

令和4年度 地域保健総合推進事業

# シンポジウム 新型コロナウイルス感染症

～これまでの評価と今後の展望～

## 報告書

- 日時  
2022年12月7日(水) 13:00-17:00
- 場所  
全社協・灘尾ホール
- 主催  
一般財団法人 日本公衆衛生協会

令和4年度 地域保健総合推進事業

# シンポジウム 新型コロナウイルス感染症

～これまでの評価と今後の展望～

## 報告書

- 日時  
2022年12月7日(水) 13:00-17:00
- 場所  
全社協・灘尾ホール
- 主催  
一般財団法人 日本公衆衛生協会

## 目次

●	当日のプログラム	5
●	開催概要	6
●	写真で振り返るシンポジウム	8
●	開会挨拶	13
	松谷 有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）	
●	来賓挨拶	15
	福島 靖正（厚生労働省 医務技監）	
●	基調講演	19
	「ベトナムから見た日本のコロナ対策」	
	正林 督章（前厚生労働省健康局長、ベトナム保健省政策アドバイザー）	
●	特別講演	29
	「コロナ感染症対策の課題～今後、自治体に取り組むべき対策のポイント～」	
	永井 良三（自治医科大学 学長）	
●	パネリスト講演	39
	① 「今後の地域保健体制のあり方について」…………… 41	
	佐々木 孝治（厚生労働省健康局健康課 課長）	
	② 「沖縄県における新型コロナウイルス流行と地域連携	
	～感染症に強い社会をめざして～」…………… 45	
	高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長）	
	③ 「大阪府における新型コロナウイルス感染症対策と今後の展望」…………… 52	
	永井 仁美（大阪府茨木保健所 所長）	
	④ 「コロナ禍での公衆衛生を担ってきた保健師のこれまでとこれから」… 57	
	松本 珠実（全国保健師長会 会長）	
	⑤ 「地方衛生研究所の新たな役割」…………… 61	
	吉村 和久（地方衛生研究所全国協議会 会長）	
●	パネルディスカッション、座長・助言者まとめ	67
	座長：岡部 信彦（川崎市健康安全研究所 所長）	
	助言者：中澤 よう子（全国衛生部長会 会長）	
	内田 勝彦（全国保健所長会 会長）	
●	閉会挨拶	79
	松谷 有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）	

## シンポジウムの概要



一般財団法人 日本公衆衛生協会主催 シンポジウム  
「新型コロナウイルス感染症 ～これまでの評価と今後の展望～」

プログラム

13:00 開会挨拶

松谷 有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）

13:03 来賓挨拶

福島 靖正（厚生労働省 医務技監）

【第1部：講演】

13:10 1. 基調講演（オンライン）

「ベトナムから見た日本のコロナ対策」

演者：正林 督章（ベトナム保健省 政策アドバイザー）

座長：和田 耕治（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事）

13:40 2. 特別講演

「コロナ感染症対策の課題～今後、自治体に取り組むべき対策のポイント～」

演者：永井 良三（自治医科大学 学長）

座長：宇田 英典（一般財団法人 日本公衆衛生協会 参与）

【第2部：パネルディスカッション】

14:10 3. パネリスト講演

14:10 ① 「今後の地域保健体制のあり方について」

演者：佐々木 孝治（厚生労働省健康局健康課 課長）

14:25 ② 「沖縄県における新型コロナウイルス流行と地域連携 ～感染症に強い社会をめざして～」※オンライン

演者：高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長）

14:40 ③ 「大阪府における新型コロナウイルス感染症対策と今後の展望」

演者：永井 仁美（大阪府茨木保健所 所長）

14:55 ④ 「コロナ禍での公衆衛生を担ってきた保健師のこれまでとこれから」

演者：松本 珠実（全国保健師長会 会長）

15:10 ⑤ 「地方衛生研究所の新たな役割」

演者：吉村 和久（地方衛生研究所全国協議会 会長）

15:25 休憩

15:40 4. パネルディスカッション

座長：岡部 信彦（川崎市健康安全研究所 所長）

助言者：中澤 よう子（全国衛生部長会 会長）

内田 勝彦（全国保健所長会 会長）

16:40 5. 座長・助言者まとめ

17:00 閉会挨拶

松谷 有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）

一般財団法人 日本公衆衛生協会主催 シンポジウム

# 新型コロナウイルス感染症

～これまでの評価と今後の展望～

参加費  
無料



## 当日のスケジュール

- 13:00 開会挨拶 松谷有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）  
13:03 来賓挨拶 福島 靖正（厚生労働省 医務技監）

### 第1部：講演

- 13:10 1. 基調講演（オンライン）  
「ベトナムから見た日本のコロナ対策」 ※オンライン  
演者：正林 督章（ベトナム保健省 政策アドバイザー）  
座長：和田 耕治（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事）
- 13:40 2. 特別講演  
「新型コロナウイルス感染症における有識者会議の  
評価と保健所に期待するもの（仮題）」  
演者：永井 良三（自治医科大学 学長）  
座長：宇田 英典（一般財団法人 日本公衆衛生協会 参与）

### 第2部：パネルディスカッション

- 14:10 3. パネリスト講演
- 14:10 ①「今後の地域保健体制のあり方について（仮題）」  
演者：佐々木孝治（厚生労働省健康局健康課 課長）
- 14:25 ②「沖縄県における新型コロナウイルス感染症対策のこれまでの経緯と  
今後の展望（仮題）」 ※オンライン  
演者：高山 義浩（沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長）
- 14:40 ③「大阪府における新型コロナウイルス感染症対策と今後の展望（仮題）」  
演者：永井 仁美（大阪府茨木保健所 所長）
- 14:55 ④「コロナ禍での公衆衛生活動を担ってきた保健師のこれまでとこれから  
（仮題）」  
演者：松本 珠実（全国保健師長会 会長）
- 15:10 ⑤「地方衛生研究所の新たな役割（仮題）」  
演者：吉村 和久（地方衛生研究所全国協議会 会長）
- 15:25 休憩
- 15:40 4. パネルディスカッション  
座長：岡部 信彦（川崎市健康安全研究所 所長）  
助言者：中澤よう子（全国衛生部長会 会長）  
内田 勝彦（全国保健所長会 会長）
- 16:40 5. 座長・助言者まとめ
- 17:00 閉会挨拶 松谷有希雄（一般財団法人 日本公衆衛生協会 理事長）

開催  
日時

2022年12月7日(水)  
13:00~17:00

場所

全社協・灘尾ホール ハイブリッド開催  
東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル LB 階 TEL. 03-3580-0988

申込  
方法

当協会ホームページより出席者登録票をダウンロードの上、  
メールにてお申込み下さい。 <http://www.jpha.or.jp>



新型コロナウイルス感染の状況等により、本シンポジウムは  
オンライン開催になる可能性があることをご承知おきください。

# 新型コロナウイルス感染症 ～これまでの評価と今後の展望～

## 開催趣旨

我が国で新型コロナウイルス感染症の国内発生が2020年1月16日に確認されて以来、早3度目の冬を迎え、未だ終息の兆しが見えない状況にあります。

コロナウイルスは、武漢で発生した従来型からまるで人々をあざ笑うかのように変異を繰り返し、新たな感染の波をもたらしています。

英国で確認されたアルファ株、インドで確認されたデルタ株と、より強い感染力を獲得した変異ウイルスが台頭し、第5波では、急激な感染者の増加により、多くの方が自宅療養を余儀なくされ、十分な医療を受けることなく亡くられる方も出るという、大正時代のスペイン風邪を彷彿とさせるような事態にも見舞われました。

特に、第6波では、多くが無症状ないしは軽症といわれるオミクロン株が出現し、年明けから急拡大し第5週目には第5波の約4倍（約60万人余）の感染者数が発生し、保健・医療体制が逼迫、さらに、第7波では、変異オミクロン株（BA5）が、爆発的に感染拡大し、日に300人以上の方が死亡するなど、今までの対応では対処できない事態をもたらしました。

本シンポジウムは、新型コロナウイルス感染症が発生して以来、公衆衛生に従事している方々にご参集いただき、毎年開催しておりますが、第1回目（令和2年12月16日開催）は、「新型コロナウイルス感染症～地域保健における取り組みと課題～」をテーマに関係者による効果的な取り組みに資することを願い、第2回目（令和3年12月14日開催）では、「新型コロナウイルス感染症～今後の発生時に備えた体制強化に向けて～」をテーマに一刻も早く収束させ、国民が普通の生活に戻れるよう、関係者が一致団結して取り組まれることを願い開催いたしました。

今回は、特別講演に政府の有識者会議の座長を務められた永井良三先生をお招きし、変異と再燃を繰り返す新型コロナウイルス感染症にどう対峙していくか、これまでの公衆衛生活動を再評価しつつ、今後の公衆衛生組織活動全般の方向性について議論を深めることを目的として開催することといたしました。

今回の新型コロナウイルスによるパンデミックは、人類の弱い側面を巧みに突き、また、短期間で変異し、再感染・再拡大を繰り返し、世界で600万人を超える方々が亡くなるという、現代社会における最も重大な公衆衛生上の危機をもたらした感染症です。決して油断することなく、関係者の方々が更に一致団結してこの難局に立ち向かうことを願い、本シンポジウムを開催する次第です。

多くの皆様のご参加をお待ち申し上げます。

令和4年秋

一般財団法人 日本公衆衛生協会  
理事長 松谷 有希雄

## 日本公衆衛生協会概要

当協会は、明治16年に設立された大日本私立衛生会を前身として、長年、公衆衛生の向上に関する事業を行い、公衆衛生関係団体の活動を支援する組織として、日本の公衆衛生の発展に寄与して参りました。

かつて、大日本私立衛生会時代の昭和7年から9年にかけて、スペイン風邪が世界的に大流行し、多数の国民が犠牲になっております。当時の記録によりますと、同会は「流行性感冒に対する家庭の心得」の啓発、感染予防に関する正しい知識の普及、政府に対する建議を行うなど様々な活動を展開しております。

現在、本会は、一般財団法人日本公衆衛生協会として、一般社団法人日本公衆衛生学会並びに全国衛生部長会や

全国保健所長会を初めとする公衆衛生関係団体の事務局を担っております。また、広島県、長崎県から委託を受けて在外被爆者に対する医療費等の助成事業を行うとともに、広く一般国民の皆様のための保健指導書、地域保健関係職種専門書及び機関誌「公衆衛生情報」の発行などを通して、国民の公衆衛生の向上に資する活動を行っております。

特に最近では、東日本大震災を契機に大規模災害発生時に迅速に現地の保健医療行政の指揮調整機能等を応援するため、厚生労働省と協同して災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team <DHEAT>）の養成も行っているところです。

開催日時

2022年12月7日 水 13:00-17:00

場所

全社協・灘尾ホール

東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル LB 階  
TEL. 03-3580-0988

ハイブリッド開催



新型コロナウイルス感染防止対策として、会場の座席にゆとりをもたせ、120名様程度に限定とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。



ご来場いただけないお客様のために、日本公衆衛生協会ホームページ（<http://www.jpha.or.jp>）にて1月下旬から2週間、シンポジウムの動画を公開する予定です。



# 写真で振り返るシンポジウム



会場外観



受付



当日の配付物



開会挨拶をする松谷有希雄・  
日本公衆衛生協会理事長



来賓挨拶をする福島靖正・  
厚生労働省医務技監



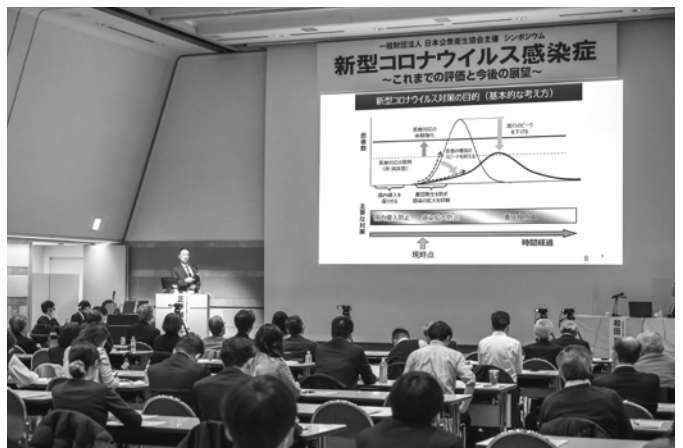
昨年度に引き続き、会場開催とライブ配信による  
ハイブリッド方式で実施した



正林督章・ベトナム保健省政策  
アドバイザーによる基調講演



基調講演の座長を務めた和田  
耕治・日本公衆衛生協会理事



基調講演では、ベトナムと日本の感染状況や対策を解説



永井良三・自治医科大学  
学長による特別講演



特別講演の座長を務めた宇田  
英典・日本公衆衛生協会参与



佐々木孝治氏  
(パネリスト講演①)



ザンビアよりオンライン出演した高山義浩氏  
(パネリスト講演②)



永井仁美氏  
(パネリスト講演③)



松本珠実氏  
(パネリスト講演④)



吉村和久氏  
(パネリスト講演⑤)



パネルディスカッション



パネルディスカッションの  
座長を務めた岡部信彦・川  
崎市健康安全研究所長



パネルディスカッションの  
助言者・中澤よう子氏



パネルディスカッションの  
助言者・内田勝彦氏



質疑応答



開會挨搵  
來賓挨搵





一般財団法人日本公衆衛生協会 理事長

松谷 有希雄

日本公衆衛生協会理事長の松谷でございます。今日は多くの方にお集まりいただきありがとうございます。開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

まず、福島靖正厚生労働省医務技監には、ご公務で大変お忙しい中、ご臨席を賜りまして厚くお礼を申し上げます。また、政府の新型コロナウイルス感染症に関する有識者会議の座長を務められました自治医科大学学長の永井良三先生、2年間にわたり厚生労働省健康局長として新型コロナウイルス感染症対策に関わってこられましたベトナム保健省政策アドバイザーの正林督章様に、ご講演のご快諾をいただきました。感謝申し上げます。

ご承知のように、日本の新型コロナウイルス感染症は、2022年6月下旬から始まりました第7波で、オミクロン株を主流として爆発的に感染拡大し、第33週には153万人余りが感染し、第35週には2,000人余りの方が亡くなるという事態に見舞われています。

保健所や地方衛生研究所をはじめとした各自治体の皆様方は、かつてないほど大変な状況下に置かれ、医療体制が逼迫し、多くの感染者が自宅療養を余儀なく

されるなど、大変な思いをされたことと存じます。

世界的に行動制限を伴う対策が緩和される中、日本における新型コロナウイルス感染症対策では、9月に新たな行動制限は行わず、重症化リスクのある高齢者等を守ることに重点を置き、「感染拡大防止と社会経済活動の両立を図る」という新たな政府方針が示されました。これにより、届け出の対象を限定する措置、水際対策の緩和、全国旅行支援の再開など、さまざまな緩和がなされました。

このような中、ようやく第7波が収束に向かったと思われた10月半ばごろから感染者数が増加に転じ、今は第8波が到来しているという状況にあります。死亡者数も1日100人を超え、季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行も懸念され、今後どのように拡大するのか、心配されています。

また、11月18日には、感染が拡大し、保健医療への負荷が高まった場合の対応について、新型コロナウイルス感染症対策本部決定が出されました。各自治体には、新たな対応が求められています。

新型コロナウイルス感染症は時とともにウイルスの株が変異を繰り返し、毒性などがどう変化していくの

か分からない状況です。自治体をはじめとした公衆衛生関係者の皆様は、決して気を緩めることなく、引き続き備えることが重要であると考えておられると思います。

当協会は2022年度から国の委託を受け、新型コロナウイルス感染症対策の一環として、自治体職員だけでは対応が困難になったときの支援策として、外部の専門職の方々から支援を受けられるよう、IHEAT人材バンクシステムの事業を展開してきました。この人材バンクシステムには3,500人余りの方々の登録があり、多くの自治体で活用されています。

この支援の仕組みの有用性が認識されまして、臨時国会で審議されました地域保健法の改正において、業務支援として法制化されたところです。また、これまで厚生労働事務次官通知で位置付けられていた地方衛生研究所の機能が、同法に明記されました。当協会としても、公衆衛生の体制がさらに強化されることを願っております。

本日のシンポジウムは、コロナ禍での3年目の開催となりました。第1部では元厚生労働省健康局長の正林督章様に基調講演をいただき、特別講演には、政府の有識者会議の座長を務められました永井良三先生をお招きいたしました。

第2部では、政府の新型インフルエンザ等対策推進会議の議長代理を務められている川崎市健康安全研究所長の岡部信彦先生にパネルディスカッションの座長をお願いし、変異と再燃を繰り返す新型コロナウイルス感染症にどう対応していくか、これまでの公衆衛生活動を再評価しつつ、今後の公衆衛生組織活動全般の方向性について議論を促すものいたします。限られた時間ですが、実りの多い議論になるものと思っております。

最後に、本日のシンポジウムにご参加いただいている方々、公衆衛生に携わる方々のご健勝と今後のご活躍を祈念し、開会に当たってのご挨拶といたします。本日は、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。



厚生労働省 医務技監

福島 靖正

厚生労働省で医務技監を務めております福島でございます。本日のシンポジウムの開催に当たり、厚生労働省を代表して、一言ご挨拶を申し上げます。

まず、主催者である日本公衆衛生協会の皆様には、本日のシンポジウムの企画から開催まで、大変なご苦勞があったことと思います。このように盛大に開催されますことを、心からお喜び申し上げます。

また、本日のパネリストの皆様をはじめ、会場またはWebでご参加いただいている皆様には、新型コロナウイルス感染症対策につきまして、日頃からそれぞれのお立場でご協力を賜り、心からお礼を申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症についてのこれまでの取り組みを踏まえ、次の感染症に備えるために、感染初期段階から、より迅速かつ効果的に対策を実施できるように、医療機関との協定の法制化、感染症まん延時における保健・医療提供体制の整備、機動的なワクチン接種に関する体制の整備、水際対策の実効性の確保等を整備する関係法案を今国会に提出し、12月2日に参議院で可決成立いたしました。

改正法については、特に保健所に関する議論として、感染症法に基づく予防計画の策定を、都道府県に加えて、新たに保健所設置市・特別区にも義務付けることとし、同計画の策定に当たっては、医療計画との整合性を図ることにしました。また、各都道府県に連携協議会を設置し、都道府県、保健所設置市、特別区の関係者の保健・医療体制や、地方衛生研究所の検査体制、能力について、自治体間の連携を検討する場を

設けることとしました。

地域保健法の改正におきましては、保健所等の業務を支援するIHEATの仕組みを整備することを法制化しました。保健所や自治体に対して、調査研究や試験研究、検査を実施する地方衛生研究所の整備、各自治体との連携の確認などの必要な処置を講じる責務を新設しました。

今後は、地域保健法に基づく基本指針の改正や関係通知において、国、自治体が取り組むべき方向を示していきたいと考えています。

本日のシンポジウムは、「新型コロナウイルス感染症～これまでの評価と今後の展望～」という題名で、変異を繰り返す新型コロナウイルス感染症とどう対峙していくのか、また、これまでの公衆衛生活動を再評価しながら、今後の公衆衛生活動全般の方向性について議論を深めていただくことと思います。それぞれの分野の先生のご意見をいただく貴重な機会だと思います。

このシンポジウムは、国にとりましては、実情を知り、今後の対策の在り方についてさまざまな示唆をいただける機会となります。そして、自治体の皆様方にとりましても、今後よりいっそうの対策を進めていくためのきっかけとなることを、心から期待しております。

最後になりますが、日本公衆衛生協会のご発展と、本日参加の皆様のご健勝とご活躍を祈念申し上げます。私のご挨拶といたします。本日は誠にありがとうございます。





# 基調講演





## ベトナムから見た日本のコロナ対策

前厚生労働省健康局長  
ベトナム保健省政策アドバイザー

正林 督章



### 感染初期から1年半は封じ込めに成功

皆様、こんにちは。現在はベトナム保健省の政策アドバイザーですが、2021年9月まで、健康局長として厚生労働省に勤めていた正林です。オンラインで参加の予定でしたが、ベトナム保健省の職員を連れて日本に出張することになったので、本日は会場で講演することにしました。

なぜ、今ベトナムにいるのかということですが、学生時代から海外に興味があり、タイの山奥で1か月間過ごす経験をして、発展途上国の医療や保健に関心を持ちました。当時から「予防が大事」と考えていて、WHOなどで仕事をしたいと思っていました。厚生省がWHOへの一番の近道と聞いて、臨床を経験してから厚生省に入省しました。入省後に、OBがインドネシア保健省の仕事をしていることを知り、「退官した

ら、こういう仕事もあるんだ」と漠然と思っていました。

2021年9月に退官しましたので、発展途上国支援の仕事を探したところ、ベトナム保健省の政策アドバイザーに就任することができ、2022年3月からハノイに赴任しています。

赴任後、保健大臣と相談しながら、省内20局を回って、仕事内容、課題、私への期待などをヒアリングしました。現場の視察も大事なので、地方の病院、ヘルスセンターを回り、ベトナムの保健、医療の問題、日本の経験から見た解決策、その解決策を実現するために私が何をすべきかをパワーポイント数枚にまとめて、保健大臣に説明しました。保健大臣の理解と実施の指示をもらったので、残り1年半の任期で自分のやるべきことが決まってきたところです。

今日は「ベトナムから見た日本のコロナ対策」というテーマで、外から日本のコロナ対策はどう見えてい

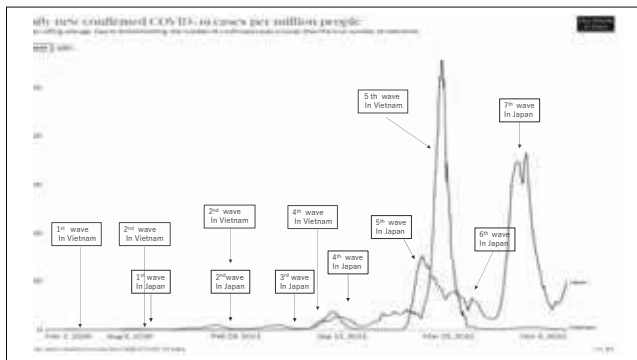
るかと、自分が健康局長として、またその前からやってきたことを批判的に見てみようと思います。

図表1は日本とベトナムの感染者数を見たものです。ベトナムは第5波まで経験しています。日本は、現在を第8波と呼ぶのかどうか分かりませんが、大きな波を経験しています。ベトナムは、2021年9月までは感染者数は1,000人程度の状況でした。これが日本との一番大きな違いだと思います。当時、WHOは「ベトナムは本当に優秀な国だ」と言い、ベトナムが実施していることは世界で賞賛されました。

この頃のベトナムは、中国のゼロコロナ政策のように厳しいロックダウンを繰り返していました。2020年の1月末に、ベトナムの首相が「経済より人の命が大事だ。申し訳ないけれど、みんな家にこもってくれ」と宣言し、外に出ると逮捕するなど厳しくロックダウンを行いました。徹底的な封じ込め策を取ったので、2021年夏ぐらいまでは、1,000人にいくかいかないかの感染者数でした。

「そろそろ経済にかじを切らなくてはいけない」と首相が考え始めたのが2021年9月で、ワクチンがかなり普及したのと、つぶれる店がかなりたくさん出てきたので、首相の判断で、一気に経済にかじを切るようになりました。その結果、私が赴任した2022年3月には1日20万人くらい感染者が出るようになっていましたが、思ったほど死者数は出なかったと感じています(図表1)。

図表1



## 日本に比べて医療事情が悪い中で奮闘

図表2は「数字で見る日越比較」です。両国の人口はほぼ同じくらいですが、ベトナムの感染者数は日本

の半分で、死者の数はほぼ同じくらいです。注目すべきはベッドと医師の数で、日本のベッド数はベトナムの約40倍、医師の数は約3倍です。経済力についても日本のGDPはベトナムの10倍くらいあるので、ベトナムは経済的には、まだまだ発展途上にあります。

致死率はベトナムが日本の2倍になりますが、医療時事情を考えたら、感染流行当初の「できるだけ感染を抑えよう」という方針がうまくいった国だと思います。

図表2

	日本	ベトナム
コロナ感染者数 (2022. 11. 9時点)	22,877,660	11,507,124
コロナ死者数 (2022. 11. 9時点)	47,236	43,166
人口10万人当たりの病床数 (2020年時点)	1,195	30.73
人口千人当たりの医師数 (2020年時点)	26.9人	9.81人
人口 (2020年時点)	1億2,630万人	9,760万人

## ベトナムの初期対応策は、徹底的な隔離

ベトナムの最初のコロナ対策は、他国とほとんど同じです。入国者の隔離、国際便の停止、感染者・濃厚接触者も徹底的に隔離しました。私の秘書が列車に乗って実家に帰る途中に、車内で1人感染者が出た時は、列車が丸ごと隔離されるほどの徹底ぶりでした。秘書は、大学の寮のような所に2週間隔離されたそうです。

感染拡大を抑えるために、警察や軍隊も動員されました。ここも日本と違うところですよ(図表3)。

図表3

○ 2020年当初の対策
(1) 入国者の隔離、国際便の停止、濃厚接触者・感染者の徹底的な追跡/隔離
(2) 感染拡大を抑えるために医療専門家・警察・軍隊を動員
(3) 広報・啓発にITを活用
(4) 国民に対しての明確な情報提供、フェイクニュースの徹底的な排除
・2020年1月27日には「国民の健康と安全の確保を最優先し、そのためには短期間である程度の経済成長の犠牲はやむを得ない」、「敵と戦うようにパンデミックと戦う」と首相が明言。
・1月30日(感染者は6人)には国内流行宣言が発令され、翌31日には中国との国境閉鎖を実施。
・2月13日には、11人の感染が確認された1万人規模の村をロックダウン
ベトナムは『新型コロナウイルス対応の優等生』などと呼ばれ、国民からの評価も軒並み良好。

広報戦略もしっかりとしていました。街のあちこちに図表4のようなポスターが掲出されました。「5K」は日本の3密に相当するもので、ベトナム語では「マ

マスク着用」「消毒」「間隔をあける」「多数で集まらない」「健康申告をしよう」がKで始まるので、このポスターが街の至る所で見られました。このような広報を行いながら、流行当初は厳しい対策で感染拡大を抑えていました。

図表4



- 1) マスク着用
- 2) 消毒
- 3) 間隔をあける
- 4) 多数で集まらない
- 5) 健康申告

2020年1月27日には、首相が「敵と戦うようにパンデミックと戦う」と宣言し、国民も首相が言ったことを支持して、政府のいうことを聞きながら、ロックダウンにも耐える、という対応をしました。

### 2021年9月からは経済を重視

ところが、2021年5月に第4波が始まり、感染者の数が増えて、ロックダウンしてもクラスターが発生するようになりました。9月にはベトナム最大の都市ホーチミン市の致死率が5%弱になり、とても厳しい状況だったそうです。ロックダウンをしても感染者数は増え、医療体制も逼迫し、あちこちに野戦病院を幾つも設置して対応、それでも追いつかず、軍隊などを動員したと聞きました。

転換点は2021年9月です。第4波が終わりかけたこの時期に、首相が記者会見で「そろそろ経済にかじを切らないといけない」と発表しました。10月には政府が「ウィズコロナ政策」を打ち出し、ここで一気に経済重視策が取られることになりました。同時にワクチン接種を積極的に進めました。

2022年3月に大きな流行が起りましたが、国民は

比較的冷静に受け止めました。その後、首相が「そろそろ、検査や報告もしなくていいのではないかと」記者会見で発表し、国民も感染に慣れてきて、新型コロナを深刻に捉えなくなりました。徐々に検査も報告もしなくなり、今はほとんど何もしていません。入国は自由にできますし、クリニックに行っても感染が分かって報告しないようになっています（図表5）。

図表5

### ベトナムのコロナ対応の概要（2）

- 第4波が2021年5月頃以降、工場などの労働集約型の職場や大規模病院、宗教集会などでクラスターが形成され、次第に制御不能に。
- 医療体制の脆弱さ、ワクチンの開発や輸入、国民への初回接種がうまく進まなかったことも大きな問題となり、1日の死者が300人を超え続けた2021年8、9月ごろには、ベトナム南部最大都市のホーチミン市における致死率は4.95%。
- 当時のホーチミン市では、全住民の外出が基本的に制限される大規模なロックダウン（7月9日～10月1日）といった厳格な対策を実施。
- それでも増え続ける感染者や医療ニーズに対して、医療従事者や医療機器の供給が追いつかず、政府が軍隊を派遣したり他の地域から集めた医療者を派遣し、野戦病院をいくつも設置したりもしながら対応。
- 2021年9月の首相規制緩和発言の後、10月にベトナム政府がウィズコロナに向けた新しい対策を発表。ここで一気に経済重視に舵を切る。
- 2022年3月に大きな流行が起きるも国民は冷静に受け止め、徐々に検査や報告もしなくなり、ほぼウィズコロナが定着して今に至る。

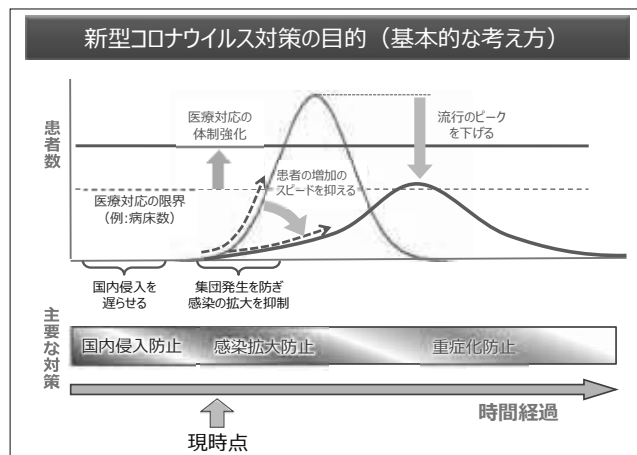
### 日本のコロナ対策、当初の目標は達成

ここからは、私を中心になって行ってきた日本のコロナ対策について、批判的な目で振り返ってみたいと思います。

図表6は、感染症を抑えるための基本原則を示したもので、流行のピークを下げ、ピークを遅らせることが基本的な考え方です。

流行の初期にはできるだけ国内侵入を抑え、積極的疫学調査で感染拡大を抑えることを繰り返しながら、医療体制が逼迫しないように、ワクチンができるまで待てるような対策を立ててきました。

図表6

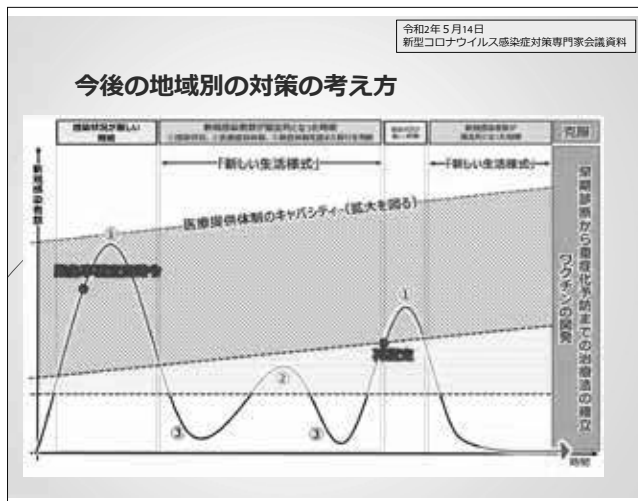


図表7は、2020年5月に私を中心に当時の専門家会議が、「これからのパンデミックの経過を予想しながら、どのような対策をしたらよいか」を示したものです。

最終的にはワクチンや治療薬ができるだろうから、それまでは、大きな波が来たら緊急事態宣言を出して波を下げ、その間に医療体制、保健所等の公衆衛生体制を強化して次の波に耐えられるようにしよう、それでも耐えられない波が来てしまったら、再び緊急事態宣言を出す作戦でいこう、と厚生労働省内で話し合っていました。

その後は皆様もご存じの通りで、この作戦に沿って対応していました。

図表7



図表8は、日本のコロナ対策についての私個人の感想です。先進国の中で、日本の感染者数、死亡者数は圧倒的に少ないです。この2つを抑えることは当初のコロナ対策の目標でした。比較の問題ですが、他の先進国に比べてかなり抑えることができたので、当初の目標は達成できたと思います。

図表8

**全体を通じた感想**

- 先進国の中では感染者数、死亡者数は圧倒的に低く、総じてここまでのコロナ対策は当初の目標は達成できている。
- ただし、検査体制・医療体制の構築、物資の調達、ワクチンの確保と実施体制、保健所をはじめとした地域の公衆衛生体制については課題を残した。

ただし、検査体制、医療体制、物資の調達、ワクチンの実施体制、保健所をはじめとした地域の公衆衛生

体制については、いろいろと課題を残したと感じています。

## PCR検査体制は早期に構築

まず、検査体制について振り返ります。2020年の1月の段階でウイルスの株の情報も遺伝子情報も入手して、国立感染症研究所でPCR検査法を早々と確立してもらいました。その方法を地方衛生研究所に伝達したので、症状のある人が現れたらどこでも検査できる体制は、早期に構築されたと思います。

その後、順次、大学病院、民間検査機関でもPCR検査ができるようになりました。保険診療を2020年3月6日に導入したのは、この段階で民間にどんどん検査を行ってもらおうつもりの方針転換でした。その後、民間での抗原定量検査、抗原定性検査の開発・普及も進みました。

さらに、受診の目安を国民に周知したり、ドライブスルー方式などの検体採取方法を周知したり、各都道府県に検査体制強化計画の策定をお願いしたりしました。クラスターの発生しやすい高齢者施設、医療施設、歓楽街などでの検査体制も確立し、積極的に検査を行いながら、感染を小規模な段階で抑える対策を行ってきました（図表9）。

図表9

**これまでの主な取り組み**

- 国立感染症研究所におけるPCR検査の開発
- PCR検査の地方衛生研究所、大学病院、民間検査機関への普及
- 行政検査の範囲の拡大、保険診療として評価
- 民間における抗原定量検査、抗原定性検査の開発、普及
- 国民向けに受診の目安の周知
- ドライブスルー方式などの検体採取方法の周知、医師以外でも採取可能とするなど検体採取者の確保
- 検査需要を見込んだ検査体制強化計画の策定を自治体に要請
- 高齢者施設、医療施設、歓楽街などでの積極的検査の奨励
- 精度管理体制の構築

## 保健所を経由しない検査体制の整備が課題

図表10は、ここから得られた教訓で、行ってよかつ

たことも入っています。

今回は、早期に地方衛生研究所でPCRの検査体制を整えることができたので、次回パンデミックが起きたときも同じような体制が組めるといいと思います。

民間の検査体制は、ベトナムや他国に比べると少し遅かったように思います。診療報酬上の措置は、日本は比較的早かったと思いますので、将来同様のことができればいいと思います。

保健所を経由すると検査に時間がかかるという問題もありました。患者を公費で検査するため、医療機関は1回1回保健所に検査をしていいかどうか判断を求めました。保健所は患者を見ていないので、医療機関の情報を基に判断せざるを得ないという状況でした。途中からは医療機関の判断を尊重する体制にしましたが、もっと初期の段階から、医療機関の判断で検査できる体制を整えれば良かったと思っています。

抗原検査体制、検査の精度管理については、今回は十分ではなかったと感じていますので、これらは将来の課題だと思います。

図表10

得られた教訓
○ 早期にPCR検査を全国の地方衛生研究所・検疫所で実施できるよう、体制整備
○ 早期に民間検査機関でのPCR検査体制の整備及び診療報酬上の評価
○ 保健所を経由せず、医療機関の判断で検査できる体制の段階的整備
○ 抗原定量検査、抗原定性検査の早期開発及び普及
○ 検査の精度管理

### さまざまな取り組みを行い、医療体制を強化

次に、医療体制についてです。

感染症病床以外の病床で患者の受け入れができない問題は、「コロナ患者を感染症病床以外の病床でも受け入れ可能」という通知を、2020年の感染症流行当初から出しました。オンライン診療を認める通知も出しました。帰国者・接触者相談センターも整備しました。

2020年3月には都道府県に医療体制強化のシナリオを提示し、それに基づく入院医療提供体制の整備もお願いしました。宿泊施設・臨時の医療施設も確保しま

した。

感染症を受け入れる医療機関が赤字にならないよう、診療報酬の評価、概算払いの導入、緊急包括支援交付金など、国が財政的に支援する策も講じました。また、確保病床、即応病床を用意する体制も整えてきました（図表11）。

図表11

これまでの主な取り組み
• コロナ患者を感染症病床以外の病床でも受け入れ可能であることの周知
• 電話や情報通信機器による診療も可能であることの周知
• 帰国者・接触者相談センター（医師会委託も可）・外来など相談・外来体制の整備（後に診療検査医療機関、受診・相談センターに名称を変更）
• 今後のシナリオの提示及びそれに基づく入院医療提供体制の整備（都道府県調整本部、重点医療機関など）
• 宿泊施設・臨時の医療施設の確保、宿泊療養マニュアル、自宅療養の留意点の周知
• 救急医療管理加算、特定集中治療室管理料などの大幅増額など診療報酬上の評価、概算払いの導入
• 緊急包括支援交付金など受け入れ医療機関に対する財政支援（空床確保など）
• 確保病床、即応病床の整理
• 季節性インフルエンザの流行も見据えた外来体制の整備及び財政支援

### すべての医療機関で感染症に対応できる体制を

ここで得られた教訓として、ごく初期の段階は感染症病床で対応すればいいのですが、「パンデミックになる」と分かったら、その時点で全ての医療機関が患者を診ることができる体制に切り替えていくことが重要だと感じました。将来パンデミックが起きたときも、医療体制の切り替えが重要ですし、そのためには平時から患者を受け入れられる体制を用意しておくことが大切です。

2022年12月2日に成立した「感染予防法の改正」でも、各都道府県が作る予防計画の中に「どの医療機関がどんな役割を担うのか」を具体的に盛り込むことになっています。このような準備を、パンデミック発生前からしておくことが必要です。

パンデミックが発生したら、予防計画に基づいて役割分担しながら対応する必要があります。医療機関の対応ができなくなったら、臨時の医療施設等が必要になってくると思います。

今回問題になったのが、在宅医療体制が不十分だったことでした。在宅で、医療機関の介入なく亡くなったケースが何件かありましたので、将来のパンデミッ



クに備えて在宅医療体制を整えることが重要だと思います。

医療関係者の感染症に対する知識や訓練、感染症専門の人材育成も今後の課題です。われわれの世代は、医学部在学の時に感染症についてはあまり勉強していません。日本は戦後間もない頃は感染症が多かったのですが、1960年代以降は感染症を克服した印象があって、医学部の中で感染症はそれほど重視されてきませんでした。そのため、今の医師で感染症について十分な知識を持っている人は多くないと思います。それが、パンデミックが起きたときに「自分は専門ではない」と診療を敬遠する結果になっています。これではどんどん対応が遅れるので、「パンデミックになったら、どこの医療機関にも感染者が来る」という前提で診療する必要があります。そのため、すべての医師、看護師が感染症の勉強をしっかりとしておく必要があると感じています（図表12）。

図表12

得られた教訓	
○	パンデミック発生前の段階での各都道府県における病床確保計画の策定
○	パンデミック発生後の早期の各都道府県における病床確保計画の策定（医療機関間の役割分担の明確化）
○	入院待機場所・臨時的医療施設・宿泊施設など純医療機関以外の場所での診療体制の確保
○	在宅医療体制の整備
○	行政と医療機関・医療関係者とのコミュニケーションの強化
○	必要十分な医療機関・医療関係者に対する財政支援（予算補助や診療報酬上の評価）
○	医療関係者の感染症についての訓練、感染症専門の人材の育成・確保

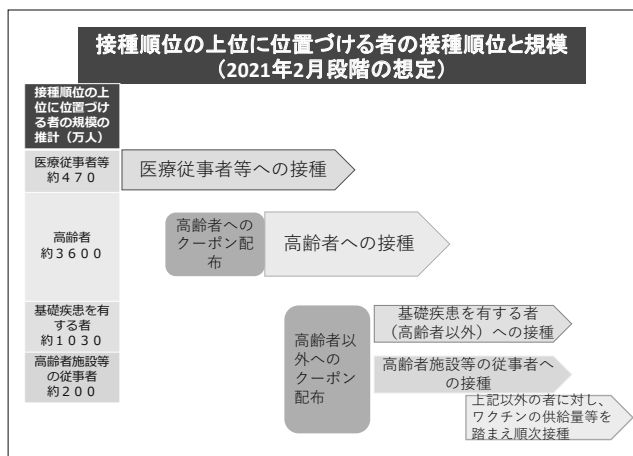
## ワクチン施策はうまく進んできた

次にワクチンについてです。ワクチン接種は優先順位を考え、医療従事者、高齢者、基礎疾患を有する人、高齢者施設等の従事者という順番で、ワクチン供給体制に合わせて対象者を拡大してきました（図表13）。

各メーカーと交渉して、モデルナ社、ファイザー社等のワクチンを、他国よりは早めに、多めに確保できたと思います。アメリカと比べたら2か月遅れたとか、イスラエルに比べたら遅かったという批判もあり

ましたが、最終的に見ると日本の接種率はけっこう高いので、ワクチン施策はうまく進んできたと感じています（図表14、15）。

図表13



図表14

来年分を含めたワクチンの確保状況について	
2021年から供給を受けるもの	
国内製造ワクチン	<p><b>武田薬品工業（日本）／モデルナ社（米国）との契約（2020年10月29日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今年（2021年）第3四半期までに5000万回分の供給を受ける。</li> </ul>
国内製造ワクチン	<p><b>アストラゼネカ社（英国）との契約（2020年12月10日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今年（2021年）初頭から1億2000万回分のワクチンの供給を受ける。</li> </ul>
国内製造ワクチン	<p><b>ファイザー社（米国）との契約（2021年1月20日、2021年5月14日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2021年内に1億4400万回分のワクチンの供給を受ける。</li> <li>今年（2021年）第3四半期に追加で5000万回分のワクチンの供給を受ける。</li> </ul>

図表15

2022年から供給を受けるもの	
国内製造ワクチン	<p><b>武田薬品工業（日本）／モデルナ社（米国）との追加契約（2021年7月20日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>来年（2022年）初頭から5000万回分のワクチンの供給を受ける。</li> </ul>
国内製造ワクチン	<p><b>武田薬品工業（日本）（※）との契約（2021年9月6日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>※ノババックス社（米国）から技術移管を受けて、武田薬品が国内で生産及び流通を行う。</li> <li>● 新型コロナウイルスのワクチン開発に成功した場合、来年（2022年）初頭から、概ね1年間で1億5000万回分の供給を受ける。</li> </ul>
国内製造ワクチン	<p><b>ファイザー社（米国）との契約（2021年10月7日）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 来年（2022年）初頭から1億2000万回分のワクチンの供給を受ける。</li> </ul>

## 国内産ワクチン開発と接種体制の整備が課題

得られた教訓はいろいろありました。

課題は、国内産のワクチンが3年たっても開発できていないことです。危機管理上、自国でワクチンが用

意できるのは大きな強みです。これがないが故に、外国のメーカーと交渉しなくてはならず、どこの国もワクチンが欲しいので取り合いになります。自国のワクチンメーカーに開発してもらえれば入手しやすくなるので、ここは課題だと思います。

そのためにも早期の薬事承認、早期の総量確保を行い、ワクチン供給スケジュールを確定して、接種体制を早めに整えることが重要です。

ワクチン接種を進める中で、打ち手が足りないなどの課題も出ました。実施主体の市町村の方で、「パンデミックが起きたらどの医師にワクチン接種をしてもらうか」などの体制を、平時から構築しておくことが必要だと思います。

デマ情報も多数出ましたので、それに対するカウンター攻撃も必要だと思います。体制支援も必要です。今回の法改正でも、支援策が規定されたと思います(図表16)。

図表16

得られた教訓
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ワクチンの国内における早期の開発</li> <li>○ ワクチンの早期薬事承認</li> <li>○ ワクチンの早期の総量確保</li> <li>○ ワクチンの早期の供給スケジュールの確定及び情報提供</li> <li>○ 都道府県・市町村における早期の接種体制整備(接種者の確保)</li> <li>○ 規制緩和による接種者確保に向けての環境整備</li> <li>○ 自治体における接種体制整備に向けた早期の財政支援</li> <li>○ 効果及び安全性に関する情報収集及び発信、デマ情報への対応</li> <li>○ 接種率向上に向けたインセンティブの付与</li> </ul>

### 保健所業務軽減のため、さまざまな支援を実施

次に、保健所体制についてです。

保健所は、住民からの相談、検査の受診勧奨、検査陽性者の入院調整、患者搬送、積極的疫学調査、濃厚接触者への対応など、さまざまな対応業務を行いました。本当に頭の下がる思いです。私は、日本のコロナ対策がうまくいったのは保健所が機能したからだと思います。

私は世界中の自治体の保健行政を見ていますが、日本の保健所はとてもユニークで、日本がこれだけの健

康大国になったのも、保健所のおかげだと思います。

しかし、今回は感染者数が増えて、保健所業務が逼迫しました。国から多くの通知を出し、外部委託、非常勤職員の活用、本庁職員、市町村職員の応援、IHEATの活用で登録している大学の先生にも手伝ってもらうなど、人員強化策を推進しました。また、地方交付税措置で、保健師の数を増やす施策も行いました。

緊急性の低い業務については「やらなくてもいい」という通知も出し、通常業務の縮小を行って、コロナ対応に集中できるように支援しました。

報告の仕組みも、医療機関からファックスで送られてきたものを転記する作業が大変なので、HER-SYSというITを使った仕組みにしました。

入国者の健康フォローアップは、法律上は保健所の仕事ですが、国がこの仕事を肩代わりする仕組みも作りました(図表17)。

図表17

保健所体制
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保健所のコロナ対応業務               <ul style="list-style-type: none"> <li>住民からの相談、検査の受診勧奨、検査陽性者の入院調整、患者搬送、積極的疫学調査による感染経路の特定、濃厚接触者への対応など</li> </ul> </li> <li>○ 保健所業務への支援               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 保健所の人員強化策の推進                   <ul style="list-style-type: none"> <li>帰国者・接触者相談センターの外部委託、非常勤職員の活用、本庁職員の応援、市町村等からの専門職員の応援派遣、保健師の増員のための地方交付税措置やIHEAT (Infectious diseases Health Emergency Assistance Team) など公衆衛生に知見のある人員の確保など</li> </ul> </li> <li>2) 緊急性の低い通常業務について縮小・延期等、積極的疫学調査や入院勧告の対象の優先順位付け、事務の簡素化、保健所における新型コロナウイルス感染症対応に資する電話通訳サービス</li> <li>3) 「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム (HER-SYS)」導入による報告事務の省力化</li> <li>4) 国の「入国者健康確認センター」による入国者の健康フォローアップ支援</li> </ol> </li> </ul>

### 次に備えた保健所応援体制の確保を

それでも保健所は逼迫しました。保健所体制について、課題はいろいろあったと思います。地方交付税を付けましたので、ある程度、保健所職員を増やすことはできますが、何十年先に来るかもしれない次のパンデミックに備えて、保健師の数を10倍にすることは不可能なので、いざというときに応援に駆け付けてもらえる体制を日頃から構築していくことが重要だと思います。

IHEATに登録している方々については、保健所の非常勤職員として短期間採用して、「保健所の仕事とはどういうものか」を勉強していただいて、いざとい

うときに来てもらえる体制をつくっておくと思います。

今回、IHEATのリストを都道府県にお知らせしました。活用した保健所もありますが、「外部の人を入れるのは嫌だ」と断られた保健所もありました。私自身、IHEATの活用を保健所をお願いして回ったこともあります。災害時もそうですが、猫の手も借りたいときは、「自分たちでなんとかしよう」と思わずに、「外からの助けを借りる」という発想の切り替えも必要だと思います。「IHEATの登録者は学者が多く、積極的疫学調査をやったこともないので使えない」と断られるケースも多かったのですが、そういう方たちにも保健所に勤務してもらって、仕事内容を知っておいでもらうことが大事だと思います。

平時から、業務継続計画（BCP）を策定しておくことや、保健所を介さない検査体制、入院および外来の医療体制の確立も求められると思います（図表18）。

図表18

得られた教訓
○平時から本庁や市町村からの応援体制の確保（対応者の名前の同定）、民間委託、IHEAT、看護協会など外部人材の登用の準備
○平時からのIHEAT等の訓練、一時的臨時採用による人間関係の形成
○平時からの業務継続計画BCP（Business Continuity Plan）の策定（業務の優先順位付け）
○有事の際の上記応援体制の確保、適時適切な交代制、感染拡大時の保健所を介さない検査体制、入院及び外来医療体制の確立

## コロナ対策を検証し教訓を生かすことが重要

冒頭にベトナムの対策を紹介しましたが、私もいまだに何が正解だったのかは分かりません。ベトナムなどの外国から見ると、日本の現状は「ちょっとやり過ぎ」に見えると思います。

皆様は中国のゼロコロナ政策をニュースで見て、

「なんであんなことをやっているのだろう」と思うかもしれませんが、ベトナムから見ると、日本も同様で、「まだ検査強化を続けたいといけないの？」と思います。今回、私が日本に入国するときも、検査で陰性証明やワクチン証明を求められました。「感染者の少ない国から感染者の多い国に入っているのに」と、矛盾を感じながら入国しました。

外から見るとやり過ぎに見えますが、何が正解かは分かりません。国民性の違いもあります。日本人はゼロリスクを求める傾向が強く、1人でも亡くなると「誰のせいだ」と追及する傾向があります。経済よりも健康に重きを置く国民性でもあります。それが結果として、世界最高の健康長寿国の記録を維持しているのだと感じます。

日本が行っていることが正しいのかどうかは分かりませんが、それぞれの国がベストだと思ったことを実践していけばいいと思います。ただ、日本のコロナ対策について、実施してよかったこと、悪かったこと、実施しなくてよかったこと、悪かったことを改めて検証し、教訓として次のパンデミックに備えることは重要だと思います。

その意味で、医療体制、検査体制、公衆衛生体制、特に保健所を中心とした公衆衛生体制のサージキャパシティを日頃から整えていくことが重要だと思います（図表19）。

図表19

おわりに
・各国で取った対策は様々であり、国民性や健康・経済に対する意識の違いもあり、何が正解だったのかは未だ不明。
・しかし、対策を振り返ってみて実施して良かったこと、悪かったこと、又は実施しなくて良かったこと、悪かったことを検証し、教訓として次のパンデミックに備えることは重要。
・医療や検査体制、保健所を中心とした公衆衛生体制の再構築、ワクチンの更なる推進など絶え間ない努力が次のパンデミックに向けて必要。
・特に保健所を中心とした公衆衛生体制のサージキャパシティの確保が重要。

## 特別講演







## コロナ感染症対策の課題 ～今後、自治体に取り組むべき対策のポイント～

自治医科大学学長

永井 良三

### 感染爆発を防ぎつつ、共存する時期

私は感染症の専門家ではありませんが、これまで大学病院の院内感染対策には多くの経験があります。その経験をもとに、新型コロナウイルス感染症対策をみておりました。また、2022年6月に、新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議の座長を務め、対策を検証することになりました。短期間に結論を出さないといけないため、個人的に約40名の方々にインタビューを行い、それをもとに個人的な意見書を内閣府に提出し、さらに議論を重ねて報告書を作成しました。本日はその概要をお話いたします。

図表1は疫病の世界史です。有名な感染症は14世紀のペストです。また新大陸でも感染症が猛威を奮いました。コロンブスの到着後50年間に、疫病によって1,000万～8,000万人のアメリカ先住民が死亡したといわれています。

日本では、ペリー艦隊の乗組員からコレラが広がり、江戸で3万～26万人が死亡し、このことが尊王攘夷思想に影響しました。

こうした歴史は、「無菌状態で隔離されていればよいわけではない」ということを示しており、コロナ対策においても現実的対応が求められることを意味します。

スペイン風邪の流行は有名な話ですが、その前の1889年に、ロシア風邪の流行がありました。当時のスペイン風邪の病理報告に、患者の肺出血が記載されています。これについて、人工発がん有名な山極勝三郎教授が、「1889年のパンデミックの方が、激しい変

化だった」と述べたという記録があります。1889年のパンデミックというのは、ロシア風邪として知られており、最近、これがコロナウイルスによって引き起こされたのではないかとわれています。

風邪の原因となるコロナウイルスには、4種類知られています。そのうちのHCoV-OC43は、牛コロナウイルスと98%の相同性があり、両者は100年ほど前に分岐したと考えられるようになりました。1889年のロシア風邪の前、1850年頃から、世界中の牛にCattle Feverといわれる疫病が流行したことも、この説の背景にあります。

さらに、他の風邪を起こすコロナウイルスのうち、HCoV-NL63とHCoV-229Eは65%の相同性があり、11世紀ころに分岐した可能性があるといわれています。当時の疫病としては、北宋の疫病が有名です。宋は国際化と重商主義によって大きく発展していた一方、何十年も疫病で苦しみました。その記録に、咳、咽頭痛、発熱、全身痛の症状を伴う呼吸器疫病があったと記されており、新型コロナウイルスによるものだったかもしれないといわれています。

2000年以後に確認されただけでも、SARS、MERS、COVID-19と、3回は新型コロナウイルスに襲われました。その他にもコウモリからの呼吸器感染症が疑われる事例もあり、ウィズコロナ時代にいると認識する必要があります。その中で、流行初期の感染爆発は防ぎつつ、感染制御と経済活動を両立させることが重要です。

コロナウイルスと上手に共存するためには、政府は情報を集めて、国民に状況を説明すること、分からないことは「分からない」と明確に言うことが大事で

す。例えば、流行当初、PCR検査不足が問題になった時に、検査の抑制は、事前確率によって説明されました。しかし検討会議で調べたところ、「試薬が足りない」のが真相のようでした。そうであれば、そのように説明すべきでした。政府は、「足りない」「分からない」ということをしっかりと表明して、社会と一緒に対策を考えることが重要です。

図表 1

疫病の世界史	
14世紀のヨーロッパ	ペスト(黒死病) 欧州では3-4割(2-3000万人)、世界で7500万人-2億人死亡
新大陸の現地民	コロンブス到着後50年間で、疫病により1000万人から8000万人が天然痘、ハシカ、チフス、インフルエンザ、おたふくかぜ、肺炎で死亡
1858年	ペリー艦隊の乗組員からコレラ 江戸で3万人から26万人死亡→攘夷思想に発展
1918-20年	スペイン風邪 世界の人口18億人のうち 2000万~8000万人死亡といわれる
11世紀北宋	の呼吸器疫病、1889年ロシア風邪
	コロナウイルス?
ウィズコロナ時代と認識。感染制御と経済活動の両立が必須。感染爆発は防ぐこと、データに基づく国民への説明が重要。	

## COVID-19有識者会議のサイトで情報発信

私とコロナの関わりは、2020年4月に、日本医師会から依頼されて、「日本医師会COVID-19有識者会議」を設置して座長を務めたことに始まります（図表2）。

図表 2

https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/

これは現在、武見記念生存科学研究基金の支援をいただいておりますが、COVID-19について多くの情報を発信しており、記事は、国会図書館で永久保存されることになっています<sup>1)</sup>。

このなかに、今回の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」で、私が提出した個人的な意見書を掲載しています<sup>2)</sup>。これは、CDCの関係者からも問い合わせがあったので、英語に翻訳してあります。流行期には、このサイトに毎日数千人のアクセスがあり、増田道明教授の「新型コロナウイルス：どこから来てどこへ向かうのか」は、これまでに数十万人に閲覧されています。

もう一つ、私が最近力を入れているのが、旧友の大林千一自治医大客員教授（元総理府統計局長）と一緒に進めている、グラフによる流行の分析です<sup>3)</sup>。今はHER-SYSの機能が良くなり、このデータを使っている様々なグラフを作成することができます。グラフを見ると、直観的にパンデミックの実態がよく分かります。

例えば、第3～5波の人口当たりの感染者数は、第6～8波とは明らかに違います。第6波以降、緊急事態宣言も出されなくなり、政府の方針がウィズコロナへ変更されたためと思われます。

流行ごとに、感染世代は変わります。第5波までは20歳代が感染者のピークでしたが、第6波、第7波では20歳以下と高齢者が増えています。また、第5波までは男性の感染者数が多かったのですが、最近では女性の方が10%くらい高くなっています。原因について、多角的に分析する必要があります。

流行を制御しているのは何か、グラフを眺めていて気が付いたのは、確保病床の利用率です。第5波、第6波、第7波、第8波では、感染者数や重症者数は大きく異なりますが、確保病床の使用率がおおよそ60%になると感染が収まってくるということです。厚生労働省からは、「医療が破綻しないように制御する」という方針が示されていますが、まさにこのことを表しているのだと思います。60%の病床利用率というのは、すでに危険水域ですので、国民も医療が破綻しないよう行動するのかもしれない。

都道府県別の人口10万人当たりの新規感染者と死亡者の数をみたグラフもあります。おおよそ両者の傾向は一致していますが、都道府県ごとにみると、大きな

ばらつきがあります。また第7波で感染していなかった地域で、第8波の感染が爆発的に増えました。これは抗体保有率の影響なのか、生活様式が変わったのか、興味深い研究課題です。

第7波について、新規感染者数に対する死亡者数の比も分析しました。都道府県の間で10倍以上の違いがあります。地域の高齢者の割合や平素の医療体制など、何らかの理由があると思います。多変量解析を試みますと、高齢化率の高い県ほど、感染者数に対する死亡者数の割合が高いようです。高齢化率が高いと、施設での集団感染が多くなり、死亡者も増えるように思われます。

医療体制との関係を見ますと、1ベッド当たりの医師数、看護師数が多い東京都、神奈川県などでは、死亡者の数は少ないようです。都会は高齢者が少ないためかもしれませんし、高齢者の多い地域では、医療スタッフも分散します。地域医療体制からも見ていく必要があります。しかし、医師数が少ない福島県や新潟県では、死亡者数が少ないことに気づきます。こうした違いを分析することで、コロナ対策だけでなく、これからの地域医療のあり方も見えてきます。

## 2022年5月、有識者会議の座長に

2022年5月に「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」の座長の依頼がありました。私は、政府のコロナ対策の中で「無理がある」と感じていたことがあったので、有意義な提言ができると思い、引き受けました（図表3）。

図表3



図表4は、有識者会議の報告書の目次です<sup>4)</sup>。この内容は、今回の「感染症法改正」に大いに反映されました。

図表4

新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた 次の感染症危機に向けた中長期的な課題について  
2022年6月15日

目次

1. はじめに
2. 感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた政府の取組
3. 政府の取組から見える課題
  - (1) 感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と取り組むべき方向性
    - ① 医療提供体制の強化に関する事項
    - ② 保健所体制の強化に関する事項
    - ③ 検査体制の強化
    - ④ サーベイランスの強化等
    - ⑤ ワクチン等の開発の促進・基礎研究を含む研究環境の整備
    - ⑥ より迅速なワクチン接種のための体制構築
    - ⑦ 医療用物資等の安定供給
    - ⑧ より実効的な水際対策の確保
    - ⑨ 初動対応と新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施等
  - (2) 次の感染症危機に対する政府の体制づくり
4. 終わりに

別添. 新型コロナウイルス感染症対応について

## “お願いベース”のパンデミック対策

私に関心を持ったのは、コロナ対策における指揮命令系統と法律の整備です。メディアでは個々の取り組みの評価や、責任に関心がありますが、ゼロコロナが難しい以上、いかに折り合うかが重要で、個々の方策の是非を論ずることは極めて困難です。それよりも早急に対応しなければならないのは、コロナ対策の「枠組み」です。

すでに政府は、2009年の新型インフルエンザA (H1/N1) 流行後に次のパンデミックに備えて、対策をとってあったと説明してきました。しかし感染症法や特措法を読むと、すべてが“お願いベース”であることが分かります。

この問題点は、2020年5月に、私は現場から頼まれである県の幾つかの機関病院のトップと相談したときに気づきました。それらの病院は、特定機能病院として地域の中核病院機能を担っているのですが、「治療機器は貸しますが、コロナは診ません」ということでした。こうした“お願いベース”のパンデミック対策では、限界があるのは当然です。その無理な状況で、保健所や地域の一線の医療機関が頑張ってきたのだと思います。その中で、入院先が見つからずに亡くなった患者さんが何人もいました。

結局、感染症法にしても、特措法にしても、法律が



整備されていなかったという問題があり、パンデミック対策は防災対策よりもはるかに遅れた状況にあったといえます。有事に、“お願いベース”では所詮無理な話です。幸い今回の有識者会議の報告書はこの点を強調し、先日の感染症法改定に至りました。しかし感染症法の改定により、個人情報の扱いや、地域の医療が変わるため、社会的合意が必要です。こうした大きな問題を、メディアが掘り下げて報道しないのは不思議です。

災害もパンデミックも、権限と責任を明確にし、いざというときに指揮命令系統を明確にしておくこと、これは国の基本ですが、平和と繁栄が続いて、こうした重要な問題に気づきにくくなっているように思いました。

### 感染症対策の法的根拠をきちんと整備すべき

感染症法を読むと、感染対策は都道府県知事に権限がありますが、市区町村長の責務については記載がありません。地方自治体法では、住民の福祉は市区町村長の責務とされているものの、感染者対応は保健所業務です。ここに行政の間隙がありました。また、感染症対策は情報が極めて重要ですが、個人情報保護条例の制約のために、専門家にも情報を提供できないケースが多くありました。

地域保健法で設置されている保健所は、さまざまな設置形態があります。特に流行初期は、市と県立保健所の間の調整がうまくいかなかったようです。これも今回の感染症法改正の重要な項目でした。

そもそも、保健所は緊急時に対応できる体制にはなっていません。結核、肝炎、メタボリックシンドロームなど、ゆっくりと経過する健康課題に対処する仕組みであり、パンデミックに対応できる体制ではありません。こうした健康有事における指揮命令系統と情報提供の体制がなかったことが、何よりも日本のパンデミック対策の欠陥であり、現場と国民が苦勞した最大の原因です。

政府としても、内閣総理大臣や内閣危機管理監の関与がどの程度あったのか、よく分かりません。パンデミックへの備えも、防災と同様の体制づくりが必要で

す（図表5）。

図表5

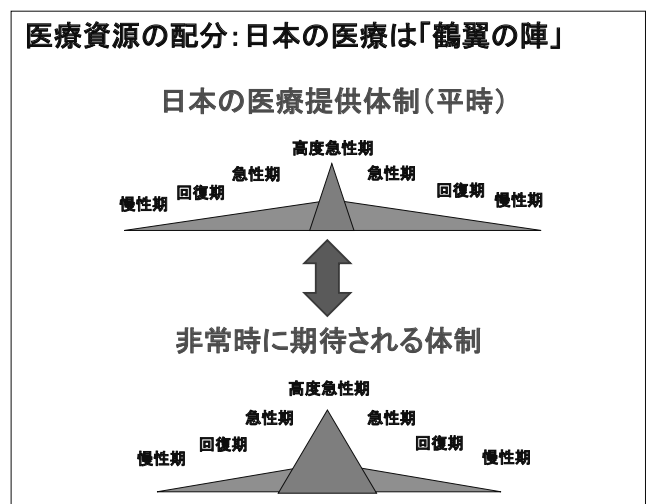
法的課題	
感染症法	都道府県知事に権限 お願いベースの情報提供と病床確保 市区町村長の責務の記載がない
地方自治体法	住民の福祉は市区町村長の責務だが、 感染者対応は保健所業務(搬送等) 個人情報保護条例
地域保健法(保健所の設置)	都道府県、指定都市、中核市、市、特別区が設置 県立保健所と市区町村の調整が必要 そもそもパンデミックに対応できる体制ではない
健康有事の体制	内閣総理大臣の総合調整 内閣危機管理監の関与

### 日本の医療提供体制は、広く薄く

「日本はベッド数が世界でいちばん多いのに、なぜ入院できないのか？」という声もよく聞きました。日本はベッド数が多いといっても、図表6の上段のように広く薄い「鶴翼の陣形」です。したがって平時でも、高度急性期の対応は強くありません。その代わり、中等症までは、いつでもどこでもサービスを提供できる体制です。

非常時には、高度急性期の医療を厚くすればよいと思うかもしれませんが、そう簡単にはできません。平時に取り決めをして、訓練しておかなければ無理なのです。

図表6



図表7は医療提供体制を国際比較したものです。人口千人当たりのベッド数は、日本はヨーロッパの

2倍、米国の5倍、1ベッド当たりの医師と看護師の数は、ヨーロッパの2分の1、米国の5分の1です。

イギリス、アメリカは日本とは医療体制が違い、救急の患者は必ず入院できます。その代わり、フリーアクセスではないので、かかりつけ医が制御しています。

日本は、医療資源を広く薄く配置しています。平時はそれでもよいのですが、パンデミック・サージに備えて、防災対応のような制度設計と訓練を行うこと、平時から地域でそのための協議をしておくことが大切です。

図表7

国名	平均在院日数*	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	28.2 (16.2)	13.1	18.5	2.4	86.5	11.3
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	161.6	12.9
フランス	9.9 (5.6)	6.0	52.8	3.2	175.3	10.5
イギリス	6.9 (5.9)	2.5	110.8	2.8	308.5	7.8
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8	93.5	2.6	419.9	11.7

(出典)：(出所)「OECD Health Statistics 2019」,「OECD.Stat」  
\* ( )内は急性期病床

### 緊急時に医療人員を集約する枠組みが必要

医療提供体制には、各国の特徴が現れます。アメリカは市場原理で、受ける医療はどの保険に加入しているかによります。ヨーロッパの医療は国家管理です。日本は、医療提供は民間ですが、医療費は公的に管理されています。医療のあり方は、話し合いで打開策を見つけるのが基本です。しかし、有事の取り決めはなく、今回の感染症法改定で、ようやく第一歩を踏み出したところです。

アメリカとヨーロッパの医療体制はまったく違いますが、共通しているのは最初から医療機関を集約していることです。平時は簡単には入院できないのですが、救急時の診療を保証していることです。日本の医療提供体制はすぐには変わらないと思いますので、緊急時に医療者と資源をどう集めるか、至急決める必要があります。これが、これまでの感染症対策の中で欠

けていた最大の問題です(図表8)。

図表8

医療問題の日本的特徴	
米国:	市場原理
西欧・北欧	国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心 政府の強制力による改革
日本	民間主体の医療提供、公的に医療費支払い 医師が医療法人を設立し、病院等を私的所有 で整備、国や自治体などの公立の医療施設は 全体の14%、病床で22% 平時は、互いの立場を尊重し、協議で打開 有事については、体制を早急に決めるべき

### 報告書で、課題と今後の方向性を示す

「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」の報告書は、政府が至急取り組むべき方向性を示しました<sup>4)</sup>。しかしメディアからは、「拙速、検証しなかった」と批判されました。メディアのいう検証は、施策一つ一つの判断が正しかったか、誰に責任があったかを明らかにすることのようですが、まだコロナ禍が続いているときに、そうした議論は現場の士気をそぎます。またパンデミックのような複雑な問題に、何が正しいかは容易には分かりません。さらに、ゼロコロナを達成しても、中国の例で分かるように、維持できないのです。そうすると法的枠組みのような大きな問題の欠陥についてこそ、急いで検証して対応しなければならないのです。その他、有識者会議では、医療提供体制の強化、感染症危機時における役割分担の明確化などの重要な問題が指摘されました(図表9、10)。

図表9

医療提供体制の強化に関する事項	有識者会議報告書
	我が国の病院はその約8割を民間病院が占めており、人口千人当たり病床数は欧米と比較して多く、病床や医療従事者等の医療資源の集約を推進してきてはいるものの、依然として、病床百床当たりの医師・看護職員数は、欧米と比較して少なく、そのため、通常医療よりも多くの医療人材を必要とする新型コロナ医療を行うためには、医療資源を再配置する必要がある。特に、感染症法に基づく入院勧告・措置は、通常、医療機関と患者との間の合意により提供される医療に行政が介入する仕組みであり、病床の確保に加え、入院調整や移送なども必要となるため、次の感染症危機を考えれば、平時から関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携が必須となる。また、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診できる体制の整備や、地域医療連携の強化を図ることも重要である。

図表10

感染症危機時における役割分担の明確化や実践的な訓練等

有識者会議報告書

新型インフルエンザ等対策特別措置法(以下「特措法」という。)に基づき、新型インフルエンザを念頭に、病床確保や入院調整のあり方を含む行動計画が定められていたが、感染症危機時に実際に病床を確保するために必要な対応(医師・看護師等の医療従事者の確保や広域派遣、通常医療との両立を含む病床の柔軟な運用、入院患者の転院調整等)など実際の具体的な運用に関して、感染症法に基づく予防計画や医療法に基づく医療計画との連携ができていなかった。さらに、各地域で個々の入院医療機関が果たすべき役割が明示されていないなど、十分に具体化されておらず、医療機関の協力を担保するための措置もなかったため、現場は感染症危機発生後に要請に基づいて対応せざるを得なかった。この結果、現場では以下のようなことが起き、しばしば医療のひっ迫が指摘された。

こうしたことから、限られた医療資源が適切に配分されるよう、各地域で平時より、医療機能の分化、感染症危機時の役割分担の明確化を図るとともに、健康危機管理を担当する医師及び看護師を養成してネットワーク化しておくことや実践的な訓練をはじめとした平時からの備えを確実に実行することにより、危機時に医療機関や医師、看護師等の行動がその役割に沿って確実に実行されるよう、法的対応や予防計画・医療計画の見直しも含めた仕組みづくりが必要である。

自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制についても、法的に対応できる仕組みがありませんでした。これがあれば、現場の対応は大きく違っていたと思います(図表11)。

図表11

自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等

有識者会議報告書

外来医療や訪問診療の領域でも、各地域で個々の医療機関が果たすべき役割が具体化されておらず、かかりつけの医療機関が組織的に関わる仕組みもなく、現場は感染症危機発生後に要請に基づいて対応せざるを得なかった。また、平時における電話やオンラインによる診療や処方などが十分に推進されて来なかったため、以下のようなことが起き、自宅等の療養者への医療や発熱外来等の体制の構築に時間を要した。

こうしたことから、かかりつけの医療機関(特に外来、訪問診療等を行う医療機関)についても、各地域で平時より、感染症危機時の役割分担を明確化し、それに沿って研修の実施やオンライン診療・服薬指導の普及に取り組むなど、役割・責任を果たすこととした上で、感染症危機時には、国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、法的対応を含めた仕組みづくりが必要である。今後、さらに進んでかかりつけ医療機能が発揮される制度整備を行うことが重要である。

図表12

圏域内の入院調整

有識者会議報告書

入院調整について、保健所業務がひっ迫する中、都道府県や保健所設置市・特別区との間で調整が難航した事例があった。こうしたことから、都道府県、保健所設置市・特別区間の意思疎通や情報共有を円滑に行うとともに、緊急の場合に圏域内の入院調整ができる仕組みづくりが必要である。

広域の入院調整

都道府県の区域を超えた入院調整の法的根拠がない中で、ダイヤモンド・プリンセス号で入院を要する感染者が一時的に多数生じた事例や、一部の都道府県では感染拡大期に病床の確保が追い付かず、都道府県の区域を超えた患者の入院調整が困難な事例があった。こうしたことから、都道府県の区域を超えて入院等の調整が必要な場合の国と都道府県の役割分担や国の権限の明確化を図るなど、感染症危機時に広域的な調整が円滑に行われる仕組みづくりが必要である。

圏域内の入院調整も課題でした。これも、緊急時に圏域内で入院調整ができる仕組みづくりが必要です。

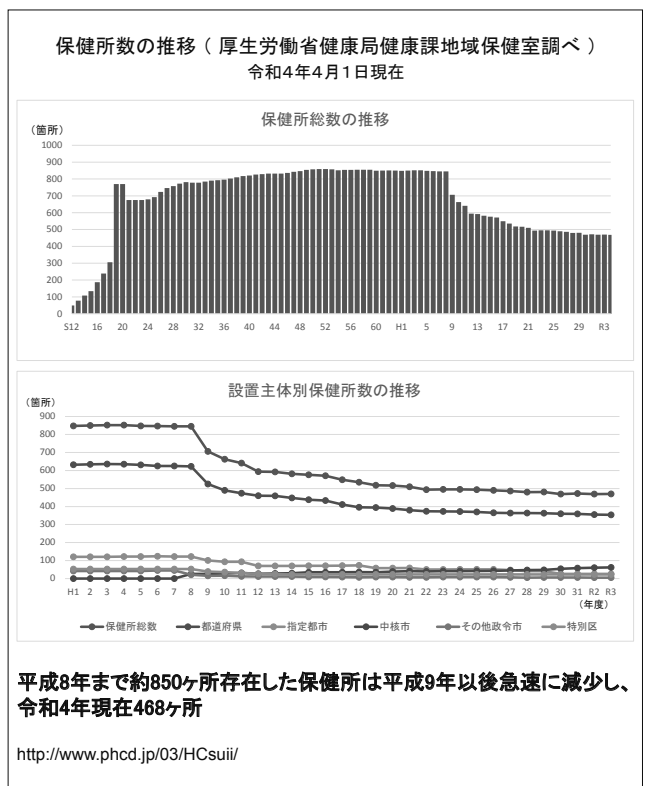
今回の「感染症改正」で、一連の法的整備がなされましたが、本来であれば、10年前にこうした仕組みを

作っておいたうえで、今回のコロナパンデミックに臨むのがよかったと思います。実際、これらの仕組みが本当に機能するのか、今後の検証が必要です(図表12)。

保健所の課題は、健康有事の体制づくり

今回のコロナ対応で、最も負荷がかかったのは保健所です。図表13は、保健所数の推移を示したのですが、1997年から保健所数が急速に減少し、現在の保健所数は約470か所です、その多くが県立保健所です。

図表13



保健所は、これまで合理化が進んだため、平時の業務は拡大し、IT化は遅れ、緊急時の指揮・命令系統は整備されていないという状況でした。

今回のコロナ対応では、約470か所の保健所が、ピーク時には1日10万~20万人の感染者の初診対応を行いました。現在、日本の新患の外来患者は1日約10万人で、8,200か所の医療機関で診ています。これを考えると、コロナ禍がいかに保健所の業務を圧迫したかお分かりいただけると思います。これからは、災害時対応の体制をつくる必要があります(図表14)。

また全国の保健所は、今回の経験を、歴史の記録として、残していただきたいと思います。

図表14

<p><b>保健所の課題</b></p> <p>感染者の対応は基本的に保健所の担当→過剰な負荷          今回のようなパンデミックに対応する体制ではなかった          過度の合理化、平時の業務増大、IT化の遅れ、          緊急時の指揮命令システムの未整備・・・</p> <p>入院調整、トリアージ、搬送調整、          自宅待機者の観察、食料提供          県設置の保健所に対する市町村の支援が乏しい          ピーク時には1日20万人の感染者の初診対応          (日本の外来の初診受診者は1日約45万人)          災害時対応に準じた体制が必要</p>
---

保健所は入院調整でも苦勞しました。

現場の方から「保健所の設置を裏付けている地域保健法には、保健所業務として入院調整は書かれていないはず」という相談を受けました。厚生労働省に問い合わせたところ、「感染症法で規定されている」ということでした。現場は、法律や規則の根拠やガイドラインをよく理解し、それぞれの役割や責任を知っておくことが大切です。いずれにしても今回のコロナ禍は、健康有事の際の指揮命令システムを、一から見直す機会になりました(図表15)。

図表15

<p><b>保健所の法的位置づけ</b></p> <p>地域保健法 第六條          保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う。</p> <p>一 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項          二 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項          三 栄養の改善及び食品衛生に関する事項          四 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項          五 医事及び業事に関する事項          六 保健師に関する事項          七 公共医療事業の向上及び増進に関する事項          八 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項          九 歯科保健に関する事項          十 精神保健に関する事項          十一 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項          十二 エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項          十三 衛生上の試験及び検査に関する事項          十四 その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項</p>	<p><b>＋感染症法による規定</b></p>
---	--------------------------

**自治体間の連携に課題**

現場の苦勞話もたくさんお聞きしました。自宅療養者が増加するにつれて、健康・医療面だけでなく、生活支援が必要になりました。しかし感染症法では、市町村の役割が明確でなく、市町村と都道府県の間の情報共有や連携がうまくいかなかったという問題がありました(図表16)。それは、例えば、当初、自宅療養

者の食事の世話を、市ではなく保健所が行わなければならなかったことに示されています。

図表16

<p><b>保健所体制の強化に関する事項</b></p> <p>有識者会議報告書</p> <p>感染拡大とともに、保健所に大きな業務負荷が発生し、保健所のコアの業務である積極的疫学調査や情報の収集・管理などが十分に実施できない地域などが見られた。</p> <p>自宅療養者が増加するにつれて、健康・医療面だけでなく、生活支援が必要となったが、感染症法上、保健所を有しない市町村の役割が明確でなく、こうした市町村と都道府県との間の情報共有が円滑に進まないなど地方公共団体間の連携が十分にできなかった地域では、食事の搬送が遅れるなどの問題があった。</p>
--

**指令システムの整理も課題**

感染症対策の司令塔が明確でなかったことも問題でした。感染問題の司令塔は保健所なのか、市町村なのか議論があり、初期の段階では市町村は積極的ではありませんでした。また、国、都道府県知事、保健所設置市長の指揮命令システムが交錯したため、保健所は異なる省庁の管轄を横断する業務の調整を担うことになり、これが業務の逼迫につながりました。

さらに、雇用の問題もありました。保健所強化のために短期雇用しようとしても、市の規則では短期雇用が難しい、また雇用された方が、現場になじめない等の問題がありました(図表17)。

感染症法の中に市区町村の役割を明記するという問題に対しては、法整備が進んでいます(図表18)。

図表17

<p><b>保健所体制の課題</b></p> <p>保健所は感染拡大防止が業務である。しかし防疫業務の司令塔が明確でなく、国、都道府県知事、特別区、保健所設置市長の指示命令システムは交錯していた。このため保健所は異なる省庁の管轄を横断する業務の調整を担わざるを得なかった。これらが重なり、保健所の業務は逼迫した。流行期の保健所はクレーム対応、トリアージ、患者搬送の対応、さらに自宅待機者の食事まで担当しなければならなかった。医療専門職も公衆衛生対策に割く時間はなかったという。</p> <p>特措法に基づく市町村の行動計画は機能しなかった。このため県設置の保健所が県と市の行政の狭間に入り、感染対策と入院措置に関する膨大な業務を担わざるを得ないことがあった。住民の生命を守るのは市区町村長の責務であるが、感染症法の中に市区町村の役割が明記されていないという問題がある。</p>	<p><b>永井意見書</b></p>
--	---------------------

図表18

保健所体制の課題	永井意見書
<p>根拠法に基づく平時・緊急時における保健所の役割と機能の見直し、保健所のIT改革、他部署や委託先でも保健所業務を実施できる体制づくりなどが課題として挙げられる。保健所における柔軟な雇用制度や公衆衛生医師の人材育成を推進し、地域保健法で規定されている保健所の位置づけ、設置が自治体に委ねられている地方衛生研究所の位置づけ、感染症対策に関する市町村の位置づけなども明確化する必要がある。感染患者の搬送についても、平時から厚生労働省と消防庁の間で協議し、感染症患者搬送の原則を示すことが重要である。現在の保健所は、健康づくりや平時の感染症に対する体制であり、第5波や第6波のような急速かつ大規模な感染拡大には対応できないことは明らかである。災害時対応に適した体制作りが急務である。</p>	

### 有事に個人情報収集できる仕組みが必要

情報収集についても、多くの課題がありました。個人情報保護条例が壁となり、現場の疫学データや患者情報を自治体から政府の専門家会議や研究者に提供することが困難でした。このため、専門家も、「新聞報道を見ながら予測していた」という話がありました。自治体は、個人情報保護法条例に抵触することを気にしていました。

今後は、法改正によって、現場が個人情報保護法に抵触しないという安心感を持って、情報共有できる仕組みがぜひとも必要です（図表19）。

図表19

情報の収集に関わる課題	永井意見書
<p>特措法第6条第2項には、政府行動計画に定める事項の一つとして、「新型インフルエンザ等の外国及び国内における発生の状況、動向及び原因の情報収集」が謳われており、感染症法の第3章には、感染症に関する情報の収集及び公表に係る一連の規定が存在する。しかし現場の疫学データや感染者から採取された検体を、自治体から政府の専門家会議や研究者へ提供することは、個人情報保護法が壁となり、困難だったといわれる。また、情報や資料が、保健所・地方衛生研究所から国立感染症研究所（感染研）に提供されても、自治体の了解なしにデータの公表や第三者への提供はできなかった。専門家会議も、オリジナルデータを手で入手できず、報道から分析することもあった。自治体が個人情報保護法（条例）に抵触することを恐れずに、安心して迅速に情報を提供できるよう法改正が必要である。その際、東日本大震災の教訓を踏まえて改正された災害対策基本法において、災害から生命、身体を保護するため必要がある場合には、本人の同意がなくても市町村は避難行動要支援者名簿を外部に提供できると定め、非常時の個人情報提供に法的裏付けを与えた例が参考となる。</p>	

### AIシミュレーションチームの活動

私は、内閣官房のAIシミュレーションチームのアド

バイザーとして、しばらく、黒川清先生や京都大学の山中伸弥先生たちと活動していました。AIシミュレーションチームは、飛沫についてはよく研究されていたのですが、現場のデータは持っていませんでした。

そこで、無症状者のスクリーニングをしたらよいのではないかということで、第4波から第5波にかけての無症状者の陽性率を調べました。流行の間欠期に0.03%、ピーク時に0.3%と極めて低いのですが、陽性率は、全体の感染者数の経過とよく一致しました。したがって、流行期には、無症状者であっても、ハイリスク者、あるいはハイリスク地域に焦点をあててモニタリングを行うことも意味があると思います。第5波の際のワクチンの接種との関係では、ワクチン非接種の無症状者は、明らかに陽性率が高く、1回接種者、2回接種者はかなり低い陽性率でした。これはワクチンの有効性を示す重要なデータです。一連のデータは最近、アメリカの雑誌に論文掲載されました<sup>5)</sup>。

モニタリング調査によって、無症状感染クラスターも見つかりました。千葉県で無症状者の陽性者が4%だったことがあります。これは、たまたま学校でスクリーニングして見つかったものです。翌々週に調べ直すと、さらに他の無症状PCR陽性者が多数見つかりました。こうしたデータから、無症状者に対して網羅的にPCRスクリーニングする意味はないと思いますが、ハイリスク地域、ハイリスク集団については考慮してよいと思います。

この事業は、最初は内閣官房が担当していましたが、2022年から都道府県に移管されました。すると今度は、調べた限りですが、データを公表しているのが東京都と静岡県だけになってしまいました。

東京都のデータでは、第6波の無症状感染者は9%で、30倍に増えました。静岡県も同様です。なぜこのように高い陽性率になったのか、研究が必要です。なお抗原検査の陽性率は明らかに低いので、検査の精度に問題があると思います。こうしたことを自治体は、きちんと開示すべきです。

### 有事の情報収集のために、医療DXの推進を

有識者会議の報告書によって、今回、専門家に情報

を提供する仕組みも検討されています。しかし、コロナパンデミックを経験してみると、日本の医療DXが極めて遅れていることも明らかになりました。

HER-SYSの評判はよくありませんでした。電子カルテから自動的に入力できるようにしたり、電子カルテメーカーが協力して、使いやすいシステムを提供するなどの努力があってもよかったと思います。しかしHER-SYSは、一旦動き出すと、さまざまな形で分析でき、現在ではとても重要なシステムとして活用されています。

日本版CDCができて情報がないければ機能しません。倫理に気を付け、個人情報も保護しながら情報収集をする仕組みづくりを進めるべきだと思います。

パンデミック時に、「データがない、データを示せない」というのは、倫理上問題です。市民の知る権利を守り、市民が自律的な生き方をする上で、「情報は大事だ」ということを、政府も社会も理解していただきたいと思います（図表20）。

図表20

情報の収集に関わる課題	有識者会議報告書
<b>医療DXの推進</b>	
こうしたことから、今後とも、新型コロナウイルス感染症対応にとどまることなく、医療DXを推進し、平時から、データ収集の迅速化及び拡充を図るとともに、デジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた「見える化」を推進することが必要である。情報の共有や連携に際して、データを提供する側が安心して提供するためにも、政府においてデータ・ガバナンスの考え方に立って、活用のルールを整備することが重要である。	

最近、私どもは内閣府の戦略的創造イノベーション事業で、医療情報基盤の整備を取り上げました。医療情報システムの整備は、単に医療の提供のためではなく、医療から知識を発見するために重要なのです。公衆衛生関係者におかれても、そうした意識で医療DXを展開し、これからの感染症対策を推進していただきたいと思います。

## ■参考文献

- 1) 武見基金COVID-19有識者会議。  
<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/>
- 2) 永井良三. 政府の新型コロナウイルスパンデミック対策に関する意見書。  
<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7352>
- 3) 永井良三, 大林千一. グラフでみる人口で補正した年代別・都道府県別新規感染率。  
<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7400>
- 4) 新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について。  
[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus\\_yushiki/pdf/gijisidai\\_5-1.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/gijisidai_5-1.pdf)
- 5) Suzuki T, Aizawa K, Shibuya K, Anzai Y, Kurokawa K, Nagai R. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Japan. JAMA Network Open. 2022; 5 (12):e2247704. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.47704.



# パネリスト講演







# 今後の地域保健体制のあり方について

厚生労働省健康局健康課 課長

佐々木 孝治

## 第5次国民健康づくり運動プランを策定中

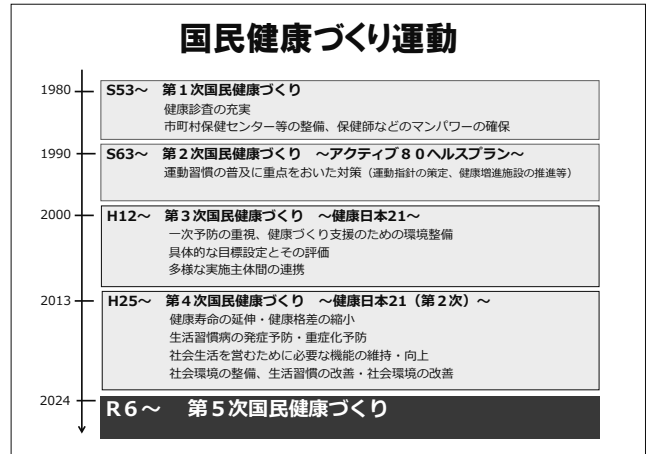
皆様、こんにちは。厚生労働省健康局健康課長の佐々木です。皆様方には、公衆衛生行政の推進ならびにこのたびの新型コロナの対応につきまして、ご尽力いただいておりますことを厚くお礼申し上げます。

2023年よりNHK大河ドラマを放送する関係から、徳川家康が話題です。家康は長寿で74歳まで生き、大変な健康オタクだったそうです。ぜいたくなものは食べず、玄米に麦を混ぜて食べ、肉は鶏肉を食べていたそうです。運動については、鷹狩りが好きで乗馬をしていました。水泳もやっていたようです。三方ヶ原の戦いで武田信玄に負けた時の教訓で、いざというときには戦場から泳いで逃げられるように日頃から鍛錬をしていたようです。これだけ用心深かったからこそ、天下を治めることができたのではないかと思います。今後、健康づくりを進めていく上では、徳川家康を好事例にして、「どうする、皆さん!」と声掛けをしたいと思えます。

本日のテーマはコロナですが、日頃からの健康づくりも大事なので、まず健康づくりの話から始めたいと思います。

国民健康づくり運動ですが、感染症中心から生活習慣病中心という「疫学転換」がなされる中で、これまで半世紀近く健康づくりを進めてきました。令和6年度からは「第5次国民健康づくり」が始まります。現在、「国民健康づくり運動プラン」の策定の検討を行っているところです（図表1）。

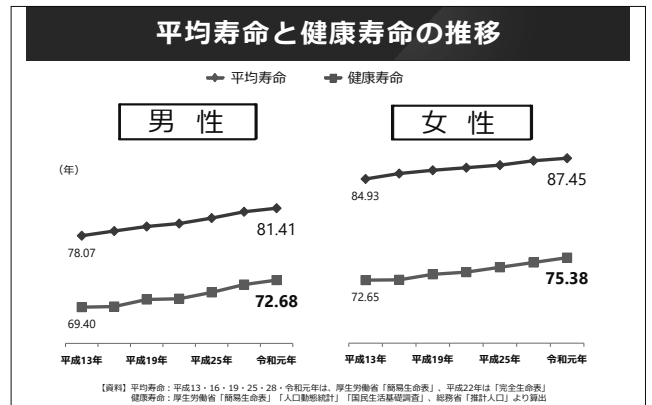
図表1



幾つか、健康づくりの指標をご紹介します。

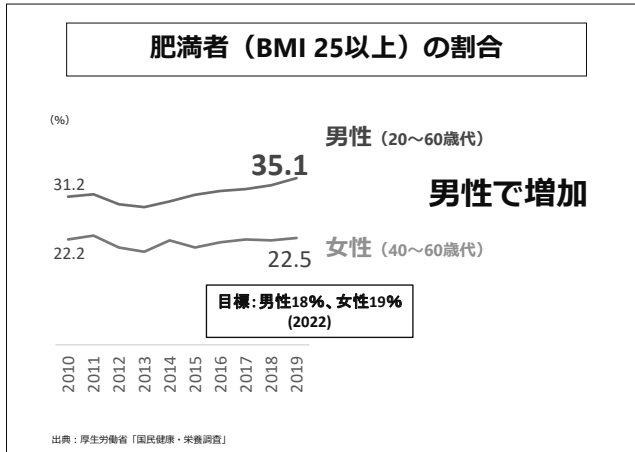
図表2は平均寿命と健康寿命の推移です。どちらも延伸していますが、平均寿命と健康寿命の差はなかなか縮まりません。この先には、高齢社会がどんどん進む状況があります。

図表2



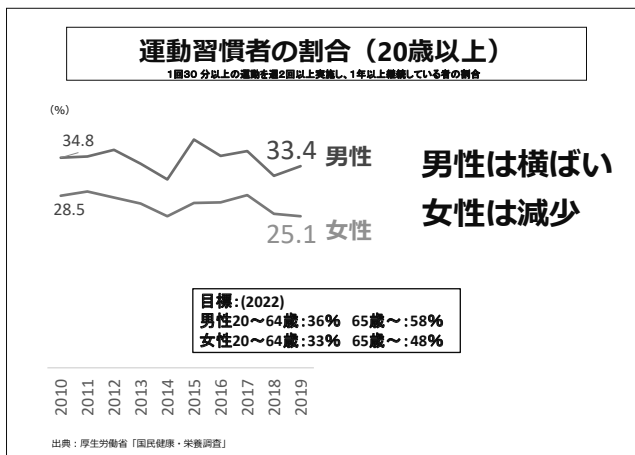
図表3は肥満者の割合です。小学校5年生の肥満傾向、メタボリックシンドロームの予備群が増えているというデータもあり、心配されるところです。

図表3



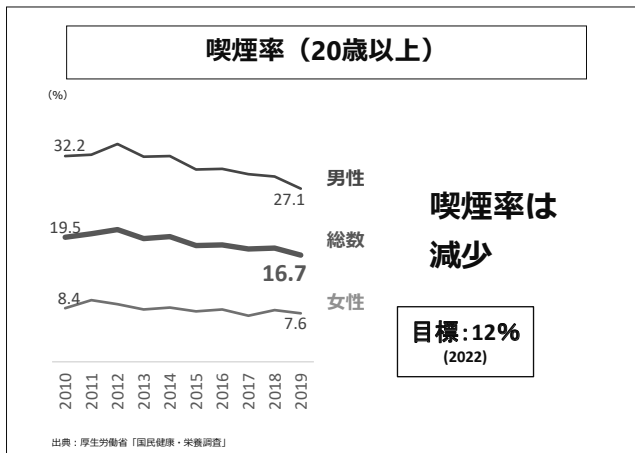
図表4の運動習慣者の割合は、横ばいです。これも心配されるところです。2021年には東京オリンピック・パラリンピック大会がありました。1964年の時はその後のレガシーとして運動する人が増えましたので、今後の増加を期待しています。

図表4



喫煙率については、健康増進法改正によって受動喫煙対策が強化されました。それもあって、現在減少傾向にあります (図表5)。

図表5



健康づくりではこのような指標を示し、短期の目的としては、疾病予防、重症化予防を念頭に置いています。長期的な目的は、体の抵抗力を強める、レジリエンスを高めることです。そのためには日頃から、健康づくりをしっかりとやるのが大事です。

新型コロナの重症化リスクにも、高齢、生活習慣病、喫煙が挙がっていますので、これらを念頭に置いて、改めて日頃の健康づくりの大切さを認識して施策を進めたいと考えています。

### 感染症法等の改正により保健・医療体制を強化

ここからはコロナ対策についてです。感染症法の一部改正が令和4年12月2日の臨時国会で成立しました。骨子は「日頃から、保健・医療提供体制の準備をしよう」ということです。

医療機関については、公立・公的医療機関を中心として、病床確保、医療の提供体制を前倒しで決めておく、民間の医療機関を含めた協定を締結しておくことが決まりました。

予防接種については、コロナのための予防接種法を普遍化する形で法体系を見直すとともに、ワクチンの打ち手についても、医師・看護師だけでなく、その他の職種にも広げました。

水際対策については、検疫所長の権限を強め、実効性を強めることにしました (図表6)。

図表6

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等の一部を改正する法律の概要	
<b>改正の趣旨</b>	新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、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感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、保健所等の整備、保健所及びワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を図る。
<b>改正の概要</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等</b> (検疫法、地域保健法、保健所法、感染症法) <ul style="list-style-type: none"> <li>① 都道府県が定める予防治療等施設に、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等 (高齢者施設等の入所者を含む) への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定非営利組織、地域医療支援機関に感染症発生・まん延時における医療提供を義務付ける。あわせて、保健医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力申請ができることとする。</li> <li>② 初期対応等を行う指定感染症医療機関について流行防止と外来の医療の確保を可能とする措置 (流行初期医療確保機関) を導入する等の措置については、公費と自己負担割合を定める。また、指定感染症の公表や、指定感染症と対応する仕組み (公費負担医療) を創設する。</li> </ul> </li> <li><b>自費・療養者等への医療や支那の確保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 自宅療養者等への療養支援の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の協力を定めることとする。さらに、指定感染症等のための協定を締結することとする。</li> <li>② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み (公費負担医療) を創設する。</li> </ul> </li> <li><b>医療人材派遣等の調整の仕組みの整備</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療人材について、国による派遣先の仕組みやDMAT等の養成、登録の仕組み等を整備する。</li> </ul> </li> <li><b>保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院患者措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家 (IHEAT) や専門的な調査研究、試験検査等のための体制 (地方衛生研究所) の整備等を法定化する。</li> </ul> </li> <li><b>情報収集の整備</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療機関の発生届等の電子的方法による入力努力義務化 (一部医療機関は義務化)、レポート情報等との連携分析、第三者提供の仕組みを整備する。</li> </ul> </li> <li><b>物資の確保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産誘導・指示、必要な支援を行う仕組みを整備する。</li> </ul> </li> <li><b>予防接種</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等が生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。</li> </ul> </li> </ol>
<b>2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等</b> (予防接種法、検疫法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 国の感染症発生・まん延時に指示する新たな感染症発生時ワクチン接種方針を締結できる時期、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。</li> </ul>
<b>3. 水際対策の実効性の強化</b> (検疫法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 検疫所長が、入国前に、居住等の情報を指示し、待機状況について報告を求め (前問付) ことができることとする。</li> </ul>

## 地域保健法でも体制強化の具体策を提示

地域保健法も改正しました。改正点を4点紹介します。

1点目は、予防計画の策定についてです。これは、都道府県で策定することになっていますが、内容を充実させて保健所の整備を行うとともに、検査等の数値目標を予防計画の中で定めることにしました。また、保健所設置市は、都道府県の計画を踏まえて、それに即した計画を策定することになりました。

2点目は、実効性を高めるため、都道府県と保健所設置市・特別区との連携協議会を設置することにしました。関係者が一堂に会して、意思の疎通を図ります。

3点目はIHEATの法定化です。

4点目は、都道府県における調査研究・検査の体制を確保することを責務規定としました。

このように、感染症法の改正、地域保健法の改正、予防接種法を改正して、体制をつくりました（図表7）。

図表7

保健所体制・地方衛生研究所に係る課題と対応の方向性に関する具体策
<p><b>&lt;平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備&gt;</b></p> <p>○ 感染症法に基づき都道府県が平時に定める<b>予防計画</b>について、保健・医療提供体制に関する<b>取組事項を充実</b>するとともに、医療・検査・宿泊施設等の確保について<b>数値目標</b>（病床、免状外来、自宅療養者等に対する医療の提供（オンライン診療、往診・訪問看護、医薬品等対応等）、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）を定めるとし、<b>保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定</b>することとする。</p> <p><b>&lt;地域における関係者間の連携強化と行政権限の見直し&gt;</b></p> <p>○ <b>都道府県、保健所設置市・特別区その他関係者の平時からの意思疎通・情報共有・連携を推進</b>するため、<b>各都道府県に連携協議会の設置を推進</b>するとともに、人命にかかわるような緊急時の入院勧告・措置について、都道府県知事が保健所設置市等の長に指示できる権限を創設する。</p> <p><b>&lt;保健所の体制・機能の強化&gt;</b></p> <p>○ 感染症発生・まん延時に、<b>医療関係者の専門家が保健所業務を支援する仕組み（IHEAT）を整備</b>する。</p> <p>○ <b>都道府県等は、専門的な知識・技術が必要とする調査研究や試験検査等を実施するために必要な体制（地方衛生研究所等）の整備</b>等を行うこととする。また、検査の実施能力の確保のため、民間検査機関等との間で協定を締結することとする。</p>
<p>「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」抜粋（2022年9月2日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）</p>

図表8は、3点目の連携協議会運営のイメージ図です。都道府県が設置しますが、管轄の保健所設置市も加わります。医療機関、消防機関も加わり、保健所、地方衛生研究所も加わることが想定されています。

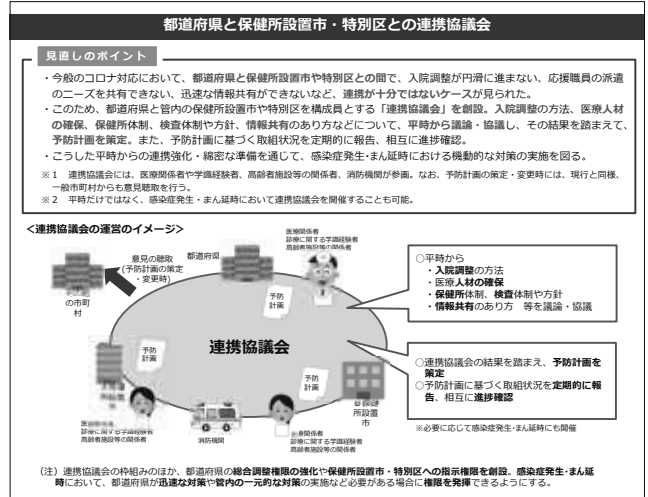
その他の一般市町村については、法律上は予防計画の策定時に意見を聞くことになっていますが、日頃から連絡協議会に参加できるようにしたいと思っています。

関係者間で平時の段階から準備して、いざというとき

きに機動的な対策を実施する、情報交換や意見交換をしながら、市町村で追加支援するイメージです。これまで、連携がうまくいかなかった部分が解消される協議会になることを期待しています。

具体的な内容については、地域保健の基本指針や通知などで、随時示していきたいと考えています。

図表8

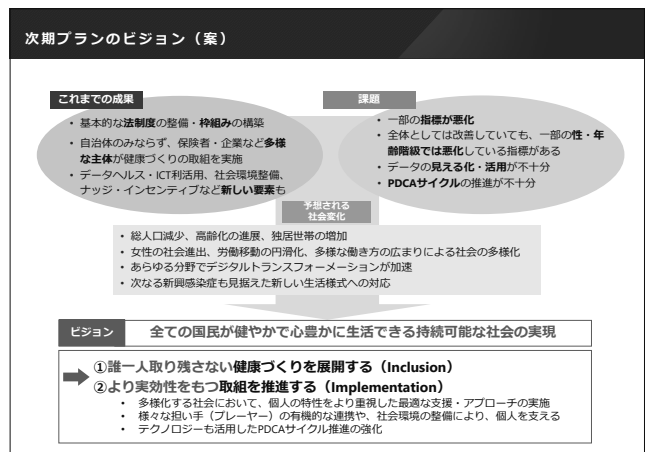


## 感染症と健康づくりの両方に対応できる体制を

第5次の健康プランについては、感染症の影響を意識しながら、次なる感染症を見据えた新しい生活様式への対応を視野に入れていきます。

直接的には、重症化リスクにならない健康づくりが大事です。行動制限による活動力低下による健康への影響についても、次期プランの策定の中でしっかりと考えていきたいと思えます（図表9）。

図表9



## 地域の健康づくりの核は保健所

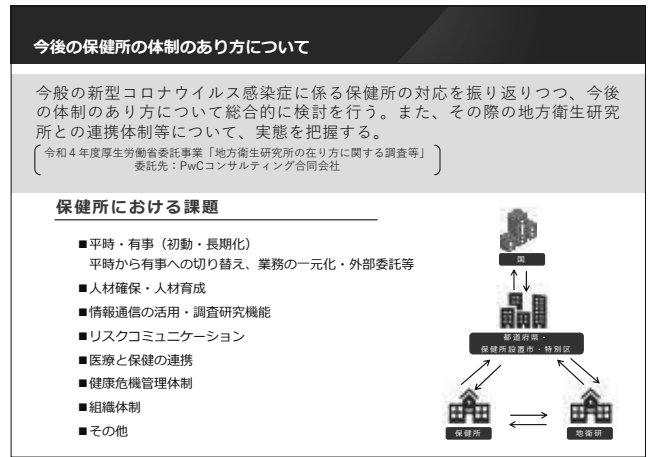
地域の健康づくりの核は保健所だと考えています。

新型コロナウイルス感染症の対応も大事ですが、日頃の健康づくりをしっかりと進めていきたいと思えます。

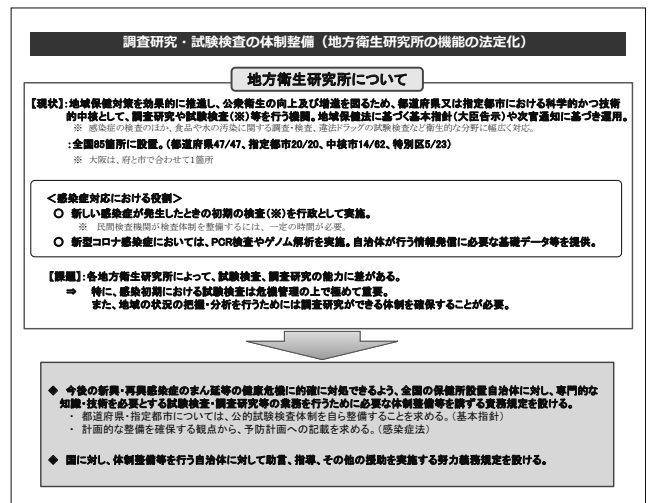
感染症対策で「猫の手も借りたい」という状況ですと、健康づくりがおろそかになってしまいます。そうならないよう、日頃の健康づくりも行いながら、感染症にも対応できるよう、二刀流体制でやっていきたいと思えます。

この体制が具現化できるように、現在準備を進めているところです。本年度の検討結果を踏まえて、令和5年度をセカンドステップとして、コロナ感染症期間に限らず、保健所の業務全体をシステムティックに行える形にしたいと思っています。再来年度の令和6年度からの新健康プランの施行に合わせて動けるように、準備を進めていきたいと考えています。引き続き、皆様方のご理解、ご協力、ご指導をいただきながら、一緒に取り組んでいきたいと思えます（図表10、11）。

図表10



図表11





## 沖縄県における 新型コロナウイルス流行と地域連携 ～感染症に強い社会をめざして～

沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長

高山 義浩

### 2022年12月現在のザンビア、新型コロナの流行なし

沖縄県の高山です。先月より、アフリカのザンビア共和国で、NGO活動に参加して母子保健や結核対策などに取り組んでおり、ここではオンラインにて失礼いたします。

少しだけザンビアの状況を紹介します。ほぼ1年近く、新型コロナウイルス感染症は流行していません。地方の村を回ったり、病院にも行っていますが、コロナ患者は見掛けません。医療機関にはPCRがあるので、まったく検査をしていないわけでもないのですが、それでも発見されません。図表1のように風通しのいい暮らしではあります。

図表1



ただ、都会においては、ご覧のようにバスは混んでいますし、誰もマスクは着用していません。私自身、こちらに来て一度もマスクを着けていません(図表2)。

子どもたちも密集して遊んでいます。こうした様子は沖縄県も一緒ですが、でも、ザンビアでは流行して

いません(図表3)。

図表2



図表3



日本のような対策を取ることもできず、一気に皆が自然感染したのかもしれませんが。今後、ザンビアで今の状況が続くのか、目に見えるリベンジがあるのか、興味深く注目しているところです。

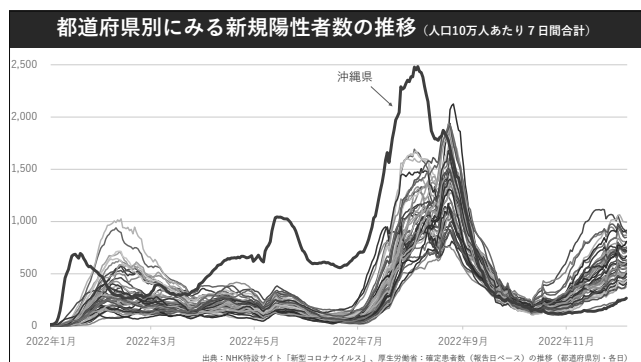
基調講演で正林さんがベトナムの取り組みをご紹介いただきましたが、これから日本の出口戦略を考える上で、海外の成功と失敗、そして結果から学べることは多いと思います。今回、沖縄県の取り組み紹介をしますが、沖縄県は大きな流行を経験していますので、学べる事例の一つになるかもしれません。

## 沖縄県は2022年夏に大きな流行を経験

ここからは沖縄県の取り組みを紹介します。特に、医療・介護連携を中心にご説明します。

まず、全国と沖縄県の新規陽性者数推移の比較です。沖縄県は2022年夏に、極めて大きな流行を経験しました。インフルエンザにおいても、通年、流行を経験してきましたので、亜熱帯という気候要因もあるかもしれませんが、秋以降は、一時的な集団免疫状態に至っているようで、小康状態が続いています(図表4)。

図表4

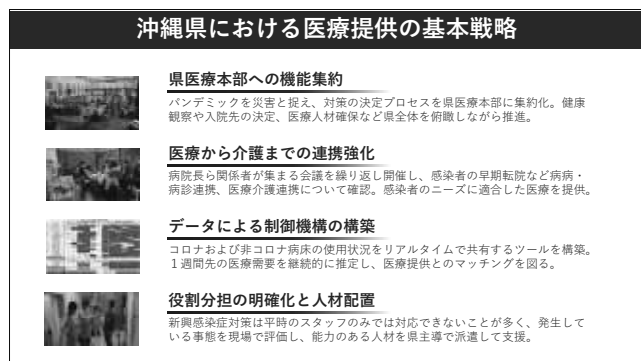


## 現場の役割強化のための4つの戦略

沖縄県は、それぞれの現場の役割を強化し、ポテンシャルを最大にするために、力を注いできました。それは、県医療本部への機能集約であり、医療介護の連携強化であり、データによる制御機能の構築であり、役割分担の明確化と人材配置でした。

これら4つの戦略は、今後の地域医療構想の推進に向けて求められる基本戦略であり、パンデミック後に

図表5

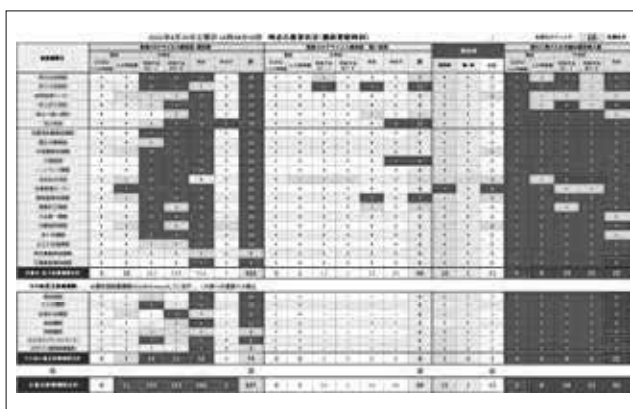


も引き継いでいくべき戦略だと考えています(図表5)。

図表6は「データによる制御機能の構築」の一例です。

これは、県庁と医療機関が共有するデータで、1つの行が1つの医療機関です。県が全体の入院患者数を把握しながら、統合的に入院調整を行いました。

図表6



## 疫学統計・解析委員会によるデータ分析も実施

また、県内外の専門家6人による「疫学・統計解析委員会」を組織し、得られたデータを分析して、毎週、流行状況や今後の見通しの報告を出していました(図表7)。

図表7

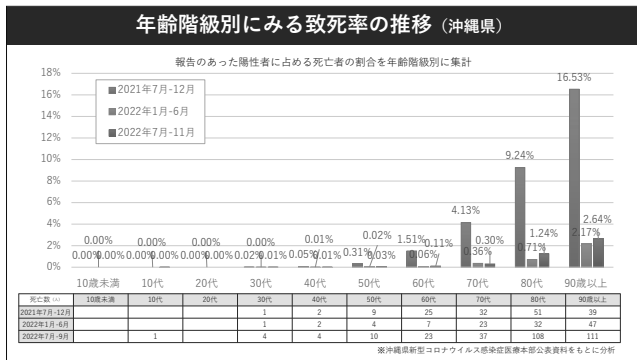


疫学統計・解析委員会が出した資料の例をいくつか紹介します。

図表8は、「年齢階級別にみる致死率の推移」です。ウイルスの変異の影響ともいえますが、ワクチン接種が進んだことで、いずれの年齢階級においても病原性が低下している可能性があります。ただし、高齢者では「いまだ、風邪とはいえない」という状況が続いて

いることも、データが示しています。

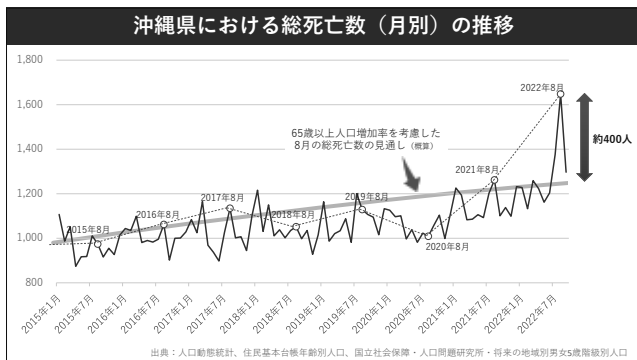
図表 8



図表 9 は、人口動態統計から、「沖縄県における総死亡数（月別）の推移」を示したものです。2022年8月の新型コロナによる死亡報告数は108人だったのですが、一方、総死亡数は過去最大の1,648人を記録しました。高齢者人口の増加率を加味しても、400人近くが平時よりも亡くなっている可能性があります。オミクロン株が主流となり、かつワクチンが普及してきたことで、徐々に病原性は下がっているものの、この8月には、あまりにも多くの高齢者が感染してしまいました。

近年、コロナは循環器疾患としての側面が目立つようになってきていますが、長期にわたって脳梗塞や心筋梗塞を高めていることが分かってきました。

図表 9



図表10



ところが、隔離解除後の死亡は、感染症報告ではコロナ死とカウントされないこともあり、現行のサーベイランスでは捉えきっていない可能性があります。また、医療逼迫により、コロナ関連死以外も増加しているものと考えられます (図表10)。

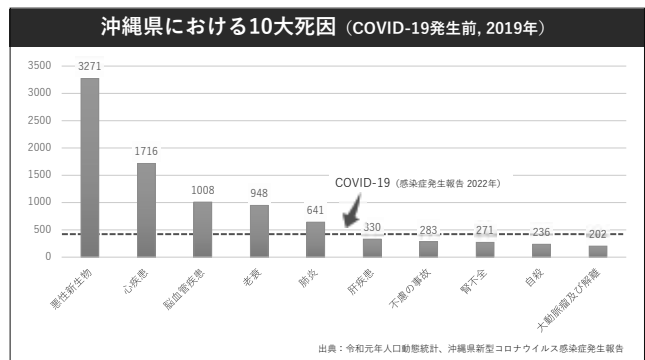
**新型コロナが県民の死因第5位になる可能性も**

図表11は、新型コロナ発生前の2019年の死亡統計と比較して見たものです。2022年11月までに414人の新型コロナによる死亡報告がありました。すでに沖縄県では肝疾患を超えて、第6位の死因に入ってきています。

ただし、死亡統計というのは死亡診断書の死因欄の記載に基づきますが、新型コロナの死亡数は2022年の感染症発生報告による死亡者数です。

例えば、2021年の沖縄県の感染症発生報告の死亡者数は317人でしたが、人口動態統計における新型コロナを死因とする死亡は445人でしたから、実態は4割増しぐらいに考える必要があるかもしれません。つまり、肺炎を越えて沖縄県民の死因第5位に入ってくる可能性があります。オミクロン株ですら、そのような状況であるということです。

図表11



**死亡者の4分の3が、施設内、病院内で感染**

それでは、どのように感染して亡くなったのでしょうか。

図表12は2022年1月から11月の死亡者の年齢と推定感染経路を、沖縄県のデータで集計したものです。

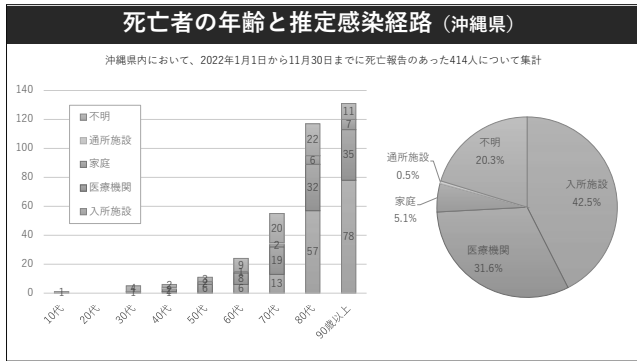
年齢とともに死亡リスクが上がるのはご承知の通り



です。高齢者ほど、施設内感染、院内感染によって感染し、その後亡くなられていることが分かります。

円グラフでも、全体の4分の3が施設内感染、院内感染です。感染による死亡を減らしていくためには、高齢者施設、病院における集団感染を予防し、発生時の支援体制を維持することが重要だと考えました。

図表12



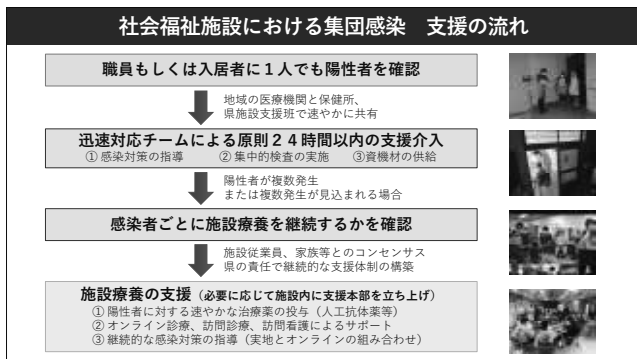
## 高齢者施設支援チームが、24時間以内に介入

そこで、沖縄県の取り組みとして、高齢者施設で陽性者を確認した場合は、24時間以内を目標に迅速に支援介入するようにしてきました。

2020年の7月に高齢者施設で最初の陽性者が出た時から、この取り組みはずっと続けてきました。しかし、第7波では、この支援をすべての施設に行くことは限界となりました。

ただ、これまで丁寧に指導してきたこともあり、同様の取り組みを自分たちでできる施設も増えてきました。施設内感染が初めてという施設が少なくなり、「大丈夫です、やり方は分かっています。困ったら相談します」と言っただけのことが増えてきました(図表13)。

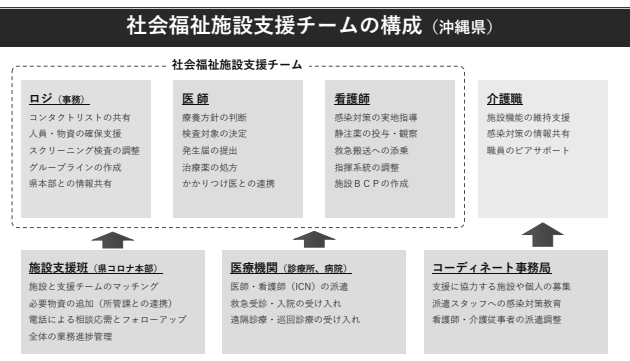
図表13



## 県の責任で継続的な支援体制の構築

図表14は、沖縄県の支援チームの構成を示しています。しばしば、医師の役割が大きいと考えられがちですが、介護現場では看護師の視点が重要です。そして、活動を支えるログが一緒に動きます。これは県庁職員が担当することが多いのですが、一緒に動くことで医療従事者の動きが効率化し、持続的支援の可能性が高まります。

図表14



## 支援チームの対策で、感染を封じ込める

沖縄県において2022年4月から7月の4か月間に高齢者施設、障害者施設などの社会福祉施設において感染者を確認してチームが介入した事例は1,142件ありました。

初発例が誰だったかを確認したところ、職員が66.7%を占めており、職員が端緒となることが多いようです。

収束が確認された1,039件において、最終的な感染者数を確認したところ、1人のみで封じ込められたところが44.0%ありました。

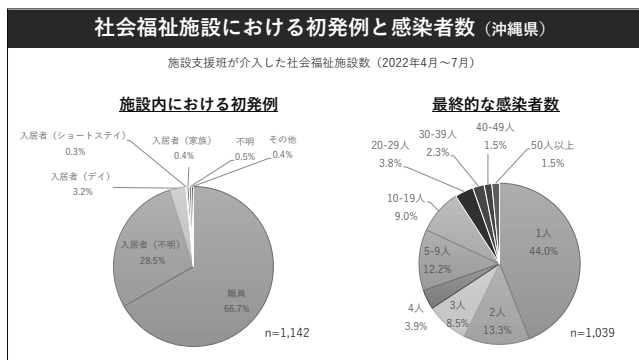
この結果は素晴らしいと思います。それぞれの施設で初動体制が取れるようになり、感染を広げることなく収束させることができています。

私は施設向けの勉強会では「感染者が出ない施設ではなく、早期に感染を封じ込められる施設を目指しましょう」と、繰り返し伝えています。感染することはあると認めつつ、「だからこそ、職場の感染対策をきちんと守って仕事をしましょう。もしも症状を認めた

ら、すぐに仕事を休んでください。入居者に感染を広げないように心掛けましょう」という説明をしています。結果的に4割以上の施設で、感染者を1人に抑えています。

ある程度目指すべき確立された対策があり、それを目指していけばいい、ということだと思います（図表15）。

図表15



供体制、資源確保、職員のメンタルケアと、幅広く迅速に把握することが必要です。

図表17の写真は、実際に現状分析を行っているところです。そして、図表18は施設担当者と協働して、有事のロジ管理を確立します。

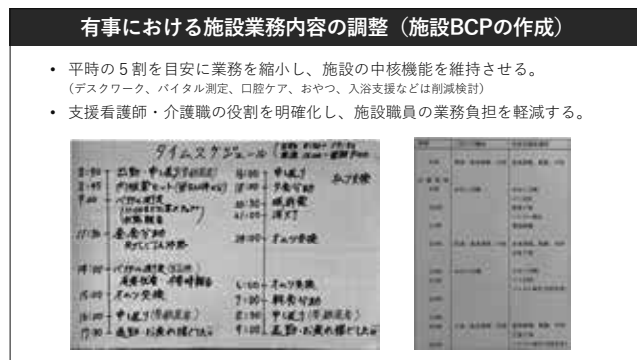
図表18



看護師は施設業務を確認して、業務内容の調整をします。平時の5割を目安に業務を縮小し、施設の中核機能を維持させます。やらなくていい記録の業務を撤廃し、1日何回も行っているバイタル測定は1日1回にする、エアロゾル発生リスクの高い口腔ケアを減らす、やはり感染リスクの高い入浴支援を減らすなど、支援看護師の視点から調整します。

このように、支援者の役割を明確化することで、施設機能維持が現実的に可能だということを実感してもらえます（図表19）。

図表19



## 支援の第一歩は、しっかりした現状分析

図表16は、支援チームが介入したときに最初に張り出すフォーマットです。こうした現状分析をしっかりと行うことが必要です。指揮系統、感染状況、医療提

図表16



図表17



その一方、病院の感染管理看護師がゾーニングを決定し、感染対策指導を行っています。これこそが看護師の役割です（図表20）。

こうした動画による対策指導を職員と共有します。ネット上の出来栄のよい対策指導動画ではなく、昨日来てくれた看護師さんが出てくる自分の施設での動画が効果的です（図表21）。

医師は集中的検査を指導し、陽性者の状態を臨床的にアセスメントして、搬送すべき患者を搬送し、施設に残る健常者にも抗体や治療薬を投与するなどの治療を行っています（図表22、23）。

図表20



図表21



図表22



図表23



## 多職種連携かつ同時進行が重要

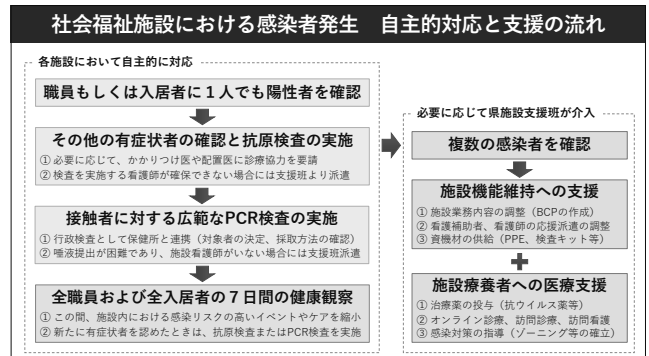
施設への支援が、多職種連携かつ同時進行で進められることで、「これなら、やっていけるかもしれない」と施設の職員に感じてもらえます。

このあたり、施設の初めての看取りと似ています。「できるはずだから、やってみてください」と言っていたのでは、絶対にできません。皆で支援して自信を付けてもらうことが必要だと思います。

先ほどお話ししましたように、感染者が増えて、すべての施設で24時間以内に介入することはできなくなりました。

図表24は現在沖縄県が運用している「社会福祉施設における感染者発生 自主的対応と支援の流れ」です。各施設の自主的対応に重きが置かれるようになっています。

図表24



## 患者の状態に合わせた医療介護体制が必要

今後の支援の方向性として重要なのは、陽性者かどうか、ハイリスク者かどうかで受診や入院を決めるのではなく、患者の状態をよく見て、その状態に合わせて必要な医療介護連携を形成することです。介護現場に、患者の状態をアセスメントする力を付けることも重要だと思います。

私の経験では、要介護高齢者がオミクロン株に感染しても、約半分の方は風邪と同じ症状で終わります。ただ、中には食事が取れなくなったり、合併症を引き起こす人もいます。その状態に応じて、搬送したり、在宅治療や訪問看護に速やかに連携させていくことが

大切です（図表25）。

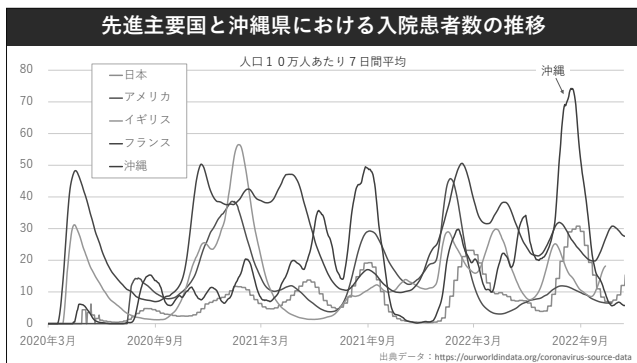
図表25

高齢者施設における療養者と目指すべき医療支援体制			
	① 入院すべき患者	② 訪問診療／看護で支える患者	③ 介護者の見守りにより患者
患者の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸状態が悪化しており、新たに酸素投与が行われている。</li> <li>喀痰量が増加しており、新たに薬投与が必要になっている。</li> <li>誤嚥性肺炎や心不全など、合併症治療が必要になっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急性はないが、状態不安定であり、悪化のリスクがある。</li> <li>経口摂取が不十分で、点滴による補液が必要である。</li> <li>入院させない方針だが、看取りも含めた見直しがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽症であり、解熱剤や鎮咳薬などの症状を緩和する薬剤のみで安定している。</li> </ul>
求められる医療支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>やむを得ず、施設での療養を継続する場合</li> <li>介護側に状態観察を任せることなく、毎日の巡回診療や訪問看護による医療支援が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師に電話で相談でき、必要時には行診が受けられる。または、搬送することができる。</li> <li>施設看護婦による専門的なケアが受けられる。または、巡回看護が受けられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な場合に、かかりつけ医等に電話で相談できる。隔離期間に定期薬が不足した場合には、追加処方を受けられる。</li> <li>解熱剤や鎮咳薬などの基本的薬剤について、遠隔処方を受けられる。</li> </ul>
療養者に占める割合（推定）	20%	30%	50%

※ 施設内における集団感染を防ぐ観点から、個室隔離が困難な場合などでは入院対応も考慮する。

図表26は、日米英仏の人口当たり入院患者数に沖縄県を重ねたものです。全力で入院調整をした結果ですが、第7波において、沖縄県の病院が、世界でも突出してコロナ患者の入院を受け入れていたことがわかります。その結果、コロナ以外の患者すら入院できなくなる状態となりました。いわゆる医療崩壊です。

図表26



## 医療需要に応じて、供給の効率的運用を

縦割りの発想では、もう少し病床を増やそうということになりますが、地域医療全体を見渡したときには、入院は真に急性期医療が必要な患者に限定し、急性期医療が終了したら速やかに退院させることが必要です。

大事なのは、感染症の医療需要が増えたら、感染症の病床を増やすという考え方ではなく、医療需要が増

えたら、それにに応じて供給の効率的運用を図るという考え方です。

これは災害が起きたときも同じで、災害が起きたら病床を増やすという発想はありません。パンデミックであれ、災害であれ、地域に何らかの疾病負荷がかかっているときは、そこに必ず医療従事者も巻き込まれるからです。

厚生労働省は、病床を増やせ増やせとおっしゃいますが、パンデミック時には医療従事者は増えないどころか、戦える要員が減ってしまうのが現実です。今後は、医療の適正利用について住民教育を進め、医療機能に応じた入院・紹介ルールの明確化が求められていると思います（図表27）。

図表27

- ▶ 感染症の医療需要が増えたから、感染症の病床を増やすという考え方でなく、医療需要が増えたときは、それにに応じて供給の効率的運用を図るという考え方が求められる。
- ▶ パンデミックであれ、災害であれ、地域に何らかの疾病負荷がかかっているときは、そこに必ず医療従事者も巻き込まれる。戦える要員は減ってしまうのが現実。
- ▶ 真に急性期医療が必要な患者に限定させていき、急性期医療が終了したら速やかに退院させることが必要である。医療の適正利用について住民教育を進め、医療機能に応じた入院・紹介ルールの明確化が求められる。

最後になりますが、これまで本当に大変でしたが、保健所を含めた県職員の皆様の奮闘努力があってこそ、現在があります。また、沖縄県は全国から多くの支援をいただきました。心から感謝を申し上げて私の話を終わります（図表28）。

図表28





# 大阪府における 新型コロナウイルス感染症対策と 今後の展望

大阪府茨木保健所 所長

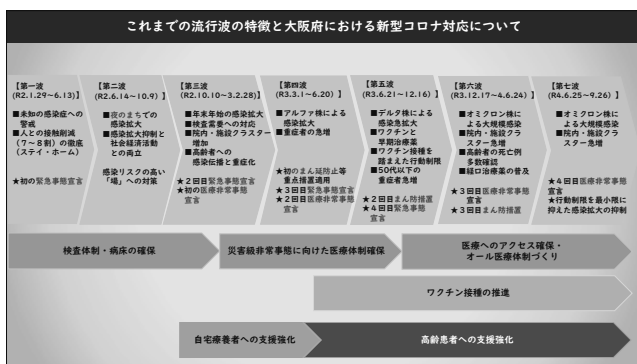
永井 仁美

## 3年間、さまざまな取り組みを行う

皆様、こんにちは。大阪府茨木保健所の永井でございます。全国の保健所がこれまでの3年間、新型コロナウイルス感染症に対峙して、いろいろな思いを抱きながらここまで進んできました。私たちがどのようにして対策を進めてきたのか、また、本日のテーマは振り返りだけでなく今後の展望ということなので、私の考え、期待、希望など、今後への思いもお話したいと思います。

図表1は、大阪府における新型コロナ対応です。実にさまざまな取り組みをこの3年間、行ってきました。

図表1



初期の頃は、検査体制を広げたり、病床の確保を行いました。「夜の街クラスター」という言葉も出ましたが、積極的疫学調査でなんとか感染を封じ込めようとなりました。

それが破綻しそうになり、第3波の時には災害級の医療危機ということで、初の医療非常事態宣言が出ましたので、医療体制の確保に臨みました。この頃にワ

クチンの接種も始まりました。

第3波の頃から自宅療養者も非常に増えたので、自宅療養者の支援体制を強化しました。高齢者施設の高齢患者の支援強化も大きな課題となりました。

さらに、ウイルス株の変化等によって、非常に大きな波を迎えた第6波、第7波では、限られた医療機関だけでは対応できないということで、オール医療の体制づくりのかじ取りを行いました。

## 第1波前に府と市の患者情報の一元化を実現

大阪府の取り組みの中で、私が現場で好事例と感じたことを1つご紹介したいと思います。

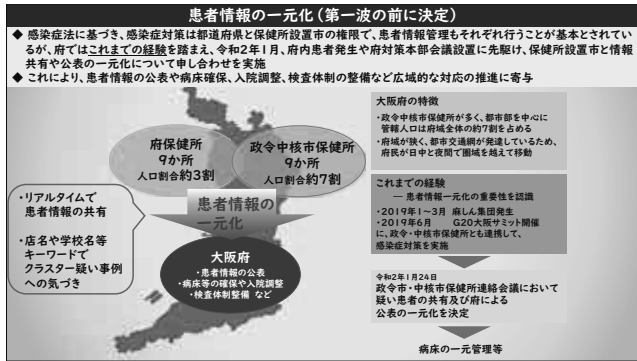
大阪府は、府の保健所が9か所と政令中核市の保健所が9か所で、保健所の数は9対9ですが、担当する人口の割合は府保健所が約3割、市保健所が約7割で、市保健所に人口が集中しています。この府と市の保健所18か所が、早い段階で「患者情報の一元化」を決断しました（図表2）。

この背景には、2019年の麻疹の大流行を経験したことと、同年にG20の大阪サミットがあり、サーベイランスを強化したことがあります。この時に、府、市を超えて情報を共有しよう、報道発表に関しては府に一元化しようとしたので、今回も第1波の前に会議を開いて「情報の共有化」を決めました。

私たちは現場にいて、リアルタイムで患者情報が共有できるので、患者が利用した店の名前や学校名が分かります。そうすると、自分の保健所の事例と同じ店名、学校名があれば、クラスターのいち早い気付きが

互いの保健所でできるので、これはとてもよかったです  
 と思います。

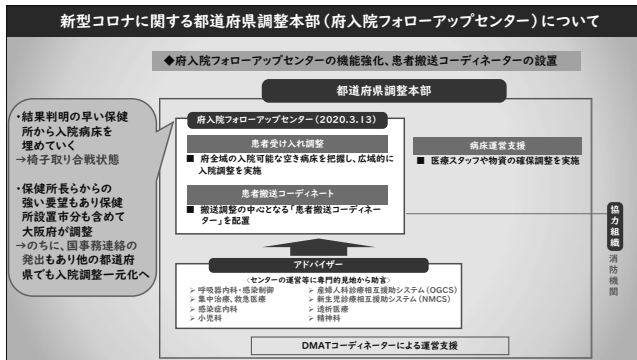
図表 2



入院調整も、第1波の時から本庁で一元化しました。最初の頃は、地方衛生研究所の結果が出た場合、連絡が早く来た保健所から病院の病床を取っていったので、まさに椅子取り合戦状態でした。

「それではいけない」ということで、保健所長から強い要望を出して、大阪府に一元化して、均一の入院基準を作って行うことになりました。こういうことを、大阪府は相当早くからやっていました。後に、国の事務連絡で通知が出まして、今は全国的にこのやり方になっています (図表3)。

図表 3



**感染情報を知らせる「大阪モデル」作成**

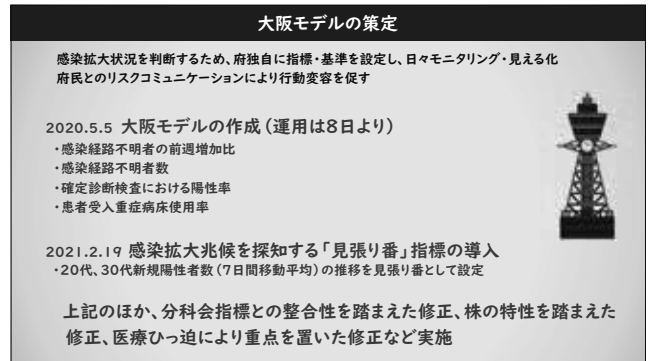
府民とのリスクコミュニケーションですが、都道府県それぞれ、モデルや指標があると思いますが、大阪府では「大阪モデル」も作成しました。

幾つかの指標を作り、府民により早く感染情報を知らせるために、府民に親しまれている通天閣、万博公園の太陽の塔のライトアップの色を、指標に合わせて黄色や赤に変えました。府民も関心を持ち、自ら行動

制限をするなど、行動変容につながりました。こうしたシンボリックな物を使うのもよかったですと思います。

2021年2月からは「見張り番」指標を導入しました。これは、若い人の流行が先に出て、それが高齢者に移っていくことが分かったので、「若者の指標を拡大の予兆として見よう」と考えて導入しました。報道、マスコミなどに扱ってもらい、情報を府民の皆様にお知らせしました (図表4)。

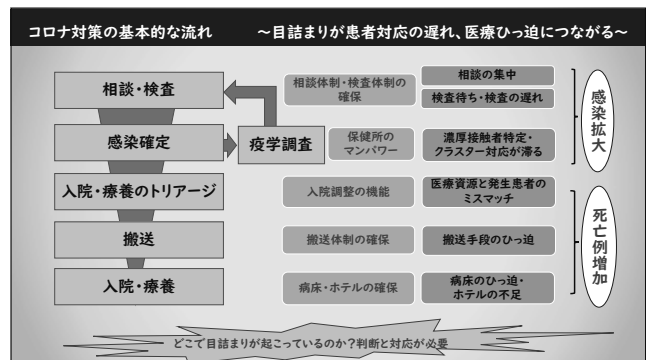
図表 4



**患者対応の流れ、目詰まりの判断と対応が必要**

図表5はコロナ対策の基本的な流れです。このどこかに目詰まりがあると、感染が広がったり、入院などの医療へのアクセスが遅れてしまって、死亡、重症化が増えてしまいます。

図表 5



患者対応の流れとして、図表5の左側のサイクルが回っているわけですが、このサイクルのどこで目詰まりが起こっているのかを、常に俯瞰的に見る立場の者が必要だと思います。

これは、いろいろなデータを見ながら、本庁で取り組んでもらっていたと思います。ただ、そのためには保健所長から現場の状況をリアルタイムで本庁にしっ

かりと伝えることが大事だと思います。そのため、かなり頻繁に、本庁で臨時保健所長会を開いていました。

## 一般医療とコロナ対応の両立の難しさ

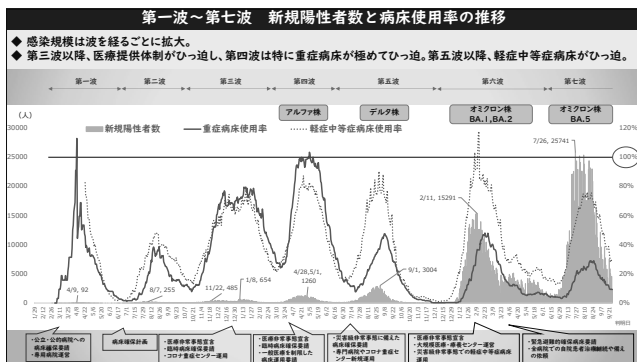
図表6は第1波から第7波までの感染の波です。感染規模は波を経るごとに拡大しました。

第1波の時に大きくなっているグラフは重症病床の使用率です。第1波の時は病床が非常に少なかったこともあり、一時的に100%を超えました。しかし、大阪を中心とした関西にとって、一番しんどかったのは第4波の時です。重症化病床さえ100%を超える日々が続き、何週間かにわたって、こういう状況が続きました。

軽症・中等症の病床使用率は、非常に大きな波となった第6波の時に100%を超え、「入院がなかなかできなかった」ということがありました。

それぞれのときに、大阪府はいろいろな取り組みをしました。災害級ということで、多くの病院に協力を求めましたが、「一般医療をどこまでキープしながらコロナ対策をするのか」が問題で、行政も病院も両者を天秤をかけながらの病床のコントロールだったと思います。

図表6



## 3年間で浮かび上がったコロナ対応の課題

図表7に、3年間のコロナ対応で浮かび上がった課題を挙げました。

まず、保健所を中心としたパンデミック対応の限界がありました。応援職員や外部人材の登用もありまし

たが、事前に準備ができず、いざというときのこちらの準備、相手の準備に時間がかかり、一番来てほしいときには来てもらえず、ピークの忙しさが少し落ち着いたときに外部から応援が入る、ということが繰り返されました。保健所は場所が狭いので、場所がない、電話が足りないということもありました。

保健行政のDXの遅れも当初からいわれていました。検査体制の不足もいわれていました。検査手法が確立した後は、早急に民間にコマースベースでやってもらうことは、うまくいったと思います。

本当に検査が必要なのはどういう人か、検査対象の明確化も課題です。特に検査に制限があるときに、保健所には「私も検査してほしい」という電話がたくさんかかってきて、その対応に多くの労力を割られました。テレビ、マスコミで、検査、検査といわれたときに検査体制が整っていなかったのが、ここが私たちに一番大変でした。私たちが現場で、「必要な人の検査をしてほしい」と言っても、それがなかなか通じなかったのが現実でした。

「オール医療」体制構築のハードルの高さも非常に感じました。また、超高齢社会の中で、「地域包括ケアシステムはどこに行った？」と感ずることもありました。この2つについては、後で詳しくお話しします。

国の役割、知事権限などについては、今回の法律の改正で、事前に病院と協定を結んでおくこともできるようになりました。

図表7

3年間におよぶコロナ対応で浮かび上がった課題	
I	保健所を中心としたパンデミック対応の限界 → 応援職員や外部人材の事前準備、執務室の確保、必要な設備の整理、専門的業務の分担化など
II	データ収集・管理システムの未整備 → 保健行政へのDX推進
III	検査体制の不足の長期化 → 検査手法の確立後は早急な医療機関や検査会社への展開、検査対象を明確化し国民に周知徹底、セルフチェックの推進
IV	感染症・危機事象に対応する医療従事者の不足
V	「オール医療」体制構築のハードル → 再三の依頼・要請に応じ(られ)ない医療機関等への方策
VI	超高齢社会の地域包括ケアシステムの課題 → システムの基本である「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される
VII	国の役割、知事権限など、関連法令の未整備

## 「オール医療」体制のハードルの高さ

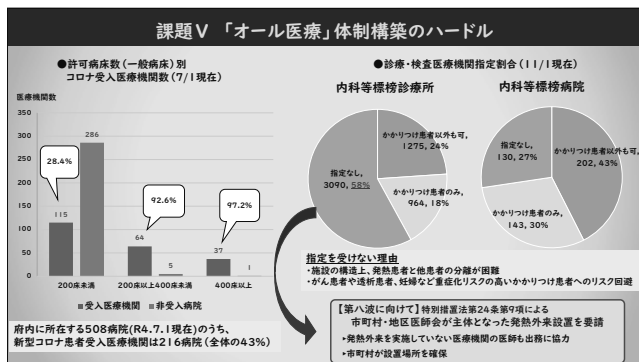
「オール医療」体制構築のハードルの高さについて説明します(図表8)。

府内には病院が508あります。図表8の左側の棒グラフは、病床数ごとに新型コロナを受け入れる病院の割合です。大規模病院は1病院で、コロナ受入病院です。200床未満の小規模病院では28%がコロナ受入病院です。小規模病院はもともとの役割が異なるため、受け入れが難しいということがあるのかもしれませんが。全体を見ますと、コロナ受入病院は216で、これは全体の43%です。

一方、内科等標榜診療所・病院に大阪府が「診療検査医療機関（発熱外来）」のお願いをしたところ、「かかりつけ患者以外も可」の診療所が24%、「かかりつけ患者のみ」の診療所が18%で、58%の診療所については、「できない」という返事でした。病院でも、「かかりつけ患者以外も可」43%、「かかりつけ患者のみ」30%、「できない」27%の割合でした。病院は診療所よりも診療する割合は高いのですが、できないというところがこれだけあります。

内科系を標榜しながら、発熱患者を診ない、検査をしないという理由はさまざまですが、これでは非常に困るので、知事から市町村に向けて発熱外来を作るように強く要請しました。市町村から医療機関に発熱外来を作るように打診し、できないのならば出務をして協力してほしいという強い要請で呼び掛けて、この年末年始をなんとか乗り切ろうとしているところです。

図表8



## うまく機能していない地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムについても課題を感じました。一般疾患ですと、症状のある患者が受診し、検査をして、治療、必要なら入院という流れです。

しかし、新型コロナでは、受診するのは決められた

診療機関のみ、検査・診断後は保健所に届け出があって、その後、経過観察や治療など、患者をフォローする医療機関はほんの一部です。患者に入院が必要かどうかの判断は保健所に委ねられます。実際の入院調整も保健所が行います。

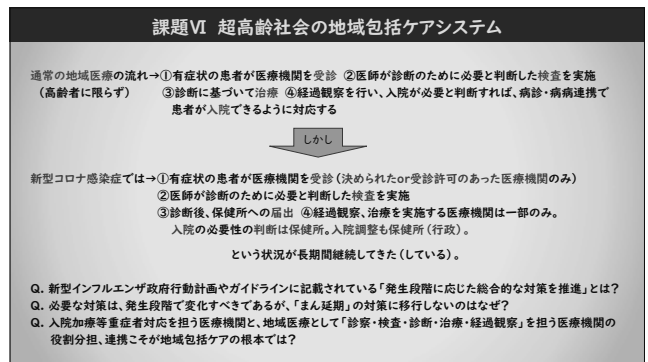
このように、一般の疾患と新型コロナの疾患の流れがずいぶん違う、ということがずっと続いています。

ここで私たちが考えるのは、新型インフルエンザ政府行動計画やガイドラインには、「発生段階に応じた総合的な対策を推進」と書かれていますが、一体これはどういうことなんだろう？本当にこのままでいいのか？ということです。

また、必要な対策は発生段階に応じて変化すべきだと思いますし、まん延期に十分に入っていると思われるのに、まん延期の対策に移行しないのはなぜか？と日々感じていました。

もう一つ、入院加療が必要な重症者に対応する医療機関と、「診察・検査・診断・治療・経過観察」が普通にできる地域医療機関が役割分担をする、また必要に応じて連携するのが「地域包括ケア」だと思うのですが、これがうまくいっていない3年間で過ぎようとしています（図表9）。

図表9



## 対策の道筋が見えるよう、ロードマップの提示を

大阪府も各自治体も工夫し、第8波を乗り越えようとしています。感染の波を小さくしたいと努力していますが、これ以上、協力医療機関を増やすのも難しく、理想だけでは無理だなどという思いもあります。

私は、通常地域医療の中で、みんなで一緒にコロナに対応する体制が必要だということを、医療者を含

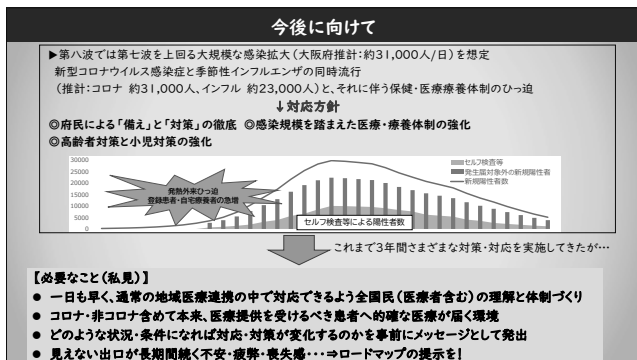


む全国民に理解してもらう必要があると思います。

また、コロナ、非コロナを含めて、本来医療提供を受けるべき人に的確な医療が届く環境が必要だと思えますが、今はそういうことができなくなりつつあります。ですから、コロナの病床だけを増やせばいいという話ではなく、本当に必要な人に医療を届けるためにはどうしたらいいのかを考えなくてはいけないと思えます。

私たち保健所職員に必要なのは、どのような状況・条件を整えば、次の対応・対策に進むことができるのか、事前にメッセージを出していただくことです。私たちは、致死率が下がったらいいいのか、治療薬ができたらいいいのかと、次のステージに行くきっかけを求めながら動いてきました。保健行政に働く者も医療従事者も、先が見えない不安を感じ、疲弊してきましたので、「どのような状況になったら、どうなる」というロードマップの提示をお願いしたいと思います（図表10）。

図表10



私たち保健所職員は、たくさんのクレームとお叱りを受けながら、コロナ対応を行ってきました。その中で1,000人に1人かもしれませんが、保健所に「ありがとうございました」とお手紙を送ってくれる方がいます。私たちは、こうしたメッセージを大切に思い、励まされながら、ここまでやってきました。

私たちが前向きにやっていくためにも、そして、医療で取りこぼす人が出ないようにするためにも、ロードマップやメッセージの提示を関係者の皆様にも強く求めていきたいと思えます。また、私たちはこれまでと同様に、真摯に働いていきたいと思っております。

最後の「ご清聴ありがとうございました」のスライドは、通常は省いていますが、これには手紙の写真があるので入れました（図表11）。

図表11





# コロナ禍での 公衆衛生を担ってきた保健師の これまでとこれから

全国保健師長会 会長

松本 珠実

## 初期は電話相談に多くの労力を費やす

皆様、こんにちは。全国保健師長会の会長をしております松本です。全国保健師長会は、自治体保健師のリーダーで組織している自主組織です。2022年11月26日現在、5,367人の会員により運営しています。

私からは、保健師が担ってきた新型コロナウイルス感染症の対応を振り返り、そこから何を学び、今後どのような活動を行えばよいのかについて、私見となりますが述べさせていただきます。

新型コロナウイルス感染症における対人業務については、2020年2月1日から本格的な開始となりました。当初は保健所で、24時間体制の「帰国者、接触者受診相談センター」を設置し、検査のトリアージを行いました（図表1）。

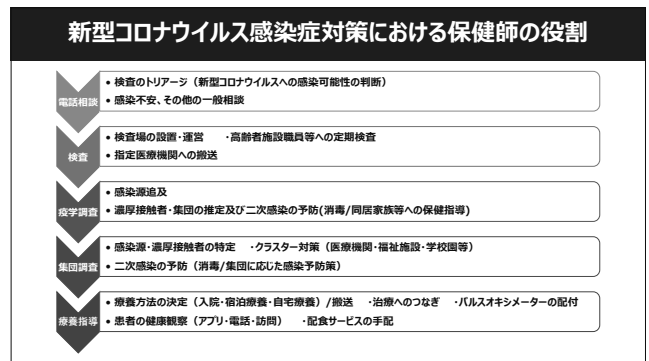
帰国者、接触者受診相談センターには、3月31日までに全国で31万件以上の電話相談がありましたが、実際に検査の対象となったのは約1万6,000件、わずか5.3%でした。

医療機関や相談者から「なぜ検査してもらえないのか」という不満の声が多く、答えるのに多くの労力を要しました。また、濃厚接触者を特定し、14日間、朝夕の健康観察に当たる業務もあり、感染の封じ込めのために対応しました。当初は潜伏期間が長く、濃厚接触者に検査と健康観察を行うことで、早期に患者を発見することができ、感染の山を低くする効果はあったと思います。

2020年5月よりHER-SYSの運用が開始され、My

HER-SYSで健康観察が行えるようになり、ICTの効果を実感しました。

図表1

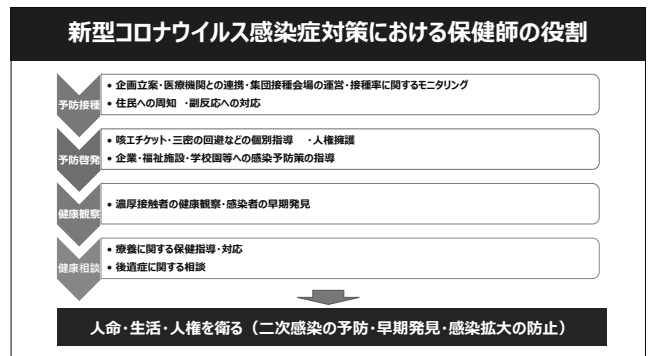


## 保健師は予防接種業務にも従事

2月より医療従事者向けワクチン接種が開始されましたが、市町村では医師が配置されているところはほとんどありませんので、予防接種業務にも保健師が数多く従事しています。

私たち行政保健師は、保健所長をはじめ、多くの関

図表2



係者とともに、これらの業務を通じて人の命と生活、人権を守り、二次感染の予防や早期発見、感染拡大の防止のために組織的な介入を図ってまいりました（図表2）。

## 個人・家族、集団、地域を同時に対象として活動

保健師の機能については、見えにくいところもございますので、図表3に改めて示しました。

保健師は、個人・家族、集団、地域を同時に対象として活動します。感染症であれば、1人の患者への疫学調査を行い、所属していた集団を対象にクラスター対策などの感染症対策を実施し、集団、地域における感染拡大要因を分析して、同様の集団に対して感染拡大要因を取り除くため、地域に対して予防啓発を行います。

また、あらゆる健康段階にも同時に働き掛け、感染症であれば、一次予防・早期探知・調査・分析・治療へのつなぎ・二次感染予防および回復に至る一連の過程を支援しています。

図表3

新型コロナウイルス感染症対策における保健師の機能			
	個	集団	地域
一次予防	予防啓発・重症化リスク改善 ワクチン接種	立ち入り調査・BCP作成支援 ワクチン接種	予防啓発 リスクコミュニケーション
早期探知	発生届 健康観察	探知システムの構築 スクリーニング検査	サーベイランス
調査・分析	積極的疫学調査	集団疫学調査	ヒアリング アンケート
治療・介入	搬送 治療・療養	搬送 治療・療養	研修 健康教育
二次予防・回復	二次感染予防 患者フォロー・後遺症支援	二次感染予防 検証・風評被害の予防	ネットワーク化・システム化 健康なまちづくり

## コロナ対策の課題と解決策

今回の新型コロナウイルス感染症対策においては、さまざまな課題がありました。大きく自治体組織の課題と患者対応の課題に分けて述べていきます。

自治体組織の課題は、指揮・命令系統の不備、人員の不足、業務量の多さでした。

解決策として、新たな組織の構築や指揮・命令系統の一元化、応援職員やIHEATの活用、ICTの活用や

業務委託による業務の見直しと効率化を目指して対策を講じてきました。

業務の委託化については、保健所として国の通知によるバックアップも受けながら、図表4の①～⑦をPDCAを回しながら継続して行い、かなり業務量は軽減したと思います。①～⑦とは、まず自分たちの組織で取り組み、それをマニュアル化し、本当に優先順位の高い業務を割り出し、委託するための障壁を除き、委託先からの相談を受けたり選定したりしながら、モニタリングの仕組みをつくって業務委託ができるようにし、全体を評価するというPDCAを回すことです。

患者対応の課題は、検査体制や病床の不足などがありました。クラスター対応では、図表4の①～⑦の感染制御を目指したクラスター対応、施設の脆弱性を評価した予防策の提案、職員の人材育成、同じような施設同士の勉強会の開催、それらのネットワーク化、啓発活動という一連の活動を行いました。これらをやることによって、感染をゼロにすることはできませんが、収束までの時間は短くなってきたと思います。

図表4

コロナ対策における課題と解決策		
課題	解決策	方向性
<b>自治体組織の課題</b> ・ 指揮命令系統 ・ 人員の不足 ・ 事務量の多さ	・ 新たな組織の構築 ・ 指揮命令系統の一元化 ・ 応援職員や民間派遣職員・IHEATの活用 ・ ICTの活用 ・ 業務委託	・ 業務の見直し ・ 効率化
<b>患者対応の課題</b> ・ 検査体制の不足 ・ 病床の不足 ・ 治療の確保 ・ 健康観察業務増 ・ 脆弱な集団でのクラスター発生	・ 検査場、発熱外来の開設 ・ 宿泊療養所の設置 ・ オンライン診療・病床確保 ・ 医療機関・訪問看護ステーション・市町村への委託 ・ 高齢者施設職員への定期検査・感染制御チームの派遣	・ 都道府県本庁との役割分担 ・ 関係機関との連携・協働体制の構築

① 自組織で実施 ② マニュアル化・専門性の高い業務の切り出し  
 ③ 委託化するための障壁の解消 ④ 委託先の選定  
 ⑤ 委託先からの相談に対する回答 ⑥ モニタリング ⑦ 評価

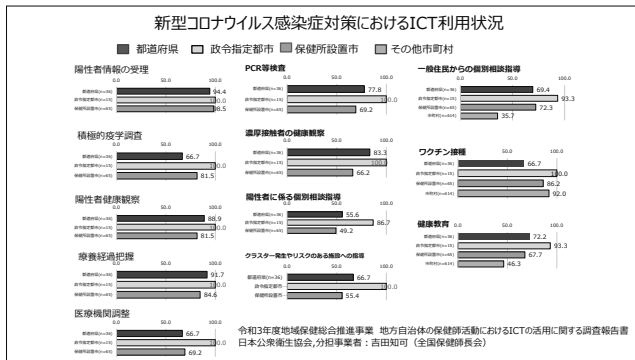
① 発生早期に相談が入る仕組みの導入 ② 感染制御を目指したクラスター対応  
 ③ 施設の脆弱性評価 ④ 予防策の提案 ⑤ 職員等の人材育成  
 ⑥ 同じような施設同士の勉強会の開催・ネットワーク化 ⑦ 啓発

## 都道府県や保健所設置市のICT利用率は低い

全国保健師長会で、47都道府県、1,741市区町村に所属する統括的立場の保健師を対象として令和3年11月から12月にかけて、ICT利用についてのアンケートを実施しました。回収率は7割以上ありました。

政令指定都市ではさまざまな業務についてICTがほぼ100%活用されていましたが、都道府県や保健所設置市では割合が低くなっていて、まだ活用の余地があると考えられる結果でした（図表5）。

図表5

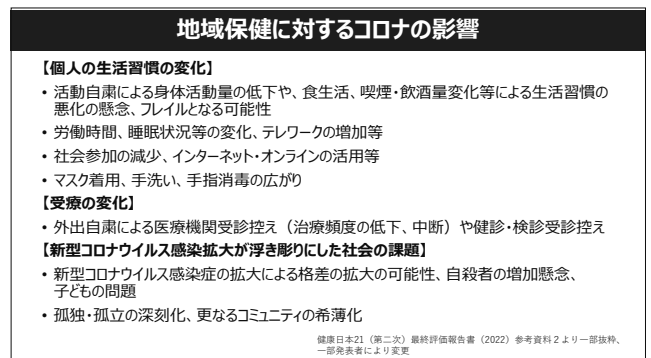


生看護活動の今までの展開方法は効果がある、という自信も持ちました。

## コロナ後の地域保健の課題にも対応が必要

新型コロナは、地域保健にも大きな影響を与えています。個人の生活習慣の変化、受療の変化があり、新型コロナが浮き彫りにした社会の課題として、格差の拡大、自殺者の増加、子どもの問題、コミュニティの希薄化などがあります（図表7）。

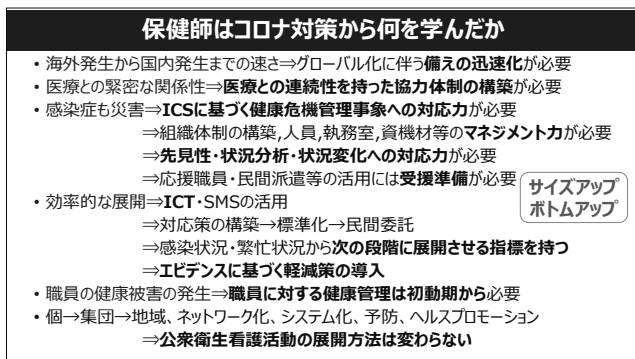
図表7



## 健康危機管理事象への対応力が必要

新型コロナウイルス感染症対策から、私たちが学んだことを図表6に記載しました。

図表6



インシデントコマンドシステム（ICS）に基づく健康危機管理事象への対応力が必要であり、先見性を持って状況を分析し、状況変化に対応していくことが必要です。

第1波の段階から、現在の状況を予想するサイズアップや、現場の課題を上へ上げていくボトムアップの機能が十分に働かなかったことが反省として挙げられます。

私は大阪市の保健師をしています。過去のインフルエンザを見ましても、どんどん感染が拡大することが分かっていましたので、海外の状況を分析すれば、今の状況になることは、当然予測できていたはずですが、サイズアップができませんでした。

私たちは、個から集団・地域へと活動範囲を広げ、ネットワーク化やシステム化を活動の主軸に置きながら、ヘルスプロモーションを実施してきました。結局、このような未曾有の状況になりましたが、公衆衛

## 今後の課題は、対応力強化と保健活動の転換

これらを踏まえて、私たちの「公衆衛生看護活動のこれから」は、大きく分けて2点あると思います。

1点目は健康危機管理への対応力を強化することです。

ICSの本質的な理解と備え、感染症法の改正で注目される予防計画についても検証をして、その検証を基に作成していく必要があります。

医療とも近い関係ができたので、この関係性を切らさないよう、さらに強化することも必要です。そのためは、保健師の人材育成が重要となります。

2点目は、保健活動の展開方法を転換することです。

コロナ禍で悪化した健康課題の解決に当たることはもちろんですが、コミュニティの再生や、対面ではない新たなコミュニティづくりが必要となります。ヘルスリテラシーの低い対象者への介入なども行っていく必要があると考えています（図表8）。

図表 8

コロナ禍を経た公衆衛生看護活動のこれから	
<b>健康危機管理への対応力強化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ICSやCSCAなどの概念の理解</li> <li>検証に基づく予防計画の策定</li> <li>備え（資機材・マニュアル等）の促進</li> <li>ステークホルダーとの関係性の強化（協定の締結・会議体の設置）</li> <li>訓練やシミュレーション教育を通じた実践力の強化・体系的な人材育成</li> <li>統括保健師の配置</li> <li>リーダーシップの発揮（ミッション・ビジョン・バリューの明確化、戦略・戦術に基づく活動の推進）</li> <li>マネジメントの推進</li> </ul>	<b>保健活動の展開方法の転換</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ禍で悪化した健康課題の解決</li> <li>感染症のハイリスクとなる肥満、喫煙、糖尿病、高血圧などの対策</li> <li>コミュニティの再生、新たなコミュニティづくり</li> <li>ワクチン接種率や検診受診率を向上させるアプローチ方法の開発</li> <li>ヘルスリテラシーの低い対象者への介入</li> <li>虐待、DVなど潜在化しやすい健康課題への対策強化</li> <li>ケアシステムの構築・多職種との協働</li> <li>保健師活動の見える化</li> <li>DXの推進</li> </ul>

## 新人・リーダーの人材育成が重要

保健師の人材育成にも大きな課題があります（図表9）。

保健師基礎教育における実習についても、経験が不足していることが問題です。

図表 9

保健師の人材育成に対するコロナの影響
<ul style="list-style-type: none"> <li>オンライン学習が主であった学生生活・アルバイト経験のなさ</li> <li>研修機会の減少</li> <li>業務の中で新型コロナウイルス感染症関連業務が占める割合が高く、それ以外の保健師活動を体験できない</li> <li>通知や感染状況によって業務内容が変化することによる初任者の混乱</li> <li>感染予防の側面から健康教育、地区組織活動を行う機会の減少</li> <li>先輩の保健師が業務繁忙であり、十分なOJTを受けられない</li> <li>同期や同僚との私的な会話・ちょっとした会話の減少</li> <li>ソーシャルディスタンスやパーティションの設置に伴う孤立</li> <li>超過勤務や休日出勤などが多く、自己学習を行う時間の減少</li> <li>精神的なストレス・見通しが立たないことによるモチベーションの低下</li> <li>住民や関係機関からの言葉の暴力</li> </ul>

【参考】堀成美, 立花八寿子, 山本祐子. 対談・座談会コロナ禍での保健師活動のリアルとこれからの在り方. 2022.1.24 週刊医学界新聞 (巻番号) : 第3454号

コロナ禍を経た公衆衛生看護活動を実施するためには、新人の育成が重要であり、いわゆるZ世代の育成対応をどうしていくか、今までの生活経験の不足をどう補っていくかも考える必要があると思っています。

また、公衆衛生看護活動を推進するリーダーの役割も重要です。特に都道府県では50歳代の保健師が少なくなっており、ポスト自体も減っている中で、どうリーダーを育てていくか、という問題もあります。

リーダーの育成には、組織としてのミッション、ビジョン、バリューを明確化しながら、戦略・戦術に基づいて、組織の成果を示すことが重要だと思います。

このように、新人の育成、リーダー育成を両輪としながら、組織としてワークエンゲージメントを高める活動が重要になってきていると認識しています（図表10）。

本日は保健師の立場から、現状の課題について、今後の方向性を踏まえてお話ししました。

図表10

コロナ禍を経た公衆衛生看護活動を実施するための人材育成	
<b>新人の育成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Z世代に応じた育成</li> <li>実習経験の不足、生活経験の不足を補い、コミュニケーション力を付ける</li> <li>職業的アイデンティティの形成</li> <li>経験学習理論に基づくOJTの推進</li> <li>ワークエンゲージメントを高める</li> <li>育ち合い</li> </ul>	<b>リーダーの育成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>特に都道府県の世代交代、ポスト減への対応</li> <li>現状の多角的分析</li> <li>組織としてのミッション、ビジョン、バリューの明確化</li> <li>戦略・戦術に基づいて組織としての成果を示す</li> <li>ステークホルダーとの関係性の構築</li> </ul>



## 地方衛生研究所の新たな役割

地方衛生研究所全国協議会 会長

吉村 和久

### 新型コロナウイルス検査、調査・研究が主業務

東京都健康安全研究センターの吉村です。先ほど正林先生からお話がありましたように、かなり早い時期に地衛研で新型コロナウイルスの解析ができるようになりました。これは、ひとえに、地方衛生研究所全国協議会前会長の調先生のご尽力によるものです。2020年1月には、すでに全国で同様の検査ができるようになりました。

当時は、「とにかく検査をたくさんやってほしい」と言われ、「なぜできないんだ」というお叱りの言葉が多かったのですが、今はそういうこともなくなり、抗原検査もあり、東京の街を歩いていると、PCR検査場が見られるようになりました。

図表1は、地衛研が現在行っている主な業務です。積極的疫学調査としては、新型コロナウイルスの検査を行っていますが、核酸増幅検査だけではなく、新たな業務として、全ゲノム解析と情報発信をメインに行っています。

図表1

地方衛生研究所（地衛研）の主な業務 （微生物系の健康危機管理事例）	
・積極的疫学調査	
新型コロナウイルス検査	新たな業務
（核酸増幅検査・全ゲノム解析と情報発信）	
・感染症発生動向調査	
・流行予測調査	
・食中毒	
・感染症情報センター（疫学）	
・調査・研究等	

### 新型コロナウイルスの全ゲノム解析を実施

今回の法定化の中でも、検査および調査・研究は、地衛研で力を入れていきたいと思いますという話になっていますので、今回のコロナの検査の移り変わりについて、お話しさせていただきます。

図表2のように、全長ゲノム解析をすると、このようなサイトに情報を載せます。2022年の10月だけで2万5,000件の日本の情報が入っています。多くは、地衛研で調べたものを国立感染症研究所に送り、そこからアップロードする形を取っています。

図表2

地衛研におけるSARS-CoV-2ゲノム解析への取組み	
	SARS-CoV-2ゲノム解析 2022年10月1日～31日 日本：25,701件
	多くは地方衛生研究所 →国立感染症研究所 経由でアップロード

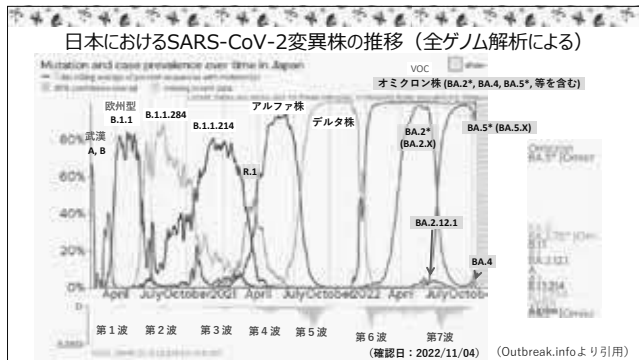
こういう情報を集めていくと、どういうことが分かるかという、図表3のように第1波から第7波までにどういう株が日本で流行していたかが一目で分かります。

この図の基になっているのが、地衛研が患者から取ったデータで、データの集約によってこういう形で変異株の推移を見ることができるようになります。

最初は武漢型だったのが、欧州型になり、アルファ

株、デルタ株になるまではわりと単純です。第6波以降はすべてオミクロン株でくくられていますが、BA.1、BA.2後はBA.2.11、BA.5、その後BA.4と、その後いろいろ出てきている状況で、オミクロン内での覇権争いがいまだに続いています。

図表3



長解析をして、本当にBQ.1.1なのか、XBBなのかという確認も行います。

今はほとんどBA.5しか見つからないので、最初にR346にTがあるかないかで、振り分けます。その後、444があるか、460があるか、もしくはないか、によって、BQ1.1、BF.7、XBB、BA.2.75、BA.2に分かれていきます。

図表5



### 東京都は、変異株のスクリーニング検査を実施

東京都では新型コロナウイルスの変異株のスクリーニング検査をずっと行っています。東京都健康安全研究センターが検査をして、月1回東京都のモニタリング会議に報告を出しています。

世界的に現在はやっているBQ1.1やXBBを調べるのに、全長解析すると大変なので、スクリーニング検査といって、ある特定の所だけを見つけるような形でPCRを使って調べています。例えばBA.5系統であればK444T、N460Kなどの変異があれば、BQ.1.1系統だ、BA.2.75系統でN460Kなどの変異があればXBB系統だ、と調べた報告を、東京iCDCを通してモニタリング会議に出しています（図表4）。

図表4

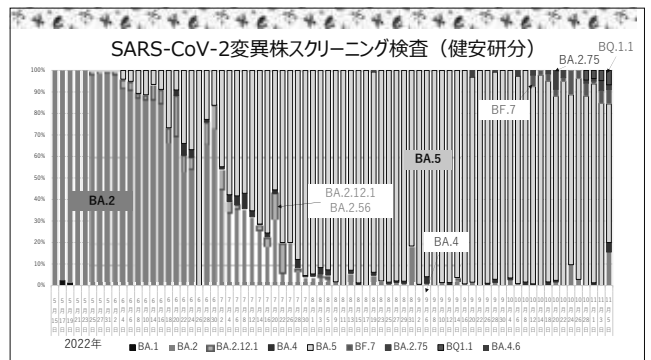


図表5は変異株のスクリーニング検査のフローをまとめたものです。スクリーニング検査後、幾つかは全

現在の株はほとんどBA.5ですが、この様相は毎週変わります。株にはいろいろとギリシャ神話にちなんだ名前が付いていますが、それもそのうち足りなくなるだろうというぐらい、ウイルスのトレンドはどんどん変わります。

図表6は健安研で調べた変異株のスクリーニング検査です。

図表6



昨年夏以降、ほとんどBA.5の状態が続いていましたが、秋になって少しずつ変化が出ています。

この検査はずっと続けています。数%はピックアップして調べるようにしているので、東京都は変異株のトレンドを追うことができます。

こんなに細かく調べる必要があるのかという声が、外からも内からも聞こえてきますが、これは後から役立つと思います。東京都内でどういう株が増えて、どういう株が減っていったかということは、後から、

「実はこの株はまだ流行していないから、今後来たら流行する可能性高いよ」ということが分かると思います。もう一つ、次のパンデミックで似たようなウイルスが入ってきたときの動きの予想にも役立つと思うので、できる限り追っていく意味があると考えています。

## コロナの終焉を見るため、下水も検査

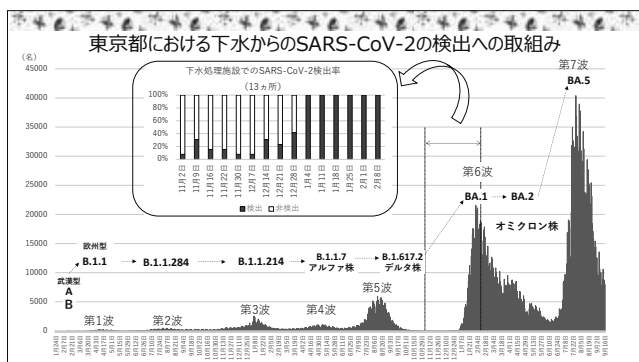
東京都では下水から新型コロナウイルスを検出する取り組みも行っています。北海道など、他の自治体でもやっている所がありますが、私たちがやっているのは定性検査で、都内約20か所近くの下水を採取して、チェックをしています。

現在、ほとんどの場所で陽性と出ています。続けて調べていますが、ずっと陽性です。これは、コロナの終焉を見るために重要な検査だと考えて行っています。

先ほどご紹介のあったベトナムのように、検査をしなくなって現状が分からない時に、「下水では陽性」「下水でだんだん減ってきた」など、こういう指標で見えていくのが現実的だと考えて、続けています。

これを全国でやれとはいませんが、今回のようなパンデミックがどのような終焉を迎えるかを見るのも、われわれの重要な役目だと思って続けています(図表7)。

図表7

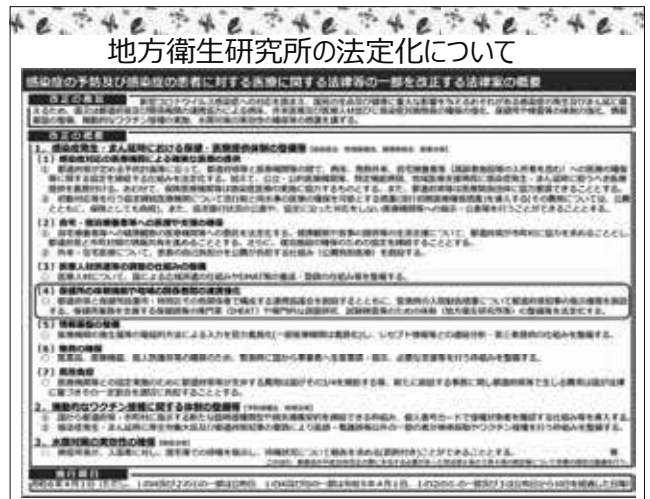


## 感染症法改正で、地衛研の法定化を実現

地衛研の法定化が長年の課題になっていましたが、今回の感染症法の改正で、地衛研の名前を入れてもらいました。

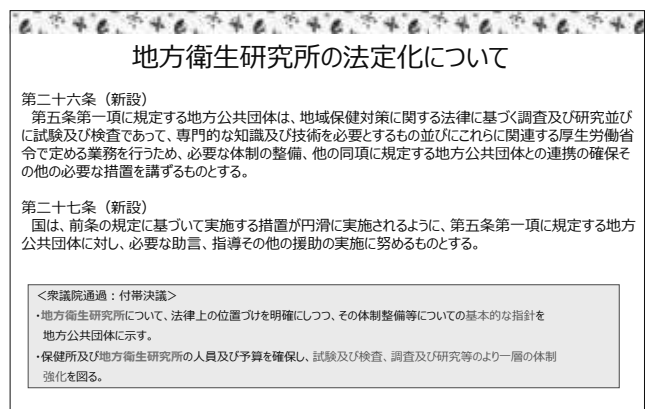
今回は、地衛研の法定化のために、われわれも含めて多くの方に頑張ってくださいました。その結果、「保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化」の項目に、「専門的な調査・研究、試験・検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する」という文言が入りました(図表8)。

図表8



地衛研整備のために、条文も新設されました。先日、厚生労働省の担当の方から電話がきて、「感染症法改正案が無事可決しました」と教えていただきました。付帯決議で、「地方衛生研究所について、法律上の位置付けを明確にし、人員等を確保し、試験・検査、調査・研究の体制強化を図る」という旨の文言が入りました(図表9)。

図表9



## 地衛研は、危機対応に重要な役割を果たす

最後になりますが、コロナ禍も3年が過ぎ、地衛研が検査・研究の最前線で十分に機能し、役立つことが



証明されたと思います。ただし、果たす役割は徐々に変わってきました。単に感染の有無の判断だけでなく、変異を続ける新型コロナウイルスをゲノム検査でより詳細に追跡し、発信していくことが重要になったと考えています。

今回の新型コロナ対応の実績により、地衛研の存在を皆様に認知していただくことができたと感じています。関係各位の皆様にも頑張ってくださいましたが、この実績が後押しとなり、地衛研の法整備も進みました。

今後、今回のような感染症に対する危機対応におい

て、地衛研の果たす役割はますます重要になると感じています（図表10）。

図表10

結語	
1.	コロナ禍も丸3年が過ぎ、地方衛生研究所が検査・研究の最前線で十分に機能し役立つことが証明されたが、経過の中で果たす役割も徐々に変わってきた。
2.	単に感染の有無の判定だけでなく、変異を続ける新型コロナウイルスをゲノム検査でより詳細に追跡し、発信して行くことが重要となった。
3.	コロナ禍での実績が後押しとなり法整備も進んでいる。今後、今回のような感染症に対する危機対応において、地方衛生研究所の役割が増々重要となる。

**パネルディスカッション  
座長・助言者まとめ**





### ■パネリスト

- 佐々木 孝治** 厚生労働省健康局健康課 課長  
**高山 義浩** 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長  
**永井 仁美** 大阪府茨木保健所 所長  
**松本 珠実** 全国保健師長会 会長  
**吉村 和久** 地方衛生研究所全国協議会 会長

### ■座長

- 岡部 信彦** 川崎市健康安全研究所 所長

### ■助言者

- 中澤 よう子** 全国衛生部長会 会長  
**内田 勝彦** 全国保健所長会 会長

## 地方衛生研究所の法定化を実現

**岡部** 川崎市健康安全研究所所長の岡部です。司会進行役を務めます。ご講演で、いろいろな立場からの評価、またこれから先のお話をいただきましたが、演者の方から言い足りなかったこと、何か追加することがありましたらお願いします。

**佐々木** 地方衛生研究所の法定化についてお話しします。これは地域保健法の中の改正に位置付けられました。これまで、運用で全国85か所の整備をしてきました。体制を縮小するという危機感もありましたが、今回の新型コロナの流行があり、地衛研内で早い段階でコロナを特定できる体制が整いました。今回、新しい感染症が出たときにアラートできる重要な機能が発揮されたと思っています。

今回の改正点の根本は、コロナ対応の体制を整えるためには地衛研の法定化が大事だということで、意見交換を進めながら準備し、このたび法定化されました。関係者の皆様の悲願だったと思います。ご協力ありがとうございました。

ただ、2点付け加えたいことがあります。1つ目ですが、地方衛生研究所の名称そのものは、まだ法に位置付けられていません。付帯決議等で言及されていますが、地方分権推進委員会の勧告を踏まえて、必ず置かなくてはいけないという必置規定を書くときには、名称や設置基準は書けないので、そこは配慮せざるを得ません。地方の自主的な作業を尊重するということです。今後、地域保健法の通知などで、示していきたいと思っています。

2つ目は地方衛生研究所の4つの機能、調査・研究、試験・検査、人材育成、公衆衛生情報の抽出・分

析・発進についてです。前者2つについては法律に明記されています。85か所で、それぞれの対応体制を示していただきたいと思っています。

後者2つについては、85か所が同じような密度を持って対応するのは難しいのではないかと、また同じような対応をするのはかえって効率的ではないのではないかと思います。ここは、例えば全県的な体制整備の中で役割分担を決めることも必要ではないかと思っておりますので、こうした体制の組み方も地域保健基本指針等で示したいと考えています。関係者の皆様の、ご意見、ご協力をお願いしたいと思います。

### 政策提言能力と地方行政のリーダーシップが重要

**岡部** 沖縄県の取り組みについてご講演いただいた高山先生、ザンビアからオンラインでのご参加ですが、一言お願いします。

**高山** 臨床の立場で、沖縄県知事の政策サイドのアドバイザーを務めました。専門家の一人として地方行政に関わりながら感じたことを述べさせていただきます。

このパンデミックで求められた専門性は、大きく分けて2つあったと思います。それはリスクを分析する能力と対策を提言する能力です。

リスク分析については、地方衛生研究所や保健所等で蓄積されています。厚労省のアドバイザリーボードでも毎週のように地方ごとの分析があり、助けられました。

一方、提言能力についてですが、これは地方ごとの現場感覚が必要ですし、まさにわれわれを含めた臨床の専門家が地方自治に提言すべきコアな部分です。そして、まだなかなかうまくいっていない課題の部分だと思っております。

政策提言については、さまざまな意見があっていると思います。専門家だけでなく地域のさまざまなアクティビスト、例えばPTAや学生団体などからも意見が出てくるのが健全な民主主義社会です。特に、地方のアクティビストの声が重要だと思います。

ところが、今回、「日本人は多様な意見が共存することが非常に苦手である」ということが露呈しました。「いったいどれが正しいのか？」と、騒然としてしまって、激しい攻撃が起きたこともありました。み

んなが同じ考えでなければならない、という小学校教育のまま、日本社会が形成されているかのようでした。

意見が割れることは公衆衛生や社会学では、当然起こり得ることです。未知の感染症との闘いにおいては、意見が分かれて当然です。専門家さえ意見が分かれました。

このときに大切なのは、地方自治のリーダーシップだと思います。さまざまな意見が上がってくる中で、決断する行政が求められました。政策提言をする専門家やアクティビストを守る体制づくりが必要だと思います。さまざまな意見が出てくる社会は健全です。異なる意見を黙らせようとするのではなく、互いに尊重しながら意見が述べられるようにしていかなければなりません。行政は常に責任の所在を明確にして、多様な意見そのものを封殺しないようにフォローすることが必要だと思います。

これから超高齢社会に直面していく中で、さらに社会は困難な道を歩むことになると思います。リーダーが総合的な観点から、見える形で決断していかなければなりません。私たちは、そういうリーダーを育成していかななくてはいけないと思います。

**岡部** 高山先生、ありがとうございます。人材育成にも言及いただきました。大阪府茨木保健所の永井先生、一言お願いします。

### どういう道を選ぶか、一緒に考える機会が必要

**永井** これまでの報道の中で、「保健所の逼迫」という言葉が嫌というほど使われました。「保健所が逼迫しているために、業務を省略する」というように社会には聞こえていた気がしますが、私たちは現場にいて、「そうではない」という思いを持ち、悔しい思いを持ちながら活動していました。

私たちは、本当に医療が必要な人に医療を届けるため、医療へのアクセスをよくするために、今やっている業務が本当に必要かどうかを考えて、業務の省略と集中をしてきました。それを、「保健所が手一杯だから業務の省略をしている」というように誤解されたことを非常に残念に思っています。

国民、府民は、行動制限なく自由に動きたい、遊び

に行きたいと考えています。けれども、また感染が増えたと、「どうしたらいいんだ」と私たちに連絡してきます。ですから、国民と一緒に「制限なしと感染防止と、どちらの道を選びますか?」と考える機会、国民に意見を聞く機会が、もっとあってもよかったですと思います。

これからのコロナ、または新たな感染症が起こったときに、また同じことを3年も5年も繰り返すのは、保健所の先生たちは「もうやめて」という気持ちだと思います。同じことを繰り返さないために、もっと広く意見を聞いたり、諸外国の例を参考にしたりすることが必要だと思います。

### 今後の地域保健体制の具体的な指導を

**岡部** 次に、全国保健師長会の松本先生、お願いします。

**松本** コロナも3年にわたり、私たち保健師も疲弊しています。全国保健師長会のブロック別研修会では、疲弊をなんとかしたいと考え、「元気になる」をコンセプトにさまざまな研修が行われ、新人育成の在り方についての研修会も行われています。

これまでのコロナ対応から、私たちがやってきたことをある程度評価できる時期になってきたと思います。一方、「十分な活動ができなかったのではないか」という自責の念を抱えているのも事実です。こうしたことを改めて検証しながら、「私たちがやってきたことは効果があったのだ」「これから進む道についても自信を持ってやっていけるんだ」というメッセージを全国保健師長会としても発信していきたいと思ひますし、現場からも発信していただきたいと思ひています。

保健師助産師看護師法で「保健師は管轄の保健所長の指示に従う」と規定されていますので、都道府県の保健所長は直轄する保健所だけではなく、管轄する市町村も含めた保健師にも権限を持つという重要な立場を担っています。ですから、直轄の保健所のメンバーだけでなく、市町村の保健師にも目を向けて、健康危機管理に対応できる地域保健の体制をどう作っていくか、具体的に指導してほしいと思ひます。

### 地衛研法定化後の連携体制構築が課題

**岡部** 会場には保健所の先生方が多いと思ひます。パネリスト講演で厚労省の佐々木課長から、「保健所のおかげでここまでやって来られた」という話がありました。それも含めて、吉村先生に一言お願いします。

**吉村** 地衛研の法定化についてですが、2021年から法定化に向けての準備を進め、2022年6月から4回、「どういう形で法制化していくか」について、集まって話し合いました。2年間にわたって準備をしてきましたので、今回の成立をみんなで喜んでしています。

しかし、今後の問題の方が大きいと感じています。人材育成もそうですし、どういう形で保健所、医療機関、感染研と連携していくのかについては、これから具体的な方法を議論していかななくてはなりません。

新型コロナの流行があって、「こんなふうにはパンデミックが起こるんだ」ということを皆さん思い知ったので、何らかの準備が必要なことは共通認識として持っていると思ひます。ある意味、これをチャンスと考へて、少し無理だと考へられることでも、事前に準備する必要があります。次のパンデミックが起こったときに、今回のようにならないようにしないとけません。

もう1つ、地衛研はコロナの検査に取り組むうちにNGS（ゲノム検査）がかなり一般的にできるようになりました。これは、大きな自信になっています。今後、ゲノム検査を一般化していくことをわれわれの大きな仕事と考へています。すべての所でやる必要があるかどうかについては議論がありますが、少なくとも、できる体制だけは維持していく必要があると考へています。

### コロナ後の地域保健をどう担うかが課題

**岡部** 演者の皆様に発言していただいたので、アドバイザーの先生にもご発言いただきたいと思ひます。全国衛生部長会の中澤先生、お願いします。

**中澤** 私たち全国衛生部長会は、地方自治体、都道府県と政令市の本庁組織の衛生行政を担っている職員の団体です。保健所、地衛研、厚労省など、いろいろな

方たちと連携して仕事をしてきました。

佐々木課長からご紹介のあった今回の法改正では、平時からの体制整備、連携を行うことなどがしっかりと明記されました。責任の主体がきちんと示されたこともよかったと思います。

次期の健康づくりプランでは、「感染しない健康づくり」という言葉が出ていました。高齢化が非常に進んでいる中で、今回の感染症を経験した上での健康づくりは、今後重要になっていくと思いますし、健康長寿の日本にとっても重要だと感じます。

皆さんのお話の中で繰り返し出てきた平時からの体制整備、人材育成の必要性は、今回の法改正でも示されました。特に地衛研が法定化されたことは、とてもよかったと感じています。吉村先生のお話にもありましたが、次のパンデミックに備えることが必要です。みんなが検査をしなくなっても下水の検査を続けることやゲノム解析を行うことは、次のパンデミックに備えるための知見をきちんと残すということで、非常に重要なことだと考えています。

一方、「平時はいつ来るんだろう？」とも思います。まだコロナの感染は続いていますし、収束のロードマップが見えないというお話もありました。ウィズコロナの状態を平時と捉えざるを得ないのかなと思っています。

地域保健の中で、さまざまな課題が顕在化してきています。これらに対応することも求められています。人材育成、体制整備は、感染症対策のためだけではありません。地域保健の課題に結び付き、健康施策につながっていくことだと考えます。

永井良三先生の講演の中で「やった対策、やらなかった対策について検証して、次に備えることが大切」というお話がありました。まさにそれは、感染症を経験して、今後、私たちが地域保健をどのように担っていくか考えることが大切、ということなのだろうと思いました。

## 対策効果の検証と、保健所機能強化の対策を

**岡部** 続いて、全国保健所長会の内田先生、お願いします。

**内田** 講演で、先生方から今後の展望についてお話し

いただきました。今回の日本のコロナ対策は、成功とはいえないまでも、死亡者の数を低く抑えることはできたといわれています。これは医療関係者の尽力、国民の皆さんの協力のおかげです。どの要因がどの程度寄与したかについては、いろいろと指摘されてはいますが、まだよく分かっていません。ここを明らかにすべきだと思います。

第1波、2波、3波の時に積極的疫学調査をして、濃厚接触者を拾い上げ、その人たちを追跡したことが感染を抑えたことは間違いありません。この対応はいつまで必要だったのでしょうか。第4波までなのか、5波、6波までなのかということは検証が必要だと思います。「第4波のアルファ株の時は大阪はきつかった」というお話が永井仁美先生からありました。5波のデルタ株の時は首都圏がきつかったと思います。今回の新型コロナウイルスの流行は地域差も大きかったと思います。

各自治体のリーダーシップが必要という話もありましたが、それには「このくらい感染が増えたらこうする」というアウトラインが必要だと思います。今回はそれが明示されていなかったのが、全国で対応がバラついたのでと思います。

保健所の機能強化をすべき、というのはその通りだと思います。サージキャパシティを高めるべきです。そのためには医療連携体制やBCPを整える必要があります。また、医療と保健の役割分担をきちんとすべきです。今後、連携協議会や予防計画の中で決められると思いますが、そこをしっかりとやるべきだと思います。

## 保健所業務の合理化等、今後の保健所体制を考える

**岡部** まだ、30分ほど時間がありますので、最初にパネリスト同士で、ご質問があればお願いします。

**佐々木** 本日の講演では示さなかったのですが、『資料集』46ページに「保健所体制調査結果」があります。保健所業務の一元化について、今後どうしていくか、どこまでを保健所業務としてやるべきなのかを検証するための調査です。都道府県として、あるいは各保健所で、外部委託または業務の一元化をどのくらい実施したかを円グラフで示したもので、われわれは

「かなり一元化が進んでいる」と把握しています。

今後、感染症に対するレジリエンスを高めていくためには、感染症を経験したことが大事になると思います。BCPについてもある程度検討されたと思いますが、実際に経験して、想定を超えることがありました。リアルに経験したことを今後の予防計画に落とし込んでいく上で、リアルなBCPと業務の合理化を検討する材料になると思います。

今後、健康づくりに本当に必要な体制づくりを考える必要があると思っています。一元化については、コロナや他の感染症だけに限らず、保健所全体の業務について考えました。私の最後のスライドでも示しました通り、今後の保健所体制の在り方について考えていきたいと思っています。

### ウィズコロナの対策を整理すべき時期

**高山** 私は海外にいて、ウィズコロナの対策について、日本はもう少し整理すべきではないかと強く感じています。現在、日本は第8波の最中だと思いますが、7波、8波と数えているうちは、平時になり得ないと思います。今年の冬のコロナの流行を平時の体制でいかに受け止めるか、というように、考え方を切り替える段階になっているのではないかと思います。

ワクチン接種についても同様で、4回目、5回目と数えるのはそろそろやめる時期です。われわれ臨床家にとっては、今年接種していることが重要です。去年2回接種した人と今年2回接種した人では、臨床的にはまったく意味が違います。ですから、「今年の接種は終わっていますか」と聞くようにして、定期接種に引き継いでいく準備が求められていると思います。

もちろん、すべてを平時の体制にすることはできません。相談窓口設置や、何らかの受診助成が引き続き求められると思います。ここは、これまでのコロナの対策において培われたものを平時に生かすために、ウィズコロナへ向けた整備を少しずつ進めていく段階に来ていると感じています。

### 平時の訓練とサンプル情報の一元化が重要

**吉村** 2点お話しします。1点目は、先日行ったシ

ミュレーションの話です。「都内某所で下痢と発熱が集団発生した。その現場に行って、サンプルを採ってきて調べる」というシミュレーションでした。サンプルはコロナとロタの複合感染という設定で、調査結果を本庁と現場がマスコミ発表するシミュレーションもしました。実際にサンプルを出して検査もするので、「そんな面倒なことはやりたくない」という声もありましたが、やってみるとみんな真剣に取り組んでいました。

このシミュレーションで起こった1番大きな問題は、ファックスの渡し間違いでした。ファックスが2枚出てきて、それを2部コピーしてそれぞれの部署に渡すはずが、1枚ずつ渡していました。シミュレーションの教訓としては、「現場では、こういうことが起こる」ということで、ミスを避けるためにはこういう訓練を定期的に行うことが絶対に必要だと感じました。

2点目はサンプル確保の問題です。

現在、地衛研で検査する件数は激減しており、ほとんどが民間の検査会社で行われております。その場合、地衛研では現在どのようなウイルスがはやっているのかを知るすべがありません。このことは流行の把握という点で今大きな問題となっています。例えば北海道で東京を上回る感染者数が出たときも、何の変異株がはやっているのかを、リアルタイムで知ることができませんでした。東京都では、民間検査会社に協力をしていただき、陽性サンプルを一部供与していただき、スクリーニング検査を行うことで、トレンドを知ることができるようになりましたが、今後はサンプルをいかにして継続して一定数確保していくかを考えて仕組みを作っていく必要があると思いました。

### 新たな行動計画の実効性とIHEATについて

**岡部** ここで、会場からもご意見、ご質問をいただきたいと思います。

**質問者** 兵庫県豊岡保健所の柳と申します。今後の展望のお話は非常に参考になりました。今後、感染症のための行動計画をはじめ、いろいろな計画が作られることとなります。その指示が都道府県に対してあるというお話でした。



しかし、実は今回の新型コロナのときも、新型インフルエンザに関するガイドラインで方向性はすでに示されていて、保健所は毎年訓練をして備えていました。

以前、私が質問した時に、感染研から「新型インフルエンザと新型コロナは一切関係ない」という答えをいただきました。そこで、私が心配しているのは、「今度作るガイドラインや計画は、違うタイプの新型感染症でも基本的な部分で同じであれば、ちゃんと使われるのか？」ということです。いろいろな計画を作って訓練をしても、違う感染症には使えないというのでは意味がないと思っているので、教えていただきたいと思います。

もう一点、IHEATの人材登録は全国で数千人ということですが、私の所には50人の保健師がいますが、普段感染症対策を担当している保健師は3人です。ピーク時はほぼ全員がコロナ対応をしました。

多くの自治体で、本来の職員の倍くらいの人数を臨時雇用しても仕事が回らなかった現実がある中で、IHEATを使ったら問題が解決するというのではないと思います。「頑張ればできるだろう」ではなしに、業務をステージに合わせて、可能なものにしていかないと、うまくいきません。本来は、国の方で、ステージに合わせて必要な仕事についての対策を立てていただかないといけないと思うので、どうお考えか教えていただけたらと思います。

**岡部** 感染症法の改正に関わるところだと思うので、佐々木課長、お願いします。

**佐々木** 新型インフルエンザの行動計画について、自治体に具体的にどのような指示が出ているのかは、すみませんが承知していないところです。今回の新型コロナでは、特に初期は、厚労省のこれまでのデータに基づいたものと、全国の保健所の経験はかなり様相が違ったと思います。そうしたことを経験した上で、今回予防計画を策定することが大きなポイントになると思います。

医療機関、関係機関の連携も、途中からではなく、最初から連携協議会という形で参加してもらおうことで、連携体制が取れると思っています。こうしたことは、指針の中で示したいと思います。

IHEATについては、ご指摘の通りだと思います。

人員確保の在り方については、初期には全庁体制で行いますが、それでも賄いきれない可能性はあると思います。今回のコロナもそうですが、相手となるウイルスの様子を見ながら対応を柔軟に変えることになりまので、人員については、IHEATの活用も手段の1つと考えていただいて、行動計画に組み込んでいただければと思います。

併せて、ITのシステムの活用による業務の効率化も考えていただければと思います。

## 今後の具体的な方針と情報発信の仕方について

**質問者** 千葉県夷隅保健所の松本です。私は現場の話を中心に質問したいと思います。

今までいろいろな問題点がありましたが、うまくいったポイントは、高山先生、永井先生のお話にあった「情報を吸い上げて、みんなでディスカッションして、それを対策に生かした」というところです。現在、第8波で、ディスカッションがオープンになって、「今後どのような方針を立てて、どのように進んでいくか、これまでの経験を踏まえて、どのような形でやっていくつもりなのか」を知りたいと思います。

なぜならば、状況が最初とは随分変わってしまっているからです。今後、具体的な方針をどのように発信していくのかを聞きたいと思います。

**佐々木** 情報発信には、地域レベルでの情報共有と、全国的な方針に関する情報発信の2つがあると思います。

前者は連携協議会による情報共有があります。今回、成功事例として、高山先生、永井先生のお話がありましたので、こうした事例を生かしていくべきだろうと思います。

全国的な情報発信は、国として情報を発信していきます。例えば、今回の第8波でも、コロナとインフルエンザの話について、有識者の意見を取り入れながら、政府として情報発信しています。今後も何かしらの形で行われることが想定されます。国として、引き続き考えていきたいと思っています。

全体的な話になりますが、今回の感染症法改正で、次の感染症危機に備えるということになり、この9月2日の政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の決

定事項として、いわゆる日本版CDCの強化が話し合われました。新型インフルエンザ対策特別措置法の話も出ていますので、順次、これらを次期通常国会から改正していくことが想定されます。これらをどんどん進めていくことで全国的な体制確保ができ、その過程で、ご指摘のあった情報共有、政府の方針が示されると思います。

**岡部** ありがとうございます。情報を発信するのも、地衛研なのか、本庁なのかという問題も出てくると思っていますので、今後検討していただければと思います。

### 日本版CDCはどうなっているのか

**岡部** オンラインでご参加の福井保健所の後藤さんより、「日本版CDCはどうなっているのか」というご質問をいただいています。佐々木課長、お答えいただけますか。

**佐々木** 9月2日の政府のコロナ対策本部決定を踏まえて、一貫通貫した指揮命令系統をつくるということになっています。それを国のCDCとして、新しい体制の下で進めていくことを想定しています。これらは、次期通常国会以降の法案審議になると考えています。

### 医療と保健の役割分担の具体的な進め方について

**岡部** オンラインでご参加の東京都の小山さんから、チャットでご質問が入っています。「医療と保健の役割分担について、具体的な進め方に関してポイントなどがあれば教えてください」ということです。医療と保健の役割分担については、私も明確にした方がいいと思っています。内田先生、お答えをお願いします。

**内田** 現場レベル、保健所レベルでは、医療と保健の役割分担について、今回たくさん困ったことがあったと思います。そうしたことを早急に話し合うことから始まると思います。

現場レベルはそれでいいと思いますが、もう少し上のレベルでの問題の方が大きいと思います。例えば、診療検査医療機関と称しながら、外来を診る所と診ない所があります。それでいいのか、という問題があります。重点医療機関、協力医療機関、感染症病床の数

は限られています。それでいいのでしょうか。永井良三先生が特別講演で「鶴翼の陣」といっていましたが、日本の広く薄い医療体制の中で、これまではお願いベースで新型コロナに対応してきました。それでいいのかを含めて、今後検討する必要があります。この問題は、現場レベルでは解決できません。

もう1つ、入院勧告をいつまでやるのかという問題があります。入院勧告は、感染拡大を抑止するために人権を縛って、無理やり入院してもらう制度です。しかし、今、無理やり入院させられている人はいません。入院したくて入院する人に対して、入院勧告はナンセンスです。それがまだ行われていて、行政が入院調整をやっています。最初は、重点医療機関は指定しても公表せず、公表されていないものは医療連携できないので、行政が入院調整をやっていました。この是非についての議論も、最初からありました。次回からは、重点医療機関の名前は予防計画の中に書かれてオープンになりますので、入院勧告をやめようという話になると思います。このように、もう少し深いレベル、県レベル、国レベルでの仕組みが必要だと思えます。

**岡部** ありがとうございます。オンラインでは、「『喉元過ぎれば熱さを忘れる』、ということが多いので、そういうことがないようにしていただきたい」というご意見や、「中核保健所の在り方について検討すべきではないか」というご意見をいただいています。その他、いろいろなご意見をいただいています。そろそろまとめに入りたいと思います。助言者の先生方、発言をお願いします。

### 次の感染症に備えるための行動計画は全体に必要

**中澤** いろいろなご意見や、ご経験から出た示唆に富むご提案がありました。会場の皆さん、オンラインの皆さんも現場でご苦労されて、ご意見がおありだろうと思います。現在はまだウィズコロナ状態ですが、法改正が行われ、さまざまなことが進んできていると思います。

新型コロナウイルス自体が、今後落ち着いていくのか、また変異があるのか、分からない状態でやっけてはならないので、現在決めた法律や計画でど

ここまで対応できるかは分かりません。しかし、いろいろな分析や反省を次に活かしていくことは、常に行っていかななくてはいけないと思っています。

新型インフルエンザ流行の時に私たちはいろいろな経験をし、その後、法改正や行動計画立案など、いろいろなことが行われました。今回、新型コロナを経験して、「それが役に立たなかった」「たくさん不足があった」と、皆さんが思っていると思います。皆さんの話を聞いて思い起こしていたのですが、クルーズ船が来て、感染者が4人くらいという初期に、私がまず開いたのは新型インフルエンザ流行の時に決めた行動計画書で、それを基に、どう対応するか考えました。それは2、3日で全然機能しなくなりましたが、行動のベースになったのはみんなでいろいろ考えたこの行動計画でした。

今回の法改正と行動計画書も、次の新たな感染症に対して機能しないかもしれませんが、これを土台にして、次々と対応策を考えていくためには絶対に必要なことだと思います。新型コロナ自体、今後どうなっていくか分かりませんが、これまでのみんなの知見をまとめて、次の対策を考えることも必要なことです。特に、現場の皆さんの意見を最大限取り入れて、みんな考えていくことが重要だと思います。こういう場を含め、自分の職場以外の方の意見を聞けるのは大切な機会です。今後もあらゆる機会を捉えて対策を話し合い、日本の地域社会の健康を守っていきたいと思っています。

### 対策の評価とロードマップの提示をすべき

**内田** コロナ対応は、国も現場も努力して、ある程度うまくいったと思います。しかし、課題がいろいろあることも分かりました。この部分をきちんと評価すべきだと思います。保健所はどうすればよかったのか、自分たち自身の評価ではなく、アカデミアの先生方に評価してもらうのがいいと思います。どこまでやればよかったのか、これはこの時点でこうすればよかった、など、きちんと評価を示した方がいいと思います。

また、永井先生のお話にあったように、ある程度のロードマップを示してほしい、示したい、と思いました。「いつになったら普通の感染症になるの?」とい

う疑問があると思います。「こうなったら、こういう対策を取る」ということが他の分野では決まっていることが多いのですが、保健医療の分野では取り決めがありません。そこをきちんと示した方がいいと思います。

### 今回の体制見直しも、いつか評価の機会を

**岡部** ありがとうございます。私も少し振り返ってみたいと思います。最初はダイヤモンド・プリンセス号での感染と、有名人が亡くなって、「命あつての物种」と世の中が騒然としました。その中で抑制しようと動きましたし、内田会長がおっしゃったように、全体として悪いやり方ではなかったと思います。現在はモードの切り替え時期に来ていて、そのスイッチをいつ入れるか、ということでもいろいろと動いているのだと思います。

先日、香港、シンガポールなど、アジア圏の方と話し合う機会がありました。彼らは「こういう理由で、こういうふうに緩めていく、病気は存在するけれども、われわれはここまでできる、こういうことが起きたら、こういうことをやる、という説明をした結果、国民が受け入れた」と言っていました。「国の対応策に対して、国民がある程度許容する」ということが分かっていると、なかなか対策が進まないと思いますので、そのためには情報提供が必要だと思います。決してポピュリズムに流れる必要はないと思いますが、人々の話を丁寧に聞いていく必要はあるでしょう。

コミュニケーションについては、今回、最初のうちはあまりうまくいきませんでした。そこを改善していかななくてはいけないと思います。

もう1つ、医療と保健行政の役割の問題がありました。やはり、病気は病気を診る人が判断すべきです。それも、病名や病原体だけで判断するのではなく、病状を斟酌しながら判断するのが本当の医療だと思います。こうしたことの必要性も、話を聞きながら痛感しました。

永井良三先生を座長とした有識者会議で、短期間で提言を出し、「この提言が感染症法改正の中に生きてくるだろう」ということでした。私は2009年の新型インフルエンザパンデミックの時に対応をしました。あ

---

---

---

---

---

---

の時は寺村先生が座長で、私も尾身さんもそのメンバーでした。今考えると、最後に出した提言は、いい提言だったと思います。今回のパンデミックの時に最初に考えたのが、「あの提言通りにやっていたらよかったのに」ということでした。あの時に失敗したと思うのは、すぐに見直しをしなかったことです。

感染症法も、何年後かに見直しという話がありましたが、今回の体制の見直しに当たっては、ぜひ、何年かたった後で、それがどこまで実施されているか、何が実施できなかったのかを調べていただいて、次のパンデミック対策に結び付けていただきたいと思います。

す。

このシンポジウムも、新型コロナのテーマが3年続いてしまいました。できれば、来年は違うテーマの方がいいと思いますが、どこか落ち着いた段階で、本当に体制の見直しが行われたかどうか話し合うための場を持っていただければありがたいなと思います。

会場の皆様、オンラインでご参加の皆様が本日の話をもち帰り、いろいろなことに前向きに取り組む糧になれば、パネルディスカッションの意義があったと思います。本日はありがとうございました。



閉会挨拶





## 松谷 有希雄

一般財団法人日本公衆衛生協会 理事長

本日は、長時間にわたってシンポジウムにご参加いただき、ありがとうございました。基調講演、特別講演、パネリスト講演、パネルディスカッションにご参加いただいた先生方、どうもありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症は公衆衛生の中で大きな課題で、まだまだこれから対応し続けなくてはなりません。その中で、このシンポジウムが少しでもお役に立つことを願っています。

年が改まって、来年がもっと良くなることを祈念したいと思います。われわれもこれまでの取り組みを一つのステップとして、対応を続けていきたいと思いますので、どうぞよろしくごお願い申し上げます。本日は、誠にありがとうございました。



令和4年度 地域保健総合推進事業

一般財団法人 日本公衆衛生協会主催

シンポジウム

# 新型コロナウイルス感染症

～これまでの評価と今後の展望～

## 報告書

2022年12月7日(水) 13時00分～17時00分

全社協・灘尾ホール

発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会

東京都新宿区新宿1-29-8

電話 03-3352-4281

<http://www.jpha.or.jp/>

令和5年3月24日発行

本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上の例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してコピー、スキャン、デジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法上認められておりません。

