

2013年7月19日

厚生労働大臣 田村 憲久 様

日本自治体労働組合総連合  
中央執行委員長 野村 幸裕  
公衆衛生部会長 石原 昭彦

2013～2014年度保健所・市町村公衆衛生  
関連制度政策要請について

私たちは、2013年度の政府の行政執行並びに2014年度の政府予算案の編成に対して、国民のいのちと健康な暮らしを守るため、下記の要求事項を提出しますので、憲法第25条の基本理念の実現に責務を負う国・厚生労働省として誠実に対応し解決されるよう要求します。

記

**I** 東日本大震災及び原発事故対策の総合的推進

2011年3月11日の東日本大震災では、東北3県の未曾有の大被害と併せて、関東近県においても津波や液状化により激甚災害をもたらした。

また、福島第一原子力発電所の放射能による人災は、広域的な被害をもたらし、長期に及ぶ影響が懸念されていることから、被災された方々のいのちと健康を守る政策を最優先に実施されるとともに、低線量被ばくの健康調査等、次のとおり対策の強化を図ること。

1 震災被災者のいのちと健康を守るため、国として万全の対策を講じること。

- ① 被災者の健康管理の徹底を図ること。特に、仮設住宅等での生活をされている被災者の健康状態（循環器疾患や心のケア）に関する対策を強化すること。

厚労省：H23年度の第三次補正予算において、被災地健康支援臨時特例交付金を計上した。各当初24年度末の期限を25年度末まで延長した。心のケアについては岩手・宮城・福島三県の心のケアセンターを設置。訪問も含めケアしているところ。従事者の心のケアについても支援者支援している。基金額は23年度28億円、25年度18億円(単年度)。

- ② 被災地域の保健所及び保健センターの正規職員の増員を図り、財政支援すること。また、健康管理の重要性等から、被災地の保健所長の兼務の解消に向け公衆衛生医師の採用及び派遣を国として支援すること。

厚労省：一般的に職種は地方交付税で措置されている。公衆衛生医師(公衆衛生医師確保法)などの中長期派遣は総務省の震災復興特別交付税で措置されている。被災地の派遣については、現在把握していない。被災地健康支援事業での非常勤雇用は医師以外を含めて90名ぐらいであった。職員募集及び採用は任期付き職員で応募は少ない。正規職員となると地方交付税での対応となるので難しい。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

- 2 被災地の自治体職員及び長期派遣職員のケアについても健診などを充実させること。
  - ① 被災地の自治体職員は本人も被災しながら住民のために奮闘している。体と心のケアを自治体任せにせず、国として十分な援助を行うこと。また、派遣職員についても同様に行うこと。
- 3 原発事故における放射能対策の充実を図ること。
  - ① 「福島県民健康管理調査」に積極的に関与し、住民の要望等を取り入れ、信頼と安心のできる健診内容とするよう関係省庁に対応を求めること。
  - ② 住民の放射線被ばくの不安が大きいことから、内部被ばくや甲状腺の検査ができる機関を東北・関東圏域に増設し、希望者が無料で健康診断できる体制を確保すること。また、費用は全て国が負担すること。
  - ③ 地方衛生研究所においても、井戸水や食品、母乳等の放射線測定ができるよう機器の設置及び人員の増員を行うこと。
  - ④ 住民の被ばくによる影響を長期的に調査・管理し、万全の対策を講じること。また、低レベル放射線の健康影響について、厚生労働省として調査研究を行うこと。
  - ⑤ 農産物・食品また汚泥や焼却灰等の放射能に汚染された物の保管や廃棄場所・方法等について早急に対策を講ずるとともに、解決に向けて対策を公表すること。
  - ⑥ 今回の原発事故を経験して、国としてどのように備えていくのか明確にすること。

## Ⅱ 公衆衛生・社会保障対策の総合的推進

- 1 健康で豊かな暮らしを居住地に関わりなく国民諸階層すべてに保障する『憲法第25条の基本理念』（ナショナルミニマム）の実現こそ、国（厚生労働省）の基本的任務（厚生労働省設置法）であることから、社会保障費削減の「構造改革」政策の継続推進をやめ疾病予防・健康増進の公衆衛生行政を前面に医療保障・社会福祉との総合的連携による社会保障制度の拡充強化を図ること。

厚生労働省：国民皆保険、皆年金達成から半世紀たち、少子高齢化が進展し、雇用環境の変化や貧困格差問題等社会は大きく変化している。こうした中「安心の支え合い」として、社会保障を守って、時代の要請にあったものに変える必要があると考えている。社会保障制度改革は、消費税の充当先を、高齢者の経費から孫の世代、子育ての経費まで全世代対応型の社会保障対応に転換を図る。必要な政策を展開していきたい。昨年成立した社会保障制度改革推進法にも健康の維持増進、疾病の予防、早期発見などを保持増進が規定されているので必要な施策を展開していきたい。

指針の考え方も新しいニーズに対応するためであり、行政の後退という考えはない。ただ財源自体は変わらず上限が決まっているため、ニーズに合った施策を展開していくことになる。

- 2 「地域主権戦略大綱」は憲法の『国民主権』原理を蔑ろにするものであり、その前身である「地方分権改革推進委員会の「第1～3次勧告」は「義務付け・枠付けの見直し」を名目に「公衆衛生の無料原則」（地域保健法）や「都道府県健康増進計画」をはじめ、各種

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

「公衆衛生関連計画」（健康増進法等）の策定義務、「保健所長の医師資格要件」や「保健所職員の職種要件」（地域保健法等）、「食品等試験検査施設」（食品衛生法）等の必置規定の廃止及び「保健所の広域連合による設置や業務委託」などを求めているが、これは我が国の公衆衛生制度の根幹を解体するものであることから、方針を転換すること。

また、「健康増進計画」については、内容等国が責任を持って把握し指導していくこと。

**厚労省：義務づけ、枠付けの見直しは地域にあった地域の自主性をもたせるもの。国としては必要な意見は述べていく。医師資格要件を条例にと意見を出している。都道府県の食品等試験検査施設の必置規定はそのまま。施設整備について条例に盛り込んでいる。地域の「健康増進計画」は国としても、内容把握していきたい。作成されたら提出をお願いする。**

### 3 「健康日本21」（21世紀における国民健康づくり運動）について

① 「健康日本21（第1次）」（21世紀における国民健康づくり運動）は、多くの計画課題（数値目標）の実現を途中で放棄し、「メタボリック・シンドローム予防戦略」に取って代わられた。当該戦略は「ハイリスク・アプローチ」中心であって、医療給付費削減を目的とするものであることから、新たに本来の『ヘルス・プロモーション』に根ざした『地域丸ごと健康づくり計画』（仮称）を国民参画のもとに策定すること。

② 「健康日本21地方計画」については、「健康日本21（第1次）」（政府計画）の限界を乗り越え、計画の策定から実践へと住民主体の健康な地域づくりを進めている取組みが相当数見出されるので、当該地方計画を『地域丸ごと健康づくり計画』（仮称）の先駆的事例として検証するとともに、その普及促進と実効性の担保のため、国として積極的な財政支援措置を講じること。

**厚労省：「健康日本21」の第2次はH24年7月に大臣告示し、国民の健康の増進の総合的な推進のための基本方針として出されている。都道府県や市町村の方針についても記載があるが、全体で進めていかねばならない事項であり、国としても支援していく。具体的には、スマートライフプロジェクトを展開し、自治体や企業や民間の優良事業の大臣表彰を行っている。健康増進に関しては政府の成長戦略にも組み込まれている事項で、予算確保に努めたい。**

**本年3月の第1回の表彰は166団体、大臣表彰は静岡県、健康局長表彰は松本市などで民間も表彰された。**

**力のない方をすくい上げる施策をという質問であるが、まずは幅広く1次予防を中心に行うのが基本で、重症化予防については医療的な観点で、個々の疾病に特化した施策がある。また、今年度から重症化予防に役立つような保健指導の開発について、5年間の戦略研究という形で公募している。**

③ 「健康日本21（第2次）」の策定に向けては、「健康格差の縮小」が目標の一つに挙げられている。特に中小企業従事者や非正規労働者、低所得者の健康対策を向上させること。

### 4 『地域丸ごと健康づくり計画』（仮称）と『健康増進法』の抜本的改正について

① 『地域丸ごと健康づくり計画』（仮称）は、国民諸階層すべてが“生きがいと人生の喜び”を享受できるように“身体的、精神的かつ社会的に健康で人間的な暮らし”の保障を目指して、健康問題の規定要因である保健・医療・福祉サービスはじめ、住居、雇用・労働条件、教育、文化及びまちづくりなどの社会経済的条件並びに自然環境条件等の健康な暮らしに影響を及ぼす諸環境の改革・改善に真正面から取り組むものとし、『アルマ・アタ宣言』に始まるWHO（世界保健機関）のヘルス・プロモーションの基本方針を踏まえた実効性のある総合計画とすること。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

- ② 『地域丸ごと健康づくり計画』（仮称）の法的根拠と実効性の担保として、抜本的に『健康増進法』を改正すること。現行の「健康増進法」は、健康問題を国民の自己責任とする「生活習慣病」論に立って、保健事業に対する公的責任を曖昧化する一方、営利企業への市場開放を促進するものとなっているので、憲法第25条の基本理念に立ち返り、『ヘルス・プロモーションの基本理念』に立脚した新たな『健康増進法』へ再生を図ること。

### 5 地域保健法の全面改正について

- ① 「地域保健法」は、保健所の統廃合と大幅削減をもたらすとともに、福祉事務所等との合併や危機管理機関への偏重等を推し進め、“対人・対物”の公衆衛生機能の総合性を低下させる一方、事務的管理機関へと変質を加速させるなど、我が国の公衆衛生行政の体系を著しく傷つけてきた悪法であるので、直ちに全面改正すること。

- ② 保健所に関する規定については、憲法第25条が国民すべてに保障する『健康権の理念』を日本全国あまねく実現するために、旧保健所法の保健所設置基準「人口10万に1箇所」の規定を復活させるとともに、公衆衛生医師の複数配置をはじめとする保健所専門職員等の確保並びに所要の財源保障を図り、保健所が公衆衛生の第一線機関として役割を十全に果たせるよう抜本的に見直すこと。併せて、政令市の区長や地域振興事務所の下部組織になることなく、独立性を尊重すること。

厚労省：地域保健法は人口の高齢化・出生率の低下・慢性疾患を中心とした疾病構造の変化や地域住民のニーズの多様化など保健衛生行政を取り巻く環境の変化に対応するため改正された。保健所は広域的専門的な対応の拠点として位置付けられ、身近で基本的なサービスは、市町村で実施することとなった。

- ③ 保健所長の医師資格要件は、保健所が公衆衛生の第一線機関として、また医学・公衆衛生学を中心とする専門的技術機関として十全に機能を発揮するうえで極めて重要な要件である。今12年4月の大阪府、滋賀県で歯科医師の所長が配置され、実際の運営上に支障をきたしていることから、地域保健法の「資格要件」の緩和規定は廃止すること。  
なお、当該緩和規定の廃止までの間における当該規定の運用に関しては「例外的措置」として厳格に運用するものとし、在任期間をできるだけ短くすることや医師の確保等、地方自治体を指導すること。

厚労省：地域保健法施行令第4条第2項の規定に基づく医師でない職員の保健所長に充てることができる規定は、厳格に地方公共団体の長が運用しているものと考えている。H16年に公衆衛生医師確保推進室を設置して、医師の登録と募集等マッチングを行なっている。その他サマーセミナーやデジナビのメディゲートへの掲載等の取り組みを進めている。

- ④ 市町村保健センターについては、必置機関として明文化すること。併せて、施設・設備の整備、保健師等専門職等の確保等の必要な財源の保障を盛り込むこと。

厚労省：市町村保健センターについては、H6年に設置を位置づけ、保健活動の拠点として整備するよう指針に記載した。財源についてはS53年から国庫補助制度によって、施設整備を進めてきたが、三位一体改革に基づき、18年度予算より廃止され、税源移譲された。現状でそれを戻すのは難しい。現在2千数百箇所のセンターがあると思うが、類似施設もあり未設置市町村の把握はしていない。必要性は各自治体で判断していると考え。事業予算も一応交付税措置されているので、他部署との連携や工夫で実施していただきたい。

## (’13年7月19日 厚生労働省交渉・概要)

- ⑤ 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の一部改正案において、「自助及び共助」を前面にだすことは公的責任の後退であり、公衆衛生の弱体につながることから、「国や自治体が地域保健対策の推進を主体的に担うこと」を前面にだすこと。

厚労省: 今回の改正は、少子高齢化等社会環境の変化で地域保健の役割が多様化し、国民のニーズに対応することが困難なため、このような形で盛り込ませた。効果的、効率的な地域保健対策を推進すると共に、ソーシャルキャピタルを活用した取り組みを推進するとしたもので、公的責任を後退させるものではない。

- ⑥ 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の一部改正案において、「ソーシャルキャピタル」という言葉は、まだ一般化されておらず、絆や結びつき等の概念として使われることもあることから、他の語句の使用を検討されること。

厚労省: ソーシャルキャピタルの活用については、地域保健対策を推進するうえで有用性が高いというのが地域保健対策検討会での一致した意見であり、ソーシャルキャピタルという用語を使用することにした。農水省や内閣府でもソーシャルキャピタルの用語を使った調査報告書なども出されている。徐々に一般化されてくるものと考えている。様々な会議等でも説明しているし、今後も広めていきたい。

- ⑦ 「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の一部改正案における追加事項で、「監視員等の資質向上等を通じて」の記載は、あたかも食品衛生監視員の資質が低下しているように読み取られ、憤りを感じる。監視件数の減少は、保健所の統合や監視体制の集約化により監視員の減少及び専任体制がとれなくなったためであり、「監視員等の増員等を通じて」に訂正し、併せて増員に向けた施策を早急を実施すること。

- 6 「高齢者の医療の確保に関する法律」は、国の医療給付費削減に主目的があり、国民の健康保持と疾病の予防、受療、機能訓練等の保健事業を二の次とし、公的責任を放棄するものであるので廃止すること。

- ① 「特定健診・特定保健指導制度」は、医療給付費削減を目的に、「内臓脂肪症候群」対策に健診内容を矮小化し、重大疾病の早期発見・早期治療を疎かにするとともに、「健康・疾病自己責任」を強要するものであり、また無保険者の受診権を剥奪するなど諸種の問題点があるので、抜本的に見直すこと。

- ② 2013年度からの新たな制度は実現せず、逆に医療費適正化（医療費削減）が強化された感がある。国の支出を抑えて国民負担を増やす制度は問題があるので再検討すること。

- 7 保健所・市町村公衆衛生の人員・体制整備について

- ① 保健所長の兼務状態の解消、医師の複数配置を早急を実現するため、『安心と希望の医療確保ビジョン』を確実に履行し、公衆衛生医の確保環境を抜本的に改善すること。

厚労省: 近年、医師は、毎年4,000人程度増加する傾向にあるが、更に医師数を増やすために、H20年度から文部科学相と連携して医学部の入学定員を増加させてきた。21年度以降も「安心と希望の医療確保ビジョン」を踏まえ、25年度の医学部入学定員は19年度から1,416人増やして、9,041人と過去最大になっている。一方で公衆衛生医師の確保では、公衆衛生医師確保等登録事業やデジナビ・メディゲート等を活用しながら公衆衛生医師確保に努めていきたい。

保健所が支所化されたり、福祉と統合されるなど、所長としての環境が悪化していることや保健所でなくなれば所長としてのステータスも落ち、医師が集まりにくいことも理解しているが、表立っては言えない。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

- ② 保健所と市町村における医師、歯科医師、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、獣医師、精神保健福祉相談員（士）、ケースワーカー、理学療法士、作業療法士、心理判定員、運動指導士、臨床検査技師、診療放射線技師、統計技術者及び衛生監視員等の必要な公衆衛生専門技術職員及び事務職員を確保するため、『配置基準』の設定と財政支援措置を図ること。

また、資質の向上等研修も必要であることから、任期付や嘱託ではなく、原則正職員による採用を指導すること。

- ③ 保健所及び市町村保健センターの建設費・設備費、人件費及び事業費などに対する国庫負担制度の法制化を図ること。

厚労省：②③で、人件費等の保健所に必要な経費については、地方交付税措置によって財源移譲されているところであり、そちらで財政措置されていると認識している。

- ④ 保健所・市町村公衆衛生部門において、“健康教育・健康相談・住民組織活動・健康づくりの環境整備”など、いわゆる〈ポピュレーション・アプローチ〉が母子保健から各種保健事業全般にわたって、地区分担制による公衆衛生看護業務として本格的に展開できるように、保健師・管理栄養士等の関係専門職の増員を含めて制度的かつ財政的な措置を講じること。また、管理栄養士の地域保健活動の向上に資するため、地域栄養学や公衆衛生学の基礎教育を図らきたい。

- ⑤ 「公務員定数削減方針」を撤回するとともに、事務職員の保健師への置き換え等による保健師増員ではなく、保健師等必要な専門職は純増とするよう自治体を指導すること。

### Ⅲ 保健所・公衆衛生行政の充実強化

- 1 保健所における公衆衛生活動は、あまねく国民に対して疾病予防、健康増進及び生活・環境衛生分野まで公的責任で応える義務があるが、近年の保健所の解体、変質では、随所に公的責任を放棄するような方針、施策などが多く見受けられる。国として、保健所の充実強化を図るため、以下の措置を早急に講じること。

- ① 保健所を公衆衛生の第一線機関として、地域住民のあらゆる健康要求に公的責任をもって応えられる科学的技術的中枢とし総合的に整備・拡充すること。

- ② 保健所の所管区域の設定基準を人口10万人に1ヶ所（政令指定都市については、1行政区に1ヶ所以上）とし、地域保健法を改正すること。

また、現時点において管轄人口の極端に多いところについては、保健所として機能できる体制となるよう指導すること。

厚労省：地域保健法第5条第2項で所管区域を定めている。基本指針においても、都道府県のほか政令指定都市、中核市、保健所政令市、特別区での所管区域が示されている。よって保健所を概ね10万人を基準として設置するものとしていた旧保健所法の施行令第2条が削除された。地域保健法において、保健所を地域保健対策の広域的、専門的かつ技術的な拠点と位置付けて、そのことを所管区域の面から裏付けようとしたものと理解されるので、このような改定の経緯に照らすと、現在の保健所の設置基準を要望のように変更することは考えていない。各政令指定都市の保健所の設置については、基本指針を尊重し、地域の特性を踏まえて判断していると考えられる。

## (’13年7月19日 厚生労働省交渉・概要)

③ 保健所運営費に係る地方交付税措置については、地域の実情に即した配分を行うよう関係省庁に要求すること。

④ 保健所業務を「健康危機管理」に特化させる動きがあるが、これは憲法第25条に基づく公衆衛生の第一線機関としての保健所を解体に導くものであるため、反対すること。

厚労省：地域保健対策の推進に関する基本的な指針においても、健康危機管理体制の管理責任者は地域の保健医療に精通しているという観点から保健所長が望ましいと記載しているところで、保健所は健康危機管理上重要な役割を担っていると考えている。しかし、保健所の業務はそれのみに限らず、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を有していて、幅広い役割を担っている。健康危機管理に特化させているというような認識はしていない。

⑤ 保健所の広域連合による設置や共同処理方式の導入の目的は、人件費及び運営費用の削減である。管轄区域の広域化と保健所の弱体化につながるため、広域連合及び共同処理方式の導入を行わないこと。

⑤ 保健所の広域連合による設置や共同処理方式の導入の目的は、人件費及び運営費用の削減である。管轄区域の広域化と保健所の弱体化につながるため、広域連合及び共同処理方式の導入を行わないこと。

2 保健所は地域における健康状態を分析し、健康改善における課題を明らかにし、解決への施策化を図る役割が求められており、そのためには公衆衛生の第一線機関として独立性・自立性が不可欠です。ところが現状は、保健所と福祉事務所の機構統合並びに政令指定都市における保健所の「区」機構への編入などにより、保健所の公衆衛生の第一線機関としての機能が損なわれる事態が起きていることから、本来の保健所機能が発揮できるよう独立した行政機関とするよう地方自治体を指導すること。

厚労省：保健所と福祉事務所との機構統合が進んでいることは承知している。ただし機構統合によって、保健所による地域保健対策の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を損なうことのないよう配慮することが必要であり、そのようなところに対しては、助言をしていきたい。なお、地方公共団体が、地域の多様な行政需要に応じつつ、各地域の地理的条件や社会経済的条件の下で最高なサービスの供給体制を構築し、地域住民へのサービス提供体制の一元化と職員配置の効率化のための機構統合は、各自治体での判断として尊重されるものである。

3 保健所の機能強化の重要な方策として位置づけられていた地域保健推進特別事業費が廃止されたが、保健所の公衆衛生の第一線機関としての役割と責務はますます重要となってきた。地域の特性を踏まえた機能強化を図るために、十分な財源を伴った施策を創設すること。

4 保健所の対人保健と環境食品衛生・試験検査機能を“車の両輪”として充実させることにより、公衆衛生の総合性を一層充実強化すること。

厚労省：保健所においては、精神保健や難病対策の保健サービスのほか、食品安全に関する監視指導、検査業務の専門的かつ技術的な業務を担っている。様々な業務があるので、必要な支援をしてきたい。食監・環監の人員や監視件数であれば、その旨明確に記載してほしい。

5 公衆衛生関係の最新情報の研鑽を図るため、研修制度の充実強化を図ること。

6 試験検査機能については、集中化及び安易な民間委託や事業者による「自主管理」への転

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

換を行わないよう地方自治体を指導すること。

厚生省：地域における健康危機管理のあり方や強化については、地方衛生研究所などが地域における専門的な試験検査機関であり、科学的な基礎付を与える機関と認識している。民間委託や事業者による自主管理についても、地方公共団体の判断と指導の下に行われているものと認識している。

7 保健・医療・福祉など健康な暮らしに関わる住民の声や地域の要求を保健所の施策や業務運営に反映させるため、保健所運営協議会を必置機関に戻すものとし、地域保健法を改正すること。

8 保健所の健康相談業務は、憲法第25条の生存権、健康権を保障する行政機関である保健所として、住民誰もが健康の相談ができる機会として欠かすことのできない業務であり充実強化すること。

また、住民が安心して保健所を利用できるように、保健所の使用料・手数料等の無料の原則を今後とも堅持すること。

9 地方衛生研究所の法制度上の位置づけを明確にするとともに、保健所が行う調査・分析・施策の検討を援助する研究機関としても機能するよう、人員体制や検査機能の拡充強化を図ること。

厚生省：地方衛生研究所は、地域における専門的な試験検査機関であり、健康危機管理等における科学的な基礎付を与える機関と認識している。地方衛生研究所の機能強化というのは重要あり、地域保健対策の基本指針においても機能強化について、改めて位置づけたところである。また、運営に必要な経費については、地方交付税によって対応している。

10 地方衛生研究所は都道府県や政令市ごとに設置され、地域の健康危機管理に係わる業務を行っている。今般、大阪に於いて府立公衆衛生研究所と大阪市立環境科学研究所の統合及び独立行政法人化がすすめられようとしているが、平成25年5月9日の参議院総務委員会で厚生労働副大臣が「国立感染症研究所は国の重大な危機管理に関わる業務を行っており独法化していない」と答弁したように、地方衛生研究所も公立での運営が必要である。よって、前述の統合及び独法化を認めないよう総務省等に対して意見すること。

厚生省：地方公共団体が地方独立行政法人を設立しようとするときには、議会の議決を経て、業務の範囲等を規定する定款を定め、総務大臣または都道府県知事の認可を受けなければならないと法律上規定されている。まずは、地方独立行政法人を設立しようとする地方公共団体が判断し、その上で認可の申請を受けた総務大臣または都道府県知事が行うものとされている。国立感染症研究所は感染症にかかる国の重大な危機管理に直結する業務を行なっているため、独立行政法人化していない。一方地方衛生研究所は、地域保健対策における科学的かつ技術的な中核となる機関として、調査研究や試験などの業務に通じて公衆衛生の向上に重要な役割を果たしていると認識しているが、個々の地方衛生研究所の業務自体が、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないものであるかどうかについては、個別具体の事例に応じて、地方独立行政法人法等その他関係する法令の規定に照らして判断されるものと考えているところである。

厚生省：我々としても気持ちは同じだが、設置の形態ということではなく、機能が重要だという言い方しかできない。地方衛生研究所の機能は重要であり、公権力の行使に当たっての基礎付の役割を担っている。それを何で大阪府・大阪府が判断したのか。法的に設置主体の決めがなく、我々も感染症や食品等個別の法律に規定に基づいた判断しかできない。地方独立行政法人法に基づいて申請があれば、総務大臣が判断することになる。



## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

### Ⅳ 市町村・保健センターの充実強化

1 市町村保健センターは、憲法第25条の国民の『健康権の理念』を地域まるごと実現する重要な役割を担っている。ところが、「高齢者医療確保法」による「特定健診・特定保健指導」の実施に伴い、市町村保健センターの縮小や人員削減などが行われ、市町村における公衆衛生業務が弱体化している現状がある。

また、必要な職種・配置基準が明確でないためばらつきがあり、非正規など雇用形態も不安定な中で分散配置が進み、チームアプローチが進みづらい状況にある。

国として、市町村保健センターの充実強化を図るため、以下のとおり改善すること。

① 市町村保健センターを地域住民にとって安心して頼りになる公衆衛生行政機関として必置機関とすること。

② 市町村保健センターを全ての市町村に整備するために、施設・設備の整備費用に対する国の財源保障責任を明確にした国庫負担制度を法制化すること。

厚労省：H6年の地域保健法の制定により母子保健事業など身近な保健サービスが市町村に移譲されたことから、市町村における保健事業の実施の場である市町村保健センターを整備することが必要となっている。それに伴う、施設整備の費用については、税源移譲により財政措置をされているところである。

③ 既設の市町村保健センターの増改築について、国庫負担制度の対象として法制化すること。

④ 職員の人件費等運営費用について、国庫負担制度の対象として法制化すること。また、人員確保に関する財源措置を一般財源ではなく、目的に応じたものとするよう法を整備すること。併せて、平成25年度以降の国民健康づくり運動に反映させるよう、地域の実情に応じた財政支援・人的配置をすること。

厚労省：人件費等については、地方交付税により財政措置されていると考えている。

国民健康づくり運動についての厚労省としての人員要求はしていない。しかし交付税措置はされていることから、自治体で予算が確保しやすいように施策を紹介したり、全国組織の団体の協力を仰ぐ等の事業を行なっていく。

⑤ 母子保健関係等の事務移譲に伴い、マンパワー及び専門職員の増員を行うとともに、研修や財政的支援を強化にすること。

母子保健対策における未熟児等の支援について、移譲後の実施に支障のないよう地域の実情に応じて都道府県において補完する体制をとるよう指導すること。

厚労省：都道府県から市町村への権限委譲が、今年4月から行われた。昨年度、厚労省で保健師の人員増のための地方交付税の要望を出したが、交付税の方が人員を上待っていると認められなかった。H24年度に、研究班において低出生体重児保健指導マニュアルを作成し各市町村に配布してあるので、研修等の参考にしてほしい。都道府県には、市町村への技術的助言ができ、さらに未熟児の実施要綱において、市町村への技術的助言や調整を行うとの規定を設けている。

⑥ 未熟児等の健康相談は、医学的対応も必要になることから、医師を配置すること。

医師の配置がないままに事業を実施しているのが現状であり、都道府県の保健所長の支援を求めるのは、広域配置が進む中現実的には困難な状況で現状と乖離している状況のため国として適切に整備すること。

厚労省：未熟児の判断は決まった条件があるので、必ずしも市町村に医師を置くようにはしていない。従前

## (’13年7月19日 厚生労働省交渉・概要)

は、都道府県にも医師を置くようにも言っていないが、都道府県の保健所長(医師)が行っていた事実はある。とにもかくにも、都道府県と市町村との連携を図っていただきたい。

- ⑦ 保健センターにおける虐待予防対策事業については、よりきめ細かな支援ができるよう保健部門の保健師等の配置の基準を設けること。また、市町村への支援体制を強化できるように都道府県保健所の人的充実を図ること。

さらに、虐待死亡事例の中には若年出産後、妊婦健診未受診などハイリスク要因が検証されていることから、学校保健との連携など具体的な対策が講じられるよう国として整備すること。

厚労省:虐待予防対策事業に対し、妊娠・出産・子育てに関する相談や保健指導を行っているところで、保健師の役割は重要と考える。妊娠などの相談に対し、相談しやすい体制を図っていく必要があり、相談窓口の設置や周知、必要に応じて社会的養護制度や保護診断の活用など具体的な方法を示しながら、都道府県等をお願いしている。また、妊娠・出産・育児期において要支援を必要とする家庭を早期に把握し、支援を開始するために、保健・医療・福祉の連携や医療体制を整備することが重要と考え、医療や市町村及び都道府県の役割を示しながらお願いしている。

- 2 住民全体を対象とした健康づくり業務(ポピュレーション・アプローチ)を市町村業務として位置づけ、推進を図るよう財政的措置を講じること。また市町村保健センターの健診・相談業務を安易に民間委託することなく、直営事業として充実強化するよう地方自治体を指導すること。

また、保健センターにおいても保健部局と福祉部局の混在など地域の相談支援の場が確保しづらいのが現状であることから、国として適切に整備すること。

厚労省:健診や相談等の住民に身近で利用頻度の高い保健サービスにおいては、所管保健所から専門的かつ技術的な支援を受け行っていると考えている。厚労省としても、地域住民に最適な健診相談業務を行うように適切に助言等していきたい。保健部局と福祉部局の混在など地域の相談支援の場が確保しづらいとの意見であるが、保健師の分散配置の件では、保健活動の指針を改訂し、地区分担性を推進していくこと、また総括保健師の配置を盛り込ませたことから、解消の方向に進めばと思う。また、保健師の地区担当制で、幅広い制度と知識を持って相談できれば一元的になってくることを期待している。

交付税で保健師の増員を要望しているが、交付税の方が多く付いていると言われる。各自治体へも交付税が付いているので配置してほしい旨会議等で説明している。標準団体あたり人数は、市販で5,000円ぐらいの交付税の本に記載されている。抜粋したのも資料として作ってあるので、参考になるのであれば提供させていただき、先日保健師中央会議での資料としても昨日ホームページに載せたので参考にしてほしい。

配置基準はなかなか難しい。基準を作れるとすれば各制度ごとだと思う。介護保険で何人とか、という形になってしまうと思う。「算出方法」が以前出されたということを知ることが、持っていないので逆に教えて欲しい。

- 3 住民の声を保健センターの業務運営に反映させるため、住民参画の運営協議会を必置機関として保健センター単位に設置するものとし、地域保健法を改正すること。また、当該協議会が保健・福祉及び医療など全般的な住民・地域ニーズを行政施策に反映する仕組みとして機能するよう運営指針を策定すること。さらに、住民・諸団体の要求を施策に盛り込ませるため「地域懇談会」等の開催を地方自治体に働きかけること。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

### V 住民要求に根ざした個別公衆衛生施策の充実強化

#### 1 母子保健施策

（母子保健事業の充実強化）

- ① 母子保健事業の充実強化を図るため、「健やか親子21」の進捗状況で現状が目標と大きく開きのある課題について、問題点を明らかにし計画が実現できるよう対策を講じること。世界有数の周産期死亡率を維持し、少子化に歯止めをかけるため、減少する産婦人科医数を増やす対策を講じるとともに、安心して出産できる医療機関の整備を図り周産期医療における地域格差をなくすこと。
- ② 母子保健事業が公的責任のもとに行えるよう、必要な財源措置を講じるとともに体制整備を行うこと。

（乳幼児健康診査の拡充強化）

- ③ 乳幼児健康診査について、健診もれ、疾病などの発見もれ、支援などのフォローもれをなくすよう体制を強化すること。また、育児不安の軽減や虐待予防の観点からも、乳幼児健診未受診児の把握・支援については、委託ではなく、行政に働く保健師の業務として実施するよう地方自治体を指導すること。これらの充実強化のために国庫補助制度の法制化を図ること。
- ④ 乳幼児健康診査については、総合的な子育て支援と虐待予防の観点からも、チームアプローチが機能できる体制とするため、集団方式で実施するよう地方自治体を指導すること。また、きめ細かな相談援助ができるよう経過観察健診など位置づけること。

厚労省：乳児健康診査においては、市町村保健センターにおいての集団健康診査や医療機関に等に委託した個別健康診査の何れかで行っている。その、実施方法については市町村の実情において行われている。H23年度の実施状況は、1歳児6か月健診は約84%が集団実施、3歳児健診は約85%が集団実施であった。

（児童虐待予防対策の充実強化）

- ⑤ 虐待を予防するためには、母子保健体制の充実を図って育児力を高め、子育てしやすい環境を整備することが求められる。母子保健を充実できる人員体制を保障し、子育て支援センターの機能強化を図ること。
- ⑥ 様々な理由で適切な養育環境を子どもに提供できない家庭に対しては、保育所等の通所サービス、養護施設等の入所サービス、経済的支援などの養育をサポートする体制の整備が求められる。公的な子育て支援体制の充実を図れるよう、財政措置を図ること。
- ⑦ 虐待児死亡事例（第8次報告）により、特定妊婦及び要支援ケースの支援が明記されたが、適切に連携強化できるよう体制を構築すること。

厚労省：H24年11月の厚労省通知で、各都道府県に市町村と産科医療機関連携して特定妊婦を把握する情報の共有のあり方について具体的に示した。特定妊婦の支援に当たっては、養護児童対策協議会で関係機関と情報を共有しながら関係機関が連携し支援していくのが重要と思っている。人が足りないと言われるが、専門性のある職員が配置されるための財政支援を行っており、自治体にも話をしている。今後も機能強化を図れるように、働きかけていきたい。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

（発達保障・障害児者への対策強化）

- ⑧ 思春期の子どもたちをめぐる問題（ひきこもり・不登校・いじめ・拒食・非行等）を解決し、発達を保障するため、相談窓口の設置、相談員の養成、医療機関・教育機関との連携強化、交流の場・フリースクールづくりなどの支援策を講じること。
- ⑨ 発達障害児の早期発見・早期療育・支援対策を確立・強化するための対策を講じること。また、診断・指導を行える小児科医・児童精神科医を増員させるための対策を講じること。
- ⑩ 知的障害・身体障害・心身障害児等への療育施設の充実強化を図ること。
- ⑪ 障害者の自己負担を増加させ自立を阻害する「障害者自立総合支援法」を抜本的に改正すること。また、精神・身体・知的障害者への医療及び利用料の自己負担を解消すること。
- ⑫ 母子保健における歯科対策、たとえば「妊娠中の歯科健診を公費で受診できる」ようにするなど、具体的な歯科保健対策の充実強化を図ること。

（未熟児支援の権限委譲後の対応）

- ⑬ 市町村に未熟児支援が事務移譲されたが、保健師の増員もなく業務増となった自治体も少なくない。未熟児出生児については虐待のリスクも高く早期の支援が望ましいため適切な支援ができるよう体制を構築すること。

厚労省：国が行っている虐待事例においても、0歳児の割合が多く、このような家庭に対し早期の発見が重要だと考えている。乳児家庭全戸訪問事業の推進のために、財政補助で支援をしているし、必要な家庭においては医師などが保護者等の家庭訪問をしてもらっている。

（妊婦健診）

- ⑭ 「子ども・子育て支援法」に「妊婦健診」が位置づけられたが、従来の母子保健法との整合性を保ち、妊娠期から適切に支援できる体制を講じること。

厚労省：妊婦健診については、H20年度から必要な回数を受けられるように従前の5回分に加えて、9回分の公費助成の基金を設けている。25年度以降は、主要財源を確保して恒常的な資金源とし、事業が安定的に実施されるものと考えている。

- ⑮ 特定不妊治療費助成事業に年齢制限を設けないこと。

厚労省：H23年度から初年度の助成化率を増やすなどし、利用促進図っている。一方、近年助成件数が急増しており、40歳以上が3分の1程となっている。医療機関によって人員配置や費用にバラツキがあるなどが課題となっている。この様な情勢から、事業の適切な運用を図るため、妊娠等の普及啓発を議論していただくため、今年5月から学識経験者とか地方自治体、患者団体の方などが検討会を開催している。現在までに、3回開催され、この検討会の結果を踏まえて更なる検討をしていきたい。

## 2 成人・健康増進施策

- ① 住民主体、住民自治に基づいた健康づくり対策などの保健事業が推進できるよう十分な財政措置を講じること。また、従来実施していた老人保健事業の施策が後退することのないよう市町村の実態を把握し、指導するとともに、幅広くポピュレーションアプローチが進められるよう財政支援措置を講じること。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

- ② がん予防対策の充実と必要な財政措置を講じること。また、がん検診事業の拡大を図るとともに、国庫補助制度の法制化を図ること。

がん検診の精度管理について、市町村では医師の助言が得られにくく、専門的に判断することが困難である。委託が増えることで事務量が增大し、全体の水準を維持し向上することも煩雑となり、受診後の支援体制の構築に苦慮していることから、実態に即した対策を国として講じること。

厚労省：がん検診のあり方検討会をH24年5月より開催し、健診項目、有効性、受診率等の検討を行っている。子宮頸がんのHib検査の有効、不利益、血液による前立腺がんのエビデンス等検討している。ピロリ菌やアミノ酸等、新たながん検査方法についても、その有用性やエビデンス等を検討会で検討している。なお、同検査については、一定の基準を設け補助を行っている。

- ③ がん予防対策については、市町村で実施している健診と、国が実施する無料クーポンを利用する女性特有のがん健診推進事業などと並行して行っているが、住民にとっては複雑で利用しにくい面があり、自治体にとっても事務が煩雑になっている。については、活用しやすい事業となるよう改善を図ること。

厚労省：H21年度から、がん検診推進事業として実施し5年経過した。5歳刻みのクーポンが市町村実施対象とあっていないことも認識している。今後については25年7月取りまとめる予定。

- ④ 介護者の健康を守るための施策を拡充強化すること。

- ⑤ 骨粗しょう症の予防活動を強化するとともに、ハイリスク者への指導援助体制を整備すること。

- ⑥ 歯科保健の向上を図るため、歯周疾患検診については、歯科口腔保健法に基づき充実を図ること。また健康増進法の対象年齢を40代から80代まで拡大すること。

厚労省：8020運動という形で、80歳になってもまだ歯・口の健康を保とうという施策で、充実させていきたいが、毎年予算が10%カットされる現状もある。口腔保健法で実際動いていない部分もあり、事務ベースをしっかりと作り、対応していきたい。健診を80歳まで拡大の要望であるが、10歳刻みの節目で考えていることから、検討していきたい。

- ⑦ 自殺予防対策として、長時間・過密労働の規制やパワーハラスメントの実態を調査すること。また、その調査に基づき予防対策及び職場や地域におけるメンタルヘルス施策の強化など総合的な対策を講じること。

### 3 介護保険制度との関連施策

- ① 介護の社会化が喧伝され、また介護保険制度が導入されて10年余りが経過したが、介護の社会科の現状とはほど遠く、様々な問題に直面している。2012年度の改定でも、給付と負担のバランスを図るとして、介護費用の抑制のための事業運営の効率化が求められている。現在の保険による制度の下では、こうした動きの中で、現実には利用抑制が働くことになると考えられる。必要とする人に必要な介護サービスを保障していくために、介護保険制度の抜本的見直しを行うこと。

- ② 介護難民を生じさせることがないように、施設の増設等計画的に推進すること。

- ③ 在宅療養、在宅死の推進が、費用の抑制という経済効率の視点ではなく、どの場においても、質の高い終末期ケアが保障され、結果として、様々な選択肢の中から、本人・

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

家族が選択できる体制づくりを行うこと。

- ④ 介護が必要にならないようにする予防の視点は重要であるが、介護予防や特定高齢者など区別が付きにくくわかりづらいのが実態である。特定高齢者健診については受診率も低迷し周知も困難な状況である。介護予防としての狭い取組ではなく、健康づくりの取組として、公衆衛生的な地域全体の取組として社会資源・関係を豊かにする地域づくりを行っていくこと。
- ⑤ 介護保険の認定数・利用者数の割合からみて、必要な人に適切なサービスが保障されているとはいいがたい状況である。制度そのものを見直し、高齢者の健康保持増進に努めるよう体制を整備すること。
- ⑥ 介護予防活動を行う専門職が分散配置されており、予防活動そのものに支障をきたしている現状に鑑み、福祉・保健分野の連携を充実するよう指導を行うこと。

### 4 精神保健福祉施策

- ① 「障害者総合支援法」を抜本的に見直し、精神保健福祉施策を拡充すること。また「障害者基本計画」での精神保健福祉分野の充実・強化を図ること。
- ② 精神障害者の社会復帰を促進するための地域移行・地域定着支援事業や地域での生活基盤の整備等、精神障害者の地域生活支援を一層充実すること。そのための財政措置を講じること。
- ③ 精神保健福祉手帳による支援策について、公共交通機関等の運賃・料金の割引など、他の障害者手帳と同様の扱いが早期に実現できるよう関係機関に働きかけること。また、精神障害者に対する福祉施策の充実（各種税の減免措置等）を図ること。
- ④ 自立支援医療の更新に係る所得に関する書類の提出は、2年に1回とするよう改善すること。
- ⑤ 精神障害者の相談に応じることのできる体制確立のため、保健所に専任の精神保健福祉相談員を複数配置するとともに、市町村への精神保健福祉士及び保健師の配置・増員などを促進するため、配置基準を明確にしたうえで財政支援措置を講じること。

厚労省：精神保健福祉相談員やPSWの配置基準示すことは困難である。指針や保健所のあり方についても議論あることと思う。保健師は地方交付税より多い配置になっている。精神保健福祉士の積極的配置を市町村にも求めていく。人員については、相談内容や件数等に合わせて、見直しの中で検討する。

- ⑥ 精神保健福祉法第24条に基づき措置診察のための移送などにあたる場合には、担当者の安全確保のために、警察官の協力が得られるよう必要な対応を行うこと。  
併せて、精神保健業務の公用車を駐車除外指定とするよう働きかけること。
- ⑦ 精神保健福祉法改正に伴う同意入院については、「検討チーム」の検討結果に基づき、保護者の義務規定をすべて削除するとともに、家族による同意入院を廃止して医療保護入院とするよう改正すること。

厚労省：今回の法改正では、医療保護入院の見直しで本人の同意によらない入院制度としての医療保護

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

入院はそのまま維持するとして、要件については保護者の同意の要件を外して、精神保健指定医1名のみでの診断で入院させることができるとされていたのを、今回の法改正では、要件については精神保健指定医1名の診断に加えて、家族等の何れかの者の同意が必要とされた。理由は、一般の入院でもインフォームド・コンセントが益々重要とされる中で、患者本人に病識が無い精神病患者の方に、本人の同意無く入院させるに当たっては、患者の身近に寄り添う家族等に十分な説明が行われた上で、同意する手続きが法律上必要との考えで、改正した。なお、法律の付則で3年後に見直すこととしている。

### 5 難病施策

- ① 難病患者が安心して療養できるよう、特定疾患治療研究事業の患者負担を改め、医療費及び介護に要する費用を全額公費負担とすること。また、対象疾患の縮小を行うことなく、対象疾患の拡大を図ること。
- ② 筋萎縮性側索硬化症や重度の心身障害児など、高度医療を必要とする患者が人工呼吸器等を装着して生活できる道を選択できるよう、ショートステイ、レスパイトケアの完備など安心して療養できる制度の充実を図ること。併せて、介護者の負担軽減を図ること。

また、事業所介護職員による喀痰吸引や胃ろうによる食事介助については、研修費用の助成等事業所への財政的支援を行うこと。

厚労省：障害福祉サービスでは、筋萎縮性側索硬化症や重度の心身障害児などに対し、医療型短期入所事業を行っている。H24年度から無床診療所において、日中の医療型短期入所サービスの提供を行って充実を図っている。短期入所サービスや介護福祉の配置規定の無い障害福祉サービスについては、医療連携体制加算のなかで、介護職員が事業所を訪問して利用者に支援を行った場合や、介護職員等に痰検吸引等の指導があった場合に報酬などの評価をしている。また、都道府県の痰吸引等研修事業として、喀痰吸引医療に係わる介護職員の養成を目的とした研修事業を実施している。来年度も引き続きこの事業は実施していく。研修に当たり、研修受講する職員に負担とならない様に、事業者へ会場費などを助成している。

- ③ 小児慢性特定疾患治療研究事業における患者の医療費及び療養費を全額公費で保障すること。小児慢性特定疾患治療研究事業における対象者、対象疾患等の拡大を図ること。また、保健所が学校保健との連携を図りながら、療養支援が行えるように人員と予算の拡充並びに関係者の研修を強化すること。

### 6 新型インフルエンザ対策

- ① 2011年9月20日に「新型インフルエンザ対策行動計画」が示され、その後専門家会議からは12年1月31日付けでガイドラインの見直しに係る意見書が出されている。今後の新型インフルエンザ対策については、「インフルエンザ(H1N1)2009」の実績や教訓また同対策総括会議報告書を踏まえ、適切に対応すること。

厚労省：「新型インフルエンザ等対策特別措置法」施行にあわせて、今年6月「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」や「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」が策定された。新型インフルエンザ発生時には国だけでは対応できないので、行動計画やガイドラインに基づいて、自治体や関係団体と連携を図りながら適切に対応したい。

- ② 「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が可決されたが、予防接種と活動制限だけでは終息できない。また同法による行動制限は人権的問題も指摘されている。厚生労働

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

省として、保健所や保健センターにおける新型インフルエンザ対策をどのように充実強化していくのか明確にし、公表すること。

厚労省：策定された行動計画やガイドラインのなかで保健所等の役割が提起されている。

- ③ 公衆衛生の活動拠点としての保健所の数を増やし、専門職の配置、人員の確保など体制の充実を図ること。これらのことを実現するための財政措置を講じること。
- ④ 国及び地方衛生研究所の機能と体制を強化すること。そのための財政措置を講じること。

厚労省：行動計画、ガイドラインにおいて、新型インフルエンザ発生時における検査体制の強化等について明記している。また、国は平時から新型インフルエンザ等の発生時に迅速かつ適切に対応できるよう、専門家の要請や都道府県等との連携を図るよう体制整備を行っている。自治体においてはこれらをつまみ地方衛生研究所等の体制整備を図っていただきたい。また、新型インフルエンザ等に対する検査については、感染症法第12条から16条に基づき発出している感染症発生動向調査の一部として実施することとなっており、これに要する費用は国から都道府県等に対し1/2の国庫負担を行っている。

- ⑤ 国公立病院の削減、民営化方針を改め、国として国公立病院における感染症対策充実のための財政措置を講じること。
- ⑥ 患者、疑似患者並びに濃厚接触者を隔離等する際には、その間の休業補償等を行うこと。そのために必要な財政措置を講じること。
- ⑦ 2009年8月に患者調査を行った保健師が発病し死亡された。関連の大小に関わらず、安心して勤務及び調査に行ける体制や補償制度を講じること。
- ⑧ 情報の発信については、現場での混乱が生じないように対応すること。

### 7 エイズ対策

- ① HIV感染者及びエイズ患者がなお増加している動向を見極め、エイズ予防対策の一層の充実強化を図ること。
- ② エイズ予防キャンペーンなど正しい知識の普及啓発を積極的に行うとともに、学校保健と連携して、ピアエデュケーションなどの取組みを進め、若い世代の性感染症対策の推進を図ること。

### 8 その他の感染症対策

- ① 大都市の結核感染率は依然高い状況にあり、結核対策が後退しないよう充実強化を図ること。ハイリスク集団への結核健診の強化、BCG接種率の向上を図ること。また、結核り患者には生活困窮者も多く、無保険等で医療につなげることが困難なこともあり、再発防止の観点からも通院医療費の自己負担をなくすこと。

厚労省：都市部における結核対策は重要と認識している。これらの対策として各都道府県等が行うDOTS事業やハイリスク集団を対象とした結核検診事業等の取組みに対し、特別促進事業として国庫補助を行っている。また、BCGの接種についてはH23年5月に改訂した特定感染症予防指針において予防接種実施率95%以上としており、対象者が接種を円滑に受けられるように環境の確保に努め



## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

たい。通院医療費については現在5%を患者負担としているが、近年の財政状況等をふまえると全額公費負担は困難でありご理解いただきたい。

無保険者の通院DOTSができないという指摘であるが、今後検討していきたい。

- ② 肝炎ウイルス検診は、国の責任で全額助成により実施し、感染者支援について拡充強化すること。また肝炎医療費助成制度の自己負担額を軽減するとともに、提出書類を簡略化すること。
- ③ 動物由来感染症対策の充実強化を図り、調査研究の拡充、最新知見に基づく正しい知識の普及啓発を行うこと。
- ④ 血液・血液製剤の安全確保に努め、疑わしい場合は使用しないなど安全を優先させる政策を行うこと。
- ⑤ 空港・港湾などにおける検疫体制の充実を図り、感染症の拡大防止を図ること。
- ⑥ 保健所及び地方衛生研究所を感染予防対策の拠点として充実を図るため、人員体制や検査機器の整備充実に対して国として助成すること。
- ⑦ 感染症予防対策として、新たな予防接種の実施も含めて、各種の予防接種が有効に機能できるように、市区町村実施の予防接種に対して、必要な財政措置を行うこと。
- ⑧ WHOが勧告しているB型肝炎・成人肺炎球菌のワクチンを早急に定期接種とすること。併せて今年から定期接種となった細菌性髄膜炎（H i b）ワクチンをはじめ、子宮頸がん・肺炎球菌のワクチン接種に伴う市町村の財政負担軽減を図ること。また予防接種事業を安定して進めるために、ワクチンの国産化を計画的に進めること。

厚労省：B型肝炎・成人肺炎球菌ワクチンについては、新たに立ち上げる予防接種ワクチン分科会の中の基本方針部会で検討を進めたい。ただ財源の問題が一番大きい。定期接種にかかる財政については大きく仕組みが変わった。一類疾病について予防接種にかかる費用の2割程度を交付税措置してきたが、昨年財源調整を行い9割まで引き上げた。3ワクチンについても同様。新型インフルエンザの経験から国産化ワクチンの要望は強くなっている。あらたに専門の部会も開いて国産ワクチンについて検討をすすめる。

- ⑨ 予防接種施策について、医療機関への委託が進んでいるが、各自治体の実情によっては接種率に差があるため、国として現状に応じた補完体制を講じること。  
併せて、里帰り出産（養育）時にも無料で接種を受けられる体制を構築すること。  
また、子宮頸癌ワクチンの副反応については、副反応被害者団体等からも問題視されていることから、実態を速やかに調査し対応策を検討すること。

厚労省：指摘のように予防接種について接種率に差がある。また、接種率に対する固定した考え方がないことが予防接種対策を立てる上で課題であり、基本方針部会等でも検討していきたい。里帰り出産時の費用負担については特別なものはないが、自治体間で調整をしていただきたい。

子宮頸がんワクチンについては、定期接種になるやいなや積極的な勧奨を中止する事態となり自治体のみなさんに謝りたい。現在、副反応との因果関係について調査しているのもう少し時間をいただきたい。

- ⑩ HTLV-1の相談対応医療機関の拡充を図ること。現在精査対象が妊婦となっているが、早期に発見し発病を予防することが必要であるため、対象者を拡大すること。

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

### 9 アトピー・アレルギー並びに居住衛生施策

- ① アレルギー疾患に関して原因を究明し、予防方法・治療対策を確立すること。そのため、食品・住居等との関係や食品添加物、大気汚染などの複合汚染による影響について調査研究体制を充実・強化すること。
- ② 「アレルギー疾患対策基本法」において、疾患を有する方々への医療費や生活上の支援等、財政的援助を明記すること。  
**厚労省:アレルギー疾患対策基本法については、今年5月に提案され継続審査となっている。この法案は自公を中心とした議員立法であり、厚労省として現段階で何かできるとは言えない。厚労省としてはアレルギー疾患対策として相談支援事業や普及啓発等を行っており、引き続きこれらを進めていきたい。**
- ③ 化学物質過敏症に関する調査・研究及び相談・指導體制また減少している医療体制を充実強化し、患者の日常生活におけるQOLの確保が図られるよう、支援体制を検討すること。
- ④ これらの施策推進のため、地方自治体(保健所)への情報提供並びに必要な専門研修を実施し、相談体制を充実するとともに、対応できる医療機関を確保・整備する予算を措置すること。特に小児のアレルギー疾患やアナフィラキシーに対応できる医療機関の充実強化を行うこと。
- ⑤ 各種有害物質によって生じうる健康影響を予測・予防するとともに、生じた健康影響の早期発見・早期対策のための疫学調査を行い、実態を公表すること。また、被害者への十分な生活補償を行うための更なる法整備を行うこと。

### 10 食品衛生・環境衛生・薬事施策

- ① 国民の食の安全・安心を確保する食品安全基本法に基づき、地方自治体の事務事業の執行体制を充実するため、財政措置を保障するとともに、消費者・団体の参加による食品安全行政を推進すること。
- ② 集団食中毒・感染症や毒物中毒、輸入食品による事故などが多発している。健康被害予防対策を重視した危機管理体制及び監視体制をさらに拡充強化すること。
- ③ HACCP認定制度について、厚生労働省の監視員を増員するなど、施設に対する監視・指導體制を強化すること。
- ④ 食の安全・安心確保のため、輸入食品を含む農畜水産食品に対して、添加物・残留有害物質（抗生物質・合成抗菌剤・農薬・放射能を含む）の監視・検査体制（検査機器・検査員・監視員）の抜本的強化を図ること。また、輸入食品に対する防疫体制（監視員・検査体制）について、検疫所を拡充強化すること。  
また、輸入農水畜産食品の添加物・残留有害物質は、輸出国の規制緩和要求に対して、我が国独自の規制を引き続き堅持すること。

**厚労省:輸入食品の安全性を確保するために、毎年度、輸入食品監視指導計画を策定・実施し、安全確保を図っている。輸出国における衛生対策、輸入時の水際での対策、国内での監視検査等の3段階で安全確保を行っている。監視体制は、全国に検疫所が32箇所あり、399名の食品衛生監視員が配置し、輸入時に監視検査を行っている。併せて、残留農薬や動物医薬品等の高度な検査を行う検査**

## （'13年7月19日 厚生労働省交渉・概要）

センターを横浜と神戸の検疫所に置いている。この他に、検疫所の業務の一部を民間の登録検査機関に委託もしている。

- ⑤ 都道府県等の検査機関は、新型インフルエンザ等のウイルス検査と食品関係の検査を同じ人員・設備で行っているため、食中毒の発生時にウイルス検査が迅速に行われない状況がみられ、危機管理上問題を生じている。そこで、検査体制（検査機器・検査員）の抜本的強化策を国主導で図ること。
- ⑥ 農薬等の安全基準、添加物の成分規格等食品の規格基準の一層の整備を図ること。また、残留農薬のポジティブリスト制度が導入されたが、基準値の食品安全委員会でのリスク評価作業の充実や複合毒性の観点からの総量規制の検討等行うこと。
- ⑦ BSE（牛海綿状脳症）対策として、国産牛で実施している検査体制を維持すること。また、自治体が実施する全頭検査に対し補助金制度を復活し、米産牛の輸入に関しては従来どおりの基準とすること。
- ⑧ 遺伝子組み換え（GM）食品の安全性の確認については、遺伝情報の基礎的な研究体制を充実し、技術的審査方法の確立と審査基準を明確にすること。また、本年5月に発覚した遺伝子組み換え小麦について、加工食品等の検査を徹底すること。

厚労省：遺伝子組み換え食品の遺伝子情報の研究については、厚生労働科学研究補助金事業（食品の安全確保推進研究事業の部門）で取り組んでいる。技術的審査基準方法は、食品安全委員会行う、食品健康影響評価の結果を踏まえている。この問題は、非常に関心が高く重要だと認識しているので、今後とも食品の安全性を確保する観点から、遺伝子組み換え食品を含むバイオテクノロジー等、応用食品の研究を進めていきたい。問題になった、アメリカ産小麦については現在検査法が確定し、検査が実施されている。7月18日時点で3件実施して全て陰性であった。

- ⑨ 安心して飲める水の確保のため、水道事業所・簡易専用水道、ビル・マンションの小規模受水槽や地下水利用による専用水道などの水道施設に対するきめ細かな監視・指導・検査体制を強化すること。事務移譲を行った市町村に対しては、監視員の増員や検査設備等、財政支援を行うこと。

厚労省：水道法に基づく事業者には、法に基づき適切に指導していきたい。一方、飲用井戸等の水道法の適用外の小規模な給水施設については、H23年度のデータで定期検査の受検率は約2割と低く、不適合率も2割程度ある状況であり指導の徹底に努めたい。また、小規模貯水槽水道に至っては受検率が約3%という状況であり、22年3月25日付けの通知で簡易専用水道及び小規模貯水槽水道の管理水準の向上の推進をお願いしたところである。権限委譲に関しては、よりきめ細かな監視指導ができるように都道府県から市に権限が移譲された。移譲にあたっては23年11月18日付け通知で、その内容を周知し、都道府県と移譲先の市との連携や移譲先の市における関係者や関係部局との密接な連携体制の整備について注意喚起を行っている。

- ⑩ 家庭用品規正法に基づく試験検査法を見直すとともに、地方自治体に必要な試験検査機器の整備を図るため財政的な補助を行うこと。
- ⑪ 薬事関係業務を全ての政令指定都市（保健所）で一元的に取り扱えるように法改正すること。業務委譲に当たっては、必要な人員配置及び財源保障を国の責任で行うこと。
- ⑫ アスベストの健康被害への対応は、必要な情報開示と健診や診療等の費用など、万全を期すこと。

以上