

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第1節 健康危機管理への取組み

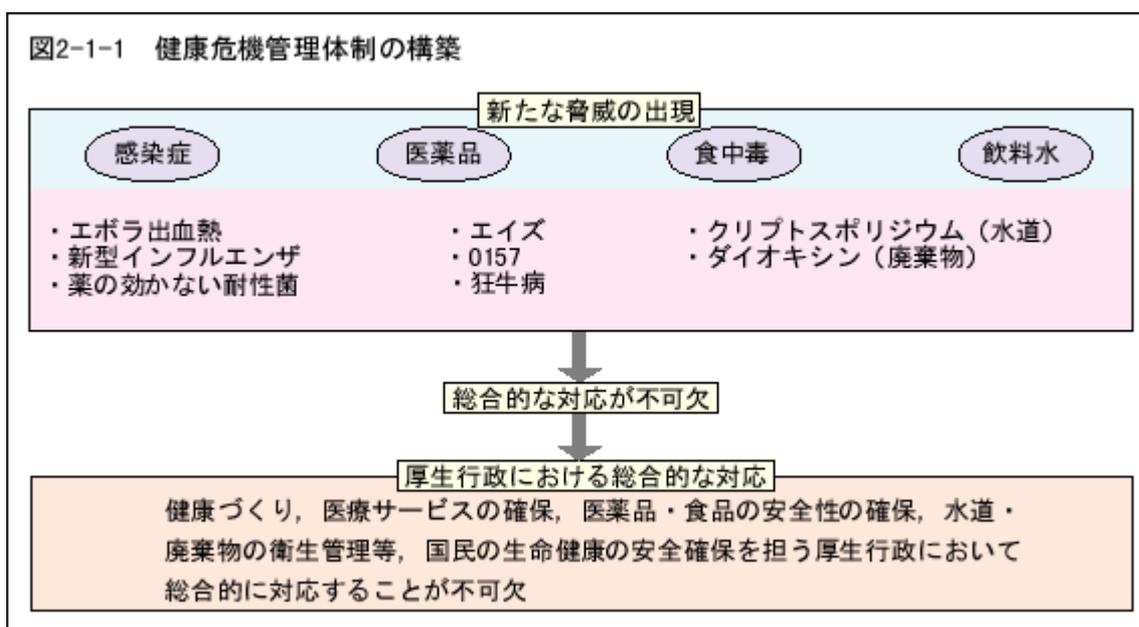
厚生省は、血液製剤によるHIV感染問題などを重い教訓として、国民の生命・健康の安全を確保するための体制の見直しに取り組み、1997（平成9）年1月、「厚生省健康危機管理基本指針」を策定するとともに、「厚生省健康危機管理調整会議」を発足させた。

健康危機管理とは、国民の生命・健康の安全を脅かす事態に対して、健康被害の発生予防、拡大防止、治療等のための対策を講ずることである。健康危機管理基本指針はそのための迅速な情報収集、対策の策定・実施の基本的な仕組みについて定めたものであり、この指針を踏まえ、1997年3月、医薬品・食中毒・感染症・飲料水の4分野における健康危機管理の実施体制の詳細について、それぞれ「健康危機管理実施要領」を策定した。さらに、同年10月には国立感染症研究所、1998（平成10）年1月には国立病院等における健康危機管理実施要領を策定し、体制の充実を図った。

健康危機管理調整会議は、複数の部局にまたがる対応が必要な健康被害について、関係する部局間の調整を図り、健康危機管理の円滑な実施を図ることを目的としたものである。

厚生省は、この健康危機管理基本指針および健康危機管理調整会議によって、これまでに、腸管出血性大腸菌O157やインフルエンザ等の新興・再興感染症、クリプトスポリジウム等の原虫類、タンカーからの油流出事故など、様々な分野における健康危機に対処してきている。

図2-1-1 健康危機管理体制の構築



厚生白書(平成10年版)

(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 健康と安全を守る取組み

第2節 新たな感染症対策

1 新しい時代の感染症対策を実施するための法体系の整備

■ 高松宮記念ハンセン病資料館の語り部—人生に絶望はない— ■

高松宮記念ハンセン病資料館は、1993（平成5）年6月に、国立のハンセン病療養所である多磨全生園(東京都東村山市)の敷地内に設立された。資料館には、ハンセン病事情の変遷とその対策事業の歴史を紹介する書籍約4,000冊と展示資料約650点が保存されており、年に1万人以上の見学者が訪れる。

ハンセン病は、慢性の細菌感染症の一種であるが、発病することは極めてまれで、仮に発病したとしても、薬剤療法により今や早期発見と早期治療により短期間で完治する病気である。しかし、有効な治療法が見つかる以前、ハンセン病は「不治の病」とされ、発病した場合の外見に変化を来す悲惨な皮膚症状などのために、ハンセン病が治る病気となってもなお、患者に対する偏見と差別は根強く残ってきた。

また、行政も「らい予防法」の下で隔離政策を推進し、その後の医学的知見の変化にもかかわらず、隔離を主体とした法の存在を放置し、長年にわたり、かつてハンセン病を患った人やその家族の尊厳を傷つけ、そして多くの苦しみを与えてきたことに対し、深い反省の意を表するとともに、その歴史を決して風化させてはならない。

その「らい予防法」は1996（平成8）年4月によりやく廃止されたが、何十年にもわたる長期の療養生活の結果、入所者にとっては、療養所が「終の棲家」となっている。全生園を始め全国15か所の療養所で、1997（平成9）年12月現在で約5,200人の入所者が療養している。

その1人、全生園に住む平沢保治さん（71）は、13歳のときに発病し、1941（昭和16）年12月に14歳で入園した。現在の治療法が確立される以前に行った治療の後遺症で手足に知覚麻痺が残り、社会復帰は諦めざるを得なかった。しかし、ハンセン病の問題を一人でも多くの人に知ってもらいたいと、現在、資料館でハンセン病の歴史の語り部として活躍、また、地域との交流や障害者団体の設立・活動などにも積極的に参加している。

平沢さんが「ハンセン病」の歴史を語り続けるのは、単にハンセン病への偏見や差別をなくすためだけではない。自分たちがかつて味わった苦しみを二度と繰り返して欲しくない、障害や疾病などに対する社会のあらゆる差別をこの世からなくしたい、そんな思いがあるからだ。

資料館には地域の小中学生や看護学生なども多く訪れる。そんな若い人たちに平沢さんが一番伝えたいことは、「生きることの尊さ」「いのちの大切さ」である。生きることは死ぬよりも辛い時期もあった。しかし、それに立ち向かうことで、平沢さんは自らの人生を切り開いてきた。「人生に絶望はない」。平沢さんは、自らの人生を振り返り、心の底からそう思っている。

写真,高松宮記念ハンセン病資料館



(1)

新たな感染症対策の必要性

1)

伝染病予防法の100年

我が国の感染症対策は、1897（明治30）年に制定された伝染病予防法を始めとする諸法規により行われてきた。伝染病予防法は、コレラの年間患者数・死亡者数が10万人を超える年もあり、また、上下水道などの近代的な社会基盤の整備も進んでいないなど法制定当時の医学水準・社会状況を色濃く反映している。

伝染病予防法制定以来の100年間に、国民生活や公衆衛生の水準は目覚ましく向上し、国民の健康・衛生に関する意識も大きく変化した。また、医学・医療の進歩も著しく、過去において重大な脅威となっていた感染症の多くが、ワクチン等による予防、治療などにより軽症にとどまるようになった。一方、近年の課題として、高齢者等の増加による易感染者が増加し、また、人権の尊重および行政の公正透明化への社会的な要請が高まっている。

2)

新たな感染症の脅威

国内においては、1996（平成8）年夏に大阪府堺市で腸管出血性大腸菌O157による大規模な健康被害が生じたことは記憶に新しい。また、世界においては、1970（昭和45）年以降、エボラ出血熱を始め少なくとも30以上のこれまで知られなかつたいわゆる新興感染症が出現する一方で、近い将来克服され则认为られてきた結核やマラリア等が再興感染症として再び問題化している。さらに、国際交流の活発化や、航空機による迅速大量輸送により、感染症は地球上のあらゆる地域から、短時間のうちに国内に持ち込まれる危険性が高まっている。

3)

現在の伝染病予防法の問題点

このように、感染症をめぐる諸環境は大きく変化しているが、現在の強制隔離を主体とした集団の感染症予防に重点を置いた伝染病予防法を中心とする法体系では、こうした変化や時代の要請に対応できなくなっていると考えられる。具体的には、法定伝染病として強制的な予防措置を講ずることが既に不要となっている感染症が法に位置づけられている一方で、エボラ出血熱等の世界的に問題視されている危険な感染症が法の対象とされていない、法定伝染病について発動する措置が一律で硬直的な規定になっている、患者等に対する行動制限に際しての人権尊重の観点からの体系的な手続保障規定が設けられていないといった問題点があり、新しい時代の感染症対策にふさわしい法体系が必要である。

(2)

新しい時代の感染症対策に向けた法体系の整備

厚生省の公衆衛生審議会は、1996(平成8)年10月から、伝染病予防部会に基本問題検討小委員会を設け、感染症対策の見直しについて検討を重ね、1997(平成9)年12月、「新しい時代の感染症対策について」の意見書を厚生省に提出した。これを踏まえ、厚生省は法案の検討を進め、1998(平成10)年3月11日に、患者等の人権にも配慮しつつ新しい時代に対応した感染症対策の推進を図る「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律案」および「検疫法及び狂犬病予防法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、4月30日に参議院で一部修正の上可決された。

これらの法案の概要は次のとおりである。

1)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律案の概要

ア

感染症類型の整理

講ずべき対策等に応じて、感染症を1類感染症から4類感染症までに分類

人から人に伝染すると認められる疾病であって、既知の感染症と病状等が明らかに異なり、感染力および感染した場合の重篤性等から総合的に判断した危険性が極めて高いもの(新感染症)等について、必要な対策を講ずることができるようにすること。

イ

基本指針、予防計画および特定感染症予防指針

厚生大臣は、感染症の予防の推進に関して基本指針および特定感染症予防指針を策定し、都道府県は、感染症の予防のための施策の実施に関して予防計画を策定

ウ

感染症に関する情報の収集および公表

感染症の患者を診断した医師の届出、感染症の発生の状況、動向および原因についての都道府県職員による調査等を規定

エ

健康診断、就業制限および入院

感染症の類型に応じて、感染症の患者等について、健康診断、就業制限および入院の制度を設けるとともに、患者等の人権尊重に配慮した手続規定を整備

オ

消毒その他の措置

感染症の類型に応じて、その発生およびまん延の防止のために、感染症の病原体に汚染された疑いがある物件の消毒等の措置を規定
カ

感染症の患者に対する医療の提供

この法律による入院医療の提供体制に関する規定を整備するとともに、入院費用について、医療保険各法による医療給付と公費の組合せにより負担する方式を定める。
キ

感染症の病原体を媒介するおそれのある動物の輸入に関する措置
ク

施行等

一部を除き、1999（平成11）年4月1日から施行。なお、これに伴い、現行の伝染病予防法、性病予防法および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）は廃止。

2)

検疫法及び狂犬病予防法の一部を改正する法律案の概要

ア

検疫法の改正内容

現行の検疫伝染病（ペスト、コレラ、黄熱）に加え、エボラ出血熱等の国内に常在しない特に危険な感染症を検疫の対象疾病として追加することとともに、新感染症について、検疫が行えるよう規定を整備

検疫所において、出入国者の求めに応じた診察や予防接種の実施、外国における感染症情報の出入国者への提供と周知とともに、検疫所と保健所等との連携を図ること。

イ

狂犬病予防法の改正内容

狂犬病の予防のための輸出入検疫および狂犬病にかかっている動物に対する獣医師の届出、隔離、殺害禁止、検査又は解剖のための動物の死体の引渡等の措置の対象動物として、現行の犬に加え、猫等を追加すること。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第2節 新たな感染症対策

2 新興・再興感染症への対応

(1)

エイズ対策

人間の免疫機能を低下させてしまうエイズ（AIDS, 後天性免疫不全症候群）ほど、新興感染症への対応の難しさを実感させるものはない。エイズ患者およびHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染者は、1997（平成9）年11月20日現在、全世界で3,060万人、1997年に新たに感染した人は580万人と推計されており、地域別には、全世界の88%がサハラ砂漠以南のアフリカと南・東南アジアの2地域で占められている。また、エイズによる免疫機能の低下に伴い、エイズ患者の間で結核が広がっており、大きな社会問題となっている。

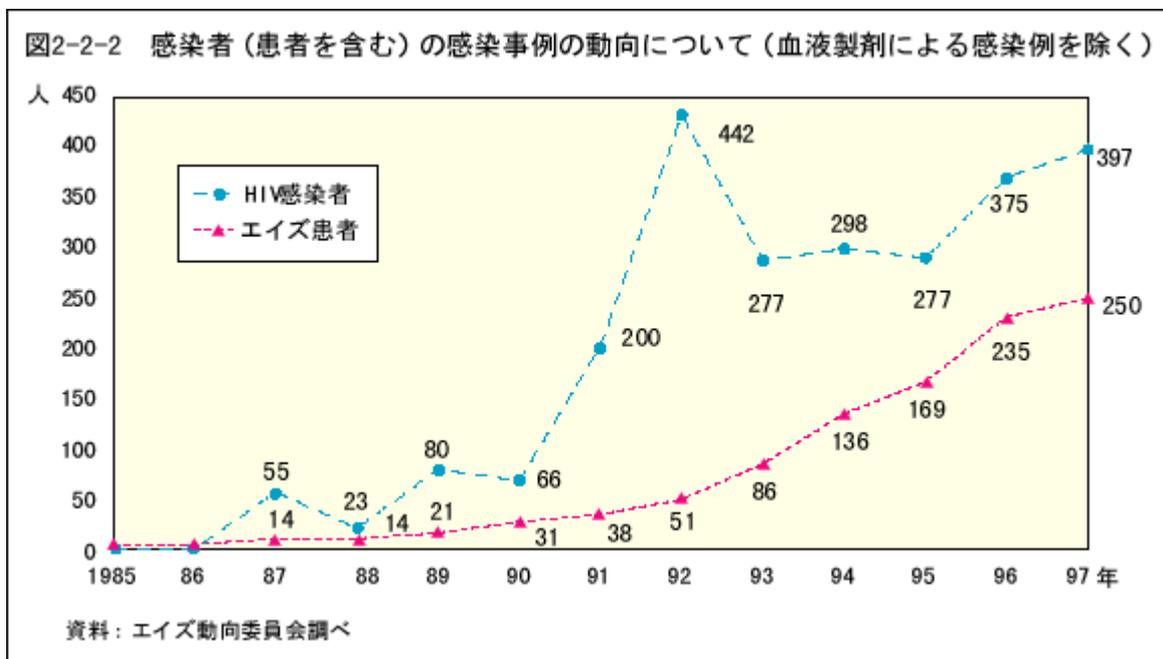
欧米諸国の幾つかの国では新規感染が減少に転じていると報じられているのに対して、我が国の1997年の報告数は、HIV感染者397件、エイズ患者250件となっており、いずれも前年を上回った（エイズ患者は過去最高）。特徴としては、日本人男性が国内で性的接触によって感染する割合が高まっていることが挙げられる。

表2-2-1 世界のエイズ患者とHIV感染者

全世界計	3,061		単位:万人(%)
北米	86(2.81)	サハラ砂漠以南	2080(67.97)
中米	31(1.01)	東アジア・太平洋	44(1.44)
南米	130(4.25)	オーストラリア・ニュージーランド	1.2(0.04)
西欧	58(1.73)	中/東欧・中央アジア	15(0.49)
北アフリカ・中近東	21(0.68)	南・東南アジア	600(19.6)

資料:WHO「WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD」より作成

図2-2-2 感染者(患者を含む)の感染事例の動向について(血液製剤による感染例を除く)



エイズ対策の基本は、正しい情報の提供と教育によって感染を防止することである。このような予防対策を強力に実施したことにより感染の拡大傾向が抑えられたタイ、タンザニア、ウガンダのような事例も見られる。

また、治療面では、ウイルス増殖の初期過程を抑える逆転写酵素阻害剤に加えて、ウイルス蛋白が最終産物になるところを抑えるプロテアーゼ阻害剤が最近開発され、これらの併用が有効であることが分かってきた。米国では初めてエイズによる死亡数が減少に転じたが、治療の改善によって生存率が高まったことも一因として挙げられている。また、エイズの予防ワクチンの開発研究も進められており、こうした治療・予防の研究が急がれている。

(2)

結核対策

結核は今、再興感染症として再び猛威を振るい始めている。世界保健機関（World Health Organization；WHO）は1993（平成5）年に「世界結核緊急事態宣言」を行い、結核問題の重大性に警鐘を鳴らした。その背景としては、結核対策の軽視による対策組織の弱体化、HIV感染者の結核感染の合併例の増加、多くの薬剤が効かない結核（多剤薬剤耐性結核）の出現が挙げられる。WHOにおいては、患者の完全な治癒を図るため、「短期化学療法による直接監視下治療」（Directly Observed Treatment, Short-course；DOTS）の推進などの世界戦略を展開している。

我が国においては、2030年代の結核根絶を目標としてきたが、この実現は困難になりつつある。年間の新発生結核患者は依然として1996（平成8）年で42,472人、年間死者数は約3千人となっており、減少傾向には鈍化が見られる。我が国の結核は、まん延状況に大きな地域格差が存在するのが特徴で、都道府県別り患率では最大3.9倍、政令指定都市を含めると最大6.1倍に達している。傾向としては、大都市において高い患率を示しており、地域の実情に即した形での検診や予防接種の推進など、より一層の取組みが必要である。

また、新たな結核患者の過半数は60歳以上と高齢であることから、いったん結核にかかった場合の合併症や重症化の危険性が高まっている。その一方で、若年者を中心とした結核集団感染事件も発生している。これらの状況は老人施設、学校や事業所、更には病院でも同様であり、1997（平成9）年には10件の結核集団感染事件が報告され、うち4件は病院での集団感染（院内感染）であった。さらに、多剤薬剤耐性結核による看護婦の死亡事故も発生し、院内感染と多剤薬剤耐性結核への取組みの強化が求められている。

厚生省では、このような状況に対応するため、1986（昭和61）年から結核対策特別促進事業を実施して

おり、DOTSの試行・推進や医療従事者向け講習会の開催を始め地域の实情に応じた対策を推進し、院内感染防止の指導を強化するとともに、厚生科学研究事業において、「再興感染症としての結核」「多剤薬剤耐性結核」の研究班を設置して総合的な研究に取り組んでいる。

(3)

薬剤耐性菌対策

1929年に英国で発見されたペニシリンは、人類にとって感染症と闘うための強力な武器となり、さらに、それに続く各種抗菌薬の開発は、感染症治療を飛躍的に発展させ、かつて日本でも最大の死亡原因であった結核を始め、細菌感染症は克服されたという錯覚を抱くに至った。しかし、抗菌薬の使用により、細菌が変異を通じて抗菌薬に対する耐性を獲得し、結局は、メチシリン耐性黄色ぶどう球菌(MRSA)のような多くの抗菌薬が効かない薬剤耐性菌が生み出されることになった。

さらに、最近では、MRSAに有効とされる抗菌薬であるバンコマイシンも効かない耐性腸球菌(バンコマイシン耐性腸球菌,VRE)が欧米で多数発生し問題となっており、日本でも報告される状況に至っている。腸球菌自体は病原性が低く、健康な人の腸内にいる細菌であるが、免疫力が低下している患者に重篤な症状を引き起こすことがあるために、VREは院内感染対策の課題となっている。

このような薬剤耐性菌の出現の背景には、感染症治療における抗菌薬の多量又は不適切な使用が大きく関与している。このため、根本的な対策として、まず、抗菌薬の適正使用を徹底する必要がある。さらに、問題のある薬剤耐性菌の早期発見と感染症治療に有効な恒常的な監視・分析(サーベイランス)の強化と、医療施設内での薬剤耐性菌の拡散を防ぐための院内感染防止対策が大切である。

現在、恒常的な監視・分析の進め方など種々の薬剤耐性菌問題について、国立感染症研究所が中心となって、広く研究が行われている。また、院内感染防止対策については、医療従事者の講習会の開催や施設内感染相談窓口の設置などの施策が実施されている。

なお、抗菌薬は、人間のみならず家畜や水産物にも使用されているため、飼育・養殖施設で薬剤耐性菌が発生するおそれも否定できない。そこで、医療のみならず、こうした分野での適正使用の徹底にも配慮する必要がある。

(4)

感染症健康危機管理

厚生省においては、1997(平成9)年3月に感染症健康危機管理実施要領を定め、これにより新興・再興感染症を含む感染症危機に具体的に対応してきている。この実施要領には、平時における感染症情報の収集体制と緊急時における初動対応、対策の事後検証を定めており、具体的には、感染症危機について国内に対する影響に応じて危機の段階を5段階に分け、これに即した連絡・調査の体制や法的対応といった対応を事前に定めている。実際に、1997年秋に香港で問題となった新型インフルエンザA(H5N1)の発生時には、この実施要領に基づいた対応が行われた。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第2節 新たな感染症対策

3 新型インフルエンザ対策

(1)

新型インフルエンザに対する対策の検討

新型インフルエンザウイルスは、通常の流行におけるインフルエンザウイルスとは全く異なる抗原を有するウイルスであり、これまで人の世界に出現するたびに、世界中に大流行を引き起こし膨大な被害をもたらしてきた。1918（大正7）年から始まったスペインかぜが、世界中で約2,500万人以上の死者を出すなど、感染症の歴史において最大の疫病とされている黒死病（ペスト）に並ぶ被害を短期間で引き起こしていることから、その被害の大きさをうかがい知ることができる。

この新型インフルエンザウイルスの出現と大流行時に備え、迅速かつ効果的・効率的に対応するための我が国独自の対策について、1997（平成9）年5月から開催された新型インフルエンザ対策検討会において審議が重ねられ、同年10月に「新型インフルエンザ対策報告書」が取りまとめられた。こうした検討を踏まえ、厚生省においては、新型インフルエンザへの対応として、今後、ワクチン製造に必要なウイルス株の選別・保存等の施策を順次実施していくこととしている。

(2)

香港における新型インフルエンザA(H5N1)の発生

新型インフルエンザ対策検討会開催中の1997（平成9）年8月、香港で同年5月に死亡した3歳の男子から新型インフルエンザウイルスA（H5N1）が確認されたとの報告がなされた。さらに同年末までに、香港で新型インフルエンザウイルスA（H5N1）による患者が複数発生し、人における大流行が懸念された。厚生省においては、検討会における検討に基づき、情報の確認を行うために、速やかに現地に職員を派遣し、現地政府、WHO、米国疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention；CDC）等と連携を取りながら、対策について意見交換を行った。さらに、現地からの情報に基づき、厚生省内の健康危機管理調整会議および新型インフルエンザ対策検討会において状況分析と今後とるべき対策について検討を行った。これらの検討の結果、香港で発生した新型インフルエンザについては、人から人への感染が確認されていないことから、直ちに大流行のおそれはないものの、継続的な観察が必要であるとして、厚生省では、継続して必要な情報の収集に努め、国民一般、医療関係者に提供・公開していくこととした。また、ウイルスが国内に上陸した場合に備え、新型インフルエンザウイルスの検出用具を全国の地方衛生研究所に配布するなど、国内の発生動向調査体制を整えるとともに、いつでも本格的なワクチン生産に入れるよう、ワクチン製造株の選定等の準備を進めている。

香港の新型インフルエンザは、1998（平成10）年1月に入って患者の発生がないことから、現地では一応の鎮静化の様相を見せているが、今後、厚生省では引き続き情報の収集に努めることとしている。

(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 健康と安全を守る取組み

第3節 医薬品等の安全確保対策の推進

1 エイズ問題と医薬品による健康被害への反省

(1)

血液製剤によるH I V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H I V（ヒト免疫不全ウイルス）感染者の累計は、1998（平成10）年2月末現在、4,044名であり、そのうち血液製剤によるものは1,495名である。また、エイズ（A I D S、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1,720名であり、そのうち血液製剤による者が628名である（ただし、血液製剤によるH I V感染者およびエイズの発症者数は、1997（平成9）年10月末現在における「H I V感染者発症予防・治療に関する研究班」からの中間報告の数字である）。

血友病治療のために使用していた血液製剤によりH I V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H I V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って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、和解のための提訴の呼び掛けに関する依頼を全国の血友病治療医師等に対して重ね、未提訴患者との和解の推進に全力を挙げて取り組んでおり、1998（平成10）年3月末現在、1,283名の患者（うち非血友病患者9名）が提訴し、このうち1,237名との和解が成立している。

(2)

エイズ対策の概要と各種恒久対策の推進

1)

エイズ対策の概要

厚生省は、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、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、1997（平成9）年に「エイズ動向委員会」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・分析を開始した。また、1986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、関係省庁の協力の下に、総合的なエイズ対策を開始した。1989（平成元）年には、「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。また、1994（平成6）年度からは「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。

ア

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等に対する総合的・専門的医療を提供するなど、その機能に応じ、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。

このような観点から、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治療拠点病院(1998(平成10)年4月1日現在、全国47都道府県361医療機関)を整備しているところである。また、和解を踏まえ、地域におけるエイズ医療の水準の向上と地域格差の是正を図るため、1997年度においては、国立国際医療センターにエイズ治療・研究開発センターを設置するとともに、全国8地域ごとに地方ブロック拠点病院を整備したところである。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について、より一層の充実強化を図ることとしている。

イ

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者に対しては、個人の秘密を保護しつつ、適切な相談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、そのまん延防止を図るため、検査体制の充実が早急に求められている。このため、個人の秘密を保護する観点から、保健所に個室相談室を設置するとともに、個別相談を行う者に対する研修や在日外国人等への対応など相談体制の整備を行っている。また、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ほか、1986年から、すべての献血血液について抗体検査が実施されている。

ウ

研究および国際協力の推進

エイズの研究については、1987年に策定されたエイズ対策専門家会議の報告「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の確立、感染形態の解明等に向けた研究を行うとともに、これらの研究成果を活用し、ワクチン開発や新たな治療法の実用化を行うなど、多岐にわたる研究を推進している。また、エイズ対策における国際協力を推進するため、国連エイズ合同計画(The Joint United Nations Program 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。

エ

正しい知識の啓発普及

エイズについては、現在のところ治療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エイズ予防の基本である。このため、啓発に当たっては、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とともに、根強く存在する患者・感染者に対する差別・偏見を解消するため、特に患者・感染者との共存ということについても強く訴え、感染者への理解を深めるための取組みを強化している。

オ

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、都道府県等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。

カ

エイズ治療薬の開発の推進

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。

このほか、日和見感染症治療薬など国内での需要が少ないエイズ治療薬については、エイズ治療薬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などの情報を提供し、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.ijinet.or.jp/aidsdrugmhw>) を開設している。今後も、さらに国際的な英知の結集、国内の関連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。

2)

各種恒久対策の推進

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、和解を踏まえ、HIV感染者に対しての恒久対策として、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。

ア

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。

イ

HIV感染者の身体障害者認定については、1997年より「障害認定に関する検討会」で議論が重ねられ、1998年4月1日から、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」が身体障害者福祉法上の障害として認定されることとなった。これにより、HIV感染者の生活を支援する福祉施策が実現されることとなった。具体的には、障害認定を受け、身体障害者手帳が交付されると、訪問介護員(ホームヘルパー)の派遣、更生(育成)医療の受給といった身体障害者福祉法等に基づくサービスを利用することが可能となる。一方、障害年金については、従来より、HIV感染者に障害年金の支給がなされていたところであるが、HIV感染者の障害認定が適正かつ円滑に行われるよう、「障害認定に関する検討会」において、障害認定の明確化について検討がなされた結果、HIV感染症の病態等に即した的確な障害認定を行うことなどを内容とする報告書が取りまとめられた。

ウ

エイズ発症基準については、エイズ動向委員会の「エイズ診断基準の再検討に関する小委員会」において、「発生動向調査のためのAIDS診断基準」の見直しの必要性の有無を含め検討している

ところである。

工

また、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年度から遺族等相談事業を開始したが、1998年度においては、内容の拡充を図ることとしているほか、血液製剤によるHIV感染問題に関する碑の建立について、現在具体化に向けて検討を行っている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第3節 医薬品等の安全確保対策の推進

2 医薬品等の健康被害の再発防止に向けた取組み

(1)

再発防止に向けた体制の整備

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するとともに、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」におい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、同年7月に報告書を公表した。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なされた。厚生省ではこの提言を受け、以下のような再発防止策を順次実施してきた。

1)

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、医薬品等の安全対策のみならず、院内感染の防止など医療施設における安全管理対策を含めた、医療をとりまく総合的な安全対策を推進するため、1997（平成9）年7月、薬務局を中心とした内部部局並びに国立衛生試験所の組織再編を行った。

内部部局においては、薬務局を廃止し、従来、医薬品等の「研究開発振興、生産・流通対策等」を担ってきた経済課および研究開発振興課については健康政策局の所管とする一方、医薬品等の安全対策とともに医療施設における院内感染防止対策等の安全管理対策についても所管する「医薬安全局」を設置した。医薬安全局においては、医薬品等の安全性に関する迅速な情報の収集、分析、評価や伝達を行う組織的な対応を強化するため、副作用報告等の安全性情報を安全対策課に一元的に集約し、分析・評価から対策立案に至るまで、同課を中心に迅速かつ的確に行える体制を確保している。

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」に改組し、医薬品や食品の安全性・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」を設置した。同センターでは、薬学・医学・獣医学・生物統計学等を専門とする複数の審査担当官による審査方式を導入し、承認審査の迅速化・専門化に努めている。

2)

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。このため、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、原則として議事録を公開することとしている。

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。将来的には、順次、事務局における審査の概要を取り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。

3)

医薬品等に関する健康危機管理体制の確立

不確実な情報の下での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なされるよう、意思決定の過程、責任分担等の明確化を図るため、1997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、手続などを盛り込んだ「医薬品等健康危機管理実施要領」を策定した。

(2)

医薬品等の安全確保対策等の推進

1)

改正薬事法の着実な実施

医薬品の臨床試験の実施に関する相談・指導の強化、承認審査の充実強化、市販後の安全対策の強化等を内容とする薬事法の一部改正が1996(平成8)年5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。これに伴い同年3月に法制化された医薬品の臨床試験の実施に関する基準(Good Clinical Practice; GCP)および医薬品の市販後調査の実施に関する基準(Good Post-Marketing Surveillance Practice; GPMS)について、製薬企業や医療機関による遵守を徹底するなど、薬事法の一部改正における措置を着実に実施することにより、先に述べた組織面での体制整備と相まって、治験から承認審査、市販後に至る医薬品の総合的な安全確保対策を強力に推進していくこととしている。

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やアレルギー歴などの確認を通じて、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不可欠なものである。医薬分業は、近年、急速な進展を見せ、1996年度の分業率(薬局への処方せん枚数/外来処方件数(全体))は22.5%に達してい

る。

1997年4月より、調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報の提供が薬剤師の義務となったこともあり(薬剤師法第25条の2)、地域医療における薬剤師の役割は更に重要になってきている。

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から受診した場合で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医薬分業計画の策定事業などを展開し、適正な医薬分業を一層推進していくこととしている。

3)

薬物等の乱用防止対策

我が国の薬物乱用状況は、最近、覚せい剤を中心として検挙者が大幅に増加しており、ヒロポンが流行して1954(昭和29)年に約5万5千人が検挙された「第1次乱用期」、暴力団が資金源として組織的に密売に介入したことなどにより1984(昭和59)年に約2万4千人が検挙された「第2次乱用期」に続く、「第3次乱用期」に入ったともいわれ、特に中・高校生を中心とした若年層の検挙者が急増している。また、総務庁が1997年11月15日に発表した「薬物乱用問題に関するアンケート調査」によると、薬物乱用について、高校生の20.4%が「個人の自由」と答えるなど、薬物に対する規範意識の低下を示す数字が得られている。

このため、1997年1月に内閣総理大臣を本部長とする「薬物乱用対策推進本部」が内閣に設置され、厚生省では、同本部や関係省庁と協力して予防啓発、捜査取締り、医療用麻薬等の正規取扱者に対する監視監督、中毒者対策などを一体的に展開している。

青少年に対しては、薬物に対する正しい知識や乱用の恐ろしさを正確に教えることが特に重要であり、毎年5～6月には不正大麻・けし撲滅運動を、6～7月には「ダメ。ゼッタイ。」普及運動を、10～11月には麻薬・覚せい剤禍撲滅運動を実施して啓発活動を推進しているほか、各地区麻薬取締官事務所に「麻薬・覚せい剤相談電話」を設置し、国民からの相談に応じている。また、財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターでは、各種啓発資材の開発・作成・配布や、薬物乱用防止キャラバンカーの派遣などを行っており、官民一体となった乱用防止啓発活動の展開に努めている。

さらに、1997年度からは、薬物乱用対策推進本部が決定した「青少年の薬物乱用問題に対する緊急対策」に基づき、全国の高校における薬物乱用防止教室への麻薬取締官OBの派遣や、全国の高校への薬物乱用防止啓発用ビデオの配布などの施策に取り組んでいる。

(3)

血液事業のあり方の見直し

我が国の血液事業は、1964(昭和39)年の閣議決定「献血の推進について」により献血推進の方針が決められて以来、国、地方公共団体、日本赤十字社の三者が一体となって本格的な献血による血液事業の展開が図られてきた。その結果、輸血用血液製剤はそのすべてが、また血漿分画製剤のうち血液凝固因子製剤については一部の特殊な製剤を除いて自給できるようになったが、アルブミン製剤や免疫グロブリン製剤については、近年自給率は上昇傾向にあるものの、なおかなりの量を輸入に依存している現状にある。また、今後、高齢化の進展により血液製剤の使用を必要とする者が増加する一方、将来的には献血が可能な年齢層の人口が減少することを考慮すれば、国内自給に向けての取組みを一層強化する必要がある。

また、血液製剤は、人体由来の血液を原料とするため、現在の最高水準の科学技術をもってしても、ウイルス等の感染や免疫反応等による副作用の危険性を絶えずはらんでいるものであり、このような血液製剤の特性を踏まえつつ、安全性の確保を図っていくことが緊急の課題である。

このため、1996(平成8)年10月から、幅広い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」において血液事業のあり方について検討し、1997(平成9)年12月に報告書を取りまとめた。報告書では、血液製剤の特性を踏まえ、1)国内自給の推進、2)安全性の確保、3)適正使用、4)有効利用、5)透明性の確保の5つの施策の柱が示されるとともに、国、地方公共団体、日本赤十字社、製造業者等の関係者の役割と責務、具体的な自給推進策および安全確保策が提言されている。さらに、1998(平成10)年2月からは、中央薬事審議会において検討がなされているところであり、今後これらの検討結果を踏まえ、法制度の整備への取組みなど、所要の措置を講じていくこととしている。

血液製剤の国内自給のためには、献血量の確保を図るとともに、医療現場における使用適正化の推進、献血血液の有効利用を図ることが重要である。1996年には献血者数は延べ約600万人であったが、近年伸び悩んでおり、今後とも引き続き、献血思想の普及啓発に積極的に取り組んでいくこととしている。また、使用の適正化については、アルブミン製剤や新鮮凍結血漿の使用量が諸外国と比較して多いことにかんがみ、血液製剤が有限かつ貴重な資源であるという観点を踏まえ、使用基準の策定又は改訂を行うこととしている。

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、採血の段階において、いかに安全な血液を確保するかが重要である。特に問診は、検査法のないウイルス等や検査によっては感染の事実を検知できない感染初期の期間にあるウイルス感染等の危険性を排除するために有効であり、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とともに、HIV感染などの検査目的で献血をすることがないように、献血者に対する啓発を行っている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第4節 地域保健体制の再編と健康づくりの推進

1 「地域保健法」の全面施行

我が国における地域保健をとりまく状況は、急速な少子・高齢化の進展、疾病構造の変化、国民の需要の多様化など著しく変化してきている。

このような状況の変化に的確に対応するために、地域保健対策の枠組みを抜本的に見直し、市町村の役割を重視し、また、保健所の機能強化を図るとともに、地域の特性および社会福祉等の関連施策との有機的な連絡に配慮することにより、地域保健対策を総合的に推進することとし、1994（平成6）年6月に、保健所法の地域保健法への改正および関連法の改正を内容とした「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」が制定された。このうち、保健サービスの市町村等への権限委譲および保健所の機能強化の関係が1997（平成9）年4月に施行されたことにより、同年から全面的に新しい地域保健体系が構築され、この体系下で市町村、都道府県および国がそれぞれの役割を遂行していくこととなった。

これらの施策の推進は、地域保健法に基づき1994年12月に策定された地域保健対策の推進に関する基本的な指針によって行われている。

具体的には、従来、保健所で実施されてきた3歳児健診等の母子保健サービスや一般的な栄養相談などのサービスを市町村に委譲し、市町村において、思春期から妊娠、出産、育児および乳幼児保健に至る一貫した保健サービスとともに、従来から実施してきた老人保健サービスと併せて、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスが一元的に提供されることとなった。これにより、地域の実情に即したよりきめ細かなサービスの提供が可能になり、住民にとって、保健サービスがより利用しやすいものとなった。

また、保健所については、地域保健における広域的・専門的・技術的拠点として機能を強化することとし、専門的かつ技術的業務の推進、情報の収集・整理・活用の推進、調査・研究の推進、企画調整機能の強化を図ることとしている。都道府県の設置する保健所は、このほかにも、市町村に対する支援や市町村相互間の連絡調整を行うこととされている。

なお、保健所の機能強化の一環として、保健所の所管区域は二次医療圏および老人保健福祉圏を参酌することとされ、1997年4月1日現在で706か所あった保健所は、1998年4月1日現在では663か所と、その広域化が図られた。

さらに、保健所の設置・運営を円滑に遂行できる人口規模を備えた市が保健サービスを一元的に実施することが望ましいことから、指定都市、中核市およびその他の政令で定める市に保健所を設置することとするいわゆる保健所政令市制度を推進しているが、1997年度からは秋田市、郡山市および大分市が、1998（平成10）年度からは、豊田市、福山市、松山市、高知市および宮崎市が新たに保健所設置市に移行し、1998年4月1日現在で保健所政令市は全部で43市となっている。

厚生白書(平成10年版)

(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 健康と安全を守る取組み

第4節 地域保健体制の再編と健康づくりの推進

2 生涯にわたる健康づくりの推進

(1)

健康増進疾病対策中長期計画（健康日本21計画（仮称））の策定に向けて

国民の健康水準を示す指標は、その多くが世界的にも良好な状態にあるが、本格的な少子・高齢社会の到来を控えて改善すべき健康上の課題も数多く残されている。

従来、国民の健康や福祉の向上を目指した計画として、「第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）」などが実施され、健康づくりのための施設整備や人材育成に一定の成果を上げてきたが、生涯を通じて保健、医療、福祉分野の関係者が相互に連携したり省庁間の協力によって施策を推進していくという点では十分といえるものではなかった。米国やヨーロッパ諸国などにおいては、健康問題に関係が深い団体や関係省庁の協力の下に、主として数値目標を設定した計画を実施し、成果を上げている。

我が国においても、少子・高齢社会を健康で活力あるものとし、医療費等の社会保障負担を適正な水準に保っていくためには、発病してからの早期発見や治療ではなく、発病以前の対策に力を注ぐ予防や高度な生活の質の維持が重要である。

健康増進疾病対策中長期計画（健康日本21計画（仮称））は、厚生省が関係者の協力を得ながら、国民の健康増進、疾病予防および生活の安全確保のために保健医療上重要な課題となる対象分野を選定し、計画の成否が客観的に評価できる数値目標を用いることによって、国民の生活の質の改善を図るとともに、病気や障害を持たずに健康で生活できる期間を延長していくことを目的とするものである。

本計画については、1999（平成11）年までに策定作業を終了し、2010（平成22）年を最終年度として2000（平成12）年から実施することとしている。また、計画の中間年の2005（平成17）年に計画の進捗状況について中間評価を行うほか、必要に応じて計画の内容に改善を加えていく予定である。

(2)

生活習慣病対策の推進

病気の予防対策には、健康を増進し発病を予防する「一次予防」、病気を早期に発見し早期に治療する「二次予防」、病気にかかった後の対応として治療・機能回復・機能維持を行う「三次予防」の3つがあ

る。三次予防対策としてはリハビリテーションを含む医療供給体制の整備が、二次予防対策としては健康診査の普及・確立が中心となっている。これに対し、一次予防対策は、一人一人が健康的な生活習慣を自分で確立することが基本となる。「生活習慣病」は、これまで「成人病」対策として二次予防に重点を置いていた従来の対策に加え、生活習慣の改善を目指す一次予防対策を推進するために新たに導入した概念である。

生活習慣病は、生活習慣を改善することにより病気の発症や進行が予防できるという、病気のとらえ方を示したもので、各人が病気予防に主体的に取り組むことの認識の醸成を目指している。したがって、どの病気が生活習慣病かを分類すること自体にはあまり意味はなく、様々な病気を生活習慣病という観点からとらえることが基本となる。

既に1965(昭和40)年に、カリフォルニア大学のブレスロー教授は、適正な睡眠時間、禁煙、適正体重の維持、適正飲酒、定期的な運動、朝食の習慣、間食をしないことの7つの健康習慣の有無が寿命に影響することを報告しており、この7つの健康習慣については、その後の米国の大規模な調査(フラミンガム・スタディ)でも健康への影響が大きいことが立証されている。ところが、健康的な生活習慣についての知識と実際の行動との間には大きな開きがあり、なかなか習慣を改めることができないのが現実である。

1997(平成9)年1月、公衆衛生審議会に「生活習慣病対策専門委員会」が設置され、21世紀に向けた総合的な生活習慣病対策について検討が行われ、同年7月「今後の生活習慣病対策について」と題する中間報告が取りまとめられた。この報告書でも指摘されているように、生活習慣病対策は、生活習慣の改善の実践を促すことが中心課題であり、実際の生活習慣や行動の変化(行動変容)を支援するために、正確な情報を提供するとともに、保健指導等を始めとして、個人のこれまでの日常生活に対応して生活習慣を変えるための環境整備や機会を提供することが求められている。

これまで二次予防対策の中心として実施されてきた健診や人間ドックは、単に病気の早期発見ということにとどまらず、日頃の生活習慣を振り返り、健康を自分で獲得し保持するための動機づけに活用できれば、一次予防としても有用である。また、厚生省では、正確な情報提供の裏づけとなる調査や研究を進める一環として、1997年7月より、21世紀の国民栄養調査のあり方検討会を開催し、毎年実施している国民栄養調査について、栄養を始めとする様々な健康指標を踏まえて国民の生活習慣や健康状態を幅広くとらえ、さらに調査結果の有機的な活用を図るための検討を行っている。さらに、健康に関わる生活習慣のうち最も大きな要素である栄養・食生活について、個人の食行動を把握して個別に指導することは病気の予防や治療に不可欠であることから、1997年8月より、21世紀の管理栄養士等あり方検討会において、多様化・専門化する保健・医療・福祉の領域での栄養士に望まれる業務やその養成のあり方についての検討が行われている。

さらに、1998(平成10)年度からは、これまで地域保健、健康づくり、長期慢性疾患に関してそれぞれ実施されていた研究事業を統合して、新たに、健康科学総合研究を実施する。この中で、これからの生活習慣病対策において必要な、知見に基づく医療(Evidence based medicine)、知見に基づく保健施策(Evidence based health policy making)を進めるために、健康増進疾病対策中長期計画(健康日本21計画(仮称))における具体的な達成目標を設定するための研究、健診における事後指導体制、結果の蓄積、精度管理等のあり方を始めとする各種の保健事業の評価に関する研究、生活習慣や行動の変化を支援するための有効な手法の開発や効果を判定する研究などを進めることとしている。

(3)

たばこ対策の推進

1)

たばこ対策の現状

たばこ対策については、総合的なたばこ対策の礎として、1995(平成7)年に公衆衛生審議会により意見

具申された「たばこ行動計画検討会報告書」を受けて、「未成年の喫煙防止(防煙)」、「受動喫煙の害を排除・減少させるための環境づくり(分煙)」、「禁煙希望者に対する禁煙サポート(支援)および喫煙継続者の節度ある喫煙(禁煙支援・節煙)」を3つの柱として、事業所等の自主的なたばこ対策の取組みを促進するため、普及啓発を中心とした施策が講じられてきた。特に、公共の場所や職場における分煙については、厚生省、労働省、人事院、東京都等によりそれぞれ指針が示され、分煙の環境づくりが進められている。たばこ業界も、自動販売機の深夜稼働停止(1997(平成9)年)や広告規準の改訂(1998(平成10)年4月より電波媒体での銘柄広告を自粛)などの取組みを進めている。

2)

今後のたばこ対策

「たばこ行動計画検討会報告書」が取りまとめられた当時は、成人喫煙率が漸減するとともに、たばこ消費量も頭打ちの状況であったが、その後、若年者(特に女性)の喫煙率の上昇、たばこ消費の拡大、たばこ関連疾患による死亡者数の増大とそれに伴う医療費等の問題が明らかになってきた。また、喫煙習慣とニコチンの依存性との関連や、たばこ煙の発がん性等の危険性、低タール化に伴う健康影響などについて、国際的な知見や諸外国のたばこ対策の動向に変化も見られることから、我が国においても、これらについての管理方策の検討など、適切な対応を図る必要性が生じている。

3)

21世紀のたばこ対策検討会

このため、厚生省では、1998年2月から、「21世紀のたばこ対策検討会」を開催し、たばこは嗜好品であるという従来の社会通念と非喫煙者対喫煙者という対立の構図から脱却し、有害物質かつ依存性物質を含むたばこに対し、危険の評価と管理の観点から、厚生省としての本格的なたばこ対策について検討している。また、1998年には、たばこと健康問題に関する内外の科学的知見と諸外国のたばこ対策の状況を集約し、危険科学に基づく分析を加えた「たばこ白書」を作成するとともに、「喫煙と健康問題に関する実態調査」を行い、国民の喫煙並びに受動喫煙の実態、喫煙の健康被害に関する知識や意識を把握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 健康と安全を守る取組み

第5節 食品の安全性の確保と化学物質対策

1 多様化時代の「食」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、単身者の増加などに伴い、食生活においては、加工食品、冷凍食品等の利用や外食が増加する傾向にある。また、国際的な食品流通の活発化により、食品の輸入件数は1996（平成8）年に約112万件と、この10年間で約2.3倍に増えており、熱量（カロリー）で見た我が国の食糧供給の海外依存度は1996年度概算で約58%に達している。さらに、腸管出血性大腸菌O157等の新興・再興感染症の出現やダイオキシン等の化学物質による健康影響など、食品をめぐる新たな問題に適切に対応する必要が生じている。

2)

食品の安全性の確保に向けた総合衛生管理製造過程の普及

食品が人々の口に入るまでには、原材料から製造、加工、流通、調理の各段階において多くの人々の手を経ており、それぞれの段階における総合的な衛生管理が重要である。厚生省では、食品の安全性の向上を求める社会的要請が増大していることから、新たな衛生管理手法として国際的に導入が進められている「危害分析に基づく重要管理点（Hazard Analysis and Critical Control Point；H A C C P）方式」の導入を進め、食品の製造、加工等の各段階における衛生管理の高度化を図っている。

H A C C P方式を具体化した総合衛生管理製造過程の承認制度については、食品衛生法に規定されている。この制度は、総合衛生管理製造過程（H A C C P方式に基づき食品衛生上の危害の発生を防止するための措置が総合的に講じられている過程）を経て食品を製造・加工することについて、製造・加工の施設ごとに厚生大臣の承認を受けることにより、食品衛生法で定められた製造・加工方法以外の高度で多様な製造・加工とその管理の方法が可能となるものである。現在、総合衛生管理製造過程の承認の対象食品は、乳、乳製品、食肉製品、魚肉練り製品、容器包装詰加圧加熱殺菌食品（レトルト食品）とされており、1998（平成10）年1月末までに177件の承認を行っている。今後、対象食品の拡大など総合衛

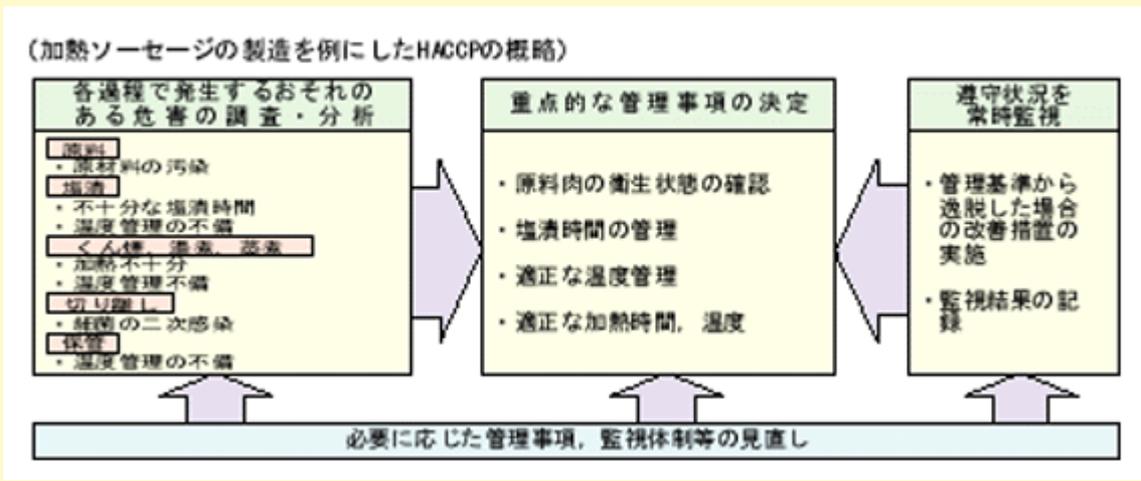
生管理製造過程の普及・定着を図っていくこととしている。

■ 危害分析に基づく重要管理点（HACCP，ハサップ）方式とは ■

HACCP方式とは、米国航空宇宙局（NASA）での宇宙食の開発に当たり、高度に安全性を保証する方式として確立された衛生管理の手法であり、食品の製造、加工等の過程で発生するおそれのある微生物汚染等の危害を分析し、特に重点的に管理する事項を決め、これが守られているかを常時監視するものである。

HACCP方式は、衛生管理に限らず、その要素を品質管理等にも応用できるが、これについては、アメリカ等において、本来の目的である衛生管理がおろそかになるおそれがあるなど適切ではないとされている。また、アメリカにおいては、HACCP方式を導入したと自称する企業の製品が製造過程においてO157に汚染され食中毒を発生させた事例が報告されている。我が国においてもこれを教訓として、総合衛生管理製造過程の承認制度を通じて、適切なHACCP方式の導入を図ることが望まれる。

加熱ソーセージの製造を例にしたHACCPの概略



(2)

食の多様化に対応した食品保健行政の展開

O157等による食中毒，食品に残留する農薬や動物用医薬品，組換えDNA技術応用食品（遺伝子組換え食品）の安全性の問題など，食品をめぐる様々な問題に対応するため，以下のような取組みを進めている。

1)

食中毒対策の強化

食中毒対策については、食中毒事件の原因究明の成果も踏まえ、調理施設における衛生管理の徹底、食品関係業者に対する監視・指導の強化を図るとともに、食中毒予防のための家庭用の手引きを作成し、その普及に努めるなど、予防対策の周知に取り組んでいる。また、1997（平成9）年3月には、食中毒発生時における情報の収集、対策実施などの要領を定めた「食中毒健康危機管理実施要領」を策定した。

さらに、健康な家畜等の消化管内に生息しているO157やサルモネラ等に起因する食中毒を防止するためには、と畜場や食鳥処理場における衛生管理の徹底が不可欠である。このため、と畜場については、1998（平成10）年4月より、構造設備基準を強化し、衛生的な取扱いに必要な設備の設置を義務づ

けるとともに、これらの設備の導入を進めるための補助制度や税制優遇措置を設けたところであり、今後、と畜場や食鳥処理場におけるH A C C P方式の考え方の導入を進めることとしている。

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、1998年3月末現在、農作物中に残留する農薬161品目、畜水産食品中に残留する動物用医薬品11品目について、残留基準値を定めている。これらの残留基準値は、食品衛生調査会において、人が一生涯摂取し続けても健康に影響のない一日当たりの量（一日摂取許容量，A D I）を設定し、国際基準等を踏まえて、日本国民の食品摂取の実態においてA D Iを上回ることがないよう決められている。

3)

組換えD N A技術応用食品の安全性の確認

近年、食糧の増産、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、生命科学技術（バイオテクノロジー）を用いて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。このような農作物については、組換えD N A技術の食品への応用経験が浅いことから、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ており、生産者や輸入者に対して、この指針に基づき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求め、その安全性確保を図っている。

1997年12月までに、除草剤の影響を受けない大豆、日持ちの良いトマトなど20品種の食品、キモシンなど5品目の食品添加物について、食品衛生調査会における科学的な審議を経て、厚生大臣による安全性評価指針への適合確認が行われている。

4)

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、食品や栄養について正しい知識を持って選択し、食事を取ることが大切である。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不可欠である。

栄養改善法に基づく栄養表示基準は、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や、「無糖」「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行う場合の基準について定めており、1998年4月から全面施行されている。

5)

食品保健行政に関する総合的戦略

現在、厚生省では、食品をめぐる環境の変化に適切に対応するため、新たな健康危機の管理と食中毒対策、新しい食品と輸入食品の安全対策、生産から食卓までの衛生管理、情報公開と消費者教育、調査研究の推進という視点から、21世紀における食品保健行政の進め方について検討を進めている。食品保健行政は国民生活と密接な関係があることから、検討に当たっては、国民から広く意見を募ることとしている。

(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 健康と安全を守る取組み

第5節 食品の安全性の確保と化学物質対策

2 化学物質対策への取組み

(1)

ダイオキシン類総合対策

ダイオキシン類とは、物質の燃焼過程で非意図的に生成する化合物（210種類）の総称である。環境中で分解しにくく（難分解性）、生体の脂肪組織に蓄積しやすい（高蓄積性）性質を有している。ダイオキシン類の中で最も毒性が強いといわれる2,3,7,8-テトラクロロジベンゾジオキシン（2,3,7,8-TCDD）は、動物実験において多岐にわたる毒性が報告されているものの、微量ながら長期間にわたり継続して摂取した場合の人への影響は、明らかになっていない。

■ 母乳中に含まれるダイオキシン ■

ダイオキシン類は、分解しにくく、生体の脂肪組織に蓄積しやすい性質から、人の体内にも蓄積するとの報告がある。

特に、母乳には脂肪が多く含まれることから、その中に含まれるダイオキシン類の子どもに対する影響を心配する声が高まっている。

1996（平成8）年12月には、厚生省の「母乳中のダイオキシンに関する検討会」から、母乳中に含まれるダイオキシン類が人体に及ぼす影響は直ちに問題となる程度ではないと考えられること、母乳からのダイオキシン類摂取は短期間であるためそのままダイオキシン類の耐用一日摂取量（TDI：10pg/kg/day）を用いて安全性を検討することは妥当ではないこと、母乳には牛乳や育児用ミルクにはない様々な利点があることなどから今後とも母乳栄養を推進すべき、との報告が出されている。

さらに、1997（平成9）年度に実施した大阪府の保存母乳の調査において、母乳中に含まれるダイオキシン類は、1973（昭和48）年以降、経時的にその量が減少してきていることが示されている。

近年、廃棄物焼却施設から排出されるダイオキシン類による汚染とその健康に対する不安が国民の間に広がっている。我が国のダイオキシン類の総排出量の8～9割は廃棄物焼却施設からの排出といわれており、その排出削減が急務となっている。このため、1997（平成9）年8月にダイオキシン類排出濃度基準を設定するなど、焼却施設の構造・維持管理基準を強化している（第2部第2章第7節「2 ダイオキシン対策」参照）。

また、厚生省ではダイオキシン類に関する各分野の調査研究を、関係省庁や地方自治体との連携を図りつつ総合的に推進している。具体的には、ダイオキシン類の発生源対策（発生の仕組み、排出抑制技術等）に関する研究、食品や人体（母乳、血液等）の汚染状況の把握および健康影響の評価のための調査研究などに取り組んでいる。

なお、環境庁においても環境保全の観点から、各種の施策に取り組んでいる。

(2)

新たな化学物質問題への対応

人の生殖機能など内分泌系に影響を与える可能性が指摘されている内分泌かく乱物質を始めとして、近年、これまでにない化学物質の新しい問題が指摘されている。厚生省では、このような新たな問題に対し、その実態等を明らかにするための調査研究を積極的に推進するとともに、その成果を踏まえて対策を講じていくこととしている。1997(平成9)年度においては、内分泌かく乱物質に関する研究班会議を開催するなど、内分泌かく乱物質の本格的な研究に着手した。なお、この問題については、厚生省のほか、関係省庁においても取り組んでいる。

また、ホルムアルデヒドなど室内空気中の化学物質による健康影響、いわゆるシックハウス症候群についても近年関心が高まっており、厚生省は、1997年6月にホルムアルデヒドの室内濃度指針値を設定した。

潜在的に健康影響が危惧される化学物質については、世界保健機関(WHO)や経済協力開発機構(OECD)などの国際的な枠組みの中で、安全性に関する知見が稀少な化学物質についての安全性評価報告書の作成、各国共通の試験法の開発など、基盤となる安全性管理に各国と協力しつつ取り組んでいる。

■ 内分泌かく乱物質 ■

環境中には、生物の内分泌物質(ホルモン)に似た働きをする化学物質があって、人や動物の生殖機能などに重大な影響を及ぼしているのではないか、ということが問題になっている。このような問題を「内分泌かく乱問題」と呼んでいる。

いわゆる「内分泌かく乱物質」については、昨年出版された「奪われし未来」により一般に紹介され、報道機関等でも頻繁に取り上げられ、国民の関心が急速に高まっている。

科学的には未だ仮説の段階であり、これらが実際に影響を及ぼしているのか、また、どの程度の影響があり得るのかなど、解明すべき点が多く、各国において調査研究が進められているところであるが、我が国においても、各省庁連携の下、それぞれの分野に応じた調査研究を進めることとしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第6節 安全でおいしい水の確保

1 安全で良質な水の確保

水道は国民の生命や生活に直接関わり、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、世界保健機関（WHO）での水質基準見直しの動向やクリプトスポリジウム等の病原性微生物による水系感染症の発生により、水道原水の水質保全、浄水処理の高度化、水道の水質管理の更なる強化が求められている。

(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、浄水方法の改善など水道事業者の努力のみでなく、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）年に制定された「水道原水水質保全事業の実施の促進に関する法律」に基づき、水道事業者が自らの努力のみで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、河川管理者において河川管理者事業計画を定め、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。1998（平成10）年1月現在、同法に基づく水道事業者からの計画策定の要請は11か所であり、そのうち7か所について都道府県計画、1か所について河川管理者事業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・充実に取り組んでいる。また、WHOの動向等を踏まえ、水道水質に関する基準の見直しについて、1997（平成9）年12月より水質管理専門委員会において検討を行っている。

(3)

クリプトスポリジウム対策

1996（平成8）年6月、我が国で初めて、水道水に起因するクリプトスポリジウムによる集団感染が埼玉県で発生した。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、濁度管理の徹底等を指示するとともに、1997（平成9）年3月に「飲料水健康危機管理実施要領」を策定し、飲

厚生白書(平成10年版)

料水により国民の生命・健康の安全を脅かす事態が生じた場合の情報収集, 対策実施の要領を定め, 健康被害の発生予防, 拡大防止等の健康管理対策を図っている。

さらに, 新たな知見を踏まえて, 暫定対策指針の充実を図り, 緊急時における都道府県や水道事業者の対応を支援する体制を強化するため, 1997年8月より「水道におけるクリプトスポリジウム等病原性微生物対策検討会」を開催し, 検討を行っている。

(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 健康と安全を守る取組み

第6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

最近、腸管出血性大腸菌O157等による食中毒や地下水汚染の発生が問題となっているが、水道水は塩素消毒され、水質基準により管理されるため、衛生的な水を供給することが可能である。したがって、国民の衛生を確保するためにも、水道未普及地域の解消への取組みを更に強化する必要がある。1996（平成8）年度末現在、水道の未普及地域の人口は農村漁村を中心に約509万人に及んでおり、これらの地域への水道の普及が急務となっている。

一方、全国で約12,000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・高度化等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により、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、トリハロメタン等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、活性炭処理等の高度浄水施設の整備を推進している。また、1997（平成9）年度からは、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、簡易水道等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の際に、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で高効率の浄水処理技術の開発を推進している。

(3)

直結給水の推進

我が国では、水道の給水圧が低いため、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する必要があるが、受水槽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、10階程度まで直結給水可能な技術の研究開発を行い、その成果を1997(平成9)年6月に技術資料として都道府県に周知するとともに、水道の給水圧を十分に確保しても管路が破壊されないようにするための管路更新事業について、国庫補助により支援している。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第6節 安全でおいしい水の確保

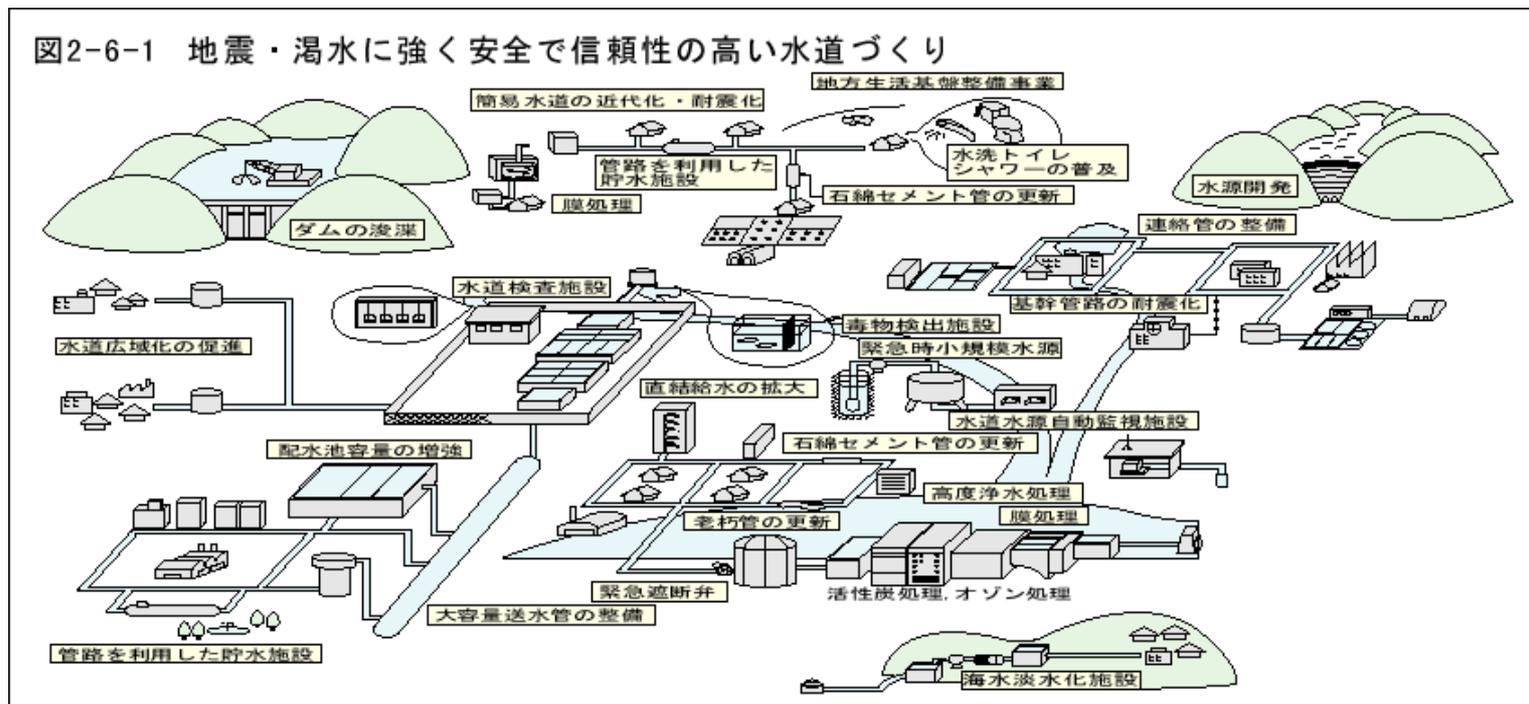
3 地震・濁水に強い水道づくり

(1)

地震対策

1995（平成7）年の阪神・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、耐震性が高い水道管路の整備、広域的水道施設の整備などの水道施設の耐震化や技術開発を積極的に推進している。また、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、都道府県に周知しており、それぞれの水道の特性に応じた耐震化目標の設定、応急給水や復旧作業などの応急対策の充実強化、施設の耐震化を推進している。

図2-6-1 地震・濁水に強く安全で信頼性の高い水道づくり



(2)

渇水対策

近年頻発している渇水への対策として、水利用状況の見直し、節水型社会の形成とともに、既存の水源を最大限に有効活用できるように広域的な水道施設の整備や漏水防止を促進し、また、ダム等の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や配水池の整備などを推進している。

(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 健康と安全を守る取組み

第6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、1996（平成8）年6月の水道法の改正により、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が行われた。新制度の全面施行は、1998（平成10）年4月であるが、国家資格に関しては、1997（平成9）年10月に、全国11会場で第1回の給水装置工事主任技術者試験が実施された。

また、給水器具の使用規制については、1997年3月の水道法施行令の改正等により、給水装置の構造・材質基準の明確化・性能基準化を図るとともに、第三者による認証を行う場合の方法についても明確化を図った。

さらに、1997年3月に閣議決定された規制緩和推進計画において、水道の水質検査を行う機関の指定基準および簡易専用水道の検査のあり方について検討することとされた。これについては、1998年3月に開催された生活環境審議会において、

1)

水質検査機関の指定基準については、公益法人に限定する基準を撤廃する等の見直しをすべき

2)

簡易専用水道の検査については、管理の実態にかんがみ、管理体制の強化と切り離して簡素化のみを行うことは適当ではない

との結論が取りまとめられた。これを踏まえ、厚生省では、水質検査機関の指定基準について必要な見直しを行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 健康と安全を守る取組み

第7節 大量に排出される廃棄物への取組み

1 改正廃棄物処理法の施行等

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、その適正な処理が行われなければ、人の生活環境および公衆衛生に悪影響をもたらすおそれがあり、常時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、最終処分場を始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。

こうした問題を解決するためには、排出された廃棄物の適正処理の確保に向けた施策を推進するとともに、廃棄物の排出をできるだけ抑制し、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「循環型社会」への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必要がある。

(1)

改正廃棄物処理法の施行

我が国においては、経済成長や国民生活の向上などに伴い、廃棄物が大量に排出される一方で、廃棄物の減量や再生利用はまだ端緒に就いたばかりの状況にある。

他方、廃棄物を適正に処理するために必要な最終処分場等の廃棄物処理施設については、近年の廃棄物処理に対する住民の不安や不信感の高まりを背景として、設置や運営をめぐる紛争が多発し、その確保がますます困難となっており、このような傾向が続けば、将来、廃棄物の適正な処理に支障を来しかねない深刻な状況にある。また、産業廃棄物の不法投棄が跡を絶たず、その解決が強く求められている。

こうした状況を踏まえ、廃棄物の減量化・リサイクルの推進、廃棄物処理に関する信頼性および安全性の向上、不法投棄対策を3つの柱とする総合的な対策を講じ、廃棄物の適正処理の確保に向けた対策の積極的な推進を図る、廃棄物の処理及び清掃に関する法律の一部改正法が1997（平成9）年6月に成立した。

改正法のうち、多量排出事業者における減量化の推進、リサイクルに係る規制緩和、廃棄物処理業の許可要件の強化および不法投棄等に関する罰則の大幅な強化については、1997年12月から施行されている。このうち、罰則の強化については、不法投棄に対する罰金額の上限を50万円から1,000万円に大幅に引き上げるとともに、法人については1億円を科することとするなど罰則の全般的な強化を行ったものである。

それ以外の部分については、1998（平成10）年6月（産業廃棄物管理票（マニフェスト）制度の拡充については12月）から施行される。このうち、廃棄物処理施設の設置手続の明確化については、設置に伴う地域紛争が多発していることにかんがみ、地域の生活環境に十分配慮した施設の設置が行われるようにするため、生活環境影響調査の実施を義務づけるとともに、一定の施設について申請書等の告示・縦

覧, 関係市町村長および利害関係者の生活環境保全上の意見聴取等の手続を定めたものである。また, 施設の維持管理の適正化についても, 維持管理状況の記録・閲覧を一定の施設の設置者に義務づけるとともに, 最終処分場の埋立終了後の維持管理費用の積立制度を設けるなど廃棄物処理に関する信頼性・安全性の向上のための措置が講じられている。

また, 不法投棄等の原状回復のための措置については, より迅速な原状回復を可能とするため, 行政代執行法の手続を経ることなく都道府県が原因者に費用負担を求めることができるものとするとともに, 投棄者不明や原因者の資力不足の場合に, 原状回復を行った都道府県に対し国の補助および事業者の自主的な出えんによる基金から, 資金を出えんすることとしたものである。

(2)

廃棄物処理基準等の見直し

生活環境審議会においては, 廃棄物の適正処理の確保の観点から, 廃棄物処理に関する諸基準の強化・明確化について検討が行われ, 改正法の施行と併せて, 廃棄物処理法施行令, 施行規則等を改正し, 廃棄物処理基準等の見直しを行っている。その主な内容は以下のとおりである。

1)

保管基準の強化

過大な保管や保管の場所の囲いを越えた廃棄物の飛散などを防止し, 不適正な保管に対する都道府県知事による迅速な対応を可能にするため, 保管の方法や保管の数量に係る基準を強化・明確化した。

2)

委託基準の強化

排出事業者から処理業者への委託等が適正に行われることを確保するため, 委託基準および再委託基準を強化した。

3)

最終処分場に係る基準の強化

最終処分場の安全性と信頼性の回復のため, 遮水シート(水を通過させないビニール製の膜等)などの遮水工を要しない安定型最終処分場について, 安定型産業廃棄物(ガラスくずのように水に溶けず腐らない産業廃棄物)以外の廃棄物の混入を防止するための基準強化を行ったほか, 地下水の水質検査の基準の新設などを行うこととしている。また, 遮水工を要する管理型最終処分場について, 遮水機能の強化, 浸出水, 放流水, 地下水の水質検査の基準の強化・明確化を行うこととしている。

(3)

最終処分場等の処理施設の確保

一般廃棄物の最終処分場については, 従来より処分等の適正化に向けた指導を行っているところであるが, 一部の市町村において不適正な処分や保管の事例が見られたため, 市町村の設置するものについて実態調査を行い, 1998(平成10)年3月, その結果を公表した。これによれば, 1997(平成9)年12月末現在, 全国1,901の最終処分場のうち, ガラスくず等浸出液の処理が不要な廃棄物のみを処理しているものを除き, 遮水工又は浸出液処理設備を有しない施設が538施設あった。このため, 市町村において速や

かに必要な改善を図るとともに、周辺の地下水等の水質調査を行い、万が一汚染が見られた場合には必要な対策を検討、実施するよう都道府県を通じて指導したところである。

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、1998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)年に制定された「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」に基づき、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などが行われている。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 健康と安全を守る取組み

第7節 大量に排出される廃棄物への取組み

2 ダイオキシン対策

(1)

ごみの焼却とダイオキシン類

ダイオキシン類は物の不完全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。一方で、国土が狭く、高温多湿な我が国においては、減量化、衛生処理の観点から、ごみの焼却は避けられない。

このため、厚生省では1990(平成2)年12月に「ダイオキシン類発生防止等ガイドライン」を策定し、1997(平成9)年1月にはこの指針を改訂するなど、ごみ焼却施設からのダイオキシン類の排出抑制のための対策を講じてきた。

(2)

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、1996(平成8)年7月に、市町村の設置するごみ焼却施設の排ガス中のダイオキシン類濃度を測定するよう指示し、1997(平成9)年4月、6月および10月にその結果を順次公表した。報告のあった1,549施設のうち107施設において、緊急対策の基準である1立方メートル当たり80ナノグラム(ナノは10億分の1)を超えていた。これらの施設においては、上記指針に基づき、燃焼管理の適正化、休止又は廃止などの緊急対策が行われている。

(3)

ダイオキシン類の排出削減のための規制措置

ダイオキシン対策の重要性にかんがみ、厚生省は産業廃棄物の焼却施設も含めた廃棄物焼却施設全体について、ダイオキシン類排出削減対策を強力に推進することとし、生活環境審議会廃棄物処理基準等専門委員会の報告を踏まえ、1997(平成9)年8月に、廃棄物焼却施設に係る構造基準・維持管理基準の強化、規制対象施設の拡大などを内容とする廃棄物処理法施行令等の改正を行い、同年12月より施行している。これにより、廃棄物焼却施設は、廃棄物の安定的な供給、800℃以上での燃焼、排ガス温度のおお

むね200℃以下への冷却, 高度な排ガス処理の実施などが義務づけられ, また, ダイオキシン類の排出濃度に関する基準およびダイオキシン類濃度の測定義務も設けられた。これらの規制は, 一定の猶予期間の後, 施行の際既に存在していた廃棄物焼却施設にも適用されることとなっている。

表2-7-1 廃棄物処理法に基づく政省令改正の概要

表2-7-1 廃棄物処理法に基づく政省令改正の概要

廃棄物焼却に係るダイオキシン類対策の強化のため, 廃棄物処理法に基づく政省令を改正し, 1997(平成9)年8月29日に公布。同年12月1日より施行。	
1. 構造・維持管理基準の強化(省令)	
○ ダイオキシン類の排出の少ない焼却施設の構造および維持管理の義務づけ	
○ 焼却炉の規模に応じ, ダイオキシン類濃度に関する基準を設定	
新設	0.1~5ng/k以下
既設	1~10ng/k以下 (5年後から適用。1年後から4年間は80ng/k以下。)
(注)ng:ナノグラム	
○ ダイオキシン類濃度を年1回以上, 燃焼室温度および一酸化炭素濃度を連続的に測定し, 記録	
○ 完全燃焼の確保のための維持管理の徹底等	
2. 小規模施設に対する規制強化等(政令)	
○ 許可対象施設の裾きりを引き下げ(原則:5t/日 → 200㎡/時間)	
3. 処理基準の明確化(政令・省令・告示)	
○ 野焼きを防止するため, 施設の規模にかかわらず適用される処理基準(焼却設備の構造および焼却方法)を明確化	
* 施設の構造・維持管理基準や処理基準に違反した場合には改善命令等の対象となり, この命令に違反した場合に1年以下の懲役又は300万円以下の罰金が課せられる。	

(4)

今後の対策について

今後更にダイオキシン類の発生を削減するためには, ごみの発生抑制, リサイクルの推進により, ごみの焼却量を極力減らすことが肝要である。また, 小規模なごみ焼却施設を集約化し, 大型の全連続炉(24時間連続してごみを焼却する焼却施設)とするよう, ごみ処理の広域化を進めることにより, ダイオキシン類の効率的な削減とともに, 熱エネルギーの有効利用, 公共事業の費用縮減を進めていくことが必要である。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第7節 大量に排出される廃棄物への取組み

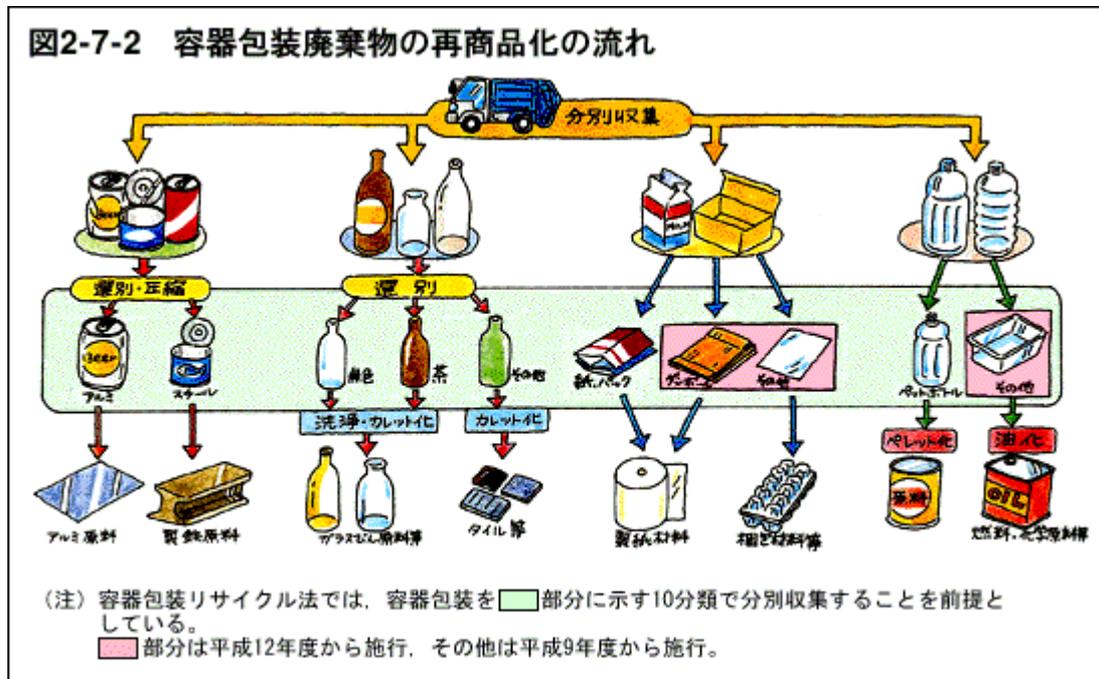
3 リサイクルの推進

近年、我が国の廃棄物行政においては、最終処分場のひっ迫などの諸問題、廃棄物処理やリサイクルに関する国民の関心の高まりを踏まえ、廃棄物の適正処理の確保とともに、廃棄物の減量・リサイクルの推進が重要な課題となっている。

(1)

容器包装リサイクルの推進

図2-7-2 容器包装廃棄物の再商品化の流れ



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56%、重量比で23%に達している。一方、一般廃棄物のリサイクル率は1994(平成6)年度で9.1%にとどまっている。このような状況にかんがみ、1995(平成7)年6月に、容器包装廃棄物の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「容器包装の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分担を的確に果たすことにより、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り、1997(平成9)年4月から施行された。

2)

容器包装リサイクル法の本格施行と実施状況

本法に基づく分別収集を行うことを決めた市町村は、分別収集計画を策定しなければならぬ。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の集計結果によると、ガラス製容器については1,668市町村(全国市町村の51.6%)が、ペットボトルについては716市町村(全国市町村の22.1%)が、1997年度に分別収集を行う予定となっていた。

これに対し、施行から12月時点までの9か月間の分別収集・再商品化の実施状況を見ると、ガラス製容器については無色ガラス1,588市町村、茶色ガラス1,591市町村、その他のガラス1,518市町村の取組みにより約464,000トン、ペットボトルについては626市町村の取組みにより約14,200トンが回収され、再商品化された。これらの回収実績は、第1次集計結果の計画に比べてガラスびんで25%、ペットボトルで10%ほど少ないが、これは、本法に基づく分別収集が初年度であり、分別収集の経験が初めての市町村も多く、計画値自体に不確定要素が大きかったことなどによるものと考えられる。特にペットボトルについては、1996年度の年間回収量である5,094トンを既に大幅に上回っており、本法の施行により、今後ともペットボトルが順調に回収され、分別収集・再商品化が飛躍的に増大していくことが期待される。

厚生省では、同法の円滑な施行のため、分別収集したびん、ペットボトル等を保管する施設(ストックヤード)など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いるが、更に本法に基づく市町村や事業者の取組みが進むことを踏まえ、今後とも、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。

3)

容器包装リサイクル法の完全施行に向けて

飲料用紙製容器以外の紙製容器包装(紙箱、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(食品の包装材等)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。

これら紙・プラスチック製容器包装は、容器包装の中でも容積の約8割を占め、分別収集・再商品化の推進により、ごみの減量化が大幅に促進されることとなるが、びんやペットボトルと異なり、以下の課題がある。

(ア)

市町村における分別収集の取組みがこれまでにほとんどないこと

(イ)

多種多様な商品の容器包装に用いられていること

2000年より中規模事業者が対象となることも相まって、再商品化の義務の対象となる事業者が飛躍的に増大すること

これらを踏まえ、容器包装リサイクル法の2000年の完全施行に向け、今後、紙・プラスチック製容器包装の分別収集方法や再商品化手法などについて検討を行うこととしている。

(2)

特定家庭用機器再商品化法案

1997(平成9)年10月、生活環境審議会廃棄物処理部会において、廃電気機器等を中心とした廃棄物のリサイクルについて検討が開始され、同年12月16日にその基本的方向について報告が取りまとめられた。

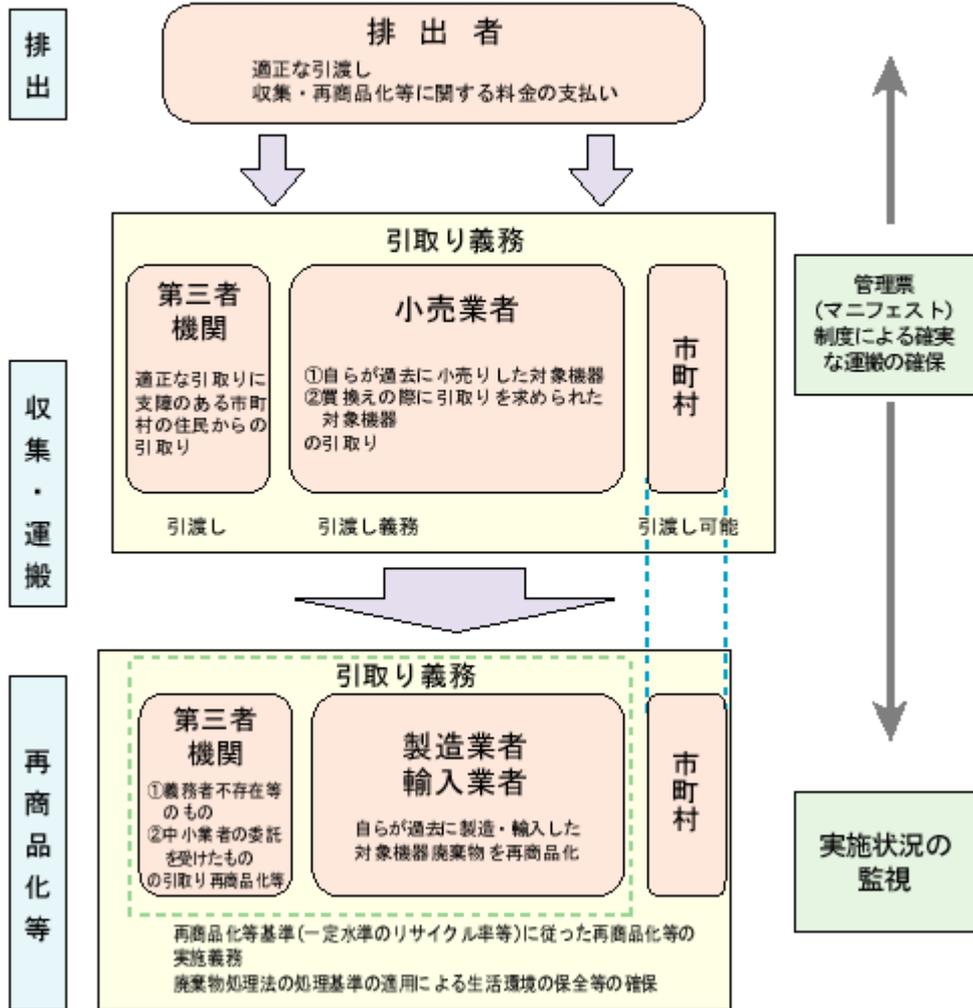
同報告においては、電気機器等の製品について、できるだけ長く使用することなどにより廃棄物の排出を抑制するとともに、リサイクルを念頭に置いた製品設計等リサイクル費用が低減されるような方向での循環型の廃棄物処理体制を構築することが必要であるなどの基本的視点が示され、これを踏まえて、製造業者、販売業者、住民(消費者)、行政(市町村等)の適切な役割分担やリサイクルに関する適切な費用負担のあり方などについて提言された。

その後、同報告等を踏まえ、関係省庁において検討の上、「特定家庭用機器再商品化法案」が1998(平成10)年3月に第142回通常国会に提出され、5月15日に衆議院で可決された。同法案の概要は以下のとおりである。

図2-7-3 特定家庭用機器再商品化法案の仕組み

図2-7-3 特定家庭用機器再商品化法案の仕組み

対象機器…消費者が通常生活の用に供する電気機械器具その他の機械器具であって、市町村等による再商品化等が困難、再商品化等の必要性が特に高いなどの要件に該当するもの(制度当初はテレビ、冷蔵庫、洗濯機、エアコン)。



第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第7節 大量に排出される廃棄物への取組み

4 大都市圏の廃棄物対策

(1)

広域処分場整備計画（フェニックス計画）

首都圏，近畿圏等の大都市圏においては，人口や経済活動の集中などにより，個々の市町村等による最終処分場の確保が困難となっている。このため，厚生省では，運輸省と共同して，都府県域を越えて広域的に利用する海面埋立処分場の整備計画（フェニックス計画）を推進している。

近畿圏では，「大阪湾フェニックス計画」により2府4県の171市町村で発生する一般廃棄物の最終処分量の約3割，産業廃棄物のうち，上下水道汚泥の最終処分量の約6割，およびその他の産業廃棄物の約1割を受け入れ，近畿圏における廃棄物の安定的な処分のため重要な機能を果たしてきている。

一方，首都圏においても，7都県市首脳会議（首都圏サミット）の場で広域処理について検討が進められており，1998（平成10）年に総合的な取りまとめを行うこととされている。

(2)

震災廃棄物対策

1995（平成7）年1月の阪神・淡路大震災では，多くの建築物が被災して約2,000万トンの震災廃棄物（がれき等）が発生し，その処理は困難を極めたが，大阪湾フェニックスセンターで約280万トンを受け入れた。

首都圏で南関東地震（相模湾を震源域とするマグニチュード7.9の海溝型地震）が発生した場合，約8,000万トンの震災廃棄物が発生し，その仮置場や最終処分場などの確保が困難になることが予測される。このため，厚生省では，関係地方公共団体と連携して，震災廃棄物の都県域を越えた広域処理について検討を行うこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第2章 健康と安全を守る取組み

第7節 大量に排出される廃棄物への取組み

5 合併処理浄化槽の整備促進

近年、水道水源や閉鎖性水域等の水質汚濁が問題となっている。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6割に過ぎず、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、各戸別に短期間で安価に設置が可能であるなどの特徴を持つため、特に人口散在地域での整備に有効な生活排水処理施設である。

(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、し尿の処理性能も合併処理浄化槽に比べて劣っていることから、厚生省では、単独処理浄化槽の新設の早期廃止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1996（平成8）年度には37.8%へと着実に上昇しているが、地域格差が極めて大きいことから、国、地方公共団体、関係団体等による総合的な対策を推進している。

(2)

合併処理浄化槽の計画的・効率的整備

合併処理浄化槽設置整備事業は、1997（平成9）年度には2,100を超える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、水道水源地域等を対象に、市町村自ら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、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、「汚水処理施設連携整備事業」を実施している。
