

# COVID-19 後の地域のパンデミック対策の現状と課題

## Current situation and assignment of Local measure after COVID-19 Pandemic

枚方市保健所 全国保健所長会副会長

白 井 千 香

Hirakata City Public Health Center  
Japan Association of Public Health Center Directors, Vice-chairman

Chika SHIRAI

### SUMMARY

After COVID-19 Pandemic Japan government had revise any relation laws about infection control, action plan. Local government and Public Health Center also start local plan for against next pandemic. But local government have not enough surge capacity for local health crisis management for infection control. In spite of Public Health Center is Public Health Emergency management base, a lack of resources. We need good corporation and relationship, network for local organization ordinary. Accordingly, we can be helped local health emergency.

### Key words

Pandemic, COVID-19, local, health emergency, Public Health Center

### はじめに

「パンデミック」とは、一般定義として「国から国へと感染が広がっている状態でその広がりを制御できない状態」と、WHOが新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の広がりを2020年3月に『緊急事態』として言及していた。COVID-19より以前にも世界の各地域で新興感染症が発生しているが、パンデミックと言われた感染症は地球規模では、天然痘・ペスト・スペイン風邪（インフルエンザ）・A/H1N1イン

フルエンザ等があった。いまやCOVID-19騒動は終わったような雰囲気になっているが、経験した3年余りのCOVID-19対策を忘れてよいものではない。

さて、「地域のパンデミック対策の現状と課題」というお題を頂いたが、ある地域だけで収まっている感染症は、エピデミックといって限定的な流行を意味するので、ここでは全世界で感染症が流行するかもしれない、また流行している時に、「地域で何が出来るか」ということを前向きに考えて示唆を試みる。これからもいく

つかの感染症の新たな発生や大流行を覚悟しなければならぬ。

### パンデミックを経験してわかった課題とその後

「新型コロナウイルス感染症は100年に一度のパンデミックという大きな経験」と言われ、その前はスペイン風邪（インフルエンザ）の大流行時に生き延びて現在、存命な方もいるかもしれない。ただし、明確な記憶として残っていないだろうし、医療事情や社会情勢、衛生環境は、当時と今では比較するには難がある。つまり、過去のパンデミックにどのように対応したか、100年毎では学ぶ教訓にはなりにくい。もちろん、その間においても、新興感染症といわれたエボラ出血熱やSARS, MARS, ブタインフルエンザ（H1N1pdm）ジカ熱、Mpox等の発生もあり、WHOはその都度、リスクアセスメントを行い感染拡大防止の警鐘を鳴らしてきた。

我が国のCOVID-19対応では国と都道府県等および保健所や地方衛生研究所（地衛研）の情報共有やリスク評価において、意思決定の判断が円滑に行かなかったことも多かった。「危険」

と訳される言葉にハザード（hazard）とリスク（risk）があり、ハザードは既に存在する危害の可能性を示すのに対し、リスクはその危険が実際に影響を及ぼす確率や度合いを含めた概念で、リスクは単なる危険の存在だけでなく、発生確率や影響の大きさも考慮した評価ができる。リスクには「不確実性」や「予測できない事象」というニュアンスも含まれ、適切なマネジメントによって発生確率を低下させたり、大きな影響にいたらないようにしたりすることが可能である。図1に示した問題点を、次のパンデミック時には繰り返さないよう、その解決に向けて、法改正などによって国と自治体で取り組むことになった。国レベルだけでなく、地域においてリスクアセスメントとマネジメントを適切に行えることを願う。

COVID-19の初動期においては、疾病の概要が分からず重症や死亡例の報道が先行し、不安と恐怖が社会全体に広がった。当初、感染者が発生していなかった地域は、ウイルスが持ち込まれないよう、極端な排除や監視的な環境が生まれていた。検査や治療に対応する医療機関が少ないこともあったが、感染症から物理的にも

## COVID-19対策を振り返る ～経験した対応の問題点

- 保健所及び地方衛生研究所の人的物的資源の不足（特に初動期）
- 相談・苦情への対応／検査の圧倒的不足
- 感染症法を超えた業務／医療機関への受診調整・トリアージ
- 速やかな指示伝達の困難／自治体内外の連携協力が不十分
- 地域特性や感染症の性質の変化へ柔軟に対応することが困難



- 地域保健法の改正
- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の改正
- 新型インフルエンザ等政府行動計画の改定 など

図1

心理的にも距離を置きたいという住民の心情が感染者やその家族、職場などに差別が及んだ。感染者が増えるにつれ保健所は感染者を医療に繋いで周囲への感染を拡大させない役割を担うだけでなく、少ない医療資源を供給するため、誰を優先して受診調整をするか、重症度に応じたトリアージや酸素や治療薬の提供も行っていった。これらは感染症法上の業務を超えており、本来は「医療」の役割だったはずである。

「COVID-19は何だったのか」を自問自答すると、感染症対策のみで完結する問題ではなく、自分も含めて国民の多くが感染し、社会全体で取り組むべき災害に準じた対応を経験したことから、将来の危機の備えは、まさにあらゆる立場でひとりひとりが自分事として何をすべきかを気づかされた機会であると思っている。

パンデミックや災害は、いわゆる「健康危機管理」であるが、危機が起こってからの管理ではなく、平時からの延長線上で準備をしておかなければならない。その一環として、法整備においてはCOVID-19対応中に、地域保健法や感染症の予防及び患者の医療に対する法律の改正があり、COVID-19後には、国レベルでは内閣感染症危機管理統括庁や国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security: JIHS）が創設され、新型インフルエンザ等対策政府行動計画が改正された。この執筆時点で、都道府県新型インフルエンザ等対策行動計画の見直しは府県レベルではほぼ達成され、基礎自治体（市町村）では新型インフルエンザ等対策行動計画の改定作業に着手している。自治体レベルで既に策定した感染症予防計画や健康危機対処計画との整合性を確認し、地域の健康危機管理として地域の関係団体やステークホルダー等にこれらの計画を理解した意見をもとめている段階である。

## 新型インフルエンザ等対策行動計画について

政府行動計画の概要版<sup>[1]</sup>には、特に平時の準備の充実として、1) 実効性のある訓練を定期的実施し、不断に点検・改善、2) 感染症法等の計画に基づき、自治体は関係機関と協定を締結し、感染症発生時の医療・検査の体制立上げを迅速に行う体制を確保、3) 国と地方公共団体等、JIHSと地衛研等との間の連携、JIHSの体制やネットワークを構築する、と記載されている。改定された政府行動計画は、平時から取り組む「準備期」、発生疑いが生じた時からの「初動期」、中長期に持続可能な体制をとる「対応期」に区分され、新たな項目が加わった13項目の各分野でそれぞれの時系列にすべきことが示された。

そして、各自治体では地域性も勘案した新型インフルエンザ等対策行動計画を改定し、政府行動計画に沿った取組を推進し、実効性確保のために対策の実施状況を毎年度フォローアップすることとしている。このフォローアップについては、特に検査・医療提供体制の整備、个人防护具等の備蓄状況等について、「数」や「体制の在り方」を見直していくイメージであるが、実際は現実的に運用可能かどうかが重要である。なお、感染症法等の関連計画との整合性等などを鑑み、おおむね6年ごとに改定されるようであるが、その間に安定した平時が継続されるには限らず何らかの危機が発生するかもしれない<sup>[2]</sup>。

## Next Pandemic への備え

政府行動計画に新たな項目となった「保健」に関しては、地域保健に従事する保健所や保健センター等の業務に具体的に反映される場所であるが、現員の体制ではサージキャパシティに不安が残る。国は保健師の増員のための地方

財政措置がすでになされたことや地域保健法の改正で、新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材（Infectious disease Health Emergency Assistance Team: IHEAT）の法制化やJIHSと連携した研修、およびDX化に際しては都道府県等が情報通信技術（ICT）ツールの活用で保健所業務の効率化を進めることとしている。よって、保健所の機能強化および体制強化には、都道府県等設置自治体による人事面、予算面のサポートが鍵である<sup>[3]</sup>。

また、保健所の感染症対応として重要な「発生届」については、COVID-19対応の初期に医療機関からファックスで受理していたものを、現在はインターネットを介してNESID（National Epidemiological Surveillance of Infection of Disease）に直接入力する方法に移行しており、現在の運用は病院から届出の多くは電磁的に行われるようになったが、診療所からの届出はまだファックスも多く保健所が代行入力をしている。医療DXが進んで電子カルテから発生届に必要な情報を抽出することが出来るのはいつになるのか、早くてもあと2~3年はかかりそうである。なお、ICTに関する設備環境の整備や業務効率化の必要性が強調されているが、情報セキュリティ制限によって行政外へのメールやメ

ール添付の障壁が多くの自治体で生じている。医療DX将来構想の実現のため、これらを解消するには自治体内のDX推進において保健衛生分野の重要度を上げる必要もある。

### 都道府県と保健所設置市および保健所と市町村との連携

感染症対策に限らないが、都道府県と保健所設置市の関係は権限委譲や独自施策を展開する上で、自治体によっては首長の政治的主張が異なり連携が円滑ではない現状も生じていることが聞こえてくる。筆者が所属する枚方市保健所は、中核市として大阪府から移管して10年を経過したが、府との関係は保健所長会や事業ごとに設けられた担当者会などによって情報共有は平時から円滑な方である。保健所設置として管轄する市は1つで、三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）も保健所管轄内に1つで、地域保健法上の業務において市本庁と保健所と分担して関係機関との連携も一体的に行っている。このような平時の情報交換や役割分担の仕組みを、災害時にはその延長線上で活用し、保健所設置市が都道府県の中で孤立しないよう連携し、県と市町村はお互いに応援し協力し合えるよう、政府行動計画には平時の準備期に協定を結び、

## 体制整備（法改正を含む）

### Next Pandemic に備えるため！

- 保健所の感染症対策のボトムアップ：感染症担当保健師の増員
- 検査体制・積極的疫学調査の充実：保健所と地衛研との連携（情報共有・支援）
- 感染症発生時にも、重要な健康施策を継続できるようBCP作成
- 過重労働を回避：サージキャパシティ/支援要員の確保（庁内応援・IHEAT等）
- 自治体・保健所単位による各種計画の策定と研修や訓練

図2

連携体制を構築すると記載されている。実際には行政保健師は都道府県型保健所よりも市町村にはるかに多く配置されている<sup>[4]</sup>。感染症対策は保健所業務であるため、市町村の職員が経験していることは少ないが、研修や訓練を共同で行い経験値を高めることができれば、感染者の療養生活面を支援する対応は市町村の役割として担うことが期待できる。

なお、2025年に厚生労働省に報告された、自治体所属の保健師数は全国で39,579人と過去最多で、その所属の内訳は都道府県保健所5,952人、市町村（市型保健所を含む）33,627人であった。厚生労働白書R7年版（2022.12月末の医療従事者届出数）によれば、全国の保健師数は67,226（うち保健所10,062）人、医師327,444（うち行政医師1,856）人であり、さらに行政医師のうち保健所には700人余り所属し、そのうち保健所長は393人でその1割は複数の保健所を兼務している。少数精鋭と言いたいだが、地域の健康危機管理を担うための絶対数は圧倒的に不足している。

### 福祉部門にも感染者支援の役割の明記

COVID-19は、高齢者や基礎疾患を有する医学的ハイリスク者に重症化が見られた。初期や $\alpha$ （アルファ）や $\Delta$ （デルタ）タイプのウイルス型では、中壮年期の重症肺炎をきたし生命の危険が脅かされた。オミクロン型へ変異してから重症度は低下したが感染性が高くなり、高齢者介護施設等でのクラスターが多数発生し、脆弱な高齢者の余命を縮めることにもなった。施設内の感染対策や医療供給に及ぶ弱点が露呈され、保健所が施設の指導や助言に対応した。また、在宅療養となった感染者や濃厚接触者の待機期間における療養期間中の生活用品や食料の手配や供給を保健所が行ったところもあるが、感染症法上の感染拡大防止に必要な支援を超え

た業務となり、それも保健所職員を疲弊させた。さらに在宅介護の必要な感染者については、ヘルパー派遣を断られたりデイサービスに行けなくなったり、これらは日常生活支援の面では、福祉部門が受け持っていたにも関わらず、「感染症」というキーワードでサービスが途絶したことが課題となった。ただし、その状況を放置するわけにはいかず、生存確認の意味も含め保健師や委託した訪問看護師によって、保健医療の枠組みでサービスの隙間を埋めたこともあった。それゆえ、新たな行動計画においては、「保健に関するガイドライン」<sup>[5]</sup>に具体的な体制整備や対応業務が記載される他、参考として要配慮者への対応が基礎自治体としての市町村が主語として追記されている。これに関しては福祉的な要素が多く、都道府県等が計画する新型インフルエンザ等行動計画には、感染者・患者を含めた住民の生活支援は市町村の役割として重要であることを明記すべきであるとされた。

### 地域特性に応じた臨機応変な対応が可能か

都道府県等は感染症危機が発生した際に流行初期から、保健所における業務負荷を勘案し、地域の実情に応じて積極的疫学調査を見直すことや、都道府県が入院調整の一元化や自宅、宿泊療養等の医療提供や生活支援に関するサービス提供について、基礎自治体に協力することなどが示されている。COVID-19対応では、検査や診断治療だけでなく様々な対処方針について、国と都道府県等および保健所や地方衛生研究所の情報共有やリスク評価においては、豪雨のような通知の数々から朝令暮改であり、意思決定の判断も円滑に行かなかったことも多かった。その失敗を繰り返すことがないように、改定された自治体版の新型インフルエンザ等対策行動計画が重要な拠り所であり、その実効性を担保するには全庁的な人事や予算面を含めて都道府県

等の本気度が問われている。保健・医療・福祉の資源の充足にも関わる自治体版の新型インフルエンザ等対策行動計画には、地域の裁量によって具体的に自治体の独自の対策がとれるように記載すべきで、危機発生時にはその地域で判断が可能であるよう、国の配慮を期待したい。

### むすびにかえて

パンデミックは全国また全世界的に広がるが、一斉ではなく地域によって、広がり方や人々の反応は異なっている。その違いを無視するような一律な対応は効果的でない場合もある。地域特性は平時から日常の人々の生活から認識されるものであり、時流によって変化することもあるが歴史的文化的な背景も関係している。自治体内外で平時から、その特性を理解し尊重することや、地域レベルで分野を超えて、産官学で信頼関係をつくり、現場の対策に反映するネットワークを構築することが望ましい。そして危機発生時には、国・自治体・民間がシームレスに連携し、地域特性や状況変化に対応できる柔軟な意思決定体制が不可欠である。さらに、危機発生時のリスクアセスメントにより、未知かつ深刻なパンデミックが起こった時には、さま

ざまな既存の計画の及ぶ範囲を超え则认为られるので、行政の意思決定はもとより、少ない自治体職員の疲弊を防ぎ、その地域の人々の生活を守るために、想定外とは言わずに、臨機応変・縦横無尽に判断し行動する地域の力が醸成されることを望む。

### 参考文献

- [1] 内閣感染症危機管理統括庁：感染症新型インフルエンザ等対策政府行動計画（令和6年7月2日閣議決定）の概要 [https://www.caicm.go.jp/action/plan/files/influenza\\_plan\\_summary\\_1.pdf](https://www.caicm.go.jp/action/plan/files/influenza_plan_summary_1.pdf)
- [2] 白井千香：計画改定を踏まえた保健所の役割と課題－中核市保健所長の立場から 公衆衛生89: 242-250, 2025
- [3] 内田勝彦：保健所の果たす役割と今後の展望。公衆衛生 88: 481-487, 2024
- [4] 厚生労働省：医療従事者届出数2022.12月末現在。厚生労働白書R7年版
- [5] 内閣感染症危機管理統括庁：新型インフルエンザ等対策政府行動計画ガイドライン。令和6年8月30日全面改定 <https://www.caicm.go.jp/action/plan/guideline/index.htm>

（原稿受付日：2025年11月16日）