

「京都市の公衆衛生行政の充実 を求めるフォーラム」講演録

2020年度 Vol.2(通番23号)
医療政策関連情報

メディアパートナー
京都

京都市保健所充実と公衆衛生再生を考える

協会などでつくる公衆衛生行政の充実を求める京都市実行委員会は2020年11月1日、ウイングス京都にて「京都市の公衆衛生行政の充実を求めるフォーラム」を開催した。フォーラムは、実行委員長である渡邊賢治保険医協会副理事長が実行委員会結成からの経緯を紹介。佛教大学教授の岡崎祐司氏が「市民の権利としての公衆衛生の再生へ」と題して講演した。続いて、京都市保健所、保健センターの聞き取り調査②市民アンケート結果の報告がされ、さらに、現場からの報告が行われた。ネット視聴含め参加者は70人となった。これを踏まえ、実行委員会として提言を取りまとめる。

開会あいさつ

実行委員長・渡邊 賢治(京都府保険医協会副理事長)

新型コロナウイルスの感染拡大で、私たちの生活は一変しました。感染拡大を防ぐには、私たち一人ひとりの自覚が求められています。手洗いやうがいなどの感染対策はもちろん、感染した人を誹謗中傷するのではなく、やさしく包み込む、そういう思いやりも大切になると思っています。新型コロナ禍の中、私たちの本質も問われているのではないかと思います。

感染した人たちを守り、さらなる感染拡大を防ぐ役割は医療機関が担っています。そして、あらゆる対策の基盤となるのが、公衆衛生政策であり、それを担う行政機関が保健所です。今回のような感染拡大に見舞われると、これまで保健所が抱えてきた困難が次々と露呈する事態となってきました。新聞では、京都市保健所の困難を「人員不足」、保健所数自体が少ないことがPCR検査の進まない一因となっているのではないか、という論調で報道されています。

こういった事態を招いた原因、あるいは保健所が抱える困難の要因は、少なくとも1994年に保健所法が地域保健法に改定された時点まで遡って考え

ていく必要があると思っています。私たちはこれまでの歴史を改めて見直し、従来の保健所が担っていた機能を再評価するとともに、保健所を中核機関として地域保健、公衆衛生政策はどうあるべきかということを考えていく必要があると思っています。



新型コロナウイルスが終息しても、また別の新興感染症が流行します。今後のためにも、今回の経験を活かしていかなければなりません。

以上の問題意識のもと、2020年4月28日に、関係団体が集まって実行委員会結成の準備を始めました。まずは京都市の保健衛生行政に焦点を当てた「公衆衛生行政の充実を求める京都市実行委員会」を7月28日に結成しました。そして本日のフォーラム開催を第一歩として、今後様々な取り組みを行い、京都市に対して要望、提言を行っていきたいと思っています。本日はよろしくお願ひします。

公衆衛生行政の充実を求める京都市実行委員会

実行委員会団体＝▼京都自治体労働組合総連合▼京都市職員労働組合▼京都医療労働組合連合会

▼京都社会保障推進協議会▼京都民主医療機関連合会▼京都府保険医協会

実行委員長＝渡邊賢治・京都府保険医協会副理事長

基調講演 「市民の権利としての公衆衛生の再生へ」

岡崎 祐司氏(佛教大学教授)

政治や政策、行政を評価する基軸

本日のフォーラムは、運動の力で、公衆衛生政策を充実させていこうという趣旨だと思います。その場合、政策や行政を評価する視点や基軸を運動の側が積極的に提起していかなければなりません。私はその基軸は、日本国憲法にあると考えています。

憲法と公衆衛生を忘れていなかったか

憲法 25 条には「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とあり、さらに「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されています。

憲法 25 条の「公衆衛生」は、英文では「public health」です。公共性のある健康政策、保健政策ということです。この意味をもう一度考え直す必要があると思うのです。

丸山博の公衆衛生観

公衆衛生に関しては、丸山博先生（元大阪大学医学部教授）の研究に、まず学ぶべきだと思います。『いま改めて衛生を問う』（農山漁村文化協会）という本から、紹介します。

衛生とは「生命・生活・生産を衛る」という意味であり、「健康（生命）を衛り、衣食住と労働（生活）を衛り、資源とエネルギー（生産）を衛るということである」「衛生学とは生命・生活・生産を人間がより人間らしく生きられる方向に守り発展させていくという課題を明確に掲げ、諸学問を統合していくために必要な理論を提示する学問である」「命を衛り、健康に生きられる生活を衛る、いいかえれば基本的人権の確立とその拡大が、社会を退廃させない第一条件」。

丸山は、「衛生」という言葉が「保健」に置き換えられ、「公害」という言葉が「環境」に変えられているが、言い換えることで焦点がぼやかされてしまうと警告しています。「人権の擁護、あるいは侵害」されていることを考えるためには、「衛生」、「公害」という言葉を使わなければならないとしています。

もう少し、丸山博が書いていることを紹介します。

公民が国の主人公として、自らの生命・生活・生産について真剣に考えるべきである。「人間生存の根源的な在り方を問う」、これが衛生学である。

「公衆衛生のみちは、正しい政治のみちに続いている」「医学・医術が、それを必要とする人々に、必要に応じて使用され、社会化される日に（医療の提供保障のこと）、人々は医学・医術を自分たちのものにすることができる」「その反面、救えるものも、救わなかった（予防）という事実については、いったいだれの責任でしょうか。医療が社会化されたとしても、救えないこともある。救えなかったことや、救わなかったことの責任を誰が取るのか」「個人の衛生には限界がある。どんなところでも、一人で実行できる衛生には限界がある。どうしても公衆衛生が必要なのです」。

「自分が健康に注意してもその個人が属している社会の、組織的の助力がなかったならば、個人の健康の保護、生命の保護ができない」「衛生学は、社会科学の一分科である。新しい衛生学は、人間社会の発展して行く法則の中で、より多く考えていかなければならない」。

丸山は、保健師（保健婦）さんに向けても多くの文章を残しています。

「保健婦の役割は、むかしも今も、また将来も、まさしく対象とする集団の系統的健康管理そのものにある」。政治や行政は、「系統的に管理できる規模の特定集団を保健婦に与えなければならない」。

保健師が系統的に健康管理をする集団を、行政・政治サイドは保健師一人ひとりにつけていくシステムが重要であることを強調しています。

保健婦活動の効果をどう判定するのか

丸山は、保健婦活動を民衆の生活のなかに「しみこませる」とも表現します。保健婦が地域の中に入っていくことが大事だということです。

皆保険制度ができた当時の「まず保健婦の姿勢か



ら」という論文では、「この機会に保健婦に責任ある健康管理の仕事ができるようにしてほしい」「手のまわる範囲の規模で、住民の健康相談と指導のできる組織を確立してほしい。いまがその時期だ」と言っています。

「保健婦という職業は職制の最末端にあつて、住民に接する面では最先端にある。役所仕事の合理化の美名のもとに、保健婦事業が住民から遊離して、官庁事務機構の一部となってしまうとき、保健婦活動は住民から見はなされてしまう。私はそれが心配である。「保健婦は住民の中へ。保健婦は住民の中で」と強調しています。

1960年代に書かれた文章で、保健師が役所の事務管理機構の最末端ということでは見放されてしまうと指摘しているのです。先ほど開会のあいさつで、行政改革の中で保健師のみなさんは地域に出ていく仕事がしにくくなっていったと話されていましたが、そのことをまるで予言するかのような指摘です。今こそ、丸山博の公衆衛生論を、私たちも学ぶ必要があると思います。

公衆衛生の意味

公衆衛生のテキスト『シンプル衛生公衆衛生学2017』（南江堂）を見ますと、「公衆衛生とは、コミュニティの組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学・技術である」。その中身として、「環境

保全、疾病予防、健康教育、健康管理、衛生行政、医療制度、社会保障が含まれる」とあります。「臨床医学・看護学の主な対象が個々の患者であるのに対し、公衆衛生の対象は、普通に生活する人々people、publicである」と書かれています。この理解を基本にさらに話を進めます。

保健所の現状

現状（図1）を見てみましょう。これは全国保健所長会ホームページに掲載されているグラフです。平成9（1997）年ごろから保健所総数がどんどん減っていきつつあることがわかります。設置主体別の保健所数を見ると、中核市の保健所は増えていますが、指定都市の保健所数が激減している。これは丸山が警告した事態につながっているのだと思います。

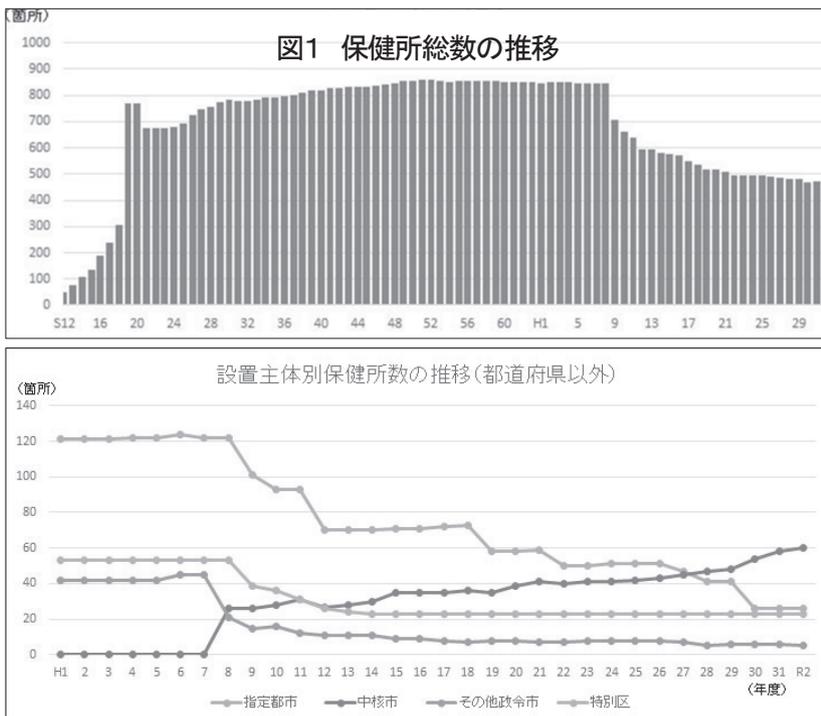
自治労連の地方自治問題研究機構『自治と分権』（2020年10月号）に波川京子先生が書かれた論文は重要です。「保健所の削減は保健所数と職員定数削減にとどまらず、保健所必置職種の実習受け入れも困難にしてきた。保健所削減は、保健所保健師の定数削減に連動してくる」と指摘しています。

地方行革ということで、保健所の数が減り、保健所保健師が減り、保健師の養成数が減っていく。総務省は市町村に行革を迫ってきますので、職員が減らされ、不測の事態のための人員配置が厳しくなっています。今回のコロナの感染拡大といった事態が起きても、対応しきれない人員配置になっています。

本日は触れませんが、地方衛生研究所に関しても私たちは関心を持つことが重要です。保健所保健師、公衆衛生医師が、どういう願い、思いを持って仕事をしているのか、どういう使命感を持って業務にあたっているのか、市民も関心を高めるべきだと思います。

保健所長会は2020年7月と10月に保健所行政施策に関する予算の要望書を提出していますが、市民としてもこういう動きに注目する必要があります。住民のための保健所なので、こうした要望について、住民や運動もメッセージを出す、後押しする必要があります。

全国保健所長会が発行する『月刊公衆衛生情報』には、公衆衛生医師



のエッセイが掲載されています。どういう経歴でこの仕事に就いたかとか、コロナの中でこんな苦勞をしているとか、様々なことが書かれてあり、興味深いものです。

運動を広げるうえで、市民が専門職についてもっと関心をもつべきだと思います。注文をつけるだけでなく、現場の職員がやりたい仕事ができない状況にあるとすれば、その問題を共有し、政治に是正を要望していくのが運動です。

市民と新型コロナウイルス対策

これから先、私たちは何を考えなければならないのか。以下、私の整理です。

1つは、衛生、健康、医療は誰のものなのか、ということです。先ほど、丸山博の公衆衛生観を紹介しましたが、まさにそこが基本になります。

2つ目は、新型コロナウイルスの予防対策と、私たちが望んでいる労働、生活の矛盾です。両立しないことを強いられた続けるため、深刻な問題が起こっている。したがって、対策は公衆衛生対策だけにとどまりません。生活保障が必要なのです。感染予防の継続は、社会保障の課題となってきます。

3つ目は、人権保護です。感染は、その人の責任なのか。そうではない。しかし、有名人がかかるとなぜかお詫びをしています。所属組織の代表がお詫び会見することもあります。海外の人たちは、このような姿をとっても不思議に感じるのではないのでしょうか。この人は誰に謝っているのか。本来は、メディアが「お詫びするなんて変ですよ」って言わなければならないのですが、人権の問題として感染した人への差別、排除を防ぐ必要がある。もちろん、医療の現場にいる人の人権を守ることもそうです。人権に関する明確な政治的メッセージが必要です。

4つ目は、視点です。人類はこれまで様々な感染症に直面して、それを乗り越えてきたと言われます。

しかし、そういう一般化した話ではなく、過去から現在の歴史にしっかりとらえ、階級、階層、国家、政治、人権、地方自治、自治体職員、専門職、共同性など、社会をとらえる視点から、感染症、その対策、公衆衛生を考察しなければならない。公衆衛生には公衆衛生の専門知があります。それを階級、階層、政治、行財政、地方自治といった視点からも、とらえ直し検討する必要があります。今、何を転換すべきなのか、どこに戻るべきなのか、というときに、強権的な新自由主義改革の政治に戻ってはならないわけです。

「健康の自己主権」について

その点で私が重要だと思っているのは、日野秀逸先生の「健康の自己主権」論です。これも以前の本ですが『健康と医療の思想』（労働旬報社）です（1980年代後半）。「健康の自己主権」とは、生命や身体、体と心は＜自己の主権＞に属する。他者に支配されるものではない。自ら主権者として主体的に健康の促進・形成・維持・回復に関わる。しかし、個人ではできないので、協同の取り組みが生まれてくる、ということです。＜自己主権＞だから＜自己責任＞ということではなく、各自に主権があるからこそ、みんなで協同で取り組む必要がある。

さらに、労働様式や生活様式を強制されている階級、経済格差、情報格差の現実をとらえていく必要性があるとしています。一般に健康はその個々人が維持するものということになっていますが、行政責任論が発生するということになります。

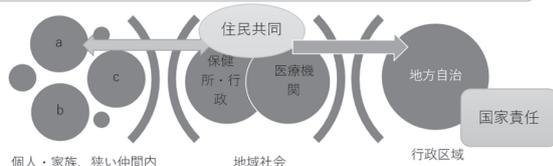
健康の自己主権と地方自治との関係を、図（図2）にしてみました。まず個人や家族などの枠内に我々はいる。自らの健康を地域の住民共通の健康としてとらえ、協同で守っていかなければならない。そのためには、保健所などの行政、そして医療機関の役割が重要になる。これらを支える地方自治があり、行政責任があるということです。

単に個人がどこまでもやるというのではなく、個人のレベル、地域のレベル、行政のレベル、国家のレベルで多層・重層的になって健康を守るしくみをつくるのがこれからの政策課題です。

ところで、キングスカレッジ・ロンドンの渋谷健司先生は、「PCR検査を増やしても感染を抑えられないという人がいますが、そうではなく、検査を増やす前に大幅な緩和をしてしまいました。検査を増やしても追跡と隔離が機能していません。とくに追跡

図2 健康の自己主権と地方自治

住民：自らの健康を、住民共通の健康としてとらえ、共同で守る。公衆衛生、地域保健を住民の権利として求める。



保健・医療の専門職、自治体職員の社会的使命
公務労働論の再生

（コンタクトトレーシング）ができていない」と言っておられます（「しんぶん赤旗」2020年10月29日）。検査、追跡、隔離が重要だということです。また、「都市部を中心に感染者数が減っていない、潜在的には市中感染が広がっている」のではないかと指摘されています。

「水際対策、マスク、手指消毒、ソーシャルディスタンスの確保と、検査・追跡・保護（隔離）で、無症状感染者を含めて対策をしっかりとやること」「日本では保健所を中心に追跡調査（クラスター対策）をしっかりとやっていて成果も出しているが、機能強化が遅れている。検査と保護（隔離）施設が少なすぎる」と言っています。今後、感染がさらに広がっていく可能性があります。この指摘を痛感する事態になってしまうのではないのでしょうか。「無症状感染者の発見という視点」を明確にしなければならぬという指摘は重要です。

新型コロナウイルス禍にどう向き合うか

すでに、市民は個人レベルでの感染予防対策をかなり頑張っています。しかし、この状況が続くとストレスが高まり、疑心暗鬼にもなり、弛緩する部分もでてくる。

渋谷先生が言われるように、検査・追跡・保護（隔離）が市町村レベルで着実に進む方法を、都道府県の支援のもとやっていくべきであり、それを支える国の財源と政策が重要なのです。

最前線の医療機関の経営「保障」がある。経営「支援」ではなく「保障」です。医療機関が潰れてしまえば、経済との両立も何もないわけです。また経営という意味は、医師、看護師、検査技師、他医療スタッフがこれからの状況に向かっているような経済的保障や人権の保護を政府が責任をもって行う。これらは当然のことです。

生活への視点

コロナ禍のなかで、一人ひとりの住民の生活の中で何が起きているのか、実はよくわかっていない、だからさまざまな生活の実態をつかむ必要がある、実態をつかむ積極的な努力が、各組織に求められています。たとえば、医療的ケア児がいるご家庭の状況はほんとうに大変だと思います。喀痰吸引を常に必要としている、栄養チューブで食事をとっているといった状況で、親はどれだけ大変だったか。24時間ケアしていなければならぬが、もし親が感染した

ら、どうすればよいのか。想像を絶するストレスだったと思います。何百億円も使ってマスクを配っている場合ではないでしょう。

各生活者の実態を把握し、各生活者に届く政策をやるべきなのです。社会のなかで、それぞれの生活の中で何が起きているのかあまりわかっていない。実情をとらえ、対策を講じる、積極的な生活保障政策をいまこそつくるべきなのです。

リアルな複合知による対策

そのためには、私は<リアルな複合知>による対策が必要だと思います。専門知・生活知・政策知のそれぞれを踏まえた複合的な知がある（図3）。

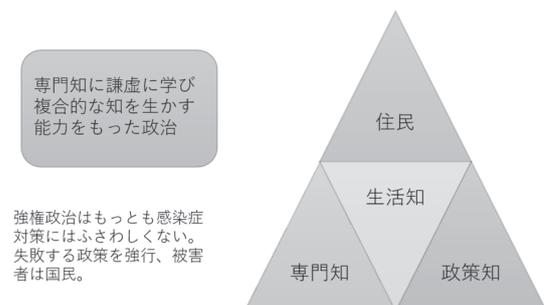
感染症予防の専門知にもとづいて、感染者がでたら家の中でお風呂、トイレを分けましょうと言っても、日本の住宅事情ではそんなことができる家庭は少ないわけです。専門知でそう言っても、多くの人々の住居構造は実際にはどうなっているのか。1週間、2週間経てば、人間がどれだけ緩んでいくのか、生活のリアルな分析があるわけです。

格差—情報の格差、経済的格差などもある。自覚症状があっても、やり過ぎしてしまう、症状がひどくならなければ保健所に連絡しない、数回かけてかかからないのもうやめてしまうかもしれない、そういった生活のリアル、その背景・要因をとらえなければならぬ。

平均的なモデルを前提に専門知を説明するだけではなく、階層性、個別性、階級性という視点をもって対策を考える、生活分析ができる知が必要です。また、一人ひとりが持っている生活の知恵を活かすことも重要です。専門家が指示するだけでは、有効対策にはなりません。

政策知は、法律学、行政学、財政学、社会保障論、医療政策論などです。防災学も含まれます。この状

図3 総合的・俯瞰的な考え方—分析、予測・想定、警告、反省、見直し



況で地震が来ないという保証はない。専門知によって感染症予防はこうしなさい、営業時間を短縮してください、外での人との接触を減らしてくださいと言っても、続けていくと生活が破綻していきます。土台から国民の生活保障をしていくという政策論が必要です。政策知は実践的知も含みます。政策を実際に運営していくのは、都道府県、市町村の職員です。自治体職員が持っている政策運営のノウハウ、知識は相当なものです。

専門知、生活知、政策知、この3つを複合させ有効な対策をとっていく。政治家もそのことを認識してほしい。専門知に学び複合的な知を生かす能力を持った政治が必要です。強権政治は感染症対策にはもっともふさわしくありません。日本学術会議の任命拒否に象徴されていますが、専門知から学ぶ姿勢が不十分。そんな政治に、複合知に基づいた対策が期待できるのか。

公衆衛生の再生について触れておきます。日野秀逸先生の『保健活動の歩み』(医学書院、1995年)では、古代から近代、現代に至るまでの公衆衛生の歴史を振り返り、これからの保健活動には、科学性、総合性、地域性、計画性、民主性が求められていると言っています。

総合性というのは、生活のリアルに根差すものです。地域性というのは、地方行政、自治体職員、専門職と住民との協働がいるということです。計画性は、専門知に基づき有効な計画をつくることです。民主性は、行われている施策について、住民参加、運動の力で検証していくということです。

保健所が直面する困難と住民の課題

保健所の職員が直面している困難にも触れておきます。10月に自治労連がまとめたデータですが、感染拡大期の4月、保健所の人員が「まったく足りなかった」と回答した保健所職員は64.5%にのぼっています。「仕事上、精神的にストレスを感じたか」という質問に対しては、「強く感じた」と回答したのが43.8%で、その内容は、「仕事量」19.4%、「住民からのクレーム」19.4%、「長時間過重労働」14.9%となっています。保健所職員が疲弊している。

自分のいのち、健康、生活、仕事を守るということと、自治体労働者の仕事の保障とを結びつけて考えていく必要がある。つまり仕事論、労働論です。

社会的使命をもった自治体職員の仕事と、私たちの健康を守ることを統一的にとらえるということです。自治体職員が疲弊し、ストレスを感じ、ジレンマに陥っている現状は、地域住民の利益や権利にとってもマイナスです。

自治体職員の仕事は、本来、住民のいのちと生活を保障する労働です。自治体職員の数を減らせば、私たちは幸せになるのか。まったく逆です。しかし、なぜ公務員を減らす政治を、住民が支持するのか？自らの生活と健康を守ることと、自治体労働者の仕事とが結びつけて考えられていないからです。自治体職員は、住民のいのちと生活を守るために働くという姿勢をもっと明確にもつべきだ。

自治体職員からの仕事論、労働論の積極的な提起も必要だということです。保健師は本当は何がしたいのか、どんな仕事をしたいと思っているのか、それは実現できているのか。そういった仕事論との関係で、公衆衛生行政やその他の行政について考えていく必要があると思うのです。自治体労働者論とか公務労働論の再生にもなるでしょう。

自分たちのいのちや健康を守る仕事と、自治体労働者の仕事はどう結びついているのかを、双方が明らかにしていく必要がある。公衆衛生に限らず地方自治を再生させていくカギになると思います。

憲法15条が今話題になっています。「公務員を選定し、及びこれを罷免することは、国民固有の権利である」と書いてあります。これを読んで、ある首相は、選定、罷免するのはオレの権利だと誤解しているようです。「すべて公務員は、全体の奉仕者であって、一部の奉仕者ではない」の「全体の奉仕者」はservant of the whole communityです。自治体労働者論にもつながっていると考えています。

servant of the whole communityの性質をもつのは、医師、看護師、その他の医療スタッフも同様です。だからこそ、コロナ禍で使命感をもって踏ん張ってもらっている。だからこそ、経済的保障と人権保護の国の政策が必要なのです。公共性のある職員の仕事を再評価し、私たちのために仕事ができる条件をつくっていく、それが本当の意味での行政の充実です。

社会保障政策・福祉政策論の側から公衆衛生行政の再生について、考えていることを申し上げました。みなさんの議論の参考になれば幸いです。

報告 ①京都市保健所、保健センターの聞き取り調査②市民アンケート結果

福本 えりか氏(京都市職員労働組合書記次長)

今回、京都市役所で働く保健師5人に聞き取りを行いました。いずれもベテランの保健師さんで、20年ほど働いておられる方が3人、40年以上働いてこられている方が2人という内訳です。聞き取り調査をすることになった発端は、新型コロナウイルスの流行ですが、私たちの問題意識は、公衆衛生行政が本来の姿でなくなりつつあるのではというものです。

このため、聞き取りでは、京都市の保健師となってやりたかった仕事ができただか、専門職としての役割が発揮できているかなど、公衆衛生行政における保健師の仕事の状況や、業務の中で感じておられる課題を把握しようと試みました。なお、聞き取り調査数はまだ5人です。これからお話しすることもあくまでも見えてくることであって、今からご紹介することを証明するために今後も調査を進めていこうとしている段階であることをおことわりしておきます。

保健師の専門性は何か

はじめに、「保健師の専門性は何か」を質問しています。調査協力者全員に共通していたのは、市役所のカウンターで市民が来られるのを待っているのではなく、保健師の方から各家庭を訪問し、支援を必要とするその個人だけでなく、その人の家族、さらにはその家族が住む地域の状況を見る視点と、個人についてもその人の先の人生をも見すえる視点を持って支援にあたる、ということでした。しかし、今は、その保健師の専門的な知識や能力が活かし切れていないといった問題認識が示されています。

たとえば、以前であればどんな仕事をしていたのか。聞き取った内容をご紹介します。40年以上働くベテラン保健師Eさんの話です。

寝たきりの高齢者宅へ家庭訪問した時、そばにいた重度障害と思われる娘さんが気になりました。お嫁さんは姑と義妹の介護、子育てと大変な状況でした。それまで全く福祉施策を利用していないこともわかりました。そこで、福祉事務所の障害ケースワーカーに連絡。娘さんの訪問教育が開始され、全介助だった排泄が改善され様々な援助が展開されました。お嫁さんの心身の負担は大きく減ったのです。

当時保健師は寝たきり高齢者の全数訪問を実施していて、対象者は「高齢者」でしたが、家族を見る視点の重要性を思い知らせたケースです。また保健師は学区担当だったので、障害や生活保護のケースワーカーとも同じ学区の担当者として連携を取っていた結果でもありますと振り返っておられました。



今回の聞き取りで、「一人ひとりの市民に、必要なサービスが行き届いているか」という質問をしています。おおむねの方も、「届いていない」と考えておられます。その一因に、Eさんがしていたような家庭訪問ができていないことをあげています。

別の保健師Bさんのお話では、昔、業務による分担制ではなく、業務全般を地域ごとに分担していた頃は、保健所の保健師は、1人当たりおおむね2～3学区を担当していたそうです。人口としては、6,000人から10,000人であり、当時もけっして余裕のある配置ではなかったと思います。

また別の保健師Cさんのお話によると、保健師1人当たり住民約2000人を担当していたことがあったそうです。これくらいの規模であれば、「あの市民さん、気になるなあ」と思えば訪問できる余裕があったということでした。しかし今はどうかというと、業務によっては、たとえば健康診断の数が多く、検診対応と窓口の留守番の担当を置くだけで人員は精一杯な状態です。結果、家庭訪問に出る頻度が減り、区役所に来られた人にさえ、十分に支援ができているか自信がないと漏らしておられました。

何が保健師の仕事を変質させたのか

どうしてこのように変わってしまったのか。その背景にあると考えられるのが、次の2点です。

1つは、市役所内の保健師を取り巻く組織の改編がくり返され、すべての業務を担当する地区割りではなく、業務ごとに割り当てる業務分担制に変わってきていることです。大きなターニングポイントとなったのが、2010年に市内の保健所11カ所が1カ所

になり、各区役所には「保健センター」という保健所の支所を置くという変更がされたときでした。同時期に、業務の担当が「成人保健・医療」「母子・精神保健」に分離されています。一方、区役所に設置された保健所支所にあたる「保健センター」では、業務に対して十分な人員が配置できないため、実質的には地区による分担制が残っていました。

もう1つは、時代の要請によって業務内容そのものが変わったり増えたりしていることです。もちろん、これらをすべて行政だけで担うことは困難であることは確かです。これに関して、保健師Dさんのお話をご紹介します。

大きく、「成人保健・医療」「母子・精神保健」に組織が分かれるまでは、保健師は1つの集団であり、「成人」と「母子」どちらにも対応していた。1つの家族、1人の人生を考えると、「成人保健」「母子保健」のどちらからも同時に支援が必要となるケースもあるが、一連のものとして支援を行おうとすると、担当が違うという、超えなければいけないハードルができてしまった。

また、保健師Bさんは、近年は児童福祉の業務において、事務職を減らす代わりに保健師を配置しているように見える。業務分担制が入る前は、事務職と保健師とで係が明確に分かれており、事務職ができる業務との切り分けができていた。今は保健師の仕事に事務量が増えたとし、保健以外の福祉分野の業務が増えた面がある、と話されています。

保健師の育成が難しくなっている

ここまで職場の状況を概観してみて、2つのことが見えてきたと思います。1つは、保健師の家庭訪問が可能となる人員が減っているということです。保健師の絶対数は増えていますが、業務そのものが増えているので、相対的に人員が減っているのではないかとということです。

もう1つは、保健師が「保健師」として育ちにくいということです。今日のご報告の最初にご紹介した保健師の専門性、これがそれぞれの職員の中で培いにくくなっています。やはり業務そのものがブツ切れになってしまい、「人生」「世帯」「地域」という一連のものが、業務としてはその一部しか携わることができなくなってきました。

また、保健師がいろいろな部署に配属されてバラバラになり、保健師の集団がとて小さくなっているため、先輩となる保健師が少ない、いない状態が

うまれ、後進の育成がしづらくなっています。

保健師Dさんの話では、Dさんが就職した20年以上前は、自分の周りにはベテラン保健師が多く、困ったらいつでも相談できる環境にあったそうです。しかし今はそうでない。保健師Eさんの最近の体験によると状況は深刻です。少しご紹介します。

ケース（担当する住民さんを保健師は、ケースと呼んでいます）についての相談が職場内で十分できない。または、相談しても的確なアドバイスが受けられない状況です。一事例ですが、虐待予防から子育て支援をしていた若手保健師が関わっていました。その後生活保護が開始され、保護ケースワーカーが面接すると母親の様子が気になり、保護担当保健師の同席を依頼しました。面接して聞き取るとお母さんは次々と入院歴や受診歴を話してくれました。その後ケースワーカーが以前の病院へ確認し現在の主治医へ連絡した結果積極的な治療を開始されました。当初担当していた保健師も「おかしい」事は感じていたと思いますが、子育て支援は子育て担当、精神疾患は障害担当の業務と分担されている現在、精神疾患患者経験の浅い保健には、母親からの治療歴の聞き取りは困難だったのかもしれない。また、以前の体制であれば、訪問後職場内での話からベテラン保健師のアドバイスや援助を得て解決していた事例かもしれないというお話でした。

先ほどの保健師Dさんも、業務分担制に慣れているため、市民対応においても視野が自分の担当業務以外に広がらない可能性がある。本来は「世帯」「地域」を見る必要があるが、そもそも疑問すら感じないのではないかと、Eさんと同様のことをおっしゃっていました。

市民サービスにも大きな影響

職場がこうした状況にある中、市民サービスはどうなっているか。大きく2つの影響が出ていると思います。1つは、地域の健康づくりが難しくなっているということです。保健師の仕事は、地域に住むあらゆる人が健康に暮らせるように、健康な人は健康のままに、病気や障がいを持つ人も、偏見や差別なく、その人らしく安心して暮らせるように、地域社会全体を健康にする活動です。それが難しくなっている。

2つ目は、今回のような新型コロナウイルスなど未曾有の感染症の流行に迅速かつ的確に対応できなくなっているということです。いくつか保健師さんのお話を紹介します。

保健師Cさんのお話では、今は、人員が不足し、以前のような家庭訪問ができないため、市民への支援も後手となり、虐待が起こって初めて職員が事態を知り、支援が入ることになる。この虐待の通報に至るまでの間に手を打つことが難しくなっている。

保健師Eさんの体験談も、現在の保健所の在り方を問うものでした。以前の体制の中で、母子保健活動の中で乳幼児の事故予防の取り組みの必要性が出され、「よしやろう！」という事になりました。みんなで資料を集め、専門の先生を招いて研修会をして、手作りでパネルやパンフレットを作りました。子どもの虐待予防についての必要性も出され、今できる事は何かを話し合い、地域の保育所と連携して児童館を借りて子育て交流の場を作ったり、医師である所長も交え連絡会を立ち上げたりしました。出産後の孤立を防ぐため、妊婦教室の参加者の産後の交流会も開催しました。医

京都市保健所アンケート結果

回収数172、実施期間 10月9日～30日

1.行政に求めることは？(複数回答)		
正しい情報	134	78%
感染・濃厚接触時の生活支援	74	43%
治療方法・ワクチンの開発	74	43%
差別や偏見をなくす啓発	60	35%
その他	14	8%
2.京都市の保健所は市役所1カ所であること		
知っている	58	33%
知らない	112	65%
na	2	1%
3.区役所にある支所はコロナ対応をしていないこと		
知っている	42	24%
知らない	127	74%
na	3	2%
4.保健所利用の内容(複数回答)		
利用したことがない	78	53%
子どもの健診	56	38%
母子手帳発行	39	26%
高齢者の相談	10	7%
結核等感染症	9	6%
がん検診等	6	4%
イベント等の検便	6	4%
心の相談	6	4%
蜂や外注の駆除	5	3%
難病に関すること	4	3%
その他	7	5%
5.保健所に期待すること(複数回答)		
困ったときの相談	100	67%
コロナ対応	56	37%
相談体制の充実	49	33%
子育てや医療での気軽な相談	48	32%
専門職員の地域での活動	44	29%
予防接種の実施	41	27%
活動の広報	35	23%
わからない	12	8%
その他	2	1%

師、栄養士、歯科衛生士、保健師が一つの集団として、「この地域に何が必要か」を話し合っ「今できる事をしていこう」と取り組むことができました。もちろん予算や他組織との連携は事務職の出番です。

補足ですが、成人保健と母子保健で分担が分かれたときも、14、15人の保健師が集団として係の職員数としても大きかったそうです。今は係の保健師が2、3人と小規模なところもありますから、大きな違いがあると思います。

最後に、2010年、市内の保健所が1カ所に統合される前、感染症の流行にどのように対応していたのか、保健師Eさんの体験を紹介します。

成人保健と母子保健に分かれた後も同じ保健師集団。2009年の新型インフルの時、主担当は成人保健係でしたが、感染者の増加により、母子保健担当保健師も訪問調査、健康観察を行いました。同じ地域の健康を守る保健師としての行動であったのではないのでしょうか。その前のはしかの流行時は小学校で大流行があり、学校閉鎖を主張する市と地域事情から閉鎖ができないとする学校側との間で、地域事情を熟知する保健所として学校の意向を市役所へ伝える事に苦勞しました。今は感染症対応部署が1カ所に集められており、行政的には、指揮命令伝達がやりやすいと思うが…とおっしゃっていました。つまり、行政内の命令は通るかもしれないが、それが必ずしも地域のニーズに丁寧に応えるものになっていないのではないかというお話でした。

半数が「保健所を利用したことがない」

「京都市保健所アンケート結果」によると、多くの方が、保健所を利用したことがなく、保健所のことをご存じありませんでした。

一方、「保健所に期待すること」の一番には、「困ったときの相談」が上がっています。しかし、保健師さんからの聞き取り結果からは、保健師どうしがバラバラにされ、役所の中に閉じ込められ、市民が困ったときにすぐに相談できるような市役所、保健所ではなくなっているのではないかという危惧を大いにしています。

初めにもおことわりしたように、今日お話したことはあくまで見えてくることで、これから立証する必要があります。今後も引き続き、公衆衛生行政の今を丁寧に紐とき、充実のために何が必要か明らかとなるよう調査を進めてまいります。今日は中間報告ということで、私の話を終わります。

現場からの発言

1、現役保健師の立場から

井上 淳美氏

京都市の保健師をしている井上と申します。現在、保健福祉センターで仕事をしています。

先ほどお話がありましたが、多くの機構改革を経て、現在、私は高齢者福祉と健康づくりの担当をしています。その中で日々、住民との距離が開いていると感じています。現在の機構上では、何か起きて相談が入れば訪問に行きます。そのうえ各担当が分かれているので、家族の問題が非常に見えにくくなっているように思っています。

それとともに、京都市は新型コロナのために保健師を集約したり、便利使いという言い方をしますが、適当に切り分けて体制を組んでいます。医療衛生企画課が本体となり新型コロナ対応をしているんですが、本体職員の疲弊はすさまじく、新聞報道にもあるように、2月、3月は1人月200時間超の時間外勤務をしていました。4月、5月は少し減りましたが、7月、8月になると再び増えてきています。最高で220時間超の時間外勤務をした職員もいました。

これではいけないと誰しも思うんですが、そのために何をすることが大事だと思います。京都市がしたことは、そこに応援職員を入れたことでした。各区役所の保健福祉センター、本庁部署の職員を数人、応援職員として1号、2号、3号と組んで応援をしています。

陽性者が非常に増えてきたことを受けて、京都市が次に取ったのは派遣職員の導入です。派遣職員は現在、最高で1日24人来ていると聞いています。もちろん、応援職員もいるので、派遣職員だけというわけではありませんが、多くの部分を派遣職員にお願いせざるを得ない状況です。

なぜこういうことが起きているのか。それはやはり市保健所を1つにしたこと、市民の感染症の対応を区として、小さな単位で、だんだんと遠ざけている現状があるからだと思います。コロナに対応するため、各区の感染症の担当は、健康長寿課に組み込まれてしまいました。その係長がコロナ対応のため、医療衛生企画課に応援に行っていますの

で、各区の感染症対応は非常に手薄な状態です。果たしてこの状況で、他の感染症が出たらどうなるのか、不安な日々です。

私も4月、1カ月間応援に行きました。この10月にも応援体制2号ということで、応援に行き、10月1日から30日まで勤務してきました。

新型コロナに対して公衆衛生としてどうすればいいのかを考えたとき、現状は「火消し」ばかりです。火事が起きたらそこへ走って行って水をかけるといったことをずっとくり返しています。5月初め、陽性者が少し減ったとき、対策を真剣に考えなければならなかったのではないかと思います。それは予防です。テレビでも様々な予防策が紹介されていますので、市民のみなさんはかなり気を付けておられると思います。ただし、クラスターが発生するようなどころには、専門家としていろいろ助言する、こういったことを改めてほしいといたりすることは必要だと思います。

実際に、コロナの感染者が出た場合、職場など発生したところに行き、クラスター対策をするために施設調査をすることになります。その際、予防対策が全然できていなかったんだと痛感することが非常に多いのです。流行の第3波、第4波を発生させないために、予防するしかありません。そのためには人員をしっかり確保して、専門職をいろんな施設に派遣する。そうすることこそが、コロナの患者さんを減らすことにつながり、このことこそが公衆衛生において私たちが担う役割だと思っています。

2、OB保健師の立場から

湯口 典子氏

私は、1974年に京都市に就職して以後、保健所で保健師として働いてきました。その頃の保健師の業務を紹介したいと思います。家庭訪問とその記録など地域活動が業務の32%でした。健康相談、妊産婦相談とか成人相談、精神相談などが16%。集団健診、これは乳幼児の集団健診、婦人健診、老人健診などで16%でした。その他、研修、研究が8%となっていました。

当時の保健師は一定の地域を担当していました。保健所の指導係に保健師は所属しており、大きいと

ころですと保健師は15人ほどいました。事務は一切しておらず、保健師活動に徹することができていました。家庭訪問し、そこにいる家族全体、お年寄りからお母さん、子どもたちまでを把握することができました。家族の健康状態も把握しておりました。私たちは全業務のうち3割以上かけて家庭訪問等をやっていたから、勤務が長くなると、道を歩いていると「保健師さん、ちょっと」と声をかけられるようになりました。

それが業務担当制になりますと、一つの家庭に精神保健担当の保健師、母子保健担当の保健師、結核担当の保健師、老人担当の保健師とがいて、それぞれ業務担当ごとに訪問していくこととなります。家族全体をなかなか見ることができなくなります。

子育てをされた方は保健所を利用されたことがあるかと思いますが、乳幼児健診で3カ月健診というのがあります。子どもをのびのびと育てていくとか、障害を早期に発見するとか、育児の指導、支援をしていくという目的で行っています。この3カ月健診で、保健師は予診をとって、発達面、栄養面の聞き取りをしていました。そのあとで医師が診察し、集団あるいは個別で指導したりしておりました。

昭和50年、1975年に世界的に有名なボイタ先生が来日され、京都の聖ヨゼフ整肢園（当時）で講演をされたことがありました。これに参加した保健師が姿勢反射の大切さを学び、運動機能障害の早期発見につながるということで、3カ月健診時では聞き取り調査だけでなく、姿勢反射をしていこうということになりました。ボイタの姿勢反射を健診の中に取り入れることによって、早期発見につながっていききました。そして姿勢反射を全保健所に広げていき、それを使った健診に取り組むようになりました。

発達の節を乗り越えるのが、3カ月ではたとえば首の座りがその辺では早いので、1カ月ずらして、4カ月健診をしようということになりました。また、7カ月健診もしておりましたが、これも発達の節を乗り越えられる段階の8カ月健診に変えたりしました。このように精神、運動の発達をしっかりと見ていけるようになったわけです。

基本健康診査の結果、指導が必要な人とか、介護予防の観点から支援が必要な人を訪問していく中で、リハビリ等を行ったら状態が改善すると思われる人に声をかけ、保健所に集まってもらい、話し合いをする機会を持ったこともありました。その中で、定期的にリハビリを保健所で始めることになりま

した。これはとても好評でして、市民の声もあり、その後全保健所でリハビリ教室（機能訓練教室）が京都市の事業として実施されるようになりました。

また、健康教室をする中で、卒業生の中から何かしたいという声が上がリ、ボランティアを育成することになりました。ボランティアは精神障害者の社会復帰相談指導事業（デイケア）、機能訓練のボランティア、また、障害児など孤立しがちな子どもたちを支え合う会を作り、ボランティアにも参加してもらいました。

保健所は公衆衛生の第一線の機関であり、人権を守る社会政策としての公衆衛生は憲法25条に基づく戦後民主主義の成果だと考え、私たちは頑張りました。母子保健衛生にはじまる公衆衛生は、母子保健衛生におわる。これは社会的弱者を守る思想でもあります。

3. 開業医の立場から

渡邊 賢治氏

今回は開業医という立場でお話いたします。

2010年4月まで、京都市には11行政区すべてに保健所が設置されていました。地域保健法施行直後に他の政令指定都市のほとんどでは保健所の統合が進められたのに対し、京都市は一定期間踏みどまっていたと評価しています。しかし、その後行政区すべてに設置されていた保健所は、1カ所に統合されました。地域密着で地区医師会とともに住民のいのちと健康を守ってきた機能、公衆衛生の機能を後退させてしまいました。

結核や疫痢で亡くなる方がまだまだ多かった時代には、地区医師会と医師である保健所長を中心とした連携で、地域社会が支えられてきました。かつて保健所が各行政区にあったとき、保健所長は医師で、また地区医師会の会員なので、地区医師会の会合などにも出席し、地域の健康や衛生上の課題、あるいは保健所の課題といったことが報告されました。現在の特定健診が実施される前は、京都市が行っていた基本健康診査、これも地区医師会の役員が保健所長室で打ち合わせをしたりしていました。各行政区に保健所があって、しかも所長が医師であった時代は、地区医師会の会員であった保健所長と地区の開業医とが連携して地域住民の健康やいのち、そして生活を守っていました。

保健所は、地域住民だけでなく、地域のまちその

ものの健康を守り、住みやすい環境にすることにも、住民とともに作り育てていったのだと思います。しかし、地域に医師を中心とした保健所がなくなってしまったことで、こういったことも失われてしまいました。

数日前、あるテレビドラマの演出のことで電話を受けました。町医者について聞きたいというのです。「町医者？ 最近使われなくなった言葉だなあ」と思いました。最近「かかりつけ医」とか「主治医」という言葉を使います。しかし、「町医者」はかかりつけ医とか主治医とは少しイメージが違うと思っています。今も「町医者」はいると思いますが、昔は地域の住民の健康や生活を守るだけではなく、行政と一緒に地域をまわりの健康や環境を守ってきたんだと思っています。

このように地域の住民を守ってきたことで、医師への信頼感、尊敬というのが生まれ、「先生」と呼ばれるようになったのではないかと考えています。しかし、残念ながら、今日、「町医者」という存在も変わってきているのではと感じています。

その要因の一つが、地域に身近にあった保健所がなくなってきたことにあると思います。今では、住民と保健所との関わりはきわめて少なく、遠い存在になっているように思います。そのため、とくに京都市内の開業医は目の前にいる患者さん、自分の診療所に来てくれる患者さん、その健康やいのちを守ることはしっかりしていたとしても、地域のまわりの健康を守るという意識は失われているのではないかと考えています。「町医者」が減ってきているのではないかと考えています。

最近患者さん側のニーズがいろいろと高まっていますので、様々な医療形態が生まれています。昔の開業医は、自宅を兼ねた診療所で診療を行っていました。診療時間外でも急病で門を叩くと、先生が出てきて診てくれていました。それが最近「ビル診」などの診療所では診療時間が終わると、医師は自宅へ帰ってしまい、時間外に急病になっても連絡がつかなくなったりしています。診療時間内に受診した患者さんのみをしっかりと診ていく。そういう形態に変わってきていると思います。

私たち医師の責任は、地域の住民の健康を守ることにはありますが、健康というのは肉体的、精神的に病んでいるかどうかということだけではありません。経済的、社会的にも満たされている、そういった状態です。しかし、この健康、患者さんを

含めた地域住民の健康、いのちを開業医だけで守ることはできません。保健所を中心とした行政としっかりと連携し、力を合わせることで、地域住民や地域のまわりの健康を守っていくことができるのではないかと考えています。

私たちは「開業医医療の復権」をめざしています。それは地域と密着した医師が中心となって地域の公衆衛生を担い、また、そういった保健所があって、地区医師会、地区の開業医、そして市民と連携することが必要だと思っています。私たちはこれまで、京都市に要望や提言を出してきました。これは行政に対抗しようとか、けんかしようということではありません。京都市とともに市民の健康といのち、生活を守っていきこうということです。これからもそういった取り組みを続けていきたいと思っています。

4. 病院の看護師の立場から

坂田 薫氏(京都民医連中央病院看護部長)

当院で、COVIDに最初に対応したのは2月の終わりくらいだったと思います。その後あれよあれよという間に、いろんな対応に追われるようになってきました。当初、アルコール依存症の方と自殺未遂の方が増えているという報告があり、院内にリエゾンチームという精神的に困っている方に対処するチームと内科医を中心に新たに「お酒の困りごとチーム」ができました。そういう意味では、COVIDだけの対応ではなく、精神的な不安、なんともいえない不安が、世の中に蔓延している結果が病院の中に現れていると思っています。

また、無料低額診療事業の説明を求める方が、この10月には倍になっているなど、生活への影響も確実なものとなっていると感じています。

第1波の最中、当院の感染対策の担当看護師は、1日中電話対応に追われていました。この担当者が一番連携を取ったのが、京都市医療衛生企画課のスタッフの方々でした。保健所の体制がもともと困難な中、どのようなことが起こっていたのか、いくつかお話ししたいと思います。

当院の検査の受け入れ、入院の受け入れについては、そもそもの体制上の事情もあり、いくつかの制限を設けていました。たとえば小児科の検査は難しいとか、1日何人までという制限です。しかしながら、医療衛生企画課の人員の体制が、どんどん増えていくにつれて、新たに加わった職員の方たちに、

何度もうちの機能を説明しなければならないということが起こってきました。

また、検体検査について、医療衛生企画課から検体を取りに来られる方も、途中から事務の方が来られるようになりました。それで「今日、初めて取りにきたんですが、私は本当にこれでいいんでしょうか？」とおっしゃるのです。医療関係者でも緊張を強いられているのに、事務の方が来られるなんて、本当に市は大変なことになっているんだと職場で話し合っていたこともあります。

入院要請も、すでに当院の上限に達しているという情報が医療衛生企画課内部で共有されていないようで、複数の担当者から同じ時期に「入院をお願いします」という電話がかかってくることもありました。そのたびに説明をすると、「すみませんでした」とくり返し謝られていました。本当に大変だなあと感じてしまいました。

検査結果は、陽性であれば行政から直接患者さんにお知らせすることになっています。ところが中には病院から連絡があると説明を受けられた方もあったようで、患者さんから当院が大変お叱りを受けたことがありました。そもそも体制がない中で奮闘されていることは十分承知していますし、医療衛生企画課の方も本当にお叱りの電話をいっぱいもらっていると聞いています。

私たちが助けていただいた事例も紹介します。当院でスタッフ2人の陽性が判明したとき、すぐに行政から保健師さんが来られて、聞き取りと院内巡視をしていただきました。保健師さんからは、「本当に大変でしたね」とねぎらっていただきました。同時に、どこまで検査するか、今の感染対策の状況などを的確にアドバイスしていただきました。これにより私たちもスムーズに意思決定することができました。保健所に情報がしっかり集まっており、専門家として経験を踏まえたアドバイスをいただけたと思っています。幸い、院内感染がありませんでしたので、このときも保健師さんから「よかったですね」とねぎらっていただいて、一緒に大喜びしたことは今でも忘れられません。

国は地域包括システムでの行政の役割は、プラットホームであると言っています。この10月、地域医療構想の議論を再開するようとの通達がありました。感染症病床を持つ公的・公立病院は削減されていく措置が進んでいくと思います。強権政治はこのコロナでも何の影響も受けていないと思いま

す。影響を受けているのは市民であり医療機関です。このままコロナ禍で対応していけるのか不安になります。コロナは大変困った感染症です。症状が出る2日前から感染力を持ち、症状が出て2、3日経たないと検査結果で偽陽性率が上がるという大変厄介なものです。そういう意味では、徹底して予防するしかなく、家庭内に誰かが持ち込めば、家庭内感染は避けられません。GOTOキャンペーンが始まって2週間、やはり感染者は増えてきました。このような危機的な状況の中で、行政はプラットホーム機能だけでは限界があります。保健所は専門職としてリーダーシップを発揮し、コロナに対峙する現場の伴走者の立場を発揮できる体制を持っていただきたいと考えています。

今回このような機会をいただいて、私どもも行政と連携をますます深めていくこと、私たちにできることを模索していきたいと思いました。

5. 名古屋市と京都市との大きな差

西山 英利氏(京都自治労連)

みなさんは、ニュースから流れてくる保健所の現状は、東京や大阪、あるいは京都であれ、どこも混乱して大変な状況に陥っていると思われているんじゃないでしょうか。実は私もそう思っていました。ところが先日開かれた自治労連の全国大会で、名古屋市の保健師が、コロナ問題に混乱なく対応しています、と発言していたことに衝撃を受けました。

本日のフォーラムまでに、名古屋市と京都市との違いについてまとめるというところまではいきませんでした。電話で主だったところを聞き取ったので、その違いについて報告させていただきます。

まずは、基礎的な数字を紹介します。昨日付での京都市と名古屋市、それぞれコロナ感染者は京都市が1441例、名古屋が3365例です。人口は京都市が146万5000人、名古屋が232万8000人です。感染者数は名古屋は京都の倍以上出ており、人口も多い。まずこのことをおさえていただきたいと思います。

先ほどから、各地の保健所が統合され、保健所支所である保健センターになったことが報告されています。名古屋市も16の保健所がありましたけれども、これが今16の保健所支所になっています。ただし、京都市との大きな違いは何かというと、名古屋では16の保健所支所中、14の支所で所長に医師が配置され、残りの2つでは、歯科医師が配置さ

れています。そして歯科医師が配置されている保健支所には、それ以外に一般の医師がそれぞれ1人ずつ配置されている。こういう体制をとっています。

以前は各行政区や京都市の思いとは別に、独立した形で保健所は保健所長のもとに、住民の命を第一に考えていろんな行動をしていました。しかし今、名古屋でも区役所の一部署のような形になっているんですけど、それでも所長に医師が配置されているということで、支所長の発言力は非常に大きなものがある、ということです。

名古屋と京都とのもう1つの大きな違いは、先ほどから話が出ていますが、地区担当制です。先輩の保健師さんから地区担当制の頃の保健師の仕事のやりがいについてお話がありました。名古屋市の保健支所は、今でも地区担当制を敷いています。保健師の人数は住民の人口によってバラバラですが、6～7人のところから20数人のところまであります。保健師の仕事は、母子保健、精神保健、結核などの感染症対策とかの仕事があるわけですが、地区

担当制の保健師さんはどういうことをしているかというと、それらの仕事をオールラウンドプレーヤーとしてこなしているわけです。すべての仕事をみんなで協力しながらやっている。今回のコロナの問題でも、みんなで協力して対応しています。1つの保健支所に対応するのではなくて、16の支所でコロナ感染に対応して、大きな混乱は起こっていない、といった話を聞くことができました。そのことをみなさんに報告して私の報告とさせていただきます。



ウイングス京都を会場に開催した公衆衛生フォーラム

質疑応答

Q1、公衆衛生政策の歴史について

【中村（京都府保険医協会）】 私たち実行委員会としても、これからの公衆衛生の再生ということで進めていくわけですので、歴史についても学びながらやっていこうということでのいろいろ取り組みをしているところです。

日本におきましては、基本的に明治政府の医制が1874年から始まるわけですが、これが最初の入り口ではないかと考えています。医制のもとで、東京や京都、大阪に地方衛生行政機構が整備されて、その機構を医師たちが医務取締ということで、各地の習俗とか衣食住の衛生監視を行った。教科書的にはこれが出発点になっていると思います。

保健所ができたのは1937年です。旧保健所法によるものです。ただ、戦争中のことですので、保健所の役割も戦争勝利のための国民の体力づくりにありました。戦後になると、憲法25条の具現化として保健所の機能、公衆衛生政策が政策的に位置づ

けし直されます。

Q2、京都市の保健師はどうなっている

【井上】 コロナ対策での保健師の業務は多岐にわたっています。大雑把に言いますと、開業医から専門の病院の外来につなぐ外来調整の役目とか、検査の検体回収の依頼がありますので検査を受けた方のプロフィールを作ったりします。陽性患者さんが出た場合は、大きな役割として疫学調査を行います。もし病院や施設で陽性者が出た場合は、そこに調査に入り、濃厚接触者の特定や濃厚接触者の検査の受け付けなども行います。このほか、陽性者が病院やホテルに入所していただく際の手配、ご自宅まで迎えやどういった形で送るかといった手配もしています。また、一定期間が過ぎた段階で、もうあなたはコロナを感染させる可能性がないのでお家に帰っていいですよといったご相談を、医師とともにすることもあります。さらには、自宅待機の方の健康観察なども保健師の業務内容とさせていただける

とよいかと思えます。

時間外勤務についてですが、9月から派遣の方が来られていることと、応援保健師も入っていますので、時間数は減っています。ただなぜ減っているのかと言いますと、業務が減っているから時間外勤務も減っているのではなく、無理やり休暇を取っているのが実情です。土日出勤の場合は、どこか平日で必ず休みを取る。シフト制みたいな形で休暇を取っています。市役所にはノー残業デーもあるんですが、それは人によって違う日にノー残業デーを設定して、その日には定時で帰るようになっています。

保健師が抱えるストレスについてはいろいろな方からお話を聞きます。実際に濃厚接触者や陽性者と電話でやりとりすることなどもストレスになります。あるいは市民から電話で、「なんべん同じことを言うてんねん」とか「死ぬ」とか実際に言われたことがあります。また、濃厚接触者とされたくないの、疑われた人は「そんなことはない」などとごまかそうとします。陽性の方からもかなり嘘をつかれます。「そこには行っていません」「一緒には帰っていません」とか。そういうのもストレスになります。

コロナウイルスは誰でも感染する可能性のあるものですので、みなさんも万が一、コロナの陽性者になったらすべて正直にお話してください。

大先輩の湯口さんは、丸山博先生のお話を聞いてこられたとっておられました。私たちの時代になってくると、少ない知識しかありません。また、こんなことを言うと怒られるかもしれませんが、現状で公衆衛生を感じることで、現在の保健師さんにはないかもしれません。今の京都市に公衆衛生があるか、私は非常に疑問視しています。

Q3、名古屋はなぜ地区分担制を維持できたか

【西山】 私もその点が非常に疑問だったので、聞きました。当時の交渉の正確な経過に基づいたものではなく、私が聞いた保健師さんの思い、感想によるものですが、名古屋でも保健所の数を減らそうとかという話が出たとき、保健師より先に住民のみなさんが、反対の声を上げて保健所を守ろうやないかという運動が展開されたんだそうです。

京都市でも頑張って運動をやりましたけれども、やはりそういう意味では岡崎先生がおっしゃっていたように、公衆衛生の位置付けについて、私たちがもう一度しっかり受け止めることが必要なのかなと、思っています。

Q4、PCR検査の有効性について

【岡崎】 PCR検査は「陰性証明」ではない。それを踏まえて、社会的検査の必要性を言いたい。世田谷区では保坂展人区長が児玉龍彦先生の意見を取り入れ、保育所、老人施設、病院などで働くエッセシャルワーカーと言われる方を対象に定期的にPCR検査を行っている。無症状の感染者、スプレッダーから保育所、老人施設、病院でクラスターが発生して感染が広がるのを予防するために、社会的検査をしている。かなりの数の検査をすることにより、検査コストを下げている。

感染が広がっている地域では積極的な検査が必要だと思う。新宿の繁華街で感染が広がっているという話がある。水商売で働く人々の中には、家族・家庭が崩壊し、本当に帰るところを失い、夜の商売についていて、複数で住んでいるケースもあるだろう。自己責任に追いやられている人々の暮らしを知らずに、一般的に症状が出たらこうしてくださいという方策では感染拡大は止まらない。地域の特性をにらんで、必要な対策を取っていくべきだ。あわせて、エッセシャルワーカーが働いている施設などでは積極的なPCR検査を行っていくべきだ。

Q5、保健師の地域活動について

【岡崎】 福祉の申請主義が問題で、権利擁護などを求めることができない。そこで保健師の地域活動が大切になってくるのではないかと、との質問。

その通り。ただし、保健師さんだけではなくて、アウトリーチは看護師、地域包括支援センターの社会福祉士の福祉専門職も含めて重要。ニーズをつかんで困難をかかえた人にアプローチする仕組みが必要。保健師さんには「武器」がある。健康や感染予防、出産といった人々のライフステージの一番敏感なところに関わって、訪問することができる。

Q6、公務労働の二面性について

【岡崎】 公務労働者、自治体労働者の労働には二面性がある、それが住民の素直な支持や支援を阻む要因になっているのではないかと、自治体労働運動側には、この二面性の視点が弱いのではないかと、という質問。

医療労働者、福祉労働者も、社会の公共的な業務を担うという意味では公務労働者だが、ここでは自治体労働者に限定する。私たちが地域で暮らすと、

必ず共同業務が起こる。道路、感染予防の対策、消防署、学校などです。共同業務のすべてが掛け値なしに、住民本位で行われるか、そうはならない。階級社会では、共同業務力を担う国家がそれを住民の要求に基づいて行うと同時に、巨大資本の利益確保のためにも活用するから。また、中央官僚の資源（リソース）確保のため、地方の行政職員や業界をクライアントにして行政を組み立てる。それらを貫徹するために住民の管理統制や収奪も行う。財政手段や人事を使い、公務労働の現場の裁量権を奪いながら、共同業務に権力的業務の性格を強く与える。それを担う職員の公務労働の二面性がでてくる。

しかし共同業務にまったく公共性、権利性がないわけではない。憲法の規定や国際的な人権に関する規定、そして民主主義の力（住民自治、運動）が共同業務の本来の性格を呼び覚ます。そういう意味でも二面性をもつ。

自治体の事務は住民のためにあるが、管理的部分、規制的部分が出てくる。したがって、何に依拠して

働くのが非常に重要になる。住民の権利が制度上、「資格」＝社会保険料を払っているか、払っている人は対象、払っていない人は対象外になってしまう。しかし、未納者も滞納者も社会保障の権利があるという観点をもつ必要がある。職員が地方行政の公共性や権利性を見失ってはならない。企業スタンダードの効率性が強制されることも、人事評価システム、分業体制など新自由主義改革はいっそう、公務労働の管理・統制的側面を強化する。新自由主義は自治の空洞化や機能低下をもたらす。

したがって、自治体職員が住民のために働くことそのものが「運動」なのである。そうした認識が重要。市民社会の運動としっかり関係をもたなければならぬ。自治体職員が仕事論だけではなく、本来の行政を取り戻していく運動にかかわることがポイントである。運動とは、市民運動や当事者運動を含め多様なものだ。多様な運動経験のなかで自らの仕事や業務を問い直す。新自由主義改革では行き詰まる、という認識を自治体労働者にはもってほしい。

閉会あいさつ

公衆衛生行政の充実を求める京都市実行委員会として、1つはこのフォーラムを開催しようということ、もう1つは京都市に提出する公衆衛生行政充実を求める提言をまとめることを目的にしています。この場で原案をお示ししたかったのですが、もう少し時間がかかるということで、この後も実行委員会としての取り組みは続けていきます。引き続き、みなさんのご協力をいただけたらと思っています。

フォーラム開催にあたって、京都市の保健師への聞き取り調査に私も参加させていただきました。私は福祉の現場が長く、保健師の仕事を隣から感じている感じでした。聞き取り調査に参加させてもらって、地域との関わりの重要性や予防の大切さをすごく感じました。先ほど、保健師が、今の京都市に公衆衛生があるのか疑問だと言われたのは、すごく衝撃的でした。これこそが行政の仕事だと思いながら調査をさせていただきました。現実的には、コロナでも「火消し」に終始しているという発言がありました。虐待が起これば虐待が起こったことに対応するとか、起こったことに対応するのに精一杯という状

永戸 有子氏(京都市職員労働組合中央執行委員長)

況です。なかなか地域を見るという現状にはなっていないことも明らかになっています。

いま国が、「自助・共助・公助」をことさら強調しています。予防は自己責任、そして自助に追いやられて、それはもう公の仕事ではないんだよという姿勢と、今の実態とが一致していると思っています。

私は京都市職労の一員ですが、岡崎先生からは自治体労働者としてどう発信していくか、働き方と市民の生活を守ることをどう一体のものとして運動していくのか、お話いただきその点でも感じ入ると言いますか、気持ちを新たにすることができました。市職労としてもこの実行委員会の中で、みなさんと一緒に運動を続けていく中で、さらに公衆衛生行政の充実のために何が必要なのか、京都市にどう求めていくかについて、一緒に考え、行動していきたいと思っています。

みなさん、ありがとうございました。

