

#### 4. 地域保健問題検討会

平成10年12月から地域保健問題検討会が開かれ、地域における健康危機管理体制の強化、介護保険制度導入に伴う地域保健の役割の明確化、政令市・特別区の保健衛生部門の運営について9回ほどご議論いただき、報告書が出されています。

5. 地域保健問題検討会の報告を受けて、平成12年、基本指針を改正しています。地域における健康危機管理の確保、健康日本21の推進、介護保険制度の円滑な実施のための取組等の事項が盛り込まれています。

6. 地域における健康危機管理の重要性に鑑み、平成13年、地域保健室が中心となって地域健康危機管理ガイドラインを作成して、各自治体において健康危機管理の手引書を作るにあたって参考にしていただくため公表しました。

7. 平成14年、健康増進法が制定されました。

次に資料11-1に移ります。いま申しました3. 保健所と福祉事務所等との統合の関係ですが、地方分権推進委員会第2次勧告とそれに関連した厚生省の通知の抜粋です。

平成9年9月の第2次勧告では、第3章、必置規制の見直しと国の地方出先機関のあり方という項の中で保健所について次のような記載がありました。

保健所については、福祉事務所等他の行政機関との統合が可能であり、その統合組織の一部を地域保健法の保健所とする条例の制定は地域保健法上は禁じられていないことということがいわれています。

2ページですが、それを受けて、平成10年7月3日、厚生省保健医療局で通知を出しています。1、2、3に分けて細かく書かれていますが、一言でいうと、福祉事務所と他の行政機関との統合が可能になるということをフォローするような通知になっています。

地方分権推進委員会の第2次勧告を受けて地方分権推進計画が平成12年5月29日に閣議決定されましたが、その時にも関連の記載がありました。それを4ページに示しています。

次に資料11-2ですが、保健所が福祉事務所等と統合されたことによって現在ではどのような体系があるのかということで、3つのパターンを用意しました。

1ページは単独設置のパターンで、長崎県の例を出していますが、長崎県では本土に4つ、離島に4つ、計8つの保健所があります。長崎県においては従来のままの保健所単独という状態で推移しているということです。保健所の課としては、総務課、衛生環境課、地域保健課の3つで業務を進めています。

2ページは福島県の例ですが、保健福祉事務所ということで、保健所と福祉事務所との

統合型の組織です。

総務企画部、健康福祉部、生活衛生部があります。健康福祉部の中に保健福祉グループがあって、その右に3つのチームが書いてありますが、それぞれの部分的なものを福祉サイドの業務として行っています。

保健福祉事務所全体を保健所という呼び方をしています、ドクターが所長になっています。

この福島県の例は保健所と福祉事務所が混合した一体化というパターンですが、業務が混合しないで福祉事務所があり保健所があり、そのトップにセンター長がいるという組織になっている県もあります。

3ページは、地方における出先機関の例です。〇〇地方振興局といってるのが一般的かと思いますが、地方の出先機関を全部一緒にした組織にして、その一部分に保健所が入っているというパターンです。これは熊本県の一地方振興局の例ですが、保健所に該当するのは上から3番目の保健福祉環境部です。ここに5つの課があって、その中に福祉課というのがありますが、この部分が福祉事務所の役割をしています。保健福祉環境部が従来の保健所というイメージでとらえていただければと思います。

現時点における保健所の組織としては、大きく分けて以上の3パターンがあるのご理解いただければよろしいのではないかと思います。

次に資料12ですが、インターネット上で「保健所」あるいは「保健所長」で法令検索ができるようになっていまして、保健所、保健所長でヒットがあった法律とその条文を列記しています。

法律としては、牛海綿状脳症対策特別措置法から始まりまして、全部で49の法律が保健所あるいは保健所長が絡んでいます。条文数としては177 条文になります。

保健所を単なる届出事務の経由機関としている法律もありますが、保健所長がドクターであることを前提に組み立てられている法律もいくつかあります。

最後に資料13ですが、平成11年8月に出された地域保健問題検討会の報告書です。先ほど資料10でお示した内容が盛り込まれていますが、「はじめに」から8項目にわたって記載があります。

1ページの1. はじめにの(1) 本検討会設置に至る経緯のところにありますように、平成6年の地域保健法成立以降、いろいろな問題が生じてきた。1点目が健康危機管理の充実の関係、2点目が介護保険法の関係、3点目が政令指定都市における保健所の役割の関

係、大きく3点にわたって議論されで報告書が出され、この内容をもとに平成12年に地域保健法に基づく基本指針が改正されたということになっています。

以上、資料9から13まで簡単に説明させていただきました。

(石井座長) ありがとうございます。資料9から13に関してご質問はございませんでしょうか。これで資料に関する説明は終わりました。

今回は第1回目ですので、保健所に関していろいろなご意見あるいはコメントをフリートーキングでお願いしたいと思います。

(嶋津委員) 50年史なり歴史的な経緯について資料をご説明いただきましたが、テーマになっている地域保健法施行令の資格要件の条項というのは何年からそうなっているんですか。昭和12年の保健所法からですか。そこをご説明をお願いします。地域保健法の施行令では保健所の所長の医師資格となっていますが、そこがポイントなんです。

(高原局長) 22年の旧保健所法からは確認しておりますが、それ以前は12年法でどのように定められていたか確認して、次回にお答えいたします。それまでは結核対策をやっておりましたが、有効な薬もない、母子保健もないということで、今の行政機関のにおいのする保健所というよりも、診療所的ないしはサービスステーション的な要素が強かったというふうに当時のものには書いてあるようです。それがすべて必置で、そのような形でやっていたかどうかについては次回までに調べさせていただきます。

(秦委員) 保健所と福祉事務所の統合の話があって、増えつつあるというご説明でしたけど、実際にはどのくらい統合しているところがあるのでしょうか。

(渡辺補佐) 詳細については事務連絡等を発出しているところですが、平成12年度に厚生科学特別研究というのを某研究者にいただいた数値が手元にありますので、それを紹介させていただきますと、平成12年の時点では20県、164カ所に統合組織があるということです。政令市については4市で8カ所が統合組織になっているということです。詳細は整理中ですが、現時点では統合組織の数は増えているのではないかと思います。

(金川委員) 資料11で保健所組織のいくつかのパターンがありました。単独設置、福祉事務所との統合、出先機関を網羅した形があって、それぞれ長所、短所があるのではないかなと思うんですが、その点について少しご説明いただければと思います。私も保健所のパターンは伺ってるんですが、具体的にどういうふうに動いて、どういう特徴なり、どういうやりにくさがあるのか、その中で保健所長が具体的に動けるかどうかということになるのかなと思うんですけど。

(渡辺補佐) 主に2ページの福祉事務所との統合型が従前の単独型と比べてメリットがどうだったか、デメリットがどうだったかということを地方自治体の方が調査して整理された書き物があります。今は手元にないんですが、福祉施設との統合におけるメリット、デメリットという視点での研究調査がありますので、次回、お示ししたいと思います。

(志方委員) 門外漢でよくわからないんですが、医療圏というのがありますね。医療圏というのは法律とか条例に基づいているとすれば、それは何であって、どういう趣旨でつくっているのか。それと保健所はどういう関係にあるのか、ご説明いただければと思います。

(渡辺補佐) 資料6-1の地域保健法に関する法律の3ページ、第5条の設置のところですが、先ほど申しましたように医療法及び介護保険法を勘案して決めるということです。ここでいってるのは2次医療圏のことなんですが、人口が30万から40万人程度の圏域を2次医療圏といっています。現在、2次医療圏は全国で350カ所程度あるということになっています。2次医療圏の根拠は、主に医療法のほうにあるということです。

(上田参事官) ちょっと補足しますと、2次医療圏でポイントになっているのは、保健医療を一体的に実施するというので、厚生労働省関係のヘルスの事業、医療の事業を統合的に地域としてやる。先ほど人口の規模で申し上げましたが、地域性がありますので、交通の便などを考えて、2次医療圏が県で決められています。一つの大きな要素としては、病床数が圏内で計算上決められていまして、その数を超えて新たに病院などが病床を持つことができないということで、医療とリンクしているという面があります。保健医療を統合的なサービスをやる圏域として設定されると同時に、病床数の規制としても用いられているということです。

(高原局長) 県の中を4つに分けたり5つに分けたり7つに分けたりということで、一時、広域市町村圏という言葉も使われましたし、地方公共団体を再編成する場合、300ぐらいが適当であろうとか、いろんな議論が出ています。根拠法は、医療計画ですと医療法になりますし、老人保健計画ですと老人保健法です。障害者の広域計画を作る場合はガイドラインレベルというか、法的な根拠があるわけではないですが、やられております。

小さい県ですと4つか5つに切って、それでだいたい重なりますし、都道府県の県税事務所とか地方事務所とか、そういうものの管轄区域とだいたい重なって、昔からあそこらへんは県央とか県東とか何々地域とか、そういうのにだいたい合うわけです。そのレベルに保健所も1カ所、福祉事務所の中に集約しつつあるというのが現況ではないかと思っております。

(嶋津委員) 私は全国知事会の立場で申し上げるわけですが、この問題の火つけ役というか発端をつくったのは、全国知事会が平成9年に分権推進委員会に対する意見として2つのことを申し上げたわけです。1つは、既に実現しましたが、保健所の組織と福祉健康の仕事と一緒に行政組織としてやれるようにしてほしいということと、もう1つは、所長の要件が医師であることということです。

先ほどの組織の表を見てもわかりますように、保健所の組織は多様で、600 ぐらいのところには3万人の職員がおられますので、1つの保健所で50人ぐらいの職員構成になっていて、その中に医師、歯科医師から始まって薬剤師、栄養士、保健師とか多様な職種がある組織になっている。広範な行政事務を行う所長というのは技術的な資格要件だけではなく、年齢とか管理能力とか、そういうことも考えて保健所長になっていただくわけです。現在、600 ぐらいの保健所に対して1,000 人ぐらいの医師がおられるんですが、それをうまく人事配置することは不可能に近い。

戦後の昭和20年代は復員してきた軍医がおられて、保健所の所長をお願いする方がたくさんいました。そういう方たちがリタイアされた段階で、はたと困ってしまって、無理やり3つ4つの保健所長を兼務しなくてはいけない。あるいは大学を卒業して20代後半から30代初めの方を保健所長にしなくてはいけないという現実がありまして、これでは組織管理ができなくなるということも含めて、知事会として提言をさせていただいたわけです。

保健所長の医師資格要件というのは単に業務をやるための必要十分条件という以外にも、こういう分野に医師を確保して住民の健康を守るという視点が必ずあると思うんですが、そのために昭和20年代は国が国庫補助を出していたわけです。職員の人件費について2分の1の国庫補助を出していました。国庫補助の地方負担分については地方交付税の基準財政に参入していた。平成に入りまして地方分権の関係から一般財源化され、それぞれ地方の財源で職員を設置するということに変わってきたということも含めて、地方団体が仕事がしやすいような体制にしていきたい。

ただ、保健所行政において医師、歯科医師が必要であるというのは当然のことですので、それは組織的にしかるべきポスト、例えば対人保健サービスとか、そういうラインには必ず医師がいなくてはならないという必要性は地方団体も感じているわけです。従って、そういう形で組織規制を緩和していただけないかというのが平成7年における知事会の会長の意見であり、多くの地方団体の声でもあったわけです。その後、保健、福祉、医療行政と保健所の機能を統合して対人サービスの総合行政的なセンターに保健所がなってくる

と、余計そういう性格が強くなってきたという視点が一つあると思います。

もう一つの点として、私が石川県で公害担当の部局で勤務していた時に、同僚の課長で石田さんという方がおられまして、その方は公害担当の規制指導行政の課長だったんですが、その前は13年間、羽咋の保健所長をやっていたそうです。同じ保健所で所長を十数年間やって、それから県庁の課長にポツとなって、非常に能力があって識見の高い立派な方なので、最後は厚生部長もやられましたけど、県庁の組織の中で医師にやっていただく仕事がたくさんあるわけです。

医師のキャリアパスを考えた時に、その中に保健所における医師も位置づける必要がありますので、そういう意味でいうと、卒業してから20代、30代、40代、50代という形でのキャリアパスの中で医師を位置づけて、なおかつ幅広く、保健所だけでなく、福祉行政とか公衆衛生行政とか、県庁の組織としての仕事と保健所の仕事と両方やっていただくという必要性があると私は思っておりますので、そういうことをやるためにも所長要件が足かせになって、保健所長にずっと張りつけて仕事をしていただくような状況になることはまずいのではないかという感じがしております。知事会として引き続き分権推進会議にもお願いしておりますので、今回のこういう提言にもなったということでございます。

(多田羅委員) 全国都道府県で自治医大というのを運営されてると思うんですが、自治医大の卒業生は相当な数がおられて、各都道府県における保健医療行政に携わっておられるんですが、その人たちが保健所で働くことについては知事会ではどのようにお考えなんですか。

(嶋津委員) 自治医科大学は昭和46年か7年に開学しまして、既に卒業生を20期ぐらい出しているわけです。義務年限がありまして、僻地で診療に従事するのが在学の1.5倍ということで9年です。大学院へ行かないで現場に行ってもらいますので、卒業後9年というと32歳ぐらいまでが義務年限になります。義務年限明けの方が十数期ということで、毎年2人ずつおりますので、それぞれの県に二十数人の自治医科大学の研修明けの医師がいることになります。開業している方も多いですし、県立病院なり県立医大にいる方もいますが、相当数の方が保健所に勤務して、所長なり保健所の医師として活動していただいているのではないかと思います。

私もある県で人事担当の部長になった時に、昭和62年ごろ第1期生で義務年限明けの方が出まして、そういう人たちも保健所に勤めてくださいとって衛生部長と一緒に勧誘をした記憶がございます。これからもそういうことで自治医科大学の卒業生に活躍していた

だきたいと思っています。数につきましては資料がありますので、のちほど資料を用意したいと思います。

(多田羅委員) 自治医大の卒業生が保健所長世代になってくるということですので、将来、保健所長としてご活躍いただきたいと思うんですが、それは難しいと判断されるのか。状況はこれから好転するとお考えなんでしょうか。

(嶋津委員) 医療行政に携わりたいと思う方は多いと思います。ただ、そういう方をお願いした上でも、600 の保健所に1,000 人という医師の要員自体が充足水準として十分なのか。所長だけじゃなくて、いろいろなスタッフとしての医師がもっと確保される必要があるのか。

(多田羅委員) 我々はそう思っております。

(嶋津委員) 所長候補の方も含めて、たくさんの人材が充足されて、その中で適材の方が所長になる。あるいは所長じゃなくて課長の場合もあるでしょうし、もう少し若手で住民の検診を担当する医師である場合もあるでしょうが、いろいろな場面で医師に活躍してもらうのがいいんじゃないかと思います。組織的に全体として充実されていくべきではないかと思います。

(高原局長) 600 の保健所が正しいかどうかは別として、600 の保健所と1,000 人の医師という比率が適正かどうかという以前に、大変に地域差があるという感じをもっております。1割程度の都道府県もしくは政令市では1保健所当たり3、4人のドクターがいらっしゃいます。2割ぐらいの自治体では数カ所を掛け持ちというか、兼務発令をして、ようやくもたせているところがあります。残りの大多数のところは所長と課長1名ぐらいで、ぎりぎり1保健所当たり2名ぐらいで維持している。

地域保健のマンパワーというかキャリアパスを形成する上では、ただいま嶋津先生がおっしゃったように、係長、課長補佐、課長クラスというふうになっていく。その間には保健所以外のところにも行って仕事をするということを考えますと、各都道府県に定期採用職種としてやってもらえないかなという気がするわけですが、ほとんどのところで行政に来るドクターはそもそも少ないですから、採用すると優先的に保健所長に張りつけちゃいますといわれる方が多い。

これも都道府県によりますが、県立病院等をお持ちのところは、県立病院をリストラする。ところが公務員の地位は不動のもので、なおかつマーケットに出ていく意欲もあまりないようなドクターたちを保健所で引き取らざるをえなくなったという形で、いや

いやながら所長にしているというのもなくはない。これは誇張した言い方で、全体がそうであるというつもりはないのですが。

一方では定期採用的にどんどん入っている都道府県もあるし、ドクターは県立病院もオーバーフローで、もういいですよという都道府県もある。地方によってだいぶ違うなというふうに感じております。1,000 割る600 という形では比率というのはなかなかできない。私どもは最低限複数いることが必要だと思っています。医師と医師でなくて医師と歯科でもいいですし、その他の職種でもいいんですが、先輩の背中を見て育つというのが理想的ではないかと思っております。これが充足しているところは極めて少ないといわざるをえないし、前を歩く先輩の姿を見て、ああいうふうになりたいなと思えるような先輩ばかりではないだろうというのも事実の一面だろうと思います。

(櫻井委員) 資料9の保健所50年史というのがありますが、大正から始まって、昭和62年まで入ってますね。地域保健法によって現在の保健所の形ができたのは平成6年ごろだと思うんですが、資料10に地域保健法以降の保健所を取り巻く状況の変化というのがあるんですね。昭和64年が平成元年ですから、50年史の終わりに書いてある昭和62年から地域保健法ができた平成6年までの7年ぐらいが空白なんですね。地域保健法の出だしのところに理屈が書いてありますから少しは類推できるんですが、この部分の変化がものすごく大きかったわけですね。なぜ地域保健法ができて、医療のほうの対応の2次医療圏的な広域対応にしたことと同時に、市町村保健センターの構想が入り込んで、対人関係のことはそこがやるんだとか、保健所の役割の大きな変化があったはずなんです。この資料では、どうしてそれが起きたのかというのが読み取りにくいんです。

今の保健所の体制ができた平成6年以前に、なぜそうなったのかというのは、平成3年に保健医療計画が決められた。そのへんとの関連があるんです。統廃合も行われてるわけですから、数的にも違うわけです。そういう資料がないから、保健所の在り方、見方がわかりにくいので、そこを補足していただければと思います。地域保健法以降については資料10にありますから、そこからについては議論できますけど、その間が抜けてるから歴史がつながらなくてモヤモヤする。今日は間に合わないから、次回に出していただきたい。なぜ今の体制ができたかということは今の在り方に相当関係してるんです。

(渡辺補佐) ご指摘ありがとうございます。資料9と資料10の間に空白がございます。資料9の一番最後に地域保健将来構想検討会というのがありますが、ここが地域保健法制定の基礎になったところですので、そのあたりの状況についても次回以降お示ししていきたい

いと思います。

(櫻井委員) どうしてそこで変わったかというのは、数的な問題とかいろいろな問題があるわけです。そこが出されるといいですね。知事会から出されたのは、平成7年から8年にかけて問題になるわけだから。

(吉村委員) 先ほど嶋津委員からお話がありました平成7年のころのプロポーザルということで今に至ってると思うんですが、あのころの状況と現在の状況は先ほどからお話がありますように、かなり変わっていると思います。産業医の状況にしても、昔は復員で帰ってこられた方たちとか臨床の方たちがオーバーフローした時期があって、そういう方々が産業医になられた。保健所もしかりです。そういう方々がリタイアされて、今度はグッと若い世代が入り込んできている。一方では医療界にいろんな変化があって、こういう分野への供給はかなり進んできているのではないかと。適切な人がそういうところへ行ってるのかというと、いろいろご議論があるところではないかと思えます。

今後考えなければいけない点としては、最初にこのプロポーザルをなされた時期と今の時期とはかなり状況が変わっているのではないかと。そういう意味で、そのままこの議論を進めていっていいのかということ、現状ないし将来の10年、20年の状況を踏まえた上で議論を進めなければいけないのではないかと考えております。

もう1点は、保健所が地域住民の健康を守る現場の最先端ということですが、地方自治体もそういう役割をかなり持たされています。そこと保健所がどういう形でというのは一応あると思うんですが、実際に周辺を見ますと、そのへんが連携的にもうまく機能してないような感じがします。自治体のほうは普通は医者はいないんですね。保健所のほうは医者が出て、同じ地域を自治体として見て、保健所として見て、こういう状況ですが、その役割分担が明確に見えないところがあります。行政的にははっきり決められてるのではないかと思えますが、実態的にどういう役割を果たすべきかということが保健所の役割にも大きな意味合いをもってくると思いますので、そのへんで何かありましたら教えていただきたいと思えます。

(渡辺補佐) 先生のご発言の趣旨を確認したいんですけど、保健所と市町村の関係のことをいわれているのか、あるいは本庁組織とその出先である保健所の関係をいわれているのでしょうか。

(吉村委員) 県ではなくて市町村です。普通はいくつかの市町村を含む2次医療圏の中に保健所が存在してるんですけど、自治体は自治体で、いろんな流れの中で保健の問題を管

轄しているわけですね。保健所も同じような形で住民の健康の問題に対する責任をもって。それがどういうふうに組み合わさっているのかというのが、どうもオーバーラップして、うまく連携が見えないもんですから、保健所そのものの機能、ひいては保健所長の役割にも響くのではないかと思ひまして、役割分担が法律で明確に決まっているのかどうか。それが現場に周知徹底されてるのかどうかということもお尋ねしたかったんです。

(高原局長) 一部、櫻井先生の提起されたお話とも重なってくると思うんですけど、保健所行政も大変な変革というか、地殻変動が起こってる。保健所50年史もほとんどの部分は結核で、それなりの成果を収めた時代があって、結核についてはレントゲンを撮りまくるとか、そんなイメージがあったと思うんです。それから母子ということで、健康な赤ちゃん、お母さんの健康というのが出た。

その次に、この50年史の最後の10年ぐらいから今もまだ現在進行形ですが、高齢化の問題が出てきたと思うんです。老人保健の場合は最初から保健所というよりも市町村の事業ということが明らかに定まっておりました。保健所はサポーターというか技術的な指導ということで、企画調整、技術指導をやり、現場は市町村にお任せする。母子についてもそういう現象が起こって、これは福祉の流れとも合うわけですが、市町村のほうに全体的にシフトしていった。施設としても市町村保健センターが整備されてきた。こういう流れが保健所50年史の最後の10年から平成10年ごろまでであった。

ごく最近になりますと、新興感染症とか、食中毒の広域化とか、そういうのがぶり返してきた。保健所50年史の最後の10年の時までは、市町村は第一義的な基礎的な自治体だから、そこでできるだけ力をつけて、前面に立ってやってもらう。医師とかその他の専門職種は市町村では雇えないから、それは保健所が応援する。保健所についても、中核市のような形で保健所を設置できる市町村ができたわけです。

その後、感染症とか健康危機管理という話になってくると、ある一定の区域の中の人に一定のサービスを提供する、いいサービスを提供するというコンセプトから離れ始めるのではないか。そのへんのところで、いま悩ましい状況になっているのではないか。切り替わりのところは高齢化社会に対応して、住み慣れた身近な市町村でサービスを受ける。そのために保健と福祉の統合というコンセプトで、養護から介護に至るまで市町村でやるという流れがあった。それに対して、それだけでは対応できないなという現象も現れてきた、このように考えております。

(黒川委員) 世の中が変わってきたので、対応に苦勞されてると思います。一時は医者の方

数を減らそうという話がありましたが、最近あまり出てこなくなりましたよね。最近  
は高齢化社会とかコモディジーズの問題、医学教育の改革の問題、卒後研修の問題、自  
治医科大学の役割、産業医科大学は何をするのか、防衛医大は何をするのかという話があ  
りますが、9年の義務年限が終わると一般に出ていく。例えば防衛技官はどうかとい  
うと、防衛技官のポジションはほとんど充足してますから、就職先がないんですね。一般  
のところに出てくるわけだけど、これから防衛技官のポジションは減るか増えるかとい  
うと、これも微妙な問題があるのではないかという気がします。

行政的に定義されてる無医村が970 ぐらいあって、自治医科大学を出ると、そこに行っ  
てるんですね。無医村は一時減ったんだけど、あまり減らない。医者が多すぎるのかとい  
うと、一般の社会では足りないという声のほうが圧倒的に多い。増やすにはお金がかかる  
という話が必ず行政から出てきますが、問題は、健康とか生活というところに国がどれだ  
け予算を向けるのか。国内産業の一つの根幹としてセーフティネットを構築しながら選択  
肢を増やすのかといった大きな政策が見えてこない、戦後の政策とは全く変わってきた  
ので、このへんを議論しないと常に小手先の対応になって、本質的な問題が忘れられる。

それに加えて、今度は国立大学まで独法化される。明治時代からそういう話はあったん  
だけど、授業料はどうするのかと文部科学省に聞くと、幅をもたせて自由にやっていいと  
いう。国立でさえも医者になるにはものすごくお金がかかるのに、そういうことになっ  
たら何をしてくれるんだろうという話になっちゃいますよね。すべてが変わっている時に日  
本のグランドデザインが全然出てこないところに問題があるのかなと思います。今度の卒  
後研修の義務化も、大学病院からいろんなところに出るというのは基本的には悪くはない  
と思うんですが、どうやって財源を確保するのかという話が全く見えてこない。私も最初  
は委員だったんだけど、その後、何が起きているのか、篠崎さんが何も話してくれないか  
らわからない。

私は前から書いてるんだけど、2年目の研修医は無医村に3カ月か4カ月行きなさいと  
か、そういう話をしたほうが、これからの医療の実体験ができるからいいと思うんです。  
簡単に計算すると、そういうことを2年目にするによって、1つの無医村に2人から  
3人の医者が必ず常駐することになるんですね。そういうことによって社会的なインパク  
トがあるんじゃないか。そうなるとう一般会計の予算も取りやすいんじゃないかと僕はいつ  
てるんだけど、みんなははっきりいわない。ですね。

厚生行政というのはこれから日本では非常に大事なところだと思うんです。医療の保険

料が上がり自己負担が増え、しかも混合診療をしるとか特区をつくれなんていったら、普通の国民はお金を使わないですよ。おっかなくて。どこにお金を使うのかというメリハリを変えてくれないと困るんじゃないか。これは感想です。

保健所だって非常に大事な役割で、最近は地球温暖化でデングの蚊なんかも日本にもそろそろ上陸しようっていうわけでしょ。マラリアの蚊も濟州島に上陸しているというから、もう来ると思うんです。そういう時に、今の全体の国の施策の枠組みのままでは対応できないと思うんですけど、いかがでしょうか。そのへんも含めてやらないと、小手先でやってると齟齬ばかり出てきちゃうと思うんです。

(石井座長) いいお話をたくさん伺いまして、ありがとうございます。

(黒川委員) これは何回ぐらいやって、いつごろまでに何を出すんでしょうか。

(石井座長) 今からスケジュールの話をしてもらいます。

(渡辺補佐) 次回以降につきましては石井座長と相談させていただきながら進めていきたいと思いますが、次回は5月の連休明けぐらいを考えております。できる限り委員の皆様方と連絡させていただきたいと思っております。

(上田参事官) 回数につきましては、予算要求に絡むことがあれば夏までに中間報告ということも考えられるんですが、議論の推移を見て、性急にというのもどうかと思いますので、月に1回かふた月に1回というペースで、年内あるいは年度内を一つのめどにして議論をしていきたい。議論の幅が広範囲になれば、もう少しかかるかもしれませんが、そのへんは様子を見てということになります。今日は1回目ですので、今のところ予断をもっていつまでということは考えておりませんので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(志方委員) 資料8なんですけど、先ほど局長がおっしゃったように非常に地域格差が大きい。1,000人の医師がどういう年齢で、どういう専門で、どういうローテーションの方がおられるのかとか、地元出身率がどのくらいとか、100人いる保健所がどのくらいとか、平均すれば50人なわけですけど、そういう格差とかですね。私は石川県の金沢の出身なんですけど、石川県で大学といえば医大なんです。そういう格があるところと、そういうものがないところでは格差が出てくるのかなとか、そういうのが資料8に入っていると我々門外漢はわかりやすいと思うんですね。

私は人事部長をやってましたので、15万人のキャリアコントロールをやってたんですが、そういう具合にパターン化してたんですよ。地元でずっとやってきた所長さんもおられれば、いろんなところをパッセンジャーのように歩く人もおられれば、そういうタイプを知

りたいんですね。以上です。

(石井座長) そろそろ時間ですが、私も聞き役ばかりでは申し訳ないので、委員として一言申し上げたいと思います。私は昭和29年の卒業で、当時は国家試験の前にインターンをやってたんですが、小石川保健所に行きました。そこに岡西先生という結核の立派な先生がおられまして、その時の私の印象を言いますと、保健所というのは進んだところだ、アドバンスなところだというイメージが強かったわけです。今年こういうお話がありましたので、一度、保健所を実際に見にいってみようと思ってたんですが、結局、行かなかったんです。医師の届出というのは郵送もできますから、そういうことになっちゃったんですが。

いまお話を聞いてましても、どんどん世の中が変わっておりまして、この3年とか4年で変わったことで保健所にも影響するのではないか、あるいは健康危機管理にも影響するんじゃないかと思うんですが、人口の約6割がインターネットを始めるようになったんですね。日本は遅れてたんですが、急速に例のe j a p a nというのでやってましてね。若い世代は全部インターネットになると思うんですが、そうになると、かつてピカピカ光っていた先端的な保健所というのが、インターネットによってどうなるんだろうかと考えますと、危機管理の時に一番初めにいくのがインターネットだと思うんですね。厚生労働省に聞いてもローカルなことはわかりませんから、地域でどういうことがどうなってるのかというのが対応できるような問題というのものもあるのかなと思うんです。

そこで医師の資格がどうなるのかというのも問題ですけど、少なくとも医療的なことに対していろいろ応答できる専門家が全部いなくなったら困るでしょうし、かつて私がインターンのころの思い出だと、結核に関しては小石川保健所にはずいぶんたくさん患者さんが来てまして、結核に関しては大学よりもその経験のほうが印象深かったんですね。こういう検討会でもいろいろな分野の専門の方がおられますので、21世紀への建設的なご意見が出てくれればいいのではないかと考えております。最後に私の感想を申し上げました。

ちょうど時間になりましたので、以上で本日の検討会を終了させていただきたいと思えます。どうもありがとうございました。