の可否、対応する

病床が決定される。対応する病床は、全医療機関が重症度に応じて役割分担して担い、入院医療機関は、重症度に応じて医療機関間の連携により決定される。

対策の実施にあたっては、発生動向に応じて両目的の整合性を図ることが必須である。また、当時の新型インフルエンザ等行動計画においては、感染拡大時には入院勧告は終了し、重症度に応じた一般医療体制に移行するとされていた。

2. 課題

今回の COVID-19 発生においては、指定医療機関中心の入院対応が不可能となった時点でも、治療方法等が未解明である等疾患の特性が把握されていないため医療機関の忌避感が強く、従来の新型インフルエンザ等行動計画に基づいた入院勧告体制の解除が行えなかった。

感染拡大防止と重症治療入院の目的が渾然一体となり、また、多くの都道府県におい

て両目的の入院調整とも保健所中心の業務となった。このため、発生動向の変化や病床のひっ迫状況に応じて、病床の感染拡大防止から重症者医療へと入院調整の重点を変化させる努力を各保健所に要求された。

一方で、COVID-19 の診療報酬を増額したこともあり、重症感染者は医療費が高額になることから、勧告入院による医療費公費負担というスキームを継続せざるを得なかった。

3. 方向性

フェーズや疫学的状況に迅速に応じた体制の変更が重要であると共に、限りある受け入れ可能病床を効率的効果的に運用するためには、全県的な医療調整体制を発生早期から構築することが必要である。よって、保健所の担う広範な業務を勘案して、保健所の関与は必要最小限とし、業務ひっ迫を軽減すべきである。

また、感染症法の趣旨に基づき、人権確保の観点から入院のあり方を検討することが求められる。

併せて、宿泊療養、自宅療養等を含めた感染者療養支援にかかる制度の整備や福祉施設等での感染症対応の強化を図ることにより、医療への過度な負担を軽減することも求められる。これらに関して政府行動計画およびガイドラインにおいて、有事の医療提供体制を平時から準備する観点で、都道府県が感染症指定医療機関と協定締結医療機関の連携により医療提供体制を整備することが示されている。

4. Next pandemic への対応

発生早期から重症度の高い感染者が多発した際は、迅速に臨床医療中心の全県的な医療調整体制の構築と、患者の臨床情報、家

族構成、職業等の感染拡大リスクの情報の確実な把握を行う体制を整備する必要がある。感染者の療養支援においては、宿泊療養や自宅療養を含め、医療費公費負担を幅広く適応する等、柔軟でレンジの広い法制度の対応も検討すべきである。

さらに、高感染性である場合は、医療行為や移送業務における感染防御対策を徹底するなど、感染予防対策の抜本的強化も求められる。

<医療体制構築>

パンデミック時の医療体制と保健所の役割

1. 基本的事項

①パンデミックにおける医療体制

パンデミックにおける医療体制の目的には、感染拡大の防止と感染者の治療という2つの側面がある。感染症の発生初期には、感染拡大を防ぐために患者を隔離することが主な目的となる。そのため、感染症法に基づき、症状の有無に関わらず感染状態にあることをもって入院が勧告される。入院を受け入れる病床は、感染症法指定医療機関やそれに準ずる専門医療機関が中心となり、どの医療機関に入院させるかは知事（保健所長）が決定する。

ただし、患者数が増大し、入院病床が確保できなくなってきたときは、外出自粛など周囲への感染防止に協力することを前提として、自宅療養が選択される。この際、保健所は患者が自宅療養を守っており、状態が安定していることを確認するため、健康観察を実施する。さらに、今回の COVID-19 の流行にあたっては、家庭内感染を防止する目的で、自治体が借り上げたホテルでの宿泊療養が行われた。

一方、感染が拡大してからは、臨床的判断に基づき重症度を基準に入院の可否、対応する病床が決定される。対応する病床は、全医療機関が重症度に応じて役割分担して担い、入院医療機関は、重症度に応じて医療機関間の連携により決定される。

医療体制を運用するにあたっては、発生动向に応じて、これら二つの目的の整合性を図ることが必須である。

○自宅療養

無症状または軽症の患者のうち、家庭内感染対策が可能な場合には、自宅での療養が認められた。多くの自治体が第2波より採用した。定期的に電話やオンラインで健康状態を確認し、症状が悪化した場合には医療機関との調整が行われた。オミクロン株が流行した2022年には感染者数が急増したため、すべての感染者への健康観察の継続が困難となった。電話が繋がらない場合など、自宅を訪問して状態確認を要することもあり、自治体業務をひっ迫させることとなった。

○宿泊療養

第1波の段階より、軽症または無症状の患者のうち、自宅での療養が困難な場合には、自治体が運営するホテルなどの宿泊施設に滞在しながら療養を行うことを可能とした。医療従事者による健康観察が実施され、症状が悪化した際には医療機関への移送が行われた。宿泊療養は、病床の確保を優先しながら、感染拡大を防ぐための有効な手段となった。多くの自治体がホテル療養を積極的に活用し、オンライン診療や看護師の巡回による健康管理を組み合わせることで、安全な療養環境が確保された。

○入院治療

初期には全ての感染者を隔離入院させる方針であったが、感染者が増加してからは、重点医療機関において中等症以上の患者の入院治療を行うこととなった。これらの医療機関では、酸素療法や人工呼吸管理、必要に応じてECMOなどの高度医療が提供された。感染者のさらなる増加とともに、病床確保が重要な課題となった。効率的な運用と重症度に応じた患者と医療機関のマッチングが課題となり、感染者を登録するHER-SYSの運用とともに、病床管理するシステムが自治体ごとに構築された。

○入院待機ステーション

感染が拡大し病床がひっ迫した際には、入院が必要でありながらすぐに受け入れ先が見つからない患者を一時的に受け入れる施設として、入院待機ステーションが臨時的に設置された。この施設では、医師や看護師が健康状態を管理しながら、酸素投与などの必要な医療が提供された。第5波では、入院が必要な患者が急増し、病床の調整が追いつかない状況が生じたため、都市部の多くの自治体がこの仕組みを導入した。

②保健所に求められた役割

○自宅療養

自宅療養者の健康状態を把握し、定期的な健康観察を行うことは保健所の主な役割であった。電話やオンラインでの健康チェックを実施し、重症化リスクのある患者については医療機関との調整が進められた。また、家庭内感染を防ぐための指導を行い、感染予防のための支援物資（パルスオキシメーター、食料、医薬品など）の手配を行うことも保健所の役割とされた自治体もあった。オミクロン株以降、感染者が急増したため、こうした対応を継続することは困難と

なった。

○宿泊療養

ホテルにおける宿泊療養の対象者選定は保健所の重要な役割となった。周囲への感染予防が取りにくいなど自宅療養が困難な患者を振り分け、自治体が確保したホテルへと案内した。また、ホテル療養中の患者の状況が悪化した場合には、医療機関との調整を行った。

○入院治療

保健所は、感染症患者の発生届を受理し、症状や基礎疾患の有無をもとに入院の必要性の判断を求められた。また、重点医療機関や感染症指定医療機関との間で病床の調整を行い、適切な医療機関へ患者を搬送する役割を担った。

○入院待機ステーション

保健所は、入院待機ステーションを利用する患者の選定を、診断した医師と連携して行った。病床のひっ迫状況を把握しながら、重症化リスクの高い患者が優先的に入院できるよう、比較的軽症の患者について入院待機ステーションにて入院待ちとした。とくに介護ニーズが高い高齢患者が多く該当した。

2. パンデミック時の課題

①業務負担の増大

感染者数の増加とともに保健所の業務量が急増した。さらに次々と新たな方針が追加されたため、職員の負担が極端に増大した。感染者の追跡調査や健康観察、医療機関との調整業務が増え、保健所のキャパシティを超える状況が続いた。この結果、医療提供との連携と調整が困難となることが課題であった。特に、高齢者施設に対して感染管理の指導や医療機関に対して臨床的情報を

提供できる専門人材の不足が顕在化した。長期間にわたる対応が求められたことで、職員のメンタルヘルスへの影響も大きかった。

②医療資源の不足

発生早期（おおむね第2波まで）は、感染拡大により検査能力の上限を超え、PCR 検査の対象者を絞り込まざるを得ない状況が生じた。感染者の急速な増大に対する体制の切り替えについて、自宅療養や宿泊療養の対象者の判断が後手後手に回ることも否めなかった。入院調整が数日遅れになるなど、結果的に個別の患者への対応が遅れる事態が生じていた。こうした体制の切り替えについて、自治体に権限が与えられていなかったり、あるいは都道府県と厚生労働省との調整が求められたりしたため、迅速かつ柔軟な対応の障壁となっていた。医療機関の病床がひっ迫して、感染者を受け入れる医療体制が限界に達するケースが多発した。

③情報共有の遅延

医療機関、自治体、政府との情報共有が円滑に行われず、対応が遅れる場面があった。病床の空き状況や、患者の健康状態に関する情報がリアルタイムで共有されず、適切な入院調整が困難となることがあった。自治体によっては、独自の情報共有システムを構築して対応したが、全国共通のシステムではないため、地域ごとの体制の違いが自治体間の情報共有などで混乱を生じることもあった。

3. 方向性

①業務負担の分散と軽減

感染者数の増加とともに保健所への人員が増強されるよう平時より方針を定めてお

く必要がある。感染管理の指導ができるような専門人材については、IHEAT 要員の活用など看護協会や大学等からの支援が得られるように申し合わせておくことが望ましい。一方、患者移送など専門性が低いものについては、民間救急車や介護タクシーの活用も含めて積極的に外部委託することが望ましい。速やかに委託できるよう、予算を確保したうえで人材や車両の確保についての事前提携を行うようにする。これらは、既に都道府県等保健所設置自治体で作成された感染症予防計画に、地域に応じた対応策が記載されていると察する。

また、入院病床の調整については、災害医療コーディネーターの協力を求めるなどして、保健所業務から県庁へと集約化することで実効性が高められるが、これについても都道府県の役割が政府行動計画およびガイドラインに示されている。

②医療資源の効率的運用

感染症流行時に迅速に検査体制を強化する方針について、自治体ごとに策定しておく必要がある。それでも検査体制の拡充が間に合わないことは想定されるため、検査対象の優先順位の方針について、医療機関と保健所とで確認しておくことが望ましい。また、家庭や施設において実施可能な抗原検査が普及してからは、自己検査やオンライン判定を推奨し、抗原検査の積極的活用により介護職員の検査実施も認め、行政検査の滞りを防ぐ体制が求められる。

感染者数の増加は等比級数的に生じるが、医療体制の拡張は等差級数的にしか進めることができない。このため、1週間先の流行を想定しながら、対応できる病床の拡張を進めるとともに、それでも突破されること

が想定されるときは、往診体制や訪問看護とを組み合わせた自宅療養への切り替えなどを迅速に決定できるようにする必要がある。

なお、感染症予防計画では、経験したCOVID-19の第6波程度の感染拡大が1か月で生じることを想定した場合に、積極的疫学調査や検査および医療対応等をどのように準備するかを念頭に都道府県等で計画することになっている。

③情報共有の促進

医療機関とのデータ共有システムの整備を進め、リアルタイムでの情報共有を可能とする。これには、ICTおよびAIの活用を進め、感染拡大の予測や、医療資源の最適配置を行うことも今後の検討課題である。軽症者へのオンライン健康観察の有効性を評価し、年齢やリスクに応じた見守りを整理する必要がある。遠隔医療との連携や、医療提供の迅速化も課題であり、かかりつけ医との協力を明確にするべきである。パンデミック時の感染症の特性を踏まえ、外出自粛は個人への要請に留め、保健所の責任範囲を限定することが望ましい。医療機関、自治体、地域住民との連携を強化し、地域ごとの感染対策を推進する。高齢者施設や障害者施設などでのクラスター対策については、平時のインフルエンザ等でも強化し、地域全体で感染拡大を防ぐ仕組みを整える。

4. Next pandemic への対応

日本におけるパンデミック時の医療体制と保健所の役割において、COVID-19の経験を踏まえ、上述した今後の課題と対応策を検討することで、より迅速かつ適切な対応が可能となる。行政、医療機関、地域住民が一体となり、柔軟かつ強靱な医療体制を構

築することが求められる。

VI 在宅療養者支援

1. 基本的事項

第3波以降、それまでの感染者の原則全員勧告入院の方針が、発生数の多い都市部では病床のひっ迫に伴い困難となってきた。また、感染症法の改正により、法44条3の2に基づく在宅療養中の外出自粛要請が可能となった。このため、軽症者を中心に在宅療養で処遇する方針に転換された。

しかしながら、2021年夏のデルタ株を中心とする第5波以降は、中等症以上の感染者の増加に伴い、酸素飽和度が低下し入院加療を必要とする感染者も在宅で療養せざるを得ない状況となった。このため、在宅においてポータブル酸素吸入器による治療等を行わざるえない事態となった。このため、在宅で重症化する事例や時に死亡する事例が報告された。秋以降は、中和抗体薬が利用可能となったため、在宅で点滴治療を行うことが必要となった。

一方で、こうした事態の発生前は、我が国における訪問診療は高齢者等の慢性疾患が中心であり、中等症以上の感染症の急性期治療を行うことは稀であった。このため、地域における新たな在宅医療体制の構築が必要となった。その後、抗ウイルス薬の開発により、内服治療が可能となったが、訪問調剤が必要となった。

2 課題

以下、地域における保健医療福祉の緊密で迅速な連携体制が必要となった。

① 在宅医療体制の確保

従来の高齢者の慢性疾患中心の訪問診療、訪問看護体制からの急性期感染症患者へ技

術的強化が必要となった。

②訪問診療・看護は市町村が所管する地域包括ケア体制の下で福祉部局が実施されている一方で、感染症対策は保健所で対応しているため、新たに密接な連携体制を構築することが求められた。政令市保健所においては設置自治体内での部局間連携であるため迅速に対応が可能だったが、都道府県保健所においては、自治体間の調整が必要となり一定の期間を要する地域もあった。

③訪問医療の必要性について保健所が医療調整により決定し、地域包括ケア担当部局に訪問診療、訪問看護の対応を要請した。抗体医薬の点滴治療は、投薬後の一定時間の経過観察が必要となるため、訪問診療による投薬後訪問看護による経過観察が行われた。また、抗ウイルス薬は訪問診療での処方により、薬剤師の訪問調剤により供給された。

4. Next pandemic への対応

①平時からの保健医療福祉の連携事業において、感染症危機発生時における連携についても整備及び計画に取り組む必要がある。特に、都道府県型保健所と管内市町村福祉部局間の連携については、都道府県衛生部局と市町村福祉部局の間で体制構築に向けた組織的検討を進めることが求められる。

②訪問診療、訪問看護従事者への急性感染症対応技術及び装備の強化について、国等による指針の作成、都道府県等自治体や保健所による研修等の対策が求められる。

VII 健康観察

1. 基本的事項

COVID-19 発生の初期段階では、陽性患者

は入院・隔離措置が取られていたが、令和2年3月に国は新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針において、自宅・宿泊療養者等の考え方を示し、その後、数度の事務連絡に基づき、保健所が直接入院に至らない軽症の陽性患者に対して健康観察を行うこととなった。

また、令和3年の感染症法改正により、自宅・宿泊療養者等の対応が法的に位置づけられ、健康状態の報告（健康観察）が都道府県の役割として明記された。

さらに、令和4年の感染症法改正により、自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保の一環として、健康観察の医療機関等への委託及び健康観察等に係る一般市町村長の協力及び情報提供の考え方が示され、健康観察の実施主体が多様化することとなった。

2. 課題

従来、健康観察は、感染症法に基づく積極的疫学調査の一環として、陽性患者の接触者に対して行われるものであり、陽性患者に対しては行われていなかった。当初、入院病床ひっ迫の懸念等から、法的な位置づけが不明確なまま、健康観察が保健所の業務となり、自宅療養者が増えるにつれて、保健師等の医療専門職が関わる業務の中でも大きな比重を占めることとなり、業務ひっ迫の要因の一つとなった。特に都市部においては、感染者数の急増に対応する人員が追いつかず、健康観察対象者への連絡の遅れが指摘された。また、健康観察対象者の急変時の対応は、各自治体により判断が異なり、医療機関や消防当局との間の調整が困難な場面も見受けられた。さらに、対象者の一部は健康観察に非協力的であったり健康観察中に連絡不通になったり、業務に支障をき

たすこともあった。

3. 方向性

自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保が感染症法改正で明記されたことにより、明確に業務と位置付けられた。今後、感染力が強く、かつ、軽症者・無症状者の割合が高い感染症が流行することも想定されるため、COVID-19発生を教訓として、各自治体の感染症予防計画等に基づいて、健康観察実施に必要な体制整備を行うことが重要である。具体的には、収集した疫学情報等を分析（リスクアセスメント）し、軽症者・健康観察対象者の定義や観察の頻度等を明確にした上で、できるだけ早期にSMSや健康観察アプリ等のICTを活用した健康観察システムの導入や医療機関等の外部資源の活用、パルスオキシメーター等の医療機器の貸与といった、業務の効率化を検討する必要がある。「保健に関するガイドライン」より、対応期には、健康観察・生活支援について、病原体の特徴や性状や当該患者の重症化リスク等を勘案して、患者自ら健康状態を報告することで足りると判断した時は、感染症サーベイランスシステムを活用した健康観察を行う。症状が急変した時に速やかに医療機関での受診が可能になるよう、あらかじめ当該患者に体調悪化時の連絡先等を伝えておく。必要に応じて市町村等の協力を得て実施する架電等を通じて、直接健康状態を確認できるようにしておく事が示された。

よって、健康観察対象者が急変するリスクを踏まえて、関係機関と協議の上、急変時のフローを事前に定め、急変した対象者が円滑に医療機関受診等の必要な措置を行う

ための体制を整備する必要がある。

4. Next pandemic への対応

①ICT を活用した健康観察システムの導入、パルスオキシメーター等の医療機器の貸与等、医療機関等の外部資源を活用した健康観察の実施のための人材育成及び予算の確保

②健康観察の定義及び観察頻度等の明確化
健康観察の定義づけ（患者自ら健康状態を報告することで足りると判断）は何を根拠にどこが行うのか。感染状況や疫学情報等の分析から得られた知見を踏まえた、健康観察対象者の定義や観察頻度等の明確化

③患者が急変時に速やかに受診するための健康観察業務フローの整備（医療提供体制の確保や病院への移動手段等も含む）

④患者が想定以上に増加（オーバーフロー）した場合の健康観察の体制

⑤スケールメリットを生かした都道府県単位の総合調整機能の確立

VIII 保健所 ICT 機能

1. 基本的事項

新型コロナ対策等パンデミック対策としての保健所の ICT 機能の課題と強化を検討する際には、パンデミック時に独立して使用されるのではなく、平時から使われるシステムの延長線上にあるべきである。そのため、まず、平時に ICT 化を検討すべき分野を整理する。パンデミック時に強化すべき業務もこの延長線上にある。

・発生状況調査：感染症法に規定された感染症報告

・予防対策：予防接種・感染予防行動啓発・感染者対策・隔離、入院勧告

・積極的疫学調査：濃厚接触者把握・感染者状況把握

・検査：検査予約・検査実施・結果告知
・事務手続き：感染症届け出・医療費支給・感染症診査協議会

次に、最近脚光を浴びている生成 AI をはじめとして、ICT 機能の強化を検討する際に、適用可能な代表的な ICT 技術を示す。

①情報入力効率化

・生成 AI（例えば、戦略的イノベーション創造プログラム(SIP)第3期において、感染症法における届け出書類の自動作成が研究されている）

・電子カルテ連携

・音声入力

（AI により飛躍的に精度が上がっている）

・OCR (Optical Character Recognition/Reader、光学的文字認識)

②位置情報の把握（濃厚接触者の把握、自宅隔離者の管理等に使用できる可能性がある）

・ビーコン・QR・GPS・スマホ位置情報（携帯電話通信会社が持つ）

・Bluetooth

③集計・情報共有

・データベースソフト

・CRM（顧客管理システム：コールセンター、苦情相談窓口、各種営業の管理ツールとして発達しており、感染者・濃厚接触者の把握、管理に役立つ可能性がある）



出典：<https://moltsinc.co.jp/media/knowledge/14541/>

④連絡ツール

- ・LINE
- ・MYSOS（検疫に使用された PHR）

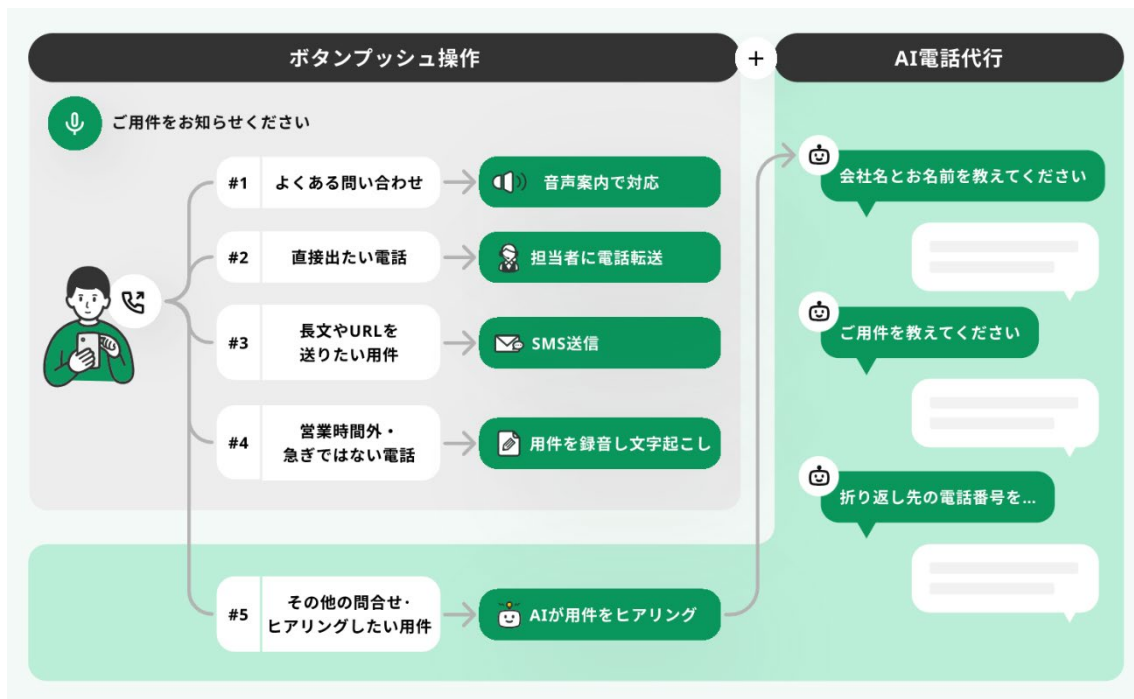


MySOSアプリ画面

※画面は開発中のものです

出典：<https://www.allm.net/news/20210416/>

- ・IVR（電話の自動音声応答システム）



出典：<https://ivry.jp/>

2. Next pandemic への対応

次に、今後の ICT 化に関し、留意すべき事項を以下のように検討した。

- ・パンデミック時のみではなく平時から使用しているべき

- ・感染疑い要件、濃厚接触者要件が頻度高く変わることから、簡易に改変可能にすべき

- ・感染症の届け出に特化している HER-SYS を拡張または、データ連携できるシステムにすべき

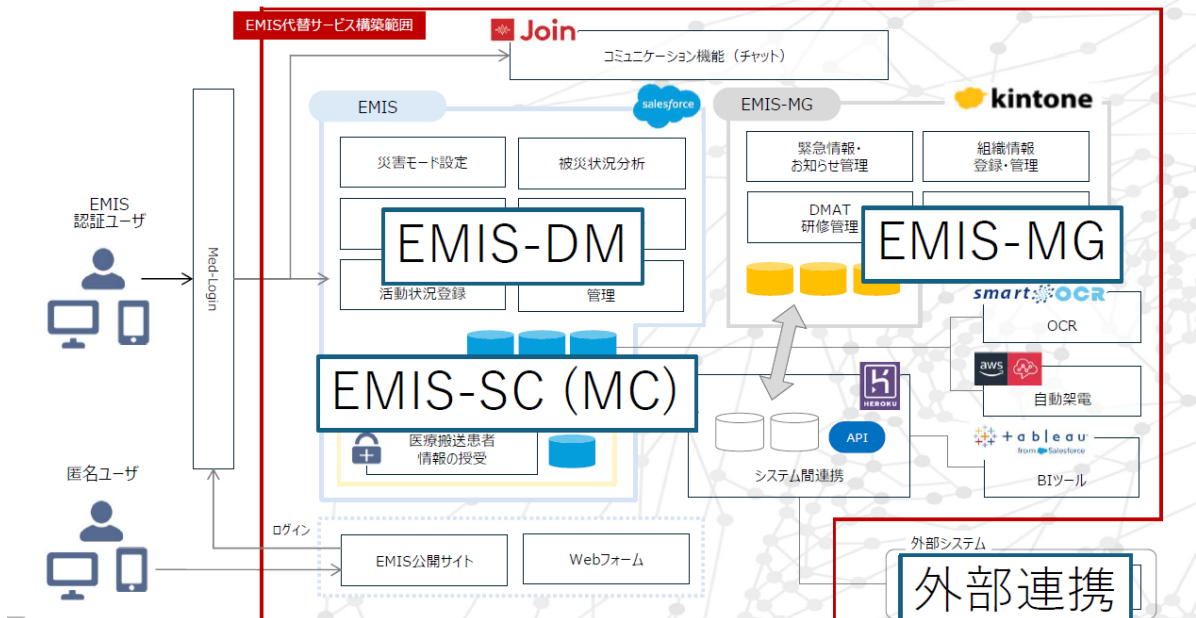
- ・民間で広く使用されているツールを活用し、改変しやすくするとともに、ミカン

サービスとのデータ連携などについても検討すべきである。(広域災害・救急医療情報システム (EMIS) は、プログラムの改変に時間とコストがかかる閉じた専用のプログラムを廃し、kintone, salesforce, JOIN 等の民間で多く使用されるアプリを活用し、代替サービスを発表した)

- ・マイナンバーカードの情報を活用すべき (予防接種歴、特定健診結果、服薬情報等)

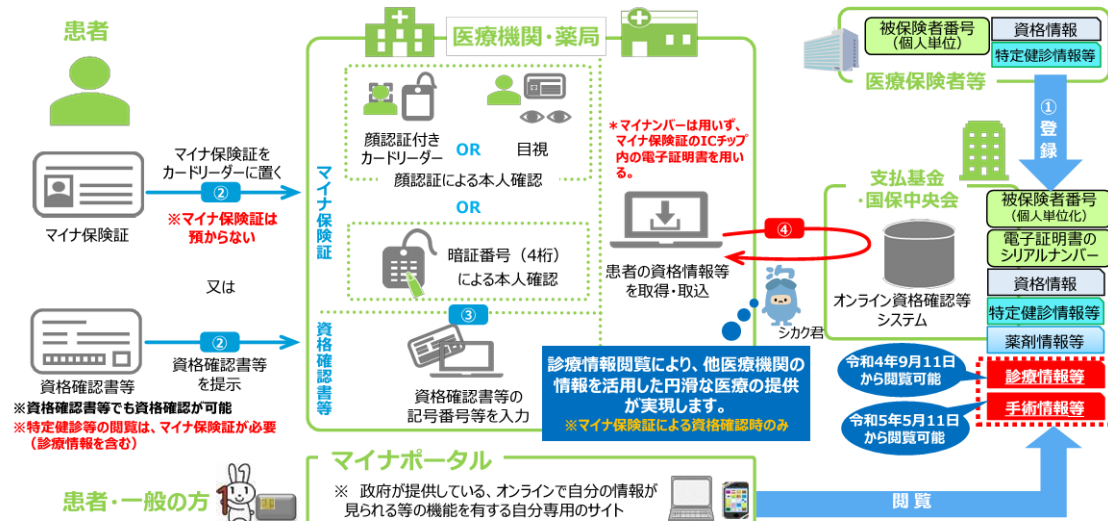
- ・パンデミック時に需要が急増する検査について、一元管理できるシステムを平時より備えておくべき

新EMIS全体イメージ



オンライン資格確認における手術情報を含む診療情報の閲覧について

- オンライン資格確認等システムでは、マイナ保険証を用いた本人確認により、医療機関や薬局で特定健診情報や薬剤情報だけでなく、**令和4年9月から診療情報、令和5年5月から手術情報が閲覧できるようになりました**（マイナポータルでの閲覧も可能）。
- 手術情報を含む診療情報で閲覧できる情報は、次ページ以降を参照ください。



全体的考察

COVID-19 発生時の対応を踏まえ、各分野（Ⅰ～Ⅷ）の課題が明らかとなった。Next pandemic に向けた提言として共通しているのは以下の点である。

- 1、 平時からの人的、技術的、組織的基盤の整備
- 2、 各機関間における連携体制の強化
- 3、 発生時の迅速で臨機応変な対応

COVID-19 平準化後、特定感染症対策指針の改定や医療体制確保事業の構築等により、一定の基盤整備がすすめられた。感染症法や地域保健法の改正も経て、都道府県等において感染症予防計画が策定され、新型インフルエンザ感染症等政府行動計画およびガイドラインも改定されたが、一方で、各自治体で作成する計画等は必ずしも地域の実

情をきめ細かく反映されたものにはなっていない。今回本研究で提言された実務的具体的事項についてさらに考察し、保健所等の対策に資する、現実な施策の立案や体制の整備が行われることが求められる。

また、新型インフルエンザ 2009pdm や COVID-19 とは病原性感染性等性状がより深刻な新興感染症の Next pandemic への対応については、国全体の政策を含めて、より精緻な検討が必要であると関係学会等において学術的立場からも指摘されており、今回の研究においても同様の課題が示唆された。

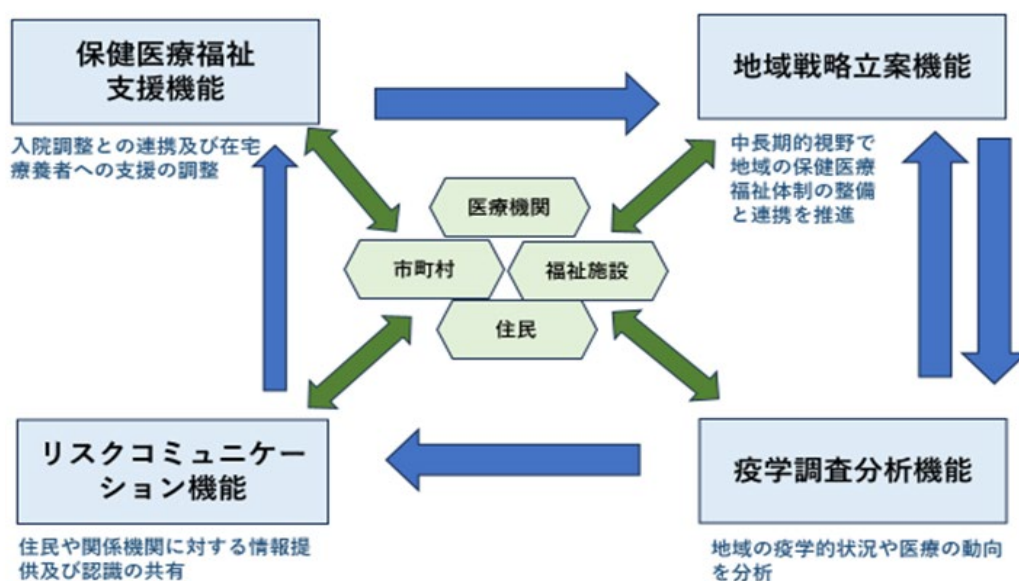
国、自治体等においては更なる検討が行われることが求められるとともに、保健所は、小事例への対応や訓練、研修、関係機関等協議等を通じて、実践的な保健所における健康危機管理体制を構築することが必要である。なお、COVID-19 のパンデミックを

経験したことによって、得られた対策システムを以下に示す。住民が暮らす市町村の医療機関や福祉施設を含めた連携において、保健所が「保健医療福祉支援機能」「地域戦

略立案機能」「疫学調査分析機能」「リスクコミュニケーション機能」を発揮してパンデミック対策に取り組むことが重要である。

保健所のパンデミック対策システム

沖縄県における健康危機管理システムを保健所機能に外挿する。



* 第 83 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム 24
「保健所等における健康危機管理のあり方」資料から抜粋

F. 研究発表

第 83 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム「保健所等における健康危機管理のあり方」にて発表（令和 6 年 10 月 30 日・札幌）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

事例：新型コロナ感染症発生時における地域の研究教育機関との連携

概要 東京都北区保健所はコロナ対策の実施において、隣接区に所在する帝京大学公衆衛生大学院との連携協力により地域の疫学的状況の調査分析を行い、科学的根拠に基づいた対策決定 Evidence-based policy making（EBPM）を行うことができた。

1. 経緯

2019 年 帝京大学と北区が地域連携協定を締結した。

同 北区保健所が、帝京大学公衆衛生大学院（医学部公衆衛生学教室）に地域医療状況調査事業を委託した。

2020 年 3 月 新型コロナウイルス感染症発生に伴い、北区保健所と帝京大学公衆衛生大学院が新型コロナウイルス感染症対策に関する支援協定を締結

2. 参加者

同大学教育研究職及び大学院生、大学院生は全員社会経験のある専門職で医師、保健師、看護師、等。

3. 個人情報保護対策

- ① 北区非常勤職員としての守秘義務あり。
- ② 各参加者と秘密保持契約を締結する。
- ③ すべてのデータ取扱作業を保健所内の専用スペースに設置した通信機能のない専用端末で行う。
- ④ 原則として個人を特定できる氏名、住所番号は削除したデータを対象とする。
- ⑤ 大学院生は医療職として各法令に基づく守秘義務を有する。

4. 実施体制

- ① 大学側参加者決定及び勤務調整は、大学が学内状況に基づき実施。
- ② 大学からの参加者は全員北区非常勤職員として採用。
- ③ 報酬については、地方創生臨時交付金を活用した。

5. 調査内容

- ① 調査分析課題は基本的には保健所が選定する。分析方法等は両者が協議して決定した。
- ② 大学側が調査すべきと考えた課題については、提案に基づき実施した。
- ③ 原則として北区における発生動向等の調査が対象だったが、広域的な状況を

参考とするため、東京都全体の状況の分析も行った。

6. 主な調査結果

- ① 発生動向の基本的分析
- ② ワクチン接種状況の年齢別、地域別、国籍別等の分析による接種促進策の検討
- ③ 発症、受診、治療開始等の時系列的分析による対策の評価
- ④ 各種施設におけるクラスター発生動向の分析
- ⑤ 東京都内の入院調整状況、クラスター発生状況、区別発生動向等

7. 考察

新興感染症発生時にはその疫学的状況を過去の知見に基づいて予測することが困難であり、また対策も発生動向に応じて臨機応変に実施する必要がある。このため、発生動向等のリアルタイムでの疫学的分析を的確に行わなければならない。

今般の教育研究機関との連携が迅速かつ効果的に展開できた理由としては、近接地域に設置されている施設であること、大学本部と区本部との間で既に連携協定が締結されていたこと、平時から保健医療状況の分析を依頼するなど、大学と保健所間で調査分析に関する関係性が構築されていたこと、謝金の財源が確保されていたこと等がある。国は、健康危機発生時における外部の専門職による保健所等の業務の支援の仕組み保健所支援策として IHEAT (Infectious disease Health Emergency Assistance Team) 制度を制定したが、これは次善の策として、地域特性等の情報を共有していること、恒常的な関係構築が可能であること、組織的な支援を受けられること等から、予め地域における教育研究期間との間で支援協力関係の構築を目指すことが PPE の Preparedness の視点からも望ましい。

一方で、感染拡大時には保健所は様々な業務を実施しなければならず、固有職員のみでの調査分析は困難だった。また、平時からの職員の調査分析能力育成の努力も十分ではなかった。このため、関係機関からの支援を得ることが必要となった。このことから、next pandemic に対する備えとしては、危機発生時においても外部機関に完全に依存することなく、指導協力関係の元に共同での調査分析の実施が可能な職員の能力育成及び機器の整備を図るべきである。

なにより、平時から教育研究機関と連携し、感染症のみならず多分野での調査分析研究を行うことがすることにより、保健所の調査研究能力の養成が可能となる。また、今回の COVID-19 発生時には、地方創生臨時交付金等の財政的支援が外部研究機関からの参加者への謝金及び機器の整備を補助した。今後とも

平時から保健所の調査研究機能の育成向上に向けて国及び都道府県からの財政的支援が行われることが、健康危機発生時における保健所機能の強化に資すると考えられる。

事例： 沖縄県における COVID-19 発生時における保健医療体制

1. COVID-19 医療体制

1) 入院調整の一元化

沖縄県では 2020 年 4 月第 1 波と同時に COVID-19 関連入院調整業務を県庁に一元化した。法定の隔離目的の入院体制ではなく、重症度と患者の特性に応じた救急医療体制に準じた体制で行われ、保健所における関連の法定業務は追認する形で実施された。健康観察業務やクラスター発生施設への各病院の ICD、ICN 等を派遣も一元的に実施された。なお、この体制は実質的には中南部地域対象で、医療施設が少ない北部・離島は保健所が入院調整を実施した、

2) 合理的な病床整備

医療機関における病床整備については数理疫学的な分析に基づく直近の予想必要病床数を算出し、各医療機関に要請した。(2021 年 7 月～)

3) 主体的な医療機関間連携

伝統的に県立病院ネットワークを中軸として医療界の結束が固く、公的医療、地域医療を担う意識が強いことから、行政主導よりも病院間連携により医療体制を推進するのスキームが根付いている。このため、医療機関を中心とした協議体制により医療機関間の連携が実施された。

2. 保健所業務

医療調整業務は県庁へ集中したため、保健所への負担はなかった。ただし、北部、離島では医療資源の状況から保健所による医療調整、健康観察も行われた。また、生活支援物資配布、クラスター対応の専門家派遣による支援等も、県庁で一元化して実施され、保健所への負担はなかった。このため、保健所業務は積極的疫学調査に集中化することができた。ただし、感染者の増加に比例して濃厚接触者調査が負担となったが、県からの人的応援は少なかった。

なお、医療費公費負担申請事務、入院勧告・解除等法令事務及び患者移送は実施されたが、入院勧告先医療機関については、入院調整後に追認する形で決定された。

一方で、診療所医師の高齢化等により発熱外来設置が低調だったため、初期は保健所が検査に対応し、検体採取業務が負担となった。その後、医師会、市町村との連携、民間検査会社の活用等により検査体制は整備された。

3. 沖縄県における医療調整体制の特徴

1) 第 1 波の段階で指定医療機関のみで無症状症例を含めた全感染者の受入は困難と判断し、平時の救急医療の機能を準用して重症者を中心に症状に応じた

う入院調整体制を構築した。さらに、感染拡大が生じた際には、高齢者の重症者が増加し福祉施設に大きな負荷が生じる可能性があることを想定し、それに基づいて準備を行った。

2) 平時の救急医療調整体制をベースに、沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部の中に、医療コーディネーターの指揮下で入院調整を行う仕組みを構築した。ただし、北部地区及び離島地域の宮古地区、八重山地区は、平時から地域単位での救急医療調整が行われていることから、それぞれの地区内での医療調整を第一とし、そこで対応できない場合には、県の広域搬送を活用した。

3) 疫学専門家を招致して設置した統計解析委員会による感染状況の疫学的分析に基づいた直近の必要受入病床数という正確なエビデンスを各医療機関に情報提供し、各医療機関に受入病床の確保を要請した。

4) 医療調整のためのデータベースとして、Google spreadsheet を用いた OCAS (Okinawa Ambulance Supporting Information System) を開発、運用した。コロナ診療医療機関の入院患者数及び「受け入れ可能人数」を受け入れ医療機関間で共有するシステムである。しばしば実態との乖離が指摘される GMIS 等の「空き病床数」と異なり、実際に入院受け入れが可能な人数を表すものであった。

沖縄では、このように、平時の救急医療調整体制をベースに、情報システムを効果的に活用して COVID-19 の医療調整体制を構築した。

4. 考察：Next Pandemic への教訓

新興感染症による Next Pandemic においては、これまで経験した Pandemic に比して、複雑性、不確実性、曖昧さを特徴とする重要なリスクを管理しなければなくなる可能性が高い。このため、既存の対策や制度にとらわれることなく、危機発生時における科学的で合目的な組織体制を構築することが必要である。沖縄県における対応は、その一つの方向性を示したと言える。

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：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機関と位置付けられている。今後、感染症のみならず地震や豪雨災害といったオールハザードに対応するためのガイドライン改訂に参考となる事例を、海外における健康危機管理に関する情報から探索することが、本研究の目的である。多様な設置主体による公衆衛生機関のサービスの質を向上し、一貫したものにすべく導入された、米国公衆衛生認証評価委員会:Public Health Accreditation Board (PHAB)による自主的な公衆衛生機関認証制度の有効性や、認証時の評価項目について調査した。さらに英国の緊急時の対応における、国・地域自治体の役割分担や軍が果たした役割について文献調査し、韓国の保健所の健康危機対応について訪問調査した。

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機関と位置付けられている。今後、感染症のみならず地震や豪雨災害といったオールハザードに対応するためのガイドライン改訂に参考となる事例を、海外における健康危機管理に関する情報から探索することが、本研究の目的である。

B. 研究方法

1) 米国公衆衛生認証制度に関する文献調査

わが国の保健所を設置自治体で分類すると、都道府県が設置する保健所に加えて、政令指定都市が設置する保健所、中核市が設置する保健所などが存在し、それぞれの機関が健康危機において果たすべき役割が異なる点が、ガイドラインの策定やガイドラインの利活用促進において課題と考えられる。米国の保健

所に相当する Local Health Department (LHD)には、異なる憲法を持つ州の元に、群（County）、市（City）といった地域自治体が設置する LHDに加えて、州政府が直接管理する LHDや、市・郡が合同で設置する LHD、先住民の部族が設置する LHDなどが存在しており、その法的位置づけや役割について、わが国の保健所より多様な地方公衆衛生機関といえる。このような多様な公衆衛生機関のサービスの質を向上し、一貫したものにすべく、米国では第三者機関である公衆衛生認証評価委員会:Public Health Accreditation Board (PHAB)による自主的な公衆衛生機関認証制度を発足している点に着目して、文献的調査を行った。

2) 英国の緊急時対応に関する調査

英国の COVID-19 感染症流行時における対応について、国・地域自治体での業務・責任分担、軍による支援について、物資の輸送、

危機対応計画の立案への関与に着目して調査した。

3) 韓国保健所訪問調査

2025 年 11 月 28 日に韓国ソウル特別市中区保健所を訪問し、保健所長及び担当者への聞き取り調査を行った。また、前日には国民健康保険公団（元 研究行政部長、現在、高麗大学 高齢社会研究院）金 道勲 氏への聞き取り調査を行った。聞き取りの内容は主として、保健所の概要及び感染症、食中毒、災害を含めた健康危機管理への取り組み状況とした。また、関連する文献を調査した。訪問調査時には国民健康保険公団研究員の方に通訳をしていただくと共に、韓国語の資料等は Chat GPT、Deep L、Google レンズ等で翻訳を行った。

C. 研究結果と考察

1) 米国公衆衛生機関認証制度

(1) 認証制度の開始

2003 年に 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ことが発端となり、2004 年には CDC (the center for disease control and prevention) が、公衆衛生機関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。さらに 2007 年に PHAB 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)。

(2) 米国公衆衛生認証制度の効果

認証後 1 年が経過した LHD に対する調査から、LHD の活動の質や実績改善のための機会を促進したとする主観的評価が報告された⁽³⁾。さらに第三者機関である National Association of County and City Health Officials (NACCHO) が実施した全米保健所調査結果を用いた解析から、認証施設では、非認証施設と比べて、保健所サービスに関する質向上プログラムの実施割合が高いことが示された⁽⁴⁾。また生活習慣病

に関する一次予防プログラムを実施中の LHD を対象とした研究から認証施設では非認証施設に比べて根拠に基づく判断 (Evidence based decision making: EBDM) の能力、リソースの活用しやすさに関連する得点が有意に高かった⁽⁵⁾。また個別の公衆衛生従事者に対する調査から、認証施設で勤務する職員では、非認証施設職員に比べて、公衆衛生の質向上への取り組みや多施設の共同を認識する者の割合が高いことが示された⁽⁶⁾。

さらに 2023 年に報告された研究によると、2013-2016 年に公衆衛生認証を受けた LHD が担当する地域と認証を受けていない LHD が担当する地域のうち、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傾向スコアでマッチングした認証機関が担当する 238 地域と非認証機関が担当する 389 地域の間で、年齢調整死亡率を比較したところ、COVID-19 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, $p = 0.02$ ）。この結果は、施設・職員の主観的アウトカムや、質向上プログラムの実施といった代替アウトカムのみでなく、公衆衛生サービスの向上により、感染症流行時の死亡率抑制に寄与した可能性を示した重要な報告と考えられた⁽⁷⁾。

以上の米国公衆衛生認証制度発足の経緯と有効性について、第 83 日本公衆衛生学会総会（2024 年 10 月 30 日札幌市）において発表を行った（添付資料 1）。

(3) 公衆衛生認証における健康危機管理に関する評価項目の概要

公衆衛生認証による新型コロナウイルスパンデミック時の年齢調整死亡率抑制効果を示唆する報告がみられたことから、健康危機管理に関する評価項目を検討し、わが国のガイ

ドラインに採用すべき点がないかを検討した。初回認証基準のうち、健康危機管理に関する部分: 2.2 Prepare for and respond to emergencies の特徴的な内容について解説を加えた。要点は以下のとおりである。

2.2 健康危機管理

Prepare for and respond to emergencies

評価項目の対象とする緊急事態には、自然災害 (洪水、地震、竜巻)、感染症の流行およびパンデミック、人災または技術的災害 (橋や建物の崩壊、原発事故、化学物質の放出)、テロリズム (炭疽菌・その他の生物テロ、化学テロ、放射性物質または核テロ、爆弾テロ) といったオールハザードが含まれる点が特徴である。

評価項目 2.2.1 A: 健康危機管理計画の策定

この項目は、健康危機管理計画に危機対応に必要な公衆衛生機能が記載されているかどうかを評価しており、当該地域において、
i. 医療対策、ii. 集団へのケア、iii. 集団レベルの致死率管理、iv. メンタルヘルス、v. 非薬物的介入 (法的な隔離、検疫 ソーシャルディスタンス)、vi. 対応者の安全と健康、vii. ボランティア管理 の各項目について、主導的な役割を担う機関を明示することが求められる。

また健康危機におけるハイリスク者について、基本的なアクセスや機能的ニーズのカテゴリーによって定義され、これにはコミュニケーション、自身の健康やセルフケアを維持する能力、自立、安全、支援、自己決定、移動の能力が含まれると詳細に定義し、災害の性質、場所、または種類によってハイリスク者が異なる可能性について言及したうえで、保健所は、ハイリスク者を把握する具体的方法に関する記載が評価される。

評価項目 2.2.2 A: 危機対応中の業務継続の確保

この項目は危機対応中の業務継続計画を評価しており、とくに危機が継続する間も維持しなければならない公衆衛生機能を特定することが求められる。また継続できない場合の権限の委任や、災害時に公衆衛生機能を果たすための代替の場所やリモートでの実施の検討について記載が求められる。

評価項目 2.2.3 A: 人員およびインフラにおけるサージキャパシティへの対応と迅速化

この項目は、災害によって人員やインフラの需要が急速に増加するサージ時に、必要な設備を動員し、人員を派遣し、危機対応中の管理プロセスを迅速化する機能が評価される。平時およびサージ時に、保健所がアクセスできるリソースやインフラのリストに加えて、サージ時の協力の約束を取り付けた企業のリストなども記載が求められる。

評価項目 2.2.4 A: 対応に従事する要員の訓練 (教育) の確保

この項目は、対応活動に従事するスタッフに必要な訓練を提供する能力を評価するものである。スタッフがインシデントコマンドを使用して活動できるように事前に計画された訓練と、特定の緊急事態のニーズに対応するためのトレーニングの両方が含まれる。

評価項目 2.2.5 A:

公衆衛生上の危機または緊急事態におけるリスクコミュニケーションの維持と実施計画

この項目は、危機、災害、感染拡大、または公衆の健康に対するその他の脅威が発生した際の、保健部局のリスクコミュニケーション計画とその実施が評価するものである。実際に認識されている健康リスク、現在の状況、ニーズや状況に対処するために国民がとるべき行動、あるいはとるべきでない行動に関する情報提供、に関する保健所の方針の概要に加えて、通信障害が生じた場合に、どのような手段でコミュニケーションを行うかについても評価される。

評価項目 2.2.6 A:

対応機関との 24 時間 365 日の緊急連絡のためのプロセスを維持および実装する

この項目は、通常の営業時間内外に発生する可能性のある緊急事態における保健部局の対応手順と対応パートナーとのコミュニケーションの実施を評価するものである。これには、保健部門が健康に関する警告を受信および発行し、適切な公衆衛生対応パートナーと 24 時間年中無休で連絡および調整する能力が含まれる。

評価項目 2.2.7 A:

準備と対応を改善するための演習実施と、事後報告書 (After Action Report: AAR) の活用

この項目は、計画された訓練と、緊急事態対応や訓練後のパフォーマンスの説明と分析 (事後報告書) を通じて、準備と対応を改善する取り組みを評価するものである。実際の災害や、演習に関する事後報告書には、災害事例または演習の名前、災害事例または演習の概要、対応パートナーの関与、注目すべき強み、改善事業のリストとスケジュールなど具体的事項を記載する必要がある。

評価項目 2.2.8 S:

対応活動に関連して、部族および地元の保健部門と連絡やその他のサポートを行う

この項目は、州保健部局による地方自治体への支援を評価するものである。管轄地域の地域自治体が、緊急時に州保健局が講じた管轄区域に影響を与える政策や行動を確実に認識できるようにするために使用される、体系的なコミュニケーション方法についての記載が評価される。

(4) 認証制度の長所および短所に関する考察

組織や機関が特定の基準を満たしているかどうかを第三者機関が評価・認証する仕組みは、多くの分野で導入されており、品質マネジメントシステムに関して、国際標準化機構 (ISO: International Organization for Standardization) による ISO 9001 や、航空会社の運航や

管理プロセスに関して、国際航空運送協会 (IATA: International Air Transport Association) が承認した第三者機関による評価を受ける IATA Operational Safety Audit (IOSA) などが有名である。

公衆衛生機関認証制度を導入した場合の利点としては以下のような点が挙げられる。

① 公衆衛生機関が果たすべき役割や必要な要素の明確化と共有化

認証制度の実施においては、明確な認証基準を定めることが必要となる。米国認証制度の発足時に、行政や学術分野の関係者が、公衆衛生機関が果たすべき役割や必要な要素について広く議論を行い、これらが明確化・共有された経緯が報告されている^(1, 2)。これは認証制度に参加しない機関やその職員にも良い波及効果をもたらした可能性がある。

② 認証時の資料作成やトレーニングの効果

認証プロセスにおいて、評価基準に関する文書の整備、認証にむけたトレーニングが、公衆衛生サービスの質の標準化および向上につながると考えられる。

③ 第三者機関による評価

公衆衛生サービスについて第三者機関の評価を受けることで、各機関の良い点や課題に気づくことによって質の向上につながると考えられる。

④ 担当する地域の住民に、公衆衛生サービスの質を明らかにできる

全米の公衆衛生認証の状況は公開されており、地域住民は居住地域の認証状況を知ることができ、安心につながるとともに、税金によって運営された公衆衛生サービスの質に関する説明責任がより明確に果たされることにつながると考えられる。米国では公衆衛生機関が研究や保健活動の実施のため競争的資金を獲得しており、認証施設は資金提供者への説明責任を果たすのみでなく、非認証施設に比べて新たな資金獲得が有利になると考えられる。

一方、公衆衛生認証制度の欠点としては以下のようなことが考えられる。

① 認証制度を実施するための費用がかかる

わが国で、認証制度を実施するには、認証基準の設定、認証機関の立ち上げ、維持に加えて、書類や訪問による審査に関わるコストが生じると考えられる。米国保健所が、公衆衛生認証に申請する際に生じる費用は、所管する地域の人口規模に応じて年間の認証費用は表1のように設定されている。

表1 所管地域の人口規模別年間認証費用

所管人口規模	費用
人口 10 万人以下	5,600 ドル
人口 10～50 万人	8,400 ドル
人口 50～100 万人	11,200 ドル
人口 100～500 万人以下	14,000 ドル
人口 500 万人～	22,400 ドル

<https://phaboard.org/wp-content/uploads/Version-2022-Fee-Schedule.pdf>

② 認証に向けた書類作成やトレーニングの労力がかかる

認証を申請するためには、必要な提出書類の準備や、トレーニングが必要となるため、多大な労力が必要となる。

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.

2) 英国の緊急対応に関する調査

(1) 英国における COVID-19 流行時の対応の体制について

昨年度は、英国の危機管理体制^(1,2)について調査し、英国では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、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ているが、2004年に制定された緊急事態法を下敷きとしていることを報告した。この法では、地域レベルでの緊急事態への対応者を2つのカテゴリーにわけおり、緊急事態の対応において地域レベルでの中心的な役割を担う「カテゴリー1」に、警察、消防のほか、自治体、NHS (National Health Service) を位置づけている。カテゴリー1対応者には、緊急事態計画の策定、事業継続管理体制の整備のほか、緊急事態の発生リスクの評価が課せられている。現場中心かつ地域の主体を第一の対応とするとともに、関係者の連携を基本とし、事態に応じてレベルを上げるという、非常に現実的な体制となっている。なお COVID-19 感染症の流行への対応についての公開審問が現在進行中であるが、重

要な観点としてレジリエンスと準備に関する第1巻報告書⁽³⁾が公開され、ここでは特に中央、政府側の体制について、非常に厳しい評価と勧告が記述されているので抜粋する。

【緊急事態の体制に関する問題点（概要）】

- ・英国は長らく、新型インフルエンザパンデミックのリスクを考慮し計画してきたが、今回のような世界規模のパンデミックには不適切であった。

- ・緊急事態対応計画を所管する組織と構造が非常に複雑であった。

- ・リスクとその結果がどう管理され悪化防止されるか、またどう対応されるのか、といった英国が直面したリスクの評価を裏打ちする致命的な戦略的欠陥があった。

- ・英国政府の唯一のパンデミック戦略（2011年）は、古く適用性に欠け、パンデミックとの遭遇において実質的には破棄された。1つのタイプだけのパンデミックに焦点を当て、予防や対応の拡大縮小調整を考慮する適切性を欠いていた。また、パンデミック対応の、経済的、社会的な結果への注意は不十分であった。

- ・緊急事態対応計画というものは、事前から存在している保健的、社会的な不平等と貧困に対して、十分に対応することはできない。パンデミックとその対応との両方から、人種的なマイノリティのコミュニティや、健康状態が悪く脆弱な状況にある方が、政府の対応策の影響全体と長期にわたるリスクをうけとめることもできていない。自治体や、ボランティア、コミュニティグループのようなかれらのコミュニティを最もよく知る人々、と適切につながることも同様にできていない。

- ・過去の市民緊急事態の訓練と疾病のアウトブレイクとから十分に学ぶことが出来ていない。

- ・特に、パンデミック中に拡大して実施が必要となる、検査、調査、隔離のシステムなど、

パンデミックで必要とされる、対応策、介入、設備に焦点を当てることが致命的に欠如していた。大量の文書はあるが、計画のガイダンスは確実さフレキシブルさに欠け、政策の文書は古く不必要に官僚的であった。

- ・パンデミックに至るまでの時期には、適切なリーダーシップ、調整、監督が欠けていた。大臣たちは、市民緊急事態の専門領域についてたいてい未経験であり、十分に広い範囲の科学的意見と政策的オプションについて示されておらず、官僚や助言者から受け取るアドバイスを十分に検証できずにいた。

- ・アドバイスの提供も改善できる。助言者と助言グループは、異議を唱える十分な自由度と自律性がなく、顕著な外部の監督や検討が無いことに苦しんだ。アドバイスはしばしば”集団思考”により弱体化された。

【緊急事態の体制に関する勧告（概要）】

公開審問を通じて当該報告書では以下10点が推奨されている：

1. システム全体による市民緊急事態の準備とレジリエンスの責務を負う、政府リーダーか副リーダーを座長とする、単一の内閣レベルか相応の大臣委員会（保健と社会福祉を管轄する上層の大臣を含む）を作る。

2. システム全体による市民緊急事態の準備とレジリエンスのためには、政府主担当省庁モデルは不適切であり、廃止されるべき。

3. 最悪の想定シナリオに頼ることをやめ、異なるリスクとそれぞれのリスクの拡がりに応じたシナリオへ向け、新たなリスク評価のアプローチを開発すべき。その際特に、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド、UK全体に特徴的な状況を反映することが望ましい。

4. 新たなシステム全体による市民緊急事態の戦略が設定されるべき。最新かつ有効で、訓練からの学びを含んでいることが、少なく

とも 3 年ごとの実質的な再評価により担保されるべき。

5. 訓練において試されるべきデータシステムなど、緊急事態対応のための情報提供において、信頼できるデータが、タイムリーに収集、分析、安全な共有と使用できるよう、新たなメカニズムを確立すべき。さらに、新たなアウトブレイクに対して迅速に適用されるよう設計された、より広範囲の「冬眠状態（注：平時には対象症例が発生してこないような研究課題など）」やその他の研究が、稼働されるべき。

6. 全国レベルのパンデミック対応訓練を、少なくとも 3 年ごとに実施すべき。

7. 市民緊急事態訓練の終了後 3 か月以内に、知見、学び、推奨をまとめた報告書を刊行し、訓練後 6 か月以内に、報告書の知見への対応として取るべき特定のステップを設定したアクションプランを刊行すべき。訓練の報告書、アクションプラン、緊急対応計画とガイダンスは全て、単一の、全国レベルのオンラインアーカイブに保管され、緊急事態の準備、レジリエンス、対応に係わる全員がアクセスできるようにすべき。

8. システム全体による市民緊急事態の準備とレジリエンスに関する、該当する立法機関による報告書を、少なくとも 3 年ごとに、作成、刊行すべき。

9. システム全体による市民緊急事態に対する、準備とレジリエンスについて、原理、証拠、政策、助言を、注意深く精査し確認するために、外部の「レッドチーム（注：独立した別の検討用チーム）」が定期的に用いられるべき。

10. システム全体による市民緊急事態の準備、レジリエンス対応のための、全国レベルの独立した法定の会議体をつくるべき。この会議体は、独立した戦略的な助言を提供し、地域の公衆衛生長官同様にボランティアな地域と

社会的な企業部門と全国と地域レベルとで相談し、推奨をまとめるべき。

以上のように公開審問からの知見と勧告は、英国外においても該当すると思われるような事項が少なからず含まれているが、特に、政府の対応体制についての勧告が今後どう政府として更新されていくか、について引き続き注視が必要である。また、これまででも「訓練の文化」といえるほど様々な訓練の計画、実施を通じて体制の確認や更新をしてくているが、さらに訓練重視のスタンスが顕著である。過去の訓練は一部公開され、また、公開審問でも具体的に扱われているが、今後、強化される訓練の計画、実施についても注視が必要である。

一方、地域での協働メカニズムであるローカル・レジリエンス・フォーラム（Local Resilience Forum: LRF）については、政府としての公開審問だからかもしれないが、問題点や勧告は明示的には示されていない。逆に言う地域での協議のメカニズムとして実効的に動いているという証左であるかもしれない。同報告書から挙げると、せいぜい、概要の 1, 2 つめ、また、勧告の 1 と 2、に関連すると思われるが、第 2 章において、LRF と中央政府との連携が困難な場合があった点が指摘されている。この点は LRF の問題というより政府側の体制の課題と思われるが、今後何かしらの対応や整理がなされていくと思われる。

いずれにしても、市民緊急事態法の枠組みで地域主体の基盤が明確になっており、かつ地域（広域）での平時からの連携の仕組みとして LRF が位置付けられ、稼働していることは非常に大きいと考えられるので、ここでは、その LRF について概要をまとめる。

LRF は、自治体や緊急対応に関する公共サービス提供者からなる連携・協働のためのしくみであり、いわば日本の広域連合的な、複数自治体範囲を管轄する行政組織等の集まりである。市民緊急事態法（2004）の体系の

もと、緊急事態計画に関する法令⁽⁴⁾のなかで、カテゴリー1とされる、自治体、緊急サービス、NHS等や、カテゴリー2とされる公共サービス提供会社等も交え、対応に当たる組織の協働（co-operation）のための仕組みとして示されている⁽⁵⁾。このようにLRFは法令上示された組織だが法人格ではなく、また指揮命令権限はなく、各構成メンバーが各々の所掌や権限に乗っ取って、各々の指揮命令系統により活動する⁽⁶⁾。また、地域としては、警察の管轄地域に沿って設置することとなっており、厳密には、保健関係の管轄（ローカル・ヘルス・レジリエンス・フォーラムや、インテグレイテッド・ケア・システムなどほぼ同様の広域の行政組織）などとのずれがあるなど、広域化による課題は英国でも存在している。英国のイングランド（人口は約5.5千万人）では、317の基礎自治体が存在しているが、LRFは38であり、平均とすればざっと8前後の基礎自治体と100万人超の人口規模からなる地域であることがわかる。一方ロンドン（人口は約900万人）は32の区があり各区のLRFも設置されているが、LRFとしては1つである。背景としてローカル・レジリエンス・パートナーシップ（LRP）という170を超える団体からなる枠組みがあり、LRFに代表を集約している様子である。

ロンドンのLRF議事録（会議は2023.6分公開が最新）⁽⁷⁾によると、ロンドン市のほか消防、警察、救急、NHS、交通当局のほか、国の機関などからオンライン含め40名弱の参加がある。エリザベス女王の国葬やチャールズ国王の戴冠式に関する表彰や謝辞にはじまり、主な議事内容としては、ロンドンの現状のリスクの状況の共有（デモ等活動、山火事、ガス・電気、999（救急電話）トラブルなど様々）、英国政府のレジリエンス・フレームワークに関する状況（パイロット事業の可能性等）、各メンバーからの状況更新、ロンド

ンのレジリエンスプログラムの状況（リスク評価の更新や訓練等）などが含まれる。

一方、イングランド南西部のドーセットのLRFでは⁽⁸⁾、ドーセットカウンシル（40万人弱）、BCPカウンシル（約40万人）の2つの基礎自治体と、警察、消防等緊急サービスのほかNHSやUKHSA（UK Health Security Agency）、赤十字等の団体、計24団体が構成員として掲載されている。また、市民緊急事態ユニットという事務局的な組織を置いている。同LRFでは自治体の協会による情報共有システム導入プロジェクトの事例⁽⁹⁾が掲載されており、複数の対応組織の協働のため、警察、消防、救急などLRFの組織間で、従来の電話などでの連絡に加えて、システムの導入を行行情報共有や連絡体制の刷新を図ったようであった。

以上のようにLRFは、地域性や人口規模などで構造は大きく異なる面はあるものの、行政、公的緊急サービスや関連団体という広義の対応関係者から構成される枠組みで、地域のリスクを踏まえ、対応のための情報共有や議論をする場と言える。災害対応のためではないが、日本では地域包括ケアや地域医療構想など昨今の地域での保健医療福祉の協議の機会の設定のなかで、地域の見守り等含めて扱われる場合があるが、そうしたイメージとも共鳴するかもしれない。ほか、広域行政範囲として設定されていることは注目すべき点と思われる。

なお、新型コロナウイルス感染症流行時に、対応について検討する議会の委員会への資料⁽¹⁰⁾のなかに、LRFでうまくいった要素について分析してまとめているものがあつたので抜粋する。

【多組織による対応でうまくいったこと5つの提案】

1. 新たなパートナーにLRFの目的と出席する会合の構造を全てブリーフィングし、新たなパートナーがLRFを十分理解し、パート

ナーと共に集合的に働くことが出来ることを担保する。

2. 戦略的、作戦的な調整グループの会合の座長は、パートナー間で共有されたアイデンティティの維持のため、対応のための共有されたゴールを強調しつつ、対応者のレジリエンスを促していく。

3. 共有されたグループの目的を目立たせておけるように、対応と回復の間の時期を表現するのに「安定化期」などの名前を用い、グループが効果的に作業することを促す。

4. 共有されるノルマと価値を作ることを促し、国と地方レベルの対応の間で信頼関係を築くために、地方政府のリエゾン官を通じてメッセージを継続的に伝達することで、地方と中央政府の間のコミュニケーションチャンネルが維持されていることを確認する。

5. ローカルレベルの対応者になるべく多くの情報を持っていて効果的な対応を実施できているようにするために、LRF が他の LRF と積極的にコミュニケーションを取り情報共有する。

以上のように、新型コロナウイルス感染症の流行という新たな事態に対し LRF の枠組みで地域関係者が取り組むにあたり有効であった要素がまとめられているが、これらはチームビルディングや、組織論でしばしば言及される要素とも共鳴すると思われ、日本での同様のメカニズムの必要性や、既存の会議体にしても重要な示唆と思われた。

(2) 新型コロナウイルス感染症の流行時の軍による支援について

英国においては、市民緊急事態等への英軍の支援について、MACA (Military Aid to the Civil Authorities) という枠組みにより中央政府や地方自治体等からの依頼に応じて対応する⁽¹¹⁾、という、日本の自衛隊法第 83 条による、都道府県知事等からの要請に基づく自衛隊の災害派遣の仕組みと似た枠組みがある。日本

でも 2020 年からの新型コロナウイルス感染症の流行時に災害派遣による対応がなされたが⁽¹²⁾、英国でも MACA による英軍の支援が行われた⁽¹³⁾。

英国では公開審問や会計監査員、議会の委員会等、新型コロナウイルス感染症への対応について検討する機会が様々存在するが、軍の支援についても防衛委員会で検討されている⁽¹⁴⁾。その資料から、英国における新型コロナウイルス感染症の流行時の軍による支援について、具体的に見てみる。

市民緊急事態における、英軍の支援は主として以下の 2 つの領域に焦点を当てている。

①防衛の本来の目的で維持していて、市民の当局で独立して維持するにはコストがかかり過ぎるような、ニッチとなる能力の提供。

(爆弾処理等)

②対応能を凌駕した際の市民当局の支援の準備。こうした支援は軍の中の能力を再配分するため、利用可能性と、核となる防衛の目的の達成の必要性とに依存する。防衛省ではこの目的のための隊を維持してはいない。これらの領域の活動は、防衛のタスク 1 に該当し、通常 MACA と呼ばれる。また、MACA は主として 2 つの源から要請される：

①トップダウンの要請で、典型的には主担当省庁や、内閣府対応室 (COBR: Cabinet Office Briefing Rooms) からなされる。

②ボトムアップの要請で、典型的には地域レジリエンス・フォーラムからなされ、上級の警察官が相当する官僚が署名する。その後、防衛省へ提出される前に主担当省庁の大臣から承認される必要がある。MACA が提供する軍の能力は主として以下のとおり：

①計画：軍事要員は、危機的な環境での鍵となるスキルである、不確実性に面し情報が限られたなかで計画を作り実行することに訓練され経験がある。防衛計画担当者は、例えば合意なき EU 離脱への準備で投入された。防衛省が現在のパンデミックで MACA 活動を始め

るよう尋ねられた際、当所はMCLGとNHSの準備のための支援についてであった。このことには、計画の専門家をホワイトホルの省庁内や権限移譲行政機関やLRFに配置することが含まれていたが、これらの組織がパンデミックのインパクトに備えるための能力を増強、拡大するため、である。

②指令と統率（C2）：軍は、トレーニングと通信機器で可能となる、C2構造を十分確立している。2001年のFM危機では軍のC2能力が、感染可能性のある牛のと殺と廃棄の成功的な実施のために、重要な要素であった。現在の危機では、防衛は既存の統合軍事司令構造を、UKの4国におよぶ市民のレジリエンス構造をサポートするために、広く使ってきた。

③ニッチの能力：防衛は多様な専門家の力を提供できる：爆発物処理、CBRN、テロ対策（特殊チーム、監視や偵察）、特殊な技術能力と装備を含む。

④マンパワー：必要に応じて、防衛は、大規模に短期間で、訓練を受け統率のとれた人員を派遣できる。例としては2012年のロンドン五輪の実施支援のため、民間の供給者が必要な数のスタッフを提供することに失敗したことにつづき、14000人の部隊を派遣したことである。

実例：MACA オペレーションの最近の事例
（英庶民院議会資料による）

オペレーション名	年	記述
ベニンシュラ	2001	口蹄疫の緊急事態への対応では、軍が専門性をもつロジスティクスにより、感染した可能性のある牛の殺処分を効果的に完了するうえで調整が重要であった

フレスコ	2002-2003	ストライキした消防士の代替りの人員の派遣
オリンピック	2012	ロンドン五輪の実施のための広範囲の支援
ビッチホール	2013-2014	イングランド南部の洪水発生における自治体への支援
シャク	2015-2016	全英での洪水への対応のための軍事要員の使用

なお、新型コロナウイルス感染症の流行における、MACAによる初期の対応の概要は主として、

- ・2020.3.18にCSF立ち上げのアナウンス。
- ・CSFでは2万人がスタンバイ、4千人がほぼ毎日従事
- ・5月にはスタンバイを7500人に、6/11までにはアクティブに従事は3610人に
- ・MACA要請の承認を、新規や議論のあるものでなければ、実施可能なレベルまで下げた
- ・第一波では多様な活動に参加

さらに、第1波、第2波の具体的な活動は以下のとおり。

【2020年3月から6月】

①計画の支援：多くの軍属の計画担当者が地域レジリエンス・フォーラムやパートナーシップ、スコットランドやウエールズのECCに居た。防衛大臣によると「2月から3月に、省庁内でレジリエンス・フォーラム援するために、我々は上級官を置いていた。非常に迅速に、さらに地域的な、また、権限移譲されたレベルに移行した。我々はロンドン救急サービスに非常にとても早期から置いていた。」とのこと。

②検査能力の増大：軍は、各ユニットが1日500人検査できるよう、MTUネットワークの設置を支援した。2020年5月の終わりまでには、1500人の軍事要員が参加し、これらMTUだけで31万人以上が検査された。また軍事要

員は RTC の実施と検査装置とキットの配達を
あわせて支援した。

③購入と配達の強化：DES スタッフが PPE 購
入を支援した。軍事要員は追加の PPE を NHS
やほか公務機関セクターのスタッフに配達す
ることにしっかり従事した。また DES スタッ
フは人工呼吸器やほか重要な医療機器の購入
と配達にも関わった。

④クリティカルケア設備の増加：軍事要員は
NHS および契約社のスタッフとともに働き、
一連の「ナイチンゲール」病院をイングラン
ド、スコットランド、ウェールズの鍵となる
場所に設置した。これらの施設は実際パンデ
ミックの第一波では必要とされなかったが
(政府のガイダンスに民衆が従っていたこと
によることが大きい)、いくつかの施設は
2020-2021 の冬期中に使用された。またある状
況では、これらの施設は、その後、外来ケア
やワクチン接種などのその他のサービス提供
のキャパシティを提供するために使用された。

⑤科学的サポート：DSTL の科学者、しばし
ばポートダウンとして知られているが、ウ
イルスの研究を支援し、PHE とともに、実験
室のキャパシティを増やすために働き、対応
中にわたり、意思決定者への助言を提供して
きた。

⑥空輸能力の提供：CATF からの軍用機は、
人員輸送、医学的空輸、装置の配達を含め、
いくつかの役割のために使用された。

⑦偽情報への対抗：軍の 77 団は、内閣府の
RRU が、噂を鎮め、偽情報に対抗する支援を
行った。2 名の英軍の専門家が、NATO の
COVID-19 コミュニケーションハブに派遣さ
れた。

【第 2 波への対応—2020 年 6 月から 2021 年 1
月】

2020 年 6 月以降の防衛省と軍の貢献は以下の
例がある：

①2020 年の 11 月早期のリバプールを皮切りに、
その後の「目を見張る」感染者の減少に
至ったイングランド各地での大量検査の展開
を主導。大量検査プログラムが広がるにつれ、
その後何百人もの軍事要員が、マンチェス
ター、ケント、ヨークシャー、ランカシャー
へ派遣された。

②2020 年 12 月末の、変異株の出現への反応
と、それに続いた英仏国境閉鎖において、軍
事要員は、海峡を越えた交易の再開のため、
クリスマス期間中もトラック運転手の検査を
実施。

③スタッフ不足のため、軍属の医療スタッフ
をいくつかの医療機関に派遣すること、及び
救急サービスの支援を通じて NHS への直接支
援を提供。

④ワクチンの計画、配達、実施、例えば以下
などの状況：

- ・ワクチンタスクフォースに 10 名の軍事計画
担当が組み込まれ、全英でワクチン展開を支
援するためさらに 170 名が派遣。

- ・ワクチン急速対応チームが創設され、6 人
ずつの 21 チームが、NHS イングランドの 7 地
域に割り当てられ、ワクチンの展開に対しさ
らなる支援を提供。

- ・空軍は何千ものワクチンをジブラルタルに
軍用機で輸送。

- ・適切な場所を見つけて準備するため、また
ブリストルの地域の大規模ワクチンセンター
を設けるために、軍事要員をスコットランド
の 80 か所のワクチンセンターに派遣。

以上のように、市民緊急事態における英国で
の軍の支援については、日本の自衛隊の災害
派遣と非常に似たしくみ、活動ということが
伺える。ただし、明確に大きな違いとして、
計画の支援が挙げられる。もちろん日本でも
対応時の計画に関与する状況はあるのだろう
が、それを示唆するリリース等は見当たらない
一方で、英国の上記資料などからは、計画

担当者を相当の人数、各階層に派遣していることがわかる。

よい例ではないかもしれないが、その証左と考えられる例を挙げる。ワクチンの展開にあたり、全人口の 5 マイル以内に接種場所が設置される、という命題のもとで、接種場所を地図上にあらわした資料が一時公開されていた¹⁵。公衆衛生や行政の担当者ではおそらくこうした発想での検討は通常しないと思われるが、なにをいつまでに達成、ということが大前提の活動からの計画には、史上例を見ないワクチンの展開において、軍からの計画担当者派遣が有効に機能していたことを示す 1 側面かもしれない。なお英軍は、このワクチンの展開にあたっては、こうした接種場所だけでなく、ワクチンの輸送や中継などいわゆるロジスティクスについても支援し、市民緊急事態への軍の支援の多様さと有効性を示す事例と考えられた。

文献

- 1 Civil Contingencies Act 2004
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>
- 2 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
- 3 Module 1 Report – The resilience and preparedness of the United Kingdom (2024)
<https://covid19.public-inquiry.uk/documents/module-1-full-report/>
- 4 The Civil Contingencies Act 2004 (Contingency Planning) Regulations 2005
<https://www.legislation.gov.uk/uksi/2005/2042/contents>
- 5 Dealing with civil contingencies: Emergency planning in the UK
<https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-8016>
- 6 The role of Local Resilience Forums
<https://www.gov.uk/government/publications/the-role-of-local-resilience-forums-a-reference-document>
- 7 APPROVED London Resilience minutes - 29 June 2023

- <https://www.london.gov.uk/sites/default/files/2024-03/20230629-LRF-Minutes%20-%20PUBLIC%20VERSION.pdf>
- 8 Dorset Prepared
<https://dorsetprepared.org.uk/why-prepare>
 - 9 Dorset Local Resilience Forum
<https://www.local.gov.uk/case-studies/dorset-local-resilience-forum>
 - 10 Written evidence submitted by Louise Davidson, University of Sussex, and others (COR0199) Coming together to respond to Covid-19: Evidence of ‘What Works’ in a Multi-Agency Response
<https://committees.parliament.uk/writtenevidence/21906/pdf/>
 - 11 英国における緊急事態法制と軍隊の国内動員 COVID-19 対応と EU 離脱を事例として 田中 亮佑
<https://www.nids.mod.go.jp/publication/commentary/pdf/commentary122.pdf>
 - 12 新型コロナウイルス感染症に対する災害派遣について
<https://www.mod.go.jp/gsdf/news/dro/2020/corona.html>
 - 13 COVID Support Force: the MOD’s contribution to the coronavirus response
<https://www.gov.uk/guidance/covid-support-force-the-mods-contribution-to-the-coronavirus-response>
 - 14 Defence contribution to the UK’s pandemic response
<https://committees.parliament.uk/work/303/defence-contribution-to-the-uks-pandemic-response/>
 - 15 Map of vaccination sites - 26 July 2021 [ARCHIVED CONTENT]
<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20211013232908/https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/vaccination-sites/>

3) 韓国保健所訪問調査

インタビュー結果等を以下にまとめる。一部、聞き取りの齟齬等による誤りがある可能性があり、その場合は訪問調査実施者の尾島の責任である。

(1) 韓国の保健所の概要

1946 年：ソウルに初めてのモデル保健所が設置、1956 年：保健所法制定、1962 年に保健所法が改正され、保健所の運営主体が広域地方自治体（道／広域市／特別市か）から基礎

地方自治体（市／郡／区）になった。2022 年現在 226 の基礎地方自治体が 256 の保健所を運営している。2020 年時点で保健所 256、支所 1337 か所である。

地域保健法（抜粋）

第 10 条(保健所の設置) ①地域住民の健康を増進し、疾病を予防・管理するため、市・郡・区に 1 ヲ所の保健所を設置する。ただし、市・郡・区の人口が 30 万人を超えるなど、地域住民の保健医療のために特に必要と認められる場合には、大統領令で定める基準により、当該地方自治体の条例で保健所を追加で設置することができる。

第 11 条(保健所の機能及び業務) ①保健所は、当該地方自治体の管轄区域で次の各号の機能及び業務を行う。

- 1.健康にやさしい地域社会の環境づくり
- 2.地域保健医療政策の企画、調査・研究及び評価
- 3.保健医療人及び保健医療機関などに対する指導・管理・育成と国民保健向上のための指導・管理
- 4.保健医療関連機関・団体、学校、職場等との協力体制の構築
- 5.地域住民の健康増進及び疾病予防・管理のための次の各号の地域保健医療サービスの提供
 - ・国民健康増進・口腔衛生・栄養管理事業及び保健教育
 - ・感染症の予防及び管理
 - ・母と乳幼児の健康維持・増進
 - ・女性・高齢者・障害者など保健医療の弱者の健康維持・増進
 - ・精神保健増進及び生命尊重に関する事項
 - ・地域住民に対する診療、健康診断及び慢性疾患などの疾病管理に関する事項
 - ・家庭及び社会福祉施設等を訪問して行う保健医療及び健康管理事業

・不妊症の予防と管理

第 15 条(地域保健医療機関の組織)

2) 保健所に保健所長 1 人を置くが、医師免許を有する者の中から保健所長を任命する。ただし、医師免許を有する者の中から任命することが困難な場合には、歯科医師・漢方医・助産師、看護師、薬剤師、又は保健所で実際に保健等に関連する業務を行う公務員として大統領令で定める資格を有する者を保健所長に任命することができる。

(2) ソウル特別市中区保健所の概要

管内人口 12 万人、面積 9.96 km²、職員数 201 人（うち、医師 8 人）（ちなみに、東京都中央区は人口 17 万人、令和 4 年度地域保健・健康増進事業報告：常勤職員 97 人（医師 3 人）、非常勤職員 3904 人（医師 322 人）である。日本は保健所が医療・訪問看護機能を持たないため概ね同水準か）。

組織構成は 5 部門 20 チーム：食品・衛生部門（保健行政、衛生、食品衛生、食品安全チーム）、感染症管理部門（感染症予防、感染症対応、消毒・環境管理、放射線・臨床検査チーム）、公衆衛生部門（訪問看護、母子保健、包括ケアチーム）、医療・薬事部門（医療事務、薬事、精神保健、慢性疾患管理チーム）、地域健康増進部門（健康な村づくりチーム、地域健康チーム（茶山洞エリア）、地域健康チーム（薬水洞エリア）、地域健康チーム（黄鶴洞エリア）、地域健康チーム（中林洞エリア））

保健所組織とは別に、精神保健福祉センター、認知症センター、児童食品管理支援センターがある。

(3) 重大な感染症(または疑い例)への対応

法定感染症を診断した医師は統合感染症管理情報システム等で報告(保健所、広域自治体、

KDCA(韓国疾病管理庁、Korean Disease Control and Prevention Agency)で共有)する。

なお、KDCA は韓国政府保健福祉部(厚生労働省)の直轄機関である。

保健所は疫学調査を実施(患者や、患者の学校等に電話)する。統合感染症管理情報システムで、全国民の**予防接種歴**を確認することができる(韓国疾病管理庁による統合予防接種管理システムがあり、それと有機的に統合されているか)。大都市(ソウル市など) **疫学調査チーム**が入院調整を行う(地方では、道が担っているか)。

保健所は職員が防護服を着て移送、接触者調査、検体採取及び検体搬送する。RIPHE(保健環境研究院、Research Institute of Public Health and Environment:ソウル特別市・広域市・道 14 箇所に設置)で検査を行う。

その後、医療機関(指定医療機関の隔離病床)で確定検査、患者のケアを行う。また、RIPHE(保健環境研究院)で病原体の遺伝子検査等を実施する。保健所では、陽性確定の場合は詳細な接触者調査及びモニタリング、陰性の場合は疑い患者の隔離解除を行う。

(4) COVID-19 への対応

<疫学調査>

流行初期は、保健所職員が電話をして疫学調査をして、システムに入力した。その後、患者が自分自身で入力するようになった。重症度の判定は、職員が判断した(人工知能の活用等はない)。疫学調査には、最大100~200人を投入して全て実施した。

<検体採取、検査>

中区保健所管内には、検査センターが 40 箇所できた。1 箇所数千人を検査した。また、一般の医療機関に検査を委託した。検体採取について、最初は保健所職員が行った。その後、医療機関の医療者を非常勤雇用、また医療機関に委託した。検査は、当初は RIPHE(保健環境研究院)が、その後、民間機関で実施。遺伝子型の検査は

RIPHE で行ってもらった。なお、極初期は、KDCA(韓国疾病管理庁)で実施した。

<移送>

感染者の隔離には、一般の病院やホテルも利用した。さらに、患者の自宅に隔離した。宿泊療養施設には、医師と看護職を配置した。感染者の移送は、最初の 1~2 年間は保健所が実施した。病院、宿泊療養施設、自宅隔離のいずれにするかは、年齢、病歴、バイタルサインで判断した。重症化すると、保健所が連絡を受けて移送した。中区保健所には救急車が 2 台あるが、民間救急を利用したこともある。

<入院調整>

病床確保は、中央政府の仕事であり、政府が病床を沢山確保した。一時、不足したこともあったが、大きな問題はなかった。(国民健康保険公団が実務を担当したと思われる)。入院調整は、道単位で実施されたが、首都圏はソウル市の入院調整班で、ソウル市、仁川広域市、京畿道の 3 つの合同による調整が行われた。

空床情報の把握は、パンデミック以前からある国民健康保険公団のシステムを活用した。現在使用しているシステムは、パンデミック発生後に整備された。

<健康観察>

自宅療養の場合は、看護職が毎日電話をして状況把握した。その後、患者が自分でシステムに入力するようになった。保健所職員が、食料等の生活物資を配達して家の外から質問して、患者の状態を把握もした。最初は保健所の看護職が派遣、その後、看護職を非常勤雇用、また民間医療機関の看護職の派遣の 3 つの方法で対応した。また、大学病院に委託して、大学病院が在宅患者を管理したこともある。食料等の配達は、保健所職員や区役所の職員が実施したが、その後、民間宅配も利用した。在宅療養者支援には、中区保健所と区役所で最大50人近くが投入された。

(5) 食中毒対応、食品衛生監視指導

集団食中毒疑いは、保健所に届け出する。届け出を受けて、保健所は現場での疫学調査を実施する。症状のある者への調査、摂取状況・接触調査、環境試料及び人体試料の収集を行う。残った食品、食材、キッチンの機材等の検査も含まれる。患者検体と、食品検体からの病原体が一致した場合は、食中毒と判断される。しかし、食品検体から検出されず、患者検体からのみの場合も多い。食品衛生と感染症のチームが一緒に出動する。飲食店等に対して、単純な食中毒は行政処分しないが、衛生状態が不良などの場合には行政処分を行う。

食品衛生監視指導については、中区保健所管内に 6000 か所の飲食店がある。今年は、1000 か所の監視指導を行った。学校や職場等の集団給食施設は、中区保健所管内に 100 か所ある。今年は、全て、監視指導した。

食中毒に関する報告システムがある。入力すると、ソウル市、中央政府に情報があがる。全国の発生をリアルタイムにみることはできず、後から、知ることができる。

(6) 災害医療

健康危機管理という概念は無いが、災害医療には取り組んでいる。大規模な交通事故、火災、建物崩壊、地震など、死亡者が多数発生する事件に対応している。2016 年から、**緊急医療サービス法**に基づく緊急対応マニュアルが作られ、**保健所の迅速対応チーム**が明確化された。

ソウル市の災害医療マニュアルは、保健所の迅速対応チーム等のためのマニュアルとして作成されている。迅速対応チームは、トップの保健所長と、医師 2〜3 人、一般職数人でチームを編成する。災害が長期化(12 時間以上)する場合に備え、交代できるように 2 チーム編成することになっている。平時は、それぞれの業務を行っているが、非常事態の時に迅速対応チームが編成されるが、いつも訓練をしている。迅速対応チームは、死亡者が沢山発生した時などに、消防署からの連絡を受けて出動する。

災害などの発生時には、現場救急医療所長は、管轄地域保健所長が務める。地域統制団長は消防本部長/消防署長が務め、その指揮下で医療関係を所管する。

現場救急医療所は、保健所長がトップで、保健所職員、DMAT (Disaster Medical Assistance Team)、消防署の救急隊員がその指揮下に入る。現場応急医療所では、運営支援班、分類班(トリアージ)、応急処置班、搬送班を組織する。現場救急医療所の医療的機能(重症度分類、応急処置など患者診療に関する任務の指揮)を DMAT チーム長に委任することができる(保健所職員は主として運営支援班を担うことになるか)。

バイオテロ関係は、警察署が中心となり、保健所、消防署が協力して対応する。病原体多検出キットを準備しており、消防署が保健所の要請により実施することとなっている。レベル A の防護服を着用して実施する。多検出キット対応病原体は、炭疽菌(Anthrax)、ボツリヌス(Botulinum)、ブルセラ(Brucella)、痘瘡ウイルス(Poxvirus)、リシン(Ricin)、SEB(黄色ブドウ球菌エンテロトキシン B)、野兎病(Tularemia)、ペスト(Pestis)、緑膿菌(Pseudomonella)である。毒物除染場所の運営(除染テントなどでの除染作業)も行う。1 年に 1 回、訓練を実施している。

梨泰院圧死事故(2022 年 10 月 29 日)の時は、当日の夜中に出動命令を受けて出動した。23:50〜03:38 に活動した。この時は、ソウル市内の 7 箇所の DMAT 全てと、京畿道の DMAT が出動した。中区保健所は、近くの大学病院の DMAT とも連携している。梨泰院圧死事故では、保健所長がトップとなって、大学病院の DMAT 等と役割分担して対応した。

保健所長がトップとして、災害対応する制度はとても良い。しかし、保健所の迅速対応チームは、普段は朝出勤して夕方帰る勤務をし、また 365 日毎日勤務しているわけでは無いので、DMAT の救急室の医師とは違って、迅速に集まるのが難しいことがある点は課題である。

(7) 保健所の医療機能

保健所は、糖尿病、高血圧の治療などを行っている。中区保健所では、周囲に医療機関が多いため、1日10～20人と診療機能は少ない。田舎の保健所は診療機能が重要である。管内面積が広い保健所は、支所を持っている。支所では、医師1人、看護師1～2人だけというところもある。また、全国で16の保健所は、病院の機能もある。病院機能をもつ保健所を「保健医療院」という。

田舎では、医師を雇用するのが難しいため、徴兵制度により兵役に就いている医師が派遣される。健康な男性は全て徴兵がある。田舎の保健所で勤務することで、兵役を果たすことができる。給与は、一般的な最低賃金より少し上の、200万～400万ウォン程度である。田舎は、手当がついて、都市部よりやや高い。最近の深刻な問題として、女性の医師が増えているため、兵役に就く男性医師が減少している。また、医師として勤務する場合の兵役は38か月で、一般的な兵役は18か月であるため、医師であっても取替えて一般的な兵役に就くことを希望する人がいる。

(8) 国民健康保険公団

韓国では1989年に「国民皆保険」が達成されたが、1990年で409と保険者が多く、保険財政や給付範囲の格差問題が生じた。そこで、保険者の統合が進められ、2000年にはすべての医療保険の保険者が統合され、「国民健康保険公団」となった。

地方政府は、中央政府の保健福祉部の指示に従わないことが多い。一方で、国民健康保険公団は、中央政府の指示に従うので、国からいろいろな業務が来る。公団の理事長は医師、理事のうちの2人は国の局長だった人である。補聴器、延命治療に関する事前指示書など、政府のモデル事業をいろいろやっている。学校での健康診断も、今後、公団に一本化される予定である。

全国で178箇所の支社がある。地域の保健医療関係の有力者で、年2回昼食会を行う。保健所長

が会長で、公団支社長、医師会長、漢方医師会長、薬剤師会長がメンバーである。

地方では、公団の支社がないと地域が発展しないので重視されている。公団の建物に、文化センター、サロンを作ることもある。公団は、安定的な雰囲気があるので、大学生から就職先として人気がある。

国民健康保険公団は、医療機関の監督をし、保険の審査を行うので、医療機関に対して立場が強い。COVID-19流行時には、国民健康保険公団の支社長から、病院長に電話をして、病床確保についてプッシュが行われた。また、公団職員を選抜して病院に配置し、感染対策の支援が行われた。農村地域は病院が無いため、ホテルと提携して、宿泊療養施設を開設した。失業者などを雇って、弁当を配達するなどの業務に就いてもらった。

公団職員は、正規職員1万1千人、非正規を含めると1万6千人。COVID-19対応で、一時は2万人くらいになった。

(9) 日本への示唆

COVID-19 その他感染症、食中毒への対応等、概ね、日本と同様であったが、いくつか韓国の取り組みを参考にして日本で強化すべき点がある。

統合感染症管理情報システムでは、国民の予防接種歴の情報も統合されており、迅速かつ適切な感染症対応に資するものである。また、平時からの医療保険者によるシステムで、リアルタイムに空床情報を把握することができ、入院調整に大きな役割を果たしたと考えられる。一方で、食中毒システムは、リアルタイムに他地域での発生状況を見ることはできず、分野によって情報システムの状況は異なると思われた。

COVID-19の病床確保において、医療保険者が大きな役割を果たしていた。平時からの医療機関との関係性を背景に、危機時における統制・調整機能を発揮したと考えられた。

保健所は、自然災害だけではなく、大規模事故等の災害時の救急医療についても、消防や DMAT と緊密に連携しつつ、指揮調整の役割を担うこととなっている。また、バイオテロ対策として、病原体多検出キットを備えていたり、対応訓練を行っていたりする。日本においても、大規模災害時には、保健所が保健医療福祉調整地域本部を設置することが標準となりつつあり、CBRNE 災害対応なども含めつつ、危機管理部局、消防や DMAT 等と連携した指揮調整体制が効果的に構築されるようにする必要がある。

D. 結論

わが国のわが国の地域健康危機管理ガイドライン改訂に資する事例として、米国、英国、韓国の事例を調査した。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

日本公衆衛生学会総会 2024

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

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
白井千香	計画改定を踏まえた保健所の役割と課題 新型インフルエンザ等対策政府行動計画を実効性あるものに 中核市保健所の立場から	公衆衛生	89(3)	242-249	2025
白井千香	保健所と地方衛生研究所のモニタリング報告 2024 保健所、地方衛生研究所等はどう変わったか?	公衆衛生	88(12)	1168-1173	2024
白井千香, 中里 栄介, 豊田 誠, 藤田 利枝, 清古 愛弓, 内田 勝彦	今後の地域医療体制の再構築に向けて, 新型コロナウイルス感染症対応を振り返る	日本環境感染学会誌	39(4)	83-87	2024
尾島 俊之	医学・公衆衛生学と災害 全体像と災害関連死の防止	医学のあゆみ	292(2)	137-140	2025
小林 良清, 岡田 就将, 鈴木 陽, 豊田 誠, 山本 信太郎	保健所等における健康危機管理のあり方 地域健康危機管理ガイドライン改定案の作成に向けて (シンポジウム)	第83回日本公衆衛生学会総会 (抄録集, p137), 札幌			2024
石井 安彦, 小倉 憲一, 田中 英夫, 西垣 明子, 築場 玲子	保健所等における健康危機管理のあり方 保健所等の人的資源の育成・連携 (シンポジウム)	第83回日本公衆衛生学会総会 (抄録集, p137), 札幌			2024
前田 秀雄, 調 恒明, 高山 義浩, 劔 陽子, 中島 一敏	保健所等における健康危機管理のあり方 保健所における新型コロナウイルス感染症対応の検証 (シンポジウム)	第83回日本公衆衛生学会総会 (抄録集, p138), 札幌			2024
佐伯 圭吾, 吉見 逸郎, 松田 亮三, 白井 千香, 尾島 俊之	保健所等における健康危機管理のあり方 米国公衆衛生認証制度に関する文献的調査 (シンポジウム)	第83回日本公衆衛生学会総会 (抄録集, p138), 札幌			2024
小林 良清, 北原 瑞枝, 宮島 有果	長野市における新型コロナウイルス感染症1波から6波までの年代別感染経路	第83回日本公衆衛生学会総会 (抄録集, p314, 札幌)			2024

Ojima T, Shirai C, Uchida K.	Early Response to COVID-19 by Public Health Centers in Japan.	15th Asia Pacific Conference on Disaster Medicine (APCDM 2024), Seoul			2024
尾島 俊之	健康危機管理及び高齢者等への支援体制の進歩	日本老年社会科学会第66回大会, 奈良			2024
尾島 俊之	平時からの健康危機管理-どうする東海- 行政および大学等に求められる健康危機管理	東海公衆衛生雑誌	12(1)	20	2024
尾島 俊之	災害対応の戦略（基調講演）	奈良県公衆衛生学会, 奈良			2024
尾島 俊之	多様な分野とのパートナーシップは公衆衛生をどう変えていくか（基調講演）	第13回日本公衆衛生看護学会, 名古屋			2025
尾島 俊之、高橋 善明、高杉 友、吉野 篤人、渥美 生弘	浜松医科大学における健康危機管理教育	第30回日本災害医学会総会・学術総会（J J Dist Med, 29(suppl, p196) , 名古屋			2025

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6年度 総括・分担研究報告書

発行日 令和7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

令和7年3月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人浜松医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 今野 弘之

次の職員の令和6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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 7 年 3 月 7 日

厚生労働大臣 殿

機関名 枚方市保健所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 白井 千香

次の職員の令和 6 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) 枚方市保健所・所長

(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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 長野県佐久保健所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 小林 良清

次の職員の 6 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) 長野県佐久保健所・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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査の場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 7 年 3 月 11 日

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 所長

氏 名 石井 安彦

次の職員の令和 6 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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 7 年 3 月 10 日

厚生労働大臣 殿

機関名 公益財団法人結核予防会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 尾身 茂

次の職員の令和 6 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) 公益財団法人結核予防会・副理事長専務理事
- (氏名・フリガナ) 前田秀雄・マエダヒデオ

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (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 C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (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7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6年度厚生労働行政推進調査事業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) 佐伯 圭吾・サエキ ケイゴ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。