

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第1節 エイズ問題への取組みと医薬品等の安全性確保

1 血液製剤によるHIV感染問題における訴訟の提起と和解の成立

(1)

和解に至る経緯

我が国において報告されたHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染者の累計は、1997（平成9）年2月末現在、4,028名であり、そのうち血液製剤によるものは1,872名である。また、エイズ（AIDS、後天性免疫不全症候群）の発症者（死者を含む）は、同じく全体で1,484名であり、そのうち血液製剤による者が641名である。

血友病治療のために使用していた血液製剤によりHIVに感染し、被害を被ったことに対する損害賠償請求訴訟が、国および製薬企業5社を被告として、1989（平成元）年5月に大阪で、同年10月に東京で相次いで提起され、大阪、東京両裁判所は、1995（平成7）年10月6日、和解勧告を行った。

和解勧告に当たって、両裁判所は所見を示した。東京地方裁判所は、当時、血液製剤を介して伝播されるウイルスにより血友病患者がエイズに罹患する危険性やエイズの重篤性についての認識が十分でなく、期待された有効な対策が遅れたため、血友病患者のHIV感染という悲惨な被害拡大につながったこと、被告らは、原告らが被った甚大な感染被害を早急に救済すべき重大な責任があること、エイズの重篤な病態と被害者や遺族の心情に深く思いを致すとき、本件については一刻も早く和解によって早期かつ全面的に救済を図る必要があること、とした。

森井忠良厚生大臣（当時）は、裁判所の和解勧告の趣旨を重く受け止め、1995（平成7）年10月17日に和解の席に着くことを表明した。

1996（平成8）年3月7日には、裁判所から第2次和解案が示され、原告および国、製薬企業がこれを受け入れて、3月29日に和解が成立した。

(2)

和解および確認書の内容

和解の際に取り交わされた確認書において、菅直人厚生大臣（当時）は、裁判所の所見を真摯かつ厳粛に受け止め、血友病患者のHIV感染という悲惨な被害を拡大させたことについて指摘された重大な責任を深く自覚し、反省して、患者および家族の方々に深く衷心よりお詫びした。

また、サリドマイド、キノホルムの医薬品副作用被害に関する訴訟の和解で、薬害の再発防止を確約したにもかかわらず、再びこのような悲惨な被害をもたらしたことを深く反省し、その原因についての真相究明に一層努めるとともに、国民の生命、健康を守るべき重大な責務があることを改めて深く認識し、本件のような医薬品による甚大な被害を再び発生させることがないように、最善、最大の努力を重ねることを確約した。

(3)

未提訴患者との和解の推進

1996（平成8）年3月29日に和解が成立したのは、東京地方裁判所、大阪地方裁判所合わせて118名の患者であり、和解に当たって取り交わされた確認書においては、未提訴者については提訴を待つ証拠調べを実施した上、順次和解の対象とすることとされた。これを受けて、厚生省としても、未提訴患者との和解の推進に全力をあげて取り組んでおり、1996（平成8）年10月以降、和解のための提訴の呼びかけに関する依頼を、全国の血友病治療医師等に対し重ねている。

この結果、約1,800名から2,000名といわれる血液製剤によるHIV感染者のうち、1997（平成9）年3月末現在、1,179名の患者（うち非血友病患者7名）が提訴し、このうち1,054名との和解が成立している。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第1節 エイズ問題への取組みと医薬品等の安全性確保

2 エイズ対策の概要

厚生省のエイズ対策は、1983（昭和58）年に「後天性免疫不全症候群AIDSの実態把握に関する研究班」（エイズ研究班）を発足させたことに始まる。その翌年には、「AIDS調査検討委員会」（1986（昭和61）年に「エイズサーベイランス委員会」と改名）を発足させ、エイズ患者等の発生状況についての調査・分析（エイズサーベイランス）を開始した。また、1986（昭和61）年には、専門的な見地からHIV感染や研究の動向を正しく評価するため、エイズ対策専門家会議を発足させた。

政府は、エイズ対策を効果的に推進するため、1987（昭和62）年にエイズ対策関係閣僚会議を設置するとともに、エイズ問題総合対策大綱を策定し、関係省庁の協力のもとに、総合的なエイズ対策を開始した。まず、エイズの予防に関し必要な措置を定めることによりその蔓延を防止するため、1989（平成元）年に、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律（エイズ予防法）を制定し、エイズ予防に対する国、都道府県、国民、医師等の責務を明確にし、報告体制を整備するとともに、エイズ患者等に対する人権の保護を盛り込んだ。さらに厚生省においては、1992（平成4）年に厚生大臣を本部長とする「エイズストップ作戦本部」を発足させ、正しい知識の普及を強力に推進する体制を整えるとともに、1994（平成6）年度を初年度とする「エイズストップ7年作戦」を策定し、2000（平成12）年までの目標として、特効薬およびワクチンの開発、我が国におけるエイズの流行阻止、アジア地域におけるエイズの流行阻止のための支援などを行っている。

(1)

医療体制の充実

エイズ診療の基本的な考え方は、どこの医療機関でもその機能に応じてエイズ患者等を受け入れることである。このため、住民に身近な医療機関においては一般的な診療を行い、地域の拠点病院においては重症患者に対する総合的・専門的医療を提供するなど、患者・感染者が安心して医療を受けることのできる体制を早急に整備する必要がある。また、エイズ診療のための手引きや指針を作成しているほか、1993（平成5）年より、地域におけるエイズ診療の拠点となり、かつ地域の他の医療機関への診療情報提供機能を有するエイズ拠点病院の整備を進めている。1997（平成9）年4月1日現在、全都道府県において340医療機関が拠点病院として選定されている。

1997（平成9）年度においては、新たに、エイズ拠点病院の医療従事者に対する海外研修を実施するとともに、エイズ拠点病院の医療従事者等に対する診療支援やHIV診療医師の支援等を行っている。また、和解を踏まえ、エイズの治療水準の向上と地域格差の是正を図るため、エイズ治療・研究開発センターや全国8地域ごとの中核的拠点病院の整備が行われているところである。これらを通じて、最新のエイズに関する医療情報の提供、拠点病院等の医療従事者への研修機能を強化し、エイズに関する医療体制のより一層の拡充強化を図ることとしている。

(2)

相談指導体制および検査体制の充実

患者・感染者や感染に不安を持つ人に対しては、個人の秘密を保護しつつ、適切な相談等を行う必要があるとともに、エイズに対する早期の治療を開始し、また、その蔓延防止を図るため、検査体制の充実が早急に求められている。このため、保健所等の住民に身近な行政機関において、個人情報保護に配慮した相談窓口を設置するなど安心して相談が受けられる体制を整備するとともに、相談を行う職員に対する研修を行っている。また、国民が安心してエイズに関する検査を受けられるよう、保健所においては、匿名検査や個別相談を、原則として無料で実施している。さらに、1986（昭和61）年より、すべての献血血液について抗体検査が実施されている。

(3)

研究および国際協力の推進

エイズの研究については、1987（昭和62）年に策定されたエイズ対策専門家会議報告「エイズ研究の基本的推進方策について」に基づき、発症予防や治療の方法を確立し、感染形態などを解明するため、基礎医学研究やその研究成果を活用したワクチンや治療薬の開発等、多岐にわたる研究を推進している。また、社会経済活動の飛躍的な国際化が進展している今日、エイズ対策についても国際協力の推進が急務となっている。このため、国連エイズ合同計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）への拠出や、感染拡大が著しいアジア地域のエイズ対策担当官・研究者等を対象とした研修などを通じ、世界のエイズ対策への援助等を実施している。

(4)

正しい知識の啓発普及

エイズについては、現在のところ根治薬や予防ワクチンがないが、正しい知識に基づく行動により感染を予防することができることから、エイズに関する正しい知識の啓発普及が極めて重要である。感染予防のための正しい知識を住民に対し確実に伝えるため、新聞など広報媒体を通じエイズ問題を取り上げるとともに、地域、職域等のあらゆる場を通じた啓発活動を実施している。また、依然として患者・感染者に対する差別や偏見が根強く存在することから、啓発事業の実施に当たっては、差別や偏見をなくし、感染者への理解を深めるための取組みを強化している。

(5)

都道府県等によるエイズ対策促進事業

地域の実情に応じたきめ細かな施策を総合的に推進するため、都道府県におけるエイズ対策推進協議会等の設置や、医療従事者の実地研修事業および各種広報活動、検査・相談事業等を推進するための費用に対する補助を行い、地域における総合的なエイズ対策の促進を支援している。

(6)

エイズ治療薬の開発の推進

第1部第1章で述べたとおり、致死性の感染症とされてきたエイズについても、その治療薬に関し徐々に光明が見いだされるようになってきた。我が国でも、米国で承認されているエイズ治療薬を患者、感染者が早期に利用できるよう審査期間の大幅短縮を図ることとしているほか、米国での治験成績や承認申請資料を基に我が国での承認審査を行うこととし、そのための専任の調査会を中央薬事審議会に設けている。

また、承認前においても、希望する患者に広くエイズ治療薬が行きわたるよう治験対象患者を大幅に拡

大した拡大治験を行っている。治験の実施に当たっては、治験計画届出の際に文書による説明と同意を徹底するよう指導しており、承認申請後の継続使用についても、開発企業に必要な措置を要請するなど承認前のエイズ治療薬の提供に努めているところである。

このほか、日和見感染症治療薬等、国内での需要が少ないエイズ治療薬については、エイズ治療研究班を通じて入手できるよう確保、供給に努めている。

さらに、エイズ治療薬の効果・副作用、どの医療機関で治験が行われているか等の情報を提供し、患者や医師がエイズ治療薬についての情報を容易に入手できるようにするため、インターネット上で、ホームページ (<http://www.ijjnet.or.jp/aidsdrugmhw>) を開設した。今後も、さらに国際的な英知の結集、国内の基礎研究の大幅拡大を図り、エイズウイルスの増殖を停止させたり、免疫機能を活性化させるなどのエイズ治療薬の開発推進を図っていくこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第1節 エイズ問題への取組みと医薬品等の安全性確保

3 和解を踏まえたエイズ対策の推進

今回の問題において、大きな被害が国民の間に拡大し、多くの人が苦しむ事態が生じたことは痛恨の極みである。今回の経験を重い教訓として、このような医薬品による甚大な健康被害を再び発生させることのないよう、最大限の努力を重ねていかなければならず、厚生省では、HIV感染者に対しての恒久対策を推進していくほか、医薬品等による健康被害の再発防止に向けた取組みを進めているところである。

(1)

恒久対策の推進

厚生省としては、HIV感染者への支援策として、医療体制の充実、エイズ治療薬の開発の推進のほか、以下のような方策を講じている。

まず、本人の意に反した不適當な差額ベッド料の徴収が行われることなく、患者が安心して医療を受けられるよう、エイズ拠点病院等を中心として個室の整備を促進するとともに、1996(平成8)年5月には、HIV感染者が個室等に入った場合の診療報酬上の加算措置を設け、不適當な差額徴収の解消の徹底を図っている。また、同年7月には、血液凝固因子製剤によるHIV感染者および当該感染者からの二次・三次感染者等の医療費についても、発症者および一定の感染者について、血友病患者と同様に、エイズ治療に要する自己負担の解消を図っている。

HIV感染者の身体障害者認定の問題については、現在、免疫機能障害を身体障害者福祉法上の障害区分として位置づけられないかなどの検討を進めているところである。障害年金に関しても、HIV感染者の障害認定がより適正かつ円滑に行われるよう、HIV感染者について、障害認定の明確化の検討を進めている。

また、血液製剤による発症前のHIV感染者に支給される健康管理費用については、1997(平成9)年4月から、従前の免疫機能による支給制限(CD4500以下)を撤廃し、すべての発症前のHIV感染者を支給対象としたところである。

エイズ発症基準については、エイズサーベイランス委員会に「エイズ診断基準の再検討に関する小委員会」を設置し、「サーベイランスのためのAIDS診断基準」の見直しの必要性の有無を含め検討することとしている。

遺族の方々については、鎮魂・慰霊の措置の一環として、遺族同士がお互いに悩みを話し合ったり、専門家による相談を受ける相談会等を実施するため、1997(平成9)年4月から「遺族等相談事業」として、1)東京・大阪の2か所での遺族相談事業、2)全国8地区での遺族相談会を行うこととしている。

(2)

再発防止のための医薬品等の安全対策

1)

医薬品等の安全性確保

近年における医薬品、医療用具の研究開発には、質、量ともに著しい進歩がみられ、国民保健の向上に大きく寄与してきた。しかし一方で、薬理作用の強い医薬品や使用方法の複雑な医薬品等も増加していることから、医薬品による健康被害を防止し、安全性を一層向上させるための更なる努力が求められている。

こうした状況の中、1995（平成7）年9月には、ソリブジンと抗がん剤の併用による副作用問題が発生し、医薬品の治験から承認審査、市販後の各段階において医薬品の安全性を確保するため、薬事制度のあり方について徹底した見直しが指摘された。また、非加熱血液製剤によるHIV感染問題の反省に立ち、その再発を防止するための方策が求められている。これらの点を踏まえ、ア被験者の安全性の確保等のため、製薬企業および医療機関に国際的な基準に適合した治験を義務づけるとともに治験開始前の治験の計画について、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（以下、医薬品機構）に必要な調査を実施させること、イ承認審査、再審査段階については、製薬企業に対し、基準に適合した申請資料の提出を義務づけるとともに、医薬品機構に資料が基準に適合しているか否かの調査を行わせ、これを基に審査の質の高度化・迅速化を図ること、ウ市販後調査については、従来は製造業者等に対する副作用の報告のみが義務づけられていたところであるが、医薬品等の使用による感染症の発生についても報告をしなければならないこととする、エ緊急に必要とされている医薬品を迅速に供給するため、いわゆる「緊急輸入」の制度を設けること等を内容とする薬事法等の一部改正が1996（平成8）年6月に成立し、1997（平成9）年4月1日から全面的に施行されたところである。また、1996年（平成8）年5月には、臨床試験の実施の基準（GCP：Good Clinical Practice）に関する日米欧三極合意がなされ、文書による説明と同意の取得や治験総括医師制度の廃止等が改正薬事法に基づく治験の実施基準に盛り込まれた。

2)

血液製剤の安全性確保

血液製剤は、ウイルス等による感染や免疫反応等による副作用の危険性を完全に排除することが技術的に困難であり、血液事業については、このような血液製剤の特殊性を踏まえつつ、安全性の確保を図っていくことが緊急の課題である。また、アルブミン製剤等の血漿分画製剤については、国内献血により自給することを最終目標として、献血血液量の確保、献血血液の有効利用および血液製剤の使用の適正化に努め、段階的に自給を拡大してきたが、現時点においても、アルブミン製剤の使用量が諸外国と比較して多いこと等もあり国内自給は達成されておらず、自給に向けての取組みを一層強化する必要がある。このような観点から、1996（平成8）年10月に、多分野の専門家から構成される「血液行政の在り方に関する懇談会」を薬務局に発足させ、ア血液製剤の特殊性に対応した安全性の確保方策、イ献血の推進など国内自給達成に向けた計画的な需給調整、ウ血液事業における国、都道府県、日本赤十字社等の役割と責任のあり方などにつき幅広く論議がなされている。今後、本懇談会の検討結果を踏まえて血液事業の新たな展開を図ることとしている。

また、血液製剤の安全性の確保のためには、肝炎ウイルスやHIV等に対する検査の充実とともに、検査で排除できないウイルス感染を防止するのに有効である献血時の問診の充実を図ることが必要である。このうち、問診については、検査法のないウイルスや検査によっては感染の事実を検知できない期間（ウィンドウ・ピリオド）にあるウイルス感染の危険性の低減に有効であることから、1995（平成7）年に、血液問題検討会の結論を踏まえ、個人の秘密に十分配慮しつつ、具体的に踏み込んだ問診を行うなど問診の充実が図られている。

3)

再発防止に向けた体制の整備

薬事法の改正による法整備とともに、医薬品による健康被害の防止対策を徹底するため、厚生省においては、1996(平成8)年4月以降、厚生科学会議において、医薬品等による健康被害が発生する制度的、構造的な原因や、再発防止対策の基本的方向について検討を行うとともに、厚生省内に事務次官を本部長とする「医薬品による健康被害の再発防止対策に関するプロジェクトチーム」を設置して医薬品等による健康被害の再発防止の具体策を取りまとめ、7月に報告書の公表を行った。報告書では、「国民の生命や健康と直結するような分野においては、常に鋭敏な危機管理意識を持ち、国民の視点に立って、政策決定に最善を尽くすとともに、その後の知見の蓄積や状況の変化等があった場合には政策を機動的、弾力的に見直していかなければならない」との基本的認識に立って、副作用情報等の収集、分析、評価、伝達体制の強化、情報の提供・公開体制の強化、薬事行政組織の再編、医薬品の審査体制の強化、治験における透明性と信頼性の確保など広範囲にわたり具体的な提言が行われた。厚生省ではこの提言を受け、以下のような再発防止対策を順次実施している。

ア

薬事行政組織の再編

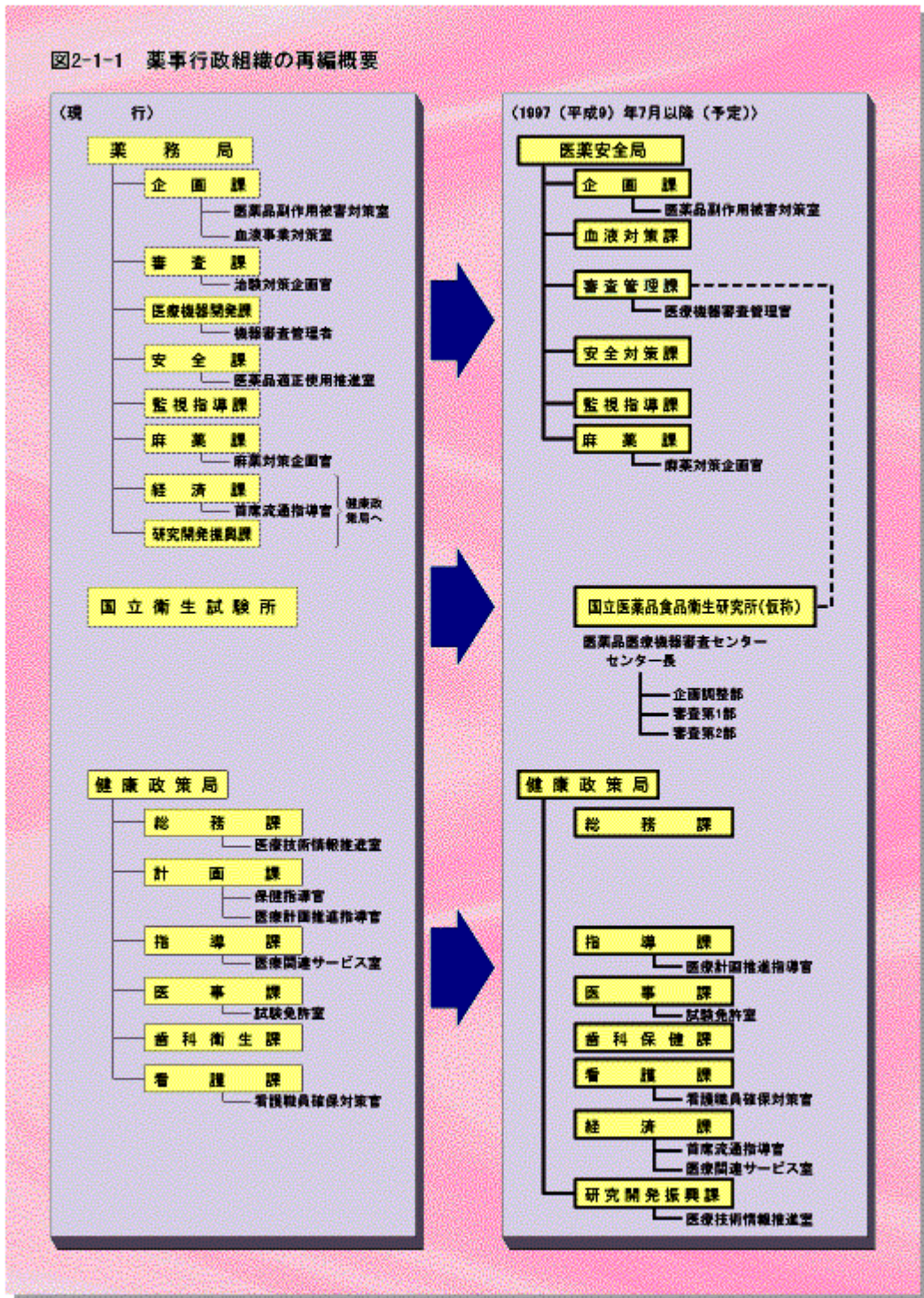
医薬品の承認審査等における専門性、透明性を高め、審査体制を強化するとともに、医薬品、医療機器等の安全対策のみならず医療施設における院内感染の防止対策等医療面も含めた幅広い安全対策を推進するため、薬務局を中心とした内部部局ならびに国立衛生試験所の組織再編を1997(平成9)年7月に行うこととしている。

具体的には、薬務局を廃止し、医薬品等の「研究開発振興、生産・流通対策等」については健康政策局の所管とする一方、医薬品等の「治験、承認審査、市販後の安全対策等」や医療施設における院内感染防止対策等、医療および医薬品に係る安全対策全般を所管する「医薬安全局(仮称)」を設置する。また、試験研究機関の重点的整備・再構築の一環として「国立衛生試験所」を「国立医薬品食品衛生研究所(仮称)」に改組し、医薬品や食品等の安全性、有効性に関する調査研究を総合的に推進するとともに、医薬品等の審査を強化するため、同研究所に「医薬品医療機器審査センター(仮称)」を設置することとしている。

また、組織再編に併せて審査担当者の計画的な増員を行い、実質的な審査を外部の委員で構成する中央薬事審議会に依存してきた従来の体制から、中央薬事審議会の役割を高度な判断に特化させ、審査の中心的業務を事務局(医薬品医療機器審査センター)が行い、その責任を全うし得る体制を早急に構築することとしている。

図2-1-1 薬事行政組織の再編概要

図2-1-1 薬事行政組織の再編概要



イ

中央薬事審議会における情報公開

中央薬事審議会は、国民の生命、健康に直接関連する医薬品の承認審査・安全対策を行っており、より一層の透明性の確保が求められていることから、個人の秘密および企業の知的所有権等に関連する部分を除き、原則として議事録の公開を行うこととしている。

また、資料の公開については、新医薬品の審議に関する調査報告書、審議経過、添付資料一覧を承認後

に公開することとし、1996(平成8)年10月承認の新医薬品に係るものから公開してきたところであるが、将来的には1997(平成9)年の組織再編の中で事務局体制の整備を進めつつ、順次、事務局における審査の概要をまとめた報告書を作成し、承認後に公表を行うこととしている。

ウ

医薬品等に関する健康危機管理体制の確立

第1部第1章で述べたとおり、不確実な情報の下で政策決定を行わざるを得ない場合に、より適切な政策決定が行われるよう、できる限り迅速に情報の収集、分析、評価や伝達を行う組織的な対応を強化するとともに、意思決定の過程、責任分担等の明確化を図ることが必要である。このため、1997(平成9)年1月に策定された「厚生省健康危機管理基本指針」に基づき、同年3月、薬事法に基づく各般の行政措置が的確かつ迅速に行使できるよう、行政権限の発動条件、手続等を盛り込んだ「医薬品等健康危機管理実施要領」を策定したところである。同実施要領においては、薬務局安全課医薬品適正使用推進室を、安全性情報の収集から評価、安全対策の立案までを一元的に実施する窓口とするとともに、各課が連携して安全対策を実施できるよう、各課の対策実施までの手順の明確化を図っている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第2節 医薬品・医療機器の振興対策等

1 研究開発の振興

優れた医薬品、医療機器の研究開発を進めることは、厚生行政の基本的な課題の一つである。画期的な新薬を開発するためには、15年の年月と200億円の開発費用がかかるといわれており、こうした医薬品、医療機器の商品特性を踏まえ、厚生省では従来から、医薬品機構を通じた出融資制度の充実や、財団法人ヒューマンサイエンス振興財団および財団法人医療機器センターにおける官民共同研究の推進を図ってきている。

また、患者数が少ないために市場性が低く、企業の研究開発意欲につながらない医薬品等については、その開発に当たり、国が特別の支援を行う必要がある。このため、患者数が5万人未満などの条件を満たした医薬品・医療機器（いわゆる希少疾病用医薬品、希少疾病用医療用具）について、医薬品機構による研究開発費の助成、試験研究費に係る税制上の特例措置、承認審査の優先的取扱いなどを内容とする希少疾病用医薬品・医療用具の研究開発促進制度を1993（平成5）年から導入している。

さらに、科学技術基本計画において、我が国の基礎研究の強化・充実を図るためには、政府研究開発投資を欧米並みに引き上げるべきであると指摘されたことに基づき、1996（平成8）年度より、6省庁において特殊法人を活用した新たな基礎研究推進のための制度を発足させた。厚生省においても、医薬品・医療機器の開発等、保健医療分野における成果につながることを期待される基礎研究を推進するため、第136回国会において、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法の一部改正がなされ、医薬品機構を実施主体とする保健医療分野における基礎研究推進事業を創設したところである。

この事業は、1研究課題当たり約1億円の規模で、医薬品機構が国立試験研究機関との共同研究や、大学等との委託研究を行うもので、1996（平成8）年度においては、エイズ・感染症関係、がん関係、脳・神経又は免疫に関する疾患関係、治療機器関係の4分野について広く公募し、17件の研究課題を採択した。

一方、エイズ訴訟の和解勧告の趣旨を踏まえ、できる限り早急に有効なエイズ関連医薬品を患者に提供できるようにするため、エイズ関連医薬品については希少疾病用医薬品に指定し、その開発の促進を図るとともに、中央薬事審議会にエイズ医薬品調査会を設置して、承認審査の迅速化を図っている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第2節 医薬品・医療機器の振興対策等

2 医薬分業の推進

高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、薬剤の併用や長期服薬が増加しており、医薬品の適正使用が重要な課題となっている。医薬分業は、かかりつけ薬局が患者の服薬の記録を保存し（薬歴管理）、複数の病院等から処方される薬の飲み合わせを確認することを通じて、重複投薬や相互作用の発生を防止するもので、医薬品の適正使用を進める上で欠かすことのできないものである。近年、急速な進展を見せ、1995（平成7）年度の分業率は20.3%に達している。

しかし、医薬分業の進展の一方で、特定の医療機関の近隣に開設し、当該医療機関からの処方せんのみを受け付ける薬局（門前薬局）や、当該医療機関と不適切な結びつきを有する薬局（第二薬局）などの問題が指摘されている。医薬分業が、医薬品の適正使用を通じて、医療の質の向上に貢献するためには、患者が複数の医療機関を受診した場合であっても、一つのかかりつけ薬局から薬を受け取る「面分業」体制の推進が必要である。厚生省では、面分業体制の推進を支援するため、医薬品の備蓄等を行う分業支援センターの整備や国民への啓発活動、分業計画を策定する医薬分業計画の策定事業等を展開し、適正な医薬分業を一層推進していくこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第3節 多様化時代の「食品」の安全

1 食品の安全性の確保

(1)

最近の動向

家族形態の変化, 女性の就職率の上昇, 余暇時間を有意義に過ごしたいという社会的な傾向の中で, 家庭の食生活も, 加工食品, 冷凍食品, 調理済み食品等の利用や外食が多くなっている。また, 食品の輸入件数は1995(平成7)年に約105万件と, この10年間で約2.7倍となっており, 熱量で見ても我が国の食糧供給の海外依存は, 1995(平成7)年度概算で58%に達している。

一方, 近年の食中毒事件は, 小規模なものが減少する一方, 大規模なものは増加するという傾向が続いている。特に, 第1部第1章で述べたとおり, 昨年全国各地で発生したO157による食中毒は非常に規模が大きく, 今後, 食中毒に対する健康危機管理体制を確立していくことが極めて重要となっている。

(2)

食品の安全性の確保に向けたHACCPの導入

食品は国民の生活や生命に密接な関係をもっており, 安全性の確保が極めて重要である。

食品が人々の口に入るまでには, 製造, 加工, 流通, 調理の各段階において多くの人の手で取り扱われており, それぞれの段階において, 営業者自らが細心の注意を払って食品を衛生的に取り扱うことが食品の安全性を確保する上で重要である。このため, 第1部第1章で述べているように, 危害分析に基づく重要管理点(HACCP)方式を導入することとしているが, 今後とも, 食品保健行政における環境の変化を踏まえ, 食品関係営業者に対する指導・監督, 時代に対応した衛生上の規格基準の設定, 食品の安全性の研究等を常に強力に推し進めていく必要がある。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第3節 多様化時代の「食品」の安全

2 食の多様化に対応した食品保健行政の展開

近年の食生活の多様化に伴い、食品をめぐるさまざまな問題が生じている。例えば、食品添加物や残留農薬等、あるいは遺伝子組換え食品の安全性の問題や、食品の国際流通の増大や健康志向の高まりに対応した制度のあり方などがあげられるが、こうした問題に対応するため、以下のような取組みを進めているところである。

(1)

食品添加物規制の見直し

食品添加物は、従来、化学的に合成された添加物と、いわゆる天然添加物の2種類を区別し、化学的合成品に限った規制が行われてきたが、天然添加物の使用品目の増加等に対応し、1996(平成8)年5月より天然添加物についても規制の対象とされた。なお、クチナシ色素など既に使用されている天然添加物等については、従前どおり規制の対象外としている。

(2)

最新の科学的知見に基づく農薬・動物用医薬品の残留基準値

厚生省では食品衛生法に基づき、1997(平成9)年3月末現在、農作物中に残留する農薬138品目および畜水産食品中に残留する動物用医薬品11品目(このうち5品目は同年10月から適用)について残留基準値を定めている。これらの残留基準値の設定は、食品衛生の専門家や消費者の意見を反映できる者が委員を務める食品衛生調査会で、当該物質に関する安全性評価資料や、最新の科学的根拠に基づき、人がその物質を一生摂取し続けても健康に影響のない量(一日摂取許容量:ADI)を設定し、国際基準を参考に、日本国民の食品摂食の実態においてADIを上回ることがないように決められている。

(3)

遺伝子組換え食品の安全性の確認

近年、食糧増産、地球環境の保全、消費者の嗜好の多様化などの要請に応じ、生命科学(バイオテクノロジー)により新たな遺伝子を組み込むことにより、特定の有用な性質を付与した農作物の開発が、我が国を含め各国において進められている。この遺伝子組換え農作物を食用に供する際の安全性評価の方法については、食品への応用経験が未だ浅いため、厚生省がその独自の研究や国際機関の報告等を基に安全性評価指針を作成し、示している。厚生省では、遺伝子組換え食品の生産者・輸入者に対して安全性評価指針に基づき慎重に安全性を評価した上で厚生大臣による指針への適合確認を受けるよう指導し、その安全性確保を図っているところである。

これまで、1994(平成6)年8月に遺伝子を組み換えた微生物に産生させたキモシン(チーズの製造に用いられる酵素)について、また1996(平成8)年8月には除草剤の影響を受けない大豆、なたねや害虫に強いばれいしょ、とうもろこしについて、食品衛生調査会における科学的な審議を経て厚生大臣による確認が行われている。

表2-3-1 これまでに安全性が確認された遺伝子組換え食品・添加物

大豆	特定の除草剤に耐性を持つため、除草剤の総散布量を減らすことができる。	1996(平成8)年8月(1品目)
なたね	特定の除草剤に耐性を持つため、除草剤の総散布量を減らすことができる。	1996(平成8)年8月(3品目)
ばれいしょ	害虫に効く成分を作り出すため、殺虫剤の総散布量を減らすことができる。	1996(平成8)年8月(1品目)
とうもろこし	害虫に効く成分を作り出すため、殺虫剤の総散布量を減らすことができる。	1996(平成8)年8月(2品目)
キモシン	従来、子牛等の胃から抽出していたものを安定的に供給することができる。	1994(平成6)年8月(2品目) 1996(平成8)年8月(1品目)

(4)

食品輸入手続の迅速化

食品の国際流通の増大に対応し、1996(平成8)年2月より食品等の輸入手続について、電子情報処理組織(コンピュータ)による届出等が可能となり、各検疫所においては、「輸入食品監視支援システム(FAINS: Food Automated Import Notification and Inspection Network System)」が導入された。さらに、1997(平成9)年2月には、通関手続のための「通関情報処理システム」との接続が図られ、食品等の輸入手続の大幅な簡素化、迅速化が図られているところである。また、輸入食品の監視面においても、審査の一部自動化により、効率的、効果的な監視が可能となり、一層の充実が図られているところである。

(5)

健康志向の高まりに応える栄養表示基準

生活習慣病などの予防や健康づくりのためには、食品および栄養について正しい知識を持って選択を行った上で、食事を行うことが大切であり、そのためには、食品の栄養成分・熱量に関する適切な情報を広く国民に提供することが必要不可欠である。

栄養改善法では、販売する食品に栄養成分や熱量の表示を行う場合には、栄養上重要な一定の栄養成分等についても表示を行わなければならないこととしている。さらに「低塩」「減塩」「高カルシウム」など一定の栄養成分や熱量を強調する表示をする場合の基準を定めるなど、適切な情報が提供されるよう必要な規制が行われている。

表2-3-2 栄養成分を多く含んでいることを強調する表示の基準

栄養成分	(第1欄) 高, 多, 豊富, 強化, 増などの表示をする場合は, いずれかの基準値以上であること		(第2欄) 源, 供給, 含む, 入りなどの表示をする場合は, 次のいずれかの基準値以上であること	
	食品100g 当たり () 内は, 飲用に供する食品 100ml 当たりの場合	100kcal 当たり	食品100g 当たり () 内は, 飲用に供する食品 100ml 当たりの場合	100kcal 当たり
食物繊維	6g (3g)	3g	3g (1.5g)	1.5g
たんぱく質	14g (7g)	7g	7g (3.5g)	3.5g
カルシウム	180mg (90mg)	60mg	90mg (50mg)	30mg
鉄	3mg (1.5mg)	1mg	1.5mg (0.8mg)	0.5mg
ビタミンA	600IU (300IU)	200IU	300IU (150IU)	100IU
ビタミンB ₁	0.3mg (0.15mg)	0.1mg	0.15mg (0.08mg)	0.05mg
ビタミンB ₂	0.42mg (0.21mg)	0.14mg	0.21mg (0.11mg)	0.07mg
ナイアシン	5.1mg (2.6mg)	1.7mg	2.6mg (1.3mg)	0.9mg
ビタミンC	15mg (8mg)	5mg	8mg (4mg)	3mg
ビタミンD	30IU (15IU)	10IU	15IU (8IU)	5IU

表2-3-3 栄養成分が少ないことを強調する表示の基準

表2-3-3 栄養成分が少ないことを強調する表示の基準

栄養成分	(第1欄) 無, ゼロ, ノンなどの表示は次の基準値に満たないこと	(第2欄) 低, 軽, ひかえめ, 低減, カット, オフなどの表示は次の基準値以下であること	
	食品100g 当たり (飲用に供する食品にあっては100ml 当たり)	食品100g 当たり () 内は飲用に供する食品100ml 当たり	
熱量	5kcal	40kcal	(20kcal)
脂質	0.5g	3g	(1.5g)
飽和脂肪酸	0.1g	1.5g かつ飽和脂肪酸由来エネルギーが全エネルギーの10%	(0.75g かつ飽和脂肪酸由来エネルギーが全エネルギーの10%)
糖類	0.5g	5g	(2.5g)
ナトリウム	5mg	120mg	(120mg)

(注) 「ノンオイルドレッシング」について、脂質の無, ゼロ, ノンなどの表示については「0.5g」を、当分の間「3g」とする。

○ 相対表示(他の食品と比較した強調表示)の基準

- 他の食品より強化された旨の表示をする場合…表1の(第2欄)の基準値以上増加していなければならない。
- 他の食品より低減された旨の表示をする場合…表2の(第2欄)の基準値以上低減していなければならない。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第4節 大量に排出される廃棄物への取組み

我々の日常生活や生産活動の結果必然的に発生する廃棄物は、感染症の原因となる微生物や有害物質等さまざまな物質を含むものであるため、その適正な処理が行われなければ人の健康に悪影響をもたらすおそれがあり、常時衛生的な観点から適切に管理される必要がある。

しかしながら、現在、廃棄物処理をめぐるのは、大量生産・大量消費を基調とする経済活動や生活様式が定着し、廃棄物が大量に発生する一方で、最終処分場をはじめとする廃棄物処理施設の確保が困難になり、また、不法投棄が跡を絶たないなどその適正な管理を確保する上で深刻な問題が生じている。

このような問題を解決するためには、従来のように排出された廃棄物について、その適正な処理の確保を図るのみでなく、廃棄物の排出をできる限り抑制すると同時に、排出された廃棄物については極力再生利用（リサイクル）を推進する「リサイクル型社会」へ転換を図ることが重要となっており、まさに国民的課題としてこのような社会の構築に取り組んでいくことが求められている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第4節 大量に排出される廃棄物への取組み

1 産業廃棄物をめぐる問題と廃棄物処理法の改正等

(1)

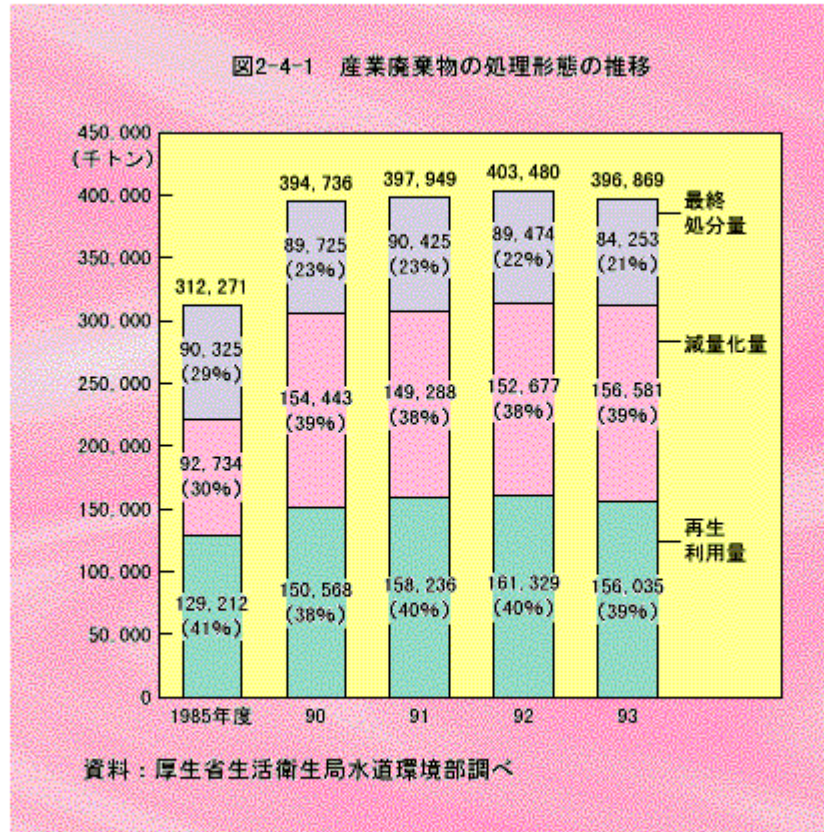
産業廃棄物処理の現状と課題

1)

大量に排出される産業廃棄物

企業の事業活動に伴って生じた廃棄物のうち、燃えがら、汚泥、廃油、廃プラスチック類など法令で定められた19種類を産業廃棄物といい、その総排出量は、1993（平成5）年度で約3億9,700万トンとなっており、一般廃棄物の約8倍に相当している。この産業廃棄物の処理は、排出した事業者の責任に基づき行うこととなっており、事業者が自ら処理するか、処理業者への委託により処理されている。

図2-4-1 産業廃棄物の処理形態の推移



事業場等から排出された産業廃棄物は、焼却等の中間処理により全体の約39%が減量化、約39%が工業原料、建設資材等として再生利用されており、残りの約21%に相当する約8,400万トンが埋立など最終処分されている。産業廃棄物のリサイクル率はここ十数年横ばいの状態が続いており、その向上が課題となっている。

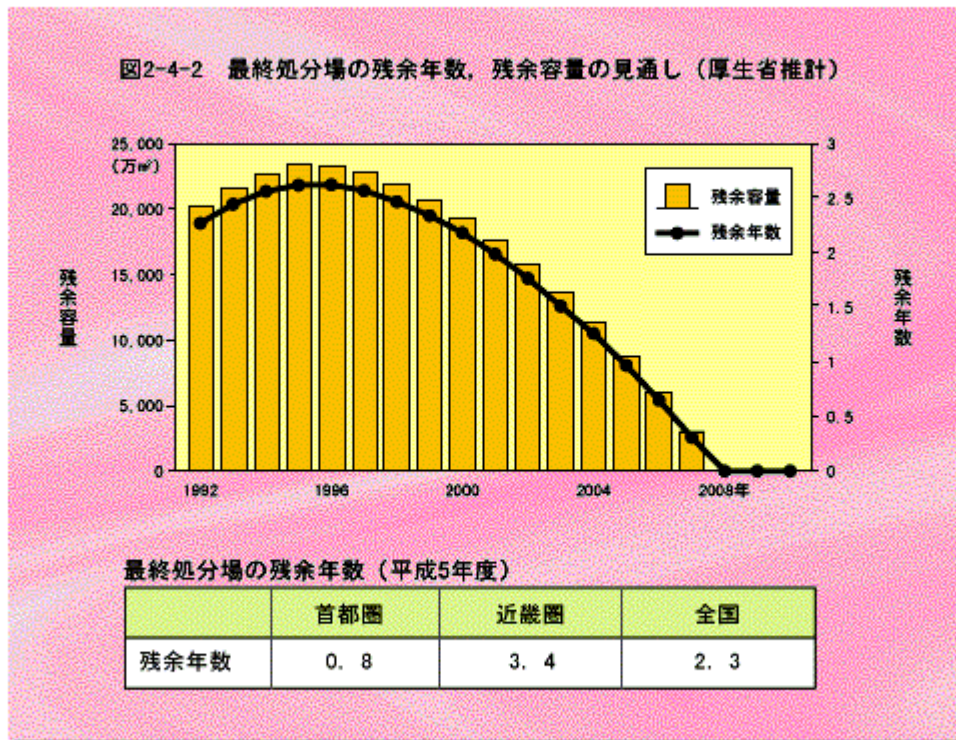
2)

最終処分場のひっ迫と施設の設置をめぐる問題

産業廃棄物のリサイクル率が頭打ちの状況が続く中で、最終処分場は、新規立地が困難になっていることから、極めてひっ迫した状況にあり、その残余容量は、1993（平成5）年度末現在、全国平均で2.3年分、首都圏では0.8年分となっている。また、最終処分場の新規立地数がこのまま減少傾向で推移すれば、廃棄物の再生利用を徹底し最終処分量を一定に保ったとしても、2010（平成22）年頃には残余容量がゼロになるという推計もあり、我が国の社会経済構造にも重大な支障を生じかねない深刻な状況にある。また、施設の設置をめぐる地域紛争が多発しており、その件数はこの5年間で約200件近くに達している。

産業廃棄物が排出される限り、再生利用を推進するとしても、これを適正に処理する最終処分場は必要であり、今後、地域の住民の理解を得つつ、地域の環境に調和した安全性の高い施設を確保していくことが求められている。

図2-4-2 最終処分場の残余年数,残余容量の見直し(厚生省推計)

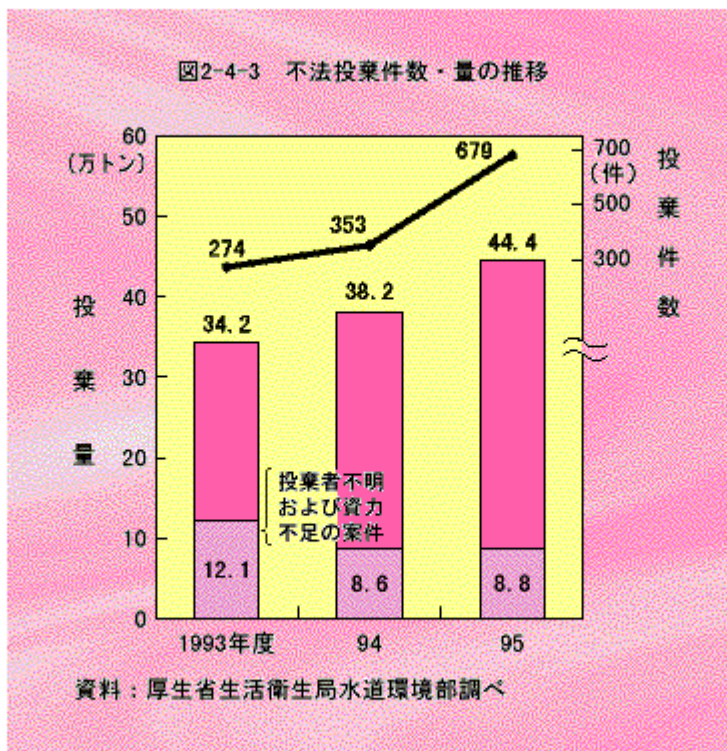


3)

不法投棄の多発

排出された産業廃棄物は、処理施設において適正に処理されることが原則であるが、このような適正な処理が行われない産業廃棄物の不法投棄が跡を絶たない状況にあり、大きな社会問題となっている。1995(平成7)年度の産業廃棄物の不法投棄件数は679件、投棄量は約44万トンであり、件数・投棄量ともに年々増加している。不法投棄の実行者の内訳をみると、その件数の47%が排出事業者、13%が無許可業者、5%が処理業者によるものであり、30%が投棄者不明となっている。また、投棄された廃棄物の種類をみると、投棄量の約9割は建設系の廃棄物が占めている。不法投棄が行われた場合には、生活環境の保全を図るため、迅速に原状回復を行う必要があるが、汚染原因者の責任を追及することができない投棄者が不明や資力不足の事例も多く、その対策が重要な課題となっている。

図2-4-3 不法投棄件数・量の推移



(2)

廃棄物処理法の改正

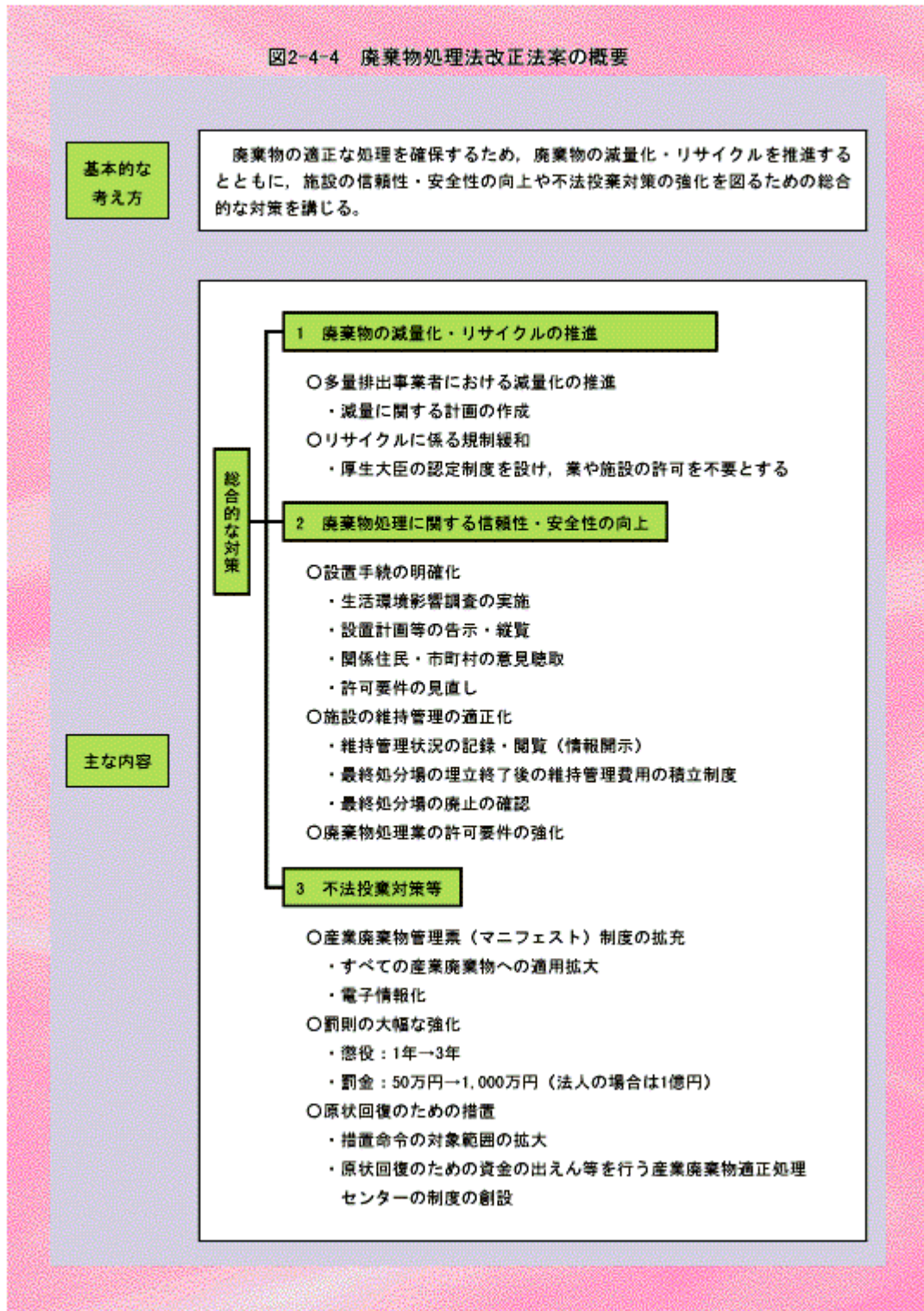
このように産業廃棄物の処理をめぐる問題は、最終処分場のひっ迫、施設の設置をめぐる地域紛争の多発、不法投棄の横行等のさまざまな問題が生じており、その解決が強く求められている。

特に、これらの問題の背景には、不法投棄の横行等により国民に産業廃棄物に対する根強い不信感が生じていることがあり、国民の信頼を回復する総合的な対策を講じていく必要がある。

このため、1996（平成8）年2月、生活環境審議会廃棄物処理部会に産業廃棄物専門委員会が設置され、産業廃棄物の処理をめぐる問題の解決に向けて検討が開始され、同年9月に、1)廃棄物の減量化・リサイクルの推進、2)廃棄物処理に関する信頼性と安全性の向上、3)不法投棄対策の強化、4)原状回復措置など総合的な産業廃棄物対策の実施を求める報告書が取りまとめられた。その後、この報告を踏まえ、生活環境審議会において検討が進められ、本年2月の諮問・答申を経て、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律の一部を改正する法律案」が取りまとめられ、同年3月に第140回国会に提出された。同法案は、同年6月に成立したところである。

図2-4-4 廃棄物処理法改正法案の概要

図2-4-4 廃棄物処理法改正法案の概要



(3)

廃棄物処理基準等の見直し

廃棄物処理の安全性の向上を図り信頼性を回復するため、処理技術の進展や廃棄物の性状の変化など廃棄物処理をめぐる諸状況の変化を踏まえ、廃棄物の処理に関する基準や、処理施設の構造・維持管理の基準等について見直す必要がある。

このため、厚生省においては、1996(平成8)年11月に生活環境審議会に廃棄物処理基準等専門委員会を設置し、専門的見地から検討を行っているところであり、本年2月には、「最終処分場の類型、基準等の見直しに係る中間的意見集約」が取りまとめられた。今後、本年秋を目途に最終的な報告が取りまとめられる予定となっており、厚生省としては、この検討結果を踏まえ、廃棄物処理基準等の見直しを行うこととしている。

(4)

最終処分場等の処理施設の確保

最終処分場等の産業廃棄物処理施設については、排出事業者や処理業者により整備されるのが原則であるが、民間のみによってはその十分な確保が困難な状況となっており、公共の関与により、住民の理解を得やすい形でその整備を補完していくことも重要になっている。

このため、1991(平成3)年の法律改正では、第3セクターの民法法人を都道府県ごとに1つに限り廃棄物処理センターとして指定する制度が創設され、公共の信用力、民間の人材や知見等を活用して、処理施設の整備が推進されており、1997(平成9)年4月現在で、岩手、新潟、長野、兵庫、香川、愛媛、高知および大分の8県で指定が行われている。

また、1992(平成4)年には、「産業廃棄物の処理に係る特定施設の整備の促進に関する法律」が制定され、複数の処理施設と共同利用施設を一体的に整備する事業に対して、融資や税制上の支援措置等を行う制度が設けられた。今後、これらの制度も活用しつつ、産業廃棄物処理施設の整備を促進することとしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第4節 大量に排出される廃棄物への取組み

2 一般廃棄物をめぐる現状と課題

(1)

ごみ処理の現状

1993（平成5）年度におけるごみ（一般廃棄物からし尿を除いたもの）の総排出量は、全国で東京ドーム約135杯分に相当する5,030万トン（前年度5,020万トン）、また1日1人当たりの排出量は1,103グラム（前年度1,104グラム）となっており、ここ数年横ばいの状況にある。

我が国では、従来、焼却などの中間処理により減量化を行った後に埋立処分を行うことを基本としてきた。1993（平成5）年度においては、ごみの減量処理率は85.6%（そのうち焼却処理が74.3%）に達しているが、それでも最終処分場に埋立てられるごみの量は、東京ドーム約40杯分に相当する1,496万トン（ごみの収集総量の29.7%）にのぼっている。

(2)

「リサイクル型処理」への転換

近年のごみの量の増大、質の多様化、処理の困難化、最終処分場のひっ迫などさまざまな問題に対処するために、これまでの単に燃やして埋める処理から、ごみの排出抑制、再生利用の推進、ごみ発電等による積極的な余熱利用など「リサイクル型処理」への転換を推進している。

厚生省では、市町村が設置する一般廃棄物処理施設について、従来から廃棄物処理施設整備費補助事業を行っているところであるが、特に1994（平成6）年度からは、廃棄物循環型社会基盤施設整備事業として位置づけ、再生利用のための施設（リサイクル関連施設）、ごみ発電施設、ごみ燃料（RDF）化施設等について積極的に補助を行っている。

また、1996（平成8）年12月に閣議決定された第8次廃棄物処理施設整備計画においては、「リサイクル型社会」への転換を推進するために、リサイクル率（ごみ収集総量のうち、地方自治体により再資源化されたものと集団回収されたものの割合）の目標を2000（平成12）年度末において15%とするなど、1996（平成8）年度から2000（平成12）年度までの国としての各種事業実施目標を掲げ、積極的に施設の整備を推進することとしている。

図2-4-5 第8次廃棄物処理施設整備計画の概要

「リサイクル型社会への転換推進計画（リサイクル・ゴーゴー計画）」

1 総事業費 5兆500億円		(施設別整備予定額)		(単位：億円)	
(内訳予定)			第7次計画	第8次計画	伸び率
[7次計画]	[8次計画]				
2兆8,300億円	→ 5兆500億円				
(伸び率 1.78倍)					
(国庫) 補助対象事業	25,000億円	ごみ処理施設	19,132	34,222	1.79
地方単独事業	22,900億円	ごみ焼却処理施設	12,010	21,272	1.77
調整費	2,600億円	リサイクル関連施設	2,068	5,534	2.68
		最終処分地施設	3,452	5,358	1.55
		生活排水処理施設	5,400	10,398	1.93
		し尿処理施設	1,895	3,577	1.89
		合併処理浄化槽	2,666	5,387	2.02
		産業廃棄物処理施設	1,641	3,023	1.84
		広域廃棄物処理施設	274	257	0.94
		総計	28,300	50,500	1.78

2 計画の重点

- ① ごみの排出抑制、排出時の分別の促進
- ② 再生利用（リサイクル）の推進とごみ焼却時の熱利用の促進
- ③ 廃棄物処理施設の計画的整備
- ④ 生活排水を処理し、自然の河川に返す合併処理浄化槽の整備の促進
- ⑤ 産業廃棄物の適正処理の推進

3 整備目標

	7年度末	12年度末	
ごみ減量処理率	87%	→ 91%	○ ごみ排出量の伸び率 (7次計画)1.5%→(8次計画)0.5%
リサイクル率	10%	→ 15%	
ごみ発電実施率	42%	→ 55%	○ 8次計画で計画しているリサイクル 関連施設数 (例)
し尿衛生処理率	93%	→ 99%	
合併処理浄化槽等処理率	8%	→ 14%	
廃棄物処理センター	1か所	→ 27か所	
			・廃棄物再生利用施設 (リサイクルプラザ) 170か所
			・廃棄物保管施設 (ストックヤード) 400か所
			・粗大ごみ処理施設 225か所

(3)

容器包装リサイクル法の本格施行

1)

容器包装リサイクル法の制定とその背景

生活様式や流通形態の変化は、ごみの量を増加させるとともにその質も変化させており、現在、排出された一般廃棄物のうち、缶、びん、ペットボトル等の容器包装廃棄物の占める割合は、容積比で約60%、重量比で27%に達している。一方で、一般廃棄物のリサイクル率は1993（平成5）年度で8.0%にとどまっており、産業廃棄物（リサイクル率39%）に比べても極めて低い状況にある。

このように、一般廃棄物の再生利用が低調である理由としては、一般廃棄物については産業廃棄物に比べて多種多様な廃棄物が少量ずつ排出されるため、分別収集を徹底しなければ再生利用することが困難であること、ごみの処理に関する責任を市町村が負っており、その費用を住民や事業者等排出者が直接負担しないことが多いため、製品の製造、販売、消費の各過程において、ごみの排出抑制や再生利用を進めることにより費用を削減しようとする誘因が生じにくいことがあげられる。

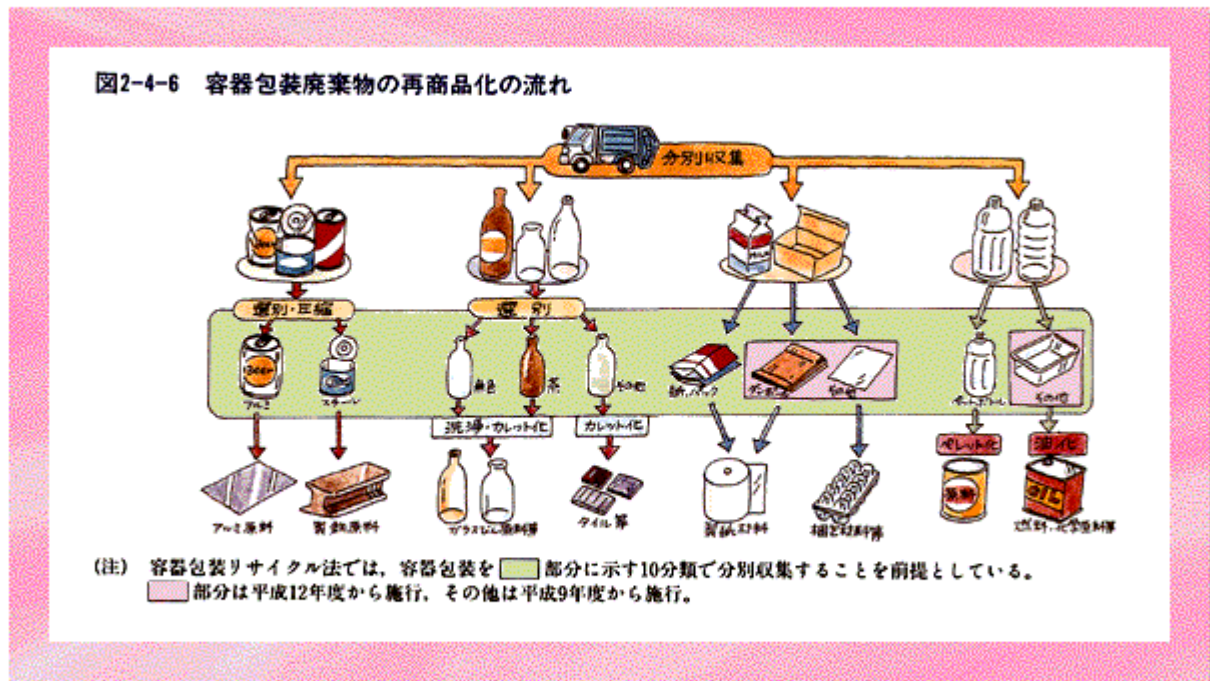
このような状況に鑑み、1995（平成7）年6月には、一般廃棄物の中で上述のように極めて大きな割合を占める容器包装廃棄物について、分別収集と再商品化（リサイクル）を促進することを目的とする「容

器包装に係る分別収集及び再商品化の促進等に関する法律」(容器包装リサイクル法)が制定された。同法は、容器包装廃棄物について、これまでのように市町村だけがその処理を行うのではなく、消費者、事業者を合わせた三者が役割を分担することにより、それぞれがごみの排出抑制、再生利用の推進に積極的に取り組む社会の構築を目指すものである。

2) 容器包装リサイクル法の円滑な本格施行に向けて

容器包装リサイクル法の円滑な施行を図るためには、市町村、消費者、事業者の三者が協力して、市町村は分別収集、消費者は分別排出、事業者は再商品化というそれぞれの役割を的確に果たすことが重要である。

図2-4-6 容器包装廃棄物の再商品化の流れ



本法に基づく分別収集を行う市町村は、分別収集計画を策定しなければならない。1996(平成8)年11月に取りまとめられた第1次の市町村分別収集計画(全国集計)により、本年4月から本法が適用されるガラス製容器およびペットボトルについてみると、ガラス製容器については全国3,233市町村のうち51.6%に当たる1,668の市町村が、ペットボトルについては全体の22.1%に当たる716市町村が、1997(平成9)年度に分別収集を行う予定となっている。これは、1995(平成7)年9月時点における分別収集実施市町村数と比べて、ガラス製容器については約2倍、ペットボトルについては約4倍に達するものであり、本法により、分別収集が従来に比べ大きく進展していることがうかがえる。このような分別収集の進展を踏まえ、今後、再商品化施設の設置の促進や再商品化された物の需要拡大、広報啓発等を進めることが重要である。

なお、飲料用紙製容器以外の紙製容器包装(紙箱や包装紙等)およびペットボトル以外のプラスチック

製容器包装(食品のパック、フィルム等)については、本法の適用が2000(平成12)年3月31日まで猶予されている。

厚生省では、容器包装リサイクル法の円滑な施行のため、分別収集したびん、缶等を保管する施設(ストックヤード)等の再生利用のための施設(リサイクル関連施設)の整備を推進し、市町村における分別収集の実施の促進を図っており、今後、さらに本法に基づく市町村や事業者の取組みが進むことにより、容器包装の再生利用が飛躍的に推進されることが期待されている。

(4)

ごみ処理に係るダイオキシン類削減対策の推進について

1)

ごみの焼却とダイオキシン類

ダイオキシン類は物の燃焼等に伴って発生する毒性の強い化学物質であり、その発生源は多岐にわたるが、我が国においては、ごみ焼却施設からの発生量が8~9割を占めるといわれている。ダイオキシン類は、ごみが不完全に燃焼している時や、排ガスが300°C前後で集じん器に流入した場合に発生しやすいことが知られている。

このようなダイオキシン類による住民の健康被害を防止するために、ごみ焼却施設からのダイオキシン類の排出削減対策を早急かつ強力に推進することが強く求められている。

2)

ダイオキシン類発生防止等ガイドラインの策定

厚生省では、1995(平成7)年11月より「ダイオキシンのリスクアセスメントに関する研究班」においてダイオキシンの毒性評価の研究を進め、1996(平成8)年6月に、当面の耐容一日摂取量(TDI=健康影響の観点から、人間が一生摂取しても耐容されると判断される1日当たり、体重1キログラム当たりの量)を10ピコグラム(ピコは1兆分の1)とする中間報告を取りまとめた。

この中間報告を踏まえてダイオキシン対策を推進するため、同年6月に「ごみ処理に係るダイオキシン削減対策検討会」を設置し、10月には緊急対策に係る部分を中間報告として、1997(平成9)年1月には恒久対策も含め「ごみ処理に係るダイオキシン類発生防止等ガイドライン」を取りまとめ、それぞれ地方公共団体に通知したところである。ここでは、ダイオキシン類の削減対策を緊急対策と恒久対策に分け、発生したダイオキシン類を削減するだけでなく、発生段階で極力抑えるという観点から、健康への影響を防止するために技術的に可能な最善の対策が取りまとめられている。

ア

緊急対策

ダイオキシンの排出濃度が1立方メートル当たり80ナノグラム(ナノは10億分の1)を超える施設にあっては、まず、ごみ質の均一化、ごみの定量供給、燃焼管理の適正化を行うことにより完全燃焼を図り、これらによっても80ナノグラムを超える場合には、施設の改造や、休廃止等を実施する。

イ

恒久対策

ごみの排出抑制・再生利用を推進することにより焼却量をできるだけ減らした上で、ごみ処理施設からのダイオキシン排出総量を可能な限り削減するため、新設炉については排出濃度を1立方メートル当たり0.1ナノグラム以下、既設炉についても、炉の種類等により0.5～5ナノグラム以下とする恒久対策を実施することとしている。このため、新設炉については、今後、原則として全連続炉（24時間連続してごみを焼却する焼却施設）とすることとし、連続運転が困難な小型炉で処理している市町村にあっては、ダイオキシン類の排出の少ない大型の全連続炉に集約するようごみ処理の広域化を実施する。既設炉については、燃焼管理の適正化、施設の改造、ろ過式集じん器（バグフィルター）の設置等排ガス処理の高度化等を行う。また、焼却後の灰に含まれるダイオキシン類を分解するため、溶融固化等の処理を行う。

3)

ごみ焼却施設に係るダイオキシン類排出濃度実態調査

厚生省では、「ダイオキシン類排出削減等ガイドライン」の策定と並行して、市町村の設置するごみ焼却施設から排出されるダイオキシン類排出濃度の実態を調査しており、1997（平成9）年4月にその結果を公表した。この結果によれば、報告のあった1,150施設のうち、72施設において排出濃度が1立方メートル当たり80ナノグラムを超えており、これらの施設については、ガイドラインに基づき、緊急対策を実施しているところである。

4)

廃棄物処理法に基づく規制の検討

現在、産業廃棄物の焼却施設も含めた廃棄物の焼却施設全体について、ダイオキシン類排出削減対策をさらに強力に推し進めるため、生活環境審議会廃棄物処理基準等専門委員会において、廃棄物処理法に基づく施設の構造および維持管理に関する基準の見直しなどによる規制の方策を検討しているところである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第4節 大量に排出される廃棄物への取組み

3 合併処理浄化槽の整備促進

(1)

合併処理浄化槽の有効性

近年、水道水源や湖沼、閉鎖性海域等の水質汚濁が大きな社会問題となっている。しかし、その主要な原因の一つである生活排水が適正に処理されている割合は全国で約5割にすぎず、し尿と生活雑排水を併せて処理できる合併処理浄化槽の整備を進めていくことが強く求められている。合併処理浄化槽は、地形等の影響を受けず各戸別に設置され、どこでも短期間に設置が可能である等の特徴を持つことから、特に人口の散在した地域での整備に有効である。

なお、浄化槽については感染症の発生源となるし尿等を自家処理することから、保守点検、清掃、検査など廃棄物行政の一環として常時衛生的な観点からその管理を徹底する必要がある。

(2)

合併処理浄化槽の整備促進

1)

単独処理浄化槽の新設廃止に向けて

し尿のみを処理する単独処理浄化槽は、生活雑排水を未処理のまま放流し、また、し尿の処理性能も合併処理浄化槽に比べ劣っていることから、厚生省では、単独処理浄化槽の新設を早期に廃止することを目標として掲げ、その実現に向けて各種の取組みを進めている。

新たに設置された浄化槽全体に占める合併処理浄化槽の割合は、1989（平成元）年度の10.0%から1995（平成7）年度には34.4%へと着実に上昇しているが、地域による格差が極めて大きいことから、国、地方公共団体および関係団体等による総合的な対策を推進しているところである。

2)

合併処理浄化槽の計画的・効率的整備

1987(昭和62)年度に創設された合併処理浄化槽設置整備事業は、市町村や国民の強い支持を受けて1996(平成8)年度には全国の市町村の約6割に当たる約2,000市町村において、積極的に実施されている。また、1994(平成6)年度には、水道水源地域を対象に、市町村自らが合併処理浄化槽の設置主体となる「特定地域生活排水処理事業」が創設され、その後、過疎地域、振興山村地域等に対象地域が拡大されて、合併処理浄化槽の面的な整備が推進されている。

さらに、1997(平成9)年度からは、厚生省、農林水産省および建設省が連携して、合併処理浄化槽、農業集落排水施設、下水道等の汚水処理施設の計画的かつ効率的な整備を一層進めるため、新たに「汚水処理施設連携整備事業」を実施している。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第5節 安全でおいしい水の確保

1 安全で良質な水の供給

水道は国民の生活や生命に直接関わるものであり、万一水の安全性が損なわれた場合には、国民の生命・健康に深刻な影響を与えるものであることから、絶対的な安全性の確保が必要である。

このため、これまでも安全で良質な水道水の供給に向けた取組みを進めてきたところであるが、近年、クリプトスポリジウム問題など水道水に起因する新たな健康被害が生じており（第1部第1章参照）、水道原水の水質保全、浄水処理の高度化や水道の水質管理の強化などの対策が強く求められている。

(1)

水道原水の水質保全

近年の水道原水の水質汚濁の進行に伴い、安全で良質な水道水の供給のためには、浄水施設の高度化等だけではなく、水道原水自体の水質保全を図るための根本的な対策が必要になってきている。

このため、1994（平成6）年に「水道原水水質保全事業の実施の促進に関する法律」が制定され、水道事業者が自らの努力によっては水道水質基準を満たすことができないおそれがある場合、水道事業者の要請により、都道府県において都道府県計画を、ならびに河川管理者において河川管理者計画を定め、取水口の上流において、下水道整備や河川環境整備事業等による計画的な水道原水の水質保全措置を推進しているところである。1997（平成9）年3月現在、同法に基づく水道事業者等からの計画策定の要請は10か所であり、そのうち6か所（福島県2か所、千葉県、兵庫県2か所、香川県）について都道府県計画が定められている。

(2)

水道の水質管理

常に安全な水道水を供給するためには、水道水質検査等の水質管理を適切かつ確実に行うことが重要である。このため、都道府県別に策定された水道水質管理計画により、水質管理体制の強化・充実に向けた取組みを推進している。

1996（平成8年）6月に、我が国で初めて、水道水に混入したクリプトスポリジウムによる集団感染が埼玉県において発生した。このため、厚生省では、同年10月に「水道のクリプトスポリジウム暫定対策指針」を策定し、全国の水道事業者等に必要な対策を指示している。また、1997（平成9）年3月に策定された「飲料水健康危機管理実施要領」では、飲料水を原因とした国民の生命・健康の安全を脅かす事態が生じた際の、厚生省の情報収集や対策実施等の要領を定め、健康被害の発生予防、拡大防止等の危機管理対策を図っている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第5節 安全でおいしい水の確保

2 質の高い水道を目指して

(1)

水道未普及地域の解消

我が国の水道普及率は1995（平成7）年度末現在で95.8%に達し、世界的にも高い水準にあるが、全国で未だ水道を利用できない人が農村漁村を中心に約530万人に及んでおり、これらの人々への水道の普及が急務となっている。最近、病原性大腸菌O157等による食中毒の発生が問題となっているが、水道水は塩素処理がされており、病原性大腸菌に関しても衛生的な水を供給することが可能である。したがって、国民の衛生の確保のためにも、従来にも増して水道未普及地域の解消への取組みを強化する必要がある。

一方、全国で約1万2,000を数える水道事業の多くが、技術的・財政的な基盤の強化、老朽化した施設の改築更新・高度化などの課題に直面している。このため、簡易水道の整備への国庫補助といった財政援助等の措置によって、市町村の水道整備普及の取組みを支援している。

(2)

高度浄水施設の整備促進等

近年、水道原水の水質汚濁の進行に伴い、トリハロメタンなどの水道水中の発がん性物質の存在や異臭味が問題となってきている。これらの物質は通常の浄水処理では除去が困難であるため、その対策として、オゾン処理、活性炭処理、生物処理等を行う高度浄水施設の整備を推進している。1997（平成9）年度からは、新たな対策が必要となっているクリプトスポリジウム等の病原性原虫を確実に除去する膜ろ過施設の整備を推進している。なお、この膜ろ過施設は省用地型で自動運転も可能であることから、簡易水道など小規模水道の次世代型浄水施設としても普及が期待されている。また、老朽化した浄水施設の更新が今後大きな問題となることが予想されるが、浄水場内に十分な工事用地を確保できない場合でも、既存浄水施設の運転を止めず工事を可能とする省用地型の高効率の浄水処理技術の開発を行ったところである。

(3)

直結給水の推進

欧米諸国では、水道の給水圧が高く、5～8階程度まで水道が直接給水できるところが多いが、我が国では水道の給水圧が低いことから、3階建て以上の建築物においては、まず敷地内に設けた受水槽に水道の水を受け、それを汲み上げて各階に給水しなければならない。しかしながら、受水槽等の中には管理が不十分なため衛生上の問題が懸念されるものもある。このため、水道の給水圧を十分に高くしても管路の破壊等が生じないようにするための管路更新事業等を推進している。また、10階程度まで直結給水が行える技術の開発を推進したところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

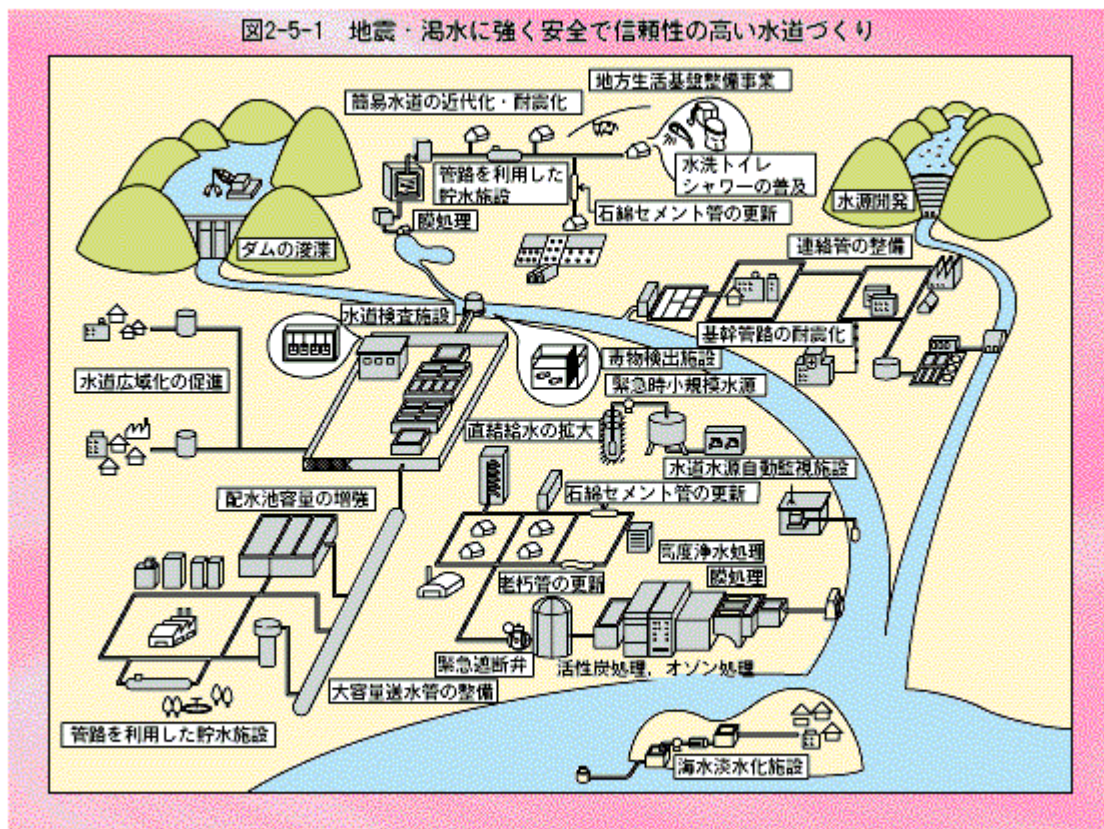
第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第5節 安全でおいしい水の確保

3 地震・渇水に強い水道づくり

図2-5-1 地震・渇水に強く安全で信頼性の高い水道づくり



(1)

地震対策

阪神・淡路大震災により水道施設は大きな被害を受け、長期にわたる断水が国民生活に大きな打撃を与えた。この経験を水道行政施策に生かしていくため、厚生省に設置された水道耐震化施策検討会において、1995(平成7)年8月、報告書「地震に強い水道づくりを目指して」が取りまとめられた。これを踏まえて、耐震性が高い水道管路の整備、広域的な水道施設の整備等による水道施設の耐震化や技術開発等を積極的に推進している。また、報告書の提言を踏まえて行った研究の成果をもとに、1997(平成9)年1月に「水道の耐震化計画策定指針(案)」を作成し、都道府県等に周知した。今後、それぞれの水道の特性に応じた耐震化目標の設定、応急対策の充実強化、施設の耐震化等の施策を計画的に推進することとしている。

(2)

渇水対策

1994(平成6)年の大渇水をはじめとして、近年渇水が頻発している。渇水対策としては、水使用状況の見直し、水を大切にする節水型社会の形成が必要であるが、既存の水資源を最大限に有効活用できるように、施設整備の面からも、広域的な水道施設の整備や漏水の防止の促進、ダム建設や海水淡水化施設の整備、緊急時用水源としての井戸の確保等を実施している。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 安全性の確保と生活環境の整備

第5節 安全でおいしい水の確保

4 水道に関する規制緩和

水道事業者が水道の給水装置工事を行う事業者を指定する水道指定工事店制度については、かねてから、新規参入を抑制する、広域的な事業活動を阻害するなどの理由から、経済界等からその規制の緩和が強く求められてきており、1995（平成7）年12月には、行政改革委員会から制度の見直しを求める意見が示された。これを踏まえ、1996（平成8）年6月、給水装置の工事事業者の指定要件の統一化や給水装置工事主任技術者の国家資格の創設を内容とする水道法の改正が行われた。

また、給水器具の使用規制については、1996（平成8）年3月に閣議決定された規制緩和推進計画に基づき、1997（平成9）年3月に水道法施行令が改正され、給水装置の構造・材質基準の明確化・性能基準化を図った。これにより、給水装置に係る使用規制の合理化が図られることが期待される。
