

# 第62回全国保健所長会総会議事録

平成17年9月13日(火)午前10時開会  
北海道・札幌市・札幌サンプラザホール

全国保健所長会

## 目 次

### 【総会・表彰式】

1	開 会	
(1)	開会のことば	1
(2)	会長あいさつ	1
2	第51回全国保健所長会長表彰式 表彰状授与式	4
3	来賓祝辞	
(1)	厚生労働省健康局長	5
(2)	北海道知事	8
(3)	北海道医師会長	10
4	講 演	
(1)	「地域保健の最近の動向」 厚生労働省大臣官房参事官	12
5	議長、副議長選出	20
6	議長・副議長あいさつ	20
7	議事録署名人指名	20」
8	報告事項	
(1)	会務・総務担当報告	21
(2)	渉外担当報告	22
(3)	学術担当報告	22
(4)	研修担当報告	23
(5)	広報担当報告	23
(6)	委員会報告	
	・地域保健の充実強化に関する委員会	24
	・健康危機管理に関する委員会	25
9	議 事	
(1)	第1号議案	26
	・平成16年度事業報告及び収入支出決算報告について	
	・監査報告	
(2)	第2号議案 平成17年度補正予算(案)について	28
(3)	第3号議案	30
	・平成18年度事業計画及び収入支出予算(案)について	
(4)	第4号議案 役員改選について	31
	・推薦委員会報告	
	・新役員略歴紹介	

1 0	名誉会員推戴	3 5
1 1	次期開催地代表あいさつ	3 6
1 2	研究事業報告	
	( 1 ) 「児童虐待予防対策に於ける保健所の役割に関する研究」	3 7
	( 2 ) 「災害時の保健所業務マニュアル作成と健康危機管理 ネットワークづくりモデル事業」	4 1
1 3	( 財 ) 日本公衆衛生協会あいさつ	4 5
1 4	国立保健医療科学院あいさつ	4 8
1 5	会員協議	5 0
	「健康危機管理とこれからの保健所のあり方について・・・地域保健対 策検討会の中間報告をふまえて」	
	( 基調講演 )	
	・健康危機管理の運営体制	5 1
	( 話題提供 )	
	新たに生じた健康危機管理への取り組み	5 9
	( スギヒラタケ事件から学ぶもの )	
	震災に於ける保健所の取り組み	6 6
	保健所におけるシミュレーション訓練の有用性	7 3
1 6	閉会のことば	8 8

## 【総会・表彰式】

### 1 開 会

司 会（愛媛県・今治保健所 木村 真理）

ただいまより、第62回全国保健所長会総会を開催いたします。

私は、本総会の司会進行を務めさせていただきます愛媛県今治保健所の木村でございます。

ふなれではございますが、一生懸命務めますので、どうぞよろしくお願いいたします。

総会に入ります前に、皆様にお願いがございます。

携帯電話をお持ちの方は、電源をお切りになるか、マナーモードでお願いいたします。

まず、総会の成立についてご報告申し上げます。

本総会の定数は549名です。ただいまの出席者数141名、委任状の提出者346名、合計487名となっております。

したがいまして、会則第16条第3項の定足数に達しておりますので、本会が成立していることをご報告いたします。

それでは、初めに、開会の言葉を伊藤副会長にお願いいたします。

#### （1）開会のことば

全国保健所長会副会長

伊 藤 善 信（秋田県・秋田中央保健所）

伊藤副会長 皆様、おはようございます。

ただいまより、第62回全国保健所長会総会を開会いたします。

司 会 続きまして、角野会長からごあいさつ申し上げます。

#### （2）会長あいさつ

全国保健所長会会長

角野文彦（滋賀県・長浜保健所）

角野会長 皆様、おはようございます。

本日は、第62回全国保健所長会総会ということで、早朝より、全国からお集まりいただきまして、ありがとうございます。

実を申しますと、この時期は、政令市あるいは中核市等では議会が開催されておりました、そのために多くの保健所長さんが出席できないという状況になっております。

しかしながら、ただいま司会の方からお話がありましたように、100名近い方が既にお集まりいただいております、予定といたしまして本日は150人近くの方が出席されると聞いております。

また、本日は、厚生労働省健康局長の中島正治様、北海道保健医療局長の吉田茂夫様、そして、北海道医師会長飯塚弘志様には、公私ともにご多忙の中、私どもの総会にご臨席

を賜りまして、まことにありがとうございます。

また、平素、保健所長会に対しましてご理解とご協力を賜りますことを、この場をおかりいたしまして厚くお礼申し上げます。

どうもありがとうございます。

さて、地方分権の流れの中で、今、保健所の役割がいろいろ問われているところがございます。国の役割、都道府県の役割、そして市町村の役割は一体何かということ、そういった中で、保健所は公衆衛生のどの部分を担っていくのかということがあちこちの自治体で今議論されているところです。

その中で、保健所のイメージというものについて、ここ数年来、ずっと問われているわけですが、それぞれ持ち方が違うということで、各自治体とも、保健所像というものが、組織のあり方も含めて異なっているというのが実情であります。今、国といたしましても、また後ほどお話があるかと思いますが、再度、保健所を見直すといいますが、定義し直す作業が進められているところです。

その一つが、健康危機管理です。昨今、近い話ではアスベストの問題、あるいは、尼崎でのJRの事故というように、健康危機管理の事例というのは、毎年、全国各地で起こっています。その都度、保健所は迅速かつ適切な対応ができたのかということが問われているわけです。

ただ、健康危機管理事例というのは、想定外のものが多く。したがって、さまざまな事例を積み重ねることによって、我々自身が研さんを積み、新たな事態に対応できるように常日ごろから努力しておく必要があるのかなと考えております。

私が会長をさせていただいて2年たったわけですが、この2年間を振り返り、また同時に、これからのことを少しお話しさせていただきます。

まず、第1点は、昨年、会則の改正をさせていただきました。

一昨年の改正で、所長会総会は、代議員総会から、会員全員が参加できるという形に変え、そして、昨年の改正では、組織のあり方を少し変えさせていただきました。また、常任理事会をなくして理事会一本にいたしまして、組織をスリム化するとともに、理事会の中での委員会を五つにふやして組織を強化したところがございます。

二つ目といたしまして、調査研究事業の充実です。

地域保健法の中にも、保健所の役割の中で調査研究ということがうたわれております。これにつきまして、我々といたしましては、全国の幅広い所長さん、いろいろな所長さんが参加できるように、そのような思いでここの二年はやってまいりました。

調査研究事業をやっている班長さんといいますが、その名前だけ見ていれば、いかにもまたこの人かということが多くですけども、実態はそうではなくて、その中に非常にたくさんの方が入っております。この1年にいたしましても、延べにして全国で50名くらいの方は参画されているのではないかと思います。

この調査研究事業の中で、特にこの2年間で特筆すべきものは、まずは新医師臨床研修

にちなみまして、我々のところで臨床研修ノートをつくったということです。今年から、それぞれの保健所で臨床研修が始まっているかと思いますが、このノートを活用していただいて、また、これについては、研究班の方で、今後この1年間の経験を踏まえて、保健所での研修のあり方というものが提言されてくるものと思っております。

もう一つは、公衆衛生協会が従来から行っている保健所職員管理能力育成研修というものがございます。この研修に関しては、全国何カ所かで研修するだけではなくて、それぞれ皆さん方の現場で、いつ時でも、どこでも研修ができるようにということで、昨年度に研修のためのDVDを作成いたしました。これも皆さん方のお手元にお配りしたところですが、そういったものを活用していただいて保健所の機能強化に努めていただければなと考えております。

3番目といたしまして、保健所のあり方検討への参画であります。

国の方では、さまざまな検討会を立ち上げた中で、これからの保健所というものをどのようにしていくかという議論をされているところですが、それにつきましても、私どもの方から、場合によっては委員会の方に参加させていただき、あるいは、私どもの委員会でまとめた意見を国の方へ提出するという形で一緒に考えさせていただいているところです。

もう一点は、昨年度も申し上げましたが、ホームページの充実であります。

特に、総会の直前になりますが、9月に入りましてからリニューアルいたしまして、非常にわかりやすい、そして、楽しいといえますか、詳しいホームページになりました。ぜひとも、一度ごらんいただきまして、またいろいろとご意見を賜ればと思っております。

このホームページを通しまして、全国にどんどん情報を発信していきたいと考えております。

そして、5番目は、他団体との連携でございます。

特に、全国保健所長会とは昨年度から定期的な意見交換会の場を持ちまして、これから、所長会ともども手を携えてこれからの日本の公衆衛生のために何か進めていこうということを考えております。

他団体との連携の重要性というのは、例えば、昨年来、BCGの接種方法の変更あるいは結核対策がいろいろ変わってきているわけです。また、7月以降では、麻疹、風疹予防接種のあり方も変わりました。そういったときに、実施主体である市、町、あるいは保健所がいろいろ問題を抱えたりすることもあるわけですけれども、こういった医学的な部分になった場合に、例えば小児保健学会であるとか、日本小児科学会、あるいは、結核病学会、日本公衆衛生学会等々、いろいろな団体の方々、もちろん日本医師会もそうですが、そういったところとお互いに連携して国との話し合いを持っていくことも大事なのかなと考えております。そういった意味でも、今後は、他団体との連携ということをますます強めていきたいというふうに考えております。

さて、本日は、前に62名の所長会表彰受賞者の方がいらっしゃいます。戦後60年たつ中で、日本の保健所というものが非常に目覚ましく発展し、そして、日本の公衆衛生と

ということでは、世界に誇れるようなすばらしい公衆衛生活動というものがなされているわけでございます。その一翼を担っていただいたのが、今、前にお座りの62名の方ではないかというふうに思っております。

皆様方の今までのご活躍に敬意を表しますとともに、今後ますますのご健勝を祈念いたしたいと思えます。

最後になりましたが、本日の総会開催に当たりまして、北海道保健所長会並びに道庁関係者の皆様方には大変お世話になりました。本日夕方まで、この会を無事に終えることができますことを願い、北海道の方々にお礼を申し上げますとともに、皆様方の今後ますますのご活躍を祈念いたしまして、私のごあいさつとさせていただきます。

本日は、どうもありがとうございます。

(拍手)

司会 ありがとうございました。

## 2 第51回前駆保健所長会長表彰式

司会 次に、表彰式を行います。

会長、登壇をお願いいたします。

まず、第51回全国保健所長会会長表彰を受賞されるの方々のお名前を申し上げます。

本表彰は、多年にわたり、保健所に勤務され、保健所の担当業務に精励し、地域の公衆衛生の向上に貢献があると認められた方々に贈られるものです。

受賞者の方々は、お名前をお呼びしましたら、その場にお立ちください。

北海道・高橋良美様、北海道・大塚寛様、青森県・沼宮内幸美様、岩手県・間瀬範子様、宮城県・後藤正子様、仙台市・丸川さと子様、秋田県・渡邊稔様、山形県・奥山幸子様、福島県・大平洋子様、新潟県・小林正樹様、茨城県・森利幸様、栃木県・福田晴男様、群馬県・後藤英夫様、埼玉県・関田洋介様、埼玉県・三堀重明様、千葉県・結城智恵子様、千葉県・日置スマ子様、神奈川県・飯塚美知子様、川崎市・平出正明様、横浜市・大久保妙子様、横浜市・松木寛子様、山梨県・田草川憲男様、長野県・中村勤様、静岡県・渡邊ふさよ様、東京都・平原金次郎様、特別区・石山道子様、特別区・榎本綾子様、富山県・岩田栄一様、石川県・坂谷謙一様、福井県・持田壮一様、岐阜県・野口富雄様、愛知県・野澤礼様、名古屋市・岡田勇一様、名古屋市・水谷八千代様、三重県・中井碩哉様、滋賀県・原田公照様、京都府・嶋田喜一様、京都市・大竹達夫様、大阪府・野間恵子様、大阪府・松田光恵様、兵庫県・安部峰夫様、兵庫県・伊地智正司様、奈良県・木原和子様、和歌山県・田伏富紀様、鳥取県・仲本恵子様、島根県・山崎恵子様、岡山県・石原久芳様、広島県・柳原節子様、山口県・松本禮様、徳島県・阿部賢治様、香川県・大森智子様、愛媛県・武田邦俊様、高知県・長者辰夫様、福岡県・野中俊子様、福岡市・山田良治様、佐賀県・瀬戸経子様、長崎県・中島充也様、熊本県・松岡幸雄様、大分県・大隈節子様、宮

崎県・松浦由美子様、鹿児島県・餘利野正範様、沖縄県・比嘉桂子様。

以上、62名を代表して、北海道・大塚寛様に表彰状と記念品をお受け取りいただきます。

**角野会長** 「表彰状」 大塚寛殿

あなたは、多年にわたり、保健所業務に精励され、公衆衛生の向上に寄与されました。その功績は、まことに顕著なものがあります。

よって、これを表彰します。

平成17年9月13日

全国保健所長会会長角野文彦」

おめでとうございます。

(拍手)

**司会** 皆様、ただいま62名の方々が全国保健所長会会長表彰を受賞されました。

受賞者の方々に、いま一度、大きな拍手をお贈りください。

おめでとうございます。

(拍手)

受賞者の皆様、どうぞご着席ください。

**司会** 本日は、多くのご来賓の方々においでいただいております。

### 3 来賓祝辞

ここで、ご来賓の皆様方よりご祝辞を頂戴いたしたいと思います。

初めに、厚生労働省を代表し、健康局長中島正治様にご祝辞を賜りたいと存じます。

#### (1) 厚生労働省健康局長

中 島 正 治

おはようございます。

ただいまご紹介いただきました健康局長の中島でございます。

この8月26日に健康局長を拝命いたしまして、まだ新米でございますが、よろしくお願いいいたします。

それでは、ごあいさつを申し上げます。

本日、第62回全国保健所長会総会が開催されるに当たりまして、一言、ごあいさつを申し上げます。

保健衛生行政の推進につきましては、平素から、皆様方には格段のご支援、ご協力を賜っており、誠にありがとうございます。この場をおかりいたしまして、厚く御礼を申し上げます。

私からは、最近の保健衛生行政の動向につきまして、少し時間をいただきましてお話をさせていただきます。



現在、厚生労働省におきましては、平成18年の医療保険制度改革に向けた検討を進めておりますが、その中でも、生活習慣病対策の充実強化が重要な課題の一つとされているところでございます。また、昨年5月に、生活習慣病対策と介護予防の推進を柱として、健康寿命を2年程度延ばすことを基本目標として取りまとめられました健康フロンティア戦略において、平成17年度から10年間、重点的に政策を展開することとされており、今後どのように取り組んでいくのか、医療制度改革の中で具体的な内容を固めていく必要があるわけでございます。

このため、昨年10月より、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会におきまして、今後の生活習慣病対策の推進方策について御審議をいただいていたところであり、今後、部会における中間取りまとめを踏まえ、生活習慣病対策の充実強化のための具体的な検討をさらに進めてまいりたいと考えております。

これに関連して、保健事業による健康管理の支援を生涯を通じて継続的に実施することができるよう、地域の実情に応じた協力体制による地域保健と職域保健の連携を図るため、都道府県等に都道府県及び2次医療圏を単位とした地域・職域連携推進協議会を設けることとしております。

なお、本協議会の設置及び運営等の詳細につきましては、地域・職域連携推進事業ガイドラインを参考に組み込んでいただくようお願いをいたします。

次に、地域保健対策につきましては、健康危機の多様化、少子高齢化などの社会的状況の変化を踏まえ、今後の在り方について検討していくことが重要であると考えておりました。地域における健康危機管理体制の強化など、本年5月の地域保健対策検討会中間報告で示された方向性をどのように進めるのか、今後とも検討していきたいと考えております。また、健康危機管理につきましては、既に予算要求を行っている施策もあり、住民の健康と安全を守るため、積極的な取り組みをお願いいたします。

次に、感染症対策ですけれども、来年の通常国会に、感染症及び感染症の患者に対する医療に関する法律の改正案を提出することを予定しております。生物テロに使用されるおそれのある病原性微生物等に関する適正な管理体制の確立を図るため、感染症の病原体を管理している者に対し、届け出を義務づけるとともに、感染症の病原体の譲渡の規制、報告、聴取、調査、立入検査、罰則等に関する規定を整備することとしております。

今後、厚生科学審議会の意見等も踏まえ、対象となるべき病原微生物等の選定と規制の態様を決定する予定でありまして、法案の内容等が決定次第、情報提供させていただきたいと考えております。

また、法律が改正されるまでの当面の間、各都道府県におかれましても、管下の地方衛生研究所等における病原微生物の管理を徹底するとともに、医療機関など関係者への注意喚起方をお願い申し上げたいと思います。

動物由来感染症対策につきましては、昨年、感染症法に関する政省令改正を行い、獣医師の届け出対象疾病、動物の追加、疫学調査の実施規定の整備等が行われたところであり

ます。各都道府県におかれましては、関係部局のほか、保健所、地方衛生研究所、動物愛護センター等と十分に協力、連携して対応体制の整備をお願いいたします。

また、新たに創設されました動物の輸入届出制度につきましては、今月1日から施行されているところでありまして、国としてもその周知に努めることとしておりますが、各都道府県におかれましても、管内の動物等取扱業者など関係者への周知方をよろしくお願い申し上げます。

新型インフルエンザ対策につきましては、国として必要な抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を行うとともに、世界保健機関（WHO）のインフルエンザ準備計画を踏まえ、現在、11月中旬を目途に行動計画を策定しているところでございます。各都道府県におかれましても、管内人口に応じた抗インフルエンザウイルス薬の備蓄につきまして積極的に取り組んでいただくようお願いいたします。

次に、ハンセン病対策についてですが、ハンセン病に対する偏見、差別を解消し、患者、元患者の名誉回復を図るため、ハンセン病問題に対する正しい知識の普及に努めるなど、普及啓発を継続的に実施していくことが重要でございます。つきましては、関係団体への周知を初めとして、普及啓発活動について、より一層の取り組みをお願いいたしたいと思っております。

なお、平成16年度より実施しておりますハンセン病問題に関するシンポジウムにつきましては、今後も各地で開催することとしておりますので、あわせて、御協力方お願い申し上げます。

エイズ対策につきましては、感染症法に基づく後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針に基づいて総合的に実施しておりますが、依然として感染の拡大が続いている状況でございます。昨年1年間の患者、感染者の合計は千件を超えまして、これまでの患者、感染者の累積報告数も1万件を突破し、早急な対策の充実と強化が必要な状況となっております。発生の予防及び蔓延の防止のためにさらなる施策展開を図るべく、現在、今後のエイズ対策の柱となる指針の見直しを進めております。各自治体におきましても、土・日や平日夜間における検査の実施、迅速検査の導入やHIV感染者に対する偏見、差別をなくすための啓発・普及活動、医療提供体制の確保など、地域の実情を踏まえたエイズ対策を今後とも積極的に展開していただきますようお願いを申し上げます。

リウマチ・アレルギー対策につきましては、引き続き、リウマチ・アレルギー疾患を含む免疫アレルギー疾患に関する研究を推進するとともに、正しい情報の普及を図る観点から、厚生労働省ホームページにリウマチ・アレルギー情報サイトを開設しておりますので、御活用方よろしくお願い申し上げます。

また、今後のリウマチ・アレルギー対策を総合的、体系的に実施すべく、健康局長の私的諮問機関であるリウマチ対策検討会及びアレルギー対策検討会において策定されました報告書案及び指針案を受けまして、現在、厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会にて取りまとめを行っているところでございます。

臓器移植対策につきましては、臓器提供意思表示カード及びシールの普及など、広報活動とともに、医療関係者への普及啓発や医療機関を定期的に訪問するなど、御協力をお願いいたしたいと思います。

また、骨髄移植対策につきましては、ドナー登録年齢の見直しや手続の簡素化措置等についてご理解の上、ドナー登録会の開催など、骨髄バンク事業の推進に一層の御協力をお願いいたしたいと思います。

飲料水の衛生対策等につきましては、昨年6月に公表いたしました水道ビジョンの中で、安心、安定、持続、環境及び国際を長期的な政策課題として位置づけまして、各課題に対処するための施策や工程等を具体的に示したところでございます。今後とも、水道ビジョンを推進するための各般の取り組みを進めることといたしておりますので、御協力をお願いいたします。

また、昨年4月から実施されました新しい水質基準等に基づく水道水質管理につきましては、引き続き、都道府県知事認可の水道事業者等に対する指導等についてよろしくお願いを申し上げます。

生活衛生関係営業につきましては、日ごろから、各業法に基づき、各営業者に対する御指導をお願いしているところでございますが、このうち、旅館業に関しては、旅館業法施行規則の改正によりまして、本年4月1日から、外国人が旅館等に宿泊する場合に、その国籍及び旅券番号を宿泊者名簿に記載することとされたところでございます。つきましては、各営業者におきまして、今般の改正に伴う措置が確実に実施されるよう、引き続き各営業者及び関係団体への御指導方をお願い申し上げたいと思います。

その他、原爆被爆者対策、難病対策、ウイルス肝炎対策、レジオネラ症発生防止対策等々、保健衛生行政の推進に当たりましてもよろしくお願いを申し上げます。

厚生労働行政を取り巻く環境は大きく変化をしてきておりまして、大変に厳しい状況ではございますが、引き続き、皆様方の御支援、御協力をお願いいたしまして、私のごあいさつとさせていただきます。

ありがとうございました。

(拍手)

司会 中島様、ありがとうございました。

続きまして、北海道知事高橋はるみ様よりご祝辞を賜りたいと存じます。

## (2) 北海道知事(代理)

北海道保健福祉部保健医療局長

吉田 茂夫

北海道保健福祉部保健医療局長の吉田でございます。  
知事は、今朝から道議会が始まりましたので、本来ならば来てごあいさつを申し上げとこ

ろでございますが、そういうことではないので、私の方から一言ごあいさつさせていただきます。

本日、第62回全国保健所長会総会がこの札幌市でこのように盛大に開催されますことを、心からお祝い申し上げたいと思います。

また、全国からお越しいただきました会員の皆様を心から歓迎いたしたいと思います。

また、ただいま全国保健所長会会長表彰を受けられました皆様方に対しましては、まことにおめでとうと申し上げたいと思いますし、また、長年の公衆衛生活動に対するご功勞に対して、心から敬意を表するものでございます。

この全国保健所長会は、昭和22年のスタートから、全国の保健所長の連携を密にすることなどにより、日本の公衆衛生の向上と保健所活動の発展に大きな役割を果たしてこられました。これも、ひとえに、角野会長先生を初め、歴代役員及び会員の皆様方のご努力のたまものと、深く敬意を表するものでございます。

さて、鳥インフルエンザなどの新しい感染症への対応など、健康危機管理あるいは健康日本21の取り組みなど、地域における保健所の機能強化について関心が高まっているところでございます。また、ご承知のとおり、最近のアスベストによる健康被害に関しましても、保健所はその専門的な機能を十分に発揮いたしまして、住民の方々のさまざまな相談に対応していただき、地域の方々にこのような公衆衛生行政の中核機関である保健所に対する理解をさらに高めたものだと感じているところでございます。その専門的行政機関のリーダーであります保健所長の皆様におかれましては、今後とも公衆衛生活動の中心的な存在として一層のご活躍を期待する次第でございます。

道といたしましても、だれもが住みなれた地域の中で健やかに生き生きと自立して暮らせる社会の実現を目指して各種保健・医療対策を進めておりますが、各保健所長の皆様が先頭に立ってご活躍され、この北海道という広大なエリアに生活する570万人の人々の保健衛生、生活環境等の課題に対して総合的な対策を推進していただいております。大変心強く感じている次第でございます。

本日の会員協議の中では、健康危機管理体制が議論されることになっておりますが、まさに、現在の社会情勢に即した内容と承知しております。参加された皆様方におかれましては、きょう一日、活発な議論をしていただくとともに、北海道は、ご承知のとおり、ちょうどカニやカキが旬になっております。畑ではパレイショなどの大変おいしい野菜が収穫の時期を迎えております。今、空気も大変おいしい中にありますので、どうぞおいしい食べ物や空気を満喫していただいて、今後の公衆衛生活動にさらに一層ご尽力をなされますようご期待申し上げる次第でございます。

終わりにになりましたが、今後の会員の皆様方のご健勝とこの会の一層のご発展を心からご祈念申し上げまして、お祝いの言葉とさせていただきます。

本当におめでとうでございます。

(拍手)

司 会 ありがとうございます。

続きまして、北海道医師会長飯塚弘志様よりご祝辞を頂戴いたしたいと存じます。

### ( 3 ) 北海道医師会長

飯 塚 弘 志

おはようございます。

一言、ごあいさつを申し上げます。

第62回全国保健所長会総会が盛大に開催されますことを心からお喜び申し上げますとともに、全国各地からご参集されました保健所長の皆様を心から歓迎申し上げます。

全国保健所長会が発足したのは、戦後間もない昭和22年のことであり、記念すべき第1回総会は東京都中央保健所において約50名の参加のもとで開催されたと承っており、約60年の歴史のある会が当地・札幌で開催されますことは、この上ない喜びであります。

プログラムを拝見いたしますと、午後から行われます研究事業報告や会員協議では、児童虐待予防対策における保健所の役割、災害時における保健所の果たすべき役割等々、今、社会問題になっている我々の身近で起こっている問題について真摯に取り組んでおられることがわかり、同じ国民の生命、健康を預かる立場の者として安心するとともに、身の引き締まる思いがいたします。今後とも、このような保健所が行う有意義な取り組みを国民に広く訴え続けていただきたいと存じます。

さて、我が国における地域保健を取り巻く状況は、急激な少子高齢化の進展、慢性疾患の増加等による疾病構造の変化、保健サービスに対する国民の求めるものの高度化、多様化、SARSなどの新感染症への対応など、ここ数年、目覚ましく動いております。そうした状況を踏まえ、地域保健にかかわる施策を効率よく、かつ効果的に推進していくためには、保健所長の皆様方の果たす役割はますます重要となってまいります。今後のご活躍を期待申し上げます。

今年の北海道は、知床の世界遺産への登録、駒大苫小牧高校野球部夏の甲子園大会、57年ぶりの連覇及びその後判明した不祥事など、明るい話題も暗い話題もございました。福岡県の小倉中による、昭和22年、23年、前回の夏の甲子園の連覇をされたほぼ同時期に、ちょうどこの全国保健所長会が発足したのだなとふと思ひ、改めて歴史を感じた次第であります。

この2日前までの衆議院選挙の喧騒も、短い夏も終わり、北海道はこれから冬を迎えるまでのよい時期を迎えております。この機会に、ぜひ北海道をごらんいただき、お楽しみいただけましたら幸いです。

最後に、本総会の成功と皆様方のますますのご発展を祈念し、お祝いの言葉といたします。

どうもおめでとうございました。

( 拍 手 )

司 会 飯塚様、ありがとうございました。

それでは、ここで、受賞者を代表して、北海道・大塚寛様から皆様にお礼の言葉がござ  
います。

大塚寛様、よろしくお願いいたします。

受賞様の皆様は、ご起立ください。

### 受賞者代表あいさつ

大 塚 寛（北海道・北見保健所）

受賞者を代表しまして、一言、お礼の言葉を述べさせていただきます。

私ども62名は、全国各地で、それぞれ職種は異なりますけれども、公衆衛生に携わっ  
てまいりました。

本日、ここに、全国保健所長会会長表彰の荣誉に浴しましたことは、身に余る光栄と深  
く感謝を申し上げます。

私の経験を振り返りますと、最初に携わった仕事は、チクロ、エーフツなど食品添加物  
の使用規制にかかわることでした。その次は、オホーツク海沿岸における腸炎ピ  
ブリオの大量食中毒の発生でありました。患者数は1,000人を超えたと記憶をしてお  
ります。また、エキノコックス症の全道への普及という問題もございました。

いつの時代にも超えなければならぬ困難な問題はございますが、特に、昨今の地域保  
健を取り巻く環境は、O157、BSE、SARSあるいはノロウイルスと、幾多の困難  
な問題に直面しております。そういう中で、地域の公衆衛生の要たる保健所がその責任を  
果たすことができるよう、職員の一員として全力を尽くしてまいりました。

今後も新たな感染症が出現することは十分に予想されるところであります。もとより微  
力ではございますが、地域において課せられた職責を全うするとともに、技術の研さん、  
知識の向上に努め、公衆衛生の向上に努めてまいりたいと考えております。

今後とも、さらなるご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げ、意を尽くせませ  
んが、受賞者一同のお礼の言葉といたします。

本日は、まことにありがとうございました。

（拍手）

司 会 ご着席ください。

以上をもちまして、表彰式を終了させていただきます。

受賞者の皆様が退席されますので、皆様、今一度、お祝いの拍手をお願いいたします。

（拍手）

司 会 ご来賓の皆様には、お忙しい中をご出席いただきまして、ありがとうございました。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

この後、講演がありますので、準備のため10分程度休憩させていただきます。

10時50分から再開いたします。

[ 休 憩 ]

司 会 お待たせいたしました。

司 会 それでは、講演に移ります。

厚生労働大臣官房参事官梅田様より、地域保健の最近の動向についてご講演をいただきます。

梅田様、よろしくお願いいたします。

#### 4 講 演

##### (1) 「地域保健の最近の動向」

厚生労働大臣官房参事官

梅 田 勝

ただいまご紹介いただきました厚生労働省大臣官房参事官の健康担当の梅田でございます。

私は、8月26日に人事異動がございまして、前任者の瀬上の後を受けましてこちらの方に参りました。よろしくお願いいたします。

私は、どちらかという、厚生労働省の中でも医療関係が長くて、こちらの地域保健、健康づくり、保健所、これはある意味で公衆衛生の王道といったところですが、実は王道を歩ませていただけなくて、衛生行政官と言いましても、星のように霞ヶ関の周りをくるくる回らせていただきまして、やっと臨時停車させていただいたということです。8月26日にこちらへ参りましてから、にわか勉強で、私のところは地域保健対策室に平子という若い者がおりますが、彼がつくってくれた資料ということでお話しさせていただきます。

そういう経緯ですが、8月26日に、先ほどごあいさついたしました中島局長が来まして、来年の医療制度改革に向けて我々地域保健の方もどのような立場でやっていくかということで、この2週間はばたばたと話がございました。そこで、この資料にあるような内容は皆様方もかなりご存じだと思いますので、どちらかという、そちらの方面に絞ってお話をさせていただきたいと思います。

地域保健の動向ということで、前の田中局長も、こういう健康危機事例が起こったということで、危機管理が非常に大事だということ、それから、危機管理の1件としてこういうことが起こったわけですが、これも公衆衛生の新しい潮流ということで、保健所、ヘル

ステーションに求められるものが、左の下にありますように、平時は生活習慣病対策で有事は感染症対策等の健康危機対策というものをやらなければいけないということ、これは本当にそのとおりだと思います。やはり、保健所が果たす役割として、保健所に医師が存在するという、所長は、今はもう大多数が所長の先生方だけですけれども、医師が常駐する機関というのは、保健所、医療機関である病院、診療所を除いてはいいわけです。ただ、検疫所がございます。検疫所も一部は医師でない方も出てきております。そうしたときに、やはり、命の問題、生命の問題のところ、保健所というものがどうしても出張っていかねばならないということは、やはり、それだけ医師というものに対する期待が国民の方にあるということは、これは否定できないというか、我々にとっても非常にうれしい限りだと思います。

そして、こういう健康危機の管理体制をつくる時にどうするかということになりますと、やはりこれは、平時からのいろいろな機関との連携、いろいろな職種との連携ということが不可欠であろうと考えます。有事というのは、健康危機の重要性とかございますが、健康危機、これは前の田中局長のときからよく使っていたもので、健康危機としてこのような12のものがあると。それで、先週も健康局の幹部の方で議論いたしました。

これは、皆さんもご存じのとおりいろいろな議論があるところですが、健康危機への危機管理というのが、新しい一つの健康危機管理ということで法体系をつくるのか。それからもう一つは、健康危機の主なものというのは、大体、90何%が感染症法と食品保健法、いわゆる食品衛生の世界と感染症の世界で90何%をカバーできて、残りの5%なりのところはどう対応するのか。そここのところに対応するためのきちんとした法制度なりをつくるのか。食品保健でもない、感染症でもない世界として、スギヒラタケの事件というものがございます。そうしたときに、ある意味では落ちこぼれないようにすき間もすべて埋めるような体制をつくって保健所が担うのかどうか、そこら辺のところ議論をしたわけでございます。

これは、非常に議論が白熱いたしました。食品衛生の世界と感染症の世界、これをきちんやりやってもらうことは専門の先生方の毎日のお仕事の中でやっておられることでございますが、その落ちこぼれと申しますか、そう言ったら悪いですが、そのすき間のところまでもすべて保健所が担うと。人が死ぬというようなことから、人が死ぬ、原因不明の病気がありましたら、それをすべて保健所が担うということまできちんとして法制化して保健所に背負わせることができるのかどうか。それが、今の体制なり、それをきちんと担うことになればそれだけの体制強化をしなければならないのですが、それだけの体制強化が今のご時勢にできるのか。そしてまた、それだけのことを、本当に、保健所と申しますか、保健所というのはある意味で厚生労働省の保健関係の一番大事な出先機関でございますが、それが担うということは、厚生労働省がすべて担うということになり得るのかということ議論したわけでございます。

本当に人の命に関することに全部出張るといことになりますと、例えば、オウムの地



下鉄サリン事件についても、ある意味で初動態勢が保健所ということがあり得るわけですね。これは、考え方によっては人の命のところですからあり得るわけですが、実際にいろいろな装備ということでは、化学的などころでは非常に難しいかなと思います。そういうふうな議論をしております、健康危機への対応についてどのような法制度のところで行くのかということについて議論いたしました。

その中で、厚生労働省の情勢というか、政府の情勢でいきますと、この日曜日に選挙がございました。本当に、だれもが予想していなかったようなというか、ちょっとは予想していましたが、ここまで行くとはだれも思わなかったような結果が出ました。そのような中で、来年の国会までの予定ということでございますが、すぐに特別国会が召集されて、普通なら特別国会のときに新しい内閣、新しい大臣が指名されますけれども、テレビ情報、新聞情報によると、小泉大臣は今のままの組閣で行き、郵政を片づけた上でやるということです。これだけの票を得たのでございますから、郵政は、ある意味で参議院が一回否決したものを可決せざるを得ないわけですので、それなりの体制をとってきっちりとした審議を尽くした上で賛成ということになりましょうから、恐らく10月いっぱいには郵政の方にかかるだろうと。

厚生労働省の方としましては、予算関係の法案では、障害者自立支援法、こちらの方が当面は大きいのです。これをやっておきませんと、これは予算関連法案ですので、予算の方に響いてくる。そして、それがこの特別国会の中できちんとできるかどうか、対応できるかどうか、これはちょっとまだ見えておりません。まあ、やるのではないかと思いますけれども、郵政関連の法案の中で、そこら辺はきちんとした厚生委員会を開けるかどうかということがございます。それが開ければ、障害者自立支援法案をまず出さなければいけない。

そして、来年の通常国会になりますと、医療制度改革ということが言われています。医療制度改革というのは、実は、これは、結局、健康保険の制度改革なのです。医療提供体制と言いましても、人、物、金とよく言いますが、医療の提供に対する人、物の議論ではなくて、金の議論でございます。これは、保険者を県単位に統一するというような話、それから、高齢者医療制度、前期の高齢者と後期の高齢者に分けて、前期の高齢者は今の60歳までの健康保険の中で背負わせて、後期高齢者のみを別扱いにするというので、これは実は非常に大変な作業でございます。実際に法律ができて、これを通すときにも、やはり、これはもう金の動き、いうならば30兆円というお金の動きを変える世界になりますので、これはもう非常に大変な法律の作業でございます。

そのすき間を縫いまして、健康危機について、先ほど言いました食品保健と感染症のすき間を埋めるような体制をつくると。そのすき間を埋めるというのは、95%までのところはある程度はできますが、残り5%をやるためには非常に大きな労力が要る。そういうことまでをやるのかどうかというような議論をして法律を出すというのは、もう来年の通常国会のところでは無理だろうということです。こういう健康危機というのは非常に重

要な、我々行政の保健医療機関にとりまして、健康危機ということにつきましては非常に重要なワーディングでございますけれども、法律の改正とかそこら辺までのところで、これは来年でございますから、来年の通常国会のレベルでその法改正までは無理だろうということ今議論をしているところでございます。

しかしなら、ここに書いておりますような健康危機に対応するというのは、やはり、保健所が国民の方々にその存在価値をわかっていただくためには非常に重要なことでございます。こういう健康危機というのは、本当は、国民がその存在をわかって重要さをありがたがられる方が実は困ることでございますけれども、やはり、常にその準備はしておかなければならない。消防署というのは、消防署が存在するだけでいいので、毎日、消防署が活躍してもらうようなことがあってはならないわけでございます、それと同じでございます。

この健康危機への対応というときには、先ほども言いましたし、ここにございましたように、やはり、平時は生活習慣病対策といいますか、健康危機に対応するためには、やはりふだんから保健所がそういう関係の部署に対して常に重要な立場にいて、保健所に行けばどこへでも連絡がつく、どういう関係の方でも保健所長はちゃんと連絡がとれているということが非常に重要ではないかと私は考えております。

その昔、これは医療の関係になりますけれども、先輩方とちょっと議論をしたことがございます。国立成育医療センターができるときに、成育医療センターでやるような救急というのは、これはもう1次、2次、3次、4次の救急でいいのだ、1次救急なんかはやらなくてもいいと言う方がおられました。その方は、実は本心ではないと思うのです。それは大蔵省に対する説明といたしますか、医療の実情を全然知らない人に対する説明でそう言わざるを得なかったとと思っているのですけれども、1次救急なんて要らない、4次救急だと。これは、先生方はもうわかりだと思っておりますけれども、ふだん、1次救急、2次救急をやっていないところに、本当に何日かに一回、ぼんと来る4次救急なんて受けられるはずがないのです。やはり、4次救急なり3次救急をやるところは、1次救急をやるのは大変ですが、ある程度の1次救急、2次救急をやっていないと3次救急はやれないのでございます。

やはり、保健所におきまして、健康危機というのは、ある意味で3次救急、4次救急でございます。それにきちんと対応するためには、平時から、1次的なこと、生活習慣病対策ということで、国民に、また近隣の医療機関、そういうところとの連携ですね。

それから、これは、こういうところに全く書いてございませんが、私の今までの県の経験でもお願いしたいことでございます。

先生方におかれましては、医療監視等では医療機関とのつながりがあるわけですが、それだけではなくて、やはり、保健所が地域の医療機関を束ねると。そういうことを言いますと、これが外に漏れますと医師会の方からたたかれるかもしれませんが、やはり、地域の医療機関、保健所の圏域の医療機関をきちんと把握しておいていただいて、

そちらの方にも出張していただくことが、やはり有事の場合に、どこに行かせたらいいとか、どういう人材がいるかという把握のためにも、我々は行政機関で、行政の人間だけを使うというのではなくて、やはり、きちんとした医療機関の把握というものをお願いできたらと思います。

政局の動きと、それからもう一つは、地域保健の中でも市町村と。将来のイメージがありますが、健康危機の業務というのは、大きい業務ではありましようけれども、これは3次、4次でございます、1次に関することもやはりきちんとやるべきではないかと私どもは思っております。

それからもう一つが、健康フロンティア戦略ということで、いろいろと世の中をお騒がせしているところでございます。資料の大分後の方になります。

これからの生活習慣病対策ということで、今、いろいろな議論を進めております。これも、私も実は8月26日に来てびっくりしたといいますが、先ほど申しました来年の医療制度改革と言っておりますが、実質的には医療保険制度の改革でございます。ページを打っていないのでちょっと申しわけありませんが、これはかなり後ろの方になるのではないかと思います。

医療保険制度の改革の方向性ということで、これは、医療改革ではなく、医療保険制度の改革でございます。もう頭の方から、地域の関係者が協力して医療の地域特性を踏まえた医療費適正化の取り組みを推進する、保険料の水準をそれぞれの地域の医療費水準に見合ったものとする。保険財政の運用を適切な単位で行い、財政運営と、結局、保険制度の改革なのですね。これをやらなければいけない、

それで、真ん中のところでございますように、国保も町村での国保では今さらやっつけられないということで、広域化と。政管健保は、逆に都道府県の単位に小さくする。健保組合も都道府県型にして、最終的には県で一つのものを目指すということです。

この考え方の最後のところは、これをそのまま推し進めると、この考え方は私の深読みかもしれませんが、介護保険と同じようなことになる。とある有識者の方々から言いますと、地域医療計画も撤廃していいのではないかと、地域医療計画も国でこんな基準を決めなくていいのではないかと、都道府県で決めると。病床もつくりたい県にはつくらせる、つくりたくない県はつくるなど。それで、どうするかというと、つくりたい県は、県で勝手に保険料を決めて、また、県で1点単価の10円を9円にしたり8円にしたり勝手にやっつけと。

この考え方は何かというと、実は介護保険の考え方なのですね。介護保険は、介護保険の保険料を設定するときに、その圏域の中のいろいろなサービスの量を勘案して介護保険料が決まってくる。ですから、老人保健施設をその村につくりたかったらつくってもいいけれども、その村の介護保険料はどんと上がると。村長さん、介護保険料が上がっても老健施設をつくって票をとりたいたいのか、でも、保険料が上がって村民から怒られるか、どちらの選択をするのかというふうな選択をさせることによって介護保険という制度の安定し

た運営をさせるのが介護保険の考え方です。

そういうふうな考え方に持っていくのではないかと、持っていけという、とある保険関係の有識者がおりまして、そういう方向かなとちょっとは思うのです。

結局、そういう保険の流れですが、こういう保険制度の改革をやるときに、やはり、保険制度、医療費改革だけと言いますと非常に見ばえが悪いので、一番最初のところに健康づくりとかなんとかというものをどうしてもつけないと、金だけの問題でやっているぞということもございまして、こういう生活習慣病対策が非常に大事だということで、その後編として保険制度改革がついてというふうなことで出てくるわけなのです。

これが今言われています。その中では、糖尿病対策は、今に限ったことではなくて、前々から非常に重要なこととございます。これは、実は透析とか、そこら辺のところから最初は出てきまして、今、本当に透析の患者さんの半分以上が糖尿病性腎症でございます。これは、移植でもだめなのですね。毛細血管がぼろぼろですので、移植してもすぐにだめになります。やはり、糖尿病は根っこからやっつけないと、いろいろな病気が出てくるということです。

その中で、メタボリックシンドロームという名前を出しました。この中でも、生活習慣病対策実施による老人医療費の適正化と。これも、ちょっと議論しているときに、本当なのかと。20歳の人間に健康づくりをやって老人医療費適正化につながるまで40年、50年かかるぜというような、まあまあと言いながら、そういうような議論をしていたわけとございます。

メタボリックシンドロームというのは、今までは生活習慣病対策室の方で非常に言ってきております。メタボリックシンドローム診断基準検討委員会は、7学会プラス1学会の8学会で言ってきたということで、この考え方というのは非常に重要になってくると思います。

しかしながら、これを、これからの健康づくりというか、我々の行政のところへどういうふうにして持っていくかというのは、まだまだ先生方に議論をしていただかないと実際に使えないのではないかと私は感覚的に思うのです。実は、この前の糖尿病学会で、神戸の春日先生がいらっしゃってお話をしたときのことですが、これは診断基準なのですね。本当にヘルスプロモーションの一つのツールとしてこの診断基準が使えるのかどうか。これは、一般人が見てと。実は、私も、先ほど言いましたように、健康づくりの世界から非常に離れておりまして、来てぱっと見た瞬間に、ウエストは何で男が85で女性が90なのか。これは、一般の国民にとっては受け入れられないものなのです。女性の90以上なんていうのは、これは探してもなかなかないでしょうけれども、男性の85以上はざらにあります。それから、アメリカの基準なども全然違います。アメリカは、男が百幾つで、女が85とかですね。そして、診断基準というのもそうです。このメタボリックシンドロームというのが、一つの疾病概念なのか。だから、これは一つの病気として治療するような、ICD分類に入るような疾病概念としてあるものなのか、一つの健康づくりのための指標

としてあるものなのか、私もちょっと非常にわからないところがございます。だれに聞いてもなかなか教えてくれないということで、やはり、内臓脂肪というものが重要な役割を果たしているということはこれからやっていかなければなりませんけれども、これをどのようなツールとしてやるのかということは、これから議論をしていただかなければならないと思います。

この説明を受けましたときに、私が思わず言ってしまったことは、おまえら、小泉総理が厚生労働大臣でなくてよかったよなど。正直に言いまして、もし小泉さんが厚生労働大臣でしたら、これを持っていった瞬間に、「おまえ、おととい来い」とすぐに大臣室を追い出されます。

といたしますのは、私は経験がありますが、私ではありませんけれども、私が感染症にいたときに、そのときはエイズはまだ別の課でございまして、エイズサーベイランスという言葉を持っていきましたら、当時の課長が、即刻、退室を命ぜられました。「エイズサーベイランス、こんな日本語がどこにある」と言って怒られました。私は、小泉総理とはいろいろあるのですが、そここのところだけは大好きでございまして、ちゃんとした日本語を使わないと許さない。老人保健の関係のときにも、何かわけのわからない片仮名言葉をどさっと持っていったら、全部、け飛ばされました。介護保険ができたときですね。ケアプランとかケアマネとか何とか、今は逆にケアマネは生き残ってしまいましたけれども、何とかフィーとか、そんなものばかり持っていったら全部け飛ばされて帰ってきたわけです。

実は、審議会の部会の中でも、これは薬剤師会から選出された委員の方でしたけれども、メタボリックシンドロームという名前がどうにかならぬかと。これは、じいさん、ばあさんに説明するときに、医者でも、何とかシンドロームという言葉をごとうふうに使っていいのかとお思いになるのではないかと思います。この概念を使ってはいかなければならないと思いますけれども、その使い方に関しては、今後、皆様方と相談をしながらいろいろやっていかなければなかなか難しいのではないかと考えております。

やはり、これは考え方として非常に重要なのですね。これは、昔からシンドロームXとか、死の四重奏とか、そういうことがあれになったものでございますので、今までの考え方と変わらないわけでございます。

そしてまた、メタボリックシンドロームだけとっておりますと、がんが全く別の概念になりますので、がんの検診をきちんと受けましょうというようなことは抜けてしまうところもあります。ですから、こればかりではなく、メタボリックシンドロームは代謝系の健康づくりの一つの手段として、まだ未完成で、これからどうやって皆様方と一緒にやっていくのかということです。それから、がん対策です。

もう一つが、ここがございますが、運動習慣の徹底、食生活の改善です。これも、審議

会でもかなりいろいろ話がありました。1に運動、2に食事、しっかり禁煙、5に薬と。これは、審議会でもちょこちょこともめまして、澁谷先生などはおぼえておられると思いますが、結局、5に薬というのは、本当は3、4があって5に何とかなのでこれはちょっとあれなのです。やっぱり、1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後に薬と。最後という言葉の中に「ご」という音も入っていますから、それで語呂合わせがいいのではないかというので、最後に薬と。

それで、私は聞いていないのですが、かなり議論があったのが、1に運動、2に食事と。やはり、栄養の関係の方々がこの世界には根強くいらっしやいまして、やはり、食事が一番大切だ、栄養が大切だと。1に栄養、2に運動ではないかと。それはわかっている、栄養に物申す人は非常にたくさんいて、栄養所要量とかなんとかもきちんとかある、だけど、運動のことは、運動に物申す方というのはいらっしやっても、それが健康につながる運動の言い方で物を申してくれる方は非常に少ない。運動所要量とか、運動をどのようにしたらよいかということは、これはまだまだなのです。

大体、運動をやっていらっしやる方は、私が文部省の学校保健課にいましたが、今は学校保健給食課になっていますけれども、横に体育課というのがあります、あいつら、頭の中まで筋肉でできているからな、我々は、薬剤師の先生方と、おれたちは神経組織のつながりで、あいつらは筋肉のつながりだから勝てんわいなと言っていました。

そういう方々が、やはりスポーツの、プロもアマチュアも同じ練習をしたがる、同じ道具を使いたがる。ゴルフをやられる方でも、青木が使う道具と同じ道具を我々が使えるわけがないのです。宮里藍が使う道具を先生方が使えるはずがないので、それを使いたがるという日本人の悪い習慣の中でやっているような方々が運動を推奨されて、そんな運動では本当の健康づくりの運動にはならないので、そこら辺は実はこれから考えなければいけないところですけども、それができていないのです。できていないからこそ、1に運動ということを持つてくるのだということで、1に運動にしたわけでございます。

ですから、これも、先生方を初め、我々公衆衛生の世界で、きちんと医学、保健、公衆衛生の世界で運動というものを見直すと。スポーツではなくて、運動ということを考えなければいけないということがこれからの課題になるのではないかと思います。

時間がかなりオーバーしてしまいましたけれども、本当に8月26日に来たばかりでございますが、この2週間、ちょっと政局の絡みもありまして、いろいろな議論をさせていただいたところを皆様にご報告させていただきました。

ありがとうございました。

(拍手)

司会 梅田様、ありがとうございました。

お時間の関係上、質問等はあるかと思っておりますけれども、梅田参事官はこの後の意見交換会にもおいでくださいますので、その席で議論していただければと思います。

これより、5分間、休憩とさせていただきます。

〔 休 憩 〕

司 会 それでは、再開いたします。

5 議長・副議長選出

司 会 これより、総会議事に入りますが、会則15条第2項の規定に基づき、議長は地元北海道の保健所長会会長の後藤先生に、副議長は次期開催地の富山県保健所長会会長の加藤所長にお願いいたしたいと思います。

初めに、議長にごあいさつをお願いいたします。

6 議長・副議長あいさつ

議長あいさつ（北海道・岩見沢保健所 後藤 良一）

岩見沢保健所長の後藤でございます。

盛りだくさんの内容でございますので、12時半までということで時間的にちょっと迫っておりますが、スムーズな議事運営並びに皆様方の適切なコミュニケーションがとればいいかなと思っております。

司 会 続きまして、副議長にごあいさつをお願いいたします。

副議長あいさつ（富山県・中部保健センター 加藤 一之）

今回は富山県が開催地ということで副議長を務めさせていただきます加藤でございます。よろしくお願いいたします。

司 会 ありがとうございました。

それでは、議長、進行をよろしくお願いいたします。

7 議事録署名人指名

議 長 それでは、ただいまから議事に入りますが、議事に入る前に、議事録署名人の選出をしたいと思います。

これは、恒例によりまして、議長指名ということでよろしいでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

議長 ありがとうございます。

賛成をいただきましたので、私から指名させていただきます。

お二人を指名させていただきます。

北海道釧路保健所の岩田所長、もう一人は、北海道紋別保健所の中村所長を指名いたしますので、よろしくお願いいたします。

岩田所長、中村所長は立ってください。

よろしくお願いいたします。

(拍手)

それでは、議案審議に入ります前に、報告事項がございます。

報告事項につきましては、お手元の総会資料の4ページをごらんください。

初めに、会務報告でございますが、土居総務担当常務理事から、総務担当報告もあわせてお願いいたします。

ご登壇をお願いします。

## 8 報告事項

### (1) 会務及び総務担当報告

総務担当(長崎県・県央保健所 土居 浩)

総務担当常務理事 ただいまご紹介にあずかりました総務担当常務理事の土居でございます。

早速ですが、第62回全国保健所長会総会の資料を使ってやらせていただきたいと思います。

まず、会務報告でございます。

総会資料の1ページでございます。

4月19日に、北海道ブロックの総会がございました。また、各地方ブロックの総会がございます。全国保健所長会の第1回理事会を5月17日、第2回を8月23日に開催いたしまして、本日の第62回全国総会に至っております。

役員につきましては、7月27日現在、次の2ページのようにございますので、ご参照ください。

昨年度は会則を改正いたしましたが、会則改正に伴う五つの担当理事会の構成につきましては、3ページに書いてございますので、これもご参照いただければというふうに思います。

続きまして、総務担当報告でございます。

4ページになるかと思いますが、会員数は、保健所数でございますけれども、平成16年度の566から17保健所が減少いたしまして、今年4月1日現在、549となっております。



名誉会員につきましては、元鹿児島県隼人保健所長の川元孝久先生、前新潟市保健所長の田中直史先生、元徳島県鳴門保健所長の藤原靖先生が第2回の理事会で承認されました。

第51回全国保健所長会表彰につきましては、先ほどとり行われましたが、北海道北見保健所の大塚寛さんを初め62名の方が受賞されております。

以上、会務報告並びに総務担当報告を終わらせていただきます。

**議長** ありがとうございます。

次に、渉外担当報告を宇田渉外担当副常務理事からお願いいたします。

## (2) 渉外担当報告

**渉外担当(鹿児島県川薩保健所 宇田 英典)**

**渉外担当副常務理事** 同じく、資料の4ページでございますが、簡単にご報告を申し上げたいと思います。

渉外担当といたしましては、厚生労働省へ会員の皆様方からのご要望を取りまとめてお伝えするという役割になっておりますが、去る6月7日に、田中健康局長ほか関係課長の方々にお目にかかりまして、要望書を提出させていただきました。

今年度は、要望書がどうも総論的過ぎるのではないかとというようなこともございましたので、骨子の部分を取りまとめた要望書と、骨子の部分を詳解いたしました資料編と2部つくって提出させていただきました。

また、今年度は、渉外担当といたしましても、今後もこういうような形で厚生労働省に要望書を提出するというのでいいのかどうかということについて、会員の方々にそれぞれのブロックの会長を通じてアンケート調査をさせていただきたいと思っておりますので、ぜひご協力をよろしくお願い申し上げたいと思います。

以上でございます。

後藤議長 ありがとうございます。

続きまして、学術担当報告を阿彦学術担当常務理事からお願いいたします。

## (3) 学術担当報告

**学術担当(山形県・村山保健所 阿彦 忠之)**

**学術担当常務理事** 学術担当の阿彦です。

資料4ページの真ん中にありますが、財団法人日本公衆衛生協会の委託による研究ということで、保健所長会の協力事業ということで受けておりますけれども、今年度は12の研究班を置きまして研究事業の実施をお願いしております。きょうの午後の研究事業報告の中では昨年度の14事業について資料発表があります。中でも、昨年度で終了し、かつ、今後の保健所の役割の中で重要と思われる二つのテーマについては、口演発表をお願いしているところです。

また、来年から、厚生科学研究費補助金事業というものにも保健所としてもまた新し

い形で参加できるように企画したいと思っております。多くの会員の皆様から広く公募したいと思っておりますので、応募いただきたいと思っております。

以上です。

後藤議長 ありがとうございます。

続きまして、研修担当報告を住友研修担当常務理事からお願いいたします。

#### (4) 研修担当報告

**研修担当(東京都・文京保健所 住友 眞佐美)**

**研修担当常務理事** 文京保健所の住友でございます。

皆様の総会資料のほかに、1枚、こういうお知らせを用意させていただいております。多分、後ろの方にプリントが入っていると思っておりますので、どうぞそちらをごらんくださいませ。

今年度の全国保健所長会の研修会につきましては、ごらんのような要領で実施をする予定でございます。

まず、日時ですが、平成18年2月8日、9日の2日間でございます。会場は、私ども保健所のある建物ですけれども、文京シビックホールというところで行います。後楽園ドームのお隣でございます。

それから、研修のテーマは、例年ですといろいろなテーマでいろいろな分野の講師からばらばらにお話しさせていただいた研修会が多かったようでございます。しかし、今年度につきましては、これからの保健所活動と健康危機管理ということで一本のテーマで研修を立てたいと思っております。

講師、内容は、ごらんのような5人のスピーカーを予定してございます。最後の5番のところは講師未定となっておりますけれども、こちらにつきましては、筑波メディカルセンター病院の大橋副院長先生をお願いできることになっております。

追って、詳しいプログラム、ご案内は全国保健所長会の方から正式にお出ししたいと思っておりますけれども、どうぞ多くの皆様のご参加をお待ちしておりますので、よろしくお願いいたします。

後藤議長 ありがとうございます。

続きまして、広報担当報告を中西広報担当常務理事からお願いいたします。

#### (5) 広報担当報告

**広報担当(東京都・江東区保健所 中西 好子)**

**広報担当常務理事** 広報担当の東京都江東区の中西でございます。

広報担当につきましては、本年度に新設されたポストでございます。全国保健所長会のホームページの作成、管理、運営に関することと、公衆衛生情報誌への掲載に関することを役目とされております。

広報担当は、既にご存じのように、9月6日にホームページを全面的に改定して公開したところです。ホームページは、会員相互の情報交換はもとより、これまで会員が築き上げた成果をウェブ上で積極的に公表することによって、会員以外の必要とする人に情報を提供し、国民の役に立つようなページを目指したいと考えております。

まず、手始めに、最近の全国保健所の一覧を掲載し、それぞれの設置自治体と保健所にリンクを張りましたので、保健所間のネットサーフィンを楽しんでいただければと思います。また、国民に役立つページということで、今般、静岡県岩間所長のご協力で、災害時の難病患者の支援マニュアルを載せました。今後とも、内容が濃くてタイムリーな記事を掲載していきたいと思いますが、これには会員各位のご協力が必要でございますので、何とぞよろしく願いいたします。特に、研究班の成果や各地の話題につきましては、情報をお寄せいただければ掲載してまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。

議長 ありがとうございます。

以上、会務報告でございましたが、続きまして、委員会報告に入ります。

最初に、地域保健の充実強化に関する委員会報告を岸本委員長からお願いいたします。

## (6) 委員会報告

### 地域保健の充実強化に関する委員会報告(島根県・県央保健所 岸本 泰子)

岸本委員長 島根県県央保健所長の岸本でございます。

委員会報告の1の方を行いたいと思います。

昨年までは、地域保健の推進に関する委員会が一本ございまして、その中が二つの部会に分かれておりましたけれども、本年度から二つの委員会が設置されることになりました。その1番目の地域保健の充実強化に関する委員会の委員長を仰せつかっております。

委員会の担う役割としては、設置要綱にうたわれております二つのことをテーマとしております。一つは、地域保健の諸問題の計画的かつ継続的な検討、二つ目が、人材の確保の推進による保健所の充実強化です。委員会の構成は、12人で構成されております。顧問として伊藤副会長、村主副会長にお入りいただいております。

7月末までの委員会の活動状況ですが、6月22日に第1回の委員会を開催いたしました。先般、9月9日に第2回委員会を開催いたしましたが、7月までのところでは、以下のことを話し合っております。まず、1の地域保健の諸問題の計画的かつ継続的な検討で、委員の皆様方のフリーな討論の中から、今日的な課題を5点に整理いたしました。

まず一つは、中間報告についてです。先ほど参事官からお話がありましたが、健康危機管理の話が12項目ございますけれども、そのほか、保健所が担うべき健康課題にはどんなものがあるか検討する。2番目に、医師を含めた人材確保について検討する。3番目に、組織改編です。最近、保健と福祉の統合、あるいは、市町村合併でまた保健所が単独になるとか総合事務所方式になるとかいろいろございますので、最近の動向を把握する。4番目に、京都の総会のときに行動宣言をいたしましたけれども、昨年度にその第1回の追跡

調査をいたしました。今年度も調査を継続したいということ。5番目に、4月から新医師臨床研修制度、「地域保健・医療」の研修が始まりましたけれども、ことしは実施してどうだったかという調査を継続するという五つの柱になりました。

しかし、2番目の人材確保につきましては、どういうふうに見直しをしていくかがまだはっきりいたしませんので、当面は新医師臨床研修の調査の中に項目を設けて加えることとして、1、3、4、5のところを見直しすることにいたしました。先生方にもお願いですけれども、今年度、各保健所長会の会長、各保健所長にそれぞれ四つのアンケートがございますので、ご協力方をよろしくお願ひいたします。

1番目の中間報告等に関することは、所長会の会長にアンケートをお願いして、皆さんで意見交換をしていただいて記載していただくかと考えております。また、3番目の組織改編は、会長の方に代表して書いていただきたいと思いますと考えております。4番目と5番目ですが、4は全保健所、5番目は今年度に医師臨床研修を行っている、あるいは、今年度中に行う予定の保健所にお願ひしようかと考えておりますので、ご協力のほどをどうぞよろしくお願ひいたします。

**議長** ありがとうございます。

続きまして、健康危機管理に関する委員会報告を佐々木委員長からお願ひいたします。

#### **健康危機管理に関する委員会報告（長野県・飯田保健所 佐々木隆一郎）**

**佐々木委員長** 長野県の飯田保健所の佐々木隆一郎と言います。よろしくお願ひします。

私どもの健康危機管理に関する委員会は、6ページをごらんいただくとわかりますように、澁谷顧問のほか11名の委員で構成しております。

今年度の私たちが担う役割としては、一つは、健康危機管理について保健所はどういうふうに見直しをしたらいいかという基礎的な研究を行うこと、二つ目は、いろいろな健康危機管理に関する検討課題が出てくるわけですけれども、そういうアドホックな課題に対する検討をやっていこうということで行っております。

委員会はまだ1回しかやっておりませんが、危機管理についての基礎的な検討は、地域保健対策検討会の中間報告で出されました12項目の中で特に4項目、すなわち、原因不明の健康危機管理、災害有事重大健康危機管理、三つ目は医療安全、それから介護保険の4項目について重点的に検討を行うということで作業を進めております。

検討内容は、保健所は一体どういうふうに見直すべきなのか、どこまで担えるかというようなことがわかるように、現在、論点整理をしているところです。10月をめどに報告書をまとめる予定でしたが、若干作業がおくれていて、2カ月くらいおくれるのではないかと思います。

以上でございます。

**議長** ありがとうございます。

委員会報告は以上でございます。

なお、ブロック活動報告及び部会活動報告でございますが、これは、9ページ以降に記載されておりますけれども、これまでどおり紙上報告とさせていただきたいと思っております。

では、報告は以上をもって終わります。続いて、議事に入ります。

第1号議案でございますが、平成16年度事業報告案及び収入支出決算案についてを議題といたします。

総務担当土居常務理事よりご説明願います。

## 9 議 事

### (1) 第1号議案 16年度事業報告及び収入支出決算報告

総務担当(長崎県・県央保健所 土 居 浩)

総務担当常務理事 16年度事業報告案という方の資料を使わせていただきます。

まず、16年度事業報告案でございますが、1、総会についてでございます。

資料1の1ページですが、平成16年度第61回総会は、島根県松江市で盛会に行われました。内容につきましては、記載のとおりでございます。

理事会については、資料の2ページから3ページでございます。平成16年5月18日に第1回を、以後、9月及び17年3月の計3回の理事会を開催いたしました。内容につきましては、記載のとおりでございます。

常任理事会については、資料の3ページでございますが、5月、7月、9月、1月、3月の計5回開催いたしました。

委員会活動報告ですが、4ページから5ページにかけて、地域保健の推進のに関する委員会、全国保健所長会研修企画運営委員会、組織と運営に関する検討委員会活動報告を記載しておりますので、ご参照ください。

地域ブロック、指定都市部会、政令市部会、特別区部会のそれぞれの活動報告については、6ページから17ページに記載しておりますので、ご参照ください。

調査研究につきましては、18ページですが、日本公衆衛生協会より19の委託研究を受け実施をしております。

平成17年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書を5月16日に提出いたしました。また、7月には、会員名簿を作成し、配付したところでございます。

平成16年度全国保健所長会表彰を総会に実施いたしました。受賞者の方は、名簿のとおりでございます。

続きまして、16年度収入支出決算案でございます。

23ページでございます。

一般会計の部でございます。

収入の部。

予算1,027万1,755円に対して、決算額は982万2,706円で、44万9,049円の減でございます。

内訳の大きなものは、運用資金からの繰り入れの40万円減額によるものでございます。支出の部。

予算1,027万1,755円に対して、決算額は937万5,440円で、89万6,315円の減でございます。

内訳の大きなものは、研修会費が80万円の減となっております。

収入額から支出額を差し引いた差し引き金額は44万7,266円ですが、15年度未払い金等の精算額16万1,774円及び会議費等の記帳漏れが3万円あり、次期繰越金額は25万5,492円となっております。

この金額は、25ページにございます財産目録、資産の部の一般会計の普通預金及び郵便振替貯金の残高合計と一致をいたします。

続きまして、特別会計の部でございます。

24ページでございます。

運用資金積立金の部でございますが、収入の部は、予算額311万376円に対し、決算額360万9,869円と、49万9,964円の増額になっております。これは、15年度中に繰り出されるはずの50万円が繰り出されていなかったためと考えられます。

支出の部は、繰出金予算140万円に対して、決算額は100万円となり、40万円の減額となりました。収入済み額から支出済み額を引いた差し引き残高は260万9,869円となり、この金額は、財産目録、資産の部の運用資金積立金の普通預金の金額と一致をいたします。

記念事業積立金でございます。

収入の部でございますが、予算額507万1,428円に対して、決算額507万3,594円と、2,166円の増額になっております。これは、定期預金の中間払い利息でございます。

諸収入として上げられている4万9,028円は、15年度の5年定期の利息分で、繰越金502万1,400円に加算されて補正予算として上げておくべきものですが、計上されておりませんでしたので、ここで修正をしています。

支出の部でございますが、予算額507万1,428円に対して、決算額は1,260円となりましたが、これは証明手数料でございます。

収入済み額から支出済み額を引いた差し引き残高は507万2,334円となり、この金額は、財産目録の資産の記念事業積立金の普通預金及び定期預金の金額の合計に一致しております。

続いて、財産目録ですが、資産の部では、流動資産合計は293万7,214円、固定資産合計が500万481円、合計793万7,695円となります。

16年度は、未払い金等の負債はございませんでした。

以上でございます。

**議 長** ありがとうございます。

引き続き、監査報告をいたしますけれども、監査報告を予定しておりました阿部監事が本日はご欠席ということでございますので、土居総務担当常務理事から、引き続き、監査報告の代読をお願いいたします。

#### ・監査報告

**総務担当常務理事** それでは、私の方から読ませていただきます。

26ページになります。

平成16年度事業報告及び収入支出決算の監査報告書。

平成16年度における全国保健所長会の事業について、事業報告をもとに監査するとともに、本会の決算について、会計帳簿、証票書類、貯金通帳等に基づき監査したところ、事業が適正に行われ、収入支出に誤りなく、事業目的に従い適正に処理されており、期末貸借対照表及び財産目録のとおり資産が管理されていることを確認いたしましたので、報告いたします。

平成17年8月23日。

監事 阿部俊幸。

監事 北野博子。

監事 井口ちよ。

以上でございます。

**議長** ありがとうございます。

以上、監査報告までご説明がございましたけれども、ご質疑がございましたらご発言をお願いしたいと思います。

ご発言はございませんでしょうか。

(「なし」と発言する者あり)

**議長** では、第1号議案を原案どおり決することにご異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

**議長** 賛成多数でございますので、本案は、原案どおり承認されました。

続きまして、第2号議案でございます。

平成17年度収入支出補正予算案についてを議題といたしまして、土居総務担当常務理事からご説明願います。

#### (2) 第2号議案 平成17年度収入支出補正予算案

**土居総務担当常務理事** 平成17年度収入支出補正予算案。

29ページでございます。

まず、一般会計の部。

収入の部。

当初予算として900万円計上しておりますが、34万1,492円の増額補正を行い、

補正後予算は934万1,492円といたしました。

内訳の大きなものは、会費収入について17保健所が減少したことから16万5,000円の減額、総会講師費用のために運用資金からの繰り入れを30万円増額及び前期繰越金の25万5,492円等でございます。

支出の部でございます。

予算900万円に対して、補正後予算額も34万1,492円の増額を行いました。

内訳の大きなものは、委員会費を20万円減額、総会費を講師旅費として25万円の増額、調査研究費、資料作成費、通信費を過去の実績見合いで補正いたしました。

続きまして、30ページでございます。

特別会計の部でございます。

運用資金積立金。

収入の部でございますが、当初予算171万500円に対し、89万9,493円の増額補正を行い、補正後予算額は260万9,993円といたしました。これは、前期繰越金の増加によるものでございます。

支出の部でございますが、当初予算171万500円に対し、補正後予算額も89万9,493円の増額を行いました。内訳といたしましては、繰出金を30万円増額して、85万円とし、予備費を59万9,493円増額して、175万9,993円といたしました。

記念事業積立金でございます。

収入の部、当初予算として507万2,028円に対し、2,306円の増額補正を行い、補正後予算額は507万4,334円といたしました。増額の内訳は、預金利息等による繰越金の増加、17年度預金利息見合い分でございます。

支出の部は、当初予算507万2,028円に対し、補正後予算額も2,306円の増額を行いました。内訳は、証明手数料を繰出金として630円計上し、予備費を1,676円増額いたしました。

以上でございます。

議長 ありがとうございます。

本案につきまして、ご質疑等がございましたらご発言をお願いいたします。

特にございませんか。

(「なし」と発言する者あり)

議長 それでは、第2号議案を原案どおり決することにご異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

議長 賛成多数でございますので、本案は、原案どおり承認されました。

続きまして、第3号議案 平成18年度事業計画案及び収入支出予算案についてを議題といたします。

引き続き、土居総務担当常務理事からご説明願います。



### (3) 第3号議案 平成18年度事業計画案及び収入支出予算案

総務担当常務理事 平成18年度事業計画案でございますが、31ページでございます。

例年と変わりございませんが、第63回全国保健所長会を、平成18年10月、富山県で開催するほか、記載のとおり、委員会活動、各地域ブロック、各部会活動、調査研究、要望活動、表彰等を実施いたします。

続きまして、32ページでございます。

18年度収入支出予算案でございます。

一般会計、収入の部でございますが、当初予算として885万1,000円を計上いたしました。17年度補正予算に対して49万492円の減額で、内訳の大きなものは、会費収入を9保健所が減少することから13万5,000円、運用資金からの繰り入れを10万円減額し、前期繰越金をゼロといたしました。

支出の部でございますが、支出についても、49万492円の減額になることから、かなりの緊縮予算としております。大きいところでは、総会費を25万円減額してございます。

続きまして、33ページ、特別会計の部でございます。

運用資金積立金でございます。

収入の部、当初予算として176万円を計上いたしました。これは、17年度の補正後の予算の予備費175万9,993円を利息で調整したものでございます。

支出の部でございますが、一般会計当初予算の繰入金を75万円計上いたしました。予備費として101万円を計上していますが、これは、19年度への繰越予定額に当たり、運用資金積立金もいよいよ底をついてきているという状況でございます。

記念事業積立金につきましては、収入の部、当初予算として507万4,000円を計上いたしました。これも、17年度補正予算の予備費507万3,704円を利息で調整したものでございます。支出の部は、証明手数料1,000円を繰出金として計上しました。予備費を1,676円増額しております。

かなり厳しい財政運営を迫られているのが現状でございます。いろいろと工夫することにより、総会資料作成費、表彰費などあらゆる支出の見直しを図り、繰入金の不要な健全財政を目標にしたいと思っておりますので、会員の皆様方のご協力を今後ともよろしくお願いいたします。

議長 ありがとうございます。

本案につきまして、ご質疑等がございましたらご発言をお願いいたします。

(「なし」と発言する者あり)

議長 では、第3号議案を原案どおり決することにご異議ございませんか。

(「異議なし」と発言する者あり)

議長 賛成多数でございますので、本案は、原案どおり承認されました。

続きまして、第4号議案でございます。

役員改選についてを議題といたします。

村主推薦委員会委員長が議会のため欠席ということですので、土居推薦委員からご説明いただきます。

#### (4) 第4号議案 役員改選について

土居推薦委員 推薦委員会の経過報告ということで、34ページにつけてございます。

昨年度の会則変更により、現会長及び監事の任期が平成18年3月までになっております。したがって、本総会で平成18年4月1日から2年間の会長及び監事の選出の必要があり、会則9条第1項に定める会長及び監事の選出に関する内規に従い、推薦委員会を設置し、次期会長及び監事の推薦を行いましたので、経過報告をいたします。

平成17年6月9日、地域ブロック部会代表者に、会長名で、提出期限を6月末日とした会長等選出に係る推薦委員会委員の選出及び会長候補者及び監事の推挙を依頼しました。

平成17年7月7日、選出された別紙34ページの推薦委員が決定し、また、推挙された会長、監事候補が決定いたしました。

推挙された会長候補は、北海道、九州指定都市ブロックから推挙された滋賀県長浜保健所長の角野文彦先生お一人でございました、また、推挙された監事候補者はございませんでした。

平成17年7月20日、推薦委員の互選により、村主先生が推薦委員長として選出され、推薦委員の協議の結果、全ブロック、部会の推薦委員が、次期会長候補として角野文彦先生を推薦することを決定いたしました。

また、推薦委員により、監事候補者として、新潟県十日町保健所長阿部俊幸先生、港区みなと保健所長井口ちよ先生、奈良県内吉野の保健所長北野博子先生を推挙いたしました。平成17年7月21日、推挙された3人の先生の内諾が得られましたので、監事候補者としての推薦を決定いたしました。

以上、推薦委員会による次期会長及び監事候補の推薦の経過をご報告いたします。

議長 ただいま、推薦委員から、役員改選に関して、会長及び監事につきましての推薦のご説明がございましたが、このとおり承認することでご異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

議長 ありがとうございます。

それでは、ここで、新しくなられた役員の皆様のご略歴をご紹介します。

角野文彦先生でございます。

現職は、滋賀県湖北地域振興局地域健康福祉部長ということで、長浜保健所長でございます。

略歴でございますが、昭和61年、滋賀医科大学医学部をご卒業され、滋賀県彦根保健所勤務ということでした。平成4年、国立公衆衛生院専門課程修了後、今津保健所保健予防課長、滋賀県健康福祉部健康対策課技術補佐を経て、平成11年、彦根健康福祉センター

副所長、すなわち彦根保健所長になられております。この間、平成8年から10年までの約2カ年間、国際協力事業団、JICAへ出向いたしまして、ケニア感染症研究対策プロジェクトにプロジェクトリーダーとして赴任しております。平成13年から現職というところでございます。

所長会の会歴でございますが、平成11年から滋賀県保健所長会会長、近畿保健所長会会長を歴任されまして、平成12年から全国保健所長会常任理事、13年から全国保健所長会副会長、平成15年10月に全国保健所長会会長になられております。

続きまして、阿部俊幸先生のご略歴でございます。

現職は、新潟県十日町保健所長でございます。

昭和58年、新潟県公衆衛生課勤務、昭和61年より新発田保健所長を皮切りに、新津保健所、三条保健所長、六日町保健所に勤務、平成6年、六日町保健所長とならまして、平成9年、柏崎保健所長、平成16年より現職でございます。

平成15年より新潟県保健所長会副会長でございます。

井口ちよ先生のご略歴でございます。

現職は、港区みなと保健所長でございます。

昭和49年、東邦大学医学部をご卒業されまして、昭和61年、世田谷区多摩川保健所を皮切りに、渋谷区保健所、豊島区池袋保健所予防課長として勤務、平成12年、東京都健康推進センター所長、平成13年、東京都南多摩保健所長、平成16年より現職でございます。

平成16年より全国保健所長会監事でございます。

続きまして、北野博子先生のご略歴でございます。

現職は、奈良県内吉野保健所長でございます。

昭和49年、奈良県医科大学をご卒業されまして、平成元年より奈良県葛城保健所、桜井保健所に勤務され。平成10年より郡山保健所長、平成17年より現職でございます。

平成11年より奈良県保健所長会会長、平成16年より全国保健所長会監事ということでございます。

以上、4名のご略歴を申し上げます。

続きまして、角野次期会長よりごあいさつをいただきたいと思っております。

よろしくお願いたします。

**角野次期会長** ただいま次期会長に選出していただきました滋賀県長浜保健所長の角野でございます。

まず初めに、副会長を指名させていただきます。

秋田県秋田中央保健所の伊藤先生、東京都特別区北区保健所長の村主先生、愛知県半田保健所長の澁谷先生、この3人の先生を会長指名の副会長として引き続きお願いしたいと考えております。

過去2年間、この3人の副会長の先生方には非常に助けていただきまして、何とかここまで来られたのかと思っております、来年度以降も引き続きお願いしたいと考えております。

また、この2年間、きょうまで保健所長会を維持できましたのも、きょう、前に座っておられる理事の方々のお力によるところが非常に大きいと考えております。

昨年の規約改正で、会長指名の理事を5人にさせていただきました。そして、私の考えといたしまして、若い先生あるいはベテランの先生、それぞれ力のある方を指名理事ということでお願いいたしました。また、それに連動したかどうか、今回は各ブロックからも非常に優秀な方が理事として入っていただいております、理事会が非常にいい状況の中で動いているように感じております。

これは、何も理事会の先生方だけが熱心であるからというのではなくて、やはり、保健所長会というのは会員一人一人の支えがあって成り立つものであります。そういった会員の方々が各ブロック、地域でさらにいい方を推薦していただき、理事として全国の方に送っていただいた、その結果、今、非常にいい状況になっているのかなど。この体制を来年度以降も引き続き続けて行ければと思います。

人材というのは、かつて、ベネチア共和国が1,000年続いたときに、ある貴重な人が犯罪を犯して、どうするか、公職追放するかという議論があったときに、ある人が、人材は心配しなくてもいい、彼の首を切ったところで、次に必ずいい者が出てくると。現実、ベネチアはそういうことで次から次へといい人材が出てきたのですね。

私ども保健所長会も、今までも確かに優秀な方がたくさんおられましたし、今現在も活躍されていますが、そういった方々がいつまでも同じ執行体制の中にいるのではなくて、委員会の方で活躍していただく、あるいは、地域にまた戻っていただいて大所高所から保健所長会を見ていただく、そして、執行体制の中には今まで経験されていない方々にどんどん出ていただくことによって保健所長会が活性化してくると信じています。

実際に、きょう、先ほどから、順次、各委員会の常務理事の方々が報告に上がられたときに、今までとちょっと顔ぶれが違うなというふうに感じられたと思います。このように新しい方々にそれぞれ役割を担っていただいておりますが、その役割に対して今まで非常によくやっていただいております。今後とも、このような考え方で保健所長会の運営をしていきたいと思っておりますので、皆様方のご協力をよろしくお願いいたします、（拍手）

**議長** 以上で、本日準備いたしました議事につきましては、すべて終了いたしました。

この際でございますが、何かご提案、ご意見等がございますればお受けしたいと思います。

では、阿彦先生、お願いします。

**阿彦** お手元に、右肩に「結核資料」と書いてある3枚両面つづりの資料があると思います。

これは、8月末に、各都道府県、政令指定都市、特別区の会長を通じて、入所命令等の

取り扱いに関する疑義照会を各都道府県の本庁等から厚生労働省に対してなされた場合に、その回答については、厚生労働省では照会元にしか答えないという余り誠意のない対応を続けていたわけです。これについて、それぞれ疑義照会の内容を集めましたら、大変たくさんのご協力をいただきまして集まりました。それを整理しまして、9月8日に、角野会長、澁谷副会長、村主副会長に私が随行して、新任の塚原結核感染症課長のもとに出かけて意見交換をしてきたところです、その意見交換の結果、口頭での説明がほとんどでしたので、事実とちょっと違う内容もまざっていることから、9月8日の意見交換の結果に基づいて一部修正して整理したものがこの資料です。

質問1から質問19までございます。厚生労働省の方からこれでお墨つきをもらった資料ではありませんが、口頭ではほぼこういう答えをしたことに間違いないだろうというレベルの資料になっております。不満な点もありますが、同居者の解釈や緊急診査会等の運営についての最低限必要な点などについては整理されているものと思われま

す。当日、会長からは、法令云々だけではなくて、医学的な専門知識やいろいろな専門家の意見に配慮した形で、もう少し公衆衛生の専門家の意見に耳を傾けて政策を推進してほしいということを塚原新課長に強く申し上げていただき、意見交換を終わってきたところでした。

また、こういう資料についていろいろな疑問があれば、会長を通じて、我々学術担当の方でも整理できるところはしていきたいし、関連があれば健康危機管理に関する委員会等でも協議されていくのではないかと考えております。

情報提供ということで、角野会長から補足があればと思いますが、私からは以上です。

**角野会長** 今、阿彦先生の方からご説明いただきましたことにつきましては、従来から、阿彦先生には本当にご尽力いただきましていつも取りまとめをいただいているところ

です。この資料の取り扱いですが、今お話がありましたように、最終的に、厚生労働省がこれをすべて事細かに見てこのとおりですという返事をしたわけではありません。しかしながら、これについては、一たん、厚労省の方には見せています。それで、何かよほど違っているということがあれば言ってくださいということで、向こうの意見照会といいますが、確認はしております。その結果、これで我々が国として回答したとそう違わないということは聞いております。しかし、あくまでも向こうは文書では出さないということでした。ですから、前段の最初のところに、「結核の入所命令等の取扱いに関する参考資料としてご活用してください」と書いてありまして、あくまでも参考資料ということですが、ほぼこの線で行って間違いないと考えていただければいいのかなというふうに思っております。

我々所長会といたしましては、これから、こういったことも含めて、現場で困っていること等々はできるだけスピーディーに対応して行きたいと思っております。また、そのとき、今回のように皆さん方にいろいろ意見照会等々をするかと思っておりますが、それに対するご回答

につきましてもご協力いただければありがたいと考えております。

以上でございます。

**議長** ありがとうございます。

これについて何かございますでしょうか。

非常に素早い対応だというふうに思っております。

では、ほかに何かご提案等はございますでしょうか。

(「なし」と発言する者あり)

**議長** ないようでございますので、これをもって終了したいと思います。

全国の会員の皆さんには、角野会長のもと、理事会、委員会、研究事業の活動等に本当に積極的に参加していただければというふうに思っております。

議事の進行にご協力をありがとうございました。

これをもちまして、第62回全国保健所長会総会の議事を終了いたします。

**司会** 後藤所長さん、加藤所長さん、ありがとうございました。

## 10 名誉会員の推戴

**司会** それでは、先日の理事会におきまして承認されました名誉会員の方に推戴状をお渡しいたしたいと思っております。

前新潟市保健所長田中直史様、元徳島県徳島保健所長藤原靖様、元鹿児島県隼人保健所長川元孝久様、以上3名の方が名誉会員として推戴されることになりました。

本日は、都合により、1名の方のみの出席でございますので、ご出席いただいております元徳島県徳島保健所長の藤原靖先生に代表して推戴状をお受け取りいただきます。

藤原先生、壇上にお上がりください。

**角野会長** 「第121号 推戴状 藤原靖殿」

あなたは、高邁な人格と卓越した識見を持って、長年にわたり全国保健所長会の発展と保健衛生行政の向上に多大の貢献をされました。

よって、その功績をたたえ、ここに名誉会員に推戴いたします。

平成17年8月23日 全国保健所長会会長 角野文彦

〔推戴状授与・拍手〕

**司会** おめでとうございます。

これからもよろしくご指導をお願いいたします。

続きまして、本日ご出席いただきました名誉会員の方をご紹介いたします。

北海道・古本博様。(拍手)

北海道・佐藤章様。(拍手)

千葉県・小倉敬一様。(拍手)

以上でございます。

## 1 1 次期開催地代表あいさつ

富山県保健所長会会長

加 藤 一 之

司 会 さて、次期総会は、富山県富山市で開催することとなっております。

ここで、次期開催地の加藤一之富山県保健所長会会長にごあいさつをお願いいたします。

加藤富山県保健所会会長 富山県の保健所長会長をしています加藤でございます。

来年は、10月、富山県富山市で本総会が開催されます。ぜひ、多くの方々のご出席をお願いいたします。

富山県では、会場確保など、もう準備段階に入ってきております。また、10月は、富山県では山の幸、海の幸が豊かなときでございますし、富山県民が誇りにしております立山・黒部アルペンルートは紅葉の最中でございます。皆様方の期待を裏切るものではないと思っておりますので、ぜひご出席をお願いいたします。（拍手）

司 会 加藤会長、ありがとうございました。

司 会 皆様、お疲れさまでした。

皆様のご協力により、予定どおり午前中の議事を進行することができました。ご協力を心より感謝いたします。

なお、この後、午後1時20分より、研究事業報告及び全員協議を行いますので、ご参加をお願いいたします。

また、昼食を申し込まれた皆様は、総会の封筒に弁当引きかえ券が入っております。

受付に引きかえ所を設けておりますので、弁当をお受け取りになって、当会場座席にて食べていただきますようお願いいたします。

なお、役員の皆様は、平安の間に弁当を用意しておりますので、受け取らずに、直接、平安の間においでください。

[ 休 憩 ]

司 会 これより、午後の部を再開いたします。

司会 これより、平成16年度財団法人日本公衆衛生協会から委託された研究班の報告に入ります。

進行を古屋好美学術担当理事をお願いいたします。

## 1 2 研究事業報告

### 進 行 学術担当理事（山梨県・甲府保健所 古 屋 好 美）

古 屋 山梨県甲府保健所の古屋好美です。よろしくお願ひいたします。

お手元の全国保健所長会研究事業報告をごらんください。

初めの2題、一つ目は、児童虐待予防対策における保健所の役割に関する研究、二つ目は、災害時の保健所業務マニュアル作成と健康危機管理ネットワークづくりモデル事業でございます。

今日も、既に何度も話題になっておりましたように、健康危機管理は、これまでもまして保健所の役割が重要となってくるのが明らかになりました。そして、本日の研究事業報告は、平成16年度に終了した二つの研究事業報告をご発表いただきますが、このような意味から、今後の保健所の業務を具体的に提案した報告として期待されます。

それでは、第1題、児童虐待予防対策における保健所の役割に関する研究、石本寛子先生、お願ひいたします。

#### （1）児童虐待予防対策における保健所の役割に関する研究

##### （徳島県・徳島保健所 石 本 寛 子）

石 本 児童虐待予防対策における保健所の役割に関する研究の報告をさせていただきます。

徳島県徳島保健所の石本でございます。

本日の資料、研究事業報告の1ページに概要が掲載されておりますので、ごらんいただきたいと思ひます。

主任研究者の前東京都多摩立川保健所長、現杉並保健所長であります長野みさ子先生が公務でご出席できませんので、代理で報告させていただきます。

平成14年度から3年間の研究事業を行ひまして、16年度が最終年度であります。16年度の研究班メンバーは、全国保健所長会の8名の保健所長と、そのほか研究協力者で構成いたしました。

平成12年度に策定されました「健やか親子21」の四つの主要課題の一つ、「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」の具体的な取り組みといたしまして、児童虐待対策が挙げられております。

そこで、本研究班の研究目的は、保健所における母子保健事業や精神保健対策事業の中で、児童虐待の発生予防から早期発見・早期対応、アフターケアまで総合的に推進し、児童家庭支援センターを中心とする児童虐待防止ネットワークの構築、推進に関して、専門的、技術的立場で支援する役割を明らかにし、その普及を図ることを目指しました。



平成16年度は、最終年度といたしまして、ごらんのような三つの研究方法に取り組みました。

まず、研究方法の第1番目に挙げましたフォーラムの開催です。

平成15年度は、フォーラムを仙台市と別府市の2カ所で開催いたしましたが、16年度は、近畿、中国・四国ブロックの保健所のご協力をいただきまして、徳島市1カ所で開催いたしました。

そのフォーラムのプログラムですが、前年の2回のフォーラムをほぼ踏襲いたしまして、基調講演を児童相談所サイドからお願いし、続いて、シンポジウム形式で保健所や市町村現場での取り組みを報告する形をとりました。後半には、できるだけフロアとの意見交換をして取り組みの普及啓発を図りました。次に紹介いたします先駆的モデル事業の幾つかを活動報告として発表しております。

研究方法の二つ目、先駆的モデル事業です。

4保健所で実施し、これらの幾つかはフォーラムでも発表しています。時間の関係で、詳しくは、近日中に各保健所に送付されると思いますが、研究事業報告書をごらんいただけたらと思います。

東京都南多摩保健所では、子どもの虐待予防スクリーニングシステムを開発し、カンファレンスと組み合わせて検証し、アセスメントの手法として精度を高める検討をしています。

東京都練馬区保健所では、虐待困難事例検討会と虐待予防グループミーティングの評価及びエジンバラ産後うつ病質問票、EPDSを新生児訪問指導において試行し、その有効性を検討しています。

大阪府富田林保健所では、市町村と協力したマザーグループ事業や虐待のリスクの高い未熟児支援システムの充実を図っています。

東京都多摩立川保健所では、児童虐待対策フォーラムを開催し、関係機関とのネットワークの構築を図りました。

三つ目の研究方法ですが、実態把握のためのアンケート調査です。

地域保健総合推進事業で3年間実施してきたまとめといたしまして、現在、全国の保健所で子ども虐待予防事業がどのように実施されているかを把握し、今後の課題を展望することにいたしました。

アンケート送付数は566で、回収数は417、回収率は74%でした。まず、回答のありました保健所の組織形態ですが、都道府県型、政令指定都市型を合わせまして、保健所単独型が208、福祉との統合型が208とちょうど同数でありました。

有効回答のありました415保健所のうち405保健所と、ほとんどの保健所で子どもの虐待予防対策を実施していました。表3は、個々の業務内容を保健所内のどの課が担当しているかを質問した結果であります。ごらんのように、すべての業務で保健衛生主管課が最も多く担当していました。

表5は、保健所以外の連携機関についてです。いつも連携している相手は市町村の保健衛生主管課、児童相談所が多く、市町村の福祉主管課、福祉事務所、保育所・幼稚園が続いています。時々、連携している相手としましては、保育所・幼稚園が最も多く、次いで、医療機関、学校となっており、たまに連携している相手としては警察が最も多く挙げられていました。

表7は、実際の虐待ケースへのかかわりの有無です。回答のあった保健所のうち、89%の保健所がかかわりがあると回答しておりました。その立場は、下の表ですが、ケースに主体的にかかわるのが最も多く、次いで、市町村支援、児童相談所の応援の順になっております。

表9は、事例へのかかわり方を、保健所の型、組織形態別に見たものです。括弧内は、それぞれの保健所型別に占める割合、パーセントであります。主体的にかかわっていると回答した保健所の割合は、政令市統合型が73%と最も多く、政令市単独型が66%、都道府県統合型が50%、都道府県単独型が44%の順になっています。児童相談所の応援は、どの型の保健所でもほぼ同じ割合でありました。

この図は、児童虐待業務上の問題点を複数回答で選んでもらったものですが、一番上は人手不足で、これが最も多く、次いで技術不足、重症度の判断、それから専門職の確保困難の順となっていました。

業務上の問題点を保健所の組織形態別に見ますと、人手不足が政令市統合型で顕著でありました。技術不足や重症度の判断等は研修等での解決方法が考えられますが、人手不足や専門職の確保については、保健所以外の関係機関との連携をさらに強化する必要があると考えられます。

最後に、3年間の研究事業を踏まえまして研究班員が座談会形式で自由討論をして、四つの新たな事業展開への提言をまとめました。

まず、提言1ですが、母子保健事業にかかわる保健師が質・量ともに力量を高め、児童虐待予防対策の視点を入れた母子保健事業体系を構築できるために保健所は支援する必要がある。

次に、提言2ですが、児童虐待予防のために育児支援が重要であることを、医療・福祉分野に向けて、またマスコミに向けて保健所から発信していくべきである。

提言3ですが、保健、医療、福祉、教育等のネットワークをより有機的に充実する必要がある。

最後の提言4ですが、児童虐待に関して、スーパーバイザー等の養成が急務である。

このように、総合的な児童虐待予防対策を構築していくために、母子保健事業を育児支援の視点から保健所と市町村が共同して見直し、児童相談所のスーパーバイザー機能を活用しながら、よりきめの細かい対策へと転換していくことを提言しております。今後の全国保健所長会の研究事業、また、各地域での取り組みにも生かしていただければと考えております。

以上です。

(拍手)

古屋 ありがとうございました。

ご質問のある方はいらっしゃいますか。

どうぞ。

フロア 富山県中部厚生センターの加藤です。

この発表に限らず、これは、もっとパブリックなものに載っていますか。例えば論文に書かれていますか。私たちはそういったものを見たいなと思っているのですが、今までのこういう発表もこれまで論文になっているかどうかということをお聞きしたいのです。

石本 論文等につきましては、各班員の方々の発表状況を詳細に把握しておりませんが、あす以降に開かれます公衆衛生学会でも渡辺先生の方から発表させていただくことになっておりますし、来週中になると思いますけれども、平成16年度の取り組みの報告書が全国の各保健所に送付される予定になっております。

フロア 私は基礎をやってきましたけれども、普通、実験をやったら学会で発表する、それで終わってはだめだと思うのですよ。やはり、論文にして、パブリックにして、だれも彼もが評価できるようなスタイルにしていかなかったら研究にはならないのではないかと思うのです。私は保健所長をやったまだ10年しかたっていませんが、私もこういう研究を出したことがあるけれども、うちのスタッフは学会発表したものはできるだけ論文にするようにしております。やはり、論文にしない限り、残らないと思うのです。

だから、研究、研究とお金のむだ遣いにならないかなと私は思うのですが、いかがでしょうか。

石本 この研究事業だけではなくて、ほかの研究事業にも関係してくることかと思えます。また先生のご意見を反映して、論文にできるものは論文にという形も検討してみたいと思います。

フロア 論文にできるものは論文にするのではなく、初めから論文にすることを考えて研究されないともまずいのではないですか。

石本 そうですね。ごもっともです。ありがとうございます。

古屋 ありがとうございました。

また、皆様とともに先駆的な取り組みについてplan, do, seeをやって、論文の方に結びつけていただけたらと思います。

どうもありがとうございました。

それでは、第2題、災害時の保健所業務マニュアル作成と健康危機管理ネットワークづくりモデル事業につきましてお願いいたします。

野尻孝子先生です。

## (2) 災害時の保健所業務マニュアル作成と健康危機管理ネットワークづくりモデル事業 (和歌山県・御坊保健所 野尻 孝子)

野尻 和歌山県御坊保健所の野尻です。

それでは、発表させていただきます。

なお、本事業は、平成16年度単年事業であります。

ここで研究事業報告書2ページの数値に誤りがございまして、訂正をお願いします。

・研究結果の5行目の数値でございしますが、38.4%を22.7%に、7行目の22.7%を9.1%に訂正をお願いします。

目的。

地域保健法において、保健所には健康危機管理の拠点としての機能強化が求められています。本事業では、災害時、特に大規模震災における保健所業務マニュアルを作成し、災害時の保健所における健康危機管理体制の充実に資することを目的としました。

研究方法。

全国保健所のマニュアル作成状況等の調査、先進地及び被災地の調査を実施し、大規模震災時を中心とした保健所業務をチェックシート形式にて作成しました。その後、そのチェックシートの課題等を検証するために、災害を想定した机上シミュレーションを実施しました。さらに、関係機関とのネットワークづくりやマニュアル作成の参考とするために、シンポジウムと講演会を開催しました。そして、最終的に、災害時における保健所業務マニュアルを作成いたしました。

まず、全国保健所のマニュアル作成状況等の調査結果から報告します。

565の全国保健所に郵送法にてアンケート調査を実施しました。全体の回収率は85.7%でした。災害時のマニュアル作成状況は、「既にあり」が40.9%、「検討中」が11.4%となっていました。

マニュアル作成機関として、「保健所独自」が40.4%と最も多くなっていました。マニュアル作成時において想定される自然災害としては、「地震」が93.4%と最も多く、次いで「洪水」「津波」となっていました。

マニュアル活用に当たり、準備状況については、「作成したのみ」が38.4%で、「関係機関合同のシミュレーション」が22.7%、「保健所独自のシミュレーション」が22.7%となっていました。

また、災害発生時に有効と思われる情報伝達手段については、「防災無線」が89.5%と最も高く、次いで「現地派遣」「携帯電話」「防災無線ファクス」となっていました。これは、過去5年間に地震経験のある29カ所の保健所においても同様でした。

全国調査からのまとめ。

- 1、自然災害な対応したマニュアル作成状況は、検討中も含め、約半数でした。
- 2、想定される災害は9割以上が地震であり、震災を想定したマニュアルの整備が重要である。

3、作成したのみが4割近くあり、シミュレーション等の訓練を行いながら実効性のあるマニュアルづくりが重要である。

4、災害時の情報手段を複数検討しておく必要がある。

次いで、先進地や被災地の調査から報告します。

大規模震災を経験した地域として北海道と兵庫県の調査を実施しました。また、先駆的な取り組みをしている地域として、東京都と静岡県の調査を実施しました。

調査内容は前に示したとおりです。

先進地調査及び被災地調査の結果からのまとめ。

1、参集については、あらゆる場面を想定して、平時から全職員が考えておくことが必要である。また、初動期、特に24時間以内は参集できた職員が20から30%であったことから、平常時の業務担当以外の職員が業務を行う体制づくりが必要である。

2、情報収集は極めて重要であり、その手段を検討しておくことが大切であるとともに、情報管理の一元化が重要となる。

3、関係機関を含めた連携体制を日ごろから構築しておく必要がある。また、関係機関と合同の訓練が連携強化のためにも必要である。

さて、当所では、大規模震災を想定して保健所として行うべき業務を26の分野に分け、平時の業務担当でない者も業務を遂行できるように業務をチェックシート形式にて作成しました。また、各業務分類について、被災後24時間以内、72時間以内、1週以内、1カ月以内、1カ月以降の時系列ごとに業務を記述しました。

チェックシートの一部を示しております。

次に、机上シミュレーションについて述べます。

机上シミュレーションは、災害が発生した場合を仮想体験し、保健・医療・福祉関連の対応体制に関する課題を全職員が理解するためと、一応、作成したチェックシートを見直していくために実施しました。また、過去の震災の状況から、初期の参集職員が20から30%であったことから、当初の職員数に当てはめ、8人編成として実施しました。

シミュレーションの実施の内容です。

阪神・淡路大震災、兵庫県1年の記録に当所の独自性を加えたシナリオを用いて実施しました。

参加職員が机上シミュレーションを行う上での保健所業務の課題等を記述するための様式です。

演習手順です。時系列ごとに進めていきました。

シミュレーションの様子です。

同じく、シミュレーションの様子です。

机上シミュレーションのまとめ。

平常時の対応として、前に示しましたように意見が多く出ました。時系列ごとの重要ポイントとして意見が出ました。これら提出された意見を再検討し、チェックシートに反映

しました。

次に、シンポジウムと講演会について報告します。

「災害（特に震災）時における保健所の役割～保健所の時系列業務と関係機関との連携について～」と題して、基調講演とシンポジウムを開催しました。全国から300名以上の方々にご参加いただきました。

基調講演の様子です。

阪神・淡路大震災の経験をもとに、当時、兵庫県庁で指揮をとられておりました後藤先生から、災害時における保健所の役割を時系列にご講演いただきました。

シンポジウムの様子です。

厚生労働省平子様、先進地・静岡県の土居様、被災地・新潟県の長島様、元兵庫県西宮保健所長の北岡様に発表していただきました。

ご講演並びにシンポジウムの方々から、貴重なご意見をいただきました。特に、直前に発生した新潟県中越地震の被災地、旧山古志村の長島村長様からいただきました、職員はいざというときに何をしなければいけないかを自己判断し、行動がとれる訓練をしておくこと、避難所の保健活動は、私はいつもそばにいる、大丈夫だよを忘れず、住民に満足してもらうことを第一に考えるということをお心に命じておくこと、計画を策定し、訓練を実施して見直しをしておくことが重要であるとの発言は、被災直後であっただけに大変印象深く、身の引き締まる思いがいたしました。

さて、前述しました五つのステップを経まして、皆様方にお届けいたしました災害時における保健所業務マニュアルを作成しました。このマニュアルは、平時から準備しておくべき対応事項と、災害発生後の応急対策としての26の業務ごとの時系列チェックシートと情報管理のための別紙様式との2部構成から成っています。

終わりに、作成しましたマニュアルをより実効性の高いものにしていくために、今年度は、健康危機管理協議会を開催し、災害拠点病院、医師会、市町村、消防、警察、自衛隊を含めた合同訓練を計画中です。

ご清聴ありがとうございました。

（拍手）

古屋 野尻先生、ありがとうございました。

会場からご質問はございますか。

どうぞ。

フロア 福井保健所の小林と申します。

ありがとうございました。

4番の机上シミュレーションの実施というところの「まず」からの文章でございますが、いざ、有事の場合、集まらないから、その集まらない人数でやっていこうという意見であるように思います。それではなくて、例えば、都庁の場合には近くに集まれるように職員を配置したように、我々も、歩いてでも集まれるように保健所周辺に職員を配置する方が

よろしいのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

**野 尻** やはり、そのとおりだと思います。平時の対応といたしましてそういうことを明記し、日ごろから災害救助要員とか、そういう形で県も任命してございます。

机上シミュレーションにおきましては、仮想体験のもとの訓練ということでそういう体制にいたしました。

**古 屋** ほかにございますか。

どうぞ。

**フロア** 三重県津保健所の西口と言います。

先生の方からすごく詳しいマニュアルを送っていただきまして、大変ありがとうございます。

2点お聞きしたいのですが、先生が1年間やられて、本庁の方はどう変わりましたでしょうか。一つの保健所だけでは多分できないこともたくさんあると思いますので、その点を一つお聞きしたいと思います。

それから、どうしても異動がありますね。1年間、保健所をやっていたら、多分、職員の何人かはかわると思いますので、そこら辺の継続的な取り組みを保健所が中でやっていくコツなんかをお願いしたいと思います。

**野 尻** 本庁は、具体的にはまだ動いてはおりません。しかしながら、災害拠点病院を中心とした対応というものを現在検討しておりまして、保健所にもマニュアルが整備されたということでありまして、それをもとに訓練等も今後検討していきたいというふうに現在考えていると聞いてございます。

それから、2点目でございますけれども、つい先日、全員参加のマニュアルに基づきました研修会を開催いたしました。職員がかわりましても使用できるようにチェックシート形式にしてございますので、毎年、研修等を行っていきたいというふうに考えております。また、先ほども発表させていただきましたように、今年度は関係機関との合同訓練という形を検討してございますので、これも毎年続けていけるようにしていきたいと考えてございます。

**古 屋** 短くお願いいたします。

**フロア** 富山県中部厚生センターの加藤です。

このつくられたマニュアルの評価はどうされるのですか。

前の演者にも言ったように、パブリックにされないと、その評価というものが薄れてくるし、また、よりよいものにならないと思うのですよ。その評価はどう考えておられますか。

**野 尻** 全国の保健所と各県に対して送付させていただきました。今後、私どもは、他者の評価も受けて、ご意見も賜りたいと思いますが、先ほど申しました訓練等を実施して当初のマニュアルを見直していきたいというふうに考えます。

**古 屋** では、引き続き、評価についてもご検討いただきたいと思います。

それでは、短くお願いいたします。

**フロア** では、短く2点ばかり、兵庫県の野崎と申します。

1点は、大規模災害時の業務の分類ということで左端にくくってありますけれども、我々震災経験者にすると、ここには難病、在宅酸素とかがあるのですが、透析医療の方は何か別にあるのでしょうかということが1点です。

それから、外国人も含めて、言葉のわからない人たちの手当等では考えられたのでしょうか。

2点、お願いします。

**野 尻** 1点目ですけれども、透析につきましては、医療救護の中に含めさせていただきました。

それから、外国人の問題でございますが、災害時に要援護者として対応させていただきました。

**古 屋** ありがとうございます。

では、これで終わらせていただきます。（拍手）

**司 会** 古屋理事、ありがとうございました。

ここで、財団法人日本公衆衛生協会理事長であります北川定謙様がお見えになっておりますので、ごあいさつをいただきます。

### 1 3 （財）日本公衆衛生協会あいさつ

日本公衆衛生協会理事長 北 川 定 兼

**北 川** 日本公衆衛生協会の理事長をやっております北川です。

大変ご熱心な討論の中で、一言、公衆衛生協会のやっていることを皆様方にお知らせさせていただき、今後とも皆様方が公衆衛生協会を十分にご活用いただけるようにという趣旨でお話しさせていただきます。

資料は、グリーンの日本公衆衛生協会の事業計画概要と、もう一つは、黄色い紙の月刊公衆衛生情報定期購読のお願いと、この二つがお手元にあるかと思います。当協会は、民間の立場から厚生労働省のご指導あるいはご支援によって、地域保健の総合的な推進について、いろいろな役割を担わせていただいているわけでありまして。皆様方は、現場でいろいろとご苦労なさっておられると思いますが、特に昨今は、市町村の合併とか行政組織の再編成というようなことで各都道府県においてもいろいろな動きがあるわけで、そういうことについて十分に情報交換をして、これからの日本の社会の発展のために保健所のネットワークというのは非常に重要な役割を果たしているわけですので、皆様方はそういうことはもう十分にご認識の上でいろいろなことをおやりになっていらっしゃると思いますが、さらに一層よろしくお願いしたい、このように思っております。

厚生労働省の10分の10事業が各都道府県において行われていることは、皆様方もそ



れを十分にご活用になっている立場からご理解をいただいていると思います。今は、もう各都道府県の中だけではなく、全国的にどんな流れをとっているのかとか、あるいは、もっと広域的にどういう仕事をする必要があるのかとか、そういう大きな問題が山積しているわけでありまして。そういうことから、皆様方がいろいろなグループに分かれて共同でお仕事をなさり、新しい提言をされていることは非常に大事なことだと思います。

そんな点についても、公衆衛生協会ではいろいろとお手伝いをさせていただいているわけでありまして。特に、平成17年度においても、研究事業とっておりますが、実際に現場で事業を開発して実践していく、そういう研究であるべきだと私どもは思っておりますし、皆様方もそう思っておられると思います。

先ほどの発表に対して、論文化ということは非常に大事だというご発言があったようでございます。もちろん、非常に大事なことだと思います。何をしようとしているのか、結果はどういうことであったのかということは、きちんと書いたものにして社会的な評価を受けていくことは非常に大事なことであります。

しかし、論文ということになると、現場社会の中では、私もそうでありましたが、多少おっくうな点が出てきます。しかし、そこをどう乗り越えるかということもこれからの一つの大きな課題であると思います。

しかし、それ以上に大事なことは、皆さんの仕事は現場で何をやるかということだと思います。ここにお集まりになっているいろいろな議論をなさるのでありましようけれども、うちはこのことをやっている、おまえのところはどういうことをやっているのだ、それがいいのか悪いのか、日本の全体の構造から見てどういう問題があるかということについて、より強い意識を持っていただくことが大切ではないのか、このように思うわけでありまして。

特に、最近の大きな流れというのは、さっきも申し上げましたけれども、広域的に、あるいは一つの地域社会の中でも、いろいろな機能がいかに連携をとっていくのかということが非常に大事なことなのではないかと思っております。日本の社会において、健康に関する社会的な機能はたくさんあります。しかし、それらは、恐らくそれぞれの組織の中で個別的に動いていることが一般的でございまして、地域横断的に他の機能とうまく連携をとる、これは、保健所長あるいは保健所の組織がそういうことについていろいろな提言をし、実践をしていくということがないと進まないのではないかと。これから医学も進み、いろいろな技術開発が進んでいく中で、そういう意味での技術センターとしての保健所の役割というものは私どもは強く評価をさせていただき、そのための実力をいかにつけるかということについて大いに議論、実践していただくことを心から念願しているわけでありまして。

二つばかり申し上げたいのでありますが、その1つは平成17年度の事業で、去年のこの場で皆様方をお願いして、精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備ということについて各保健所がどんな仕事をなさっているのか、あるいは、保健所の管内でどんないい仕事をなさっているのか、それを全部集めさせていただきました。大変大きいいい仕事があ

くさん出てきております。これは、各都道府県の保健所長会長のところまでは取りまとめたものをお送りしてありますが、予算の関係で皆さん方全員には届かなかったのです。今、公衆衛生協会のホームページにその概要を登載する仕事を進めておりますので、皆様方それぞれに保健所あるいは管内のいろいろな機関、組織が地域精神保健事業の展開に努力なさっておられると思いますが、非常に立派な仕事をなさっているところがたくさんありました。そういうものもご参照なさると大変よろしいのではないかと、このように思っております。

それからもう一つは、先ほどの黄色い紙でございますけれども、皆様方も既にご承知のとおり、公衆衛生情報というA4判の月刊雑誌を当協会ですべて出しております。これは、長い歴史を持って、地域の現場の皆様方の活動の状況をPRする、あるいは、それを分析していくという機能を果たしているわけでありまして。最近、市町村の合併とか行政組織の統合化ということで購読をお願いしていた部数が非常に減っており、ちょっと危機的な状態にございまして、今まで担当していた新企画という会社が倒産をしてしまいました。今、我が方としては、この雑誌を欠番にするわけにはいかないということで、新しく立ち上げた団体で、鋭意、継続をしていく、あるいは、さらに中身を改善していくとか、急速にいろいろな努力を重ねている段階でございます。

そうすることで、これはまさに皆様方のためのというか、皆様方の全国情報誌だと思っておりますので、ぜひご自身でも、あるいは周りにちょっとお勧めいただいて定期購読の読者をふやしていただきたい、こんなことを考えて黄色い紙を用意させていただきました。

これは、決して公衆衛生協会がお金もうけをするというようなことでは全くありません。まさに、皆様方の実践的な情報を皆様方にお届けする、こういうことで考えておりますので、ひとつよろしくお願ひしたい。

最後に、先ほど評価をしているかというお話がありました。これは、個々の発表者が直ちに評価するということについてはお答えがなかなか難しかったのではないかと思います。公衆衛生協会としては、年度の終わりの3月に、皆様方の発表も含めて、いろいろな地域保健に関する発表会をやっていますが、その中では評価委員も設けて厳しい評価をしております。一番大事な点は、何のためにやっているのか、それから、その結果をどう使うのかということが評価のポイントだと思います。そうすることで、各研究グループの皆さんには、公衆衛生協会からかなりきついご意見を申し上げていることもございます。

しかし、全体としては、非常に前向きな活動をなさっておられまして、我々としてはこういう仕事がさらに発展していただくことを念願しておりますので、今後ともよろしくお願ひしたい。

以上でございます。

(拍手)

司会 北川理事長様、ありがとうございました。

今後ともよろしくお願ひいたします。

続きまして、国立保健医療科学院公衆衛生政策部長であります曾根智史様よりごあいさつをいただきます。

#### 1 4 国立保健医療科学院あいさつ

国立保健医療科学院公衆衛生政策部長 曾 根 智 史

曾 根 皆さん、こんにちは。

私は、国立保健医療科学院の公衆衛生政策部長をしております曾根と申します。

本院の教育研修につきまして、若干お時間をいただいてご説明等をさせていただきたく、きょうは出てまいりました。よろしくお願ひいたします。

早速、お手元の資料を確認させていただきたいと思ひます。

科学院に関する資料は三つございます。一つは、最近できたばかりのパンフレットです。それから、1枚紙の18年度研修のお知らせというカラーコピーがございます。もう一つは、青い見開きの1枚紙ですが、国立保健医療科学院平成18年度研修概要というものがございます。パンフレットとチラシの方はまた後で見させていただくことにいたしまして、きょうは青い紙を参照しながら説明させていただきたいというふうに思ひます。

国立保健医療科学院は、新たに発足してからことしで3年目になりますけれども、今、いろいろな研修を変革すべく努力をしているところでございます。

1ページ目の1のところ、長期課程の中で専門課程の保健福祉行政管理分野ということで書いてございます。これは、いわゆる保健所長コースのことでございます。今年度は、この中の分割前期、いわゆる3カ月の保健所長コースを修了された方が18名です。現在、1年コースに在籍中の方が3名ということで、大変ありがとうございます。

これは、保健所長資格云々の話がございました関係上、医師以外の方にも条件つきで門戸を開放しておりますが、今年度につきましては医師以外の応募はございませんでした。

また、分割後期につきましては、修了年限を5年から3年に変更しております。平成20年度からは、すべての受講者、いわゆる保健所長コースに入っている方たちに、3カ月だけではなく、その後の研修、これは現場で遠隔教育を受けていただいたり、あるいは、本院の短期研修等に来ていただいて単位を取得していただく形になりますけれども、全35単位を取っていただき、MPHを取っていただくという方針になってございます。

また、1ページめくっていただきますと、そこに専門課程 ということで、(1)地域保健福祉分野から(6)健康危機管理分野まで6分野ございます。地域保健福祉分野は、保健福祉あるいは栄養士の従来のコースでございます。そのほかに、生活衛生環境分野、生物統計、病院管理分野等がございます。6番の健康危機管理分野というのは平成17年度から新設された分野でございます。これは、いわゆる感染研のFETP、実地疫学コースとうちがジョイントすることになりまして、最初の3カ月間を保健所長コースと一緒に受講するというふうなコースを本年度から開設いたしました。早速、今年度の4月から

7月にかけて2名のFETPの研修生が本院で研修を受けております。

それから、2ページ目の下の方ですけれども、短期課程についていろいろ記述がございます。先般のアンケートでは、先生方に大変ご協力をいただきまして、さまざまな意見をいただきました。それらをもとに新しい短期課程をつくるべく現在努力しているところでございます。特に、現在は保健所長コースという形で初任者研修しかございませんけれども、もう少し、生涯教育というふうな形で保健所長の先生方を対象の研修も別途検討しているところでございます。

また、私どもは、コースのターンオーバーを早めるということではいろいろな内規をつくり、2年続けて定員の2分の1を割るようなものは3年目は中止、あるいは、定員割れが続くものは縮小あるいはなくすという方針で、できるだけ現場あるいは世の中のニーズに沿った形で短期課程のご提案を続けていっているところでございますので、また、いろいろなご提案がありましたら私どもの方にお伝えいただければ幸いです。

最後の4ページ目を見ていただきますと、4にインターネットによる遠隔教育というものがございます。これは、数年前から本格的に始めたものでございまして、今年度はそこに書いてあります11科目が開講しております。ほかの科学院の講習も全部無料でございますけれども、インターネットの遠隔教育もすべて無料で行っております。これは、インターネット環境さえあれば全国どこでも受講することが可能でございますので、ぜひ皆様も含めて、周りの部下、保健医療分野の職員にもぜひ受講を勧めただければというふうに思います。

将来的には、遠隔教育を遠隔教育だけで終わらせるのではなく、先ほど申しました短期課程等とも組み合わせまして、いわゆる知識に関するものは遠隔教育で現場で、技術あるいは討議、ディスカッションを通じてつくり上げるようなものは我が校で研修を行う、という形で今後二、三年のうちに持っていきたいと考えております。

間もなく皆様方のお手元に私どもの本当の入学案内が届くかと思っておりますけれども、今年度からは、旧来の国立医療病院管理研究所系の研修と旧国立公衆衛生院系の研修の募集要綱を一本化して概要版をつくることにいたしました。かなり薄いものになると思っておりますけれども、それが11月くらいには皆様のお手元に届くかと思っております。詳細はホームページで公開して、必要あるいは興味に応じてそちらをご参照いただくと、IT化と申しますか、そういう方式に変更する予定でございます。よろしく願いいたします。

また、今年度から、派遣元のいろいろな派遣の事情に配慮いたしまして、従来、1回だった入試を2月と3月の2回実施することにいたします。いろいろな人事の都合でこれまで応募が間に合わなかった自治体に関しても、3月22日の入試までかなり余裕を持たせてやっておりますので、その辺のところもよろしくご配慮いただければ幸いです。

保健医療科学院は、3年前に発足いたしましたけれども、現在、院全体の傾向といたしましては意思決定が随分早くなったり、あるいは、新しい研修をどんどんやっっていこうという潮流になっております。ぜひ先生方のご意見を反映させて、よりよい研修をつくり上

げていきたいと思しますので、またよろしくご協力をお願いいたします。

以上でございます。

どうもありがとうございました。

(拍手)

司会 曾根部長さん、どうもありがとうございました。

今後ともよろしくをお願いいたします。

この後、全員協議に入りますが、準備のため、5分間、休ませていただきます。

[ 休憩 ]

司会 それでは、再開いたします。

## 15 会員協議

司会 会員協議の座長は、総務担当常務理事土居長崎県県央保健所長、そして、全国保健所長会健康危機管理に関する委員会委員長の佐々木長野県飯田保健所長をお願いいたします。

座長(土居) 皆様、こんにちは。

座長をさせていただきます土居でございます。

本来なら佐々木先生をお願いしていたのですが、おまえが総務だから全部仕切れということで私が座長になってしまいました。

本日は、会員協議として、健康危機管理とこれからの保健所のあり方についてということで、地域保健対策検討会の中間報告を踏まえてというところで、基調講演として、国立保健医療科学院次長の林謙治先生に健康危機管理の運営体制ということでお話をさせていただきます。

その後、話題提供として、ここ1年近くで起こりましたいろいろな危機管理に対する経験ということで、まずは山口先生から、新たに生じた健康危機管理への取り組みということで、それから、佐藤部長さんから、震災における保健所の取り組みということで中越大震災の経験から、最後に、地元北海道の荒田先生から、保健所におけるシミュレーション訓練の有用性ということでお話をさせていただくことにしております。

発表だけで約1時間半ございますので、一連の発表を一気にやった上で、休憩を挟みまして、残り70分で、まずは保健所における健康危機管理という視点で質問を含めて会員協議をやってまいりたいと思います。その後、時間が少し余るようでしたら、保健所というのは本当に健康危機管理だけなのかという視点で、午前中に岸本先生からお話がありましたが、そちらの話題も少しできればというふうに思っております。

会員協議とはいっても、結論を出す協議ではないというふうに思っておりますので、フ

ロアの皆様方からどんどん意見を出していただければと思っております。

それではまず、基調講演からまいりたいと思います。

総会の会員協議の資料の後半の緑のページから後に、抄録の最後にプロフィール等がついてございます。林先生のご紹介は時間がもったいないと思いますので、そこを読んでいただくことにいたしまして、早速、講演をお願いしたいと思います。

林先生、よろしくお願いいいたします。

## (1) 基調講演

### 健康危機管理の運営体制 (国立保健医療科学院次長 林 謙 治)

林 皆さん、こんにちは。

このたび、保健所長の先生方の前でお話しする機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

土居先生あるいは佐々木先生から私に話をせよという話があったときに、恐らく、このたびの地域保健計画の中間報告書を踏まえて、これからの保健所の機能について解説しなさいという意味だと受け取っております。

昨年以來、その検討会を続けてきたわけですが、当初、委員の皆さんの中で、地域保健計画というのは従来どおり生活習慣病対策を中心としたものであるというイメージが強かったわけですが、しかし、それにプラス健康危機管理となりますと、話が生活習慣病と健康危機管理という二本立ての話で進められます。途中、幾つかいきさつがありまして、それは後ほどまたお話ししますが、結局は、地域保健計画という傘の中で生活習慣病対策と健康危機管理ということに話が進んだわけですが。

まず、公衆衛生のそもそも論、新たな潮流についてということでここに掲げました。ニューパブリックヘルスの話は、昨年、やはり保健所長会の場で若干紹介させていただいたわけですが、一部分は繰り返しになりますけれども、1990年代の半ばごろから国際機関で盛んに議論され始めたのがニューパブリックヘルスという言葉に基づいて内容が検討されてきたわけですが、ここには、ちょっと抽象的な表現になっておりますけれども、個人や社会の健康の保持・増進のための包括的なアプローチということで、従来の公衆衛生のアプローチに、さらに新たな課題に取り組むためのアプローチを加えたものと書いてあります。1番、2番の文献にそういうことが書いてありますが、それで、平時は生活習慣病対策、有事は感染症対策等の健康危機対応です。これは、世界公衆衛生研究所長会議が2004年にヘルシンキで行われたときに結論として出されたものでございます。

前段の包括的なアプローチというのは、こういう表現はよく使われますが、一体、どういう意味を指すのか、そして、さらなる新たな課題に取り組むためのアプローチというの

は何であるのかということは、吟味する必要があるわけです。もう一つは、エビデンス・ベースト・パブリックヘルス、従来よく言われたエビデンス・ベースト・メディスンというのがありますが、それに見習ったようなエビデンス・ベースト・パブリックヘルスということの一部では言われてわけでございます。しかし、果たしてエビデンス・ベースト・パブリックヘルスというのはE B Mと同じようなサイエンティフィックなアプローチがあるのか、あるいは、単なる言葉としてまねただけなのかという問題があります。ただ、実は、アメリカのC D Cでそれがかなりつくられてきているし、一部分はでき上がっております。

E B Mの手法は、皆さんもご存じのように、個々の患者をたくさん集めて、それでクリニカルトライアルをやった上で一つの結論を出していく、そして、たくさんのスタディーを合成してメタアナリシスをやって共通なOdds Ratioを出していくという一つの手法でございますけれども、エビデンス・ベースト・パブリックヘルスは、同じようなアプローチができないと非常に難しいわけです。例えば、小さい集団を対象にした調査がたくさんあって、それをR C Tで選び出して共通な結論を出すのはほとんど不可能なわけです。

したがって、考え方としては、一つは大規模な調査をやる、それをエビデンスとするという考え方と、もう一つ、あり得るのは、一つずつのスタディーについて構造化抄録をつくり、同じようなスタディーを集めて、構造化抄録の中で得られた結論が同じ方向を向いているかどうかを判断する、そういうようなアプローチです。それを集大成したものがエビデンス・ベースト・パブリックヘルスとして、C D Cでは今ホームページでかなりでき上がったものがございますが、そういったような行き方がアメリカあたりでは一つの新しい流れになっているということをご紹介したいと思います。

それからもう一つは、健康危機管理の問題でございます。

もう既に皆さんはよくご存じのように、テロの話とか、あるいは災害の話というのがあるわけでございます。このことについて、ひとつ皆さんに強調していただきたいのは、実は1970年代からだと思いますが、イギリスのサッチャー政権のときに、日本の保健所に相当するものは、余り役割がないだろうと。あのときもイギリスの構造改革が非常に強力に進められていたといういきさつがありました。そして、正確に言えば日本と同じような保健所ではないですけれども、イギリスの保健所に相当するような機関を、むしろ医療費をどうやって効率的に使っていくか、効果的に使っていくかというアセスメントの機関にシフトしていったわけです。それがかなり激しいペースで進んでいって、従来の保健所の機能よりは医療費の抑制機関として流れていったわけでございます。

さて、皆さんがご存じのように、90年代にB S Eの問題が発生しました。途端にパニックに陥ってしまったのですね。もう何万頭、何十万頭の牛を殺さなければならない羽目になって大いに反省させられました。その後、去年の1月だったと思いますが、また全面的に機構改正をやりまして、感染症の専門機関を、国のトップレベルから地域のレベルまで、一つの流れ、システムとしての感染症対策機関をつくり上げました。

そういういきさつがあって、どうも健康危機管理というのは痛い目に遭わないと一生懸命にやらない、そういう人間の習性というのがあるわけでございます。今紹介させていただいたイギリスの例を見てもわかるように、狂牛病を通して逆に感染症の方にまたシフトしてきました。そういうことですが、果たしてイギリスではこれで定着していけるかどうか、私はまだわかりません。

というのは、サッチャー時代につくった医療費抑制のための機関と感染症対策の機関と2本立てになってしまったわけですね。そうすると、大きな政府になってしまって、また国の負担が大きくなります。それより、例えば、日本の保健所のように両方の機能を発揮するように努力して、その方向に持っていけば、かえって効率的になるはずだと思われるわけでございます。日本も、健康危機管理をどのようにとらえて、どれだけ切実感を持ってとらえているかによって、保健所の機能をどのように持っていくかということが非常に重要な課題だと、これは皆さんも意識されておられるでしょう。しかしながら、行政部門ではそういう位置づけがされているかどうか、地方によってさまざまだと思います。

ここに書きましたのは、皆さんも既にご存じのことばかりでございますけれども、最近、非常に健康クライシスが目立ちます。医療事故を含めれば、しょっちゅう新聞をにぎわしているわけでございます。加えて、地方分権の進展、民間活動の充実もあって、地域保健対策は、従来のような形ではなく、より違う形態で進めていく必要があるのではないかということが言われ始めたわけです。

そこで、従来地域保健対策と言えば、地域保健法及び地域保健の推進に関する基本的な指針として考えられてきたわけです。ただし、地域保健計画は、皆さんもご存じのように、従来は医療計画の一部として任意記載事項を中心とした地域保健医療計画であったわけでございます。このたび、私どもの検討会での地域保健計画というのは、そういう形ではなくして、医療計画と独立した地域保健計画をつくるべきではないかというふうな内容にしてございます。ですから、任意記載事項ではありません。ただし、医療計画を無視するわけにはいきませんので、やはり、それとはいろいろなことで連携する必要があるとして、地域医療計画を横にらみしながらつくっていくというような体制、そういうアプローチが必要だろうと考えているわけです。

ただし、ご存じのように、現在行われている医療計画というのは、県単位、都道府県単位です。地域保健計画は、今まではむしろ2次医療圏とかもっと狭い区域で考えられてきたわけでございます。そうすると、横にらみしながら地域保健計画をつくるということになりますと、やはり、形としては地域保健計画も都道府県単位になるのではないだろうかという発想になってくるわけでございます。

一方、保健所長の先生方からご意見をお伺いしますと、例えば東京とか大阪などの大きなところでは、区単位でつくっていたものを、都単位でつくるとか、大阪府単位でつくるといったことになると、地域性というのが非常に薄まってしまって逆に困った事態になりはしないかという意見がございます。



けれども、私どもは厚労省の担当の方と話をしていましたが、とにかく都道府県単位のものをつくらなければいけないとは考えている、しかし、さらに細かくつくっていくという分には一向に差し支えなくて、むしろ望ましいわけです。ですから、都道府県単位でつくるからといって、区単位でつくる必要はないという意味ではない、そういうふうに話し合っているわけでございます。

新しい地域保健計画の基本的な考え方ですけれども、先ほどからお話ししているように、健康危機が一つと生活習慣病対策がもう一つというふうに整理しております。

そこで、生活習慣病対策のことをお話しする前に、健康危機管理について触れたいと思います。

当初、健康危機管理を考えた場合に、一体、どのような範囲を設定すべきかということが問題になりました。狭く設定し過ぎても実行上で困るだろうし、余り広くやってもどういふものかと、そういう議論もあった中で、皆さんも既にお読みになってわかるように、やや広目にとりまして12カテゴリーに整理したわけでございます。

12の中でも、既に保健所が活発に実行しているものもございますし、これからというものもあるわけでございます。一方、生活習慣病対策の方でございますが、このスライドにもございますように、健康フロンティア戦略とか、健康日本21、健やか親子21、老健事業の見直し、あるいは、最近の介護予防事業等々がございます。もし古いタイプの地域保健計画で生活習慣病を中心とした地域保健計画を考えるとすれば、既にここに列挙されておりますフロンティア計画等々がたくさんございますので、そうしますと、新しい地域保健計画というのは一体何であろうかという議論が起きてしまったわけです。つまり、こういったさまざまな柱が立っている事業の落ち穂拾いという形での地域保健計画しかなくなるのではないだろうかという議論がございました。したがって、それではまずいのではないかということで、冒頭に紹介しましたように、地域保健計画という大きな傘のもとに2本柱がある、その一つが健康危機管理、もう一つが生活習慣病と。

もっと詳しく言えば、実は4本柱を立てております。残りの2本柱というのは、内容というより方法論でございます。例えば、人材の育成、それから、健康危機管理あるいは生活習慣病対策を進める上でのインフラ整備、この二つを加えて合計4本柱という形にしているわけでございます。

一応、中間報告でございますので、これで終わるということではありません。実際問題として、厚労省は地域保健法改正の方向で考えているかも知れませんが、国会での立法の過程で議員の皆さんの賛同を得られるかどうかは、まだいまいち不透明でしたので中間報告にしてあるわけです。

例えば、その中の一つとして、健康危機管理の中のカテゴリーの一つとして、原因不明な疾患への対応というものがございます。そうすると、原因不明のうち、これが感染症なのか、中毒なのか、はっきりしない段階では、もし仮にそれが実は感染症だったとして、住民に対して検診せよ、こういう診察を受けなさいということを強制的にできないわけで

す。保健所がやっている仕事はすべて法律に基づいてやるとすれば、このことについては感染症を適用する、このことに関しては食品衛生法を適用するという段階では、既に原因がわかっているからその法律を適用できるわけで、わからないうちにどれを適用できるかということがそれこそあいまいなので、そこら辺は健康危機管理の法律の問題としてぶつかるといふ側面があって、どういう形で地域保健法の中に盛り込めるのかということが検討し切れていない面が実はございます。

健康危機管理の一般的なパターンでございますけれども、これは、従来どういうふうに行われているかということを一般的に示したものでございます。感染症と食中毒は保健所、公害関係は、多分、公衆衛生関係の学者プラス保健所が組になって対応するのであろう、薬害になれば、大体は国が中心だろう、これが今までのやり方だったと思います。

そこで、健康危機というものを違うディメンションで分類してみたいと思います。この分類は内閣府でなされたものですが、横軸に非意図的なもの、おどかさ意図のあるもの、それから、意図的にやるものという三つのカテゴリーに分け、縦軸としては、ターゲットが個人レベルのもの、経済・社会レベルのもの、国家レベルものというふうに分けられると思います。

そうしますと、多分、保健所が対応する可能性の多いものは、非意図的なものの中の個人レベルもしくは経済・社会レベルだと思われるわけでございます。その対極をなすのが、意図的なものであって国家レベル、例えば我が国への武力侵略とかNBCテロ、不審船舶事案とか、こういったものになりますと保健所が単独で対応することは考えにくいわけです。

ですから、こういう分類のもとで、保健所が中心になってやるものは何か、そして、もっと広域的に県レベルなどでやるものは何か、あるいは、県を超えて国も一緒になってやらなければならないものは何かというのはおのずと分類があるはずでございます。それに従って、健康危機管理への保健所としての対応というのは、そのレベルに応じてそれぞれの考え方といたしますか、そういった対応策が練られるのが現実的かと思われるわけでございます。

そこで、保健所が機能として担っているさまざまな分野について、主に平成15年度、物によっては平成14年度でございますが、事故時に対応している例としてどういうものがあるか、平時の対応例としてどれぐらいの実績があるかということを一覧表にしてみましたわけでございます。

例えば、医事、薬事関係の医療事故数は、実際数は不明でございますけれども、警察への医療事故の届け出件数は、平成15年度の場合、年間で248件あって、民事訴訟は987件あったわけです。しかし一方では、平時対応として、保健所はふだんさまざまな活動をやっているわけです。例えば、施設への立入検査は年間8,656カ所とか、保健所1カ所当たりでは平成14年度は14カ所、医療安全支援センターの相談件数では3万7,000件あるとか、こういった活動があるわけです。

感染症についても、事故時の対応、平時の対応とあります。感染症を見てもおわかりのように、保健所で行われている感染症に対する衛生教育の参加延べ人数というのは非常に多く、1年間に59万件あります。一つの保健所当たりでも千三百何十件あります。エイズの相談も少なくありませんが、こういうふうに整理できるかと思えます。

ただし、この中でもっと実用的に考えなければならないのは、こういう平時に対応する活動が、健康危機管理ということで事故時の対応とどのように結びつくのかということが十分に検討されるべきであろうと。こちら辺は、活動あるいは考え方としてひょっとして分離していないだろうかという危惧があります。老人保健、母子保健、これは例えば虐待の話も含まれていると考えていいと思えます。

そこで、地域保健計画の中間報告の報告書だけでは、実際問題として、各都道府県にマニュアルをつくってくださいと申し上げて、抽象的過ぎて、多分、役に立たないだろうと思われま。本年度、再度、研究班を立ち上げて、もう少し具体的な中身を明らかにしてマニュアルをつくるファンデーションに持っていきたいと考えております。

一つの考え方として、ここに和歌山市の毒物混入事件を例に挙げたわけでございます。まず、事実の経過を時系列的に縦に並べていきます。これは時間単位で書いてありますけれども、物によっては日単位かもしれない、あるいは週単位かもしれない、いずれにしても時系列的に並べます。横には、一般人がその事件に対してどのように反応したか、保健所担当職員の判断はそのときどういうふうにしたのか、それから、保健所長の判断はどうであったか、それから、保健所長が判断したときの背景、あるいは、そのときに必要となった能力は何か、さらに、そのときの法的根拠は何であったのか、それから、対応終了後のコメントとして今だから言いたいことがあるでしょうと、こういったフォーマットで一たん整理してみたらどうだろうか。多分、皆さんが働いているそれぞれの管内では、大なり小なり何らかの健康危機管理を経験しているはずですから、そういう事例を仮にこのように整理しますと、一体、だれが、何を、いつすればいいのかということがわかりやすい形で整理できるのではなかろうかというふうに思われるわけです。

ここでは、7時8分、一般人の反応として、患者が多数発生して救急車を依頼し、消防車はそれに応じて救急車を出しました。7時45分になってから、消防当局から保健所に連絡があった。そのときの保健所の担当職員の判断としては、生活衛生課食品衛生班長は、保健所長、関係職員に連絡して9名が集合した。保健所長の判断としては、職員の集合を命令したとか、初動調査の指示をした。そのときに保健所長が要した能力は、緊急連絡ができる体制の維持管理、連絡、調整の能力、こういうことになります。その下の現地調査に派遣したというところではまたそれぞれの対応がありますけれども、そのときは、法的根拠として地域保健法第7条1項、2項に基づいて発動した、こういうふうに整理できるであろう。

もう一つは、東海ウラン加工施設臨界事故関連の緊急時の医療活動でございます。これも、同じく、ニュースで事故発生確認がまずありました。その前に、午後1時前に、テレ

びで事故発生のテロップが流れました。テロップを見た保健師が保健所長に報告した、そこで、保健所長としては情報の確認が必要と判断した。そういうことで、午後1時にはニュースで事故発生が確認された、そのときに何々をした、何々をした、どういう法的根拠で何を参考にしたということが整理されているわけです。

こういうような事例をたくさん集めてくれば、かなり類型別に整理できるのではないかとと思われるわけでございます。先ほど触れたように、保健所長として、健康危機管理能力及びその役割はどういうものがあるのかということを検討してみたわけでございます。

ここで、保健所長の危機管理能力の1番目としては、地域保健所のインパクト能力をはかる能力です。これは、大変なことなのか、あるいは、これは大して大きな問題にならないものか、そういう判断です。そういう判断には、例えば右にあるように、こういった知識や経験が必要ではないかということを書いております。

2番目の能力としては、原因究明調査のマネジメント能力です。これには、疫学調査の実行力です。そういうチームをすぐに組織できるのかどうか、そういうことを調査できる人がどこにいるのか、どこの機関にいるのか、それがたちまち判断できる、そういう能力が求められるであろう。

それと同時に、対策遂行の組織マネジメントができる能力が問われるわけでございます。それは、内部組織における組織管理力、決断あるいは指示、それから、対外的に医師会、近隣自治体、国などとすぐに調整できるかどうか。そして、対策の目標は何か、決断の根拠については何かを内外ともにちゃんと説明できるかどうかということです。それは、医学的な面、法律的な面にわたってきちっと説明でき、納得させられることが大事ではなからうかというふうに整理しました。

4番目としては、スポークスマンとしての役割です。これは、時々、この能力が欠けていたがために、小さい話が大きな話に発展してしまって、必要のない攻撃を受けて批判を受けたりすることがありますから、スポークスマン能力というのも大事ではないかということで4番目に挙げておきました。

5番目は、対策後の話でございます。例えば、PTSD、社会的弱者への対応、対策後の住民へのシステム改善を実現できる実行力、それを記録文書、論文として総括してほかの人にも伝えられる、こういうようなことができるすばらしいのではないかというふうに検討会では話し合ってみました。

そこで、マニュアルの話でございますが、          県の健康危機管理体制のマニュアルについての説明でございます。

健康危機管理基本指針というものがあるほかに、健康危機の原因ごとの予防対策、準備体制、被害への対応、被害からの回復の各局面における活動体制と健康危機管理に係る対応の基本を定めるものであるというふうになっております。これには、総論と各論があります。丸のついている項目は、実は各論でございます。各論は、皆さんもよくご承知のものばかりでございますけれども、総論の部分についてご紹介したいと思います。

まず、どの健康危機管理でも、必要なことは、管理者、責任者はだれなのか、そして、代位者、つまりトップの次はだれ、3番目はだれというように責任者の順番です。これは、健康危機のレベルと関連しているわけでごさいます、先ほど健康危機管理の種類とレベルの大きさの図を示しましたが、これは、今、目の前にある健康危機管理というのは知事をトップにすべきものなのか、あるいは、県の健康福祉部長がトップで進めることができるのか、その判断です。そして、次はだれ、その次はだれかということです。

それから、連絡体制です。保健所長、地衛研の所長などが情報の共有及び準備体制の立ち上げにかかわるだろうということです。犯罪の可能性があれば警察、災害であれば消防署、自衛隊、それから本庁担当課にどのように報告するかということがございます。

大抵、本庁の方には健康福祉担当課があるわけですから、県の場合はそこに健康危機対策室を設けておりまして、その健康危機対策室の役割は、各関係部署との連絡、調整、情報の記録をまずしなければいけない。それから、原因が判明次第、担当課に引き継ぐ。いつまでも自分が抱えているのではなく、専門の課があればそこに引き継ぐこととなります。そして、健康危機対策室は担当課に対する支援も行いますし、保健所から応援のための人員派遣の手当てもします。また、対策本部の開設準備をする、そういう一連の重要な仕事があります。

一方、保健所内ですと、多分、総務企画課あるいは健康生活支援課の役割がまたあって、関係団体との連絡、調整、それから、対策会議をどういう形で開くのか、住民への情報提供をどうするかということがあります。最後に、関係機関・団体との協力も大事でございますが、その中には、医薬品の提供あるいは災害弱者への対策も含まれます。そして、種類によっては厚労省及び関係都道府県との連携も視野に入れて活動していきます。

以上のようなことをずっと検討してきたわけでごさいます。今は県のレベルでお話しさせていただきましたが、県のつくったものをベースにして、各保健所の管内の地域特性を踏まえたりリバイズ版がさらに必要になってくるのではないかとという方向で私どもは検討してきたわけでごさいます。私どもの考え方はまだ足りない部分がたくさんあるかと思えますけれども、委員の方々には多くの県から参加していただいておりますし、保健所機能について詳しい方にも参加していただいております。これは、一回つくれば終わりというものではなくて、さらに具体的な事例を踏まえながらリバイズして行って、そして、各保健所の皆さんもそれに応じて自分たちの地域に合ったものをつくっていくというのがこれからの地域保健計画の中の健康危機管理計画というふうに考えております。

以上、私の話を終わらせていただきます。

(拍手)

土居 林先生、どうもありがとうございました。

わかりやすいお話しでした。

一言、言い忘れておりましたが、林先生は、地域保健対策検討会の座長をされております。皆さんも報告書を読まれているので多分ご存じだと思いますが、本日は、座長をされ

ているということで、解説を含めた基調講演をしていただきました。

続きまして、話題提供の方に参りたいと思いますが、これからは、座長を佐々木先生にお渡ししたいと思います。

**座長（佐々木）** それでは、お三方に話題提供していただこうと思います。

最初に、スギヒラタケ事件を経験された山口先生によるしくをお願いします。

6ページにご略歴がございますが、山口先生は、北海道のご出身というか、行政に携わっていて、現在、国立感染症研究所に派遣という形で実地疫学の専門家の養成課程をしておられます。

先生、よろしくをお願いします。

## （２）話題提供

### 新たに生じた健康危機管理への取り組み（スギヒラタケから学もの）

#### 国立感染症研究所 山口 亮

山口 それでは、与えられた20分でお話を進めてまいりたいと思います。

国立感染症研究所の感染症情報センター、FETPの山口亮と申します。

ただいまご紹介いただきましたとおり、私は、北海道の保健福祉部の職員で、保健所で北海道内で保健所長を9年間いたしまして、その間に、本庁での勤務が一度ありますが、所長会にはお世話になってきておりますので、こういう席に呼ばれたのではないかというふうに思っております。

現在、北海道の東京事務所付になっておりまして、同時に、感染症研究所に派遣されております。

昭和63年に大学を卒業してから、保健所に勤務し、ただ今御講演をされた林先生が主任をされていた公衆衛生院の特論コースを受講する機会がありました。林先生のコースで勉強させていただいたのは17年前のことですが、久しぶりに先生の声をお聞きしましたところ、白金台にあった公衆衛生院へ北海道から胸を弾ませながら研修に出かけました若かった時代のことを思い出しました。林先生のお話を拝聴できまして大変嬉しく思っておりますし、また、このような貴重な機会を与えていただきました全国保健所長会の皆様に感謝いたします。

それでは、私に与えられたテーマですが、新たに生じた健康危機管理への取り組みということで、スギヒラタケ事件から学ぶものということで題名をいただきました。

本症は未だ原因不明であります。そこで、この題名を与えてくださった方が非常に考えて「スギヒラタケ事件」とつけていただいたと思います。本症は昨年9月から10月にかけて流行いたしました。患者さんは秋田県、新潟県、山形県を中心に東北、北陸で発生いたしました。

公衆衛生対策上、原因が判明する前でも注意喚起をすることは仕方のないことではあるのですけれども、スギヒラタケに関しては、今回それは、調査では制限にもなりました。

調査初期の段階で、症例にはスギヒラタケの喫食している人が多いことがわかりました。こうした点を踏まえて、スギヒラタケを喫食することを控えるようにというお知らせを早い段階で周知できたというメリットがありましたが、原因不明の段階にも関わらず「スギヒラタケ脳症」とか「キノコ脳症」という名前が広がってしまいました。

スギヒラタケを食べていなくて脳症になった症例につきましては、「スギヒラタケ脳症」という名前のためか実際にお届けいただけなかった例もありまして、そういった意味では、名は体をあらわすではないですけれども、スギヒラタケ脳症という名前と呼ばれたためにデメリットが生じました。

それでは、お手元の抄録には、新潟県、秋田県、山形県での調査の概要について触れましたので、スライドでは3県をまとめた調査結果の概要を報告いたしたいと思います。

平成16年9月から10月にかけて、新潟県、秋田県、山形県等において、また、ほかの県でも数例の報告がございました。原因不明の急性脳症脳炎の多発が報告されまして、私どもフィールド・エビデミオロジー・トレーニング・プログラムは、FETPと略してありますが、県からのご依頼を受けて、県庁のもとに仕事をするというスタイルになっております。その調査の目的は、集団発生の確認と全体像の把握、感染経路、危険因子を明らかにすること、それから、再発の予防のための提言を行うことです。

ご存じのとおり、急性脳炎というのは5類感染症で全数届出疾患になっております。2003年11月から、法律の変更によりまして4類から5類に変わり、届け出基準は意識障害を伴ってということと24時間以上入院した者、あるいは24時間未満に死亡した者だけけれども、38度以上の発熱や何らかの中樞神経症状と、非常に広い範囲で情報収集をすることになってございまして、こうした感染症の発生動向調査の中での届け出もあるわけであります。

昨年度の調査の概要ですが、新潟県は、10月15日金曜日午後3時ごろに、厚生労働省結核感染事症課から私どもに、新潟県からの要請があったので出かけるようにと言われました。そこで、16日の朝に出かけることにして、11月5日まで調査をいたしました。この期間に、私の後の先生からお話があると思いますが、新潟県の中越地震に遭いました。私は、幸いに下越の方にいたものですから、震度5を経験しましたが、その後、中越の周囲の病院の先生方は地震の方の復旧や対策が大変になってきましたので、そういう意味ではまた調査に障害が生じましたけれども、私どもと仕事をしてくださった下越の保健所の先生方には非常にご協力をいただいてスムーズに調査を終えることができました。

秋田県は、その後、翌週の月曜日の11月8日から2週間、11月19日まで、それから、山形県は、12月に入って13日から24日までと。ここで2週間あくのですが、この間に国の会議があり、その報告がありましたので、こういう期間になりました。

症例数は55例で、死亡が19ですが、この6月にもうお一方がお亡くなりになりましたので、死亡は20になり、致命率が約40%となりました。

発症日は今年の8月9日から11月13日です。後ほど発症曲線をごらんに入れますけ

れども、お二方が前後に離れていて、集中した期間というのがございます。集団発生の確認としては、平成15年、2003年11月から昨年8月にかけては、発生動向調査上では秋田県が2例、新潟県と山形県が1例ずつのお届けなので、3県分を合わせて4例の急性脳炎のお届けでしたが、9月から10月にかけては3県合わせて45例、全国では57例でしたので、ほとんどが秋田、新潟、山形からのお届けになったわけです。そういった意味では、ベースラインから考えても何か大きなアウトブレイクがあったのではないかと、いうふうに思っております。

症例定義と探査ということで、我々はどういう症例を集めたかということです。FETPのつくった症例定義ということで、まず、平成16年7月1日以降というのは、最初の患者さんから考えて、どうして7月1日かというのは非常に問題もないわけではないですが、ある程度の期間を区切って集めようということで7月1日にしました。また、急性に発症すること、それから、県内の医療機関に入院する者、それから、四つの症状、意識障害、けいれん、それから麻痺、不随意運動のいずれかを呈した者、こういう方の情報を収集するよという事で県と話をしました。

これが3県で行った症例収集の方法です。見ますと、3県とも情報収集方法が違います。ということは、症例定義の違うものを集めていたということになります。新潟県は、私たちの調査が行く前からもう既に患者さんが発生して症例を集めていたものですから、県として、下肢の脱力とかふらつきを初発として不随意運動が出てくるもの、けいれん←重積、意識障害に進行するものということで、新潟県では過去3年にわたって症例を集めました。

秋田県は、5類感染症に該当する者を届け出るように県内の医療機関に文書を出すとともに、この時点で、秋田県では症例の中には腎障害を持った人が多いということがわかっていましたので、県庁から透析医療機関へ届け出をするよという事で電話でプッシュしました。

山形県では、新潟県の会議に山形県の職員が参加されていて、そこで情報収集をしていましたので、最初は新潟に近い二つの圏域で情報収集していますが、その後、全県内に広げました。

症例定義については、3県では一致していません。これは、私どもの症例定義をお示したのですが、既に急性脳炎自体が進行しておりますので、県としては、対策上、もう症例を集めざるを得ないという意味で、県としての症例定義を決めて既に集めていたということがあります。

ただし、集まってきた症例を見ますと、すべて5類感染症の急性脳炎の定義には当てはまっている。それから、症例定義は、もちろん必要に応じて変える必要が出てくると思いますが、今回につきましては、集めている最中ということもありまして、変更はちょっと厳しかったということがありました。

55例の症例の特徴の把握を行いました。非常に細かい字で申しわけありませんが、男性が23例、女性が32例です。平均年齢が70歳ですので、比較的、高齢の方というこ



とになるかと思えます。男性の平均が65.1、女性が73.5で、幅が16歳から94歳です。腎障害というのは、病気になってからの腎障害ではなく、発症前の腎障害で、そういう方が85%、発症前に腎臓の血液透析をされていた方が60%です。皆さんが血液透析で、腹膜透析の方はいらっしゃいませんでした。

症状としては、意識障害、不随意運動、上肢の振戦、下肢の脱力が主な症状です。発熱は、非常に不思議なことに、入院時の発熱は7%、55例中4例しか見られませんでした。それから、入院8日以内まで延ばしてみますと、これは37度5分以上発熱したのですが、91%の方が発熱しています。

それから、スギヒラタケの喫食を見てみますと、発症前4週間以内までさかのぼって聞くと96%の方が食べていて、食べていない方は2名、それから、食べたか食べないかわからないと言った方が2名、もう一人の方は、ちょうど亡くなったばかりの方で、この方は調査はちょっと勘弁してほしいと言われて調査できませんでした。

1週間以内の喫食にしますと、43人の調査ができて、29名の方が1週間以内に食べていたということですので、6割の方が発症1週間前に食べていました。逆に言うと、3割から4割くらいの方は発症する1週間前には食べていない、2週間前に1回だけ食べた方もいらっしゃいます。

スギヒラタケというのは、すべて加熱調理をして、ゆでたり炒めたりして食べています。今日スギヒラタケの写真を持ってきておりませんが、公衆衛生学会の第1分科会のポスターセッションのところにはスギヒラタケの写真を入れておきました。スギヒラタケは白いキノコで他のキノコとは間違いづらいキノコだというふうに思います。

微生物の検索を行いました。血清、髄液、尿、便ともに共通した病原微生物は検出されていません。

転帰につきましては、完全に治られた方、リカバーされた方が21名、それから、後遺症を持たれながらリカバーした人は14名、死亡が20名となります。

血液所見を見ますと、白血球の上昇は、入院時には15%ですが、入院8日以内で見ますと55%です。髄液検査が行われたのは、40例ですけれども、細胞数は余り上がっていない感じで、55%が3分の10個くらいまでです。蛋白は、46から100の方が多いため、中等度、蛋白が上がっているということになります。私どもは、感染症と毒物などを疑って考えてみるに、入院してきたときに発熱が余り見られないことや髄液中の細胞数が余り上がっていないことを考えますと、ちょっと感染症らしくないようにも見えますし、また、病原物質が出てきていないところも、それを裏付ける結果に見えます。

しかしながら、今度、毒物の観点から考えますと、発症前に1週間以内に食べていない方が3割から4割いるということは、2週間前に1回だけ食べた人とか、そういう方が発病されている。こういう毒物があるかどうかを毒物の専門家の先生にお聞きしたところ、今のところ、ちょっと見当たらないということになっております。

これがスギヒラタケの累積の喫食率ですが、1週間前まで67%、約7割の方は食べていますが、逆に言うと3割の方は1週間前までには食べていないということになります。

水とか食事とか投薬についても確認してみました。ほとんどの方が水道水を利用しています。それから、スギヒラタケ以外に共通した食品というのは調査では見られませんでした。あと、腎透析など腎臓の悪い方がいらっしやっただので、何か共通の健康補助食品等がないかというふうに思って調べてみましたが、それについても共通のものは見られませんでしたし、共通の外食歴もありませんでした。投薬についても、カルテをひっくり返して見ましたが、ほとんどの症例に共通した薬は見られませんでした。

それから、同一世帯内での複数例の発症がないということで、ここからしますと人から人にうつるものではなさそうだというふうに思っております。

これが発症曲線です。山形県の最初の8月の例と11月13日の例がありますが、この例を除きますと、発症曲線はこのように固まっております。新潟県は比較的前の方にありまして、こちらが秋田県になり、山形県はこのようになっております。もちろん、症例は、全部が本症の症例ではなくて、別な疾患の紛れ込みもあると思います。今日は9月13日ですから、ちょうど1年くらい前からこのように上がってきまして、こんなような発症曲線になります。

症例の地理的分布ですが、実際に症例の方々のご実家にお邪魔して環境も見てきましたが、新潟県の北部のまちのこの辺に小さな川が流れています。ですから、川沿いに何か影響があるかもしれないと思ひまして、川からの距離も解析の中に入れてみました。大きな川となりますと、これが雄物川、ここに最上川が流れていまして、ここに大川という川が流れています。大きな川もあるのですが、大きな川というより、ご自宅の近くに100メートルとか150メートル以内に小川が流れているという状況も見られましたので、それも何か関係があるかもしれないというふうに考えました。

微生物学的な検査につきましては、現在まで原因と考えられる微生物は検出されていません。

日本脳炎は、今、インドで1,000人以上の死亡が出そうな感じで流行していますが、日本脳炎とかウエストナイル、単純ヘルペス、水痘、エンテロ、EB、サイトメガロ、麻疹、ムンプス、風疹、エコー、コクサッキー、いろいろな検索をしましたし、それから、髄液の一般細菌培養、墨汁染色、抗酸菌染色の結果は陰性でした。

解析として、秋田県での症例対照研究を行いました。秋田県の症例は23例ありましたが、今回の症例のうち、透析をしていた方15名をケースといたしまして、コントロールは秋田県全体の透析の1,600名の方が協力してくださることになりました。この辺は、患者の中に透析している方が多いということも情報としてありましたので、どんなことでも協力するからちゃんとやってくれということで、非常に協力していただきまして、これらの529名の方々のデータを用いることができました。

まず、単変量解析ですが、やっぱり、スギヒラタケの喫食というのは8.3と高いオッ

ズ比を示しました。それから、山に入ること、これは、虫に刺されるとか、山に入って土壌をさわるとか、動物との接触も含めて、山に入るということを入れてみたらこれも高いオッズ比を示しました。ほかに高いオッズ比を示したのは、透析で原因疾患が糖尿病の方がオッズ比2.3、川から100メートル以内に住むは1.2、男性であることは0.8ということでした。

次は、多変量解析を行いました。症例と対照ですけれども、年齢は症例と対照ではほぼ同じです。透析期間は、症例が若干長いということでした。多変量解析の結果、山に入るがオッズ比7.5で有意差あり、それから、スギヒラタケの喫食もオッズ比5.6で有意差ありということでした。他に透析の導入原因疾患糖尿病がオッズ比5.7で、透析期間というのもオッズ比1.1で有意差ありと出ました。

透析導入の原因が糖尿病や透析期間については曝露というよりは発症のリスク因子の1つと考えました。

量の反応関係を見るために、茶わん1杯以上と茶わん1杯未満で分けて解析をしましたけれども、なしまたは不明の方と比べますと、オッズ比が1.2と6.4で高いのですが、この二つ、茶わん1杯以上と茶わん1杯未満で見比べてみますと有意差が見られませんでした、量反応関係もちょっとはっきりしません。

その他の調査として、秋田県内の農業、林業、水産業にかかわる公的機関に対して発生のパターンをお示しして、これと合致するような自然現象などはないかとお聞きしたのですが、特段、関連するものはないということでした。

そういうことで、提言としては、原因究明に至るまでにスギヒラタケの喫食を控えることと、山に入る際の一般的な注意、例えば虫に刺されないことや生水を飲むことに対する注意などが必要ではないかと情報提供すべきであると私たちは考え、県にお伝えしていたところです。

県からは、県民に対してスギヒラタケを食べないようにという勧告がでております。秋田県の調査のプロジェクト委員会では、山に入ることに関する注意喚起をそれだけで行うのは難しいということで、今年は山に入ることにのさらなる調査をしようということで、現在、スギヒラタケを控えるようにというような勧告のみが出されているところです。

さらに、提言としては、今後、調査が必要であるということや、5類感染症の急性脳炎の届け出をきちんと観察してゆこうということにしました。今回の調査は3県にまたがったのですが、こうした広域に発生した原因不明脳症に対しては、県同士の連携が大切です。今回の3県は個人情報に至らない情報は非常にスムーズに交換できましたし、共有できたと思います。

反省としては、県や保健所と私ども調査班との情報交換についてであり、私どもは調査のベースを衛研に置いたり保健所に置いたりしましたが、調査のベースとなった部署とはほぼ毎朝ミーティングを行い、情報交換ができましたが、必要な部局と調査中に十分な情

報共有が行えたかどうかは不安なところがあります。

それから、亡くなった方が20例いらっしゃいましたが、剖検に協力してくださった方が現在までで4例あります。私が最初に調査にお伺いした方は既に重体でして、ご家族にお話をお聞きした翌日、死亡されました。主治医も剖検の必要性を感じていらっしゃいまして、ご家族に剖検をお願いしたのですが、了解は得られませんでした。食品衛生法は剖検に対する記述がありますが、感染症法は積極的疫学調査に関する記載はありますが剖検については書かれていません。法律に書かれていてもいなくても、剖検についてはご遺族の方にお願ひすることですので、法律の整備のみで解決する問題ではないですが、感染症の中に剖検についての考え方を示しておく必要はあると思っています。

それから、合同で3県の調査をやる場合にのように、県をまたがるような時にだれが決定権を持ってやるのかという問題があると思います。

3県での合同会議が先日行われまして、今後の調査などを話し合ったところであります。調査していく中で、去年の反省点としては、調査が始まったときにすでにタイムラグがあったことがあります。そうした状況では1カ月前に何を食べましたかと聞くのは非常に厳しいものがありまして、なかなか思い出していただけません。それは、通常、自分のことを考えてもそうだと思います。それから、調査の途中で地震に遭いましたので、被災地の医療機関とか保健所の先生方はそちらの対応も忙しくなってしまったということがあります。

余談ではありますが、調査の途中で方言の問題に直面しました。原因究明のために、症状や発症前のことを熱心にお話して下さっているうちに、お話のスピードがすごく早くなり、その内容がわからなくなってしまうことが多々ありました。そうした場合、一緒についてくださった保健師さんとか保健所の方にいろいろお聞きしながら調査をすすめてゆきました。これは、逆にいろいろ確認しながらできたというメリットがありました。原因を追及するために私どもに一生懸命にいろいろ教えてくださった症例やご家族の方々に感激をしたところでありまして、こうしたセッティングをした下さった保健所の方々のご努力があったからこそ、調査がスムーズに進行しました。

私のスライドはこれでおしまいです。今回、原因不明の急性脳炎ということで、いまだにその真相がわかっているわけではありませんので今後、調査を継続してまいりたいと思っております。今までの調査に当たりましては、3県の県庁の方々、関係の保健所の皆様、衛研の方々、そして大学関係、医療関係の皆様方に大変お世話になりました。

私どもの調査が非常にスムーズにいったことをここに報告し、感謝申し上げたいと思います。ありがとうございました。

(拍手)

座長(佐々木) 山口先生、どうもありがとうございました。

非常に興味深いご発表でした。また後でお聞きしたいと思いますけれども、先ほどの林先生からの保健所長の資質のアップに関して、第1報からインパクトをはかる、そういう

能力が必要だというお話を承りましたが、僕は、これに一番最初に気がついた人はどんな人なのだろうと、それに非常に興味を持っていて、後でまたお伺いしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは次に、新潟県から来ていただきました佐藤先生に、中越大震災のご経験についてお話をいただきたいと思います。

佐藤先生は、保健所長ではなく、保健所長の上になる健康福祉部長という立場でございます。ですから、外部評価に若干近いかもしれませんが、保健所の働き方等を含めて、そういう立場からお話を伺えたらと思います。

佐藤先生のご略歴につきましては、13ページにございますので、ごらんいただければと思います。

それでは、佐藤先生、お願いします。

### 震災における保健所の取り組み（中越大震災の経験から）

新潟県魚沼地域振興局健康福祉部長 佐藤 正司

佐藤 皆さん、こんにちは。

ご紹介いただきました新潟県魚沼地域振興局健康福祉部の佐藤正司と申します。よろしくお願ひ申し上げます。

まず最初に、お礼を申し上げたいと思います。

昨年10月の中越大震災におきましては、全国の保健所の皆さんから本当にたくさんのご支援をいただきました。助かりました。この席をおかりして、お礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

昨年の暮れまで、保健師さんに支援をしていただきまして、滞りなく市町村の支援が終わったわけでございます。当保健所として満足な地震の対応ができたかということ、必ずしもそう思っておりません。じくじたる思いをしております。そんなことで、ここで胸を張ってこんなことをしたという発表はなかなかしにくいところでございますけれども、たくさんのご支援をいただきましたので、少しでも皆さんの参考になればと、他山の石として反省の材料になればと思っただけでございます。

魚沼地域振興局と申しますのは、この部分でございます。魚沼米で有名なところでございますが、東京と新潟を結ぶ途中にあるところでございます。所管区域は、ここにございますように、これが魚沼市です。地震当時は、ここに書いてあるように、旧6町村がございまして、地震直後の11月1日に合併をいたしました。魚沼市のほかに、川口町と小千谷市がございまして、この3市町が私たちの部の管轄区域となっております。

ただ、ちょっと違うのは、魚沼地域振興局というところでは土木とか農業を持っておりますけれども、私たちは医療圏の関係で小千谷と川口を持っていますが、土木とか農業は小千谷と川口は入ってございません。魚沼市だけでございます。そういう意味では、ほか

の部よりも大きな区域を所管しておりまして、その辺で若干の問題があったことは事実でございます。

次へ行きます。

管内は、僻地の保健所では大体こんなものかと思いますが、高齢化率が26%ということで、県全体から見ると3%ほど高い典型的な中山間地ということで、1カ所だけ、小千谷に三洋電子の工場がございますけれども、それ以外に大工場はございません。

10月23日に中越大震災が発生いたしました。川口町で震度7でございます。この地震の特徴の一つとしては、余震がずっと続きまして、大きな余震では6強、6弱のものがあり、しばらくの間、これが続いたということが大きな特徴の一つでございます。

被害を見ますと、県全体で48人の死亡者が出ております。私たちの管内では24ということで、約半分の方が出ている激震地でした。家屋被害を見ましても、川口で606棟が全壊ということで、これは川口町の家屋の約半分に当たります。半分の家屋が全壊したということでございます。

避難状況を見ますと、避難箇所数が3市町で約250カ所ございます。避難者数が約4万人です。余震が続いたために避難が長引きました。車内等への避難者数も、これは小千谷市で1回だけ調べましたが、6,500人ということでかなりの数がいらっしゃいました。

地震当日の小出保健所でございます。ことし、魚沼市と合併したものですから魚沼保健所になりましたが、昨年10月時点では小出保健所という名前になっております。

以下、時系列的に23日の地震発生からの出来事をずっと整理してございます。佐々木先生からは、地震災害のときに、保健所は地域の中でどのような役割を期待されていて、期待されている役割の中でできたこと、できなかったこと、できなかったことの解決方法について話してほしいと言われております。わかりやすいように、まず、時系列的に出来事をざっと振り返ってみて、その後、総括する形でその辺をお話したいと思っております。

23日は、地震発生が17時56分ということで夕方だったこともあり、職員が38人おりますけれども、5人しか登庁できませんでした。問題は交通ルートでございます。東京と新潟を結ぶ新幹線、JR上越線、国道17号、高速道路、県道のすべて、ここに川口町の和南津という地名がありますが、震源地のすぐそばのそこを通過しております。いわゆるボトルネックになっておりまして、そこで地震が発生したために、交通路すべてが断絶状態になりまして、新潟 東京間の人流、物流の全部が途絶したわけでございます。

そして、当部の職員は38人おりますけれども、約20人が川口町より北の長岡市という都会に住んでおります。彼らは小出の方に物理的に来られないために、10月末までの1週間は職員の半分で対応しなければならなかった。ただでさえ小さい保健所が緊急時に戦力が半分になるという異常事態が起こったわけでございます。

幸いにも、小出は被害が小さく、ここにあるように、庁舎の被害もひび割れ程度でしたが、書類が散乱して足の踏み場もなかった、そんなふう聞いております。電話につきま

しては、停電で使えず、代表電話の着信だけが可能だったということだそうです。少し離れた合同庁舎の公衆電話に各部の職員が10円玉を抱えて群がったと。そのうち、保健の相談電話の黒電話が使えるということに気づきまして、これを使って真っ暗な中で情報収集に努めましたが、なかなかつながらず、結果的にほとんどできなかったという状況でございます。

最後に、難病患者のことだけをお話ししておきたいと思います。

管内には411人の難病患者がおられます。うち84人が重症認定患者です。人工呼吸器を使用している人、在宅酸素を利用の人、透析、経管栄養の人など、医療依存度の高い患者さんが約20人おります。この20人の方に、この日から電話で安否確認を実施いたしました。なかなかつながらなくて、全員を確認するのに約1週間かかったというふうに聞いております。人工呼吸器装着患者2人につきましては、当日は連絡がとれませんでしたけれども、市の保健師をお願いしまして、24日に入院していることを確認しました。

翌日でございます。朝6時半に電気が復旧いたしまして、電話とパソコンの使用が可能となりました。電話が通じるようになったというものの、被災地への電話が通じなかったりして、詳細、確実な情報はとれなかったということでございます。

午後でございます。私も、実は23日の夜に小出に向かいましたが、小千谷からは先へ進めず、小千谷で車中泊をいたしました。翌日は、長岡に戻り、柏崎へ行って、松代、十日町、塩沢と大回りしてやっと13時に登庁いたしました。そこで、災害業務以外はすべて後回しと、当たり前ですが、そういう方針を出し、災害業務に特化いたしました。

新潟県の場合、交通の関係等で登庁できない職員は住所地の近くの事務所に行きなさいということになっております。先ほどお話ししましたように、川口町以北の職員は長岡の保健所に行くこととなりますけれども、長岡に行っても仕事にならぬだろうということで、川口町に住んでいる1人を除き、こちらに来られない職員は小千谷市の総合体育館の方へ派遣して、2交代24時間体制で総合体育館に勤務させました。保健師、薬剤師、管理栄養士等がいて、一時は3,000人を超えるという大きな避難所でしたが、その管理にかなり役に立ったというふうに聞いております。

それから、旧堀之内町の方から精神安定剤を処方できる医師が欲しい、人数は任せるという要請を受け、医師会長と協議いたしまして、医師会から、25日の朝から派遣していただくことで了解いただきました。

このころ、川口町のお医者さんからも薬品搬送の要請がございました。化膿どめ軟膏とか抗菌剤、血圧計、PL顆粒等の薬品が足りないという要請でございます。

このころの孤立した川口町の状況を申し上げますと、町には保健師が3人おります。3人中2人は町に住んでなくて、町の外のために登庁できなくて、保健師1人で診療所の応援をしておりました。町の行政の方は、保健師、看護師の支援が必要かどうか、支援が必要であれば私たちの方で送るからということ聞いておりましたが、その返事もできない状況でございまして、相当に混乱していた模様でございます。

診療所の方は2カ所ございますけれども、24時間体制で、明かりのない中で、支援もなく、懐中電灯の明かりのもとで創処置を二、三十人に実施していたというふうに聞いております。川口町の方へ医療チームが入るのは、後で出てきますが、高速道路が仮復旧する26日になります。孤立した川口町への医療支援がおくれたのは反省点の一つかなと、そんなふうに思っております。

25日になりました。先ほどの川口町の薬品要請につきましては、小出の県立病院にお願いして調達し、私たちの方で、本来は通れない通行止めの危険な道を通って搬送いたしました。医薬品の供給につきましては、スライドの下部にもありますが、小千谷は大きな病院が二つありまして、交通が寸断していなかったこと、それから、医療チームが速やかに支援に入ったことから特段の対応の必要はありませんでした。川口町だけの医薬品の供給支援ですが、これについては滞りなくできたように思っております。

小千谷市の方から医師の派遣要請がございました。小千谷は精神科の病院がありませんし、診療所もございません。そんなこともありまして、精神科の医師1名の要請でした。川口町からは医師2名の派遣要請を受けました。そこで、県庁へ連絡いたしましたし、郡市医師会長とも協議いたしました。このころまでは市町村からの要請を受けて対応するという通常のパターンでしたが、この後、全国から医療チームがどっと入ってきて混乱を生むこととなります。この点はまた後でお話したいと思えます。

それから、堀之内町につきましても、情報収集と支援ということで、保健師2人を避難所の町民体育館に派遣いたしまして、避難所の保健衛生対策について助言させるとともに、他の保健所の応援を得て12時間勤務24時間体制ということで勤務させました。

それから、ここに書いてございませんけれども、市町村からの情報収集は、なかなか行政ルートがきかなかつたということで、保健師のルートを使いました。保健師は個人的なつき合いが密になっておりますので、携帯電話等もお互いに知り合っているということで、かなり効果的な情報が入ってまいりました。保健師ルートでの情報収集に頼っていたという状況でしたが、また後で出てきますけれども、その後、県外等からの応援者が急増し、応援者の調整業務の対応、県庁等からの問い合わせ、調査依頼が激増いたしまして、とてもではないですが、堀之内町の方へ保健師を出していられなくなり、引き揚げることになりました。しかし、やっぱりホットラインが要るなということで、10月末から、再度、各市町に担当保健師を張りつけることといたしました。現場の事務は市町村が行いますし、現場は対応に追われて、ともすると情報発信が後回しになってしまうことから、そういった市町村とのホットラインの確立は非常に大事だと思っております。

ただ、理想を言えば、保健師が取りに行くよりは、市町村の方で情報発信体制をきちんと確立して必要な情報を県に上げ、県は国に上げる、そういう体制が整備されればベストなのかなとは思っております。

それから、26日でございます。この日から高速道路が低速で通れるようになりました。川口町へも入れるようになり、川口町への支援が本格化いたします。この日からこのころの



ケアチームが小千谷と川口町に入ることになりました。そのうち、川口町のチームには当部の職員が調整役として張りつきました。

この職員は、精神相談員の地域保健課長でしたので、リーダーシップを発揮いたしまして、毎夜、川口町で医療チームとこちらのケアチーム、町の保健師等を集めたミーティングを実施しまして、各機関の連携、チームごとの区域割り等について調整を行いました。

それから、精神疾患や慢性疾患の患者につきましては、今までかかっていた主治医と連絡をとりながらケアをしてもらおう、応援に来た医療チームではなく、従前の主治医にケアしてもらうことを基本にしまして、その薬につきましては、先ほどの保健課長がケアチームに随行する際に、朝、小出の病院と小千谷の病院を回り、薬を受け取って緊急車両に乗って川口町へ持参し、町の保健師を通して配付いたしました。

それから、こんなこともしたということですが、応援保健師の避難所への先導です。被災直後は、通行止めの箇所がたくさんございます。あるいは、応急復旧ということで、工事中のため通行止めの箇所が非常に多く、地理に疎い人はここへ行きなさいと言われてもなかなか現地へ行けないのです。そんな状況でしたので、毎朝、長岡の県立美術館の広い駐車場に集合してもらい、うちの運転手が小千谷市や川口町の現場へ案内したことも地震の直後はございました。

ここまでが3日間の出来事でございます。27日以降は、ここに書いておりますが、1日から県外の保健師の受け入れが本格化いたします。先ほど申し上げましたが、市町村の要望を聞いて県庁や日本看護協会と調整をする、あるいは、派遣元の県等から照会が来ることに対応する、あるいは、活動場所への経路に関する現況説明、こういう業務量が非常に多くて大変手間をとったところでございます。

27日以降の2番目ですが、感染症とか食中毒予防のチラシを配布したり、炊き出し施設の監視、指導なども行いました。

振り返ってみますと、地震直後から2週間、職員が少なかったせいもありますが、こちらで仕事をしようと思わなくても仕事の方で勝手にやってきました。市町村等の支援要請の対応などで本当に手いっぱいだったという状況でございます。職員が足りなかったこと、また、大きな余震が引き続いてずっとあったこともありまして、はっきり申し上げて、方針を持って仕事をする余裕は全くなかったのが偽らざるところでございます。

部長の私でさえ、最初の1週間は、毎日深夜まで働いていましたし、2週間目は大体10時くらいまで、三、四週間目が8時ころまでやっけていまして、一応、1カ月を過ぎますとがたっと仕事が減って落ちつき、遅まきながら体制を立て直して計画的な業務執行に努めたということです。

総括的なことについて、ポイントを絞りながらお話ししたいと思います。

まず、医療面と救急医療の支援についてでございます。

先ほど申し上げましたように、川口町から医薬品の調達要請がございました。これについてはスムーズに対応できました。それほどたくさんのけが人が出なかったという好条件

に恵まれたこともありますけれども、医療面、救急面の医薬品調達については大きな問題はなかったと思っています。それから、衛生用品の供給につきましても、細かな点は別にして、大きな支障はなかったと思っています。

それから、インフルエンザあるいはノロウイルスなどの感染症、食中毒の予防でございます。11月になりましてから、一番大きな避難所、先ほどお話しした小千谷の総合体育館でノロウイルスが検出されました。もともと出るであろうという予測のもとで衛生面での指導を行ってきまして、下火のままに抑え込むことができました。食中毒につきましても、事件はありましたが、炊き出し等の指導の効果はあったと思っております。

それから、生活弱者の話でございます。

先ほどお話ししましたように、難病患者の安否確認につきましては1週間もかかってしまいました。避難場所が個人によって千差万別でありまして、家にいるわけでもなし、避難所にもいなくて、実は遠い実家へ行っていたとか、いろいろな方がおります。全員、速やかにというのは困難ですが、せめて、いざというときに安否確認が必要な人のリストはつくっておく必要があるという担当者の反省に基づき、ことし3月に策定した県の災害時保健師活動ガイドラインにおきましては、難病患者を初め、要支援高齢者、精神障害者、身体障害者などの災害弱者の台帳を整備しておくことになりました。

次に、できなかったこと、問題点についてであります。

まず、医療チームの受け入れ、撤退の判断と医療チームの活動の調整です。

医療チームの受け入れ、撤退につきましては、各市町村が判断を求められることとなりましたが、市町村の要請とは無関係に医療チームがどっと入ってきたという実態がありまして、大変四苦八苦しておりました。また、市町村の保健関係を通さずに、いわゆるボランティアセンターに直接来たボランティアセンター経由のお医者さん、看護師もおりまして、そういった方の資格の確認も不十分なままに独自の活動をされ、行政ルートで活動するチームと重複したり混乱を招く事態もございました。

東京都では、医師会がコントロールすることになっていると聞いております。市町村には開業医への遠慮もございましたので、開業医の被害の実態等もよく把握している医師会、医療の供給者サイドが行政の協力を得ながら行えないかと個人的には思っておりますけれども、郡部の管理能力の弱い医師会であることを考えますと、現実的には保健所長が市町村と医師会の間を取り持って調整するのが妥当なのかもしれません。この部分につきましては、現在、新潟県災害時医療救護活動マニュアルの改定作業の中で検討されつつあるところでございます。

なお、これにつきましては、調整とかコーディネートという言葉で語られることが多いわけですが、私は、調整というよりも、コントロール、管理、統率の問題ではないかと思っております。

それから、大災害時にはすぐ応援を要請をする。ふだん、仕事がふえたからといって増員要望しましても、職員がふえたことは一切ございませんので、つい手持ちの勢力で頑張

ってしまいがちですが、未曾有の災害であると判断したら、すぐにバンザイして応援してくださいと要請すべきだというふうに反省いたしました。そうすれば、もう少しましな活動ができたかもしれません。

最後は、県の役割ということですが、地震後はもちろん、今でも私がいららするのは県の役割のところでございます。先ほどのノロウイルスのように、限定された場所で限定された人を対象に活動するのは何の問題もなくできますが、住民全体を相手に活動するような場合、例えば全避難所の住民全体を対象に活動するような場合は、保健所単独ではできません。市町村が実施主体になりまして、保健所は後方から支援する形をとらざるを得ないわけでございます。隔靴搔痒でまだるっこくていららしたわけでございますけれども、県の役割というものは、感染症とか精神を除けば、市町村の支援、専門的・広域的観点からの助言、応援でありますので、基本的にはそれで問題ありませんが、県の保健所の限界のようなものを感じました。

つまり、いざ、鎌倉というときに、住民全体を相手にする活動については、保健所だけでは何もできない、市町村の理解を得て、一体となって活動する以外に道はないわけでございます。ふだんから市町村の信頼を得て一体となって活動していないと、大災害のときにスムーズに仕事が進まないのではないかという懸念はもちろんのこと、ふだんから市町村と連携がとれていても、保健所が考えたとおりに市町村が動くかどうかは、地方分権の時代で市町村の自主性、独立性が尊重されるべき時代においてはなかなか難しい側面もあるのではないかと、そんなふうに推測しております。

今回は、感染症がはやったわけでもありませんし、特に私の事務所で問題があったというわけではございませんけれども、市町村との共同作業という面について懸念が残っているということを申し上げて、報告を終わりたいと思います。

駆け足で雑駁な説明になりましたけれども、ご清聴ありがとうございました。（拍手）

**座長（佐々木）** 佐藤先生、どうもありがとうございました。

日ごろからの市町村との連携がいざというときに役に立つという最後のお言葉は、非常に肝に銘じたところでございます。

どうもありがとうございました。

では、若干時間が延びておりますが、最後に、保健所におけるシミュレーション訓練の有用性について、室蘭保健所長の荒田先生にお願いいたします。

荒田先生のご略歴については、15ページに掲載してございますが、この中で、1998年、平成10年に滝川保健所長をしておられますが、僕の記憶に間違いがなければ、このときに0157を経験されたのでしょうか。

**荒田** いいえ、このときはウイルス感染症です。

**座長（佐々木）** 失礼しました。

その資料を平成11年に当時の公衆衛生院の保健所長の研修会で最初に見せていただきまして、すごいなと思いました。きょうは、その辺のお話をさせていただければと思います

ので、よろしく申し上げます。

## 保健所におけるシミュレーション訓練の有用性

北海道室蘭保健所長 荒田 吉彦

荒田 ご紹介いただきました北海道室蘭保健所の荒田でございます。

お二方から、非常に役に立つ実践的な報告をしていただきましたが、私のところはおまけのようなものですので、気軽に聞いていただければと思います。テーマは「保健所におけるシミュレーション訓練の有用性について」です。時間も大分延びておりますので、手短にお話ししたいと思います。

地域保健対策検討会中間報告については、私の方からお話しする必要もないでしょうから、省略します。

さて、私とシミュレーションの関わりについては、今、佐々木先生からお話がありましたように、平成10年の滝川保健所時代にさかのぼります。ここで、小学校における原因不明の集団胃腸炎を経験いたしました。私自身、平成7年に帯広で起こったO157事件の応援などに出ていましたけれども、このとき保健所長になって初めて100人を超える事件に遭遇しました。そのとき、食中毒か感染症かわからないから、食中毒と感染症の両方を視野に入れて調査を行いました。そうしましたら、今より七、八年前のことですので、随分いろいろなところから怒られました。どちらかわからないような状態で調査をすることは何事だとか、食中毒なら食中毒と考えてやるべきだと。今なら、どちらかわからないから調査をするのは当たり前であって、そんなことを言う人はいないと思いますが、そういう時代だったわけです。結局、この事件は、ロタウイルスによる集団胃腸炎ということで、食中毒ではなくて感染症の取り扱いになりました。

事件が一段落ついたときに、その事件の経験をもとに、「シミュレーションを作らないか」という呼びかけがありました。呼びかけの主は、先ほど話された国立感染症研究所に行っている山口先生ですが、当時、道庁の保健福祉部保健予防課にいました。最初は当時流行していたゲームブックのようなものを作ろうと構想していました。設問に対して選択肢が幾つかあって、おかしな選択肢を選んだら一気にゲームオーバーになる、そういうゲームブック方式のものを作ろうかというようなことを考えていました。

しかし、それは少し娯楽性が高過ぎるし、作る方もちょっとしんどいということで、結局は信頼度という点数をつけて、おかしなことをすれば点数が減るような形のシミュレーションを作りました。これは、「アウトブレイクの危機管理」という医学書院から出ている本にも収録してもらっております。また、平成11年には、札幌に道内保健所の感染症と食品の担当者七、八十人を集めて、シミュレーションを用いた研修会を実施しました。その後も、当時はそういうシミュレーションのようなものを作る奇特な人はあまりいなかったせい、それをもとに保健医療科学院（当時の公衆衛生院）などで何回か演習を実施

し講師を務めさせていただきました。

その後、私も平成12年から一時期保健所を離れ、道庁で介護保険の仕事をしていました。主に、要介護認定や介護保険施設の指導、介護予防、痴呆介護をやっていたため、健康危機管理からはすっかりご無沙汰していました。そのときにも、有珠山が噴火したときには2週間くらい派遣されたりしましたが、それを話すと長くなりますので、ここでは割愛させていただきます。

その後、平成14年に釧路保健所に異動になりました。釧路保健所の3年間では、何でもこんな事件が起こるのだろうかと思うくらいに次々と事件が起こりました。前任地の介護保険課にいた時期には、とりあえず保健所じゃないからタバコを吸ってもいいかなと思って、遠慮なく吸っていましたが、保健所に戻ったから禁煙しようと思っていました。ところが、タバコをやめるたびに事件が起こるため、複数の職員から真顔で「所長は禁煙しないでほしい」と言われる始末でした。ご存じの方もいるかもしれませんが、異動直後の向精神薬すり替え事件から始まり、BSE陽性牛の発見、600人を超える学校食中毒等、幾つか大きな事件が起きました。

また、地震もしょっちゅうありまして、3年間いる間に震度5以上の地震が4回くらい起きました。ただ、最初が震度6の地震だったので、大体壊れるべきものはそのときに壊れてしまって、その後は、震度5の地震が起きてもほとんど何の被害も出ないようにになりました。

さて、シミュレーションに話を戻します。一口にシミュレーションと言っても、いろいろな形のシミュレーションがあると思います。幾つか例を挙げてみました。

机上シミュレーション、これはSARS等への対応として、各保健所で取り組まれたことと思います。ある場面を想定してどう対応するべきか、という形式のシミュレーションです。他にも、火山災害に対してどう対応するべきか、というものもあります。まず、このようなタイプのシミュレーションがあります。

次に、実際にあった事例等に基づいて、場面をもっと具体的に想定して行うシミュレーションです。この例は、600人を超える学校給食による食中毒ですが、ミニきなこねじりパンがノロウイルスに汚染されていたという事例です。これは、1月下旬の金曜日、19時半頃に連絡を受けたあなたが行うべきことは何か、という形式で行うシミュレーションです。今も保健医療科学院で実施していますが、設問が19問あり、大体3時間くらいかかります。

また、シナリオ方式のシミュレーションもあります。これは、前と同じ事例ですが、人物像を設定してシナリオを用意しておき、それを演じてもらった後に検討してもらうという形式です。こういうシナリオ方式のシミュレーションを活用することで、非常に臨場感のある追体験ができるのではないかと思います。

シミュレーションという同じ言葉を使っている、微妙に示すものが異なることがあります。

さて、次にこうしたシミュレーション等の実施状況についてお話しします。昨年度、大久保班藤本グループの厚生科学研究「大規模感染症発生時における行政機関、医療機関の間の広域連携に関する研究（主任研究者：大久保一郎、分担研究者：藤本真一）」において、私が担当しましたのは、参加型研修に関する実態調査でした。全国の保健所のご協力を得てアンケート調査を実施しています。

参加型研修というのは、私が勝手にそのように定義しましたが、図上演習、あるいは、着脱、移送などの実地訓練を伴う研修を指します。講演等で話を聞くのではなく、受講者の実作業を伴う研修を想定しています。そういった研修をどの程度の保健所が実施しているのか、を調べたわけです。SARSへの対応という緊急に取り組まなければならない課題があったため、こうした研修はかなりの保健所で取り入れられてきていました。

回答率は69%です。保健所には同じような調査がたくさん来ていますので、私も答えるのが嫌だなと思うことが結構ありますけれども、このくらいの回答率にとどまっています。

参加型研修の実施状況ですが、これは、12月に調査を実施したということがありまして、年度内に参加型研修を実施している保健所は、35.5%にとどまっています。年度内実施予定の保健所を加えてもまだ6割まで届きません。SARSの発生がみられた平成14年、15年ごろにはかなり行われていたシミュレーションなどを含む参加型研修ですが、今も鳥インフルエンザの問題などを抱えています、少し熱が覚めてきてしまっているのかなという心配があります。また、県型保健所の実施に対して、市区型保健所の場合には、年度がかわってから実施しようというところが多い結果になっています。それと、実施している回数ですが、やはり1回という回答が多くなっています。

また、研修のターゲットとする疾患はSARSが最も多く、以下、鳥インフルエンザ、天然痘等という順になっていました。

次に、参加型研修の形式です。SARS患者の移送などの問題が出てきてから、防護服の着脱、アイソレーター、移送カプセル等を使った患者の移送訓練が多くなっています。また、シミュレーション等を含む図上演習を実際に行っているところは実施している中の38%にとどまっています。

次に、研修の効果です。こういう参加型研修をやったことによって、対応能力が向上したという回答が9割を占めています。ですから、参加型研修が役に立つことは各保健所ともに認めているわけです。

最後に、こうした参加型研修を継続的に行う体制が整っているかどうかという設問に対しては、整っているという回答は半分以下にとどまっています。研修体制が整っていない理由、逆に言えば、今後どのような条件が整えられればこうした研修が継続的に実施できるようになるのかということになりますが、回答が多かったものは、ノウハウの不足、人材の不足、このあたりが合わせて半分ぐらいです。この設問は複数回答ではなく、最も大きな理由を聞いていますので、これらの要素が今後の研修体制の整備に欠かせない、とい

うこととなります。あとは、必要性の認識という回答も見られました。今後、こうしたシミュレーションなど、あるいは、実際に着脱であったり移送であったり、という参加型研修が定着していくことこそが、保健所が健康危機管理の拠点として役割を果たすために必要になるわけですが、まだ定着には至っていないというのが実態のようです。

平成16年度の地域保健総合推進事業で、岸本所長（広島県福山地域保健所）を中心に「保健所における一般業務に関するシミュレーション用教材の作成」を行っております。こういうCD-ROMが各保健所に配付されていますので、ご覧になっている方もいるかもしれません。このCD-ROMには16の事例が入っています。先ほど例として挙げたシナリオ形式の事例なども含めて収録されています。また、シミュレーション事例の作り方、ライティングに関する内容もこの中に含まれております。また、健康危機管理に係る事例としては、病院の廃院、結核、精神、O157、感染症等が収録されていますので、ぜひ一度ご覧になって活用いただければと思います。

シミュレーションを訓練に活用するというお話してきましたが、健康危機管理能力を高めるために最も効率的で有効な方法というのは、実際に事件を経験することだと思います。ただ、能力アップのためだけに事件が起こってほしいと考える人はあまりいないでしょう。多くの人は、できるだけ平和な日々の中でそういう能力をつけることを望んでいるはずで、となると、やはりシミュレーションを活用した研修が重要になると思います。現在もそうですが、今後においても、まったく経験したことがない事例に遭遇した時、経験がないから、では世間は許してくれません。また、もちろんマニュアルを整備していくということも当然並行して進めていかなければいけないのですが、マニュアルだけでは解決できない問題が非常に多くなってきています。マニュアルのない健康危機に対応するためには、科学的な根拠、法的な根拠、それにあわせて、常に健全な想像力をフルに働かせて、職員とともにディスカッションをしていくということが必要となるでしょう。ですから、考える訓練をシミュレーションを通じて行っていかなければならないと考えているわけです。

最後になりますが、シミュレーションを使うだけではなく、これからはぜひシミュレーションを作ってほしいと思います。やはり、事例を集積し、蓄積することが必要です。これから、事件を経験した保健所長は、できるだけシミュレーション等を活用して事例を報告してもらえれば、と思います。今年から医師臨床研修が始まっていますので、医師臨床研修で試作品を活用していただければ、他保健所でも活用できるものであるかどうか、試すことも可能です。また、研修医にとっても役に立つ魅力的な研修になるのではないかと思います。

これまで、健康危機事例の報告は「読む」、「聞く」という受け身の姿勢で受け取ることが多かったようですが、さらに一歩進んで「体験する」、「考える」ことができると、より効果的だと思います。もちろんシミュレーションだけをやっていればすべてが済む、ということではありませんが、こういうシミュレーションの活用もあわせて実施していく

ことで職員の資質の向上にもつながるだろうと思います。

以上で私のお話を終わります。ご静聴ありがとうございました。

(拍手)

**座長(佐々木)** 先生、どうもありがとうございました。

やはり、先生には、室蘭保健所でもたばこをやめられて、ぜひいろいろなアイデアを練ってシミュレーションをつくっていただくとありがたいかと思います。

それでは次に、会員協議に移りますが、その前に5分間の休憩をとりたいと思います。

[ 休 憩 ]

**座長(土居)** それでは、会員協議に入りたいと思います。

こちらの不手際であと40分しか残っていないということと、5時できっちり終わらないとこの後の懇親会ができません。会場が同じですから、5時にはきれいに切り上げるということで、多分、消化不良になるのではないかと思います。

そこでまず、いろいろな議論をする前に、特に話題提供をいただいたお三方の先生方に、直接、質問、疑問等がございましたら、その部分を先にやってから、あとは健康危機管理について、少し時間がありましたらそれ以外の今後の保健所の機能についてということで協議を進めてまいりたいと思います。

まず、話題提供の3人の先生方への直接のご質問等がございましたら、挙手をして、所属を言ってください。

どうぞ。

**フロア** 大阪の茨木保健所の柳と申します。どうぞよろしくお願いします。

林先生にですが、今回見せていただいたレジュメの中で、ふだんのルーチン業務と危機管理をセットにさせていただいて……。

**座長(土居)** それは後で詳しい話になりますので、お三方についての直接の質問です。

どうぞ。

**フロア** 富士保健所の鈴木です。

林先生をお願いします。

**座長(土居)** 林先生以外の話題提供されている先生に直接のご質問ということでございます。後になりますとそれがもうできなくなる可能性がございますので、話題提供をいただいた3人の先生に、ここだけは確認しておきたいとか、意見を聞いておきたいことがありましたらお願いいたします。

どうぞ。

**フロア** 埼玉県の幸手保健所の土屋と申します。

新潟県の佐藤部長さんにお伺いしたいと思います。

地震が起きて、私どもの県では、いわゆる災害の際の医療チームを県の中で考えまして、



即派遣をしたいということで体制を組みました。その際に、いつごろ、どこに入ったらいいだろうということで、県庁に打診をしたのですが、その返事がなかなか来なかったのです。要するに、いつ入ってくれということがなかなか来なかったということがあります。部長さんは現場でやられていたということで、医療のニーズというか、こういうものが足りないというような新潟県庁とのやりとりと申しますが、その辺はどのような状況だったのか、もしお伺いできればと思います。

**佐藤** 僕は余りよくわからない部分ですが、さっきお話ししましたように、小千谷市から精神科医師が欲しいという依頼を受けまして、最初に、医薬国保課の方へ電話をして頼んだのですが、医薬国保課の方では、うちではない、健康対策課だと言われて、精神科は健康対策課で、一般の医療チームは医薬国保課というふうに分かれていたようです。私が依頼したのはそのときだけです。その後、それがどういうふうに伝わったかはわかりませんが、埼玉県さんからは、こころのケアチームが最初にうちに入っていました。

県庁の方でどういう動きをしたか、私は正直に言ってわかりません。ただ、どっと医療チームが入ってきたのは、県庁の方で各県へ依頼した結果、入ってきたのだと思います。だから、地元からの要請に基づいたものではなくて、県庁の自主的な判断で要請したのだと思っています。

**フロア** そうすると、その際に、例えばどの医療チームがどこに入るとか、そういう情報について県庁から現場の地域振興局にタイムリーに入ってきたのでしょうか。

**佐藤** こころのケアチームは、健康対策課から、派遣する、については、うちの局から市町村との調整役を出してくれという要望がありまして、これはずっと把握していました。

しかし、医療チームは全然わかりません。どこかの有名な病院が何十台という救急車を持ってきているとか、全く情報はありませんでした。

**座長(土居)** ほかにございませんか。

**フロア** 長浜保健所の角野でございます。

佐藤さんに2点お伺いします。

先ほどの話の中で保健所長の姿が全然見えないのです。保健所長は果たして何をしていたのか。家が他で行けなかったのか、寝ていたのか、いたけれども、何もしなかったのか、けがをして入院していたのか、それをひとつ教えていただきたい。

それから、今、全国的にも、こういう統合組織の中で所属長が医師ではない、すなわち事務の方が所属長であると、佐藤さんのようなところがふえています。そういった中で、こういった危機管理は、事務の部長さんから見て保健所長とはどういう関係であるのが理想的なのか、また、そのときに保健所長には何を期待するのかということをお願いしたいと思います。

**佐藤** 大変難しい質問です。

まず、保健所長の姿が見えないというお話ですが、先ほどお話ししたノロウイルスのこ

ととか、さっきはお話ししませんでした、トピックスの幾つかに書いておいたことで、アスペルギルス症候群の発生がありました。ノロウイルスのときには保健所長に行っていたいで衛生的な指導に努めていただきましたし、アスペルギルス症候群のときにはキノコの工場へ行って検体の回収をやっていただきました。

また、うちの所長は、残念ながら、事情があってなかなか動けないということがありました。ただ、ここに書いてありませんけれども、11月に入ってからは県内の保健所長に応援をいただきました。11月2日からだったと思いますが、新津、糸魚川、上越ででしょうか、そうした保健所長さんに来ていただいて、4日間隔くらいで11月初めから二、三週間の応援をいただいて、ノロウイルスの対応などもすべてうちの所長と共同でやっていただきました。

それから、保健所長と私の関係ですが、福祉と保健は合体しておりますので、当然、法律で保健所長の権限になっていることがたくさんございますし、それに付随する業務も基本的に保健所長の仕事ですが、組織的には私が部長で保健所長が医監という形になっています。ですから、部長として何も知らないわけにはいきませんので、情報だけはきちんと伝えてくださいということにしています。ただ、仕事の面で、保健所の仕事を執行する際に私が口を出すことは控えています。基本的には保健所長にやっていただいて、私も情報は知っているという形で進めております。

土 居 どうもありがとうございました。

どうぞ。

フロア 福井県福井保健所の小林と申します。

荒田先生にお伺いいたします。

シミュレーションを作成する場合のコツというものを伺いたいのです。16のシミュレーションでも、問題を提起するために、相手に対して、あなたは課長だよ、あなたは保健所長だよというふうに想定してやったと思うのです。この場合、保健所というのは職種が非常に多い職場でございますが、全部の人を集めてのシミュレーションは可能なものでしょうか。そこをお願いいたします。

荒 田 シミュレーション研修のやり方というのはさまざまな形があると思います。例えば、食中毒とか感染症とか、そういったところにターゲットを絞った研修であれば、やはり関係する職員、そのほかでは企画系の職員を集めて実施するようなことになると思います。ただ、いろいろな職種と一緒に話をすることによって、それまで各職種の中で仕事をしていて気がつかなかったことにも気づく大きなきっかけが得られることがあります。もちろん、所内の全員を集めて研修をやると仕事もストップしてしまいますから、それは、適宜、きょうは何分の1の職員を集めてというような形でもできると思います。

また、CD-ROMは、健康危機管理だけではなく、さまざまな種類の、特に事務の方にも入ってもらって考えてほしい問題をテーマとした事例も入っています。そこはケース・バイ・ケースで、企画段階で何を目的として実施するのかを所内で検討していただい

て使ってもらえればいいのではないかと思います。

それから、シミュレーション事例を作成するときに気をつけることとしては、実話に基づいて作るときに、あまりにもはっきりし過ぎた悪役をつくってしまうと、その職員との関係に支障を来す可能性があるので、そのあたりは少しオブラートに包んでモディファイすることが必要だと思います。

座長(土居) もうお一方、どうぞ。

フロア 富山県中部厚生センターの加藤です。

佐藤部長にちょっとお聞きしたいのは、県レベルあるいは保健所レベルでこういう災害のときの指針といたしますか、マニュアルといたしますか、こういったものは既にあったのでしょうか。

佐藤 保健所単位の災害のマニュアルですか。

フロア あるいは県レベルでもです。

佐藤 県レベルでは防災計画がありますけれども、それ以上に細かい保健所単位のマニュアルというと、健康危機についてはつくってありますが、地震のマニュアルはなかったと思います。

フロア 先生のお考えでは、これを経験されて、やはり、マニュアルがあっても大した意味のないものなのだろうか。荒田先生がおっしゃるように、考える力をつけるのだったらその場その場で考えて対応した方がいいのかということになってくると思うのですよ。マニュアルがあってもなかなか機能しないのではないかなと。富山県は災害の非常に少ないところですからまだつくられていませんけれども、そのところは どうお考えになるのかなと。

佐藤 私は、マニュアルはあった方がいいと思います。なるべくいろいろな場面を想定して、心配してマニュアルをつくっておくということは非常に大事だと思います。

ただ、決してマニュアルどおりには災害は起こりませんので、そのときは、さっき先生からお話がありましたけれども、想像力と目的意識だと思います。自分の仕事の目的は何なのか、そのためにどうすればいいのかということを考える。それから、想像力、イメージーションですね。恥ずかしいのですが、私は、小出にいて、川口の人がどんな生活をしているのか考えようと思ったのですが、なかなか思い浮かばなかったのです。電気もガスもなく、真っ暗でどんな生活をしているのかと、本当のことを言って、よくわからなかった。でも、そういう想像力が非常に大事だと思います。想像力と目的意識をきちんと持って臨機応変に対応していくしかないかなと。そのために、さっき先生がおっしゃったシミュレーションというのは、お話を聞いていて有効かなと思いました。

座長(土居) ほかにございませんか。  
どうぞ。

フロア 千葉県船橋市保健所の佐久間でございます。

佐藤部長にお伺いしたいのですが、私ども船橋市は、地震が起こった場合には、主に小

学校ですけれども、市内の55の小学校に救護所をつくり、医師会長が市長から依頼を受けて、それぞれ救護所になったところに医師会の会員を派遣する、一応、そういうシステムになっています。

しかしながら、本当に大規模な地震が起こったときに、医師会のそれぞれの診療所レベルも大きく被害を受けることが予想されます。また、小学校にしても、医薬品は小学校の保健室に最低限を備蓄している、そういうことはしておりますが、実際に医師会からの情報伝達などもあって、必ずしも救護所に医師会の会員の先生が十分に集まってくるのかどうかということを危惧しているところです。

今回、佐藤部長さんのところで経験された様子として、行政が期待するような形で医師会が活動していただけたのかどうか、あるいは、診療所レベルの救護活動がどの程度なされていたのか。テレビでは山古志村の診療所の先生はよく見ましたが、そういったことについて何かお聞かせいただければ大変ありがたいと思います。

**佐藤** まず、診療所の活動ですが、小千谷市の場合は大きい病院が二つございまして、そこは24時間体制で診察しておりました。そのために、診療所の方はほとんど活動しておりません。ただ、小千谷市の整形外科の先生ですが、医師会の副会長ですけれども、ご自分の診療所も被災されて使えない中で、医師会としての活動に専念されて、市役所と医療チームの調整について一生懸命に頑張っておられました。

それから、川口町は診療所が二つありますけれども、ここは、さっきお話ししたとおり交通が途絶しておりましたので、診療所へ住民が殺到しました。だから、その2人の先生は、寸暇も惜しんで、寝る間も惜しんで働いたということです。

それから、魚沼市は、こちらは幸い被害が少なかったのです。そこで、小出町等にいらっしゃる医師会の先生方が、旧堀之内町、魚沼市の一部ですが、そこに応援に行かれました。小千谷市、川口町、魚沼市医師会というのは、医師会としての団結が非常にしっかりしております。その会長が、本当に地震対策で小千谷と川口と魚沼を走り回っている調整を図ってくれたことは事実でして、大変感謝しています。

**座長(土居)** よろしいでしょうか。

それでは、話題提供についてのご質問等はもうないということで、本題の危機管理全般になると思いますが、もう既に林先生へのご質問がお二方いらっしゃいました。

どうぞ。

**フロア** 先ほどは失礼しました。

大阪府茨木保健所の柳と申します。

林先生の本日のレジュメをいただいた中で、ふだんの仕事と危機管理時ということで総合的に書いていただいているのはとてもありがたいなど。保健所自身は、最近は危機管理ばかりが大きな声で聞こえる中で、平時の仕事とのつながりが大事だなと思っているところです。

質問というか、お願いですが、そのレジュメの中で、先生は、健康危機管理の各原因に

共通する事項ということで、健康危機管理責任者及び代位者、健康危機のレベルの判断、知事以下云々と書かれています。

ただ、私どもは、実際の事例でもありますが、例えば保健所長が幾ら判断しようとしても、結果としては知事であったり、特に知事の判断がある場合に、エビデンスに基づかない政治的判断ということで、実際にそういう対策が要るのかと思われるようなことが意思決定されてしまうことがよく起こってしまいます。あるいは、実際に知事のレベルを超えた、例えば、私は大阪の池田小学校事件のときに保健所長をさせていただいておりましたけれども、大きな事件が起こると、知事は好きなことを言うし、国の文部科学省からも厚生労働省からもどんどん人が来て、それぞれが勝手に物事をおっしゃるようなことが起こってしまうのですね。

ですから、ここで非常に大事なと思うのは、だれがどのレベルでどう判断するか。それより上位のシステムにいらっしゃる人たちがそれをどう尊重して下さるのか。尊重していただけるように我々がどういう活動をしたらいいのかということがポイントかもしれませんが、そこら辺は、ぜひこの中で、レベルを決める段階というより、そのレベルの人たちとどう調整していくのかということです。これにはマスコミもかかわってくるかと思いますが、これにマスコミが入りますと、政治的判断で不必要な対策ばかり、先ほど新潟県もおっしゃっていましたが、報告ばかりを求められて本来の業務ができなくなってしまうことが健康危機管理ではよくあります。そこら辺について、ぜひ整理した形で出していただけたらありがたいと思います。

**林** ただいまのことは、大変貴重なご意見だと思います。

私に質問というより、今後、我々が地域保健計画、健康危機管理の中で整理する上でそういうことも考慮してくださいというご意見だと思います。もっとも、危機という性格上、今おっしゃったことは起こりがちなものですから、ある程度は防ぎにくいということもあろうかと思います。そこら辺は、これから研究班の中でいい材料として議論させていただきたいと思います。

**座長（土居）** もうお一方、どうぞ。

**フロア** 林先生にご質問ですが、心の緊急支援チームのことです。

山口県などでは、ボランティアから始まっていますが、やはり、マスコミが到達する前に初期対応しなければいけないとか、それからまた、PTSDは継続してやらなければいけないという観点から、ボランティアと行政、県及び保健所、それから市町村のチームワークの形成が必要になると思いますけれども、いかがでしょうか。

もう一つ、第2点の問題は、先生の健康危機管理の話題提供は厚生労働省の話題提供でしたが、実は、保健所では、医療観察法に基づき、他害行為を伴った心神喪失者のケアとか、そういうことも任されております。ですから、健康危機管理の問題をもう少し広い観点で広域的に考えていただきたいと思います。その2点です。

**林** 前半の部分は、もっといろいろな機関、いろいろな職種の人が連携してやっていく

必要があるのではないかというご質問です。これは、ご質問というか、今度はそのような方向で政策を推進していく上で考慮すべきだと、むしろそういうご主張ですね。

**フロア** 静岡県では、ことしからそういうチームをつくることになっています。

**林** それはよろしいかと思えますけれども、コメントとしていただいております。

第2点は、マスコミ対応ですか。

**フロア** 第2点は、医療観察法です。

**林** 精神保健の方の話ですね。PTSDの話とは限らなくて、一般の精神保健の措置の問題とか、そういうことを含めて……。

**フロア** そういう問題が、厚生労働省とは違うところから保健所の現場に来ていたと。総務省からの依頼で来ていたのです。ですから、健康危機管理をもっと広い意味でとらえなければいけないのではないかなということです。

**林** 中間報告をごらんになっていただくとおわかりだと思いますが、精神保健の問題は健康危機管理の12のカテゴリーの中の一つに入っております。ですから、今度は広くとらえております。もっとも、それを健康危機のカテゴリーに入れていいのかどうかという議論はありますけれども、とりあえず中間報告の中では入っております。

法務省とか警察の方のインタベーションがあるという話ですけれども、それは、当然、あると思います。というのは、例えば、それが犯罪を犯した人の場合に、それは精神疾患を持っているかどうかという判断で、片や刑務所に入れるべきなのか、それとも精神病院に入れるべきなのかということがありますので、当然、その仕分けとして法務省系統からのインタベーションがあるのは当然だと思います。

これで質問の趣旨の答えになっているのがどうか、ちょっとわかりませんが……。

**座長(土居)** 私の方から解説させていただきますと、心の支援チームというのが少しダブって使われているような気がします。新潟で使われているような心の支援チームと、今ご質問の方がおっしゃられたのは少し違うのですね。CRT、クライシス・レスポンス・チームというのが山口と静岡と長崎でも立ち上がりました。これは学校の危機に介入するグループで、最初の3日だけということです。ご存じのように、長崎は去年の佐世保の事件とか、その前の長崎市の事件とかいろいろあって教育関係で随分もめていたということがありました。それに対応していたのが、長崎では心理士会、山口では学校の先生と精神科の先生がボランティアでやっておられて、長崎県ではそれがようやく県庁でチームをつくるということで、公的に動くことになったのが9月1日です。

そういう中で、心の支援チームというのは、保健所の中ではまだ知られていないこともあります。本来、今回、もう一人、話題提供で佐世保の保健所長に白羽の矢を立てようと思いましたが、ちょうど議会が重なるということで話すことができませんでした。

そういう意味で、保健所の役割の中に、例えば学校の危機に入っていきのいいのかわいのかということは別にして、長崎の中の保健所の位置づけとしては、そういう危機管理のチームの一員として保健師を、それはボランティアで、仕事としては保健所の職員とし

て出すということです。もう一つは、離島を抱えておりますので、そういうところで人材がすごく少ない、それから、後に尾を引くということがありますので、保健所の人材を使いながら学校の危機管理に入っていくようなことができないかと。

それから、先ほど言われたように、案内をしなければいけないということがありました。専門家というのは、仕事に関しては能力が高いですが、地理的に不案内です。それから、いわゆるロジスティック、平たん業務に対して、どこで飯を食っていいかわからないとか、そういうことも含めて出てくるようなところで保健所の役割を果たせないかということで、ようやく9月1日からそういうことがスタートしたところです。

そういうことで、保健所がトータルの意味で危機管理というものの一端を担えるかどうかはよくわかりませんが、それを考えると、学校の危機管理というのは、結構、頻回に起こっています。学校の中での事故とか学校の授業活動など、長崎では、ここ3カ月くらいで校内での首つり自殺とか、野外活動中の溺水で、40人くらいの子どもたちが見ている前で、1時間くらい、見えているけれども、引き揚げられなかった人たちの急性ストレス反応の対応とPTSDの減少を目標にしている、そういうチームの支援に入るような格好になっております。

こういうことは、多分、これからの保健所の危機管理の課題になっていくのではないかと考えております。

医療観察法は、別途の法律ですが、結局、法によって裁かれず、病気の人だから病院に入るといったようなことがあります。7月15日からだったと思いますが、法律上、そういうことが出てきます。ただ、その方たちが病院を出てきた後にどうするかというような話のときに、保健所に依頼が来ているわけです。これは、林先生が分類された精神保健の危機管理の中で、措置入院だけではなく、幅広くいろいろなことを考えなければいけないと。危機管理だけではなくて、平常のいわゆる精神疾患をお持ちの方の社会復帰の中でどういう取り扱いをしていくかということは、今、どうだ、こうだと端的に決めていけないものですが、法律が既に施行されているところで、これからノウハウを積み上げていく、保健所の役割を整理していく作業は必要になってくるのではないかというふうに思っております。

私が解説すると余りよくないのですが、そういうことで私は整理させていただきたいと思っております。

ほかにございませんか。

どうぞ。

**フロア** 岡山市保健所の中瀬と言います。

これは、お願いというか、検討しておられるか、お聞きしたいのです。

きょうの話題の中で、災害と、林先生の健康危機管理の中での最初に保健所の役割として疫学的な評価ということをおっしゃられたと思います。災害が初めに起こったときの公衆衛生的な評価です。諸外国ではラピッド・アセスメントとかイニシアル・ヘルス・アセ

メントといったことが言われておりますけれども、このようなことについて、これから保健所の役割が何かあるのか。今の地域防災計画の中ではそのような役割は他の部門が行うことになっていると思いますけれども、大きな枠組みの中で保健所の役割としてはどのようなことが位置づけられていくのか、あるいは、保健医療科学院としてこのような働きかけをしたいというお考えがあれば聞かせただければと思います。

**林** 先ほど申し上げた地域保健計画の中間報告は、あそこまでまとめるのが精いっぱい、正直に言ってその先はまだ進んでおりません。本年度の研究班はまだ本格的に稼働していませんが、その中で、そういった初動の態勢について検討項目に入っておりますので考えたいと思っております。

私は、保健所長会の中でそういった検討をするグループができると、佐々木先生もそれを組織されておられるとお伺いしておりますので、その辺の部分で、ぜひ研究班の方とコミュニケーションを図ってお互いに共同して作業できればいいなと希望しております。

それから、科学院の方の対応としては、大抵の先生は私どもの健康危機管理システムのページを開いていただいたことがございますね。あの中に、先ほど荒田先生がおっしゃいましたが、シミュレーションの事例もつくって幾つかできております。これも、保健所長会の代表の先生に協力していただいて、そのシミュレーションの中で初期のアセスメントをどうするか、疫学的な調査の立ち上げをどうするかということも検討していると聞いております。

**座長（佐々木）** 少しでも補足しますと、私どものところで大規模災害に対する検討事業をしておりまして、去年は、起きる前にどれくらい準備をすべきかということを検討しておりました。ことしは、起きて2日くらいまでの間に保健所はどういうことをすべきかということを検討する予定でおりますので、先生のご満足のいく結果が出るかどうかわかりませんが、また、結果が出次第、報告したいと思っております。

**座長（土居）** ほかにございませんか。

**フロア** 兵庫県の宝塚保健所の大橋と申します。

大災害が起きました年の統計等についてちょっとお願いがございます。

平成7年は、国勢調査の年で、ちょうど阪神・淡路大震災の年でしたが、震災の影響を除いた後の平均寿命は兵庫県は男女とも最下位に近いというデータが出ておりました。平成7年度の死亡数は、地震での直接死亡は5,000人弱ということで、震災の影響を除外したというふうなデータが出ておりましたが、その前後の年に比べますと8,000人くらい死亡数が多いでございます。震災の影響は、直接死だけでなく、かなり長い影響を及ぼすというデータが出ておりますので、震災の影響を取り除いたデータであるということでそのまま統計に出してしまうと非常にまずいと思います、何で最下位なんやということで、保健担当部局としては非常にづらい思いをいたしました。平成12年は、特に何もしていませんが、寿命が一番延びた県として出ておりました、やはり、その年は少し配慮が要るのかなと思っております。どうぞよろしく申し上げます。



座長（土居） どこに持っていきましょうか。

来年度の要望等の中に入れるかどうかというところですが、統計処理は、逆に限定するのがすごく難しいのではないかと思うのです。事実は事実としてつかまえた上で、我々はトレンドで説明していくしか方法がないだろうと個人的には考えます。

私は、かえって抜くなと言った方がいいのかなという気がしますが、いかがですか。その方が、震災があってもなくても、そういう要素をとらないで見た方が本当はいいのかもしれないと思うのです。

フロア 私としては、あそこは震災の年ですから、いろいろな統計など、特に平均寿命は今の環境がそのままあればという条件なので、非常に変わったことがあった場合は白紙にさせていただく方がありがたいのかなと、現場の人間としては思いました。

座長（土居） いろいろあるかと思imasuので、要望の方で出すしかちょっとないだろうと思いますが、そのあたりで検討しておきます。

あと4分なので、最後にどうぞ。

フロア 三重県津保健所の西口と言います。

山口先生と林先生にお聞きしたいのです。

山口先生には、多分、ことしの4月から個人情報保護法が入って、先生方が調査へ入ったのは去年ですね。佐々木先生が一番初めにお話しになったのですが、だれが一番初めに情報をつかまえて出来事が起こったらどれぐらいの規模になるか、そういう一番初めのインシデントをだれが予測するかという問題もありますけれども、先生が調査をされて、医療機関などからなかなか情報をもらえないと、そういうふうな実際上の調査をやっていて原因究明するときの難しさはなかったのでしょうか。それが山口先生へのご質問です。

それから、林先生には、確かに、大規模災害になったらある程度の個人情報というは保護法からかなり外れる部分もあるのでしょうけれども、実際上は、いろいろな意味で通常業務をやっていて、危機になったときには個人情報がかかりプロテクトになって進行できない場合が結構あります。今の個人情報保護の特例事項だけではなかなか現場は動けないこともあるのかなと思うのですけれども、その部分もまたいろいろと整理をしていただきたいというふうに思っています。

以上です。

山口 ご質問をいただきましたが、調査の上で得られにくい情報ということについてですね。

私どもの調査につきましては、県庁、県の保健所の方々がご家族の方々の了解を事前にとっていただいたので、比較的スムーズに情報をいただけましたし、医療に関する情報等もご理解いただいた上でいただけました。症例のうち、何人かは非常に危ない状況にありましたので、面接については後にしてほしいと言われたことはありますし、お一方はいまだにコンタクトのとれない方もいらっしゃいます。

しかし、お葬式が終わったばかりで大変だなと思うときも、原因究明のためにぜひお話

ししたい、うちの家族の情報が役に立つのであれば、原因究明のためによろしくお願ひしたいということで、多くのご家族の方々から情報をいただきました。これは、恐らく、県庁の方、また保健所の方々のご家族に対する関係が非常によかったからだというふうに思っています。

もう一つ、情報を得づらいこととすれば、当初、私どもは日本脳炎も疑い、動物から蚊など介して感染するものかもしれないということで、動物の情報をいただきたいということで関係機関をお願いをしました。しかし、原因不明の急性脳症なのに、どうして養豚場や牧場の動物の数とかへい死した動物の情報が要るのかと、その辺は私どもの説明不足だったと思っていますが、そういうことは二、三ありました。

今回、個人情報保護の法律の制定前の調査だったせいもあるかもしれませんが、原因不明の脳症で20人が亡くなっている状況では、新聞やテレビの報道等で脳症の記事も出ますし、そうした意味では症例やご家族の方々には大変な協力をいただけて、調査のしやすい状態でした。それだけにいまだ原因不明ということは自分としてちょっと歯がゆい気持ちがあります。

**林** ご要望は承りました。

特に、原因不明疾患の場合、それがひょっとしたら感染症かもしれない、ひょっとすると症状の出ていない人たちにもアクセスして予防的な処置をとらなければならない、そのときの感染ルートの追跡を想定して、どうしても個人のプライバシーを侵害するおそれが出るかもしれないですね。ですから、仮に地域保健法の改正をやるという段になると、今おっしゃったことは余計にセンシティブになると思いますので、研究班の方で検討させていただきたいと思います。

**座長(土居)** 予定時間がちょうど1分過ぎてしまいました。

岸本泰子先生にちょっとお話をさせていただこうと思っていましたが、その時間がございません。アンケートの調査がございますので、各保健所でしっかり書いていただければと思います。

演者の先生方には、本当にどうもありがとうございました。

特に、佐藤部長さんには、異業種ということで答えにくかったところもあるかもしれませんが、長時間にわたりまして、本当にありがとうございました。

また、林先生、今後ともよろしくお願ひします。

以上をもちまして、会員協議を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。(拍手)

**司会** 土居先生、佐々木先生、どうもありがとうございました。

**司会** それでは、閉会の言葉を澁谷副会長にお願ひいたします。

## 閉会のことば

全国保健所長会副会長（愛知県・半田保健所 澁谷いづみ）

澁谷副会長 長時間にわたりまして総会の運営にご協力をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、これもちまして第62回全国保健所長会総会を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。（拍手）

司 会 皆様、本日はお疲れさまでした。

予定どおり総会を進行することができました。皆様のご協力に心から感謝申し上げます。

以上で総会を終了させていただきます。

以 上