

## 第4回茨城県保健所再編検討懇話会 議事録

日時 平成30年10月16日(火) 17:00~19:00

場所 茨城県庁5階 会議室

○石橋課長

それでは、定刻となりましたので、ただいまから、第4回茨城県保健所再編検討懇話会を開催いたします。

【事務局から、資料確認】(省略)

○磯会長

それでは、次第に従いまして進めさせていただきたいと思います。

今回は、事務局の意向により、保健所の機能強化の必要性について、より現場に近い立場の意見を委員の皆様にご意見を伺うということで、議事に先立って、2名の方から参考意見を聴取する場を設けております。ご質問は、お二人の説明が終わってから合わせて受け付けたいと思います。

それでは、保健所の機能強化の必要性について、茨城県保健所長会の土井会長からご説明をお願いいたします。

○茨城県保健所長会長(土井幹雄水戸保健所長)

茨城県保健所長会の土井でございます。冒頭に当たりまして、まず、磯会長並びに委員の先生方におかれましては、私どもに貴重なこういった機会を与えていただきまして、心から御礼申し上げたいと思います。

保健所の再編そのものの業務もさることながら、地域における今後のさまざまな課題、特に健康課題、あるいは言うまでもなく人口減少化における少子化、高齢化の著しい進展等、そういった環境の中でさまざまな問題が顕在化しております。

一方で、自然災害の連発、あるいはその前からでございますが、さまざまな健康危機、さまざまな感染症の勃発も含めてでございますが、そういった背景の中で、地域で我々は一体どういう活動をしていくべきかといったことを保健所の先生方と一緒に考えさせていただいて意見を述べさせていただこうと、そのように思っている次第でございます。

まず、資料に沿いましてご説明をさせていただこうと思います。資料1の一番最後の4ページ目、「保健所機能の変遷」と書いているものがございます。もしよろしければこの裏の絵も見ながら私の話に耳を傾けていただければ幸いです。

それでは、資料に沿いましてご説明を申し上げたいと思います。

最初に、再編が必要と考えられる背景、並びに再編にのぞむ保健所長会としての考え方ということでございますが、全体の構成といたしまして、1が今申し上げたような項目になっておりまして、機能強化をしたいということを1番で述べているんですけども、2番目は、果たしてどんな機能の強化が必要なのかといったことを続けて述べさせていただいております。

さらに、大きな3番といたしまして、住民の方々から、再編に伴ってさまざまなサービスの低下があるのではないかというご懸念をいただいているわけでございますが、サービスの低下と同時に、再編することによってさまざまな形でむしろ機能強化に資する部分もあると考えておりまして、その両者について私どもとしてどういうふうに考えているのかといったことを述べさせていただこうと思っております。

それでは、1番に戻っていただきまして、再編が必要と考えられる背景と再編にのぞむ考え方でございますが、「1. 1」から「1. 4」までの4点でございます。述べさせていただきますと、保健所は、言うまでもなく地域保健の広域的、専門的、かつ技術的な拠点として、地域保健に関して広範な役割を担っていると書かせていただいております。

4ページの表のほうをごらんいただきますと、そもそも保健所が設置されました戦後間もない時期には、保健所に関しまして、その機能は保健所法という法律にこのような形で述べられているところでございます。その後

1994年に地域保健法ができますとともに、今、申し上げましたような広域的かつ技術的かつ専門的な拠点という言い方で位置づけられておまして、その果たすべき役割といたしまして、大きく対物、対人サービスに分けられるわけでございます。この表の見方といたしまして、上のほうに薄くピンクで囲ってあるところがございますが、そもそも保健所ができたときに、対物のサービスと対人のサービスと大きく2つに分けられたわけでございますが、後ほど述べさせていただきますように、時代の変遷とともにそのサービスの内容、あるいはその重みづけというのがだんだん変化してきております。

対物サービス、件数的には決して減っているわけでは当然ないわけで、むしろどんどんふえている部分もあるのですが、この表の見方として、割合としてはこんな形で割合が少しずつ減ってきているように見えるということでございます。

一方、対人サービスに関しましては、地域保健法ができたときに、専門性の高い対人サービス、それから対人サービスの多くの部分を県の保健所から市町村へ移管した、そのような歴史がございます。その中で、保健所としては、より専門性の高いサービスを受け持つということで役割分担がなされたと理解しております。

ただ、黄色の枠で囲っておりますが、このときに時代の変遷とともに、例えばさまざまな健康危機、感染症の勃発であったり、あるいはさまざまな調査研究も含めてですが、保健所の役割がだんだん変わってきたということが書かれている次第でございます。

現在に至りましては、この対人サービスと対物サービスのみならず、表の真ん中のところにあるようにいろいろな役割が付加されてきております。黄色のところでございますが、広域的な企画調整、技術的支援といった、そもそも保健所の役割として地域保健法の中に位置づけられていたこの役割も、具体的に見ると、例えば医療に関しての関与であったり、あるいは市町村との連携であったり、健康づくりであったり、さまざまな分野で保健所の果たすべき役割というのはどんどん大きくなっているというところが一つございます。

それから、健康危機管理と書いてございますが、これは自然災害のみならず、先ほど申し上げました大規模感染症、例えば新型インフルエンザの発生に伴ってのさまざまな地域の対応ですとか、あるいはさまざまな輸入感染症と申しますか、海外から入ってくる感染症に対して迅速な対応をとらなければいけないとか、さまざまなそうした大きな役割を保健所が担うようになってきているということを書かせていただいております。

それから、対人サービスに関しましては、表の下のブルーのところはだんだん分かれてきたわけですが、専門性の高い対人サービスというのは引き続き保健所で担っていきつつ、市町村においては直接的なサービスを継続的に行っていたとこの形での役割分担が、依然として重要な形として残っているわけでございます。

一つ、白抜きで地方衛生研究所と書かせていただいておりますけれども、これは保健所とは別組織でございますが、感染症や危機管理に関してのさまざまな検査あるいは疫学調査を含めて、保健所と対になって地域の健康を守っていく大事な機関でございます。それぞれの県に最低1か所は設置されている、そういった施設でございます。危機管理の技術的な拠点ということで、保健所との連携の中で重要な位置を占めるということで書かせていただいております。

今、「1. 1」から「1. 3」に関しまして、少し大ざっぱでございますが、説明を兼ねて述べさせていただきます。

「1. 4」に、「二次保健医療圏と保健所管轄地域の整合性の確保」といった文言を書かせていただいておりますが、これは先ほどの4ページの表をごらんいただきますと、「広域的企画調整・技術的支援」、この中に入ってくるものの一つでございます。昨今の医療計画、また介護・福祉との連携、そういった要請がどんどん高まる中で、二次保健医療圏というのはその中で政策医療がなるべく完結できるようにということで圏域を設定されているもので、そことなるべく保健所の圏域を合わせましょうというのは、国のほうからもお示しいたしているところでございます。

これが、将来の、ここに2025年と地域医療構想が目指す具体的な年を挙げさせていただいておりますが、2025年以降ということでございまして、先ほど一番最初に申し上げました人口減少下での少子高齢化の急激な進展のその先に来るべき社会というのを見据えながら、医療、保健、介護といったものをどうやってその地域で組み立てていくかということに関する基本的な圏域というふう位置づけられていると理解しております。

保健所といたしましては、その圏域と一致した形で、先ほど来申し上げている地域での役割を果たしていけ

ればと考えているところでございます。

続きまして、具体的な危機管理や機能強化の内容でございますが、「2. 1」といたしまして、「健康危機管理事案への対応」を挙げさせていただいております。この中には、感染症あるいは食中毒といったものが勃発したときにどういうふうに対応していくのかと、これは以前から対応させていただいているわけですが、だんだん規模も大きくなっていく、あるいはさまざまな形で広域化してくる、そのときに保健所はどのようにそれに対応していくのかということでございますが、小さな保健所ではなかなかその人員の確保も難しい、あるいは専門職の確保も難しい中で、そういった健康危機事案に対して十分な対応ができるような形への再編統合というのは、ぜひ必要ではないかと考えているところでございます。

それから、「2. 1. 2」でございますが、「精神保健に関する緊急事案への対応」と書いてございます。精神保健法に基づく通報等があったときに、いわゆる措置入院という形での対応も含めまして、さまざまな精神保健に対応する、あるいはそういった事例に対応するといったことが、実は保健所の非常に大きな役割になっております。これも事例が増えるに従って、あるいは複数事案が同時に重なるといったようなときには、かなり大きな業務負荷がかかってくるものだとご理解いただければ幸いです。

「2. 1. 1」も「2. 1. 2」も、あるいは「2. 1. 3」もですが、実は保健所では、それにかかわる専門的な人材が、残念ながら不足しているのが現状でございます。そういう意味におきましても、人材の確保を含めて、再編統合の中でそういった役割が果たせるような体制づくりというのは不可欠であるという認識でございます。

それから、「2. 1. 3」、「災害時の対応」でございますが、これは皆様ご承知のように、東日本大震災以降、自然災害を含めてさまざまな災害が勃発する中で、保健所といたしましては、さまざまな関連機関との連携の中で、本来は例えば災害が生じたときにその地域での医療をまず確保するといったことがその役割として挙げられるわけでございますが、それと同時に、その地域で起きた大災害に対しまして、その地域が外から支援を受ける、あるいは外に支援に行った場合の態勢に対しましてその司令塔の役割を果たすということが、新たな役割としてクローズアップされているところでございます。そういった機能を果たすためには、やはり日ごろの訓練も含めました平時の対応というのが十分にできていないと、いざというときに対応は困難でございますので、そういった災害時の対応も含めまして、保健所の機能を強化していく必要があると、そのような認識でおります。

続きまして、機能強化すべき項目の2番目、「2. 2」でございますが、「新たな企画・立案・調整場面の出現」といった言い方をさせていただいております。これは、先ほど申し上げました医療あるいは介護といった地域との連携の中で、今後どういった地域づくりにコミットしていくか、それにかかわっていくかといったようなこと、それが保健所の役割として大きくクローズアップされてきているといったことを書かせていただいております。

「2. 3」といたしまして、総合的になりますが、人材の確保・育成、並びにその人材をどう適正配置していくかといったことに関しての考え方でございます。医師不足、公衆衛生医師が足りないといったことももちろん一つのあらわれと認識しているわけでございますが、医師に関しましては、たとえ保健所の数が減ったからといって、今までのご議論の中でも頂戴しました意見でございましたが、むしろ医師の複数配置といったことできちんとしていくということが、今後の保健所機能の強化のためにはぜひ必要だという認識でおります。

また、先ほど来申し上げております専門職の保健師さんや獣医師さん、あるいは薬剤師さん、あるいは栄養士さん、さらには歯科衛生士さんといった、健康づくりを含めてさまざまな危機管理にも対応していただくそういった専門職の人材確保というのは不可欠でございますが、そういった人材の育成も含めて、保健所としての考え方を伝えさせていただいております。

それから、最後のところはちょっと違和感があるかもしれませんが、実は保健所は、先ほど申し上げましたように、危機管理だけではなくて、健康づくりをはじめ、あるいは福祉の地域の拠点として、さまざまな機関と連携をしております。そういった連携する機関の中での人材育成、そういったことも期待されているわけでございますが、市町村との連携の強化といったことも含めまして、保健所の役割を述べさせていただいているところでございます。

最後でございます。3番目ですが、「住民サービスの確保・向上のための配慮」というふうに書かせていただ

きましたが、最初にも申し上げましたように、再編統合に伴って住民サービスは低下するのではないかというふうにご懸念をいただいているわけですが、私どもとしては、そういったことが極力ないように、できればむしろ機能強化につながるということをぜひご理解を頂戴したいということで、このような書き方、書きぶりになっているところでございます。

「3. 1」のところでは、慎重な配慮が求められるということで、具体的には指定難病の対策等に関しましての申請業務といったものを挙げさせていただいておりますが、市町村等へ業務をお願いする場合におきましても、十分な先方のご意思を確認しつつ、あるいはその支援等を含めまして住民の方に実質的なご迷惑をかけないような方策をとるといったことを我々としては考えているということを書かせていただいております。

もちろん「3. 2」にありますような、将来にわたりまして、ICTを活用することによって効率化あるいは業務の簡素化等が図られるものであれば、それは積極的にそれに対して容認できるものであると理解しているところでございます。

「3. 3」ですが、繰り返しになりますが、災害時の対応ということ、平時からの保健所の役割を含めまして、地域におきましては、保健所がなくなってしまう、あるいはその機能が落ちてしまうと災害のときに困るというご懸念を当然お持ちだと思いますが、災害対応におきましては、保健所の役割というのが、ただ単に現場に駆けつけるというわけではなくて、そこでの災害支援を含めた大きな支援的な役割を今後果たしていくのだと、そのような役割を付加されているということをご理解いただければと思っております。

最後になりますが、個人的な話で恐縮ですが、私、昭和45年、筑波大学ができたときに茨城県に参りました。以来、ずっと40年以上にわたって茨城県におります。平成11年、1999年からは県に奉職させていただいているわけですが、その中で本当にさまざまな健康危機、あるいは先ほど申し上げた社会のさまざまな変化をずっと肌で感じながら過ごしてまいりました。我々の同僚の保健所長皆同じ考えだと思いますが、今後も茨城県のために、以前と同じように、あるいはそれ以上に尽くしていきたいという覚悟を持ってのぞんでいる次第でございます。

いずれにいたしましても、保健所の再編統合という大きな変革を行います。実は、世の中の大きな流れの中で、必然的に必要とされてきたということをご理解いただきたい、そのように思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○磯会長

土井会長、ありがとうございました。

続いて、参考人からの意見聴取を行います。事務局から参考人のご紹介をお願いします。

○山本副参事

それでは、参考人のご紹介をさせていただきます。参考人正林督章様、プロフィールという1枚の資料があるかと思いますが、ごらんいただきたいと思います。

正林先生におかれましては、平成3年に厚生労働省に入省されまして、その後平成11年にはWHO、平成13年には厚生労働省健康局にご異動になりまして、平成17年からは島根県の健康福祉部長、平成27年から厚生労働省健康局の健康課長を歴任されております。この7月まで健康課長をされておられまして、今年、国立がん研究センター理事長特任補佐になられまして、現在に至っております。

正林先生のご紹介は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○参考人（正林督章氏）

ただいまご紹介にあずかりました、今は国立がん研究センターで理事長特任補佐をしております正林でございます。座ってやらさせていただきます。

今のご紹介にちょっと加えながら、今日、何で私がここにいるかという話もしたいと思います。大学は医学部を出て、平成3年に厚生省に入省しています。実は、平成4年、5年の2年間、母子衛生課という課に配属になりまして、そこで何をやったかという、母子保健法改正という作業をしています。それは、イコール地域保健法制定と同じ作業です。すなわち地域保健法を制定したときは、それまでは都道府県でやっていた事務を市町村におろすという、これが一番大きな柱だったわけですが、その中身というのが、実は母子保健事業を県から市町村におろすという仕事でしたので、中身の部分を、私、母子衛生課の仕事としてやりました。後ほどその関係の

お話をしたいと思っています。

それから、ロンドンに留学していますけれど、このとき私、修士の論文が、日本がなぜこれだけ世界でナンバーワンの平均寿命になり得たのかということ、それこそ戦後間もない、ちょうどGHQが占領していたころに日本の医療制度、日本のあらゆる制度を医療保健制度も含めて根本的に変えたという、それが結果的にいろいろな影響を及ぼしたのではないかと、結果的に日本は最高の平均寿命、最近健康寿命も世界ナンバーワンですが、それに貢献したのではないかと。そのヒントがあつたGHQ占領下の大改革にあつたのではないかと。特に、そのときに最も改革が進んだのは保健所行政です。保健所を根本的に見直して、かなり機能強化を図った結果として感染症も克服できましたし、そのようなことを当時論文でまとめたことがございます。

それから、直近の健康課長という仕事ですが、これは地域保健行政の全国の取りまとめの部署であります。したがって、保健所についてももちろん、地方衛生研究所とか、いわゆる地域保健行政についての仕事もやらせていただいております。そういった経歴があつて、今日ここに呼ばれております。

今日は、2つだけエピソードをご紹介しますと思っています。

1つは、先般、7月に広島、岡山、あと四国地方、愛媛とか、集中豪雨がありました。いわゆる危機管理、地震に匹敵するぐらいの大変な健康危機管理問題が発生したわけですが、ちょうど私も地域保健を担っていますので、現地に行つてまいりました。そのときに、実は広島県というのは保健所長が不在の県で有名ですので、どのような状況だったか、その話をしたいと思います。

もう1つは、先ほど地域保健法制定に関わつたお話をしましたが、いわゆる参酌条文という有名な条文があります。地域保健法の第5条です。これは、保健所のカバーするエリアというのは、医療圏、それから介護保険の圏域、それにできるだけ合わせましょうという条文です。そのことについて、ちょっとお話したいと思います。

まず、1点目、広島県に行つてまいりました。広島県は7つ保健所がありますが、保健所長が埋まっているのは2か所だけです。残りの5か所は兼務の状態でありました。私の立場では、保健所長がきちんと配置されているかどうかというのを全国的に見ていて、茨城県と広島県はちょっとよろしくない県だということでもともと注目していました。そういうところこそ、まさに集中豪雨が起きたりするわけですが、そのときに広島県から、まず、保健師さんの派遣要請はもちろんです、我々はDHEATの派遣要請を受けました。DHEATというのは何かというと、まさにそのような災害のときに派遣する公衆衛生のチームです。医療チームのDMATは割と有名ですが、その公衆衛生チームを我々はDHEATと呼んで、つい最近、今年の3月ぐらいから通知を出してある程度制度化しているものです。

何をするかというと、まさに災害が起きたときに、例えばあちこちに避難所ができたりしますが、その保健医療ニーズ、いろいろな病気がはやってないか、食中毒が起きていないか、そういったことを瞬時に調査をして、対策を考えていく、そういう公衆衛生活動を外から助けてあげる、支えてあげる、そのような仕事をするのがDHEATであります。主に、県の指揮下に入って保健所の業務を助けるというのがDHEATの役割で、大体チーム編成としては、必ず医師がいて、保健師さんとかその他もろもろ、普段はほかの県の保健所で働いている方々であります。そういう方々をDHEATと称して派遣するというをしています。そのDHEATの派遣要請が早速広島からありましたので、私どもがアレンジして、4チームほど現地に派遣しました。

なぜ広島県はDHEATを派遣要請したかということ、冒頭申し上げましたが、保健所長が不在であつたと、兼務の状態であつたということで、どのような状況が起きていたかということ、例えばそうした被災地の保健医療ニーズがどのくらいかという調査をしないといけない。それから、要支援者がどのくらいいてどのくらいお困りなのかということも調べないといけない。さらに、どのような対策を立てたらいいかという戦略を講じないといけない。さらに、地域の市町村に対してどうやって支援していくかということも考えないといけない。そのようなことを現地で議論はしていたのですが、いかんせん意思決定者たる保健所長が不在ですので、どうしたらいいかと悩んでいたのだそうです。だからこそ、県の幹部は、他県からの応援をとということで、DHEATチームを4チームほど、現地の、特に保健所長が不在のところに派遣いたしました。

もちろんその中には医師もきちんといますし、保健所長さんも入っていますので、その方々がそういった意思決定できない部分をどんどん意思決定していき、特に地元の医師会との調整とか、病院との調整とか、そうしたまさに同じ資格の方でないとなかなか調整しづらいような部分を、そのDHEATの医師として派遣された方々

が調整して回って、うまく現地の調査であるとか、あるいはその調査結果に基づく対策、あるいは戦略の策定をサポートすることができたという事例を現地の県の幹部からいろいろ報告を受けたところです。

申し上げたいところは、多くはないですが、今でも保健所長が不在で隣の保健所と兼務の状態という都道府県は何か所かありますが、その状態を放置していると、いざというときに機能不全に陥ったり、住民サービスがむしろ低下してしまうということが起きがちですので、先ほどの土井先生の発表の一番最後にあった災害への対応とか、そうした部分で保健所というのは非常に大きな役割を果たしますので、保健所長を不在のままにしておくというのはよろしくない、それが1点目であります。

2点目は、地域保健法を制定したとき、一番大きな大義名分は、昔は感染症が猛威を振るっていた時代、昭和13年から20年にかけて保健所というものがスタートして、昭和20年に保健所の機能をものすごく強化しています。ただ、それは感染症が猛威を振るっていた時代で、それから50年たつて、やはり保健医療ニーズは大きく変わりました。感染症は一旦鳴りを潜めて、いわゆる生活習慣病が日本人の最大の死亡原因になってきて、疾病の構造も大きく変わって、それに対するサービスの内容も変えていかないと。まず、基本的なサービスは、それまでずっと都道府県の保健所が担っていましたが、ぼちぼちそういう基本的なサービスは、最も住民に身近な市町村にお任せしてもいいのではないかと、そのような見直しをしようというのが、一番大きな地域保健の見直しの大義名分でありました。

それから、保健医療だけではなくて、福祉との連携というものも模索する必要があるでしょうと。それもあわせて地域保健の見直しの一環としてやるべきではないかということがありました。

その結果として、第5条のいわゆる参酌条文と我々呼んでいます、保健所のカバーするエリアというのは、保健と福祉のエリアというのは大体医療圏とか介護の圏域とほぼ一致していますので、保健所がカバーするエリアもできるだけそれに合わせていこうじゃないかと、そのような条文であります。

当時、850 幾つかあった保健所については、その見直しでできるだけ医療圏に合わせていくということで、順次見直されて、今現在は500を切っていると思います。460か470かを切ったかと思いますが、特に県保健所に関しては、当時の半分ぐらいまで数は減っていると思います。

そういった形で、サービスの内容というものも時代のニーズに合わせて変えていくということが必要なのではないかと、地域保健法というのはそのような趣旨で制定していますので、今回の見直しの案の中にも、医療圏に合わせていくというようなことが書いてありますから、その方向は、少なくとも地域保健法を制定したときの当時の考えに基づいているかなと考えています。

以上が、私からのプレゼンになります。

○磯会長

ありがとうございました。2点、ご説明いただきました。

それでは、ご質問をお受けしたいと思います。お二人の発表に関してご質問等ございませんでしょうか。

○諸岡副会長

実は、茨城県も兼務の保健所長さんが非常に多いということを知って、広島県と茨城県、特に広島県は課題が多いということもお話がありましたが、我々、医師会としまして、保健所に勤務する公衆衛生医師をどうするかということで、かなり内部で討議しました。実は私、2か月前、全国の都道府県の医師会長会議で、今の公衆衛生にタッチする医師を医師会としてどう考えるのかということを知りたいと日本医師会の横倉会長にも質問しました。しかし、これは医師会のみならず、医療界全体で考えていかないと。二次保健医療圏にマッチングするというのが一番いいと思いますが、それには地元の自治体の皆さん方の意見を聞くということと、10年前と比べると県の保健所の兼務というのは、10年前は10%ぐらいだと思ったのですが、今、15%ぐらいが兼務になっていると。ただ、政令指定都市と中核市の保健所の兼務はゼロだと、全て所長さん埋まっているということです。そのような意味では、茨城県もこれからどうするかということで、我々医師会としてどうやってできるかということで、医師会で非常勤の公衆衛生にタッチする医師を何とか、皆さん方を助けようということで、そういう形で動いております。

ですから、我々は、医療と福祉と介護、あと公衆衛生のことも含めて、二次保健医療圏とマッチングしながらやろうというのが今の状況であります。そういう意味では、地域住民のサービスとか、我々医療現場も含めて、

どういう形でサポートできるかということで、これからも支援していきたいと思います。それが、我々茨城県医師会が考えている現状であります。

○磯会長

ありがとうございました。どうぞ。

○森永委員

茨城県歯科医師会の森永でございます。今、正林先生のお話を聞いて、私も、二次保健医療圏の中での活動ということは仕方ないのかなと思いますけれども、茨城県の中では、やはり二次保健医療圏の中での矛盾というのもあるわけですね。特に北部の二次保健医療圏では、はっきりと生活環境が違っているということです。山のところと海のところというのはまるっきり生活圏として違っているのです、その辺りも考えていかなければならないと今感じているところです。

それで、今日、保健福祉部のほうにお聞きしたいのが、今、二次保健医療圏の中で、市町村の人の流れとといいますか、医療機関の流れでもいい、患者さんの流れでもいいですが、そうしたものをどのように見ているかということですね。

というのは、1つは、茨城県の北部の二次保健医療圏において、ひたちなかと水郡を含めたところの患者さんの流れを見ますと、ちょっとこれにそぐわない状態に来ているのかなと感じておりますので、その点どのような人の流れと考えているのか、それを正林先生のお話を聞きながら感じたものですから、お聞きしたいと思っております。よろしくお願ひ申し上げます。

○磯会長

今の点につきまして、茨城県の方からお願いします。

○吉添次長兼医療局長

二次保健医療圏の議論はここではしないという前提でしたので、直接それをどうするかというのは申し上げるところではないですけれども、人の流れとといいますか、医療需要の流れとといいますか、そういうものについてはよく考えて二次保健医療圏というものを設定していく必要があると考えています。

もし今後見直すということになれば、そのようなところをまずよく整理をした上で考えていく必要があると思っております。

○磯会長

二次保健医療圏の再編については、また今後の課題ということですね。はい、どうぞ。

○森永委員

二次保健医療圏の問題ではなくて、現実に人の流れはどのようになっているのかということをお聞きしたいということです。これは後でも結構ですが、これは考えていただきたい。いわゆる水郡線で、北部のほうはほとんど水戸に来ている。ひたちなかとの関連というのは、どうも納得できないというところがありますので、医療圏を含めてというのではなくて、人の流れを考えないでいわゆる保健所の流れは話し合えないのではないかと。

例えばひたちなかに保健所が出て、北部の方は、ひたちなか市に行くときにはどういう方法で、交通も含めて人の流れを考えているのかというのがちょっと疑問があったものですから、別に二次保健医療圏の問題ということではなくて、その辺りを保健福祉部はどのように考えているかということですね。

○吉添次長兼医療局長

失礼しました。今現在の二次保健医療圏の中で、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、その中で人の流れといいますと、水郡線というのがありまして、あと118号という国道があって、それは基本的に水戸のほうにつながっておりますので、基本的な人の流れというのは、まず水戸に集まるというのは承知しているところです。

今回、保健所の再編をするということで議論をしているわけですが、確かにその部分では、ひたちなかへの流れというのは、水戸への流れよりは小さいかもしれないと思っております。ただ、全体の中で二次保健医療圏に今回は一致させるというスタンスで考えておりますので、現在示しているところでは、ひたちなか保健所に集約をするというような案を示しているところです。

○磯会長

どうぞ、部長。

○木庭部長

今、森永委員がおっしゃったのは、1つは住民サービスのアクセスに関係することだと思えます。そこについては、今日の議題にもございますが、今あるひたちなか保健所に集約するということになれば、常陸大宮の保健所を支所にしたり、あとはICTを使った、利便性ができるだけ損なわれないような工夫とか、あとは市町村への権限移譲とか、そういった住民サービス、あるいはいろいろな対物サービスがあるかもしれません。そのアクセスの移動がなるべくないような、そういった工夫をセットに考えていきたいと思っております。

○磯会長

根本委員、どうぞ。

○根本委員

薬剤師会の根本と申します。正林先生にお伺いしたいと思ったのは、今まで保健所というものの果たしてきた役割と、それから二次保健医療圏を中心とした保健所にしていこうというとき、それと人口が少なくなったときに、その業務をどのぐらい市町村に移せるものなのか。今回の再編で保健所までの距離が遠くなるというのがありますが、市町村に移すことによってかなりサービスの部分が違うだろうと。

先ほどお聞きした中でも、感染症なども前よりかなり違ってきた。けども、鳥インフルエンザが出てきたら大変なことになるだろうし、食べ物、豚コレラにしても大変な勢いで出てくる可能性もあるだろう。それと、災害への対応が大変大きくなってきた部分があるものですから、そこが各市町村と保健所とうまくすみ分けができて、市町村に移してあげられる部分がどこまであるのか、今ちょっと気になって、ここの中にも保健所のやるべき仕事というのはいろいろ書かれていましたが、その中で、特にこれから高齢化になったときに、高齢者にどのようなフォローをしてあげられるか。これも市町村が一番かなと思いつつも、市町村がそれをやりますというわけにはなかなかいかないだろうと思えます。その辺りの見直しをお教えいただければありがたいと思えます。

○磯会長

いかがでしょうか。

○参考人（正林督章氏）

ご質問ありがとうございます。ちょっと私、権限移譲の話を強調し過ぎたので、若干混乱させてしまったかもしれませんが、地域保健法を制定したときは、もともと保健所というのは50何年前、昭和13年からスタートしていますので、そのころとニーズが変わってきたので、そういう背景もあって、できるだけ基本的なサービスは市町村にということで、土井先生のこの図の一番左にある対人サービスと書いてある部分はほとんどを市町村に移しています。特に、一番大きかった業務が母子保健業務になります。3歳児健診とかもろもろの健診、当時の保健所でやっていたものをみんな市町村に移していきました。それで保健所は何かをするかということで、より専門性の高い業務とか、より広域性のある業務とか、そういったものは保健所で担っていくべきだろうと。

当時は、やはり保健所業務がなくなるのではないかとということで、かなり地域保健法制であれ、保健所法、母子保健法制における反対意見が多数出たのですが、そうではなくて住民サービスは逆に向上するんですよ。市町村に業務が移ることで向上するし、より保健所は専門特化した業務に集中できるので、そちらのサービスも向上しますよと。保健所もきちんと機能を強化していきますということで、皆さんの納得をいただいたという背景があります。

では、今はどうかというと、この土井先生の図の一番右ですね。現在は、保健所の業務の中で、健康危機管理という部分がかなり大きくなってきています。それは感染症、もちろん当時はやった結核とかそういうのは今大分鳴りを潜めましたけれど、これだけグローバルな社会になって、外国の感染症が幾らでも国内に入ってくる。そのような時代で、感染症対策が一番典型ですが、他にも地震対策、水害対策、そういった避難所ができたときにいろいろな病気になる、保健医療問題が発生しますので、それへの対応ということで、より専門性の高い保健所の業務が逆に増えたというところがあります。

権限移譲を今すぐ、今やっている保健所の業務を市町村に移していくということは、とりあえずはあまり考えておりません。むしろ保健所の新たな業務としての健康危機管理をどう考えていくかということが、少なくとも前職時代に最も悩んでいた部分であります。

○根本委員



ありがとうございます。

○磯会長

ほかにごいませんか。どうぞ、川島委員。

○川島委員

生活衛生営業指導センターの川島と申します。正林先生に教えていただきたいのですが、大変素人の質問でお恥ずかしいのですが、全国を見ていらして、今のお話で、広島ですとか茨城は保健所の所長さんが少ないという、この要因というのはどういうところにあるのか、何かご存じでしたら教えていただきたいのですが。

○参考人（正林督章氏）

それがわかっていると簡単に埋まるのですが。傾向としてあり得そうなのは、私、実は島根県にいたときに、島根県は、幸か不幸か7つの保健所が全部所長が埋まっていて、しかも所長の下にいる若い公衆衛生医師もちゃんといて、引退するとちゃんと次がいるという、そういう構図があるので、たしか空席になったことは余りなかったように記憶しています。

一つの傾向として、当時、島根県にいたときに、医師不足問題が結構クローズアップされたときでして、平成15年ですが、隠岐島という島があって、そこで産婦人科医がゼロになってしまったと。これが全国紙に載って、そこから日本の医師不足問題が盛り上がったときで、そのときに当時の茨城県の方と一緒にあって、なぜかという茨城県も医師不足が結構深刻だという話だったので、そうした医師不足が深刻な県の部長、次長がみんなが集まって、どうやってこの医師不足問題を解決するかということをよく話し合った記憶があります。当時から医師自体がなかなかいないので、その結果として保健所長もなかなか埋められない、そのような傾向がもしかしたらあるのかもしれませんが、すみません、数字できちんと検証しているわけではないので。

もう1つは、北海道ですね。北海道も兼務率が非常に高いです。

○川島委員

ありがとうございました。

○磯会長

ほかにごいませんか。はい、どうぞ。

○田宮委員

貴重な現場のお話ありがとうございます。広島の例で、保健所長さんがいらっしゃらなかったのも意思決定機構が働かないで困ったというエピソード、もう少し詳しくお話聞かせていただけますか。

○参考人（正林督章氏）

私も又聞きになって、県の局長から聞いたことをそのままお伝えしたつもりでして、それ以上の情報というのはなかなかないのですが、推測も入りますけれど、やはり保健所長はその組織の長なので、その人に最も求められるのは意思決定だと思えるんですね。第一線で働いている保健所の職員がいろいろ考えてはいると思いますが、それをやっていいのかどうかというのは、やはりトップたる長が判断してあげないといけません。それが兼務の先生ですと、ふだんいないからわからないわけですね。なおかつずっとそこにいてもなく、他の兼務の先生は、自分のところの所長のことをやっていたでしょうから、完全に空席のところにはDHEATチームも入っていつ、DHEATのドクターたちがいろいろ判断してあげて前に進めるということをしていたということを知っています。すみません、それ以上の情報はちょっと持ち合わせていません。

○田宮委員

ただ、兼務だと、せっかくそのような組織があっても動けないということですよ。あまり数は多くなくてもちゃんとしたヒエラルキーの組織があれば動くけれども、逆にこれだけあってこれがないという状況というのが一番だめだということですね。

○参考人（正林督章氏）

そうですね。そういうのが一番よくないですね。

○磯会長

ほかにごいませんか。どうぞ。

○萩谷委員

先ほど正林先生から、広島と茨城の保健所長が少ないというお話をいただいたのですが、この原因は何なのでしょう。待遇が悪いとか、なり手がいないというのは。結局この問題も、所長さんがいないから再編して減らしていこうという大きな原因ではないかと思いますが、よその県は結構いるのでしたら、何かその辺でアドバイスをいただければ、県のほうでもまたいろいろ考えて対策を練ってくれるのではないかと思うのですが、あればよろしくお願ひいたします。

#### ○参考人（正林督章氏）

先ほどもお答えしましたが、何が原因かというのはなかなか難しいと思うのですが、根本的な医師不足みたいなものが背景にあつたら、その延長線上で保健所長も医師で埋めることが難しいというのはあるのかもしれませんが。そのまた原因はというと、それは給与の問題なのか、一般論からすると、医学部を出て公衆衛生の道に進むというのは実はかなりマイナーなグループですので、自分のことを言うのも何ですけども。通常は、医学部を出たら大体臨床医になりますので、そういう意味で全体的に公衆衛生を目指す医師というのはそんなには多くない。そのような中で、いかに公衆衛生業務というものに魅力を見出すか、あるいは感じ取るか、そういったところをいかにアピールするかということが、保健所長をゲットする一つのこつかなと思います。

#### ○諸岡副会長

私も茨城県の保健所長の先生方の働き方を見てまいりましたが、非常に保健所の所長さんというのは職務が広いですね。それで時間外労働もかなり多いと僕は聞いておまして、また月当たりの残業、時間外も100時間を超えるのではないかと、そういう状況もあるということも聞いています。

今、医師も働き方改革をどうするかということで非常に問題になっていますが、保健所に勤務する所長さん、ドクターの働き方もよっぽど考えないと。だから、時間外労働などの労働と、そのコストのことも含めて、昔と比べると公衆衛生医師のモチベーションがなかなか上がってきてないということも聞いています。そのあたりも含めてきちんと対応していかないと難しいと思います。

特に県庁の行政職の中では、保健所長さんの立ち位置というのがそんなに高くないということも聞いておりますので、そういう意味では、県も、国もそのあたり含めてやっていかないと、なかなか今の若手医師が、そのような保健所に勤務する医師が増えるかということ、茨城県は少ないということですが、ほかの都道府県でもかなり大きな悩みが僕はあると思います。

#### ○木庭部長

今、茨城県の保健所長確保の責任は私にありまして、本当に今、兼務していただいている先生方、こういう現状に本当に申しわけなく責任も感じているところでございます。何で兼務が解消されないかということでは、先ほど正林先生からもありましたとおり、茨城県に医者が何で少ないかということと非常に共通項が多くある状況です。

私自身、例えば厚生労働省の医系技官のOBの方とか、あるいは他省庁で似たような役割を担っている防衛省とか外務省の方、何かあつたらいつでも茨城県はウエルカムだからというお話をさせていただきながら、また、個別にもいろいろ声かけをさせていただいているところですが、やはり病院が医師確保するときと同じように、交通の便とか、東京を離れたくないとか、いろいろ同じような共通の事情を抱えられて、なかなか確保が進まないという状況が、言いわけになってしまいますが、一つあるというのは事実でございます。

ただ、一つ明るい光明といたしましては、先ほど諸岡医師会長からもございましたし、あとは筑波大学の社会学講座、田宮先生のところから非常にご協力をいただいて、今、公衆衛生医師の非常勤嘱託医という形で、筑波大学院生さんですとか医師会の志ある先生に少し手伝っていただくという形で、保健所の業務に触れていただくような機会を設けさせていただいて、実際に多く活用いただき始めているところでございます。これがうまくいけば、この案にありますような、保健所でも複数医師体制という形で、将来的な公衆衛生医師確保にここまでの苦勞をしなくても保健所長さんが埋まる、そんな未来を描きつつ、今、日々奮闘しているという状況でございます。そのような状況です。

#### ○磯会長

私の立場で、もう一つ将来的に明るい希望は、筑波大学が地域枠を相当の数、今40人弱の地域枠の確保をしております。ということは、茨城県に住んでいる医学生が毎年40人弱卒業すると。もちろん諸岡先生がおっしゃる

ように、県北の医療機関で医師が少ないところへの派遣もあります。それ以上に地域枠の数がありますので、行政、すなわち保健所とか県で仕事をするのは十分可能です。先ほどの保健所での非常勤の体制もできていますし、また、地域枠の学生のキャリアパスの中にこういった行政でのいろいろな活動、保健所、県の仕事というのが明記されるようになりましたので、医師会と共同で大学がそのような人材を育成するという体制が始まります。先ほど土井会長がおっしゃったように、危機管理や新規の立案調整には、保健所医師の複数配置体制が非常に重要になりますので、これから茨城県と共働で体制を整備していく形ができているかと思います。

実を言いますと、筑波大出身の医師が厚生労働省や千葉県に多くおられます。地理的な問題もありますが、それを補う意味で、地域枠の学生にとって魅力的な体制作りが大切です。

○磯会長

ほかにございませんか。

特になければ、続いて議事に移らせていただきます。

各保健所の申請業務等取扱件数から、順に事務局からご説明お願いします。

【事務局から資料2により説明】（省略）

○磯会長

それでは、ご意見をそれぞれの委員からお受けしたいと思います。質疑、コメント等ございましたらお願いします。森永委員どうぞ。

○森永委員

単純な質問で申しわけないですが、2ページの再編後の水戸市中核市移行後という形で書いてありますが、いわゆる現行、今と、再編後では、水戸のシェアというのは半分ぐらいになるということですね。これは今の水戸保健所と水戸市保健所と、すり合わせといますか、関連、連携、そうしたものはどのようにお考えになっているのでしょうか。

○磯会長

いかがでしょうか。

○山本副参事

水戸市は水戸市の意向で中核市になるということを公表してまして、保健所になれば、保健所でやるべき事務というのはある程度法定なり、あと知事の権限のものは権限移譲もありますけれども、それでその組織というものも決まっています。事務のすり合わせの話としては、現在、移譲事務の項目はほぼ整理はされてきておりまして、来年になると思いますが、法的な市からの申し出と県の同意という手続がなされていくと考えています。

○森永委員

ありがとうございます。ただ、私思っているのが、水戸保健所というのは県では一番大きい役割を果たすのではないかと思います。現在の水戸保健所の役割というものが、どの辺りをポイントに県全体をまとめていくような、いわゆる中央としての保健所の役割を果たすのか、その辺りをお聞きしたかったのです。

○山本副参事

通常の保健所が処理するものはみんな市に行ってしまうんですが、先ほどもありました、14ページで言うところの公益的な施策の推進というところですが、例えば地域医療構想や保健医療計画の推進といったものは、二次医療圏単位で仕切る必要があります。そうしたものは都道府県保健所の役割ということになってまいりますので、それらの機能は人口規模は小さくなくても県保健所が引き続き担っていくことになると思います。

○森永委員

ありがとうございます。

○磯会長

はい、どうぞ。

○今関委員

今、森永委員から水戸保健所の件についてご質問がありましたので、関連する質問をさせていただきます。

水戸保健所につきましては、私の聞き及んでいるところによりますと、平成32年4月に水戸市の保健所ができるということで、あと1年半ございます。そのときに県の現在の水戸保健所は、水戸市のエリアが抜かれるという形になるわけですが、1年半後にそのようなことが想定されているということ、さらには、現在、保健福祉部におきましては、保健所間の業務の集約というんでしょうか、特定の保健所が役割を分担するというので、例えば水戸保健所が監視指導だとか管理栄養だとか、地域の保健推進につきましてはひたちなか保健所や大宮保健所を統括しているという位置づけにもあるということ、本来であれば、今回この中核市移行に伴っての役割分担等については別の組織で多分やっているのしょうけれども、やはりこれは保健所全体の議論の中で私はきちんと整理していくべきだろうと考えているのですが、いかがでございましょうか。

○石橋課長

水戸市が保健所をつくった場合、基本的に大部分の業務は移ってしまいますが、その後の県の水戸保健所のあり方については、詳細は今検討を始めているところでございます、その後そうした位置づけ等も含めまして考えていくもので、現段階ではまだ詳細までは詰めておりません。

○今関委員

すみません、あと1年半後なんですね、水戸市の保健所が始まってしまうのは、そのときのために今現在、今回のこの見直しがいつの時期になるか私どもは聞いてございませませんが、少なくとも来年度中には動くんでしょう。ただ、それだとしても1年は切ってしまうんですね。そのときに後から水戸保健所のあり方を議論しては、せっかく今回これだけの委員の皆様方がいらっしゃる中で議論しているのであるから、私はある程度の方向づけをこの中でやっていただきたいと。もしできるならでございますが、ご要望させていただきたいと思えます。

○磯会長

この懇話会の中で、そういった検討、見通しというのはできますでしょうか。

○吉添次長兼医療局長

今、今関委員からございました、県の水戸保健所から業務が水戸市に行った際の県の水戸保健所のあり方というのは、組織はどのようにしていくかという議論もございしますので、この中である一定の方向性をお示しするというのはちょっと厳しいかなと感じております。

この中で再編の方向性が示された段階で、我々は最終的な案を決定して組織を改変していくということになりますので、その中で議論させていただきたいと考えております。ただ、それはスピード感を持ってやらないとちょっと間に合わないと感じております。

○磯会長

ほかにありませんでしょうか。はい、どうぞ。

○大谷委員

資料でいうと4ページ目ですが、統合される保健所に代わり設置する組織ということで、支所なのか窓口なのかという議論がありました。開設日、開設時間のところで、週5日、1日8時間とほぼフルタイムという話が出ていたのですが、これは実際に、冷淡な言い方をすると、緊急時などに誰かいないといけないのでフルで開いていたほうがいいのかなというふうにも聞こえるわけです。例えば今でも1日のうち8時間開いていて、16時間はないわけですね。それが1日6時間いて、18時間いなくなったときに、どれだけ影響があるのかと。何で1日8時間でなければいけなくて、1日6時間ではだめなのかというのは、例えば来訪者の来訪時間に偏りがあるとかそういう理由があればわかるのですが、そうでなければ何か合理的な理由が欲しいと思えます。

なぜこのようなことを申し上げているかといいますと、今、正規職員の配置はなかなか難しい、特に純増は難しいと思うんですね。これがフルタイムでなければ、再任用の短時間勤務職員とか非常勤の嘱託で業務を充てることも可能になってくると思いますので、人員配置はかなり柔軟になってくるのではないかと思います。

そういった意味で、なぜ毎日8時間でないといけないのか。減らすとどんな影響があるのか。先ほど申しましたが、例えば1日2時間減るとどれだけの影響があるのかというのは、事務局のほうではおわかりになりますでしょうか。

○山本副参事

すみません、来訪者の訪問の時間帯まではデータがなくて、正面からはお答えできないのですが、今、議論になっているのは、住民サービスの低下を極力招かないようにすることだということがかなり主要な論点になっていて、それを踏まえると、今のサービス提供体制をできるだけ縮小させない、それをできるだけ実現させたい、それで今こういう整理になっているわけでありまして。

さらに言うと、職員が2時間窓口を閉めるのを早くして、移動もありますし。あとはICTの活用に関連になりますが、かなり県庁でも在宅勤務やテレワークといったことができるようになりつつありますので、そういう意味では支所に居ながらにして本所の仕事の一部を担うことも今後はかなり可能になってくるのではないかと。そうした環境が整ってくるのであれば、なるべく統合される保健所があったところのサービスを維持するためにフルタイムで開けられないかというのが、まだこれは決定してはいないので申しわけないですが、今のところの事務局の考えでございます。

○磯会長

そのほかどうぞ。

○森永委員

それに関連してですが、私も大谷先生と同じような考え方で質問しようと思ったのですが、第3回懇話会の窓口の参考事例という形で、笠間と常陸太田のサービスセンターの事例を我々に示していただいたのですが、このように毎日のように開設時間、開設日が出たということになると、今の業務体制、いわゆるセンターが行っていた業務体制というのが、毎日同じ受け付けをするのか、これを見ますと業務体制がばらばらですね、窓口の参考事例を見ますと。そうしたものを一括して全部、何人の人員になるのかわかりませんが、その方が全てその機能を代行するのかということちょっと疑問に思ったものですから。

○山本副参事

保健所というのは多職種の職員がいるところでして、一人の職員で対応していける受付にはちょっと限界があると思います。

具体的に、ほかの県の調査事例を踏まえてマルを全部つけられるかどうかというのは、具体的に何人ぐらい配置できるか、例えば保健師を何人、薬剤師を何人というのを検討していかないと結論は出ないのですが、ただ、そこをフォローできるものがあるとするれば、先ほどご説明したICTの活用というところで、仮に保健師がいない支所になってしまったとしても、本所に保健師を置く、本所の保健師が遠隔で相談を直接受けられるようになれば、サービスの低下はある程度カバーできるのではないかと。そういうふうにしていければいいかと、今、考えているところです。

○磯会長

根本委員、どうぞ。

○根本委員

多分、これはやはり業務的にはしばらくの間、同じ程度にさせていただいて、この取扱件数の数字を出されれば住民の方は、これだけ少ないんですよと言われるのは仕方がないでしょうが、しかし、そのほかに反発のほうが強くなりそうな気がいたします。その中で、今お話があったようにITを使ったり、どのぐらいの時間で効率的にできるかという話し合いを、やはり地元としていくことが一番なのかなと。私どもがここで考えて、これだから効率的ですよという結論を出すのも一つかもしれませんが、しかし、この中で反対意見の出ているところから見ますと、「昔からおらがまちには保健所がある」という部分のところ、これがやはりどうしても多いものから、できる限り「なくなってもサービスは落ちませんよ」ということをまずしないと、いかに人数を少なくしてということを考えてしまうよりは、「サービスは落ちないですよ」と、そこからスタートしていただくとまた違うかなという気もするんですが。

○磯会長

ありがとうございます。ほかにもございませんか。はい、どうぞ田口委員。

○田口委員

2点ご質問をさせていただきます。市町村への権限移譲について、資料2の9ページですが、移譲の方法につ

いて書いてあります。まず、前提条件として、これから支所化する市町村に限って移譲を考えているのか、もしくは現在も保健所がなく支所でもないところでも移譲を受けたいということがあれば県としては移譲する方向なのか、まず、この1点お聞かせください。

○山本副参事

基本的に権限移譲は、県からどこの市町村とターゲットを決めて投げかけるのではなくて、どこかやりたい市町村はありますかと幅広く照会するのが、今までの普通の権限移譲のやり方ですので、それに沿った形になるかと思えます。

ただ、今回、支所を置かない案としている常総地域から要望が来ていますので、実際はその辺りが候補の中心になってくるのではないかと予想しています。

○田口委員

ありがとうございます。もう1点、権限移譲する際に、週何時間、何日というのはその条項の中に入れる予定なのでしょうか。

○山本副参事

権限移譲した場合には、恐らく、市役所か市の保健センターといったところが窓口になると思えます。そうした場合、市が独自に時間を絞ることはあるかもしれませんが、普通は庁舎が開いている時間に合わせていくことが多いのではないかと考えています。

○田口委員

いわば県はそこには立ち入らずに、移譲された市町村にお任せをするという理解でよろしいんですね。

○山本副参事

そうです。法的に移譲されると権限は市町村に移りますので、市町村の責任と権限でやってもらうようになると思えます。

○磯会長

ほかにいらっしゃいますか。

○森永委員

ちょっとよろしいですか。今のご意見とちょっと意見が違うのですが、9ページの移譲に関しては、まさにこれが、今、意見書として出てきているところなのかなと僕は感じているんですね。

どのようなことかという、しっかりと保健所があるところはいいですが、いわゆる権限移譲をしてもらわなければならないところ、そうしたところの市町村というのは、まさに疲弊しているところが、失礼ですけれども多い。そのようなところに移譲していった負担を多くするというのは、その辺りは市町村の方々と十分に考えていただかないと、これはやはりばらばらになってしまうという考え方があるのですが、それについてはいかがでしょうか。

○吉添次長兼医療局長

最初の山本のほうの説明にもありましたように、権限移譲する際は市町村と十分に話し合った上で、市町村が受け入れるという前提でございます。こちらが強制的にということではございませんので、そこは十分議論した上で移譲を進めていきたいと思えます。

○森永委員

よく存じ上げております、そこは。ただ、そうはいっても、移譲せざるを得ないという形にならないかという不安があるんですね。やらなければそれで結構ですよと言ったら、やはり市町村としてもまた困るところもあるので、県のほうのバックアップはどういうふうになるのかということも含めて市町村と考えていただかないと、なかなかその辺りは難しいことかなと。言葉では「やらなければそれでいいですよ」ということはわかりますが、現実にそれで果たして市町村に今の保健所の役割ができるのかどうかということですよ。その辺りは僕はちょっと不安に思うのですが、どうでしょう。

○吉添次長兼医療政策局長

権限移譲する際には、物理的な方法としては、この資料にも書いてございますが、事務処理特例交付金というお金があります。例えば人を新たに雇う必要が出てきますので、そのようなものを交付するというのが一つ。

あとソフト的なものでは、この手続をやるためにはどんな準備が必要なのか、例えば土井所長からの意見の中にもありましたが、権限移譲した結果、結果的に手戻り等が多くなって、かえって住民サービスが落ちてしまうということもあり得ると思いますので、そのようなことも踏まえた上で、マニュアル、このようにやればうまくいく、そうしたものをきちんと整理した上で各市町村には提示をしたいと考えております。

○今関委員

すみません、権限移譲でちょっと。先ほど常総保健所の管内のところを重点的に、権限移譲の働きかけをするというお話だったのですが、それはそれで結構なのですが、もしやるときは、常総保健所の管内には4つの市町があったと思いますが、全ての市町村でできるようにしていただいたほうがベストかなと。ここの市はやるけどこの市はやらないというような状況になると、やはり住民に対して混乱を招くというのがありますので、その辺は、私どもも市町村のほうの担当の部署ですから、市町村の首長さんたちにもいろいろお話を申し上げたいと思いますが、その辺県のほうもしっかりとやっていただきたいし、先ほどどなたかから出ましたが、やはり初めての仕事を市町村は引き受けるわけでございます。その制度もよくわからない、いろいろ不安なところが多い。失敗しては大変だということもある。その辺につきましては、十分にお話をすると同時に、マニュアルも含め、手厚く支援をする体制をもって接していただければ、少しは市町村も権限移譲のほうに手を挙げられるのかなと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○磯会長

はい、川島委員どうぞ。

○川島委員

お話が変わって、先ほどまでも出ていた、いわゆる代替組織のことです。私たち、食品、生活衛生業の業界というのは、対物保健の分野で保健所とのかかわりがあるもので、非常にそこを注視しているのですが、今、県のほうで、5ページのところで、CタイプかEタイプを参考にするというところで、非常に違うのが、さっきも出ていましたが、対物保健を受けるかまるっきりやっていないかということで、この辺で茨城県の方向性、先ほど一部お返事があったのかもしれないですが、それについて茨城県の方針、方向性を再度確認させていただきたいと思ひます。

○山本副参事

対物保健の受付等もできるだけやっていきたいと思ひています。ただ、実際に、ここは具体的職員の人数などがどのぐらいまで支所なり窓口で持てるかというところで、あとは受付だけするのか、内部処理という完結までさせるのか、そういったことも具体的事務の一つ一つを検証しながら決めていく必要があると思ひています。全部やりますと即答はできないのですが、できるだけ対応していけるようにしていきたいと思ひます。

○川島委員

いろいろ郵便で受付とか電子申請とか、こういった点については、保健所の再編の問題とは別にしてもどんどん拡充していただきたい部分ですが、ぜひその辺についても引き続き配慮いただきたいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

○磯会長

ほかにございませんか。どうぞ。

○今関委員

一つだけ気になっていることがありまして、8ページです。住民サービス水準の確保のところの中ほどに、「できるだけ本所に職員を集約配置することで、その効果を高めていくことができますが、それを限られた人的資源のもとで実現するためには、代替組織に配置する職員数は相応に縮小する必要があります」というこの書き方ですが、これは違うのではないかと私は思うのですね。縮小するのではなくて、住民サービスの水準を確保することとこの縮小というのが、どうも私の頭の中ですっと入らなかったもので、確かに行革的な発想からいえば、縮小するというのは最終的に結果として出るかもしれませんが、住民サービスの水準を確保するのに人を減らす、減らしていいよというのは、何か私はちょっと違和感を感じます。逆に言ったら、人を増やしましょうというぐらひの感じが本当は必要だろうと思ひます。ここのスタンスがどうも私には理解できなかったものから、ここについて本意をお知らせしていただきたいと思ひます。

○石橋課長

この8ページの前段にありますように、また14ページのまとめた資料でございますが、本来の目的といたしまして、まず、健康危機管理対策と広域的な施策の推進をやると。そのために再編を強化していきますと。上の二重枠の四角で、職員配置の集約化により担当業務の専任性を高める、そういったことで保健所の機能を高めていくというのが大前提としてございますので、人員といたしましては、できるだけ人材育成も含めて多くの人員を本所に集めないとその目的が達せられないと。一方で、いわゆる支所となるようなところでは、ある程度人員としては限られてしまうと。そういう趣旨でございまして、言葉としては縮小となっておりますが、現在の保健所に比べれば縮小と、そういう意味だけでございます。

○今関委員

それは例えば、権限移譲、さらには電子申請、ICTの活用などを今後入れていくことによって、今まで以上に効率化できるから、それで縮小になりますと考えればよろしいですね。

○石橋課長

そういうことです。

○今関委員

だから、このようなことをやった上で再編するというところでよろしゅうございましょうか。わかりました。そのときに、一つ気になっているのは、ここに、サービスを低下させないための方法は、権限移譲、それから郵送、電子申請、ICTの活用というのは非常に私もいいことだと思っています。これが書いてありますが、これらが全て形になった上での見直しなのか、つまり支所の体制を考えるのか。これは将来的にこれができればいいなということで、これをあまり考えずに今後支所の体制を考えていくのか。どちらなのかというのが、ちょっと私にはわからなかったもので、そこだけ教えていただけますか。

○石橋課長

いわゆる電子申請とかICT等の活用、これらを一齐に同時には現実的にはできないものですから、これは徐々になると思われま。それに合わせると、当然そこで、その代替といいますか、それを補完するためには人が入らなくてはなりませんので、それに合った人員を配置していくと、そういうことになると思います。

○磯会長

はい、どうぞ。

○根本委員

人員配置の件で、統合するところは、前にお話をお聞きしたときには建物もそのままというお話を聞いたのですが、一緒になったときにそれで十分でしょうか。

○山本副参事

今の保健所は、統合すれば改修費などはそれなりにかかるとは思いますが。

○根本委員

増築はしないということですか。

○山本副参事

昔、検査課などがありました。化学実験室みたいな部屋があつたりするわけです。それが荷物置き場になっていたりするので、改修のしようでそれなりには収容できるのではないかと考えています。

○磯会長

ほかにございませんか。田宮委員。

○田宮委員

今回、私ちょっと気になるのが2ページ、3ページで、これは非常に貴重なデータを出していただいてとてもありがたいと思うのですが、ちょっとこれの見方がいま一つよくわからない。全部100%のシェアにされているので。

例えば質問なのですが、対人保健が人口当たりが少ないということは、アクセスが悪いというふうに考えてよいのかとか、ちょっと見方がよくわからない。単純にそう考えると、幾つか気になるところが出てきてしまって、人口のシェアに比べて対人保健のシェアが非常に少ないのは、例えば右の3ページを見ると常陸太田とかそうな



んですね。だから、これがアクセスというふうに捉えられるとすると、このアクセスは悪いものというふうに見られてしまったりするので、むしろ人口当たりの対人保健という割合にされたほうがいいのではないかと、素直に読めるような気がするのです。これは非常に貴重な、多分これを出すのは大変だったと思うのですが、その出し方に説明が要るかなというのがちょっと気になっています。

人口のシェアに比べて対人保健のシェアが低いということは、みんな同じで来るとすれば、その人たちは来れていないというふうになってしまうのではないかなと思うんですね。

○山本副参事

そこを分析する意図は全くなかったのですが。

○田宮委員

でも、そういうふうにとってもいいんでしょうか。

○山本副参事

例えばぱっと見なのですが、3ページの一番上のひたちなか保健所で言うと、人口の43.2%に対して対人保健44.6ということで、人口よりも1.4ポイント対人保健が上回っています。

東海村が、人口が10.5%のシェアで対人保健が13.1%で2ポイントほど上回っている、地理的にどちらが近いかといえば、ひたちなか市内からひたちなか保健所のほうが近いのはそうなので。

○田宮委員

そこは常陸太田と常陸大宮が、一番気になってしまったのが常陸太田なんですよ。14.5%の人口シェアがあって対人が8.0%なので、これはアクセスが悪いから来てないのか、そうではなくてニーズがないのか。そこはわからないのです。この数字だけ見てしまうとそのようにもとれるので、そこが気になってしまって、もともと常陸太田のところは保健所が閉鎖になっているんですよ。だから、その説明がちゃんとできないと。その数字ありましたか。

○山本副参事

ちょっとわかにはお答えすることができません。

○田宮委員

そうですね。多分、全部をそれぞれ100のシェアにしないほうがいいのではないかなと思ったりして。でも、貴重な数字なので、これ。ちょっと工夫してみてください。

○磯会長

ほかにどうですか。大谷委員。

○大谷委員

皆さん時計を見始めたので手短かに済ませたいと思います。冷淡なことばかり言っているようですが、皆さん現場のことはよくご存じの方がそろっているので、原理原則の話を最後に一つしたいと思います。今日の議論では、住民サービスの低下を防ぐ、住民サービスの水準というのがかなり出てきましたが、住民サービスの水準というのは、今のが適正だというのが所与になっているんだと思うのです。果たして今の住民サービスは適正な水準なのかという議論はあるのか、ということがあろうと思うのです。よく見ると、そこまでやる必要はあるのかというのは、もしかしたらあるのかもしれない。ですので、その住民サービス、今、議論しているのが果たして所与として考えていいのかどうかというところを、本来考えたほうがいいのかと思います。

まず、客観的に見てそれが適正なのかどうかというのがあった上で、どなたかからお話もありましたが、例えば抵抗を考えると当面はこのままで段階的にするとか、そうしたことはあると思いますが、そもそも今の水準が適切なのか、適当な水準なのかどうかというところの議論が欠けているように思うのです。そのあたりは事務局ではどのようにお考えなのか、よろしいでしょうか。

○吉添次長兼医療政策局長

考える上では、現状行っているサービス水準を基準として、当面考えるしかないのかなと思います。

○木庭部長

逆に、現場で感じられている感覚としてはどうなのでしょうかとこののを、むしろお聞きしたいなと思います。何かご意見ございましたら。

○磯会長

誰か委員の方。萩谷委員どうぞ。

○萩谷委員

住民サービスというのは、確かに先生が言うように基準はないかもしれませんが、長年受けてきたサービスが減らされたり、なくなってしまうたりしたら、まして再編されるのは何のための再編だと、我々一生懸命支えてきたのにというような意見がかなり出るのではないかという気がします。ただ、それを理解して、住民サービスはこの辺で十分なんだよというふうにわかってくれればいいですが、わからない市町村、特に首長らが要望書を出しているでしょう。この要望書を出しておいてガタンとサービスが落ちたりしたら、逆に住民から突き上げを食ってしまうと思うのです。ですから、その辺の兼ね合いも含めながら、県がどうコントロールしていくのか、その辺が大事ではないかと思います。だから、一気にやるのではなくて、とにかくスタートしてみて段々、サービスもこの辺で多過ぎるのではないか、少し減らそうとか、そういう感じで運営していったほうが住民からの反発は少ないのではないかと。

特に、県議の先生だって困ってしまうと思うんですよ。やはり選挙が12月にはありますし、あまりサービスが悪過ぎては、「俺のほうは何でこんなに悪いんだ。先生が悪いんだ」と言われてしまうと思うものですから、その辺は少しこの懇話会の中で十分に練りながら、世間全般を眺めながら、一気に呵成ではなくて、徐々にやられたほうがいいのではないかと考えております。

それから、所長さんが2か所、3か所かけ持ちのときは、運転手付きで車を用意してやるぐらいでないと所長のなり手がありませんよ。だって、2か所かけ持ちなら移動時間があるのだから、運転手さんがいれば、ここで所長の先生は仕事ができるわけですよ。電話もかけられるし、文書の確認もできるし。それは県のほうで十二分に考慮して、所長さんに辞められないように、ひとつ十分に努力していただければと思いますので、よろしく願います。

○磯会長

ありがとうございます。昨今は自動的に移動する車もできるようですし、タクシーチケットというのもありますよね。そのようないろいろな工夫がありますから、よろしく願います。

最後に、諸岡副会長から何か。

○諸岡副会長

いろいろな議題が上がりましたが、一番心配しているのはやはり常陸太田・ひたちなか保健医療圏、特に保健所が那珂湊にできて、それこそ大子のほうの議会の先生方の皆さんからかなり意見が出ています。一番ハンディキャップがあるのは常陸太田・ひたちなか保健医療圏だと思うので、そのあたりも含めてぜひ皆さん方が合意できるような内容にしてほしいと思っています。

○磯会長

ほかに全体としてございませぬか。非常に活発なご意見をありがとうございました。以上で、本日の議題を終了したいと思います。ご協力ありがとうございます。

事務局に進行を戻したいと思います。お願いします。

○石橋課長

磯会長、議事運営ありがとうございました。また、参考人として正林先生には貴重なご意見いただきまして、大変ありがとうございました。

第5回の懇話会の日程につきましては、後日事務局からご案内させていただきます。

以上をもちまして、第4回の懇話会を終了させていただきます。本日は、長時間にわたりまして、まことにありがとうございました。