特別報告

医療従事者のメンタルヘルスの概要：コロナ流行期およびポスト・コロナ期における災害産業衛生の視点より

吉益（ヨシマス）　光一（コウイチ）*　藤枝（フジエダ）　恵（メグミ）[2*,3*]　井上（イノウエ）　眞人（マサト）[4*]　原田（ハラダ）　小夜（サヨ）[5*]
伊東千絵子（イトウチエコ）[6*]　山田（ヤマダ）　全啓（マサヒロ）[7*]

目的　新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行下および流行後において顕著になった医療従事者のメンタルヘルス問題とその支援策を産業精神保健の観点から明らかにすること。

方法　2023年から2025年までの3年間に日本公衆衛生学会モニタリング・レポート（MR）委員会精神保健福祉分野の活動報告書として記載された内容を基に，適宜必要な情報を追加補足した。

活動内容　2023年3月から2025年8月までの間に，日本公衆衛生学会MR委員会精神保健福祉分野のメンバーが作成した年次報告書の内容を中心に，適宜文献やウェブサイトの情報を補足した。年次報告書では，医療，行政，福祉にまたがる幅広い実践的な領域を，資料も含めて漏れなくモニタリングするため，文献検索のデータベースは主にGoogleとGoogle Scholarを用い，これに加えてCiNii，J-STAGE，医学中央雑誌などのデータベースを用いてグループメンバーがそれぞれ担当する学会の学会誌や年次総会，日本公衆衛生学会地域保健総合推進事業発表会の抄録をチェックした。

結論　コロナ禍はオーバーワークや患者の自殺への直面など，それ以前から医療従事者にあったストレスを顕在化させ，さらにハラスメントやいじめなど新たなストレス要因を加えた。またオンライン診療や事業継続計画（BCP）の策定などの新しい負担も増えている。一方，災害産業衛生の観点からは，行政職員健康管理版J-SPEEDや災害産業保健派遣チーム（DOHAT）など，新しい支援システムが社会的実装段階にある。全国的な医療従事者のメンタルヘルス調査と並行して，BCP策定などの業務は複数の組織や機関が相補的に実施し，医療従事者の負担の増大を防ぐシステムの構築と同時に現状のマンパワーで可能な業務の整理と効率化が求められる。

Key words：新型コロナウイルス感染症，医療従事者のメンタルヘルス，業務継続計画（BCP），行政職員健康管理版J-SPEED，災害産業保健派遣チーム（DOHAT）

日本公衆衛生雑誌　2026; 73(10): 1041−1048.　doi:10.11236/jph.26−035

Ⅰ　はじめに

2020年1月に突如全世界を大混乱に陥れた新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は，当初よりその身体的危険性に加えて，メンタルヘルスにも悪影響を及ぼすことが指摘されていた[1,2]。世界規模での経済停滞による不況など様々な社会的要因の影響も重なり，日本でも自殺者の増加が報告されるなど[3]，最初の1年が過ぎた頃より，様々なCOVID-19関連のメンタルヘルス不調が報告されている[4]。ワクチンの普及後，あるいは5類移行後はむしろ身体的危険性よりもメンタルヘルスの問題がクローズアップされてきているといってもよい。

中でもとりわけ深刻だったのが，COVID-19発生当初より最前線で対応に当たってきた保健医療行政関係者および医療従事者の問題（以下まとめて医療

*　神戸女学院大学心理学部
2*　国際医療福祉大学福岡保健医療学部
3*　高木病院
4*　犬山病院
5*　藍野大学看護学部
6*　奈良県精神保健福祉センター
7*　奈良県中和保健所
責任著者連絡先：〒662–8505　西宮市岡田山4–1
神戸女学院大学心理学部心理学科　吉益光一
E-mail：yoshimasu@mail.kobe-c.ac.jp

©2026 Japanese Society of Public Health

従事者と記す）である。日本公衆衛生学会モニタリング・レポート（MR）委員会精神保健福祉分野では，2023年度よりこの問題をテーマに据え，情報の収集を行ってきた。COVID-19は2023年5月に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（以下，感染症法とする）における2類から5類に移行し，ほぼすべての社会活動制限が撤廃され，流行前の状況と同じになっている現状から，時はすでに「ポスト・コロナ期」に移行していると言える。以下，本稿では2023年5月以降をポスト・コロナ期と定める。医療崩壊とも表現された急性期の危機的状況もさることながら，ポスト・コロナの現状における医療従事者のメンタルヘルスは，コロナ禍によって顕在化された従来からの多様なストレス要因の影響を受けている。このような背景の下，産業精神保健の観点からも，保健所職員などの医療従事者のメンタルヘルスケアが注目されている[5,6]。

今回の報告では，MR委員会精神保健福祉分野の2023年～2025年度にわたる計三期の年次報告書に記載された文献情報[7~9]を基に，適宜追加文献を検索し，2020年1月から2025年8月に至るおおよそ5年半に及ぶ期間における医療従事者のメンタルヘルス問題の概要について報告する。

Ⅱ 方法と対象

2023年3月から2025年8月までの間に，日本公衆衛生学会MR委員会精神保健福祉分野のメンバーが作成した年次報告書の内容を中心に，適宜文献やウェブサイトの情報を補足した。医療，行政，福祉にまたがる幅広い実践的な領域を，資料も含めて漏れなくモニタリングするため，文献検索のデータベースは主にGoogleとGoogle Scholarを用い，これに加えてCiNii，J-STAGE，医学中央雑誌などのデータベースを用いてメンバーがそれぞれ担当する学会の学会誌や年次総会，日本公衆衛生学会地域保健総合推進事業発表会の抄録をチェックした。具体的には日本公衆衛生学会，日本精神神経学会，日本精神科救急学会，日本精神科病院協会，日本社会精神医学会の各学会誌および年次総会の抄録集が含まれる。検索に用いたキーワードは，「産業精神保健」，「医療従事者のメンタルヘルス」，「新型コロナウイルス感染症と医療従事者のメンタルヘルス」，「ポストコロナ」，「アフターコロナ」，「ポストコロナと看護職のメンタルヘルス」とし，これらを単独，または複数組み合わせることにより，該当文献を検索した。収集した文献は学術論文だけでなく，インターネット上にアップロードされている厚生労働省や地方自治体関係の資料などもできるだけ幅広く収集した。MR委員会精神保健福祉分野の2023年～2025年度年次報告書の中に掲載された文献（ウェブサイトも含む）計86件に加え，上記キーワードで追加検索した約14件を含めた計約100件のうち，本論文の趣旨に合致すると考えられる54件を採用した。

Ⅲ 活動結果

1. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と医療従事者のメンタルヘルス

1） 自治体職員

COVID-19対応の最前線で働く医療福祉関係者のストレスは大きく，直面する大きな心理的課題としては，（1）感染不安，（2）職業モラルの傷つきmoral injury，（3）疲弊と怒り等があることが報告されている[4,10]。保健所の保健師を対象とした調査では，長期化し繰り返すCOVID-19の感染拡大・縮小の中で，自身の健康管理は後回しとなっている現状が報告されている[11]。

保健所にてCOVID-19対応従事歴の浅い職員は「業務の質」で困難を感じ，精神的サポートや相談できる環境を求めており，対応従事歴が長い職員は，保健所体制の整備・外部との連携を担っており業務量が多い点に困難を感じ，人員調整や外部委託化等のマネジメント体制の強化を求めていた[12]。この報告の調査時期はCOVID-19の5類移行直前の時期だったため，1年目と3年目では経験値に差があった[12]。

自治体職員を対象とした別の報告[13]では，COVID-19対応を行った者を対象に，インタビュー調査と質問紙調査が行われた。約61％で100時間以上の時間外勤務を経験するなど，加重な労働時間の実態が明らかであり，長時間勤務職員に対して，産業医による面接が行われていたが，ストレスや負担感が軽減された職員は2割程度だった。また，被害者にかかわる際の指針とされているPsychological First Aid（PFA）の原理原則を基に支援者自身が抱える葛藤に焦点を当てて，Stress First Aid（SFA）が開発された[14]。これらの調査から，新型コロナウイルス感染症に対応する行政職員には，過重労働の実態とともに，心理的・精神的に大きな負荷がかかっている状況が明らかになった。

以下，保健師のメンタルヘルスに焦点をあてる。COVID-19対応業務による時間外勤務（ひと月当たり）の最長時間は，100時間以上が13.7％，200時間以上が1.8％だった。「対応するケースや業務が複雑・困難になっている」「保健師活動に直接関係のない事務業務が負担である」等の事項は，「統括保

健師がいない」組織に所属する者の方が，問題だと認識していた[15]。2023年度の保健師活動領域調査[16]では，市区町村と都道府県ともに，退職も採用も増加している。COVID-19対応での保健所保健師のメンタルヘルスに関する調査[17]においては，「今後の見通しが立たない」「理不尽な状況下での勤務をしいられた」「COVID-19対応の体制整備が不十分」「保健師の扱いが努力に見合わない」「心身のバランスが保てない」「保健師として働く意欲がわかない」が抽出され，保健師の健康問題につながることが示唆されている。とくに，新任保健師は様々な不安や葛藤，ストレスを経験し，1人で抱え込んで，ストレスを抱え込んでしまいがちになるとの指摘がある[18]。保健師現任教育においては，指導者が工夫をして実施しているものの[19]，保健所だけでなく，市区町村保健師においてもワクチン対応に追われ，本来，新任期に体験する集団指導や地域づくりなどの活動が体験できず，COVID-19が5類になった後も教育上の課題が続いている。市町村保健師のメンタルヘルスに影響する要因については，保健師のメンタルヘルスへの認識が低いことや[20]，事務作業や事務手続きが当たり前になっていることが，ストレスが高い傾向につながっている[21]。

2）　医療機関

COVID-19専用病院[22]において，医療従事者と非医療従事者を対象に，全バーンアウト（燃え尽き症候群）率は8.9%で，医療従事者と非医療従事者で同等であった。一方，COVID-19治療重点医療機関[23]に指定された病院においては，常勤医を対象に横断調査を実施，情緒的消耗感には有意義な仕事，労働時間，性別，およびCOVID-19後の仕事量変化が，また，患者や同僚に対して冷淡や無関心になるなどの脱人格化には有意義な仕事および労働時間が，個人的達成感には有意義な仕事が関連していることが示された。また，クラスターが発生した際に必要なメンタルヘルスケアは，(1) 睡眠の確保，(2) 適切な休息の確保，(3) コミュニケーションの回復，(4) 過度に悲観することなく，自信を回復する手立てを講じる，(5) 必要に応じて専門医を受診する，などが示されている[24]。

COVID-19パンデミック時での医療従事者における，COVID-19関連の職場でのいじめと患者からの攻撃[25]も深刻な問題である。これらの発生率および心理的苦痛との関連性を横断研究により検討した結果，17.1%がCOVID-19関連の職場いじめと患者による攻撃を経験し，9.9%が職場いじめ，10.8%が患者による攻撃を経験していた[25]。

バーンアウトへの介入策でとくに注目すべき点として，定期的なCOVID-19に関する正しい情報の勉強会が挙げられた[26]。また，国際医療非政府組織（NGO）による①人的支援，②物的支援，③感染対策支援，により医療従事者のメンタルヘルスクライシスに対する支援の実践が報告された[27]。また，パンデミックがもたらした影響の広がりを考慮し，医療従事者全般が感じる負担感へのケアについても対策を講じていく必要性が示唆された[28]。さらに，職場のリーダーシップ，支援体制，人間関係を考慮に入れた組織レベルの取り組みが重要であることが提言された[29]。

精神科病院における医療従事者のメンタルクライシスとして，次のような点が報告されている。まず，頻繁な情報共有とリスクコミュニケーション，ねぎらいの言葉や互いの立場を思いやった対応など，職員の気持ちを一つにする組織ケアが必要である[30]。また女性のメンタルクライシスとして平時からの有形無形の負荷を強いる社会や労働環境の構造的欠如の一部が露わになった[31]。COVID-19罹患後症状対応時期への移行では，管理者が支援者支援を理解し，戦略的に大事な職員を守ること，そして，各職員もセルフケアで自分を守ることが重要である[32]。

COVID-19クラスターの経験と職員のケアに関しては，職員のメンタルヘルスに力を入れるべきであったがマンパワー不足が深刻であったことが報告され[33]，情報を確実にとらえ現状の評価と改善を繰り返し，時には専門家の力を借り，感染対策を作っていくことが求められた[34]。また，病院のホームページに「新型コロナウイルス陽性者確認について」を掲載して行政の終息宣言が出るまで毎日更新し，地域社会における必要とされた役割を果たす社会的意義について再確認された[35]。

自殺の予防に向けたメンタルヘルスケアとしては，メンタルサポートとセルフケアとして，セルフケアの推進，マインドフルネスの実践，自己への思いやりとソーシャルメディアの暴露を減らすことが挙げられている[36,37]。さらに，認知療法・認知行動療法，マインドフルネス，Rapport/Reflective listening，Assessment，Prioritization，Triage，Intervention，Disposition（RAPID）PFAの導入が提唱されている[38,39]。

RAPID PFAによるメンタルヘルス問題への対応として，必要に応じて専門機関に紹介するための医療資源の把握をはじめ，日頃からの関係者とのコミュニケーションが重要であることが提言された[39]。さらに，「COVID-19の対応に従事する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイド

ライン」version.2.0[40]や，それを一部改変したPFAに基づくセルフケアと相互支援が示された[41]。

医療従事者教育としては，医学生・研修医・専攻医の教育における相互のやりとりの重要性，臨床研究を進めるための基盤，後継者育成や先輩や関連病院との連携のハブ機能等，コロナ禍前後で変わらない基本が明らかにされた[42]。また，精神医学的知識の普及啓発として，実地産業医研修会を施行することができない事態に直面したが，WEB形式であれば全国規模で多くの医師が参加する事例検討会開催の可能性が示唆された[43]。

2. ポスト・コロナ期における医療従事者のメンタルヘルスと業務の変化

2020年度まで11年間の労災支給決定事案のうち精神障害事案の分析結果[44]では，支給決定件数は増加傾向で，30歳代が多く，医師は「仕事内容・仕事量の変化」，看護師は「悲惨な事故や災害の体験・目撃」が多いと報告されている。コロナ禍においては自殺率の上昇がみられたが[3]，患者の自殺に直面した看護師のメンタルケアの重要性が示唆される。また，ウィズ・アフターコロナを迎えつつある中で，看護師を取り巻く環境も変化があり，影響を受けている[45]。元来，患者とダイレクトで良好なコミュニケーションを取ることが看護では必要であったが，コロナ禍でそれが困難になった。大分解除されてきたが，職員同士も，黙食をはじめ，コミュニケーションが困難な事態が残ることが報告されている[45]。

COVID-19がもたらした変革の一つにオンライン診療の普及がある。処方薬に制限はあるものの初診もできるようになった[46]。しかし，セキュリティの課題があった場合には医師が責任をとらなければならず，予約，本人確認，診療請求など，容易ではない[46]。オンライン診療の必要性は増しているが，現状では医療提供者側の負担が大きい。今後も同様の感染症の流行期には，オンライン診療，電話再診を求める患者の増加が予想されるが，現状ではオンライン診療の診療報酬点数は外来に比べて低く設定されている[46]。COVID-19流行後，病床利用率が全国的に低下し，病院に患者が戻らない状況が続いている[47,48]。2019年の病床利用率は一般病棟76.5%，療養病棟87.3%であったが，2022年はそれぞれ69.0%，84.7%である[47,48]。「一般病床75%（大都市80%），療養病床85%」という経営の目標となる稼働率と比べると，採算ラインを下回った[49]。

一方で医療機関においては，2019年6月，災害拠点精神科病院の指定要件として業務継続計画（Business Continuity Plan, BCP）が策定されていることが規定された[50]。一般にBCPとは地震や感染症などの緊急事態において，企業や団体が損害を最小限に抑えつつ，中核となる事業を早期に復旧・継続するための計画を意味するが，精神科医療機関等では，BCP策定において新興感染症や情報セキュリティにまで範囲が広げられ，緊急事態の「発生確率」と「発生した際のインパクト」の二軸による評価が求められている[51]。訪問看護事業所について，2024年3月31日までにBCP策定，研修および訓練の実施が義務づけられた（BCP未策定事業所への減算の導入：経過措置2025年3月31日まで[52]）。今後，訪問看護ステーション等でも，感染症の報道が引き金になり精神症状の悪化につながる利用者もコロナ禍以上に現れると考えられており，事業を縮小したとしても訪問看護の継続が不可欠となることが示唆されている[53]。新型コロナウイルス感染症対策対応を通じて得られた教訓として，非常時には通常業務をいかに省力化し効率化が図れるかが重要であり，構造的な強度や備蓄だけではなく，情報通信技術（ICT）を用いた通常業務との共存がBCPの見直しの際，重要とされている[54]。業種別に見たコロナ期およびポスト・コロナ期の医療従事者のメンタルヘルスに影響を与えるストレス要因と具体的な対策例を表1に示す。最前線で対応に当たった保健所の職員や保健師に対する支援が不足していることが判明した。

Ⅳ 考　　察

コロナ禍において，医療従事者は感染の不安やオーバーワークに加え，ハラスメントなどの外部からのストレッサーにさらされ，バーンアウトや抑うつに至るリスクが増大したことが報告された。第5類移行後のポスト・コロナの時期になっても，休職や離職の職員の復帰が妨げられたり，医療機関における生産性やパフォーマンスの低下が起こることが示され，職員の慢性的なストレスへの中長期的な対応の重要性が示された。

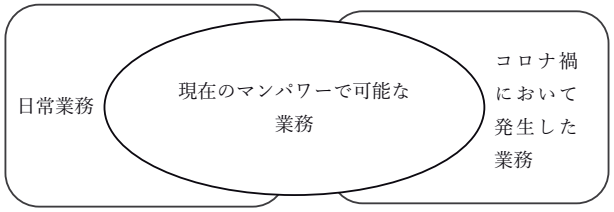
こうした中で医療機関においては，入院患者数が回復しなかったり，オンライン診療への対応の負担や診療報酬の低さのため経営が圧迫されている現状が示された。さらにはBCPの策定が義務化されるなど，負担は増大する一途である。行政機関，医療機関および事業所においてBCPの普及と更新・改訂をくり返すことが重要であるが，現状ではマンパワーが不足している。他の行政機関や各事業所のBCPをお互いに参照し合い，BCPの更新改訂をくり返し行うような相補的システムが構築されることが望ましい。こうした状況では，現状のマンパワー

表1　コロナ禍およびポストコロナ禍における医療従事者のメンタルヘルスの課題と対策例

	コロナ禍	ポストコロナ	対策例
自治体職員	感染不安 職業モラルの傷つき 疲弊と怒り	能登半島沖地震のような災害発生時にも，長時間労働，突発的業務による心身の負担は増大 社会的期待と批判の板挟み	Psychological First Aid（PFA） Stress First Aid（SFA） 行政職員健康管理版 J-SPEED により職員の疲労やメンタル不調を把握，必要に応じて災害派遣精神医療チーム DPAT につなぐ 災害産業保健派遣チーム（DOHAT）と災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）によるバックアップ
保健所職員，保健所保健師	100時間以上の時間外勤務による疲弊 自分の健康管理が後回し 人員調整，外部委託化等のマネジメント体制の脆弱さ 過重な労働時間による心身面の不調には産業医面接では不十分 保健師業務以外の事務作業の負担増大 業務の複雑さ・困難さ とくに新任保健師，経験不足の職員の負担が増大		
医療機関	バーンアウト率の高さ（仕事内容，労働時間などが消耗感，脱人格化に関連） 職場でのいじめ，患者からの攻撃による心理的苦痛 とくに女性の負担は増大（女性に負担を強いる社会） マンパワー不足によりメンタルヘルスへの配慮は困難	精神障害による労災支給の原因は看護師では悲惨な事故や災害の体験・目撃，医師では仕事内容，仕事量の変化が多い 病床利用率の低下，病院の経営悪化 患者の自殺に直面した医療従事者への支援は不十分	バーンアウト対策として，COVID-19に関する正しい情報の勉強会，国際医療 NGO による①人的支援，②物的支援，③感染対策支援 管理者が支援者支援を理解し，戦略的に大事な職員を守る，職員もセルフケアで自分を守る 深刻なマンパワー不足等，現状の評価と改善のくり返しが必要 RAPID Psychological First Aid（PFA）の導入 必要に応じて専門機関に紹介するための医療資源の把握，日頃からの関係者とのコミュニケーション 非常時で研修会ができない場合は WEB 形式での開催も検討 業務継続計画（Business Continuity Plan, BCP）の策定
訪問看護	感染症報道が引き金になり精神症状の悪化を来す利用者の存在，緊急時も訪問継続が必要		

注）
Psychological First Aid（PFA）…災害や事故などの深刻な危機的出来事を経験した人々に対し，初期段階で行う人道的で支持的な心理的応急処置
Stress First Aid（SFA）…過度なストレスや心理的衝撃を受けた人（とくに災害救援者や職場の同僚など）が，心の傷から回復するのを助けるためのセルフケアおよびピアサポート（仲間同士の支え合い）の枠組み
行政職員健康管理版 J-SPEED…災害時に過酷な環境で働く自治体職員や支援者の心身の健康状態を，スマホアプリ等で迅速・簡便（1日1回約1分）に把握するシステム
災害派遣精神医療チーム（DPAT）…自然災害や航空機・列車事故などの集団災害時に被災地へ派遣される，メンタルヘルス専門の医療チーム
災害産業保健派遣チーム（DOHAT）…災害時に働く人の健康と安全を守るために活動する専門家チーム
災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）…主に自治体の「保健医療調整本部」の運営機能を支援するチーム
RAPID PFA…大規模災害，事件，事故などの緊急事態直後に，トラウマや深刻なストレス状況にある人々のこころのケアを行う「心理的応急処置（PFA）」の具体的な実践モデル（Rapport/Reflective listening, Assessment, Prioritization/Psychological Triage, Intervention, Disposition の5つの要素からなる）
業務継続計画（BCP）…地震や感染症などの緊急事態において，企業や団体が損害を最小限に抑えつつ，中核となる事業を早期に復旧・継続するための計画

図1　職員のメンタルヘルスの維持に求められる業務の選択と効率化



日常業務で優先順位の高いものを選択し，コロナ禍で発生した新たな業務は効率化（BCP 等の活用）により，現在のマンパワーで実施可能な範囲になるように業務を整理する。
マンパワー不足については，支援チームの協力，ICT，AI の活用などで補う。
業務過多にならないよう日々評価し，その都度，対策を講じることが必要である。

で可能な業務を整理し，日常業務で優先順位の高いものを選択して消化すると同時に，コロナ禍や自然災害等の緊急事態で発生した新たな業務は BCP 等の活用で効率化を図る必要がある。マンパワー不足については，ICT，AI の活用等で補うことも可能である（図 1）。コロナ禍，ポスト・コロナ禍で表出された課題を踏まえ，能登半島沖地震では（Disaster Occupational Health Assistant Team, DOHAT）が初めて本格的に活動するなど，災害精神保健の観点から行政職員や医療従事者を支援する取り組みも，社会的実装段階にある。

Ⅴ　おわりに

今回，COVID-19というパンデミック・クライシスを通して，あらためて医療機関や行政機関に務める医療従事者のメンタルヘルス問題が，産業精神保健の観点からも浮き彫りになった。このような問題に焦点を当てた調査や研究はこれまでほとんどなかったので，これを契機として，MR 委員会報告書でも提言してきたように[7~9]，医療従事者の離職やメンタルヘルス状況に対する全国的な調査を実施して，メンタルヘルスを支援する仕組みの構築を考える時期に来ていると思われる。

なお，本論文に関して開示すべき COI はない。

（受付 2026. 4. 8
採用 2026. 5.28
J-STAGE 早期公開 2026. 7.31）

文　献

1）　重村　淳，高橋　晶，大江美佐里，他．COVID-19（新型コロナウイルス感染症）が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて．トラウマティック・ストレス 2020; 18: 1–9.
2）　梶谷康介，土本利架子，佐藤　武．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックが大学生のメンタルヘルスに及ぼす影響：文献および臨床経験からの考察．健康科学 2021; 43: 1–13.
3）　岡　　檀，久保田貴文，椿　広計，他．日本における COVID-19パンデミック後の自殺率上昇の地域差及び性差に関する分析―全国市区町村の産業構造に着目して―．統計数理 2022; 70: 115–126.
4）　佐々木那津，川上憲人．新型コロナウイルス感染症流行と労働者の精神健康：総説．産業医学レビュー 2021; 34: 17–50.
5）　武用百子．新型コロナウィルス感染症における看護師の精神的諸問題と取り組むべき課題．日本精神保健看護学会誌 2022; 31: 80–85.
6）　松田葉子，山元恵子．我が国における効果的な新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者対応の医療従事者のメンタルヘルスケアについての検討（資料）．大和大学研究紀要 2022; 8: 23–29.
7）　公衆衛生モニタリング・レポート委員会．2022/23年度公衆衛生モニタリング・レポート年次報告書 2023; 22–28.
8）　公衆衛生モニタリング・レポート委員会．2023/24年度公衆衛生モニタリング・レポート年次報告書 2024; 21–24.
9）　公衆衛生モニタリング・レポート委員会．2024/25年度公衆衛生モニタリング・レポート年次報告書 2025; 21–25.
10）　前田正治．コロナ禍における医療・介護従事者への心のケア．東京：誠信書房．2021; 2–15.
11）　當山裕子，竹内理恵，小林　潤．沖縄県において COVID-19に対応した感染症担当保健師の困難．第81回日本公衆衛生学会総会抄録集 2022; 236.
12）　向田有佐，志野まなみ，下村千穂，他．長期的な COVID-19対応が保健所職員に与えた心理的影響～中和保健所職員へのアンケート調査．第62回近畿公衆衛生学会抄録 2023（web 会議：演題番号 B-605）.
13）　藤内修二，立石清一郎，五十嵐侑，他．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対応行政職員等の心理的・精神的負荷の検討．令和 4 年度地域保健総合推進事業「自治体における新型コロナウイルス感染症対策に関する調査研究報告書（分担事業者　角野文彦）」2023; 117–153.
14）　大澤智子．コロナ禍における支援者のメンタルヘルス対策：ストレス・ファーストエイド．心的トラウマ研究 2022; 17: 57–66.
15）　日本看護協会．2022年「保健師の活動基盤に関する

基礎調査」結果．2023．https://www.nurse.or.jp/home/assets/20230331_nl03.pdf（2025年12月5日アクセス可能）．
16） 厚生労働省．令和5年度保健師活動領域調査（領域調査）結果の概況．2023．https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryouikichousa_r05_1.pdf（2025年12月6日アクセス可能）．
17） 鶴田華恋，鳩野洋子．COVID-19対応の中で保健所保健師が直面した困難―「COVID-19感染拡大下における保健所保健師のメンタルヘルスに関する調査」自由記載の内容の分析―，日本職業・災害医学会誌 2023; 71: 212–223.
18） 五十嵐久人．行政保健師のメンタルヘルスとワーク・エンゲージメント．保健師ジャーナル 2022; 78: 182–186.
19） 原田小夜，後藤広恵，福井美代子，他．COVID-19感染症蔓延下における滋賀県人材育成担当者の新任者現任教育における困難と工夫，日本公衆衛生雑誌 2023; 70: 843–851.
20） 井口　理．行政保健師の離職意図に関する「仕事の要求」と「仕事の資源」，日本公衆衛生雑誌 2016; 63: 227–240.
21） 井出段幸樹，川口桂嗣．行政保健師のメンタルヘルスに影響する要因～文献検討結果から～，信州公衆衛生雑誌 2022; 16: 71–79.
22） Yamada C, Kishimoto N, Masuda Y, et al. Survey of job stress and burnout among employees of various occupations at a COVID-19-dedicated hospital. Environmental and Occupational Health Practice 2021; 3: 6.
23） Kodera S, Kimura Y, Tokairin Y, et al. Physician burnout in general hospitals turned into coronavirus disease 2019 priority hospitals in Japan. JMA Journal 2022; 5: 118–123.
24） 前田正治．COVID-19対応スタッフへのメンタルヘルス・ケア　クラスター発生対応に焦点を当て．医学のあゆみ 2022; 283: 203–209.
25） Asaoka H, Sasaki N, Kuroda R, et al. Workplace bullying and patient aggression related to COVID-19 and its association with psychological distress among health care professionals during the COVID-19 pandemic in Japan. The Tohoku Journal of Experimental Medicine 2021; 255: 283–289.
26） 松尾貴公．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミック下の聖路加国際病院における多職種バーンアウト調査から考える対策―研修医のサポートも含めて．医学のあゆみ 2022; 283: 189–193.
27） 高橋茉莉子．コロナ禍での国際医療NGOによる精神科病院支援．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 37–48.
28） 久保寛人．COVID-19によるパンデミックが医療従事者に及ぼした影響と今後の対策　国外，国内の文献レビューを通じて．医学のあゆみ 2022; 283: 211–214.
29） 西村義人．パンデミック下の国内外の主要研究から考える対策．医学のあゆみ 2022; 283: 195–198.
30） 太刀川弘和，安部秀三．災害時における医療従事者のメンタルクライシスとケア．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 6–11.
31） 渡邉博幸．コロナ禍での女性のメンタルクライシス―診療を通してみえるもの―．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 18–22.
32） 高橋　晶．COVID-19罹患後症状対応時期への移行と医療従事者のメンタルクライシスとそのケア．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 23–29.
33） 駒橋　徹．新型コロナウィルス感染症クラスターの経験と職員のケアについて．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 49–56.
34） 八杉利美．コロナ禍でのメンタルを考える―クラスターの経験を振り返って―．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 57–61.
35） 高森薫生．県内初の医療機関クラスターを経験して―医療従事者のメンタルクライシスとケア．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 62–69.
36） 三木明子，的場　圭．コロナ禍における医療従事者のメンタルサポートとセルフケア．日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 12–17.
37） 佐藤昌司，新井陽子，竹内　崇，他．COVID19の感染拡大にともなう妊産婦のメンタルヘルスに関する実態調査について．日本周産期メンタルヘルス学会誌 2021; 7: 59–88.
38） 甲田宗良，岡本真実．マインドフルネスは医療・福祉・介護の担い手の「生産性」を向上させるのか？健康経営的視点に基づく労働者に対するマインドフルネスに基づく介入．地域ケアリング 2022; 24: 93–97.
39） 大矢　希．精神保健従事者向けのRAPID　PFAによるメンタルヘルス問題への対応．精神医学　2023;　65: 355–361.
40） 日本精神保健看護学会．COVID-19の対応に従事する医療者を組織外から支援する人のための相談支援ガイドライン（Version2.0）．2023. https://www.japmhn.jp/remotePFAguide（2025年12月11日アクセス可能）．
41） 日本精神保健看護学会社会貢献委員会，香月富士日，桐山啓一郎，他．COVID-19対応や災害支援時におけるPFAに基づくセルフケアと相互支援．保健師ジャーナル 2022; 78: 142–148.

42） 精神医学講座担当者会議．コロナ禍で大学病院精神科が経験した困難から考える．臨床精神医学 2022; 51: 225–232.
43） 吉田契造．産業精神保健における精神医学的知識の普及啓発 特に個別事例対応について．精神医学 2022; 64: 1017–1024.
44） 厚生労働省．令和5年度労災疾病臨床研究事業費補助金「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」報告書．2023. https://www.mhlw.go.jp/content/001275524.pdf（2026年3月25日アクセス可能）.
45） 高橋 晶．アフターコロナの看護職のメンタルヘルス．2023. https://pub.confit.atlas.jp/ja/event/jnagakkaiyokohama2023/presentation/KR2-1（2026年4月8日アクセス可能）.
46） 脇 嘉代，村岡修子，井上創造，他．ポストコロナの医療情報．医療情報学 2020; 40: 173–195.
47） 厚生労働省．病院報告 病床利用率 令和元年（2019）．2019. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/03byouin01.pdf（2025年12月18日アクセス可能）.
48） 厚生労働省．病院報告 病床利用率 令和4年（2022）．2022. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/dl/03byouin04.pdf（2025年12月18日アクセス可能）.
49） 厚生労働省．第3回 新たな地域医療構想等に関する検討会資料（資料8）．2024. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001255926.pdf（2025年12月18日アクセス可能）.
50） 大山慶介．医療機関におけるBCP策定について．日本精神科病院協会雑誌 2022; 41: 1141–1147.
51） 小原尚利．精神科病院におけるBCPの重要性とBCP策定のコツ．日本精神科病院協会雑誌 2022; 41: 1148–1152.
52） 佐藤美穂子．令和6年同時改訂，訪問看護に関連する改定とその影響．訪問看護と介護 2024: 29: 266–268.
53） 田端拓明．知っていますか？ 精神科訪問看護において義務化されるBCP．精神看護 2022; 25: 534–535.
54） 犬飼邦明．精神科病院のBCP：災害時支援中心病院の立場から．日本精神科病院協会雑誌 2022; 41: 1178–1184.