

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、上級の警察官か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