

第3回

保健所長の職務の在り方に関する検討会

議事録（案）

日時： 平成15年8月6日（水）10:00～12:40

場所： 厚生労働省省議室（9階）

(横尾室長) おはようございます。定刻となりましたので、ただいまより第3回「保健所長の職務の在り方に関する検討会」を開会いたします。

本日の出席でございますが、嶋津委員は本日、所用のためご欠席とのご連絡をいただいております。なお、嶋津委員の代理といたしまして、全国知事会の石上氏が出席されております。また、高原健康局長は本日、広島市の原爆死没者慰霊式並びに平和祈念式に出席のため出張しておりますので、本検討会は欠席いたします。

本日のお手元に配付してあります検討会の資料を確認させていただきます。

第3回「保健所長の職務の在り方に関する検討会」議事次第。

資料といたしまして、資料1でございますが、第2回保健所長の職務の在り方に関する検討会議事録(案)でございます。本議事録は、すでに各委員の方々にご発言内容等をご確認いただき、誤り等を訂正させていただきましたので、厚生労働省のホームページに掲載し、公表させていただくことといたしたいと思っております。

議題の関係団体等ヒアリングの資料といたしまして、資料2でございますが、地方分権推進委員会中間報告、それから「地方分権と地方自治」でございます。資料2-1、2でございます。

資料3といたしましては、日本学術会議勧告・声明集ということでございます。

資料4-1、2でございますが、「保健所長の医師資格要件」について全国保健所長会の要望書、それから説明資料ということでございます。

資料5でございますが、保健所長医師資格要件に関する衛生学・公衆衛生学教育協議会の要望書でございます。

資料6でございますが、保健所長の医師資格要件に関する全国難病団体連絡協議会の要望書でございます。

資料7でございますが、「保健福祉事務所について」でございます。この資料7には追加資料として、「神奈川県保健医療計画について」という一枚のペーパーがございますが、「神奈川県保健医療計画に基づく二次医療圏域等」という資料がついておりますが、お手元でございますでしょうか。

資料8でございますが、「岡山県の保健所組織、統合後の機能と役割について」ということでございます。

資料9でございますが、「保健所長の医師資格要件について」でございます。

その他、本日の議論の参考資料といたしまして、資料10がございます。これについてだけ、簡単にお話しさせていただきたいと思っております。

資料10でございますが、平成15年の6月27日に閣議決定がございまして、経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003(抜粋)でございます。この中で、この保健所長の医師資格要件の廃止については、別紙2に国庫補助負担金等整備合理化方針(抜粋)ということで、下のほうに記載されておりますように、「保健所長の医師資格要件については、地方の自主性の拡大の観点に立って検討会で検討を進め、平成15年度中に結論を得る」と

というような基本方針になっております。1枚めくっていただきますと、今までのこの保健所長の医師資格要件の廃止について、平成14年の10月の「事務・事業の在り方に関する意見」、これは地方分権改革推進会議の意見でございます。それから下のほうでございますが、これを受けた形で平成14年の12月に「国と地方に係る経済財政運営と構造改革に関する基本方針」といったものが出ております。

続きまして資料11でございますが、「保健所長の兼務状況について」といったものでございます。これは現在、各都道府県のほうで保健所の所長が兼務をしている数ということで、30か所が兼務をしているというような実態になっているということでございます。

そのほか、参考資料1といたしまして「福島県からのお知らせ」というもの、参考資料2としまして「保健所のおもな仕事」というもので、京都市の例を載せさせていただいております。

それからお手元に青いファイルがございますが、第1回と第2回の資料でございます。

それでは、この後の進行は座長の石井先生にお願いを申し上げます。よろしくお願いいたします。

(石井座長) 本日の議題はお手元に配付してありますとおりで、主な点のご説明がありましたように、関係団体等ヒアリングであります。「その他」という事項もございまして、ヒアリングのあと、次回、9月17日開催のそこで論点整理ということですが、そのための準備といたしまして、きょう少し時間をいただきたいということで、そこで少し議論していただきたいと思っております。ヒアリングの進行の具合にもよりますが、12時を少し回るといってもありますので、よろしくお願いいたします。

それでは、まず最初の議題の関係団体等ヒアリングを始めたいと思っております。このヒアリングにつきまして、事務局から簡単にご説明をお願いします。

(池田補佐) ヒアリングの方法について、簡単にご説明させていただきます。ご説明いただく方に前のテーブルに移っていただいて、そこでご説明いただくという形をとらせていただきたいと思っております。本日、8名の方にお話しいただきますので、恐縮でございますがちょっと時間が限られておりまして、提出いただいております資料をもとに5分程度ご説明をいただいて、その後10分程度質疑の時間をとらせていただくという形をとらせていただきたいと思っております。資料につきましては、先ほどご説明がありましたように、資料2から8までが本日のヒアリングに関係する資料でございます。以上でございます。

(石井座長) ありがとうございます。それではまず最初に、学識経験者のお立場から、千葉大学の森先生にお願いいたします。

(大森教授) 大森でございます。説明を5分でせよということでございますので、できるかどうかわかりませんが、私は地方分権推進委員会のくらしづくりの部会長を務めました。平成8年に中間報告の中で、この医師資格問題の廃止について打ち出しまして、嵐のような圧力のもとに置かれたというのが、私の体験でございます。

当時、旧厚生省の担当の方と折衝に入りまして、総理に出す勧告文書の資料でございま

すから、どこかで合意をつくらなければならないということで、いろいろ水面下でも折衝いたしましたが、結果といたしまして第二次勧告では、この医師資格問題を正面から言及するということに至りませんでした。その一つの背景は、当時、保健所の再編が進行中でございまして、同時にこれをするのはとても適わないということでございまして、その他、諸般の事情によりまして、この問題について言及することはできなかったというのがいきさつでございます。しかし、当時私どももといたしましては分権改革の観点で何をどう考えたかということについて、簡単に最初に私からお話し申し上げたい。それ以降、私はこの問題について研究していませんので、当時、何を考えてどういうふうに物を言ったかということでございます。

皆様方のお手元に資料2、資料がございまして、中間報告で何をどう言ったかというところが書かれてございまして、その次の資料は、私がそれをもとにして若干報告風の文章を書いたものの抜粋でございます。その中に、朝日新聞の論壇でやや論争風の文章を書いてございまして、そこに当時私が何を考えたかということが比較的明瞭に出ていると、今から思い出してもそう思いますので、あとで読んでいただければと思っています。

分権の観点からこの問題をどう考えるかということで、私どもは貫いて、いろんなことを考えてみました。分権改革の観点と申しますのは、当時の私どもの言葉で申しますと、「中央省庁主導の縦割りの画一的な行政のシステムを、住民主導の個性的で総合的な行政のシステムへシステム転換を図りたい。その結果として、地方公共団体の自己決定、自己責任というものを確立していきたい」。これが分権の観点ということになります。そう申しますと、明治以来の機関委任事務制度はほぼ全廃する。そして、それとほぼ不可分で結びついていて、戦後ほとんど手をつけられなかった必置規制につきましても、この機会に廃止、緩和をさせていただきたいというのが、当時の分権の観点でございました。

そういう観点から申しますと、保健所というのは最も集権的な体制の典型ではないかというのが、当時の私どもの認識でございます。なぜならば、当時の地域保健法に基づきますと、保健所は独立の機関になっていまして、これは国の法令によって大臣が直接、事務処理権限というものを委任する、そういう行政庁であるというふうにも考えられていました。こういう考え方のもとで、この行政庁の長、つまり保健所の所長というものについて、強く医師資格という必置規制を加えていたということでございますので、これは全体の体制問題であると、私どもは考えました。したがって、機関委任事務体制を改革するならば、当然この保健所の医師資格についても手をかけてしかるべきではないか、というのが、当時私どもの考えたことでございました。

どうしてそういうことが大事であったかとい申しますと、分権改革の観点で申しますと、当時も、今日に至るまで、保健と医療と福祉というのは、当時の言葉でいえば連携強化でございまして、統合化へ向かいたい、そのことによってこの領域における総合行政を公選首長のもとで実現したいと考えました。したがって、従来の保健所は公選首長からも独立するという、そういう強い性質をもっているものでございます。そういうものが都道府

県の中に、あるいは政令市の中にあつていいだろうか、素朴に疑問を感じたわけであり、このことに言及すると怒られるかもしれませんが、公選首長さんたちはいずれも、若干の留保をつけても、この医師資格の問題について、廃止ということについて賛同しているにもかかわらず、保健所所長さんの会議はこれに真っ向から反対しているのも、従来の「自分たちは独立である」という考え方を全く払拭していない。私は、時代遅れになっているのではないかとこのように考えました。

もう一つ重要なことは必置規制でございますが、必置規制といいますのは、自治体の自主的な組織編成権や人事管理権を強く拘束するものでございます。したがって、分権改革を推進するためには、できるだけこれを廃止や緩和することによって、公選首長の組織編成権や人事管理権を確立するということになるものと考えます。そして、この施行令で医師資格というものを限定しているというのは、そういう意味の必置規制というのも公選首長の総合行政の展開を阻害しているのではないかと、私どもは考えました。

第1段階としては、組織再編について、できるだけ総合行政が成り立つように、例えば福祉事務所と保健所というものを統合できるような組織ぐらいいけるでしょう、ということになりました。これは当時の厚生省もOKを出していただきましたので、一応組織的な統合のほうに向かったのですが、依然として医師資格規制が加えられているものですから、事実上は独立するというような形態で今日に至っているものと考えます。

何をどう考えたかというのは、この資料の8ページ、当時、新聞に書いたことを読んでいただけるとわかりますが、当時、岡田晃さんが中間報告に対して反論をお書きになりましたものですから、その反論に対して反論するような形で、私が私の責任で書いた文章が、8ページから9ページにわたる部分でございます。もう時間が来ていますので。

私どもは次のように考えました。保健所は住民の命、健康にかかわるこういう重要な機能を果たしているところですから、お医者さんに所長適格者がいて、お医者さんがなることはもとより望ましい。だから、仮に医師資格を緩和あるいは廃止したとしても、保健所にお医者さんがいなくていいなどということは全く考えません。保健所にお医者さんがいなければならないと考えます。ただし、そのあとのさまざまな機能の連携を考えてみましても、「一つの組織の長が必ず医師資格がなければいけないと、100%、どこでもなければいけないというのは、少しかたくなに過ぎませんか」というように考えます。

したがって、さまざまな緊急事態に対して、やはりお医者さんという判断、意思決定は必要でございますので、仮に所長さんがお医者さんでなくても、そういう体制を中につくり得るということは十分考えられるのではないかと、私どもは考えていまして、従来の機関委任事務体制のまま置かれてきたこの医師資格制度というものについても、この機会に手をかけてもらいたいというのが、当時考えていたいきさつでございます。

あと、詳しいことはお読みいただければ、私の考え方はおわかりいただけると思います。分権改革推進会議のほうでも、これを再度取り上げていただきましたので、少なくとも検討会が開かれたということについては、一歩前進ではないかと。できれば、私の思いとし

ては、この機会に医師資格というものの廃止に踏み切ってもらいたいというのが、きょう私がここに来て述べる理由ではないかと思っております。以上でございます。

(石井座長) ありがとうございます。ただいまのご説明につきましてご質問、ありませんでしょうか。どうぞ。

(吉村委員) 今、ご説明いただきまして、分権という立場からの主張をいただき、それなりの理解をいたしました。ただ1点、SARS問題等にかかわりますように、今、人流、物流がものすごく急速に進んでいるような状況の中で、地方分権という自治体のある限定的なもののシステムが、全国的に非常に違う。国際的に非常に違う。そういうふうな形の中で、この問題はどのようなふうにお考えになっておられるのか。ちょっと私はわからないものですから、先生にお尋ねしたいと思ひまして、質問させていただきました。

(大森教授) 基本的にいうと、国はどのようなことを行い、都道府県はどのようなことを行う、あるいは保健所の政令市というのはどのようなことを行うかという、ある種の役割分担があってもいいと、私は考えています。

仮に感染症とか、今まで知らなかったようないろいろな中毒症が発生したときに、やはり国が直接いろんなことを手がけるというシステムがあったほうがいいと、国民の相对のためにはそういうシステムがあってもいいと、私は考えています。この領域は私どもも相当慎重に考えています。ですから、直接国が乗り出すというシステムがあってもいい。これは現在の消防行政などもそれに近いことになっていますので、国際化し、全国化しているような問題への対応について、全国的な観点から、国がきちっと処理するような体制があってもいいのではないかと。それと都道府県がどのようなふうに関わり合ってくるのか、という観点で議論して当然ではないかと、とみています。

ちょうど私どもが検討したときに、0-157という強力なものが立ちあらわれまして、これが私は、社会事象でいえば直接、医師資格問題に手がつけられなかった背景ではなかったかと思っております。実は0-157が出たあと、私は埼玉県に暮らしているのですが、埼玉県の川越保健所の問題が起こりまして、この保健所の所長さんがたまたまああいう方で、無能力とはいいいませんが、この問題に対する処理についてはとても的確性があつたと思えないような方が、ずさんにもああいうものを引き起こして、相当の損害を与えたという現象が起きました。

今、先生がおっしゃったように、さまざまな問題が起こったときの調整能力というのは、お医者さんでなくてはいけないなどということはないのではないかと。ただし、お医者さんの判断が要るということは間違いございませんので、それは先ほども言いましたように、トップにしなくても、古い諺で言うと、オンタツですから、専門的な判断が確実に、判断が必要なときには使い得るという立場に置いていただければ物事は処理できるのではないかと、私たちは考えています。

(吉村委員) ありがとうございます。

(多田羅委員) 大森先生のお話の中で、特に保健所が独立した位置にあるということ

強調されたと思いますが、公衆衛生の歴史からみて公衆衛生の体系というのは、ちょっと古い話になって恐縮ですが、イギリスでエドウィン・チャドウィックという人によって、1848年、その体系が示されたわけであります。

その公衆衛生の理念と申しますか、基本的な役割としては、当時は特に伝染病の予防をどのようにすすめるかということでありました。その場合、予防する体制は、100の地区があって一つの地区でも手抜きがあると99の地区の努力が水泡に帰すという観点から、公衆衛生の基本的な形は全国的に画一的なものでないといけないということが、公衆衛生の原点として体系化されたわけであります。そういうことから、日本の保健所体制も、かつては全国に852の保健所があって、北は北海道から南は九州まで、極めて画一的な形で行われてきました。それは公衆衛生の役割が、いつどこで何が起こるか分からないという前提の中で、ひとつでも手抜きがあると99の努力が水泡に帰すという、経験的なところから行われているということであります。

ですから、公衆衛生というのは、それが公衆衛生である以上、画一的なものを構築しないと基本的な公衆衛生の役割が果たせないという点があります。それは特に、かつての伝染病全盛時代にはそういうことが強く認識されたわけでありますが、今日においても、今回のSARSの騒ぎをみても、あるいはO-157をみても、あるいはカレー事件をみても、いつどこで何が起きるか分からないという状況の中で、全国的な社会の形として、社会の資産として、画一的なものを社会の基礎に確保しておくということが前提になっているので、その状態は先生から見ると非常に独立しているように見えるのかもわかりませんが、社会が公衆衛生という体制をもつということは、そういうものだということかと思えます。

ですけれども、先生がおっしゃったように、この保健所は国の直轄ではなく首長さんのもとに置くということは、これは非常に大事なこととして、イギリスの公衆衛生も、地方自治体がそれを担うということは当初から進んでおります。そういう意味で、首長さんが担えば担うほど、その基本のクォリティー、公衆衛生の本質というものは普遍的なものとして守っていただかなければならない。ですから、保健所が医師を所長にしているのはそういう公衆衛生の質を守るためであって、決して規制というものではないと思います。社会が担うべき基準というものを示しているのだと思います。そして、画一的であるということの基本的な意味は、そこに医者がいって臨機応変な決断がその場でできるということでありまして、1848年の法律でもメディカル・オフィサー・オブ・ヘルスを置くことが決定されたわけです。

そういう点から、首長さんのもとに置くものであればあるほど、クォリティー、基準というものを守っていただきたい。それが公衆衛生の理念であります。それは、決して規制というものではなく、それが公衆衛生だということです。だからそれがなくなれば、日本から公衆衛生がなくなるといってもいい。全体にこのうち一つでも欠けるところがあれば公衆衛生はできないという、そういう建前で今日まで日本の公衆衛生は進んできました。

その所産として平均寿命世界一を達成し、世界一安全な国と言われています。しかし、そのところが、世の中の状況の変化の中で問われているということで、それなりの体系の改革は必要かと思いますが、画一性ということが公衆衛生の原点であるということについてはご理解いただきたいと思います。

(石井座長) ありがとうございます。どうぞ。

(金川委員) 今、経緯に関して初めて伺いまして、少し驚いたという点もあるのですが、2点、お伺いさせていただきたいのですが。

一つは、全体的に言えば地方分権の範囲と、中央集権などという表現を使っているのかわかりませんが、その間の衝突といったらオーバーですが、その間の関係というようにちょっと感じられたのですが。そういたしましたときに、もし地方分権の中で首長さんのお考えうんぬんというときに、いろんな首長さんがいらっしゃると思いますが、首長さんのお考えで採用されるということになるのかな、ということが一つ。

それから、今の多田羅先生のご発言から、公衆衛生的判断という中で、医師だけが公衆衛生的判断が可能なのか。治療という形になれば、これは医師の独占業務という形で、難しいと思いますが、医学的判断や公衆衛生学的判断という形で事を決定していくという意味の中では、医師以外でも可能なのかどうか。そこらあたりで何かご審議があったのかどうか。2点、伺わせていただきたいと思います。

(大森教授) 最初の論点は、先ほどちょっと言及したのですが、今回の分権改革のあとの分権一括法、2000年の4月以降の自治体の仕事の体系といいますか、ご存じのとおり、自治事務と法定受託事務というようになっていまして、法定受託事務に関しましては、処理基準を設けていいということになっています。同時に、いくつかの領域については、ダブルトラックと私どもは呼んだのですが、直接国が乗り出すということがあっていいと、そういう法の体系になっていますので。したがって、全体とすると、国と都道府県と市町村の関係について、少なくとも事務にかかわる法体系は相当慎重に組み立てたというように、私は考えています。この領域もそうだと思います。

2番目は、私がお出した資料2の9ページをちょっとあけていただきますと、今ご指摘の点で、保健所はさまざまな職種の方々によって成り立っていますので、その総合体としてこの組織がどう機能するかが大切だと思っています。それで、その8ページのところに書いてありますが、これは岡田さんがそうおっしゃったから、それに対して物を言っていますので、そうでない意見があれば違うかもしれませんが、岡田さんは当時、「医師資格を廃止すると、保健所勤務を希望する医師の地域保健に対する情熱をそぐことになりかねない」とおっしゃいましたので、それについて私は次のように考えました。

「所長にならないと情熱がもてないというのであろうか。医師しか所長になれないとすると、保健所の他の多くの専門職は地域保健に情熱を注げないということにならないのだろうか。そんな素朴なことで擁護論を打ってもらっては困るのではないか」というのが、当時の私の実感でした。したがって、多分、その前にございますように、仮に知事さんに



人事権が移ったとしても、知事さんの責任になりますから、そんなずさんな人を保健所の所長に置くことはない。

おそらく、私どもが予想しているのは、やはりいろんな意味で、ほぼ必ずとっていいほどお医者さんを置くことになると思うんです。ただしそのことを施行令で（私は必置規制だと思っているのですが）縛ることはないでしょう、ということです。「お医者さんを置くということを決めていただくことは結構ですが、所長さんは必ずそうならなければいけないということは、どうみても理屈に合っていないのではないですか」というようなのが、とりあえず、2点についての私どものお答えです。

（金川委員） はい。ありがとうございます。

（多田羅委員） ちょっと一言だけ。今の大森先生の「なければならない」という言葉ですが、「なければならない」と考えるのではなく、先ほど申し上げたように、公衆衛生というものの画一性というものについては、公衆衛生というものの基準があると考えられないでしょうか。置かなければならない、そういう義務規定でなく、公衆衛生というものにはそういう基準が必要だというようには考えられないのでしょうか。

（大森委員） もしそうならば、「保健所に必ず医師を置く」と書いてくださればすむと、私は思うんです。

（多田羅委員） いや。やはり一つの機関というものには、決定、決断というのがあるわけです。保健所というのは、医者一人ではないので、今おっしゃっていますように、いろんな人間がいる中で、その機関の役割というのは、最終的にどのような理念に基づいて決定し、決断していくのかということによって決まることになります。その場合、保健所はあくまで公衆衛生、あるいは人間の健康の保持、増進という観点に立って決断し、事業を推進していくということになると思います。

そうすると、そういう決断ができるということは、今の日本の法律体系の中からいくと、最終的には医者の役割なんですね。保健師さんや看護師さんからすると議論はあるでしょうけれども、最終的に人間の生命の判断ができるのは医者なんですね。だからその医者が、専門家として所長につくことによって、独自というか、独立した決断、その場における決断というのができるということになります。そこで臨機応変な独自の判断できないと、公衆衛生がいざという時に役に立たないんです。だから、判断できる人を機関の長にしているのであって、それはその組織が全体として状況にあたっていくという必要性から、決断できる職種の人を長にしているわけです。現場の最先端では、決断できるということが常に必要なんです。

この場合、決断できるのは、死亡診断書等には医師しか書けないように、人間の生命に関しては医者にはしかできないんです。だからその人を所長として置いておくということなわけですね。だからだれでもいいということでは、機関の決断ができないんです。コンフリクトがあったときに判断できないんです。

（大森教授） だれでもいいと、私どもは考えたわけではありませんので。ですから、施

行令の「所長は必ず医師とする」という、この「必ず」というのを取ってくださればいいと。

(多田羅委員) だからそれは基準とみて、必ずというように、被害的にとられなくてもいいのではないのでしょうか。

(大森教授) いやいや、被害ではないんですよ。

(多田羅委員) それは社会がそなえるべき基準なのです。

(大森教授) 皆さん方は長い間、そういう体制の中でお仕事をしてきたから、そういうふうにお考えになっているんですが、世の中は必ずしもそう見ていないんです。その問題を私どもは投げかけたわけです。

(秦委員) 今、私も地方でいろいろな仕事をしていまして、やはりだれか一人が決断するのはなくて。私は、医者でなくても、ほかの仕事を担当している保健所の方はそれぞれに専門家であると思うんです。医者にはわからない部分もあるし、逆に別の専門家のことはほかの方にはわからない部分もありますが、多くの方がかかわって、これからどうするかということを考えていらっしゃる。その中で合意をどうつくっていくのかと。みんなが納得することを、どういうふうにつくっていくのかという。

今、チームで考えていくことがとても大事なことはないかと、いろんな局面でそういうことが言われていると思います。その流れから考えていきましたが、本当に多くの職種の方、専門家の方がいらっしゃいますので、そういう方たちで、本当にいい最終的な方向というのはみんな考えていくものではないかと。もちろん、医師もその中の1人ではありますが、医師しか判断ができないということではないのではないかと思います。その「チームで考えていくのだ」ということについては、この討論をなさったときにはどのように？ 何かそこに、そういう方向とかそういうものはお出しになったのでしょうか。

(大森教授) まず一つ、今のご発言で私が思い出しますのは、私は一時期、公衆衛生院で保健所の所長さんの研修を承っていたんです。したがって、保健所の所長さんの、たくさんではございませんが、何人かの方々とお話しする機会がございまして。その中にはとても地域保健について熱意があって、素人から見ても「このお医者さんならば、この組織体の長としてふさわしい」と思える人もおいでになりましたが、お話しすると「保健所の所長として、この人がどうして全体を束ねられるだろう」という人もいなくはなかった。

しかし、私は保健所の所長さんのおやりになっているご苦勞のことを知って、もともと個人的にもそういうことをやりましたので知っていて、なおかついろんなところを調べさせていただき、同時にいろんなところからのご意見を伺った上で、全体として、部会長としてはその方向で取りまとめたというのがいきさつでございます。ですから、何か私自身が特段にこのことについてこだわりをもってはいるわけではなく、当時、部会全体の意向としてこういう方向が望ましいのではないかというふうに、私どもは決めたというか、そういうことを打ち出ささせていただいた、しかし実現できなかった、というのが当時のいきさつでございます。