

(志方委員) そうそう。だから……。

(多田羅委員) 医者だってものすごく不十分な人間だからまわりが支えていかないといけない。

(志方委員) そういうところに行ったお医者さんを支える組織もうまくいってないからいまみたいになる。そうですよ、そこのところをやらないかんのですけれども、例えば、いま言ったようにロードマップを書く。これはどの官庁もみんな直面してる問題ですね。旧来の官僚のシステムで対応できないようなことがどんどん出てきた。例えば、ずっとそういうことでやってきた故にキャリアとかノンキャリアとかいって外務省全体が新しい国際情勢に対応できなくていろんな問題が起こっていますね。私はすべて共通してると思うんです。防衛庁でもそういう問題が起こっていますね。要するに、昔だったらヒエラルキーがあって、右向け右でみんな右を向いたんですね。それがいまはそんな時代ではなくて、兵隊さんそのものに判断を任せなきゃならない。そして上の方のコマンドコントロールはほとんど計算機でやるとなると、中間の人はほとんど要らなくなっちゃうという、そういう組織に防衛庁が堪えられない。いままでは陸士、海兵ってそういうヒエラルキーでやってきましたけれど、実態が変わってしまうと、どうしても後付けになるんですね。だからいまから10年かけて体制変換しようという話になる。これと非常によく似ていますね。

それで、この問題は2つあって、はやくそういう立派なお医者さんが地方に行って、危機管理もできて、医学的にもしっかりとしたものになるのにあとどのぐらいかかるかという、そういうものを短い時間で育てていくロードマップが要るということですよ。

それともう一つは、航空自衛隊でいうと、飛行機1機飛ぶのにパイロットは1人だけど、40人の人が支えてるわけですよ、コントローラー、整備もあれば。それは医療の中でもお医者さんだけが医療人ではないわけですよ。それを支えてる人たちがいて、その人たちのインセンティブがないからいまみたいにポツときた人をサポートしようと思っても下につかないわけです、絶対上になれないわけですから。ですから、私はそっちのほうも考えたほうがいいだろうと思うんですね。要するに、お医者さん以外の医療人の中ですばらしい人はどんどん上にあがっていくというような体制も片方でつくらないといけない。

それからもう一つは、例えば、私は外務省に出向していたんですが、外交も変わっちゃったんですね。昔は特命全権大使みたいなのがいて、ほんとに外交官試験をして語学がうまいのが行ってやればなんとかできた時代と、いまはもう専門的知識がなかったら外交なんかできませんよ。じゃあ、ディプロマは専門的知識を持ってるかといったら、ないわけですよ。どこかの省庁のエキスパートが行ってミサイルの問題をアメリカとやるとかね。

そうだとすると、全体のことが変わったので、そのシステムを変えざるを得ない。そのシステムを変えるときとアプローチの問題なんですね。お医者さんにそういう付加をしようというのがいまの考え方で、私はそれはやったらいいと思うんですよ。それがまた十年河清を俟つというのでは困る話であって。

それともう一つは、さっき言ったように、それ以外の人をそこに参画できるようなシス

テムをつくらないといけないのではないかなあという気がしますね、これはどう見ても。

例えば、防衛駐在官、アタッサーでも、アメリカみたいなどころへは我々みたいなユニフォームが行くわけです。これは非常にミリタリーなこともやらなければいけないからですね。しかし、カナダなんかはユニフォームじゃない人が行くわけです。政治と防衛との間のソフトウェアとかそういうことをやるためにはシビル、内局の人が行くわけです。いまS R A Sとかエボラとか、そういうのが町にきて、一つ失敗したらバーッと広がってしまう。さっき先生がおっしゃったことは間違いないんですよ。ですから、まずそういう知識がある人が先決だということは間違いないんですが、ある時期、ある局面にはそういう人でない人がいてもいいと思いますね。時期と場所は固定する必要はないけれども、いまここはこういう体制をつくらないかんとするとき、そこにそういう人が行けなかったらですよ、行けるなら問題ない。行けなかったらそうでない人もあっていい。

(多田羅委員) 行けるようにしようということです。

(志方委員) そう、それが何年かかるかですよ。10年かかっては遅いですよ。

(吉村委員) 先程来いろいろ議論されておりますけど、私は本来、地域住民の健康の保持、増進、そして安全の確保ということは保健所が果たすべき基本的な役割だと思いますので、そこを守るべき者を医師でなければいけないというふうなスタンスです。それでいままでいろいろ地方分権という形で出てきたことかもしれませんけれども、本質論は、そういうものを守るのにいろんな問題があった。医師の確保の問題があった。これについては対策をされてきているわけですが、厚労省の医官にしても、私たちの時代はあまり行く人はいなかったと思うんですが、いまは厚労省の医官への応募はものすごい数あると思うんですね。それぐらい激しい競争の中で厚労省の医官も進んでいる。その流れはおそらくいまのようなこういう社会的ないろんな状況がある中で、やはり保健所で一つの地域を守っていきこうというような医者は今後十分出てくる可能性がある。しかしながら、それはいままでの医学の長い歴史がございまして、例えば、保健所長は1年のコースを受けなければいけないと書いてありますけども、現実にはそういうふうなことはあまりやられてなくて、簡単な3か月研修でやられているというような状況はいままであったわけです。しかしながら、法律その他、公衆衛生の重要性というものを十分理解された上でこういう形にされているわけですから、いま現実が困難だからといって元に戻す、というか、医師でないような形にするというのは、前から櫻井先生おっしゃっておられるように、本来あるべき姿を目指しながら考えていくという形にしなければ、現実ができないから元に戻すというのであれば、日本の公衆衛生の方向性というものはおかしくなる。日本の保健所の機能というものはおそらく世界でも非常に特異な、ある意味では非常に重要な役割をいままで持ってきたと思うんですね。そういうことを、時代が変わった中で新たな展開に持っていくためにはここで安易な妥協はするべきではないと私は思っております。

(中川委員) 手短に資料3について一点だけ申し上げておきますが、Ⅱのほうですが、これはⅠの立て方からⅡが出てきているので、Ⅰの部分と特に資格要件の考え方の(1)

は、具体的な業務、職務、能力については、私の意見を前提としてのお話ですが、(2)で、保健所長は以下の3つの資格要件を備えた者である必要があるのではないだろうか、ということで、その①には、医師資格保有者という記述があるわけですが、これについてはあまりにも結論を急ぐようなことになっているわけで、これを前提として、この部分を(2)(3)も含めてですが、その次以降のまとめにつながっているわけですので、この部分については、もう少し中立的な考え方で整理して、いままでも意見を申し上げておりますが、例えば、長が組織の長としての知識ではなくて、医師による決定を要するものが仮にあるとしても、医師でない所長でも、医師がいる場合であればその医師に決定権限を任せるというシステムを組むことも十分可能でありますので、長の資格として医師資格保有者ということについてはあまりにも即断しすぎているような気がいたしますので、そういう部分を少し改めていただく必要があるのではないか、このように思っております。

それが前提となって後ほど出ておりますような医師の確保問題に結局ポイントがあるということにもなるわけですし、あるいは、検討の方向についても、(1)(2)にありますような検討の方向になるわけですので、まずその前提となる部分でもう少し中立的な、あるいはいろいろなご意見を踏まえた、総合的なというか、全体的な立場での整理にさせていただく必要があると思います。

(多田羅委員) 一つの整理なんですけど、第1回的时候に大森先生が地方分権推進会議の基本的な問題というか、指摘している点は、保健所長は医師でないといけないということを一画的に法律で決めているところを地方分権改革推進会議が問題にしたということをも最大の論点として大森先生はおっしゃったんですよ。だから、その画一性については先程来私が申し上げているように、画一的でないとか公衆衛生というのはできない。疾病との戦いですから。いうのはできないですね、主として危機管理、安全の確保に関しては。だから、画一性については理解してほしい、公衆衛生というのはそういうものです。だから、それは規制ではなくて基準として考えて、保健所は保健所である以上、そうしてほしいという論点で画一性に関しては理解をお願いします。

ところが、内容はどうも保健所は十分仕事をしていない、所長は十分仕事をしていないというのは、一つは地方分権改革推進会議でそういう議論が出たんですか。私はそういうことは大森先生から聞いてないんですよ。ここではそういう議論が結構行われているけれども。しかし、それについていえば、確かにどんな組織だって、日本の国会だって、官庁だって、十分な組織なんて、日本中でも世界中でもないの、その意味では保健所は決して十分ではありません。医者だって十分ではない。それは市長さんだって十分な市長さんばかりじゃないといたら市長に怒られるかもわかりませんが。だけど、この保健所長の画一性ということで、日本の公衆衛生があるというレベルでいえば、世界に冠たる、吉村先生おっしゃいましたけど、非常に立派なものです、日本の公衆衛生は。そのために0157のときでも非常にミニマム、亡くなった人は3人ですよ、1万人以上の患者がいてですね。あるいは大震災のときでも、保健所が拠点になってそこに医者が獅子奮迅

のお陰で感染症とか食中毒はほとんどなかったんです。今回のSARSだって、現実に関西ではすべての保健所が患者のフォローを全部やったわけです。そういう意味でいえば、日本の保健所はすばらしいレベルを持っているんです、既に。それを反省しすぎて、医者の不十分な人ばかりいるということばかりここで議論されて、だから変えないといけない、もっとよくしないといけないというふうなのは、私から言わせると、反省しすぎだと思います。吉村先生もおっしゃってるのはそういうことだと思う。だけど、反省はこの機会にしたらい。特に志方先生がおっしゃるように、非常に危機に囲まれている状況で、かつてのような食中毒とかそういうものだけではない、ほんとにエボラが暴れたらどうするんだ、SARSがもう一度来たらどうするんだという、そういう問題に十分対応できないんです。だからこそそれは地方分権のほうで考えてもらったらいいけれども、いまの日本の公衆衛生、保健所体制が非常に不十分だという前提に立った議論というのは私は地方分権改革推進会議ではしてないと思うんです。

あまり反省しすぎて、寄ってたかってぼろくそに言ってレベルが下がるようなものにするのはむしろ誤解が前提にあると思うんですね。

今日のこの厚労省の案も具体的にどこが問題なのかということ、ただ感覚的に考えるだけじゃなしに、考える必要があるんじゃないかということも言ってると思うんですね。厚労省は言いにくいのでこの程度になってるんだと私は思います。

地方分権改革推進会議で言ってるのは画一性の問題であって、保健所のレベルの問題があるというのであれば、それは別途議論になるといってもいい課題だということは申し上げておきたいと思います。日本の公衆衛生体制ほど立派なものはありませんから。

(福田委員) 1ページで、平時の部内の組織管理能力、それから平時の部外の調整能力、さらに緊急時の組織管理能力ということで、所長として必要な要件というものが記載されているわけですがけれども、こういうものを備えて医師である人を当然、市長という立場からすれば保健所長にお願いをしたいというふうに思います。しかし、仮に、いまは宇都宮はそういうことありませんけれども、仮にそういう適任の方がみつからない。その場合に。

(多田羅委員) だから、みつかるようにしましょうよ。そういう議論をしましょう。仮の話はやめましょう、ここで。そういう消極的な意見はもういいと思うんですよ。

(福田委員) そういう場合に行政の長として、次善の策として若い医師で情熱のある方、やる気のある方を複数揃えて、そして野球でいえば監督を盛り立てる。そして、監督そのものは医者じゃないけれども公衆衛生には造詣が深い、遜色がない、部下の信頼も厚い。例えば、そういう者がいた場合には、ダブル、トリプルで若いお医者さんが支えるという形になるわけですがけれども、そういう形であっても結果としては保健所自体は一つのチームですから、スポーツのチームにたとえればいいと思うんですが、総合力が落ちない。保健所長が医師でなくても複数の医師がいて支える体制ができてチーム全体としては力が落ちない。そういうことが行政としては当然市民から望まれると思います。しかし、冒頭に申しあげましたように、この3つの要件を備えてなおかつ医師であるという人がこれは理

想であります。そうでない場合のことがあるので、例外規定もときには必要なのではないかとこのように思います。

(多田羅委員) それについては、今日事務局からも説明ありましたが、参考資料3を見ていただきたいと思いますが、これはほんとに情ない話だけれども、保健所と福祉事務所の統合、あるいはそういう行政体と保健所の統合ということの中で、この通知にありますように、福祉事務所等他の行政機関との統合が可能であり、そしてそこにおいては統合組織の長は必ずしも医師でないといけないということはない、と既に言ってるんですよ。だから、現実に行われてるんです、市長さんがおっしゃってることは、それは僕は情ないと思いますよ。しかし、現実にはそういうことが必要だと思う都道府県では既にやってるんですよ。むしろ、こういうことにならないように、保健所の力をどうつけていくかということが現在の課題なんです。いま市長さんが言われたようなことは現実に都道府県になんぼでもあります。保健所長の上に長がいるんですよ、統合組織の中で。それは既に存在してる、できるんです、いまの都道府県は。情ないですよ、私はそれに賛成してるんじゃないですよ。市長さんが言うようなことが必要だというんだったら、この方法でできるんですよ。だけど、これはあまりにも情ないから、こうなるべきでないと思っています。保健所は保健所として堅持できないといけない。だから、どうしようということをここで言ってるわけです。いま市長さんが言われたことはできるんです、この通知で。そして、いま日本中でこれは例外じゃない、結構多いんですよ。そのために850あった保健所がいま582まで200以上も減ったんですから。

(志方委員) 私も聞いていますと、こういう環境というのが全く新しい状況ですから、それをいままでなぜ厚生労働省、厚生省がやって来なかったんだといっても、さっき言ったように、どの官庁もみんな直面してる問題ですよ。外務省だって、防衛庁だって。ですから、どうしてたんだ、どうしてたんだというよりも、いま流行りのマニフェスト制みたいなのをつくって、3年以内に兼務率をゼロにする。そのためにこういうことを厚生労働省としてやる。それから5年以内に全所長についてどのぐらいの公衆衛生の知識があるとか、そういうこともチェックして、だめな人は変えていくとか、そういう一つゴールをつくってやる。私はさっき、吉村先生、多田羅先生おっしゃったようにセットバックする必要はない、いまあるものなんですから。それがいま問題があるから、それをここまでもっていけばいい話ですよ。それを10年河清を俟つのではなくて、マニフェスト的にやったらいい。3年なら3年経ってまだ兼務があって行き手がないといえれば、これは問題ですから。それともう一つ、さっき言ったように、福田市長さんも言われたように、医療人というのはサポートですから、パイロット一人を40人で支えてるわけですから、パイロット以外の部隊長になれないかといったらそんなことはないですもの。自衛隊はパイロット以外の部隊長いっぱいいますから。そういう人たちのことも考えたマニフェストを入れて新しい状況に対応するというのがいいんじゃないかと思うんですね。ここで延々と議論していても、こっちから半分、もう半分になったという人と、まだ半分あるという人と議論

していたら、時間がいくらあっても足りないんじゃないか。終わりです。

(黒川委員) たしかに私もたまたま医者だから、医者のことを言ってるのかなと思われるのはちょっと心外でね。私のホームページやいろいろ書いたものを読んでいただければ、私は一番医者のことを批判していました。大学の先生のことをたくさん批判しています。それは自分たちの仕事にどれだけクリティカルかということが大事だからでね。けどこれはもう限界です。社会的な構造の一部だから、そんなことをやっていると、マゾヒスティックで、社会全体の根本的な問題があるわけです。さっきいったように1940年体制の。どこかに22歳で就職したら動けなかったじゃないですか。どうして？ それは終身雇用ということで、結婚して子どもができたらどこかに移るなんてそんなばかなことしませんよ。だけど、そういうふうになったのは戦後です。長男は家督を継げるっていうんで終身雇用はないんだから。いまあるのが当たり前だと思っているエスタブリッシュメントに問題があるということです。じゃあ、どうしてこんなになったのかということをもっと考えてくれないと。

だけど、公衆衛生はこれが出てきたときは、結核とか比較的急性の病気をどうすればいいという話でよかったんだけど、いまや世界に行ったりすると、マラリアもどんどん出てきてます。いろんな人が日本に来る。突発的に事件が起こったときに、どういう危機管理をするかという最初のフロントなんです。これ誰が責任とるんですか。そういう話とそういう人材を育てるといのは僕らの責任だと思ってるけど、事実上10万当たりの医者の数は日本は先進国では圧倒的に少ない。だけど、医療費が増えるから医者を増やしたくないとかいう全く別の次元の話をしてる。

それはなぜかということ、財務省から厚労省がとれるお金は枠が決まってるからですよ。これは政治が決めることなんです。だけど、政治が決めるのは国民が政治家を選ぶことなんです。情報をあげるのはマスメディアです。だけど、マスメディアは政治、経済、社会面の70%は記者クラブ発のニュースです。皆さん知ってると思うけど。そういう話を皆さんのようなインテリはそれぞれの社会的な立場でもっと責任ある発言をすべきなんです。だけど、大学の先生はあんまりしないから私は言ってるわけだ。なぜ、大学の先生は言わないかということ、よく知らないか、文科省がおっかないからです。

志方先生おっしゃるように危機管理は、なんにもないときはいいんです。だけどね、100年前は世界中で死んでる人の7人に1人は結核だったんです。感染症だったんです。だけどいま、人間が増えすぎて交通がどんどん往き来してるから、いまからの危機管理はさっき言ったような、突然よく分からない感染症が出たとき、それをどう見極めるか。この間のSARSなんか突然起こるわけです。誰も予測できない。普段何もないうちは誰でもいいや、もうちょっといい人でいいよって言ってるけど、何か起きたとき誰が責任とるのか。いまはお医者さんも診療所も地域にもたくさんいるから、普段は保健所はそれほどなくてもいいようなかっこうになってます。

だけど、日本はまた鎖国するわけにいかないんだから、そこのところを考えて。いまの

自衛隊だってそうでしょう。戦争が起こるとは思ってないけど、起きたときどうするんですか。移植の話もそうです。脳死の話で、子どもが心臓移植でアメリカに行くのはみっともないっていうけど、じゃあ〇〇ちゃんの心臓移植だと1億円ぐらい集まるのに、なんで普段から移植ネットワークに誰も寄付しないの？ それでいざとなったらどうするかって。テポドンが来週撃ち込まれたとき、日本は何するんですか。アメリカは何もしないかも知れない、イラクのことがあるから。そのとき日本どうする。そういうこと考えてますか、普段。

つまり、独立した国として何をするのかという話を日本はいままで決めてましたかということ。これも同じことです。いま平和なときだから何か言ってるけど、エマージェンシーになったとき誰がやって誰が責任とるの。それだけはっきりしてもらえばいいなと僕はお医者さんにも問題あるってことたくさん言ってるから、自分が知ってるから言ってる。それを社会に向かってたくさん話してる。私が15年言い続けてるから、卒後研修の義務化なんか、みんな外に出ましよう。医局の囲い込みはやめましようって、あれだけ言ってるから、それが当たり前だとみんな思い出しただけの話で、明治からそんなこと日本でありました？ 卒業した大学の医局や大学院にみんな囲い込んだりして、こんな外国から見れば異常なことなんです。だけど、日本の人はこれまでサクセスモデルだと思ってる、異常だと思わないところがおかしいんじゃないかと。

日本全体のセキュリティーということを見ると一体何をするか。健康情報を伝えるなんていうことはいまの時代は誰でもできます。新聞でもできます。開業の先生もたくさんいるし、病院でもいくらでもある、明治時代とは違います。だけどエマージェンシー起きたらどうするの？ 私これは結構心配の種だなあとは思ってるんですけど。

(石井座長) どうもありがとうございました。もう実は時間がだいぶ経ってしまいましたが。まだ一つ議題が残ってまして、アンケート調査案等の検討というのがありますけど、事務局から。

(藤崎参事官) 一点だけ、申し訳ありません。次の議題に入る前に簡単に済ませますので。

先ほどのご質問に対してお答えさせていただきたいと思います。繰り返しになって恐縮ですが、このペーパーの性格を再度、もう1回説明させていただきます。私どもが偏った中立的でないことを書いているととられますとやはり今後の審議にも差し支えますので。先ほど、医師資格保有者云々が問題になりましたが、これはあくまでも事務局としてこういうのはどうでしょうか、という提示です。ご議論の中でこれが正しい、正しくない、あるいはこういう考え方があるという形でご審議いただくためにあえてこういうふうにしています。本ペーパーの問いかけに対して、「そうじゃなくて、こういうほうがいい」ということがあれば、理由を明確にさせていただいて、どんどん議論していただいて、その結果が検討会報告書の骨子案等の中に盛り込まれるということになります。本ペーパーは、あくまでも議論をしやすいたたき台として出させていただいておりますし、説明責任を

果たすために私どもの基本的な考え方を含めて示させていただいているとご理解ください。したがってこれ自体は先生方の考え方がすべて反映されたものということでは必ずしもありません。これまでの論点メモのところでいろんな整理は既にさせていただいている。それを踏まえて、今申し上げたような目的意識の下に、資格要件の検討の案を出させていただいておるわけでありすります。

それから、Ⅱの地方の自主性の拡大のほうで、(イ)と(ウ)がどうかというご指摘をいただきましたが、これはあえてこう書いております。なぜかと申しますと、Ⅰでまず、地方の自主性の拡大と関係なしに、国民の健康・安全の観点からご議論いただいて資格要件が決まるというのがいままでのご議論を踏まえた構図になります。自主性の拡大というのは本日、中川委員にもご指摘いただいておりますが、結果としてついてくるものですので、あくまでも国民の健康の観点、安全の観点からどうかというのをまずご議論いただいて、資格要件の結論を出していただく。そこで、いまの資格要件を維持すべきだとなったときに、じゃあ、自主性の拡大はどうやったらできるでしょうか、という順番で提起しているわけです。そのときに事務局も考えたのですが、ないのですね。つまり、もし資格要件を廃止しないとすると、自主性を拡大する中身はほとんどないのですね。ですから、もしそうならば、こういう考え方でいけば、自主性の拡大をしたというふうには考えていただけないでしょうかということをあえてぶつけているだけであります。もし、これ以外に自主性の拡大の方向があるとすればそれは何でしょうかという問いを別に設定しております。

それからもう一つの、医師資格要件を廃止せよということになった場合には、廃止するわけですから、その場合には自主性は拡大されたと考えてよろしいのでしょうか。あるいは一定の要件をつけたとすれば、その要件は自主性の拡大を束縛してることになるのでしょうかという意味でつけております。ただ、この議論は、もし中川委員の言われるように、自主性の拡大という議論は結果としてついてくる話であって、国民の健康、安全のことがそもそも地方分権改革推進会議の関心事なんだということなのであれば、Ⅱのほうは全て削除してもいいのかなという事務局としての感じはございます。一応いままでの議論を踏まえてこのように整理をしているということでございます。

(黒川委員) たしかに事務方、藤崎さんみたいに非常に優秀な官僚の言うことはまことにそのとおり、正論なんだけど、私はいま総合学術会議の議員をしてると、競争的グラウンドのレビューをしてる。例えば、原子力はこうなっております、廃棄物の問題は……と。いいんだけど、じゃあ日本の30年先はどういうエネルギー政策になって、30年後には原子力ゼロにするの？ たとえばヨーロッパみたいに。そういう政策なのであれば、やり方違うじゃないですか。水素エネルギー社会にしようというのであれば、いろいろ変なくちゃいけない。少なくとも、20年先のエネルギー政策はこうなっています、だから、経産省の石油政策はこう行こうという話になる。原子力はこうなっていますなんて説明だけじゃ私は納得できない。国のエネルギー政策によって違うんだからと言ったら、そんな政



策ないんですよ、どこにも。

つまり、いままでは国の大きなあり方はアメリカがオッケーという範囲でやってただけの話で、経済が右肩上がりであって上がったから、やってただけの話で実際は各役所とその中の局と部の中で予算をあげてやればよかったわけ。出口がどうだということは責任をとる必要はなかった。とらないでも済んでたからみんなそうだと思ってたんです。だけど、これからはそういう政策、立法府が決めたことを行政府は遂行するという役割が求められて、いまトランジションなんです。役所の人まじめで優秀な人が多い。だけど、自分たちで政策をつくって予算をなんとかっていつてるところに異常さがある。10年前まで政・産・官の鉄のトライアングル、ジャパン・アズ・ナンバーワンって、誰も文句を言わなかった。どうしていまになって急におかしいと思いだしてるわけ？そこに根本的な間違いがあるわけです。いままで調子よく、そんなもんだと思っていただけって話でしょう。そういう意味で保健所は医療の政策もそうだし、教育もそうだし、いままで、ジャパン・アズ・ナンバーワン、その理由は政・産・官の鉄のトライアングルと。しかも政治家は二流、三流はたくさんいるけど、官僚は一流だってみんな言ってたじゃないですか。どうしてそれにみんな文句を言わなかったの。私はその時から本に書いてますから、そんなこと言ってる国なんて単なる成金だと。学という言葉はどこにも出てなくて、みんなフワフワしてるんだからって書いてますけどね。

保健所の機能はいまになったら健康の話なら本からたくさんあります。だから、そういう話ではなくて、感染症も外来感染症とかいろんな危機が起こったらリスク管理の初発はどうするのかというような話は非常に大事で、だから私は医者へのトレーニングの問題、質の問題、専門医の数の問題、それは僕らが責任を持ってやることだって、医師会とも一緒にやっていますけど、そういう社会を築いていかなければうまくいかないということだろうと思います。

(石井座長) それではちょうどいま終る予定の時間になりましたが、一つ残っているアンケートの話はどうでしょうか。

(平子補佐) アンケート調査の案、ご意見募集の案、そして保健所視察について委員からのご意見、今日秦委員から追加でいただきましたけれども、そういったものがありますので、これらについて、ご意見等ございましたら、事務局まで送付いただけたらと考えております。時間もちょっとございませんので、もし可能であれば、いただいたご意見等を事務局でまとめさせていただいて、順次アンケートの発送等行わせていただけたらと思っております。アンケート調査につきましては、保健所を設置している地方自治体の保健所の担当部局に送付するという形をとりたいと考えております。アンケートの内容、ご意見募集の内容につきましては、アンケート調査のほうが、医師の確保または保健所の数とか等の行政機関に特有なもの以外については同じ内容でございます。

また、保健所視察につきましては、委員の日程を調整させていただいているところですが、お忙しい中、皆さんと一緒にというのはちょっと難しいかと。また、ご希望がたいぶ

違いますので、その点についてできる限り調整させていただきましてご連絡差し上げたいと思います。

(櫻井委員) 資料4と5は今日初めて見せられて、それを委員会で議論しないで、ご意見があったら寄せてもらって、アンケートとパブリックコメントを出したいっていうのはちょっと乱暴で、それはよくないと思うから、ちゃんと委員会で議論した上でしてほしいと思います。資料6については委員からの意見ですから、委員のご意見として視察について考えるのは構わないけど、4と5はこのままで議論しないでやるのは反対です。

(石井座長) それではそういうことでよろしいですか。

(藤崎参事官) そういうご指摘ですので、次回ご議論いただいた上でということで。それまでにもしこの案についてご意見をいただいて修正が加えられたものを提出できれば多少時間が節約できますので、次回までにご意見があれば、いただくということをお願いしたいと思います。

(石井座長) では、次回の予告をしてください。

(横尾室長) 次回の開催は12月18日(木)14時から開催いたします。場所は17階の専用第21会議室でございます。別途ご案内をいたします。また、来年のスケジュールについてもお伺いして調整したいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(石井座長) それでは、まだご意見もあるかもしれませんが、次回の予定が決まりましたので、今日はこれで終わりたいと思います。長時間どうもありがとうございました。

(了)