

健康危機対処計画（感染症編）

令和6年8月（第2版）

福島県県中保健福祉事務所

福島県県中保健所

目次

はじめに	1
ワンチーム5か条	2
本計画の構成と使い方	3
1 基本的な考え方と目的及び戦略	4
(1) 基本的な考え方	4
(2) 目的及び戦略	5
2 健康危機対処計画の策定と今後の更新における留意点	6
(1) 健康危機対処計画とは	6
(2) 健康危機対処計画の位置づけ等	7
(3) 定期的な研修・訓練と計画の見直し	7
3 平時における準備	10
(1) リスクアセスメント・リスクレベルの評価の理解とPDCAサイクル	10
1) リスクアセスメント	10
2) リスクレベルの評価	11
3) PDCA サイクル	12
(2) 業務量・人員数の想定	14
1) 被害想定	15
2) 業務量の想定	16
3) 業務継続計画（BCP）	17
4) 人員数の想定	19
(3) 組織体制	22
1) 所内体制	22
2) 受援体制	28
3) 職員の安全管理・健康管理	30
4) 施設基盤・物資の確保	34
(4) クロノロジー（クロノロ）の実施	40
1) クロノロジー（クロノロ）とは	40
2) クロノロジー（クロノロ）の注意点	40
(5) 業務体制	42
1) 相談	42
2) 地域の医療・検査体制整備	44
3) 積極的疫学調査とクラスター対策	48
4) 健康観察・生活支援	52
5) 移送	54
6) 入院・入所調整と要配慮者対応	55
7) 水際対策・外国人対応	58
8) 文書作成	59

9) その他	5 9
(6) 関係機関等との連携	6 0
1) 福島県庁（本庁）	6 0
2) 県型保健所間	6 1
3) 中核市型保健所間	6 1
4) 地方衛生研究所	6 1
5) 一般市町村	6 1
6) 医療機関・薬局・訪問看護事業所等	6 1
7) その他（学校・消防等）	6 2
(7) 人材育成	6 4
1) OJT	6 5
2) Off-JT	6 7
(8) 情報管理・リスクコミュニケーション	6 8
1) 情報管理	6 8
2) リスクコミュニケーション	6 9
4 感染状況に応じた取り組み、体制	7 2
(1) 組織体制	7 2
1) 所内体制	7 2
2) 受援体制	7 6
3) 職員の安全管理・健康管理	7 8
4) 施設基盤・物資の確保	7 9
(2) 業務体制	8 0
1) 相談	8 0
2) 検査・発熱外来	8 2
3) 積極的疫学調査とクラスター対策	8 6
4) 健康観察・生活支援	9 0
5) 移送	9 2
6) 入院・入所調整と要配慮者対応	9 3
7) 水際対策	9 4
(3) 関係機関等との連携	9 6
(4) 人材育成	9 8
1) OJT	9 8
2) Off-JT	9 9
(5) 情報管理・リスクコミュニケーション	1 0 0
5 資料	1 0 4
6 改訂履歴	1 0 6

読まれることのない計画は、最初から無いことと一緒に。

しかも、一部の人にしか読まれない計画は、結局組織的に実行できない。

令和5年度当初、まだ国からガイドラインが示される前、本計画の策定を進めるにあたり、目的と意義、方策について考え続けました。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応において、当所も全国の多くの保健所と同様、業務の逼迫が生じ混乱に陥りました。当所においても多くの反省があり、その反省を次なる危機へ生かすことが目的であるところまでは容易にたどり着きました。

問題は方策でした。当所にも既存の計画はあったのですが、全く活用されていませんでした。それはなぜか。腑に落ちた結論は冒頭に示した2行でした。

一部ではなく、多くの人に読まれる計画とはどのようにつくるべきか。数十ページにも及ぶ計画を繰り返し周知しても、多くの方は興味を持てず読んでくれないであろう。必然的に最初から多くの人でつくれば”よい”という結論に至りました。

次の難題は、ただルールをつくり、人を機械的に集めただけでは”よい”計画ができないということでした。コロナという危機が去った直後のことであったため、幸い職員の多くは計画策定の必要性を感じてはいたように思います。それでも、多くの業務を抱えるなかで、メンバーが団結するには「人を信じること」、「安全安心に発言できること」、「共通の拠り所があること」の3点が重要と考えました。

本計画は、所内横断的に選ばれたメンバーによるワーキンググループによって策定作業が進められました。ワーキンググループは、極力ルールに縛られることなく、和気あいあいとした自由な雰囲気の中、自発的な活動となったようです。

共通の拠り所として、完成したスローガンが「ワンチーム5か条」です。

また、本文においても項目毎に要点を示し、重要な項目についてはより具体的に記載するなど、読みやすく実行性を重視したつくりになっています。

本計画に完成はありません。”よい”ところは継承し、改善が必要なところはどんどん変えていくことで、本計画を最も生かすことができると考えます。

コロナ禍と同じ轍を踏まないために、本計画を大いに活用・実行すること。それが本計画を実行する関係職員、そして県中地域の住民、ひいては福島県民のためになると信じています。

令和6年3月

ワンチーム5か条

けん：研修で身につけよう 平時から 知識と自信、柔軟性
【平時からの備え】

ちゅう：中心は所員全員。所員皆が担当です
【当事者意識、自分事】

きき：聞きましょう、声かけしましょう、思いやり
【思いやりを持った声掛け、コミュニケーション】

たい：対応に限界があるから休憩を
【自分自身に休憩を】

しよ：情報共有、互いの業務が見える化へ
(じょ) 【情報共有、見える化】

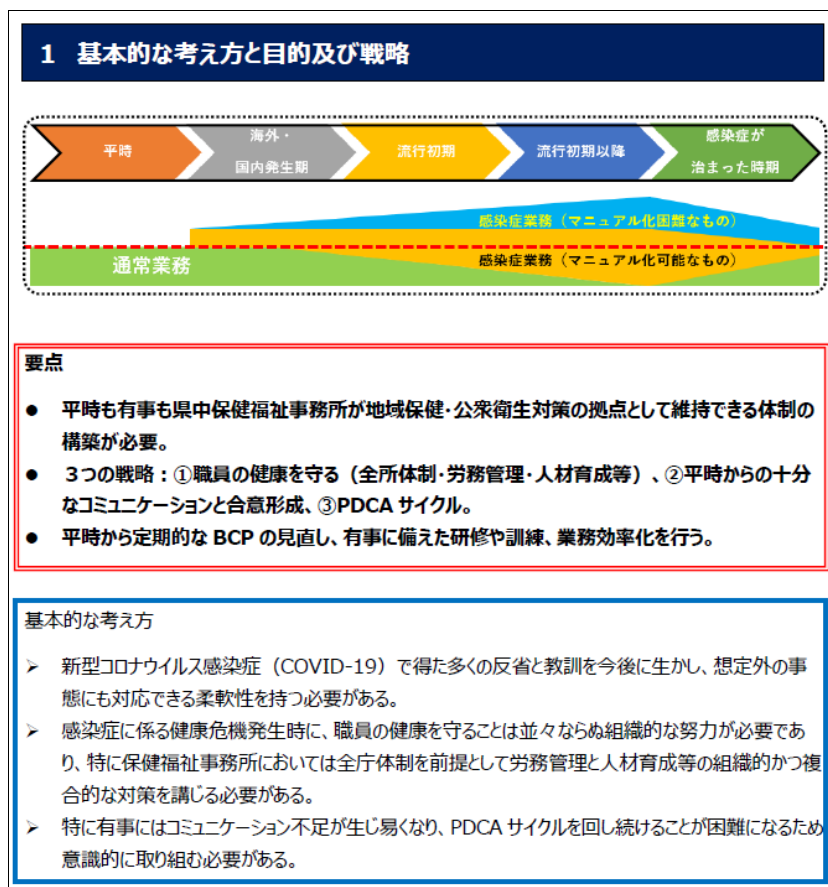


新型コロナウイルス感染症対応における反省点を踏まえ、「コミュニケーションを図り、お互いのことをよく知り、尊重し合うことにより、共通目的の達成を目指す」ことを目的としたスローガンです。

本計画の構成と使い方

1 構成

本計画の本文は、A 4 で 2 ～ 8 ページを目安とした単元毎に以下の①～③を記載しています。



①概念図

②要点

③基本的な考え方

① 概念図（感染流行の段階と業務種・業務量の関係）

感染症による健康危機においては、感染流行状況を常に意識し、次の展開を予測しながら業務にあたるのが重要です。上段が感染流行の段階、下段が求められる業務の種類と業務量を表しています。赤点線は、平時における組織全体の業務量です。例えば、平時から海外・国内発生期へ段階が進んだ時点で組織の業務量は必然的に平時の 100% を超え、部署間の業務不均衡が生じます。また、単元で記載している内容が、どの感染流行の段階で行うべきことなのかを黒線と黒点線で囲みました。

② 要点

単元における要点の箇条書きです。重要な部分をコンパクトにまとめてあります。

③ 基本的な考え方

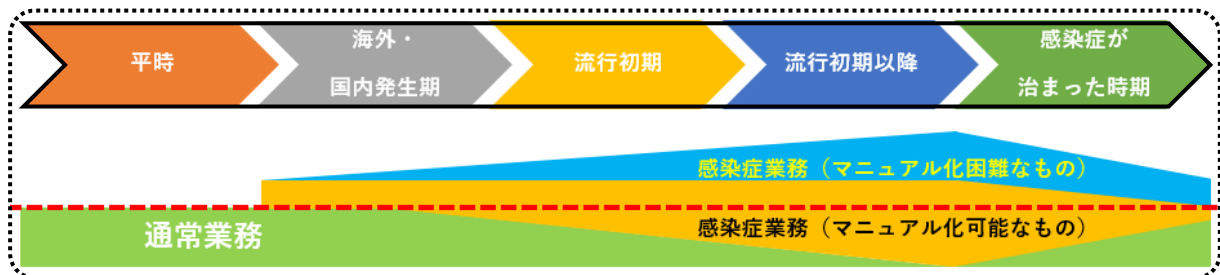
要点や計画の基となった考え方（なぜ、そのような要点や計画としたのか）です。

2 本計画の使い方

まずは上記の①～③と、本文中の図表を流し読みして概要をつかむことをお勧めします。さらに詳しく内容を知りたい方は、単元全体を通読してください。また、重要と思われる事項については具体的に（計画レベルというよりはマニュアルレベルで）記載しています。

なお、県中保健福祉事務所は、地域保健法に基づく保健所を兼ねております。本計画においては、計画の位置付け上、保健所と記載しています。

1 基本的な考え方と目的及び戦略



1

要点

- 平時も有事も県中保健所が地域保健・公衆衛生対策の拠点として維持できる体制の構築が必要。
- 3つの戦略：①職員の健康を守る（全所体制・労務管理・人材育成等）、②平時からの十分なコミュニケーションと合意形成、③PDCA サイクル。
- 平時から定期的な BCP の見直し、有事に備えた研修や訓練、業務効率化を行う。

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）で得た多くの反省と教訓を今後に生かし、想定外の事態にも対応できる柔軟性を持つ必要がある。
- 感染症に係る健康危機発生時に、職員の健康を守ることは並々ならぬ組織的な努力が必要であり、特に保健所においては全庁体制を前提として労務管理と人材育成等の組織的かつ複合的な対策を講じる必要がある。
- 特に有事にはコミュニケーション不足が生じ易くなり、PDCA サイクルを回し続けることが困難になるため意識的に取り組む必要がある。

(1) 基本的な考え方

- 感染症への対応は、その疾病の特徴や感染状況に応じた体制を確保して行う必要がある。新型コロナウイルス感染症の場合は、発生当初は東京都や大阪府などの都市部を中心にその流行がはじまったが、感染力の高い変異株の出現に伴い、全国で急激に感染が拡大した。感染拡大に伴い、県中保健所（以下、「当所」という。）においても特に感染症対応業務が増大した。
- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックに対応した経験を踏まえ、当所においても、今後国内外で、県民の脅威となり得る新たな感染症が発生した際には、情報の把握に努め有事体制への切り替えに備える必要がある。対応する感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症（当該指定感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限る。）及び新興感染症を基本とする。

- ただし、健康危機をもたらす感染症としては、新型インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等の呼吸器症状を主体とする感染症だけではなく、神経症状、消化器症状が主体の感染症や、蚊媒介などの感染経路が異なる感染症等、様々な感染症が存在することから、想定外の事態が起こりうることも十分念頭に置いたうえで、健康危機発生時にはその都度適切に情報収集・現状分析し対応を変更する必要がある。
- 情報収集においては、需要（ニーズ）と資源（リソース）の観点から行うことが重要である。具体的には、その感染症の特性（症状、潜伏期間、感染力のある期間、感染経路、感染力の強さ、地域住民の免疫の状況など）、発生等の動向（感染者数、重症患者数、死亡者数、予防接種実績など）、対応方法（検査、予防接種など）、医療等の状況（外来、入院、宿泊療養等）等の情報がある。集まった情報を分析し、地域住民の需要に基づいて資源を適切に配分する必要がある。
- 当所の体制としては、流行開始から初期の段階で、感染症対応業務を支援する人員を最大限確保するとともに、その後のさらなる感染拡大に備えて、人員確保、外部委託（県による一元的な外部委託を含む）や、ICT の活用等が重要である。
- そのためには、当所においては、平時から有事に備え、事業継続計画（Business Continuity Plan、以下 BCP）を策定し、本計画に基づき人員、物資の確保や実践型訓練を含む研修を行い、健康危機発生時に迅速に対応できる体制を整えておく必要がある。

(2) 目的及び戦略

- 感染症に係る健康危機発生時（感染症対応業務の急激な増大が生じる）においても、当所が地域保健・公衆衛生対策の拠点として機能を発揮できることを目的とする。
- 目的の達成のため、次の3点を主たる戦略とする。
 - ① 速やかな全所体制への移行・労務管理・人材育成等により、職員の健康を守る。
 - ② 平時から関係者・関係機関間で十分なコミュニケーションを取り合意形成を行う。
 - ③ PDCA サイクルを回し続ける。



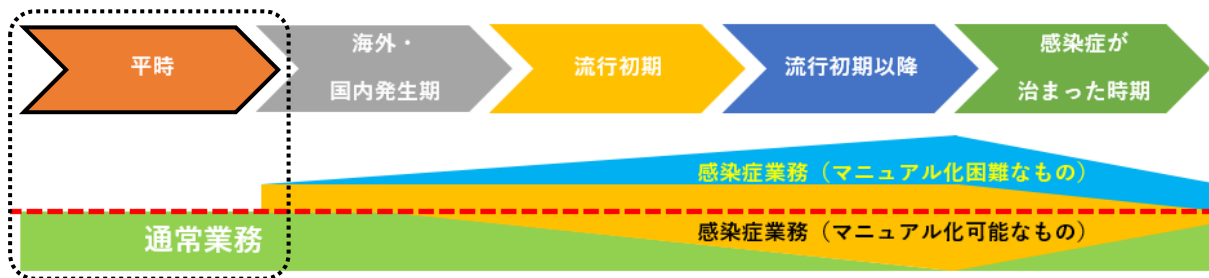
地域保健・公衆衛生対策拠点機能の発揮



【3つの戦略】

- ① 職員の健康を守る（全所体制/労務管理/人材育成）
- ② 十分なコミュニケーションと合意形成
- ③ PDCA サイクルを回し続ける

2 健康危機対処計画の策定と今後の更新における留意点



2

要点

- 健康危機対処計画（感染症）は、保健所が平時のうちから感染症による健康危機に対する準備を着実に進めるための計画である。
- 健康危機対処計画は年に1回、ワーキングメンバーを中心に計画的な見直しを行う。
- 業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）も年に1回、総務企画課を中心に見直しを行う。
- 定期的な研修や訓練を行い、健康危機対処計画の実効性を担保する。

基本的な考え方

- 健康危機が発生した際、職員全員が「自分事」としてとらえ、機能的に活動できるよう、平時から研修や訓練を通して、計画への理解を深める必要がある。
- ワーキンググループと課長会議は車の両輪のようなものであり、研修や訓練の実施、計画の見直しに当たっては、相互理解や尊重を大事にする。
- BCP見直しの作業は、年度当初に実施すると異動直後で担当業務を熟知していない職員が多く、十分な検討ができない可能性があることから、毎年度末に実施することが望ましい。

(1) 健康危機対処計画とは

- 平成6年に保健所法（昭和22年法律第101号）を改正する形で地域保健法が制定され、同年12月に地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号。以下「基本指針」という。）が定められ、これに基づいて地域保健対策の推進が図られてきた。その後、地域における健康危機事例が頻発し、地域における健康危機管理について、平成12年3月に基本指針が改正され、地方公共団体は健康危機管理を適切に実施するための具体的な対応についての手引書を作成する必要があることが定められ、保健所が中心となって手引書を作成する際に参考となるように、平成13年3月「地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～」がまとめられた。
- 令和2年に発生した新型コロナウイルス感染症対応における課題等をふまえた感染症法の改正、及び基本指針の改正を受け、「各保健所は、平時のうちから健康危機に備えた準備を計画的に進めるため、健康危機管理の対応について定めた手引書、感染症法に基づく予防計画、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号。以下「特措法」という。）

2 健康危機対処計画の策定と今後の更新における留意点

に基づく都道府県行動計画等を踏まえ「健康危機対処計画」を策定する」とこととされた。策定に当たっては、地域によって特徴的な環境、資源等が異なってくることから、各保健所における地域の特性や実情をふまえることが重要であるとされている。

(2) 健康危機対処計画の位置づけ等

健康危機対処計画の策定に当たっては、感染症法に基づく予防計画、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画、及び地域防災計画、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づく医療計画等との整合性を踏まえる必要がある（表 1）。

（表 1）健康危機対処計画の位置づけ

地域における健康危機管理に関する保健所・地衛研の計画の整備

健康危機管理				
感染症				自然災害等
	新型インフルエンザ等 特措法	感染症法	地域保健法	
国	政府行動計画	感染症法基本指針	地域保健基本指針	
		予防計画策定ガイドライン	地域健康危機管理ガイドライン	
			健康危機対処計画（感染症編）策定ガイドライン	
都道府県	行動計画	予防計画	↑ ↓ 国の考え方を踏まえ作成 フォローアップ等	（手引書）
保健所設置市	行動計画	予防計画		（手引書）
一般市町村	行動計画	予防計画と整合性を踏まえながら作成		（手引書）
保健所	マニュアル		健康危機対処計画	手引書（マニュアル）
地方衛生研究所			健康危機対処計画	マニュアル

※健康危機対処計画は、既存の手引書やマニュアルの改定でもよい。

出典：厚生労働省健康局健康課地域保健室。改正感染症法等を踏まえた保健所の体制強化について（R5.6.29 保健所における健康危機対処計画（感染症編）策定ガイドラインに関する説明会資料）

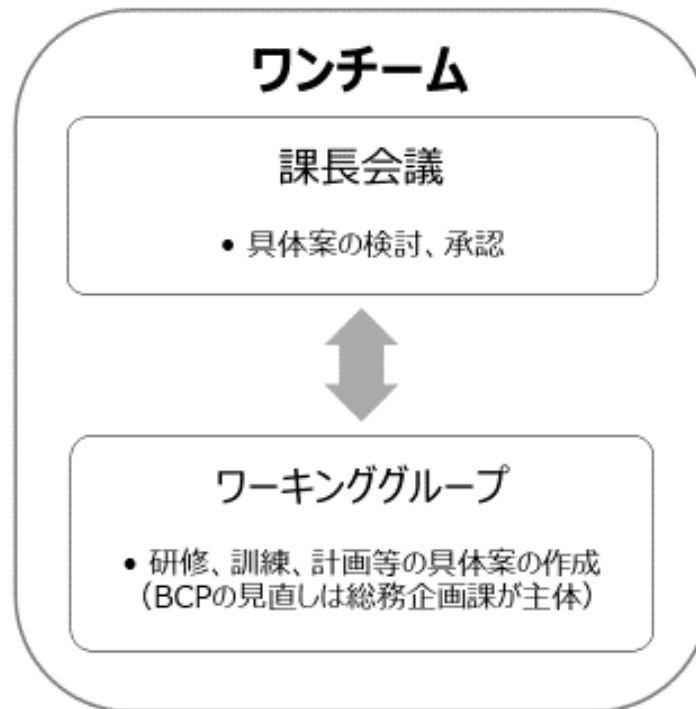
(3) 定期的な研修・訓練と計画の見直し

- 健康危機対処計画の内容は、年度当初の所内研修の機会を利用して、所内の職員に周知徹底するとともに、策定した健康危機対処計画が形骸化することのないよう、所内研修を通じて訓練を行い、実効性を担保することが重要である。
- BCP としての業務優先度等については、総務企画課が主体となり、所内課長会議の活用やワーキンググループとの連携等により毎年度末に評価を行い、改訂を加える（図 1）。
- 感染症法に基づく予防計画、特措法に基づく行動計画等の見直しの際や計画に携わる構成機関が変更になった際には、県中保健所の健康危機管理対処計画についても、見直しを行う。

2 健康危機対処計画の策定と今後の更新における留意点

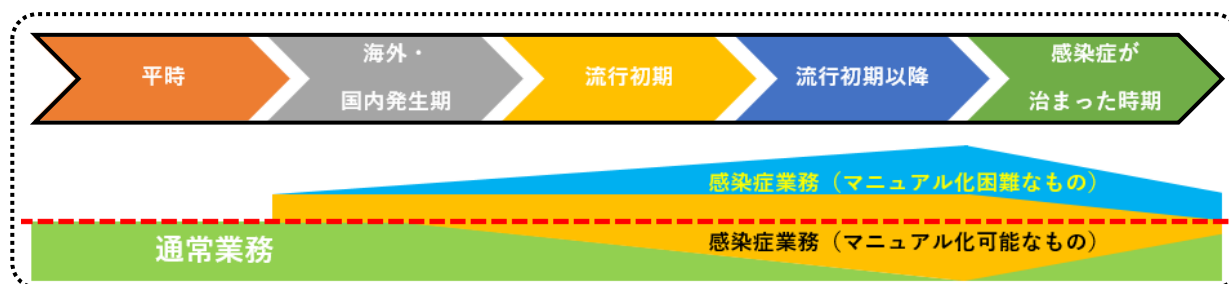
- 今後、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新興感染症等のパンデミックが発生した際には、健康危機対処計画が有効であったかどうかの評価を行う。特に、新興感染症が発生した場合は、国や都道府県の方針の変更に伴い、保健所業務の内容が大幅に変更されることもあり得る。感染症の流行の波の間や事後において、適時、評価を実施し、結果を所内で共有し、健康危機対処計画に反映しておくことが重要である。

(図1) 課長会議とワーキンググループの関係性



2 健康危機対処計画の策定と今後の更新における留意点

3 平時における準備 – (1) リスクアセスメント・リスクレベルの評価の理解と PDCA サイクル



要点

- リスクアセスメントについて、感染症では、「病原体（ウイルス、細菌等）」「感染経路」「取り巻く状況」の3要素について検討する。
- 発生状況に応じて（感染症流行期には週1回程度）「流行が起こる可能性」「発生したときの影響の大きさ」について評価を行い、リスクマトリックスを用いて結果を視覚化し、情報共有する。
- 所内体制については、リスク評価に基づく対応と合致しているか、随時（感染症流行期には週1回程度）、PDCA サイクルに則って評価を行い、対応業務等の改善を行う。

3
(1)

基本的な考え方

- リスクアセスメント・リスクレベルの評価については、所内で情報を共有することにより職員一人一人が健康危機であることの共通理解を図り、全所的な対応体制を構築することが重要である。
- 流行状況が変化の中で、その時点におけるリスク評価に基づいた対応業務と実際行っている業務と合致しているか PDCA サイクルに則って評価を行い、目標達成のために最適な対応業務となるよう改善を行う必要がある。
- リスクアセスメントと結果の共有なくして BCP の発動はできない。当所における新型コロナウイルス感染症対応時に BCP がうまく機能しなかった一因である。

(1) リスクアセスメント・リスクレベルの評価の理解

リスクアセスメントとは、ある健康危機事例が引き起こすリスクを系統的に評価し最終的にそのリスクレベルを決定して以降の対応方針を決定するためのものである。感染症では、「病原体（ウイルス、細菌等）」「感染経路」「取り巻く状況」の3要素について検討する。リスクレベルの評価については、「今後起こる可能性」と「起こったときの被害の大きさ」を推定し、リスクマトリックスを使用して可視化する。

1) リスクアセスメント

- リスクアセスメントについては、「病原体（ウイルス、細菌等）」「感染経路」「取り巻く状況」について平時においては感染症予防チーム、有事においては企画部門が中心となり情報を整理し、明らかとなった情報を順次所内で情報共有する。必要に応じて、新興感染症については新しく報告された論文検索や過去の同様の事例の文献調査を行う。

① 病原体

- 病原体について、明らかとなっているリスク（病原性、潜伏期、臨床症状、重症化率（入院率）、致死率、感染性、自然宿主と環境での分布様式、伝播様式、治療方法、予防方法、病原体の血清型、遺伝子型、特定の変異の有無、薬剤耐性、遺伝子系統樹、毒素産生性など）について検討する。

② 感染経路

- 感染経路（空気感染、飛沫感染、接触感染）によって、とるべき対策が全く異なる。そのため病原体と人間の相互作用について、病原体がどのような経路で感染し被害を生じさせるのかについて検討する。
- すでに管内において、患者が発症している場合には、発症日、曝露日、居住地、曝露地、年齢、性別、職業、基礎疾患の情報を収集し、時系列的には流行曲線を描く。また、これまでに病原体に曝露された、今後感染症を発症する可能性がある個人、集団の数を推定する。感染経路とこれまでの状況や過去のデータから伝播状況（基本再生産率）を推定し、今後管内において、感染が拡大するリスクのある場所、行動、地域、動物との接触などを検討する。

③ 取り巻く状況

- 事象の発生した背景因子（環境因子）について、「対策の行き届いた院内環境なのか、院内感染対策が破綻している状況なのか」「気候」「都市地域なのか農村地域なのか」「人口密集地なのか過疎地域なのか」といった物理的な背景から、上下水道の状況、交通、医療サービスといったインフラ、そして地域の社会経済状況、政治的な状況、文化・慣習、そして人々の受診行動のような行動パターンなど、リスクに影響する因子について検討する。

2) リスクレベルの評価

- リスクアセスメントに基づき、管内における感染症のリスクレベルの評価を行う。課長会議のメンバーに適宜必要な人員（感染症予防チームキャップ等）を加え、明らかになっている要素別の情報を統合し、感染症の流行が起こる可能性はどのくらいなのか、その場合の公衆衛生学的なインパクトはどのくらいなのかを評価する。
- これは不確実な部分が多く答えを見いだすのは簡単ではないため、感染症の発生状況に応じ（流行期には週1回程度）課長会議において時間を確保し、リスクレベルの評価を行う。その際に、リスクを視覚的に表現したリスクマトリックスを用いる。リスクマトリックスは、「リスクの大きさ＝発生率×発生したときの影響の大きさ」として、起こりやすさ（Likelihood）と被害の重大性（Consequences）の二次元で評価・視覚化するもので、最終的なリスクのレベルを評価する場合に用いられ、リスクレベルの評価の共通認識を得ることを容易にする（図1、表1参照）。リスクレベルの評価に基づき、BCPとしての業務優先度を確認し、各課においてどの業務を休止もしくは延期等を行うかを定める。また、感染症対応業務については、全所に対応すべき健康危機であるという認識を持って対応にあたる。

(図 1) リスクマトリックス

	最小限	小規模	中規模	大規模	重篤
ほとんど 確実					
かなり 起こりそう					
起こりそう					
起こるかも しれない					
起こらないだろう					

低リスク 中リスク 高リスク 緊急事態

(表 1) リスクレベルの評価

起こりやすさ (Likelihood)	ほとんど確実 (almost certain)	ほとんどの状態で起こると思われる (可能性 95%以上)
	かなり起こりそう (highly likely)	ほとんどの状況でおそらく起こるだろう (可能性 70～94%)
	起こりそう (likely)	往々にして時には起こるだろう (可能性 30～69%)
	起こるかもしれない (unlikely)	時として起こるかもしれない (可能性 5～29%)
	おこらないだろう (very unlikely)	例外的な状況では起こるかもしれない (可能性 5%以下)
被害の重大性 (Consequences)	重篤 (Severe)	多数の人々やリスクグループに深刻なインパクトがあり、社会活動にも深刻な破綻が生じるため、最大限の対策が必要である。
	大規模 (major)	少数の人々やリスクグループに大きなインパクトがある。平常時の活動に大きな支障が出るため、多くの追加的対策が必要となる。
	中等度 (moderate)	多数の人々に中等度のインパクトがあるか、リスクグループが影響を受ける。平常時の活動は中等度の障害を受け、さらなる追加対策が必要となる。
	小規模 (minor)	少数、あるいはリスクグループに若干のインパクトがあり、平常時の活動に限定的な影響がある。いくつかの追加的な対策が必要。
	最小限 (minimal)	対象人口集団に限定されたインパクトしか無く、平常時の活動にほとんど影響を及ぼさないで、平常時の対策で十分。
これらの積としての 全体的なリスク レベル	緊急事態 (very high risk)	時間外の発生であっても即座に対応する必要がある。即座に上位レベルに報告し数時間以内に対策本部の設置を行い、系統的に対応すべきである。
	高リスク (high risk)	上位レベルへの注意喚起が必要で、系統立てた対策本部が必要になることがあり、追加的な対応が必要になる。
	中等度リスク (moderate risk)	対策の役割分担を明確にして、強化サーベイランスや個別対応が必要
	低リスク (low risk)	標準的な手法で平常時の対応で十分

3) PDCA サイクル

- リスク評価に基づき所内体制を構築するが、リスク評価に基づく対応が実際に合致しているかを確認するために PDCA サイクルに則って、流行期には 1 週間おきに評価をすることが必要である。

- **PDCA サイクルとは Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)を繰り返すことによって、管理業務を継続的に改善していくもので、仕事を改善・効率化することができる方法とされている(図2)。**

(図2) PDCA サイクル

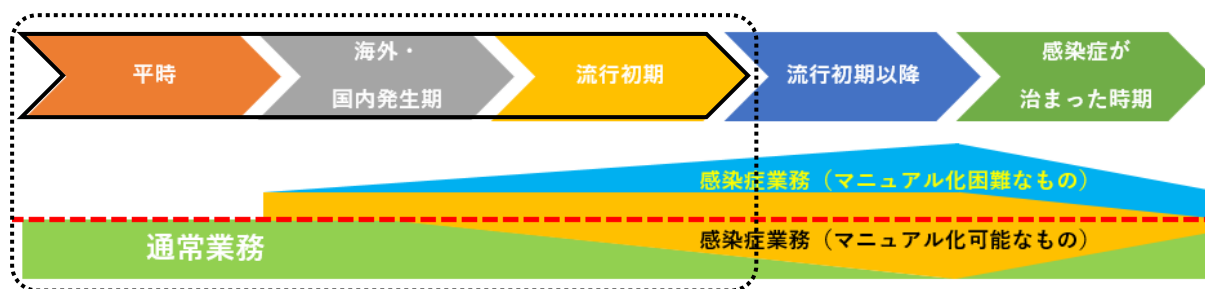


- ただし PDCA サイクルは、計画立案に重きを置くため行動までに時間がかかり、1つのサイクルを回し終えるまで新たな課題や問題点の解決に対応できないという欠点がある。一方 **DCAP サイクルは実行に重きを置くため、まず行動し、感染症の流行状況や必要な業務を把握したうえで、改善するための計画を立てられることが特徴**といえる(図3)。
- 感染症対応はスピード感のある対応が求められるため、必要に応じて PDCA サイクルを用いるのか、DCAP サイクルを用いるのかを検討する。
- 対応が長期化するとマンネリ化し、Check(評価)→Action(改善)がおろそかになり、漫然と同様の対応を続けている可能性があることを念頭におき、必ず Check(評価)→Action(改善)を行うこと。

(図3) DCAP サイクル



3 平時における準備 – (2) 業務量・人員数の想定



要点

- 業務量・人員数の想定について、平時から行っておくべき準備は業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）の定期的な見直しである。
- 感染症による健康危機発生時に、具体的な業務量・人員数を算出する。
- 算出された業務量・人員数をもとに適切な人員配置を行う必要がある。

3
(2)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応において、当所の BCP はうまく機能しなかったことを踏まえ、定期的な見直しと、有事の運用方法について訓練等により実行性を高める取組が必要。
- 業務量と人員数の想定については、流行する感染症の特徴により大きく異なるため、有事に算出せざるを得ない。平時のうちから、①迅速に算出でき、②それをもとに人員配置を行うことができるような準備（訓練等）が必要。

(2) 業務量・人員数の想定

- 業務量・人員数の想定については、どのような感染経路と病原性をもつ感染症が流行するかによって大きく異なることが想定される。
- 感染症発生時にはリスク評価に基づき、どの程度の時間をかけて積極的疫学調査を行うのか、接触者の調査はどの程度行うのか、接触者健診の方法はどのように行うのか、感染者の健康観察や入院はどのように行うのか等を早急に判断する必要がある。
- 上記判断に基づき、1 件あたりの業務に係る時間×件数を算出し、何人程度の人員が必要なのかを検討する。
- 必要人員数については、所内における人員確保と IHEAT（Infectious disease Health Emergency assistance Team、以下 IHEAT）等の派遣による外部の人員確保により、確保する。このため平時より IHEAT の派遣依頼のスキームやアウトソースの準備を進めておく。所内における人員確保については、所内の業務の優先度より、継続する業務と縮小する業務について、課長会議で検討を行い、業務縮小によって確保された時間を感染症対応にあてることとする。縮小した業務の再開等については、リスク評価に基づき、課長会議において判断する。
- 必要人員数については、所内の人員で補えない場合には IHEAT、市町村、本庁からの応援職員を確保する。応援を依頼する場合であっても、1 件あたりの業務に係る時間×件数を算出し、必要人数を明らかにすることで、スムーズな人材確保ができる可能性が高い。

- 本庁や振興局等からの応援職員、IHEAT 要員、市町村からの応援派遣等については、本庁の対策本部や感染症対策課等と協議を行う。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、IHEAT 要員、市町村、県中合同庁舎、本庁職員による遠隔サポート（積極的疫学調査）等の応援派遣を要請した。新興感染症発生時には、あらかじめ市町村の相談窓口について確認し、当所のみで対応が困難となった場合については、市町村と応援職員の派遣について協議する。
- また応援職員については、業務内容の説明等のオリエンテーションが必要であり、連日異なる応援職員が派遣される場合には、当所の負担増になることも考えられる。平時から業務量と必要人員を想定することで人員を確保し、健康危機発生時には迅速な初期対応を行うことができる人材を育成することも重要である。

3 (2)

1) 被害想定

- 福島県感染症予防計画（令和 6 年改定）における数値目標として、「保健所における流行開始（感染症法に基づく厚生労働大臣による新型インフルエンザ等感染症等に係る発生の公表（〔新興感染症に位置付ける旨の公表〕）から 1 か月間において想定される業務量に対応する人員確保数）が設定されている（表 1）。
- その際に用いた被害想定は以下（図 1）のとおり。

（出典：令和 5 年度 第 1 回福島県感染症対策連携協議会保健所・検査体制等検討ワーキンググループ（令和 5 年 9 月 27 日開催）資料 3）

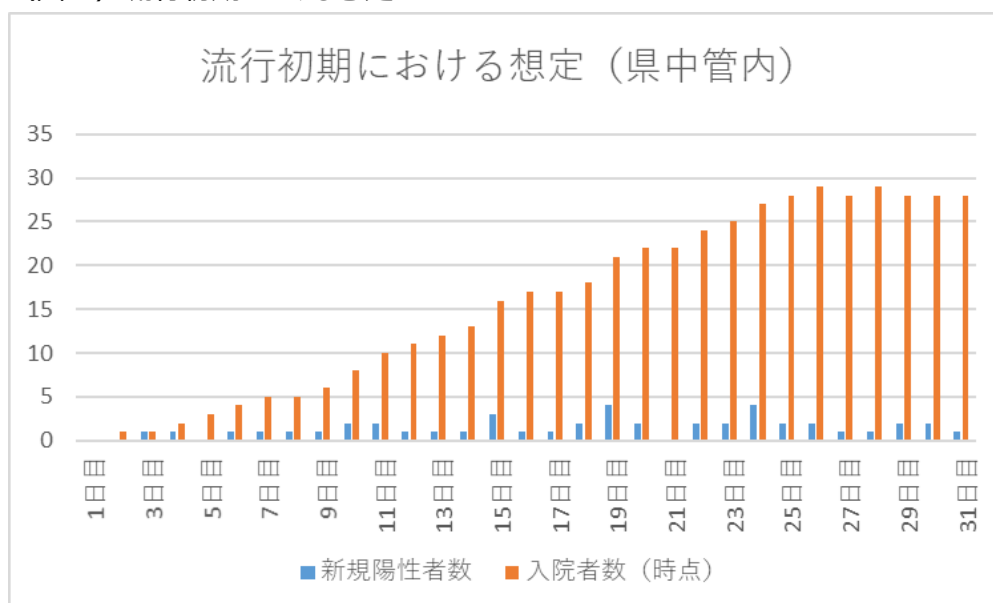
（表 1）保健所における流行開始から 1 か月間において想定される業務量

項目	業務量・必要な人員確保数の算定に係る考え方
流行初期（厚生労働大臣の公表後 1 か月の時期）	新型コロナウイルス感染症の本県における 第 3 波 と同規模の感染（令和 2 年 12 月頃）
感染状況	
新規陽性者数	最大 43 人／日／県（452 人／月／県）
入院者数	最大 277 人／日／県
相談受付件数	最大 700 件／日／県（一元的相談窓口）
PCR 検査数	最大 1,110 件／日／県
外部委託	
一元的相談窓口	運用開始
民間検査	運用開始（保健所への検体回収あり）
検体搬送	準備段階 （医療機関～保健所、保健所～衛生研究所間）
宿泊療養施設	準備段階
健康観察・生活支援	準備段階
陽性者移送	運用開始（委託先の増加に向けて準備段階）
業務の対象範囲	
積極的疫学調査	調査対象の重点化は想定せず （発生届の対象についても同様）
健康観察	入院待機者（自宅療養者）及び濃厚接触者

その他
● 《数量の記載》 業務ごとに1日当たり必要な人員数を見積もる方式とする。 例) 相談業務3人/日 ● 《業種区分》 各業務の必要な人員確保数については、「技術職（医療系）」及び「その他（事務職等）」とで区分して計上する。 ※技術職の必要人員数を明確にすることで、外部応援の要請・受入れや業務マネジメントを効率的に進めることが期待される。 ● 《休祝日の扱い》 流行開始から1か月で感染が拡大している時期であり、保健所における各業務がひっ迫している状況であることを踏まえ、平日・土日祝日による業務体制の区別は見込まないこととする。 ● 《兼務の扱い》 業務ごとに班・チーム別の対応であることを想定し、同一職員が複数業務を兼務することを前提とした業務量（必要な人員数）の算定は行わないこととする。 ● 《「その他」の業務想定》 各種会議、広報、人員体制・安全管理、物資・執務環境等

3
(2)

(図1) 流行初期における想定



2) 業務量の想定

- 新型コロナウイルス感染症と同程度の感染症が発生し、新型コロナウイルス感染症の第3波(前出のグラフ「流行初期における想定（県中管内）」を参照)と同規模の感染拡大が想定された場合に、当所において必要な人員の目安を以下（表2）に示す。ただし、必要な人員については、感染症の重症化率や感染経路によって異なることから、リスクアセスメント・リスク評価に基づき、見直しを行う。
- 表は同一職員が複数業務を兼務することを前提とした業務量の算定は行わないことを基本とし、作成しているが、実際には、同一職員が複数業務を兼務ようになるため（例：疫学調査を行った職員が、入院・入所調整を実施する等）、表の実人員では人員が不足する可能性があることに留意すること。

(表2) 当所における必要人員数

職種区分(目安)	流行初期の想定業務量に必要な人員数 [人/日]		(うち所内の確保見込人員数) [人/日]	
	技術職	その他	技術職	その他
相談体制	3	10	(2)	(10)
検査・発熱外来	2	10	(2)	(9)
積極的疫学調査	6	10	(5)	(5)
健康観察・生活支援	3	6	(2)	(6)
移送	3	3	(1)	(1)
入院・入所調整	3	5	(3)	(5)
クラスター対応	2	2	(2)	(2)
その他(各種会議、 広報、人員体制・安全管理、 物資・執務環境等)	2	5	(1)	(4)
【合計】	24	51	(18)	(42)

3) 業務継続計画(BCP: Business Continuity Plan)

①通常業務の優先度の策定

- 業務継続計画(BCP: Business Continuity Plan、以下 BCP)とは、自然災害、感染症、大火災、テロ攻撃などの様々な緊急事態に遭遇した場合において被害を最小限にとどめつつ、中核となる事業や業務の復旧を可能にするため、平常時に行うべき活動や緊急時の業務継続のための方法、手段を取り決めておく計画のことをいう。
- 当所の BCP として通常業務の優先度を策定する。新興感染症発生段階によって社会状況や県民の生活、当所への影響内容が異なることが想定されるため(参考: 福島県県北保健福祉事務所作成 表3 参照)、各発生段階に合わせて優先度を設定する必要がある(図2 参照)。

表3

新興感染症発生時の県民や県北保健福祉事務所への想定される影響

時期	社会状況等	県民生活の影響	県北保健所への影響
海外発生期	○発生国・周辺国への海外旅行・出張が中止。 ○感染予防意識が向上する。 ○食料品・生活必需品医薬品を買い求める。 ○疑い患者の増加。	○県民生活に不安が広がる。 ○感染予防意識が向上する。	○対策本部の設置等準備。 ○県民からの生活相談、県の対策や新興感染症等に関する（感染予防）などの問合せが増加（電話・窓口） ○相談センターを設置。 ○感染予防策の強化。 ○情報収集と迅速な情
国内発生早期	○国民の不安が高まり、受診者が増加。 ○在外邦人の不安拡大。帰国者増加。 ○百貨店、劇場、映画館等の集客施設への来客が減少。 ○集会、興業等開催の自粛。 ○学校での感染拡大。児童生徒の欠席。 ○発生地域の公共交通機関・職場で感染のおそれ。 ○一部事業者の休業。	○医療機関が混乱し始める。 ○多くの県民が外出を控え始める。 ○個人商店の休業がはじめる。 ○食料品・生活必需品医薬品を求める県民が急増する。 ○一人暮らしの高齢者や介護を必要とする県民（要配慮者）の生活に支障が出る。	○問合せの増加により混乱が始まる。 ○感染防止のため徒歩、自転車、バイク、自動車により出勤するようになる。 ○感染症業務へ応援体制が必要になる。 ○県立施設や窓口業務、イベントが感染源になる可能性がある。 ○学校・保育園等の閉鎖が必要となる。 ○要配慮者に対する支援が必要となる。
県内発生早期	○周辺で発症者や死者が増加し始める。 ○家族全員が発症する家庭が増加。 ○医療受診者が急増。医療機関での感染が拡大。 ○火葬・埋葬などが追いつかなくなる。 ○住民が外出を自粛。備蓄品不足。 ○要配慮者への看護、介護サービスの低下。 ○従業員の欠勤等により公共交通・物流が低下。 ○学校など教育施設の休校が急増。	○医療機関等が混乱し、医療・看護サービスが受けられなくなる。 ○近隣、県内で感染者が増加しはじめる。 ○多くの県民が外出を控える。 ○食料品・生活必需品医薬品が不足する。	○決裁、会議での意思決定が低下する。 ○委託事業者業務停止。サービスの低下による混乱。 ○感染症業務への従事。 ○金融機関サービス（収納、支払等）の低下、中小企業等への融資。 ○食料品・生活必需品医薬品の問合せがさらに増加。 ○火葬場の稼働状況が低下。遺体安置所設置、一時埋葬を行う可能性がある。
県内感染期	○発生者が減少し始める。 ○従来の生活に戻る。 ○医療機関等通常体制に戻る。 ○資金繰りの支援等の要望が増加。 ○企業が事業を再開。	○新たな感染者が出なくなる。 ○県民が外出し始める。 ○食料品・生活必需品医薬品の流通が再開。	○中小企業等への支援。 ○職員の復帰・業務の再開。 ○第二波への備え。 ○対策の見直し。
小康期			

(図2) 発生段階に応じた運用イメージ

	有事の業務		平時の業務（通常業務）				
	新興感染症業務		A業務	B1業務	B2業務	C業務	D業務
平時			継続				
海外・国内発生期			継続				停止
流行初期			継続			停止	
流行初期以降			継続	停止			
感染症が治まった時期			継続				

- 通常業務の優先度については、年1回、年度末（1～3月頃）に総務企画課が主体となり見直しを行う。次年度の事務分掌は、BCPの内容も踏まえて決定する（資料1）。業務についてはあらかじめ、A 継続業務、B 縮小業務（B1又はB

2に分類される)、C 延期業務、D 中止業務に優先度のランク付けを行い、リスクアセスメント・リスク評価に基づき、どのランクの業務まで実施するのか、課長会議で検討する。感染症の流行状況に応じて、週 1 回程度リスク評価の見直しを行う。

- A 継続業務は、通常業務のうち、新興感染症新の感染拡大中においても決して停止できない（継続しなければならない）業務とする。具体的には、県民の生命と健康を守るための業務、県民の生活の維持に関わる業務、県の基盤維持に関わる業務、停止することで法令違反になる業務が該当する。
- B（B 1 又は B 2 に分類される）縮小業務は、通常業務のうち、新興感染症新の感染拡大中においても停止できないが、体制の縮小をして継続する業務が該当する。なお、継続の必要性の「強さ」の程度を考慮し、継続の必要性のより強い業務を「B 1」、そうでない業務を「B 2」とする。
- C 延期業務は、通常業務のうち、新興感染症の感染拡大中においては停止するが、感染が収束した場合には再開する業務が該当する。
- D 中止業務は、通常業務のうち、BCP 発動時は停止する業務が該当する。
- なお、有事における通常業務の優先度等については、感染症の流行状況に応じて、週 1 回程度を目安にリスク評価と見直しを行う。

②発動のタイミングと運用方法

- 通常業務の優先度策定のみでは、仮に BCP が発動しても、うまく機能しない。当所が新型コロナウイルス感染症の対応から得た教訓のひとつである。
- ゆえに、平時のうちから BCP 発動のタイミングと、発動後の運用方法についてある程度具体的に検討しておく必要がある。
- 流行初期において、所内本部が立ち上がった時から、感染症の特徴等を踏まえつつ BCP 発動のタイミングについて継続的に協議を行う。
- 流行初期においては、新規発生患者数が業務量を反映する指標の 1 つになることが想定されるため、指標に応じた BCP の運用方法（表 4）を所内本部立ち上げ後 1 週間以内に策定する。

（表 4）指標に応じた BCP 運用方法の例

指標名	段階	基準値の目安	業務停止の程度
新規感染者数	1	1 ～ 10 人/週/管内	D：停止、C：停止準備
	2	11 ～ 50 人/週/管内	D、C：停止、B：縮小準備 ※ B 2 は状況により停止
	3	51 人以上/週/管内	B 以下を極力停止

- 策定した指標と基準値、運用方法は、変化する状況に応じ課長会議で週 1 回程度を目安に評価と見直しを行う。
- 感染症の治まる時期の見通しが立った時点で、業務を再開する基準値の目安についても、可能な限り早期に策定する。

4） 人員数の想定

- 業務量の想定に基づき人員数を想定する。優先度に基づき通常業務を縮小し、業務を縮小することで確保できる人員について明らかにする。

- 業務負荷を算出可能なツール（図3）を作成し、実際の業務量を入力し、どの程度の業務を所内の人員で行うことができるのか算出する。
- 人員数の想定に当たっては、各職員の1日あたりの労働時間及び週あたりの労働時間が適切になるよう、必要な人数を算定する。典型的な1日に実働する人数と、ローテーションに登録される人数をそれぞれ算定しておく必要がある。
- 総合調整や療養先の検討等を行う人員については、疫学調査等業務からあらかじめ除外しておく必要がある。
- 有事においては、人員数の想定をもとに、所内本部会議において速やかにシフト表（表5、資料3）を作成する。

(図3) 業務量・必要人員算定ツール

◆業務量・必要人員算定ツール◆

県中保健福祉事務所

業務執行日（想定）→ 令和6年3月1日（金）

※1日当たりの勤務時間 465分 = 7時間45分					20人
部門、班	件数 (件/日)	所要時間 (分/件)	所要時間 (分/日)	必要人員 (人/日)	備考
業務内容					
実行部門			0	0.000	0
マニュアル作成			0	0.000	
			0	0.000	
○記録・文書班			1,220	2.624	3
クロノロ	1	100	100	0.215	
入院勧告書類の作成・発送	28	20	560	1.204	
公費負担事務	28	20	560	1.204	
			0	0.000	
○相談班			1,300	2.796	3
電話相談対応（一般相談）	10	10	100	0.215	
電話相談対応（体調不良者）	60	20	1,200	2.581	
			0	0.000	
○疫学調査班			4,230	9.097	9
積極的疫学調査	43	60	2,580	5.548	
濃厚接触者特定	43	30	1,290	2.774	
クラスター対応	1	360	360	0.774	
			0	0.000	

3 平時における準備

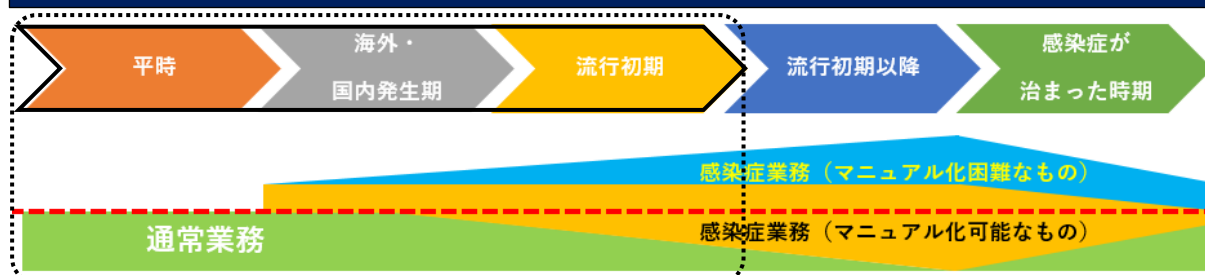
(表5) シフト表の様式

県中保健福祉事務所 シフト表【令和6年1月】 更新日：R6.1.1

現在の段階： 海外・国内発生期

				日付	1		2		3		4		5		6		7	
				曜日	月		火		水		木		金		土		日	
				勤務時間帯	通常	時差	通常	時差	通常	時差	通常	時差	通常	時差	通常	時差	通常	時差
				時間	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45	8:30 ～ 17:15	11:00 ～ 19:45
部門	班	職	氏名															
指揮部門		所長																
		副所長																
		生活衛生部長																
		統括保健師																
企画部門		生活衛生部長																
		統括保健師																
		感染症予防チーム員	技															
		感染症予防チーム員	技															
		総務企画部員	事															
実行部門		健康福祉部員	事															
		医療薬事課長																
		保健福祉課長																
	記録・文書班	生活保護課長																
	相談班	保健福祉課長																
	疫学調査班	健康増進課長																
部支門 援 括		健康福祉部長																
		統括保健師																
部 総 財 門 務 務		総務企画部長																
		総務企画課長																
				計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3 平時における準備 – (3) 組織体制 – 1) 所内体制



要点

- 管理責任者と指揮命令系統を明確化・可視化しておく。
- 有事の際、所内本部の立ち上げと運営はインシデント・コマンド・システム（ICS : Incident Command System）に基づき行う。
- 業務負荷を算出可能なツールを用いて人員体制を構築する。

3
(3)
1)

基本的な考え方

- 感染症による健康危機は、地震等の自然災害と同様、組織において指揮命令系統の混乱が生じる。災害に対応するために標準化された組織マネジメントを行うことで、混乱を最小限にとどめるための準備を平時から行っておくことが重要である。
- 人員体制についても、可能な限り客観的な根拠に基づいて行うことで、業務負荷の偏りを防ぐ。

(1) 組織体制

1) 所内体制

① 管理責任者等の明確化

- 健康危機においては、対策の推進には強力なリーダーシップが必要不可欠である。このため、健康危機時における管理責任者及び代理者と優先順位（所長¹、副所長、生活衛生部長、統括保健師）を明確化し、職員へ周知する。管理責任者への負荷が大きくなることが予想されるため、あらかじめ管理責任者を補佐する者を決めておく。

② 指揮命令系統の明確化・可視化

- 組織体制を明示し、各部署における役割、責任者（代替者も含む）、連絡先について、所内の緊急連絡網を周知し、休日においても緊急対応が必要な場合においては連絡がとれるようにする。
- また、新興感染症発生初期においては、患者発生時には、本庁や市町村を含む関係団体との連絡をとる必要があるため、あらかじめ連絡先の一覧表を作成する。

③ 対策本部の設置準備

- 新型インフルエンザ等対策特別措置法により、新型インフルエンザ等が発生した際には、本庁に対策本部が設置されるが、本庁の対策本部との連携や、所内での情報

¹ 人事異動により、保健福祉事務所長と保健所長が専任の年度と兼任の年度がある。専任の場合、以降に記載する「所長」は保健福祉事務所長に読み替える。

共有、方針決定及び多数の人員による円滑な業務遂行のため、所内にも対策本部（以下、「所内本部」という。）を設置する。

- 所内本部を設置するに当たり、課長会議のメンバーを基本として、感染症予防チーム員数名を加えた会議体（以下、「所内本部会議」）を速やかに組織する。
- 所内本部には十分なスペースの確保が必要であることから、設置場所の第一選択は2階大会議室とする。
- 所内本部は、原則として本庁の対策本部が解散するまで設置することが想定されるが、所内本部会議で定期的に（週1回程度）リスク評価を行い、通常業務の優先度について判断をする（資料1参照）。
- また、感染症予防チーム員を含めた課長会議（有事においては所内本部会議）において、業務負荷を算出可能なツール（資料2）を用いて感染症の業務負荷一覧を作成する。
- 通常業務の優先度と業務負荷一覧等を参考に、適切な所内体制を構築する。
- 所内本部の立ち上げと運用に際しては、あらゆる災害に対応するために標準化されたマネジメント概念であるインシデント・コマンド・システム（ICS：Incident Command System、以下ICS）に基づき行う。以下に立ち上げの際の手順例を示す。

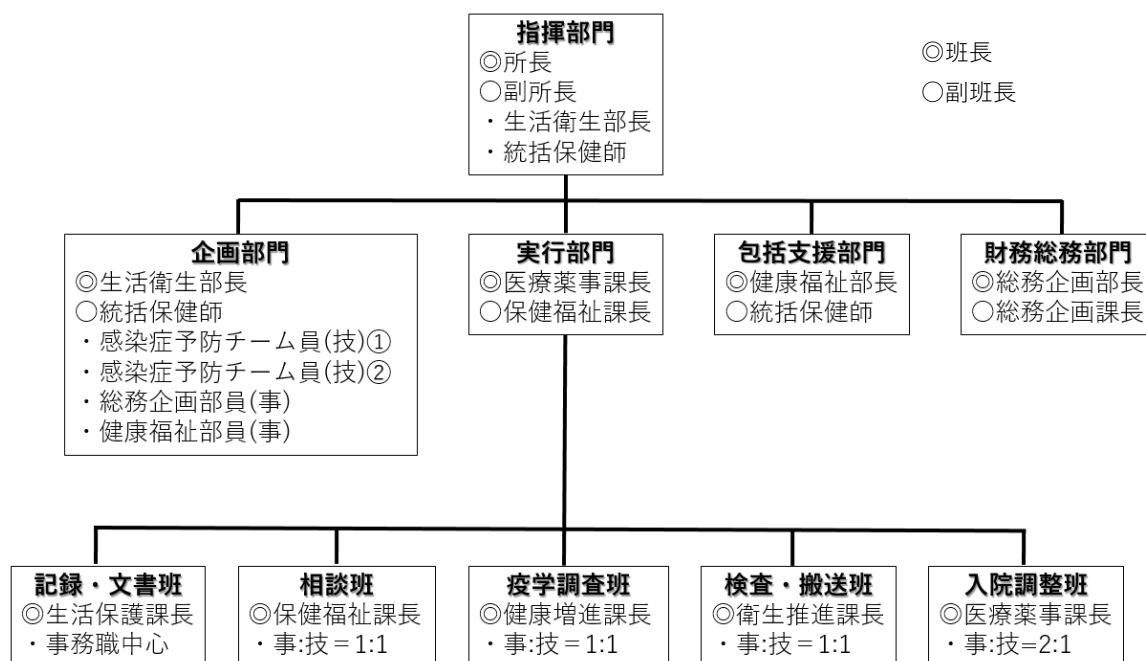
- 管理責任者（所内本部長）を中心に目的と戦略を明確化する。
- 所内本部立ち上げ時には以下の5部門を設置する（表1）。

（表1）所内本部の部門

部門名	役割、機能
指揮部門（Command）	決断を行う、責任を取る
企画部門（Planning）	頭を動かす
包括支援部門（Logistics）	ヒト、モノを集める
財務総務部門（Finance）	お金を払う
実行部門（Operation）	手を動かす

- 統制範囲（1人の人間が監督する部下の数）を5人以下とする。
- コミュニケーションの乱立を防ぐために、部門と統制範囲を「見える化」し、指揮一元化の原則（報告する上司は1人だけ、仕事も割り当てを受けるのもその上司からだけ、という決まり）を周知徹底する。
- ICSに基づいた組織図（所内本部立ち上げ時）と、想定される業務内容の例を次に示す（図1）、（表2）。

(図1) 組織体制 ※班に記載した事務職と技術職の比率についても、あくまで例示である。



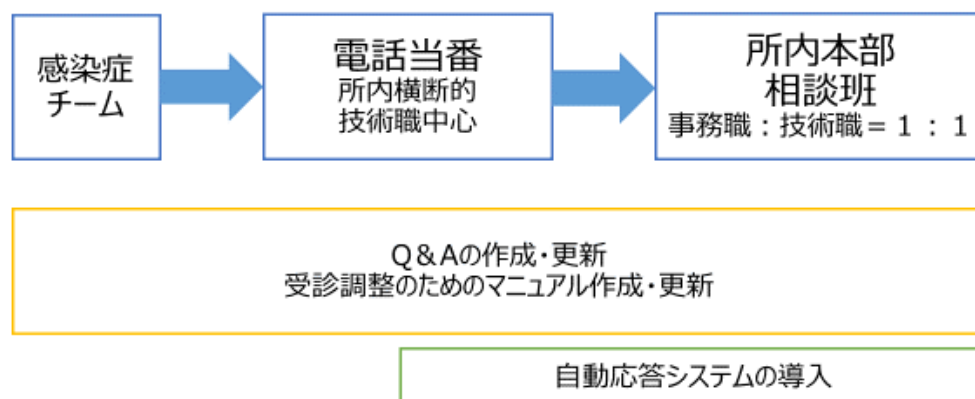
(表2) 各組織の想定業務内容

組織名	想定業務内容
指揮部門	所としての方針決定、決裁
企画部門	課題に対する解決策の検討、具体的な戦略の立案、業務のしくみづくり、マニュアル統合・調整・情報共有、感染症についての最新情報の収集、県中管内の発生状況の分析、住民・医療機関・市町村への情報発信内容の検討
実行部門	陽性者に関わる一連の対応、マニュアルの作成
記録・文書班	クロナロ、入院勧告書類の作成・発送、公費負担事務
相談班	感染症に関する一般相談への対応、体調不良者からの相談への対応
疫学調査班	積極的疫学調査、濃厚接触者の特定、クラスター対応
検査・搬送班	検査案内、検体採取、検体搬送、入院者の医療機関への搬送
入院調整班	感染症病床等を有する医療機関への入院受入打診、流行初期における健康観察・受診調整
包括支援部門	内部シフトの調整、受援調整、受援者へのオリエンテーション
財務総務部門	業務に必要な物資の調達、購入

- 所内本部会議における検討事項について、「現状と課題」、「以後の対応方針（だれが・いつまでに・何をする）」、「次回会議における議題と開催時期」の3点は常に意識して行う。
- 新型コロナウイルス感染症の対応においては、海外・国内発生期（所内本部立ち上げ前）から電話相談件数が増え、流行初期において一気に増加することで特に感染症予防チームや医療薬事課において早々に業務が逼迫した。
- 上記の反省から、電話相談件数の急増が予想される感染症の場合は、所内本部立ち上げに先行し、所内横断的な電話相談当番体制を構築する（図2）。

- 体制の構築時期は、感染症予防チームによる海外・国内発生期からの電話相談件数のモニタリング結果等に従い、チームの業務逼迫が予測可能となった時点とする。
- 相談当番体制立ち上げの判断は、課長会議で行う。
- 業務場所は1か所に集約し、効率化を図る。
- 構成員は、技術職（主に相談対応を行う）を中心に、事務職（主にQ&Aや業務マニュアルの作成作業を行う）も配置したシフト制とする。

(図2) 相談業務における全所体制確立までのステップ



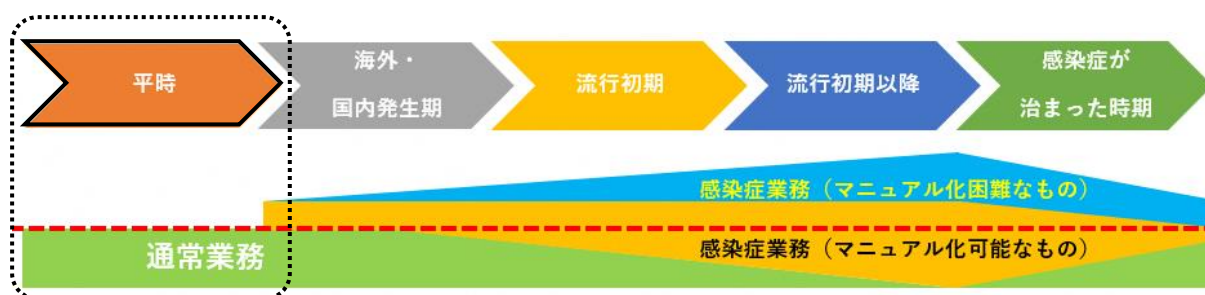
④ 人員体制

- 有事においては、どのような業務が発生しており、どの程度の人員が必要なのかを明らかにするために業務負荷表を作成する（資料2）。課長会議でリスク評価を行い、業務優先度に従って、通常業務を一部縮小・延期する。縮小・延期不可な継続業務を行う時間を除き、どの程度、感染症対策業務に従事できるのか各チームで時間を算出する。
- 業務負荷表に各チームでどの程度感染症対策業務が行うことができるのかを入力し、所内の人員で業務をどの程度まで行うことができるのかを算出する。なお、従事する業務については、対策本部の組織図における業務を基本とするが、多数の患者が発生した場合には、疫学調査や健康観察を行う人員が多数必要となるため臨機応変に対応を行う。
- 所内の人員で業務負荷表の業務がこなせない場合には、現在行っている業務の再点検を行う。業務の再点検については医療薬事課を中心に行い、積極的疫学調査・健康観察の簡素化、健康観察の外部委託、接触者健診の実施の検討等を行う。業務の再点検後は、リスク評価に基づき、簡素化が可能かどうかを課長会議で検討し可否を判断する。課長会議の結果については、所内の職員に周知し、必要十分な対応を心がける。
- チームをまたがって業務を行うためには、マニュアル整備が必須である。ただし、マニュアルの作成には時間がかかることと、新興感染症対策においては、想定していない業務が発生することが十分に考えられる。そのため、国や県からの通知に基づき、関係する業務を行っている技術職と事務職の複数名体制で早急にマニュアルを整備するが、マニュアルが完成するまでは担当業務のリーダーに業務内容を確認し、どの職員も一

定レベルの対応を行うこと。なお、マニュアルを作成する職員については、業務負荷表に人員を記載して別途確保する。

- 今後、新たに健康危機管理が発生した場合には、情報通信技術（Information and Communication Technology、以下 ICT）の活用が必要となる。
- 新型コロナウイルス感染症対応においては HER-SYS というシステムを用い、発生届の提出や健康観察等を行った。また、膨大な患者の情報管理については Excel の表を用い、勧告書等の作成は Excel の関数や Visual Basic for Applications（以下 VBA）を活用した。
- 健康危機管理が発生し、患者情報について ICT を用い管理することが想定された時点で、ICT の活用に秀でた職員を選出し、患者情報については、再利用性のない紙を使って管理することがないように早急にシステムを構築する。
- 業務負荷表において所内の人員で不足が見込まれる場合においては、本庁等からの応援職員・IHEAT 要員・市町村からの応援派遣等の人員確保を行う。ただし、管内において感染者が増加している場合においては、他の管内においても感染者が増加している可能性が高く、多数の長期間にわたる応援職員を確保することが困難である。そのため、不足が予想される場合には、早急に応援職員を要求することが必要である。また、アウトソースによる人員の確保を急ぐ。
- 職員自身やその家族の感染等により欠勤が生じる可能性も考慮する。

3 平時における準備－（３）組織体制－ ２）受援体制



要点

- 業務負荷表において所内不足人員を想定し、本庁応援職員・IHEAT 要員・市町村応援派遣等人員確保等受援方法の確認及び、受援要請発動のタイミングについて検討しておく。
- 支援者のためのマニュアル作成やオリエンテーションが実施できるように準備しておく。

3
(3)
2)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応時は、積極的疫学調査や健康観察などにおいて、人員不足が生じた。受援体制を平時から整えておき、有事にタイムリーな人員確保ができるよう準備が必要である。

(1) 組織体制

2) 受援体制

- 業務負荷表において所内の人員で不足が見込まれる場合においては、本庁等からの応援職員・IHEAT 要員・市町村からの応援派遣等の人員確保を行うこととなるため、本庁への受援要請の方法の確認をすると共に、受援要請発動のタイミングについて検討しておく。受援開始までには時間を要するため、できるだけ早いタイミングで受援要請することが望ましい。
- 受援時には、受入れ側である保健所の業務がひっ迫していることが想定される。本庁からの支援としては、本部機能であるマネジメント側の業務、IHEAT 要員や市町村からの応援派遣等の支援者については、疫学調査や健康観察などの多数の人手を必要とする業務を行うことが想定される。支援者の支援経験等をふまえ、どの業務を行うかを決めておく（図 1）。

（図 1）応援職員に依頼する業務内容例

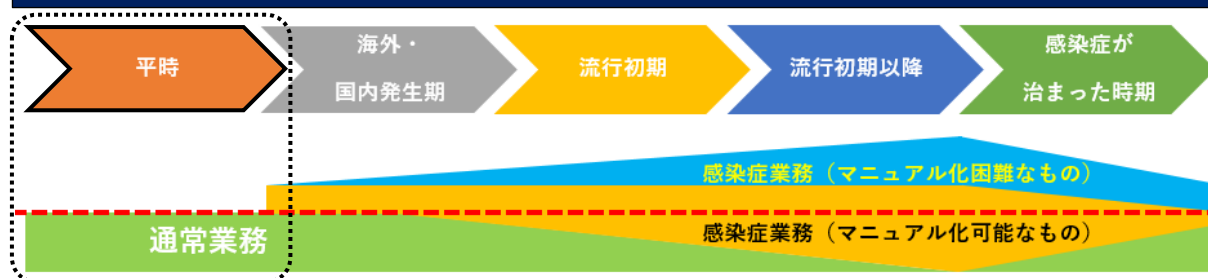
IHEAT要員 ➤業務全体のアドバイザー（戦略を立てる） ➤クラスター対策 等 ※国立感染症研究所主催のIHEAT専門講習を受講済みであり、専門的な業務支援が可能。受援の際は、まずIHEAT個々人とよく話し合い、能力や強み、弱みを把握することが肝要。	本庁応援職員（専門職） ➤疫学調査（遠隔支援含む）
県出先機関応援職員（事務系職員） ➤クロノ ➤文書作成（勧告書類、検査関係） ➤統計資料作成 ➤システム開発	雇い上げ職員 ➤業務の全体量により担当業務内容を検討
	市町村応援職員 ➤健康観察（電話不通者に対する安否確認を含む） ➤陽性者への生活支援 等

3 平時における準備

- 支援者が従事する可能性が高い業務（例：疫学調査、健康観察等）については、各班が主体となって早急にマニュアルを整備し、マニュアル内容や業務に関する説明を録画して、オリエンテーションの教材等として活用する。
- その他、オリエンテーションで説明する事項（勤務場所・体制、個人情報の取扱い、給料の支払い方法、引継ぎ事項等）については、支援者の勤務形態や所属先によって異なるため、平時においては総務課と感染症予防チーム、有事においては包括支援部門、財務総務部門、企画部門で協議し、説明内容を整理して準備しておく。

3 平時における準備 – (3) 組織体制

– 3) 職員の安全管理・健康管理



要点

- 標準予防策に関する研修（PPE の着脱方法を含む）を実施し、平時から職員の感染予防スキル向上に努める。
- 職員の健康状態の定期的な確認、メンタルヘルスケアを行う。
- 労務管理の視点を持った勤務シフト作成を行う。
- 夜間においては、有事の際に保健所を介さない受診体制の確立を目指す。

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応においては、24 時間体制で相談対応や入院調整を行ってきた。長期間にわたり超過勤務が続き、職員の健康状態悪化が懸念された。職員の健康を損ねることなく、持続可能な勤務体制を構築することが必要である。
- 健康危機発生初期においては、保健所内の混乱も想定される。初動では感染症予防チームに負担がかかるが、電話相談当番体制ないし所内本部が立ち上がった時点で、全所的に取り組む必要がある健康危機ということを職員全員が認識することが必須である。特に、マニュアルができていないため業務ができない等の発言を職員がすることなく、何が業務のボトルネックになっているのかを考え、職員が協力して業務を行うことが必要である。
- 夜間の入院調整は保健所を介して行うメリットが乏しい。平時から本庁や医療機関と協議を進めておくことが重要である。

3) 職員の安全管理・健康管理

① 安全管理

- 標準予防策が全ての感染対策の基本となることから少なくとも年 1 回は全職員が研修を受講する。
- 当所への来所者に対しては基本的な感染対策を講じることを周知するとともに、施設の清掃と消毒等の感染予防対策を徹底する。
- PPE（Personal Protective Equipment、個人防護具）については適正に着用しないと十分な効果が得られないため、事前に着用を練習し、準備しておく。
- 職員の VPDs（Vaccine Preventable Diseases、ワクチンで予防できる疾患）のワクチン接種状況を確認し、最前線に対応する可能性がある職員に対して、必要に応じてワクチンの追加接種を業務として受けさせることを検討する。

- 業務内容によっては防疫手当が支給されることがある。防疫手当に関する事務は総務企画課を中心に行う。

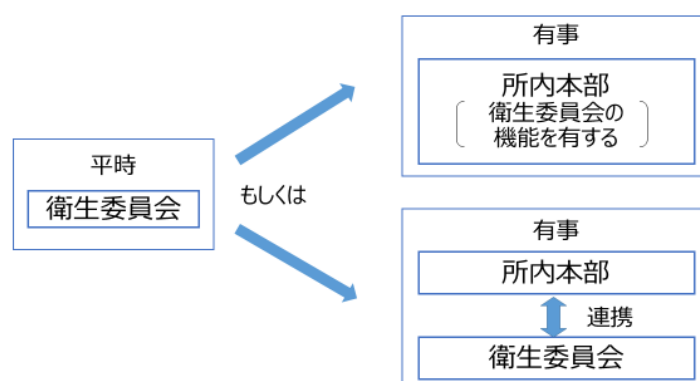
② 健康管理

- 衛生委員会を中心に、職員の健康状態を定期的に確認し、体調悪化の早期発見と適切な対応につなげる。
- 特に超過勤務時間の把握は重要であり、結果を踏まえ適切な対策を講じる。
- 職員に発熱等の感染症の症状がある場合は、速やかに受診させる。
- メンタルヘルス対策においては、セルフケア等のリーフレットによる啓発、相談窓口の周知、産業医による定期的な面談や心理職等の専門職によるサポート体制の整備、衛生委員会によるストレスチェック集団分析結果の活用が重要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応にあたっては、住民や医療機関等から、症状の相談・受診先の手配・接触者の検査の手配・不安の訴え、時には暴言等、絶え間ない電話に対応することとなった。相談対応等にあたる職員については、メンタルヘルスに注意し、セルフケアのみならずラインによるケアも心がけること。

③ 労務管理

- 健康危機対応においては、保健所が 24 時間 365 日の対応を求められることがあり、休暇の確保や交代勤務等の体制構築が重要である。特に管理職に負担がかかることが想定されるため、補佐役や交代者を検討しておくなど複数名での体制を事前に整備しておくことが重要である。
- 平時から有事への切り替えの際に、衛生委員会機能を所内本部へ移すかどうかを協議・決定する（図 1）。

（図 1）有事の際の衛生委員会



- 新型コロナウイルス感染症対応では、過労死基準を超えて勤務した職員も多かった。業務が長時間に及ぶ場合、交代制勤務を行うことが望ましい。課長会議（有事においては所内本部会議）でリスク評価する際に職員の超過勤務時間等についても検討を加え、交代勤務の実施についても検討する。チームや職員ごとに超過勤務時間に大きな偏りがある場合は、早急に業務内容や体制の見直しを行うこと。
- 体制構築に当たっては、育児や介護中の職員、長距離通勤者、精神保健福祉法に基づく通報対応者への配慮も必要である。新型コロナウイルス感染症対策は長期間に及ん

だことを考慮し、新興感染症対策が長期間に及ぶ際には持続可能な勤務体制を構築する。

- 新型コロナウイルス感染症対応では、夜間の緊急電話を職員が持ち帰り、体調不良者からの相談対応や入院調整を行ったが、移動中や休息時間にも対応をしなければならなため、職員の精神的、身体的な負担が大きかった。保健所介入による入院調整のメリット、デメリット（表 1）から読み取れるとおり、夜間の緊急電話対応は望ましくない。今後の感染症危機対応においては、保健所を介さない受診体制を確立するために平時から本庁や医療機関との連携強化に努める。
- 感染症法に基づく入院は感染症のまん延防止が目的であり、流行期以降の入院要否の判断（トリアージ）は本来の目的とは異なる。
- もし、夜間の入院調整の対応を本庁から要請された場合は、必要最小限の人数での対応とし、管理職（事務職含む）と職員 1 名（課長又はキャップレベル）の 2 名体制での夜勤（当直）を行う。

（表 1）入院調整における保健所介入のメリット・デメリット
（地域住民にとってのメリット・デメリット）

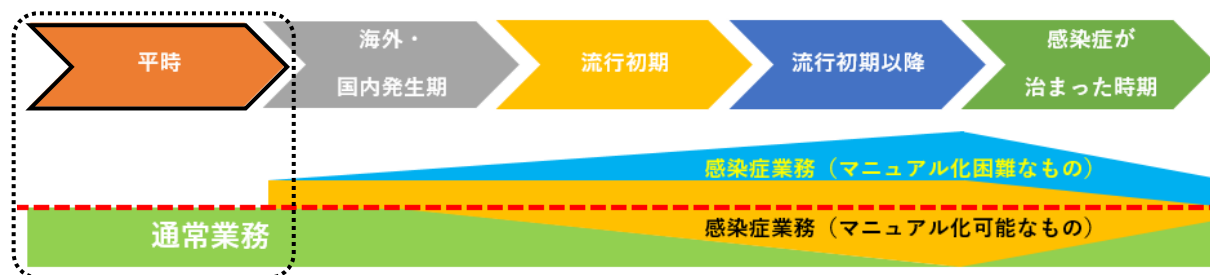
	流行初期以降の入院調整における保健所介入
日中	メリット ● 管内病院の病床数をモニタリングしながら調整するため、満床の病院にはそれ以上調整をかけることで、受入先が早く見つかる。 ● 明らかに入院の必要性が低いケースについては調整対象から除外するため、真に入院が必要な患者への医療が提供できる。 ● 感染症法に基づく入院勧告の作業がタイムリーに実施できる。 デメリット △ 介入を行ってもなお、圏域外での受入となることがある。 △ 保健所による感染者の入院要否の判断（トリアージ）は医療機関によるトリアージと比較し、生命の危険に及ぶリスクが高くなる。 △ 入院希望が多いと目詰まりし、入院まで多くの時間がかかる。
夜間	メリット ● 保健所の持つ情報を病院や救急隊に提供できることがあり、入院受入が進みやすくなる可能性がある。 デメリット（※） △ 多くの場合、健康観察対象者の個人情報を持ち帰ることができないため、医療機関等に保健所が持っている情報を提供できない。 △ 容態を正確に把握できないまま判断された場合、適切な医療が受けられないことがある。 △ マンパワーが著しく低下することで、保健所を介することで対応に時間がかかり、結果として、患者の不利益につながるおそれがある。

（※）ほか、保健所組織からみたデメリット 3 つ

- △ 夜間の電話対応をしたため十分に睡眠がとれず、通勤時の事故のリスク要因になる。健康状態の悪化のおそれがある。
- △ 夜間対応した職員を休ませようとすると、翌日の勤務シフトに影響が出る。
- △ 自宅での電話対応への手当がつかないことがあった。

3 平時における準備 – (3) 組織体制

– 4) 施設基盤・物資の確保



要点

- 本部体制構築に係る執務場所・必要機材・物資等を事前に準備しておくこと。

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応においては、当所の執務室の構造上、各職員の業務の進捗状況の把握が困難であった。このことから、有事の際は大会議室を使用し、各チームの動きが見える環境で業務に取り組むことが望ましい。

4) 施設基盤・物資の確保

- 健康危機管理においては、本庁と調整し、場所・機材・物質等を事前に準備しておく。
- 増員や物資の保管に備えて保健所内の物理的スペース（執務室や休憩室を含む）を事前に検討・準備しておく。なお、有事の際は、2階大会議室で執務を行う（ワンチーム＝ワンフロア）。
- パソコン、ネットワーク回線、電話回線、電話機、印刷機、ヘッドセット、公用携帯電話、wi-fi 環境、タブレット等が不足することがないように、購入やリース等の確保方法を検討するとともに、必要時に迅速に調達できるよう、総務企画課において仕様書案等を準備しておくことが望ましい。
- 特に、相談対応、疫学調査、健康観察のために電話の使用量が急増することを見込み、有事の際は携帯電話の確保及び掛け放題プラン等への変更を早急に行う。また、電話回線が混み合うことを想定し、早期に電話の自動応答システムの導入を行う。
- 併せて、感染症対応業務に使用する ICT システム環境を確認しておく。
- PPE 等の感染症対応物資について、感染症予防チームにおいて必要量を推定し、備蓄管理を行う（表 1, 2）。
- 資機材については鳥インフルエンザやその他災害発生時にも必要となるため、電池の使用状況等も含め、動作確認を行う。
- 必要な物品について、経年劣化に伴う定期的な更新を行うための予算を本庁で確保してもらうために、その更新の計画について本庁と共有しておく。必要な数量を定めて地域の事業所等において定常的に流通在庫が確保される形も望ましい。また、パンデミックが発生した際の、生産能力拡大の見通し等も事業者等と検討しておく。

(表 1) 感染症対応物資の備蓄管理スケジュール

時期	実施内容	目的
4 月	保管場所の確認	保管場所をチーム員で共有し、有事に迅速に使用できるようにする。
6 月 1 月	動作確認、在庫確認	備蓄の不足が見込まれる物について、本庁に要求する。 破損、期限切れの物資については適切に処分する。
随時	在庫管理表の更新	在庫がどの程度あるかを常に把握しておく。

(表 2) 必要な資機材

PPE 等	数	物品等	数	資機材	数
N95 マスク		手指消毒アルコール		移送車	
サージカルマスク		消毒用エタノール		パソコン	
手袋		感染性廃棄物処理容器		タブレット	
フェイスシールド		検体容器		携帯電話	
ゴーグル		ビニールシート		電話回線、電話機	
防護服		ゴミ袋		モバイルルーター	
ガウン		パルスオキシメーター		印刷機、プリンター	
靴カバー		血圧計		ヘッドセット	
キャップ		体温計		アクリル板	
		電池		机、椅子	
		スワブ		ホワイトボード	
		生活支援用食料品		ホワイトボードシート	
				プロジェクター	
				延長コード	
				空気清浄機	
				CO ₂ モニター	

2 階大会議室への本部設置に係る仕様書

大会議室の設備及び当所の備品

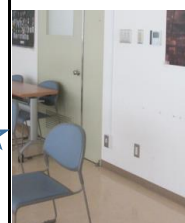
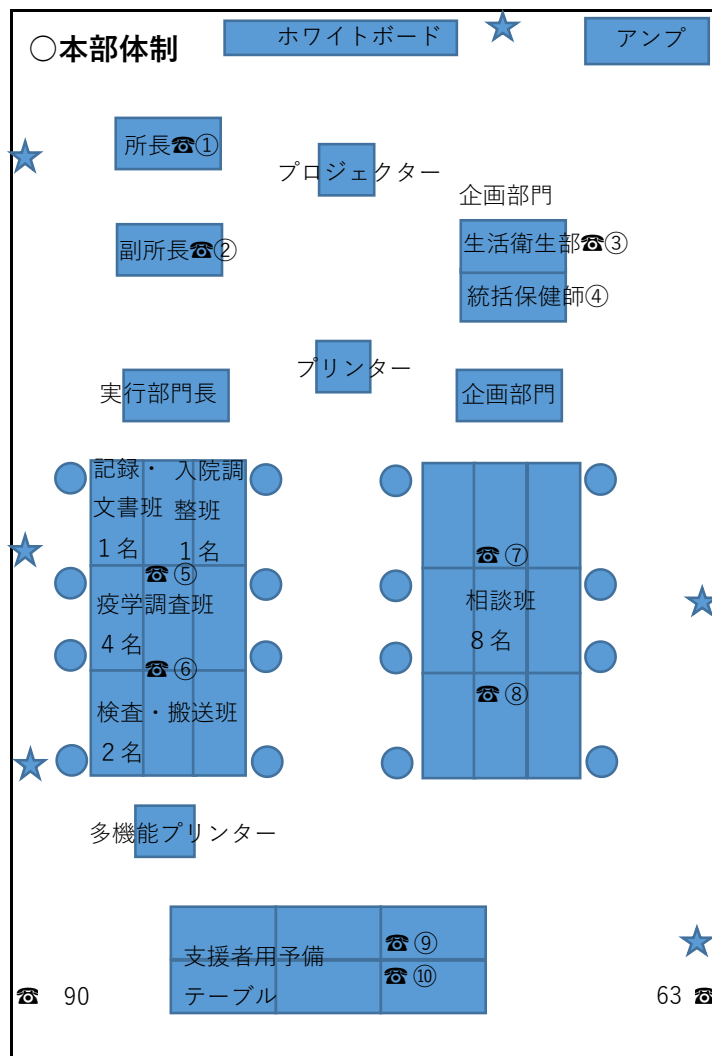
- 本部設置に係る予算の配分について、国内流行初期の段階で本庁と協議を開始する。
- 本庁との協議のため、海外発生時の段階で、不足する物品等について最新の見積書を徴取する。

現在の 保管場 所等	名称	すぐに 用意で きる数	見込ま れる必 要数	不足数	不足数に対する対応内容
大会議室	長テーブル	18	30	△ 12	○他会議室等から移動する。(通常 小会議室10台、相談室 3 4台、ミーティングルーム7台)
大会議室	コンセント 2 口	6	6	0	
	延長コード	0	12	△ 12	○令和 6 年度空調工事更新時に購入予定
大会議室	電話機 (有線・内線)	2	10	△ 8	○各課から機器及び内線番号を大会議室へ移動(保健福祉課 3 台、生活保護課 1 台、健康増進課 1 台、医療薬事課 2 台、衛生推進課 1 台)
	電話ケーブル	2	10	△ 8	○令和 6 年度空調工事更新時に購入予定
執務室	パソコン	0	10	△ 10	○自席のパソコンを移動する
大会議室	ネットワーク回線	43	21	22	○既設
	LANケーブル	0	20	△ 20	○パソコン及びプリンタ用 ○令和 6 年度空調工事更新時に購入予定
大会議室	内線番号	30	10	20	○大会議室まで回線は届いている。使用前に業者による内線番号の切替工事が必要
	プリンタ	0	2	△ 2	○購入する(うち1台は多機能とする)
	ヘッドセット	0	16	△ 16	○購入する
	携帯電話 (相談班 8 名、疫学調査班 4 名、その他 4 名)	1	16	△ 15	○新規契約する
生活衛生部	wi-fi 環境	1	1	0	○キビタンネットを使用
所保管	タブレット	1	4	△ 3	○購入もしくは借入
所保管	プロジェクター	1	1	0	

本部の立ち上げ及び配置

- 流行初期の段階で、有事には大会議室を本部とするため、通常の用途での使用ができなくなることを所内職員へ周知する。
- 本部立ち上げと同時に、大会議室の通常の使用を停止する。
- 本部の配置は別紙のとおりとし、机、椅子は会議室等の長テーブルを使用するが、椅子は本人の執務用の椅子を使用しても良い。
- 原則、本部業務に集中するため、日常業務の書類は持ち込まない。
- 取扱注意の文書等を取り扱うため、職員が不在時は必ず施錠する。

レイアウト



★2口コンセント

3
(3)
4)

物品等の整備

◆電話

- 内線電話については、内線番号は増やさず、各課、各チームから電話（電話機及び内線番号）を大会議室へ移動させて対応する（想定 10 台）。大会議室まで回線は届いているが、使用するためには、当所担当の電話管理業者による切換工事が必要となる。
- 携帯電話は新規契約、ヘッドセットは新規購入する。

◆LAN

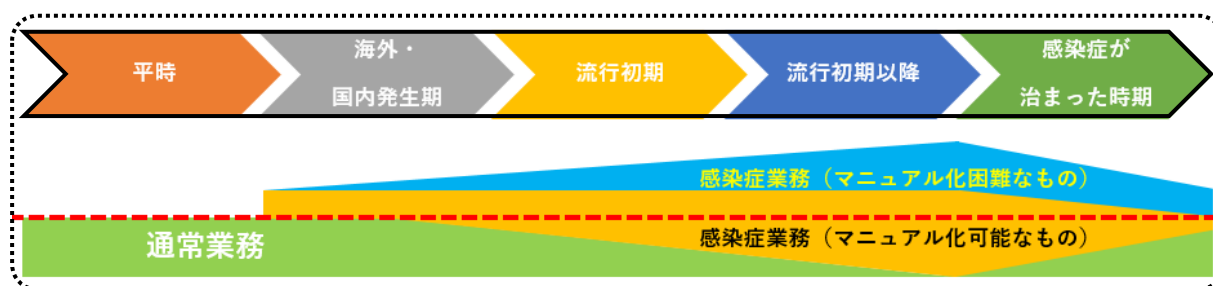
- 使用可能ハブ 43 口（令和 6 年度空調工事に伴い整備する予定）となっている。
- 感染症が国内に入ってきた段階で、初動体制用として LAN ケーブル 25 本（初動体制職員及びプリンタ接続用）を用意する。

◆電源

- 大会議室のコンセント（2 口 6 箇所）となっている。パソコン及びプリンタ、プロジェクター等の電子機器接続のため、テーブルタップ 3 口 12 本（大会議室のコンセント口数）用意する。

3
(3)
4)

3 平時における準備 – (4) クロノロジー（クロノロ）の実施



要点

- クロノロジー（クロノロ）とは、情報整理の基盤となるものである。
- 入ってきた情報と所の対応状況等をタイムリーに共有する。
- 有事（全所体制）の際には、記録・文書班がクロノロを担当する。

3
(4)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応では経時的な情報の記録を行わなかったため、最新情報や急ぎ対応すべき事項が何なのか分からないということがあった。また、執務室が分かれておりタイムリーな情報共有が困難であった。これらのことから、クロノロジーを活用し、適切な情報管理を行う必要がある。

(1) クロノロジー（クロノロ）の実施

1) クロノロジー（クロノロ）とは

- 情報を時系列に並べたもの。また、情報を時系列に沿ってホワイトボードなどに書き出し、情報共有し整理する手法である。自衛隊などでは古くから利用されており、災害などの緊急時の情報管理方法として定着している。
- クロノロを行うことで、時系列ごとにどんな情報が、どこから入ってきたのか、それに対してどのような対処をしたのかが一目で理解することができる。そのため、①現在起きている（起きていた）事柄、②所の対応指針、③その指針に基づき、現在どのような対応をしているのか、④対応の結果、現在どのような問題が発生しているのかを所内で共有することができる。
- 情報の共有以外にも、各職員が得ている情報を間違えていないか（勘違いしていないか）や、問合せ先の確認に有用である。
- クロノロの例を（表 1）に、クロノロの様式を資料 4 に示す。

2) クロノロジー（クロノロ）の注意点

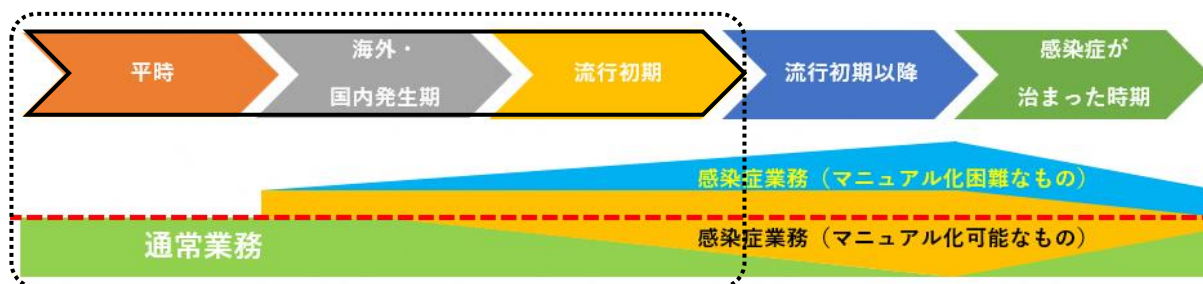
- クロノロジーを記載する場合には、基本的に①情報の入った時間、②誰から入った情報か、③誰が情報を受け取ったか、④内容を時系列に記載する必要がある。
- クロノロジーを記載する際のルールは以下の 8 点である。

- ① 汎用性のある記録ツールである：保健所内に限らず、病院や施設などどこでも使えるツールである。一般的にはホワイトボードやライティングシートを用いる。
- ② 保健所に入った情報を時刻とともに記載する：クロノロは経時的に情報を記載していくものであり、保健所に入ってきた情報、保健所から発信した情報を時刻とともに記載することが絶対的なルールとなる。
- ③ 保健所に入った情報および指示事項を記載する：入ってきた情報の内容とともに、その情報に対して保健所の行動や指示も記載する。
- ④ 発信元、発信先を明記する
- ⑤ 日ごとの記録係を決める：感染症に関する情報については、感染症予防チームに入ってくることから、感染症予防チームで記録する。全所体制となった際には、記録・文書班がクロノロを担当する。
- ⑥ 定期的に課長会議で共有、見直し、方針を明示する：毎日の業務については、生活衛生部を中心に感染症対応の方針を決めるが、課長会議でリスク評価を行う際に現時点の情報について、定期的に共有し、方針について検討する。
- ⑦ 予定については、予定が立った時刻を記載し、その横に予定事項、予定時間を記載する。
- ⑧ 速やかに電子化する：ホワイトボードに記載したものを残すことが必要となるため、写真を残す等の情報を残しておく手段について検討する。電子版のクロノロを利用する、Excel 等の共有機能を用いる等の電子化についても検討すること。

(表 1) クロノロの例

日付	時間	発	受	内容	対応
20XX/〇/〇(〇)	9:00	感染症対策課 △△	感染T 〇〇	(指示)A国で流行している新興感染症□□について。A国からの入国者で発熱・咳等の症状がある者からの相談を受けるため、各保健所は帰国者接触者相談センターを立ち上げる。	1) 帰国者接触者相談センターとして、所内の回線(0247-xx-xxxx)を設定する。〔医療薬事課長、総務企画課長対応済〕 2) 当所ホームページの編集案を作成し、総務企画課にアップを依頼する。〔感染症予防チーム〇〇対応済〕
20XX/〇/〇(〇)	9:30	感染症対策課 △△	感染T 〇〇	(指示)帰国者接触者相談センターへの相談者について、新興感染症□□の検査が必要であると保健所長が判断した場合は、検体採取を行い、検体を県衛生研究所へ搬送すること。	今後の業務拡大を見据え、全所体制の立ち上げについて協議するため、課長会議の準備を行う。〔医療薬事課長対応中〕

3 平時における準備 – (5) 業務体制 – 1) 相談



要点

- 平時の段階から、市町村、医療機関、施設等関連機関の緊急連絡先、連絡方法等の確認を行っておく。
- 電話相談対応の業務量は多めに見積もり、余裕を持ってあたれるよう人的、物理的準備を行う。
- 感染症予防チームの業務逼迫が始まった時点で、所内横断的な電話相談当番体制を構築する。
- 流行初期には医療機関への受診調整を保健所が担うこととなるため、平時から、誰でも調整ができるよう、医療機関と調整方法について検討しておく。

3
(5)
1)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症流行初期には、県民からの相談、市町村、医療機関、施設等からの対応の問い合わせが急増し、所内は混乱に陥った。
- 急増後に一から相談体制を構築することは困難を極めるため、平時から外部機関との連携や ICT 等を活用し準備を行う。
- 所内の相談業務についても、有事（全所体制）への移行よりも先行した当番体制が必要である。
- 相談内容として、受診調整に係るものも含まれるため、医療機関（医師会、管内の病院等）とも連携をしておくことが重要である。

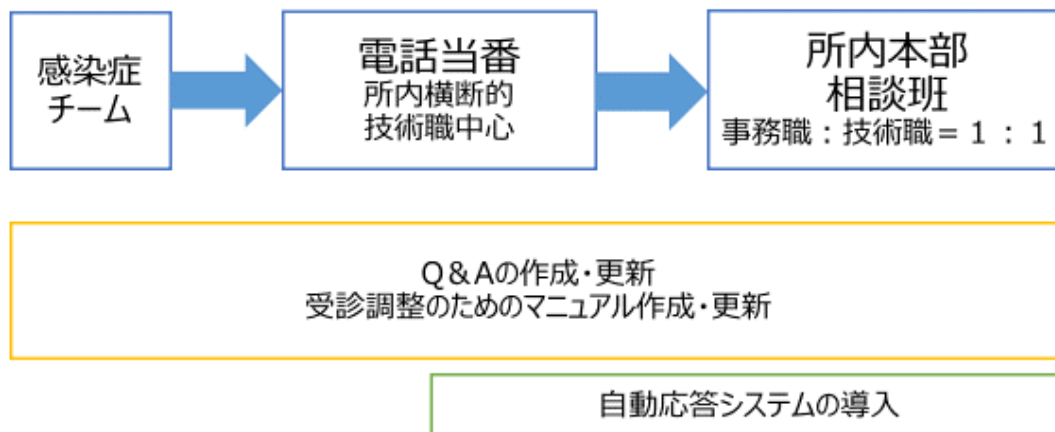
(5) 業務体制

1) 相談

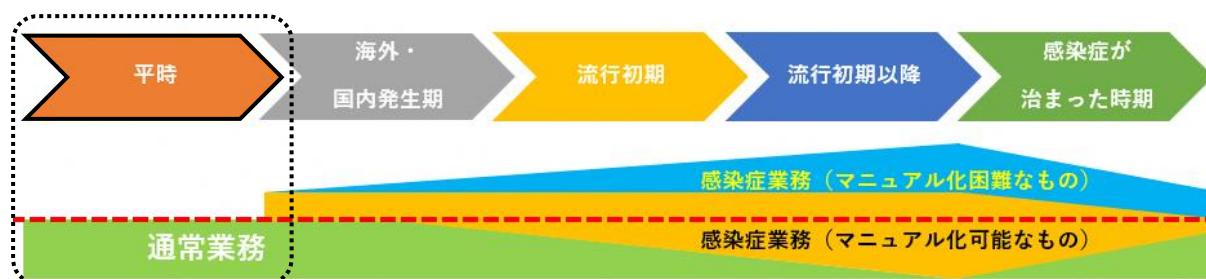
- 健康危機発生時には、一般相談、受診相談、患者からの体調悪化による相談、医療機関、施設、市町村、学校、企業等からの相談等様々な問合せが発生する。
- 特に協定締結医療機関の体制が整うまでは、受入医療機関が限られるため、保健所において受診相談に対応し、必要に応じて医療機関に受診を調整する必要がある。対応が長期間に渡る場合には、県で一括してコールセンターを外部委託することが考えられる。
- コールセンターが委託された場合においても、症状がある患者や陽性者との接触者については、保健所で受診調整をする必要が生じる可能性が高い。流行初期の体制の検討に当たっては、感染症に関する問合せに対する電話対応の業務量は多く見積もっておく必要がある。
- 相談件数が増加し、感染症予防チームの業務が逼迫してきた際には、有事（全所体制）への移行よりも先行して所内横断的な電話当番体制を整える。併行して、相談に対し一定の基準かつ迅速な回答ができるよう、Q&A を作成・更新していく（図 1）。

- また、電話回線が混み合うことを想定し、早期に電話の自動応答システムを導入する。
- 円滑な受診調整を目指し、感染症予防チームは、感染症発生早期に受診可能な医療機関を一覧表にまとめ、どの職員においても受診調整ができるように、各班及び企画部門と協力しマニュアルを整備する。
- 新型コロナウイルス感染症の相談対応については資料 5 ～ 7 を参照。

(図 1) 相談業務における全所体制確立までのステップ



3 平時における準備 – (5) 業務体制 – 2) 地域の医療・検査体制



要点

- 十分な帰国者・接触者外来の設置がなされるよう保健所も尽力する。
- 衛生研究所における検査体制の整備と検体搬送体制の整備を行う。
- 医療措置協定締結において、当所も積極的に関与する。
- 保健所による検体採取の体制整備を行う（特に検体採取・梱包を実施できる職員を増やす）。
- 保健所による検査業務の増加に対しては、所内体制を柔軟に変更し対応する。

3
(5)
2)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応時の医療・検査体制は、流行の拡大に合わせて、当初は新型インフルエンザ対策として平時から整備された帰国者・接触者外来、その後地域の医師会による発熱外来の設置、地域の医療機関全体での医療・検体体制へと変化させて対応した。新興感染症等が再度発生した場合、これらの体制の変化がより速やかに行えるよう平時から感染拡大を想定し、医師会や医療機関との協議により協定を締結するなど整備を進める必要がある。
- 検査体制としては、PCR 検査は衛生研究所、民間検査機関、検体採取は保健所、医療機関、検体搬送は保健所、民間搬送機関、それぞれが流行の時期毎に役割を果たした。平時からこれらを想定した検査体制の整備が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時は、管内 1 例目発生の約 2 か月前から当所への相談業務と検査業務が発生し職員の負荷となった。所内本部立ち上げ前にこれら 2 つの業務は逼迫する懸念があることから、所内体制を柔軟に変更するなど組織横断的に対応する。

2) 地域の医療・検査体制

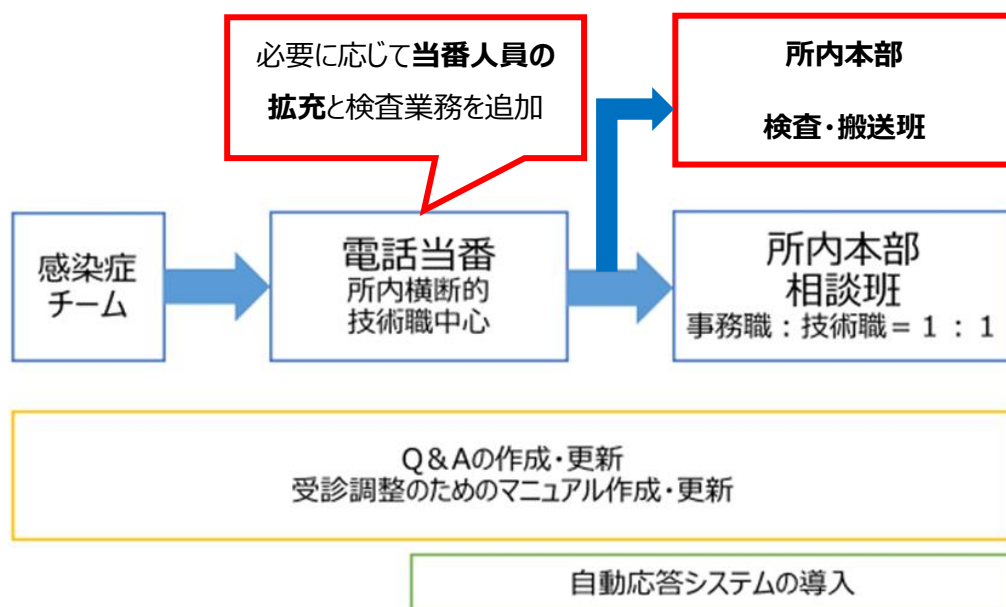
① 地域の医療体制

- 新型コロナウイルス感染症対応時には、帰国者・接触者外来を設置する医療機関が、初期において発熱患者の診療を行った。帰国者・接触者外来以外においても「診療・検査医療機関」として発熱患者等の診療を担うこととなったが、地域の医療機関において感染症患者の治療のための感染対策等が不十分である等の理由で、当初は対応する医療機関が十分でなかった。

- 福島県新型コロナウイルス等対策行動計画に従い、帰国者・接触者外来設置と同時に保健所内に帰国者・接触者相談センターが設置され、保健所において相談業務や受診調整等を実施する必要がある。
 - 帰国者・接触者外来設置医療機関への受診調整を実施する際、保健所で得た情報を医療機関に提供する工程がボトルネックとなった。少なくとも管内で統一した聞き取り様式、可能であれば全県で統一した聞き取り様式を早期に作成し医療機関と共有することが重要である。
 - 新型コロナウイルス感染症感染の初期においては、帰国者接触者外来や発熱外来を患者が受診し、PCR 検査用の検体を採取した後は、保健所職員が検体を回収し、県の衛生研究所に搬送を行っていた。回収した検体については、保健所で送付書を作成し、衛生研究所に送付。結果については、保健所から医療機関へ送付していた。（参考資料 2 - 1、2 - 2）
 - 感染症法が改正されたことに基づき、医療機関は県と医療措置協定（①病床、②発熱外来、③自宅療養者に対する医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣のいずれか 1 種類以上）を締結している。
 - 発熱外来の医療措置協定を締結する医療機関は、新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件を参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を構築する。また、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うこととなっている。（県中管内の第二種協定指定医療機関については、県の予防計画を参照。）
 - 検体の検査については、感染症発生初期は、県の衛生研究所にて検査を行うことが想定される。その場合には、新型コロナウイルス感染症対応時のように、保健所職員が検体を回収し、県の衛生研究所に搬送を行う必要があるため、搬送の手順等について、早期に確認する。また、民間の検査会社において検査が可能となった場合、医療機関には民間の検査会社の利用を願う。
 - また、どのような種類の感染症かによって必要な検体が異なるため、新興感染症発生時には、国の要綱に従って検体を採取する必要がある。
- ② 保健所における検体採取
- 保健所における感染症患者の接触者健診は、感染症法第 17 条に定められており、地方自治法第 2 条第 9 項第 1 号に規定する「法定受託事務」であり、都道府県、保健所を設置する市または特別区が処理することとされている。厚生労働省は、この事務の処理基準等を定めて各都道府県等に通知しており、これに基づいて保健所は接触者健診に関する事務を適正に運用する必要がある。
 - そのため、新型コロナウイルス感染症対応においては、症状がある患者を中心に帰国者接触者外来で検査を行ったが、一部の患者については、保健所にて検体採取を行った。

- 新型コロナウイルス感染症対応時は、管内 1 例目発生約 2 か月前から当所への相談業務と検査業務が発生し職員の負荷となった。所内本部立ち上げ前にこれら 2 つの業務は逼迫する懸念があることから、所内体制を柔軟に変更するなど組織横断的に対応する。
 - 具体的な対応方法の例として、先行して立ち上げを行った所内横断的な相談班の人員拡充と業務内容の整理を行い、相談業務と検査業務を担えるようにする等がある（図）。

（図）相談業務と検査業務の拡充と全所体制確立までのステップの一例

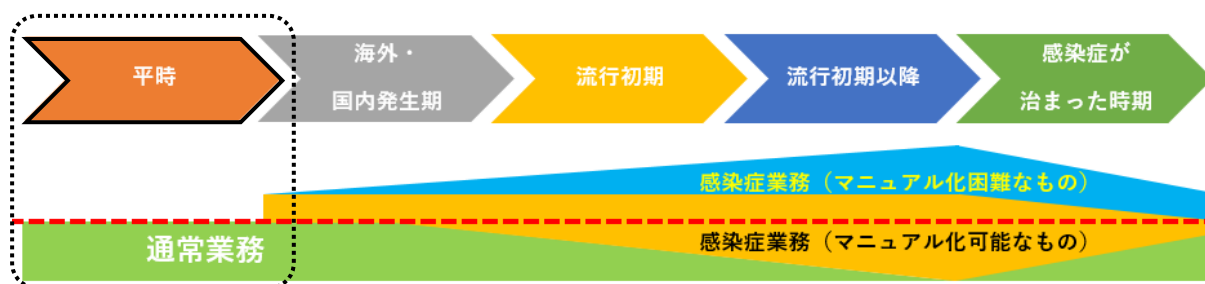


3
(5)
2)

- 新興感染症が発生した際の接触者健診は、感染症法に基づく健診であるため、国や県からの通知を参考に医療機関もしくは保健所にて検体採取を行い、適切に対処する必要がある。
- 当所の職員は、検体採取の手技及び梱包の方法について所内研修等をととして習得しておくことが望ましい。
- 梱包に係る研修や訓練は福島県衛生研究所県中支所及び管内医療機関（必要に応じて）と合同で実施することが望ましい。
- 新型コロナウイルス感染症の検査対応については資料 8 ～ 14 を参照。

3 平時における準備 – (5) 業務体制

– 3) 積極的疫学調査とクラスター対応



要点

- 研修等により全職員が積極的疫学調査の考え方を理解しておく。
- 疫学調査やクラスター対応に必要な様式やツールの準備をしておく。
- 施設（高齢者施設等）クラスター発生に備え、関係者と体制構築を行っておく。

基本的な考え方

- 積極的疫学調査は、発生した感染の全体像や感染症の特徴等を調査し、その後の感染拡大防止対策に用いることを目的として行う。多くの情報を収集するため、迅速かつ正確な情報の整理と業務効率化の視点も重要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時において、施設クラスターが多発し保健所業務は大混乱に陥った。内部体制はもちろんのこと、施設関係者、嘱託医・協力医、医師会等と平時から顔の見える関係を構築し、研修会や合同訓練等を行うことが有事への備えとなる。

3) 積極的疫学調査

- 都道府県知事等（※知事等から事務委任された保健所長）は、感染症法第 15 条第 1 項に基づき、感染症患者の感染源・感染経路の究明や患者の接触者の把握等を目的とした調査(積極的疫学調査)を実施することができる。また、この調査の対象となる関係者に対しても「必要な調査に協力するよう努めなければならない」(感染症法第 15 条第 7 項)という努力義務規定が適用される(※知事等には、保健所を設置する市・特別区の長を含む)とされている。2021 年 2 月の感染症法の一部改正により、一類感染症、二類感染症(結核を含む)若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者または新感染症の所見がある者(以下、特定患者等)が保健所職員による調査に正当な理由がなく協力しない場合は、その特定患者等に対して調査に応じるよう命ずることができる(同法第 15 条第 8 項)、それでも応じないなどの場合は 30 万円以下の過料に処する(同法第 81 条)という規定が設けられた。
- 感染症新規発生時には、国や本庁からの通知や積極的疫学調査の実施要領に基づき、適切な調査を行う必要がある。感染症の種類（呼吸器感染症、蚊媒介感染症等）によって調査する項目が異なることが想定されるため、発生した感染症の特徴や最新の知見を情報収集することが大切である。

- 新型コロナウイルス感染症の第6波までの調査においては、感染者患者、濃厚接触者及び感染者患者の勤務先や通学・通園先など多数の関係者と連絡、かつ、詳細な行動歴や接触歴を聴取するため長時間の調査となることが多かった。国から積極的疫学調査票の例が示されることが考えられるが、実際の業務において使いにくい可能性がある。情報管理等の観点から全県的に統一した調査票を使うことが望ましいが、混乱した状況では統一した調査票が示されない可能性もあるため、効率的に必要な情報を入手することができる調査票に手直しする等柔軟な対応を想定しておく必要がある。

①感染者患者の積極的疫学調査

- 所内研修の機会を利用し、平時から所内全職員へ積極的疫学調査の考え方について共有しておく。
- 感染者患者への初回連絡（ファーストタッチ）・積極的疫学調査の実施は、発生後速やかに実施できるよう、対応可能な人員について業務負担を算出可能なツール（別添資料2）に基づきあらかじめ決定しておく。
- 積極的疫学調査の実施要領が発出され次第、感染症予防チームを中心に積極的疫学調査実施における説明資料とマニュアル、感染症サーベイランスシステムにて発生届が提出されることから、感染症サーベイランスシステムの使用方法の説明資料について準備する。なお、所内本部が立ち上がった際は、積極的疫学調査票の見直しやマニュアル改正等は所内企画部門で実施する。

内容例：

- ・積極的疫学調査の必要性
- ・正当な理由がなく応じない場合には罰則の対象となること
- ・入院措置、就業制限
- ・体調悪化時の連絡先（夜間も含む）
- ・生活に関する注意事項 等
- 感染している可能性が高い同居者等の濃厚接触者に対する対応について、国や本庁からの通知に基づき、対応のマニュアルを作成する（感染症法に基づく外出自粛、健康観察の方法、症状出現時の対応等）。
- 積極的疫学調査における調査票を準備しておく。
- 積極的疫学調査においては、感染者患者、濃厚接触者及び感染者患者の勤務先や通学・通園先等、多数の関係者と連絡をとる必要があり、かつ、詳細な行動歴や接触歴を聴取するため長時間の通話となることが想定される。そのため、専用の電話回線や電話機、ヘッドセットなどが多数必要になることを想定し、購入やリース等の確保や携帯電話の確保及びかけ放題プラン等への変更を早急に行うことができるよう、総務企画課において仕様書等を準備しておくことが望ましい。
- 新型コロナウイルス感染症の疫学調査については資料15～18を参照。

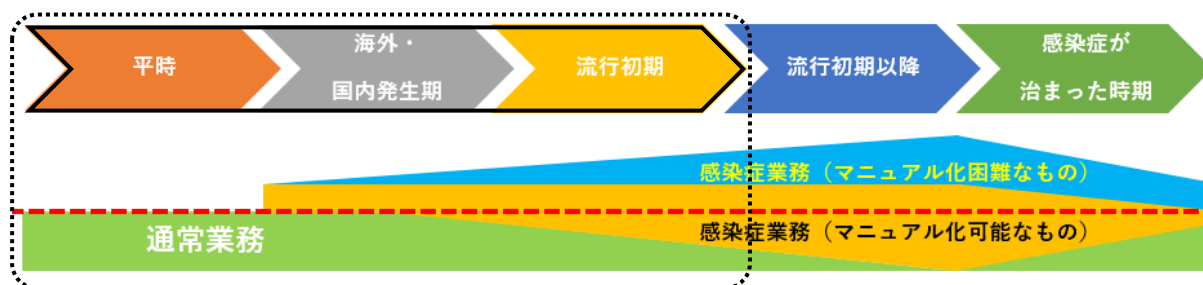
②クラスター対応

- 積極的疫学調査は、病原体の伝播性、感染性を考慮して対処するとともに、地域における感染状況の評価・分析に基づいて対処する必要がある。そのため患者が複数発生した場合の感染経路の分析を行うチームを確保する必要がある。
- 重症化リスクの高い方が多く入所する施設（病院、高齢者施設・障がい者施設等）に対しては、感染症対策に係る研修会等を開催し、感染症対策に関する指導を行う。
- 事業所や学校等に対して、感染症患者発生時に濃厚接触の可能性が高い者のリストや座席図等の提供を依頼する可能性があるため、あらかじめ提供してほしい様式をデジタル化して準備しておく。
- 施設側も、クラスター発生時に突然様式の提出を求められても対応困難となることが想定される。そのため、当所職員は平時より施設関係者と顔の見える関係を構築し、可能であれば合同訓練等を行うことが望ましい。
- 新型コロナウイルス感染症対応時は、施設クラスター発生時において、施設嘱託医や協力医が診察等を行わず電話での指示による入院指示のみを行い、その後の調整には関与しない事例が多発した。当所は平時から医師会等と連携し、平時から施設と嘱託医・協力医との連携状況を把握し、クラスター発生時の相談・連絡体制を構築しておく。
- クラスター調査や積極的疫学調査で把握した患者の感染のリンクについては、統一した情報を整理しておく。病原体のゲノム解析等により分子疫学的な情報と感染のリンクとのつながりが判明することもある。
- 新型コロナウイルス感染症のクラスター調査については資料 19～25 を参照。

③感染者患者・濃厚接触者の管理

- 感染者患者については、災害時に市町村に情報提供や療養証明書の発行等の業務が発生する可能性があるため、Excel などの一覧表に基礎情報を入力し管理する（資料 30）。
- 情報については、業務効率化及び転記ミス防止等の観点から、発生届が提出される感染症サーベイランスシステムから CSV をダウンロードする方法等が望ましい。可能であれば、疫学調査の入力をシステムで行い、情報についてクラウドで管理できるシステムを導入することが望ましい。

3 平時における準備 – (5) 業務体制 – 4) 健康観察・生活支援



要点

- 平時から医療機関と信頼・協力関係を構築することが必要である。
- 医療機関等が積極的に健康観察を行う体制の構築のため、保健所と本庁の連携も重要である。
- 自宅療養者等の健康観察・生活支援・パルスオキシメーターの配付について、関係機関との連携等の体制を構築する。

3

(5)

4)

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応において、自宅療養者等の健康観察を直接架電もしくは ICT を活用して行っていたが、健康状態が悪化した患者について保健所職員による電話対応のみで病状把握することは困難であった。このことから、健康観察は協力締結医療機関で実施し、健康状態悪化時には協力締結医療機関を受診できるようにするように取り組む必要がある。
- 自宅療養者等の必要最低限の生活必需品、食料品などの生活支援及び健康観察に必要なパルスオキシメーターの配付について、市町村と積極的に連携して実施する。

4) 健康観察・生活支援

- 自宅療養者等の健康状態が悪化した場合については、協定締結医療機関（自宅療養者への医療の提供）を速やかに受診してもらい、協定締結医療機関から入院が必要か、自宅療養が可能かの判断を得る。
- 医療機関との協定締結にあたり、地域の共通認識が必要になってくるため、平時から医療機関と合意形成する場を設ける等協力関係を構築する必要がある。
- 自宅療養者の健康観察について、重症化リスクの高い患者の容体の急変等を迅速に把握して医療につなげる観点から、協定締結医療機関の医療機関、訪問看護ステーション等中心に、健康観察を依頼する。
- 保健所で行う健康観察の範囲を早期から明確にしておく。
- 保健所において健康観察を行う場合は、健康観察ツール等が国から示されたら早急に対応を切り替える。それまでは保健所から直接架電し、自宅療養者等の健康観察を行う。住民が ICT の活用が難しい場合には、保健所から直接架電し、患者の健康観察を行う。

3 平時における準備

- 必要最低限の生活必需品や食料品などの生活支援や健康観察に必要なパルスオキシメーターの配布については、新型コロナウイルス感染症対応時に初期には保健所、中期には市町村、後期には県から一元化して送付していた。新興感染症発生時に自宅療養患者支援が必要な場合については、市町村と積極的に連携して実施する。
- 新型コロナウイルス感染症の健康観察については、資料 26～27 参照。

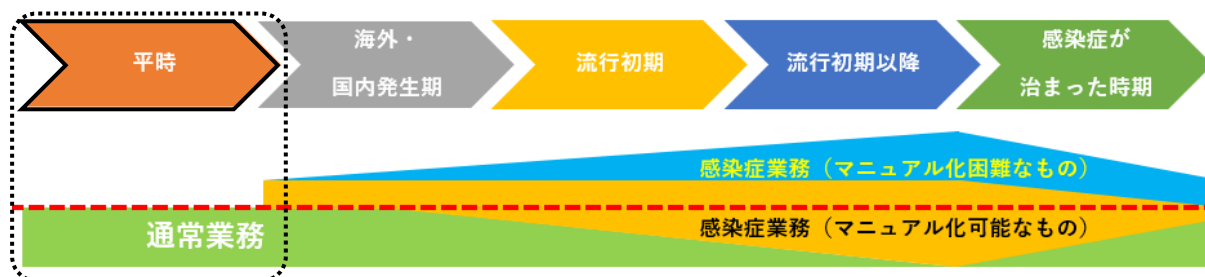
3

(5)

4)

3 平時における準備 – (5) 業務体制

– 5) 移送 6) 入所・入院調整と要配慮者対応



要点

- 一類及び二類感染症の患者が指定感染症医療機関に入院する場合等に、都道府県知事が感染症患者を移送しなければならない。
- 移送従事者に対して、感染予防対策や要配慮者への移送方法等を含んだ研修を行う。
- 平時から協定指定医療機関との意識のすり合わせを行うとともに、ICT（感染症サーベイランスシステム）ツールによる情報共有の方法を整理しておく。
- 有症状者がすぐに受診できる体制を早期から整え、当初から医療機関同士で入院調整することが望ましい。
- 流行初期以降に生じる可能性が高い、“下り移送（下り搬送）”へ対応するための準備が必要。
- 要配慮者（特に妊婦、透析患者）の医療体制整備も平時から必要。

基本的な考え方

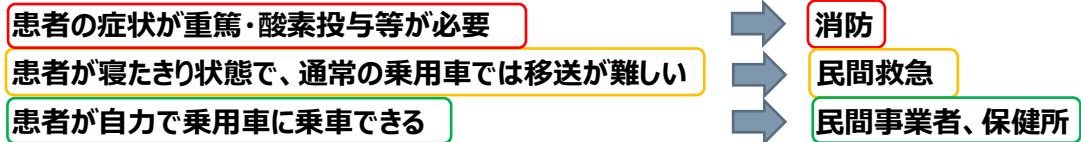
- 患者の移送について、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策時は、県本部が消防と協定を締結し、民間事業者との委託契約を結んだが、初期においては、消防や民間事業者の車に保健所職員が同乗したり、保健所において直接患者移送を行ったりした。
- 移送時は、人権の配慮、移送従事者の安全の確保が大事であることから、研修等を実施しておく。
- 保健所で移送を行う場合、移動時間や消毒等の時間が業務を圧迫するため、可能な限り外部事業者による移送を依頼する。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、保健所職員が病院へ直接電話をかけ入院調整を行ったが、電話のみで患者の状態を正確に把握し、入院可否の判断やトリアージを行うことは困難を極めた。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、流行初期以降に療養期間終了前の患者の移送及び搬送（いわゆる下り移送/搬送）のニーズが増加したが、対応には大きな困難を伴った。移送（搬送）手段と方法、患者の受け入れ先（後方支援病院等）の確保等による一体的な体制整備が平時から必要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、自宅療養者が始まった流行初期以降に要配慮者（妊婦、小児、透析患者、基礎疾患を持つ高齢者等）への医療提供が大きな課題となった。

5) 移送

- 感染症患者の移送については、感染症法第 21 条に基づき、所定の手続に従い一類及び二類感染症の患者が、指定感染症医療機関に入院する場合等に、都道府県知事が感染症患者を移送しなければならないことになっている。

- 新型コロナウイルス感染症対応時には、本庁が消防と協定を締結し、民間事業者との委託契約を結んだ。ただし、初期においては、消防が移送する際にも保健所職員の同乗が求められた。また、民間事業者の数が限られていたこともあり、保健所においても移送を行った。民間事業者の委託契約後は、おおよ以下の通りの棲み分けとなった（図1）。

（図1）患者状態別の移送手段



- 新型コロナウイルス感染症対応時に保健所で移送を行う場合、移動時間や消毒等の時間が業務を圧迫したため、可能な限り外部事業者による移送を依頼していた。
- そのため、有事に備え平時から、本庁を通じて、消防機関・民間救急・民間事業者と協議し、関係者間の役割分担や移送に係る業務の一元化・外部委託を検討しておく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、流行初期以降に、地域の中核を担う病院の病床確保を主目的に療養期間終了前の患者の移送及び搬送（いわゆる下り移送/搬送）のニーズが増加したが、対応には大きな困難を伴い、体制整備に時間を要した。
- 移送（搬送）手段と方法、患者の受け入れ先（後方支援病院等）の確保等による一体的な体制整備が平時から必要であるため、地域の関係機関との連携はもちろん、平時から本庁と方針を協議・共有しておく必要がある。

6) 入院・入所調整と要配慮者対応

- 新型コロナウイルス感染症対応においては、感染症患者の入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関のみでは、急増する新型コロナ患者へは十分に対応できず、入院病床が不足することとなった。次いで新型コロナ対応を求められた公的医療機関については、感染症患者の診療が想定されておらず、十分対応できなかった例もあった。
- そのため感染症法の改正に伴い、病床確保の医療措置協定を締結する医療機関（以下「第一種協定指定医療機関」という。）が定められることとなった（表1、2）。有事に備え、平時から、協定指定医療機関と意識のすり合わせを行っていく必要がある。

（表1）感染症類型と対応する医療

感染症類型	医療体制	
一類感染症	特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関	
二類感染症	特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関	
三～五類感染症	一般の医療機関	
新型インフルエンザ等感染症	特定感染症指定医療機関 第一種感染症指定医療機関 第二種感染症指定医療機関	新たに創設 （医療措置協定に基づく） 第一種協定指定医療機関（入院） 第二種協定指定医療機関（外来・自宅療養者等への医療）
指定感染症	一から三類感染症 又は 新型インフルエンザ等感染症に準じた措置	
新感染症	特定感染症指定医療機関	

出典：令和5年7月27日付け5健第3733号「新たな感染症危機に備えた感染症法に基づく医療措置協定締結等に係る事前調査について（通知）」、別紙1

(表 2) 協定締結医療機関が対応する医療提供内容

	①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者に対する医療の提供及び健康観察	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容	感染症の患者を入院させ、必要な医療を提供	疑似症・感染症にかかっていると疑われる者の診療	宿泊・自宅療養者等に対し医療を提供	● 感染症以外の患者への医療を提供 ● 感染症から快復後に入院が必要な患者の転院受入	● 感染症患者に医療を提供する者 ● 感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
協定締結医療機関は、上記①～⑤のうち1つ以上の医療提供を行う					

出典：厚生労働省、改正感染症法に基づく医療措置協定について（報告）、資料 1

- 第一種協定指定医療機関には、新型コロナ対応の重点医療機関の施設要件を参考に、確保している病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること、都道府県からの要請後速やかに（2 週間以内を目途に）即応病床化すること、関係学会のガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施すること等が求められる。（県の予防計画を参照。）
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、管内の医療機関のリストに基づき、病院の担当者に保健所職員が直接電話をかけ、状況を説明し入院調整を行った。しかし、電話のみで患者の状態を正確に把握し、入院可否の判断やトリアージを行うことには無理があることから、今後、新興感染症が発生した場合においては、有症状者がすぐに受診できる体制を早期から整え、当初から医療機関同士で入院調整することが望ましい。そのためには、医療機関や救急隊が有症状からの連絡を受けた際、必要とする情報（陽性者情報等）に即座にアクセスできるよう、ICT（感染症サーベイランスシステム等）ツールによる情報共有の方法を整理しておくことが必要である。もし保健所が調整機能を担う場合には、各病院の調整担当者を医療薬事課員が一覧表にまとめた上で入院調整班を中心に対応する（資料 28）。
- 仮に保健所において入院調整を行った場合のメリット・デメリットは表 3 のとおり。

(表 3) 保健所における入院調整のメリット・デメリット

メリット	● 聞き取りベースであるが、入院の緊急性や必要性についてスクリーニングが可能。
デメリット	● 通常、医療機関と患者間で行われる入院調整と異なり、保健所を介して調整することによって、その分時間がかかる。特に緊急性が高い患者の調整については、生命の危機に直結する可能性が高い。 ● 感染症まん延時には、入院調整が不慣れな職員が対応せざる負えない状況が考えられるため、対応する職員によって対応に差が出たり、判断に時間がかかったりすることが考えられる。特に夜間においては、対応できる職員が限られる。

- 新型コロナウイルス感染症対応において、初期の頃は陽性者数が少ないため、陽性者を全例、管内の医療機関に入院させることができたが、病床が逼迫してきた段階（注1）からは、入院ニーズと受入キャパシティのバランスが崩れた。当時、入院を希望するケースやその家族、支援者等から多くの入院希望の声があり、入院調整や説得に苦慮した。

（注1）当時の状況

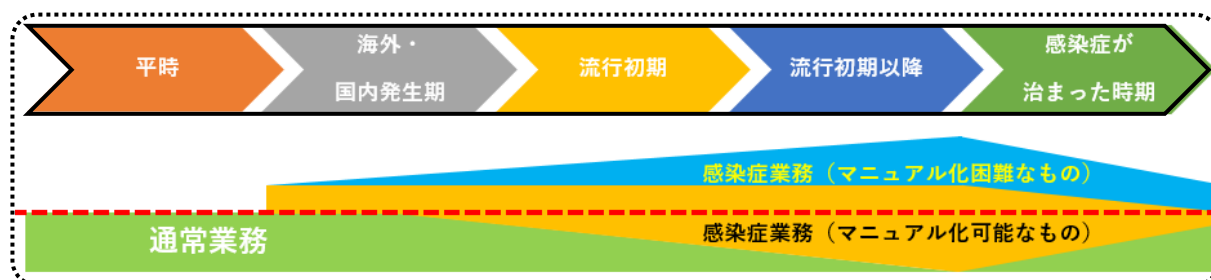
- ・流行の主流はオミクロン株（感染力↑、重症化率↓）であり、感染者が激増した
- ・重症化リスクや治療方法が明らかになってきた
- ・ワクチン接種が進んできた（未接種者もいたが、多数は少なくとも1回は接種済）

＜実際にあった相談内容＞

- ✓ 透析患者である家族が陽性となったが、病床がなく入院はできないと言われた。どうすればよいか。
 - ✓ 妊婦である家族が陽性となったが、主治医からは入院不要と言われた。不安だから入院させたい。
 - ✓ 基礎疾患を多数持つ高齢者が陽性となった。家族としては入院を希望したが、病院からは「自宅に戻って保健所からの指示を待つように」と言われた。どうすればよいか。
 - ✓ 認知症があり、自室から出てきてしまうから入院させたい。
 - ✓ 施設で感染が広がってしまうから（施設でみきれないから）入院させたい。
 - ✓ 陽性になったため在宅サービスがストップされてしまったので、自宅では介護ができないから入院させたい。
 - ✓ 家族の全員がコロナに感染して、高齢者の介護ができないから入院させたい
 - ✓ 食べられないから入院させたい。
 - ✓ 持病（難病など）があるから入院したい。
 - ✓ 一人暮らしで心配だから入院させたい。
 - ✓ ホテル療養希望していたが、一部介助が必要でホテル入所を断られた。行くところがないので入院したい。
 - ✓ 同居家族からの高齢者虐待の可能性があるので入院させたい。
 - ✓ もともと寝たきりの超高齢者。食事があまりとれていないし、呼吸状態も良くはない。
- 新興感染症発生時の入院調整においては、その感染症の特徴やワクチンの接種状況等にもよるが、**緊急性があり医療の必要があるか、入院することで回復が見込めるかどうか**、という視点が大切である。（その判断をするためには正確な情報収集が前提となるので、通常の入院のような、かかりつけ医が診る→必要な人を入院させる、という流れに早く整えたい）。

3 平時における準備 – (5) 業務体制

– 7)水際対策・外国人対応 8) 文書作成 9) その他



要点

- 平時から外国人等の対応を実施する機関に関する情報収集を行う。
- 宗教や文化的な背景の違いがあることを認識しておく。
- 水際対策においては、検疫所との連携が重要になる。
- 厚生労働省、検疫所、保健所長会のホームページや国際交流協会の情報を積極的に収集する。
- 文書作成と記録は、有事（所内本部体制）においては文書・記録班において行う。

基本的な考え方

- 外国人の療養先が入院もしくはホテルになった場合は、宗教や生活習慣の違いから大きな問題に発展する可能性もあるため、可能な限り文化的背景を理解し、柔軟に対応する。
- 新興感染症は海外から発生する可能性が高いため、検疫所や国際交流協会のからの情報も重要である。
- 膨大な文書作成業務の効率化は、業務負担軽減に直結する。
- PDCA サイクルを回し続けるためには、振り返りを行う視点での記録が重要である。

7) 水際対策・外国人対応

- 海外からの感染症の病原体の侵入防止策については、検疫所との連携が重要である。検疫所から送付される健康観察者のリストに基づき健康観察を行い、必要時検査を行う。
- 管内には、技能実習生等も生活しており、日本語が通じない可能性についても考慮する必要がある。外国人対応については、Google 翻訳等の ICT の活用、三者間通話、国際交流協会の通訳の利用等、平時から外国人等の対応を実施する機関に関する情報収集を行うことが必要である。
- また、入院時・ホテル入所時においても、宗教や生活習慣の違いから大きな問題に発展することがある（例：入院時の食事（ハラル食以外の食事が不可）等）。可能な限り文化的背景を理解し、対応を行うこと。

- 新興感染症においては、海外から発生する可能性が高い。厚生労働省や検疫所のホームページ、保健所長会のホームページや国際交流協会の情報を積極的に情報収集する必要がある。

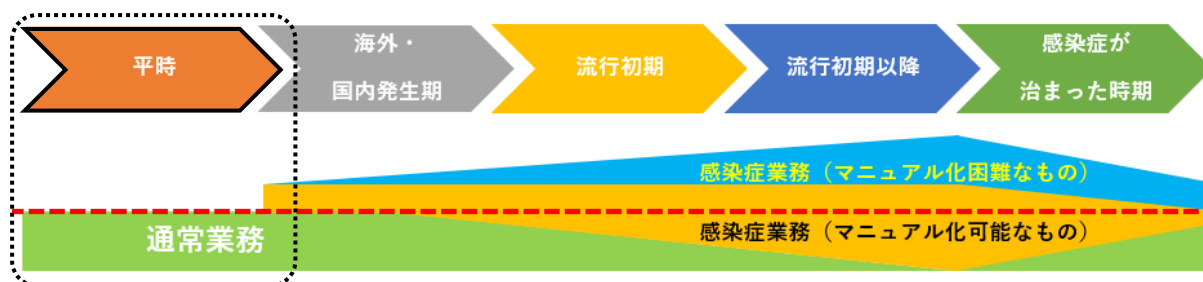
8) 文書作成

- 感染症法上の一類及び二類相当の感染症においては、感染症患者は発生し入院した場合、就業制限通知、応急入院勧告、本入院勧告等の書類を作成する必要がある。
- また、自宅療養者についても、学校や会社、保険会社等に提出するための療養証明書の発行を保健所に求める可能性がある。
- 加えて、公費負担の事務処理も必要となる。
- 保健所において書類作成が必要となった場合については、記録・文書班を中心に作成からチェック、発送までの作業を行うこと。その場合においては Excel の VBA を用いる、クラウド上のサービスを利用する等、なるべく短時間で書類が作成できるように体制を整備するとともに、具体的な事務取扱いマニュアルを作成すること。なお、感染拡大期には療養者からの書類に関する問合せも増加することが想定されるため、常に進捗が把握できるようにしておくこと。
- また、新興感染症などの健康危機が発生した際には、同様の業務は発生する可能性が高いが、国や県からの通知、学会等の最新のガイドライン、海外の文献等に基づいて対応することが必要である。そのため、それらの情報に基づく所内の職員が業務に当たるためのマニュアルを早期に作成する必要がある。感染症流行のピークにおいて作成することは難しい可能性が高いが、マニュアル作成のための人員を計画的に確保し作成にあたること。
- 感染拡大が治まった時期には、文書の PDF 化を計画的にすすめること。

9) その他

- 日本公衆衛生協会の新型コロナウイルス感染症対応記録には、国や各都道府県・保健所がどのような対応を行ったのか記録されている。神奈川県対応記録では LINE[®]や Kintone[®]等の ICT を活用し、新型コロナウイルス感染症に対応したのかの記載がある。
- 今後、新興感染症が発生し、新型コロナウイルス感染症対応のような役割が保健所に求められた際には、人海戦術で乗り切るのは困難であるということを理解し、マニュアル作成・システム構築や外部の人材や ICT の活用の判断を早急に行うことが重要である。また、一部の職員にのみ負担がかからないように所内で協力体制を構築し、対応することが必要である。

3 平時における準備 – (6) 関係機関等との連携



要点

- 保健所が関係機関等と連携するに当たっては、①連絡先の明確化、②お互いの役割と対応能力、③タイムリーな情報共有が重要である。
- 感染症対応時には、対面での会議は難しいため、Web 会議、システム、メーリングリスト等双方向の情報交換ができるツールを平時から整備しておく。

基本的な考え方

- 健康危機管理においては、様々な利害関係の調整が不可欠である。平時から会議や研修・訓練を通じて「顔の見える関係」を構築しておくことが非常に重要である。協定等による公式な関係に加えて「顔の見える関係」を構築することで、継続的かつ実働的な連携を構築することができる。

(6) 関係機関等との連携

1) 福島県庁（本庁）

- 健康危機が発生した場合には、国や県からの通知等に基づき対応を行う必要がある。相談対応のためのコールセンター等の外部委託については、本庁で一元化して行うこととなるため、委託の見通しについて確認すること。
- また、保健所は、患者の調査や入院調整・移送等の業務が急増するため、人員が不足する可能性が高い。保健所での健康危機対応に必要な人員について算出し、必要な人員の派遣について本庁に依頼する(IHEAT、本庁職員等)。特に IHEAT の派遣については本庁で管理しているため、派遣を依頼する場合には早めに調整が必要である。
- 本庁に対策本部が設置された場合には、感染者の情報の共有・記者発表の方法、広域な入院調整等について、早急に情報共有を行う。
- 感染者数・医療機関の病床使用率の報告等では本庁と十分に連携を図る必要がある。平時から情報伝達（例：情報共有フォルダの活用）や情報共有に関する訓練を実施しておく。
- 予算・物資等の確保、外部委託に係る役割分担等について、本庁とあらかじめ協議しておく。

- 都道府県連携協議会等に参加し、都道府県と業務の一元化等についてあらかじめ協議しておく。
- 他保健所との移管事務について、感染拡大時には県内外の保健所との移管事務が多数発生し、依頼文書の送受等の事務が繁雑となるため、本庁と協議し業務の効率化について検討しておく。

2) 県型保健所間

- 保健所は本庁と共に協議を行い、新たな感染症を早期に経験した保健所からその他の保健所へ取組事例を共有できるよう、Zoom 等の会議システムを用い、担当者会議等の機会を設ける。
- 県型保健所間においては、基本的には感染症のマニュアルに従って対応を行うこととなる。ただし、圏域をまたぐ入院や患者の移管については、本庁に確認し行う必要がある。

3) 中核市型保健所間

- 郡山市とは同じ二次医療圏であり、県中管内の住民は郡山市内の医療機関利用者も多い。有事に速やかに情報共有できるよう、平時から郡山市との顔の見える関係づくりが必要である。

4) 地方衛生研究所

- 新興感染症においては、発生初期は衛生研究所が検査を担う可能性が高い。検体搬送に係る手順については、感染症法における病原体の類型に基づき対応が異なるため、新興感染症が発生した場合については、本庁を含め、早期に協議を行うこと。

5) 一般市町村

- 平時から研修会や通常業務を通じて顔の見える関係を構築しておく。その中で、感染症対策において、市町村も重要な役割を担うこと等の危機管理意識の共有を行っておく。
- 市町村が担う業務（生活支援、健康観察、住民への相談対応、災害時の対応、学校等への対応、安否確認、要配慮者への対応等）について、平時から役割分担や情報共有方法等の連携について検討しておく。
- 保健所は、市町村に対して保健師の現任教育の機会等を利用して、感染症対策における演習・訓練等の機会を提供する。

6) 医療機関・薬局・訪問看護事業所等

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問介護事業所協議会等の関係者の会議に参加し、平時から顔の見える関係を構築しておく。新型コロナウイルス感染症では、本庁において訪問看護事業所と委託契約を結び、各保健所から訪問看護事業所へ自宅療養中の要支援者における健康観察を依頼していた。感染症の特徴によっても対応は異なるが、訪問看護事業所との平時からの顔の見える関係を構築しておくことも必要である。

- 医療措置協定を締結する医療機関は、国内での感染症発生早期の段階で、感染症患者の医療の中核的役割を担うため、平時からの連携が必須である。
- 都道府県連携協議会等の協議を踏まえて、病床を確保している第一種協定指定医療機関や発熱外来を担当する第二種協定指定医療機関との連携体制や、自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供を行う協定締結医療機関との健康観察体制等を検討し、協力機関をリストアップし、健康危機発生時のスキームを構築しておくことが望ましい。
- また、感染対策向上加算に関する保健所との連携会議や新型インフルエンザ等対策会議等の機会において、保健所と医療機関で積極的に情報共有を行い、良好な関係を維持する必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症における感染症法に基づく届出は、従来までの FAX による届出から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（以下、HER-SYS）により電磁的方法での届出に移行され、同システムにおいては自宅療養者の健康観察や検査状況等、患者情報を一元的に管理していた。
- 一方で、感染症まん延下において新システムへの移行は、医療機関を含め当所においても業務の負担となっていた現状もあった。新興感染症発生時には、感染症サーベイランスシステムを用いた電磁的・一元的な情報管理が想定される。そのため、平時から感染症サーベイランスシステムにおける電磁的方法を用いた発生届出の利用促進及び感染症サーベイランスシステムの周知を行っていく必要がある。

7) その他（学校・消防）

【学校、保育所等】

- 学校内で感染症患者が発生した場合等に備えて、事前に休校や試験等の取扱いについて、本庁を通して福島県教育委員会に確認しておく。

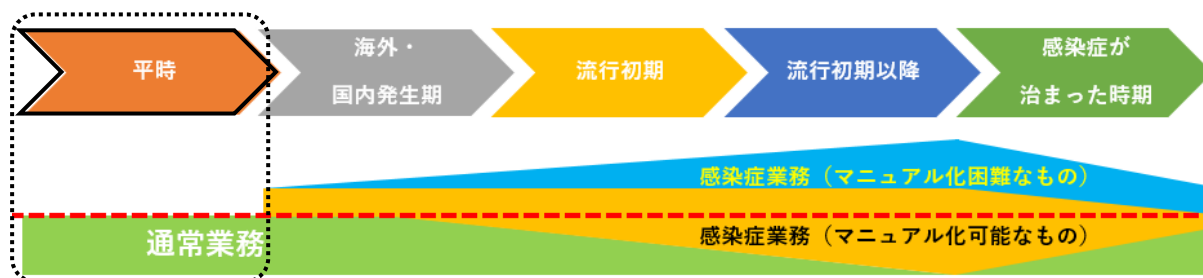
【消防機関】

- 感染症患者の移送については、感染症法第 21 条に基づき、所定の手続に従い一類及び二類感染症の患者が、指定感染症医療機関に入院する場合等に、都道府県知事が感染症患者を移送しなければならないことになっている。
- 一方、保健所の移送車は酸素投与等の設備や薬品の搭載がなく、重篤な患者やストレッチャーでの移送が必要な患者の移送には不適であることが多い。
- 重篤な患者を安全に病院まで移送するためには、救急との連携が必要不可欠であるため、感染症発生時には、本庁において協定を締結し、患者移送を委託する可能性が高い。保健所においては、感染症発生時にスムーズに対応するため、患者発生の状況等の情報共有の方法や搬送方法について救急と事前に検討しておく必要がある。

【福祉施設】

- 重症化リスクの高い方が多く入所する施設（高齢者施設・障がい者施設等）について把握し、高齢者支援チームや障がい者支援チームと情報共有を行っておく。
- 高齢者支援チームや障がい者支援チームの研修会等の機会を利用して、感染症発生時の対応について、スキル維持・向上の機会を持つ必要がある。

3 平時における準備 – (7) 人材育成



要点

- 保健所職員は、部署や職種の枠を超えて専門性と実践力を身につける恒常的な努力が必要。
- 所内においては初動訓練を少なくとも年1回行う。
- 当所における年間の所内研修・訓練計画は、総務企画課と感染症予防チームで素案を作成し、ワーキンググループで検討する。

3
(7)

基本的な考え方

- 全所体制構築のためには、平時から保健所職員ひとりひとりが自ら考え、行動できる必要がある。
- 初動訓練の定期的な実施により、異動による人員配置の変更や、記憶の風化による危機対応能力低下を最小限に食い止める。
- 所内横断的な体制で所内研修・訓練計画を企画することで、研修や訓練の実効性を高める。

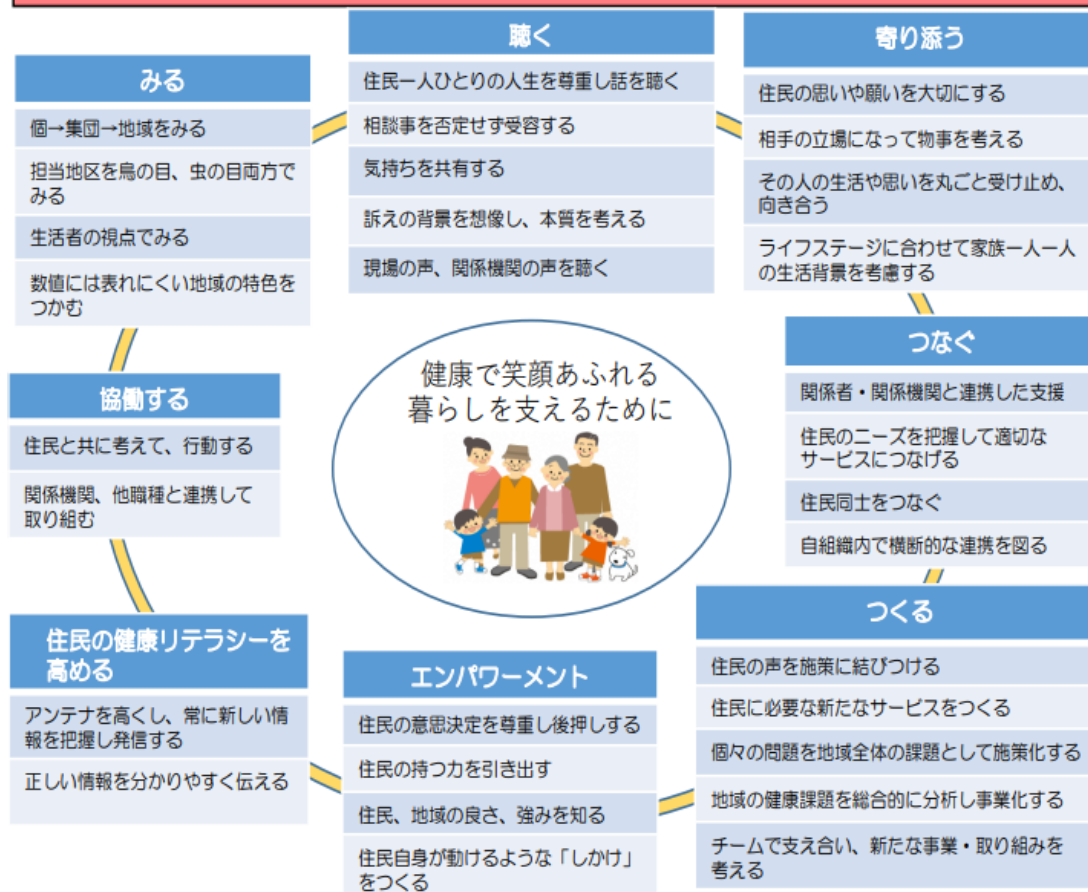
(1) 人材育成

- 保健所職員は、高度化、多様化する健康課題に的確に対応するため、専門性と実践力を身につける必要がある。
- 平時においても有事においても、自ら考え、行動できる「自立し成長を続ける人材」を育成していくことが重要である。
- 特に健康危機発生時には、保健所への爆発的なニーズ増大に伴い、特定の部署や職種のみで対応することが困難となることから、組織横断的かつ職種横断的な体制を構築することがきわめて重要である。
- 次ページに、参考として「福島県自治体保健師の現任教育指針（2022年3月）」内の概念図を示す。「保健師」を「保健所職員」と読み替えると、保健所職員が日々心がけ、実践することが望ましい行動のヒントが見えてくる。

めざす姿

地域に責任を持ち、常に生活者の視点で住民の声に耳を傾け、住民の力を信じてあきらめず、住民にとって身近で信頼される存在であり続けることを基礎として、一人ひとりに寄り添い、その生活と健康と命を守ることができる保健師

めざす活動



【出典】福島県自治体保健師の現任教育指針 2022 年 3 月 福島県保健福祉部

1) OJT (On the Job Training : 職場内研修)

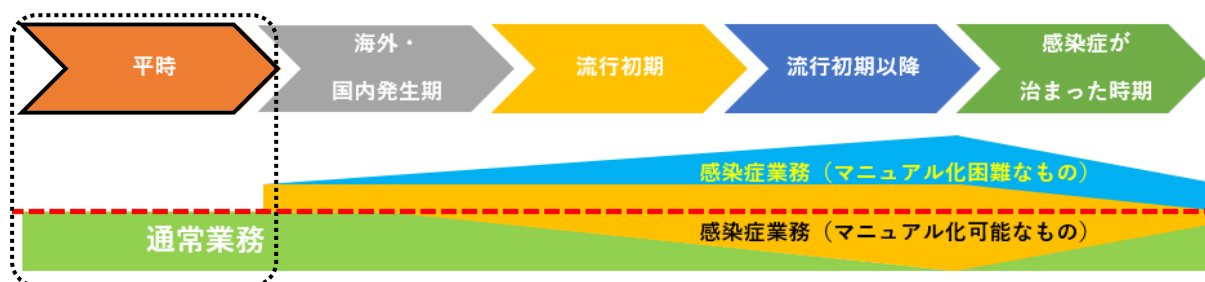
- 有事においては、初動、特に全所体制を前提とした指揮命令系統の確立が重要である。
- 異動による人員配置の変更や、記憶の風化による危機対応能力低下を最小限に食い止めるため、所内においては初動訓練を少なくとも年 1 回行う。
- 初動訓練の実施時期は、所内の人間関係が構築され、職員自身の業務の把握が進んだ下半期が望ましい。
- 健康危機（感染症）発生に備えた年間の所内研修・訓練計画は、総務企画課と感染症予防チームで素案を作成し、ワーキンググループで検討する。その際、既存の仕組み（例：保健師現任教育）も十分に活用し一体的な計画とすることが望ましい。
- 所内研修・訓練に加えて、関係機関（本庁、市町村、医療機関、福祉施設等）と連携した研修・訓練も有用であることから、ワーキンググループで必要性につき検討し、計画的に実行することが望ましい。
- 新型コロナウイルス対応の研修・訓練として、次ページ表の事例が全国の自治体から挙げられた。研修・訓練を企画する際の参考とする。

患者対応、患者・ 検体搬送、患者診 療	・ 患者搬送訓練 ・ 患者診療（トリアージ）訓練 ・ PPE 着脱 ・ クラスタ発生時における保健所の支援と役割について ・ 患者対応等のシミュレーション訓練等 ・ 本部の設置及び患者宅から病院への搬送をシミュレーション ・ 患者搬送方法の机上演習と実演習 ・ 新型インフルエンザ患者が発生したことを想定し、関係機関と連携した患者対応訓練を行う。 ・ 検体搬送 ・ 住民接種シミュレーション訓練 ・ 保健所の探知から、受診、検体の搬入から診断、患者搬送に至るまでの実地での訓練 ・ 患者発生時における帰国者・接触者外来の設置訓練 ・ アイスボット等の操作訓練、ストレッチャーの操作訓練
体制整備	・ 新型インフルエンザ発生時の組織体制、連絡体制 ・ 健康危機発生時の体制整備 ・ 新型インフルエンザ等対策行動計画及び圏域の医療確保体制について
情報伝達、リスクコ ミュニケーション	・ 情報伝達訓練 ・ BCP、マネジメント、リスクコミュニケーション ・ 普及啓発 ・ 本部会議訓練
新興感染症発生 時の対応	・ シナリオ訓練および患者搬送訓練 ・ 輸入感染症発生時の対応を机上訓練等で学ぶ ・ 新型コロナウイルス感染症の発生動向、保健所における即応体制、検査方法と梱包の仕方、疫学調査、HER-SYS の入力方法など
	・ ノロウイルスや新型コロナウイルスの感染症の特徴と消毒方法、ゾーニング、施設発生の事例報告 ・ ラグビーワールドカップ 2019 年日本大会の開催を前に、会場となるラグビー場を管轄する地域の関係機関の職員が、講義・演習を通して原因不明感染症発生への対応についてフェーズごとの展開を理解し、対応方法や連絡連携体制等を確認した。 ・ 患者増大時における診療継続計画（BCP）の運用、院内感染防止対策を講じた診療体制及び地域との連携体制を検証 ・ 感染症対策及び新型コロナウイルス感染症に係る基礎知識及び対応実務 ・ 新型インフルエンザ等の感染症に関する内容の研修・訓練
大規模災害発生 時における感染症 予防対策	・ 大規模災害発生時におけるコロナ患者及び濃厚接触者の避難所の受入体制や、感染予防対策等について、管内自治体の危機管理部門及び保健部門担当者とり スクコミュニケーションを行った。

2) Off-JT (Off the Job Training : 職場外研修)

- 職場外研修は、職場を離れて実施し、集合研修の形態をとることが多いが、新型コロナウイルス感染症の流行によりオンライン形式も多く実施されるようになった。
- 職員は、平時から積極的に職場外研修の場を活用し、得られた知見を還元する。
- 当所における新型コロナウイルス感染症流行下では、厚生労働省や国立感染症研究所、各種学会（日本感染症学会、日本環境感染学会等）等による研修を活用した。

3 平時における準備 – (8) 情報管理・リスクコミュニケーション



要点

- 感染症業務に使用する ICT ツール（感染症サーベイランスシステム等）を運用できるように準備（医療機関における登録と利用促進、当所内で多くの職員が使いこなせるように）しておく。
- 有事において「危機と緊急時のリスクコミュニケーション（Crisis&Emergency Risk Communication : CERC）」を実行できるよう、平時から準備を進めておく。

3
(8)

基本的な考え方

- 円滑な情報共有とコミュニケーションのために、ICT ツールを積極的に活用する必要がある。
- リスクコミュニケーションは平時の準備が全てであり、研修やシミュレーション等で組織のガバナンスを点検・整備しておくことが重要。

(1) 情報管理・リスクコミュニケーション

1) 情報管理

- 患者情報やクラスター対応の記録等はデジタルによる情報管理を行う必要がある。
- 平時より、「医療 DX の推進に関する工程表」（令和 5 年 6 月 2 日医療 DX 推進本部決定）等など国の取組を踏まえつつ、感染症業務に使用する ICT ツール（感染症サーベイランスシステム等）を運用できるよう所内で理解を深めておく必要がある。
- 感染症対応が長期化する場合には、デジタルによる情報管理は必要不可欠であるため所内において IT 人材を確保する。
- 当所とその他の関係機関で情報の混乱や重複した問合せが発生しないよう感染症に関する情報が医療薬事課・感染症予防チームに対して迅速かつ適切に伝達され、重要な情報については生活衛生部長を中心に一元的に管理される体制を構築しておく。
- 感染症サーベイランスシステムに迅速な登録ができるよう、所内研修等の機会を活用し、所内職員に対して資料を用いた研修等を実施しておく。
- 管内医師会及び医療機関等と連携し、電磁的な方法による届出について推進する。
- 届出時は基準を順守し、入力ミスや入力方法の誤りを防ぐ等報告の質を担保する。
- 業務を外部委託する場合、受託者が個人情報の漏洩等を行うことが無いよう、個人情報の閲覧・使用に当たっての権限の設定などについて適切な運用を行うための手引き等をあらかじめ準備しておくことが望ましい。

2) リスクコミュニケーション

- 感染症のリスクコミュニケーションは感染症疫学の情報や知見を基に展開されるコミュニケーションに関わる個人・組織の間で「感染症に関する健康リスクが個人や社会に与える影響を最小限にする」事を意識し共有する必要がある
- リスク発生時の情報発信だけでなく、リスク層やステークホルダーごとに期待する行動を平時から提案しておくことが重要である。
- リスクコミュニケーションとは、リスクについて関係者の間で情報や意見を共有・交換して、準備や対応の最適化を目指すコミュニケーションの事であり、異なる関心・専門領域・利害関係の人が関わるため、知識や関心のギャップを埋めるための確認作業が課題となる。
- 感染症の領域では、感染症によるイベントは「発生前」「発生中」「発生後」の3段階に整理できる。発生中には問合せや相談も増えるが、地域で先に取り組むべき方策を提案するコミュニケーションも大切であり、また、発生後に、再発防止に必要なことを行うのもリスクコミュニケーションの一部である。
- リスクコミュニケーションのあり方を定めている組織の一つが、アメリカ疾病予防管理センター（CDC）であり、CDCは有事が生じた際の対策の方法として、「危機と緊急時のリスクコミュニケーション（Crisis & Emergency Risk Communication : CERC）」を設定し、公開している。CERCは感染症の危機管理として扱う問題の概要を学ぶ際に役立つ。
- CERCでは危機下における人々は、①直感で判断する、②信念を変えられない、③追加情報や意見を探す、④最初の情報を当てにするという4つの情報処理プロセスがあり（表1）、クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション（CERC）の6原則（図1）が必要としている。

（表1）危機下における人々の4つの情報処理プロセス

人々の心理	特徴	ポイント
直感で判断	危機に際し人々は情報を単純化して理解する傾向にある。激しいストレスや情報過多になると脳は疲れ、人は熟考するより「直感」で物事を判断しがちであるため、メッセージの内容を単純化する。心理的に、茫然として事実を否定したり、都合よく誤った解釈しがちになる。	簡潔明瞭に伝える
信念を変えられない	「私の家は安全だ」「前回はいくく難を逃れた」などと自分に言い聞かせ、災害時に専門家から避難の勧告に耳を貸さなくなる傾向となる。自分に都合の悪い情報を過小評価する心理（正常性バイアス）が働く。	信頼できる情報源から発信
追加情報や意見を探す	不安で、複数のテレビチャンネルに変更したり、有名人の発言を求めるようになる。このとき、情報が発言者によってバラバラであると疲弊した脳と心はさらに混乱する。	メッセージには一貫性を持たせる
最初の情報を当てにする	何が起きているかわからない状況下で、人は噂や根拠のない推測で空白を埋めようとする。この場合、新しいより正確な情報に接したとしても最初に受け取った情報を捨てることは困難となる。もし誤った情報を最初に受け入れてしまうと修正ができない。	正確な情報を迅速に公開

※参考：U. S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention(CDC).

"CERC (Crisis and Emergency Risk Communication) Psychology of a Crisis guideline. 2019 Update.

(図1) クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション (CERC) の6原則



※参考: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
CERC (Crisis and Emergency Risk Communication) introduction of a Crisis guideline. 2018 Update.

3
(8)

- また役に立つコミュニケーションツールとしては(表2)のようなツールが挙げられる。

(表2) リスクコミュニケーションのツール (CDC,2012)

- ・ブリーフィング(Briefing): 報道関係者や地域のリーダーに向けて口頭で説明する
- ・内輪メール(Community Mailing): 関係者やキーパーソンに直接連絡をする
- ・展示(Exhibit): 視覚に訴える資料を公開する(地図、グラフ、写真)
- ・配付資料(Flyers): 特定の案件・イベントについての案内や関連事項の説明
- ・ニュースレター(Newsletters): 具体的な対策の活動報告を経時的に知らせる
- ・相談窓口の公開(Open Houses and Availability Session): 意見や情報を聞く場を設ける
- ・解説(Presentation): 関係者や住民にその時点で分かっていることなどを伝える
- ・集会(Public Meetings): 専門家や担当者が住民の質問などに応える場を設ける
- ・少人数会合(Small Group/Focus Group Meeting): より密な相互のやりとり、インフォーマルな情報の共有を行う
- ・個別に電話連絡(Personal Telephone Contacts): 1対1での情報確認、信頼関係を確立する

- 「ホームページに載せた＝伝えた」ではない。施設や地域で感染症の問題が起きたときに、関係者はどこで情報を探るか把握する必要がある。ホームページがリスクコミュニケーションの広報媒体として活用され得る可能性があるが、その目的が果たされているか、アクセス解析を行う等、住民に十分内容が伝わっているか検討する。
- 一方的な情報発信にならないようにするために、問合せ先と対応可能な時間、問い合わせ方法(電話、FAX、メールなど)が明記されているかも確認する。
- ホームページは有効な情報発信媒体だが、日本語が母国語ではない外国人には中国語、韓国語、タガログ語などの資料を作成する、パソコンを持っていない人には携帯やスマートフォン専用サイトを併設するなど、配慮(工夫)が必要である。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (1) 組織体制 – 1) 所内体制



要点

- 海外・国内発生期から、生活衛生部を中心として所内連携を図り、全所体制への移行準備を進めておく。
- 平時から有事へ切り替える際、速やかに所内本部を立ち上げる。所内本部の立ち上げと運営はインシデント・コマンド・システム（ICS：Incident Command System）に基づき行う。
- 感染フェーズに応じて、所内本部会議を通して臨機応変に所内体制を構築する。

基本的な考え方

- 全所体制への移行は一朝一夕には行えないことから、感染症による健康危機発生の傾向が認められた時点から所内の連携強化と準備が必要である。
- 災害に対応するために標準化された組織マネジメント手法である ICS の活用により、混乱を最小限に留めることができる。
- 感染フェーズに応じて業務量や業務内容が大きく変化することが想定されるため、柔軟かつ臨機応変な体制変更を行う必要がある。

4
(1)
1)

(1) 組織体制

1) 所内体制

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 健康危機対応における管理責任者等の明確化、指揮命令系統の明確化・可視化のために平時から周知しておいた役割分担等について、再周知を行う。
- 保健所の所管区域内での発生時に初動体制を円滑に構築できるよう、生活衛生部が中心となり、総務企画部、健康福祉部と連携し感染症有事体制に構成される人員の参集及び必要な物資・資機材の調達等の準備を開始する。

【流行初期】

① 第一報の報告

- 当所の所管区域内での発生又はそのおそれがあることの第一報を受けた職員は、業務時間内か否かに関わらず、保健所長及び所属部長に連絡し、本庁への報告の要否について判断を求める。

- 電話受信録に時間、発信者、受信者等の記録作業を行う。その後続報が続くようであれば、ホワイトボード等を準備し、クロノロジーを行う。

② 平時から有事への切り替え

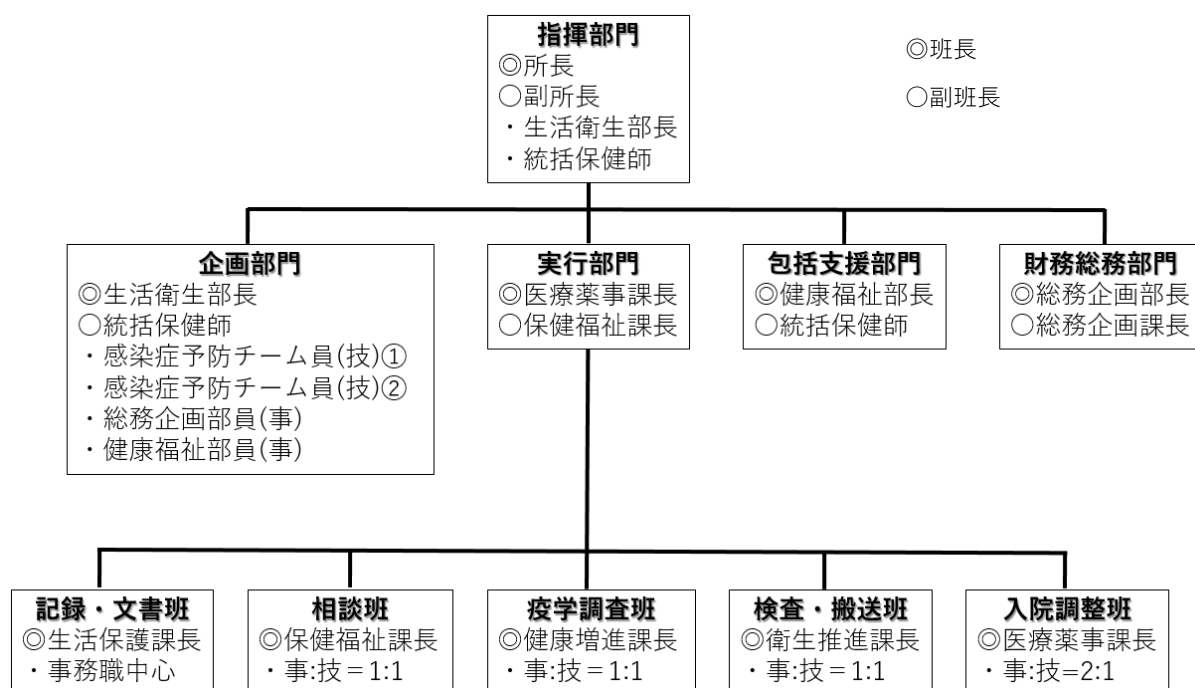
- 本庁の指示を踏まえた保健所長の判断により、速やかに所内の体制を平時から有事に切り替える。適切な判断のために、県内各保健所での情報収集と本庁に対する情報提供が重要である。
- 当所において平時から有事への切り替えがなされる時点で、所内本部が立ち上がっていない場合は、速やかに所内本部を立ち上げ（詳細は3 平時における準備（3）組織体制を参照）、初回の所内本部会議を開催し必要事項を協議する。
- 速やかに感染症有事体制に構成される人員の参集を行うとともに、必要な物資・資機材の調達等を開始する。
- 業務効率化について、県による一元化、外部委託、市町村による協力等、準備が整ったものから順次手続を進めていく。

③ 対策本部設置

- 当所における第一報の報告がない状況においても、本庁の対策本部が設置された場合には、本庁の対策本部との連携や、当所内での情報共有、方針決定及び多数の人員による円滑な業務遂行のため、速やかに所内本部を設置する。
- 所内本部会議において、感染症及び感染者に関する情報共有を行い、感染症のリスク評価を行い、基本方針等について決定する。
- 対応における組織体制、意思決定方法、情報共有方法等について認識の共有と確認を行う。

（再掲 図1）ICSに基づいた組織図（所内本部立ち上げ時）

※班に記載した事務職と技術職の比率についても、あくまで例示である。



(再掲 表2) 各組織の想定業務内容

組織名	想定業務内容
指揮部門	所としての方針決定、決裁
企画部門	課題に対する解決策の検討、具体的な戦略の立案、業務のしくみづくり、マニュアル統合・調整・情報共有、感染症についての最新情報の収集、県中管内の発生状況の分析、住民・医療機関・市町村への情報発信内容の検討
実行部門	陽性者に関わる一連の対応、マニュアルの作成
記録・文書班	クロノロ、入院勧告書類の作成・発送、公費負担事務
相談班	感染症に関する一般相談への対応、体調不良者からの相談への対応
疫学調査班	積極的疫学調査、濃厚接触者の特定、クラスター対応
検査・搬送班	検査案内、検体採取、検体搬送、入院者の医療機関への搬送
入院調整班	感染症病床等を有する医療機関への入院受入打診、流行初期における健康観察・受診調整
包括支援部門	内部シフトの調整、受援調整、受援者へのオリエンテーション
財務総務部門	業務に必要な物資の調達、購入

④ BCP の発動

- 感染者数又は業務量が増加することが見込まれる場合、BCP を発動する。
- 平時に定めておいた BCP の発動基準に達していなかったり、不確定で判断に迷ったりする場合でも、被害を想定して実施することが重要である。

【流行初期以降】

- 引き続き体制の見直しや拡張を行う。本庁と調整し、追加の予算を確保することが望ましい。
- 具体的な対応（接触者健診の範囲、療養先の決定、クラスター発生時の調査・対応等）は統制範囲（1 人の人間が監督する部下の数）が 5 人以下になるよう、組織体制の柔軟な変更と担当部署への権限委譲を行うことが望ましい。
- 業務効率化のために引き続き業務の必要性及びフローの見直しを行うとともに、県による一元化、外部委託、市町村による協力等を進める。

【感染が治まった時期】

- 引き続き体制の見直しや拡張を行う。本庁と調整し、追加の予算を確保することが望ましい。
- 感染症業務の段階的縮小を実施する。
- BCP の発動終了を目途に、通常業務を再開する。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (1) 組織体制 – 2) 受援体制



要点

- 海外や国内で新たな感染症等が発生した時は、必要な人員の参集の準備を開始するとともに、外部受け入れの物品、マニュアル、オリエンテーション等の準備を行う。
- 流行初期以降に感染者の増加に伴いマンパワーが一気に不足するため、応援人材を積極的に投入できるようにする。

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症感染拡大時には、患者数の増加と共に、平日の積極的疫学調査や健康観察等の増加と共に、休日・夜間における業務も増大した。職員が疲弊することがないように、適切な対応が継続してできるよう、積極的に、タイムリーに受援要請をおこなっていくものとする。
- 受援体制ができていないと、せっかく投入された人材を有効活用できないばかりか、受援側の業務増大につながり逆効果となる。平時からの準備に加え、有事においては速やかに体制構築に着手する必要がある。

4
(1)
2)

(1) 組織体制

2) 受援体制

【海外や国内で新たな感染症等が発生した時】

- 相談体制、検査体制、積極的疫学調査といった業務に負荷が生じることを見越し、感染症有事体制に構成される人員の参集の準備を開始する。
- 外部人材や本庁職員受入れのための執務スペース、電話機や PC 等の機器確保の準備を行う。
- 国や県からの通知の読み込み、応援者のための業務マニュアルや受援のためのオリエンテーション資料の内容を改めて確認し、オリエンテーションに向けた準備を行う。

【流行初期】

- 感染拡大を見越して、感染症有事体制に構成される人員の参集を行う。

【流行初期以降】

- 感染者の増加に伴い、夜間・休日の対応が長期化することから、職員の交代を考慮し、応援人材（本庁職員等、IHEAT 要員、市町村保健師、派遣職員等）を積極的に投入できるようにする。
- オリエンテーション、マニュアル、FAQ 等の更新や応援者間での引き継ぎを実施する。

4 感染状況に応じた取り組み、体制

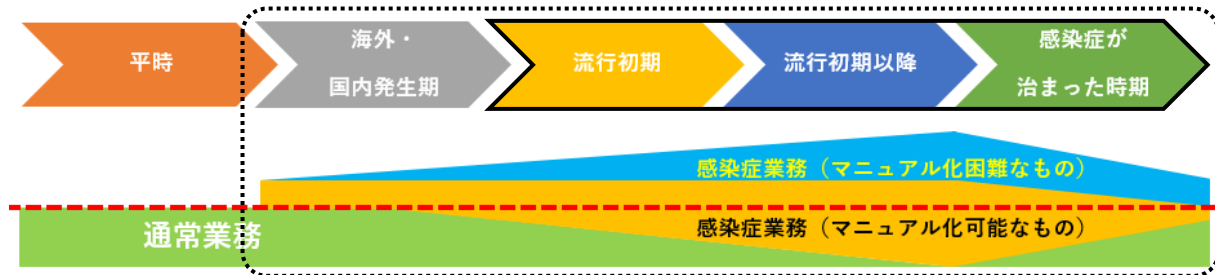
- IHEAT は支援に必要な専門的な知識を持つ人材である可能性が高いため、マニュアル化が困難な業務や班業務の統括、所内本部内のアドバイザーとして活用するなど、適切な配置を行う。当所における新型コロナウイルス感染症対応時は、事前準備や余裕がなく、適切な配置を行うことは困難であった。

【感染が治まった時期】

- 応援体制の段階的な縮小を行う。
- 次の感染の波が来ることを想定しマニュアルや FAQ 等を更新し、応援再開にむけて準備する。

4 感染状況に応じた取り組み、体制－（１）組織体制

－ ３）職員の安全管理・健康管理 ４）施設基盤・物資の確保



要点

- 業務過多により職員が疲弊し保健所が機能停止に陥らないよう、職員の健康状態や勤務状況を確認し、柔軟な勤務体制の工夫やサポート体制を強化する。
- 衛生委員会の機能を維持し、積極的に活用する。
- 必要機材、物資等の在庫状況を確認しつつ、物資等の確保に努める。

基本的な考え方

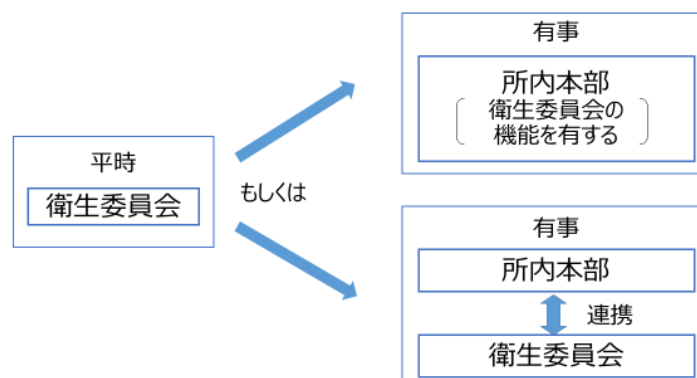
- 感染者数の増加や対応の長期化等に伴い、職員の業務負荷が増大するため、衛生委員会の役割は重要である。多様な視点から職員の健康状態を分析し、改善につなげる必要がある。
- 十分量の物資がなければ必要とされる感染対策を講じることはできない。市町村や関係機関と連携しつつ、物資等の在庫状況の確認と確保に努める。

３）職員の安全管理・健康管理

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 平時の検討を踏まえて、流行を想定した勤務体制を準備しておく。
- PPE の正しい着用方法など、患者等対応業務における感染予防策を改めて確認する。
- 平時から有事への切り替えの際に、衛生委員会機能を所内本部へ移すかどうかを協議・決定する（再掲 図１）。

（再掲 図１）有事の際の衛生委員会



【流行初期】

- 職員の感染とその拡大及び業務過多を防止するため、職員の健康状態を確認し、通勤手段や勤務体制（時差・遠隔）等を変更する（表 1）。

（表 1）勤務体制の工夫の例

工夫	具体例
時差出勤	勤務シフトの変更（早出／遅出）
交代制勤務	8 時～16 時 45 分勤務と 13 時～22 時勤務の 2 交代 等（注 1） ※新型コロナウイルス感染症対応では、感染拡大時は夕方からの体調悪化の相談が多くなる傾向があった
インターバル制度	1 日の勤務終了後、翌日の出勤までに一定時間以上の休息時間（インターバル）を設け、休息時間を確保する
時差休憩	昼休みの時間帯にも対応が必要なこともあるため、休憩時間をずらす

（注 1）現状、福島県のサービス規程では保健所における交代制勤務の制度は存在しないが、有事の対応として柔軟な勤務体制が可能となるよう期待したい。

【流行初期以降】

- 感染拡大に伴う身体的・精神的負荷が予測されるため、勤務状況を確認し、サポート体制を十分に確保しておく。
- 定期的な面談やミーティングの時間を確保し、職員が悩みや不安を吐き出すことができる機会を確保する。
- チームや職員ごとに超過勤務時間に大きな偏りがある場合は、早急に業務内容や体制の見直しを行う。
- 超過勤務時間のみでは把握できない身体的・精神的負荷についても可能な限り把握に努め（職員を対象としたアンケートの実施、目安箱の設置等）、分析し、業務体制の改善につなげる。

【感染が治まった時期】

- 職員の身体的・精神的状況に配慮し、積極的に休暇の取得を促す。
- バーンアウトが起こりやすい時期であるため、休息を促す、早期に気づけるようチェックリストを活用するなどの工夫を行う。

4) 施設基盤・物資の確保

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 外部人材や応援職員受入れのための執務スペース、電話機や PC 等の機器確保の準備を行う。
- 平時から確保しておいた物資（マスクや PPE、消毒液等の感染症対策物資や消耗品）を確認するとともに、配分に向けて準備をする。

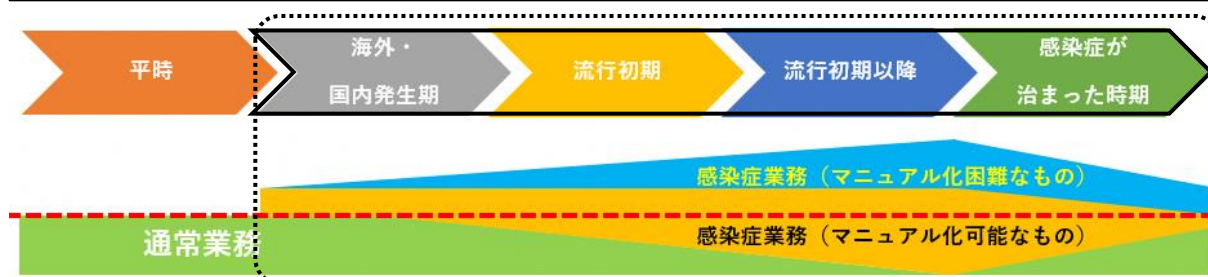
【流行初期】

- 在庫状況を確認しつつ、可能な限り早期に物資を確保する。

【流行初期以降】【感染が治まった時期】

- 引き続き、市町村や関係機関と連携しつつ、在庫状況の確認と物資の確保に努める。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (2) 業務体制 – 1) 相談



要点

- 海外や国内で新たな感染症等が発生したときは、本庁と連携し相談センター等を設置し、相談先を周知する。
- 電話相談対応の業務量は多めに見積もり、余裕を持ってあたれるよう人的、物理的準備を行う。
- 感染症予防チームの業務逼迫が始まった時点で、所内横断的な電話相談当番体制を構築する。
- 流行初期は、相談の増加が考えられるため、夜間休日の相談体制を拡充すると共に、外部委託や県の一元化などを進めていく。有症状者の受診調整にも多数の人員が必要となる。

基本的な考え方

- 帰国者・接触者、有症状者、不安を感じた住民等からの相談の増加が考えられるため、早期に相談体制を拡充すると共に、相談の負荷を減らすため、ホームページやニュースレター等での住民に情報が伝わるよう検討する必要がある。
- 所内の相談業務についても、有事（全所体制）への移行よりも先行した当番体制が必要である。

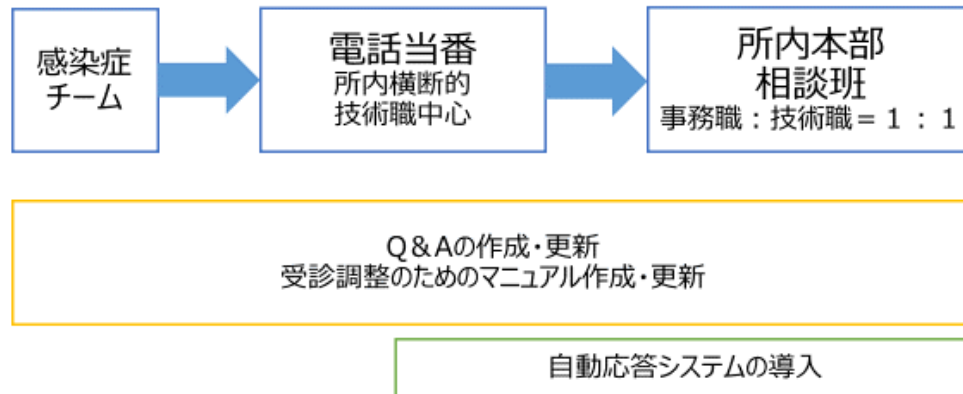
(1) 業務体制

1) 相談

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 海外からの帰国者・入国者、有症状者、不安を感じた住民等からの相談が発生することが考えられるため、本庁と連携し、相談センター等を設置し、相談先の周知を実施する。事前の想定よりも多くの電話問合せが来る可能性もあり、電話対応の体制は十分確保しておく。
- 病原体の特徴に関する FAQ をホームページやニュースレター等で公表することで相談体制の負荷を減らす。なお、公表媒体は住民に十分内容が伝わるよう、状況に合わせて検討すること。
- 相談センター等に寄せられた情報（渡航歴や接触歴、症状等）を確認し、感染の疑いがある場合、速やかな感染症指定医療機関等への受診につながるよう調整等を行う。
- 今後の相談件数増加を見越して、相談内容の Q & A 作成や自動応答システムの準備・導入をすすめる。
- 相談件数が増加し、感染症予防チームの業務がひっ迫してきた際には、有事（全所体制）への移行よりも先行して所内横断的な電話当番体制を整える（再掲 図 1）。

(再掲 図 1) 相談業務における全所体制確立までのステップ



【流行初期】

- 帰国者・接触者、有症状者、不安を感じた住民等からの相談の増加が考えられるため、夜間・休日等相談体制を拡充するとともに、外部委託や県による一元化について、準備が整ったものから順次手続きを進めていく。
- 症状のある住民から問合せを受けた場合は、平時に都道府県連携協議会等で本庁や医療機関と整理した対応方法や役割分担に基づき、発熱外来等を開設している医療機関への受診を促す等の対応をとる。
- 初期においては、受診調整に多くの人員が必要とされることから、十分な人員を確保する。

【流行初期以降】

- 相談体制は、流行開始から 1 か月の間だけで確立するとは考えにくく、引き続き感染状況に応じて体制の拡充・変更を行う。
- 外部委託や県による一元化等により業務効率化を進めるとともに、外部委託した相談体制が適切に機能しているか、個人情報保護を遵守しているか、適宜監視し、必要時に本庁と調整を行う。

【感染が治まった時期】

- 各種業務体制の段階的な縮小を行う。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (2) 業務体制 – 2) 検査・発熱外来



要点

- 海外や国内での新たな感染症が発生した際は、感染疑い例を速やかに報告できるよう医療機関に周知し、受診調整、検査等がスムーズに実施できるよう準備しておく。
- 流行初期以降は、県、地方衛生研究所、感染症指定医療機関、発熱外来、協定締結医療機関との情報共有を密にしながら対応にあたる。
- 帰国者・接触者外来設置医療機関への受診調整を実施する際に使用する聞き取り様式の作成と地域間統一を進める。
- 保健所内の検査業務の増加に対しては、所内体制を柔軟に変更し対応する。
- 所内企画部門は、検査・搬送班と協働し、早期のうちから管内医療機関が適切な検体採取や梱包方法を実施できるよう、体制構築に努める。

基本的な考え方

- 新興感染症等発生時において感染拡大を防ぐためには、初動の対応が極めて重要である。海外や国内で新たな感染症等が発生した際、病原体の特徴等最新の情報を収集し、関係機関と連携を密にし、管内の初発患者発生時に備えておく必要がある。
- 病原体は常に変異を繰り返すため、検査・発熱外来の体制を検討する際は、国立感染症研究所の情報等、常に変化する最新の情報を収集し対応にあたるよう留意する。
- 帰国者・接触者外来設置医療機関への受診調整を実施する際、保健所で得た情報を医療機関に提供する工程がボトルネックとなり得る。統一した聞き取り様式を早期に作成し医療機関と共有することが重要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、梱包は知識・経験不足を理由に実施できないとする医療機関が複数存在したため、保健所・衛生研究所職員から医療機関へ対する研修実施等が必要。

(2) 業務体制

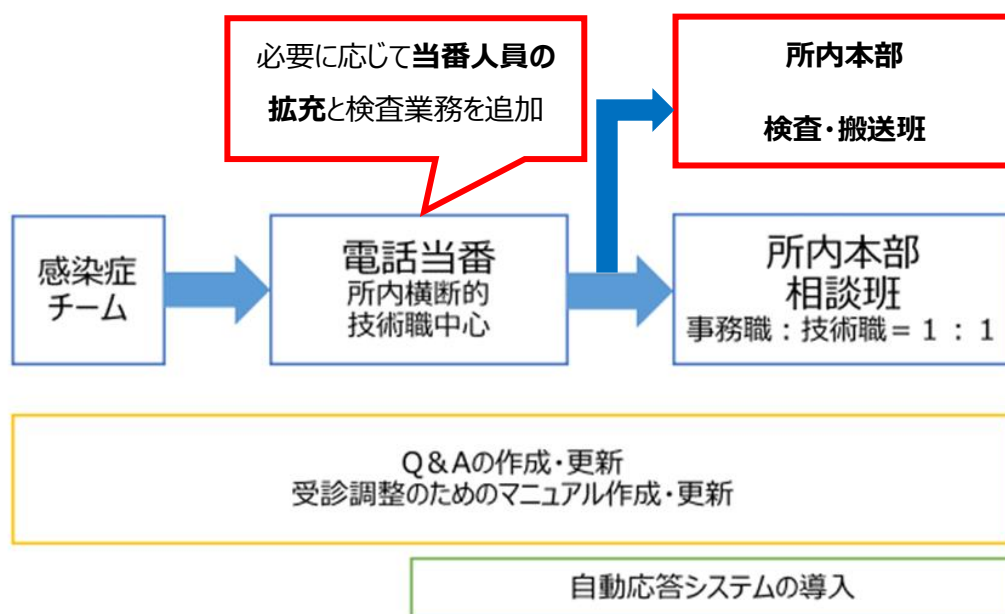
2) 検査・発熱外来

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 患者の早期発見が重要であるため、感染疑い例について保健所へ速やかに報告するよう、医療機関に周知する。

- 感染疑い例を探知した場合、速やかに感染症指定医療機関等への受診調整（医療機関への連絡、受診 時間や入口の調整）を行う。受診に当たり、マスク着用の指示や搬送手段についての説明を実施する。
- 地方衛生研究所等と協力し、検査に係る体制（検体搬送に係る手順、検査数、検査結果判明までの所要時間、検査結果の患者への伝達方法等）やサーベイランスのための情報共有方法等を再確認するとともに、新たな感染症に関する知見等の共有を行う。
- 県と連携し、協定締結医療機関（特に流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関） 等における発熱外来設置の準備状況を把握しておく。
- 帰国者・接触者外来設置医療機関への受診調整を実施する際、保健所で得た情報を医療機関に提供する工程がボトルネックとなり得る。少なくとも管内で統一した聞き取り様式、可能であれば全県で統一した聞き取り様式を早期に作成し医療機関と共有することが重要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時は、管内 1 例目発生約 2 か月前から当所への相談業務と検査業務が発生し職員の負荷となった。所内本部立ち上げ前にこれら 2 つの業務は逼迫する懸念があることから、所内体制を柔軟に変更するなど組織横断的に対応する。
 - 具体的な対応方法の例として、先行して立ち上げを行った所内横断的な相談班の人員拡充と業務内容の整理を行い、相談業務と検査業務を担えるようにする等がある（再掲 図 1）。

（再掲 図 1）相談業務と検査業務の拡充と全所体制確立までのステップの一例



【流行初期】

- 県と連携し、協定締結医療機関（まずは流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関）等において発熱外来が速やかに開設されるよう医療機関への要請と必要な支援を進める。
- 医療機関に対し、かかりつけ患者からの相談に対応するよう指導し、かかりつけ患者が他の医療機関（発熱外来）を受診する場合には、基礎疾患等の紹介状を速やかに送付するなど他の医療機関への情報共有を依頼する。

- 発熱外来への受診が円滑に行われるよう、受診までの手順について、平時に都道府県連携協議会等で都道府県や医療機関と整理した内容に基づいて対応する。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、検体採取までは行うが梱包は知識・経験不足を理由に実施できないとする医療機関が複数存在した。特に梱包については、保健所・衛生研究所職員から医療機関へ対する研修実施等が必要である。

【流行初期以降】

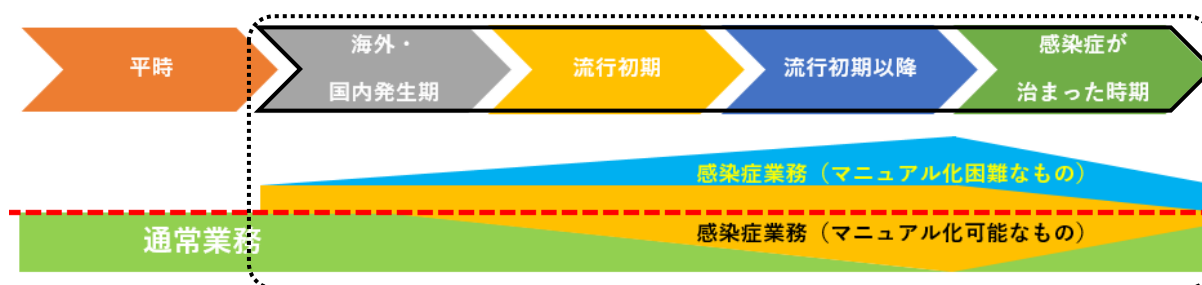
- 引き続き、発熱外来への受診が円滑に行われるよう、受診までの手順について、県や医療機関と整理した内容に基づいて対応する。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (2) 業務体制

– 3) 積極的疫学調査とクラスター対応



要点

- 地域における効果的な感染拡大防止につなげるため、対応すべき優先度を考慮して積極的疫学調査やクラスター対策を行う。
- 管内1例目のクラスターが発生した時点で所内本部内にクラスター対策班を設置し、指揮命令系統と業務内容を再整理する。

基本的な考え方

- クラスターが多発しうる感染症においては、平時の組織体制のなかでクラスター対応を行うことは困難を極めるため、所内本部内に新たにクラスター対策班を設置し組織横断的に対応する。
- 感染状況に応じて疫学調査の対象者の範囲やクラスター対応の手法を重点化する必要がある。
- 国や本庁から発出される最新の通知やマニュアル等を確認し、タイムリーに切り替えを行うことも重要である。

4
(2)
3)

3) 積極的疫学調査

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 保健所の所管区域内での発生時に初動体制を円滑に構築できるよう、生活衛生部が中心となり、総務企画部、健康福祉部と連携し感染症有事体制に構成される人員の参集及び必要な物資・資機材の調達等の準備を開始する。
- 積極的疫学調査専用の電話回線、電話機、ヘッドセットやPC等の機器については、総務企画課にて確保の手続きを開始する。

【流行初期】

① 感染症患者の積極的疫学調査

- 積極的疫学調査を実施する。対面での調査が必要な場合は、適切な感染対策を行った上で、調査の時間・回数を最小限とする。また、事業所や学校等に対して、濃厚接触の可能性のある者のリストを保有している場合は当該リストを提供するよう依頼する。

- 感染症患者が急増した場合においては、感染経路の調査は意味をなさない可能性が高い。感染経路の調査の重要性が低くなった時点で、所内企画部門において調査票の内容を精査し、可能な限り簡素化、省力化する。
- 流行初期は特に、積極的疫学調査に人員を多く投入し、感染源・濃厚接触者を迅速に特定し、感染状況の評価を行うことが重要である。所内本部が立ち上がった際には、積極的疫学調査班及び感染状況の評価・分析を行う所内企画部門が連携を取りながら実施する。
- FETP（Field Epidemiology Training、実地疫学専門家。以下、FETP。）等の専門職に対して相談や協力要請を行うことや、本庁と連携して感染症予防等業務対応関係者の派遣要請を検討する等の対応によりサーベイランスの強化やクラスター対策を行うことも考慮される。

②クラスター対応

- 多数の患者が発生した施設や学校、事業所においては保健所で現地に出向き調査及び実地指導を実施する。
- 指導内容については、感染症対策に関する指導、施設や医療機関であればゾーニングの指導、検査の実施等を行う。新興感染症発生時には国や本庁の通知や学会等の最新のマニュアルを確認し、適切な指導を行うこと。
- 管内 1 例目のクラスターが発生した時点で、所内本部における実行部門としてクラスター対策班を設置する。
- クラスター対策業務は多岐にわたることから、クラスター対策班立ち上げの際には所内本部会議において他部門や他の班（特に積極的疫学調査を担う班、入院調整を担う班）との人員配置や業務内容を再整理し、クラスター対策班内の指揮命令系統を確立する。
- クラスター対策班の人員については、平時から施設関係の業務を担っている保健福祉課の職員が一定数配置されることが望ましい。
- クラスター対策班立ち上げ直後より、マニュアル作成要員（事務職等）を確保し、クラスターの多発に備えてマニュアル作成を進める。

③感染症患者・濃厚接触者の管理

- 感染症サーベイランスシステムにて情報を一元化する。なお、患者や濃厚接触者へ作成する書類については、感染症サーベイランスシステムより CSV をダウンロードする等、業務効率化及び転記ミス防止に注意する。

【流行初期以降】

- 感染症の特徴、感染状況や方針等を踏まえ、患者が多数発生し、感染源の特定が不可能となり（疫学的リンクの喪失）、積極的疫学調査による感染者の追跡実施の意義がな

くなる等の状況になった場合で、国や本庁等から積極的疫学調査の重点化や終了が示された場合には、対応の変更を迅速に行う。

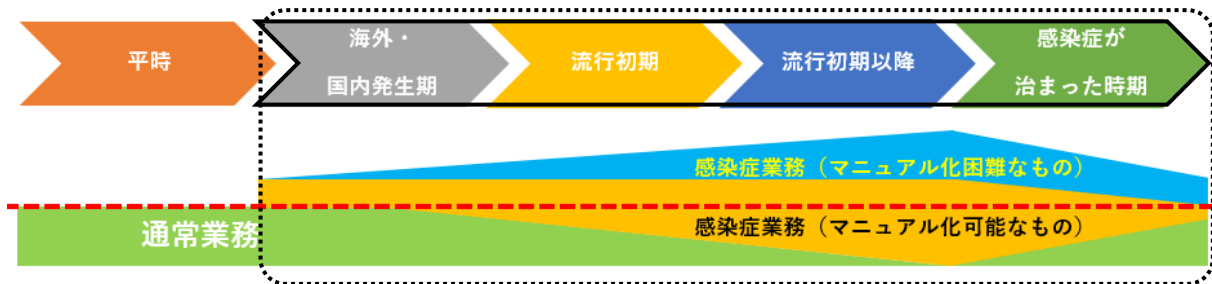
- 感染拡大期においては、重症化リスクの高い方が多く入所する施設（病院、高齢者施設・障がい者施設等）等に重点化し、FETP や DMAT（Disaster Medical Assistance Team、災害派遣医療チーム、以下、DMAT。）等の専門職に対して相談や協力要請を行うことや、本庁と連携して感染症予防等業務対応関係者の派遣を要請する等の対応によりクラスター対策を継続する。
- 管内 1 例目のクラスター発生後、2 例目のクラスターまで間隔が空く場合等も想定されるため、クラスター対策班の人員配置や業務内容は他班と比較し頻回の見直しを行う等の方法により組織的に決定する。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。
- 積極的疫学調査を重点化していた場合は再開する。

4 感染状況に応じた取り組み、体制－（２）業務体制

－ 4）健康観察・生活支援



要点

- 入院の必要性が認められない患者に対しての健康観察は、感染状況や療養場所に応じて対応の変更を行う。
- 保健所において健康観察を行う場合は、ICT を積極的に活用し効率的に行う。
- 自宅療養者等の健康観察・生活支援・パルスオキシメータの配付について、関係機関との連携等の体制を構築する。

基本的な考え方

- 新型コロナウイルス感染症対応時は体調不良の患者であっても自宅療養者である限り大半の健康観察を保健所で行うこととなったが、本来は医療として実施されることが望ましい。
- 健康観察において、流行初期以降は健康観察対象者を重症化リスクが高い人に対象を絞る等柔軟に対応する必要がある。
- 自宅療養者等の必要最低限の生活必需品、食料品などの生活支援及び健康観察に必要なパルスオキシメータの配付について、市町村と積極的に連携して実施する。

4）健康観察・生活支援

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 平時の準備を踏まえて手順及び関係機関との役割分担を再確認しておく。
- 住民に対し、感染拡大に向けて健康観察等の方法について周知する。
- 患者の医療に係る相談や健康観察については、保健所ではなく医療機関等で担うことが望ましいため、本庁と連携しそのような体制構築を目指す。

【流行初期】

- 住民に対し、感染拡大に向けて健康観察等の方法について引き続き周知する。

【流行初期以降】

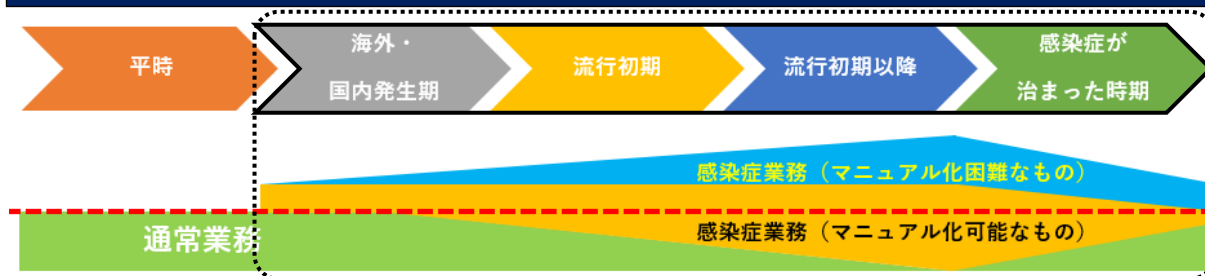
- 入院の必要性が認められない患者に対して自宅療養・宿泊療養・高齢者施設等での健康観察が行われる方針が示された場合には、対応できるよう体制整備を行う。
- 保健所において自宅療養者の健康観察を行う場合は、感染症サーベイランスシステムの健康観察ツール等の ICT を積極的に活用する。健康観察の方法や頻度は、ケースに応じて柔軟に対応する。また、健康観察の記録については、略語を使わないようにする等誰が見ても分かるように簡潔明瞭に記載する。
- 宿泊療養・高齢者施設等での健康観察が行われる場合には、療養先のスタッフの協力を得て健康観察を実施する。高齢者施設等においては、健康観察対象者が急変することが多い。そのため、急変時に迅速に対応できるよう施設は嘱託医と連携をとってもらうようにする。
- 医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護事業所協議会、協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供とあわせて健康観察の実施を確認しているもの。病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所）、高齢者施設等関係機関及び民間事業者へ委託し、健康観察、薬の提供、必要に応じて電話・オンライン診療、往診、オンライン服薬指導、訪問薬剤管理指導、訪問看護等を積極的に活用する。
- 自宅療養中の患者に対し、自宅療養にあたって必要な情報の提供やパルスオキシメータの配布等を行う。
- 健康観察や生活支援等の業務について、平時に市町村等と整理した役割分担に基づいて積極的に市町村と連携し、必要な情報の共有を行う。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。

4 感染状況に応じた取り組み、体制－（２）業務体制

－ ５）移送 ６）入院・入所調整と要配慮者対応 ７）水際対策



要点

- 患者の感染状況に応じて、関係機関と連携し、速やかに患者を移送・入院できるようにする。
- 流行初期のうちから、“下り移送（下り搬送）”へ対応するための具体的な準備が必要。
- 要配慮者（特に妊婦、透析患者）の医療体制整備も早期のうちから具体的な準備を進める。

基本的な考え方

- 円滑かつ効率的な移送・入院のために、消防機関との連携、県による一元化、民間事業者への委託等を活用しつつ、移送・入院に必要な業務体制の拡充を図る。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、流行初期以降に療養期間終了前の患者の移送及び搬送（いわゆる下り移送/搬送）のニーズが増加したが、対応には大きな困難を伴った。移送（搬送）手段と方法、患者の受け入れ先（後方支援病院等）の確保等による一体的な体制整備が平時から必要である。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、自宅療養者が出始めた流行初期以降に要配慮者（妊婦、小児、透析患者、基礎疾患を持つ高齢者等）への医療提供が大きな課題となった。

５）移送

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 感染疑い例の移送も生じることを想定する。
- 平時の準備を踏まえて手順及び関係機関との役割分担を再確認しておく。

【流行初期】

- 初動時においても、感染症の特性に応じて、消防機関との連携、本庁による一元化、民間事業者への委託等の手続きを順次進めつつ、保健所として必要な業務体制の確保を図る。
- 民間事業者に委託する場合には、移送班が感染予防策、要配慮者への移送方法等の留意点等を含んだマニュアル案を早急に作成しオリエンテーションを行う。
- 流行初期以降から生じる、療養期間終了前の患者の移送及び搬送（いわゆる下り移送/搬送）ニーズの発生と増加を見据え、対応可能な体制を整備する。

- 移送（搬送）手段と方法、患者の受け入れ先（後方支援病院等）の確保等による一体的な体制整備が平時から必要であるため、地域の関係機関との連携はもちろん、平時から本庁と方針を協議・共有しておく必要がある。

【流行初期以降】

- 感染状況に応じて、消防機関との連携、本庁による一元化、民間事業者への委託等を活用しつつ、移送に必要な業務体制の拡充を図る。
- 救急搬送依頼が増えることも考えられることから、救急車の適正な利用を進める。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。

6) 入院・入所調整と要配慮者対応

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 平時の準備を踏まえて、感染症指定医療機関等への入院調整の手順及び関係機関との役割分担を再確認しておく。
- 本庁と連携し、協定締結医療機関（特に流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関）等に情報共有を行うとともに、入院病床の確保の状況を確認する。また、宿泊療養施設の確保も検討する。
- 疾患特性に応じて要配慮者のカテゴリー（ちなみに新型コロナウイルス感染症においては、妊婦、小児、透析患者、基礎疾患を持つ高齢者等が要配慮者とされた）を推測し、流行初期以降の患者急増へ向け医療提供体制の整備を本庁や地域の関係機関と連携して行う。

【流行初期】

- 感染拡大に向けて入院病床の確保、宿泊療養施設の開設のために必要な情報を本庁へ提供する。
- （感染症法上の入院が適用される感染症の場合）患者と診断された者が自宅等にいる場合、感染症法に基づく入院の対象として、医療機関等と連携・役割分担の上、迅速に入院調整を行う。感染症法に基づく入院勧告通知、就業制限や感染症診査協議会の開催、医療費の公費負担に係る業務を実施する。
- 就業制限や入院勧告等については、人権の尊重の観点を考慮し、必要な法的手続きを実施する等、厳正に行う。
- 医療機関間及び消防と医療機関間による入院調整や本庁での一元的な入院調整、医師会を中心とした輪番制での受診受入等の体制を整えていく。

【流行初期以降】

- 入院の必要性が認められない患者に対して自宅療養・宿泊療養・高齢者施設等での健康観察が行われる方針が示された場合には、対応できるよう体制整備を行うとともに対応の変更を行う。
- 重症化リスクの高い患者に対して重点的に対応することを検討するとともに、医療機関間及び消防と医療機関間による入院調整や本庁での一元的な入院調整を実施する。

- 病床利用状況等を勘案し、入院中の患者であっても、自宅療養が可能であれば病状を説明した上で、協定締結医療機関（後方支援）への転院のための病院間の搬送（下り搬送）や退院等について、必要に応じて調整を行う。
- 入院体制・後方支援体制等の強化のため、医療機関や医師会等に引き続き協力要請を行う。
- 引き続き、感染症法に基づく入院勧告通知、就業制限や感染症診査協議会の開催、医療費の公費負担に係る業務を実施する。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。

7) 水際対策

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 多言語通訳サービス等の活用開始を検討する。
- 検疫所長からの通知があったときは、感染症法第 15 条の 3 第 1 項の規定に基づく入国者の健康観察を実施できる体制を整えておく。また、検疫所長より通知された入国者の健康状態について、保健所において異常を生じたことを確認したときは、本庁をとおして厚生労働大臣に報告するとともに、当該者に対して適切な措置を行う。

【流行初期】

- 感染者の出国に当たっては、国際保健規則（IHR）に基づく通報が必要であるから、保健所は、都道府県等（保健所設置自治体）が厚生労働省や在外公館と調整を行うことを認識しておくことが望ましい。

【流行初期以降】

- 引き続き、本庁と情報共有しておく。

【感染が治まった時期】

- 業務体制の段階的な縮小を行う。

4

(2)

5)

6)

7)

4

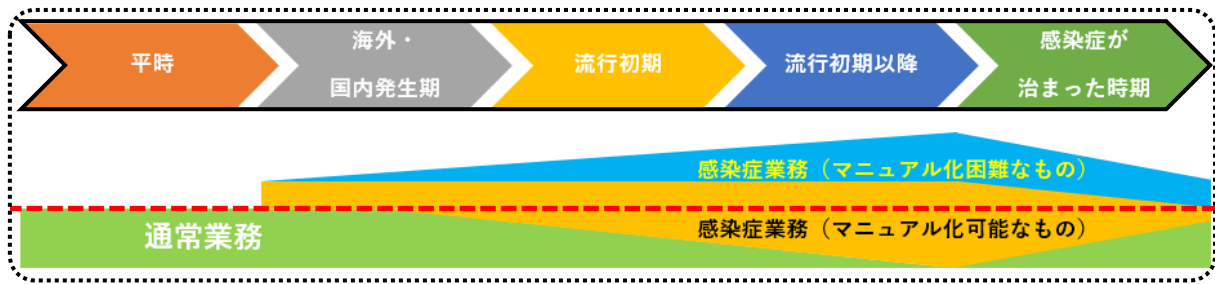
(2)

5)

6)

7)

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (3) 関係機関との連携



要点

- 新興感染症についての知見や感染対策等、最新の情報を発信する。
- 医師会等の関係機関との緊急時の連絡及び連携体制を確認し、発生時には迅速に対応する。
- 感染者に関する情報を整理し、分析・検証を行い、次の波に向けて対策の検討を実施する。

基本的な考え方

- 平時の関係性をベースとしつつ、有事の際にはさらに関係機関との定期的かつタイムリーな情報共有を行いながら信頼関係を深め、密な連携を取っていくことが重要である。

(3) 関係機関等との連携

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 保健所内の連絡体制を確認する。
- 関係機関と緊急時における連絡及び連携体制を確認する。
- 感染症発生動向調査の重要性及び電磁的方法による届出について、医師会等を通じて改めて周知を行う。
- 本庁と連携し、以下に関する最新の情報発信を行う。
 - 基本的な感染予防策（マスク・手洗い等）
 - 感染症の特徴
 - 海外での発生状況（発生国・地域、発生者数、発生日時、健康被害の内容、拡大状況、対応状況等）
 - 自治体の相談窓口・食料品や生活必需品（マスクや手指消毒等も含む）等の備蓄

【流行初期】

- 対策本部会議での意思決定に資するよう、入手した情報を経時的にクロノロジーとして記録し、保健所内で共有する。
- 感染症発生動向調査の重要性及び電磁的方法による届出について医師会等を通じて引き続き周知を行う。届出に当たっては基準を遵守し、入力ミスや入力方法の誤りをなくす等報告の質を担保する。

- 定量的な感染症の種類毎の罹患率等の推定を含めて、感染症の発生状況及び動向の正確な把握ができるように行うことが重要である。
- リスクコミュニケーションについては、双方向の情報共有を意識する。
- 住民に対し、プライバシーや人権に配慮しながら、多様な媒体・多言語による情報発信を行う。なお、情報発信においては、感染者数等の単なる数字を発信するだけでなく、感染症の特徴や適切な感染予防策等についても分かりやすい情報発信を行うよう努める。

【流行初期以降】

- 電磁的方法による届出について管内の医療機関等に引き続き周知を行う。また、入力ミスや入力方法の誤りが増えるため引き続き報告の質を担保できるよう協力を依頼する。
- 住民に対し、食料の備蓄、感染対策の徹底、自宅で軽症・無症状者を看護するときの心得等を周知する。
- ワクチン接種が可能となった場合、必要に応じてワクチンの有効性及び安全性の評価を行いながら、医師会や市町村等と連携してワクチンに関する正しい知識の普及を進め、住民の理解を促す。

【感染が治まった時期】

- 感染者に関する情報を整理し、分析・検証を行い、次の波に向けて対策の検討を実施する。
- 情報提供体制を評価し見直しを行う。次の波に備えて情報提供と注意喚起を行う。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (4) 人材育成



要点

- 驚異となりうる新たな感染症が発生した時点で、臨時の所内初動訓練の実施を検討する。
- 流行初期においては、職種を超えて職員の専門性と実践力を高めることのできる工夫を行う。
- 流行初期以降～感染が治まった時期に、個人と組織の両方で振り返りを行う。

基本的な考え方

- 組織として必要な準備物を把握するための手段として、臨時の訓練実施は有効である。
- 事務職と技術職が協働できる体制を初期から見据えておく。
- PDCA サイクルを回し続けることが、OJT になる。

(4) 人材育成

1) OJT

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 初動訓練を実施してみることで必要な準備物がわかることが多いことから、可能な限り前向きに、臨時の所内初動訓練（本部立ち上げと勤務シフト作成等）の実施を検討する。

【流行初期】

- 人員配置においては、特定の部署に技術職のみが偏らないように努める。
- 技術職と事務職をペアにする等の方法で、業務を行いながら事務職の専門性と実践力を高めることのできる工夫を行う。
- 本部組織は特にこの時期、状況に応じて変化することが想定されることから、柔軟な人員配置を行う。

【流行初期以降】

- 技術職依存から脱却し、専門性と実践職の高まった職員については、職種に関係なく能力の発揮できる業務を担うことのできるよう配置する。
- 感染の拡大が続いている時期においては、常に業務効率化を意識し職員間でアイデアを出し合い、業務に反映させる。
- 感染のピークを越えた時期には、業務上の問題点の抽出を部門毎に行う。

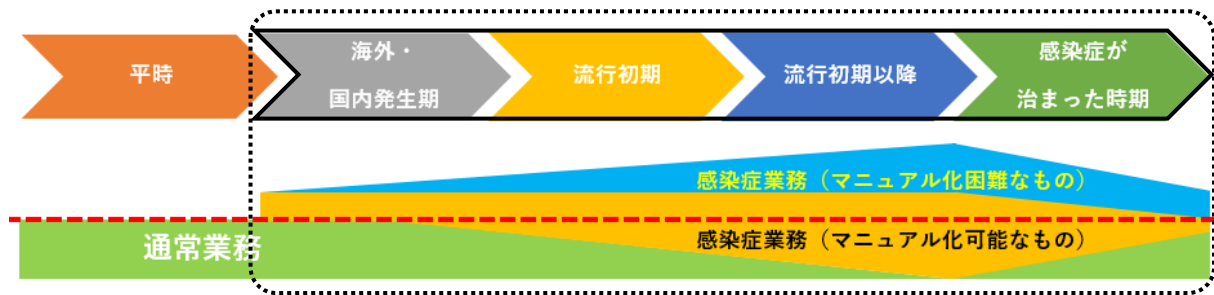
【感染が治まった時期】

- 抽出された問題点に対する対応策について、個人と組織両方の観点から検討する。

2) Off-JT

- 最新の情報収集と業務への反映は重要であることから、可能な限り複数名での職場外研修が受講できるよう組織として努める。

4 感染状況に応じた取り組み、体制 – (5) 情報管理・リスクコミュニケーション



要点

- 流行初期の前段階から、保健所内外の連絡体制・情報共有体制の確立へ向け準備を行う。
- 所内本部員は、まず所員に対して危機と緊急時のリスクコミュニケーション（Crisis & Emergency Risk Communication : CERC）を実践する。

基本的な考え方

- 流行初期には業務量が急速に増加することから、可能な限りその前の段階で情報共有体制を確立しておくことが重要である。
- リスクコミュニケーションとしてはまず所内で CERC を実践したうえで、外部へも応用し情報発信の範囲を拡大していく。

4
(5)

(5) 情報管理・リスクコミュニケーション

【海外や国内で新たな感染症等が発生したとき】

- 課長会議において、保健所内の連絡体制を確認・共有する。
- 生活衛生部を中心に関係機関と緊急時における連絡および連携体制を確認し、コンタクトリストを作成する。
- 感染症発生動向調査の重要性及び電磁的方法による届出について、医師会等を通じて改めて周知を行う。
- 本庁と連携し、本庁や保健所、外部機関との間で情報共有を行うためのツール（感染症サーベイランスシステム等、セキュリティが十分に担保されているものが望ましい）を選定する。
- 本庁と連携し、以下に関する最新の情報発信を行う。
 - ・ 基本的な感染予防策（マスク・手洗い等）
 - ・ 感染症の特徴
 - ・ 海外での発生状況（発生国・地域、発生者数、発生日時、健康被害の内容、拡大状況、対応状況等）
 - ・ 自治体の相談窓口
 - ・ 食料品や生活必需品（マスクや手指消毒等も含む）等の備蓄

【流行初期】

- 所内本部会議での意思決定に資するよう、入手した情報を経時的にクロノロジー等として記録し、所内で共有する。
- 所内本部員は、まず所内体制を盤石にするため、所員に対して危機と緊急時のリスクコミュニケーション（Crisis & Emergency Risk Communication : CERC）を実践する。

（再掲 表 1）危機下における人々の4つの情報処理プロセス

人々の心理	特徴	ポイント
直感で判断	危機に際し人々は情報を単純化して理解する傾向にある。激しいストレスや情報過多になると脳は疲れ、人は熟考するより「直感」で物事を判断しがちであるため、メッセージの内容を単純化する。心理的に、茫然として事実を否定したり、都合よく誤った解釈しがちになる。	簡潔明瞭に伝える
信念を変えられない	「私の家は安全だ」「前はうまく難を逃れた」などと自分に言い聞かせ、災害時に専門家から避難の勧告に耳を貸さなくなる傾向となる。自分に都合の悪い情報を過小評価する心理（正常性バイアス）が働く。	信頼できる情報源から発信
追加情報や意見を探す	不安で、複数のテレビチャンネルに変更したり、有名人の発言を求めるようになる。このとき、情報が発言者によってバラバラであると疲弊した脳と心はさらに混乱する。	メッセージには一貫性を持たせる
最初の情報を当てにする	何が起きているかわからない状況下で、人は噂や根拠のない推測で空白を埋めようとする。この場合、新しいより正確な情報に接したとしても最初に受け取った情報を捨てることは困難となる。もし誤った情報を最初に受け入れてしまうと修正ができない。	正確な情報を迅速に公開

※参考：U. S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

"CERC (Crisis and Emergency Risk Communication) Psychology of a Crisis guideline. 2019 Update.

（再掲 図 1）クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション（CERC）の6原則



※参考：U. S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

CERC (Crisis and Emergency Risk Communication) introduction of a Crisis guideline. 2018 Update.

- 感染症発生動向調査の重要性及び電磁的方法による届出について医師会等を通じて引き続き周知を行う。届出に当たっては基準を遵守し、入力ミスや入力方法の誤りをなくす等報告の質を担保する。

- 定量的な感染症の種類毎の罹患率等の推定を含めて、感染症の発生状況及び動向の正確な把握ができるように行うことが重要である。
- リスクコミュニケーションについては、双方向の情報共有を意識する。
- 住民に対し、プライバシーや人権に配慮しながら、多様な媒体・多言語による情報発信を行う。なお、情報発信においては、感染者数等の単なる数字を発信するだけでなく、感染症の特徴や適切な感染予防策等についても分かりやすい情報発信を行うよう努める。

【流行初期以降】

- 電磁的方法による届出について管内の医療機関等に引き続き周知を行う。また、入力ミスや入力方法の誤りが増えるため引き続き報告の質を担保できるよう協力を依頼する。
- 住民に対し、食料の備蓄、感染対策の徹底、自宅で軽症・無症状者を看護するときの心得等を周知する。
- ワクチン接種が可能となった場合、必要に応じてワクチンの有効性及び安全性の評価を行いながら、医師会や市町村等と連携してワクチンに関する正しい知識の普及を進め、住民の理解を促す。
- 治療薬が使用可能となった場合、医師会や薬剤師会等と連携し、医師及び住民へ対し正しい知識の普及を進める。

【感染が治まった時期】

- 感染者に関する情報を整理し、分析・検証を行い、次の波に向けて対策の検討を実施する。
- 情報提供体制を評価し見直しを行う。次の波に備えて情報提供と注意喚起を行う。

5 資料

◎ 新興感染症対応に備え、必要な資料は随時更新・追加していく。

	No.	資料名	補足
	資料 1	県中保健福祉事務所 BCP.xlsx	○通常業務について優先度を付したもの
	資料 2	業務負荷算出ツール.xlsx	○業務負荷を算出するためのツール
	資料 3	県中保健福祉事務所シフト表.xlsx	○全所体制における月間勤務シフト表のひな形
	資料 4	クロノロ_様式.xlsx	○クロノロジーのひな形
相談	資料 5	相談_記録様式.xlsx	■相談記録記入様式（手書き用）
	資料 6	相談_入力様式_件数が少ないとき用.xlsx	■相談記録入力様式（随時入力用）
	資料 7	相談_電話振り分け表.xlsx	■相談件数が増加した際の電話対応マニュアル
検査	資料 8	検査_患者情報連絡票.docx	○帰国者・接触者外来に受診調整するための患者情報収集用のひな形（会津保健所で使用）
	資料 9	検査_PCR 検査会場配置.xlsx	■保健所で検体採取を実施した際の資料
	資料 10	検査_検体採取時準備リスト.xlsx	■行政検査の検体採取時の準備物のリスト
	資料 11	検査_唾液検体採取の方法.docx	■行政検査で検体採取を依頼する場合に使用した、検査の注意事項を伝える資料
	資料 12	検査_（学校用）PCR 検査を受けた方へ.docx	■行政検査受検者に検査後の流れをお知らせするための資料
	資料 13	検査_PCR 検査案内のしかた.xlsx	■検査対象者への行政検査案内のマニュアル
	資料 14	検査_PCR 検査台帳.xlsx	■行政検査受検者のデータ集約ファイルのひな形
疫学調査	資料 15	疫学調査_R4.7.11Ver.調査票.xlsm	■積極的疫学調査の調査票（入力用） 濃厚接触者の健康観察記録様式等を含む。
	資料 16	疫学調査_接触者リスト調査用紙.xlsx	■接触者リストのひな形
	資料 17	疫学調査_相関図.xlsx	■相関図のひな形
	資料 18	疫学調査_ロードマップ.xlsx	■施設等の発生状況を時系列で記載し、現状分析情報共有するためのロードマップのひな形
クラスター対応	資料 19	施設_コロナ発生時の入所施設等への対応.xlsx	■クラスター発生施設への対応の流れを示した資料
	資料 20	施設_平常時チェックリスト.xlsx	■施設に提供した感染対策チェックリスト
	資料 21	01_接触者リスト調査用紙.xlsx	■接触者リストのひな形
	資料 22	02_簡略版調査票.xlsx	■療養先検討のためのチェックリスト（本庁作成）
	資料 23	03_居室マップ作成例.xlsx	■施設の状況を把握するための様式
	資料 24	04_職員・入所者名簿.xlsx	■施設の状況を把握するための資料
	資料 25	05_陽性者・濃厚接触者健康観察.xlsx	■施設の状況を把握するための資料
健康観察	資料 26	健康観察_自宅療養者用.xlsx	■自宅療養者の健康観察記録のひな形
	資料 27	自宅療養者への配付資料_R4.9.16.zip	■自宅療養者向けのパンフレット（本庁作成） 自宅での過ごし方やパルスオキシメーターの説明等
	資料 28	入院調整資料.xlsx	■入院調整先の連絡先等を示した資料
	資料 29	コロナ毎日報告.xlsx	■所内の毎朝のミーティングで使用していた、情報共有のための資料のひな形
	資料 30	陽性者データベース_フォーマット.xlsx	■陽性者情報のデータ集約ファイルのひな形
	資料 31	県中保健福祉事務所における新型コロナウィルス感染症対応マニュアル R5.3.17.pdf	■コロナ 5 類移行直前の頃の所内マニュアル

■：新型コロナウイルス感染症対応時に使用していたもの

○：健康危機対処計画作成にあたり新たに作成したもの

◎各種資料の保存先

\\10.18.80.170\disk\【☆☆フォルダ整理 202301☆☆】\1-13_防災・危機管理に關すること\R5 健康危機管理\10_健康危機対処計画\R6 年度\03_原稿案\5_資料

6 改訂履歴

版数	発行日	改訂履歴
第 1 版	令和 6 年 3 月 1 5 日	初版発行
第 2 版	令和 6 年 8 月 2 8 日	第 2 版発行