

次に、社会問題化しております児童虐待への対応ということもございます。

ひきこもり、自殺者増加というような心の健康問題への対応というのもございます。

介護保険制度が導入されましたために、介護保険に係る業務という形の対応が、近年必要ということでございます。以上が「保健所が担うべき業務」という形でまとめさせていただきました。

次は、「保健所長の職務」ということの説明として、下のようにならせていただいています。①に記しましたように、保健所では地域の広域的、専門的、技術的な拠点としまして、多様な業務を行っております。そうした保健所の責務を果たすためには、保健所長は管内の保健医療事情に精通しておりまして、管内におきます関係者との良好な連携と協力を維持しなければならないと。それで、広範囲にわたります保健衛生部門全体を統括指導することが求められております。

それに対して、では保健所長としてはどういった能力が求められるかというのが、次のページに書いてございます。ここは地域の保健、医療、福祉、これらの状態を把握しまして、保健所として果たすべき適切な役割は企画及び指導する能力が、保健所長に求められていると。SARSや0157等の健康危機管理の発生時等、緊急時に、組織の長として瞬時に的確な判断、意思決定をするということが求められます。医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師、栄養士等の多様な職種からなります保健所の組織全体を統括する能力が求められます。地域の医療、保健衛生を初めとしまして、多様な関係者との意思疎通を行い、良好な調整、協力体制を構築する能力が求められると。

以上が、保健所長の担うべき業務、保健所の職務、及び保健所長に求められる能力を、ざっとまとめたものでございます。

次に、2番目としまして「論点整理」でございます。これは3回にわたりまして委員の皆様方等のご意見を大きく二つの主張の軸に分けて整理したものでございます。

その一つの軸としましては、「地方の自己決定権の拡大」という軸でございます。地方の自己決定権の拡大というのは、地方自治の本旨に従いまして、中央省庁主導の縦割りの画一的な行政システムを、住民主導の個性的で総合的な行政システムへの転換を図りまして、その結果としまして、地方公共団体の自己決定、自己責任というのを図りつついくというものを指しますと。

以下、順不同ですが、それぞれこの3回にわたりまして委員の方々や関係団体、さらにヒアリング等で主張された論点を一応網羅的にあげておるつもりでございまして、もし不足及び不適切等ございましたら、指摘していただければ幸いです。

地方の自治決定権の拡大の主張された具体的な論としましては、医師資格要件は、自治体の自主的な組織編成権や人事管理権を拘束するものであるということや、国による医師資格要件規定は、地方分権の流れに逆行するものであると。

次、その二つは戦後復興期の話でございますが、戦後、復員軍医が退職されたあとには、

医師不足から保健所長の兼務というのが生じたということと、医師不足から若年の保健所長が生じて、組織管理上困難が生じた時期があったということでございました。

地方公共団体に勤務します医師のキャリアパスの観点からも、医師資格要件は足枷になるという指摘もございました。

医師スタッフによる適切なサポートを行えば、医師以外であっても所長は可能だという指摘もございました。

「地方の自己決定権の拡大」というものと、もう一つの論軸としまして、②としまして、「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」というものがございます。どういうものかといいますと、地域の現場におきまして保健所に求められております業務が十分に遂行されることで、地域住民の健康の保持や増進、安全の確保が最大限に達成されるということでございます。これも以下順不同でございますが、この3回にわたる意見交換につきまして出されました主張を具体的にここでも書いておりますので、その補足や不適切な点がございましたら、ご指摘いただければ助かります。読み上げさせていただきますと、

所長は、健康危機管理発生時に緊急な対応が求められるので、そのために必要な医学知識を有する医師である必要があると。

所長は広範囲にわたる保健衛生機能全体の専門職種を統括指導するということでございますので、医師法を頂点としました関係各資格法間の関係の観点及び総合的な医学知識ということからも、所長は医師である必要があるということでございます。

次は、所長は地域の医療関係者や保健衛生関係者との医学的・専門的調整及び協力を行う必要があるため、医師である必要があると。

次は、保健所が住民に対しまして適切な専門的保健サービスを企画、提供するためにも、所長がその判断を的確に行う必要がございますので、特に難病患者への適切なサービスの提供の観点からも、所長は医学の知識に精通しました医師である必要があると。

次に、公衆衛生施策というのは国全体で統一が取れていないと、1か所でも失策がございますと全体に影響が波及するということがございますので、国の規定によりまして全国一律の水準を保った実施体制が必要でございまして、その水準を担うべき責任者たる所長というのは、その機能を最も適切に発揮できる医師である必要があるということがございます。

次でございますが、医師スタッフが保健所にいたとしても、上述したように、所長たる医師の役割というのは代替不可能であるということがございます。

次に、保健所の医師の確保の観点からも、所長は医師であると、医師資格をもつべきであるということでございます。

最後でございますが、医師資格要件を撤廃すれば身分法体系の見直しが必要になる、という主張もございました。

以上が、この3回にわたって主張された議論でございますが、次に、そういった主張をされたことについて、今後の議論の方向性、事務局側からの提案という形で申し上げます

が、一番最初に議論の軸として、それぞれの主張の軸の二つ、「地方の自己決定権の拡大」と、もう一つの論軸であります「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」と、二つの論軸のどちらを優先するのかということ。また、この二つをあげてございますが、「地方の自己決定権拡大」を仮に優先するとした場合におきまして、それでは医師資格要件を廃止せずに他の条件を整えることで、地方の自治、自己決定権の拡大ということを達成するという事はできないか、ということが一つ。

もう1点、これは逆に立場を書きかえていけば、逆も同じなのですが、「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」ということを優先した場合に、医師以外の者でありまして相当の専門性・経験を有し、かつ相当の研修を受けた者が保健所長の役割を担うことは不可能かということでございます。「地域住民の安全の確保」を優先した際においても、医師資格要件以外の代替案があるのでありましょか、ということでございます。

これをもちまして、ご議論をされて明らかにしていただければ、ということでございます。

次のページに移りまして、今後の議論を行う場合における留意点でございますが、国民の利益というのはどう考えなくてはいけないのかということと、効率的な組織運営とは何かという観点と、今後の社会環境の変化をどう予測するかということと、都市と地方の格差等の論点を考慮しないでよいのかと、この四つの点についても留意して検討を行っていただきたいということでございます。

以上が「議論の方向性」でございますが、最後に「その他の参考事項」といたしまして、そこがまたおさらいになるのでありますが、3項目をあげさせていただきます。

本検討会は、検討会の最中でございますが、平成15年6月27日に閣議決定されました「経済財政運営と構造改革に関する基本指針2003」の中におきまして、「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」という形で運営がされています。

もう1件、参考事項ですが、保健所長の医師資格要件の経緯についてでございますが、保健所法の制定当時におきましては、所長の資格要件というのは技師でございました。この技師というのは、当時におきましては、実質的なところは、医師または薬剤師の中から選ぶという形でございました。正確にいいますと、技術吏員という形で、当時、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健婦、栄養士などが指されておったのですが、当時の保健所長の規定におきましては、所長は技師をもってあてるという形で、保健所には所長、技師、技手、ほかの者を選ぶという形で、技師が2名、技手1名、合計3名がいるのですが、その者の中で、そのうち2名は技師、1名は薬剤師という形の規程になっております。要すれば、当時の保健所は、技師というのは医師または薬剤師から選んだということになります。そういう形で、当時の所長は技師という規程でございますが、昭和23年の改正時におきまして医師資格となっております。

3番目としましては、地域におきます統廃合、保健、医療、福祉の統合の状況におきま

しては、平成15年8月現在におきまして、統合組織におきます保健所の割合は42.1%という形になっておりまして、そのうち統合組織の長が医師である割合は57.1%という状況であるということはもちろん反映しております。

以上が、論点整理メモでありますけれども、引き続きまして、本日欠席されました委員の方々から、この論点整理メモにつきましてのご意見を承っております。そこも若干紹介させていただきます。

小幡委員からのご指摘でございますが、必置規制を外すというものは保健所長が医師でなくなるというのを意味するものでないと。規制の在り方の観点から、保健所長が医師でなければならないと縛っておくのは本当に地方分権の見地からどうか、というものを検討をすべきだということでございまして、保健所に医師を配置しつつも、長については医師でないというか、例外も決める程度の話である、というご指摘を受けております。

次に、櫻井日本医師会常任理事からいただきましたご意見につきましては、志方委員の「軍隊の大將はジェネラル」という指摘を引用されておきまして、大將はあくまで軍人だということをご参考になさるべく、保健所長は、やはり保健所の戦いをするための現場の大將は医師でなければならない、ということをおっしゃっております。

秦委員につきましては、保健所長の任務で最も重要なことはコーディネートの能力であるということをごさしめて、そういったコーディネートをやる際には、必ずしも医師ではわからないこともあるということをおっしゃっております。幅広く柔軟な発想ができる方で、コーディネートの能力が高い保健所長が必要だという形で、基本事項に関してはおっしゃっております。

論点整理と議論の方向性につきまして指摘がございまして、事務局側が整理した論点、主張の二つの軸につきましては、いずれも提供者側からの意見という形で、保健所業務の受益者たる地域住民の視点が少なかったのではないかと、ということをご指摘されています。

SARSや健康危機管理などの公衆衛生の手法うんぬんにつきましては国が一括管理して、きめ細かく地域の実情に合わせるという形で、地域の連携を合わせまして、それぞれの地域の自己決定権を拡大する方向がとれるとよいのではないかと、という形で締めくくられています。

さらに、吉村産業医科大学教授からのご指摘についてでございます。事務局で整理しました二つの論旨、「地方の自己決定権の拡大」というのと、「地域住民の健康保持及び増進並びに安全の確保」というこの二つの論軸を並列に議論すべきではないということをおっしゃっておりまして、なぜなら、国や地方の自己決定権の議論は、保健医療行政をどう円滑に運営するかの議論であって、住民からみた「地域住民の健康の増進並びに安全確保」がまず優先されるべきだ、ということをご主張されています。

したがって、「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全確保」上は医師資格要件を廃止すべきではないということに加えて、現行の医師資格要件に加えて今まで以上の高度な公衆衛生研修を義務付けて、本来の保健所機能の充実を図るべきだろう、とい

うご指摘をいただいております。

以上でございます。

(石井座長) ありがとうございます。それではこのあと、自由にご議論をお願いしたいと思いますが、志方委員がちょっと早めに？

(志方委員) はい。

(石井座長) では、初めにどうぞ。

(志方委員) 私は門外漢ですが、保健行政というのは非常に大きな組織ですから、いわゆる地方分権化した、人にやさしい、市民にやさしい集団としての保健所と、いざという時に市民を守れる強い集団というか、そういうもののどちらが要るか、ということはなく、どちらも必要だと思います。その中間をとるのに知恵が要るわけで、どんな組織体でも最後は人ですから、保健所長という一個人の計画的な要請、そういうものが魅力化しないと、みんな途中で辞めていってしまう。ですから、自衛隊の場合でも非常にアトリションがあるわけで、かなり余裕をもった数だけインプットしていくということを、ここで1回述べたことがあります。

それと、自衛隊の場合、例えば地方連絡部のような場合は、例えば石川県でありますと、小松基地がありますから、地方連絡部長というのは航空自衛隊の人がいつもつくんですね。そういう具合にポスト指定で、ここはもう絶対にお医者様でなければならないと、ここは絶対にもっとマネージメントにたけた人をつけなければならないと。そういうことをある程度、一応決めて、そしてマネージメントにたけた人を長にするときには必ず医学の専門家がスタッフで、副なら副でいるという具合にして、組織として両方の機能に耐えられるようにしておく。そして、全体のバランスを考えると。放置しておきますと、自然にお医者様ならお医者様だけになってしまうと思います。あるいはマネージャーばかりになってしまうということが起こりますので、ある程度枠をつくって。

これからますます肥大化していくとなると、スタッフ組織というのもスタンダード化する必要があるだろうと思います。地域の保健所の中身が、どこへ行ってもピシッとしたスタッフ組織というのがついているという、そういう組織論としての整合性をつけておかないと、保健所長さんが変わると急に保健所の雰囲気全部変わっていってしまうとか、そういうことのないように考えると。私は自衛隊の人事をやっていたときには、それを一番気をつけておりました。

それから例えば、ある県の地方連絡部長や連隊長というのを、その県出身者をつけると、仕事は一見極めてスムーズにいくんですね。土地勘もあるし、いろんな人を知っていますから。しかし、またそういうことを続けていくと弊害が起こってくるということですから、やはりそこは、厚生労働省が中央で見ている、そういうものを逐次修正していくというような、そういう全国の保健所長さんのいわゆる人材の管理をですね。あまり細かいところまで干渉する必要はないけれども、全体として目を配っていくということがないと、やはり地方分権をしていけば、先ほど市長さんがおっしゃったように、何となくしがらみでつ

くってしまうとかそういうことだって、何年かすると残滓のようなものが残ってきますので。ある時期で、バツとそういうレビューをしてですね。干渉はできなくても、リコメンドするぐらいの力を中央がつける必要があると思います。以上です。

(石井座長) どうもありがとうございました。それでは、ほかの方も、ひとつご自由にご発言いただきたいと思います。

(多田羅委員) ちょっと字句のほうで。5ページの上から3行目のところですが、「一カ所の失策が」と記載されていますが、失策といかなくても、例えば所長が医者でないためにSARSであることの認識が1日遅れる、半日遅れると。これは失策ではないと思うんです。いわば不十分。しかし、そのために致命的な影響を受けるということがあるわけです。その影響というのは、今回の関西のSARSの情報などを見ましても、1日の間、あるいは2日ぐらいにわたったのでしょうか、香川県から天橋立まで、小豆島を含めて移動されるということがあるわけです。ですから、半日遅れることは、その都道府県の健康被害だけでなく、圧倒的に全体の状況に影響を与えるというところが、非常に大きな課題かと思うんです。

ですから、このところは統一された水準が保たれていないと、1か所でも不十分なところがあると全体の努力が水泡に帰すと。だから、1か所が不十分であって、その1か所が困るといふのであれば、それはそういう首長を選んだということに住民も納得できるかと思いますが、そういう認識の甘い首長を選んだのだということになるかと思いますが、ほかの都道府県、ほかの全国の努力が水泡に帰すということが現実に起きますので、そういう点から、まさに志方先生がおっしゃったスタンダード化するということでしょうか、基準としてこの保健所長に医者というのは理解いただけないかなというわけでございます。ですから、失策と言わなくても、不十分でも十分危ないわけですので。そういうことかあると思います。

もう一つ、参考事項のほうの②の、保健所長の戦前の話でございますが、これについてもちょっと付加しておきたいのですが、戦前の我が国の衛生行政は、都道府県の衛生行政は基本的に全部警察行政の管轄の中にありました。ですから、このまとめの中でございます「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」、これはA+Bとして非常に質の違うものでございます。この「安全の確保」というのは、戦前には警察行政のほうで、衛生警察という言葉があったような形で、ある意味では伝染病医全盛時代ですので、歴史的な形としてはしかたがなかったということだと思われませんが、伝染病対策などは、人権無視といえますか、圧倒的な警察権力のもとに推進されたわけです。そういう安全の確保というのは警察が、そして同時に結核対策を中心にした健康の保持・増進というのが大きな役割（特に結核対策であったわけですが）として、保健所は制定されたということがございますので。

だからこれでよかったというわけではないのですが、警察行政による安全の確保というのが大きな柱としてあった状況における保健所と、戦後、警察行政から独立したヘルス行

政が推進され、その結果、特に衛生、対物監視、環境監視、そういう監視業務というのが、戦後の保健所に大きな役割として入ってきた戦後の保健所と。監視業務というのは、まさにこの安全の確保という課題でございます。

ですから戦前の保健所は、いわば結核対策を中心にした健康の保持・増進が中心でございました。戦後は、安全の確保ということで、各種の監視業務も推進しているという点がございまして。そういう点から、特にこの安全の確保という点が、保健所の大きな役割として存在すると。この健康の保持・増進の部分だけですと、百歩譲って「医者であることが望ましい」と。私は「ないといけない」と思いますが、「望ましい」というぐらいの表現でとどまるべきかも知れませんが、安全の確保という問題については、その都道府県が健康の増進あるいは保持で不十分であるという程度でとどまるものであれば、その住民が不幸な首長を選んだということであきらめがつかますが、安全の確保がその都道府県でおろそかになると、全体の安全を脅かされるという点をもっているという点が、公衆衛生の最も大事な点ですので、ここの点はどうしてもご理解いただきたい。

そういうふうに、部分と全体の関係がございまして、この地方自治の権限の強化ということは、だれも反対することはございません。ただしかし、そのことが全体との関係でどうなのかという点をご理解いただきたいと思っております。ですから、この安全の確保ということが1か所で守られないと、不十分であっても、全体の努力が水泡に帰すというところがございまして。ですから、その時代において最善のレベルを確保できるように基準を示すということは、これは決して規制とか拘束というものではなく、まさに基準であり、スタンダードだというように理解いただきたいというのが、私の意見でございます。

(金川委員) 今、多田羅先生のご発言を考えながら、何か言葉尻をとるようなふうにご誤解されると大変おかしいのですが、私も二つの観点から少し言わせていただきたいと思っております。今、多田羅先生のお話の中で、公衆衛生施策は国全体で統一がとれないと、1か所の失敗が全体に影響するという。そういうときに、「医師だったら失敗がないけれども医師以外はそういう失敗があるのではないか。失敗がある」というふうに……。

(多田羅委員) だって、その失敗というのは、できる人にしか失敗はできないので。だから今、疾病と戦っているわけですね。だからそのためには、SARSであるかどうかという判断、それができないといけないんですよ。だから、そういうできる人がそこにいると、安全の確保はできないということなんです。

(金川委員) ええ。私も……。

(多田羅委員) だから医師以外といっても、今の医師法からいうと、医師しかできませんから。

(金川委員) ただ、今の法律のもとでとえば、すべてこのとおりの形になるわけですけど。私は先生のおっしゃっているのはよくわかります。医師は医学の領域において非常に教育期間も長く、それなりのトレーニングも積んでいるという形で、よくわかります。医師以外の職種ということに関しては、今の時点では、私はなかなか難しいと。し

かし、ここに相当の、あるいは非常なる研修なりトレーニングを受けるという、で、そのトレーニングの中には先生がおっしゃるようにSARSでありますとか、これから非常に多くなる感染症の問題（多分疫学的な側面、あるいはそれ以外の領域を含めての学問的な中身も入ってくると思います）、そういうものを学ぶということを通して、医師以外でも可能ではないかと思えます。あまり早くから結論を言ってしまったらあれですが。

（多田羅委員） 私、言っているかわからないですが、それは今はSARSですが、何が起きるかわからないということも公衆衛生なんですよ。そして今、ここで一番重要なのは、その役割というのは医者の中でも最も重要な役割なんですよ。「これがSARSである」とか、「これがエボラである」とか、「これが天然痘である」とか、これはありとあらゆるケースがあります。そして、そういう的確な判断を瞬時にできるということは、医者にとっても最も難しい、最も困難な材料であります。ですから、これは医者だといっても不十分なことがあるんですよ。

だから、医者がなったら全部解決するということではありません。その仕事は医者にとっても、ものすごく難しい仕事なんですよ。医者にとっても最も大事な仕事なんです。そのことは、医師法によって定められているんです。それは法律だということではなくて、医者がその役割を社会の中で担っているんですよ。だからそれは決して、3年間勉強した人は看護師さんで6年間勉強した人が医者だと、そういう量的な問題ではなく、職業の分担なんですよ。だから職業に貴賤は何もない。医者はそういう役割を分担しているんですよ。だからそれは3年を6年にしたらいいだろうという、それではないんです。これはお互いに、看護師さんには看護師さん、保健師さんに保健師さんしかできない仕事があるんですよ。それはお互いに尊敬していかないといけない。ただ、その判断するということは医者の仕事なんです。

だからといって、医者が全部できると言っているのではないですよ。だけれど、医者にはやる資格はないんですよ。そしてそのことは、医者にとってもものすごく困難な仕事であり、そのことが医者の中の最も中核をなす部分なんですよ。だから、それを何年か研修したらできるだろうということになると、医師法の体系そのもの、医者の概念そのものの解体とか変更にもつながるようなことで、それではなくて、そこはお互いの仕事の分担だと思っていただきたい。これは分担であり、だから医者が懸命になって社会というものを守っていかないといけない。その仕事は医者の仕事なんですよ。それは決して、量的、連続したものではなくて、医者の仕事なんです。それはそういうふうに理解いただきたいと思うんです。

（福田委員） 「保健所長に求められる能力」ということで、3ページで4項目お示しをいただいたわけですが、栃木県と宇都宮市との保健所の違いというものがあるわけですね。栃木県としての保健所の位置付けというのは、出先機関であると。そして保健所が県内各地に5か所ぐらいあります。ですから、5人ぐらいの所長がいると。中核市35市、それから保健所政令市9市。政令指定都市の場合は複数あるかもしれませんが、中核市ある



いは保健所政令市はおそらく単独だと思います。ですから、宇都宮市の保健所の場合は機能的には出先機関ではないんですね。本庁と同じ機能をもつと。県の場合には保健福祉部長がいて、次長がいて、厚生労働省からおいでいただいています。医療監という医師の資格をもった方がいて、総合マネジメントを本庁でやるということです。中核市、宇都宮市の場合は、保健所というのは本部と同じだと。県の本部と同じです。そういう位置付けで、都道府県と中核市などの保健所の、まず位置付けが違うんです。業務は当然同じですが、位置付けは違う。

そしてまた、県のような場合には、県全体の政策立案、計画策定というのは本庁でやったものを出先機関に実行をお願いするというような形になりますが、宇都宮市の場合には、保健所みずからが計画あるいは策定、そして事業実施ということをやっています。いわゆる総合マネジメントが、宇都宮の保健所長の場合には求められるということです。しかし、県の出先機関の保健所長の場合には、つくられた実行計画を遂行すると、こういうことです。ですから、政策立案機能というものが県の保健所長と中核市などの保健所長の場合には違う。

もう一つ、議会につきましても、県の場合には本部の各課、本庁の各課が対応するが、我々のところでは当然、保健所長ないしは担当課長も対応すると。議会対応ですね。これもまた違う。予算についても、先ほど申しあげましたように、本庁で全部まとめてやる県のスタイルと、中核市、宇都宮市の保健所がやる場合はこれまた違う。独自で予算を計上し、予算の執行をし、決算も行くと、こういうことになりまして。加えてマスコミ対応、これも栃木県の場合には本庁、本部でまとめてやると。しかし、我がほうの保健所の場合には、所長がマスコミ対応も当然やっていかななくてはならないということで、保健所長に求められる能力の中では、県の保健所長と中核市などの保健所長というのは多少違うということがありまして、どちらかというとう都宮市の保健所長のほうが幅広く職務を遂行しなければならないという課題をしょっていると思っております。

求められる能力の中には医学的な部分が書かれておりますが、それ以外の部分も、保健所が一つしかない自治体ほど所長の役割というのは大きいということがありますので、この3ページの4項目プラス1が必要かなと、このように思っております。

(志方委員) 私はいつも具体的なことしかわからないのですが、例えば今、危機管理で、半島情勢が非常に突然に悪くなったような場合に、難民が来るということを考えますと、全体で集まるとしたら、少なくとも数万人、多い場合には20万から30万と。そうすると、新潟、富山、石川、福井と、四つの県に20万人来るとなると、一つの県で5万人ですよ。石川県を例にとりますと、石川県の海岸に、いろんなところにどんどん夜中に上がってくる。そういう場合に、その人たちの健康状態をちゃんと調べて、難民の保護に関する条約というのを批准しているわけですから、ある程度、国際社会にはずかしくないだけの難民の保護をしないといけないわけですね。

そうすると、500人の難民収容所を、石川県だけで5万人来るとなると、100個つくら

なければなりません。その100個の難民収容所の人の健康管理、というか検疫に近いようなことですが、そういうことをやるのに、石川県の場合はどのぐらいの医療圏に分かれているか知りませんが、国の力がそこへ入っていくまでの間、2、3日の間は全部、県が対応しなければいけない。そうすると、県知事が県の医療陣を総動員してやる。そうすると、100個の難民収容所でそれだけの人をやるとなると、もうこれは医学の領域を越えて、ものすごい行政能力が要るわけです。

そういうときには、では国と県と、それから第一線である保健所との役割分担といいますか、こういうものをきちっと決めておかないとですね。最初の2、3日間が大変だと思います。四つの県が全部違う対応をしていると。石川県と富山県が全く違うと。そうすると、3日ぐらいすると厚生労働省が入ってきてピシッと統制するはずですね。それから全国から応援のお医者さんも行きます。こういうようなことになりましたが、最初の初動については、やはり保健所が対応せざるを得ない。そのときの保健所長さんのいわゆるマネージャーとしての能力というのは非常に重要ですから、マネージャーとしての保健所長さんと専門家である保健所長さんというのは、必ず私はペアでつけておかなければならないと思います。そういう危機管理の場合は、どちらがどちらという話ではないのではないか、という気がします。

先般、あれは8月25日ですか、厚生労働省と東京都と千葉県が立ち上がって、SARS患者が2人、疑似患者が成田に着いたという訓練をやりましたが、あれだって、日本の場合はそういうものをきちっとやる法律がまだないですからね。1日の間に30数名も濃厚な接触をしていると。先般、シンガポールの場合も、1日で25名ぐらい接触していますね。そこでもし抑えられなかったら、35の2乗になるわけですからね。2日目にはもう1,000人を超えてしまうという、そういうすごいことになりますので。私は日本ではそういうすごい法律ができるとは思えませんので、やはりそれは第一線のお医者様の、あるいは保健所長さんの、一にそういう能力にかかってくるだろうと。

ですから公衆衛生の意味が、これからの時代と今まででは全く変わったのだという認識をもたないと、大変だと思います。石川県はどうなっているか、ちょっと私は知りませんが、あそこの四つの県は大変だと思います。夜中にそういう人がどんどん上がってきて、自分から申告してこないわけですから。

(石上代理委員) 個別問題にどうも入っていったような気がしますので。この論点メモ、整理メモについて意見を言わせていただきたいと思います。そのあと、またいくつか個別に申し上げたいと思います。

この論点の整理のメモを、若干細かいことと合わせてまとめて言わせていただきますが、最初の要約のところの3行目に「概ね合意を得た」というのは、いかにもまだ早過ぎるのであって。法律に書いてある事項について異論を言うという意味ではなく、このあたりは最終的に総意を書けばいいのであって、ここであえてそういう言い方は必要ないのではないかと思います。