

まず、目的規定の見直しでございます。これは今申し上げましたとおり、国民の健康の保護を図るということを目的の第一に明記したところでございます。

それから、この法律は昭和23年に成立してございますが、その中では、地方あるいは国の責務、あるいは食品等事業者の責務というものは実は書いてございまして、今回、改めましてそういったことを明記させていただいております。例えば、国・地方公共団体におきましては知識の普及ですとか情報の収集や研究などを明記させていただいておりますし、食品等事業者の責任につきましては自主検査を徹底していただく、あるいは記録の保存をしていただく。今、トレーサビリティという言葉が出ておまして、今は努力義務でございますが、そういったことでの責務の明確化をさせていただいたところでございます。

それから、国民等からの意見聴取でございますが、リスクコミュニケーションという言葉を含弧で書いてございます。私どもは管理措置をいろいろとらせていただくわけでございます。例えば基準を定めますとか、そういったことをさせていただくにおいては、国民からさまざまなご意見をちょうだいしていろいろと施策を進めていくということを徹底させていただくということで、法律の中に明記させていただいております。

以下、この下に4つの箱がございます。大きな見出しをつけておりますが、規格・基準の見直し、監視・検査体制の強化、食中毒等飲食に起因する事故への対応の強化、罰則の強化とございます。もちろん、この中で食中毒のところ保健所に一番強く関係するわけでございますが、全体をご理解いただくために、一つひとつの箱を簡単にご紹介申し上げたいと思います。

規格・基準の見直しですが、1つ目の○に農薬等の残留基準等の強化（ポジティブリスト制の導入）とございます。現在、世界に約700ぐらいの農薬があるわけでございますが、そのうち、日本の中で基準がございましてのは229でございます。この基準がないものについては、実はそれが含まれていても、輸入する際に規制をかけることができない今までの制度になってございましたので、それを改めまして、食品衛生法に基準があるものでなければ実際に食品を流通させることはできないという、いわゆるポジティブリストに切りかえてまいります。それを今から3年かけて、まだ約500ぐらいの農薬が残っているわけでございますが、暫時、その基準をつくってまいりたいということをこの中でお示ししております。以下、この中にいくつかご紹介してございます。

それから、隣の箱でございますが、監視・検査体制の強化ということで、特に都道府県のところをご紹介申し上げますが、上から4つ目の「・」の都道府県等食品衛生監視指導計画の策定と書いてございます。今までは、政令によりまして、例えば施設類型ごとに立入検査の回数が大体定められておりました。そういう意味では、県といたしましてはそのパターンに沿って計画をつくっていけばよかったわけでございます。例えば、飲食店は年に12回監視をしてくださいと、こういう基準があったわけでございますが、もちろんモデルパターン、ガイドラインはお示しをしますけれど、基本的には知事さんが地域の实情に

応じてその計画を定めていただく。そして、その計画に沿って保健所の職員・衛生監視員さんが実際に監視をしていただく。こういう形に変えさせていただきます。

その下の「・」に公表と書いてございます。先ほども、私どもは管理措置をとるときには国民の意見を聞きますということを申し上げましたが、都道府県におかれましても、こういった計画を策定していく上においては住民の意見を聞いていただく、いわゆるそれぞれのリスクコミュニケーションをしていただくということを定めてございます。

その隣は食中毒のことでございます。大規模・広域な食中毒の発生時においては、厚生労働大臣による調査の要請をさせていただくことができるようになっております。それから、保健所長による調査・報告についても定めを置いております。

隣の罰則の強化につきましては、表示義務違反等について、従前ですと、6カ月、30万円ということで定めてございましたが、2年以下、200万円までの罰金となっております。法人については1億まで罰金を上げてございます。

こういった大体全体を見ていただいた上で、次のページをごらんいただきたいと思えます。

食の安全については、厚生労働省だけが携わっているわけではございませんで、今回の国会の中で、「食品安全基本法」というものが内閣府の提案によりまして内閣官房から提出されまして、成立をしているわけでございますが、その中で、「食品安全委員会」というものがこの7月1日から設立されております。非常に簡単に申し上げますと、リスク評価を行う機関ということで、私どもはリスク管理の機関でございますが、リスク管理の機関が何か基準をつくりたいと、あるいは何か管理措置をとりたいといった場合に、科学的な評価を独立した機関で実際に審査をしていただいて、その報告に基づいて私どもが管理措置をとっていくということをやっていくことになっております。

その下には、厚生労働省、そして農林水産省のそれぞれの今回の国会で成立いたしました法律について例示を示してございます。これは先ほどの1枚目で見ただいたものと同じものでございます。

次の4ページでございます。食中毒への対応の強化でございます。

一番上の箱の中に○が2つ書いてございますが、1つ目の○には、近年の食品流通の多様化等による食中毒の大規模化・広域化を踏まえ、必要に応じ、厚生労働省が都道府県知事等に対して調査の要請をすることができるということをうたってございます。従前もこれはもちろんできないわけではございませんでしたが、こういったことを明記させていただいたわけでございます。

どんな場合にするのかということでございますが、下の絵にかいてございますとおり、500人以上、または広域（これは他の都道府県にまたがるといった場合）で、かつ、緊急を要する場合について、調査を要請するというところでございます。実際には、これは法律が成立いたしました後ではございませんが、従前ですと、例えば雪印の事件ですとか、大きな事件がいくつかございましたので、そういった時点において対応をお願いしているとい

うところでございます。

それから、2つ目の○でございますが、保健所長が食中毒患者の発生を探知したときには、医師の届出がなくても原因究明のための調査を行うよう規定を整備するとともに、厚生労働大臣に報告をお願いするというものでございます。

従前は、例えば、おなかが痛くなったとって患者さんが主治医のところへ行って、主治医から保健所にご報告をいただき、それから疫学的な調査が始まるという流れでございましたが、実際にその医師の届出がなくても、例えば、保健所長が判断をした、あるいは食品衛生監視員が調査をしている中でそういった事例を発見したという場合に、そういう調査の初動をかけることができる。こういったことを明記させていただいたわけでございます。これも従前からできないわけではございませんでしたが、今回、法律において明らかに明記させていただいたところでございます。

(石井座長) ありがとうございます。ご質問はございませんでしょうか。

それでは、論点メモについてお諮りしたいと思います。論点メモは、1. 基本的事項、2. 論点整理、3. 議論の方向性と項目がございますが、まず初めに、1. 基本的事項と2. 論点整理をまとめて事務局からご説明をいただきたいと思えます。

(櫻井委員) 大変勝手ですけど、前回、私は欠席しまして、大変申しわけないのですが、前回の論点整理に対する議論に参加ができなかったのが、前回に本来発言すべきところを発言させてもらってはいけませんでしょうか。

(石井座長) それは結構です。どうぞ。

(櫻井委員) ファイルの資料の後ろのほうに前回の会議の参考資料が何枚かあって、その前が前回の論点整理になっています。5ページに、議論の方向性・事務局提案というのがあります。ここで議論されたのだと思えますが、私は参加させてもらえれば言いたかったことがあったのですけれど、前は簡単なメモだけ提出して、それは議事録を見ますと紹介をされているようです。この議論の方向性の1に、「地方の自己決定権の拡大と地域住民の健康保持及び増進並びに安全の確保とどちらを優先するのか」と、そういうことがまず書いてあるのですが、この論点整理が全くおかしいと思えます。

このどちらを優先するかなんて、国民の健康保持・安全を優先するのは当たり前なんです。どちらを優先するかなんて議論をしているとしたら大問題で、どんなことがあっても住民の健康保持と安全の確保が最大の課題であって、こういう書き方で議論したとしたら大問題だと思いますので、このときに出ればそれを言いたかったということをぜひ言いたいんです。

今回のメモでそこについて少し触れているので少し安心したんですけど、「住民の健康の保持・増進あるいは安全の確保」という大前提のもとに地方の自己決定権をどうするかという話を議論するならわかりますけれど、この2つを並べることは全くおかしい話で、どちらを優先するかなんていうことを考えるだけでもおかしいと思えます。

もともと、国民の生命とか健康とかを守る、あるいは国民の安全を守るというのは国家

の責任で、志方先生がご専門のまさに有事の安全保障—どこかが攻めてきて、ミサイルを撃ってきたら、どうやって国民を守るのだというのと同じことを平時でやるのが医療であり、公衆衛生であるのだと思います。SARSのウイルスが攻めてきたり、何か有毒物質が攻めてきたときにどう戦うかという話なんです。ですから、それは最優先であるし、それは国が責任を持つ話なので、これは地方分権なんて無理なんです。

新潟県に北朝鮮と拉致問題を交渉してこいとかいっても、それは無理です。それは外交問題ですから。防衛が必要だからといって、沖縄が基地を勝手に自分でつくって、どこかと戦争するわけにはいかないんです。これらは国の責任です。それと同じことが健康とか生命にはあるのだということをぜひ主張したいと思います。

ですから、この問題で問題にすべきは、国がそういう責任のもとで保健所長を医師にするという医師要件を定めながら、その保健所長になるべき医師の養成とか、保健所長に対する処遇の改善とか、そういうことをやってこなかった国の責任なので、それを議論すべきであって、問題点は、医者でなくてもいいんじゃないかという話じゃないんです。おそらく県知事さんとか市長さんは、医者でももちろんいいのだけれど、選ぶ医者がないんじゃないかということが問題なのだと思うので、国がそう決めながらそれを用意してこなかった国の責任を議論すべきで、どうやって保健所長になるべき医師を養成するのか、それにどうやって処遇をするのかということを経験するべき問題だと私は思います。

それが前回の論点整理に対する意見です。

(石井座長) ありがとうございます。大変いい復習になりましたので、よかったと思います。その点は後でご説明がありますけれど、今の櫻井委員のご主張と大体同じような感じにできていると思いますので。

それでは、早速、論点メモの1と2の両方を事務局からご説明いただいて、その後でまとめて質疑に入りたいと思います。それでは、よろしくお願いいたします。

(坪郷室長補佐) それでは、前回と変更した点につきましてざっと説明させていただきます。

2ページでございます。(2) 社会環境変化により近年対応が強く求められている業務です。

健康増進法に基づく、「生涯を通じた保健サービスを受けるための地域保健及び産業保健の連携などの」が追加されております。

それから、「レジオネラ属菌等の水質を汚染する病原生物に関する知識の普及、啓発やいわゆるシックハウス症候群に関する知識の普及、啓発等の生活衛生対策」と、先ほどもご説明がありましたが、「食品安全基本法の制定に基づいた食品衛生対策の強化」が、昨今、保健所に強く求められている業務として追加させていただいております。

3ページでございます。③保健所長に求められる能力でございます。3つ目の○ですが、微修正でございますけれど、「多様な」職種という文言よりは、「多くの」職種という言葉のほうが適切であろうということで、修正させていただいております。

最後の○でございますが、「なお、政令市及び特別区の保健所では、議会对応、予算の編成、施策の企画立案を行う場合がある。」として、すべての保健所長にすべてこういうわけではないので、なお書きとして保健所長に求められる能力ということで追加させていただいております。

4ページでございます。①地方の自己決定権の拡大ですが、「・」の中ほどで、これは中身としては変更しておりませんが、戦後の復員軍医の医師不足の際の保健所長の兼務と、若年の保健所長が生じたということの組織間上の困難をひとくりにさせていただいております。

5ページでございます。これは4ページの②地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保の項目でございますが、「・」の中ほどで、公衆衛生施策は国全体で統一が取れていないと安全を十分に確保できない。例えば、一方所の対処が不適切であったことが全体に影響するため」と修正させていただいております。

次の「・」ですが、「広域的な安全性を確保するため、所長が医師である要件は、必要最低限の基準の一つである。」を追加させていただいております。

次の「・」ですが、「保健所長の現行の要件に加え、今まで以上に高度な公衆衛生研修が必要。」も追加させていただいております。

以上が、論点の基本的事項と論点の整理でございます。変更点を説明させていただきました。

(石井座長) ありがとうございます。続けて、先ほどからいろいろご指摘がありましたが、前回の提案とどのように変わったかという点を強調していただいて、次の3の議論の方向性もお願いいたします。

(坪郷室長補佐) 6ページの3の議論の方向性(事務局提案)でございます。

(1) ですが、委員の先生方のご指摘を踏まえまして、「これまでの議論を踏まえ、「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全」が確保されることを前提として「地方の自己決定権の拡大」の観点から検討する。」と修正させていただいております。

(2) は、前回どおりでございます。

今回、(3) 具体的な検討課題として新たに提示させていただいております。2項目を上げさせていただいております。

①「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全」が確保されるために求められる保健所長の資格要件は何か。

②「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全」が確保されることを前提とした上で「地方の自己決定権の拡大」の観点でできる具体的な内容は何か。

この2点を具体的な検討課題として提起させていただいております。

7ページでございます。4のその他の参考事項で、今回、微修正させていただいた点について説明させていただきます。

②ですが、昭和12年の保健所法制定時の所長の資格要件につきまして、技師(医師又は

薬剤師)とありますように、当時は医師または薬剤師を指すものでございましたということで、括弧書きで書いております。

また、昭和22年の改正時、昭和23年に施行されておりますが、「なお、所長は、医師であることに加え、3年以上公衆衛生の実務に従事した経験又は国立保健医療科学院の行う養成訓練の課程(これらに準ずる場合を含む)が求められている。」を追加しております。

④「保健所長の兼務の状況については、平成15年7月現在兼務の割合は5.2%」と、これまでの検討会でも言うておりましたので、ここも追加させていただいております。

⑤ですが、これも委員から指摘のあった点で、「保健所が診療所として機能する際には、診療所の管理者は医師でなければならない。」という法的な規定がございますので、これも書いております。

⑥は参考資料の話になりますが、保健所及び保健所長の医師資格要件の歴史的な変遷を添付しております。

以上、前回との修正点を手短かに説明させていただきました。

(石井座長) ありがとうございます。

それでは、これからご質問やご意見を承りたいと思います。

(中川委員) 今回から参加をさせていただきます知事会事務総長の中川でございます。過去のいろいろな議論も勉強させていただきましたが、今回初めてということもございまして、私なりの意見を皆様方にお聞きいただければと思っております。私もいくつかの県の経験もございまして、また、この問題に関して何人かの知事の考えも聞いたこともございまして、そのような点を踏まえて、考え方を申し上げたいと思います。

現在、というよりも、むしろずっと一貫してと言ったほうがいいと思いますが、都道府県・市町村という地方公共団体にとりまして、住民の健康を守るという仕事は大変重要な仕事の一つでございまして、知事、市長といったトップにある人間にとってみても、その問題がほかの仕事に対しての最優先事項であることは間違いないわけで、櫻井先生もおっしゃったように、本来、国もそれが最大の責務であるように、地方団体にとっても最大の責務であるということでございます。何らかの事件や事故があれば、首長は何よりもまずその対応に全力で没頭するというのがごく普通の状況ではないかと思っております。

日ごろからの住民の健康保持・安全保持という面において、県、指定都市、政令市、中核市などにとっての機関である保健所が重要な役割をする機関であるという認識は、各首長にとってはごく一般的なものでございまして、その保健所をいかにうまくワークさせるかというのは、いろいろな面において腐心をするところでございます。

保健所は、今、議論もなされておりますし、先生方もご存じのように、所長を初め各種の多様な職種の職員で構成される、いわば総合力を必要とする機関であるように思います。県の機関には、例えば税金を集めるような機関もございまして、そういう機関はごく専門的な知識に特化してもいい場合があると思いますが、保健所の場合は、各種の健康か

ら始まり、あるいは伝染病の問題であるとか、ただ今おっしゃったような食品安全衛生の問題であるとか、医療機関のあり方であるとか、いろいろな面における知識を必要とする総合的な機関という位置づけになっていますし、そのように理解されているだろうと思います。

したがって、保健所の機能を総体として能力発揮させることが、最初に申し上げた住民の安全を守るという観点から必要であるという認識を持っているところでございまして、そのためには、その総合力を向上させ、かつ 100%、120%発揮させるためには、全体をうまくマネージする必要性が非常に高いと、その機関である保健所にとってそういう必要があるという認識を持っているところでございます。

そういう意味からして、このマネジメントの最高責任者である所長は、できるだけ幅広い人材の中から選任できることのほうが、今申し上げたような機能を発揮できるという発想がございまして。医師でなければならないという制限が仮になくなるとすれば、より柔軟な対応が可能になると思うわけでございます。

もちろん、医師が保健所に不要というわけではありません。医師は必ず必要だと思えますが、その配置は必要ではあるけれども、所長が医師である必要があるかどうかについては疑問を持っているところでございます。

また、仮にこのような方向での制度改正が行われましたとしても、現実の保健所長がすべて交代されるというわけではないのはご案内のとおりでございまして、今の所長のほとんどが適任者ということであれば、そのまま所長として活躍をしていただくということではないかと思えますし、また、それ以外の者からの適任者ということを考えることもあり得るのかなと思っております。

結果的にこういう制度改正の方向を示すことが地方分権の流れにも沿い、あるいは規制緩和という流れにも沿うということではございまして、この問題はそういう保健所全体の機能のレベルをアップするための一つの方向として考えるべきではないかと思っております。

ありがとうございます。

(志方委員) 今の櫻井先生や中川先生の話は私も同感に思います。これを読んでいますと、地方分権という流れと国民の生命を守ることが、国民の生命を守るためには医者でなければならない、地方分権でいくとそうでもない、交差しているんですね。それは全く次元の違う問題で、櫻井先生がおっしゃったように、まず国民を守るということが基本にあって、その一つの方法として、どっちがいいかということですね。

今までは地方分権で来たと思います。どんどん地方分権化してきた。しかし、こういう新しい状況の中では、どのくらい国家が関与しなければならないかという状況が出てきたので、そこをどう設置をするかということが問題なのであって、保健所長が医者であるか、そうでなくてもいいかという問題ではないんですね。むしろそちらの問題は、どちらだったなら国民を守れるかと。お医者さん以外の人になったら国民は守れないのかといった

ら、そんなこともないと思います。

病院と保健所は違うわけですが、例えば、最近あった、検体の中にがんの細胞があって、違う人を手術してしまったなんていうのは、これはお医者さんだったら防げたのかと。お医者さんでないほうが防げたのではないかという気がしますし。ですから、5%もお医者さんが兼務しているというのだったら、全体の原則は原則として持っていて、数%ぐらいはお医者さん以外の者にも適任者がいれば出るというようにしておかないと、組織全体としてのモラルが落ちるのではないか。

私は医学のことはわかりませんが、ずっと自衛隊にいまして、自衛隊の中にはいわゆる防衛庁の官僚といわれるシビルの方と、ほとんどが制服です。この人間をどうするかというと、今の議論でいくと、防衛庁のいろいろなものは制服を着た人でなければならないという話になってくる。そうではなく、ポストによっては、あるいは同じポストでもある時期においては、制服でないほうがいいという場合もあるわけです。ですから、そういうものをある程度ミックスにする。

例えば、自衛隊の場合ですと地方連絡部長というのが各県にいますが、これはほとんどが制服がやっているわけですが、そうでない、例えば、今、基地問題が大きくなって、行政的な手腕が要るという場合にはシビルの人が行くというようにして、50いくつのポストのうち7つぐらいはそういう人が行っています。

それから、やはりお医者さんがいいということであれば、これは10年計画ぐらいで、公衆衛生の経験もたくさんある人にする。3年間ではだめだと思います。3年でできるのなら、専門家にはならないと思います。ですから、600人近い保健所長を5~6年でやるとなると、年に100人ぐらいは補充しなければいけないわけですね。その100人を計画的にやるというのが10年ぐらいかかるのだったら、その10年ぐらいの間は少なくとも数%の人間についてはお医者さんでなくてもいいのだという、そういう少しアローアンスがないと、オール・オア・ナッシングだったらこの委員会そのものが要らないわけです。

この4ページと5ページを読んでも、地方自治の拡大のところにはお医者さんでなくてもいいということが5つ書いてあって、国民の安全のため、地域住民のためにはお医者さんでなければならないというのが10いくつもあるわけです。これは私はアンバランスだと思います。ですから、①のものもちょっと観点を変えてやったほうがいいと思います。医療界というのはお医者さんだけでもっているわけではないので、それを支える何十人の人がいるわけですね。

自衛隊で言うと、パイロット1人が空を飛んでいるためには40人の人が地上で働いているわけです。その人たちにもある程度オポチュニティがなければ、組織全体として死んでしまうわけです。ですから、オール・オア・ナッシングよりも、その時と状況による、それから養成ができるまでの間は少しアローアンスを持ってもいい、というのが私の考えです。

(櫻井委員) 志方先生に教えていただきたいのですが、軍隊が戦うときは、この間おっ

しゃったゼネラルである大將は軍人なんじゃないですか。

(志方委員) それはそうです。

(櫻井委員) そうですね。まさにそうなんですよ。保健所というのは現場で戦う軍隊ですから、大將は軍人でなければ困るんですね。もちろん軍隊の中で支える人がたくさんいるように、保健所だっていっぱいいろいろな人たちがいて支えてくれているわけですし、パイロットの役をする職員もいますし、それを支える人もいます。さらに、県知事さんとか市長さんとか、まさに軍隊でいえばその上に立ってシビリアンコントロールをしている制服組がいます。県知事がいて、県の福祉衛生部長とかいろいろいて、その下で軍隊として戦っている保健所だからこそ、所長は軍人である医師でなければ無理だということを申し上げているわけです。

ですから、志方先生のおっしゃっていることは半分納得するけれど、途中からは違うところがあると思うのは、じゃあ、大將は制服でもできるじゃないかと、広い幅から選んだほうが良いといっても、戦争できないでしょう。

(志方委員) もちろんそれはわかるのですが、例えば、自衛隊の地方連絡部というのは県知事が直接接する自衛隊の代表ですね。この中にはシビルもいるんです。必ずしも制服だけではないんです。今言ったように、数%はシビルなんです。ですから、その時と状況によって、今その県ではこういうことが問題だと、いわゆるコンバットしているわけではないという場合には、むしろそういう人が良いということです。そこにアウトブレイクがあって大変なときには、やはりそういうことができる人が行かないといけないだろうと思います。

(櫻井委員) だから、その役は、県で言えば、衛生関係では保健衛生部長とかそういう人たちがいるわけですよ。それは今どのくらいかは知りませんが、半々くらいか、むしろ医師でない人がこのごろ増えているんじゃないでしょうか。昔は衛生部長といえば全部医師だったんですけど。ですから、それはおっしゃるとおりなんです。

そうではなくて、その下でおっしゃるとおりアウトブレイクだということで戦いに行く人、軍隊でいえば武器を持って戦いに行く人の大將が保健所長なんです。ですから、それは軍人でなければ無理じゃないかなと思うのですが、どうでしょうか。そこも制服で構わないんですか。

(志方委員) それは状況によると思います。今、ワッとやってお医者さんを徹底的に入れる、お医者さんの集団がバンと来るような場合には、やはりそのチームはお医者さんでなければいけないだろうと思います。しかし、今、5年計画で地域とのコミュニケーションを取り戻そうとかというときは、そうでなくてもいいという場合もあると思います。戦争になったら全部制服です。

それにしても、この4ページと5ページがあまりにもアンバランスだと思います。これだったら、もう結論は出たと同じですよ。

(秦委員) やっぱり書き方ですね。先ほど櫻井先生がおっしゃったとおりで、地方の自

己決定権を拡大すると地域住民の安全が確保できない、みたいに読めてしまう書き方なので。でも、地方自治体の長の方も必死になって安全を確保するためにいろいろな面から頑張っていると思うのです。それについてはやはり書き方がちょっと変だなというのは、私も思います。

それから、先ほど、5.2%兼任があるということが書いてあったのですが、例えば、茨城県の例で見ますと、とんでもなく離れた保健所を兼任なんです。たまたま土地勘がありますから、ここここでこんなに離れたところの保健所長を兼任では、ちゃんとした仕事はできないんじゃないかなと思って読みました。

ですから、今、志方先生がおっしゃったように、どうしてもそういう人材がないというときには、SARSのように国が即座に対応しなければいけないこともあります。その地方、地方の独自のすごく大きな問題を抱えているところもありますので、そういうことについてはその自治体でも特別にそういうことを一生懸命やっている方で、コーディネート能力のある方がやれるという余地は、やはりあったほうがいいんじゃないかなと思います。

結果的に、例えば、医師要件を外しても99%が医者になるかもしれないと思いますが、それはそれで構わないのですけれど、地方でどうしてもそういう状況がないというのであれば、実際には働けないほど離れたところの兼任にするよりは、そこの地方で本当に力のある人になっていただいたほうが、実質的に仕事ができるのではないかなという気がします。

(志方委員) もう少しつけ加えますと、外務省などでも、今、大使が行っていない、大使館のない国がいっぱいあるわけです。小さい国は4つぐらいまとめて大使をやっているわけですね。しかし、今、こういう情勢になると、小さな国でも国際的にもものすごく大切な場合に、もう対応できないというのが現状なんです。それはアメリカやイギリスなどに大使が行っている分にはいいんですけれど、この国はどこにあるのかというような、そういう国で何か起こったときに、そこにも日本人がいてということになって。この問題はそれとよく似ていると思います。

それで、この問題は、医師であるかないかという話ではなくて、国家がどの程度関与するかという話になる。原子炉災害のときはオフサイトセンターというものをつくって、上下関係もない、左右関係もない人間が一つのフュージョンプロセスのような中に入ってやるわけですね。自治体も国も一緒になってやる。

ですから、SARSなどでも、アウトブレイクした場合には、国がどういうチームをそこに派遣して、地方とどうやってそこでマーキングして適切な処置をとるかという、そちらのほうが重大だろうと思います。

この間ここで話したかもしれませんが、例えば、米軍などの場合は、何か起こると、10時間以内に中央からヘリコプターに乗ってすっ飛んで来るんです。7種類ぐらいの隊があって、どうもこれらしいと思ったら、それに必要な専門家がすっ飛んで来るわけです。も

う地方もへったくれもないですね。いきなり国がドーンと入っていってしまう。そういうものをSMART（スペシャル・メディカル・オーグメンテーション・レスポンス・チーム）とって、まさにスマートで、ひどいときにはチャブレン、お坊さんまでついていくということで。それはマスカジュアリティが出た場合ですが。お医者さんも必要だけれど、そういう宗教家も一緒に行く。それぐらいのことまでやっているわけです。

この問題は、100%医者でなければいけないか、あるいはそうでないか、ということ議論するのではないのではないかと。むしろそれは今おっしゃったように、なるようになっていくのではないかと思います。そういうお医者さんが10年ぐらいで出れば、もう問題はないんじゃないかと思います。

（多田羅委員） これは私は第4回の議事録でも言っていることですが、論点の整理のところ、中川委員や志方委員のおっしゃったことについてちょっと復習させていただきたいのですが、まず、中川委員のおっしゃった総合力ということですが、本日の論点整理メモの4ページに、②「地域住民の健康の保持及び増進並びに安全の確保」と項目が上がっております。これが現在の保健所の役割であろうということでは、今までの議論の中では一致してきたと思いますが、しかし、この「増進」と「安全の確保」というのはかなり質が違う。

つまり、「地域住民の健康の保持及び増進」というのはその地域の人たちの健康の保持・増進であり、それに対してはもちろん総合的な力で推進されていく必要がある。それゆえ、もちろん私はこれは医師のほうが望ましいと思いますけれど、これについては総合性というのが担保されて議論される場合もあるかも知れない。もしこのところの政策が不十分であれば、そういう知事を選んだ県民が不幸であったという結果で済むという意味で、自治というものの意味の中で理解できるかもしれない。しかし、この安全の確保というものについては、もし1つの県、1つの保健所で1つのことが不十分であれば、それはたちまち日本全国、あるいは世界にまで影響を及ぼしてしまうという、その地方だけで解決できない、まさに戦争をしているわけです。そして、それがいつどこで起こるかわからない。ですから、常にすべての場所についてミニマムのネットを張っておかなければいけない。

ですから、「保持及び増進」と「安全の確保」というものは重層的に考えていかなければいけない。「安全の確保」というものについては、一時おくれるだけで日本・全世界に影響を及ぼすということからいくと、保健所長は、健康危機発生時に緊急の対応が求められるということになります。そして、具体的にはそれがSARSであるとかエボラであるとか、そういうことが判断できるということが何よりも求められることになるので、その部分については、ミニマム、医者でなければいけない。しかし、その判断たるや極めて難しいし、それなりの判断力が要る。ですから、それについての強化ということは極めて必要であり、今後とも国がそういうものの体制をつくっていかねばいけないし、その確保には国が関与していかなければいけないだろう。