

自治労資料2023第65号  
2023年12月15日～16日  
東京・T O C 有明  
ウ ェ ブ 併 用



# 2024年度 地域保健・精神保健セミナー レジュメ・資料集



全日本自治団体労働組合



# 目 次

## I 全体会

### 1. 基調提起・情勢と課題

「特徴的な情勢と課題」

自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹 …… 11

### 2. 講演

#### ① 「保健所や地方衛生研究所に求められる役割について」

川崎市健康安全研究所 所長 岡 部 信 彦さん …… 23

#### ② 「これからの地域の健康について」

医療法人社団悠翔会 理事長 佐々木 淳さん …… 53

### 3. 現場報告

大阪府本部 大阪市職員労働組合 市 川 一 夫さん …… 89

### 4. 国会レポート

自治労協力国会議員 参議院議員 岸 真紀子さん …… 109

## II 分科会（地域保健分科会）

### 1. 講演

「保健師の役割の再考 地域保健対策の推進と保健師マネジメント力」

武蔵野大学 看護学部 学部長 教授 中 板 育 美さん …… 114

### 2. 現場報告

岩手県本部 北上市職員労働組合 菅 原 奈保子さん …… 128

3. グループワークの進め方 …… 141

## III 分科会（精神保健分科会）

### 1. 講演

「身体拘束の現状から考えられること ～課題を捉え、我々は何をすべきか？」

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻  
教授 長谷川 利 夫さん …… 146

### 2. 現場報告

大阪府本部 中宮病院労働組合 加 藤 武 司さん …… 204

3. グループワークの進め方 …… 214

#### IV 分科会（保健所・地方衛生研究所分科会）

##### 1. 講演

「これからどうなる？ 保健所の役割」

島根県健康福祉部 医療統括監 谷 口 栄 作さん …… 218

##### 2. 「現場アンケートから見えた公衆衛生職場の課題と今後の取り組み」

自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹 …… 243

##### 3. グループワークの進め方 …… 254

#### V 資料・その他

##### 1. 政府関係資料 …… 257

##### 2. 報道資料 …… 277

#### 2024年度衛生医療評議会 アンケート調査

##### 1. 「2024年度衛生医療評議会 組合員アンケート調査」ご協力のお願い …… 286

##### 2. 「2024年度 衛生医療評議会 薬剤師の処遇に関する施設アンケート調査」

ご協力のお願い …… 287



## スケジュール

【第1日目（全体会）】 2023年12月15日（金） 13：00～17：00

テーマ：「ともに考えよう！ これからの地域の健康」

<スケジュール>

12：30～ 受付開始・接続テスト

13：00～13：15 開会・あいさつ

13：15～13：35 基調提起

自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹

13：35～14：40 講演Ⅰ「保健所や地方衛生研究所に求められる役割について」

川崎市健康安全研究所 所長 岡 部 信 彦さん

— 質 疑・休 憩 —

14：50～15：50 講演Ⅱ「これからの地域の健康について」

医療法人社団悠翔会 理事長 佐々木 淳さん

15：50～16：20 現場報告

大阪府本部 大阪市職員労働組合 市 川 一 夫さん

16：20～16：50 国会レポート

自治労協力国会議員 参議院議員 岸 真紀子さん

16：50～17：00 まとめ・閉会

【第2日目（分科会）】 2023年12月16日（土） 9：30～13：00

◆第1分科会 地域保健分科会「これからどうする？ 保健師の地域活動」

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～10：45 講演「保健師の役割の再考 地域保健対策の推進と保健師マネジメント力」

武蔵野大学 看護学部 学部長 教授 中 板 育 美さん

10：45～11：30 現場報告

岩手県本部 北上市職員労働組合 菅 原 奈保子さん

— 休 憩 —

11：45～12：45 グループワーク

12：45～12：55 グループワーク報告

12：55～13：00 まとめ・閉会

◆第2分科会 精神保健分科会「身体的拘束の現状から精神医療現場の課題を考える」

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～10：45 講演「身体拘束の現状から考えられること

～課題を捉え、我々は何をすべきか？」

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻

教授 長谷川 利 夫さん

10：45～11：15 現場報告

大阪府本部 中宮病院労働組合 加 藤 武 司さん

— 休 憩 —

11：30～12：30 グループワーク

12：30～12：50 グループワーク報告

12：50～13：00 まとめ・閉会

◆第3分科会 保健所・地方衛生研究所分科会「どうなる？ これからの保健所の役割」

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～10：45 講演「これからどうなる？ 保健所の役割」

島根県健康福祉部 医療統括監 谷 口 栄 作さん

10：45～11：15 「現場アンケートから見えた公衆衛生職場の課題と今後の取り組み」

自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平 山 春 樹

— 休 憩 —

11：30～12：30 グループワーク

12：30～12：50 グループワーク報告

12：50～13：00 まとめ・閉会

## オンライン参加にあたっての注意事項

### 1. 【重要】ミュート（マイクオフ）設定のお願い

参加者は質疑応答などを除いて、ミュート（マイクオフ）の設定でのご参加をお願いします。

### 2. 参加登録名について

参加者確認のため、Zoomの登録名は「県本部番号・県本部・苗字」で表示して下さい。  
また、県本部の前に、下記の県番号の表記をお願いします。

例：29和歌山・小森

北海道	01	北海道		26	滋賀
東北	03	青森	近畿	27	京都
	04	岩手		28	奈良
	05	宮城		29	和歌山
	06	秋田		30	大阪
	07	山形		32	兵庫
	08	福島		中国	33
09	新潟	34	広島		
関東甲	10	群馬	35		鳥取
	11	栃木	36		島根
	12	茨城	37		山口
	四国	13	埼玉		38
		14	東京	39	徳島
		15	千葉	40	愛媛
		16	神奈川	41	高知
	17	山梨	九州	42	福岡
北信	18	長野		43	佐賀
	19	富山		44	長崎
	20	石川		45	大分
	21	福井		46	宮崎
東海	22	静岡		47	熊本
	23	愛知		48	鹿児島
	24	岐阜		49	沖縄
	25	三重	60	社保労連	

### 3. 接続確認について

セミナー当日は、全体会は12時30分頃よりZoomへの入室が可能となります。入室いただきましたら、①画像が見えるか、②音楽が聞こえているかを確認してください。不具合がある場合は、（当日専用連絡先）090-1611-4840までお問い合わせ下さい。

## 参加者アンケートについて

参加者アンケートへのご協力をお願いいたします。アンケートの入力時間を設けておりますので、スマートフォンやタブレットで下記のQRコードを読み取ってアンケートページへ進んでください。

12月15日 全体会



12月16日 分科会



地域保健分科会



精神保健分科会



保健所・地方衛生研究所分科会

# I 全体会

## 1. 基調提起・情勢と課題





## 基調提起・情勢と課題

### 地域保健・精神保健セミナー開催趣旨

新型コロナウイルス感染症は、公衆衛生や医療に携わる私たちの生活・働き方に大きな影響を及ぼしました。私たちは感染拡大が続く中、差別や偏見、過酷な労働環境といった多くの課題に直面しながらも、「住民のために、患者のために、家族のために」と真摯に取り組んできました。2023年5月8日に感染症法上の位置付けが5類に変更され、保健所や地方衛生研究所におけるコロナ関連業務は軽減されました。今後はコロナ対応における課題を改めて整理し、新たな新興感染症の発生に対応できるよう、予防計画を基に平時から体制強化をはかっていくことが求められています。

また、2024年度から始まる「健康日本21（第三次）」では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小が最重要目標とされ、市町村には目標達成にむけた対応が求められています。一方で、現場においては長期にわたるコロナ対応により保健師の地域活動が停滞したことで、ノウハウの継承や人材育成にも影響を及ぼしています。慢性的な人員不足や予算削減、連携不足がこれらの問題に拍車をかけ、地域保健が求められる役割を果たしていくには乗り越えなければならない課題が山積しています。今だからこそ、コロナ禍の経験を踏まえ、今後、求められる保健所の役割や保健師の地域活動のあり方について、保健所職員自らが考えていく必要があります。

医療現場においては、5類見直しにより財政支援は縮小される一方で、引き続きのコロナ対応によりクラスターが発生するなど医療の逼迫が深刻です。さらに、精神科病院では、長期入院や人権侵害などコロナ感染拡大以前からの問題が解決されていません。一般科に比べて職員数が少ないことなど精神医療を取り巻く特有の背景が一因となっているとの指摘もあります。

本セミナーでは、これらの課題について、地域保健・精神保健の現場が今後どうあるべきか、ともに考え、学び合い、これからの評議会運動につなげていきたいと思えます。

## 特徴的な情勢と課題

### 新型コロナウイルス感染症の状況と医療提供体制について

2019年12月に最初の症例が確認されて以来、210を超える国・地域で感染が報告された新型コロナウイルス感染症の感染者はWHOの集計によると、2023年3月10日の集計では、全世界で6億7,657万人を超え、死者数は688万人を超えています。国内の感染者数は2023年5月9日時点で3,380万人を超え、死者数は74,694人となっています。

2023年5月8日から新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類が5類に見直され、患者数の把握方法は全数把握から定点観測になっています。5類見直し後、夏に感染者が増加し、第36週（9月4日から9月10日）には、定点当たりの感染者数は、全国で20.19となりました。その後、感染者は減少し、第45週（11月6日から11月12日）には2.01まで減少しています。この冬の感染拡大も予想されることから、医療現場では引き続き感染症対応が求められています。本部は、感染症対応を行う医療機関に対する財政支援を関係省庁に引き続き求めています。

### ポストコロナ医療体制充実宣言について

厚生労働省は2023年11月6日、日本医師会など医療関係8団体と意見交換会を開き、次の感染症拡大に備えて、「ポストコロナ医療体制充実宣言」をまとめています。宣言では、医療機関の厳しい経営状況が続いていた中で新型コロナウイルスの感染拡大が起こり、医療従事者はこの3年間、新型コロナウイルスに対応し、日本における死亡者数は相対的に低く抑えられてきました。一方で、著しい感染者の増加により、感染流行初期等において医療の逼迫を招いたことから、医療提供体制において新興感染症への平時からの備えが必要であることが明らかとなったとしています。次の感染拡大への備えとして、今後の取り組みの大きな柱は、新興感染症対応と医療DXの推進の2つとなっています。

新興感染症対応では、いわゆるサージキャパシティ（緊急時の対応能力）の確保にむけ、改正感染症法に基づき、医療機関と都道府県が協定締結の協議を行い、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画することとしています。また、政府が2023年11月2日に決定した経済対策による医療機関への支援策を確実に講じ、医療機関等は、個室病床、ゾーニング可能な病棟、簡易陰圧装置等の整備や个人防护具等の備蓄、検査機能の維持や感染症対応人材の確保に取り組むとしています。こうした取り組みにより、2024年4月までにまとめる都道府県の予防計画・医療計画で、感染症流行初期の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1,500施設の発熱外来などを確保。それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万施設の発熱外来などを確保する

方針を盛り込んでいます。

医療 DX の推進については、新型コロナ対応の教訓も踏まえ、診療情報等を全国的な規模で共有可能とする全国医療情報プラットフォームを構築するとともに、マイナ保険証の利用を促進することで、感染症危機も含めて、全国いつ・どの医療機関等にかかっても、切れ目なくより質の高い医療を提供することを可能とするとしています。電子カルテ情報共有サービス（仮称）の構築、電子処方箋の活用・普及の推進、医療機関におけるサイバーセキュリティの確保に取り組むとしています。看護業務についても医療 DX の推進等により効率化をはかるとしています。

電子処方箋の導入に関しては、医療機関や薬局の円滑な導入にむけた環境整備が求められています。11月17日に開催された「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チームにおいて、厚生労働大臣は公的病院に対し「マイナ保険証」の活用推進を求めています。電子処方箋は2023年1月から運用開始され、2023年11月12日時点でオンライン資格確認を導入している約20万施設のうち9,749施設で稼働していますが、導入率は4.78%にとどまっています。普及が進まない背景には、導入時のシステム改修費用の費用負担があります。医療機関の費用負担が生じないよう関係省庁に対して働きかけを行ってまいります。

### 感染症対応の予防計画について

改正感染症法の2024年4月1日施行にむけて、厚生労働省は2023年5月26日、「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」の改正告示及び、都道府県等の感染症予防計画の数値目標を定める改正省令を公布しています。同日付で通知された「都道府県、保健所設置市及び特別区における予防計画作成のための手引き」では、新型コロナウイルス感染症の第6波と同規模の感染の拡大が生じた際にも保健所業務の逼迫が生じないよう、保健所の体制整備の数値目標として「保健所における流行開始から1カ月間において想定される業務量に対応する人員確保数」を揚げ、保健所ごとの確保数の内訳も記載することとしています。「IHEAT 要員の確保数」の数値目標も設定され、即応人材を確保するために研修受講者数を把握することになっています。

地方衛生研究所等の体制整備では、地域保健法の改正により調査研究、試験検査、感染症に関連する情報収集・分析・提供、研修機能の確保が必要とされています。2023年度地方財政計画では、感染症法の改正を踏まえて、保健所等の恒常的な人員体制強化をはかるため、感染症対応業務に従事する保健師を約450人増員（2,700人から3,150人）し、保健所及び地方衛生研究所の職員をそれぞれ約150人増やす予算措置がされています。単組は、保健衛生機関の体制整備・機能強化、過重労働軽減のために、保健師および各専門職、事務職員の人員確保や

自治体との連携強化に取り組む必要があります。また、本部は保健所や地方衛生研究所の体制強化にむけ、更なる人員確保を国にも求めていきます。

### 健康日本 21（第三次）について

厚生労働省は、生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題についての目標を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり対策として、2000年度から「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」を推進しています。2013年4月からは、その第2期目として「全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」を掲げ、「健康日本 21（第二次）」が開始されています。「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」「健康を支え、守るための社会環境の整備」など5つの基本方針を定め、53項目の目標を設定。2022年10月には、第二次の最終評価が行われ、報告書が取りまとめられました。この最終報告を踏まえ、栄養部会では次期健康プラン策定へ向け、検討が進められてきました。

これまでの「健康日本 21」の成果として、基本的な法制度の整備や仕組みの構築、自治体、保険者、企業、教育機関、民間団体など多様な主体による予防・健康づくり、データヘルス・ICTの利活用、社会環境整備、ナッジやインセンティブといった、新しい要素の取り込みがありました。こうした諸活動の成果によって、健康寿命は着実に延伸してきました。一方で、第二次の最終評価において下記の課題が指摘されています。

- ・一部の指標、特に一次予防に関連する指標が悪化している
- ・全体としては改善していても、一部の性・年齢階級別では悪化している指標がある
- ・健康増進に関連するデータの見える化・活用が不十分である
- ・PDCA サイクルの推進が国・自治体とも不十分である

加えて、次期計画期間では、次のような社会変化が予想されます。

- ・少子化・高齢化がさらに進み、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加する
- ・女性の社会進出、労働移動の円滑化、仕事と育児・介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じ社会の多様化がさらに進む
- ・あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーション（DX）が加速する
- ・次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応が進む

そこで次期プランでは「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を「ビジョン」とし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりを展開（Inclusion）する ②より実効性をもつ取り組みの推進（Implementation）を行う、としています。



目標設定については、「健康日本 21（第二次）」では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとの考え方から 53 項目が設定されました。「健康日本 21（第三次）」においてもこの考えを踏襲し、全体で第二次と同程度の 50 項目程度としています。「健康日本 21（第三次）」の計画期間は、関連する計画【医療費適正化計画：6 年、医療計画：6 年、介護保険事業（支援）計画：3 年】と計画期間をあわせることとしています。各種取り組みの健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要することなどを考慮し、2024 年度から 2035 年度までの 12 年間としています。目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、計画開始後 6 年（＝2029 年）を目途に全ての目標について中間評価を行い、そして計画開始後 10 年（＝2033 年）を目途に最終評価を行う予定です。

## 2024 年度診療報酬改定について

診療報酬は 2 年に 1 度改定が行われ、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬は 3 年に 1 度改定が行われます。2024 年 4 月は、医療、介護、障害福祉サービスについて同時に改定されるトリプル改定の年です。この機会に制度間の調整が行われるため、重要かつ大規模な改定となります。また、2025 年は「地域医療構想」の最終年であり、次期改定は地域医療構想も踏まえた内容となります。

通常の診療報酬改定のスケジュールでは、2 月初旬に答申が行われ、3 月初旬に告示、4 月に施行、5 月に初回請求とされてきました。そのため、改定期間は実質 2～3 ヶ月と短く、電子カルテやレセコンベンダの改定作業ならびに、医療機関・薬局等の改定作業が逼迫し、大きな負担がかかってきました。そこで、中医協総会において、2023 年 4 月及び 8 月に議論が行われ、2024 年度診療報酬改定より、薬価改定については「4 月 1 日」に施行し、薬価改定以外の改定事項については、「6 月 1 日」に施行することになりました。

2024 年 4 月から医師についての時間外労働の上限規制が適用され、働き方改革に向けた継続的な取り組みが求められる中、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取り組み（柔軟な勤務体制、デジタルツールの活用、タスク・シフト/シェアなど）や、診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の評価のあり方が議論されることとなります。

医療 DX については、医療 DX 推進本部でまとめられた「医療 DX の推進に関する工程表」に沿って進められていくことが示されています。同工程表において「全国医療情報プラットフォーム」に関し、2024 年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大するとしています。また、オンライン資格確認の今後の範囲拡大として、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療、地方単独の医療費助成などの情

報を順次マイナンバーカードと紐付けを行っていくとともに、次の感染症危機に対しても対応を進めるとしています。

「診療報酬改定 DX」については、まず 2024 年度に医療機関等の電子カルテやレセコンの共通言語となるマスタ及びそれを活用した「電子点数表」を改善・提供して共通コストを削減していくとしています。次に、2026 年度には、「共通算定モジュール」を本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した「標準型レセコン」や「標準型電子カルテ」の提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化するとしています。工程表によると、わが国の情報共有基盤として、「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められ、情報の標準化・効率化のために「標準型レセコン」や「標準型電子カルテ」を提供していくことが想定されています。

次期改定のポイントは、医療機関間、医療と介護（障害）の「情報連携」と、それを効率的に進めるための「医療 DX の推進」です。また、医師の働き方改革が始まることから、「(デジタルツールを活用した) 業務効率化」と「タスク・シフト/シェア」も重要となります。診療報酬の次期改定を予測し、その準備を早期に進めることが必要です。改定率に関しては、物価高騰や賃上げに見合う実質のプラス改定となるよう省庁・国会対策を行っていきます。

### 身体的拘束の課題について

これまで、身体的拘束に関する議論は、精神科病院における問題を中心として取り上げられてきました。しかし、2024 年度診療報酬改定にむけた議論の中で、急性期病棟や回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の問題が議論されています。2023 年 11 月 15 日の中医協総会では、機能回復をめざしている回復期リハビリテーション病棟において、機能低下につながる身体的拘束が一定程度行われている状況が報告されました。

ほとんどの病棟・病室では、身体的拘束の実施率は 0～10%未満 (0%を含む) が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約 5 割となっています。一方で、身体的拘束の実施率が 50%を超える病棟・病室も一定程度存在します。いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なっています。「認知症あり」の患者の場合、約 2～4 割に身体的拘束が行われ、「認知症なし」の患者では、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は 1 割以内となっています。

身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、これらが約 9 割を占めています。小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高

くなっています。身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時（24時間連続）であり、療養病棟の患者は、他の入院料を算定する患者に比べ、常時（24時間）拘束している患者がやや多い結果となっています。回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症患者が多い結果となっています。

以上の調査結果から、身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があります。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があります。中医協の議論では、身体的拘束をなくしていくべきという点で意見は一致していますが、「身体的拘束ゼロに積極的に取り組んでいくべき」や「転倒・骨折予防のためにやむを得ず身体的拘束を行うケースもある」など意見が出されています。また診療報酬上の評価については、「身体的拘束ゼロに向けた取り組みを加算などで評価していく」や「身体的拘束を行った場合の入院料等の減算を行っていくこと」など様々な手法が議論・検討されています。

現場においては、人員不足が大きな課題となっています。患者ケアや見守りに必要な人員確保、ICTの活用などによる現場職員の負担軽減もあわせて議論していく必要があります。

### 看護補助者の処遇改善について

政府は2023年11月6日、介護保険サービスの公定価格である介護報酬を2024年度から引き上げ、プラス改定とする方向で調整に入っています。報酬改定が実施されるまでは、2024年2月から介護職員と看護補助者の賃金について月額6,000円引き上げる措置を行うとしています。民間企業を中心に賃上げが進む中、人材流出が続いている介護分野と他産業との間で開いた待遇差を埋めることが目的です。

月額6,000円引き上げる措置は、関連経費を2023年度補正予算案に盛り込み、2024年2～5月は介護職員や看護補助者を対象に賃上げを行った事業所や医療機関を対象に、1人当たり月額6,000円の賃上げに相当する額を政府が都道府県を通じて補助するとしています。事業所や医療機関は、処遇改善計画書などを都道府県に提出し、補助金を受け取ることとなります。2024年6月以降は報酬改定で恒久的な賃上げにつなげることを想定しています。

本部は、補助金の詳細や診療報酬の取り扱いについて情報収集を行います。単組においては、看護補助者の処遇改善が確実に行われるよう取り組みが必要です。

## 定年引き上げにむけた取り組み

2023年4月1日から公務員の定年年齢が引き上げられました。60歳以降の働き方や夜勤や呼び出し対応、休日出勤などの取り扱い、役職定年者の働き方など、医療現場では具体的な運用についてまだ決まっていない単組があります。単組は、職場の課題を明確化するとともに、看護問題対策委員会を中心に作成した「定年の段階的引き上げに向けたモデル要求書」（自治労情報第0082号/2022年4月26日）を参考に取り組みを進める必要があります。

医療現場では一般行政職に比べ、定年まで働き続けられない職場が多くあります。定年引き上げの議論とあわせて、健康で働き続けられるように労働環境の改善について求めていく必要があります。

## 組織強化・拡大にむけた取り組み

5類見直し後も、医療現場では引き続き感染症対応に対する役割や機能が求められています。現場に過剰な負担を強いることがないよう、人員確保や労働環境の改善にむけては労働組合の役割が一層重要になっています。

課題改善のためには現場の声を集めることが重要であり、それには組合組織率の向上が不可欠です。そのためには、組合の活動を組合員に理解してもらい、関心を持ってもらうための、適切な情報発信が求められます。

衛生医療職場では離職や人員不足のため、新規採用者や中途採用者が増加しているケースもあります。新規採用者の100%組合加入をめざすことが重要です。衛生医療評議会の2023年8月の調査では、全体の組織率が低い単組では、新規採用者が加入届を取り下げる事例が約21%あったという結果が出ています。現在の未加入者対策、役職定年者の組合加入、会計年度任用職員（非正規労働者）の組織化も必要となります。

組織拡大・強化のためには労働組合の意義や活動を知ってもらうことが必要で、「じちろう共済」や「マイカー共済」を積極的に活用することも有効です。組合未加入の職員に対して、粘り強く声をかけ、全員が組合に加入するように働きかけることが必要です。

## 第27回参議院選挙における「岸まきこ」の勝利にむけた取り組み

自治労は第97回定期大会（2023年8月）で、2025年7月の第27回参議院選挙において、現参議院議員の「岸まきこ」さんを全国比例区から自治労組織内候補として擁立することを決定しました。

私たちは、地方公務員の行政や公立医療機関の職場、関連する民間などの職場の組合員で構成されています。そして、私たちの職場や現場の課題を、私たちの代表である国会議員や地方議員を通じて、政治の場に反映させさまざまな改善



につなげています。「岸まきこ」さん必勝の取り組みは、自治労の影響力を内外に示すとともに、組織の存亡をかけたたたかいであることを全体で再確認しなければなりません。組合員・公共サービスの現場の声を国政に届けることをめざし「岸まきこ」の必勝にむけ、自治労衛生医療評議会の総力をあげて取り組みを進めましょう。

## 最後に

新型コロナウイルスの感染症法上の分類が 5 類に見直されて以降、コロナ前の生活が徐々に戻りつつある一方で、夏場の感染拡大とコロナ以外のさまざまな感染症が同時に流行したことにより、医療の逼迫が懸念されています。冬の感染拡大も予想されます。今後も新興感染症へ備え、安定した地域医療を提供していくためには、財政支援の継続や拡大、公衆衛生職場と医療従事者の処遇改善・労働環境の改善を求めていかなければなりません。

労働環境の改善には、人員の確保はもちろん、賃金の改善、労働時間の適正化、教育・研修制度の充実、各種ハラスメント対策などが必要です。また、組合員一人ひとりが抱える課題に寄り添うことで組合への結集力が高まり、組合の組織力向上や現場の声の集約が課題解決に繋がります。地域医療の充実と衛生医療職場で働く組合員が定年まで健康で働き続けられる職場をめざし、全国の自治労組合員が一丸となって取り組みましょう。



## 2. 講演



自治労・衛生医療評議会  
2024年度地域保健・精神保健セミナー

講演1  
保健所や地方衛生研究所  
に求められる役割について



川崎市健康安全研究所

岡部信彦

2023年12月15日  
(TOC有明)



COI開示

岡部 信彦

発表者が所属している各学会が示している開示すべきCOIについて、本学会規程を含み、本日の発表に関連して開示すべきCOI関係にある企業はありません

## ご依頼いただいた講演内容

コロナ禍を経験し、明らかとなった課題と今後求められる役割や予防計画、保健所や地方衛生研究所の体制強化や連携について

## 保健所の役割

主要な役割は、地域の医療機関や市町村保健センター等の活動を調整して地域住民に必要なサービスを提供する仕組みづくりや、健康危機管理の拠点となること。

保健所は、地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点と位置づけられる施設です。

難病や精神保健に関する相談、結核・感染症対策、薬事・食品衛生・環境衛生に関する監視指導など専門性の高い業務を行っています。

# 保健所の役割

## 健康に関すること

- 人口動態統計や地域保健に関わる統計の作成
- 医療・医薬品相談
- **結核、新型インフルエンザなど感染症の予防対策**
- エイズ・難病対策

## 精神保健福祉に関すること

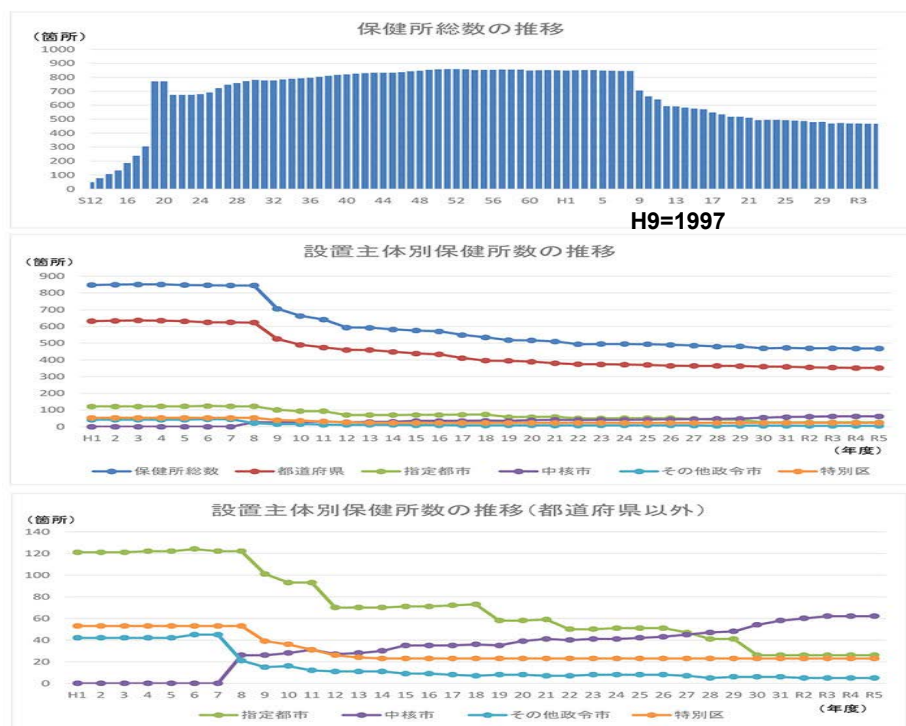
- 統合失調症、うつ病などの精神疾患、ひきこもりやアルコール依存症など心の健康相談を電話・窓口で相談。  
相談内容により関係機関・医療機関などへの紹介

## 生活衛生に関すること

- 食品衛生、食中毒等の検査、環境衛生、水質調査に関する業務
- 食品関係施設の営業許可や調理師免許等

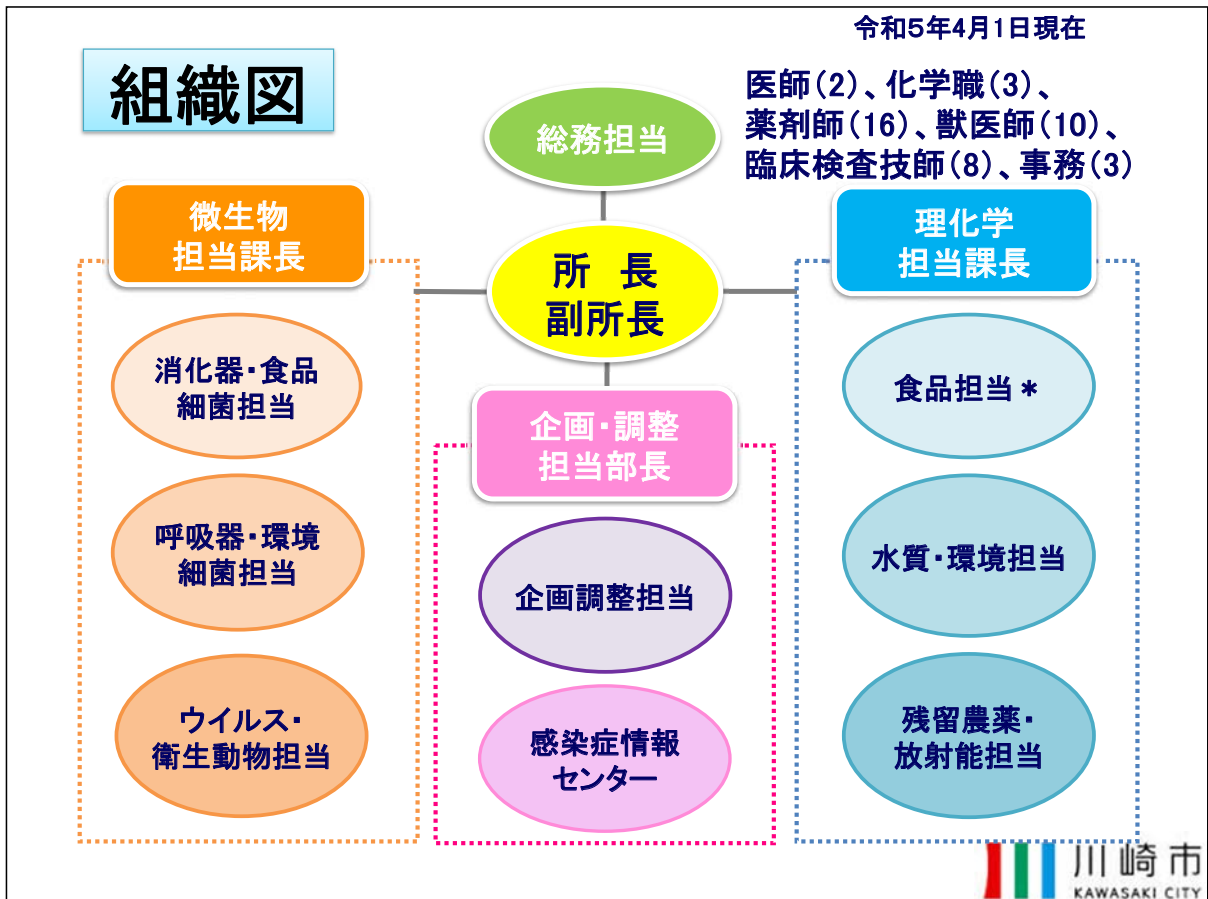
2020年12月15日版 全国保健所長会

保健所数の推移（厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ）  
令和5年4月1日現在



川崎市健康安全研究所は  
地方衛生研究所(地衛研)の一つで、  
政令指定都市である川崎市に設置されています

- ・地方衛生研究所は地域保健対策を効果的に推進し、**地域の公衆衛生向上・増進のため設置**されています。
- ・「**試験検査、調査研究、研修指導、公衆衛生情報の収集・解析・提供**」と「**食の安全安心**」、「**健康危機管理**」等の業務を実施しています。
- ・都道府県・政令指定都市、一部の**中核都市・特別区**などに**84機関**(令和5年4月現在)あります。
- ・衛生研究所、環境保健研究所、健康安全センター、環境保健センター、衛生試験所等、名称はさまざま。





# 地方衛生研究所の機能低下

～22年2月地方衛生研究所業務アンケート結果～

- 平成15年～20年の5年間で著しい機能低下

- 職員数……13%減
- 予算……30%減
- 研究費……47%減

- 原因

- 地方財政の悪化
- 団塊世代の退職
- 地方分権の流れ

地研間の格差

小澤会長スライド

平成21(2009)年5月18日  
防衛医大川名明彦教授  
提供



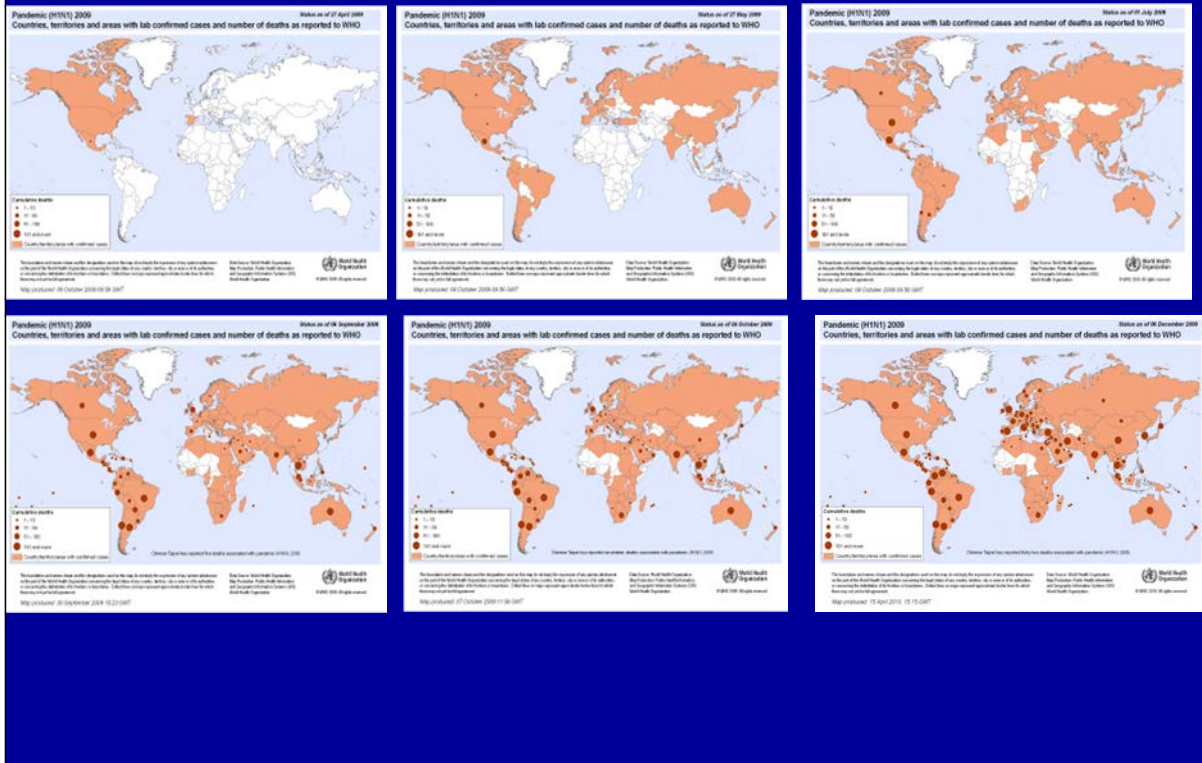
## 陰圧病室足りず

大阪府高校の男子 通病インフルエンザのるまよ至急検討すべき  
生徒一人 生徒一人  
大阪府は「(一)新型に對 発熱外来に 開業医も加 添付が開始 された。また、(二)ワクチンは生 産力もあり、国民全 体に行き渡らない。 野口博史部長は「(三) 求められる」と警鐘を 鳴らした。 野口博史部長は「(三) 求められる」と警鐘を 鳴らした。 野口博史部長は「(三) 求められる」と警鐘を 鳴らした。

## マスクの街

スーパーや鉄道 スーパーや鉄道  
新型インフルエンザの社 感染が大阪府でも確認さ されたのを機に、スーパーの動 やコンビニ、鉄道各社は 十七日、神戸市内を中心 に向けた従業員のマスクの 着用を、大阪府や京都府で、 などにも拡大した。十八日 日から通常業務を再開すな る企業も、ラッシュ時間帯 を避けた会社など対策の一 検診を本格化させた。 大手スーパーのイオン、一 社は神戸市や兵庫県高尾市で、 に加え、大阪府豊中市、を 同業本市のジャスコ、タ イエー、サティなどマと販 スク館を義務付けた。

# Influenza Pandemic H1N1 2009 2009.4.-12.

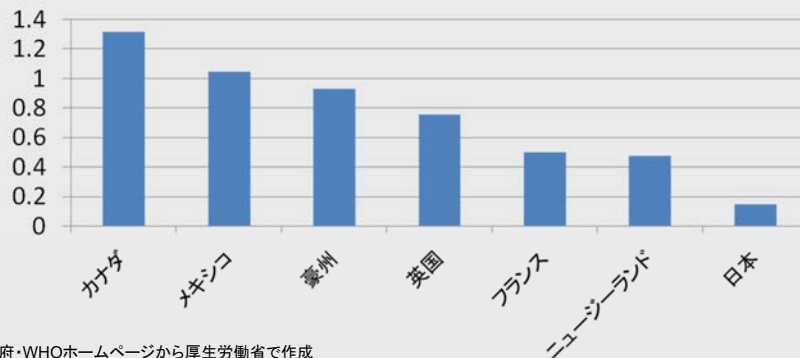


## 新型インフルエンザによる死亡率の各国比較

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	フランス	NZ	日本
集計日	2/13	3/13	3/12	3/12	3/14	3/16	3/21	3/23
死亡数	推計 12,000	429	1,111	191	457	309	20	198
人口10万対 死亡率	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.50	0.48	<b>0.16</b>

※尚、各国の死亡数に関してはそれぞれ定義が異なり、一義的に比較対象とならないことに留意が必要。

### 死亡率



出典：各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

## 日本の新型インフルエンザ —死亡率はG7の中でも最低—

- 皆が知っていて注意をした
- 個人衛生レベルが高い
- 医療機関への受診が容易
- 医療費が安い
- 多くの人が結局まじめに取り組んだ……
- **通常の医療体制の延長では危機管理としての対応が出来ない、  
と言う認識を各方面が持つべき**

### 新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議 報告書 (委員長・金澤一郎) 平成 22 (2010)年 6 月 10 日

#### 提言

【病原性等に応じた柔軟な対応】

【迅速・合理的な意思決定システム】

【地方との関係と事前準備】

【感染症危機管理に関わる体制の強化】

\* 保健所、地衛研、感染研等

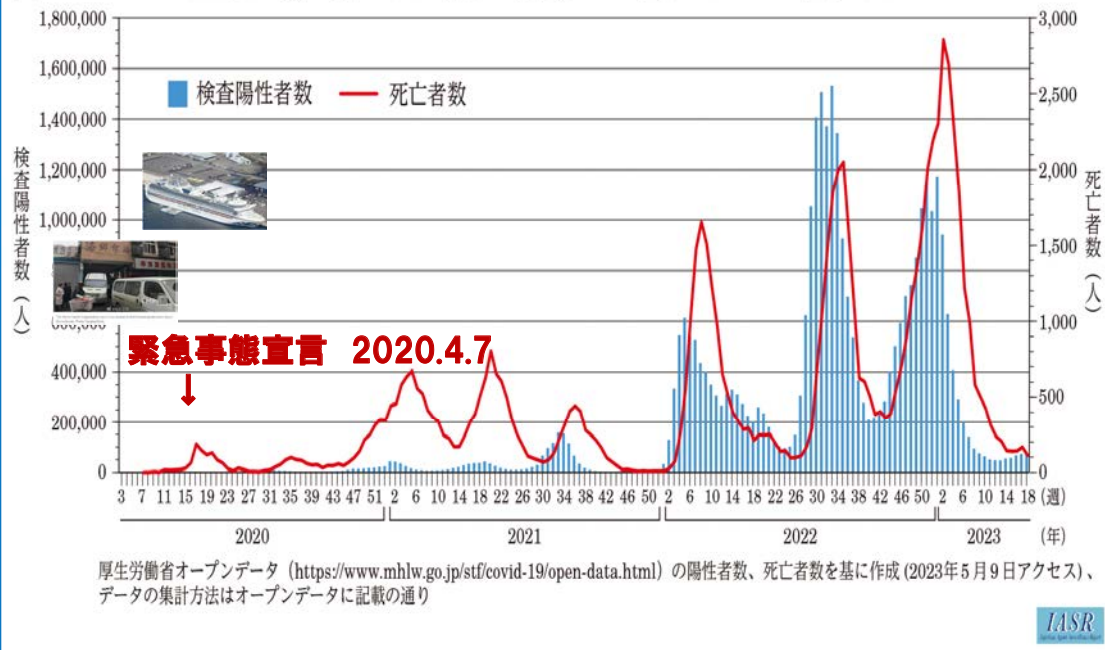
【法整備】

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkakukansenshou04/dl/infu100610-00.pdf>

**見直しをする機会がなかった !!**

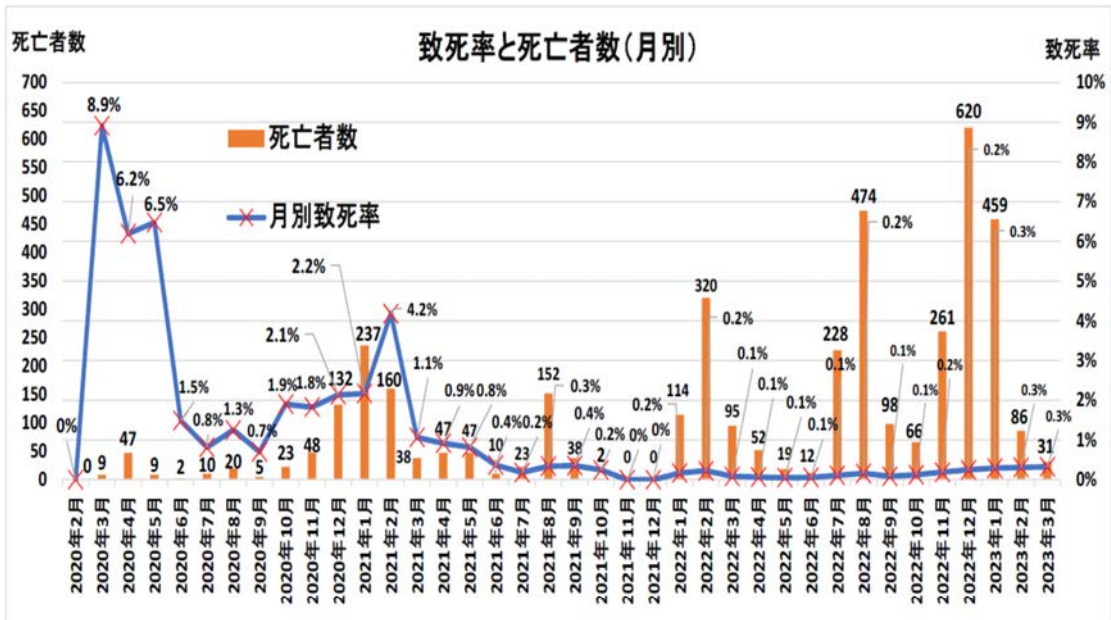


図1. COVID-19週別検査陽性者数と死亡者数の推移, 2020年第3週~2023年第18週



Data Source : IASR Vol.44 P.99-100 2023.7

5/29集計



※2023年3月は、2023年3月26日以降の陽性者を除いています

Data Source : 第73回埼玉県新型コロナウイルス感染症専門家会議 2023.6.13 資料

# 国内 COVID-19 感染者数・死亡者数

	感染者数	死亡者数	致死率
2020年	234,109人	3,459人	1.48%
2021	1,492,874人	14,926人	1.00%
2022	27,225,973人	38,881人	0.14%
2023 (5.7まで)	4,573,857人	17,390人	0.38%

参考値: 季節性インフルエンザ(1シーズン)

数百万人~1千数百万人 1万人(超過死亡) 0.05~0.006%

Data Source : <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html>

調査期間中に日本赤十字社の献血ルーム等を訪れた献血者

測定項目 抗 N 抗体

献血時の検査用検体の残余血液を用いた新型コロナウイルスの抗N抗体保有割合

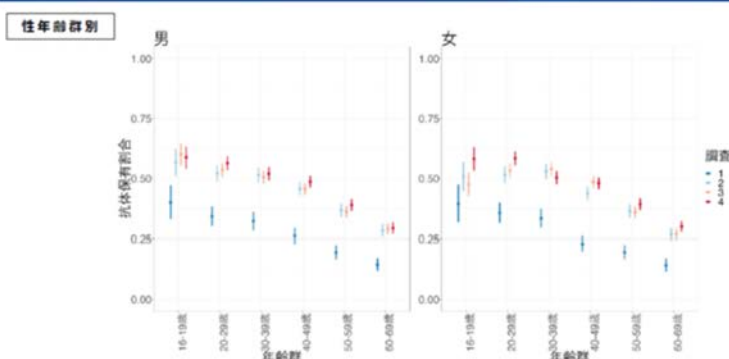
第1回(令和4年11月) 28.6 %

第2回(令和5年2月) 42.0 %

第3回(令和5年5月) 42.8 %

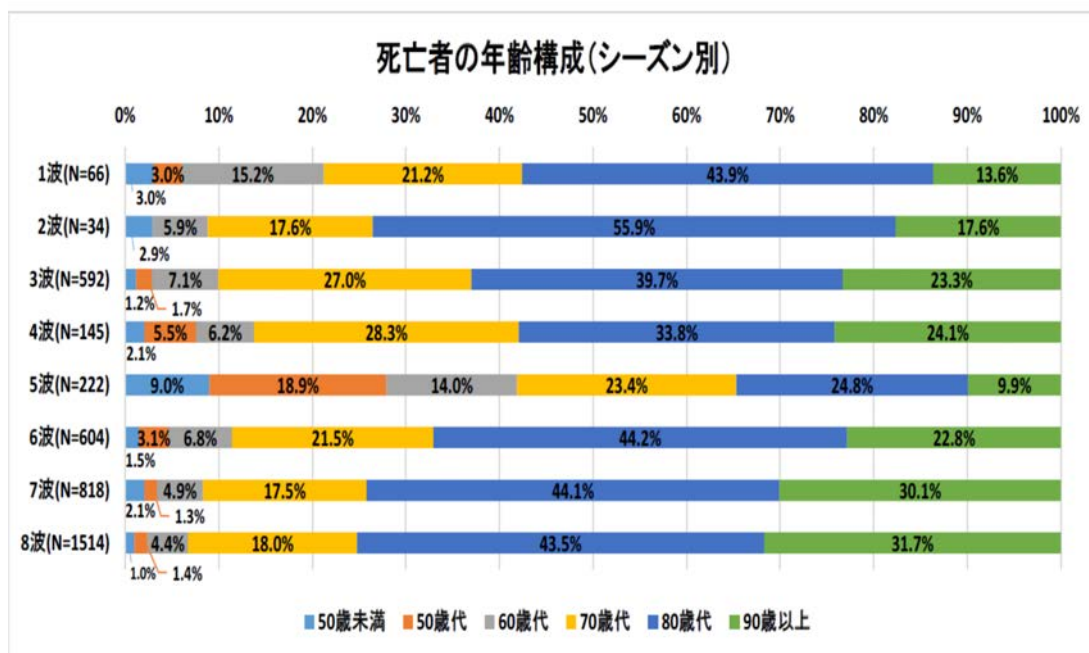
第4回(令和5年7月) 44.7 %

①発生動向 献血時の検査用検体の残余血液を用いた新型コロナウイルスの抗体保有割合突発調査結果の推移(補正值)



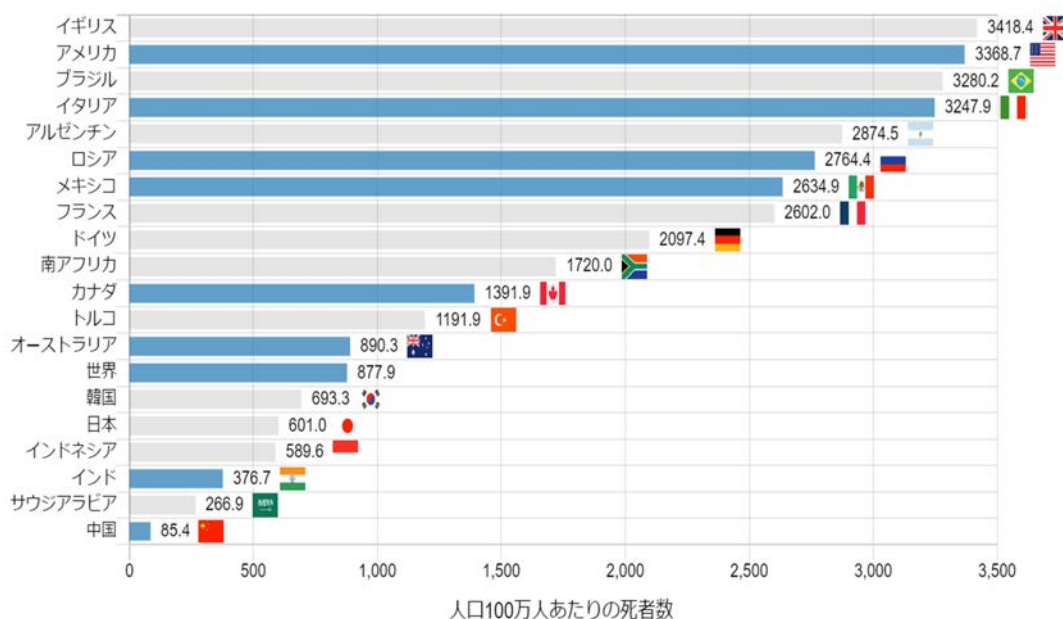
【調査事項】

- 献血者別、性別、年齢別にて補正した値。
- 抗体保有率は成分献血の基準を満たし、以下はいずれにも該当しない献血者とする。
  - 新型コロナウイルス感染症と診断された又は新型コロナウイルス検査で陽性となったことがあり、症状消失後(検査陽性となった検査の検査採取日から)4週間以内の方
  - 発熱及び咳、呼吸困難などの急性の呼吸器症状を有し新型コロナウイルス感染症が疑われる症状や、検査・検査の結果を自覚する方で、症状出現日から2週間以内及び症状消失から3日以内の方
  - 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に該当し、発症開始日から2週間以内の方
- 検査方法はRoche cobas e6012にて実施
- 結果の解釈に当たっては、献血の抗体保有率が16~60歳であり、70歳以上の献血者は含まれず、小児、高齢者の抗体保有率の分析はこのデータからは行わない旨について留意する必要がある。



Data Source : 第73回埼玉県新型コロナウイルス感染症専門家会議 2023.6.13 資料

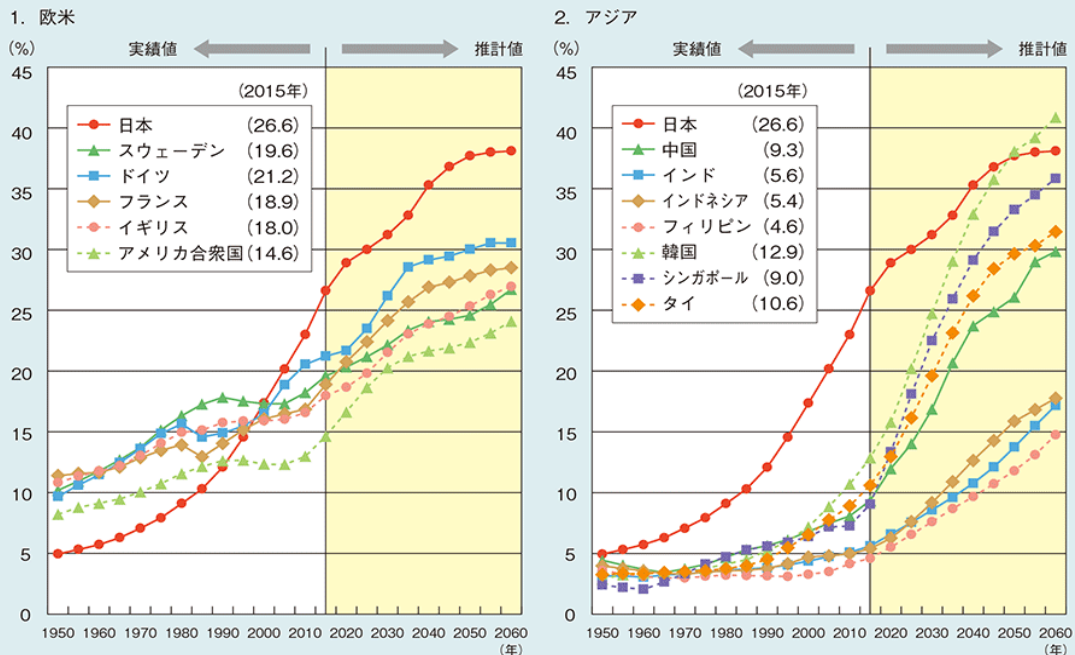
## 人口100万にあたり死亡者数



Sapporo Medical Univ.

<https://web.sapmed.ac.jp/canmol/coronavirus/death.html?f=y&n=j&p=1&d=1&s=y#date>

図1-1-6 世界の高齢化率の推移



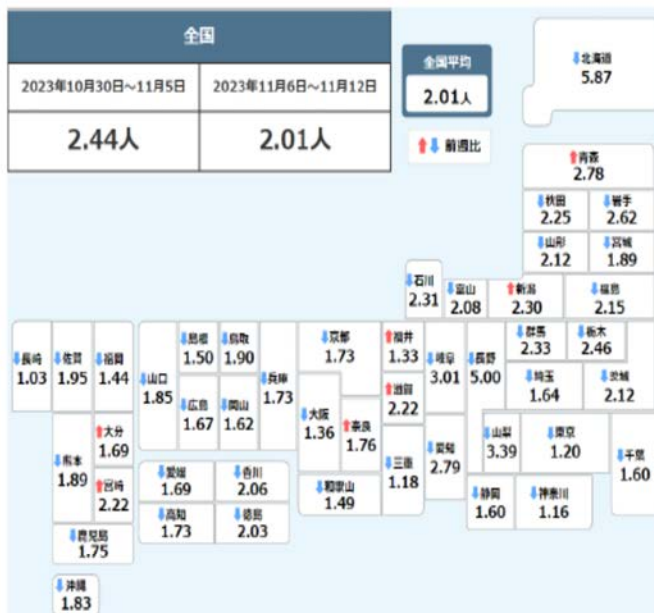
資料：UN、World Population Prospects：The 2019 Revision  
 ただし日本は、2015年までは総務省「国勢調査」  
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

内閣府：[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1\\_1\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_2.html)

## 国内の流行状況

機密性1  
(公開情報)

2023年11月17日 厚生労働省公表データより  
 11月6日～11月12日(第45週)の新規患者報告数(定点)



新型コロナウイルス感染症(OOVID-19)定点当たり報告数・年代別推移

区分	第41週	第42週	第43週	第44週	第45週
	10/9-10/15	10/16-10/22	10/23-10/29	10/30-11/5	11/6-11/12
10歳未満	0.59	0.53	0.43	0.35	0.29
10～14歳	0.41	0.40	0.32	0.23	0.16
15～19歳	0.24	0.21	0.20	0.15	0.11
20～29歳	0.33	0.27	0.24	0.23	0.20
30～39歳	0.36	0.29	0.27	0.24	0.21
40～49歳	0.42	0.35	0.31	0.27	0.22
50～59歳	0.41	0.35	0.30	0.26	0.23
60～69歳	0.32	0.28	0.24	0.22	0.19
70～79歳	0.32	0.28	0.27	0.22	0.19
80歳以上	0.36	0.29	0.27	0.26	0.20
総数	3.76	3.25	2.86	2.44	2.01



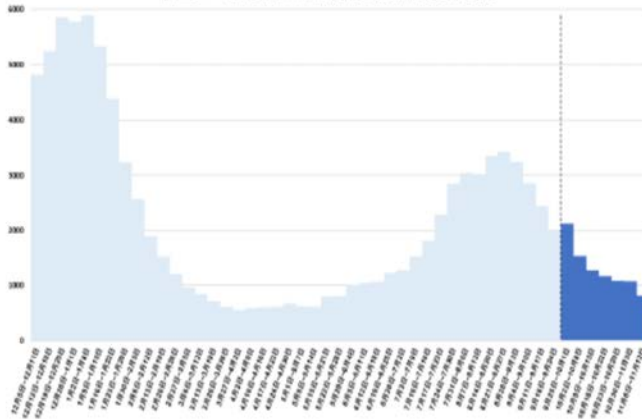
## 国内の入院・病床使用状況

機密性1  
(公開情報)

### 入院患者の届出数 (基幹定点医療機関)

期間	(新規)入院患者数[人]	ICU入室(入院時)[人]	人工呼吸器の利用(入院時)[人]
2023/11/6～11/12	816 (前週1074)	45 (前週43)	20 (前週17)

新型コロナウイルス感染症入院患者数の推移



年齢	新規入院患者数 (前週)
1歳未満	16 (13)
1～4歳	14 (23)
5～9歳	12 (11)
10～14歳	5 (5)
15～19歳	2 (3)
20～29歳	10 (12)
30～39歳	12 (16)
40～49歳	33 (22)
50～59歳	63 (73)
60～69歳	98 (114)
70～79歳	191 (270)
80歳以上	360 (512)

FETJ

東京都保健医療企画推進センター

## 川崎市リアルタイムサーベイランス 医療機関・医師会・保健所・本庁・衛生研究所の 連携による

### 医療機関入力画面



性別	0ヶ月～5ヶ月		6ヶ月～11ヶ月		12ヶ月～17ヶ月		18ヶ月～23ヶ月		24ヶ月～29ヶ月		30ヶ月～35ヶ月		36ヶ月～41ヶ月		42ヶ月～47ヶ月		48ヶ月～53ヶ月		54ヶ月～59ヶ月		60ヶ月～65ヶ月		66ヶ月～71ヶ月		72ヶ月～77ヶ月		78ヶ月～83ヶ月		84ヶ月～89ヶ月		90ヶ月～95ヶ月		合計
	1歳未満	1歳～11歳	12歳～17歳	18歳～23歳	24歳～29歳	30歳～35歳	36歳～41歳	42歳～47歳	48歳～53歳	54歳～59歳	60歳～65歳	66歳～71歳	72歳～77歳	78歳～83歳	84歳～89歳	90歳～95歳																	
男	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

リアルタイムに反映

### データ閲覧画面

#### 男女別・年齢階級別集計表

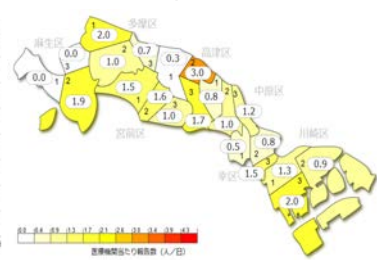
新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) - 年齢階級別集計表

年齢階級	性別	0歳未満	0歳～4歳	5歳～9歳	10歳～14歳	15歳～19歳	20歳～24歳	25歳～29歳	30歳～34歳	35歳～39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～79歳	80歳～84歳	85歳～89歳	90歳以上	合計
川崎市全体	男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
川崎市全体	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
川崎市全体	合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

#### 推移グラフ



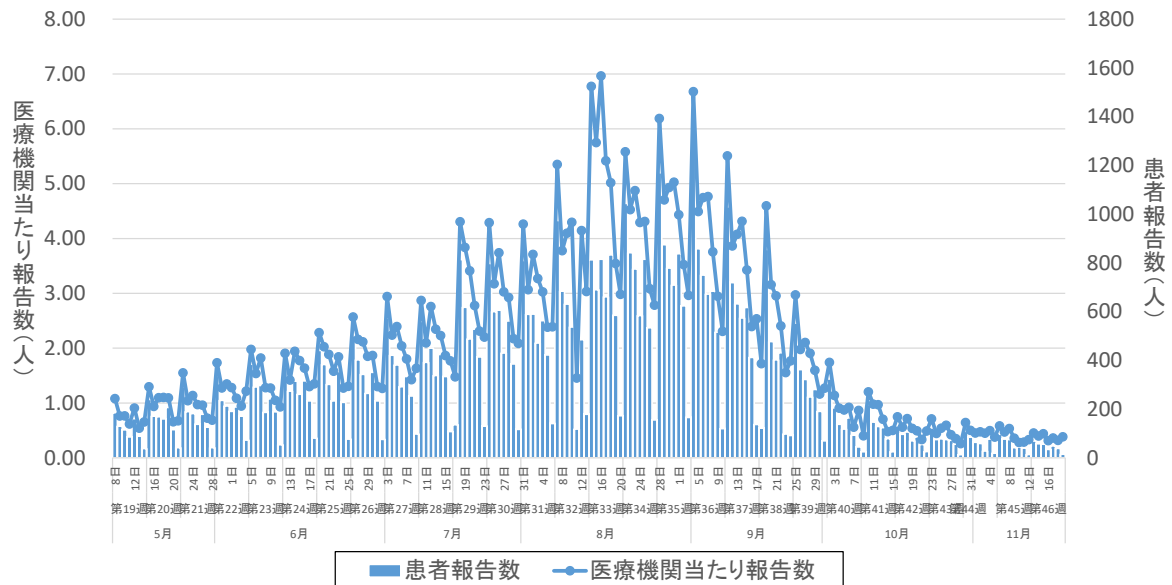
#### 分布マップ



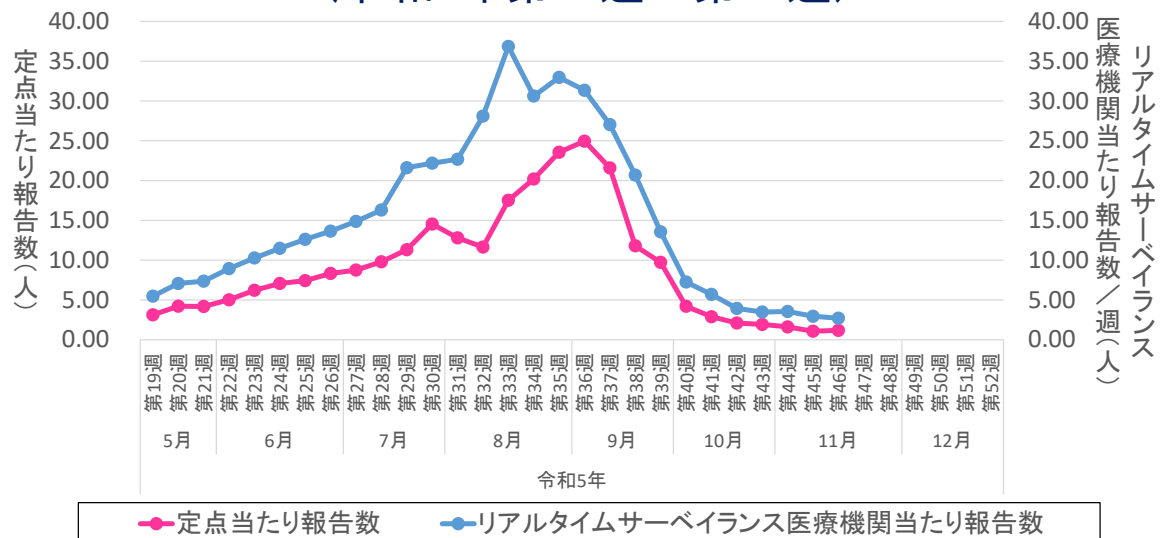
KAWASAKI CITY



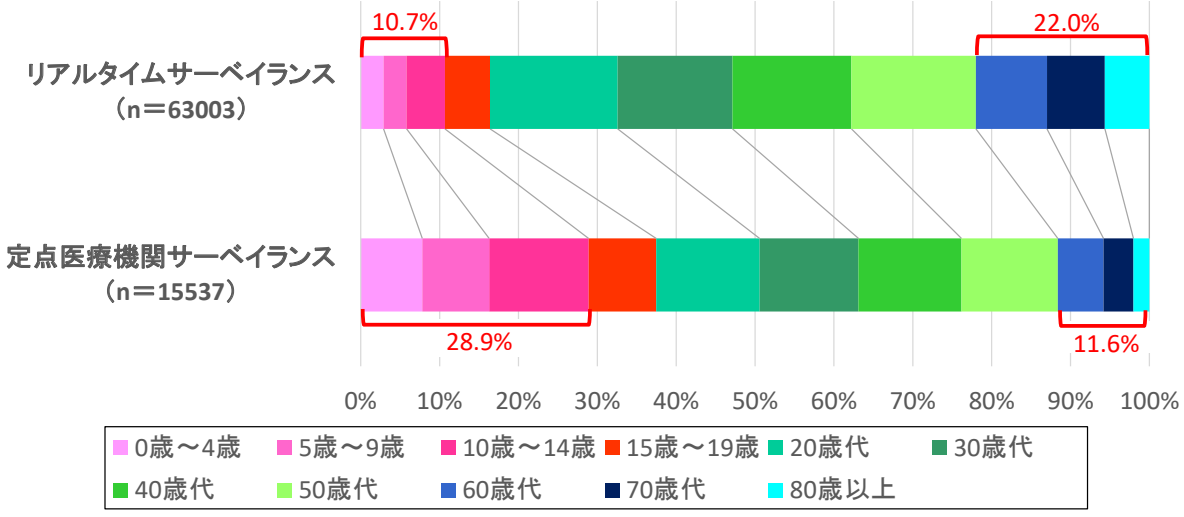
# 新型コロナウイルス感染症（COVID-19） リアルタイムサーベイランス患者報告数 （令和5年5月8日～11月19日診断分）



# 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の 定点当たり報告数とリアルタイムサーベイランス 医療機関当たり報告数／週の比較 （令和5年第19週～第46週）



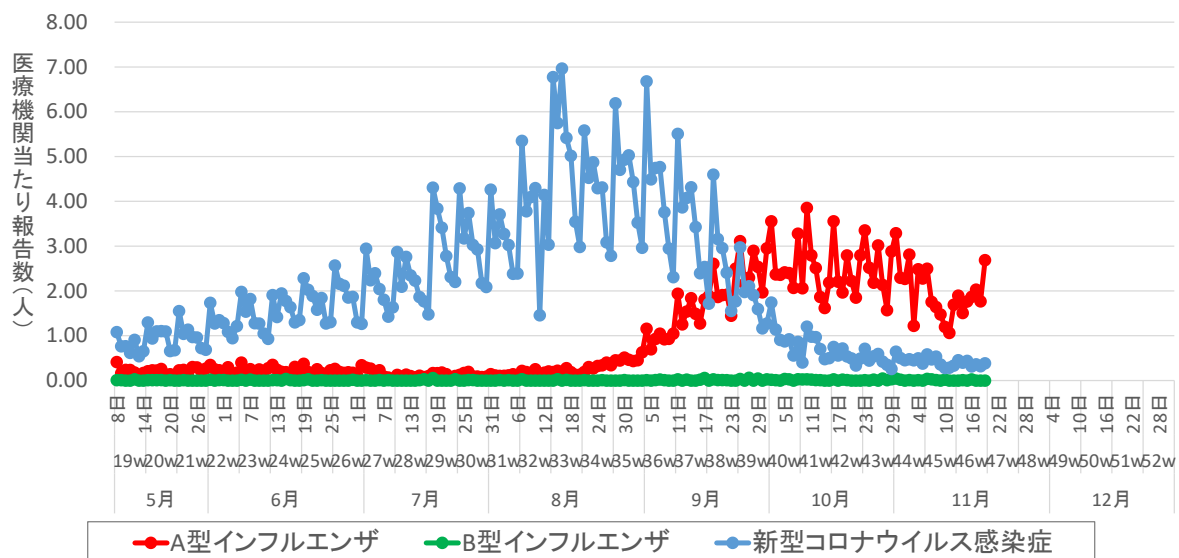
# 新型コロナウイルス感染症リアルタイムサーベイランスと 定点医療機関サーベイランスの年齢階級別報告割合の 比較(令和5年第19週～第46週(5月8日～11月19日診断分))



令和5年11月21日10時時点

- 定点医療機関サーベイランスは15歳未満の小児の報告割合が高く、リアルタイムサーベイランスは60歳以上の割合が高い。
- 61定点医療機関のうち、小児科が37医療機関、内科が24医療機関であることから、定点医療機関サーベイランスは小児の報告割合が高い。

# 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)及び インフルエンザのリアルタイムサーベイランス 医療機関当たり報告数推移 (令和5年5月8日～11月19日診断分)



令和5年11月21日10時時点



## 【I】パンデミックの対応戦略

### 戦略の種類

#### ■パンデミックの対応戦略は、大別すると以下の3種類

##### A. 封じ込め (Containment)

- 徹底して感染者を出さない
  - ・例：中国
- COVID-19についてはもはや不可能

医療  
負荷

社会経済  
活動抑制

##### B. 感染抑制 (Suppression) ←日本

- 感染者数を抑制し、死亡者数を一定数以下に留める
- 死亡者を一人でも少なく**



##### C. 被害抑制 (Mitigation)

- 感染者数は重視せず、重症者の治療体制に注力
  - ・例：スウェーデン

■どの戦略にも一長一短があるが、日本ではAとBの間で最適解を求めてきた

■現在、多くの国では、Cに近づいている

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議 参考資料  
一部改変(岡部)

#### • Non-pharmaceutical Intervention

医薬品によらない介入

三密を避ける

マスク、手指衛生

ソーシャルディスタンス



緊急事態宣言・まん延防止重点措置



#### • Pharmaceutical Intervention

医薬品による介入

ワクチン・治療薬

# 5類感染症へ 何が変わるか

法律上の取り扱いが変わる

なぜ？

もうすぐ消えそうだから

大したことない病気になったから

注意しなくても大丈夫な病気になったから

予防や治療ができるようになったから

ではなくて

**法律によって人々の私権の制限を行ってまで**

**厳しい感染対策を行うほどの病気**

**ではなくなってきたから**

## 感染症法の対象となる感染症の分類と考え方

分類	規定されている感染症	分類の考え方
一類感染症	エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が極めて高い感染症
二類感染症	結核、SARS、MERS、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が高い感染症
三類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス 等	特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症
四類感染症	狂犬病、マラリア、デング熱 等	動物、飲食物等の物件を介してヒトに感染する感染症
五類感染症	インフルエンザ、性器クラミジア感染症 等	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	・インフルエンザのうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているもの
指定感染症	政令で新型コロナウイルス感染症を指定	現在感染症法に位置付けられていない感染症について、1～3類、新型インフルエンザ等感染症と同等の危険性があり、措置を講ずる必要があるもの
新感染症		人から人に伝染する未知の感染症であって、り患した場合の症状が重篤であり、かつ、まん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの

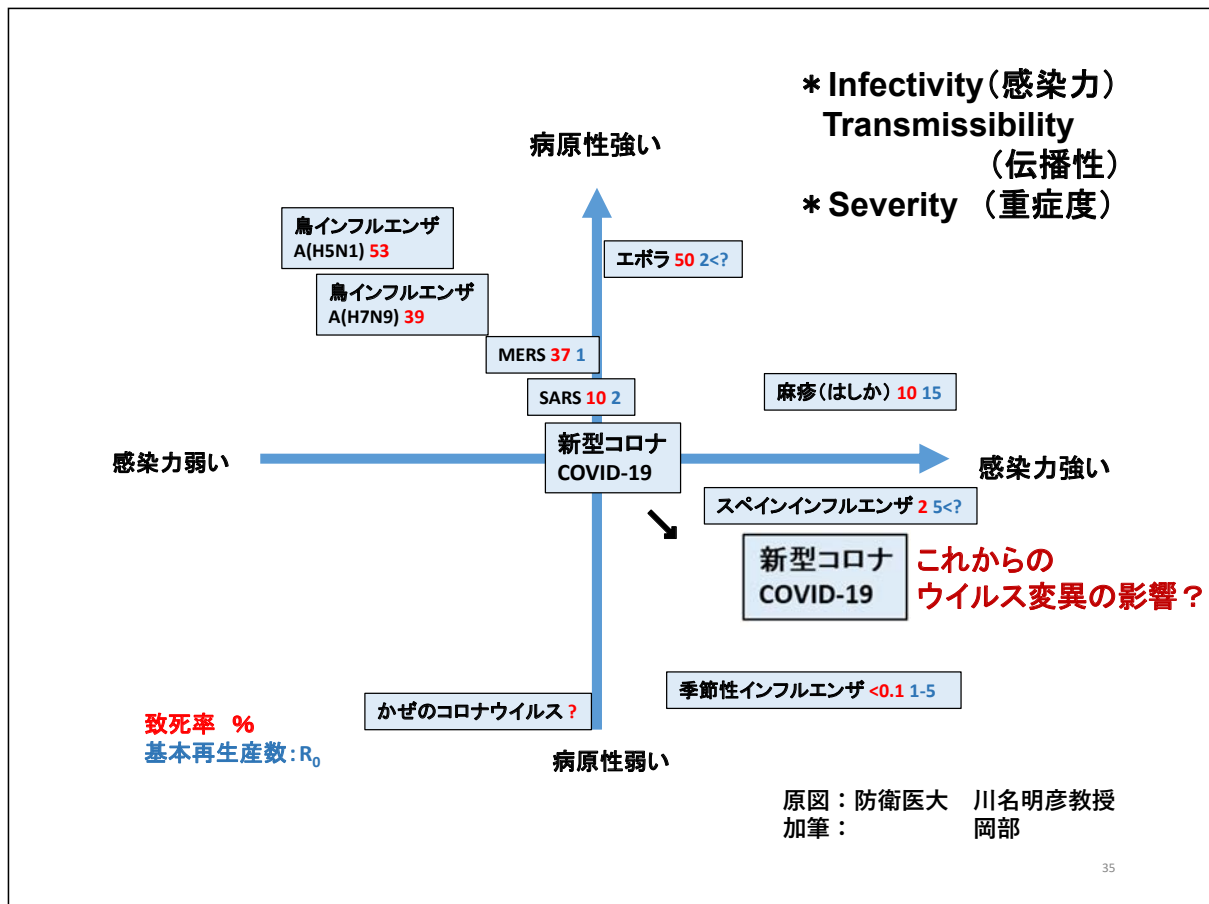
32

## 感染症法における五類感染症

- ・インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)
- ・ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)
- ・クリプトスポリジウム症
- ・後天性免疫不全症候群(AIDS/HIV)
- ・性器クラミジア感染症
- ・梅毒
- ・麻しん、
- ・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・ア메ーバ赤痢
- ・RSウイルス感染症
- ・咽頭結膜熱
- ・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
- ・カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
- ・急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く)
- ・感染性胃腸炎
- ・急性出血性結膜炎
- ・急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎・日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)
- ・クラミジア肺炎(オウム病を除く)
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病
- ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症
- ・細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く)
- ・ジアルジア症
- ・慢性的インフルエンザ菌感染症
- ・慢性的髄膜炎菌感染症
- ・慢性的肺炎球菌感染症
- 水痘
- ・性器ヘルペスウイルス感染症
- ・尖圭コンジローマ
- ・先天性風しん症候群
- ・手足口病
- ・伝染性紅斑
- ・突発性発しん
- ・播種性クリプトコックス症
- ・破傷風
- ・バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・バンコマイシン耐性腸球菌感染症
- ・百日咳
- ・風しん
- ・ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
- ・ヘルパンギーナ
- ・マイコプラズマ肺炎
- ・無菌性髄膜炎
- ・薬剤耐性アシネトバクター感染症
- ・薬剤耐性緑膿菌感染症
- ・流行性角結膜炎
- ・流行性耳下腺炎
- ・淋菌感染症

### ・インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)

- ・ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)
- ・**後天性免疫不全症候群(AIDS/HIV)**
- ・**麻しん・風しん、先天性風しん症候群**、水痘、流行性耳下腺炎、手足口病
- ・メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
- ・**RSウイルス感染症**
- ・咽頭結膜熱
- ・A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
- ・カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
- ・感染性胃腸炎
- ・**急性脳炎**(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)
- ・**クロイツフェルト・ヤコブ病**
- ・**劇症型溶血性レンサ球菌感染症**
- ・**細菌性髄膜炎**(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く)
- ・マイコプラズマ肺炎
- ・無菌性髄膜炎
- ・淋菌感染症



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

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（座長:永井良三先生）2022.6.15

### 政府の取組から見える課題

#### 4 (1) 感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と取り組むべき方向性

- ① 医療提供体制の強化に関する事項
- ② 保健所体制の強化に関する事項
- ③ 検査体制の強化
- ④ サーベイランスの強化等
- ⑤ ワクチン等の開発の促進・基礎研究を含む研究環境の整備
- ⑥ より迅速なワクチン接種のための体制構築
- ⑦ 医療用物資等の安定供給
- ⑧ より実効的な水際対策の確保
- ⑨ 初動対応と新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施等

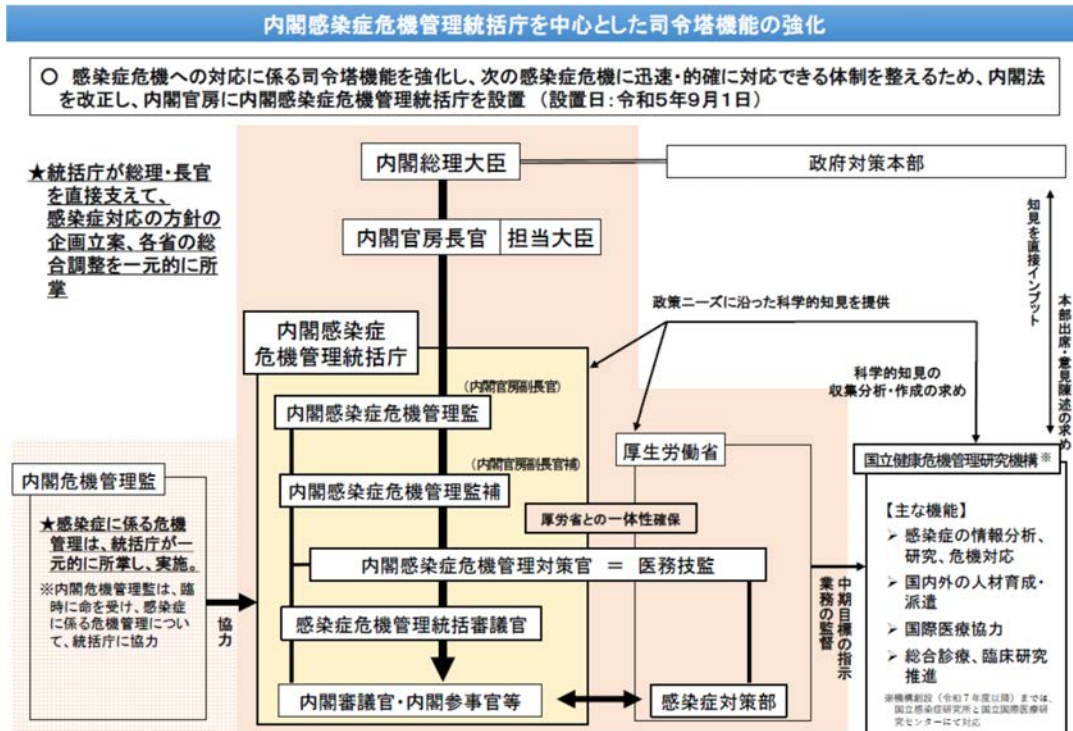
#### (2) 次の感染症危機に対する**政府の体制づくり**



#### 4. 終わりに

新型コロナウイルスによる感染は終息していない。今回の検証は、司令塔機能の強化や、感染症法のあり方、保健医療体制の確保などに重点を置いて実施したが、今後とも社会経済財政への影響、財源のあり方、施策の効果などについて多面的に検証が行われ、的確に政策が進められることを求めたい。

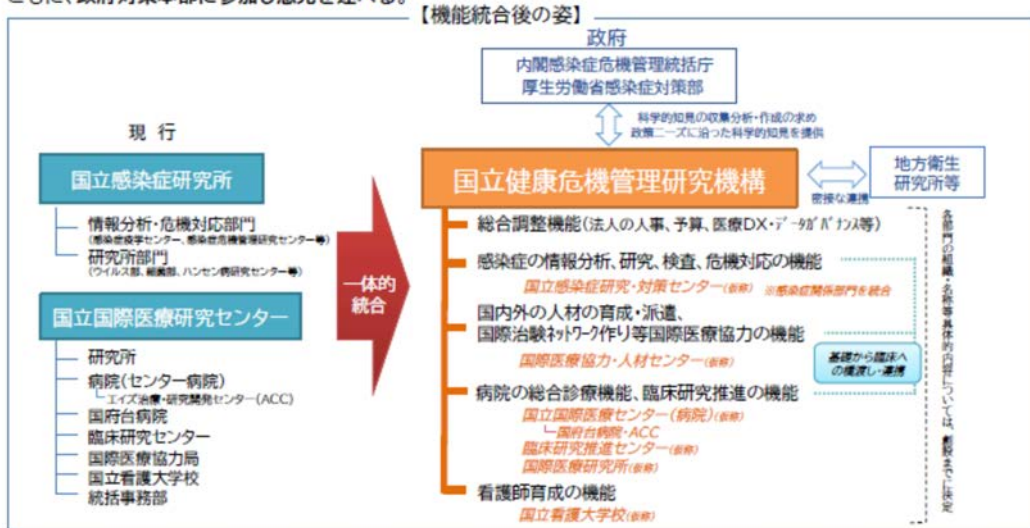
そして、いつ来るともわからない次なる感染症危機に向けて、危機管理における事態準備行動(プリペアドネス)の考え方に立って十分な準備ができるよう、本報告書が指摘する課題への対応を時間軸も含めて整理し、今般の取組の成果と反省の下に、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図り、国民が安心できるような中長期的な対応の具体策を策定すること、そして**政府行動計画を定期的にレビューするのはもちろんのこと、PDCAサイクルを回しながら着実に進めることを求めたい。**



## 「国立健康危機管理研究機構」について

### 1 機能・業務

- 内閣感染症危機管理統括庁・厚生労働省感染症対策部に科学的知見を提供する「新たな専門家組織」として、**国立感染症研究所**と**国立国際医療研究センター**を一体的に統合し、感染症等の情報分析・研究・危機対応、人材育成、国際協力、医療提供等を一体的・包括的に行う組織を創設する。
- 機構は、感染症法等に基づき、**地方衛生研究所等**とも密接に連携して、全国のサーベイランス情報の集約・分析等を行うとともに、政府対策本部に参加し意見を述べる。



3

## 第8次医療計画

これまでの対象:

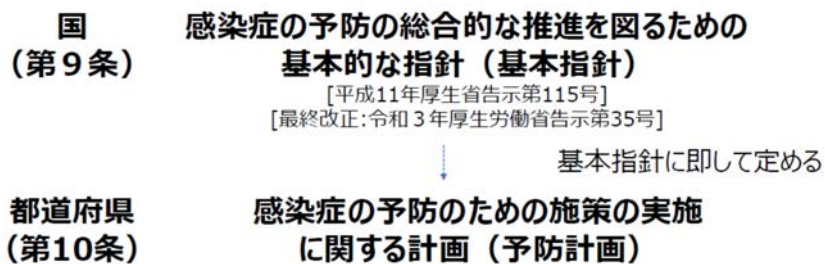
5疾病:がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、  
糖尿病及び精神疾患

5事業:救急医療、災害時における医療、へき地の医療、  
周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む)

**「新興感染症発生まん延時における医療」が加わる**



## 基本指針(第9条)と予防計画(第10条)



NIID CEPR

感染症対策に関する法律について: 感染症法

## 基本指針と予防計画に関する改訂 (R4改正、第9条・10条、R6.4.1施行)

### ・基本指針と予防計画に関する改訂

- ・記載事項を追加
- ・病床・外来・医療人材・後方支援・検査能力等の確保について**数値目標**を明記
- ・保健所設置市・特別区にも(一部の事項について) **予防計画の策定を義務付け**
- ・予防計画を定める際には、**医療法に基づく医療計画と特措法に基づく都道府県行動計画との整合性の確保**を図る
- ・基本指針の見直しを「5年ごと」から「**6年ごと**」に改める(令和3年改正)
  - ・医療計画と合わせるため
- ・一部の事項について**3年ごとの中間見直し**を新設(令和4年改正)

参考: 令和4年12月9日施行通知[[Link](#)]

NIID CEPR

感染症対策に関する法律について: 感染症法

# 感染症予防計画

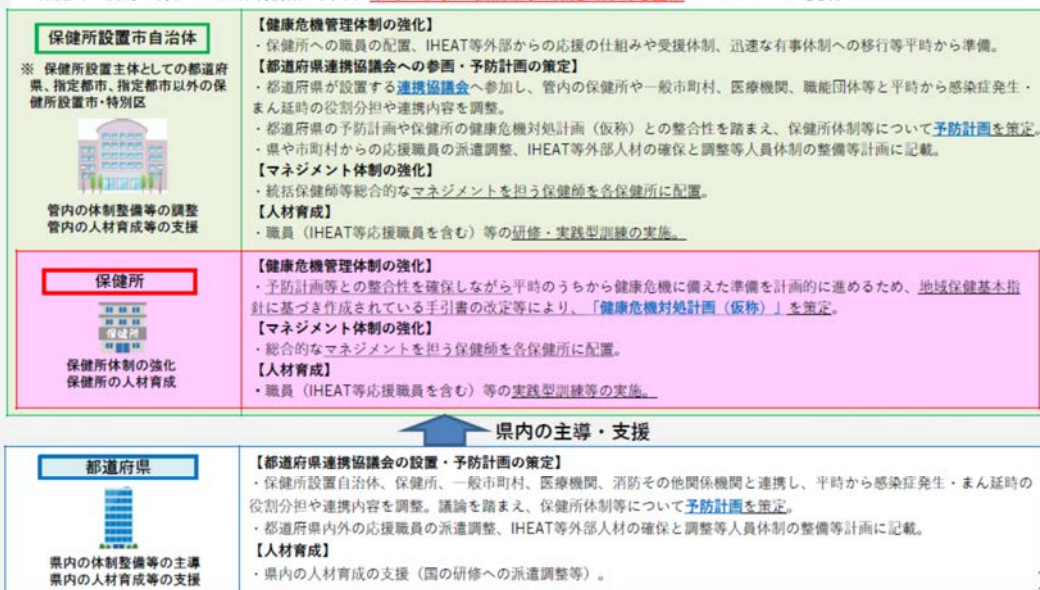
- 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策
- 感染症及び病原体等に関する情報の収集、調査及び研究
- 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上
- 感染症に係る医療を提供する体制の確保  
都道府県と医療機関との協定締結
- 感染症の患者の移送のための体制の確保
- 宿泊施設の確保
- 外出自粛対象者等の療養生活等の環境整備
- (感染症の予防又はまん延防止のための総合調整及び指示の方針)
- 感染症の予防に関する人材の養成及び資質の向上
- **保健所体制の強化**

## ① 感染症法等の改正を踏まえた保健所の強化

参考資料2

### 保健所に求められる主な役割・強化

◆ 新型コロナ対応での課題を踏まえ、今後の新興・再興感染症への対応はもちろんのこと、災害等他分野も含めた健康危機全般について、これらが複合的に発生した場合にも対応できる健康危機管理体制の構築が必要。このためには、国、都道府県、保健所設置自治体、保健所の役割を明確にし、体制構築に向け、**平時のうちから計画的に保健所体制を整備**しておくことが必要。

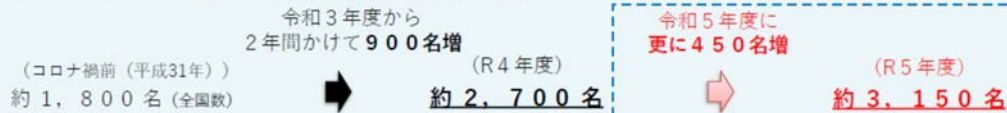


## ②令和5年度における保健所の恒常的な人員体制強化

### <保健所において感染症対応業務に従事する保健師：令和5年度に更に450名増員>

- 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正等を踏まえ、保健所の恒常的な人員体制強化を図るため、感染症対応業務に従事する保健師を約450名増員するために必要な地方財政措置を講ずる。

#### ■保健所において感染症対応業務に従事する保健師数



普通交付税措置において、標準団体(人口170万人、保健所数9カ所)の措置人数をコロナ禍前(平成31年)の24名から令和5年度に42名に増員

※参考：令和3年度から2年間かけて900名増員するための措置

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、健康危機管理対応力を強化するほか、関係機関との連絡調整を充実させるとともに、IHEAT(Infectious disease Health Emergency Assistance Team)登録者等に対する研修・訓練等を実施する体制を平時から強化するため

### <保健所における保健師以外の職員(事務職員等)：令和5年度に更に150名増員>

- さらに、感染症法等の改正を踏まえ、関係機関との調整や保健師等への業務支援を図るため、保健所の保健師以外の職員(事務職員等)についても150名増員するために必要な地方財政措置を講ずる。

※ 令和3年度においても、150名増員するために必要な地方財政措置を講じている。

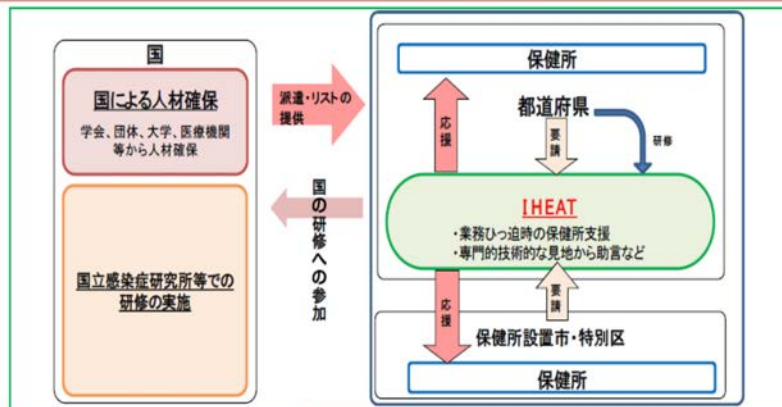
※参考：感染症法等の改正を踏まえ、令和5年度以降に保健所において実施が必要な業務

平時のうちから感染症危機に備えた準備を計画的に進めるため、①改正感染症法における連携協議会や予防計画策定等への積極的な関与、②新型コロナウイルス対応における課題を踏まえた「健康危機対処計画」の策定・計画の着実な実施、③有事を想定した実践型訓練の実施など人材育成の強化、④地方衛生研究所等や管内市町村や職能団体等関係機関・団体との連携強化 等

2

## IHEAT(アイ・ヒート)による保健所の体制強化

- 学会・関係団体等の協力により、保健師、医師、看護師等を約3,500人以上確保(令和4年3月末現在)し、保健所業務が逼迫した際、保健師等の専門家が保健所業務を支援する仕組み(IHEAT:Infectious disease Health Emergency Assistance Team)を整備。



- ◆ IHEATを保健所体制強化のための仕組みとして地域保健法に位置付ける。
  - ・ 国、都道府県、保健所設置市、特別区に対し、IHEATに対する研修の機会の提供等の支援の義務
  - ・ IHEATの勤務先に対し、IHEATが派遣要請を受けやすいように配慮する努力義務
  - ・ IHEATに対し、業務に従事する際の守秘義務
  - ・ 国に対し、自治体に対する助言、指導その他の援助を実施する努力義務

令和4年10月13日  
第92回社会保障審議会  
医療部会参考資料  
([Link](#))



調査研究・試験検査の体制整備（地方衛生研究所の機能の法定化）

地方衛生研究所について

【現状】：地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増進を図るため、都道府県又は指定都市における科学的かつ技術的中核として、調査研究や試験検査（※）等を行う機関。地域保健法に基づく基本指針（大臣告示）や次官通知に基づき運用。

※ 感染症の検査のほか、食品や水の汚染に関する調査・検査、違法ドラッグの試験検査など衛生的な分野に幅広く対応。

：全国85箇所（都道府県47/47、指定都市20/20、中核市14/62、特別区5/23）

※ 大阪は、府と市で合わせて1箇所

<感染症対応における役割>

○ 新しい感染症が発生したときの初期の検査（※）を行政として実施。

※ 民間検査機関が検査体制を整備するには、一定の時間が必要。

○ 新型コロナウイルス感染症においては、PCR検査やゲノム解析を実施。自治体が行う情報発信に必要な基礎データを提供。

【課題】：各地方衛生研究所によって、試験検査、調査研究の能力に差がある。

⇒ 特に、感染初期における試験検査は危機管理の上で極めて重要。  
また、地域の状況の把握・分析を行うためには調査研究ができる体制を確保することが必要。

◆ 今後の新興・再興感染症のまん延等の健康危機に的確に対処できるよう、全国の保健所設置自治体に対し、専門的な知識・技術が必要とする試験検査・調査研究等の業務を行うために必要な体制整備等を講ずる責務規定を設ける。  
・ 都道府県・指定都市については、公的試験検査体制を自ら整備することを求める。（基本指針）  
・ 計画的な整備を確保する観点から、予防計画への記載を求める。（感染症法）

◆ 国に対し、体制整備等を行う自治体に対して助言、指導、その他の援助を実施する努力義務規定を設ける。

令和4年10月13日  
第92回社会保障審議会  
医療部会参考資料  
(Link)


⑤ 感染症法等の改正を踏まえた地方衛生研究所の強化【求められる役割等】

◆ 地衛研は、特に健康危機発生初期（民間検査機関が立ち上がるまでの期間）においては、国立感染症研究所と密接に連携しつつ、地域の試験検査の中核としての役割が求められていること。また、感染拡大期などにおいては、国立感染症研究所や他の地方衛生研究所とのネットワークを活用して、国内の新たな知見の収集や変異株の状況分析等を行い、自治体や保健所に提供するなどサーベランス機能を発揮することが求められている。こうした**危機対応と同時に健康危機管理における専門技術的な拠点としての機能を発揮できるよう、平時のうちから有事に備え体制を強化する。**


保健所設置自治体における必要な体制整備の在り方（地域保健法第26条：地衛研の整備）：

【試験検査】は、健康危機への対応に必要な不可欠な機能であることから**都道府県・指定都市は地衛研を設置し**、試験検査体制を整備する。

その他機能（【調査研究】、【公衆衛生情報等の収集・解析・提供】、【研修指導】）は、**都道府県が主導して、少なくとも都道府県に1つは整備する。**地衛研を自ら整備できない**指定都市以外の保健所設置市や特別区は、都道府県や指定都市との連携により必要な機能を補完。**

<p><b>保健所設置自治体</b></p> <p>※ 地衛研設置主体としての都道府県、指定都市、指定都市以外の保健所設置市・特別区</p>  <p>地衛研の人員体制や整備の強化</p>	<p><b>役割：</b> 自治体の責務として、平時のうちから地衛研等における人員体制や整備等を整えていくことが必要。有事の際には、地衛研等の状況を把握し、都道府県や他の市町村と密接連携し対応を行うことが求められる。</p> <p><b>【健康危機管理体制の強化】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本庁は、連携協議会等を活用し有事の際に迅速に移行等ができるよう地衛研を含む検査体制等について<b>予防計画を策定</b>。</li> <li>・ 地衛研は、<b>予防計画等との整合性を確保しながら</b>平時のうちから健康危機に備えた準備を計画的に進めるための<b>「健康危機対応計画（仮称）」</b>を策定。</li> <li>・ 人員体制の整備・計画や検査機器の整備・メンテナンス、調査研究の充実等平時からの準備。</li> </ul> <p><b>【連携の強化】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染研や保健所、近隣市町村、職能団体との平時からの連携強化。</li> </ul> <p><b>【人材育成】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修や有事を想定した<b>実践型訓練</b>等を通じた人材育成の実施。</li> </ul>
--	--

域内の主導・支援

<p><b>都道府県</b></p>  <p>域内の人材育成等の支援 域内の体制整備等の統括</p>	<p><b>役割：</b> 平時のうちから都道府県のリーダーシップの下、都道府県域内の体制整備を進めていくことが必要。有事の際には、情報集約や自治体間調整、業務の一元化等の対応による都道府県域内の支援が求められる。</p> <p><b>【健康危機管理体制の強化】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>連携協議会</b>での関係機関等との平時からの議論・協議による地衛研を含む検査体制等について<b>予防計画を策定</b>。</li> </ul> <p><b>【連携の強化】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携協議会等を活用した自治体や感染研等関係機関、職能団体等との意見交換や調整等を通じた平時からの連携強化。</li> </ul> <p><b>【人材育成】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県域内の人材育成の支援（感染研の研修への派遣調整等）。</li> </ul>
---	--

## ⑦感染症法等の改正を踏まえた地方衛生研究所の強化【令和5年度体制強化予算】

### <地衛研における職員：令和5年度に約150名増員>

- 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正等を踏まえ、地衛研の恒常的な人員体制強化を図るため、職員を約150名増員するために必要な地方財政措置を講ずる。

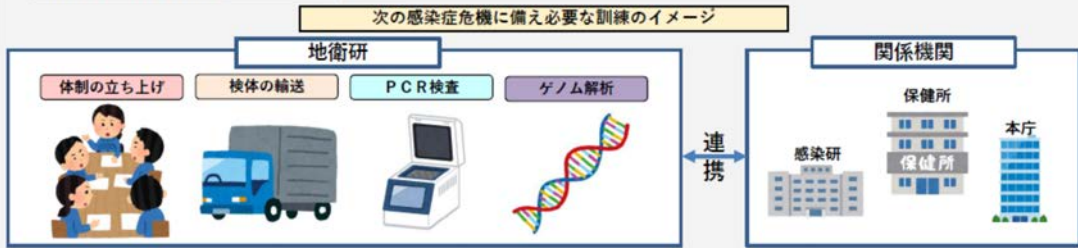
※普通交付税措置において、標準団体（人口170万人、地衛研数1カ所）の措置人数を2名増員（令和3年度も1名増員）

#### ※参考：感染症法等の改正を踏まえ、令和5年度以降に地衛研において実施が必要な業務

平時のうちから感染症危機に備えた準備を計画的に進めるため、①改正感染症法における連携協議会や予防計画策定等への積極的な関与、②新型コロナ対応における課題を踏まえた「健康危機対処計画（仮称）」の策定・計画の着実な実施、③有事を想定した実践型訓練の実施など人材育成の強化、④保健所等や管内市町村や職能団体等関係機関・団体との連携強化 等

### <地衛研の検査能力向上や情報収集等の機能強化のための訓練等の全国展開>

- 次の感染症危機に備え、新興・再興感染症検査体制の初動を速やかに、スムーズに検査やゲノム解析に当たることができるよう、各地衛研における検査訓練について支援を行う。



感染拡大時に迅速な対応が可能となるよう、必要な訓練を実施

※ 検査訓練の実施について、次の感染症危機に当たっては、地衛研の人員だけでなく、感染研や保健所、民間検査機関等の外部人材も、速やかに検査を実施できるように育成することも想定されることから人員体制の計画を踏まえながら、関係機関等連携し、訓練を実施することが望まれる。

予算額：1.5億円 補助率：国1/2、自治体1/2 実施主体：都道府県、保健所設置市、特別区

7

## ⑧健康危機対処計画（仮称）について

### 健康危機対処計画の概要

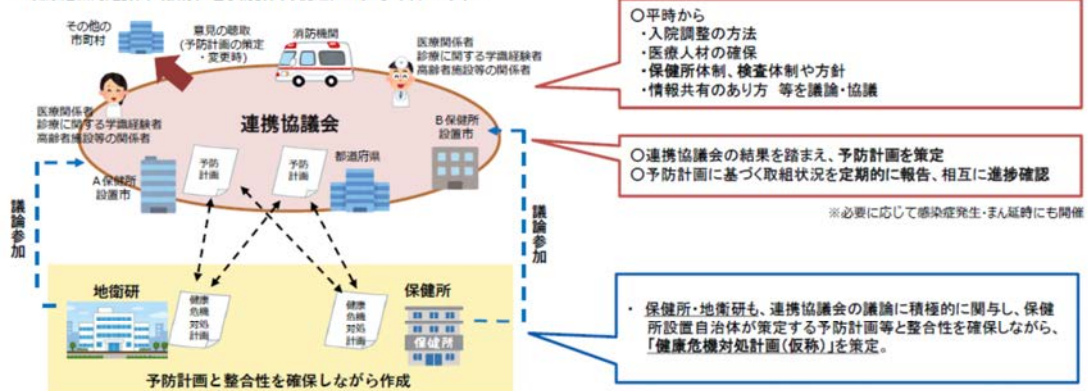
- 各保健所及び各地衛研は、現場において平時のうちから健康危機に備えた準備を計画的に進めることや予防計画の実行性を担保するため、地域保健基本指針に基づき作成されている手引書の改定等により、「健康危機対処計画（仮称）」を策定。

※今後、「健康危機対処計画（仮称）」策定に当たったの考え方をお示しする予定。

#### <「健康危機対処計画（仮称）」記載事項のイメージ（健康危機のフェーズ（発生初期、拡大期など）に応じた以下の記載を想定）>

- ・業務内容と量の見積もり
- ・業務重点化や絞り込みなど
- ・人員体制（自治体内外からの応援を含めた体制）
- ・外部からの応援職員の受入体制（受援計画）
- ・職員の安全確保・メンタルヘルスも含む健康管理
- ・研修や実践型訓練の実施 等

#### <健康危機対処計画（仮称）と予防計画の関連について（イメージ）>



8



## 地域における健康危機管理に関する保健所・地衛研の計画の整備

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

厚生労働省資料

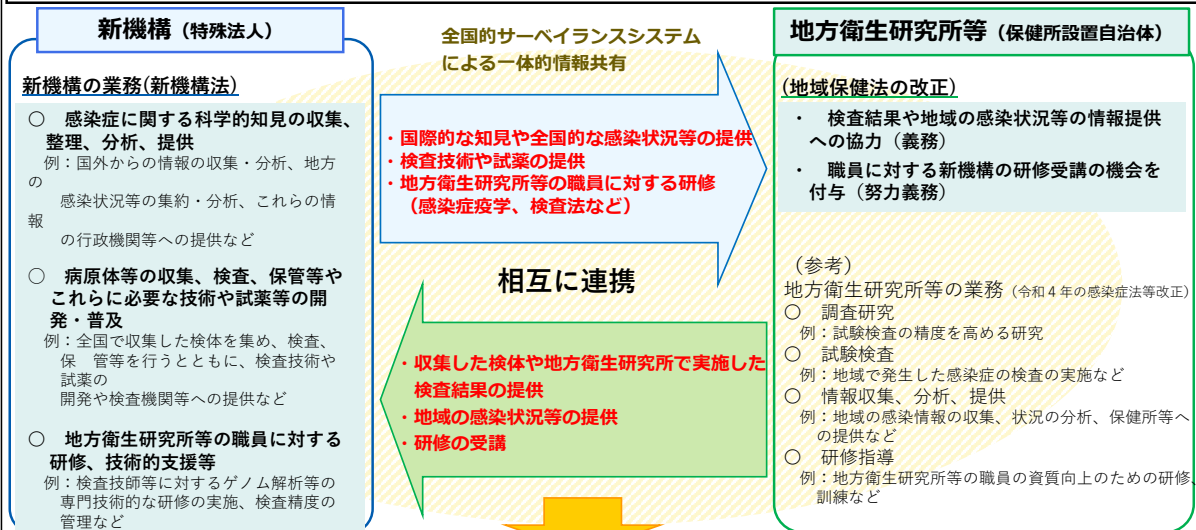
※健康危機対処計画は、既存の手引書やマニュアルの改定でもよい。

51

## 国立健康危機管理研究機構と地方衛生研究所等の連携強化

- 全国的な検査能力やサーベイランス能力の向上を図るため、地域保健法を改正し、
  - ・ 地方衛生研究所等と国立健康危機管理研究機構(以下「新機構」)の連携強化の必要性等を踏まえ、試験検査やサーベイランス(情報収集、整理、分析、提供)など、**地方衛生研究所等と新機構との間で行われる連携業務を法定化するとともに、**
  - ・ **地方衛生研究所等に対し、検査結果や地域の感染状況等の情報提供への協力義務や、その職員に新機構の研修を受講させる努力義務を規定。**

※ 本改正に際し、調査研究や試験検査等を実施する機関を「地方衛生研究所等」と規定。



厚生労働省資料

全国的な検査能力やサーベイランス能力の向上

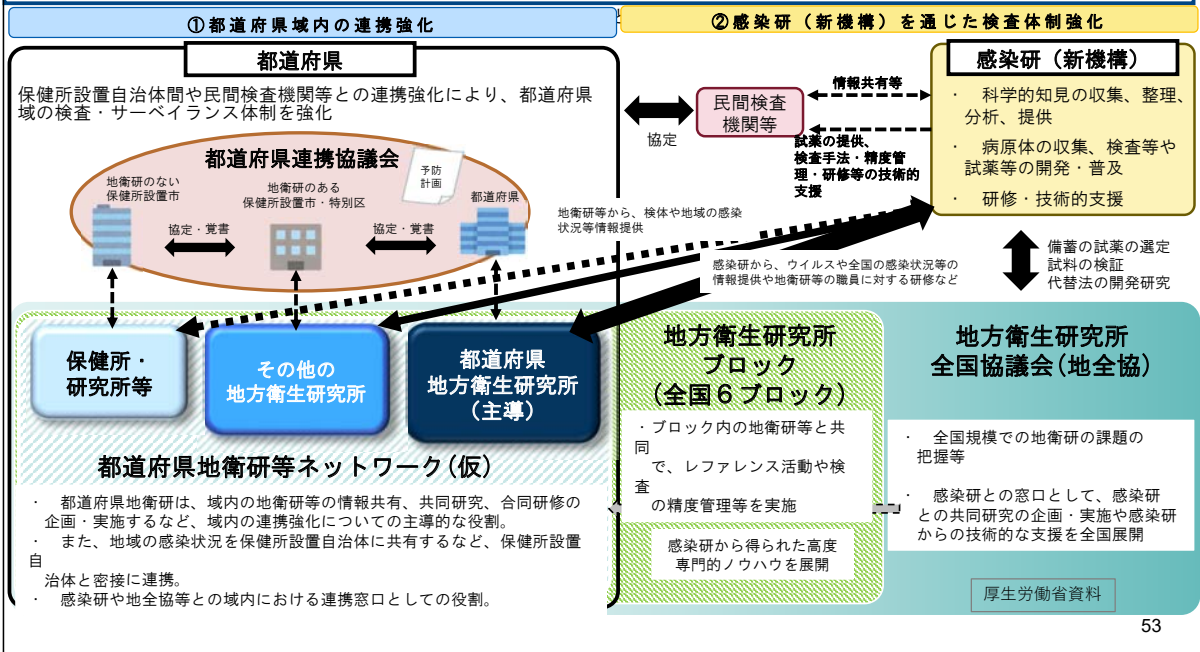
52

次の感染症危機に備え、以下の取組により**全国的な検査・サーベイランス体制の充実**を図る。

①**都道府県域内の連携強化**：都道府県連携協議会による自治体レベルでの連携強化と合同研修などの業務を通じた実務レベルでの連携強化

による小規模地衛研の検査・サーベイランス機能強化

②**感染症(新機構)との連携強化**：国立感染症研究所(国立健康危機管理研究機構)の高度専門的ノウハウを、地衛研ネットワークを通じて



53

- ・ いつも有事というわけではない
- ・ 起きる度にアップアップの気持ちになるのでは大変
- ・ 有事に共通認識で「集まれる」「動ける」という考え

そのために

- ・ 平時の感染症対策(感染症対策に関する理解)のレベルアップ
- ・ 平時のある程度の余力の容認
- ・ 何といたっても人材、連携(相互協力)





## 感染症対策の基本

### 相手を知る

見る、情報を集める、まとめる、  
情報を提供する

## サーベイランスとは...

Surveillance = 「監視、見張り」

sur-(…の上に)+L. vigilare(見る、watchする)、surveillance(仏語)監視



怪しいやつ？  
怪しい動き？  
見つけ次第警報発動！

### 目的に応じた

- 定期的な情報の収集
- 定期的な情報の解析
- 定期的な情報の還元

## 対策に必章な情報:

発症曲線(発症日)

感染原因・感染経路(発症前の行動歴・感染機会)

感染期間

致死率・重症化率

不顕性感染・再感染

年齢による差異

ワクチンの効果

病原体の性状(検体の確保、病原体の検出、  
遺伝子診断、ゲノム解析)

## 時間を節約し

分かりやすくまとめる

分かりやすく説明する

公的に(学術的に)発表する

## 連携

(医療・衛生行政・検査・研究・情報センター)

人も道具もお金も必要

# Negative Capability

John Keats, UK in 1817

...I mean Negative Capability, that is when man is capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact & reason.

- 人が、事実や理由を得ようといらいらすことなしに、不確実性、不可思議、疑惑のなかにいることのできる力、それを私は Negative Capabilityというのだと思います -

- ・答えの出ない事態に耐える力
- ・容易に答えの出ない事態に耐えうる能力  
(Wikipedia)

日本ウイルス学会2023特別講演 JT生命誌研究館名誉館長 中村桂子博士

ご清聴  
ありがとうございました



インフルエンザも、COVID-19 も  
感染症対策の基本は共通

強がり過ぎず、怖れ過ぎず

普段の感染症、そしていつものワクチンもお忘れなく！

60

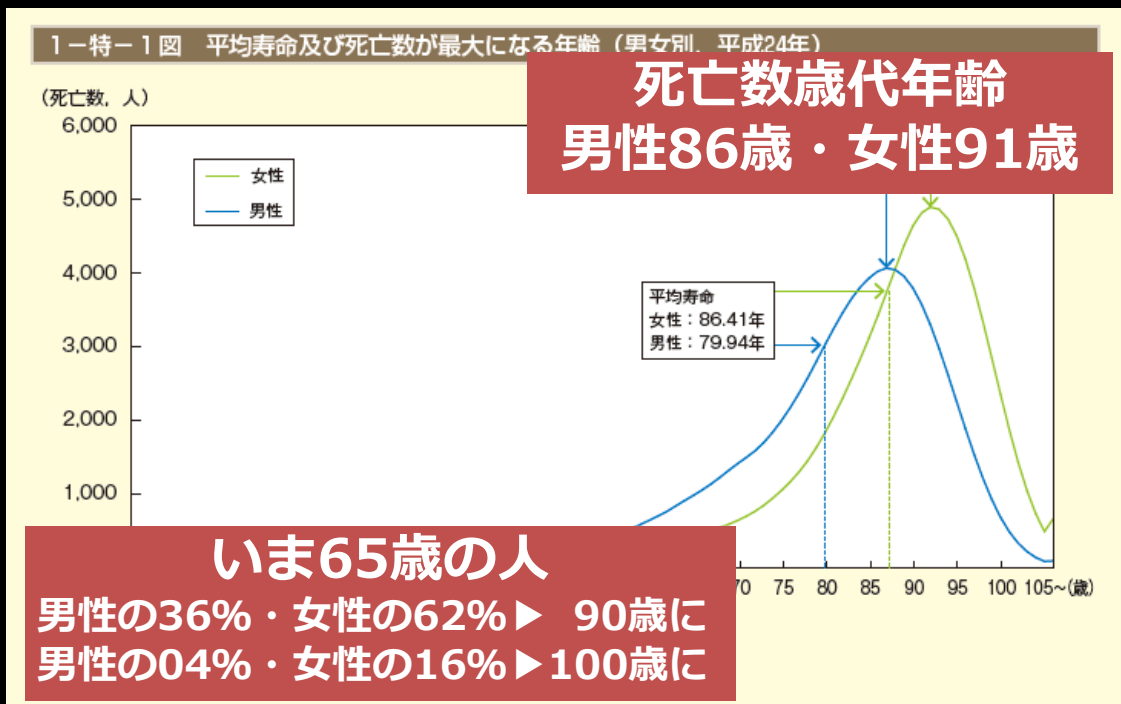


# これからの地域の健康について

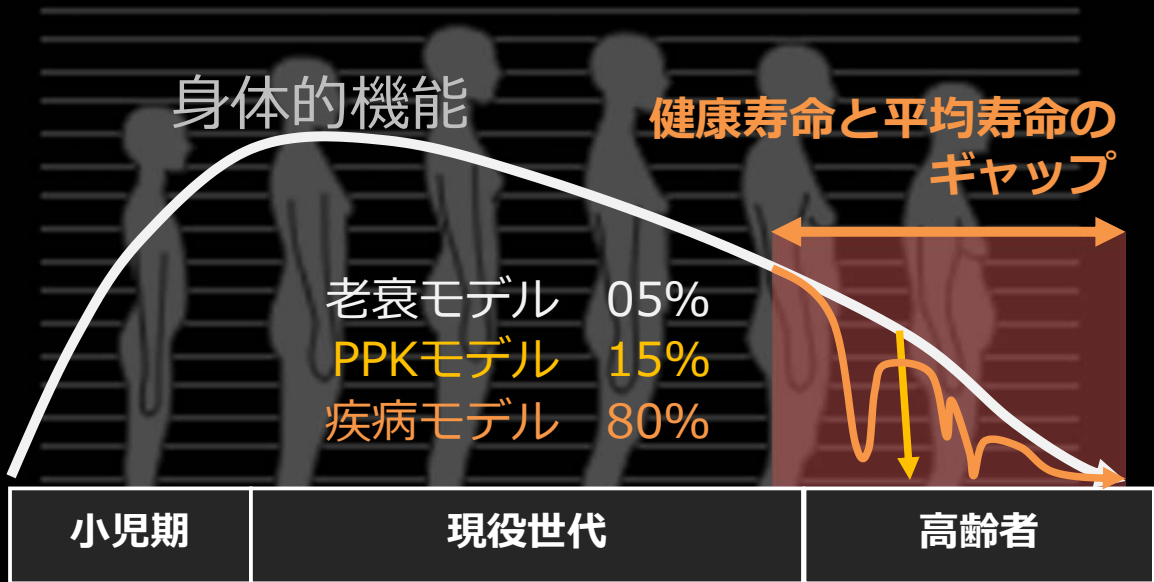
佐々木 淳  
Jun Sasaki M.D.

医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長  
Director/Chairman Yushoukai Medical Corp

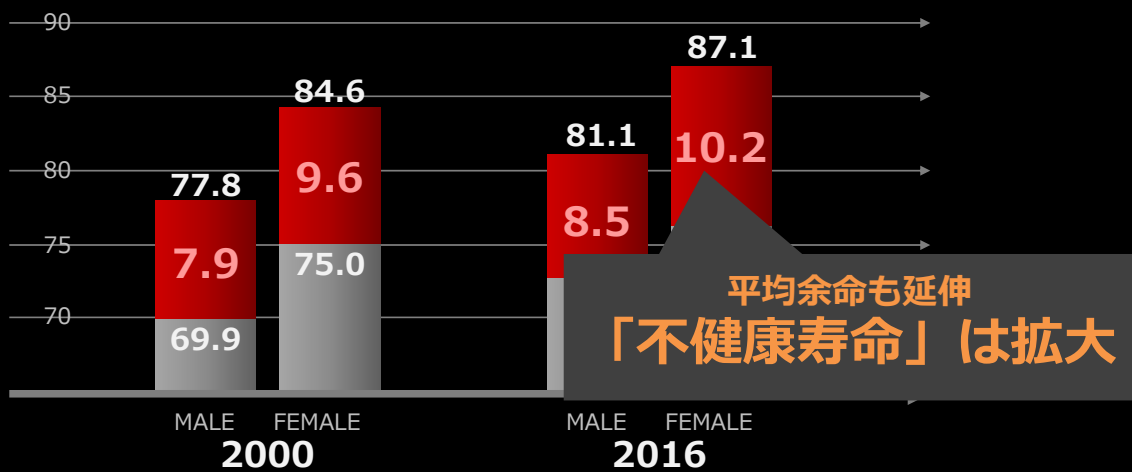
## ▶ あなたは何歳まで生きる？



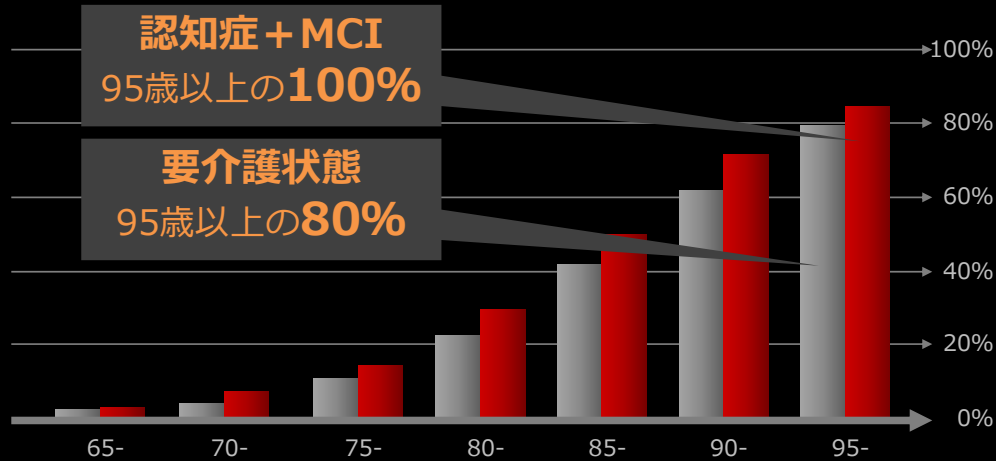
## ▶ 人間はだれもが歳をとる。



## ▶ 健康寿命は延伸できる。だけど

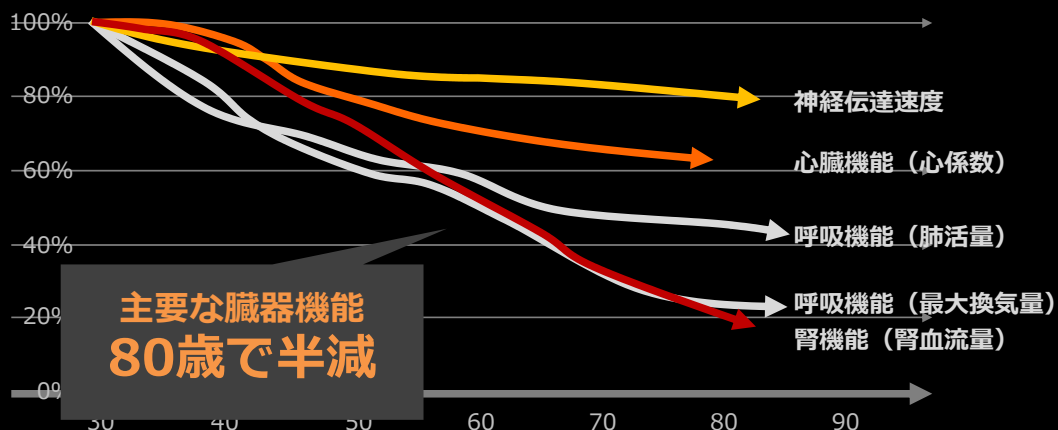


## ▶ 「予防」はどこまで？



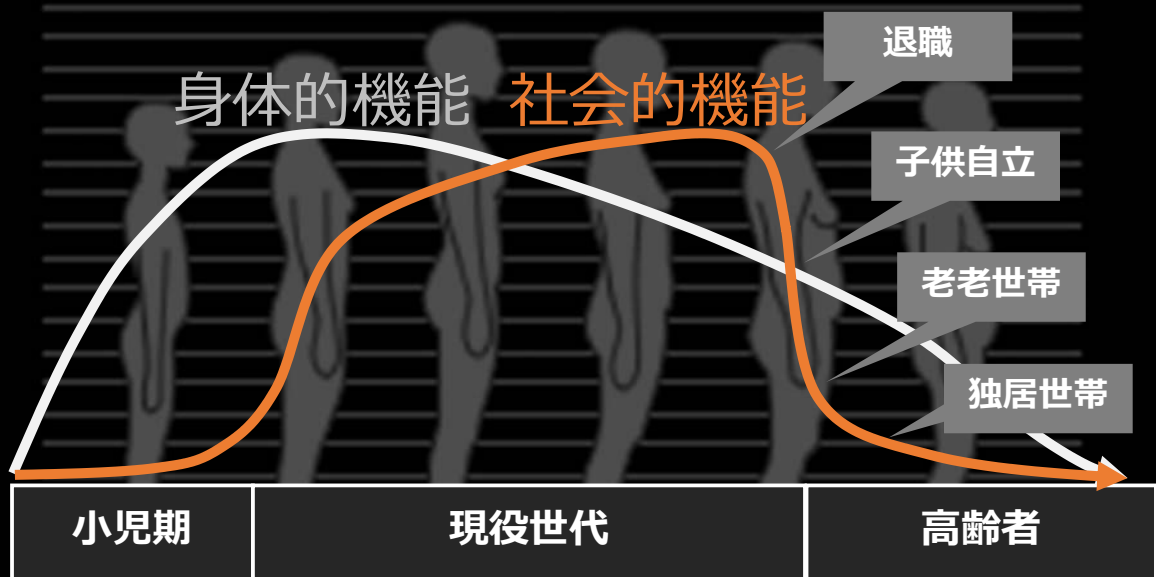
寝たきりも認知症も人生の一部

## ▶ 「治療」はどこまで？

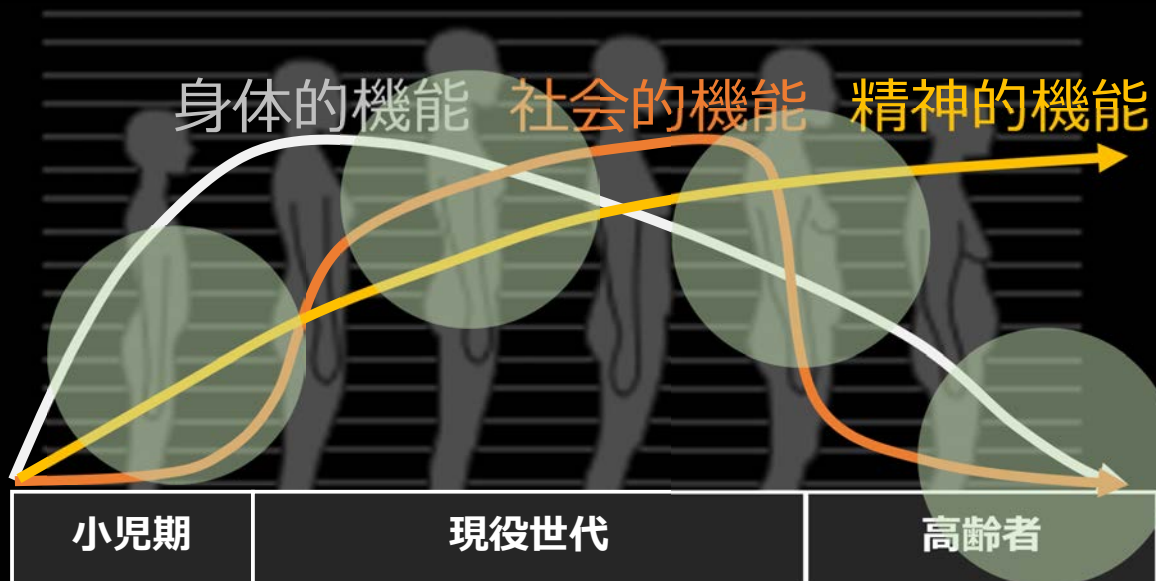


どこまでが病気？ どこからが老化？

## ▶ 老化するのは身体だけ？

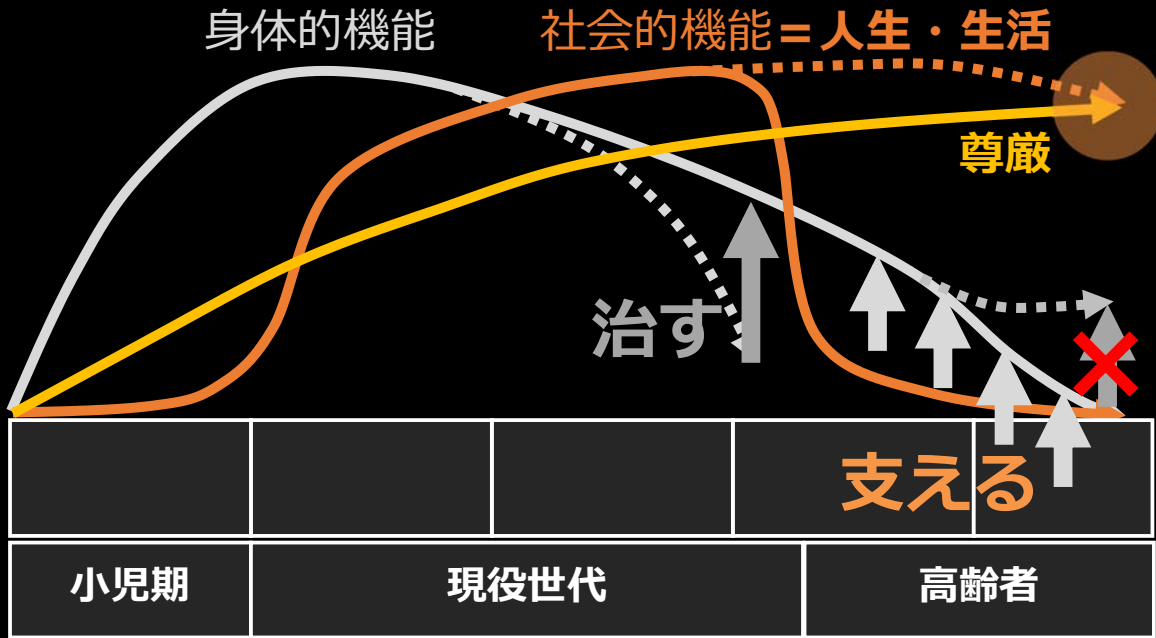


## ▶ 歳を重ねるということ





# ▶ 医療の役割も変わっていく



医療法人社団 悠翔会  
YUSHOUKAI MEDICAL CORPORATION

- 2006年創設
- 首都圏20拠点 + その他4拠点
- 医師数168名 (常勤医師61名)
- 在宅患者数 8,129人

- 年間総診療件数 141,553 件
  - ・ 訪問診療 106,756 件
  - ・ 緊急対応 34,797 件
    - ・ うち往診 10,899 件
    - ・ 平均往診所要時間 41.1 分

- 年間死亡者数 2,015 人
  - ・ うち在宅死 1,423 人
  - ・ 在宅看取り率 70.6 %

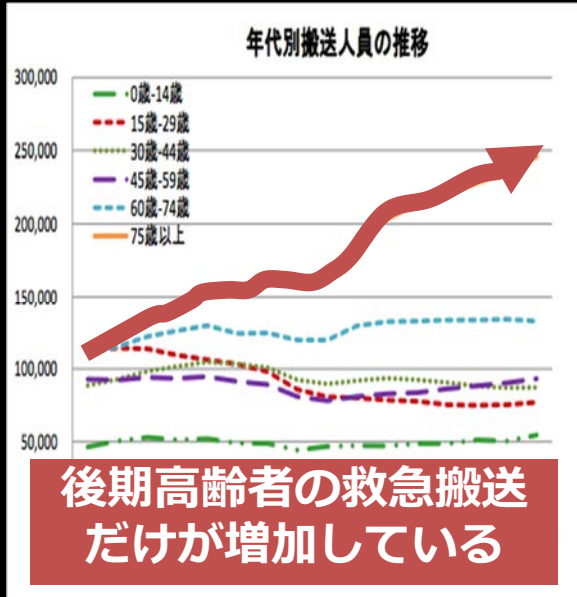


# ▶ 救急搬送は増加の一途

▶ 平成 27 年の救急出動件数等



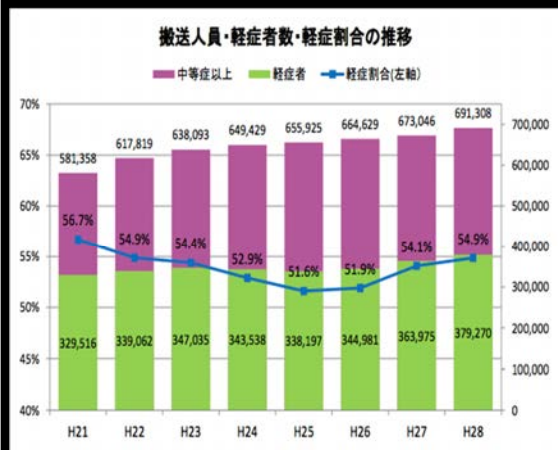
平成28年3月29日 東京消防庁 発表資料



平成29年1月12日 東京消防庁 報道発表資料

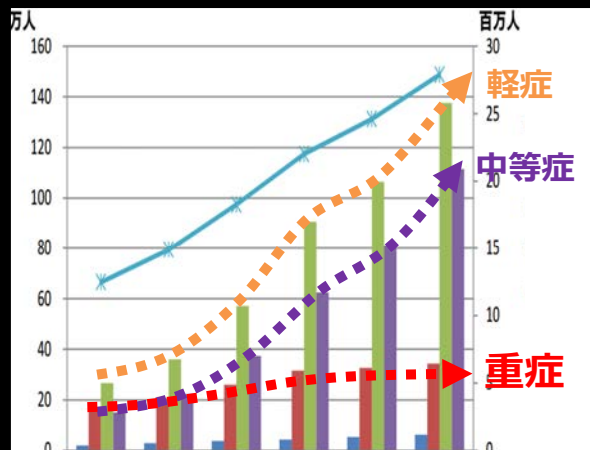
# ▶ 高齢者の搬送は軽症が多い

▶ 搬送人員・軽症者数・軽症割合の推移



**救急要請は「軽症」が過半数**

▶ 全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移



**救搬増加分のほとんど「軽症」～「中等症」**

## ▶ それは医療ニーズ？ “標準世帯”

図表 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

年	1位		2位	
	1974年 (昭和49年)	4人世帯・有業者数1人 14.56%	3人世帯・有業者数1人 10.95%	
1988年 (昭和63年)	有業の1人世帯 15.78%	4人世帯・有業者数1人 9.67%		
2017年 (平成29年)	無業の1人世帯 16.95%	有業の1人世帯 15.65%	2人世帯・有業者数0人 13.67%	4人世帯・有業者数1人 4.60%

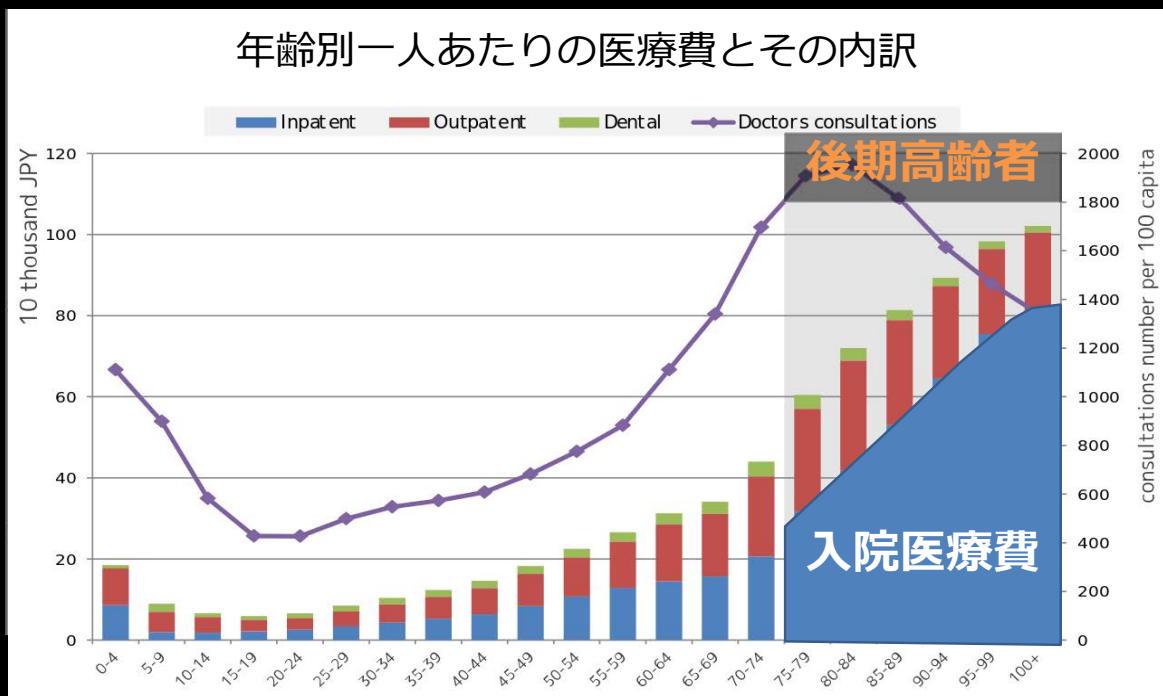
世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。  
 (出所) 総務省(旧・総理府)「国勢調査」および総務省(旧・総理府)「家計調査」をもとに大和総研推計



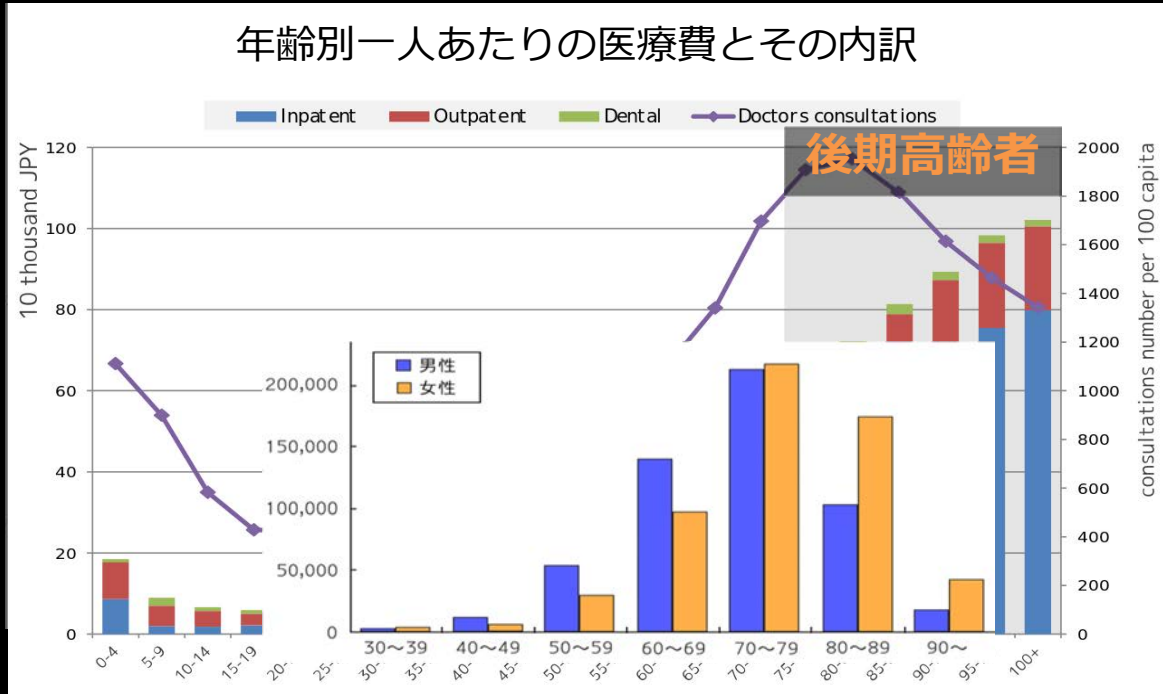
“令和の標準世帯”

「高齢単独」世帯が  
約3割

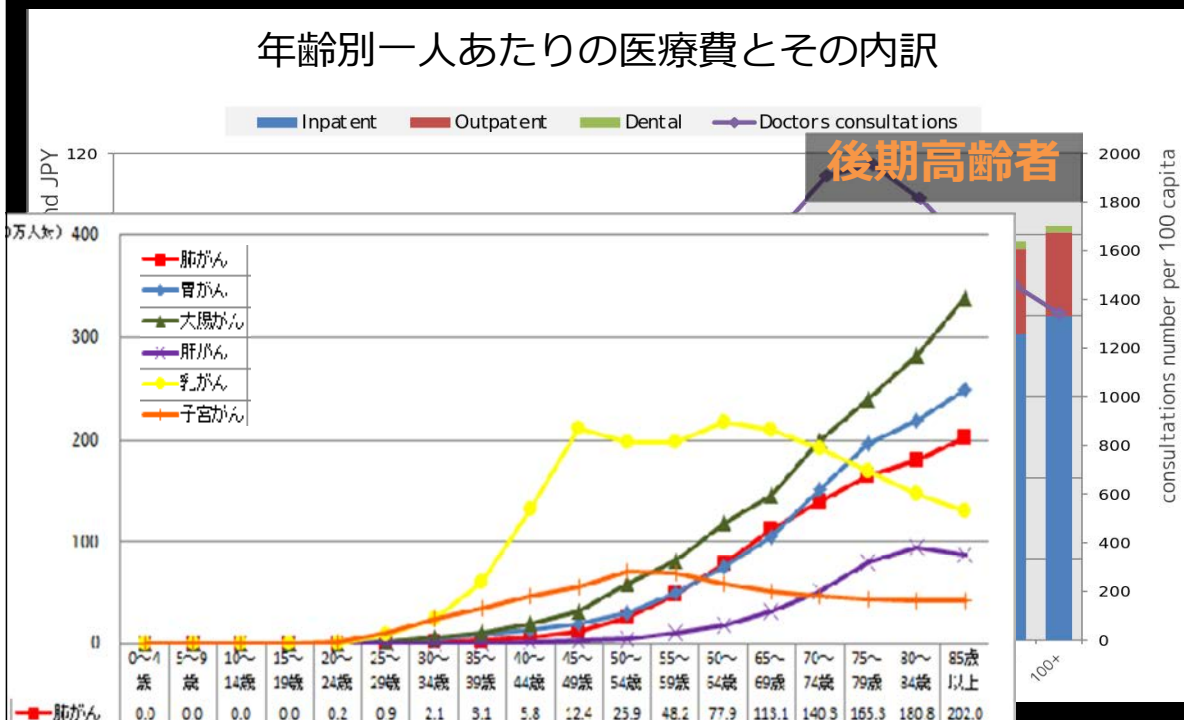
## ▶ 高齢者医療費の8割は入院



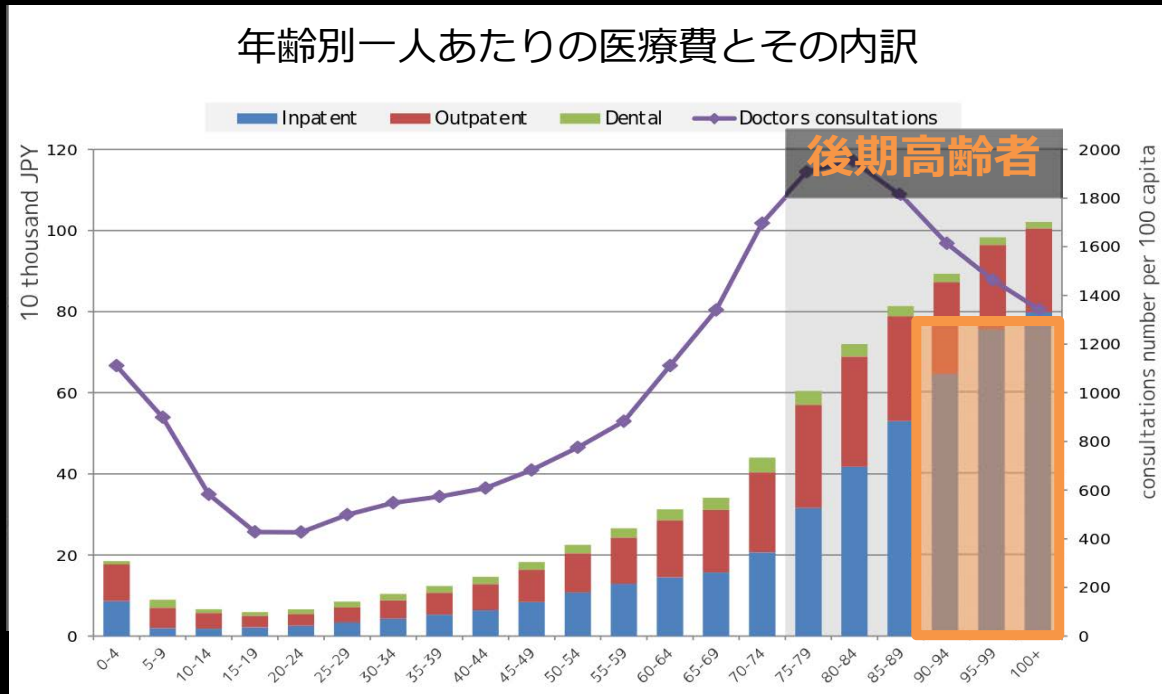
# ▶ 脳梗塞



# ▶ がん



## ▶ 超高齢者は何で入院している？



## ▶ 「社会的入院」はいまだに

入院者計に占める社会的入院者の割合

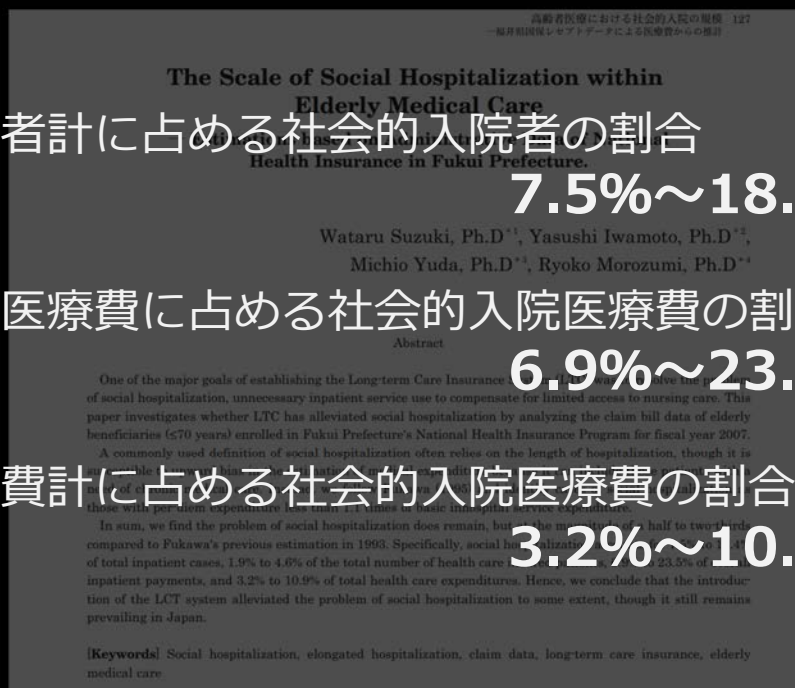
**7.5%~18.4%**

入院医療費に占める社会的入院医療費の割合

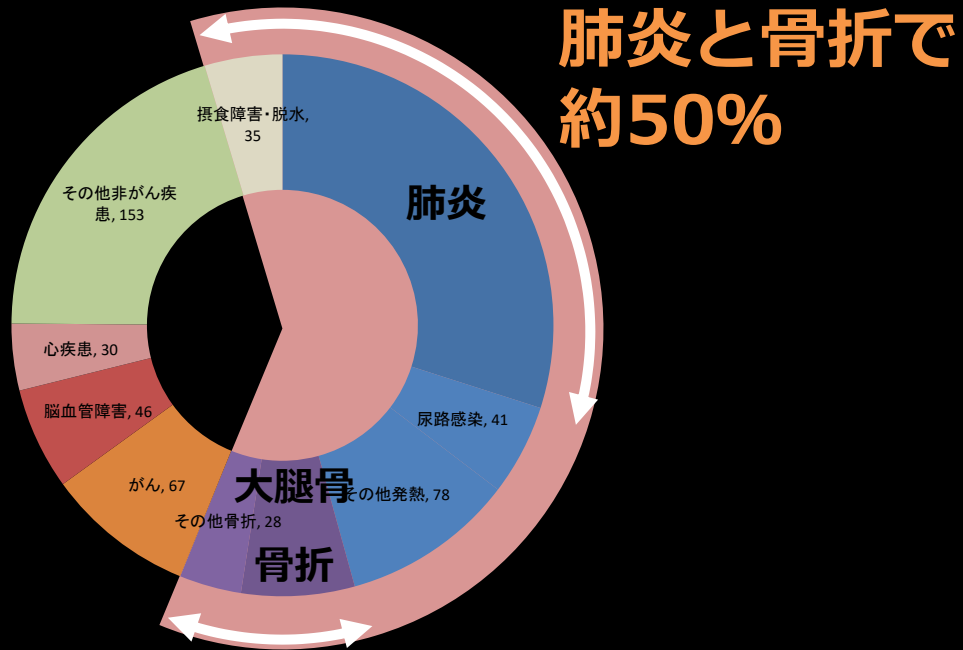
**6.9%~23.5%**

医療費計に占める社会的入院医療費の割合

**3.2%~10.9%**



## ▶在宅高齢者の緊急入院



医療法人社団悠翔会  
実績調査 (2014~2016) より

## ▶入院による要介護度の悪化



**平均要介護度 + 1.72**

**平均要介護度 + 1.54**

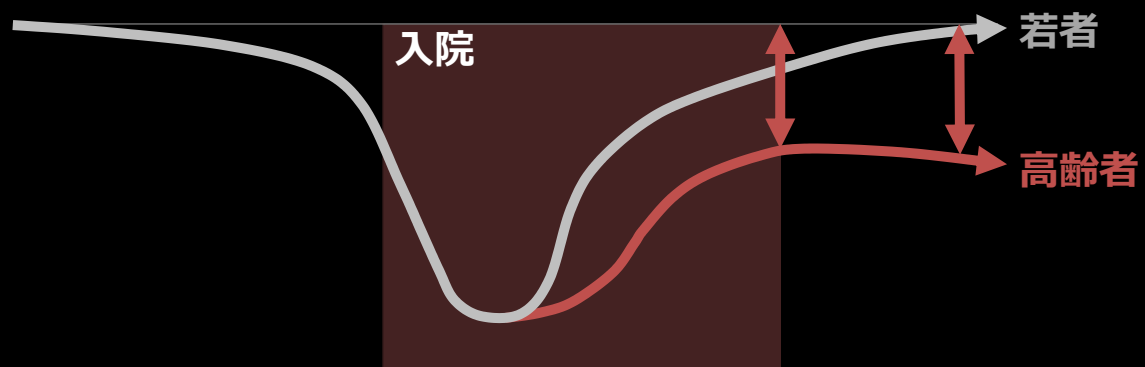
**肺炎の平均入院医療費：118万円**

**骨折の平均入院医療費：130万円**

医療法人社団悠翔会  
実績調査 (2014~2016) より

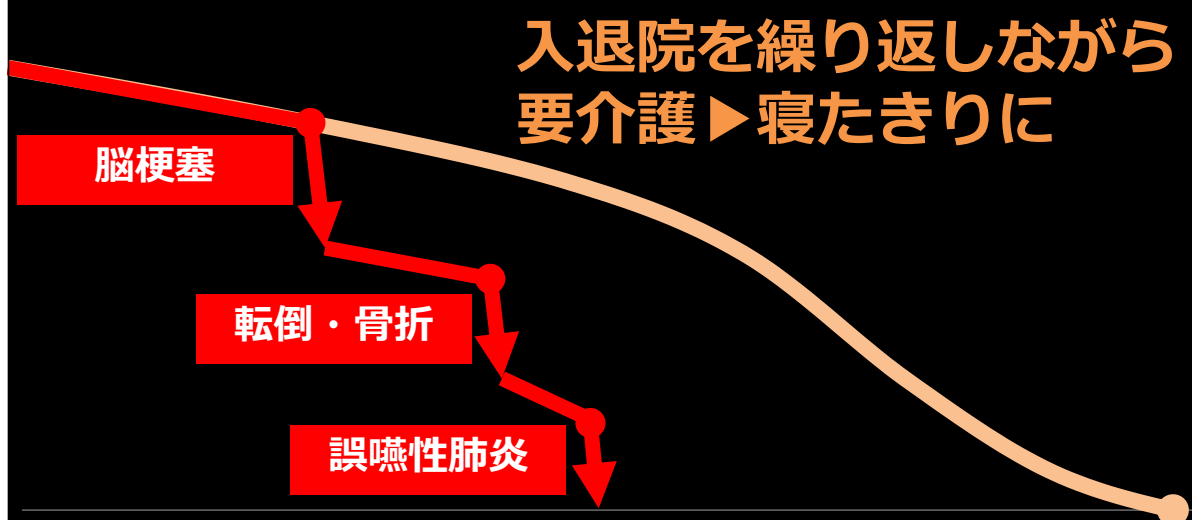


## ▶ 高齢者は入院がリスク



**入院関連機能障害**  
10日間の入院で7年老化

## ▶ 階段状に衰弱が進み・・・



「何かあれば病院へ」  
は最適な選択か？



## ▶ 最期は病院で亡くなる

病院死

できれば自宅で

H20 厚生労働省 終末期医療に関する調査

病院死

在宅死

少ない在宅死

30~50%が警察による検案死

## 人生の後半に必要な医療

救急搬送

入院

病院死

継続的・計画的  
健康管理

24時間対応  
在宅対応能力

在宅緩和ケア  
在宅看取り

早期退院支援  
退院直後のケア

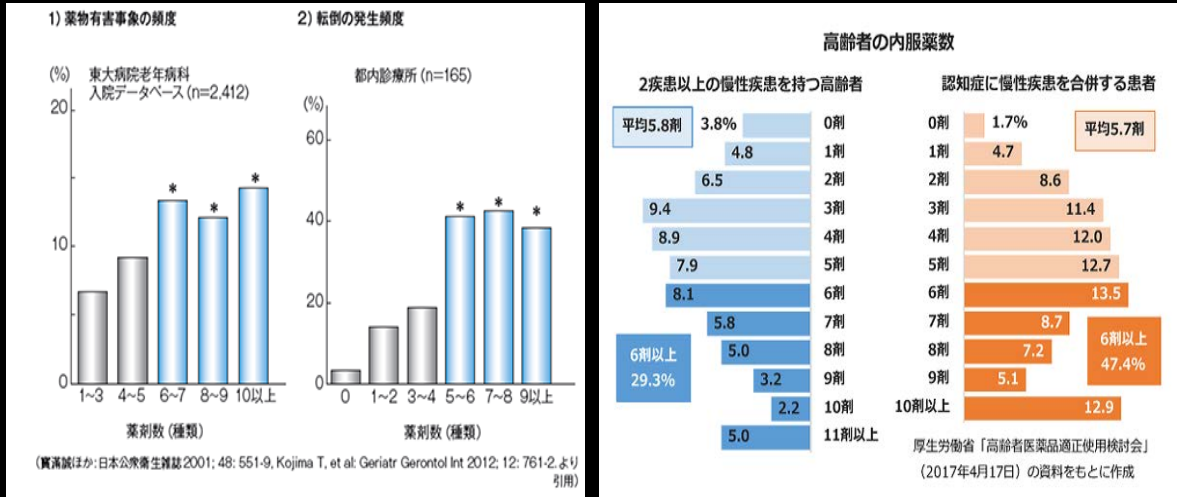


れの訴えが続いていますが、  
 て御加療を引き継いでいただくとのことで診察日  
 お忙しいこととは存じますが何卒よろしくお願いたします。

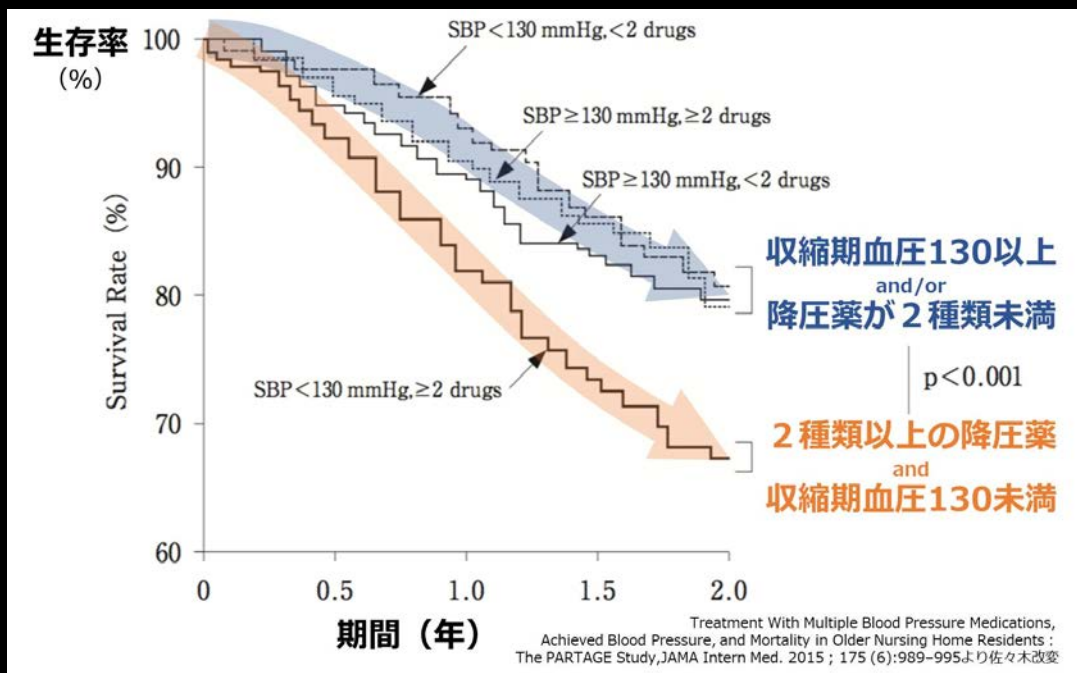
・ ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用) X 5g  
 1日2回朝夕食前に  
 ・ ガスロンN・OD錠2mg X 2錠  
 ・ セレコックス錠100mg X 2錠  
 ・ プラダロン錠200mg X 2錠  
 1日2回朝夕食後に  
 ・ ラシックス錠20mg X 1錠  
 1日1回昼食後に  
 ・ エバミール錠1.0 1mg X 1錠  
 ・ ルネスタ錠2mg X 1錠  
 1日1回就寝前に  
 ・ フルイトラン錠1mg X 0.5錠  
 ・ エピスタ錠60mg X 1錠  
 ・ プラビックス錠25mg X 2錠  
 ・ レザルタス配合錠HD X 1錠  
 ・ ワンアルファ錠1.0μg X 1錠  
 ・ メマリー錠20mg X 1錠  
 1日1回朝食後に  
 ・ ネキシウムカプセル20mg X 1カプセル  
 1日1回夕食後に  
 ・ イクセロンパッチ18mg  
 1日1枚 貼付

の採血データを添付いたします。

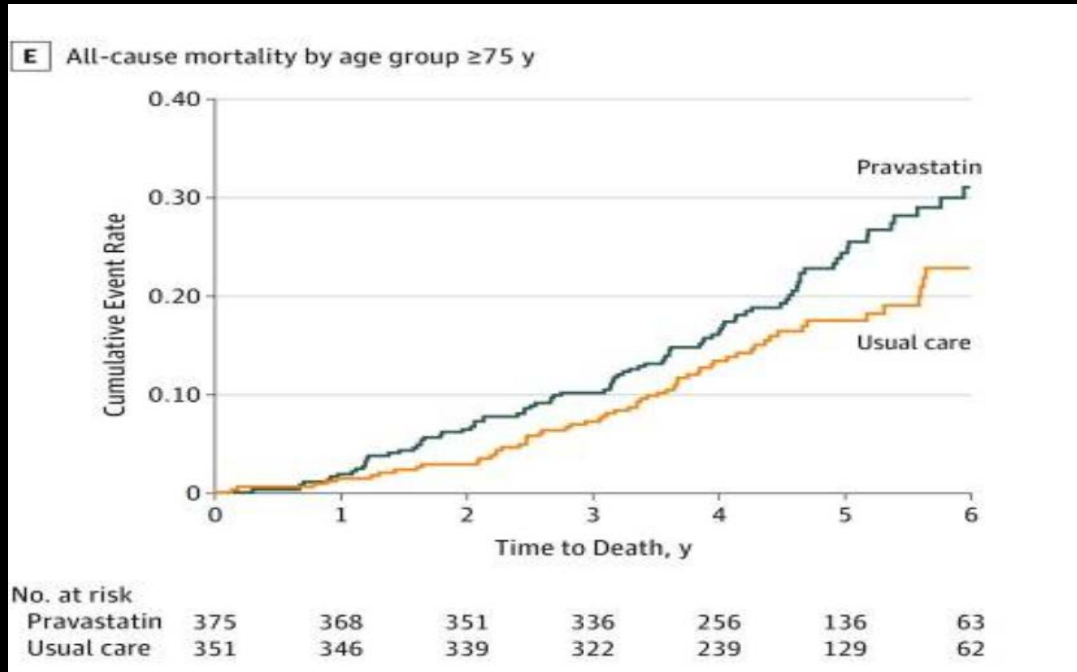
# クスリもリスク



# 2剤以上の降圧薬で死亡率2倍に



## ▶ 高脂血症治療で全死亡リスク↑



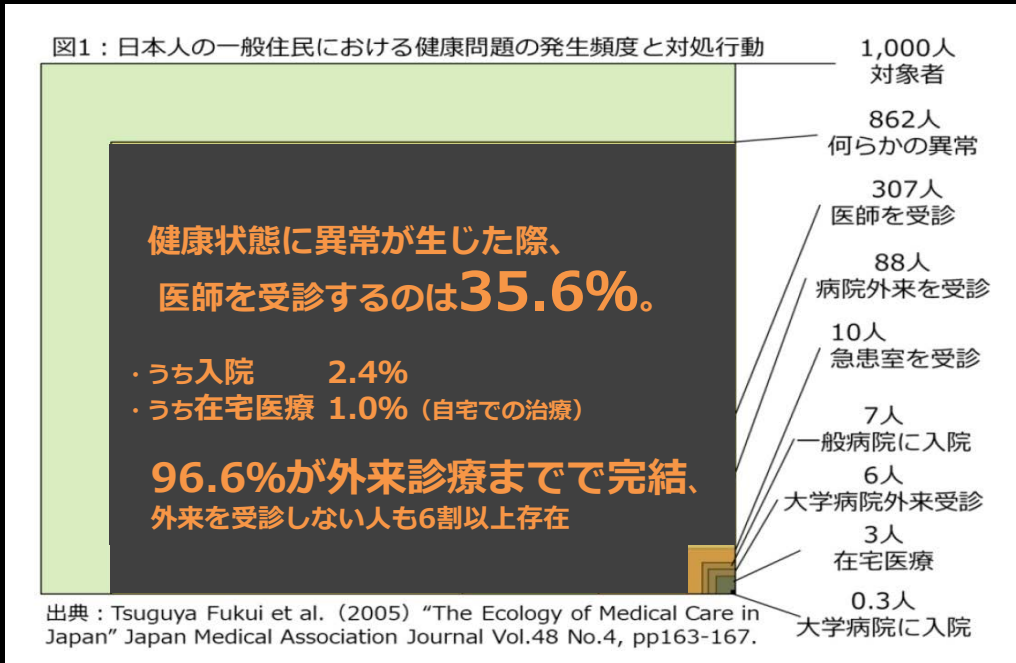
## ▶ 糖尿病の治療はどこまで？

患者の特徴・健康状態 <sup>注1)</sup>	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII	
		① 認知機能正常 かつ ② ADL 自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし <sup>注2)</sup>	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり <sup>注3)</sup>	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

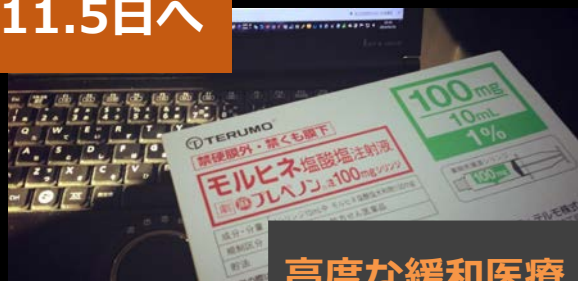




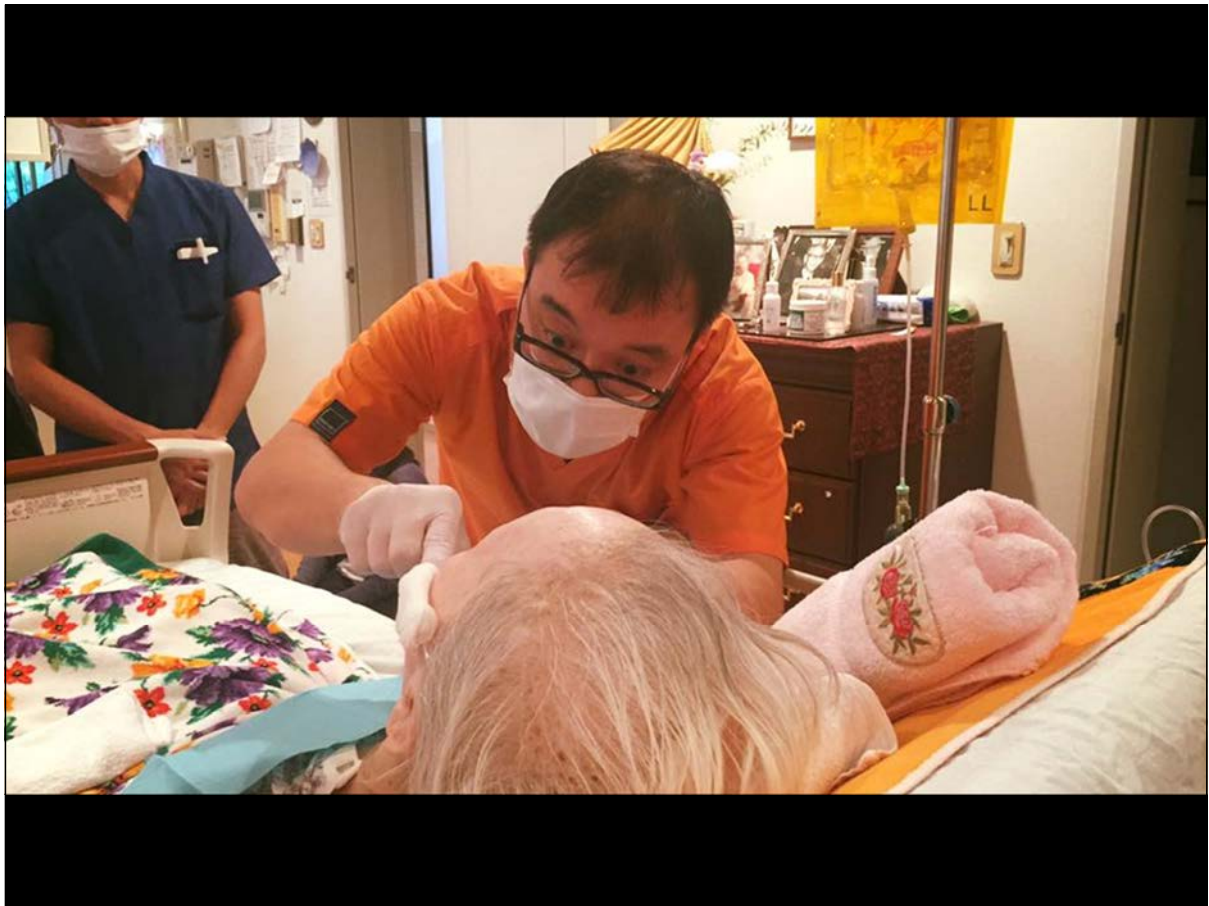
# ▶健康問題の大部分は外来レベル



年間延べ入院日数/人  
41.2日▶11.5日へ



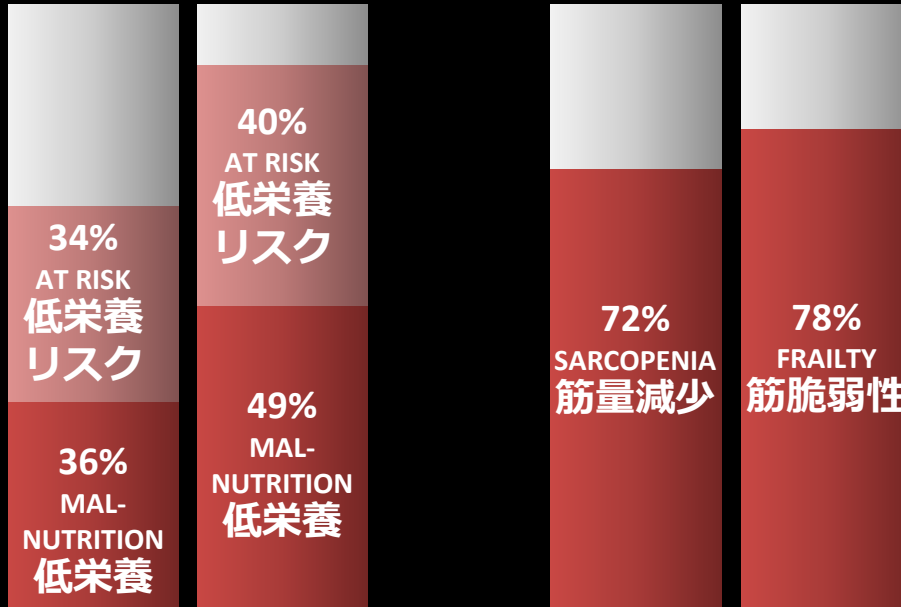




# ▶在宅高齢者のバックグラウンド

## 栄養

## 筋肉



平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書

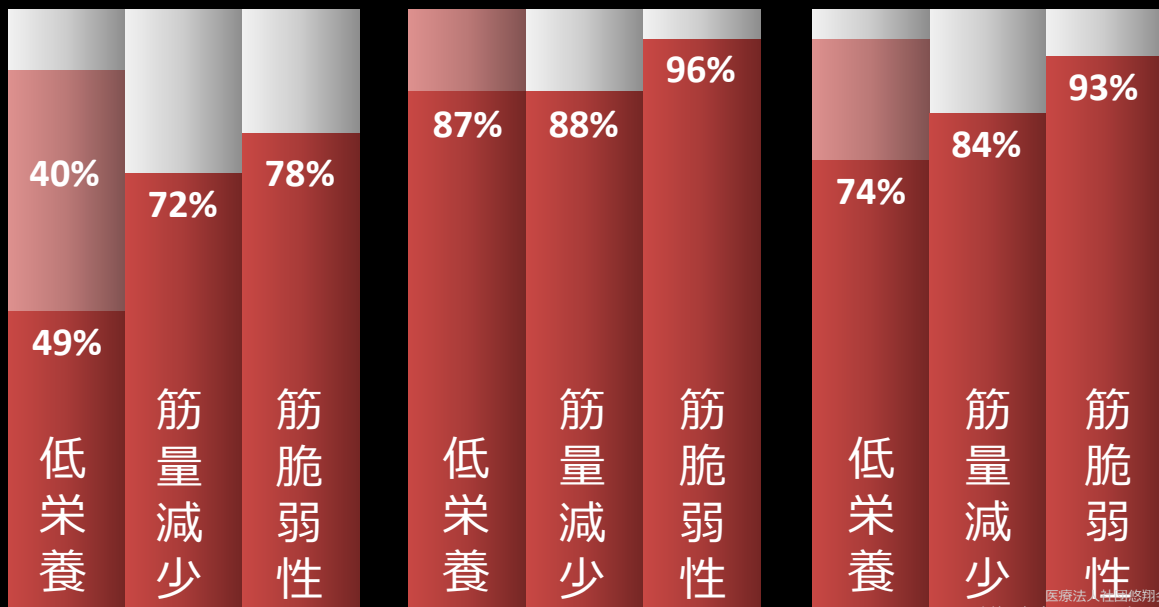
医療法人社団悠翔会  
実績調査 (2014~2016) より

# ▶肺炎・骨折の原因は？

## 在宅高齢者

## 肺炎

## 骨折



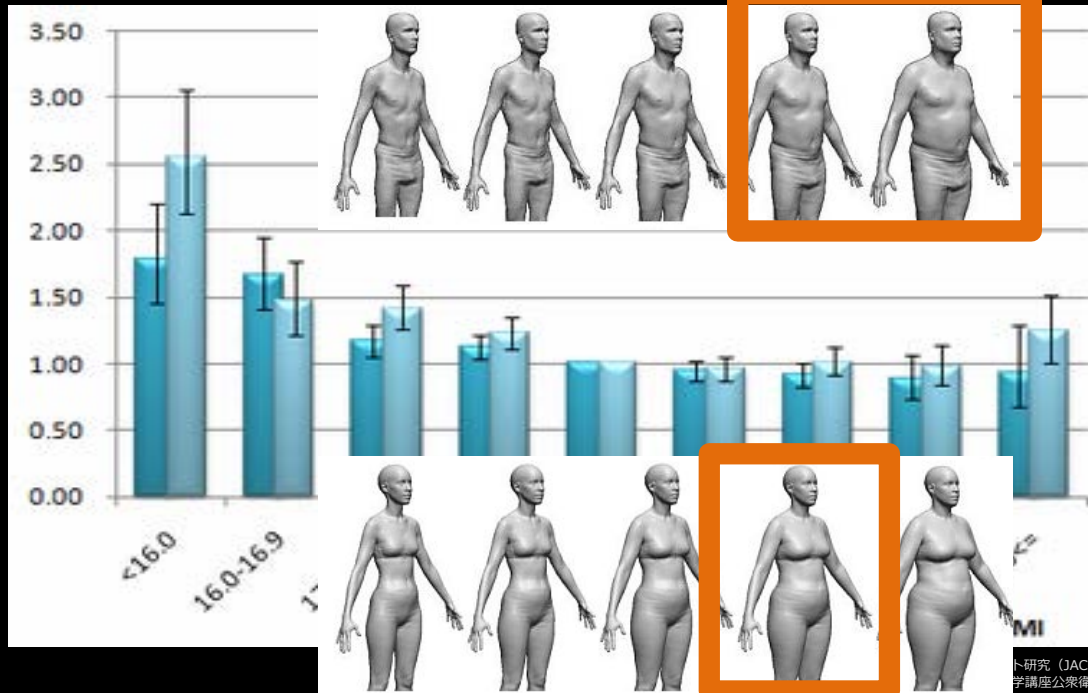
医療法人社団悠翔会  
実績調査 (2014~2016) より

# ▶ 「食べる」が基本！



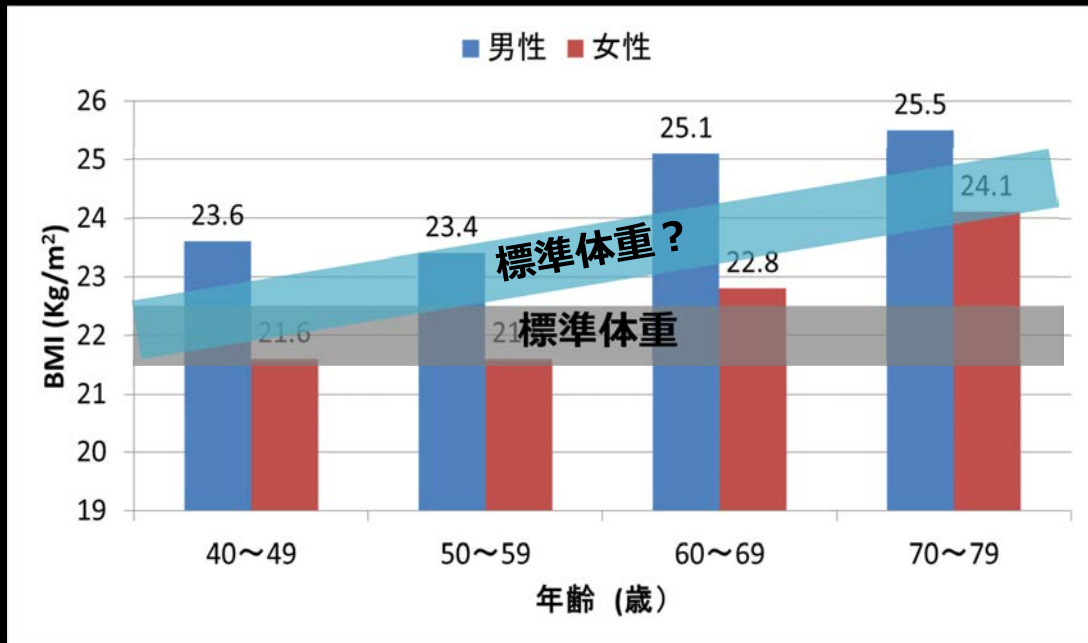
# ▶ 低体重はハイリスク！

死亡リスク



下研究 (JACC Study)  
学講座公衆衛生学分野

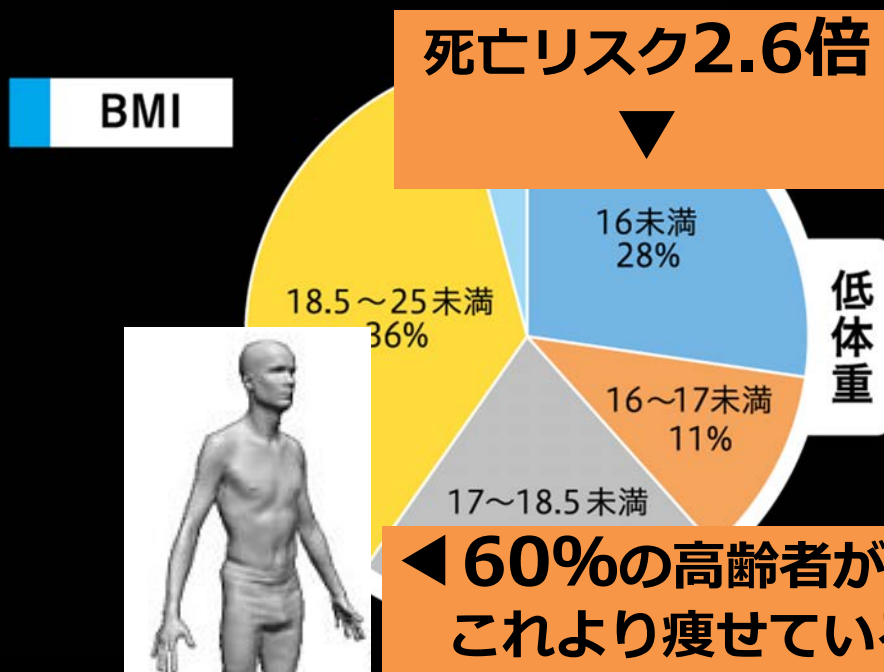
## ▶ 歳とともに少しずつ太るべき



死亡率が最も低くなるBMI (男女別年齢別) 茨城県のデータ  
Matsuo T, et al. Obesity, 16, 2348 - 2355, 2008

## ▶ 在宅高齢者の平均BMI 18.1

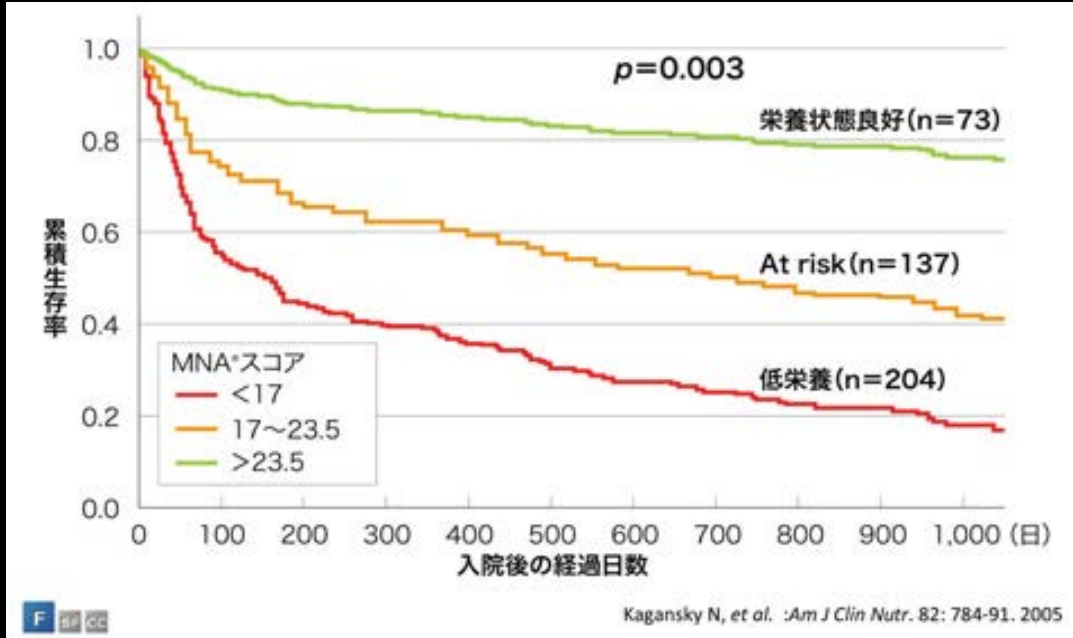
※訪問看護利用者



メディバンクス  
在宅医療サーベイランス調査2019



## ▶ 低栄養は生存率が4分の1に



## ▶ 何のための医療？

### 健康な人生をより長く

- 食べすぎない
- 太らない
- 喫煙×飲酒×
- 血圧しっかり下げる
- 血糖しっかり下げる
- 脂質しっかり下げる
- 薬をちゃんと飲む

動脈硬化・メタボ

### 残る人生をより楽しく

- しっかり食べる
- 体重を増やす
- 喫煙○飲酒○
- 血圧は下げ過ぎない
- 血糖は下げ過ぎない
- 脂質は下げない
- 薬はできるだけ少なく

低栄養・サルコペニア・フレイル

▶ 人生が進むと

終末期はこれ以上の積極的治療はしない。

看取り

最期の下山

いまどのあたりにいる？

ここから先の下山ルートはどうなってる？

自分にとって最適なルートは？

そのために必要な準備は？

そのルートで、何が起こる可能性がある？

それが起こったらどうする？

どんな選択肢がある？

現時点で準備しておくものは？

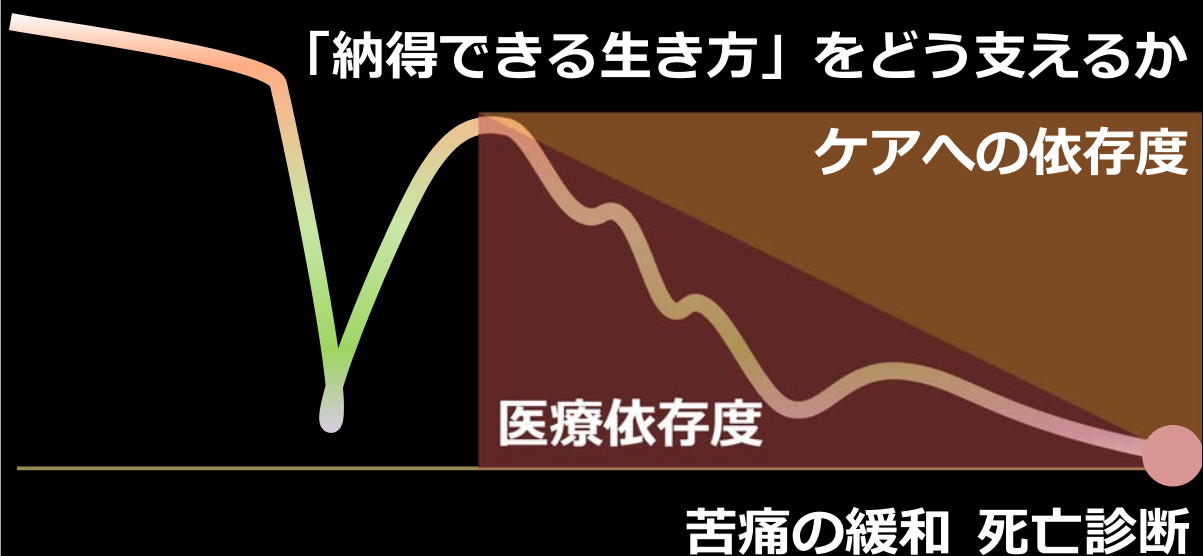
だれにガイドしてもらおう？

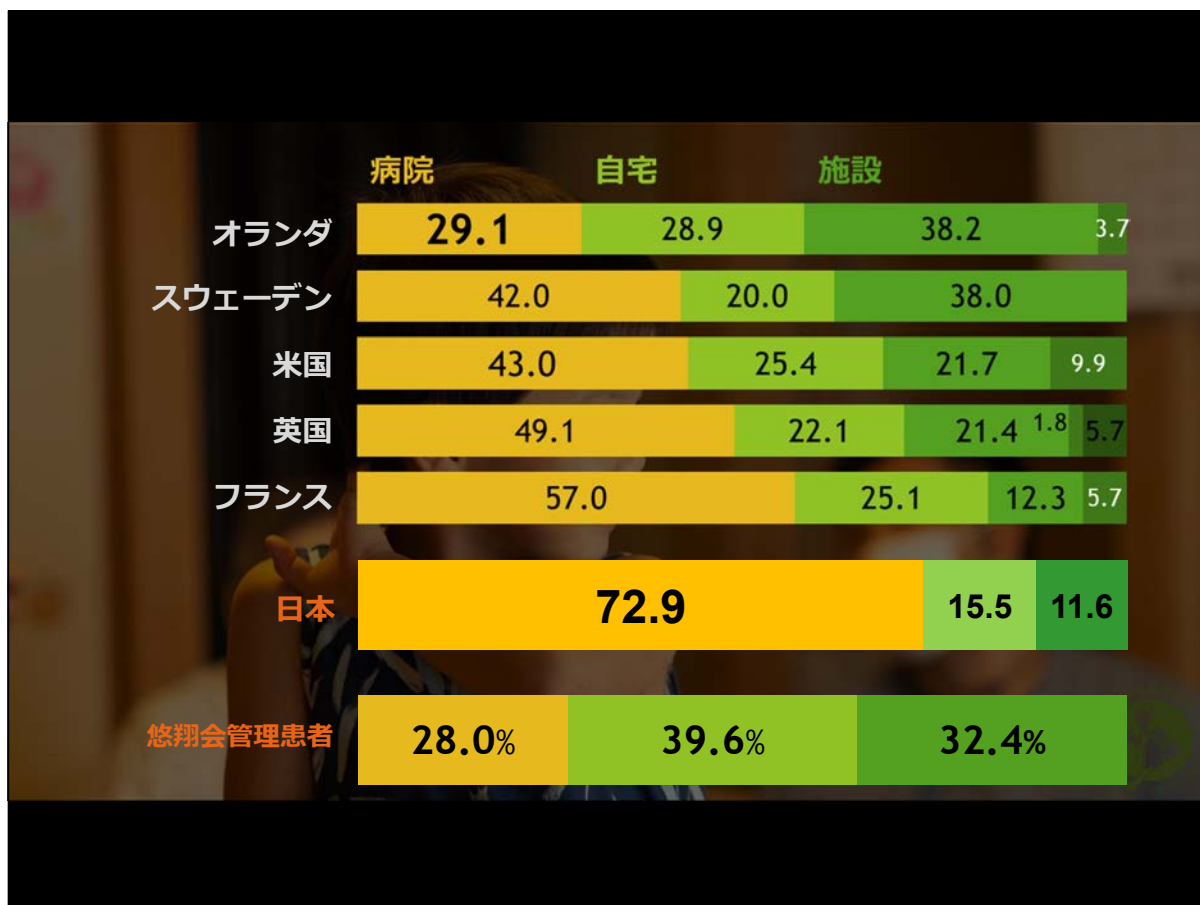


## ▶ 「人生会議」とは？



## ▶ 医療依存度は下がっていく

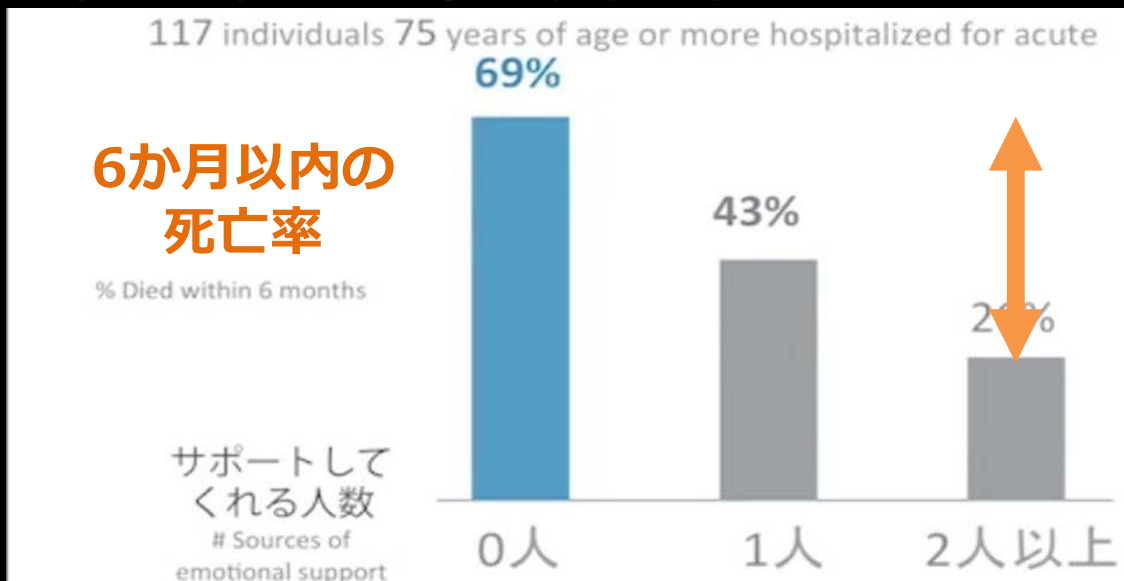






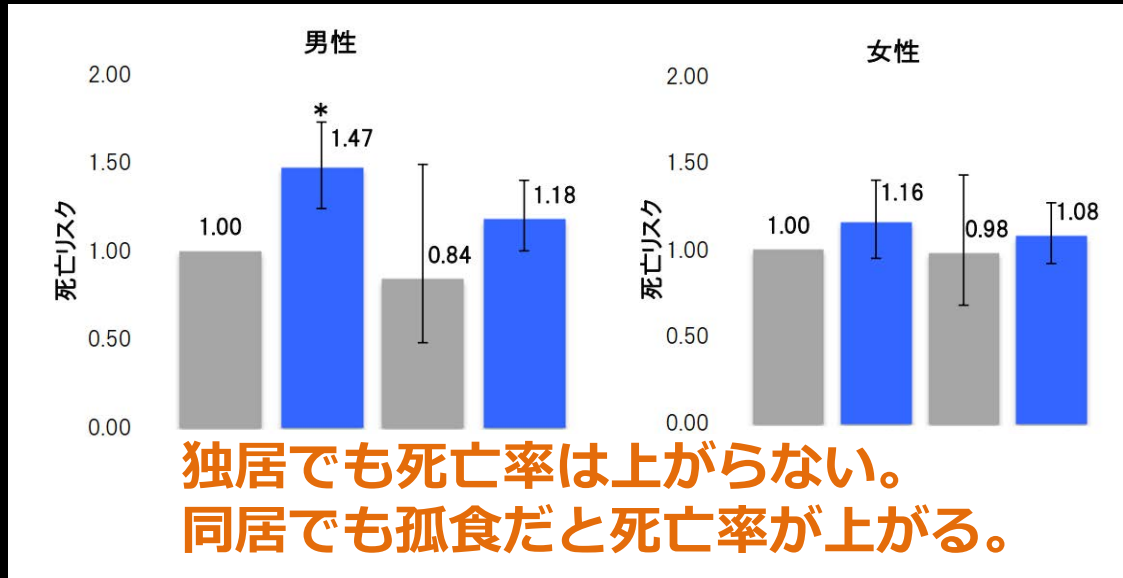
## ▶ 友人がいないと死亡率が2.5倍

### 急性心筋梗塞で入院した後期高齢者



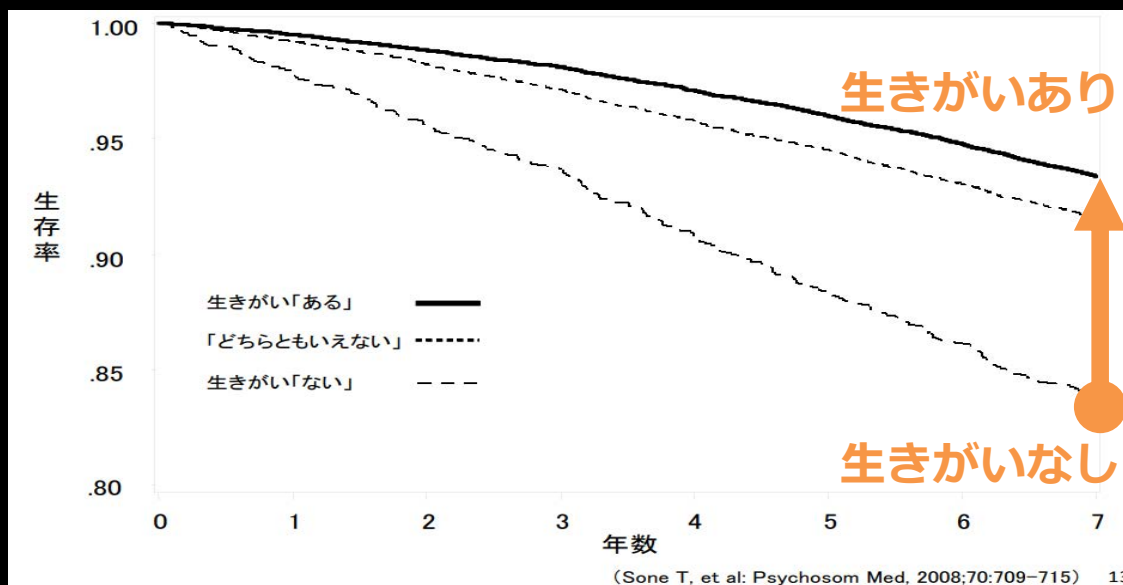
# ▶ 何を食べるか < 誰と食べるか

## 同居 vs 独居 / 共食 vs 孤食

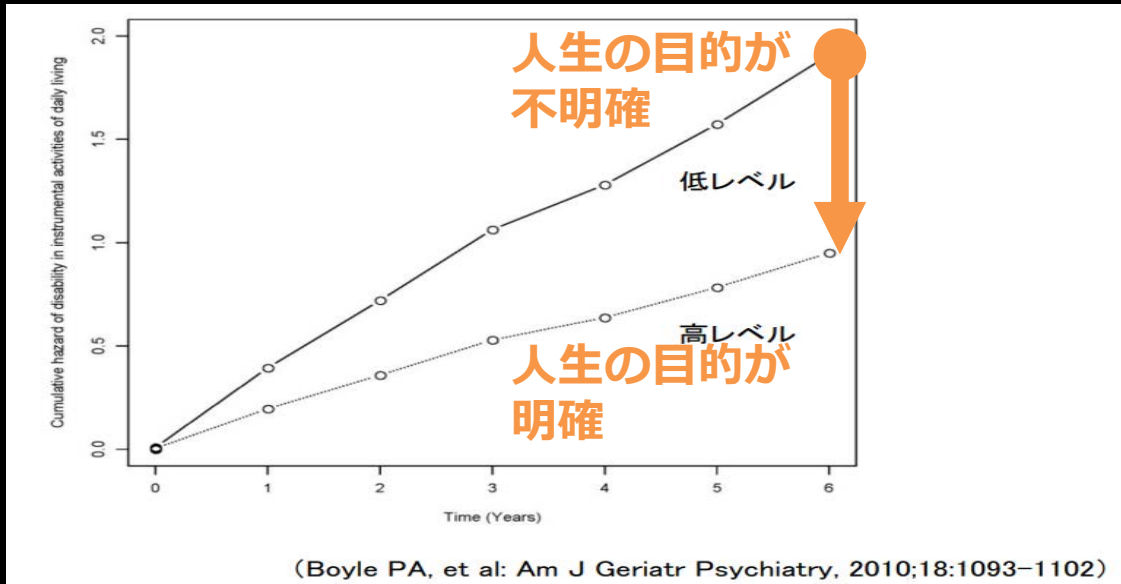


Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Saito M, Kondo K. Eating alone yet living with others is associated with mortality in older men: The JAGES cohort survey. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (in press).

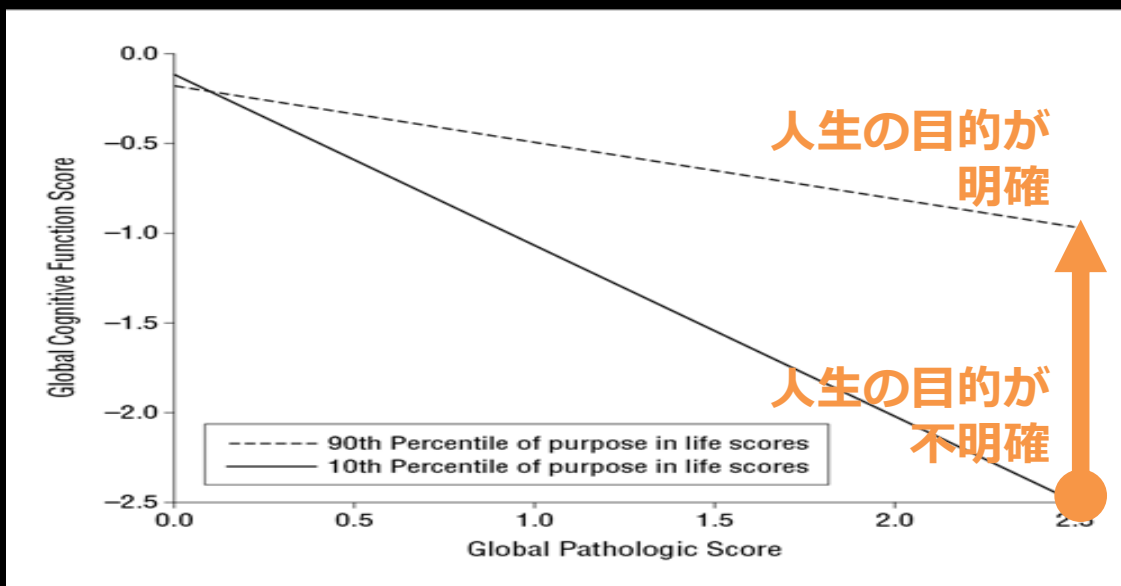
# ▶ 「生きがい」がある人は長生き



▶ 「人生の目的」があると  
要介護になりにくい

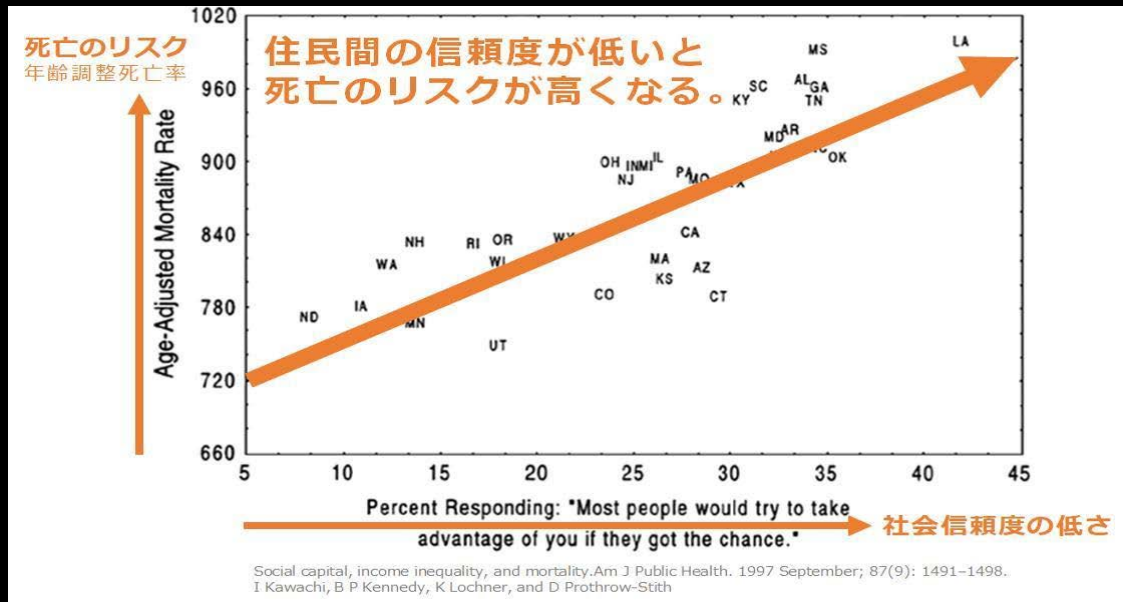


▶ 「人生の目的」があると  
認知症は進行しない

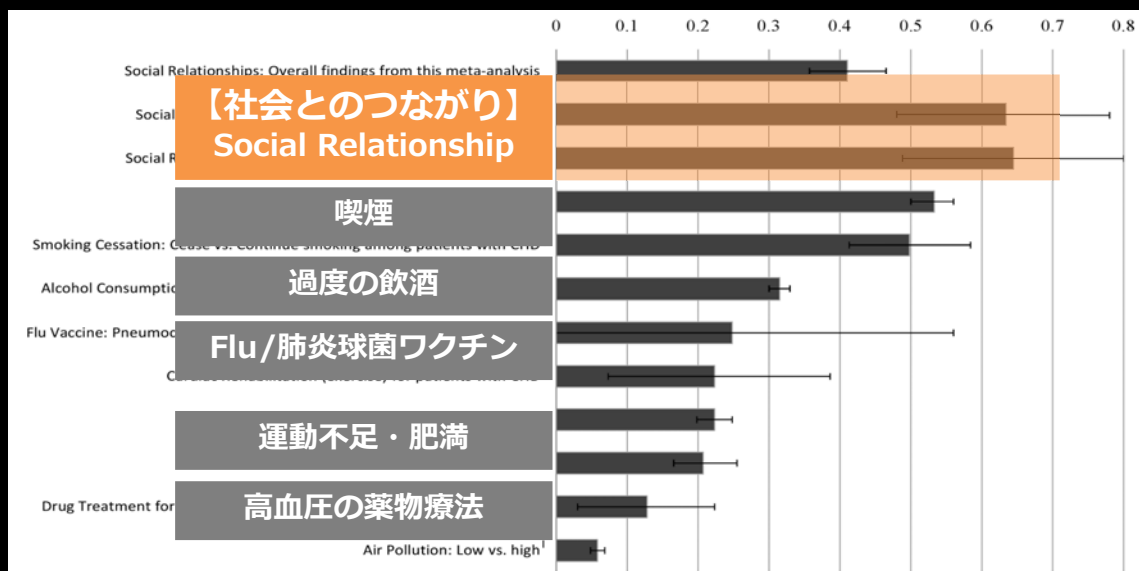


Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age

## ▶ 近隣との信頼関係で長生き



## ▶ 社会とのつながりが 寿命を決める



• Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review



## 根の再生！

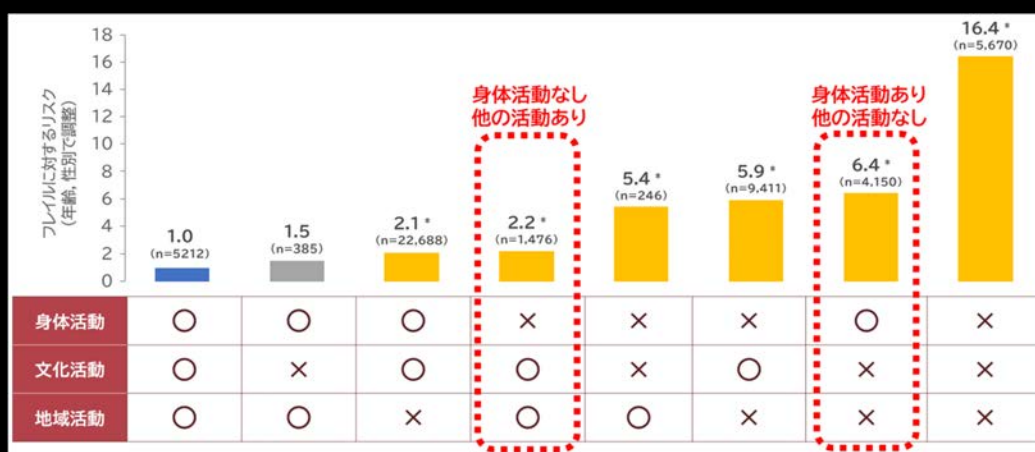
病気になっても高齢になっても  
最期まで安心して暮らし続けられる地域

新しい家族関係

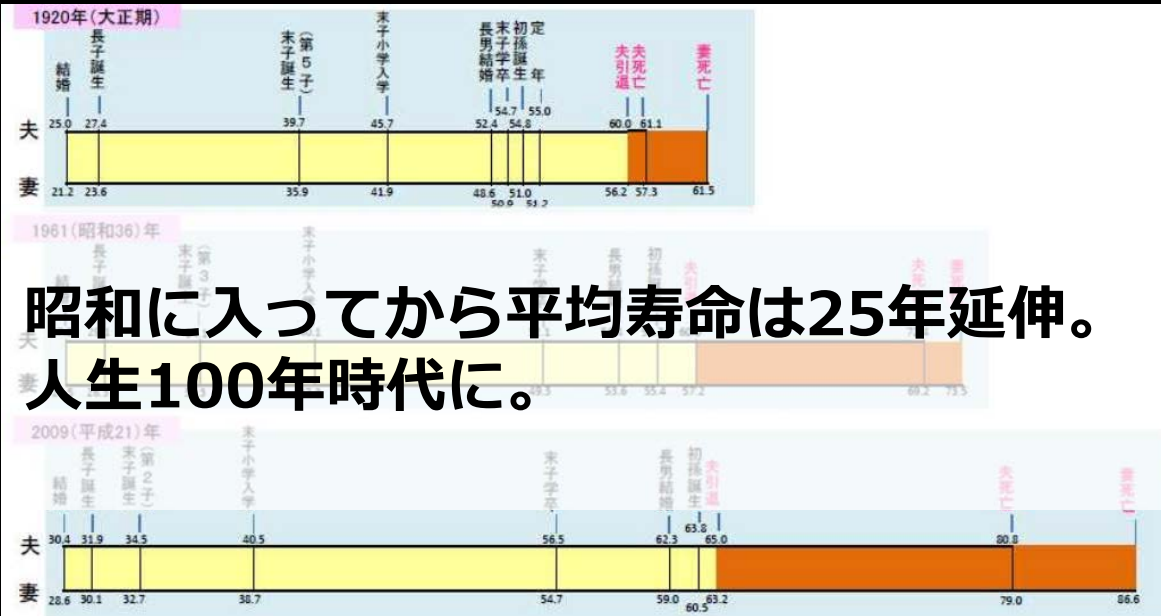
多世代交流

新しい役割

## ▶ 社会参加は健康寿命を延ばす！



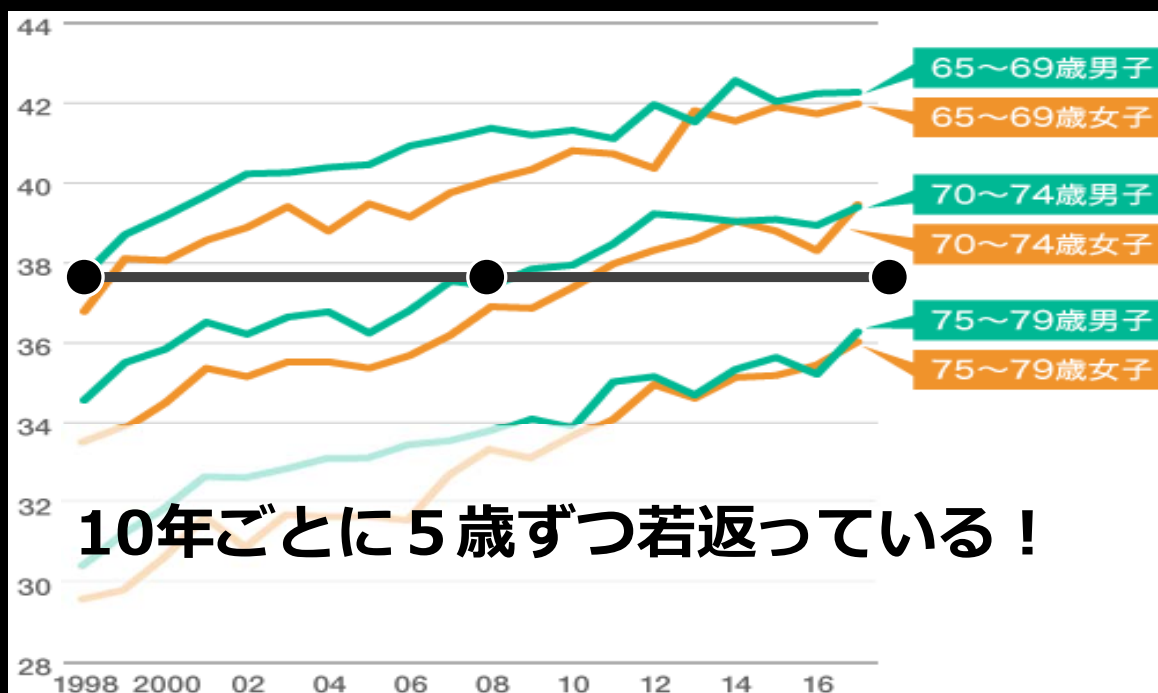
## ▶ 65歳 = 人生が1/3残っている。

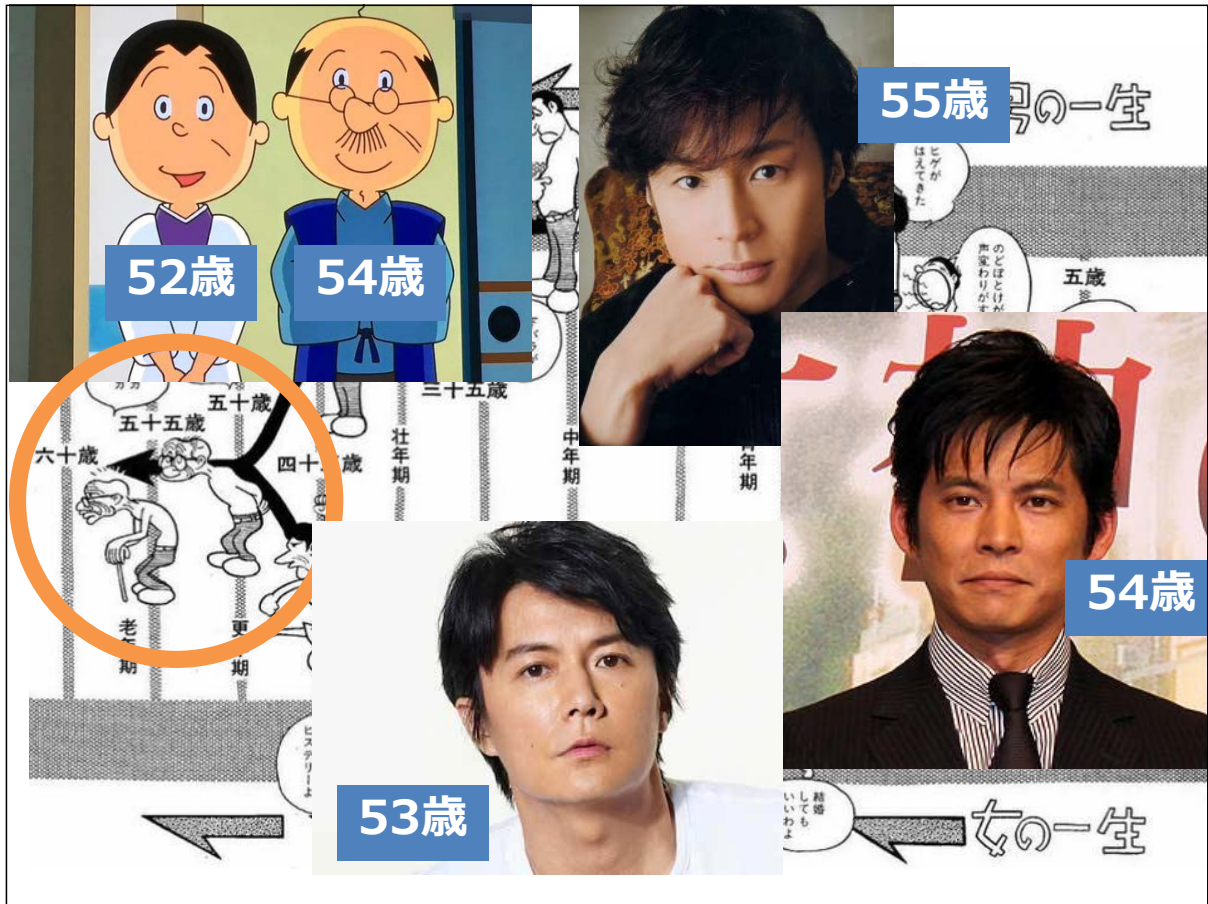


昭和に入ってから平均寿命は25年延伸。  
人生100年時代に。

資料: 1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。  
(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

## ▶ 高齢者はどんどん若返っている

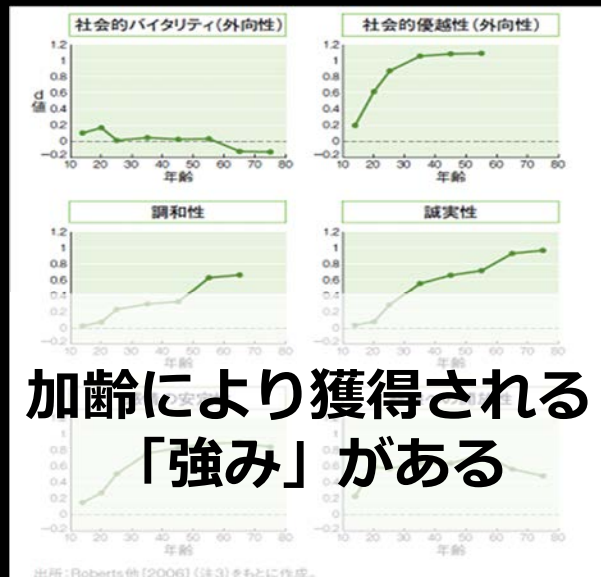
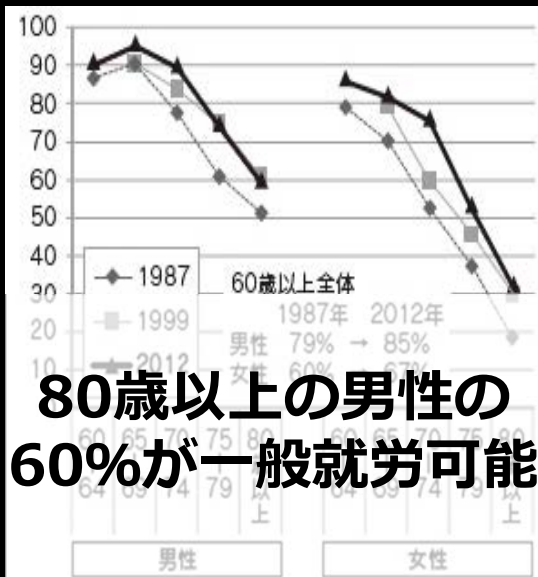




## ▶ 加齢はハンデなのか？

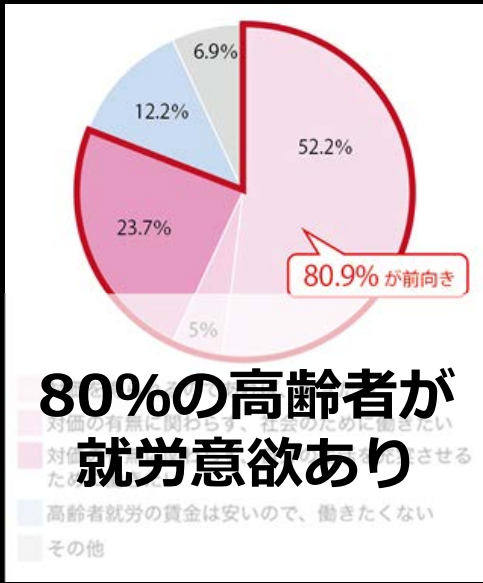
身体的機能自立度

パーソナリティ特性

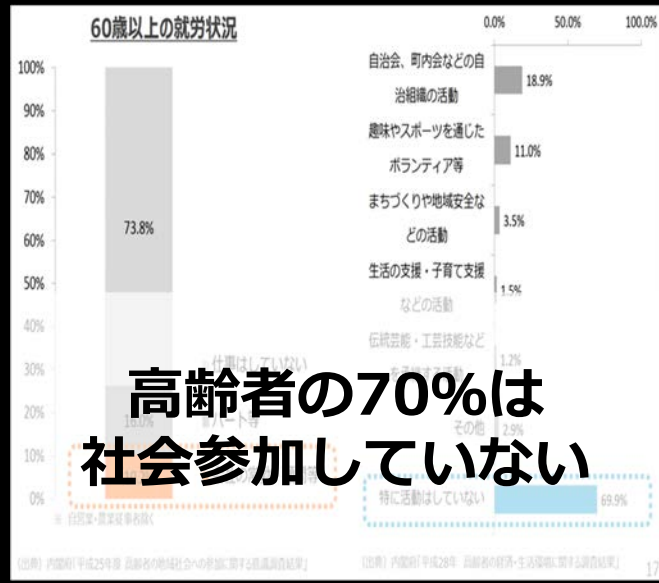


# ▶ 高齢者の意識は変化している。

## 高齢者の就業意欲

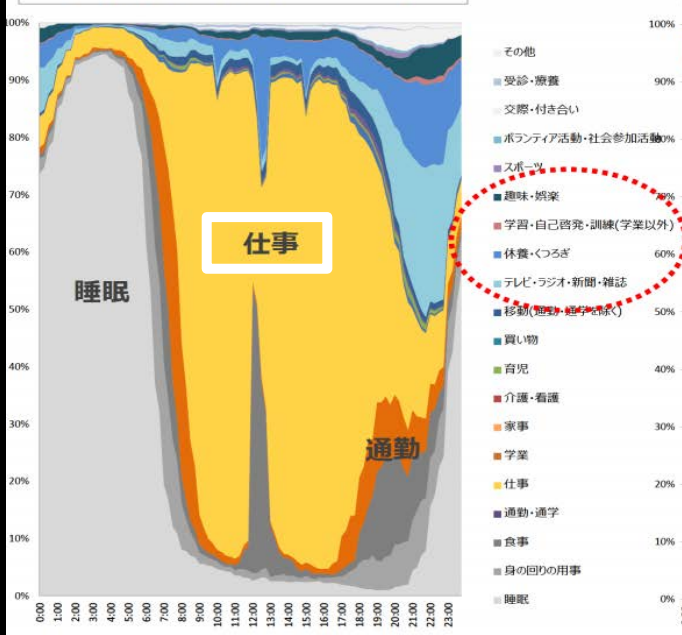


## 高齢者の就業率

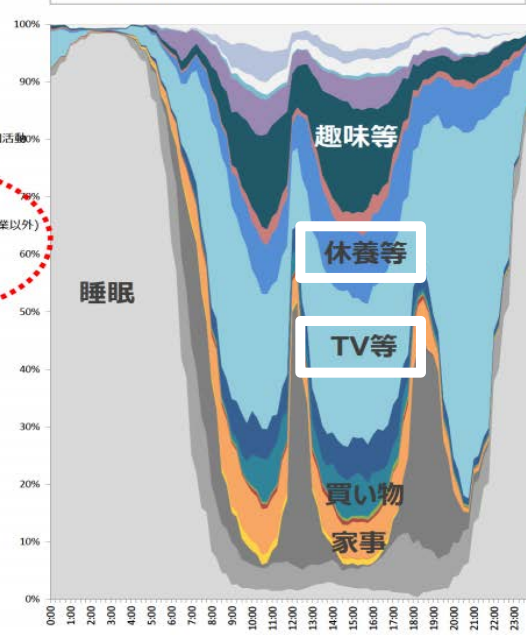


# ▶ 時間を持て余す高齢者

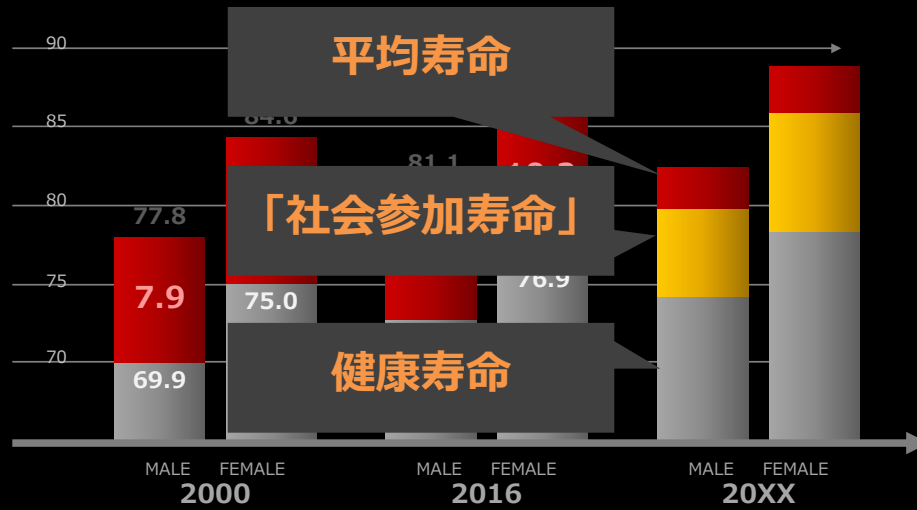
40代前半有業者（男性）の平日



60代前半無業者（男性）の平日



# ▶健康寿命から社会参加寿命へ！



人生は最期まで続く。

### 3. 現場報告





# 大阪市における新型コロナウイルス感染症 の発生状況と対応について

大阪市職員労働組合 環境保健支部

## 【目次】

1. 大阪市における感染状況の推移について	P3~P4
2. 保健所体制の推移と組合の交渉について	P5~P14
3. 各対応業務の推移について	P15~P30
4. 36協定について	P31
<資料> 新型コロナウイルス感染症に関わる大阪市の対応と超勤状況	P32~P35

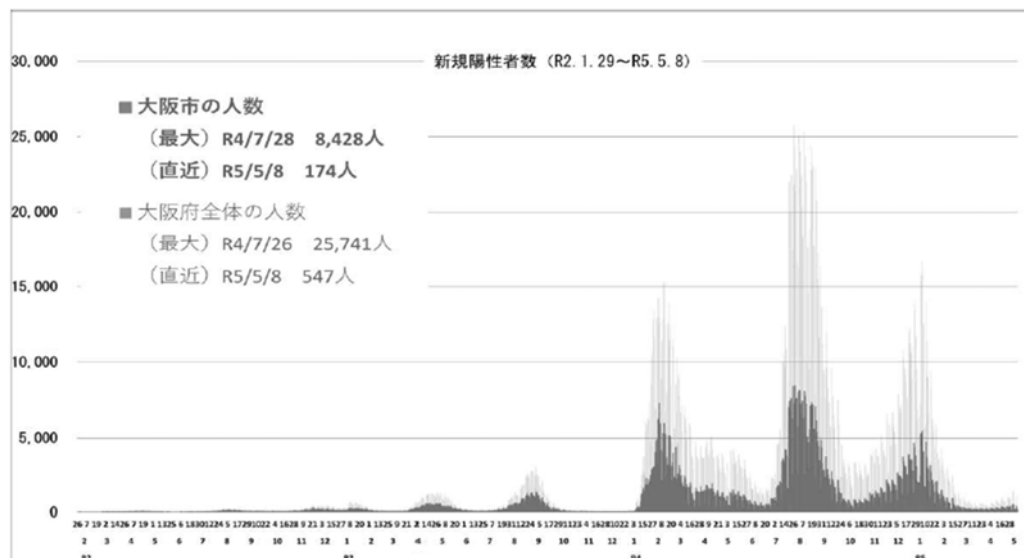
※参考文献 大阪市保健所における新型コロナウイルス対策の振り返り(報告書)

<https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000608540.html>



# 1. 大阪市における感染状況の推移について

大阪府における発生当初から2023年5月8日までの新規陽性者数等の感染状況の推移



3

# 1. 大阪市における感染状況の推移について

大阪市における新規陽性者数の合計およびピークの状況

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
期 間	R2.1.29～ R2.6.13	R2.6.14～ R2.10.9	R2.10.10～ R3.2.28	R3.3.1～ R3.6.20	R3.6.21～ R3.12.16	R3.12.17～ R4.6.24	R4.6.25～ R4.9.26	R4.9.27～ R5.5.8
新規陽性者数の合計	831	4,615	14,853	23,929	44,918	273,484	344,937	238,815
新規陽性者数のピーク値（1日当たり）	59	130	286	555	1,279	7,294	8,428	5,468
新規陽性者数のピーク比較（前波比）	—	2.2倍	2.2倍	1.9倍	2.3倍	5.7倍	1.2倍	0.6倍
新規陽性者数のピーク日	R2.4.18	R2.8.6	R2.11.22	R3.4.18 R3.4.27	R3.9.1	R4.2.5	R4.7.28	R5.1.7
前波のピーク日からの日数	—	110	107	147	127	157	173	163
主な株	—	—	—	アルファ株	デルタ株	オミクロン株	オミクロン株	オミクロン株

（参考）大阪府における新規陽性者数の合計及びピーク値

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
新規陽性者数の合計	1,786	9,271	36,064	55,318	100,891	800,932	1,079,161	767,750
新規陽性者数のピーク値（1日当たり）	92	255	654	1,260	3,004	15,291	25,741	16,686

4

## 2. 保健所体制の推移について

◇第1波から第2波中盤にかけて（発生当初～2020年5月17日）

- 発生当初から2020年5月17日までは選任職員がおらず、保健所および健康局内からの応援職員により対応。

感染症対策課職員 53人

健康局内の応援職員 34人

派遣職員(受診相談センター) 23人

2020.2.7	新型コロナウイルスにかかる患者搬送業務にかかる勤務時間変更の交渉
2020.3.19	2020年度要員交渉
2020.4.22	軽症者隔離施設における看護師変形労働にかかる折衝・協定の締結
2020.4～5	健康局に対して、事務折衝のなかで超過勤務状況等を明らかにさせ、職員の増員や応援等の対応を求める。

5

## 2. 保健所体制の推移について

◇第1波から第2波中盤にかけて（2020年5月18日～9月8日）

- 2020年5月18日に感染症対策課に新型コロナウイルス感染症対策グループを設置。

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	10名(6名)	27名
(うちデータ担当)	—	—
(うち入院公費負担担当)	—	—
(うち受診相談センター)	—	27名
PCR検査受診等調整チーム	14名(3名)	20名
疫学調査等チーム	13名(4名)	—
入院・宿泊療養等調整チーム	8名(1名)	—
医師チーム	4名	10名
合計	49名(14名)	57名

2020.5.20	新型コロナ受診相談センター運営に係る勤務時間の変更について交渉
2020.6.23	新型コロナ受診相談センター運営に係る勤務時間の変更期間延長について交渉

6

## 2. 保健所体制の推移について

- 2020年7月27日から、体制の増員に伴い、PCR検査受診等調整チームの一部を移転。

2020.7.30 新型コロナウイルス感染症に対する保健所の即応体制の整備にかかわる職員の勤務労働条件や職場環境の整備について(申し入れ)

- <概要>
1. 持続可能な業務体制の構築と状況に応じた応援体制の整備
  2. 大規模災害が同時発生した場合を想定した体制構築
  3. 応援職員に対するマニュアル作成や研修の実施
  4. 執務スペースの確保と防疫にかかる物品の備蓄
  5. 休憩時間や振替休日の取得、超過勤務実態の把握と超過勤務時間の抑制
  6. 搬送作業にかかる感染防止対策

7

## 2. 保健所体制の推移について

◇第2波後半から第3波前半にかけて（2020年9月9日～12月31日）

- 今後の感染拡大に備えるため、新型コロナ対策を担う職員を増員するとともに、課長級職員をチームリーダーに位置付け体制を強化

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	27名 (4名)	41名
(うちデータ担当)	11名 (1名)	8名
(うち入院公費負担担当)	6名 (2名)	—
(うち受診相談センター)	—	33名
PCR検査受診等調整チーム	29名 (2名)	20名
疫学調査等チーム	36名 (5名)	—
入院・宿泊療養等調整チーム	12名	2名
医師チーム	7名	20名
合計	111名 (11名)	83名

- 2020.9.11 職員の勤務労働条件(勤務時間変更)にかかる交渉  
南東部生活衛生監視事務所の移転にかかる交渉
- 2020.9.25 新型コロナ受信相談センター運営に係る勤務時間の変更期間延長について交渉
- 2020.11.26 新型コロナ対策に係る応援体制の構築について情報提供
- 2020.12.23 保健所の執務場所の拡張および一部担当の移転について交渉

8

## 2. 保健所体制の推移について

◇第3波中盤から第4波前半にかけて（2021年1月1日～3月31日）

- 配食サービスやパルスオキシメーター貸与等、自宅療養者への対応強化を図るために、他所属からの応援職員（兼務）を増員した。

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	26名(7名)	51名
(うちデータ担当)	10名(2名)	8名
(うち入院公費負担担当)	6名(2名)	4名
(うち受診相談センター)	—	39名
PCR検査受診等調整チーム	30名(6名)	19名
疫学調査等チーム	36名(8名)	12名
入院・宿泊療養等調整チーム	14名	8名
医師チーム	7名	20名
合 計	113名(21名)	110名

- 2020.3.12 2021年度要員配置にかかる組合員の勤務労働条件について交渉  
 // 新型コロナ受診相談センター運営に係る勤務時間変更期間延長について  
 // 保健所感染症対策課(ワクチン接種調整チーム)の事務室移転について

9

## 2. 保健所体制の推移について

◇第4波中盤から第5波前半にかけて（2021年4月1日～9月6日）

- 更なる感染拡大に備えて、本務職員および応援職員（兼務）による体制を整備。疫学調査に関わる保健師も増員
- 受診相談センター、疫学調査、入院調整等に関わる派遣職員を増員
- 2021年8月から体制の増員に伴い疫学調査等チームの一部について移転

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	35名(6名)	118名
(うちデータ担当)	13名(2名)	34名
(うち入院公費負担担当)	5名	12名
(うち受診相談センター)	3名(1名)	72名
PCR検査受診等調整チーム	33名(2名)	25名
疫学調査等チーム	46名(8名)	88名
入院・宿泊療養等調整チーム	18名(1名)	28名
医師チーム	12名(2名)	38名
合 計	144名(19名)	297名

- 2021.6.11 新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間変更について  
 2021.6.28 36協定締結にかかる職員の勤務労働条件について  
 2021.8.3 健康危機管理事象への対応強化を目的とした保健師の配置について(情報提供)

10



## 2. 保健所体制の推移について

◇第5波中盤から第6波前半にかけて（2021年9月7日～12月31日）

- 第5波を上回る新規陽性者数を想定し、感染ステージ(新規陽性者数)に応じた体制を整備するため、全庁的な応援体制により応援職員を増員

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	59名 (27名)	108名
(うちデータ担当)	18名 (7名)	34名
(うち入院公費負担担当)	13名 (7名)	12名
(うち受診相談センター)	7名 (5名)	62名
PCR検査受診等調整チーム	38名 (4名)	28名
疫学調査等チーム	59名 (12名)	81名
入院調整チーム	19名 (3名)	39名
搬送等調整チーム	24名 (3名)	28名
合 計	199名 (49名)	284名

2021.9.28	職員の勤務労働条件(勤務場所の変更)について
〃	36協定締結にかかる職員の勤務労働条件について(10月1日～12月31日)
〃	新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間の変更期間延長について
2021.12.23	新型コロナウイルス感染症対策グループの一部移転について
〃	36協定締結にかかる職員の勤務労働条件について(1月1日～3月31日)
〃	2022年度要員申し入れ
2021.12.27	新型コロナウイルス感染症にかかる第6波に向けた保健所体制について(情報提供)

11

## 2. 保健所体制の推移について

◇第6波中盤(2022年1月1日～3月31日)

- 新規陽性者数の大幅な増加によるコールセンターの受電率の低下、HER-SYS入力が遅延、ファーストタッチの遅れなどを解消するために、他所属からの応援職員を増員
- 入院公費負担担当の一部移転

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員
企画チーム	122名 (85名)	123名
(うちデータ担当)	65名 (54名)	39名
(うち入院公費負担担当)	13名 (7名)	11名
(うち受診相談センター)	11名 (9名)	73名
PCR検査受診等調整チーム	31名 (4名)	23名
疫学調査等チーム	105名 (59名)	77名
入院調整チーム	38名 (21名)	47名
搬送等調整チーム	39名 (17名)	26名
合 計	335名 (186名)	296名

2022.1.24	保健所管理課の一部および新型コロナウイルス感染症対策課の一部移転について
〃	入院患者待機ステーション対応に係る勤務時間の変更について
2022.3.25	新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間の変更期間延長について
〃	36協定締結に係る職員の勤務労働条件について(4月1日～6月30日)
〃	2022年度要員確保にかかる回答交渉

12

## 2. 保健所体制の推移について

### ◇第6波後半から第7波後半にかけて(2022年4月1日～9月26日)

- 1日1万人の新規陽性者が発生する想定で体制を再構築し、業務チームを再編成。
- 保健所兼務保健師26人を増員し、感染拡大期に保健所に参集する体制を整えた。
- 新型コロナ業務に係る外注範囲を大幅に見直し、一般的な相談業務やHER-SYS入力業務を委託化
- 4月28日よりデータチーム、搬送等調整チームの一部を移転

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員	委託職員
企画チーム	25名 (6名)	—	—
PCR 検査受診等調整チーム	29名	37名	—
入院公費負担等チーム (うちコールセンター)	49名 (29名)	139名	450名
データチーム	29名 (15名)	26名	150名
疫学調査等チーム	101名 (46名)	141名	—
入院調整チーム	22名 (6名)	43名	—
搬送等調整チーム	55名 (27名)	57名	—
合 計	310名 (129名)	443名	600名

- 2022.4.28 新型コロナウイルス感染症対策課の一部移転について  
 2022.6.29 36協定締結に係る職員の勤務労働条件について(7月1日～9月30日)  
 2022.7.26 新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間のへんこうについて

13

## 2. 保健所体制の推移について

### ◇第8波以降について(2022年9月27日～2023年5月8日)

- 国による全数届出が見直しされた後も、1日1万人体制を維持。
- 9月28日から大阪府が検査キット配布センターを設立したことや地域の検査体制の整備も進んだことにより、大阪市検査場事業は10月末で終了した。
- データチームについて、全数把握の見直し等により委託職員を減員

業務部署名	本市職員 ( )内は他所属の職員	派遣職員	委託職員
企画チーム	25名 (6名)	—	—
PCR 検査受診等調整チーム	17名	—	—
入院公費負担等チーム (うちコールセンター)	59名 (27名)	147名	520名
データチーム	29名 (16名)	31名	31名
疫学調査等チーム	106名 (46名)	147名	—
入院調整チーム	24名 (6名)	43名	—
搬送等調整チーム	56名 (29名)	48名	—
合 計	316名 (130名)	416名	551名

- 2022.9.27 36協定締結に係る職員の勤務労働条件について(10月1日～12月31日)  
 2022.10.19 派遣先事業所単位の派遣可能期間延長にかかる意見聴取について  
 " 新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間の変更について  
 2022.12.19 36協定締結に係る職員の勤務労働条件について(1月1日～3月31日)  
 " 2023年度要員配置にかかる組合員の勤務労働条件について(申し入れ)  
 2023.3.17 2023年度要員配置にかかる組合員の勤務労働条件について(回答)  
 " 36協定締結に係る職員の勤務労働条件について(2023年4月1日～2024年3月31日)  
 " 新型コロナウイルス感染症対応に係る勤務時間の変更について

14

### 3. 各対応業務の推移について

#### (1) データ関連(感染状況の把握等にかかるとりくみと課題)

第1波:医療機関から提出された発生届を陽性者管理台帳に入力。患者対応を行うため、紙媒体を各チームに引渡し連携。

第2波:発生届が保健所と区保健福祉センターの2カ所に提出されることにより、患者対応が重複するケースが生じた。

第3波:発生届の入力が医療機関によるHER-SYS入力に切り替わったが、入力率は低く、依然としてFAXの内容を職員が入力する必要があった。

第4波:陽性者の増加に伴い陽性者管理台帳の動作遅延など不具合が発生。システムを再構築した。また、65歳以上および妊婦など、重症化リスクが高い陽性者に速やかにアプローチできるよう運用を変更。

第5波:保健所と区保健福祉センターが利用可能な共有フォルダの運用を開始。HER-SYS IDをインポートで取り込むことで大幅な軽減を図った。

第6波:保健所、医療機関等の双方の業務逼迫により、各種報告に係る連携が滞る。全医療機関にHER-SYSアカウントを作成・配付し、HER-SYSによる報告を依頼した。

第7波:MIO-SYSとインターネットFAX、AI-OCRを導入し保健所業務全体が飛躍的に効率化。派遣職員を増員し、医療機関への積極的なアプローチを行った。入力作業は派遣職員に加え委託を開始。

第8波:発生状況の公表HPを見直し、更新作業を簡略化。チーム全員で共有・作業。

15

### 3. 各対応業務の推移について

#### (2) コールセンター(相談業務)①

相談の種類 コールセンター名	開設時間	第1波			
		R2 2/4~2/19	2/20~3/11	3/12~4/21	4/22~4/26
専門相談					
帰国者・接触者相談センター 受診相談センター	24時間	3回線	4回線	10回線	20回線
計		3回線	4回線	10回線	20回線

相談の種類 コールセンター名	開設時間	第1・2波	第2~5波	第5波	第5・6波
		4/27~10/4	R2、R3 10/5~7/31	8/1~8/29	R3、R4 8/30~4/24
専門相談					
受診相談センター	24時間	25回線	45回線	53回線	71回線
計		25回線	45回線	53回線	71回線

相談の種類 コールセンター名	開設時間	第6・7波	第7波		
		4/25~7/27	7/28~7/31	8/1~8/2	8/3~8/7
専門相談					
受診相談センター	24時間	70回線	60回線	60回線	60回線
一般相談					
一般相談センター 【4月開設】	8時~22時 8/3~ 24時間	250回線	250回線	250回線	300回線
一般相談センター 【8月臨時開設】	8時~22時			100回線	100回線
高齢陽性者専用ダイヤル					
受診相談センター 【7月先行開始】	24時間		10回線	10回線	10回線
一般相談センター 【8月臨時開設】	8時~22時			50回線	50回線
計		320回線	320回線	470回線	520回線

16

### 3. 各対応業務の推移について

#### (2) コールセンター(相談業務)②

相談の種類 コールセンター名	開設時間	第7・8波		第8波	
		8/8~9/30	10/1~11/30	R4 12/1~	R5 1/31
専門相談					
受診相談センター	24時間	78回線	88回線	88回線	88回線
一般相談					
一般相談センター 【4月開設】	24時間	300回線	300回線	300回線	300回線
一般相談センター 【8月臨時開設】	8時~22時	100回線			
一般相談センター 【12月臨時開設】	8時~22時			170回線	
高齢陽性者専用ダイヤル					
受診相談センター 【7月先行開始】	24時間	10回線			
一般相談センター 【8月臨時開設】	8時~22時	50回線			
一般相談センター 【12月臨時開設】	8時~22時			50回線	
計		538回線	388回線	608回線	388回線

17

### 3. 各対応業務の推移について

#### (3) 入院搬送調整①(業務委託による保健所患者搬送体制の強化)

波	稼働時期	稼働内容	業務委託による搬送車両台数			合計
			民間救急車	ジャンボタクシー		
			<業務時間> 9時~22時 <搬送対象> 軽症・中等症患者 : ストレッチャー利用可 : 酸素投与等の処置可	<業務時間> 24時間 <搬送対象> 軽症・中等症患者 : ストレッチャー利用可 : 酸素投与等の処置可 : 消防局救急車からの患者引継ぎ可	<業務時間> 9時~22時 <搬送対象> 搬送車両への自立乗降が可能で、かつ、介助等が必要ない軽症患者	
第1波	R2.1.29~	保健所搬送体制(令和2年12月15日まで公用車1台)で対応 症状が重い患者や、保健所の搬送車が出発中で対応できない場合は、消防局による搬送	-	-	-	-
第2波	R2.8.28~	民間事業者への搬送業務委託を行い、民間救急車1台の運用を開始	1	-	-	1
第3波	R2.10.9~	民間救急車を1台追加	2	-	-	2
	R2.12.1~	介助等が必要な軽症患者を搬送するため、いわゆるジャンボタクシー1台の運用を開始	2	-	1	3
	R2.12.16~	保健所所有車両を民間事業者に貸与し、民間救急車1台を追加	3	-	1	4
第4波	R3.3.1~	第3波と同じ	3	-	1	4
第5波	R3.7.1~	民間救急車を1台追加	4	-	1	5
	R3.9.1~	ジャンボタクシーを1台追加	4	-	2	6
第6波	R3.10.1~	ジャンボタクシーを2台追加	4	-	4	8
	R4.1.1~	ジャンボタクシーを1台追加	4	-	5	9
第7波	R4.7.1~	24時間運用、消防局の救急車から患者引継ぎを行える民間救急車を5台追加	4	5	5	14
第8波	R4.12.26~	24時間運用、消防局の救急車から患者引継ぎを行える民間救急車を2台追加	4	7	5	16

18

### 3. 各対応業務の推移について

#### (3) 入院搬送調整②(入院患者待機ステーションの設置状況)

	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波
開設期間	R3.4.22~5.31 (40日間)	R3.8.13~9.21 (40日間)	R4.2.6~3.21 (44日間)	R4.7.29~9.12 (46日間)	R4.12.28~R5.2.3(38日間)
位置付け	医療機関への搬送途上		臨時の医療施設		
医療従事者	常駐しない		常駐		
設置	大阪府				
本市対応所属	消防局		健康局(大阪市保健所)		
実績	設置数: 2カ所 入所者数: 合計86名 滞在: 平均9時間57分 最長50時間18分	設置数: 1カ所 入所者数: 合計75名 滞在: 平均1時間57分 最長6時間55分	設置数: 2カ所 入所者数: 合計187名 滞在: 平均10時間28分 最長58時間57分	設置数: 1カ所 入所者数: 合計203名 滞在: 平均6時間47分 最長38時間50分	設置数: 1カ所 入所者数: 合計75名 滞在: 平均2時間38分 最長9時間59分

19

### 3. 各対応業務の推移について

#### (3) 入院搬送調整③ 組合員からの聞き取り内容

- 応援に行った時は、感染者が爆発的に多くなっていた。(第6波)
- 応援に行った人に対する業務整理ができていなかった。便利使いされているように感じた。
- 業務内容としては、応援の時から、主に搬送先を決める業務と入力作業。
- 事業所内の感染予防も徹底されていないと感じた。
- 応援に行っただけから3カ月間くらいは80時間を超える超過勤務の状態が続いた。
- 入院や搬送波大阪府が決めることとなっていたが、最初の頃はなかなか決まらないこともあった。
- マニュアルだけでは、繁忙状況の中では動かないと感じた。
- コールセンターからは、判断が難しい件が下りてくる。
- 見解が上司の中でも分かれることも多く、責任の所在があいまいになることも。
- 大阪市は、民間救急の台数もある程度持っており、助かった部分大きい。(最初は4台、後に16台にまで)

20

### 3. 各対応業務の推移について

#### (4) 疫学調査(個別・集団) ※第1波～第5波

	疫学調査及び健康観察の対象	疫学調査方法の変遷	感染の概況	
第1波 R2.1/29～ 6/13	<b>【調査対象】</b> 陽性者全員 <b>【健康観察対象】</b> 陽性者及び濃厚接触者全員 ※令和2年8月3日から濃厚接触者については濃厚接触者フォローアップセンターで対応	・区保健福祉センターにおいて、陽性者全員に対し詳細な行動調査及び濃厚接触者の特定等を、クラスターが疑われる施設等に対し集団調査を実施 ※上記について、処理すべしむが確立するまでは保健所で対応(第1波当初) ・初期スクリーニング検査開始(第2波)	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 50人 ・感染拡大に伴い、入院待機者が増加 ・令和2年2月下旬から3月上旬にかけて大阪市内のライブハウスでクラスターが集中して発生	
第2波 R2.6/14～ 10/9			<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 130人 ・令和2年7月下旬から8月順順にかけて20代を中心とした夜の街関連の感染が拡大。その後、居酒屋等に滞在歴のある幅広い年代層で感染が急拡大 ・令和2年7後半以降、高齢者施設等でのクラスターが多発し、高齢者を中心に感染が拡大	
第3波 R2.10/10～ R3.2.28		・調査票の改定(調査項目の重点化)及び集団調査対象について保健所と区保健福祉センターとの役割分担を明確化	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 286人 ・令和2年10月中旬以降、感染が拡大傾向となり様々な場面での感染疑い事例や高齢者施設等でのクラスターが発生	
第4波 R3.3/1～ 6/20		<b>【調査対象】</b> 陽性者全員 <b>【健康観察対象】</b> 重症化リスクのある自宅療養者(その他の療養者は受動的対応)	・区保健福祉センターで行ってきた疫学調査対象の一部を保健所へ集約化するとともに一般事業所の集団調査を受動化	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 555人 ・令和3年3月後半に送別会、卒業式が感染源とみられる10代から50代が同時に感染拡大に転じ、特に20代、30代の感染が著しく拡大 ・クラスターについては令和3年3月中旬以降、飲食等関連が減少したが、一般事業所関連が急増
第5波 R3.6/21～ 12/16		・令和3年7月15日よりステージ(新規感染者数)に応じた疫学調査を開始。7月26日にファーストタッチ、8月6日にポイント疫学調査を導入 ・令和3年9月1日より学校園での先行調査(集団調査前に濃厚接触者を特定)を開始	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 1,279人 ・感染力が極めて強いデルタ株の影響により、これまで見られなかった大型商業施設のような感染防止対策を講じている場所での感染を確認 ・感染が比較的少なかった10代以下の感染が急増 ・クラスターについては、ワクチン効果もあり、高齢者施設等では大きく減少したが、学校園等では増加	

21

### 3. 各対応業務の推移について

#### (4) 疫学調査(個別・集団) ※第6波～第8波

	疫学調査及び健康観察の対象	疫学調査方法の変遷	感染の概況
第6波 R3.12/17～ R4.6/24	<b>【調査対象】</b> SMS(緊急連絡先、発症日、療養解除予定日等)を送信)導入後、順次対象を限定し令和4年2月18日より65歳以上及び重症化リスクのある陽性者に重点化 <b>【健康観察対象】</b> 重症化リスクのある自宅療養者(その他の療養者は受動的対応)	・保健所と区保健福祉センターの役割分担を見直し明確化するとともに、感染状況に応じて遡調査対象を重点化。また、令和4年1月7日より濃厚接触者の対応を原則受動化 ・令和4年1月31日より感染者に対し、自宅療養に係る留意点についてSMSを用いた情報発信を開始・第7波に備え、令和4年5月9日に高齢者入所施設等から保健所への陽性者報告専用メールと入院調整用の直通電話を新設し、6月17日に「高齢者入所施設等における新型コロナウイルス感染症感染制御・業務継続支援チーム派遣事業」を創設	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 7,294人 ・オミクロン株の影響によりこれまでにない大規模な感染拡大が継続し、高齢者の入院患者が急増、救急搬送困難事例も増加するなど医療提供体制が極めて逼迫 ・高齢者施設等にクラスターが多発発生 ・保健所業務が逼迫し、患者情報の把握等に時間を要した
第7波 R4.6/25～ 9/26		・ファーストタッチの対象を一時的に75歳以上へ引き上げ(令和4年7月22日～9月6日) ・令和4年8月より学校園等での濃厚接触者の特定を求めないこととした	<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 8,428人 ・令和4年7月28日に過去最多の8,428人となり、その後も7,000人を超える状況が8月下旬まで調整
第8波 R4.9/27～ R5.5/8			<b>【新規陽性者数のピーク】</b> 5,468人 ・高齢者施設のクラスターについては緩やかな増加が長期間継続

22



### 3. 各対応業務の推移について

#### (4) 疫学調査の組合員からの聞き取り内容(保健師)

- 第1波のはじめは、感染症対策の3人のみで疫学調査を対応していた。その後、局内の応援や他所属からの異動等で10人くらいの体制(専門職のみ)となった。
- 新型インフルエンザにかかるマニュアルはあったが、想定が甘く、参考にならなかった。
- 上司や先輩に聞く時間もなく、個人に判断を迫られることが多かった。司令塔も業務に追われている状況で組織として機能していなかった。
- 2020年5月18日に新型コロナウイルス感染症対策グループが設置されるなど、どんどんと人員が補強されていったが、感染者の拡大状況には追いついていなかった。
- 当初は、個別疫学調査および地域の施設等の対応は区役所。一般企業の対応や他都市への連絡、区役所間の調整等を中心に保健所で行っていた。
- 医療機関がある区がどうしても、対応件数が増える傾向にあり、各区に割り振っていたが、それぞれが忙しすぎて、受けてもらえない状況も多く発生した。それが大変だった。
- 他都市在住の濃厚接触者の検査は当該の保健所に依頼することになっていたが、遅れがちとなり、当該の保健所から依頼の催促を受けるようになってしまった。
- 区役所からの報告が必要とされていたが、その報告は夜にされたがとでも見れる時間はなくチェックするの遅れていった。
- はじめの頃は、感染拡大を封じ込めるという流れだったため、一人感染者が発生すると、その濃厚接触者を特定したうえで、それぞれに連絡が必要だった。
- 発生件数が多すぎて、日中はほぼ電話対応。次から次へと感染者の情報が入るため、区への割り振り、他都市への連絡調整が少しずつ遅れ、最大1週間程の遅れとなった。
- 最初の頃は、医療機関から各区と保健所の双方に発生届をすることになっていたため、発生届が重複するケースも発生していた。
- 疫学調査はプライバシーへの配慮などそれだけでも精神的にしんどい業務であるが、疫学調査連絡した時には、「仕事を休むわけにはいかない」とか「連絡が遅い」など、感染者をはじめ、事業主や濃厚接触者の苦情を聞くことがセットとなっていたので、余計に精神的にもしんどかった。
- 他所属からの応援者に対して業務内容を説明する時間も取ることもできず、せつかく応援に来てもらっているのに、うまく仕事を割り振ることができなかった。
- 疫学調査の対象の変更やアプリを使用した発生報告になった後は、少しずつ業務は落ち着いていった。

23

### 3. 各対応業務の推移について

#### (4) 疫学調査の組合員からの聞き取り内容(事務)

- 医療機関から送られてくる発生届の内容を点検し、年齢や肥満、既往歴、血中酸素濃度などを参考にリスクの高い患者とそうでない患者を一時的に分類し、リスクの高い患者から順にデータを保健師に引き継ぐことが主な業務であった。
- マニュアルも整備されていたが、分類次第では患者の命を危険にさらす可能性のある業務であったので、医療知識がない者にとっては精神的にしんどい仕事であった。
- 感染症なので患者の所在の把握が重要であったが、住民票と違うところに住んでいる患者も多く、患者への聞き取りや関係自治体との調整に苦勞した。結果、現在地として大阪市が処理することになった事案が多かったような気がする。
- 全体の業務の流れが分からないなかで、自身の仕事の内容に確信が持てないまま、仕事を進めていた感がある。後になってからであるが、もう少し全体像をイメージしながら仕事ができたなら、やりがいも別のものになっていたのかもしれない。
- 患者情報の共有が上手くいかなかったことが多く、患者本人からの苦情が多くあり、精神的に疲れた。

24

### 3. 各対応業務の推移について

#### (5) 宿泊療養(大阪府の主な動き)

	概要【大阪府の主な動き】	【大阪府】 宿泊者数 (最大)
第1波	・ R2.4.14 宿泊療養開始	208人
第2波	・ 宿泊療養施設確保計画策定 ・ 宿泊療養施設の拡充	362人
第3波	・ 宿泊療養施設の拡充	1,225人
第4波	・ 宿泊療養施設の拡充 ・ R3.4.21以降順次宿泊療養施設(各ホテル)に酸素投与室設置 ・ R3.4.28 宿泊療養施設(拠点ホテル)でのオンライン診療・往診開始	1,829人
第5波	・ 宿泊療養施設の拡充 ・ 診療型宿泊療養施設の設置・拡充 ・ R3.7.26 大阪府療養者情報システム(O-CIS)の導入 ・ 保健所からの連絡前に入所可とする運用開始	3,553人
第6波	・ 災害級非常事態に備えた宿泊療養施設の拡充 ・ R4.2.1 民間事業者による夜間・休日往診体制の整備 ・ 診療型宿泊療養施設の診療機能強化 R4.2.17「臨時の医療施設・スマイル」運用開始 R4.2.22 高齢者用宿泊療養施設運用開始	3,205人
第7波	・ 重症化リスクのある者等の入所を優先する運用の徹底	6,414人
第8波	・ 診療型宿泊療養施設における高齢者やハイリスク者への対応強化(初期治療体制の確保、「介護支援付加型」「生活機能維持型」など新たな機能付加)	2,771人

25

### 3. 各対応業務の推移について

#### (6) 区保健福祉センター①(発生届・疫学調査)

	発生届	疫学調査
第1波		
R2.1.29~6.13		
第2波		積極的疫学調査の実施 陽性者(自宅療養者)の健康観察 濃厚接触者の健康観察
R2.6.14~10.9		
第3波	区内医療機関から提出された発生届を FAX又はメールにて保健所へ送付	
R2.10.10~R3.2.28		
第4波		令和3年4月16日 15歳(高校生)~39歳の重症化リスクのない者について疫学調査を 保健所に集約化(集約化対象外の方は引き続き区保健福祉センター が担当)
R3.3.1~6.20		令和3年7月15日 ステージに応じた疫学調査を開始 令和3年7月26日 保健所によるファーストタッチの実施
第5波	令和3年7月30日 FAX又はメールでの送付に代えてPDFデータ化して共有ドライ ブ(iドライブ)への格納に変更	令和3年8月6日 保健所によるファーストタッチ時にポイント疫学調査を実施 区保健福祉センターは健康観察と集団調査を実施
第6波	令和4年5月 インターネットFAXの導入 (区で発生届のiドライブ格納作業終了)	令和4年1月13日 集団調査について学校園・病院に重点化 令和4年1月20日 0~15歳児について学校園調査と合わせて簡易疫学調査を実施 令和4年1月27日 学校園の集団調査について、各学校園が作成する「聞き取り表」に より調査終了とする取扱いへ変更
R3.12.17~R4.6.24		令和4年2月9日 保育所等の集団調査について、各保育所等が作成する「聞き取り表」 により調査終了とする取扱いへ変更
第7波		
R4.6.25~9.26		
第8波	令和4年8月 AI-OCRの導入に伴い発生届様式の変更	
R4.9.27~R5.5.8		

26

### 3. 各対応業務の推移について

#### (6) 区保健福祉センター②(往診・公費負担通知書等)

	往診	公費負担通知等
第1波	/	
R2.1.29～6.13		
第2波		
R2.6.14～10.9		
第3波		「宿泊療養・自宅療養における医療費公費負担通知」 「入院勧告通知書」 「就業制限通知書」 「療養証明書」の作成
R2.10.10～R3.2.28		
第4波		
R3.3.1～6.20		
第5波		令和3年8月5日 「宿泊療養・自宅療養における医療費公費負担通知」の様式変更
R3.6.21～12.16		
第6波		
R3.12.17～R4.6.24	令和3年5月13日 大阪府の往診体制を利用した自宅療養者の夜間・休日往診事業を開始。	令和4年1月31日 自宅療養・宿泊療養者に対する「就業制限通知」の廃止 令和4年5月9日 「療養証明書」の様式変更、「就業制限解除確認結果通知」の発行受付窓口を一般相談センターに集約化
第7波	令和3年9月17日 往診事業の目中之への拡充	令和4年7月1日 「就業制限通知書」、「療養証明書」の作成業務を保健所に集約化。 令和4年9月26日 「宿泊療養・自宅療養における医療費公費負担通知」の廃止。
R4.6.25～9.26		
第8波		
R4.9.27～R5.5.8		

27

### 3. 各対応業務の推移について

#### (7) ワクチン接種

集団接種・個別接種の併用によるハイブリッド方式により接種体制を確保。  
以下の集団接種会場を大阪市として管理・運営

- ・各区集団接種会場(延べ40会場 38,000回/週)
- ・インテックス大阪会場(24,500回/週)
- ・扇町プール(6,000回/週)
- ・心斎橋BIGSTEP(6,000回/週)
- ・中央スポーツセンター(5,000回/週)
- ・やすらぎ天空館(7,000回/週)
- ・城見ホール(3,700回/週)
- ・OCAT(3,700回/週)

28

### 3. 各対応業務の推移について

#### (7) ワクチン接種 組合員からの聞き取り内容

- 2021年2月頃に準備に入り3月15日に民間ビルに移転した。組合の交渉の中で、執務スペースだけでなく、ロッカーや休憩室について、求めていただいたので、職場環境は良かった。
- ワクチンの問い合わせやクレームが殺到する恐れがあったため、事務所の場所や連絡先は非公開だった。(※医療機関には周知)
- 当初は、国からワクチン接種を速やかに行うよう指示はあったが、具体的な日程等、情報が全くおぼろげで、また、入ってくるワクチンの数も不明だったため、2021年4月～7月くらいまでは、医療機関からのクレーム等、電話対応が鳴りやまず、想定していた人員では不足しており、超過勤務も100時間から150時間が5ヶ月ほど続いた。
- 個人からの問い合わせやクレームについては、コールセンターで対応。
- 2020年6月頃から、インテックス大阪での大規模接種会場を稼働させたが、入ってくるワクチンが足りないという事態も発生した。
- 2021年8月頃に人員が補強され、ICT戦略室の支援もあり、少しずつ業務も落ち着いていった。また、国からのワクチンの支給もこの頃から比較的安定した。
- 2021年9月末頃からは、扇町プール、心斎橋BIGSTEP、中央スポーツセンター、やすらぎ天空館、城見ホール、OCATなどの中規模接種会場も稼働した。

29

### 3. 各対応業務の推移について

#### (8) 総務・企画 の組合員からの聞き取り内容

- 松井市長の「雨合羽発言」により、そのことに関する問い合わせ、寄付があった雨合羽の整理、医療機関等への送付などの業務が別途発生し、さらに業務を増やすこととなった。また、多くの雨合羽は防護服にはなりえず、医療機関からも多くのクレームをもらうこととなった。
- 超繁忙時の各所属からの応援については、業務も多忙で、応援者からのクレームはあまりなかったが、少し落ち着いてからは、応援者の業務がない状態になっており、各所属の応援者から多くのクレームがあがった。
- 応援者を受け入れる際に、仕事を差配する人がおらず、業務があるのに割り振りできないケースも生じた。
- コロナの業務は昼から深夜にかけて忙しくなる傾向があったため、「変則勤務」の交渉をしている健康局の職員のみが、ズレ勤務の対応をしていた。各所属に応援要請をする際に、ズレ勤務も含めた要請をしていけば、それを適用することができたかもしれない。
- 当番制で、班の誰かが土日にも出勤しないとイケない雰囲気となっていた。
- 2021年度は1000時間を超える超過勤務が発生。
- ほぼ毎日、22時～23時まで勤務。土日交代で出勤。振替休日は取得できていなかった。
- 2021年2月に契約の不備によりニュースになった。(※契約せずに事業発注)
- 時差勤務が逆に、超過勤務が増える要因となった部分もあった。

30

## 4.「36協定」について

- 労働基準法では、労働時間は原則として、1日8時間・1週40時間以内とされており、これを「法定労働時間」という。
- 法定労働時間を超えて労働者に時間外労働(残業)をさせる場合には、労働基準法第36条に基づく労使協定(36協定)の締結・所轄労働基準監督署長への届出が必要である。

大阪市保健所では、超過勤務については、「36協定」で月45時間を上限としつつ、特別な事情がある場合(特別条項)は月80時間を上限としている。

労働基準法では、特別の事情があつて労使が合意する場合でも、年720時間、複数月平均80時間以内(休日労働を含む)、月100時間未満(休日労働を含む)を超えることはできず、また、月45時間を超えることができるのは、年間6か月までとされている。

31

### <参考資料>

#### ◆ 新型コロナウイルス感染症に関する大阪市健康局の対応と超勤状況

年	月	新型コロナウイルスにかかる大阪市健康局の対応	支部交渉等	備考	超勤45~80時間	超勤80時間超
2020	1					
	2	・2/4 受診相談センターの設置 ※職員応援(昼4、夜1) ⇒後に増員(※夜間・休日は管理職で対応) ・2/7 患者搬送にかかるローテーション、オンコールの開始	★患者搬送に伴う団体交渉	※2/1より指定感染症に位置付け ※2/29~5/31 小中高の臨時休校	7	0
	3	・3/12 受診相談センターに派遣職員(看護師)を配置	★要員回答交渉		35	9
	4	・4/16 受診相談センターの増員(12人) ・4/22 軽症者等(ホテル療養者)の対応を行う看護師を会計年度で募集(市民病院0Bなど)		※4/7~5/21 緊急事態宣言(大阪)	38	27
	5	・5/18 新型コロナ感染症対策グループの設置【61人】 ※当初53人の感染症対策課と応援職員のみで対応 ・5/21 受診相談センターの対応を全職員対象に変更	★勤務時間変更の交渉		28	8
	6	・6/23 受診相談センターの対応延長(~9/30)	★受診相談センター勤務時間変更(延長)の交渉		24	1
	7		★即応体制の整備について申し入れ		25	14
	8				25	38
	9	・9/1、9/9 人事異動による体制強化【102人※51人増】	★勤務時間変更の交渉 ★勤務時間変更(6か月延長)の交渉		43	13
	10				40	9
	11	・11/20~ 局内応援体制の構築(本庁各課、環科研、こころの健康センター)		11/1「大阪都構想」住民投票	39	30
	12		★移転にかかる交渉		31	37

第1波

第2波

第3波

32

< 参考資料 >

◆ 新型コロナウイルス感染症に関わる大阪市健康局の対応と超勤状況

年	月	新型コロナウイルスにかかる大阪市健康局の対応	支部交渉等	備考	超勤45～80時間	超勤80時間超
2021	1	・1/1～ 人員体制の強化【120人※18人増】 ・1/12～ 保健所執務場所の移転（環境・食品衛生監視課）		※1/13～2/28 緊急事態宣言（大阪）	45	39
	2	・2/1 ワクチン接種調整チームの設置【135人※15人増】 ・保健所内の執務室拡張（感染症対策・コロナ、保健医療対策課）		※2/17～ 医療従事者ワクチン優先接種	33	15
	3	・3/15 ワクチン接種調整チームの移転	★要員交渉 ★移転にかかる交渉 ★受診相談センター勤務時間変更（延長）の交渉 ★36協定締結にかかる交渉（期間を1年⇒3カ月に変更）		46	21
	4	・4/1、4/15、4/26、5/1 新型コロナウイルス感染症グループの増員（新採、異動、兼務、応援など）【176人※41人増】 ・重症化リスクの低い人の調査項目を重点化。疫調を保健所に引上げて集約。業務のICT化（検査の予約、陰性の結果）		※4/17～ 高齢者ワクチン優先接種	74	74
	5	・5/17 ワクチン接種グループ増員（5人） ・5/21 ワクチン接種対応兼務発令（20人）		※4/25～6/20 緊急事態宣言（大阪）	92	57
	6	・6/1 各区役所ワクチン接種の対応にかかる兼務（11人）	★勤務時間変更（局内応援職員）にかかる交渉 ★36協定締結にかかる交渉	※ワクチン接種本格化	66	33
	7	・7/7・8 パルスオキシメーター送付班・PCR検査場班の移転		※東京オリンピック・パラリンピック開催（7/23～8/8、8/24～9/5）	62	13
	8	・8/5・25 疫学調査班の移転【ステージに応じた保健所体制】		※8/2～9/30 緊急事態宣言（大阪）	59	58
	9	・9/7 各所属より応援職員【225人※49人増】	★36協定締結にかかる交渉 ★移転にかかる交渉		65	24
	10				28	6
	11				25	3
	12	・12/16 パルスオキシメーター送付班の移転	★要員申し入れ交渉 ★移転にかかる交渉 ★36協定締結にかかる交渉		36	3



33

< 参考資料 >

◆ 新型コロナウイルス感染症に関わる大阪市健康局の対応と超勤状況

年	月	新型コロナウイルスにかかる大阪市健康局の対応	支部交渉等	備考	超勤45～80時間	超勤80時間超
2022	1	・1/4 保健所施設整備担当の移転 ・1/17 企画班・公費負担班の移転 ・1/24 パスポート証明発行センターの移転 ● 入院患者待機ステーションの運営（軽症・中等症病床使用率が50%以上で開設）	★移転にかかる交渉 ★入院患者待機ステーションにかかる交渉		62	31
	2				64	31
	3	・3/22 健康づくり分室の移転	★要員回答交渉 ★移転にかかる交渉 ★全般・受診相談センター・入院患者待機ステーション勤務時間変更（延長）の交渉 ★36協定締結にかかる交渉		53	28
	4	・4/29 企画班、パルスオキシメーター班、データ班の一部、入院・宿泊療養等調整チームの一部、PCR調整班の移転	★移転にかかる交渉		58	16
	5				47	9
	6	・6/28 感染症対応業務管理システムの運用開始（ICTの活用）	★36協定締結にかかる交渉		42	13
	7	・7/27 委託業者の対応終了時間に合わせた勤務時間の設定（※12:00～20:30）	★負担軽減のための勤務時間変更（委託業者対応）		52	17
	8				50	21
	9		★36協定締結にかかる交渉		39	5
	10		★受診相談センター勤務時間変更（延長）の交渉 ★派遣可能期間延長について交渉（3年の期限を超えるため）		35	1
	11				21	2
	12		★要員申し入れ交渉 ★36協定締結にかかる交渉		19	0



34



< 参考資料 >

◆ 新型コロナウイルス感染症に関わる大阪市健康局の対応と超勤状況						
年	月	新型コロナウイルスにかかる大阪市健康局の対応	支部交渉等	備考	超勤45～80時間	超勤80時間超
2023	1				20	0
	2				13	0
	3		<ul style="list-style-type: none"> <li>★要員回答交渉</li> <li>★全般・受診相談センター・入院患者待機ステーション勤務時間変更（延長）の交渉</li> <li>★36協定締結にかかる交渉</li> </ul>			
	4					
	5	・5/8～ 新型コロナウイルス感染症が5類に移行	<ul style="list-style-type: none"> <li>★事務所移転（縮小）にかかわる交渉</li> <li>★変形労働時間制に関する協定（受信相談センターに会計年度任用職員を配置するため）</li> </ul>	※5/8～ 2類相当から5類に変更		
	6					
	7					
	8					

第8波（全数届出見直し後）

## 4. 国会レポート



## 1. 「岸まきこ」委員会質疑（衛生医療評議会関連の抜粋）

### ▼ 2023年3月16日 総務委員会

保健所及び地方衛生研究所の恒常的な人員体制強化、公衆衛生分野における専門職の確保対策、保健所の過重労働軽減のための対策、公務分野におけるカスタマーハラスメント対策、職員のメンタルヘルス対策、保健所等の人材育成に係る教育・研修体制の充実、光熱費高騰への対応など質疑。



### ▼ 2023年3月22日 予算委員会

「公的セクター」で働く労働者の賃上げを質疑。

### ▼ 2023年3月23日 総務委員会

地方財政に関連し、公立病院等に対する財政支援についての見解を質疑。公立病院の物価高騰の影響について、関係省庁と連携して適切に対応したいと総務大臣から答弁を引き出す。



### ▼ 2023年4月25日 総務委員会

「地方自治法改正案」に伴う質疑。自治体で働く会計年度任用職員（非正規公務員）の勤勉手当に関し、コロナ禍を踏まえた会計年度任用職員の重要性や条文における曖昧さを明確にするための答弁を引き出す。また、人事院勧告の取り扱いも常勤職員同様に4月遡及が原則であるといった答弁を引き出す。附帯決議あり。

### ▼ 2023年4月28日 参議院本会議

マイナンバー法改正に伴う代表質問。マイナンバーカードと健康保険証の一体化によって健康保険証を廃止することによる懸念、国民皆保険制度の趣旨など河野デジタル大臣に質す。



▼ 2023年5月19日・5月31日 地方創生・デジタル特別委員会

マイナンバーカード関連のトラブル事象を踏まえ、改善を求める。また、マイナ保険証トラブル（保険証による医療情報の重要性の認識）や健康保険証廃止の見直しを求める。

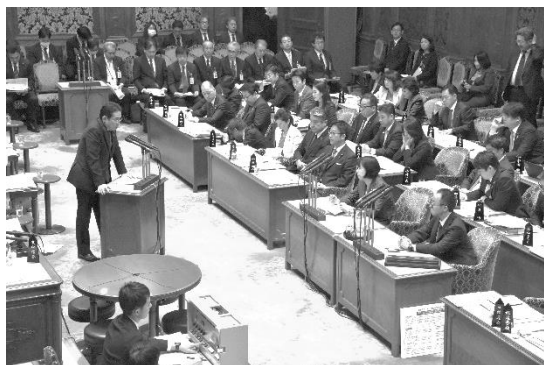
▼ 2023年7月26日 地方創生・デジタル特別委員会（閉会中審査）



マイナンバー制度に関する質疑でマイナ保険証の使い勝手、医療現場等の意見を聞いているのか、など大臣に問題を質す。



▼ 2023年11月27日 予算委員会



新型コロナウイルス感染症とインフルエンザのダブル流行への対応、コロナ患者と一般診療患者の両方に対応できる診療体制の確立、コロナ後遺症への対応、「量」と「質」の両面からコロナ後遺症やワクチン健康被害の相談・受診体制の強化、神経免疫の調査研究・治療確立、職場や学校での後遺症への理解促進、治療終了までの休業手当や傷病手当等の延長を岸田総理と武見厚労大臣に質疑。

## 2. その他の活動

→自治労協力国会議員団会議（国会中に提出法案に関する課題や自治労の政策課題を組織内・協力国会議員と共有する会議）でも地域医療体制等の確立を協議



←東海地連衛生医療評拡大幹事会

→衛生医療評看護問題対策委員会



## Ⅱ 分 科 会

### (地域保健分科会)





## 【第2日目（分科会）】 2023年12月16日（土） 9：30～13：00

### ◆ 第1分科会 地域保健分科会「これからどうする？ 保健師の地域活動」

#### <趣旨>

本年5月8日から感染症法上の分類が5類に見直された新型コロナウイルス感染症は、3年もの間、全世界を翻弄し続けました。日本においては、コロナ禍の絶対的な合言葉「密の回避」に従い、人と人とのふれあいは厳しく制限されました。

私達保健師は、感染拡大時の緊急事態宣言の中、自分自身が感染する脅威と向き合いながらも、ある者は24時間体制で陽性者や濃厚接触者等の健康観察や入退院の調整等に忙殺され、ある者は、希望者がより迅速にワクチン接種を受けられるよう、ワクチン確保や、医師会等と協力した接種体制整備に奔走するなど、未知の感染症に怯える住民を、それぞれの持ち場で精一杯支えました。

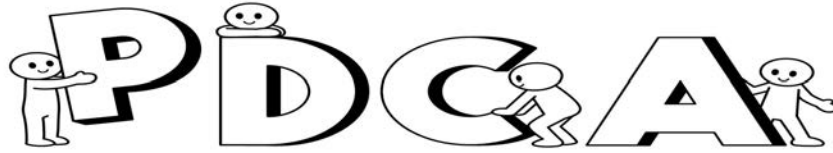
新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことで、生活上の大きな制限はなくなりましたが、長らく他者とのふれあいが制約され続けたことにより、地域の中でのつながりや絆そのものの希薄化など、コロナ禍を経て、保健師を取り巻く社会環境は一層厳しいものになりました。

保健師業務においては、コロナ禍以前から、各分野や年代別への取組の充実・強化とともに、縦割りの業務のウエイトが増えていたところに、コロナ禍に見舞われ、感染拡大防止が第一の個別支援が、結果として縦割り業務を更に加速化しました。今や保健師業務の大半を、各種の保健サービスやハイリスク者支援が占めている一方で、保健師の真骨頂である地域全体を「見る、つなぐ、動かす」保健活動は一層脆弱化している現状です。

今回の地域保健分科会では、一人ひとりが日常、抱える悩みや思いから、保健師は「誰のために、何のために、何をめざして働いていくのか」を見つめ直すとともに、保健師が専門性を発揮し、住民の暮らしを守る地域保健活動を展開していくために何ができるかを、参加者とともに考えたいと思います。

#### <スケジュール>

- |             |  |
|-------------|--|
| 9：30～9：35   | 開会・あいさつ  |
| 9：35～10：45  | 講演「保健師の役割の再考<br>地域保健対策の推進と保健師マネジメント力」<br>武蔵野大学 看護学部 学部長 教授 中 板 育 美さん |
| 10：45～11：30 | 現場報告<br>岩手県本部 北上市職員労働組合 菅 原 奈保子さん                                    |
| (休憩)        |  |
| 11：45～12：45 | グループワーク  |
| 12：45～12：55 | グループワーク報告  |
| 12：55～13：00 | まとめ・閉会   |



**保健師の役割の再考  
地域保健対策の推進と保健師マネジメント力**

武蔵野大学  
中板育美

**公衆衛生看護にも通じる社会における課題**

- 少子化・高齢化がさらに進み、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加する。(孤独化、孤立化)
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、育児・介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じ社会の多様化がさらに進む
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーション(DX)が加速する
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応が進む

## 感染症パンデミックを体験して、 あらためて思うこと(雑感)

- 1 PDCAを回し、個別の支援(技術)に止めず、その集積から地域の課題や実態をとらえて関係者らとともに協議し、課題解決をめざす能力(技術)の向上は不動のもの(日本の結核対策と保健所との関係に・・・)
- 2 危機管理…公衆衛生看護の管理機能の一つであり、危機時(感染症・災害等)の医学/看護学の専門家として自組織内での統括・指揮を担うポジションの確保
- 3 クレーム対応や住民の怒りの矛先となり、多大なストレスに触れるのも保健師。自分の感情にフタをするのではなく、感情をしっかりと認識してコントロールできる力、体験から学ぶ力、守りに入り失敗しない道を選ぶのではなく、失敗・体験から何かを学べる「タフさ」を育む必要性

参考：2022.01.24 週刊医学界新聞（看護号）：第3454号より

### 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」(令和4年法律第96号)

病床、外来医療、医療人材、感染症対策物資の確保強化、保健所や検査等の体制強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種実施、水際対策の実効性の確保

- ・ **予防計画**の記載事項の充実
- ・ 都道府県と保健所設置市・特別区等による**連携協議会**の創設

### 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の改正

#### 改正の主なポイント

#### 1 基本的な考え方

- 広域的な感染症のまん延に対応するための国、広域自治体たる都道府県、保健所設置自治体の役割の明確化
- 健康危機に備えた計画的な体制整備の推進

#### 2 保健所の健康危機管理体制

- 広域的な感染症のまん延に備えた人材の活用（IHEAT、自治体間の職員の応援派遣）や人材育成のための取組
- 統括保健師等のマネジメントを担う保健師の配置
- 市町村や関係団体等との連携強化
- 健康危機対処計画の策定

#### 3 地方衛生研究所の健康危機管理体制

- 地方衛生研究所の法的位置づけや体制整備の基本的指針
- 人材育成・実践型訓練の実施
- 国立感染症研究所や関係機関等との連携強化
- 健康危機対処計画の策定

厚生労働省健康局保健指導室資料参照

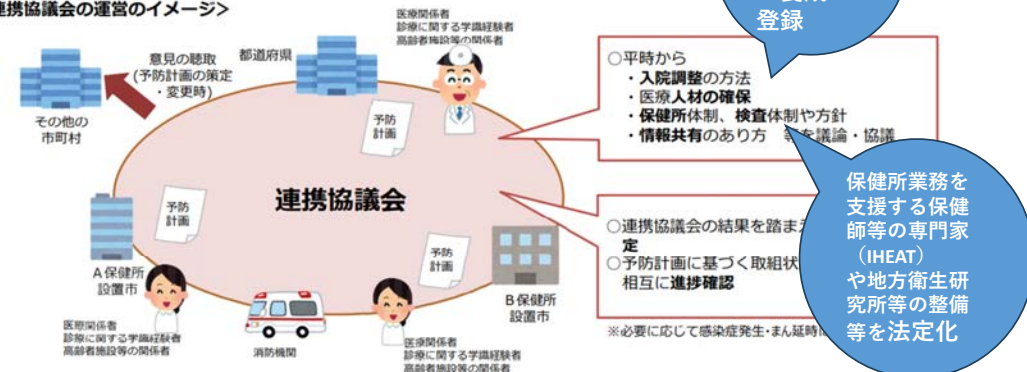
## 都道府県と保健所設置市・特別区との連携協議会

### 見直しのポイント

- ・今般のコロナ対応において、**都道府県と保健所設置市や特別区との間で**、入院調整が円滑に進まない、応援職員の派遣のニーズを共有できない、迅速な情報共有ができないなど、**連携が十分ではないケース**が見られた。
  - ・このため、都道府県と管内の保健所設置市や特別区を構成員とする「**連携協議会**」を創設。**入院調整の方法、医療人材の確保、保健所体制、検査体制や方針、情報共有のあり方**などについて、**平時から議論・協議**し、その結果を踏まえて、**予防計画を策定**。また、予防計画に基づく取組状況を定期的に報告、相互に進捗確認。
  - ・こうした平時からの連携強化・綿密な準備を通じて、感染症発生・まん延時における機動的な対応が期待される。
- ※1 連携協議会には、医療関係者や学識経験者、高齢者施設等の関係者、消防機関が参画。なお、予防計画の策定には、一般市町村からも意見聴取を行う。
- ※2 平時だけでなく、感染症発生・まん延時において連携協議会を開催することも可能。

広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録

### <連携協議会の運営のイメージ>



保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や地方衛生研究所等の整備等を法定化

（注）連携協議会の枠組みのほか、都道府県の総合調整権限の強化や保健所設置市・特別区への指示権限を創設。感染症発生・まん延時において、都道府県が迅速な対策や管内の一元的な対策の実施など必要がある場合に権限を発揮できるようにする。

厚生労働省健康局保健指導室資料参照

## 健康危機対処計画について

### 健康危機対処計画の概要

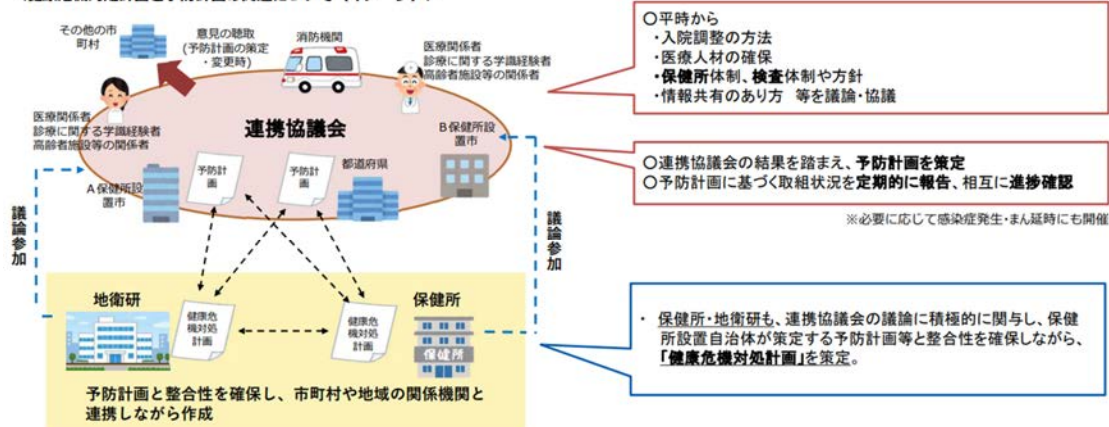
- 各保健所及び各地衛研は、現場において平時のうちから健康危機に備えた準備を計画的に進めることや予防計画の実行性を担保するため、**地域保健基本指針に基づき作成されている手引書の改定等により、「健康危機対処計画」**を策定。

※今後、「健康危機対処計画」策定に当たっての考え方を示す予定。

### <「健康危機対処計画」記載事項のイメージ（健康危機のフェーズ（発生初期、拡大期など）に応じた以下の記載を想定）>

- ・業務内容と量の見積もり
- ・業務重点化や絞り込みなど
- ・人員体制（自治体内外からの応援を含めた体制）
- ・外部からの応援職員の受入体制（受援計画）
- ・職員的安全確保・メンタルヘルスも含む健康管理
- ・研修や実践型訓練の実施

### <健康危機対処計画と予防計画の関連について（イメージ）>



厚生労働省健康局保健指導室資料参照



# 感染症と保健師活動

## 感染症法の前文

人類は、これまで、疾病、とりわけ感染症により、多大の苦難を経験してきた。ペスト、痘そう、コレラ等の感染症の流行は、時には文明を存亡の危機に迫り、感染症を根絶することは、正に人類の悲願と言えるものである。

医学医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興により、また、国際交流の進展等に伴い、感染症は、新たな形で、今なお人類に脅威を与えている。

一方、我が国においては、過去にハンセン病、後天性免疫不全症候群等の感染症の患者等に対するいわれのない差別や偏見が存在したという事実を重く受け止め、これを教訓として今後に生かすことが必要である。

このような感染症をめぐる状況の変化や感染症の患者等が置かれてきた状況を踏まえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、これらの者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ適確に対応することが求められている。

ここに、このような視点に立って、これまでの感染症の予防に関する施策を抜本的に見直し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する総合的な施策の推進を図るため、この法律を制定する。

7

## 予防とは 人生100年時代の安心を得る基盤は、やはり健康

- ・病気にさせない医療
- ・病気になる年齢を後ろ倒しにできる

## 保健(師) 「予防」を進歩させる(役目) 医療の価値を「健康で長く過ごせる」に転換

日本の社会保障

困難な状況に陥った人々を社会全体で支え合う仕組み(年金、

医療、介護)

+ 子育て支援) + 「予防・健康づくり」へ

参照: 中室 牧子, 東洋経済より : 慶應義塾大学総合政策学部教授、東京財団政策研究所研究主幹



## 川下対策の限界と社会の連帯の見直し

「岸辺を歩いていると、助けて!という声が聞こえます。誰かが溺れかけているのです。そこで私は飛び込み、その人を岸に引きずりあげます」「心臓マッサージをして、呼吸を確保して、一命をとりとめてホッとするのもつかの間。また助けを呼ぶ声が聞こえるのです」

「私はその声を聞いてまた川に飛び込み、患者を岸までひっぱり、緊急処置をほどこします。すると、また声が聞こえてきます。次々と声が聞こえてくるのです」

「気がつくとは常に川に飛び込んで、人の命を救ってばかりいるのですが、一体誰が上流でこれだけの人を川に突き落としているのか、見に行く時間が一切ないのです。」

Mckinlay, J. (1979) .A case for refocusing upstream: the political economy of health, In Patients, physicians and illness(et.E.Jaco),PP.96-120. Basingstoke, Macmillan

## 川上が変われば、川下が変わる



川上 **prevention before occurrence**  
【osekkai】(互助・ソーシャルキャピタル)  
⇒安全な地域づくり、孤立予防、  
⇒異世代交流、  
⇒良質な母子保健活動・普及啓発  
法整備など。

中流 **secondary prevention**  
育児困難(マルチリートメント)  
個別相談、発達支援、親の会、グループ支援、  
孤独感・孤立感、不得手感からの解放  
セルフケア能力向上、受援力育成

川下 **prevention of recurrence**  
**prevention of impairment**  
虐待による心身影響防止(予防)  
措置・援助  
専門相談、  
措置(インケア、リービングケア、アフターケア)・・・

# 「すべての人々に健康を」 (Health for All)

## ポピュレーションアプローチの落とし穴

- \* 健康意識の高い人たちに働きかけて、
- \* 健康意識が低い人 (=生活習慣に改善を要する人・健康になってほしい人) を置いてきぼりにしてはいないか (健康格差の拡大!、不公平の助長)

健康施策や健康サービスの情報は関心層にしか届いていなかった



Copyright © Tsukuba Wellness Research, All right reserved.

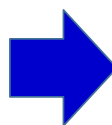
資料・久野譜也

## ソーシャルキャピタル (おせっかいさま、お世話さま、お互いさま)

### 健康至上主義ーパターナリズムからの脱却ー (誰もが健康は優先テーマであるはず/価値観のおしつけ)

- ・ 「健康になろう」を強調しすぎない・主張しすぎない
- ・ ターゲットの関心や心配ごとなど、ターゲットに響く「価値」へ訴える

健康になろうという個人の努力を支える (応援する)



健康に無関心でも、知らぬ間に健康行動をとり、健康状態が良くなる。あるいは悪くならない。

# 健康日本21（第二次）の評価と課題

## 悪化した目標項目 生活習慣に関するもの

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- ・適正体重の子どもの増加(低出生体重児の割合・肥満傾向の割合)
  - ・睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
  - ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

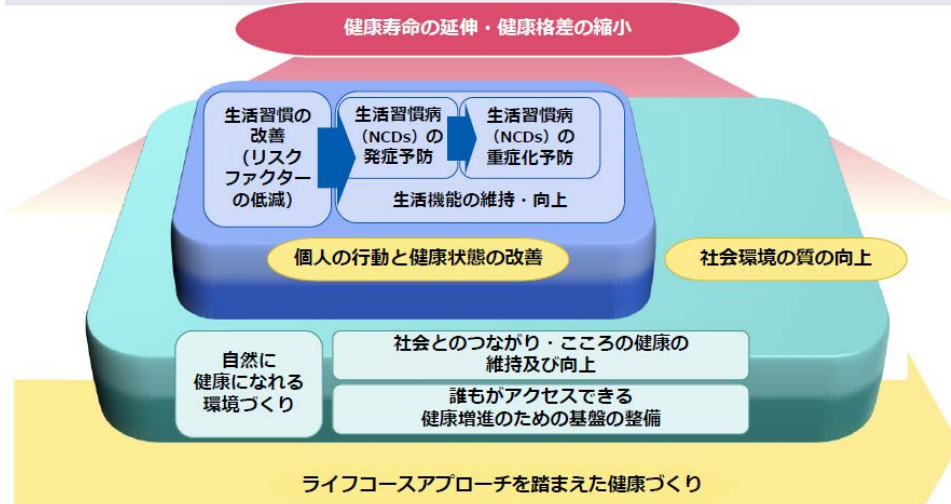
## 変わらない目標項目

健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)  
合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)  
健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子ども  
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合  
地域のつながりの強化

2023年10月3日(火)健康日本21推進全国連絡協議会オンラインセミナー資料を参照

## 健康日本21（第三次）の概念図

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



19

## 社会環境の質の向上

社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

地域の人々とのつながり、社会活動、共食、メンタルヘルス対策に取り組む事業場

自然に健康になれる環境づくり

食環境イニシアチブ、歩きたくなるまちなかづくり、望まない受動喫煙

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

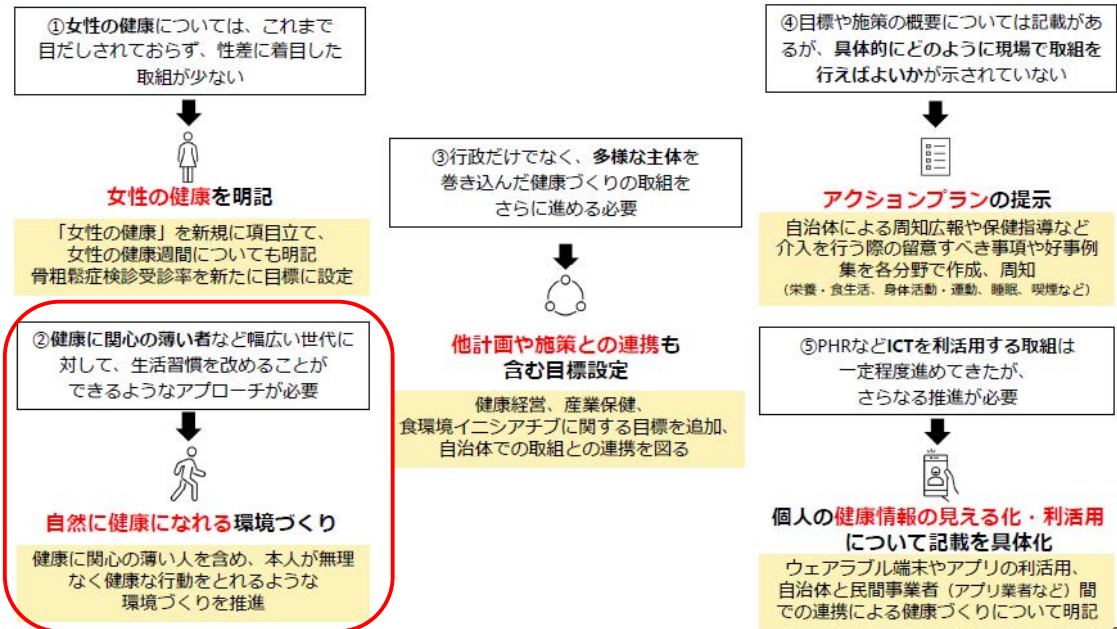
スマート・ライフ・プロジェクト、健康経営、特定給食施設、産業保健サービス

14

2023年10月3日(火)健康日本21推進全国連絡協議会オンラインセミナーから拝借

## 健康日本21（第三次）の新たな視点

○ 「誰一人取り残さない健康づくり」や「より実効性をもつ取組の推進」に取り組むため、以下の新しい視点を取り入れる。



21

2023年10月3日(火)健康日本21推進全国連絡協議会オンラインセミナーから拝借

## ナッジ理論 nudge theory

( Thaler & Sunstein, 2008 )

**ナッジ** (nudge=直訳「ヒジでちょっと突く」)

アメリカで生まれた行動経済学の新しい理論

**「小さなきっかけを与えて、人々の行動を変える戦略」**

行動経済学の知見を用いて、それとなく望ましい行動を選択するように、強制ではなく自発性を促す仕組み

\* 強制や罰、褒美を使わず

フレームワーク: EAST

( = East(簡単・簡潔)、Attractive(魅力的・印象的)、Social(社会的)、Timely(タイミング) )

**人々や社会をより豊かで幸福な方向に導く力**

<https://vitality.sumitomolife.co.jp/ad/>



# 生活習慣病と認知バイアス

(わかっちゃいるけど、嫌だなー、めんどくさいな)

**正常性バイアス**(自分にとって都合の良い解釈に偏る)  
「自分は大丈夫」「私は関係ない」と考えて事象を過小評価  
\* 自分を守るための防衛本能。パニックにならず、平静でいるために働く心理

**自身を客観的に見ることができること(メタ認知)**  
によって、過度に楽観したり、恐怖に縛られることがすくなくなり、  
自身のことと捉えられるようになる



挑戦したことや意思決定までのプロセスを把握し、そこを言語化し評価する  
⇒ **挑戦するチームビルドとそのチームのエンパワメント**

[未来への呼び鈴 - 保健師活動啓発ムービー | 中外製薬 - YouTube](#)

## 保健師の保健指導の再考

- 「正しい情報を提供する(普及啓発)」
- 「行動したくなる環境を整える(ナッジ)」
- 「褒美を与える(インセンティブ)」
- 「罰を与える(逆インセンティブ)」
- 「選択を禁止する(強制)」

\* 普及啓発やインセンティブは、認知バイアスに影響されると効果が見られない  
\* 逆インセンティブや強制は一時的に効果があるが、権限の裏付けがないと継続しない

Prochaska JO, Velicer WF (1997) The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion 12 (1) , pp38-48

出典：竹林正樹「認知バイアスとナッジ」都市とガバナンスvo;39.  
イラスト すなやまみこ

認知バイアスとナッジ



## こども施策の立案・実施に当たって踏まえるべき基本的な共通事項 改正児童福祉法、子ども基本法

- 1 **こども・若者**、結婚・子育てを希望する方や子育て**当事者**の視点に立って考えること  
意見表明権 と 意思決定支援
- 2 こどもや若者のライフステージに応じて切れ目なく対応していくこと  
子育てを社会全体で支えていく環境が整備し、子育てに安心感を持つことにつながり、  
結婚や子育てに希望を見出せること
- 3 全てのこども・若者への対応を基本としつつ、こどもや若者の現在と将来がその生まれ  
育った環境によって左右されることのないようにすること
- 4 結婚や子育てに希望を持つことができ、その希望を叶えるようにすること

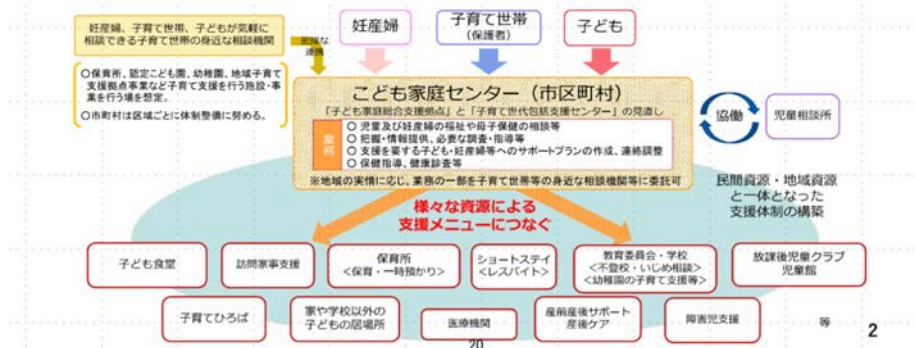
こども政策の推進に係る有識者会議 第2次報告書  
～「こども大綱」の策定に向けた論点～

## こども家庭センターの設置

**全ての妊産婦、子育て世帯、全ての子ども**  
へ一体的に相談支援を行う機能を有する

子育て世代包括支援センター(母子保健)と子ども家庭総合支援拠点(児童福祉)  
の**意義・機能を維持**する(市区町村の努力義務化)  
パターンは一つではない

改正児童福祉法(令和4年)



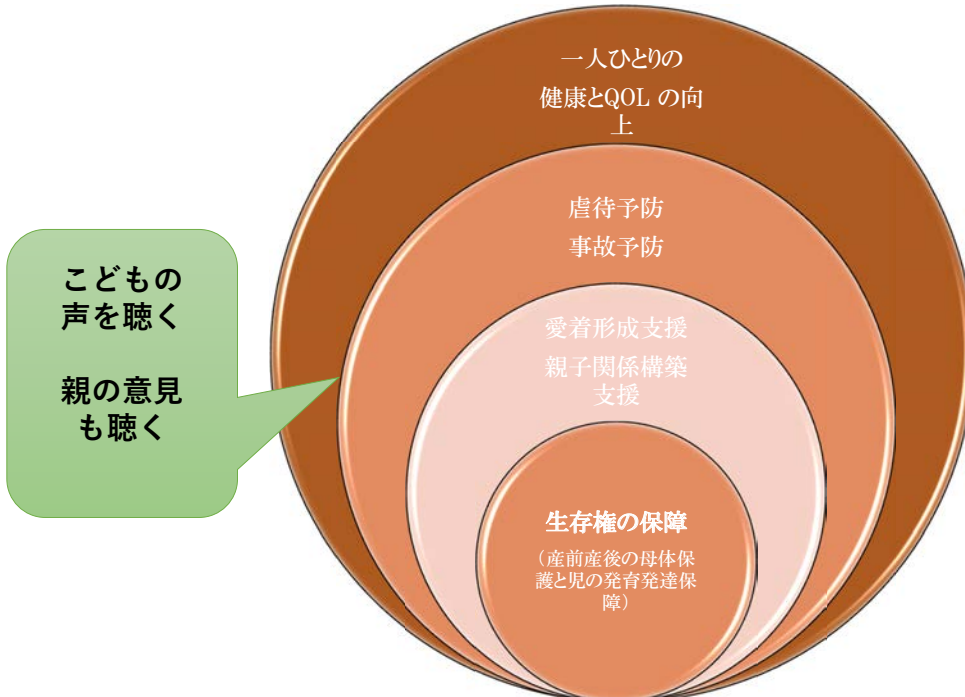
厚生労働省ホームページ (令和3年度全国児童福祉主管課長会議資料) 引用  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_24264.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24264.html)

こども家庭庁 成育局母子保健課、支援局虐待防止対策課：こども家庭センター業務ガイドライン(暫定版)のうち母子保健部分の送付について、事務連絡、令和5年9月13日



# 母子保健でも人権擁護

子どもを死なせない、妊産婦も死なせない。子どもを傷つけない、親を殺人者にしない  
そしてすべての子どもが豊かに、幸せに暮らせる社会



21

## 社会弱者に配慮したユニバーサル・アプローチ 平等と公平



▲個人の違いは視野に入れず、全員に「平等」なものが提供されている



▲個人の違いを考慮しそれぞれに「公平」な機会が提供されている



▲構造的なバリアが取り除かれ、全員が平等かつ公平な機会を保持している

© 2021. For information, contact Deloitte Tohmatsu LLC.

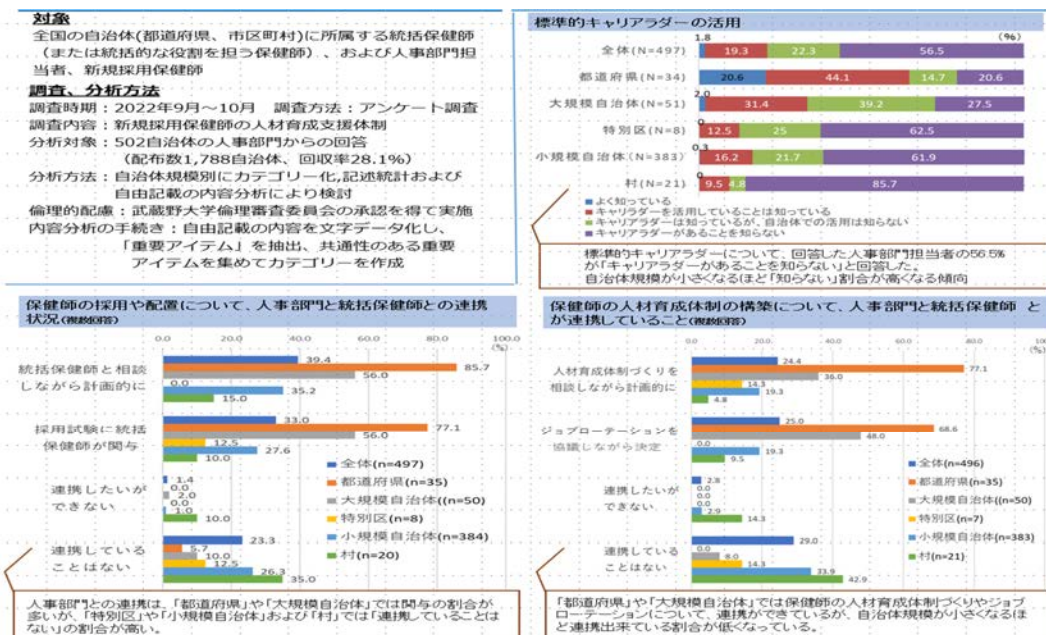
# 統括保健師の役割

## 住民の健康の保持増進を図るため

- 保健師の保健活動を組織横断的に総合調整及び推進する。
- 技術的及び専門的側面から指導する役割を担う。
- 人材育成指導及び調整を行う

厚生労働省健康局長  
地域における保健師の保健活動について

### 人材育成体制構築にむけて (人事担当部署との連携を目指し)



小川, 他 (2022). 自治体規模と人材育成支援体制の関連に着目した検討. R5年度日本公衆衛生学会ポスター(発表:木村)引用

## 人材育成体制構築にむけて (人事担当部署との連携を目指し)

人事部門の声		
カテゴリー	重要アイテム	
人材の確保と定着	「多数の欠員を抱え、業務遂行体制の維持・確保事態に苦慮する状況が続いている」(都道府県) 「ライフスタイルの変化に対する本人への支援の他に一時的にでも人員減となる所属への支援が必要」(小規模) 「今後も人口減少が続く中で小さい市町村が単独で人材不足を解決することは難しい」(小規模)	規模を問わず人材確保と定着が課題としてあがっている
行政職としてのスキル向上	「保健師職であっても行政職の管理職員となりうるため、職員としてのキャリア形成も必要」(小規模) 「住民視点で地域全体を捉えた政策提案能力・計画策定能力・組織横断的な調整や交渉力および保健活動における事業企画や政策提案等に関する指導・助言等の実践能力を固める必要」(小規模) 「財務会計事務など一般事務業務についてはスキルアップが十分にされているとはいえない」(小規模)	マネジメントや部局横断的な視点をもつ保健師の育成に課題
専門性向上の困難性	「専門的な研修を小規模自治体単独で実施することは困難」(小規模) 「小規模自治体単独で保健師に特化した人材育成方針の作成、研修体制の整備を行うことは難しい」「県及び管内保健所中心に体系的な研修などを実施していただきたい」(小規模) 「今回のアンケートに答える中で、保健師としての専門性を高めるための研修や人材育成について欠けていることが改めて実感させられた」(村)	小規模自治体ほど、自組織のみでの体系的な研修実施が困難
外部機関の支援の必要性	「県及び管内保健所中心に体系的な研修などを実施していただきたい」「他の自治体への研修派遣などの制度の確立」「県からの派遣職員が統括保健師の役割を担っている」(小規模) 「予算確保やOJTを担当課に任せているのが現状」(小規模) 「専門的な研修の実施を小規模自治体単独で実施することは困難であり、外部の研修機関などを有効に活用したい」(小規模)	研修の実施やキャリア形成にあたり、外部機関の支援の必要性
連携への認識	「統括保健師が組織的に保健師の配置やジョブローテーションに関わることができるようにする必要がある」(都道府県) 「この調査を通じて、人事担当部門も関わっていくべきところがあると考えさせられた」(小規模自治体) 「保健師の人材育成に関する部分については、保健師の人材育成を所管する担当課が担っており、採用および配置に関することも相互に連携して実施している」(都道府県) 「統括保健師がいれば、総務部門と連携を回り、キャリアアップをはかれる体制が構築できるのではないか」(村)	統括保健師の役割への期待がある一方、保健師の意見を求めているという回答もある

小川, 他 (2022). 自治体規模と人材育成支援体制の関連に着目した検討. R5年度日本公衆衛生学会ポスター(発表:木村)引用

## 統括保健師(管理期)に求められる 行政能力



- 柔軟性と行動力のある職員の育成
- 効果的な仕組みを構築するために、問題意識を持つ人材育成、問題意識を共有できる組織づくり
- 健全で自律した行財政運営の推進
- 行政情報の安全かつ効率的・効果的な活用
- 情報・資源の利活用の促進と地域組織化
- 民の力を活かす仕組みづくり・地域組織化の推進

**企画力や交渉力も自治体経営**  
(最小の経費で最大の効果を発揮できる)

## メタ認知を育むことは、組織のアウトカムの向上に繋がる

人は想像力を手に入れて進化

組織も想像力を活かして、創造を止めることなく続ける

市民への・組織への想像をできるだけ善意に行い、結果論で責めることはやめて、むしろチャレンジを励ましてくれるチームを目指しましょう。

現在バイアス：未来に大きな利益をもたらすもの、  
目先の小さな利益を優先  
現状維持バイアス：  
(未知のものや変化を受け入れず、現状維持を望む心理作用)

脱却

認知バイアスは良い選択や出会いを逃す



2024年度地域保健・精神保健セミナー

# 北上市の保健師活動

2023年12月16日

岩手県本部北上市職員労働組合  
統括専門職（保健師） 菅原 奈保子

## 北上市ってこんなところ

保育施設：42か所  
小学校：14校  
中学校：9校  
高等学校：4校

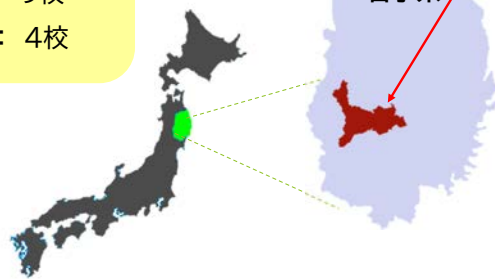
 **北上市** KITAKAMI CITY

人口：91,646人  
世帯数：41,335

※2023年10月時点 北上市人口統計

出生数	565
出生率 (人口千対)	6.1
高齢化率	27.7

※2020年 岩手県人口動態統計



交通の利便性  
新幹線 高速道路

企業誘致

桜の名所  
「展勝地」

北上市ってこんなところ

## こんなまち「北上」…音楽・スポーツの教育力の高さ

2023年度全日本合唱コンクール知事賞:黒沢尻北小学校(4大会連続日本一)

2023年度全日本吹奏楽コンクール金賞:上野中学校(3年連続金賞)

2022年度全日本高校ラグビー全国大会出場:黒沢尻北高校(2年連続)



上野中学校



国体会場にもなった  
北上総合運動公園



黒沢尻北小学校



トップクラスのコンサートが  
開かれる「さくらホール」



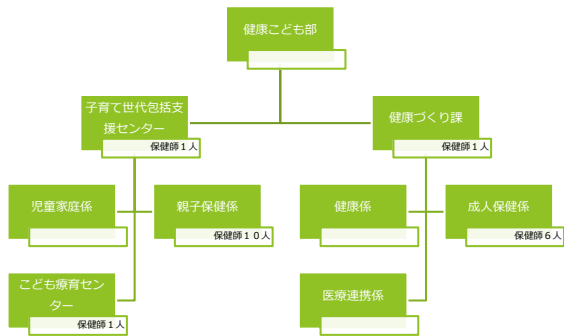
## 本日の話題

- ▶ 1 保健師の配置状況
- ▶ 2 保健師活動連絡会議・保健師研究会
- ▶ 3 保健師の人材育成
- ▶ 4 統括的な役割を担う保健師

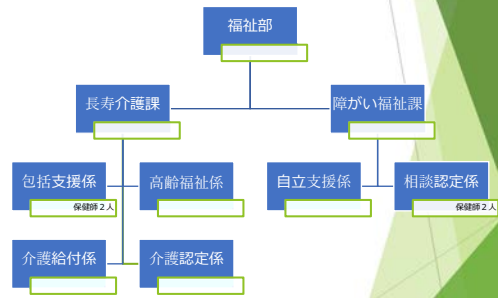


# 1 保健師の配置状況

健康こども部：19人  
(課長補佐2人、係長3人)



福祉部：4人  
(係長1人)



# 2 保健師活動連絡会議・保健師研究会

## 北上市保健師活動連絡会議設置要領一部抜粋① (2014年4月施行、2021年・4月改定)

### (設置)

第1 保健師の連携の促進と資質の向上を図り、地域保健活動を円滑かつ効果的に推進するため、北上市保健師活動連絡会議（以下「保健師連絡会議」という。）を置く。

### (所掌事項)

第2 保健師連絡会議の所掌事項は次のとおりとする。

- (1) 地域保健活動の推進に関すること。
- (2) 地域保健活動の情報交換に関すること。
- (3) その他地域保健活動を推進するために必要な事項に関すること。

## 北上市保健師活動連絡会議設置要領一部抜粋②

### (組織)

第3 保健師連絡会議は、障がい福祉課長、長寿介護課長、健康づくり課長、子育て世代包括支援センター所長、こども療育センター園長及び各々の課等に所属する保健師1名以上を持って構成する。

### (会議)

第4 統括専門職の所属する課等の長は、保健師連絡会議を招集し、会議を主宰する。

## 北上市保健師活動連絡会議設置要領一部抜粋③

(研究会)

第6 保健師連絡会議の下部組織として保健活動に必要な情報交換及び調査研究をするために研究会を置く。

2 研究会は、統括的役割を担う保健師が招集する。調査研究の経緯等については必要に応じて、保健師連絡会議に報告するものとする。

## 保健師活動連絡会議でやってきたこと

- ▶ 災害時保健活動マニュアル・救護所設置運営マニュアルの作成・改定
- ▶ 保健師人材育成指針の作成・改訂
- ▶ 保健師活動連絡会議設置要領の改定
- ▶ 保健師研究会の企画

## 保健師研究会でやってきたこと

- ▶ 保健師の業務整理・活動時間調査
- ▶ 保健・子育て施設設置計画の意見交換
- ▶ 庁内保健福祉関連業務の研修
- ▶ 分散配置されている保健師の情報交換

## 2023年度保健師活動連絡会議の実施予定

- ▶ 第1回  
2023年7月19日（水）  
内容：前年度保健師キャリアラダー評価結果の報告  
今年度の計画について協議
- ▶ 第2回  
2024年2月頃  
内容：来年度の計画について協議

## 2023年度保健師研究会の実施予定

- ▶ 第1回 2023年9月8日（金）  
研修会：研究発表への取り組み方  
個人やチームの取り組みを研究発表として整理して報告する機会を設ける。
- ▶ 第2回 2023年12月22日（金）  
研究発表会：チヨダ地域保健推進賞応募3事業、デジ田甲子園2023応募1事業
- ▶ 第3回 2024年2月頃  
事例検討会

## 3 保健師の人材育成

## 北上市保健師人材育成指針

- ▶ 2016年3月に「北上市保健師人材育成指針」を策定  
プリセプターによる新任教育、現任教育、人材育成シートによる自己評価を実施してきた。
- ▶ 2021年3月改訂  
岩手県策定の指針と合わせ、キャリアラダーを採用する。

## 改訂時の北上市の保健師の現状と課題

- ▶ 様々な職歴にある保健師の採用及び産前・産後休業や育児休業の取得等により、経験年数を目安にした獲得すべき到達目標では個々の能力に結びつかない。  
→キャリアラダーやキャリアパスを導入した個別性に着目した人材育成の推進が必要
- ▶ 現任教育の一つとしてジョブローテーションがあるが、人事担当部門との共通認識が図られていない。  
→人材育成を加味したジョブローテーションの実現のため人事担当課と情報共有が必要
- ▶ 統括的役割の保健師の現任教育と役割が不明確である。  
→統括的役割の保健師の現任教育と役割の明確化が必要



## 改定で行われたこと

- ▶ 岩手県の指針を参考に改訂を実施
- ▶ 北上市のキャリアラダー及びキャリアパスモデルを作成
- ▶ 評価表を活用した自己評価の実施と統括的役割の保健師との面談により、人材育成に生かす仕組み作り
- ▶ ジョブローテーションモデルを作成し、人事担当課と共有

## 人材育成の進め方

- ▶ 新人保健師の育成
  - 新人保健師教育プログラムで個別計画策定
  - 実施シートで計画実施状況を確認
  - チェックリスト（家庭訪問、健康相談、健康教育）で保健師基礎技術を確認

採用2～3年目の新任期の保健師がプリセプターとなるので、新人育成とプリセプター支援のため、1か月、3か月、6か月、9か月、12か月の時期に新人・プリセプター・係長・課長補佐での「振り返りの会」を実施し、進捗状況を確認。

## 人材育成の進め方

### ▶ 現任教育の評価

- 専門的能力に係るキャリアラダーの評価表を用いて自己評価を年1回行う
- 統括的役割の保健師との面談で評価表等を共有し、個々の人材育成の資料として活用する

#### <評価表の提出と面談>

2016～2019：所属長へ提出。面談なし。

2021～2022：統括的役割の保健師へ提出。

キャリアレベルA-1、2と面談。

2023：統括的役割の保健師へ提出。全保健師と面談。

## 4 統括的な役割を担う保健師

## 統括的な役割を担う保健師に求められる能力とその育成

出典：保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ（2016年3月）

### ▶ 統括保健師の役割

- 保健師の保健活動の組織横断的な総合調整及び推進
- 技術的及び専門的側面からの指導及び調整
- 人材育成の推進

### ▶ 統括保健師に求められる能力

- 組織横断的な調整や交渉を行い、保健活動を総合的に推進する能力
  - ・各部署に配置されている保健師の活動の全容を把握し、健康危機発生時も含め、地域全体の健康課題の明確化や保健活動の優先度の判断、評価の実施を牽引できる。
  - ・保健、医療、福祉、介護等の多様な分野の組織内での合意形成を図るとともに、組織内外関係者とのネットワーク及び効率的な協働体制を構築することができる。
- 保健師としての専門的知識・技術について指導する能力
  - ・社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新し、実践すると共に、各組織において求められる役割を保健師に示し、直接または適切な指導者を介して指導を行うことができる。
  - ・保健活動の優先度を勘案し、事業の企画や再編、予算確保等について指導・助言できる。
- 組織目標等に基づき保健師の人材育成体制を整備する能力
  - ・組織目標や地域保健施策の展望等を踏まえた保健師の人材確保や採用、ジョブローテーションを含めた配置、人材育成に関する提言ができる。
  - ・組織全体の保健師の人材育成計画を立案し、組織内での理解・共有を図り、実施体制を整備することができる。
  - ・指導的立場にある保健師の指導力向上のための支援を行うことができる。

## 専門職に係る統括職の新設

- ▶ 2023年度から専門職において、部課を超えた連携を推進し、効果的な業務遂行や専門的側面からの人材育成を実現するため、専門職に係る統括職を新設
- ▶ 専門職の統括職として設置する職は部長級とし、名称を「技監」とする
  - ※職員の構成状況により技監の設置が困難な場合には、暫定的に課長級以下の専門職の中から統括の役割を担う職員を指名する
- ▶ 複数の部に配置がある土木技師、建築技師、保健師を対象とし、2023年度においては土木分野の技監設置を先行。建築分野及び保健分野の技監は2024年度以降の設置を見込む。
- ▶ 【各分野の技監を置く部】 土木分野：都市整備部・・・部長級  
建築分野：財務部・・・・課長級  
保健分野：健康こども部・・・課長補佐級

## 統括職の職務

- ▶ 技監の職務
  - (1) 特命事項に関すること
  - (2) 専門技術的事項に係る部長の補佐に関すること
  - (3) 専門技術的事項に係る総合調整及び情報共有に関すること
  - (4) 専門技術的事項に係る助言指導・職員の人材育成に関すること
  - (5) 専門職員の人員配置等に係る企画、調整に関すること
  
- ▶ 統括専門職の職務（統括専門職設置規程より）
  - (1) 複数の部課に係る専門職業務の連携に関すること
  - (2) 専門職に対する技術的な指導及び研修の実施に関すること
  - (3) その他市長が必要と認める事項に関すること

## 保健師の統括専門職として行っていること

- ▶ 組織横断的な調整、会議の運営
  - 保健師活動連絡会議の開催
  - 保健師出務依頼への対応（救護等）
  
- ▶ 人材育成
  - 北上市人材育成指針の活用、自己評価後の面談
  - 現任教育（新人教育、保健師活動研究会）の開催
  - 人材育成に関する研修会の案内・とりまとめ
  - 調査・研究として保健事業の取り組み応募の推進

## 今後の課題

- ▶ 保健師の統括専門職が、母子保健部門の課長補佐級となっているため、保健事業の一部に限定され、市全体の保健活動の総合調整まで至っていない。
- ▶ 健康危機管理対応は健康づくり部門で担っており、発災時の保健師の調整をどのようにするか明確になっていない。
- ▶ 職員採用やジョブローテーションを含めた配置への提言体制の整備。
- ▶ 統括的役割の保健師を補佐する保健師の位置づけの検討。

ご清聴ありがとうございました

## 保健分科会:グループワークの進め方について

### 1. 役割分担を決める

書記(報告) (お名前 )

【役割】 議論の内容を記録し、本部衛生医療評議会に提出する

司会進行 (お名前 )

【役割】 司会は「グループワークの流れ」に沿って、進行を行う。参加者全員に発言してもらうよう配慮する。

### 2. グループワークの流れ

#### 1 周目：イントロダクション

- ・自己紹介 (名前、単組、職種、組合役職など)
- ・本日の感想など一言 (どんな内容でも可)

#### 2～3 周目：「保健師活動について意見交換」

- ・今の活動、主にどんな業務を担当しているか？
- ・保健師として働く中で、感じる問題点や課題はどんなこと？
- ・課題を解決・改善するためにどうしたらいい？どうなっていけばいい？
- ・職場の保健師活動は、どんなスタイル？業務担当制？地区担当制？併用型？
- ・職場の人材育成は、基本方針や育成計画等は策定されているか？
- ・職場のフォローアップ体制は、どうなっている？相談体制は？
- ・保健師に係る課題の共有や活動方針等、保健師全体で共有する場はあるか？
- ・職場で、保健師のキャリアラダーやキャリアパスの仕組みは確率されている？
- ・その他

#### グループワーク終了後

書記の方はグループ報告をお願いします (3 グループ程度)。





### Ⅲ 分 科 会

(精神保健分科会)



## ◆ 第2分科会 精神保健分科会「身体的拘束の現状から精神医療現場の課題を考える」

### <趣旨>

2017年5月、ニュージーランド国籍のケリー・サベジさんが神奈川県精神科病院で身体的拘束をされて約1週間で心肺停止になり、転送先の病院で亡くなりました。この事件がクローズアップされ、精神科における身体拘束の議論が大きくなりました。厚生労働省は、2000年6月に第1回身体拘束ゼロ作戦推進会議を実施、2001年には「身体拘束ゼロへの手引き」を発行しています。そして今年2月、東京都八王子市の精神科「滝山病院」の看護師が患者への暴行容疑で逮捕された事件は、精神科医療・看護が抱える諸問題を浮き彫りにし、再び議論が活発になっています。

身体拘束は生命や倫理に関わるものであり、精神保健福祉法37条で定められています。また、身体拘束の3原則として「切迫性」「非代替性」「一時性」があり、そのすべての要件を満たしている時にのみ適用が認められるにも関わらず、精神科病院における身体拘束の数は増え続けています。特に認知症患者をはじめとした高齢者の安全確保という目的で身体拘束実施の割合が高くなる傾向が指摘されています。

精神科病院における身体拘束については数多くの研究がされています。東京都立松沢病院では「身体拘束なき精神科へ」という取り組みを行い、当時の院長である斎藤正彦先生が「松沢の前に院長をしていた埼玉の和光病院には隔離室も拘束帯もなく、拘束はゼロです。民間の認知症専門病院である和光に比べ、公立松沢の医師は2倍、看護師も1.3倍います。松沢にできないはずはないと思いました」と語っています。

身体拘束という倫理と安全の狭間で、精神保健に携わる私たちが何を思い、どう変わるべきか、そのためには医療従事者として何ができるか、労働組合として何をしなければいけないのか、一緒に考える機会になれば幸いです。

### <スケジュール>

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～10：45 講演「身体拘束の現状から考えられること

～課題を捉え、我々は何をすべきか？」

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻  
教授 長谷川 利 夫さん

10：45～11：15 現場報告

大阪府本部 中宮病院労働組合 加藤 武 司さん

(休憩)

11：30～12：30 グループワーク

12：30～12：50 グループワーク報告

12：50～13：00 まとめ・閉会

自治労 地域保健・精神保健セミナー

# 身体拘束の現状から 考えられること

～課題を捉え、我々は何をすべきか？

 杏林大学

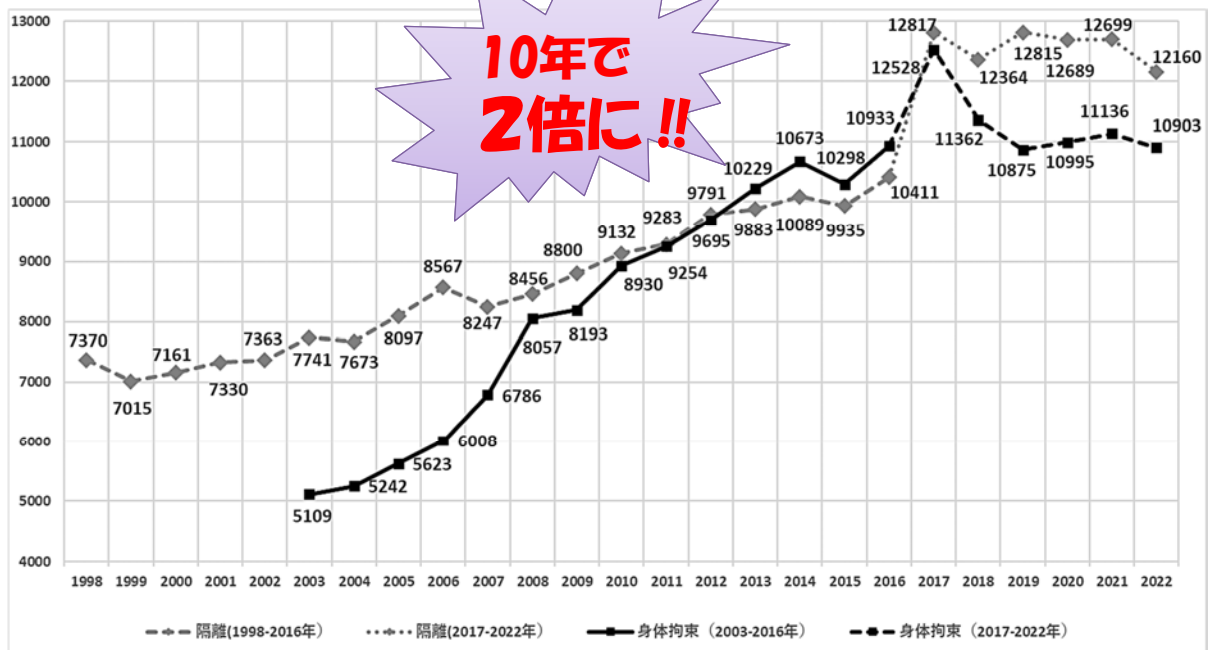
長谷川利夫

2023年12月16日

## 目次

- I. 我が国の精神医療は世界からどのように見られているか？
- II. 医療記録から一緒に考えよう！
- III. 今、起きていることを知ろう！
- IV. 共に考えよう！

# I. 我が国の精神医療は世界から どのように見られているか？





2013年

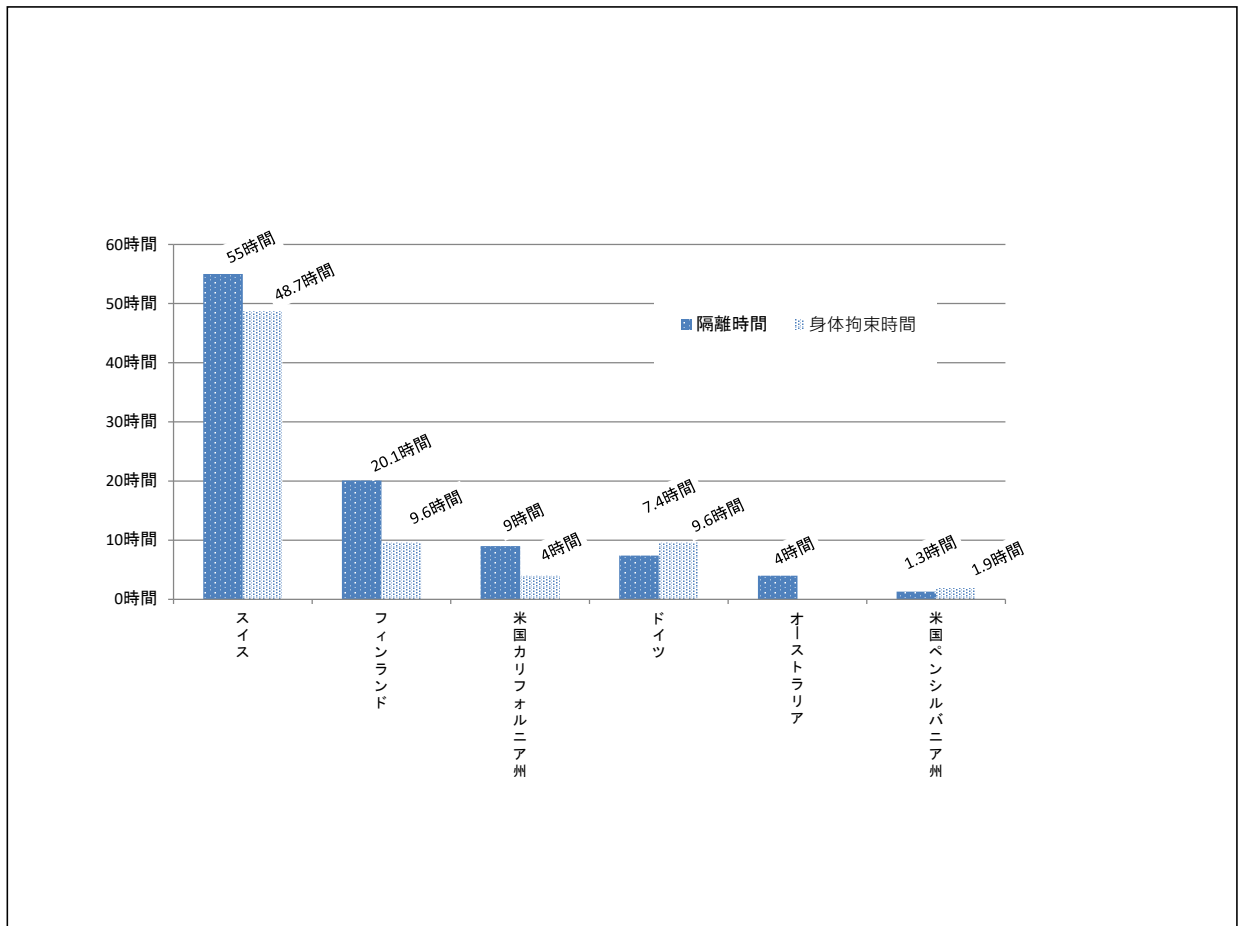
精神科医療の  
隔離・身体拘束



長谷川利夫 著

日本評論社





A screenshot from a Japanese news broadcast. The top left shows the time '6:10' and the location '東京' (Tokyo). The background features a map of Japan with red virus icons and numbers (9, 12, 15, 10, 6, 7, 5, 2). The main content consists of several news headlines in Japanese:

- 変異ウイルス 市中感染か
- 東京 6日連続1000人超
- “訪問看護師も優先接種を、”
- 北日本・新潟・北陸 暴風雪警戒
- “身体拘束、米の260倍超
- 楽天 石井監督 “一魂、”
- “災害弱者、”の外国人減らせ!
- 角解説 メルケル首相 後継者は?

At the bottom left, there is a logo for 'はよう日本' (Good Morning Japan) and a video player progress bar showing 0:25.

6:10 東京 0-12% 12-10%

精神科での「身体拘束」  
「日本は米の260倍超。」

The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study

Published online by Cambridge University Press: 02 December 2020

G. Newton-Howes, M. K. Savage, R. Arnold, T. Hasegawa, V. Staggs and S. Kisely

Article Supplementary materials Metrics

英医学雑誌で公表(先月)  
杏林大学保健学部 長谷川 利夫 教授が  
米・オーストラリアの研究者らと共同調査

10457269

6:10 千葉 0-12% 12-10%

精神科での「身体拘束」  
「日本は米の260倍超。」

精神科病院での「身体拘束」(2017年)  
公表のデータもとに分析

日本  
1日 人口100万人あたり **98.8人**

アメリカ(0.371人)の266倍  
オーストラリア(0.165人)の599倍

0:01:16

1685710457269





## Tied down and locked away: Harrowing tales emerge from Japan's psychiatric patients



A shrine to Kazuya Ohata at his parents' home in Kanazawa, Japan. He died at age 40 after being physically restrained in a psychiatric institution. (Simon Denyer/The Washington Post)

By [Simon Denyer](#)

June 19, 2021 at 5:00 p.m. GMT+9

### Court award

In the case of Ohata, the patient with schizophrenia, the hospital initially said he died of heart failure. His parents commissioned a separate autopsy that showed he had suffered a deep-vein thrombosis after being tightly bound.



Sumiko Ohata, son Takashi and husband Masahiro in their home in Kanazawa. (Simon Denyer/The Washington Post)

彼の両親、父正晴さん70歳、母澄子さん68歳。彼らは少なくとも7回、病院で息子に会おうとした。しかし、追い払われた。彼が拘束されていたことを決して知らされなかった。それから、入院した2週間後に、彼らは息子が死んだという電話を受け取った。

「私たちの最大の後悔は彼に会えなかったということです。」東京の約180マイル北西にある金沢市内の家族の家で正晴は言った。「もし私たちが彼に会っていたら、私たちは何が起こっていたのかに気が付いて、何かが起こる前に彼を家に連れて行っていただいでしょう。」

日本精神科病院協会の会長の山崎学氏は、彼は、身体拘束がほとんどのケースで適切に行われていると思っていると語りほとんどの問題は、協会に所属していない約300の病院で起こったのだと主張している。彼は大畠家の勝利が、裁判の動きを恐れて病院が特定の患者を拒むことにつながり得ると心配していると語った。「我々は長い目で見ればそのことはより危険だと考えている」と彼は語った。

「日本では精神医療は大きな力を持っている」と杏林大学の精神医療の教授で、日本と3つの国における身体拘束の広がりについての新しい研究の著者である長谷川利夫氏は言った。「しかし、私たちはついに人々がこのことについて大っぴらに話ができる段階にいます。」

長谷川氏の研究は、“疫学と精神医学的科学的科学”で出版された。長谷川氏の研究では日本の精神病患者は、アメリカの患者の約270倍身体拘束されそうであり、オーストラリアの600倍、ニュージーランドの3200倍されそうであることがわかった。

訓練を受けた医療スタッフの不足もまた、たとえ患者が自分自身や他の人に危険を引き起こさないとしても、病院が腰・手首・足首を縛られた患者をより多くベッドに拘束することに頼ったままにしているとは長谷川氏は言った。

## 事件の経過

- 当時40歳の大畠一也さん 統合失調症  
2016年12月 体調を崩し入院

12月6日 入院

12月9日 隔離開始

12月14日 身体拘束開始

- ・前日に注射をしようとした際に抵抗した
- ・この日は興奮・抵抗がなかった

12月20日 身体拘束解除後死亡(肺動脈血栓塞栓症)

- ・家族はこの間、一度も面会できず身体拘束の事実も知らされなかった



## 訴訟の経過

- 2018年8月27日 男性の両親が病院を提訴
- 2020年1月31日 金沢地裁：医師の裁量を認め、身体拘束の開始・継続は違法でない
- 2020年12月16日 名古屋高裁：身体拘束は違法  
約3500万円の賠償を命じる
- 2021年10月19日 最高裁第三小法廷 上告受理申立てを退け、高裁判決が確定

令和2年12月16日判決言渡

名古屋高等裁判所

### 【判決文より】

精神科病院の入院患者に対する行動の制限に当たっては、精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないものとされ、精神医学上の専門的な知識や経験を有する精神保健指定医の裁量に委ねられているとしても、行動制限の中でも**身体的拘束は、**身体の隔離よりも更に人権制限の度合いが著しいものであり、**当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたもの**であるから、これを選択するに当たっては**特に慎重な配慮を要するもの**といえ、上記アないしウに照らすと、告示第130号の「多動又は不穏が顕著である場合」(第4の2イ)又は「精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命に危険が及ぶおそれがある場合」(同ウ)に該当するとして、12月14日午後1時45分時点で身体的拘束を必要と認めた○医師の判断は早きに失し、精神保健指定医に認められた身体的拘束の必要性の判断についての**裁量を逸脱するもの**であり、**本件身体的拘束を開始したことは違法**であるというべきである。

## 訴訟の経過

**全国の精神科病院の院長など56通の意見書を付して上告受理申立て**

しかし・・・

**2021年10月19日**

**最高裁第三小法廷**

**上告受理申立てを退け、**

**高裁判決が確定！**

令和3年10月19日  
最高裁判所第三小法廷

裁判官全員一致の意見で次の通り  
決定。

本件を上告審として受理しない。

共同通信10/20(水)22:29配信



石川県の精神科病院で2016年、入院中の大畠一也さん＝当時（40）＝が死亡したのは違法な身体拘束が原因だとして、両親が病院側に損害賠償を求めた訴訟で、最高裁第3小法廷（長嶺安政裁判長）は病院側の上告を受理しない決定をした。19日付。請求棄却の一審判決を変更し、病院側に約3500万円の支払いを命じた二審名古屋高裁金沢支部判決が確定した。

判決によると、大畠さんは16年12月、統合失調症と診断され、金沢市民生協会が運営する同県野々市市の病院に入院。医師の判断で手足や体を拘束され、一時解除された後にエコノミークラス症候群で死亡した。

## 共同通信10/22(金) 17:49配信



石川県野々市市の精神科病院で2016年、入院中の大畠一也さん＝当時(40)＝が死亡したのは違法な身体拘束が原因だとし、両親が病院側に損害賠償を求めた訴訟で、約3500万円の支払いを命じた二審判決が確定したことを受け、父正晴さん(71)らが22日、金沢市で記者会見し、判決を教訓に「医療が少しでも良い方向に向かってほしい」と訴えた。

正晴さんは「病院側の説明は不十分で、納得できなかった」と振り返り、医療従事者が患者に真剣に接するよう求めた。

訴訟を支援した杏林大の長谷川利夫教授(精神医療)は「マニュアル化された身体拘束が問題」と話した。

## 2021年10月22日朝日新聞より

- 石川県野々市市精神科病院で男性(当時40)が違法な身体拘束の末に亡くなったとして、両親が運営元の社会福祉法人金沢市民生協を会に8631万円の賠償を求めた訴訟で、最高裁第三小法廷(長嶺安政裁判長)は法人側の上告を退けた。法人側に3529万円の賠償と命じた二審・名古屋高裁金沢支部判決が確定した。

# 病院の身体拘束「違法」

## 患者遺族が逆転勝訴

【三浦雄一郎医師】  
 三浦雄一郎医師は、精神科病院で患者に身体拘束を強いる行為が違法であると判断し、患者の遺族と共同で訴訟を提起した。この訴訟は、精神科病院での身体拘束が違法であるという点で、歴史的な転機を迎えている。三浦医師は、精神科病院で患者に身体拘束を強いる行為は、精神保健福祉法で定められている「必要最小限」を超えていると主張している。また、身体拘束は、患者の自由を奪い、尊厳を傷つけているとの指摘がある。一方で、遺族の人権も認められ、10月19日付の判決で、厚生労働省の調査では、精神科病院で身体拘束を受けている患者は1万人を超えていると判明した。



拘束された状態を、研究のため撮影した精神科病院の医師＝「精神科病院の医師・身体拘束」(日本評論社 長谷川純夫) 氏から提供された写真。患者は、拘束された状態で寝ている。

# 日本の身体拘束率 豪の50倍

【国際共同研究で判明】  
 精神科病院での身体拘束率は、日本が豪州の50倍に達していることが、国際共同研究で判明された。この研究は、精神科病院での身体拘束の現状を明らかにし、改善の必要性を示している。研究によると、日本では、精神科病院での身体拘束率は、豪州の50倍に達している。これは、精神科病院での身体拘束が、患者の自由を奪い、尊厳を傷つけていることを示している。また、身体拘束は、患者の健康を悪化させる可能性がある。この研究は、精神科病院での身体拘束の現状を明らかにし、改善の必要性を示している。また、身体拘束は、患者の健康を悪化させる可能性がある。この研究は、精神科病院での身体拘束の現状を明らかにし、改善の必要性を示している。

2020年12月17日  
 朝日新聞

1か月後に

## 日本精神科病院協会が声明を発出！

そもそも、このような非専門家による判断によって精神科医療に対して法的強制力を伴う制限を加えることは、患者に対する行動制限としての身体拘束の要否についての専門的判断は、精神保健指定医という格別の専門資格者しか行い得ないとされた精神保健福祉法の立法趣旨に正面から抵触するものである。(中略)当協会としては、二審判決とこれを追認した最高裁決定は到底容認できないことをここに表明する次第である。

令和3年(受)第526号上告受理申立て事件に対する最高裁第3小法廷の不受理決定について  
 令和3年11月22日

続いて・・・

4か月後に

厚労省は

大臣告示の**改変を提案**  
する

Ⅱ．医療記録から一緒に考えよう！



## 12月9日(金)【病室から隔離室への入室】

**診療録)**病棟内で過飲水が続く

このため隔離を要する状態である過飲水

コップを預かろうとすると不穏あり

Zelle(=隔離室)でみる

多飲あり、1日10ℓ近く飲水していると推測されるが体重変動は起床時～20時  
で+1.8kg

入院時L/b(Labo=検査データ)で電解質もnormal(=正常)

緊急性ないが、週末にかけて飲水の動向が予測できないため、一時的に隔離  
開始

### 看護記録)

紙に「かんぞうの手じゅつ後でキカイのぞうき入っとる。あとは色々な手じゅつ  
も受けて他の人よりのどがかわく」と書いてNSの両腕をつかみ、強くつかみ、「  
逮捕や逮捕や」と強い口調で話す。

Dr,Ns複数名で対応し、4-2の入室勧めるも「日赤の医師免許持っている。ス  
パイか！お前！！脱税をしとる！脱税ー！」等、声掛けし状況を説明するも理  
解不良。

12月10日(土)11日(日)は静かに  
過ごす……

# 12月12日(月)

診療録)

主治医を見ると興奮し怒り出す。

大声で「牛乳屋の店長になりたい」(と言って手を挙げる)

「お前脱税か」等と話す内容は滅裂

隔離処置がイヤでホールに出たいようであり「こんなバイ菌だらけの部屋に入れて」「鼻ほじったら手洗いせんなん」「お前手洗いさせんのか」「週末っていつとったやろ」という

興奮して拳をにぎりしめ「なぐらせろ」というので暴力はよくないですよと説明すると「じゃあエアージェンこつさせろ」といってエイ、エイ、エイ、エイと周囲の4名に向かって少し笑いながらエアージェンこつをする。

最終的にはなんとか自ら入室

13:20頃に「自分は警さつ官だ。白バイにもものっている」と言って興奮し公衆電話の赤ボタンを押した

対応したNSに目突きをしようとする等幻覚妄想による行動化がみられ、暴力的なもみられる

このため、やはり隔離継続の必要性がある。

## 12月13日 診療録

Reizbarkeit(=易刺激的)

職員に向かって攻撃的であったり

服薬についていつも素直にというわけでもなく

12/12～19

リントン1A+アキネトン1A

10時頃(PM)

定注とする

OLZ昨日から20mg

過鎮静あれば中止も考慮→要観察

終日Zelleでしばらくみる

過飲水もある

In out follow つづける

## 12月13日看護記録

10時(妄想言動あり)

小窓にて検温する。体温計返却OK。脈拍測定時も暴力みられず。易怒性、興奮ないが、「ハンド、フィンガーが…

僕は鼻の穴に指を突っ込んでいるので、手に菌が付いているので手を洗わせてほしい」と希望あり。

小窓より消毒液にて手指を洗浄してもらう。

拒否なく洗浄される。排便の有無については「あった」という整合性のある返答もあり。

## 12月13日看護記録

17時(易怒性・暴力あり)

早めに薬を飲んでもらうことには拒否なく応じられる。

内服後注射をする旨を説明すると、「嫌や！」と易怒性を顕著にみせる。

他病棟の男性職員を含め男性5名で当人の身体を抑えるも抵抗強い。身体のカミ強く、強引に立位をしようとしたり、腕を振り払おうとする。職員に対し頭突きをする行為あり。「身体を抑えて注射するのは駄目やって看護学校で習わなかったんか～！」「公務執行妨害やろ～！」等の言動あり。身体を抑えた後、右肩にリントン1A筋注施行する。

注射後、身体の拘束を解き、職員が退室しようとする際には殴りかかろうとする動作あり。

## 12月13日看護記録

18:50(眠っているため不食)

夕食配膳するが、まったく覚醒せず眠っている

21時(入眠中)

寝息たてて眠っている

## 12月14日 診療録

(Zelle(=隔離室))

昨日もstuffへの暴力があり・・検温等かかわり  
も難しい抑制の上followするしかない

四肢・体幹・肩抑制 1日みる (医師名)

## 12月14日看護記録

3:30(布団上坐っている)

モゾモゾ起き出し、軽くストレッチのような体操をした後、布団上に坐ってる

4:30(徘徊)

布団をたたんだり、室内グルグル徘徊している

## 12月14日看護記録

6:00(再入眠せず過ごす)

3時30分～再入床せず、徘徊や布団上座ったり、停立して今朝まで過ごす。大声や不穏行動なし。

夜間は全体的に睡眠はとれている。

7:30(薬服用するが意味不明な発言続く)

朝食配膳すると「ミサワホームで何軒家建てた人がおるやろ」等話し続けるが薬は拒否なく服用する。

10:00(表情硬く一方的に話す)

小窓よりNSから声を掛けると「契約いはんや。」とくり返し話す。お茶の交換の声掛けにも返答もなく表情は硬い。

NSの声掛けで手指消毒に応じられ、お茶の交換に応じられる。

## 12月14日看護記録

12:00(昼食は全量摂取し一方的に話す)

昼食を自室に配膳すると、「仕事の邪魔をするな。ミサワホーム向けに家建てた。」と話す。

昼食は全量摂取し小窓より返却に応じられる。

13:45(転室)

〇〇DR

前日スタッフへの暴力行為あり

四肢躯幹身体拘束開始

(転室に抵抗なし)

拘束時も意味不明な言動あるも抵抗なし。

- 12月20日身体拘束解除直後に肺動脈血栓症で死亡
- 病院側からは当初、心不全と説明
- 「行動制限に際してのお知らせ」文の裁判所への提出無し。



証人尋問より  
(令和元年11月15日)

Q:この下肢拘束を外したのは医師の指示なんですか？

看護師：観察開放の指示が継続していたからです。

Q:ただ、医師から、具体的にもう下肢も外していいよという指示が出たわけではないんですか。

看護師：ないです。

Q:そうしますと、看護師の方の判断として、この様子だったら外しても大丈夫かなということで外したということですか？

看護師：一応スタッフもいましたので、徐々に様子を見るという形で行いました。

Ⅲ. 今、起きていることを知ろう！

身体拘束大臣告示  
**要件拡大**問題

## 精神科医療の身体拘束

👉 **厚労省告示**によって規定

昭和63年に精神衛生法から  
精神保健法となる際に発出

発出以来細かい字句の調整は  
あったが、

**35年間変更なし！！**

### 精神保健福祉法第37条

1精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定める事ができる

精神保健福祉法第37条1項基準(厚生労働大臣告示第130号)

- ・通信・面会
- ・隔離
- ・**身体的拘束**
- ・任意入院の開放処遇の制限

精神保健福祉法第37条1項基準(厚生労働大臣告示第130号)

第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

第3 患者の隔離について

ニ 対象となる患者に関する事項

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、**代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限**であり、**できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない**ものとする。

(二) 身体的拘束は、**当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限**であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。

(三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

【現行】

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

【3月16日厚労案】

「多動又は不穏が顕著であつて、かつ、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合又は検査及び処置等を行うことができない場合」

※3月28日院内集会開催

【3月31日厚労案】

「これにより、患者に対する治療が困難な場合や、常時の臨床的観察を行つてもなお患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」

※4月7日院内集会開催

【4月15日厚労案】

「これにより、患者に対する治療が困難であり、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合や、常時の臨床的観察を行つても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」

## 最終の取りまとめの「報告書」 (令和4年6月9日)

単に「多動又は不穏が顕著である場合」に身体的拘束が容易に行われることのないよう、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件は、**多動又は不穏が顕著であって、かつ、**

- ・ **患者に対する治療が困難**であり、そのまま放置すれば**患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合**や
- ・ 常時の臨床的観察を行っても**患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合**に限定し、身体的拘束の対象の明確化を図るべきである。

## 医学の進歩により身体拘束を改善???

これまでの医学の進歩により精神疾患の病像や入院患者の処遇に大きな改善がもたらされたように、医学・医療の進歩により将来的には隔離・身体的拘束を必要としない精神科医療を実現し得る可能性について、当事者とともに希望を持ち、今後も、精神医学・医療の研究を包括的に推進していく必要がある。

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(令和4年6月9日)より

令和4年5月17日参議院厚生労働委員会

○福島みずほ君 この現行の身体拘束の実施要件のア、イ、ウには治療的な要素が入っておりません。厚生労働省の見直し案では治療が入っていますが、治療かどうかの論証が極めて難しいのではないかと。今後の裁判では、医療側が治療が困難と判断したとすれば、今までは違法判断となったものが適法となってしまう可能性があるのではないか。

ですから、かつになる、あるいは要件緩和とは絶対ならないんだということについて御答弁ください。

○政府参考人(田原克志君) お答えいたします。

今御指摘ございましたように、検討会では、単に多動又は不穏が顕著である場合に身体的拘束が安易に行われることがないように、対象の明確化を図る趣旨で議論が行われております。具体的には、**生命維持のために長時間点滴等の医療行為を継続することが必要な患者などについて身体的拘束の対象として明確になるように**、多動又は不穏が顕著である場合を、多動又は不穏が顕著であって、かつ、これにより、治療が困難であり、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合に、場合などに限定をして明確化を図るべきではないかとの議論が行われております。

このように、今回議論されている内容は身体的拘束の対象の明確化を図るものでありまして、現在の基準を満たさないような場合が基準を満たすようになることがないように議論が行われているというふうに考えております。

○福島みずほ君 点滴でかなり長時間やる可能性があり、治療という概念を入れてしまうと、今までに、かつで、要件緩和ではないんだという御答弁なんですが、点滴を理由にかなり長時間例えば身体拘束が行われる、治療を名目に行われる、この危険性はないでしょうか。

○政府参考人(田原克志君) お答えいたします。

そういった事例につきましてもこの検討会で具体的に議論され、また、検討会の結論が出た後も、更に具体的な内容について検討が、関係者で検討を深めていきたいと考えております。

# 野村総研

## 「研究委託」問題



2022年10月

厚労省は「大臣告示」見直しについて  
シンクタンクの“野村総研”に研究委託。  
研究メンバーは**非公開**。

**川田龍平議員**が追及するも、研究終了まで  
研究メンバーを公開せず！！

ブラックボックスのなかで人身の自由、基本的  
人権のことが決められてしまう。

厚労省が選任したメンバーで**議論も公開されず**

研究班には

石川の大畠さんの裁判で

最高裁宛てに被告病院側の意見書を執筆  
した

**2名の医師が入っていた！！**

つまり

**違法な身体拘束を適法と主張した人物が入って「大臣告示」改変の提言を行った**

## 野村総研研究の「提言」

3要件(切迫性・非代替性・一時性)を、身体的拘束の対象患者の要件として処遇基準告示に明示することとしてはどうか。

☞「3要件」とは身体拘束が例外的に許される条件のこと

これらが3つとも満たされる必要がある。

(具体的記載イメージ)

- ・そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれ又は重大な身体損傷を生ずるおそれが著しく高い(切迫性)
- ・身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである(非代替性)
- ・身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われていないものである(一時性)

## 【切迫性】

そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれ又は重大な身体損傷を生ずるおそれが著しく高い(切迫性)



「そのまま放置すれば」

・・そもそも病院は治療の場

有り得ない状況を前提に作成されており緩すぎる

「おそれ」は拡大解釈されがち

身体的拘束以外によい代替方法がなく、やむを得ない処置として行われるものである

👉「やむを得ない処置」は変！

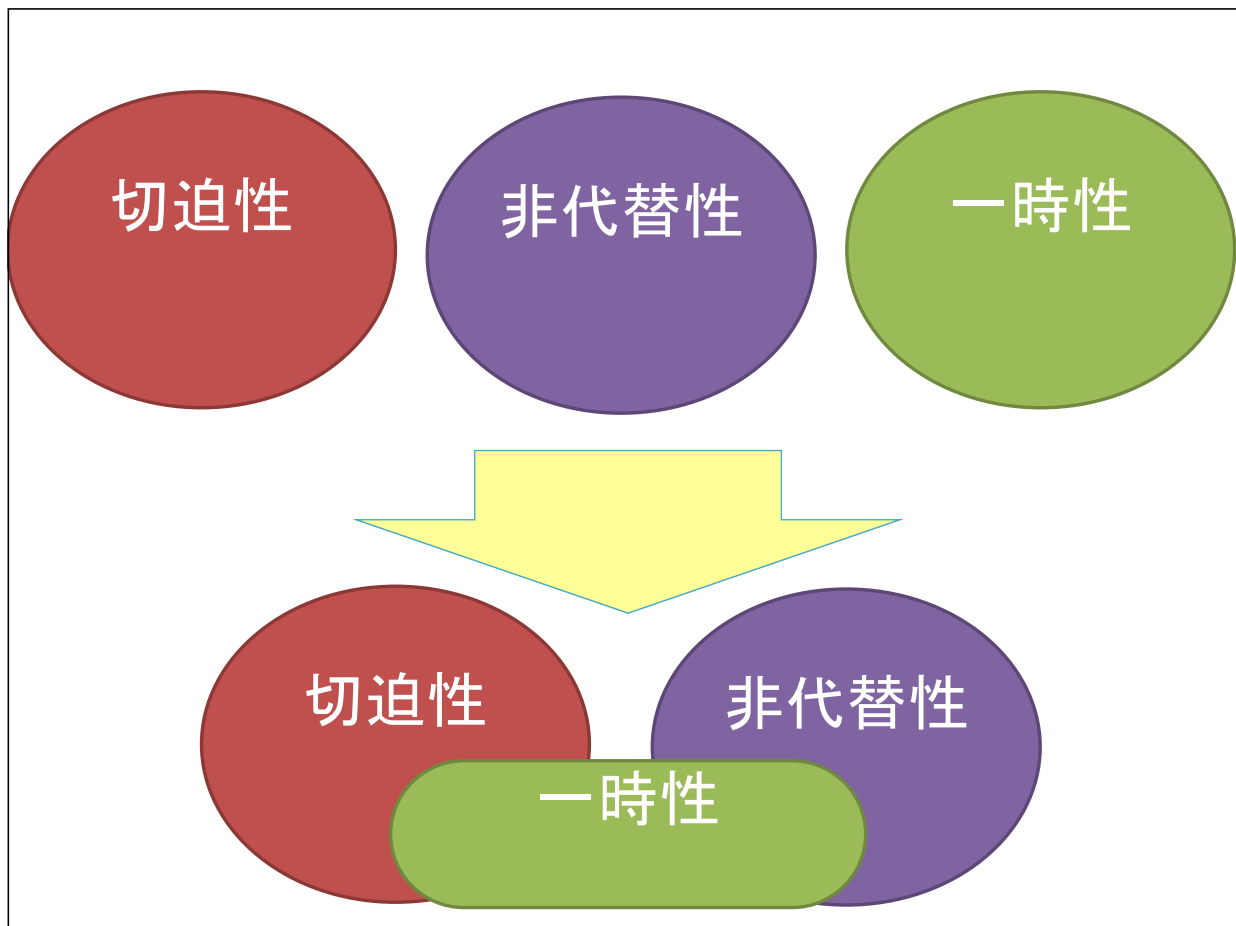
### 【一時性】

身体的拘束は**一時的**に行われるものであり、**必要な期間**を超えて行われていないものである

「必要な期間」という医療裁量の言葉が加わってしまっている！

加藤厚労大臣答弁：

「ここでの必要な期間を超えて行われていないということにつきましては、切迫性、非代替性といった2つの要件を満たす期間を超えて行われないという趣旨も含めて提案されたもの」



## 野村総研の「提言」

精神疾患の患者が、**身体合併症のために**「そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれや重大な身体損傷のおそれがある場合」についても、上記に準じて判断することを明示してはどうか。

☞「隔離」の要件にしかない言葉を新たに加えるようとしている

またしても新たな要件創出

## 現行告示の「対象となる患者に関する事項」

### 身体的拘束

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

### 隔離

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

12月6日参議院厚生労働委員会

野村総研に委託した「精神科医療の行動制限最小化に関する調査研究」についての質疑

○川田龍平君

この事業計画書によると、この事業の中では健闘員会が開催され、処遇基準告示の見直しを含めた要件の検討を行うとされています。この委員の中に、S氏とK氏が入っています。この両氏は、先ほどの石川県の身体拘束死裁判の被告病院側の意見書を執筆し、最高裁宛に提出していますが、このことを知っていますでしょうか？

○政府参考人

「・・・承知をしていないところでございます。」

○川田龍平君

・・・事業計画書には、報告書の中で取りまとめられた不適切な隔離、身体拘束をゼロにする取組みの具体化に向けた調査研究を実施するとされています。しかしなぜこのような中に、人が亡くなった、死亡したこの身体拘束を適法だと主張する側の人物を入れるのでしょうか？

○政府参考人

同研究事業においては、行動制限の最小化に関して知見を有する様々な有識者に御参画をいただき、事例収集や検討を進めているというところがございます。

2023年6月23日

社会保障審議会 障害者部会



この問題を考えるうえで重要な視点は3つあると思います。

1つは障害者権利条約に基づく我が国に対して提示された昨年9月9日の総括所見。総括所見を軽視する向きもないではありませんが、憲法に締結した、批准した条約は遵守義務は、憲法に明記されていることですから、それを軽視されることはあるべきことではない。

2番目は、石川県で発生した違法な身体拘束の裁判例で、これで最高裁にまで争われ、最高裁が示した基準があります。最高裁が示した基準を無視する、あるいは基準に反するような改定をすることは、明らかに三権分立に反することですし、今後そうしたことがすれば、改定告示そのものが、最高裁判例違反としてのそしりを受け、裁判を続出することになりかねない。

3点目。これまでの審議会の議論等で、最小化、減らしていく、最低、減らしていこうという時に、それに逆行するものであってはならないと思う。

この3点だと思うんです。

日本視覚障害者団体連合会

竹下義樹委員

「(略)最終的な処遇基準の告知の見直しをしていただきたいとお願いいたします。

聞き及ぶところによれば、一部には、結局いろいろなことを勘案して、処分基準の告知はこのままでいいのではないかというような議論があるやにも聞いておりますけれども、今まで積み重ねてきた、この真摯な議論という下に、処遇基準の告知の見直しをお願いしたいと考えております。」

日本精神科病院協会 櫻木委員

日弁連 2023年9月7日 発出

「厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業 精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究—報告書—」に対する会長声明

野村総研報告書の提言・・

「身体的拘束は一時的に行われるものであり、必要な期間を超えて行われていない」

⇒一時性要件を示すものと考えられるが、「必要な期間」という概念は、医師の主観的な治療方針や、病院の人的・物的体制といった医療側の事情・判断に委ねられるおそれがあり、時間的な限定の意味をなさない。

本報告書は「(身体的合併症のために)『そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれや重大な身体損傷のおそれがある場合』についても、上記に準じて判断することを明示してはどうか」とも提示するが、これは本人の同意なく身体的拘束した上で治療することを認めることとなり、現行法上は許容されていない強制治療を、告示の改正によって潜脱的に許容する結果となる。すなわち、認知症の入院患者に対して身体的拘束を常態化して治療を行ってきた近年の精神科病院の診療例などを、告示の改正を契機に是認することにもなりかねない。

このように、本報告書が提言する身体的拘束の要件改正は、不適切な身体的拘束をかえって広く認めることとなり、人権擁護の観点から許されない。

2022年10月20日  
参議院予算委員会



精神科病院の中では身体拘束により多くの方が亡くなってきており裁判も全国で行われています。昨年10月には、石川県の40歳男性が身体拘束後に亡くなった裁判で、拘束開始時からの違法性が最高裁で確定しました。身体拘束の実施要件は大臣告示において、自殺企図又は自傷行為の著しい切迫、多動・不穏が顕著、生命の危機などに限定されています。しかし今、この告示を30年以上ぶりに改変し「治療が困難」という言葉を加えようとしています。現行にない「治療」の要素を加えることは今までなかった医師の裁量を広げることになります。そもそも人身の自由、人権を制限する行為の要件が国会の審議を経ずに告示で定められていること自体が極めておかしいことです。

## IV. 共に考えよう！

『精神保健福祉法詳解』は  
誰が書いているのか？

“精神保健福祉研究会” 監修

日本精神科病院協会雑誌  
平成30年5月

ところで、僕の意見は「精神科医にも拳銃を持たせてくれということですが、院長先生、ご賛同いただけますか。

日本精神科病院協会雑誌  
平成30年8月

「西欧を含めて、民主主義で国民が幸せになったという話は聞いたことがない。」

「そろそろ民主主義に対する幻想は捨てなければならない。」

専門家にしても官僚にしても、決して悪意の人物ではない。両者は他の人々と同じように、自分自身の視点の虜となっているが、これらの視点は訓練や献身によって、そして仕事上での個人的な経験から学びとった教訓によって制約を受けている。(中略)このような専門家の行為は簡単に矯正でされるようなものでなく、社会生活の本性に由来するものであり、その矯正には個々の専門家が善意をもつこと以上に、専門家以外の視点によって専門家の視点を相殺することが必要である。しかし、専門家と官僚との重要な差異の1つは、専門家には正当な相殺圧力が存在していない点にあるのである。

エリオット・フリードソン

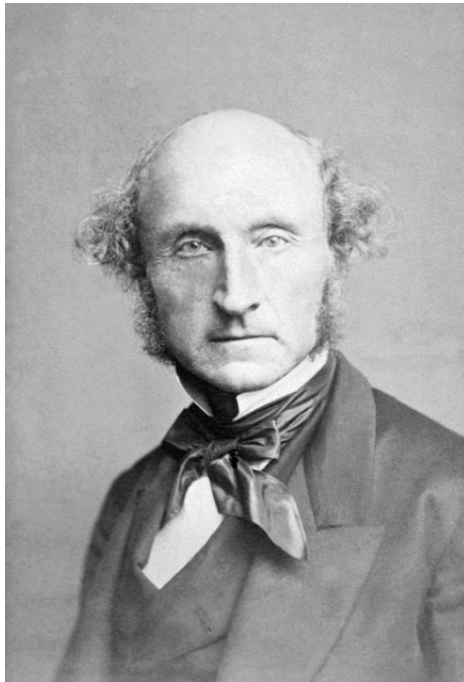
『医療と専門家支配』

- 我が国の精神医療は現場での踏ん張りにもかかわらず、世界的にみても“特異”な状況にある。
- 構造的には“軍産複合体”にも似た、官、民、政の利害集団が形成されている。
- この状況は、患者さん、職員共に不幸にしている側面がある。
- 制度の抜本的改革が必要だが、制度を変えたからといってよくなるとは限らない。しかし制度の改革は行っていかなければならない。その前提として、行政に対する議会の民主的統制を強め、政策決定プロセスをより民主的にしていく必要がある。要は、“民主主義”を実現していくことである。
- 現場の連帯を強め、市民社会の中で広範な連携を構築しつつ、より良きケアの実践を広めていこう！



# 羅針盤は「古典」にある

John Stuart Mill  
1806～ 1873年



人間は支配者としてであろうが、市民としてであろうが、自分の意見と好みを行動の規制として他人に押し付けようとする傾向をもっており、この傾向は人間性に付随する最善の感情と最悪の感情のうちいくつかによって強力に支えられているので、権力を制限しない限り、この傾向を抑制するのはまず不可能である。そして、権力は弱まっているどころか強まっているのだから、道徳的な確信によって権力の乱用に強い歯止めをかけない限り、現在の状況ではこの傾向がさらに強まっていくと覚悟しなければならない。

人間が個人としてであれ、集団としてであれ、誰かの行動の自由に干渉するのが正当だと言えるのは、自衛を目的とする場合だけである。(中略)本人にとって(干渉するのが)物質的にあるいは精神的に良いことだという点は、干渉が正当だとする十分な理由にはならない。ある行動を強制するか、ある行動を控えるよう強制する時、本人にとって良いことだから、本人が幸福になれるから、さらには、強制する側からみてそれが賢明か、正しいことだからという点は正当な理由にならない。

これらの点は、忠告するか、説き伏せるか、説得するか、懇願する理由にはなるが、強制する理由にはならないし、応じなかった場合に処罰を与える理由にはならない。強制や処罰が正当だと言えるには、抑止しようとしている行動が誰かに危害を与えるものだと言えなければならない。個人の行動のうち、社会に対して責任を負わなければならないのは、**他人に関係する部分だけ**である。本人だけに関係する部分については、各人は当然の権利として、絶対的な自主独立を維持できる。自分自身に対して、自分の身体と心に対して、人は皆主権をもっているのである。

## 碧海純一（1924～2013）法哲学者



日本国憲法の規定するような近代民主主義体制の最大の特色の1つは、その中に一種のフィードバック原理によって働くところの、自動是正装置が組み込まれていることである、と云ってよいであろう。

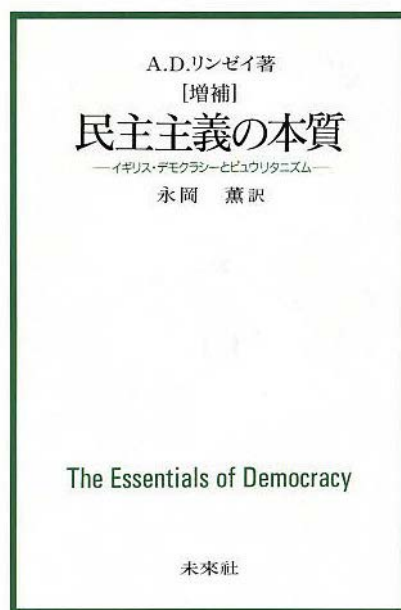
この体制の中核をなすのは、多数決原理と言論の自由の保障であるが、この2つの条件が理想的な形で充たされている場合には、国家の権力作用の国民多数の意志からの逸脱・偏向は、選挙や世論の圧力を通じて、やがて国政そのものにフィードバックされ、不断に自動是正作用が働く、という建前になっている。

民主制のフィードバック装置は、残念ながら、このように、「フル・プルーフ」なものではなく、国民の一人一人が、そのメカニズムと作用とをよく理解するとともに、国政の問題点について自主的な判断をもち、しかも、このような理解・判断を国政のコントロールのために役立てようという、不断の努力を払わない限り、期待通りの作用を果たしてはくれない。そして、このためには、言うまでもなく、国民一般の教育と「市民的訓練」とが一定の水準に達していることが必要である。

## 言論の自由の保障

言論の自由は、基本的人権の一つとして要請されるだけでなく、民主制のフィードバック機構を動作させるための不可欠の条件である。特に重要なのは、その時々の少数派の発言の自由であり、少数勢力が、現に政権を握っている多数勢力を忌憚なく批判し、言論による説得によって、多数派勢力まで成長しうる可能性の保障である。

## Alexander Dunilop Lindsay (1879～1952)



## A.Dリンゼイ

近代の代議政治とギリシャの民主主義との間には、規模の大きさの違いの他に、今一つ大きな相違があります。近代の代議政治は、自らのうちに、組織され、しかも公認された反対党の存在をも認めているのであります。

民主主義は意見の不一致や批判を許すだけではありません。むしろ、それは不一致や批判を容認し、かつ要求しているのであります。

民主主義的平等とは、同一性に由来するものではなく、各人の相違を認めたとえでの平等なのであります。



私たちが真剣に討論する場合には、基本的には同意を得て記録に止めることが私たちにとって問題なのではなく、何ものかを見出すことこそが重要なのである。

私たちにとって重要なのは、その**民主的な討論**が少しでも首尾よく行われているものであれば、その討論によって他のどのような方法においても見出すことのできない何ものかを発見するということにあります。

政治上の民主主義にとって大切なのは、政府の最終決定に対してすべての人の賛同が得られなければならないということではなくて、各人はその最終決定に対して何らかの形で貢献しているということにあります。

討論の目的は、互いに異なった見解の中から、正しい意味での統一された目標を作り上げることです。

このような討論も世論の批判にさらされているのでなければ、その討論グループも恐らくは利己的な目的追求に走って腐敗してしまうであろう。

連絡先:長谷川利夫

**090-4616-5521**

**E-mail:**

**[hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp](mailto:hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp)**

## いわゆる「精神科特例」について

### 【歴史的経緯】

#### 医療法（昭和 23 年 7 月 30 日法律第 205 号）

第 21 条 病院は省令の定めるところにより、左の各号に掲げる人員及び施設を有し、且つ、記録を備えて置かなければならない。

#### 医療法施行規則（昭和 23 年 11 月 5 日厚生省第 50 号）

一般医療については・・・

医師⇒「入院患者の数と外来の数を 2.5 をもって除した数との和が 52 人までを 3 人」

看護婦「入院患者 4 人又は端数毎に 1 人」

4「主として、精神病、結核、籜その他厚生大臣の定める疾病の患者を収容する病院又は病室については、都道府県知事の許可を受けて第 1 項の規定によらないことができる」

#### 精神衛生法の施行について（昭和 25 年 5 月 19 日厚生省発衛第 118 号）

##### 別紙 精神衛生法施行留意事項

##### 第三 精神病院

(三) 50 人に 2 人の専門医

25 対 1 の医師

(四) 患者 5 人に 1 人の看護婦（看護人）。やむを得ない時その 2 分の 1 は補助者でも可とする。  
つまり、10 対 1 看護でよいとした。

#### 特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について（昭和 33 年 10 月 2 日発医第 132 号）（各都道府県知事知事あて厚生省事務次官通知）

精神病院は「特殊病院」であり、以下の基準とした。

医師⇒「入院患者の数を 3 をもって除した数との和が 52 までは 3」 48 対 1 医師

看護婦及び准看護婦⇒ 「入院患者の数が 6 人又はその端数を増すごとに 1 人」

つまり看護師は一般医療の 6 分の 4、つまり 3 分の 2 の数を認めた。

#### 第 4 次医療法改正

平成 12 年 12 月 6 日 医療法の一部を改正する法律公布（法律第 141 号）

平成 13 年 1 月 31 日 医療法施行規則等の一部を改正する省令 公布（厚生労働省令第 8 号）

精神病床については・・・

医師⇒「入院患者の数を 3 をもって除した数・・・との和が 52 人までは 3」 48 対 1 医師

看護師及び准看護師⇒「入院患者の数を 4 をもって除した数・・・」

果たして 4 対 1 看護????（一般医療については、3 対 1 看護となった）

実態は以下の通り

## 第 20 条

精神病床を有する病院（新規則第 43 条の 2 に規定するものを除く）については、当分の間、（中略）入院患者の数を 5 をもって除した数を精神病床に係る病室の入院患者の 4 をもって除した数から減じた数を看護補助者と」とする。

例)

仮に精神病床の入院患者が 100 人として

4 : 1 看護

$100 \text{ 人} \div 4 = 25 \text{ 人}$

5 : 1 看護

$100 \text{ 人} \div 5 = 20 \text{ 人}$

本来は 25 人の看護職員が必要だが、25 人と 20 人の差の 5 人は看護補助者（無資格者）でも良いとした。

つまり実質的には 5 対 1 看護で良いこととなる。

### 【問題点】

- ・そもそも障害種別によつての差別である。（精神科は少ない人員でいい）
- ・未だに、昭和 23 年時の、精神病、結核、癩などの患者については一般医療の規定によらないことができる、という内容を引きずっている。
- ・平成 12 年の第 4 次医療法改正では、今まで「特例」だったものを、法の中に取り込んでしまった。つまり「差別」が法の中に内包されたことになった。
- ・「人手不足」を理由に身体拘束をせざるを得ない状況がある。（本来の、医療、ケアができない！）
- ・このような状態が続くことは精神障害に対する偏見を助長し続ける。

2019年2月14日  
読売新聞〔論点スペシャル〕  
病院の身体拘束 どう減らす

# 共感とデータ 閉鎖性打破

杏林大学保健学部教授  
長谷川利夫氏



精神科病院の身体拘束の論文で、新潟医療福祉大学大学院より保健学博士授与。2011年より現職。17年、精神科医療の身体拘束を考える会を設立。54歳。

精神科病院の身体拘束問題が、今ほど社会的注目を集めた時はない。2017年、ニュージランドのケリー・サベジさん(享年27歳)が、神奈川県内の精神科病院で10日間にわたって拘束を受け、転送先病院で亡くなった出来事が大きなきっかけになった。

家族には、ケリーさんが精神障害の双極性障害(うつ病)を患っていたことを「世間に隠す」という、日本人にありがちな意識がない。実名で記者会見を開き、精神科病院の過剰な身体拘束の実態や、情報開示に消極的な姿勢が国内外で批判的に取りあげられた。

これを契機に同年7月に発足した「精神科医療の身体拘束を

考える会」には、200件以上の相談が寄せられている。ケリーさん側の主張と同様、病院では落ち着いていても長期間拘束されたという訴えが後を絶たな

い。把握する限り、拘束が原因で亡くなったとみられる人は、13年以降、10人になる。精神科では、現在も1万人以上の人が身体拘束を受けてい

る。精神科救急病棟の増加などを背景に、03年からの10年で倍増した。04年度の診療報酬改定で、隔離や身体拘束をできる限り減らすための院内組織の設置

に点数がついたが、効果はあったとは言いがたい。外部委員が入らず、現状の追認に動きがちなためだ。

医療側は、拘束は治療の一環であり、精神科に救急で運ばれた患者はまず拘束——という硬直的な思考から抜け出せていないのではないかと。拘束は治療ではなく、実施は極力避けるべきものであることを自覚してほしい。

精神科の学会では、「1週間の拘束で急性期を脱するのと、1か月、隔離室に閉じこめると、どちらが人道的で患者のトラウマが少ないか」が議論される。しかし、まず求められるのは、「人が人を縛るのは尋常なことではない」という感覚だ。

患者の苦しみに共感し、なぜ興奮しているのかを対話によってつかんでいく姿勢があれば、不要な拘束はおのずと減るはずだ。

もう一つ重要なのが、拘束を巡るデータの整備だ。情報開示を求めても、病院ごとの情報が開示されなくなってきたり、個別の病院の内実を分析したり評価したりすることができなくなっている。国民的な議論をすべき問題なのに、議論のベースを作ることができていない。

身体拘束を少なくすることのみが課題ではない。不要な拘束を減らしていく試み自体が、日本の精神医療の閉鎖性を打破し、患者本位の医療を実現する大きな力になると考える。



# 身体拘束突然死の危険

各地の精神科病院で、入院患者がベッドに縛られるなどの「身体拘束」を受けた後、突然死するケースが起きている。血流が滞る肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）などの可能性が指摘されているが、詳しい実態は不明という。精神科で身体拘束される患者は増えており、専門家は、本格的な調査と対策を求めている。

## 精神科の患者



専用器具を使ったベッドでの身体拘束のイメージ（長谷川教授提供）

## 警察に届け出 3年で40人以上

拘束は一般的に、手足や腰に専用器具を装着して固定する方法で行われる。人権上の問題もあり、厚生労働省が精神保健福祉法に基づき、実施できる基準を定めている。指定医が▽自殺企図や自傷行為が著しい▽多動などが顕著▽放置すれば患者の生命に危険が及ぶ—のいずれかに該当すると判断し、他に方法がない場合に限り、漫然と続けることは認められていない。

しかし神奈川県内の病院で2017年、ニュージラード人男性が、10日間の拘束後に急死。これを機に遺族や日本の医療関係者らが「精神科医療の身体拘束を考える会」を結成し、国に対応を求めている。病院側は通常、患者の死亡を行政機関に報告する義務はないが、死亡経緯に不審点があり、死因究明が必要と判断した場合は警察に届け出ることがある。読売新聞は各警察本部に

厚生労働省によると、全国の精神科の病院で身体拘束を受けている患者は、2018年6月30日時点で約1万1300人になる。その10年前に比べて1.4倍に増えているが、厚生労働省は「増加の原因は分析できていない」としている。状態が不安定な患者に対応するには通常、看護師らが注意深く観察しなければならない。や

## 拘束患者1万人超 10年前より増加

むを得ず拘束するケースがある一方で、「人手が十分ではない病院が拘束に頼っている」と指摘する病院関係者もいる。「精神科医療の身体拘束を考える会」によると、日本は、欧米より拘束の継続時間が長いとの調査結果もあり、同会は「一部で要件を満たさない不当な拘束が漫然と続けられている」と是正を求めている。

## 水山の一角

精神科での身体拘束に詳しい長谷川利夫・杏林大教授の話「警察が把握できるのは水山の一角で、実際は相当な数の死んでいる」と

推測できる。死亡との因果関係の特定が難しい場合もあるが、拘束された状況で人が死に至ると自体が深刻な人権侵害だ。国が早急に実態を把握し、防止策を考える必要がある」と

判断で、警察が把握しているのは一部とみられる。精神科や法医学の複数の専門家によると、過去の事例から主な死因と考えられるのは、脚の静脈にできた血栓が肺の動脈を詰まらせる肺血栓塞栓症だという。

短時間でも動けないことで血流が遅くなって固まりやすくなるのが原因とされ、過去に東京都監察医務院が扱ったケースでは、都内の病院で拘束後、肺血栓塞栓症で死亡した患者が5年間で4人いたと、04年に

2019年9月1日  
読売新聞

報告されている。また、拘束によって呼吸器などの機能が低下し、別の体調異常との複合的な要因で臓器性肺炎や急性心不全に至ることもある。

ホーム > 提言・要望 >

## 「身体拘束 突然死の危険」の記事について（抗議文）

日精協発第19091号

令和元年9月9日

株式会社読売新聞大阪本社

代表取締役社長 溝口 烈 様

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 学

### 読売新聞大阪本社版「身体拘束 突然死の危険」の記事について（抗議文）

本協会は、昭和24年に発足し、現在会員病院1196病院（令和元年9月現在）、全精神科病床の85%を占める、我が国において精神医療福祉サービスを提供する最大の団体であり、長年にわたって精神疾患を有する患者の治療と社会復帰を進めてきた公益社団法人であります。

この立場から、貴社令和元年9月1日付発行の記事は、国民に対して誤った認識を与えるものとして、本協会としても断じて許すことのできないものであります。

記事全体に明確な根拠がなく一方的な主義主張に依拠したものではないかとの大きな疑念がありますが、何より看過できないことは記事に掲載された写真であります。掲載写真は、実際に精神科の医療現場ではほとんど行われていない最強度の拘束形態です。通常は、より軽度の部分的拘束がなされているケースが多く、患者には相当程度の可動域が確保されております。しかし、今回のように極端な拘束の写真を掲載することにより、精神科医療ではこのような拘束を日常的に行っており、また、精神科の患者はこうした重度の拘束を要する危険な存在であるかのような印象を与えかねず、精神障害者と精神科医療従事者に対する偏見を助長し、その意味で精神科患者を冒瀆するものです。延いては、国民全体のメンタルヘルスの推進を大きく阻害する恐れがあります。

ついては、本協会は、精神障害者ならびに精神科医療従事者に対する偏見を助長するこのような記事を認可掲載した貴社に対して、断固抗議するとともに、読売新聞誌上及び貴社ホームページ等にて、記事の訂正と謝罪の掲載を早急に行うよう、要求します。



# 病院の身体拘束「違法」

## 高裁金沢支部 患者遺族が逆転勝訴

石川県野々市市の精神科病院で大嶋一也さん(当時40)が肺血栓塞栓症(エコノミークラス症候群)で死亡したのは、違法な身体拘束が原因だとして、両親が社会福祉法人金沢市民生協会を相手取り、約8630万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が16日、名古屋高裁金沢支部であった。連井俊治裁判長は「拘束を必要と認めた医師の判断は早すぎ、裁量を逸脱している」として、原告の請求を棄却した一審判決を変更し、約3520万円を支払うよう命じた。

判決によると、一也さんは2016年12月6日に入院。13日に看護師に対する暴力行為があったなどとして14日から四肢などを拘束され、拘束を解かれた20日に亡くなった。病院側は「多動または不穏が顕著である場合」など、精神保健福祉法に基づく基準に即して医師が拘束開始を判断したとしたが、連井裁判長は、拘束開始時点で一也さんは、拘束開始時点で一也さん

に興奮や抵抗はなく、要件を満たしていないと指摘。人を罰する必要な医療ができ、「身体拘束以外によい代替方法がない場合」にも当たらず、拘束を違法だったと結論付けた。判決後に金沢市内で会見した父の正晴さん(70)は「あの子のためにも、日本の医療が変わってほしい」と話した。社会福祉法人の担当者は「判決文を受け取っていないので詳細は答えられない。内容を確認した上で対応を協議する」とコメントした。(堀越理菜)

### 身体拘束

患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束は、精神保健指定医が認めればできる。精神保健福祉法などで①自殺や自傷などの危険が切迫している②多動或不穏が顕著である③放置すれば患者の生命に危険がある——場合で、ほかに方法がない時などと定められている。患者の自由を奪い尊厳を傷つけているとの批判がある一方で、現場の人手不足もあり、「安全のためには必要」との声も根強い。2019年6月末時点の厚生労働省の調査では、精神科病院で身体拘束を受けている患者は1万人を超えている。



拘束具で固定された状態を、研究のために自ら体験した長谷川利夫教授＝「精神科医療の隔離・身体拘束」(日本評論社 長谷川利夫著)から

## 日本の身体拘束率 豪の580倍

専用のベルトを使って、患者の体や手足をベッドに固定する身体拘束。精神科病院で行われているこうした拘束の人口あたりの実施率が、日本はオーストラリアの約580倍、米国の約270倍にあたる。これが杏林大学の長谷川利夫教授(精神医療)らの国際共同研究でわかった。国際精神医学雑誌「エビデンス・サイエンス」に掲載された。研究は日本、米国、オーストラリア

### 国際共同研究で判明

ア、ニュージーランドの研究者が、それぞれの国で公開されている2017年のデータを使って、4カ国の精神科病院での1日あたりの身体拘束の実施率を計算、比較した。日本のデータは毎年公表される「精神保健福祉資料」をもとにした。1日あたり、人口100万人あたりで98.8人に身体拘束が行われていた。ただし、認知症患者が精神科病院に入院している日本の状況は特異なため、認知症病棟での拘束は除外したという。それに対して、オーストラリアは人口100万人あたり0.17人、米国の0.37人だった。ニュージーランドは15〜64歳の人口100万人あたりで0.03人、日本は20〜64歳の年齢層では、62.3人だった。海外と比べて日本では身体拘束の時間が長いことは、これまでも指摘されていた。長谷川教授は「日本で人口あたりの精神科医師の数はそれほど少なくないのに身体拘束が多いのは入院が多いからだと考えられる」と指摘。身体拘束を減らすための具体的な方策を検討していくべきだと話している。(編集委員 大久保真紀)

2020年12月17日  
朝日新聞

# 患者の不当拘束認定

## 野々市の病院 遺族が逆転勝訴

野々市の精神科病院「ときわ病院」で2016年12月、入院中の大畠一也さん(当時40)がエコーミークラス症候群で死亡したのは不当な身体拘束が原因だと、両親が、病院を運営する社会福祉法人金沢市民生協会に約8630万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、名古屋高裁金沢支部は16

日、不当な拘束を認めて原告敗訴の一審金沢地裁判決を変更、慰謝料など約3500万円の支払いを命じた。

蓮井俊治裁判長は判決理由で、身体拘束が始まった時点で大畠さんに興奮や抵抗はなく、精神保健福祉法などが定めた基準に当てはまらず違法だったと認定。身体拘束の必要を認めた医

師の判断は早過ぎたと指摘し「裁量を逸脱している」とした。

判決によると、大畠さんは統合失調症の診断を受け、16年12月6日に入院。同日14日から手足などを拘束され、同日に拘束を解かれた直後に死亡した。

### 名高裁金沢判決 3500万円賠償

判決後の大畠さんの両親と弟、代理人弁護士らが会見し、逆転勝訴といえる判決に感涙した。

父正晴さん(70)は「無念を晴らせたかな。墓前で」

「無念でも生きて証しが残ったよ」と報告したいと話し、母澄子さん(68)は「こんなことは2度とないようにしてほしい」。也にはゆづり休んぼ(ほこ)と述



会見に臨む(左から)大畠澄子さん、長谷川教授、正晴さん  
―金沢市内のホテル

支援の教授「画期的」

正晴さんらを支援した長谷川利夫杏林大教授(精神医療)は一審判決を全面的に覆し、身体拘束の違法性を明確に認めたことについて「全国でも数少ない画期的判決だ」と評価した。

厚労省の統計によると、2003年に約5千件だった身体拘束件数は13年には約1万件に倍増。19年は1万875件が報告された。

長谷川教授によると、看護師などの人員不足から安易に身体拘束を認める事例が多発している。医師の裁量も広く解釈される傾向にあるなどとし、「不当な身体拘束の歯止めとなる期待している」と述べた。

ときわ病院の清水健次事務局長は「判決は厳粛に受け止めている。内容を確認し、弁護士と協議して対応を検討したい」と話した。

# 北國新聞

2020年(令和2年) 12月17日(木)

発行所 北國新聞社

〒920-8588 金沢市南町2番1号

番号案内(076)263-2111

富山本社 番号案内(076)491-8111

〒930-8520 富山市大手町5番1号

©北國新聞社 2020年

http://www.hokkoku.co.jp/



# 身体拘束遺族が逆転勝訴

## 高裁金沢支部 350万円賠償命令

石川県野々市市の精神科病院で入院中の男性が死したのは、不適切な身体拘束による肺血栓塞栓症(エコノミークラス症候群)が原因として、遺族が病院を運営する金沢市民生協会上、総額約八千六百万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審で、名古屋高裁金沢支部は十六日、一審判決を破棄し、病院側に約三千五百万円の支払いを命じた。

市中林のときわ病院に入院。同十四日に手足などを拘束された。六日後には外されたものの、その約五十分後に亡くなった。

連井俊治裁判長は、医師が拘束の開始を判断した当時、大島さんは薬の服用に応じており、暴力的行動もなかったと指摘。力ずくで

### 病院判断に「違法性」

判決によると、男性は大島一也さん(当時60)。二〇一六年十二月六日に統合失調症と診断され、野々市

なくとも、一時的に人員を割いて必要な医療行為を守るなど、拘束に代わる方法もあったとして「拘束が必要と判断するには早く、違法性があると結論づけた。

一審金沢地裁判決は、大島さんが入院中、医療行為に激しく抵抗したことがあるとして、拘束は本不合理ではないと認定。エコノミークラス症候群を防ぐための注意義務に一部違反を認めたと「死亡との相当因果関係は認められない」と判断した。

市民生協会の清水健次常務理事は「厳罰を受け止める。代理弁護士と協議し、上告も含めて、今後の対応を検討する」と話した。



判決後に記者会見する母親の大島淳子さん(左)と、父親の正晴さん(中)。左から2人目は弁護団の長谷川利夫教授＝16日、金沢市大手町で

## 問われる「拘束頼み」

「身体拘束を始めたこと自体が違法と認められた。金沢市内で開かれた判決後の記者会見で、遺族側代理人の佐々木伸夫弁護士は強調した。判決は興奮や抵抗がない患者を拘束したと認め、人権侵害の恐れにも踏み込んだ。一方、専門家は精神医療の難しさにも触れ、家族への情報公開の徹底や録音の活用、人員増などの課題を訴えた。厚生労働省によると、精神科病院で身体拘束の指示を受けた入院患者は、昨年六月三十日時点で一万八千七百七十五人。調査方法の変更で単純比

### 弁護団 人手不足改善訴え

較できないが、〇三年以降の約十年で倍増し、二三年以降は一万人超えが続いている。法律などで拘束や隔離が認められるのは、周囲を傷つける恐れがあり、医師が「ほかの方法がない」と判断した場合。弁護団の一人で香林大の長谷川利夫教授(保健学)は「安易な拘束」が多いと指摘。「何をやっても許される状況の中で光が差した。医師の裁量に一定の歯止めがかかると期待を寄せた。『安易な拘束』の背景には、人手不足がある。精神科の人員は一般診療に比べ、医師は

約三分の一、看護師数は三分の二と定められている。長谷川教授は「身体拘束に頼った精神医療が広く行われている。早急に一般医療並みにするべきだ」と訴えた。精神医療では入院後は家族にも患者の情報が遮断される傾向があるとも指摘。「拘束する際には動画を残り、検証可能にする」とも大島ごとの見解を示した。父親の正晴さんごは「あの子が浮かはれるためにも医療が変わってほしい」と母親の淳子さんごもこういつくことが二度ないようごに願った。(前口憲幸、寺田結)



## 社説

## 精神科の拘束

## 患者の立場で見直しを

精神科医療での身体拘束について、厚生労働省が「治療が困難」との条件を加えるなど、実施要件の変更を検討している。医療側の裁量を広く認めれば、拘束が拡大しかねない。再考を求めたい。

精神科医療での身体拘束件数は二〇〇三年から十年間で倍増。一三年以降は一人を超え続け、二一年時点では一万一千人超に達する。心身への悪影響や人権擁護の点から見過ぎせない件数だ。

身体を拘束するには精神保健福祉法に基づく要件があり、患者が自殺や自傷行為をしかねない、「多動や不穏」が著しく、他に方法がないなど、指定医が判断した場合に限られる。拘束が原因の死亡例もあったが、従来は医師の判断の適否を問いにくかった。

しかし、石川県の精神科病院で

一六年、男性患者が拘束後に肺血栓塞栓症(エコーノミークラス症候群)で死亡し、両親が病院側に賠償を求めた訴訟が転機になった。

二審の名古屋高裁金沢支部は一昨年十二月、「医師の(拘束)判断は早すぎ、裁量を逸脱している」と判断し、原告側が勝訴。昨年十月に最高裁が病院側の上告を退けて、判決が確定した。

患者側には画期的な判決だったが、日本精神科病院協会は「精神科医療が萎縮」「到底容認できるものではない」と批判した。

厚生省は昨秋、強制入院や身体拘束などに関する有識者検討会を設置。身体拘束では、曖昧な「多動や不穏」という要件に「治療が困難」を加える案を提示した。

名古屋高裁判決では患者の状況と要件を客観的に比較検証し、医

師の裁量に歯止めをかけた。

しかし、厚生省案は、治療が困難か否かの判断を医師の裁量に委ねることになり、拘束要件の緩和につながるかねない。これを懸念する声は、専門家や医師たちからも上がっている。

まず解決すべきは、安易な拘束の主因となっている医療現場の人手不足である。精神科の医師数を一般病棟の三分の一でよいなどと定めた旧精神科特例の影響はいまだ現場に影を落としている。

拘束の要件についても順守させるためには、閉鎖的な病院内に第三者の目を届かせる透明性を確保しなければならない。

障害者虐待防止法の通報義務は医療機関を除いている。見直しは不可欠だろう。患者の立場に寄り添った改革が今こそ必要である。

2022.5.30



# 身体拘束「要件見直しを」

## 国検討会 対象限定、「ゼロ」は見送り

精神科医療の「隔離・身体的拘束」について、厚生労働省の有識者による検討会は9日、要件などの見直しを求める報告書をまとめた。対象を「治療が困難で、患者の生命に危険が及ぶおそれが切迫している場合」などと明確化し、不適切な拘束の最小化を図る。

ただ、患者団体などが求めた隔離や拘束自体をゼロにする方針を明記することには見送られ、拘束拡大への懸念の声が上がっている。

精神疾患のある入院患者は2017年時点で30万2千人と減少傾向だが、認知

### 精神科医療に関する報告書の主なポイントと原案からの変更点

厚生労働省検討会の資料から

#### 隔離・身体的拘束

「隔離・身体的拘束を可能な限りゼロとする」との原案を修正

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする

拘束を認める要件「多動または不穏が顕著」に

「治療が困難で、患者の生命に危険が及ぶおそれ」などを追加

#### 医療保護入院

入院医療を必要最小限にする

「制度の将来的な継続を前提とせず」「縮減の検討」との原案を削除

患者の同意がない入院をどうするか、課題を整理し、将来的な見直しを検討する

報告書は、行動制限の最小化が求められるとし、不適切な「隔離・身体的拘束」をゼロにするなどとした。「多動または不穏が顕著」の要件について、「治療が困難」といった場合に限定するべきだとした。原案は隔離や拘束自体を可能な限りゼロにしていこうという文言だったが、「不適切な」隔離や拘束が対象となるよう修正された。家族らの同意を得て強制的に入院させる「医療保護入院」も、検討会では廃止も視野に議論されたが、最終的には、原案の「制度の将来的な継続を前提とせず」との文言は削除された。「代替案のない状況で制度の方向性を示すのは困難」といった意見が示されたためだ。

こうした経緯には、関係者から批判も上がっている。日本障害者協議会や弁護士有志らは、「人権保障の流れに逆行する」などとする反対声明を出した。

精神医療に詳しい杏林大学の長谷川利夫教授は「これまで身体拘束は生命保護などの観点のもとで認めていたが、報告書では『治療』

著」の要件について、「治療が困難」といった場合に限定するべきだとした。

原案は隔離や拘束自体を可能な限りゼロにしていこうという文言だったが、「不適切な」隔離や拘束が対象となるよう修正された。家族らの同意を得て強制的に入院させる「医療保護入院」も、検討会では廃止も視野に議論されたが、最終的には、原案の「制度の将来的な継続を前提とせず」との文言は削除された。「代替案のない状況で制度の方向性を示すのは困難」といった意見が示されたためだ。

報告書は、行動制限の最小化が求められるとし、不適切な「隔離・身体的拘束」をゼロにするなどとした。「多動または不穏が顕著」の要件について、「治療が困難」といった場合に限定するべきだとした。

朝日新聞 2022年6月10日

という新たな概念が加わり、身体拘束の拡大につながりかねない。患者側と病院側の間で訴訟が起きたとき、「治療が困難」だったと主張すれば、病院側が有利になりやすい」と指摘する。(石川友恵)



## 精神科の身体拘束 ルールが変わるの？

精神科医療で  
身体拘束の要件が変わるの？

### 身体拘束が認められる要件 (現在)

- ①～③のいずれかにあたり、拘束以外に代替手段がないとき
- ① 自殺や自傷行為が著しい
  - ② 多動または不穏が顕著
  - ③ ①や②のほかに、精神障害のためそのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

### 報告書で示された見直し案

②の要件は、対象があいまいで拡大解釈される懸念

(追加)

- 治療が困難で、患者の生命に危険が及ぶ場合
- 常に観察(診察)をしても生命に危険が及ぶ場合

→ 対象を限定し、明確化

拘束が認められる要件を明確化する案が示されたんだ

Q 精神科医療での身体拘束のルールが見直されるの？

A 厚生労働省の有識者検討会が、今後のあり方について報告書をまとめた。身体拘束が認められる要件が一部追加されたんだ。

Q そもそも身体拘束って何？

A 手足や胴体をベルトでベッドに固定するなどして、自由に動けなくすること

とだよ。もちろんこれは人権侵害で禁止が大原則。ただ、患者の命や体を守る必要があるときに、例外的に認められている。法令では、自殺しようとする行為が著しく切迫しているなど三つの要件のいずれかにあてはまり、かつ、ほかに手段がない場合としている。

Q どう変わるの？

A 「多動(絶えず動き回っている)または不穏(不安定)が顕著」という要件は、表現があいまいで拡大解釈されると懸念の声があった。対象をはっきりさせるため、「治療が困難で患者の生命に危険が及ぶおそれがある場合」などと加えることにした。

Q 見直して不適切な身体拘束は減るのかな。

A 報告書には「不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする」との考えも盛り込まれた。でも「身体拘束の拡大につながるかねない」と心配する見方がある。今回の要件が加わると、命を守る観点だけでなく、「治療が困難だから」として身体拘束が認められかねないとの指摘もある。また、検討会では適切か不適切かに関係なく、身体拘束はゼロにすべきだとの議論もあつたけれど、結局反映されなかった。

Q 精神科医療では入院が長くなる問題もあると聞いたよ。

A その点も改善を図る。厚生省は、家族らの同意を得て強制的に入院させる「医療保護入院」が長期化しないよう、3カ月といった期間ごと入院の必要性を確認する仕組みを検討しているよ。(石川友恵)

2022・7・5

■質問のテーマを募っています。あて先は [wakaru@asahi.com](mailto:wakaru@asahi.com)

2022年7月5日 朝日新聞

# 身体的拘束を考える

現場からの報告

大阪府本部・中宮病院労働組合 加藤 武司

## 3つの病院の報告を紹介します

- 病院紹介
- 身体的拘束に関連する状況
- 身体的拘束に対する思い

※報告には私見が含まれています。

## その1:病院紹介

- 病床172床
- 急性期が2病棟で43床と45床、慢性期が2病棟で42床（うち12床医療観察法）と45床
- 行動制限最小化人権擁護委員会（構成は多職種）と行動制限最小化人権擁護部会（構成は看護師のみ）があり、ともに月1回の定例会議を開催。
- 行動制限最小化人権擁護委員会主催で年1回の行動制限に関する学習会を開催。コロナ前は外部講師を招いて開催していた。コロナ禍になってからは院内講師（医師）で対応。
- 各病棟週1回、「行動制限見直し」と称し、日勤者（医師・看護師・精神保健福祉士）で隔離・拘束・通信制限・面会制限・単独院内散歩・モニター使用の患者に対して、制限が適切に行われているかを検討するカンファレンスを実施している。
- 報告者は急性期病棟勤務

## 身体的拘束に関連する状況と それに対する思い

- 院内拘束患者の割合は3.4%、隔離患者の割合は22.6%（開放観察実施中の患者を含む）。
- 慢性期病棟には、NGチューブの自己抜去や自傷行為を繰り返す患者がおり、ミトンを何年間（少なくとも3-4年）も装着している患者がいる。

↓

ミトンを解除したいと思うが、生命維持のためにも現実的に解除することは、難しい。また、ミトンを長年にわたり使用していることによる弊害として手指の拘縮が懸念される。



## 身体的拘束に関連する状況と それに対する思い

- 別病棟の患者では、統合失調症で人格水準の低下が著しくあり、異食・転倒・器物破損をしてしまい身体的拘束を繰り返し行っている患者がいる。



看護職員によっては、上記患者の対応に慣れており身体的拘束が不要と考えている看護師もいるが、病棟患者全体の安全を守るためには、看護師の数が足りず、もう一人か二人看護師がいれば解除することもできるのではないかと考える。

## 身体的拘束に関連する状況と それに対する思い

- 急性期病棟の精神科認定看護師は、「患者対応が大変だからと言って、身体的拘束をするという考えをしている職員は以前と比べて減ったと思う」と言われていた。しかし、慢性期病棟の看護師は、「急性期病棟と比べると看護師の数が少なくどうしても身体的拘束をせざるを得ないし、急性期病棟と比べて『拘束を外して、行動を観察してみようよ』と勇気をもっていえる職員が少ない」と言っていた。



院内でも、急性期病棟と慢性期病棟で身体的拘束に対する考えが異なっており、同じ院内でも身体的拘束解除に対する明確な基準がないことが垣間見えた。

## その2:病院紹介

---

- 病床456床
- 救急病棟2病棟、高度ケア病棟4病棟、総合治療病棟2病棟、医療観察病棟、児童思春期病棟
- 行動制限最小化委員会：毎月定例開催
- 各病棟週1回（救急病棟では週2回）のカンファレンスによって、行動制限や開放処遇制限について検討する時間が設けられている。
- 報告者は児童思春期病棟勤務

## 身体的拘束に関連する状況

---

- 院内拘束患者の割合は1%、隔離患者の割合は18%
- 一昔前の救急病棟では、「措置入院＝隔離身体的拘束」という定型対応があった、触法病棟では懲罰的な使用がなされていた、ということも伝え聞くが、現在はそのような状況は改善されている。



## 身体的拘束に関連する状況

- 日精看の精神科認定看護師が行動制限最小化委員会に継続的に所属している。委員会メンバーによって活動や協議の内容に差が生じ、形骸化が否めない状況となる年度もある。
- 行動制限の時間開放に努めるが、勤務者のバランス（新旧や男女の比率など）によって隔離や身体的拘束の時間開放ができないことがある。
- 私の現在の所属は児童思春期病棟で、身体的拘束はほぼ行われず、隔離も数十分～数時間で解除されることも多くある。昨年度平均隔離日数が約12日であったところ、今年度上半期は約9日と短縮されている。

## 身体的拘束に関する思い

- 現在の病棟での行動制限は「クールダウン」が主目的として使用されていることが多く、短時間の使用で、心身の安静を図り、事案の振り返りや対処法などを話し合っ解除とする流れがある。診断の違いやマンパワーの違いはあれど、成人病棟での行動制限の考え方にも取り入れることはできないかと思案する。
- 症状や状況によっては行動制限が本当に必要な時もあり、それをいかに患者に理解してもらうか、そのために看護師に何ができるかを常に意識している。

## 身体的拘束に関する思い

- 看護の原理である知識・技術・態度の3要素を踏まえて行動制限を考えた時、知識＝法令、技術＝安全、態度＝安心と捉えることができ、この「態度＝安心」を「どのように患者に提供できるか」が、行動制限の減少や身体的拘束ゼロに向けた取組みの要所ではないか。
- 虐待防止という観点から行動制限を捉えて、スタッフへの教育、職場環境のチェックや調整が重要であると考える。

## その3: 病院紹介

- 精神病床200床
- 急性期は1病棟で40床、慢性期は2病棟で60床、認知症病棟は2病棟で100床
- 認知症病棟は常に満床状態で稼働、慢性期病棟にも認知症患者が入院している
- 行動制限最小化委員会があり活動中
- 週に1回、精神指定医を交えての行動制限緩和のためのカンファレンスを実施
- 報告者は認知症病棟勤務

## 身体的拘束に関連する状況

行動制限患者の割合（2023年11月1日現在）

- 全体では・・・拘束患者 33% 隔離患者 8%  
うち、認知症病棟の割合は・・・拘束患者 25% 隔離患者 2%  
慢性期病棟の行動制限患者の78%は認知症患者

- 認知症病棟単独で見ると・・・拘束患者 47% 隔離患者 4%

※行動制限されている患者は圧倒的に認知症患者であることがわかる。

## 身体的拘束に関連する状況

- 数か月、中には年単位で身体的拘束をしている患者も存在する。
- 身体的拘束を行っているため施設への退院が叶わず、長期入院になってしまう患者がいる。
- 特に問題となるのは夜勤帯。4名で対応しているが、コールマットや離床センサーが同時に作動することが常で、「対応できないから」という理由で拘束が減少しない。
- 看護師の中には、患者への感情（好き・嫌い）を身体的拘束の判断基準にしている者も、少ないが存在する。
- 委員会主催の学習会は開催したという実績があるだけで、看護に反映されていない。
- 行動制限緩和のためのカンファレンスが行動制限を継続するためのカンファレンスになっている時がある。

## 身体的拘束に関する思い

---

- スタッフ間に行動制限というより、働き方に対する考え方の違いがある（患者中心の看護実践と自分中心の業務実践の二極化）。その結果、拘束を解除しても翌日には誰かが拘束を開始してしまうという悪循環がある。
- 身体的拘束によりADLが低下することで介助量が増加し、忙しさが増強する。これは患者、看護師双方にとって不利益だと考える。
- 倫理の面から、そしてwin-winの観点から、拘束を少なくしようと取り組んでいるが、個人の力ではどうにもできないジレンマがある。

## 身体的拘束に関する思い

---

私は精神科勤務初心者です。余談ですが、私の「モヤモヤ」を聞いてください。

- 地域によって身体的拘束の種類が異なるって、本当ですか？ロンパースとかミトンとか。
- ベッド柵は施設では拘束の扱いだと聞きました。私の病院は違うのですが、皆さんの病院ではどうですか？
- 身体的拘束の基準、解釈も施設によって違うのではないかと考えています・・・。
- 精神科では、身体治療目的の身体的拘束であっても精神保健指定医の指示が必要。精神科以外では、身体治療目的の身体的拘束が精神保健指定の指示がなくてもできる。倫理は診療科に関わらず同じだと思いますが、矛盾を感じます。

## 身体的拘束等の適正化の体制整備

---

- 障害の有無に関わらず全ての人には自分自身の意思で自由に行動し生活する権利があります。一方で、身体的拘束とは、障害者の意思にかかわらず、その人の身体的・物理的な自由を奪い、行動を抑制または制限し、障害者の能力や権利を奪うことにつながりかねない行為です。
- 障害者虐待防止法では、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待に該当する行為とされています。身体的拘束は、関節の拘縮や、筋力や心肺機能等、身体的能力の低下、褥瘡の発生等の身体的弊害、意思に反して行動を抑制されることによる不安や怒り、あきらめ、屈辱、苦痛といった精神的な弊害をもたらします。

## 身体的拘束等の適正化の体制整備

---

- このことは、家族にも大きな精神的苦痛となるとともに、職員等は問題解決の手段として安易に身体的拘束に頼るようになり、モチベーションや支援技術の低下を招く等の悪循環を引き起こすこととなります。そのため、身体的拘束の廃止は、本人の尊厳を回復し、支援の質が低下する悪循環を止める、虐待防止において欠くことのできない取組といえます。
- 「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に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」等には、緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束等を行ってはならないとされています。

## 緊急でやむを得ない場合

- 以下の全てを満たすことが必要。
  - ① 切迫性  
利用者本人又は他の利用者等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いことが要件となります。
  - ② 非代替性  
身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないことが要件となります。
  - ③ 一時性  
身体拘束その他の行動制限が一時的であることが要件となります。
- さらに、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならないとされています。

ご清聴 ありがとうございました





### 精神分科会:グループワークの進め方について

#### 1. 役割分担を決める

書記（報告）（お名前）

【役割】 議論の内容を記録し、本部衛生医療評議会に提出する

司会進行（お名前）

【役割】 司会は「グループワークの流れ」に沿って、進行を行う。参加者全員に発言してもらうよう配慮する。

#### 2. グループワークの流れ

##### 1 周目：イントロダクション

- ・自己紹介（名前、単組、職種、組合役職など）
- ・本日の感想など一言（どんな内容でも可）

##### 2～3 周目：「身体拘束について意見交換」

- ・身体的拘束の現状
- ・どうしたら身体的拘束は減少するか、なくなるか
- ・他施設に聞きたいこと
- ・職場の身体的拘束ゼロや最小化に対する取り組み
- ・行動制限最小化について、成功した事例や失敗した事例
- ・行動制限最小化にむけて、組合として取り組みたいこと、取り組んでほしいこと
- ・その他

##### グループワーク終了後

書記の方はグループ報告をお願いします（3グループ程度）。

## IV 分 科 会

(保健所・地方衛生研究所分科会)



## ◆ 第3分科会 保健所・地方衛生研究所分科会「どうなる？ これからの保健所の役割」

### <趣旨>

新型コロナウイルス感染症は、保健所や地方衛生研究所の体制の脆弱性を明らかにしました。

1994年6月に成立した「地域保健法」以降、保健所は大幅に削減され、1994年に847（都道府県保健所625）だった保健所は、2020年に469（都道府県保健所355）まで減少し、人員や予算も削減されてきたことが、保健・衛生体制の脆弱化の一因であることが指摘されています。

コロナ禍の業務量の増加により、職員は過労死ラインを超える時間外労働や、時間外や休日の電話対応など労働環境の悪化が顕著となりました。これらが原因でうつ症状を訴える職員もいました。

国は感染症にかかわる保健師に加え、保健所の事務職員や地方衛生研究所の職員を増員する予算措置を行いました。しかし、これまでの人員削減を補うには十分とは言えず、獣医師や薬剤師など専門職は募集をしても応募がない地域もあります。また、コロナ禍で本来必要な研修が十分に行えず人材育成ができていない職場もあります。

2000年以降は、SARS、MERS、新型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症と約5年ごとに世界的な感染症の拡大が見られたことから、「頻繁に起こることを前提とした制度作りが必要」であり、今後保健所に求められる役割を果たすためには恒常的な保健所体制の強化が必要となっています。

今回の分科会では、今後保健所に求められる役割や課題を学習し、保健所の機能を強化するために現場の課題を共有・議論します。労働組合として自治体や国へどのような働きかけが必要かを考えます。

### <スケジュール>

9：30～9：35 開会・あいさつ

9：35～10：45 講演「これからどうなる？ 保健所の役割」

島根県健康福祉部 医療統括監 谷口栄作さん

10：45～11：15 「現場アンケートから見えた公衆衛生職場の課題と今後の取り組み」

自治労本部 衛生医療評議会事務局長 平山春樹

(休憩)

11：30～12：30 グループワーク

12：30～12：50 グループワーク報告

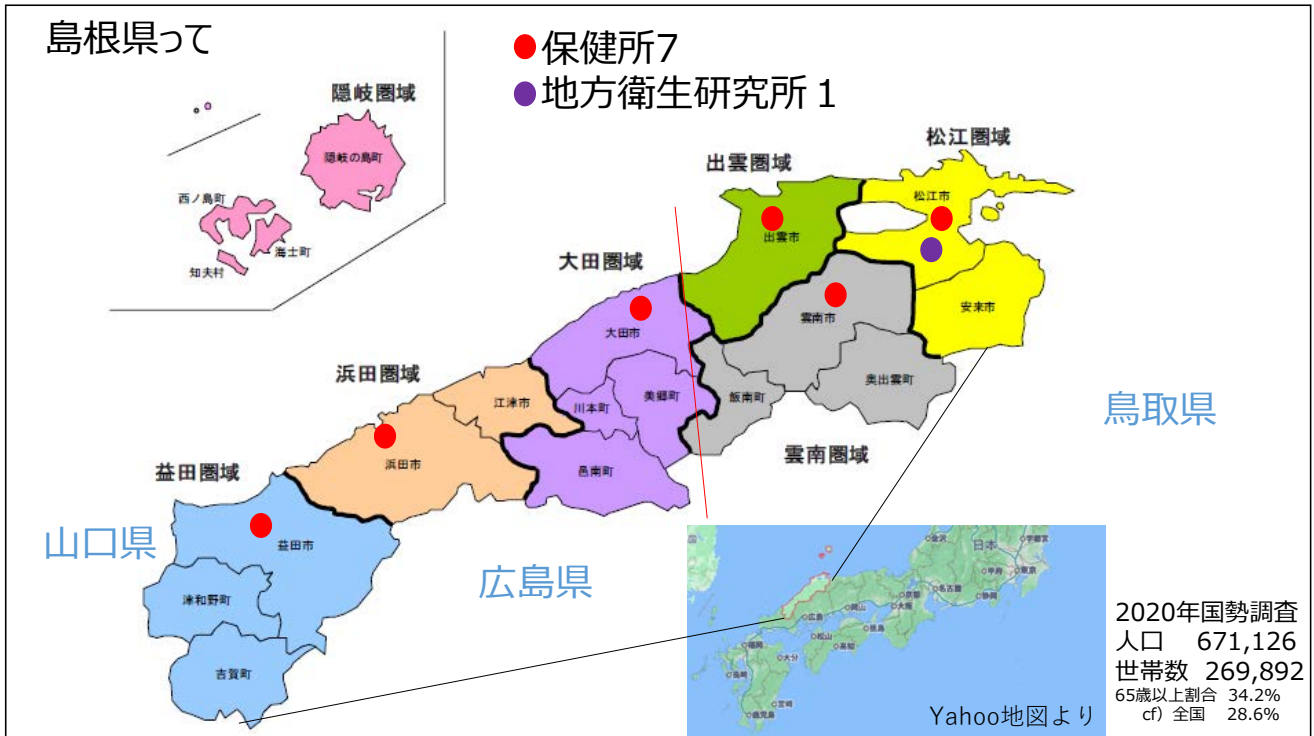
12：50～13：00 まとめ・閉会

# これからどうなる？ 保健所の役割

島根県  
健康福祉部  
医療統括監  
谷口 栄作

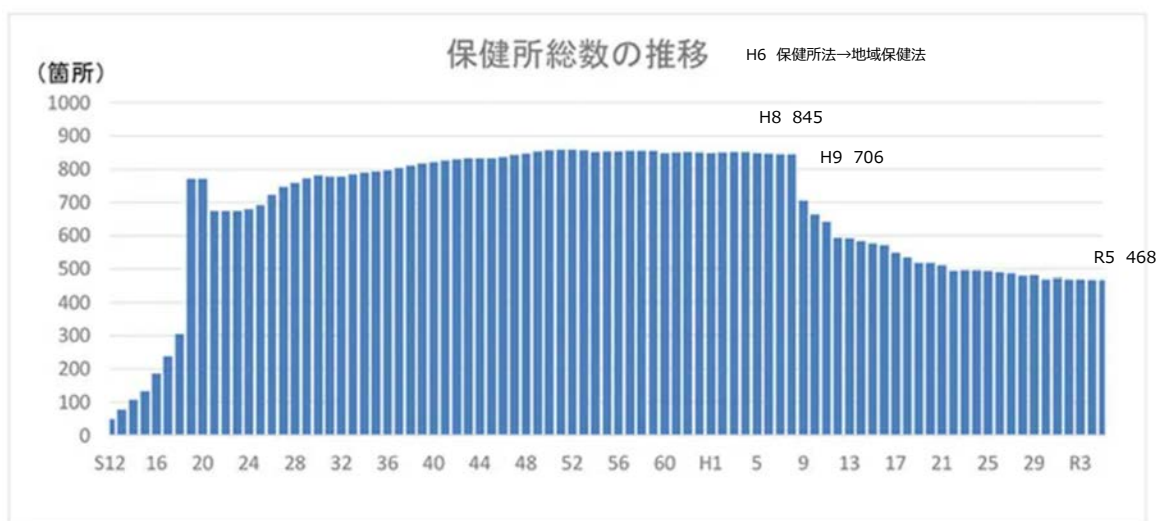
## 目次

- 島根県の保健所等の概要
- 今の保健所は、そして地方衛生研究所は？
- 地域保健法にみる保健所と地方衛生研究所は？
- 地域保健対策の推進に関する基本的な指針  
と島根県の保健所と地方衛生研究所

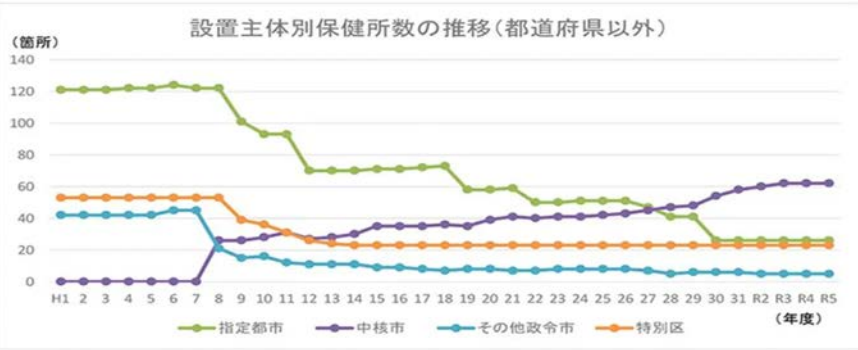
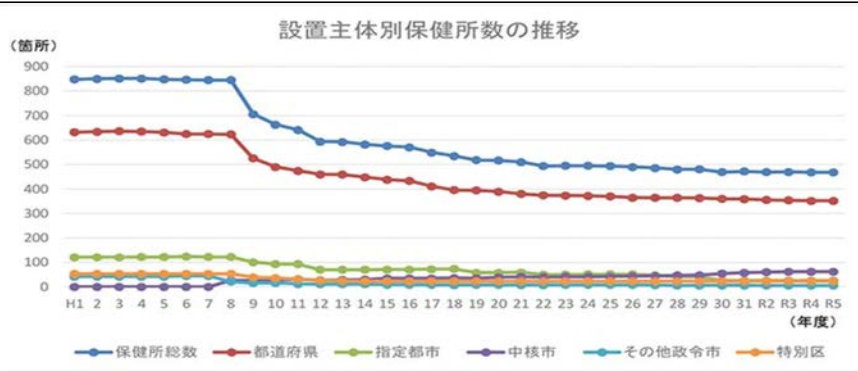


## 保健所数の推移

(厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ) 令和5年4月1日現在







都道府県、指定都市等の保健所の急速な集約化

- 例)  
 岡山17-9 福島16-7  
 愛知26-19  
 札幌9-1 広島8-1  
 金沢3-1  
 世田谷4-1 大田区4-1  
 等等

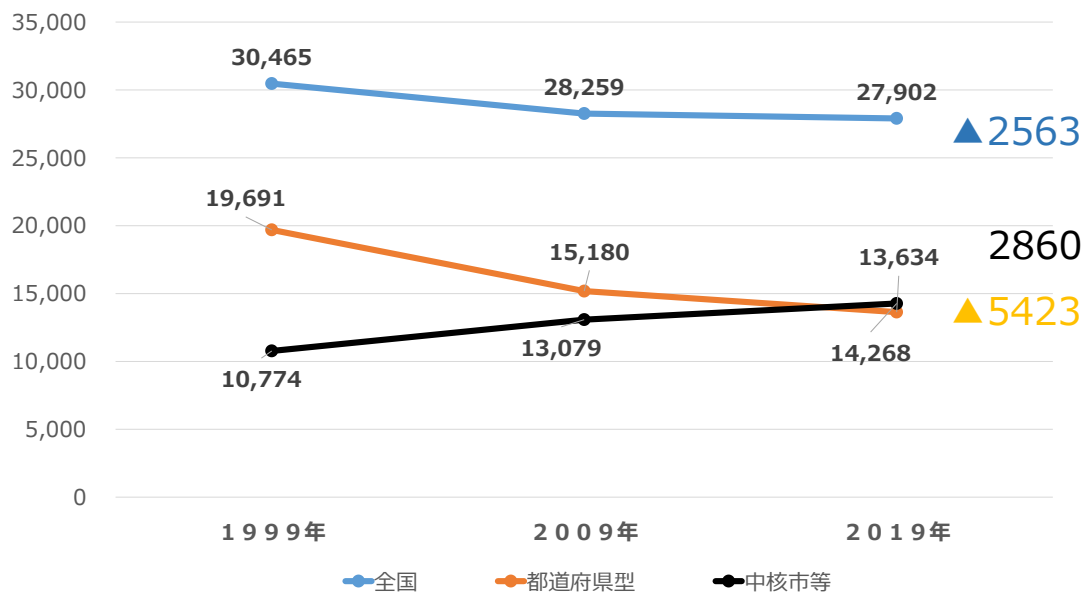
+

中核都市の増加により、中核都市保健所は増加

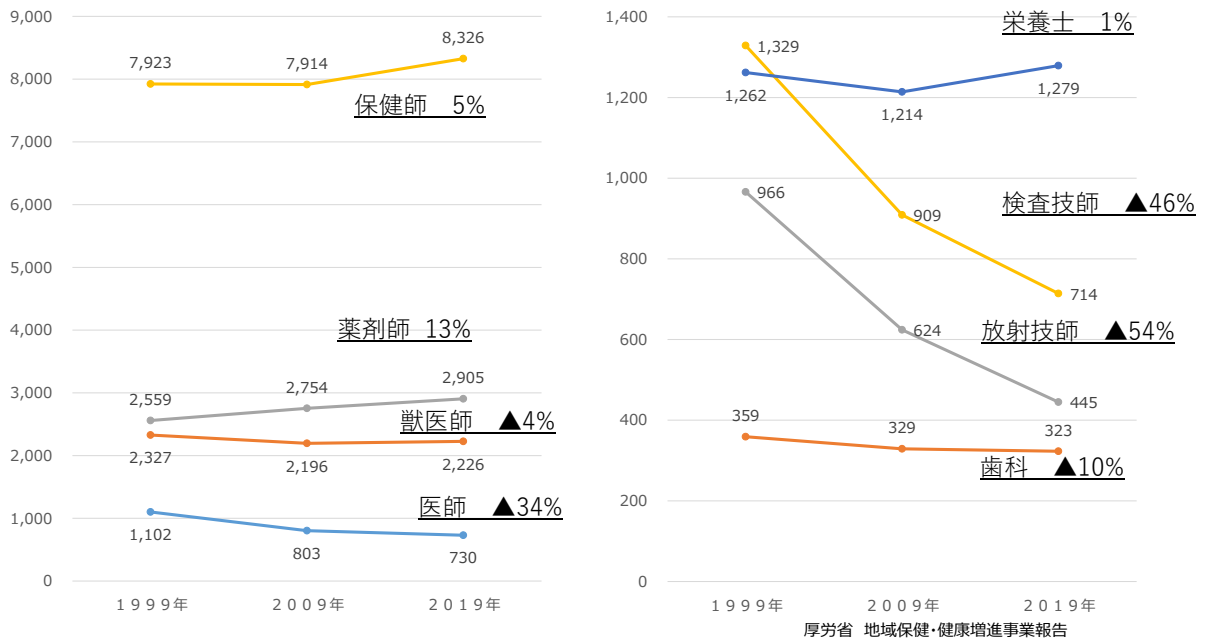
## 保健所職員数の推移 1999-2009-2019

(常勤職員数)

厚労省 地域保健・健康増進事業報告



## 全国保健所の職種ごとの職員数 1999-2009-2019

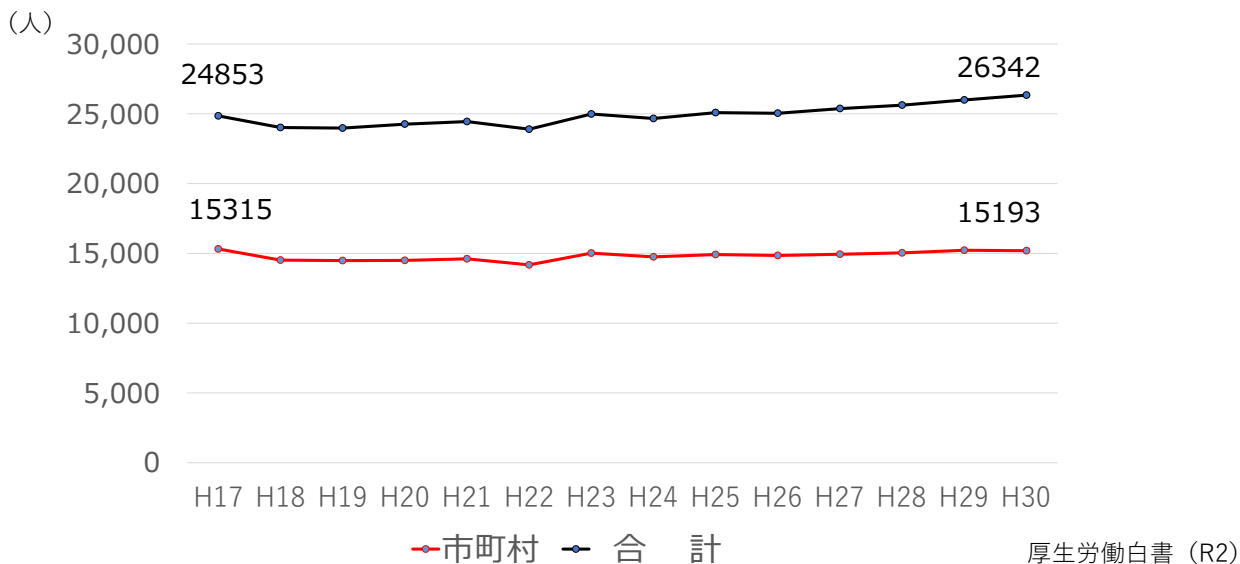


## 保健所類型別職種別職員数の推移 1999-2009-2019

	総数	医師	獣医師	薬剤師	保健師	看護師等	歯科衛生士	診療放射線技師等	臨床検査技師等	栄養士等	その他	
全国	1999年	30465	1102	2327	2559	7923	222	359	966	1329	1262	12416
	2009年	28259	803	2196	2754	7914	243	329	624	909	1214	11190
	2019年	27902	730	2226	2905	8326	150	323	445	714	1279	10804
	2019年 - 1999年	-2563	-372	-101	346	403	-72	-36	-521	-615	17	-1612
	▲ 0.08	▲ 0.34	▲ 0.04	0.14	0.05	▲ 0.32	▲ 0.10	▲ 0.54	▲ 0.46	0.01	▲ 0.13	
都道府県型	1999年	19691	707	1777	1960	4809	59	150	675	972	824	7758
	2009年	15180	453	1375	1734	3737	101	110	380	602	668	5976
	2019年	13634	414	1310	1708	3659	52	105	258	502	692	3387
	2019年 - 1999年	-6057	-293	-467	-252	-1150	-7	-45	-417	-470	-132	-4371
	▲ 0.31	▲ 0.41	▲ 0.26	▲ 0.13	▲ 0.24	▲ 0.12	▲ 0.30	▲ 0.62	▲ 0.48	▲ 0.16	▲ 0.56	
中核市等	1999年	10774	395	550	599	3114	163	209	291	357	438	4658
	2009年	13079	350	821	1020	4177	142	219	244	307	546	5214
	2019年	14268	316	916	1197	4667	98	218	187	212	587	4751
	2019年 - 1999年	3494	-79	366	598	1553	-65	9	-104	-145	149	93
	0.32	▲ 0.20	0.67	1.00	0.50	▲ 0.40	0.04	▲ 0.36	▲ 0.41	0.34	0.02	

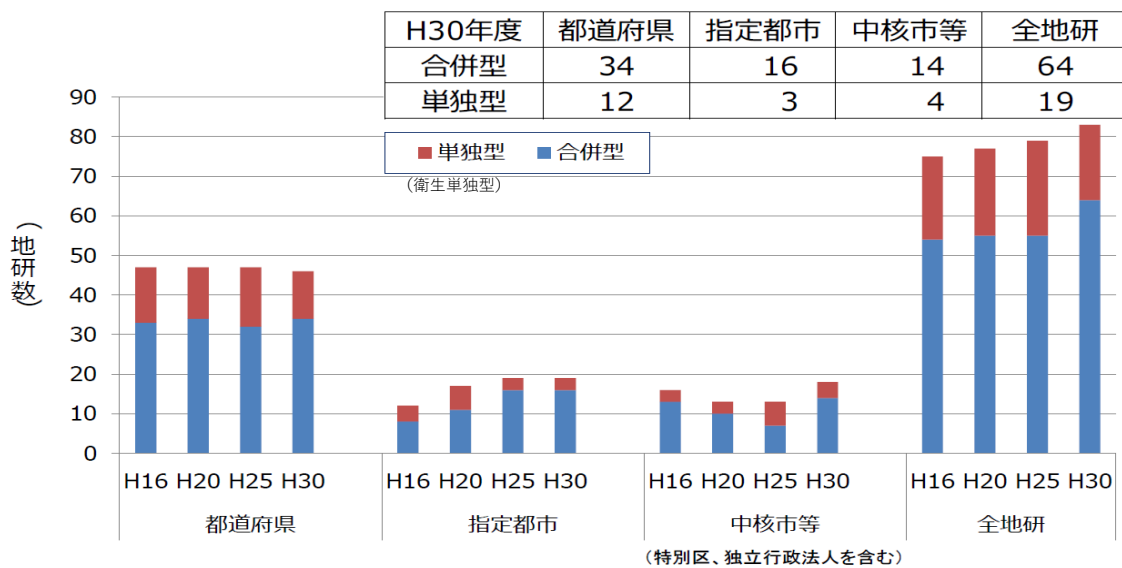
厚労省 地域保健・健康増進事業報告

## 保健師数の推移



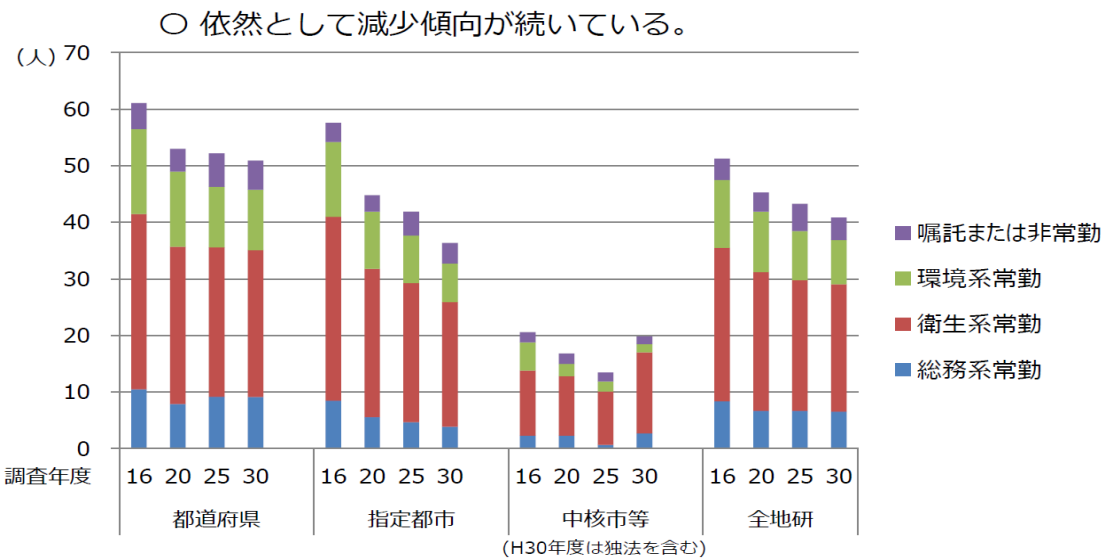
## 地方衛生研究所数の推移

H30年度の地研数は、都道府県46、指定都市19、中核市等18、計83である。



令和4年度地域保健総合推進事業「地方衛生研究所の検査体制及び疫学情報機能の強化に向けた連携事業」報告書 分担事業者 地方衛生研究所全国協議会

## 設置主体別にみた職員数の推移 (1カ所当たりの平均人数) H16-H20-H25-H30



令和4年度地域保健総合推進事業「地方衛生研究所の検査体制及び疫学情報機能の強化に向けた連携事業」報告書 分担事業者 地方衛生研究所全国協議会

## 地域保健法（昭和22年法律第1号）

第1章 総則（第1-3条）

第2章 地域保健対策の推進に関する基本指針（第4条）

第3章 保健所（第5-17条）

第4章 市町村保健センター（第18-20条）

第5章 地域保健対策に係る人材確保（第21-25条）

第6章 地域保健に関する調査及び研究並びに試験及び検査  
に関する事（第26、27条）・・・地方衛生研究所

第7章 罰則（第28条）

附則

# 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要①

(令和4年2月1日厚生労働省告示第24号)

- ★ **1 ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進**  
地域保健対策の推進に当たって、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用し、住民による自助及び共助への支援を推進すること。
- ★ **2 地域の特徴をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進**  
市町村は、学校や企業などの地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進すること。
- ★ **3 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化**  
市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制整備に努め、都道府県及び保健所は、管内の現状を踏まえ、医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めること。
- ★ **4 地域における健康危機管理体制の確保** 感染症を含む  
○都道府県及び市町村は、大規模災害時等を想定し、被災地以外の自治体や国とも連携した情報収集体制や保健活動の全体調整、保健活動への支援等の体制を構築すること。  
○国は、広域的な災害保健活動に資する人材育成支援や保健師等について迅速に派遣のあっせん・調整できる仕組みの構築を行うこと。
- 5 学校保健との連携**  
保健所及び市町村保健センターは、学校保健委員会やより広域的な協議の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努めること。

# 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要②

(平成24年7月31日厚生労働省告示第464号)

- ★ **6 科学的根拠に基づいた地域保健の推進**  
国、都道府県及び市町村は、地域保健に関する情報の評価等を行い、その結果を計画に反映させるとともに、関係者や地域住民に広く公表することを通じて、地域の健康課題と目標の共有化を図り、地域保健対策を一体的に推進することが重要であること。
- 7 保健所の運営及び人材確保に関する事項**  
保健所は、専門的な立場から企画、調整、指導及びこれらに必要な事業等を行い、市町村への積極的な支援に努めること。
- ★ **8 地方衛生研究所の機能強化**  
地方衛生研究所を設置する自治体は、サーベイランス機能の強化や迅速な検査体制の確立等が求められていることを踏まえ、技術的中核機関としての地方衛生研究所の一層の機能強化を図ること。
- 9 快適で安心できる生活環境の確保**  
都道府県、国等は、食中毒等に係る情報共有体制の強化や食品衛生監視員等の資質向上等を通じた保健所機能の強化に努めるとともに、生活衛生同業組合等の関係団体に対する指導・助言に努め、営業者の自主的な衛生管理等を通じた食品安全・生活衛生等の施策の推進を図ること。
- 10 国民の健康増進及びがん対策等の推進**  
健康増進計画の策定・実施等の取組を行う場合、ソーシャルキャピタルを活用した地域の健康づくりに関係するNPO等との連携及び協力も強化すること。また、地域のがん対策、肝炎対策、歯科口腔保健の推進に関し、それぞれ必要な施策を講じること。

## 都道府県の設置する保健所の役割

### 1) 健康なまちづくりの推進

- ・市町村による保健及び福祉サービスの一体的提供およびソーシャルキャピタルの広域的な醸成と活用と学校、企業等と幅広い連携し、健康づくりの推進
- ・地域の健康課題の把握し、都道府県の医療サービスの提供と市町村の保健及び福祉サービスが包括的に提供されるように、重層的連携の構築

### 2) 専門的かつ技術的業務の推進

- ・専門的立場から市町村への積極的支援
- ・市町村と連携して、精神保健、難病対策、エイズ対策等の実施
- ・食品安全、生活衛生、医事、薬事等の監視・指導の計画的実施、検査業務とのその精度管理を含む専門的かつ技術的拠点としての機能強化

### 3) 情報の収集、整理及び活用の推進

- ・保健医療福祉情報の収集・管理・分析等と関係機関及び地域住民への提供
- ・市町村、医師会等と協力して、住民からの相談に総合的に対応できる情報ネットワークの構築

## 都道府県の設置する保健所の役割

### 4) 調査及び研究等の推進

- ・地域の抱える課題に即し、地域住民に密着した調査研究の推進（国はこれを支援）

### 5) 市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進

- ・市町村の求めに応じて、専門的かつ技術的な指導等

### 6) 地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化

- ・地域の保健医療の管理機関として、平時から監視業務等の発生予防対策、広域災害及び救急体制の充実、関係機関（保健衛生部門、警察など）、ボランティアとの連携に努める。
- ・感染症では、国立感染症研究所、地方衛生研究所等と連携して最新の科学的知見に基づく情報管理
- ・健康危機管理発生時に向けて、人員配置及び業務分担と研修を実施
- ・健康危機発生時は患者情報等の情報収集と適切な支援措置、適切な健康危機管理を行う
- ・健康危機発生後、管理体制並びに保健医療福祉の対応及び結果を評価・公表し、各種計画等背景に反映する

### 7) 企画及び調整の機能の強化

- ・医療計画、介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、健康増進計画等の策定への関与し、広域的・専門的立場から評価・公表して市町村施策の改善を行う
- ・1) から7) までに掲げる課題について企画調整を行う

政令市及び特別区保健所は6) 以外に努める



# 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要①

(令和4年2月1日厚生労働省告示第24号)

## 1 ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進

地域保健対策の推進に当たって、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用し、住民による自助及び共助への支援を推進すること。

## 2 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進

市町村は、学校や企業などの地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進すること。

## 3 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化

市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制整備に努め、都道府県及び保健所は、管内の現状を踏まえ、医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めること。

## 4 地域における健康危機管理体制の確保

感染症を含む

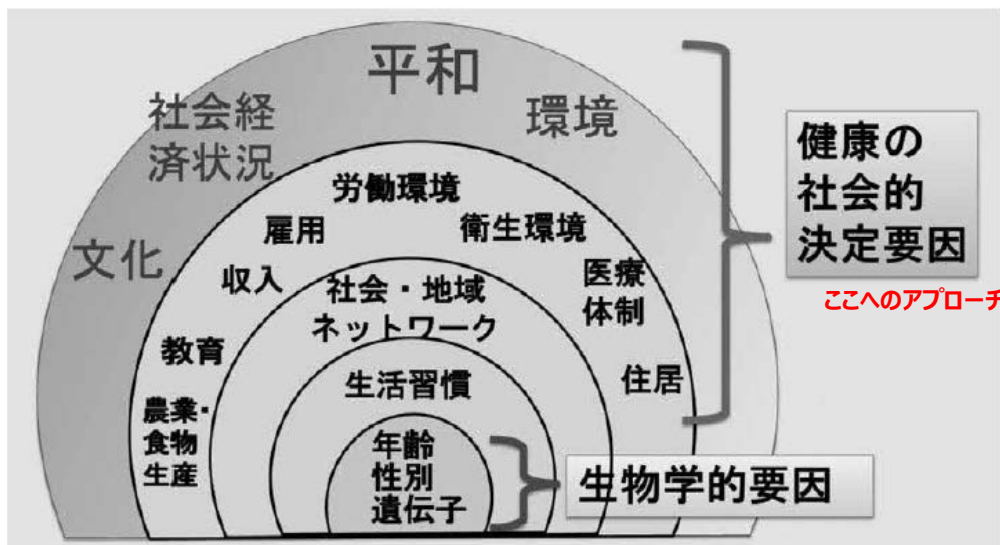
○都道府県及び市町村は、大規模災害時等を想定し、被災地以外の自治体や国とも連携した情報収集体制や保健活動の全体調整、保健活動への支援等の体制を構築すること。

○国は、広域的な災害保健活動に資する人材育成支援や保健師等について迅速に派遣のあっせん・調整できる仕組みの構築を行うこと。

## 5 学校保健との連携

保健所及び市町村保健センターは、学校保健委員会やより広域的な協議の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努めること。

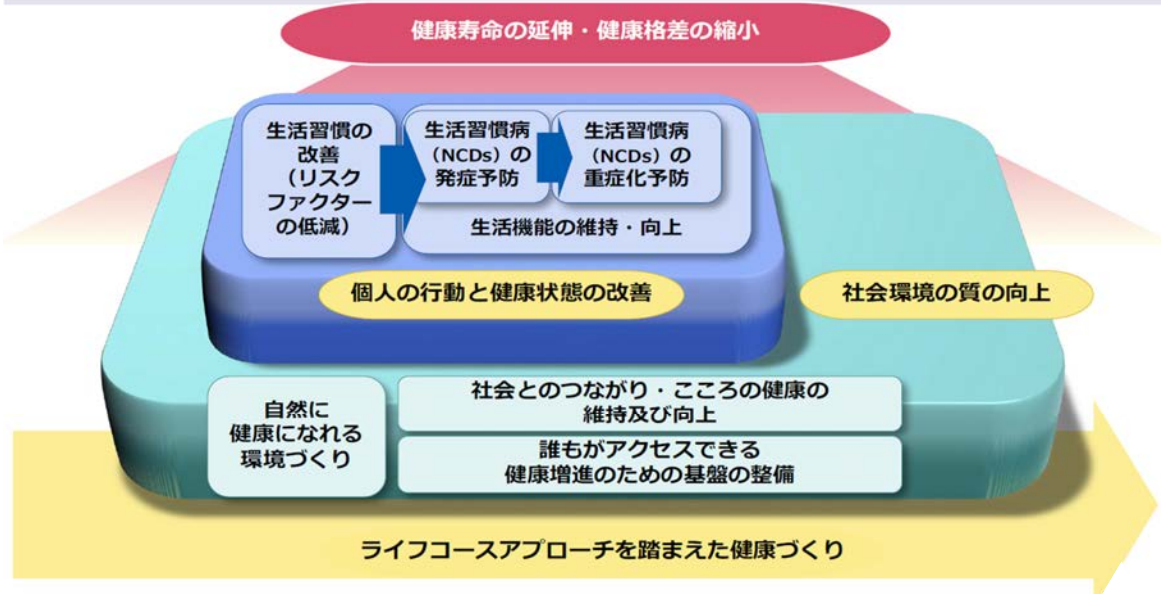
# 健康の社会的決定要因 S D H (WHO)



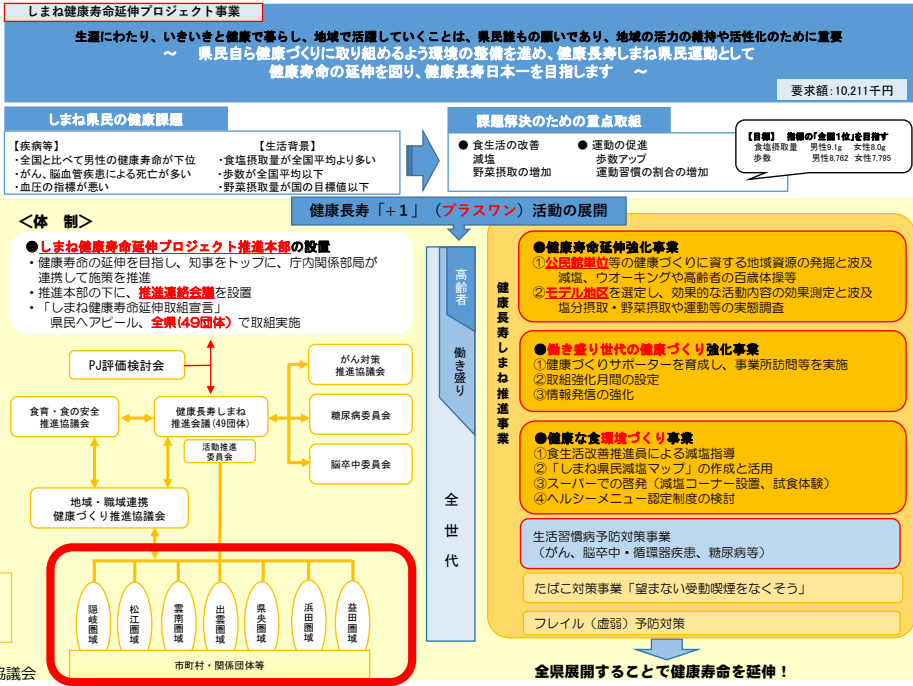
医学教育：2019 格差時代に医学教育に取り組む 武田祐子

## 健康日本21（第三次）の概念図

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



## 県民運動として進める





## 令和5年度 事業実施方針

テーマ：地域で、職場でもっと『+1（プラスワン）活動』を広げよう

■ターゲット 「子ども・子育て世代」、「働き盛り世代」、「高齢者」

■取組ポイント①生活習慣の改善を促そう（食生活の改善、運動の促進）

②疾病の重症化を防止しよう（がん、脳卒中・心疾患、糖尿病等）

### 柱1：地区ごとの健康づくり活動の促進

#### ◆地域ぐるみ、職場ぐるみの健康づくり活動の推進

- ・公民館や地域、事業所での健康づくりの好事例を広く発信
- ・住民・地域組織・関係機関及び団体・行政等と連携した活動の展開
- ・しまね健康寿命延伸プロジェクトと連携した取組の推進
- ・『しまね☆まめなカンパニー』事業の推進と登録事業所の支援

### 柱2：生涯を通じた健康づくりの推進

#### ◆「+1（プラスワン）活動」の推進

- ・食生活の改善（全世代の減塩や子育て世代・壮年期の野菜摂取）の推進
- ・運動・体操（特に壮年期）の推進
- ・SNSや各種広報媒体を活用した情報発信
- ・県民1人ひとりを取り組む11目標や3つのキャッチコピーの周知啓発と、健康づくりを実践しやすい「+1活動」の提案

#### ◆働き盛り世代が健康づくりを実践しやすい環境づくりの支援

- ・構成団体、企業と連携した事業所への情報発信
- ・ウォーキングイベントの開催や、しまね☆健康づくりチャレンジ月間による取組促進
- ・健康に配慮した弁当・総菜を通した食環境整備

#### ◆フレイル（虚弱）予防対策の推進

- ・「フレイル」の周知と予防の取組
- ・健康づくりや介護予防事業の場、通いの場、交流会等を活用した啓発（低栄養予防・口腔機能維持、運動機能の維持、認知機能の維持、社会参加の促進）

### 柱3：疾病の早期発見、合併症予防や重症化防止

#### ◆健診（検診）等受診率向上の働きかけ

- ・健診（検診）、特定保健指導の受診勧奨
- ・構成団体と連携した情報発信

#### ◆重症化予防の環境整備

- ・基礎疾患の予防や適切な管理、正しい知識の普及
- ・保健医療関係者の資質向上のための研修システムの整備

### 柱4：多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

#### ◆身近なところで得られる健康づくり情報を発信

- ・構成団体、企業との連携による情報発信、啓発活動、部局横断による取組の実施
- ・スーパーマーケット、ドラッグストア、薬局など身近な場所での情報発信

#### ◆多様な分野と連携した健康なまちづくりの取組の推進

- ・地域の健康づくり活動を基盤とした地域包括ケアの体制づくりの意識を醸成

#### ◆「望まない受動喫煙」の防止に向けた周知啓発

- ・改正健康増進法の周知と「望まない受動喫煙」をなくすための啓発活動 ・禁煙希望者の支援



## モデル地区活動での取り組み

- 目的： ・ 地域診断に基づく取組  
 ・ 関係機関との協働の基盤づくり  
 ・ 健康な地域づくり  
 ・ 人材育成の場としてのモデル活動とその波及

エリア：公民館エリアを想定

内容：

- ①保健所内検討会（体制、課題）
- ②市町村との検討会
- ③地域住民リーダー等への説明
- ④地域課題及び資源調査（聞き取りによる）
- ⑤地域住民・関係者のワークショップ
- ⑥実態調査：尿中塩分、栄養調査（BDHQ）、健康意識行動調査等  
 地域住民、市町村保健師、保健所職員の意識調査等
- ⑦調査結果をもとにした取組計画の修正
- ⑧取り組みの見える化…マスコミ、県広報、報告書等

デザインアプローチ  
 分析的アプローチ  
 のハイブリッドアプローチ

# A地域の取組

ステップ1 モデル地区の決定

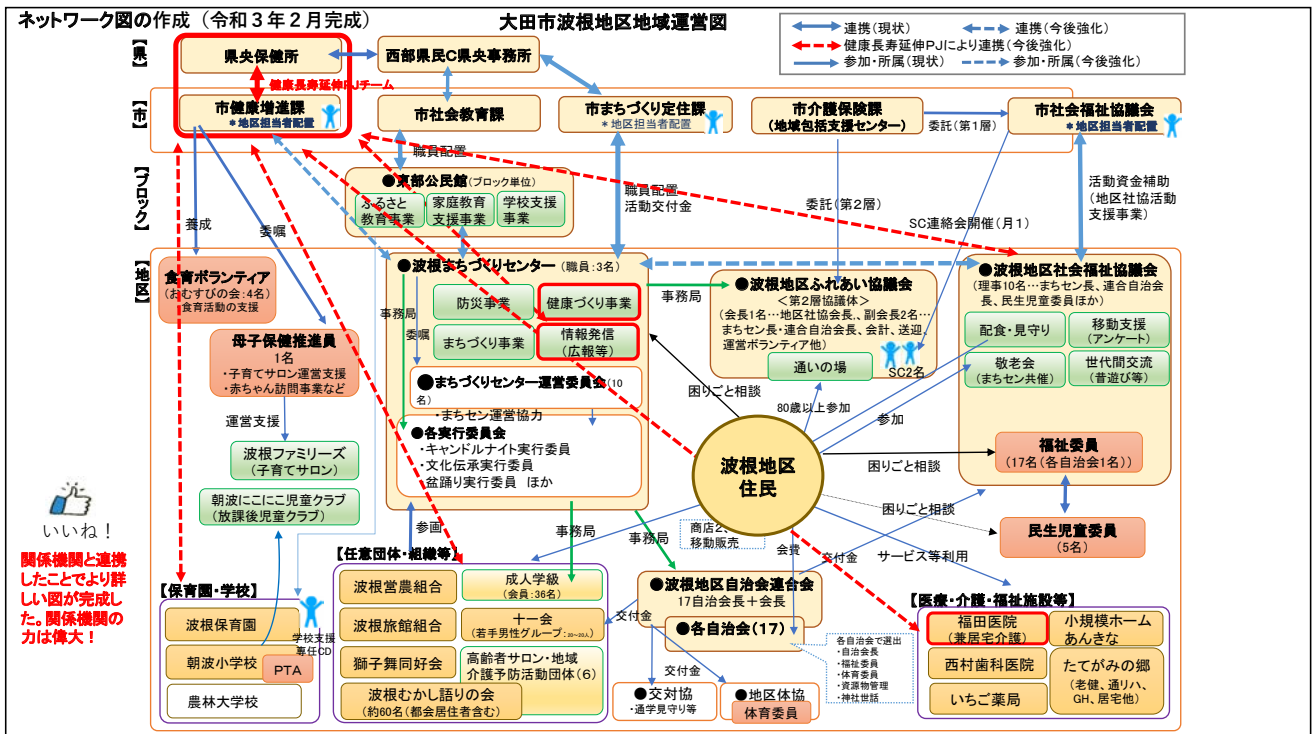
ステップ2 波根地区を知る

ステップ3 健康実態調査の実施

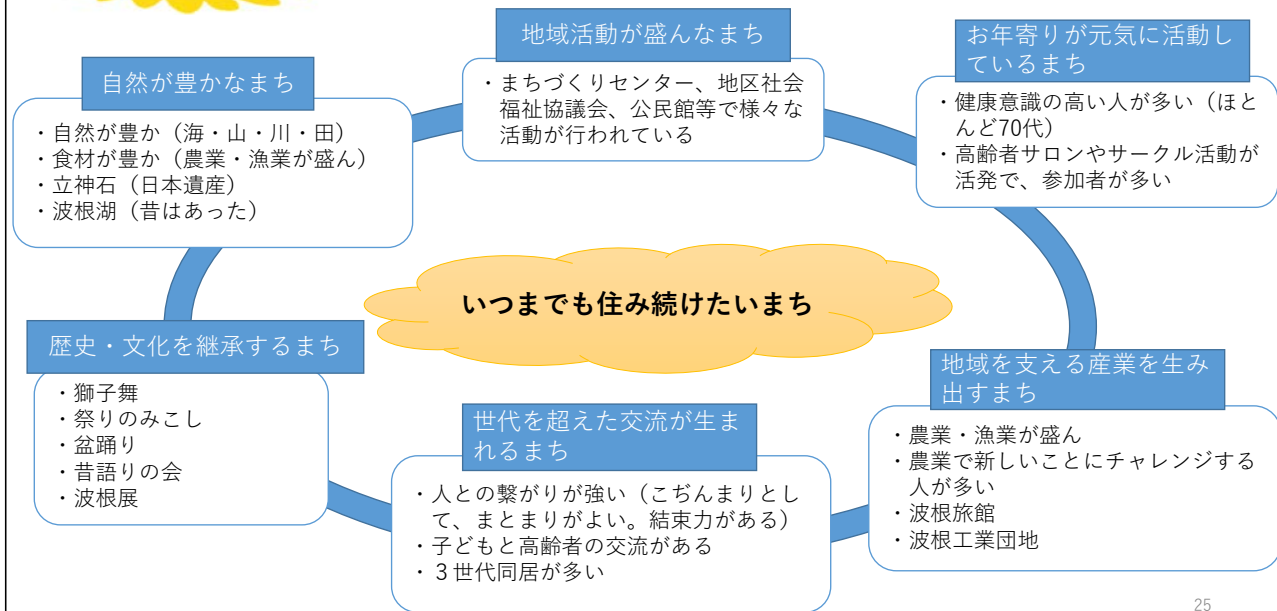
ステップ4 健康づくり活動の実践

これまでの振り返りと今後の取組

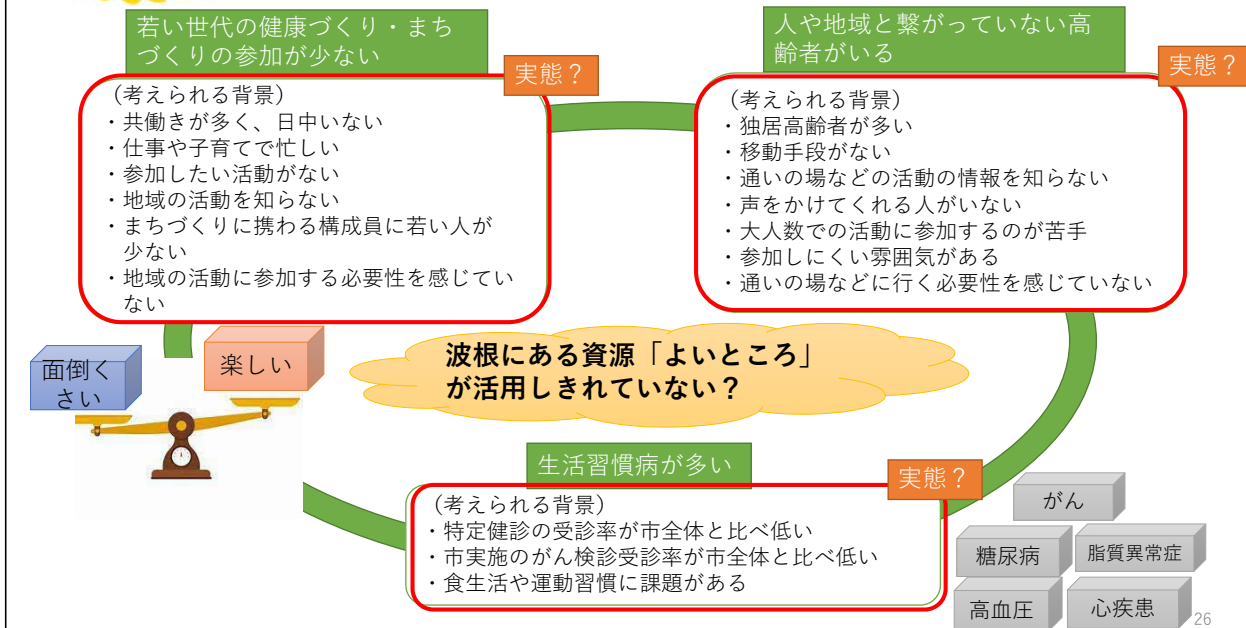
23



「よいところ」



「課題」





## B地域の取組（強みと課題）

### 地区の強み

- ・健康づくりの推進体制がある
- ・構成団体等と連携した健康づくりの継続
- ・地区の住民さんの中に協力してくれる方がたくさんいる
- ・楽しいことが大好き！新しいことをどんどん取り入れる



### 地区の方が抱える悩み・課題

- ・自治会から健康委員が選出されているが、任期が1年のため認識が薄い。
- ・定番の活動に留まっている。
- ・活動に働き盛り世代の参加が少ない。



### 地区担当の悩み・課題

- ・健康委員の役割が明確になっていない。 → 認識が薄い
- ・健康課題について共有できていない。 → 定番の活動
- ・働き盛り世代とのつながりが少ない。 → 活動への参加が少ない

## ある地域のプロジェクトを通して目指す姿

1. 健康課題を共有し、取り組みを共に検討して活動する。



2. 働き盛り世代と協働した健康づくり

◆具体的には・・・

- ・小学校PTA（保護者）を健康実態調査の対象とする。
- ・地区の活動への参加を呼びかける。



# 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要①

(令和4年2月1日厚生労働省告示第24号)

## 1 ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進

地域保健対策の推進に当たって、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用し、住民による自助及び共助への支援を推進すること。

## 2 地域の特徴をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進

市町村は、学校や企業などの地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進すること。

## 3 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化

市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制整備に努め、都道府県及び保健所は、管内の現状を踏まえ、医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めること。

## 4 地域における健康危機管理体制の確保

(感染症を含む)

○都道府県及び市町村は、大規模災害時等を想定し、被災地以外の自治体や国とも連携した情報収集体制や保健活動の全体調整、保健活動への支援等の体制を構築すること。

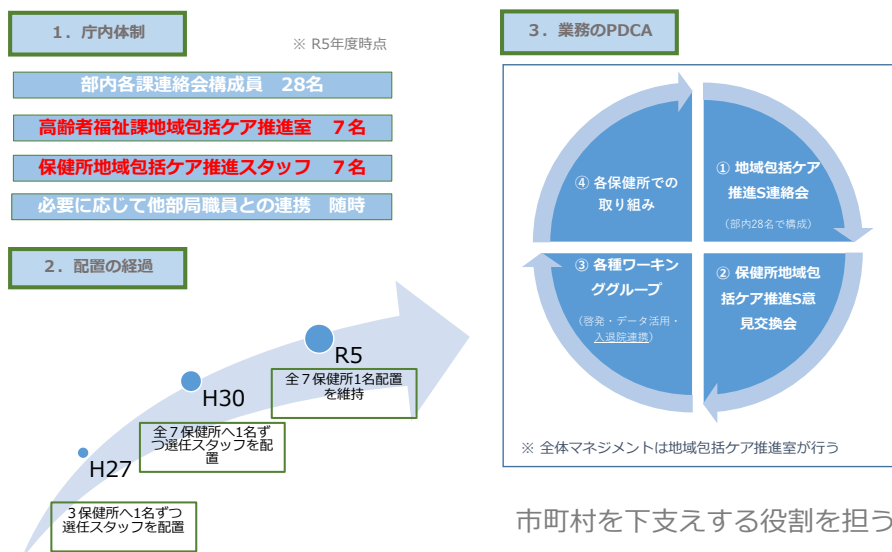
○国は、広域的な災害保健活動に資する人材育成支援や保健師等について迅速に派遣のあっせん・調整できる仕組みの構築を行うこと。

## 5 学校保健との連携

保健所及び市町村保健センターは、学校保健委員会やより広域的な協議の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努めること。

「地域包括ケアシステム」の構築にむけた組織体制

### 医療分野に強みを持つ保健所を生かした組織体制



保健所「地域包括ケアシステムの構築」に関わる業務概要

⑪ 庁内チームづくり  
★所内連絡会等の開催 ★地域包括ケアスタッフ連絡会等 所内各課の連携を強化する／県庁・保健所間の情報共有・連携を密にする。

② 医療  
☆地域医療構想の進捗管理（総括・病床機能分化）  
☆保健医療計画見直し  
☆医療人材確保（医師確保計画）  
☆在宅医療（外来医療確保計画）  
☆病院間連携  
☆まめネット（カルテ連携）の普及  
☆地域医療介護総合確保基金事業  
医事・難病支援課を中心に取り組み、スタッフは必要に応じて参画する。

③ 医療・介護連携  
★入退院連携ルールの策定・普及展開支援  
★地域医療構想の進捗管理（医療介護連携、医療計画と介護計画の整合性）  
★まめネット（在宅支援）の普及  
○在宅医療介護連携支援センター  
★多職種連携研修等の企画・企画支援  
★県庁各ワーキングへの参加  
圏域レベルの課題解決を中心に、関係機関と協働した取り組みを図る。市町村の取組みとの運動に留意する。また、市町村の取組みを必要に応じて支援する。

④ 介護  
○介護保険事業計画策定・進捗管理  
策定支援とともに保険者機能強化交付金等における事業評価支援を行う  
○介護データの分析  
○介護人材確保  
必要に応じて保険者、市町村へデータ提供・分析等の支援を行う。

⑧ 認知症  
☆認知症疾患医療センターの支援  
☆市町村の認知症施策支援  
精神保健担当を中心に取り組み、スタッフは必要に応じて支援する。

⑨ 住民啓発  
保健所で行う住民啓発は、市町村との連携を十分に図り、実施または支援する。

⑩ 新型コロナ  
・所内一体となった新型コロナ対応  
・介護保険者／介護事業所への情報提供等

① 地域マネジメント  
★市町村の地域マネジメント支援  
・ロードマップ策定支援  
地域包括ケアロードマップの手法を取り入れた地域マネジメント支援など  
・地域ケア会議等  
ケア会議等に随時参加し、情報収集・助言・政策形成に向けた支援を行う。所内職員とも連携し、地域課題や市町村の取組みの共有を図る。

⑦ 生活支援／⑤ 住まい  
★小さな拠点との連携推進  
市町村の生活支援体制整備事業と小さな拠点づくりが連携して行われるよう支援する。  
○生活支援体制整備事業  
生活支援の各論については、県担当課につなぐ等必要に応じて支援する。

⑥ 介護予防・健康づくり  
☆健康長寿しまねの取組み（継続）  
★専門職（リハ職等）の参画支援  
健康増進課が従来から取り組んでいる健康を切り口としたまちづくりを、健康づくりと介護予防の一体的な提供、運動・口腔・栄養の連携した取り組みを意識して継続する。

R2年度末時点、すでに保健所では新型コロナ対応が色濃くなってきていた…

（実施主体の目安として） ★スタッフ为主体で取り組むもの ☆保健所他課が主体で取り組むもの ○市町村、保険者の取組みに参画するもの  
※R2年度末 保健所スタッフによる整理 枠線の太さが、スタッフの介入度（ざっとしたイメージ）を示しています

7 保健所地域包括ケア推進スタッフの取り組み例

地域マネジメントを意識した取り組み

第二期スタッフ（H29～R1年度）  
地域包括ケアロードマップ策定支援

『地域マネジメント』とは  
「地域の実情把握・課題抽出を通じて、地域における共同の課題を整理し、緊急課題を整理するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と対策の意思を繰り返し図ることです。目標達成に向けた共通の責任を担うこととする目的」  
（伊藤 2018年2月、地域包括ケア推進事務局）

取り組むべきポイント  
・ 各分野で進められている案件と課題を整理する。その関係性を把握し、課題抽出を行う。  
・ 県庁や関係機関と、関係性を構築する。  
・ このために、自治体の関係機関などさまざまな関係機関と連携を図ることが必要。  
・ 地域の実情、目標を整理し、そして、優先課題を抽出し、優先課題を整理する。  
・ これまでの「事業推進」から「成果を生み出し、定量的に評価し検証し、改善を図る」  
・ 成果を生み出し、検証し、改善を図ることを繰り返す。

ロードマップ策定支援

第一期スタッフ（H30～R1年度）

1 県庁・保健所  
県庁・保健所間の連携を強化する。県庁・保健所間の情報共有・連携を密にする。

2 関係機関との連携  
関係機関との連携を強化する。関係機関との情報共有・連携を密にする。

3 支援期間中  
4 関係機関との連携を強化する。関係機関との情報共有・連携を密にする。

保健所の役割を整理

第三期スタッフ（R2～R3年度）

市町村の斜め連携を見る化

3 支援期間中  
4 関係機関との連携を強化する。関係機関との情報共有・連携を密にする。

関係機関との連携を強化する。関係機関との情報共有・連携を密にする。

地域づくり加速化事業への参画

## 県庁各課と保健所の連携事業の一例

### 島根県入退院連携ガイドラインの作成（H30～R1年度）

#### 背景

- ◆病院と地域を多職種でつなぐ切れ目のない連携が必要
- ◆関係者の一体的な支援につながる標準的な入退院調整や情報共有のルールが必要
- ◆できる限り共通のルール・様式となるようなモデルを作成し、評価につなげていくことが必要

#### 趣旨

- 要介護・要支援者及び退院支援が必要な者が入院または退院をするにあたって、病院とケアマネジャー間で着実に引き継ぐための情報共有のルール。
- 病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、引継ぎが不十分なために在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的。

#### 対象

- (1) 適用地域：島根県全域
- (2) 支援の対象者：自宅等から入院し自宅等へ退院する患者（利用者）で下記の①～③のいずれかに該当する者
  - ① 介護保険サービスを利用している者
  - ② 退院後に新たに介護保険サービスを利用する者
  - ③ その他必要と判断した者
- (3) 支援の担当者：
  - ① 病院担当者（地域連携室、病棟看護師等）
  - ② ケアマネジャー（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）

#### 留意事項

- 二次医療圏単位でルールを作成する際のモデル
- 各圏域で検討、場づくりが必要
- 策定後も、周知、運用確認や課題解決に向けた検討が必要



## 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要①

(令和4年2月1日厚生労働省告示第24号)

### 1 ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進

地域保健対策の推進に当たって、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用し、住民による自助及び共助への支援を推進すること。

### 2 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進

市町村は、学校や企業などの地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進すること。

### 3 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化

市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制整備に努め、都道府県及び保健所は、管内の現状を踏まえ、医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めること。

### ★ 4 地域における健康危機管理体制の確保

感染症を含む

- 都道府県及び市町村は、大規模災害時等を想定し、被災地以外の自治体や国とも連携した情報収集体制や保健活動の全体調整、保健活動への支援等の体制を構築すること。
- 国は、広域的な災害保健活動に資する人材育成支援や保健師等について迅速に派遣のあっせん・調整できる仕組みの構築を行うこと。

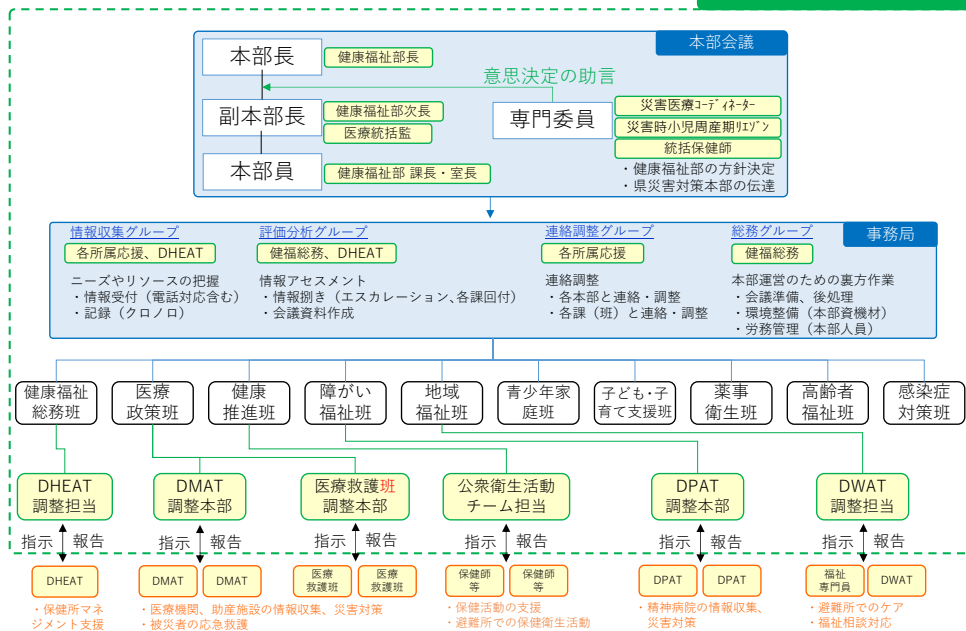
### 5 学校保健との連携

保健所及び市町村保健センターは、学校保健委員会やより広域的な協議の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努めること。

# 災害対応 保健医療福祉チーム運用イメージ

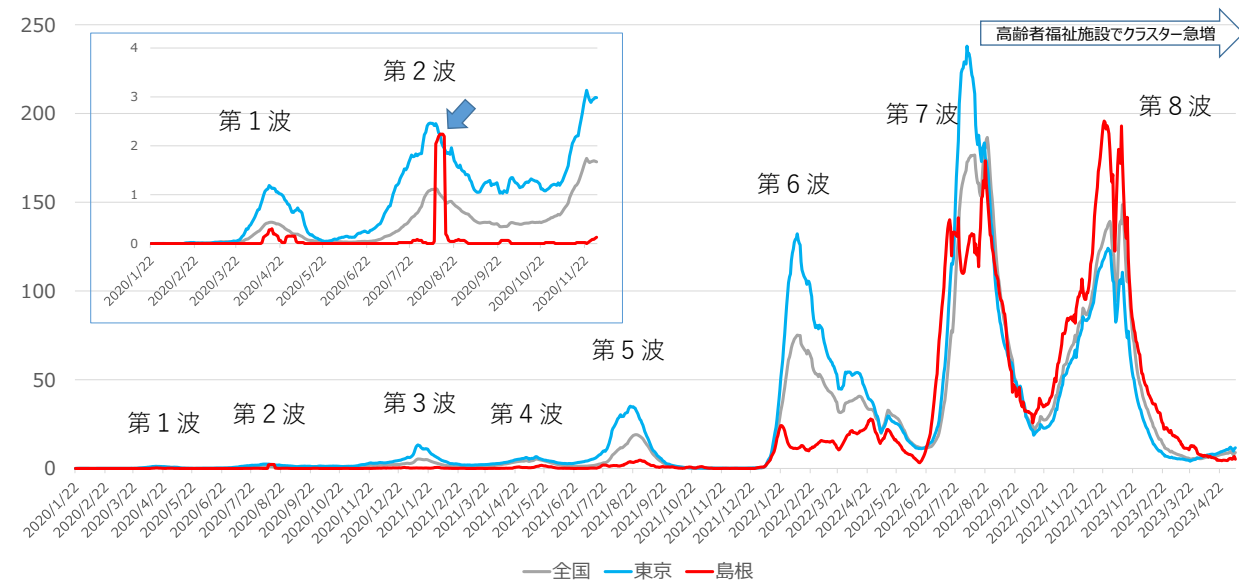
保健医療福祉調整本部

感染症危機管理  
については現在検討中

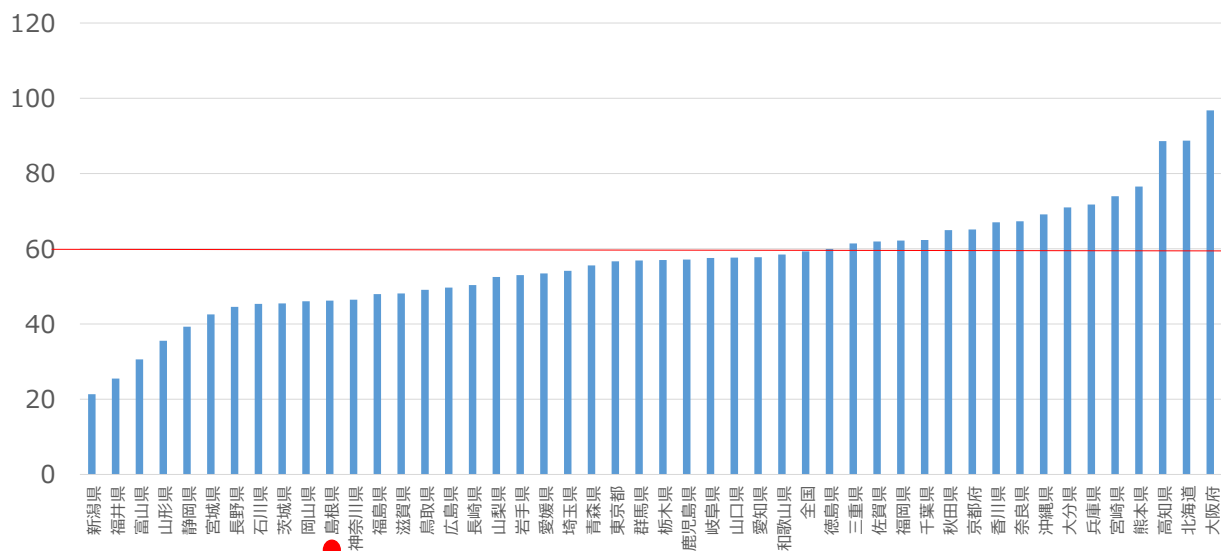


# 新型コロナウイルス感染症新規感染者数

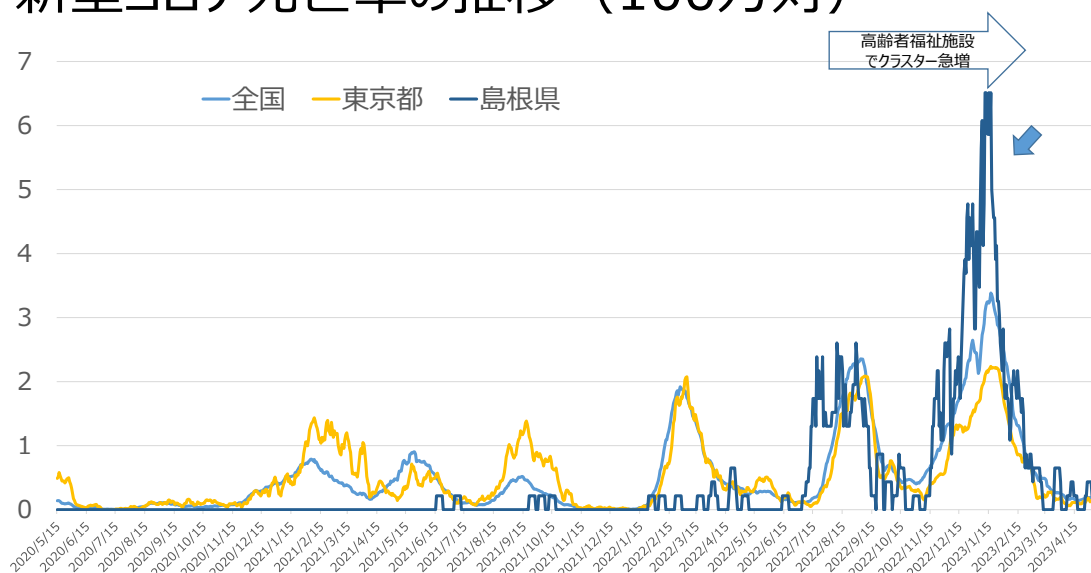
10万対1日新規感染者数(移動平均)



## 都道府県別新型コロナウイルス死亡率（10万対）



## 新型コロナウイルス死亡率の推移（100万対）



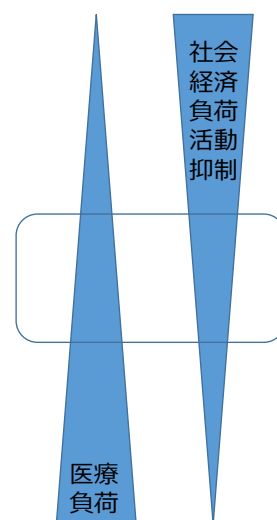
# 世界の感染者数・死亡者数

人口 <https://www.populationpyramid.net/> (2022update)  
 感染者・死亡者数 Johns Hopkinsの報告より

国名	人口	感染者数	10万対感染者数	死亡者	10万対死亡数
アメリカ	339,996,563	103,802,702	30,531	1,123,836	331
インド	1,428,627,663	44,690,738	3,128	530,779	37
フランス	64,756,583	38,618,509	59,636	161,512	249
ドイツ	83,294,632	38,249,060	45,920	168,935	203
ブラジル	216,422,446	37,076,053	17,131	699,276	323
日本	123,294,513	33,320,438	27,025	72,997	59
韓国	51,784,058	30,615,522	59,122	34,093	66
イタリア	58,870,762	25,603,510	43,491	188,322	320
イギリス	67,736,802	24,425,309	36,059	219,948	325
ロシア	144,444,358	22,075,858	15,283	388,478	269
中国	1,425,671,351	2,023,904	142	87,468	6
スペイン	47,519,627	13,770,429	28,978	119,479	251
スウェーデン	10,612,086	2,699,339	25,436	23,777	224
北朝鮮	24,417,143	1	0.004	6	0.026

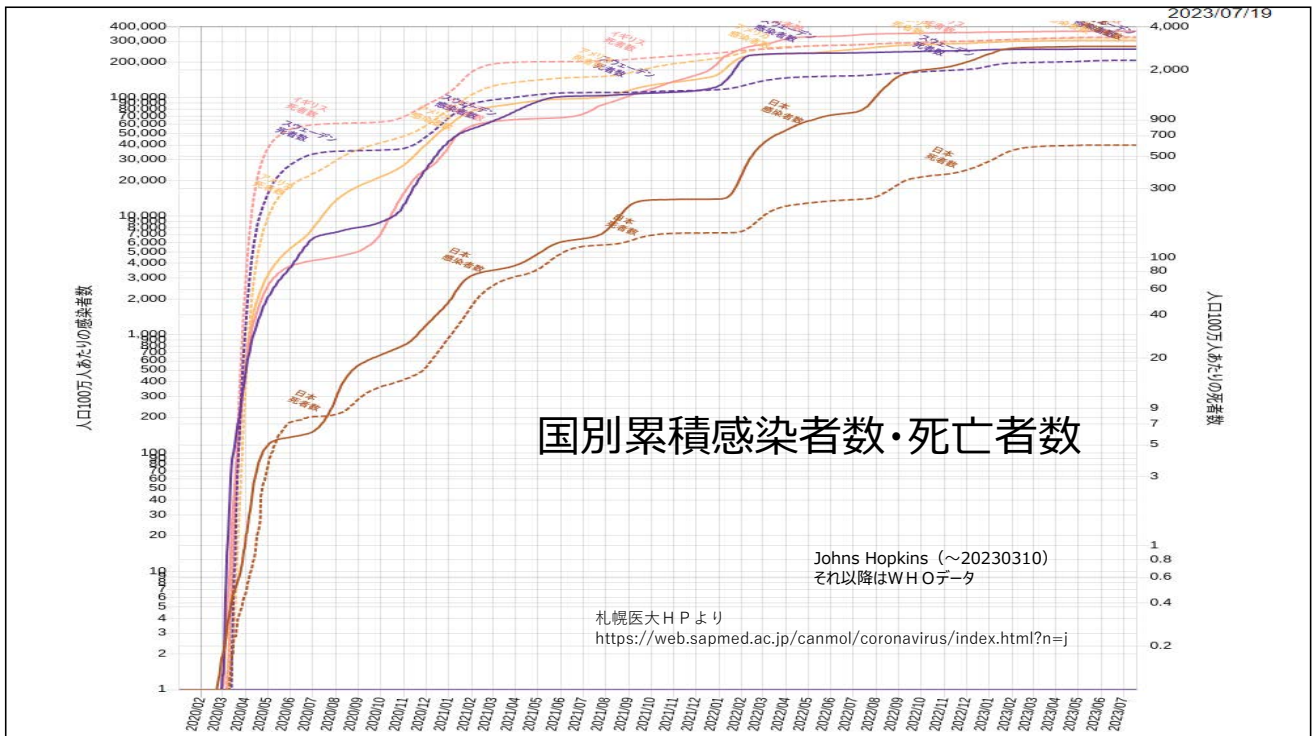
## パンデミックへの対応戦略

- A 封じ込め (Containment)  
徹底的に封じ込めて感染者をゼロにする
  - B 感染制御 (Suppression)  
感染者数を抑制して、死亡者数を抑制する
  - C 被害抑制 (Mitigation)  
感染者数が増えることは許容し、重症化への対応に注力
- 一般的にはA → B → C  
 ~時間を稼いで、対応の準備をする



対応内容：入院体制、治療薬開発、ワクチン開発、感染予防策 等等





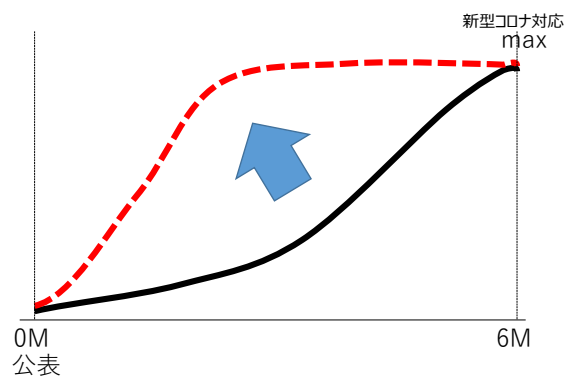
## 新型コロナウイルス対策の総括 (詳細版は現在進行中)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 疫学調査<br/>(積極的疫学調査、クラスター対策)</li> <li>2) 検査体制</li> <li>3) サーベランス<br/>(ゲノムサーベイランスを含む)</li> <li>4) 相談体制</li> <li>5) 外来診療</li> <li>6) 入院医療<br/>(入院調整機能を含む)</li> <li>7) 自宅療養支援</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>8) 宿泊療養</li> <li>9) 高齢者福祉施設等への対応</li> <li>10) ワクチン接種体制</li> <li>11) 広報体制</li> <li>12) 保健所体制 (BCP含)</li> <li>13) <u>人材確保 (外部委託含)</u><br/>~IHEAT、DHEAT含</li> <li>14) 県庁内体制 (BCP含)</li> <li>15) 関係機関との連携</li> </ul> |
|---|---|

## 新興感染症への対応数値目標（感染症予防計画の一部）

3年間で積み上げた実績を6か月で実現する

- 1) 医療提供体制
  - ①医療機関  
(病床確保、外来体制、後方支援)
  - ②自宅療養者等への医療提供
  - ③人材派遣
- 2) 検査体制
- 3) 宿泊療養体制
- 4) 物資の確保
- 5) 人材養成・資質向上
- 6) 保健所体制の強化 等



## 保健所健康危機管理対応計画（感染症編）

平時の準備及び感染状況に応じた取り組み・体制

【業務量及び人員数の想定】 1) 業務量の想定 2) 人員数の想定

【組織体制】 1) 所内体制 2) 受援体制 【BCPを含む】  
3) 職員の安全管理・健康管理 4) 施設基盤・物資の確保

【業務】 1) 相談 2) 地域医療 3) 検体採取・検査  
4) 積極的疫学調査 5) 健康観察・生活支援  
6) 移送 7) 入院・入所調整  
8) 社会福祉施設等対応 9) 水際対策

【関係機関等との連携】

【情報管理・リスクコミュニケーション】

1) 情報管理 2) リスクコミュニケーション

## 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要②

(平成24年7月31日厚生労働省告示第464号)

### 6 科学的根拠に基づいた地域保健の推進

国、都道府県及び市町村は、地域保健に関する情報の評価等を行い、その結果を計画に反映させるとともに、関係者や地域住民に広く公表することを通じて、地域の健康課題と目標の共有化を図り、地域保健対策を一体的に推進することが重要であること。

### 7 保健所の運営及び人材確保に関する事項

保健所は、専門的な立場から企画、調整、指導及びこれらに必要な事業等を行い、市町村への積極的な支援に努めること。

### 8 地方衛生研究所の機能強化

地方衛生研究所を設置する自治体は、サーベイランス機能の強化や迅速な検査体制の確立等が求められていることを踏まえ、技術的中核機関としての地方衛生研究所の一層の機能強化を図ること。

### 9 快適で安心できる生活環境の確保

都道府県、国等は、食中毒等に係る情報共有体制の強化や食品衛生監視員等の資質向上等を通じた保健所機能の強化に努めるとともに、生活衛生同業組合等の関係団体に対する指導・助言に努め、営業者の自主的な衛生管理等を通じた食品安全・生活衛生等の施策の推進を図ること。

### 10 国民の健康増進及びがん対策等の推進

健康増進計画の策定・実施等の取組を行う場合、ソーシャルキャピタルを活用した地域の健康づくりに関係するNPO等との連携及び協力も強化すること。また、地域のがん対策、肝炎対策、歯科口腔保健の推進に関し、それぞれ必要な施策を講じること。

## データに基づく地域保健活動

- 1) 死亡データ
- 2) 特定健康診断データ (EMITAS-G)
- 3) レセプト (EMITAS-G)  
～国保、後期高齢、協会けんぽ
- 4) 母子保健関連データ  
～妊婦健診、乳児健診、1.6歳児健診、3歳児健診

# 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の概要②

(平成24年7月31日厚生労働省告示第464号)

## 6 科学的根拠に基づいた地域保健の推進

国、都道府県及び市町村は、地域保健に関する情報の評価等を行い、その結果を計画に反映させるとともに、関係者や地域住民に広く公表することを通じて、地域の健康課題と目標の共有化を図り、地域保健対策を一体的に推進することが重要であること。

## 7 保健所の運営及び人材確保に関する事項

保健所は、専門的な立場から企画、調整、指導及びこれらに必要な事業等を行い、市町村への積極的な支援に努めること。

## 8 地方衛生研究所の機能強化

地方衛生研究所を設置する自治体は、サーベイランス機能の強化や迅速な検査体制の確立等が求められていることを踏まえ、技術的中核機関としての地方衛生研究所の一層の機能強化を図ること。

## 9 快適で安心できる生活環境の確保

都道府県、国等は、食中毒等に係る情報共有体制の強化や食品衛生監視員等の資質向上等を通じた保健所機能の強化に努めるとともに、生活衛生同業組合等の関係団体に対する指導・助言に努め、営業者の自主的な衛生管理等を通じた食品安全・生活衛生等の施策の推進を図ること。

## 10 国民の健康増進及びがん対策等の推進

健康増進計画の策定・実施等の取組を行う場合、ソーシャルキャピタルを活用した地域の健康づくりに関係するNPO等との連携及び協力も強化すること。また、地域のがん対策、肝炎対策、歯科口腔保健の推進に関し、それぞれ必要な施策を講じること。

# 島根県保健環境科学研究所

所長

感染情報管理スタッフ（3）・・兼務1、増員2

総務企画部（1）

総務企画課（3）

保健福祉情報課（2）

感染症疫学部（1）

細菌科（5）

ウイルス科（5）・・兼務1

環境科学部（1）

大気環境科（5）

水環境科（5）

湖沼環境スタッフ（1）

疫学機能強化  
検査機能強化  
感染症情報管理機能強化

浜田保健所検査課（1）

環境理化学検査係（2）

細菌検査係（4）・・兼務1

～ウイルス検査の強化～

島根県保健環境科学研究所調査研究課題等検討委員会

どうする

これから~~どうなる~~  
保健所  
地方衛生研究所

# 現場アンケートから見えた 公衆衛生職場の課題と今後の取り組み

2024年度地域保健・精神保健セミナー  
2023年12月16日

自治労衛生医療評議会 事務局長 平山春樹

## 調査の目的

- 新型コロナウイルス感染症の対応は、既に約3年にも及ぶ長期間にわたり、全国の医療現場、保健所、保健センター、地方衛生研究所が、各地域において中心的な役割を果たしてきました。
- このような状況下で、現場で働く方々の労働環境について把握することを目的に、組合員を対象にアンケート調査を実施しました。



# 保健衛生施設組合員アンケート調査の概要

- 調査対象：自治労加盟の保健衛生施設で働く組合員  
(保健所、保健センター、地方衛生研究所)
- 調査方法：WEBアンケート (Googleフォーム)
- 調査期間：2022年11月25日～2023年1月19日
- 回答状況：41都道府県 1851人

## 〈県別内訳〉

長野県：202人 (10.9%)、北海道：136人 (7.3%)、広島県：117人 (6.3%)、佐賀県：101人 (5.5%)、徳島県：88人 (4.8%)  
茨城県：70人 (3.8%)、栃木県：61人 (3.3%)、石川県61人 (3.3%)、三重県：60人 (3.2%)、鹿児島県：58人 (3.1%)、岐阜県57人 (3.1%)  
和歌山県：53人 (2.9%)、千葉県：49人 (2.6%)、沖縄県：48人 (2.6%)、東京都：47人 (2.5%)、富山県：44人 (2.4%)、その他：599人 (32%)

## 〈男女別内訳〉

男性：484人 (26.1%)、女性：1361人 (73.5%)、その他：6人 (0.3%)

## 〈年代内訳〉

10代：4人 (0.2%) 20代：459人 (24.8%)、30代：453人 (24.5%)、40代：487人 (26.3%)、50代：382人 (20.6%)、60代以上：66人 (3.6%)

## 〈事業所別内訳〉

保健所：1019人 (55.1%)、保健センター：740人 (40.0%)、地方衛生研究所：92人 (5.0%)

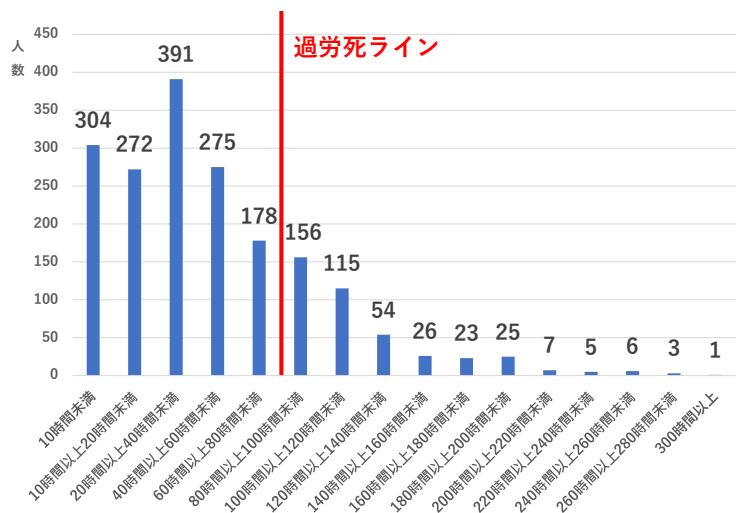
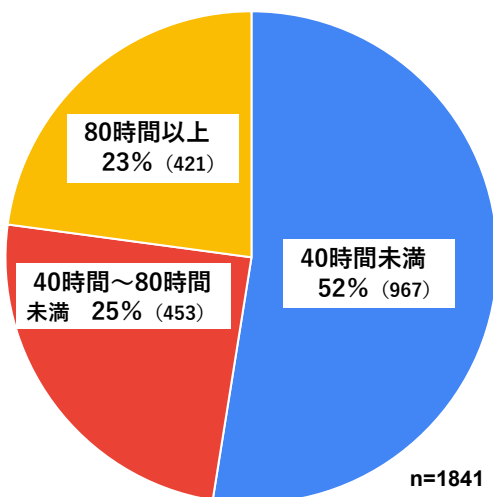
## 〈雇用形態別内訳〉

正規職員：1773人 (95.8%)、再任用 (再雇用) 職員：41人 (2.2%) 会計年度任用職員 (非正規職員)：37人 (2.0%)

## 〈職種別内訳〉

保健師：893人 (48.2%)、事務職：321人 (17.3%)、薬剤師：133人 (8.3%)、管理栄養士：119人 (6.4%)、獣医師：92人 (5.0%)、臨床検査技師：50人 (2.7%)  
看護師：48人 (2.6%)、農芸化学：24人 (1.3%)、診療放射線技師16人 (1.3%)、歯科衛生士16人 (1.3%) 研究職：14人 (0.8%)、公認心理士：9人 (0.5%)  
精神保健福祉士：9人 (0.5%)、食品衛生監視員：9人 (0.5%)、栄養士：9人 (0.5%)、施設管理：7人 (0.4%)、その他：89人 (4.4%)

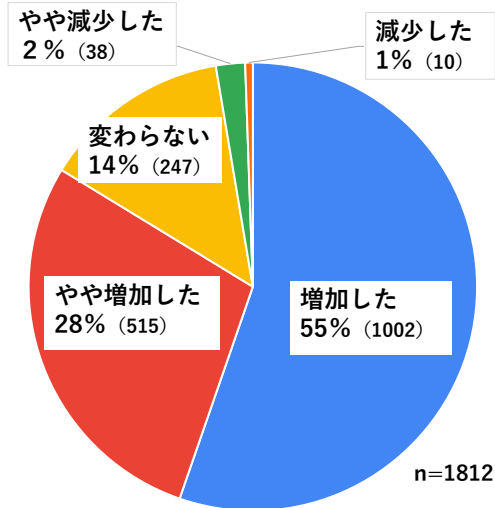
## 2022年1月から12月で最も多かった月の時間外労働は？



保健衛生職場で働く職員の**23%**が**過労死ライン**の時間外労働を経験

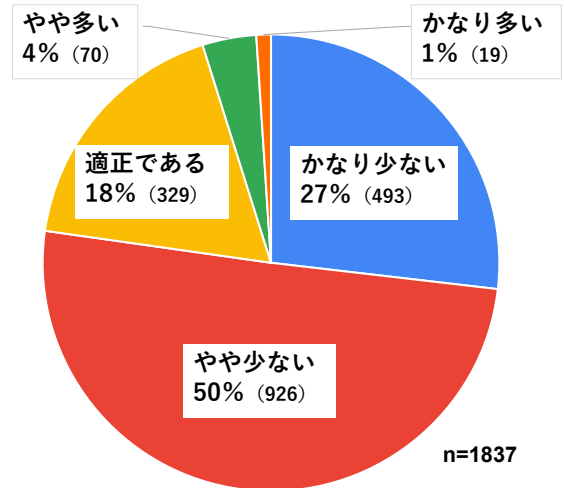
\* 2021年1月～12月も80時間以上経験は23%

## コロナ前と比べた業務量は？



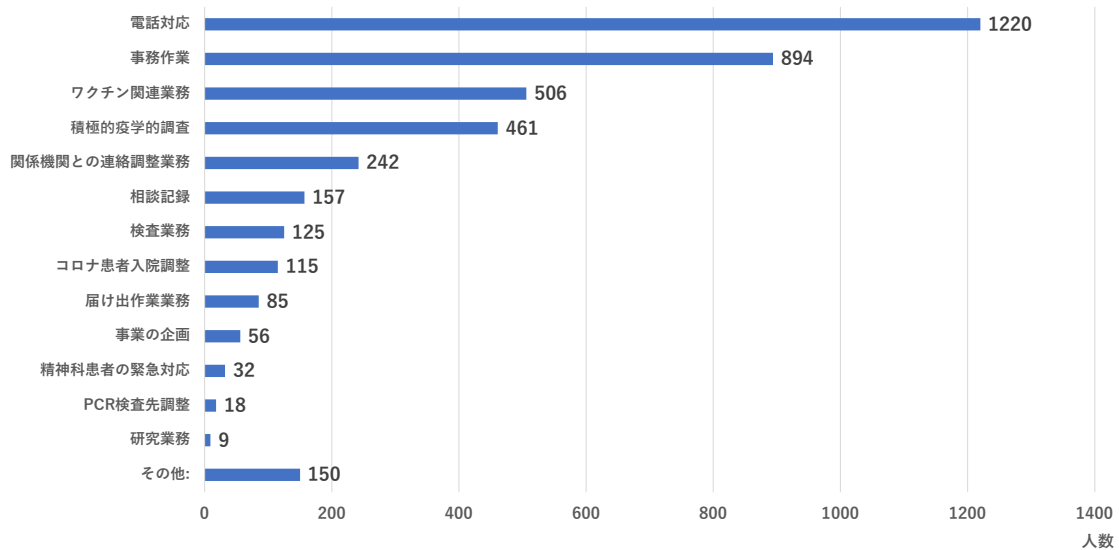
83%が業務量が増加した

## 現在の業務量に対して適切な人員配置ですか？



77%が人員不足

## コロナ禍で増加した業務



増加した業務は、電話対応が最も多く、次いで事務作業

## 人員配置に関する意見（自由記載）

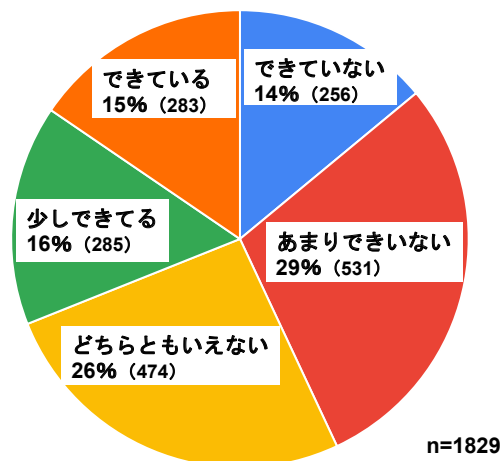
- 業務量に対しての人員が少なすぎる
- コロナ対応に人員が取られ、足りていない
- メンタル不調で休んでいる方が多い
- 離職、休職、産休の不補充が常態化しているのに、業務は減らない
- 事務職が不足しており、専門職としての働きが十分できない
- 獣医師や薬剤師不足が顕著で、残っている職員の負担が増えている
- 正規職員が少なく会計年度任用職員や委託職員の割合が多くなっている
- 経験年数の少ないスタッフが多く、経験豊富な一部職員に負担が大きくなっている。

## 人員配置に関する課題

国の対応として、2021年度から2022年度は保健師を900人増員の地財措置。2023年度は、感染症関連の保健師450人と、保健所と地方衛生研究所の職員をそれぞれ150人増員する措置がとられている。

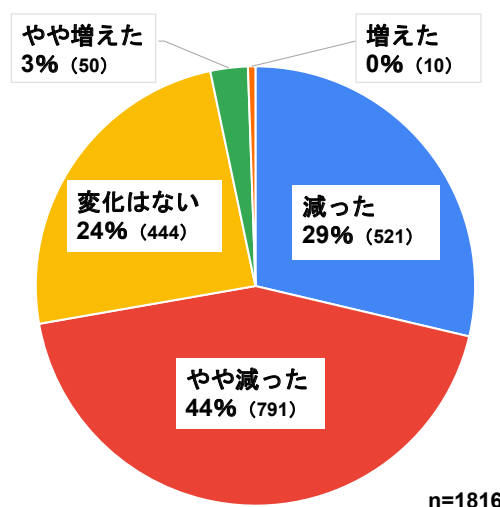
- もともと慢性的な人員不足。業務量に応じた人員配置ができていない。
- 専門職は一定期間教育やトレーニングが必要ですぐに業務がこなせるわけではない。  
また、教育する側に一定の業務負担がでてくるため、計画的な採用と教育・研修が必要。
- 専門職は募集しても採用できない状況がある。処遇や労働環境の改善が必要。

本来業務はできていますか？



コロナ禍で **43%** ができていない

教育・研修の機会は？

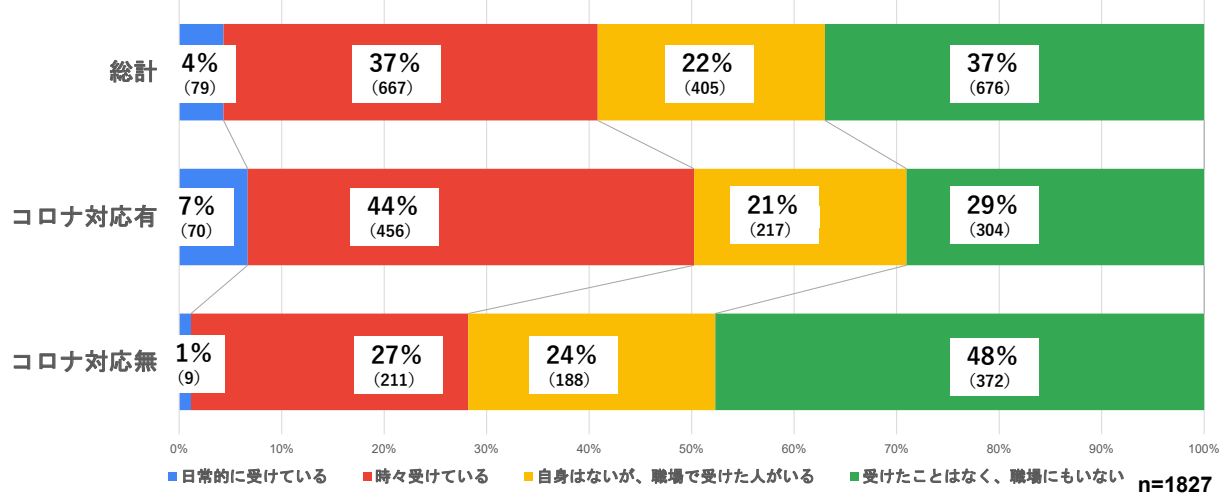


**73%** が機会が減少した

## 本来業務ができてない状況や理由（自由記載）

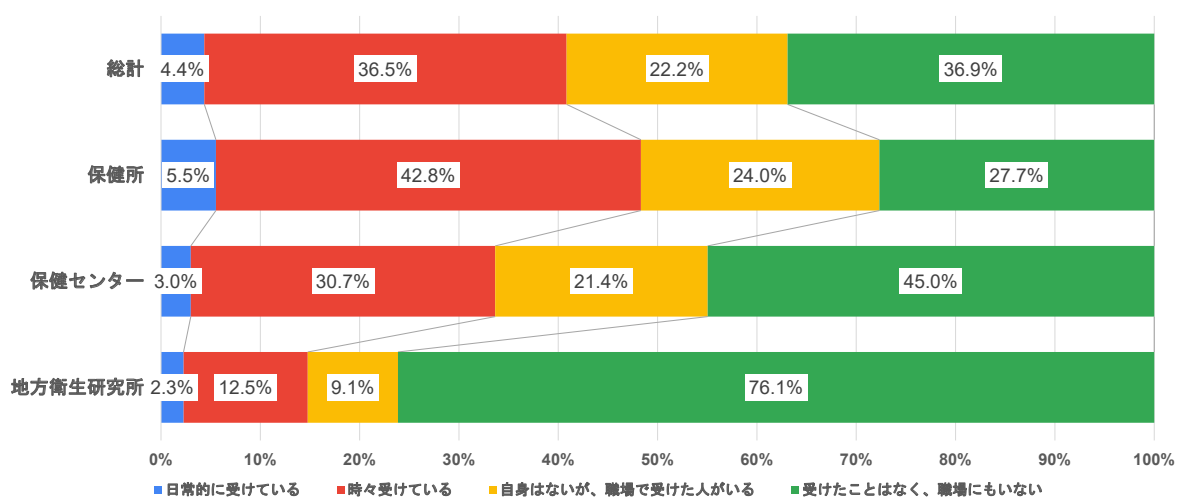
- コロナ関連の業務量が多く、本来業務を行う時間が限られるため
- コロナワクチン業務におわれ、本来の保健師業務がまったくできていない
- 感染予防の観点で集合的事業など、縮小や中止しているため
- コロナの仕事が増加し、通常業務が縮小され、経験の場が減るので技術や知識の伝承が難しくなっている
- コロナ流行後の採用のため、コロナ対応しかしていない

## コロナ対応の有無とカスハラの関係 (2022年1月~12月)



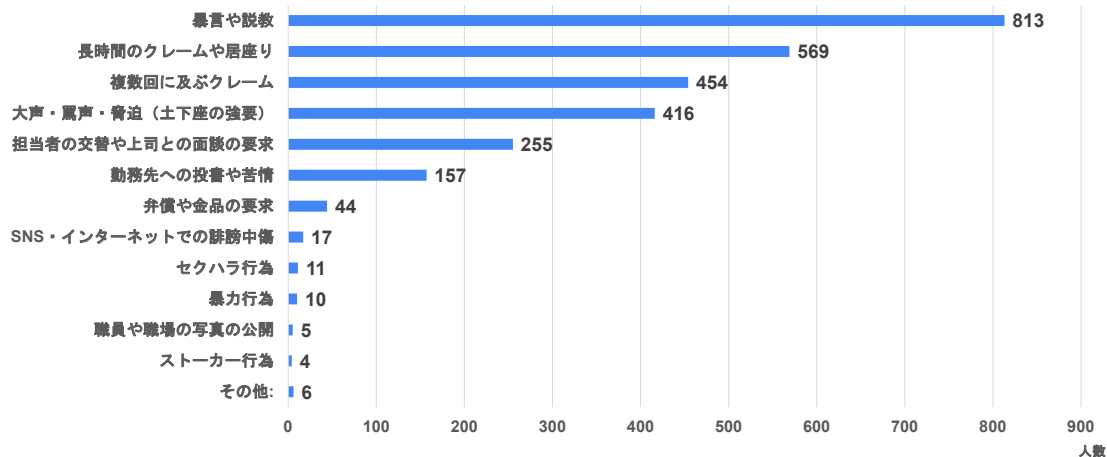
コロナ対応有では**51%**が直接カスハラを受けている

## 職場別のカスハラの有無 (2022年1月~12月)



保健所では、**48%** (日常的・時々受けているの合計) がカスハラを経験している

## カスハラの内容



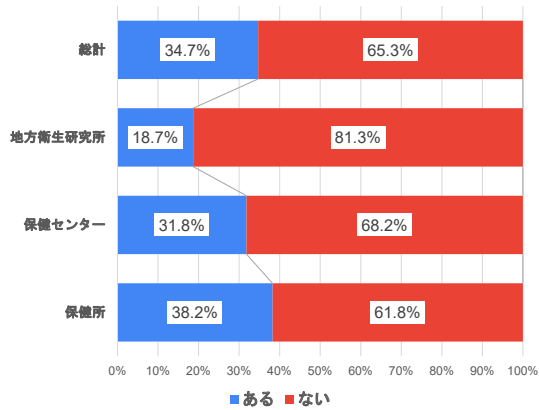
カスハラの内容としては「暴言や説教」が最も多く、次いで「長時間のクレームや居座り」、「複数回に及ぶクレーム」、「大声・罵声・脅迫」となっている

## カスタマーハラメントに関して（自由記載）

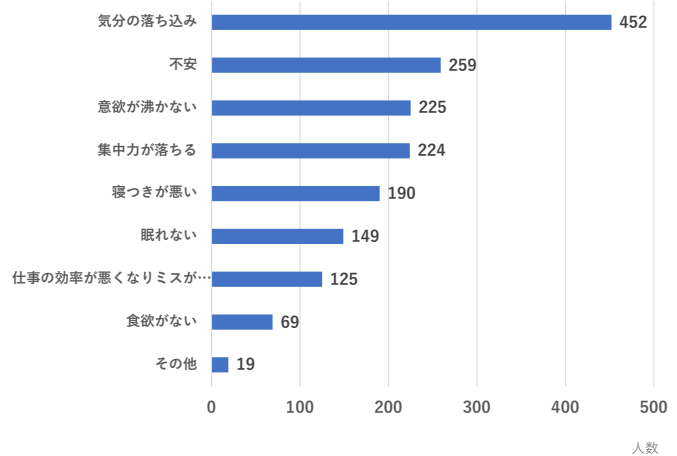
- 無理な要求があり断ると、「感染したり亡くなったりしたら、お前のせいだ」と言われた。
- 「コロナで何かあったら保健所のせい」などと言われた
- 「ワクチン案内を送ることは人殺し」だと、何度となく怒鳴られた
- 電話で「早くワクチン接種券を送らないと殺すぞ」といわれた
- コロナ保険金請求のための証明書の内容についてのクレーム（期間に納得ができない、執拗な催促）が発生ピーク時はかなり多く、本来必要な感染対策業務を行う上での大きな負担になった。



## うつの症状の有無

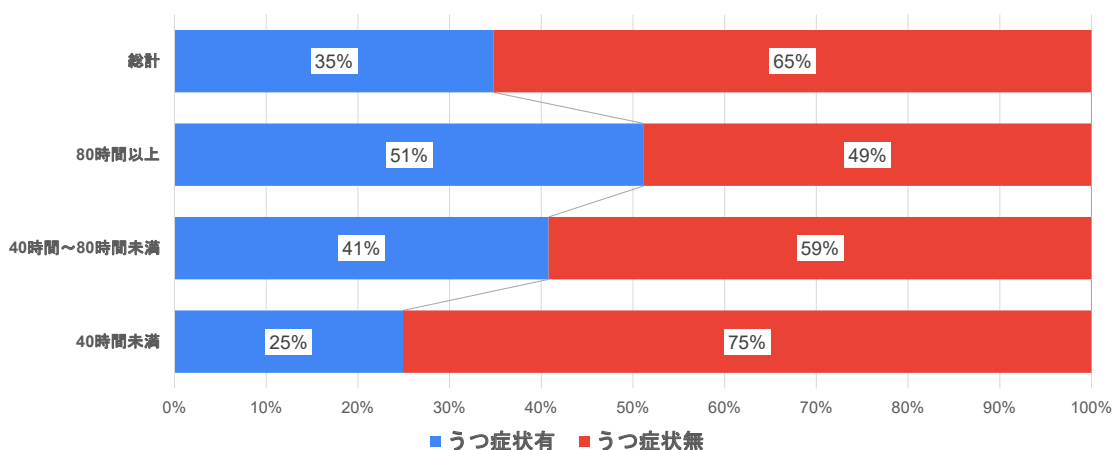


## うつの症状の内容



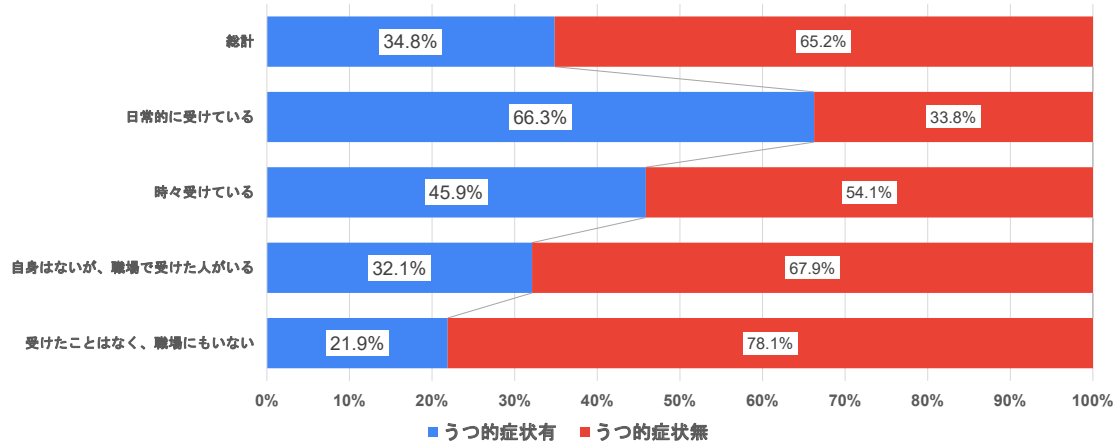
約35%でうつの症状あり、保健所職員が約38%と多くなっている

## 時間外労働とうつの症状の関係



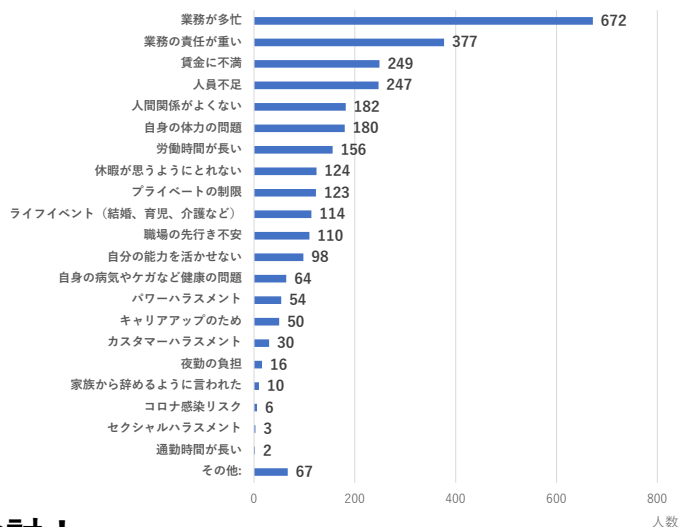
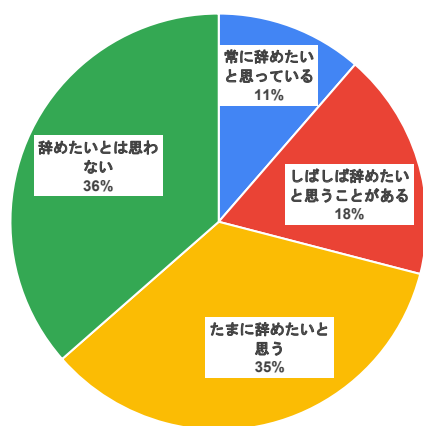
時間外労働が多くなるとうつの症状が増加している

## カスハラの有無とうつの症状の関係



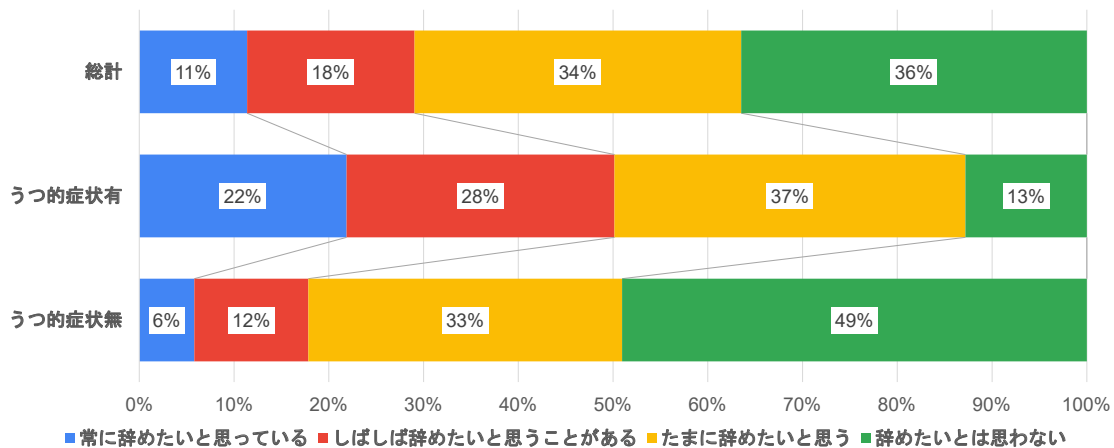
カスハラを受けているとうつの症状が増加している

## 現在の職場を辞めたいと思っていますか？



医療従事者の**64%**が**離職**を検討！ \* 「常に思う」・「しばしば思う」・「たまに思う」の合計  
辞めたいと思う理由は、業務が「業務が多忙」が最も多く、次いで「業務の責任が重い」

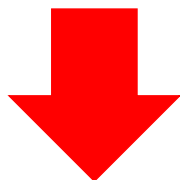
## うつの症状の有無と離職検討との関係



うつの症状有では**87%**も離職を検討している

### コロナ禍を経験して

- 公衆衛生部門の脆弱性が明らかとなった
- 慢性的な人員不足と業務量に応じた人員配置ができていない
- コロナ対応に追われ本来業務が行えず、教育・研修ができていない
- 過重労働やカスハラなど労働環境が悪化し、職員は疲弊
- 今後も感染対策のため新たな業務が増える（予防計画や訓練など）



今後地域住民の命と健康を守るために

平時から適切な人員配置や教育・研修、  
労働環境の改善が不可欠

## 今後の取り組み

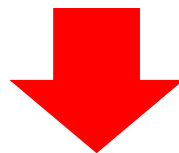
### 単組の取り組み

- 過重労働と離職防止  
⇒ 人員確保、処遇改善、労働環境の改善、関係機関との連携
- メンタルヘルス・カスハラ  
⇒ 安全衛生委員会での対応、相談窓口設置などサポート体制の充実
- 本来業務・人材育成  
⇒ 研修・人材育成に関する予算確保、余力ある人員配置

### 自治労本部の取り組み

- 地域医療提供体制強化むけ、財源確保と人員確保、労働環境改善にむけ省庁・国会対応

地域の健康を守るためには、職員が健康で働き続けられる職場環境が不可欠



労働組合を通じて職場環境改善に取り組んでみませんか？

## 保健所・地方衛生研究所分科会:グループワークの進め方について

### 1. 役割分担を決める

書記（報告）（お名前）

【役割】 議論の内容を記録し、本部衛生医療評議会に提出する

司会進行（お名前）

【役割】 司会は「グループワークの流れ」に沿って、進行を行う。参加者全員に発言してもらうよう配慮する。

### 2. グループワークの流れ

#### 1 周目：イントロダクション

- ・自己紹介（名前、単組、職種、組合役職など）
- ・本日報告の感想など一言（どんな内容でも可）

#### 2～3 周目：「各都道府県等保健所・地方衛生研究所の現状や今後について意見交換」

- ・コロナ禍で明らかになった組織の問題点等
- ・専門職の人材育成や専門性の発揮について
- ・人員確保や部門連携について
- ・今後どのような体制を構築していくべきか？
- ・他施設に聞きたいこと
- ・その他

#### グループワーク終了後

書記の方はグループ報告をお願いします（3グループ程度）。

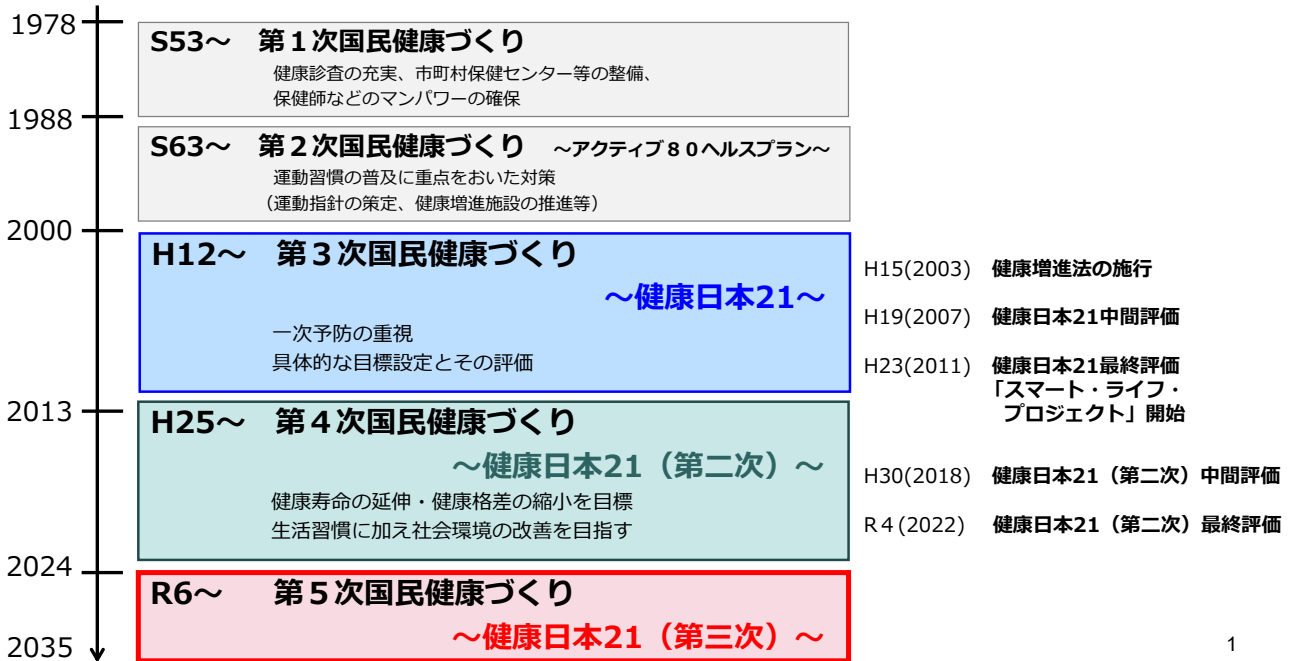
## V 資料・その他





## 我が国における健康づくり運動

○平均寿命が延びる一方で、高齢化や生活習慣の変化により、疾患構造が変化してきた。国民の健康づくりを社会全体で進めることの重要性が増す中で、健康づくり対策を総合的・計画的に推進するため、累次の国民健康づくり運動を展開してきた。



## 健康増進法に基づく基本方針と健康増進計画

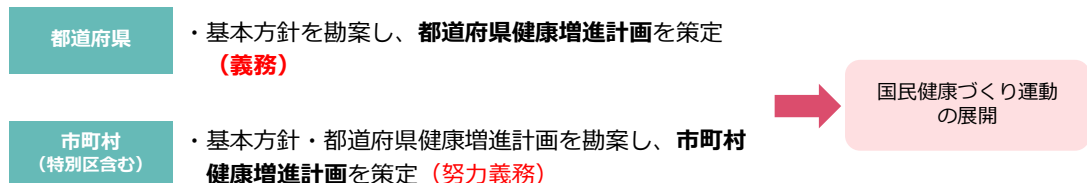
### 健康増進法

第7条 厚生労働大臣は、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**を定めるものとする。

### 基本方針（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：大臣告示）

**国民健康づくり運動を進める上での基本方針**。「国民健康づくり運動プラン」と呼称。以下の事項について定める。

- ①国民の健康の増進の推進に関する**基本的な方向**
- ②国民の健康の増進の**目標**に関する事項
- ③**都道府県健康増進計画**及び**市町村健康増進計画**の策定に関する基本的な事項
- ④国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する**調査**及び**研究**に関する基本的な事項
- ⑤健康増進事業実施者間における**連携**及び**協力**に関する基本的な事項
- ⑥食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する**正しい知識の普及**に関する事項
- ⑦その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

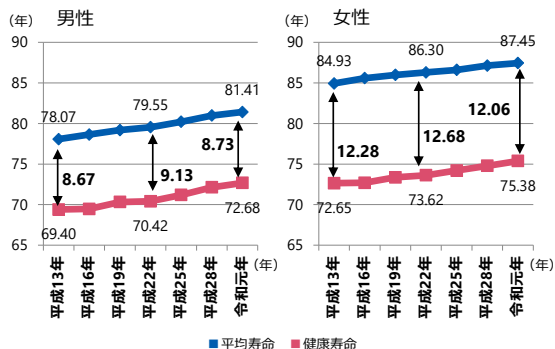


# 健康日本21（第二次）の評価と課題

## 目標の評価

健康日本21（第二次）で設定された目標について、達成状況を厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において評価

○健康寿命は着実に延伸しつつある



○悪化した目標項目

- ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- ・適正体重の子どもの増加
- ・睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
- ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）

○一部の指標（特に生活習慣に関するもの）は悪化・目標未達

評価	①健康寿命の延伸と健康格差の縮小	②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）	③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	④健康を支え、守るための社会環境の整備	⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善	全体
A 目標値に達した	1	3	3		1	8
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		3	4	2	11	20
C 変わらない	1	4	3	1	5	14
D 悪化している		1	1		2	4
E 評価困難※	1	1	2	3	7	7
合計	2	12	12	5	22	53

※新型コロナにより、保健所による調査ができず、直近のデータがない等

## 検討すべき課題

- ・自治体が健康づくり施策を効果的に進めるための方策
- ・データを活用してより効果的に住民の行動変容を促すための方策
- ・社会環境整備等を通じ、健康に関心が薄い者を含めた健康づくり施策を更に進めていくための方策
- ・性差や年齢等も加味した健康づくりの方策
- ・新型コロナなど新興感染症の感染拡大による生活習慣の変化等を踏まえた健康づくり など

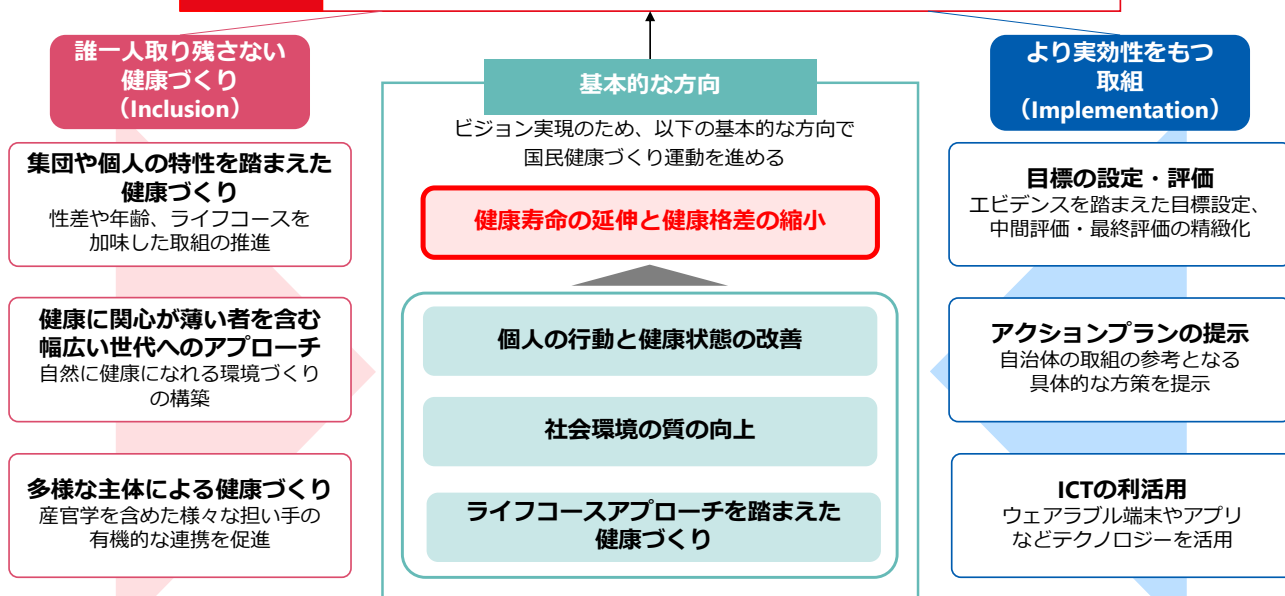
3

# 健康日本21（第三次）の全体像

○ 人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で、各人の健康課題も多様化しており、「**誰一人取り残さない健康づくり**」を推進する。また、健康寿命は着実に延伸してきたが、一部の指標が悪化しているなど、さらに生活習慣の改善を含め、個人の行動と健康状態の改善を促す必要がある。このため、「**より実効性をもつ取組の推進**」に重点を置く。

## ビジョン

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

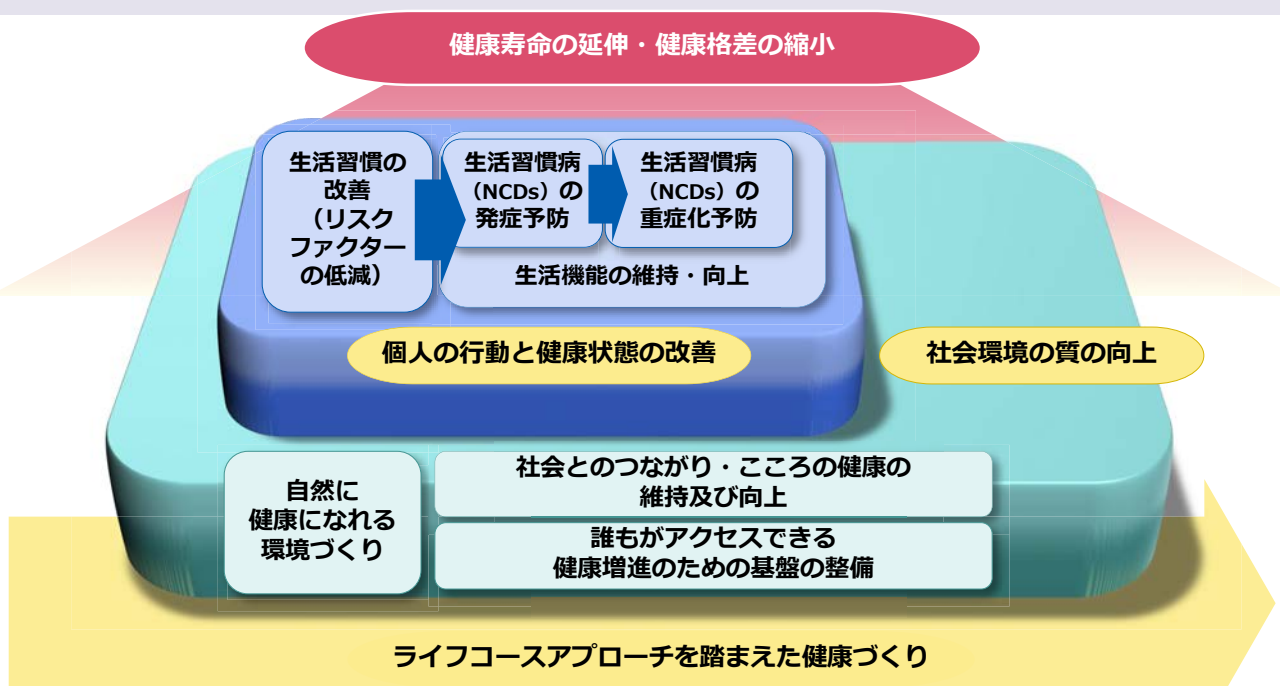


※期間は、令和6～17年度の12年間の予定。

4

## 健康日本21（第三次）の概念図

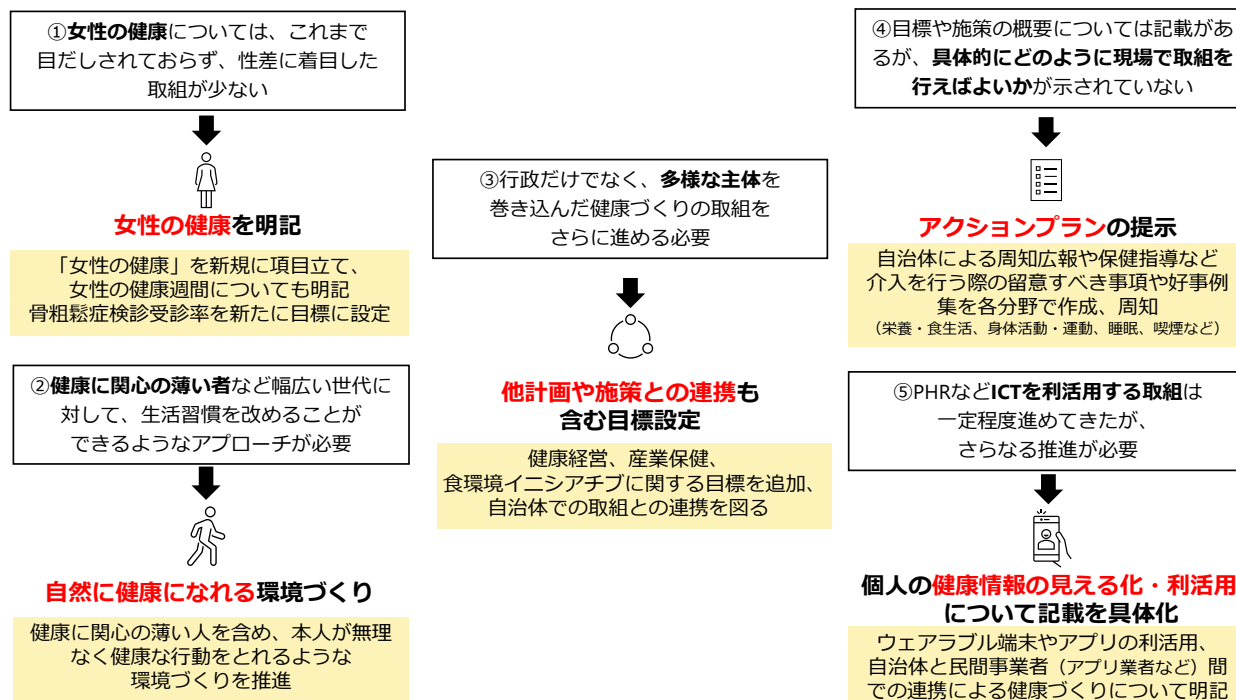
全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



5

## 健康日本21（第三次）の新たな視点

○ 「**誰一人取り残さない健康づくり**」や「**より実効性をもつ取組の推進**」に取り組むため、以下の新しい視点を取り入れる。



6

## 主な目標

- 基本的な方向に沿って、目標を設定。健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスに基づくこと、継続性や事後的な実態把握などを加味し、データソースは**公的統計を利用すること**を原則。目標値は、直近のトレンドや科学的なエビデンス等も加味しつつ、原則として、健康日本21（第二次）で未達のものと同じ目標値、**目標を達成したものはさらに高い目標値を設定**。（全部で51項目）

目標	指標	目標値
<b>健康寿命の延伸と健康格差の縮小</b>		
健康寿命の延伸	日常生活に制限のない期間の平均	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
<b>個人の行動と健康状態の改善</b>		
適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI 18.5以上25未満（65歳以上はBMI 20を超え25未満）の者の割合	66%
野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	350g
運動習慣者の増加	運動習慣者の割合	40%
<b>新</b> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加	睡眠時間が6～9時間（60歳以上については、6～8時間）の者の割合	60%
生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	10%
喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	12%
糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値	1,350万人
<b>新</b> COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率の減少	COPDの死亡率（人口10万人当たり）	10.0
<b>社会環境の質の向上</b>		
<b>新</b> 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」に登録されている都道府県数	47都道府県
<b>新</b> 健康経営の推進	保険者とともに健康経営に取り組む企業数	10万社
<b>ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり（女性の健康関係）</b>		
若年女性のやせの減少	BMI 18.5未満の20歳～30歳代女性の割合	15%
生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している女性の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合	6.4%
<b>新</b> 骨粗鬆症検診受診率の向上	骨粗鬆症検診受診率	15%

7

## 運動期間中のスケジュール

### 計画期間

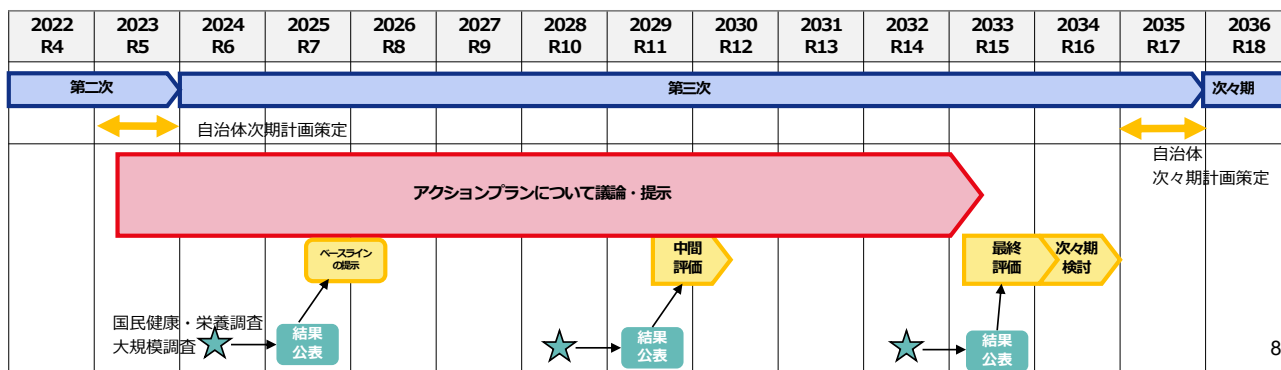
- ・ 関連する計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画等）と計画期間をあわせること、各種取組の健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要すること等を踏まえ、令和6～17年度までの12年間とする。

### 目標の評価

- ・ 全ての目標について、計画開始後6年（令和11年）を目途に中間評価を行うとともに、計画開始後10年（令和15年）を目途に最終評価を行う  
→評価・分析に応じて、基本方針も必要に応じて更新、PDCAサイクルを通じて、より効果的な健康づくりを行う。

### アクションプラン

- ・ 令和6年度以降、アクションプランを、新たに設ける健康日本21（第三次）推進専門委員会（仮）で議論・策定ののち、自治体等に示していく。



8

## ポストコロナ医療体制充実宣言

厳しい医療機関の経営状況が続いていた中で新型コロナウイルスの感染拡大が起こり、医療従事者はこの3年間、新型コロナウイルスに対応してきた。

この間、国民のご理解・ご協力も大きく、我が国における死亡者数は相対的に低く抑えられてきた。

一方で、著しい感染者の増加により、感染流行初期等において医療の逼迫を招いたことから、医療提供体制において新興感染症への平時からの備えが必要であることが明らかとなった。

加えて、平時から感染症有事を通じて、切れ目なくより質の高い医療を提供する観点から、医療におけるデジタル・トランスフォーメーション（医療DX）が必要であることが明らかになった。

新型コロナウイルスの感染は継続している状況ではあるが、次の感染症拡大への備えを厚生労働省、医療界ともに先手先手で実施するため、下記についての取組を集中的に進めることを共同で宣言する。

### <新興感染症対応>

新興感染症の発生に備え、いわゆるサージキャパシティの確保に向けて、現在、改正感染症法に基づき、新型コロナウイルス対応の最大規模の体制を目指して、医療機関等と都道府県が協定締結の協議を行っている。新型コロナ対応を行った病院及び診療所は、協議の結果を踏まえ、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画する。



今後、厚生労働省は「デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）」等を通じた医療機関への支援策を確実に講じ、医療機関等は、個室病床、ゾーニング可能な病棟、簡易陰圧装置等の整備や個人防護具等の備蓄、検査機能の維持や感染症対応人材の確保に取り組む。

こうした取組により、具体的には、令和6年4月までに策定される都道府県の予防計画・医療計画において、感染症の流行初期（発生公表から3か月程度）の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1500機関の発熱外来等を確保し、それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万機関の発熱外来等を確保する。協定締結作業は令和6年9月を目途に完了する。

#### <医療DXの推進>

新型コロナ対応の教訓も踏まえ、全国の医療機関・薬局・訪問看護ステーションで国民一人一人の診療情報等を全国的な規模で共有可能とする全国医療情報プラットフォームを構築するとともに、マイナ保険証の利用を促進することで、感染症危機も含めて、全国いつどの医療機関等にかかっても、切れ目なくより質の高い医療を提供することを可能とする。

今後、「デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）」等の内容も踏まえつつ、電子カルテ情報共有サービス（仮称）の構築、電子処方箋の活用・普及の推進、医療機関におけるサイバーセキュリティの確保に取り組む。

こうした取組みにより、具体的には、電子カルテについて、医療機関間等での情報共有に必要な標準化への対応を順次進める。厚生労働省は、FHIR 規格への対応について支援を行うとともに、クラウドベースの標準型電子カルテの整備を行っていく。

電子処方箋等について、厚生労働省において、各施設の円滑な導入に向けた環境整備を行うとともに、医療機関・薬局において、できる限り速やかに導入するよう取り組む。公的病院においては、可能な限り令和6年度の診療報酬改定に合わせて導入するよう厚生労働大臣より要請する。

サイバーセキュリティについて、厚生労働省が必要な支援を行いながら、医療機関等において、外部ネットワークとの接続の安全性検証やオフライン・バックアップの構築等を順次進める。

看護業務について、医療DXの推進等により、効率化を図る。

以上

令和5年11月6日

厚生労働大臣	武見 敬三
公益社団法人日本医師会会長	松本 吉郎
公益社団法人日本歯科医師会会長	高橋 英登
公益社団法人日本薬剤師会会長	山本 信夫
公益社団法人日本看護協会会長	高橋 弘枝
一般社団法人日本病院会会長	相澤 孝夫
公益社団法人全日本病院協会会長	猪口 雄二
一般社団法人日本医療法人協会会長	加納 繁照
公益社団法人日本精神科病院協会会長	山崎 學

【〇電子処方箋の全国的な普及拡大や機能向上の推進】

令和5年度補正予算案 167億円

医薬局総務課

施策名：電子処方箋の活用・普及の促進事業

① 施策の目的

オンライン資格確認等システムを導入した概ねすべての医療機関・薬局における電子処方箋管理サービスの導入に向けて、その導入費用の助成を支援することで電子処方箋の活用・普及を促進する。

② 対策の柱との関係

I	II	III	IV	V
			○	

③ 施策の概要

都道府県が第四期医療費適正化計画に基づき実施する電子処方箋の活用・普及に向けて、都道府県がその環境整備として行う医療機関等への導入費用の助成を補助する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等（実施主体：都道府県、補助率：国2/3、都道府県1/3）

➢都道府県は活用・普及の促進施策の実施に向けて、電子処方箋の運用開始施設を一定数確保することにより、運用実績から得られる課題やデータ等に関するリソースを確保。

➢運用開始施設を確実に確保するため、都道府県は導入費用に関する助成金※を支給し、給付を受けた施設は一定期間都道府県の取り組みへ協力。（モニター、アンケート、セミナー、広報資材作成、データ提供等の協力が考えられる。）

※助成金と他の補助金を併せて受給することが可能（導入費用に対する財政支援全体の割合：病院1/2、診療所・薬局（大手除く）3/4、大手チェーン薬局1/2）

⑤ 施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

電子処方箋の活用・普及を促進することにより、質の高い効率的な医療の提供に向けた医療DXの推進を図ることができる。

21

【〇電子処方箋の全国的な普及拡大や機能向上の推進】

令和5年度補正予算案 76億円

医薬局総務課

施策名：電子処方箋の機能拡充の促進事業

① 施策の目的

電子処方箋管理サービスの機能を十分に発揮し、同サービスの利活用を推進するため、医療機関・薬局への新機能の導入を促進する。

② 対策の柱との関係

I	II	III	IV	V
			○	

③ 施策の概要

電子処方箋を導入した医療機関・薬局に対する、電子処方箋管理サービスの新機能（リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応等）導入費用への補助を実施。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等（社会保険診療報酬支払基金、定額補助）

電子処方箋を導入した医療機関・薬局に対し、電子処方箋管理サービスの新機能（リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応等）の導入に必要なシステム改修費用を補助する。

（補助の対象となる費用）

ア. 基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システム等の既存システム改修にかかる費用

イ. 接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業等

ウ. システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、運用テスト、運用立会い等

	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	薬局 (大型チェーン薬局以外)
費用の 補助内容	45.2万円を上限に補助 ※事業額の135.6万円を 上限に、1/3を補助	33.3万円を上限に補助 ※事業額の100万円を上 限に、1/3を補助	12.3万円を上限に補助 ※事業額24.5万円を 上限に、1/2を補助	6.4万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を 上限に、1/4を補助	12.8万円を上限に補助 ※事業額25.6万円を 上限に、1/2を補助

⑤ 施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

電子処方箋の活用・普及を促進することにより、質の高い効率的な医療の提供に向けた医療DXの推進を図ることができる。

33

## 医療情報化支援基金（電子処方箋）

令和5年度予算額 130.9億円（383.3億円）※（）内は前年度当初予算額

電子処方箋は、経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月17日閣議決定）におけるデータヘルス改革に関する様々な取組の一環として、全国的な仕組みとして令和5年1月から運用を開始した。  
電子処方箋の重要な機能として、重複投薬を防止等するためにリアルタイムの処方・調剤情報を共有する機能が挙げられる。本事業はこの機能を十分に発揮するために、より多くの医療機関や薬局の参画を促す必要があることから財政支援を行うものである。

### 電子処方箋管理サービス導入費用の補助率

	大規模病院 (病床数200床以上)	病院 (大規模病院以外)	診療所	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付 が月4万回以上の薬局)	薬局 (大型チェーン薬局以外)
令和4、5年度 導入完了した 施設	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を 上限に、その 1/3を補助	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を 上限にその 1/3を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上 限にその 1/2を補助	9.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を 上限にその 1/4を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を 上限にその 1/2を補助
令和6年度 導入完了した 施設	121.7万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を 上限にその 1/4を補助	81.5万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を 上限にその 1/4を補助	12.9万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を 上限にその 1/3を補助	7.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を 上限にその 1/5を補助	12.9万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を 上限にその 1/3を補助

<補助の対象となる事業>

- ①～③については、上記電子処方箋管理サービス導入費用の補助率による。（消費税分（10%）も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額）
- ①基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システム等の既存システム改修にかかる費用
  - ②接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用
  - ③システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、運用テスト、運用立会い等

23

## 訪問診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

### 1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
  - ① マイナンバーカードの読取・資格確認等のためのモバイル端末等の導入
  - ② レセプトコンピュータの改修

### 2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (訪問診療・訪問服薬指導等)
病院	1 / 2	41.1万円 事業額上限82.2万円
大型チェーン薬局	1 / 2	8.5万円 事業額上限17.1万円
診療所・薬局	3 / 4	12.8万円 事業額上限17.1万円

- ※ 事業額上限は、モバイル端末：4.1万円、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院）／13万円（診療所・薬局）
- ※ 訪問診療等とオンライン診療等の両方を実施している場合は、この上限額となる。

※ 訪問診療のみを提供する既存の医療機関等については、オンライン資格確認のシステム本体の導入補助（ICT基金）を活用した上で、居宅同意取得型の導入補助を受けることとなる。

24

## オンライン診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

### 1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
  - ▶ レセプトコンピュータの改修

### 2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (オンライン診療・オンライン服薬指導)
病院	1 / 2	39万円 ※事業額上限78.1万円
大型チェーン薬局	1 / 2	6.5万円 ※事業額上限13万円
診療所・薬局	3 / 4	9.7万円 ※事業額上限13万円

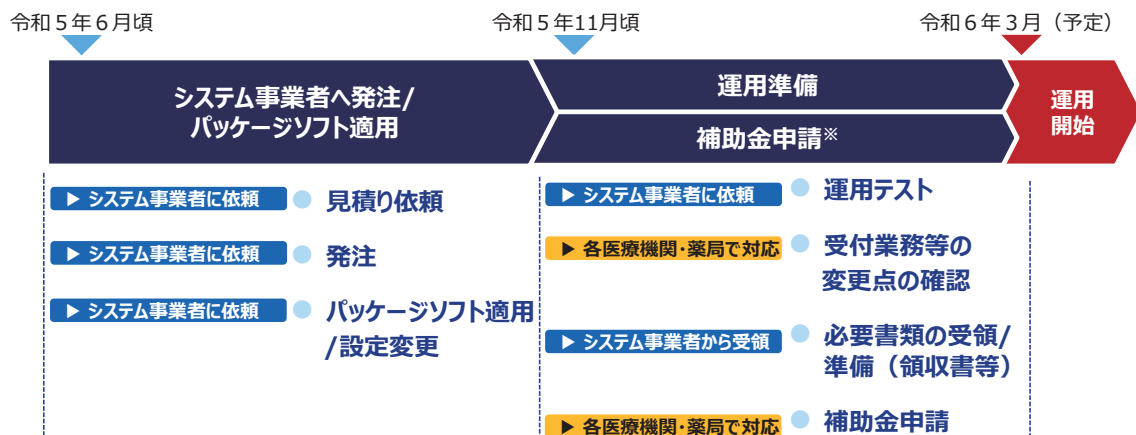
※ 事業額上限は、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院） / 13万円（診療所・薬局）

25

## 医療扶助におけるオンライン資格確認導入について

- 令和6年3月からの運用開始に向けて、本年6月頃より医療機関等に対して、医療扶助のオンライン資格確認の導入に係るシステム改修等のスケジュールをお示しの上、システム事業者様に早期にご相談いただくよう、周知等を進めている。
- 同システム改修は、補助金の対象（申請スケジュール等の詳細は、11/13から医療機関等向け総合ポータルサイトにて公表）
  - ・申請受付期間：令和5年11月13日～令和6年1月15日（令和5年11月時点）
  - ・必要提出書類：領収書（写）※内訳が分かるものも含む、オンライン資格確認等事業完了報告書
  - ・費用補助内容：① 病院 → 28.3万円（事業額56.6万円を上限に、その1/2を補助）  
② 大型チェーン薬局 → 3.6万円（事業額7.3万円を上限に、その1/2を補助）  
③ 診療所、薬局（大型チェーン薬局以外） → 5.4万円（事業額7.3万円を上限に、その3/4を補助）

### 【保険医療機関・薬局における準備作業スケジュール】



※申請受付期間：令和5年11月13日～令和6年1月15日（令和5年11月時点）

26



## (参考) 医療機関・薬局の作業範囲の整理

- 医療扶助のオンライン資格確認の導入に当たっては、医療保険のオンライン資格確認の導入が済んでいれば、医療機関等システム基盤（資格確認端末/顔認証付きカードリーダー）及びネットワーク（オンライン請求回線）を可能な限り活用できるため、**導入に係る負担は削減**されます。
- **医療機関・薬局において必要になる作業は、医療保険と医療扶助の差分に係るシステム改修対応**となります。
- 上記を踏まえた上で、医療機関・薬局における作業範囲は以下のとおりです。

作業項目		「医療扶助のオンライン資格確認」導入時
オンライン資格確認等の機器 (資格確認端末、カードリーダー)	資格確認端末等の設定	作業不要 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み ※資格確認端末のアプリケーションは自動配信
	資格確認端末等の設置 初期セットアップ	作業不要※1 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み
既存システム (レセプトコンピュータ、電子カルテシステム、薬局システム)	医療扶助のオンライン資格確認 対応版パッケージソフト適用	医療機関・薬局ごとに対応が必要
	業務上の操作確認	医療機関・薬局で実施することも可能 ※システム事業者とご相談ください
ネットワーク	ネットワーク敷設	作業不要 ※医療保険のオンライン資格確認導入済み

※1 オンライン資格確認の画面の環境設定（管理者アカウントでログイン）で「医療扶助」を「利用する」に変更いただく、もしくは、レセプトコンピュータから環境設定更新インターフェイスで「医療扶助」を「利用する」に変更いただく必要があります。

27

## (訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案) 「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順 (1/2)

第168回社会保障審議会医療保険部会  
(令和5年9月29日) 一部改変

- ・ 医療機関等のモバイル端末等からWebサービス「マイナ在宅受付Web」へアクセスし、はじめに、薬剤情報等の提供について、患者が同意の有無を選択します。
- ・ 登録する同意情報の内容を確認します。

### 患者宅等

### 薬剤情報等の提供に関する同意取得（マイナ在宅受付Web）

- ① 医療機関等のモバイル端末等を利用して、「マイナ在宅受付Web」へアクセス



- ② 診療/薬剤情報・特定健診情報等の提供について、患者が同意の有無を選択

The flowchart illustrates the consent process on the 'My Number Home Reception Web' (マイナ在宅受付Web). It starts with '同意登録の準備と開始' (Preparation and start of consent registration), followed by 'マイナンバーカードの準備' (Preparation of My Number Card) and 'マイナンバーカードへの保険証の登録' (Registration of health insurance card to My Number Card). The main part shows a consent screen for '00000 医療機関' (Medical Institution) with three steps: 1. Input, 2. Confirmation, 3. Completion. The screen lists various information items for which consent is required: 診療情報および薬剤情報の提供 (Medical and drug information), 特定健診情報の提供 (40歳以上対象) (Specific health check information), 限度額情報の提供 (Limit information), and 特定疾病療養費受診情報の提供 (Specific disease medical care fee information). Each item has '同意する' (I agree) and '同意しない' (I do not agree) buttons. At the bottom, there are buttons for 'すべての項目に同意する' (I agree to all items) and '同意内容を確認する' (Check consent content). The final step is '同意登録内容の確認' (Check consent registration content), which shows a summary of the registered information and a button to '同意内容を確認する' (Check consent content).

次頁へ

28



## (訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み) 「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順 (2/2)

- モバイル端末等にあらかじめインストールした「マイナポータル」アプリに遷移して、患者が4桁の暗証番号を入力後、マイナンバーカードをかざし、本人確認を行います(初回のみ)。
- 「マイナ在宅受付Web」に薬剤情報等の提供に関する同意情報が登録されます。
- その後、患者の資格情報を取得し、医療保険における資格確認を行います。

### 本人確認 (マイナポータル)

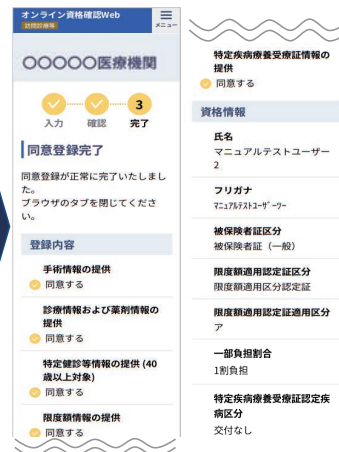
③ 4桁の暗証番号を入力

④ マイナンバーカードをかざす



### 同意登録、資格確認

⑤ 同意登録が完了、資格情報を取得



### 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

- 3-1 概要について
- 3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- 3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- 3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- 3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- 3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- 3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- 3-8 地域貢献活動について

153

## 回復期リハビリテーション病棟に求められる役割

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

### 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

#### (回復期リハビリテーション病棟入院料について)

(1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。

(2)～(18) (略)

#### 安静臥床が及ぼす全身への影響

##### 1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

##### 2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

##### 3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

##### 4. 消化器系

- 1) 便秘等

##### 5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

##### 6. 精神神経系

- 1) せん妄等

出典：佐藤和香 Jpn J Rehabil Med.2019; 56:842-847.

154

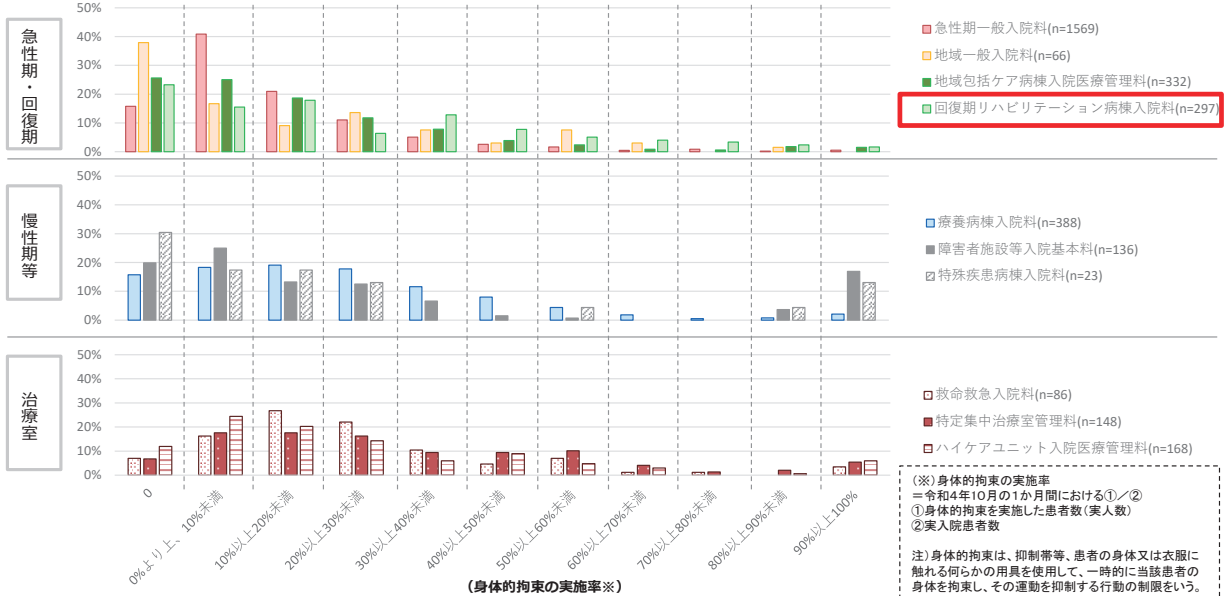
# 身体的拘束の実施状況

診調組 入-1  
5 . 6 . 8

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施率(※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

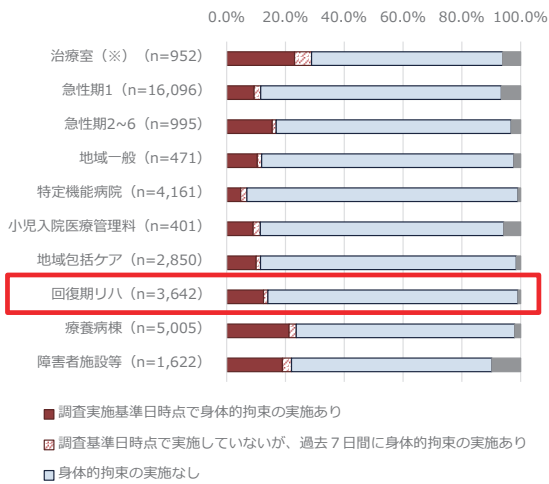
155

# 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

診調組 入-1  
5 . 7 . 8 改

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

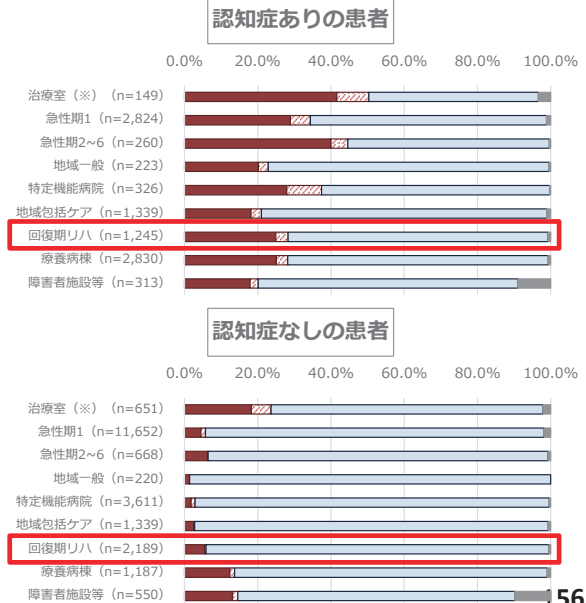
## ■ 入院料別の身体的拘束の実施有無



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

## ■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無



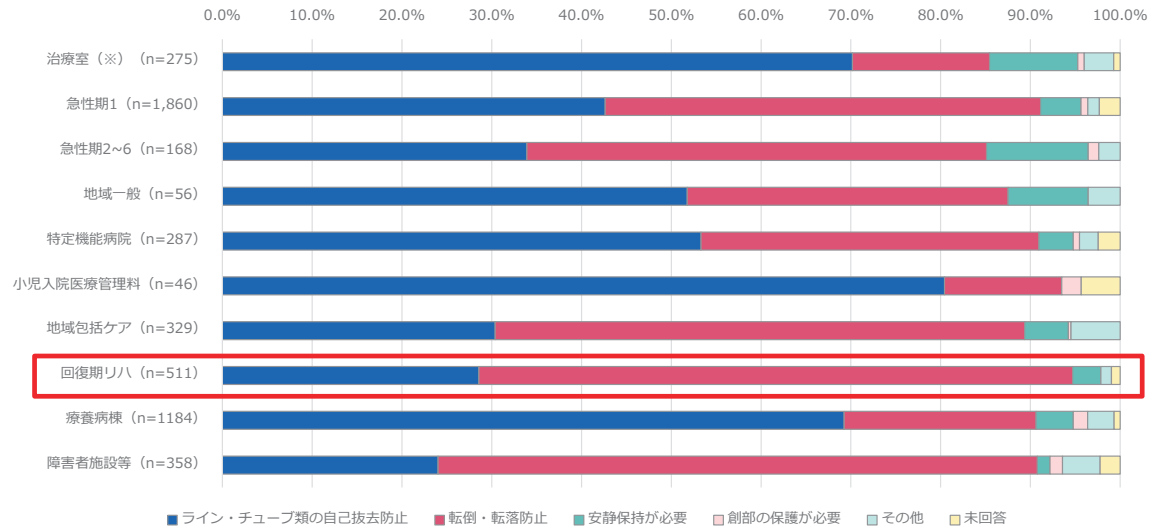
156

## 入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1  
5. 7. 8 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

### ■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

157

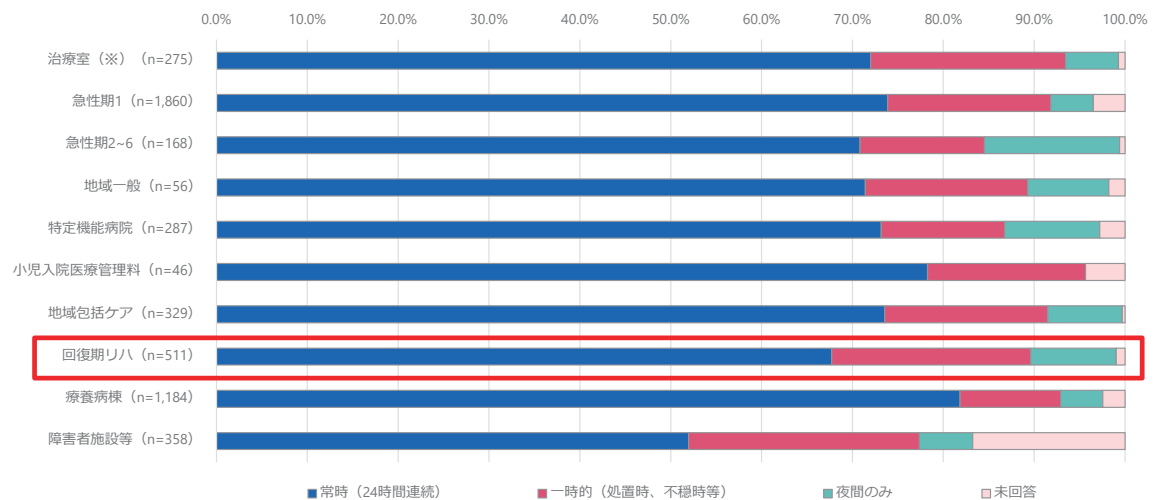
## 入院料別の拘束時間

診調組 入-1  
5. 7. 8 改

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時（24時間連続）拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時（24時間）拘束している患者がやや多かった。

### ■ 拘束時間（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

158

## 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

### ■回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=458)      調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=53)      身体的拘束の実施なし (n=3,099)

主傷病	n数	割合	主傷病	n数	割合	主傷病	n数	割合
1 脳梗塞	39	8.5%	脳梗塞	7	13.2%	大腿骨転子部骨折	246	7.9%
2 心原性脳塞栓症	37	8.1%	大腿骨転子部骨折	6	11.3%	大腿骨頸部骨折	231	7.5%
3 大腿骨頸部骨折	34	7.4%	腰椎圧迫骨折	4	7.5%	脳梗塞	187	6.0%
4 大腿骨転子部骨折	30	6.6%	廃用症候群	4	7.5%	アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
5 アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%	心原性脳塞栓症	4	7.5%	腰椎圧迫骨折	125	4.0%
6 視床出血	23	5.0%	脳出血	3	5.7%	心原性脳塞栓症	118	3.8%
7 廃用症候群	22	4.8%	大腿骨頸部骨折	3	5.7%	廃用症候群	89	2.9%
8 脳皮質下出血	17	3.7%	脱水症	3	5.7%	視床出血	83	2.7%
9 被殻出血	16	3.5%	被殻出血	2	3.8%	被殻出血	75	2.4%
10 脳出血	13	2.8%	外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%	ラクナ梗塞	62	2.0%

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

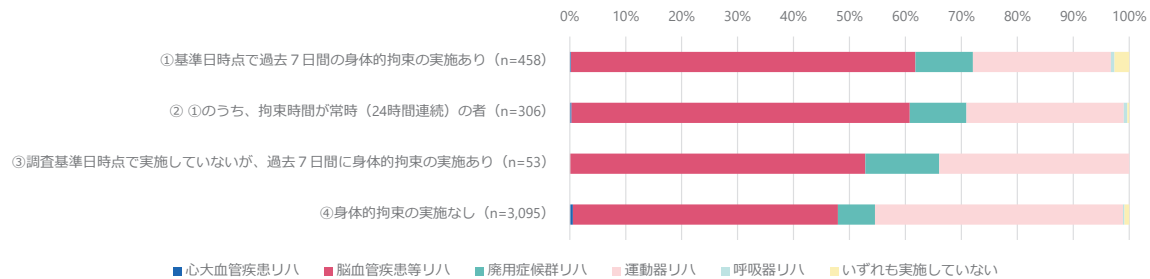
159

## 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

### ■身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



### ■身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数(未回答を除く)

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
①基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり(n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
②①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者(n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり(n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④身体的拘束の実施なし(n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

出典:令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

160

## 認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

診調組 入-1  
5. 7. 6改

### 算定要件

#### (4)身体的拘束について

ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

#### 【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやイス、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

### 施設基準

#### 認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

#### 認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

#### 認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

161

## 入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果(とりまとめ)(抄)

### Ⅱ. 検討結果の概要

#### 13. 横断的個別事項について

##### 13-2. 入退院支援について

- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

162



(参考1)

# 概要

## I : 総論

令和6年度予算の編成等に関する建議  
(令和5年11月 財政制度等審議会)

### 基本認識

- 我が国の経済・社会は構造的な変化に直面しており、**依然として歴史的な転換点**に立っていると考える。海外と同様、我が国でも**物価高や金利上昇の常態化**という**これまでとは異なる局面**に入っていく可能性があり、**利払費急増のリスク**も念頭に置きながら、**責任ある財政運営**を行っていくことが一層重要。
- 経済が平時化**する中において**歳出構造を平時に戻していく**ことは当然のこと。その際、**将来を見据えた財政措置を制度改革等**と合わせて講じ、**民間主導の経済成長**を実現できる環境を整えていくことが政府の重要な役割。
- 少子化対策は国家の持続可能性を左右**するといっても過言ではなく、**長期的・継続的**に実施する必要があり、そうである以上、**財源も安定的に確保することが不可欠**。世代間・世代内の公平性を確保し、**全ての世代が相互に支え合う全世代型社会保障制度**を構築し、**あらゆる世代の将来不安**を取り除いていく必要。

### 1. 経済・市場動向

- 新型コロナの位置づけが**5類感染症**に変更されたことに伴い、個人消費、企業活動合めて**我が国の経済情勢は平時に戻り**、更に一部ではコロナ禍以前の水準を超えて経済活動が活性化。
- グローバルな経済・金融環境**においては、低インフレ・低金利基調から**高インフレ・金利上昇基調**へという**経済の潮目の変化**が継続。**我が国でも物価は依然として上昇傾向、金利は長期債・超長期債を中心に一層上昇傾向**。
- 労働市場では**人手不足**が顕在化。今後とも労働供給制約に直面する可能性が高いことを踏まえれば、**労働生産性の向上**が急務。

### 2. 経済財政運営の在り方

- IMFは、本年4月のレポートで、各国政府は**財政余力の構築**により重点を置くことが必要等と提言。主要先進国は、こうした認識を共有し、財政健全化に向けた取組を推進。
- 現在の経済情勢の下では、財政措置は**真に必要で効果的な施策**に的を絞って講じる必要。同時に、単に現状維持志向の政策ではなく、**将来を見据えた財政措置を制度改革等**と合わせて講じ、**企業・個人の行動変容**や**産業の新陳代謝**などを促すことが望ましい。
- 金利上昇に伴い利払費が急増**し、そのために国債を増発するようなこととなれば、**市場の信認**がさらに揺らぎ、国債発行に当たって**追加のリスクプレミアム（国債金利上乘せ）**を求められることになりかねない。そうなれば、**財政運営に支障を来す**おそれがあるほか、**我が国の事業会社や金融機関などの資金調達にも悪影響**を及ぼし得る。また、**有事**において機動的な対応ができるようにするためにも、常に**財政余力を確保**していくことが求められる。
- 令和6年度予算**については、財政健全化目標の達成に向けた道筋を示し、経済・財政運営に対する**市場の信認**を確保するとの覚悟を持って編成に臨むことが求められる。**物価・金利動向など我が国の経済の現況**に鑑みれば、**今がまさに財政健全化に軸足を移すべき時**であり、この機会を逃してはならない。

## Ⅱ：各論

### 1. 社会保障

- ・能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝える「全世代型」への制度改革が必要。

(少子化対策)

- ・「**こども未来戦略方針**」に基づき、**安定した財源を確保した上で着実に実施**すべき。具体的には、**徹底した歳出改革等**を行い、**実質的に追加負担を生じさせない**ことを目指す。**歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化**を行う中で、**支援金制度を構築**する。

(報酬改定：医療・介護・障害)

- ・高齢化等による**国民負担率の上昇に歯止めをかける**ことが必要。
  - 約2万2千の医療法人を対象に実施した**財務省の機動的調査**で判明した**診療所の極めて良好な直近の経営状況**（2022年度経常利益率8.8%）等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ**診療報酬本体をマイナス改定**とすることが適当
  - **診療所の報酬単価**については、経常利益率が全産業やサービス産業（経常利益率3.1～3.4%）と比較して同程度となるよう、**5.5%程度引き下げる**。これにより、保険料負担は年間2,400億円程度軽減（現役世代の保険料率で▲0.1%相当。年収500万円の場合、年間5千円相当の軽減）  
その上で、現場従事者の処遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、**利益剰余金の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討**すべき。
- ・介護分野の職場環境の改善・生産性向上等に取り組むべき。

(改革工程)

- ・全世代型社会保障に向けた改革について、**医療提供体制、保険給付範囲の在り方、能力に応じた負担の観点から検討**が必要。

### 2. 地方財政

- ・**一般財源総額実質同水準ルール**を着実に実施し、**引き続き歳出改革等の努力**を行っていくことが必要。
- ・**自治体DX**を通じた**業務効率化・歳出削減を推進**するとともに、**経費の削減効果について地方財政計画にも反映**させるべき。
- ・**こども・子育て政策の強化**について、**既存施策との関係整理や枠計上経費の組み替えによる財源確保も検討**すべき。
- ・**近年の地方税収等の増収傾向**などを踏まえれば、当初計画にない財政需要について、まずは**地方公共団体が基金の活用等によって対応**することを検討すべき。
- ・**ふるさと納税**に関する**折半ルール適用**や**地方財政計画への計上の在り方**について検討を進めるべき。

## Ⅱ：各論

### 3. 防衛

- ・**優先順位を付けた上で合理化・効率化を徹底**しつつ、「**防衛力整備計画**」で定められた**43兆円程度を最大限効率的に活用し、防衛力強化を進めていく**必要。防衛関係費は、**長期にわたる防衛力を支える継続的な予算**であり、**安定財源の確保が不可欠**。
- ・内外の物価上昇や為替の減価によって**装備品等**の単価が上昇する中で必要な防衛力を確保するためにも、**価格低減等に努める**必要。
- ・**ライフサイクルコスト**を通じた**プロジェクト管理**について、**実効的なコスト抑制**につながるよう、**運用改善やガバナンス強化**等が必要。

### 4. 外交

- ・我が国が直面している厳しい国際情勢に機動的かつ的確に対応するため、**有力な外交ツールであるODA**についても、**より戦略的・効果的に活用**されるべき。
- ・その際には、諸外国における抜本的な見直しの例も参照しつつ、**資金を優先順位付けして戦略的に有効活用する取組や民間資金との効果的な連携等を一層図って**いくべき。

### 5. 文教・科学技術

- ・**義務教育**について、日本全体で**人手不足が問題**となる中、**教職の魅力**を高めることで**教員の「質」の確保**を図りつつ、「働き方改革」の徹底やICTの活用等により、「**数**」に頼らない**持続的・効率的な学校運営**を図っていくべき。
- ・**高等教育**について、少子化が進み大学の経営環境が厳しくなる中、**経営の健全化に資する定員規模の適正化等**を、**予算のメリハリ付けの強化**を通じて進めていくべき。
- ・**科学技術**について、若手研究者の活躍機会の確保に向けて、**硬直的な人事制度や研究費等の配分方法の柔軟化**を図るとともに、**博士人材のキャリアパスの複線化**を促すべき。

### 6. 社会資本整備

- ・近年、防災・減災、国土強靱化等のために**公共事業**の予算規模が増加しているが、**インフラの整備水準の大幅な向上や、建設業の労働需給が逼迫**している点なども踏まえ、**公共投資の適切な規模を見極める**必要。
- ・国土強靱化に向けた今後の**ハード整備**は、**人口減少を見据えて将来世代にも受益が及ぶ事業へ重点化**させることや、**災害リスクエリアに新築を促さない仕組み・規制や実効的なコンパクトシティ政策等と組み合わせ**ることで、防災・減災効果をより効率的に高める必要。

## Ⅱ：各論

### 7. 農林水産

- ・農業政策の構造転換を進めるべく、「生産面」において、**水活交付金及び収入保険などセーフティネット**について、**生産性向上や需要に応じた生産の推進、制度の持続可能性の観点から必要な見直しを行う**べき。
- ・「**生産基盤**」である担い手について、**法人経営体の増加や規模拡大、雇用就農を推進**する観点から、制度面も含めた**労働環境の改善**が必要。また、サービス事業体の育成など**スマート技術の実装、効率的な活用**を進めるべき。

### 8. 国内投資・中小企業

- ・**GX・DX等の成長分野への投資拡大**に向けた取組は重要。**民間資金を活用**するとともに、**インフレ懸念にも留意しながら進めていく**必要。GX分野では、**財源を含めた長期的な戦略フレームワークが明確化**。DX分野である**半導体等**についても、**諸外国の支援手法（投融資等）も参考**にしつつ、**必要な財源と一体で、中長期的な戦略を描く**べき。
- ・新型コロナが**5類感染症に移行**したいま、**新型コロナ対応のために措置された補助金や金融支援**については、**事業者の状況を見きわめながら不断に見直し、早期に中小企業対策費全体を正常化する**必要。

### 9. デジタル

- ・**政府のシステム予算**について、**デジタル庁が統括監理や一括計上の枠組みを用いて、更なる効率化やコスト削減に努めるとともに、予算の総額をコントロールするための目標を設定**する必要。
- ・地方公共団体の**ガバメントクラウド活用**について、**コスト削減に向けた検討をデジタル庁がさらに進めるとともに、その削減効果やコスト削減以外のメリットをわかりやすく示し、地方公共団体がガバメントクラウドを利用する合理性を丁寧に説明**していくべき。

### 10. 地方創生

- ・地域の「**稼ぐ力**」「**地域の総合力**」「**民の知見を引き出す**」観点から先導性の高い地方公共団体の取組を支援していくため、**地方創生関係交付金の実効性を高める枠組みに改め、地方創生に向けた支援の改善・強化**を図るべき。

### 11. 国家公務員等の旅費制度の改正

- ・国内外の社会情勢の変化に対応できるものとするとともに、**国家公務員の働き方改革に資する事務負担軽減や業務環境の改善を図るため、令和6年の通常国会に旅費法改正法案を提出**すべき。

## 【中医協】身体拘束ゼロへ、組織一丸の取り組み「評価を」

2023年9月15日 0:12

14日の中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、厚生労働省が示した中間取りまとめ案では、「身体拘束を予防、最小化する取り組み」の議論も振り返った。

「病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要があり、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取り組みが評価されるべき」といった声を紹介している。

拘束ゼロに向けては、「社会全体の理解を醸成していくことも必要」との指摘や、介護の取り組みを参考にすべきとの意見もあった。

### ● 「どう報酬で評価するか」 日慢協・井川委員

こうした内容を踏まえ、井川誠一郎委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「身体拘束をどれだけ減らすように努力しているかを重要視し、どのように診療報酬の中で評価していくか」がポイントだとの認識を示した。

拘束予防の研修会がほとんど実施されていないとも指摘。研修会への参加を、評価の要件とするのも「一つの手」だとした。

中間取りまとめ案では、回復期リハビリテーションの項目でも、身体拘束に言及。「リハを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要がある」といった声を紹介している。

## 来年度以降の「健康日本21」、推進専門委が初会合 進捗を評価へ

2023年10月20日 19:14

厚生労働省は20日、厚生科学審議会・地域保健健康増進栄養部会「健康日本21（第三次）推進専門委員会」（委員長＝辻一郎・東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野客員教授）の初会合を開いた。2024年度に開始予定の「健康日本21（第三次）」で設定した各目標について、その進捗の中間・最終評価や、目標達成につなげるアクションプランについて、検討していく。

### ●29年度めどに中間評価、33年度に最終評価

取り組み開始から6年目となる29年度をめどに中間評価、10年目の33年度に最終評価を行う予定だ。アクションプランとして、自治体の取り組みを後押しする具体的な方策についても意見を交わす。

### ●自治体の「身の丈に合う」事例を 健康づくりで

この日の議論では、健康づくりを進める上で、自治体に参考となる取り組みを「好事例」として収集・周知することについて、複数の委員から意見が出た。

横山徹爾委員（国立保健医療科学院生涯健康研究部長）は「自治体は限られた人員・予算などで取り組まなければならないので、それぞれの身の丈に合うような、さまざまなレベルの事例を提示できると良いのではないか」と述べた。

瀧本秀美委員（国立健康・栄養研究所長）は「好事例を提示する時、どれくらいの予算や時間を投じたのか、どれくらいの専門職が関わったのか、といった具体的なものを示すと参考になる」と話した。

辻委員長は、取り組みで得られた効果をデータとして示すことが重要だと指摘した。

## 電子処方箋の導入、公的病院は「次期改定で」 ポストコロナに向け

2023年11月6日 20:58

厚生労働省は6日、日本医師会など医療関係8団体と意見交換会を開き、次の感染症拡大に備えて、「ポストコロナ医療体制充実宣言」をまとめた。大きな柱は、▽新興感染症対応▽医療DXの推進—の2つ。電子処方箋については、公的病院は可能な限り、2024年度診療報酬改定に合わせて導入するよう、武見敬三厚生労働相が要請することになった。

電子処方箋は今年1月に導入が始まった。しかし、特に医療機関では導入が低調だと指摘されている。

宣言では、電子処方箋の円滑な導入に向け、厚労省が環境を整備すると説明。「公的病院においては、可能な限り、24年度の改定に合わせて導入するよう、厚労大臣より要請する」とした。

電子カルテについては、医療機関間の情報共有などに必要な標準化の対応を順次進める。クラウドベースの標準型電カルの整備にも取り組む方針だ。

### ●「確保病床」「発熱外来」を確保

新興感染症対応では、いわゆるサージキャパシティ（緊急時の対応能力）の確保に向け、改正感染症法に基づき、医療機関と都道府県が協定締結の協議をしていると説明。政府が2日に決定した経済対策による医療機関への支援策にも触れた。

来年4月までにまとめる都道府県の予防計画・医療計画で、感染症流行初期の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1500施設の発熱外来などを確保。それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万施設の発熱外来などを確保する方針を盛り込んだ。

意見交換会には、武見厚労相、塩崎彰久厚生労働大臣政務官、大島一博事務次官らが出席。医療団体からは、日医の松本吉郎会長、日本歯科医師会の蓮池芳浩副会長、日本薬剤師会の山本信夫会長らが参加した。ポストコロナの医療体制充実に向け、意見を交わした後、宣言をまとめた。



## 看護補助・介護、月6000円の賃上げへ 補正予算、コロナ交付金は増額

2023年11月10日 16:07

政府が10日に閣議決定した2023年度補正予算案で、厚生労働省は1兆4151億円を計上した。医療・介護・障害福祉分野の賃上げ、物価高対応などのために1016億円を盛り込んだ。うち539億円は処遇改善支援で、看護補助者、介護職員については月6000円程度の賃上げを図る。次の感染症に備えた対策として、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金に6143億円を積み増す。

人材不足・賃上げの対応は、政府の重要課題だ。その方針を踏まえ、他職種より給与水準が低く、人材確保・定着が難しい看護補助者の処遇改善事業に49億円を充てる。

来年2～5月の賃上げ分を念頭に、月平均6000円相当の引き上げ措置を取る。対象となる施設が提出した処遇改善計画書などにに基づき、都道府県が補助金を交付する。

介護職員も月平均6000円（収入の2%程度）に相当する賃金引き上げを実現するため、関連予算として364億円を積んだ。各事業所の判断で、他の職員の処遇改善にも充てられるような柔軟な運用とする。

ほかに、障害福祉サービス事業所の福祉・介護職員への処遇改善として126億円を盛った。

### ●食材料費・光熱費、交付金で対応

医療・介護・障害福祉分野の食材料費・光熱費高騰に対する支援は、重点支援地方交付金で対応する。このうち入院時の食費は、24年度については地域医療介護総合確保基金による対応を念頭に、診療報酬の見直しと併せて今後の予算編成過程で検討する。

介護関連では、現場の生産性向上、経営の協働化・大規模化による職場環境改善などを促すため、サービス事業者に対する支援策として351億円を計上した。ICT機器導入や更新時の補助などを後押しする。

## ●感染症対応、協定医療機関を支援

「次なる感染症」への備えとしては、改正感染症法に基づいて新興感染症の発生時に速やかに対応できるようにするため、都道府県と協定を結ぶ医療機関の感染症対応力を強化する事業に148億円を積んだ。

▽感染症対応に適した個室病床や病棟のゾーニング▽个人防护具の保管庫など施設・設備整備への支援▽医療従事者を対象とした都道府県の感染対策研修支援—に活用する。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成に向けた施策も盛り込んだ。国際機関などへの拠出を通じた医薬品研究開発・保健システムの強化に294億円を充てる。

---

All documents, images and photographs contained in this site belong to JIHO, Inc.  
Use of these documents, images and photographs is strictly prohibited.  
Copyright (C) JIHO, Inc.

株式会社じほう

## 【中医協】食事療養費、引き上げに異論なし 年内取りまとめへ

2023年11月10日 20:59

中医協総会（会長＝小塩隆士・一橋大経済研究所教授）は10日、入院時食事療養費の見直しに向け、議論した。引き上げの方向性について、診療側・支払い側のいずれからも異論は出なかった。今後、食事療養費の総額の観点で議論を進め、年末までに結論を出す方針だ。

### ●食事療養の質低下は「医療の質低下」 日医・長島委員

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、物価の高騰にもかかわらず、食事療養費は約30年間も据え置かれていると説明。「もはや経営努力のみでは、食事療養の提供が極めて困難な状況だ」と訴えた。

食事療養の質が下がることは、医療の質低下を意味するとした。「このような状況を踏まえれば、入院時の食費については、食材費などの高騰を踏まえた対応を行わざるを得ないのではないか」と述べた。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、病院での食事は大事な治療の一つだと強調した。「いかにバランスの良いものを食べていただくか、食材に新鮮なものを使えるかは、非常に大きな要素」だとし、「今、冷凍食品にどんどん置き換わってしまっている」と説明した。

特に高齢者が増えている病院の実態を考えれば、一刻も早く手を打つべきだと主張した。「場合によっては、診療報酬改定までのつなぎとして、他の方法も含めて対応を考えてもらいたい」と求めた。

### ●「保険給付部分も検討を」 連合・佐保委員

支払い側の鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）は「食べることは基本的なこと  
で、ぜひ充実していただければ」と話した。物価高騰などで家計支出も影響を受けている  
ため、実情を踏まえた水準となるよう、検討を深めていくべきだと指摘した。

佐保昌一委員（連合総合政策推進局長）も、見直しの必要性に理解を示した。医療機  
関の食材費・調理費など、実態が分かる詳細な資料があれば、議論が深まると指摘。デ  
ータを示すよう、厚生労働省に検討を促した。療養の一環という視点を踏まえれば、患  
者の自己負担だけでなく、保険給付部分も併せて検討すべきとの姿勢を見せた。

### ● 「自己負担増は理解できる」 健保連・松本委員

松本真人委員（健保連理事）は、「食材費の高騰に対応するために自己負担の引き上  
げが必要、ということは理解できる」と語った。一方で、保険給付部分への影響の有無に  
ついては、今後明らかにする必要があるとした。

## 診療所の報酬単価、「5.5%引き下げを」改定率 で1%減、財政審建議

2023年11月20日 10:56

財務省の財政制度等審議会（会長＝十倉雅和・経団連会長）は20日、2024年度予算編成に向けた「秋の建議」をまとめ、鈴木俊一財務相に提出した。診療報酬改定では、本体マイナス改定が適当だとし、診療所の報酬単価は、初・再診料を中心に「5.5%程度」引き下げるべきだと主張した。5.5%引き下げは、改定率に換算するとマイナス1%程度で、医療費ベースで約4800億円程度の削減となる。

建議の社会保障分野は、1日の財政審での財務省の主張がベースとなっている。しかし、特に診療報酬改定について、より踏み込んだ主張を加筆した。改定への対応を重視している姿勢がうかがえる。

### ●利益率、産業全体と「同程度に」

財務省は、医療機関の経営状況を把握するため、財務局を活用した「機動的調査」を初めて実施。調査結果を踏まえ、診療所の経営は「極めて良好」だとしている。

このため、診療所の経常利益率（8.8%）は、全産業やサービス産業平均の経常利益率（3.1%～3.4%）と同程度にすべきだとして、5.5%程度の引き下げを求めた。初・再診料を含めて、外来の点数・要件の見直しを想定している。

### ●処遇改善、「診療所の報酬適正化」で可能

診療所の報酬単価を適正化すれば、国民の負担軽減とともに、「重要な課題」である医療従事者の処遇改善も実現できると提言した。

処遇改善を図るため、以下の4つの視点も示した。▽毎年生じる単価増・収入増を原資とする▽診療所を運営する医療法人の利益剰余金（1医療法人当たり1.24億円）の活用▽強化される賃上げ税制の活用▽賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置―。

医療界の主張に対する「反論」も載せた。

例えば、公定価格を引き上げなければ、医療機関は物価上昇分を価格に転嫁できないとの議論については、「診療所における診察実態に基づくものとは言えない」とした。

診療所の開業に当たって借入れをしているとの主張については、「医療機関には政策金融という別途の支援を用意していることから、診療報酬で高水準の利益率を維持する理由にはならない」と断じた。

### ● 「過剰地域」の1点単価引き下げ、先行して対応を

診療所の地域偏在解消に向け、「過剰」地域では1点単価を現行の10円より低く設定し、不足地域では高く設定する考え方を示している。

これについては、将来的な移行を視野に入れつつ、まずは過剰地域の1点単価引き下げを先行させるべきだとした。引き下げによる公費節減の効果を生かし、医師不足地域の対策を強化することが考えられるとしている。



# 「2024年度衛生医療評議会 組合員アンケート調査」

## ご協力をお願い

2023年11月

全日本自治団体労働組合（自治労）

総合政治政策局・衛生医療評議会、総合組織局・県職共闘

日頃より、自治労運動へのご理解・ご協力に感謝申し上げます。

自治労・衛生医療評議会では、この間、3回にわたり組合員アンケートを実施し、現場職員の実状は、各種メディアや国会で取り上げられるなど、大きな反響を呼びました。今年度につきましても、同様の趣旨でアンケートを実施し、保健衛生職場や医療現場の今の課題（過重労働や労働基準違反、メンタルヘルスの実態等）を訴えてまいりたいと存じます。

アンケート結果は、自治労ホームページや2024年2月23日に開催の「地域医療セミナー」においてご報告させていただく予定です。

なお、本調査はオンラインにて実施し、ご回答いただいた内容は統計的に処理し、個人や施設等が特定される形で公表することは一切ありません。皆様のご協力をお願いいたします。

### アンケート調査への回答の仕方

- ① 右記のQRコードをスマートフォンなどで読み取ってください。
- ② 対象：自治労に加盟する保健衛生・医療職場で働く組合員です。お1人、1回答でお願いします。
- ③ 回答の所要時間：5分程度
- ④ アンケート調査を最後まで回答して、送信ボタンを押したら回答終了です。



QRコードをスマートフォンなどで読みとって、Webアンケートにアクセスして下さい。

WEBアンケートの期限	第一次集約期限	2023年12月28日
	最終期限	2024年1月20日9時まで

お問い合わせ；自治労本部総合政治政策局 衛生医療評議会（平山、蓮見）

TEL；03-3263-0622 メールアドレス；hasumi@jichiro.gr.jp

# 「2024 年度 衛生医療評議会 薬剤師の処遇に関する 施設アンケート調査」ご協力をお願い

2023 年 11 月

全日本自治団体労働組合（自治労）

総合政治政策局・衛生医療評議会、総合組織局・県職共闘

日頃より、自治労運動へのご理解・ご協力に感謝申し上げます。

自治労・衛生医療評議会では、薬剤師の人員不足と採用困難な状況を踏まえ、薬剤師の賃金や手当など処遇に関する Web アンケートを実施することといたしました。

調査趣旨にご賛同いただき、ご協力いただけますようお願いいたします。

ご回答は **1 施設 1 回答** をお願いします。

なお、本調査はオンラインにて実施し、ご回答いただいた内容は統計的に処理し、個人や施設等が特定される形で公表することは一切ありません。皆様のご協力をお願いいたします。アンケート結果は 2024 年 2 月 23 日に開催する「地域医療セミナー」でご報告させていただく予定です。

## アンケート調査への回答の仕方

- ① 右記の QR コードをスマートフォンなどで読み取ってください。
- ② 対象：自治労に加盟する医療施設です。  
1 施設、1 回答をお願いします。
- ③ 回答の所要時間：10 分程度
- ④ アンケート調査を最後まで回答して、送信ボタンを押したら回答終了です。



QR コードをスマートフォンなどで読みとって、Web アンケートにアクセスして下さい。

WEB アンケートの期限	第一次集約期限	2023 年 12 月 28 日
	最終期限	2024 年 1 月 20 日 9 時まで

お問い合わせ：自治労総合政治政策局 衛生医療評議会（平山、蓮見）

TEL：03-3263-0622 メールアドレス：hasumi@jichiro.gr.jp





# じちろうネット

自治労 HP  
フェイスブック  
ツイッターも  
続々更新中!

じちろうネット  
の紹介動画は  
コチラ↓



## 自治労情報にいつでもアクセス可能!

『じちろうネット』では、自治労本部が作成した  
集会、セミナー、方針にかかる資料などを掲載しています。  
また教宣用の素材提供なども行っています。

お申し込みは県本部まで!



立憲民主党

参議院議員(自治労組織内議員)



# 岸まきこ

声を力に、  
一歩前へ

自治労の政策要求を  
実現しよう!

自治労は、  
第27回参議院選挙の  
全国比例区に  
「岸まきこ」現参議院議員の  
擁立を決定しました。

### 岸まきこ(岸真紀子)プロフィール

1976年北海道岩見沢市(旧栗沢町)生まれ。94年  
旧栗沢町役場入職(現岩見沢市)。2013年から自治  
労中央執行委員。19年第25回参院選(全国比例区)  
で初当選。現職に至る。

岸まきこ 公式サイト  
kishimakiko.com/

岸まきこ 検索

