

委員会活動についてのご意見・ご要望

レポートの構成上、個別課題への意見の羅列という形式になっていますが、複合的な課題をどう捉えていくか、という点について悩ましいと感じました。

多領域の専門家が協働し、全国的なモニタリングを体系的にまとめている点で非常に意義があると感じています。一方で、個別課題が縦割りで提示される傾向があるため、領域間の関連や横断的課題(孤独・貧困・地域差など)を加えることで、自治体や実務者が活用しやすい報告書になると考えました。また、提言の優先順位や実行可能性、地域規模に応じた実践例の提示を充実させることで、政策反映の実効性がさらに高まると思います。

年次報告書のとりまとめ、ありがとうございます。委員会活動が、認定専門家の先生方が、モチベーションを保つことに役立てればと願っています。

2024/25年度の年次報告書は、各分野の重要課題を網羅的に整理し、学会としての視座を示す大変有意義な内容でした。一方で、提言の多くが概念レベルにとどまり、自治体の実装可能なレベルの要件・責任主体・成果指標が十分に示されていない点は、今後、改善していく余地があると感じました。また、既存データの限界や地域差への踏み込み、グループ横断的な知見の統合、提言の優先順位付けなど、学会としての政策的な影響力を高めるための整理がさらに求められると考えます。モニタリング・レポート委員会が、現場の実務と政策形成の橋渡し役として、より実装可能性の高い提言と横断的な分析を進めていただけることを期待しております。

全体として、報告書は方向性の提示にとどまり、実装可能性や自治体のキャパシティを踏まえた具体的な提言が不足している。学会が政策形成において実効性を高めるためには、以下の点が重要である。

- ・ 制度改正を現場で機能させるための実装モデルの提示
- ・ 自治体間格差を縮小するための標準化・成熟度モデルの整備
- ・ 保健所・自治体の業務負荷を踏まえた現実的な支援策の提示
- ・ 学会としての役割・責任範囲の明確化
- ・ 科学的根拠に基づく政策提言の強化

学会が「理念の提示」から「実装を支える組織」へと進化するためには、現場の実務を理解したうえで、制度的持続性と実行可能性を備えた提言を行うことが不可欠である。

いずれの委員会の取り組みも、大変有意義で重要であると感じました。モニタリングレポートの存在および内容が学会員だけでなく、社会に向けて広く知られるよう、情報発信に力を入れても良いのではと思います。

委員会活動、年次報告のとりまとめ、ありがとうございます。

全体として、委員会の皆さまのご尽力が伝わる素晴らしい報告書でした。
今後も現場と政策をつなぐ重要な役割を担っていただけることを期待しております。

年次報告書の作成にあたり、母子保健分野の課題を丁寧に整理していただき、現場の立場から大変心強く感じました。妊娠期から就学前までの支援は、子どもの発達だけでなく、保護者の心理的安心にも直結する重要な領域です。

今後、健診や産後ケアなどの取り組みが「指摘して終わり」ではなく、地域のフォローアップにつながるよう、標準的な支援モデルや自治体間格差への配慮が示されると、現場での実装がさらに進むと感じます。特に、保護者の不安に寄り添う視点や、専門職不足への支援が加わると、母子保健の質が大きく高まると思います。

委員会の皆さまの取り組みが、これからも子どもと家庭を支える力になることを期待しております。

年次報告書の作成にあたり、幅広い領域を丁寧に整理して下さった委員会の皆さまのご尽力に、現場の立場から深く感謝申し上げます。保健所や自治体の実務に携わる者として、委員会の取り組みが全国の公衆衛生の基盤を支えていることを強く実感しています。

公衆衛生の現場は、危機管理、人員不足、制度改正への対応など、日々さまざまな課題に直面しています。その中で、委員会が示して下さる方向性や整理は、現場が迷わず前に進むための大切な道しるべになっています。

今後、委員会の活動がさらに発展し、現場と政策をつなぐ中心的な存在としてますますご活躍されることを期待しております。特に、

- ・自治体規模に応じた取り組み方のヒント
- ・現場で使える標準化の方向性
- ・危機管理や外国人支援など、実務負荷の高い領域への支援

などが少しずつ広がっていくと、全国の保健所や自治体にとって大きな力になると感じています。

委員会の皆さまの取り組みは、公衆衛生の未来を支える重要な基盤です。現場の一員として、これからのさらなるご活躍を心から応援しております。

年次報告書の作成にあたり、環境保健を含む幅広い領域を丁寧に整理して下さった委員会の皆さまのご尽力に、危機管理や保健所行政に携わる立場から深く敬意を表します。特に、化学物質リスクや大気汚染といった、自治体現場にとって判断の難しいテーマを取り上げていただいている点は、現場の支えとなっています。

環境保健の課題は、科学的不確実性、住民不安、行政判断の難しさが重なり、危機管理の観点からも対応が極めて複雑です。

保健所では、限られた人員の中で、住民説明、健康相談、行政判断の補助など、多岐にわたる役割を担っています。そのため、委員会が示して下さる方向性や整理は、現場が迷わず対応するための大切な指針となっています。

今後、委員会の活動がさらに現場にとって頼りになる存在となることを期待し、以下の点をお願い申し上げます。

・科学的知見と行政実務をつなぐ“橋渡し”の役割をさらに強めていただきたいです。

PFASや大気汚染などは、最新知見の理解だけでなく、住民説明や行政判断に落とし込むプロセスが難しい領域です。委員会から、自治体がそのまま活用できる説明資料や標準的な対応の枠組みが示されると、保健所の危機対応力が大きく向上します。

・自治体規模や体制の違いに応じた“段階的な支援モデル”の提示を期待しています。

小規模自治体では専門職が限られ、環境保健の対応が後回しになりがちです。最小限の体制でも実施できるモデルや、広域連携の活用例が示されると、地域格差の縮小につながります。

・危機管理の視点を踏まえたりリスクコミュニケーション支援を強化していただくと助かります。

住民説明は、科学的正確性と不安への配慮の両立が求められ、現場では最も負担の大きい業務の一つです。FAQや説明のポイントなど、委員会からの支援があると、保健所の対応がより安定します。

・環境保健と危機管理を横断する視点を、委員会の強みとしてさらに発揮していただきたいです。

化学物質、気候変動、大気汚染は、今後の健康危機管理において中心的なテーマとなります。委員会がこの領域でリーダーシップを発揮していただけることを、現場として大いに期待しています。

委員会の皆さまの取り組みは、公衆衛生の未来を支える重要な基盤です。危機管理と保健所行政の現場に携わる者として、今後のさらなるご活躍を心より応援しております。

委員会活動についてのご意見・ご要望への回答

本報告書に対し、貴重なご意見をいただき、心より感謝申し上げます。

公衆衛生モニタリング・レポート委員会(MR委員会)では、専門分野別のモニタリングを行っていることから、分野横断的な視点が十分でないのご指摘をいただきました。私どもも分野横断的な視点はたいへん重要だと考えており、2026年より新たに分野横断的な専門分野として、「デジタル、AI、PHR」のモニタリンググループを新設し、既存のグループからの掛け持ち参加ができるようにしました。また、年次報告書作成に際してはすべてのグループリーダーによるドラフトレビューの機会を設け、全体を俯瞰する視点を持つようにしております。今後はこのような取組を分野横断的な活動の一層の活性化につなげていきたいと考えています。

さらに自治体や現場における実効性が高いモデルの提示や提言が必要とのご指摘もいただきました。MR委員会だけでは対応できない面もございますが、ご指摘を受けて、2026年より、各グループに日本公衆衛生学会としての提言につながるような具体的な提言案を検討してもらう取組を始めました。この取組が、タイムリーでインパクトのある、現場の皆様へ貢献するような学会からの提言の発出につながるのではないかと考えています。

環境保健と危機管理に関するモニタリングのあり方についても、多くのご意見をいただきました。両方ともなかなか一筋縄ではいかない課題が山積しておりますが、MR委員会としても、研究機能も活用しながら、現場で役立つ成果物が作れないか検討してまいります。

MR委員会では、引き続き現場における顕在的及び潜在的な健康問題に関する情報の収集分析・報告を通じて、学会の立場から、科学的根拠に基づいた持続可能で実装可能な公衆衛生施策に貢献することで、現場と政策をつなぐ役割を担うことができるよう努めてまいります。引き続きのご理解とご協力をお願いいたします。

2024/25年度公衆衛生モニタリング・レポート年次報告書に対する代議員(含理事)意見調査結果 (2025年12月実施)

課題番号	ご意見	グループ名	回答
1	救急車利用における自己負担の有無 厚生労働省「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」などにACSCsの概念が紹介されてきています(2025/8/27開催など)。プライマリ・ケアの体制が普及するほど不要普及の救急医療利用が減少してくれるという仮説を検証できるような分析も進むと良いと思います。	疫学・保健医療情報、保健行動・健康教育、国際保健	ご意見誠にありがとうございます。ご意見の通り、救急車利用の在り方が現在もこれからは課題になるのではないかとというグループ内の意見もあり、本テーマについて賛成の立場、慎重の立場の意見を提示してディベートさせていただきました。私どもも救急車利用が適正になるような分析が進むことを期待しております。
2	医療現場での生成AI活用について 医療現場における生成AIの活用は、診断支援、文書作成、情報整理など多岐にわたり、医療の質向上と業務効率化に寄与する可能性が高い。特に日本では医師不足や働き方改革が進む中、AIによる負担軽減は喫緊の課題であり、適切に活用すれば医療安全の向上にもつながる。一方で、AIのハルシネーション、データ偏り、責任の所在、個人情報保護などの課題は依然として大きく、拙速な導入は医療リスクを増大させる恐れがある。AIはあくまで「補助ツール」であり、最終判断は医療専門職が担うという原則を堅持する必要がある。また、診療科や施設規模によってAI導入の影響は異なるため、現場の実態調査や性能評価、導入負担の検証を体系的に進めることが不可欠である。特に、学習データの質と透明性の確保、AI利用時の説明責任の整理、医療者教育の充実が求められる。生成AIの活用は医療の将来に大きな可能性をもたらすが、安全性と信頼性を担保するためには、段階的な導入と継続的な評価が不可欠である。学会としても、実態調査やガイドライン整備を主導し、医療現場での適切なAI活用を支える役割が期待される。	疫学・保健医療情報、保健行動・健康教育、国際保健	ご意見誠にありがとうございます。生成AIは、現在国家的な推進と国民的な意識の高まりもあり急速に普及しているのは現状ですが、ご指摘のようにそのためには丁寧な準備や質・透明性の担保、導入体系の確立など、課題も多いと考えます。そのため、段階的な普及を行い、その都度検証と修正を加えていくことが理想と考えております。総会におけるディベートでもそのための情報提供を行い、活発な意見をいただきました。なお、今後生成AIに関する医療教育者の育成、生成AIの急激な進化に迅速に基準や見直しを行う仕組みの整備なども課題にはなると考えます。これらを継続して、MR委員会より発信できればと考えております。
3, 4	不登校児童生徒の健康管理と学校健診未受診問題 不登校児童生徒の増加は教育問題にとどまらず、公衆衛生上の重大課題である。学校健診を受診できない子どもが増えることで、視力・聴力・歯科・脊柱・肥満などの身体的問題、さらにはメンタルヘルスの悪化が見逃されるリスクが高まる。現行制度では、学校健診の未受診者数が全国的に把握されておらず、実態が見えないまま対策が進んでいる。自治体によっては個別健診の仕組みを整備しているが、全国的な標準化には至っていない。学会としては、①未受診者数の全国的モニタリング、②地域保健との連携による代替健診の仕組み、③ICTを活用した遠隔相談やメンタルヘルス支援、④家庭訪問を含むアウトリーチ体制の整備など、実務的な対応策を提示すべきである。不登校の背景にある心理社会的要因を踏まえ、教育・医療・福祉の連携モデルを構築することが急務である。	親子保健・学校保健	ご提案、ありがとうございます。お示しいただいたようなモニタリングや体制整備に関する活動や提言を、学会として実施するために、親子保健・学校保健グループとしても、引き続き、情報収集と課題の整理に努めます。特に、現場の実情について、さまざまなチャネルから情報収集し、学会と共有したいと思います。
5	COVID19下の死亡場所について、調査は興味深いですが、どのような手法で可能かと考えました。在宅医療に従事している方々へのアンケート調査などでしょうか？	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重な御意見を頂き、ありがとうございます。仰られる通り、在宅医療に携わる方への調査は、大変重要と考えます。研究の実現可能性も加味しますと、アンケート調査に加えて、インタビュー調査も手法の1つとなってくると考えましたので、是非、検討させて頂きたいと思います。
5	健康危機発生時の最期と死亡場所の変化 COVID-19下で死亡場所が病院から在宅へ移行した現象は、在宅医療の重要性を再認識させる一方で、医療逼迫による「選択の余地なき在宅死」が含まれていた可能性を否定できない。患者や家族の意思がどこまで反映されたのか、現状のデータでは不十分であり、単純に「在宅医療の需要増」と結論づけるのは早計である。また、地域差や社会経済状況による不平等が拡大した可能性もあり、死亡場所の変化を「望ましい地域包括ケアの進展」と捉えるのは危険である。むしろ、危機時における医療アクセスの脆弱性が露呈したと見るべきであり、病院・在宅双方のキャパシティを平時から強化する必要がある。学会は、死亡場所の変化を単なる統計ではなく「選択の自由度」「医療提供体制の公平性」という視点から再評価し、危機時の医療資源配分のあり方を提言すべきである。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重な御意見を頂き、ありがとうございます。学会への提言に記載させて頂いたように、先生が仰られる通り、今回のパンデミック下における死亡場所の変化は、最後を迎える患者や家族自身の選択だった可能性とそうではない可能性が含まれる、あくまで結果をお示ししたにすぎません。故に、その点に関する研究を今後する必要性が高いことを再認識するとともに、「最期を迎える場所の選択の自由度」および「医療提供体制と医療アクセスへの格差」という点でのエビデンスを今後蓄積しながら、今後のモニタリングおよび提言の強化に反映させていきたいと存じます。
5	大変重要なテーマだと考えます。分析においては、「地域の看取りに関する力」として、在宅クリニックや訪問看護ステーション等の資源の密度、独居高齢者の割合等が含まれると良いかと思えます。GISによる分析も必要だと考えます。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重な御助言を頂き、ありがとうございます。御助言の「地域の看取りに関する力」を分析することは、本分析の死亡場所の変化の背景にある課題そのものの1つであり、検討する必要性は高いと考えます。e-Stat等のデータを用いながら、例えば、QGIS等を用いた、市区町村単位での在宅死亡増加率や施設死亡割合の変化の可視化や、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション密度等の地域資源との空間的分布との関連を検討やMoran's IやLISAを用いた空間自己相関の検討も可能と考えますので、実現可能なものから研究をぜひ進めさせていただきます。
5	コロナパンデミックの終末期の影響の検証は、大変重要であり、取り組みに感謝いたします。最期の迎え方が患者や家族が搬送を希望しなかったのか医療逼迫で搬送できなかったのかを実際に調査するのは大変難しいと思いますが、試みる意義はあると思います。災害時には通常の医療を受けられないことを国民に啓発し、ではどうするのかを地域で話し合うような仕組み作りにつなげられると良いのでは、ACPの推進にも関連する取り組みではないかと思えます。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重な御意見および御助言を頂き、ありがとうございます。高齢化また高齢者独居が進む現代社会において、「最期の迎え方」は災害(健康危機発生)時のみならず、平時でも重要であり、今回のようなパンデミックにおいては平時と健康危機発生時を完全に分けられず、ある程度シームレスな側面があると考えました。その点を踏まえ、災害時の想定の前には、まずは地域で平時現在の「最期の迎え方」に関する住民の考えを知り、また客観的に医療提供体制や最期を迎える場所等を明らかにしておく必要性があると考えました。地域や自治体の取り組みに提言ができるよう、モニタリング・レポート委員会として活動してまいりたいと思えます。
6	COVID-19流行下で不活動によるフレイル進行が懸念されることから「フレイル」に関する情報が多く提供されたことで認知度は高まり、フレイルの検査機会を多く設けられているようだが、予防や回復の成果を上げるために、「通いの場」や「社会参加」で行う活動指針の構築と指導者養成が急務であると考えます。いまのところ、各地で行動変容の準備段階である「参加してみる」「姑息的な運動療法」を手探りで行っている状態が多いように思います。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	ご意見ありがとうございます。各地域の実情に合った通いの場の取組を推進するには、地域アセスメントとそれに基づく計画策定(Plan)、体制づくりと場の立ち上げ、継続支援(Do)、プロセス・アウトカム評価(Check)、計画・プロセスの調整(Action)といったPDCAサイクルを回すことが重要と考えます。その手引き等も順次作成・公開されておりますので、これらの情報についても普及啓発していくことが重要と考えます。

課題番号	ご意見	グループ名	回答
6	COVID-19下のフレイル・要介護認定率の動向 パンデミック下で要介護認定率が一時的に低下した背景には、訪問調査の中断や認定会議の遅延があり、実態を正確に反映していない可能性が高い。行政手続きの停滞が「数字上の改善」を生んだだけであり、これをもって介護ニーズが減少したと解釈するのは誤りである。また、身体活動・社会活動の低下が高齢者のフレイル進行を加速させた可能性は大きい。自治体間でモニタリング体制に差があり、全国的な把握が不十分である。デジタル化の推進は重要だが、ICT活用が困難な高齢者への配慮が欠けると、かえって格差を拡大させる懸念もある。学会は、パンデミックの影響を「制度の脆弱性」として捉え、認定プロセスの継続性確保、地域差の是正、長期的な健康影響の追跡を主導すべきである。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	ご意見ありがとうございます。ご指摘の通り、パンデミック下で要介護認定率が一時的に低下した背景には、様々な要因があると考えられます。訪問調査や認定会議の中断・遅延以外にも、感染への懸念から、高齢者やその家族が介護保険の申請手続きを控えたことも一因と考えられます。実際、東京都の高齢者サポートデータでは、SARS-CoV-2感染者数の増加に伴い介護保険の申請件数が減少し、その後、感染者数の減少に伴い申請件数が増加しています。ご指摘いただいた、公衆衛生上の緊急事態における認定プロセスの継続性確保、地域差の是正、長期的な健康影響の追跡は引き続き取り組むべき課題と考えます。
6	フレイル評価には身体機能だけでなく、社会的孤立や地域参加の低下といった「社会的フレイル」を含めた包括的指標があると良いかと思えます。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	ご意見ありがとうございます。基本チェックリストや後期高齢者の質問票、介護予防チェックリスト等では、友人との交流など、社会的孤立に関する項目が含まれております。これら包括的指標の活用が望ましいと考えます。
7	地域における社会的孤立と孤独が高齢者の健康に深刻な影響を及ぼす点が示されており、特に独居・低所得・慢性疾患を抱える高齢者では多面的リスクが重なり、地域差も大きいことを改めて認識しました。既存の支援(通いの場、サロン、介護予防事業)がコロナ禍以降十分に再構築されず、参加者が戻らない地域があるという指摘も重要です。従来なんとなく理解されてきた課題を、このように明確に示すこと自体が社会的要請であると考えます。今後は「つながりの質」を評価に加え、地域包括支援センター等が協働した個別支援の可視化と、デジタルを含む多様な参加機会の整備が必要と考えました。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	ご指摘ありがとうございます。地域アセスメントの結果や地域課題、通いの場の活動状況を自治体や専門職員側がタブレット等で簡便に共有できる仕組みを整備していくこともデジタル時代においては重要かと思えます。このような仕組みは、情報共有や評価に関する職員の負担軽減にもつながると考えられます。
7	シルバー人材センター会員の動向と健康課題 シルバー人材センター(SC)は高齢者の社会参加や健康維持に寄与する重要な仕組みである。しかし、現場では高齢者の身体機能や健康状態に十分配慮されていない業務配置が見られ、労働災害リスクが軽視されている側面がある。教育・研修の充実が必要だが、自治体間で取り組みの差が大きく、標準化が進んでいない点は大きな課題である。また、SCが「安価な労働力」として扱われる構造的な問題も存在し、健康管理や安全配慮が後回しにされる懸念がある。健康スクリーニングや個別支援の制度化は望ましいが、財源確保や専門職の配置が不十分のまま制度だけが先行すると、現場負担が増し、実効性が低下する恐れがある。学会は、高齢就労を「健康増進」と「労働安全」の両面から評価し、エビデンスに基づく業務設計、安全基準の策定、自治体格差の是正を提言すべきである。SCが高齢者の健康を損なう場とならないよう、制度の質を担保する視点が不可欠である。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重なご意見をお寄せいただき、誠にありがとうございます。いずれもシルバー人材センター(SC)の現状と今後の制度改善の上で極めて重要であり、本報告書の分析や提言の妥当性を高めるうえで大変参考になります。 1. 高齢者の身体機能や健康状態に十分配慮されていない業務配置や、労働災害リスクが軽視されている状況について私どもも調査してまいります。ご参考いただければと存じます。 https://www.jstage.jst.go.jp/article/isljsl/96/5-6/96_51/pdf/-char/ja 教育・研修の標準化が自治体間で進んでいない点、ご指摘の通りです。取組みの喫緊性について全国SCとの会議で提言したいと存じます。 2. SCが「安価な労働力」と扱われる構造的な問題のご指摘は、理念と実際の乖離を示す重要な論点です。健康管理や安全配慮が後回しになるリスクを正面から扱う必要があり、労働安全の観点からの評価を強化し、制度の質を担保するための提言をより具体化していきたいと思えます。 3. 財源や専門職配置が不十分のまま制度だけが先行すると、現場負担の増大や実効性の低下を招きかねない点は重要で、制度設計においては、実施体制の整備とセットで議論されるべきというご意見に賛同します。 4. 学会としてエビデンスに基づく業務設計、安全基準の策定、自治体格差の是正を提言すべきとのご意見は、本報告書の方向性とも一致しており、今後のモニタリングおよび提言の強化に反映させていきたいと存じます。
7	シルバー人材センターを単なる就労支援ではなく、高齢者の社会参加を基盤とした介護予防・QOL向上の地域資源として再定義し、公衆衛生的評価を行うと良いのではないのでしょうか。	高齢者のQOLと介護予防、高齢者の医療と福祉	貴重なご意見、誠にありがとうございます。SCを単なる就労支援の枠組みにとどめず、高齢者の社会参加を基盤とした介護予防や生活の質(QOL)向上に資する地域資源として再定義する視点は、公衆衛生的にも極めて重要であると認識しております。一方では、傷病を抱えながらも生活の糧のために働いている高齢者も少なくありません。社会参加を通じた健康影響の評価の枠組みをより明確にし、介護予防やQOL向上との関連を整理したうえで、SCを地域包括ケアシステムの一部として捉え、地域資源としての価値を可視化することは、自治体間の取り組み格差の是正や、制度改善に向けたエビデンス構築にも寄与すると考えております。公衆衛生的モニタリング及び学会への提言を継続していきたいと存じます。
8	地域包括ケアシステム、地域共生社会などの官製用語が結局法令や事業別に用いられてしまい、縦割りから脱することができない状況があると感じますが、あわせて、国内でしか通用しない用語になってしまっていることを懸念します。学会としては、国際的に用いられている用語・概念を意識し、国際的に議論が可能な状況となるよう促していくことも大切だと感じます。	障がい・難病	貴重なご意見ありがとうございます。地域包括ケアシステム、地域共生社会などの用語や概念に対して、国際的に用いられている用語や概念を意識することは大変重要と思えます。地域包括ケアシステムや地域共生社会の概念は日本独自のものですが、一方で、少子高齢化社会が国際的にも早期に進んでいる日本は海外からどのような政策が進められているのか注目を浴びています。地域包括ケアシステムの英語表記の Community-based integrated care system をPubMedで検索したところ、海外論文にも使用されています。一方、地域共生社会の概念は地域包括ケアシステムの概念より遅れて使用されているため、今後、日本からこの概念を世界に発信していくことで、国際的な概念になっていく可能性があると思われまます。国際的の概念のモニタリングも、余力があればしたいと思います。

課題番号	ご意見	グループ名	回答
9	<p>難病・医療的ケア児等の災害対策の地域支援</p> <p>難病患者や医療的ケア児の災害対策は喫緊の課題であるが、現状は自治体任せであり、対応に大きな地域差が生じている。市町村単位での実態把握は重要だが、専門職不足や財源の制約から、調査が形骸化する恐れがある。また、官民連携が強調される一方で、災害時に誰が責任を持つのが曖昧になりやすく、支援体制が実際の災害時に機能しないリスクがある。個別避難計画の作成も進んでいるが、本人・家族の負担が大きく、更新が追いつかないケースが多い。さらに、医療的ケア児の支援は高度な専門性を要するにもかかわらず、災害時には専門職が不足し、必要なケアが継続できない可能性が高い。学会は、災害弱者支援を「自治体の努力義務」に留めず、国レベルでの標準化、専門支援チームの整備、情報共有プラットフォームの構築を提言すべきである。災害時に真に機能する体制を構築するためには、平時からの訓練と制度的裏付けが不可欠である。</p>	障がい・難病	<p>貴重なご意見ありがとうございます。</p> <p>災害対策では、震災時の安否確認と広域搬送の体制が重要と考えます。ご指摘のとおり、国は個別避難計画の策定を進めるようにモデル事業等を共有していますが、地域間格差がかなり大きくなっていると思います。災害時に機能する体制を構築するため、平時からの訓練と制度的裏付けが不可欠と思います。各自で平時からの準備が必要で、外部支援者に医療情報を伝える手段としてマイナンバーカード等IT技術を活用できるよう国で整備が進められています。難病や医療的ケア児への個別避難計画作成支援の取組は保健所等が関わり、各地で進められています。この取組から市町村が把握している他の避難行動要支援者の個別避難計画のひな形などを提示することが早期に求められていると思います。BCPや平時の訓練、日頃からの医療機関連携等は障がい報酬などにすでに盛り込まれていることから、体制整備が徐々に進んできていると思います。</p>
8、9	<p>障害・難病そのものの公衆衛生的な対策に焦点を当てていただくといいかもかもしれません。厚労省の各研究班との連携ももっと密であらばいいと思います。</p>	障がい・難病	<p>貴重なご意見ありがとうございます。</p> <p>厚生労働科学研究では、疾病・障害対策研究分野のうち、難治性疾患政策研究、障害者政策活動研究が該当します。当グループのモニタリング活動では、COVID-19流行前まで厚生労働科学研究の動向も把握していましたが、最近は厚生労働科学研究の動向把握が不要な課題をモニタリングしていません。厚生労働科学研究では移行期医療や成人難病の疾病ごとの研究が中心となっていますが、障がいごとではなく、横断的な研究や政策研究の動向を今後モニタリングしていきたいと思えます。</p>
10	<p>医療従事者のメンタルヘルス(看護職)に関する意見</p> <p>看護職のメンタルヘルス支援は、COVID-19期の過重負担を踏まえれば極めて重要である。しかし、「職員へのメンタルヘルスサポートの充実」という方向性は抽象的で、現場の構造的問題に十分踏み込んでいない。看護職のメンタル不調の背景には、慢性的な人員不足、長時間労働、感情労働の蓄積、組織文化の硬直性などがあり、個人のセルフケアや相談体制だけでは根本的な改善にはつながらない。また、統括保健師を支える仕組みの構築は重要だが、権限や人員が伴わなければ「責任だけ増える」形になり、かえって負担を増大させる危険がある。さらに、メンタルヘルス支援が「自己管理の問題」として扱われると、組織側の責任が曖昧になり、支援を求めることがスティグマにつながる可能性もある。学会は、メンタルヘルスを個人の問題としてではなく、労働環境・組織体制の改善を含む構造的課題として捉え、労働負荷の見直し、管理職教育、心理的安全性の確保など、より実効性のある政策提言を行うべきである。</p>	精神保健福祉	<p>2040年問題として保健師の活動指針の改訂が行われ、その中で退職保健師や潜在保健師の活用や小規模自治体が増加する中、都道府県単位での人材確保対策が進められています。統括保健師を支える仕組みとして統括保健師補佐の配置が重要であり、指針の中でも設置の義務化を行うことなど、組織体制の強化が図られています。前回の保健師活動指針で統括保健師の設置が位置づけられ、この指針に基づき各自自治体で事務分掌に位置付けが進んだことから、今回の保健師活動指針の改訂が重要です。COVID-19の時から保健師活動業務について、アウトソーシングをすること、DX化が進められてきています。しかし、人員配置については、本来、育児休業の保証などもあり、実際の配置数と実働できる保健師数との乖離があり、離職やメンタル面での体調不良者が出ているのは事実であり、法制度の改正に伴って必要な人員増が必要です。管理職教育については、保健師キャリアラダーの管理職ラダーBの研修の強化が必要です。ラダーB研修については不十分であり、統括保健師補佐、次期統括保健師の育成を進める必要があります。</p>

課題番号	ご意見	グループ名	回答
11	<p>感染症災害における医療者のメンタルヘルスに関する意見</p> <p>感染症災害時の医療者メンタルヘルスは重要であり、リテラシー教育やピアサポートの整備は一定の効果が期待できる。しかし、これらの対策は「個人の対処能力」を高めることに偏りがちで、災害時の過重労働、社会的非難、感染リスクへの恐怖といった構造的ストレス要因には十分対応できない。特にCOVID-19では、医療者への差別や誹謗中傷が深刻であり、心理教育だけでは解決できない領域である。また、災害時の医療体制は人員不足が常態化し、メンタルヘルス支援が「余裕があるときだけ実施される」状況になりやすい。モラルレジリエンスの強調も重要だが、個人の耐性に依存するアプローチは限界があり、制度的支援が伴わなければ医療者の負担は軽減されない。学会は、医療者保護の法制度整備、危機時の労働負荷軽減策、差別防止の社会的啓発など、より構造的な対策を提言すべきである。</p>	精神保健福祉	<p>貴重なご教示をありがとうございます。すでに、2022/2023年次報告書課題番号9「コロナ禍による医療機関の職員のバーンアウト、メンタルクライシス」への代議員意見に対する回答として「様々な精神保健福祉の援助過程に関わる支援機関の利用者の方々の特性に応じた事業継続計画(BCP)策定の促進準備の必要性、および、「感染症の治療スタッフの支援において、医療面、経済面など、トータルで対応の不安を減弱する戦略的な支援の必要性についての報告*1)について回答したところですが、本年3月31日、厚生労働省「災害時の保健・医療・福祉分野の連携強化検討会報告書」において、災害対応職員のメンタルヘルスに関する今後の方向性が示され、同検討会の資料として、厚生労働省大臣官房厚生科学課「災害等危機管理対策室より「保健医療福祉活動チームの皆様方へお願いをしたいこと」として、「災害時に迅速・円滑に連携して活動できるように、平時より、訓練や研修、定期的な顔合わせ会議等を通じて顔の見える関係づくりを目指します」が挙げられました。一方、今回のモニタリングでも報告した、九州・沖縄高度実践看護師活動促進協議会：COVID19 大規模災害で疲弊した看護職者への総合的支援事業に関連して、松枝*2)は、「看護専門職者は、セルフケア看護アプローチを被援助者へのケアに実装するのは得意であるが、自らへのセルフケアに実装するのは苦手ではないか」と指摘し、Translational Nursing Research(看護専門職の研究成果を看護実践に活用するのみならず、地域や人々のセルフケアや保健行動にも役立てよう)にすること*3)の看護実践例として、前述の課題番号9でも報告した、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」version.1.0(2020)(現在version.2.0, 2023)の作成に携わったことを挙げています。災害時に迅速・円滑に連携して活動できるように、平時より支援者支援に関する援助過程の実装の必要性を再認識させて頂きました。(文献)*1)高橋 晶：新型コロナウイルス感染症の治療スタッフのメンタルヘルス、精神医学2021;63(1):125-139。*2)松枝美智子：COVID-19大規模災害への支援者支援へのセルフケア看護アプローチの実装、PASセルフケアセラピー看護学会誌2025;7:3-13。*3)Holzemer L. W.:Translating Nursing Research to Practice. Jpn. Acad. Nurs. Sci., 2003;23(1):74-82</p>
12	<p>患者の自殺に直面した医療従事者のメンタルヘルス支援に関する意見</p> <p>患者の自殺は医療従事者に深刻な心理的影響を与えるが、現状では支援体制が十分に整備されておらず、個々の医療機関の裁量に任されている状況が続いている。「支援体制の構築が必要」という指摘は妥当だが、具体的な制度設計や実装方法が示されていない点は課題である。また、自殺事例は医療安全の観点から扱われることが多く、医療者が「責任追及への恐怖」から支援を求めにくい構造が存在する。心理的支援と医療安全調査が混同されると、医療者の心理的安全性が損なわれ、支援体制が機能しなくなる恐れがある。さらに、精神科以外の診療科では自殺対応の経験が乏しく、教育や訓練が不足している点も問題である。学会は、第三者機関による支援体制の標準化、心理的安全性を確保した相談窓口の整備、教育プログラムの体系化など、より実効性のある制度的支援を提言すべきである。</p>	精神保健福祉	<p>ご指摘のとおり、支援体制の整備が必要であり、より具体的な支援体制についても提言すべきでした。まず優先的に実施すべきこととして、第三者機関による相談窓口の設置、教育プログラムの策定などがあげられます。日本精神神経学会では院内自殺への取り組み事例を「日常臨床における自殺予防の手引き」の中で紹介し、同学会のホームページ上に公開しています。また、日本自殺予防学会では、院内自殺の予防と事後対応のための研修会を行っています。自殺に直面するのは医療従事者がはかりでなく、災害支援にかかわる行政職員も同様です。そのため、本学会でも、支援体制を整える必要があります。</p>
13	<p>行政職員のメンタルヘルス(災害産業精神保健)に関する意見</p> <p>行政職員のメンタルヘルスは、災害対応の最前線を担う立場として極めて重要である。BCPIに「職員のメンタルヘルス維持」を明記することは妥当だが、実際の自治体現場では慢性的な人員不足、長時間労働、専門職の偏りが続いており、計画が実効性を持たない恐れが大きい。特に小規模自治体では産業保健専門職の確保が困難で、DPAT等との協働も「制度上は可能だが実際には機能しない」状況が生じやすい。また、行政組織は上下関係が強く、心理的安全性が確保されにくい文化が残っており、メンタル不調を抱える職員が支援を求めにくい構造的問題もある。研修によるセルフケア強化は必要だが、個人の努力に依存するアプローチでは限界がある。学会は、行政職員のメンタルヘルスを「災害対応力の基盤」と位置づけ、国レベルでの支援体制整備、専門職派遣制度の強化、業務量の平準化など、より構造的な改善策を提言すべきである。</p>	精神保健福祉	<p>ご指摘のとおり、行政職員のメンタルヘルスは、災害対応の最前線を担う立場として極めて重要であると認識しており、COVID-19流行期間中の保健所等行政職員のメンタルヘルス不調によるpresenteeismやabsenteeismについては、今回の新興感染症発生までに、国レベルで実態把握と改善策について検討すべきと考えます。即ち、ある意味専門職の倫理観のみに支えられてきた長時間労働は、今後は、BCPIによる通常業務削減と、コロナ業務の早期センター化やアウトソーシング、HER-SYSのようなDXやAI自動応答電話の導入等による業務効率化をはじめ、人員確保として流行状況に応じた都道府県職員等の適時・適切な動員・支援、交代制の確立、健康管理ツールの導入等、持続可能性の体制整備が重要です。従って、ご指摘のとおり、行政職員のメンタルヘルスを「災害対応力の基盤」と位置づけ、平時からの職務環境の整備に努めることや、国レベルでの支援体制整備、専門職派遣制度の強化、業務量の平準化など、次期新興感染症発生に備え、より構造的な改善策を提言したいと思います。</p> <p>(以下現場の参考意見になります)</p> <p>顧みますと、コロナ禍の保健所は、発生早期の五月雨式に送られてくる「国・都道府県新型インフルエンザ等対策本部通知」と、日々刻々と変化するトップダウンの指示について、正確に理解しミス無くなることに神経をすり減らされる毎日でした。さらに、リスクコミュニケーション不足からくる住民のパニックや、心ない誹謗中傷の電話等による精神的負荷等々が追い打ちをかけた。とりわけ、発生早期のPCR検査可能数が限られていたことから、発熱者の多くが症例定義に該当せず検査を断る事態になったことや、流行早期の入院拒否者への長時間の説得、一方で、第4波以降は入院基準該当事例でも、コロナ病棟が満床で在宅療養を余儀なくされたことへの非難、退所を希望するホテル療養者からの押し問答等で、行政職員の県民からの信頼も揺らぎ、心理的に追い詰められたこともメンタル不調の大きな要因と思われる。</p> <p>そのような状況下では、self careやresilience強化について議論する余裕すらないばかりか、部下のpresenteeismに気づくことなく、ある日突然burn outしてabsenteeismに陥り、多くは回復し復帰したものの、そのまま退職となった不幸な事例もみられました。勿論、外部支援機関である産業保健スタッフ、DPAT等専門職が介入する余地すらありませんでした。結果として、逃げ場のないメンタルストレスに3年以上晒されていたことになり、行政職員の心理的安全性は、残念ながらどこからも守られていなかったと言わざるを得ません。</p>
13			

課題番号	ご意見	グループ名	回答
14	<p>歯科保健行動を支える新しいアプローチに関する意見</p> <p>歯科保健行動を支える新しいアプローチの普及は重要であり、産学官連携による取り組みは評価できる。しかし、現状では科学的根拠の蓄積が十分とは言えず、PDCAの「CA(評価・改善)」が弱い点が大きな課題である。特に、地域での実装状況には大きな差があり、自治体の財源や専門職の配置状況によって取り組みの質が左右されている。また、新しいアプローチが「行動変容」を強調するあまり、個人の努力に責任を押し付ける構造になりにくい点も懸念される。歯科保健行動には社会経済状況、教育格差、地域環境など多様な要因が影響しており、個人の行動だけに焦点を当てると、健康格差を拡大させる可能性がある。学会は、アプローチの効果検証を支援するとともに、地域格差の是正、社会的要因への介入、実装科学の視点を取り入れた政策提言を強化すべきである。</p>	口腔保健	<p>ご意見・ご指摘ありがとうございます。AIを活用するなどした産学官連携の新たなアプローチの報告が見られるなか、また、その効果検証まで至っていない状況ですが、今後、科学的根拠を蓄積し評価していくことや、自治体の財源や専門職配置などの状況に左右されない方策も検討する必要あると考えています。さらに、地域の取組としても個人の努力によるアプローチだけでなく、自治体の健康づくりの環境整備の一環として実施する等、地域格差の是正、社会的要因への介入、実装科学の視点を取り入れながら政策提言に繋げていけるよう情報収集に努めます。</p>
15	<p>健康危機における口腔保健課題とその活動に関する意見</p> <p>災害時の口腔ケア体制整備は、誤嚥性肺炎予防や生活機能維持の観点から極めて重要である。しかし、平時からの連携体制が不十分で、実際の災害時には「マニュアルはあるが機能しない」状況が生じやすい。歯科医師会・自治体・医師会・NPOの連携は理想的だが、災害対応は人員・資源に限られる中で行われるため、口腔ケアが優先順位の低い支援として後回しにされるリスクが高い。また、災害時に口腔ケアを担う人材の育成が十分でなく、ボランティアや介護職が適切なケアを提供できる体制が整っていない点も課題である。さらに、自治体間の災害対応能力には大きな差があり、地域格差がそのまま口腔ケアの質に反映される恐れがある。学会は、災害時口腔ケアの標準化、訓練の義務化、専門職派遣体制の整備、自治体格差の是正など、より実効性のある政策提言を行うべきである。</p>	口腔保健	<p>ご意見・ご指摘ありがとうございます。大規模災害時の口腔ケアの重要性についての認識は高まっており、DHEAT活動等においても、JDAT(日本災害歯科支援チーム)の活動や歯科保健医療対策の重要性について周知されていることから、地域防災計画や避難所の運営マニュアルの中に口腔ケアを災害関連死対策の一つとして標準装備することや、災害時の口腔保健活動の記録を収集しデータベース化して活用を図ることなどが有効と考えます。また、歯科医療職だけでなく介護職などが適切な口腔ケアを提供できるよう啓発や人材育成を行っていく必要もあります。今後、災害時口腔ケアの標準化、訓練の義務化、専門職派遣体制の整備、自治体格差の是正等が進むよう、口腔保健グループでは実効性の高い政策提言を心がけます。</p>
16	<p>地域連携に基づく口腔機能管理に関する意見</p> <p>地域連携による口腔機能管理は、高齢者のフレイル予防や生活機能維持に不可欠であり、NDBやLIFEなどのデータ活用は有望なアプローチである。しかし、現状ではデータの扱いに高度な専門性が求められ、自治体間で分析能力や人材配置に大きな差がある点が課題である。データ活用が「できる自治体だけが進む」構造になれば、地域格差がむしろ拡大する恐れがある。また、口腔機能低下症の診断や介入は医科・歯科・介護の連携が前提となるが、現場では縦割りが根深く、情報共有や役割分担が十分に整理されていない。地域実証研究の推進は重要だが、研究体制や財源が不足しており、現場の負担が増す懸念もある。さらに、口腔管理体強化加算の効果検証が十分でなく、制度が「算定のための形式的取り組み」に陥るリスクもある。学会は、データ活用の標準化、自治体支援の仕組みづくり、医科歯科連携の実装支援、地域格差の是正に向けた政策提言を強化すべきである。</p>	口腔保健	<p>ご意見・ご指摘ありがとうございます。オーラルフレイルは医学会及び歯学会合同ステートメントが出され注目度も高いことから、地域連携に基づく口腔機能管理を推進するため、NDBやLIFE等の医療・介護に関する大規模データの有効活用に資する環境整備に着目した政策提言ができるよう心がけていきます。また、診療報酬及び介護報酬加算を注視した効果的かつ効率的な歯科口腔保健医療体制の推進についても提言できるよう情報収集を継続して行っておりま。</p>
17	<p>マダニ媒介感染症の増加もあり、今後注目されるものと思います。</p>	感染症・食品衛生・薬事衛生	<p>ご指摘を踏まえ、特に北海道、東北他SFTS等の感染拡大地域、空白地域への啓発にも触れます。その際、各保健所、衛生研究所間の情報共有へ言及致します。</p>
17	<p>人獣共通感染症(タニ感染症・エキノコックス)への提言に関する意見</p> <p>人獣共通感染症への啓発強化は重要であり、特にタニ媒介感染症やエキノコックスは地域社会に深刻な健康影響を及ぼす可能性がある。しかし、現状の取り組みは自治体任せで、全国的な戦略が不十分である点が大きな課題である。感染リスクが高い地域では啓発が進む一方、潜在的リスク地域では住民の認知度が低く、予防行動が広がりにくい。さらに、獣医学分野との連携は必要だが、実際には情報共有の仕組みが弱く、学会間連携が形式的にとどまる恐れがある。また、ワクチンや薬剤開発の推進は重要だが、研究投資が限定的で、実用化までの道筋が見えにくい。加えて、野生動物管理や環境対策は複数の行政領域にまたがるため、責任の所在が曖昧になりやすい。学会は、国レベルの監視体制強化、リスクコミュニケーションの標準化、学際的連携の実効性向上、地域格差の是正など、より包括的な政策提言を行うべきである。</p>	感染症・食品衛生・薬事衛生	<p>ご指摘を踏まえ、獣医師会と自治体との情報共有、及びSFTS等のリスクマップ(保健所管内単位)作成他の政策提言に言及致します。その際、地域保健総合推進事業班(全国保健所協力事業班)人獣共通感染症班と連携を動員致します。更には、2026学会総会自由集会でのシンポジウム開催を支持致します。</p>
18	<p>在日外国人結核対策(JPETS開始後の課題)</p> <p>JPETSの開始により入国前スクリーニングが強化されたが、国内での外国出生結核患者の増加傾向は続く予測される。特に、スクリーニング対象外国やLTBI(潜在性結核感染)が対象外であることから、保健所・医療機関が対応すべき症例は今後も一定数発生する。言語・文化・保険制度の違いにより、受診遅れや治療中断が生じやすく、地域の結核対策に新たな負荷がかかる。学会は、外国出生患者への支援体制の標準化、通訳・医療ナビゲーションの整備、保健所のケースマネジメント強化、地域医療機関との連携モデルの提示など、現場で活用できる実務的ガイドラインを示すべきである。また、JPETSの効果検証と課題整理を継続的に、国の制度改革にフィードバックする役割を担う必要がある。</p>	感染症・食品衛生・薬事衛生	<p>ご指摘を受けて考察致します。特に、JPETSの効果検証と課題整理についても提言致します。また、2026学会総会公券シンポジウムにて、情報共有と議論を動員致します。</p>
19	<p>わが国の健康危機管理体制の動向</p> <p>健康危機管理体制の再構築は、国の制度改革が進む一方で、地方自治体における実装が追いついていない点が最大の課題である。特に、保健所の役割強化(法令上明確化されたにもかかわらず、自治体間で人員配置・専門性・情報基盤整備に大きな差が残る。危機時の対応は自治体の能力に依存するため、地域格差はそのまま住民の健康リスク格差につながる。学会としては、自治体が参照できる標準的なオペレーションモデルやベストプラクティスの体系化を急ぐべきである。また、危機管理に関する専門人材の育成、研修体系の整備、保健所間の相互支援体制の構築、データ連携基盤の標準化など、国と自治体の橋渡し役として学会が果たすべき役割は大きい。制度改革を「現場で機能する仕組み」に落とし込むための知見整理と政策提言を強化することを求める。</p>	健康危機管理、保健所・衛生行政・地域保健	<p>重要なご意見をいただきありがとうございます。地方自治体における実装に向けて、学会が国と自治体の橋渡し役として機能するべきというご指摘はその通りだと考えています。令和8年度中には「地域健康危機管理ガイドライン」が約25年ぶりに改定となる見込みで、国と地方の健康危機管理体制の整備に向けた厚生労働科学研究なども進められているようですので、これらの内容を精査しつつ本グループとしてより具体的な提言に努めたいと考えています。</p>
20	<p>大規模避難民発生事態における公衆衛生対策</p> <p>国際情勢の変化により、大規模避難民の受け入れは現実的な政策課題となっているが、自治体レベルでは受け入れ体制の具体化が進んでいない。避難民の健康管理、感染症対策、慢性疾患の継続医療、生活環境の確保など、多岐にわたる公衆衛生課題が想定されるにもかかわらず、標準化された対応指針や情報共有基盤が不足している。特に、避難民の健康情報を集団として把握する仕組み、医療・福祉・教育機関との連携体制、文化・言語の違いを踏まえた支援体制の整備は急務である。学会は、自治体が実務に活用できるモデル事例やチェックリストを提示し、国の避難計画策定に専門的知見を反映させる役割を担うべきである。また、避難先で確保すべき生活水準について、公衆衛生の立場から社会的合意形成を主導することが求められる。</p>	健康危機管理、保健所・衛生行政・地域保健	<p>重要なご意見をいただきありがとうございます。大規模避難に備えて、地方自治体が活用できるモデル事例やチェックリストを提示し、国の計画等に専門的知見を反映させることについては、まさに学会に求められる役割であり、本グループの企画による84回総会でのシンポジウムでも同様の提案をさせていただきました。避難先での生活水準についても、専門家の集団として、その知見や経験から社会的合意形成の支援を行うことが重要であると認識しています。本グループではこの課題を引き続き取り上げ、継続的な提言と議論に繋げていきたいと考えています。</p>

課題番号	ご意見	グループ名	回答
21	<p>自治体専門職の調査・分析能力について 自治体専門職の調査・分析能力の向上は、公衆衛生施策の質を高めるうえで不可欠である。しかし、現状では自治体間の能力格差が大きく、調査・分析が「できる自治体だけが進む」構造が固定化しつつある。特に小規模自治体では、専門職の異動が頻繁で、知識の継承が困難であり、調査手法やデータ活用が属人的になりやすい。また、調査・分析能力の向上が求められる一方で、現場の業務量は増加しており、専門職が分析に十分な時間を割けないという構造的な問題もある。リカレント教育の必要性は明らかだが、自治体が教育機会を確保するための財源や人員が不足しており、制度としての持続性に課題がある。さらに、調査結果が政策に反映されない「分析しても活用されない」状況も散見され、専門職のモチベーション低下につながっている。学会は、教育体制の整備だけでなく、自治体間の格差是正、分析結果の政策反映を促す仕組みづくり、専門職の役割明確化など、より構造的な改善策を提言すべきである。</p>	生活習慣病・公衆栄養	<p>ご意見ありがとうございます。「調査・分析能力が属人的」であること、「分析に時間を割けない」という点について、ご指摘の通りの面があるかと推察します。そうした、現場の実態は、調査・評価を求められる機会増ともあいまって、その大部分を企業等への委託する現状と繋がっているかもしれません。一方で、調査の企画・立案段階では委託先に対して現場にニーズや問題意識を踏まえた適切な指示・仕様設定が必要であり、結果（報告書内容）を適切に解釈し、業務に反映するには、一定の調査・分析能力が必須となります。</p> <p>本グループでは、自治体の調査・分析能力の維持・向上に保健所がさらに重要な役割を果たし得ると考えます。具体的には、保健所が管轄自治体(市町村)に伴走支援を行い、適切な分析・解釈を行いPDCAがうまく動いた、または政策につながった事例、逆にうまくいかなかった(反省した)事例を、学会総会でのシンポジウム等で紹介することで、改善策について広く議論することができないでしょうか。例えば、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施・実施状況調査状況を確認すると(https://www.mhlw.go.jp/content/001469532.pdf)、市町村の支援(とくに分析・実施の関係)は広域連合が多く、都道府県・国保連からの支援は比べると少ない状況です(図表1-17、図表1-18、図表4-8)。一方で、都道府県が行った支援の内容、データ分析に関連した支援(セミナー開催など含む)は比較的有效であったと回答されています。そのため保健所に着目することが、構造的な改善策を示す一案と考えます。</p>
21	<p>「生活習慣病」という名称について 「生活習慣病」という名称は、1996年の公衆衛生審議会報告を契機に導入され、従来の「成人病」に代わる概念として広く普及した。名称変更の背景には、①発症年齢の低年齢化、②生活習慣の影響の大きさ、③予防の重要性の強調、という当時の社会的課題があった。特に、成人病という呼称が「年齢による不可避性」を想起させ、予防行動を促しにくいという問題意識が強かったことはよく知られている。その意味で、生活習慣病という名称は、国民の健康意識を高め、一次予防を推進するうえで一定の役割を果たしてきたと評価できる。</p> <p>一方で、近年は生活習慣病という名称が抱える限界も指摘されている。第一に、疾患の成因が多因子的であるにもかかわらず、「生活習慣」という語が個人の行動に責任を過度に帰属させる印象を与えかねない点である。社会経済状況、教育、就労環境、地域環境など、健康の社会的決定要因(SDH)が疾患発症に大きく影響することが明らかになっている現在、個人の努力に焦点が偏る名称は、健康格差の議論を進めるうえで適切とは言えない。第二に、国際的な議論との整合性の問題がある。世界的には「Non-communicable diseases (NCDs)」が標準的な用語として用いられ、国際比較や研究連携の場ではNCDsが前提となっている。日本でもNCDsという語は徐々に浸透しているが、生活習慣病という国内固有の概念が併存していることで、政策議論や研究成果の国際的な接続がやや複雑になっている。さらに、近年は感染症と慢性疾患の相互作用(例：歯周病と糖尿病、ウイルス感染と発がんなど)が注目されており、「非感染性」というNCDsの定義自体も再検討が必要との指摘もある。</p> <p>第三に、生活習慣病という名称が、ライフコースアプローチやインクルージョンといった近年の健康政策の潮流を十分に反映していない点である。生活習慣は個人の選択だけでなく、幼少期からの環境、家庭背景、教育機会など、長期的な要因に影響される。名称が個人の行動変容に焦点を当てすぎると、構造的な健康課題への対応が後景化する恐れがある。</p> <p>以上を踏まえると、生活習慣病という名称は一定の歴史的役割を果たしてきたものの、現在の公衆衛生の視点からは再検討の余地が大きい。名称を直ちに変更する必要はないが、学会としては、①生活習慣病とNCDsの概念整理、②社会的要因を含む包括的な疾患理解の普及、③名称が持つメッセージの再評価、を進めるべきである。特に、健康日本21(第三次)が掲げる「誰ひとり取り残さない」という理念を踏まえ、個人責任に偏らない表現や概念整理を行うことが求められる。学会が中心となり、国内外の議論を踏まえた新たな枠組みを提示することで、今後の健康政策の方向性をより明確に示すことが期待される。</p>	生活習慣病・公衆栄養	<p>「生活習慣病」という名称が、生活習慣に着目した一次予防推進に一定の役割を果たしたものの、健康格差の議論、国際的な議論との整合性、個人の行動変容だけでなく構造的な健康課題への対応という3つの観点から再検討が必要であるという貴重なご指摘、ありがとうございます。また、概念整理、疾患(状態)理解の普及、名称が持つメッセージの再評価を学会が中心となって行い、新たな枠組みを提示することへの提案も非常に重要なご指摘と考えます。モニタリングレポート委員会の生活習慣病・公衆栄養ワーキンググループで、2025年10月の第84回日本公衆衛生学会総会でシンポジウム「今後のNCDs対策を考える」を開催し、名称に関する議論を深めました。ご指摘の通り、個人の行動変容を推進するのみでは、健康格差、構造的な健康課題への対応という問題は解決が困難で、名称そのものだけでなく、日本の疾病対策の方向性を、日本学術会議生活習慣病対策分科会とも協働して提案していきたいと考えています。</p>
21	<p>保健師の調査・分析能力の低さの要因は教員側にあるとも感じます。保健師資格をもつ者にこだわらず、データサイエンスなどの分野を修めた高い調査・分析能力を有する研究者が、調査・分析に関する質の高い実践的な教育を行うことにより、将来の保健師の調査・分析能力を高められると考えています。公衆衛生医についても同様で、必ずしも医師資格をもつ教員による教育にこだわらなくて良いと思います。ヘルスデータサイエンス分野において日本が何周も周回遅れになっている状況に対して危機感をもって臨むことが大切だと思います。</p>	生活習慣病・公衆栄養	<p>貴重なご意見を頂き、ありがとうございます。公衆衛生活動の多くを担う保健師の調査・分析能力に係る保健師課程の教育上の課題は大きいと認識しております。実際、本グループの過去のシンポジウムでも同様の意見を頂いています。近年、保健師養成学校のカリキュラムも改定され、調査・分析能力を高める科目の充実化が図られてきていますが、教授する人材の不足もまた認識しています。そのため、ご提案の通り疫学・保健統計や政策立案経験を持つ専門家などに協力を求めて教育体制を整えることが大切だと思います。また、協力を仰ぐ専門家への選定にあたっては、データサイエンスや統計も幅広い専門領域があるため、政策立案や事業評価に必要な疫学・保健統計の専門家に教授頂く必要があるとおもいます。同様に、保健課程教員自身の疫学・保健統計の強化がかなり重要であると思います。これは医学部公衆衛生はじめ他職種の教育についても同様かと思っておりますので、この点については継続的に公衆衛生学会等でも重要な問題点として発信していく必要があると本グループでは考えております。</p>
23	<p>高齢労働者の労働災害予防対策について 高齢労働者の労働災害予防は重要であり、転倒リスク評価や運動介入の有効性はエビデンスに裏付けられている。しかし、現場では評価ツールの導入が進まず、企業規模による格差が大きい。特に中小企業では、安全配慮よりも手確保が優先され、高齢労働者の身体機能に合わない作業が割り当てられるケースも多い。また、運動習慣や栄養状態の改善は重要だが、労働者個人の努力に依存するアプローチでは限界があり、企業側の環境整備が不十分のまま「自己管理」が強調されると、健康格差を拡大させる恐れがある。さらに、日本では高齢者の就労が政策的に推進されている一方で、労働災害リスクへの対策が進んでおらず、制度的な安全基準の整備が遅れている。学会は、産業保健と地域保健の知見を統合し、企業規模に依存しない予防策の標準化、職場環境改善の義務化、長期的な健康影響の追跡研究など、より実効性のある政策提言を行うべきである。</p>	産業保健	<p>本コメントにて示されたご指摘およびご示唆に感謝申し上げます。高齢労働者の労働災害予防における現場実装の課題、企業規模による格差、ならびに個人責任に依存したアプローチの限界や制度整備の重要性について、いずれも重要な論点であると認識いたしました。貴重なご指摘をいただき、誠にありがとうございました。</p>

課題番号	ご意見	グループ名	回答
24	<p>PFAS汚染と健康影響評価・リスクコミュニケーション</p> <p>PFAS問題は、環境汚染・健康影響・住民不安が複合する典型的な健康危機であり、自治体の対応能力が問われる。科学的知見が更新され続ける中で、住民への説明責任を果たすためには、最新の評価基準・曝露評価・健康調査の方法論を整理し、自治体が活用できる形で提供する必要がある。特に、リスクコミュニケーションは専門性が高く、自治体単独では対応が難しい。学会は、①科学的知見のレビュー、②自治体向けの説明資料テンプレート、③健康調査の標準手法、④住民説明会の支援体制、⑤専門家派遣の仕組みなど、実務に直結する支援を体系化すべきである。PFASに限らず、今後も化学物質をめぐる健康危機は発生する可能性が高く、学会が「科学的知見と行政実務をつなぐ役割」を明確に果たすことが求められる。</p>	環境保健	<p>ご指摘のように環境中で有害物質が検出された際の自治体の対応は健康危機管理の側面を持ちます。学会の役割として提示された5項目のうち1番目の科学的知見のレビューは健康リスク評価上も重要であり、国内だけでなく国際機関でもなされることがあります。そのレビューの信頼性の確保も重要ですが、残念ながら、これまでの事例では、そのプロセスへの疑念が持たれたこともあります。環境保健グループでは、それぞれの評価においてどのようなバイアスが持たれるかも検討し、自治体関係者などからの問い合わせに対応できるように準備しています。5番目の専門家派遣の仕組みは厚労科研のテーマにもなっており、学会としての取り組みも求められると考えられることから、MR委員会としてその役割を果たせるように、自治体と専門家とのコミュニケーションの配慮の観点から学会への提言を行います(健康危機管理、保健所・衛生行政・地域保健と連携)。</p>
25	<p>大気汚染問題について</p> <p>日本の大気汚染対策は、1960～70年代の高度経済成長期に深刻化した公害問題を原点としている。四日市ぜんそくに象徴されるように、硫酸酸化物(SO₂)やばいりによる健康被害が社会問題化し、1970年の「公害国会」を経て大気汚染防止法が制定された。その後、固定発源規制や総量規制の導入により、SO₂や一酸化炭素(CO)の濃度は大幅に改善し、日本の大気環境は国際的にも高い水準に達した。しかし、1990年代以降は、従来型の公害とは異なる性質を持つ微小粒子状物質(PM_{2.5})や光化学オキシダント(Ox)が新たな課題として浮上した。PM_{2.5}は5発生源が多様で、二次生成粒子の寄与が大きいことから、従来の発生源規制だけでは十分な改善が難しい。また、越境汚染の影響も指摘され、国内対策と国際協定の双方が求められる複雑な課題となっている。さらに、PM_{2.5}の成分は地域によって大きく異なり、欧米の疫学知見をそのまま日本に適用することには限界がある。日本では硫酸塩や有機炭素の割合が高い傾向があり、成分ごとの毒性評価や地域特性を踏まえた健康影響研究が不可欠である。</p> <p>一方、光化学オキシダントは1970年代から問題視されてきたが、近年も改善が進んでいない。背景には、NOx・VOC排出の変化や気象条件の影響があり、単純な規制強化では解決しにくい構造がある。気候変動に伴う高温化が光化学反応を促進する可能性も指摘されており、大気汚染と気候変動を一體的に捉える視点が求められる。</p> <p>こうした歴史的経緯を踏まえると、現在の大気汚染問題は「公害型」から「環境・健康リスク型」へと性質が変化していると言える。すなわち、明確な発生源を規制する時代から、複数の要因が絡み合う複雑なリスクを管理する時代へと移行している。この変化に対し、学会が果たすべき役割は大きい。第一に、日本の地域特性を踏まえた疫学研究の蓄積が必要である。PM_{2.5}の成分分析、長期曝露の健康影響、脆弱集団への影響など、国内データに基づく知見が政策形成の基盤となる。第二に、自治体レベルでのモニタリング体制の強化が求められる。特に地方では測定局が限られ、地域差の把握が不十分である。第三に、住民へのリスクコミュニケーションの標準化が重要である。大気汚染は数値の意味が理解しにくく、不安を過度に煽らない丁寧な説明が必要となる。</p> <p>総じて、大気汚染問題は今後も長期的に向き合うべき公衆衛生課題である。学会は、科学的知見の整理と発信、自治体支援、政策提言を通じて、国民の健康保護に寄与する役割を積極的に果たすべきである。</p>	環境保健	<p>「大気汚染問題は今後も長期的に向き合うべき公衆衛生課題」であるというのはその通りだと存じます。ご指摘を踏まえてMR委員会としてできることを検討してまいります。</p>
26	<p>One Health 推進に向けた公衆衛生の役割</p> <p>One Health の理念は、人・動物・環境の健康を統合的に捉える重要な枠組みである。しかし、日本では概念の認知度が低く、行政・医療・獣医・環境分野の連携が十分に機能していない。特に、縦割り行政の構造が強く、情報共有や共同研究が形式的にとどまるケースが多い。また、One Health を推進するための財源や人材育成が不十分で、専門家の育成も体系化されていない。国民の認知度向上が必要とされるが、単なる啓発では行動変容につながらず、教育カリキュラムへの組み込みや地域レベルでの実践が不可欠である。さらに、感染症対策に偏りがちで、環境汚染や抗菌薬耐性など、より広範な課題への対応が後回しになっている点も問題である。学会は、学際的研究の推進だけでなく、行政横断の協働体制の構築、専門人材育成プログラムの整備、地域社会での実装支援など、より実効性のある政策提言を行うべきである。</p>	環境保健	<p>OneHealthよりもさらに広いプラネタリーヘルスの概念で地球上の生命の共存や環境問題も考えていく必要性も指摘されています。OneHealthでは、国内で教育研究、社会連携活動の例が、わずかですがみられ、動向を注視しております。地球の3つの危機(triple planetary crisis)といわれている“気候変動”“生物多様性の喪失”“環境汚染”等へ、プラネタリーヘルスは人間の喪失とすべての生物に与えるインパクトの分析と対策に焦点を当てたアカデミアにとどまらない超学際的領域と社会運動です。領域間の連携を推進するためにも、学会内外への啓発活動が必要であり、関係するグループとも連携した活動を展開して参ります。</p>
27	<p>5歳児健診の事業化と地域フォローアップ体制</p> <p>5歳児健診の制度化に向けた議論は、2000年代以降、発達障害の早期発見・早期支援の重要性が社会的に認識される中で繰り返し提起されてきた。1歳6か月・3歳児健診に続く「就学前の最終チェックポイント」としての必要性は以前から指摘されていたが、自治体の負担、専門職の不足、評価手法の標準化の遅れなどを理由に制度化は進まなかった。近年、こども家庭庁の創設や発達支援の全国的強化を背景に、5歳児健診の議論が再び活発化している。</p> <p>5歳という時期は、精神・心理学的に極めて重要な発達段階である。認知機能、言語、社会性、情緒調整、実行機能などが大きく伸びる一方、発達特性がより明確に表れやすくなる。特に、ASD、ADHD、学習障害、協調運動症などは、3歳時点では見逃されることが少なくないが、5歳頃には集団生活や複雑な課題への対応を通じて特徴が顕在化しやすい。また、幼稚園・保育園での行動観察が蓄積されるため、保護者・教育現場・医療の三者が情報を共有しやすい時期でもある。</p> <p>精神・心理学的観点から見ると、5歳児健診の最大の意義は「問題の早期発見」だけではなく、「子どもの自己理解と家族の受容を支える契機となること」にある。発達特性を持つ子どもは、就学後に「できない経験」を繰り返すことで自己肯定感を損ないやすい。5歳の段階で特性を理解し、適切な支援につなげることは、子どもの心理的安全性を守り、将来の不応や二次障害(不安、抑うつ、行動問題など)を予防するうえで極めて重要である。また、保護者にとっても、5歳児健診は「子育ての不安を言語化し、専門職と共有する場」として大きな意味を持つ。発達の遅れや行動の特性は、家庭内だけでは判断が難しく、保護者が孤立感を抱えやすい。健診を通じて専門職が丁寧にフィードバックを行うことで、保護者の心理的負担が軽減され、支援への受容性が高まる。これは、支援の継続性を確保するうえでも重要な要素である。</p> <p>一方で、制度化に向けた課題も多い。第一に、評価手法の標準化が不十分であり、自治体間で実施内容に大きな差が生じる可能性がある。第二に、心理職・発達支援専門職の不足が深刻で、健診後のフォローアップ体制が整わなければ、健診が「指摘するだけ」で終わる危険がある。第三に、保護者の不安を過度に高めないためのリスクコミュニケーションが不可欠である。</p> <p>以上を踏まえると、5歳児健診は単なる「健診の追加」ではなく、子どもの精神的健康と家族の心理的支援を中心に据えた「地域の発達支援システムの要」として位置づけるべきである。学会としては、評価手法の標準化、専門職育成、フォローアップ体制のモデル化、保護者支援の枠組みなど、実装可能な形での提言を進めることが求められる。</p>	発達障がい	<p>貴重なご意見をいただき、深く感謝申し上げます。</p> <p>5歳児健診の制度化に関する議論の経緯や発達段階における意義、保護者支援の視点、そして制度化に向けた課題など、多角的な視点から重要なご指摘をいただきました。</p> <p>5歳児健診は地域の発達支援システムを構築する要であるとの認識のもと、これを公衆衛生モニタリング・レポート活動の個別課題に位置づけました。</p> <p>現在、こども家庭庁のイニシアチブのもと、各都道府県が中心となり、令和8年度までに全国の市区町村で5歳児健診を事業化すること(国庫補助率100%の達成)が目標とされています。</p> <p>今後は、早期発見・フォローアップ体制の整備や人材育成を含めた「地域発達支援システムの構築」、および「健診の精度管理」という公衆衛生上の課題解決が不可欠です。当活動を通じ、本学会から実装可能な形で具体的な提言を進められるよう、引き続きモニタリング・レポート活動を推進してまいります。引き続きご指導を賜りますようお願い申し上げます。</p>