令和２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
～地域保健における取り組みと課題～

報告書

●日時
2020年12月16日㈬　午後１時～午後５時

●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

JPHA 一般財団法人 日本公衆衛生協会
JAPAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

令和２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
～地域保健における取り組みと課題～

報告書

●日時
2020年12月16日㈬　午後１時～午後５時

●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

JPHA 一般財団法人 日本公衆衛生協会
JAPAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

目　次

当日のプログラム ―― 5

開催概要 ―― 6

シンポジウムの様子 ―― 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 ―― 14
田村　憲久（厚生労働大臣）

基調講演 ―― 17
「西太平洋地域の COVID-19 の状況と今後の展開について」
葛西　健（WHO 西太平洋地域事務局 事務局長）

特別講演 ―― 27
「COVID-19 これまで、そしてこれから」
尾身　茂（独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長／
新型コロナウイルス感染症対策分科会 会長）

パネリスト講演 ―― 33
①「地域保健における最近の動向～新型コロナウイルス感染症対策～」… 35
正林　督章（厚生労働省 健康局長）
②「新型コロナウイルス対策とクラスター対策」……40
齋藤　智也（国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長）
③「自治体等における現状と課題」……45
◎「新型コロナウイルス感染症対策 自治体における現状と課題」　45
中澤　よう子（全国衛生部長会 会長）
◎「感染症対策の拠点としての保健所の取り組みと課題」　49
清古　愛弓（全国保健所長会 副会長）
◎「新型コロナウイルス感染症に対する保健師活動」　53
清田　啓子（全国保健師長会 会長）
④「行政検査等における地方衛生研究所の現状と課題」……59
調　恒明（地方衛生研究所全国協議会 会長）
⑤「新型コロナウイルス感染症に起因した人権問題への取り組み」……65
江口　幹太（法務省人権擁護局 人権啓発課長）

パネルディスカッション、座長・助言者まとめ ―― 73
座　長：宮﨑　雅則（国立保健医療科学院 院長）
助言者：岡部　信彦（川崎市健康安全研究所 所長）

閉会挨拶 ―― 81
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 ～地域保健における取り組みと課題～」

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
田村　憲久（厚生労働大臣）

13：10　1．基調講演（オンライン）
「西太平洋地域の COVID-19 の状況と今後の展開について」
演者：葛西　健（WHO 西太平洋地域事務局 事務局長）

13：30　2．特別講演
「COVID-19 これまで、そしてこれから」
演者：尾身　茂（独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長／
新型コロナウイルス感染症対策分科会 会長）

13：50　3．パネリスト講演

13：50　①**「地域保健における最近の動向～新型コロナウイルス感染症対策～」**
演者：正林　督章（厚生労働省 健康局長）

14：05　②**「新型コロナウイルス対策とクラスター対策」**
演者：齋藤　智也（国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長）

14：20　③**「自治体等における現状と課題」**
●新型コロナウイルス感染症対策 自治体における現状と課題
演者：中澤　よう子（全国衛生部長会 会長）
●感染症対策の拠点としての保健所の取り組みと課題
演者：清古　愛弓（全国保健所長会 副会長）
●新型コロナウイルス感染症に対する保健師活動
演者：清田　啓子（全国保健師長会 会長）

15：05　④**「行政検査等における地方衛生研究所の現状と課題」**
演者：調　恒明（地方衛生研究所全国協議会 会長）

15：20　⑤**「新型コロナウイルス感染症に起因した人権問題への取り組み」**
演者：江口　幹太（法務省人権擁護局 人権啓発課長）

15：35　休憩

15：50　4．パネルディスカッション
座　長：宮嵜　雅則（国立保健医療科学院 院長）
助言者：岡部　信彦（川崎市健康安全研究所 所長）

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

～地域保健における取り組みと課題～

■ 当日のスケジュール

開　会
来賓挨拶　田村　憲久（厚生労働大臣）
1．基調講演（オンライン）
「WHO 西太平洋地域における COVID-19 の現状と今後の課題（仮題）」
演　者：葛西　健（WHO 西太平洋地域事務局 事務局長）
2．特別講演
「新型コロナウイルス感染症対策における地域保健の役割（仮題）」
演　者：尾身　茂（独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長 / 新型コロナウイルス感染症対策分科会 会長）
3．講　演
①「地域保健における最近の動向～新型コロナウイルス感染症～（仮題）」
演　者：正林　督章（厚生労働省 健康局長）
②「新型コロナウイルス感染症対策とクラスター対策について ～情報共有・支援体制～（仮題）」
演　者：齋藤　智也（国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長）
③「自治体における現状と課題」
●自治体における現状と課題（仮題）
演　者：中澤　よう子（全国衛生部長会 会長）
●感染症対策の拠点としての保健所の取り組みと課題（仮題）
演　者：内田　勝彦（全国保健所長会 会長）
●新型コロナウイルス感染症に対する保健師活動（仮題）
演　者：清田　啓子（全国保健師長会 会長）
④「行政検査等における地方衛生研究所の現状と課題について（仮題）」
演　者：調　　恒明（地方衛生研究所全国協議会 会長）
⑤「新型コロナウイルス感染症に起因した人権問題への取組」
演　者：江口　幹太（法務省人権擁護局 人権啓発課長）
4．パネルディスカッション
座　長：宮嵜　雅則（国立保健医療科学院 院長）
助言者：岡部　信彦（川崎市健康安全研究所 所長）
5．座長・助言者まとめ
閉　会

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

■ 開催日時

2020年12月16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
▶ 地下鉄銀座線「虎ノ門駅」11番出口より徒歩5分
▶ 地下鉄千代田線／丸ノ内線／日比谷線「霞ケ関駅」A13 番出口より徒歩7～8分
▶ 地下鉄千代田線／丸ノ内線「国会議事堂前駅」3番出口より徒歩5分

一般財団法人 日本公衆衛生協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿１丁目２９番８号　TEL：03-3352-4281　FAX：03-3352-4605

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 ～地域保健における取り組みと課題～

開催趣旨

今般の新型コロナウイルス感染症につきましては、国内での初発感染から間もなく 1 年が経過しようとしています。当協会では機関誌「公衆衛生情報」において、5月号から9月号にかけて、現場の切実な声を届けるため新型コロナウイルス感染症に関する記事を連載した他、啓発ポスターの作成、企業の CSR 活動への支援、保健所職員に対する研修会の開催など予防活動に取組んでまいりました。

さらに、今般、厚生労働省を始め、公衆衛生に携わる自治体関係者の方々の参加を得て、「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～」と題してシンポジウムを開催することといたしました。未だ終息の兆しが見えない状況の中にあって、直接現場で対応されている自治体関係者の方々や予防対策の陣頭指揮をとられている政府の関係者の方々と率直に議論を深め、今後の取組みの糸口を見出す機会となることを願っております。

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大正 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、地域保健関係職種の専門書及び機関誌「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。

一刻も早くこの惨禍から脱却し、国民が安心して生活を営むことができるよう、関係者がより一層効果的な対策に取り組むことができればと願い、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2年秋　一般財団法人日本公衆衛生協会
理事長　松谷有希雄

参考

大正８年当時流行したスペイン風邪に対する大日本私立衛生會が配布した予防注意書

流行性感冒に對する家庭の心得

□流行性感冒はたゞの『かぜ』ではありません、怖ろしい傳染病です。

昨年以來世界各國を脅かした流行性感冒は頗る悪性で動もすれば肺炎を併發して生命を奪らゝものが非常に多くありますから、左に其豫防法を述べて是非々々皆様の御實行を願ひたいのであります。

(一) 流行性感冒といふから風引の様な感じがして兎角輕傷する傾きがありますが、是が抑々の間違ひです。此病氣は中々そんな輕いものではなく、實に恐ろしい特別の傳染病ですから、十分な注意と努力で豫防しなければ酷ひ目に逢ひます。

(二) 已むを得ざる場合の外多數集合する場所、假令は活動寫眞、芝居、寄席などへ出入りせぬが良いと云ふのは、是等の場所には輕症の感冒患者が盛んに黴菌を散らして居るからであります。別けて込合つて居る電車などでは充分の注意を要します。

(三) 若し已むを得ず外出して右様の場所に立入る場合は、成る可く呼吸保護器（レスヒラートといつて塵埃を濾し空氣を清浄にする物）又は襟巻、手巾などで鼻口を覆ふことを忘れてはなりません。

(四) 時々含嗽をするのが豫防に有効です。別して外出から歸宅したる時は必ず含嗽する事です。含嗽藥には五十倍の硼酸か鹽剥は良いのですが、已むを得ぬ時は稀薄な食鹽水か微温湯でも差支ありませぬ。

(五) 電車又は集會の場所で咳や嚔をする時は其洟が他人にかゝらぬ様手巾などにて鼻口を覆ふのが作法ばかりではなく公徳であります。

(六) 感冒患者の家に出入せず、咳嗽する人には成るべく接近せぬが一番です。

(七) 部屋の裡は平常よりも頻繁に隅から隅まで掃除をして所謂消毒的清潔法を實行し、晴天の日には時々明放して日光と空氣を迎へ入れなさい。殊に流行性感冒患者快復後の部屋には之を實行なさい。左もないと再び發する虞れがあります。又幼兒、老人、妊婦などの居る部屋は戸障子の隙間を塞ぎ、程好き温度と濕氣を保ち風邪を引かぬ様細かに注意せねばなりませぬ。

(八) 學校から歸つた子供には含嗽と同時に必ず顔と手足を洗はせなさい。

(九) 頭痛、發熱、咳嗽など身體に異常ある時は速やかに醫師の診療を受け一刻も早く手當をするのが肝要です。

(十) 家内に患者の出た時は別室に離隔して看護人の外は家人も見舞客も猥りに室内に入れてはなりませぬ。

(十一) 看護人は常に呼吸保護器を用ひ尚消毒を嚴重にするは言ふ迄もありません。

(十二) 患者の寢具と衣類とは必ず他人の分と區別し、飲食用器具は其都度熱湯を注いで洗ふ事です。

(十三) 患者の痰は最も嚴重に始末せねばなりませぬ、其最も簡便の方法は瀬戸物の痰壺に吐かせ置き、之に洗濯曹達を一摑み入れ其上から熱湯を注ぎ能く混ぜたる後是を便所に捨てるのです。

(十四) 患者の寢道具や衣類は充分に日光におほしなさい、日光は黴菌を殺す最良の武器で有ります。

大正八年二月　東京市麹町區大手町
大日本私立衛生會

開催日時　**2020年12月16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

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。

シンポジウムの様子

当日のシンポジウムの模様を写真で振り返る。

手指消毒、検温などの
感染予防対策

会場入り口

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

来賓挨拶には、田村憲久・
厚生労働大臣が駆け付けた

基調講演は、葛西健・WHO 西太平洋地域事務局事務局長が
オンライン出演

特別講演をする尾身茂・地域医療機能推進機構理事長

パネリスト講演をする正林督章・厚生労働省健康局長

講演に聞き入る来場者

多彩なパネリストによる講演後、パネルディスカッションで、意見交換を行った

主藤秀幸氏

齋藤智也氏

中澤よう子氏

清古愛弓氏

清田啓子氏

調恒明氏

江口幹太氏

パネルディスカッション座長・宮嵜雅則氏

パネルディスカッション助言者・岡部信彦氏

開会挨拶

来賓挨拶

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。皆様、本日はシンポジウムにご参加いただき、まことにありがとうございます。特に、田村憲久厚生労働大臣には、ご公務で大変お忙しい中、ご臨席を賜りまして厚く御礼を申し上げます。また、WHO西太平洋地域事務局長の葛西健様、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会会長の尾身茂先生には、ご多忙の中、当協会の活動にご理解を賜りまして、ご講演をご快諾いただきましたことに感謝申し上げます。

ご承知のように、新型コロナウイルス感染症は、わが国のみならず全世界にさまざまな影響をもたらしています。北半球は冬場を迎え、ますますの感染が懸念されるところです。COVID-19は、2002年11月から2003年７月にかけてのSARSコロナウイルスの流行、あるいは2009年に全世界で流行した新型インフルエンザウイルス感染症を超える世界の脅威となっています。

新型コロナウイルス感染症は、人の生活様式や文化、生活の基盤である地域経済に多大な影響を及ぼしています。これをいかに克服するかは、わが国のみならず、世界共通の課題です。

お手元に『スペイン風邪の記録』という冊子を配布しておりますが、1918（大正７）年から1920（大正９）年にかけて多くの犠牲者を出したスペイン風邪の流行について、当時の杉山内務省衛生局長が「衛生はただ個人の問題のみにあらず、ただ民族のみの問題にあらずして、世界共通の問題である」と語っておられます。日本は、来年に延期されたオリンピックの開催を控え、国際的な対応も求められています。本日のシンポジウムは、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策に最前線で携わっておられる自治体関係の方々、政策の責任者である行政の関係者の方々と共にCOVID-19に対する今後の方向性が少しでも明らかになることを願って開催いたします。その中で、「感染症と人権」という視点も非常に重要であることから、法務省人権擁護局人権啓発課長の江口幹太様にもご講演いただきます。

本日のシンポジウムが、ご参加の皆様にとって有意義なものとなることを願い、私からの開会の挨拶といたします。皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

厚生労働大臣

田村　憲久

厚生労働大臣の田村憲久でございます。本日は、日本公衆衛生協会主催のシンポジウムが盛会に開催されますことを心よりお喜び申し上げます。本日は、地域保健の皆様方をはじめ、保健所や地方衛生研究所の皆様方など、最前線で御活躍いただいている皆様が出席されています。今、非常に厳しい現状ですけれども、日本の公衆衛生の向上が皆様の御尽力で保たれており、心から感謝を申し上げます。

現在、政府の最優先課題は何かと言いますと、「新型コロナウイルス感染症の拡大をどう止めていくか」ということに尽きます。保健所の皆様方には、相談業務や積極的疫学調査をはじめ、陽性者が出ると大変なお力添えをいただくことになりますが、普段の業務と併せながらお仕事をしていただき感謝申し上げます。また、地方衛生研究所の皆様には、春先から大変な業務量の中で御活躍いただいています。検査業務、分析、評価、そして情報発信をしていただいていることに、改めて心より御礼を申し上げます。

国といたしましては、保健所、地方衛生研究所をなんとか支援しなくてはいけないということで、予備費1.6兆円を用意して、いろいろな分野にこの予算を使わせていただいています。例えば医療提供体制の整備、検査体制の強化をしています。ワクチンの開発から生産にいたるまでのさまざまな整備にも予算を使っています。保健所や地方衛生研究所の体制強化にも予備費を使いながら、しっかりと支援をしたいと思っています。

本日はWHO西太平洋地域事務局長・葛西先生の基調講演がございます。西太平洋地域でのCOVID-19の状況についてお話しいただくと思います。そして我々がお世話になっております新型コロナウイルス感染症対策分科会会長の尾身先生からは特別講演という形でお話があろうと思います。また、それぞれの専門分野の方々の御講演もあります。どうか、身のある会にしていただきたいと心からお願い申し上げます。

これからも、まだまだ、冬場の低温・乾燥という感染症においては厳しい時期に入ってきます。皆様方にはさらなる負荷がかかるかもしれませんが、厚生労働省も最大限のお手伝い、御支援をいたしますので、どうか地域の健康をお守りいただけますよう、心からお願いを申し上げて、御挨拶に代えさせていただきます。本日は誠におめでとうございます。

基調講演

西太平洋地域のCOVID-19の状況と今後の展開について

WHO 西太平洋地域事務局 事務局長

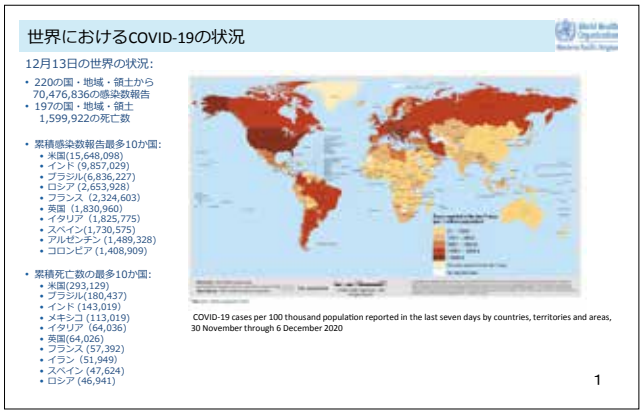
葛西　健

世界中で感染が拡大、年末の人の移動を警戒

世界のどこかで感染が続く限り、世界のどの国も安全ではありません。COVID-19をコントロールするためには各国が一致団結して対応に当たることが重要です。世界におけるCOVID-19の状況、WHO西太平洋地域での対応と今後の展望についてのお話を通じて、私のメッセージをお届けします。本日は、世界におけるCOVID-19の状況、WHO西太平洋地域での対応と今後の展望についてお話しします。

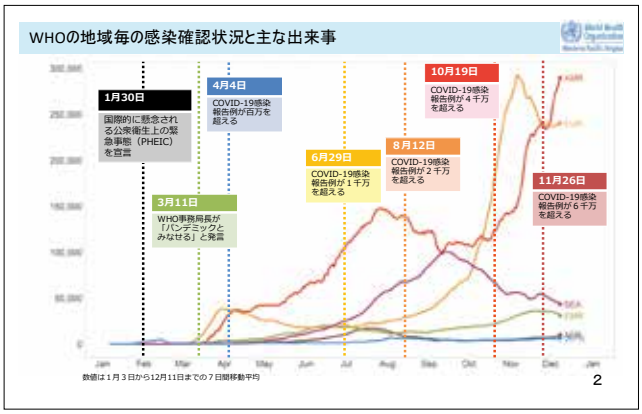
図表１は、2020年12月13日における世界のCOVID-19の拡大状況を示しています。感染が最初に報告されてから12か月が経過し、ほぼすべての国と地域に感染が拡大しています。世界の感染が収束する予兆はまったくありません。その前の１週間で、432万人という過去最大の感染が世界から報告されています。このウイルスが短期間で収束することは考えにくいです（図表１）。

図表１



感染は人の往来に伴って拡大してきました。2020年１月中旬にはタイ、日本、韓国、シンガポールにおいて、中国武漢市からの渡航者に陽性が見つかり、アジアでの感染拡大を非常に懸念しましたが、実際にはヨーロッパ、アメリカ、そこからさらにブラジル、インド、南アフリカなどの新興国に広がり、さらにその周辺国に拡大しました。そして今、再びヨーロッパとアメリカ地域で感染が急速に拡大しています。アジア各国ではクリスマスから年末にかけて多くの帰国者が予測されることから、また、行動制限のある地域からない地域への移動が増えると考えられ、警戒を強めています（図表２）。

図表２



西太平洋地域は低い感染者数

図表３は世界の流行をWHOの６つの地域別に見たものです。左から２番目は南北アメリカとカリブをカバーするアメリカ地域です。アメリカからブラジル、

ペルー、チリ、メキシコ、コロンビア、アルゼンチンと大きな感染が続いていましたが、地域全体としてはいったん減少に転じました。しかし、残念ながら、そこからアメリカの感染拡大によって急激な増加に転じ、カナダでも増加しています。いったん収まったブラジルでも再拡大が起きています。

左から４番目はヨーロッパ地域です。ここは、いったん減少した流行が再拡大し、最初の流行を大幅に超える感染者数が報告されています。多くの国で、再び行動制限などの措置が導入されており、一部の国ではその成果が出始めています。11月をピークに感染者数が下がってきていますが、その裏でロシア、東欧諸国に急速な拡大が見られ、追加の措置を取らざるを得ない状況に陥っている国もあります。

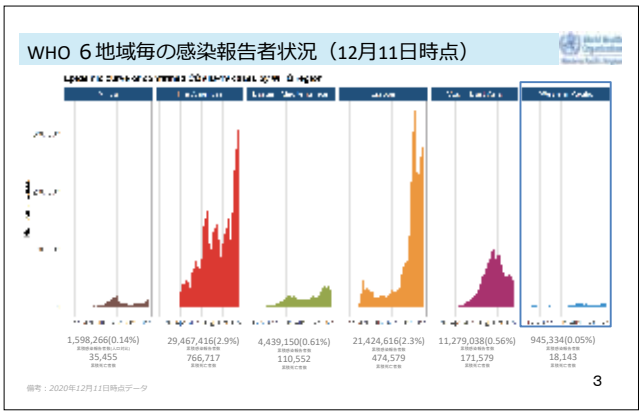
左から３番目は中近東地域で、宗教行事のつながりで拡大した流行はいったん減少しましたが、再び拡大し、そしてまた減少に転じています。

右から２番目は南東アジア地域です。この地域で大幅な増加の背景にあるのはインドです。インドはかなり早い時期に厳しい都市封鎖を実施しましたが、それを解除したところで増加に転じ、急拡大しました。都市封鎖は時間を稼ぐことはできるけれども、公衆衛生対策がない状況で再開すると、再び増加に転ずるということです。９月中旬から減少に転じていますが、ニューデリーなどの地域では感染が拡大しています。インドネシア、ネパールでも増加しており、下げ止まりの状況です。

左端はアフリカ地域です。南アフリアで最初に流行したことから拡大を懸念しましたが、不思議なことに感染拡大は見られませんでした。さまざまな仮説が出ていますが、要因は分かっていません。しかし、ここのところ、低いレベルですが複数の国で増加が見られており、注意が必要となっています。

右端が日本を含む西太平洋地域です。今のところ、他の地域に比較して非常に低い感染者数に抑えられています。人口数は世界全体の４分の１ですが、患者報告数は１％にとどまっています。しかし、ここのところ、日本、韓国、マレーシアで感染者数が増加しています。流行が世界のどこかで続いている限り、世界のどの国も安全ではありません（図表３）。

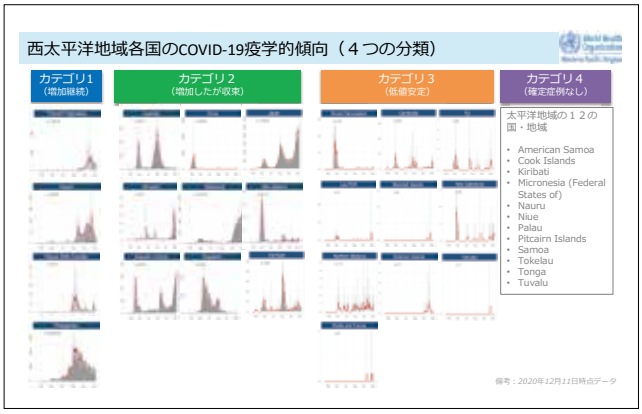
図表３



図表４は西太平洋地域の流行を詳細に分析したものです。４つのカテゴリーに分類できます。カテゴリー１は、最初の流行から継続して感染が拡大、現在国内の一部の地域で地域流行を起こしている国です。フィリピンが含まれますが、ようやく対策が追い付いてきて減少に転じています。カテゴリー２は、最初の流行を抑えた後、再び流行し、それも抑え込んでいる国で、上がったり下がったりを経験しています。日本は再び増加に転じていますが、ここに含められています。カテゴリー３は国内での感染を防いでいる国、カテゴリー４は、COVID-19の感染が確認されていない国と地域です。太平洋島嶼国を中心とする12の国と地域です。

西太平洋地域の分析を行い、2020年８月には「これから増加と減少を繰り返す新しいフェーズに入る」とアナウンスしました。このときは、南半球のオーストラリアとニュージーランドの冬を心配したのですが、２か国とも大きな流行を起こすことなく、上手に乗り切りました（図表４）。

図表４



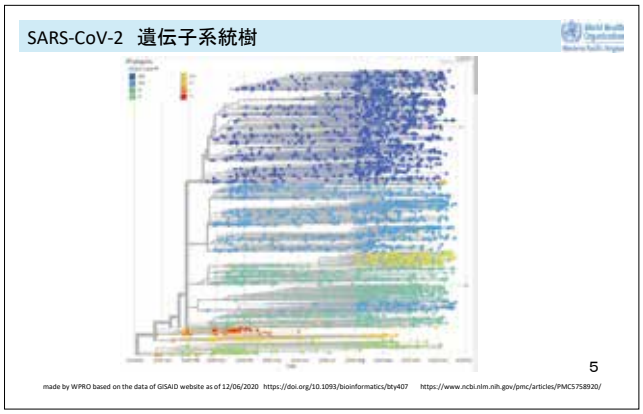
感染拡大を分析するのに重要な遺伝子情報

図表５は、世界各国がSARS-CoV-２の遺伝子情報を共有するプラットフォームからのデータです。WHOは世界中の研究所と共に、この情報をモニターしています。このウイルスはRNAウイルスということもあり、速い速度での変容を予測したのですが、予測と違って比較的安定している状況です。2020年１月下旬に初めて見つかったG614Dの変異を持った株が広く世界に拡大して変化を続けています。

最近はミンクの間で感染したウイルスが人に感染し、そのウイルスがどのように拡大するか、あるいは香港、シンガポール等の各国で見つかった株がどのように拡大するか、ということについて注視しています。

遺伝子情報は、流行がどのようにして世界に広まっているのか、また、各国で増加が見られた際にその理由を分析するのに有効な情報です。これから使われるワクチンの有効性をモニターする上でも重要な情報になります（図表５）。

図表５



社会的弱者を守る保健対策が重要

COVID-19は新しい感染症です。この９か月間にいろいろなことを学びました。ヨーロッパやアメリカから、急速に経済発展している新興国に感染が広がった際には、このウイルスが社会の弱い所を突いてくることを学びました。例えば、安全な水へのアクセスが限られ、多くの人が居住する衛生環境が良くない地域、少数民族が住むへき地、アジア地域における外国人労働者の職場や寮、収容者数を超えた刑務所、障がい者や高齢者の長期滞在施設などです。実際、ヨーロッパの第１波では、死亡者数の30～60％が高齢者の長期滞在施設で発生したと報告されています。

WHOではスタッフを現場に送り、現場感を持って対応に当たるように国代表に指示をしています。私はこのプレゼンテーションの直前まで各国代表と電話会議をしておりましたが、各国の医療現場は本当にストレスフルな状況に耐えています。また、西太平洋地域で初期に都市封鎖が行われた国では、仕事に出ることによって日々の糧を得ていた貧困層の人々は非常に厳しい状況に追い込まれています。これらの社会的弱者を、特別の注意を払って流行から守ることが求められており、そのためには保健セクターを超えた保健対策が重要であるということを加盟国に訴えています。

国際的な視点で脆弱性を見ますと、私の管轄では南太平洋島嶼国の脆弱性が顕著です。アメリカでの流行拡大を見ても、大都市から周辺都市、そして、やがてへき地を含めたすべての地域にウイルスが到達しています。すべての地方で備える必要があるということです。国境を封鎖したことにより、まだ感染が報告されていない南太平洋島嶼国でも流行に備える必要があります。島嶼国は厳しい自然環境の中にあり、医療設備が限られ、国際社会の支援が必要です。実際、1918年から1920年にかけて流行したスペイン風邪では、最後に流行が到達して、大きな爪痕を残しています（図表６）。

図表６

WHOは国連の保健医療専門機関

次に、簡単にWHOについて紹介させていただきま

す。WHOは国連の保健医療に関する専門機関で、世界194か国が加盟しています。

私が管轄する西太平洋地域は、北はモンゴル、南はニュージーランド、東は仏領ポリネシア、西は中国と、７つのタイムゾーンに広がる非常に広大な地域です。37の国と地域に、約19億人の人々が住んでいます。その特徴は、多様性と急速な社会発展です。マニラの本部の下に15の国事務所があり、約650人が勤務しています。日本人はマニラに８人、国事務所に８人の計16人だけですが、ほぼ全員が１月からCOVID-19の対応に当たっています（図表７）。

図表７

IHRの枠組みの下で情報共有を促進

WHOの感染症対策は、国際的な健康危機管理のための法的枠組みである国際保健規則（IHR）に規定されています。12月31日に中国武漢市における原因不明の集団感染の情報に接してから、IHRに則ってただちにリスクアセスメントのサイクルを開始し、地域のオペレーションを始めています。具体的には、加盟国各国間の情報の共有を促し、その評価とそれに基づく政策提言やガイドラインの作成を行っています。

情報の共有を行うため、１月の下旬から定期的に各国をつないでビデオ会議を開催し、ウイルスに関する情報だけでなく、各国の対応策についても情報交換をしています。この情報交換は、各国の対応策に非常に役立つことを理解しました。例えば日本の「３密を避ける」を紹介したところ、今や多くの国で参考にされています。また、定期的に保健大臣会合も開催し、シンガポール、ベトナム、フィジーの国家主席からメッセージをいただくなど、地域での連携推進にもつながっていると思います。

各国を結ぶことと同じくらい重要なことが、対応能力が十分でない国への技術支援です。支援が必要な国にはもともと国事務所が設置されています。私もベトナムの国事務所の代表をしていたことがありますが、大臣への助言や法律改正の支援など、黒子に徹した仕事を多くこなしました。今回のCOVID-19では、国事務所を通じて、対応計画の策定、医療提供体制やサーベイランス、検査体制の整備、接触者の追跡や隔離体制の支援などを行ってきました。今回はうわさが、ウイルスの拡大よりも速い速度で広がったということもあり、各国に正しい情報を提供する支援も行ってきました。

今回、非常に苦労しているのは、COVID-19が新しい感染症だからです。そのため、新しい情報に接するたびにそれをきちんと評価・分析し、必要であれば対応策の軌道修正をして各国に知らせ、必要に応じて技術支援をすることが重要です（図表８）。

図表８

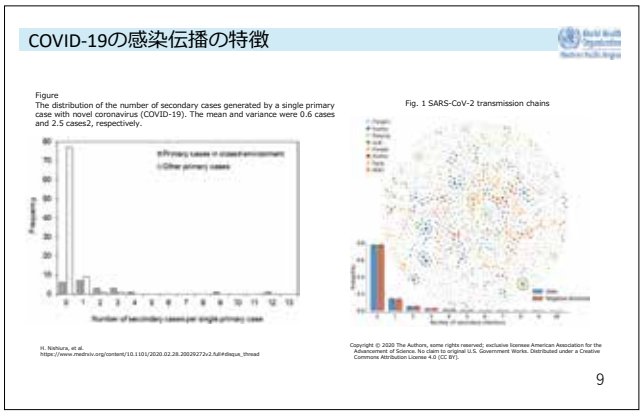
経験を生かして、対応法を軌道修正

幾つか、軌道修正の例を紹介します。最初の軌道修正は、中国やイタリアでの観察を踏まえて行いました。中国武漢市が震源地だったわけですが、武漢以外の地域、中国の中でも開発が進んでいない地域でも、封鎖という手段を取らずに複数の公衆衛生的な措置の組み合わせで感染を抑え込んでいるところを見ました。一方、患者発生数が医療のキャパシティを超えたとき、医療関係者に多くの負担がかかると同時に、医療の質

の低下、医療関係者の感染、死者の増加を招く可能性があることを、中国、イタリア、スペインで目撃しました。こうした状態に陥った時には、非常に厳しい措置を取らざるを得ず、それは、社会・経済への影響も大きなものになります。以上のことから、このパンデミックが起こる前にはcontainment to mitigationというアプローチがありましたが、「とにかく大規模市中感染を防ぎ、医療崩壊を招くRed Lineを超えないことが重要である」ということを各国に勧告し、containment and supressionというアプローチに変更しました。

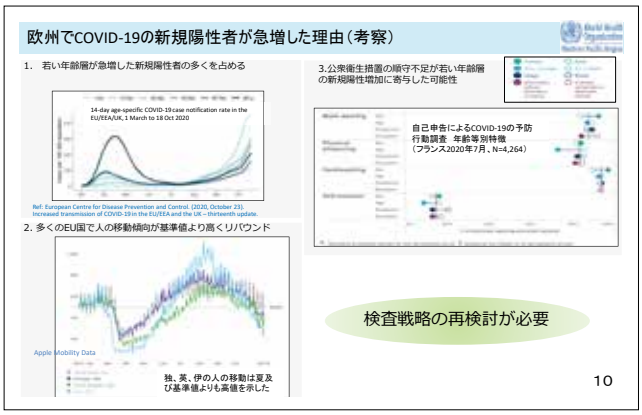
また、複数の国の経験から、このウイルスの感染性には非常に大きな幅があることが分かりました。図表９の中国の分析では15％の陽性者が感染の85%に関与を示しています。日本では早くからこのことに気付き、クラスターを起こす環境として「３密」という概念を広めました。この観察をベースに、われわれが2005年から強化してきた濃厚接触者の追跡を、「前向きではなく後ろ向きにも行い、クラスターをつぶす」という方針を取ることにし、各国事務所を通じてシステムの変更を行いました。今では、多くの国で、この方針で追跡を行っています（図表９）。

図表９



ヨーロッパで感染が急速に拡大した理由を分析したところ、行動が活発で、感染しても発症しない、または発症しても検査を受けない若い年齢層がmajor driving forceになっていることが分かりました。この年齢層での感染のチェーンやクラスターを見つけるためのサーベイランスと検査体制が追加で必要であることを各国に勧告しました。近々に、ガイドラインを出す予定です（図表10）。

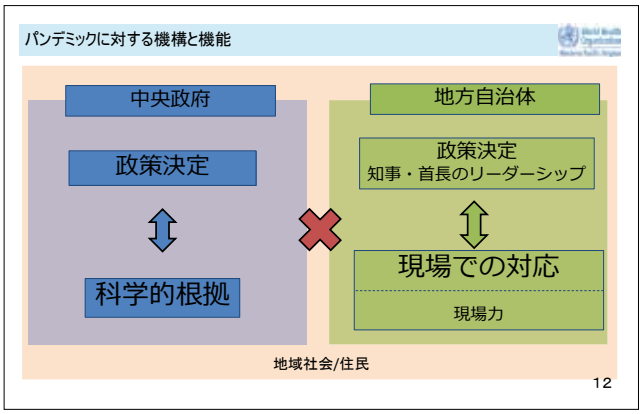
図表10



現場力と中長期的対応が重要

今回、各国のコロナ対応を見ていて、いかに現場力が重要かを痛感しています。中央政府がしっかりとリーダーシップを取っても、現場に政策を実行に移す力がないと成果は出ません。一方、高い現場力で踏みとどまってきたのが日本です。そういう意味では、日本は今、大切な局面に入っていると考えています（図表11）。

図表11



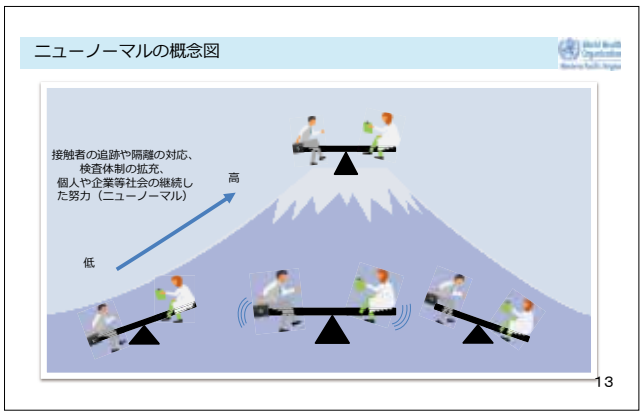
中国は、ウイルスゼロの状態を維持することを目標に検査の対象を拡大し、現在は学校教員、工場勤務者、また海外から輸入された冷凍食品やその関係者などの検査をしていますが、定期的に陽性者が見つかり、そこから接触者を追う都度、陽性者を見つけています。その多くが無症状者です。このことからも分かるように、海外で流行が続いている限り、どの国も安全ではなく、国内のどこかにウイルスは存在していると考え、中長期的な対策を考えることが重要です（図表12）。

図表12

感染対策と経済や生活の両立を

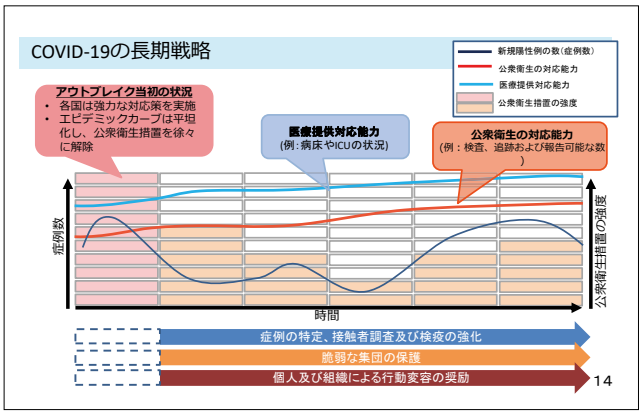
中長期的な対策という視点に立ったときにポイントになるのが、「いかに感染症対策と経済や生活を高いレベルで両立させるか」ということです。「感染症対策」か、「経済」かではなく、感染症対策を進めることにより、経済や生活を再開させるという視点です。一言で言うと、感染に強い社会と生活をつくることが重要であると考えます。そのためには、トライ＆ラーンは避けられないと思います。世界のどこかで感染が継続している限り、感染のリスクは続きます。徐々に経済活動を再開することに伴い、国内で流行を繰り返す可能性は十分にあります。そうした前提に立って、流行の拡大を早期に捉えて限定的な措置を取る、継続して対応能力を拡充する、個人や企業等、社会が継続して努力する、の３点が重要になってきます（図表13）。

図表13



COVID-19は人から人へ感染するウイルスです。一人一人が感染を防ぐことにより、自分を守るだけでなく、家族、友人、同僚、地域の高齢者や医療関係者を守るという姿勢で、皆さんが努力することが重要です。そのことによって、未来が守られると訴えています（図表14）。

図表14



対応能力の強化と国際的協調を

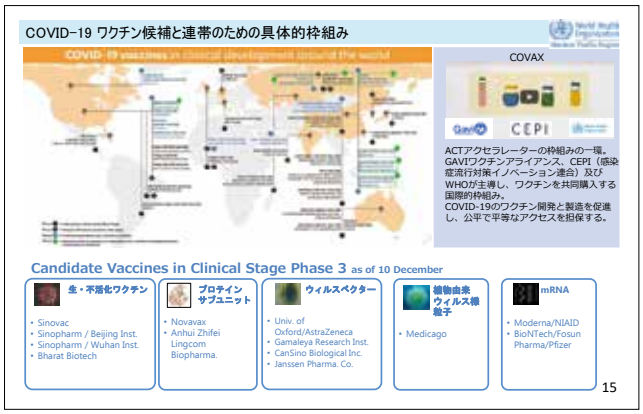
もう一つ大事なのが、安全で効果のあるワクチンの接種です。現在、世界中で非常に早いスピードで開発が進んでいます。この２週間を見ても、アストロゼネカ、ファイザー、モデルナなどの複数のワクチンが緊急承認を受け、実際にワクチンの接種が始まるなど、すべてが早いペースで進んでいます。

一方で、効果など不明なことも多く、第Ⅲ相試験よりもはるかに多い人に接種が行われることから、治験では観察できなかった副反応が発生することも予測されます。順調に量産ができたとしても、世界の需要に最初から応えることは困難です。そのため、ワクチンのみに頼るのではなく、引き続き、対応能力を強化することが重要だと考えています。

もう一つ、ワクチンで重要なのは国際的な協調です。すべての国が守られない限り世界は安全にならない、自国だけワクチンを接種してもリスクはなくならないので、ワクチンをすべての国に供給することが非常に重要であり、世界の連携が試されています。WHOではパートナーシップを立ち上げて、特に途上国92か国に対し、国の人口の最低20%にワクチンが分配できるように努力をしているところです。日本からもご支援をいただいています。実際にどのメーカーのワクチンをいつ頃、どのくらいの量を確保できるかなど、まだ多くの課題が残っていますが、ワクチンの確保は、国

際社会がいかに協力できるかの試金石であると考えています（図表15）。

図表15

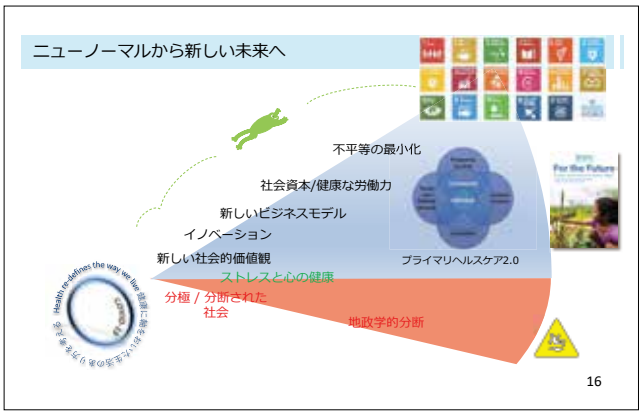


健康を基盤とした未来のために団結を

「中長期的な対応が必要」と説明しましたが、その先を見据えることも重要だと考えています。COVID-19はさまざまな課題を浮き彫りにしました。この感染症によって、健康がかつてないほど社会に意識されました。これを機会と捉え、積極的に新しい常態をつくり出すことができれば、その新しい常態は、新しい未来につながると考えています。「個人の努力によって健康を維持向上することは、社会全体のプラスになる」という価値観を地域で生み出し、それに伴う新しいビジネスモデルや社会資本をつくり出すことはできないでしょうか。

分断や対立を避けて、デジタルトランスフォーメーションなどのイノベーションを社会に導入し、持続可能な開発目標の理念をさらに追求すること、国際社会全体の未来を考えることが重要と考えます。COVID-19は国境を越える感染症です。世界のどこかで流行が継続している限り、どの国も安全ではありません。そのコントロールには、国際社会が協働して対策に取り組んでいくことが求められています（図表16）。

図表16



COVID-19は、健康と生活、そして経済が密接に関係していることを社会に認識させました。WHO憲章の前文には、「すべての人の健康は、平和と安全の基盤となる」とうたわれています。世界が間違った方向に進まないように、逆に、健康がコアバリューとなるような未来に進むために、今が世界の人々にとって踏ん張りどころであると思います。

ご清聴、どうもありがとうございました。

特別講演

COVID-19これまで、そしてこれから

独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長／
新型コロナウイルス感染症対策分科会 会長

尾身　茂

ハンディを背負って始まった感染症対策

本日は、「疫学情報」、「これまでの評価」、「感染増加が見られる中、今冬をいかに乗り越えるか？」の３点についてお話しするつもりでしたが、「疫学情報」については皆さんよくご存じだと思いますので、割愛します。

図表１は、日本は比較的穏やかな方法で感染症を抑えたことを示しています（図表１）。

図表１

日本は今回、ハンディキャップを背負って感染症対策を始めました。2009年の新型インフルエンザの時に、今話題になっているようなことのほとんどすべてが当時話題になりました。しかし、日本は新型インフルエンザの死亡率が世界で圧倒的に低かったり、SARS、MARSの経験がなかったり、その後政権交代があったり、東北地方で地震や津波が発生したため、当時の教訓が生かされずに新型コロナウイルスの流行が始まりました。図表２の右側の写真は韓国で、これだけのセンターができています。左側の写真は日本の厚生労働省のクラスター班です。韓国、台湾に比べて、一目瞭然の差があります。

図表２

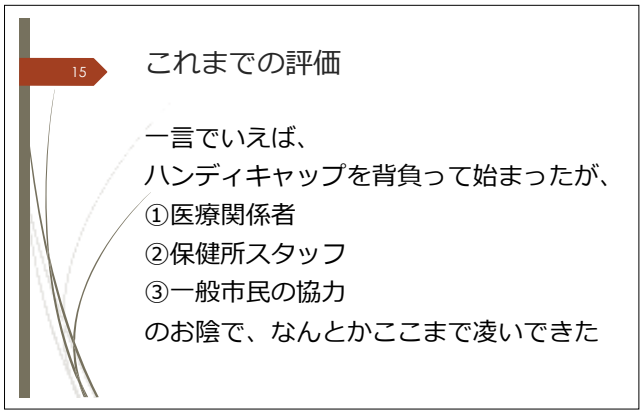
公衆衛生関係者のおかげで しのいできた

これまでの評価ですが、危機的状況の中、なんとかここまで頑張ってきました。そして、今後もなんとか乗り越えるだろうと私は思います。

医療関係者、保健所スタッフ、一般市民の方々の協力のおかげで、なんとかここまでしのいできました。特に、公衆衛生の人たちは現場で頑張ってくれました。本当に皆さんのご協力があったことが、ここまで来ら

れた重要なファクターだったと思います（図表３）。

図表３



検査の基本的な考えと戦略を示す

評価すべきテーマとして、クラスター対策、検査体制、国民の行動変容などがありますが、クラスター対策については後で齋藤先生のご講演がありますので、省略します。検査体制についても皆さんご承知なので、簡単に説明します（図表４）。

図表４

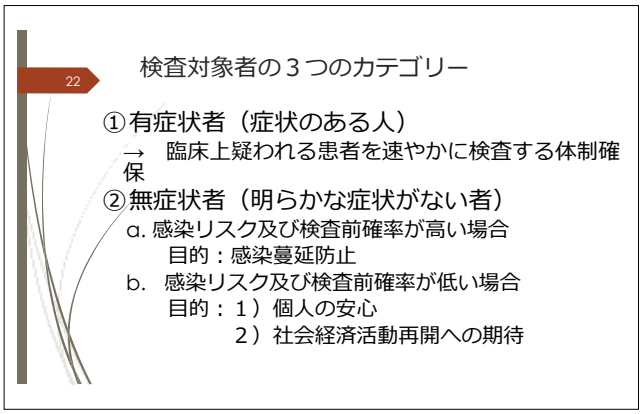
検査体制については、分科会で2020年７月に基本的な考え方･戦略を出しました。検査は、国民的な課題、関心事、興味の対象でした。「検査のキャパシティを増やした方がいい」という意見が多かったのですが、目指すものが違ったりしたので、図表５のような「検査対象者の３つのカテゴリー」を示しました。

①の有症状者を速やかに検査する体制の確保は当然のことです。②の無症状者は、「感染リスクや検査前確率が高いaグループ」と「低いbグループ」に分けました。例えば、接待を伴う飲食店や高齢者施設で陽性者が出た場合、検査を徹底的にやる必要があります。このグループの検査を徹底的に行うことで感染拡大が防止できることは、理論的、経験的に分かっています。

一方、検査前確率の低い無症状者の検査目的は少し違います。これは、一般の人は安心したい、会社員は仕事をするためなどです。この気持ちはよく分かりますが､検査のキャパシティーには限りがありますので、②ｂグループの方々は民間の検査機関をうまく活用してほしいと思っています。ここで注意が必要なのは、検査のクオリティがしっかりしていることと、民間の検査機関で陽性になった人にしかるべき対応をすることです。

このことを皆さんが住民の方に話すこともあると思いますので、「検査前確率の高い無症状者と低い無症状者の検査目的は異なる」ということを理解して、目的に沿った検査を賢くやっていくことが重要だと思います（図表５）。

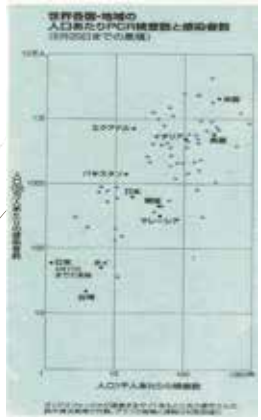
図表５



日本は比較的多くＰＣＲ検査をやってきた

図表６は、世界各国・地域の人口当たりＰＣＲ検査数と感染者数の関係を見たものです。左下にある「日本」は４月17日までの累積で、この時期はPCR検査が足らず、医師が必要と思っても日にちがかかっていた時期です。真ん中にある「日本」は、それ以降現在までの累積です。これを見ると、日本も世界の大きな傾向の中に入っています。全体としては、感染者数が多い国ほど検査数が多いという相関が見られます（図表６）。

図表６



● PCR検査数と感染者数との間には相関がみられる
● PCR検査が増やすと感染が押さえ込まれたという証拠は見つからない

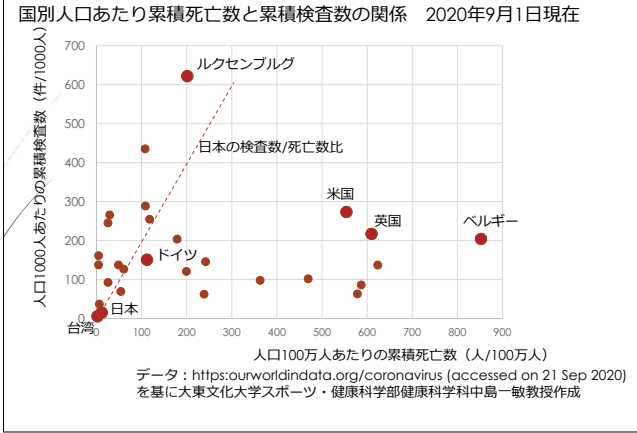
鈴木貞夫名古屋市大教授より提供

図表７は、国別人口当たり累積死亡数を分母に、累積検査数を分子にしてその関係を見たものです。斜めの点線よりも多くの国が下にあり、日本も左下にあります。これが何を意味するかというと、１人当たりの死亡者を確認するために行った検査数が日本は他の国よりも比較的多いということを意味します。これは感染者数についても同じことが言えると思います。これを別の言葉で言うと、「感染のレベルを考慮すれば、日本は他国よりも比較的多く検査をやってきた」ということです。

このことと、「日本では必要な検査がすぐにできない」という問題は別のことです。今でも「症状が出てから検査するまでの時間が長い」という問題はあり、それは解決しなくてはいけません。日本は最近感染者が増えてきていますので、症状が出てから検査をするまでの時間が、またちょっと長くなっています。これは問題です。

しかし、日本の検査の在り方を世界と比較すると、「日本が駄目」ということはありません。検査の絶対

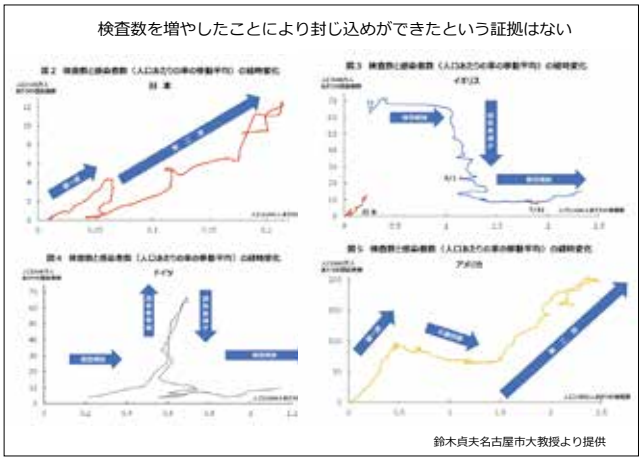
図表７



数が少ないのは感染者数が少ないからです。そこは合理的に、フェアに見る必要があると思います（図表７）。

図表８は検査数と感染者数（人口当たりの率の移動平均）の経時変化を国別に調べたものです。日本、イギリス、ドイツ、アメリカでそのパターンはまちまちです。「検査をたくさんやれば感染が下がる」という単純なことであれば、矢印は右下下がりになるはずですが、そうはなっていません。これを見ると、検査だけが感染防御のツールではないことが分かります。検査は重要なツールであり、うまく使うことが大切ということです（図表８）。

図表８



鈴木貞夫名古屋市大教授より提供

10～50代の人の移動の抑制が重要

ここからは、感染増加が見られる中で、今冬をいかに乗り越えるか、というお話をしたいと思います。

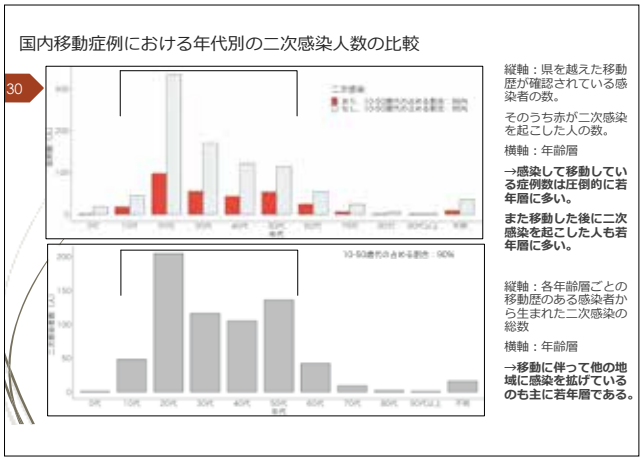
今まで感染状況を定性的に見てきて、「無症状で比較的年齢層の若い人がクラスターを起こしてきた」ということは分かっていました。しかし、これまではそれを定量的に分析したものはありませんでした。ところが、最近図表９のグラフが公表されましたので見ていただきたいと思います。

このグラフの調査の対象となったのは、県を越えた移動歴が確認された感染者と、その中で２次感染を起こした感染者です。上部の白い棒グラフを見ると、県を越えて移動している人は10代から50代が多く、中でも20代の数は圧倒的に多くなっています。白い棒グラフの左側の色の濃い棒グラフはその中で２次感染を起こした人ですが、これも若年層が多くなっています。

下部のグラフは、各年齢層の移動歴のある感染者から生じた２次感染の総数を見たものです。やはり、20代から50代の人が多くなっています。この年齢層の人たちは社会活動が活発であり、ほとんどの人は無症状か軽症なので、自覚症状なしに意図せずに動き、結果、感染を拡大させているということがあります。例えば、家庭で感染を広げる、医療施設で感染を広げる、高齢者施設に行けば高齢者の重症化が起こる、ということです。私はこれが今回の感染の一番重要な点だと思います。

2020年12月14日に国と自治体が一体感を持ってGo toトラベル事業の一時停止を決めたことはよかったと評価しています。このグラフを見ると、高齢者や基礎疾患のある人だけをGo toから外すというのは、ほとんど意味がないことが分かると思います（図表９）。

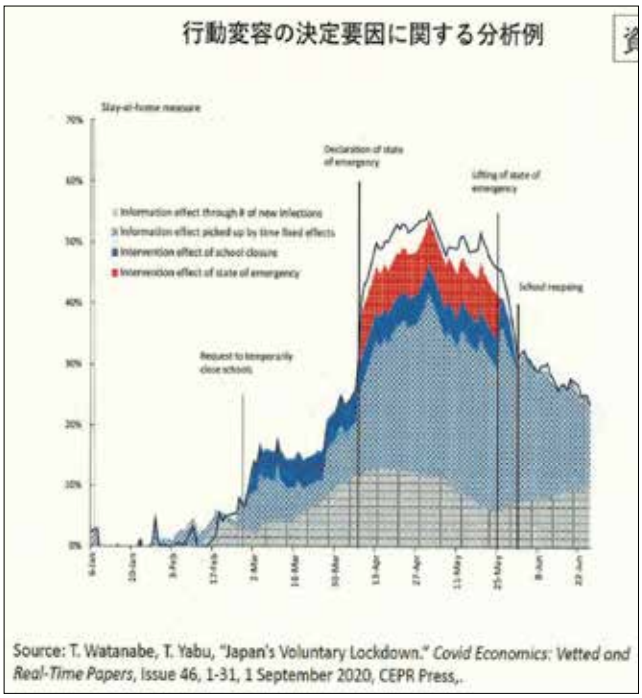
図表９



事実を早く知らせることが国民の行動変容を促す

図表10は、国民の行動変容の決定要因を分析したグラフです。緊急事態宣言、学校閉鎖や政府、都道府県知事、マスコミ、専門家からの情報、実際の感染者数の増減によって、国民がどれだけ行動を変えたか、つまり、外に出なくなったかを見たものです。これを見ると、公の決定が起こる前に、人々は自ら自分たちの行動を変えることが分かります。このことは、国民にとって都合の悪い情報であっても、「ファクトを国民に早く知らせること」が極めて重要であることを示しています（図表10）。

図表10



Go to全国一時停止で国民へのメッセージが明確に

「Go toを2020年12月28日から１月11日まで全国で一時停止したことについて、どう考えたらいいのか」ということですが、私はGo toだけにフォーカスが当たる状況はあまり好ましいことではないと思っていましたし、今でもそう思っています。Go toはいろいろなファクターの一部でしかないのですが、ポリティカルな要素が増えてしまっていると思います。

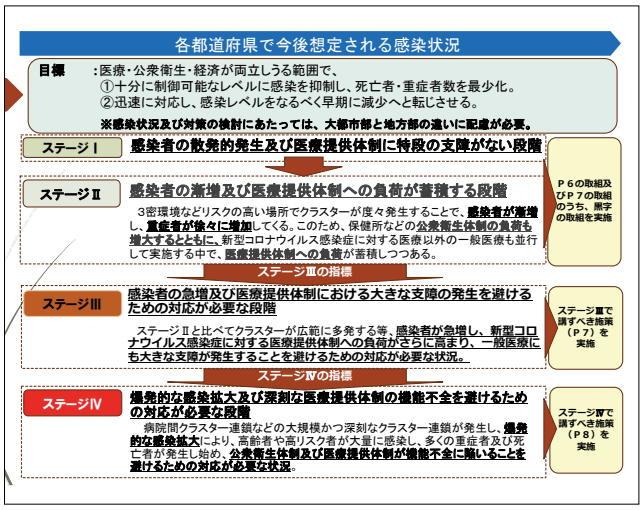
Go toについて分科会は全国停止ではなく、「ステージIIIの地域はやめてください」と提言していました。ステージI、IIの地域を移動しても、感染対策上は問題がないからです。しかし、国は一歩踏み込んで、全国での一時停止を決めました。これは危機感の表れだと思います。

これまで国民は、国と自治体の方向性に違いがあることを感じていました。そして、「国と自治体に一体感がないから協力しない」という理由になっていました。これは人間心理として当然だと思います。そんな中、今回は国と自治体が同じ方向を向いたという明確なメッセージを発信しました。これまで、国と自治体の意識の差が国民の意識が一つにまとまるのを妨げていましたが、それがなくなりました。それはよかった

と思います。「全国一時停止が遅かった、早かった」という議論はあると思いますが、その議論は後でやってもらえばいいと思います。

今は、この一時停止を契機に、国、自治体、一般市民の方々、皆さんのような専門家が「なるべく早く、感染を抑えるんだ」という方向で、それぞれの役割を果たすことが重要だと思います（図表11）。

図表11



感染高止まりの原因は飲食とお酒か

これまで、ボールは政府にありましたが、国と自治体が同じ方向を向いてGo to一時停止を決めたことで、ボールは国民に投げられました。

ここで、「なぜ東京をはじめとする都市部で感染が高止まりしているのか」ということを考える必要があります。

現在、感染拡大の一番の問題は都市部です。都市部の感染がドライビング・フォースになっています。

東京でリンクを追えるものを考えると、感染場所は職場や家庭が多く、接待を伴う、または伴わない飲食店は非常に少ないです。しかし、リンクが分からないものが多いのが問題です。地方の場合はクラスターが比較的分かりやすいのですが、東京の場合には保菌者の動きが匿名化しているので、保健所の皆さんが努力してもリンクが追えません。感染が拡大しているので、負荷がかかって追えないという場合もあるかもしれませんが、東京の場合は、クラスターがなぜ起きたのか分からない場合が多いのです。

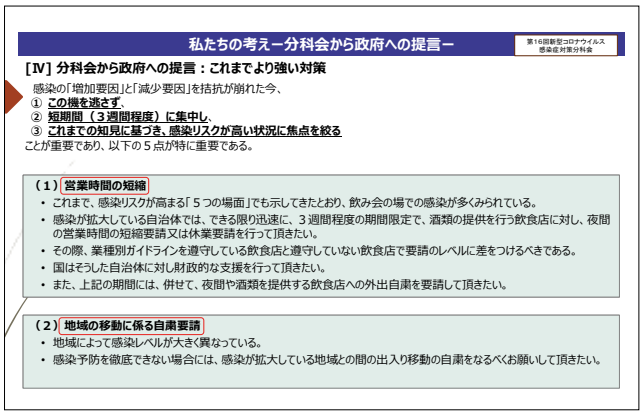
分科会でも何度も議論していますが、リンクが追えないものは、学者がその理由を判断するしかありません。エビデンスはありませんが、他国の感染状況、他県の感染状況、感染症対策の状況、このウイルスの特徴を考えると、私や分科会のメンバーは「飲食の場がおそらく感染源だろう」と考えています。「飲食の場、お酒を飲む場に行った50代以下の若い人たちがいろいろな所へ感染を広げている」というのが仮説です。この人たちは意図せず動いているので、この人たちを非難しているのではありません。これがウイルスの特徴です。

今回、飲食店営業時間の短縮、Go to全国一時停止という感染抑制のための環境を国と地方自治体が整備してくれました。しかし、環境を整えただけではウイルスは下火にはなりません。多くの国民は国の要請に応えてくれていますが、感染が高止まりしているということは、意図せずに感染を広げる事態が起きているということです。これを止めない限り、感染は止まりません。

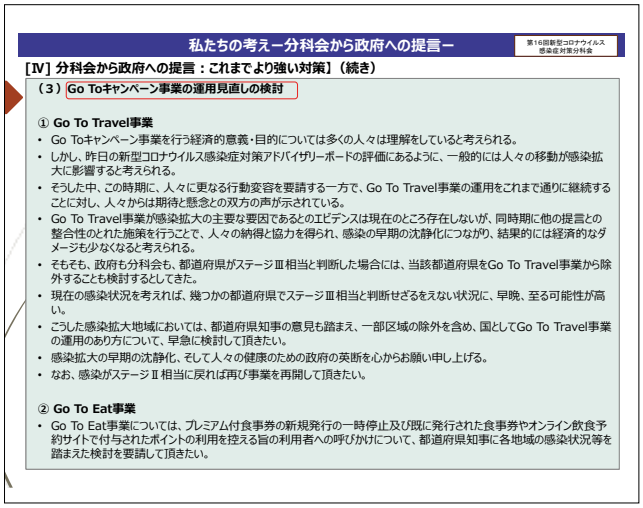
そこで重要なのは、感染を広げている人たちに「飲食の場に行かないで」というメッセージを届けることです。今までいろいろなメッセージを出してきましたが、若い人たちにまだ十分に届いていません。そこで、例えば若者に人気の「初音ミク」を利用することも考えています。

分科会は、2020年の２月、３月の札幌冬祭りの時に、「若者が無意識に感染を広げている」と注意したつもりでしたがうまくいかず、コミュニケーションの難しさを感じました。「無意識のうちに、高齢者に感染を広げた」と発言したら、かなり強い反発を受けました。ですから、「今回、同じことをまた言うと反発される」という思いもありますが、今は「50代までの若い年代の無症状者が、自覚せずに感染を広げている」ということをはっきりと示すことが必要だと思います。言わなければ、「なぜ、言わなかった」ということになるので、このことをはっきりと言うことが、この年齢層の人たちの信頼を得ることになると思います（図表12、図表13、図表14）。

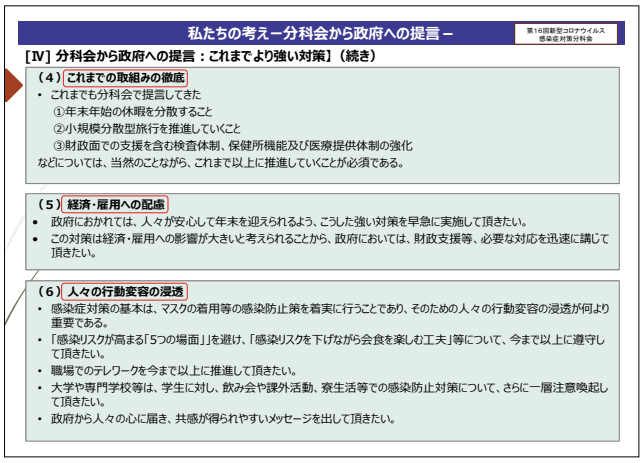
図表12



図表13



図表14



今、ボールは我々市民のところにあります。市民が行動を変えない限り、営業時間の短縮をやったり、助成金を用意したりしても、感染は抑えられないと考えています。このメッセージを、ぜひ、日本公衆衛生協会から出していただきたいと思います。

今回、国民の方々は公衆衛生の人たちの役割を十分認識したと思います。最後に、今後の皆さんのご活躍を心より祈念して講演を終えさせていただきます。

ご清聴、ありがとうございました。

パネリスト講演

地域保健における最近の動向
～新型コロナウイルス感染症対策～

厚生労働省 健康局長

正林　督章

感染拡大が止まらず、さまざまな対策を実施

2020年１月に新型コロナウイルス感染症が始まりました。私はクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号に乗り込み、船を降りてからは、新型コロナウイルス感染症対策専門家会議や新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード等、主に政策づくりを担当してきました。本日はテーマが地域保健ですので、保健所に焦点を当てて、お話ししたいと思います。

図表１は2020年12月14日の新型コロナウイルス感染症の発生状況です。昨日（2020年12月15日）時点の陽性者数は18万4,042人、死亡者数は2,688人でした（図表１）。

図表１

新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比　　※令和2年12月14日24時時点

	PCR検査実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者	うち重症者	退院又は療養解除となった者の数	死亡者数	確認中(※4)
国内事例(※1,※5)（チャーター便帰国者を除く）	3,741,200 (+53,758)	180,162 (+1,662)※2	25,093 (-443)	592 (+4) ※6	151,949 (+2,558)	2,642 (+58)	646 (+89)
空港検疫	363,619 (+3,180) ※7	1,693 (+15)	137 (+1)	0	1,555 (+14)	1	0
チャーター便帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	4,105,648 (+56,938)	181,870 (+1,677)※2	25,230 (-442)	592 (+4) ※6	153,519 (+2,572)	2,643 (+58)	646 (+89)

※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から（退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から）、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
※2 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数（再陽性例を含む）を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
※4 PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
※5 国内事例には、空港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
※7 空港検疫については、7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。なお、空港検疫の検査実施人数等については、公表日の前日の０時時点で計上している。

【上陸前事例】括弧内は前日比

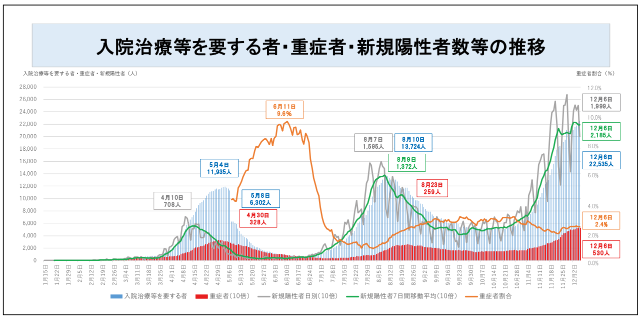
	PCR検査陽性者 ※【　】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例（水際対策で確認）（3,711人）※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
※5 この他にチャーター便で帰国後、3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した１名がいる。
※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が１名いる。

2

昨年１月からの感染の推移を見てみましょう。４月に一度大きな波が、そして夏にもう一度波が来て、９月以降も感染者が増えてきているという状況です。夏に比べて重症者の数も増加しています（図表２）。

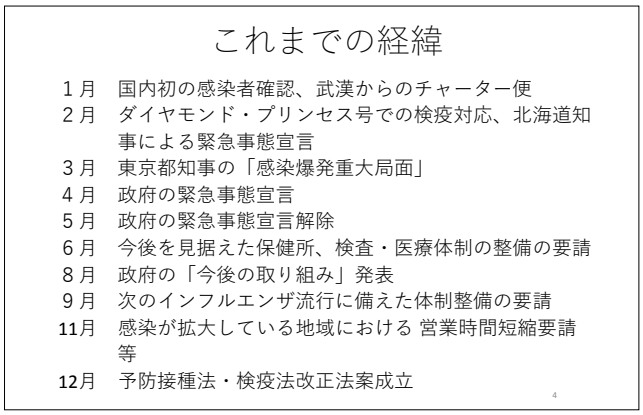
図表２



図表３は昨年の大きな出来事を振り返ったものです。１月15日に最初の国内感染者が発見され、２月にはクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に着岸しました。その後、北海道で感染者が増え、北海道知事による緊急事態宣言が出されました。３月には東京都知事により「感染爆発の重大局面」という認識が示され、４月には政府による「緊急事態宣言」が発出され、５月にそれが解除されました。４月、５月の感染を踏まえて、６月に厚生労働省は「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」を発出しました。そして、８月には新型コロナウイルス感染症対策本部が「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」を発表し、９月には「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」を発出しました。

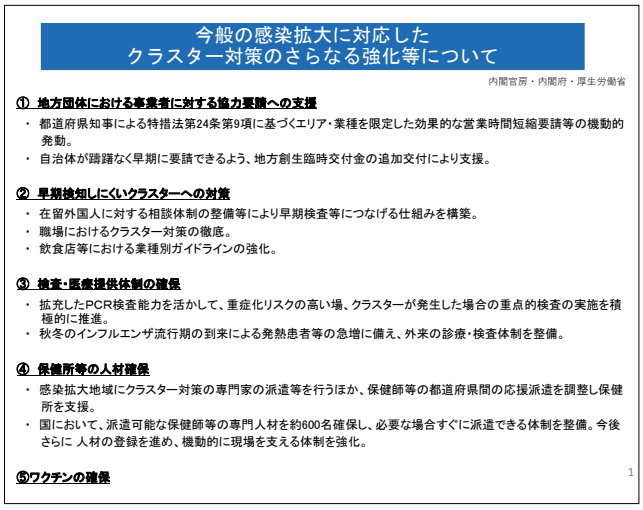
しかし、感染の拡大が止まらないので、11月に「政府の対策本部の方針」を発表し、都道府県等に対する営業時間短縮等の協力の要請をしました。また、これは私自身が担当した法律ですが、「予防接種法の一部を改正する法律」を臨時国会で可決成立させました（図表３）。

図表３



図表４は11月に発表した政府の対策本部の方針です。営業時間短縮等の協力の要請、営業時間短縮に対する資金援助として、地方創生臨時交付金の追加交付も決定しました。秋の感染拡大は外国人や大学生など、感染元をなかなか捜索しにくいクラスターが多かったことから、それに関する特別な対策を行うこと、検査・医療提供体制を確保し、高齢者施設の入居者などのPCR 検査を積極的に行うこと、保健所の人材確保、ワクチンについての方針も出しました。今、私の仕事のかなりの部分をワクチンが占めています（図表４）。

図表４



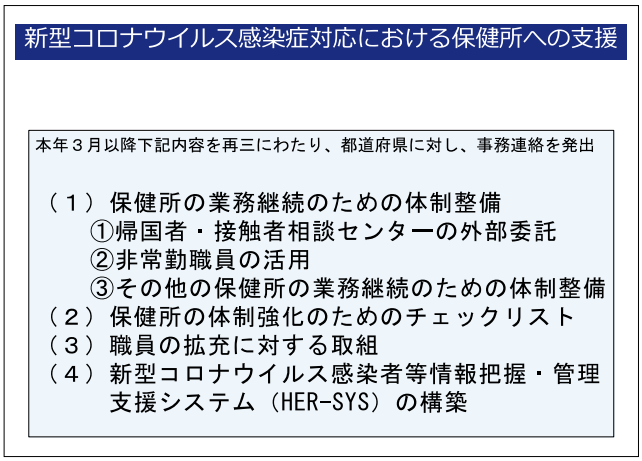
保健所への支援について都道府県に助言

ここからは保健所への支援に焦点を当ててお話しします。私は、諸外国に比べて日本の感染者数、死亡者数は圧倒的に少ないと思います。その一つのファクターとして、保健所の存在は非常に大きいと思っています。1938（昭和13）年に始まった日本の保健所制度は非常にユニークです。私は世界30か国くらいを回りましたが、日本の保健所のように多職種が50人から100人規模で仕事をしているパブリックヘルスセンターがある国はあまりありません。保健所が検査や積極的疫学調査を担ってくれたおかげで、海外に比べて感染者が比較的少なく抑えられているのではないかと思っています。

しかし、今回、保健所の課題も見えてきました。保健所の支援については、2020年３月以降、国は都道府県に事務連絡を出して、さまざまな助言をしています。

図表５のように、保健所の体制強化のためのチェックリストを用意したり、保健所の職員だけでは対応ができない場合には本庁からの応援を派遣することを提案したり、HER-SYS（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）の活用を勧めたり、保健所業務の負担軽減策をお示ししてきました（図表５）。

図表５



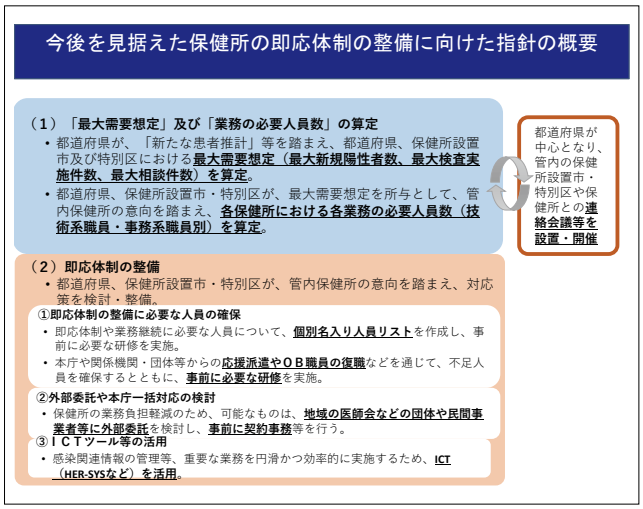
業務の必要人数を想定し応援を頼める仕組みを提案

６月19日には「今後を見据えた保健所の即応体制の整備に向けた指針」を示しました。

当時は検査が主要な業務だったので、「検査がこれからどのくらい伸びていくのか」という最大需要を想定してもらい、それを踏まえて保健所の各業務の必要職員数を算出してもらうこととしました。保健所の職員数には限りがありますので、必要人数に応じて、本庁、市町村等から応援をしていただく、その応援者のリストを作成し、応援者には事前に保健所で研修を受

けていただくという仕組みの提案をして、地方自治体にお示ししました。また、即応体制の整備のためHER-SYSの活用も提案しています（図表６）。

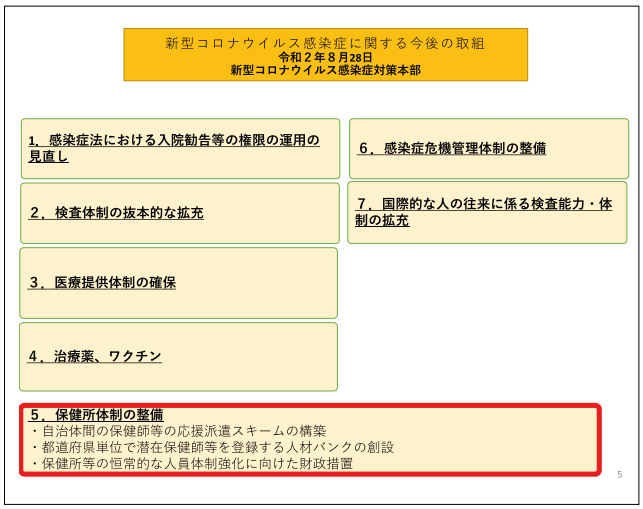
図表６



８月の「取組」で保健所体制整備策を示す

図表７は、８月28日に新型コロナウイルス感染症対策本部が示した「今後の取組」です。全部で７項目ありますが、その５番目は「保健所体制の整備」です（図表７）。

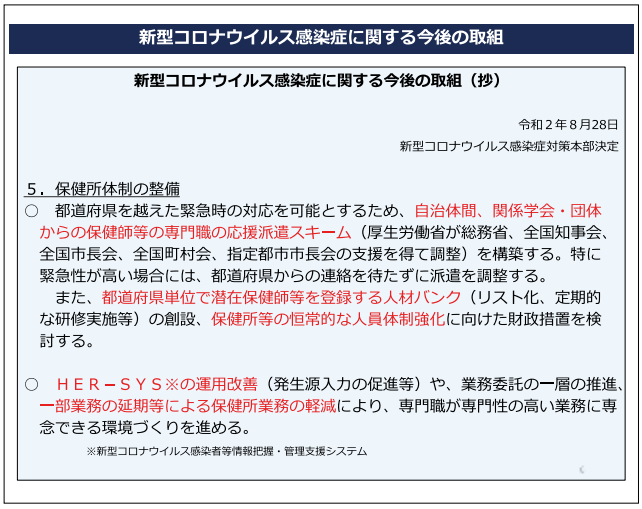
図表７



５番目の「保健所体制の整備」を文章化したものが図表８です。ここでは、都道府県を越えた緊急時の対応を可能とするため、自治体間、関係学会・団体からの保健師等の専門職の応援派遣スキームを構築する、都道府県単位で潜在保健師等を登録する人材バンクを創設する、保健所等の恒常的な人員体制強化に向けた財政措置を検討する、の３点が挙がっています。財政については地方交付税になりますが、少しでも金額が多くなるようにすることを提示しています。

また、HER-SYSの運用改善、保健所のルーティン・ワークの中で委託してよい業務、延期してよい業務を具体的に示して保健所業務の軽減を図りました（図表８）。

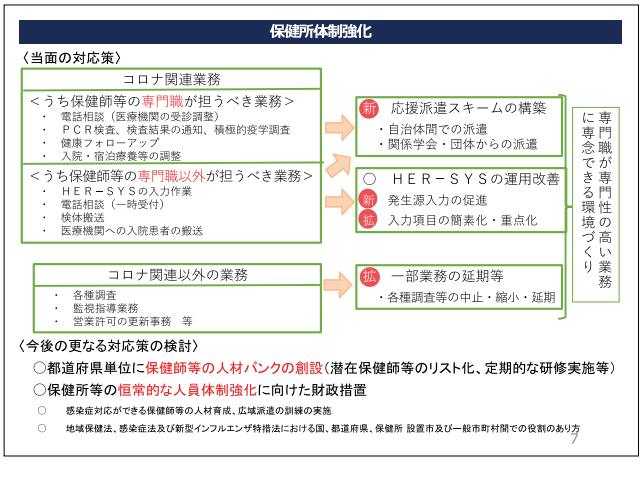
図表８



専門業務に集中できる環境を整備する

なぜ、保健所の仕事で、縮小していいこと、延期していいことを具体的にお示ししたかというと、専門職の方々に、本来専門職が担うべき業務に集中していただくためです。専門職以外が担うべき業務は、応援の方や本庁の方に担ってもらえるような応援体制を整備しました。応援体制の整備、HER-SYSの運用などで人員体制を強化しつつ、業務を減らすということです。

図表９



保健師を中心とした専門職は、検査、積極的疫学調査、健康フォローアップ、入院・宿泊療養への対応に傾注していただく体制整備をお願いしてきました（図表９）。

これまでお話ししたことは、図表10にある通り、地方自治体に対して事務連絡として繰り返しお示ししてきています（図表10）。

図表10

保健所等の人材確保の取組

８月28日　新型コロナウイルス感染症に関する今後の取り組み
＜新型コロナウイルス感染症対策本部＞

９月25日　保健所に係る「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」について
別添１　新型コロナウイルス感染症対策における応援派遣及び受援に関するガイドライン
別添２　縮小・延期等の柔軟な対応が可能な業務リスト
別添３　保健所の外部委託等に係る取組について
＜健健発0925第１号、健感発0925第１号、総財調第25号＞

11月２日　新型コロナウイルス感染症応援派遣活動要領について
＜健健発1102第１号＞

11月10日　関係学会・団体の名簿を各都道府県へ送付

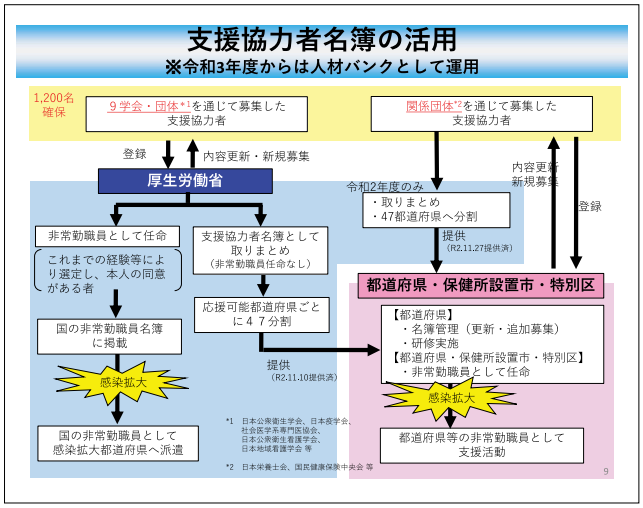
11月18日　新型コロナウイルス感染症対応人材バンクの運用について（令和２年度概要）
＜厚生労働省健康局健康課事務連絡＞

11月27日　関係団体の名簿を各都道府県へ送付

協力者名簿を活用し、人員体制強化を

保健所等の人材確保の取組については、各都道府県で人材を集めるのは大変だと思い、国で一元的に人材登録を始めました。日本公衆衛生学会をはじめとする９学会、国民健康保険中央会等の団体に声を掛けて、保健所の支援をしていただける人を募集し、その方々の連絡先等を登録した名簿を国で一括して作成しました。それを応援可能都道府県ごとに分割して、地元でリストアップされている方を活用できるように、支援協力者名簿として各都道府県に配布しています。名簿に掲載されている支援協力者は1,200名で、現在も数を増やそうと努力しています。この名簿を使って、保健所の人員体制の強化を図っていただけたらと思います（図表11）。

図表11



都道府県間の応援派遣も国が調整

他の都道府県に応援に行っている保健師等の数も国が把握して、派遣の調整をしています。

図表12は2020年11月から12月にかけての派遣の実績です。例えば、北海道の札幌市、江別、千歳の保健所の業務が逼迫しているときには、国が調整して、他県の保健師、保健所や保健関係者のスタッフの派遣を調整しました。

しかし、感染症は地震や津波などの災害とは異なり限局的ではないため、日本全国で広がり、都道府県間のこうした派遣はそのうち限界が来てしまいます。今後は、各都道府県内で人材を確保することが必要になりますので、支援協力者名簿を可能な限り活用していただきたいと思います（図表12）。

図表12

都道府県間応援派遣の実績

派遣先	派遣元	期間	人数	派遣先	派遣元	期間	人数
札幌市	愛知県	11/7～11/15	11県22人	江別保健所	徳島県	11/19～11/25	4県5人
	福井県	11/9～11/27			山梨県	11/23～11/28	
	長野県	11/10～11/14			広島県	11/19～11/29	
	徳島県	11/11～11/17			富山県	11/29～12/4	
	新潟県	11/16～11/22		千歳保健所	三重県	11/22～11/28	3県14人
	愛媛県	11/15～11/23			秋田県	11/29～12/11	
	広島県	11/9～11/17			青森県	11/19～12/11	
	福島県	11/10～11/15					
	鳥取県	11/23～11/27					
	岩手県	11/21～11/24					
	石川県	11/24～11/27					

日頃からのコミュニケーションが重要

冒頭にお話ししましたが、保健所のおかげで、今のところ、諸外国に比べて感染者、死亡者の数は少なく抑えられています。ただ、課題も見えてきています。

感染者が増えると保健所の業務が逼迫して、それに対応できなくなる、というのが一つの弱点として顕在化してきました。それに対して、急に保健所の職員を増やすことは難しいため、国はいろいろなところからの応援体制を構築しています。

しかし、せっかく「応援しますよ」という人がいて、困っている保健所に提案しても、「業務が逼迫している時に新しい人に来られても、業務を教える余裕がない」ということで、保健所から断られるということが、よくありました。それでも、応援の人が入ってみると、最終的には「本当に助かりました」と言われます。

このように、最初の段階で断られることが多いので、「支援協力者名簿に載っている人とは日頃からコミュニケーションを取っておく」ということが重要だと思います。時には保健所に来てもらって、どんな業務があるのか勉強していただくのもいいでしょう。そして、いざというときにはその方たちにお手伝いしていただき、保健所機能を強化していただければと思います。

新型コロナウイルスの感染は、これからも広がっては縮小し、広がっては縮小し、を繰り返し、長丁場の戦いになると思います。心して、日頃からしっかりと準備態勢を整えていただくことをお願いして、私の講演を終わりたいと思います。

ご清聴、ありがとうございました。

新型コロナウイルス対策とクラスター対策

国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長

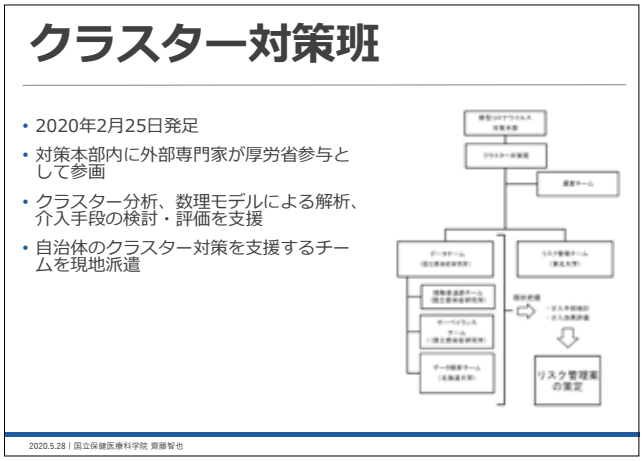
齋藤　智也

対策本部のクラスター班に参加

以前、厚生労働省の結核感染症課にいた際に「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」の改定に携わったのを契機として、厚生労働省の新型インフルエンザ対策のワークショップの企画・運営を５、６年やってきました。パンデミック対策に対するいろいろな思いがあった中で、今回の新型コロナウイルスについては、じくじたる思いがあります。

新型コロナウイルス感染症対策本部では、クラスター班に加わっていました。これは2020年２月に厚生労働省内で発足したもので、30～40人の集まりです。外部の大学などの専門家や企業の方が厚生労働省参与として内部に入り、一緒にクラスターの分析や施策の作成に関与するというまったく新しい形で、官民一体となってクラスター対策に取り組んできました（図表１）。

図表１



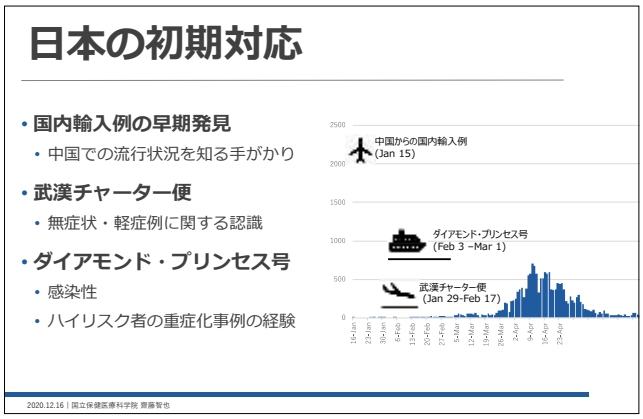
うまくいった日本の初期対応

日本の初期対応はうまくいったと思います。それは、このコロナウイルスがどのように危険なものかというリスク認知が早めにできたことが大きいと思います。欧米は「対岸の火事」という認識で、「普通の風邪だろう」と高をくくっていたところがあり、それが初期対応の遅れ、急激な患者の増大、医療の逼迫につながっていった部分があると思います。

日本は、普段からサーベイランス体制がしっかりしていることもあり、タイに続いて世界で２例目の感染を国内で発見することができました。この時点で、「中国で起きているのは人・人感染であることは間違いないだろう」「数百人というレベルで感染が起きているが、旅行者から感染者が出ていることを考えると、もはや中国国内で済む規模ではないだろう」ということにいち早く気付きました。

そして、武漢からのチャーター便で約800人が５便に分けて帰国し、その後２週間の経過観察をする中で、「無症状者、軽症者が隠れている」ということにも気付きました。また、ダイヤモンド・プリンセス号の事例では、約3,700人が乗っており712人が感染したことから、「狭い空間での感染力が強いこと」「ハイリスク者の重症化の事例」を多数経験しました。午前中には容体の良かった人が午後には人工呼吸器につながれるというような危機的な状況を経験して、「これは油断してかかってはいけない」と認識できたことがよかったと思います（図表２）。

図表２



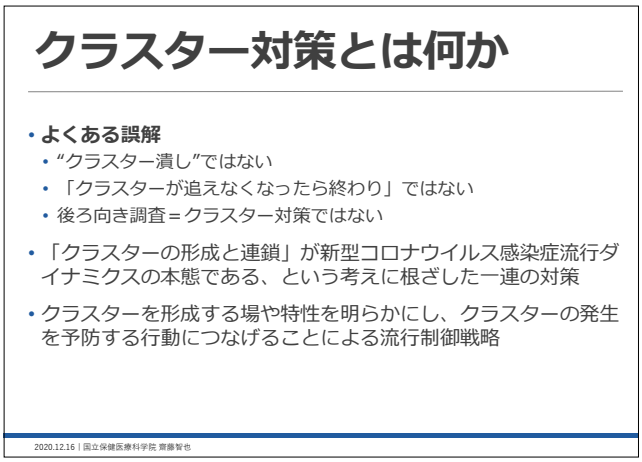
クラスター対策は流行制御戦略

しかし､現状では「もうクラスターは追えない」「政府のクラスター対策は失敗だった」という記事が出ていたりします。

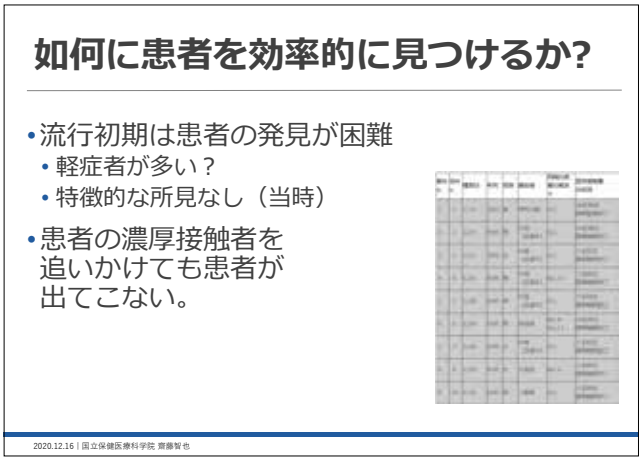
そこで、クラスター対策とは何かを考えてみたいと思います。よく生じる誤解ですが、クラスター対策は「クラスターつぶし」ではありません。大臣がクラスター班にクラスター・バスターズという愛称を付けたこともあり､「クラスターが出てきたら、それをたたいてつぶす」という認識があると思いますが､決して､それだけではありません。また、クラスターが追えなくなったら終わりというものでもありません。「後ろ向き調査＝クラスター対策」でもありません。

クラスター対策は､「クラスターの形成と連鎖が新型コロナの流行ダイナミクスの本態である」という考えに根差した流行制御戦略です。「クラスターを形成する場を明らかにして、クラスターの発生を予防する行動につなげる」という考えで対策を立案していくのがクラスター対策です（図表３、図表４、図表５）。

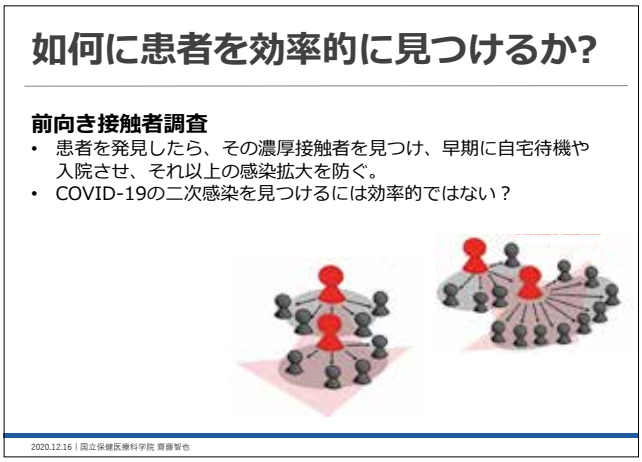
図表３



図表４



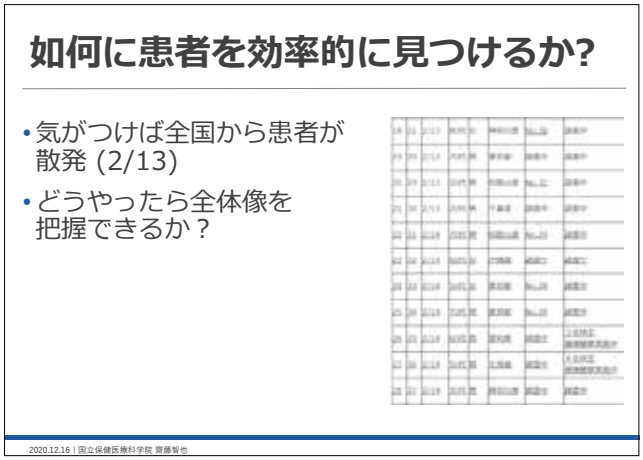
図表５



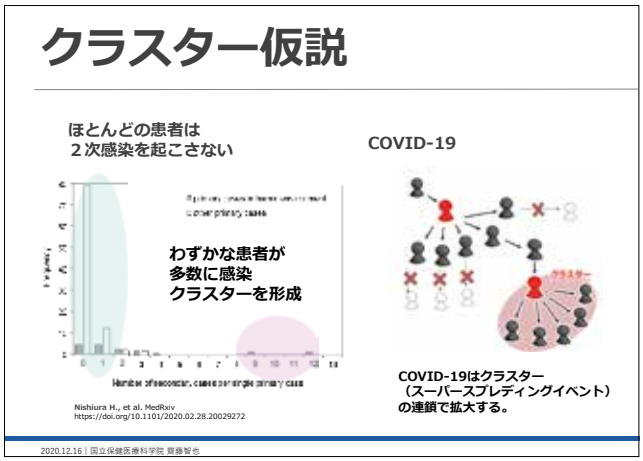
少数の感染者が多くの人に感染させる

クラスター対策が着想された背景を簡単にお話しします。初期の感染者の濃厚接触者を前向きに追い掛けていっても、そこから発症者は出てきませんでした。

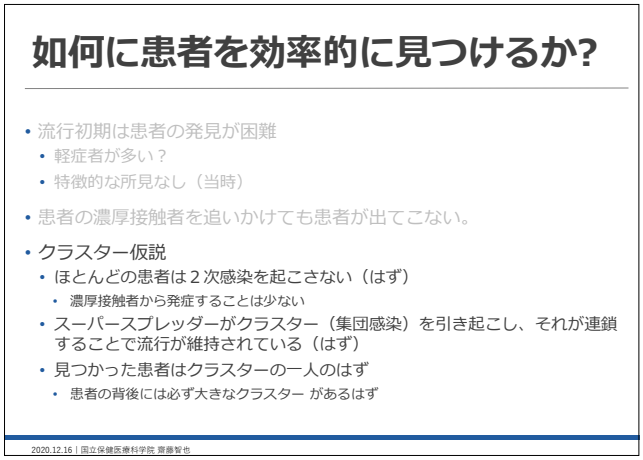
図表６



図表７

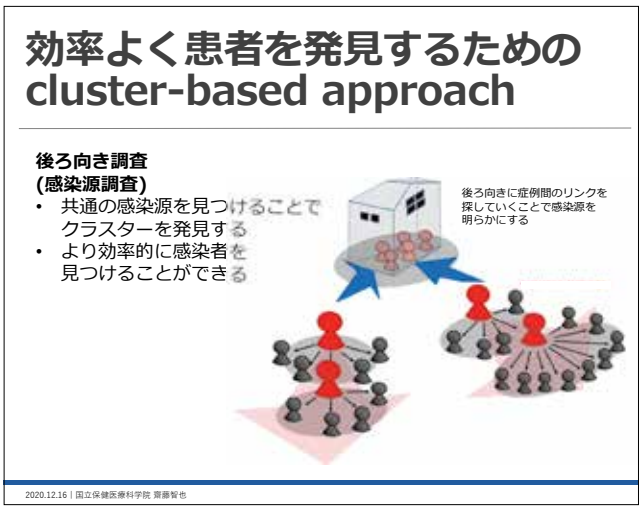


図表８

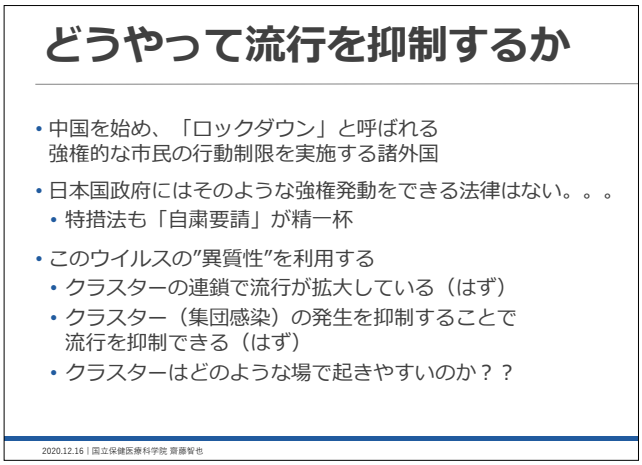


それでは、なぜ流行が続いていくのかを考えたときに、一部の人が多くの人に感染させていくというイベントが幾つかあり、それが連鎖していくことで流行を形成するのだろうと考えました（図表６、図表７、図表８、図表９、図表10）。

図表９

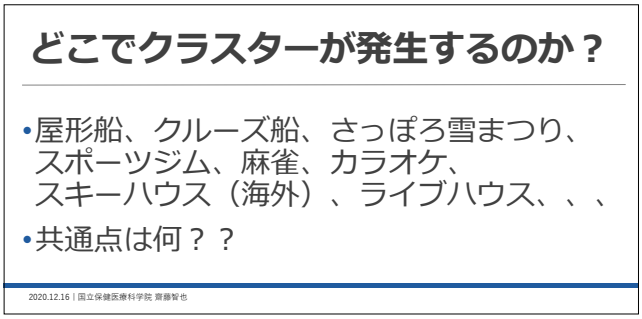


図表10



約８割の人はほとんど誰にもうつしませんが、一部の人がたくさんの人にうつすという事態が、閉鎖された空間で起きていることに気付いたことが、クラスター対策の根底にあります（図表11）。

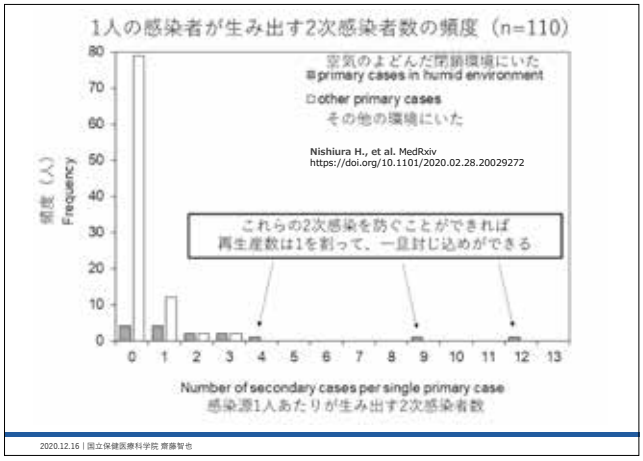
図表11



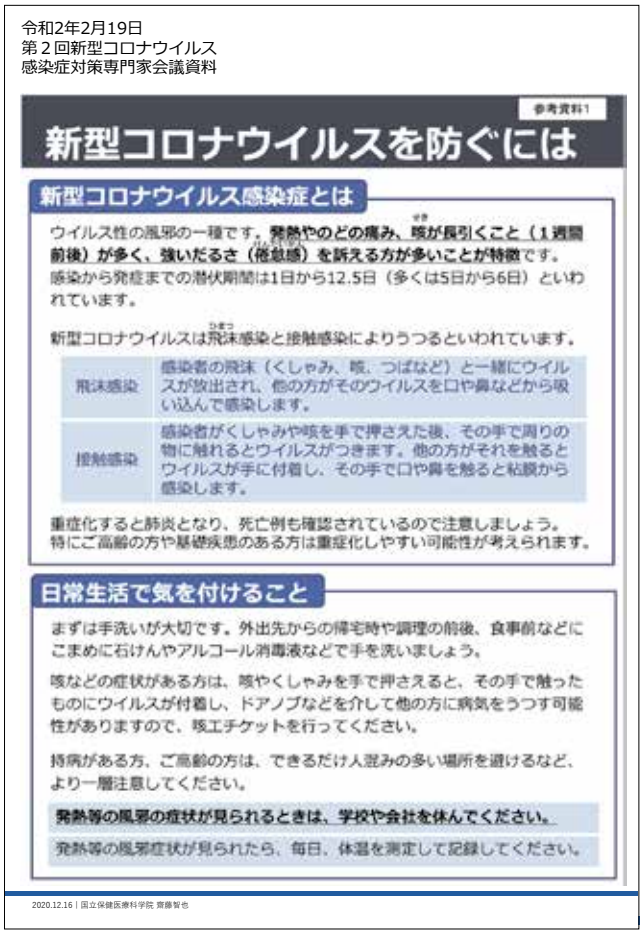
初期は飛沫感染への注意喚起が中心

初期の段階では、日本も世界と同じように、新型インフルエンザと同様に、飛沫感染を中心とした注意喚起を行っています。これは、２月19日の時点まで行っていました。図表13のように、手指消毒と咳エチケット、症状のある人はなるべく家から出ないように、と呼び掛けていました（図表12、図表13）。

図表12



図表13



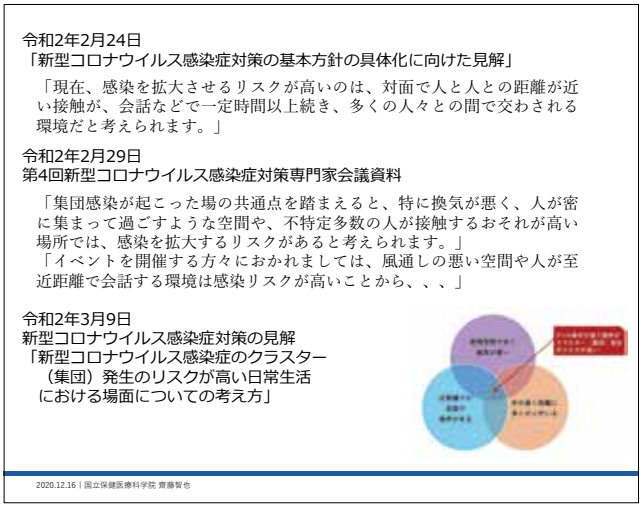
３密の避ける感染症対策へシフト

２月24日時点からは、専門家会議の文書の中で「感染拡大のリスクが高いのは、対面での人と人との接触、会話が一定時間以上続く環境」など、クラスターが起きている場についての表現を始めます。

２月29日には「換気が悪く、人が密になって過ごす空間、不特定多数の人が接触する恐れが高い場所」というように、リスク環境を描写するようになりました。

そして、３月９日に「この３つの要素が加わった場所は特にリスクが高い」という表現をするようになりました（図表14）。

図表14



そして、これが密閉空間、密集場所、密接場面という「３つの密を避けましょう」という言葉につながったわけです。当時、非常にエビデンスが限られた中で、「無症状者からの感染」「ダイレクトに届く大きな飛沫だけではなく、一定期間空気中を漂うような粒子を通じて感染する可能性」を含めて注意を呼び掛けたという点で、非常にインパクトのあるメッセージになりました。

初期にきちんと積極的疫学調査を行い、リスクが高い場はどこかということをきちんとデータに基づいて観察をした結果として、こうした呼び掛けができたのだと思います。先ほど、尾身会長から「エビデンスがないものは、最後は判断するしかない」という言葉が出ましたが、確定的なエビデンスは、まだこの時期にはありませんでした。その中で、しっかりとこのメッセージを作れたことの意味は大きかったと思っていま

す（図表15）。

図表15

専門人材確保と広域情報共有が課題

クラスター対策の課題は図表16の通りです。

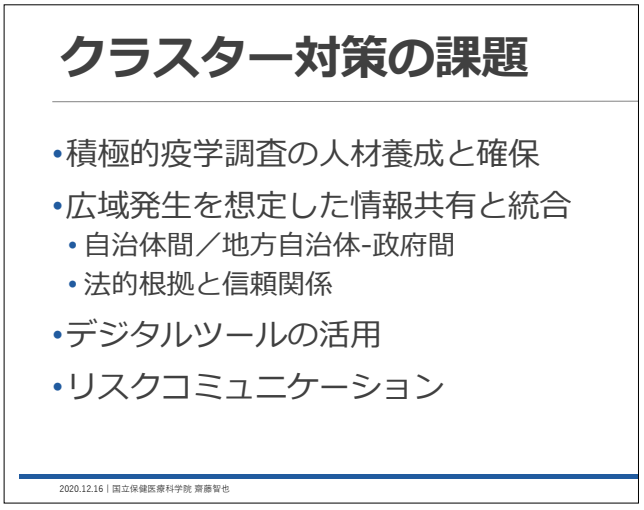
最初の課題は、「積極的疫学調査の人材養成と確保」です。積極的疫学調査をする専門人材を確保する仕組みづくりは非常に大きな課題でした。これについては、新型インフルエンザの行動計画の訓練や練習を行ってくる中で話をしていましたが、キーワードとして「積極的疫学調査の人材をもっと確保しておかなくてはならない」とか、「フェーズ、メカニズムを作っておかなくてはならない」という話は出てきませんでした。インフルエンザの場合は、最初の数百例をじっくりと見極めて戦略を作っていくという考え方なので、新型コロナのように積極的疫学調査が長期化する、しつこく追い掛けるという戦略が想定されていませんでした。

次の課題は、「広域発生を想定した情報共有と統合」で、これが、今回クラスター対策班が最も苦労したことです。まず、自治体間、次に自治体と政府間で必要な情報が十分に共有されていなかったという問題があります。これには法的な根拠と信頼関係の問題があります。法的根拠については、感染症法の中にきちんと書かれていない例があった、地方自治体と政府間の広域発生を想定した情報共有メカニズムをフル活用するための文言が法に十分に書かれていなかった、という側面があったと思います。これは、今後検討が必要なところです。また、法的根拠があったとしても、地方自治体と国の間で情報共有に関する信頼関係がない限り、情報共有は成立しないと思います。ここには、患者さんと行政の信頼関係も重要な要素として入ってきます。今後、広域のクラスター対策を行うためには、これらをきちんと整備することが急務です。

３つ目の課題は、デジタルツールの活用です。COCOA、HER-SYSが今回投入されましたが、これらの活用方法は、今後の課題となります。

４つ目の課題は、リスクコミュニケーションです。これは、以前から弱点といわれていたことですが、これまでコミュニケーションにヒト・カネ・モノをつぎ込んでこなかったという反省があります。特に、今回のような事態では、国民にいかに協力を呼び掛けて動いてもらうかが対策の一番のポイントになります。今後、コロナとどう付き合っていくのかという呼び掛けも必要ですし、リスクコミュニケーションの強化が課題だと思います（図表16）。

図表16



自治体等における現状と課題

新型コロナウイルス感染症対策 自治体における現状と課題

全国衛生部長会 会長

中澤 よう子

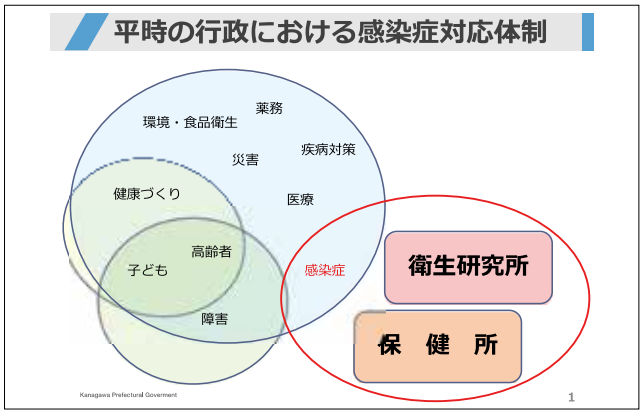
平時の感染症対応体制は小規模

私は、ふだんは神奈川県庁で公衆衛生や医療政策の業務に従事しています。「自治体における現状と課題」をテーマに、まず都道府県の公衆衛生について、神奈川県庁で行われていることを例にご紹介したいと思います。

最初にお詫びいたします。神奈川県の事例のコロナ対策や、最新のデータをお見せしかったのですが、データが壊れてしまいました。県のホームページでは紹介しておりますので、ご興味のある方はそちらをご覧いただければと思います。

現在、コロナ対応の真っ只中にいますが、平時の行政における感染症対応体制は、図表１のように小規模です。衛生行政だけでなく、保健や福祉を県庁で担っている中で、健康づくり、高齢者、子どもなどのテーマがあり、平時の感染症については小ぢんまりした部署で、結核、ノロウイルスなどに対応しています。感染症対策については、出先機関の保健所と地方衛生研究所が大きな役割を果たしています。これは、全国の自治体で同じような形だと思います（図表１）。

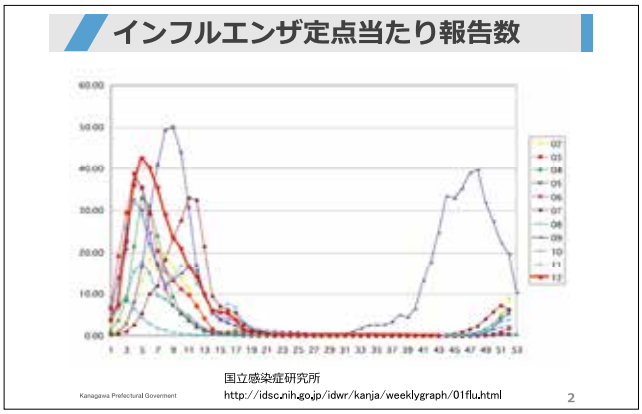
図表１



新型インフルエンザの経験から体制を整備

図表２は、インフルエンザ定点当たり報告数のグラフです。イレギュラーなラインは2009年の新型インフルエンザのもので、11月、12月に上がっていき、１月下旬にピークを迎えて、収束していったという記憶があります（図表２）。

図表２

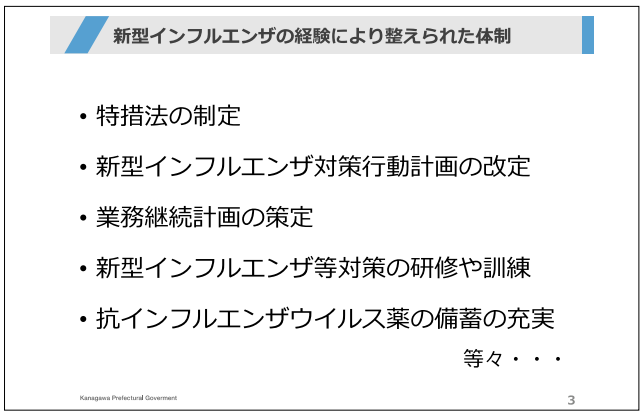


新型インフルエンザの経験に基づいて、国でさまざまな対策を整えました。図表３のように、特措法の制定、新型インフルエンザ対策行動計画の改定、業務継続計画の策定、新型インフルエンザ等対策の研修や訓練、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄の充実などの対策があります。

図表３の下の項目にいくに従って、地方自治体で

担った部分が大きいと思います。抗インフルエンザウイルス薬の備蓄は、予算的にも負担がかかっていると思いますが、当時の経験を生かして、いざという時のために備蓄している自治体が多いと思います。（図表３）。

図表３



重点医療機関には中等症患者を受け入れ

神奈川県の体制について、少しご紹介したいと思います。国内で第１号の患者が出たのが神奈川県で、クルーズ船が来たのも神奈川県、最初の死亡例が出たのも神奈川県でした。

その中で、われわれが何を学んできたのかと言いますと、ダイヤモンド・プリンセス号から得られた情報が非常に大きく、「クルーズ船には、お金持ちの高齢者で、たくさんの基礎疾患を持っていて、飛行機に乗るのは大変だけれど、旅行したいという外国籍の方がたくさんいる」ということです。さらに、「高齢者、合併症を持っている方は、コロナに感染するといろいろな配慮が必要」ということがわかりました。このときは元気なクルーの人たちもたくさん感染しましたが、「若い人には、症状がほとんどない人が多くいる」ということを学びました。

また、「一度にたくさんの患者さんが発生してしまうと、入院先のマッチングが大変」ということも学びました。このときは重症者も多かったので、ICUに次々と入れていきましたが、「ICUに１回入れてしまうと、非常に長い経過をたどり、医療機関に負荷がかかる」ということも学びました。

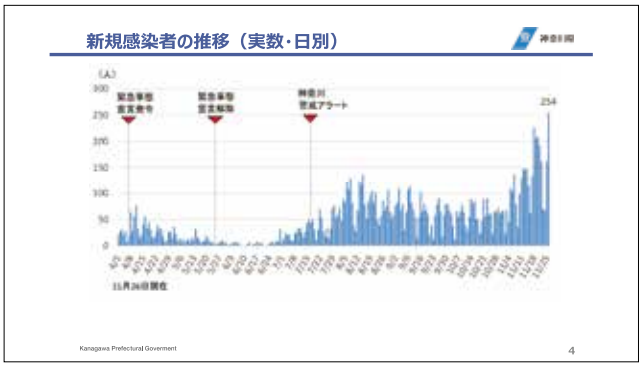
神奈川県の体制として、重点医療機関をつくる際に、ここに重症者やICUに入る患者を入れてしまうとボリュームゾーンの患者さんを受け入れられないと考えました。そこで、患者数の多い中等症の人たちを入院させるところを重点医療機関とし、そこを手厚くすることで、治療を受ける病床を確保することが重要であると考えて体制を整えました。

医療機関には大きな負荷がかかっている

図表４は、神奈川県の新規感染者数の推移です。神奈川県は全国と同じように第一波があり、夏に第二波があり、全国でただ１県、感染者数が下がらないまま高止まり傾向で、次の波に突入してしまった都道府県です。

神奈川県は、クルーズ船のときからずっと重症患者さんがいますので、医療機関に負荷がかかっています。重症者の場合、経過が長くなかなか退院できないうえに、新しい重症患者さんが加わるので、医療機関に大きな負荷がかかる状態が継続しています（図表４）。

図表４



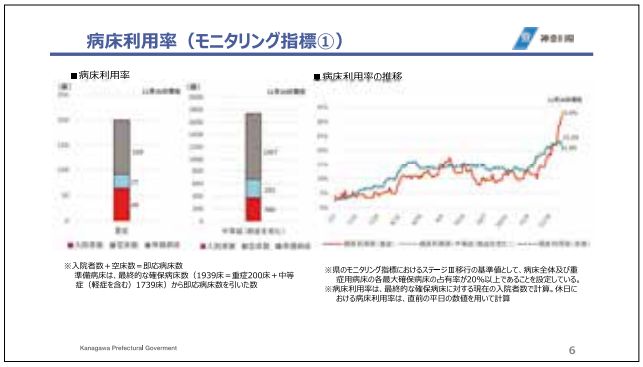
病床利用率を見て、対策を実施

モニタリング指標も、国が示しているものを参考にしながら県の状態を見ています。現状としては、かなり厳しい状況に入っています（図表５）。

図表５

図表６は、モニタリング指標の病床利用率を見たものです。重症患者の病床利用率は増えています。このまま対策を取らないでいるのはよくないと考え、入院基準と入院の目安となる指標を作ったり、少しでも医療機関の負荷を減らすことを考えたりと、対策を実行しています（図表６）。

図表６



図表７は、人口10万人当たりの療養者数の推移です。これは入院患者と、自宅療養者、宿泊施設の療養者の合計を観察しているもので、このように継続して多い状態となっています（図表７）。

図表７

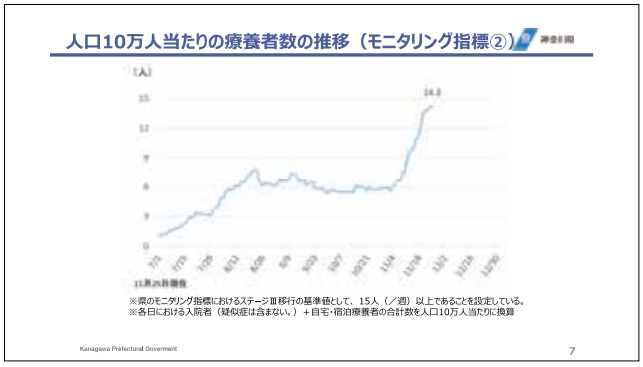
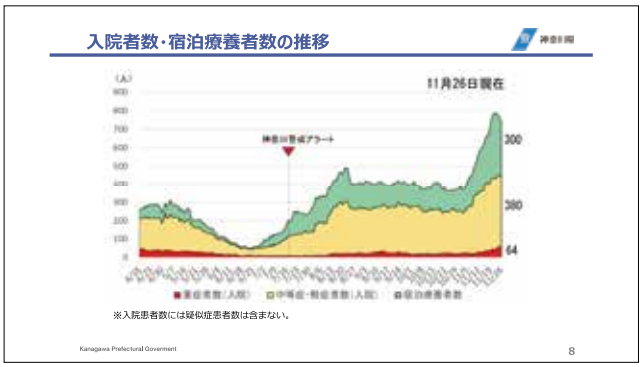


図８は、入院者数・宿泊療養者数の推移を見たものです。グラフのいちばん下と真ん中の部分が入院者、上の部分が宿泊療養者です。入院患者も増え、宿泊療養者も増えています。神奈川県では、かなり早くからコロナ専門の病棟を建てたり、開設前の新しい病院があったので、そこに協力してもらって専門病棟をつくったりと、対策を取っています（図表８）。

図表８



神奈川県の場合、東京都の感染者が増えると後追いするかのように感染者が増える傾向にあり、かなり厳しい状態になっています。おそらく、首都圏、関西圏、中部地方、北海道、沖縄でも、患者が増えて厳しい状態だろうと思います。他の都道府県のデータを見ますと、神奈川県は「頑張っているほうかな」と思いますが、それは私たちは早期からどのような病気であるかという病態を見てきたことが大きかったと思います。また、多数の医療機関でクルーズ船の患者さんを受け入れてもらっており、こうしたノウハウの蓄積も大きいと感じています。

医療機関に負荷がかかっているということは、行政にも負荷がかかっているということです。ここにご参加の皆さんは行政の方が多いですので、お忙しい中、シンポジウムに来ていただいてありがたく思います。一方、行政の方たちの負荷があまり認識されていないのは、ちょっと残念に思います。

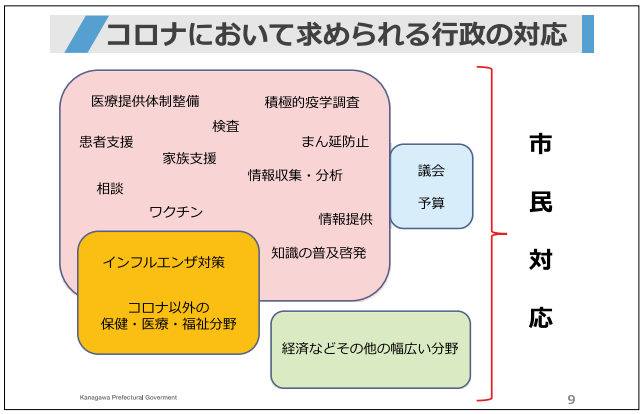
多岐にわたるコロナ以外の対応

本日いちばんお話ししたいのは、ここから先です。コロナにおいて求められる行政の対応は、感染症対策だけではありません。非常にたくさんのことが求められています。未知の感染症であることから、わからないこと、新型インフルエンザ以後に整えてきた体制だけでは足りないことが多くあります。

また、それ以外のこと、一時的に止まってしまった保健・医療・福祉の分野、県庁であれば議会や予算の

対応、経済その他幅広い分野、これらの全部の分野で市民に対応していかなくてはならないわけです（図表９）。

図表９

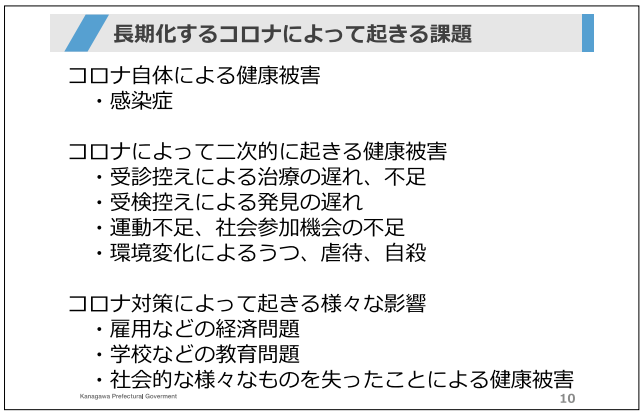


コロナの長期化によって課題が浮き彫りに

コロナが長期化したことで、これまでとは違う課題が見えてきています。コロナ自体によって起こる二次的な健康被害としては、受診控えによる治療の遅れ、発見の遅れがありますし、運動不足、社会参加機会の不足、それによるメンタルヘルスの問題も大きくなっています。

また、コロナ対策によって、雇用の問題、教育問題、社会的にさまざまなものを失ったことによる健康被害が起きています（図表10）。

図表10



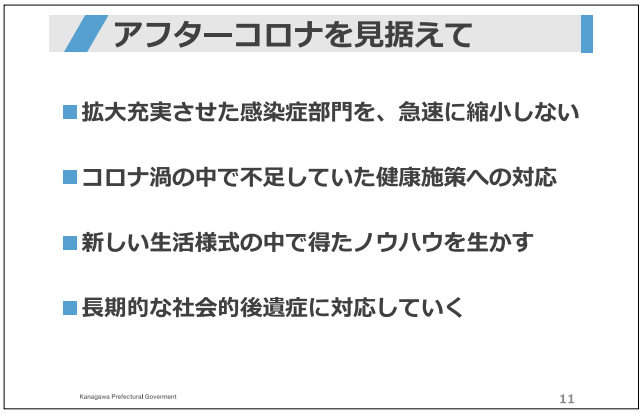
コロナ後にやるべきことの準備を

長期的な視点も重要です。現在、皆さんはコロナの対応に一生懸命で、どうしても対応できなかったり、見落としたり、という部分があると思います。今生まれてきているいろいろな課題は、コロナ終息後も大きな課題として残るでしょう。

今は応援が来ているので職員の人数が増えていると思いますが、拡大充実させた感染症部門をコロナ終息後に、急速に縮小しないことが大事だと思います。コロナ前に戻してしまわずに、一定数の職員を確保できる体制を継続する必要があると思います。一方、コロナ禍の中で不足していた健康施策にも対応していかなくてはいけません。

また、新しい生活様式の定着で世の中が変わっていくと思いますので、その中でどうやって健康を維持していくのかを考えていく必要があります。さらに、長期的な社会的後遺症に対応していかなくてはいけないという課題もあります。現在ある問題が大きくなったり、新しい問題が生まれたりすると思いますので、今からそういう認識を持って準備をしておくことが大切だと思います（図表11）。

図表11



コロナ対策と経済対策のバランスを取ることが　重要だと言われています。私たち公衆衛生を担う者としては、コロナ対策と地域保健を両立させることと、医療従事者と行政の職員を守ることが重要と考えています。

私たちも市民の一人でありますので、感染したり、心が傷ついたり、仕事がうまくいかなかったりということがあると思いますが、皆で補いながら頑張っていくことが必要だと思います。「フル・スロットルでやり続けることは、ダメなんだ」ということは、皆さんよくわかっていると思います。今後は「いかに継続していくか」に重点を置き、未来を見据えて考えていくことが必要だと思います。

自治体等における現状と課題

感染症対策の拠点としての保健所の取り組みと課題

全国保健所長会 副会長

清古　愛弓

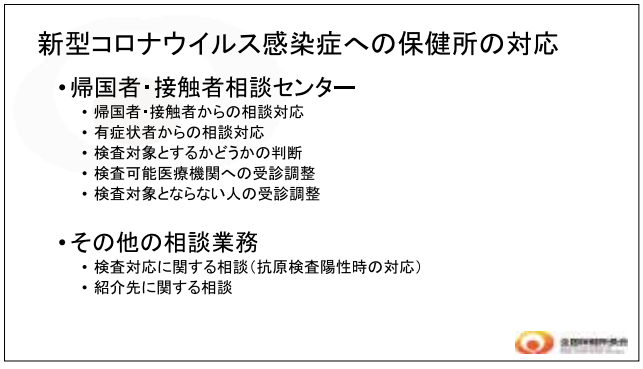
すべての相談業務を保健所が担う

この講演は、会長の内田勝彦が行う予定でしたが、私が代わりに講演させていただきます。

全国に保健所は469ありますが、１割は保健所長が兼務していますので、今回のコロナのようなことがありますと、２か所の保健所を抱える保健所長も出てきて、大変な状況になっています。

最初に、新型コロナウイルス感染症への保健所の対応について説明します。帰国者・接触者相談センターでは、最初は相談業務が多く、すべての相談を保健所が担う形になっていました。有症状者の方から「どこに相談に行けばいいのか」と聞かれたり、中国からの帰国者の相談を受けたりしました。相談件数が増えて、大変な時期がありました。最近は、検査をする医療機関も増え、かかりつけ医の紹介で検査する流れもできましたので、相談業務は減ってきたと思います。相談業務を委託して、コールセンターで行っているところも増えていると思います。

図表１



その他の相談業務では、検査対応に関する相談があります。検査のやり方について医療機関で徹底されていない場合もあり、無症状者に簡易キットで抗原定性検査をして陽性が出た場合に、もう一度PCR検査で確認することもあります（図表１）。

主な仕事は感染者への対応

次の「感染者への対応」が、保健所の中心業務となっています。

積極的疫学調査は、保健師の主な業務です。これには様式がありまして、かなりの時間がかかります。高齢者の場合、最近は外国人の場合もありますので、どこまで教えてもらえるかという問題があります。短時間で信頼関係を構築できるかどうかも難しい問題ですが、聞き取り調査を行います。夕方、検査結果が出ることが多いので、そこから夜にかけて、何人もの調査を担う形になります。また、接待を伴う飲食店などの場合、従業員が正直に教えてくれないこともあります。そのため、この調査には時間と体力を使います。

陽性者が出ますと、接触者を聞き取って、接触者の検査をするかどうか、行う場合はどういう形で行うのかなどの調整に入ります。都内ですと、地域外来検査センターに予約を入れて、検査はスムーズにいくことが多いです。しかし、地方では保健所長自らが検体を採りに行ったり、保健所の敷地内で検体を採ったりすることがあると聞いています。

次に入院勧告をします。最初のうちは陽性が分かっ

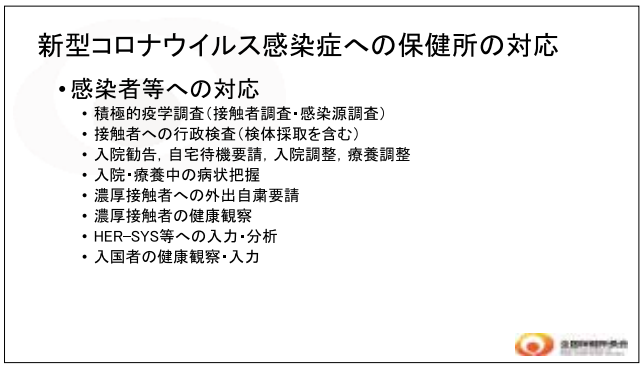
たらすぐに入院できましたので、勧告の文書の作成や移送の手配などをしました。最近は、東京都の場合は無症状者ならば自宅療養、軽症者ならば宿泊療養施設へというトリアージを行っています。そのためには多くの情報を集める必要があります。「いつ頃からどんな症状があったのか」「基礎疾患はあるのか」「家族状況はどうなのか」などを確認しないと的確な判断が難しいので、聞き取りに時間を要しています。

陽性者で自宅療養の場合は、毎日電話をかけて、「熱がないか」「何か症状は出ていないか」を聞き取っています。濃厚接触者の場合、陰性であっても14日間は外出自粛をしてもらいますので、ここにも毎日電話をして、変化がないかどうかを聞き取りしています。これがなかなか大変で、感染者が増えると業務量が増えます。

私は葛飾区の保健所にいまして、葛飾区の人口は40万人くらいですが、もう1,300人の感染者が出ています。濃厚接触者も人数が多いので、毎日職員が手分けして電話かけを行っています。

HER-SYSは現在のところ東京は遅れていますが、データを入力したりしておりますし、入国者の健康観察についても、検疫所から依頼が来るので対応しております（図表２）。

図表２



管内医療体制を把握し、相談に応じる

保健所の仕事に、「管内医療体制の調整」があります。

保健所長として、医師として、医師会の先生と話し合いをする場面が多くなっています。普段から、医師会との連絡会議を月１回くらいやっていますので、その中で現在の状況把握をしています。また、管内にある21病院の病院長会議を月１回始めました。このように体制を整えて、管内の医療状況を把握するようにしています。「もう満杯です」という話を聞くこともありますが、「なんとかお願いします」と病院回りをしている保健所長もいると聞いています。

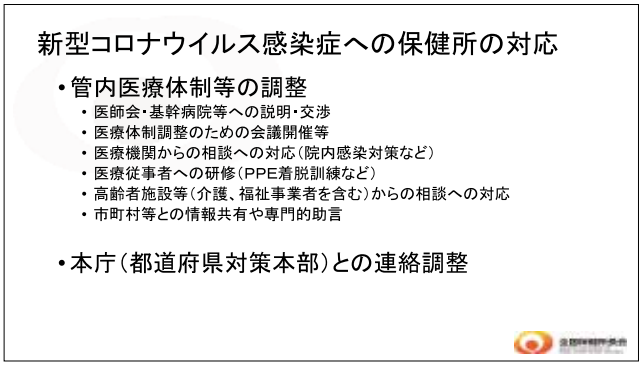
病院内で医療従事者に陽性が発生した場合にどうするかという相談にも対応しています。「看護師から１名出た」などの話を聞き、一緒に感染対策を考えることも大きな仕事になっています。

高齢者施設等からの相談にも対応しています。私の管内でも認知症のグループホームでクラスターが起きたということがあります。これは市町村の施設ですので、県型の保健所では市町村への支援をしていると思います。市型の保健所ですと直接対応することになりますので、介護保険課との連絡・調整、相談を行っています。

市町村との情報共有という仕事もあります。保健所のある市や区には直接いろいろな情報が出せますが、県の保健所と管内の市との関係は微妙です。最初のうちは、「各市の感染者数の情報について県の保健所から市への情報提供がなくて困った」という話も聞きました。東京都の場合、最近は都が一括して市町村別の数を公表するようになりましたので、楽になったと思います。

もう一つ、大きな仕事として「本庁（都道府県対策本部）との連絡調整」があります。これは都道府県によって違いがあります。都道府県が積極的に保健所をサポートして、いろいろなことを集中して行う所もあります。東京都の場合は、入院調整、ホテルの療養調整、24時間のコールセンターも都が担っていますが、サポート体制は地域によって差が見られます（図表３）。

図表３



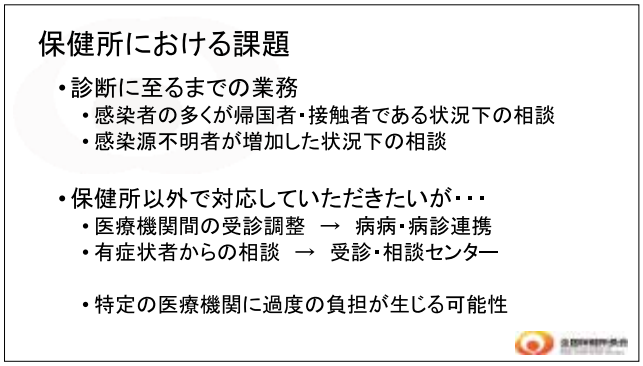
増加する感染源不明者への対応が課題

次に保健所の課題についてお話しします。

最初のうちは帰国者、接触者が多かったのですが、最近は「どこで感染したのか分からない」という人が増えています。「無症状だけれど、検査したら陽性だった」という人も増え、いろいろなパターンが出てきて、対応が難しくなっています。

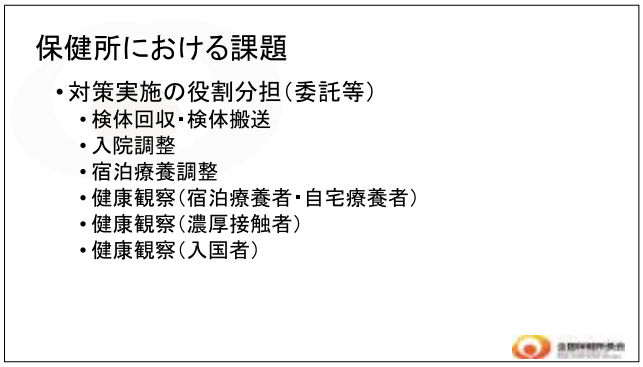
図表４に保健所以外で対応していただきたいことをまとめました。入院した後、病状が悪くなって転院が必要になったときに、調整を依頼されたり、移送の手配を頼まれたりすることがありますが、この対応がなかなか難しいところです。夜間、病状が悪くなったときに電話がかかってきて、「なんとかしてほしい」と訴えられることもあり、調整が大変になってきていると感じています。これは、医療機関間での課題だと思っています（図表４）。

図表４



図表５も保健所の課題を挙げたものです。「対策実施の役割分担」については、委託が行われるようになったので、保健所の業務量はずいぶん減ってきています（図表５）。

図表５

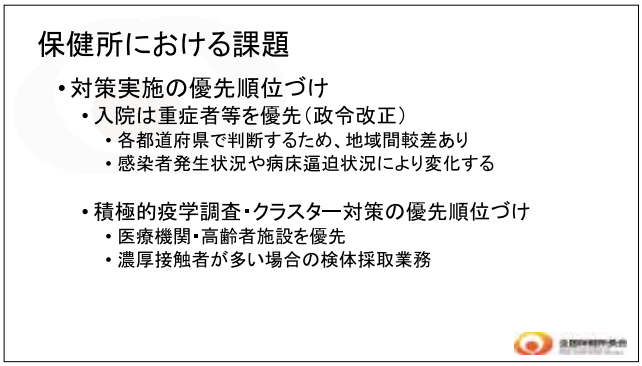


優先順位付けは都道府県間で差

「対策実施の優先順位付け」という課題もあります。これは、国が対応して制限が行われたり、いろいろな通知が来たりしています。ステージ３の地域においては、入院を高齢の重症者に限るなど、優先順位付けが進んでいます。これについては、都道府県間でかなり差があるのではないかと思います。

積極的疫学調査の優先順位付けも、高齢者を優先する、施設入所者を優先する、という所が増えています。子どもの場合と違って、高齢者の場合はかなりの確率で感染が広がることが多いので、高齢者に重点を置いて検査している地域も出てきています（図表６）。

図表６



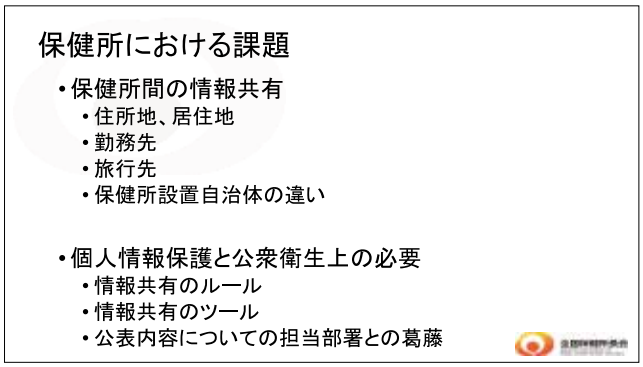
個人情報の公表には葛藤がある

次の課題は「保健所間の情報共有」です。広域的な仕事をしていますので、他の都道府県、他の市町村との連絡業務があります。夜間に、「他の都道府県の保健所ですが、連絡を取りたい」という問い合わせの電話があったりします。また、「旅行先で体調が悪くなった人について連絡することが多い」という話を、大分県別府市管轄の保健所から聞きました。東京ですと、これから外国人が増えますので、その場合にどうしたらよいのかなど、今から対策を考えているところです。

「個人情報の保護と公衆衛生上の必要」という課題もあります。個人情報の扱いはなかなか難しく、「情報を出してくれ」と言われたり、「出さないでくれ」と頼まれたり、という中で悩みながら行っています。クラスターの場合は、注意喚起の意味もあって出す場

合が多いです。しかし、「店舗の名前は出さないでほしい」と言われることもあり、葛藤があります（図表7）。

図表7



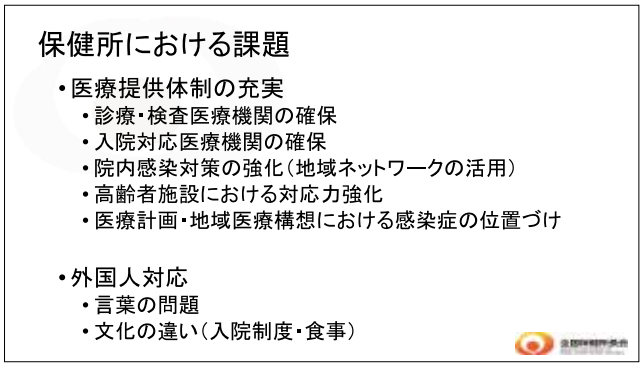
医療提供体制の充実も課題

次の課題は、「医療提供体制の充実」です。入院に関しては東京も切迫した状態ですので、入院対応医療機関の確保は課題です。また、高齢者施設における対応強化については、普段からの研修や、職員向けのサポート体制が必要だと思っています。

これから議論されるようですが、地域医療構想における感染症の位置付けをどうするのかという課題もあります。今回、病床が少なかったという反省意見も出ています。

最後の課題として「外国人対応」があります。これには言葉の問題が大きいです。ネパール人のコミュニティー、フィリピン人のコミュニティー、店舗の関係などで陽性者が出た場合、文化や食事の違いもありますので、ホテルで療養ができない、などの課題も生じています。

図表8



自治体等における現状と課題

新型コロナウイルス感染症に対する保健師活動

全国保健師長会 会長

清田　啓子

保健師は公衆衛生活動を行う専門職

私は北九州市に所属しています。本日は、新型コロナウイルス感染症に対する保健師活動について説明させていただきます。

保健師は、病気の予防や健康増進などの公衆衛生活動を行う地域看護の専門職です。全国の自治体に常勤している保健師数は、令和元年10月の厚生労働省保健師活動領域調査結果では約３万5,000人です。保健所で勤務する保健師は、都道府県と市区町村合わせて約7,000人です。

今回の新型コロナウイルス感染症の対応においては、保健所の保健師だけではなく、自治体など、全庁的に多くの保健師が業務に携わっています（図表１）。

図表１

保健師について

地域活動や健康教育、保健指導などを通じて病気の予防や健康増進などの公衆衛生活動を行う地域看護の専門職です。

全国自治体の常勤保健師数　３５，４８７人

都道府県　５，０６４人
- 本庁　819人（16.2%）
- 保健所　3,715人（73.4%）

市区町村　３０，４２３人
- 本庁　10,162人（33.4%）
- 保健所　3,466人（11.4%）
- 市町村保健センター　11,582（38.1%）

（令和元年10月18日厚生労働省保健師活動領域調査結果より）

陽性者、濃厚接触者に対応

図表２は、保健師が従事している業務の「陽性者対応」について、その流れを示したものです。厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症対策における応援派遣及び受援に関するガイドライン」から引用した流れを図表２の中で、保健師が従事している業務に顔のマークを付け、業務内容を吹き出しで足しています。

まず、保健所に設置された「帰国者・接触者相談センター」での電話相談の業務があります。ここには、住民や医療機関からさまざまな相談があります。PCR検査の必要がある場合には、医療機関との調整を始めます。

検査の結果、陽性者には発症前14日間の行動等について聞き取る「積極的疫学調査」を行います。この調査を基に、保健所では、医師を中心に感染経路の確認や濃厚接触者の特定を行うという重要な作業を行っています。しかし、「多くの相談対応が連日ある中で、積極的疫学調査を迅速にできなかった」という声もあります。感染源の確認や濃厚接触者の特定は急務ですので、陽性者が複数発生すると、急速に保健師が必要になります。

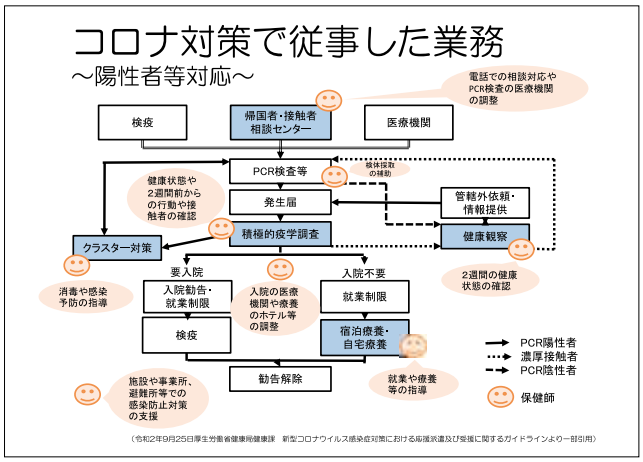
濃厚接触者にはPCR検査を進めていきます。併せて、消毒や感染予防の生活指導を行い、クラスター対策を行います。

陽性者には医師が入院調整を行いますが、ホテルでの宿泊療養者や自宅療養者には、生活上の指導とともに健康観察を行います。濃厚接触者には２週間の行動

制限をお願いするとともに健康観察を行います。

介護施設、障害施設、事業所、避難所からの相談に応じて、感染防止対策の支援もしています（図表２）。

図表２

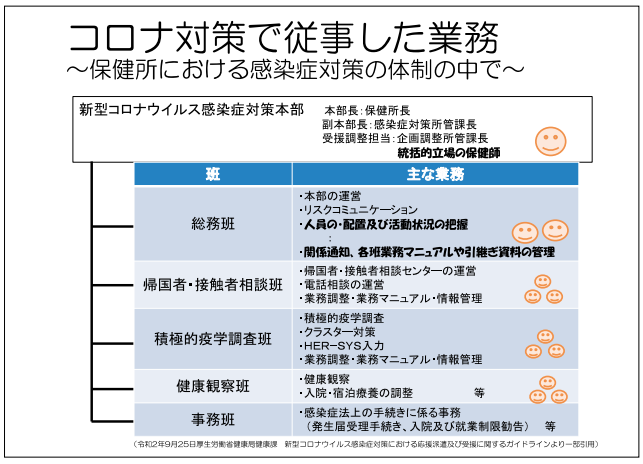


さまざまな業務を担う保健師

図表３は保健師がコロナ対策で従事した業務です。

保健師は陽性者に対応する業務に加えて、保健師を配置する体制づくりや、業務マニュアルの作成、最新情報の提供などの運営管理にも従事しています。これは、図表３では総務班に該当する部分です（図表３）。

図表３



さらに、自治体の保健師を横断的に調整し、コロナ以外の業務や自治体間などの調整を行う統括的立場の保健師もいます。

情報収集、先を見た保健師体制の整備

ここからは、多岐にわたる業務の中で保健師が求められたことについてお話しします。

１つ目に求められたのは、「情報収集と先を見た保健師体制の調整」でした。コロナが身体にどのような影響を及ぼすのか、予後はどうかなどが分からないままで相談対応が始まりました。現場では、国や専門機関からの情報を集めながら、住民や医療機関の相談に応じました。都道府県から市区町村への情報伝達が遅い場合もあり、「厚生労働省のホームページの情報がとても役に立った」という声もあります。今後も速やかに、都道府県を通じて情報提供してほしいと思います。

また、急激に増えるであろう業務を見越して、先を見て保健師体制を整備する調整が求められました。どこの自治体も体制を整えて、まだ足りなくて、また整えて、ということを繰り返してきました（図表４）。

図表４

迅速で正確な実践を求められる

２つ目に求められたのは、「迅速で正確な実践」です。陽性者の入院や療養と併せて、濃厚接触者に行動制限するなど、迅速に指導することが必要でした。正確な対応が必須ですが、前例のない感染症であったため、業務をしながらマニュアルなどを整え、知識を習得していく、いわば自転車操業でした。

また、保健師が感染症の経験が少ないことも影響しました。多くの保健師が、知識がないことを痛感しな

がらも、互いに急ピッチで学び合いました。カウンセリングテクニックや積極的疫学調査についての練習も行いました（図表５）。

図表５

保健師は何を求められたか

２．迅速で正確な実践

○就労や就学の自粛等の強制的な指導において、
　迅速な判断と行政職としての責任
○感染症対策の経験の少ない保健師が多かった
　⇒感染症法の理解
　⇒リーダーの初期投入
　　による業務と当時に
　　マニュアル作成
　⇒ＯＪＴと自主研修

住民の不安解消、支援が重要

３つ目に求められたのは、「住民への支援と生活指導」です。陽性者や濃厚接触者への不安は大きいものでした。職場が同じなど、周囲の人たちは、保健師に先の見えない不安や苦情を訴えました。当初は「PCR検査を希望してもできない」など、保健所に批判的な情報が連日テレビなどで報道され、「保健所の仕事はやって当たり前」という社会的風潮もあったため、「住民の苦情が大変つらかった」という声も聞いています。

陽性者やその関係者へのSNSなどでの誹謗中傷をなくしていくためにも、正しい理解と啓発の必要性をつくづく考えさせられました。

また、政策に対する苦情が寄せられることも多く、保健所だけでなく、住民の相談窓口である市町村の保健師も、非常に苦しい思いをしてきています。全国の保健師が、行政の方針と住民の要望の間で大変苦労しながら、最善の対応をしようと、身を粉にして業務に携わっています。

一方、検疫所のPCR検査を受けた人は、その後音信不通になる人が多く、手間が通常以上にかかりました。

これからの新型コロナウイルスワクチンの接種については、住民からの相談が殺到することが予想されます。「ぜひ、ワクチン接種の相談に関するコールセンターを設置するなど、体制整備をしてほしい」と、現場から声が上がっています（図表６）。

図表６

保健師は何を求められたか

３．住民への支援と生活指導

○積極的疫学調査において、
　住民の生活背景を理解した確認と生活指導
○住民の不安に対し、
　不安を受容しながら、
　正しい知識の提供
○介護保険施設や
　福祉施設で、
　保健医療福祉連携の
　経験を活かして
　具体的な指導

医療提供のための調整も重要な任務

４つ目に求められたのは、「医療提供のための調整」です。コロナ対応の要である医療提供のための調整を行うことも、保健師の重要な任務でした。検査や治療などの情報を住民に伝えるために、保健所や医療機関のスタッフとの頻繁な情報共有や連携を行っています。

こうした中、医療現場を心配する声が、保健師から多く上がっています。ある自治体では、地元医師会や数少ない医療機関に検査や入院の受け入れ依頼をしている中で、自治体で健康な高齢者へのPCR検査を行う事業が始まり、有症状者の検査が遅れ、医療機関が逼迫しているなどの現状を聞いています（図表７）。

図表７

保健師は何を求められたか

４．医療提供のための調整

○保健所内の医師、検査技師、看護師、
　院内感染担当の看護師等との連携
○臨床経験のある
　保健師による、
　知識や経験が有効

専門家による正しい情報発信が重要

５つ目に求められたのは、「情報発信」です。どの自治体もどの部局も、住民に対して積極的にコロナに関する支援を展開してきました。陽性者が出ると、毎日会見を行っています。その根拠となる情報発信を、保健師を含めた保健所や衛生部局が行っています。情報発信は、市民、マスメディア、企業、店舗など、多方面から必要とされました。

先ほどはマスメディアに影響される住民の現状をお伝えしましたが、その一方で、「マスメディアの力で、感染症の知識、予防策を国民に浸透するまで報道してほしい」「専門家による正しい情報を提供してほしい」という声があります（図表８）。

図表８

保健師は何を求められたか
５．情報発信

○自治体の他部署
（コロナ対策本部、総務、介護や保育の所管教育委員会、消防等）
○市民へ、
焦点的や個別に
必要な情報提供
○マスメディア
○企業、店舗

マンパワーの確保と体制づくりに注力

求められたことの最後は、「マンパワーと体制の確保」です。

第三波の今がまさにそうですが、多くの保健師に、再度保健所への参集の指示があり、土・日曜日、休日のない体制で業務に臨んでいます。統括保健師の調整の下に、輪番やOB保健師の活用、民間委託、都道府県と市区町村連携など、さまざまな方策でマンパワーを確保しています。

年末年始も、陽性者は出ます。他の職種と一丸となって頑張っていますが、それを支えているのは「ワンチーム」の思いです。感染拡大を何とか食い止めるために、保健師マインドを持ち、保健師としての使命を自覚して臨んでいます（図表９）。

図表９

保健師は何を求められたか
６．マンパワーと体制の確保

○急速に拡大する需要に総動員
○２４時間、３６５日の勤務シフト
（輪番、休日確保、健康管理）
○統括保健師によるリエゾンと調整の役割
○ＯＢ保健師の協力
○保健業務の分担、臨時職員、民間委託、
事務職との協力体制
○保健所、県、市区町村の連携

通常業務との両立、人員不足が課題

全国保健師長協会で、2020年10月に会員にアンケート調査を行い、653人からの回答がありました。

コロナ対応において「全庁的な応援体制がある」と答えた人は全体の83％でした。

困ったことで一番多かったのは、「感染症対策とともに通常業務も取り組むこと」の77％でした。児童虐待防止や精神障害者支援など、縮小できない業務があり、通常業務との両立の難しさが表れています。２番目、３番目の困り事は保健師や事務職員の不足でした。「現場は人員不足で疲弊している」という声も多く聞きます（図表10）。

図表10

全国保健師長会
Japan Association of Public Health Nurse Directors

新型コロナウイルス感染症に関する調査
令和２年１０月：会員のうち６５３人がアンケートにメールで回答

主な回答内容

＜体制について　複数回答＞
・全庁的に応援体制がある　83%
・非常勤職員活用　46%　・外部委託活用　33%

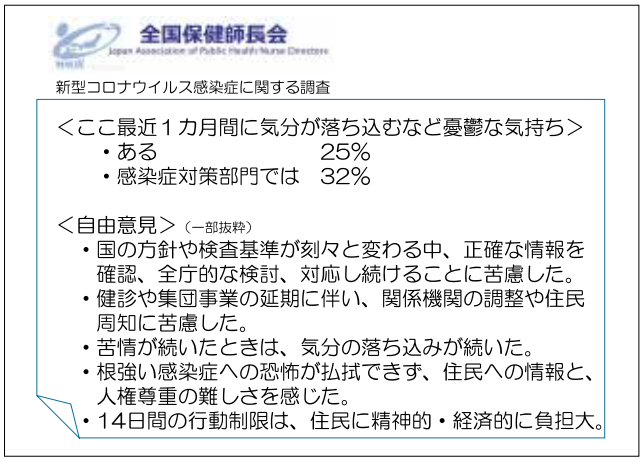
＜困ったこと（５月末まで）　複数回答＞
・感染症対策とともに通常業務も取り組むこと　77%
・保健師等の技術職員の不足　54%
・事務職員の不足　49%
・マスコミ情報に影響される住民への情報提供　39%
・国や県の方針等に関する住民への情報提供　36%

気持ちの落ち込みを抱えて業務遂行

「最近１か月間に気分が落ち込むことがあるか」という質問には、25％が「ある」と答え、感染症対策部門では32％が「ある」と答えています。

自由意見には、「苦情が続いた時は、気分の落ち込みが続いた」という記載がありました。保健師や保健所の体制強化を望む声も多くありました。また、「住民の感染症への根強い恐怖が払拭できず、住民への情報提供と人権尊重の難しさを感じた」という記載も多数ありました（図表11）。

図表11



保健師活動における５つの課題

図表12は、保健師活動における課題をまとめたものです。

１点目の課題は、「マンパワーの確保と体制づくり」です。クラスターの発生を想定し、保健師を参集できる持続的な体制を構築しないといけません。全国の保健師から、コロナを機に、保健師の増員、保健所の体制強化、保健師業務の見直しや健康観察ができるように平時からの継続的な人員確保を、という声が挙がっています。また、「コロナを通じて、統括保健師の役割が認識されていないことを痛感した。課を超えた柔軟なマネジメントが課題だと認識した」という統括保健師の声も聞きました。また、都道府県と市区町村の保健師の場合、「準備体制の見直しの必要性を感じた」という声も多数ありました。「国には、保健師の数を増やすように各自治体に働き掛けてほしい」という声や、「潜在保健師の活用に向け、人材バンクを推進してほしい」という声もあります。

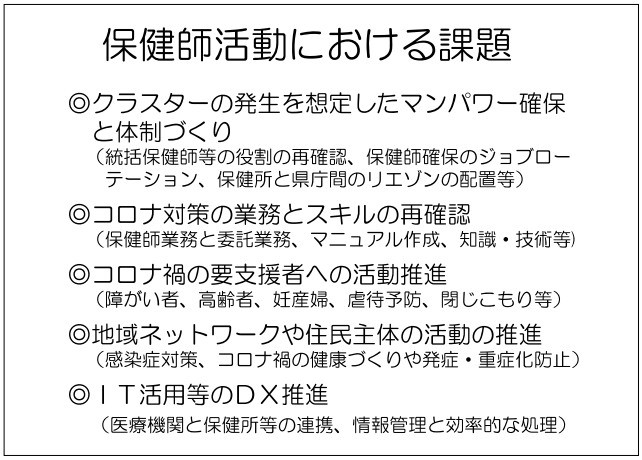
２点目の課題は、「コロナ対策の業務とスキルの再確認」です。コロナは感染症対策の試金石のようです。国立感染症研究所から、感染症対策の業務とスキルを再確認しなくてはいけません。

３つ目の課題は、「コロナ禍の要支援者への活動」です。コロナ禍で不安を高め、支援を必要としている障害者、高齢者、妊産婦などへの活動を強化しなくてはいけません。改めて、「健康寿命の延伸や要支援者の助成に取り組むべき」という声や、精神障害者のための感染症医療機関の確保についての意見も上がっています。

４つ目の課題は、「地域ネットワークや住民主体の活動の推進」です。感染予防は、住民自身の行動が重要です。地域ネットワークや住民主体の活動の推進も必要です。

５つ目の課題は、「DXの推進」です。新興感染症への対策には、情報が重要であることを実感しました。医療機関や保健所等での円滑なIT活用が必要です。また、「濃厚接触者への日々の状況調査にWebの活用を積極的に検討してほしい」という声もあります。少し言いにくいのですが、「HER-SYSやCOCOAなどに関わる業務は、保健師や医療機関の負担になっている」という声もあります。「導入には賛同しますが、使いやすいものにしてほしい」という声もあります（図表12）。

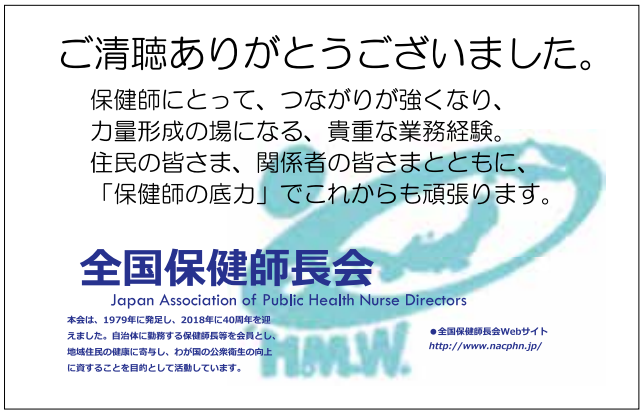
図表12



最後に、全国の保健師は、住民の皆さま、関係者の皆さまと共に、「保健師の底力」でこれからも頑張る

思いです（図表13）。

図表13



行政検査等における地方衛生研究所の現状と課題

地方衛生研究所全国協議会 会長

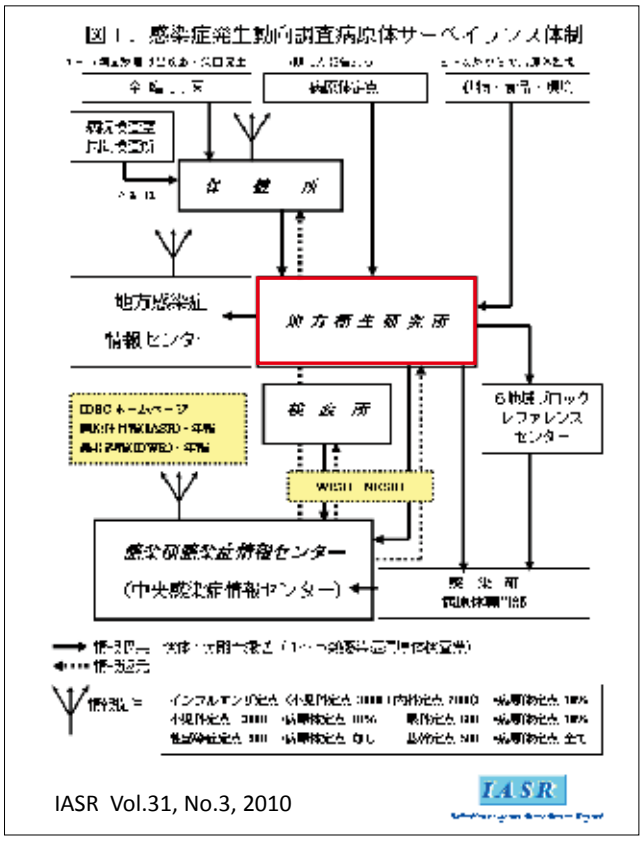
調　恒明

地衛研は病原体の特性を詳しく解析

感染症の情報の収集は、感染症法に基づいて行われています。図表１の左側は、感染症発生動向調査のスキームを表しています。感染症の情報の収集には、患者の情報収集と病原体の情報収集があります。図表２は、病原体の情報収集のスキームです。

医療機関を受診した患者さんの検体は保健所に運ばれ、地方衛生研究所（以下、「地衛研」という）では、確定診断だけではなく、病原体の血清型、遺伝子型、塩基配列、薬剤耐性など、非常に詳しい解析を行います。そして、これをコンピュータシステムに登録して、国立感染症研究所（以下、「感染研」という）や国がアップできるようになっています。このようにして、ナショナルデータが作られているわけです（図表２）。

図表１



図表２

地方衛生研究所における病原体検査とサーベイランス（行政検査）

地方衛生研究所（地衛研）は、都道府県や政令指定都市等の地方行政単位に連結して配置され、医療機関および保健所等と協力して、感染症発生動向調査をはじめとする我が国の感染症サーベイランス事業において重要な役割を担っている。

地衛研における病原体検査は、患者の確定診断にとどまらず、流行している病原体の特性～血清型、遺伝子型、抗原型、塩基配列、変異、薬剤耐性等～を明らかにすることを目的とし、病原体サーベイランスの情報は、保健所を通じて医療機関に還元されるとともに、国立感染症研究所（感染研）に報告され、感染対策において重要な基盤となっている。

PCR検査の技能と経験を最も蓄積した機関

図表３のように、地衛研ではたくさんの感染症について、通常からウイルス検査を行っています。ですから、「地衛研と感染研はウイルスのPCR検査の経験と技能を最も蓄積している検査・研究機関である」と言えると思います（図表３）。

図表３

地方衛生研究所の多くで検査可能なウイルス種
～PCR, real-time PCRによるウイルス遺伝子の検出～

感染症法の類型	ウイルス種
指定感染症	SARS-CoV-2
二類	ポリオウイルス, SARS-CoV, MERS-CoV, 鳥インフルエンザ(H5N1, H7N9)
四類	E型肝炎ウイルス, A型肝炎ウイルス, ウエストナイルウイルス, ダニ媒介脳炎ウイルス, 日本脳炎ウイルス, 狂犬病ウイルス, ジカウイルス, SFTSウイルス, チクングニアウイルス, デングウイルス
五類、その他	インフルエンザウイルス, HSV-1, 2, VZV, HHV6, 7, CMV, EBウイルス, 麻疹ウイルス, 風疹ウイルス, ムンプスウイルス, RSウイルス, エンテロウイルス,ヒトパレコウイルス, ヒトメタニューモウイルス, ライノウイルス, パルボウイルス, アデノウイルス, ヒトボカウイルス, ロタウイルス, ノロウイルス, サポウイルス, アストロウイルス, HIV-1

（「病原体ゲノミクスを基盤とした病原体検索システムの利活用に係る研究」四宮分担班調査）

地衛研と感染研は、ウイルスのPCR検査の経験と技能を最も蓄積している検査・研究機関である

知識、検査精度向上のための取り組みを実施

感染症の知識、検査精度を向上させる取り組みとして、研修会、研究会、研究事業、外部精度管理などが行われてきました。特に新型インフルエンザ以降、これらの活動が非常に活発に行われるようになりました。

衛生微生物技術協議会は、感染研と地衛研が毎年行っているもので、300人以上の研究者が参加する研究会です。希少感染症診断技術研修会は、厚生労働省が主催している座学の研修会です。新興再興感染症研修は、３週間の実技研修ですが、2020年度は残念ながら中止となっています。

地域保健総合推進事業には、地衛研の研究者が毎年1,000人以上参加して、研修、精度管理事業などを行っています。また、厚生労働科学研究では、地衛研が研究分担者として参加し、ゲノム解析の推進、麻しん排除などに貢献したところです。

2016（平成28）年からは改正感染症法が施行されて「感染症法に基づいて行われる感染症検査は、都道府県知事が実施する」という位置付けになりました。それに伴って外部精度管理が必要となり、厚生労働省が精度管理を行い、主に地衛研が参加しています（図表４）

図表４

感染症検査の知識、精度を向上させる取り組み

【研修など】
・**衛生微生物技術協議会**
（感染研と地衛研：300人以上参加する研究会）
・**希少感染症診断技術研修会**
（感染研における座学研修）
・**新興再興感染症研修**
（3週間の実技研修：感染研村山庁舎20名程度）

【研究事業、研究班】
・**地域保健総合推進事業**
（通年で1,000人以上が参加：研修、精度管理事業など）
・**厚生労働科学研究**
（地衛研が分担研究者、協力者として参加）

【外部精度管理】
・**厚生労働省の外部精度管理**（平成28年度より）

4

全国一律の検査体制を早期に樹立

図表６は、新型コロナウイルスPCR検査に関する地衛研の初期対応を示したものです。「地研」と書いてあるのは、地衛研全国協議会から全国の地衛研に発信した一斉配信メールです。

2020年１月に入って、かなりマスコミが騒がしくなりました。１月９日には地衛研から感染研ウイルス第３部宛てに、検査法についての情報提供依頼メールを出しています。翌日には、中国が新型コロナウイルスのゲノム情報を公開しました（図表５）。

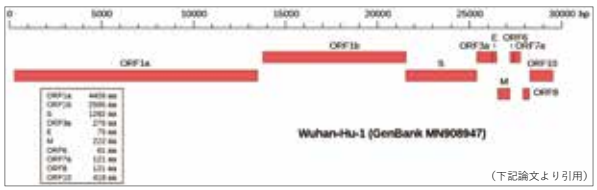
１月16日に武漢での感染拡大が報道され、同日、厚生労働省と感染研に検査試薬の送付を依頼しました。感染研には非常に早く対応していただいて、１月22日には新型コロナウイルス検出系の試薬が配布されています。その後、陽性コントロールの配布、検査マニュアル作成のお知らせをしています。

１月29日には、今、最も使われているリアルタイムPCR検査試薬が感染研から全国の地衛研に送付され、全国で一律の検査体制が、非常に早期に立ち上がりました。

新型インフルエンザウイルスの場合、かなり長い期間、感染研でのダブルチェックが行われていました。しかし、新型コロナウイルスについては、最初のデータを感染研に送って確認してもらい、それ以降は各地衛研の検査で確定が出されるようになりました。（図表６）。

図表５

SARS-CoV-2 のゲノム情報



（下記論文より引用）

- 2020年1月7日、WHOは中国湖北省武漢市で発生している疾患の原因ウイルスを**2019-nCoV**（2019 novel coronavirus の略称）と暫定的に命名した。
- 完全ゲノム配列が、2020年1月11日にVirological.org上に公開され、1月14日に国際核酸配列データベースGenBankで正式に公開された。
- 論文としての発表：Wu F, et al, A New Coronavirus Associated With Human Respiratory Disease in China. *Nature* 579:265-269, 2020.
- 2020年2月11日、国際ウイルス分類委員会 (ICTV) によって**SARS-CoV-2**（Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2）と正式に命名された。

図表６

新型コロナウイルスPCR検査に関する地方衛生研究所の初期対応

1月 9日　感染研ウイルス第3部宛、検査法について情報提供依頼メール
1月16日　厚生労働省と感染研に検査試薬送付の依頼
1月17日【地研】新型コロナウイルス検査陽性例について（感染研）
1月18日【地研】新型コロナウイルス肺炎に関する新規・改訂情報
1月22日【地研】**新型コロナウイルス検出系の試薬配布について**
1月22日【地研】新型コロナウイルス関連情報
1月22日【地研】新型コロナウイルス検出系の試薬配布について（追記）
1月23日【地研】**新型コロナウイルス検出系陽性コントロールの配布について**
1月24日【地研】**2019_nCoV 検査マニュアル Ver.1について**
1月25日【地研】**地衛研での2019_nCoV検査陽性例**
1月28日【地研】**2019-nCov検査の1日実施可能検体数について**
1月29日【地研】**2019_nCoV 検査マニュアル Ver.2について**
1月29日【地研】**2019_nCoVリアルタイムPCR試薬の配布について**

【地研】：地衛研全国協議会から全国の地衛研へ発信した一斉配信メール

検査マニュアルは感染研と地衛研の共同作成

検査マニュアルは、常に感染研と地衛研で共同作成

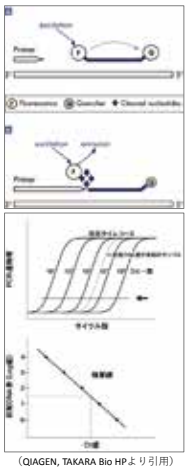
図表７

2019-nCoV検査マニュアルVer.2.1 2020.1.28
～感染研と地衛研の共同開発～

概要：新型コロナウイルス（2019-nCoV）の遺伝子領域 open reading flame 1a およびspike を特異的に検出する2-step RT-PCR法、あるいは TaqManプローブを用いたリアルタイムone-step RT-PCR法による遺伝子検査により2019-nCoVを同定する。

1．検体の採取と保存
↓
2．ウイルスRNAの抽出
↓
3．リアルタイムPCR法

感度：分離ウイルスから抽出したRNA(Accession LC521925)を使って本リアルタイムRT-PCR法の検出感度を測定したところ、Nセットは7コピー、N2セットは2コピーのウイルスRNAを検出できる計算である。



（QIAGEN, TAKARA Bio HPより引用）

しています。これは新型コロナに限らず、ノロウイルスなど、その他さまざまな病原体につきましても、マニュアルは共同作成されていて、感染研のホームページに掲出されています（図表７）。

医療のための検査を地衛研も実施

感染症検査は、感染症法に基づく行政検査と医療法に基づく検査の２つに分類できます。

われわれ地衛研と感染研は、行政による感染症対策の根拠となる検査として、行政検査を行っています。感染症の封じ込めのため、病原体の分子疫学的な解析、腸管出血性大腸菌の分子疫学による広域事例の早期探知など、さまざまな病原体の解析を行っています。これは感染症法に基づく行政検査です。

一方、医療の中での検査は医療法に基づく検査で、衛生検査所、医療機関の検査部門で行っています。ただし、新型コロナについては、院内感染対策、院内のクラスター対応のため、地衛研も検査を行っています。医療のための検査を行政検査とするという位置付けで、特に第２波以降は、かなりの部分の検査を地衛研で実施してきました（図表８）。

図表８

感染症検査の法的位置付けと検査の目的

1．感染症法に基づく行政検査
検査の場所：地方衛生研究所、国立感染症研究所
目的：行政による感染症対策の根拠（感染拡大防止）
・二類感染症、新型インフルエンザの封じ込め（正確性）
・麻疹、風疹検査による感染拡大防止と分子疫学
・結核の分子疫学
・腸管出血性大腸菌の分子疫学による広域事例の早期探知
・薬剤耐性菌検査による耐性菌拡大の監視
・季節性インフルエンザウイルスの分離と遺伝子解析
精度管理：感染症法

新型コロナウイルス感染症では行政検査の位置付け

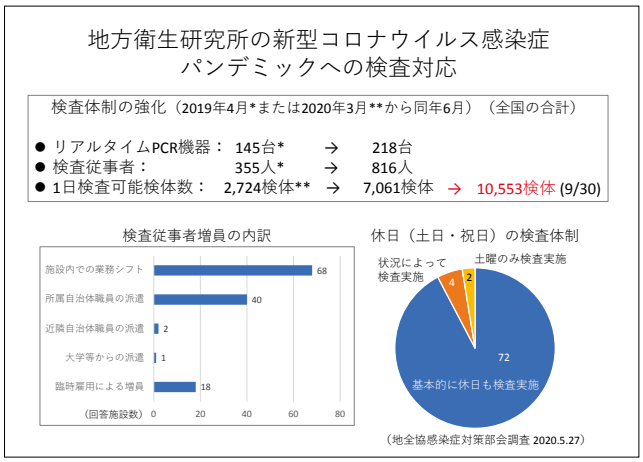
2．医療法に基づく検査
検査の場所：衛生検査所（民間）
→SARS-CoV-2について、衛生検査所簡易登録制度
目的：治療のための検査診断、院内感染対策、転院対策
精度管理:医療法（臨床検査技師法）

人員、機器、試薬不足が課題

図表９は地衛研の検査対応状況を示したものです。地衛研は、施設内での業務シフト、所属自治体から

の職員の派遣、臨時職員の雇用などによって、人員の増強を行い、検査機器の増強を行ってきました。ほとんどの地衛研で土・日曜日も検査を行っている状況です（図表９）。

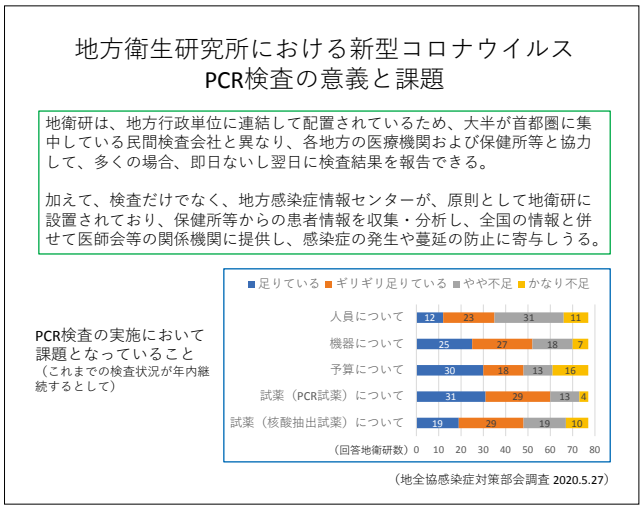
図表９



図表10は、地衛研のPCR検査における意義と課題を見たものです。PCR検査において不足しているものは、試薬、検査機器、人員です。

地衛研の意義は各地方にあることです。民間の検査機関は首都圏、大都市に偏在していますので、地方においては地衛研の検査が非常に重要な役割を果たしています（図表10）。

図表10

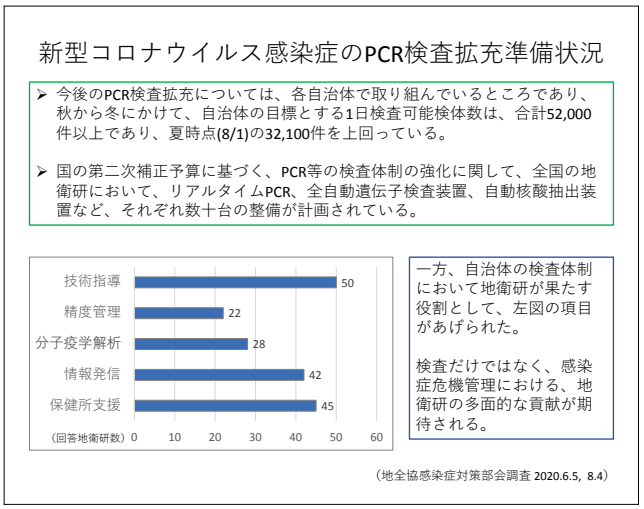


PCR検査の技術指導も担当

地衛研の役割として、医療機関や大学の検査に対する技術指導があります。実際、大学の検査部門の方が見学に来て、その後に検査をスタートすることがありました。

自治体単位でデータをもらって精度管理することも地衛研で行っています。また、情報発信、保健所の支援も行っています（図表11）。

図表11

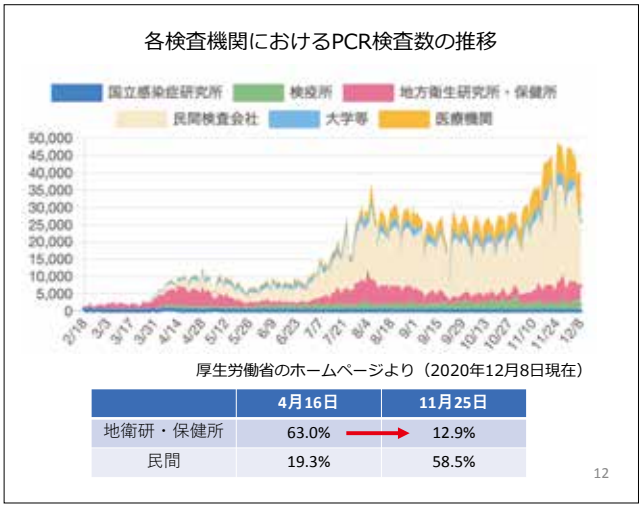


多くの検査とクラスター対応に尽力

図表12は各検査機関におけるPCR検査数の推移を見たものです。３月の頃は、ほとんどすべての検査が地衛研、感染研、検疫所で行われていました。４月以降の第１波の時も、６割以上の検査が地衛研・保健所で行われています。

検査数が増えた時期の11月25日の割合を見ますと、民間の検査が６割近くを占めています。しかし、実際は、まだ半数くらいは地衛研で検査が行われています。また、陽性者の８割以上が地衛研の検査で見つけ

図表12



	4月16日	11月25日
地衛研・保健所	63.0% →	12.9%
民間	19.3%	58.5%

られています。その意味で、クラスター対応における地衛研の役割は非常に大きいと言えると思います（図表12）。

ゲノム分子疫学解析にも貢献

新型コロナウイルスSARS-CoV-２のゲノム分子疫学解析ですが、日本ではこれまでに１万1,000件のゲノム解析が感染研で行われていいます。地衛研は、この検体である抽出したRNAを感染研に送っています。そのため、ゲノム解析に関する地衛研の貢献も、非常に大きなものがあると考えています。こうしたことができたのも、厚生労働科学研究で日頃から感染研と地衛研の検査ネットワークができていたことが大きかったと思います（図表13）。

図表13

新型コロナウイルス SARS-CoV-2 のゲノム分子疫学解析

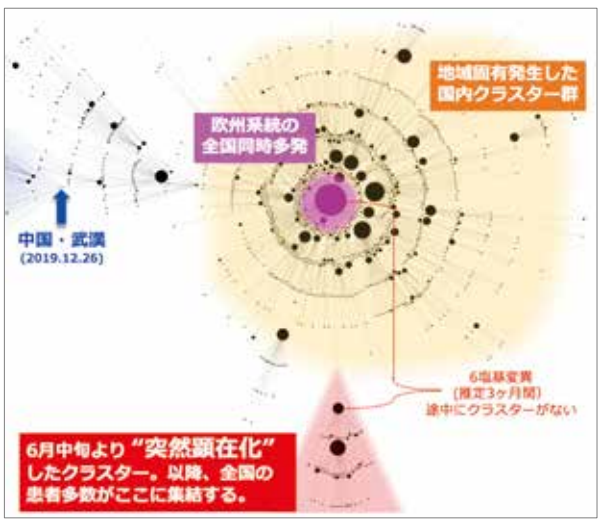
地方衛生研究所と国立感染症研究所の共同により、国内の新型コロナウイルス SARSCoV-2のゲノム配列を確定した。

感染クラスターの遺伝的な特徴を把握することでクラスターの発生原因を推定し、効果的な感染感染対策のために積極的疫学調査の支援を開始した。

現在(7/22)、3618人の国内患者のゲノム情報が収集されている。

（国立感染症研究所HP（8月5日公開）より引用）

図表14



初期対応、クラスター対策に大きな役割

図表15は、地衛研が果たした役割をまとめたものです。

まず､全国の検査診断体制の立ち上げを行いました。この初期対応では、非常に大きな役割を果たしたと思います。

２つ目は、クラスター対策のための検査対応です。これは現在も継続しています。保健所、本庁との緊密な連携の下で、迅速かつ高感度のPCR検査を行っていますので、クラスター対応にも非常に重要な役割を果たしています（図表16）。

３つ目は、情報・知識の提供です。今、さまざまな検査法がありますが、それらの検査についての専門的知識の提供、自治体間の精度管理も地衛研で行っています。専門家会議、モニタリング会議など、自治体の

図表15

地衛研の果たした役割

1. 全国における検査診断体制の立ち上げ（初期対応）
2. クラスター対策のための検査対応
- 迅速、正確な検査の実施（休日を含む）
（保健所、本庁との連携）
- Ct値（コピー数）の情報提供：患者の回復度、感染性
- 感染研のウイルスゲノム解析への貢献

3. 情報・知識の提供
- 検体、検査法についての専門知識、自治体内の精度管理
- 自治体における会議（病院関連、流行状況の判断）の出席
- 新聞、TVなどマスコミ対応
- 医師会への情報提供

4. 疫学調査（自治体による）
・保健所の疫学調査の支援

15

図表16

感染拡大防止策

1. ワクチン

2. Social Distancing
・テレワーク、3密の回避、外出自粛

3. 無症状者を含む膨大な数の検査
・mass random testingは効果が少ない
Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study
Lancet Infect Dis 2020; 20: 1151–60

4. クラスター対策（これからも）
・保健所の調査と地衛研の検査、本庁との連携（連動）

5. スマートフォンアプリを用いた接触調査　COCOA

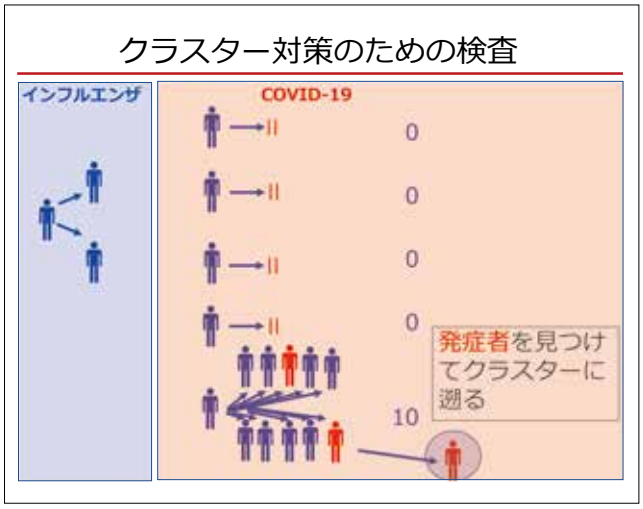
6. 医療機関、老人福祉施設に重点を置いた定期的な検査

16

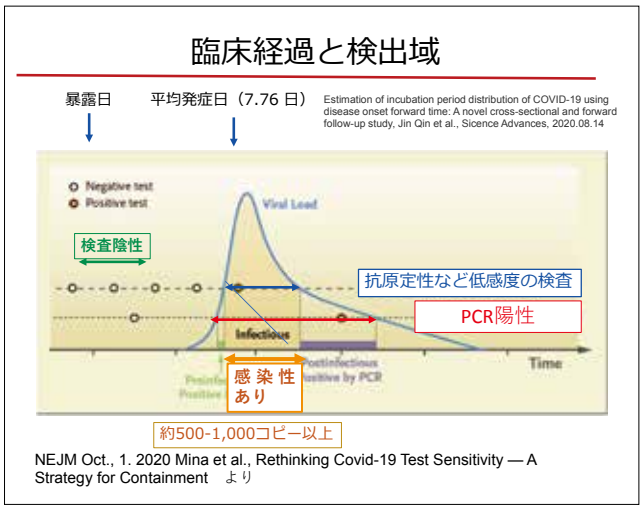
さまざまな会議にも大きな貢献をしていますし、新聞、テレビなどのマスコミ対応、医師会への情報提供も行っています。

４つ目は疫学調査です。例えば、川崎市などは疫学の専門家がいますので、地衛研（のFETP修了者）が保健所の疫学調査の支援を行っている自治体もあります。疫学調査機能は非常に重要なので、今後、これを強化しなくてはいけないと思います。人材についても、地衛研が複数の保健所のハブとなって支援をするという意味で、地衛研に専門の人を配置することが考えられると思います。

図表17



図表18



課題解決には法的な位置付けが必要

最後に、地衛研の課題についてです。短期的には、検査の受け付けから検査終了までの自動化などがあります。

長期的には、保健所と違って法的な位置付けがないための課題がたくさんあると思います。所長、職員の職種や資格等の規定がありませんし、所長の研修義務もありません。医師が所長である地衛研は３割程度です。また、自治体間の格差が非常に大きいです。研究の部分でも、自治体間でさまざまな格差があります。

公衆衛生に必要な機能は、基本的な機能として法律に定められるのが望ましいと考えています。

新型コロナウイルス感染症に起因した人権問題への取り組み

法務省人権擁護局人権啓発課 課長

江口　幹太

人権擁護活動について知ってほしい

法務省で人権啓発を担当しています。私は2002（平成14）年から2004（平成16）年までの間、当時、厚生労働省健康局にありました生活衛生課で課長補佐をしていました。その時の出来事として、2003（平成15）年の秋に、国立ハンセン病療養所の菊池恵楓園の入所者がホテルに宿泊しようとしたところ、元患者という理由だけで宿泊を拒否された事件がありました。新型コロナウイルスと違って、飲食や入浴によっては感染しないものですから、熊本県からホテルに対して指導しましたが、応じてもらえませんでした。当時、疾病対策課長と生活衛生課長の連名で、「感染力がないこと、旅館業法の５条、あるいは公衆浴場法の４条の伝染病である疾病には当たらないので拒否事由には当たらない」旨の通知を発出した記憶が思い出されます。一方、法務省人権擁護局では、そうした解釈を踏まえて、最終的には、旅館業法５条違反という形でホテルを刑事告発しました。

今、紹介したハンセン病問題については、2019（令和元）年、元患者の家族が訴えた国家賠償請求で国が敗訴しました。1996（平成８）年から2001（平成13）年までの人権啓発が不十分であったという法務大臣の法的責任が認められました。国としては控訴しない形を取りました。

このように、ハンセン病問題に対する啓発も不十分な中で、今日は新型コロナウイルス感染症に関する人権問題についてお話しさせていただくことは大変恐縮に思います。ただ、「同じ過ちは繰り返したくない」という思いで、私どもの人権擁護活動の話をさせていただきます。

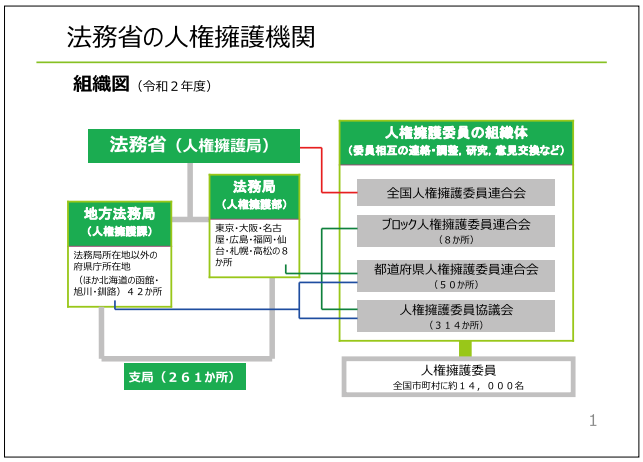
これまでの講演の中でも、「人権尊重が難しい」というお話がありました。後ほど紹介する感染症分科会の「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ」におきましても、「正しい情報の普及と冷静な判断を呼び掛ける啓発の両輪で進めるべきだ」という意見があります。皆さまにおかれましては、私どもの人権擁護活動について知っていただいて、この活動を上手に利用していただき、私どもは皆さまの知見を活用して、より正しく効果的な啓発を行っていきたいと思いますので、よろしくお願いします。

人権擁護委員と一緒に活動

まず、私どもの組織について簡単にご説明します。図表１の左側は法務省法務局の組織図で、実際の活動は、法務局、地方法務局、支局で行っています。法務局、地方法務局は地方自治体の都市部にあります。支局はだいたいの保健所設置市にあり、合わせて361拠点となります。保健所よりは若干少ないですが、ほぼ同様の拠点があると考えていただければと思います。

右側は人権擁護委員という民間ボランティア組織の図です。全国の市町村に約１万4,000人がいるという規模の組織です。法務省は、人権擁護委員と一緒になって人権擁護活動を行っています（図表１）。

図表１



電話で人権相談を実施、外国語にも対応

人権擁護活動は大きく分けて、人権侵害を受けたと感じた場合に対応する相談、救済という「個別的な対応」と、私が担当している「一般的な啓発」の２つがあります。

相談については、ナビダイヤル、フリーダイヤルで電話相談を行っています。外国語による人権相談も行っています。清古先生の講演の中で「外国人対応が課題」というお話もありましたが、私どもは10か国語で対応しています。お手元に『人権擁護』という冊子を配布していますが、その冊子の17ページに対応言語が載っています。ネパール語、インドネシア語、タイ語にも対応しています。電話以外にも、インターネット人権相談を行っています。これは日本語だけでなく、英語、中国語にも対応しています。また、東京都及び愛知県限定になりますが、LINEを使った相談対応も行っています（図表２）。

図表２

人権侵害の申告を受けて調査、措置を行う

相談を受けて、「具体的な人権侵害を受けた」と申告があった場合には、申告内容について私どもで調査をして、人権侵犯があるかどうかを判断します。調査結果を踏まえ、事案に応じた措置として、調整、援助、要請、説示、勧告を行います。

「調整」は、申告した人と相手方の間に立って、法務局あるいは人権擁護委員が仲介に当たることです。「援助」は、申告者に対し、主に法的なアドバイスをするということです。「要請」は、具体的に人権侵害に対して実行的な対応ができる人に、そのような対応をするように要請するものです。「説示」「勧告」は、具体的に人権侵害をした人に、そのような行為をやめるように諭すことです。このように、私どもは申告内容に応じて必要な措置を講じています（図表３）。

図表３

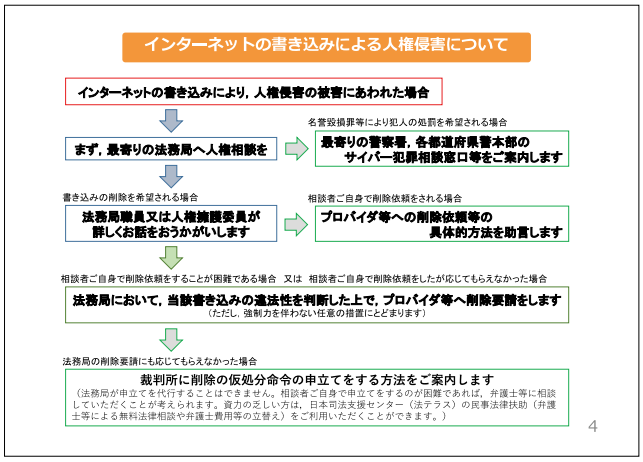
インターネット上の人権侵害にも対応

今回の新型コロナウイルス感染症に関わる問題として、後ほど例を紹介しますが、インターネットによる誹謗中傷等があります。この問題についても法務省の人権擁護機関としての取り組みを進めています。

インターネットで人権侵害の被害に遭い、最初の段階で名誉毀損等の刑事的な処罰を求める人には、最寄りの警察署を紹介します。書き込み自体の削除を希望

される場合には、相談者からプロバイダー等に削除要請するのが基本です。そのため、具体的な削除方法を助言します。相談者が削除要請をしたけれど削除されない場合、または自分で削除要請するのが難しい場合には、法務局で当該書き込みの違法性を判断した上で、法務局からプロバイダーに対して削除要請します。それでも削除要請に応じてもらえなかった場合には、裁判所に削除の仮処分命令の申し立て、あるいは損害賠償を請求する方法を案内します。資力のない方については、日本司法支援センター（法律テラス）で弁護士等の無料法律相談や弁護士費用の立て替えを行っています（図表４）。

図表４



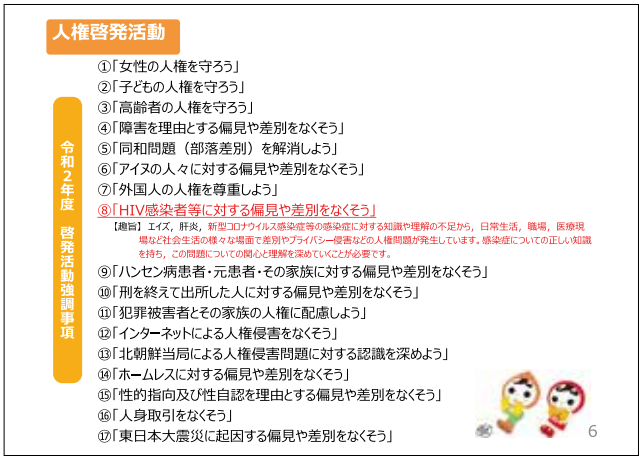
強調事項を決め、人権啓発活動を実施

もう一つの活動である「人権啓発活動」については、毎年「啓発活動強調事項」というものを定めています（図表５）。2020（令和２）年度は17項目あります。この中で新型コロナウイルス感染症に関する取り組みは、「HIV感染者等に対する偏見や差別をなくそう」という項目の「等」の中に入っています（図表６）。趣旨の中では、「エイズ、肝炎、新型コロナウイルス感染症等の感染症についての知識の不足から、差別やプライバシー侵害などの人権問題が発生しています。感染症について正しい知識を持ち、この問題についての関心と理解を深めていくことが必要です」と新型コロナの名前を挙げて強調事項に入れています。

人権啓発活動については、国から地方に年間約10億円の委託をしています。各自治体で啓発活動をする際にも、啓発活動強調事項の趣旨に沿うようにお願いしています。

図表５

図表６



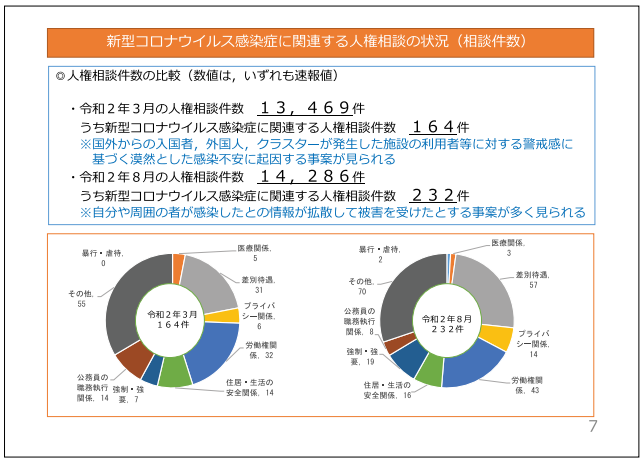
当初は、感染者情報の拡散等に係る相談が中心

ここからは、新型コロナウイルス感染症に関する人権侵害について、どのような相談が寄せられているかを紹介します。

第１波の2020年３月に寄せられた人権相談のうち、新型コロナウイルス感染症に関連するものは164件でした。この時は、国外からの入国者、外国人、クラスターが発生した施設の利用者等に対する警戒感に基づく漠然とした感染不安に起因する事案が見られました。

第２波の2020年８月では、１か月間の新型コロナウイルス感染症に関連する相談は232件でした。このときは感染者数が増えていたので、自分自身あるいは周囲の者が感染した情報がSNS等で拡散して被害を受けたという事案が多く見られました（図表７）。

図表７

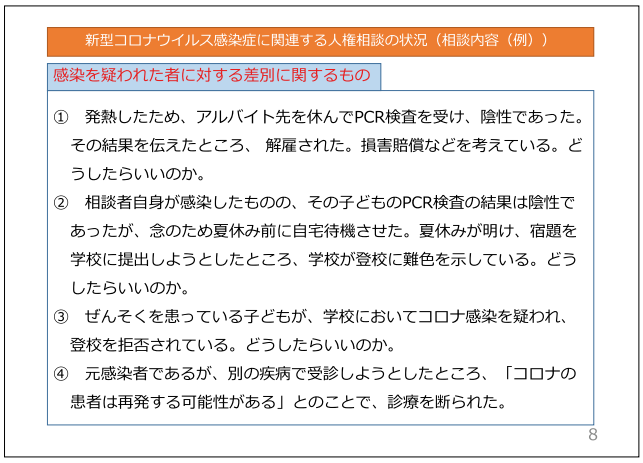


その後の相談は差別や誹謗中傷が中心

具体的な相談内容は、感染を疑われたものに対する差別と、感染した人に対する誹謗･中傷に分かれます。

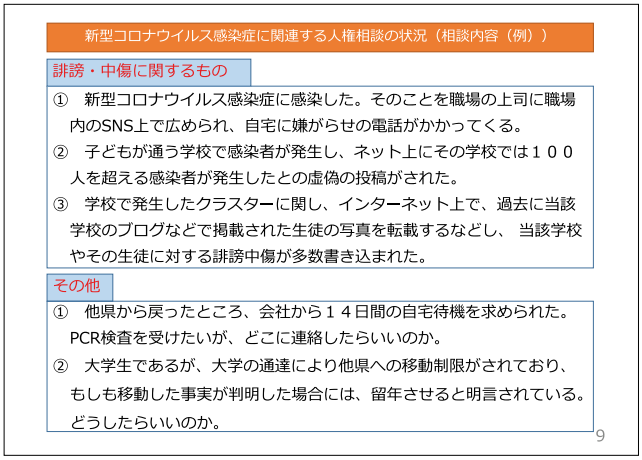
図表８は、感染を疑われた者に対する差別の相談例です。①は発熱、③は喘息による咳という症状だけを捉えて過剰に反応されて解雇された、登校を拒否されたという事案です。②は相談者が陽性、子どもは陰性だったけれど夏休み前に子どもを自宅待機させたところ、夏休み明けの登校に難色を示されている、④は元感染者が呼吸器系とは違う疾病で受診したところ､｢再発する可能性がある｣ということで診療を断られたという事案です（図表８）。

図表８



図表９は誹謗・中傷に関する相談内容です。①は感染したことが暴露された、②は子どもが通う学校の感染に関して虚偽の投稿をされた、という相談です。③はクラスターが発出した学校に対し、インターネット上で誹謗・中傷された事案です（図表９）。

図表９



コロナに関する人権啓発の課題

コロナに関する人権啓発活動については基本的に「～をやめよう」という形で発信していました。法務大臣がビデオメッセージで「偏見、差別をやめよう」と呼び掛け、併せて相談窓口を紹介したり、インターネットのバナー広告で「差別や虐待はあってはなりません」と呼び掛けたりしてきました。しかし、皆さんは自分が感染することを不安に思っているので、「排他的な行為を取ることが、自分にとっての感染対策」と考える人が多く、啓発の意図が伝わっていないのが問題点でした（図表10）。

図表10

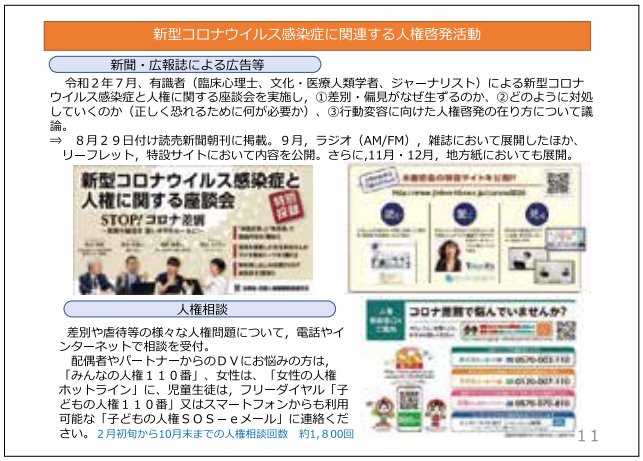
行動変容を促す啓発活動へ

そこで2020年７月に、差別、偏見がなぜ起こるのか、差別にどう対処すべきなのか、正しく恐れるためには何が必要か、他者に対して排他的な行為をするではなく、思いやりを持つという行動変容を起こすにはどうしたらいいか、などを議論する有識者の座談会を実施し、これに沿った啓発活動を実施しています（図表11）。

インフルエンサーを使わないと響かないのが課題だと思いますので、関係機関と連携しながら、さらなる発信をしていきたいと思っています。

人権相談の件数は、2020年２月初旬から2020年10月末までで約1,800回となっています。本日（2020年12月16日）までては、約2,000回になります。

図表11



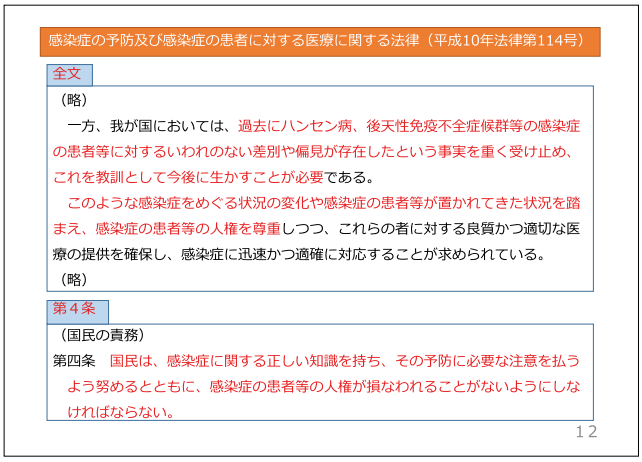
また、人権週間中には東京スカイツリー及び東京タワーを特別にライトアップしました。SDGs（持続可能な開発目標）の17のゴールを表し、３つ目の緑色の目標が「すべての人に健康と福祉を」を表しています。

人権啓発活動をワンフレーズで言う場合には、「～をやめよう」という形ではなく、「差別や偏見ではなく、思いやりやエールを送る」という形で、デジタルサイネージやインターネット広告を行っています。

正しい知識、人権尊重は国民の責務

釈迦に説法ですが、感染症に関する法律をご紹介します。感染症法の第四条に「国民の責務」が掲げられています。感染症の社会的な予防は、個人の予防の積み重ねです。その出発点として、第四条に書かれているように「正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うように努めるとともに、感染症患者等への人権が損なわれることがないようにしなければならない」ということがあります。正しい知識を持つ、必要な注意を払う、人権侵害をしない、という３つが必要ということを、改めて申し上げたいと思います（図表12）。

図表12

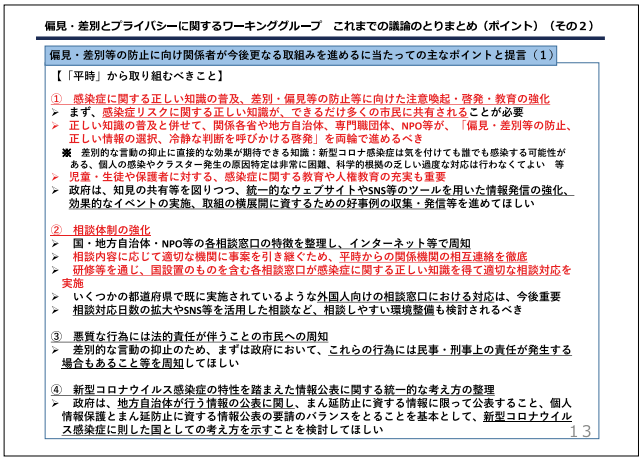


知識の普及と人権啓発の両輪で進めるべき

冒頭で触れました感染症分科会の「偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ」のこれまでの議論をまとめたものをご紹介します。

ここでも、「正しい知識ができるだけ多くの市民に共有されることが必要」「正しい知識と併せて啓発を進めるべき」「科学的根拠に乏しい過度な対応は行わなくてよい」と述べられていて、これらを発信するこ

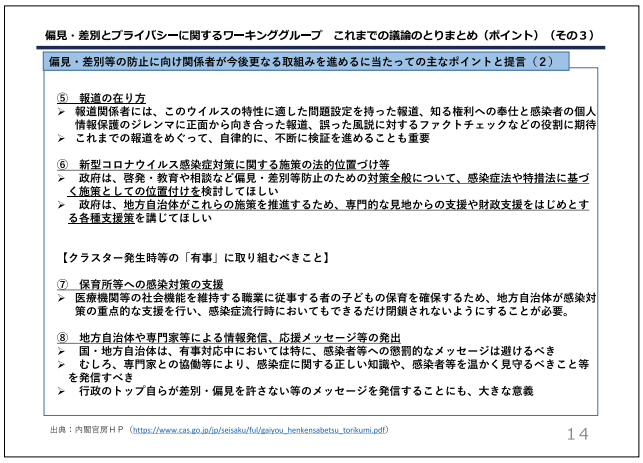
図表13



とが今後の課題です。公衆衛生が専門の皆さまとも連携を図っていきたいと思っています。

相談対応についても、正しい知識がないと相談対応することができません。私どもの研修においても、公衆衛生の専門家を招いて、相談対応に当たる者に正しい知識を付与したいと思いますので、ご協力いただければと思います（図表13、14）。

図表14



民間、厚生労働省の活動とも連携

官から「啓発」と言ってもなかなか伝わらないところがありますので、市民運動として行っているものと厚生労働省で展開しているものをご紹介します。

市民運動では、愛媛県の有志が中心になって行っているシトラスリボンプロジェクトをご紹介します。これは、シトラス色のリボンや専用ロゴを身に着けたり、家に飾ったりして、「ただいま」「おかえり」の気持ちを表す活動で、排他的な気持ちではなく、他者を温かく迎えるまちづくりを目指しています（図表15）。

図表15

厚生労働省では、人権週間の最初の日である12月４日から「広がれありがとうの輪」というプロジェクトを開始しました。これは「＃広がれありがとうの輪」を付けて、SNSで、医療従事者や身近な人へ「ありがとう」という気持ちを発信してもらおうという活動です。感染症対策は一人一人の積み重ねが大事ですので、一人一人が行っている感染症対策に「ありがとう」の気持ちを示すというものです。

私どもはこうした活動ともタイアップしながら、啓発活動を行っていきたいと思いますので、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

パネルディスカッション
座長・助言者まとめ

■パネリスト

主藤 秀幸	厚生労働省健康局地域保健室 室長
齋藤 智也	国立保健医療科学院健康危機管理研究部 部長
中澤 よう子	全国衛生部長会 会長
清古 愛弓	全国保健所長会 副会長
清田 啓子	全国保健師長会 会長
調 恒明	地方衛生研究所全国協議会 会長
江口 幹太	法務省人権擁護局人権啓発課 課長

■座長

宮嵜 雅則　国立保健医療科学院 院長

■助言者

岡部 信彦　川崎市健康安全研究所 所長

国と自治体の役割連携を中心に議論

宮嵜　座長を務めます国立保健医療科学院院長の宮嵜です。どうぞよろしくお願いいたします。新型コロナウイルス感染症が世界に拡大して１年になりますが、まだ収束の見通しが立たない状況の中で、保健所、地方衛生研究所などの第一線の皆様にご活躍いただいていることに深く敬意を表します。

新型コロナウイルス感染症対策につきましては、いろいろな論点が出ました。本日は自治体、保健所、地衛研で地域保健に携わる方が多く参加されているので、このパネルディスカッションでも、国と自治体の役割・連携の話を中心に置きながら、今後の対策につなげていけるような議論ができればと思います。答えが見つかるかどうかはわかりませんが、ヒントをつかめればと考えていますので、よろしくお願いいたします。

演者の方から追加の発言があればお話しいただき、会場の皆様からもご意見、ご質問をいただきたいと思います。最後に岡部先生から助言の言葉をいただきます。

３次補正、来年度予算、法改正について

宮嵜　まず、国の立場から、新型コロナウイルス感染症対策について追加することがあればお願いします。正林局長からは「人の支援」についてのお話がありました。それ以外の話ですと、直近では３次補正予算、

2021年度予算があります。ワクチンについては、改正予防接種法の話がありますが、これは長くなるので今日は省略したいと思います。本日のパネリストの先生方の声も踏まえて、「感染症法の改正が必要ではないか」とも思います。この話ができる状況ではないかもしれませんが、コメントがあればいただきたいと思います。正林局長の代理でご出席の主藤室長、お願いします。

主藤　３次補正予算については来週閣議決定されますので、方向性だけご説明します。この予算には、今までの施策で金額が足りなくなった部分の追加と、新しい施策が幾つか入っています。2021年度はオリンピック・パラリンピックがありますので、2020年度中にやらなければいけない準備がかなりあります。そこで、自治体の負担を減らすような施策が盛り込まれる予定です。

コロナ禍に対応する人材育成をしっかりと行う必要がありますので、2021年度予算にはこの費用が盛り込まれています。近年、災害が多いので、災害についていろいろなトレーニングを積み、全国研修、ブロック研修をやり、顔の見える関係づくり、支援と受援につながるしくみができています。感染症対策についても同じようなしくみをつくっていきたいと考えています。

法改正については、国と地方の関係、都道府県と政令市の情報の問題などがありますので、必ず議論しなくてはいけないと思います。現在、検討はしていますが、時期的にいつ、どういうことでということは、まだ決まっていません。「地衛研のどういう機能が地域に必要なのか」ということから議論されていると思います。

ワクチンについては、どのように配布し、どういうことをやるのかという情報を、できるだけ早く自治体に示すべきだと思います。ある100万人規模の自治体からは、すでに100人の体制を進めているという話を聞きました。なるべく早く、情報提供をしなくてはいけないと認識しています。

今後のクラスター対策の考え方は？

宮﨑　次に齋藤先生にお話を伺いたいと思います。クラスター対策について、今後どういうふうに考えていったらいいのでしょうか。

齋藤　現在、第３波に入り、第２波の患者数を落とし切れない中で流行が広がってきているという非常に難しい局面にあります。特に大都市においては、積極的疫学調査が追い切れていないのか、感染者から情報が聞き出せないのか、クラスターが発生する場所が多様化しているのか、発生状況が明確に見えてこない状況です。第３波で特徴的なのは、これまで大きな流行がなかった地方都市で患者が急増していることです。

感染者数がずっと多い地域、感染者数が多くない地域、急増している地域で、戦略の立て方は違うと思います。大都市では、積極的疫学調査をこれまでどおり全ての対象者にやっていくことは諦めて、優先化を考えていかなくてはならない時期です。「高齢者などを優先して、多数の重症者を生まないように」という方針が出されています。一方、大きな感染を起こしていない地域では、クラスター対策は非常に重要な戦略です。

すでにいろいろな地域で流行を経験し、どれだけの人数が積極的疫学調査のために必要か、療養のためのホテル、入院のための病床、それに関わる医師をどのくらい確保しておく必要があるのかはわかってきていると思うので、準備をしていただきたいと思います。保健部局以外のところは感染流行が発生しないと動いてくれない、ということがあるようですが、今の段階での準備が重要です。

半年後、１年後のサイクルについては、これから経済界の方たちと対話し、リスク・コミュニケーションという形で「われわれはどういう方向に向かっていくのか」「そのために、お互いに何をやるのか、何を許容できるのか」を話し合うことは必要になると思います。

今後の戦略と職員の業務量軽減が課題

宮﨑　中澤先生、清古先生、清田先生、調先生、追加でご発言がありましたら、お願いします。

中澤　流行が中長期的になってきているので、先を見て対策を立てていくこと、職員の業務量の負荷が大き

くなっているので、それをどうするかが大きな課題だと思います。まだクラスターが発生していない地方は職員数も医療資源も少ないので、一度飛び火をすると一気に負荷がかかることになります。そのため、受け入れ地を全国で共有していくなど、研究班や専門家の意見をみんなで参考にしながら、それぞれが地方に応じた対策を立てて戦略的にやっていくことが、来年に向けて必要なことだと思います。

国はステージごとの対応を示してほしい

清古　全国保健所長会は12月４日に国に対して緊急提言を出しました。その中で、現在は全ての患者さんが入院することができませんので、発生時に基礎疾患、酸素濃度など、患者さんの入院に必要な情報を加えてほしいという要望を出しています。また、ステージごとの対応について国に示してほしいと思います。ステージ３についてはわかっていますが、そこまで達していない地域は準備をしないといけません。応援のための外部人材の名簿をいただいていますが、どういうふうに活用したらいいか分からないというところがありますので、活用事例を示していただきたいと思います。

宮﨑　全国保健所長会の緊急提言には非常に重要なことが書いてあります。しっかり国に見ていただいて、考えていただければと思います。

マンパワー確保のための対策を

清田　第３波が来ているので、人手が必要になっています。今後は、ワクチン接種、積極的疫学調査やそれに加えて、健康観察などがあるので、マンパワーの確保が必要です。自治体はいろいろな工夫をしてマンパワー確保に取り組んでいますが、うまく行っている自治体と苦労している自治体があると聞いています。ぜひ、うまく行っている自治体の情報を国から伝えてほしいと思います。

宮﨑　よい事例を横展開するとか、工夫していこうということだと思いますので、国には情報共有をよろしくお願いしたいと思います。

調　新型インフルエンザの際は、全数検査が２か月でだいたい終わりました。それでも、かなり大変な思いをしました。今は、大量の検査を日々、継続的にやっていかなくてはいけない状況が続いているので、慢性的に人材不足です。なかなか、よその部局から人を充当するわけにもいかないので、長期的な社会基盤として、地衛研の強化を行う必要があると思います。そのための位置付けができればいいと思っていますので、ぜひ、よろしくお願いいたします。

保健所と連携して、人権相談の対応を

宮﨑　感染症に対する差別や偏見は、新型コロナの場合も繰り返されています。江口課長から、追加があればお願いします。

江口　啓発活動に関しては、３次補正予算で予算が付きそうですので、厚生労働省のプロジェクト「＃広がれありがとうの輪」と連携した効果的なコンテンツを作っていきたいと思います。必要に応じて拡散していただければと思います（http://www.moj.go.jp/JINKEN/jinken02_00022.html）。

人権については保健所にもいろいろな相談があると思います。人権に関わることは、講演でご紹介した人権相談の電話に誘導していただければと思います。外国人向けも含め、人権相談のためのパンフレットが法務局に用意してありますので、法務局に連絡していただいて取り寄せていただければと思います。

宮﨑　人権に関する相談は保健所にもかなり来ていると思います。そうした相談はなかなか解決しづらく、保健師さんも時間と取られていると思いますので、ぜひ、連携していただきたいと思います。

フェーズに合わせた対策をなぜしないのか？

宮﨑　ここからは会場の先生方からのご意見、ご質問をいただきたいと思います。

質問者　兵庫県で保健所長をしている山口と申します。感染症対策の基本として、「市中感染になってし

まったら全数把握は無理」というのが、新型インフルエンザのときにもあったストーリーだと思います。しかし、現在はすべての感染者を登録するシステムを続けています。これをいつまで続けるのでしょうか。

検査について、国は2020年10月から一般の医療機関で受ける体制を整えています。検査と判断は一般医療機関でしてもらい、保健所はすべてを管理するのではなくて、その中の重症者対策にシフトするということを明確にして、感染症の枠組みも変えていただかないと、今の疲弊した状態は変わらないと思います。保健所に人をいただいても、施策の重点化をせず、形勢に合わせて対策を変えるということをせずに、このままの対策をエンドレスに続けることはできないと思います。

ぜひ、フェーズに合わせた考え方をするという本来の感染症対策に戻っていただいて、こんなに死者数が少ない感染症をこれからもどんどん追いかけ続けるのか、方向性を決めていただかないと問題解決になりません。

医療についても、65歳以下をすべて入院させていたのでは医療機関がどんどん疲弊していきます。「フェーズに合わせた対策」という感染症対策の当たり前の方向性が、なぜコロナ対策で行われないのかがわからないので、教えていただきたいと思います。

宮崎　積極的疫学調査についても、今のようなご意見を踏まえて分科会等で議論しながら国が施策を進めていると思います。齋藤先生、お答えいただけますか。

齋藤　はい、流行コントロールの目標をどこにもっていくのかは、議論する必要があると思います。まさにリスク・コミュニケーションの問題で、誰かが決めるという話ではなく、皆の対話の中で方向を決めていかなければいけない話だと思います。

今回のパンデミックは、新型インフルエンザ対策で考えていたものとは違うものだったので、新しいストーリーを考えるべきだと思っています。疫学のモデルで考えれば、「新型コロナはクラスターを追い続けることで抑制できる」という考え方があります。今は市中感染になっていますが、また感染者数を下げることができれば、そしてそれをクラスター対策という形で追いかけていけば、コントロールができるという考え方です。一方で、保健所の負荷などを考えれば、現実的ではないという意見もあると思います。これは、誰にも答えはない問題だと思います。

死者数が少ないとおっしゃいましたが、欧米の状況を見ますと、それはどうかなと思います。いったん目を離すとどうなるかわからないと思うので、それを野放しにしていいのか、あるいは定点報告を見ながらリスクの高い地点を見極めて効果的な対策が取れるかどうかが問題です。日本にはロックダウンできる法律がありません。その中で、急激に患者数、死者数が増えてきた場合、どうコントロールするのか、ということです。死者数は、ドイツが日本の10倍、アメリカは日本の100倍、日々出ています。この流行を本当に許容できるのか、急激に増えたときにロックダウンという対策を取れなくていいのかは、議論していかなくてはいけない問題だと思います。

宮崎　現在、そういう議論がされていると思います。全国保健所長会の緊急提言でも、指定感染症の問題は出ています。わからないことが多い中で、皆がしっかりと議論して、答えを見つけていくことを今後もやっていかなくてはいけないと思いますので、引き続きよろしくお願いします。

入院調整に苦慮、入院基準の統一を

質問者　愛知県津島保健所の片岡と申します。現場では、「どういうレベルの患者さんを入院させるのか」という入院調整で非常に困っています。国は一律に「中等症＝入院」という大まかな指示を出しています。現場の先生は積極的な入院を勧めますが、受け入れ側はキャパシティに限界があるので、「従来なら入院かもしれないが、この患者さんは遠慮してほしい」と選別する現状にあります。患者さんも戸惑いますし、われわれも対応に苦慮しています。もう少し明確な形で、全医療人が「この人は入院」という意思統一ができるような具体的な基準を作っていただきたいと思います。

神奈川県は入院基準や入院指標を作成したと中澤先生の講演で伺いました。そのことで神奈川県の入院状況は改善されたのかどうか、結果について教えていただきたいと思います。

宮崎　入院、自宅療養も含めて、その地域でどのよう

な仕組みを考えるかということだと思いますが、神奈川県では「点数化して調整する」ということが始まっているようです。中澤先生、コメントできることがあれば、お願いします。

中澤　神奈川県は先週、「入院基準の目安」を示しました。重症者に適切な医療を届けるため、医療機関の逼迫の度合いを見て、なるべく全県で同じようなレベルで入院できるように、医療機関の方も迷いが少なく、県民の皆様にもご理解いただける形を示すためです。最終的には、主治医が目の前にいる患者さんに対してどういう判断を下すかにかかってきますが、そのときの判断材料として、スコアを作りました。どのくらいのスコアで入院が必要なのかなど、患者さんに納得してもらうときの目安になります。

現在、神奈川県の入院患者数は高止まりですが、これは入院患者の一部が宿泊療養施設に移っているからです。スコアについては先週から使い始めたばかりです。まだ医療機関のすべてに使ってもらっていないので、今後の推移を見ていきたいと考えています。

感染症対策の手法は進歩している

宮嵜　それではここで、岡部先生のご助言をいただきたいと思います。

岡部　川崎市健康安全研究所の岡部です。本日は保健行政の立場で非常に苦労されている皆さん方のお話を伺えて、大変勉強になりました。皆さん、いろいろな方面で努力されていると思いますが、完璧にできることはなかなかないので、悪いところが出てきます。それを一つひとつ直していくことが必要だろうと思います。

私が前任の感染研にいたときに鳥インフルエンザが発生し、SARSが発生し、パンデミックの新型インフルエンザに対応し、MARSが出たという状況に対応してきました。その当時と比べると、はるかにいろいろなものが進んでいます。今回は「原因不明の肺炎だ」という病気の発表から２週間でウイルスが新型のコロナウイルスであることが分かり、すぐに遺伝子配列が公表され、日本では感染研が標準化した検査の手法を確立しました。後で修正はありましたけれども、結果として「日本での第１例は間違いなく新型コロナである」と特定しました。

2003年のSARSのときは「原因不明の病気が、中国で出ているらしい」いう話が出てからウイルスが同定されるまでに５か月かかりました。それを公表する、しないでも大揉めに揉め、WHOでもものすごく議論をしました。このことに比べれば、ずいぶん進んできたと思います。まだ国外では評価されていませんが、現在、ワクチンの量産まで進んでいることは、科学の勝利だと思います。ただ、未経験のものに対応する難しさがあります。

尾身先生の講演の中で「2009年の新型インフルエンザの反省点が生きていたかというと、そうではない」というお話がありました。私も新型インフルエンザ対策の委員会に入っていましたが、今回、新型コロナの事例が出てきたときに、「どうして、あの反省が生かせていなかったのか」と残念に思っています。この残念な思いを、ここから先に残しておいてはいけないと思います。記録し、反省し、きちんと工夫していかないと、次の事例があったときにまた同じことの繰り返しになります。「新型コロナのときには、何をやっていたんだ」ということになってしまいます。

HER-SYSは修正して使いやすいものに

岡部　現在、感染症対策に動いている最中なので、いろいろなことでジレンマに陥ります。また、普段やっていない新しいものを、こういう状態のときに投入するのは混乱の元です。「できれば新しいものは入れたくない、しかし、それでだめだから早く入れなくてはいけない」と言って導入するので、不十分なところが多々出てきます。HER-SYSはその典型だと思います。しかし、これを修正して、できるだけよいものにしていかないと意味がなくなってしまいます。修正して使い続ける必要があります。

人権擁護のために、正しい情報提供を

岡部　感染症が出てくると、不安が出てきます。人の

嫌な部分がどんどんと出てきます。「医療や保健の分野の病気だったのが、社会の病気になってくる」というところがあります。そうすると、人権の問題や差別・偏見の問題もどうしても発生してきます。ハンセン病の問題を出すまでもなく、HIV・エイズでも、「あの感染はこういうルートである」と説明し、理解してもらうのに20年、30年かかっています。なるべく早く差別・偏見の芽を摘み取るためには、私たちは正確な情報を多く伝えていかなくてはいけないと思います。

江口先生の講演で、差別・偏見の事例が紹介されましたが、「くすぶり続けている火種」のようなものがSNSを通してあっという間に広がってしまいます。大人である私たちは、「それはよくないものだ」ということ示し、個人や組織として止めなくてはいけないと思います。今後のことですが、こういう差別・偏見を拡散するくせがついてはいけないので、子どもたちにスマホ等の使い方を教えていく必要があると感じます。

もう一つ、「これはウイルスとの戦いだ」「ウイルスとの戦争だ」という表現を目にすることがありますが、私は、これは絶対に止めたほうがいいと思います。私たちの不満は戦争に比べれば贅沢な話で、観光に行けない、お金が入らないなどです。離職、倒産、自殺などのつらい状況はありますが、戦争の悲惨さはこんなものではないと思います。いろいろと欠点はありますが、「日本の感染が抑えられているのは現場力が高いからだ」というお話もありました。それを生かして、欧米並みの感染状況にならないようにしっかりとやることが大事です。

ワクチンのくせを知り、説明、準備を

岡部　ワクチンについてですが、「たった１年でワクチンまで行った」ということは、大いに胸を張ってよいことだと思います。ただ、経験のないワクチンなので、使い方には丁寧さが必要です。また、医療・行政の立場としては、ワクチンのくせ、欠点をよく知りながら接種しないといけません。集団接種の可能性もありますが、集団接種を経験した人も少なくなってきています。集団接種の仕組みも構築する必要があります。

私は集団接種をやっていましたが、必ず後ろの方で倒れる人がいて、一瞬、接種会場に不安が渦巻くという状況がありました。私たちはワクチンのくせを知り、そのことを接種者に伝えて、落ち着いて接種することが重要です。そうしないと「ある会場で数人倒れた」「痛みのために変な行動をする人が出ている」などの噂が広まり、よいワクチンなのに接種がストップしてしまうということが起こりかねません。WHOでも「ワクチン液の問題ではなく、ワクチンを接種するという行為によってストレスが起きる。それが引き金になって症状がネガティブ・スパイラルになる」ということを説明し、それに対するマニュアルもできています（ISRR）。接種する側がこうしたストレスについて知り、説明し、冷静に対応することが必要です。新しいワクチンが入ってきたときには、こうした準備が必要です。

ウィズ・コロナに近づくために活動を

岡部　将来的にはウィズ・コロナでやっていくことになると思うので、軽症者に対しては不安がないようにし、重症者に対しては重症のマーカーを選んでもらって、早くピックアップできて、きちんとした医療に向けることができるようにすることが必要です。そして、生活が安定し、経済が落ち着いた状態が本当のウィズ・コロナでしょう。

私たちが今やっているのは、その状態にできるだけ近づけるということです。「医療崩壊」という言葉も出て、ご苦労されていると思いますが、もう少し経てばよくなる、よくしなくてはいけないという思いで、今後の活動をしたいと私自身は思っています。

宮嵜　岡部先生、ありがとうございました。時間の関係で省略したワクチンの話にも触れていただき、ありがとうございます。今後も会場の皆様方と一丸となって、引き続き、新型コロナウイルス感染症対策に取り組んでいけたらと思っています。本日は講演の先生方、パネリストの先生方、会場の皆様、どうもありがとうございました。これでパネルディスカッションを終了いたします。

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

皆様、長時間にわたるシンポジウム、最後までお聞きいただきましてありがとうございます。講演いただいた先生方、パネリストとしてご登壇いただいた先生方、そしてご助言をいただいた川崎市健康安全研究所長の岡部信彦先生、本当にありがとうございます。

本日ご参加いただけなかった方もたくさんいらっしゃると思います。そのため、2021年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ので、ご視聴いただければと思います。加えて、本日の記録は出版物という形で残したいと思っております。また、本日は「スペイン風邪の記録」をお配りしましたが、後世のために記録を残すことは大切なことと思いますので、引き続き努めていきたいと考えています。よろしくお願い申し上げます。

今回のCOVID-19については、臨床医学、ウイルス学、ワクチン開発などの面では、いろいろなシンポジウムが開かれていると思いますが、地域保健関係のシンポジウムは少なかったように思います。今回の集まりがその穴を埋めるものであることを願って本日のシンポジウムを閉じたいと思います。本日は皆様、誠にありがとうございます。

令和２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

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～

報告書

2020年12月16日㈬　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３年３月25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で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。