

令和7年度

地域保健総合推進事業発表会

抄録集

■日時

令和8年2月25日(水)
9:30~16:30

受付 8:30~
開会 9:30
閉会 16:30

令和8年2月26日(木)
9:30~16:20

受付 8:30~
開会 9:30
閉会 16:20

■会場

AP東京八重洲 7階
東京都中央区京橋1-10-7

ハイブリッド開催 (Zoom)

主催：一般財団法人日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8
TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605



後援：全国衛生行政研究会

**令和7年度
地域保健総合推進事業発表会
抄録集**

**主 催：日本公衆衛生協会
後 援：全国衛生行政研究会**

目 次

第 1 部 健康安全・危機管理対策総合研究事業

- 1 健康危機発生時における保健所設置自治体や保健所の組織体制並びに人材育成等の強化、及びブロックごとの DHEAT 体制強化のための研究 …………… 1
研究代表者：池 田 和 功（和歌山県新宮保健所 所長）

第 2 部 地域保健総合推進事業 I

- 1 公衆衛生医師の確保と育成に関する調査および実践事業 …………… 7
分担事業者：宮 園 将 哉（大阪府岸和田保健所 所長）
- 2 地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究 …………… 12
分担事業者：小 倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所 所長）
- 3 精神保健医療福祉における「入院医療中心から地域生活中心へ」の取組における保健所の対応に関する研究 …………… 19
分担事業者：稲 葉 静 代（岐阜県可茂 兼 関保健所 所長）
- 4 災害時健康危機管理活動の支援・受援体制整備と実践者養成事業 …………… 23
分担事業者：鈴 木 陽（宮城県塩釜保健所 所長）
- 5 新興再興感染症等対策事業 …………… 30
分担事業者：田 中 英 夫（大阪府守口保健所 所長）
- 6 グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究 …………… 34
分担事業者：須 藤 章（兵庫県伊丹健康福祉事務所 所長）
- 7 中核市等保健所の特徴を踏まえた地域保健事業の推進についての研究 …………… 40
分担事業者：岡 本 浩 二（川口市保健所 所長）
- 8 院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業 …………… 46
分担事業者：近 内 美乃里（神奈川県鎌倉保健福祉事務所 所長）

第 3 部 地域保健総合推進事業 II

- 9 自治体における感染症対策の計画推進、人材育成に資する調査研究 …………… 51
分担事業者：糸 数 公（沖縄県保健医療介護部 部長）
- 10 保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育のあり方等に関する調査研究 …………… 58
分担事業者：伊 藤 由紀子（西条市福祉部介護保険課 主幹）
- 11 地方衛生研究所間の検査体制及び疫学情報解析機能の連携の充実・強化に向けた事業 …………… 64
分担事業者：吉 村 和 久（東京都健康安全研究センター 所長）

12	理学療法士・作業療法士の地域・職域での予防・健康づくりを目的とした保健活動を推進するための伴走支援のあり方に関する検討と普及事業	70
	分担事業者：山本伸一（日本作業療法士協会 会長） 分担事業者：斉藤秀之（日本理学療法士協会 会長）	
13	保健所、精神保健福祉センター及び市区町村等との連携・支援のための、ひきこもり相談支援実践研修会の開催とひきこもり者相談支援マニュアル（仮）作成	78
	分担事業者：辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター 所長）	
14	保健所等の施策立案機能と技術系職員の資質向上に関する実践事業	82
	分担事業者：嶋村清志（全国衛生行政研究会 会長）	
15	誰一人取り残さない栄養政策の推進に向けた自治体における実践に関する研究	86
	分担事業者：池内寛子（栃木県保健福祉部健康増進課 副主幹）	
16	災害時における栄養・食生活支援活動のマネジメントと連携強化及び災害対応能力育成に向けた研究	90
	分担事業者：諸岡歩（兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長）	
17	地域における保健・医療事業提供の効率化及び適正化のための実証的研究	95
	分担事業者：長澤泰（一般財団法人ヘルスライフ財団 理事長）	

第4部 地域保健に関するフォーラム

I	2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み	
1	基調講演「2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み～」	103
	座長：小倉加恵子（鳥取県福祉保健部／子ども家庭部 参事監 中部総合事務所 倉吉保健所 所長）	
	講師：西嶋康浩（厚生労働省医政局地域医療計画課 課長）	
2	パネルディスカッション	
	座長 小倉加恵子（鳥取県福祉保健部／子ども家庭部 参事監 中部総合事務所 倉吉保健所 所長）	
①	病院機能向上と経営改善の取り組み～統合再編事業を通して～	117
	松本昌美（南和広域医療企業団 副企業長 兼 南奈良総合医療センター 名誉院長）	
②	滋賀県・湖北圏域における病院ビジョン～人口15万人圏域における病院再編の経過について～	131
	荻田洋介（滋賀県長浜市 副市長）	
③	山口県における地域医療構想～へき地・離島対策～	133
	原田昌範（山口県立総合医療センターへき地医療支援センター長・ 山口県防府保健所長・山口県医療政策課 へき地医療 支援機構専任担当官・公益社団法人地域医療振興協会 理事・山口県支部長）	
④	パネルディスカッション	

II 2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから

- 1 基調講演「2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから」……………147
座 長：柳 尚 夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
講 師：海老名 英 治（厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課 課長）
- 2 パネルディスカッション
座 長：柳 尚 夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
 - ① 今後の精神科病院の入院患者動向と経営～精神病床の特殊性から推計する～……………163
山之内 芳 雄（医療法人愛精会 あいせい紀年病院 院長）
 - ② 精神保健医療福祉におけるピアサポートの可能性……………171
相 川 章 子（埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授）
 - ③ 論点整理・現状と課題……………183
柳 尚 夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
 - ④ 指定発言1：稲 葉 静 代（岐阜県可茂保健所 兼 関保健所 所長）……………192
指定発言2：横 山 勝 教（香川県中讃保健所 所長）……………194
 - ⑤ パネルディスカッション

第5部 地域保健総合推進事業 ～紙上発表～

- 1 看護師からの自治体保健師転職採用者への人材育成……………197
分担事業者：臺 有 桂（神奈川県立保健福祉大学 教授）
- 2 退職保健師（プラチナ保健師）の活躍等に関する実態調査……………199
分担事業者：津 田 紫 緒（杏林大学保健学部看護学科地域看護 講師）
- 3 小規模町村保健師人材開発のための活動報告リレー及び交流促進事業……………201
分担事業者：牛 尾 裕 子（山口大学大学院 教授）
- 4 地域保健文献情報提供事業……………203
分担事業者：遠 藤 弘 良（一般財団法人日本公衆衛生協会）
- 5 国際協力事業……………204
分担事業者：和 田 耕 治（一般財団法人日本公衆衛生協会）

令和7年度

地域保健総合推進事業発表会

プログラム

日時：令和8年2月25日（水）

9：30～16：30

受付 8：30～

開会 9：30

閉会 16：30

日時：令和8年2月26日（木）

9：30～16：20

受付 8：30～

開会 9：30

閉会 16：20

会場：AP 東京八重洲 P+Q ルーム

東京都中央区京橋 1-10-7

主催：一般財団法人日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8

TEL 03-3352-4281

後援：全国衛生行政研究会

令和8年2月25日

挨拶

9:30～9:40

福島 靖 正（一般財団法人日本公衆衛生協会 理事長）

大坪 寛 子（厚生労働省 健康・生活衛生局長）

第1部 厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）

9:40～10:00

[発表時間15分、質疑応答時間5分：合計持ち時間20分]

座 長：藤 田 利 枝（久留米市保健所 所長）

- 1 健康危機発生時における保健所設置自治体や保健所の組織体制並びに人材育成等の強化、及びブロックごとのDHEAT体制強化のための研究

研究代表者：池 田 和 功（和歌山県新宮保健所 所長）

休憩（10分）

10:00～10:10

第2部 地域保健総合推進事業 I

10:10～12:10

[発表時間各10分、質疑応答時間各5分：合計持ち時間各15分]

座 長：藤 田 利 枝（久留米市保健所 所長）

- 1 公衆衛生医師の確保と育成に関する調査および実践事業
分担事業者：宮 園 将 哉（大阪府岸和田保健所 所長）
- 2 地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた保健所の役割についての研究
分担事業者：小 倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所 所長）
- 3 精神保健医療福祉における「入院医療中心から地域生活中心へ」の取組における保健所の対応に関する研究
分担事業者：稲 葉 静 代（岐阜県可茂 兼 関保健所 所長）
- 4 災害時健康危機管理活動の支援・受援体制整備と実践者養成事業
分担事業者：鈴 木 陽（宮城県塩釜保健所 所長）
- 5 新興再興感染症等対策事業
分担事業者：田 中 英 夫（大阪府守口保健所 所長）
- 6 グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究
分担事業者：須 藤 章（兵庫県伊丹健康福祉事務所 所長）
- 7 中核市等保健所の特徴を踏まえた地域保健事業の推進についての研究
分担事業者：岡 本 浩 二（川口市保健所 所長）
発 表 者：小 島 令 嗣（甲府市保健所 所長）
- 8 院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業
分担事業者：近 内 美乃里（神奈川県鎌倉保健福祉事務所 所長）

休 憩

(60分)

12:10～13:10

「総合評価委員会」開催

～地域保健総合推進事業の評価と今後の予定について～

第3部 地域保健総合推進事業 II

13:10～16:30

[発表時間各10分、質疑応答時間各5分：合計持ち時間各15分]

座 長：白 井 千 香 (枚方市保健所 所長)

- 9 自治体における感染症対策の計画推進、人材育成に資する調査研究
分担事業者：糸 数 公 (沖縄県保健医療介護部 部長)
発 表 者：角 野 文 彦 (びわこリハビリテーション専門職大学 学長)
- 10 保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育のあり方等に関する調査研究
分担事業者：伊 藤 由紀子 (西条市福祉部介護保険課 主幹)
- 11 地方衛生研究所間の検査体制及び疫学情報解析機能の連携の充実・強化に向けた事業
分担事業者：吉 村 和 久 (東京都健康安全研究センター 所長)
- 12 理学療法士・作業療法士の地域・職域での予防・健康づくりを目的とした保健活動を推進するための伴走支援のあり方に関する検討と普及事業
分担事業者：山 本 伸 一 (日本作業療法士協会 会長)
分担事業者：斉 藤 秀 之 (日本理学療法士協会 会長)
発 表 者：谷 川 真 澄 (日本作業療法士協会 副会長)
- 13 保健所、精神保健福祉センター及び市区町村等との連携・支援のための、ひきこもり相談支援実践研修会の開催とひきこもり者相談支援マニュアル(仮)作成
分担事業者：辻 本 哲 士 (滋賀県精神保健福祉センター 所長)
発 表 者：原 田 豊 (鳥取県立精神保健福祉センター 所長)

休 憩 (15分)

14:25～14:40

- 14 保健所等の施策立案機能と技術系職員の資質向上に関する実践事業
分担事業者：嶋 村 清 志 (全国衛生行政研究会 会長)
発 表 者：河 本 幸 子 (全国衛生行政研究会 運営委員)
- 15 誰一人取り残さない栄養政策の推進に向けた自治体における実践に関する研究
分担事業者：池 内 寛 子 (栃木県保健福祉部健康増進課 副主幹)
- 16 災害時における栄養・食生活支援活動のマネジメントと連携強化及び災害対応能力育成に向けた研究
分担事業者：諸 岡 歩 (兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長)
- 17 地域における保健・医療事業提供の効率化及び適正化のための実証的研究
分担事業者：長 澤 泰 (一般財団法人パネライ財団 理事長)
発 表 者：佐 藤 栄 治 (宇都宮大学建築都市デザイン学科 教授)

総合討論

[持ち時間：50分] 15:40～16:30

※その他の事業等は紙上発表とさせていただきます。

令和8年2月26日

第4部 地域保健に関するフォーラム

9:30～16:20

開会挨拶 嶋村清志（全国衛生行政研究会 会長、滋賀県長浜保健所 所長） 9:30～9:35

- I 2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み 9:35～12:30
- 1 基調講演 9:35～10:15
- 座長：小倉加恵子（鳥取県福祉保健部／子ども家庭部 参事監
中部総合事務所 倉吉保健所 所長）
- 「2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み～」
- 講師：西嶋康浩（厚生労働省医政局地域医療計画課 課長）
- 2 パネルディスカッション 10:25～12:00
- 座長：小倉加恵子（鳥取県福祉保健部／子ども家庭部 参事監
中部総合事務所 倉吉保健所 所長）
- ① 病院機能向上と経営改善の取り組み～統合再編事業を通して～ 10:25～10:45
- 松本昌美（南和広域医療企業団 副企業長 兼
南奈良総合医療センター 名誉院長）
- ② 滋賀県・湖北圏域における病院ビジョン～人口15万人圏域における病院再編の経過について～ 10:50～11:10
- 荻田洋介（滋賀県長浜市 副市長）
- ③ 山口県における地域医療構想～へき地・離島対策～ 11:15～11:35
- 原田昌範（山口県立総合医療センターへき地医療支援センター長・
山口県防府保健所長・山口県医療政策課 へき地医療
支援機構専任担当官・公益社団法人地域医療振興協会
理事・山口県支部長）
- ④ ディスカッション 11:40～12:00
- 休憩 12:00～13:00
- II 2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから 13:00～16:20
- 1 基調講演 13:00～13:40
- 座長：柳尚夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
- 「2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから」
- 講師：海老名英治（厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課 課長）
- 2 パネルディスカッション 13:45～16:20
- 座長：柳尚夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
- ① 「今後の精神科病院の入院患者動向と経営～精神病床の特殊性から推計する～」 13:45～14:15
- 山之内芳雄（医療法人愛精会 あいせい紀年病院 院長）
- ② 「精神保健医療福祉におけるピアサポートの可能性」 14:15～14:45
- 相川章子（埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授）
- ③ 「論点整理・現状と課題」 14:45～15:15
- 柳尚夫（岐阜県精神保健福祉センター 所長）
- ④ 指定発言1：稲葉静代（岐阜県可茂保健所 兼 関保健所 所長） 15:15～15:30
- 指定発言2：横山勝教（香川県中讃保健所 所長） 15:30～15:45
- ⑤ パネルディスカッション 15:45～16:15

閉会挨拶 河本幸子（全国衛生行政研究会運営委員・岡山市保健所医療専門監）

16:15～16:20

※プログラム内容等に変更が生じることもございます。

第 1 部 健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康危機発生時における保健所設置自治体や保健所の組織体制並びに人材育成等の強化、及びブロックごとの DHEAT 体制強化のための研究

研究代表者 池田 和功（和歌山県新宮保健所）

分担研究者 石井 安彦（北海道釧路保健所）、武智 浩之（群馬県健康福祉部感染症・疾病対策課）、小倉 憲一（富山県厚生部医務課）、服部 希世子（熊本県有明保健所）、西田 敏秀（宮崎県延岡保健所）、岩瀬 敏秀（岡山県備前保健所）、早川 貴裕（栃木県保健福祉部医療政策課）、市川 学（芝浦工業大学システム理工学部）、富尾 淳（国立保健医療科学院健康危機管理研究部）

要旨 本研究は、ブロック単位での DHEAT 訓練用ひな型を全国展開し、実務対応力の向上と有効な調整本部・連携体制構築の知見を得ることを目的とする。令和 7 年度は複数県で DHEAT 訓練を実施し、前年度作成のひな形を用いて円滑な運営と有用性を確認した。訓練は主体・場所ごとに 2 タイプに分かれ、また、保健医療福祉調整本部は多くが 6 機能班体制を採用し、行政職員と支援チームの混成により支援チーム間の連携が促進された。

A. 目的

ブロック単位でのモデル訓練を全国に展開し、実務対応力の底上げを図るとともに、訓練の検証を通じて各自治体やブロックにおける実効性の高い本部体制および DHEAT 連携体制の構築に資する知見を収集し、対応体制の強化を図ることを目的とする。

また、能登半島地震における DHEAT 活動について、活動の実態と課題を質問紙調査等で多角的に検証することも目的とする。

B. 方法

地方ブロック DHEAT 訓練等で、訓練用ひな型を用いた訓練を実施・検証する。これにより、ひな型の使いやすさや有効性を向上させ、最終的に訓練ひな形を完成させる。

研究の軸となる以下の 5 項目について、分担研究者を中心に検討する。

① 統括 DHEAT の役割に関する検討、② 地方ブロック内での DHEAT 連携体制に関する検討、③ DMAT 等支援チームとの連携に関する検討、④ 情報支援システムの活用に関する検討、⑤ DHEAT 応援要請・派遣調整に関する基準や方法の検討

能登半島地震における DHEAT 活動については、DHEAT および支援チームを対象に質問紙調査を実施し、被災自治体職員を対象にインタビュー調査を行う。

C. 結果

令和 7 年度は、九州ブロック（豪雨のため中止）、宮城県での政府訓練、山口県、福井県、愛媛県、栃木県での DMAT ブロック訓練に合わせた DHEAT 訓練が実施された。前年度作成の訓練ひな形を企画担当者に提供し、訓練企画や資料作成に使用された。ひな形の活用により訓練は円滑に実施され、企画運営上の有用性が確認された。

地方ブロックで実施される訓練には、訓練主体と訓練場所のそれぞれで 2 つのタイプがある。いずれのタイプでも、近隣県から DHEAT を県庁本部、保健所、市町村へ派遣する点が特徴である。

・訓練主体のタイプ：DHEAT が主体の訓練、または DMAT 地方ブロック訓練に参加する形式の訓練の 2 種類。

・訓練場所のタイプ：同一フロアに県庁本部、保健所、市町村のブースを設置して行う方式、または県庁・保健所・市町村がそれぞれの所属で参加し、WEB を通じて会議等を行う方式の 2 種類。

保健医療福祉調整本部の組織体制は自治体ごとに異なるが、令和 7 年度は 6 つの機能班を配置する調整本部体制をとる自治体が多かった。機能班は行政職員と支援チームが混成で構成されるため、支援チーム間の連携が自然に生じる。一方、初対面のメンバー同士でも共同で機能するためのコミュニケーション力や災害対応スキルが求められる。

令和6年度から地域ブロック DHEAT 訓練を実施する地域は増加している。継続的にブロック訓練を実施するためのポイントとして、ブロック内で継続的な訓練担当県を決めておくこと、訓練の前年度から事務局を設置しておくこと等が明らかになった。

リアルな災害に近いブロック DHEAT 訓練の経験により、参加者は具体的な対応方法を理解し、実践力が向上した。今後、全国の地方ブロックで訓練ひな形を用いた訓練を展開することで、DHEAT の質向上と迅速な支援体制の構築が期待される。

研究の軸となる5項目の分担研究についての主な成果：

- ・統括 DHEAT の役割に関する検討：統括 DHEAT の役割チェックリスト案を作成し、役割の整理を行っている。

- ・DMAT 等支援チームとの連携に関する検討：長崎県の保健医療福祉調整班（保健医療福祉調整本部機能）の組織体制検討過程を分析し、行政と DMAT が共同で検討して新体制の骨格を確定した。これに伴い、マニュアル更新、県総合防災訓練への正式参画、事前学習動画の作成等を進めた結果、行政と DMAT 双方にとって機能的な調整本部体制が構築されたことを確認した。

- ・能登半島地震の DHEAT 活動に関する調査：DHEAT の支援を受けた自治体担当者および他の保健医療福祉活動チーム担当者（石川県庁、保健所、支援チーム）に対するインタビュー調査を実施した。調査の結果、DHEAT の支援は概して有用であった。一方で、DHEAT 間の引継ぎや、市町村を DHEAT が支援する際の課題があることが指摘された。

D. 考察

令和7年度は、令和6年度に比べDHEAT訓練を実施する自治体が増加した。DMATブロック訓練において、6つの機能班で構成される保健医療福祉調整本部に多くの支援チームが参加するようになったことが、DHEAT参加の呼びかけにもつ

ながったことが一因と考えられる。

災害時の保健対応は、都道府県庁・保健所・市町村の3層構造で行われる。訓練でもこの3層構造で実施することが有効であり、今後は市町村の訓練参加をさらに促す必要がある。市町村は災害時の本部訓練の経験が少ない場合が多いため、丁寧な説明により市町村の理解と主体的参加を得ることが重要である。

DHEATブロック訓練を毎年継続的に実施するためのポイントは、訓練予定の前年度から早めに準備を進めることである。担当者の年度替わりによる異動で企画が中断することを防ぐため、複数担当制にすることや前年度から支援チームなど関係者と準備を進めることが有効である。都道府県庁の保健医療福祉調整本部訓練では、関係各課に十分な説明を行い理解を得たうえで、訓練に参加してもらうことも重要なポイントである。

保健医療福祉調整本部体制や統括DHEATの役割は一定ではなく、自治体や災害の状況によって異なる。機能班形式の調整本部等を参考にしつつ、DMATや関係各課と協議して自らにとって機能的な体制を構築することが重要である。

E. 結論

6回の DHEAT 訓練に訓練ひな形を提供し、使用感、効果、改善点等を検証した結果、ひな形は有効であると判断された。訓練のタイプや実施のポイントについても整理ができた。検証結果を踏まえ、統括 DHEAT の役割や DMAT 等支援チームとの連携についての整理も行った。

F. 今後の計画

毎年すべてのブロックで DHEAT 訓練が実施できるよう、訓練ひな形の提供をはじめ、訓練担当自治体への有益な支援方法を検討する。

G. 発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

- ・2025 第 84 回日本公衆衛生学会 シンポジウム 10：災害関連死のない社会を目指す～地方ブロック内の DHEAT 連携訓練を通して

令和7年度 健康危機発生時における保健所設置自治体や保健所の組織体制並びに人材育成等の強化、及びブロックごとのDHEAT体制強化のための研究

池田 和功 (和歌山県新宮保健所)

目的

ブロック単位でのモデル的訓練を全国に展開し、実務的対応力の底上げを図り、訓練の検証等から各自治体やブロックにおける実効性のある本部体制とDHEAT連携体制の構築に資する知見を集め対応体制の強化を図ることを目的とする。

また、能登半島地震におけるDHEAT活動について、活動の実態と課題を、質問紙調査等を用いて多角的に検証することも目的とする。

方法

- DHEAT訓練を実施するための資料一式として訓練ひな形を作成した。
- 令和6年度に九州、東海北陸、広島の3ブロックで実証訓練を実施した。
- 令和7年度
 - R7.8.8 鹿児島県 九州ブロック訓練
豪雨災害のため訓練中止 訓練企画の聞き取りを実施
 - R7.9.6 宮城県 東北ブロック訓練 (政府訓練)
県庁と石巻会場に分かれて実施 保健所、市町、DHEAT、DMAT、日赤、DPAT参加
 - R7.11.15 山口県DMATブロック訓練 } 機能班型保健医療福祉調整本部にDHEATが溶け込んで活動
 - R7.11.15 福井県DMATブロック訓練
 - R7.12.13 愛媛県 中四国ブロック訓練
 - R8.2.14 栃木県訓練

訓練ひな形 (訓練を実施するための資料一式)

事前準備資料

- ・実施要領
- ・資料 作業手順
- ・資料 参加者名簿
- ・資料 進行表

当日資料

- ・資料1 RO DHEATブロック訓練 (説明資料)
- ・資料2 ファシリから渡す資料
- ・資料3 イベントカード
- ・資料5 現地本部現状分析と課題
- ・資料2-1 スライド作成用様式集
- ・資料4 アクションカード
- ・アンケート調査

地方ブロックで実施した実証訓練のタイプ

訓練主体、訓練場所各々2つのタイプがある。いずれも近隣県からDHEATを県庁本部、保健所、市町村それぞれに派遣するのが特徴。

訓練主体

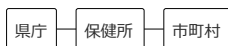
1. DHEATを主体とした訓練
 - ブロック訓練担当県が主となり、訓練の企画運営を行う
 - 少人数の医療チーム (DMAT等) が参加する
2. DMAT地方ブロック訓練に参加する形式の訓練
 - DMATブロック訓練に企画から参加し、訓練の一部としてDHEAT訓練を組み込んで行う

訓練場所

1. 同じフロアに県庁本部、保健所、市町村のブースを設置して行う



2. 県庁、保健所、市町村が所属で訓練参加し、WEBを通じて会議等を行う

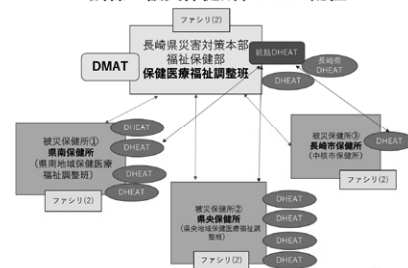


九州ブロック訓練

DHEAT主体・集成型

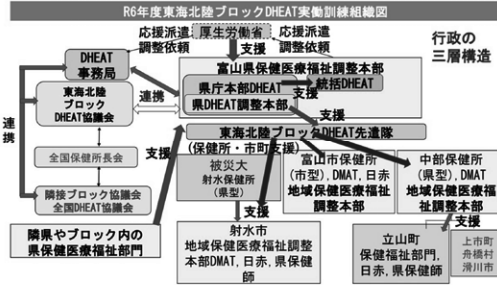


訓練の被災保健所、DHEAT配置



■ 東海北陸ブロック訓練

DHEAT主体・
分散型（県庁、保健所、市町）



■ 広島県訓練

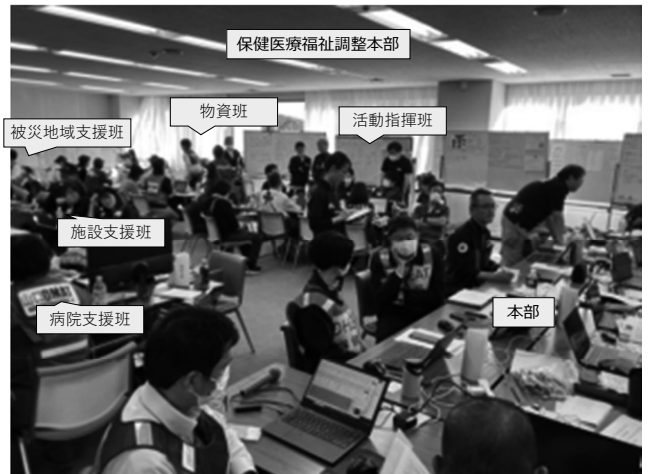
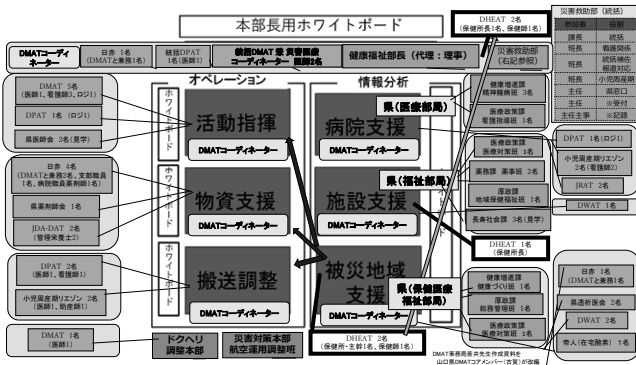
DMAT訓練と合同・
分散型（県庁、保健所、市）

組織図（訓練時）



機能班配置した保健医療福祉調整本部

山口県で実施されたDMATブロック訓練（R7.11.15）



被災地域支援班



DHEATブロック訓練実施のポイント

- ・ブロック内で継続的に訓練担当県を決めておく
- ・訓練担当者が異動することもあるため、災害対応に詳しい技術職と訓練所管課の事務職との複数人で担当する。
- ・訓練の前年度から事務局を設置しておく。
- ・複数課で事務局を構成する場合は、役割や作業を分担する。
- ・訓練には、次年度担当県の担当者が参加し、担当者同士で引継ぎを行う。
- ・前年度には、訓練費用、旅費を予算要求しておく。
- ・訓練前年度の段階から訓練企画を進め、ブロック協議会などで共有する。
- ・近隣県からのDHEAT参加などは、余裕をもって早めに依頼する。
- ・DMATなどの保健医療チームの参加を促し、また、訓練についてアドバイスをもらうなど協力を要請する。できればDMATと共同で訓練企画を行う。
- ・訓練前に、行政と支援チームでお互いの役割や活動について理解しておく。
- ・できると信じて一歩踏み出す！

結果と考察

- 訓練ひな形を活用することで円滑に実施され、企画運営において有用性が確認された。
- DHEAT同士が顔見知りになり連携が強化される。
- リアルな災害に近い訓練を経験することで、具体的な対応方法を理解し、実践力が向上する。
- 今後、全国の地方ブロックにおいて本モデルを展開することで、DHEATの質向上と迅速な支援体制の構築が期待される。
- 大規模な訓練で、かつ、経験したことがない自治体職員が多いことから、企画運営担当者が実施の決断を躊躇するという課題がある。

研究の軸となる5項目の分担研究

- ①統括DHEATの役割に係る検討（石井）
富尾班（早川先生分担）と連携して行う
- ②地方ブロック内でのDHEAT連携体制に関する検討（小倉）
DMATとの連携について検討予定
- ③DMAT等支援チームとの連携に係る検討（服部）
ブロック訓練でアンケート・インタビュー調査を実施
- ④情報支援システムの活用に係る検討（市川）
- ⑤DHEAT応援要請・派遣調整に係る基準や方法の検討（武智）
昨年度の成果をDHEAT協議会等で検討いただく

能登地震検証について（富尾）

- ・能登半島地震におけるDHEAT活動の課題を整理し検証を行う。DHEATリーダー調査、DHEAT構成員調査、DHEAT派遣元調査の3つの調査票を作成し、令和6年度内にアンケート調査を実施済み。
- ・能登半島地震における受援自治体等を対象に、令和7年度にインタビュー調査を実施した。

①統括DHEATの役割に係る検討（石井）

令和6年度「平時と危機時の保健医療調整本部チェックリスト」を作成、解説も含めて小冊子「保健医療福祉調整本部等におけるマネジメントの進め方」に記載した。

保健医療福祉調整本部における統括DHEATの役割チェックリスト（素案）

統括DHEATの役割	
1. 実務的運営（内部連携/外部連携）	
● 県庁の各課・保健所から横断的に情報収集・共有を行う	
● 支援チームのキーパーソンと定期的に情報共有・活動方針の共有を行う	
● 本部会議の運営の中心的作用を担う	
● 実務的なミーティング（県庁内/現地/支援者）を設定し、活動方針の検討を行う	
● 各支援チームの特徴と役割を県庁の各課・保健所に伝える	
2. 意思決定支援（横断的視野）	
● 平時の業務レベルを勘案して公衆衛生的に妥当な大局的方針（目的、戦略）を提案する	
● 大局的な方針に基づき、関係者と調整して具体的な目標、戦略を設定する	
● 県庁内の各課の所管に応じた業務配分整理と実行体制構築の支援を行う	
● 最新の情報を整理・分析して活動方針の検閲や派遣調整に活用する	
● 支援要請の規模と期間を速やかに判断し、状況に応じて見直しを行う	
3. 配慮（継続）	
● 県庁災害対策本部や幹部職員に保健医療福祉分野の災害活動の要点を迅速に説明する	
● 保健所（現地）の負担に配慮した体制の整備や支援者の活動調整を行う	
● 活動内容の要点や住民等への呼びかけ事項を的確にメディアや議会へ説明する	

②地方ブロック内でのDHEAT連携体制に関する検討（小倉）

今後に向けて（平時からの訓練等を通じた準備）

1. 組織体制の整備
 - 都道府県⇄保健所⇄市町村（二層または三層構造）
→市町村への説明、D24Hに習熟
 - 都道府県保健医療福祉調整本部内に保健所・市町保健福祉部、公衆衛生の司令塔となるDHEAT都道府県調整本部（仮称）の役割の必要性
2. DHEATの役割
 - 統括DHEATの役割の明確化
 - 本部長を支援するロジスティックのチームとしての教育・訓練
 - 医療を主に担うDMATとの役割分担、公衆衛生を担う保健所や保健師チームとの連携・体制整備
3. 地方ブロックの体制強化（顔の見える関係の構築）
 - 地方ブロック協議会内からのDHEAT先遣隊の派遣
 - 地方ブロック協議会での定期的な訓練
（DMATブロック訓練等、他の保健医療福祉チームとの連携）

③DMAT等支援チームとの連携に係る検討（服部）

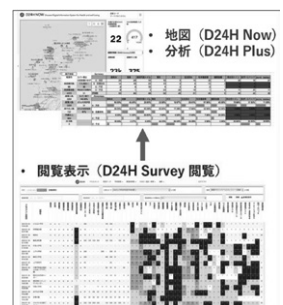
令和6年度九州ブロックDHEAT訓練を契機とした長崎県の災害体制整備

令和6年度九州ブロックDHEAT訓練を契機に、長崎県は保健医療福祉調整班（保健医療福祉調整本部機能）体制を抜本的に見直した。本県は離島を抱え地域ごとの医療資源が偏在するため、災害時に保健所がDMATと連携して本部機能を担う体制の整備が不可欠であった。これを受け行政とDMATが補完し合う「DMAT溶け込み型」本部体制の必要性が明確化された。整備を推進した要因は、行政とDMAT双方の橋渡しを行った統括DMATの存在と、訓練結果を必ず所管課へフィードバックするPDCAの仕組みである。行政とDMATが共同で検討し新体制の骨格を確定し、マニュアル更新、県総合防災訓練への正式参画、事前学習動画作成等を進めた。令和7年5月の訓練では新体制の現場受容性が確認された。示唆としては、「まずやってみる」小規模からの訓練実行、日常的な仲間づくり、マニュアル改訂による庁内意識醸成が他県でも取り入れやすい点である。長崎の取組は、行政とDMATが一体となる災害対応のモデルを示している。

④情報支援システムの活用に係る検討（市川）

研修、訓練を通じてD24Hを普及した

- ・統括DHEAT研修
- ・DHEAT基礎編
- ・東海北陸ブロック研修
- ・政府訓練（宮城県石巻圏域）
- ・地方ブロック訓練等
愛媛県、山口県など



⑤DHEAT応援要請・派遣調整に係る基準や方法の検討（武智）

DHEAT派遣調整方法について検討し、DHEAT応援要請の目安（案）とDHEAT派遣調整の考えかた（案）を作成した。これらが全国で実装可能かを自治体への意見照会と全国DHEAT協議会との検討を通じて評価した。概ね有用性は認められたが、チーム数の柔軟化、幹事長自治体の代替体制、既存要領との整合性などの課題が明らかとなった。今後はこれらを踏まえ、ひきつづき継続して検討を進める。

DHEAT応援要請の目安（案）

- 前提状況として、
 1. 本庁に災害対策本部が立ち上がっている。
 2. 県内DHEATの応援要請がなされている。

（補足）

 - ① 被災都道府県が所属する地方ブロックDHEAT協議会の自治体（幹事長県）は、この前提状況の把握に努める。
 - ② 前提状況が整っていると確認した場合は、応援要請がなされることを想定し地方ブロック内DHEAT協議会の自治体はDHEAT派遣の準備を行うことに努めるよう、地方ブロックDHEAT協議会の自治体（幹事長県）が周知する。

- 被災都道府県からのDHEAT応援要請
 1. 本庁に保健医療福祉調整本部が立ち上がっている。
 2. 本庁の保健医療福祉調整本部にDMATが入ることが決定した。

（補足）

 - ① 本庁の保健医療福祉調整本部にDMATが入る決定と同時にDHEAT応援要請を決定することが望まれる。
 - ② 応援要請の決定にあたっては、厚生労働省健康・生活衛生局健康課地域保健室に事前に相談する。

令和6年能登半島地震のDHEAT活動に係る研究報告（富尾）

調査概要：DHEATの支援を受けた自治体担当者・他の保健医療福祉活動チームの担当者（石川県庁、保健所、支援チーム）へのインタビュー調査

インタビューにより得られた主な所見（暫定）

- DHEATについて、事前にその役割などは十分把握していなかったが、支援は概して有用であった。
- DHEATの班ごとに方針や能力が大きく変わることがあり、質の担保や引き継ぎをどのように行うかは課題。引き継ぎ期間を十分確保した班、同じメンバーが複数派遣された班、派遣される前から状況把握など準備をしっかりとってきた班などもあり、今後の参考になる。
- 保健所機能が十分でないケースや被災自治体の地理的条件などの理由で、今後もDHEATが市町に入ってきて活動することはあり得る。基本的には保健所の出張的な役割を担ってもらうことになるが、市町の行政の仕組みを理解しておくことも重要と考えられる。
- DHEATの派遣要請の基準はあった方がよいと考える。DMATが本部を設置することは1つの目安になる。
- DHEATの活動終了についてはもう少し早いタイミングも考えられたが、活動終了の際には終了後の体制に向けた調整など、支援が必要となる業務が多いため、活動終了時の業務についても今後研修等にも組み込む必要がある。
- DHEATとして望ましくないと考えられた言動
 - 何をしたらいいですか？と尋ねること
 - 被災自治体職員に案内等を依頼すること
 - 独自の判断で活動を行うこと、など

シンポジウムの実施



第84回日本公衆衛生学会シンポジウム10
「災害関連死のない社会を目指す
～地方ブロック内の
DHEAT連携訓練を通して～」

【開催概要】

- 日時：令和7年10月29日（水）12時40分～14時10分
- 会場：グランシップ 第4会場（静岡コンベンションアートセンター静岡市）

【演者】

- 九州ブロックDHEAT訓練を通じたブロック内連携と県内の体制整備
川上 隼子先生（長崎県西彼杵保健所 長崎県福祉保健部地域保健課課長）
- 令和6年能登半島地震を踏まえた東海・北陸DHEATブロック訓練
～保健医療福祉調整本部等の設置～

小倉 憲一先生（富山県厚生部保健課）

- DHEAT連携訓練を通じた県・政令市の連携について

城間 紀之先生（広島市健康福祉局保健部健康課課長）

- 連携を強化させるDHEATブロック訓練ひな形と実践の工夫

池田 和功先生（和歌山県新宮保健所）

【指定発言者】

- 宇田 英典先生（一般社団法人日本公衆衛生協会）

第 2 部 地 域 保 健 総 合 推 進 事 業 I

公衆衛生医師の確保と育成に関する調査および実践事業

【分担事業者】 宮園将哉(大阪府岸和田保健所)

【協力事業者】 宗 陽子(長崎県県央保健所)、田口将人(北海道岩見沢保健所)、堀切 将(福島県県中保健所)、安達 優真(福島県相双保健所)、松澤 知(新潟県福祉保健部・三条保健所)、武智浩之(群馬県健康福祉部感染症・疾病対策課)、早川貴裕(栃木県保健福祉部医療政策課)、服部早苗(茨城県筑西保健所)、兼任千恵(神奈川県平塚保健福祉事務所)、曾我一将(板橋区保健所)、菊地省大(東京都健康安全研究センター)、齋藤政信(愛知県江南保健所)、北岡政美(金沢市保健所)、宇野春日(名古屋市保健所中健センター)、栗林睦子(姫路市こどもの未来健康支援センター)、石倉 凱(島根県健康福祉部医療政策課)、岩瀬敏秀(岡山県備前保健所)、平本恵子(広島県西部保健所・北部保健所)、横山勝教(香川県中讃保健所)、山本信太郎(福岡市保健所)、藤井 可(熊本市総務局行政管理部労務厚生課)、豊嶋典世(宮崎県日向保健所)、劔 陽子(熊本県阿蘇保健所)、前田光哉(東京都健康安全研究センター/社会医学系専門医協会)、高橋宗康(帝京大学大学院)、吉田穂波(神奈川県立保健福祉大学/日本公衆衛生学会)、尾島俊之(浜松医科大学/社会医学系専門医協会)

【助言者】 藤田利枝(久留米市保健所/全国保健所長会長)、内田勝彦(大分県福祉保健部)、宇田英典(地域医療振興協会)、曾根智史(北海道立衛生研究所/元国立保健医療科学院)、町田宗仁(厚生労働省保険局医療課)、齋藤基輝(厚生労働省健康生活衛生局健康課地域保健室)、河野洋平(厚生労働省健康生活衛生局健康課地域保健室)、木庭 毅人(厚生労働省健康生活衛生局健康課地域保健室)

要旨：調査事業として、公衆衛生医師の就業状況に関する調査と、地方自治体における研究倫理審査に関する実態調査を行った。また実践事業として、公衆衛生医師サマーセミナー、公衆衛生医師 WEB 合同相談会、日本公衆衛生学会総会における自由集会やグループワーク、公衆衛生医師ウインターセミナーの各種イベントを開催するとともに、ブログや動画配信、レジナビフェアなどの広報活動を通じて公衆衛生医師の魅力や様々な情報を発信した。

A. 目的

保健所は、従来から進めてきた地域保健活動だけではなく、地域医療構想や地域包括ケア、健康危機管理などに対応するため、その重要性が再認識されている。本事業班では、地域保健の要として活躍が期待される公衆衛生医師を確保・育成することを目的として、各種イベント、ブログや動画の企画運営等の実践事業や実態調査を実施した。

B. 方法

I. 調査事業

①令和6年度に収集した医師・歯科医師・薬剤師統計の医師データの流出入を分析してリクルート等に有効な方策を検討した。

②各自治体で公衆衛生医師が行う研究の倫理審査の現状を調査し、公衆衛生医師の研究環境の整備を図るための方策を検討した。

II. 実践事業

①公衆衛生医師サマーセミナーPHSS の開催

公衆衛生分野に興味を持つ医学生や研修医等臨床医、および入職早期の公衆衛生医師を対象としたセミナーを8月23・24日の2日間、東京において開催した。

②公衆衛生医師 WEB 合同相談会 PHCC の開催

具体的な進路相談を行えるキャリアカウンセリングの場として、厚生労働省と協働して9月20日にオンラインで開催した。

③日本公衆衛生学会総会での自由集会の開催

日本公衆衛生学会総会(静岡県)において、公衆衛生医師同士の交流によるネットワーク構築等を目的として10月29日に開催した。

④公衆衛生ウインターセミナーPHWS の開催

社会医学系専門医研修プログラムの専攻医が必要な知識を学ぶとともに交流を深める場として12月6日にオンラインで開催した。

⑤YouTube 動画チャンネルの運営

公衆衛生医師確保に関するセミナー等イベントの広報動画や、セミナー等での講演動画等を作成し、公衆衛生医師の魅力や関連する様々な情報発信を進めた。

⑥公衆衛生医師の業務等紹介ブログの運営

公衆衛生医師確保に関するセミナー等イベントの告知記事や、日常の仕事を伝える記事を通じて、公衆衛生医師の魅力や関連する様々な情報発信を進めた。また、ブログサイトを窓口とした個別の相談にも対応した。

⑦レジナビフェアにおける広報活動

医学生や研修医を対象とした就活イベントであるレジナビフェア（福岡・東京・大阪）において、公衆衛生活動の啓発や個別相談への対応を行った。

C. 結果

I. 調査事業

①昨年度収集した届出票データを用いて医師の流出入について一定の分析を行うことができた。一方で、これらのデータは個人情報を含むため取り扱いや分析には課題があることがわかった。

②研究倫理審査の先行研究等を調査した結果、これまでも様々な課題が指摘されていたことから、これらの現状や実態と今後の環境整備に向けた方策の取りまとめを行った。

II. 実践事業

①公衆衛生医師サマーセミナーPHSSの開催

今年度は定員を60名にまで拡大して開催し、3名の講師による講演とグループワーク、若手医師によるトークセッションを行った。参加者の満足度も高く、医師としての様々なキャリアやチャンスがあることを知れたといった声が多く聞かれた。

②公衆衛生医師WEB合同説明会PHCCの開催

参加者は28名で、保健所医師と厚生労働省医系技官による講演および地区別相談会を行うとともに、7名の個別相談に対応した。

③日本公衆衛生学会総会での自由集会の開催

自由集会「公衆衛生医師の集い」を開催したところ45名の参加があり、行政経験年数が異なる3名の医師による講演とグループディスカッション、および情報交換会を開催した。

④公衆衛生ウインターセミナーPHWSの開催

参加者は15名で、2名の公衆衛生医師による講演とグループワーク等を通じて各自が学びや交流を深めることができた。

⑤YouTube動画チャンネルの運営

人材確保向け動画34本、人材育成向け動画7本をそれぞれ作成して公開し（年度末までに公開予定のものを含む）、令和7年4月以降1月末時点での動画総視聴回数は38,000回以上であり、日々閲覧数が伸びている。

⑥公衆衛生医師の業務等紹介ブログの運営

令和7年12月までに23本の記事をブログで公開している。また、入力フォームを通じて3件の個別相談があり、面談や見学を調整した。

⑦レジナビフェアにおける広報活動

公衆衛生医師ブースへの来場者は、福岡は30名、東京は51名、大阪は28名で、それぞれで個別の相談に応じて情報提供を行った。

D. 考察

事業班では2つの調査事業と7つの実践事業で、各チームリーダーを中心により効果的な取組となるよう企画し、班員全員で協力しながら実践することができている。

E. 結論

地域保健の充実のためには、公衆衛生医師を確保し育成することが重要であることから、本事業の質を高めて成果に繋げていきたい。

F. 今後の計画

イベントでは、確保に偏らず入職した公衆衛生の育成や離職防止も含めて事業を展開していく。また、各事業から公衆衛生への入職に繋がるようさらに個別相談対応を進めていきたい。

G. 発表 論文発表なし

日本公衆衛生学会総会において発表予定

令和7年度地域保健総合推進事業
(全国保健所長会協力事業)
公衆衛生医師の確保と育成に
関する調査および実践事業
大阪府岸和田保健所 宮園将哉

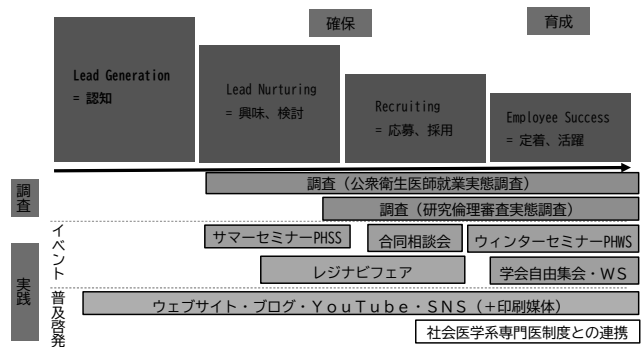
医師確保育成班の目的と目標

- 保健所は従来からの地域保健活動だけではなく、地域医療構想や地域包括ケアの充実強化に加えて、感染症や自然災害等の健康危機管理への対応など、その重要性が再認識され、機能の充実強化が求められている
- その中で公衆衛生医師は保健所長などの要職を担うことが求められる一方で、以前から人材不足が続いており、公衆衛生医師の確保と育成は引き続き大変重要な課題である
- 本事業班の活動は平成23年度の立ち上げから今年度で15年目となるが、これまでも多種多様な調査事業と実践事業を実施してきた

医師確保育成班の目的と目標

- 公衆衛生医師の確保 (=Recruit)
 - ・医学生や若手医師に将来の進路の選択肢の1つとして認識してもらえるよう、各種の活動を通じて公衆衛生医師の存在意義や活動内容の広報・啓発を進める
 - ・各種イベント (PHSS・PHCC・レジナビフェア等) やブログや動画チャンネルの運営等を進めるとともに、公衆衛生分野に興味を持つ医学生や若手医師からの具体的な就職相談を含む個別相談に対応する
- 公衆衛生医師の育成 (=Retention)
 - ・入職後の離職防止や活躍・成長の支援、さらに専攻医や若手公衆衛生医師同士の交流・連携の推進を目的とした各種イベント (PHWS・学会イベント等) を開催する
 - ・公衆衛生医師の入職・離職に関する動向や、公衆衛生医師の研究環境に関する倫理審査の現状について調査を行い、今後の対策を進めるための情報収集を進める

令和7年度の活動



令和7年度の事業班活動年間スケジュール

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
4月28日 第1回班会議				8月23・24日 第2回班会議		10月30日 第3回班会議		1月19日 第4回班会議	2～3月 報告書作成		
5月9日 事業説明会	6月29日 レジナビ東京			8月23・24日 PHSS2025		10月29・30日 学会自由集会 GW/WS		12月2日 中間報告会		2月25日 事業発表会	
5月18日 レジナビ福岡	7月6日 レジナビ大阪			9月20日 PHCC2025				12月6日 PHWS2025		2月20日 若手医師WS	
【公衆衛生医師チャンネル】 YouTube動画チャンネルの企画運営											
「保健所長のお仕事紹介」 ブログサイトの企画運営・個別相談対応											
公衆衛生医師 就業実態調査											
研究倫理審査 実態調査											

令和7年度公衆衛生医師確保育成事業班分担

事業分担	実施時期	リーダー	サブリーダー	メンバー
班会議取りまとめ 事業班ヒアリング 中間報告会・事業発表会 各チームMTへの参加 「公衆衛生情報」寄稿 報告書作成	通年	宮園	各チームリーダー	事業班員全員
チーフデザイナー	通年	平本	各チームリーダー	事業班員全員
公衆衛生医師就業実態調査	通年	早川		横山・田口・曾我・栗林 (助言) 高橋
研究倫理審査実態調査	通年	兼任		宗・安達・菊地・齋藤・北岡・藤井 (助言) 吉田
「公衆衛生医師チャンネル」 YouTube動画チャンネルの 企画運営	通年	平本	横山	田口・菊地・齋藤・宮園・石倉・藤井 (助言) 藤田
「保健所長のお仕事紹介」 ブログの企画運営・個別相談 対応	通年	北岡	豊嶋	安達・松澤・曾我・宇野・栗林・山本 (助言) 横山・宮園

・班員(事業協力者)は、業務に支障のない範囲で各事業を担当する複数のチームに参加。

令和7年度公衆衛生医師確保育成事業班分担

事業分担	実施時期	リーダー	サブリーダー	メンバー
レジナビフェア 公衆衛生医師ブース出展	5月18日 6月29日 7月6日	豊嶋	兼任 岩瀬	山本・平本・宗 服部・早川・武智・曾我・菊地・宮園 (東京) (大阪)
若手医師・医学生向け サマーセミナーPHSS	8月23日 ・24日	松澤	藤井 石倉	田口・安達・服部・兼任・菊地・宇野・宗 (助言) 横山 +サポーターのみなさま
公衆衛生医師オンライン 合同相談会PHCC	9月20日	山本	岩瀬	豊嶋・曾我 (助言) 前田 +サポーターのみなさま
日本公衆衛生学会総会 ワーキングショップ	10月30日	岩瀬	武智	藤井・宗・宮園 (助言) 前田 +サポーターのみなさま
日本公衆衛生学会総会 自由集会	10月29日	服部	兼任	横山・栗林 (助言) 前田・宇田 +サポーターのみなさま
専攻医向け交流・勉強会 ワインターセミナーPHMS	12月6日	堀切	宗	服部・北岡・吉田・尾島 (助言) 曾根・内田 +サポーターのみなさま

・班員（事業協力者）は、業務に支障のない範囲で各事業を担当する複数のチームに参加。

公衆衛生医師サマーセミナーPHSS（8月23日・24日）

Public Health Summer Seminar
PHSS 2025

公衆衛生
若手医師・医学生サマーセミナー

2025.8.23日-24日
ビジョンセンター東京八重洲

この夏、
医師キャリアの
多様性を
探りに行くこう。

1 公衆衛生と公衆衛生活動
2 公衆衛生活動の多様な働き方



・今年度は定員を60名まで大幅に拡大して開催

公衆衛生医師サマーセミナーPHSS（8月23日・24日）



公衆衛生医師オンライン合同相談会PHCC（9月20日）

公衆衛生医師
WEB合同相談会 2025

WEB開催 令和7年9月20日(土) 13:00-16:00

参加費 無料

申し込み先着順



・PHCC参加者28名（うち個別相談7名）

日本公衆衛生学会自由集会（10月29日）

第84回 日本公衆衛生学会総会 自由集会

公衆衛生医師の集い

10.29 17:50 ~ 19:20

Special Talk
Group Talk



日本公衆衛生学会グループワーク（10月30日）

CASE STUDY

ともに成長できる一冊。

ケーススタディ集
題材に学会で
グループワークを
開催

公衆衛生医師ウインターセミナーPHWS（12月6日）



・PHWS参加者15名

レジナビフェアへの出展協力



・福岡（5月18日）で30名、東京（6月29日）で51名、大阪（7月6日）で28名の個別相談に対応

公衆衛生医師ブログ・YouTubeチャンネル

保健所長のお仕事紹介～現職公衆衛生医師のホンネに迫る～



・公衆衛生医師業務紹介ブログ
23本の投稿記事に対して合計約30,000アクセスがあった。



・動画チャンネル (YouTube)
合計41本の動画を投稿し（年度末までの予定を含む）
令和8年1月末時点の動画の総再生回数は約38,000回。

事業班活動の概要（調査事業）

- 公衆衛生医師の入職・離職に関する動向調査
 - ・公衆衛生医師の入職・離職の動向等を「医師・歯科医師・薬剤師統計」の届出票の情報から把握して行政勤務医師の属性・流入元（前歴）・流出先を分析し、公衆衛生医師のリクルート等に有効な方策を検討する
- 公衆衛生医師の研究環境を整備するための方策に関する調査
 - ・保健所や都道府県庁等に勤務する公衆衛生医師等が、それぞれの所属において業務の中で研究を実施する際に論文投稿等に必要な倫理審査が受けられる等、研究環境の実態を把握し、今後の環境整備に向けた方策を検討する
 - ↓
 - ・先行研究（厚生労働科学研究尾島班・地域保健総合推進事業丸山班）等を調査した結果、
 - ・地域保健法等で定められた「業務」と「研究」を簡単には区別できない
 - ・地域保健法に基づく研究でも倫理審査を受けるべきものがあるのでは、との指摘がある
 - ・令和3年度の丸山班では倫理的配慮に関するガイドラインの素案が示されていることから、これらの実態と今後の環境整備に向けた方策の取りまとめを予定

来年度に向けた方向性（案）

- 【調査事業】
 - ・全国の社会医学系専門医研修の実施状況調査を行ってはどうか（指導医講習会時等に還元）
 - ・地方自治体向けガイドライン第3版を作成してはどうか（第2版は平成29年度に作成）
 - ・公衆衛生医師の動向を経年で把握するなど本事業の成果を把握するための手法を確立できないか
- 【実践事業】
 - ・広報事業を取りまとめてメディアミックスとしての展開方法を再検討してはどうか
 - ・ブログ、LINEオープンチャット、YouTube動画の役割と分担を整理（+広報担当との連携）
 - ・公衆衛生学会とのコラボで保健所業務の解説動画を作成（公衆衛生学会との連携）
 - ・PHWSは広報等の関係上、1月からコメンターを中心に準備を開始
 - ・学会自由集会は4月ごろから、PHWSは6月ごろ以降に準備を開始
 - ・レジナビフェア、若手医師WS等については本事業班のノウハウを活かして随時対応
 - *PHCCを廃止する一方で、相談事業等を充実強化し、厚労省事業との更なる連携を図る

地域医療構想における“治し支える医療”提供体制の実現に向けた
保健所の役割についての研究

分担事業者 小倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所）

【協力事業者】岡本浩二（埼玉県川口市保健所）、長井大（鳥取県鳥取市保健所）、本木隆規（奈良県福祉保険部医療政策局）、片山幸（愛知県名古屋市中村保健センター）、昼間詩織（群馬県渋川保健所）、近藤雪栄（神奈川県横浜市医療局地域医療部がん・疾病対策課）、荒井未央（宮城県仙台市保健所太白支所）、徳本摩依（宮城県都城保健所）、福尾篤子（富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課）、南和（高知県中央西保健所）、坪井博文（岡山県美作保健所）、小守林靖一（岩手県二戸保健所、久慈保健所）、藤本幸（沖縄県南部保健所）

【アドバイザー】白井千香（大阪府枚方市保健所）、福永一郎（高知県須崎福祉保健所）、柳尚夫（岐阜県精神保健福祉センター）、山本大祐（関西医科大学看護学部）、孫瑜（筑波大学地域医療教育学）、角野文彦（びわこリハビリテーション専門職大学）、守本陽一（一般社団法人ケアと暮らしの編集社）

【要旨】本研究では、2040年を見据えた新たな地域医療構想における“治し支える医療”提供体制を実現するため、保健所が役割に応じた地域実践を可能とすることを目指し、今年度は、全国保健所の実態調査と保健所による地域診断の実践を行った。実態調査では、令和元（2019）年度の調査と比較して在宅医療への保健所の関与は拡大していたが、実践的取組は3割程度に留まり、現状把握・課題整理、合意形成、行政内外の調整が主な課題と考えられた。班員による地域診断の実践では、それぞれが管轄地域の課題を整理することができ、また取組を通じて作成した様式は、研修会で使用して保健所での活用可能性が示唆された。今後、保健所が担う“見える化”機能の強化、実装につなぐ調整・支援機能の体系化、地域特性に応じたモデルの提示に向けて研究活動を進めていく予定である。

A. 目的

2040年を視野に入れた「新たな医療構想」において、地域の“治し支える医療”の充実化に向けて、保健所による地域支援の実践を可能とすることを目指し、今年度の取組みは、①全国の保健所を対象とした実態調査、②保健所の実践レベルで必要な地域診断法の確立のための実践と人材育成を目標とした。

B. 方法

次のワーキンググループ2班がそれぞれの課題に取り組み、班会議及びメーリングリストで共有して活動した。

1. 保健所実態調査

2025年8～10月に、全国の保健所（462か所）を対象としてメール依頼によりアンケート調査を実施した。調査項目は、保健所の基礎情報、在宅医療の充実度、在宅医療提供体制構築への保健所の関わりと課題、医療・介護連携の状況等とした。

（倫理的配慮）本調査は、鳥取県福祉保健部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 WH2025-001）。

2. 地域診断の実践

1) 班員による実践

新班員5名がメンター（班員を各1名配置）の指導の

下、所属保健所の管轄二次医療圏の地域診断を実施した。

2) 研修会の開催

保健所職員を主対象とした研修会（講演及びグループワーク）を開催した。過去に事業班で作成した資料を元に、在宅医療に関する基礎知識の資料及び地域診断に係る様式を作成して使用した。

C. 結果

1. 保健所実態調査

1) 回答状況

回収率は54.3%（251/462）、有効回答234。地域区分では地方都市型が約半数、過疎地域型が3割、大都市型が2割であった。設置主体及び地方ブロック別の回答割合に大きな偏りはなかった。

2) 在宅医療の充実度

「どちらともいえない」が40.6%で最多、「充実している」26.5%と「充実していない」26.9%が拮抗した。大都市型では充実度が高く、地方都市型・過疎地域型では低かった。充実の理由としては「診療所からの訪問診療」「訪問看護体制」「医療介護連携」が上位であった。過疎地域型は「病院による在宅支援」も特徴的であった。

3) 在宅医療提供体制構築への保健所の関与

業務主体は「保健所以外が主で保健所は一部関与」が46.2%と最多。「保健所が主」は9.8%であった。取組状況では、9割超が何らかの関与を示した一方、「実践的関わり」

(管内の医療関係機関や介護事業所等の関係機関・施設への働きかけ)を行う保健所は31.6%にとどまった。指定都市型では保健所の直接関与は少なかった。

4) 第8次医療計画における連携拠点

在宅医療に必要な連携を担う拠点(連携拠点)を「知っている」保健所は64%、担い手は医師会、市町村、病院が中心であった。保健所が拠点設置に関与した割合は約半数。第8次医療計画の圏域計画の有無は概ね半々で、計画策定に何らかの関与をした保健所は約6割であった。

5) 課題と対応のための行動

約9割が在宅医療体制構築に課題を感じており、特に過疎地域で割合が高かった。主な課題は、①在宅医療の現状把握・分析、②課題整理・解決策立案、③行政内外の調整・合意形成であった。課題への対応に関する行動意欲(10段階)は平均6.10であったが、実践に際しては「合意形成の困難」「行政側課題の調整」を主要な障壁としていた。

6) 医療・介護連携の状況

保健所の関与率は82.5%であったが、中心は会議参加であり、実質的な連携構築や資源把握への関与は4割前後であった。自由記載には、ICT活用、入退院調整ルール、人材育成(ACP推進等)などの工夫が示された。

2. 地域診断の実践

1) 班員による実践

地域診断結果は第84回日本公衆衛生学会総会で発表し、各人が課題整理や地域での取組につなげ、報告書にまとめた。

2) 研修会の開催

同上の学会総会にて研修会を開催した。14名が参加し、全員が地域診断の作業に取り組み、所属する保健所管轄等の地域課題を整理して共有することができた。参加者の満足度(10段階)は平均8.57であった。

D. 考察

1. 保健所の実態調査

保健所による在宅医療の充実化への関与は当事業班が令和元(2019)年度に実施した調査結果に比べて拡大していたが、実践的関わりは依然として限定的であった。

その背景には、①医療(都道府県)と介護(市町村)に

またがる行政の制度構造、②主体が複数で役割分担が複層化、③保健所内部の人的資源・企画調整機能の制約、④地域間の資源偏在(特に過疎地域)の影響が考えられた。

在宅医療の「充実度」が評価しにくい状況は、現状把握やデータ可視化の不足を示唆するものと考えられた。関係機関との合意形成の困難は、実践的関わりを阻む主要因であった。一方で、人材育成・ICT活用・啓発等、保健所の中間支援機能を活かした前向きな取組も確認された。

2. 地域診断の実践

班員による地域診断と課題整理の作業を通じて作成した様式は、研修会でその有用性が確認され、地域診断をさらに多くの保健所で実施するための資料とすることができた。一方で、地域課題に対する実践的関わりについては個人の力量や立場(所属保健所の権限、個人の役職等)に依っていた。実践にあたっては、さらなる情報方収集と分析が必要となる。今後、体系だった方策を検討し、地域診断に係る様式の改訂も含めて必要な資料を整理・作成していくことが必要である。

E. 結論

保健所の在宅医療への関与は拡大しているが、実践的関わりは3割程度と限定的であった。ボトルネックは、地域における現状の可視化と課題整理、関係者との合意形成、行政内外の調整にあると考えられた。

新たな地域医療構想の下、“治し支える医療”提供体制を実現するためには、①保健所が担う“見える化”(地域診断を通じた課題抽出)機能の強化、②実装につなぐ調整・支援機能(研修、人材育成、庁内外連携)の体系化、③地域特性(大都市・地方都市・過疎地域)に応じたモデルの提示が重要である。

F. 今後の計画

次年度からの2年間において、保健所が担う“見える化”機能の強化に資する資料の整備を行うとともに、保健所実態調査の詳細分析を通じて、実装につなぐ調整・支援機能の体系化及び地域特性に応じたモデルについて検討をしていく。これらを最終年度に“治し支える医療”の充実化支援に向けた地域実践パッケージとして取りまとめる。

G. 発表

1) 論文発表 なし

2) 学会発表 第84回日本公衆衛生学会総会、2025年10月29日(静岡)

「地域医療構想における“治し支える医療”提供体制 の実現に向けた保健所の役割についての研究」班

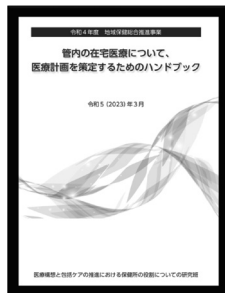
分担事業者：鳥取県倉吉保健所 小倉加恵子

令和7年度 事業班構成員：班員14名、助言者7名

班員(分担事業者・事業協力者)		アドバイザー(助言者)	
小倉加恵子	鳥取県倉吉保健所	白井千香	大阪府枚方市保健所
岡本浩二	埼玉県川口市保健所	柳尚夫	岐阜県関がわり総合相談センター内 岐阜県精神保健福祉センター
長井大	鳥取県鳥取市保健所	福永一郎	高知県高岡郡高岡町保健所
片山幸	愛知県名古屋市中村区保健センター	山本大祐	関西医科大学看護学部・看護学研究科広域看護分野在宅看護学領域
南和	高知県中央西保健所	守本陽一	一般社団法人ケアと暮らしの編集社
坪井博文	岡山県美作保健所	孫瑜	筑波大学医学部 地域医療教育学(ヘルスサービスリサーチ)学際、筑波大学附属病院 総合診療科
本木隆規	奈良県福祉保健部医療政策局(兼)福祉保健部(兼)地域創造部(兼)女性部	角野文彦	ひびこハビリテーション専門学校
近藤雪栄	横浜市医療局地域医療部がん・疾病対策課(兼)緑地福祉センター		
昼間詩織	群馬県流川保健福祉事務所		
荒井未央	仙台市保健所太白支所		
小守林靖一	岩手県北広域圏保健環境福祉部(兼)二戸保健所(兼)久慈保健所	オブザーバー	
徳本摩依	宮崎県都城保健所	北村 麻衣子	厚生労働省 健康・生活衛生局 健康課
福尾篤子	富山県厚生部健康対策感染症・疾病対策課	河野 洋平	厚生労働省 健康・生活衛生局 健康課
藤本幸	沖縄県保健医療介護部南部保健所	下鶴 幸宏	厚生労働省 健康・生活衛生局 健康課

当事業班の取組の経過

- 2025年に向けた地域医療構想において、「在宅医療の充実」が掲げられており、保健所も一定の役割が期待されている。
- 令和元年度に全国調査を実施。保健所による在宅医療の充実に係る実践的な取組が25%と少ないことを明らかにした。
- 多くの保健所が在宅医療体制整備に取り組めるようになることを目標として、令和2～4年度に「管内の在宅医療について医療計画を策定するためのハンドブック」(以下、ハンドブック)を作成。
- 令和5～6年度に保健所を主対象とするハンドブックを用いた研修会を実施した。



- 研修会の開催では、理解度が向上するなど一定の効果が得られた。
- 保健所において、在宅医療の知識の習得に関して高いニーズがある一方で、地域で取り組むことへの意欲は必ずしも高くなく、その背景に保健所の在宅医療充実化における役割認識が乏しいことや自治体による位置づけの違いなど様々な課題があることが分かった。

研修内容の骨子

- 2040年に向けた人口動態及び医療・介護需要の変化の中で、在宅医療の必要量は増加する見込み。一方で、在宅医療支援診療所の数は近年増加していないという全国的な傾向がある。
- 大都市部では、在宅医療を主とする診療所が供給の中心となっているが、後方支援の必要性を踏まえると、中小病院との連携促進が課題。他方、中山間地・過疎地域では、在宅医療の量の確保が課題。
- 保健所は、二次医療圏の医療提供体制を調整する役割があり、管内の在宅医療の将来予測と対応策の検討をしていくことが求められる。
- 地域の需要に応じた体制整備のために、在宅医療に関する地域診断と具体的な行動計画が必要。

保健所ができること

保健所は、診療報酬上の評価や支援事業等に関する情報提供、協議の場の設定や施設間の調整などを通じて、以下の項目について在宅医療体制整備に関わっていくことが可能。
(当事業班が令和4年度報告書より)

- ①在宅診療・在宅のグループ診療
- ②地域包括ケア病棟、在宅への促進
- ③管内の訪問看護ステーション連携強化、ICT活用
- ④診療所と中小病院(後方支援)による連携促進
- ⑤在宅の在宅医療への積極的参加
- ⑥大都市部における医療機能の振り替えによる資源調整例)在宅医療を担う診療所や高度急性期医療の集約化

「新たな地域医療構想」を踏まえた課題

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」(令和6年12月)
 超高齢化社会を踏まえた医療機関の役割分担の明確化、**外来・在宅、介護連携等も含めた持続可能な医療提供体制の構築が必要。**

- 在宅医療は訪問診療のみならず、入院・外来医療や看護・介護等の**多領域連携のもと切れ目なく提供**されることが重要。
- 一方で、自治体の規模や資源の量・質などの要因による**地域特性の違い**から、在宅医療の**充実化支援のあり方も一律ではない。**
- 住民が住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療・介護を提供できるよう、各自治体が**地域特性を考慮した連携体制を構築する必要**があり、保健所はその調整機能を活かして、自治体における位置づけに応じた役割を果たすことが求められる。

⇒ 保健所による支援実践を可能とするためには、**設置主体や地域類型別等の実態に応じた具体策の提示が必要**

目的と目標

【目的】

2040年を視野に入れた「新たな医療構想」において、地域の「治し支える医療」の充実化に向けて、保健所による地域支援の実践を可能とすることを旨とする。

【目標】(3年計画)

- ① 地域における在宅医療・医療介護連携体制の整備に関する**保健所の役割の認識と取組状況に関する実態の明確化**
- ② それぞれの保健所がその位置づけや地域特性に応じた**“治し支える医療”の充実化支援に取り組むための具体的方法の提示**
- ③ 地域実践を可能とするための**パッケージ(ガイドブック及び研修資料)**を構築することを目的とする。

令和7～9年度 事業計画

令和7～9年度の研究事業として申請、令和8年度以降は仮置き

令和7年度：保健所実態調査

【目的】
保健所の「治し支える医療」提供体制整備に係る役割等の実態及び取組状況を明らかにする。

【調査内容】
・保健所の役割（医療計画、地域医療構想等）
・在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備状況
・在宅医療、介護連携推進事業との連携
等
※在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備、連携に関するガイドブック（07.3）

成果：全国の保健所の実態の明確化
⇒保健所の位置づけと「できること」の紐づけ

令和8年度～：基本的な知識等に関する資料
【目的】基本的な知識等を共有できるツールの開発
【方法】
・「保健所が実践できる地域診断」のマニュアル化
・「治し支える医療」提供体制整備に必要な知識の整理
⇒（基本編研修会資料の改訂）PPT資料、動画作成
成果：ガイドブック・研修会の基本編コンテンツ

※图中の「保健所」は、主に保健所を指すが、自治体所管課等も含むものとする

令和7年度：地域診断の実践

【目的】
・保健所の実践レベルに必要な地域診断法の確立
・地域実態を踏まえた対応策と合意形成法の整理
【方法】
・R6研修の実践、R5、R6参加保健所の事例検討
⇒対応策・合意形成の実践に必要な雛形等資料案
成果：「保健所が実践できる地域診断」案
対応策・合意形成の実践に必要な資料等案

令和8年度～：保健所の位置づけに紐づいた取組手法
保健所の位置づけや地域特性に応じた「治し支える医療」提供体制の充実化に向けた取組手法の整理
【例】地域特性／保健所の位置づけに応じた項目整理、ロジックモデル（参考：医療経済研究機構、地域医療計画策定・評価総合支援サイト）の活用等
成果：ガイドブック・研修会の応用編コンテンツ

令和9年度 最終成果物
治し支える医療の充実化支援「地域実践パッケージ」
・ガイドブック
・研修資料（動画配信等）

班会議・勉強会等により推進

令和7年度 事業概要

(1) 保健所実態調査

全国の保健所における意識や取組状況の実態を明らかにする。
⇒保健所の位置づけ（権限）・地域類型と「実践できること」の紐づけへ

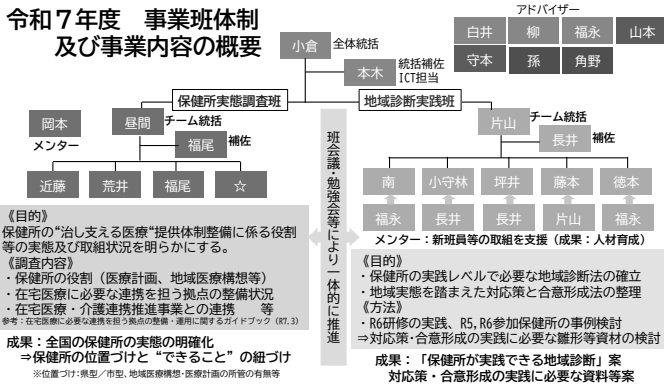
(2) 地域診断の実践

(2)－1 保健所で実践可能な地域診断法の確立
保健所の実践レベルに必要な地域診断法の確立を目的とし、班員による地域診断及び地域での取組を実践する。
⇒地域診断様式等の実践に必要な資料作成へ

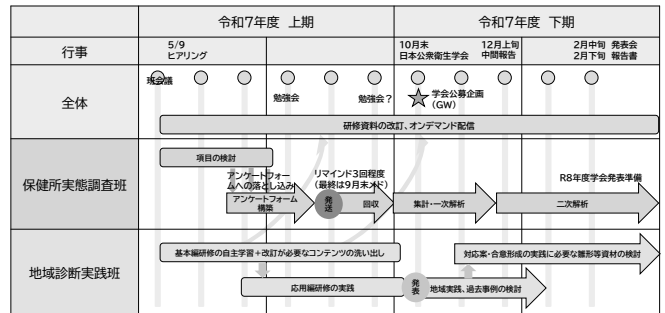
(2)－2 地域診断の実践を通じた人材育成

日本公衆衛生学会学術集会において研修会（グループワーク）を開催。参加者に対する研修の実施と班員の育成を目指す。

令和7年度 事業班体制及び事業内容の概要



令和7年度 事業実施スケジュール



保健所実態調査：目的と方法

【目的】
保健所が在宅医療提供体制の整備において果たす役割や取組状況について実態を把握し、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」に向けた具体的方策を検討する。

【調査概要】
調査名：在宅医療提供体制整備に係る保健所の役割等の実態調査
対象者：保健所長（可能な限り）
方法：オンラインアンケート（所要時間：約15分）

【実施期間】令和7年8月4日～10月3日

【調査項目】
✓ 保健所の属性
✓ 在宅医療提供体制について
✓ 在宅医療提供体制構築への保健所の関わり
✓ 在宅医療提供体制構築への課題
✓ 医療・介護連携の状況

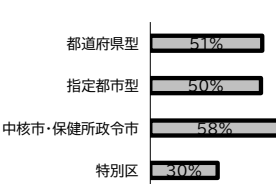
【倫理的配慮】鳥取県福祉保健部倫理審査委員会承認



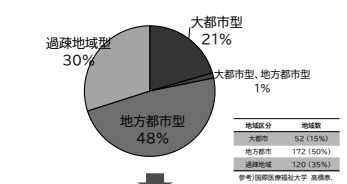
保健所実態調査：結果(1)回答状況

回収率：234保健所より回答（回収率51%）

1) 保健所の設置主体別 （各型の設置実数を母数とした割合）



2) 二次医療圏の地域類型



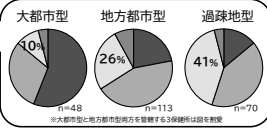
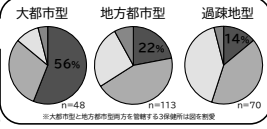
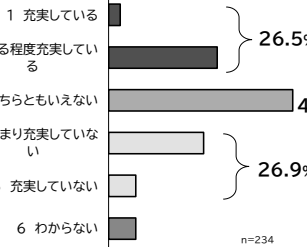
権限・責務、役割、所掌事務の違い

・人口構造・疾病構造に応じた戦略
・資源（医療、介護等）の偏在への対応
・「治す医療」と「支える医療」のバランス調整
・地域包括ケアシステムとの連動

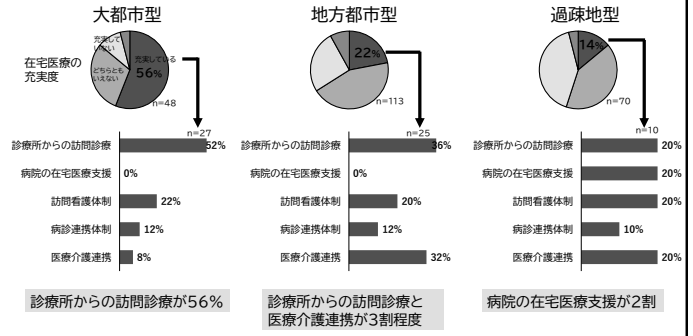
保健所実態調査：結果(2)ー1 在宅医療の充実度

「どちらともいえない」が最多
「充実している」と「充実していない」が拮抗

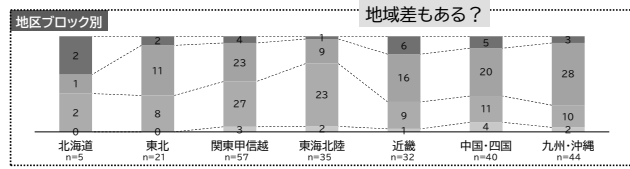
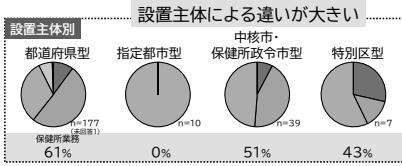
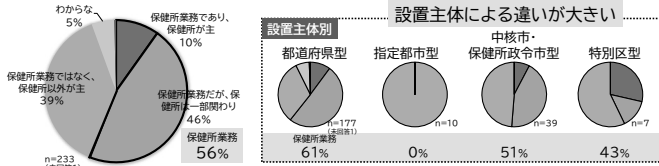
大都市型では充実度が高く、
地方都市、過疎地型は低かった



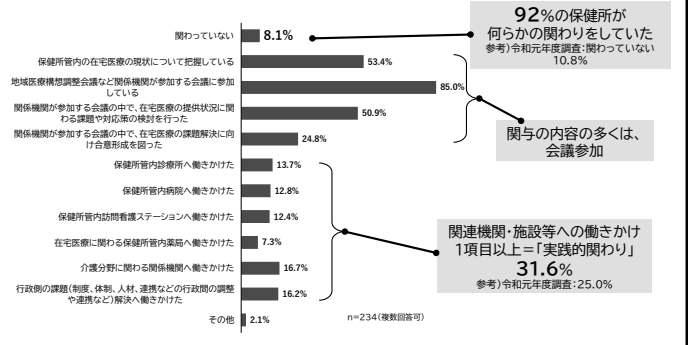
保健所実態調査：結果(2)ー2 特にとどの部分が充実？



保健所実態調査：結果(3)ー1 体制整備の業務主体

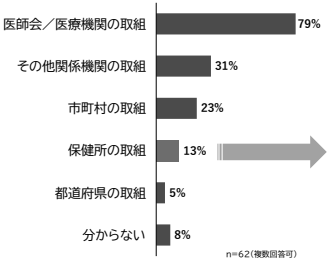


保健所実態調査：結果(3)ー2 体制整備への保健所の関与



保健所実態調査：結果(3)ー3 体制の充実に寄与した取組

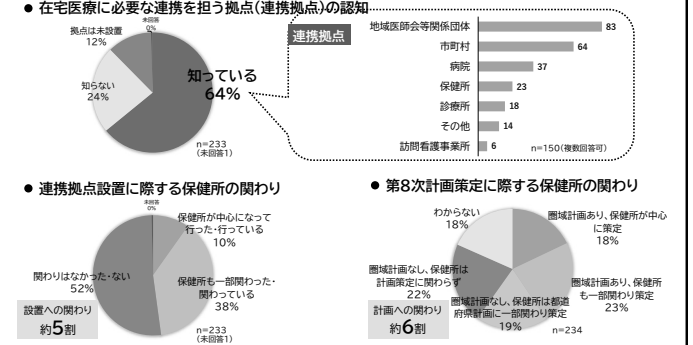
医師会／医療機関の取組を多くの保健所が評価



保健所による取組の工夫

- 関係機関との連携
 - ・医師会の事務局機能を支援
 - ・医師会事業に協力
 - ・市役所所管課との密な連携
 - ・関係機関へのヒアリング、意見交換
 - ・連携強化に向けたWG立上げ
- 関係機関への働きかけ
 - ・訪問看護Stの大規模化の推進
- 研修・啓発活動
 - ・感染症対策を通じた研修・情報発信
 - ・医療介護従事者向け研修会開催
 - ・医療的ケア児・者の防災のしおり作成

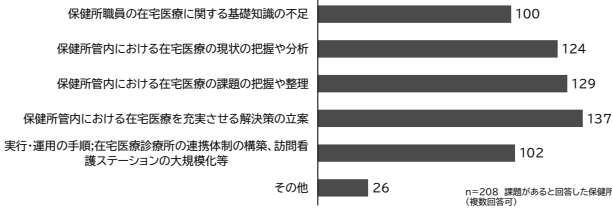
保健所実態調査：結果(4) 第8次医療計画における連携拠点



保健所実態調査:結果(5)-1 体制構築に向けた課題

在宅医療提供体制構築に向けて課題を感じる
88.9%

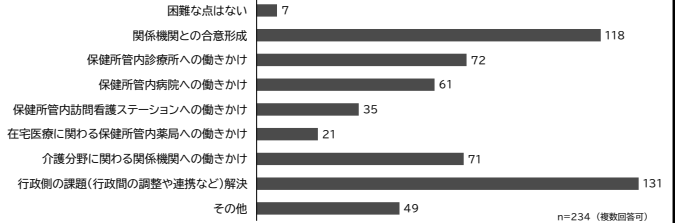
● 感じている課題の具体



保健所実態調査:結果(5)-2 課題解決への意欲と困難さ

保健所長として積極的に課題解決に取り組みたい
(1-10の10段階)
6.1

● 課題解決のために行動する際、困難さを感じること



保健所実態調査:結果(5)-3 行動するうえでの困難さ

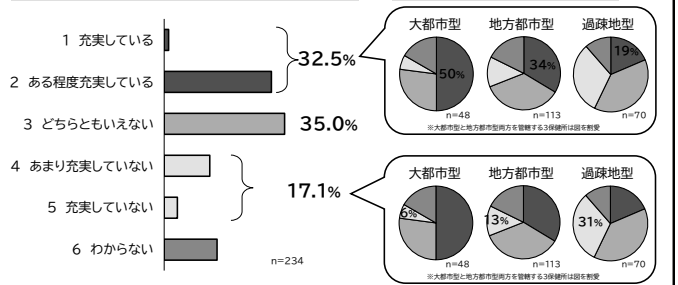
課題解決に向けた行動するうえで困難さを感じること(自由記載より)

- 人材不足
 - ・医師・医療従事者の不足や高齢化、介護等の人材の不足、確保困難
- 地域資源や地理的条件による制約
 - ・医療・介護資源の不足や確保困難
 - ・採算性が悪い、距離要件による制約問題(16kmルール)
- 行政や保健所の役割・制度運用
 - ・県庁所管課の方針不明確、県庁所管課との連携困難
 - ・保健所業務ではない、担当部署や担当者が不明確
- 保健所内の課題
 - ・地域課題として在宅医療の優先度の低さ
 - ・管轄圏域内の格差(資源、制度、財源)により評価が困難
 - ・対応能力が不足、行動する余裕・余地がない
- 地域連携、広域連携
 - ・管外資源や非医師会員医療機関との連携の難しさ

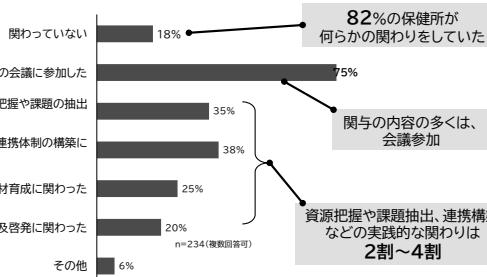
保健所実態調査:結果(6)-1 介護体制の充実度

「どちらともいえない」が最多
「充実している」3割程度と在宅医療より高い

大都市型では充実度が高く、
過疎地型が低かった



保健所実態調査:結果(6)-2 保健所の医療介護連携への関わり



保健所実態調査:結果(6)-3 医療介護連携の取組みの工夫

医療と介護の連携強化のための保健所による取組みの工夫(自由記載より)

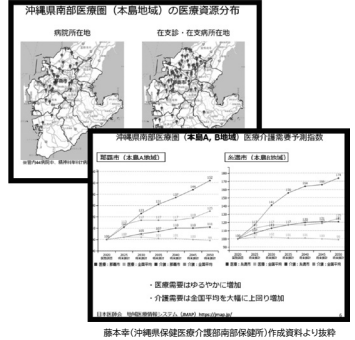
- 関係機関との連携、情報共有
 - ・在宅医療介護連携推進協議会や地域医療構想調整会議の活用
 - ・ICTや地域医療情報連携ネットワークの構築・普及
 - ・医師会や連携拠点との定期的な情報交換
 - ・地域包括ケア推進スタッフ配置
- 市町村、関係者の人材育成
 - ・市町村職員やコーディネーターの育成
 - ・ACP(人生会議)推進リーダー養成
 - ・共通フォーマット作成支援
- 普及啓発
 - ・厚労省事例集やセミナーでの取組紹介
 - ・施設看取り推進による医師負担軽減

保健所実態調査:考察

- 令和元年度調査との比較から
 - ・保健所による在宅医療の充実化への関与は裾野が拡大
 - ・実践的関わりは依然として限定的
 ⇒① 医療(都道府県)と介護(市町村)にまたがる行政の制度構造
 - ② 主体が複数で役割分担が複層化
 - ③ 保健所の権限や内部の人的資源等に伴う企画調整機能の制約
 - ④ 地域間の資源偏在(特に過疎地域)
- 在宅医療の「充実度」が評価しにくい状況
 ⇒現状把握やデータ可視化の不足
- 実践的関わりを阻む主要因は関係機関との合意形成の困難
 一方で、人材育成・ICT活用・啓発等、保健所の中間支援機能を活かした前向きな取組もみられた。

地域診断実践:保健所で実践可能な地域診断法の確立

- ✓新班員5名は、各自所属の管轄地域における地域診断を実施
- ✓既班員は、各新班員にメンターとして配属し、日常的な相談支援、分析やまとめ等の指導を実施
- ↓
- ✓地域における課題を整理し、ヒアリング等の実践を開始
- ✓地域診断に係る様式の作成、地域実践に必要なツールを整理



地域診断実践:保健所で実践可能な地域診断法の確立

- ✓地域診断の実践を通じて、必要なデータ、まとめ方等を整理 ⇒「地域診断用の様式」作成(下図に一部掲載)

1. 地域診断用の様式(パワーポイント)とは

『管内の在宅医療について、医療計画を策定するためのハンドブック』(R4)

1. “在宅医療に関わりを持ってこなかった県型保健所が、管内の在宅医療についての現状(計画)を策定できるようにすること”が目的

2. 管内の在宅医療状況を診断するための手法を解説

『地域診断用パワーポイント』(R6)

- ・ハンドブックを用いて、地域診断を実施するための“型”
- ・作成・抽出すべきグラフ・図、まとめ方を掲載

2. 様式の構成 (1)人口動態

必要なデータ 現在人口、将来推計(年齢階層別)、高齢化率、人口密度、医療介護資源等

データ元 JMAP(日本医師会 地域医療情報システム)

全国都道府県、二次医療圏、市町村のデータがある

人口、人口増減率、人口密度、将来推計人口、年齢階層人口、高齢化率

ハンドブック17、定型パワーポイント3

南(高知県中央西端保健所)、徳(徳島県(高松市)保健所)作成資料より一部抜粋

地域診断実践:地域診断の実践を通じた人材育成

第84回日本公衆衛生学会総会にて、グループワークを開催

令和5~6年度の応用編研修会を踏まえて参加しやすさ(旅費、日程確保、事前準備)を考慮

- 【目的】**
- ① 地域で「治し、支える医療」の充実に携われる保健所の増加
 - ② ①の推進に関われる人材育成
- ✓参加者(保健所長・職員)に対する地域実践の「きっかけ作り」、意欲向上を目指す
令和5~6年度の研修会を通じて、参加者において在宅医療の知識習得に関して高いニーズがある一方で、地域実践への意欲は必ずしも高くなかったことへの対応
- ✓副次的に、参加者との対話・意見交換を通じた全国各地の地域実情を知る。(アンケート調査の質的補完)
- 班員(新メンバー):発表、ファシリテーター
発表することで年度上期の成果をまとめ、下期の目標を明確化【コミュニケーション能力、分析評価能力、研究推進と成果の還元能力】
- ファシリテーターとしての経験【パートナーシップの構築能力、課題解決能力、教育・指導能力】
- 班員(継続メンバー):助言者、ファシリテーター
ファシリテーターの支援【パートナーシップの構築能力、教育・指導能力、課題解決能力】
- ・グループワークを通じた助言、参加者のヒアリング【コミュニケーション能力、分析評価能力、研究推進と成果の還元能力】
- ※コンビテンジャー(社会医学系専門医がもつべきコア・コンビテンジャー)

地域診断実践:地域診断の実践を通じた人材育成

第84回日本公衆衛生学会総会 あなたの町の「治し支える医療」やってみよう！地域診断

- 【対象】**
- ・原則、学術集会参加者。ただし、事業班の目的に応じた対象を事前に募集する。
 - ・募集対象:保健所長・職員を優先し、加えて当該分野の行政所管部署職員及び関連機関職員とする。保健所長会MLで募集、関連機関の職員は保健所職員とチームを構成して参加。
 - ・当日参加:日本公衆衛生学会総会の一部であることから、当日参加は拒まない。(定員上限まで)
- 【プログラム】**
- 2025年10月29日(水)9時~11時
- ・ミニレクチャー(15分)
 - ・「在宅医療の基礎知識と保健所の関わり」
 - ・班員からの発表:2名(様式に準ずる)
 - ・地域診断の様式説明
 - ・グループワーク(40分)
 - ・班員からの発表:2名(様式+地域実践)
 - ・各グループから発表、意見交換
- 【方法】**
- グループワーク: 1グループ3~4名+班員2名程度
全体の助言者(アドバイザーの先生方)
- ・地域診断に関する作業に触れる経験の場とする「やってみよう!」「やれた!」が目標
 - ・事前準備の負担軽減、当日の発表では完成を求めない。
 - ・作業しながら各自自治体の状況聞き取り、①参加者の自所管内における課題に対する意識化を促す、②取組状況の地域差などをグループ内で共有し、自所への還元につなげる。
- **14名参加**

 - ・保健所職員12名
 - ・訪問看護ステーション1名
 - ・大学教員1名

● **満足度 平均8.57**
(事前申し込み有8.9/無7.3)

結 論

- 保健所の在宅医療への関与は拡大しているが、実践的な関わりは3割程度と限定的。ボトルネックは、地域における現状の可視化と課題整理、関係者との合意形成、行政内外の調整にあると考えられた。
- 新たな地域医療構想のもと、“治し支える医療”提供体制を実現するためには、以下の3点が重要である。
 - ①保健所が担う“見える化”(地域診断を通じた課題抽出)機能の強化
 - ②実装につなぐ調整・支援機能(研修、人材育成、庁内外連携)の体系化
 - ③地域特性(大都市・地方都市・過疎地域)に応じたモデルの提示
- 次年度からの2年間において①~③に対応するための資料作成及び検討を進め、最終成果物として“治し支える医療”の充実化支援に向けた地域実践パッケージとして取りまとめることを目指す。併せて、今年度同様に人材育成についても継続して取り組んでいく。

精神保健医療福祉における「入院医療中心から地域生活中心へ」の 取組における保健所の対応に関する研究

分担事業者 稲葉静代（岐阜県可茂・関保健所）

【事業協力者】（五十音順）

大下彩子（大津市保健所）、岡本浩二（川口市保健所）、杉山更紗（大津市保健所）、
鈴木祐子（東京都保健医療局保健政策部）、長井 大（鳥取市保健所）
中原由美（福岡県筑紫保健所）、松本昌子（葛飾区保健所）、
向山晴子（世田谷区世田谷保健所）、山口文佳（長崎県上五島保健所）、
山本信太郎（福岡市保健所）

【助言者】（五十音順）

海老名英治（厚生労働省）、村上純一（現あわいの医院、前琵琶湖病院）、
森川すいめい（ゆうりんクリニック）、柳 尚夫（岐阜県精神保健福祉センター）
横山勝教（香川県中讃保健所）

【要旨】 国が示した「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推進するために、保健所がどのように取り組んでいるかを調査した。県型保健所から市町村に対しては、「共に取り組む」と姿勢が市町村の成長を促すことが示唆された。保健所を有する自治体では、「街づくり」の視点および組織改編による効果が示唆された。また、精神保健行政への関心を喚起するために、動画による啓発効果を期待する。

A. 目的

令和4年に法改正があり、新たな地域医療構想において精神科医療も位置づけられることとなった。国が示した「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推進するために、保健所がどのように取り組んでいるかを調査する。効果的な取組について報告書等を通じて活用してもらおう。また、精神保健行政に関心を持つ次世代の人材育成に寄与することを目指す。

B. 方法

1. 精神患者を「入院医療中心から地域生活中心へ」移行するためには、生活の基盤を支える基礎自治体の姿勢が大変重要になってくる。市町村の体制整備（相談体制、重層的支援体制の構築等）に対して保健所がどのように取り組んでいるか、またその効果について調査する。
2. 特別区および政令指定都市等、保健所機能を有する基礎自治体において自治体内の関係部局と連携強化に着手した内容について事例

報告する。

3. 上記テーマに関連した施策促進、並びに精神保健行政への関心層を増やすために動画等のコンテンツの作成を試みる。

C. 結果

1. 市町村体制整備に対する保健所支援調査
積極的に市町村支援を行っている保健所へオンラインヒアリングを13保健所に実施した。結果としては、市町村が成長していくための県型保健所の姿勢として「相談を断らない」「頼られることはありがたい」「一緒に汗をかく」という3つの共通キーワードがあがってきた。
2. 保健所を有する基礎自治体内の連携強化
特別区および政令指定都市等、保健所機能を有する基礎自治体において自治体内の関係部局と精神保健部局との連携強化に着手した内容について事例として、世田谷区、福岡市及び大津市の情報を収集した。

【世田谷区】 「にも包括」の構築を「街づくり」と

捉え「福祉分野と保健分野の協働」を軸に進めている。

【福岡市】本庁部門も統合した「精神保健・難病対策部」を新設し、専門職を集約化した結果、全市的課題の可視化、標準化と個別化の両立などの効果がみえてきた。

【大津市】平成21年4月の中核市移行に伴い保健所を設置した。市内7か所のすこやか相談所及び15か所の地域包括支援センターとも連携しながら地域移行促進や地域包括ケアシステムの構築等の業務に取り組む。

3. 現地視察・動画作成

(1) 琵琶湖病院

オープン・ダイアログ[※]の手法を用いた診察の見学(撮影不可)と、入院患者に対する地域移行支援の取組の現状と関係機関間の連携の実践例についてヒアリングを実施した。

(※従来の入院や薬物中心の治療法と異なり、患者と医療関係者が対等に対話する治療)

(2) 大津市保健所

琵琶湖病院と連携して地域移行定着を促進している。地域移行促進のため啓発用の動画を作成する(今年度はダイジェスト版のみ)。

(3) 久留米市保健所

精神措置権限の移譲を受けた中核市保健所の実状、地域移行支援に関する研修、及び自治体内の連携についてヒアリングを実施した。

D. 考察

従来、精神疾患に関する行政対応は主として県型(政令市含む)保健所業務とされてきたが、令和6年4月の法改正により、市町村も精神に関する相談業務を行うこととなったが、市町村の受け止めや取組は多様である。

しかし、生活の場を支えてくれる基礎自治体が精神に何らかの課題を抱える住民に対して、包括的に相談や支援を行うことによって、より早期かつ適切な対応につながると考える。県型保健所の役割としては、市町村と協働して事例にあたることを通じて、伴走型の人材育成が求められていると考えられた。

一方で、市型保健所を有する自治体内の連携については、首長の意識や制度改正など、上位からの方針で促進された事例を報告した。そのような動きがない自治体においては、関係部局の担当者レベルのつながりに頼るところが多いということがうかがわれた。どのようにしたら組織間の連携を促進できるかという視点で、成功事例を収集し全国に共有していきたい。

動画コンテンツは「手軽」「触れてもらいやすい」という特性から、精神保健の関心層を増やす試みとして取り入れてみた。精神保健の啓発資料として期待したい。

E. 結論

精神患者の地域移行支援のために、県型保健所に求められる姿勢は、市町村に対して「伴走型」で臨むことが挙げられた。

市型保健所においては、行政内の他部局とシステマティックな連携をはかり、安定した体制構築につなげるための方法論を提示できるように事例を収集したい。

地域移行支援を促進するためには、自治体の受け皿だけではなく、病院側の意識も重要であることが理解できた。

精神緊急対応から地域移行支援までの包括的に取り組んでいる中核市の事例を提供することができた。

F. 今後の計画

1. 学会のシンポジウムおよび自由集会等を利用して「入院医療中心から地域医療中心へ」の概念を広めていく。

2. 今年度の調査を一部継続しつつ、都道府県の地域医療構想(精神科領域)の取組の現状、精神科領域の病床数変化や地域移行に関する状況などの調査などを検討している。

G. 発表

第82回(令和7年度)全国保健所長会総会研修会(静岡市)

令和7年度全国精神保健福祉業務研修会(長崎)

精神保健医療福祉における 「入院医療中心から地域生活中心へ」の 取組における保健所の対応に関する研究

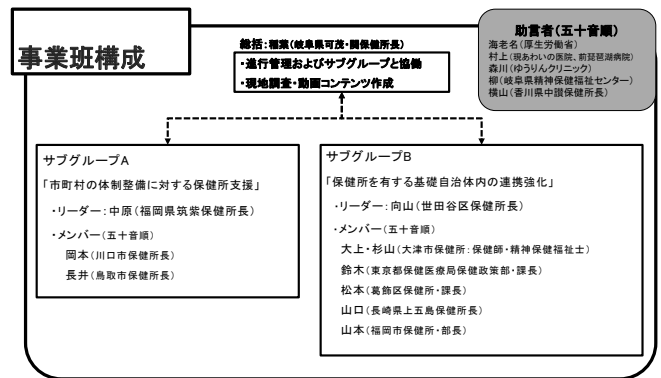
分担事業者：稲葉静代（岐阜県 可茂・関保健所）

事業班の目的

- ◆ 令和4年に法改正があり、新たな地域医療構想において精神科医療も位置づけられることとなった。
- ◆ 国が示した「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推進するために、保健所がどのように取り組んでいるかを調査する。効果的な取組について報告書等を通じて活用してもらう。
- ◆ また、精神保健行政に関心を持つ次世代の人材育成に寄与することを目指す。

今年度の取組

- ◆ 精神患者を「入院医療中心から地域生活中心へ」移行するためには、生活の基盤を支える基礎自治体の姿勢が大変重要になってくる。市町村の体制整備（相談体制、重層的支援体制の構築等）に対して保健所がどのように取り組んでいるか、またその効果について調査する。
- ◆ 昨年度の事業班成果物を基盤にしなが、特別区および政令指定都市等、保健所機能を有する基礎自治体において自治体内の関係部局と連携強化に着手した内容について事例報告する。
- ◆ 上記テーマに限らず、新規班員のリクルートを継続しながら彼らが関心をもつテーマに取り組む。施策促進並びに精神保健行政への関心層を増やすために動画等のコンテンツの作成を試みる。



サブグループA 市町村の体制整備に対する保健所支援

【方法】

国が実施した令和6年度調査（精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業での実態把握調査）から、保健所・精神保健福祉センターから個別ケース支援のバックアップを受けていると回答した市町村の割合が多かった都道府県を対象に、県保健所長会長に、市町村に対し個別のケース支援を積極的に行っている保健所の推薦を依頼し、ZOOMによるヒアリングを実施

【対象】（10県、新潟、埼玉、山梨、滋賀、和歌山、鳥根、岡山、香川、愛媛、高知）の13保健所

【調査項目】

- (1) 個別支援の取組の促進要因
- (2) 個別支援による市町村の人材育成
- (3) 市町村の人材育成を行う成果

保健所名	管内人口（万人）	管内自治体数	管内自治体人口数（万人）
新潟県三条	20.6	5	0.7～9.0
新潟県十日市	5.4	2	0.8～4.5
新潟県上越	20.9	2	2.9～17.9
新潟県佐渡	4.6	1	4.6
埼玉県幸手	39.1	6	3.3～15.1
山梨県峡南	4.3	5	0.1～1.4
滋賀県草津	35.2	4	5.0～14.8
和歌山県御坊	5.6	6	0.5～2.2
鳥根県雲南	4.8	3	0.4～3.3
岡山県備前	9.8	3	1.0～5.3
香川県中讃	27.2	8	0.8～10.8
愛媛県中予	12.2	5	0.6～3.4
高知県安芸	4.0	9	0.07～1.5

【結果】

【調査で得られたキーワード】

依頼を断らない、一緒に動いて一緒に考える、市は市民を支え保健所は市を支える など

【保健所内に対して行うこと】

- ◆保健所職員一人一人が、断らず一緒に動くという姿勢を常に意識して業務に取り組むようにする
- ◆属人的でなく組織的な取組ができるよう、保健所職員の人材育成もしっかり行う



【市町村職員の人材育成を行うことで期待できる成果】

- ◆母子保健分野や包括支援センター、障害福祉分野等との更なる連携により、基礎自治体単位でケースに対応できるようになる
- ◆役割分担ができる。普段の関わりは市町村。緊急性の高い場面は保健所
- ◆役割分担ができる。通常の事例は市町村。専門性が高い事案や処遇困難事例は保健所

サブグループB 保健所を有する基礎自治体内の連携強化

【目的】

特別区および政令指定都市等、保健所機能を有する基礎自治体において自治体内の関係部局と精神保健部局との連携強化に着手した内容について事例報告する。

【結果】

- (世田谷区)「にも包括」の構築を「街づくり」と捉え、「福祉分野と保健分野の協働」を軸に進めている。
- (福岡市) 本庁部門も統合した「精神保健・難病対策部」を新設
専門職を集約化→全学的課題の可視化、標準化と個別化の両立 など
- (大津市) 市内7か所のすこやか相談所及び15か所の地域包括支援センターと連携

現地視察・動画作成

- ◆ 琵琶湖病院(令和7年8月19日)
 - ・オープン・ダイアログ®の手法を用いた診察の見学(撮影不可)
 - ・入院患者に対する地域移行支援の取組の現状と関係機関間の連携の実践例(※オープン・ダイアログ:従来の入院や薬物中心の治療法とは異なり、患者と医療関係者が対等に対話する治療)
- ◆ 大津市保健所(琵琶湖病院の視察に同席)
地域移行促進のための大津市で動画を制作(今年度はダイジェスト版、来年度は本編)
- ◆ 久留米市保健所(令和7年9月2日)
精神措置権限の移譲を受けた中核市保健所の実状
地域移行支援に関する自治体内の連携について

今年度のまとめ

- ◆ 県型保健所 → 市町村支援(人材育成)
断らない、頼ってくれてありがとう、一緒に動く → 市町村も育つ、市町村と保健所の役割分担
- ◆ 自治体内保健所⇔自治体内の関係部局
「にも包括」は「街づくり」(世田谷区)
全学的課題の可視化×標準化と個別化の両立(福岡市)
市内7か所のすこやか相談所及び15か所の地域包括支援センターと連携(大津市)
- ◆ 精神科病院にも「生活者としての患者」のイメージをもってもらおう
→ 地域移行の促進につながる可能性⇔行政・地域との連携
- ◆ 中核市だからできること ~ほどよい規模感~
精神緊急事案 → 地域移行・地域定着 → 日々の暮らしまで一貫して関与
地域移行定着を目的とした関係機関への研修の重要性

これから想定されること

- ◆ 地域医療構想に精神科病床が含まれる
 - 地域移行促進を加速する時代の幕開け
 - 総合病院の精神科病床数はどのように変化するか
- ◆ 「現実はずっと早い。看護師不足等により、地域医療構想の議論を待たず減床」
(病院立入検査時の病院長談話)
 - 退院可能な患者の受け皿整備は急務(地域移行・地域定着の必要性)
 - 合併症をもつ精神患者の医療体制を考える

今後の計画

- ◆ 県型保健所から市町村の支援(サブグループA)
事例調査による好事例の提示、個別支援事例集の作成
→ 市町村の人材育成・市町村相談支援体制整備
- ◆ 保健所機能を有する基礎自治体内における活動(サブグループB)
好事例の収集・提供(多摩小平保健所管轄での取組、品川区の認知症レストラン等)
- ◆ 精神科病院の状況調査
都道府県の精神科分野の地域医療構想の状況
精神科病床数変化や地域移行に対する状況

災害時健康危機管理活動の支援・受援体制整備と実践者養成事業

分担事業者 鈴木 陽 (宮城県塩釜保健所)

事業協力者：石井安彦（北海道釧路兼根室兼中標津保健所）、伊東則彦（北海道名寄保健所）、古澤弥（札幌市保健所）、相澤寛（秋田県大館兼北秋田保健所）、小守林靖一（岩手県久慈兼二戸保健所）森福治（山形県庄内保健所）、金成由美子（福島県県南保健所）野田秀平（茨城県古河保健所）、早川貴裕（栃木県保健福祉部医療政策課）、三浦正稔（さいたま市保健所）、小倉憲一（富山県厚生部）、折坂聡美（金沢市保健所）、稲葉静代（岐阜県可茂兼関保健所）、中島大樹（名古屋健康福祉局健康部保健医療課）、柴田敏之（大阪府健康医療部保健医療室）、池田和功（和歌山県新宮保健所）、圓尾文子（兵庫県加東保健所）、松岡宏明（岡山市保健所）、藤井俊吾（島根県県央保健所）、城間紀之（広島市健康福祉局保健部健康推進課）、神野敬祐（香川県西讃保健所）、影山康彦（愛媛県四国中央保健所）、山本信太郎（福岡市保健所）、服部希世子（熊本県有明兼山鹿保健所）、砥上若菜（熊本県認知症施策・地域ケア推進課）、西田敏秀（宮崎県延岡保健所）、内田勝彦（大分県福祉保健部）、藤田利枝（久留米市保健所）、田上豊資（高知県中央東保健所）、中里栄介（佐賀県佐賀中部保健所）、白井千香（枚方市保健所）、市川学（芝浦工業大学システム理工学部環境システム学科）、尾島俊之（浜松医科大学健康社会医学講座）、久保達彦（広島大学公衆衛生学）、千島佳也子（DMAT 事務局）、齊藤和美（大阪市平野区役所）、綾仁まどか（和歌山県福祉保健部健康局医務課）、大竹香織（福島県会津保健福祉事務所）、宮本幸世（北海道厚真町住民課）、諸岡歩（兵庫県伊丹健康福祉事務所）

要旨：令和7年度は企画運営リーダー研修を1回、DHEAT 基礎編研修を4回実施した。今後、両研修にて新しい知見を提供しつつ、後者ではDHEAT 活動の根幹となる訓練内容を盛り込んでいく必要がある。そのためにも、各都道府県による研修体制の充実が望まれる。

A. 目的

DHEAT 基礎編研修を通じて、参加者が発災時の保健医療福祉災害対応に必要な基本的な知識を習得し、ひいては保健所における同災害対応能力の向上をはかる。また、企画運営リーダー研修にてDHEAT 基礎編研修を運営するファシリテーター養成を通じて、各自自治体における災害対応人材育成体制を強化する。

B. 方法

DHEAT 事務局（日本公衆衛生協会）が企画運営リーダー研修およびDHEAT 基礎編研修の実施にあたり、当事業班は研修内容の企画、資料作成、研修の講師、研修当日の進行管理を担当し、運営を支援した。

C. 結果

①企画運営リーダー研修

【実施状況】令和7年9月9日に開催した同研修には46自治体から派遣された97名が受講し、当事業班から30名がファシリテーターとして運営補助した。

【効果判定】受講者の研修前後における主要8項目の理解度を比較すると、全項目において「理解できるようになった（十分にできる、概ねできる）」と回答した者の割合が増加していた（平均値±標準偏差：33.1±5.0ポイント）。理解度の増加が一番大きかったのが「調整本部の運営（42.3ポイント）」、一番小さかったのは「各関係団体の理解度（26.8ポイント）」であった。

研修前の理解度（平均値±標準偏差：42.4

±14.0ポイント)をみると、既に半数以上が理解している「習得済項目(5項目)」と3割程度の理解度にとどまっていた「未習得項目(3項目)」に分類できた。

②DHEAT 基礎編研修

【実施状況】令和7年10月7日(10自治体、143名)、10月21日(13自治体、208名)、11月11日(13自治体、225名)、11月18日(11自治体、196名)の計4回の研修会を開催し過去最多となる計772名が受講した。①を受講した96名がファシリテーターとして、当事業班の38名(延べ数)がアドバイザーとして運営補助した。

【効果判定】受講者の研修前後の主要8項目の理解度を比較すると、全項目において「理解できるようになった」と回答した者の割合が増加していた(平均値±標準偏差:32.4±5.7ポイント)。理解度の増加が一番大きかったのが「DHEATの理解度(37.7ポイント)」、一番小さかったのは「調整本部の運営(24.0ポイント)」であった。

研修前の理解度(平均値±標準偏差:22.1±6.7ポイント)をみると、全8項目が「未習得項目」となっており、とりわけ「調整本部の運営(11.4%)」と「保健医療福祉活動チームの理解度(13.7%)」が低かった。

D. 考察

両研修の主要8項目の参加後の理解度が上昇していたことより、研修内容は妥当だったと考えられる。

両研修受講者に共通して、3つの「未習得項目」があった。まず、「保健医療福祉活動チームへの理解度」および「調整本部の運営」はDHEAT活動の根幹となる事項であり、DHEATの基礎研修として注力すべき研修内容であると考えられる。

また、「D24Hを使える」項目も同様に「未習得項目」に含まれていた。厚生労働省から発出された事務連絡に合わせD24Hに関する講義を追加したが、今後も最新の災害対応の知見を積極的に研修加える必要がある。

両研修受講者の事前の知識習得度において20.3ポイントの開きがあった。これは、基礎編受講者が企画運営リーダー研修受講者と同等な保健医療福祉災害対応に必要な基本的な知識を得られるよう、各都道府県は研修機会を提供し続ける必要性を示唆している。

E. 結論

両研修にて新しい知見を提供しつつ、DHEAT基礎編においては、DHEAT活動の根幹となる内容を訓練内容に盛り込んでいく必要がある。また、都道府県では、両研修受講者層の災害対応能力のギャップを埋められるような人材育成プログラムが必要である。

F. 今後の計画

実践的な内容を盛り込んだ基礎編研修としつつ、各都道府県が実施する災害研修をサポートしていく。

G. 発表

- 論文発表:なし
- 学会発表:なし

災害時健康危機管理活動の 支援・受援体制整備と実践者養成事業

分担事業者名
宮城県塩釜保健所 鈴木 陽

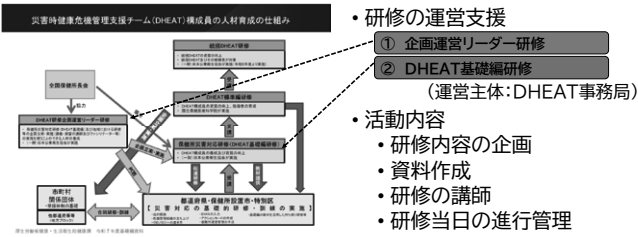
令和7年度 研究班体制

協力研究者(26名)	
氏名	所属
石井 安徳	北海道庁 保健・危機管理課
伊藤 剛彦	北海道庁 保健・危機管理課
高野 淳	札幌医科大学
堀野 真	札幌医科大学 北見保健学部
小野村 隆一	岩手県 県立北見医療院 大正保健科 二階学級
森 福治	山形県立大学
金成 由美子	宮城県庁保健課
野田 悠平	宮城県庁保健課
早川 貴博	秋田県立保健医療センター
三浦 正樹	いわて産業大学
小島 繁一	弘前大学
坂本 隆雄	岩手大学
植田 隆代	岩手県立保健医療センター
中野 大輔	北見大学保健福祉学部保健医療学系
森田 健之	大宮市保健福祉部保健課
池田 和也	秋田山形保健医療センター
藤田 文子	内務省消防研究所 消防防災課 北東分室
松田 俊博	秋田県庁
藤本 俊彦	秋田県立保健医療センター
城野 結之	北海道庁保健福祉部健康推進課
神野 悠治	岩手県立保健医療センター
野山 謙次	愛知県立福祉大学
山本 優太郎	宮城県庁保健課
藤野 貴子	熊本県立保健医療センター
藤上 健策	熊本県立保健医療センター 保健推進課
西岡 隆秀	秋田県立保健医療センター

助言者(14名)	
氏名	所属
内田 謙彦	大分県立保健所
藤田 利枝	大宮市保健所
高田 隆雄	秋田県立保健医療センター
伊藤 剛彦	北海道庁保健課
西田 千尋	名古屋市保健所
西川 孝	北海道庁保健福祉部健康推進課
尾崎 優之	北海道庁保健福祉部健康推進課
久保 達彦	北海道庁保健課
千鳥 穂香子	CHAT事務局
高橋 聡史	北海道庁保健福祉部健康推進課
藤田 孝之	北海道庁保健福祉部健康推進課
大竹 貴樹	北海道庁保健福祉部健康推進課
宮本 聖哉	北海道庁保健福祉部健康推進課
藤岡 幸	北海道庁保健福祉部健康推進課

オブザーバー
講師 藤一 鹿児島県立保健医療センター

事業内容



研修の比較

	① 企画運営リーダー研修	② DHEAT基礎編研修
目的	・ 都道府県における災害対応人材の育成	・ 保健所における初動対応能力の向上 ・ DHEAT要員の育成
対象者	① 今後、継続的に災害対策を担当する者 ② 所属先で保健医療福祉分野の災害対応研修・訓練を企画運営した者 ③ 保健所長、統括保健師など統括的立場の者 ④ 過去にDHEAT関連研修を受講した者	① DHEAT構成員として登録予定者 ② 保健医療福祉調整地域本部等を運営者
開催方法	・ 都内集合型 ・ 1回のみ	・ 各都道府県(WEBで全体進行管理) ・ 計4回(東西ブロック、各2回)

研修内容の比較

	① 企画運営リーダー研修	② DHEAT基礎編研修
午前	講義1(D24) 演習1 講義2・3	講義1(D24) 演習1(保健所初動対応)
午後	演習2(DHEAT) 演習3(DHEAT) 演習4(DHEAT) 演習5(DHEAT)	講義2(DHEAT) 講義3(DHEAT) 演習2(DHEAT) 演習3(DHEAT) 演習4(DHEAT) 演習5(DHEAT)

注: ①の演習1は②の演習1と圧縮、①の演習2-5は②の演習2-5と拡大。

① 企画運営リーダー研修

企画運営リーダーに期待すること

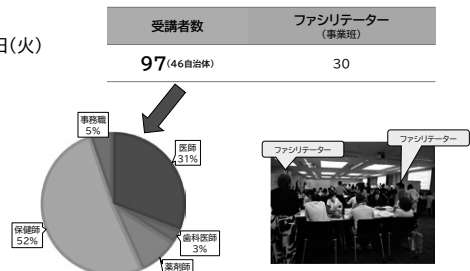
梅🍡: 演習の流れを理解し、自所属の**演習を滞りなく運営**できる

竹🎋: 演習の狙いや対応のポイントを理解し、**参加者に演習内容を十分理解**させることができる。

松🌲: 自らが中心になり、所属内で**研修・訓練を企画運営**できる

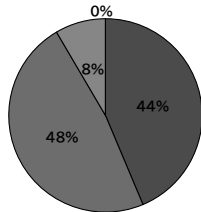
企画運営リーダー研修

研修実施日
令和7年9月9日(火)
9:30~17:00



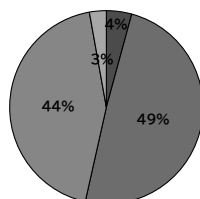
受講者アンケート (企画運営リーダー研修, n=71)

全体の評価(満足度)は?



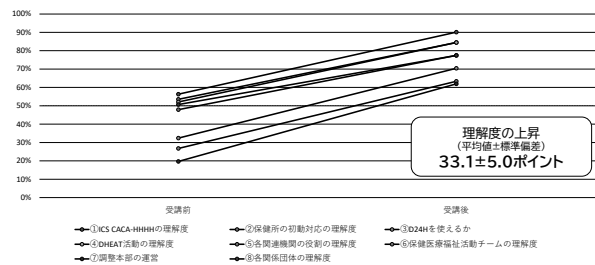
・とても良かった
・概ね良かった
・どちらかという良かった
・良くなかった

自都道府県において
研修を企画・実施できる?



■ 十分できる
■ 概ねできる
■ どちらかということができる
■ できない

受講者アンケート (企画運営リーダー研修) 受講による理解度の変化



受講者アンケート (企画運営リーダー研修) 受講前の知識習得度



受講前の知識習得度 (企画運営リーダー研修)

未取得項目(前値が低い項目)

- 研修の必須項目
 - 新しい知識:D24H
 - 苦手領域:調整本部の運営、他支援チームの理解
 → **あらたな研修課題**として提供

取得済み項目(前値が高い項目)

- これまでの都道府県等の研修にて基礎的知識を取得済み
- **研修体制を維持**

② DHEAT基礎編研修

基礎編受講生に期待すること

梅 🌸：受講者が地元で被災した際、**保健医療福祉調整地域本部等を立ち上げる**ことができる。

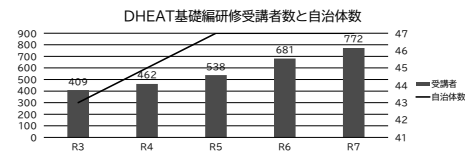
竹 🎋：受講者が地元で被災した際、災害時の**地域保健医療福祉提供体制を整える**ことができる。

松 🌲：受講者が、派遣先の**被災地でDHEAT活動**ができる。

14

②保健所災害対応研修（DHEAT基礎編）

開催日	日時	参加自治体数	受講者数	ファシリテーター (公衆衛生学専攻)	アドバイザー (公衆衛生学専攻)
第1回(東日本)	令和7年10月7日(火)	10	143	21	11
第2回(西日本)	令和7年10月21日(火)	13	208	26	10
第3回(東日本)	令和7年11月11日(火)	13	225	26	7
第4回(西日本)	令和7年11月18日(火)	11	196	23	8
合計		47	772	96	36



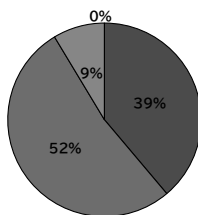
②保健所災害対応研修（DHEAT基礎編）

開催日	日時	参加自治体数	受講者数	ファシリテーター (公衆衛生学専攻)	アドバイザー (公衆衛生学専攻)
第1回(東日本)	令和7年10月7日(火)	10	143	21	11
第2回(西日本)	令和7年10月21日(火)	13	208	26	10
第3回(東日本)	令和7年11月11日(火)	13	225	26	7
第4回(西日本)	令和7年11月18日(火)	11	196	23	8
合計		47	772	96	36



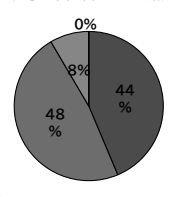
受講者アンケート（DHEAT基礎編、n=533）

全体の評価(満足度)は？



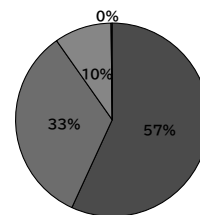
■とても良かった ■良かった ■どちらかという良かった ■良くなかった

参考:企画運営リーダー研修



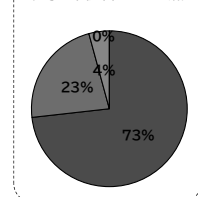
受講者アンケート（DHEAT基礎編、n=533）

業務に役立つか？

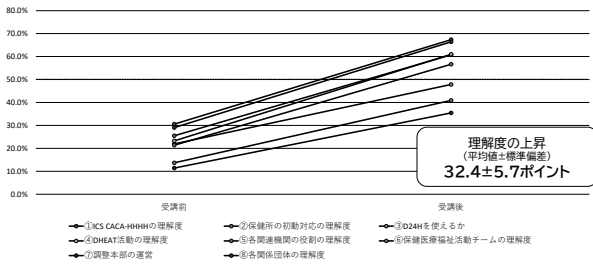


■とても役に立つ ■役に立つ ■どちらかという役に立つ ■役に立たない

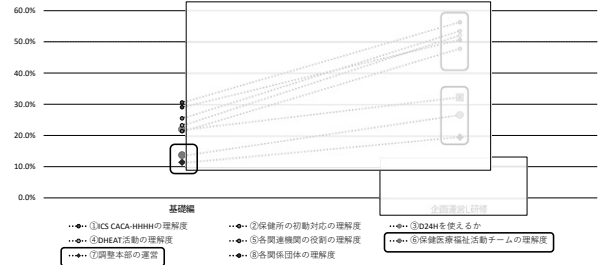
参考:企画運営リーダー研修



受講者アンケート（DHEAT基礎編） 受講による理解度の変化



受講者アンケート結果 受講者による事前習得度の違い



受講前の知識習得度（DHEAT基礎編）

• 所得済項目

- ・ 該当項目なし
→ 一般的な**災害対応の基礎研修**が必要

• 未取得項目

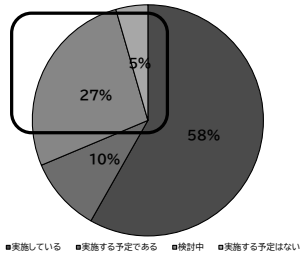
- ・ 前値が著しく低い項目: 調整本部の運営、他支援チームの理解
→ 注力すべき**研修課題**

課題

- 両研修
 - ・ **重要項目**: 他の支援団体との連携・調整本部
→ **DHEAT訓練**として実施
 - ・ **追加項目**: 新しい知識への対応
→ 他の研修も活用
- DHEAT基礎編
 - ・ 重要事項への内容のシフト
→ **保健所初動対応は都道府県での実施**を提案

令和7年度DHEAT体制整備調査（DHEAT事務局）

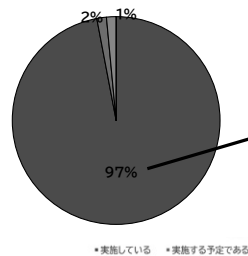
DHEATに関する**研修**実施状況 (n=67)



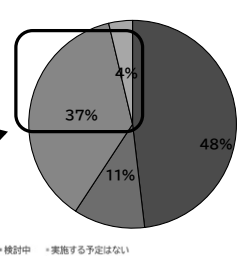
区分	回答数
都道府県	47
指定都市	20
合計	67

令和7年度 DHEAT体制整備調査（DHEAT事務局）

災害対応**訓練**実施状況 (n=67)



並行したDHEAT関連**訓練**



今後の方向性

① 企画運営リーダー研修

・当該年度の基礎編の実施
→ 都道府県のコアとなる人材の育成

② DHEAT基礎編研修

① DHEAT訓練 → マネージメント支援を中心に
② 保健所初動対応訓練 → 各都道府県での実施に移行

新興再興感染症等対策事業

分担事業者： 田中 英夫（大阪府守口保健所長）

事業協力者： 緒方 剛、服部早苗、柴田敏之、白井千香、加藤裕一、岩橋慶美、高橋佑紀、白石 守、四宮博人、渡邊愛可、畑崎祐志、湯川 達、神崎早紀子、中神宏章、木村聡子

要旨：（事業1）保健所や県庁が持つデータの課題解決型の活用とエビデンスの公表：

2018～19年に大阪府で報告された麻疹初発症例(index case)105人とその接触者9,864人を対象に、接触者における二次感染リスクを定量評価した。二次感染率は0.73%であり、index caseが麻疹ワクチン接種者、修飾麻疹であった場合は、二次感染リスクは極めて低くなっていた(J.Epidemiol.2026 in press)。

（事業2）感染拡大防止と感染者の人権や社会経済活動の抑制との調和に関する調査・研究：①全国35の保健所から収集した結核生存退院患者2,013人を対象に、在院日数の長さに関連する要因を特定した(Kekkaku.100(7),2025)。②結核の生存退院患者を退院基準の違いにより3群に分類し、退院後の再発率等を比較したところ、明らかな違いを認めなかった。

（事業3）健康危機管理能力の基盤となる分析・評価能力の向上を目指した行政職員等の育成：今年度は新たに基礎レベルの知識編3本、実践編6本、専門レベルの実践編1本の、計10本の動画を作成し、You Tube上に公開した。

A. （事業1）保健所や県庁が持つデータの課題解決型の活用とエビデンスの公表：

2018年11月～19年3月に大阪府内で流行した麻疹初発例(index case)105人とその接触者9,864人を対象に、接触者における二次感染リスクを定量評価した。二次感染率は全体で0.73%であった。Index caseが麻疹ワクチンの接種歴がある接触者では、ない接触者に比べて二次感染リスクが0.25と、極めて低く、またindex caseが修飾麻疹であった接触者では、真性麻疹であった接触者に比べて0.12と、極めて低くなった。これらの多変量解析による分析

結果から、国内で麻疹が流行した際の積極的疫学調査の効率的運用、優先順位付けの意義が見出せた。

B. （事業2）感染拡大防止と感染者の人権や社会経済活動の抑制との調和に関する調査・研究：

①全国35の保健所から収集した結核生存退院患者2,013人を対象に、在院日数の長さに関連する要因を検討した。生存退院患者の在院日数の中央値は72日に上り、その分布の中で入院勧告の期限最終日に退院が集中する傾向が見られた。この傾向は本来の感染性の消失とは無関係に

退院日が規定されていることを意味するものであると考えられることから、人権を抑制する法 20 条による隔離入院患者の退院の在り方に再考の余地があることが示された。②同じ生存退院患者を入院中に確認した培養検査連続陰性回数が i) 0 回、ii) 1 ~ 2 回、iii) 3 回以上、の 3 群に分類し、退院後の再発率を見たところ、この順に 1.9%、1.0%、0.9%と、3 群間で有意差を認めず、また、いずれの再発者の接触者からも IGRA 陽性者は出なかった。以上のことから、本研究からは、退院基準に培養 3 回連続陰性を確認する公衆衛生上のメリットは確認できなかった。

C. (事業 3) 健康危機危機管理能力の基盤となる分析・評価能力の向上を目指した行政医師等の人材育成：健康危機事象が起きた時にこれに迅速、冷静、的確に対応するには、平時における業務のパフォーマンスが高く維持されていることが大前提になる。そのためには、個別具体的なマニュアル的知識よりも、対策を講じる上で必要となる本質的事項（主に基礎レベル編）と、リーダーシップを取る際に必要な状況判断力を支えるスキルを磨く要素（主に専門レベル編）を意識し、今年度は前者 9 本、後者 1 本の計 10 本の動画を作成し、これを日本公衆衛生協会 HP から You Tube に公開した。

D. 発表

1. Ogata T, Hattori S. et al.
Durability of effectiveness of a booster dose of COVID-19 bivalent (ancestral/BA.4-5) vaccine against

all-cause mortality in older adults in Japan, October 2022 to September 2023. *Vaccine* 65, 2025, 127796

2. Takahashi Y, Tanaka H et al. Risk factors associated with secondary measles transmission in index cases *J. Epidemiol.* 2026 (in press).

3. 高屋龍生, 田中英夫 他. 感染症法に基づく結核入院治療を受けた生存退院患者における在院日数の分布とその規定要因. *Kekkaku* 100(7):201-07, 2025

4 田中英夫 「新興再興感染症等対策推進事業」令和 6 年度の活動. 公衆衛生情報 55(2) 2026

「新興再興感染症等対策事業」
分担事業者 田中英夫

事業協力者:

緒方剛(潮来保健所), 白井千香(枚方市保健所), 服部早苗(筑西保健所), 高橋佐紀(大阪府健康医療部), 柴田敏之(大阪府健康医療部), 加藤裕一(山形市保健所), 岩橋慶美(広島市保健所), 白石守(さいたま市保健所), 四宮博人(愛媛県立環境衛生研究所)の9名と、

若手

渡邊愛可(新宿区保健所), 畑崎祐志(神奈川県健康医療局), 湯川達(足立区保健所), 神崎早紀子(泉佐野保健所), 中神宏章(半田保健所), 木村聡子(熊本県健康福祉部)6名の計15名。

アドバイザー

小谷聡史(厚労省感染症対策課), 磯部哲(慶応大), 内村和弘(結核予防会結核研究所), 石上正裕(国立国際医療センター国際感染症センター)の4名。

- 事業内容: 1. 保健所や県庁が持つデータを活用した課題解決型の知見の創出
2. 感染拡大防止と感染者の人権や社会経済活動の抑制との調和に関する調査・研究
3. 健康危機管理能力の基盤となる分析・評価能力の向上を目指した公衆衛生医師等の人材育成

1. 麻疹の感染力に関する初発症例(index case)側の要因は?
(Takahashi Y et al. J. Epidemiol 2026 (in press))

【背景】

- 麻疹の感染リスク要因のうち、初発症例(index case)側の二次感染リスクに関連する要因を定量的に評価した報告は世界でも限られている。
- そこで、大阪府で報告された麻疹初発症例およびその接触者のデータを用い、初発症例の特性と二次感染リスクとの関連を定量的に評価した。

【方法】

- 対象は、2018年11月から2019年3月の間に大阪府で報告された麻疹初発症例(index case)105人、およびその接触者9864人。
- 初発症例の接触者における二次感染率(SAR)を、初発症例の予防接種回数、麻疹症状※(3徴候の有無)、その他因子別に算出。
- また、多変量解析(二項ロジスティック回帰分析)にて調整オッズ比(aOR)を算出した。

※麻疹3徴候全て確認された症例・3徴候全ては揃わなかった症例(3徴候のうち1or2の徴候が確認された症例)に分けた

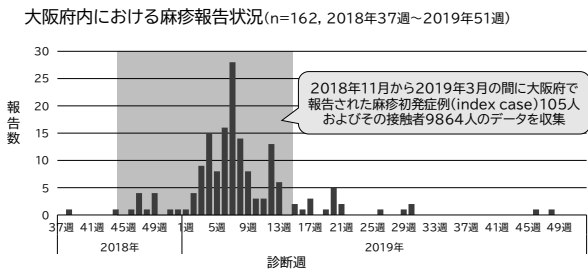


表1-2. 麻疹初発症例の接触者における二次感染率

初発症例側の属性	初発症例数 (Index Cases)	接触者数	二次 症例数	二次感染率 (SAR)	95%信頼区間	p値
予防接種回数						
0回	54	5035	60	1.19%	0.89% - 1.49%	p<0.01 ^a
1回	21	2019	4	0.20%	0.00% - 0.39%	
2回以上	22	2283	3	0.13%	0.00% - 0.28%	
不明	8	509	5	0.98%	0.13% - 1.84%	
症状						
3徴候全てあり	61	7414	69	0.93%	0.71% - 1.15%	p<0.01 ^a
徴候1or2個	44	2432	3	0.12%	0.00% - 0.26%	
IgM						
陽性	47	4922	61	1.24%	0.93% - 1.55%	p<0.01 ^a
陰性	10	748	0	0.00%	0.00% - 0.00%	
不明	48	4176	11	0.26%	0.11% - 0.42%	
合計	105	9846	72	0.73%	0.56% - 0.90%	

a 各要素について、不明者を除外して算出

表2. 麻疹初発症例における、接触者への二次感染リスクに関連する要因

初発症例側の属性	調整オッズ比 aOR (95% CI) ^a	傾向p値 ^b
性別		
男性	-	-
女性	0.42 (0.24-0.72)	-
年齢		
≤14	0.33 (0.13-0.76)	-
15-24	-	-
25-39	0.64 (0.37-1.13)	-
≥40	0.39 (0.18-0.81)	-
接触者数		
1-9 ^a	-	p<0.01
10-99	0.11 (0.05-0.30)	
≥100	0.04 (0.02-0.10)	
予防接種回数		
0回	-	p<0.01
1回	0.23 (0.07-0.58)	
2回以上	0.25 (0.06-0.75)	
不明	0.78 (0.26-1.89)	
症状		
3徴候全てあり	-	-
徴候1or2個	0.12 (0.03-0.34)	-

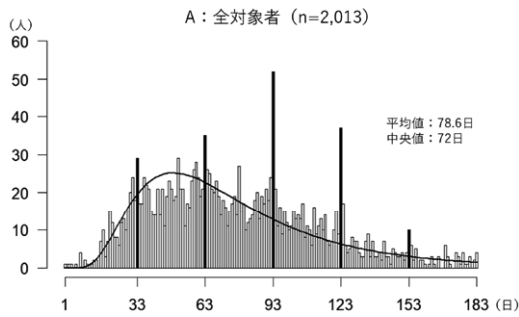
a 性別・年齢・接触者数・予防接種回数・症状の要素を調整
b 予防接種回数不明者は除外

2. 感染症法に基づく結核入院治療を受けた生存退院患者における在院日数の分布とその規定要因
(日本結核・非定型抗酸菌症学会誌「Kekkaku」の2025年11月号に掲載)

【目的】日本の結核入院治療を受け、生存退院した患者の在院日数の分布とその規定要因を明らかにする。これにより、感染予防対策としての公益と、患者が受ける不利益とのバランスの在り方の見直しに資する情報を得る。
【方法】対象は、全国36保健所が発生届を受理し感染症法に基づく結核入院治療を受けた患者のうち、診断が2018年4月~2022年3月で生存退院した2,013人。在院日数の度数分布を描き、関連要因ごとにその特徴を求めた。また、在院日数を従属変数として重回帰分析を行った。

参加保健所: 能代、伊勢崎、さいたま市、潮来、つくば、小田原、豊橋市、岐阜市、岐阜市、関、西濃、茨木、高槻市、豊中市、枚方市、寝屋川市、四條畷、守口、大阪市、堺市、八尾市、東大阪市、藤井寺、富田林、和泉、岸和田、泉佐野、奈良市、和歌山市、徳島県三好、宮崎県中央、宮崎市、西之表、屋久島、沖縄県南部

計13の政令中核市を含む36保健所



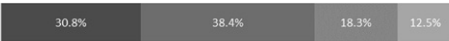
図A. 結核生存退院患者における在院日数の度数分布
183日以下のみを示す。曲線は、33、63、93、123、153日での退院を除いた度数分布から最尤推定により求めた対数正規分布
(対数変換後の平均値4.19、標準偏差0.558)を、縦軸を度数に合わせて重ねたもの。当該日数とそれ以外の日数（ただし183日
以下）での退院者数の分布をMann-WhitneyのU検定で比較した結果、当該日数での退院者数が有意に多かった。 $(p = 0.002)$ 。

表. 結核生存退院患者における在院日数とその要因 (重回帰分析)

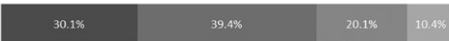
年齢、出生国、コロナ禍か否か、入院前居所、認知症の有無、糖尿病の有無、病型、入院時最大塗抹、結核性胸膜炎合併の有無、RFPまたは多剤耐性有無、培養連続陰性回数、入院した病院等を調整

属性	平均値 (日数)	標準化回帰係数 (日)	標準化回帰係数の95%信頼区間
培養連続陰性回数			
0回	52.6	reference	
1回	74.2	14.0	6.6 - 21.3*
2回	83.4	21.9	14.8 - 25.5*
3回以上	90.2	25.6	21.0 - 26.2*
入院した病院			
国立病院機構系	70.3	reference	
その他の公立病院	70.6	1.3	-3.0 - 5.6
その他	99.6	22.4	17.8 - 27.1*

Q4-5) 培養3回陰性確認を「結核菌を含む痰の消失」と見なし、これを退院基準に用いることに科学的根拠が存在する。



Q4-6) 培養3回陰性確認を「結核菌を含む痰の消失」と見なし、これを就業制限の解除基準に当てていることに、科学的根拠が存在する。



Q4-9) 入院患者が被る自由の制限を正当化するに足る公益(感染拡大防止)があることの科学的根拠が存在する。



- とても・そう・少し思う ■ 分からない・何とも言えない
- あまりそう思わない ■ そう・全くそう思わない

図2. 患者の行動制限に対する科学的根拠が存在するかの設問に対する回答分布
(全国の保健所長を対象に2024年8月に実施したアンケート調査 n=279人、回答率59.6%)

表 結核の退院基準でみた生存退院患者の再発率と実効再生産数

	期間内1回目の入院中に確認した 培養検査連続陰性回数			p-value
	0回	1回 or 2回	3回以上	
N	528人	308人	1,172人	—
在院日数の平均値(SD)	52.6日 (42.5)	79.3日 (34.7)	90.2日 (41.4)	—
在院日数の中央値 *1	44日	73.5日	88日	p for trend < 0.001
再発者数(%) *2	10人 (1.9%)	3人 (1.0%)	10人 (0.9%)	0.171
再発時の喀痰塗抹 1+以上の人数(%) *2	7人注2 (1.3)	1人 (0.3)	6人 (0.5)	0.162
再発時の接触者調査 対象者数	14人	1人	10人	—
うちIGRA陽性者数 (≒実効再生産数)	0人	0人	0人	—

*1: Jonckheere-Terpstra検定 *2: Fisherの正確検定
注1: 確認した培養陰性回数が不明な1人を除く。注2: 1陽性と陽性であった1人を含む。

自治体感染症対策職員のための研修シリーズ *は今年度にYou Tube配信した

基礎レベル	知識編	保健所・自治体の感染症対策オリエンテーション*	緒方剛 (敬称略)
知識編	保健所の感染症疫学調査	高屋龍生	
知識編	保健所自治体の感染予防策*	仙田順子	
知識編	感染症診療の基礎知識*	石金正裕	
知識編	保健所の感染症対策についての法制度	岩橋慶美	
知識編	健康危機管理マネジメント (計画中)	小林良清	
知識編	保健医療職でない担当者のための基礎知識 エクセルによる感染症疫学調査の簡単な集計	倉本玲子	
実践編	保健所自治体の麻しん風しんへの対応*	柴田敏之	
実践編	保健所・自治体の食中毒対応*	柴田敏之	
実践編	保健所自治体のノロウイルスへの対応*	柴田敏之	
実践編	結核接触者調査の留意点*	薄井真悟	
実践編	動物環境由来感染症: 4類感染症への対応*	服部早苗	
実践編	保健所が主体となる訓練		
実践編	保健所の感染症対策における医療機関との連携*	近内美乃里	

(続き)

*は今年度にYou Tube配信した。

専門レベル	知識編	行政で働く職員のための失敗しない学会抄録の作り方	田中英夫
	知識編	保健所の疫学調査データと対策 (撮影前)	緒方剛
	知識編	リスク評価 (計画中)	
	知識編	感染症法の詳細 (計画中)	岩橋慶美
	実践編	行政で働く職員のための失敗しない学会抄録の作り方その2	田中英夫
	実践編	統計ソフトRのダウンロードとデータの読み込み	柴田敏之
	実践編	保健所の疫学調査データによる単変量解析	緒方剛
	実践編	保健所の疫学調査データによるロジスティック解析 (計画中)	緒方剛
	実践編	二次感染率分析 (計画中)	
	実践編	致死率 (計画中)	田中英夫
	実践編	生存分析 (計画中)	
	実践編	潜伏期間分析 (計画中)	
	実践編	簡単な実効再生産数の求め方 (計画中)	緒方剛
	実践編	検索サイトで論文を検索しよう!	緒方剛
	実践編	避難所の感染管理*	菅原えりさ

グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究

分担事業者 須藤章(兵庫県伊丹健康福祉事務所)

【協力事業者】井田真悟(群馬県伊勢崎保健所・館林保健所)、越智裕昭(山口県宇部健康福祉センター兼長門健康福祉センター)、門内一郎(宮崎市保健所)、佐々木隆文(群馬県桐生保健所・太田保健所)、佐藤陽香(福島県保健福祉部健康づくり推進課)、中村和恵(岡山市保健所)、濱卓至(神奈川県健康医療局保健医療部)、四方啓裕(福井県二州保健所・若狭保健所)

【助言者】岩本あづさ(国際医療研究センター国際医療協力局)、大澤絵里(国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部)、茅野龍馬(WHO 神戸センター)、劔陽子(熊本県阿蘇保健所)、西田伸子(大阪府茨木保健所)、野村真利香(国際協力機構(JICA)人間開発部)、平野雅穂(滋賀県彦根保健所)、諸岡歩(兵庫県伊丹健康福祉事務所)、矢野亮佑(盛岡市保健所)、渡邊洋子(東京都島しょ保健所大島出張所)

要旨 全国の保健所における在留外国人への対応能力の向上に資するため、(1) 調査により課題を明らかにするとともに、その結果から得られた先進的な取り組み事例からの知見を共有し、(2) 全国の自治体が作成しているリーフレット等を収集し、業務に活用することができるように整理して公開するための取り組みを行った。

A. 目的

全国の保健所における在留外国人への対応能力の向上に資するため、(1) 調査により課題を明らかにするとともに、その結果から得られた先進的な取り組み事例からの知見を共有し、(2) 全国の自治体が作成しているリーフレット等を収集し、業務に活用することができるように整理して公開するための取り組みを行った。

(1) 保健所における感染症(結核等)や母子保健等の分野での在留外国人への対応に関する課題を可視化し、現場で活用可能な具体的手法(Tips)を収集することで、グローバル化の進展が全国の保健所業務に与える影響を多角的に把握し、今後の国の施策立案や自治体間の連携体制構築の基礎資料とするため調査を行った。

(2) 保健所における在留外国人への対応のためには外国語対応ができる人材や専門性の高い医療通訳が必要だが、こうした資源の保健所での用意は十分とはいえない。独自に外国語のリーフレット(以下、多言語資料)を作成している各自治体の多言語資料を一覧化したリンク集を作成し、全国の保健所の外国人対応力向上に資することを目的とした。

B. 方法

(1) 2025年9月9日より10月3日の間、全国462カ所の保健所を対象にアンケート調査を実施した(回答率27.1%)。選択式回答の集計に加え、自由記載内容は定

性的にカテゴリー化を行った。アンケートで困難事例を経験したと回答した保健所の担当職員に対し、具体的な対応プロセス、関係機関との連携、準備すべき事項について詳細なインタビュー調査を実施した。

(2) 全国の自治体が作成した多言語資料を検索エンジンや研究班員からの情報に基づいて収集した。分野ごとに整理し、言語や資料の種類、解説を加えて一覧化した。

C. 結果

(1) アンケート調査では、外国人事例への事例関与経験は2012年の54.8%から2025年には71.9%へと上昇していた。特に人口規模の小さい保健所での伸びが大きく、地方都市にも対応の必要性が広がっていた。母子保健分野では、妊娠・出産と乳幼児健診への関与が最多であり、市型保健所でのニーズが高かった。感染症対応では、結核が最多であった。主な困難要素としては、「言語」が8割を超え、次いで金銭、在留資格、職場といった生活に直結する問題も言語に次ぐ主要な困難要素となっており、前回(2012年)調査時から大きな変化はなかった。インタビュー調査では、外国人困難事例に対し、複数の関係機関が連携し、必要な対応について検討しながら、保健所としてできることを柔軟に対応している現状が分かった。

(2) 種類別では結核に関連するものが10自治体、その他の感染症に関連するものが7自治体、母子保健に関するものが3自治体、食品衛生に関するものが9自治体

より作成されていた。言語別では英語、中国語、韓国語、ベトナム語等の外国語に加えて、やさしい日本語で作成された資料も多く見られた。作成したリンク集を全国保健所長会のホームページに掲載し、全国の保健所職員が閲覧できるようにした。他自治体の先進的な多言語資料を簡便に参照できるようになった。

D. 考察

(1) アンケート調査の結果からは、対応時の困難要素（言語、金銭、在留資格等）は以前の調査からあまり変化がなく、各保健所が経験した具体的な事例や対応方法が十分に共有されていない現状が認められた。外国人困難事例を多く経験している保健所では、言語、在留資格等に関する知見を蓄積し、より個別性の高い、柔軟な支援を実施していた。

(2) 保健所職員は全国の自治体が作成した多言語資料に容易にアクセスできるようになり、資料収集が効率化された。所属自治体で新たな多言語資料を作成する場合の参考資料とすることで、より短期間に高品質な資料が作成可能になった。保健所の外国人対応力向上につながる事が期待される。近年、AI技術の進歩などにより翻訳自体は容易に行え、精度も向上しているが、相手に伝えるためには内容の吟味やデザインの工夫も重要である。複数の資料を一度に比較できることは、現場の保健所職員にとって有用であると考えられる。作成された多言語資料を分析すると、相手や内容に応じて紙資料やWebページと媒体を使い分けていたり、言語についても対象者が多いであろう言語を採用していたりと工夫がみられた。「やさしい日本語」を活用することで、より多くの人が理解できる資料を作成している自治体も多くみられた。アンケートではWeb上に公開していないものの、各自治体で独自に多言語資料を作成し、活用している自治体も多く確認された。事業の限界として、Web上に公開されていない資料、検索から漏れている資料、アンケートで回答されていない資料については収集や分析が行えていない点が挙げられる。

E. 結論

(1) 在留外国人対応においては、医療機関や出入国在留管理局等を含む、複数の機関連携が不可欠である。対象者との信頼構築や、文化的・宗教的背景への配慮、機械翻訳やビデオ通訳（メディアフォン等）の活用が有効な支援につながる。

(2) 多言語資料をスプレッドシートに集約することにより既存の資料を比較することが容易になった。現時点では作成が確認されていない分野の資料の作成や、既存の資料のさらなる質の向上に寄与することが期待できる。

F. 今後の計画

(1) さらにインタビュー調査を継続し、その内容を整理する。具体的な対応策をケーススタディ等の形式でまとめ、全国の自治体に展開していく予定である。

(2) 全国の保健所職員が業務に活かせるよう、スプレッドシートの存在を周知するとともに、定期的な内容の更新を行う。各自治体が作成した多言語資料の Web 上での公開を働きかけることで資料の質のさらなる向上につなげる。作成された資料のさらなる分析や、作成者へのインタビューを通して、より効果的な多言語資料の作成のポイントなどを探求することは今後の課題である。

G. 発表

1. 論文発表

佐藤陽香、細野晃弘、門内一郎、堀江徹、須藤章、四方啓裕、平野雅穂、村上邦仁子、劔陽子、矢野亮佑 国際・国内保健行政に対応できる人材育成のためのコンピテンシーに関する研究：国内外の保健衛生行政経験がある医師へのインタビューからの考察 日本公衆衛生雑誌 2026; 73: 34-45

2. 学会発表

第 84 回日本公衆衛生学会総会

シンポジウム 17 在日外国人コミュニティにおける新型コロナウイルス感染症集団感染時の保健所の対応事例 (須藤章)

シンポジウム 56 入国前結核スクリーニング対象国における結核対策 ～ベトナムの現地調査より(須藤章)

グローバル化時代における 保健所の機能強化と 国際社会への貢献に関する研究

2026年2月25日

R7年度地域保健総合推進事業 事業報告会

R7年度全国保健所長会グローバルヘルス研究班

事業名：グローバル化時代における保健所の機能強化と国際社会への貢献に関する研究

分担事業者（班長）	須藤 章	兵庫県伊丹健康福祉事務所 所長																				
協力事業者（班員）	<table border="1"> <tr> <td>井田 真悟</td> <td>群馬県伊勢崎保健所・館林保健所 技師</td> </tr> <tr> <td>越智 裕昭</td> <td>山口県宇部健康福祉センター 兼長門健康福祉センター 所長</td> </tr> <tr> <td>門内 一郎</td> <td>宮崎市保健所 所長</td> </tr> <tr> <td>佐々木 隆文</td> <td>群馬県桐生保健所・太田保健所 部長</td> </tr> <tr> <td>佐藤 陽香</td> <td>福島県保健福祉部健康づくり推進課 科長</td> </tr> <tr> <td>中村 和恵</td> <td>岡山市保健所総務課 医療専門監</td> </tr> <tr> <td>瀧 卓至</td> <td>神奈川県健康医療局 参事</td> </tr> <tr> <td>四方 啓裕</td> <td>福井県二州保健所・若狭保健所 所長</td> </tr> </table>		井田 真悟	群馬県伊勢崎保健所・館林保健所 技師	越智 裕昭	山口県宇部健康福祉センター 兼長門健康福祉センター 所長	門内 一郎	宮崎市保健所 所長	佐々木 隆文	群馬県桐生保健所・太田保健所 部長	佐藤 陽香	福島県保健福祉部健康づくり推進課 科長	中村 和恵	岡山市保健所総務課 医療専門監	瀧 卓至	神奈川県健康医療局 参事	四方 啓裕	福井県二州保健所・若狭保健所 所長				
井田 真悟	群馬県伊勢崎保健所・館林保健所 技師																					
越智 裕昭	山口県宇部健康福祉センター 兼長門健康福祉センター 所長																					
門内 一郎	宮崎市保健所 所長																					
佐々木 隆文	群馬県桐生保健所・太田保健所 部長																					
佐藤 陽香	福島県保健福祉部健康づくり推進課 科長																					
中村 和恵	岡山市保健所総務課 医療専門監																					
瀧 卓至	神奈川県健康医療局 参事																					
四方 啓裕	福井県二州保健所・若狭保健所 所長																					
助言者	<table border="1"> <tr> <td>岩本 あづさ</td> <td>国立健康危機管理研究機構国際医療協力局連携協力部連携推進課 課長</td> </tr> <tr> <td>大澤 絵里</td> <td>国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部 上席主任研究官</td> </tr> <tr> <td>茅野 龍馬</td> <td>WHO神戸センター</td> </tr> <tr> <td>劔 陽子</td> <td>熊本県阿蘇保健所 所長</td> </tr> <tr> <td>西田 伸子</td> <td>大阪府茨木保健所 参事兼地域保健課長</td> </tr> <tr> <td>野村 真利香</td> <td>国際協力機構（JICA）人間開発部 国際協力専門員</td> </tr> <tr> <td>平野 雅穂</td> <td>滋賀県彦根保健所 所長</td> </tr> <tr> <td>諸岡 歩</td> <td>兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長兼健康管理課長</td> </tr> <tr> <td>矢野 亮佑</td> <td>盛岡市保健所 所長</td> </tr> <tr> <td>渡邊 洋子</td> <td>東京都葛飾よ保健所太島出張所 副所長</td> </tr> </table>		岩本 あづさ	国立健康危機管理研究機構国際医療協力局連携協力部連携推進課 課長	大澤 絵里	国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部 上席主任研究官	茅野 龍馬	WHO神戸センター	劔 陽子	熊本県阿蘇保健所 所長	西田 伸子	大阪府茨木保健所 参事兼地域保健課長	野村 真利香	国際協力機構（JICA）人間開発部 国際協力専門員	平野 雅穂	滋賀県彦根保健所 所長	諸岡 歩	兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長兼健康管理課長	矢野 亮佑	盛岡市保健所 所長	渡邊 洋子	東京都葛飾よ保健所太島出張所 副所長
岩本 あづさ	国立健康危機管理研究機構国際医療協力局連携協力部連携推進課 課長																					
大澤 絵里	国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部 上席主任研究官																					
茅野 龍馬	WHO神戸センター																					
劔 陽子	熊本県阿蘇保健所 所長																					
西田 伸子	大阪府茨木保健所 参事兼地域保健課長																					
野村 真利香	国際協力機構（JICA）人間開発部 国際協力専門員																					
平野 雅穂	滋賀県彦根保健所 所長																					
諸岡 歩	兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長兼健康管理課長																					
矢野 亮佑	盛岡市保健所 所長																					
渡邊 洋子	東京都葛飾よ保健所太島出張所 副所長																					

R7年度の取り組み

●実態調査

全国の保健所における在留外国人対応状況のアンケート調査
対応件数が多い保健所における個別事例のインタビュー調査
結核・感染症対策
母子保健事業

●全国の自治体が作成した多言語資料の収集、整理、共有 WEBサイト、リーフレット等

保健所における地域保健業務への グローバル化の影響に関するアンケート調査

目的：グローバル化の進展が全国の保健所の地域保健業務遂行に与える影響について調べる

背景

- グローバル化の急速な進展
技能実習・有成就労者等の在留外国人は年々増加
- 地域社会の課題
在留外国人に対する感染症、母子保健、精神保健分野等での適切な対応が喫緊の課題

調査目的

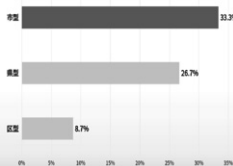
- 在留外国人が増加するに伴い
変化した保健所の業務内容や課題等を明らかにする。
- 今後の施策立案に向けた基礎資料とする。

調査方法 対象・期間・方法

全国の全保健所を対象に、2025年9月9日～10月3日の間フォームを用いて実施

調査回答率
27.1%

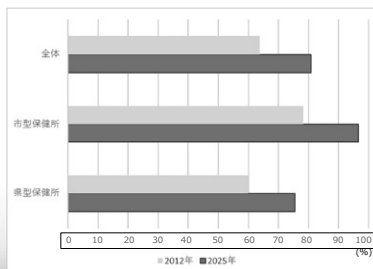
全462保健所の内62カ所



対象 全国の全保健所 462カ所
実施期間 2025年9月9日～10月3日
方法 フォームを用いて質問票を保健所長会を通じ各保健所に依頼
各保健所がフォームに入力して回答
集計方法 選択式回答は単純集計、自由記載は内容をカテゴリー化

事例関与経験の推移 2012→2025

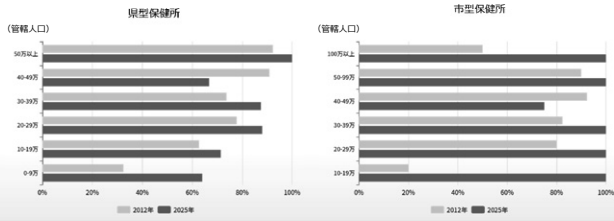
- グローバル化関連事例への関与経験割合は、2012年と比較して2025年には全体で17.1ポイント増加
- 県型保健所、市型保健所ともに著しく増加
- 区型保健所は回答数2のため参考値



	前回(2012年)	今回(2025年)
県型保健所	59.8%	75.5%
市型保健所	78.2%	96.6%
区型保健所	72.7%	100.0%
計	63.7%	80.8%

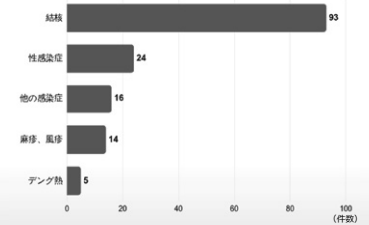
人口規模別の関与傾向

管轄人口が小規模な保健所において
事例関与経験の割合が大幅に増加

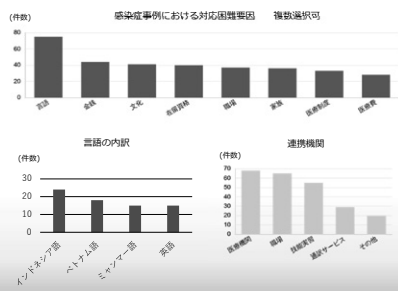


感染症 対応疾患の内訳

- 結核
外国籍住民の健康課題として
依然として高い重要性を持つ。
- 麻疹・風疹、デング熱
現在は少数だが、流行次第で
急増の可能性がある。



感染症 対応困難要因と主要な連携機関

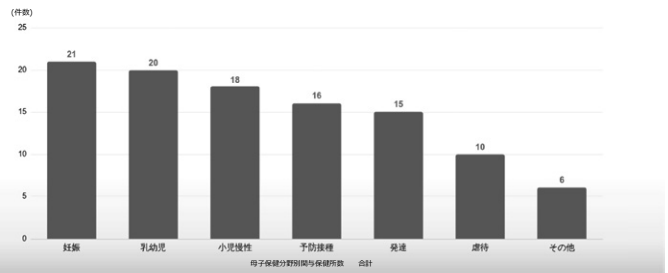


主要な結論

- 1 言語の壁が最大の課題
特に英語以外の言語への対応が課題
- 2 金銭、在留資格、職場等の
生活に直結する課題
言語に次ぐ困難要因
- 3 複数の機関との連携が必要
医療機関との連携が多かった。

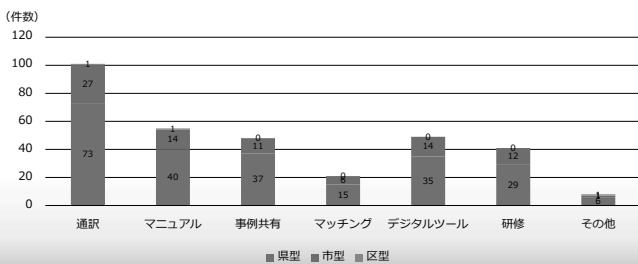
母子保健 対応分野の内訳

妊娠・出産と乳幼児健診への関与が最多であり、市型保健所でのニーズが高かった。
県型保健所では小児慢性疾患に対する対応等が必要であった。



今後必要だと感じる支援

県型、市型ともに通訳へのニーズが高い。
その他に、マニュアル整備や事例共有、デジタルツール等の要望が上がった



アンケート調査から見た自治体における 外国人対応詳細に関するインタビュー調査

目的

アンケート調査の結果より、外国人困難事例の経験が多い保健所にインタビュー調査を行い、
具体的な対応等のTipsを得る。

背景

外国人対応の経験割合は、県型及び市型保健所ともに顕著な伸びが見られているが、
経験事例の内容については、地域によって偏りが見られる。

対応時の困難要因は、言語、金銭、在留資格、職場と前回のアンケート調査時と変化がない。
各保健所の経験が、他保健所に共有されていない。

具体的な対応のTipsが共有が必要。

インタビュー調査概要

- 母子保健分野の事例**
- 在留資格が不確かな外国人家族の妊娠・出産・育児支援
 - 若年母親・第〇子妊娠のケース
 - 言語：少数言語のみ（母）、英語も可能（父）
 - 兄弟に身体・発達の問題あり
 - 【課題】 通訳確保・医療連携・受診同行・小児科連携・健診支援・生活支援など
- 感染症分野の事例**
- 少数言語話者の結核支援事例
 - 薬剤耐性結核への対応
 - 言語・疾患理解の障壁
 - 家族を介したコミュニケーション
 - 【課題】 言語・文化的背景と家族構造への理解・受診同行・医療に特化した通訳・社会保障の手続き支援・国際連携・多機関連携など

- 具体的な対応**
- 課題整理と解決策の検討
 - 部局間連携の強化
 - 標準的支援フローの構築
 - 支援者のメンタルヘルスケア
 - 通訳体制の整備
 - 文化・宗教的配慮の実践
 - 医療機関との連携強化
 - 継続的支援体制の確立

保健所等に共有すべき知見

- 多機関との連携強化**
- 通訳リソースの効率的活用
 - 医療・保健分野の専門性共有
 - 定期的な情報交換の場の設定
 - 事例の共有による学習機会の創出
- 非医療専門場面での支援の活用（ボランティア等を含む）**
- 受付・検査・入院・会計等での活用
 - 院内專線案内での支援
 - 書類記入補助
 - 基本的コミュニケーション支援
- 標準化と役割分担**
- インフォーマル支援者不在ケースでは要求が偏回化となる場合の対応
 - 市内の部局横断で支援フローを明確化
 - 担当者の明確化による効率化
 - 各部署の役割と限界の明示
 - 支援の「たらい回し」防止
 - 複数部署の協働体制構築
 - 定例カンファレンスの実施
 - 支援記録の一元管理
 - 支援終了・移行基準の設定
 - 緊急時対応フローの確立
 - 関係機関との連携体制の構築
- スタッフのメンタルヘルス**
- 二人以上での対応原則
 - 定例ケース会議での共有
 - 励ましと工夫の共有
 - モチベーション維持の工夫
- 自治体等における準備**
- 居住人口に応じた多言語資料の整備
 - 在留資格に関する知識の習得
 - 在留資格や保険証の有無・期限の確認
 - 同様な事例を経験した自治体や他部署との情報共有
 - 柔軟な支援の検討

今後、さらなるインタビュー調査を行うとともに、インタビュー内容を整理し、具体的な対応をケーススタディ等の形式でまとめ全国の自治体に展開する。

多言語資料の収集、整理、共有

- 在留外国人の増加に伴い、保健所業務でも多くの分野で外国人対応が必要
- 自治体が作成した多言語資料を収集
- 方法：検索エンジン、研究班員からの情報
- 全国保健所長会を通じたアンケート調査
- 分野ごとに整理し、言語や資料の種類、解説を加えて一覧化（web上にすでに公開されている資料のみ）

多言語資料の収集、整理、共有

- 作成したリンク集を全国保健所長会ホームページに掲載
- スプレッドシート形式で公開
- 全国の自治体が作成した資料に容易にアクセス可能
- 新たな多言語資料を作成する場合にも参考にできる

分野ごとに資料を分類

リンクにマウスポインタを置くとサムネイル表示される資料も

資料の内容について簡潔な解説

アクセスはこちらのQRコードから

保健行政窓口のための外国人対応の手引き
巻末にあった参考文献を更新、スプレッドシート化

収集資料 WEB公開されているものに限る

分野別	言語（一部）	
結核	10件	英語
その他感染症	7件	中国語
母子保健	3件	韓国語
医療制度	2件	ベトナム語
防災	5件	ネパール語
食品衛生	9件	タガログ語
		やさしい日本語 等

多言語資料の特徴



- 日本語版と内容や文章量を変更して伝えやすくする工夫がみられる
- 地域・分野によって採用される言語には特徴がある
例 静岡県：ポルトガル語
食品衛生：韓国語 等
- やさしい日本語の採用が多い
- アンケートでは、Webで公開していないが
独自に資料を作成し活用している自治体も多く確認された

今後の展望



- スプレッドシートの存在の周知と定期的な内容の更新の実施
- 各自治体が作成した多言語資料のWeb上での公開の働きかけが必要
資料の質のさらなる向上につながる
- より効果的な多言語資料作成のポイント等を探求
作成された資料のさらなる分析
作成者へのインタビュー 等

ご清聴ありがとうございました



中核市等保健所の特徴を踏まえた地域保健事業の推進についての研究

分担事業者 岡本 浩二（川口市保健所長）

協力事業者 山口 亮（旭川市保健所長） 染谷 意（福島市保健所長）
郡司 真理子（郡山市保健所長） 小島 令嗣（甲府市保健所長）
越田 理恵（金沢市保健所長） 折坂 聡美（金沢市保健所医長）
松林 恵介（吹田市保健所長） 本村 克明（長崎市保健所長）
新小田 雄一（鹿児島市保健所長）

助言者 白井 千香（枚方市保健所長） 小林 良清（長野県諏訪保健所長）

要旨 全国で保健所数が減少してきている中、中核市等が設置する市型保健所数は増加している。中核市等保健所は、多様性に富み、本庁機能を有するなどの特徴があるが、都道府県との連携、保健所長の孤立傾向、専門職のキャリアパス形成の限界などの課題もある。そこで、中核市等保健所の機能強化を図るため、所長相互支援メーリングリストの運用、市長部局の保健所に対する認識調査、好事例の収集、都道府県との連携の検討、全国組織のあり方の検討に取り組んでいる。これらの結果を全国の保健所等に発信し、来年度は、中核市等保健所の機能強化につながる提言を行う予定である。

A. はじめに

中核市等保健所の特徴は、都道府県型保健所（以下、県型保健所という）と比べ多様性に富む、予算、議会、報道対応など本庁機能を有する、首長や住民との距離感が近いことなどが挙げられる。一方で、課題としては都道府県庁や県型保健所との連携が困難、保健所長が孤立しやすい、専門職のキャリアパスが限られることなどがある。

これらの特徴や課題を踏まえて、中核市等保健所の機能強化・向上を図るため、5つの事業を実施している。

B. 各事業の実施状況

(1) 中核市等保健所長間の相互支援による全体の底上げ（メーリングリストの活用）

1) 方法

令和5年度に開始した中核市等保健所長メーリングリスト（以下ML）の活用状況を把握し、その活性化の方法について検討する。

2) 結果

開始から約2年3か月で投稿数計は1012件で、そのうち新規投稿（質問等）は61件。新規投稿の内容は、保健所業務が34.4%、市町村保健業務が18.0%、所属長業務やマネジメント等が19.7%であり、保健所業務以外の内容も多かった。投稿数が10件以上の中核市等保健所数は41であり、参加する多くの保健所がMLを閲覧するだけでなく投稿も行っていった。

集計フォームの利用を検討したが、現状の質問に対し回答をメールで投稿する方法は議論の経過を把握できるため、より適していると考えられた。

3) 考察

中核市等保健所長MLは、所長同士が業務上の疑問や課題を共有するとともに、経験のある所長からの助言など通じて、引き続き所長の支援を行い、保健所機能の底上げを図ることを目的としている。

結果からMLは、いわゆる保健所業務以外の業務についても相談しやすいプラットフォームであり、

多くの保健所長が気軽に返信できていることが推測される。

4) 今後の計画

今後の活性化のために、ML活用ガイドラインを作成し、心理的障壁の低減、価値の高い情報交換の促進と継続的な話題提供の仕組み作りをコンセプトとすることで、MLの一層の活性化につなげたい。

(2) 市長部局や都道府県庁の中核市等保健所に対する視点や評価を踏まえた機能強化策や連携強化策の検討

1) 方法

中核市等保健所の特徴や課題について、市長部局や都道府県庁からどのように認識されているかについて、インタビュー調査等を行い、市長部局や県庁本庁の評価や視点を今後の中核市等保健所の機能強化の参考とする。

2) 結果

今年度は、中核市等の市長部局の保健所に対する認識について調査することとし、中核市移行（＝保健所設置）の前後を経験した1市の市長に対するパイロット的インタビュー調査を実施した。当該市長からは、保健所設置の際に目指したこと、独自の保健所の設置・運営のメリットと課題等に関する認識、保健所長に対して期待すること、等について意見を聴取した。

3) 考察

インタビューにより、中核市となって保健医療福祉に関する権限の委譲を受けて市の施策を充実させることができ、保健所設置は有益であったこと、熱心に市行政に取り組んでくれる保健所長が確保できるかが最も大きな課題であったこと等が明らかとなった。

4) 今後の計画

今年度の調査を踏まえて、来年度は、市長部局、都道府県本庁を対象にしたアンケート調査を実施し、保健所に対する市長部局や県庁等の視点や評価を明らかにするとともに、県型保健所長と市型

保健所長の両方を経験した所長のインタビュー調査を行い、中核市等保健所機能強化の参考となるような提言をとりまとめた。

(3) メーリングリストやヒアリングを通じた好事例の収集と横展開

1) 目的

中核市等保健所の特徴を活かした事業や取り組みについて、メーリングリストによるアンケート調査を活用して好事例の収集を行う。

2) 方法

今年度は「生成 AI 等を用いた業務改善・効率化、保健所固有業務における好事例」、「都道府県等(都道府県型保健所、医療機関含む)との連携の好事例」および、「その他の中核市等保健所機能の向上の取り組みの好事例」の収集を目的として 2 月上旬を締め切りとしてアンケートを実施し、年度内に結果を取りまとめる。

3) 今後の計画

アンケート調査および好事例の収集を今年度中に行い、収集できた好事例のうち、他の中核市等に参考となり得る好事例があれば、当該中核市等へのインタビュー調査を来年度に実施し、中核市等保健所機能の向上を図るために情報発信を行う計画である。

(4) 災害対応における都道府県と中核市等保健所の連携の推進

1) 目的

近年の大規模災害の経験を踏まえ、災害時の保健医療福祉の調整や対応に関しては、災害前(平時)の準備、災害時(有事)の対応を想定した計画・マニュアル等の整備が各地域で進められ、研修・訓練等も行われている。災害対応における都道府県と中核市等保健所の連携状況を把握し、連携が進んでいる好事例の収集や、連携を進めるために必要な事項の検討を目的とする。

2) 方法

災害対応における都道府県と中核市等保健所の連携に関して、(1) 災害発生前(平時)の連絡会議の設置、研修・訓練の実施、計画・マニュアルの作成・共有状況等(2) 災害発生時(有事)の保健医療福祉調整本部及び保健医療福祉調整地域本部での都道府県と中核市等市・同保健所の役割や情報共有の仕組みの整理状況等(3) 広域避難/広域一時滞在に関する手順書の作成状況等について、2 月上旬を締め切りとしてアンケート調査を実施し、年度内に結果を取りまとめる。

3) 今後の計画

今年度はアンケート調査による全体像の把握と都道府県と中核市等市の連携が進んでいる好事例の抽出を行い、来年度は好事例のインタビューを予定している。

(5) 中核市等保健所等に関連する全国組織の在り方についての検討

1) 目的・方法

中核市等 67 市の保健・衛生部局が所属する全国組織には、「①全国政令市衛生部局長会」「②全国保健所長会政令市部会」「③政令市保健所長連絡協議会」があり、その違いの理解が難しい。このうち②と③は、実質的に同一組織の二枚看板となっている。

会の運営はいずれも持ち回りで会長市が担っているが、令和 7 年度は保健所長が衛生部局長会の構成員を兼ねている自治体は 37 市にのぼる。衛生部局長会と保健所長会の双方が、それぞれの役割を補完しつつ、有機的な連携をもって活動を継続していくため、2017 年に政令市衛生部局長会に「あり方検討ワーキンググループ」が設置された。その後、地域保健総合推進事業として当研究班に引き継がれ、班会議で検討を重ねた結果を今年度中に取りまとめる。

2) 結果

研究班として、以下の 3 点を政令市衛生部局長会総会において提言した。

- ・ **役割分担の明確化(棲み分け)**: 保健所長会は主に保健所業務(感染症、健康危機管理、食品・環境衛生等)を、衛生部局長会は主に市町村業務(予防接種、母子保健、住民健診、医療介護連携等)を協議する場として、両会の役割を整理する。
- ・ **組織の独立性の確保**: それぞれの総会について、日本公衆衛生学会の開催地での同日開催を見直し、各組織の独立性を維持する。
- ・ **運営負担の軽減**: 将来的には、衛生部局長会の事務局機能の外部委託を検討し、会長市の業務負担軽減を図る。

あわせて、「②」と「③」については、呼称を『全国保健所長会政令市部会』に統一することを提言した。

3) 今後の計画

これらの提言を踏まえ、両会がそれぞれの立ち位置から保健所設置市の保健衛生事業に取り組むにあたり、本研究班としても必要に応じて助言・相談に応じるものとする。

C. 今後の計画

事業(1)～(4)については、今年度のアンケート調査結果等を踏まえて来年度は好事例を有する中核市等保健所に対するインタビュー調査等を行い、中核市等保健所の全体の底上げにつながる提言を行う予定である。

事業(5)については、今年度で終了するが、今後も必要に応じて助言・相談に応じる予定である。

D. 発表

第 82 回(令和 7 年度)全国保健所長会総会研修会(静岡市)

全国保健所長会協力事業

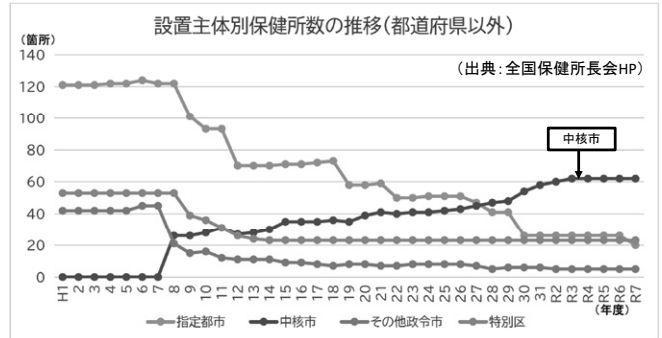
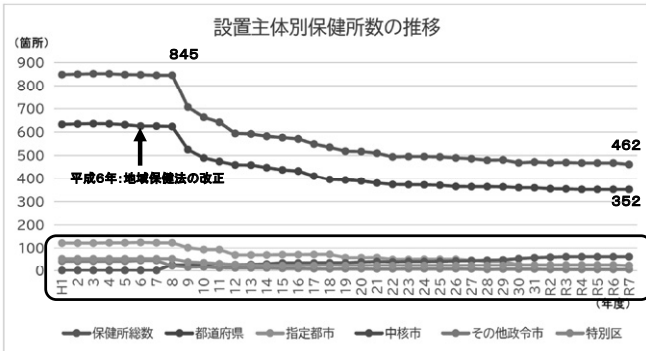
中核市等保健所の特徴を踏まえた
地域保健事業の推進についての研究

令和7年度 地域保健総合推進事業発表会
令和8年2月25日

分担事業者：岡本浩二(埼玉県川口市保健所)

令和7年度 協力事業者・助言者

分担事業者		
川口市保健所	所長	岡本浩二
協力事業者		
旭川市保健所	所長	山口 亮
福島市保健所	所長	染谷 意
郡山市保健所	所長(全国政令市衛生部局長会 会長市)	郡司 真理子
甲府市保健所	所長	小島 令嗣
金沢市保健所	所長	越田 理恵
金沢市保健所	医長	折坂 聡美
吹田市保健所	所長	松林 恵介
長崎市保健所	所長	本村 克明
鹿児島市保健所	所長(全国保健所長会政令市部会 会長)	新小田 雄一
助言者		
全国保健所長会 副会長	枚方市保健所 所長	白井 千香
県型保健所	長野県諏訪保健所 所長	小林 良清



【中核市移行を検討している市: 12市】(中核市市長会ホームページ)
つくば市、所沢市、春日部市、草加市、市川市、府中市、町田市、藤沢市、富士市、津市、四日市市、佐賀市

県(型保健所)と市型保健所

- ◆多様性に富む市型保健所
 - ・法律により権限移譲されているもののほかに条例で権限が委譲されているものもある
 - ・市の保健事業との関係性も多様
- ◆県庁(県型保健所)との関係も様々
 - ・災害時の対応: 会議体、指揮命令、情報の流れ
 - ・医療計画、地域医療構想への関与
 - ・警察官通報対応
- ◆保健所長が孤立しやすい
 - ・所内に医師が所長一人の保健所も多い
 - ・都道府県の所長会議に参加していない保健所長もいる
- ◆国との情報等のやり取りが県庁等を介さないものがある
 - ・厚生省と県庁等を介さないで直接情報のやり取りが行われるものもある
 - ・県保健所・県庁を介して厚生省とやり取りが行われるものがある

市型保健所(長)の特徴と課題

- ◆特徴
 - ・市の保健事業(市町村保健センター業務)に関する保健所(長)の関与と保健所事業との一体的実施が可能(健康づくり、検診、健診、母子保健、予防接種など)
 - ・市役所内の福祉部局や介護部局、教育委員会、消防との連携が容易
 - ・いわゆる本庁機能を有する
 - ・予算編成
 - ・議会対応
 - ・報道対応
 - ・人事対応
 - ・首長との距離感の近さ
 - ・住民との距離感の近さ
- ◆課題
 - ・都道府県庁、県型保健所との連携
 - ・中核市保健所間の連携
 - ・専門職のポストやキャリアパスが限られるために確保・育成(育成に関して都道府県の役割に期待)

中核市等保健所の特徴を踏まえた 地域保健事業の推進についての研究 (令和7年度及び8年度の「ねらい」と「事業内容」)

1. 中核市等保健所長間の相互支援による全体の底上げ
(メーリングリストの活用)
2. 市長部局や都道府県庁の中核市等保健所に対する視点や評価を踏まえた機能強化策や連携強化策の検討
3. メーリングリストやヒアリングを通じた好事例の収集と横展開
4. 都道府県と中核市等保健所の連携の推進
5. 中核市等保健所に関わる全国組織の在り方について、
研究班としての見解の取りまとめ

今年度の報告と今後の計画

令和7年度の班会議の開催

・第1回班会議 (オンライン)	6月 9日
・第2回班会議 (オンライン)	7月 8日
・第3回班会議 (オンライン)	8月 2日
・第4回班会議 (オンライン)	9月 3日
・第5回班会議 (オンライン)	10月 6日
・第6回班会議 (ハイブリッド)	10月29日
・第7回班会議 (オンライン)	11月18日
・第8回班会議 (オンライン)	12月24・25日
・第9回班会議 (ハイブリッド)	1月31日

事業内容 1

1. 中核市等保健所長間の相互支援による 全体の底上げ(メーリングリストの活用)

【方法】

令和5年度に開始した中核市等保健所長メーリングリスト(以下ML)の活用状況の把握や活性化の方法について検討する。

【結果】

開始から約2年3か月で投稿数計1012件のうち新規投稿(質問等)は61件。新規投稿の内容は、保健所業務が34.4%、市町村保健業務が18.0%、

所属長業務やマネジメント等が19.7%であり、保健所業務以外の内容も多かった。投稿数が10件以上の中核市等保健所数は41であり、参加する多くの保健所がMLを閲覧するだけでなく投稿していた。

集計フォームの利用を検討したが、現状の質問に対し回答をメールで投稿する方法は、議論の経過を把握できるため、より適していると考えられた。

事業内容 1

1. 中核市等保健所長間の相互支援による 全体の底上げ(メーリングリストの活用)

【考察】

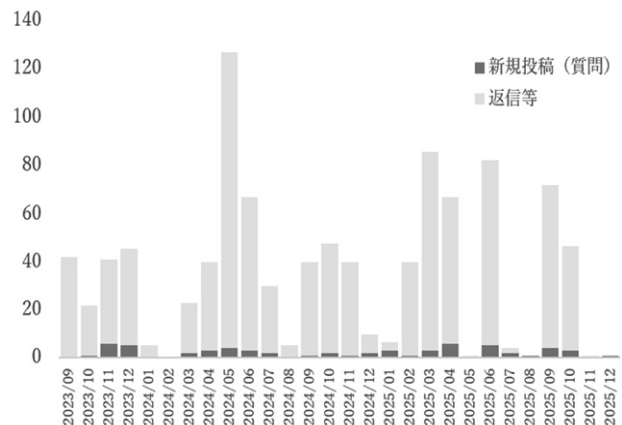
中核市等保健所長MLは、所長が業務上の疑問や課題を共有するとともに、経験のある所長から助言をいただくなどして、所長を引き続き支援を行うとともに保健所機能の底上げを行うことを目的としている。

結果から、MLはいわゆる保健所業務以外の業務についても相談しやすいプラットフォームであり、多くの保健所が気軽に返信できていることが推測される。

【今後の計画】

今後の活性化のために、ML活用ガイドラインを作成し、更なる心理的障壁の低減、価値の高い情報交換の促進と継続的な話題提供の仕組みとすることで、MLの一層の活性化につなげたい。

メーリングリストにおける新規投稿(質問)と返信等の件数の月別推移



事業内容 2

2. 市長部局や都道府県庁の中核市等保健所に対する視点や評価を踏まえた機能強化策や連携強化策の検討

【目的】

中核市等保健所の特徴や課題について、市長部局や都道府県庁からどのように認識されているかについて、インタビュー調査等を行い、市長部局や県庁本庁の評価や視点を今後の中核市等保健所の機能強化の参考とする。

【方法と結果】

今年度は、市長部局の認識について調査することとし、中核市移行(=保健所設置)の前後を経験した1市の市長に対するパイロットのインタビュー調査を実施し、保健所設置の際に目指したこと、保健所の設置・運営のメリットと課題等に関する認識、保健所長に対して期待すること、等について聴取した。

インタビュー調査の結果、中核市となって保健医療福祉に関する権限の委譲を受けて市の施策を充実させることが重要であり、保健所設置は有益であったこと、熱心に市行政に取り組んでくれる保健所長の確保が最も大きな課題であったこと等が明らかとなった。

13

事業内容 2

2. 市長部局や都道府県庁の中核市等保健所に対する視点や評価を踏まえた機能強化策や連携強化策の検討

【今後の計画】

今年度の調査を踏まえて、来年度は、市長部局や都道府県本庁を対象にしたアンケート調査等を実施し、保健所に対する市長部局や県庁等の視点や評価を明らかにするとともに、県型保健所長と市型保健所長の両方を経験した所長からインタビュー調査を行い、中核市等保健所の機能強化の参考となるような提言をとりまとめたい。

14

事業内容 3

3. メーリングリストやヒアリングを通じた好事例の収集と横展開

【目的】

中核市等保健所の特徴を活かした事業や取り組みについて、メーリングリストやアンケート調査を活用して好事例の収集を行い、中核市等保健所機能の向上を図るための情報発信を行うことを目的としている。

【結果】

今年度は「生成AI等を用いた業務改善・効率化、保健所固有業務における好事例」、「都道府県等(都道府県型保健所、医療機関含む)との連携の好事例」および、「その他の中核市等保健所機能の向上の取り組みの好事例」の収集を目的としたアンケートを2月上旬を締め切りとして実施し、年度内に結果を取りまとめる予定である。

15

事業内容 3

3. メーリングリストやヒアリングを通じた好事例の収集と横展開

【今後の計画】

アンケート調査による好事例の収集を今年度中に行う。

来年度は、アンケート調査結果により収集した事例のうち、他の中核市等にとって参考となり得る好事例について、当該中核市等へのインタビュー調査を実施し、中核市等保健所機能の向上を図るために情報発信を行う計画である。

16

事業内容 4

4. 都道府県と中核市等保健所の連携

【目的】

近年の大規模災害の経験を踏まえ、災害時の保健医療福祉対応に関しては、災害前(平時)の準備、災害時(有事)の対応を想定した計画・マニュアル等の整備が各地域で進められ、研修・訓練等も進められている。

災害対応における都道府県と中核市等保健所の連携状況を把握し、連携が進んでいる好事例の収集や、連携を進めるために必要な事項の検討を目的とする。

【方法と結果】

- 災害対応における都道府県と中核市等保健所の連携に関して、
- (1)災害発生前(平時)の連絡会議の設置、研修・訓練の実施、計画・マニュアルの作成・共有状況等
 - (2)災害発生時(有事)の保健医療福祉調整本部及び保健医療福祉調整地域本部での都道府県と中核市等市・同保健所の役割や情報共有の仕組みの整理状況等
 - (3)広域避難/広域一時滞在に関する手順書の作成状況等

についてのアンケートを2月上旬を締め切りとして実施し、年度内に結果を取りまとめる予定である。

17

事業内容 4

4. 都道府県と中核市等保健所の連携

【今後の計画】

今年度はアンケート調査による全体像の把握と都道府県と中核市等市の連携が進んでいる好事例の抽出を行い、来年度は、抽出された好事例に対して、インタビュー調査を行う予定である。

18

事業内容 5

5. 中核市等保健所に関わる全国組織の在り方について、
研究班としての見解の取りまとめ

●中核市等保健所が関係する3つの全国組織と課題

①全国政令市衛生部局長会

- ・保健所長が構成員の自治体(37/67)や総会への保健所長の代理出席も多く、会の目的・役割を整理するとともに、会を運営する事務局の負担軽減も必要

②政令市保健所長連絡協議会 ③全国保健所長会政令市部会

- ・いずれも保健所長が構成員である2つの組織の目的・役割を整理し、中核市等保健所(長)の連帯と対外的な発信力の強化が必要

●3つの組織のあるべき姿について研究班の見解をまとめる。

19

今後の計画

- ・事業内容1~4については、今年度のアンケート調査結果等を踏まえて、来年度は好事例を有する中核市等保健所に対するインタビュー調査等を行い、中核市等保健所の全体の底上げにつながる提言を行う予定である。

- ・事業内容5については、今年度の提言により、区切りをつけるが、今後も必要に応じて、助言・相談に応じる予定である。

21

事業内容 5

5. 中核市等保健所に関わる全国組織の在り方について、
研究班としての見解の取りまとめ

【結果】以下の3点を全国政令市衛生部局長会、全国保健所長会に提言する。

(1)役割分担の明確化(棲み分け)

保健所長会は主に保健所業務(感染症、健康危機管理、食品・環境衛生等)を、衛生部局長会は主に市町村業務(予防接種、母子保健、住民健診、医療介護連携等)を協議する場として、両会の役割を整理する。

(2)組織の独立性の確保

それぞれの総会について、日本公衆衛生学会の開催地での同日開催を見直し、各組織の独立性を維持する。

(3)運営負担の軽減

将来的には、衛生部局長会の事務局機能の外部委託を検討し、会長市の業務負担軽減を図る。

あわせて、「②」と「③」については、呼称を『全国保健所長会政令市部会』に統一することを提言する。

【今後の計画】

今後、これらの提言を踏まえ、両会がそれぞれの立ち位置から保健所設置市の保健衛生事業に取り組むにあたり、本研究班としても必要に応じて助言・相談に応じるものとする。

院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業

【分担事業者】近内美乃里（神奈川県鎌倉保健福祉事務所）

【協力事業者】加藤裕一（山形市保健所）、小島絵里（文京区保健衛生部）、田邊裕（名古屋市保健所西保健センター）、豊田誠（高知市保健所）、長井大（鳥取市保健所）、中里栄介（佐賀県佐賀中部保健所）、中山文子（川口市保健所）、藤川愛（高松市保健所）、堀元海（東京都保健医療局感染対策部防疫課）、松本かおる（富山県厚生部／厚生労働省感染症対策課）、森本卓哉（大分県中部保健所）

【助言者】緒方剛（茨城県潮来保健所）、藤田利枝（久留米市保健所）

【アドバイザー】金井信一郎（信州大学医学部附属病院）、具芳明（東京科学大学大学院医歯学総合研究科統合臨床感染症学分野）、佐々木秀悟（JIHS 国立国際医療センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）、四宮博人（愛媛県立衛生環境研究所）、鈴木里和（JIHS 国立感染症研究所薬剤耐性研究センター）、藤友結実子（JIHS 国立国際医療センター病院 AMR 臨床リファレンスセンター）、森兼啓太（山形大学医学部附属病院）、山岸拓也（JIHS 国立感染症研究所薬剤耐性研究センター）

要旨 当事業班は、保健所が薬剤耐性（AMR）対策や院内感染対策ネットワークへ関与することを支援する活動を、保健所メンバーと感染管理専門家メンバーが協力して実施してきた。今年度もその活動を継続し、感染症が院内から地域へ広がっていくことを念頭に、地域における感染症対策のネットワーク活動に保健所が積極的に関与している事例を調査するとともに、「オンライン AMR 対策公衆衛生セミナー」を開催し、保健所職員の資質向上を図った。

A. はじめに

薬剤耐性（AMR）は、世界的に重要な課題であり、継続した取組みが求められている。令和5年4月に示された薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）においても、主に「動向調査・監視」「感染予防・管理」に保健所の役割が記載され、とくに「感染予防・管理」では、地域の医療機関と関係機関との連携した活動として地域における総合的な感染症対策ネットワーク活動が求められ、保健所の果たす役割は大きい。

令和4年度の診療報酬改定で新設された感染対策向上加算の影響もあり、医療機関と保健所の連携事例は増えてきているが、地域における総合的な感染症対策ネットワーク活動におけるより効果的な連携体制を目指して、各地域で工夫をこらしながら取り組んでいる状況である。

当事業班では、地域感染症対策ネットワーク活動において保健所が積極的に関与している事例

の聞き取り調査を行い、その手法や保健所の役割を明らかにするとともに、人材育成として「オンライン AMR 対策公衆衛生セミナー」を開催し、保健所職員が地域感染症対策ネットワークや AMR 対策へ寄与するための支援を図った。

B. 目的

保健所が地域感染症対策ネットワーク構築や連携に積極的に寄与することを支援する。そのために、感染症対策ネットワーク活動における保健所の役割や課題を明らかにし、保健所職員が AMR 対策の基礎から対応のポイントまでを習得する機会を図る。

C. 地域感染症対策ネットワークの定義

当事業班では、地域感染症対策ネットワークに関する事例調査を行ってきたが、「地域感染症対策ネットワーク」についての共通の定義がなく、

しばしば混乱を生じた。今後、医療機関と保健所との地域連携が進むなか、当事業班の活動に混乱が生じることを避けるため、当事業班で目指している地域感染症対策ネットワークについて、「保健所等の行政機関と地域の医療機関や医師会、社会福祉施設等が、感染症の予防やまん延防止等の感染症対策に関して情報共有や相互支援ができるヒューマンネットワーク（顔と顔をつなぐ関係）のこと。中小病院等の管内の全医療機関が参加できることが望ましい。また、定期的な会議開催や感染対策向上加算の有無は問わない。」と定義し、活動を行った。

D. 地域感染症対策ネットワーク活動に積極的に保健所が関与している事例の調査

吹田市保健所、和歌山市保健所、東京都多摩府中保健所の3事例に聞き取り調査を行った。

吹田市保健所では、保健所と管内の病院が連携し、院内感染対策に関する加算が開始される以前の平成23年から「院内感染対策連絡会議」を設置、その後、管内の病院間での感染対策の格差を防ぐため、管内全病院の参加とするなど、対象を拡大して活動を継続している。さらに、高齢者施設等への感染対策向上の支援に関する取組みを構築、展開している。

和歌山市保健所では、管内の複数病院からのバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染症の届出をきっかけに、医療機関と対策を講じるなかで、市全体での取組みの必要性の共通認識から、令和6年に市内全36病院が参加した和歌山市感染症ネットワークを構築、活動を展開している。

東京都多摩府中保健所では、保健所が主導となり管轄地域の感染症対策底上げを目的に、所管6市高齢福祉主管課とともに、高齢者施設と医療機関、また高齢者施設同士をつなげ、ネットワークを構築した。地域の課題を抽出し、課題解決のために、各種研修会やチェックリストの作成・デジタル化、事例集の作成等の活動に取り組んでいる。

E. オンライン AMR 対策公衆衛生セミナー

30都道府県、67チームから参加申し込みがあり、今年度から地域の医療機関とのチーム編成も可とした。講義と演習で構成され、講義はAMR対策の経験の少ない保健所職員がAMRの基礎から対応のポイントまでを習得できる内容とし、演習はMRSAアウトブレイク事例についてのグループディスカッションを通して、アウトブレイク対応と地域連携について考える内容とした。

セミナー後にアンケート（回収率50.8%）を実施したところ、79%が初めての参加であった。講義については「大変よく理解できた」と「まあまあ理解できた」をあわせて92~100%であったが、演習については「難しかった」と「どちらかというとなかなか難しかった」をあわせて68%であった。しかし、演習に取り組むことでAMR対策を進めるための保健所や医療機関などの自所属の役割や取組み、地域での取組みの必要性についての理解がされ、参加回数が増えるほど、理解度もすすんでいった。

F. まとめ

地域におけるAMR対策や感染症対策ネットワーク活動を構築、継続していくためには、医療機関と保健所、高齢者施設等の関係機関の連携した取組みが重要である。保健所がそのハブとなる役割を果たせるように、当事業班では継続して取り組んでいきたい。

G. 研究発表（学会発表）

・近内美乃里 第40回日本環境感染学会総会・学術集会 シンポジウム38「医療機関と行政で感染症対策強化！一緒にやったら最強コミュニティ」：全国保健所長会協力事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業班」の活動

令和7年度 地域保健総合推進事業

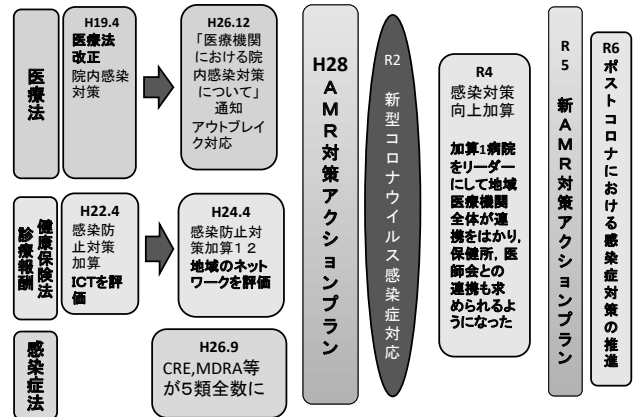
院内感染対策ネットワークと
保健所の連携推進事業

分担事業者: 近内美乃里(鎌倉保健福祉事務所)

班構成

<p>• 保健所メンバー</p> <ul style="list-style-type: none"> - 緒方剛(茨城県潮来保健所) - 加藤裕一(山形市保健所) - 小島絵里(文京区保健衛生部) - 近内美乃里(神奈川県鎌倉保健福祉事務所) - 田邊裕(名古屋市保健所西保健センター) - 豊田誠(高知市保健所) - 長井大(鳥取市保健所) - 中里栄介(佐賀県佐賀中部保健所) - 中山文子(川口市保健所) - 藤川愛(高松市保健所) - 藤田利枝(久留米市保健所) - 堀 元海(東京都保健医療局感染症対策部防疫課) - 松本かおる(富山県厚生部) - 森本卓哉(大分県中部保健所) 	<p>• 感染管理等専門家メンバー</p> <ul style="list-style-type: none"> - 金井信一郎(信州大学医学部附属病院) - 具芳明(東京科学大学大学院医歯学総合研究科) - 佐々木秀悟(JIHS国立国際医療センター病院AMR臨床リファレンスセンター) - 四宮博人(愛媛県立衛生環境研究所) - 鈴木里和(JIHS国立感染症研究所薬剤耐性研究センター) - 藤友結実子(JIHS国立国際医療センター病院AMR臨床リファレンスセンター) - 森兼啓太(山形大学医学部附属病院) - 山岸拓也(JIHS国立感染症研究所薬剤耐性研究センター)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

院内感染対策と保健所の役割

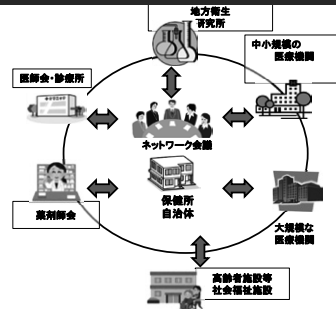


今年度の活動内容

- ① 地域感染症対策ネットワーク活動に積極的に保健所が関与している事例の調査
- ② オンラインAMR対策公衆衛生セミナー

これらの活動を通して、保健所職員が院内感染対策ネットワークや薬剤耐性(AMR)対策へ積極的に関与するための支援を図る。

当事業班の目指すネットワークの定義の検討



保健所等の行政機関と地域の医療機関や医師会、社会福祉施設等が、感染症の予防やまん延防止等の感染症対策に関して情報共有や相互支援ができるヒューマンネットワーク(顔と顔をつなぐ関係)のこと。
中小病院等の管内の全医療機関が参加できることが望ましい。また、定期的な会議開催や感染対策向上加算の有無は問わない。

事例調査① 吹田市保健所

保健所と管内の病院が連携し、院内感染対策と高齢者施設支援のネットワークを構築している事例

- ◆ 保健所と管内の病院が連携し、平成23年に「院内感染対策連絡会議」を設置、平成24年から管内の病院間で感染対策の格差が生じることを防ぐため、管内の全病院の参加としている。
- ◆ 活動内容は、吹田市感染対策合同カンファレンスが年2回、外来感染対策向上加算カンファレンスが年2回、医療機関内での感染症アウトブレイク発生時に保健所が窓口となり、支援チームの派遣などを行っている。
- ◆ 平成25年に地方衛生研究所の研究事業として、管内のICNが協力して施設訪問やアウトブレイク対応を行ったことをきっかけとして、支援体制の検討や要領の整備等を行い、高齢者施設等感染対策支援検討会に近づけている。
- ◆ 年2回施設向けの研修を実施し、企画段階から核となる施設の代表者が参加している。
- ◆ 施設支援アウトブレイク対応の初動は保健所が行い、より専門的な支援が必要な場合は保健所が管内病院のICNに協力を依頼している。

事例調査② 和歌山市保健所

バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)の発生をきっかけに、VRE対策を進めるなかで、管内の全病院を対象としたネットワークの構築をすすめた事例

- ◆ 平成29年に感染症に関わる県内の専門職の有志が和歌山県でWalCCS(和歌山感染危機管理支援ネットワーク)を立ち上げた。和歌山市保健所はコアメンバーとして参加。
- ◆ 令和2年に管内の複数病院からVRE感染症の届出があり、その後も発生が継続、医療機関と対策を進めていくなかで、加算病院のVRE対策の情報をまとめて加算外の病院へ情報提供する取組みや感染対策の底上げのためのネットワーク構築の必要性を感じた。
- ◆ 令和6年に管内の全36病院を対象に第1回和歌山市感染症対策ネットワーク全大会を開催。その後研修会や幹事会を実施。和歌山県立医科大学の研究に協力。
- ◆ 保健所の組織のなかに、健康危機管理班として災害対策や感染症対策をする部署があったことが、よかった。

事例調査③ 東京都多摩府中保健所

保健所が主導となり、感染症対策底上げを目的に、所管6市の高齢福祉主管課と共に、高齢者施設と医療機関、また高齢者施設同士を繋げた事例

- ◆ 2年間の事業として、事業の予算内で活動を開始。
- ◆ 施設職員を対象に知識普及、また、施設同士の繋がり場の提供するために、施設職員やICNが講師となり、Webや対面での研修や意見交換会を実施。
- ◆ 管内6市の特別養護老人ホームがシンポジストとなり、コロナ経験を踏まえた変化や今後の課題等の意見交換が行われた。
- ◆ 主体的に自組織及び自身の感染対策における意識や手技を経時的に確認するため、施設長向け及び職員向けにチェックリストの作成とデジタル化の実施。
- ◆ ICNからの助言を得ながら、管内6市担当者および施設職員と協働し感染対策に関する事例集「隣の施設の感染対策アイデア集」を作成。地区担当の保健師が把握している施設毎の長所を踏まえ、テーマを設定し各施設に作成を依頼した。
- ◆ 所管6市高齢福祉主管課に関しては、年度初めの顔合わせや集団発生時、施設調査の同行や、当該市の傾向や動向に関する意見交換を通し、ネットワーク構築の意義が共有できるように努めている。

オンラインAMR対策公衆衛生セミナー

12月1日(月) 13:25~16:30

事務局会場: AP東京八重洲

方法: ZOOM(オンラインのみ。参加グループ同士は対面)

申込み: 67チーム(30都道府県)、約412人

(うち12チームが医療機関と参加)

講義 ① 薬剤耐性菌と新AMR対策アクションプラン

② 薬剤耐性菌感染症 届け出基準改訂のポイントと受理時の確認事項

演習: MRSA感染症のアウトブレイク

○ 過去3回は、VRE、CREと感染症法上の発生届対象疾患であったが、今回は、薬剤耐性菌のアウトブレイクに対する保健所の関わりをテーマに演習を実施
○ MRSA菌株データは、「令和7年度厚労科研特別研究 薬剤耐性アクションプランの目標達成に向けた手指衛生の実効的向上を目指す研究(代表和歌山県立医科大学 臨床感染制御学講座・感染制御部小泉祐介)」班の協力を得て作成

セミナー実施後アンケート結果

- ・ セミナー終了後にWEBアンケートを実施。
- ・ 参加者数429名中アンケート回答者数218名
- ・ アンケート回収率50.8%

【アンケート結果】

① 参加者について

- ・ 所属は、保健所(84%)が最も多く、次いで医療機関(11%)であった。
- ・ 職種は、保健師(46%)が最も多く、次いで医師(16%)、薬剤師(11%)、看護師(7%)であった。
- ・ 参加回数は、初めての参加(79%)が最も多かった。

② 講義・演習について

- ・ 講義①、②については、おおむね理解できていた。
- ・ 演習は、68%が「難しかった」「どちらかというと難しかった」と回答していた。
- ・ 演習については、研修受講回数が増えるほど、「難しかった」「どちらかというと難しかった」の回答が減少した。
- ・ 初めての参加であっても、AMR対策を進めていくにあたり、自所属で今後取り組むべきことについて、セミナーを通して理解できていた。

アンケートの感想から

- ・ 講義と演習の組合せが実践的でよかった。
- ・ 演習を通じて、実践的な対応や保健所の役割を理解できた。
- ・ 演習を通じて、感染対策に取り組む組織体制の重要性が理解できた。
- ・ 研修を通じて、自身の所属の積極的な関わり方の必要性や役割を理解した。
- ・ 医療機関と行政が、場所・時間を共有して共通の課題に対して議論をする貴重な場であった。
- ・ 地域の仕組みづくりの課題が確認できた。
- ・ 保健所が施設と病院のハブになることが重要な役割と認識した。
- ・ 継続して参加することで、理解が進んだ。
- ・ 言葉が難しく、理解が追い付かない部分があった。
- ・ AMRについて、抗菌薬に慣れていないこともあり難しかった。

今後の方向性

特徴

- 保健所メンバーと感染管理等専門家メンバーが合同で取り組む
- 薬剤耐性(AMR)対策、院内感染対策ネットワークから拡大した地域感染症対策ネットワークを中心とする

事業

- 属人的に始まった感染症対策ネットワーク活動が、システム化され継続している事例を調査する
- 地域で応用できる演習も含んだAMR対策公衆衛生セミナーの企画

ねらい

- 継続性のある感染対策ネットワークのスキームや、保健所に求められる役割を明らかにする。
- 保健所職員が院内感染対策ネットワークや薬剤耐性(AMR)対策へ積極的に寄与するための支援をする。

13

第 3 部 地 域 保 健 総 合 推 進 事 業 Ⅱ

自治体における感染症対策の計画推進、人材育成に資する調査研究

分担事業者 系数公（沖縄県保健医療介護部）
協力事業者 前田光哉（東京都健康安全研究センター）、越田理恵（金沢市保健所）、守川義信（青森県健康医療福祉部）、山口亮（旭川市保健所）、金成由美子（福島県県南保健所）、片岡穰（さいたま市保健所）、塚田敬子（国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所応用疫学研究センター）、鈴木智之（滋賀県健康医療福祉部健康危機管理課）、井上英耶（滋賀県衛生科学センター）、村井晋平（滋賀県衛生科学センター）
アドバイザー 岡部信彦（川崎市健康安全研究所）、角野文彦（びわこリハビリテーション専門職大学）、砂川富正（国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所応用疫学研究センター）中島一敏（大東文化大学スポーツ・健康学部健康科学科）

要旨

- ① 都道府県に対して、感染症インテリジェンス機能を担う専門人材の有無、平時・有事の役割、自治体内外の専門家の活用状況、育成方針について情報収集した。67%の自治体が専門の人材を確保しており、FETP 修了生、自治体以外の外部専門家がインテリジェンス活動を担っていた。一方、専門の人材を確保できていない自治体からは、人事部門の理解や代替職員の不在、定期的な人事異動が課題として挙げられた。
- ② 都道府県及び保健所設置市を対象に、市町村新型インフルエンザ等行動計画の策定の支援の状況、患者情報の取扱い、住民接種体制等についてアンケート調査を行い、結果を分析した。行動計画の枠組みの整備は進んでいるが、患者情報の提供や公表の方針、住民接種方式などの重要な論点は未定の自治体が多数であった。

A. 目的

- **調査事業1**：都道府県を対象に、感染症インテリジェンス機能を担う人材育成の現状と課題を把握することを目的とした。
- **調査事業2**：市町村行動計画の策定・推進を支援するため、都道府県および保健所設置市における情報提供、質疑対応、独自対策、患者情報の取扱い、住民接種体制等の現状と課題を把握し、好事例を抽出・分析して標準化や横展開を図り、次の感染症危機に備えた実効性ある体制整備に資することを目的とした。

B. 方法

- **調査事業1**：都道府県に対して、感染症インテリジェンス機能を担う専門人材の有無、平時・有事の役割、自治体内外の専門家の活用状況、育成方針についてアンケート調査を実施した。あわせて、回答があった自治体のうち2県に対し、より詳細についてヒアリング調査を行った。
- **調査事業2**：都道府県・保健所設置市の感染症対策担当者に対してアンケートを実施した。質問項目は、市町村行動計画の支援体制、情報提供方法、質疑対応、独自対策、患者情報の取扱い、住民接種体制などである。回答を都道府県は都市部・非都市部に、保健所設置市は政令指定都市・中規模・小規模に分類し、集計・比較分析を行い、特徴的事例を抽出した。
【調査時期】2025年8月1日～8月22日（アンケート調査）
2025年12月15日及び24日（ヒアリング調査）
【調査対象】都道府県・保健所設置市感染症対策担当者
【調査方法】WEB フォーム・メールによる質問票調査およびヒアリング
【回答状況】45 都道府県（回答率 96%）・71 保健所設置市（回答率 82%）（アンケート調査）、2 県（ヒアリング調査）
【調査結果の還元】アンケート調査については、9月17日に中間の取りまとめ結果をオンラインで自治体向けに還元した。84名が参加した。

C. 結果

調査事業1

- **（都道府県調査）**回答自治体のうち67%（28自治体）が、自治体職員または外部人材として専門的人材がいると回答があった。
- 自治体の中で専門的人材の多くは「厚生労働省や国立健康危機管理研究機構など公的機関が開催する研修へ派遣した（17自治体）」であり、そのうち15自治体が研修の種類として「実地疫学専門家養成コース（FETP-J）」を回答した。
- 専門的人材が平時に担う業務として最も多いのは、「感染症サーベイランスに関する業務」（22自治体）と「保

- 健所における感染症患者や集団発生に対する技術的助言」（21自治体）であった。
- 専門的人材を活用するための将来的なビジョンを「持っている」と回答した自治体は76%（19自治体）だった。
- 有事の際に専門的人材が役割を果たせる仕組みを「持っている」と回答した自治体は68%（17自治体）だった。
- 現在専門的人材が「いる」自治体の半数以上（13自治体）が、「厚生労働省や国立健康危機管理研究機構など公的機関が開催する長期研修へ派遣する予定」と回答した。
- 外部の専門的人材は、「大学や研究機関などの専門的人材に協力を依頼（12自治体）」および「医療機関における感染症診療等に従事する専門的人材に協力を依頼（10自治体）」、「国や他自治体に従事する専門的人材に協力を依頼（2自治体）」および「その他（3自治体）」であり、必然的に医師もしくは感染症専門医としての実務経験をもつ人材が多かった。
- 専門的人材が「いない」と回答した14自治体のうち9自治体は「確保する必要があるが、具体的な方針が決まっていない」と回答した。
- 専門的人材の確保における主な課題等は「人選・代替職員の確保」、「人材配置・運用方針」、「人事異動と継続性」、「予算」であった。
- **（先進自治体に対するヒアリング調査）**質問票調査の結果から、専門的人材として FETP 修了生を確保しているとした回答があった自治体のうち追加調査の協力が得られた2県（山梨県と滋賀県）を対象として、ヒアリング調査を実施した。各自治体においてインテリジェンス活動の強化にむけて人材確保や運用を検討されていた。

調査事業2

- **（都道府県調査）**都道府県による市町村新型インフルエンザ等行動計画の策定・推進を支援の主担当は、本庁感染症対策部門が最多（34件）で、危機管理部門（6件）、共管等のその他（4件）、未定（1件）の順だった。
- 都市部は危機管理部門の関与割合がやや高く、非都市部は感染症部門への集約傾向が強かった。
- 都道府県の行動計画にかかる市町村への情報提供の方法は、市町村向け研修会／説明会（42件）と、都道府県行動計画の送付（41件）が多かった。
- 質疑・助言の支援は、感染症部門で取りまとめ（32件）、研修会／説明会で対応（27件）の順だった。
- 都道府県の独自対策の内容は、「①関係機関との連携・協議」（協定、広域連携、FEMA 型図上訓練、米軍・自衛隊・海保との連携等）、「②情報共有・提供」（フェイク情報対応・DX）、「③庁内体制の整備」（感染症センター、危機管理対策本部、入院搬送調整班等）、「④人材育成・専門家派遣」など多岐にわたった。
- 都道府県の独自対策の市町村行動計画への反映は、計

画送付(26件)、説明会(23件)が中心で、その他(16件)の多くが「独自記載は市町村に反映を強制しない」や「市町村に直接関係しないため対象外」だった。一方、手引きへの追記、チェックリスト提示などの「実質的標準化」への誘導も一部に見られた。

- 一般市町村(保健所設置市以外の市町村)への患者情報提供は未定(31件)が最多であった。
- 流行初期の個別事例情報の公表項目は未定(27件)が最多で、感染推定地域(都道府県まで)(9件)の順で、患者属性を公表する都道府県はなかった。
- **(保健所設置市調査)**保健所設置市の特徴的取組としてサーベイランスに取り組む自治体は4件だった。
- 医療に取り組む自治体は9件で、連携協議会の設置、コロナ事業の計画へのコラム化、県との役割を整理した相談センター、指定医療機関との連携、宿泊療養・後方支援調整、離島搬送、財政措置働きかけ等だった。
- 検査に取り組む自治体は3件で、県との検査措置協定・訓練・体制構築、離島の検体搬送だった。
- 住民接種について、医学的ハイリスク者、小児、成人・若年者、高齢者の接種方式について尋ねたところ、いずれも未定が最多で、ハイブリッド(個別+集団)を選んだ自治体は一定数あるが、具体設計はこれからとする自治体が多かった。
- ワクチン確保・集団接種・個別接種の検討状況では、未検討、行動計画作成中、コロナ対応を参考とする自治体が多く、会場・人員・予約・広報・配送・誤接種対応・廃棄最小化などの課題が列挙された。
- 2020~2023年のパデミックの際に住民接種で課題となった点を尋ねると、「接種体制」が最も多く、次いで「住民からの問合せ」、「接種に関する情報発信」、「ワクチンの運搬・管理」、「接種に係る健康被害」、「接種に係る手続き」、「情報のデジタル化」の順であった。
- 患者発生時における情報公表について、都道府県との協議状況は未協議(47件)が最多で、協議済(13件)、協議中(11件)の順だった。

D. 考察・提言

調査事業1

(1)感染症インテリジェンス体制の多様性

- 本調査により、都道府県における感染症インテリジェンス活動を担う専門的人材の背景は一律ではなく、大きく4種類の体制により運用されていることが示された。すなわち、①都道府県に所属するFETP修了生、②大学や医療機関等の外部専門家、③FETP修了生と大学や医療機関等の外部専門家が専門的人材としてインテリジェンス活動を担っている自治体および④専門的人材がいない自治体であった。
- 国内においてFETPは、実地疫学専門家を養成する唯一の研修であり、感染症インテリジェンス活動を担うことができる人材を養成する代表的な研修である。
- また、関連する教育を受けられる他の研修は、感染症危機管理専門家養成プログラム(IDES)、長期の感染症危機管理リーダーシップ研修(IDCL)など限定的である。
- 一方で、本調査においてはIDESおよびIDCLを修了した人材についての回答はなく、回答があったのはFETP修了生のみであったことから、FETP修了生が都道府県におけるインテリジェンス活動の中核を担っている可能性を示している。

(2)専門的人材が確保できていない自治体と研修派遣における障壁

- 14自治体が、専門的人材が確保できていないと回答した。しかしながら、調査時点でFETPへ職員を派遣中である自治体が含まれている。
- また、大学などの外部人材の活用や長期研修への派遣を予定している自治体があり、国内のインテリジェンス体制は、現状以上に専門的人材を中核とした体制で運用されていくことが期待できる。

(3)提言

- 内閣官房内閣感染症危機管理統括庁は、都道府県が策

定した新型インフルエンザ等対策行動計画をフォローアップするとともに、都道府県における感染症インテリジェンス活動の実効性を評価していくこと。

- 日本公衆衛生協会は、国内において感染症インテリジェンス体制を普及させるための基礎調査として、本調査を次年度以降も実施すること。
- 日本公衆衛生協会は次年度以降の本調査において、インテリジェンスに係る機能や成果物の内容や質の確保を目的の一つとすること。
- 都道府県は、各自治体のインテリジェンス体制および活動について情報収集し、各地域における最適な体制を検討・構築していくこと。
- 都道府県は、平時および有事において機能するインテリジェンス体制を構築していくこと。

調査事業2

- 本調査結果から、形式的には前進しているが「本当に決めたいこと」はまだ決めきれていないことが判明した。
- 「計画」や「手引き」「協議会」といった枠組みはかなり整ってきたが、住民接種の具体的な設計、患者情報の提供ルール、患者発生時の公表の実務方針といった「本当にトラブルになりやすいポイント」は、まだかなりの割合が「未定」のまま温存されている。
- 各自治体においては、パンデミック(2020~2023年)の痛みを相当経験したはずなのに、政治的・倫理的に摩擦が大きい論点ほど、国の通知(指示)待ちや、ローカルな判断を先送りしている。
- 現時点では、具体的な対応については「未定」「今後検討」の回答が多く、実際にはパンデミック勃発時には「走りながら考える、考えながら道を開く。」ことになるのかもしれない。しかし、平時からある程度のハード整備(設備、備品を含めた)、協定等の締結、DX化等を進めておくべきと思われる。
- パンデミック対応のマンパワーについては、必ずしも自治体の医療・保健部局のみで完結できるわけではないので、自治体内での人員体制、自治体相互の人的協力は、総務部局を巻き込んで平時から話し合いを行っておくべきである。
- また、計画や検討事項がその場限りにならないよう、また担当者が変わっても継続性が維持されるよう、毎年検証を行い、担当者の共通理解を図ると共に、国の通知等に準拠したこまめな計画の具体化が望まれる。
- 規模の大小にかかわらず、住民接種は基礎自治体が担うので、平時の「定期接種」のスキームに有事の「特例臨時接種」を汲みこんで備えておくことが望まれる。
- 情報公表やサーベイランスの分析については、都道府県の保健医療部局と保健所設置市の連携の下、双方の役割を明確にして、可能であれば計画に明記することも大切である。

E. 結論

- 都道府県レベルでの感染症インテリジェンス体制の現状を把握し、今後さらに充実していくための策を検討した。
- 調査事業を早期に実施し、迅速に集計した結果、市町村が新型インフルエンザ行動計画の策定を本格化させる前に調査結果の還元会(9月17日)を実施し、計画策定に関する技術的支援を行うことができた。

F. 今後の計画

- 国内において感染症インテリジェンス体制を普及させるための基礎調査として、次年度以降も実施する。
- 地方自治体の感染症対策におけるDX、ICT活用の進捗状況と課題を明らかにするため、NESID等の導入、自動集計システムや電子入力力の採用状況、電子化による時間短縮効果、IT専門家の有無、ICT教育ニーズを全国的に把握し、標準化指針を検討する。

G. 発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 日本公衆衛生学会総会(2026年10月東京)で発表の予定

令和7年度地域保健総合推進事業

自治体における感染症対策の 計画推進、人材育成に資する調査研究

分担研究者

糸数 公

(沖縄県保健医療介護部)

事業目的

自治体における感染症対策の人材養成・訓練、および、市町村行動計画の策定及び推進に資するためのアンケート調査を実施・分析し、好事例の横展開を図る。

1. 自治体における感染症対策の人材育成に係る調査
2. 市町村における新型インフルエンザ等対策行動計画の策定及び推進状況に係る調査

	氏名	所属
分担事業者	糸数 公	沖縄県保健医療介護部
協力事業者	山口 亮	旭川市保健所
	守川 義信	青森県保健医療福祉部
	金成 由美子	福島県南保健所
	片岡 藤	さいたま市保健所
	前田 光哉	東京都健康安全研究センター
	越田 理恵	金沢市保健所
	塚田 敬子	国立感染症研究所
	鈴木 智之	滋賀県健康医療福祉部
	井上 英耶	滋賀県衛生科学センター
	村井 晋平	滋賀県衛生科学センター
アドバイザー	岡部 信彦	川崎市健康安全研究所
	角野 文彦	びわこリハビリテーション専門職大学
	砂川 富正	国立健康危機管理研究機構
	中島 一敏	大東文化大学

調査事業1の概要

研究の背景

1. 2024年7月に示された新型インフルエンザ等対策行動計画において、感染症インテリジェンスが初めて記載された。
2. 本計画の中で感染症インテリジェンスは「感染症による公衆衛生リスクを探知、評価し、予防や制御方法を決定するため、あらゆる情報源から感染症に関するデータを体系的かつ包括的に収集、分析、解釈し、政策上の意思決定及び実務上の判断に活用可能な情報（インテリジェンス）として提供する活動」と定義され、国および国立健康危機管理研究機構（JIHS）の役割として記載されている。
3. 本計画において都道府県の役割とされている「情報収集、分析、リスク評価、意思決定および対策の実施」を根拠に基づいて行うために、感染症インテリジェンスは都道府県においても備えるべき必要な機能と考えることができる。

調査目的と方法

■目的

新型インフルエンザ等対策行動計画において記載されている感染症インテリジェンス機能についてその人材確保および育成の現状および先進事例について調査し、都道府県におけるインテリジェンス体制の現状と課題を把握することを目的とした。

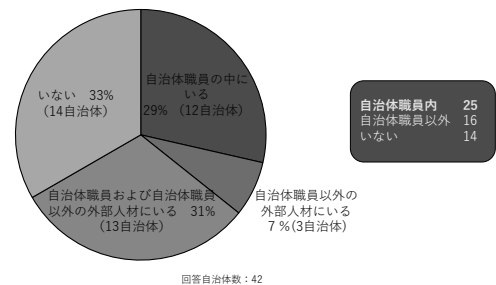
■対象 都道府県

■実施方法 質問票調査

- WEB回答フォーム
- エクセルおよびメール

■実施時期 令和7年8月1日～8月22日

専門的人材の有無



自治体職員の専門的人材の獲得方法

獲得方法	回答自治体
既に専門的知識・経験を有する人材を採用することで確保した	8
自治体独自で専門的人材を育成するプログラムを構築し育成した	1
厚生労働省や国立健康危機管理研究機構など公的機関が開催する研修へ派遣した	17
大学や研究機関など、自治体職員以外の専門的人材を活用している	0
その他 ・職員として確保済みであった ・保健所長や保健師研修会での疫学調査やその事例に関する講義、研修会の実施等 ・計画策定、DMAT、へき地医療や保健所などの現場を含む様々な経験を有し、幅広い知見・人脈を持った管理職が専門的人材として確保されている。	3

回答自治体数: 23

研修の種類	回答自治体
FETP	15
感染症危機管理リーダーシップ研修	2
感染症危機管理研修会	2
感染症集団発生対策研修	2
保健福祉行政管理分野	2
国立保健医療科学院の研修	1

回答自治体数: 17

自治体職員の専門的人材 新興感染症発生時など専門的人材がその役割を果たせるような仕組み

持っている	17
持っていない	8

有事の際の組織体制と役割分担

新型コロナウイルス感染症が発生した場合、速やかに対策本部を設置し、専門家をその事務局や中核部門に配置することが想定されています。

平時から健康危機管理を担う組織を設置し、有事の際には要綱に基づき保健医療福祉調整本部などを立ち上げます。専門家は副本部長や事務局として、対策の中心的な役割を担います。

情報収集や疫学解析、クラスター対応を専門に行う部門を設置し、そこに専門家を配置する仕組みが検討されています。

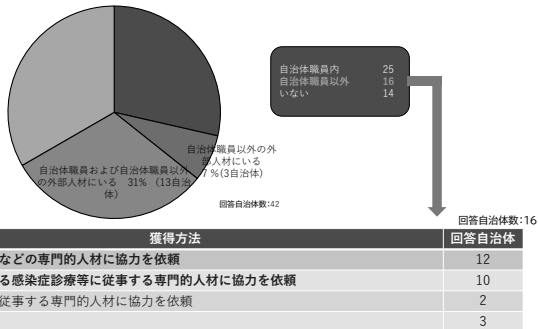
専門的人材の具体的な業務内容

情報とリスクの管理: 感染症危機発生時には、情報収集、分析、評価を行い、それに基づいて対策の提案を迅速に行います。

現場への技術支援: 本庁が保健所と連携し、専門家を現地に派遣することで、集団発生時の技術的な支援を担います。

地方衛生研究所など、リスク評価を行う関係機関との連携窓口としての役割も果たします。

自治体職員以外の外部人材の確保方法



外部の専門的人材が経験してきた実務経験や研修内容(一部抜粋)

感染症専門医

感染症および県内の医療提供体制に精通した医師を当センターの専門医として任用し、感染症に関する情報の収集・分析体制を構築している。

- ・毎週の情報発信に際し、感染状況に関するコメントをいただき、現場視点を反映した発信を実施。
- ・月1回程度の定例会にて、感染状況や医療現場の情報共有、県の取組に対する助言を受けている。
- ・高齢者施設等を所管する庁内関係課と連携し、感染対策に関する助言・指導を受けている。
- ・行動計画の策定や研修会の実施等、県事業への助言・参画を通じて専門的知見を活用している。

感染症に関する医療専門職による「感染症危機管理ゲーム」を組織し、新型コロナウイルス対応時に専門的な視点から意見を発信した。

医師や研究者、行政職員など感染症対策の専門家とのネットワークを構築し、科学的根拠や最新の知見に基づき自治体への助言や住民に対する分かりやすい情報発信を行っている。

国立感染症研究所主任研究員、アメリカ疾病制御予防センター(CDC)客員研究員を経て、ICT・ASTのための感染症専門誌を監修。

- ・FETPプログラムを修了し日常業務においてサーベイランスの分析や評価を実施し情報還元を実施している。
- ・新型コロナウイルス感染症流行時に情報収集やリスク評価・助言を行うなど、複数回協力いただいた(UHHS(国立感染症研究所、日本DMAT))
- ・感染症発生動向の医療機関への還元、情報収集、リスク評価

厚生労働省での感染症対策業務経験のある県立病院医師が1名おり、直近では厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部に加わっている他、本県の対策本部へも医療コーディネーターとして参加し、情報分析や評価、対策の提案等を行っていた。

専門的人材がいないと回答した33% (14自治体)

専門的人材の確保にあたって、障壁になっている点、課題などがあれば教えてください

専門的人材の必要性は感じているが、長期研修に派遣するにあたり家庭状況等により人選が難しい。また、代替職員の確保が困難。

人材確保後の具体的な配置および運用方針が決まっていないことが課題である。

具体的にはありませんが、仮に予算確保が必要となれば、相当困難であることは大いに想定されるところであります。(仮に必要となっても、既存予算の流用により対応することとなることが想定されます。)

定期的な人事異動があり、育成しても感染症以外の部署に行くことがあるため、継続的な感染症の専門的人材の確保が困難。そもそも感染症担当者の人員が少ない。

自治体全体の理解が得られず、予算等が確保できない

考察

1. 都道府県における感染症インテリジェンス活動を担う専門的人材の背景は様々ではない
 1. 地域のリソースに応じた体制整備
 2. その機能、成果物の内容・質が、確保されることが必要
2. 自治体間での知見共有(必要な機能、人材活用方法、課題解決方法)により、国内におけるインテリジェンス活動の推進が期待できる
3. 研修機会の拡大により専門的人材は増加していくことが期待できる。

調査事業2の概要

I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

- 行動計画変更の支援
- 都道府県独自で行動計画に位置付けた対策
- 都道府県独自対策の市町村行動計画への反映方法
- 患者発生時（流行初期）における公表項目

II. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

- 特徴的な取り組み
- 住民接種
- 2020～2023年のパンデミックの際に、住民接種について課題となった点
- 患者発生時における情報の公表

I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

【目的】

- ・ 新型インフルエンザ等対策行動計画の作成に関し、内閣府内閣感染症危機管理統括庁は、令和6年12月26日付け事務連絡「市町村行動計画作成の手引き」の更新について」を各都道府県感染症危機管理担当課あてに発出し、「都道府県による市町村行動計画変更の支援」として、以下の点を要請している。
 - 市区町村に対し、都道府県行動計画の内容など、都道府県の感染症危機管理の取組に係る十分な情報提供を行う。
 - 質疑対応や助言等の支援を行う。
 - 必要に応じ、都道府県独自で行動計画に位置付けた対策のうち市区町村に関するものについて、手引きへの追記等の対応を行う。
- ・ 2020～2023年のパンデミックの際に課題となった患者発生時における情報の提供および公表について、現在の各都道府県の方針を把握する。

→市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケートを実施

I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

○回答状況

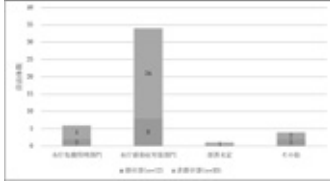
調査対象	回答数	回答率 (%)
都道府県	47	96
都市部	12	100
非都市部	35	94

都市部：北海道、埼玉県、千葉県、神奈川県、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、広島県、福岡県、沖縄県（12都道府県）

- ・ 高い網羅性で結果の信頼性は概ね良好と思われる。

○行動計画変更の支援

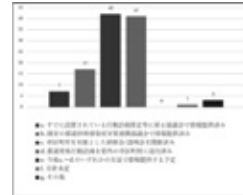
図1 市町村行動計画変更の支援を行う部署（n=45）



- ・ 市町村計画の支援【主担当】：本庁感染症対策部門が75.6%で圧倒的多数（危機管理部門13.3%）。
- ・ 都市部は感染症対策部門66.7%、非都市部78.8%。

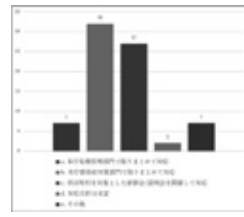
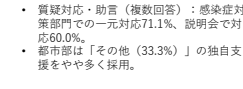
I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

図2 都道府県行動計画の情報提供の方法（n=45）



- ・ 市町村への情報提供（複数回答）：説明会・研修の開催93.3%、計画の送付91.1%が主流。
- ・ 都市部は「計画送付」100%で完全実施、非都市部は87.9%。都市部は「その他」（25.0%）の独自取組が目立つ。

図3 市区町村からの質疑対応や助言等の支援の方法（n=45）



- ・ 質疑対応・助言（複数回答）：感染症対策部門での一元対応71.1%、説明会で対応60.0%。
- ・ 都市部は「その他（33.3%）」の独自支援をやや多く採用。

I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

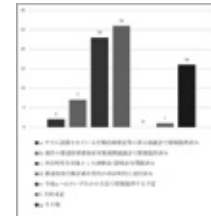
○都道府県独自で行動計画に位置付けた対策（P.12）

- A 関係機関との連携・協議に関すること（26件）
- B 情報共有・提供に関すること（14件）
- C 庁内体制の整備に関すること（9件）
- D 人材育成・専門家の派遣に関すること（7件）
- E 民間企業への対応に関すること（6件）
- F 住民の不安への対応に関すること（5件）
- G 検査体制に関すること（5件）
- H 医療体制に関すること（5件）
- I 感染状況の把握・評価に関すること（5件）
- J 予防接種に関すること（4件）
- K 物資の備蓄・供給に関すること（4件）
- L その他（5件）

I. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

○都道府県独自対策の市町村行動計画への反映方法

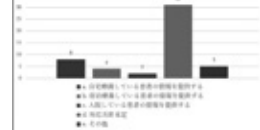
図4 都道府県独自対策の市町村行動計画への反映方法（n=45）



- ・ 独自対策の市町村計画への反映：計画送付（57.8%）と説明会（51.1%）が中心。ただし「その他」35.6%には「反映は強制しない」「チェックリスト提供」等の多様なアプローチが含まれ、自治尊重の姿勢が強い。

○一般市町村（保健所設置市以外の市町村）への患者情報の提供

図5 一般市町村への患者情報の提供内容（n=45）

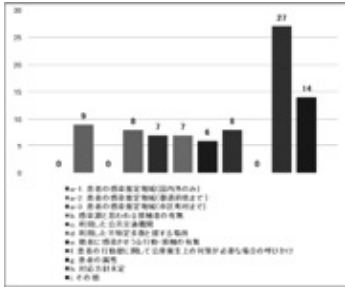


- ・ 一般市町村への患者情報提供：対応方針未定69%と未整備が大半。非都市部の方が提供に前向き（自宅療養者情報：非都市部21.2% vs 都市部8.3%）。個人情報保護との両立課題が残存。

Ⅰ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（都道府県調査）

○患者発生時（流行初期）における公表項目

図6 患者発生時（流行初期）における公表項目（n = 45）



- 流行初期の公表項目：国の事務連絡（令和7年7月2日）に従い検討する自治体が多数（「対応未定」60%）。
- 具体項目では感染推定地域（都道府県まで）20%、接触者の有無・呼びかけ各17.8%が挙がる一方、属性（学校名・勤務先等）は10%。

Ⅱ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

【目的】

- 新型インフルエンザ等対策行動計画の作成に関し、内閣官房内閣感染症危機管理統括庁は、令和6年12月26日付け事務連絡「市町村行動計画作成の手引き」の更新についてを発出し、新型インフルエンザ等対策における役割の違いを踏まえ、保健所設置市・特別区向けとそれ以外の市町村向けの2種類の市町村行動計画作成の手引きを提示している。
- 保健所設置市は、それ以外の市町村が作成する項目に加え、情報収集・分析、サーベイランス、医療・検査等について行動計画を作成することとされている。
- 2020～2023年のパンデミックの際に課題となった住民接種の実施および患者発生時における情報の公表について、現在の各保健所設置市の方針を把握したいと考えています。

→市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケートを実施

Ⅱ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

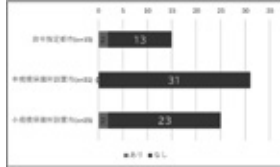
○回答状況

調査対象	回答数	回答率 (%)
全体	87	71
政令指定都市	20	15
中規模保健所設置市	33	31
小規模保健所設置市	34	25

- 保健所設置市を「政令指定都市」、「中規模保健所設置市」、「小規模保健所設置市」に分けて分析した。
- 中規模保健所設置市は、2024年10月1日現在の推計人口が35万人以上の市
- 小規模保健所設置市は、推計人口が35万人未満の市

○特徴的な取り組み

図7 サーベイランスに関する特徴的な取り組み



- 政令指定都市
 - 例：リアルタイムサーベイランス、下水サーベイランス
 - 取りまとめ：地方衛生研究所との連携あり
 - 高度な仕組みを導入できるが、全体としては少数派
- 中規模市
 - 医療・接種運営の整備が優先
- 小規模市
 - 例：学校欠席者情報、社会福祉施設からの発生報告の活用
 - 既存情報源の組み合わせで流行把握を工夫している

Ⅱ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

○住民接種

図8 住民接種の接種方式（n = 71）

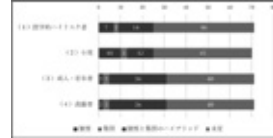
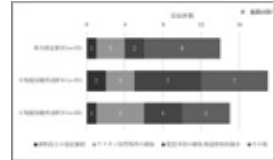


図9 ワクチンの確保の状況(n=71)



Ⅱ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

○2020～2023年のパンデミックの際に、住民接種について課題となった点

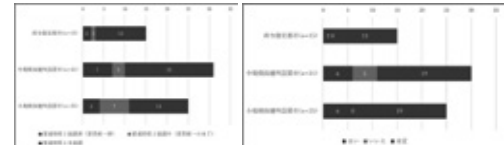
- A 接種体制に関すること（14件）
- B 住民からの問い合わせに関すること（5件）
- C 接種に関する情報発信に関すること（5件）
- D ワクチンの運搬・管理に関すること（4件）
- E 接種に係る健康被害に関すること（4件）
- F 接種に係る手続きに関すること（3件）
- G 予防接種に係る情報のデジタル化に関すること（1件）
- H その他（4件）

Ⅱ. 市町村行動計画の作成及び推進に資するためのアンケート（保健所設置市調査）

○患者発生時における情報の公表

図11 患者発生状況の都道府県庁の一括公表の状況

図10 報道発表の方針の協議状況



- 共通：いずれも「未協議」「未定」が多数
- 政令指定都市
 - 未協議：80%、都道府県一括公表：ほぼ未定
 - 広域調整の難しさが背景
- 中規模市
 - 協議済：22.6%（最も進んでいる）、一括公表「はい」19.4%、「いいえ」16.1%
 - 県との役割分担を模索中
- 小規模市
 - 協議済：16%
 - 一括公表「はい」24%
 - 県主導への期待が強い

III. アンケート結果の考察

1. 都道府県による市町村行動計画の変更の支援

- 支援主体は感染症部門が中核だが、危機管理部門との分業・連携がまだ揺れている。
- 支援の中核部署は、感染症部門が圧倒的役割となっている。
- 市町村への情報提供は、説明会と行動計画の送付が主流で、かなり手取り足取りの対応をしている。
- 質疑・助言の支援は、感染症部門が研修会やQ&A・チェックリストという支援パッケージを提供している。

2. 都道府県独自対策

- 実務面ではかなり豊富だが、「市町村計画への反映」はかなり限定的である。
- 独自対策の本身について、実はかなり多層で先進的な内容も多い。
- 市町村行動計画への反映については「基本は紹介にとどめ、多くは強制しない・関与しない」という回答が多かった。

3. 情報提供・患者情報・公表方針

- 最もセンシティブな領域ほど「未定」が支配的だった。
- 一般市町村への患者情報提供については、ほとんど方針未定のままだった。
- 患者発生時の個別事例情報の公表について、国の新方針に依存する形で、自治体独自の明確な方針は少ない。

4. 保健所設置市の特徴的な取り組み

- サーベイランス・医療・検査・住民接種について、特徴的な取り組みはばらばらであるが、多くの自治体は「コロナの経験をコラム的に残す」段階にとどまっている。

III. アンケート結果の考察

5. 住民接種

- 方式はハイブリッド志向だが、実は「未定」が大多数であり、課題の整理だけが進んでいる。
- ワクチン確保・集団接種・個別接種のいずれにおいても、「検討中」「未検討」「コロナ時を参考」という回答が多かった。
- 2020～2023年の新型コロナウイルス感染症対策の課題について、一番整理されているのは大変だったポイントのリストであった。

6. 報道発表と都道府県との関係

- 情報公開の主体をどこに置くか、まだ揺れている。
- 都道府県との協議状況は、半数以上が「未協議」であった。

III. アンケート結果の考察

7. 密接的考察（全体考察）

- 形式的には前進しているが、「本当に決めたいこと」はまだ決められていない。
- 「計画」や「手引き」「協議会」といった枠組みはかなり整ってきたが、住民接種の具体的な設計、患者情報の提供ルール、患者発生時の公表の実務方針といった「本当にトランプルになりやすいポイント」は、まだかなりの割合が「未定」のまま温存されている。
- 各自治体においては、パンデミック（2020～2023年）の痛みを相当経験したはずなのに、政治的・倫理的に摩擦が大きい論点ほど、国の通知（指示）待ちや、ローカルな判断を先送りしている。
- 現時点では、具体的な対応については「未定」「今後検討」の回答が多く、実際にはパンデミック勃発時には「走りながら考える、考えながら進を聞く。」ことになるのかもしれない。しかし、平時からある程度のハード整備（設備、備品を含めた）、協定等の締結、DX化、等を進めておくべきではないかと思われる。
- パンデミック対応のマニファーストについては、必ずしも自治体の医療・保健部局のみで完結できるわけではないので、自治体内での人員体制、自治体相互の人的協力は、総務部局を巻き込んで平時から話し合いを行っておくべきである。
- また、計画や検討事項がその場限りにならないよう、また担当者が変わっても継続性が維持されるよう、毎年検証を行い、担当者の共通理解を図ると共に、国の通知等に準拠したこまめな計画の具体化が望まれる。
- 規模の大小にかかわらず、住民接種は基礎自治体が担うので、平時の「定期接種」のスキームに有事の「特例臨時接種」を汲みこんで備えておくことが望まれる。
- 情報公表やサーベイランスの分析については、都道府県の保健医療部局と保健所設置市の連携の下、双方の役割を明確にして、可能であれば計画に明記することも大切である。

保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育のあり方等に関する調査研究

【分担事業者】 伊藤由紀子（西条市介護保険課）

【協力事業者】 渡辺桂子（佐渡市羽茂支所）岡林洋子（津市健康づくり課）末房日出子（別府市健康推進課）木田百合（白河市健康増進課）丹羽由香里（岐阜県岐阜保健所）宮崎陽子（金沢市駅西福祉健康センター）菅原奈保子（北上市こども家庭センター）藤村一美（愛媛大学大学院医学系研究科）大河内彩子（熊本大学大学院生命科学研究部保健学系）

【要旨】 一次調査では、令和6年度地域保健総合推進事業「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動に関する調査研究事業」で明らかになった保健師の技より好事例選定基準を定め、保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育を行っている人口1万人未満の小規模自治体の好事例を収集した。二次調査では、収集された事例から研究組織メンバー等が協議により選出した8自治体にインタビュー調査し、小規模自治体の現任教育の内容や方法を明らかにし、人材育成できる研修やコンテンツ等を整理し、これらを示すことで、現任教育の改善の示唆を得ることを期待する。

A. 目的

2040年を見据えた地区活動を踏まえた保健師の人材育成が不十分な状況が指摘されており、人口規模の小さい自治体ほど人材育成に関する課題を抱えている。本研究事業では、全国保健師長会を通じて好事例を集約し、保健師が地区活動を維持・発展できるように必要な現任教育の内容や方法を明らかにした。さらに人材育成できる研修やコンテンツ等を整理し、地域保健施策推進への一助とする。

B. 方法

1 好事例の収集(一次調査)

(1)収集対象 都道府県統括保健師あるいは統括的な役割を担う保健師

(2)調査方法 研究班において令和6年度地域保健総合推進事業「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動に関する調査研究事業」で明らかになった保健師の技を踏まえて好事例選定基準を定めた。全国保健師長会47都道府県部会を通して、保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育を行っている人口1万人未満で保健師数3～5人の小規模自治体の推薦及び、様式への回答を依頼した。なお、回答にあたっては複数自治体の推薦を可能とした。

【好事例選定基準】

2040年を見据えた地区活動として語られた保健師の技

- ① 保健師としての使命感を持ち、日々の活動から、対応されていないニーズや、地域住民の課題を見逃さない/気づく
- ② 把握した地域社会の課題に対して、保健師としての責任感を持ち、あきらめない
- ③ 地域のあるべき姿についてのビジョンを持つ
- ④ 事業化に向け、庁内の合意形成を図る
- ⑤ 公衆衛生看護の専門家としての知識、スキルを効果的に発揮し、多様な組織・団体と協働する
- ⑥ 地区活動の技を伝承するため、保健師間での人材育成に努める

(3)調査期間 令和7年7月18日～7月31日

(4)調査内容 推薦理由、自治体の属性及び体制、現任教育や人材育成の実態及び課題、小規模自治体の強み、効果的な現任教育や人材育成、留意点や工夫、研修の現状及び要望、コンテンツ等利用の現状及び要望等

(5)一次調査結果

各地区ブロック提出数は次のとおりであった(表1)。

表1 地区別ブロック提出数 回答率66.0%

地区別ブロック	提出自治体数 (33団体)	提出都道府県数 (31団体)	都道府県数 (47団体)
北海道・東北	5	5	7
北関東・甲信越	4	4	6
南関東・東京	2	2	4
東海・北陸	8	7	8
近畿	3	3	6
中国・四国	7	7	8
九州・沖縄	4	3	8

2 インタビュー調査(二次調査)

(1)調査対象 合計8自治体、研究参加者 保健師16名

(2)対象の選定 一次調査にて提出のあった33自治体より、研究組織メンバーの協議により選定。好事例選定基準をもとに、他地域に横展開でき、特徴や利点を活かし地区活動をしている点に着眼して現任教育の内容を考慮し、地域の偏りが無いよう、地区別ブロックより1～2自治体選出し、合計8自治体とした。現任教育内容と研究組織メンバー選定理由を、全国保健師長会運営会議役員、都道府県部会、政令指定都市・中核市・都道府県部会に伝え、協議を行った結果、特段の疑義は認められなかった。

(3)調査方法 インタビューガイド(研究協力依頼を事前にメールで送付)に沿った半構造化インタビュー調査。時間は60～90分。グループインタビュー。

(4)調査期間 令和7年9月30日～10月24日

(5)調査内容 地区活動の特徴や利点を現任教育にどのように活かしているか、新任期・中堅期・管理期の現任教育の内容や状況、体系的な研修、工夫や留意点、課題、活用しているまたは活用したい研修やコンテンツ等

(6)倫理的配慮 調査対象者に本研究事業を説明し同意を得て、プライバシーに配慮して調査を実施した。データ収集・分析は熊本大学大学院生命科学研究部等「人を対象とする生命科学・医学系研究倫理審査委員会の指針」に沿って、倫理審査の承認を経て実施した。

C. 結果・分析

1 二次調査結果分析

8自治体のインタビュー逐語録を整理分析した結果は次のとおりであった(表2)。

表2 インタビュー自治体現任教育の内容や方法

地区別ブロック 好事例自治体名	地区活動を維持・発展できるように 必要な現任教育の内容や方法
北海道・東北 宮城県女川町	打ち合わせ及び事例検討の定例化 と実施体制の確立
北関東・甲信越 群馬県嬬恋村	PDCA 体感、士気向上、視野拡 大・力量形成の取組
南関東・東京 埼玉県横瀬町	保健師視点での話し合い・近隣市 町村や民間等との連携
東海・北陸 富山県舟橋村	多機関・多職種ネットワークによ る協働と課題解決
近畿 京都府南山城村	住民との良好な関係と新任期の心 理的安全性への配慮
中国・四国 島根県川本町	達成感を持たせ、世代を超えて共 に学びあう体制
中国・四国 徳島県美波町	他町のプラチナ保健師による保健 活動の見直しと整理
九州・沖縄 大分県姫島村	全員で策定するコアとなる保健活 動を意識した人材育成指針

(1)地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の
内容や方法のあり方

【現任教育の現状】

＜新任期＞

① 県の研修支援と育成ツールを活用した新任期保健師の
体系的育成

② 計画的な現場経験と住民との直接的な関係性を基盤と
した初期実践力の育成

③ シニア保健師による経験知の継承と実践支援

＜中堅期＞

① 県の育成支援を活用した中堅期保健師の計画的キャ
リア形成と役割強化

② 外部研修を活用した育成

③ 事例検討を基盤とした中堅期保健師の育成機能の確立

＜管理期＞

① 県による研修支援と自治体間ネットワークを活用した
管理期保健師の支援力向上

② 管理期保健師の専門能力向上のための学習機会確保

【関係機関との連携】

① 外部連携による学習及び支援体制の確保

② 多職種・多機関との連携及び協働

【コンテンツ等利用】

① 国、県、保健所による支援及び地域協働・ネットワ
ークにおける情報共有

② 外部研修を通じた専門性向上及び実践力育成

【効果的な人材育成】

① 県・保健所主催の管理期保健師の育成と研修及び支援
体制の強化

② 組織内ネットワークとチーム力強化による人材育成・
業務改善

③ 多機関及び多職種ネットワークを活用した協働と課
題解決

④ 住民協働と信頼関係を基盤とした地域支援

⑤ シニア人材の活用と経験知継承による組織力強化

【課題】

① 保健師人員構成の偏りによる育成体制の脆弱性

② 保健師人材不足による育成体制困難

③ 非体系的な人材育成体制

④ 中堅期・管理期保健師の不十分な育成及び実践知継承

⑤ 災害・危機管理における体制不整備とネットワーク活
用の課題

【小規模自治体の強み】

① 組織内連携及び職場環境の整備による保健師支援

② 全庁的及び横断的協働による保健師支援

③ 柔軟なライフステージに応じた支援体制

④ 住民との密接な関係と継続的支援

⑤ 専門性向上と地域連携による継続的支援

⑥ 柔軟な組織運営と迅速な施策推進

⑦ 柔軟な業務体制と地域活動支援

⑧ 地区担当制と地域活動体制の強化

(2)人材育成に活用したい研修やコンテンツ等を整理

8自治体のインタビュー逐語録より研修やコンテンツ
等を整理した結果は次のとおりであった(表3)。

表3 人材育成に活用したい研修・コンテンツ等

キャリア レベル	研修・コンテンツ等の内容・手段	コンテンツ等に求めること
新任期	○保健師活動基本動画 (家庭訪問、相談記録、 地区診断など)	○個人の実情に応じた体系的研修 プログラム ○資質向上の促進 ○好事例に基づく分析手法習得 ○法的根拠と国の政策を踏まえた 事業立案力の習得
中堅期	○年齢層の段階分け	○実践への活用 ○現状分析に基づく保健活動に活用 ○小規模自治体の実情に即した ケー スタディを活用した実 践力育成研修
プレ 管理期	○意見交換の場	○多職種連携における合意形成力や 交渉力の育成 ○行政組織内における保健師の役割・ 機能の理解促進
管理期	○マネジメント能力等 促進	
統括 保健師	○意見交換の場 ○マネジメント能力等促進 ○退職保健師による スーパービジョン・ 伴走的支援	

D. 考察・提言

二次調査から導かれた結果より、従来からの現任教育
として普遍的なものと、新しいと考えられる現任教育を
整理し、下記について考察した。

(1)地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の
内容や方法のあり方

① 従来からの現任教育

従来から行われてきた県本庁・保健所による研修支援や
OJT・Off-JT を基盤としながらも小規模自治体の強みを活
かした実践的な人材育成であることと考えられる。定期的
ミーティングや事務職員を含む組織内連携、多機関・多職
種ネットワークを通じて、日常業務の中で学びを蓄積する
仕組みが形成することが有効であることが示唆された。

② 新しいと考えられる現任教育

官民連携プラットフォームでの実証実験やシニア保健
師による支援を通じ、実践知の獲得が図られていると考
える。また、入職前の職務経験を踏まえた個別の育成や、新
任期から実践能力とマネジメント能力を育成する視点が
特徴であると考えられる。さらに、学生実習は指導過程を通
じて保健師自身の学習を促進する人材育成の機会になって
いることが示唆された。

(2)人材育成に活用したい研修やコンテンツ等を整理

小規模自治体へは、人的・財政的制約があり限られた資
源の中で現任教育を補完する仕組みとして、都道府県と連
携した研修やコンテンツ等による支援体制の構築が重要
であることが示唆された。

E. 今後の計画

事業結果の報告書、概要版を作成し全国に発信する。

令和7年度 地域保健総合推進事業
保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育の
あり方等に関する調査研究

- 【分担事業者】伊藤由紀子(西条市介護保険課)
【協力事業者】渡辺 桂子(佐渡市羽茂支所)
岡林 洋子(津市健康づくり課)
末原日出子(別府市健康推進課)
木田 百合(白河市健康増進課)
丹羽由香里(岐阜県岐阜保健所)
宮崎 陽子(金沢市西福祉健康センター)
菅原奈保子(北上市こども家庭センター)
藤村 一美(愛媛大学大学院医学系研究科)
大河内彩子(熊本大学大学院生命科学研究部保健学系)

目次

- 背景
- 小規模自治体の人材育成の課題
- A. 目的
- B. 方法
 - 1. 好事例収集(1次調査)
 - 2. インタビュー調査(2次調査)
- C. 結果・分析
 - 2次調査結果
 - (1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方
 - (2) 人材育成に活用できる研修やコンテンツ等
- D. 考察・提言
- E. 今後の計画

2

○ 背景

*2040年には生産年齢人口の急激な減少と超高齢社会を同時に迎え、地域のつながりの脆弱化への対応等について、エリアを活動単位とした保健師の多職種・多機関・住民等と協働する地区活動に大きな期待が寄せられている。

*しかし、新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、地域に出向くことが困難になり、地区活動を行い難い状況が生じ、しかも、地区活動を踏まえた人材育成が十分行えていない状況が指摘されている¹⁾。

1)厚生労働省(2024):令和5年度地域保健対策・保健師活動ワーキンググループ報告書

3

○ 小規模自治体の人材育成の課題

- *平成27年度調査では、保健師指導者層の不在、業務量の多さなどの背景要因から、小規模自治体の人材育成の課題を抱えていることが明らかになった²⁾。
- *令和元年度実態調査では、人口規模の小さい自治体ほど保健師間や自治体内で人材育成の考え方、課題の共有が困難であると回答している。加えて、市町村保健師の人材育成体制の構築プロセスでは、都道府県が支援することが重要であると示された³⁾。
- *自治体保健師の人材育成について、小規模自治体の強みを生かすあり方が有用とも示されており、今後の保健師人材育成に関しての早急な取組が求められている。

2)日本公衆衛生協会:平成27年度地域保健総合推進事業「保健師活動指針の活用に係る事例の収集」報告書
3)日本公衆衛生協会:令和元年度地域保健総合推進事業「市町村保健師の人材育成体制の構築支援事業」報告書

4

A. 目的

*令和6年度地域保健総合推進事業「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動に関する調査研究事業」で明らかになった保健師の技⁴⁾をもとに、小規模自治体の現任教育における好事例を収集することで、保健師が地区活動を維持・発展できるように必要な現任教育の内容や方法を明らかにする。


*人材育成に活用できる研修やコンテンツ等の整備につなげる。

*結果を各自治体に情報発信し、ひいては保健師現任教育の改善に役立てるための示唆を得ることの一助とする。

4)日本公衆衛生協会:令和6年度地域保健総合推進事業「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動の推進に関する調査研究事業」報告書

5

B. 方法 1. 好事例収集(1次調査)

調査内容	結果
<p>【目的】 全国から「好事例自治体」を収集する</p> <p>【好事例自治体】 保健師が地区活動を維持・発展できる現任教育を行っている人口1万人未満で、できれば保健師数3~5人の小規模自治体</p> <p>※1 好事例選定基準 令和6年度地域保健総合推進事業「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動に関する調査研究事業」で明らかになった保健師の技を踏まえて選定基準を定めた</p> <p>【調査対象】 都道府県の統括保健師 あるいは 統括的な役割を担う保健師</p> <p>【調査方法】 全国保健師長会47都道府県部会を通して好事例を推薦推薦及び、様式への回答を依頼をした。回答にあたっては複数自治体の推薦を可能とした。</p> <p>【調査期間】 令和7年7月18日~7月31日</p>	<p>各ブロック提出数</p> <p> 33 自治体</p> <p>提出都道府県31団体 (回答率66.0%)</p> <p>提出自治体数 33自治体</p>

6

※1 好事例選定基準

〈2040年を見据えた地区活動として語られた保健師の技〉

- ① 保健師としての使命感を持ち、日々の活動から、対応されていないニーズや、地域住民の課題を見逃さない/気づく
- ② 把握した地域社会の課題に対して、保健師としての責任感を持ち、あきらめない
- ③ 地域のあるべき姿についてのビジョンを持つ
- ④ 事業化に向け、庁内の合意形成を図る
- ⑤ 公衆衛生看護の専門家としての知識、スキルを効果的に発揮し、多様な組織・団体と協働する
- ⑥ 地区活動の技を伝承するため、保健師間での人材育成に努める

令和6年度地域保健総合推進事業
「2040年を見据えた令和における保健師の地区活動に関する調査研究事業」で明らかになった保健師の技を基準

B. 方法 2. インタビュー調査（2次調査）

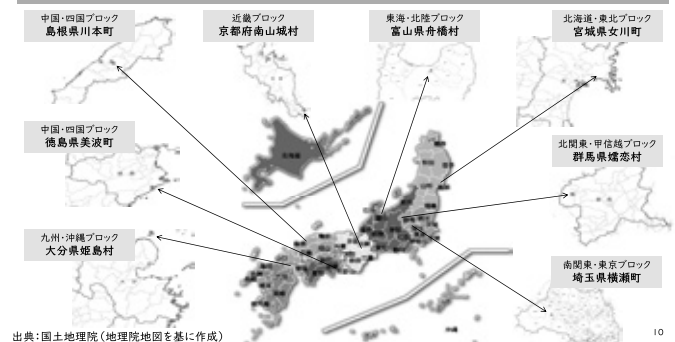
インタビュー対象自治体選定協議	インタビュー調査
≪1次調査結果≫ 33 自治体 → 選定 → 8 自治体 【インタビュー対象自治体の選定協議】 研究事業班メンバー 協議 依頼 疑義 なし ≪インタビュー対象選定の考慮点≫ ① 好事例選定基準(※1) ② 地域に横展開でき、特徴や利点を活かしている地区活動に着眼した現任教育 ③ 地域のバランス * 全国保健師長会議運営会議役員 * 都道府県部会 * 政令指定都市・中核市・都道府県部会	≪2次調査≫ 8 自治体 【調査方法】 半構造化インタビュー調査 時間:60~90分 グループインタビュー(対面6・ハイブリッド2) 1G:研究事業班保健師2人・アドバイザー1人 (インタビュー自治体研究参加者 保健師16人) 【調査期間】 令和7年9月30日~10月24日 【調査内容】 地区活動の特徴や利点を現任教育にどのように活かしているか、各期の現任教育の内容や状況、体系的な研修、工夫や留意点、課題、活用しているまたは活用したい研修やコンテンツ等

C. 結果 2次調査結果

(1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方

- ① 現任教育の現状
新任期・中堅期・管理期
- ② 関係機関との連携
- ③ コンテンツ等の利用
- ④ 効果的な人材育成
- ⑤ 課題
- ⑥ 小規模自治体の強み

インタビュー対象8自治体



北海道・東北ブロック 宮城県女川町 打ち合わせ及び事例検討の定例化と実施体制の確立

効果的な人材育成(工夫・留意点)

- 生活習慣病の発症及び重症化予防や母子保健に関わる保健師・管理栄養士が保健指導や集団学習で、生活習慣病等の発症の発症予防や重症化予防の徹底等予防的介入の重要性を共通認識として持てるように打ち合わせを定例で成人は1か月に1回、母子は2か月に1回実施している。
- 生活習慣病の発症及び重症化予防の保健指導を行っている保健師・管理栄養士の力量形成のために毎月1回、保健指導を行っているケースの事例検討を行っている。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 地区担当制と業務分担制を併用しているが、母子保健、生活習慣病の発症及び重症化予防、精神保健において、訪問活動を中心に担当地区に責任を持ち、ライフコースアプローチの視点を持って活動できる体制としている。
- 管理栄養士も保健師と同じく、地区担当・業務担当を持ち、連携して活動している。
- 健康課題の解決を目指し、事業担当保健師を中心に事例検討を定期的に行っている。
- 学童期への対策として、平成7年度から事業を行っており、現在は、学童期からの生活習慣病予防対策として、小学5年生と中学2年生に健診、保健指導を行っている。

人口	: 5,771人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 4人
高齢化率	: 39.66%
自治体の特徴	: 養殖業が盛んな町

北関東・甲信越ブロック 群馬県嬬恋村 PDCA体感、士気向上、視野拡大・力量形成の取組

効果的な人材育成(工夫・留意点)

- 週1回の係打合せにて、事業調整や事業目的の確認を意識的に実施。
- 事業終了時のカンファレンスをスタッフ全員で行い、事業のPDCAについて学ぶ機会とする。
- 学生実習カンファレンスを保健師全員で対応。その中で、「保健事業の目指すもの」、「保健師とは」、「保健師活動の中で大切にしていること」等について、意見交換することで、保健師の共感が生まれ、保健師の士気向上や相互理解の深化につながる。
- 思春期事業の運営に携わる中で、調整力や企画力などコーディネートに必要なスキルが習得できる。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- ほとんどの業務は、ヘルス部門の保健師全員が従事し、OJTは充実している。
- 保健師過程の学生実習を現任教育の場として活用し、振り返りや気づきを深めている。
- 全年齢に対する巡回相談などを実施、幼少期から就学後まで、きめ細やかで切れ目のない支援体制を構築。
- 小児期からの生活習慣病予防として、専門職の継続関与による寄り添い型支援を実施している。

人口	: 9,100人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 6人
高齢化率	: 39.0%
自治体の特徴	: 1次産業(高原野菜生産)と3次産業(観光)が中心

埼玉県横瀬町

保健師視点での話し合い・近隣市町村や民間等との連携

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 保健師が町の課題から保健師活動に落とし込み思考する。
- 定期的なミーティングで情報共有、検討、活動への思いや考え等を共有し、保健師としての視点で話し合い、対話の中で目的の確認をする。
- 近隣市町村の会議で立場や経験年齢関係なく役割を持ち実践力の定着や協働事業を通しての学びがある。

人口	: 7,531人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 5人
高齢化率	: 36.1%
自治体の特徴	: 都心からのアクセスが良好(池袋から特急で72分)な自然豊かな環境、登山観光農業(ぶどう、いちごなど)が盛ん。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 保健師が全世代と顔を合わせる機会があり、個別のケースを継続的に家族ぐるみで把握できる。
- 保健師が子どもの成長に合わせての発達を継続的に確認でき、継続的関わりによる信頼構築の中、個別支援を実施できる。
- 保健師が現場のかかわりのなかでの知識習得ができ、不足サービスを考え、事業を立ち上げていく過程を実践から学ぶことができる。
- 住民(役場職員や民生委員)から得る多方面の情報がアセスメントにつながり、連携意識が生まれる。
- 保健師が住民(食生活改善推進員やサポーター等)と意思を共有し協働した活動の実践。

13

富山県舟橋村

多機関・多職種ネットワークによる協働と課題解決

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 全職員が年2回、村長による360度評価と首長フィードバックを受ける機会が確保されている。
- 若手職員には、業務量分析(業務構成と優先度分析)を導入し、自己改善、PDCAを回す仕組みを導入している。
- 課全体(多職種)でのケース検討・ワールドカフェを開催することで、職種間の視点の違いや世帯全体でみる視点を養う場になっている。

人口	: 3,326人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 4人
高齢化率	: 18.5%
自治体の特徴	: 中核市のベッドタウンで昔からの定住者と転入者(働き世代)が混在しているため、40・50歳代が人口の30%を占めている。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 自治体内で完結しないこと、不足資源については外部資源を活用、他職種と協働して補うネットワーク体制整備。
- 組織の改編により、課全体として多職種協働でケース検討実施。保健と福祉を切り分けることなく、世帯全体でみる視点を意識した基盤を醸成。
- 課内ミーティングと庁内の委員会が課題解決の方策として機能し、循環型の課題解決につながっている点。

14

京都府南山城村

住民との良好な関係と新任期の心理的安全性への配慮

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 先輩保健師が、新採保健師を地区組織住民宅へ積極的に連れていくことで、地域に入りやすくしている。
- 保健師間で、ケース対応の振り返り、研修の伝達、事業の方向性等を日頃から意識的に話し合う機会をもっている。
- 先輩保健師に後輩保健師が言い出しにくい状況とならないよう、頻りに声をかける等の対応をして人材育成を行っている。

人口	: 2,349人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 3人
高齢化率	: 51.38%
自治体の特徴	: 宇治茶の主産地である、少子高齢化の一途をたどる過疎地。京都府の南東端であり、唯一の村、定住者が多い。景色的にはトトロの世界である。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 地域住民の中に、保健師の良いイメージが根付いている。
- 役場内に、保健師活動への理解と協力体制がある。
- 気軽に聞いたり視察に訪れたりできる。近隣自治体との良好な関係が構築できている。
- 相乗保健師協議会での研修会の内容を、地域保健活動に取り入れる体制がある。

15

島根県川本町

達成感を持たせ、世代を超えて共に学びあう体制

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 一番大切なのは、日常的なOUTと思っている。
- 現場に出たときの、ちょっとした声かけをする
- 準備や不安点など質問したいときに話しやすい雰囲気づくりをしている。
- 3か月に1回皆でそろって話し合っ、振り返りをする。振り返りの時間を大切な時間と思ってもらえるような働きかけを行っている。
- 新任期の3年間は、本人とプリセプターと指導者で年間計画を作成している。
- 新任期研修に合わせて中堅期研修・管理期研修も実施し学び合いを大切に、業務を通してチーム力を体感できる体制を整えている。

人口	: 2,949人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 6人
高齢化率	: 44.6%
自治体の特徴	: 中国山地の中に位置するため、地形が険しく、江の川が町を北東から南西に貫流している。最も多い3次産業の中でも医療福祉が約3割。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 人口が少ない分、一人一人が見え、名前を聞けば、顔やその人の生活がわかる。また関係機関も少ないため、顔が見える連携がとりやすいなど小規模ならではの強みがあると保健師は意識している。
- 直営の地域包括支援センターで、地域包括ケアシステムの構築に向けて住民と協働でサロンや生活支援体制整備を進めている。そのなかで、住民との話し合いを重ねることから住民から学び、一緒にPDCA支援サイクルをまわしていくことが現任教育につながっている。

16

徳島県美波町

他町のプラチナ保健師による保健活動の見直しと整理

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 地区担当制において、生活習慣病予防の視点を中心に、妊娠前から高齢期各期のライフコースアプローチの視点を持って担当保健師が関わっている。
- 地区担当制と業務担当を併用。地区担当は長期間受け持つことで、地域とのつながり強く保健活動がスムーズになるように配慮。
- 実践を「美波町保健活動報告書」にまとめ、業務についての共通理解を持ち、関係機関とも共有して事業評価を実施。

人口	: 5,653人 (R7.4.1時点)
保健師数	: 6人
高齢化率	: 49.5%
自治体の特徴	: 小規模自治体特有の限られた保健師の中で地域保健対策を推進するための人材育成について、特に意識をして実践している。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 他町で勤務し経験豊富なプラチナ保健師を採用したことで、自町の取り組みの見直しや整理ができた。
- 一人ひとりの個性や経験等に合わせ、各保健師を適材適所に配置。
- ミーティングの効果的な開催(時間を決める、話しやすい環境をつくる、心理的安全性の確保)

17

大分県姫島村

全員で策定するコアとなる保健活動を意識した人材育成指針

効果的な人材育成《工夫・留意点》

- 専門職全員での日々の活動を振り返り、毎月情報共有会議や事例検討などを現任教育として位置付け、チームで育つ視点を重視している。
- 携った業務(受援マップ)に関連して地区踏査を促し、地域への愛着を育てている。
- 管轄保健所や管内自治体と、共に育ちあう良好な関係。
- 現任教育への迷いや不安がある管理期保健師に対し、保健所は併走支援を行っている。

人口	: 1,694人 (R7.4.1時点)
正規保健師数	: 4人
高齢化率	: 57%
自治体の特徴	: 離島であり、定住者が多く移住者の定住が難しい。主産業は漁業、エビの養殖および観光。医療・介護の資源は限られているが、姫島村国保診療所と連携し住民支援を実施している。

小規模自治体ならではの強み《強み・利点》

- 地域に密着し住民一人ひとりの声に丁寧に耳を傾ける力が育てられていることから、新任保健師には地域に出向き信頼関係を構築できるようにしている。
- 1か所ずつの診療所や福祉施設と連携が取れ、地域の実態把握しやすい環境が整っている。
- 専門職全員で毎月情報共有会議、ケーススタディを実施。

18

C. 結果・分析 2次調査結果

(1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方
【現任教育の現状】

- 《新任期》
- ① 県の研修支援と育成ツールを活用した新任期保健師の体系的育成
 - ② 計画的な現場経験と住民との直接的な関係性を基盤とした初期実践力の育成
 - ③ シニア保健師による経験知の継承と実践支援
- 《中堅期》
- ① 県の育成支援を活用した中堅期保健師の計画的キャリア形成と役割強化
 - ② 外部研修を活用した育成
 - ③ 事例検討を基盤とした中堅期保健師の育成機能の確立
- 《管理期》
- ① 県による研修支援と自治体間ネットワークを活用した管理期保健師の支援力向上
 - ② 管理期保健師の専門能力向上のための学習機会確保

19

C. 結果・分析 2次調査結果

(1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方
【関係機関との連携】

- ① 外部連携による学習及び支援体制の確保
 - ② 多職種・多機関との連携及び協働
- 【コンテンツ等の利用】
- ① 国、県、保健所による支援及び地域協働・ネットワークにおける情報共有
 - ② 外部研修を通じた専門性向上及び実践力育成
- 【効果的な人材育成】
- ① 県・保健所主催の管理期保健師の育成と研修及び支援体制の強化
 - ② 組織内ネットワークとチーム力強化による人材育成・業務改善
 - ③ 多機関及び多職種ネットワークを活用した協働と課題解決
 - ④ 住民協働と信頼関係を基盤とした地域支援
 - ⑤ シニア人材の活用と経験知継承による組織力強化

20

C. 結果・分析 2次調査結果

(1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方
【課題】

- ① 保健師人員構成の偏りによる育成体制の脆弱性
 - ② 保健師人材不足による育成体制困難
 - ③ 非体系的な人材育成体制
 - ④ 中堅期・管理期保健師の不十分な育成及び実践知継承
 - ⑤ 災害・危機管理における体制不整備とネットワーク活用の課題
- 【小規模自治体の強み】
- ① 組織内連携及び職場環境の整備による保健師支援
 - ② 全庁的及び横断的協働による保健師支援
 - ③ 柔軟なライフステージに応じた支援体制
 - ④ 住民との密接な関係と継続的支援
 - ⑤ 専門性向上と地域連携による継続的支援
 - ⑥ 柔軟な組織運営と迅速な施策推進
 - ⑦ 柔軟な業務体制と地域活動支援
 - ⑧ 地区担当制と地域活動体制の強化

21

C. 結果・分析 2次調査結果

(2) 人材育成に活用したい研修やコンテンツ等

キャリアレベル	研修・コンテンツ等の内容・手段	コンテンツ等に求めること
新任期	○ 保健師活動の基本的動き (軍医訪問、相談記録、地区診断など)	※ 全保健師において ○ 個人の実情に応じた体系的研修プログラム ○ 資質向上の促進 ○ 好事例に基づく分析手法習得 ○ 法的権限と国の政策を踏まえた事業立案力の習得
中堅期	○ 年齢層の段階分け	○ 動画コンテンツ ○ 実践への活用
プレ管理期	○ 意見交換の場	○ 現状分析に基づく保健活動に活用 ○ 小規模自治体の実情に即したケーススタディを活用した実践力育成研修
管理期	○ マネジメント能力等促進	○ 対面による集合研修形式 ○ 多職種連携における合意形成力や交渉力の育成 ○ 行政組織内における保健師の役割・機能の理解促進
統括保健師	○ 意見交換の場 ○ マネジメント能力等促進 ○ 遠隔保健師によるスーパービジョン・体系的支援	

22

D. 考察・提言

(1) 地区活動を維持・発展できるための必要な現任教育の内容や方法のあり方

- ① 従来からの現任教育
 - * 県本庁・保健所による研修支援やOJT・Off-JTを基盤
 - * 定期的ミーティング、組織内連携、多機関・多職種ネットワーク
- ② 新しいと考えられる現任教育
 - * 官民連携プラットフォームでの実証実験
 - * シニア保健師による支援を通じた実践知の獲得
 - * 入職前の職務経験を踏まえた個別的育成
 - * 新任期から実践能力とマネジメント能力を育成する視点
 - * 学生実習を通じた人材育成

23

D. 考察・提言

(2) 人材育成に活用したい研修やコンテンツ等を整理

小規模自治体へは、人的・財政的制約があり限られた資源の中で現任教育を補完する仕組みとして、都道府県と連携した研修やコンテンツ等による支援体制の構築が重要であることが示唆された。

E. 今後の計画

事業結果の報告書、概要版を作成し全国に発信する。

24

地方衛生研究所間の検査体制及び疫学情報解析機能の連携の充実・強化に向けた事業

分担事業者 吉村和久（地方衛生研究所全国協議会会長 東京都健康安全研究センター所長）

事業協力者 本多麻夫（埼玉県衛生研究所長）、調恒明（山口県環境保健センター所長）、四宮博人（愛媛県立衛生環境研究所長）、定孝（青森県衛生研究所長）、加藤孝宣（横浜市衛生研究所長）、村田健（福井県衛生環境研究センター長）、我藤一史（滋賀県衛生科学センター所長）、斎宮広知（長崎県環境保健研究センター）、多屋馨子（神奈川県衛生研究所長）、人見嘉哲、曾根智史（北海道立衛生研究所長）

要旨 全国の地方衛生研究所（86施設）における検査体制及び疫学情報解析機能の充実・強化を図るため、相互連携を促進する取り組みを実施した。地域ブロック内での模擬試料を用いた精度管理や、ブロック会議、全国の地衛研を対象とした疫学情報ネットワーク構築会議や研修等の事業を通じて、各地衛研の検査技術の向上と情報共有の推進、連携協力の強化につなげることができた。

A. 目的

地方衛生研究所(地衛研)は、感染症や食中毒などの探知、検査、疫学解析等の役割を担っており、今後、健康危機事案が発生した際には、これらに対し迅速な対応が求められている。信頼性のある検査成績及び疫学情報解析成績を常に発信していくためには、衛生研究所間及び国の研究機関、保健所等との緊密な連携・協力のもと、平時から病原体検査や理化学検査体制を整えていくことが重要である。こうした目的を達成するために、地域ブロック内において模擬試料を用いた精度管理、ブロック会議、Webを活用した講習会及び実習を伴った研修会等の取り組みを実施した。

B. 方法

地衛研が連携協力して次の取組を統一的に進める。

1 検査体制の強化

(1) 模擬訓練又は精度管理事業

地域ブロックの実状に応じた健康危機発生を想定し、模擬訓練又は精度管理を実施する。

(2) 検査技術研修 ①食品内で発見される昆虫等

②MALDI-TOF MS の使い方と情報共有について

地衛研担当職員を対象に活用に関する技術講習会を実施する。

(3) 地域専門家会議

微生物、理化学部門等の専門分野別試験検査担当者の会議を地域ブロックごとに開催する。

(4) 感染症対策部会（全国）

部会員が感染症の病原体検査方法について検討する会議等を開催する。

(5) 精度管理部会(全国)

部会員が、各地衛研の研修体制の構築、検査精度向

上のためのあり方を検討する会議等を開催する。

(6) 理化学部会(全国)

試験検査担当者を対象に汎用機器に関するWeb研修を開催する。

(7) 次世代シーケンサー(NGS)を用いた検査系の普及

NGSを用いた網羅的検査に関する研修を実施する。

(8) 試験検査担当者を対象としたWeb講習会

(9) 若手職員の試験検査技術の啓発

(10) 技術教本（レジオネラ属菌検査）の発行

2 疫学情報機能の強化

(1) 全国疫学情報ネットワーク構築会議

地衛研の疫学情報担当者で会議を開催し、情報の共有、連携強化を図る。

(2) 保健情報疫学部会

地衛研の疫学情報機能強化のための会議を開催する。食品苦情事例集改訂版の作成を行う。

(3) 地域レファレンスセンター連絡会議

衛生微生物技術協議会レファレンスセンター委員会の動向に関する情報の共有を図る。様々な課題点については、国立感染症研究所と情報共有し今後の対応に役立てる。

3 連携協力の推進

(1) ブロック長等会議及び地域ブロック会議

連絡調整等の会議を、全国及び地域ブロックごとに開催する。ブロック内の保健所長へも会議の参加を呼び掛ける。

(2) 担当者・専門家メーリングリストの作成・更新

(3) 地衛研業務実態アンケート調査の集計・解析

(4) 国内外への地全協活動の広報

(5) 中核市保健所との情報共有のための枠組み作り

C. 結果

1 検査体制の強化

(1) 模擬訓練又は精度管理事業

地域ブロックごとに模擬訓練又は精度管理事業を実施し、参加機関の検査能力及び検査精度の向上を図った。

(2) 検査技術研修 ①食品内で発見される昆虫等：昆虫試料を事前に送付し、Web で解説を実施した。②MALDI-TOF MS の使い方と情報共有について：有用性と行政効果についてのWeb セミナーを開催した。

(3) 地域専門家会議

Web 会議等を活用した講演や情報交換を行い、検査技術の向上及び標準化、連携協力の強化を図った。

(4) 感染症対策部会（全国）

「地方衛生研究所の法制化に伴う対応」に関する全国調査」を行い、健康危機対処計画策定等に関する情報を共有した。「第5回地研現場の会」を開催した。

(5) 精度管理部会(全国)

病原体検査精度管理に関するWeb 研修会開催と容量テスター・リークテスターの校正を実施した。

(6) 理化学部会(全国)

汎用性の高い理化学機器（LC-MS/MS 等）に関する研修会を実施し、担当職員の知識向上を図った。

(7) NGS を用いた検査系の普及

NGS を使った未知病原体の網羅的検査に関する研修会を実施し、地衛研職員の人材育成に貢献した。

(8) 試験検査担当者を対象としたWeb 講習会

微生物系、理化学系職員を対象としたWeb 講習会を開催し、試験検査担当者の検査技術の向上や精度管理における標準化を図った。

(9) 若手職員の試験検査技術の啓発

PCR 法及び細胞培養に関する講習会を開催し、基礎的な知識および技能習得を図った。

(10) 技術教本「レジオネラ属菌の検査」発行

2 疫学情報機能の強化

(1) 全国疫学情報ネットワーク構築会議

「ヘルスコミュニケーション」「新型コロナウイルス」「東京都及び埼玉県におけるARI サーベイ」についてWeb 会議による情報の共有を行った。

(2) 保健情報疫学部会会議

Web 会議にて、令和7年度保健情報疫学部会事業計画について議論し、部会員間の情報共有が図られた。

(3) 地域レファレンスセンター連絡会議

レファレンスセンターの機能強化及び連携促進により、改正感染症法に基づく病原体情報収集体制の一層の強化が図られた。

3 連携協力の推進

(1) ブロック長等会議及び地域ブロック会議

全国及び地域ブロックごとの会議を開催した。ブロック内の保健所長の参加協力も得られ、保健所との情報共有並びに連携が図られた。

(2) 担当者・専門家メーリングリストの作成・更新

地域ブロックで専門家リスト、メーリングリストの作成・管理等を行い、地衛研間の連携・協力の促進に活用した。

(3) 地衛研業務実態アンケート調査の解析

R6 年度に実施した業務実態アンケート調査を集計・解析した。

(4) 国内外への地全協活動の広報

英語論文、検査ガイド等の発行・掲載を実施した。

D. 考察

1 地域ブロック会議や専門家会議で講演や情報交換を実施し、検査技術の向上及び標準化、連携協力の強化に資することができた。

2 レファレンスセンター連絡会議の開催により、レファレンスセンターの機能強化、連携促進、病原体情報収集体制の一層の強化に資することができた。

3 地域性や現在の課題を考慮した模擬訓練や精度管理事業を実施し、健康危機事例発生時の具体的な対応や地衛研の検査技術の向上に資することができた。

4 全国協議会全体での事業（保健情報疫学部会、感染症対策部会、精度管理部会、理化学部会）の実施により、地域を越えた各種テーマの情報共有や実態調査を行うことができ問題の共有につながった。

5 今年度新たに開催した研修等は、検査技術向上に加え、職員間のネットワーク作りにも貢献した。

E. 結論

集合開催とWeb 会議を活用した講習会・研修会等を中心に事業を実施した。これらを通じて、地衛研間の情報共有と連携協力が繋がる成果を上げることができた。本事業の取り組みによって地衛研間の連携は年々強化されており、若手職員の育成、最新技術・知識の導入、新たな検査法の開発など、将来の健康危機対応に大いに役立つことが期待される。

F. 今後の計画

本事業を通じて地域ブロック内及び全国地衛研の連携が進み、体制強化につながった。一方、業務実態アンケート調査では、予算は微増しているものの十分とはいええず、人員不足の状況が続いていることが明らかとなった。地衛研は法制化により、今後益々期待される状況であることから、引き続き、検査能力及び検査精度の向上に取り組み、地域の健康危機管理を担う機関としての役割を十分に果たしていきたい。

研究事業の枠組み

地方衛生研究所間の検査体制及び疫学情報解析機能の連携の充実・強化に向けた事業

- 分担事業者：吉村和久（地方衛生研究所全国協議会会長・保健情報疫学部長
東京都健康安全研究センター）
- 事業協力者：本多麻夫（副会長 埼玉県衛生研究所）
調 恒明（副会長 山口県環境保健センター）
四宮博人（副会長・地域ブロック長・感染症対策部会長 愛媛県立衛生環境研究所）
定 孝（地域ブロック長 青森県衛生研究所）
加藤孝宣（地域ブロック長 横浜市衛生研究所）
村田 健（地域ブロック長 福井県衛生環境研究センター）
我藤一史（地域ブロック長 滋賀県衛生科学センター）
斉宮広知（地域ブロック長 長崎県環境保健研究センター）
多屋馨子（精度管理部会長 神奈川県衛生研究所）
人見嘉哲（理化学部会長 北海道立衛生研究所）
曾根智史（理化学部会長 北海道立衛生研究所）

1. ブロック長等会議の開催（年2回）

- ・ブロック長などによる事業実施のための調整、結果報告

2. 各地域ブロック事業（各ブロック単位で行う会議や事業）

- ・地域ブロック会議（年2回）
- ・地域専門家会議
- ・地域レファレンスセンター連絡会議
- ・模擬訓練又は精度管理事業

3. 全国協議会全体事業（各部会）

- ・全国疫学情報ネットワーク構築会議
- ・検査技術研修会 ①「食品内で発見される昆虫等」②「MALDI-TOF MS等」
- ・感染症の病原体検査方法等について検討
- ・ウイルス、微生物分野における各地衛研の研修体制の構築、検査精度向上の検討

成果：ブロック会議における情報交換

ブロック（開催方法）	テーマ
北海道・東北・新潟 （集合、Web開催）	「急性呼吸器感染症サーベイランスとパンデミックを見据えたサーベイランス体制」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究感染症サーベイランス研究部長 神垣太郎 先生
関東・甲・信・静 （Web開催）	「食品中の有害元素の実態とその分析法」 国立医薬品食品研究所 食品部第四室室長 鈴木美成 先生
東海・北陸 （Web開催、集合会議）	「かび毒を原因とする食中毒事例と危機対応について」 国立医薬品食品衛生研究所 衛生微生物部第四室長 吉成知也 先生
近畿 （集合会議）	「大阪・関西万博に関連し、サーベイランスや輸入感染症等への対応・PFAS検査の対応状況について」各機関からの情報提供と意見交換
中国・四国 （集合会議）	「検査業務について-東との連携を中心に-」 厚生労働省 広島検査所長 徳本史郎 先生 「MALDI-TOF MSによる微生物検査について」 東京医科大学微生物分野教授 大楠清文 先生
九州（集合会議）	「ARIサーベイランスについて」 厚生労働省感染症対策課 主査 櫻庭昭子 先生 「長崎大学の感染症研究の歴史と地域への貢献」 長崎大学感染症研究出島特区 特区長 森田公一 先生

成果：地域専門家会議の開催

Web会議等を活用し、講演や情報交換を実施し、検査技術の向上及び標準化、連携協力の強化を図った。

ブロック（開催方法）	テーマ
北海道・東北・新潟 （集合会議）	「独自で立ち上げた急性呼吸器感染症サーベイランス」 宮城県保健福祉部 技術参事 鈴木 隆 先生
関東・甲・信・静 （Web開催）	「自然毒による食中毒-医療機関と地方衛生研究所の連携-」 埼玉医科大学医学部臨床中医学 特任教授/埼玉医科大学病院臨床中医学センター センター長 上峰吉人 先生
東海・北陸 （集合会議）	年代別に「今、地域で流行っている「かび毒」の原因は何か?」がわかる -ARI（病原体）サーベイランスの重要性と今後の期待-（新潟県感染症の早期対応委員会） 「埼玉における急性呼吸器感染症（病原体）サーベイランスの結果から」 埼玉県衛生研究所 所長 本多麻夫 先生
近畿 （集合会議）	「細菌SNP解析パイプラインSNPcasterと活用事例」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 李 謙一 先生 「食品中の有機フッ素化合物（PFAS）分析-ミネラルウォーター類におけるPFASの規格基準設定にあたり-」 国立医薬品食品衛生研究所食品部第四室 主任研究官 山崎 由貴 先生 「大阪・関西万博感染症情報解析センターについて」 大阪健康安全基盤研究所公衆衛生部 部長 本村和嗣 先生 「ワンヘルスの視点から見たマダニ・ツツガムシといった感染症ベクターの生態学」 国立研究開発法人森林研究・整備機構 森林総合研究所野生動物研究領域 主任研究員 土井寛大 先生 「フグにおける選択的毒物検査とその機構」 長崎大学大学院 総合生命科学研究科 教授 荒川 修 先生
中国・四国 （集合会議）	「地方衛生研究所における全ゲノム解析の実施状況と課題」 愛媛県立衛生環境研究所 所長 四宮博人 先生 「NGSによる病原体ゲノム解析について」 ilmina株式会社 エグゼクティブスペシャリスト 奥村元 先生
九州（集合会議）	「長崎大学のBSL4施設とバイオリスク管理について」 国立大学法人長崎大学 高度感染症研究センター バイオリスク管理部門長 教授 中嶋達介 先生

成果：レファレンスセンター連絡会議の開催

レファレンスセンターの機能強化、連携促進、改正感染症法に基づく病原体情報収集体制の一層の強化を図った。

ブロック（開催方法）	テーマ
北海道・東北・新潟 （集合会議）	ブロックレファレンスセンター活動について報告、議論を行った。 衛生微生物技術協議会レファレンスセンターの活動状況に関して情報共有を行った。
関東・甲・信・静 （Web開催）	「カルバペナム耐性腸内細菌目細菌（CRE）の疫学と検査」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター 松井 真理 先生
東海・北陸 （Web開催）	「新型コロナウイルスパンデミック後の百日咳大流行」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 細菌第二部 大塚菜緒 先生 「百日咳菌に関する検査状況について」 各地研担当者
近畿 （集合会議） *地域専門家会議（ウイルス部会）と同時開催	「Up-to-date ダニ媒介感染症～SFTSウイルス北上中～」 富山県衛生研究所 ウイルス部長 谷 英樹 先生 「兵庫県のマダニ媒介感染症～六甲山系の日本紅毛熱を中心に～」 公立学校共済組合近畿中央病院 皮膚科部長 夏秋 優 先生
中国・四国 （集合会議）	「百日咳の疫学と検査」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 細菌第二部第一室 室長 大塚菜緒 先生
九州 （集合会議）	「ARI 病原体サーベイランス運用後の現状について」 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所 感染症サーベイランス研究部 部長 神垣太郎 先生

成果：模擬訓練又は精度管理事業

地域ブロックごとに実施し、参加機関の検査能力及び精度の向上を図った。

ブロック	テーマ
北海道・東北・新潟	ギョウジャニンニクにスランが混入した疑似試料の定量 参加機関：12機関（実施機関である仙台市含む）
関東・甲・信・静	未知物質混入に係る有症苦情を想定した模擬訓練（理化学検査） 参加機関：28機関
東海・北陸	調理品中のムスカリンの定量 参加機関：12機関
近畿	呼吸器感染症の集団発生事例への対応 参加機関：15機関
中国・四国	植物性自然毒（イリジジン）検査の精度管理 参加機関：10機関
九州	シトラミン及びフェノールフタレイン含有の「いよゆる健康食品」による健康被害を想定した事業における原因究明のための検査を実施する模擬訓練 参加機関：11機関

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

保健情報疫学部会 全国疫学情報ネットワーク構築会議

会議名	令和7年度全国疫学情報ネットワーク構築会議
開催日時	令和7年12月1日（月）から令和8年2月20日（金）まで視聴可能
開催場所	地研ホームページを通じた動画配信サービスによる録画配信
出席者	全地研（会員専用ページに掲載、自由に視聴可能とした）
議題	(1) 「行動変容のためのヘルスコミュニケーション」 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション学分野 准教授 奥原剛 先生
	(2) 「新型コロナウイルスパンデミック：これまでとこれから」 東京大学医科学研究所システムウイルス学分野 教授 佐藤佳 先生
	(3) 地研からの情報提供「東京都における急性呼吸器感染症(ARI)病原体サーベイランス検査とウイルス検出状況について」 東京都健康安全研究センター微生物部ウイルス研究科 科長 三宅啓文 先生
	(4) 地研からの情報提供「急性呼吸器感染症 (ARI) 病原体サーベイランスへの対応—なぜ、ARI病原体サーベイランスを続けていくのか—」 埼玉県衛生研究所感染症検査室 室長 尾岡由雄 先生

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

保健情報疫学部会 検査技術研修会

- 食品内で発見される昆虫等
 - Web開催 令和8年3月4日（水）
 - 講演
 - コクゾウムシの生態と混入防止 国立研究開発法人農業・食品産業技術総合研究機構 宮ノ下明大 先生
 - ゴキブリの生態と防除 イカリ消毒株式会社 木村悟朗 先生
 - ねずみの生態と防除 イカリ消毒株式会社 田中和之 先生
 - 食品内で発見される昆虫等の検査マニュアルの解説
 - 埼玉県衛生研究所 儀同清香 先生
 - 東京都健康安全研究センター 井口智義 先生
- MALDI-TOF MSの使い方と情報共有について
 - Web開催 令和7年12月23日（火）
 - 講演
 - MALDI-TOF MSを用いた微生物迅速同定とその活用 独立行政法人 製品評価技術基盤機構バイオテクノロジーセンター 上席参事官 川崎 浩子 先生
 - 各地方衛生研究所におけるMALDI TOF MSの活用状況（9機関） 地研衛WGメンバー

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

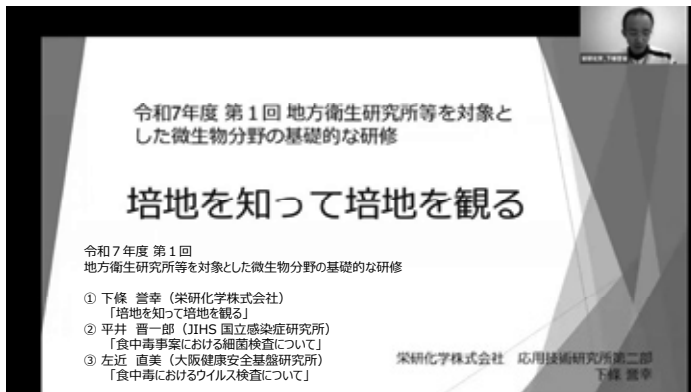
保健情報疫学部会 検査技術研修会

- レジオネラ属菌検査ハンドブックの作成と技術研修会の実施
 - レジオネラ属菌検査法ハンドブックを作成し、各地方衛生研究所へ配布
 - 内容 レジオネラハンドブックとは
 - 環境検体におけるレジオネラ属菌の培養法
 - 培養法
 - レジオネラ属菌及び*L. pneumophila*同定のための遺伝子検査
 - マルチプレックスPCRによる*L. pneumophila*血清型同定
 - 種同定のためのシークエンス
 - MALDI-TOF MSによる菌株同定
 - 環境水からの遺伝子検査法
 - 患者検体における検査法について
 - 分子疫学解析法
- 「食品苦情」に関するマニュアル作成
 - 食品苦情検査簡易マニュアル・事例集（初版）を作成し、各地方衛生研究所へ配布
 - 内容 これまでに経験した食品苦情検体についての報告をまとめた

成果：全国協議会全体での新規事業

部会	テーマ
保健情報疫学部会	次世代シーケンサー（NGS）を用いた検査系の普及に関する取組（ゲノムデータ解析研修会） 第1回 令和7年5月26日（月）～5月27日（火） 於 川崎市健康安全研究所 第2回 令和7年9月8日（月）～9月9日（火） 於 宮崎県衛生環境研究所 第3回 令和7年12月1日（月）～12月3日（水） 於 広島県立総合技術研究所保健環境センター 第4回 令和7年12月15日（月）～12月16日（火） 於 宮城県衛生環境研究所
	職員の試験検査技術の啓発に関する取組（地研現場の会・研究会） 令和7年7月15日（火）
	地方衛生研究所等職員セミナー（初任者向け：リアルタイムPCR） 令和7年12月11日（木） 地方衛生研究所等職員セミナー（初任者向け：ウイルス分離） 令和7年12月18日（木）～19日（金）
	Web セミナー 「地方衛生研究所等を対象とした微生物分野の基礎的な研修」 令和7年7月31日（水）

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）



成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

部会	テーマ
感染症対策部会	感染症対策部会会議 令和7年8月12日（火） Web会議 ・感染症の病原体検査体制の強化について ・新たな感染症危機管理体制への対応に関すること（概要説明、部会員所属自治体での対応の紹介） ・ラボネットワーク間の連絡網の整備 ・急性呼吸器感染症(ARI)サーベイランス（部会員所属自治体での実施状況と課題） ・アフターコロナにおけるNGS活用（薬剤耐性菌のNGS解析） ・地研におけるMALDI-TOF MSの使用経験～利点と課題 ・大阪・関西圏における感染症対策 ・その他（ポリオ根絶 GAPIV、現場の会、地研衛フォーラム等）
	メール会議 令和7年4月から通年、随時 ・「地方衛生研究所の法制化に伴う対応」に関する全国調査（10月実施） ・予防計画、健康危機対応計画、実践型訓練等に関する情報共有

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

部会	テーマ
精度管理部会	第1回精度管理部会 令和7年5月19日（月） Web開催（Zoom） ・人材育成に活用できるコンテンツの充実 ・容量テスター・リークテスターの使用状況及び実績調査について ・ゲノム解析ワーキンググループについて ・精度管理関連の研修会の開催について
	第2回精度管理部会 令和7年10月28日（火） 静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 9階 901研修室 ・人材育成に活用できるコンテンツの充実 ・容量テスター・リークテスターの校正及び保管機関等について ・ゲノム解析ワーキンググループについて ・精度管理関連の研修会の開催について
	令和6年度に2ブロックに保管されていたリークテスター、容量テスターの校正を実施したため、令和7年度は、4ブロック（北海道、愛知県、大阪府、山口県）に保管されている機器の校正を行う。令和8年度は、残りの4ブロックについて更正する予定

13

成果：全国協議会全体での事業（部会活動）

部会	テーマ
理化学部会	第2回 試験検査担当者を対象としたWeb講習会（理化学系） 令和7年9月8日（月） Web配信 【講演】検査においてより汎用性の高い機器紹介 ・北海道立衛生研究所におけるHPLCの活用例の紹介 北海道立衛生研究所 食品科学部 西村一彦 先生 ・LC-MS/MSによる細菌性毒素の分析例 東京都健康安全研究センター 食品化学部 小池裕 先生 ・LC-MS/MS測定の不確かさ評価を通して、分析の精度向上につなげる さいたま市健康科学センター 生活科学課 設楽純史 先生 ・イオンクロマトグラフについて－資料精製法を含む－ 東京都健康安全研究センター 薬事環境科学部 塩田寛子 先生 ・ICP-MSの紹介と神奈川県立衛生研究所における活用例 北海道立衛生研究所 鈴木智宏 先生

14



北海道立衛生研究所におけるHPLCの活用例の紹介

15

令和7年度の新規事業

実地研修

- ゲノムデータ解析研修 2025.5～12
- 若手職員の試験検査技術の啓発に関する取り組み・微生物系
ウイルス分離 2025.12.4
- 細菌分野のリアルタイムPCR研修 2025.12.11

Web セミナー

- 試験検査担当者を対象としたweb講習会（化学系） 2025.9.8
- MALDI-TOF MS等の使い方と情報共有について 2025.12.23
- 食品内で発見される昆虫等に関する検査技術講習会 2026.3.4

技術教法の作成

- レジオネラ属菌検査ハンドブック 2026.3
- 食品苦情に関する事例集 2026.3

16



細菌分野のリアルタイムPCR研修
2025.12.11

令和7年度事業の成果と考察

- ❖ブロック会議や専門家会議は、検査技術の水準向上と標準化の推進、併せて連携体制協力の強化の充実に寄与した。
- ❖レファレンスセンター連絡会議は、レファレンスセンターの機能強化、連携促進、病原体情報収集及び情報収取体制の一層の強化に貢献した。
- ❖模擬訓練や精度管理事業は、健康危機事例発生時の具体的な対応や地衛研の検査技術の向上に資することができた。
- ❖全国協議会全体での事業（保健情報疫学部会、感染症対策部会、精度管理部会、理化学部会）の実施は、地域を越えた課題の共有につながった。
- ❖今年度新たに開催した研修・セミナーは、地研職員の検査技術の向上を図るとともに、職員間のネットワーク構築に大きく貢献した。

18

本事業を通じて地域ブロック内及び全国地方衛生研究所間の連携が進み体制強化につながった。一方、業務実態アンケート調査では、予算は微増しているものの十分とはいえず、人員不足の状況が続いていることが明らかとなった。

地方衛生研究所は令和5年4月に法制化されたことから、今後益々、その機能が期待される状況である。引き続き、検査能力及び検査精度の向上に取り組み、地域の健康危機管理を担う機関としての役割を十分に果たしていきたい。

理学療法士・作業療法士の地域・職域での予防・健康づくりを目的とした保健活動を推進するための
伴走支援のあり方に関する検討と普及事業

分担事業者 山本 伸一(日本作業療法士協会 会長)

齊藤 秀之(日本理学療法士協会 会長)

事業協力者 谷川 真澄、吉井 智晴、松本 良二

岡持 利亘、関本 充史、梅野 裕昭、香山 明美、小林 敦郎、椎葉 倫代、清水 兼悦、

園川 太郎、戸松 好恵、成松 義啓、橋本 美弥子、藤田 タ子、三戸 洋、渡邊 忠義

寒川 祐樹、柿原 稔永、中山 直樹、中井 卓、秋山 健太、石川 聡、藤井 恭平

要旨 理学療法士(以下 PT)と作業療法士(以下 OT)が持つ専門性は、対象者の心身機能だけでなく、さまざまな環境的要因を考慮する点であり、その専門性は地域の健康づくりにおいても有効である。しかし、働き盛り世代への予防事業に関して、保健所からの連携希望は多くあるものの、事業実施数は極めて少ない。昨年に引き続き、事業準備を開始する都道府県士会をモデルチームとし、事業実施のプロセスを支援する伴走支援を行いながら、事業展開に必要な準備等のプロセスを整理してまとめた。

A. 目的

自治体又は企業における予防・健康づくりに寄与する PT・OT の取組みを横展開し、47 都道府県で実施されるように推進する。

B. 方法

(1) 事業に着手できていない都道府県士会が、より事業に取り組みやすくするために、昨年度事業で検討した伴走支援のあり方を精緻し、伴走支援の効果検証を行う。

(2) 精緻化した伴走支援のあり方を整理し、前年度事業までに作成した手引きを改訂する。

(3) 昨年度事業結果の周知、事業を始めるにあたって必要となる情報の提示、都道府県理学療法士・作業療法士会(以下、PT・OT 士会)との意見交換の場として、研修会を開催する。

C. 結果

(1) 伴走支援班のあり方の整理と伴走支援の効果検証

今年度に事業を実施しようとする香川県 PT 士会と徳島県 OT 士会の2士会をモデルチームとし、先行して事業を実施した経験を持つ構成員や有識者を伴走者として各チームに配置した。

伴走者は、モデルチームの主体性を尊重しつつ良好な関係性を構築する姿勢を持ち、スケジ

ユールの提案、タイムリーな情報提供、段階付けや課題整理へのファシリテートを行った。

モデルチームの実践および伴走支援を通して得られた知見から、事業準備のプロセスを内向き(士会内での準備)と外向き(事業に必要な他機関との連携準備)に分類し、実施評価指標・手段・時期・基準を作成した。

・モデルチーム1:香川 PT チームの取り組み

香川県は糖尿病罹患率が高く、医療・保健指導強化が求められることから事業のテーマとして選択した。運動習慣の基礎知識等や運動方法の講義と実践をプログラムとした。事業を活用してもらうために、行政や産業保健総合支援センター、全国健康保険協会と連携し、作成した募集チラシの配布に関する相談を行った。その結果全国健康保険協会とは協定を結ぶこととなった。次年度は、実績を積み、市町村の保健師や企業へもプレゼンテーションを行う予定となっている。

・モデルチーム2:徳島 OT チームの取り組み

作業療法士の特性を生かしたメンタル不調を事業のテーマとして選択した。産業保健総合支援センターと全国健康保険協会に聞き取り調査を行い、課題を整理した。また、「メンタル不調」の文言を提示すると、対象者が抵抗を感じるこ

を踏まえて「肩凝りは人・環境・作業の不適合サイン」と視点を変え、事後対応から予防中心へとシフトさせるプログラムを作成した。また、モデル事業所への介入を通して事業内容のブラッシュアップを行った。次年度は、人材育成、全国健康保険協会との連携強化、モデル事業の実施を予定している。

(2) 手引きの改訂

伴走支援班会議および伴走支援のあり方検討班会議の検討結果を基に、今後必要となる手引きの内容を検討して作成した。

事業実施までの必要事項をステップごとにまとめたものへと一新し、情報提示だけでなく、コラムとして事業の背景や考慮すべき視点を示した。

(3) 研修会の開催

「地域・職域での予防・健康づくりを目的とした保健活動を推進するための研修会」を、令和 7 年 10 月 9 日に研修会を実施した。対象は、PT 士会および T 士会の事業担当者とし、PT 士会 37 士会・OT 士会 34 士会から 71 名、傍聴 15 名の合計 86 名の参加があった。事後アンケートでは、研修会参加の満足度「やや良い」「とても良い」を合わせると 91.4% (回収率 81%) となった。

各年度の母数は異なるが、研修会事後アンケートでは、「事業を実施した」が 15 士会で、昨年の 10 士会と比較して 1.5 倍の増となっている。また、「事業実施について検討をしているか」については、42 士会となっており、昨年の 24 士会と比較すると 1.75 倍の増となっている。

D. 考察

モデルチームの活動は、伴走支援を通して、次年度の計画作成まで達成することができたこと

から、伴走者が行った支援内容が事業展開に必要な事項(プロセス)であると言える。この事項(プロセス)を整理してまとめたことで、事業実施の指針となり、事業展開へ大いに貢献できる。また、モデルチームの取り組みから、リハビリテーション専門職の特性や視点を生かしたプログラムの提供が可能なが分かった。

手引きの改訂は、2年に渡り実施してきた伴走支援から得た事業を実施するために必要な事項を視覚化することできた。手引きのステップに沿って事業準備を行うことで、伴走支援の代わりに担えと考える。しかし、タイムリーな支援やスケジュール管理に関する支援については補うことが出来ないため課題として残る。

事業の周知および展開に向けた状況は、事業実施や検討している士会が年々増加していることから、事業展開が進んでいると言える。

E. 結論

本事業を通して、47 士会の働き盛り世代への予防事業への意識は格段に高くなった。また、事業展開に必要な活動を整理して手引きにまとめることができ、事業展開において必要となる事項(プロセス)を示すことが出来た。以上のことから、47都道府県で事業実施をするための道筋が作られ、リハビリテーション専門職の特性を生かした事業展開への効果があったと言える。

F. 今後の計画

作成した手引きを各士会に配布・周知し、事業の推進を更に図る。

G. 発表

1. 論文発表 未定
2. 学会発表

第 85 回日本公衆衛生学会総会(予定)

令和7年度「地域保健総合推進事業」

理学療法士・作業療法士の
地域・職域での予防・健康づくりを目的とした
保健活動を推進するための
伴走支援のあり方に関する検討と普及事業

分担事業者
山本 伸一（日本作業療法士協会 会長）
斉藤 秀之（日本理学療法士協会 会長）

分担事業者

山本 伸一（日本作業療法士協会 会長）
斉藤 秀之（日本理学療法士協会 会長）

事業協力者

谷川 真澄、吉井 智晴、松本 良二
岡持 利亘、関本 充史、梅野 裕昭、香山 明美、小林 敦郎、清水 兼悦、
椎葉 倫代、園川 太郎、戸松 好恵、成松 義啓、橋本 美弥子、
藤田 夕子、三戸 洋、渡邊 忠義、寒川 祐樹、柿原 稔永、中山 直樹、
中井 卓、秋山 健太、石川 聡、藤井 恭平

1.はじめに

○令和4年度～令和6年度地域保健総合推進事業では、「働き世代（青壮年・中年層）期に対する0次予防、1次予防」に理学療法士（以下PT）と作業療法士（以下OT）が寄与していくため、実態調査、実践の方法・効果の検討、実践の普及と進めてきた。

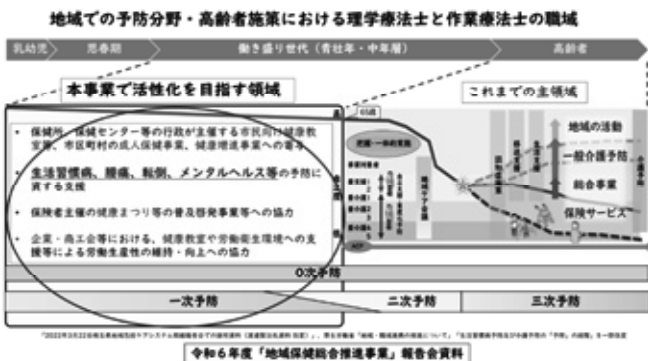
○過去3年間の事業結果

- ・全国での実践は極めて少ない
- ・少ない実践や、2次予防・3次予防での経験からPT・OTが健康づくりにどのように寄与できるかを整理
- ・実際の取り組み+伴走支援から事業をどのように進めるかを整理

経緯

- ・令和4年度の地域や職場における予防・健康づくり等への調査結果では、理学療法士と作業療法士による成人に対する生活習慣病予防等の健康づくりに係る取り組みが多くないことが明らかになった。
- ・令和5年度は、自治体又は企業における成人の疾病・障害の予防、および身体的・精神的健康を増進するための保健活動に寄与する取り組みを推進することを目的に、研修会の開催、方策検討会議の開催、ならびに手引きの作成を実施した。
- ・令和6年度は、5年度で作成した手引き等を活用し、PT士会・OT士会における地域・職域での予防・健康づくりを目的とした保健活動をさらに推進するために、モデルチームに伴走支援を行い伴走支援のあり方を検討するとともに、上記経過等の報告も含めた研修会を開催した。

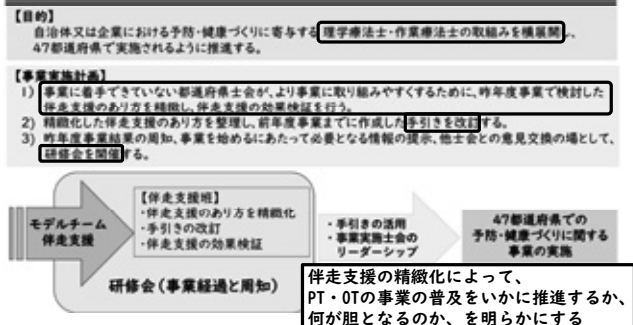
令和6年度「地域保健総合推進事業」報告会資料



令和6年度「地域保健総合推進事業」報告会資料

1.はじめに

○令和7年度事業の全体



伴走支援の精緻化によって、PT・OTの事業の普及をいかに推進するか、何が胆となるのか、を明らかにする

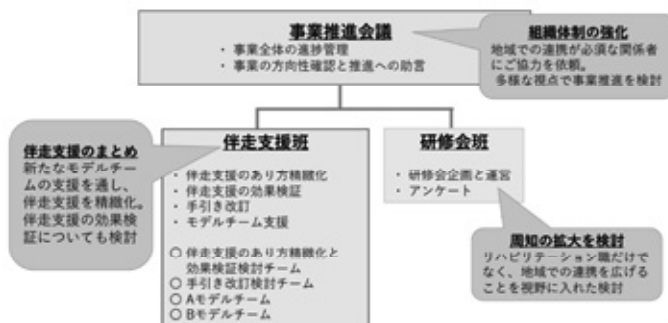
II. 方法

1. モデル事業+事業経験者による伴走支援、その精緻と効果検証

2. 活動を推進するための「手引き」の再編集

3. 研修会の開催

全体図：組織体制と方法



22

II. 方法

I. モデル事業+事業経験者による伴走支援、その精緻と効果検証

- 1) 香川県PT士会と徳島県OT士会の2士会を2025年度事業実施モデルチームA・Bとして認定
- 2) 昨年度の事業を経験した事業担当者を事業伴走者としてモデルチームA・Bに配置
- 3) 伴走支援班のあり方の整理と、伴走支援の効果検証を実施

II. 方法

I. モデル事業+事業経験者による伴走支援・・・

1) 香川県PT士会と徳島県OT士会の2士会を2025年度事業実施モデルチームA・Bとして認定

①Aモデルチーム：香川PT士会チームの取り組み

○事業テーマ：香川県は糖尿病罹患率が高く、医療・保健指導強化が求められており、運動習慣の基礎知識や運動方法の講義と実践をプログラム化。

○事業を活用してもらうために、行政や産業保健総合支援センター、全国健康保険協会と連携し、募集チラシの配布。事業の活用相談を実施。

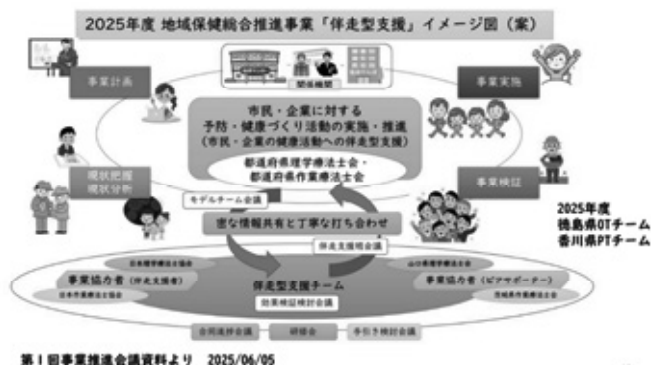
II. 方法

I. モデル事業+事業経験者による伴走支援・・・

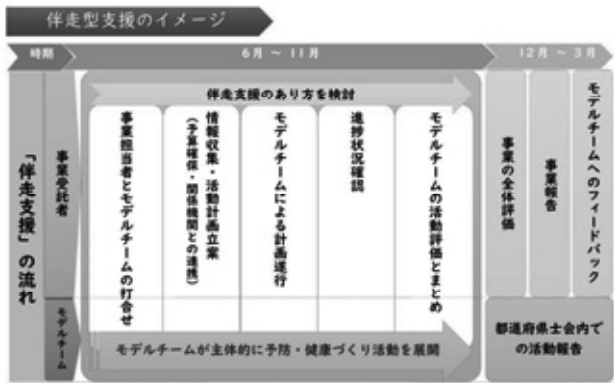
1) 香川県PT士会と徳島県OT士会の2士会を2025年度事業実施モデルチームA・Bとして認定

②Bモデルチーム：徳島OT士会チームの取り組み

- 事業テーマは、「メンタル不調についての支援方法検討」
- 産業保健総合支援センターと全国健康保険協会に聞き取り調査を行い、作業療法士の特性を活かした活動課題を整理。
- 実際の事業所への介入。



12



II. 方法 2. 活動を推進するための「手引き」の再編集

- 1) 方法1で得たモデルチームの活動内容とその活動を伴走支援した方法、結果、効果を整理
- 2) 1)をまとめ、前年度事業で作成した「手引き」に反映、再編集



令和6年度事業 手引き

II. 方法 3. 研修会の開催

- 開催 年1回（令和7年10月9日）
- テーマ 「地域・職場での予防・健康づくりを目的とした保健活動を推進するための研修会」
- 対象 PT・OT各都道府県士会の本事業担当者

※令和6年度事業結果の周知、事業を始めるにあたって必要となる情報の提示、令和7年度事業の進捗と要点の報告、他士会との意見交換の場として、研修会を開催

III. 結果 1. モデル事業+事業経験者による伴走支援 その精緻と効果検証

Aモデルチーム：香川PTチームの取り組み結果

- 全国健康保険協会と協定を締結。
- 次年度は、実績を積み、市町村の保健師や企業へもプレゼンテーション予定。

Bモデルチーム：徳島OTチームの取り組み結果

- 事後対応（「メンタル不調」と本人が自覚、周囲もそれに適した体制・対応をとる）から、予防中心へとシフトさせるプログラムを作成
- 事後に「メンタル不調」の文言を提示する以前に、「肩凝りは人・環境・作業の不適合サイン」等、予防への意識と本人の取り組みが重要であるとの視点が重要であり、介入のポイントが明らかになった。

Aモデルチーム：香川PTチームの取り組み



Bモデルチーム：徳島OTチームの取り組み

株) 様

改善プログラム1
グループワーク
不安や緊張をやわらげ
肩こりを減らす



業務開始前、ボードにアルバイト業務を書き出し、口述で伝える



アルバイト「何をしたらよいか聞きにくい」
→不安や緊張が起ころ
ベテラン「一人でした方が早い」
→言えや緊張が起ころ

ロールプレイ
「ストレスなくアルバイトに業務を伝える」
→双方の緊張を軽減

改善プログラム2
ちょこっとストレッチ



業務中、ストレッチの許可を獲て
空いた時間には機能的にちょこっと
ストレッチ

※店長が動画を撮り従業員に共有

株) [] 様

結果報告と改善プログラムの提案



III. 結果 1. モデル事業+事業経験者による伴走支援
その精緻と効果検証

【伴走者の支援のポイント】

- モデルチームの主体性を尊重することが重要。
- その上でスケジュールの提案、タイムリーな情報提供、段階付けや課題整理へのファシリテートが効果的。「やることリスト」を作成、活用効果あった。

【伴走支援のあり方の整理と伴走支援の効果検証】

- 情報収集が重要であった (SPDCA)。
- 事業準備のプロセスを内向き (士会内での準備) と外向き (事業に必要な他機関との連携準備) に分類し、実施評価指標・手段・時期・基準を作成することで整理。
- 事業の質の評価として、「ドナベディアンモデル」を活用することで、事業評価ができた。

地域保健総合推進事業 (伴走支援で得たやることリスト)
就労世代・職場への保健事業への都道府県士会での取組

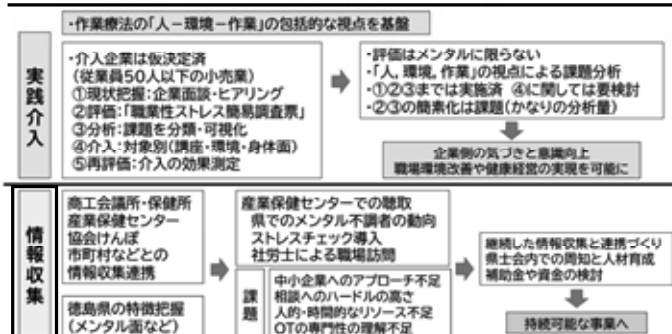
<p>1. 都道府県士会内での準備</p> <p>2. 関係機関「さんぽセンター・健保健・行政」等との、面会・相談・連携</p> <p>3. モデル事業</p> <p>① 情報収集 (都道府県独自の状況、国の施策等)</p> <p>② モデル事業対象の検討、交渉・営業・相談</p> <p>③ 事業プロセス検討</p> <p>④ 提供メニュー作成</p> <p>⑤ 実施とモニタリング</p> <p>⑥ 報告</p> <p>⑦ マネタイズ</p>	<p>4. 都道府県士会での事業化</p> <p>① 外向きの準備</p> <p>a. 事業案内リーフレット等資料</p> <p>b. 申込先の整備</p> <p>c. ガリキュラム・支援メニュー作成</p> <p>d. 取組例</p> <p>e. 費用関係</p> <p>a. 利用出来る補助金等</p> <p>b. 見積り</p> <p>c. 請求の流れ</p> <p>② 内向きの準備</p> <p>a. 次年度予算</p> <p>b. 事業計画</p> <p>c. 人材育成・人材バンク化</p> <p>d. 事業実施スキーム (報告会・研修会)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aモデルチーム (香川PT士会) 項目赤字

就労世代・職場への保健事業への都道府県士会での取組状況

<p>1. 都道府県士会内での準備</p> <p>2. 関係機関「さんぽセンター・健保健・行政」等との、面会・相談・連携</p> <p>3. モデル事業</p> <p>① 情報収集 (都道府県独自の状況、国の施策等)</p> <p>② モデル事業対象の検討、交渉・営業・相談</p> <p>③ 事業プロセス検討</p> <p>④ 提供メニュー作成</p> <p>⑤ 実施とモニタリング</p> <p>⑥ 報告</p> <p>⑦ マネタイズ</p>	<p>4. 都道府県士会での事業化</p> <p>① 外向きの準備</p> <p>a. 事業案内リーフレット等資料</p> <p>b. 申込先の整備</p> <p>c. ガリキュラム・支援メニュー作成</p> <p>d. 取組例</p> <p>e. 費用関係</p> <p>a. 利用出来る補助金等</p> <p>b. 見積り</p> <p>c. 請求の流れ</p> <p>② 内向きの準備</p> <p>a. 次年度予算</p> <p>b. 事業計画</p> <p>c. 人材育成・人材バンク化</p> <p>d. 事業実施スキーム (報告会・研修会)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

徳島県作業療法士会 伴走支援



III. 結果 地域・職域連携における評価の種類、評価の観点、評価指標

事業の質評価「ドナベディアンモデル」	評価の種類	評価の観点	評価指標	
			協議会の評価指標	事業の評価指標
	ストラクチャー (構造)	実施するための仕組みや実施体制を評価する。	協議会の評価指標 意義・効果の共有、設置・開催状況、構成員、他の協議会との連携状況、リソースの共有状況、評価指標の設定等	事業の評価指標 人的資源 (職員数、職種等)、物的資源 (施設・設備の状況、モーター)、協議会・ワーキンググループの設置状況等
	プロセス (過程)	目標の達成に向けた過程 (手順) を評価する。	健康課題明確化の状況、重点領域の設定、目標・年間計画の設定、連携事業に関する情報提供、関係者の資質向上、評価の実施等	連携事業の実施過程 (打ち合わせ、役割分担等)
	アウトプット (事業実施量)	目標達成のために実施した事業内容を評価する。	連携事業の実施状況 (一事業の評価指標) により評価	実施回数、参加人数、参加率、達成数等
	アウトカム (結果)	目標の達成状況を評価する。	設定した健康指標の改善等	生活習慣 (食事・運動) や健康データの改善等

地域・職域連携推進ガイドライン

Ⅲ. 結果 2. 活動を推進するための「手引き」の再編集

○47都道府県への事業拡大向け、本事業で実践・検証し導き出した伴走支援のあり方ついて、手引きに追加した。

○事業実施までの必要事項をステップごとにまとめたものへと一新し、情報提示だけでなく、コラムとして事業の背景や考慮すべき視点を示した。

手引きの改訂（概要抜粋）

1. 目的

令和7年度は、令和6年度から令和7年度にかけて、「予防・健康づくり」をパイロット的に実践するモデルチーム（都道府県理学療法士会および都道府県作業療法士会）を支える活動である伴走支援の手順や役割、注目事項、介入のタイミング等を精緻化し、保健事業参画のための都道府県士会のやることリストをまとめた。その伴走支援の手順は、その伴走支援の手順は、地域の成人保健事業や健康増進事業に寄与することをめざす都道府県の理学療法士会・作業療法士会への伴走的な手引きとなることを想定し、令和5年度に作成した「自治体または企業における成人の健康づくりに寄与するための手引き都道府県の理学療法士会・作業療法士会の担当者向け」を改定することとした。

2. 手引き概要

都道府県理学療法士会または都道府県作業療法士会が、新たに地域の成人保健事業や健康増進事業への参画を検討し活動を進めるうえでのメルクマークとなるよう各ステップに沿って構成した。

- STEP1 組織の基盤づくり
- STEP2 情報収、地域・企業の実態把握とニーズ調査
- STEP3 地域・事業主との打ち合わせと活動するための準備
- STEP4 健康づくり支援事業の展開・モニタリング
- STEP5 PDCAを回すための工夫

◎令和6年度・令和7年度に伴走支援を行ったモデルチームが取り組んだ具体的な事業内容は、取組例として示した。

Ⅲ. 結果

3. 研修会の開催

◎参加者 PT37士会・OT34士会から71名、傍聴15名の合計86名

◎事後アンケート結果

研修会参加の満足度「やや良い」「とても良い」

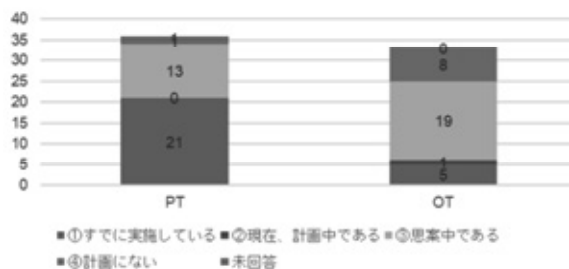
合計91.4%（回収率81%）

「事業を実施した」2024年度 10士会 → 2025年度15士会

「事業実施について検討をしているか」

2024年度 24士会 → 2025年度 33士会

貴士会では、自治体や企業における予防・健康づくりに寄与する取組みを推進していますか？

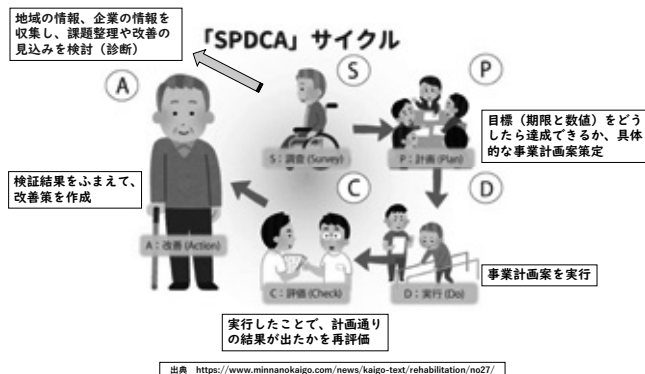


Ⅳ. 考察

【伴走支援の精緻と効果検証】

○推進に向けた高い汎用性と再現性のために①～③が重要

- ① 活動参画に必要な調査－計画－実行－評価－改善（SPDCA）の明確化（リハ専門職の日々の業務と同様）
- ② 事業実施のための構造となる仕組みや実施体制を評価可能とするツール（やることリスト、STEPフォーマット等）を開発提示
- ③ 多職種との関係構築が重要で、事業目標を共有しながら事業を推進する仕組みが前提、連携パターンの把握



IV. 考察

【事業の普及・横展開・手引きの有効活用】

○伴走支援の経験から事業推進の大事なポイント、難しい局面は丁寧にとめられ、実施者の心理的支援まで手引きの改訂として落とし込むことができ、実際に経験者が伴走支援しなくとも、取り組みやすい内容の手引きに改善された。

○本事業(継続事業)を通して、PT・OT47士会の事業理解が進み事業実施や事業検討士会が年々増加している傾向から、少しずつ事業展開が進んでいくと考えられる。

○手引きをプロモーションし、手引きを活用した取り組みを増やしていく協会一士会連携によるマネジメント(フォロー)が重要。

IV. 考察

【PT・OT参画の課題】

○病院や介護事業所に勤務するほとんどのPT・OTがこの領域に関わる機会はほとんどない。取り組み方法が分からない、取り組める人材が少ない、経済的保証がない等、この領域のPT・OTの活動が広がらない根本的背景がある。国や自治体の制度の見直し、直接的・間接的様々な参画方法の検証が今後必要。

○現状できることとして、職能団体が連携し、もっと多くの実践とトライ&エラーによって、PT・OTによる活動の成果を示し、自治体からの要請や、企業からの依頼へと広げていく。

○自治体勤務のPT・OT、起業しているPT・OTの参画推進も鍵となる。

保健所、精神保健福祉センター及び市区町村等との連携・支援のための、
ひきこもり相談支援実践研修会の開催とひきこもり者相談支援マニュアル（仮）作成

分担事業者 辻本 哲士 （滋賀県立精神保健福祉センター）

総括者 原田 豊 （鳥取県立精神保健福祉センター）

要旨 ひきこもり相談支援技術の向上を目的に、「ひきこもり相談支援実践研修会」A研修<対象：保健所・精神保健福祉センター>、B研修<特定圏域>、D研修<市区町村、地域包括支援センター>を開催し、ひきこもりの理解、8050問題、発達障害等の講義を行うとともに、ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会へ参加した。ひきこもり支援の主体は保健所・精神保健福祉センターから市区町村・地域包括支援センターと幅広く、相談支援マニュアルの作成を行った。

A. 目的

近年、保健所や精神保健福祉センターに加え、市区町村や地域包括支援センターにおいても、ひきこもり者の精神保健福祉相談が増加、内容も複雑困難化している。厚生労働省は、令和4年度より、より身近な市町村域における相談窓口の設置と支援内容の充実を図り、これを都道府県がバックアップする体制の構築をあげ、多機関多職種を対象とした、ひきこもり相談支援実践研修会が求められている。

平成29年度より実施している研修会であるが、令和7年度も引き続き、対象機関別に「ひきこもり相談支援実践研修会」A、B、D研修を開催するとともに、ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会への参加・情報提供を行った。研修会においてはアンケートを実施し、ひきこもり支援に関する現状と課題を把握し検討を行い、これまでの講演、アンケート結果等をもとに、相談支援マニュアルの作成を行った。また、講義の動画配信を後日行った。

B. 結果

1. 研修会の開催状況

（1）ひきこもり相談支援実践研修会A研修<対象：ひきこもり相談支援に関わる保健所、精神保健福祉センター職員等>

第1回（基礎編）を令和7年9月8日、第

2回（応用編）を同年11月17日にリモート形式にて開催した。参加に関して、全国保健所長会に協力依頼をしたうえで各保健所へ開催案内を送信、参加者を募集したところ、全国から158人の参加を得た。参加機関は、保健所が91人と半数以上を占め、職種は、医師15人、看護師・保健師86人等であった。

【開催内容】第1回（基礎編）：講義A「ひきこもりの基礎理解」「ひきこもり相談への対応と支援」／講義B「中高年層のひきこもりについて」「8050問題について」／講義C「発達障害の理解と支援」／Q&A（就労支援、家庭内暴力）・まとめ。第2回（応用編）：講義D「30歳危機～ひきこもり予備軍への関わり～」 「8050問題で出会う精神疾患～統合失調症・妄想性障害・強迫性障害・遷延化した気分障害・知的障害・依存症の事例を交えて～」 ※いずれの講義においても事例紹介を行った。／講義E「ひきこもり地域支援センターにおける市町村支援（鳥取、高知より）」。

研修後アンケートにおいて、継続した家族相談の難しさ、支援・介入を拒否するひきこもり者への支援などの課題があげられた。

（2）ひきこもり相談支援実践研修会B研修<対象：特定圏域におけるひきこもり支援者>

令和7年11月4日、青森県立精神保健福祉センターの協力を得て、青森県観光物産館アスパム（青森市）にて集合形式にて開催。参加者は、市町村、保健所、自立支援相談窓口、地域包括支援センター等から44人。

【開催内容】講義に引き続き、開催地からの事例報告、グループワークを実施した。

（3）ひきこもり相談支援実践研修会D研修
＜対象：市区町村、地域包括支援センター＞

第1回：令和7年10月6日、第2回：12月8日、リモート形式にて開催した。参加者763人（リモート研修377人、録画配信386人）。参加機関は、市区町村356人、地域包括支援センター直営55人、同委託251人等。職種は、看護師・保健師281人、社会福祉士219人、主任介護支援専門員59人等であった。

【開催内容】①講義A「ひきこもりの基礎理解」「ひきこもり相談への対応と支援」。②講義B「中高年層のひきこもりについて」

「8050問題について」。③Q&A「30歳危機：成人期ひきこもり予備軍／発達障害の理解と支援」※多くの事例を提示し解説。

研修後アンケートでは、市区町村・地域包括支援センターでは、「ひきこもり支援に関する相談が急増している」状況にあるが、

「併存障害のある方への支援が難しい」「発達障害を有する人が多い」「こじれている、拒否する事例が多い」等の課題が多くみられた。一方で「どこに相談して良いのか分からない」「他機関との連携が上手くいかない」等、高齢者支援とひきこもり支援の連携の難しさなどがあげられた。また、多くの事例を提示したことで理解しやすかったなどの意見も多く、継続した研修の開催を望む意見が多数認められた。

（4）ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会への参加、情報提供

※令和6年度までは、同協議会と連携した研修会（C研修）を開催していたが、令和7年度は、同協議会は独自開催となり、本事業としては参加、情報提供を行った。

令和7年11月27日、きらめきプラザ（岡山県岡山市）にて集合形式で開催した。参加者68人。

【情報提供】講義「全国精神保健福祉センター長会の動きから～ひきこもり支援からみた地域支援～」

2. 講義内容の動画配信

A研修及びD研修の講義を、後日、研修会申込者に動画配信を行うとともに、Slackひきこもり支援コミュニティにも提供した。

3. 相談支援マニュアルの作成

これまでの研修講義、アンケート結果等をもとに、ひきこもり相談支援マニュアルを作成、各関係機関に提供を行うとともに、全国精神保健福祉センター長会等のホームページに掲載予定としている。

C. 考察、結論

ひきこもりを対象とした研修事業を開始しておよそ10年が経過する。開始当初に比較し、ひきこもり者支援は保健所・精神保健福祉センターに加え、市区町村・地域包括支援センターへと広がりを見せ、重層的体制整備事業の創設等により、多くの市区町村にひきこもり相談窓口が作られている。一方で、支援の現場では、拒否・攻撃的な事案、背景に発達障害や併存障害を有し対応が難しい、大きな変化のないまま長期化しているなどの複雑、困難な事例も多く、医療機関との連携も今後の大きな課題となる。今後、より一層の他機関での連携、支援体制の充実が必要とされる。引き続き、ひきこもりマニュアルを基本として多機関多職種を交えた研修会の開催を行う予定である。

D. 発表 論文発表及び学会発表 なし

令和7年度地域保健総合推進事業
**保健所、精神保健福祉センター及び
 市区町村等との連携・支援のための、
 ひきこもり相談支援実践研修会の開催と
 ひきこもり者相談支援マニュアル(仮)作成**

分担事業者 辻本 哲士 (滋賀県立精神保健福祉センター)
 協力事業者 ○ 原田 豊 (高知県立精神保健福祉センター)

協力事業者 福島昇 (新潟市こころの健康センター)	石黒雅浩 (東京都立精神保健福祉センター)
平賀正司 (東京都立中部精神保健福祉センター)	井上悟 (東京都立多摩精神保健福祉センター)
田中治 (青森県立精神保健福祉センター)	
研究協力者 二宮真至 (浜松市精神保健福祉センター)	太田照一郎 (岡山市こころの健康センター)
林みつ穂 (山形市精神保健福祉総合センター)	野口正行 (岡山県精神保健福祉センター)
佐藤昌司 (群馬県心の健康センター)	藤城聡 (愛知県精神保健福祉センター)
藤林英樹 (福岡県精神保健福祉センター)	河野達英 (山口県精神保健福祉センター)
山崎正雄 (高知県立精神保健福祉センター)	川口貴子 (福岡市精神保健福祉センター)
清水光恵 (滋賀県立精神保健福祉センター)	
アドバイザ 中原由美 (保健所長会/福岡県筑紫保健所)	竹之内直人 (愛媛県/医療法人順風会顧問)
小野高部 (おのクリニック院長/和歌山県)	小原圭司 (松ヶ丘病院名誉院長/島根県)
宮川治 (元沖縄県立総合精神保健福祉センター)	

1

はじめに

近年、保健所や精神保健福祉センターにおいて、ひきこもり者の精神保健福祉相談が増加し、かつ多様化、複雑困難化している。中高年のひきこもり者の増加をはじめ8050問題は各自自治体において重要な課題となっており、厚生労働省は、令和4年度より、より住民に身近なところで相談ができるように、「ひきこもり地域支援センター」の設置主体を市町村に拡充するとともに、「ひきこもり支援センター」の実施し、都道府県が市町村をバックアップ、連携し、市町村のひきこもり支援体制の整備をしていくこととしている。

本事業は、平成29年度より、保健所・精神保健福祉センター等を対象とした「ひきこもり相談支援実践研修会/A研修」を開始し、令和2年度からは、特定の圏域内でのひきこもり支援機関のスタッフを対象とした「同/B研修」、令和3年度からは、市区町村・地域包括支援センターを対象とした「同/D研修」を開催してきた。後日、参加者等に、講義の録画配信を行っており、令和7年度では、これまで開催実績をもとに、ひきこもり者相談支援マニュアルの作成を行い、全国精神保健福祉センター長会ホームページ上に提供予定である。

2

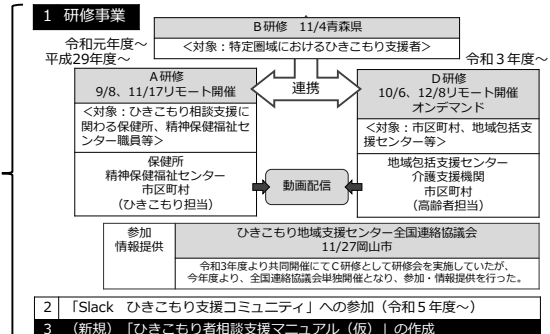
地域保健総合推進事業経緯

(全国精神保健福祉センター長会ひきこもり者支援検討委員会主催)

平成27年度	保健所・精神保健福祉センターを対象に、地域精神保健福祉業務に関するアンケートを実施。ひきこもり支援が重要な課題となっていることを指摘された。		
平成28年度	保健所・精神保健福祉センターを対象に、ひきこもり支援の現状と課題についてアンケートを実施。マンパワーの不足に加えて、専門的な知識や技術の獲得が大きな課題とされた。		
平成29年度	ひきこもり相談支援実践研修会(A)の開催。先進地事例の提供を行う。	A	
平成30年度	同研修会の開催。地域包括支援センターを対象に、中高年層のひきこもり支援に関するアンケートを実施。		
令和元年度	新たに、市区町村・地域包括支援センターも対象とした研修会(B)を開催。	B	
令和2年度	コロナ禍において、研修をリモートにより開催。全国からの参加者が増加。		
令和3年度	新たに、全国ひきこもり地域支援センターを対象とした研修会(C)。全国の市区町村・地域包括支援センターを対象としたリモート研修(D)を実施。コロナ禍におけるひきこもり支援の影響についてアンケート調査を実施。後日、研修(D)に関しては、希望する市区町村・地域包括支援センター等に講義録画配信を行う。	C	D
令和4年度	引き続き、研修会(A)~(D)を開催。後日、研修(D)に関しては、希望する市区町村・地域包括支援センター等に講義録画配信の提供。全国ひきこもり地域支援センターを対象に、市区町村支援・連携の現状・課題についてアンケート調査を実施。		
令和5年度	引き続き、研修会(A)~(D)を開催し、研修(D)に関しては、同時に、希望する市区町村・地域包括支援センター等に講義録画配信の提供。全国ひきこもり地域支援センターを対象に、市区町村支援・連携の現状・課題についてアンケート調査を実施。		
令和6年度	引き続き、研修会(A)~(D)を開催し、研修(D)に関しては、同時に、希望する市区町村・地域包括支援センター等に講義録画配信の提供。「Slack ひきこもり支援コミュニティ」への参加。		
令和7年度	引き続き、研修会(A)~(D)を開催し、研修(D)に関しては、同時に、希望する市区町村・地域包括支援センター等に講義録画配信の提供。「Slack ひきこもり支援コミュニティ」への参加。8年間の開催実績をもとに、「ひきこもり者相談支援マニュアル(仮)」の作成を行う。		

3

令和7年度の主な事業



4

ひきこもり相談支援実践研修会 A研修

日時	第1回(基礎編) 令和7年 9月 8日(月) リモート開催 第2回(応用編) 令和7年 11月 17日(月) リモート開催
対象	保健所、精神保健福祉センターなどの職員 (録画配信あり)
参加者数	158人 ()内は人数
(所属)	保健所(91)、精神保健福祉センター(47)など
(職種)	医師(15)、看護師・保健師(86)、福祉職(精神保健福祉士等)(34)、心理職(12)など
(現在)	専門相談(63)、一般相談(66) ← 81.6%
講義内容	「ひきこもりの基礎理解」「ひきこもりの相談対応・支援」 「中高年層のひきこもりについて」「8050問題について」 「発達障害の理解と支援」 「30歳危機〜ひきこもり予備軍への関わり〜」 8050問題で出会う精神疾患(統合失調症、妄想性障害、強迫性障害、認知化した気分障害、知的障害、アルコール依存症等を事例を交えて解説) 「Q&A(就労支援、家庭内暴力等)」 「ひきこもり地域支援センターにおける市町村支援について」 鳥取県:とっとりひきこもり生活支援センター 高知県:高知県ひきこもり地域支援センター

5

ひきこもり相談支援実践研修会 B研修

日時	令和7年11月4日(火) 集合形式
会場	青森県観光物産館アスパム(青森県青森市)
対象	市区町村、県、保健所、福祉事務所、自立相談窓口 社会福祉協議会、地域包括支援センター 若者サポートステーション、相談支援事業所
参加者数	44人
講義内容	講義 「ひきこもりの基礎理解と家族相談・支援」 「ひきこもりの長期化と8050問題について」 開催地からの事例による検討 グループワーク 質疑応答

6

ひきこもり相談支援実践研修会 D研修

日時	第1回 令和7年10月6日(月) 第2回 令和7年12月8日(月)
場所	リモート形式、録画配信
対象	市町村、地域包括支援センターなど。
参加者数	763人 リモート研修(377)、録画配信(386)
(所属)	市区町村(356)、都道府県(17) 地域包括支援センター直営(55)、同委託(251) など
(職種)	看護師・保健師(281)、精神保健福祉士(36) 社会福祉士(219)、主任介護支援専門員(59) 介護支援専門員(23)、事務(77) など
(経験)	10年以上(232)、6～9年(114)、2～5年(258) 1年未満(94)、支援経験なし(63)
講義内容	「ひきこもりの基礎理解」「ひきこもり相談への対応と支援」 「中高年層のひきこもりについて」「8050問題について」 「Q&A(30歳危機:成人ひきこもり予備軍 /発達障害の理解と支援)」 ※いずれも、多くの事例を提示しながら解説

7

ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会 への参加、情報提供

日時	令和7年11月27日(木) 集合形式
会場	きらめきプラザ(岡山県岡山市)
対象	全国ひきこもり地域支援センター職員など
参加者数	68人
講義内容	ひきこもり地域支援センター全国連絡協議会と共催 事業説明等 「ひきこもり支援施策の動向」厚生労働省より 情報提供/全国精神保健福祉センター長会の動きから 「ひきこもり支援から見た『地域支援』 ～統合失調症モデルを見直す～ 講義 「ひきこもり支援をめぐる不安との向き合い方と 対象者との関係づくり」 東洋英和女学院大学 穴倉久里江 准教授 グループワーク

8

講義の動画配信

昨年度に引き続き、リモート研修で行った講義を、後日、録画配信を行い、参加者の研修・復習等を目的に提供を行った。



YouTube画面

「ひきこもり相談支援実践研修会 A研修」講義動画 (基礎編)	3本
(応用編)	3本
「ひきこもり相談支援実践研修会 D研修」講義動画	2本
延べ視聴回数	計 1,081回 (対象) 研修A/D受講者及び申込者
	延べ視聴回数は、令和8年1月31日時点

※なお、録画配信は、「Slack ひきこもり支援コミュニティ」にも提供。

9

相談支援マニュアル(仮)作成



これまでの研修講義、アンケート結果等をもとに、ひきこもり相談支援マニュアルを作成、各関係機関に提供を行うとともに、全国精神保健福祉センター長会等のホームページに掲載予定としている。

10

研修会 事後アンケート等から

今年度の研修の参加者は、延べ1,000人を超え、研修参加者の多くは、すでに何らかのひきこもり相談支援にかかわっているものが多い(近年、増えてきている)。特に、具体的に8050問題におけるひきこもり支援に関わり、困難を抱えているという、市町村や地域包括支援センターなどからの参加者が増えている。

研修会終了後のアンケートから、

- 市区町村・地域包括支援センターでは、
「ひきこもり支援に関する相談が急増している」
「併存障害のある方への支援が難しい」「発達障害を有する人が多い」
「こじれている、拒否する事例が多い」等の課題
「家族相談の難しさ」「親亡き後の支援」
- 一方で
「どこに相談して良いのか分からない」「他機関との連携が上手くいかない」等、高齢者支援とひきこもり支援の連携の難しさなどがあげられた。
- また、多くの事例を提示したことで理解しやすかったなどの意見も多く、継続した研修の開催を望む意見が多数認められた。

11

今後の事業の展開

ひきこもりを対象とした研修事業を開始しておよそ10年が経過する。開始当初に比較し、ひきこもり者支援は**保健所・精神保健福祉センター**に加え、**市区町村・地域包括支援センター**へと広がりを見せ、重層的体制整備事業の創設等により、多くの市区町村にひきこもり相談窓口が作られている。

一方で、支援の現場では、**拒否・攻撃的な事案、背景に発達障害や併存障害を有し対応が難しい、大きな変化のないまま長期化しているなどの複雑、困難な事例も多く**、医療機関との連携も今後の大きな課題となる。今後、より一層の他機関での連携、支援体制の充実が必要とされる。引き続き、ひきこもりマニュアルを基本として多機関多職種を交えた研修会の開催を行う予定である。

12

保健所等の施策立案機能と技術系職員の資質向上に関する実践事業

分担事業者 嶋村清志（全国衛生行政研究会会長）

【協力事業者：各ブロック会長・担当幹事】北海道衛生行政研究会：竹内徳男・信行浩敬、東北衛生行政研究会：野原 勝・栃内圭子、関東衛生行政研究会：田中良明、北陸衛生行政研究会：有賀玲子・清水華子、東海衛生行政研究会：細野晃弘・中西浩之、近畿公衆衛生医師歯科医師の会：嶋村清志・堀田昌子、中国地区公衆衛生研究会：松岡宏明・河本幸子、四国公衆衛生医師の会：川内敦文・倉本玲子・尾上真奈美・西森実夏子、九州衛生行政研究会：橋本弥生・東 瞳【運営委員】緒方剛・逢坂悟郎・三宅雅史・池田和功・柳 尚夫・山田全啓・三品浩基・越田理恵・白井千香・武田浩文・万木慎太郎【オブザーバー】厚生行政研究会：佐藤理

要旨：当会では、衛生行政に従事する行政医師等技術系職員を対象として各種研修事業を継続的に実施してきた。令和7年度も保健所へ新たに配属された技術職に対する保健所技術系（新任者）職員研修を全国2ヶ所で開催し、その評価も行った。また全国衛生行政研究会セミナーを日本公衆衛生学会自由集会の一環としてハイブリッドで開催した。さらに令和6年度に実施した保健所技術系（新任者）職員研修に関するニーズ調査の追加調査をメールにより実施した。

A. 目的

全国衛生行政研究会では、従前から公衆衛生医師等の確保、定着に向けて各種調査研究や実践的研修事業を継続して実施しており、ポストコロナ時代においては、保健所等に勤務する技術系職員の新任期における実践的研修が極めて重要であることに気づかされることが多くなった。

令和7年度については、初任期における保健所技術系職員研修を姫路市と岐阜県の全国2ヶ所で開催し、その評価も行った。またハイブリッド方式による全国衛生行政研究会セミナーの開催および令和6年度に実施した保健所技術系（新任者）職員研修に関するニーズ調査の追加調査をメールにより実施した。これらの取り組みにより、保健所等における技術職の確保および資質向上に資することを本事業の目的とした。

B. 対象と方法

1. 保健所技術系（新任者）職員研修

保健所業務の目標を明確化にすることによって、地域課題の解消に有効な保健事業の企画・立案能力を身につけるとともに、効果的に保健所業務を遂行する能力を身につけるため、新規採用及び異動等で新たに保健所へ配属された技術系職員のうち、配属から概ね4年以内の地域保健従事者を対象に、姫路市および岐阜県において計2回開催した。

2. 令和6年度に実施した保健所技術系（新任者）職員研修に関するニーズ調査の追加調査（以下、「追加調査」）

令和6年度の調査対象は、都道府県・保健所設置市・区とし、地域保健法施行令第1条で定められた

政令指定都市、中核市、保健所政令市及び特別区の衛生主管部局とした。回収率は38.2%であったが、自治体によっては、共催も可能であるとの回答を得たことから、それらの自治体を対象にメールによる追加調査を実施した。調査期間は令和8年1月13日～26日とした。

3. 全国衛生行政研究会セミナー

当会がこれまでに実施してきた研修参加者に対するフォローアップを目的とし、日本公衆衛生学会の自由集会の一環として、令和7年10月29日にハイブリッド方式にてグランシップ（静岡県コンベンションアーツセンター）で実施した。話題提供は「岐阜県におけるDHEAT事業の取組状況と課題」を岐阜県健康福祉部中西浩之部長が発表し情報交換を行った。また、各幹事から各ブロックの状況報告を①地域医療構想と病院経営について②精神保健福祉の現状と課題について③その他、各地域のトピックス等行い情報交換を行った。

4. 地域保健に関するフォーラム

令和8年2月25日～26日に開催される地域保健総合推進事業発表会2日目のフォーラムは、当会が後援をしており、Ⅰ「2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み」Ⅱ「2040年をめざした精神保健福祉医療のこれから」とした。

C. 結果と考察

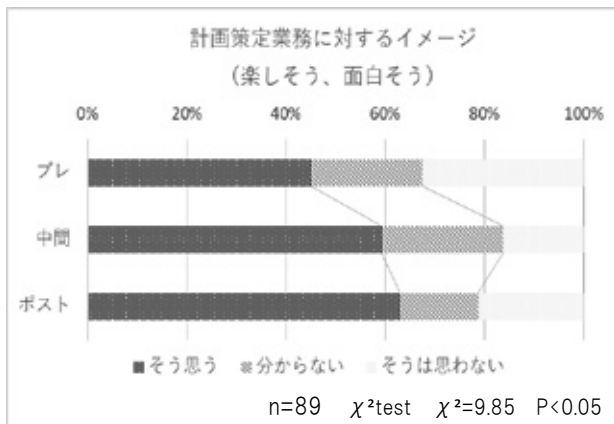
1. 保健所技術系（新任者）職員研修

①姫路市 令和7年7月30日～31日
63名（約7～8名×8グループ）

②岐阜県 令和7年11月11日～12日

27名(約5～6名×5グループ)

計画策定演習として7テーマ、①(思春期から始まる)母子保健対策 ②(多職種チームによる)フレイル予防 ③(生涯を通じた)感染症対策 ④(食育を通じた)食の安全と健康づくり ⑤(小児期から始まる)がん・生活習慣対策 ⑥(若者から働き盛りを対象とした)自殺予防 ⑦難病対策を準備し、ニーズの抽出から目標設定、事業計画、実績評価までグループワークによるシミュレーション研修として、2日間で施策立案できる能力を身につけられるような研修を実施した。今年度はさらに本研修の評価も行った。評価方法は、研修参加者に対して「計画策定業務に対するイメージはいかがですか」という質問等を、研修前(プレ)、1日目の研修終了後(中間)、2日目の研修終了後(ポスト)の3回に分けて実施した。結果は下図のとおり有意に向上しており、楽しそう、面白そうとの回答が増加した。また別添のとおり新人の仕事とは思わないとの回答も有意に増加していた。



一方、「機会があれば各自治体での計画策定業務に関わりたいですか」という質問では、別添のとおり積極的に関与したいと考える参加者が増える傾向にあったが有意ではなかった。

2. 「追加調査」

①令和6年度の調査では、各自治体におけるこれまでの研修の受講状況では、全自治体の36.7%がこの研修を受講しており、研修希望場所としては長年本研修を実施してきた姫路以外にも東京・名古屋・大阪などであった。大都市での希望もあったが、地方での開催を希望する回答もあった。

②地方自治体の協力を得て開催することは可能かとの質問では「可能」および「条件次第で可能」が全体で21自治体であり、共催は可能かとの質問では、9自治体が可能と回答を頂いたことから、令和7年度は、これらの自治体にメールによる追加調査を実施したところ、いくつかの自治体から積極的に検討

するという回答もあった。来年度、「共催が可能である」が1自治体、「可能性はある」が4自治体、「対応できかねる」が1自治体、未回答は3自治体であった。

3. 全国衛生行政研究会セミナー

①保健所技術系(新任者)職員研修について、全国衛生行政研究会運営委員・岡山市保健所医療専門監河本幸子先生から報告があった。

②各ブロック報告は ⑦各幹事から各ブロックの状況報告として ①地域医療構想と病院経営について ②精神保健福祉の現状と課題について ③その他、各地域のトピックス等の情報交換を行った。

④話題提供は「岐阜県におけるDHEAT事業の取組状況と課題」を岐阜県健康福祉部中西浩之部長が発表し情報交換を行った。

D. 今後の計画

1. 新任期における保健所技術系職員研修については、各自治体毎に実施することは効率が悪く、保健所技術職に特化した実践的研修を企画・立案し効果的な研修を実施することは現実的に厳しい中で本研修は、ポストコロナ時代における新人教育として、目的設定型アプローチに基づく施策立案シミュレーションを体験できる貴重な研修として長年実施してきた。人が人から学べるワークショップ形式の研修は「人が変わる」ことができる絶好の機会であり、WEBでなくグループワークによって他の自治体職員同志が顔を突きあわせて研修することで友人となり、情報交換ができるきっかけとなっている。

2. 「追加調査」の結果から、全行研の研修のあり方も含め、今後の進め方を検討していきたいと考えているが、現在のところ事務局の負担が大きく、今後、本研修を継続していくためには、自治体等の協力が不可欠であると考えている。

3. 全国衛生行政研究会セミナーでは、令和8年度年度日本公衆衛生学会が開催される関東地域の実情を報告して頂く機会としたい。

4. 地域保健に関するフォーラムについては、今後も当会は地域保健総合推進事業発表会の後援をさせて頂く予定であり、適切な話題提供に努めていきたい。なお、来年度以降も他の研究班の研修テーマを参考にして、時宜を得たテーマを考えていきたい。

E. 発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 第84回 日本公衆衛生学会総会自由集会 令和7年(2025年)10月29日 全国衛生行政研究会セミナー ハイブリッド開催

令和7年度 保健所等の施策立案機能と技術系職員の資質向上に関する実践事業

分担事業者 嶋村 清志（全国衛生行政研究会 会長）

- 協力事業者 竹内徳男・信行浩敬（北海道衛生行政研究会）
 野原 勝・柝内圭子（東北衛生行政研究会）
 田中良明（関東衛生行政研究会）
 有賀玲子・清水華子（北陸衛生行政研究会）
 細野晃弘・中西浩之（東海衛生行政研究会）
 嶋村清志・堀田昌子（近畿公衆衛生医師・歯科医師の会）
 松岡宏明・河本幸子（中国地区公衆衛生研究会）
 川内敦文・倉本玲子・尾上真奈美・西森実夏子（四国公衆衛生医師の会）
 橋本弥生・東 瞳（九州衛生行政研究会）
- 運営委員 緒方剛・逢坂悟郎・三宅雅史・池田和功・柳尚夫・山田全啓
 三品浩基・越田理恵・白井千香・武田浩文・万木慎太郎
- オブザーバー 佐藤 理（厚生行政研究会）

令和7年度 保健所等の施策立案機能と技術系職員の資質向上に関する実践事業

1. 保健所技術系職員研修 計2回実施（姫路市・岐阜県）
2. 「令和7年度以降の保健所技術系（新任者）職員研修に関するニーズ調査」の追加調査
3. 全国衛生行政研究会セミナーの開催(ハイブリット方式)
 - ・事業報告（保健所技術系職員研修について）
 - ・ブロック報告
 - ・話題提供（岐阜県におけるDHEAT事業の取組状況と課題について）
4. 地域保健総合推進事業発表会
 - 地域保健に関するフォーラムの後援および企画・調整

1. 令和7年度 保健所技術系職員研修実施状況

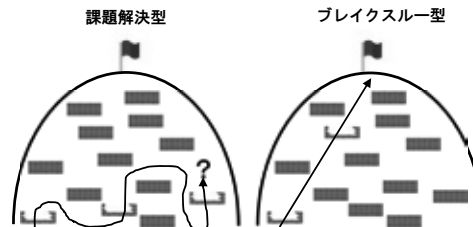
開催地	種別	日時	参加者
1 兵庫県姫路市	定例	7月30~31日	63名（全国）
2 岐阜県	臨時	11月11~12日	27名*

* 姫路での研修に参加できなかった者を含む

医師、獣医師、保健師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士、管理栄養士、公認心理師、精神保健福祉士など、多様な職種が参加

研修の目的・方法等

- ・目的：ブレイクスルー手法による計画立案方法の習得を通じた政策形成能力の向上
- ・方法：グループディスカッション

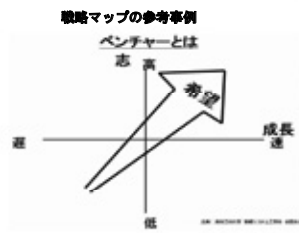


計画策定シミュレーションのテーマ

1. （思春期から始まる）母子保健対策
2. （小児期から始まる）がん・生活習慣病対策
3. （多職種チームによる）フレイル予防
4. （若者から働き盛りを対象とした）自殺予防
5. （生涯を通じた）感染症対策
6. （食育を通じた）食の安全と健康づくり
7. 難病対策

計画策定の流れ

- ・ニーズとディマンドの分析から優先すべき方向性を決定
- ・優先すべき方向性に則して一般目標、到達目標を設定
- ・目標を達成するために必要な事業戦略を設定
- ・事業の優先順位を決定
- ・目標に対する評価指標を設定



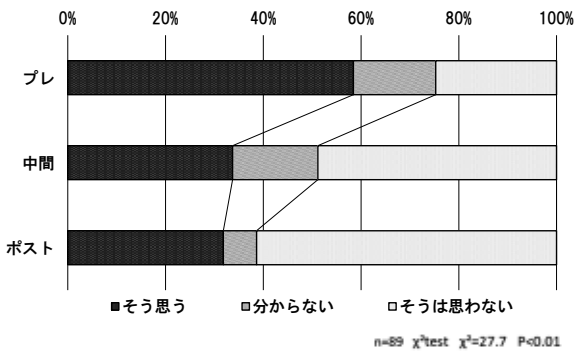
一般目標
 目標達成の成果を表現したもの = 期待される事業成果 事業の結果

Why 何のために(事業を行う理由)
What どのような状態になっているかを包括的に示す。(複雑な概念をもつ動詞で表現する)

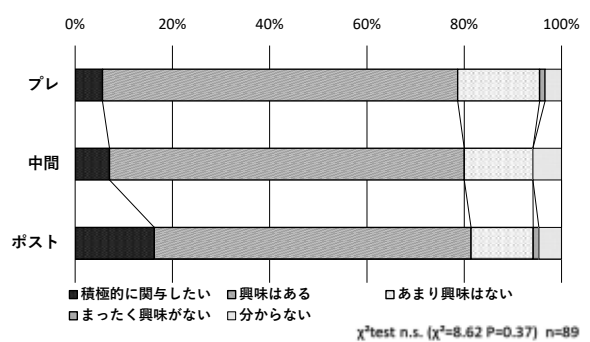
第一主題は、**地域(住民)**が主題の文章
 第二主題は、**ステークホルダー**が主題の文章



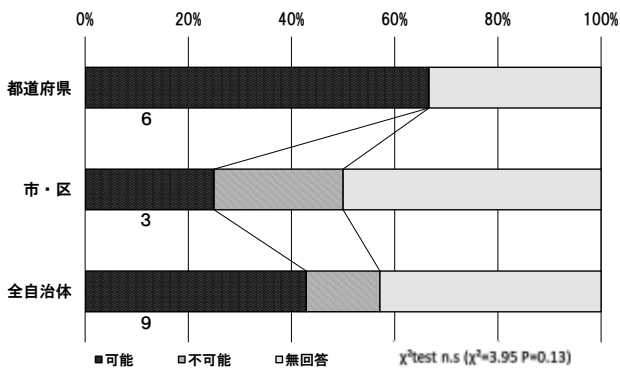
計画策定業務に対するイメージ
 (新人の仕事ではなさそう)



機会があれば貴自治体の
 計画策定業務に関わりたいですか



共催は可能ですか



3. 全国衛生行政研究会セミナー

第84回 日本公衆衛生学会総会自由集会
 令和7年(2025年)10月29日 静岡県(ハイブリッド開催)

- ① 事業報告「保健所技術系職員研修について」
 発表者: 全国衛生行政研究会 運営委員 河本 幸子
- ② ブロック報告
 座長: 全国衛生行政研究会 運営委員 河本 幸子氏
 (7) 地域医療構想と病院経営について
 (4) 精神保健福祉の現状と課題について
 (7) その他、各地域でのトピックス、活動紹介
- ③ 話題提供「岐阜県におけるDHEAT事業の取組状況と課題」
 発表者: 岐阜県健康福祉部 部長 中西 浩之氏
 座長: 東海衛生行政研究会 会長 細野晃弘氏

誰一人取り残さない栄養政策の推進に向けた自治体における実践に関する研究

分担事業者 池内 寛子（栃木県保健福祉部健康増進課）
事業協力者 児玉 鉄弥（秋田県大仙保健所） 磯部 澄枝（新潟県十日町保健所）
藤井 美穂（日光市健康福祉部健康課） 望月 朋美（横須賀市民生局健康部健康増進課）
長谷川未帆子（大和市健幸・スポーツ部健康づくり推進課）
助言者 澁谷 いづみ（愛知県春日井保健所） 田中 和美（神奈川県立保健福祉大学）
久保 彰子（女子栄養大学） 諸岡 歩（兵庫県伊丹健康福祉事務所）

少子高齢化や社会情勢が変化の中で、健康寿命の延伸や、人々や社会のウェルビーイングを高めるためには、バックキャスト思考等による戦略と論理的な栄養施策の企画・立案が重要である。

本研究では、自治体管理栄養士自らが存在意義を認識するとともに、「全ての国民が心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を達成するための栄養施策を遂行する自治体管理栄養士の育成を目的とする。具体的には、「誰一人取り残さない健康づくりの展開」と「より実効性をもつ取組の推進」にチャレンジし、成果の見える栄養施策の企画・立案を行う知識や実践力を身につけるための1つのツールとして、戦略的プランニングガイドを提案し、取組事例の充実やガイドの活用に係る検証を行い、より成果の得られる戦略的プランニングガイドの作成と実践につながる取組を行った。

A. 目的

少子高齢化や社会情勢が目まぐるしく変化の中で、健康寿命の延伸や健康格差を解消し、人々や社会のウェルビーイングを高めるためには、健康日本21(第三次)や自治体の総合計画、各種計画を踏まえ、誰一人取り残さない栄養政策を展開することが重要である。特に、新たな視点として、個人の行動と健康状態の改善を促す食環境づくりや社会経済的要因に伴う栄養格差の解消等に資する栄養施策を戦略的かつ実効性をもって着実に推進することが求められている。

このことから、本研究では、自治体管理栄養士が自らの存在意義を改めて認識すること、また、「全ての国民が心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を達成するための栄養施策を遂行する自治体管理栄養士を育成することを目的とする。具体的には、新たな課題等に対応する栄養政策・施策を、戦略的に企画・立案し推進するためのツールとして戦略的プランニングガイド(以下、「プランニングガイド」という。)を作成し、取組事例の提示やガイドの活用に係る検証を行い、自治体管理栄養士の施策等の実施や育成につなげる。

なお、本研究は令和6年度から7年度の2年計画のうち最終年度である。

B. 方法

1. 検討会の実施（年5回）

令和6年度に示したプランニングガイド(案)を踏まえ、自治体管理栄養士による実効性のある戦略的な企画・立案を行うための事例集作成や各自治体の人材育成におけるプランニングガイドの効果的な活用方法等を検討する。

2. 事例集の作成及びプランニングガイドの完成

自治体の先駆的な取組として、地域・職域連携における栄養改善の推進、食環境づくり、高齢者の低栄養予防、高齢者の在宅支援体制づくり、若い女性のやせ対策、経済的要因による栄養格差対策の6つの事例を用いた企画・立案の手順と自治体内外の関係者の理解・協力、そして予算の確保に向けて企画を提案するための補助資料を作成する。併せて、自治体の栄養施策担当者がプランニングガイドを人材育成に活用できるよう、研修に関する事例を作成する。これらの事例と令和6年度に示したプランニングガイドの概要や手順をとりまとめ、完成版を作成する。

3. 行政管理栄養士政策能力向上シンポジウム

事例の発表を通じてバックキャストやアウトサイド・インなどの戦略的な思考に基づく企画・立案の考え方や人材育成に活用するための効果的な方法を共有するとともに、グループワークを実施し各自治体での活用等について検討する。

C. 結果

1. プランニングガイドの完成

事業の企画・立案に係る事例については、戦略的な企画・立案を行う7つの手順（A ビジョン・インパクトの明確化、B 状況分析・栄養施策の要因分析、C 目標設定、D リソース計画、E 実施計画、F リスク管理計画、G 評価・モニタリング）を踏まえ、新たな視点で取り組んでいる自治体の先駆的な取組を活用して、事業の背景から実施に至るまでの経緯や手順、今後の方向性をまとめた。各事例は、概要版、企画・立案の手順の詳細を説明した資料、自治体の予算要求書や企画書を円滑に作成するための「企画書作成前の整理シート」の3つから構成している。また、プランニングガイドの人材育成効果検証をモデル2自治体で行い、得られた結果を反映させながら人材育成にも活用できる実践力の高い資料を作成した。また、周知啓発については、保健所管理栄養士会の研修や公衆衛生専門管理栄養士専門研修（厚生労働省が日本栄養士会に委託する事業の一部において実施）等の研修内容と整合をとりながら、多くの自治体管理栄養士に周知・啓発を行った。

2. 行政管理栄養士政策能力向上シンポジウム

令和8年1月29日（木）にシンポジウムを開催した。会場、リアルタイム・オンライン及びオンデマンド配信に735名が参加（視聴）した。厚生労働省が実施する他省庁等との連携に関する講話や、プランニングガイドの概念と活用手順の説明、活用事例などの発表を行い、グループワークを行った。グループワークでは、プランニングガイドを日常業務に取り入れた時の効果や効果的な活用方法等をテーマにして、議論した。自身のスキルアップや人材育成の活用については、参加者からは、目の前にある課題にばかり気を取られないよう、課題を俯瞰して捉え、新たな栄養施策にチャレンジしたいや、自身の所属組織だけでなく、管内市町村の人材育成にも活用できるので地域全体が同じ方向性をもって効果的な取組を進めることができるとの意見もあった。

D. 考察

プランニングガイドでは、バックキャスト思考等による戦略と行政活動を論理的に可視化する手法を組み合わせた成果の見える栄養施策を図るための概念や手順等を示すことができた。

また、企画・立案の背景から実施に至るまでの経過と今後の取組を踏まえた分かりやすい事例を示すことにより、新たな栄養施策の企画・立案の作成に活用しやすい内容を提示できたと考える。このほか、各種研修会等を通じて、知識や技術の伝達、実行に移すための実践力を身につける場も提供できた。

今後も、自治体管理栄養士一人ひとりが自らの手で戦略的なプラン描き、成果が見える栄養施策を企画・立案していくための実践のスキルを獲得し、戦略的に展開できるよう、プランニングガイドの活用促進を行う必要がある。

また、プランニングガイドの活用を習得した自治体管理栄養士については、地域の栄養施策の推進を図るリーダーとして活躍できるよう、更なるスキルアップの場が必要であると考えられる。

E. 結論

本研究においては、新たな栄養施策や既存の栄養施策に対する戦略的な企画・立案を行い、成果の見える施策の展開に向け、知識や技術の習得と併せてチャレンジ精神を高めることができた。また、個人の知識やスキルの向上のみならず、集団を対象にした人材育成ツールにも活用できることを検証した。シンポジウム等の多様な機会を通して、自治体管理栄養士等に広く周知し、実践力を身につける場を提供することができた。

F. 今後の取組

自治体管理栄養士が、新たな視点で栄養施策や事業を企画・立案し、戦略的かつ実効性をもって施策を推進するに当たって、本プランニングガイドが活用できるツールの1つとなるよう、多様な機会を捉えて、プランニングガイドの周知・啓発を行う。

G. 発表

学会発表

第85回日本公衆衛生学会総会（予定）

令和7年度地域保健総合推進事業

誰一人取り残さない栄養施策の推進に向けた自治体における実践に関する研究

- 分担事業者 池内 寛子
- 協力事業者 児玉 鉄弥
- 協力事業者 磯部 澄枝
- 協力事業者 藤井 美穂
- 協力事業者 長谷川未帆子
- 協力事業者 望月 朋美
- 助言者 渋谷 いづみ
- 助言者 田中 和美
- 助言者 久保 彰子
- 助言者 諸岡 歩
- 栃木県保健福祉部健康増進課
- 秋田県仙北地域振興局福祉環境部大仙保健所
- 新潟県十日町保健所
- 日光市健康福祉部健康課
- 大和市健康・スポーツ部健康づくり推進課
- 機須賀市民生局健康部健康増進課
- 愛知県春日井保健所
- 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科
- 女子栄養大学栄養学部 公衆栄養学研究室
- 兵庫県伊丹健康福祉事務所（日本栄養士会公衆衛生職担当理事）

背景と目的

背景

将来にわたる持続可能な社会の実現のためには、自治体の総合計画や各種計画、健康日本21(第三次)を踏まえ、誰一人取り残さない栄養政策を展開することが重要である。

特に、新たな視点として、個人の行動と健康状態の改善を促す食環境づくりや社会経済的要因に伴う栄養格差の解消等に資する栄養施策を戦略的かつ実効性をもって着実に推進することが求められている。

重層的転換期にある中での栄養・食生活が関連する課題

- 人口減少・高齢化
- 社会的要因(貧困・飢餓等)
- 地域格差
- 気候変動・環境破壊
- 情報通信の格差など

目的

新たな課題等に対応する栄養政策・施策を戦略的に企画・立案し推進するためのツールとして戦略的プランニングガイドを作成することとし、自治体管理栄養士の施策等の実施や育成につなげる。

実施期間 令和6～7年度の2カ年

令和7年度事業の方法と内容

1 検討会の実施

- ・研究事業の進捗管理
- ・戦略的プランニングガイドの構成等の検討

2 事例集の作成及び戦略的プランニングガイドの完成

- ・班員自治体における先駆的な取組等を事例として整理
- ・人材育成に活用するための効果的・実践的な活用方法を事例として整理
- ※班員自治体でのワークショップの実施と戦略的プランニングガイドの改善等

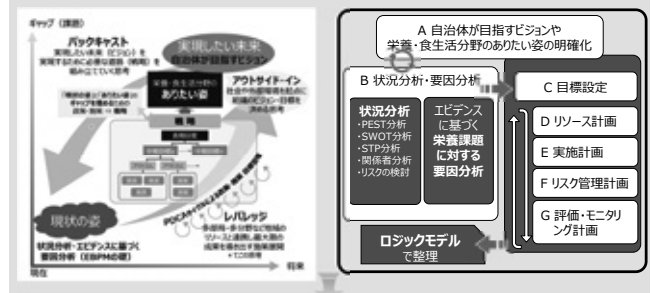
3 行政管理栄養士政策能力向上シンポジウムの開催

- ・戦略的プランニングガイドの概要と事例の紹介
- ・人材育成に活用するための効果的な方法を検討
- グループワーク

R6研究実績 栄養施策を通じて人々や社会のウェルビーイングを高める戦略的な思考に基づく栄養施策の企画・立案の目指す姿と概念

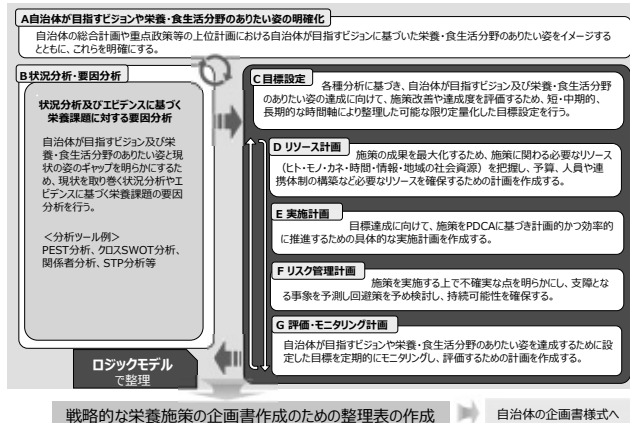
自治体管理栄養士のパーパス(使命・存在意義)を意識し、自治体が目指す実現したい未来から逆算して実現に必要な道筋を組み立てるバックキャスト思考や、住民を取り巻く社会や外部環境を起点として目標を設定するアウトサイド・イン思考を取り入れ、戦略的に栄養施策を企画・立案する。

図 戦略的な思考に基づく栄養施策のプランニングイメージと手順



戦略的な栄養施策の企画書作成のための整理シートの作成 → 自治体の企画書様式へ

R6研究実績 戦略的な思考に基づく栄養施策の企画・立案の手順



結果1 班員自治体における先駆的な取組等の事例の作成

テーマ	事業のポイント	キーワード
地域・職域連携における栄養改善の推進(栃木県日光市)	地域診断の結果を基に、健康への関心が薄い就労世代に焦点をあて、保険者や中小企業の経営者を新たに巻き込みながら、市のビジョンと合致する施策として、就労世代の健康の保持増進を推進	働く世代の健康づくり/ハイリスク層/協会けんぽ組合との連携
食環境づくり(栃木県)	県民のウェルビーイング向上を中・長期的に図るため、県の強みを生かす体制として健康・農政・環境・教育など多様な分野が連携・協働し、誰もが「健康な食事を食品を選択」することができる食環境づくりを推進	食環境/栄養格差(低栄養/過栄養)/多部署連携/SDGs
高齢者の低栄養予防(神奈川県大和市)	高齢者の低栄養に関するハイリスクアプローチの経験を活かし、次なるフェーズとして、ハイリスク以外の人も取り残さない、街ぐるみでの多面的・重層的な介入アプローチへの挑戦	高齢者の低栄養/飲食店との連携/関心の高い層へのアプローチ
高齢者の在宅支援体制づくり(秋田県)	高齢化が著しい地域の特性を踏まえ、戦略的分析の下、保健所と地域社会のナレッジやリソースを結集させ、在宅高齢者の「食」を地域全体で支える環境の整備に着手	高齢者の低栄養/地域包括ケア/県型保健所
若い女性のやせ対策(ブレイクセッションを含む)(神奈川県機須賀市)	次世代も含めた地域の持続可能性の向上に向けて、「若い女性のやせ」という社会課題に向き合い、関係者分析を繰り返すことなどにより、対象者に近い場、対象者の目線にあったアプローチを推進	若い女性のやせ/プレコンセプションケア/民間との連携
経済的要因による栄養格差対策(新潟県)	これまで介入が薄かった栄養課題「経済的要因に伴う栄養格差」に焦点を当て、福祉分野との新たな連携により、「子どもの生まれ育った環境に左右されない」栄養・食生活支援体制の構築	栄養格差/生活困窮世帯/福祉事務所

結果2 行政管理栄養士政策能力向上シンポジウムの実施

開催日時	令和8年1月29日(木) 午前10時30分から午後4時まで
テーマ	誰一人取り残さない栄養施策の推進に向けた戦略的プランニングガイドの活用について
内容	<ul style="list-style-type: none"> ○講演 「日本の栄養施策-他省庁・多部署と連携した誰一人取り残さない栄養施策-」 【シンポジウム】 ○講話・発表 ・戦略的プランニングガイドの概要 ・戦略的プランニングガイドの活用事例 ① 企画・立案に活用した事業の事例 （働く世代・若い女性） ② 人材育成に活用した研修会の事例 ○グループワーク・発表・講評 人材育成に活用する場面について
参加者	都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区が設置する保健所及び本庁、市町村勤務する管理栄養士、栄養士等の関係職員735名（内訳：会場参加 23名・オンライン参加 324名・オンデマンド配信登録：388名）



まとめ (考察・結論) 戦略的プランニングガイド作成の成果と効果

成果

- 新規事業・既存事業をリニューアルする時の新たなヒントを得るために活用
- 自治体の企画書の基礎資料として活用
- 新任期は思考のトレーニングに活用
- 中堅期以降は、栄養施策のリーダーとして、戦略的な栄養施策の方向性を打ち出すための思考の整理に活用
- 単独・複数配置、年齢階層によらず幅広く政策形成・企画発想能力の育成に活用

効果

- 重層的かつ抜本的な高い効果を得られる栄養施策の企画・立案が可能
- 多分野かつ新任期からリーダー期まで幅広い関係者の意見を集約するツールとして活用できるため、共通認識をもって、それぞれの分野の特性を生かした効果の高い施策の企画・立案が可能

プランニングガイドの活用を習得した自治体管理栄養士が地域の栄養施策の推進を図るリーダーとして活躍できるよう、更なる展開を検討する必要がある。

誰一人取り残さない栄養施策をより実効性をもって推進するための戦略的プランニングガイド - 未来を創る自治体管理栄養士のために -

自治体管理栄養士のパーパス

栄養施策を通じて人々や社会の健康（Well-Being）を高めるため、昨今の目まぐるしい社会状況の変化と栄養課題を真摯に受け止め、将来を展望した栄養施策がどうあるべきか、どうすべきかを考え、実行し、その課題を解決することによって自治体管理栄養士の価値（存在意義：パーパス）がある。

未来を築く栄養施策を展開

「既存の事業のやり方から抜け出さなくても抜け出せない!」、「新たな事業の企画・立案にチャレンジしたい!」、「これからの栄養施策の在り方を考えてみたい!」など、自分をイノベーション、新たな栄養施策の第一歩を踏み出したい方に向けたツールが「戦略的プランニングガイド-未来を創る自治体管理栄養士のために-」。

～「未来を創る」という言葉にかけた2つの想い～

- ◆ 新たな課題に対する戦略的な栄養施策を実施し、「全ての国民が心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を達成する未来を創造します。
- ◆ 全自治体の管理栄養士が本プランニングガイドを手に取り、読み解き、活用することで、「誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）」及び「より実効性をもつ取組の推進（Implementation）」を戦略的に行う人材（自治体管理栄養士）を育成します。

よりよい施策につなぐ
パトン(PDCA)に



地域保健総合事業を通じて得られたこと

- ✓ 全国に信頼できる強い仲間ができた
- ✓ 共に考え・学び・成長することができた
- ✓ 改めて、県の施策を新たな視点で考えることができた
- ✓ 県政に栄養の視点を発信することができた
- ✓ 栄養対策が多様な部局の取組に深く関連していることを認識し・連携を強化できた

助言者の先生方のバックアップと班員のガッツ

保健所管理栄養士会

公衆衛生専門管理栄養士認定研修

日本の栄養施策の推進(厚労省)

10

災害時における栄養・食生活支援活動のマネジメントと連携強化及び災害対応能力育成に向けた研究

分担事業者 諸岡 歩（兵庫県伊丹健康福祉事務所）
事業協力者 磯部澄枝（新潟県十日町保健所） 大倉香澄（熊本県御船保健所） 君ヶ袋志麻（宮城県塩釜保健所）
藤川千恵子（石川県健康推進課） 小俣千尋（熊本県益城町） 高野大太（静岡県富士市）
茄子川英有（宮城県石巻市） 松田美加子（愛媛県西予市） 山本めぐみ（岩手県岩手町）
助言者 奥田博子（国立保健医療科学院） 風間聡美（福島県相双保健福祉事務所・全国保健師長会）
久保彰子（女子栄養大学） 黒木研治（神奈川県大井町防災安全課） 下浦佳之（日本栄養士会）
清野富久江（国立保健医療科学院） 坪山宜代（宇都宮大学） 中久木康一（東北大学）
西田敏秀（宮城県延岡保健所・全国保健師長会） 明城徹也（JVOAD）

自然災害が頻発化・長期化する中、防ぎ得る死と二次健康被害の最小化、被災者の早期自立を促すためには、発災直後から、復旧・復興さらには平時の備えに至るまで、全ての災害サイクルのフェーズにおいて、管理栄養士による適切な栄養・食生活支援マネジメントと関係職種・団体との連携強化が必要である。

本研究では、令和6年能登半島地震等の課題を踏まえ、受援体制、初動対応、要配慮者支援、関係職種間連携を中心に量的・質的調査を実施し、実務に資するガイドラインを整備するとともに、災害時の栄養・食生活支援に必要な方策と体制整備を明記した地域防災計画等の策定に寄与する提言を示す。これにより、誰一人取り残さない災害時の栄養・食生活支援体制の構築を推進する。

A. 目的

避難生活に伴う二次健康被害を防ぎ、被災者の早期自立を促すには、災害サイクルの各フェーズで管理栄養士が栄養・食生活支援を適切にマネジメントすることが重要である。あわせて、保健医療福祉活動チーム等の多職種や NPO・民間企業等との連携が不可欠である。本研究では、令和6年能登半島地震等で顕在化した受援体制、初動対応、要配慮者支援、連携課題等を整理し、平時の備えに資する標準的方策を提示する（2年計画の1年目）。

B. 方法

1. 大規模災害時の栄養・食生活支援活動にかかる準備状況調査の実施（量的調査）

前回調査（平成30年度）から7年経過後における、①地域防災計画への栄養・食生活支援にかかる記載状況、②平時の準備状況（備蓄、協定、体制、人材育成等）の評価に加え、③新たに災害時の栄養・食生活支援にかかる庁内外の関係機関との連携状況等について、質問票により現状を把握した。調査対象は、都道府県本庁・市町村・特別区の防災部局とし、防災部局が健康部局など関連部局に確認の上、回答するようメールで依頼した（令和7年10～11月実施）。

2. 被災自治体へのインタビュー調査の実施（質的調査）

発災初期から、自治体管理栄養士による栄養・食生活支援活動が適切に行えるよう、受援体制の整備、特に初動マネジメントを強化する上での課題を把握するため、平成28年熊本地

震、平成30年7月豪雨（西日本豪雨）、令和6年能登半島地震を経験した被災市町（保健師・管理栄養士）と管轄保健所（保健所長・保健師・管理栄養士）、本庁（保健師・管理栄養士）に対するインタビュー調査（オンライン）を行う（令和8年1～3月実施）。

3. 関係職種へのインタビュー調査の実施（質的調査）

管理栄養士との効果的な連携強化を進めるために必要な事項を把握するため、管理栄養士（自治体管理栄養士、栄養士会災害支援チーム JDA-DAT）と連携する関係職種（DMAT、日本赤十字社、小児周産期リエゾン、JDAT、JDA-DAT、JRAT、DWAT、JVOAD、アレルギー関連学会、自衛隊）へのインタビュー調査（オンライン）を行う（令和8年1～3月実施）。

C. 結果

1. 大規模災害時の栄養・食生活支援活動にかかる準備状況調査（量的調査）

回収率は、都道府県 100%（n=47）、市区町村 74.3%（n=1,293）であった。平成30年度と比べ、地域防災計画への栄養・食生活支援の記載や要配慮者向け食品を含む固定備蓄の整備は向上した一方、炊き出しや要配慮者への食事提供等の運用面については進展がなかった（統計手法は表注に示す）。

（表1-1）都道府県における準備状況の経年変化

調査項目	平成30年度 (n=47) (%)	令和7年度 (n=47) (%)
地域防災計画への食の要配慮者の備蓄記載有	32 (68.1)	38 (80.9)
固定備蓄有（食料と水）	35 (74.5)	41 (87.3)
流通備蓄（協定締結有）	44 (93.6)	43 (91.5)

(表 1-2) 市区町村における準備状況の経年変化

調査項目	平成30年度 (n=1,056) (%)	令和7年度 (n=1,293) (%)	
地域防災計画への栄養・食生活支援の記載有	558 (52.8)	813 (62.9)*	
計画策定へ管理栄養士参画有	158 (28.3) n=558 ^{※1}	306 (37.6) * n=813 ^{※1}	
地域防災計画への食事の要配慮者把握の記載有	379 (35.9)	561 (43.4)*	
固定備蓄有 (食料と水)	1,008 (95.5)	1,277 (98.8)*	
固定備蓄	おかず (缶詰又はいれ)	165 (16.4)	314 (24.6)*
	高齢者・乳幼児用食品	65 (6.4)	215 (16.8)*
	乳児用ミルク (粉・液体)	310 (30.8)	885 (69.3)*
	食物アレルギー対応食品	211 (20.9)	415 (32.5)*
流通備蓄 (協定締結有)	773 (73.2)	987 (76.3)	
炊き出しによる食事提供有	867 (82.1)	951 (73.5)*	
弁当等業者協定締結有	344 (32.6)	440 (34.0)	
要配慮者へ弁当提供有	52 (15.1) n=344 ^{※2}	176 (13.6)	
要配慮者へ食事提供有	268 (30.9) n=867 ^{※3}	158 (12.2)*	
適温への配慮有	53 (5.0)	516 (39.9)*	
提供食の食事調査実施有	99 (9.4)	97 (7.5)	

※1: 地域防災計画への栄養・食生活支援の記載有の自治体のみ集計
 ※2: 弁当協定締結有の自治体のみ集計、※3: 炊き出しによる食事提供有の自治体のみ集計
 * : 平成30年度との比較で有意差あり (p<0.05)。2×2は χ^2 検定 [補正なし]、
 ただし期待度数<5を含む場合は Fisher 正確確率検定 [両側]

(表 2) 栄養・食生活支援活動の体制整備・人材育成(令和7年)

調査項目	都道府県 (n=47) (%)	市区町村 (n=1,293) (%)
保健医療福祉調整本部での支援活動の方針等調整有	38 (80.9)	—
庁内外との連絡調整窓口有	39 (83.0)*	413 (31.9)
栄養支援活動がトータル作成有	33 (70.2)*	225 (17.4)
管理栄養士の災害研修受講有	30 (63.8)*	339 (26.2)
計画への応援要請記載有	41 (87.2)*	484 (37.4)
平時から派遣体制整備済	26 (55.3)	—

*: 都道府県と市区町村との比較で有意差あり (χ^2 検定 [補正なし]、
 ただし期待度数<5を含む場合は Fisher 正確確率検定 [両側] ; p<0.001)

(表 3) 栄養・食生活支援活動の担当部門の決定度(令和7年)

活動内容	都道府県 (n=47) (%)	市区町村 (n=1,293) (%)
食料の備蓄 (固定・流通)	45 (95.7)	1,279 (98.9)
炊き出し	36 (76.6)	1,042 (80.6)
食料の調達供給	43 (91.5)	1,214 (93.9)
要配慮者向けの食料調達供給	41 (87.2)*	960 (74.2)
被災者の栄養相談・健康教育	45 (95.7)*	1,093 (84.5)
避難所の食事調査・評価	44 (93.6)*	749 (57.9)

*: 都道府県と市区町村との比較で有意差あり (χ^2 検定 [補正なし]、
 ただし期待度数<5を含む場合は Fisher 正確確率検定 [両側] ; p<0.05)

(表 4) 地域防災計画策定へ管理栄養士の参画有

調査項目	市区町村 (n=306) (%)
庁内外との連絡調整窓口設置と役割分担有	145 (47.4)*
炊き出しで提供する食事の献立作成有	23 (9.0)** n=255 [※]
提供食の食事調査実施有	56 (18.3)***

避難所や在宅の被災者への個別栄養相談有	83 (27.1)***
仮設住宅入居者への栄養・食生活支援有	49 (16.0)**
地域防災計画への応援要請記載有	177 (57.8)***

※: 炊き出しによる食事提供有の自治体のみ集計
 *: 参画無との比較で有意差あり (p<0.05) ** : 参画無との比較で有意差あり (p<0.01)
 ***: 参画無との比較で有意差あり (p<0.001)
 ※検定は χ^2 検定 (補正なし)、ただし期待度数<5を含む場合は Fisher 正確確率検定 (両側)

D. 考察

準備状況は改善傾向にあるが、栄養に配慮した食料備蓄や要配慮者対応の不足、活動手順の未整備や支援活動の担当部門が決定していない等の課題が明らかになった。受援体制の不備は外部支援受入れの遅延につながり得るため、平時から部局横断の役割分担や情報共有、保健所と市町村の連携が重要である。また、地域防災計画の策定に管理栄養士が参画している市区町村では、連絡調整窓口の明確化、献立作成、食事調査、個別栄養相談、仮設住宅入居者支援、応援要請が相対的に進んでいたことから、計画策定への参画を起点に、支援活動手順の明確化と研修・訓練を組み合わせ、平時からの事前準備の実効性を高めることが求められる。

E. 結論

量的調査から、市区町村では食料備蓄の整備は進む一方、食事の質の確保や健康管理、要配慮者支援、受援調整など運用面に関して引き続き課題があることが示された。管理栄養士が地域防災計画の策定に参画することは、連絡調整窓口の明確化等と関連し、迅速かつ継続的な栄養・食生活支援につながり得る。今後は、防災部局と健康部局の連携強化、地域防災計画への明記、役割分担の明確化を通じ、発災時に迅速かつ適切に行動できるよう運用の定着を図る。

F. 今後の計画

量的・質的調査結果から得られた知見を基に、災害時の栄養・食生活支援活動ガイドライン追補版(受援体制や初動対応、DHEATや保健師等チームとの協働、関係職種連携を重視)や教育教材等を作成する。また、自治体の災害対応能力と多部局・多機関連携能力の育成強化に向け、対面ワークショップや全国保健所管理栄養士会と連携した研修会等の開催、日本公衆衛生協会ウェブサイト掲載などを通じて研究成果を普及し、災害時の栄養・食生活支援体制整備の実効性を高める。

G. 発表

学会発表第 85 回日本公衆衛生学会総会、
 日本公衆衛生学会誌投稿 (予定)



災害時栄養・食生活支援活動のマネジメントと連携強化及び災害対応能力育成に向けた研究

令和7年度地域保健総合推進事業発表会 (R8.2.25 (水))



1

目的と求められる成果

防ぎ得る死と二次健康被害の最小化、被災者の早期自立を促すためには、発災直後から、復旧・復興さらには平時の備えに至るまで、全ての災害サイクルのフェーズにおいて、管理栄養士による適切な栄養・食生活支援マネジメントと関係職種・団体との連携強化が必要

- 令和6年能登半島地震における課題 (十分な対応が行われなかったこと)
- ①発災初期から管理栄養士による適切な栄養・食生活支援マネジメント
 - ②県と市町村との情報共有や、活動方針にかかる協議、連携協働した活動
 - ③保健医療福祉活動チームやNPO・民間企業等との連携
 - ④要配慮者の個々に配慮した食事提供 など

- ①受援体制や初動対応、要配慮者支援、連携課題等を整理し、平時の備えに資する標準的方策「ガイドライン」を提示
- ②災害時の栄養・食生活支援に必要な方策と体制整備を明記した地域防災計画等の策定に寄与する提言の提示

2

班体制

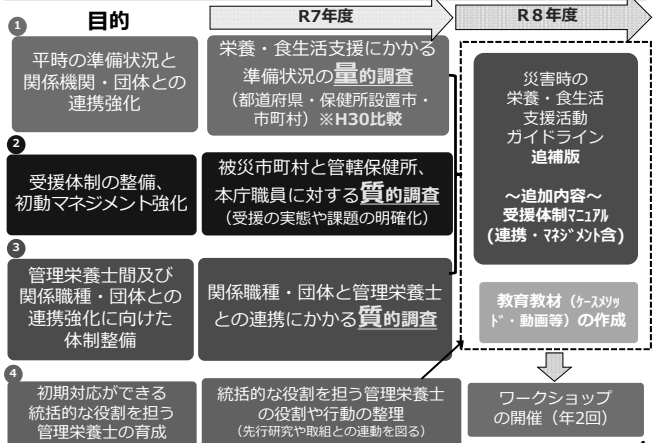
事業名：災害時における栄養・食生活支援活動のマネジメントと連携強化及び災害対応能力育成に向けた研究

分担事業者 (委員長)	諸岡 歩	兵庫県伊丹健康福祉事務所 副所長兼健康管理課長
協力事業者 (委員)		
職部 澄枝	新潟県十日町保健所副所長兼地域保健課長代理	奥田 博子 国立保健医療科学院統括研究官
大倉 香澄	熊本県御船保健所主幹兼保健予防課長	風間 聡美 福島県相双保健福祉事務所副部長 (全国保健師長会)
君ヶ袋志麻	宮城県塩釜保健所技術主査	久保 彰子 女子栄養大学准教授 (R9・R2型別認定) 相模原校
藤川千恵子	石川県健康福祉部健康推進課主幹	黒木 研治 神奈川県大井町防災安全課防災監
高野 大太	静岡県富士市地域保健課上席栄養士	下浦 佳之 公益社団法人日本栄養士会専務理事
小俣 千尋	熊本県益城町健康保険課栄養士	清野富久江 国立保健医療科学院生涯健康研究部長
茄子川英有	宮城県石巻市河南総合支所技術主幹	坪山 悠司 宣代 宇都宮大学 客員教授
松田美加子	愛媛県西予市福祉事務所長寿介護課主任	中久木康一 東北大学大学院歯学研究所特任講師
山本めぐみ	岩手県岩手町健康こども課係長	西田 敏秀 宮崎県延岡保健所長 (全国保健師長会)
		明城 徹也 JVOAD (認定NPO法人全国災害ボランティア支援団体ネットワーク) 事務局長
		塩澤 信良 厚生労働省健康・生活衛生局健康課栄養指導室長
		田中 早苗 厚生労働省健康・生活衛生局健康課栄養指導室長補佐
		佐々木洋平 厚生労働省健康・生活衛生局健康課栄養指導室長補佐
		小岩井 馨 厚生労働省健康・生活衛生局健康課栄養指導室長補佐

(敬称略、五十音順)

3

方法



4

スケジュール

	R7	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R8 上期	R8 下期	
1) 検討体制		班会議 ①WEB 6/6 (計画 概要)		班会議 ②対面 8/14 (調査票 完成 ①② 調査 検討)		公衆衛生学会 (学術大会 開催説明)		班会議 ③ 12/15 WEB ①② ③ 完成 分報)		保健師栄養士 7講座 調査票 調査票 事業費 2/25		班会議 ④WEB 3/9 (R7実施 状況)	班会議 ①②	班会議 ③④ ワーク ショップ 11月 東京・大阪
2) 栄養・食生活支援準備状況調査 (量的調査)			調査票作成 (被災経験者踏まえ た質問項目追加)	倫理 審査	調査実施 (10/1~11/26) 調査対象		集計分析	調査 まとめ	調査 まとめ	ガイドライン案 作成				
3) 被災自治体へのインタビュー調査 (質的調査)						熊本県、西日本豪雨、能登半島地震を経験した被災市町村 (保健師・管理栄養士)、管轄保健所 (保健所長、保健師・管理栄養士)、本庁 (保健師・管理栄養士) へ個別インタビュー (計24名、40~60分/人)							災害時 栄養・ 食生活 支援 活動 ガイド ライン 追補版 作成	
4) 関係職種・団体への管理栄養士との連携調査 (質的調査)													受援 体制 教育 教材	
5) 統括的な役割担う管理栄養士の役割と行動整理													先行 研究 報告	

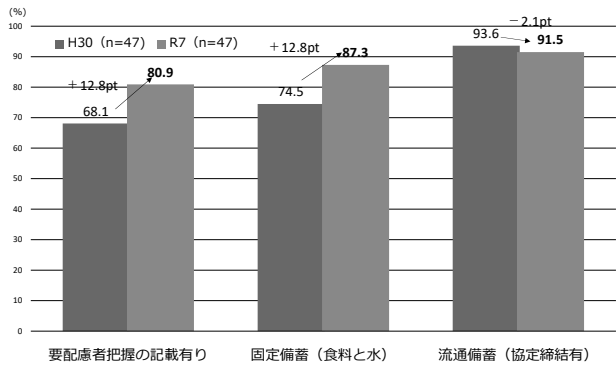
5

結果 栄養・食生活支援活動にかかる準備状況の量的調査

- 目的
大規模災害時の被災者への栄養・食生活支援について、**平時の準備状況と関係機関団体との連携の実態**を把握し、栄養・食生活支援体制整備の推進に活用する。
※大規模災害=災害救助法が適用される災害を想定
- 対象・方法
対象：47都道府県本庁、87保健所設置市・23特別区・1,631市町村=1,741自治体
方法：自治体防災部署へメール依頼、Googleフォーム回答
※防災部署が健康部局など関係部局に確認の上、回答するよう依頼
- 調査期間 令和7年10月1日~11月26日
- 調査内容
H30継続+受援・初動体制 (関係者連携、初動マネジメント、情報収集等)
- 回収率
都道府県 47都道府県 (100%)
保健所設置市・特別区・市町村 1,293市区町村 (74.3%) ※H30調査 60.7%

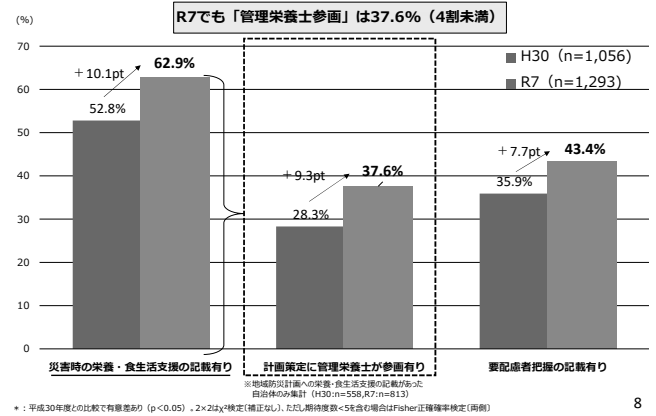
6

都道府県における地域防災計画等の記載状況 (H30 vs R7)
 一要配慮者の記載と固定備蓄は改善、流通備蓄は横ばい～微減



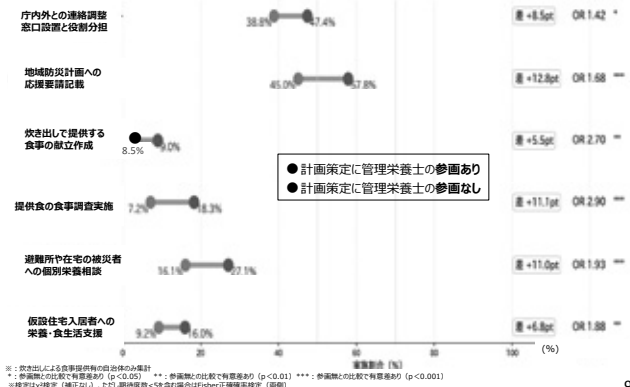
7

市町村における地域防災計画等の記載状況 (H30 vs R7)
 改善は進む一方で参画体制は依然不十分



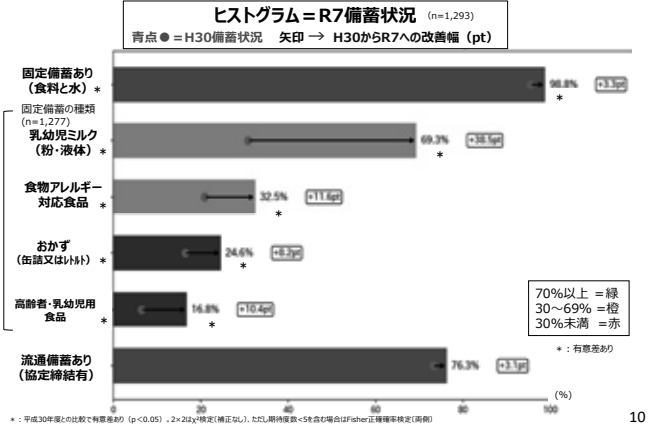
8

地域防災計画の策定へ管理栄養士が参画有りの市区町村は
 栄養・食生活支援活動の体制整備が相対的に進んでいる



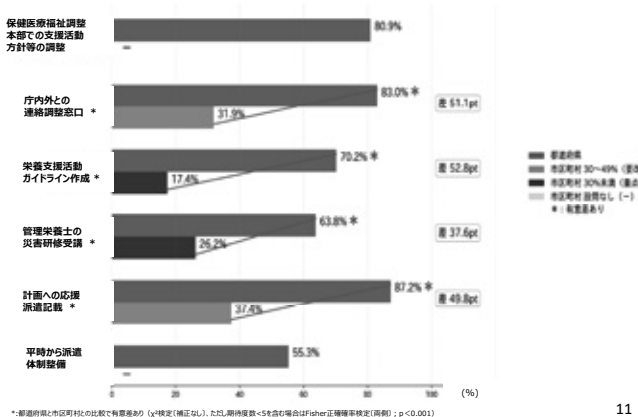
9

固定備蓄・流通備蓄の整備状況は改善傾向 (R7 市区町村)
 一要配慮者向けの備蓄は依然低水準



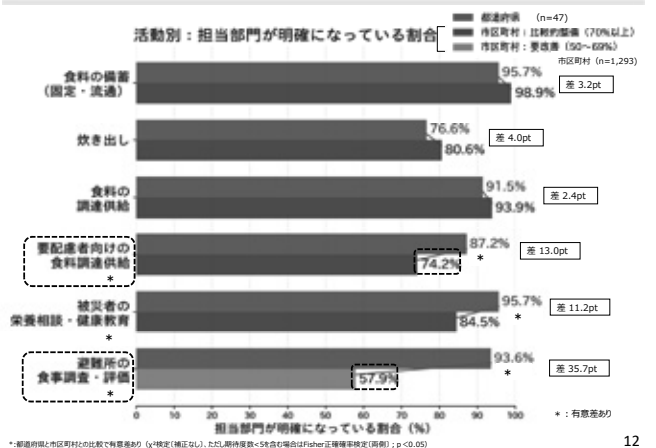
10

栄養・食生活支援活動の体制整備・人材育成 (R7)
 一都道府県は高水準、市区町村は遅れあり



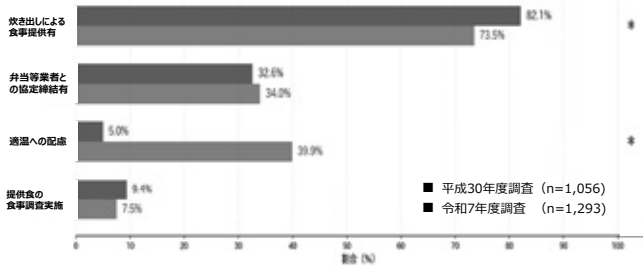
11

平時から担当部門が決まっている栄養・食生活支援活動 (R7)

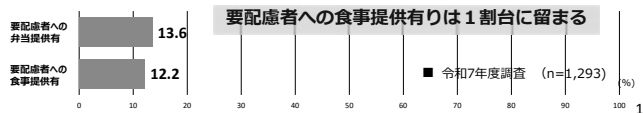


12

炊き出しや要配慮者への食事提供等の運用面は進展なし（市区町村）



*：平成30年度との比較で有意差あり (p<0.05)。2×2検定(補正なし)。ただし期待度数<5を含む場合はFisher正確確率検定(両側)



要配慮者への食事提供有りは1割台に留まる

準備状況調査のまとめ（考察）

- 改善** (Upward arrow icon): 地域防災計画への栄養・食生活支援の記載増加、食料備蓄の増加
- 不足** (Warning triangle icon): 要配慮者対応の不足（食料備蓄、炊き出しなど）、平時からの支援活動担当部門が決定していない、活動手順や受援体制の未整備
- クロス分析** (Magnifying glass icon): 地域防災計画の策定に管理栄養士が参画している市区町村は、連絡調整窓口の明確化や応援要請、栄養相談、食事調査等が相対的に進んでいる。
- ポイント** (Lightbulb icon): 計画策定への参画を起点に、支援活動手順の明確化と研修・訓練を組み合わせ、平時からの事前準備の実効性を高めることが重要である。

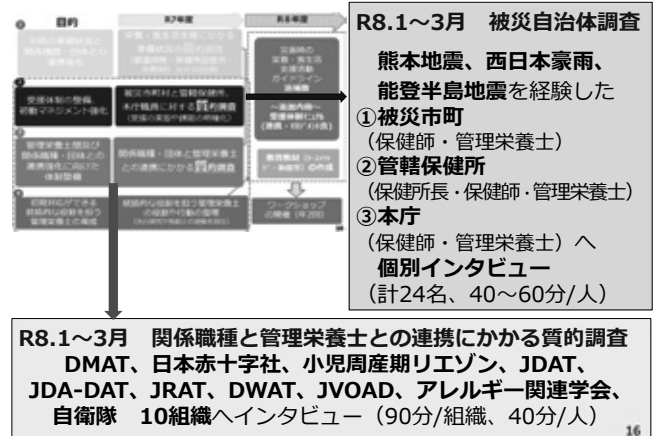
結論

- 量的調査から、市区町村では食料備蓄の整備は進む一方、**食事の質の確保や健康管理、要配慮者支援、受援調整など運用面**に関して、引き続き課題があることが示された。
- 管理栄養士が地域防災計画の策定に参画**することは、連絡調整窓口の明確化等と関連し、**迅速かつ継続的な栄養・食生活支援**につながり得る。

重要 発災時に迅速かつ適切に行動できるよう、運用の定着を図るために重要なこと

- ① 防災部局と健康部局の連携強化、
- ② 地域防災計画への栄養・食支援活動の明記
- ③ 関係者の役割分担の明確化

今後の計画（災害時の栄養・食生活支援体制整備の実効性向上）



R8年度計画（災害時の栄養・食生活支援体制整備の実効性向上）

量的・質的調査結果から得られた知見を基に、

- ①災害時の栄養・食生活支援活動ガイドライン追補版（**受援体制や初動対応、DHEATや保健師等チームとの協働、関係職種連携**を重視）や教育教材等を作成
- ②自治体の災害対応能力と多部局・多機関連携能力の育成強化に向け、**対面ワークショップ**（年2回/東京・大阪）や全国保健所管理栄養士会と連携した**研修会**の開催、日本公衆衛生協会ウェブサイト掲載などを通じて研究成果を普及、活用促進

誰一人取り残さない
 災害時の栄養・食生活支援体制の構築を推進



地域における保健・医療事業提供の効率化及び適正化のための実証的研究

分担事業者	長澤 泰	一般財団法人ハピネスライフ財団 理事長
協力事業者	西野 辰哉	金沢大学 理工研究域 教授
”	佐藤 栄治	宇都宮大学建築都市デザイン学科 教授

要旨

第Ⅰ部：新型コロナウイルス感染症が地域医療構想による病床再編に与えたインパクト

地域医療構想による病床再編と新型コロナウイルス感染症の流行による影響について病床数の観点から検証考察した。結果として病床の再編はコロナ前から多くの圏域で停滞していたことから、初期方針の規模での病床再編は当初から困難であったことが示唆される。

第Ⅱ部：医療・介護サービスの実利用分析に基づく地域保健事業の介入手法

医療・介護レセプトを紐づけた連結分析により、単独では生活が困難な高齢者の地理的分布を把握した。また、保健所、保健センター等から保健師等が生活に介入することを想定し、各施設からの移動距離を計測した。計測結果から、保健所機能を戦略的に発揮するための支援体制を戦略的に構築する必要性を示した。

第Ⅰ部：新型コロナウイルス感染症が地域医療構想による病床再編に与えたインパクト

A. 目的

我が国では 2010 年から人口減少傾向にある一方、高齢人口は増加の一途を辿っている。また高齢化の進展に伴って疾病構造も変化している。このような状況に対応すべく、厚生労働省は 2015 年から地域医療構想を策定・推進してきた。しかし、2020 年初頭からの新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、対策病床の整備による病床逼迫、急激な医療需要の増大による通常医療への影響等、医療崩壊の危機が懸念された。

これらをふまえて、現行の地域医療構想による病床再編の経過状況や、新型コロナウイルス感染症の流行による影響等について整理することは地域保健事業にとっても一定の意義があると考えられる。したがって、本研究の目的は、地域医療構想による全国の病床再編の経過状況を把握し、全国横

断的に比較考察することである。コロナ前とコロナ禍それぞれにおける病床再編の経過状況を比較することにより、新型コロナウイルス感染症の流行による地域医療構想への影響を病床数の観点から評価する。

B. 方法

1) 資料蒐集の方法

機能別病床数は各都道府県の「地域医療構想」、厚生労働省「病床機能報告」から蒐集する。本研究では、各年に報告された現状を実態数、病床機能報告において今後の方向性として選択された 2025 年時点の予定数を見込数、地域医療構想によって推計された 2025 年の必要量を必要数とする。

2) 研究の対象

対象は 2015、2019 及び 2023 年に地域医療構想や病床機能報告において公開された 4 つの機能別病床とする。分析単位は全国及び各二次医療圏（335 圏域）とする。

3) 分析の方法

まず、対象年別、機能別病床毎に病床数を

集計し、全国合計値として実態数の変遷の把握と見込数・必要数との比較を行う。次に、同じ病床機能でも各二次医療圏で初期方針の方向性やその変化量、実際の変化量が異なるため、{削減, 増床, ±0} の3つの初期方針による分類を行う。さらに、二次医療圏毎に進捗率 $A \cdot B$ (=実際の変化量/初期方針の変化量) を算出する。A はコロナ前に当たる2015年から2019年までの4年間、B は期間全体を通じた2015年から2023年までの8年間の進捗率を指す。進捗率の符号について、正の場合、再編が初期方針と同じ方向に進行したことを示す。一方、負の場合、再編が初期方針とは逆方向に進行したことを示す。また、進捗率が100%に近づくほど、再編の経過状況が初期方針に近いことを示す。そして、再編が施策期間である2015年から2025年までの10年間を通して毎年等量ずつ進行すると仮定して、Aは40% (=4/10年)、Bは80% (=8/10年) を基準として再編の経過状況の検証を行う。人口規模が異なる二次医療圏同士を比較するため、335圏域を次の観点で区分して比較する。

a. 地域

- ・東日本：新潟県、長野県、静岡県以東
- ・西日本：富山県、岐阜県、愛知県以西

b. 人口規模・密度による都市類型

- ・大都市型：人口100万人以上または人口密度2,000人/㎢以上
- ・地方都市型：大都市型の条件以外で、人口20万人以上または人口10万人以上かつ人口密度200人/㎢以上
- ・過疎地域型：上記以外

C. 結果

1) 全国の機能別病床数の変遷の把握と見

込数・必要数との比較

全国の機能別病床の実態数の変遷と見込数・必要数をみると、2025年見込数は2023年の病床機能報告において各医療機関が今後の方向性として選択した2025年時点の病床予定数、2025年必要数は地域医療構想(2015)によって推計された2025年の病床必要量を表す。総数は、2015年実態数と2025年必要数の比較から、61,996床の削減方針であった。実態数は125.3万床(2015)から119.6万床(2023)となり、2025年の見込数(119.3万床)、必要数(119.1万床)と同程度となっている。しかし、その内訳をみると、2023年実態数と2025年見込数の間にほぼ差はないが、両者と2025年必要数との間で、特に急性期と回復期で大きな乖離が確認できる。

2) 二次医療圏別の初期方針による分類

高度急性期：削減124圏域(37.0%)、増床201圏域(60.0%)、±0が10圏域(3.0%)。東西別にみても全国傾向と変化なく、都市類型では大都市型で削減、過疎地域型で増床の割合が高く、地方都市型は削減と増床が大凡半分ずつとなった。以下、「圏域」を略す。

急性期：削減314(93.7%)、増床21(6.3%)、±0なし(0.0%)。東西・都市類型でみても、全ての区分で削減の圏域が大半を占める。

回復期：削減が6(1.8%)、増床が329(98.2%)、±0なし(0.0%)。東西・都市類型でみても、全ての区分で増床の圏域が大半を占める。

慢性期：削減が267(79.7%)、増床が67(20.0%)、±0が1(0.3%)。東西別にみると西日本で削減の割合が特に高く、都市類

型では大都市型は削減と増床が大凡半分ずつ、地方都市型と過疎地域型は削減の割合が高い。

3) 一定期間内における病床再編の経過状況の分類

4つの病床機能と±0を除いた2つの初期方針〔削減、増床〕を掛け合わせた計8パターン毎に分析を行う。なお、急性期の増床方針と回復期の削減方針については母数が小さいため参考扱いとする。進捗率AとBについて、病床再編の経過状況を分類した結果は以下の通りである。施策期間10年間を通して毎年等量ずつ進行すると仮定したため、経過が順調といえる（以降、順調）圏域を「40%或いは80%以上100%未満」と「100%以上」の2分類とした。反対に、経過が順調といえない（以降、不順）圏域を「0%未満」と「0%以上40%或いは80%未満」の2分類とした。なお、「0%未満」の分類について、初期方針が削減の場合は実際の変化が増床方向に進行したこと、反対に、初期方針が増床の場合は実際の変化が削減方向に進行したことを示すことに留意が必要である。

a) コロナ前 (4/10年)

コロナ前の進捗率Aについて、「0%未満」、「0%以上40%未満」、「40%以上100%未満」、「100%以上」の4つに分類した。

高度急性期：削減方針では、順調 54 圏域 (43.5%)、不順 70 圏域 (56.5%)。増床方針では、順調 40 圏域 (19.9%)、不順 161 圏域 (80.1%)。以下、「圏域」を略す。

急性期：削減方針では、順調 86 (27.4%)、不順 228 (72.6%)。増床方針では、順調 12 (57.1%)、不順 9 (42.9%)。

回復期：削減方針では、順調 4 (66.7%)、

不順 2 (33.4%)。増床方針では、順調 112 (34.0%)、不順 217 (66.0%)。

慢性期：削減方針では、順調 109 (40.8%)、不順 158 (59.2%)。増床方針では、順調 24 (35.8%)、不順 43 (64.2%)。

b) 期間全体 (8/10年)

期間全体の進捗率Bについて、「0%未満」、「0%以上80%未満」、「80%以上100%未満」、「100%以上」の4つに分類した。

高度急性期：削減方針では、順調 36 圏域 (29.0%)、不順 88 圏域 (71.0%)。増床方針では順調 33 圏域 (16.4%)、不順 168 圏域 (83.6%)。以下、「圏域」を略す。

急性期：削減方針では、順調 28 (8.9%)、不順 286 (91.1%)。増床方針では、順調 9 (42.9%)、不順 12 (57.1%)。

回復期：削減方針では、順調 4 (66.7%)、不順 2 (33.3%)。増床方針では、順調 55 (16.7%)、不順 274 (83.3%)。

慢性期：削減方針では、順調 97 (36.3%)、不順 170 (63.7%)。増床方針では、順調 13 (19.4%)、不順 54 (80.6%)。

D. 考察

まず、全国の機能別病床数は、総数こそ2025年必要数に近づいているものの、その内訳において、特に急性期と回復期に大きな乖離がみられたことから、地域医療構想の初期方針の規模での病床再編は困難であることが分かった。また、初期方針の変化量は、今般の新型コロナ対策病床の整備実績と比較しても看過できない規模といえ、現行の地域医療構想は見直しが必要であると考えられる。

次に、二次医療圏別の病床再編の経過状況は、ほとんどの場合で新型コロナの流行

以前から順調とはいえず、停滞していたことが分かった。さらに、コロナ禍を経ることによって経過不順の圏域が増加したことから、新型コロナウイルスの流行によって停滞の傾向が強まったといえる。病床機能毎にみると、新型コロナウイルス対策病床としての需要が高かった高度急性期や急性期において削減が進まず、急性期からの転換に連動した回復期の増床方針が停滞していた構図が確認できた。慢性期は地域によって再編状況が様々で、コロナ禍を経て進捗率 100%以上の圏域が増加したものの、半数以上は経過不順であることが分かった。以上から、二次医療圏別でも地域医療構想の初期方針の規模での実現が困難な圏域が大多数を占めることが分かった。

E. 結論

以上、地域医療構想による病床再編と新型コロナウイルス感染症の流行による影響について病床数の観点から検証考察した。結果として、病床の再編はコロナ前から多くの圏域で停滞していたことから、初期方針の規模での病床再編は初期段階から非現実的であったことが示唆される。

F. 今後の計画

機能別病床報告において 2025 年までのデータが公開された際に再度病床再編の様子をまとめ、地域医療構想全体に関する分析を行うことを今後の課題としたい。

G. 発表

なし

第Ⅱ部：医療・介護サービスの実利用分析に基づく地域保健事業の介入手法

A. 目的

我が国では高齢化の進行に伴い、医療・介護需要が量的・質的に増大しており、地域における持続可能な医療・介護サービス提供体制の構築が喫緊の課題となっている。このため、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の推進が進められており、その実効性を高めるには、レセプト等の客観的データに基づく根拠ある制度設計が不可欠である。特に、医療・介護サービスの利用実態を地理的視点から把握することは、地域差や利用圏の特徴を明らかにし、予防事業や高齢者の保健事業といった地域保健事業における適切な介入地域や拠点設定の検討に資する。さらに、医療・介護サービスの単独利用および併用利用といった複合的な利用実態を把握することは、今後の保健事業の効果的な展開に向けて重要な知見を提供する。本研究では、前年度に開発した分析手法を用い、医療・介護サービス種類の組み合わせや利用圏・利用地域の特徴を明らかにすることで、保健事業における介入の適切性や有効な手法の検討に資する知見を得ることを目的とする。

B. 方法

1) 資料蒐集の方法

医療・介護サービスの提供実績データである、診療報酬明細書データ（以下、医科レセプトデータ）、介護給付明細書データ（以下、介護レセプトデータ）を、国民健康保険団体連合会及び後期高齢者医療広域連合の協力を得て入手した。また、介護保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度の匿名化済

みの被保険者台帳（被保険者番号等の個人IDは、別IDに置換し、住所情報は、500mメッシュIDに置換されたもの）を入手した。

保健所、市町村保健センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会（以下、社協）の立地については、厚生労働省「保健所所管区域案内」や、都道府県及び市町村ホームページに掲載された事業所名及び住所を蒐集した。

また、分析対象自治体の第1号被保険者数は、厚生労働省「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」を参照した。

2) 研究の対象

分析対象は、医科・介護レセプトデータの提供を受けた自治体で、同一都道府県で、人口規模が異なる3自治体（自治体A・B・C）である。2017年から2021年の各年10月利用分の医科・介護レセプトデータを分析対象とした。分析対象3自治体の2021年10月の第1号被保険者数はそれぞれ、A:5,221人、B:50,085人、C:28,615人である。

保健所について、管轄する保健所が自治体内に立地しているのは自治体B及びCで、自治体Aは保健所が他自治体に立地している。施設分類別の各自治体内の施設数については、市町村保健センターは、A:1か所、B:5か所、C:4か所、地域包括支援センターは、A:1か所、B:7か所、C:7か所、社協（支所含む）は、A:1か所、B:6か所、C:5か所であった。

2) 分析の方法

まず、介護被保険者台帳を用いて、2017年から2021年の各年10月時点で、要介護3以上の被保険者を把握する。次に、要介護3以上の被保険者の各年10月利用分の介護

サービスを介護レセプトデータから分析する。その内、施設系のサービスは利用せず、在宅生活を継続する人を対象とした居宅サービスのみを利用している被保険者を抽出し、単独で生活が困難な高齢者数を把握する。さらに、要介護3以上で、居宅サービスのみを利用している高齢者の同月利用分の医科レセプトデータを連結し、在宅医療サービスを併用している高齢者数を把握する。在宅医療サービスの利用有無の分析では、医科レセプトデータに記載される診療行為コードで、「在宅患者訪問診療料(I)」又は「訪問看護指示料」が算定されている人を抽出した。

地理情報システムを用いて、①要介護3以上で、居宅サービスのみを利用している高齢者、②要介護3以上で、居宅サービスと在宅医療サービスを併用している高齢者、のそれぞれが500mメッシュ中心点に居住すると仮定し、対象自治体を管轄する保健所及び対象自治体の市町村保健センター、地域包括支援センター、社協事務所それぞれの最近隣施設までの道路距離を計測し、施設分類別の平均アクセス距離を分析する。解析には、ArcGIS Proのネットワーク解析ツールである「最寄り施設の検出」を用いた。

C. 結果

1) 単独で生活が困難な高齢者数の把握

「①要介護3以上で、居宅サービスのみを利用している高齢者」は、2017年:1,818人（A:87人、B:1,265人、C:466人）、2018年:1,710人（A:90人、B:1,168人、C:452人）、2019年:1,626人（A:69人、B:1,130人、C:427人）、2020年:1,626人（A:60人、B:1,118人、C:409人）、

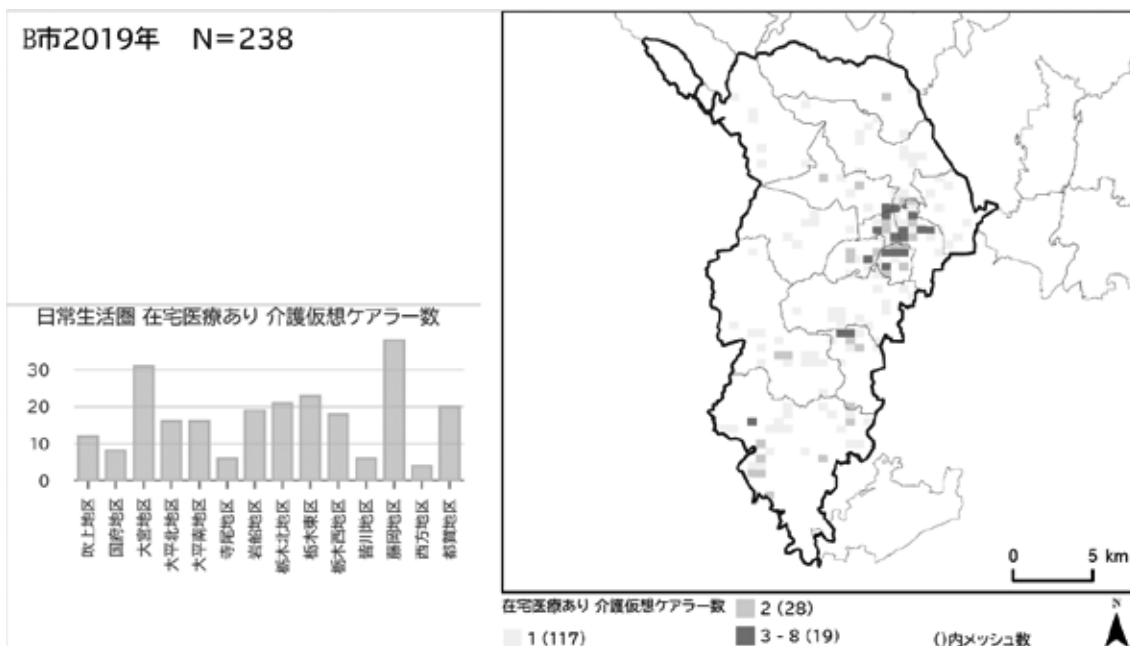


図 B市 2019年の分布結果可視化サンプル

2021年：1,476人（A：72人、B：1,024人、C：380人）であった。

「②要介護3以上で、居宅サービスと在宅医療サービスを併用している高齢者」は、2017年：318人（A：11人、B：239人、C：68人）、2018年：286人（A：18人、B：210人、C：58人）、2019年：314人（A：12人、B：238人、C：64人）、2020年：320人（A：12人、B：238人、C：70人）、2021年：363人（A：16人、B：262人、C：85人）であった（図、可視化サンプル）。

「①要介護3以上で、居宅サービスのみを利用している高齢者」は、第1号被保険者の1～2%前後、「②介護度3以上で、居宅サービスと在宅医療サービスを併用している高齢者」は、第1号被保険者の0.3～0.5%前後存在することが分析された。

2) 要介護3以上で居宅介護サービスのみを利用する高齢者の各施設へのアクセス距離の分析

2017年から2021年の各年10月利用分の

医科・介護レセプトデータ分析から、施設分類別及び介護度別の平均アクセス距離を算出した。

保健所への平均アクセス距離は、自治体A：22,918.6km（要介護3：22,853.1km、要介護4：23,029.5km、要介護5：22,770.4km）、自治体B：6,595.0km（要介護3：6,530.1km、要介護4：6,492.6km、要介護5：6,973.0km）、自治体C：8,829.1km（要介護3：8,085.5km、要介護4：9,387.4km、要介護5：10,305.1km）であった。

市町村保健センターへの平均アクセス距離は、自治体A：6,519.1km（要介護3：6,176.0km、要介護4：6,723.6km、要介護5：6,846.9km）、自治体B：3,429.7km（要介護3：3,497.2km、要介護4：3,284.8km、要介護5：3,510.8km）、自治体C：6,005.1km（要介護3：5,690.8km、要介護4：6,074.0km、要介護5：7,058.2km）であった。

地域包括支援センターへの平均アクセス距離は、自治体A：5,777.9km（要介護3：5,334.4km、要介護4：6,028.5km、要介護5：

表 各施設へのアクセス平均距離

自治体	期間	合計 / 居宅介護のみ、かつ在宅医療併用者	平均距離 (m)			
			保健所	保健センター	地域包括支援センター	社会福祉協議会
A	2017	11	19,690.7	4,718.0	5,052.8	4,718.0
	2018	18	21,315.6	5,735.9	5,509.0	5,735.9
	2019	12	20,657.4	5,250.2	5,230.8	5,250.2
	2020	12	21,849.7	5,484.8	4,758.2	5,484.8
	2021	16	21,385.3	5,781.6	5,546.1	5,781.6
	全期間	69	21,051.1	5,456.1	5,265.9	5,456.1
B	2017	239	6,869.2	3,171.8	2,259.3	2,897.8
	2018	210	6,929.5	3,197.5	2,445.7	2,952.9
	2019	238	6,539.9	3,191.9	2,493.3	2,993.9
	2020	238	6,802.2	3,189.5	2,233.8	3,027.7
	2021	262	6,964.6	3,217.4	2,226.8	3,066.3
	全期間	1187	6,821.4	3,194.0	2,326.9	2,990.1
C	2017	68	9,504.6	6,818.2	5,678.6	5,843.7
	2018	58	9,385.8	6,208.9	5,055.2	5,262.1
	2019	64	8,713.2	6,262.6	4,854.4	5,384.8
	2020	70	8,739.7	5,641.1	4,155.9	5,469.6
	2021	85	10,045.6	6,717.1	5,897.7	6,177.6
	全期間	345	9,315.9	6,348.9	5,165.9	5,667.2

6, 241.8km)、自治体 B : 2, 519.5km (要介護 3 : 2, 492.8km、要介護 4 : 2, 531.7km、要介護 5 : 2, 572.6km)、自治体 C : 4, 500.1km (要介護 3 : 4, 135.7km、要介護 4 : 4, 590.1km、要介護 5 : 5, 695.5km) であった。

社協への平均アクセス距離は、自治体 A : 6, 519.1km (要介護 3 : 6, 176.0km、要介護 4 : 6, 723.6km、要介護 5 : 6, 846.9km)、自治体 B : 3, 189.2km (要介護 3 : 3, 237.2km、要介護 4 : 3, 069.5km、要介護 5 : 3, 278.3km)、自治体 C : 5, 140.7km (要介護 3 : 4, 990.2km、要介護 4 : 5, 155.3km、要介護 5 : 5, 692.4km) であった。

3) 要介護 3 以上で居宅介護サービスと在宅医療サービスを併用する高齢者の各施設へのアクセス距離の分析 (表)

2017 年から 2021 年の各年 10 月利用分の医科・介護レセプトデータ分析から、施設分類別の平均アクセス距離を算出した。

保健所への平均アクセス距離は、自治体

A : 21, 051.1km、自治体 B : 6, 821.4km、自治体 C : 9, 315.9km であった。

市町村保健センターへの平均アクセス距離は、自治体 A : 5, 456.1km、自治体 B : 3, 194.0km、自治体 C : 6, 348.9km であった。

地域包括支援センターへの平均アクセス距離は、自治体 A : 5, 265.9km、自治体 B : 2, 326.9km、自治体 C : 5, 165.9km であった。

社協への平均アクセス距離は、自治体 A : 5, 456.1km、自治体 B : 2, 990.1km、自治体 C : 5, 667.2km であった。

各施設からの支援距離は、3 自治体の地域的な特徴により、保健所では約 15km、市町村保健センターでは約 2km、地域包括支援センターでは約 3km、社会福祉協議会では 2.5km 程度の差があることを確認した。

D. 考察

本研究は、要介護 3 以上で在宅生活を継続する高齢者を対象に、医療・介護サービス利用実態と地域支援拠点への地理的アクセ

スを可視化した点に特徴がある。分析の結果、居宅介護サービスのみを利用する高齢者は第1号被保険者の1~2%、在宅医療を併用する高齢者は0.3~0.5%存在し、いずれの自治体においても保健・医療・福祉の継続的関与が必要な層が一定数地域内に存在することが確認された。特に在宅医療併用者は年次的に増加しており、重度化しても施設入所に至らず在宅療養を選択する高齢者が増えている実態は、保健所における医療・介護連携支援の重要性を示唆する。地理的アクセス分析では、保健所への平均アクセス距離が自治体間で大きく異なり、管轄保健所が自治体外に立地する場合、距離的制約が顕著となることが明らかとなった。これは、平時の地域把握や関係機関との連携、緊急時対応の迅速性に影響を及ぼす可能性がある。一方、市町村保健センターや地域包括支援センター、社会福祉協議会は、施設配置数に応じてアクセス距離が短縮されており、住民に近い支援拠点として機能していることが示された。これらの結果は、保健所がすべてを直接担うのではなく、地域資源の配置状況を踏まえ、市町村や地域包括支援センターを中核とした支援体制を戦略的に構築する必要性を示している。

E. 結論

本研究は、レセプトデータとGISを組み合わせることで、保健所管轄区域内における支援ニーズの高い高齢者の分布と、支援拠点への到達可能性を客観的に把握できることを示した。特に、在宅医療併用高齢者の増加や、保健所へのアクセス距離の地域差は、保健所が所管区域全体の支援体制を俯瞰し、重点化や役割分担を検討する上で重要な判断材料となる。今後、保健所において

は、本研究のようなデータに基づく地域診断を活用し、市町村・地域包括支援センター等との連携を前提とした支援体制の再構築や、アウトリーチを重視した保健事業の展開が求められる。本手法は、地域包括ケアシステムの実効性向上に向け、保健所機能を戦略的に発揮するための基盤となる知見を提供するものである。

F. 今後の計画

支援体制の強化には、各保健所等の人員や保健事業提供圏域の分析が必要となる。労働人口が減少する今後の社会状況を加味し、実質的な移動距離に人員配置モデルを組み込んだ、地域評価が必要である。

G. 発表

なし

第 4 部 地域保健に関するフォーラム

**I 2040年を見据えた新たな地域医療構想
～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み**

総合確保方針（令和5年3月17日一部改正）

医療介護総合確保法に基づき、地域における医療・介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定（2014年制定、'16・'21・'23年一部改正）。当該方針に即して、医療計画・介護提供計画（支援）計画の基本方針・指針を策定

総合確保方針の意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築、自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
地域医療構想の推進、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域包括ケアシステムの深化・推進（認知症施策の推進、総合事業や介護予防の充実等）など
- (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
医療従事者の働き方改革の取組、タスク・シフト、チーム医療の推進、復職支援、介護現場の生産性向上・働く環境改善の取組など
- (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
全世代型の社会保険制度の構築、医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上など
- (4) デジタル化、データヘルスの推進
全国医療情報プラットフォームの創設、NDBと公的DB等との連結解析、EBPMの推進など
- (5) 地域共生社会の実現
地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる社会的処方への活用、住まいの確保、地域の多様な主体との連携など

2

2025年に向けたこれまでの地域医療構想について

令和6年3月29日附の地域医療構想に関する条例

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
- ① 都道府県において、各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・療養期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「病床機能報告」により報告。
- ③ 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。
- ④ 都道府県は「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法」に定められている権限の行使を含めた役割を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

4

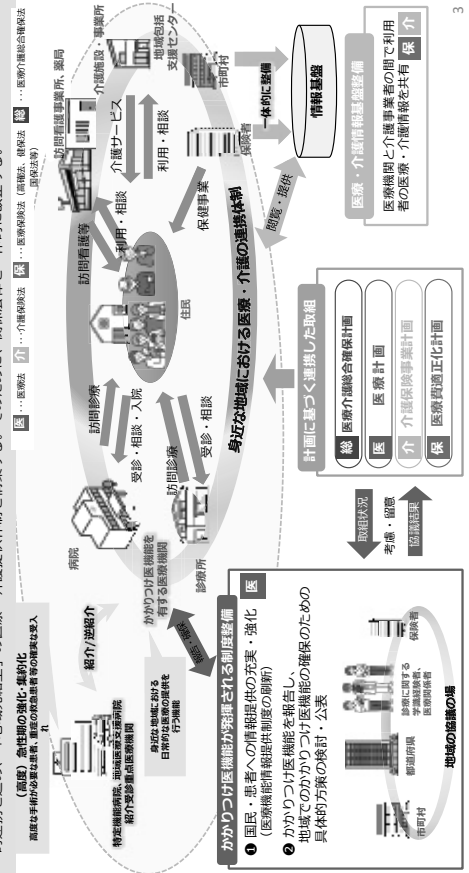
2026年2月25日
令和7年度 地域保健総合推進事業発表会
第3部 地域保健に関するフォーラム

2040年を見据えた新たな地域医療構想 ～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み～

厚生労働省 医政局 地域医療計画課長
西嶋 康浩

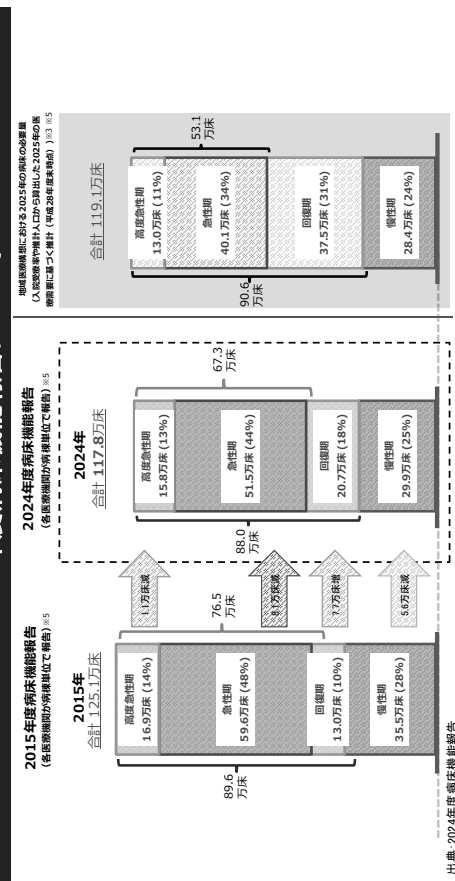
地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返す高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



3

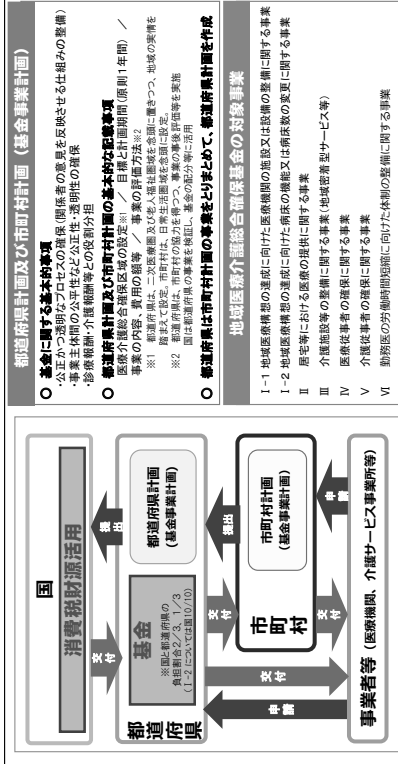
2024年度病床機能報告について



出典：2024年度病床機能報告
 ※1：対象医療機関数及び報告床数が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
 ※2：(報告医療機関数/対象医療機関数)×報告床数×100で算出(報告床数/報告医療機関数×100)で算出
 ※3：2024年度は、2023年度と比較して、急性期・回復期・療養期の割合が増加し、高度急性期の割合が減少している
 ※4：高齢急性期のうちICU及びICU以外の病床数(%)は、2024年度病床機能報告(18.4%)
 ※5：病床機能報告の集計と実態と異なる場合は、各都道府県の病床数を参照し、合計し合わせたものとあり、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較することはできない。詳細な分析や検討を行うことが重要。

地域医療介護総合確保基金

〇 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「1列車かつ1個の悪い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
 〇 このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



〇 **基金に関する基本的事項**
 ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 ・事業主体間の公平性など公正性、透明性の確保
 ・診療報酬・介護報酬等との役割分担

〇 **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 医療介護総合確保基金の特定事項 / 目標と計画期間(原則1年) / 事業の内容、費用の概算 / 事業の評価方法等
 ※1 都道府県は、二次医療圏及び単一人地圏を単位に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を単位に設定。
 ※2 国は都道府県の事業を単位とし、基金の配分率に留意する。

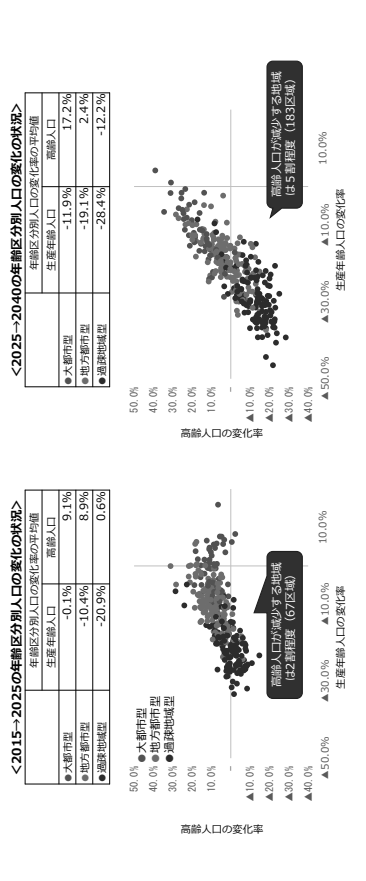
〇 **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめ、都道府県計画を作成**

〇 **地域医療介護総合確保基金の対称事業**

- 1-1 地域医療連携型の連携に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 1-2 地域医療連携型の連携に向けた病床の増設又は病床数の変更に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務地の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

2025年以降の人口変化：人口動態(地域別)

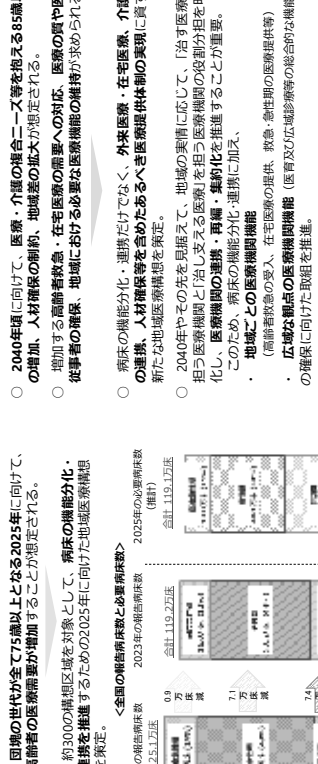
〇 構造的に、年齢別人口の2015年から2025年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なる。
 ・大都市型では、高齢人口が減少し、生産年齢人口は微増～減少
 ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
 ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は微減



出典：2015人口動態報告(国勢調査)、それ以外は国立社会保障・人口動態研究所「日本の地域別人口動態」(2023年推計)
 ※高齢人口は75歳以上の人口を指し、生産年齢人口は15歳～64歳の人口を指す。人口動態報告の注記を参照。
 ※高齢人口の減少率(%)は、(高齢人口の減少率/高齢人口)×100で算出。このように、高齢人口の減少率(%)は、高齢人口の減少率(%)を指す。

新たな地域医療構想の概要

〇 **現行の地域医療構想**
 病床の機能分化・連携
 〇 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することを想定される。
 〇 約300の構想地域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。



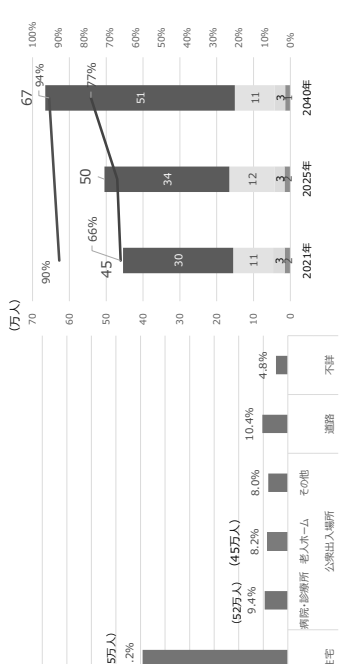
〇 **新たな地域医療構想**
 〇 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を踏まえる8歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
 〇 従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
 〇 病床の機能分化、連携だけでなく、**外来医療、在宅医療、介護と連携、人材確保等を念められたるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。
 〇 2040年やその先を見据えて、地域の実情にむじて、「**「治す医療」を担う医療機関と「治すを支える医療」を用いた医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携、再編、集約化を推進**することが重要。
 ・ **地域ごとの医療機能機能**
 (高齢者ケアの導入、在宅医療の提供、救急、急性期の医療提供等)
 ・ **広域な観点の医療機能機能** (医療及び応急診療等の総合的機能)の確保に向けた取組を推進。

〇 **今後のスケジュール**
 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成(国)
 令和8年度 新たな地域医療構想の策定(県)
 令和9年度 新たな地域医療構想の取組を正式開始(県)

老人ホームからの救急搬送件数の見直し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約77万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ(2021年)、特別集計データ「人口推計」(2021年)及び国立社会保険・人口問題研究所「日本の将来推計」(2023年推計)を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

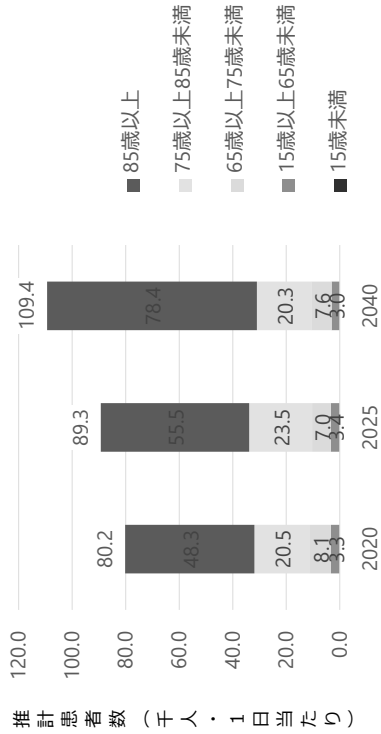
高齢者救急・地域急性期機能について

今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病種に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



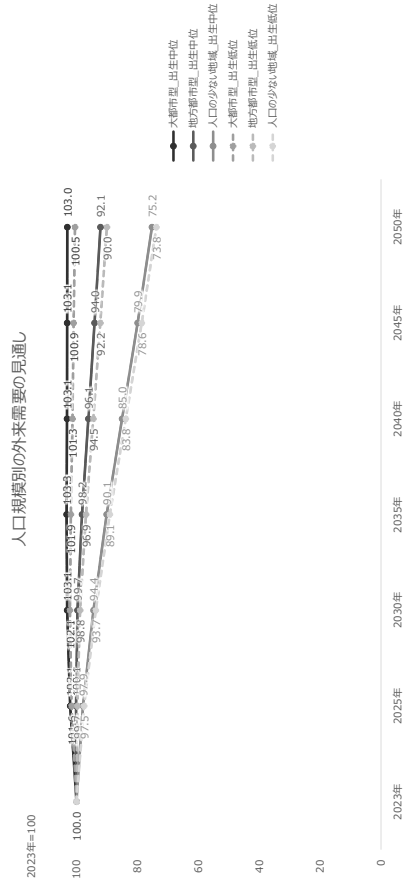
85歳以上の頻度の高い傷病名 (※)		包括期機能と考えられる病種に多い傷病名 (※)	
傷病名	割合	傷病名 (上位15疾患)	件数
食物及び吐物による呼吸器炎	5.8%	食物及び吐物による呼吸器炎	37,436
うつ動悸不全	5.1%	老人性認知症	35,243
コロナウイルス感染症2019-ワイルズが特定されたもの	3.6%	腰痛	32,493
肺炎、詳細不明	2.7%	大腸がん	31,855
脳卒中	2.4%	肺炎、詳細不明	27,664
尿石症	2.3%	コロナウイルス感染症2019-ワイルズが特定されたもの	25,533
尿石症	2.3%	肺炎	25,491
尿石症	2.3%	肺炎	23,860
尿石症	2.3%	肺炎	22,183
尿石症	2.3%	肺炎	21,009
尿石症	2.3%	肺炎	20,472
尿石症	2.3%	肺炎	18,766
尿石症	2.3%	肺炎	18,151
尿石症	2.3%	肺炎	17,521
尿石症	2.3%	肺炎	16,852

2040年頃に向けた医療の課題②～在宅医療需要の増加～



外来医療の需要について

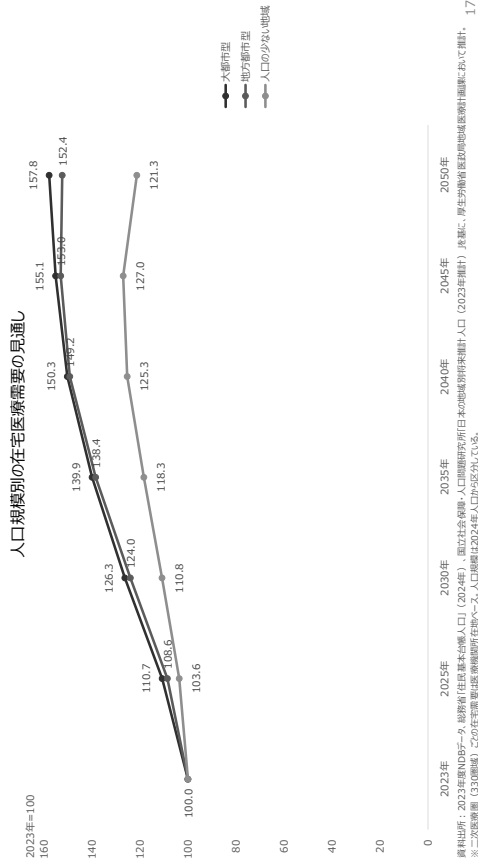
外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少が見込まれる。



資料出所：2023年版国勢調査、国勢調査特別集計「人口推計」、国勢調査特別集計「人口推計」、国勢調査特別集計「人口推計」(2023年推計)を基に、※2: 外来医療需要(30分以内) ※3: 外来医療需要(30分以上) ※4: 人口規模は2024年人口5区区分、※5: 出生低位人口については、2025年時点2050年までの地域別推計推計人口の合計が当該地域の出生低位(死亡)合計に一致するように、性別・年齢別推計を調整して推定することにより作成。

在宅医療の需要について

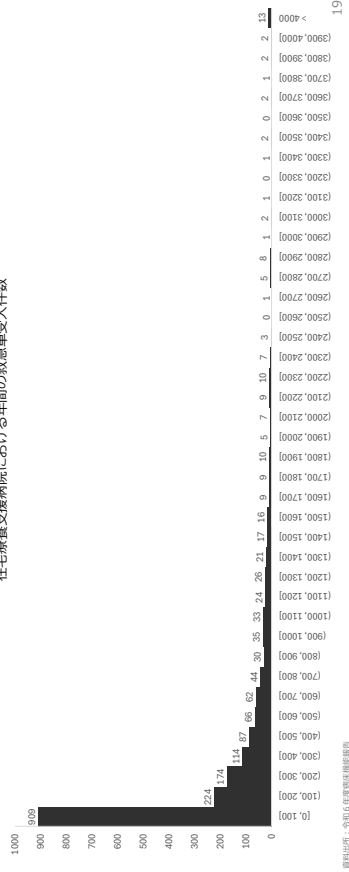
- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



複数の医療機関機能を担う医療機関について

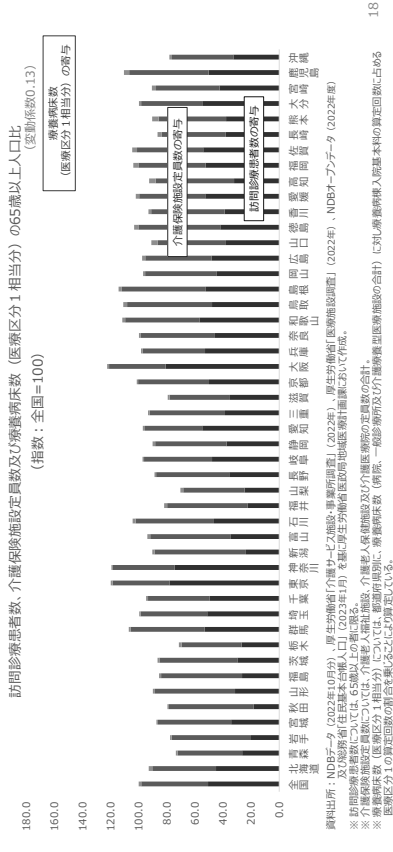
- 在宅療養支援病院として在宅医療に一定の役割を担っている医療機関について、年間の救急車受入件数は多くが100台未満である一方、年間4000台を超えるような医療機関もある。1つの医療機関が複数の医療機能機能を担う場合も想定される。

在宅療養支援病院における年間の救急車受入件数



慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について（訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります。地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせて地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。



病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせ持つことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけよう。

- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表と、医療計画の作成（2040年）の病床数の必要量の見直しを行うこと）として行うこととする。また、これまでの取組との連携性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとする。

病床機能区分

機能区分	機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向け、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向け、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治療を支援する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管障害や大腿骨頸部骨折の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の認知障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

令和7年12月12日地域医療連携強化及び医療提供体制に関する検討会資料

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、たまたみに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完了させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに、先行し、連携・再編・集約化の取組の一定の完了は2035年を目途に進めることとしていく。
- また、急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や地域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人を超えても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年 【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえ、2035年に必要となる急性期拠点機能の取組について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や要年数、区域内の医療資源等を踏まえながら、地域医療連携調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けて議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数などが等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域エリアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃 【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関決定し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

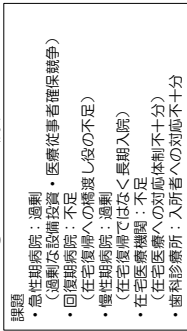
2035年 【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完了させ、目途とした急性期拠点機能を確保

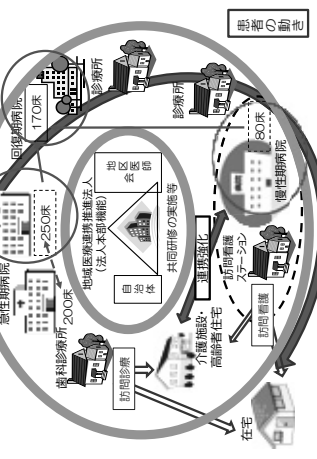
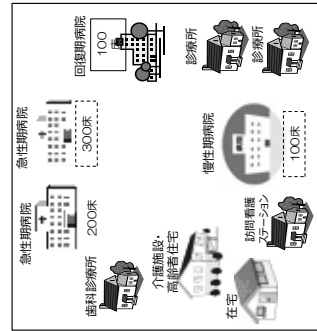
25

地域医療構想・地域包括ケアの実現に向けた地域医療連携推進法人のイメージ

<イメージ①>：地域の病院ネットワークの法人化へ



- 知所：統一の方針を明確・決定して課題に対応
- 急性期病院から回復期病院へ病床転送
 - 慢性期病院の病床・回復期病院の病床
 - 慢性期病院の機能転換による在宅医療の充実
 - 医療機関と介護施設・高齢者住宅の連携の強化
 - （入所者・在宅の訪問看護・診療や、口腔ケアの充実）



新たな地域医療構想における構想区域について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療・介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域のほか、広域な観点から求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための広域広域、在宅医療等についてきめ細かく対応するためのより狭い区域を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に占めて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に概定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

基本となる構想区域

- 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本とし、かつ、人口が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

広域な区域

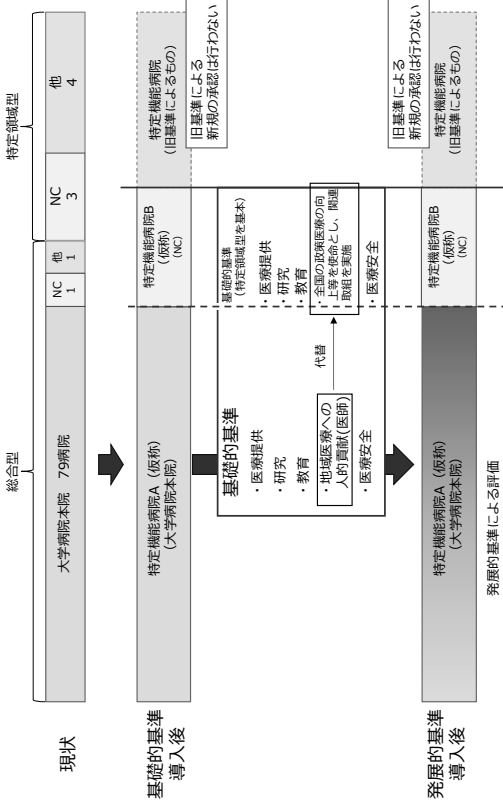
- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に添って、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に添って弾力的に設定

特定機能病院見直し後のイメージ

※NCはナショナルセンター（承認時を含む）を指す



(4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

項目	記載内容
(3) 診療計画	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師はオンライン診療を行う前に、患者の心身の状態を初診前により診断し、その評価に基づき診療計画を定め、2年以上前からオンライン診療を受ける場合は事前に医師・患者間で取り決めを明確にし、合意しておく等 <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療計画は文章・図解の記録により患者が参照できることが望ましい 等 原則 医師・患者双方が身分確認を本人確認を行う (※) 医師は医師資格の保有を証明できる環境を整える 等
(4) 本人確認	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診の場合は、①顔姿、②顔姿・音声・両手・両足を撮り、③顔姿・音声・両手・両足を撮り、④顔姿・音声・両手・両足を撮る <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は患者に対し、現在監禁されている医薬品を撮影する 等 かかりつけ薬剤師・薬局のもと、医薬品の一元管理を行うことが望ましい
(5) 薬剤処方・管理	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診の場合は、①顔姿、②顔姿・音声・両手・両足を撮り、③顔姿・音声・両手・両足を撮る <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ薬剤師・薬局のもと、医薬品の一元管理を行うことが望ましい
2. オンライン診療の提供体制	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、医療機関に所属し、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、オンライン診療の取組は同様の指示を受けることとなる「テレワーク」の取組と同等と見なされ、等
(1) 医師の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(2) 患者の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が看視等を行う場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(3) 患者が看視等を行う場合	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が看視等を行う場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(4) 患者が医師がいる場合	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が医師がいる場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(5) 遠隔環境 (情報セキュリティ・プライバシー・利用態様)	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
3. その他関連する事項	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う

※ 特、オンライン診療に関する事項は、医師は、患者が事後に確認できる形で、所属する医療機関の名称、担当した医師の氏名、問合せ先等を通知するものとする。また、医師によりオンライン診療と連携する場合には、医療機関は、当該診療を診療録に記載するなど適切な方法で記録することが望ましい旨を通知等と示すこととする。

(4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

法第14条の3において、厚生労働大臣は「オンライン診療の適切な実施に関する基準」(オンライン診療基準)として、①オンライン診療を行う医療機関の施設/設備、人員、②患者がオンライン診療を受ける場所、③患者に対する説明、④患者受診時の体制確保、⑤その他に関する事項を定めることとされている。

このオンライン診療基準は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(オンライン診療指針・局長通知)の「最低限遵守する事項」を基本として規定する(併用)。

また、改正法の施行に合わせ、オンライン指針(※)についても見直しを行う。

※「オンライン診療の利用手順を示した手引書等について」(令和6年3月29日付け医政局総務課事務連絡)の3等、オンライン診療受診指針についても作成予定。

※ 1：下掲はオンライン診療指針の見直しによるもの
 ※ 2：下掲はオンライン診療指針に既に規定するもの(対面診療でも当然に求められる事項は必ずしも共通してない)
 ※ 3：1(4)はオンライン診療の適切な実施に関する「オンライン診療指針」の記載事項は、(法人)の場合は管理・運営の責任者を通じて、これを確保するものとする。

項目	記載内容
基本理念	<ul style="list-style-type: none"> オンライン診療の目的 基本理念、医師・患者関係、医師の責任、正確な情報提供、患者の求めに基づき提供 等
1. オンライン診療の提供	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療は、患者希望の確認と必要の説明の上、合意がある場合に行う 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等 <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 急性期や重症の場合は、速やかに対面診療を促す かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、適切に対面診療につなげられる体制の確保が必要 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等
(1) 医師・患者関係・患者意識	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 急性期や重症の場合は、速やかに対面診療を促す かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、適切に対面診療につなげられる体制の確保が必要 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等
(2) 適用対象	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 急性期や重症の場合は、速やかに対面診療を促す かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、適切に対面診療につなげられる体制の確保が必要 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等
2. 診療の提供	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療は、患者希望の確認と必要の説明の上、合意がある場合に行う 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等 <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 急性期や重症の場合は、速やかに対面診療を促す かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、適切に対面診療につなげられる体制の確保が必要 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等
3. 診療の提供体制	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療は、患者希望の確認と必要の説明の上、合意がある場合に行う 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等 <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う 急性期や重症の場合は、速やかに対面診療を促す かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、適切に対面診療につなげられる体制の確保が必要 医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等
(1) 医師の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(2) 患者の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が看視等を行う場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(3) 患者が看視等を行う場合	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が看視等を行う場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(4) 患者が医師がいる場合	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が医師がいる場合、医師の所在、物理的に隔離された環境でなければならぬ (※) 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
(5) 遠隔環境 (情報セキュリティ・プライバシー・利用態様)	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う
3. その他関連する事項	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師は、所属・即合せ先を明らかにする (※) 適切な判断を要する場合は、必ずしもオンライン診療を行う必要はない 第三者に患者の心身の情報を伝へないよう、物理的に隔離された環境で行う

※ 特、オンライン診療に関する事項は、医師は、患者が事後に確認できる形で、所属する医療機関の名称、担当した医師の氏名、問合せ先等を通知するものとする。また、医師によりオンライン診療と連携する場合には、医療機関は、当該診療を診療録に記載するなど適切な方法で記録することが望ましい旨を通知等と示すこととする。

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組

これまで人口の少ない地域においても、医療資源を多く必要とする手術等の医療や診療所による外来医療などの提供が行われてきたが、2040年を見据え、区域の見直し、急性期医療の連携、再編、集約化を進めていく必要がある。そういった中、患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を把握し、地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要。

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施
オンライン診療② D to P with N	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護士が患者のオンライン診療による受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護士が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンカルテレーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援
巡回	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県、医療機関	<ul style="list-style-type: none"> へき地等へ代診医等を派遣
巡回診療	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者が専ら巡回診療を実施
宿泊施設整備	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備
交通費・宿泊費補助	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> 遠方の分科取扱施設で出張する必要がある場合に、分科取扱施設までの移動にかかる交通費を補助 よび出張予定日前から分科取扱施設までの待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成
有床診療所	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源の少ない地域等に診療を確保するなどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供
隣接する都道府県との連携	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な遠隔地の医療機関までのアクセスが、当該都道府県以外の場合にあり、患者の負担を軽減する取組を行う

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

令和6年12月18日(木)新たな地域医療構想に関する検討会とりまとめより作成

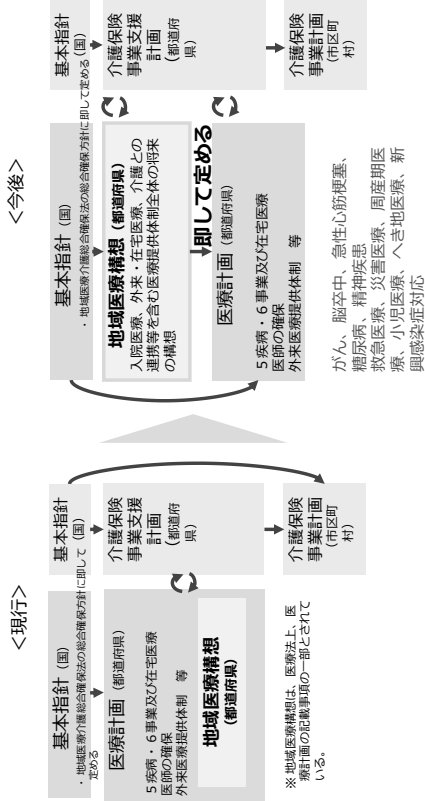
85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年と今後の地域・世代別の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることで、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

「治す医療」と「治さざる医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域密着型の医療・介護提供体制を構築

- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想	新たな地域医療構想
<p>(1) 基本的な考え</p> <ul style="list-style-type: none"> 2040年に向けて、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現を目指すよう特定・推進 新たな構想は27年度から順次開始 27年度に限りオンライン診療、28年度までで医療機関間で着目した連携等 新たな構想を具体的な取組として位置づけ、医療計画は新たな構想に基づき作成される 	<p>(3) 地域医療・介護総合確保策</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間で着目した取組の支援を追加 <p>(4) 都道府県取組の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間の確保 (医師に合わない場合は見直し)の確保 基幹病院と必要病床数の確保 必要病床数を超過する場合は調整会議で認められた場合に許可 既存病床数を上回る場合は、地域の事情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求め <p>(5) 国・都道府県・市町村の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 国(都道府県の負担・支援を明確化(自前方向性・データ駆動型)) 都道府県の取組の見直し、調整会議で決めた事項の実施に努める 市町村の調整会議への参画、地域医療・介護総合確保策の活用 <p>(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする
<p>医療提供体制の現状と目指すべき方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> 2040年に向けて、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現を目指すよう特定・推進 新たな構想は27年度から順次開始 27年度に限りオンライン診療、28年度までで医療機関間で着目した連携等 新たな構想を具体的な取組として位置づけ、医療計画は新たな構想に基づき作成される 	<p>(3) 地域医療・介護総合確保策</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間で着目した取組の支援を追加 <p>(4) 都道府県取組の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間の確保 (医師に合わない場合は見直し)の確保 基幹病院と必要病床数の確保 必要病床数を超過する場合は調整会議で認められた場合に許可 既存病床数を上回る場合は、地域の事情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求め <p>(5) 国・都道府県・市町村の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 国(都道府県の負担・支援を明確化(自前方向性・データ駆動型)) 都道府県の取組の見直し、調整会議で決めた事項の実施に努める 市町村の調整会議への参画、地域医療・介護総合確保策の活用 <p>(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする
<p>新たな地域医療構想</p> <ul style="list-style-type: none"> 2040年に向けて、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現を目指すよう特定・推進 新たな構想は27年度から順次開始 27年度に限りオンライン診療、28年度までで医療機関間で着目した連携等 新たな構想を具体的な取組として位置づけ、医療計画は新たな構想に基づき作成される 	<p>(3) 地域医療・介護総合確保策</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間で着目した取組の支援を追加 <p>(4) 都道府県取組の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関間の確保 (医師に合わない場合は見直し)の確保 基幹病院と必要病床数の確保 必要病床数を超過する場合は調整会議で認められた場合に許可 既存病床数を上回る場合は、地域の事情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求め <p>(5) 国・都道府県・市町村の役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 国(都道府県の負担・支援を明確化(自前方向性・データ駆動型)) 都道府県の取組の見直し、調整会議で決めた事項の実施に努める 市町村の調整会議への参画、地域医療・介護総合確保策の活用 <p>(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

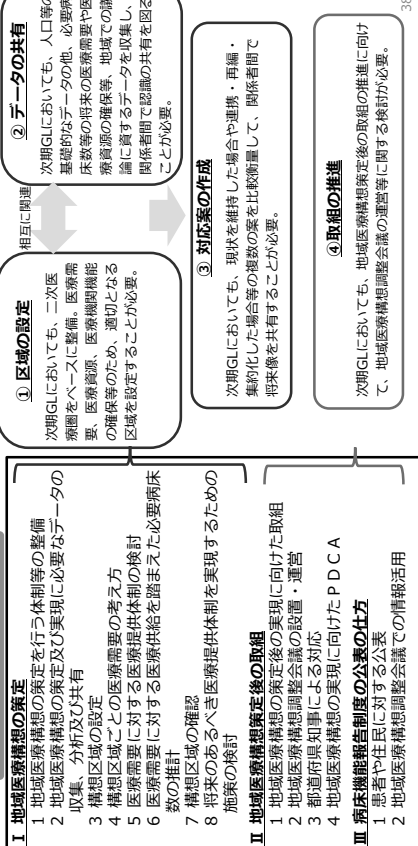
新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理



地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン



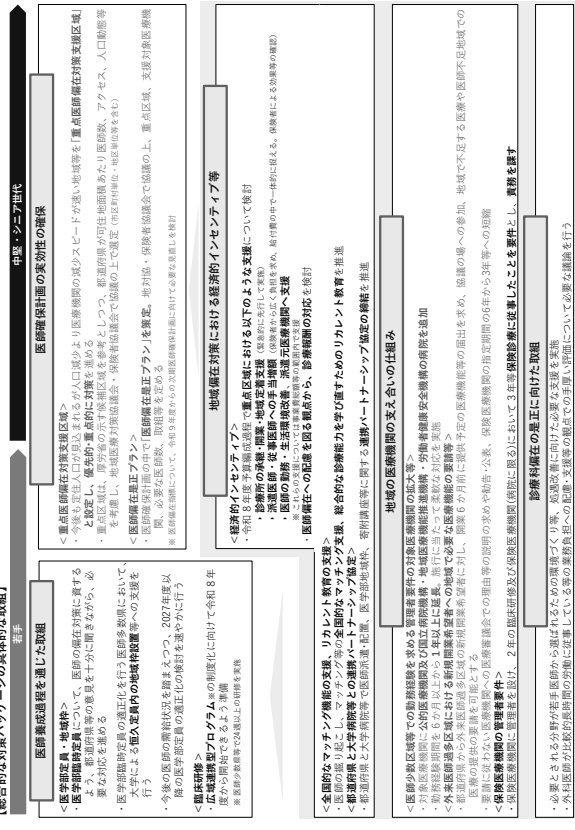
医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）の概要

令和7年12月15日公布

- ## 改正の趣旨
- 高齢化に伴う医療ニーズの急増や人口減少を早繰る、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供するために必要な措置を講ずるため、地域医療構想の高度化等、医師確保を是正に向けた総合的な対策の取組、これら基礎となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。
- ## 改正の概要
- 地域医療構想の適正化等**（医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等）
 - ①-1 地域医療構想として、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、人財、外来、在宅医療、介護と連携する医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携を課題とする場合の参画を促す。
 - ・医療情報連携（臨床情報、急性期医療、慢性期医療）報告制度を設ける。
 - ①-2 厚生労働大臣は5 医療、6 事業、在宅医療に関し、目標設定、取組、評価の一体的な取組を行う。
 - ①-3 都道府県は病床数と連携する取組を行う等、(簡便したと専任専任医師を確保)ほか、国は予備内で当該事業の費用を負担する。
 - ② 「オンライン診療」を適法に実施し、手続負担やオンライン診療を受けられる場所を提供する取組を整備する。
 - ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。
 - 医師確保を是正に向けた対策**（医療法、確保医療法、総務法等）
 - ① 都道府県知事及び、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
 - ② 医師確保対策として、当該区域の医師の早急の支給に関する事項を設ける。
 - ③ 医師確保対策として、当該区域の医師の早急の支給に関する事項を設ける。
 - 医療DXの推進**（総務法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症予防法及び感染症の患者に対する医療に関する法律等）
 - ①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス提供の提出を可能とする。
 - ①-2 2030年までに電子カルテの普及率100%を達成するよう、医療関係者の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。
 - ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療、介護関係のデータベースの匿名化情報の利用、提供を可能とする。
 - ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る主体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
 - その他（施行期日）**
 - ① 外資系医療機関の指定区域の指定
 - ② 医師手当事業に関する関係者等が意見を述べられる仕組みの構築。
 - ③ 介護・福祉事業者の適切な処遇の確保
- このほか、平均的経理方法において効率的な医療提供の確保に関する規定を設ける。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（令和7年12月15日）（1.①、2.①②、③及び4.①））、令和8年10月1日（1.①②、2.①②、3.①②、4.②及び5.②）、令和7年11月1日（1.③、2.③、3.③①、4.③））、令和7年10月1日（1.①③、2.③、3.③②、4.④））、公布後3年以内で政令で定める日（3.③②、3.③③、4.⑤））、公布後2年以内で政令で定める日（1.③及び3.③①、公布後3年以内で政令で定める日（2.①②の①及び3.①②の①））、公布後

医師確保を是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②



医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

1. 医療機関の業務のDX化の推進について（前頁の続き）

- 業務効率化・職場環境改善に積極的に取り組むことが、医療従事者の職場定着にプラスとなり、労働市場における医療従事者の確保面でより有利になるよう、計画的に取り組む病院を公的に認定し、対外的にも発信できる仕組みを地域医療介護総合確保法に創設する。認定の仕組みは透明性があがりやすいものとし、医療従事者の視点を入れることも検討する。

（医療機関の責務の明確化）

- 医療法上、現在、病院又は診療所の管理者は医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に取り組む措置を講ずるよう努めることとなっている。今後は、これらに加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。

また、併せて、健康法上の保険医療機関の責務として、勤務効率化、勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

2. タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

- 医療機関におけるタスク・シフト/シェアの取組がさらに定着するよう、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト/シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進める。
- 医療関係職種の養成校の定員充足率は近年低下傾向にあり、地域差も大きい状況。今後とも、地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療機構等を踏まえた各医療関係職種の供給状況を員通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため、国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進める。
- 医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせて働き方・キャリアの選択が可能となるなど、地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下のような対応を行う。
 - ・ 医療関係職種の各資格間において現在でも可能なとなっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすくなり養成課程とするとともに、医療関係職種の更なる向上を図るため、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討する。
 - ・ 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進める。
- ・ 歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進める。

ご静聴ありがとうございました。

医療法等改正法の各施行日について

※下欄部分は衆議院での修正によるもの
※公布日が確定日付でないものは別途政令で定める

1. 地域医療構想の見直し等

【地域医療構想等】	公布日
・ 5 疾病・6 事業・在宅医療に関するロジックモデル	公布日（～令和9年4月廃止）
・ 病床数削減支援事業	令和8年10月
・ 医療機関機能報告制度の創設	令和9年4月
・ 新たな地域医療構想の策定	令和10年4月等
・ 地域医療構想への精神医療の追加	
【オンライン診療】	
・ オンライン診療の法定化等	令和8年4月
【難習医療】	
・ 難習医療を行う医療機関による定期報告等	公布後2年以内

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策

	公布日
・ 重点医師偏在対策支援区域の指定	令和8年4月
・ 医師手当事業	公布後3年以内
・ 外来医師過多区域の無床診療所への対応強化、保険医療機関の管理者要件	令和8年4月

3. 医療DXの推進

	公布日
・ 電子カルテ情報の共有、発生源の経由提出	公布後1年以内・3年以内
・ 政府による電子カルテ情報の提供の実現	公布後1年以内
・ 2030年末までの電子カルテ普及率約100%を達成するよう、クラウド技術等の活用も含む、医療機関の業務における情報の電子化の実現	公布後1年以内
・ 匿名化情報の利用・提供	公布後3年以内等
・ 支払基金の組織見直し・医療DX方針の策定、公費負担医療等の規定整備	公布後1年6月以内・2年以内等

4. その他（検討規定）

	公布日
・ 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方【施行後3年目途】	令和8年4月
・ 医師手当事業に関する保険者等が意見を述べらる仕組みの構築	公布日
・ 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保【速やか】	公布日

西嶋 康浩（にしじま やすひろ）

2002年3月、山口大学医学部を卒業。

2003年厚生労働省入省。同省健康局疾病対策課長補佐、老健局老人保健課長補佐、医政局救急・周産期医療等対策推進室長、大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官等を経て、2020年8月から岡山県保健福祉部長。

2022年7月に健康局難病対策課移植医療対策推進室長、2023年5月に健康局がん・疾病対策課長、2024年7月に医政局医事課長、2025年7月より現職。

病院機能向上と経営改善の取り組み～統合再編事業を通して～

松本昌美（南和広域医療企業団 副企業長・南奈良総合医療センター 名誉院長）

人口減少と急速な高齢化が進行する地域、特に中山間・へき地を抱えた医療圏では、医療資源の集約と機能分化を前提とした持続可能な地域医療提供体制の構築が喫緊の課題である。医療資源の少ない奈良県南和地域において、医療関係者、行政関係者、地域住民で「あるべき地域医療の姿」を共有し実施した公立3病院の統合再編事業を通して、地域包括的医療提供体制の構築とその成果、課題について報告する。

集約化により南和広域医療企業団南奈良総合医療センターは断らない救急医療や専門医療などが充実し、災害医療、へき地医療支援の拠点機能、地域医療支援病院および在宅療養支援病院としての機能を強化した。回復期、慢性期医療を担う吉野病院・五條病院を合わせ企業団3病院は、共通の電子カルテで一体運営により急性期から慢性期までのシームレスな医療提供体制を構築した。

さらに、高度・先進医療機関（奈良県立医科大学附属病院）との緊密な連携および包括期医療・在宅医療を担う周辺病院・診療所との連携体制を構築し、地域完結型医療が実現しつつある。また、チーム医療の実践と地域に必要とされる病院機能の拡充、教育研修システムの構築により、良質で最適な医療の提供ならびに経営改善に繋がった。

急性期機能の集約化、役割分担と連携、効率的なベッドコントロールにより、新型コロナウイルス感染症や救急対応が可能であったが、急性期病床の逼迫とマンパワー不足のため地域の一般診療を一時期制限せざるを得なかった。

新たな地域医療構想に向けて、企業団3病院は「断らない病院」と「面倒見のいい病院」を目指して、災害時や新興感染症の感染拡大時にも対応できるよう急性期機能のさらなる強化、経営の効率化、医療・介護の連携が重要である。そのため、将来的な医療需要変化への対応、人材確保、医療DXの実現などは今後の課題であり、医療圏を超えた急性期医療と後方支援のあり方についても検討する必要がある。

略歴

- 1982年 3月：奈良県立医科大学卒業
- 1982年 5月：奈良県立医科大学附属病院臨床研修医（第3内科）
- 1982年 9月：国保連合会大三輪病院 内科医員
- 1984年 7月：奈良県立奈良病院 内科医員
- 1985年 4月：奈良県立奈良病院救命救急センター 医員
- 1985年 7月：新千里病院 内科医員
- 1986年 7月：奈良県立医科大学附属病院 医員（第3内科）
- 1993年 10月：奈良県立医科大学 助手（第3内科）
- 1995年 3月：奈良県立医科大学 医学博士

- 1997年 9月：奈良県立五條病院 中央臨床検査部部長
- 1999年 10月：奈良県立五條病院 内科部長
- 2006年 4月：奈良県立五條病院 副院長
- 2008年 7月：奈良県立五條病院 院長
- 2012年 3月：南和広域医療組合副管理者（兼）
- 2016年 4月：南和広域医療企業団副企業長 兼 南奈良総合医療センター院長
- 2024年 4月：南和広域医療企業団副企業長 兼 南奈良総合医療センター名誉院長
[役職など] 公益社団法人全国自治体病院協議会副会長、一般社団法人奈良県病院協会
顧問、奈良県地域医療対策協議会委員、等

令和7年度地域保健総合推進事業発表会（AP東京/重洲2026.2.25～26）
 第3部 地域保健に関するフォーラム
 I 2040年を見据えた新たな地域医療構想～医療再編と病院経営、在宅医療の充実
 支援への取り組み～

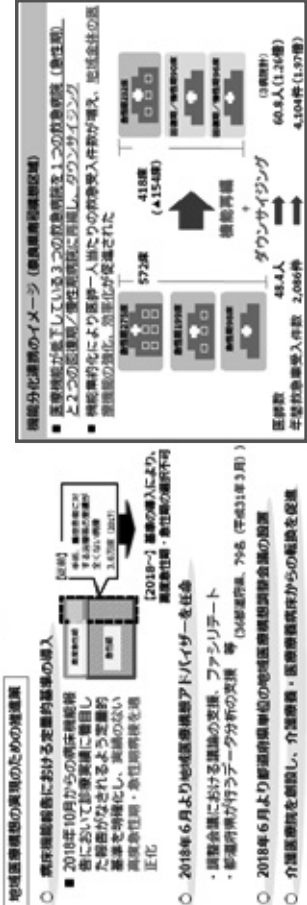
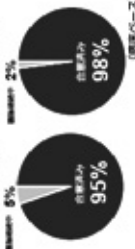
病院機能向上と経営改善 の取り組み ～統合再編事業を通して～



南和広域医療企業団 副企業長
 南奈良総合医療センター 名誉院長
 松本昌美

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組

- これまで、2017年度、2018年度の2年間で集中的な移行期間とし、公立・公的医療機関等
 においては地域の医療再編計画に基づき、この中で成り立つ医療圏別に重点化するよう医療機能等を
 再編し、これを達成するための再編計画の推進を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等では加えられなかった地域として、「新公立病院改革ガイドライン」や
 「経済財政運営と改革の基本方針2018」においては、それぞれ、
 ア 高度急性期、急性期機能や不採算部門、遠隔地等の医療提供等
 ウ 山岳・小規模、児童・高齢者、障害者、精神などの分野、特殊部門に特化する医療の展開
 エ 先進医療の提供
 オ 研修の推進等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
 が挙げられている。
- 2018年度末までに公立・公的医療機関等における具体的な対応方針が地域医療再編
 問題委員会で合意されるよう取組を進速。



出典：厚生労働省資料

南和地域

南和保健医療圏
 1市、3町、8村 (2017.10)
 面積：2,346km²(県の64%)
 人口：69,076人(県の5.1%)
 南奈良総合医療センター
 (2016年開設、急性期・回復期
 232床、27診療科、大淀町)

再編前公立3病院
 (急性期573床；2016年3月まで)
 ★奈良県立五條病院
 (1972年開設、急性期199床
 (運用160床)、13診療科)
 五條市 (南奈良から59.8km)
 総人口：29,713人
 高齢化率：36.0% (2017.10)

★町立大淀病院
 (1955年開設、急性期275床
 (運用150床)、9診療科)
 大淀町 (南奈良から5.2km)
 総人口：17,441人
 高齢化率：31.9% (2017.10)

★国保吉野病院
 (1956年開設、急性期99床、
 8診療科)
 吉野町 (南奈良から10.1km)
 総人口：6,911人
 高齢化率：49.5% (2017.10)

高齢化率 (2020年10月1日現在)

全国：28.8%
 奈良県：31.8%
 南和医療圏：41.3%

市町村別の老年人口割合

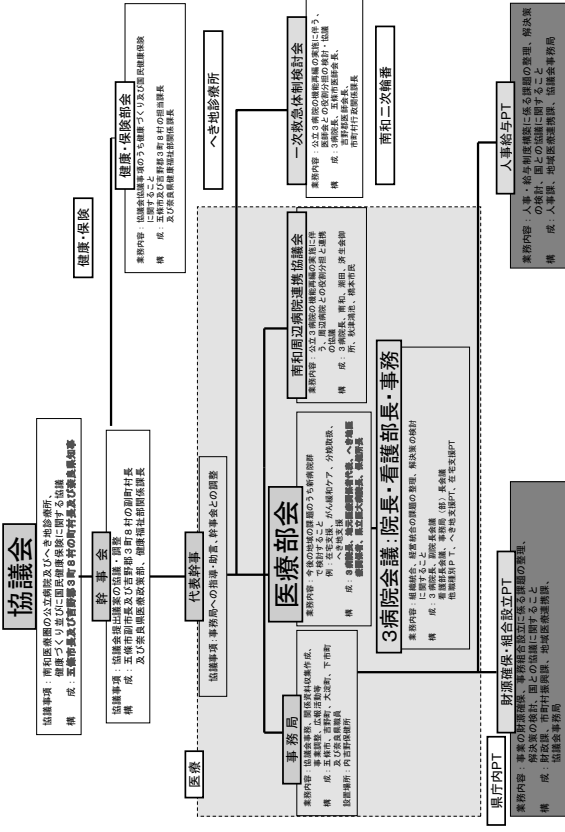
- ：50%以上
 - ▨：40%以上～50%未満
 - ▩：30%以上～40%未満
 - ：30%未満
- (奈良県年齢別人口調査)

南和広域医療企業団

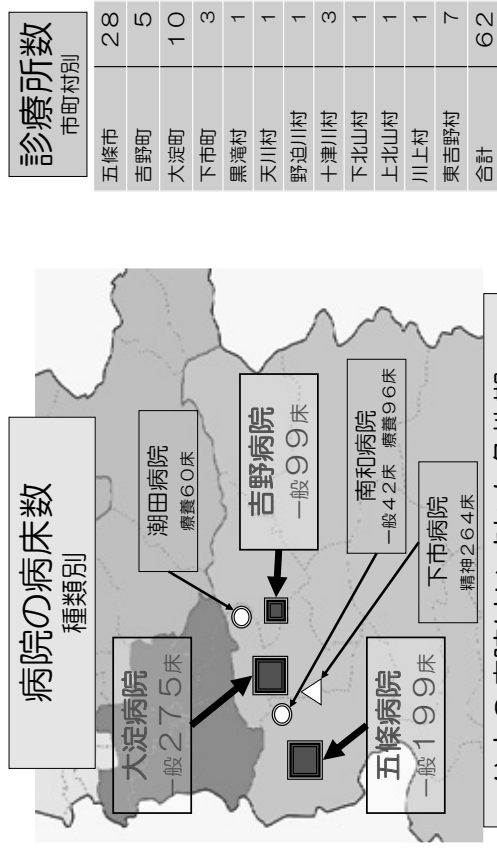
- ★南奈良総合医療センター
- ★吉野病院
- ★五條病院

Minami-nara General Medical Center

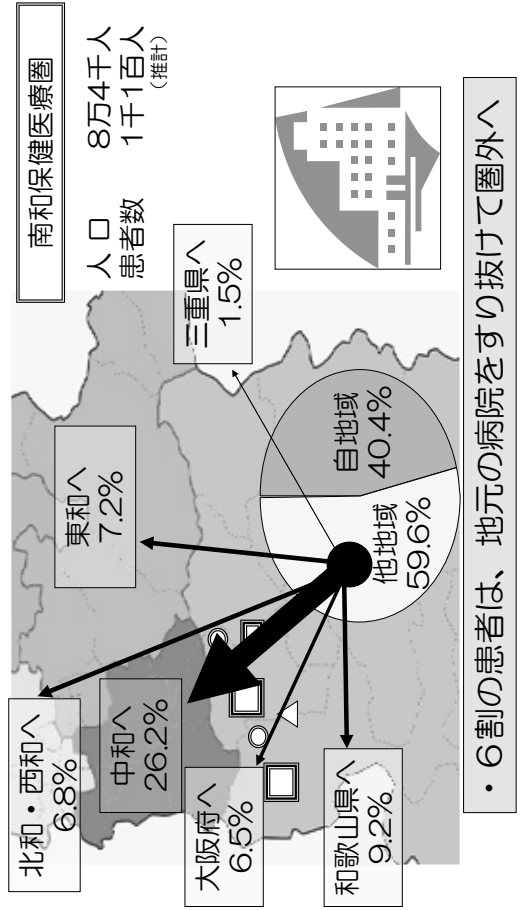
南和の医療体制のあり方推進組織図 (2010年7月～2012年1月)



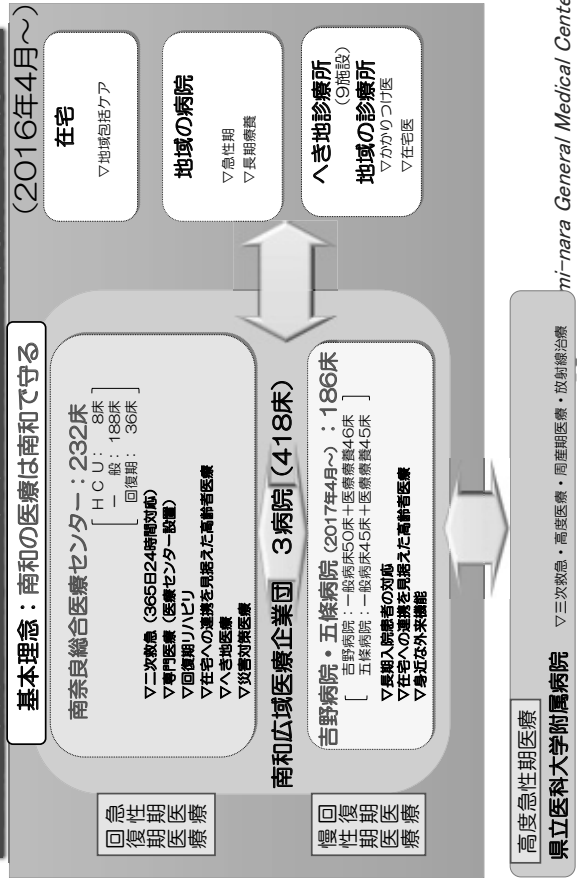
(南和医療圏における公立病院のあり方検討会: 2009.11~2010.5)
南和医療圏の医療状況 (2008年時点)



南和医療圏住民の入院受療動向 (2008年時点)



地域医療構想に向けた南和地域公立3病院統合再編事業 (2016年4月~)



企業団3病院の医療機能（重点的に取り組む分野）

1. 救急医療

地域の救急を断らない病院をめざして
救急医療を強化

2. 専門医療

がん、糖尿病などに対応するため
専門医療を充実

3. 災害時における医療

災害拠点病院として
災害対策の医療を強化

4. へき地医療

へき地医療拠点病院として
へき地診療所を支援

5. 高齢者、在宅医療

急性期から回復期、療養期まで
シームレスな医療提供体制を構築

南奈良総合医療センターの診療科構成(2016～2024)

27診療科+10センター

内科系	内科（循環器） 内科（消化器） 内科（感染症） 内科（内分泌代謝）	内科（呼吸器） 内科（糖尿病） 内科（腎臓） 内科（血液）	脳神経内科 小児科 精神科（外来）
外科系	外科（消化器、総合） 皮膚科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 産婦人科 救急科 歯科 口腔外科 リハビリテーション科	脳神経外科 呼吸器外科（外来） 整形外科 整形外科 分岐は奈良医大	
その他	総合診療科 麻酔科 放射線科 病理診断科	救急センター 糖尿病センター 腎臓病疾患センター 在宅医療支援センター 健診センター	消化器病センター リウマチ運動器疾患センター 脳卒中センター へき地医療支援センター がん診療推進センター

常勤医師：開院時54名（うち専攻医9名）⇒76名（うち専攻医10名、研修医6名）

Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの概要(2016～2024)

病床数：232床

HCU 8床、一般病床 188床（47床×4病棟、うち感染症4床）、回復期リハビリテーション病棟 36床

主な施設基準・指定等

急性期一般入院料4、救急告示病院（二次救急）、地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院、在宅療養後方支援病院（2017.3～2019.5）、在宅療養支援病院（2019.6～）、地域がん診療病院（2017.4～）、地域医療支援病院（2017.10～）、基幹型臨床研修病院（2018.4～）、マンガラフイ検診施設画像認定施設、肝疾患に関する医療圏中核医療機関、奈良県神経難病医療一般協力病院、奈良DMAT指定病院、第二種感染症指定病院（4床）、手術室（4室）、外来化学療法室（5⇒7床）、人工透析室（17床）

Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの医療機能 （重点的に取り組む分野）



1. 救急医療

地域の救急を断らない病院をめざして
救急医療を強化

主要施策

- 救急センターを設置：救急受入体制の強化を図る
- 救急外来は将来需要を見据え余裕のあるスペースを確保
- 救急外来には救急初療室や経過観察室7床を設置
- 救急外来は緊急検査や緊急手術に対応できる放射線部門、手術室やHCUとの効率的な配置、動線を確保
- 屋上にヘリポートを設置：ドクターヘリによる救急搬送を受け入れ

Minami-nara General Medical Center

救急医療体制の強化（2016～2024年度）

- ①**日勤帯**：医師5名（救急科2名・総合診療科2名・内科系1名）＋各専門診療科
⇒医師8名（救急科4名・総合診療科2名・内科系2名）
＋研修医、専攻医、各専門診療科
- ②**時間外・休日勤務体制**：内科系2名、外科系1名
＋休日勤務帯に病棟担当医1名、研修医
- ③**オンコール・コンサルト体制の充実**
消化器病センター（急性腹症の24時間体制）
一次脳卒中センター
奈良県立医科大学附属病院との連携強化・遠隔画像診断
医用画像コンサル：Human Bridge⇒Join（2021.11.1～）
- ④**入院患者の振り分け・複数主治医制**
- ⑤**ドクヘリ発進基地**（2017.3.21～）
- ⑥**教育・研修体制強化**
救急救命士などと救急カンファ、研修医・専攻医教育、トリアージナースの育成

Minami-nara General Medical Center

奈良県ドクターヘリの導入（2017年3月21日～）

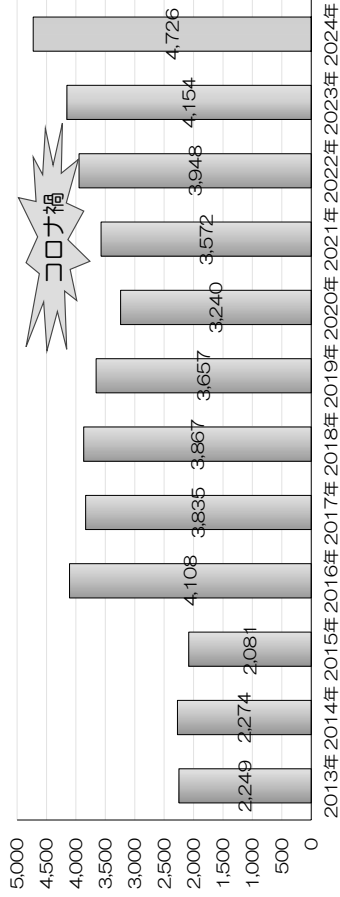


基地病院（事業実施主体）：奈良県立医科大学
基幹連携病院（ドクヘリ発進基地）：奈良県総合医療センター

Minami-nara General Medical Center

再編前後の救急搬送（救急車・ヘリ）受入件数 （2013～2024年度）

医療圏内救急搬送受入率 (%)	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
救急搬送受入率 (%)	87.7	89.1	90.3	89.6	87.4	84.3	84.1	85.9	89.4	68.0	64.6	65.0



（再編前公立3病院）

（奈良県総合医療センター）

Minami-nara General Medical Center

奈良県総合医療センターの医療機能 （重点的に取り組む分野）

2. 専門医療

がん、糖尿病などに対応するため
専門医療を充実

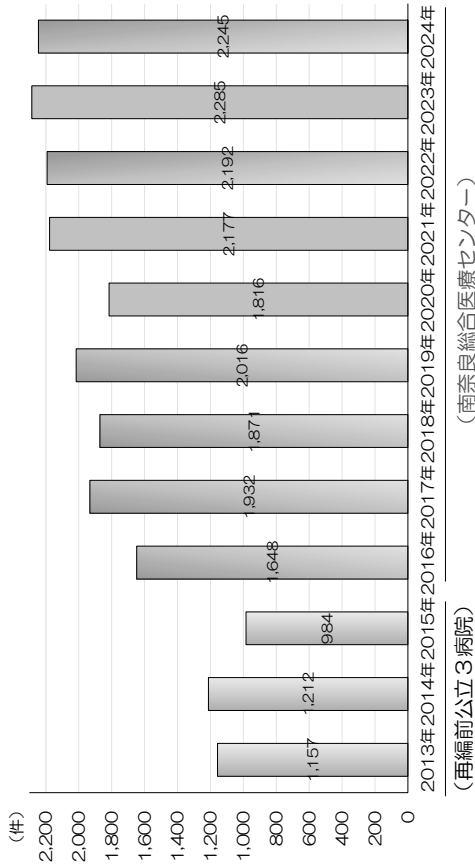
がんや糖尿病など、特に患者数が多く専門性が求められ、さらに病院、診療所、在宅の連携に重点を置く必要があるような疾病に対応するため、専門医療の充実を図る。

主要施策

- **専門領域のセンター設置**：専門領域の医療機能を集約しチーム医療としてセンター（消化器病、糖尿病、リウマチ運動器疾患、腎臓病疾患、一次脳卒中）を設置し、より迅速な対応と充実した専門医療の提供体制を構築。
- **予防から治療まで安全、適切ながん医療提供体制**：健診センターによる予防医学の実施、病理診断科の設置によるがん診療を柱とした診断から治療までの医療提供体制を構築。がん化学療法室（5床）の整備と緩和ケアチームの設置。
- **糖尿病センターの機能の維持、充実**：診療所では対応が困難な患者の受け入れ、合併症対応や生活指導入院等、糖尿病センターとしての機能の維持、充実をめざす。

Minami-nara General Medical Center

再編前後における手術件数



Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの医療機能 (重点的に取り組む分野)

3. 災害時における医療

災害拠点病院として
災害対策の医療を強化

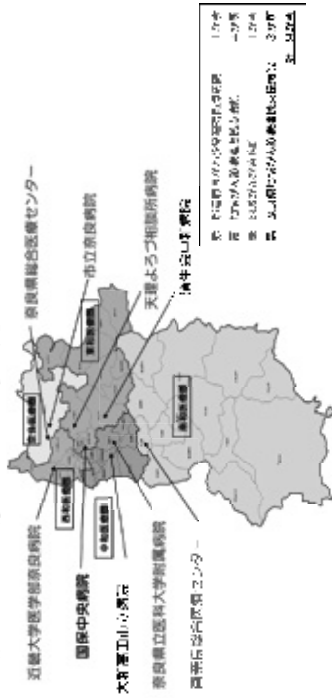
主要施策

- 病院建物に免震構造を採用し、災害時にも医療機能を維持できる設備を整備
- 屋上へリポートを設置して、ヘリコプターによる患者搬送の受け入れを可能にし、よりの迅速な救急医療、災害医療への対応をめざす
- 平常時から災害派遣医療チーム (DMAT) を編成して、災害時に備える
- 災害用備蓄倉庫で一定期間分の水や食糧、リネン類等の備蓄物品を備える
- 災害時にも体育館を有効に使用できるように冷暖房設備を整備

Minami-nara General Medical Center



地域がん診療病院の指定 (2017.4)



〈地域がん診療病院〉
南奈良総合医療センター

- 外科的療法、化学療法、内照射治療、緩和ケアを基本とした質の高いがん医療を提供
- 24時間365日救急患者の受け入れ体制を整備、がん患者の高変時にも対応
- がんを含む在宅患者への訪問診療を実施
- がん相談支援

連携

〈奈良県がん診療連携拠点病院〉
奈良県立医科大学附属病院

- 放射線治療が必要な症例への対応
- 当センターでは診療できないがん種への対応
- 医師の派遣

Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの医療機能 (重点的に取り組む分野)

4. へき地医療

へき地医療拠点病院として
へき地診療所を支援

主要施策

- へき地医療拠点病院としての医療機能を継続、充実
- 医師、看護師の養成、派遣や巡回診療を行うほか、公立へき地診療所と3病院を情報ネットワークで連携することにより、病院の予約、レントゲン、検査結果の相互利用など、さらに充実した医療提供体制をめざす
- 公立へき地診療所や地域の医療機関と連携して在宅患者への訪問診療の強化を図り、地域密着型の医療をめざす

Minami-nara General Medical Center



在宅療養後方支援病院の基準取得 (2017.3)

- 在宅療養されている患者さんやご家族が安心して自宅で過ごせるよう、在宅医療担当医（かかりつけ医）と南奈良総合医療センターが連携して診療を行う制度。
- 在宅療養中の患者さんの緊急時には24時間迅速に対応し、必要に応じて入院受け入れを行う。



在宅療養支援病院の基準取得 (2019.6)

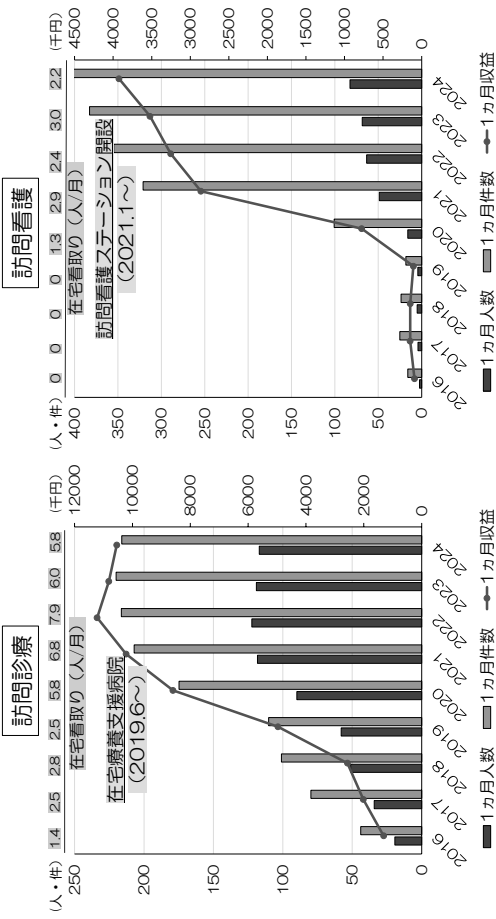
- 患者さんが住み慣れた地域において、安心して在宅療養生活が送れるよう、患者さんの求めに応じ24時間往診が可能で体制を確保、または訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能で体制を確保し、緊急時には在宅で療養を行っている患者さんが直ちに入院できるなど、必要に応じた医療・看護を提供できる病院。

(2018年の診療報酬改定により、厚生労働大臣が定める地域（大淀町）では240床未満病院で該当)

在宅時医学総合管理料（在宅療養支援病院1）の加算により、約300万円/月の増収になった。

Minami-nara General Medical Center

在宅医療支援センターの実績



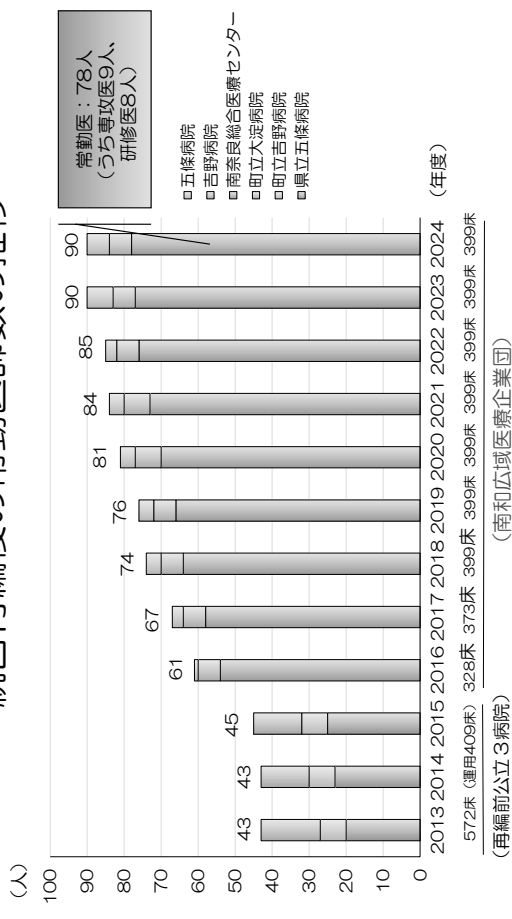
Minami-nara General Medical Center

南奈良教育研修センターでの医師養成事業

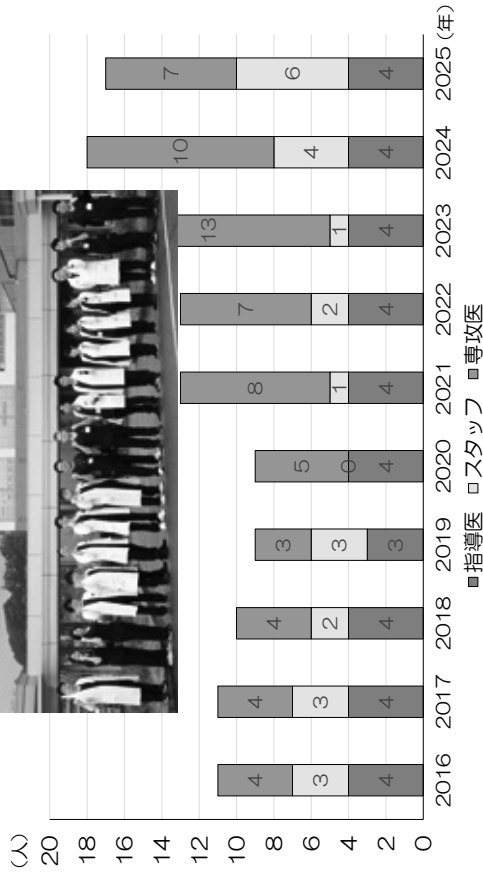
- ① 医学生
 - ・奈良県立医科大学：講義、院外研修の受け入れ
 - ・全国の医学部生：見学・短期実習の受け入れ
 - ・情報発信：SNS管理・更新など
- ② 臨床研修医
 - ・基幹型「南和まるごと研修」：定員2名⇒4名（マッチング率100%）
 - ・8名研修中（2025年度）、11名研修修了
 - ・恵まれた環境と手厚い教育により幅広い臨床能力が身につくよう設計
 - ・協力型：他病院の臨床研修医の受け入れ
 - ・長期（1年間のたすきかけ研修） 受け入れ実績：11名
 - ・短期（1ヵ月間の地域研修） 受け入れ実績：119名以上
- ③ 専攻医（基本領域）
 - ・基幹型：総合診療専門研修
 - ・「病棟、救急、在宅、へき地」、全フィールドでの多様な経験をもとに「暮らしを共に創る医療」を実践できる総合診療医を育成。
 - ・7名研修中（2025年度）、6名研修修了
 - ・協力型：各科専門研修
- ④ 専攻医（サブスペシャリティ領域）
 - ・新・家庭医療専門医：指導医4名、研修中5名、修了者3名
 - ・在宅医療専門医：指導医2名
 - ・病院総合診療専門医：指導医1名
 - ・地域総合診療専門医：指導医3名、研修中2名

Minami-nara General Medical Center

統合再編後の常勤医師数の推移

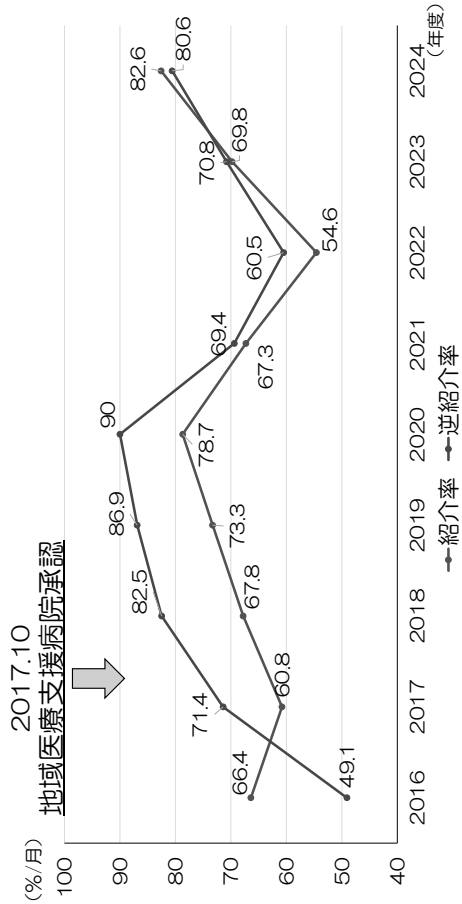


Minami-nara General Medical Center



Minami-nara General Medical Center

紹介率・逆紹介率の推移 (2016~2024年度)



Minami-nara General Medical Center

地域医療支援病院を目指す

情報発信・健康啓発活動

地域・住民向けの健康講座

- 健康(出前)講座: 地域住民との交流、健康啓発として、テーマ毎に出前でも講座開催。
- 健康フェスティバル: 健康講座、身体測定、健康相談、ロビークンサートなど
- 禁煙推進活動、SDGsなど

専門職との研修会

- 病診連携研修会: 診療所と病院に勤務する医師・看護師・薬剤師などのメデイカルスタッフを対象とした研修会。
- 医科歯科連携研修会: 医科・歯科のスタッフ合同研修会。
- 在宅医療研修会: 地域の医療・介護・福祉・保健などの関係者を対象に在宅医療・介護などをテーマとして研修する。
- 緩和ケア研修会など: チーム医療別の研修。

Minami-nara General Medical Center



健康フェスティバル2016.11.20 (日)
テーマ: 脳卒中に挑む

健康フェスティバル2017.11.12 (日)
テーマ: がん最新情報

健康フェスティバル2018.11.11 (日)
テーマ: 健康長寿

健康フェスティバル2019.11.10 (日)
テーマ: 人生100年突っ走ろう

健康フェスティバル2021.12.5 (日)
テーマ: 食へる

健康フェスティバル2023.11.24 (日)
テーマ: 足の健康は全身の健康

健康フェスティバル2024.11.17 (日)
テーマ: 救急と災害医療

健康フェスティバル2025.11.16 (日)
テーマ: 家族と紡ごう私の生(誕)き方

経営改善の取組

- ▶ 企業団の方向性(「断らない病院」と「面倒見のいい病院」を目指す)の意思統一。
- ▶ 中期計画(第1期、第2期)に基づき、各診療科、センター、部門ごとに目標値などの表現に向けてアクションプラン策定と進捗管理。
- ▶ 同一電子カルテ上の3病院連携と効率的なベッドコントロールによる平均在院日数短縮と病床稼働率向上。
- ▶ 断らない救急など、さらなる医療機能の向上による入院単価上昇(急性期一般入院料4で診療単価が54,000円超の高水準を維持)
- ▶ コロナ対応において多くの病床確保で急性期病床がひっ迫する中、地域の救急・一般診療を可能な限り対応し、また在宅医療も真摯に取り組むことで、地域住民の信頼を得て患者数増加を目指す。
- ▶ 企業団全体でSPDをはじめとした各種委託業務全般について全体で契約を行うなど、過剰在庫防止や適切な定数管理、委託費用の軽減などあらゆる経費の節減に努める。

Minami-nara General Medical Center

企業団の方向性：「断らない病院」と「面倒見のいい病院」を目指す

- ▶ 「断らない病院」：南奈良総合医療センター
 - 緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上（ER体制の整備と奈良医大との連携強化）
 - 企業団3病院が一体となった退院支援の強化、周辺病院等との病棟連携の強化を通じ、在院日数の短縮を進める
- ▶ 「面倒見のいい病院」：企業団3病院
 - 入退院支援介護連携：患者の“暮らし”を知り、“暮らし”に戻すために、外来通院時も含め、入退院時に支援ができる病院
 - 在宅医療への支援（実施・連携）：地域における“チーム在宅”の一員として、地域と連携した在宅医療の支援ができる病院
 - 増悪患者の受入：在宅患者の急変時の対応ができる病院
 - リハビリテーション：自立した療養生活を送るためのリハビリを行う病院
 - 食事・排泄自立への取組：患者の食と排泄を自立するための支援を行う病院
 - 認知症へのケア：医療を必要とする認知症患者に、適切な対応を行うことができる病院
 - GOL・自己決定の尊重：本人が望む生き方・人生の最終段階における医療に関する意思決定を支援する病院
 - その他：患者・地域のニーズを把握し、それに対応する病院

Mirami-nara General Medical Center

平均在院日数短縮・病床稼働率向上の取組み

目標を在院日数12~13日、稼働率90~95%に設定し、電子カルテ・運営会議で進捗管理

- ◆ 診療情報管理士・看護師・MSWによる効率的なベッドコントロール
- ◆ 入院前・入院早期から入退院支援チームと各診療科医師による患者・家族への介入を強化
- ◆ 回復期・療養期の企業団2病院（吉野病院・五條病院）への早期転院促進、他病院との空床情報共有による連携強化
- ◆ 在宅医療支援チームによる在宅移行促進

↑ 今後は地域医療連携センターでのPFM (Patient Flow Management) 強化を目指す

Mirami-nara General Medical Center

アクションプラン策定と進捗管理

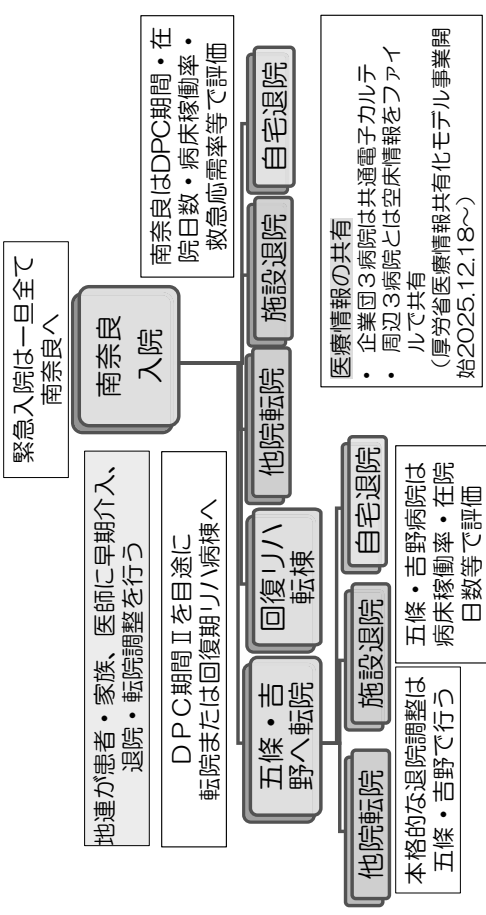
2016年の開院以降、5年間の中期計画（第1期、第2期）に基づき、各診療科、センター、医療チーム、部門ごとに目標値（入院/外来患者数・単価・平均在院日数・DPC期間Ⅱ超・手術件数など）の実現に向けてアクションプランを策定、進捗管理により経営改善に努める。

※ 2016年度実績は、2016年10月1日～2017年3月31日までの実績です。

診療科	項目	2016年度実績	2017年度目標
内科	入院患者数	1,234	1,345
	外来患者数	5,678	6,789
外科	入院患者数	987	1,098
	外来患者数	4,567	5,678
小児科	入院患者数	345	356
	外来患者数	1,234	1,345
産婦人科	入院患者数	234	245
	外来患者数	1,123	1,234
救急科	入院患者数	123	134
	外来患者数	567	678
その他	入院患者数	456	567
	外来患者数	2,345	3,456

Mirami-nara General Medical Center

企業団地域医療連携センター（PFM）



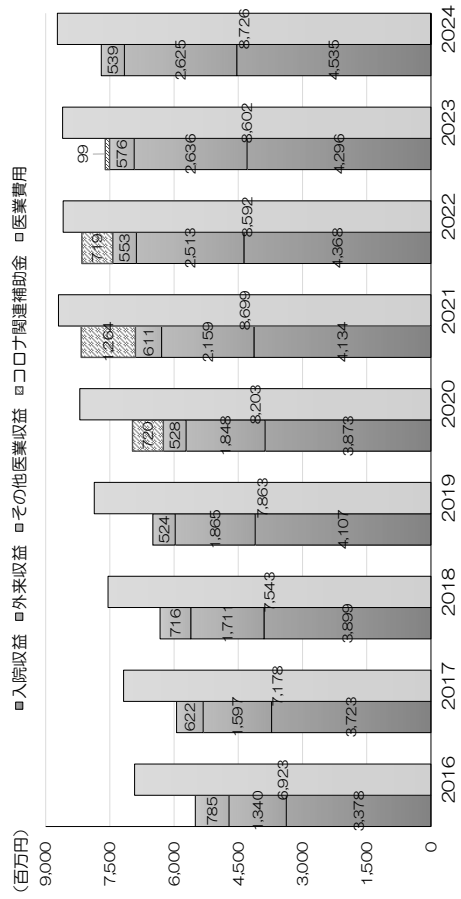
DPC機能評価係数Ⅱ (2016～2024年度ランキング)

南奈良総合医療センター 機能評価係数Ⅱ	開院2年目		開院3年目		開院4年目		開院5年目		開院6年目		開院7年目		開院8年目		開院9年目	
	H29 係数	H30 係数	H31 係数	R1 係数	R2 係数	R3 係数	R4 係数	R5 係数	R6 係数	R7 係数	R8 係数	R9 係数	R10 係数	R11 係数	R12 係数	R13 係数
県内順位	36位/ 20病院	31位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院	1位/ 20病院
全国順位	360位/ 1664病院	311位/ 1493病院	41位/ 1493病院	42位/ 1519病院	42位/ 1519病院	42位/ 1519病院	38位/ 1501病院	27位/ 1499病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院	24位/ 1526病院
機能評価係数Ⅱ 計	0.03701	0.08874	0.09163	0.08829	0.08829	0.10050	0.10816	0.1240								
○病院診療係数	0.00806	0.01617	0.01605	0.01575	0.01575	0.01764	0.01762	-								
①効率性係数	0.00674	0.02004	0.02221	0.01907	0.01907	0.02309	0.02209	0.03192								
②複雑性係数	0.01381	0.02168	0.01961	0.01955	0.01955	0.01884	0.02266	0.03354								
③カーパ率係数	0.00381	0.01193	0.01173	0.01206	0.01206	0.01322	0.01340	0.01580								
④地域医療係数	0.01265	0.03509	0.03808	0.03761	0.03761	0.04535	0.05001	0.04273								
※救急医療係数	0.01464	0.02739	0.02484	0.02603	0.02603	0.02952	0.02797	0.03460								

※2024～救急補正係数

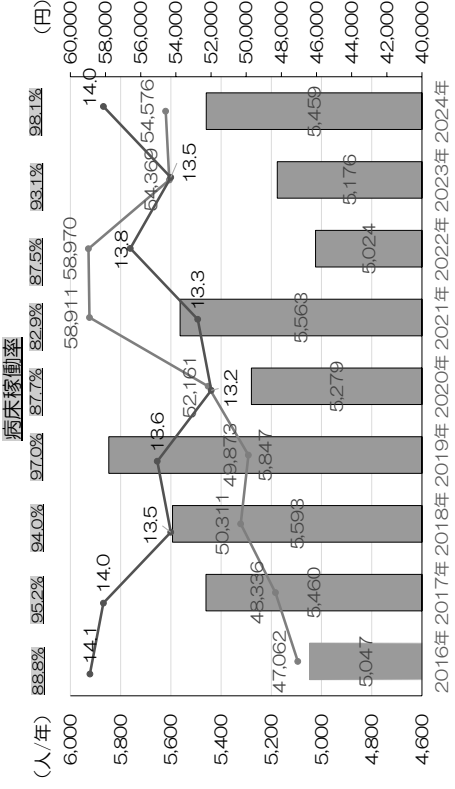
Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの医業収益・費用の推移



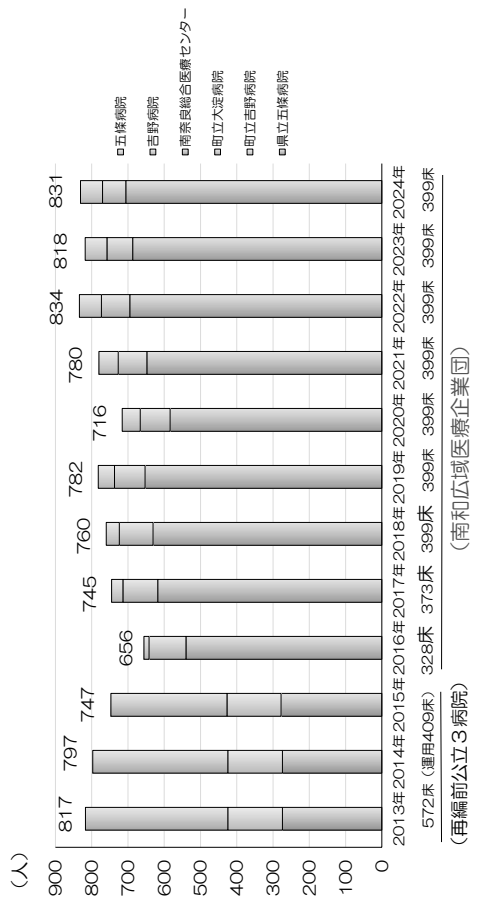
Minami-nara General Medical Center

南奈良総合医療センターの入院実績 : 新入院患者数・単価・平均在院日数・病床稼働率



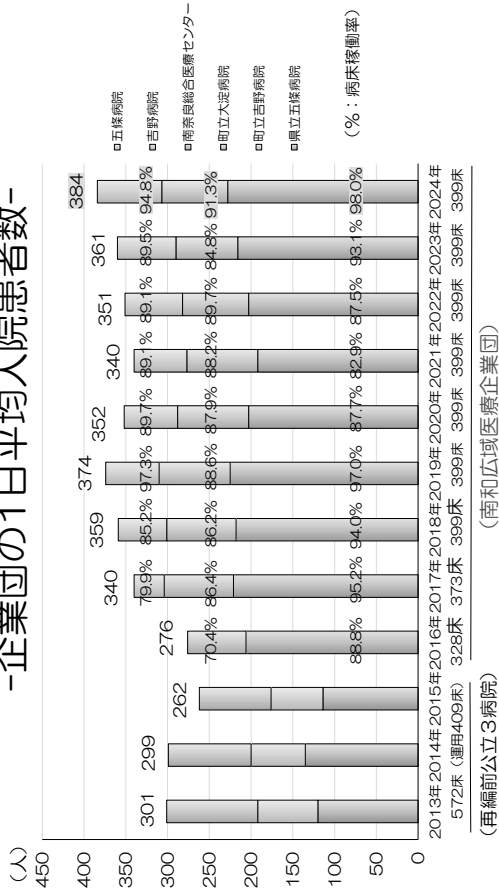
Minami-nara General Medical Center

統合再編の効果 -企業団の1日平均外来患者数-



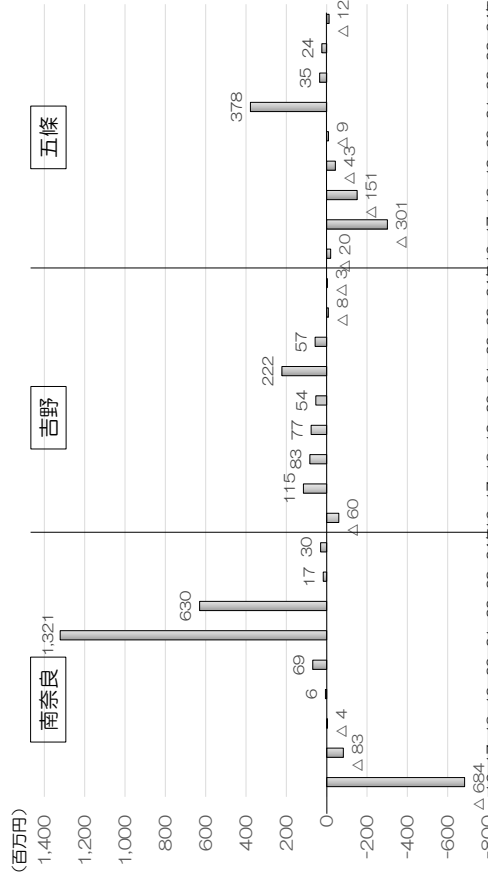
Minami-nara General Medical Center

統合再編の効果 -企業団の1日平均入院患者数-



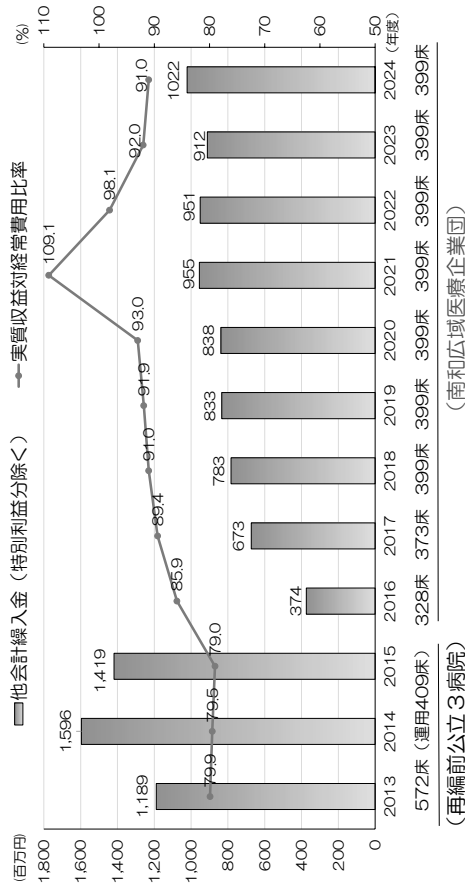
Minami-nara General Medical Center

南和広域医療企業団3病院の経常収支



Minami-nara General Medical Center

統合再編の効果 -企業団の他会計繰入金-



Minami-nara General Medical Center

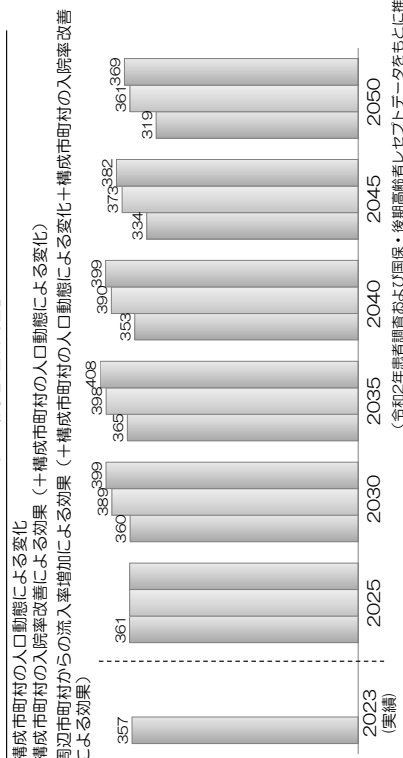
南和医療圏地域医療構想の進捗

- **高度急性期**
不足分は奈良医大附属病院と連携
- **急性期**
地域医療構想に向けて再編したものの、シミュレーション以上に医療圏外への流出くい止め成功、救急機能の向上による医療圏外からの流入の増加により、病床稼働率が95%以上。
⇒重症急性期病床が不足、新型コロナウイルス感染症拡大でさらに不足した！
- **回復期**
民間の軽症急性期と南奈良の回復期リハ、吉野病院・五條病院の回復期（一般病床）を併せて充足
- **療養期・介護**
民間1病院が療養病床から介護医療院へ転換、療養病床は吉野病院・五條病院と民間病院で充足

Minami-nara General Medical Center

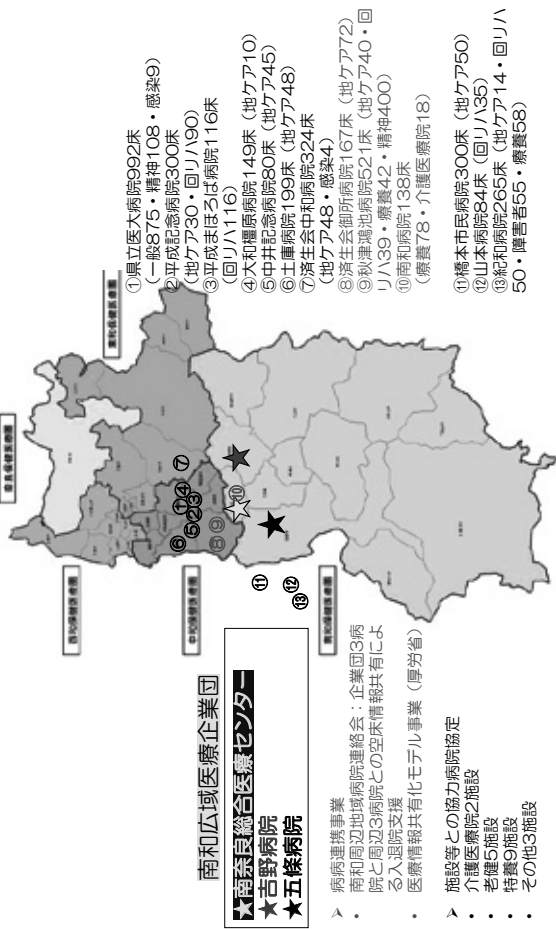
構成都市町村の入院率・周辺市町村からの流入率改善による増患見込み

1日当たり入院患者数推計



入院患者数の減少が見込まれない中で、救急患者の断り減少など急性期機能の充実を図るべく、南奈良総合医療センターの回復期リハビリテーション病棟を急性期一般病棟に転換するなど3病棟の病床構成再編を検討中

南和広域医療企業団と近隣の連携病院



区域の人口規模を踏まえた医療機能機能の考え方 (案)

区域	現在の人口規模の現状	急性期病棟	回復期病棟・地域急性期病棟	在宅療養支援病棟	専門診療科
大都市圏	100万人以上 東京圏の人口に占める割合は約3割。高齢化が速く、増患リスクが最も高い。医療資源の供給と需要のギャップが顕著。	・ 従来の手術等の医療需要を担う。・ 地域医療の中心となる。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 高齢者患者の対応の中心となる。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。	・ 特定の診療科に特化した専門医を擁する。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。
地方都市圏	50万人程度	・ 市民生活の向上を図る。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。	
人口の少ない地域	~30万人 2021年の人口は約30万人。高齢化が進み、増患リスクが最も高い。医療資源の供給と需要のギャップが顕著。	・ 市民生活の向上を図る。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。・ 地域医療の発展を促す。	・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。	・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。・ 在宅療養支援病棟の充実。

※ 地域の現状に応じて、療養の医療機能の選択が可能。 ※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口予測も踏まえながら、その区域に該当するものを地域として検討。 出典：厚生労働省資料から作成

まとめ

- 医療資源の少ない地域において、医療関係者、行政関係者、地域住民で「あるべき地域医療の姿」を共有し、公立3病院の統合再編事業に取り組んだ。
- 集約化により断らない救急医療や専門医療などが充実し、企業団3病院で急性期から回復期、慢性期までのシームレスな医療提供体制を構築した。
- 高度・先進医療機関との緊密な連携と在宅医療支援の強化により、地域完結型医療が実現しつつある。
- チーム医療の実践と地域に必要とされる病院機能の拡充、教育研修システムの構築により、良質で最適な医療の提供ならびに経営改善に繋がった。
- 急性期機能の集約化、役割分担と連携、効率的なベッドコントロールにより、新型コロナウイルス感染症や救急対応が可能であったが、急性期病床の逼迫とマンパワー不足のため地域の一般診療を一時制限せざるを得なかった。
- 新たな地域医療構想に向けて、企業団3病院は「断らない病院」と「面倒見のいい病院」を目指して、災害時や新興感染症の感染拡大時にも対応できるような急性期機能のさらなる強化、経営の効率化、医療・介護の連携が重要である。そのため、将来的な医療需要変化への対応、人材確保、医療DXの実現などは今後の課題であり、医療圏を超えた急性期医療と後方支援のあり方についても検討する必要がある。

滋賀県・湖北圏域における病院ビジョン
～人口 15 万人圏域における病院再編の経過について～

滋賀県長浜市副市長
荻田洋介

【抄録】

- 滋賀県の北部、長浜市と米原市で構成する湖北保健医療圏（湖北圏域）における病院再編の取組の経過を紹介する。
- 湖北圏域は、市立長浜病院と長浜赤十字病院という 2 つの 500 床規模の高度急性期病院を擁し、これまで、充実した医療を享受してきた。
- しかしながら、圏域の人口が、現在の 15 万人から、2050 年には 11 万人まで減少見込みであること等を踏まえ、地域医療構想に関する議論の中で、病院再編が大きな課題となってきた。
- そのような中、7 年前に、2 つの高度急性期病院を、高度急性期病院と回復期・慢性期医療を担う病院に再編する大きな方向性について、関係者間で合意。その実現のための実務的な検討が開始されたが、いずれの病院が高度急性期病院を担うかという点についての議論は難航し、結論を見出せない状況で、新型コロナが発生。病院再編の議論も中断を余儀なくされた。
- その後、医師の働き方改革の施行が迫る中で、大学から病院再編の実現について強い求めがあり、長浜市は、日赤の指定管理による経営一体化の下で病院再編を進める方針を表明。
- しかしながら、病院職員の身分が変わること等、難しい課題も多く、合意形成が難航する中、令和 6 年末に、同年度の決算見込みが過去最大規模となり、数年後に資金ショートに陥る可能性があることが判明。
- 令和 7 年度は経営再建の取組に注力したが、民間コンサルの策定した経営改善計画が実現した場合でも、相当程度の赤字が残る見込みであることが明らかになった。
- 今後は、経営再建と病院再編の両方を実現するための、具体的な取組が求められている。

【略歴】

平成 19 年厚生労働省入省後、国民健康保険制度、介護保険制度、診療報酬改定、社会保障財政等を担当。熊本市役所、内閣府に出向。

令和 6 年 7 月より現職。

滋賀県・湖北圏域における病院ビジョン

～人口15万人圏域における病院再編の経過について～

滋賀県長浜市副市長 荻田洋介

- 病院再編議論の背景
- これまでの経緯
 - ・ 湖北圏域における「ABCD構想」
 - ・ 大学からの要請
 - ・ 指定管理者制度導入に関する議論
 - ・ 経営問題の発生、経営再建の模索
- 今後の取組
 - ・ 経営再建と病院再編の取組の加速

【ハネリスト略歴】

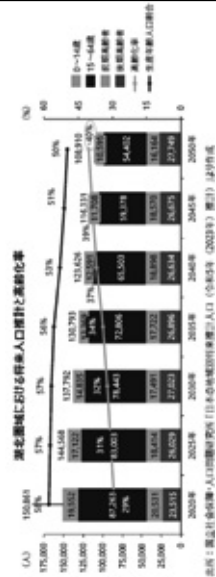
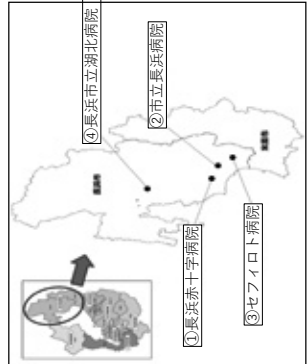
平成19年厚生労働省入省後、国民健康保険制度、介護保険制度、診療報酬改定、社会保障財政等を担当。熊本市役所、内閣府に転出。
令和6年7月より現職。

病院再編議論の背景

1. 湖北保健医療圏の人口

- 湖北保健医療圏＝長浜市・米原市
- 人口 (R8.1.1現在)
長浜市：111,275人
米原市：36,564人
医療圏：147,839人
⇒ 2050年には11万人まで減少見込み

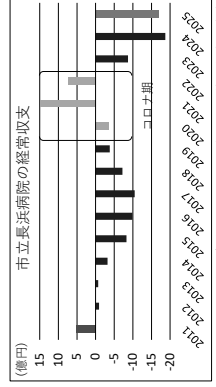
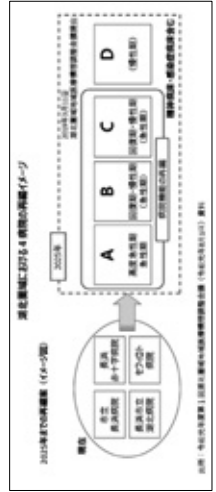
2. 湖北保健医療圏の医療提供体制



病院名	病床数	指定施設(抜粋)
①長浜赤十字病院	492床 (一般418、精神70、感染症4)	救命救急センター、救急告示病院、地域医療支援病院、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院、滋賀県基幹母子力災害拠点病院、精神科急入院指定病院、地域がん診療連携支援病院
②市立長浜病院	541床 (一般437、療養104)	救急告示病院、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、滋賀県原子力災害医療協力機関
③セフィロト病院	179床 (精神179)	認知症疾患医療センター
④長浜市立湖北病院	130床 (一般73、療養57)	へき地医療拠点病院、救急告示病院、在宅療養支援病院

これまでの経緯

平成31年3月	湖北圏域地域医療構想調整会議において、病院機能の再編案(ABCD構想・下図参照)を4病院長が報告。実現に向けた事務レベルでの作業に合意
令和4年6月	新型コロナウイルス感染症の発生により調整会議が中断 京都大学、滋賀医科大学から長浜市長あてに要望書の提出： ・ 医師の働き方改革等に対応するため、地域医療構想の実現に向けた病院再編を早急に始めることを強く求めるもの
令和5年9月	長浜市長が「長浜市病院再編方針」を表明： ・ 病院再編の実現のため、市立2病院の経営形態について、日赤による指定管理者制度の導入を目指す
令和6年12月	市立2病院の令和6年度決算見込みが過去最大の▲24億円の赤字見込みであり、令和7～8年度には、資金ショートに陥る可能性があることを公表
令和7年7月	外部コンサルによる経営改善実行計画を公表。経営改善の取組を進めても、相当程度の赤字が残る見込みであることが明らかに



※湖北病院は2024・2025年とも4億円程度の赤字

山口県における地域医療構想 ～へき地・離島対策～

氏名：原田 昌範（はらだ まさのり）

所属（役職）：

山口県防府保健所 所長

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長

山口県庁医療政策課 へき地医療支援機構へき地医療専任担当官

自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門 講師・学外卒後指導委員

山口大学医学部附属病院総合診療推進サテライトセンター長 准教授

周南公立大学 客員教授、神戸大学・萩看護学校 非常勤講師

公益社団法人地域医療振興協会 理事・山口県支部長

レジメ：

山口県は本州最多の21の有人離島を抱え、へき地における人口減少と医師の偏在・高齢化が深刻な課題となっています。県全体の医師数は全国平均を上回るものの、二次医療圏別では宇部と萩で大きな格差があり、特に若手医師の減少が顕著です。離島へき地医療の持続可能な体制構築のため、地域のニーズに柔軟に対応できる「総合診療医」の養成に注力しています。山口大学と連携したサテライトセンターの設置や「長州総合診療プログラム」を通じて、地域医療マインドを持つ次世代の育成を推進しています。また、従来の個別診療所による対応から、診療所のブロック制や集約化による「面で守る」体制への移行を目指しています。ICTの活用も重要な柱です。クラウド型電子カルテによる拠点病院との情報共有に加え、看護師が介助するオンライン診療（D to P with N）の実装を進めています。具体的には、郵便局を活用したオンライン診療や移動車両を用いる医療 MaaS の導入により、無医地区や荒天時の医療アクセスを確保しています。最新の研究により、遠隔医療と訪問診療の組み合わせが住民の在宅看取りの希望を支える有効な手段となることが示されました。ICTと多職種連携、そして人材育成を統合した「ONE TEAM」の取り組みにより、へき地でも最期まで住み慣れた地域で暮らせる地域包括ケアシステムの確立を目指します。

略歴：

2000年自治医科大学卒業後、山口県立総合医療センターでの初期研修を経て、岩国市立錦中央病院、周南市国民健康保険鹿野診療所、萩市大島診療所など、離島へき地医療に従事。2010年、自治医科大学地域医療学センターで国内留学後、2011年から現職で勤務を開始。へき地巡回診療や代診、へき地医療を担う総合診療医の育成など臨床に従事しながら、へき地医療専任担当官として県保健医療計画（へき地医療）の策定にも携わる。2019年から厚生労働行政推進調査事業（テーマ：オンライン診療）の研究代表者を担当。2021年、山口県新型コロナウイルス感染症対策室を兼務し、2022年から山口県防府保健所長も担う。2024年度へき地医療貢献者表彰を受賞。

令和7年度 地域保健総合推進事業発表会

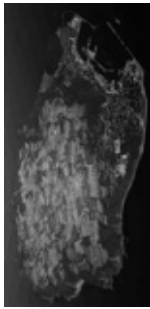
第3部 地域保健に関するフォーラム

- I 2040年を見据えた新たな地域医療構想
～医療再編と病院経営、在宅医療の充実支援への取り組み～

③ 山口県における地域医療構想 ～離島・へき地対策～



令和8年2月26日（木）



山口県立総合医療センター
へき地医療支援センター長
原田 昌範

講演発表内容に関連し、
発表者に開示すべきCOIはありません

本発表は、厚生労働行政推進調査事業「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」（H30-医療-指定-018）、「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究」（21IA2007）、オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究（25CA2011）による研究成果が含まれています。

「在宅医療」最期まで島で暮らしたいを支える



定期往診先：22名/2年間

脳梗塞後遺症
肺気腫（在宅酸素）
腰椎圧迫骨折後「寝たきり」
末期がん
パーキンソン病
胸部大動脈瘤、誤嚥性肺炎



末期がん：7名/2年間
前立腺、食道、胃
肝臓、肺、胆嚢

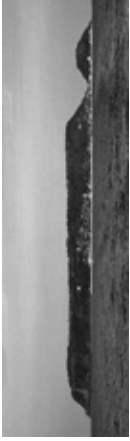
在宅死：7名/2年間
がん、老衰、肺炎
突然死、自殺

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

卒後9年目（離島勤務）



秋市大島



1) 歴史

平家七名の伝説・・・壇ノ浦の戦いに敗れた平家の7人がこの島に移り住み、開発したという伝説があります。その子孫といわれる長岡、刀禰、池部、国光、吉光、豊田、貞光の7姓で島の大半を占めています。

2) 産業

漁業（まき網など）、葉タバコ、プロッコリー

3) 特産品

プロッコリー、葉タバコ、玉ねぎ、さつまいも
瀬付さあじ、剣先イカ、さざえ、アワビ、うに
4) まつり

「歳祝い」「港祭り」「秋まつり」・・・

5) 施設

農協、漁協、公民館（支所）、小中学校、保育園、診療所、郵便局



定期船

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

救急搬送！



緊急漁船搬送：25名/2年間

腎盂腎炎
脳卒中（出血・梗塞）
てんかん重積発作（3歳）
喘息発作（小児）
誤嚥性肺炎
くも膜下出血
吐・下血
大腿骨頸部骨折
意識障害
不安定狭心症
てんかん発作
股関節脱臼
腸閉塞

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



離島でのストレス

- ひとりで幅広い疾患に対応し、判断しなければならぬ
- 若くして所長（管理者）としての責任
- 職員や自治体・行政とのやり取り
- 救急搬送（救急車がない）
- 先端の医療から遅れるのではという漠然とした不安
- 島民からなにげなくの一言



「先生、今日はどこへ出かけ？」
「いつ島にどの便で戻ってくるの？」
「先生、いったい何科の先生なの？」
「前の先生は、・・・だったけど、・・・」

どのゾーンか？

①Comfort、②Stretch (Learning)、③Panic

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



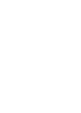
気付いたら、、、

- 「診療所を受診する患者」を診る
- 「島民」の健康を守る
- 「島民」の生活を守る
- 「島」を守る（衛る） → 公衆衛生

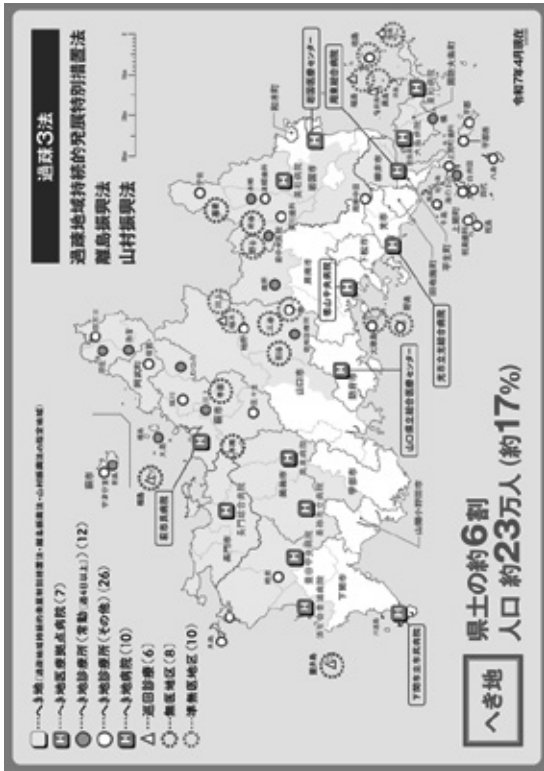
地域医療に関心が持てる医師の育成

離島（日本）を衛るためのしくみ → 支援体制

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



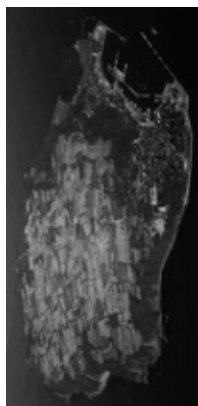
山口県保健医療計画（へき地医療）



山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



山口県のへき地医療の現状と課題



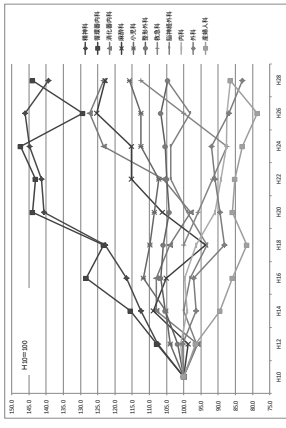
山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



診療科の偏在

小児科、産婦人科、救急科、麻酔科、外科
放射線治療科、病理診断科、呼吸器・感染症内科
膠原病科、脳神経外科
腎臓内科、総合診療科
(赤字：修学資金制度による特定診療科)

山口県の各診療科の医師の伸び率(医療施設従事)



※ 内科、小児科、麻酔科、救急科、産婦人科、外科の伸び率は、人口増加率にほぼ等しい。
※ 放射線科は、絶対数増加。

進む専門分化

高齢になるほど
複数の疾患を持つ
multimorbidity

すべての専門診療科をへき地に揃えるのは不可能

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



山口県のへき地医療の現状と課題

県全体の人口減少、過疎化、高齢化

- 医師の地域偏在 (特にへき地)
- 若手医師の減少 (医師の平均年齢は全国2位)
- 高齢医師の引退 (後継者不足)
- 診療科の偏在 (総合診療医が少ない)
- 働き方改革 (これから支援が減る可能性)
- ダウンサイジング (病院の診療所化等)

課題先進地域「へき地」に医療をどう届けるか

「遠隔医療」は「へき地医療を持続的に確保」
するためのあくまでも「手段のひとつ」

ゴールは離島へき地でも「地域包括ケアシステム」

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

中国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し継続が無く、当該二次医療圏で新規採用がないと仮定した場合＞

- 中国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、53.2%の減少が見込まれている。
- 中国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、30の二次医療圏のうち、27(90.0%)の二次医療圏において、50%以上の減少が見込まれている。

2022年 診療所医師数：6,831
2040年 診療所医師数：3,194
※ 50%以上の減少の二次医療圏を再建り

【中国地方の人口推移】
2020年 725.5万人※1
(15.3%増)
2040年 614.1万人※2
※1 国勢調査
※2 人口推計(推計) 推計人口推計(推計) 推計人口推計(推計)



資料出所：日本医師会「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年) 資料提供先：山口県立総合医療センターへき地医療支援センター



「第8次山口県保健医療計画」によるへき地対策

5 疾病6事業および在宅医療 (R6~)

- 5 疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 6 事業：
 - 救急医療
 - 災害時における医療
 - へき地の医療
 - 周産期医療
 - 小児救急医療を含む小児医療
 - 新興感染症
 - 在宅医療

【キーワード】

- 県の修学資金制度(緊急医師確保対策枠、自治医科大学)
- 山口県地域医療支援センター(県と大学の連携)
- 医学生、研修医に「地域医療マインド」を伝える
- 地域のニーズに対応できる「総合診療医」の養成
- 面を守る(ブロック制や集約化)
- 遠隔医療を活用する



県立総合医療センターへき地医療支援センター



SCRUM (Support Center for Rural Medicine)

○診療支援（へき地医療拠点病院として）

巡回診療：無医地区対策

代診：へき地診療所の支援対策

休日夜間診療支援：萩市、長門市（H25～）

へき地医療支援ヘッド機能（H26～）

医師派遣：周南市（H28～）・山口市（R3～）

コロナ診療支援：コロナ室、保健所、宿泊療養施設、クラスター施設、...

○仕組みづくり（県医療政策課と連携して）

県・市町と「へき地医療」を守る仕組みづくり

「山口県へき地医療専門調査会」にて施策の提言

遠隔医療の実証事業：厚労省、国交省、県（5G）、市町村（スマート事業）

○次世代の育成とメンター（へき地勤務医師のサポート）

医学生：やまぐち地域医療ゼミナー、山口大学医学生実習

初期研修医：地域医療、短期総合、総合内科、外来研修、家庭医入門コース

後期研修医：長州総合診療プログラム（新専門制度に対応）

アドバンスコース・フェローコース・キャリアアジャストコース

自治医大卒業義務内医師のサポート



R8.1.12 総合診療推進サテライトセンター



山口大学と一緒に総合診療医を養成し、ふるさと山口県に貢献



県の施策として総合診療専門医の育成を支援

総合診療プログラムの実績と効果

【実績】計26名エントリ（プログラム設置から15年連続）

自治卒以外3名含む

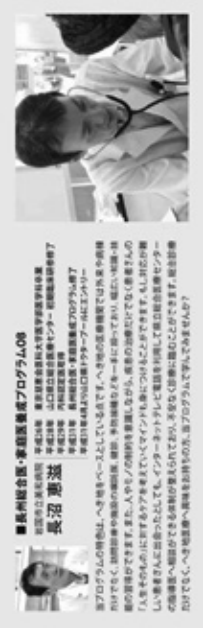
総合診療専門医：8名+指導医4名

家庭医療専門医：11名

- ・へき地の教育環境が整い、診療の質が向上
- ・コミュニケーションが増え、専攻医の心身のフォローができ、孤立を防ぐ
- ・専攻医や現地指導医を通じて、へき地の生の情報を共有
- ・総合診療医が離島へき地に貢献することで、認知度が上がる
- ・県外からの医師確保につながる



Webカンファレンス



へき地において遠隔医療に期待すること

「医療資源の限られた地域においても、患者・医療従事者の安心・安全につながる医療・地域包括ケアシステムの持続的な確保」

① 医師が近くにいなくても医療が届く：

Doctor to Patient, Doctor to Patient with Nurse

② 遠隔地でも専門医や指導医に相談できる：

Doctor to Doctor

③ 多職種が支援できる（薬剤師、栄養士、リハビリ、...）





厚生労働行政推進調査事業（原田班）

2019年11月～ 前野教授（つくば大学）の分担研究として活動開始

「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」
(H30-医療一指定-018)

- 国内の離島へき地におけるオンライン診療の現状と課題 (H30-医療一指定-018)
- へき地におけるオンライン診療モデルの検証@山口県
- 海外視察(米国、豪州、英国、デンマーク)
- オンライン服薬指導と電子処方箋
- ネットワーク・セキユリテイ
- 小児、産婦人科領域における遠隔医療

令和元年度(2019年度)の研究報告書
https://mhlw.grants.niph.go.jp/system/files/system_files/2019/193011/201922037A_uploaded/201922037A0004.pdf
 令和2年度(2020年度)の研究報告書
https://mhlw.grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022011A-buntan1.pdf

2021年4月～ 主任研究として（3年間）

「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンライン診療体制の構築についての研究」(課題番号：21IA2007)

- 令和3年度(2021年度)の研究報告書
<https://mhlw.grants.niph.go.jp/project/158816>
- 令和4年度(2022年度)の研究報告書
<https://mhlw.grants.niph.go.jp/project/164870>
- 令和5年度(2023年度)の研究報告書
<https://mhlw.grants.niph.go.jp/project/170722>

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



米国の好事例：へき地で「D to P with NJ」

- ・エンタープライズで23症例のオンライン診療を見学
- ・アクセス障害(地理的、物理的、心理的)の解消が目的
- ・多くの対象者が高齢者(難聴、低いITリテラシー)
- ・看護師(14例)、薬剤師(6例)の介助による質の高い運用
- ・メディカルアシスタント(MA)の補助
- ・良好な医師患者関係を構築した上で実施
- ・チーム医療を重要視(チャットによる密な連絡)



へき地診療所(かかりつけ医)

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



介護施設(看護師が訪問)



患者宅(薬剤師が訪問)



県内のへき地診療所にクラウド型電子カルテを導入

④ 柳井地区
 平郡診療所群(H27)
 ・上関町診療所群(R4)
 周東総合病院(へき地医療支援センター)と共有
 離島・へき地診療所(7箇所)とへき地医療拠点病院で共有

③ 周南地区
 ・鹿野診療所(H28～)
 ・4箇所の巡回診療先に追加
 平成28年度導入→R4(2箇所)R5(2箇所)を追加
 5箇所の診療所・巡回診療所を
 計9名の医師で情報共有

⑤ 山口地区
 ・徳地診療所(R3)
 ・串診療所(R5)
 ・医療MaaS(R5)
 カルテデータの2次利用によるへき地診療所の質の向上について、公益社団法人地医協協賛協会と共同研究

② 岩国地区
 平成29年度導入済
 ・本郷診療所
 ・住島診療所
 へき地医療拠点病院、へき地病院と協賛

① 巡回診療
 平成25年度導入済
 ・相島(萩市)
 ・船木(山口市)
 リモートデスクトップ型を導入

山口県のへき地医療の現状

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

クラウド型電子カルテ

へき地医療拠点病院と各へき地診療所が繋がる

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



米国へき地の好事例：Virtual Care & Visit



脳卒中の遠隔医療「D to DJ」



オレゴン州ワロウワ郡
 (エンタープライズ)
 人口7,100人
 面積8145km²=静岡県

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

山口県のへき地でオンライン診療を実証

日本のへき地でも「D to P with N」



90歳代、男性

- 「先生と話して安心した。」
- 「こんな便利な物があるなら、ずっと家におれる。」
- リアルタイムビデオ通話により、表情、声のトーン、話す姿などから全身状態を判断するための有益な情報が得られた

〇メリット

欠航や大雪等、天候不良時にも診療可能
医師が体調不良時にもオンライン診療
医療機関までの長距離移動がない
経済的負担の軽減（タクシー・船代）
長時間の移動による状態悪化の回避
感染対策（コロナ対応）
いつもの主治医の顔が見えて安心
患部や動きが直接見える

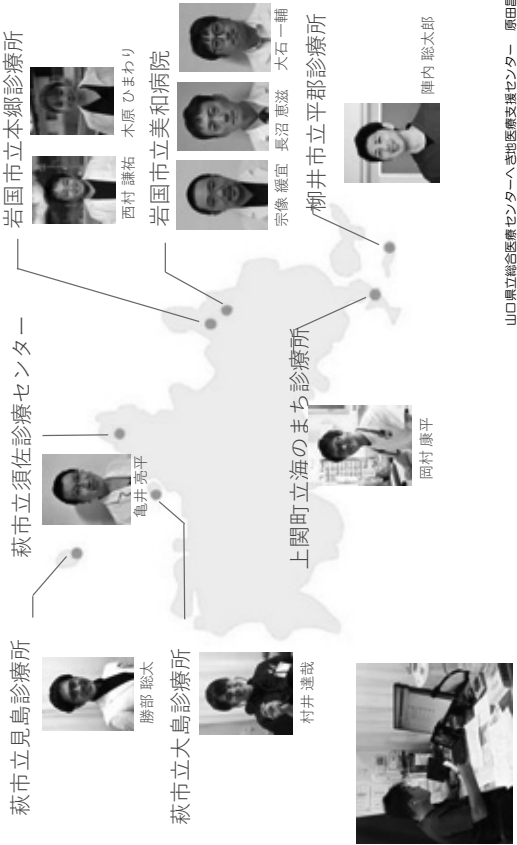
〇課題

診療報酬
関節注射等の手技や処置
難聴や認知症の場合のコミュニケーション
デバイスの設定と使い方
見たいところが見えない
トラブルシューティングへの対応
デバイス・システム等の導入・維持コスト
へき地のネットワーク環境

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

第6波：へき地から自宅療養をオンライン診療で支える

YCOCC：Yamaguchi COVID19 Online Clinical Connect



看護師と連携（D to P with N）のメリット

- 看護師が近くにいることで、患者も医師も安心できる（特に初診やグループ診療で普段と異なる医師が診療する場合）
- 診察前の問診やバイタル測定により診療に役立つ情報が得やすい
- かかりつけの患者の普段の様子を知っているため、顔色等の変化に気づきやすい
- 場のコントロールができる（時間の配分やトリアージ等）
- 難聴や認知症の患者でも対応できる
- 痛いところなどに直接触れるなど、身体所見を取ることができ
- 更に詳しい観察や聞き取りを看護師を介して実施でき、医師から患者への説明についても補強ができる
- デバイスなどを操作でき、診療に必要な医療情報の精度が上がる



看護師等遠隔診療補助加算（令和6年度診療報酬改定）

※ 医師はラーニングを受講する必要あり

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



第7波：宿泊療養先から離島の患者にオンライン診療⑩

離島診療所の所長がCOVID-19に感染

山口県柳井市平郡島：人口250人
2021年から常勤体制（週4日）から非常勤体制（週2日）に変更

かかりつけ医（非常勤）がCOVID-19に感染し、本土から離島診療に行けず、10日間の療養期間中に宿泊療養施設から、かかりつけの患者に定期外来日の計3日間、離島診療所の看護師と連携し、オンライン診療で診察。汎用システムとクラウド型電子カルテを使用。

実証事業として数回オンライン診療の実施経験があったため、当日はスムーズに実施できた。



看護師と連携することで、認知症、難聴の方にも特に問題なく対応でき、外来診療だけでなく、訪問診療も予定通り対応できた。

士日夜間を中心に県外からオンライン診療が始まる

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



コロナは我々に何を問いかけているのか？

- 地域の医療提供体制 → 地域包括ケアの力が試されている
 - ・入院体制：救急医療体制（搬送）と病床機能、情報共有（クラウド）
 - ・後方支援医療機関との連携：病病連携、地域包括ケア
 - ・自宅療養体制：在宅医療、かかりつけ医、多職種連携、医療介護連携 → 地域医療構想、病院の再編・統合
- 災害医療 → 有事に素早く動ける体制と持続可能な支援体制
 - ・平時からの備え（DMAT隊員の育成）と情報共有（クラウド）
- これからさらに重要となる医療課題
 - ・医療行政（国、県、市町村）の役割：保健所機能の強化
 - ・看取りを含めた高齢者医療：ACP（人生会議）
 - ・社会福祉施設（高齢者施設、障害者施設等） → 感染対策、BCP
 - ・医療従事者の持続的な確保：働き方改革、偏在対策、チームづくり
 - ・ソーシャル・キャピタル：地域の絆力（自助・互助・共助・公助）
 - ・医療のDX化：クラウド型電子カルテ、オンライン診療等

近未来の医療の課題が表面化（見える化）された

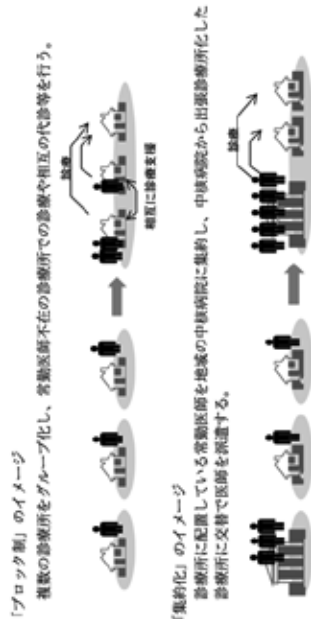
山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



第7次山口県保健医療計画（抜粋）

「目指すべき方向」の具体的なイメージ

□地域における医療機関相互の連携体制のイメージ
住民に必要な医療提供体制を維持していくためには、効果的で持続可能な医療提供体制が必要であり、次のような形態が考えられます。



面（チーム）で守る・遠隔医療の活用

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



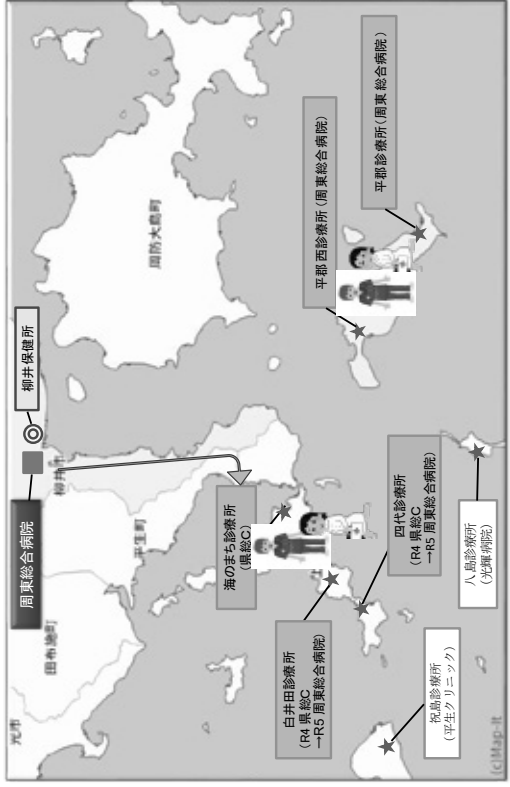
コロナ禍とへき地医療、その時何があったのか？



https://ymghp01.sharepoint.com/:b:/s/msteams_316c55/EUnV_1FIYOBigQQxwBqN4gkzTzOTM4Vkhno8vaqhdQOOA?e=y1fFdX



⑩ 周東総合病院に県内2番目の「へき地医療支援センター」



自治医大の派遣は、へき地医療拠点病院である周東総合病院に集約。へき地医療支援センターを置き、総合診療の育成と離島へき地の支援を開始。
山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

⑩ 周東総合病院に県内2番目の「へき地医療支援センター」



クラウド型電子カルテをへき地診療所とへき地医療拠点病院に導入。診療情報をリアルタイムで共有し、医師不在日にもオンライン診療ができる体制を構築。

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

⑨ 実装：周南市和田地区の郵便局を活用

山間部の郵便局に診療所、山口県周南市が全国初の本格導入…
オンライン診療も可能に

山口県周南市は医療資源がない山間部の和田地区の高瀬郵便局に、対面やインターネットのオンライン診療を実施する診療所を7月に開設すると発表した。市などによると、診療業務に郵便局を採用する取り組みは石川県七尾市が今年度に実証事業として試みているが、本格導入は周南市が全国で初めてという。(取材陣)



周南市地域医療課によると、日本郵便が協力し、高瀬郵便局の一室に巡回診療所を開設。オンライン診療を実施する人は、最初に市国民健康保険健康診査センターから出向く医師が対面で診察し、オンラインで経過観察が可能か判断する。その後のオンライン診療（8月から、第3火曜日を除く毎週火曜日）は予約制で、診療所に置かれたカメラ付きパソコンを通じて巡回診療所の医師が診る。

郵便局の
利用者の減少
に対応

新たなニーズ
に対応

空きスペース
を活用

全国初の実装

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

⑩ 総務省実証事業：柳井市平郡島の郵便局を活用



令和5年度は、
石川県七尾市で実証

離島では全国初

離島の郵便局で、
オンライン診療・
オンライン服薬指導

令和6年度 郵便局等の公的地域基盤連携のあり方に関する調査研究

○ 期待される効果（課題も含めて検証中、、、）

- 1) オンライン診療により診療日が増やせる（2日→3日/週）
- 2) オンライン服薬指導により薬剤師も離島へき地医療に関わることができる
- 3) 院内処方による課題（処方可能薬が限定・不良在庫）が解決できる
- 4) 看護師の負担が軽減できる（本来業務ができる：タスクシフト）

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

⑥ 無医地区へオンライン巡回診療（山口市徳地）

- 山口県山口市徳地（旧徳地町）
 - ・ 約5000人（高齢化率50%を越える）
 - ・ 地域唯一の常勤診療所
 - ・ 無医地区が2カ所が手つかず
- 2023年10月から医療MaaS×オンライン診療の巡回診療を実証実施、2024年2月から本格稼働



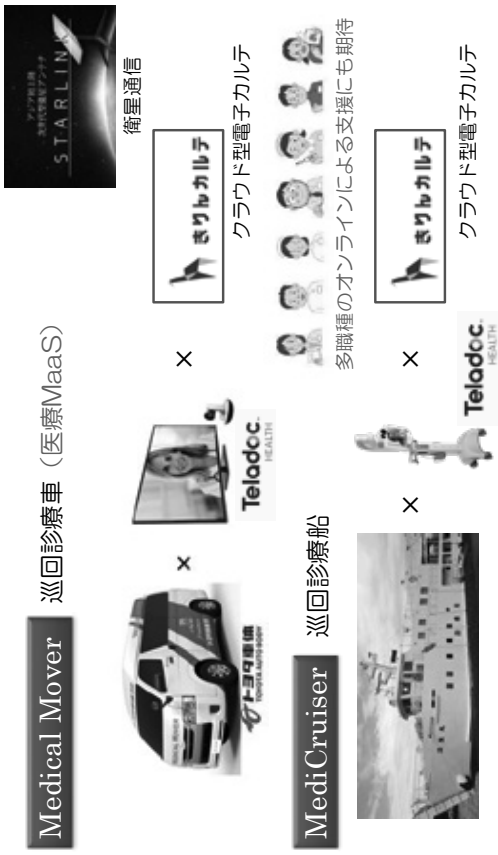
【医療MaaS×オンライン診療の利点】

- ・ 医師移動時間の短縮
- ・ 薬剤師など多職種との連携がしやすい
- ・ 公民館などオープンスペースでも診療場所の確保/プライバシーの確保が可能

トヨタ車体ホームページより
<https://toyota-shouyousya.com/topics/?p=563>

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

これからのへき地巡回診療 = 医療DXを組み合わせる



対面診療とオンライン診療を組み合わせることで医療を確保することが重要

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

山口県のへき地に拡大中

厚学 科 学 研 究 功 勵

様へき地にな補助金等を活用し

- ① 相島：荒天時（定期船欠航）に巡回診療先にオンライン診療
- ② 柚木：訪問看護ステーションと連携し、巡回診療先の在宅医療を支援
- ③ 柱島：診療日をオンライン診療で増やす（2→3日/月）
- ④ 本郷：在宅医療にオンライン診療を組み合わせる
- ⑤ 徳地：在宅患者・高齢者施設にオンライン診療
- ⑥ 三谷：医療MaaSを無医地区に導入
- ⑦ 美和：医師不在の本郷診療所を支援
5Gを活用した内視鏡支援（D to D）県実証から実装へ
- ⑧ 鹿野：5Gを活用した内視鏡支援（D to D）県実証から実装へ
- ⑨ 和田：郵便局を活用したオンライン診療（実装：厚労省補助金）
- ⑩ 平郡島：スマートアイランド事業（国交省実証）
郵便局を活用したオンライン診療・服薬指導（総務省実証）
- ⑪ 大島：本土の指導医が離島の若手医師に支援（D to D）
- ⑫ 東和：医療＆行政MaaS（内閣府）
- ⑬ 美祢：郵便局を活用したオンライン診療・服薬指導（総務省実証）
- ⑭ 錦：病院から有床診療所にダウンサイジングしオンライン診療で支援

公益社団法人地域医療振興協会からの補助を受け
自治体向けに「へき地のオンライン診療等の手引き」を作成

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

⑭ 対面とオンライン診療を1:1でへき地医師派遣

- ・2025年～ 医師不足により錦中央病院が錦中央病院へ有床診療所化
- ・外来2診体制を維持するため、2診の医師派遣を要請
- ・当院から毎週金曜日に医師を派遣（2診担当）※1診は原則対面診療
- ・対面診療（隔週）とオンライン診療（隔週）を交互にして医師派遣
- ・移動時間（往復3時間）がなく当院業務も可能となり働き方改革に寄与。
- ・錦中央病院の電子カルテも遠隔で閲覧・操作が可能



医師派遣を「対面診療」と「オンライン診療」を1:1で組み合わせ、
移動時間（往復3時間）を有効活用し、派遣医師の負担を軽減（働き方改革）

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

県庁薬務課と協働して手引きを作成



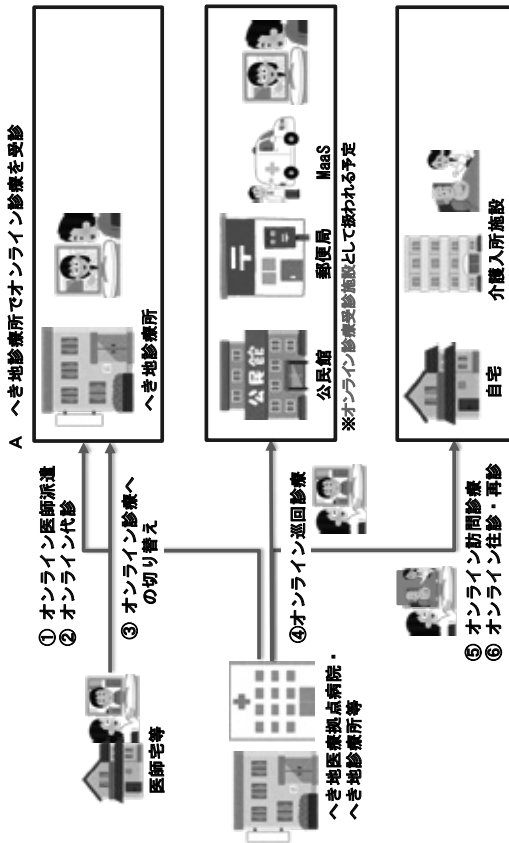
<https://www.ymgp.jp/wp-content/uploads/2025/03/online.pdf>



<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/207601.pdf>

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

オンライン診療を組み合わせる6パターン



※全てのパターンで、へき地では患者の側に看護師がいることが望ましく、診療報酬上の加算がある

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

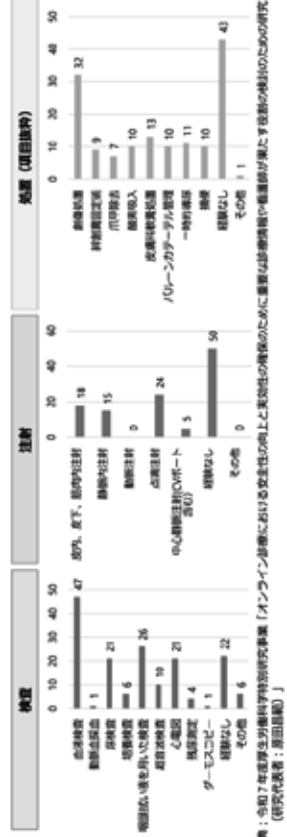
D to P with Nで実施される診療の補助行為

- 平成28年度診療報酬改定において、医師の指示に基づき、在宅医療において看護師が医師の診療日以外の日に訪問看護を実施や、使用した特定病棟医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱が明確化された。
- 令和7年度厚生労働科学研究事業の調査によると、患者が看護師となる場合のオンライン診療において、看護師が実際に実施したところのある診療の補助行為として、検査としては採血、朝飯抜い液を用いた検査、尿検査、心電図等が挙げられ、処置・注射としては点滴注射、創傷処置、皮膚科軟膏処置等が挙げられた。

特定医療従事者材料費の明確化（平成28年度診療報酬改定）

品名	初診	再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護を実施したところのある診療の補助行為として、検査としては採血、朝飯抜い液を用いた検査、尿検査、心電図等が挙げられ、処置・注射としては点滴注射、創傷処置、皮膚科軟膏処置等が挙げられた。
特定医療従事者材料費	47	16
検査	21	15
処置	26	0
注射	19	24
その他	4	5
その他	22	58
その他	6	0
その他	6	43

D to P with Nで実施される診療の補助行為の内（調査項目抜粋）（n=81）



出典：令和7年度厚生労働科学研究事業「オンライン診療における在宅性の向上と医師の確保のために必要な診療報酬や報酬算入すべき診療の検討のための研究」（研究代表者：原田昌範）

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)

【特別研究】厚生労働省医政局総務課（原田班）

研究課題：オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究
課題番号：25CA2011

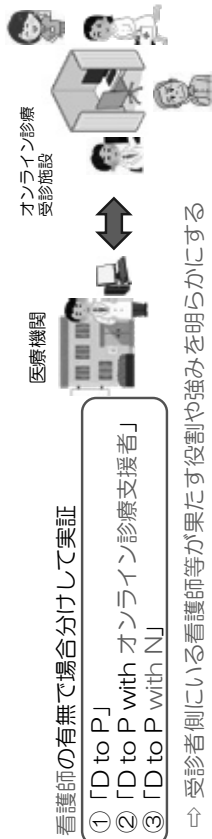
研究代表者：原田 昌範（公益社団法人地域医療振興協会 研究員）
分担研究者：阿江 竜介（自治医科大学公衆衛生学 教授）
古城 隆雄（埼玉立大学 教授）

- (1) 阿江班（オンライン診療の安全性についての比較研究）
- (2) 古城班（オンライン診療における看護師の医行為についてのアンケート調査）
- (3) 原田班（オンライン診療受診施設の実証）
- (4) 市村班（海外調査）
- (5) 橋本班（小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証の研究）

オンライン診療受診施設の実証

- ・ 実装して期待される利点と運用上懸念される課題の整理（山口大学）
 - ①次のパンデミックに備え、コロナ禍のPCR検査の手法の実態把握
 - ②実証フィールドでの実態調査
 - マニュアル（医療機器、医療廃棄物の管理を含む）の作成

・ 実証フィールド：
A：公民館（萩市島島）
B：郵便局（周南市、柳井市、鳥羽市）
C：医療MaaS（徳地、鳥羽市）
D：その他（役所、地域包括支援センター、避難所、介護事業所等）





山口県のへき地の在宅医療の現状と課題

医療資源が限られている

- 無医地区や巡回診療などの地域は、医師は非常勤体制
- 人口減少や医師不足で、常勤体制の維持が困難
- 在宅医療に対応できるリソースまで遠く、限られている
歯科、調剤薬局、訪問看護ステーション、栄養指導
ケアマネ、リハビリ、ヘルパー、デイサービスなど
- 対応するエリアが広い（16kmを超える）
- 患者数が少なく、距離も遠いため、採算が合わない
- 離島や豪雪地域は、荒天時の影響が大きい

住み慣れた地域を早く離れてしまう方も少なくない

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



日本のへき地における遠隔医療と在宅看取り

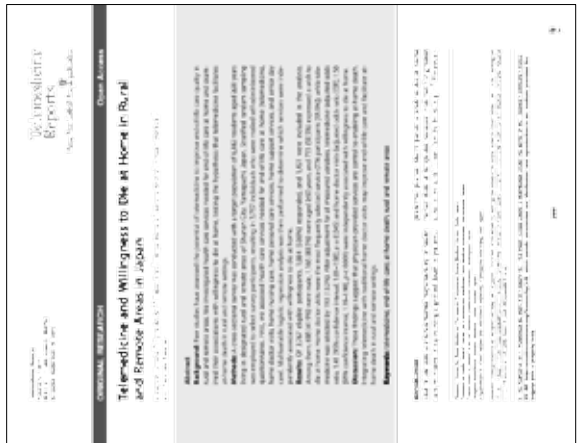
Telemedicine Reports
Volume 6.1, 2025
DOI: 10.1177/26924366251382752
Accepted September 10, 2025

Telemedicine and Willingness to Die at Home
in Rural and Remote Areas in Japan

Masanori Harada, Ryusuke Ae, Takao Kojo,
Hiruya Masuda, Minoru Kibata,
Hossain Mahbub, and Tsuyoshi Tanabe

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/26924366251382752>

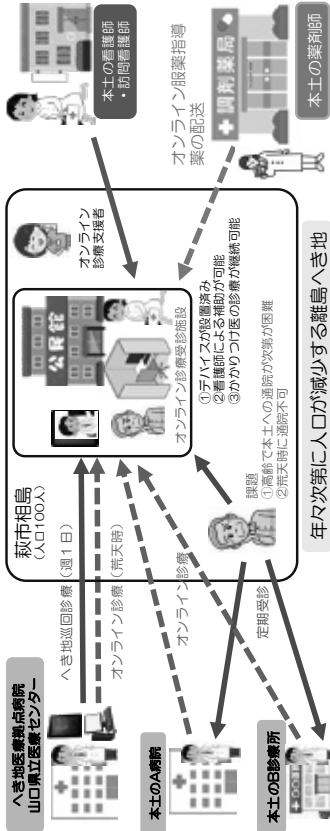
47



ケースA（公民館）～萩市相島～

小規模離島（人口100人）に「オンライン診療受診施設」を設置する場合

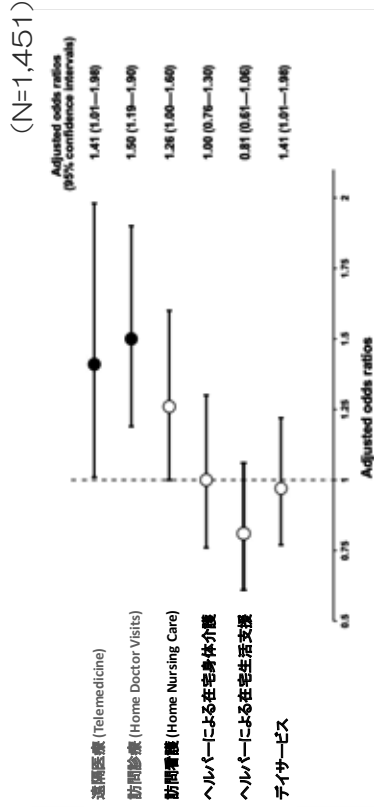
- 常駐する医師・看護師が不在、へき地医療拠点病院から公民館に巡回診療を週1日実施し、約1割の島民が利用。
- 本土に定期通院できる島民の課題は、高齢化で次第に通院困難となることや荒天時に通院が不可となること。
- 本土の看護師、訪問看護師が定期的に離島に渡るため ID to P with NJ のオンライン診療に対応できる状況。
- 課題は、医師・看護師が不在の時間帯（オンライン診療支援者を活用）と薬（オンライン診療支援者を活用）。



- 複数の医療機関でオンライン診療受診施設を共有することで、より多くの島民の医療アクセスが改善
- 看護師（with NJ）、オンライン診療支援者、薬剤師（オンライン診療支援）を組み合わせることが重要

原田昌範作成 45

在宅終末期ケアに必要なサービスと在宅看取りの希望との関係性



- 日本のへき地において、「遠隔医療」と「医師による訪問診療」は在宅看取りの意向と独立して関連していた。
- 医療資源が限られた地域において、従来の訪問診療と遠隔医療を組み合わせることは、住民が希望する場所での最期を支える有効な手段となる可能性がある。

Masanori Harada, et al. Telemedicine and Willingness to Die at Home in Rural and Remote Areas in Japan, Telemedicine Reports, Vol 6.1, 2025



まとめ：オンライン診療をどう組み合わせるのか

1) 目指すゴールは「離島へき地でも持続可能な地域包括ケアの推進」

2) 看護師をはじめとする多職種との連携に期待

3) 普段からの顔の見える関係とリアルタイムの情報共有が重要

4) 最初は引き算ではなく足し算として活用

5) 有事に備え、平時から利用しておく

【参考資料】

- ・オンライン診療の適切な実施に関する指針（医政局医事課）
- ・オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（医政局総務課）
- ・オンライン診療に関する事例集（令和5年8月版：医政局総務課）
- ・令和4年3月23日事務連絡：離島等の医師・薬剤師不在時の医薬品提供の考え方
- ・令和5年5月18日事務連絡：へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について
- ・令和6年1月16日事務連絡：特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範



まとめ

1) 「量」：次世代を担う医療人の育成
へき地医療を担う医師だけでなく、支える医師も増やす
地域医療に関心を持つ次世代の医療人の育成、多職種・異業種連携

2) 「質」：新専門医制度で新たに「総合診療専門医」
地元大学やへき地医療機関、行政機関と連携して育てる
へき地に地域包括ケアを実践できる研修の受け皿づくり

3) へき地医療を守るためのネットワークの強化
へき地医療支援機構（県）
へき地医療拠点病院・へき地医療協力医療機関
へき地医療機関（病院・診療所）
地域の医療資源とコミュニティ

4) 激変するへき地の医療ニーズへの対応
面で守る
ICTの活用（遠隔医療・オンライン診療等）
情報共有と情報発信



山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

Ⅱ 2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから

2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから

海老名 英治

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課長

新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討が進められてきましたが、この地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当とされました。この趣旨を踏まえた医療法等の一部を改正する法律が令和7年12月に成立したことから、精神医療については、令和9年10月より医療機関機能報告制度が開始され、令和10年度より各地域で構想の検討を開始して頂き、令和11年度より新たな地域医療構想が施行されることとなります。今春より、精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループを立ち上げ、精神医療における地域医療構想のガイドライン策定に向けて検討を進めることとしています。

また、この間には、令和9年度を始期とする第8次医療計画後期及び第8期障害福祉計画についても、各地域において検討を進めて頂くこととなります。両計画については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進を通じ、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種、多機関が有機的に連携する体制の構築を目指すものであり、これまでも両計画で整合を図って頂いてきました。今後は、両計画に加え、新たな地域医療構想につい

でも意識して頂くことが必要となると考えます。

特に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築については、各自治体において主体的に取組を進めて頂いてきたところであり、国においては構築推進事業や構築支援事業により支援を行ってきたところです。地域保健領域において、精神保健に係るテーマは横断的に存在していることが多く、その解決につながるプラットフォームとしても、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに期待される部分は大きいと考えられます。今後の新たな地域医療構想においても、医療提供体制全体を検討する際の地域保健・福祉側の受け皿として精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが果たす役割は大きいと考えられることから、今後とも、各地での取組をより一層深化させて頂くことが期待されます。

こうした最近の動きを中心に、当課で開催している「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」における議論の状況も紹介させていただきます。

【略歴】

平成16年5月 厚生労働省採用

平成23年4月 さいたま市保健福祉局保健部地域医療課長

平成30年9月 栃木県保健福祉部保健医療監

令和2年4月 栃木県保健福祉部長

令和3年7月 環境省大臣官房環境保健部環境保健企画管理課 特殊疾病対策室長

令和5年7月 環境省大臣官房環境保健部放射線健康管理担当参事官

令和7年7月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長

令和8年2月26日 令和7年度地域保健総合推進事業発表会

2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

アウトライン

- 地域医療構想等について
- 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会について
- 地域保健への期待

アウトライン

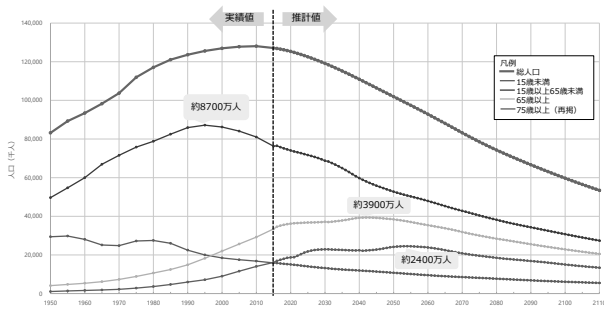
- 地域医療構想等について
- 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会について
- 地域保健への期待

地域医療構想等に関する今後の主要スケジュール

	2025(R7)年度	2026(R8)年度	2027(R9)年度	2028(R10)年度	2029(R11)年度	2030(R12)年度
地域医療構想	医療法改正法成立	ガイドライン等策定	R9.10 施行（精神病床） 医療機関機能転移等制度 施行（精神病床）	施行（精神病床） 構想策定	新たな構想本格施行	2040年に向けて
医療計画	方向性の検討	中間見直し	第8回中期実施計画			第9回医療計画
障害福祉計画	基本指針見直し	計画策定	第8回障害福祉計画	基本指針見直し	計画策定	第9回障害福祉計画

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

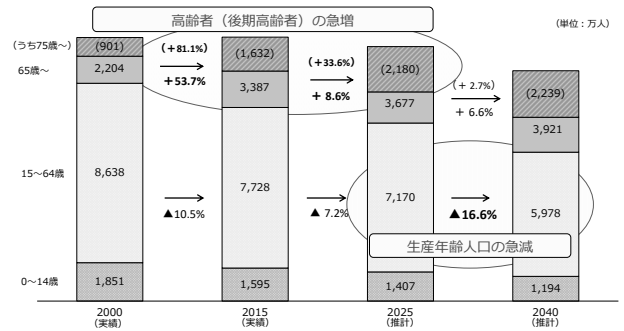


出典：国立社会保険・人口問題研究所「年別（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構成係数」
※ 2015年までは国勢調査の集計値、2016年以降は推計値。

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

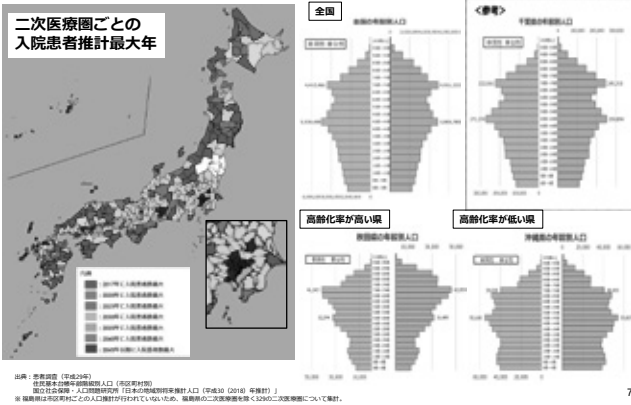
- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



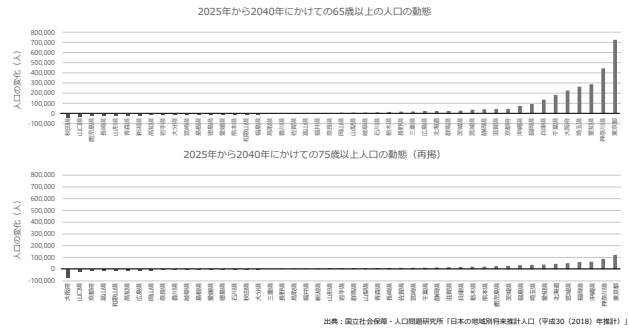
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保険・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

(参考) 地域差について (二次医療圏の入院患者数・人口ピラミッド)



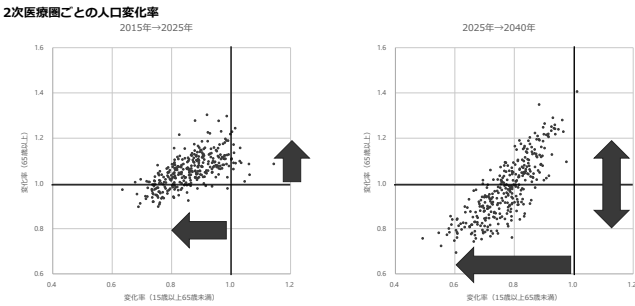
人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

- 都道府県単位でみると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口でみると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。



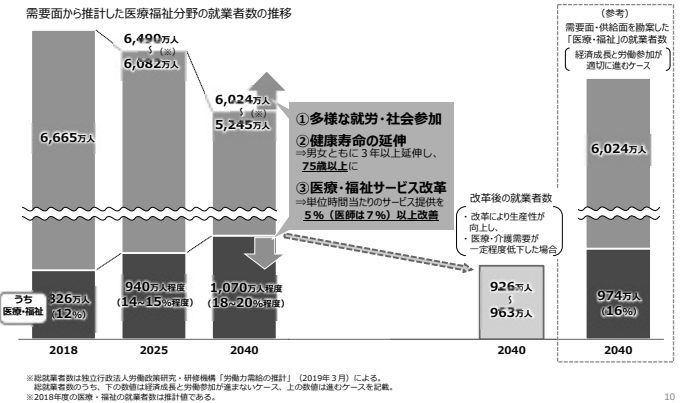
人口動態④ 高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる2次医療圏が数多く発生する

- 2次医療圏単位でみると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域(135の医療圏)と減少する地域(194の医療圏)に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。



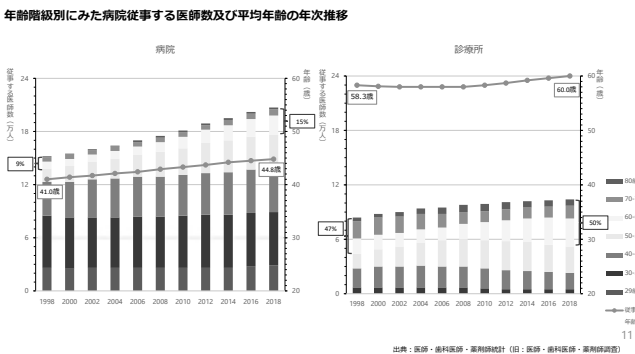
マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職の人材は現在より多く必要となる。

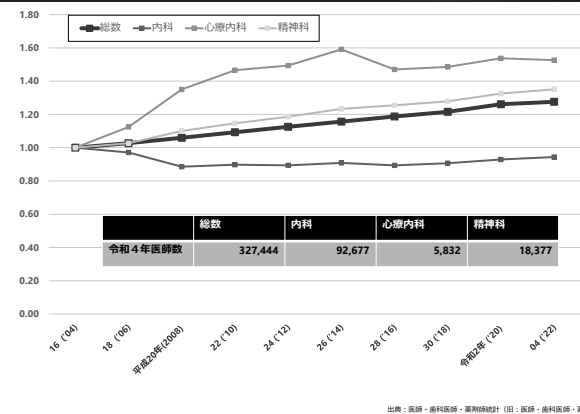


マンパワー② 提供者側(医師)の高齢化も進展している

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で5.5万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は15%に増加しており、平均年齢は44.8歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で2.0万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.0歳まで上昇している。

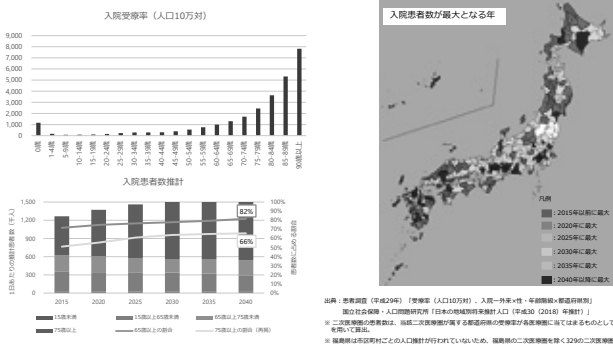


<参考> 平成16年と比較した医師数の変化



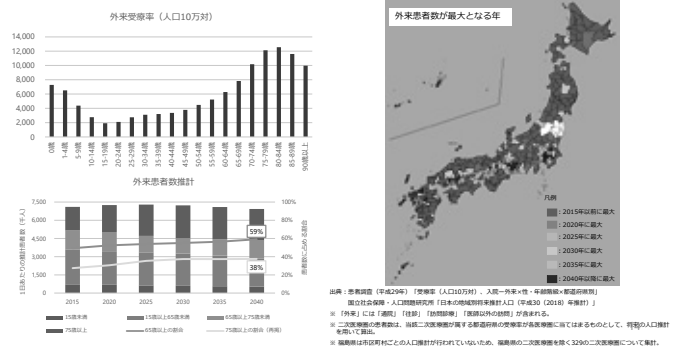
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



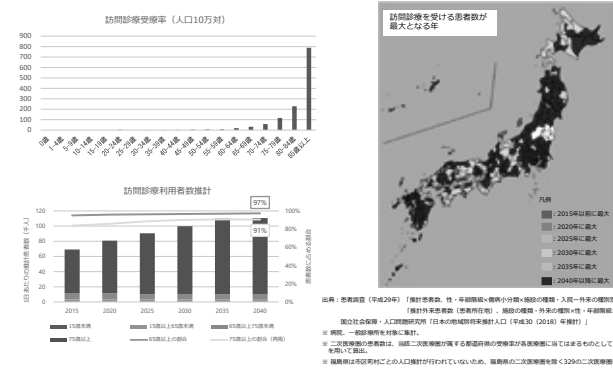
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



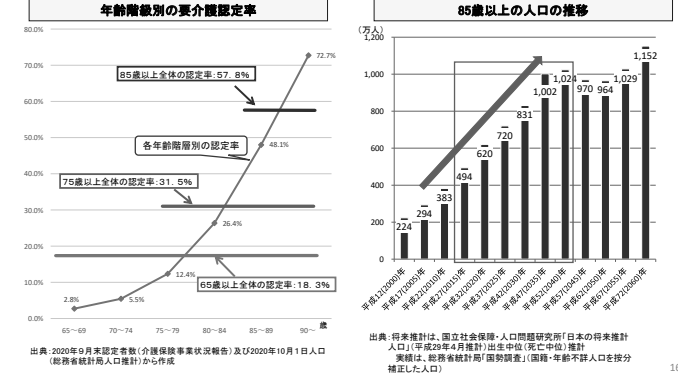
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



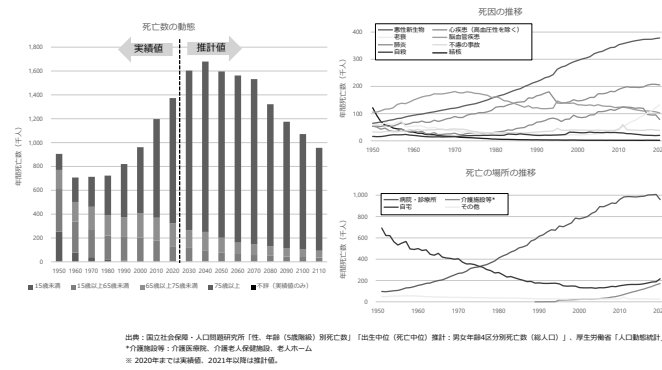
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。



医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



新たな地域医療構想等に関する検討会の概要

- 1. 趣旨**
 - 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的としている。
 - 本検討会は、現行の地域医療構想が2025年までの取組であることから、新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に開催するものである。
- 2. 検討事項**
 - (1) 新たな地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
 - (2) 医師偏在対策に関する事項(医師養成過程を通じた対策を除く)
 - (3) その他本検討会が必要と認めた事項
- 3. 構成員**

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会長
今村 知明	奈良県立医科大学教授
今村 英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
大屋 祐輔	学問院大学長
遠藤 久夫	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
岡 俊明	九州大学名誉教授
尾形 裕也	一般社団法人未来研究所乱離代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
香取 照希	全国健康保険協会理事
川又 竹男	健康保険組合連合会専務理事
河本 滋史	公益社団法人日本精神科病院協会専務理事
樺木 肇司	国際医療福祉社大学大学院教授
高橋 泰	福島県保健福祉部次長(健康衛生担当)
玉川 啓	慶応義塾大学経済学部教授
土居 文朗	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
東 憲太郎	産業医科大学教授
松田 晋哉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
望月 康	福山県津市市民部参事兼魚津市健康センター所長
明 昭	認定 NPO 法人ささえあい医療センター-COML理事長
山口 晋子	公益社団法人日本看護協会常任理事
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

◎ 座長 (五十音順、敬称略)

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

令和6年9月6日第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料
令和6年8月26日第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療・介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



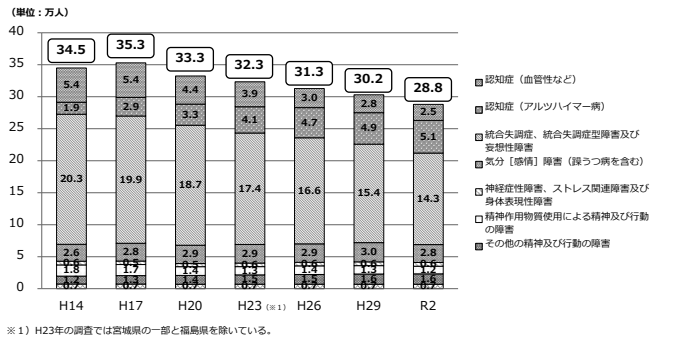
地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想
85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築
病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

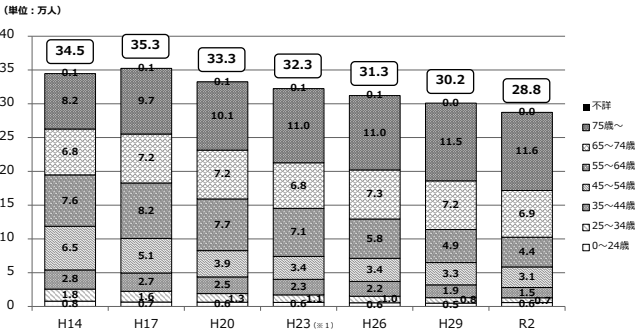
- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

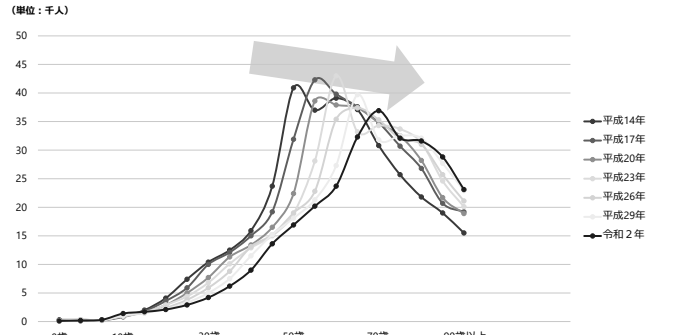
- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約18.5万人（約64%）。



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

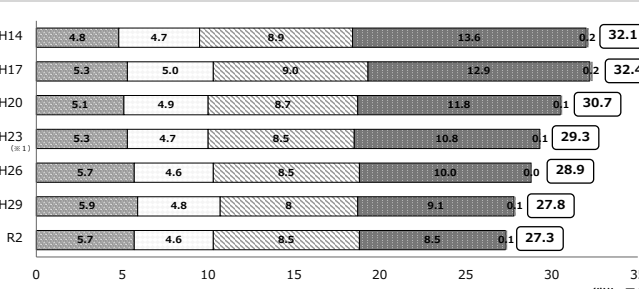
- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。



平成23年は宮城県の石巻市を除き、気仙沼市を除き、福島県を除いた数値である。
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。

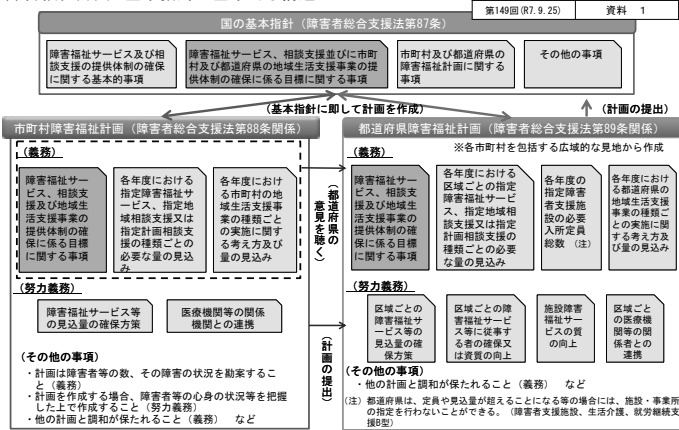


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチームの概要

- 1. 趣旨**
 - 新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医療機関や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に、新たな地域医療構想等に関する検討会を開催している。
 - 精神医療については「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」等により、精神障害者の退院促進及び地域移行・地域生活支援、精神科病院における病床の適正化及び機能分化等の施策を推進してきた。
 - 現行の地域医療構想において精神病床に関する将来の病床数の必要量の推計や病床機能報告は行われていないところ、これまでの精神医療に関する施策を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について具体的な検討を行うべく、有識者の参画を得て本プロジェクトチームを開催する。
- 2. 検討事項**
 - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題について
 - その他
- 3. 開催状況**
 - 第1回 令和6年11月6日
 - 第2回 令和6年11月25日
- 4. 構成員**
 - 代表 英隆 全国厚生部長会長/高知知事（幹事医療担当）
 - 岩上 洋一 (一社)全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事
 - 江原 和康 (公社)日本医師会 常任理事
 - 尾形 裕也 九州大学 名誉教授
 - 北村 立 (一社)日本公的病院精神科協会 会長
 - 吉川 隆博 (一社)日本精神科看護協会 会長
 - 小原 和哉 (一社)日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修協会 代表理事
 - 橋本 幸司 (公社)日本精神科病院協会 常務理事
 - 藤井 千代 NIPP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長
◎副会長（五十音順、敬称略）

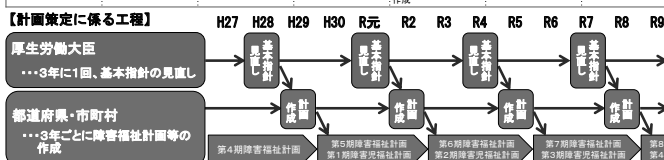
障害福祉計画と基本指針の基本的な構造



基本指針の策定スケジュール

基本指針について
 ○ 基本指針は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）第87条第1項の規定に基づき、障害福祉サービス等の提供体制及び自立支援給付等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
 ○ また、平成28年6月に公布した改正児童福祉法第33条第19第1項の規定に基づき、障害児通所支援等の提供体制及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
 ○ 障害福祉計画及び障害児福祉計画は、この基本指針に即して市町村・都道府県が作成。
 ○ 第8期障害福祉計画及び第4期障害児福祉計画（令和9～11年度）を作成するための基本指針は令和8年3月告示予定。

第1期計画期間	第2期計画期間	第3期計画期間	第4期計画期間	第5期計画期間	第6期計画期間	第7期計画期間
18年度～20年度	21年度～23年度	24年度～26年度	27年度～29年度	30年度～32年度	33年度～35年度	36年度～38年度
平成22年度を目標として、地域の状況に応じた数値目標と見込みを策定	第1期の実績を踏まえ、第2期障害福祉計画を作成	つなぎ法による障害者自立支援法の施行等を踏まえ、平成29年度を目標として、第3期障害福祉計画を作成	障害者総合支援法の施行等を踏まえ、平成29年度を目標として、第4期障害福祉計画を作成	障害者総合支援法の施行等を踏まえ、平成32年度を目標として、第5期障害福祉計画及び第1期障害児福祉計画を作成	障害者総合支援法の施行等を踏まえ、平成35年度を目標として、第6期障害福祉計画を作成	障害者総合支援法の施行等を踏まえ、令和8年度を目標として、第7期障害福祉計画及び第3期障害児福祉計画を作成

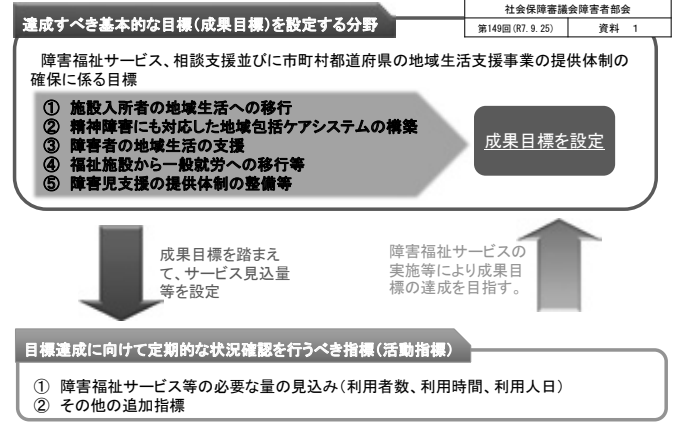


「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」改正後 概要

1. 基本指針について	R8.1.19	資料 1-1
○ 「基本指針」（大臣告示）は、市町村及び都道府県が障害福祉計画及び障害児福祉計画を定めるに当たっての基本的な方針。 ○ 都道府県及び市町村は、基本指針に則して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。 ○ 第8期障害福祉計画及び第4期障害児福祉計画に係る基本指針は、令和8年3月に告示予定。 計画期間は令和9年4月～令和12年3月※。		
2. 本指針の構成		
第一 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に関する基本的事項	第一 計画の作成に関する基本的事項	
一 基本的理念	一 市町村障害福祉計画及び市町村障害児福祉計画の作成に関する事項	
二 障害福祉サービスの提供体制の確保に関する基本的考え方	二 都道府県障害福祉計画及び都道府県障害児福祉計画の作成に関する事項	
三 相談支援に関する基本的考え方	三 その他	
四 障害児支援の提供体制の確保に関する基本的考え方		
五 障害福祉人材の確保・定着、ケアの充実のための生産性向上に関する基本的考え方【新規】		
第二 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標（達成目標）	第二 障害者に対する虐待の防止	
一 福祉施設の入居者の地域生活への移行	二 意思決定支援の促進	
二 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	三 障害者の文化芸術活動、スポーツ等による社会参加等の促進	
三 福祉施設から一般就労への移行等	四 障害者等による情報の取得利用・意思疎通の推進	
四 福祉施設から一般就労への移行等	五 障害を理由とする差別の解消の推進	
五 地域生活支援の充実	六 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等を提供する事業所における利用者の安全確保に向けた取組や事業所における研修等の充実	
六 相談支援体制の充実・強化等		
七 障害福祉人材の確保・定着、ケアの充実のための生産性向上【新規】		
八 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築		

3. 基本指針見直しの主な事項	
① 入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援 ・様々なデータを活用した地域移行意識の把握 ・高齢者や高齢者の生活に合わせた支援体制の重要性を記載 ・施設整備と計画に定める入居者数の削減目標の達成との整合 ・入居施設における居室の確保等の推進	⑩ 地域生活支援の提供体制の整備等（続き） ・医療的ケア等支援に関する協議の構築 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】
② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 ・ケアプランの作成と実施に向けた取組の推進 ・ケアプランの作成と実施に向けた取組の推進 ・ケアプランの作成と実施に向けた取組の推進	⑪ 地域生活支援の提供体制の整備等（続き） ・医療的ケア等支援に関する協議の構築 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】
③ 福祉施設から一般就労への移行等 ・一般就労への移行者数 ・一般就労支援事業利用終了者数 ・一般就労支援事業の利用率	⑫ 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備
④ 障害児支援の提供体制の整備等 ・障害児支援の提供体制の整備 ・障害児支援の提供体制の整備	⑬ 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備 ・各事業所等における障害福祉サービス等の提供体制の整備

成果目標と障害福祉サービスの見込量（活動指標）との関係（イメージ）



4. 成果目標（計画期間が終了する令和11年度末の目標）

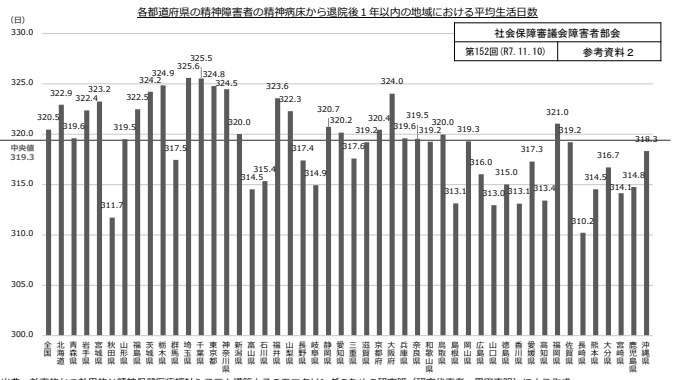
① 施設入居者の地域生活への移行	② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	③ 福祉施設から一般就労への移行等	④ 障害児支援の提供体制の整備等（続き）
・地域移行者数：令和7年度末施設入居者数の6%以上 ・施設入居者数：令和7年度末の5%以上増減	・精神障害者は精神科病床から退院後1年以上の地域における平均生活日数：319日以上 ・精神科病床における1年以上入院患者数 ・精神科病床への30日以上の再入院率：退院後90日時点 10.3%以下 ・退院後100日時点 17.4%以下、退院後365日時点 25.7%以下【新規】 ・心のサポート数：令和15年度末まで100万回以上【新規】 ・K6により定住のこころの状態を把握【新規】	・一般就労への移行者数：令和6年度末実績の1.31倍以上 ・一般就労支援事業利用終了者数に占める一般就労へ移行した割合が5%以上の事業所：一般就労支援事業所の5%以上 ・就労定着支援事業の利用率：令和6年度末実績の1.47倍以上 ・就労定着支援事業利用終了者一時的な就労定着率が7%以上となる就労定着支援事業の割合：2.5%以上 ・協議会設置率：令和11年度末に協議会を設置する事業所が5%以上となること。令和11年度末に協議会を設置する事業所が5%以上となること。令和11年度末に協議会を設置する事業所が5%以上となること。	・医療的ケア等支援に関する協議の構築 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】
⑤ 地域生活支援の充実	⑥ 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築	⑦ 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築	⑧ 障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築
・各市町村において地域生活支援拠点等を整備するとともに、コーディネーターの配置などによる効果的な支援体制及び緊急時の連携体制の構築を進め、また、令和11年度末、支援の充実等を踏まえ活用状況の検証・検討を行うこと	・各市町村において、精神相談支援センターを設置等 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】	・各市町村において、精神相談支援センターを設置等 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】	・医療的ケア等支援に関する協議の構築 ・協議会・各市町村又は圏域（都道府県の協議の場合は医療的ケア支援センター）の整備 ・障害児等に対する相談支援体制の整備及び連携体制の確保 ・各市町村又は圏域【新規】

5. 活動指標

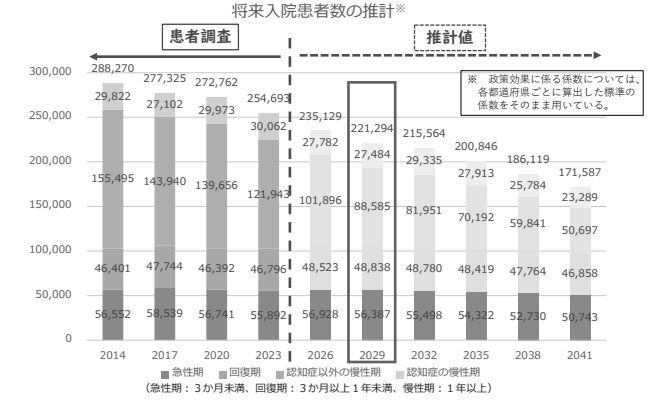
- 1) 退院入所者の地域生活への移行支援** (都道府県・市町村)
- 在宅介護の利用率、利用時間数 ○ 重症認知症介護の利用率、利用時間数
 - 同行介護の利用率、利用時間数 ○ 行政機関の介護費用、利用時間数
 - 重症認知症在宅生活支援の利用率、利用時間数 ○ 在宅生活支援の利用率、利用時間数
 - 自立訓練（職業訓練・生活訓練）の利用率、利用時間数 ○ 就労支援の利用率、利用時間数
 - 就労移行支援の利用率、利用時間数 ○ 就労移行支援（生活・仕事）の利用率、利用時間数
 - 就労支援の利用率、利用時間数 ○ 介護サービスの利用率
 - 認知入所（施設入所）の利用率、利用時間数
 - 社会生活援助の利用率
 - 認知入所支援の利用率 ○ 施設における認知症の発生率の推移状況（※併用）
 - 地域移行支援の利用率 ○ 地域移行支援の利用率
 - 認知症対応型共同生活介護への移行に向けた支援回数（※併用）
 - 認知症対応型共同生活介護の利用率 ○ 精神障害者の自立生活援助の利用率
- 2) 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築** (都道府県・市町村)
- 保健、医療、福祉関係による協議の場の開催回数
 - 保健、医療、福祉関係による協議の場への関係者の参加回数
 - 心のサポートセンター等による相談支援回数 ○ 精神保健福祉相談員研修会等の開催回数（※併用）
 - 精神障害者の地域移行支援の利用率 ○ 精神障害者の地域生活支援の利用率
 - 精神障害者の自立訓練（生活訓練） ○ 精神障害者の認知入所の利用率（※併用）
- 3) 地域生活支援の充実** (都道府県・市町村)
- 地域生活支援拠点等の設置箇所数とコーディネーターの配置人数、地域生活支援拠点等における各種のサービスに関する相談件数と対応した相談件数
- 4) 地域生活支援から一歩進んだ移行支援** (都道府県・市町村)
- 障害者に対する職業訓練の受講回数
 - 職業訓練から公的職業訓練等への移行した地域生活利用回数
 - 地域生活支援センター及び発達障害者支援センターの外部機関と地域住民への研修、啓発活動の回数
 - 地域生活支援センター及び発達障害者支援センターの外部機関と地域住民への研修、啓発活動の回数
- 5) 発達障害者支援に対する支援** (都道府県・市町村)
- 発達障害者支援センターの設置箇所数 ○ 発達障害者支援センターによる相談支援の件数
 - 発達障害者支援センター及び発達障害者支援センターの外部機関との連携回数
 - 発達障害者支援センター及び発達障害者支援センターの外部機関と地域住民への研修、啓発活動の回数
 - ヘルプデスクの設置箇所数 ○ ヘルプデスクの活動回数

精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

○ 令和5年度の都道府県の中央値である319.3日以上とすることを基本とする。中央値に達している都道府県は、令和5年度の値以上とすることを基本とする。



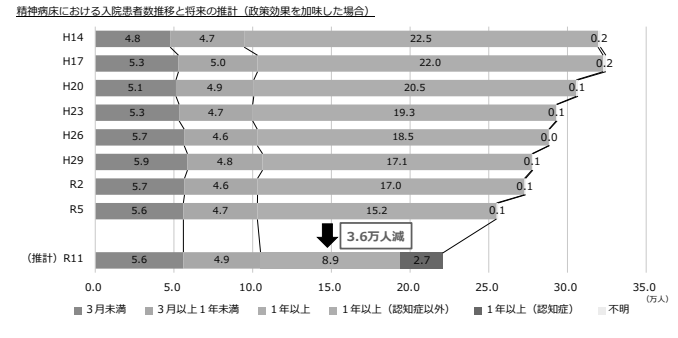
令和11年（2029年）の推計入院患者数



精神病床における1年以上長期入院患者数

○ 令和2年から令和5年の入院患者数の変化と入院期間が1年以上の長期入院患者に対する、今後の新たな取り組み（政策効果）を加味し、令和5年の入院患者数から令和11年の入院患者数を推計している。

○ 精神病床における1年以上長期入院患者数は、令和5年と比べて約3.6万人の減少を目指すこととする。



精神病床における1年以上長期入院患者数（参考）

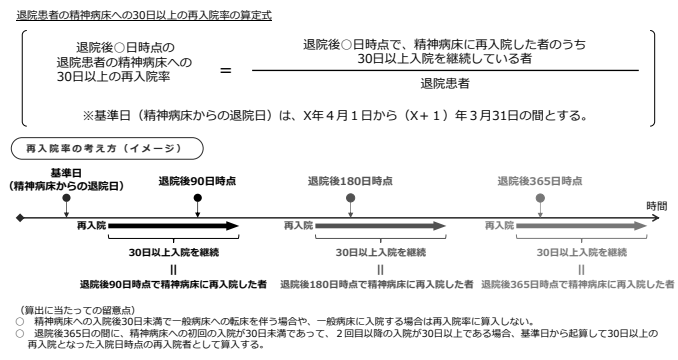
○ 令和6年6月30日現在の都道府県別の精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満、75歳以上（再掲）、40歳以上の認知症である者（再掲））は以下のとおり。

都道府県	精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満、75歳以上（再掲）、40歳以上の認知症である者（再掲））		
	65歳以上	65歳未満	75歳以上（再掲）
北海道	6,429	2,635	4,216
青森県	1,201	567	764
岩手県	1,062	668	566
宮城県	2,110	814	1,337
秋田県	1,353	553	847
山形県	1,056	513	631
福島県	1,636	849	820
茨城県	2,056	1,533	1,024
栃木県	1,585	976	841
群馬県	1,770	1,087	971
埼玉県	3,244	1,706	2,080
千葉県	3,529	2,339	2,017
東京都	3,283	2,632	1,967
新潟県	2,016	1,019	1,168
富山県	1,172	616	732
石川県	1,217	597	794
福井県	585	231	363
山梨県	700	334	385
長野県	1,308	860	708
岐阜県	1,102	809	615
静岡県	1,700	1,103	913
愛知県	3,034	2,632	1,637
三重県	1,401	978	791
滋賀県	699	313	474
京都府	1,756	450	1,225
大阪府	4,904	2,862	3,252
兵庫県	3,101	1,817	1,869
奈良県	735	494	456
和歌山県	575	311	285
鳥取県	444	232	271
徳島県	696	311	412
香川県	1,526	593	1,035
愛媛県	3,102	1,334	2,033
高知県	2,363	899	1,491
徳島県	1,229	637	638
高松市	1,180	659	719
愛知県	1,120	605	619
岐阜県	1,242	366	853
福井県	7,013	2,805	4,591
佐賀県	1,379	698	836
福岡県	2,988	1,035	1,804
熊本県	3,211	1,002	2,095
大分県	2,220	762	1,384
宮崎県	2,367	734	1,606
鹿児島県	3,663	1,330	2,216
沖縄県	1,567	830	808

退院患者の精神病床への30日以上再入院率

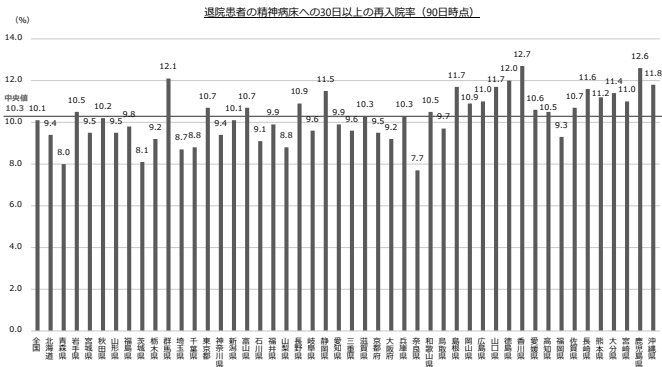
○ 相談支援体制の構築や障害福祉サービスの整備等の地域の基盤整備が、退院患者の再入院率の改善に寄与すると考えられることを踏まえ、地域平均生活日数と併せて評価する指標として、退院患者の精神病床への30日以上の再入院率を成果目標とする。

○ 以下の算定式により、再入院から30日以上入院している者を再入院者として再入院率を算出する。



退院患者の精神病床への30日以上の再入院率(90日時点)

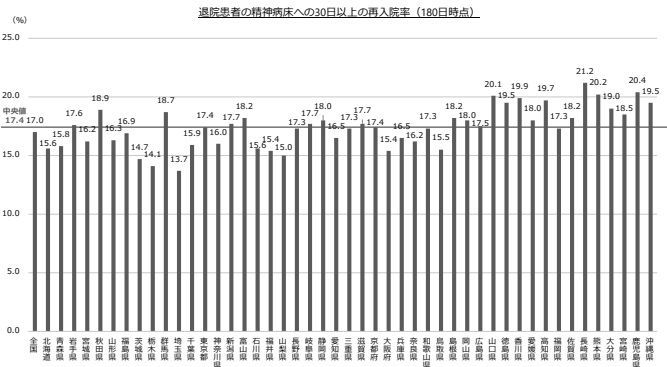
○ 令和5年度の都道府県の中央値である10.3%以下とすることを基本とする。中央値に達している都道府県は、令和5年度の値以下とすることを基本とする。



出典：効果的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田直明）により作成

退院患者の精神病床への30日以上の再入院率(180日時点)

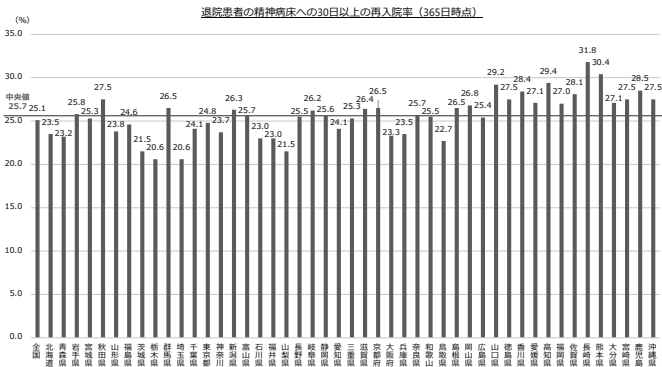
○ 令和5年度の都道府県の中央値である17.4%以下とすることを基本とする。中央値に達している都道府県は、令和5年度の値以下とすることを基本とする。



出典：効果的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田直明）により作成

退院患者の精神病床への30日以上の再入院率(365日時点)

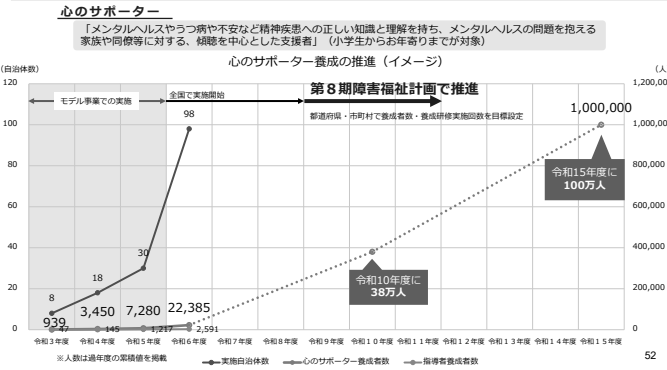
○ 令和5年度の都道府県の中央値である25.7%以下とすることを基本とする。中央値に達している都道府県は、令和5年度の値以下とすることを基本とする。



出典：効果的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田直明）により作成

心のサポーター数

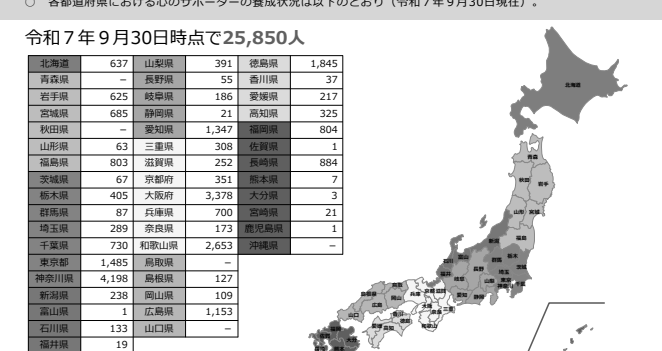
○ 令和15年度までに100万人とすることを基本とする。都道府県は将来人口を元に、目標を設定することを基本とする。
※ 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（令和5年厚生労働省告示第207号）において、社会環境の質の向上に関する目標の「社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上」の項目で、「心のサポーター数の増加」が目標として掲げられており、目標値は100万人である。本目標値と整合のとれた目標を設定する。



52

心のサポーターの養成状況

○ 各都道府県における心のサポーターの養成状況は以下のとおり（令和7年9月30日現在）。

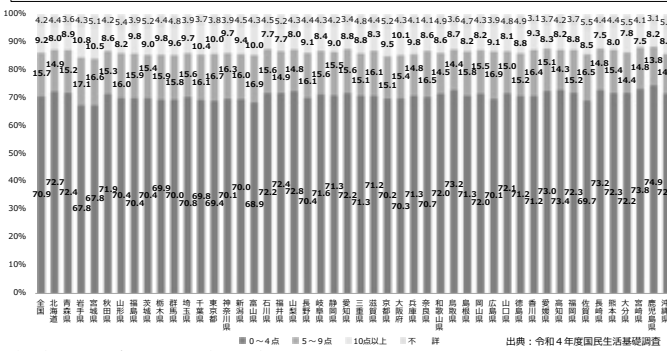


出典：心のサポーターホームページ（<https://cocospace.mhlw.go.jp/>）

53

住民のこころの状態

○ 住民のこころの状態については、K6という尺度を活用して評価することを基本とし、住民の心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を把握することが望ましいこととする。



注：1）12歳以上の者（入院者は含まない。）について集計した。
2）過去1か月間のこころの状態について、6つの質問（※）の回答を5段階（0～4点）で点数化して合計したものである。
※ 「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そもそも、落ちかねて感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をしてものめりだりだ感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」

54

2040年に向けた障害福祉サービスの提供体制について

社会保険審議会障害者部会（第154回）
こども家庭課審議会障害児支援部会（第18回）
R1. 1.19 資料2

- 昨年7月、「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（以下「2040検討会」という。）のとりまとめがなされたところ。本検討会では、福祉分野の共通課題についても議論がなされ、「2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要」とされている。障害福祉分野においても、中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の確保や、人材確保・ケアの充実のための生産性向上等の課題が共通しており、対応していく必要がある。
- また、地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進が必要とされており、障害福祉分野においても、分野を超えた連携を促進していく必要がある。
- こうした課題について、社会保障審議会介護保険部会や福祉部会等の関係審議会でも議論がとりまとめられたところ。それらを踏まえつつ、障害福祉分野に必要な取組について、必要な法令上の対応も含め、以下の点を検討する。

1. 中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の確保
2. 人材確保・ケアの充実のための生産性向上等
3. 地域における包括的な支援体制の構築

55

1. 中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の確保

現状・課題

- 障害福祉分野については、その需要の動向に人口構造だけでなく様々な要素が関係し、他分野と異なり、全体としてサービス利用は伸び続けている状況にある。一方、地域ごとに見ると、例えば約3割の市町村でサービス利用者数が前年同月比がマイナスになるなど、**中山間や小規模自治体において減少傾向が見られ**、また、生産年齢人口の減少により人材確保が難しくなる中で、**こうした地域におけるサービス提供体制の維持・確保が課題**。
- 現行制においても、基準該当障害福祉サービスなど、一定の要件の下で柔軟なサービスの提供を可能としているが、2040検討会とりまとめにおいても、「介護保険制度等の他制度も参考としつつ、**必要に応じ、配置基準の弾力化など、制度を拡張・見直しをして対応していくことが考えられる**」とされているところ。
- **地方分権提案**においても、中山間地域等におけるサービス提供体制の確保のため、令和7年度は障害者支援施設、令和6年度は障害児通所支援について、**配置基準等に関する要望**が出されているところ。

今後の方向性

- 特に今後サービス利用が減少し、従事者の確保も難しくなる中山間・人口減少地域において、ニーズに応じた障害福祉サービスの維持・確保が必要。既存の現行制度の活用も進めつつ、以下の取組を進める。（詳細は次ページ以降）
(地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み)
① 現行の基準該当サービスに加え、**中山間・人口減少地域に限定して特例的なサービスを行う枠組として、新たな類型を設ける**。具体的には、一定の施策を講じた上でやむを得ない場合に、サービスの質の確保や職員の負担等への配慮の観点から一定の取組を前提とした上で、**配置基準の弾力化**を検討する。
また、特に訪問系サービスでは、都市部等とは事業環境が異なる中、安定的な経営のための報酬の仕組みとして、モラルハザード等に留意した上で**地域の実情に応じた包括的な評価の仕組み**(月単位の定額払い)を選択可能とする。(事業者の連携強化)
② 都道府県・市町村と連携しながら、**地域のニーズに応じた事業所間の連携において中心的な役割を果たす法人・事業所に対し、一定のインセンティブの付与**を検討するなど、**地域における連携を推進**する。
(地域の実情に応じた既存施設の有効活用)
③ 既存資源を有効活用しながら、地域のサービス需要の変化に対応するため、国庫補助により取得・改修等をした障害者支援施設等を別の用途に供する際、**一定の範囲内で国庫助成を求めない特例**を設ける。

56

2. 人材確保・ケアの充実のための生産性向上等

現状・課題

- 障害福祉分野においても、有効求人倍率が令和7年11月時点で3.43倍と高い水準で推移しており、障害福祉サービスの利用者が引き続き増加傾向にある中で、**人材確保は喫緊の課題**である。
- 人材確保やその定着については、処遇改善をはじめ、職場環境改善、手続き負担の軽減、魅力発信、経営改善に向けた支援等、総合的な対策を進めてきている。引き続き、質の確保や経営基盤の確立を図るとともに、介護分野等の取組も参考としつつ、**医療分野や他の福祉分野など、他分野と連携できる部分は連携しながら、国・都道府県・市町村・事業者・地域の関係者等が連携し、より一層の取組を進めていくことが求められる**。その際、全国的な取組を進めるとともに、地域により利用者や従事者の状況等は異なることから、**各地域の実情に応じた対策を進める必要がある**。
- また、支援者一人一人が力を発揮しつつ、協働して、質の高い障害福祉サービスを効率的かつ効果的に提供する観点からは、障害福祉事業者における**ケアの充実のための生産性向上の取組を一層充実**する必要がある。介護現場の取組も参考しつつ、障害福祉分野では障害種別や障害特性等に応じた支援が求められることを十分に踏まえ、**障害福祉分野における生産性向上の目指すべき姿や必要な取組を明らかにしていくとともに、関係業務の効率化と直接処遇業務の負担軽減、質の向上に向けた各自自治体や事業所における取組を一層推進**していくことが求められる。

57

2. 人材確保・ケアの充実のための生産性向上等

今後の方向性

- 人材確保やケアの充実のための生産性向上、経営改善に向けた支援等（以下「人材確保等」という）については、専門職の確保・育成も含め、引き続き重要な課題であることから、現行の取組を引き続き進めつつ、国・都道府県・市町村・事業者等の役割にも留意の上で、他分野とも連携しながら、以下の取組を進めていく。
- ① 人材確保等については、全国的な取組とともに、各地域に応じた取組が必要であることから、**国・都道府県の責務に明確に位置づけ**、一層の取組を進める。国において、障害福祉分野における効果的な取組の分析・周知を進めるとともに、各都道府県を通じて、事業所に対する支援体制の構築を進める。
- ② 人材確保等に関する事項について、**都道府県・市町村の障害福祉計画・障害児福祉計画の記載事項に明確に位置づけ**、計画策定プロセスにおいて、都道府県・市町村、地域の関係者が議論し、各地域における必要な取組を計画的に進める。
- ③ 人材確保等の取組の地域の関係者の議論・連携の場として、**各都道府県に障害福祉分野における関係者の協議会を設置**する。その際、介護分野の協議会（介護現場革新会議）や福祉人材確保のためのプラットフォーム等との**連携・役割分担等**を図りつつ、**医療・福祉各分野とも連携**しながら、効果的に取組を進めていく。
- ④ 職場環境改善に向けて、改正労働施策総合推進法の内容等を踏まえ、運営基準省令等において、現行のセクシュアルハラスメント・パワーハラスメントへの対応に加え、**カスタマーハラスメントへの対応についても、義務付け**るとともに、対応マニュアルの見直しや自治体・事業者への周知徹底等を進める。その際、職員の安全に配慮する必要性は前提としつつ、**利用者の障害特性等も考慮しながら行動に資する障害や利用者の状況等も踏まえ対応すること**。対応の結果により**利用者の生活を阻害することのないよう慎重に対応を検討すること等**を留意する。
- ⑤ 処遇改善に向けた補助金等の対応に関し、国民健康保険団体連合会の業務を拡充し、都道府県から障害福祉サービス等報酬に関連する**補助金の支払事務について国民健康保険団体連合会への委託**を可能とする。

58

3. 地域における包括的な支援体制の構築

現状・課題

- 人口減少や世帯構成の変化等の中で、**新れる身寄りがいない障害児者や、複合的な課題を抱える障害児者の増加等**といった課題に対応するため、**地域における包括的な支援体制を整備**することが必要。
- このため、地域共生社会の在り方検討会議の中間とりまとめや、社会保障審議会福祉部会や介護保険部会のとりまとめも踏まえ、対応を検討することが求められている。

今後の方向性

- 地域における包括的な支援体制を構築するにあたっては、サービス事業所のみならず、**各職種、各団体等が地域の担い手としての役割を引き続き果たす**とともに、**基幹相談支援センターや相談支援専門員が中心**となつて、**各分野との連携**を図りながら、以下の対応を進めることとしてはどうか。その議論の際は、地域共生社会の理念のもと、**地域で住民をどのように支えていくかといった視点**を持つことが必要ではないか。
- ① **新れる身寄りがいない高齢者等**については、介護保険法に基づく地域ケア会議を活用して、その生活課題への対応を進めることとするほか、包括的支援事業（総合相談支援事業等）で相談対応等を行うことを明確化する方向性。**新れる身寄りがいない障害児者**についても、次のように対応する。
 - ・ **（自立支援）協議会を活用**して、個別課題から地域の課題を検討する取組を継続していくことで、包括的な支援の実現を図る。また、医療や介護・障害福祉分野以外にまたがる多様な困りごとを地域全体で支えるため、**他分野の会連体との協働・連携**を進める。
 - ・ **障害者相談支援事業により相談を行うことを明確化**する。
- ② 「過疎地域等における包括的な支援体制整備のための新たな仕組み」により、障害者相談支援事業及び地域活動支援センター事業について、他の制度の事業と一体的に行えるようにすることで、**地域で支え合う機能を強化**する。
 - ✓ 新たな仕組みのもとでも**障害児者への支援が後退することのないよう留意**することが必要。
 - ✓ 併せて、地域共生社会の実現に向けた、**障害福祉施策の役割や貢献も積極的に示していくことが重要**。

59

アウトライン

○地域医療構想等について

○精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会について

○地域保健への期待

厚生労働省
MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

60

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進め早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基礎強化の推進等

精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なモデルの開発を進める
在宅サービスの充実に向け通院公共交通サービスの利用者の見直しと給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的な方策の実現

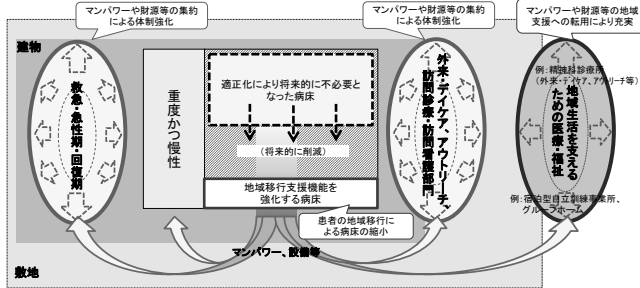
※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば入院可能な約7万人について、解消を図る。

出典：精神保健福祉対策本部「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

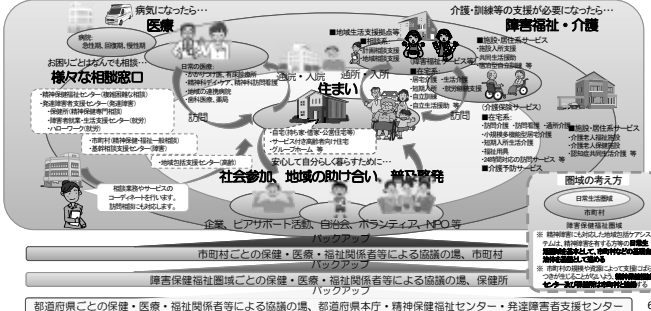


出典：長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性-概要稿「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」

近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



63

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（概要）
（令和4年6月9日）

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療従事者、患者の意見に基づいた連携支援、不適切な搬送・身体的拘束をゼロとする取組、精神科院に入院する人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の体制について取りまとめられた。

閣議決定の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支）計画の策定に向け、次期診療報酬改定、障害福祉サービス報酬改定・介護報酬改定等の必要な政策的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、医療、障害福祉サービス、介護、就労等の多様なサービスを受けられる体制を整備することが重要。

対応の方向性

<p>精神科に入院する市町村等における相談支援体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。 第8次医療計画の策定に向けて <ul style="list-style-type: none"> 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。 各関係者について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。 	<p>医療従事者への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 安心して業務できる入院医療を実現するため、以下の視点を基本とすべき。 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実 医療従事者から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の実現 より一層の権利擁護の充実 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。 	<p>不適切な搬送・身体的拘束をゼロとする取組</p> <ul style="list-style-type: none"> 安心して生活できる入院医療を実現するため、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づき適正な運用が確保されることの実現が重要。
<p>精神科病院に入院する患者への訪問相談</p> <ul style="list-style-type: none"> 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療従事者を中心とした、医療機関外の者との機会交流を確保することが重要。 	<p>患者の支援に関する連携支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後支援については、療次や非障り開事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを前提として、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。 	<p>精神科に入院する人員配置の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、自らの病院の規模と機能に応じた適切な人員配置の実現が求められる。
		<p>虐待の防止に係る取組</p> <ul style="list-style-type: none"> より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待をゼロにするには組織力、組織のスタンダードとして徹底していくための不断の取組が重要。

64

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要
（令和4年12月16日公布）

- 【公布日（令和4年12月16日）施行】**
 - 目的規定における**権利擁護の明確化**
- 【令和5年4月1日施行】**
 - 患者に対し**身体に対する暴力等を行った者等（家族等）の罰則から除外**。
 - 医療従事者等が実施する**相談支援**について、**日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象**に加える。
 - 医療従事者等が実施する**相談支援**について、**日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象**に加える。
- 【令和6年4月1日施行】**
 - 医療従事者等が実施する**相談支援**に関する事項）
 - 入院期間を法定化**し、一定の条件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
 - 家族が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は**、市町村長同意の依頼ができる。
 - 地域援助事業者の紹介を義務化**。
 - （措置入院者の退院促進措置等に関する事項）
 - 退院後生活支援相談員の責任及び地域援助事業者の紹介を義務化**。
 - 措置入院時の**精神医療委員会**での審議の実施。
 - （入院者訪問支援事業に関する事項）
 - 都道府県等は、**市町村職員による医療従事者等を中心とした、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を義務化**できる。
 - （虐待の防止に関する事項）
 - 精神科病院における**虐待防止措置の義務化**。
 - 精神科病院の業務従事者による虐待を発生した者が**都道府県等への通報の義務化**。
 - （精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項）
 - 都道府県等は、**市町村職員による医療従事者等を中心とした、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を義務化**できる。
 - 都道府県等は、**市町村の精神保健に関する相談支援に關し、必要な協力を行う**よう努める。

65

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

- 1. 趣旨**
 - 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療従事者の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
 - こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。
- 2. 検討事項**
 - 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
 - 課題への対応について
 - その他
- 3. 開催状況**

第1回	令和6年6月20日	第5回	令和7年3月10日	第9回	令和7年9月8日
第2回	令和6年8月7日	第6回	令和7年5月12日	第10回	令和7年9月29日
第3回	令和6年10月3日	第7回	令和7年6月9日	第11回	令和7年10月20日
第4回	令和7年1月15日	第8回	令和7年8月20日	第12回	令和7年12月1日
- 4. 構成員**

家原 英隆	高知県理事（保健医担当）
田原 敬和	東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士
山田 洋一	（一社）全国地域暮らしネットワーク 代表理事
上田 容子	（公社）日本精神科医会 常任理事
江藤 和彦	（公社）日本医師会 常任理事
岡田 久美子	（公社）全国精神保健福祉協会 常任理事
岡部 正文	（公社）日本精神科医会 常任理事
橋本 尚江	北広島市保健福祉部 理事
神庭 重信	九州大学 名誉教授
北村 立	（公社）全国自治体病院協議会 常務理事
吉川 隆博	（一社）日本精神科医会 会長
相原 尚之	全国「精神科」者医師会 常任理事
橋本 美和	東海大学法政学法律学部 教授
小坂 和哉	（一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事
小嶋 修一	TBSテレビ報道局 特別解説委員
田辺 國昭	東京大学大学院法政学政治学研究所 教授
田村 綾子	（公社）日本精神保健福祉協会 会長 聖学院大学 副学長
辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター 所長
長瀬 幸弘	（公社）日本精神科医会 理事
長谷川 花	精神科診療所 院長
花村 透子	（公社）日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長
藤井 千代	NPP 精神保健研究所 地域精神保健・法制研究部長
松本 瑞菜	（公社）日本看護協会 常任理事
水野 紀子	東北大学名誉教授 兼 白根大学教授
森 森哉	精神保健福祉事業国連協会 共同代表
山口 文雄	長崎県立五島病院 所長

66

これまでの検討会における議論の状況

回数	開催日	議題等
第1回	令和6年5月20日	(1) 検討会の開催、座長の選任等について (2) 精神保健医療福祉の現状等について (3) その他
第2回	令和6年8月7日	(1) 精神保健医療福祉に関する施策について (2) その他
第3回	令和6年10月3日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) かかりつけ精神科医機能について (3) その他
第4回	令和7年1月15日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) その他
第5回	令和7年3月10日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第6回	令和7年5月12日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第7回	令和7年6月9日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他

これまでの検討会における議論の状況

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回
医療提供体制							
入院医療	○						
地域移行	○						
一般療養との連携	○		○				
外来医療	○		○				
かかりつけ精神科医機能	○		○				
在宅医療	○		○				
地域包括ケアの推進	○		○				
相談支援体制	○		○				
早期介入					○		
精神保健福祉センター					○		
人材の養成・確保	○				○		
精神保健指定医	○				○		
専門的分野への対応			○				
関係機関との連携	○		○				
普及啓発	○		○				
ピアサポート	○		○				
家族の視点	○		○				
入院制度	○		○				
行動制限	○	○	○				
災害医療	○		○				
その他	○		○				

入院医療に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

<p>入院医療・地域移行</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して現場面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急[※]を含む急性期の増設を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を越えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。 その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。 また、小規模な病院において、地域と密着して患者の生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。 なお、高齢の長期入院患者への退院支援に当たっては、当該患者の意向に基づき、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院患者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めること、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 <small>※ 精神科における地域医療連携の取組については、精神障害を有する患者の生活支援や生活の場を確保する観点から、関係機関等と連携して取り組むこととする。</small> 	<p>かかりつけ精神科医機能</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを目指す。これによって使われてきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととする。 その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場が必要な対応策を議論し、譲り合っていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しながら画として確保していくこと。
<p>人員配置</p> <ul style="list-style-type: none"> 人員配置については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 精神科においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を行うため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種によるチーム医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を進めていくこと。また、一般診療と連携しリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を進めていくこと。 精神科医機能に専従する精神保健福祉士は、入院前・入院後を通じてのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医機能と選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病院や入院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を進めていくこと。 	<p>初診待機</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診待機については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談支援体制を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。 初診の前・実施した初診によって受診が推定される場合には、速やかに医療機関を介して受診できるようにする必要があるため、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。 また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を確立し、医療機関が初診については再診の受診時間をあけることを含め、医療機関が初診により積極的に診療することを促していくこと。
<p>身体合併症について</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 地域ごとには人口構成や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が必要であることから、一定の法定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場[※]等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたっては、精神科を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層専門医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護体制の活用を進めていくこと。 また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医機能及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。 精神科病院以外入院患者に対応する精神科エッセンスチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが深まり、結果として精神科医療を特徴のない地域も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。 	<p>情報通信機器を用いた精神療法</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 「にも包括」を実現することを目指す。対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせたものを引き続き基本とする。 情報通信機器を用いた精神療法については、初診・再診に変わってできることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の蓄積が期待される。 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことと前提に、自治体や対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの患者を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であれば、患者自身の意向がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることも可能とする。
<p>行政が行うアウトリーチ支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 未治療者、治療中断者や引きこもりの状態の患者に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な医療機関につなげる体制を推進すること。 	<p>精神科訪問看護</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかと指摘があることに加え、留意し体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神科患者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる「アウトリーチ事業所」が求められること。 <small>※ 訪問看護は精神科患者の在宅療養を支援する上で、医師の指導や医師の遠隔診療を前提とし、看護師が実施するものであること。訪問看護は医師の指導の下で実施されることとする。</small>

入院外医療等に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

<p>かかりつけ精神科医機能</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを目指す。これによって使われてきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととする。 その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場が必要な対応策を議論し、譲り合っていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しながら画として確保していくこと。 	<p>初診待機</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診待機については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談支援体制を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。 初診の前・実施した初診によって受診が推定される場合には、速やかに医療機関を介して受診できるようにする必要があるため、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。 また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を確立し、医療機関が初診については再診の受診時間をあけることを含め、医療機関が初診により積極的に診療することを促していくこと。
<p>情報通信機器を用いた精神療法</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 「にも包括」を実現することを目指す。対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせたものを引き続き基本とする。 情報通信機器を用いた精神療法については、初診・再診に変わってできることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の蓄積が期待される。 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことと前提に、自治体や対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの患者を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であれば、患者自身の意向がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることも可能とする。 	<p>精神科訪問看護</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかと指摘があることに加え、留意し体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神科患者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる「アウトリーチ事業所」が求められること。 <small>※ 訪問看護は精神科患者の在宅療養を支援する上で、医師の指導や医師の遠隔診療を前提とし、看護師が実施するものであること。訪問看護は医師の指導の下で実施されることとする。</small>
<p>行政が行うアウトリーチ支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 未治療者、治療中断者や引きこもりの状態の患者に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な医療機関につなげる体制を推進すること。 	<p>精神科訪問看護</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。 <ul style="list-style-type: none"> 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかと指摘があることに加え、留意し体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神科患者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる「アウトリーチ事業所」が求められること。 <small>※ 訪問看護は精神科患者の在宅療養を支援する上で、医師の指導や医師の遠隔診療を前提とし、看護師が実施するものであること。訪問看護は医師の指導の下で実施されることとする。</small>

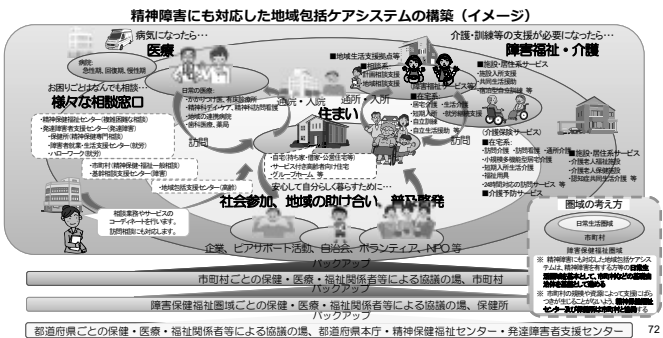
アウトライン

- 地域医療構想等について
- 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会について
- 地域保健への期待



近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

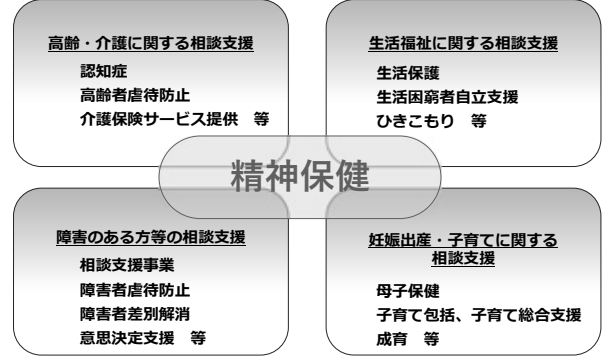


対象者ごとの支援の仕組みの縦割り図式

対象者	高齢者	障害者	こども	生活困窮者
主な根拠法令	介護保険法	障害者総合支援法	児童福祉法	生活保護法
国の担当部局	老健局	障害保健福祉部	こども家庭庁	社会・援護局
自治体担当部署の例	高齢者福祉課	障害福祉課	児童福祉課 こども政策局	地域福祉課
通所サービス	高齢者デイサービス	日中活動系障害福祉サービス	保育所 障害児デイ	
施設サービス	高齢者施設	障害者福祉施設	児童養護施設	

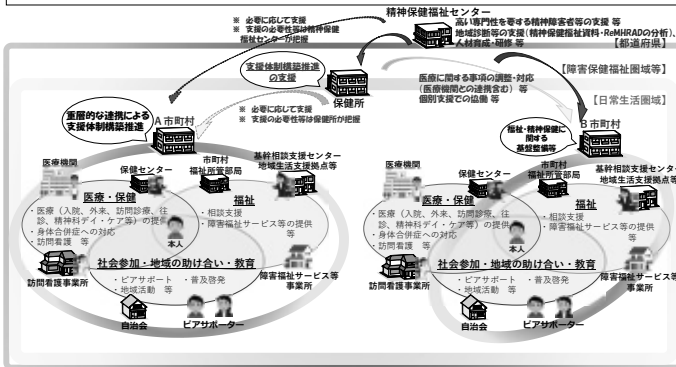
従来は、縦割りで分断されてサービスが提供されてきた

市町村の業務と精神保健との関係



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けていく上では、欠かせないものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるよう、着実な連携による支援体制を構築することが重要。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害者に対する有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進

令和8年度当初予算案 ・構築推進事業：5.8億円（5.8億円）・構築支援事業：44百万円（44百万円） ※0内は令和7年度予算額

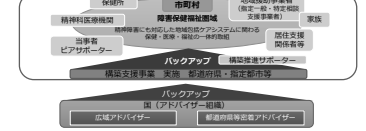
- 【実施主体】 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市
- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する。また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化し、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

- 【実施主体】 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市
- 都道府県、指定都市・特別区、保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを要するが、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化し、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

- 【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須）

 1. 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業
 2. 普及啓発に係る事業
 3. 住まいの確保と居住支援に係る事業
 4. 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業
 5. 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業
 6. 精神障害者に対する有する方等の地域生活支援に係る事業
 7. 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業
 8. 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業
 9. その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業



①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し、市町村、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する。
- また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化し、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

- 【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須とする）

 1. 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業
 2. 普及啓発に係る事業
 3. 住まいの確保と居住支援に係る事業
 4. 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業
 5. 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業
 6. 精神障害者に対する有する方等の地域生活支援に係る事業
 7. 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業
 8. 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業
 9. その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業

【これまでの実績】

平成29年度	9	14	14	自治体	0	都道府県	（※1）特別区及び保健所設置市は平成30年度より実施主体に追加	
平成30年度	26	12	6	5	49	自治体	0	指定都市
令和元年度	33	16	10	16	75	自治体	0	特別区
令和2年度	41	20	16	19	96	自治体	0	保健所設置市
令和3年度	43	20	20	26	109	自治体		
令和4年度	43	20	20	30	113	自治体		
令和5年度	45	20	19	33	117	自治体		
令和6年度	46	20	21	41	128	自治体		

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要である。
- 地域の障害福祉サービスの拡充を図られる中で、医療機関と福祉サービスの連携を十分に確保しながら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、居住・就労等に関する支援を含め、その病状の変化に応じた多様なサービスを身近な地域で切れ目なく受けられるようにする体制の整備が求められている。

1. 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業	・ 部会の設置等による協議の場（必須）の充実 ・ 構築推進がポーターの活用による地域包括ケアシステムの支援体制構築 ・ 構築状況の把握及び事業評価
2. 普及啓発に係る事業	・ 精神疾患や精神障害、メンタルヘルスに関する地域住民の理解を深める ・ 心のサポーターの養成 ・ 国が行う普及啓発事業（世界メンタルヘルスデー）の周知
3. 住まいの確保と居住支援に係る事業	・ 居住支援関係者等との連携 ・ 居住支援に係る制度の周知徹底 ・ 賃貸住宅等の入居者や居住支援関係者等の安心の確保につながる支援体制の構築
4. 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業	・ 自らの経験を生かした交流活動（自助グループ）や、相談・同行等の活動の展開 ・ 当事者や家族等が属する場や地域住民との交流の場の設置 ・ ピアサポートの活用や成果支援
5. 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業	・ 24時間精神医療相談窓口の整備 ・ 専門職配置及び迅速かつ適切に対応できる相談体制の整備 ・ 精神医療相談窓口の効果的な周知 ・ 精神科医療機関と福祉サービスのネットワークの構築等
6. 精神障害者に対する有する方等の地域生活支援に係る事業	・ 長期にわたる地域移行に向けた支援 ・ 地域生活を支援するための保健・医療・福祉等の連携による重層的な支援体制の構築 ・ アフターケア支援の実施等、地域生活支援に係る取組の整備
7. 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業	・ 地域で安心して暮らすための支援体制構築に向けた地域生活支援に関わる支援者等に対する研修の実施 ・ 措置入居者等の退居後支援を担う者に対する研修の実施
8. 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業	・ 都道府県等の精神保健医療福祉に精通した保健師等の市町村への派遣及び地域の実情に応じた情報提供や助言 ・ 都道府県等において市町村の専門職員も含む相談支援担当者を対象にした相談支援研修の開催
9. その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業	・（1から8までの事業には該当しないが、地域包括ケアシステムの構築に資すると考えられる事業）

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

- 国において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。
- 都道府県、指定都市・特別区・保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- 関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置等を行う。

1.アドバイザーの主な役割

<広域アドバイザー>

- 保健、医療、福祉それぞれの分野における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る取組の実践経験を活かし、同システムの構築に係る取組が推進されるよう、都道府県等の担当者及び都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等に対し相談、助言、支援を行う。

<都道府県等密着アドバイザー・構築推進サポーター等>

- 都道府県等の担当者及び広域アドバイザーと協力しながら障害保健福祉圏域及び市町村における課題解決に向けた具体的な相談、助言、支援を行う。

2.都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市の主な役割

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する取組の実践
- 障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）や市町村の取組状況の把握、事業メニュー活用の検討
- 都道府県等密着ADの選定・関への推薦または構築推進サポーターの活用促進
- 全国会議への参加
- 事例集の作成等、当事業への協力

【これまでの実績】

年度	都道府県	指定都市	特別区	保健所設置市	特別区	合計
平成29年度	9	4	13	18	44	
平成30年度	11	5	2	18	36	
令和1年度	10	7	1	3	21	
令和2年度	10	6	1	4	21	
令和3年度	11	6	1	5	23	
令和4年度	17	4	3	19	43	
令和5年度	13	4	5	7	29	
令和6年度	13	3	5	11	32	
令和7年度	8	3	4	14	29	

平成29年度からの累計参加自治体数

都道府県	25
指定都市	11
保健所設置市	17
特別区	10
計	63

79

地域医療構想等に関する今後の主要スケジュール

	2025(R7)年度	2026(R8)年度	2027(R9)年度	2028(R10)年度	2029(R11)年度	2030(R12)年度
地域医療構想	医療法改正法成立	ガイドライン等策定	R9.10 施行（精神病棟） 医療機関機能報告制度 施行（精神病棟以外）	施行（精神病棟） 構想策定	新たな構想本格施行	2040年に向けて
地域医療計画	方向性の検討	中間見直し	第8次後期医療計画			第9次医療計画開始
障害福祉計画	基本指針見直し	計画策定	第8期障害福祉計画	基本指針見直し	計画策定	第9期障害福祉計画

今後の精神科病院の入院患者動向と経営 ～精神病床の特殊性から推計する～

山之内 芳雄

医療法人愛精会 あいせい紀年病院 院長

【レジメ】

我が国の精神病床は1960年代から90年代にかけて5万床から35万床あまりに急速に増加してきた。その時代に入院してきた若年の統合失調症患者が長期入院を余儀なくされてきたのだが、彼らも齢を重ね死亡する時代になってきている。近年精神病床の空床が目立つようになってきた。しかし現場は、多様化する急性期入院、身体合併症を伴う認知症対応など、投入すべき医療資源は増大してきている。

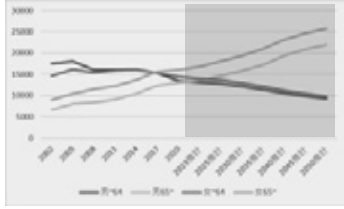
本発表は、日本精神科病院協会地域医療構想に関する専門対応チームにおいて、国際医療福祉大学大学院と共同で、患者調査公表データと日本の将来人口推計を用いて2050年までの精神病床の将来推計を算出したものを紹介し、今後の精神医療で必要な医療需要について考察する。

【略歴】

1996 山口大学医学部卒業
1997 名古屋大学精神科入局
2001 藤田保健衛生大学精神科助手・講師
2008 厚生労働省(人事交流)
2010 藤田保健衛生大学精神科講師・臨床研究センター
2013 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
2020 医療法人愛精会あいせい紀年病院
2024 同 病院長

急性期(3か月未満)は増加傾向

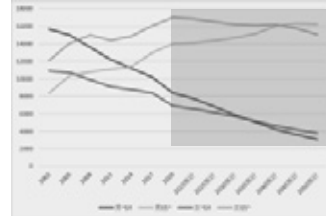
- 2020年で既に65歳以上者が多数になりつつある



- 2002~2017の年代(~64/65~)・男/女の人口比入院率の増減平均が続く想定で推計

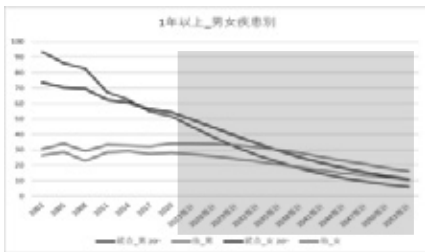
回復期(3か月~1年)は減少傾向

- 2014~2017で、既に65歳未満が減少(特に男性)し、65歳以上の方が上回っている。



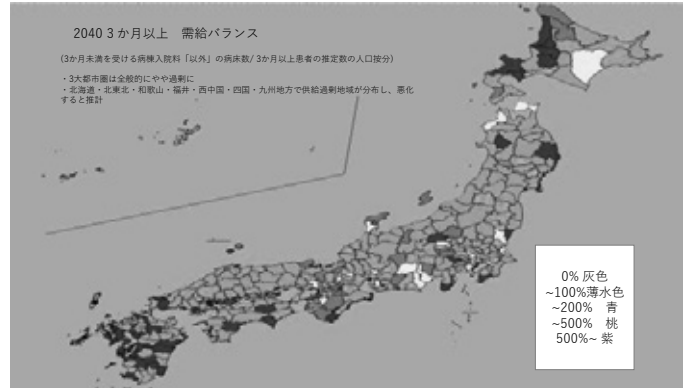
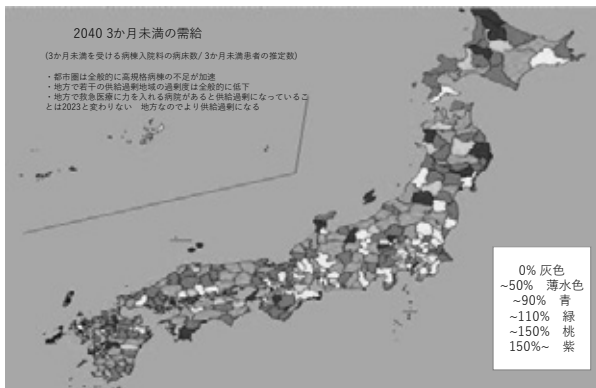
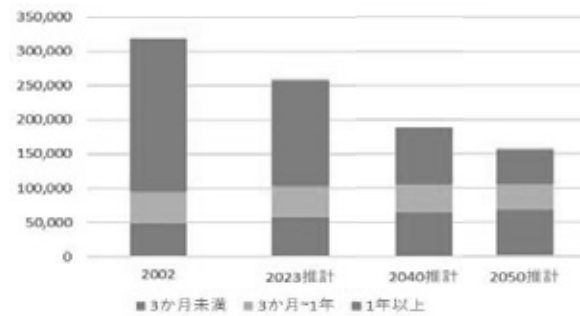
- 2002~2017の年代(~64/65~)・男/女の人口比入院率の増減平均が続く想定で推計

1年以上は統合失調症がどんどん減っている



- 1年未満とは異なる推計方式をとった
- 患者数で計算
- 統合失調症とそれ以外で分類
- 多くの者が年余にわたり滞留する
- 1960~90年代に大挙して入院した統合失調症の集団が、主に死亡で減衰していく
- 近年流入する高齢者は、統合失調症ほど長持ちせず死亡していく

必要と推計される精神病床



精神病床の将来推計を行った

- 3か月未満の入院需要は、認知症の増加や高齢者人口の当面の維持で、地域に応じて横ばいから微増が続くと推計。
- 一方で長期入院需要は、2000年以前に若くして入院し、年余にわたり精神病床の多くを占有していた統合失調症患者の一群が、死にゆく時代になり、2040年までにほぼ半減すると推計。
- 精神病床はダウンサイジングのみならず、医療資源を投入すべき短期入院需要に各地域で応需できる必要があり、この両立を推進する仕組みの構築が求められる。

今後の精神科病院の入院患者動向と経営 ～精神病床の特殊性から推計する

山之内芳雄
あいせい紀年病院

- 1996 山口大学医学部卒業
- 1997 名古屋大学精神科入局
- 2001 藤田保健衛生大学精神科助手・講師
- 2008 厚生労働省(人事交流)
- 2010 藤田保健衛生大学精神科講師・臨床研究センター
- 2013 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
- 2020 あいせい紀年病院
- 2024 同 病院長

精神病床の将来推計について

本発表内容は、日本精神科病院協会 地域医療構想に関する専門対応チームにおいて、国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同で算出したもの。

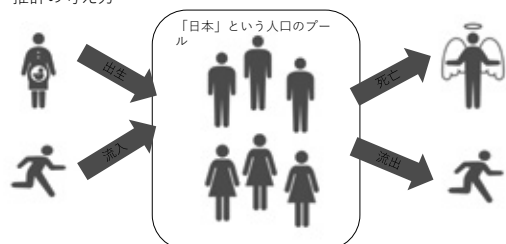
患者調査の公表データ、国立社会保障・人口問題研究所が公表した将来人口推計データを利用。

申告すべきCOIはありません。

日本の人口が減る推計が出ています

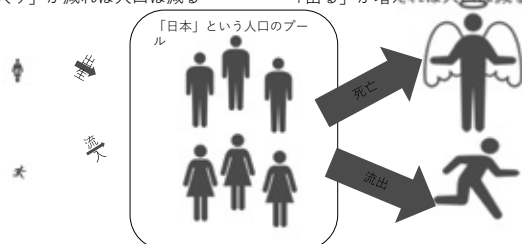
日本の人口が減る推計が出ています

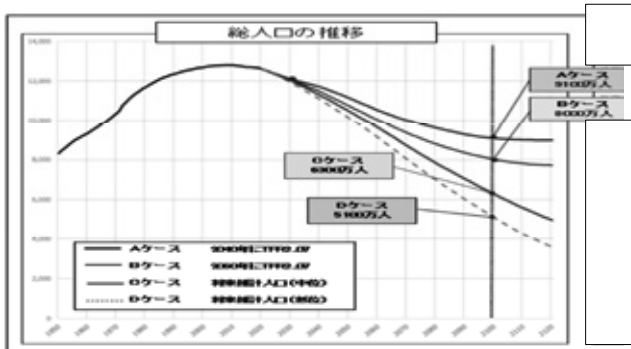
• 推計の考え方



日本の人口が減る推計が出ています

「入り」が減れば人口は減る 「出る」が増えれば人口は減る





病床はようになっていくのか

- 年齢構成
 - 高齢者が増えれば病床↑
- 入院を要する罹患確率
 - 医療の進歩で入院を要しなくなれば病床↓
- 入院期間
 - 医療の進歩で期間短縮されれば病床↓
 - 介護施設の充実、連携効率化等で早期退院で病床↓

病床はようになっていくのか

- 年齢構成
 - 高齢者が増えれば病床↑
- 入院を要する罹患確率
 - 医療の進歩で入院を要しなくなれば病床↓
- 入院期間
 - 医療の進歩で期間短縮されれば病床↓
 - 介護施設の充実、連携効率化等で早期退院で病床↓

今後地方から減少へ

年々進化

高齢者人口の減少とともに必要病床↓と想定

精神病床でも同様なのか?

- 精神病床の特殊性
 - 年余にわたる長期滞在
 - さらに
 - 統合失調症は若年発症 知的・発達障害も若いときから
- ⇒若い患者が数十年以上にわたり長期に停留
さらに
それを支える制度や仕組みなど
診療報酬・医療法・障害者制度・生活保護・偏見etc

1960~2000の間 病床が増え続けた
もう出られない確率が高い

2000年以降の精神科入院

- 短期化
 - 診療報酬の誘導効果
 - 介護・障害福祉の充実
 - 認知症はもともと高齢なので長く居ない
 - 20歳の統合失調症は50年以上いられるが、80歳の認知症は20年いられない
- 入院するほどの罹患率の減少
 - 精神薬理学の進歩
 - 早期対応 親の心配・偏見の改善

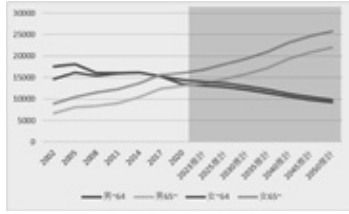
新たに長期滞在者になる人は年々減少

精神病床の推計の考え方はふた通り

- 新しい短期滞在者
 - ⇒一般病床同様、その時々的人口年代構成や罹患率から推計可能
- 主に2000年以前の長期滞在者
 - ⇒人口推計と同様の考え方で人口プールの推計が当てはまる

急性期(3か月未満)は増加傾向

- 2020年で既に65歳以上者が多数になりつつある



- 2002~2017の年代(~64/65~)・男/女の人口比入院率の増減平均が続く想定で推計

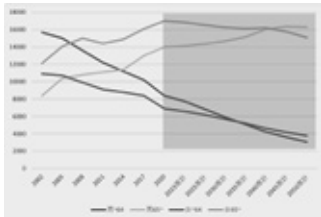
急性期は 2040で6.5万 2050で7万弱 と推計

- 3分の2 は65歳以上
- 2040までは高齢化の進展が反映され、その後人口減の影響を受け鈍化



回復期(3か月~1年)は減少傾向

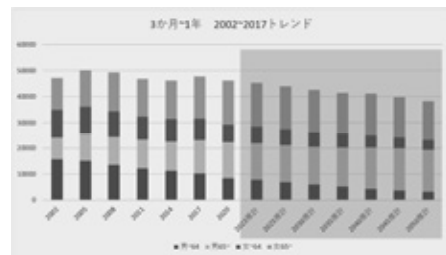
- 2014~2017で、既に65歳未満が減少(特に男性)し、65歳以上の方が上回っている。



- 2002~2017の年代(~64/65~)・男/女の人口比入院率の増減平均が続く想定で推計

回復期は 2040年4万数千 2050年4万弱と推計

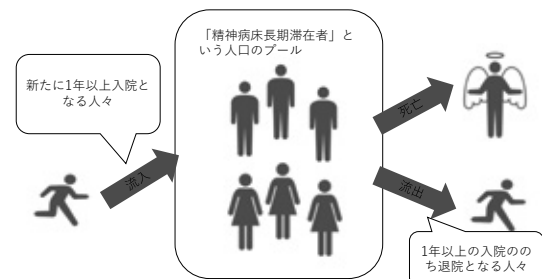
- 多くは65歳以上 男>女

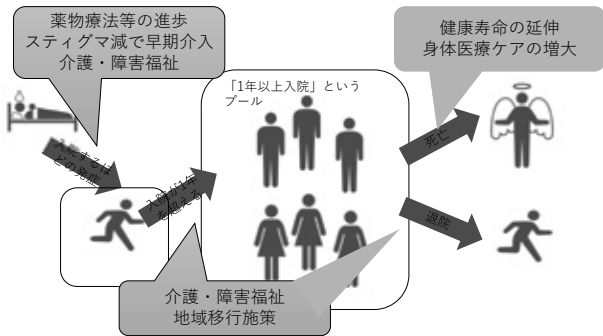


精神病床の推計の考え方はふた通り

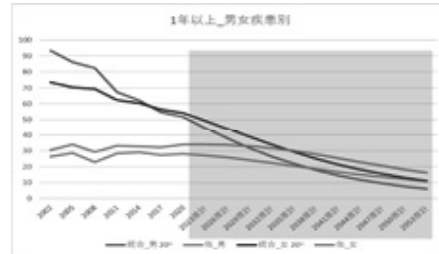
- 短期入院者
 - 主に近年短期入院する人々
 ⇒ 一般病床同様、その時々的人口年代構成や罹患率から推計可能
- 長期滞在者
 - 主に2000年以前に入院した一群がそのまま年を重ねていく
 ⇒ 人口推計と同様の考え方で人口プールの推計が当てはまる

精神病床長期滞在者推計の考え方





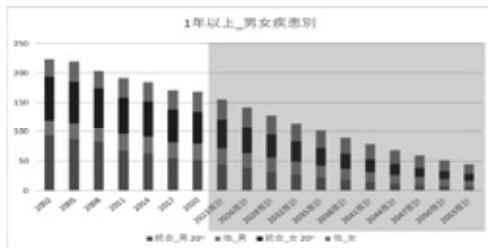
1年以上は統合失調症がどんどん減っている



- 1年未満とは異なる推計方式をとった
- 患者数で計算
- 統合失調症とそれ以外で分類
- 多くの者が年余にわたり滞留する
- 1960~90年代に大学して入院した統合失調症の集団が、主に死亡で減衰していく
- 近年流入する高齢者は、統合失調症ほど長持ちせず死亡していく

慢性期は 2040年約8万 2050年5万

- 2050年の統合失調症は2万(男7千、女1.3万)



精神病床の推計の考え方はふた通り

- 短期入院者
⇒ 一般病床同様、その時々的人口年代構成や罹患率から推計可能

高齢者の認知症需要にて横ばい~微増

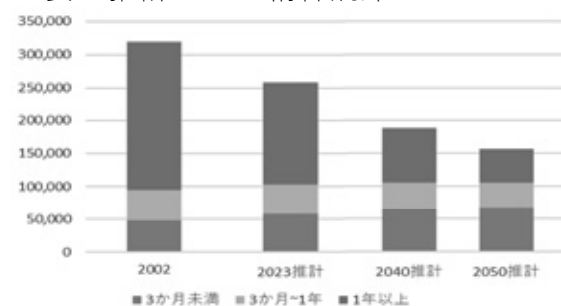
- 長期滞在者
⇒ 人口推計と同様の考え方で人口プールの推計が当てはまる

中高年以上の人口しかない村落が衰退していく様に...

必要と推計される精神病床

	3か月未満	3か月~1年	1年以上	計
2002	47,800	47,100	223,700	318,600
2023推計	57,529	45,267	155,123	257,919
2040推計	64,275	41,126	82,101	187,502
2050推計	66,867	38,259	51,092	156,218
推計方式	流動する人々であり、人口の影響を受けると仮定。2002~2020の患者調査の64/65-、男/女の推計入院患者数を人口で乗じた入院率を算出し、2002~2017の入院率の増減平均が2023以降も同様と仮定し社会問題人口研究所の中間の人口推計を掛け合わせて推計。2020はCOVIDの影響で、2002~2017のトレンドと外れるため増減平均から除外した。		ほぼ滞留して年ごとにスライドしていく集団であり、人口の影響を受けにくい仮定。2002~2020患者調査、5歳毎、男女別に分け、患者の3年ごとのスライド移動と、3年後調査の違いを率にし、2002~2020の患者の増加率をそのまま仮定して推計。	異なる推計方式の合算であることに注意。1年以上は年ごとの推計なので、2040は2038と2041の値を按分して推計。

必要と推計される精神病床

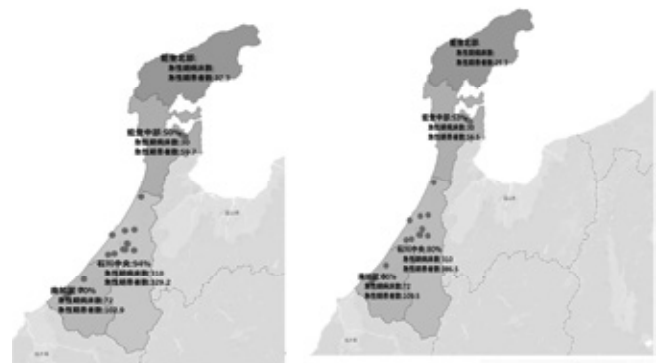
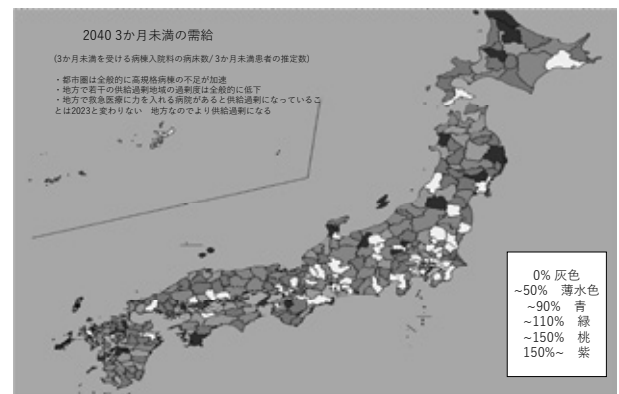
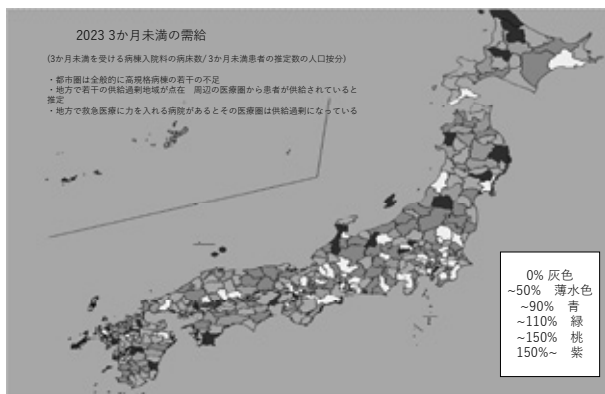
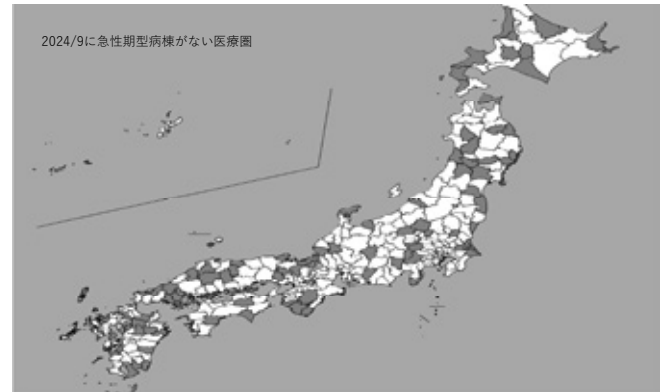


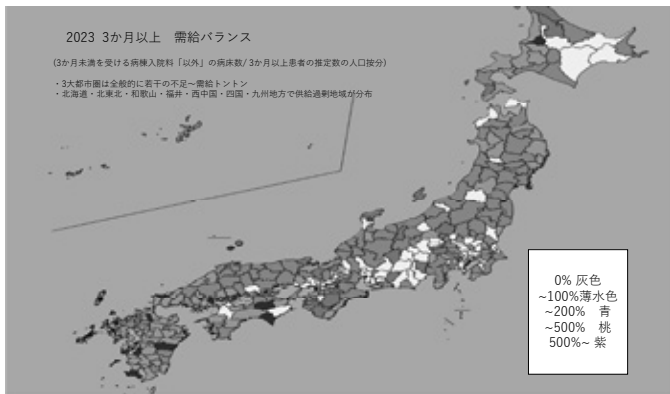
推計の期間偏在と地域偏在

- これまで行った精神病床の推計を二次医療圏ごとの地図に表出した

3か月未満/ 3か月以上の入院需給

2023年/ 2040年 の推計





推計の期間偏在と地域偏在

- これまで行った精神病床の推計を二次医療圏ごとの地図に表出した
 - 3か月以内の入院需要を受けられない地域がある
 - 3か月以内の入院需要は2040年まで大きな減少はないと推計
 - 慢性入院はすでに供給過多となっている
 - 慢性入院は2040年では地域によっては維持が難しいと推計
- ⇒ダウンサイジングとともに急性期も受けられる多機能化が求められる

精神病床の将来推計を行った

- 3か月未満の入院需要は、認知症の増加や高齢者人口の当面の維持で、地域に応じて横ばいから微増が続くと推計。
- 一方で長期入院需要は、2000年以前に若くして入院し、年余にわたり精神病床の多くを占有していた統合失調症患者の一群が、死にゆく時代になり、2040年までにほぼ半減すると推計。
- 精神病床はダウンサイジングのみならず、医療資源を投入すべき短期入院需要に各地域で応需できる必要があり、この両立を推進する仕組みの構築が求められる。

精神保健福祉医療におけるピアサポートの可能性

相川 章子 埼玉県立大学

1 なぜ、今、ピアサポートなのか？

(1) 日本の現状と課題にみる必要性

精神科医療・福祉・保健を取り巻く状況とその課題は、長年指摘され、また語り続けられているが、大きな改善が見られないまま今日に至っている。

具体的には、精神科医療・福祉現場においては、長期入院および社会的入院をはじめ、非自発的入院や身体拘束等強制医療に頼り続けているシステム、後を経たない精神科病院における虐待をはじめとする深刻な人権侵害などが挙げられる。

広義のメンタルヘルス課題については、子どものいじめ、不登校、自殺の増加、子どもの幸福度の低さ、ひきこもり、休職者増など労働者のメンタルヘルス等々、枚挙にいとまがない。通底するのは、孤独・孤立し、誰もが生きづらさを抱えうる不寛容な地域・社会のあり様である。

(2) “当事者不在”がもたらしたこと

精神科医療や福祉の支援においてもたらされた課題についての共通課題として、「当事者不在」が挙げられる。

障害者権利条約のスローガン「私たち抜きに私たちのことを決めるな (Nothing About Us without Us)」を具現化・実現化するための方法論としてピアサポートがある。

2 ピアサポートとはなにか？

(1) ピアサポートの定義

ピアサポートとは「同様の経験や立場にある対等な仲間同士の支え合いの営みのすべて」(相川, 2018 から改編) と定義される。

「peer」の語源はラテン語「par」(等しい、似た)に由来し、「仲間」や「同等」を意味する。つまり関係性を表す言葉である。

(2) ピアサポートの起源

起源となる実践としては、紀元1世紀、イギリスの教育現場で生徒同士の教育支援活動から導入されたとされる。

精神保健福祉の実践としては、一つは1908年にC.Beersによる自らの入院体験をもとに出版された「わが魂に会うまで (“A mind that found itself”)

献されたことから、当事者運動やピアサポートの文脈に位置付けられないが、当事者による手記の出版は、ピアサポートの真髄と言える。

もう一つが、1935年にどうしても酒を辞め続けることができずにいたアメリカの証券マンビルが下界のボブと出会い、飲酒の経験とそれによる人生のダメージについて語り合い、飲酒欲求が取り除かれたことで始まったAA（アルコールリックス・アノニマス）である。

理論構築の始まりは、Kropotkin「相互扶助論」（1890年）とし、ダーウィンの進化論を用いて、生物本性に備わる根源的敵対性と根源的共同性を^{ジンテーゼ}総合する必要性を説いた。

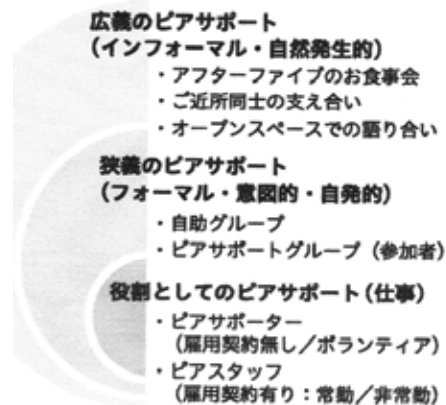


図1 ピアサポートの類型

(3) ピアサポートのいろいろなかたち (図1参照)

(4) ピアサポートを取り巻く状況の変遷



3 ピアサポーター/ピアスタッフとは？

(1) ピアサポーター/ピアスタッフの定義

ピアサポーター/ピアスタッフとは「自らの人生経験をいかし、ピアサポートの感覚*を用いて、同様の経験をしている仲間のリカバリーに貢献する仲間」（相川 2022、*は加藤伸輔（2019）を参照に加筆）とされる。

筆者は、雇用契約締結をピアスタッフ、雇用契約締結しない場合をピアサポーターとする。（統一された定義はない）

(2) ピアサポーター/ピアスタッフの起源

精神医療現場では、18世紀末にパリのビセートル病院にて元患者を雇用したことが始まりとされている。アメリカでは1920年頃にサリバン医師(Harry Stack Sullivan)が同様に元患者を雇用したことが始まりとされている。

4 2040年の精神保健医療福祉の景色

(1) コミュニティ・インクルージョン（地域における包摂・共生）

地域性を大切にしながら、精神障害のみならず多様な人々と共に生きる地域・社会を目指す。

(2) リカバリー志向への転換

「リカバリー」(recovery)は、アメリカで1980年代に精神障害者の自立と社会参加を促進する運動から始まり、障害を持つ人々が自分らしい生活を取り戻し、社会的なつながり、社会への貢献など自己実現への歩みのプロセスに焦点を当てた個人の主観的経験に価値を置いた概念である。

障害の有無を超えて一人の人として当たり前の権利を有し、幸せを望み、目指し、そのための機会を保障されることを目指す。

(3) 支援のあり方の大転換（表1参照）

◇ 集合型専門職中心ケアからアウトリーチ型当事者中心ケアへ

◇ 一人体制集団ケアからチーム体制のパーソナルケアへ

	今まで	これから
考え方	医学モデル	社会モデル・リカバリー志向
アクセス	集合（入院・通院/入所・通所）	アウトリーチ（訪問）
場所	病院・施設等	それぞれの暮らしの場
対象者数	集団	個別
主導	専門職	当事者、共同創造
支援体制	個人（一人で何人担当できるか）	チーム（チームで何人担当できるか）

【表1：今までとこれからの支援のあり方】

(4) 当事者主体への転換

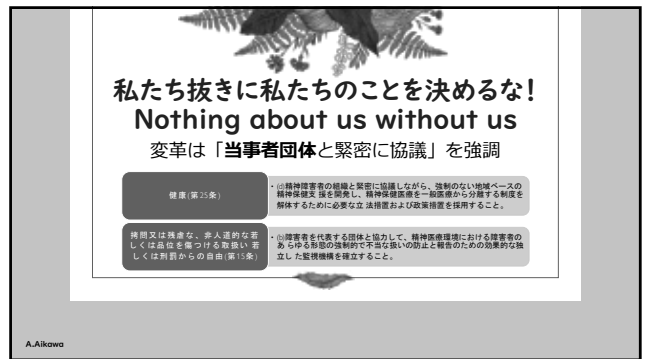
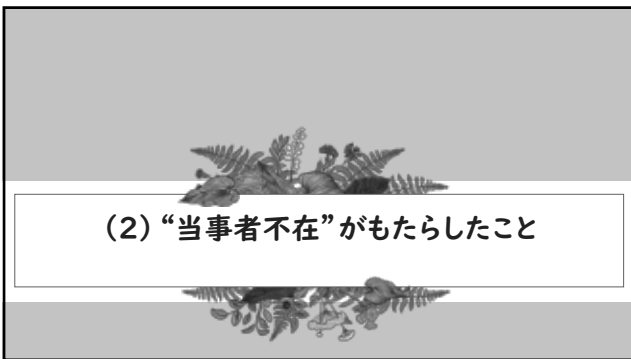
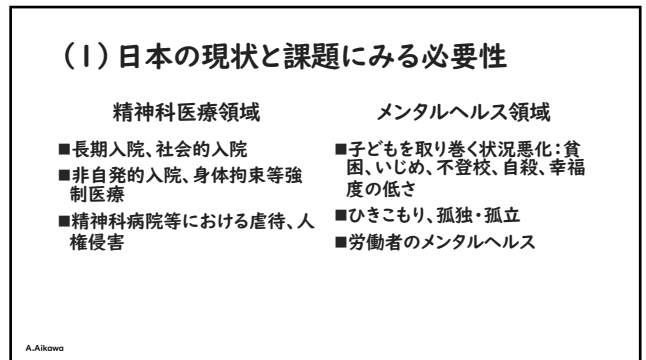
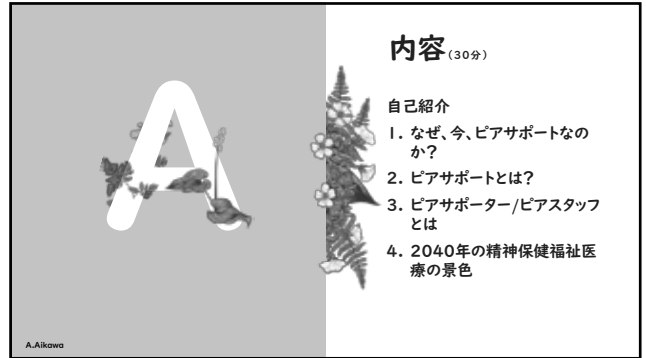
- ① ピアサポート文化の醸成：ピアサポート講座の実践の紹介
- ② すべて（医療、福祉、政策策定、他）の過程に、経験専門家としてのピアスタッフ、ピアサポーターがいる共同創造を実現する。
- ③ 市民の一員として、地域の担い手として精神障害者

【引用文献】

相川章子（2022）「ピアサポートの歴史と発展可能性」精神障害リハビリテーション 26（2）

【略歴】

埼玉県立大学教授。博士（人間学）。精神保健福祉士。大学卒業後、国立精神・神経センター精神保健研究所研究生（デイケア非常勤）、保健所（グループワーカー）、グループホームや生活支援センター、就労支援センター、専門学校学生相談などにて実践経験を積む。ピアスタッフと一緒に地域生活支援センター（旧法）を立ち上げ、運営した経験から、退職後ピアスタッフ、ピアサポート活動および研究を開始。2009年、2015年にアメリカにて研究。2012年第1回全国ピアスタッフの集いを開催、2014年日本ピアスタッフ協会設立に関わる（現在日本ピアスタッフ協会顧問）。現在は「ピアサポートを文化に！」を合言葉にピアサポーターらと各地でピアサポート講座等を通して研究・活動を行っている。主な著書「精神障がいピアサポーター」（中央法規出版）、「ピアサポートを文化に！」（地域精神保健福祉機構）、「対等な“かかわり”、そして“ピアサポート”へ」（共著：聖学院出版会）等。



「支援する人」-「される人」

今までの関係性

- 「治療する人」「される人」
- 「世話する人」「される人」
- 「保護する人」「される人」

■「支援する人」-「される人」のどちらかしかなかった

もたらしたものは

- 「される人」は
 - なにかを「する」ことが怖くなる
 - 夢や希望を諦める
 - 自分で決めることをしなくなる
- 「する人」は
 - 人の可能性を無自覚のうちに信じられなくなる
 - 無能力化・持っている力をも奪われてしまう(パワーレス状態)

A.Aikawa

孤独・生きづらさ

- ・家族形態の変容
- ・コミュニティの変容
- ・社会の変容
- ・コミュニケーションツールの変容
- ・IT化に向けた激変
- ・自己責任論の蔓延
- ・新型コロナウイルス...

- ・貧困・格差社会
- ・孤独・孤立
- ・不寛容な地域・社会
- ...etc

誰もが生きづらさをかかえる地域・社会

A.Aikawa

いたるところでピアサポート

- ・教育
- ・医療
- ・福祉
- ・子育て支援
- ・依存症
- ・不登校
- ・ひきこもり
- ・虐待
- ・犯罪を犯した人々
- etc

A.Aikawa

2 ピアサポートとは

こんな体験を聞いたことありませんか？


- ・精神障害があること、入院の経験があることは誰にも言えず、ひた隠しに生きていた。あるとき同じような体験をしている方が堂々と話しているのを聞き、話していいんだ、隠すことじゃないんだと思えたら涙が溢れた。
- ・同じような体験をしている人(家族も含む)の話を聞いて、一人じゃないんだと思い、救われたような思いになった。

A.Aikawa

“ピア(peer)”とは？ ～仲間・同輩・対等者～


- 精神障害のある人同士
- 精神科病院に入院していた人同士
- 精神障害によってくやししい、やるせない思いを経験した人同士
- 精神障害のある人の家族同士など
- 学生同士
- 子育てをする親同士
- 虐待を受けた経験のある人同士
- HIV患者同士など

A.Aikawa


ピアサポートとは、同様の立場・経験のある対等な仲間同士の支え合いの営みの全て
(相川2019)

ピアサポートの不思議な力

精神科治療学



- ・「心の氷が解けていく感じ」
- ・「初めて言葉が通じた」
- ・「新たな物語が生まれる(自己否定から自己肯定へ)」
- ・「経験者の言葉は「違う」」


相川(2022)精神科治療学37「ピアサポートにおける対話」

- ・「病気を受入れることができた」

A.Aikawa

ピアサポートの接着剤は「経験の“語り”」

私も入院中は同じことを用っていたなー。でもやっぱり、退院してから多量なコンサートに行けたりしていいこともたくさんあるよ。



退院したいと思うけど、一人で暮らしていく自信はないから、今のまま入院しているのがいいのかなー。

リカバリーストーリー


ピアサポートの援助力の源はメンバーの経験に基づく知識(経験的知識)・技術は、専門的知識に比べてより実際の・実用的でより包括的な特徴を持つ


(参考:Borkman,1976)

A.Aikawa

経験は宝もの

- ・私の「経験」は私しか経験していないかけがえないものです。
- ・私とその「経験」から感じたこと、気づいたこと、得たこと、学んだこと、もしくは傷ついたこと、失ったこと——それらすべてが「私だけの」経験。
- ・その「経験」が、他の人を勇気づけることがあります。





A.Aikawa

病気や障害にとらわれない自分らしい生き方

病気や障害にとらわれた生活・生き方から、1人ひとりの人生の目標、夢や希望に向けての歩み、自分らしい生き方へ向けたプロセス。旅路——

これが「リカバリー」。その語りを「リカバリーストーリー」という。



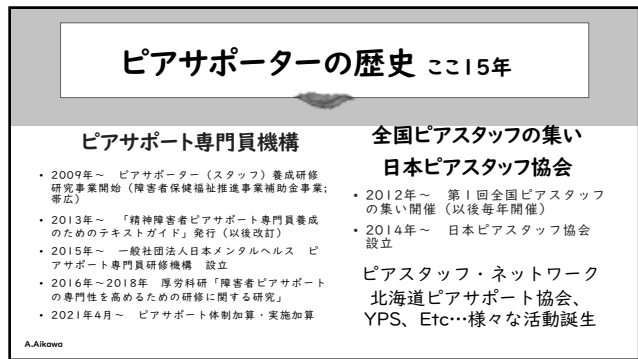
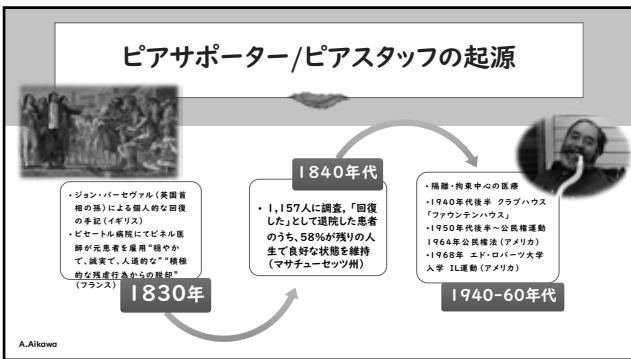
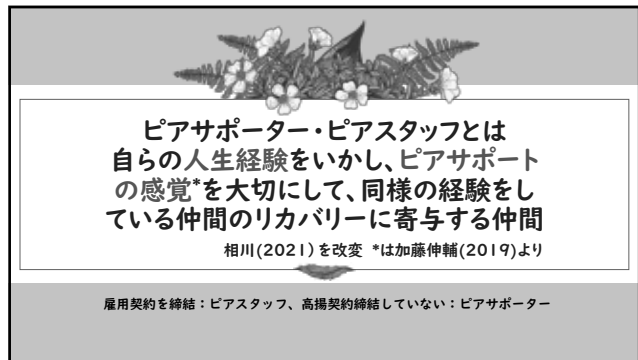
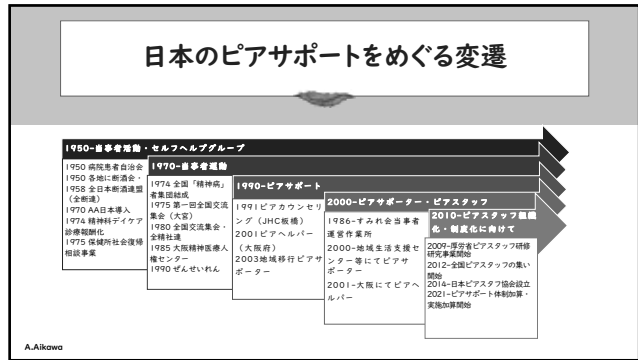
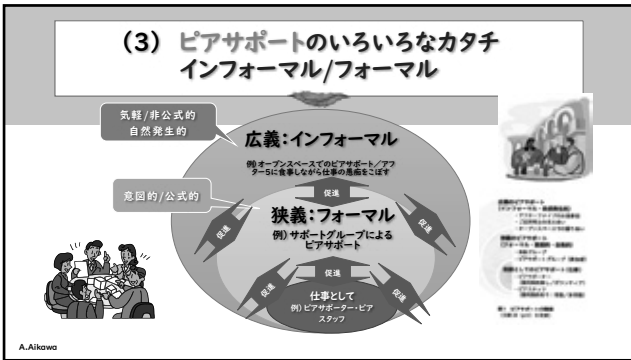
テキストP23 講

A.Aikawa

(2)ピアサポートの起源

- 実践のはじまり
 - ・紀元1世紀 イギリスの教育現場にて生徒同士の支援活動
 - ・1908年 C.Beersによる自らの入院体験をもとに出版された「わが魂に会うまで(“A mind that found itself”）」出版
 - ・1935年 アメリカにてAA(アルコールリックス・アノニマス)誕生
 - ・1958年 日本(高知市)で断酒会誕生
- 理論構築の始まり
 - ・1890年 Kropotkin『相互扶助論』生物本姓にかかわる根源的的体制と根源的共同性を総合(ジンテーゼ)の必要性を説いた

A.Aikawa



ピアサポートの制度化 ～ピアサポート体制加算・実施加算～

- 2021(令和3)年に障害福祉サービス等報酬改定にて創設、2025(令和6)年報酬改定
- ピアサポート体制加算：自立生活援助、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援
- ピアサポート実施加算：就労継続支援B型、自立訓練*（機能訓練、生活訓練）、共同生活援助*（移行支援住居の利用者、退居後共同生活援助の利用者）（R6新設）
- ピアサポートの有効性を評価「利用者と同じ目標を掲げ、援助すること、利用者の自立に向けた意欲の向上や地域生活の不安解消に効果が高い」（障害者）、（ピアサポートの専門性）
- どのような条件を満たしたら加算するか？
→「障害者ピアサポート研修」（実施主体は都道府県および政令指定都市）をピアサポーター、およびその管理者、もしくは同事業所職員が修了すること
- ピアサポーターとは誰か？
→上記の研修を受けた当事者（ピアサポーター）

A.Aikawa

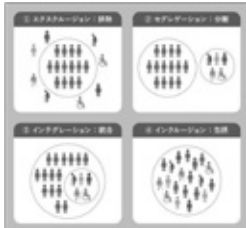
4 2040年精神保健医療福祉の景色

(1) コミュニティ・インクルージョン 地域における包摂・共生

Being
在る

Removal Barrier
障壁を取り
除く

Opportunity
機会



図： <https://hellouniweb.com/columns/inclusive/>

Doing
する

Welcoming
歓迎する

Outcome/
Behavior
結果・行動

A.Aikawa

リカバリー志向に向けたムーブメント

- 病院閉鎖
- 1972年 ILセンター
- 1978年 180号法/バザリア法（イタリア）
- 1978年 Judi Chamberlin "On Our Own"

1970年代

1980-90年代

- コンシューマー・サバイバー・ムーブメント
- 精神保健福祉システムの変革を打ち出す(欧米)

- 2000年 ジョージア州認定ピアサスペシャリスト制度創設（アメリカ）
- 2003年 President's New Freedom Commission on Mental Health in 2003(リカバリーをゴールに)

2000年代

A.Aikawa

ディーガンのリカバリー 1

リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。ときに道は不安定となり、つまづき、止めてしまいが、気を取り直してもう一度始める。必要としているのは障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて健全さと意思という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである。

Patricia Deegan
エンバワメントをテーマに研究 博士号取得
各大学で非常勤教授 10代で統合失調症発症

A.Aikawa

ディーガンのリカバリー 2

病気からの回復ではなく、
人々の偏見、精神医療の弊害によりもたらされる障害、自己決定を奪われていること、
壊された夢などからの
リカバリー

A.Aikawa

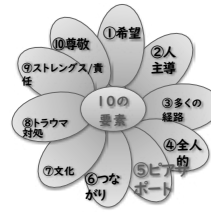
リカバリー焦点化の基本前提

1. リカバリーは専門職の介入なしに起こりうる
2. リカバリーの共通部分はリカバリーを信じる人々の前に存在し、リカバリーを必要とする人によって成り立つものである。
3. リカバリーのビジョンは精神病の原因に関する理論として機能するものではない。
4. リカバリーは症状が再燃した時でさえも起こりうる。
5. リカバリーは症状の頻度や期間に変化をもたらす。
6. リカバリーは直線的なプロセスをたどるものではない。
7. 病気の因果関係からリカバリーはとどき病気そのものからリカバリーするより困難を伴う。
8. 精神疾患からのリカバリーとは「真の精神的な疾患」からの回復を意味するものではない。

Anthony, 1993 筆者訳

A.Aikawa

リカバリーの10の指針



- ① 希望 Hope リカバリーは希望から生まれ、希望はリカバリーの触媒である。
- ② 人主導 Person-Driven リカバリーは人主導である
- ③ 多くの経路 Many Pathway リカバリーは多くの経路を介して起こる
- ④ 全人的 Holistic リカバリーは全人的である
- ⑤ ピアサポート Peer Support リカバリーは仲間（ピア）と味方によってサポートされている
- ⑥ つながり relationship リカバリーは人とのつながりと社会的ネットワークにサポートされている
- ⑦ 文化 culture リカバリーは文化に基づいており、文化の影響を受けている。
- ⑧ ト라우マ対応 Addresses Trauma リカバリーはトラウマに対処することによってサポートされる
- ⑨ ストレンクス/責任 Strengths/Responsibility リカバリーには個人、家族、コミュニティのストレンクスと責任を伴う
- ⑩ 尊敬 Respect リカバリーは尊敬に基づいている

A.Aikawa

当事者（経験者）の「ことば」の尊重

- 支援の世界では、当事者の思いの籠りが、いつの間にか専門用語に置き換えられてしまっていないか。→それが「問題」として捉えられてしまっている。
 - そこから、ラベリングとスティグマが生まれている。
 - 家に帰りたい（だけなのに）「帰宅願望」
 - お家に帰りたい、でも道がわからなくなって迷っていると「徘徊」
 - 昼間からお風呂なんか入りたくないから嫌だと「入浴拒否」
 - 当事者の「ことば」をそのまま受けとめ、傾聴し、寄り添う。
 - それができるのも、経験のあるピアサポーター。
 - 「ことば」は文化を生み、構成する。
- Cf. リカバリー志向サービス用語集（アメリカ・オーストラリア等）

A.Aikawa

支援のあり方の大転換

- 集合型専門職中心ケアから
アウトリーチ型当事者中心ケアへ
- 一人体制集団ケアから
チーム体制のパーソナルケアへ

A.Aikawa

今までとこれからの支援のあり方

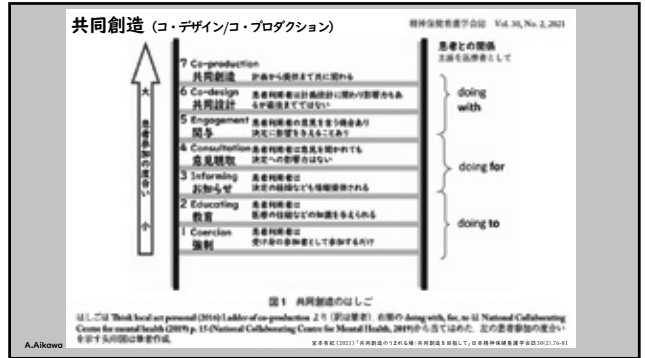
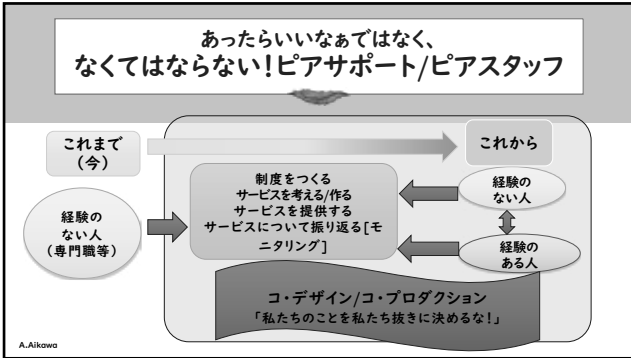
	今まで	これから
考え方	医学モデル	社会モデル・リカバリー志向
アクセス	集合（入院・通院/入所・通所）	アウトリーチ（訪問）
場所	病院・施設等	それぞれの暮らしの場
対象者数	集団	個別
主導	専門職	当事者、共同創造
支援体制	個人（一人で何人担当できるか）	チーム（チームで何人担当できるか）

A.Aikawa

ピアサポート文化の醸成

- 「支援する-される」から支え合う文化
- 自身の経験を語り合える文化
- 客体化から主体化へ、客観性至上主義から主観的感覚重視の文化
- →ピアサポート講座の実践

A.Aikawa



実践紹介

日米のピアサポート活動、ピアスタッフの活動を紹介

ピアサポートは有効なのか?

川口、山口ら(2022)^{*1}
 >リカバリーやエンパワメントの効果に期待される心理社会的指標である。

Smit Dら(2023)^{*2}
 >臨床のおよび個人的リカバリーに有効である可能性がある。効果は緩やかだが一貫しており、さまざまな精神障害と介入タイプにおいて潜在的有効性を示唆する。

*1) 川口・山口 (2022)
 *2) Smit D, Miguel C, et al (2023)

ピアサポーター・ピアスタッフならではの機能

◆ピアサポートの「感覚」を抱く 場・関係を促進する

◆アドボカシー^{*2}

「人として扱われない経験」(Beers, 1908, Chamberlin, 1977; O'Hagan, 1991)
 侵害された権利からの復権と、今とこれからの人生のアドボカシーにかかわる

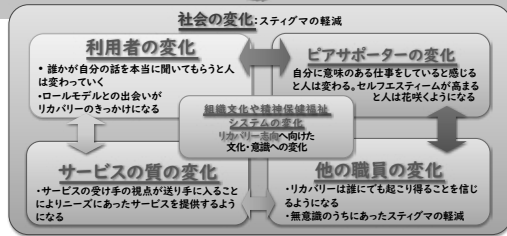
- ◆自分の権利擁護(セルフ・アドボカシー)
- ◆仲間同士の権利擁護(ピア・アドボカシー)
- ◆個人に対する権利擁護(個人)
- ◆全体としての権利擁護(システム・アドボカシー)

*加藤伸博(2019)参照

ピアサポーター・ピアスタッフの意義・価値

- ◆リカバリーのきっかけを作り、リカバリーを促進する
 - ◆自分だけじゃない
 - ◆経験の価値化・人生の価値化→自己肯定
 - ◆病や障害を認める
 - ◆ロールモデル
- ◆地域で自分らしく暮らす(インクルージョン・共生)
 - ◆Being(共にいる)
 - ◆Doing(共に学ぶ・働く・遊ぶ等)
- ◆誰もが安心して暮らすことができる大丈夫な社会へ変革する

ピアサポーターによる6つの変化の可能性



ピアサポートを文化に

ピアサポートの輪を広げよう

参考文献

- 相川章子 (2012) 「精神障害ピアサポーター」中央法規出版
 - 相川章子 (2021) 「ピアサポートを文化に」NPO法人地域精神保健福祉機構 (コンボ)
 - 相川章子 (2022) 「ピアサポートの歴史と発展可能性」精神障害リハビリテーション26 (2)
 - Bellamy CD, Klee AS, Cornejo X, et al : Peer support for people with psychiatric illness: A comprehensive review Psychotic Disorder: Comprehensive Conceptualization and Treatments Oxford University Press, 2021.
 - Deegan, P. E. : Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4): 11-19, 1988.
 - Solomon P :Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatric rehabilitation journal, 27(4) :392-401, 2004.
 - 國分功一郎: 中動態の世界-意志と責任の考古学-, 医学書院, 2017.
 - 国連・障害者権利条約 対日審査総括所見 (2022)
- A. Aikawa

2040年をめざした精神保健医療福祉のこれから

「論点整理・現状と課題」

柳 尚夫（岐阜県精神保健福祉センター長）

1. はじめに

精神保健福祉医療のこれからの議論にあたって、現状認識を共有する必要があると考えた。そこで、国が示されているデータを基本として、日本の現状を私なりに分析をし、国が示している方針を各都道府県や保健所でどのように進めていくのか、その課題と対応について論点整理を行ったので報告する

2. 背景

1) 日本の精神科入院医療の特殊性

- ・ OECD 諸国が政策的に入院医療から地域医療に医療体制を変更し、平均在院日数を減らすことで精神科病床を減らし、最終的には単科精神病院を廃止し、精神障害者を地域で受け入れる体制づくりを行ったが、その流に日本は何十年も遅れている。
- ・ 1963年 ケネディ白書「精神疾患と精神薄弱に関する特別教書」
- ・ 1978年 バザーリア法 イタリアの精神科病院廃止方針（1999年に全国で廃止）
- ・ 日本では度重なる改革努力によっても、精神科入院患者数はあまり減少しなかった。しかし、1990年台をピークに2000年以降緩やかに減少傾向になった

2) 新規抗精神薬の導入の遅れ

クロルプロマジン 1952年 登場 1957年 日本で承認
リスペリドン（非定型抗精神病薬）1984年開発（ベルギー）1996年 日本で承認
クロザリル 1958年合成 1988年米国で治療抵抗性統合失調症治療薬として承認
2009年日本で承認 20年の遅れ

3. 現状（そしてこれから起こること）

1) 在院患者数のさらなる減少

- ① 在院患者の減少は「地域移行」の進行によるという説明への疑問はある
総合支援法に基づく「地域移行支援」の利用は低調なままである
確かに、グループホームや訪問介護等の在宅支援サービスは増加しているが、それが在院患者減少の要因という根拠は薄い
- ② 在院患者の減少は、1年以上入院、特に5年以上の長期入院患者が多く、高齢化による死亡退院の増加が一つの要因である
- ③ 急性期病棟の1996年からの診療報酬化によって、3か月以内に退院させて再入院をさせないと減算される経済効果は、新たな長期入院患者の増加を抑制した
- ④ 導入が先進諸国の中で遅かったとはいえ、非定型向精神薬の導入は、統合失調症の患者の治療効果を高め、入院期間の短縮や、再入院率を下げた可能性がある。

2) 精神科入院医療の質の向上による看護師を中心とした職員の不足

- ① 精神科看護師数は大きな変化はないが、病床あたりの看護単位が手厚くなった。
具体的には、15:1、13:1から急性期治療病棟等の10:1以上への移行により、病棟あたりの看護師の必要数が増え、病床を減らさざるを得なくなった。
- ② 就労人口の減少と一般科病院での看護職の不足から新たな看護師の確保が困難

4. 課題

<国>

- 1) 在院患者数減少に向けての政策的効果を国は挙げているので、その具体的内容
- 2) 既に入院している患者数を前提とした基準病床の検討に、政策効果を含めるための具体的目標設定 (例) 平均在院日数、地域移行支援目標、
- 3) 精神科病床でも、将来の医療ニーズの「必要病床数」を設定する
- 4) 毎年の「病床機能報告」を精神科病院にも求める
- 5) 身体合併症対応のためにも、総合病院精神科の病床減少を防ぐ方法の明確化

<地域>

- 1) 精神科病床の更なる機能分化とダウンサイジング
- 2) 身体合併症への対応 (自殺対策を含む) の強化
- 3) 訪問診療及び訪問看護を含む精神科外来機能の強化
- 4) 都道府県、圏域間の精神科医療体制の格差解消

5. 地域 (都道府県・保健所) に求められる対応

- 1) 都道府県病床格差が大きい中で、地域医療構想や地域医療計画における計画的病床のコントロール
- 2) 圏域単位での基準病床や必要病床数の導入と計画年までの病床の計画的削減
- 3) 入院患者の高齢化進展で退院患者の死亡退院割合はさらに増えるなかで、存命のうち退院支援する必要性
- 4) 精神科病院の経営的理由での病床削減や廃院に対して、入院患者の地域移行支援体制がない地域での地域移行支援体制づくり
- 5) 身体合併症対策から、総合病院の精神科病床の維持や強化
- 6) 過疎地域では、病院がなくなった場合の精神科外来機能を維持

6. まとめ

- 1) 精神科入院医療体制の再構築の方向性
- 2) 国及び地方行政の精神科医療にかかわる地域医療構想における役割

<略歴>

- 1957年 大阪生まれ
1981年 愛媛大学医学部卒業
同年 大阪府入職、大阪府立病院初期研修 (今の臨床研修)
1983年 大阪府立中宮病院 (現大阪精神医療センター)
1985年 その後、大阪府下複数保健所勤務 (保健予防課長・支所長)
1988年 精神保健指定医資格の取得
2001年 大阪府池田保健所長
大阪教育大附属小学校事件・箕面ヶ丘病院事件
2003年 大阪府茨木保健所、その後四條畷保健所長
2009年 兵庫県洲本保健所長 (淡路島)
2014年 兵庫県豊岡保健所長 (但馬)
2025年 岐阜県精神保健福祉センター長

2040年をめざした 精神保健医療福祉のこれから 「論点整理・現状と課題」

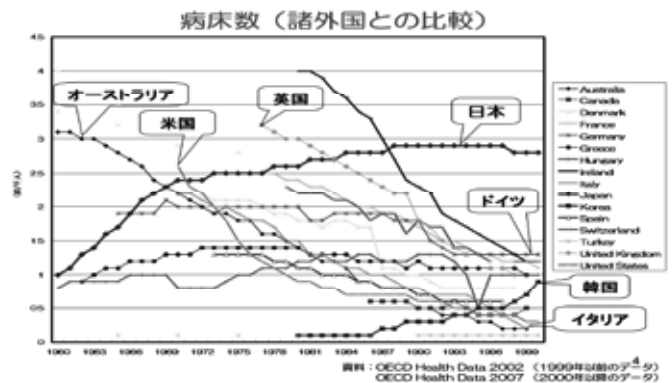
2026. 2. 26
地域保健に関するフォーラム
岐阜県精神保健福祉センター
柳 尚夫

1. はじめに

1. 日本の精神科保健医療福祉体制の課題解決の方向性を議論するためには、現状認識の共有化が必要
2. データやグラフは、厚生労働省がHP等で発表しているものを原則使用している(主に630調査や患者調査による)
3. 解釈については、柳個人の意見であるが、政策的な提言等は厚労省が、改革ビジョン等で提示されてきたものを前提としている

日本の精神科医療の長年の課題 (OECD諸国との比較)

- 日本の精神科医療の現状
 - 1) 極端に長い平均在院日数(277日2022年 258日2024年)
 - 2) ベッド数の多さ
(全国に32万床、世界中の精神科病床の20%を占める)
 - 3) 長期入院患者の割合(1年以上が60%以上)
 - 4) 非自発的入院の多さ(医療保護が5割を超えている)
 - 5) 精神科医療だけ身体医療と別扱い、精神科特例は精神科医療への差別
一般科の1/3の医師しかいない

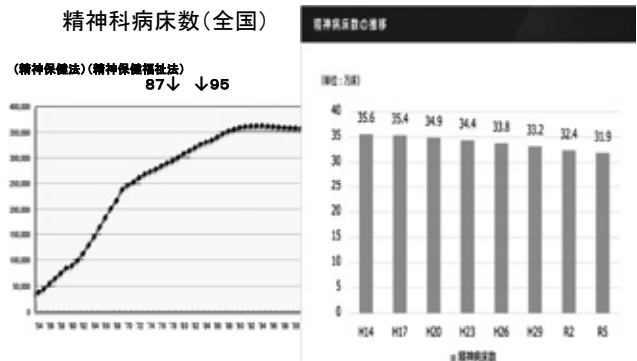


日本と他国との精神科病床推移の違いの要素

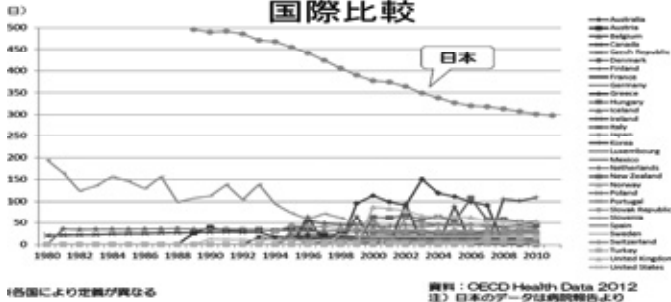
日本ではライシャワー事件(1964年)も影響し、政策的に精神科病床を急増させ2000年まで病床は維持されたが、多くの先進諸国は精神科病床を政策的に削減し、単科精神病院の原則閉鎖廃止へと進んだ。

<米国> 1963年ケネディ白書 → 州立精神病院の閉鎖
「精神疾患と精神薄弱も関する特別教書」

<イタリア> 1978年 バザーリア法成立 精神科病院への新規入院を禁止、1999年には全国で精神科病院が廃止
地域精神保健センターでの治療



2022年日本の平均在院日数は275.1日 精神病床の平均在院日数推移の 国際比較

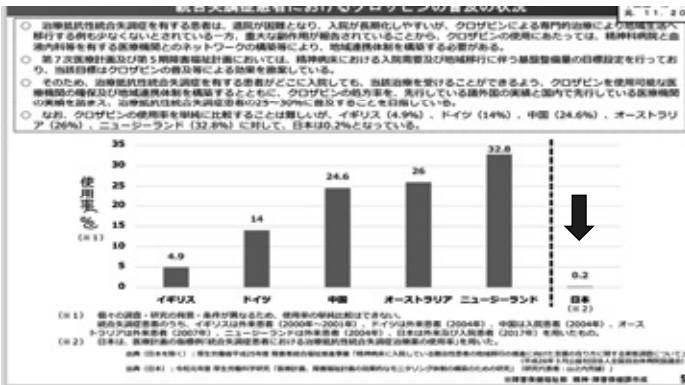


新規抗精神病薬の導入及び普及の遅れ

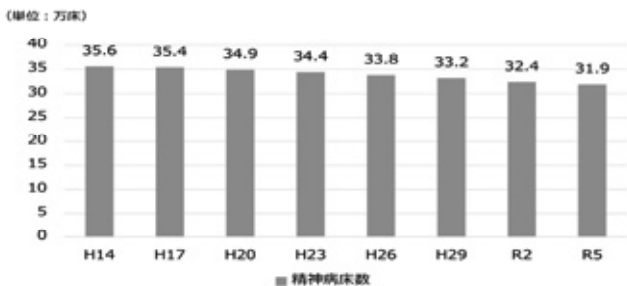
1. クロスプロマジン 世界初の抗精神病薬
1950年合成 1953年向精神薬としての効果を発見
1955年日本で承認→2年の遅れ
2. リスペリドール 非定型向精神薬（第二世代）
錐体外路症状の副作用が少なく、陰性症状にも効果がある
1984年に開発 1996年日本で承認→12年の遅れ
3. クロザピン 治療抵抗性統合失調症に効果がある
1958年合成 副作用により使用禁止、1988年米国で効果が認められ1990年から使用 日本2009年承認 → 19年の遅れ

在院患者数の減少

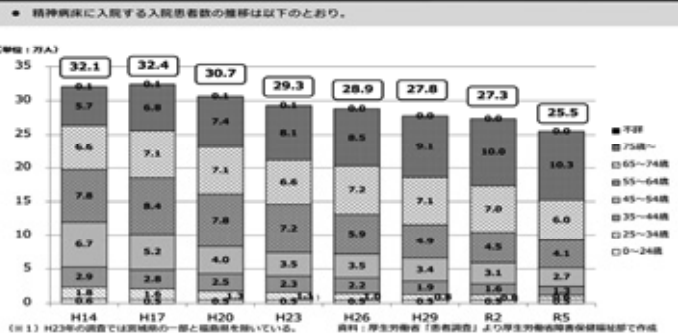
- ① 在院患者数は、34.5万人(H14年)をピークに減少し続け、R5年には25.5万人まで減少
- ② 充床率 H14年 97% から R5年 80%
- ③ 減少する在院患者は、主に5年以上入院の長期入院患者
- ④ 入院患者の年齢層が高くなり、R5年では65歳以上が64% 75歳以上が40%に達している
- ⑤ 入院患者の年齢のピークも、H17年には、50歳だったのが、R5年には70歳と毎年1歳ずつ高齢化している。
- ⑥ 推計での死亡退院患者数は、H14 15756人 → R5 40694人
在院患者減少は、入院患者の高齢化に伴う死亡退院の増加が最大の要因と考えられ、今後減少は加速する可能性は高い



精神病床数の推移

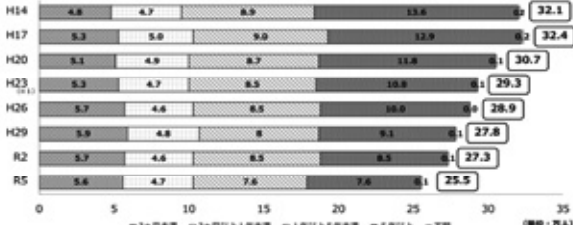


精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

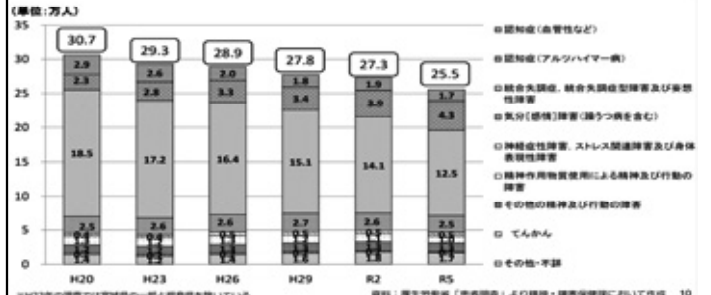
- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



(注) H23年の調査では地域別の一部と掲載されていない。
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

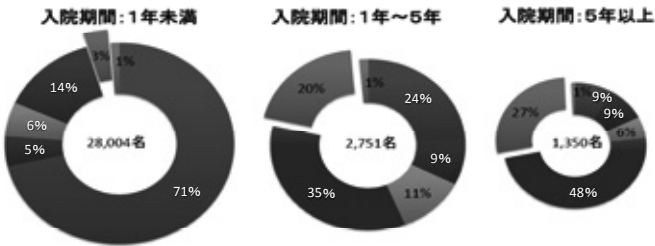
精神疾患を有する入院患者数の推移（精神病床・備病分類別内訳）

○ 精神病床に入院する入院患者数の推移は以下のとおり。



(注) H23年の調査では地域別の一歩と掲載されていない。
資料：厚生労働省「患者調査」より精神・障害保健課において作成

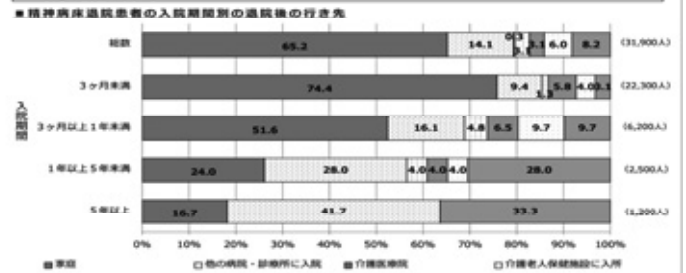
精神科病院からの退院者の状況



■家庭復帰など ■回・中・社会復帰施設等 ■高齢者福祉施設 ■転院・院内転科 ■死亡 ■その他
平成23年度精神・障害保健課調べ

精神科病院から退院した患者の退院後の行き先

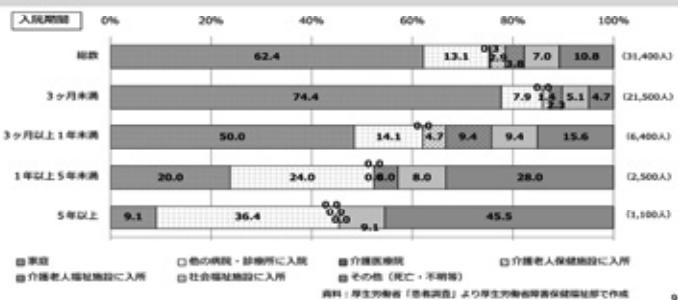
- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所へ入院」や「その他(死亡・不明等)」の割合が高い。



出典：厚生労働省「令和2年度患者調査」より障害保健福祉課精神・障害保健課で作成

令和5年 精神科病院退院患者の退院後の行き先

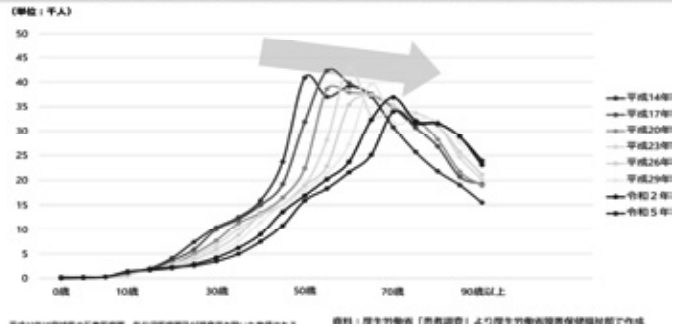
- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所へ入院」や「その他(死亡・不明等)」の割合が高い。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

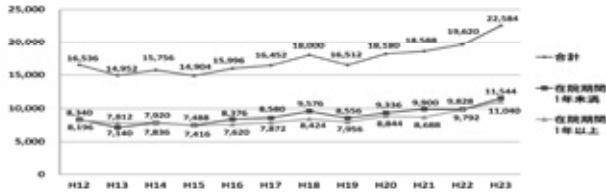
- 精神疾患を有する入院患者数のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

R5年の死亡退院推計は、40694人

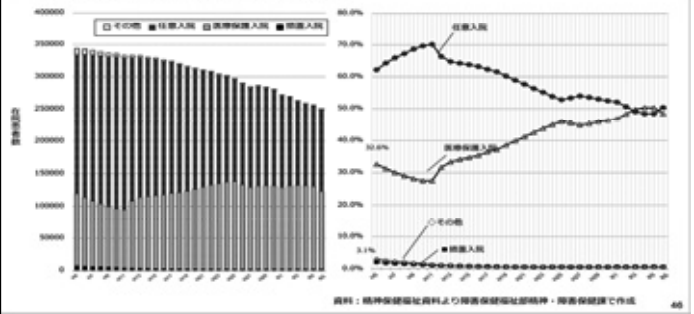
死亡退院者数の推移(推計値)



※630調査の数値(各年6月1か月間の数値)を基に、年間数を推計。
精神・障害保健課課長

入院形態別入院患者数の推移

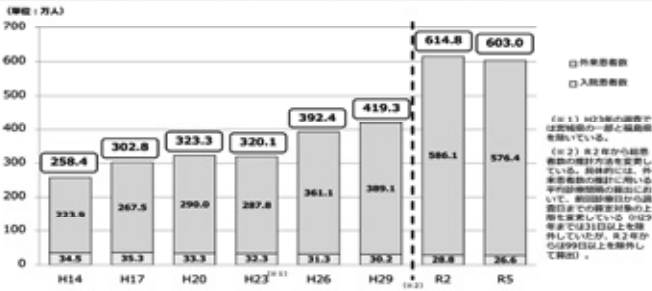
入院形態別では、医療保険入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉課より障害保健福祉課・障害保健課で作成

精神疾患を有する総患者数の推移

精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人(入院：約26.6万人、外来：約576.4万人)。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療に係る医療費の推移

精神医療に係る医療費は、入院医療費については横ばい、入院外医療費については近年増加傾向である。



出典：国民医療費

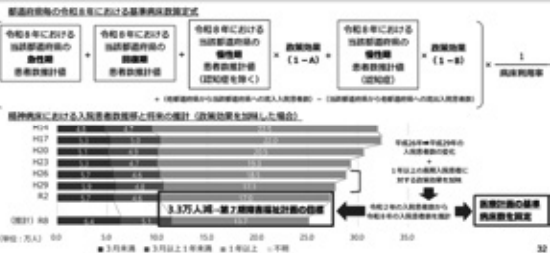
令和1年(2029年)の推計入院患者数



※患者調査は、3か月未満、調査期間：3か月以上1年未満、推計期間：1年以上

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 第8次医療計画において、精神疾患に係る基準病床数の算定式については、従来の精神疾患における推計入院患者数をもとに基準病床数を算定することとされている。
- 近年の精神疾患における入院患者数の変化から、従来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな収容力(政策効果)による減少も加味して、従来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに算定されている。



今後の検討に求められること

1. 死亡退院による自然減だけでなく、政策的入院患者減少を掲げているが、具体的な政策(DPCの導入等)を明確化すべき
2. 既に入院している患者数を前提とした基準病床の検討に、政策効果を含めるための具体的な目標の設定をすべきである(例)平均在院日数、地域移行支援目標、
3. 精神科病床でも、将来の医療ニーズの「必要病床数」を設定する
4. 身体科病院の毎年の「病床機能報告」を精神科病院にも求める
5. 身体合併症対応のためにも、総合病院精神科の病床減少は政策的に制限するルール作り

地域に求められる課題

1. 人口当たりの病床数は、都道府県格差が大きい
10万当たり病床 神奈川県143.3<鹿児島県600.5 4倍以上
2. 精神科基準病床が新たに圏域単位で検討が必要
3. 医療圏域にとって必要な精神科病床の機能や量をどのような指標をもとに検討するのか
4. 病床削減する病床機能や削減スピードをどう調整するのか
5. 精神科病院の機能を入院機能がなくても、訪問診療・訪問看護、デイケア機能等を持つ外来医療機関として転換させる

日本の第1回政府報告に関する総括所見

32. 委員会は、本条約第14条に関する指針(2015年)及び障害者の権利に関する特別報告者によって発出された勧告(A/HRC/40/54/Add.1)を想起し、締約国に対して、以下のことを求める。

(a) 障害者の非自発的入院は、自由の剥奪となる、機能障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、主観的又は客観的な障害又は危険性に基づく障害者の非自発的入院による自由の剥奪を認める全ての法規定を廃止すること。

39

【指定発言】 地域や総合病院における精神疾患の受け入れ

稲葉静代（岐阜県可茂 兼 関保健所長）

平成 16 年に厚生労働省から「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が示され、現在、保健所は「地域移行・地域定着」促進のために、市町村や関係機関との「調整・支援的立場」を期待されている。

一方で、障害者施設で精神障害者が起こした事件を契機として、平成 30 年度に措置診察の運用と退院後支援に関する 2 本のガイドラインが発出された。保健所にとって法 23 条における精神緊急通報への対応は法的義務であることに加え夜間休日を問わない業務であったことから、どうしても緊急対応に関する議論が中心となっていた。

しかし、令和 6 年以降、国から精神医療も新たな地域医療構想に含める方向性が示され、保健所の役割は精神入院患者の「地域移行・地域定着」は単なる調整役では済まなくなっている。そこで、令和 7 年度地域保健総合推進事業にて「精神保健医療福祉における『入院医療中心から地域生活中心へ』の取組における保健所の対応に関する研究」事業班（参照：発表会 1 日目「第 2 部地域保健総合事業 I」）を立ち上げた。

令和 3 年度厚生労働省「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」において、精神科と身体科の「医療の谷間」という問題が取り上げられている。身体疾患の合併症をもつ精神疾患患者は総合病院では受け入れてもらいにくい。かといって、単科の精神病院では身体面の十分な医療体制を備えていない。疾患による医療提供格差が生じているとも言える。また、2023 年に公表された「有床総合病院精神科基礎調査 2022」によると、2022 年時点で、精神科病棟を持つ総合病院は 2002 年比で約 85%に減少している。特に、国立・公立病院での減少が顕著と報告されており、精神科単独の収益が低いこと、精神科医の確保が困難なことなどの財政的課題も病棟維持の障害となっているとされ、近年の医療機関の財政的逼迫状況により、この動きは更に進んでいると推測する。

これからの地域医療構想において精神科病床数に関する議論が行われると思うが、このような「医療の谷間」をなくすような方向に進むことを願う。

略 歴

平成 6 年 3 月 岐阜大学医学部 卒業

平成 10 年 3 月 岐阜大学医学部大学院（公衆衛生学） 修了

平成 10 年 4 月 名古屋市役所 入庁（市役所、保健所、衛生研究所勤務、厚生労働省出向）

平成 28 年 4 月 岐阜県庁 入庁（県庁健康福祉部、県内保健所で勤務）

令和 7 年 4 月 岐阜県可茂保健所長（兼 関保健所長） 現在に至る

指定発言 1

「精神保健医療福祉における『入院医療中心から地域生活中心へ』の
取組における保健所の対応に関する研究」 分担事業者
岐阜県可茂・関保健所 稲葉静代

精神障害者でも健常者でも
身体疾患においては同等の医療を
受けられるようにしたい。

医療機関の機能分化と“谷間”に落ちる患者

指摘内容	要因	出典
精神科も身体科も受け入れ遅延	機能分化のミスマッチ	A県
総合病院は精神症状対応困難、精神科は身体管理困難	双方とも躊躇	B県
一般救急で精神症状がある患者が拒否されやすい	救急受け入れ困難	J-STAGE論文
精神×身体の両対応病床が極めて少ない	受け皿不足	厚労科研 CIU ¹⁾ 調査 ²⁾
身体症状をもつ精神患者は受入れ判断に時間がかかる	決定不能なグレーゾーン	C県

1) CIU : Complexity Interventions Unit (身体合併症対応病棟)

2) 令和3年度 厚生労働科学研究費 障害者政策総合研究事業「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」

なぜ「医療の谷間」が解消されないのか

1. 精神科病院に身体科医師が不足
夜間・休日の検査設備も乏しい
→ 重症の身体合併症は診られない。
2. 総合病院精神科でも夜間や重症精神症状に対応できない
→ 精神症状が強い身体患者を受け入れる機能が弱い。
3. CIU病棟（高度対応：タイプ4）が極端に少ない
→ 重症の“精神×身体”患者の受け入れ余力が全国的に不足。
結果として、精神科も身体科も受け入れを躊躇
→ 入院先が見つからないという「医療の谷間」が生じる構造

(令和3年度 厚生労働科学研究費 障害者政策総合研究事業「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」)

有床総合病院精神科の現状と課題

- 有床総合病院精神科数は20年で約15%減少。
(1病棟あたりの病床数は20年で32%減少)
国立・効率病院での減少が顕著
- 精神科単独の収益が低い
- 精神科医の確保が困難

(有床総合病院精神科基礎調査2022 より)

地域医療構想において
精神科医療も含めた議論が始まる

精神科と身体科の医療の谷間が
広がらないようにしてほしい。

「対話の文化を育む拠点としての保健所：精神保健改革における保健所の新たな専門的・広域的・技術的拠点としての役割」

横山勝教
香川県中讃保健所

レジメ：

我が国が今から 20 年以上前に掲げた「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針は、今や単なるスローガンの域を超えて進んできている。障害者権利条約の批准、WHO によるリカバリー中心のガイダンス、そして地域医療構想における精神病床削減の動き。これらが重層的支援体制の整備等と相まって、改革は今、まさに具現化・加速のフェーズにある。

この大きな流れの中で、私たち保健所の活動もまた、根本的なアップデートが求められる。これまでの活動は、ともすれば「通院・服薬を厳格に求め、中断者を再び医療や入院へと繋ぎ直す」という、管理的な側面に重きが置かれすぎてはいなかっただろうか。医療との継続性は重要だが、地域生活中心の精神保健において、これからの保健師や精神保健福祉士等に求められるのは、本人の尊厳を何より重んじ、「オープンダイアログ」に象徴される「対話」を通じてその人らしい社会的な回復（リカバリー）を支援する技量である。

保健所がそれぞれの地域において、この「対話の文化」を広げる拠点としての役割を果たすことで、精神保健だけでなく母子保健での孤立や、学校保健における不登校・いじめといった、現代社会が抱える複雑な課題すべてに通底する解決の鍵となろう。地域に対話の文化が根付くことは、精神保健の枠を超え、社会全体のメンタルヘルスを根本から改善する力を持っている。

こうしたパラダイムシフトを実現するためには、現場の職員だけでなく、保健所長自身も、国際的なグッドプラクティスである対話実践や人権モデルを深く理解し、精通していなければいけない。

「精神保健は専門外だから」と距離を置くのではなく、所長自らも改めて学び、知識とスキルを向上させる。それがあって初めて、改革の現場で葛藤する職員とともに、リスク回避の「管理」ではなく、本人の尊厳を守るための「対話」を実践することができる。

精神保健を入り口として、地域社会全体の「つながり」と「心の健康」をデザインしていく専門的・広域的・技術的拠点として、その中心に保健所が位置し、医療機関や市町村や関係機関や住民とともに精神保健改革を進めていくことができると考える。

略歴：平成 14 年京都府立医科大学卒、同年京都大学麻酔科入局。25 年香川大学大学院医学系研究科に入学し、公衆衛生学教室で研究に従事する。29 年博士課程修了後、香川県に入職し、健康福祉部医療主幹として勤務。令和 2 年香川県小豆保健所長、4 年同県東讃保健所長を務め、6 年 4 月から同県中讃保健所長。6 年全国保健所長会「公衆衛生医師の確保と育成に関する委員会」委員長、7 年 4 月から同会副会長。

対話の文化を 育む拠点 保健所

精神保健改革における保健所の新たな
専門的・広域的・技術的拠点としての役割

指定検査官 香川康中 保健所 橋山 勝教



保健所の目指すところは、(中略)
健康的で楽しい社会を創りあげること

教育映画「新しい保健所」より



入院医療中心

不安定な状態の地域精神保健活動

「ちゃんと病院に通えますか？」
「お薬飲めてますか？」
「一緒に病院に行きましょう」

通院・服薬を厳格に求め、
中断者を再び医療や入院へと繋ぎ直す



地域生活中心

不安定な状態の地域精神保健活動

「いつから、どのようなことがあったのか、
お話を聞かせていただけますか？」
「どうしたら、少し楽になれそうでしょうか？」

本人を尊重して、話を聞きながら、対話的に
地域で回復できる工夫を一緒に探す

保健所は地域の健康を守る専門的・広域的・技術的拠点



保健所は、全国に展開する最大規模の保健医療機関ネットワーク
であり、かつ、「経営」に左右されず、アウトリーチ機能も有する

→ 保健所が『管理』から『リカバリー』へと舵を切ると

「全国462か所の保健所の管轄のどこに暮らしていても、

リカバリーを大切にしてくれる保健所長さんや保健師さんたちがいる」

それこそが、日本の精神保健を変える最大の原動力となる

第 5 部 地 域 保 健 総 合 推 進 事 業

～ 紙 上 発 表 ～

看護師からの自治体保健師転職採用者への人材育成

分担事業者 臺 有桂（神奈川県立保健福祉大学）

【協力事業者】

井口 理（日本赤十字看護大学）、石村 珠美（国際医療福祉大学小田原保健医療学部）
田場 真由美（名桜大学）、茂木 りほ（国際医療福祉大学大学院）
山下 留理子（徳島大学大学院）、池戸 啓子（新宿区落合保健センター）
岡林 洋子（津市健康福祉部）、高橋 祥恵（宮城県気仙沼保健福祉事務所）
高橋 秀治（神奈川県立保健福祉大学）、高橋 恵理菜（神奈川県立保健福祉大学）

【要旨】自治体保健師の確保が困難となる中、看護師から転職し採用された保健師は重要な人的資源である。本研究では、看護師から自治体保健師への役割移行（トランジション）や、職場で自ら学び行動するプロアクティブな取り組みに着目し、転職採用者および指導者へのインタビュー調査を通じて、転職採用者の強みと課題、職場適応の様相を整理し、人材育成・支援の在り方を検討するための基礎的知見を得た。

A. 目的

近年、自治体保健師の確保が難しくなっており、特に、新卒で自治体保健師に就業する者は、保健師免許取得者のおよそ2-3割にとどまる。一方で、看護師から転職し自治体保健師として採用される人材（以下、転職採用者）が増加しており、特に規模の小さい自治体でその傾向が顕著である。

転職採用者は看護師としての豊富な経験を持ち、一定の対人スキルや看護技術を有する即戦力として期待されるが、保健師と看護師の役割の違いや公務員としての業務に対する理解不足から、十分に力を発揮できないケースも散見されている。その背景には、看護師から自治体保健師への役割移行（トランジション）の過程で生じる戸惑いや、職場で自ら学び行動するプロアクティブな取り組みを十分に発揮できないことがあると考えられる。

そこで、本研究は、看護師からの転職採用者の強みと課題に加え、そのトランジションの様相とプロアクティブ行動の実態を明らかにし、彼らが保健師として専門性を発揮しながら職場に適応・定着していくための人材育成・支援の在り方を検討することを目的とする。

B. 方法

《Step1：インタビュー調査》

1. 目的：転職採用者の強みと課題抽出とした。
2. 方法（対象、データ収集方法とその内容）：転職採用者（看護師経験5年以上、自治体保健師歴5年以内）を対象に、転職動機および

看護師経験に基づく強みと課題について、個別インタビューを実施した。あわせて、転職採用者の指導・管理に関わる保健師（プリセプター、教育担当者、管理者等）に対し、グループインタビューを行った。

3. 分析：インタビュー内容を逐語録化し、対象ごとに、意味内容に応じて分類整理し、転職採用者の強みと課題を抽出した。

《Step2：アンケート調査》

1. 目的：Step1のインタビュー調査で得られた知見の妥当性を検証し、その一般化可能性を検討することを目的とした。
2. 方法：Step1で得られたデータを基に質問項目を作成し、対象者の条件はStep1と同様とした。2026年1月23日～2月16日にかけて、転職採用者の強みや課題、支援の工夫に関するWeb調査を実施した。調査依頼は、全国の都道府県および特別区・政令指定都市・保健所設置市の統括保健師ならびに全国保健師長会を通じて行った。

なお、本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認（保大第12-25-28）を受けて実施した。

C. 結果

ここでは、Step1で実施したインタビュー結果を中心に報告する。

1. 転職採用者の強みと課題 【表1】

転職採用者17名のインタビューを分析した結果、転職動機は働き方の見直しに加え、予防・地域志向や社会的貢献意識など多層的であった。入職後は、行政特有の制度・手続

き、業務範囲の広さ、役割変化による専門職アイデンティティの揺らぎなど、トランジション期特有の困難が顕在化していた。一方で、積極的な相談行動や自己学習、業務の構造化などプロアクティブな対処を通じて適応を図り、看護師経験を活かしながら、自治体保健師としての専門性を発揮していた。また、転職保健師の職場適応を個人努力に委ねない組織的支援の必要性が明らかとなった。

2. 指導者から見た転職採用者の強みと課題

【表 2】

指導者 16 名（内訳：a. 7 名、b. 4 名、c. 5 名）は、転職採用者に対し、医療経験や社会人基礎力への信頼により、入職当初から即戦力として高く評価していた。一方で、面接・インタビュー経験の不足や行政文書・データ処理への不慣れ、支援の終わりが見えにくい地域保健特有の特性に戸惑いが生じやすく、看護師としては先輩、保健師としては後輩という立場のねじれが、トランジション期の心理的負担を高めていることを指摘していた。指導においては、看護師の強みを活かしつつ視点転換を支援、「みんなで見る」体制や成長の可視化を通じて、主体的な学習・提案行動などプロアクティブな行動を引き出す関わりの重要性が挙げられた。

【表 1】 転職採用者の強みと課題

観 点	主な内容
転職動機	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤・急性期勤務による身体的負担 ・ライフイベントとの両立 ・予防・地域全体の健康づくりへの関 ・保健師資格の活用 ・公務員としての安定 ・保健師不足への貢献意識
強み	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・フィジカルアセスメント能力、急変対応力 ・対人対応力、傾聴・説明力、住民対応の安定感 ・多重課題処理、優先順位づけ、レジリエンス
役割移行(トランジション)に伴う主な課題	<ul style="list-style-type: none"> ・行政文書・決裁手続き、制度理解への困難 ・発達支援・複雑家庭支援など業務範囲の広さへの戸惑い ・看護師から保健師への役割変化に伴う専門職アイデンティティの揺らぎ ・経験者採用による「できて当然」という期待とのギャップ ・支援成果が短期的に見えにくいことによる自己効力感の低下
課題に対する対処行動(プロアクティブ)	<ul style="list-style-type: none"> ・援助を求める(上司・先輩・事務職への積極的な相談) ・法令・制度の自己学習、業務の可視化・構造化 ・セルフケアや「1 年目として学ぶ」自己調整 ・行政基礎・発達支援等に関する体系的研修 ・プリセプター、同行訪問など入職初期の伴走支援 ・転職者同士のピアサポートの場の整備

D. 考察

本研究より、転職採用者は看護師としての専門性や対人スキルを強みとして評価される一方、保健師としての役割理解や行政特有の業務への適応において、トランジション期特有の戸惑いや心理的負担を抱えやすいことが明らかとなった。しかし、積極的な相談や自己学習などのプロアクティブな行動は、適応を促進する重要な資源であり、指導者による意図的な支援により引き出されることが示唆された。今後は、個人の努力に依存せず、看護師の強みを活かしながら役割移行を支え、主体的な学習・行動を促進する組織的な人材育成体制の整備が求められる。今後、調査結果を踏まえて考察を深化させる予定である。

E. 結論

転職採用者が保健師として力を発揮・定着していくためには、看護師としての強みを活かしつつ、トランジション期の困難を支え、プロアクティブな行動を引き出す組織的な人材育成・支援体制の整備が重要である。

F. 今後の計画

- ・インタビューの結果を基に、2026 年 1-2 月に Web 調査を実施し、その結果を含め、全体総括を行う。
- ・関連学会の学術集会や投稿論文として公表する。

G. 発表 (論文発表・学会発表) なし

【表 2】 指導者から見た転職採用者の強みと課題

観 点	主な内容
入職時の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・医療経験、社会人基礎力への強い信頼 ・対人対応の安定感、動きの速さへの評価 ・急変・ハイリスク事例での安心感
活かされている強み	<ul style="list-style-type: none"> ・フィジカルアセスメント ・薬剤・感染症の知識 ・住民対応や電話・窓口対応の安定性 ・災害・健康危機対応 ・多職種連携力
指導上見えやすい課題	<ul style="list-style-type: none"> ・一人での面接・インタビュー経験の乏しさ ・行政文書、データ処理への不慣れ ・支援の「終わりが見えにくいことへの不安
役割上のねじれによる困難	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師では先輩、保健師では後輩というねじれ ・「経験者だからできて当然」という周囲の期待による助けの求めにくさ
有効とされた育成の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム/組織全体で「見る」体制 ・ラダーやチェックリストによる成長の可視化 ・事例検討・カンファレンスによる共有
指導上の重要視点	<ul style="list-style-type: none"> ・個から「家族・地域」への視点転換を支援 ・看護師の視点に、保健師の視点を積み重ねる関わり
組織・自治体への示唆	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の相談窓口(メンター等)の必要性 ・転職保健師同士が語り合える場の整備

退職保健師（プラチナ保健師）の活躍等に関する実態調査

- 分担事業者 津田 紫緒（杏林大学 講師）
事業協力者 大木 幸子（杏林大学 教授）
事業協力者 佐伯 和子（北海道大学 名誉教授）
事業協力者 本田 順子（東邦大学 講師）
事業協力者 石井 えり子（杏林大学 助教）
事業協力者 山田 寛子（公益社団法人国民健康保険中央会保健福祉部保健事業課 主任）
事業協力者 山口 道子（公益社団法人国民健康保険中央会保健福祉部保健事業課 参事）
事業協力者 野澤 憲子（千葉県安房健康福祉センター（鴨川地域保健センター） 副センター長（次長））
事業協力者 西本 夕紀（大阪府堺市美原保健福祉総合センター センター長）
事業協力者 木田 百合（福島県白河市保健福祉部参事兼健康増進課 課長兼中央保健センター所長）

要旨 地域保健分野で人材確保が課題となる中、活躍が期待される退職後の保健師に着目し、実態調査およびヒアリングを実施した。自治体における退職保健師の活用の実態と活用状況を把握するとともに、能力や経験を活かした働き方等について検討した。

A. 目的

わが国では、少子超高齢化の急速な進行に伴い、総人口および生産年齢人口の減少が進んでいる。2040年以降、各自治体においてはマンパワー確保に一層の制約が生じることが予想されており、地域保健分野においても人材確保は重要な課題となっている。このような状況のもと、豊富な実務経験を有する退職後の保健師、いわゆる退職保健師（プラチナ保健師）の活用が、地域保健活動の質の維持・向上に資する重要な柱となることが期待されているが、退職保健師の活用に関する実態や具体的な活用方法については、十分に把握・検討されていない。

本事業では、自治体における退職保健師（プラチナ保健師）の活用状況や業務内容等の活動実態を整理するとともに、能力や経験を活かした働き方や職場環境のあり方について検討することを目的とする。併せて、得られた活躍の事例をまとめ、自治体が展開しやすい事例集にまとめ、2040年に向けた自治体における人材確保および人材育成の参考とする。

B. 方法

本事業では、①既存資料等の分析、②退職保健師の活動実態調査、③退職保健師の働き方や活用に関するヒアリング調査を実施した。

① 既存資料等の分析

退職保健師の活用に関する現状把握および以後の調査設計の基礎資料とするため、保健師の就労・退職に関する制度の動向、保健師活動領域調査結果に基づく定年退職前後の年齢層にある保健師人材の動

向、ならびに既知の退職後の保健師の活動事例について、資料の収集・整理を行った。

② 退職保健師の活動実態に関する調査

全国の都道府県および市町村に勤務する統括保健師等を対象に、質問紙調査を実施した。調査内容は、自治体の基本属性、退職保健師の活用の有無および業務内容、活用による効果・貢献、活用上の課題や工夫等とし、令和7年12月から令和8年1月にかけて実施し、全体及び自治体区分別に記述統計量を算出した。

③ 退職保健師の働き方や活用に関するヒアリング調査

②の調査結果より、令和6年度に退職保健師を活用した自治体の統括保健師等を対象に令和8年1～2月にヒアリング調査を実施した（一部、継続実施中）。退職保健師の能力・経験を活かした配置や役割、活用の工夫、課題に関する具体的事例について聞き取り、整理を行った。

C. 結果

現時点までに以下のような結果が得られた。

① 既存資料等の分析結果

退職関連制度の整理から、保健師を含む地方公務員の退職には定年退職のほか、早期退職募集制度や勸奨退職等が位置づけられていた。加えて、定年年齢の段階的引き上げにより、保健師においても退職時期・退職形態が一様とはならない制度的背景があることが整理された。保健師活動領域調査結果をみると、定年退職前後の年齢層にある保健師の割合は常

勤保健師、非常勤保健師ともに増加し、特に非常勤保健師における 60 歳以上の者の割合は令和 7 年度には約 4 割を占めていた。退職後の保健師の活動事例としては、都道府県における新任保健師育成、災害時対応、保健活動の指導助言役としての活動が確認された。また在宅保健師等の会による地区組織育成や保健師育成の活動、NPO 等での地域支援活動、教育・養成機関での人材育成等もあり、行政内外にわたる多様な活動への関与が確認された。

② 退職保健師の活動実態に関する調査結果

①既知見の整理を踏まえ、本調査では「退職保健師」を、定年退職者に加え、55 歳以上で自治体において概ね 20 年程度勤務した後に退職した者も含め「自治体において保健師として一定期間勤務し、定年退職等により離職した後も、豊富な知識・経験を活かして活躍が期待される保健師」と操作的に定義し、調査を実施した。調査の結果、487 自治体から回答が得られた（回答率 27.2%）。令和 6 年度中に退職保健師を活用していた自治体は全体の 59.5%であり、自治体区分別では都道府県 87.1%、保健所設置市・特別区 75.8%、市町村 54.6%であった。

退職保健師の主な活用形態は非常勤職員が 54.8%と最も多く、次いで暫定再任用職員 48.3%、有償による用務 27.6%であった。退職保健師を活用した自治体の 91.0%は自自治体で退職した保健師を活用していた。一方、19.0%の自治体では他の自治体を退職した保健師の活用もみられた。退職保健師の業務内容として、人材育成への関与がみられた自治体は 16.6%であった。また、人材育成以外にも、個別支援や事業運営への助言等に関与している自治体は 82.4%であった。いずれの場合も母子保健分野での活動が最も多かった。活用の効果・貢献としては、現場の業務負担の補完を挙げた自治体が最も多く 77.9%、次いで現場保健師の育成・技術向上への貢献 63.8%であった。活用にあたっての工夫として、現職時の経験や知識を活かせる業務への配置、担当する業務の内容や範囲の明確化などが挙げられた。活用上の課題としては、活用可能な退職保健師人材・予算の確保、職場の人間関係の調整等が挙げられた。

③ 退職保健師の働き方や活用に関するヒアリング調査結果

①で把握した活動事例、②質問紙調査結果等を踏まえ、退職保健師の活用実績がある 10 自治体を候補として選定し、承諾が得られた自治体に対してヒアリング調査を実施している。ヒアリングでは、退職保健師の活用に至った経緯、業務内容および、活用にあたっての工夫や課題等の詳細について聴取した。現在、ヒアリング調査は継続中であり、得られた内容について整理・分析を進めている段階である。

D. 考察

本事業の結果から、制度改正を背景として保健師の退職時期・退職形態が多様化する中で、現役時の経験や技術を基盤に、本人・自治体のニーズに合わせ、活動の場や内容を変化させて関与する状況が確認され、保健師が地域保健活動の担い手として一定の役割を果たしている実態が示された。退職保健師の活躍は自治体の状況やニーズに応じて多様に展開されており、専門的知識と技術に裏付けられた業務遂行に加え、経験に基づく助言や人材育成への関与、現職保健師に対する相談対応や助言を通じて、地域保健活動の継承および安定的な運営を支えている状況が整理された。一方で、こうした活用は自治体ごとの状況や工夫に委ねられている側面もあり、安定的・継続的な活用のためには、活用形態の多様性を前提とした人材確保や活用のための制度運用における条件整理が課題であることが示唆された。

E. 結論

本事業により、制度改正等を背景に保健師の退職時期・退職形態が多様化する中で、退職保健師が地域保健活動の担い手として活躍し、一定の役割を果たしている実態が明らかとなった。今後は退職保健師の活躍の拡がりを見据えた自治体や関係機関による体制や環境の整備が求められる。

F. 今後の計画

今後は、質問紙調査の集計・分析およびヒアリング調査の実施・分析を進め、退職保健師の活用に関する事例を整理し、事例集として取りまとめる。

G. 発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

小規模町村保健師人材開発のための活動報告リレー及び交流促進事業

分担事業者 牛尾 裕子（山口大学）

事業協力者

山田洋子（岐阜県立看護大学）、石川麻衣（群馬大学）、青木さぎ里（NPO 法人へき地保健師協会・自治医科大学）、太田あゆ美（NPO 法人へき地保健師協会・東京慈恵会医科大学）、村上祐里香（山口大学）、吹田晋（国立保健医療科学院）、宮前美紀（全国保健師長会・日置市役所市民福祉部）

要旨 ①小規模町村保健師の人材育成や保健師活動推進のため、同規模自治体間での情報共有や相互学習を行う、②小規模町村保健師交流プラットフォームのニーズやあり方を検討することを目的に、小規模町村保健師活動報告リレー及び情報交換会のオンライン開催と、交流プラットフォームのニーズ調査を行った。小規模町村保健師は同規模自治体と交流し情報交換する機会を求めており、交流プラットフォームの構築の必要性が示唆された。

A. 目的

市町村保健師の人材育成は、都道府県や保健所等が企画推進しているが、特に小規模町村では、中堅期以降を対象とした人材育成は十分であるとは言えない。その背景には少人数体制による研修参加困難や保健師組織の多様性等により小規模自治体の個別事情に合わせた集合研修の企画の困難さがあると考えられる。本事業の目的は、オンラインによる小規模町村保健師活動報告リレー開催などを通して、小規模町村の統括的立場の保健師が自町村の保健活動を維持発展させる方策の検討に資すること、及び小規模町村保健師ネットワークのニーズを把握し、小規模町村保健師交流プラットフォームのあり方を検討することである。本事業における小規模町村は、人口1万人未満の町村とした。

B. 方法

1 小規模町村保健師活動報告リレー

1)目的：小規模町村の保健師人材育成や保健師活動に係る課題と工夫を、都道府県、保健所及び他の小規模町村と共有する。

2)方法：小規模町村のうち様々な背景や特徴を考慮して報告自治体を選定し、オンラインで自町村における人材育成や保健活動などの課題と取り組みを発表してもらう。各回1時間。

2 小規模町村保健師オンライン情報交換会

1)目的：小規模町村の保健師が、同規模町村の保健師と交流することにより、課題や工夫を共有・情報交換し、人材育成や保健業務遂行のあり方を考える機会とする。

2)方法：オンライン上で小規模町村保健師が自治体規模やテーマ別にグループに分かれて、2時間の情報交換交流等を行う。

3 小規模町村保健師交流プラットフォームニーズ調査

1)目的：小規模町村で働く保健師間の持続可能な交流プラットフォームの必要性・目的・機能・運営方針などを明確化する。このプラットフォームでは、保健師の成長を支える人材育成支援の基盤、同規模自治体間での情報共有や相互学習を可能にするネットワーク形成の場として機能することを目指す。

2)方法：2の情報交換会に参加した保健師を対象に実務上の困りごとや必要とする支援、インターネット環境やデジタルツールの使用経験などを調査する。あわせて、情報交換会で協力意向が得られた者を対象にインタビューを実施し、情報収集やスキルアップの手段、求める支援やプラットフォームを継続的に使用するために必要な要素などを調査する。

C. 結果

1 小規模町村活動報告リレー

報告リレー3回分の延申込数は、当日視聴と

アーカイブ配信合わせて 687 件、内訳は都道府県 276 件 (40.2%)、市区町村 254 件(37.0%)、その他 157 件 (22.9%) であった。事後アンケートでは、各回 9 割以上が各報告に対し興味深い内容や活用したい取り組みがあったと回答した。各回の実施状況と当日視聴・アーカイブ配信を合わせた参加申込件数は以下のとおり。

・第 1 回開催 令和 7 年 8 月 5 日(火)

「複数保健師設置小規模町村の保健師活動」

報告自治体：埼玉県長瀨町、福井県おおい町

参加申込 291 件 (うち小規模町村 63 件)

・第 2 回開催 令和 7 年 9 月 29 日(月)

「人口 5,000 人未満規模町村の保健師活動」

報告自治体：岐阜県東白川村、富山県舟橋村

参加申込 259 件 (うち小規模町村 80 件)

・第 3 回開催 令和 7 年 10 月 16 日(木)

「極小規模自治体における特殊状況下での非常事態へのチャレンジ」

報告自治体：鹿児島県十島村、島根県知夫村

参加申込 137 件 (うち小規模町村 20 件)

2 小規模町村保健師オンライン情報交換会

活動報告リレー参加者と保健指導室だよりで開催を周知、申込を受け付けた。対象は小規模自治体の特性を考慮し統括的立場に限定せず募集した。24 人の参加で、40~50 歳代が 19 人 (79.2%)と大半を占めたが、30 歳代も 4 人 (16.7%)参加があった。係長級 9 人 (37.5%)、課長補佐級 6 人 (25.0%)、係員の立場の参加も 5 人あった。事後アンケート (23 人、回答率 95.8%) では、全員が満足又はとても満足だったと回答した。その理由には、同じ規模同士だからこそ分かり合えることがあると感じたなどが挙げられた。開催概要は次のとおり。

日時：令和 7 年 12 月 8 日(月)

内容：報告リレーの振り返り、グループ交流、全体共有

3 小規模町村保健師交流プラットフォームニーズ調査

1) 情報交換会参加者アンケート調査結果

13 人 (有効回答率 54.1%) から回答を得た。必要とする支援は、オンラインでのテーマ別勉強会(11人,84.6%)や定期的な交流会(9人,69.2%)などであった。

2) グループインタビュー結果

7 人の協力を得た。一人配置・少人数体制では、専門的な相談を自治体外部に頼らざるを得ない状況があった。庁内セキュリティ制限下で同規模・同条件の自治体間で情報共有可能な Web 上のプラットフォームが求められていた。

D. 考察

活動報告リレーの小規模町村の参加は、全国人口1万人未満町村541町村(令和6年度)に対し低い割合にとどまっている。活動報告リレー・情報交換会いずれも参加者から高い評価を得ており、特に小規模町村保健師からは同規模で交流する機会がほぼ皆無のため貴重な機会だったとの反応であった。都道府県保健師がこの問題に関心を持ち、小規模町村保健師に対しこのような機会の活用を後押しすること等が重要と考えられた。本事業では統括的立場の保健師をターゲットとして計画したが、役職のない保健師が少人数体制のなかで自治体内で保健福祉の理解が得られず苦悩する状況も把握されたことから、小規模町村を対象としたこのような事業においては統括的立場や役職者に限らずニーズがあることが考えられる。

E. 結論

小規模町村保健師の人材育成と保健活動推進のため活動報告リレーと情報交換会を開催したところ、参加者から高い評価を得たとともに、交流プラットフォームの必要性が示唆された。

F. 今後の計画

本事業の成果・意義を伝えるための普及啓発冊子の作成・発信により、小規模町村保健師対象に小規模町村保健師間交流の促進を図る。

G. 発表 なし

地域保健文献情報提供事業

分担事業者 遠藤 弘良（一般財団法人日本公衆衛生協会）

事業要旨

各自治体や保健所等の調査研究機能、企画調整機能や市町村の地域保健活動を円滑に推進するために必要な地域保健総合推進事業の報告書等の文献や調査等を通じた地域保健関係情報の提供を行った。

A. 事業目的

各自治体や保健所等の調査研究機能、企画調整機能や市町村の地域保健活動を円滑に推進するために必要な報告書、文献や調査等を通じた地域保健関係の情報を地域保健従事者への情報提供（発信）を行い、その参考に資することを目的としている。

B. 事業方法

1. インターネットによる情報提供事業
2. 地域保健に関する各種研修、シンポジウム等の案内
3. 厚生労働省保健衛生関係通知リンクの提供

C. 事業結果

1. インターネットによる情報提供事業
公衆衛生及び地域保健に係わる総合的な情報配信を行い、過去に実施した地域保健に関する各種事業及びその他の事業報告等について、電子化を行い、インターネットを通じて配信を行った。
 - ・各事業班報告書
 - ・動画配信：新興・再興感染症等対策事業「保健所・自治体感染症対策職員のための研修シリーズ 基礎編」、「(続) 知っておきたいシリーズ：感染症 4 本立て」研修動画

2. 地域保健に関する各種研修、シンポジウム等の情報提供、教材提供

以下の研修等について情報及び教材の提供を行った。

- ・保健所災害対応研修 (DHEAT 基礎編)
- ・統括 DHEAT 研修
- ・感染症危機マネジメント研修
- ・災害時の保健師等活動に関する研修
- ・全国保健師長研修会
- ・保健師等ブロック別研修会
- ・ひきこもり相談支援実践研修会
- ・行政管理栄養士政策能力向上シンポジウム

3. 厚生労働省保健衛生関係通知リンクの提供

厚生労働省から発出している事務連絡及び通知について、自治体や保健所の関係者が確認しやすくすることを目的として、次のとおりカテゴリーに分けて整理し提供した。

- ①保健所
- ②HER-SYS
- ③IHEAT
- ④入国関係
- ⑤補助金等
- ⑥検査
- ⑦医療、中和抗体等
- ⑧高齢者、福祉施設等
- ⑨診療報酬
- ⑩災害

国際協力事業

分担事業者 和田 耕治（一般財団法人 日本公衆衛生協会）

研究要旨

世界公衆衛生協会連盟（World Federation of Public Health Associations：WFPHA）に加盟し、各国の諸施策を把握するとともに情報収集、交換を行った。

これに併せて、公衆衛生活動における国際協力事業を推進するために「Public Health of Japan 2025」を作成し、会議等で配布することにより、日本の公衆衛生活動の推進に活用した。

また、地域保健の推進に対処するため、ベトナム保健省等の保健医療事情調査を実施し、感染症対策、結核対策や認知症施策等について調査するとともに、公衆衛生に関する様々なテーマに基づいて、関係者と情報収集・意見交換を行った。

A. 研究目的

わが国の公衆衛生は、我が国の平均寿命が世界第一位にまで延伸されたことでも明らかであるように、過去の実績が高く評価され、各国から国際協力事業が要請されており、各国との連携を密にしてその国際的役割を果たしていくべきものである。

また、世界から求められている日本での公衆衛生活動を事例提供するとともに、各国の諸施策の把握や情報収集、交換を行うことによりグローバルな観点からわが国の公衆衛生について検討する。

B. 研究方法

1. 「Public Health of Japan 2025」の作成
2. 世界公衆衛生協会連盟（WFPHA）年次総会への参加
3. ベトナム保健医療事情調査の実施

C. 研究結果

1. 「Public Health of Japan 2025」の作成
日本の公衆衛生活動を英訳し、世界公衆衛生協会連盟等の関係機関へ配布し、日本の公衆衛生事情について情報提供した。
2. 世界公衆衛生協会連盟（WFPHA）年次総会への参加
下記のとおり、年次総会に参加し、各国の諸施策を把握すると共に、情報収集、交換を行った。
【日時】2025年5月18日
【場所】WFPHA事務局（ジュネーブ）

3. ベトナム保健省等の保健医療事情調査

2026年1月12日～16日保健所等に勤務する公衆衛生医師により、ベトナム保健省や関係機関を訪問し、感染症対策、地方の公衆衛生・医療機関の機能等、国際機関における保健医療事情を調査すると共に、下記テーマに基づき、関係者と情報収集・交換を行った。

- ①全国及び地方の公衆衛生及び医療体制について
- ②新型コロナウイルスパンデミック後の新興感染症対策について
- ③各種感染症、特に結核の治療の現状や海外に働きに行く人の出国前検診について
- ④その他、高齢者対策や Non-communicable disease 対策、Planetary health、One health など近年の国際的公衆衛生課題について

〔施設・活動見学〕

ベトナムにおける保健医療の現場を視察することにより、両国の理解と交流を深めた。

- ①バクマイ病院
- ②高齢者施設 New Horison
- ③在ベトナム日本大使館
- ④国立肺病院
- ⑤国立疫学研究所
- ⑥ワクニン省保健局、疾病予防センター（CDC）
- ⑦ワクニン省病院（元郡医療センター）等

令和7年度

地域保健総合推進事業発表会 抄録集

発行所 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

