

# 公衆衛生だより No.5

令和7年2月26日  
発行：公衆衛生委員会

公衆衛生委員会では、月に1回程度外部委員より公衆衛生等について有益な情報を提供いただいております。情報について、協会職員の皆さまにもお役立ていただける内容が多くあると考え、共有させていただきます。ぜひお読みください。

よろしく願います。

今回は、昨年10月と今年1月の公衆衛生委員会でご発表いただいた外部委員の先生方からの情報をご紹介します。

ご発表いただいた先生方

**堤 明純 先生**（北里大学医学部公衆衛生学）  
**内田 勝彦 先生**（大分県福祉保健部 審議監（保健担当））

令和6年10月10日  
地域医療振興協会 公衆衛生委員会

職域保健における自殺予防と地域連携の可能性

北里大学医学部公衆衛生学  
堤 明純

令和7年1月16日  
地域医療振興協会 公衆衛生委員会

健康危機管理における地域の課題

医療機関と保健所・行政が連携して解決すべき課題

大分県福祉保健部 内田勝彦

令和6年10月10日

地域医療振興協会 公衆衛生委員会 外部委員からの情報提供

職域保健における自殺予防と地域連携の可能性

北里大学医学部公衆衛生学  
堤 明純

1998年、バブル経済崩壊後の金融機関破綻に伴う失業率上昇と軌を一にして9千人超まで急増した労働者の自殺者数は2009年以降漸減していたが、コロナ禍以降、増加傾向がみられている。労働者の自殺には、長時間労働、不況・金融危機、心理社会的な仕事の特徴（仕事のストレス）、ハラスメント、いじめが関連することが示されている。

職場における自殺対策は、メンタルヘルス対策の延長に他ならない。ところが、小規模事業場の労働者、（メンタルヘルス不調による）休職者、解雇された労働者や非正規労働者、フリーランス、外国人労働者、自営業者等、現行の産業保健サービスがリーチしにくい働く人々がいる。小規模事業場に限らず、職場から、労働者の家族と連絡が取りづらいという課題もあり、地域保健や地域医療とのシームレスな連携が求められている。

地域・職域連携推進連絡会の枠組みでメンタルヘルス対策を行っている活動や、地区医師会の嘱託産業医と地域の精神科医等の連携、かかりつけ医と精神科医療との連携等、メンタルヘルス対策に関して、職域と地域の連携向上に役立っている好事例がある。一方で、それぞれの活動に対する認知はまだまだ不足しており、地域資源の活用には大きな伸びしろがある。

令和7年1月16日 公衆衛生委員会

健康危機管理における地域の課題

～医療機関と保健所・行政が連携して解決すべき課題～

大分県福祉保健部 内田勝彦

新型コロナウイルス感染症対応で、保健所・行政は大変な目に遭ったが、これまで把握していなかった各医療機関の特徴、役割、能力などを知るとともに、地域医療の課題について考えさせられる機会になった。

特に第6波以降のオミクロン株では、ワクチン接種（2回目）が完了し、多くの国民が免疫を持った状況で、新型コロナウイルス感染症自体で重症化する患者は見られなくなったが、医療提供体制は相変わらず、外来は発熱外来、入院は重点医療機関での対応であった。

このような状況下で最も対応に苦慮したのが、高齢者施設での集団発生時に多くの急変患者（誤嚥性肺炎など）が出て、施設は夜間や休日に救急車を頻回に要請し、病床ひっ迫した急性期・高度急性期病院に要介護高齢者の入院調整を余儀なくされたことであった。

特に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下、「居宅系施設」という。）では、3か月に一度家族が来てかかりつけ医に外来受診させるような入居者が多く、夜間や休日の急変時にはかかりつけ医に連絡がつかず施設が救急を要請する状況であった。居宅系施設はもともと医療系スタッフを含め職員数が少なく、医療設備がないため、健康危機管理事態では急増する入居者の医療ニーズに対応できず救急医療に過大な負担をかけることになる。

居宅系施設の実態は、医療機能が著しく低い高齢者施設そのものであり、健康危機管理時はもとより、入居者の急変にある程度対応できる体制の整備は今後の大きな課題と思われる。また、平時に要介護高齢者の入院が多い病院は、新興感染症発生時に、回復患者の転院受入やワクチン普及後の入院受入を担当する体制づくりが必要である。

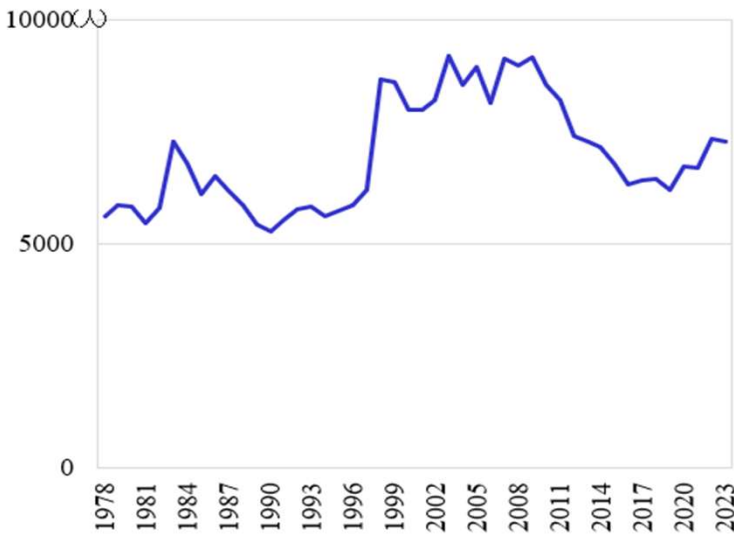


## 堤 明純 先生

北里大学医学部公衆衛生学

「職域保健における自殺予防と地域連携の可能性」  
をテーマに情報共有をいただきました。

### 労働者（被雇用者・勤め人）における自殺者数の推移

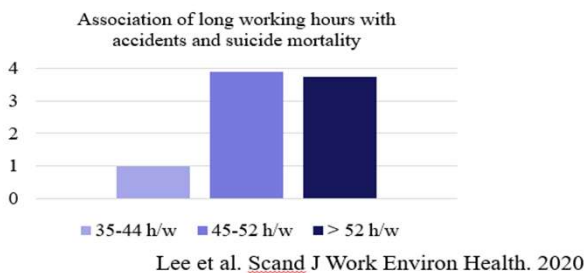


警察庁調査から

1998年、バブル経済崩壊後の金融機関破綻に伴う失業率上昇と軌を一にして9千人超まで急増した労働者の自殺者数は、2009年以降漸減していたが、**コロナ禍以降、増加傾向がみられる（2023年：7,271人）**。

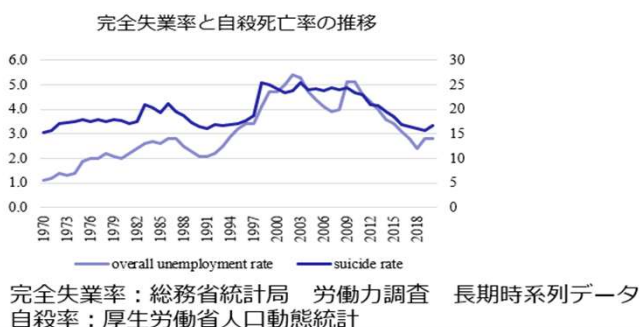
特に産業ストレスに携わる実務者は、既遂には至らずとも、自殺に関連する事象に遭遇する機会が少なくない。

### 就労に関する自殺のリスクファクター



労働者の自殺には、**長時間労働、不況・金融危機、心理社会的な仕事の特徴（仕事のストレス）、ハラスメント、いじめ**が関連することが示されている。

いずれの要因も**メンタルヘルス不調（うつ病等）の関与**が想定される。



一部例外を除き、**完全失業率の上昇時期と並行して、自殺死亡率も上昇する傾向**にある。

## 職場における自殺対策

一次予防 レベル	二次予防 レベル	三次予防 レベル
過重労働対策 従業員教育 管理職教育 産業保健職教育	相談窓口	職場復帰支援
ストレスチェック (職場環境改善)	ストレスチェック (高ストレス者対 策)	

職場における自殺対策は、メンタルヘルス対策の延長に他ならない。

一次、二次、三次の対策を、**取り組みやすいものから段階的に実施していく**ことが正攻法となり得る。

## 企業として行うメンタルヘルス対策の限界 現行の産業保健サービスがリーチしにくい働く人々

### 産業保健の枠組みから漏れやすい労働者

- ・ 小規模事業場
- ・ (メンタルヘルス不調による) 休職者
- ・ 解雇された労働者

### 産業保健の対象となっていない労働者\*

- ・ 非正規労働者
- ・ フリーランス
- ・ 外国人労働者
- ・ 自営業者
- ・ 被扶養者

小規模事業場に限らず、労働者の家族と連絡が取りづらいという課題がある

産業保健サービスが行き届かない労働者へのサポート、**地域保健や地域医療とのシームレスな連携**が求められている。

## 小規模事業場の課題

### ①小規模事業場とは

- ア) 有期雇用や派遣者を含めた被雇用者が50人未満（労働安全衛生法上の定義）
- イ) 日本の労働人口約5,800人のうち57.5%が勤務
- ウ) **産業医の選任義務なし**

### ②課題

- ア) **過労死等事例の半数以上が小規模事業場で発生**
- イ) 事業者のメンタルヘルス対策への意識が必ずしも高くない（メンタルヘルス対策の取組が進まず）
- ウ) 人的・資金的・時間的な制約が大きく、産業保健サービスが十分に行き届かず

## メンタルヘルス対策：職域と地域の連携向上に役立っている好事例

※以下、（）内の地方自治体名または組織名は、好事例の主な実施機関

### ①産業保健総合支援センター

リワーク等、職場のメンタルヘルスに関わるサービスを提供している地域の医療機関についての情報を集約し発信。

### ②地域・職域連携推進連絡会（相模原市）

中小事業場を訪問し、事業所の健康経営における課題の見える化、事業所のニーズに合わせた出張健康教室等の実施、事業所の健康経営グッドプラクティスを紹介するリーフレットの作成。

その他にも、**地区医師会の嘱託産業医と地域の精神科医等の連携（京都府医師会）**、**かかりつけ医と精神科医療との連携（久留米市）**等、好事例が存在する。

## 職域メンタルヘルス対策に関する地域・職域連携の展望と課題 職域と地域の連携のギャップを埋めるためのヒント

### ★展望

2019年9月、**地域・職域連携推進ガイドライン**が改訂されたことで、次のような連携向上に資する要素が加わった。

- ①従来のシステムで対応が不十分であった層（**小規模事業場、自営業者等**）への**対応促進**
- ②**地域保健の対象を「在勤者」に拡大**（従来の地域保健の対象は「在住者」のみ）
- ③**地域・職域連携推進協議会**（国が進める地域職域連携のプラットフォーム）の**効果的運営**

### ★課題

- ①地域職域連携推進の主目的は生活習慣病対策であるため、**メンタルヘルス対策はアジェンダになっておらず**
- ②地域職域連携推進の単位は都道府県・二次医療圏という広範囲であるため、**地域医療に浸透しづらい**
- ③**メンタルヘルス対策専門家の不足**
- ④**産業保健職が地域職域連携を利用できていない**

### ★ヒント

- ①**主治医の産業保健への理解度向上は連携を進めることにつながる**ため、臨床医（かかりつけ医、精神科医）と産業保健職が同席する勉強会は**有用な機会**となり得る。
- ②**産業看護職・保健師は、メンタルヘルス不調の労働者と管理監督者を連携するキーパーソン**となる。事業場にはメンタルヘルス対策の体制を整えるよう啓発も行っており、これにより外部のリソース活用等、必要な情報が有効活用されるようになる。



## 内田 勝彦 先生

大分県福祉保健部審議監（保健担当）

「健康危機管理における地域の課題～医療機関と保健所・行政が連携して解決すべき課題～」をテーマに情報共有をいただきました。

# 東京電力福島第一原発事故において

## 東大大学院の渋谷健司教授らの研究

### ①研究内容

福島第一原子力発電所の23km圏に位置する福島県南相馬市内5つの老人介護施設の協力のもと、事故後の避難による高齢者の死亡リスクの推定と、避難プロセスにおける死亡率上昇要因の分析を試みた。

### ②分析結果

- ア) 避難後の死亡率は避難前に比べて、全体で2.7倍に増加。ただし、避難後の死亡率の変化には、施設によってばらつきがあった。
- イ) 避難プロセスや施設のケア状況に関する分析により、長距離の移動による身体的負担以上に避難前の栄養管理や避難先の施設のケア・食事介護への配慮が重要であること、初回の避難による死亡リスクは二回目以降の避難よりも高いことが示唆された。

### ③結論

事故直後の避難は必ずしも最善の選択ではなかった可能性が見えてきた。施設に入所しているような高齢者の避難は生死に関わる問題であり、今後の災害時には避難のリスクについても検討する必要があることが強く示唆された。

# 新型コロナウイルス感染症において

## 第5波（デルタ株：令和3年7～9月）－NHK報道資料－

### ①背景

8月のおよそ1ヵ月間に、全国の100を超える高齢者施設でクラスターが発生し、病院に入院できないまま施設内で死亡する高齢者が相次いだ。

### ②直面した課題

- ア) その多くがワクチンを接種した後で感染する「ブレイクスルー感染」とみられ、施設は「医療的な措置が十分にできない介護現場で高齢者の命を守ることは困難だ」として、支援の拡充を訴えた。
- イ) 高齢者は急変しやすいことから、施設は地元の保健所に対して入院させるよう求めたが、「地域で感染が急拡大していて病床が空いていない。急変した際に、どうしても延命治療を希望する人以外は入院できない」と回答され、施設内で療養を続けることを余儀なくされた。しかし、介護施設には常勤の医師はいないうえに、医療的な設備もほぼないため、施設職員による対応は困難を極めた。

# 集団で暮らす虚弱高齢者への対応

## 高齢者施設の人員配置基準、施設基準

施設類型	介護職員・看護職員 (入居者60名の場合)	看護職員 (入居者60名の場合)	医師、医療設備
介護医療院	20～22名以上	10名以上	医師、診察室、処置室
介護老人保健施設	20名以上	6名程度	医師、診察室
介護老人福祉施設	20名以上	3名以上	医務室(診療所)
特定施設 介60	20名以上	2名	なし
介30支30	13名以上	1名	
支60	6名以上	1名	
特定施設以外の施設	規定なし	規定なし	なし

※特定施設・・・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅で、介護保険が利用できる施設。

※介60・・・「入居者60名のうち、要介護者が60名の場合」の意。

※介30支30・・・「入居者60名のうち、要介護者が30名、要支援者が30名の場合」の意。

※支60・・・「入居者60名のうち、要支援者が60名の場合」の意。

## 浮き彫りとなった課題

- ・健康危機管理時（大災害、新興感染症）は、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下、「**居宅系施設**」という。）で急変する入居者が急増する。
- ・急変時の対応（特に夜間、休日）は、在宅療養支援診療所（在支診）や在宅療養支援病院（在支病）をかかりつけ医としている高齢者が少ないことを考えると、平時においても在宅医療（特に居宅系施設）の課題であった。
- ・マンパワー不足の居宅系施設では、健康危機管理時には出勤できない職員が続出し、運営が困難となる。
- ・居宅系施設では入居者のそれぞれにかかりつけ医がいるが、対応できない場合は施設が救急要請する。
- ・健康危機管理時の救急搬送先は急性期病院であり、介護ニーズの高い患者への対応により応需能力が著しく低下する。

## 今後の対応策

### ①地域で居宅系施設を含めた急変時の対応について検討

- ・訪問診療、訪問看護および居宅系施設間での連携
- ・入居者、家族、施設、かかりつけ医によるACP
- ・居宅系施設と福祉保健行政の連携

### ②居宅系施設を含めた在宅医療体制の整備

- ・在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院  
⇒**高齢者人口がピークに達する2040年問題に向けて、在宅医療の整備が急がれる。**
- ・訪問看護ステーション、訪問看護事業所
- ・介護保険施設の協力医療機関  
⇒**来年度より協力医療機関との連携体制の構築が義務化される。**
- ・特定施設、グループホームの協力医療機関
- ・特定施設以外の高齢者施設の協力医療機関  
⇒**連携体制の構築が義務化されない中、いかに協力医療機関を確保するか、地域で検討を進めている。**

公衆衛生だよりNo.5をお読みいただきありがとうございます。

ご意見・ご感想がありましたら公衆衛生委員会事務局までお寄せください。

【公衆衛生委員会事務局】TEL:03-5212-9152 e-mail:koushu-eisei-jimukyoku@jadecom.info