

平成 1 9 年 度

全国保健所長会 6 0 周年記念および第 64 回総会

議 事 録

開催日：平成 1 9 年 1 0 月 2 3 日（火）

会 場：愛媛県「メルパルク松山」

目 次

1 .開 会	1
2 .会長あいさつ	1
3 .表彰式(全国保健所長会長表彰・60周年記念特別表彰)	3
4 .来賓祝辞	5
5 .講 演	
・「地域保健の最近の動向について」	1 1
6 .会長講演	1 9
7 .報告事項	
1)会務報告	2 8
2)総務・渉外・学術・研修・広報担当報告	2 9
3)委員会報告	3 4
8 .議 事	
第1号議案 平成18年度事業報告(案)及び収入支出決算(案)について	3 5
第2号議案 平成19年度収入支出補正予算(案)について	3 7
第3号議案 平成20年度事業計画(案)及び収入支出予算(案)について	3 8
第4号議案 役員改選について	3 9
9 .名誉会員の推戴について	4 2
10 .次期開催地代表あいさつ	4 2
(財)日本公衆衛生協会あいさつ	4 4
11 .記念シンポジウム	
・「地域保健法施行10年の軌跡とこれからの展望」	4 6
12 .記念講演	
・「健康と文明、感染症への挑戦を中心として」	7 5
13 .閉 会	9 9

全国保健所長会 60 周年記念および第 64 回総会議事録

日 時 平成 19 年 10 月 23 日 (火) 10 : 00 ~ 19 : 40

場 所 愛媛県・メルパルク松山

〔 60 周年記念総会 〕

司会 皆さん、おはようございます。これより全国保健所長会 60 周年記念および第 64 回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福岡市東保健所長の南部でございます。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。会場は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いいたします。また、携帯電話をお持ちの方は、マナーモードをお願いいたします。

本日は、60 周年の節目にあたる総会ということで、多数の皆様のご参加を得ておりますが、何分会場の都合もございまして、現在のような配席とさせていただいておりますことを、何とぞご了承くださいませようをお願いいたします。

司会 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 518 名です。ただいま出席者数 132 名、委任状の提出者 259 名、合計 391 名です。したがって、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。

〔 開会のことば 〕

司会 初めに、開会のことばを伊藤副会長をお願いいたします。

伊藤副会長 皆さん、おはようございます。会員の皆様、1 年ぶりの再会、お久しぶりでございます。また、きょうはたくさん名誉会員の先生方にご出席いただき、ありがとうございます。

それでは、ただいまより 60 周年記念および第 64 回総会を開会いたします。(拍手)

〔 会長あいさつ 〕

司会 続きまして、角野会長からごあいさつ申し上げます。

角野会長 皆さん、おはようございます。本日は、60 周年記念および第 64 回総会を開催いたしましたところ、全国各地から恐らく昨夜からたくさんの方がおいでになったのかと思っておりますが、また、名誉会員の方々も含めましてご参加いただきまして、どうもありがとうございます。さらには、本日来賓といたしまして厚生労働省大臣官房参事官・岡本様、愛媛県知事補佐官・永野様、愛媛県医師会長・久野様におかれましては、公務ご多忙のところご臨席賜り、まことにありがとうございます。

さて、この保健所長会ですが、本日 60 周年記念ということで、また、後ほどその 60 周

年記念を迎えてということで、私のほうから少しお話をさせていただくわけですが、この10年間を考えると、いわゆる地域保健法制定以降、非常に激動の10年であったのではないかなと思います。私以上に皆さん方自身強くこのことは感じていただけるかと思うのですが、一つには保健と福祉の統合というのが全国各地で行われました。そして市町村合併に伴うところの保健所の統廃合、そして保健所長の医師資格要件の問題とか、保健所にとっては非常に危機的な、何回かそういうことはありましたけれども、この10年というのは非常にしんどい10年だったのかなという思いがあります。

そして、この私が今から4年前に会長という職に就任させていただいたわけですが、それ以後の保健所長会を考えると、会則の変更をいたしまして、例えばこの保健所長会総会、それまでは代議員による総会でしたが、それを広く会員であればすべて参加できるという形に変えたり、あるいは理事会のあり様を変えたりということで、執行部の体制というのを少し変えさせていただいた。あるいは皆様方には直接関係するところでは、研修ですね。従来から研修はされておりましたが、それがはっきり言いまして上から来たものをそのまま受けてやっていたという感じだったのですけれども、協会のほうのお考えもあり、そして我々の考えもあって、やはり自主的に、もちろん国の厚労省からの委託事業を厚生労働省協会が受けられているわけですが、それを当初は委託事業、そしてその後地域保健推進総合事業の中の事業費でということになりましたが、我々が主体的に研修内容を考えるというスタイルに変えさせていただきました。

そして、例えば今年であれば、医療法改正に伴うところの医療計画の策定という大きな課題がありましたので、7月までに全国8ブロックで急な話ではありましたが、各ブロック長さんのご指示、あるいはそこでのそれを補佐される方々のお力添えによりまして、約300名が参加するという、短期間のうちに300名の方が医療法改正、医療計画策定に関する研修に参加していただくというようなこともありました。

さらには、学術のほうを中心としまして、研究事業というものを大きく見直したといえますが、従来の単なる公募型ではなくて、所長会のほうでやはり課題も考え、いわゆる課題を出して、それに対して公募をするという、そういったことも行っております。

さらには、国への要望等。毎年予算要望等をさせていただいているわけですが、それ以外にも随時必要に応じて国との協議、例えば結核対策、あるいはそれにまつわる場所のBCGの接種の変更等が入ったときに、直接感染症課のほうと協議をさせていただくというようなこともしております。

確か3年前だったと思いますが、健康局長さんのほうから意見交換をしたいというお話もあり、そこで理事全員というわけにはいきませんでしたけれども、時間のある方にはお集まりいただいて、国のほうと局長との直接的な意見交換、そういったこともしてまいりました。

したがって、そのような激動の10年でありながら、我々としても組織の強化充実と

いうことに努力させていただいたわけですが、その結果と言えるのかどうかわかりませんが、昨年2月の我々の所長会の理事会に、当時の厚生労働事務次官・辻哲夫さんがごあいさつに参られまして、その席上、いわゆる保健所に対する熱い思いと激励のお言葉をちょうだいいたしました。それを契機といたしまして、その後この4月以降、特にきょうおいいただきました岡本参事官を中心とする地域保健室の先生方、厚生労働省の医療機関の方々の努力によりまして、この7月20日にご存じのように医療計画に関する三つの通知が出たところです。

久しぶりに国の通知文の中に、否定的な保健所という名前ではなくて非常に肯定的といえますか、前向きな形で、保健所が中心になって2次医療機関の、医療圏の中のいわゆる地域での一番住民の方に身近なところにあるのが保健所であると。従って保健所がしっかりとそのニーズをとらえた中で、医療計画を策定しないといけないということが、その通知文の中に書かれたわけであります。

ちょうどきょうの2週間前になりますけども、2週間前の火曜日に退官されました辻さんがちょうど滋賀県においでになられました。そこでもまたお会いしてお話をするのがあったのですが、この通知文のお話などをしていましたら、改めて言っておられたのがやはり保健所に対する期待でありました。

もちろん、市町村保健センター等が住民、対人サービスという意味で一番近いところにおるわけですが、しかし、それはやはり専門性を持ってしっかりとニーズをとらえ、地域の課題を整理できる、そしてそれを施策化できるというのは、これはやはり保健所であろうというふうに言っておられました。

我々自身もそのように自負しているところでありまして、これからこの60周年を迎えましたが、これ以降もやっぱり保健所は地域の中核施設、公衆衛生の中核拠点として頑張っていきたいというふうに思っておりますし、もちろん、きょうお集まりの方々がそういった地域でのいわゆるキーマン、キーパーソンとしてご活躍いただけることと信じております。また、それに対して私自身もそのように一緒に頑張っていきたいというふうに思っております。

最後になりましたが、今、前にお並びの方々、本日保健所長会表彰を受ける方々におかれましては、長年にわたりそれぞれの現場において公衆衛生活動にご尽力いただきました。もちろん、これから以降も保健所を盛り立てるために頑張って、盛り立てというよりは、むしろ地域住民の方のためにこれからもなお一層お励みいただければというふうに思います。

簡単ではございますが、開会に当たりましての私の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。

〔全国保健所長会長表彰〕

司会 ありがとうございます。それではここで総会に入る前に表彰式を行います。会長

は登壇、よろしくお願いいいたします。

まず、第 53 回全国保健所長会長表彰を受賞される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、その場にお待ちください。

北海道、小泉秀男様、北海道、佐藤勝明様、青森、米倉豊様、岩手、八木巻正一様、宮城、赤坂範夫様、仙台市、高橋いく子様、秋田、伊藤勇三様、山形、村岡寛様、福島、阿部幸子様、新潟、中村勉様、茨城、石渡清様、栃木、荻野和子様、群馬、山本昌子様、埼玉、津山明子様、千葉、石川淳様、千葉、上田まり様、神奈川、三木そとみ様、川崎市、藤田勉様、山梨、渡辺恵美子様、長野、高田千恵子様、静岡、紅林睦様、東京、藤本まり子様、特別区、三井公夫様、特別区、多田久子様、富山、井村俊朗様、石川、梨子村絹代様、福井、八木光行様、岐阜、河村博様、愛知、岩瀬幸次様、名古屋市、鈴木雅昭様、三重、伊藤正和様、滋賀、中村良平様、京都、北島則子様、京都市、林一男様、大阪、木村勝幸様、大阪、高原巖様、兵庫、石田茂樹様、兵庫、木原保様、奈良、元塚佳延様、和歌山、辻晃至様、鳥取、村本智恵子様、鳥取、犬山美代子様、岡山、中野一明様、広島、菅野あけみ様、山口、貞本龍彦様、徳島、伊丹拓子様、香川、寺下利美様、愛媛、村中雅行様、福岡、坂井久五様、福岡市、竹下節子様、佐賀、江口妙子様、長崎、細川泰生様、熊本、梅田静夫様、大分、佐藤英治様、宮崎、中武節子様、鹿児島、小簿和子様、沖縄、島袋光子様。以上 57 名を代表いたしまして、愛媛県、村中雅行様に表彰状と記念品をお受取りいただきます。どうぞ前に進みください。

角野会長 表彰状。村中雅行殿。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 19 年 10 月 23 日。全国保健所長会会長 角野文彦。（拍手）

司会 皆様、ただいま 57 名の方々が全国保健所長会長表彰を受賞されました。受賞者の皆様にいま一度大きな拍手をお贈りください。

〔拍手起こる〕

司会 おめでとうございました。受賞者の皆様、どうぞご着席ください。

〔全国保健所長会 60 周年記念特別表彰〕

司会 続きまして 60 周年記念特別表彰を行います。この表彰は、20 年以上保健所に勤務され、現に保健所長の職にある 71 名の方に贈られるものです。本日ご欠席の方もいらっしゃいますが、ご紹介させていただきます。なお、会場の都合もございまして、代表の方のみ前にご着席をお願いしております。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、竹居田和之様、北海道、廣田洋子様、北海道、相田一郎様、北海道、森昭久様、青森、仁平將様、秋田、伊藤善信様、新潟、阿部俊幸様、新潟、西脇京子様、茨城、藤枝

隆様、茨城、湊孝治様、茨城、大和慎一様、栃木、潮見重毅様、群馬、栗原修一様、群馬、服部知己様、埼玉、丹野瑛喜子様、埼玉、田邊博義様、千葉、大野由記子様、川崎、益子まり様、長野、近藤俊明様、静岡、岩間真人様、静岡、西原信彦様、東京、百濟さち様、東京、渡辺直大様、東京、赤穂保様、東京、齋藤麗子様、特別区、大倉慶子様、特別区、大井照様、特別区、吉村伸子様、特別区、井口ちよ様、特別区、青山キヨミ様、特別区、永井恵様、特別区、西田みちよ様、富山、横川博様、福井、大西良之様、愛知、宮澤孝彦様、愛知、澁谷いづみ様、愛知、若杉英志様、名古屋市、佐生美智子様、名古屋市、臼井利夫様、名古屋市、櫻井令子様、名古屋市、今泉佐智子様、名古屋市、勝田信行様、名古屋市、松原史朗様、名古屋市、山田敬一様、三重、坂井温子様、京都市、谷口隆司様、京都市、濱頭直子様、大阪、高野正子様、大阪、岡澤昭子様、大阪、中山厚子様、大阪、中川正様、大阪、佐藤滋様、大阪、柳尚夫様、兵庫、野崎恵子様、和歌山、永井尚子様、島根、新田則之様、島根、岸本泰子様、島根、谷口栄作様、岡山、高木寛治様、山口、上村輝夫様、山口、有田慈様、徳島、倉橋佳英様、香川、斎藤京子様、愛媛、竹之内直人様、愛媛、富田直明様、福岡市、江上裕子様、長崎、松田静宗様、長崎、末田拓様、熊本、大塚博史様、沖縄、比嘉政昭様、沖縄、金城マサ子様。以上 71 名を代表いたしまして、愛媛県西条保健所、竹之内直人様に表彰状と記念品をお受け取りいただきます。どうぞ前にお進みください。

角野会長 全国保健所長会 60 周年記念特別表彰。表彰状。竹之内直人殿。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、よって、これを表彰します。平成 19 年 10 月 23 日。全国保健所長会会長角野文彦。（拍手）

司会 皆様、ただいま 71 名の方々が、60 周年記念特別表彰を受賞されました。受賞者の方々に永年のご貢献に対し、感謝とお祝いの拍手をお願いいたします。

〔拍手起こる〕

司会 おめでとうございました。受賞者の皆様、どうぞご着席ください。

〔祝 辞〕

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。ご来賓の皆様方よりご祝辞をちょうだいしたいと存じます。

初めに、厚生労働省を代表いたしまして、健康局長・西山正徳様にご祝辞を承りたいと存じます。

健康局長・西山正徳（代読：大臣官房・岡本参事官） 皆さん、おはようございます。健康局長の西山でありますけれども、国会開会中でありますので、ここに参ることができませんでした。私は大臣官房参事官の岡本でございますが、代わってご挨拶を申し上げます。

全国保健所長会 60 周年記念および第 64 回総会の開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

まず、本日栄えある表彰を受けられた皆様方、大変おめでとうございます。これを契機になお一層保健、福祉、保健所行政にご尽力いただきたいと思います。

まず、全国保健所長会が創立 60 周年を迎えられましたことを心よりお喜び申し上げます。また、皆様方には地域保健行政の推進について平素から格別のご理解とご協力を賜り、この場をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げます。

もう言うまでもないことでありますけれども、急速な少子高齢化、市町村合併、地方分権の進展等により、地域における保健医療を取り巻く環境は大きく変化をしております。これらの状況の変化に的確に対応し、地域における保健医療体制の確保を図ることが重要な課題となっております。

厚生労働省におきましては、本年 4 月に策定をされました「新健康フロンティア戦略」に基づき、国民の健康寿命の延伸に向けて、国民みずからがそれぞれの立場に応じ、予防を重視した健康づくりを国民運動として展開するとともに、来年度からはメタボリックシンドロームの概念を導入しました新しい健診、保健指導の徹底を図りまして、生活習慣病予防対策を強化をしていくということになっております。

保健所におかれましては、地域・職域連携推進協議会等の場を通じまして、自治体、事業者、また医療保険者等の関係者と相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解のもと、それぞれが有する保健医療資源を相互活用、または保健事業の共同実施による連携体制の構築を支援する役割というものが求められております。

また、市町村におきます各種の健診体制が平成 20 年度から大きく変わるわけであり、保健所はその円滑な実施に向けた技術的援助を行うことがあわせて求められているところであり、従来に増して生活習慣病対策の拠点としての役割の重要性が高まってきております。

一方、地域におきます健康危機管理の拠点としての保健所の役割も重要であります。本年 7 月に発生いたしました新潟県中越沖地震は、新潟県柏崎市を中心に甚大な被害をもたらしましたが、この地震の被災者に対する保健活動のために全国の都道府県、保健所設置市から、延べ 3,000 人を超える保健師の方々が被災地に派遣をされたわけであり、この場をお借りいたしまして、派遣いただいた自治体の皆様方に感謝を申し上げます。

このような緊急時における国民の健康の確保は、地域保健における重要な課題の一つであり、厚生労働省といたしましても、都道府県等が行う保健活動等への支援や、本年 4 月から施行されております「改正感染症法」や「新型インフルエンザ対策行動計画」に基づき、地域における健康危機管理体制の強化を推進することといたしております。

また、本年 4 月から施行されております「改正医療法」に基づき、各都道府県においては、新たな医療計画を策定することとされております。

本年 7 月の医療計画作成指針の改正により、保健所は 4 疾病 5 事業、それぞれの医療連

携体制を構築するために置かれる圏域連携会議に関し、地域医師会等と連携してこの会議を主催し、医療機関相互、または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすということが期待をされております。各保健所におかれましては、この指針を目安といたしまして現在作業を進められていることと思っておりますが、地域の実情に応じて疾病及び事業ごとに医療連携体制を構築していただきたいと思っております。ただし、今年度中にすべての計画策定を求めているものではありません。必要性の高いものから優先的に取り組んでいただくということになりますが、医療と介護、福祉の緊密な連携が求められる典型的な疾病という観点から、脳卒中の医療連携体制に関しては優先的に取り組みをお願いしているわけでありまして、今年度中にその体制を構築するための具体的な方策を定めていただきたいと思っております。

先ほど、角野会長のご挨拶にもありましたけれども、医療計画作成指針の改正にあわせまして、医療計画の作成及び推進における保健所の役割について、健康局総務課長通知を7月20日に発出をいたしております。医療計画の作成及び推進における保健所の役割として、情報の収集・整理及び活用の推進、地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化、企画及び調整の機能の強化、この3点を挙げております。また、同じ通知の中に、先駆的な保健所の事例というものを紹介しているところでありますので、機会があればご活用いただきますようお願いいたします。

また、ここ数年、地方分権改革の一環といたしまして、保健所の設置基準の緩和、保健所長の資格要件の見直し等が求められております。

私どもといたしましては、保健所を設置しようとする自治体においては、関係法令等に基づく保健所の業務が円滑に推進できる人員、設備が確保できていることが必要であるということは常々申し上げているわけでありまして、さらに保健所長の資格要件につきましては、平成15年から16年にかけて議論された「保健所長の職務の在り方に関する検討会」での議論を踏まえ対応してきておりますが、健康危機管理事例が発生した時の対応能力と、平常時からの医療機関、専門分野の医師、関係団体との調整が必要なため、公衆衛生に精通したより高い水準の医師が必要であるということもあわせて我々としては訴えてきているわけでありまして、後でまたお時間をいただきまして、少し現在の状況についてはご紹介をさせていただきたいと思っております。

今後とも地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的拠点として保健所の皆様方のご尽力を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたけれども、本日ご出席の皆様方のご健勝と今後ますますのご活躍を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。本日はおめでとうございます。（拍手）
司会 ありがとうございます。続きまして、愛媛県知事加戸守行様よりご祝辞を承りたいと存じます。

加戸守行愛媛県知事（代読：永野知事補佐官）（拍手） 皆様、おはようございます。私

は愛媛県で知事補佐官をしております永野と申します。きょうは知事がちょうど所用のためにこの場に出席することができませんでしたので、代理として出席をさせていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、全国保健所長会 60 周年および 64 回総会のご盛会、まことにおめでとうございます。また、この総会をこの愛媛県松山市で開催していただき、まことにありがとうございます。心から御礼を申し上げますとともに、全国からご参加の皆様方を心から歓迎申し上げます。それでは知事の祝辞を、私から代読をさせていただきます。

祝辞。本日、全国保健所長会 60 周年記念および第 64 回総会が本県で盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、遠路お越しの皆様を心から歓迎いたします。また、先ほど、栄えある表彰を受けられました方々には、そのご栄誉を心からおたたえいたしませんとともに、今後一層のご活躍を期待いたしております。

さて、貴会におかれましては、戦後間もない昭和 22 年に発足して以来、我が国の公衆衛生活動の中核組織として多大なご貢献をされ、このたび、60 周年という記念すべき大きな節目を迎えられましたことはご同慶に耐えられません。ここに角野会長初め歴代会長並びに会員の皆様方の長年にわたるご労苦に対しまして、深甚なる敬意と感謝の意を表したいと存じます。

さて、今や我が国は、医療保険制度の充実や生活水準の向上、医療技術の進展等により、世界最高レベルの平均寿命を実現しておりますが、その一方で、高齢化の進行や生活習慣病の増加に伴う医療費の増大、僻地等における医師不足、エイズや新型インフルエンザといった感染症対策など、さまざまな問題を抱えております。このため、国におきましては昨年 6 月に成立した医療制度改革関連法のもと、生活習慣病の予防、医療提供体制の整備、医療保険制度の堅持を柱とする総合的かつ一体的な医療制度改革を進めております。各自治体、各地域保健所におかれましても、この改革方針に沿って、地域保健医療計画を初めとする各種計画の改定や策定、あるいはさまざまな施策を通じた地域住民の健康増進に鋭意取り組んでおられることと存じますが、地方自治体の財政状況が一層厳しさを増す中で、皆様には大変なご苦勞をされているものと拝察いたしております。

このようなときに関係の皆様方が一堂に会し、保健衛生をめぐる現状や課題、今後の対応策について研究討議されますことは、まことに時宜を得たものであり、意義深いことと存じます。

どうか皆様方には、この機会にさらなる研さんを積まれますとともに、互いの交流、連携を深めていただき、引き続き地域保健衛生の向上にご尽力賜りますようお願い申し上げます。

終わりにになりましたが、総会のご成功と全国保健所長会の限りないご発展並びにご出席の皆様方のご健勝、ご活躍を祈念申し上げまして祝辞といたします。平成 19 年 10 月 23 日。愛媛県知事加戸守行、代読。

私が県に採用されて最初に赴任したのが保健所でした。今からもう40年以上も前、昭和30年代のことですけれども、そのころの保健所というのはまさに現業の役所といった感じでありまして、壁にはノマポリオと大きな張り紙が掲げてありまして、生ワクチンの投与がちょうど始まった時期でございました。私も事務屋ではありますけれども、事務を早々に片づけて現場に手伝いに出て来いということで、自転車にかごを積んで、そのころはまだ赤痢といった病気がかなり出ておりまして、飲食業者の方の裏口から入って検便を集めて回ったり、それから、そのころは各保健所がレントゲン車を持っておりましたが、レントゲン車に乗って役場と一緒に地域住民の結核検診、あるいは事業所検診はその土地の労働基準監督署と一緒に結核検診に回ったような記憶があります。大変保健婦さんの皆様方も各地域に出向いて、避妊法といいますか、いろいろな地区に出回って指導をしていたり、そういうまさに住民と密着した仕事の内容でございました。2週目に赴任した保健所の所長のモットーは、親切、清潔。このまことに簡潔なモットーが、私は40年以上たった今でも頭に残っております。

保健所の役割は、時代が変遷してますます私は重要になってきていると思います。皆様方のご苦勞に対して心から感謝を申し上げますとともに、今後ますますのご活躍をお祈りする次第です。どうもありがとうございました。（拍手）

司会 心強いご祝辞、ありがとうございました。続きまして、愛媛県医師会長・久野梧郎様よりご祝辞を承りたいと存じます。

久野愛媛県医師会長 皆様、おはようございます。今ご紹介をいただきました愛媛県医師会の久野でございます。

本日は全国保健所長会60周年および64回総会ということで、大変おめでとうございます。地元の医師会といたしましてご歓迎を申し上げたいと思います。

この会は、日本公衆衛生学会の総会にあわせて行われているというふうに承っておりますが、その64回あるいは60回という回を重ねられましたわけでございますが、その時々を中心課題について議論をしてきたと先ほどの角野会長が申されましたようでございますが、国に対しましてもその時々提言をされてきたと、そういうふうに確信をいたしておりますし、我々医師会といたしまして、地域医療を守っていく中で二人三脚と申しますか、共同作業をしてきた者として感謝を申し上げたいというふうに思います。

先ほど57名の方々が長年のご功績によりまして表彰されるということでございます。大変おめでとうございます申し上げますとともに、また今後ともこの方面でご活躍されることを祈念しております。

私も医師会に関係いたしましてもう長くなるわけですが、保健所の所長会にたびたび出席させていただいたことがございます。やはり、地方における公衆衛生の要ということでございまして、今後とも我々医師会とともにやっていくと、そういったことをお願い申し上げたいと思います。

本会での協議は、先ほどもありましたが、国の公衆衛生行政、あるいは方向に対しましていろいろ提言をされてきたということでございまして、今後ともその重要性はますます重くなるというふうに思っております。

先ほど岡本参事官からお話ございました最近の地域保健対策の推進に関する基本的な方針ということが出ましたけれども、その中で情報の収集、整理及び活用の推進、地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化、企画及び調整の機能の強化というようなことが言われておりまして、我々医師会としてもともに協力をしていくという覚悟でございます。

ご承知のとおり、来年からは特定検診、特定保健指導ということが目の前に迫っているわけですが、まだ全貌が明らかには私たちのところでは体制が整うまでには至っておりませんが、今後また協力をいたしまして、間に合わせたいというふうに思います。

また、4疾患5事業の問題にいたしましても、これは地域医療計画の中で重い任務を負わせているものというふうに考えております。

いずれにいたしましても、本日とあすの間、総会及び意見交換会が行われるということでございまして、実り多いものであるということを期待をしております。

また、せっかくでございます。愛媛県に来られたわけでございますから、ぜひとも時間を見つけれまして瀬戸内海、ご覧になったかもしれませんが、大変美しい島々が並んでおりますし、松山市は多くの文人が出たところでもございます。子規、夏目漱石、それから虚子、碧梧桐、こういった方たちのゆかりの地でもございます。また、最近では坂の上の雲ということで、明治の武人を中心としたまちづくりを進めようというふうな考えもございます。松山のお城も山の上でございますが、加藤嘉明の築城でございまして、最近改築をいたしましてきれいになってございます。ぜひともお訪ねをいただきたいというふうに思っております。

この会が今後ますます盛会裏に進められますことを期待いたしまして、ごあいさついたします。おめでとうございました。（拍手）

司会 ありがとうございます。

〔受賞者謝辞〕

司会 それではここで受賞者を代表いたしまして、愛媛県宇和島保健所・村中雅行様から皆様にお礼の言葉がございまして、村中様、お願いいたします。受賞者の皆様はご起立をお願いいたします。

村中雅行 受賞者を代表いたしまして、一言お礼の言葉を述べさせていただきます。

このたび、全国保健所長会賞という栄誉ある表彰を受賞いたしまして、身に余る光栄と深く感謝を申し上げます。

刻々と変化する社会に伴いまして、関係法令の改正が繰り返され、公衆衛生を取り巻く

環境も日々進歩しております。この中で、私たちは多岐にわたる職種において病気や虚弱のみならず、身体また精神的に、さらには社会的に健全で良好な地域となりますよう全国各地で公衆衛生に携わってまいりました。これまで幾多の課題に取り組んでこられたのは、各地の保健所長様、諸先輩や同僚の方々、そして公衆衛生に携わる皆様方のご支援のたまものと感謝いたしております。

今回の受賞を励みといたしまして、今後においても私たちはそれぞれの知識、また技術の向上に取り組み、微力ながらも公衆衛生推進のため、なお一層の努力をしていく所存でございます。今後ともご指導、ご鞭撻のほどを賜りますよう、よろしく願い申し上げます。簡単ではございますが、受賞者一同のお礼の言葉とさせていただきます。

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。なお、会長表彰の皆様には、この後、中2階写真室におきまして記念写真の撮影がありますので、ご移動をお願いいたします。受賞者の皆様のご退席されますので、皆様、いま一度お祝いの拍手をお願いいたします。

〔拍手起こる〕

司会 この後、講演会がありますので、準備のために5分ほど休憩とさせていただきます。

〔講演〕

演題 「地域保健の最近の動向について」

講師 厚生労働省大臣官房参事官 岡本浩二

司会 それでは、講演に入ります。厚生労働省大臣官房参事官 岡本浩二様より「地域保健の最近の動向について」と題したご講演をいただきます。岡本様、よろしく願いいたします。

岡本参事官 改めまして、皆さん、おはようございます。大臣官房参事官の岡本でございます。

きょうはお時間をいただきまして、地域保健の最近の動向ということでお話をさせていただきますが、多くの先生方にとっては目新しい話はほとんどないかと思えます。ある意味、おさらいというような形でお話をさせていただきますと思えます。後半で、先ほどのご挨拶の中でも申し上げましたけれども、地方分権改革推進委員会からいろいろ保健所のあり方についてご指摘をいただいております、それにつきまして、今の厚生労働省の基本的な考え方をご紹介をしたいと思います。実は今日の午後、地方分権改革推進委員会で厚生労働省に対するヒアリングが予定をされておまして、幾つかある項目の中の1つが保健所問題になっております。今後、どうなるのか、現時点ではわかりませんが、厚生労働省として地方分権改革推進委員会に対して、どう説明していくかについて、若干ご紹介をさせていた

だきたいと思っております。それが少し目新しいことではないかと思えます。その他は、今までの医療計画に関する保健所長会の研修会でお話申し上げてきたことのおさらいかと思えます。

今日、お話をさせていただくのは、医療構造改革への対応状況として生活習慣病の予防、いわゆる特定健診、特定保健指導に関すること、医療計画の推進に関すること、それから療養病床の転換と地域ケアシステムの整備に関することです。それと、今回の新潟の中越沖地震での対応を少しご紹介申し上げたいと思えます。これは新潟県の先生方のほうからご紹介いただいたほうが適切なのかもわかりませんので、可能であれば後で補足をお願いをしたいと思います。

最後に、地方分権改革と構造改革特区への対応状況ということで、先ほど申し上げましたように、今の我々の基本的な考え方をご紹介をしたいと思います。

皆さん方もすでにご承知のとおりであります、今までにいろんなマニュアルやQ A集等が厚生労働省から出されてきたわけであり、例を挙げれば「標準的な健診・保健指導に関するプログラム（確定版）」、「特定健康診査等基本指針（案）」、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（仮称）」等です。多分、遅れぎみに提示がなされておりますので、各地域におきましては、準備に迷惑をかけているのではないと思えますが、そのあたりはご容赦をいただき、体制の整備をよろしくお願いをしたいと思います。

新しい生活習慣病対策の推進体制のポイントは健診、保健指導の義務が医療保険者にかかったということで、これが今までと一番違うことでもあります。ハイリスクアプローチを医療保険者が行う。老人保健法が高齢者医療確保法に改正され、それに基づいて行うということでもあります。

一方、ポピュレーションアプローチは、健康増進法に根拠があり、各市町村に取り組んでもらうということになります。そこで保険者協議会とか、地域・職域連携推進協議会を活用して調整していくということになりますが、特に保健所の役割として期待をされておりますのが、先ほど挨拶でも触れさせていただきましたけれども、地域・職域連携推進協議会であります。

平成 20 年度からの各種健診（検診）につきましては、介護保険法による生活機能評価、高齢者医療確保法に基づいた特定健康診査が行われることとなります。特定健診の対象者については、義務がかかっているのは 40 歳から 74 歳であります。実施の主体は医療保険者で、健康保険組合、政管健保、それから市町村の国保ということになります。市町村が担当していた老人保健法の基本健康診査から変わるということでもあります。ある意味で歴史的に見れば、前に戻ったようなイメージもあるかも知れませんが、国保部門を中心に健康診査を進めていくということになります。75 歳以上の高齢者の方は、新しく広域連合が設置をされ、原則、市町村における介護予防の生活機能評価と共同で健康診査が行わ

れます。そのほかのがん検診、歯周疾患検診等の検診は健康増進法に基づいて市町村が実施することになります。

労働安全衛生法は特に変更はありませんが、特定健康診査の対象者である 40 歳から 74 歳までの者については医療保険者に義務がかかっていますが、労働安全衛生法に基づく定期健康診断を受けていれば代替が可能です。

今まで説明してきましたのがハイリスクアプローチですが、ポピュレーションアプローチについても力を入れて進めるということで、「健やか生活習慣国民運動(仮称)」を 20 年度から始めます。国民運動全国協議会を発会させ、来年度から大々的にやっていますが、19 年度にプレイベントを開催をすることにしています。今のところ来年の 2 月に都内で開催をすることにしております。

保健所長会におかれましては、年度当初に国民運動準備会議を設置しました時に、そのメンバーになっていただいております。保健所長会に対しても各種の取り組みを期待をしています。

現在、得てしてハイリスクアプローチの特定健診、特定保健指導がクローズアップをされていますけれども、車の両輪であるハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの両方が機能していかないと、生活習慣病対策ができないわけでありますので、ポピュレーションアプローチも引き続きよろしくお願いをしたいと思っております。

今回の新しい制度は、結果を出す、アウトカムが求められている制度であります。従来の健康診査であれば、受診率等々のプロセスやアウトプットで評価をされてきたわけですが、今回はアウトカム、つまりメタボリックシンドロームの有病者または予備群の減少ということの結果として出すことが求められています。直接の医療費を評価の対象にしているわけではありません。結果として、医療費の適正化につなげたいということであります。

従来、健康診査というものが、ある意味自己目的化していたきらいがありましたが、そうではなくて、保健指導が目的であり、それを効率的に行うための対象者の選定を行うためのツールということになります。

保健指導も先ほど言いましたように、結果を求めているわけであります。確実に行動変容が起こるようなノウハウがどうしても求められるわけであります。

特定健診・保健指導は外部委託つまり、アウトソーシングもできるという仕組みになっています。また、非常に膨大なデータを全国でやり取りをしなきゃいけないために、電子化・標準化をすることになっています。

新しい取り組みでありますし、実際の保健指導を行う人材も数が限られていますが、それをうまく活用して最大限の効果を上げるためには、それぞれの保健所のみならず、地域におきまして何らかのうまい取り組み、仕掛けというものが必要になるかと思っております。その意味で保健所に地域の調整を期待をしたいと思っております。

医療計画の推進でありますけれども、7月20日に医政局長通知、それから、医政局指導課長通知、それに健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」が出されています。健康局総務課長通知では、今までの地域保健対策の推進に関する基本的な指針を踏まえまして、今回の医療計画の見直しの中で保健所がどういう役割を果たすべきかを書きました。また、従来二次医療圏ごとに作成されていた地域保健医療計画については、現在は法的な根拠があるわけではありませんが、別にそれを作ってはいけないことではありません。引き続き保健計画も医療計画と一体として策定されている自治体もあると聞いております。通知の中で、二次医療圏ごとの保健及び医療に関する計画を策定しても差し支えないものであることを明確にしています。これは、ある意味、その部分は従来どおり対応していただきたいということでもあります。

それからもう一つ、少し異例なのかも知れませんが、全国保健所長会の研究事業として山口県の宇部環境保健所の岡所長が取りまとめられた全国の先駆的事例集を通知に引用をするとともに、各県に報告書をお送りさせていただいております。日本医師会を通じて各県の医師会にも報告書を1部ではありますけれども、お送り頂いております。医師会とも情報が共有をされておりますので、4疾病5事業の医療連携体制構築のための圏域連携会議の中でも同じレベルで議論ができるようになっておりますことを、ご承知おきいただきたいと思っております。

地域の医療連携体制の構築については、今年度中に脳卒中に関するものは必ず作っていただきたいということをお願いをしております。聞くところによりますと、脳卒中に限らず、4疾病5事業について一緒に作っていくところが多いと聞いております。最低限、脳卒中について医療計画に医療連携体制を記載していただきますようお願いをします。

それから、圏域連携会議ということで、医政局の通知の中に、保健所の役割が明記をされています。保健所が医師会等と協同して、調整して連携方策を検討するということが書いてあり、保健所の役割として、厚生労働省が期待をしているところであります。先ほど会長からもご紹介がありましたけれども、前次官は地域における医療機関の情報を持っている保健所に、この役割を果たしてほしいと非常に強い思いとして持っておられたことが我々に伝えられておりましたので、ここに保健所を明記し、その役割を果たすことを期待をしています。

それから、がん対策については、がん対策基本法に基づきまして、がん対策推進基本計画、つまり国の計画ができ上がっています。数値目標が示され、最終的にがんによる死亡者の減少(20%減)と全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の向上を目的に、重点的に取り組むべき事項として、「放射線療法・化学療法の推進、これらを専門的に行う医師等の育成」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」、「がん登録の推進」の3つがあげられております。

がんの拠点病院につきましては、原則すべての2次医療圏に拠点病院を設置し、5大がんの地域連携クリティカルパスを整備していこうということになっています。ちょうど今、各県でがんの連携拠点病院をどうするかについて、10月末までに厚生労働省のほうに提出することになっているので最終的な調整等が行われているかと思えます。国の計画、それから各県の計画の2つでがん対策の推進を図っていくということになっています。地域におきます各医療機関の取り組みというものを十分把握をしていただき、それに基づきまして拠点病院を中心とした2次医療圏のがん医療の推進にご支援をいただきたいと考えております。

療養病床の転換についてであります。厚生労働省として転換支援の措置として、3つの方向性を6月の時点で出しています。(仮称)医療機能強化型の老人保健施設の創設、それから医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置、それにサテライト型施設の多様化ということであります。老人保健施設につきましては、今報酬をどうするかということで、加算方式というようなことも提案されているようですが、来年の4月の介護報酬の改定に向けていろいろ作業がなされております。特別養護老人ホームにつきましては、平成20年の国会に改正法案を提出ということが今のところ予定されています(注)。サテライト型施設の多様化につきましても、来年の4月にやる予定となっておりますが、ご承知のように、今、高齢者医療制度に関する費用の負担をどうするかということで、政府与党でいろいろ検討がなされているわけでありまして、このあたりがどう影響してくるかは今の段階では分かりませんが、それぞれの地域におかれましては、療養病床を持っている医療機関からのいろんな相談ごとがあるかと思えますが、適切に対応していただきたいと思えます。

(注)特別養護老人ホームの設置主体の見直しについては、11月12日の第44回社会保障審議会介護給付費分科会で、法改正を見送る旨の見解が示されています。

ここでちょっと話題を変えまして、今回の中越沖地震での対応ということで、新潟県からいただいている資料に基づいて、保健所の対応ということのみならず、もう少し広い対応策というものをご紹介したいと思います。心のケア対策については、最近は大災害後の心のケアの対策の重要性が認識をされ、迅速に対応ができるようになっていきます。皆様方のご努力に敬意を表したいと思います。今回避難所を訪問する、ホットラインをつくる、そういうことにも対応していただいております。それから、学校はスクールカウンセラー等によって対応されています。心のケアチームの活動の中で、特に専門相談につきましては、新潟県の保健所の精神福祉相談員がコーディネーターになって、相談に当たっており、保健所の職員の役割というものが非常に重要視をされています。心のケアホットライン、健

康福祉ニーズ調査におきましても保健所のスタッフである保健師、精神保健福祉相談員等の技術職が中心になって対応しました。

今までになかった取り組みかと思えますけれども、ペット動物対策ということで、柏崎保健所内に現地対策本部を設置し、県が獣医師会や動物愛護協会等とタイアップして、動物の救済に当たり、フードの提供または飼育動物の健康管理の調査、一時預かり、引き取りなどに取り組まれております。今までにないユニークな取り組みではないかと思えます。もし、補足があればお願いをします。

保健師の派遣は、延べ 113 の自治体から派遣をしていただき、延べ 3500 人・日という非常に多くの方にご協力をいただきました。送っていただきました派遣元の保健所等には、この場をお借りいたしまして改めて感謝を申し上げます。このあたりの緊急の職員の派遣等、今まで難しかったところが徐々にそれぞれの自治体の理解を得ることができるようになり、かなり迅速に派遣ができるようになってまいりました。しかし、いろいろ問題点はまだありますので、今保健指導室を中心に、保健師の派遣に関するマニュアルを研究班等で検討しております。今年度中には作成できるかと思えますので、出来上がりましたら関係者にお配りをし、情報共有をさせていただきたいと思っております。

最後の話題として、地方分権改革、構造改革特区への対応状況について紹介します。

構造改革特区、いわゆる特区の申請がなされているものとして、1 つが広島県から提案をいただいている、概ね 2 次医療圏ごとに基礎自治体においてまとまった事務遂行が可能となるよう、保健所設置要件の緩和が要望されております。具体的な中身は、人口要件の緩和、既保健所設置市への事務委託、例えば設置市周辺や飛び地について、県の業務を保健所設置市に事務委託ができないか、それから市町による共同設置という形で保健所が設置できないかということであります。あともう一つは個人の方からですが、保健所政令市の人口要件を 20 万人にしてはどうかという提案をいただいています。現時点での我々の回答は、人口 30 万人を下回っている地方公共団体においても、熱意があり、事務事業が遂行できるだけの技術系の職員等がきちっと確保できるということであれば、人口 30 万人に必ずしもこだわるものではなく、従来と同様に、個別に協議に応じるということにいたしております。既保健所設置市への事務委託と市町による共同設置につきましては、今のところ難しい、困難であるということで回答をいたしております。その一つの理由としては、個別法というものでそれぞれの権限が規定をされておりますので、包括的に委託をすることには今のところはないということです。それから健康危機が発生した際に指揮命令権が不明になり、これは健康危機管理にとっては望ましくないということを理由として我々としての意見を出しております。

地方分権改革に関するものとしては、これもまた同じようなものでありますが、全国知事会から意見が出ております。人口 30 万人未満の市や広域連合でも保健所を設置できるよ

うにすべきであるという提案です。それから、保健所長の医師資格については医師資格要件を廃止すべきということで意見をいただいております。

全国市長会の意見といたしまして、保健所を設置できる市町村の人口要件について緩和してもらいたいという意見が出ています。

厚生労働省の回答であります。人口要件の緩和につきましては、先ほども言いましたように、協議に応じるということでもあります。現に保健所の中には30万人を下回っている保健所政令市もあるわけでありますので、こういうものも見つつ、事務・事業が実際に行えるということで協議があれば具体的に事例ごとに判断をしていきたいと思っております。それから広域連合による保健所の設置については、まず、広域連合が担う事務になじまないのではないかとっております。保健所の業務として人権の制限を伴う、いわゆる公権力の行使に関する事務がございますので、一般的な事業とは少し性格が異なるのではないかと申し上げます。さらに広域連合につきましては、理論上構成市町村が離脱することができ、また、一部の業務はやりたくないといったようなことも想定されるわけでありますので、空白地域が発生する余地があることからすれば、行政主体としての基盤が不安定であって望ましくないのではないかと申し上げます。

保健所長の医師資格要件ということではありますが、これは今まで我々が公式に発言をしているものの同じことを引き続き言い続けるということでもあります。保健所長は健康危機発生等の緊急時に医学的知識及び公衆衛生学的知識に基づく判断、方針決定、指示が迅速にできる対応が求められています。また、常日ごろから医療機関の管理者とか専門分野の医師、地域医師会等の関係団体と医学的な知識に基づく情報交換、調整が必要です。以上のような理由から公衆衛生に精通したより高い水準の医師というものが保健所長として求められているんだということを言い続けております。

しかし、ご承知のとおり、医師資格要件につきましては、保健所長の確保が著しく困難な地域につきましては、所長資格の要件の例外規定というものを平成16年に設けたところがありますが、実際にはこれが活用されていません。特例措置について、今年の5月にアンケート調査をしまして、各自治体に結果をお返ししておりますが、この医師の資格の特例措置の適用というものを検討したかどうかということを聞いております。実際に検討したというところが8自治体、6%でありまして、実際にはほとんどのところは検討していません。今後どうしていくかについては、4%に当たる自治体から今後検討する予定があるという回答をいただいております。特例措置を活用しようというところは少ないわけでありまして、特例措置についてどういう意見をお持ちかについても聞いておりますが、31%の自治体から保健所長要件は従前のように医師に限定をすべきだと回答がありました。それから、特例措置が今2年で、4年が限度という形になっておりますので、その期間が短いので延長すべきというところが4%、特例措置の要件をさらに緩和すべきというところが6%、保

健所長の医師資格要件は変えるべきというところが9%となっております。多くの自治体につきましては、今の資格要件でいいのではないかということが読み取れるのではないかと思います。その他の意見がかなりありまして、とりあえずまだ改正したばかりで、現行制度のままでいいんじゃないかという意見が多々ありますので、実際にはどういうご意見をお持ちになっているのかが分かりづらいところではありますけれども、当座は今のままで対応していきたいと思っております。

先ほど少しご紹介いたしましたけれども、実はきょうの午後、第24回の地方分権改革推進委員会から厚生労働省がヒアリングを受けることになっております。保健所の設置基準の緩和及び保健所長の資格要件の見直しに関するものです。中身的には先ほど言いました人口30万人未満の市でも設置できるようにしてほしい。市町の判断で広域連合による対応が可能にして欲しい、それから保健所には医師が配置されている場合には保健所長は医師でなくてもいいのではないかと、いわゆる保健所長医師資格問題についてどう考えるかということ。それから最後に、保健所長の医師資格要件の特例措置に関する調査をやったけれども、結果がどうなっているのか、それを踏まえて厚生労働省としてはどうするのかについて聞かれることになっております。

今、地方分権改革推進委員会のホームページに、厚生労働省あての質問事項や、各回のヒアリングの議事録や、資料、すべて公開をされております。後ほど第24回の地方分権改革推進委員会の議事録を確認をしていただきたいと思いますが、先ほど言いましたように基本的には従来の方で回答する予定にいたしております。何分、委員会の委員からどういう発言が出るかは分からないわけでありまして、今までの流れから言うと、かなり厳しいご意見をいただく可能性があると思っております。人口要件につきましては、協議に応じることにはなっておりますが、特に医師の資格要件につきましては、従来よりももっと厳しい意見が出され、それからこの特例措置についても活用されてないのは要するにこの措置が適切ではないのではないかとご指摘をいただくのではないかと思います。我々として今のところは従来の流れで対応していきたいと思っております。しかし、相手もあることでありますので、どうなるかわかりませんが、できる限り早くいろいろ情報提供をさせていただきたいと思っておりますし、引き続きいろいろ情報交換をさせていただき、どうあるべきかについて皆様方の意見を十分踏まえて対応させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いをしたいと思います。

予定された11時半になりましたので、私のお話は以上にさせていただきたいと思っております。おさらいというようなことで、所長さん方はすでによくご承知になっていることをまとめてご紹介をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

司会 ありがとうございました。引き続きまして、角野会長より「60周年記念を迎えて」と題して、ご講演をいただきます。角野会長、よろしくお願いいたします。

〔会長講演〕

角野会長 それでは、60周年記念を迎えたということで、30分ほどお話をさせていただきます。

特別に何かこの保健所長会 60年のことについてお話をするというわけではございません。私自身、大学を卒業してすぐに滋賀県に入ったわけですが、それから21年ということで、一応保健所、衛生行政には携わってきましたが、その保健所長会のそれ以前の歴史については、書物あるいは先輩職員からお話を聞いただけでありまして、そのことにつきましては、今、伊藤先生を中心として記念誌の作成をしておりますので、まずはそちらのほうでこの保健所長会の歴史については知っていただければいいのかなと思っております。

きょうは私のわずか20年ぐらいの行政経験の中で、自分自身が日ごろ考えておること、また、そういう理念で近ごろは仕事をしているというようなことを少しお話して、もちろん、これはあくまでも私自身の考えでありまして、皆さん方がそれに対しておかしいとか、いろいろご意見はあろうかと思えます。決してこれを押しつける積りではございませんので、まあ30分間、くり言を聞いていただければなというふうに思っております。おつき合いのほど、よろしくお願いします。

これはいつも言うことなので、日本憲法の第25条、我々の仕事というのはこれがもとになっていると思っております。実はこの第25条ですが、自分自身不勉強でごく最近知ったことなんですけれども、これは戦後、この日本国憲法起草委員会ができたときに、日本人みずからの発案でこれは入れられた条文なんです。何も日本国憲法はすべてGHQの指示のもとでつくられたわけではなくて、かなり多くの条文というのは日本人みずからの発案でつくられています。その1つがこの第25条。これはそのときの委員の方がワイマール憲法のことを非常に勉強されていて、ワイマール憲法の中にこれとよく似た条文があって、これは必ず入れるべきだということで入れたようでございます。そのとき、これはあるNHKの番組でしていたんですけども、この前段までしか紹介されていないんですね。「全て国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」というところまででありまして、確かに国民の方にとってはこれが権利ですから、ここだけを知っておけばいいのかもわからないけれども、しかしながら、ではどうすればこういう最低限度の生活を営むことができるのかということになったときに、それを担保するものが当然必要なわけです。そこが国の社会的義務ということで後段に書かれております。「国は全ての生活部門について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」。ここにしっかりと公衆衛生という文言が出てきて、この公衆衛生の向上及び増進がなければ、国民の健康で文化的な最低限度の生活は営めないということを言っておるわけなんです。国はとなってますけれども、国は何も直接するわけではなくて、いわゆる政策的にシステムとしてそういうものをつくっていくということになります。

そして、一番我々に関係するのは、この条文です。医師法の第1条であります。「医師の任務。医師は医療及び保健指導を司ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保するものとする」ということで、これは歯科医師法、薬剤師法あるいは保健師、助産婦などの保助看法ですね、あそこのほうでも大体第1条のところこういう文言が出てくるわけですが、ですから、国はいわゆる国家資格を与えるかわりに、国の責務として、義務としていたすところの第25条を担保するもの、これを国家資格を与えるかわりに、かわりにしなさいという形でこの条文ができたわけです。

実際に我々はもちろん公衆衛生医でありますから、この任務を果たしているわけですが、他の臨床の先生方はそこが果たしてどうなのかと、医療はされているんですけども、ここの「及び」ですね、僕ちょっと一回どなたかに詳しく聞きたいなと思っているんですが、これは医療&保健指導、ここがセットになって、この2つをすることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与すると読むのか、医療が基本で、あと保健指導をつなげて公衆衛生に寄与するという部分、医療とこれとで国民の健康を確保すると読むのか、どっちなのかなと思うんですけども、恐らく僕はこの医療と保健指導ですね、この2つがあって初めて公衆衛生の向上があるんだというふうにこれは理解していいのかなとは思っているわけですが、そうしますと、一応「及び」ですから&になっておるわけですが、やはり両方をしっかり考えていくということが必要なのかなというふうに思います。

もちろん、我々は行政をする立場にとって医療は直接やってないわけですが、しかしながら、先ほど来岡本参事官からのお話等もありましたように、いわゆる医療整備の部分、あるいは医療計画とか、そういったところで間接的に医療の確保ということで仕事はしておるわけですので、このあたりですね、今後もこのことを念頭に置いて、また、憲法第25条を念頭に置いて仕事をしていくことが大事なのかなと思っています。

いろいろ他の役所の中での部署の仕事を見た場合に、憲法で保障された仕事というのは我々の仕事だけなんですよ。多分、農林サイドにしましても、あるいは土木サイドにしましても、そういったことは憲法の中に出てこないんです、別にね。我々の仕事だけがこの国民の健康を守るためにということで、その権利を保障するために公衆衛生の向上に寄与しなさいということで、憲法がうたう。そして法律ができて我々がその仕事をしているということで、これほど重みがあり、そして大切な仕事はないのではないかなというふうに思っています。

これほどこの憲法にも、また、この法律の中にも公衆衛生という文言がありながら、今、世の中からどんだん公衆衛生という言葉が消えて、ほかの言葉。ほかの言葉というおかしいけど、いわゆる地域保健という、これは決してイコールではないですよ。公衆衛生と地域保健は、やはり公衆衛生の中に地域保健があるのであって、公衆衛生イコール地域保健ではないということ。ですから、公衆衛生が逆に言えば忘れられているということなんですね。地域保健という言葉は、もともと全くなかった言葉でありますから、

それが何か最近は中心になるようなところがありまして、ここはひとつ今一度しっかり考え直すべきことではないかなというふうに思っております。

保健所の役割、ここは保健所であり、組織としての保健所の役割。保健所長ではなくて保健所の役割ですね。先ほどの通知でも保健所の役割が言われているわけであって、保健所医師、保健所長の役割でなく、保健所が今期待されているということがまず1つですね。保健所はというと、当然のことながら地域の公衆衛生活動の拠点であります。そしてすべきことは、まさにその25条ですから、たくさんあるわけですね。数年前には、何か健康危機管理だけのところになりかけました。そして、昨年来のこの医療法改正の中で、地域連携クリティカルパスとか、そういうことが盛んに言われるようになって、今は世を挙げて医療連携ということが叫ばれているわけですが、かといってこれだけでもないわけですね。

これも先ほど参事官の朝のあいさつのほうで出てきて、しっかりと生活習慣病のことも言っておられました。これが今また特定検診、保健指導等に変わる中で、何か保険サイドのほうの話になっていって、我々のところから何かちょっと距離がだんだんできているようなところもあって、また、忘れられかけているようなところもあるわけですね。そうではなくて、やはりいわゆるヘルスプロモーションの理念に基づくところの健康づくりですね、感染症対策もそうですし、さまざまなことですね。これを我々保健所がしていく。これも従来からですが、今後も忘れてはいけないことかというふうに思うわけです。

そして、保健と福祉の統合というのがあったわけですが、それ以前から保健医療の連携ということ、保健と福祉の連携、そして医療と福祉の連携、この三者をやっぱり包括的に考えていくことのできる、これはやはり保健所です。必ずしも組織として統合されていなくても、我々の仕事というのは、まあ言えばちょっと一つ飛びますけれども、ニーズ主導性かサービス主導性かということを見ると、保健分野というのはニーズ主導性なんですね。サービス主導性というのはまあかつての福祉はまさにこれですね。申請主義であるところの福祉というのは、申請があって、それに対してこちらが持っているサービス、持ち駒だけを提供する。持ち駒がない部分については、もうこれはありませんよということで終わり、これがサービス主導性です。いわゆる制度だけをもとに、今ある制度の中でしか仕事をしないというのが、これが従来福祉です。保健はというと、そうではなくて、これはニーズ主導性ですね。住民の方がいろいろ何かある。それに対してもちろん我々が持っているサービスを使おうとするわけですが、しかし、まだ不足する部分がある。それに対して初めのうちは一つ一つの事例に対してどうしていかうかということを考えていくことをやっていくのが、これが保健ですね。決してもうこれはないから知りませんではなくて、まさに保健師さんというのはもうそれにしっかり食いついてやっていかれた。そういったことが積み重なる中で一つの制度ができていくという。こういう動きを我々はずっと今までしてきたわけなんですね。ですから、別に福祉とか関係なくても、一人の

人間として生活を見てやっていると、当然のことながら障害者の問題であっても障害児者の問題の場合でも、その人たちの生活というのが身につくわけですから、そうしますと「何とかしてやらなあかん」という思いを保健所の職員はいつも持って、そしてそれを福祉の方につないだりとかして、いわゆる福祉的な動きというのは実際にはやってきたわけでありまして、そういったノウハウも当然持っているわけです。

それが、ましてやこの保健と福祉が統合された組織においては非常にやりやすくなっているのではないかなど。当初これが統合されたときには、確か岡田先生のころに全国調査をしまして、その後どうかということをやったりしたわけですが、あの時僕もちょっとかわらせてもらいましたけども、決してマイナスではなかったですね。統合前はかなり我々も何で一緒になるのかなというのがありましたけども、仕事そのもののことを考えると結構プラスになっている部分が見られたということです。ただ、唯一、唯一と言ったら変ですけども、あの統合で困ったのはいわゆる所属長ですね。組織がもう訳がわからなくなってきた。保健所という独立機関が健康福祉センターということになって、またその後、振興局とか、そういう形になっていく中で、まだ所属長がもう1人いる。あるいは2人くらい上がいるとか、そういう複雑な組織になって、いわゆる保健所長という立場を考えた場合に、保健所長の動きというのが一部のところではちょっと動きにくくなったという、そういう弊害はあったわけですが、しかし、職員そのものの仕事ということ考えた場合には、結構この保健と福祉が一緒になったというのはメリットは大きかったのか、いろいろあったのかなというふうに考えています。

そして今、県型と市型ですね、この保健所、ちょうどきのう政令市部会の総会がありました、途中から参加させていただいたわけですが、今現在いわゆる市型、政令市、指定都市、あるいは東京都特別区、そういった市型の保健所がカバーする人口というのはもう日本の半数ぐらいになっているわけですね。箇所数で言えばまだ市型保健所の箇所数は少ないわけですが、カバーする人口というと、1保健所当たりで考えればはるかに多いということでもあります。

我々この従来から県型、市型ということで何かディスカッションするときに、やっぱり市型等はちょっと違うということで、あえてグループワークでも別にしたりとか、そういうことで、そのほうが議論しやすいやろうということでしていたわけなんですけども、しかしながらよく考えてみますと、視点は違っても対象は同じなんです、やはり住民なんです。我々県型保健所の人間は、市町村を通して地域住民の方と接しているわけです。市型保健所の型はもうダイレクトに地域住民の方と接している。対象はですから同じ地域住民の方ですね。

きのうのその政令市部会の話、議題等を聞いておりましたら、きのうは予防接種のお話です。それとか母子保健の課題、そういったことが、いわゆる県型からしてみたら、市町村が直接的にしているサービス、そういったことを市型保健所の方々は一生懸命考えてお

られるわけですね。これは我々県側、我々という言い方、私は今県型ですから、県型の人間が考えないといかんと、そうではなくて、市町村と一緒に考えないかんことですよ、これはね、県の方が。ところがつつい市町村が直接やっていると、市町村から情報が上がってくる、あるいはちょっと意識すればそこを一緒にできるんですけども、それ以外の部分のことに目が行っていますと、つつい市町村のそういう課題というのを見落としがちになって支援できないという状況が結構あるのではないかなというふうに思ったわけです。

また、この医療計画の策定についても、これは先ほど言いました7月までの研修のときに、これはもうはっきり分けたんですね。それはなぜかという、当初自分たち企画する側の考えとして、また実際話をされているところを見ていても、市型の場合は計画をつくりませんから、だからどうも議論をしにくいとかいう意見もあったわけです。しかしながら、これはまた、先ほどのBCG予防接種とかとは逆の話でありまして、市型の方にとってもこの医療計画にはしっかり参画していただかないことには、県が、あるいはその圏域の保健所、あるいは場合によっては隣の保健所がニーズ要求の中でつくってしまうということになってくるわけですから、それが市型の保健所の方々が参画してない中でやっていって果たして本当にいいのか、それでいいものができるのかというところですよ。そういったことで、これからやはりもっともっと県型、市型という違いはありますけども、我々としてはその意見交換と言いますか、ディスカッション、これをどんどん深めていく必要があるのかなと。特に市町村が考えているいわゆる市町村保健センターの視点とかと、それと市型保健所、これはまあ市町村保健センターと一体化しているわけですけども、ここの視点を考えた場合に、あるいは物事の考え方ですね、力量、これはやっぱり圧倒的に保健所の方が僕は上だというふうに思うわけですね。そういったところで、市型保健所の方々の今抱えている課題、それに対してどうしようとされているか、そういったことというのは、我々県型保健所の人間にとっては非常に役立つ情報かなというふうに思います。それはまさにそういったことを得ることによって次、自分たちの管内の市町村に対する支援というのできるというふうに思います。

したがいまして、これから、もちろん場合によったら議論するとき県型、市型というのは別にすることも必要なのかもわからないけれども、できる限り我々は同じ保健所として県型、市型というのは同じテーブルでディスカッション、情報交換等が必要なのかなというふうに思うわけです。

さて、そして次に保健所医師であります。まだ、本当に今、岡本参事官の話聞いてこの資料を見ても驚きで、いつまでこの知事会というところはこだわるのかなというふうに思っておるわけですけども、まずここにはあえて保健所長とは書いてない、保健所医師で止めています。公衆衛生医、我々行政をする医師ですね、まあ一体何なのかということですね。これは最初の3つ、これはよく聞きますね。小医は病を、本来中国では医子です

ね。いろいろな表現はありますが、癒す、中医は人、大医は国をと、癒す、国を創るとか言いますよね。これについてもちょっとこの間インターネットで見えていたら、いろいろ賛否両論は医師の中でもあります。小医は病を癒すと言うて、医師をバカにしているのかとか、大医は国を慰す、そんなものができるのかとかいろんな意見が出ていましたけども、まあまあそれは別として、単純に考えて、いわゆる病気だけ診ている医者、これは医者ではあるけれどもそれは大した医者でないというか、それも大事なことだけでも、それではあかんのですよと。中医は人の生活そのものを診ていきましょう。さらには国をという話ですけども、それでは公衆衛生というのは一体何なのだろうかということなんですわね。

我々は、やはり臨床の先生方はやはり中医を目指していただきたいと思うわけですね。中医ですね、臨床の先生方は。公衆衛生、保健所の医師はどうかと。これは国ではなくて地域ですよ、地域。ですから大と中の間ぐらいなのかなと思うわけですね。中の上、大の下、そのあたりですね。それが保健所医師の位置づけになるのかなと。やはりそういう思いがないとだめなのかなというふうに思うわけです。

これは次のところに関係してくるわけですけども、文明病と文化の創造ということで、また何を大層なことをという話になるわけですけども、文明と文化の違い、これは実は司馬遼太郎があるところに書いていまして、ああ、なるほどなと思ったわけなんですけども、文明というのはこれは普遍的なものであると、世界共通、これが文明である。例えば機械文明、自動車文明、IT文明というのがありますよね。これはどこへ行っても共通というか、みんなが真似をしようとする、なってくる。ところが文化、これは地域固有のものなんですわね。だから、例えば日本であればかつては着物文化というのがあったわけですけども、これは外国人なんかがよく日本に来て、京都あたりで芸妓さんや舞妓さんの着物姿を見て「オー、ビューティフル」とか言いながら国に帰ってそれを真似するかというと、だれも真似せえへんですわね。それは日本の文化として、これは美しいなあと言うんだけども、それは決して自分たちの生活には取り入れないものですね。文化というのはあくまでも固有のものです。しかし文明というのはみんなが真似をしようとする。それを取り入れようとする。なぜ取り入れようとするか、ここはまあ僕の勝手な考えですけども、要は便利さの追求です。我々は常に便利さを追求しているということではないかなと思います。

結局その便利さの追求というのが、この疾病構造の変化をもたらしてきたのではないかということですね。特に今問題となっているところの生活習慣病、これはまさに便利さの追求によって起こってきたこと、便利さの追求によって起こってきた生活習慣病、これを今、我々は1970年代、第一次国民健康づくり運動から日本もずうっとやってきたわけです。成人病対策、生活習慣病対策、そして今はメタボリックとかいう言葉があってやられているわけなんですけれども、ところが皆さん方も含めて、みんな便利さは追求するわけですね。

ところが、その生活習慣病を予防しようとする、余り便利ではあかんわけですよ、これ。要するに、これ時計の針を逆に戻さなあかんわけですね、一番いいのはですね。ところが、そんなもの戻るはずがないわけです、どう考えても。我々はやはりちょっとでも楽な生活、例えば、原子力の問題がありますね、原子力発電所。皆さん方の多くもあれには危機感を持っていることやと思います。原子力発電所をつくることについてね。じゃ、何で原子力発電所が必要なのかというと、それだけの電力量が必要なわけですよ。だれがそれを必要としているか。我々は夏になったらクーラーをかける。冬になったら暖房をかける。あるいは今はオール電化とかいって、どんどんどんどんそういう便利な生活を追及して、実際我々が電気を使えば使うほど電力量が不足してきて、そういったときにああいった原子力発電所といった発想が出てくるわけですね。その一方、原子力発電をなくせというたってなかなかなくなる話ではないんじゃないかなと。やはり我々が電気の使用量を一人ひとりが抑えることによってですよ。あるいはそのエネルギーの問題にいたしましても、車というものをやっぱりみずからが極力乗ることをやめるということによって、エネルギー消費というのは減ってくるわけですよ。しかしながら、それはそれで別途みんな車は乗り続けて、そして問題にしていくという。しかし、そこにはやはり便利さの追求というのが根底に常にあるということなんです。

したがいまして、そこで便利さを追求をする中で、健康を維持していく、いわゆる生活習慣病を予防していくことになると、一体何が大事なのかなとしたときには、僕は今度は文化と健康というのをちょっと考える必要があるのかなというふうに思うわけです。

ここでいう文化、特に食文化ということを考えたいと思います。食文化は、これもまさに固有のもですよ、食文化というのは。それぞれの地域で、これもですから、流通のないときに、医食同源とかいろいろ地産地消という言葉がありますけども、これはいわゆる地産地消せざるを得なかった時代ですよ。物が来ないわけですからね。だから、そこにあるものを食べなしようがなかった。そういった中でその地域地域の食文化というのが育っていった。それが今、伝統食とかいろいろ言われているわけですね。食育基本法ができて、盛んに伝統食の見直しなんてことが言われているわけですけども、あれはそういった長い歴史の中で、そしてそういう社会環境の中で出来上がってきたものが今のそれぞれの地域地域に残っている食文化なのかなというふうに思うわけです。

それがそのままずっと続いておれば、ほかの疾病はあったかもわからないけども、例えば東北地方においては脳卒中が多いとか、いろいろそういう栄養の問題等、塩分の問題等であったわけですけども、しかしながら、この生活習慣病に視点を当てるならば、それはなかったわけですね、日本全国。

ところが、70年代に異文化、よその食文化、文化というのは本来長い歴史の中でその地域、気候、風土、生活習慣等とともに育つものでありながら、それが突然入ってきた。よその、欧米の食が突然入ってきた。そういったことは我々の生活の中にはなかったもの

ですよ。それが入ってきたことによって、この生活習慣病というのが急速にふえたと言いますか。ということは、我々はこれからいわゆる健康なまちづくりという、これをしていくことが大事なのかなと。いわゆる新たな文化の創造ではないかなと。時計の針を単純に昔に戻して、伝統食なら伝統食にせいと言うたところで、そんなものは戻るはずがない。そうではなくて、これから、ですからこれは非常に長い時間のかかる話で、先ほど結果を出すというのがこれからですから、1年や2年でいろんな結果を出していかなあかんのかもわからないですけども、しかし、本当の意味で我々が健康を意識せずして生活できる、これが一番いいことかと思うんですよ。もともとだれも健康なんかを意識していない。沖縄の人たちが沖縄料理が体にいいと我々言いますが、長寿の県であったと。しかし、沖縄の人たちは、これは健康やからと言ってゴーヤを食べたわけでもなくて、健康だといってこういう料理をつくったわけじゃなくて、これはおいしいものを食べて、そこにあるものをいかにおいしく食べるかということの発想のもと、食を楽しむという気持ちでつくった郷土料理ですね。それがあの人たちのそこでの生活環境に合っていたということですね。今よくヨーグルトでもブルガリアヨーグルトとか何とかヨーグルトとかいって我々は食べているけども、それはもともとそこの人たちにとってはほかにまた代わる物がなくてそういうものができて、その地域としてはよかったものなんですよ。あれをわざわざ何で日本で輸入して我々が食べなあかんのか、僕にはもう一つ理解できないわけで、そういうことをするのではなくて、今自分たちの生活、これはこの交通事情とか物の流通、そういったものを考え、これを全く否定するのではなくて、これを生かした中で、新たな文化の創造というのがこれから求められるのではないかなと。そういったときに、この保健所医師というものがなかなかそういう大きなことをやるのはあれですけども、先ほどの中医、中の上、大の下というのはそこやと思うんですよ。そういったことを地域に働きかけていく。何も保健医療、福祉の分野だけではなくて、地域を大きく変えていく、そういった役割を我々はしていく必要があるのかなあというふうに思うわけです。

一つ先ほどの参事官の話で知事会が言っているところの公衆衛生行政に精通したという文言がありましたけど、一体何をもって行政に精通したというのか、そのあたりは全然知事会は示してないわけですよ。公衆衛生行政は一体何なのかという、そういったことも明確にもせずに、ただ単に、何かこういった文言を並べるだけで医師資格要件を廃止すべきなんてと言うのは、これはとんでもない話だなと思うわけですけども、その一方、我々としては、やはりそれぞれの自治体において、自分たちの職場において、いわゆる自分のところの知事に向かって、我々のしていること、また、それが医師でなければできないんだということ、保健所長が医師であることの重要性、そういったものを個々のところでやはり伝えていく必要があるのかなあというふうに思っております。

保健所長会のこれから、これは同じ市民権を持っている者の強みというのはあると思うんです、これは絶対ね。それは何かと言いますと、やはり我々はいつも首かけても平気や

というところですね。仮に首になったところで何とか食べていける、これが医師免許を持った者の強味なんですよ。これを生かさずしてどうするんやというふうに僕はいつも思うわけです。だから前は僕は県でも言いたいことを言いますよ、結構ね、自分が正しいと思ったことは。それで、向こうが「おまえ、そんなんなら辞めえ」というたら、辞めますわ。「辞めたるやないか」と言えるのは、我々そこが強味なんですよ。だから上に対してコメツキバツタのように顔色窺う必要は全くないということでありまして、やっぱりそこが大事だと。

それから、「みんな」という言葉をよく使いますけども、みんなというのは本当は全員ですけど、そうではないんですよ。本当は一部の人、それを間違っって「みんな」というふうに呼ぶ。そうではなくて、やっぱりターゲットをはっきりさす必要があるのかなと。ターゲットをはっきりさすというのは何かと言いますと、ついつい国はという言い方をしますよね。国はとか厚労省はという言い方をする。しかしながら、自分自身がこの何年間かこの全国保健所長会で仕事をさせていただいて国の方とのつき合いがあります。そういった中でやっぱりそれぞれ違うんです。本当に我々の味方というか、保健所を理解してくれている医系技官の方、そしてもう全く保健所が嫌いな医系技官がおるわけです、はっきり言うて。保健所に2年ぐらいおったと言いながら、よっぽど辛い思いをしたのかどうかしらんけども、（笑声）もう恨みつらみで保健所なんか要らんと言う人もいます。そういうのがぼんと大事なポストに座られると我々は本当に困りますね。それはまさにその人がターゲット。我々はだから個人がターゲットにすべきやというふうに考えるわけですよ。組織そのものでなくて。だから中には逆に言えば、味方が結構厚労省の中にもおられるわけですね。そういった人たちとのやはり連携というのをはっきりしていくことが、しっかりしていくことが大事なのかなと。

それと、やはりこの所長会、518 まで保健所の数が減ってきました。これからも恐らくまだ減ってくる可能性は大であります。またその一方、保健センターという形とかで、保健所ではないけども、かつて保健所長であった方々が、優秀な方々がセンター長としては残られている。そういった人たちも取り入れる中で、この組織というものを考えていく必要があるのかなというふうに考えますし、また、やはり何といても継続は力なり。60 周年まで来ました。これはやはり次はやはり 70 周年かなと。当然ですよ。60 の次は 70 ですよ。まあ 61 周年というのはないわけで、切りのいいところで 70、場合によっては 75 があったり、いずれはやっぱり 100 周年というのがあるわけですね。いつまでもこの保健所長会組織というのは維持する必要があるのかなと。そして数は力でありますから、518 に減って、518 人の会員になったとしてもですね、かつて保健所におられても今は優秀な方で県庁に入られた先生方もたくさんおられます。また、大学院に行かれた方もおられます。また今言いましたように、支所とかそういったところの支所長になられている方もおられます。そういった方々も含めて、やっぱり保健所長会というのを考えていく必要もあ

るのかなというふうに思います。

とにかく、この保健所長会というものを、この組織をやはり維持していきたいなというふうに思います。時間になりました。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

司会 ありがとうございました。

皆様、お疲れさまでした。予定どおり午前中の行事を進行することができました。皆様のご協力を心より感謝申し上げます。

なお、この後、12時55分より、第64回総会および60周年記念行事を行いますので、ご参加をお願いいたします。

先ほど、60周年記念特別表彰を受けられました皆様は、この後すぐに記念撮影を行います。後でシンポジウムの打合せ等がございますので、取り急いで中2階の写真室へお移りをお願いいたします。

また、弁当を申し込まれた皆様は、名札の裏側に弁当引換券が入っております。当会場ロビーに引換所を設けておりますので、お弁当を受け取られて自席にてお召し上がりください。

なお、役員の皆様は2階湯月にお弁当を用意しておりますので、直接湯月にお越しください。

これで午前中の部を終わらせていただきます。

〔第64回総会〕

〔祝電披露〕

司会 それでは、午後の部に入りたいと思いますので、ご着席をお願いいたします。

総会に入ります前に、お祝いの電報が参っておりますので、紹介させていただきます。

全国保健所長会60周年記念並びに第64回総会のご盛會を祝し、あわせて貴会のますますのご発展を祈ります。社団法人日本食品衛生協会会長山口信夫様。

以上でございます。

〔議長・副議長あいさつ〕

司会 では、これより本総会議事に入りますが、会則第15条第2項の規定に基づき、議長は、地元の愛媛県保健所長会長の土井光徳所長に。副議長は、次期開催地の福岡県保健所長会会長平野彰一所長をお願いしたいと思います。

では初めに、議長にごあいさつをお願いいたします。

土井議長 愛媛県保健所長会会長をしております土井でございます。皆様には大変お世話になっております。きょうは不慣れなためにいろいろ失礼なことがあるかも知れませんが、ご容赦を願いたいと思います。それではよろしく申し上げます。

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。

平野副議長 副議長を仰せつかりました、福岡県保健所長会の平野でございます。何分に

も不慣れでございますので、皆様方のご協力を得まして、無事副議長の役目を果たせればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

〔議事録署名人指名〕

司会 ありがとうございます。それでは議長進行をよろしくお願いいたします。

土井議長 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、議事録署名人を選出したいと思います。恒例により議長指名でよろしゅうございますか。

〔拍手起こる〕

土井議長 ありがとうございます。賛成の拍手をいただきましたので、私から指名させていただきます。

愛媛県今治保健所の上田所長に。もう一方は、愛媛県西条保健所の竹之内所長にご指名いたしますので、よろしくお願いいたします。

議事審議に入ります前に、報告事項がありますので、よろしくお願いいたします。報告事項につきましては、お手元の総会資料1ページからごらんください。

〔会務報告・総務担当報告〕

土井議長 まず初めに会務報告ですが、土居総務担当常務理事から。次の総務担当報告もあわせてお願いします。

土居常務理事 理事の土居でございます。ただいまから会務報告並びに総務担当報告をさせていただきます。

平成19年度全国保健所長会活動については、資料1ページでございますが、4月26日の東京ブロック総会を皮切りに、第一回全国理事会を5月15日、第二回を8月21日に開催し、本総会に至っております。なお、本年度の地域ブロック部会活動については、13ページ以降に記載しておりますので、ご参照ください。7月からの新執行体制の役員については7月23日現在2ページのようになっておりますので、ごらんください。5つの担当理事会の構成につきましては、3ページをご参照ください。

引き続きまして、総務担当報告でございます。4ページ、会員数、保健所数ということになりますが、横浜市の17保健所を初め、合計18市の保健所が廃止となり、平成18年度の536から本年4月1日現在、518となっております。東京都から八王子市保健所が、政令市保健所に。新潟市と浜松市が中核市から指定都市に変更となっております。名誉会員につきましては、先ほど前東京都墨田保健所長澤節子先生、それから前長野県長野保健所長眞田英機先生、前愛媛県今治保健所長木村真理先生が第二回理事会で承認されました。第53回全国保健所長会の表彰につきましては、先ほど行われましたように、北海道深川保健所小泉秀男さんはじめ57名の方が受賞されておられます。また、60周年記念特別表彰では、旭川市保健所竹居田和之先生はじめ71名の方が受賞されました。以上で報告を終わらせていただきます。

平野副議長 ありがとうございます。ちょっと議長急用で、副議長にかわらせていただきます。

次に、渉外担当報告を、宇田渉外担当副常務理事ら報告をお願いいたします。

宇田副理事 それではお手元総会資料の4ページをごらんください。渉外担当理事会といたしましては、全体理事会に合わせて開催いたしまして、そのほか随時のメールで意見交換等を進めております。主に事業といたしましては3点ございまして、1点目が国の平成20年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書の作成と提出をいたしました。7月11日に厚生労働省のほうに提出をいたしております。内容等につきましては、既に皆様方ご承知だと思いますが、今年度は医療制度改革に関する項目を一項目追加をいたしまして、12の重点項目と3つの一般項目で構成されます要望書を提出いたしております。2点目が、感染症政省令改正案及び新型インフルエンザに対するガイドライン案に関する保健所協会の意見の取りまとめと、厚生労働省結核感染症課への提出を資料のとおり行っています。

3点目が、関係機関との連携に関しまして、保健市長会との合同連絡会議を昨年度から開催いたしております。北川理事長のご指示もございまして、保健市長会と保健所長会、連携を深めながら、今後公衆衛生活動を進めていくべきだということで、研究事業を昨年度打ち立てまして、保健所長会と保健市長会、両方の人事交流を図りながら今進めているところでございます。ちなみに、今年度は公衆衛生活動を活性化するための保健所長、保健所医師と保健所及び市町村保健センター、保健師の共同のあり方ということで、地域保健総合推進事業を進めているところでございます。以上です。

平野副議長 ありがとうございます。

次に、学術担当報告を、佐々木学術担当常務理事から報告をお願いいたします。

佐々木常務理事 学術担当のほうから、今年度の事業について報告を申し上げます。

学術担当の一番大きな役割は、地域保健総合推進事業をいかに効率的に成果を上げていくかということが一番なわけですね。今年度から少し従来の方式を変えまして、保健所長会として方向性を出そうということで、一般の事業演題の募集に加えて、保健所長会として方向性を出して、テーマを絞って応募をしようというようなことをいたしました。今年度は医療制度改革、それから公衆衛生協会からの指導もありまして、政令市との課題に絞って、そのほか一般がございまして、応募をいたしました。その結果、26件のご応募をいただきまして、採択されましたのは13件でございます。これは残りの13件、すべて捨てたということではなくて、ほかの班に統一したり、できるだけ多くの先生方が参加できるようにしたものでございます。結果として、5ページにごらんいただきますように、13の今課題が事業として進行しております。平成20年の募集についても、同じようにテーマを絞って募集をいたしたいと思っておりますので、よろしくお願いをします。なお、平成19年度の採択に当たって、今まで一度3年計画で演題というか、事業名が認められますと、もう自動的に3年続いたわけですが、19年のときに事業評価がなされまして、もうこれはここ

で打ち切りというようなことが入りました。それで、所長会としてはできるだけ打ち切りがないように、研究計画をしっかり立てていただこうということで、ことしの募集を少し時期を早めようというふうに思っております。現在の予定ですと、1月に先生方に応募をしていただく締め切りにしたいというふうに思っておりますので、ぜひしっかり事業案を練って応募していただけたらと思います。2点目は、全国いろんなところから、保健所に調査に参るわけですが、そのコントロールをできるだけしようということで、嫌味な仕事を押しつけております。現在のところ、保健所長会に依頼が来ておりますのは、この5ページ、6ページに掲げてございます4件でございます。

報告は、以上でございます。

平野副議長 ありがとうございます。

次に、研修担当報告を、山田研修担当常務理事から報告をお願いいたします。

山田常務理事 それでは、6ページの4、研修担当報告をごらんいただきたいと思います。平成19年度の医療制度改革地域保健研修関係でございます。冒頭角野会長からもごあいさつがございましたけれども、医療制度改革地域保健研修会が全国8ブロックにおいて開催されまして、医療計画の改訂を初め、医療連携体制の構築、また、新たに導入される特定健診等の生活習慣病対策における保健所の役割について研修されました。合計357名ご参加をいただいております。

続きまして、平成19年度の全国保健所長会研修会の開催でございますが、この5月と8月の2回、理事会を開催いたしまして、研修計画の開催日時、場所、テーマについて協議されました。例年東京で開催されておりましたけれども、今回は初めて関西の京都市で開催されることになりました。テーマでございますが、昨今の児童虐待、感染症対策、あるいは自殺、あるいは災害弱者対策、生活習慣病等の健康格差の問題にどのように取り組んでいくかについて研修するということになりました。そのメインテーマを「健康格差社会と保健所に求められるもの」といたしました。詳細につきましては、別添に一枚物で両面印刷のものでございますが、平成19年度の全国保健所長会研修会開催要領及び裏面のプログラムをごらんいただきたいと思います。基調講演といたしまして、日本福祉大学の近藤先生には「健康格差社会への処方箋、ヨーロッパの総合戦略に学ぶ」と題しまして、ご講演をいただきます。また、国立保健医療科学院の福田先生には「健康格差研究は地域保健、公衆衛生施策にどのように貢献するか」と題しまして、ご講演いただくことになっております。また、午前中にもございましたけれども、災害弱者対策として厚生労働省の佐々木先生から、また、自殺対策ということでNPO法人のライフリンク代表の清水先生にご講演をいただきまして、その後各保健所の取り組みを踏まえてパネルディスカッションで今後の方向性について議論いただくことになっております。また、サブテーマにつきましては、新型インフルエンザ対策として東北大学の押谷教授に、昨今の新型インフルエンザ対策について、それから岸本所長さんにはインフルエンザの保健所の行動計画の作成マニユ

アルについてもご紹介をいただくことになっております。また、サブテーマ2では、医療制度改革地域保健研修総括も1日目に予定しております。各ブロックからのご報告とグループワークも予定しております。皆様方のお手元には、11月までには正式ご案内をさせていただきたいと思っておりますので、ご多忙の折とは存じますが、できるだけ多くの所長様初め、保健所の医師、歯科医師の先生方にご参加をいただきたいと思います。以上でございます。

平野副議長 ありがとうございます。

次に、広報担当報告を、中西広報担当常務理事から報告をお願いいたします。

中西常務理事 広報担当の練馬区保健所の中西好子です。

広報担当としましては、ホームページの作成と、また広報雑誌であります公衆衛生情報誌へ掲載するという事で、こちらは、隔月、順に各地の保健所長さんに原稿を出していただいています。まず、ホームページのほうですが、ホームページアドレスはPHCDという保健所長会の略語で従来からやっております、総会、理事会、研究事業、各地の会員の活動状況の紹介を、迅速かつ詳細に掲載することを心掛けております。全国の会員の皆様方、また保健所の皆様にご協力を頂きまして、内容が非常に充実してきておりましてアクセス数が飛躍的に伸びて、9月末で26万を超えたところでございます。17年8月に私が引き継いだわけですが、そのときにページ数が37ファイル、月々の訪問者数が1,170ということでしたが、現在ではページ数は900を超え、月のトップページのアクセス数は6,859、7月、8月は7,000件を超えておりまして、毎月の実訪問数は2万件ということでございます。また、去年からホームページの容量をふやしましたので、動画配信もできるようになりました。昭和22年に保健所法ができて、24年のGHQが作成した保健所誕生のビデオ、これは杉並保健所がモデルとなっておりますが、これを動画配信しております。非常に歴史的価値があるものですので、ぜひ皆さん、研修医の研修とかにご利用いただければと思います。また、鹿児島県は「こころの対策」ということで熱心にやられておりますところで、こちらのうつ病に対する解説を動画配信しております。また、新型インフルエンザの訓練とかも動画配信しております。今後も皆様方の投稿を待っておりますので、いろんな媒体でいいですから、私のほうにお寄せいただければと思います。なお、18年度の事業報告の7ページ目に更新履歴の概要をお示ししております。いかに全国の多彩な活動がこちらまでお寄せいただいているかというのを見ていただければと思います。今後とも、皆様のご協力いただきまして、充実を図りたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。なお、今日の総会の記事も本日中にアップする予定ですので、出張報告等にご利用いただければと思います。以上です。

平野副議長 ありがとうございます。

続きまして、委員会報告に入ります。地域保健の充実強化に関する委員会報告を、廣田委員長から報告をお願いいたします。

廣田委員長 8ページをごらんください。地域保健の充実強化に関する委員会の報告です。この委員会の位置づけですが、健康危機管理以外のタイムリーな地域保健の課題に取り組んでいくということで、必要に応じて全国の保健所や厚生労働省などに提言を行うこととしております。ことしは第1回の委員会を8月2日に行いました。昨年の活動報告ですが、これについてはもう既に報告書を作成しまして、各保健所に送付済みでございます。それから今紹介にありましたホームページのほうにも一部掲載しております。

それから19年度の事業ですが、最初に保健所における医療安全指針などの作成についてですけれども、これは緊急に調査をいたしまして、結果についてはメールで既に報告しております。それから、一昨年から続けてやっている事業ですが、地域保健医療研修についてなんですけれども、これについては皆さんの保健所にテキストが行っていると思えますが、既に何年か改訂しておりませんので内容が古くなっておりますので、この研修ノートの改訂を予定しております。またワークショップなどの開催も予定しております。それから喫煙対策行動宣言のアンケートですけれども、これは15年の総会に保健所長会で喫煙対策の推進に関する行動宣言を出しまして、これに基づいて毎年調査するというようになっております。16年は97.8%の回答率でしたけれども、18年は79.1%まで回答率が下がっておりまして、同じような調査を行うべきかどうか、理事会で検討していただきましたが、やはり喫煙対策の必要性を知っていただくためにも継続して行うということになっております。皆さんの協力を得るために、何らかの工夫が必要かと思っております。

それから、17年度に保健所が取り組むべき課題を調査して提言を行っているんですけども、それが第1報で終わっておりますので、これをさらに見直していくという予定にしております。それから医療制度改革につきましては、研究班のほうの検討を受けた段階で、医療制度改革における保健所の役割を提言していく予定にしております。以上で委員会の報告を終わります。

平野副議長 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、岸本委員長から報告をお願いいたします。

岸本委員長 それでは、8ページをごらんください。健康危機管理に関する委員会報告を行います。

昨年度と同様、委員会が担う役割を3点整理しております。まず、健康危機管理研究事業その他関連する事業と連動した健康危機管理に対する体制の検討、次に全国への情報発信、そして健康危機管理に関する随時の課題に対する検討でございます。

委員会を本年7月31日に開催いたしました。健康危機管理研究事業「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」の事例収集体制検討班と意見交換を行い、その後委員会としての事業検討を行いました。

事業についてご報告いたします。まず一つめの健康危機管理研究事業、その他の事業と

連動した体制の検討です。事例収集体制検討班というのが、昨年度から立ち上がっておりまして、既に皆様方のところに事例収集を依頼したり、あるいは H-CRISIS に掲載されたりというようなことが行われております。これがずっとシステムとして確立するように委員会と連動をしたいと考えております。今年度は、ことし収集しました昨年度の事例につきまして、詳細報告を求める事例を抽出し、掲載を依頼するという作業を行いたいと思っております。委員会の委員で健康危機管理分野の分担を行って、また皆様のご依頼を申し上げたいと思っておりますが、その節はよろしく願いいたします。

今後、委員会として保健所長会あるいは委員会としてこの事業が継続して行われるように、中段に書いておりますが、まず、保健所長会として事例報告を依頼する、それから保健所から事例を H-CRISIS に掲載していただく、委員会として詳細事例の選定あるいは報告を依頼し、それからこの事業全体の評価を行うということをしていきたいと思っております。これに関しましては、ことし、来年にかけて研究班のほうと合同で検討を重ねて、実効性のあるものとしていきたいと思っております。

二番目の全国区の情報発信ですが、重大な健康危機管理事例が発生いたしましたときには、各保健所のほうに速やかに情報提供を行いたいと思っております。その際、特に中心となって対応していただいた保健所のほうに、事例をご報告いただく等あると思っておりますのでよろしくお願いしたいと思います。

三番目に、随時の課題への対応ですが、現在、そこにございます厚生労働科学審議会健康危機管理部会、日本公衆衛生学会感染症対策専門委員会のほうに、保健所長会から代表で先生方に参加していただいております。その先生方と連絡、調整を行って、随時課題を検討し、対応してまいりたいと思っております。

それから、公衆衛生上問題のある死体の取り扱いについてということで、中間報告等にも上げてございましたけれども、これに関しても委員会のほうで意見交換をしていきたいと考えております。以上でございます。

平野副議長 ありがとうございます。

続きまして、60 周年記念誌作成委員会報告を、伊藤委員長から報告をお願いいたします。
伊藤委員長 60 周年記念誌作成委員会の報告につきましては、10 ページに記載しております。編集委員は 7 名からなっております、今年度 2 回開催しております。

それで、60 周年記念誌の内容でありますけれども、40 周年記念誌、それから 50 周年記念誌を参考にしながら、独自の工夫もしているところであります。

まず初めに、巻頭言と祝辞をいただいた後、第一部として 60 周年記念式典というか、総会の様子、状況報告。それから第二部として、研究事業の成果。第三部として、全国保健所長会活動の歴史。第四部として、各保険所長会の変遷ということと、それから第五部に、全国の各保健所長と、また保健所に関係ある人たちの思い出というか、保健所に寄せる思い、そういったものを掲載して、最期に資料集ということで、まあそういうふうな構

成になっております。第四部の各保健所長会の変遷でございますけども、一度原稿が集まってまいりましたけども、内容につきまして、ちょっと記念誌には若干ふさわしくないかなという表現とか、もう少し工夫したらいいかなというようなこと、また写真が十分でなかったり、また、この10年間いろいろと激動期でありましたので、年表もお願いしておりましたけども、その年表について十分でないとか、そういったことも含めまして、もう一回各保健所長会で、各保健所長会長さんにすいこうしていただくようお願いしておるところでありますので、どうか期日までに出していただくようお願いいたします。

それから今後の予定でありますけども、11月末までに最終的な原稿の回収を行いまして、全国保健所長会ホームページ上に掲載し、各所長から意見をもらった後、二回程度の校正を受けまして、平成20年2月末には完成の上、全国の保健所、衛生主管部局に発想の予定であります。50周年記念誌の時には、各保険所に1冊ずつ配りましたけども、移動になったときに一緒に記念誌も移動になったりですね。そういったこともございましたので、今回は2部ずつ配りまして、保健所の組織として1部、それから各保健所長さんに1部ということで配付する予定でありますので、どうか楽しみにしておいていただければと思っております。以上で報告を終わります。

平野副議長 ありがとうございます。

なお、ブロック活動報告及び部会活動報告は、これまでどおり誌上報告とさせていただきます。

ここで、進行役を議長にかわります。

土井議長 それでは、議事に入ります。

第1号議案として、「平成18年度事業報告及び収入支出決算」を議題といたします。

総務担当土居常任理事よりご説明願います。

土居常任理事 資料の平成18年度事業報告案等がおりますこちらの資料をご参照ください。

まず、平成18年度事業報告でございますが、総会につきましては1ページになりますけども、平成18年度の第63回総会は富山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。理事会につきましては、資料の2ページから4ページになりますが、平成18年5月30日に第1回、以後8月、19年2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、記載のとおりです。担当理事会報告については、4から10ページをご参照ください。委員会活動報告については、10ページから13ページになりますが、地域保健の充実強化に関する委員会、健康危機管理に関する委員会、60周年記念誌作成委員会の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きましては、13ページから30ページに記載しております。調査研究につきましては、30ページになりますが、日本公衆衛生協会より16の委託研究を受け実施いたしました。平成17年度保健行政の施策及

び予算に関する要望書を6月20日に提出いたしました。18年度全国保健所長表彰を総会時に実施いたしました。受賞者の方々は34から35ページの名簿のとおりでございます。

続きまして18年度収支、収入支出決算案でございます。資料の36ページになります。名前だけがちょっと変わっているかと思いますが、新公益法人会計基準に準じて記載したために、書式が少し前年と比べて変わっておりますが、18年度につきましては、従前と同様に、年度予算の比較のみとし、前年度決算比較は添付しておりません。まず一般会計でございます。

収入の部でございますが、予算833万9,034円に対して、決算額は859万9,525円で26万211円の増、内訳の大きなものは、加藤先生を初めとする富山県保健所長会の頑張りにより随分総会費用を節約していただきましたので、21万9,876円、これは記載してございませんが、繰り入れがございました。それ以外に研修会の余剰金がございましたので、繰り入れが24万4,876円ということで繰り入れさせていただいております。本当にどうもありがとうございました。それから前期繰越金が昨年の18年度の補正予算案で31万4,286円となっておりますが、これは利息が18円のところを1,000円と当初予算額を入れ込んでおりましたので、この計算書では既に修正をしております。31万3,304円ということで記載しております。当方の記載ミスで、前の資料でございますが、大変申しわけなく思っております。

支出の部でございます。予算833万9,034円に対して、決算額は769万7,942円で64万1,362円の減で、内訳の大きなものは名簿作成費の10万円、委員会費が24万円、通信費が21万円の減となっております。収入金額から支出金額を差し引いた残額は90万1,583円で、全額19年度に繰り越しました。この金額は2ページ後になるかと思いますが、財産目録の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します。続きまして37ページ、特別会計でございます。運用資金積立金でございますが、収入の部につきましては、予算額240万9,899円に対して決算額241万1,041円と1,142円の増額になっております。これは預金利息の増額によるものです。景気がよくなると十何円の予算でもこれくらい変わるのかというのが現実になるのですが、それでも200万預けて1,000円しかつかないという現実でございます。

支出の部です。支出は特になく、収入済額から支出済額を引いた差引残高は241万1,041円となり、この金額は財産目録資産の部、運用資金積立金の普通預金の金額と一致いたします。

続きまして、記念事業積立金でございます。収入の部予算額507万5,246円に対して決算額507万6,252円と1,006円の増額になっております。これは定期預金利息の増加によるものです。

支出の部。支出は特になく、収入済金額から支出済金額を引いた差引残高は507万6,252円となり、この金額は財産目録資産の記念事業積立金の普通預金及び定期預金の金額合計

に一致いたします。なお、この繰越金は、19年度60周年特別会計に全額払い出し、会計閉鎖をいたしました。財産目録については、38ページでございますが、資産の部でございますが、流動資産合計538万8,876円、固定資産合計300万円、合計838万8,876円となります。未払金等の負債はございません。以上でございます。

土井議長 ありがとうございます。

引き続き、監査報告を井口監事からお願いいたします。

井口監事 それでは、平成18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、証憑書類、預金通帳等にもと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したので報告いたします。平成19年8月31日、監事東京都江東区保健所長井口ちよ。

土井議長 ありがとうございます。

質疑に入ります前をお願いがございます。発言されます方は、都道府県名、氏名をお名乗りの上、ご発言をお願いいたします。

ご発言ございませんでしょうか。

それでは、第1号議案を原案どおり決することに異議ございませんか。

〔拍手起る〕

土井議長 ありがとうございます。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。

それでは、第2号議案「平成19年度収入支出補正予算案について」を議題とし、土居総務担当常務理事からご説明願います。

土居常務理事 平成19年度収入支出補正予算案でございますが、42ページになります。一般会計の部でございますが、収入の部で当初予算案827万6,000円に対して39万6,583円の増額補正を行い、補正後予算額は867万2,583円としました。内訳の大きなものは前期繰越金が90万1,583円と大幅な増額になりました。減額では当初の予算作成時、535の保健所で会費収入を予定しておりましたが、518保健所に減少しましたので、25万5,000円の減額補正を致しました。また運用資金積立金からの繰り入れ金25万円を全額減額いたしました。合計では39万6,583円の収入増となっております。続きまして支出の部でございます。予算827万6,000円に対して補正後予算額も39万6,583円の増額を行いました。内訳の大きなものは研修会費15万円、報告書の作成を含めて委員会費が10万円増額をして、40万円となっております。また、30万円を運用資金積立金として繰り出すことにいたしております。減額では、通信費を実績見合いで10万円減額しました。

続きまして、43ページ特別会計でございます。運用資金積立金でございますが、収入の部当初予算241万円に対し、19年度一般会計からの繰出金30万円及び利子増加分で30万1,142円の増額補正を行い、補正後予算額は271万1,142円といたしました。支出の部、

当初予算 241 万円に対し、補正後予算額も 30 万 1,142 円の増額を行いました。内訳として繰り出し金を 25 万円減額してゼロとし、予備費を 55 万 1,142 円増額いたしまして、271 万 1142 円といたしました。

続きまして記念事業積立金でございます。収入の部ですが、当初予算は 507 万 4,246 円に対し、預金利子の増加分に 2,006 円を増額補正を行い、補正後予算額は 507 万 6,252 円といたしました。支出の部でございますが、当初予算額の 507 万 4,246 円に対して補正後予算額の 2,600 円を増額し、全額 60 周年記念特別会計に繰り出しました。

続きまして、60 周年記念特別会計でございます。収入の部でございますが、先ほど払い出したものになりますけれども、当初予算としては 507 万 4,300 円に対して 2600 円の増額補正を行いまして、507 万 6,306 円といたしました。支出の部としては、記念事業の会場費、記念表彰等の当初予算を 200 万円と計上しておりましたが、そこまでの費用はかからないという見通しがわかりましたので、100 万円減額いたしまして、記念誌作成費用をかわりに 100 万円増額として 400 万円といたしました。記念誌につきましては、現在作成委員会で編集中ですが、予算の範囲内で作成し、今年度中に完成、送付予定にしております。以上でございます。

土井議長 ありがとうございます。本案についてご質疑がありましたら、ご発言をお願いします。

ご発言ございませんでしょうか。

それでは、第 2 号議案を原案どおり決することに異議ございませんか。

〔拍手起こる〕

土井議長 ありがとうございます。賛成多数でございますので、本案は、原案通り承認されました。

次に第 3 号議案「平成 20 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。

土居総務担当常務理事からご説明願います。

土居常務理事 平成 20 年度事業計画案及び収入支出予算案で、44 ページになるかと思えます。

まず、平成 20 年度事業計画案でございますが、例年と変わらないということになりますが、第 65 回全国保健所長会総会を平成 20 年 11 月 4 日に福岡県福岡市で開催する予定でございます。例年と同様、委員会活動、それから各地域ブロック、それから各部会活動、調査研究、要望活動、表彰等を実施いたします。

平成 20 年度収入支出予算案につきましては 45 ページでございます。一般会計収入の部でございますが、当初予算として 827 万 1,000 円を計上いたしました。18 年度補正予算に対して 40 万 1,583 円の減額でございます。内訳の大きなものは、運用資金からの繰入金 50 万円とし、前期繰越金をゼロとしております。支出の部に付きましては、40 万 1,583

円の減額をしていますが、内訳は、委員会費をもとに戻して 30 万円として 10 万円減額、それから繰出金が昨年ございましたが、ことしはないということで、これを 30 万円減額いたしております。

特別会計でございます、46 ページでございますが、もう特別会計としては運用資金積立金以外は今年度で終了予定となっておりますので、そのみ 20 年度に行うこととなります。当初予算として 271 万 2,000 円を計上いたしました。これは 19 年度補正予算後の予備費 271 万 1,142 円を利息で調整したものです。支出の部でございますが、一般会計当初予算への繰出金を 50 万円計上いたしましたので、予備費として 221 万 2,000 円を計上しております。この額が 21 年度への繰越予定額になりますが、今年度どの程度残額が残るか繰越金が大幅に変わるかもしれません。以上でございます。

土井議長 ありがとうございます。本案についてご質疑がありましたら、ご発言をお願いいたします。

ご発言ございませんでしょうか。

それでは、第 3 号議案を原案どおり決することに異議ございませんか。

〔拍手起こる〕

土井議長 ありがとうございます。賛成多数でございますので、本案は、原案通り承認されました。

次に、第 4 号議案「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からご説明願います。

村主推薦委員会委員長 それでは役員改選についてご報告申し上げます。議案書の 47 ページをごらんいただけたらと思います。角野会長の任期が来年の 3 月に終了するために、次期会長及び監事の選出のため、会長推薦委員会を開催いたしました。会長及び監事を推薦決定したのでご報告いたします。47 ページをごらんいただくと、経過が書いてございます。推薦委員会経過報告ということで、平成 19 年の 6 月 1 日、会長等選出にかかわる推薦委員会委員の選出、会長候補及び監事の推薦を各ブロックに依頼いたしました。同年 7 月 10 日、推薦委員の決定及び推薦された会長、監事候補でございます。推薦委員はそこに書いてあるとおり 11 ブロック 1 名ずつでございます。推挙された会長候補者でございますけれども、その時点では伊藤善信先生、秋田中央保健所長。北海道と東北の 2 ブロックから推挙されております。それから澁谷いづみ先生、愛知県半田保健所長、東海、北陸、中国、四国、九州、指定都市、政令市、特別区からの 7 ブロックから推挙されております。推薦された監事候補は遠藤先生、阿部先生、井口先生、申しわけございませんけれども、井口先生の所属が括弧内にみなと保健所と書いてありますけれども、江東保健所でございますので、ここと監事候補者の決定という所で、井口ちよ先生、みなと保健所とありますけど、その 2 カ所のご訂正をお願いいたします。それから野尻先生、新田先生、5 名が推薦、推挙されて上がってきました。これらをもとに平成 19 年 8 月 9 日、推薦委員会を開催いた

しました。日本公衆衛生協会の三階の会議室で開催いたしまして、出席者はそこに書いてあるとおり7名でございます。推薦委員長は私、理由はそこに書いておりますので、私が行いました。会長候補の決定ということで、澁谷いづみ先生が決定しました。その中の決定の時に、下の行に書いてあるんですけども、出席できなかった委員には事前に意思確認をしております。参加者で協議の結果、欠席者の意見も含めて全員一致ということで澁谷先生を推薦しております。推薦理由でございますけれども、それもそこに書いてございますけれども、二人の中の一人の伊藤先生については、全国保健所長会内でさまざまな委員をされて、その功績は周知の事実であります。しかしながら、今後保健所長会を対外的にアピールしていく会長としては、厚生労働省審議会のメンバーをやっておりますように、体外的に幅広く活躍されている、それからまた、澁谷先生の場合には岡崎市保健所にも2年間勤務されて、県型、市型両方の保健所を経験されているので、幅広い視点で保健所を見ることができる、この2つの理由により全員一致で澁谷先生を推挙することにしました。それから2番目の監事候補の決定でございますけれども、遠藤先生、井口先生、野尻先生。ほか2名の先生に関しては、アスタリスクのところに書いてあるので、後でお読みになっていただければと思います。8月21日に候補者全員の内諾を得られたために、会長候補者、監事候補者として推薦決定をいたしました。これについては総会での承認を得て決定ということになりますので、これから先は議長よろしくお願いたします。以上でございます。土井議長 ありがとうございます。

ただいま推薦委員から、役員改選にかんして、会長及び監事候補の推薦について説明がございましたが、この通り収承認することで、ご異議ございませんでしょうか。

〔拍手起る〕

土井議長 ありがとうございます。推薦のとおりご承認いただきました。

それでは、ここで役員になられた皆様のご略歴をご紹介します。

会長の澁谷いづみ先生でございます。現職は愛知県半田保健所長でございます。

略歴でございますが、昭和56年愛知医科大学医学部をご卒業され、昭和57年豊田保健所勤務、昭和62年足助保健所長になられ、その後愛知県衛生部保健予防課課長補佐、主幹、安城保健所長などを経て、平成15年中核市保健所の立ち上げで岡崎市保健所長になられ、平成17年から現職ということでございます。所長会の会歴でございますが、平成14年愛知県保健所長会副会長、全国保健所長会代議員を歴任され、平成15年には全国保健所長会地域保健の推進に関する委員会委員を務められ、平成15年10月から全国保健所長会副会長になられておられます。また、学会委員といたしまして、現在日本公衆衛生学会及び日本小児保健協会の評議員を務めておられます。平成17年には厚生科学審議会の臨時委員として、地域保健健康増進栄養部栄養部会委員、感染症分科会委員に就任されますとともに、平成19年からは厚生科学審議会委員に就任されております。そのほか愛知医科大学客員教授として、後進の指導にも当たっておられます。

続きまして、監事の野尻孝子先生のご略歴でございます。現職は和歌山県日高振興局健康福祉部長であり、御坊保健所長でもございます。昭和 56 年、和歌山県立医科大学医学部をご卒業され、平成 3 年御坊保健所に勤務されまして、平成 6 年御坊保健所長になられまして、平成 12 年から現職ということでございます。所長会の会歴でございますが、平成 14 年から和歌山県保健所長会会長、平成 16 年から近畿保健所長会会長及び全国保健所長会理事になられています。

次に、遠藤幸男先生のご略歴でございます。現職は福島県県南保健福祉事務所長であり、県南保健所長でもございます。昭和 53 年福島県立医科大学医学部をご卒業されまして、平成 15 年国立保健医療科学院専門課程分割前期を修了され、同年福島県立医科大学手術部第一外科助教授を経て県南保健所長、現職になられています。平成 19 年より福島県保健所長会会長をされております。

次に、井口ちよ先生のご略歴でございます。現職は江東区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勤務を皮切りに、以後渋谷区保健所、豊島区池袋保健所で予防課長を務められ、平成 12 年から東京都健康推進センター長、東京都南多摩保健所長、港区保健所長を経て平成 19 年から現職でございます。この間、精神障害者の作業所開設や事業学内予防スクリーニングシステムづくり、薬物乱用防止マニュアルの作成に職員とともに尽力されました。平成 16 年より全国保健所長会監事でございます。以上、4 名のご略歴を申し上げます。

土井議長 続きまして、澁谷次期会長よりごあいさつをいただきたいと思えます。よろしく申し上げます。

澁谷次期会長（拍手）ありがとうございます。ただいま全国保健所長会次期会長にご承認をいただきました、愛知県半田保健所の澁谷いづみでございます。この場に立ちましてその重責に大変身の引き締まる思いがいたしております。角野会長の進めてこられました外に向かつて物の言える保健所長会、そして目に見える保健所長会、この方針を進めてまいりたいと考えています。従来ですとこの場で 3 名の副会長を指名するということがございましたが、私の任期は来年の 4 月からということですので、またこの役員お願いにつきましては、時機を見てしたいというふうに考えております。ただ、役員をお選びさせていただいても、それぞれの所長の方々はもちろんでございますが、その所長を送り出している地元の、そしてブロックのそれぞれの所長先生方のご協力、それからご支援が不可欠でございます。この全国保健所長会是我々一人ひとりの所長の参加をもって成り立っている会でございます。私は先ほどのご紹介の中にもございましたけれども、30 歳で初めて保健所長の職につかせていただきました。その 2 万人余りの保健所が私の活動の原点でございます。保健所長はみずから考え、そしてみずから行動して地域の住民の期待にこたえる大変クリエイティブな仕事だというのが私の原点でございます。全国保健所長会もそれぞれ理事会など伺っておりますと、地域によってかなり厳しい状況のところもあるよ

うに伺っております。しかしながら、こういった全国組織の会というのは我々自身がやはり守って、そして発展させていく一人ひとりの責任が非常に大きいというふうに思っております。会長にご推挙いただきましたので、私の立場からは、また皆様をお願いを申し上げますとともに、皆様お一人おひとりの力を結集して、よりよい方向に全国保健所長会を持って行きたいと考えております。時代も変わり、保健所も変わりました。いろいろな課題が出てまいっておりますけれども、最初に申し上げた 30 歳の時の私の原点の姿勢というのは変わりません。どうか皆さん、よろしく願いいたします。（拍手）

土井議長 ありがとうございます。

以上で、本日準備いたしました議事については、すべて終了いたしました。何か後提案、ご意見などございませんでしょうか。

ないようでしたら、これをもって終了いたしたいと思っております。全国の会員の皆様には、渋谷会長のもとで本会活動に積極的に参加していただければと思っております。

それでは、議事進行にご協力ありがとうございました。これをもちまして、第 64 回全国保健所長会総会の議事を終了いたします。ありがとうございました。（拍手）

司会 それでは、先日の理事会におきまして承認にされました名誉会長の方々に推戴状をお渡ししたいと思います。前東京都墨田保健所長 澤 節子様、前長野県長野保健所長 眞田英機様、前愛媛県今治保健所長 木村眞理様。以上 3 名の方が名誉会長として推戴されることになりました。本日はご出席いただいております木村眞理様が代表して推戴状のお受け取りをお願いいたします。

それでは木村様、壇上にお上がりください。

角野会長 第 128 号推戴状。木村眞理殿。あなたは、高邁な人格と卓越した識見をもって、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、その功績を称え、ここに名誉会員に推戴いたします。平成 19 年 10 月 23 日、全国保健所長会長 角野文彦。（拍手）

司会 おめでとうございます。これからもどうぞよろしくご指導をお願いいたします。

続きまして、本日ご出席いただいております名誉会員の方をご紹介させていただきます。もしよろしかったら、その場でご起立して私どもお顔を見せていただければと思っております。

新宿区 松崎奈々子様、（拍手）渋谷区 長谷部碩様、（拍手）北海道 井上一男様、（拍手）千葉市 小倉敬一様。ちょっと今お席を外されているようです。徳島県 藤原靖様、（拍手）静岡県 岡本祥成様、（拍手）島根県 岡田尚久様、（拍手）以上 7 名の方々です。どうもご出席ありがとうございました。

〔次期開催地会長あいさつ〕

司会 次期総会は、福岡県福岡市で開催されることとなっております。次期開催地の平野 彰一福岡県保健所長会会長にごあいさつをお願いいたします。

平野福岡県保健所長会会長 改めまして福岡県保健所長会会長の平野でございます。私ど

も福岡県保健所長会が来年平成 20 年度でございますけれども、全国保健所長会総会の会場準備等を担当させていただくことになりました。ご承知かと思いますが、私ども福岡県には、私ども県立の保健所と政令指定都市であります北九州市保健所、それから保健所整備市であります大牟田市が会員になっております福岡県保健所長会、それから政令指定都市であります福岡市保健所長会の二つの所長会がございますけれども、来年の総会に向けては私ども県の保健所長会が事務局になりますけれども、開催準備については、福岡県保健所長会の皆様方にもご協力をいただくことになっておりますので、ご報告をさせていただきたいと思っております。

総会の開催日でございますけれども、11月4日火曜日、福岡市の博多港国際ターミナルというのがございます。博多と釜山を結びますビートルという高速船が発着するところがございますけれども、その近くにあります福岡国際会議場を総会の会場に予定しております。その隣には福岡サンパレスがございますけれども、そこで意見交換会も予定してございます。さらにその隣に福岡国際センターというのがございますけれども、その次の週の日曜日から大相撲九州場所が始まるところでございまして、恐らく皆様が来られる時には、そこに各大相撲部屋ののぼりがたくさん立っているかと思っておりますので、その隣の隣の建物とさせていただければよろございます。最寄りの地下鉄から、大体直線で1キロ、歩いて十数分くらいのところでございますでしょうか、さらにちなみに11月2日から行われます日本公衆衛生学会、そこはこの国際会議場と福岡サンパレス、この2会場を使って行われる予定になっております。以上ご報告させていただきます。

ちょうどこのごろ、ことしの夏は本当に暑うございまして、福岡市周辺もいわゆる猛暑日35度の高い気温が続きまして、10月に入りましても30度続いておりましたけれども、やっと秋らしくなってきました。平年でございますと、福岡は九州の中でも北部でございまして、11月になりますと朝夕は少し冷えるかと思っておりますけれども、大体日中は小春日和が続く非常に温暖な日々が続くかと思っております。ただ全国どこでもそうかと思っておりますけれども、海の幸山の幸がおいしい季節というのがございまして、ちょっと値は張りますけれどもフグのおいしい季節になります。(笑声)ご相談でいただければ安い店をご紹介しますね。鍋と言いますと、また当然福岡ですのもつ鍋もございまして、それから博多地鶏の水炊きもございまして、博多鍋もあります。だんだんおいしい季節を迎えますので、ぜひおいでになりまして自分の舌で味わっていただければと思います。また、見所でございますけれども、一昨年秋に九州国立博物館が菅原道真公を祀っております大宰府市の太宰府天満宮のすぐそばに開館いたしました。もう開館いたしまして2年近くなりますけれども、非常に企画がいいと申しませうか、アジアに向かって中国だとか東南アジア関係の特別展をやっておりますけれども、普通ですと開館した当時はご祝儀ということで随分人が入りますけれどもだんだん減っていくというところがありすけど、未だに非常に多くの方がお見え

になっております。私も何度か行きましたけれども、非常にためになると言いましょうか、なかなか興味のある方にとってはいいところじゃないかと思えます。ぜひお立ち寄りいただければと思います。

最後になりますけれども、私どもといたしましては、総会に向けて十分な準備をさせていただきたいと思っております。どうか来年の全国保健所長総会には多くの皆様方がご参加いただけますよう、心よりお願い申し上げまして次期開催地代表あいさつとさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。（拍手）

司会 平野会長、ありがとうございました。皆様お疲れさまでした。予定どおり議事を進行することができました。皆様のご協力を心より感謝申し上げます。

なお、この後午後2時15分より、日本公衆衛生協会理事長からごあいさつをいただき、60周年記念行事を行いますので、ご参加をお願いいたします。

それでは、2時15分までの休息といたします。

休憩

司会 それでは、これから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。どうぞ皆様ご着席をお願いいたします。

では、北川先生よろしく申し上げます。（拍手）

北川日本公衆衛生協会理事長（拍手） ご紹介いただきました公衆衛生協会の理事長をやっております北川でございます。きょうは、全国の保健所長会が60周年を迎えられたという、大変おめでたいと言うよりも、大変意義のある会ではないかなというふうに思います。一口に60年と言いますが、大変な変遷があったというふうに思います。その時その時の時点では、何が起きているかというのはそんなに大きなこととしてはわかりませんが、60年という時間の流れをずうっと追っかけて見ていくと、保健所というものが日本の社会の中の健康問題で果たしてきた役割、これは非常に大きい。平成6年地域保健法に変わる前後で、社会の中でいろんな評価がございました。プラスの評価もネガティブな評価もいろいろと意見があったと思いますけども、こうやって積み上げて見ていると日本の国民の健康問題に尽くした役割ってのは非常に大きいと心からお喜びを申し上げるわけです。それにつけても、きょうここにお集まりの皆さんの先輩の皆さんが、大変なことを続けてきたということも忘れてはならないと思います。

私は、きょうは公衆衛生協会ということで、皆様方の活動のお手伝いをさせていただいている、そういう立場で少しお話をさせていただきます。公衆衛生協会がどんなことで皆様方のお仕事に協力をしているかということについては、実際におやりになっている皆さんは、もうよくわかっているのだと思いますけども、全国五百余にわたる保健所の皆さんがですね、やっぱり今の日本の社会における自分たちの位置づけという

ものをもう一度よく見ていただく、この機会に考えていただくということで大いに力を発揮していただくことができるんじゃないかなあと、こんなふうに思います。

それで、現在、私どもで厚生労働省がリーダーシップをとって進めている事業の1つは、地域保健の推進事業ということであります。これは特に保健医療計画というものが今日、大きな要の位置にあると思います。これを踏まえてどう発展させるかというテーマが1つ。

もう1つは、健康危機管理の問題であると思います。過去の所長会の幹部の皆さんがこれらにうまくフィットする体制を立てて、いろんな仕事を展開しておられるということだと思います。実は、この地域保健医療計画ってというのは長い経過がありまして、平成2年に保健所を所管する組織が計画課といていた時代、当時の健康政策局、昔の医務局、現在の医政局、そこが所管していたんですね。これは日本の健康政策というものを一元的に進めるということで大きな組織変革を昭和59年、やった時からそういう構造になっていたわけでありまして、その後また厚生労働省の中でいろんな変遷があって、現在の姿になっているわけでありまして。今我々が取り巻かれている、我々を取り巻いている社会の情勢というのは、地方分権という大きな流れがあると思います。私どもは地方分権そのものは決して悪いことではないというよりも、むしろ非常に大事な大きな社会の発展のキーワードだというふうに思いますけれども、しかし、それだけでは必ずしも十分ではないと。特に全国の保健所長会の皆さんが一生懸命考えているいろんなモデル事業だとか、相互の情報交換だとか、それから、広域化というような仕事を展開する上では、どうしても各都道府県がそれぞれ力を出すということのほかに、もう一つ、やっぱり全国が共通していいものを探していく、作っていくということが非常に大事ではないのかなあと、こんなふうに考えておって、私どもも一生懸命応援させていただいておるわけでありまして。

きょう午前中、厚生労働省の岡本参事官の講演があったと思います。それから、この後のシンポジウム、いずれも皆さんの議論を深めていただく非常に大きなモメントになるのではないのかなあと、このように思います。

きょうここで、特に申し上げたいことは、公衆衛生協会としては、さっき申し上げた2つのテーマを基本としているような研究班、プロジェクトチームをつくって、皆さんの活動を応援させていただいていると。そのほかに今新しいテーマとして、諸外国との交流、情報交換ということをもう少し力を入れたらどうだというようなことを厚生労働省とも相談をしながら進めているところではございますが、国際的に見ると、ヘルシー・ピープル(国民健康づくり)というようなプログラムが紀元2000年を基点として、10年ごとに見直しをしていくというような格好で大きく動いているわけでありましてけれども、実際それがどんな格好で動いているのかを、我々は十分理解していない点があるので、特に全国の保健所長会の中からチャンピオンを募って4人の代表を選定させていただいて、アメリカ、イギリス、ドイツ、それぞれの国がどんな考え方で、どんな組織で仕事を展開しているかというものを組織的に勉強していただくことを今企てております。そういうことで、

皆さんが大いに力を尽くしていただくことを心から念願しています。

それから、最後に一つお願いをしたいのは、資料の中に保健文化賞という資料が入っているとします。日本公衆衛生協会も保健文化賞の推薦選考の一翼を担っております。そういう立場から申しますと、もうちょっと現場の話がうまく発展する、そういうものが外へ見えてくるといいのではないかなと、こんなふうに考えまして、それは平成 19 年度の資料でございますけれども、余分に第一生命さんに頼んできょうのために用意させていただきました。恐らく皆様方の所管している地域の市町村で非常にいい仕事が進んでいるところがあるのではないかとこのように思います。ぜひそういうものを見えるようにしていただくことが社会全体のエネルギーを高めていく上で必要ではないのかと思います。要件は、いい仕事を、10 年間少なくとも 10 年は続けていると、この 2 つの要件なんです。それで昨今の保健文化賞の候補として、いろんな団体さんが非常にたくさん出ています。それはそれで結構だと思いますけども、地方の行政、公衆衛生行政の現場の仕事があまり出てきていないように思いますので、恐らく皆さんなかなかそんなのめんどくさい、あるいは全国で 1 つか 2 つしか 1 年に合格しないようなものは、なかなか簡単にはいかんと思っておられるかもしれませんが、ひとつ多少煩瑣であっても、こういうものがあるよということを出していただければ、あるいは推薦していただければ、私どももまた協力をしていろんなプログラムにしていきたいと考えています。実質的な選考過程には厚生労働省地域保健室ですが、具体的な作業をしておりますので、厚生労働省としてあまり言えない点もあるかもしれませんが、私ども民間の立場でぜひそういうことを進めていただくように、あわせてきょうここでお願いをさせていただきました。

きょうは本当に貴重なお時間をいただきありがとうございました。今後の保健所長会が、さらに力を尽くしていい仕事を残されるようお願いをして、ごあいさつと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 ありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

〔記念シンポジウム〕「地域保健法施行 10 年の軌跡とこれからの展望」

司会 それでは、ただいまから記念シンポジウムに移らせていただきます。

「地域保健法施行 10 年の軌跡とこれからの展望」と題しまして、座長を厚生労働省大臣官房参事官の岡本浩二様。愛知県半田保健所長の澁谷いづみ様。シンポジストを秋田県秋田中央保健所長の伊藤善信様。富山県新川厚生センター所長の大江 浩様、仙台市青葉保健所長の大熊恒郎様。愛媛大学医学部付属病院医療福祉支援センター長の檀本真幸様をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

澁谷座長 それでは、今回の記念シンポジウム「地域保健法施行 10 年の軌跡とこれからの展望」ということでシンポジウムをしたいと思っております。

今回、4 人のシンポジストの先生をお願いしておりますが、それぞれ違う切り口で

ざいます。伊藤先生は特に「これからの」というところで「全国保健所長会のこれから」というところが中心になるかというふうに思います。

大江先生は県型の保健所のご勤務でございます。大熊先生は市型の保健所のお立場ということでご発言をいただきます。そして、櫃本先生は以前この保健所長会でもご活躍をいただきましたが、所長会の外から、大学の立場から見て、「僕は好き勝手言うからね」と打ち合わせのときに言われておりましたけれども、きっと温かいエールを送ってくださると思っておりますが、このような4人のシンポジストの方にご発言をいただきます。

今回座長をさせていただきます私澁谷と、それからお隣の岡本参事官につきましては、皆様のご発言を聞いていただき、またコメントをちょうだいし、座長兼助言者のような形をお願いをしたいと思います。このシンポジウムはこれからの保健所、そして公衆衛生をディスカッションするシンポジウムでございますけれども、とにかくこの10年というのは行革、そして健康危機管理、医療制度改革と大変めまぐるしい10年でした。特に後半の数年はスピードも速く、そして問題も大きくなってきております。最近のさまざまな情報、あるいはニュース、そういったものを見ましても、また、午前中の岡本参事官のご講演の中にもございましたけれども、必ずしも保健所に対して、温かくないと言いますか、大変厳しい表現のものも見受けられます。そういった中で、今後どう考えていくかということに皆さんからぜひ積極的なご提言をいただきたいと思っております。

それで、皆様のお手元に、この60年記念シンポジウム、60年記念講演会ということでレジュメを配付させていただきました。まことに申しわけございませんが、座長の岡本先生と私の名前が1枚飛んでしまいましたので、座長のないシンポジウムの資料ということでございますけれども、ご了解いただきたいというふうに思います。

それでは、最初に伊藤先生から「地域保健法施行10年の軌跡とこれからの展望」全国保健所長会の立場からご発表をお願いいたします。よろしく申し上げます。

伊藤善信 伊藤でございます。それでは、トップバッターを務めさせていただきますけれども、私の全国保健所長会における役員常任理事を平成3年からさせていただいておりますので、その17年間に及ぶ、まあ思い出も含めましてスライドで66枚ほどにまとめております。ちょっと時間がかかるかもしれませんが、はしょりながら説明したいと思っております。

《スライドにより説明》

これは、全国保健所長会活動の構成ということで、地域保健の動き、保健所をめぐる動きということでまとめてあります。

3番目に、保健所長会の対応ということで、これは記念誌の構成でございます。それから、地域保健所の動きということで、昭和20年以降の動きを示しております。詳細は割愛いたします。

それから、保健所をめぐる動きでございます。保健所をめぐる動きでございますけれども、

これにつきましては1992年平成5年の広島県の動向、1996年平成8年中核市制度、それから1997年平成9年の地域保健法全面施行などが大きな動きじゃないかなと思っております。これは、保健所主管部局の名称の推移ということで、平成2年と平成17年を比べております。一目瞭然、平成2年保健と環境という、それから単独の組織だったのが平成17年にはほとんど保健福祉ということに移っているのがわかると思います。

これは、保健所数の推移でございます。平成8年から9年が139、平成11年から12年が大きく減少しております。平成12年から15、17、14、17と再び二桁台の減少を示しております。平成19年では都道府県保健所が395、76.1%。指定都市が58、11.2%。中核市等が43、8.3%。特別区が23、4.9%となっております。これは、グラフで割合を示しております。これが保健所数の変化ということで、これが保健所数設置主体別ということで、全体数では都道府県の保健所が少なくなっておりますけども、割合で見るとむしろ都道府県の保健所が平成8年から19年の比較では73.7%が76.1%とふえていると。平成9年と比較した保健所数の減少割合、都道府県は63.2%、それに比べて指定都市とか特別区のほうが保健所数の減少では減少数で割合が高いと、人口比でいきますとそれはまた別の問題でありますけど。

これは、中核市保健所の動向ということで、平成元年度以降の新たな保健所設置市につきましては、岡山市、松山市さんや、まあ7つの保健所設置市があって、その後中核市に移行とか指定都市に移行とか、そういうふうなものがございます。

中核市保健所の動向、35市でございますけども、重複を除きますと39市が中核市に指定されておりますけども、4市が指定都市に移行し、現在35市が中核市で保健所を有しています。ちなみに、平成7年度末では指定都市以外の保健所政令市は21市45保健所ございました。これは中核市保健所の動向ということで中核市に移行して保健所を持った。それから保健所政令市から移行したものの分布を示しております。平成8年度は2市が中核市となって保健所を設置となったと。それから10年とか11年とか中核市ということでしたけども、12年以降でも保健所政令市から移行になったのが幾つかございます。

これは、1市1保健所指定都市の動向ということで、19年4月現在指定都市は17でありますけど、そのうち1市1保健所が12市を示しております。複数保健所を有する指定都市からの移行は北九州から始まりまして、札幌市、広島市、神戸市、12年に大阪市で終了したかと思われましたけれども、平成19年に人口340万の横浜市が1市1保健所になって驚いたというところでございます。

行政改革等による保健所の再編、都道府県でございますけど、平成5年の広島県から始まりまして、茨城県とか、これに載せております。ただ、これは保健所数徐々に減少している県じゃなく、一度に前年に比べて20%以上減少した県を列挙しております。そういったことで、ちょっと都道府県保健所長会の変遷というのを読ませてもらったんですけども、明らかに保健所の再編が行われたという記述がないところもございましたけども、こうい

ったことで挙げさせていただいております。

これは、行政改革という保健所の再編市・区でございます。やはり都道府県と同じように平成9年あたりが多いわけですけど、平成9年、10年、11年、12年あたりまで多くて、一応、特別区の豊島区平成14年で終わりになったのかなと思いましたが、平成19年に横浜市が18から1になったと。これ保健所による行政改革実施自治体を掲載しております。平成9年が都道府県とか市区の保健所が多くて、13年、15年は都道府県でぽつぽつと五月雨式にございました。19年に横浜市があったということであります。

それから、保健所をめぐる行政改革、これは保健と福祉の統合ということで、38道府県で実施、19年4月現在36道府県ということで、これは地方局と単独組織があるということでもあります。平成9年から14年ごろにかけてこういった保健と福祉の統合がなされております。

保健と福祉の統合の一覧、都道府県別でございます。赤は地方局ということで掲載してございます。これにつきましては、必ずしも平成9年が一番多いということじゃなく平成12年とかですね、6ということでこのあたりが多くなっておりまして、必ずしも地域保健のほうの全面施行になった時期とはちょっとずれているような形で、平成12年とか平成14年とか、平成17年とか、ぽつぽつとこういうふうな保健と福祉の統合が行われているという現状であります。

それから、試験検査業務行革推進の割合と県型保健所につきまして、9年度以前集約とか9年度以降集約、9年度以降移管したとかですね、そういった状況について示しております。これは試験検査業務について県型、9年度以前に集約とかですね9年度以降に集約したとか、9年度以降他機関に移管とか、9年度以降も変わらずといたってもですね、全く変わらないというわけでもないんですけれども、試験検査の検査技師が少なくなったとかですね。それから、集約につきましては、保健所数が少なくなって、保健所数が少なくなったことによる集約というものは、いわゆる別というか、保健所の再編のほうに入れておりますので、ちょっとうちのほうで変わらないというわけじゃない、集約だというふうな思われるご父兄の方もいらっしゃるかと思いますけど、そういうことでまとめさせていただいております。

これ、放射線営業の行革の推進ということで、県型保健所についてまとめております。まあ、9年度以前に廃止になった県もございますけども、9年度以降に廃止とかですね、9年度以降集約して実施とか、9年度以降も変わらず実施、そういったことについてまとめさせていただきます。

それから、一般クリニックについては試験検査、進学、就職のための診断書発行業務、こういったことにつきましては9年度以前に廃止、それから9年度以降に廃止、9年度以降集約して実施、9年度以降も変わらず実施というふうな、そういうような回答をいただいております。

それから、環境保全業務行革推進の割合、これにつきましては9年度以前に他機関へ移管とかですね、9年度以降に他機関へ移管とかいうふうなことで、環境保全業務につきましては県型保健所の実施率が48.9%と。あっ、ちょっと済みません間違いました。これは試験検査業務の実施割合、市型のことで、市型はですね、ちょっと実施しているか実施なしかということでまとめております。試験検査業務については、県型保健所の実施割合が市型よりも高いと。しかし、平成8年度以降設置された保健所に限ると、25保健所のうち23保健所で実施していたという状況です。

放射線業務の実施割合ですけれども、県型が74.5%の実施に対して、市型も74.5%と全く同じでした。ただ市型保健所の内訳では、8年度以降設置された保健所の実施率が64%と高い状況でございました。

次は、一般クリニックの割合です。県型保健所の実施率が17%に比べまして、市型保健所の実施率が27.2%と高い状況でした。区分では8年度以降設置市の実施率が20%と最も低い状況でありました。

環境保全業務に関しましては、県型保健所の実施率が48%と市型保健所の実施率21.8%より高い状況でした。これは予想していたものでしたけど、しかし意外でしたのが、指定都市で3市が環境保全業務を有していたということでした。

以上、都道府県の場合の試験検査、放射線業務、一般クリニック、環境保全に関する行革、こういった行政改革を機能的行政改革としてまとめてみますと、一般クリニック、試験検査、環境保全、放射線業務の順に行われていることがわかりました。

次に、こういった、これ構造的行政改革推進指数と私が勝手に命名した仮称と書いておりますけど、いわゆる都道府県で県型保健所の再編が行われたか、市型保健所の再編が行われたか、保健と福祉の統合が行われたか、それから、中核市の設置が行われたかとか、そういった4項目についてどの程度行われたのかということを見たもので、項目が多いほど行革が盛んなのかなというふうな一応そういう目安でございませう。4項目が北海道、兵庫県、岡山県、広島県と。3項目がこういった県でございませう。大体平均取ると2.36というふうな数値でございました。1項目というのが茨城県、群馬県、奈良県、沖縄県というふうな、そういうふうなところでございました。

それから、機能的行革推進指数、これにつきましては、いわゆる先ほど言った試験検査業務とか放射線業務とか、そういったことについて見てみますと、4項目のうち平均が2.74ということで、4項目が行われているのが11、それから3項目が19というふうな、そういうふうな数値でございました。

ゼロ項目愛媛県、何かそういうふうな回答でございましたけど、愛媛県が一番、一応構造的な行革が行われているけど一番保健所の形を残しているのかなと、まあ、言葉を変えればそういうふうなことが言えるのかなというふうに思っています。これは、行革推進項目数の割合ということで、今言った機能的と、構造的に分けて示しております。

それから、次が保健所長の資格要件ということで、平成8年の地域保健推進委員会の間報告、分権型社会の創造、それから14年の10月30日地方分権改革推進会議、まだいろいろとこちらの会議のほうからは継続してなされているようでありましたけれども、こういったことがございまして、これに対して保健所長会がいろいろと動いたというのがあります。全国保健所長会の対応ということで、第1回目とか、平成8年4月保健所の諸問題に関する要望書を出したとか、それから新聞に、朝日新聞論壇、全国保健所長会会長名で出したとか。第2回目のその保健所長資格についての意見についても、医師保健の関連事項とか、保健所長必要性の考え方、保健所長名しなければ、そういうことを附して出したということがございます。その結果は、見直しの概要ということで医師以外の者ということで見直しがされたと、これはこういったことで見直しがされたと。これは地域保健施行令の内容でございます。これは省略いたします。

次が、3番目の保健所長会の対応ということで、これは全国保健所長会総会の変遷でございます。昭和22年から掲載してございますけれども、当初24年から26年度年2回開催したということで、今回が60周年でございますけれども、64回総会ということで周年とその年がずれているということでございます。

それから、平成7年から52回山形ですけれど、総会協議はテーマを選定した上で行う会員協議形式となったとか。それから、平成12年総会を従来の2日から1日で行うこととしたと。平成15年には60回記念シンポジウムを開催しております。

それから、保健所長会組織会則の見直しでございますけれども、委員会をつくって見直しを何回か行ってきたと。主なもの、平成12年1保健所の指定都市の保健所は都道府県保健所長会に帰属するとか。それから、平成17年の4月、従来の常任理事会は廃止して理事会のみにすると、理事の定員を34名から25名にしたと、会長指名を5名としたと、従来の総務・渉外・学術に加え、研修広報担当理事を設置したというふうなのが動きでございます。

それから、保健所行政の推進に関する要望活動。これは年1回行ってございますけれども、「保健所行政の施策と予算に関する要望書」。第1期、平成元年度要望書から7年度要望書につきましては、総会での議論を反映させて作成したということがございました。

第2期、平成8年度要望書から平成14年度要望につきましては、要望事項を整理したと。まあ現在の要望書の原型となるべきものでございますけれども、3つの大きな骨格は、第1地域保健の体系的推進についてと、第2保健所の充実強化、第3の住民のニーズに対応した地域保健の推進についてでございます。

それから、第3期、平成15年度要望書から現在に至る要望書ということで、最重点要望と重点要望に分けて要望書を作成したと。それで、17年度要望書からは要望先を明記したし、19年度からは要望書と資料書に分けて掲載するようになり、20年度要望書は40ページの大書になったと書いております。

それから、保健所行政の推進に関する要望活動の平成9年以降の意見書・要望書、これは随時出しているということで、こういった意見書・要望書を出しております。最近、14年からこういった提言書とか感染症の見直しに対する提言とか、昨年の総会での保健所の役割強化に関する緊急アピール、それから感染症とかC型インフルエンザ対策ガイドラインに対する意見要望等出しております。

それから、学術的な研究事業でございますけども、平成6年から始まっております。これはあくまでも総会資料に掲載となった地域保健総合推進事業とか、18年度の健康危機管理事業をまとめたものでございます。12年ごろから非常に本数がふえております。また、12年以降、特に最近でございますけども、市型保健所からの研究事業というのがふえております。これはブロック別に見たところですけども、近畿ブロックが53と多くてですね、次が中国四国ブロック、それから東京ブロックと続きますけども、若干、関東甲信越、それから東海、北陸、北海道ブロックが少ないかなというふうな状況でございます。これももし間違っていたら申しわけないんですけど、一応研究数がゼロの都道府県ということで挙げております。

それから、5つ以上の都道府県につきまして東京都とか、それから兵庫県、大阪府など多いんですけども、健闘しておるのが滋賀県とか島根県なのかなというふうな状況であります。

次は、保健所研修活動、これは第1回から第3回東京都で開催、これはライフプランニングセンターに委託した。それから、第4回から第15回は、これはいろんなところで持ち回りで行う、2泊3日行う、地元の負担が大きいということもございまして、平成8年に休止になっておりますけども、ぜひこれ必要だと、やってほしいという意見がありまして、平成13年度から復活しております。初めは研修企画運営委員会、そちらの委員会で行ってございましたけども、17年度からは研修担当理事会で行っております。

それから、広報活動。これは公衆衛生情報、保健所長会から皆さんへというものと、それから全国保健所長会のホームページで行っております。委員会活動でありますけども、平成元年度以降の活動テーマには地域保健対策、人材確保、医師確保でございました。平成12年度以降は健康危機管理というものが加わっております。平成9年以降の委員会の状況を示しております。平成9年度以降の委員会の続きでございます。

それから、委員会活動の報告書ということで、平成9年度以降、健康危機管理事例調査報告書とか、医療機関立ち入りについての調査研究報告、こういった報告書をまとめております。17年度、18年度でございます。

それで、これからの動向でございます。動向1、中核市に移行を検討している市ということで、これももし間違っていたら申しわけないんですけども、来年、盛岡市、柏市とか西宮とか久留米市とか、21年とかですねこういった市が検討していると、これは赤が新たにということで、白の部分が既に政令市、保健所政令市になっているところであります。

要件を満たしているが中核市ではない市ということで、中核市の要件も年ごとに変わっておりまして、昨年の6月から人口30万であれば中核市になれるというふうなところで、こういった市でございます。それから、動向に17ある市、指定都市では静岡、50万以上が要件になっておりますけど、医術的には70万、静岡市の人口が最小で71万というふうなことであります。それから、人口が50万以上ある市・区ということで、参考のために特別区も人口を掲載しております。人口順でございます。相模原市とか岡山市、熊本市それから鹿児島市とか船橋市、松山も50万をいっている、宇都宮市、こういったところが50万人以上と。そのほか40万以上の市・区は20ある。

それから、動向の3、行政改革を検討している自治体、大分県では来年、9保健所を6保健所にという。秋田県も、秋田県は早々と昭和62年に12を8にしてそれ以降、保健所数は変わっていませんでしたけども、平成21年4月に検討中。そのほか新たな再編を考えているらしい予想を含む、これは不確かな要素がりますけども、全国、都道府県の保健所長会の変遷からちょっと拾って見ると、こういったところが行革を検討しているらしいと。まあ、本格的な保健所数の再編を実施していなかった都道府県が今後10年以内の再編を考えているという、そのような動向があるということです。

それから、これからの保健所長会の活動を考える上でキーワードということで、こういった中央集権と地方分権、道州制、市町村ブロック、こういったことを挙げさせていただきました。

それから、保健所活動及び保健所の機能評価、保健所長会等でも、1市1保健所のメリット、メリットてあまりないと思うんですけど、デメリットがどうなのかとか、例えば横浜市人口30万の横浜市で1保健所のできることは大抵の都道府県のできるようになるのかとか、職員とか住民が困ってないかとか、こういった動きに対して全国保健所長会は余り機能評価とかですね、評価っていうか余り突っ込んだ意見交換してこなかったんじゃないかという、これは自戒を込めた反省でございます。

それから、まとめでありますけど、全国保健所長会の行方、今後10年間考えると、会員が減少し続けるという、組織は衰退するという悲観的なことを書きまして、間もなく会員が500人を割ると、やっぱり500を割るとかなり寂しいかなと、衛生部長会とか地方衛生検疫所全国協議会とかですね、全国保健師長会は現状維持か、もしかして増加する要素がある。それから、公的制と任意制のどちらを追求するか、それをデメリット・メリットを真剣に考える必要があるんじゃないかと。

それから、ちょっと先ほど研究事業のところでも示しましたけど、保健所長会の活動に関心のある会員はどれほどいるのかとかですね。それから、全国保健所長会の組織は単一組織、職階の非常に珍しい組織じゃないかと、今まで60周年やってきましたけども、先ほど角野会長からは70周年という話もありましたけども、やはりこれはよっぽど努力していかないと70周年迎えられないんじゃないかと、どこまで活力を維持できるのか、保健所長

以外の保健所医師、保健センターと医師との取り組みとか、それから行政医師等の確保が最重要課題の一つ、やはり保健所長というか、地域保健所を支える医師をどのように確保していくかというのを、やっぱり保健所長会としても真剣に考えていく必要があるんじゃないか、衛生行政研究会とか日本医師会、公衆衛生学教室との連携も必要だろうし、それから、全国保健所長会の公的な部分と任意の部分をやっぴり区別する必要があるのかと。オールジャパンでやらなければならないところ、それからブロック、都道府県とか部会でやらなければならないところ、そういったところもやはりこれから区別していく必要があるのかと、それから都道府県代表一人でもと書きましたけども、代人部分ともう少し会員全員でやらなければならないところとか、そこのところをもう少し考えていく必要があるんじゃないかと。それから、やっぱりそういった公的な部分については、例えば万一代理がきくとか、やっぱり保健所の組織、他の職種もやっぱり同じような意識で組織として活動できる保健所長会って、保健所連合会のような、そういうふうなこともこれからはシェアというか、検討していく必要があるんじゃないかと。厚労省老健局では年1回福祉事務所長会議を招集というふうに書いております。全国保健所長会の組織のあり方を考えることは、保健所の業務のあり方を考えるヒントにもなるということで、そういう意味で保健所長会の活動を振り返りながら、今後の展望について私なりの意見を述べさせていただきました。どうもありがとうございました。（拍手）

澁谷座長 伊藤先生どうもありがとうございました。伊藤先生は、60周年記念誌の編集を現在されております。その中でいろいろ丁寧におまとめをいただきました。温故知新で我々が今後どんなことを考えていかなければいけないかということを含めてご発言をいただきました。ありがとうございました。

そういたしましたら、続きまして、大江先生にお願いをしたいと思います。よろしいでしょうか。

大江 浩 富山県新川厚生センターの大江でございます。新人所長の私がこの場にいるのは大変おこがましい限りでございますが、私のつたない体験をもとに述べさせていただきますと思います。

ちょうど10年前、私は県庁内で保健所再編の担当をしておりました。地域保健法に基づく再編でありましたけれども、当時は議会、マスコミで大きくとりあげられまして、市町村、関係団体との調整で大変だったことを思い出します。本県では、県立保健所10カ所体制が長く続いておりましたけれども、平成8年度に富山市が中核市となりまして、県の中央部の3分の1が富山市保健所所管となりました。また、保健所再編によりまして、平成10年7月に医療圏に合わせた4つの県立保健所となりまして、平成14年7月には、保健と福祉の統合ということで、福祉事務所と合体した全国でも珍しい厚生センターという名称になっております。その後、市町村合併により新たな市が誕生しまして、2つの県立厚生センターではもう福祉課がなくなっているわけなんですけれども、その名前のとお

り、厚生センターの名称は厚かましく生き延びているという状況でございます。この 10 年間ここに掲げるいろいろな新法制定、法改正、また、それに伴う政省令改正や通知など、目まぐるしく変化しております。公衆衛生の教科書新刊を毎年買うんですけれども、全然追いついて行けないという状況になっているかと思えます。

それから、地域保健に関係します大きな社会状況の変化としまして、市町村合併の進展で見かけ上、小規模町村が少なくなっています。あるいは行財政改革の進展で人員抑制、歳出削減、民間活用が金科玉条のようになっております。それから、住民ニーズが高度化・多様化していることなどが挙げられます。

県型保健所の機能強化につきましては、地域保健の推進に関する基本的な指針におきまして、ここに掲げます 6 つの項目が挙げられております。この項目は、今後も重要なことであると思っておりますが、皆さんご承知のとおり、この基本的な指針はここ数年改正されておられません。ここでは県型保健所と市町村の関係、健康危機管理、それから最近の医療制度改革の 3 点について述べさせていただきたいと思えます。

市型と県型でもっとも異なるのが、県型には業務上、市町村と重層的なかかわりがある点でございますが、この 10 年間、市町村業務は単に身近で頻度の高いサービス提供だけではなくてきているのは周知のごとくでございます。例えば、市町村業務の変化は、精神障害者や要保護児童対策など、専門技術的業務も担うようになってきております。それから、各種健診、予防接種、福祉サービスなどでは民間活用が推進されております。また、介護予防や個々のケース対応などで、保健と福祉のオーバーラップが起っています。それから、健康増進計画、介護保険事業計画、障害福祉計画など、市町村が各種計画を策定・推進していることなどが挙げられると思えます。ただし、市町村と一口に言いましても、本当にピン・キリでございまして、市町村合併で、余計市町村間の体制格差が目立っているように感じております。

市町村支援について、当保健所では、市町村職員対象の研修会、あるいは市町村主催の審議会への参画、毎月定例の保健師長連絡会などがありますけれども、市町村が県型保健所に求めていますのは、市町村内部組織との関係、あるいは他市町村との関係、医療機関との関係、福祉機関や団体との関係などにおきます情報と働きかけではないかと思っております。

市町村支援につきましては、地域保健法では、市町村の求めに応じて行う、と規定されておりますけれども、この条文でも、市町村相互間の連絡調整が前提となっているということを認識したいと思っております。なお、当保健所では、医師臨床研修におきまして、市町村業務の予防接種や健康教育などを取り入れたり、福祉施設に対します感染症対策を共同で市町村と行ったり、あるいは個別のケースも共同で対応しているなどしておりますけれども、県型保健所にとりましては、市町村は単に支援する対象ではなく、共同パートナーであるという理解が重要ではないか感じております。

次に、健康危機管理についてでありますけれども、一昨年地域保健対策検討会中間報告では、ここに掲げます 12 分野が示されておりますが、これは市型、県型に限らず、保健所の中核的な機能ではないかと思っております。私がこの地域保健業務にかかわりまして 20 年近くになるわけですけれども、ここにもいろいろ書いておりますが、何か保健所のあり方論が興りますと、新しい感染症が大きな問題になってきたように思っております。そういうなんか不思議な因果を感じております。例えば、私が保健所に週 1 回行くようになった昭和 60 年か 61 年ごろ地域保健将来構想検討委員会で、何か保健所たそがれ論のように言われておりましたが、エイズが起こって保健所が脚光を浴びたり、あるいは地域保健法の施行で何かいろいろ言われると今度は 0157 が全国的な問題になってきたとか、最近では保健所長の医師資格要件論議が起こってくると今度は SARS が起こったりしています。きょう午前中、岡本参事官の話聞いておりました、そろそろ新型インフルエンザとか、一類感染症が起こってくるのかなあと、何かちょっと言いにくいことを言っておりますが、そういうふうに直感いたしました。

さて、健康危機管理対策といたしまして、保健所は地域の関係機関に対します迅速かつ的確な指導が求められておりますけれども、最近では人的、物的移動の広域化によりまして市型、県型を含めた全国的な保健所ネットワークの意義が高まっていると思っております。例えば、食品の広域流通によりまして、リフューズアウトブレイクがこれまでもたびたび起こっておりますし、最近私どもの厚生センターが全国の保健所にご迷惑をかけておりますが、フリーターが本当に短期間で全国移動しており、フリーターの結核で全国保健所ネットワークで患者と接触した方の検診を対応していただいております。そういった広域的な対応というのが非常に求められているというふうに思っております。極論いたしますと、どこかの保健所がどうこうといった問題が、既にその保健所やあるいはその都道府県だけではなくて、全国的な影響が起り得るといえるのではないかと考えております。

それから、精神保健医療、あるいは児童虐待等の処遇困難事例、これは家庭力、地域力の低下などに伴い増加しておりますけれども、これは保健所だけで解決できる問題ではなく、関係機関と連携した調整の役割であります。こうした事例対応は 1 例でも時間と手間がかかり、簡単に目に見える成果がなく、うまく行って当たり前とされるなど、一見泥くさい仕事でございます。ところが最近、保健所では計画的、効率的、あるいは成果主義といったことが脚光を浴びておりますけれども、処遇困難事例の対応は公的責任として今後も県型保健所が果たすべき重要な役割ではないかと、私はそう思っております。

次に、医療制度改革でございますが、昨年度の地方分権と保健衛生行政に関する調査研究班では、全国の保健所長を対象に、医療制度改革に関して 7 つの役割についてそれぞれ考えられる具体的な取り組みを列挙し、これまでの取り組み状況と今後の取り組みの意向を調査しました。その結果、各地の保健所におきまして、従来から医療制度改革にかかわ

るさまざまな取り組みがなされているとともに、今後の積極的な取り組み意向が明らかになっております。7つの役割の中で特に重要と思われる役割を選択してもらったところ、県型保健所は市型保健所に比べて医療機能の分化・連携の推進を上げる役割が高いことが注目されました。これは、県型保健所は市型保健所に比べまして、医療計画のかかわりなどを通じて取り組みやすいことが影響しているように思われます。なお、きょう午前中も出ておりましたが、7月20日付通知の医療計画作成及び推進における保健所の役割というのが出ておりますけれども、その内容は既に従来の地域保健の基本的な指針において、例えば医療福祉のシステムの構築とか、医療機関の機能分担と連携について企画及び調整を推進すること、と明記されておまして、新しくできた役割ではありません。むしろ各地の保健所の取り組みが通知を誘導したのではないかというふうに理解したいと思います。

当保健所管内では、昨年度から地域リハビリテーション支援体制整備事業を活用しまして、地域連携クリティカルパスを推進しておりますけれども、これは県庁からの指示ではなく、患者側から医療リハビリ後もリハビリを続けたい、それから医療機関側から、地域連携パス加算を目指したいという、双方のニーズに基づくものでありまして、保健所の役割は関係機関への働きかけと連絡調整、関係資料の収集・提供、それから研修機能などでございます。今年度は新たな医療計画の策定に際しまして、医療機能調査の回収・確認、取りまとめを行い、医療計画に係る勉強会を開催するとともに、医師会に委託されました医療連携体制推進事業と共同のワーキング会議におきまして、圏域内の4疾病と在宅医療の連携体制の協議を進めているところでございます。なお、県レベルで本庁や富山市保健所も加わった医療計画のワーキンググループを組織し、メーリングリストを通じた情報連絡が図られておりますけれども、最近、縦・横の連携の重要性を実感しているところでございます。なお、全国各地におきまして、特に保健所の関与がなくても医療連携体制が構築され、地域連携クリティカルパスが運用されている地域が確かに多く見られます。しかし、保健所は、地域における医療・福祉・保健の各関係機関及び行政、民間、住民をつなぐ中立公正な専門機関といたしまして、例えば医療機関相互の調整、連携医療機関の拡大、介護事業所の参画、それから地域住民の啓発や相談対応などの場面におきまして積極的に関与すべきであります。これまでの管内の取り組みの経験から、保健所には大きな期待が寄せられているというふうに思います。ただし、それはあくまで通常業務の延長でありまして、フェイスツーフェイスの信頼関係の構築が前提であるように思います。また、情報力がカギで、県庁各課との密接な連携も不可欠でございます。県庁では、医療計画だけでなく、医療制度改革はたくさんいろいろな課にまたがっています。何かうちの県だとほかの課へ行きますと、隣の県みたいな感じのイメージがあるんですけども、保健所だからこそいろんなものの連携が逆に図れるというふうに思っております。最近、県庁各課と医療計画とか特定健診・保健指導のメーリングリストで情報交換を密接に行っておりますけれども、これからもそういった取り組みが重要だと思っております。

それから、昨年度からの介護情報公表制度、あるいは今年度からの医療機能情報提供制度が大きなチャンスになるのではないかと考えております。例えば、脳卒中の連携では、どこの機関がどんなリハビリをやっているかを中核的な病院は知りたいと、あるいは糖尿病では、病院はどこの医療機関がインシュリンの治療を対応してくれるのか、ということを知りたいと聞きます。これは医療機能調査でそういうのが把握できるわけですので、医療連携のアシストのチャンスというのが非常に保健所には大きくなるのではないかとこのように思っております。ただ、心配しておりますのは、この医療機能調査の中身は非常にたくさんの項目がありまして、そのまま流されますと情報の洪水になって、かえって混乱するのかなというふうに思っております。相談対応などしっかりしなければいけないと思っております。

さて、これからの展望でございますが、行財政改革に伴いまして、今後も県型保健所の再編統合が避けられないと思っております。しかしそれは、地域保健の実質的な機能強化策としてでなければならぬのは言うまでもなく、市町村や民間機関等の動向も関連してくると思っております。多分保健所の数も減り人員も減ると思っております。そうなりますと余計に人材の質的強化が図られる必要があると思っております。産業界では、三現主義といって、現場に出て現物を見て現実に接すると、あるいは役割主義、これは職務上の責任、権限である職責に加えてチャレンジ度も加味したものなんだそうですが、こういうものが唱えられておりますけれども、これらは監視指導などの最低基準遵守だけではなく、非定型業務が増している保健所業務にも当てはまるように思っております。県型保健所は、市町村、県関係部局の「行政機関」、保健、医療、福祉、その他の「民間機関」、それから患者・家族、地域住民、地区組織等の「住民」という、格好よく言いますと、自立と協働のトライアングルの総合調整役を担っておりまして、職員一人ひとりが、指示待ち・指示どおりというのではなく、主体的で肯定的な認識を持って、創意工夫しながらチーム力で取り組んでいけば、素晴らしい地域社会の実現に貢献できるのではないかと考えております。

以上、多少、背伸びをいたしました。ご容赦いただきたいと思っております。以上です。（拍手）

澁谷座長 大江先生ありがとうございました。実際に大江先生が活動されている地に足のついた具体的な内容でございました。ありがとうございました。

それでは、引き続きまして大熊先生、仙台市青葉保健所長ということでございますので、市型保健所のお立場からのご発表ということを知っておりますが、先生は大変広い視野を持っていらっしゃると思いますので、具体的なご助言がいただけるかと考えております。よろしくお願いをいたします。

大熊恒郎 仙台市の大熊でございます。では、しばしお時間をいただきましてお話をさせていただきます。

仙台市はもともと政令指定都市になったのが遅うございまして、確か 12 番目

だったと思います。政令指定都市といいますが、いろんな意味に取れますので、難しいなと思って聞いてたのですが、いわゆる 100 万規模の都市ということの都市でございます。県型とは全く次元の違う話を今からさせていただきたいと思っております。あくまでも、一政令指定都市の立場ということでお話をさせていただきまうけれど、市型の先生方が非常に多くなってきたという中で、これまでの経緯をまずお話をさせていただいて、参考にさせていただければと思います。

まず、仙台市は平成元年に政令指定都市になっています。それまで衛生局の直下にありました保健所、仙台市はもともと政令指定都市になる前に、県から既に保健所を譲り受け、引き継いでおります。その時に、既に 3 保健所を持っておりました。政令市になった時に 5 区が設置され、5 カ所に設置をするということで、そのまま行政区ごとに置くのだという意思がはっきりしておりました。保健所固有業務を失うことなく、今のところは続いてきております。先ほどお話がありましたけれど、複数の保健所所有している政令指定都市の中では、もう少数派 - 今 5 カ所でしょうか - になってしまいました。仙台市も例外ではなくて、行財政改革の検討項目として 1 保健所体制というのは、ずっと出ております。特に副市長レベルの検討項目の中から消えておりません。最近も、最近 1 保健所になった大きな都市に視察に行ったり、照会をかけたりとかいうこともしているようです。その情報を先方からいただきましたが。さきに仙台市に、いろいろ組織のことで問い合わせがありました横浜市さんが、何と 1 保健所になってしまったのです。仙台市の資料をお渡ししたりとかしたのですけれど、仙台市がよほど参考にならなかったのか、残念ながら 1 保健所になったという状況がございます。

政令市の課題というのは、県との関係が一つございます。そのほかに限定された市域や市町村の事務の執行があります。これらを順次お話ししたいと思います。

県との関係ですが、地方自治法における政令指定都市の位置づけというのは、県と同等の事務を行うということがありますので、県と同等のことをやっている部分もたくさんあります。ただ、我々保健衛生の部門でいささか事情が違いまして、食品衛生に関しては無論、あるいは感染症に関しては同等の機能を持っているのですが、以前の機関委任事務のような状況で仕事をしているものもあります。それほどの事務費もいただいてないのに、法定受託事務をするみたいな格好になって、非常に困るという問題がまずあります。

具体的にお話をさせていただきます。県の中の政令指定都市ということで、まず一番困ったのは医療法関係の取り扱いです。最近、次々と小出しに県から委譲事務が発生しております。まとめていただければ、増員もできるのですが、0.X 人分ずつ委譲されるものですから、ちっとも人員を増やすことができません。それで一つ困っているのです。それから対応基準関係です。医療法のいろんな細かいことをやっていく上で対応基準が少しずつ違っている、それは県と市で違うのですがなかなか調整がきかないというか、一方的にこうしたという通告を受けるような格好になってしまっているところがございます。この辺の扱いに関しては、今鋭意調整を図っているのですが、なかなか進んでいないところです。

それから、2番目が、危機管理です。健康危機管理の中で、いろいろな対応するわけですが、あくまでも危機管理の中では、仙台市は県の下に入るという形になります。国とかいわゆる自衛隊を動かしたりとか、そういうことは全部県の事務であるということはよくわかっています。ただ問題は、仙台市は県の真ん中、ほとんどの領域を占めている状況の中で、消防との関係です。県と消防の関係と、それから市と消防の関係というのは全然異なってくるわけです。我々は健康危機管理の中で消防の役割というのは非常に大きく取り入れています。消防との連携の中で危機管理の準備をするということをやっているのですが、県の場合はそういう考え方がならないようです。市町村の消防であるという考えを持っているものですから、その辺の整合性が出ないということです。県の所長会との共同訓練をやるにしても、難しいところがあります。

次も大きいことですが、医療圏と医療計画の関係です。宮城県の場合は仙台市が一つの独立した医療圏になります。しかし、医療機関が集中して仙台市内に圧倒的に多いものですから、独立した医療圏と言っても 周囲の医療圏との関係というのは非常に強いというか、周辺から患者が流入してくるような状況、つまり、周囲の医療圏に対して医療を供給するのが仙台医療圏であるという状況になっています。この辺の矛盾、これが医療計画を立てる上でも大変な障害になってきていますし、それこそ医療制度の構造改革のところでも引っかかっている問題であります。これは後でまた触れます。

それから、医師会、病院との関係なのですが、これは非常に地域性があるのですが、1県に1大学しかないということもあります。また、仙台市医師会の占める割合といますか、人口でも仙台市というのは宮城県のほとんど半分です。しかも医療機関について見れば、仙台市のほうは圧倒的に大きいのですね、そういう状況の中で県と県医師会の関係、それから市と市の医師会の関係というのがそれぞれありますが、県は市の医師会を認めないという形で、県の医師会としか話をしないという、そういう状況がございます。

次にお話しするのは、限定された市域であるということに関してです。この問題は、市型保健所共通の話だと思えます。市域全体の把握が非常に容易であると、即ち物理的に近いわけです。後で触れますが、市街地に住んでいるのが大部分なものですから、結局どんな業務にしろすぐに把握ができてしまう。そうすると一元化という話が出てきてしまいます。食品衛生、環境業務の一元化、つまり、一カ所から出撃をして全市をカバーしようということが前から言われています。「1保健所にする前にまずこちらをやる」という足がかりにされそうになっている状況です。これを一つの危機感として持っているのですが、なかなか抵抗しづらいことがあります。今、食品に関する広域の問題がいろいろ出てくるものですから、その中で広域対応するためには必要だということで食品監視センターを設置することです。これは仙台市でも設置になっておりますが、食品衛生に関する保健所長の権限の一部がこちらに移ったような形 - ラインになっていないという形 - が生み出されていますので、この辺を今かなり心配しております。

それから、医療機関への立ち入り検査の業務の一元化ということです。これは全市で同じ基準でやらなきゃいけないと、「それぞれの保健所で若干基準が違うことは許さない」というような切り口で言われてきております。しかし、市医師会の中でもさらに区のブロック会というのがあります。そことのつき合いはそれぞれの保健所でやっているものですから、そういう関係の中でご理解をいただければ何も問題ないということで抵抗して、これも何とかつぶしてきております。なかなか保健所同士が連絡を取り合ってやれば済むだけの話だと思うのですが、そういうことも言われています。

次は、市民サービス提供の公平性という話が出てきます。県型の保健所の話の中で先ほど出てきましたが、市町村もピン・キリだよという話があったと思います。それは地域性というか、広い圏域の中でばらまかれたそれぞれの独立した自治体ということなので、当然それはあることだと思います。しかし、仙台市のように、もうそれほど広くもない市街地に集中して5区があるという状況の中でも、独自事業を、それぞれの保健所が地域診断をもとに、地域にふさわしい事業にし、同じ事業名であっても展開の仕方が若干違うというような、あるいは広報の仕方も違うというようなことが当然出てくるわけです。税金の面からみると、市町村であれば違うかもしれませんが、仙台市民なら同じように税金を払っています。その市民に違うサービスをするということはけしからんと、同じようにやれというような言われ方もします。これに関してもやはり独自企画事業の運用の障壁という書き方をしましたけれど、これで大分意欲をそがれる部分が出てくるということでもあります。では、やらないのかということと実際にはやっているのですが、うまく説得をしながらということをやっています。この辺は恐らく「事業がよさそうだからやっています」、「いいはずだからやります」というような言い方を続けている限りは認められなくなると思います。こういうことをやって、成果がこうだったと、だから次にこれをやるのだというような言い方をしないと、恐らく認められないということで、我々の中でもそういう示し方をしようということで整理しております。

市町村事務との併存ということお話しさせていただきます。私が勝手につけているのですが、保健所固有業務という言い方をしています。これはもう保健所しかしてない、保健所本来の業務。例えば、医務、結核感染症関係とか、精神、それから食品衛生・環境衛生、そういう古来の保健所が持っていた機能です。それを固有業務と仮に名づけますけれど、その固有業務と市町村業務の混在ということが起きてきました。これは県型だと、市町村に対する指導という形であらわすものですから、業務の混乱ということではないと思います。ところが実際、現場そのものが我々のところにありますので、どこか職員が勘違いをしてしまうところが出てくるわけです。まず、1つに挙げられるのは、企画機能の希薄化です。本来企画調整という機能を持っているはずなのですが、それを市町村業務の中でやるってというような形になってしまって、それが企画調整なのだというふうに思い込んでしまっているのです。もっと高い次元で、もう少し引いた形で、視野を

広くした形で健康増進については考えるべきなのですが、どうも当面の目の前にぶら下がった目標を実現するためにはどうするかということが、企画調整だと思いついてしまうという状況で、いわば自己満足的になってしまっているってことがあります。それと、優先すべき固有事務という考え方です。これは健康危機管理につながりますが、何か事件が起きれば、事件に対して対応するということの優先順位、こっちの事業（市町村事務）がありますから、それ（保健所固有事務）はできませんというようなことが平気で言えるというのが非常に困った感覚だろうというふうに思っています。今優先してやることは何なのだ、次の瞬間にやることは何なのだということで、職員に話をしながらやらせなければいけないのですが、その辺をより多くの人間が理解をしていて、「黙っていても動いてくれる」という状況に育てていかなければいけないというふうに思っています。

次は、人材育成についてです。福祉それから社会保障の部分も、我々は持っていますので、事務屋の巣窟でもあるのですね、専門職とどっちが多いかということ、うちの組織が大体 170 名くらいおります。その半分以上が事務屋さんなのです、ですから、どっちの論理が通用しやすいかということ、事務屋の論理のほうが通用しやすいのです。事務屋さんというのは、目的に従った系統的な研修というのがあるのですが、専門職は、職種もいろいろで、多職種います。それぞれに合った研修を考えなければいけないということがありますので、なかなか研修計画づくりにくいのです。また、それを統括するようなものが本庁組織でももちろんないのです。で、どうするか、やはり自分たちで組み上げていくものではないのかということになります。次の話とも関係してくるのですが、人事を誰がどのようにするのかということも関係してきます。専門職に対する人事の管理というものは、ほかの自治体では私は知りませんが、仙台市ではある特定の部署でやっているという部分があります。そこに対しての発言権をきちっと確保することが一つ必要です。そのためには何をやるか、やはり自分で人材を育てることなのです。よく聞く嘆きで、「いい人が来ないからやれない」、「いい人材をよこしてくれない」、「うちにはろくな職員がいない」という言い方をすることです。そうではないのです。人材は自分で育てるのです。育てた結果「欲しい」と本庁に言われれば、「はいどうぞ」と差し出します。差し出せば、きっとその後いい種は来ると思います。いい「畑」にはいい種をまくはずですので、そう思って自分で人を育てます。先ず自分で人材を発見します。この人がいい人材であるかどうかを発見できなければだめなのです。人材を発見してそれを育てて、本庁が欲しいような人間にするのです。そして、わざと目立つようにして、売り込むのです。で、「欲しい」と言われたら渡すのです。でも、そのかわり寄越せという言い方もしない、「適当に寄越して」と言うのです。そこからまた拾って育てる、それを繰り返していけば信用度は絶対に上がります。発言権も出ます。「こういう人はどうだろう」という相談が来るようになればしめたものだと思っております。それは事務屋にもだんだん及んでまいります。

いろいろお話をしましたけれど、仙台市の概況を今ごろ出して申しわけござい

ません。仙台市は、今のところやっと 100 万超えたところ、102 万 9,000 という状況です。市域としては 788 平方キロもあるのですが、行政界は何と山形県に接しております。人間様以上にクマ、サル、カモシカがいますし、タヌキ、キツネもたくさんいます。人口を上回っております。で、その対策も大変なのですが、それは余談で、市全体の中で、都市の占める部分、画面には市街化区域と書いてございますのでわかりだと思いたしますが、市街化区域はわずか 22.9% だけです。ここにほとんどの人口が集中しているということなのです。歴史的にも一つの固まりになっています。同じ市でも核になる中心部が幾つもある都市もあるかと思いたしますが、仙台市の場合はほとんど集中しているというふうに思いたただければ結構です。介護保険の 1 号被保険者 17 万人、認定者が 2 万 9,000 です。「健康寿命」の発祥というか言い出しっぺがどうもうちの県にいるようなのですけれど、その県としては一応の面目を保ったような数字かなと思いたしております。それから、経済的な困窮者の指標になりますけど、保護率は 11 パーミル程度ということで、消費都市ではこのようなものかなという状況です。

仙台市どういうふうに今まで変わってきたかということを少しご紹介させていただきます。基本的に、仙台市は行政上の改革の必要性があったということと、地域保健法の施行ということ強く意識して保健福祉の統合を、平成 7 年 11 月だったと思いたしますが、行政改革大綱の一部として発表しております。実際の作業はその平成 7 年の間にほとんどが行われて、平成 8 年 4 月から組織の再編が示されております。ここに至るまでにはかなり生々しいやり取りがありまして、どちらかといえば民生局側は積極的に進めたのですが、衛生局側がしぶっています。取り込まれるのは嫌だということです。ただし、その中で一つだけ評価できるころがあります。民生局、衛生局が話し合っ、各区に保健福祉センターの設置を決めています。それまで局の直轄にあった保健所を離れたわけですが。離すにあたっては組織の長は医師にすることを民生局と合意したのです。これは非常に大きい意味があります。なぜこの時点で医者信用したのかわかりませんが、結果的にはそういうふうになっております。

その保健福祉センター発足当時のセンターの組織をお見せします。赤で示しているのは、これは私が勝手に言っている保健所固有業務の部分です。医務、精神、感染症、それから食品衛生、環境衛生の部門が散りばめられております。実際の状況は、地域健康係には、医務は入っていますが、全員事務屋さんです。こんなばかな話はないだろうと、所長は管理課にいるわけですが、所長の手元に専門職がだれもない、こういう組織だったのです。そして一度、感染症事例が起きると、別の課から人が来て説明をする、で、指示をあおぐのです。一々通ってくるわけです。精神が発生してもそうです。保健所長としての判断が急がれることは、全部別の課になっていたのです。衛生課は、これはもう一貫して変わっていません。

見ていただければわかるのですが、保健福祉課という名前が 2 つあります。単に高齢がついているかついていないかです。この当時は高齢者対策が一番の主眼

でした。少子高齢化の中でも高齢化の方がキーワードになっていましたので、単に高齢という部分を扱う課を新設したような格好になってしまった。つまり、ライフステージで分けてしまったということになります。

表の一番下を見ていただければ、センター所長兼保健所長です。この時は、センターに参事を置いています。脇にいる参事が、福祉事務所長を務めていたのです。これがスタートです。翌年には少し変わりました。1年間に我々が何をしたか、これは評価してもらえたのか、あるいは私たちが逃がさないための方策なのかわかりませんが、参事を次長という形になりました。そして、私たちに保健所長、福祉事務所長をくっつけたのです。これに診療所長もあるので、我々は4枚看板を背負った形になりました。これが今の組織体制を維持するためのものになっています。不幸なことには大変忙しくなりました。私の場合、現況でもそうですが、保健所長としての仕事は、恐らく全体の仕事の2割以下だろうと思います。健康危機管理が起きますと、そちらに全力を投入しますので突然豹変するわけですが、平時では2割以下です。細かくは述べませんが、組織体制の矛盾を多く抱えていたところでした。平成13年度、介護保険のスタートがきました。13年度に向けて介護保険を迎え撃たなきゃいけないというときに「組織再編」の話が持ち上がったわけです。その時に、局ペースではなくて、保健福祉センター側で考えさせて欲しいと言いながら、様々な提案をしています。その主だったものをここに示していますが、まず大事なこととして、保健所固有業務の整理することです。要するに保健所長のそばに必要な機能を置きたいということでした。それからライフステージの連続性を保つべきであると。それから、医系職種の重複配置になっているのを解消してほしいということです。地域に打って出る保健所の活動に関して、不整合が起きている現状と、最後につけ足しに介護保険にも対応しなければならないと言いながら、組織を変えていただくことにしました。その結果を示しています。管理課にあった地域健康係を改称して企画係とし、医務、感染症がまとめられております。これで健康危機管理の体制を整えたわけです。今度は、もちろん専門職は配置しています。この体制というのは、総務係というのはいわば福祉事務所の総務、企画係は保健所総務だというイメージにしたものなのです。保健福祉課の代わりに家庭健康課としています。子供家庭係は、福祉系がほとんど入るわけですが、いろんな相談業務、保育所などを担当します。他に母子保健係、健康増進係があります。ここに専門職の「たまり」をつくったわけです。人材のプールです。一方で、高齢保健福祉課に代わって障害高齢課という形をとりました。ここには高齢者支援係、障害者支援係があり、支援というキーワードで整理をするということをしております。精神保健だけはどうしても福祉の関係が強く、その後の処遇の問題もありますので、この課に属しています。さらに、介護保険係がここに入ってきております。このようにして保健と福祉の統合という中で、とにかくライフステージで分けて保健と福祉が一緒にいれればいいという形をとったために起きた保健と福祉のキメラ状態を整理するのが主眼でしたが、保健と福祉を分けたのじゃないかというふうな批判も受けました。残

りの三課は変わっておりません。こういう形は、今でも続いております。所長の立場についても、センター所長が保健所長であり福祉事務所長であることは変わっておりません。このような体制で、実はこれはこの19年までそのまま続いております。今の变化9年と19年で比較したのが、この表です。それぞれを整理して、職員の役割と配置をわかりやすくしています。

例えば、保健師を例に挙げて言えば、新人といいますか、経験の浅い人たちは母子保健をまず経験させ、次に健康増進を経験させます。ここで一定程度育てます。次に、高齢者支援、障害者支援を担ってベテランになっていきます。実力のついたところで、家庭健康課に戻して、今度はリーダー役をさせていき、できれば係長を目指していくというような育成の仕方をするということも意識しての体制にしたわけです。これは今でも回っております。保健と福祉の統合の理念というのは、きれいごとを言えば幾らでもきれいなことは言えます。事務職がそばにいて、常識を得ることができたというのは事実です。この中で大事なものは、やはり市民の身近な存在になったという大きな利点だと思います。ただ、あくまでも業務への姿勢というのが保健分野と福祉分野で異なり、いわゆる保健分野は企画立案しながらの事業ということがありますので、自由裁量の部分があります。基本姿勢は市民への介入です。自分は健康だと、必要ないと言う人にも、首根っこ取っつかまえて事業に参加させてなんとか健康にしようと、介護予防しようということをやっているわけです。福祉分野に関しては、法施行事務であるということとがありますし、裁量の余地ほとんどないということ、申請主義、求められて行うような姿勢であるというような大きな違いがあります。この辺が統合の問題点の中で様々出てきています。これらの中で、大事な問題点は、充実感の裏でマンパワーを消費してしまったこと、保健所の活力を福祉への個別対応で消耗してしまったことだと思います。

長期展望のところ、やはり私は問題だと思っているのが母子保健への顧みがか少し少なくなったのではないかというふうに思っています。高齢者対策は、確かに難しいことです。これからの社会、そういう高齢化社会を下支えする社会資源として考えなきゃいけないのは若い人たちの力です。その資源を大事にしなければいけないということで母子保健、あるいは子供だけではなくて若い人への働きかけ、これがどこかへ飛んでいるのではないかというふうに思っています。

最終的には市民に近いところへ行っただけ、政策決定とは遠くなってしまったというのも問題かなというふうに思います。

所長としての立場での所感を言わせていただきますと、保健福祉センターという組織は、区役所の中では3部体制をとっているうちの1つです。長としているためには何が必要かをまとめてみました。政策的判断というのがあります。その中に組織管理だったり人事管理をすることになってます。それで組織管理というのは非常に大事なことです。人員それから配置に関しての力を持てるということは非常に大事です。これはやはりこれからいろんな事業を迎えるに当たって、組織を変えて実現しようとするのが事務屋の発想です。実は、今回の特定保健指

導の部分で、組織変更の画策がありました。「それは、組織を変えて対応するものではない、組織をどう使うかによって対応するものである」ということを言って、阻止してしまいました。言うことができる基礎ががあったということです。そんなわけで、仙台市では、平成 20 年度の変化をこの組織で迎え撃つことになりました。

所長の立場として難しい話ですが、有事での行動をどうするかっていうことがあります。区役所の 3 部の長でありますので、区の幹部としての役割があります。災害対策があれば災害対策の本部員になることに設定されています。すると、医師としての行動は期待されません。バックヤードにいて指揮をすることなのです。人を派遣することなのです。みずから出撃したりとかすることはないのです。人を出撃させ、組織の温存を自分のメインテーマにして動かなければいけないのです。災害があったからと、「すぐ荷物担いで災害現場に行くこと」、これはあり得ないことです。そういうことをきちっと認識しないと馬鹿にされます。

先ほど来言っているように、専門職に対してアジテートとする、一生懸命鼓舞する、これが大事なのです。いかに自分たちが大事なことをしているかということを知らしめるということです。

この表には、組織管理の中で私自身がこれ経験したものを挙げてあります。大変な問題を起こしてくれております。刑法犯罪では、殺人、職員が殺人です。自殺、横領、セクハラなどです。最近では、職務怠慢。これで私自身、訓戒処分を受けています。この他、部下職員の心身の疾病、ハードクレマー、筋論クレマーもきます。大変なことです。これも全部組織の長である所長の仕事なのです。報道機関に対する対応、いわゆる本庁対応の報道のほかに、区役所で起きた事件に関しては自分の所で対応しなければならないので、みずから報道への対応せざるを得なくなります。それから医師臨床研修も一生懸命引き受けております。福祉現場もあるということで意義のあるものではないかと思っ、積極的に引き受けております。保健所長会での議論もありますが、標準的な指導はしていません。法の話はする中で、免許証の意義を教えます。医師だけではなく、全ての職種が対象ですが、免許証というのは一生食っていけるための私的道具じゃない。あなたたちに投入された多大な社会資源を認識すると共に、その投資への還元をなさいと、教えます。免許証を通して社会からの期待に応え、投資への還元をなさいと、延々30分はします。そして、よく例を挙げますが、法の世界では法曹資格が頂点、財務会計であれば会計士が頂点で、関係職種と協働で仕事をします。同様にして、日本の三大国家資格の一つを医師が持っているのだということも教えます。そうして、社会での役割をその上で考え、ほかの職種との連携を考えるよう促します。医師以外の職種に対しても同じようなことを話をします。そういう話をして臨床医師のスタートを切らせるようにして、保健所でしか聞けない話だということをやっています。仙台市での年表です。仙台市はここ十年だけでも、全国紙版の事件を複数抱えてきました。ご記憶にもあるかも知れませんが、宮城野病院での結核の集団感染事件（看護師が1名死亡）、准看護師が被

疑者の筋弛緩剤事件（高等裁判所で公判中）、大学病院を舞台をした寄付金、名義貸借問題などです。

保健所が保健所であることを論じて最後にします。保健所が保健所だけでいられるわけないと、これは当たり前の話です。組織の中の一つであることは十分認識しています。だけど、いわゆる私が言っている市町村事務では、本庁の政策的な判断というのは、これは尊重すべきだと思っています。その上で、専門家としての助言、あるいは合理的執行あるいは企画、提言、これが我々の大事な仕事だと思っています。これを一生懸命やりましようとしています。いわゆる企画とかの力も使えるということです。そのかわりに、組織管理は自らすべきです。これは、先程来主張している、「要するに事務屋の都合で組織を変えられて解体をされないための最大の努力」をすべきところなのです。次に、保健所固有事務では、保健所としての判断を明示すべきです。我々がどう判断するかを明確にしましょう。そこで専門性を最大に発揮して、その判断をしているのだということを知らしめてください。そのことで非常に元気になります。向こうも認めてくれます。それから、議会や報道にあたっては、直接対応するわけではありませんので、せめてその議会、あるいは報道対応の根拠をきちっとこちらから出して指し示すということをして、本庁とのいい関係をつくっていくのがこれからの保健所にとって、今後もこういう形で行くためには大事なかなという、私の印象をお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

澁谷座長 ありがとうございます。（拍手）

それでは、櫃本先生よろしくお願いたします。

櫃本真聿 最後のシンポジストになりましたけれど、私からは公衆衛生の立場からということで、お話しさせていただきます。実は私 50 周年記念の会のときは県庁にありまして、やはりシンポジストとして、大先輩の小倉先生とも一緒させていただきました。そのとき一緒された方も当会場の中にはいらっしゃいますが、あっという間の 10 年ですが一方で懐かしいですね。その時の内容もご紹介しながらお話をさせていただきたいと思います。

まず公衆衛生学会、ようこそ松山へいらっしゃいました。ありがとうございます。道後温泉既にお入りになられたでしょうか。今回、小西学会長とこの学会を開催するに当たって、私も企画の仲間に入れていただきましていろいろご相談しました。その中で私が非常にこだわったのが、この原点に戻りということだったんです。学会長もそのとおりだということで、テーマに「地域保健、その原点に戻り未来を展望する」となりました。私は公衆衛生のほうがいいんじゃないかと申し上げましたが、範囲が広過ぎるからということで地域保健ということになりました。いずれにしても原点に戻り未来を展望する。なぜ今原点に戻らないといけないのかということが重要なんですね。「目的と手段の混同」ということ。つまり、次から次へと制度や機構が変わって、本来の公衆衛生の目的がぶれてきたんじゃないか、そのことによって現場が混乱しているんじゃないかということです。

本来の公衆衛生の目的は？ 「真の住民のニーズを実現する」こと、健康ということを中心軸に置いて、まさにこれに尽きるはずなのに、何か住民につき合わせたりやらせたり、今日ここにお参加の皆さん方は、大体全国の保健所長さんの3分の1近くがいらっしやっているとと思うんですけど、来られている方は問題ないんですね、自主的に来られている方。問題なのは現場でやらされている人、今日、この中にはつき合い上やむを得ず来られた方も一部いらっしやるかもしれませんが、いつの間にか「やらされている世界」に振り回されることになっているんじゃないでしょうか。

先日、地元で食育のシンポジウム進行役をさせてもらったんですが、結局は結論は何であるか？ 食育の一番ねらいは食べさせられている子供たちをいかに食べるようにするか、選ばされている人たちをいかに選べるようにするか。まさにその主体性ということなんです。そういう意味では、先ほど大江先生がお話しがありましたけど、住民や地域の資源をとパートナーを組んでいくこと、私はコラボレーション・エンパワーメントという今2大キーワードを最近よく使っています。まさにこの時期に医療制度改革、先ほどからこれいろいろお話しありましたが、まさにこの危機はゴアさんじゃないですけど、危機はデインジャラスであるがチャンスであると、今まさにその時期だと私は思っています。そこでやっぱりヘルスプロモーション！ オタワ憲章、尾身先生がこのあと特別講演されますけど、1986年、もう20年前ですけど、どうでしょうかこの中身。何か今の重要性和差があるのでしょうか。古さを感じさせないどころか新鮮ささえ感じるの私だけでしょうか。本日は、普段聞き慣れない角野先生の講演を聞いて、まさにこのキーワードが入っていたわけですけど、このジャカルタ宣言、実はこれ50周年のシンポジウムのときに核になった実はスライドなんですね、これが今からちょうど10年前のシンポジウムに出された。まさにここに書かれている内容はどうでしょうか？ しっかり見てください、原点に戻る。健康に対する責任を社会が積極的に果たすこと。ハイリスクの個々人をターゲットに自己責任を問うやり方に終始せず、つまり健康を義務化するような、太っているやつは非国民だというような、そういうことではなくて、社会が積極的に果たすという考え方ですね。そして健康な地域づくりへのパートナーシップですね、そしてコミュニティ能力、個人の能力開発も当然あります。こういったことが書かれているんですよ。

今回のテーマは地域保健法の検証ですけど、確かに10年以上たちました。法の制定当時保健所長会は大反対しましたよね。そのときの怒りはいつの間にか時間とともに去ってしまいました。実は先日今の保健所長さんに地域保健法が問題だったと思う人っていうふうにうかがったら、今2割もいないんですね。それができたときのいきさつについて、怒りだとか記憶を感じている人が今実は保健所長からすでに随分低下している。この10年間ってそういう意味ではものすごく大きく変わったんだなあ。私は地域保健法の中身を見る限りではすばらしい法だと思います、ある意味では。ただ、その運営の仕方ができあがった背景の中で非常に問題がある。なぜかと言ったら、地域保健法は保健所を減らす

ということが一番の根底にあったんです。今の医療費抑制が、経済財政的な圧迫が今の医療制度を見直しているように、住民不在の中で地域保健法っていうものが実は合理化の中で生まれてきたんですね、その当時こういう話がありました。保健所の所長の3分の1は優秀だが、3分の1は大したことないんだ、残りの3分の1はまあまあだと、保健所を3分の2にすることによって、どうでもいい保健所長はやめてもらおうと、ちょうどいいだろうと。ところが、あとでうわさを聞くと、優秀な人が大部分やめてそうでない人が残ったという話。年金の問題でも同様ですが、何か見直して優秀な人材だけを組織に残すって、あれ絶対無理だと思うんですね。優秀な人材はほかに行くところがありますから出ますからね。地域保健法はスタートの背景自体に問題点が実はあったこと。しかしそこで、本当に頑張らんといかんと思った保健所長が実はその後支えて地域保健法の運営に努力してきたんですが、それよりも大きな圧力の中でぶれさせられていっている現状が今あるということなんです。

今日来られている皆さん方に問題があるのではなく、来られてない3分の2の人たちの中の組織で何が起きているかが、これは非常に大きな問題だと思います。

それから、地域保健法で市町村が本当に自立するとかいうことですが、私の知る限りでは地域保健法は市町村にサービスを提供さすことにして、保健所のようなうるさい連中を飛ばして直接手足になれる保健師や栄養士を置いてやらせた背景です。だから、決して地域保健法は国の権限を地域に与えたのではなくて、コントロールしやすくしたとしか私には思えません。多少極端かもしれませんが、今の市町村の現状を見るか限り自立したとは言い難いと考えています。そして、保健所と市町村の重層的という言葉が最初かなり強調したんですが、それは自治法に違反する云々で、「求めに応じて」という表現になりました。その求めを求め続けて1年間電話を待ち続けて結局「市町村からかかってこなかったから私はやめます」という保健師長さんがいらっしゃいました。結局、地域保健法の運用に最も不可欠な保健所と市町村の連携は逆に遠ざかってしまったという結果を招き、地域保健法が本当に公衆衛生を向上させたか、私はその内容というよりも運用の中で、新たな地域保健法を作成する前にまず検証が要るということを強調したいと思います。その運営を誤らせた背景というのは以下のものが考えられると思います。

まず、ヘルスプロモーション、これは50周年のときにまさにそれをテーマに、その推進こそが保健所の役割ですという結論に至ったのですが、実はその理念がいろんな事業によって、まあ予算不足ということもあったんでしょけど実は軽視されてしまいました。そして、これは非常に落とし穴だったんですが、予防というものがもてはやされたように見えて、今度の医療制度改革のあの分厚い冊子にも、一番トップに予防が書いてあります。わずか二、三ページですけど。いかにも大事なんだけど実は中身としては決して公衆衛生は予防ではないんですね。それを医療と福祉を分けてしまった、そして福祉と何か保健をくっつけて、医療とは違う世界にしてしまったというのが組織上、非常に大きな問題だっ

たのじゃないだろうかなと考えてます。そして、公衆衛生を理解していない行政関係者、行政を知っている医者は出てきましたけど、公衆衛生を知っている医者がどれだけふえたかって、そして相変わらず住民不在、「良かれのサービス提供」ですね。それから2000年以後になるんですけど、小泉改革に連動した保健・医療・福祉方面も民営化する、コムスの介護保険じゃないですけど産業化していく、そして医療制度を財政再建の一環として経済財政諮問会議の中で進められていると。このことに対して保健所あるいは保健行政関係者は住民に本当のことも何も十分伝えずに、どうでしょうか伝えましたかね、このひどい状況。介護難民はあふれ出す、これから医療難民どんどんひどい状況になる。本当に大変な状況がやってきかねないという意識はどの程度広がっているのでしょうか？1カ月15万円ないと暮らせないですよ。うば捨て山がこれからはやるんじゃないですかね。推計では、日本の人口のピーク時には、死ぬ人のうち50万人の死に場所がないそうです。これに対して保健関係者が住民にこれら真実を本当に伝えているか、経済をバックにしたマスコミでは少し扱うような程度で真実は絶対伝えられないでしょう。そして健康日本21のトーンダウン、情けないですね、あれだけの運動を掲げたのに市町村は上意下達の特
定健診に振り回される状況です。何も国は特定健診が全てとは言っているわけじゃない、特定健診も入れて頑張りなさいって話なんです、いつの間にか国が言うと健康日本はもう終わったと、どうなんでしょうこの受け止め方。この辺のかかわりはやっぱり、まあ政令市保健所は別にして、都道府県の保健所がしっかりと市町村をバックアップをしていかなければいけないんじゃないかと思えます。あと共助の軽視ということもあるんですが、私は今まさに保健所は期待されるチャンスだと思っています。地域保健法の運用でのいろんなこれまでの、ある意味で失敗といいますか、残念な点を修復するチャンスだと思っています。本当にもう中央は財政再建にかかりつきりです。医療計画も市町村、あるいは都道府県に、ペナルティーと言いながら実はやれないから持って行くと。まさに政権奪回のチャンスだと私は思っています。これから補助金がなくなること大いに結構なことなんです。まさに地方の判断力が求められる時代。私も県庁におりましたけれど、1週間や10日来たばかりの事務職が県庁行政やれるんです。なぜかと言ったら補助金行政だからです。それがこれからなくなるとなると、まさに地方自治体の技術職、あるいはその分野の専門の行政職が役割を求められる、それは地区の状況を彼らしか知らない、判断を求められるからですね。既に医療は先ほど大江先生の話にもありましたけど、SOS出しているんですね。一部の地域では確かにやれているように見えるんですけど、彼らのところに行くとな、もうこれで限界です。あとは行政に助けてもらわないといけないう、まさにその時期に来ています。福祉分野もご承知のとおり介護保険、要介護者は2倍3倍にふえる。介護医療費はもうますますふえていく、もう完全にSOS出しているんですね。既に保健所長では、私の親友の田上先生も今日出席されておられますが、医療機関と行政を巻き込んでというか、一緒に話し合う場をつくっていきながら、都道府県が云々じゃなくて、管内の

医療システムと一緒に考えていこうという動きが出てきています。私は是非このような活動を広げていくべきだと、SOSを発信している医療の立場からも期待したい。なぜ保健所がたそがれだとか何とか言われるのは、縁の下の力持ちだからですね、見えないんですね。だから、必要性について問われたときに、見えるもののほうが優先されるということ。だからそういう意味では、住民は何も皆さんを裏切っているわけではない、見えないから、わからないから、その存在に対してバックアップができないんだろうと思います。まさに今チャンスだと私は思っています。地域保健法も随分薄まって来ましたので、50周年でお話したときのちょっとポイントを思い出しました。これ50周年のときにお話した箇条書きです。まさにヘルスプロモーションと新しい保健所というテーマの中で、私は住民を信じましょうよとメッセージしました。そのためのパートナーシップ、まさに市町村を信じてパートナーシップを組みましょうと。確か50周年のときは佐谷さんという住民代表の方がいらっしゃいました。住民にやらせないで欲しい。まさに行政からさせられないこと、自らしていくことを強調されていました。公衆衛生の基盤、その時は基盤と言っていましたけど、今だったらEBMでしょうね。これは研究や疫学の成果ではないと思います。国からのマニュアルでもないと思います。EBMとは地域の「住民ニーズや地域特性を踏まえている」ってことなんですね。これがあって地域からの発信をすること、これがまさに公衆衛生の基盤なんだと確信しています。一方では、国の権限のもと保健所という全国チェーンの中で一気にレベルを上げていく能力を持ち、一方では、そのことをただ通り一辺倒のやり方ではなくて、地域ニーズあるいは特性を踏まえた中で地域から発信して、さらに国を動かしていく、まさにこれです。私の好きな言葉、10年前にも言っていたんですね、「事件は現場で起きている」と。その後「踊る大捜査線第2」で一躍脚光を浴びまして、織田裕二が言うと決まるんですけど、私のようなアンパンマン顔が言うと失笑を買うという、しかし、やっぱり何と言われても現場で起きているんですよ。私はこの現場で起きていることを大事にして、これは角野会長とも相談して、判断力を磨くような研修をしましょうということで、実は保健所長会を中心にそういう研究会をやって3年経ちました。その3年間でそれにかかわった主のメンバー岸本先生、嶋本先生、そして荒田先生、3人とも公衆衛生奨励賞で実は表彰されることになり、やっぱり判断力を磨いている人は現場でもやれているんだなと実感した次第です。

私はこれまで保健は予防ではなく医療と福祉の連携をキーワードにということを強調して来ました。今私は医療福祉支援センターというところにいますが、まさか10年前県庁にいる時には想像もしてなかったんですけど、まさに公衆衛生は予防ではなくて医療と福祉あるいは教育、あるいは角野先生はもっと幅広くと言われましたけれど、まさに地域の資源をマネジメントすることが役割なんだと実感しています。かといってこれまでの積み重ねを否定する必要は全くありません。何かこれまでのことが過ちだったんだろうか、あるいは新しいことをしなければいけないんだろうかっていうことで実は不安を感じてい

るスタッフ多いです。そんなことないんです。今まで十分なことをやってきた、それにいかに積み重ねていくか、きょう名誉会員の先輩方いらっしゃるんですけど、皆さんのおかげですばらしい資源が育ってきています。これを否定する必要は何にもないんです。ただ、積み重ねというものをどうしていくかであって、そのときに不安を感じる必要は何もないと私は思います。私はこれまでを検証し、今後のキーワードとしてこういうことを考えています。10年振り返って何も変わらないのかなと、私自身が成長していないのかもしれませんが、本当に変わってないなと実は実感しています。やはりヘルスプロモーション、まさにジャカルタ宣言に基づいて、いかに地域に、そして地域の人たちに信頼され、地域の人たちとパートナーシップを組み、地域の資源をいかに腑活化していくか、つまりエンパワメントしていくか。今私は高島屋と組んで「ヘルスアカデミー」という事業を始めました予算はほとんどかかりません。それは地域の資源をエンパワメントすること、公衆衛生とは、「他人のふんどしで相撲を取る」とされたあのエネルギーですね。保健行政から医療に変わった今も、この言葉を大切にしています。私は医療に公衆衛生の力が今あるということを誇りに感じていますし、今医療福祉支援センターに自分がいることは、まさにこれからの医療は公衆衛生によって変わっていくんだという、実はすごい信念、自信を持っています。恐らく保健所長さんたちがトラバークするときには、医療機関に是非来ていただいて公衆衛生を私は展開していただきたい、そう思っています。そして地域の資源を医療も含めて、今医療は経営だとか、どうすれば要するにこの時期を乗り越えられるかと考えています。隣のちっちゃな企業も地域貢献という言葉をどんどんキーワードにする時代です。私は住民の真のニーズを実現する、これあの有名な千葉県の亀田総合病院のキーワードなんですね。僕はすっかりはまりました。アサヒビールのキーワード「すべてはお客様のうまいのために」割り切ってますね、どうでしょうか保健所も、すべては住民の幸福のためにとかですね、何かそういうキーワードをしっかりとって、その実現に向けてすべての資源をマネジメントしていく、何かそういうキャッチフレーズが要るんじゃないでしょうか。保健所は危機管理をするところ、それでもいいでしょう。でも、危機管理は手段ですので目指すものではないんですよ、何か目指すキャッチフレーズを私は是非見せて欲しいと期待しています。そのことによって私は地域の資源がそちらに、すべての力がそちらに向いていくんだらうと確信しています。そのマネジメントをするためにPDCAを回すことを意識することです。手段に振り回されている住民、私たちもそうかもしれません。それをいかに目的に振り返えられるか。この奥さんじゃないといけないと思って結婚したはずなのに、25年もたつと、この人以外ならうまくいかなと思いついてきたりもする。そこで癒しの本とかを読んだりするところ書いてあるんです。「人生の目的は試練だ」と、「自分を磨くことだ」と。何となく納得してしまっ、やっぱり人間目的に返ると乗り越えられるんだなと、こう思いながら、やっぱり悩んだときは私はPDCAサイクルじゃないですけど、目的を明確にして自分たちの役割を誇りに思うことだと思

っています。私は保健行政でもっとやりたかったんです。ただいろんな事情があって、決して女性関係ではありませんが、いろんな事情があって県を去ることになって、しかし、公衆衛生だけは忘れたくないと思ってるんなところがかかわってきました。お陰様で、今度は医療機関で公衆衛生がやれるっていうチャンスが来たんです。皆さんは本家本元、日本の公衆衛生を支えてる保健所という一番の基盤におられる方々です。その方々が、ほかのところ頑張っている私みたいなのがいるのですから、是非本ちゃんのところで、誇りを持って、地域のエンパワメントに向かってマネジメント機能を果たしていただきたいと切に願っています。私はぶれないこと、「切れてないですよ」ではなくて、「ぶれてないですよ」ということで、私は公衆衛生の本道に返すことを保健所長さんの目標にさせていただいて、地域の原動力としてますます機能を発揮していただきたいと思っています。あっ、ちょうど20分経ちましたね。

ありがとうございました。（拍手）

澁谷座長 櫃本先生どうもありがとうございました。健在な櫃本節をたっぴりと本日は伺えました。

それでは、ここで岡本参事官に少しバトンタッチをさせていただきたいと思います。

岡本座長 4名の先生方いろいろとありがとうございました。まず、個人的な感想を言いますと、久しぶりに櫃本先生のアジテーターぶりを拝見させていただき、いまだ健在だなあと思って聞いておりました。実はきのうの夜、澁谷先生といろいろ話をしているときの澁谷先生の言葉と、先ほどの櫃本先生の言葉が、全く反対の方向を向いているんじゃないかと思いました。澁谷先生は、厚生労働省はビジョンを示せと言われていましたが、櫃本先生の考えでは、すべては現場からなのです。要するに国が決めたことのすべてが必ずしもうまくいってこなかった。それは運用の問題でもあると先生言われたわけですが、問題の原点というか、何をもとに発想するかということから言えば、現場からどういうふうに意見を吸い上げ、それをどのように施策につなげていくかということになるのだらうと思います。厚生労働省なり国というところで我々が持ち合わせているデータにより、頭の中で考え、こうしたほうがいいのか、ああしたほうがいいんじゃないかということで、いろいろ施策をつくり上げることが従来行われてきたと思いますが、それが必ずしもうまくいってないということ、それに対して反省をしろということ櫃本先生は言われたのではないかと思ったのですが、間違っていたら直していただければと思います。それから、途中で少しありましたけれども、基本方針、いわゆる指針ですね、この地域保健の指針の見直しについての提言については、今年の3月に出されています公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備評価委員会報告書、これは角野会長がメンバーで参画されて、最後に2行ほど書いてあるわけですが、これについて皆さん方からいろいろ意見が出ました。伊藤先生からも10年間何も変わってない、変えてないので、そろそろ見直しじゃないかと。その中で一つの方向性としては従来から出ていたと思いますが、市型と県型

の保健所、これから市型が増えるという形になると、従来の指針では対応できない部分、そういうものをもう少し取り入れろというようなお話ではないかなと思いました。その辺は何かやらないとといけないと、考えてはいるわけですが、具体的にまだこれをこう変えたいというふうに、そこまで熟したものはありません。先ほどの櫃本先生が言われたことと、それから渋谷先生の言われたこととを合わせもって考えていくと、所長会から、例えば指針にしても、地域保健法でもいいのですが、要するに何かを変えなきゃいけない、何が不都合なのか、そういうものについていろいろ意見を集約していただきたいということをお願いしたいと思います。

それと、非常に重要で皆さん方に共通していたことは、保健所の活動をいかに見えるようにすることにご苦労されていることであると思います。今行政は評価を常に意識しないといけないわけではありますが、保健所の活動を財政当局なり人事当局なりに、理解してもらうために、何らかの客観的な評価の基準、特に今重要視されているアウトカムで保健所の活動が測れないだろうか、それを測ることによって示していけないだろうかということを実際に考えなきゃいけないのではないかと、今回の4人の先生のお話を聞いていて思っていました。保健所の活動をPRすることに頑張らなきゃいけないということになると思いますが、今はそのPRという言葉だけではだめで、特にアウトカム評価にいかにつなげられるかというところが一番重要な点じゃないかなと思いました。

櫃本先生のアジテーションにこたえて、保健所長会も厚生労働省地域保健室に向けて情報発信や提言をしていただければと思います。

最初の伊藤先生のお話に戻って、保健所長会とは一体何なのか、伊藤先生もいろいろ悩まれて、あえてああいう問題提起という形でお話をされたのではと思います。櫃本先生も言われているように、研修会でも、それから健康診査でも何でも同じだと思うのですが、こういう場に来られている方は、通常はもう別に問題ない方なのです。ここに来られない方、健診に来られない方、保健指導に来られない方、これが一番の公衆衛生のターゲットなのです。保健所長会も同じだと思います。来る人だけ相手にしている。そこが、伊藤先生がずっと問題意識としてお持ちになっていたことではないでしょうか。あえて挑発的に言いますが、所長会の上の方、つまり理事の「仲よしクラブ」じゃないのかと。でも、ほかの人たちはどうなっているのかが常に我々行政、または厚生労働省からも出てくる言葉だと思うのです。それに対してどう対応していくかが今後、所長会として非常に重要なことじゃないかと思います。余りまとまりのない発言にはなりましたが、気がついたことについてお話をしました。また、頭を整理しますので渋谷先生にコメントをお願いします。

渋谷座長 はい、ありがとうございました。厚労省にビジョンを示してよ、というのは、これは必ずしも別に櫃本先生と正反対ということではなくて、実は岡本参事官はですね、午前中の講演の後ちょっと席を外してらっしゃいましたので、我々の先ほどの所長会の時に、私が現場を大事にしていること、それから、これまで角野先生が外に向かってものが

言える、目に見える保健所長会、そして一人ひとりが参画していく所長会、そういうものを推進していくんだという話があった部分は多分聞かれなかったんじゃないかなというふうに思いますけれども、きょうは、恐らく一人一人特別講演をしていただいてもいいような方を4人そろえてしまいましたので、時間がいっぱいいっぱいになってしまいました。本来ですともう少し皆さんのところとディスカッションをしたかったわけでございます。問題提起、あるいはこれからの保健所長会、あるいは公衆衛生ということで幾つかご提言をいただきました。今回60周年の記念シンポジウムということでやらせていただきました。人間なら60歳ということは還暦でございます。また、一から戻って新たに、もう一度我々のその活動・会を見直してみる、地域保健法この10年という、それぞれの皆さんの思いはあると思います。それらを今後の活動に活かしていただいて、角野会長が次は70周年だとおっしゃいましたので、伊藤先生の70周年はあるのかというようなご意見もあったわけでございますけれども、まず自分たちの足下から、できることからやっていくという現場主義の部分、そして、方法論に終始せずに、我々にはパブリックヘルスマインド、これがあるというふうに思っております。本日ご参加の先生方それぞれ会場の中にも論客の先生大勢いらっしゃいます。今回はご発言をいただく機会がございませんでしたけれども、これから懇親会の席、あるいはまた別の機会に、意見を交換していただけたらというふうに思っております。この60周年の次の最初の一步ということで、今回は課題盛りだくさんで、ちょっとまとめ切ることはできませんけれど、皆さんにお持ち帰りをいただきまして、今後の活動に活かしていただけたらというふうに思っております。

どうもシンポジストの皆さん、岡本参事官ありがとうございました。これでシンポジウムを終了させていただきます。(拍手)

司会 座長及びシンポジストの先生方どうもありがとうございました。

今一度大きな拍手をお願いいたします。

〔拍手起こる〕

司会 それでは、ただいまから会場準備のため5分間休息いたします。

休 憩

〔記念講演会〕

演 題 「健康と文明、感染症への挑戦を中心として」

講 師 WHO西太平洋地域事務局長 尾身 茂

司会 皆様、それでは、ただいまから記念講演を始めます。どうぞご着席をお願いいたします。

「健康と文明、感染症への挑戦を中心として」と題しまして、WHO西太平洋地域事務局長尾身茂様より、ご講演をいただきます。

講演に先立ちまして、角野座長から尾身先生のご略歴を紹介いただきます。

角野座長 それでは、簡単ではございますが、尾身先生のご略歴をご紹介します。

先生は、1949年にお生まれになられまして、高校時代にアメリカン・フィールド・サービス、AFSの交換留学生として、アメリカ合衆国ニューヨークのほうへご留学されておられます。高校は、東京教育大学付属駒場高校をご卒業されたんですが、その後実は慶応義塾大学の法学部法律学科にしばらく行かれまして、その後自治医科大学の一期生として医学部の道へ進まれたということでございます。

卒業後は、いわゆる義務年限の9年間東京都衛生局に籍を置かれて、伊豆七島を中心とする無医村問題の解消のため、僻地医療等を行われたということであります。

その義務年限が済んだ後、自治医科大学に2年間戻られまして、その後厚生労働省、当時は厚生省ですが、保健局の医療課というところで、全国の医療機関に対する適正な保健診療の指導及び監査等を担当されたということです。そして、1990年、WHO西太平洋地域事務局、ここの課長補佐に就任され、まずは小児麻痺根絶対策本部の担当官として活躍されました。

その後、計画課長にご昇任され、同様の小児麻痺根絶対策本部の主席担当官として、中国を含む当該6カ国の約1億人の子供に対するワクチン投与を目的とする、世界でも例を見ない大規模な全国一斉予防接種デーというのを組織されています。

95年には感染症対策部長になられ、そして、98年5月、これはちょっとWHOから外れますが、自治医大の公衆衛生学教授に就任され、98年の9月に今の事務局長に選出され、実際に事務局長になられたのは1999年2月、第5代のWHO西太平洋地域事務局局長に就任され、現在に至っております。

この間、数々の受賞を受けておられまして、ベトナム名誉国民賞、第37回小島三郎記念文化賞、あるいはモンゴル国立医科大学名誉博士号、香港医科大学名誉特別会員、慶応義塾大学特選塾員、東海大学医学部非常勤教授というふうな受賞あるいはそういった職についておられます。

本日、今司会のほうから申しましたように、「健康と文明、感染症への挑戦を中心として」ということで特別講演をいただきますが、昨日ちょっとお話しいたしまして、90分丸々講演をするのではなくて、時間をかなり残した中で、皆さん方とディスカッション、必ずしもきょうのテーマ・お話の内容に即していなくてもいいのでということで、ご意向を伺っておりますので、きょうの前段のシンポジウムでは、残念ながらフロアの方々全く参加する余地がなかったということで、かなり欲求不満気味の方もいらっしゃるかと思いますので、尾身先生の講演のところでは、時間をちょっとつくりたいと思いますので、どうぞご意見等がありましたら、その時にご質問等を含めてお願いしたいと思います。

それでは、尾身先生よろしくお願いたします。

尾身 茂（拍手） 角野先生、ご紹介をいただきまして、ありがとうございました。WHOの尾身でございます。今回は60周年記念ということで、大変意義のある会議にこういう形で参加をさせていただいて、大変光栄に思っております。

外から、もう私もWHOに行つて20年近くたちますが、いろんな国をもちろん訪れますが、そういう中で外から日本を見る機会も多くて、そういう意味では今世界全体がまだ曲がり角に立っていると思いますし、また、日本も恐らく岐路に立っていると思うんですけども、まあそういう背景があるので、きょうは一つの病気とか一つの問題というよりも、少し大きな健康文明というようなことを考えて、これから日本が一体どういう国になるべきか、あるいは我々がどういった生き方をしたらいいかというようなことを少しでも、まあそういう議論のきっかけになればと思ひまして、少し大きな話にさせていただきます。今、司会の角野先生からのご紹介にもありましたように、スライドでさつと行きますので、時間がもし余りまいたら、このスライドに関してでもいいですし、その他皆さんのご意見も私聞きたいし、私も何か意見があれば言わしていただきたいという感じなので、まあ少しざつと行きたいかなあと思うんです。じゃ、早速ですが、スライドをお願いします。

（スライドにより説明）

これは最近のNewsweekというアメリカの、日本で言えば週刊新潮とか文春とかという雑誌ですけども、アメリカという資本主義の権化みたいな国が、こういう雑誌で置かれているのは幸福のための必要条件であるけれども、十分条件じゃなくて、まあ人間の幸せにはこの連帯感というか、関係性というようなもの、みんなと仲がいいというようなことが幸福には大事じゃないかというようなことを、資本主義の権化のアメリカでさえ言い出したんですね。こういうことをちょっと最初にお話してみたいと思います。

きょうは、3つのこと、健康と文明の大変大ざっぱなことで、特にノートに書いていただくようなことはありませんが、それとまあ皆さん鳥インフルエンザの保健所長としていろんなことを努力されておる、まあこれについても少しと。それから、健康被害に対する人類の関与と今後の課題ということをさらつとやらしていただきたいと思ひます。

まずは最初の、これはもう全く大ざっぱな健康と文明の関係ですけども、有史前はもちろん人類は狩猟民族としていろんな動物を追っかけたわけだから、人口密度としてはほとんど少ないわけで、そういう意味では感染症、今で言う感染症の流行なんてのはほとんどなかったと思うんですね。ところが、農耕民族で定住したことによって、こういう地域に小児麻痺だとかハシカだとか、こういう病気が恐らく5,000年から2,500年前ぐらいに出た。そういうようなことで農耕民族が文明というのをつくると、その文明の間でいろんな人の動きがシルクロードなんかは典型。それから、ヨーロッパでは、この動きがある中でペストですね、これ6世紀から始まって14世紀にはピークに達して、そのときはヨーロッパの人口の30%か40%、中国なんかでもかなりやられたように記録されていますけど、そのまあかなりの人が死んじやって、それで当時の中世のキリスト教の権威がそれによつ

て失墜されて、ルネッサンスの台頭の一つの契機になったというふうに言われていますけども、そういうことがあった。その後大航海時代になって梅毒がアメリカ、ヨーロッパ。あるいは当時はまだアフリカの風土病だったマラリヤだとか黄熱病なんていうのがヨーロッパに行って、そういうことが大きな文明的に言うと3つの波があったんですね。今はこれはいろんな考えがあるでしょうけども、恐らく我々は第4の波、大きな波に多分来ているんだと思うんですね。一体何か。まあこれは常識的な話で、一体じゃ第4の波は何かと言えば、いろんな特徴、切り口がありますけども、まあこれは当然この未曾有のグローバルゼーション、人、物、それに情報が加わる。それから人口増加、都市化ということで、まあ人口1,000万以上の都市がもう20以上、東京、上海、いろいろあるわけですよ。それから、消費社会とって、昔はまあ消費というのは製造のために消費していたわけですけども、最近はずしも製造のためというよりは、消費のために消費をするってなことも出てきていると。あとは科学の隆盛と、ややもすると科学技術がすべてを解決できるんじゃないかというような過信みたいなものも恐らくあったんだろうと。それと人口増加と同時に高齢化というのは日本が今最先端に行っているわけだけど、そういうことが大きな特徴だと思うんですね。

SARS が問題となったのは2002年の11月でした。最初ごろはわかりませんでしたけど、情報の公開がなくて、2002年の11月に関東省で起きて、それがはっきりわかったのは、その翌年の2003年の2月けども、そういうことで、いろんな方の努力によって、2003年の7月には一応下火になって制圧と。みんながそれでほっと一息したら、数カ月後には今度鳥インフルエンザがまたアジアに来たということです。一体このSARSとか鳥インフルエンザがこう続くということは、何かたまたま偶然なのか、何かもう少し根源的な理由があるのかということは多分考えておいたほうがいいということ。その答えを出す前に、これも皆さん釈迦に説法ですけども、今までの歴史、この数十年を見ると、大体グローバルなレベルです。年間平均1つの新しい感染症が出ていて、そのほとんどがいわゆる人畜共通感染症ということで、まあ今のサーズとか鳥インフルエンザもまあ人畜共通感染症なわけですよ。そういう意味で先ほどのサーズや鳥インフルエンザが続いて起きたのが偶然かどうかという質問は、別の言い方をすれば、その人畜共通感染症がこのように頻繁に出るのは何か理由があるのか、あるいは偶然かという、そういう質問でいいわけですね。これももうきょうは本当に大ざっぱなあれですけど、感染症の変遷ということで、地球がまあこのぐらいできて、生命が、まあウイルスがこの辺で来たんですよ。そういう中で例えばハシカなんていう病気は、8,000年ぐらいまではヒツジとかヤギの動物の病気だったんですね。ところがこのぐらいの時に、種の壁を乗り越えて人間に来たと。それから、天然痘なんかもこういうものから4,000年、まああと皆さんご承知のイチヤビーとかラスタネスとか、まあほとんどの病気が動物にいたのが、それが人と動物の接触が激しくなって、あるいは人の流れ、グローバルゼーションということで、実はこういう人畜共通感染症なんていうのは既に前にあっ

たんですね。ところが、昔こういう時代にはそれほど人の動きもなかったし、人と動物の接触も今ほどは頻繁でないで、まれにしか起きなかったんですけど、最近はそのようなグローバルゼーション、近代化の中で頻繁になってきたという違いだけで、恐らくこの時代にジャーナリストみたいな人が、グループの人がいれば、恐らく進行最高の感染症とか言って大見出しをあれしたに違いないですけど、まあそういうことだと思います。

鳥インフルエンザについてちょっと簡単に、アジアで何で始まったのかと。なぜアフリカとかインドじゃないのかということですけども、一つはこれは人口密度、これは鳥の密度ですけど、まあアジアは両方とも高い。ところがアフリカなんかは人は高いけど、鳥は、あるいはインドなんかは人は多いけども、余り鳥は高くないんですね。ヨーロッパは両方高いけども、ヨーロッパの場合に、後でちょっと申し上げますけども、農業、いわゆる鳥の飼育、家禽類の飼育は非常に近代化しているから、なかなか今アジアで起きているようなことが起きないでいるというようなことだと思います。

あともう一つは、何と言っても鶏肉に対する消費、ものすごくアジアでは多いんですね。この20年ぐらいに5倍ぐらいに、この赤いのがアジアですけども、急なカーブで、この消費に見合うだけの生産をヨーロッパのように近代化していませんから、かなり厳しいまあ非常に古典的な非衛生的なところでその鳥を飼育しなくちゃいけないというのが一つの原因でもあると。これ裏庭農家の割合っていうことですけども、この緑が裏庭、非常に非近代的な、そしてこの赤いところが近代的なやつですけども、カンボジアなんかほとんどが非近代的。ヨーロッパはほとんどが近代的。タイなんかはちょうど半々ぐらいになると、こういうことですね。

これたまたま私がカンボジアで初めて鳥インフルエンザに出会って数年回ったときに、フンセン首相と一緒に行って、ここに今東北大学の教授やられている押谷さんという、当時の担当課長でしたから、そんなことで話した後に、私はそのカンボジア政府に何も言わないで、実は農村、鳥が死んだところをお忍びで行ったんですね。このおばちゃんがそのオール農家のオーナーですけども、今まで200羽ぐらいいたんですけど、急に3年前に亡くなっちゃって、これが残ったたった3羽の1羽です。この女性にいろいろ聞くと、全然その鳥インフルエンザのこと知らないんですね。何で死んだのか全然皆目政府のほうからもいろんな情報入れてないし、ただただ死んじやったと言って呆然としているという女性でした。まあその後私は次の日にちょっとマニラで用事があったから帰らなくちゃいけないんで、直ぐ「ありがとう」ということを言って飛行場に向かいました。これ飛行場に行く道です。これはWHOの車ですけど、たまたまこれはやらせとかいうことではなく全くの本当の話ですけども、飛行場に帰ろうと思ったら、たまたま前に男の方がオートバイに、これはちょっとわかりにくいですけども、生きた鳥です。生きた鳥を運んでいるんで、ちょっと飛行機の時間に乗りおくれちゃうかなあと思ったけど、まあこれはやっぱり探偵する必要があると、WHOの職員としたことをあれして追っかけました。追っかけて行っ

て約 30 分行ってついに次のとこまで行きました。ここです。これがいわゆるウエットマ
ーケと言って、カンボジアのプノンペンの郊外ですけども、ここに行ってさっきのおじさ
んがここで売っているわけですね。この女性がここで素手で、全く手袋しないで素手で腸
を取り出しの、首をひねって血を出しいのって、これが生血ですね。そんなことでお客
さんが待っていて、血なんかそのまま売っているんですね。そんなことで、この時にこ
のうちの1羽でも恐らく鳥インフルエンザにかかっていたら、恐らくこの女性逝っちゃっ
た。たまたまこの時は元気でしたからあれですけど、まあこういうのが裏庭、今のアジア
の現状なんですね。ちなみに、この女性は実はさっきのオートバイのおじさんと夫婦関係
であるということがわかりましたが、あんまり関係ありませんけども。

今では、じゃ今の現状というのはどうなっているか。歴史的背景。皆さんご承知のよう
に、こういうスペイン風邪があり、これだけ新アジア風邪があり、香港風邪があって、地
震と同じように、大体何十年周期にあるから、次のは来てもおかしくないというのが一つ
の我々が次が起こるかもしれないという、一つの歴史的な根拠ですね。

それから、もう一つの根拠は、アジアに広がっていて、しかも土着しちゃっているとい
うことなんですね。つまり、もう根絶なんていうことが、この数年ぱっとできるというよ
うな状況ではもうなくなっているということです。

これが2000何年か、このぐらいのものを国が、これ鳥ですけども、鳥がアウトブレ
ーキというか、流行が今までであったということですね。最初はまあここだけだったのが、
こうすることで、1つは渡り鳥、1つは商売ですね。感染したひな鳥が行くというよう
なこと。あるいは違法のスマップリングですね、違法な商売で行くというようなことここ
まで来ちゃってるということです。

今度は鳥から人への感染の拡大。今度は人のこれは感染ですけども、人の感染もこうい
うふうに広がっていると。もちろんこの人の感染、皆さんご承知のように、人から人へま
だ起きていけませんので、感染した鳥と濃厚に接触した人が感染したということですね。

これが国別で、これが系図ですけども、色はこれがベトナム。最初ころはベトナムが圧
倒的で、この黄色が目立ちますのは、これはインドネシア、それから中国がこのオレンジ
ですね。まあこうすることでいろんな国が、それからこれは人ですね。ここで皆さんに、
先生方に注目していただきたいのは、この折れ線なんです、実は。これは折れ線はいわ
ゆるケースタテトウェイト、致死率。何人感染して何人死ぬかということで今大体 60%
ぐらいで推移しているんですね。我々は今WHOとして一番関心を持ってフォローしてい
るのは、この実は数というは致死率なんですね。私たちの今の推測では、大流行、まあパ
ンデミックが起こり始める兆候は、恐らくこれが今の 60%なんてこんな高いあれじゃなく
て、ばあっと減ってくる、下がってくると思うんですね。致死率が下がるとまあ感染しや
すくなるわけ、死なないから。死なないで動きますから。そういうことで、下がってきた
ら、そういう意味では表面的にはいいわけですね。患者さんが死なないということはい

けども、大流行の可能性という意味では悪いこと。そういうことで我々これを非常に最大の関心をもって見えています。一時ここで下がりましたよね。これがベトナム。この時我々はもうここで危ないと思いましたが、実はWHOは。ここであつと下がつて、このまま行くんじゃないかと思って。だけどこで止まってくれたんでまあ一息ということ。まあちょっと一服していいですかね。これやらないと大体しゃべり過ぎちゃうんです。

で、ウイルスではないということです。まあこれが系統図ですけども、最初はまあ一つのクッターしかなかったわけですよ、2003年。ところが、この数年であつという間にいわゆる我々クレードと言って、遺伝子の型の分類になりますが、もう3つに分けてクレード・ツウ、ワンというのは2つにさらに分かれて、これがベトナムとか、これがインドネシア、これがターキーとかまあヨーロッパのほう、それからアフリカ。それから、これは南アジアや中国、こういう形で系統図の遺伝子のレベルでも、これだけ短期間の間に多様な分岐をしちゃっているんですね。今、これは半年ぐらい前のあれですけど、まだオン・ゴーイングでやっているわけです、この変異がですね。変異があるということですから、皆さん、先生方の一番のご関心のワクチンの開発というのが非常に、今もう既に日本とかOECの国ではやっていますが、それが本当にばっちり当たるかどうかというのは、もう神のみぞ知るわけですよ、変異が多い。そういうことが一つの問題。

それから、タミフルのことですけども、タミフルも一部が既に抵抗性を示してきて、まだまだ効きますけども、基本的には効きますが、まあ一部抵抗性をもう示してきている。そういう意味では治療という意味でのタミフルというのもこれからどうなるかわからないというのがまあ本音のところですよ。

で、今、戦略と対策ということですが、まあ今はここにいるわけですけども、当然パンデミックになったら、世界中行っちゃうわけですけども、我々としてはここに行くまでに何とかしてパンデミックの形がどこかで起こるはずですから、理論上は。一度にパンデミックが広がらない、インドネシアとかベトナムとか中国とかはわかりませんが、どこかでその変異をして、そこから始まるわけですから、始まったところで封じ込めたい。これができるかどうかはもちろん神のみぞ知るで、もう既にわかった時にはもうこっちに行っちゃっているかもしれないけども、我々はできれば全力を挙げて、まあベトナムでもいいんで、どこかで出たらそこでその数をストップして、それ以上行かないということをやねらって、もしそれが失敗すればこっちへ行って、その対策を立つわけで、そういう2段階でやっていて、今ほとんどの人がこっちばかり気が行くんですけど、実はこれも同じように大事だということですね。封じ込めはコンテインメントと言っていますが、これは実はコンテインメントするにはもう当然先生方賛成されると思いますけども、まあスピードが勝負ですよ。何かそのストレインみたいなのが、パンデミックのストレインがあつて、そのいろいろの対策がありますね、人の隔離だとか人の動きをそのようにするか、タミフルが行くつというふうなことを2週間以内にやらないと、いろんな状況でそうはっ

きりは言えませんが、まあ常識で考えれば、2週間が言ってみれば、そのゴールデンの単位ですよ。それを超えるともう恐らくダーっと行っちゃうというのが、いろんな感染症の歴史を見たら、その辺が多分常識的なところだと思うんで、そういう意味では2週間ですけども、実はこれはコンテインメントのいろんなタミフルやりながら、全部終了するのが2週間ですけども、その前段階の報告という、報告だけです、これでも実は、今これはこっちの日ですけども、こっちがどのぐらいの国から報告されたかという、半分以上は、まあ大体半分ぐらい2週間よりもおくれて報告されているんですね、WHOに。ということは、こちらは優等生でいいです。直ぐに2週間。だけど、報告さえも今発展途上国ではこれぐらいかかっちゃっているんですね。だから、ここが一つの今アジアにおける、まあアフリカもそうですけども、まあコンテインメントするための一つの問題点で、WHOとしても当該国と今生懸命やって、まずはサーベイランスのスピードを、まあともかくそこで診断するというよりも、とにかく怪しいと思ったら報告してもらってというようなことを今やっています。ただ、これは封じ込める時に、実際におかしいということがあった時に、本当にこれがパンデミックの始まりかどうかというのは大変難しい判断ですよ。その時には恐らくそうそう情報量としては多くないわけですから、その判断がタミフルを送るとか、人の動きを制限するとかってかなり大切なことなんで、恐らくここが私の予想では一番難関だと思いますね。なぜかという、情報がなくて大事な判断をしなくちゃいけないと。あとまあそれが判断されれば、後はまあいろんな国がもう既にプロトホールを書いて、タミフルが行くの、人が行く、後はもう今完全にパンデのいろんな国でやっていますから、そこはもうプロトコール場に行くということで、まあ私はここが一番の最大の山だと。我々も日本でもいろいろ机上訓練と言いますが、いろんな練習を、模擬テストみたいなのをやっていますよ。WHOでもアジアでやりましたが、やっぱりここが一番情報が来ても、それが本当にパンデミックの始まりなのか、全くほかのことなのか。私はその最後は決断しなくちゃ当然いけませんよ、WHOと当該のメンバー。ここは怪しくても、多少間違いがあっても、やれというほうにやるべきだと思います。つまり、そこがあって無駄になるかもしれないけど、その逆のほうよりはるかにいいから、それ今私どものスタッフにも言って、どっちかわからなかったらもうそうだってやれと。それで後それで無駄になったっていいんで、よくはないですけど、その逆のほうよりはるかにいいというのが私の考えです。

次3番目、健康以来人類の関与ということで、今まずは感染症、今鳥インフルエンザのことを言いましたが、まあいろんな今感染症がまだまだあるということで、SARSなんかも実はこれが100年前に中国のあそこで起きたって、100年前なら恐らくローカルな病気として始まって終わって何も多分こんな大した病気にはならなかったと思いますけど。そういう意味ではもう完全にこれは文明というか、近代化と非常に密接にある、我々の生き様と密接にある病気だということで、まあ他の感染症もそうです、これはまあまた釈

迦に説法ですから、結核なんかもこういう問題があるし、みんなこれは我々の行き方、エボラなんかもそうだし、エイズなんかもやっぱりこういうことで、病気と生き方というか、文明というのはもう非常に密接な関係があるということ。

それからまあ今は感染症で、非感染症も、これも皆さん、先生方釈迦に説法けども、これ発展途上国においてさえ感染症の全体の率は低くなって、まあ外傷だとか、これはいわゆるメンタルヘルスの問題ですね、鬱病とか。それから、これがいわゆる生活習慣で、こんなのが発展途上国においてもこのパターンが、日本だけじゃなくてこうなっている。

これは死亡率ですけども、こんなたった短い間にこれだけの死亡率がふえている病気があって、普通こんなのは戦争だとか大災害でないと起きないわけですよ。実は、これは日本の、先生方ご存じの、日本の自殺率ですよ。これ、ところが日本は最近の自殺率が高いのは、つい最近まで失業率が、失業の問題があったりということで何となく賛成はしないけど、理解はできる。ところが、そういう自殺の問題は何も日本だけじゃなくて、南太平洋の楽園のサモアだとか、そういう国も今自殺率がふえているんですね。だから、私としてはWHOのこの地域の担当をする者として、一体なぜこんな、これだけ産業が近代化し、生活が便利になりセルラー、携帯電話はみんなどこでも持っているのに、一体こういう自殺率が日本以外の国でも恐らくなっておるかというのを、興味があってその理由が知りたかったもので、世界から著名な精神学者、文化人類学者、経済学者、公衆衛生学者、いろんな人に集まってもらって議論してもらったんです。もちろん、各専門の分野によって多少ニュアンスは違いますけども、共通なのは、実は先ほど言った関係者の喪失というのが、恐らく今の根本的な原因だろうと、関係の喪失がいろんなレベルで起こるわけで、家庭で起きて家庭の今崩壊、地域の崩壊、職場での崩壊というのが、職場での崩壊というのが失業の者。こういう社会のありとあらゆる側面での関係者の喪失が起きているということですね。

もう一つの問題は、これ環境問題最近あって、きょうは時間がないので一つだけにしますけど、これはシンガポールという大変アジアの中では優等生ですね、いろんな意味で。都市のクリーン、きれいな環境、そういうシンガポールでさえも、まあこれが温度です。これがデング熱の数ですけども、こういうシンガポールのような国でも温暖化の影響でデング熱がふえているというようなことで地球の温暖化という、そういう新しい問題も出てきちゃっているということです。

そういうことで、さっきここが空白になってきましたけども、こういうことでありとあらゆる問題が出てきちゃったと。感染症の大流行もあるし、心の問題、生活習慣もあるし、地球温暖化の環境問題という、もうありとあらゆる問題が出てきて、しかも全世界を巻き込んでいるということが今第4の波になっているということですね。

今までのことをざっと総括しますと、これが大昔から今に至って、まあ当時は健康被害

に対する人類の関与っていうのはほとんどゼロで、むしろ人間、人類というのは自然やなんかの被害者だったわけですよ。人が集まったという意味では、原因を自分でくったかもしれないけど、それ以外は自然の被害者だったんだけど、近代化以来、だんだんと人間自身が自分らの問題をつくってきたと。自分らが加害者になっているというのが、文明史的に言うとそういうことで、もちろん、今でも 100%じゃないわけで、例えば今の気候変動が、非常に気候がおかしくなっているというのは、恐らく今の専門家の話では、気候変動が温暖化が関係していると言われてはいますが、まあしかし、地震なんかは必ずしもこれは我々のせいじゃないので、100%ということはありませんけども、だけど、ほとんどの問題が人類がつくっているということの認識は大切なんだと思います。

そろそろ最後になりますけども、多くの健康問題が文明であり、人類自体がそれに、発生に関与しているわけですよ。そうであれば、もうそろそろ人類の、我々の生き様みたいなものを変えないと、なかなかその対症療法をしても、この問題にはなかなか勝てないんじゃないかというのが私の考えです。そういう意味では皆さんの議論のこれからの一つの契機として、2つ個人的見解で、どんなふうにしたらいいのかなあというのをちょっと提示をしてみたいと思います。

1つは、まずは健康危機への覚悟ということで、今ずっと見てきたように、文明が続ければ必ず来るわけですよ、感染症であろうが環境問題、もう必ず来るんだというふうにもう覚悟を決めておいたほうがいいと。来て驚くなんていうことじゃなくて、もう必ず来るんだというふうにフンドシを締めないともうだめだということで、それがよく言われておる、こういう社会を少しずつ、急には無理だと思いますけども、こんなことを 10 年前に言うと、「お前はちょっと阿呆か」と言われるけど、もうそういう時代でなくて、みんながこういうことをやらないと、もう人類の生存がもう怪しくなるということで、まあこれは当たり前ですよ。

それから危機感に対するこういうこと。それから、これが個人の見解、これはまあ日本の場合には、戦前は滅私奉公というようなことで、個人の権利なんてほとんど問題にされなかった。ところが、戦後全く逆になって、むしろ個人の権利という、まあ時計の振り子が非常に動いたわけですよ。だけど、感染症の流行を、新しい感染症が起きた場合のことを考えれば、当然わかりますけど、もちろん個人の自由、移動の自由とかいろんなことは尊重しなくちゃいけないけども、いざとなったら新しい感染症の場合には当然ワクチンなんかその時はないわけですから、薬もないわけですよ。そういう意味ではどうしても 19 世紀的な、古典的な防疫方法。人を隔離するとか動きを、こういう方法に頼らざるを得ないんですよ。だから、そういう意味では日本にはなかなかない考えだと思いますけど、どっちかに行かないで両方うまくバランスを取るという考え方がどうしても必要になってくると思います。

次の 2 番目の見解に行く前に、ちょっと私がかこれ外から見ている、もうそろそろ最後に

なりますけど、今の私いろんな国へ行っているんな人と話して、そういう中から日本を見て、日本のことは必ずしも細かいことは知りませんが、まあ日本の今の問題点というのは、これはもう今完全に社会全体が岐路に来ているというのは、外から見たときの感じですよ。もし間違ったらご免なさい。それから、住民のセーフティネットの崩壊というのが、医療だとか福祉だとか年金だとか、まあ実はほかの分野でも多分出ていると思います。そういうことに来て、あともう一つ私がほかの国へ行って、日本が特徴的に感じるのは、さっきの関係性のことを、地域が非常に弱い、日本の場合には。ほかの国へ行くと、いろんな理由で地域、フィリピンなんかもそうですけども、ほかの国は宗教のあれがあったりして、まあだれだって都市には行くわけですけど、それでもコミュニティというのは日本に比べればはるかにしっかりしていますね。日本のように、地方へ行くともう全く寂れているなんていうことは余り多くないんで、これがやっぱり日本の一つの特徴になっていますね。それから、最近もいろんなことで政治、中央官庁に信頼が少しずつ、まあ優秀な人が一生懸命頑張っているにもかかわらず、いろいろ成果を挙げてきたにもかかわらず、全体としては何となくこの官というか、公のものに対するゆらぎというものが、信頼度があるというのが、私がほかの国と比較したときの、まあいいことはきょうはちょっとあれしますが、まあ問題点というのはそんなふうに感じています。さらに、もうちょっと今の地域の違い方を私なりに感じますと、まあ今の民主主義というのは、1票を国民が選挙で投じるという意味での民主主義というのは、もう日本は完全に成熟しているわけですよ。だれも選挙権が女性だからないとか、そんなことはあり得ないわけです。ところが、一方で、政策サイド。政治家だとか官僚群の人たちが、どうしてもややもするといっぱいいいことやってきているんだけど、近視眼的で問題解決が必ずしも根源的でなくて、それでまあ一部の団体の意見を縦割りの壁みたいなのが、今いろんなところでこのことがクリアされようとしていますけど、どうしてもまだまだこういうことがあって、国民の側は、一般の市民の側はアイデアだとかやる気だとかいっぱいある人がいっぱいいますよね。ところが、それらの人をくみ上げるメカニズムというのはないというのが、日本の一つのこれからの課題なんだろうというふうに私は、もちろん一生懸命に政策サイド、政治家の人、官僚の方一生懸命やっている、成果があった。だけど、今はこういうところもあったわけですよ、いいところは別に。こっちのほうはいっぱいあるんだけど、なかなかこれが吸い上げるメカニズムがないと。これは私が外から見ていて感じ、阪神・淡路の大震災がありましたよね。その時にいろんな人がボランティアで行って活躍して、泥棒なんかもほとんどなかったと聞きますけども、このことは外から見るとものすごく特別なことですよ。このことは何を意味する、私たち外からいって見えるかという、日本の人はやっぱりまだまだ社会に貢献したい、何かをやりたいという気があるという、いろんな今事件がありますけど、そういうのはあってもまあこういうことがあったらやりたいという、あるいはやってみいたいという気分というか、気持ちがいっぱいあるんですけども、残念ながら、こう

いう災害でもない限りなかなかそういう機会を与えられてないですよ、一般の国民の人が。ここがやっぱり私は一つのヒントになるんじゃないかと思うんですね。

そういうことで2番目の見解ということで、私はもう今は市民社会ということが、特に高齢者団塊の世代が多いですから、いろいろ経験を。それから、学者とか若者、NGOや企業、公的機関、これは官僚の人、それから政治家の人も含めての代表からの、今までの縦割りじゃなくて、みんなが集まっているんな問題、医療の問題でも農業の問題、こういうことがそろそろやらないと、単に1票あるから民主主義ということで、本当のまだ民主主義になってないから、こういうことがどうしても必要で、そのコモンフォーラム、まあ一つこれは会社を立てたり組織を立てることじゃなくて、一つの運動ですね。それは公のものに対して反対するとか、いわゆる昔の労働組合なんかストライキをする、そういうことじゃなくて、政策の意思決定を実際に行うサイドの人たちと一緒にやるという、そういうのがどうしても必要で、しかもこういう人たちは別に選挙に立つ必要ないわけですから、長期的に視野で法律的な問題の解決を考えることができますよね。それともう一つ、社会に貢献したい人にその場を送って、こういう人が集まって、そのときに政治家の人も入っていいわけですから、官僚も。それでみんなで国民の側から新たな政策提言を政治家や官僚にすると。もちろん、上からくる方法もあるし、こういう方法も当然あっても私はいいんだと思うんです。そういうことが地域の活性化ということになるんで、そういうふうに私は外から見て、これは全く皆さん現実を知らないという話におしかりを受けるかもしれませんが、私がほかの国や何かを比較して見ると、こういうことが日本の国の再生の道の一つのきっかけになるんじゃないかと思うんですね。

もうスライド結構です。先ほどから申し上げましたように、今日本はいろんな、これは最近の医療の問題、お医者さんの偏在しているっていう問題も私もいろんなところから雑誌が来たりして見っていますが、医療の問題もあるし、と同時に農業の問題もあるし、それから教育の問題もあるし、すべて財政、税制、いろんな問題がもう同時にもう何というか、今まではうまくいったんだけど、もうそのシステムがうまくいなくなっていますよね。そういう意味ではどうしたって、好むの好まざるにかかわらず、ある程度根源的な、本質的な解決をしなければいけない時期に来ているんですよ。もう場当たりのものではだめだということが、もうわかっている。だけども、残念ながら我々自身はどうしてもそれぞれの組織がありますよね。それぞれの組織の中でエネルギーを消費してしまうというか、なかなかほかのセクターとやらなければいけないんだけど、そういう余裕がなかったり、そういう覚悟がなかったり、あるいはそのためにどうしてもソリューション、問題解決が場当たりのようになって、対症的になって、なかなか努力は皆しているんだけど、それがインパクトにならないというのが、まあ今の日本のいろんなところでいろんな人が一生懸命やっているにもかかわらず、なかなかこの今のデッドロックをいけないのは、そういうところだろうというのが、私が外から見ておきの感じなんですね。そういう意味では保健所

の先生方というのは、地域に根ざしているわけですよ、いろんな意味で福祉だとか保健だとか、予防だとかということで、だれかがこれからのいろんな医療だって何だって、一つのセクターだけではもうできないことはわかっているわけですよ。そういう意味ではだれかが言い出しっぺで、ほかとのいわゆるソーシャルな動きをだれかが始めないと起きないわけで、だれかが職場への作用をする必要があると思うんですね。そういう意味では私は60周年を迎えた保健所のこの先生方の会が、その一つの触媒の役割、景気の回復、日本再生の契機になっていただければというのを心から期待しております。そういうことで余りこれが本当に現実に役立つかどうかわかりませんが、まあそういう期待を込めて私の話を終わります。どうも拝聴ありがとうございました。（拍手）

角野座長 尾身先生、どうもありがとうございました。非常に幅広い視野から、また世界各国で仕事されているという立場から、日本という国を見て、そして我々が今後何をすべきかということ。そしてまた、保健所というものがやはり地域で日本再生の地域の核として期待していただいているというようなお話だったのかなと思います。

さて、お約束どおり、議論できる時間をつくっていただきました。今のお話に関することでも結構ですし、また、それ以外のことでも結構ですので、皆さん方のほうからご意見とかご質問をと思います。できましたらお名前をよろしくお願いいたします。

菌 兵庫県の西宮市保健所長の菌です。

尾身先生、非常に高い立場から、しかも非常に客観的に日本の課題を分析いただきまして、ありがとうございました。

私、先週台湾で開かれました第8回のアジアパシフィックのたばこアフェルスの会議に出てきたんですけれども、非常に台湾の現状に感銘を受けまして、レストランも完全にほとんど禁煙ですし、タクシーもほとんど禁煙であると。そしてアジアのいろんな方々とお話しして、タイ、そして先生ももう先刻ご承知だと思いますけども、タイ、香港、そしてオーストラリア、ニュージーランド、そういう国々はトップグループのたばこ対策をして、しかもWHOが提案しまして、今150カ国以上が批准しているこのFCTCですね、たばこ規制枠組み条約を本当にまじめに国として頑張っている、そして政府もNGOも頑張っている、そういう国といるんな、今先生のスライドの中で図らずもカンボジアのスライドが出て来ましたが、私カンボジアの人ともお話しして、大体日本のたばこ対策は、今のところカンボジアレベルじゃないかと思います。レストランも禁煙のともあれば、タクシーの禁煙のともあると。ただし、それは全然システムチックにはなってないと。そして、たばこのパッケージにも警告表示がしっかりしていないと、そういうふうな国。そして、もう一つ忘れてはいけないのは、多分インドネシアだろうと思うんですけども、鳥インフルエンザも非常にインドネシア被害者多いんですけども、インドネシアはFCTCも批准すらしていないという、3つぐらいにランクが分けられると思うんですけども、その中でやはり先生のオーガナイズされているWHOウエストパシフィックオフ

イスが、もう少し日本に対してF C T Cを本当にきっちりやる気があるのかどうかですね。そしてまあF C T Cによれば、2010年までにきちっとそういうことをやらなきゃいけないという、そういう期限までついているんですけども、どうも今のところ見ていると、そのF C T Cのことをドクターでも知らない人がたくさんいると。それから、厚生労働省の方でもF C T Cのことをご存じないんじゃないかというような、そういう動きすらあります。例えば兵庫県では、この児童喫煙防止のシンポジウムにJ Tの人を呼んで、たばこの文化と歴史をしゃべらせると、そういうふうな企画まで出てくるというような、これ本当に私も驚いているんですけども、そういう意味でぜひ先生もきっと感じられていると思いますけども、このF C T Cに基づいたこの日本の施策を、もう少しこのWHOパシフィックリジョンとしてもプッシュしていただけないかというふうに思っております。たばこは一応ノンコミュニケーションということになってはいますが、先生の今のご講演を伺いまして、やはり、たばこは文化であるとたばこ産業は言うてはいますが、これは明らかにたばこマネーで宣伝やなんかで人々に浸透してきたものですので、間違いなく文明病だろうというふうに思うわけで、若者たちの間にはやるという意味では、これはインフキヤスリジーズと言っても過言ではないというふうにも思うんですが、まあいろいろ申しましたけども、ぜひ先生のウエストパシフィックリジョンとしても、このアジア全体の人々がまだまだやはりたばこで死んでいっているという現実に対して、ぜひ強力に施策を推し進めて行っていただきたい。あるいは各国にこのリコメンレーションしていただきたいというふうに思いました。よろしくをお願いします。

角野座長 はい、尾身先生、何かございますか。

尾身 全く私も大賛成で、WHOももちろん日本政府と一生懸命これからもやっていきたいと思いますが、一つ私が全く先生と全く同感、感覚としては同感なのはですね、まあF C T Cの批准がほとんどの国で行われているんですけども、国会で批准をされたということと、実は実際の現実の地域でたばこを吸う人が減ってきたりということとは全く別の話ですよ。そういう意味では私は、そういうこともあって、やっぱりこれからの時代は、もう今は、保健分野に限ってはインターナショナルのレベルのコミットメントっていうのは、もうこれ以上要らないくらいあるんですね。それは貧困の問題もあるし、感染症、エイズ、結核、マラリア、もう挙げようと思えば、美しいお題目、今言ったF C T Cもお題目ですね、言ってみれば、こうしましょうという、これについてはもう5万とあって、もう私は必要ない。まあこれからも必要のあるものもありますけども、もう案は、ビューティフルな戦略とかグローバルレベルは5万とあるんですね。ところが、現実にはそれが今カンボジアであろうが、実際のコミュニティーに行くと、そのグローバルなコミットメントというか、これが翻訳されてないわけですよ。そういう意味ではさっき私がコミュニティーだとか関連性だとか、ソーシャルフォーラムとかっていうことが、どうしてもこういう地域の人たちがどう力強くなるかということがもう今最大の課題だと思うんですね。政

治家や官僚にとっては、インターナショナルコミュニティでビューティフルなストライトやるのは簡単なんです。会議へ行ってやればいいんですから。だから、これは5万とできるんです。会議やってみんな集まればすぐデキュレーションでやるわけですから。それでまあいいと思うわけですけど、実際はそれが本当にローカルなレベルで翻訳されて実行されるには、ものすごくこれは何千マイルのギャップがあるんですよ。そこを実際に埋めるのは、やっぱり中央の人は無理ですよ。やっぱりそこで地域のリーダーたちが、しかも地域のヘルスの人たちがほかの分野、教育レベルだ、教育のセクターやら財政のセクターやら、みんなにもうやるという、だれかが今縦割りのところを、その壁をぶち破る動きをしないと、F C T Cにかかわった人たちは、今先生もご承知のように、厚生省の中でも知らない。やっている人はその係の人だけです。大蔵省の係の人、外務省の。この人たちですよ。だから、どうしてもそこで啓蒙というか、一部の、だからそういう意味ではたばこの問題で生活習慣病ももうダイエットもみんな関係があるわけですから、それを統合してやるのは、やっぱり私はコミュニティの、先生方ですね、はっきり言えば。公衆衛生のリーダーである先生方の役割は私はかなり重要だということに思っています。なぜかという、ヘルスというのは、皆さんの場合は医療、福祉、何かの縮図の言ってみりゃ中心にいるわけですよ。そういう先生方たちが、そういうほかのセクターにもっとアプローチして、みんなの態度というかが変わるということを期待されて、難しい日々のお仕事で忙しいのは重々わかっているつもりですけど、そういうまあ言ってみればボックスメンタリティって言いますよね、この縦割りの縄張りみたいな、こういうのからどうしても出て行く覚悟というのが、私は今の時代にどこの世界、セクターでも求められているんだと思うんですね。だれかがリーダーにならないといけないんで、そのリーダーは私はヘルスの人たちはリーダーになる一番近道のポストにいて、中には保健所所長の先生が組長さんになることもいいし、今までそういうふうに考えないですよ。だけど、今はそういう時代にいるんなオクションがあって、それぞれの先生方の個性やら好みに合わせたいろんなオクションがあって、もう今保健所の景観じゃの、仕事がこうなっているなんてことだけに、それはまあ尊重するんだけど、必要だったら変えるぐらいの意気込みも、それは保健所だけでなく、すべての世界がそうだと思うんですね。WHOもそうだと思います。だから、そういう社会に今はもう来て、それぞれが自分の組織も仕事の責任やってるからいいという時代はもう終わったんじゃないかなというので、WHOとしても頑張りたいと思います。

園 ありがとうございます。ちょっと1点だけ。先生、美しい作文は5万とあるとおっしゃいましたが、私はやっぱりF C T Cは鳥インフルエンザで言うと、ワクチンに当たる日に強力な武器だろうというふうに思っておりますし、世間では環境問題、地球温暖化問題で、京都議定書のことは非常にみんな関心があるんですけども、私は京都議定書と同じぐらい大事な条約じゃないかなというふうに思っております。

尾身 ほかの先生、私がFCTCの重要性がないというふうに誤解を、ちょっとそれはそうじゃなくて、むしろ実際に実行するのが大事だと。先生と全く同意見です。

角野座長 はい。

寺本 私、松山市保健所の寺本といます。実は私も藺先生と同じような考えを持っておりまして、そのFCTCが非常に大事だということで、実は2カ月半ぐらい前ですかね、厚労省のほうにも電話をしたんですね。で、その条約の内容をホームページに出してもらえないかというお話をした時に、その時はまだ担当者が帰って来てそんなに日がないので、訳文を出してやるだけの時間がないんだと。もう少し時間をくれという話で、結局その後いつまでたってもホームページに掲載されないという、まあ厚労省一体何を考えているのかなと言いたいですけれど。それともう一つ、私はぜひ言いたいのは、実はこの保健所長会というのを私は余り信用していないんです。それはなぜかということ、保健所長会がたばこ対策で先頭に立って活躍してきたことが一度でもあったらどうかということを言いたいわけです。ほかの例えば民間の人たちが一生懸命努力してやってくれている。そしたら、その努力を無にしないためにも、保健所長会はもっとそれに取り組むべきであったのに、やってこなかったというのは、これ言わば罪と言ってもいいんじゃないかなと思うんです。そのあたりのことに関して保健所長会のほうから何かご回答いただけたらと思うんですが。それからまた、そのあたり尾身先生からも、もうちょっとしっかりしてくれよというメールを送っていただけたらと思います。

尾身 先に、伊藤先生どうぞ。

伊藤 これについてはですね、なかなか私もさっきの話の続きにもなるんですけども、保健所個人の仕事なのか、保健所としての組織の仕事なのかというのはなかなか難しいと思います。保健所長会としては、平成15年にたばこ行動宣言というのを出して、各保健所がこういうふうなものに基づいて行動してくださいという行動宣言書を出したんですね。それに基づいてさきのたばこ枠組み議定書みたいな感じで、条約みたいな感じになるうかと思えますけど、あとは個々の保健所長が自分の組織、また地域の中で活動していくということで、決して保健所長会行動してないというわけじゃなくて、それは毎年どのようなその行動宣言の目標が達せられたかどうかっていうのは、地域保健の充実強化委員会のほうで毎年把握していますし、ことしも間もなくそういった把握について調査する予定ですので、決してやってないというわけじゃないと思います。

寺本 たばこのことばかり言ってもいけないと思うんですけども、ぜひもう一つは分煙という言葉をもう取り下げていただきたいということです。ことしのWHOの世界禁煙デーのスローガンも、スモークフリーインサイドということで、100%そのきれいな空気的环境をつくりましょうということですけども、まだ残念ながらその保健所長会のアンケートでも、分煙という選択肢があって、これまあ現実にそういうふうになっているから仕方がないということもあるんですが、ぜひ保健所長会が先頭になって、分煙ということ

はあり得ないんだと。せっかくこの会場を用意していただいたんで申しわけないんですけども、ここの会場もそこに喫煙室があってですね、私はもう朝からずうっとこのイエロータオルを口に当ててこのいただいたペットボトルの水をぼとぼとここへ落として、こうやって1日過ごしておりましたけども、やはりこういう喫煙室があれば絶対にたばこを吸っていなくても、もう過去に吸われて空気が回ったことで本当にひどいシックハウスのような兆候になりますので、これはぜひ分煙という言葉はもう保健所長会としてももう使わない、室内は完全禁煙しかあり得ないということ、ぜひお願いしたいと思います。

角野座長 ほかに何かこのことについてありますか。はい、どうぞ。

土屋 埼玉県の手賀保健所の土屋と申します。尾身先生の最後のコメントで、いわゆる社会の関係性というか、日本を客観的に見られて、いわゆる世界の中で日本の社会に対していろんなご提言とかいただいて、本当に参考になりました。私、思うんですけども、日本というのはコミュニティーだけじゃなくて、家族がもう崩壊しちゃっているんだろうと思うんですね。それは例えば、私どもの団地が管内にあるんですけども、いわゆる今から三、四十年前に新しく公団で団地をつくった。その時は若い人が入って、子供がいて家族がいるんですけども、結局だんだん年代がたってきますと、子供たちが外に出て行ってしまふ。その団地には高齢のお年寄りしか残らないという現状がございます。ある意味では日本の経済の仕組みなのか、いわゆる日本は経済優先ですので、どうしても、例えば、住宅を若い人に売ると、新しく家族を分けて、若い人にまた新たに住宅を買ってもらおうということで、特に何というんですか、東南アジアとかいろんなところでは、やっぱり大家族というか、家族というのがかなり大事にされていて、そういう中で地域コミュニティーというのがあるのかなあと思っているんですけども、いわゆる日本のコミュニティーと、先生が見ておられる外国のコミュニティーですね。その辺で何か、もう既に大分核家族化されているコミュニティーの中で、地域としてどのようなことを、ヘルスのためにやられたらいいか、その辺について何かお考えがあったら教えていただきたいんですが。

尾身 どうも大変すばらしい質問というか、私は今の先生のご質問について、もちろん回答を持っているわけじゃありませんけど、こんなように感じています。考えるというよりは、結局今日本の地域が崩壊しているといつて、じゃ、いろんな意見があると思いますけど、じゃ、昔のような田舎社会というか、昔のコミュニティーですよね、に戻ればいいのかと。今いろんなこういう厳しい状況社会になると、復古したいという気分がありますよね、昔はよかったというように、昔に戻ればいいんじゃないかという議論必ず出てくるけど、私はそう単純には世の中はいかないんだと。なぜかというと、みんなはっきり言えば農村がいやで都会に出て来たっていうところが現実にあるわけですよ、一部に。それはいろんな農村のしがらみというものもあるし、あるいは生活をしていくために、お金を稼ぐためには都会が便利だったという、まあ2つが大きな力として働いたと思いますけども、そういうふうに農村というところのいやなところがいっぱいあったわけですよ。それをみん

な知って都会、だから、都会というのはどこの国でも近代化と同時に都会化っていうのは当然起きたわけですよ。そういう人々の新しくいけば、そういう厳しい地縁関係から開放されると同時に、お金がもうかるということですよ。その2つがあって都会に来たということで、まあ今の日本の場合には多くの県でなかなか一つ、医療の問題、年金の問題、農業の問題だけでなく、むしろ若い人がいつかないのは、その地域で食っていける方法が見つかってないわけですよ、恐らく。人間というのは、社会に貢献したいっていう気分もあると同時に、そういう非常に素晴らしいところもあるけど、現実生きていかなかちゃいけないという必要性もある。まあ言ってみれば矛盾した存在ですよ。その両方が恐らく満たされないと人間は行動を変えないですよ。そういう意味では私は先生のご感覚としては、地方に今農業問題、それから教育問題、年金問題、医療問題いろいろあるけども、やっぱり何が一番大事かと言ったら、地方で生活をしていくにはどうするかという、その根本的な議論をやっぱりだれかがやらなくちゃいけないんで、それは経済学者であったり、産業の経済関係の人も呼ばなくちゃいけない、税制の、そういう中、そういう議論が県全体、あるいはその時には新しい経済何するかというのを県にはいないかしらんですよ、そういうアドバイスのできる人が。そしたら東京から呼んだ、あるいは外国から呼んだっていいわけです、アドバイスという意味では。そういうような横断的なね、ダイナミックな、お金を、年金とか医療だけじゃなくて、そういうような議論を県がやれば、みんなが意見を集約して衆知を集めれば必ず私は、この県にはこういう産業がいいとか、だれどもそれも環境に優しいとか、そういういろんな、今のこれだけの社会でいるんな可能性があるはずですよ、その地域の伝統なんかともうまく合う。そういうような努力がちょっと私は外から見ても、これだけ日本人は個々の人が優秀なのに、何でそういうムーメントが地方から起きてこないのかっていうのが、私が外から。みんな上から来るのを待っていたって、それは東京の人たち忙しくて、そんな地方の法律をつくることできたって、地方に一つ個別なアイデアを出すことなんかできるわけじゃないですよ、情報。だから、それはやっぱり最終的に、お金をどう稼げるのかっていうのが中心にないと、あるいは農業問題もそうですよね、それから、住宅の新しい、今道州制だとかっていう、地方分権の問題に、そういう全体のピクチャが書けないから、それを書くのはやっぱりだれかが言い出さないとやらなくちゃいけないんでしょ。そこはだから大変難しいんです。なぜかという、そういう立場にある人がだれもいないわけですから、日本には。みんなそれぞれの組織に入っているわけですよ。保健の関係、財政関係、土木関係、教育関係って。だけど、それをずっとやってきたのが今の日本ですよ。だから、そこにどうしてもそこを全部の専門家ではないけれども、みんなを集めて英知を出し合って、ぐるぐるぐるぐるぎりぎりぎりぎり議論して、うちの県とかうちの地方ではどういうあり方、そのことの積み重ねが私は日本の将来だと思うんですけども、そういうことで例えば農業の問題を、単に農家に補助金を出すなんていう、あんなことあり得ないですよ。あれが本当のソウ

ルンショになんかなるとだれも思ってないわけ。だけど、あれしか今のところ自民党心得状ちょっとと言うと悪いけれども、（笑声）自民党が農家を捨てたということで、じゃ、民主党何かといたら、そういう補助金を出すと、こういう場当たりの療法、ソリューションしか出ないというのは、やっぱり地方をみんなが頭を本当に真剣になって今の時代をどうするかというふうにやれば、WTOも自由化になっちゃうんですね。それ自由化という例も、これは農業の自由化がもうあるわけですから、そういう中で一体農業あるいは産業、それと同時に今の道州制の問題ですよ。道州制の問題も恐らく地方から、あるいは関西の一つ、四国で一つかっていってるけど、そういうすべての問題が人間の体と同時に内分泌系も神経系もみんなつながっている、そういう議論をしなくちゃいけないんだけど、今の基本は、人をついでみんなそこまで神経系と内分泌系はいかにも別だというような議論をするので、神経系だけでやる。内分泌系だけでやるということになるので、どうしてもうまくいけたらそれをオーケストラする人がいないので、それが私はその賢者か何かで、100人、1,000人は要らないと思いますよ。10人とか20人のリーダーが皆さんの中から出てくることが、ほかのセクターにも行って、今の日本私がいるんなとこで日本の方マニラにも来るし、実は滋賀県にも来たんです、この来る前に。滋賀県の県庁さん、知事さんというのは環境問題でやった女性の方ですよ。この人が第3期に向かう現職の知事を破って環境問題の、女性の方ですけども、まあいろんなとこに一緒に来ていた県の市会議員の人がいろんな人と会う機会がありましたけど、みんな思っていっぱいアイデアがある、ここには。なんでそれをまとめないのかと。みんなでそれだけ、こんな国はないですよ。これだけ国民一人ひとりが自分の国を憂えているという国は。ほかの国は大体もうほとんどの人は自分の趣味の世界だけで、自分の将来なんて考えない。ところが、日本はみんなほとんどの人が考えているんだけど、みんな考えているだけで、それが集約しないというのが問題で、それで私は産業というのがやっぱり大事で、それを含めて産業するためには医療も大事ですよ。そういう文脈で医療の問題も。ただ医療の問題だけ考えたってその世の中働きようができないから、連携というのが、連携とかインテリベーションというとか何かお題目のように聞こえて、何か総論として聞こえるかもしれないけど、実はそれが無いと今はもうにっちもさっちもいかない時代になってきたのだというのが私の先生への答えです。

土屋 先生のコモンフォーラムというか、本当にこういう意義というのがわかります。ちょっと経済のことと言うと私も長くなりますので省略しますが、本当に地域でもって議論をして、そういう声をやっぱり、我々はどちらかという、ヘルスとか医療とか、そういう面ですけども、やっぱり我々がそういうのをしていかななくちゃいけないなというのを感じました。どうもありがとうございました。

角野座長 はい、では中西先生。

中西 先生、どうもありがとうございました。私、練馬区保健所の中西です。地域の関係

性の欠如ということの問題指摘されたんですけど、私は、東京でも前は江東区という下町にいて、今度は、練馬区という山の手にいますけど、住民のパワーがすごいんですね。むしろコンダクターなんか行政が振らなくてもですね、いろんな活動をしていらっしゃる。環境問題とか障害者の支援とかですね、これから自分たちのまちづくりどうしようとか、すばらしい住民パワーをひしひしと毎日感じて仕事しているんですが。それはさて置き、もう一つ先生のご指摘でちょっと違うなと思うのは、社会保障はやはり日本は世界に冠たるものだと思っているんですね。ただ一方でご指摘のように、バラマキの政策があったということも事実ですが、小泉改革がかなり急進的でしたから、その反動が今出ているのかなあと思うんです。社会保障はすばらしいんだけど、一方でマスコミがこんなに悪いんだとか、どうだこうだものすごく危機感をあおって、本当はほとんどの国民が年金だってこんなにいただけるとてもいい国なのに、余り幸せに考えないというのは、一方でマスコミの責任じゃないかなとは思っているんですが、これはまあ私の考えです。先生はいろんな意味でマスコミについてどのようなお考えで、マスコミを上手に使うにはどうしたらいいかというようなご示唆をいただければと思います。

尾身 質問は2つで、1つは、先生方いろんな情報を市民に伝えたい時は当然マスコミの方を通してやるときもあると思うんですよね。そこは私なんかもWHOで随分マスコミの人とはおつき合いさせていただきましたけど、まあマスコミの人もいい人もいるし悪い人もいますよね。どんなこと言ったって、変なふうに伝わることもあるんですけど、それはまあ言ってみれば多少考慮してやるしかないんで、やっぱりマスコミの人には、じゃそれがいやだからといって何も言わないよりは言ったほうがいいんで、目明き千人めくら千人で、ちゃんとわかってくれる人がいるんですね、マスコミの。だからそれはこれからも。それで、もう一つは、今のマスコミが非常に激しい揺れの動きをして、まあマスコミも企業ですから、お金を稼ぎたいという意味で、ドラマティックなりゼスター、まあそういうものが好きなわけですよね、マスコミっていうのは。普通平々、当たり前な地道に努力している人のことを書いても売れないんですよ。マスコミはそれは多分、私もマスコミの人によく会ったけど、それは先生おもしろいけど、編集者が取りませんよと。つまり、記事にならないんですね。まじめな普通の話は。何か問題があったり、事務次官が何かやったと、こうやればすぐ、いい話はやらないわけで、保健所長さんがこんな立派な人、これはやらないんですよ。そういう意味ではやっぱり、ただし、新しい動きとか何かこれから今までにない新しい動きなんていうことをやろうと思ったりすれば、それはおもしろい、いいことでも、そういうことはやっぱりマスコミの人は興味ありますから、これからはいろんなことをするのは、住民の動きも大事ですけど、それでマスコミをうまく、さっきのソーシャルムーブメントに入れる必要がありますよね。だから、マスコミはもう好むと好まざるにかかわらず、ヘルスの人たちは味方にしてやるしかないと思いますね。で、なるべく変な話を書いてもらわずにいい話を書いてもらうと。まあ答えになっているかど

うかわかりませんが、そういうことだと思います。

角野座長 はい、ありがとうございます。では、そちらの先生お願いします。

木下 私は長崎県西彼保健所長の木下でございます。今話題がマスコミのほうにも至ったんですが、日本が情報開示といいますか、そこら辺に関して極端に言えばアメリカとは大分違う形を取っているということは言えると思うんですね。まあそれはもちろん、日本の文化とか歴史とかいろいろあるだろうとは思いますが、私が平成5年に保健所長になりましたから14年たちますが、所長になった時から何をするかと思って、やっぱり臨床から入ったものですから、全く状況がわからなくて、とにかく新聞を隅から隅まで読んでいこうと。その当時はいろんな各社の新聞を読むのが楽しみでした。それは、書いてある中身が新聞社によって結構違っていたんですね。だから、違う側面を教えてもらうというようなことが結構ありました。ところが、最近新聞は別な新聞読んでもほとんど記事の取り上げ方にそんなに差がないんです。そして、取り上げ方が非常に、何といいますか、短絡的といいますか、そういう悪い言い方ですけど、週刊誌的な取り上げ方と言いますか、そんな形になってしまって、もうばったばたと切れてしまうんですね。そういう状況は、もちろん国民がそういう方向を一生懸命追いかけているのかもしれないけれども、しかし、何かそれを、先ほどの先生もおっしゃいましたけども、それをマスコミも助長して今のような状況になってしまっているのかなあと。日本人は結構教育程度は高いですけれど、しかし、そういう国民が最近新聞を読まなくなったとか、テレビのニュースを見ない人がふえてしまったというのも、非常に困った状況にこれからなっていくのかなと思うんですが、なるべく早く何らかの手が打てればいいんじゃないかなと思っているんです。別に何にもならないんですが、まあ現状を憂えているだけではあるんですけども。

角野座長 今のは先生、ご意見ということですよ。それでは、真ん中の女性の先生どうぞ。

青山 港区、港保健所の青山でございます。非常に示唆に富んだご講演ありがとうございました。

実は私、この4月に品川区から港区に異動したんですが、港区の区長が緩和ケアのシステム化を図り、区民が病院で死にたければそこで、在宅で死にたければそこでということで、かなり区内の状況を見て回りましたところ、職員に聞いたときには、いや取り組んでいるところはないんじゃないですかという話だったんですが、6つの中核病院があるんですが、それぞれのところでしっかりと進めてくれようとしている人がいた。また、訪問看護ステーションもやっているというようなことで、歩いてみますと、かなりそれぞれが頑張っているところがあるんですね。そして、厚生労働省が今言っておられます4疾患5事業につきましても、それぞれ保健所に対してオーガナイズをしてほしいということの期待が、それぞれのところから寄せられてくるということで、私は、この日本における保健所というのは、非常に公衆衛生学的にすばらしいシステムだろうと思っております。例え

ば、新型インフルエンザ対策にしる、感染症における危機管理としては、恐らくこれ以上の組織は全世界を見てもないだろうと思っておりますし、そして、先ほどの櫃本先生のお話ではありませんけれど、やはり保健、医療、福祉の、少なくともその3つについては、オーガナイザーとしての役割をきちっと果たしていけるというのは、保健所をおいてはな
いだろうと思っております。そういった点で保健所長会に寄せる期待というのは、私は非常に大きなものがあり、また、先ほどの中西所長もそうですが、非常に保健所長会が活発化して、情報を集めては全国に発するという形で、それがどれほどそれぞれの個々のところで事業を進めていくときに力になってくれているかshれないと思っております。そういった点ではこの保健所長会がそれぞれの経験を持ち寄って、そしてお互いにディスカッションする中で、全国が活性化していく、そういう一つの組織になって行ってくれればと思っておりますし、また、WHOも本当にそういった意味では引っ張って行ってくれているという思いを持っておりますので、どうかこれからもよろしくお願いいたします。これは応援歌です。また、応援をしていただいたことに対する感謝の発言です。

角野座長 はい、どうもありがとうございます。次は後ろのほうの方、どうぞ。

柳 大阪府茨木保健所の柳と申します。シンプルな質問なんですが、尾身先生にお話いただいた中の新型インフルエンザ対策の3段階なんですけれど、これ非常にわかりやすいですし、厚労省も都道府県も今それに沿った形でいろんな対策を立てつつあるように思うんですが、その中で、これはインターナショナル、要するに国を越えた議論の場合には、ある意味ではどこかの、今お話があったようなベトナムだったり、どこか国で発症をしていて、地域での対策がとられて、他国への感染がないような封じ込めという議論はわかるんですが、どうもそのようなステージに対応したノウハウを、そのまま厚労省もそれにステージ分けして、日本の都道府県もそのステージ分けをした対策をしているようなことが今あります。私たちは、それはちょっと違うのではないのかと。日本という国内に入らない段階での対策と、日本ではもう入ってしまった場合に、ある意味ではもうパンデミックを想定して、そこへざあっと流れて行かざるを得ないのではないかと。地域を本当に分離して封鎖することは日本では難しいのではないかと思うんですが、どうもその模式図というか、そういう流れで同じように考えなさいというのが、どうも国内でも、少なくとも大阪ではそういう議論の中でちょっと混乱をしているんですが、そのあたり少し教えていただけたらというのと、特に、ステージに合わせて対策を切り換えていく。例えば、大阪でも、初めての段階では医療機関を限って受診をさせたりして、それについて感染症の専門病棟に入れて、多くの医療機関は診なくていい。それがどんどんどんどん感染が広がると、今度はすべての医療機関が診なさいというような、ステージ別の医療体制を変えるというようなことを、まあ絵としては書いているんですが、先生がご指摘になっているように、この早期封じ込めというようなものも、迅速な情報の収集と決断をしないといけないんですけど、大阪府でだれが決断できるかというと、だれもできないと。厚労省だって本当にそんなに数

週間の間にエリアエリアを封鎖するなんていうことができない中では、もしかしたら、もうこれは国際的なステージというものと国内の対策は、同じでないほうがいいんじゃないかと思うんですが、そのあたりを教えていただけたらと思うんです。

尾身 またすばらしい、鋭い質問でありがとうございます。結局、今のこの封じ込め対策というのは、まあパンデミックのストレインというのがどこで起きるのかっていうのは、ある程度想定して言っているわけで、まあ我々は普通常識で考えれば、これは発展途上国から由来するだろうというように大体想定して考えているわけですね。そのときに、その発展途上国の中でも実は2つのシナリオがあるんですね。1つは、一部の地域で比較的田舎で起きてくれて、人口の制限がある程度可能なところと、あと大都市でも起きちゃって、気がついたときにはもう潜伏期間が短いから、例えば、タイのバンコク全部いかれちゃったというような2つのことがありますよね。恐らくバンコク全体に行っちゃったらね、もう封じ込めというのは無理です、はっきり言って。タミフルをそこの地域へやろうなんて、地方の田舎だったらあり得るわけですね。で、もうバンコクへ行っちゃったら、せいぜいできることは、そこでまあ感染を防ぐっていうことをやるけども、出国の際のスクリーニングですね。そのタイから出ることをスクリーニングをするということはあるけども、だけども普通常識で考えれば、その時にはもう潜伏期間の人がいっちゃってますよね、大体は。ということだと思うんで、だから、実は日本でも、それこそ日本であればどうかと言えば、日本でも2つのシナリオがあると思いますよ。1つは、入って来た人が潜伏期間で、まだ発病した人がたまたま高松まで帰って来てやると。ここで初めて患者であることが判明するとか、初めて来た時にはあり得るけど、まあ普通は常識的に考えれば、ここに来る間にいろいろ感染しちゃって、もう日本は、あるいは日本みたいにこれだけ人の出入りがあるとき、1人だけという可能性もないし、その期間でいろいろ感染させていることがあるから、まあ必ずしも日本の場合にはコンテイメントというのが、必ずしも100%現実的でどうかわかりませんが、だけどもそういう1人の人が潜伏期間、1人だけが感染して、潜伏期間の間に松山に来てどうもっていうことは理論上あり得るわけですね。そういう時にはやっぱり封じ込めやってもらわないと困るわけですね。だから、そこは最初からどっちへやるなんていうことは言えないんで、もう気がついた時には日本中になっているかもしれないですね。その時と、愛媛だけ、松山だけというのはおのずと概念が違いますよね。実際の具体的なことをいろいろ判断することが必要になってくるとは思いますけど、一応概念的には違いますよね。まだ感染が限局しているのと、感染がもう国中にばらまかれているという時に、国中にばらまかれている時に、もう人とまあその周辺に限局しておれば、その周辺にタミフルとか何かやって行かないようにするなんていうのはもう無理ですわね。もう日本全国がもうやられちゃうわけだから、その時はもうパンデミックとして対処するというところでいろいろ厚生省がやっていくことになると思いますね。

角野座長 よろしいですか。

柳 はい、ありがとうございます。それでいいんですけども、心配しておりますのは、サーズの時に起こったように、日本でもその一部の医療機関に、場合によったら今書かれているシナリオが、当初一般の医療機関には、感染を広げないために限られた医療機関で、残りは診なくてもいいというようなストーリーになっていると、実際にはその多くの患者さんは場合によったらその明らかな症状のない時点でも、例えば糖尿病の患者さんは一般の病院にも行きます。たまたまその人が感染していた場合に広がっていきます。そういう意味合いでは、その医療機関にある時点から、自分たちは新型インフルエンザを診ないでいい時期から、ある時突然診なさいというふうに、システムとか体制を変えるようなシナリオに、大阪は今ちょっとそういう議論がされているんですけど、そこに無理があるのではないかと思って心配をしているんですが、先生がおっしゃった意味で、2つの想定はもちろんできるんですけども、可能性の高いほうにシフトしたシナリオを中心に説明しておかないと、可能性の低いほうで行ってしまうと、逆に2つのシナリオが混乱を起こさないかなとちょっと心配しています。ご助言どうもありがとうございました。

角野座長 はい、済みませんが、次のかた手短かに。

青山 申し訳ないのですが、今の事務局長のご発言は、ちょっと誤解を招く可能性があるんじゃないかと思っております。というのは、例えば、港区でも両方を想定しているんですね。港区内に、はっきり言いまして、潜伏期間中に入って来てしまう。だけれど、発症した段階で、その方が接触したと思われる方は、できる限りピックアップして、その方たちにタミフルを予防的に投薬し、そしてその方たちを次の感染者にしないというシナリオと、それから、そうは言っても同じ港区の中でも既にもうパンデミックを準備、それに対する対応を準備しなければならないということで、全国どこの地域においてもその2つのシナリオを同時進行で対応をやっていかなければならないというふうに私自身は考えております。

尾身 具体的に見れば、私もそう思います。ただ、概念的には2つあるということで、実際には先生と全く感染者が接触した人をフォローしてやるというのは、もう当然そうだろうと思いますね。

角野座長 はい、どうもありがとうございました。新型インフルエンザにつきましては、保健所長会のホームページに、保健所行動計画策定のためのマニュアルのバージョン1が出ていまして、それに対する意見を募集しています。またごらんいただいて、いろいろ皆さんが使いやすいようなマニュアルをつくらうと思っておりますし、また、1月の末の所長会研修で、先ほど少しスライドでご紹介ありましたけども、押谷先生から新型インフルエンザについてご講演いただき、また、その時に詳しくディスカッションができるのかなと思っています。

ちょっと私の不手際で時間がオーバーしてしまいましたが、きょうは尾身先生からは、

まあ一言で言いますと、やはりこの国とかいう大きなレベルというより、むしろコミュニティーですかね。地域地域で今行動をしっかりと変えていく、これがつながることによって国全体が。まず地域が変わり、国が変わるといふ、そのときに我々保健所という、しかももっと言えば、保健所長がそのキーパーソンとして大きな役割があるのではないかというお話だったというふうに思います。きょうは尾身先生、本当にお忙しい中をどうもありがとうございました。いま一度大きな拍手をお願いします。

〔拍手起こる〕

司会 では、以上をもちまして、記念講演会を終了させていただきます。尾身様ありがとうございました。

〔閉 会〕

司会 では、最後に、閉会の言葉を澁谷副会長にお願いいたします。

澁谷副会長 大変長時間にわたりまして、盛りだくさんの内容で、皆様どうもお疲れさまでございました。

それでは、これもちまして、全国保健所長会 60 周年記念および第 64 会総会を閉会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 皆様にお知らせいたします。この後午後 6 時 10 分から、1 階松、竹の間にて、意見交換会を開催いたします。多数のご参加をお願いいたします。